

骨盆骨折的护理体会

吴娇臻 林剑兰

(浙江省温州医学院附属第二医院骨科 温州 325027)

关键词:骨盆骨折;护理;急救

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)05- 0066-02

随着现代工农业、建筑业和交通的发展,各种意外和交通事故迅速增加,高能量创伤所致的骨盆骨折日益增多,且多伴有各种并发伤。我院自 1988 年~2003 年共收治骨盆骨折 110 例,其中伴有不同并发伤者 62 例。现将护理体会报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 62 例,男性 50 例,女性 12 例;年龄最大 67 岁,最小 15 岁,平均 41.5 岁;损伤原因:车祸伤 48 例,高处坠落伤 11 例,砸压伤 3 例;并发伤:并发失血性休克(包括后腹膜血肿)43 例,并发膀胱尿道损伤 12 例,并发腹部内脏损伤 5 例,并发直肠及会阴部撕裂伤 2 例。

1.2 治疗 本组 62 例来院后,首先予积极的抗休克治疗,其中 3 例顽固性休克患者在 DSA 下行髂内动脉或其分支栓塞止血。所有患者均留置导尿,膀胱破裂者急诊行修补术,腹部内脏损伤者急诊行剖腹探查术,开放性损伤急诊行清创内固定术。骨盆闭和性损伤行骨盆悬吊牵引,骶髂关节分离或髌臼骨折行同侧股骨髁上骨牵引,必要时手术内固定治疗。

1.3 结果 58 例经治疗愈合,2 例导尿管拔除后有排尿费力,2 例合并全身多处损伤,因休克不能纠正而死亡。3 例住院期间发生尾骶骨处一度褥疮,加强护理后好转。

2 急救护理

2.1 低血容量休克的救治 患者经急诊室简单处理后转入

病房,均呈不同程度的休克状态,如面色苍白,四肢湿冷,表情淡漠。立即予以血压和心电监护,必须迅速建立 2 条以上静脉输液通道,而休克较重者,应选用深静脉穿刺输液,一般采用颈部深静脉。由于骨盆骨折极有可能损及血管,一般不选用下肢静脉输液。而上肢两条输液通道尽量集中在同侧肢体,以便另一肢体进行生命体征监测。

2.2 建立静脉通道 静脉穿刺成功后,立即抽血急查血型及血交叉试验,以便及时输血。同时查血常规、肝、肾功能和血电解质、血气分析,以指导补液,纠正酸碱失衡和电解质紊乱。

2.3 保持呼吸道通畅 均给予鼻导管吸氧,提高肺泡内氧分压,增加氧弥散量,提高血氧饱和度,以利于休克的纠正。

2.4 留置导尿 不仅可以监测液体的出量,了解休克的程度,还可以了解膀胱尿道损伤情况。导尿时可能出现 3 种异常情况:(1)导尿成功,但可见初始血性尿,说明为部分尿道损伤,应留管 2~3 周;(2)导尿成功,而耻骨联合上方膨隆,通常为后尿道完全断裂,应通知医师,做好膀胱穿刺造瘘及尿道会师术的准备;(3)导尿管插入膀胱内未能抽出尿液或仅有少量血性尿液,或经导尿管注入无菌生理盐水再回抽,如注入多抽出少,应考虑为膀胱破裂可能,应立即报告医师,做好膀胱修补术的准备。

2.5 常见合并伤的救治 有腹痛、腹胀及腹肌刺激症状者可

90.2%;再穿刺成功率 7 例,占 8.5%;1 例失败,占 1.2%。穿刺失败原因,与锁骨间隙狭窄有关。导管放置时间:导管保留最短 3d,最长 17d。并发症:穿刺部位缝线反应 7 例,置管困难 1 例。本组病例全部完成化疗周期,静脉炎及渗漏损伤发生率为 0,无气胸、血胸、空气栓塞及败血症发生。

