

· 骨伤护理 ·

筋膜间区综合征的预防及治疗性护理

徐秀华 梁洪玲 尚海峰 梁永革 梁华兴
(肥城市中医院, 山东 肥城 271600)

笔者对如何做好筋膜间区综合征预防性、治疗性的护理工作作了一些探索, 总结报告如下。

1 临床资料

自 1983~1996 年共收治筋膜间区综合征 14 例, 其中男 11 例, 女 3 例。发病部位: 前臂 8 例, 小腿 6 例。1 例前臂骨折的病人由于及时发现本征的早期征象立即解除夹板固定, 经保守治疗, 严密观察, 病人恢复良好。13 例行筋膜切开减压术, 其中 12 例受累肌群和神经肢体功能恢复正常, 1 例因肢体缺血时间超过 24 小时, 出现肌肉坏死和神经功能障碍, 被迫截肢。

2 护理措施

2.1 严密观察, 早期诊断 在临床工作中应严密观察, 及早发现。临床上常用疼痛、麻木、无脉作为早期诊断依据。此外, 筋膜间区内压力测定也是一种有效的早期诊断方法, 一般前臂和小腿的正常组织压分为 9mmHg 和 15mmHg, 如组织压分别升至 55mmHg 和 65mmHg 时, 表示血流已完全停止; 当组织压升高到低于患者的舒张压 10~30mmHg 时, 则已有紧急切开筋膜间区的指征。

2.2 预防性护理 ①肢体创伤出血者, 在急救时扎止血带的时间不宜过长, 对有肢体血管损伤者, 如股动脉或动脉损伤应及时修复血管, 恢复血流。因肢体主要血管损伤, 受其供养的肌肉等组织缺血在 4 小时以上, 修复血管恢复血流后, 肌肉等组织反应性肿胀, 使筋膜室内内容物增加, 压力增高, 容易发生本征。②对于行石膏外固定或小夹板固定的患者, 应严密观察病情, 重点观察患肢末梢血运, 包括颜色温度、感觉、运动、动脉搏动情况, 应注意固定松紧适宜度。使用外固定后应抬高患肢, 同时对肢体远端进行按摩, 以促进血运及淋巴回流。③对疑有筋膜间区综合征的肢体不可将其抬高, 因抬高患肢将降低局部血压, 反可促进筋膜间区综合征的病理变化。可放于心脏水平间断给予热敷、红外线照射及按摩治疗, 以减轻肢体缺血缺氧。④对于肢体肿胀明显者, 可以进行预防性治疗, 即给予 20% 甘露醇 250ml 快速静脉点滴, 2h 后可重复 1 次, 一般每日 2 次, 连用 3~5 日, 达到消肿的目的, 预防本征的发生。

2.3 早期治疗及护理 本征一经确诊, 经保守治疗 4 小时左右无效, 筋膜间区压力超过 4.0kPa (30mmHg) 时, 已具有切开减压的指征, 应立即行切开减压。①术前准备: 应严格备皮, 彻底清理, 同时应做好全身准备工作, 要补足失液失血, 纠正酸中毒和高血钾症, 保护肾脏和心脏的功能。②术后护理: 为减压彻底, 该手术切口大, 不缝合, 给护理带来困难, 术后严密观察病情变化, 记录 24 小时出入量、抽血, 做生化检查, 观察有无全身并发症的表现, 并继续进行手术的全身处理。同时观察伤口分泌物的性质和颜色。如有感染应及时做细菌培养和药敏试验, 选用足量敏感的抗生素进行治疗。术后患肢不宜抬高, 可置于心脏水平位, 局部可用冰袋降温, 但须防止浸湿敷料、污染伤口。敷料不宜更换过早, 3~4 天后可在严格无菌条件下加以检查, 如已逐渐消肿, 可将伤口两侧缝合, 中间伤口敷料包裹, 术后一周检查如伤口无张力即可缝合。同时为避免感染, 应尽量安排病人住单间, 并保持室内空气清洁, 每天用艾条进行空气消毒。

(编辑: 连智华)

带血管蒂大转子骨瓣转移治疗晚期股骨头坏死的护理

张青云 张丽 赵玉颜 李学红
(解放军第 146 医院, 山东 临沂 276001)

自 1992 年以来, 在彻底清除股骨头病灶的基础上, 采用同侧带旋股外侧血管横支的大转子骨瓣重建股骨头, 活骨瓣和残留股骨头紧密接触, 将股骨头的重建变成骨折愈合过程。现将其治疗过程中的护理工作总结如下。

1 临床资料

本组 21 例, 25 个髋, 男 13 例, 女 8

例, 年龄 23~37 岁。6 例与激素治疗有关, 3 例有长期酗酒史。外伤性 10 例, 特发性 1 例, 原因不明 1 例。按 FicatX 线分期: III 期 12 例, IV 期 9 例。双侧手术 4 例。术后经 1 年 8 个月至 3 年 2 个月随访, 临床症状、关节活动度及 X 线表现, 均取得了满意效果。

2 护理方法

2.1 术前护理 ①心理护理: 坚定病人治疗信心, 积极配合手术及术后的治疗护理。②皮肤准备: 患者手术前一日洗澡, 术区备皮, 消毒包扎, 做奴夫卡因试验, 将结果记入医嘱记录单, 术晨禁食, 清洁灌肠, 留置导尿管。

2.2 术后护理 ①一般护理: 术后病人翻身、挪动时要有护理人员亲自动手进