

## 全臂丛神经根性撕脱伤脑脊液漏的护理

浙江省丽水地区人民医院 (323000) 麻妙群

臂丛根性撕脱并发脑脊液漏属罕见, 而多组神经移植、脑脊液漏修补术后继发脑脊液感染尚未见报道。本院于 1995 年 5 月 19 日收治 1 例。由于观察仔细、发现及时, 经积极治疗和精心护理, 病人在短期内痊愈出院。现将病情、治疗、护理体会报告如下。

### 病例介绍

患者, 男 32 岁因车祸致“脑震荡、右臂丛神经损伤”在当地医院保守治疗 30 天, 上臂功能未恢复而来我院就诊。确诊为“C<sub>6,7</sub>, C<sub>8</sub>T<sub>1</sub> 根性撕脱伤”。体检时发现: 右胸锁乳突肌中部有一 4×6×3cm、压之柔软的囊性包块。充分术前准备后行右臂丛神经探查、多种神经移植术。术中见右 C<sub>4,5</sub> 有一假性包膜形成囊肿, 切开流出澄清脑脊液, 脑脊液自 C<sub>4,5</sub> 椎间孔的瘘道流出, 吸除脑脊液后修补瘘孔, 无渗漏, 再行神经移植吻合。术毕对肩位石膏外固定, 抗炎治疗。术后第 1 天, 发现颈部敷料有多量渗出, 色清, 为脑脊液, 给更换敷料, 局部沙袋加压, 拔除引流片以防逆行感染。术后第 5 天, 体温上升, 主诉枕部头痛, 给加强抗生素, 送检脑脊液(药敏+培养)。次日, 头痛头昏加剧, 高热达 39.3℃, 脑脊液为脓性, 在严格无菌操作下创口内放置引流管, 给庆大霉素盐水间歇冲洗。根据药敏报告, 改用敏感的抗生素治疗, 制定周密的护理计划, 落实一系列护理措施。7 天后, 患者体温正常, 局部症状消失, 痊愈出院。

### 护理措施

1. 全麻后常规护理, 并注意清醒后改半卧位或头高位, 以利呼吸。
2. 病情观察: (1) 严密观察生命体征, 尤其注意呼

吸变化。因此手术时间长, 为气管插管, 易损伤粘膜, 刺激呼吸道使分泌物增多, 在清醒期易发生舌后坠, 切取肋间神经可致胸膜破损, 加之用石膏固定胸部, 肋间神经移植易致呼吸不畅。(2) 观察创面敷料渗血、渗液情况, 保持敷料整洁, 及时更换湿敷料, 严格无菌操作。(3) 观察肢端血供, 注意询问肢端感觉、运动情况, 抬高患肢以利局部静脉回流, 防止石膏压疮发生。(4) 并发症观察。肋间神经是控制呼吸的重要组织, 全麻气管插管及 O<sub>2</sub> 管的机械损伤, 术后贴身石膏固定限制了胸廓呼吸运动及咳嗽功能, 易发生肺部感染。由于脑脊液漏至皮外, 使颅内和外界相通, 极易造成颅内感染。

3. 脑脊液漏、创口引流护理: (1) 保持引流通畅及无菌引流。如引流不畅或无液体流出, 应在无菌操作下察看管道是否堵塞。排除堵塞后可将引流管轻轻旋转或一点点往外拔, 直到重见脑脊液流出。不可用生理盐水用力推注或将引流管由外向内插入。(2) 密切观察引流液颜色、透明度、引流量, 并详细记录, 做好交接班, 以便及时发现、及时处理异常情况, 间接了解感染控制情况和漏口愈合情况。如患者表情淡漠、反应迟钝、引流量多, 则提示低颅压, 应停止脱水, 给补液, 多饮水, 以改善细胞内外环境, 促脑脊液生成。如引流液逐渐转清、透明, 24 小时脑脊液流出量明显减少, 排除堵塞, 患者体温正常, 即可拔管。(3) 绝对卧床休息, 指导高蛋白、维生素 C 含量丰富饮食, 以促漏口及创口愈合。

4. 若出现高热, 给予物理降温。

(收稿: 1995-10-06; 修回: 1996-04-23)

## 脑性瘫后遗症足踝畸形手术前后的护理

山东省泰山医学院附院 (泰安 271000) 郭英艾

脑性瘫是由于中枢神经系统、颅内病变引起的功能障碍, 根据病变部位不同, 造成不同的畸形, 表现为剪刀步态, 站立行走困难, 足部出现马蹄内、外翻足、高弓足及踝震颤等。自 1990~1994 年共收治脑性瘫 28 例, 其中足踝部畸形 22 例, 现就其手术前后护理体会报告如下。