5 讨论

5.1 抗癌药物多为化学制剂或生物碱制剂,作用于细胞代谢周期的各个阶段,影响 DNA 和蛋白质的合成,使血管内皮细胞坏死,随着当前大剂量多药物综合冲击化疗的应用及反复多次静脉穿刺损伤血管内膜,直接刺激血管而发生静脉炎。同时由于药物高浓度所致的局部高渗透压使血管内皮细胞脱水及化疗药物 PH 值、对血管壁的化学刺激,造成药物外渗,应用锁骨下静脉穿刺置管术,有效地避免了反复穿刺,同时由于上腔静脉管腔粗、血流量大减轻了刺激性物质对血管的刺激^[2],使静脉炎渗漏的发生率降为 0。

5.2 本组 82 例,均采用锁骨下径路穿刺,我们体会有如下优点:(1)锁骨下静脉管腔粗大,位置固定,穿刺在锁骨下胸

壁,该处较平坦,可以满意消毒准备,穿刺成功率高。(2)导管质地柔韧,组织相容性好,局部无刺激性,避免了周围静脉化疗对静脉和组织的刺激。(3)与颈内静脉穿刺法比较,锁骨下静脉导管容易被稳妥固定,留置期间不影响病人颈部及上肢活动。(4)与股静脉穿刺法比较,锁骨下静脉置管的位置易于护理,不易污染,患者可下床活动,不影响生活质量。(5)锁骨下静脉穿刺较长时间接受化疗,只要操作者受过一定的训练,本治疗方法相对安全。(6)锁骨下静脉穿刺比外周静脉更显其优势,即可省去反复穿刺带来的痛苦,以及化疗药物的准时输入,从而达到治疗目的。

参考文献

[1]辛建民,陈亚莉.77 例锁骨下静脉穿刺置管体会[J].中国社区医师, 2003, 19(3):27-28
[2]丁小萍,钱火红,王筱慧,等.中心静脉导管在造血干细胞移植中的应用[J].中华护理杂志, 1999, 34(8):480-482

(收稿日期: 2004-04-19)

经鼻肠管对重症胰腺炎肠内营养支持的护理

廖桂芳 胡星兰 黄晓虹 唐海英

(江西省九江市第一医院 九江 332000)

关键词:重症胰腺炎;鼻肠管;肠内营养支持;护理

中图分类号:R 473.5

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2004)05-0067-02

我科对重症胰腺炎早期开展肠外营养,同时实施肠内营养支持治疗,患者的营养状态得到较好改善,避免了肠外营养深静脉穿刺不当造成损伤及感染等并发症。本文将对经鼻肠管重症胰腺炎的肠内营养支持护理介绍如下:

1 临床资料

本科自 2002 年 10 月~2003 年 10 月收治重症胰腺炎患者 62 例,男性 26 例,女性 36 例,男:女约为 1:1.4;年龄最大 73 岁,最小 26 岁;入院给予肠外营养 62 例,同时开展经鼻肠管行肠内营养 24 例;病愈 60 例,死亡 2 例(死于多脏器功能衰竭),治愈率 97%。

2 鼻肠管放置适宜时机

经鼻肠管行肠内营养时间通常在胰腺炎病情得到控制,胃肠功能恢复后即可使用,肠外营养易造成感染及代谢性并

发症等因素,护理难度大,尽量早拔管,行肠外营养或同时合并使用肠内营养,纠正负氮平衡,改善患者机体营养状态。有报道言:将导管放入空肠内,即使在急性重症胰腺炎发病后 48h 内,经鼻肠管输入肠内营养,患者也能很好地耐受。但不适当的肠内营养,如鼻肠管位于胃内或十二指肠内,胃肠功能未恢复或伴有肠梗阻,却可导致病情反复或加重。

3 鼻肠管的特点及优点

即螺旋型鼻肠管,为白色不透放射线的聚氨酯管道材料,管道长度 145cm,头部圆形,带有 4 个侧孔,管道前端的 23cm 段形成直径大约是 3cm 的圆环,环绕 2.5 圈。在插管过程中,螺旋型的前端被引导钢丝拉直,便于进入。而当引导钢丝撤除后,由于材料的记忆性能,管道远端呈螺旋状,有利于通过幽门,并能以理想的状态停留在空肠上段肠腔内。刺激

