

## · 骨科护理 ·

## 游离皮瓣移植术后护理

时丽娜 董显荣 黄海燕

(文登整骨医院, 山东 文登 264400)

我院 1990 年 1 月至 1998 年 1 月, 应用吻合血管的各种皮瓣修复肢体软组织缺损 76 例, 现将护理体会介绍如下。

## 1 临床资料

本组 76 例, 男 52 例, 女 24 例, 年龄 6~52 岁, 平均 38.2 岁。皮瓣面积最小 8cm×5cm, 最大 40cm×10cm; 完全成活 68 例, 大部分成活 6 例, 坏死 2 例。

## 2 术后护理要点

**2.1 复温与保温** 寒冷及较低温度易导致血管痉挛以至吻合口栓塞而危及皮瓣的成活。由于冗长手术时间的患肢裸露、大量的输血输液、手术完毕后病员的转送, 均宜导致病员全身及局部温度的下降, 容易引起吻合后的血管发生痉挛。所以, 术后的复温与保温尤为重要。我们在患者入病室前即将室温提高到 28℃ 左右, 使病员入病房后在短时间内体温恢复正常, 然后使室温维持在 25℃ 左右。局部通过烤灯照射皮瓣, 烤灯 40~60 瓦, 距皮瓣距离 30cm, 使局部温度保持在 28℃~30℃。本组有 4 例在病

员转入病室时发现皮瓣出现动脉供血不足现象, 均经上述处理, 皮瓣在短时间内恢复正常血运。

**2.2 体位** 术后取平卧位, 保持患肢高于心脏 10°~15°。要经常巡视病人, 防止患者入睡后不自觉的肢体变位。卧床时间一般为 2 周, 防止过早地坐起和下床导致体位性低血压反射性引起的血管痉挛。

**2.3 观察局部** 通过 76 例游离皮瓣移植术后的护理, 我们观察到: 正常皮瓣应该是颜色红润饱满, 张力适中, 皮温正常或略高于健侧 1℃。皮瓣出现青紫、肿胀严重、张力增高, 甚至皮瓣表面出现大小不等的水泡, 提示皮瓣静脉回流受阻, 属静脉危象。皮瓣颜色变淡甚至苍白, 皮温下降, 毛细血管充盈时间延长, 则提示皮瓣出现动脉危象。术后由于环境及局部温度的变化、麻醉效果消失后出现的疼痛、局部出血形成的血肿、皮瓣创伤性反应出现的肿胀等因素均可导致皮瓣营养血管的痉挛、受压, 若不及时处理则

在吻合口处形成血栓。所以, 术后皮瓣的血运观察, 即术后 72 小时, 尤其术后 12 小时内的严密观察非常重要。

**2.4 皮瓣血管危象的处理** 由血管痉挛引起的皮瓣动脉危象, 处理措施及时适当, 可在短时间内缓解。所以, 皮瓣一旦出现动脉供血不足现象, 我们常规措施是马上静推罂粟碱 30~60mg, 并酌情给予止痛剂和保温措施, 半小时后皮瓣血运仍未改善则说明动脉吻合口已有血栓形成, 应立即报告医生行血管探查。皮瓣静脉危象多由吻合口栓塞或血肿压迫、皮肤缝合张力过大等因素引起, 应马上解除包扎, 排除外在压迫因素。若皮瓣下有血肿则应放出积血以减压, 应用上述措施无效则说明静脉吻合口有栓塞, 应及时探查。本组共出现静脉危象 4 例, 2 例于危象发生后 3 小时及时探查而皮瓣成活, 2 例由于保守治疗时间过长, 于危象发生后 16 小时探查, 见皮瓣静脉广泛血栓形成, 手术失败, 皮瓣失活。 (收稿: 2000-09-08 编辑: 李为农)

## 腰椎间盘突出症术后并发症的预防及护理

苏伟平<sup>1</sup> 赵海英<sup>2</sup> 李春梅<sup>1</sup>

(1. 玉林市红十字会医院, 广西 玉林 537000; 2. 玉林市第二人民医院, 广西 玉林)

我院自 1991 年至 1999 年 6 月共施行腰椎间盘突出症手术 542 例, 其中出现有关并发症 18 例。本文就术后并发症的预防及护理介绍如下。

## 1 临床资料

本组病例 542 例, 其中男 328 例, 女 214 例, 年龄 18~67 岁, 病程 12 天~9 年。全椎板切除术 122 例, 半椎板切除 193 例, 再加神经根扩管 58 例, 带蒂腰椎板楔形截骨瓣再植 169 例。全部手术都做了髓核摘除术。

## 2 术后并发症预防及护理

**2.1 椎间隙感染** 本组 5 例术后发生椎间隙感染, 其中 1 例术前合并上呼吸道感染, 症状基本缓解即手术。另 1 例术前血沉偏高, ESR 25mm/h。我们认为此 2 例病人术后发生椎间隙感染与术前合并其他部位感染有关。针对上述感染的原因, 预防措施有: ①择期手术: 合并有其他部位感染者需在感染完全控制后才能手术。②作好病人卫生清洁工作, 术前按骨科无菌手术常规备皮。③手术

