

• 骨科护理 •

骨盆骨折合并尿道损伤的观察与护理

河南省洛阳正骨医院正骨研究所 (471002)

杨兰香 陈晚英 郭鲜敏

骨盆骨折合并尿道损伤临床上较常见,自 1995 年 1 月~1996 年 12 月共收治此类患者 9 例,在对其护理过程中,总结出一定经验,现介绍如下。

临床资料

1. 一般资料 本组 9 例均为男性,年龄 7~49 岁。均为多发性骨盆骨折,并发尿道完全断裂 5 例,尿道部分断裂 4 例,创伤性休克 5 例,腹膜后血肿 3 例,股骨颈无移位骨折 1 例,肋骨骨折 2 例,尺骨鹰嘴骨折 1 例。

2. 治疗方法及结果 早期抗休克治疗,导尿成功 4 例,尿管留置 2 周。5 例行尿道会师术。骨盆骨折均采用保守治疗,手法复位后骨盆悬吊牵引 4 例,股骨髁上牵引 2 例,皮牵引 3 例。住院时间 28~70 天,平均 49 天。出院时尿道损伤已痊愈。3 个月后复查,骨盆骨折均愈合。

护理措施

1. 入院后的护理 密切观察生命体征的变化尤其是血压和脉搏的变化,每 15~30 分钟测量 1 次。确诊后尽量减少搬动以免引起继发性出血。同时建立静脉通路,快速补充血容量。并做好术前准备,立即配血、备皮、做药物过敏试验及导尿等。需要注意的是,如果导尿顺利则应将尿管妥善固定并留置 2 周,按留置导尿管常规护理。如果插入不顺则不要反复试插以免造成假道或加重损伤,可在耻骨联合上穿刺放尿。嘱患者不要试图排尿,以免引起更多的尿外渗。对恐惧和剧烈疼痛患者应做好心理安慰,明确诊断前提下适当使用镇痛药物。有会阴部血肿的病人应标记血肿范围并观察血肿有无继续扩大。

2. 尿道会师术后护理 ①用生理盐水加庆大霉素持续冲洗膀胱直至无血性尿液后改为每日 2 次。每日更换冲洗管、引流管及尿袋一次,严格无菌操作,预防感染。记录尿量及颜色。②术后切口内常规放置负压引流管,应保持引流通畅,防止引流管扭曲、受压。记录引流量。引流管一般 48~72 小时拔除。③保持会阴部清洁,每次便后清洗干净。每日用碘伏消毒尿道外口 2 次。伤口敷料有污染时及时更换。常规输入抗生素,首

选青霉素。④防止尿管脱落,本组 1 例患者术后第 4 天尿管脱落,原因是水囊破裂,发现后立即更换尿管无菌操作下重新插入顺利,避免了患者遭受第 2 次手术的痛苦。提示医生手术时应检查尿管质量,同时水囊内不可注水过多,以 10~20ml 为宜。⑤拔管时间根据医嘱执行。一般为 3 周,先拔膀胱造瘘管,2 天后拔尿管,拔管时边拔边往尿道内注入 1:5000 呋喃西林液,以冲洗残留的分泌物避免逆行感染。2 个月后如果出现尿道狭窄,应定期扩张尿道。

3. 牵引的护理及功能锻炼 注意观察肢端的血循环,保持牵引的位置和功能,不可随意增减牵引重量。指导患者行正确的功能锻炼。早期注意双上肢活动,2 周后练习股四头肌的收缩、踝关节的屈伸及足趾的活动,4 周后去掉牵引在床上行髋关节、膝关节的屈伸锻炼,6~8 周后扶拐不负重行走,12 周后逐渐负重。

4. 饮食与营养 此类患者出血多加之卧床进食量少,常用程度不同的营养不良,应给予高蛋白、高热量、高维生素饮食。但对早期因腹膜后血肿引起腹痛、腹胀、排便困难患者应禁食。尿道会师术后肠蠕动恢复给予低渣半流质饮食 4~5 天。如无禁忌情况,鼓励患者多饮水,饮水量每日 2000ml。便秘者还应给予高纤维素食物,饮蜂蜜水,必要时给予番泻叶 100g 泡水喝或 20%甘露醇 30ml 一日 3 次口服。

讨 论

骨盆本身为海绵质骨,盆腔壁的肌肉血运丰富,盆腔内有丰富的静脉丛,伤后出血常很严重,可能很快出现休克甚至引起死亡。因此,应密切观察及早发现并纠正休克。保持造瘘管通畅、预防感染、防止尿管脱落是尿道会师术成功的保证。持续冲洗可防止血凝块堵塞造瘘管;保持局部清洁,使用抗生素是预防感染的重要措施,大量饮水亦可达到机械冲洗泌尿系的目的;尿管脱落后如果尿道粘膜水肿较甚尿管再插入困难,需要第 2 次手术,因此应防止尿管脱落。此外,保持牵引的位置和功能,做好基础护理预防褥疮,功能锻炼,补充营养,预防便秘等都是骨盆骨折患者的重要护理措施。

(收稿:1998-02-20)