进行诊断性腹腔穿刺,如抽吸出不凝血性液体,则提示肝脾破裂可能;如抽出混浊的液体,则提示胃肠道损伤;如抽出尿液则提示膀胱损伤。阴性结果不能否定有腹腔内脏损伤可能,应严密观察病情变化,必要时可重复进行。

2.6 急诊手术的术前准备 按医嘱禁食,禁饮,皮肤清洁,备血,做普鲁卡因皮试以及其他术前或术中应用的抗生素皮试。可临时用腹带固定骨盆,减轻搬动时骨盆骨折的移位和继发出血。

3 骨盆骨折护理

骨盆骨折使骨盆环失去正常的连续性,导致骨盆的旋转不稳定或垂直不稳定。早期稳定骨折、避免骨折再移位是治疗的关键,不仅可以减轻疼痛、减少再出血,有利于纠正休克,同时为骨折周围软组织的修复创造条件。根据病情于术前或术后,协助医生给予骨盆固定带外固定,骨盆悬吊牵引,或下肢骨牵引。移动病人时嘱病人与操作者密切配合,保持相互动作一致。不可随意搬动或更改病人的体位,以免加重骨折端组织的损伤和出血。

4 心理护理

骨盆骨折为意外伤,发生突然且严重,立刻使人失去行动能力,患者毫无心理准备,情绪反应特别强烈。抢救中要注意操作迅速准确,态度热情诚恳,给予心理安抚,尽量稳定患者的情绪,使其建立治疗信心,并取得治疗上的配合。

5 并发症的预防

5.1 预防褥疮 骨盆骨折尤其是合并腹部手术后患者,卧床时间长,且体位改变困难,要保持床单清洁、干燥,及时更换。按时做皮肤护理。对半侧骨盆骨折患者,要鼓励做健侧下肢屈髋活动,无痛下可将臀部抬离床面,并适当给予皮肤按摩。

同时加强营养支持,防止褥疮发生。

5.2 预防肺部感染 长期卧床患者,要鼓励咳嗽、咳痰及深呼吸,病情允许的条件下可抬高上身体位或侧卧位,并予以叩背,协助排痰。如咳嗽时疼痛较剧,护士两手放在患者腹部两侧压住腹部,可减轻疼痛。需要时可给予雾化吸入,以稀释痰液,有利于咳出,防止感染。

5.3 预防泌尿系感染 由于留置导尿时间较长,极易发生尿路感染。须每天更换引流袋,每日 3 次消毒尿道口和会阴部,避免尿液倒流。留置导尿 1 周以上者,每天用呋喃西林冲洗膀胱 2 次。注意观察引流尿液的性状,如出现混浊,及时做尿常规和尿培养检查,并报告医生。

5.4 其他 由于术后长时间的卧床,易发生关节僵硬或下肢深静脉栓塞,应鼓励凡可活动的关节坚持功能锻炼。对老年人更应加强活动,以避免发生或加重骨质疏松。对行骨牵引的下肢,要注意踝关节的背伸活动,以免足下垂。关节功能锻炼应以主动运动为主,辅助被动活动,有助于患者建立治疗信心。

总之,骨盆骨折除了骨折本身可造成出血性休克及实质脏器破裂外,常合并全身其他系统的危急生命的损伤,如脑外伤,胸外伤及腹部外伤等,因此骨盆骨折的护理非常复杂且极具挑战性。

参考文献

- [1]王大平,肖建清,熊建议.严重骨盆骨折的救治及手术治疗[J].中华创伤骨科杂志,2002(2):100
- [2]徐晓燕,占淑琴.骨盆骨折早期合并症的观察与护理[J].中国骨伤,2001,14(3):187

(收稿日期:2004-05-09)