

## 骨科护理

### 血管吻合术后的及观察护理

河北医学院第三附属医院 (050051) 张会平 杜秀丽 周 沛

血管吻合术的成功, 不仅取决于吻合指征的严格掌握和手术的质量, 还取决于术后护理措施得当, 观察严密, 以及出现问题后及时处理。我科自 1988 年~1994 年底共施行血管吻合术病人 55 例, 其中成功 45 例, 10 例再截肢。

#### 全身情况的观察及护理

(1) 高排低阻型休克: 血管吻合术后的病人, 可发生感染中毒性休克或低血容量性休克等高排低阻型休克。大量坏死组织分解产物释放毒素或代谢产物进入血液循环, 持续激活外源性致热原, 促使 EP 的产生和释放, 病人呈现稽留热、抽搐、惊厥、神志不清、甚至感染中毒性休克。常合并贫血、血容量不足、水电解质平衡失调等造成低血容量性休克。贫血易使患肢缺氧, 影响组织修复; 全身血容量不足, 血压下降, 不仅可使组织缺氧, 且易造成吻合口血栓形成; 大量输液输血和组织分解代谢改变可引起水电解质及酸碱平衡紊乱, 当肾功能受到损害时, 此变化更为突出。护理措施: 术后密切观察血压、脉搏、呼吸及体温变化, 持续高热者给予物理降温, 腋下、腹股沟及头部放置冰袋或头部置于冰槽, 嘱患者足量饮水, 流质饮食, 静脉点滴 5% 碳酸氢钠, 以加速毒物排泄, 并适量给予输血、白蛋白等。

(2) 急性肾功能衰竭: 严重创伤、长时间的手术、大量失血和输血, 以及患肢乏氧代谢产物的吸收等, 都可能给肾脏带来危害, 临床护理时应严密观察尿量及尿性质的变化。尿量少于 400ml/昼夜, 尿比重低于 1.015, 尿钠高于 40mmol/L, 同时伴有高钾血症、水中毒、代谢性酸中毒、氮质血症等临床表现。对急性肾功能衰竭一旦确定, 应限制水分入量, 对症治疗, 并注意纠正贫血和防止感染。

#### 局部情况观察及护理

(1) 末梢循环危象: 血管吻合术后, 对患肢血液循环进行严密连续性观察是保证吻合术成功的关键。其方法: 用手指按压局部苍白, 放开后 2~3 秒后泛红, 抬高肢体 5~10 分后, 恢复原来位置 45~60 秒后泛红; 皮肤颜色较健侧红润, 毛细血管充盈时间快 (2 秒内), 指 (趾) 腹丰满而有弹性, 皮温较健侧高出 1~2℃, 远端动脉搏动有力, 静脉充盈好, 表明血运良好, 否则说明供血不全。皮肤苍白, 指 (趾) 腹干瘪, 毛细血管充

盈时间延长, 皮温下降甚至低于健侧 5~6℃, 表浅静脉充盈差, 针刺指 (趾) 端无新鲜血流出, 表示动脉血流发生障碍; 皮肤青紫, 患肢肿胀并出现水泡, 皮温降低, 远端浅静脉怒张, 针刺肢端有暗红色血液流出, 表示静脉血流发生障碍。护理措施: 抬高患肢, 严密观察末梢血运, 烤灯持续照射, 并尽快通知主管医师。

(2) 伤口出血: 出血原因有吻合口张力过大, 局部崩裂; 血管周围缺乏健康组织保护致吻合口愈合不良或血管坏死; 意外创伤导致吻合口破裂; 局部感染破溃等。护理措施: 病房床旁备止血带或 5~6 斤沙袋, 随时急救止血, 并及时通知医师, 另外注意暴露患肢以便观察, 并配合输血、白蛋白, 感染者清创引流加用抗生素及加压包扎等措施。

#### 心理及患肢康复护理

(1) 解决心理障碍问题: 血管吻合术的病人, 患肢创伤较严重, 早期常处于“情绪休克”状态, 缺乏主观能动性, 不能积极配合治疗; 中期常因合并症对机体的影响, 活动无耐力、高烧、烦躁、贫血等; 后期病情好转血运建立者情绪尚好, 但截肢患者常出现“幻肢痛”及对生活失去信心。故针对不同阶段、不同情况采取不同的心理护理。要特别注意病人情绪, 以和蔼的态度, 过硬的技术赢得病人的信任, 安慰和鼓励病人, 讲解良好的预后及可能发生的截肢后果, 帮助病人树立战胜疾病的信心, 积极配合治疗和护理。

(2) 消除肿胀: 患肢肿胀, 可使肌肉及关节的粘连增加, 严重者肌纤维缺血变性, 导致缺血性挛缩影响愈后功能。正常情况下轻、中度肿胀, 一般 5~7 天后开始逐渐消退; 对慢性肿胀可做患肢主动和被动运动, 适当抬高患肢, 向心性按摩、理疗、中草药薰洗等, 以促进静脉回流, 减轻或消除肿胀。

(3) 康复保健: 血管吻合成功后, 应循序渐进地进行功能锻炼, 如手指 (足趾) 伸屈、肢体内收外展等, 防止关节强直挛缩, 促进血液循环。同时加强营养, 增强体力, 给予高蛋白、高热量、高维生素饮食, 改善病人全身状况, 减轻组织水肿, 加快组织修复, 促进伤口愈合。

(收稿: 1995-03-28)