### 临床资料

本组共 22 例, 男 16 例, 女 6 例, 年龄 7~21 岁, 其中马蹄内、外翻足分别为 18 例和 4 例。合并高弓畸形 4 例。依据病情分别行胫神经腓肠支切断+跟腱延长术, 双侧胫神经比目鱼支切断+跟腱延长术, 胫后肌腱松解+跖腱膜松解+三关节融合术, 内侧筋膜松解

十足踝长肌肌腱松解+屈趾长肌肌腱延长+跖腱膜松解+三关节融合术,以及单纯三关节融合术等。出院后随访,远期效果均较满意。

**术前护理**

病人入院前多不能得到系统的功能锻炼,入院后除观察记录病人体温、脉搏、呼吸等一般情况外,还要对其患足进行被动锻炼。包括前足的内收、外展、背伸、屈曲等,使其活动度达到最大范围再行手术。通过对照观察,其效果远远超过不先进行功能锻炼即行手术者。

**术后功能锻炼**

为每位患者制定一份锻炼计划,成为护理病历的一部分。每 10 天为一疗程,每天锻炼 2~4 次,在每个疗程及每天测量一次活动范围以便对照,还可以增加病人战胜疾病的信心。对于跟腱延长,内收肌切断及腱膜松解等手术患者,在手术 4 周拆石膏后,换穿矫形鞋托,结合被动活动,一般效果都很好。对于年龄较大畸形仍较明显者,要做三关节融合术。手术后一般用石膏

固定,此时要抬高患肢,密切观察足趾血循环。术后第 1 天按摩足趾,第 2 天即可在指导下行足趾活动。2~3 月拆石膏。待骨融合牢固后,开始锻炼。每次锻炼前我们采取神灯照射 20 分钟,先按摩患足,做足的全关节被动活动(根据病情选择)注意动作宜轻,然后扶病人下床、赤足、双足蘸粉末,足跟着地,护理人员站在病人左侧或前方,双手牵着病人两手,家属在旁看护,嘱患者放松情绪,站稳步态,步距由小到大,力量由轻到重缓缓进行,第 1 天走 5 步,第 2 天走 10 步;如此循序。在锻炼过程中,护士要通过细致的观察来掌握锻炼正确与否。总之,锻炼越早,效果越好。

注意事项:功能锻炼时主动活动步态一定要正确,足跟着地用力均匀,地板滑时,应注意切勿摔倒,扭伤踝关节等部位。

(本文承蒙阮汝清教授审阅,谨此致谢)

(收稿:1995-11-21)

## 夹板固定下肢骨折的护理

福建省漳州市中医院 (363000)

林丽娟 陈联源

我科 1993~1996 年应用夹板固定治疗下肢骨折 500 例,效果满意,无一例发生并发症。现将护理体会总结如下。

**夹板固定的护理**

1. 骨折整复后,应根据骨折的解剖位置和类型,选择大小、长短适合的夹板,并按肢体的形态塑形。

2. 一般骨折复位后肢体会肿胀,故首次包扎不宜过紧。应经常检查患肢的肢端血运、皮肤颜色、肿胀程度、静脉回流有无障碍,防止包扎过紧引起血液循环障碍导致缺血性坏死或神经麻痹。如发现包扎过紧,应重新调整。

3. 夹板固定后,如患者诉疼痛不减甚至加剧,应及时解开夹板检查棉花垫放置的位置是否正确、或夹板过长、过短压迫皮肤引起水泡。如有水泡可用注射器抽空,外敷凡士林纱布保护创面。

4. 肿胀消退后,每 7~10 天在维持牵引下解开夹板检查一次,及时纠正移位,并调整松紧度。并用红花

酒精按摩局部以达到舒筋活络作用。

5. 功能锻炼:单纯的静止固定对骨折愈合不利。必须在固定与活动相结合的原则下,以不影响骨折部的固定为限,早期指导患者做患肢足趾伸屈活动,踝关节、股四头肌收缩活动。中后期应加强全身、患肢及各关节的上下活动,防止关节僵直及肌肉萎缩。

**体 会**

夹板外固定治疗骨折的优点在于取材容易、材料携带方便、医疗费用低、病人痛苦少、关节功能恢复好,又可降低手术内固定率而减轻病人的痛苦和经济负担。但如果护理不当易引起并发症。所以应用夹板固定后应密切观察患肢血运情况,防止缺血、坏死。定期检查防止移位。及时调整夹板松紧度以达到固定目的。中后期指导进行功能锻炼,防止关节僵直及肌肉萎缩。在骨痂基本形成时拆除超关节的夹板以便伤肢进行功能锻炼。

(收稿:1997-05-21)