

## • 骨伤护理 •

### 一例断掌再植术后的护理体会

陈爱妹<sup>1</sup> 苏志群<sup>1</sup> 叶维建<sup>2</sup>

(1. 莆田市医院骨科, 福建 莆田 351100; 2. 福建省妇幼卫生学校, 福建 莆田 351100)

郑××, 男性, 22岁, 住院号: 71176。入院前半小时在操作过程中左手不慎被机器切割离断, 致左手掌近腕掌关节处离断, 离断端边缘整齐, 创面清洁。在臂丛神经阻滞麻醉下, 经常规消毒铺巾后, 修整残端和离断端创面, 寻找尺动脉、掌浅弓动脉、拇指指间动脉。以直径 2mm 克压针三根分别固定拇指、食指、中指, 在显微镜下以 1+0 无创缝线吻合尺动脉, 掌浅弓动脉, 拇指指间动脉及 4 条手背浅静脉, “勒血试验”血管通畅后, 结扎断端无吻合的动、静脉, 逐一修复尺神经、正中神经、桡神经及屈、伸指肌腱, 缝合创面, 拔除拇、食、中指指甲以观察甲床渗血情况。手术过程顺利, 历时 12 小时, 术中输血 1200ml, 麻醉效果良好。术后予以扩张血管、抗凝、抗感染等对症处理。术后 12 天拆线, 切口 II/甲级愈合, 再植手术成功, 离断掌存

活。

护理体会

(1) 术后适当地抬高患肢, 以利静脉回流, 防止和减少肢体的肿胀。术后应注意防止病人入睡后不自觉地活动肢体, 移动体位, 影响局部血液循环。也要防止病人长时间侧卧, 使患肢受压, 造成静脉回流不通畅。再植术后 2 周内, 换被服或更换敷料时, 要避免过大的体位变动。术后要用 60~100 瓦的照明灯照射再植肢体, 灯距为 30~40cm 之间, 使局部的血管扩张。室温保持在 25℃ 左右, 以利患肢末梢血管扩张。

(2) 严密观察局部血液循环情况, 发现血循环障碍, 要及时解决。可用半导体皮温计测量肢体温度。给病人按摩指肚促进末端血液回流。另外, 还应注意观察术后早期血循环障碍, 如血管痉挛, 血管吻合口堵塞, 肢体肿胀或血肿压

迫血管等。

(3) 抗凝药物的应用: 一般使用低分子右旋糖酐加复方丹参注射液以降低血细胞之间的凝集作用和对血管壁的附着作用, 并可增加血容量, 减少血液的粘度, 以利血液流通, 一般静脉输入 500~1000 ml, 丹参注射液 16 ml, 4~6 天, 还可口服肠溶阿斯匹林, 潘生丁, 654-2 等, 局部可用肝素 125mg 加 200ml 生理盐水点滴伤口, 每日 3~5 次。应用抗凝药物的同时, 应注意病人的全身情况的变化。

(4) 断掌再植的功能恢复。再植的手术, 可使多数再植的肢体恢复一定外观与相当理想的功能。在再植术四周后, 再植肢体血液供应情况已基本平衡, 软组织随之愈合, 可以有计划地开始理疗, 加强功能锻炼帮助肢体恢复功能。

(编辑: 李为农)

### 腰椎间盘突出症的中西医结合治疗护理

王宝芬 崔惠全

(宁海县人民医院, 浙江 宁海 315600)

我院自 1996 年 8 月至 1997 年 7 月, 共收住腰椎间盘突出症 99 例, 均采用中西医结合方法保守治疗, 由于重视正确的治疗和护理, 故疗效满意, 现介绍如下。

#### 1 临床资料

本组 99 例均为住院患者, 男 70 例, 女 29 例; 年龄 19~73 岁。病程 1 周~10 年。因腰扭伤急性发作 60 例(其中椎间盘摘除术后复发 3 例, 经皮穿刺切吸术后复发 1 例), 有慢性腰部劳损史反复发作 24 例, 无明显原因 11 例。本组临床表现均无大小便功能障碍, 并经 CT 证实为腰椎间盘突出症。本组均经 3 周

的中药辨证施治, 骨盆牵引, 腰背伸锻炼, 硬膜外封闭等中西医结合方法保守治疗与护理, 结果痊愈 67 例, 显效 23 例, 有效 9 例, 无效 0 例。并经 6 月~1 年随访, 未发现 1 例复发。

#### 2 护理要点

2.1 骨盆牵引护理: 目的是使腰椎间隙距离增大, 产生负压, 同时后纵韧带紧张, 有利于椎间盘回纳。牵引时患者平卧硬板床上, 腰部垫一薄枕, 并屈膝屈髋, 两足底与肩同宽平放于床上。此体位可使腰椎间盘内外压力达到最小和全身肌肉最放松, 有利于牵引发最大作用。牵引时间在饭后 1 小时, 避免饥饿

和饱食时牵引。牵引重量一般每侧 10~20kg。在牵引开始时应由轻到重逐渐增加, 使患者感到腰部有一定牵拉感即可。叮嘱患者不要过重牵引, 特别是首次牵引。本组曾有 5 例因自作主张加重牵引, 重量达每侧 30kg, 出现腰部拉伤, 经停止牵引, 休息后好转。同样在牵引结束时应逐渐减轻重量, 至患者没有腰部牵拉感时才能去除余下重量。叮嘱患者不要一下去除所有的牵引重量, 否则因腰椎间隙距离突然缩小, 压力突然增大, 出现椎间盘突出加重或复发可能。牵引次数, 每日上下午各 1 次, 每次 1~2 小时, 6 天为一疗程。另外有的患者牵

