

· 骨伤护理 ·

筋膜间区综合症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症预防性、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症 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症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症的病理变化。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

行,注意保持髌位置,避免造成脱位。每日早、中、晚各进行一次髌尾部及骨突部按摩。给予使用充气式橡胶大便器,既减少了凉刺激,又防止皮肤擦伤,同时具有气圈作用,预防了褥疮的发生。本组无一例发生褥疮。

②牵引护理:术后皮牵引一个月,下肢垫一软垫,膝关节屈曲 20°,呈外展内旋位,强调有效外展^[1],即保持上半身处于床纵中轴线,患肢外展 20°~30°。牵引重量为 4~6kg,保持 24h 持续牵引,床尾抬高 20°,要保持牵引绳与股骨纵轴线方向一致,患肢使用“∩”型牵引保护架支撑,防止被子压迫牵引绳,造成压力线改变,减少牵引重量。牵引时注意患足勿与床尾接触,牵引锤必须悬空。同时注意皮牵引胶布是否脱落,皮肤是否刺痒起水泡或破溃。对胶布过敏患者,行牵引术前将胶水均匀地

涂在胶布固定部位,待稍干,即可将胶布贴在涂有胶水部位,防止出现皮肤完整性失常。

③负压吸引护理:严格无菌操作,保持持续负压通畅引流。护理过程中要严密观察引流器内引流液的量及颜色,一般在第一个 24 小时引流量较多,为 300~400ml,如果引流量比较多,颜色鲜红,应立即报告医生处理,及时观察血压、脉搏变化,做好记录。更换引流器、倾倒引流液及术后 48~72 小时拔管时均应将引流管上端夹住,避免引流液倒流及空气进入,污染手术腔,造成感染。

④指导和督促功能锻炼:功能锻炼可促进全身血液循环,保持关节面的生理机能,防止肌肉萎缩,正确的功能锻炼可促进伤肢早日最大限度地恢复功能^[2]。本组患者,术后一周无体温异常及肿痛情况,病情稳定,则指导患者开始

髌关节的功能练习,由护士在身后协助,患者手拉住拴结在床尾的绷带,练习床上起坐,活动幅度逐渐增大。术后 2 周,坚持每日 3~4 次起坐练习,每次为 20~30 分钟,使髌关节尽快恢复到屈伸活动范围大于 90°的程度。术后 8 周去除皮牵引后增加髌关节活动的功能锻炼。为避免下肢血液瘀滞,尽可能让患者作肌肉主动收缩和被动按压活动,同时每日输入 500~1000ml 低分子右旋糖酐,下肢着弹力袜,均具有一定的防止静脉血栓形成的作用。

参考文献

[1] 曹萍. 股骨大转子股骨头互换术护理. 中华护理杂志, 1996, 31(5): 265.
 [2] 王寅华. 41 例小腿双骨折的护理. 实用护理杂志, 1994, 10(5): 21.

(编辑:李为农)

骨外固定术后的功能康复训练程序

刘霞 庞志敏

(枣庄矿务局中心医院, 山东 枣庄 277011)

我科自 1999 年 5 月~1997 年 5 月采取外固定器治疗下肢骨折 78 例,术后施行科学规范的功能康复程序训练,效果满意,现将方法介绍如下。

1 临床资料

78 例中男 59 例,女 19 例;年龄 12~78 岁。股骨干骨折 40 例,胫腓骨骨折 38 例。股骨干骨折合并股骨颈骨折 13 例,开放性骨折 49 例(II 度 15 例,III 度 34 例)。随访 6~18 个月,6 个月内达临床愈合标准者占 89.7%,其余在 18 个月时全部达临床愈合标准。

2 功能康复程序训练方法

2.1 非负重期 ①床上练功法:穿针后第 2 天至 1 周,让患者做患侧四头肌、髌周肌的等长收缩及踝关节的主动伸屈活动。在患者能够完成上述锻炼,可逐渐过渡到让患者行髌膝踝等关节的主被动活动。此种锻炼既不会影响骨折的愈合,又可有效地促进血液循环,减轻肢体肿胀及肌肉的粘连与萎缩。

②离床锻炼法:术后 1~4 周,主要让患者练习戴外固定器上下床,为患肢负重行走打好基础。下床时应双手支撑,臀部离床,健侧

蹬床,形成三点支撑,在支撑下向床边移动,健侧先下床持重,然后一手扶床,一手扶患肢,足着地,上床时患肢先上床,健侧支撑身体,患者下床后可持双拐,健侧负重,患肢做屈髋、屈膝、踢腿、下蹲等规范动作。因该期骨折端骨痂已形成比较连续,基本稳定,实施有关节活动的不负重锻炼及周围关节的伸屈活动可有效地防止肌萎缩,促进骨折周围肌力的恢复和髌、膝关节活动范围的恢复。

2.2 负重期 术后第 5 周~6 个月,教会患者正确持拐助行。患者持拐站立时要挺胸收腹,抬头向前看。站立时双拐与足成三角形,迈步应先出健侧,后迈患肢,身体重心在健侧。患侧拐杖前移时,身体保持稳定后患肢再前移,每天练习 500~1000m,一天三次。该期骨断端已从骨折的临床愈合期过渡到骨性愈合期,骨折处已相当稳定,如无暴力损伤,不会发生再次骨折,正常负重训练及下蹲训练,可促进骨痂愈合及塑型。

3 康复程序的实施原则及注意事项

(1) 康复程序的实施原则是循序渐进,主动为主,被动为辅。

(2) 注意事项:①医护人员应指导患者,懂得外固定器的作用,各部件在固定治疗期间的性能,一旦因功能锻炼固定器出现松动,紧固件调节器、锁针器、动力支持杆件出现异常,能及时处理。

②合并其它部位损伤及不能配合康复程序实施的患者,护士应指导陪护进行被动的髌、膝、踝关节的伸屈活动,要求做到循序渐进,防止粗暴动作。

③合并血管、神经、严重软组织损伤的患者,早期可应用托板等物品辅助维持关节功能位,待组织损伤修复时再行被主动功能锻炼。

④如为严重粉碎性不稳定性骨折或多发性骨折根据临床 X 线摄片情况,适当延长非负重期的康复训练时间。

⑤负重期的训练多在院外进行,故在出院前护士应详细说明功能康复的重要性,列出时间表和对应的训练计划,并定时随访。如中途出现红肿痛等并发症应随时复诊。

(编辑:连智华)