引时症状加重,而不牵引时症状却缓解。这类患者可能因腰椎间盘突出位置关系,不宜作骨盆牵引,本组 7 例。

2.2 腰背伸锻炼:根据腰椎间盘突出后的方向,行正确的腰背伸锻炼是可靠有效的。动作要求幅度大,速度宜平缓,不宜快。本组 99 例出院后坚持腰背伸锻炼,经 6 个月~1 年随访,未发现 1 例复发,说明本锻炼法有积极预防复发作用。

2.3 硬膜外封闭护理:封闭前做好普鲁卡因皮试和腰背部皮肤清洁,封闭时配合医生摆正和维持患者腰前屈姿势,利于封闭顺利进行,并防止神经根刺伤等可能出现。封闭后嘱患者去枕平卧硬板床 4~6 小时,并且当日不作骨盆牵引和腰背伸锻炼,使药液充分发挥消炎退肿、营养神经、止痛的作用。同时密切注意患者有无恶心、头痛、头昏、双下肢皮肤感觉和活动情况,大小便功能等情况。

2.4 体位护理:(1)保持腰椎中立位,可作腰背伸,不作腰前屈和侧弯,更不能作腰旋转。(2)坐硬板凳和卧硬板床,不坐沙发和卧席梦思。(3)指导患者学会正确的坐立行卧和搬运姿势,不作靠床头看书,弯腰取物等不良姿势。(4)咳嗽、大便秘,应使用腰围,防止因胸腹腔压力增高,使腰椎间盘突出加重或复发。  
2.5 心理护理:针对保守治疗过程中患者出现的心理变化,作相应的护理。

(编辑:李为农)

## 骨折合并脂肪栓塞的护理体会

王瑞庆<sup>1</sup> 田存平<sup>1</sup> 王瑞光<sup>2</sup>

(1. 山西医科大学第一医院,山西 太原 030001; 2. 山西省水利职工医院)

脂肪栓塞是骨损伤的严重并发症,现将我们 8 年来收治护理 9 例脂肪栓塞病人的点滴经验介绍如下。

### 1 临床资料

本组共 9 例中男 6 例,女 3 例;年龄 15~60 岁。均有严重的外伤史,股骨骨折、胫腓骨骨折 6 例,股骨骨折并骨盆骨折 2 例,腰椎骨折并胫腓骨粉碎开放性骨折 1 例。伤后至昏迷 12~46 小时。

### 2 护理体会

加强巡视和观察病人 脂肪栓塞一旦发生则应注意呼吸道通畅。脂肪栓塞患者呼吸衰竭和昏迷常常并存,由于气管粘膜充血痉挛,粘稠痰液滞留,以及患

者咳嗽反射消失。保持呼吸道通畅,改善通气功能及为首要解决问题。需要特别注意之处为:(1)清除痰液:利用电动吸引器吸痰。每次不超过 15 秒钟。气管切开者要严格按照气管切开后护理规程去做,严格无菌操作技术。(2)湿化呼吸道:我们使用气管滴入法,用于气切病人,每日 20ml。雾化吸入法,雾化器产生雾量大,雾粒细小均匀,不受气流影响,雾粒能顺利到终末支气管及肺部。同时选择各种药物加入。我们的配方是:地塞米松 5mg,α糜蛋白酶 5mg,庆大霉素 8 万 U 或青霉素 80 万 U(皮试阴性) 2.5% 氨茶碱 10ml,加入生理盐水

30ml。(3)合理供氧:合理的供氧是治疗脂肪栓塞的关键。高频通气给氧能迅速提高血氧分压,最好吸入混合氧气以免长时吸入纯氧造成氧中毒。经鼻腔或气切套管即可,每次不超过 1~2 小时,过长则可使呼吸表浅,并致二氧化碳排出困难,频率 40~60 次/分。急性脂肪栓塞患者,应严密观察神志、瞳孔、生命体征,严格记录出入量。定时翻身,拍背,保持床铺平整,清洁干燥。做好皮肤护理,防止褥疮和坠积性肺炎,预防泌尿系感染。

(编辑:李为农)

## • 短篇报道 •

## 米醋熏泡治疗跟骨骨质增生 40 例

于汝品 孙举来

(马鞍山市马钢总公司南山矿职工医院,安徽 马鞍山 243033)

笔者采用米醋熏泡治疗跟骨骨质增生 40 例,报告如下。

### 1 临床资料

40 例中男 18 例,女 22 例;年龄 48~65 岁。单侧 15 例,双侧 25 例。病程 3 年~12 年。患者因足跟痛不能行走而就诊,足跟部无红肿,无外伤史,特别行走于路不平时症状加剧。摄足跟部侧位 X 片示足跟骨骨质增生,增生骨骨质变

尖,变锐。

### 2 治疗方法

食米醋 500g 放入罐内,加热至 100℃,罐口用毛巾覆盖好,避免烫伤皮肤。足跟放入罐口处,熏蒸 20 分钟。后把米醋倒出,待温度降至 40℃左右,足跟放入米醋内浸泡 20 分钟为宜。浸泡后用木锤叩击足跟数次。也可立硬地面蹦跳数次(足跟部着地)。经过反复多

次,一周可治愈。双侧者两侧同时进行。

### 3 治疗结果

本组 40 例中痊愈 27 例,好转 12 例,无效 1 例。

### 4 体会

熏泡可加速局部血液循环,促进增生骨质软化吸收、松解慢性损伤所引起的软组织粘连,从而达到止痛,消除症状的作用。

(编辑:李为农)