室术前 1 小时常规空气消毒, 按无菌手术室标准严格控制人员出入和着装, 手术按无菌操作程序施行。④术中止血彻底, 术后引流充分, 避免积血存留。⑤加强引流管的护理, 翻身时避免管道脱落, 防止逆行感染。椎间隙感染发生后应用抗生素直到临床症状消失 2 周, 同时护理上应让病人腰部制动, 严格卧床 1~2 月。卧床期间作好生活护理, 预防褥疮的发生。感染未彻底控制时, 停止直腿抬高、腰背肌锻炼, 以免诱发腰部痉挛性

抽痛。如经上述处理病情未得到改善者,需再次手术。本组 2 例经再次行感染椎间隙病灶消除,术后加强护理痊愈出院。

**2.2 神经根水肿、粘连** 术后予甘露醇 250ml 加地塞米松 20mg 静滴,连用 3 天,可以预防及减轻神经根水肿。术后早期锻炼是防止神经根粘连的有效措施,麻醉过后,指导鼓励病人直腿抬高,初次由 30° 开始,逐日逐渐抬高幅度,并在医务人员或家属的协助下做压膝压髌等被动活动,以牵拉神经根防止粘连。本组 3 例术后出现神经根水肿,经脱水、早期功能锻炼等处理,5~7 天后症状征消失。

**2.3 脑脊液漏** 本组 4 例发生脑脊液漏,发现脑脊液漏后及时报告医生,立即抬高床尾,采取堵漏方法加以纠正,局部加压包扎,减少脑脊液溢出以免产生低颅压性头痛。禁止坐起或站立。注意观

察引流液量、性质及颜色。拔管后注意敷料渗液情况,观察引流口处有无脑脊液漏。本组 4 例病人经局部加压包扎,绝对卧床 3~5 天后脑脊液漏消失。

**2.4 脊柱不稳** 本组 3 例术后出现脊柱临床不稳现象。预防措施有:术后 1 周开始指导协助病人行腰背肌锻炼,教会要领,保持正确姿势。开始先用飞燕式,3 天后用五点支撑法,1~2 周后改为三点支撑法,每天 3~4 次,每次 40~50 下。以后逐渐增加次数,循序渐进,强有力的腰背肌对维持脊柱稳定有重要的作用。另外,手术方式的选择对不稳有影响,我院近年来采用带蒂腰椎椎板楔形截骨再植术式,既保持了脊柱后部结构,又有效防止术后因后柱结构破坏而引起腰椎不稳。

**2.5 血肿形成** 预防措施有:①术中操作轻巧细致,避免盲目广泛探查剥离,用

双极电凝彻底止血。②术后保持引流管通畅。护理上加强病情观察,术后注意观察双下肢麻木、疼痛是否加重,有无排尿困难等血肿压迫早期症状。一经确诊,应尽早手术治疗。本组 2 例术后发生血肿形成,由于尽早发现及时手术消除血肿,未留下任何后遗症。

**2.6 下肢血栓形成** 本组 1 例术后 3 天出现右下肢疼痛、肿胀明显,疑为右下肢血栓形成,经予活血化瘀、溶栓等治疗 4 天后症状体征消失。预防措施有:①术前检查下肢血液循环情况,疑有脉管炎者,手术应慎重。②输液速度不宜过快,以减少对血管内膜刺激。③术后抬高下肢 15°~30°,并行直腿抬高、踝关节背屈活动等,都为有效预防方法。

(本文承蒙钟家云副主任医师审修和指导,特此致谢。)

(收稿:2000-01-16 编辑:程爱华)

## • 病例报告 •

### 闭合性损伤引发梭状芽胞性肌坏死一例

倪进华  
(河间市人民医院,河北 河间 062450)

患者孟某某,男,43 岁,主因右大腿被轧伤疼痛肿胀 18 小时而入院。患者缘于入院 18 小时前用小拉车拉水时不慎右大腿被车轮轧过。当时自觉轻微疼痛,未见有皮肤破损,患者继续工作。3 小时后自觉疼痛加重,卧床休息。8 小时后,自觉右大腿剧痛,有胀裂感。遂到一私立骨科医院就诊,拍片未见骨质损伤。怀疑有血肿,给予穿刺,未抽出血液。后疼痛加重,右大腿皮肤发紫,伤后 18 小时为诊治入我院。查生命体征正常,于右大腿大转子至膝部高度肿胀,皮肤紫红色,表面有血性水泡,未见有伤口。按压右大腿张力感,有捻发音。足趾血运可,感觉迟钝。观诊所拍 X 线片,可见右大腿肌群间有积气。入院诊为右大腿梭状芽胞性肌坏死,局麻下给右大腿内外侧广泛切开,可见股外侧肌及股直肌广泛呈暗红色,无弹性,无出

血。内有大量积气、恶臭。给予坏死肌肉去除,伤口双氧水反复冲洗、湿敷,青霉素静点,吸氧。于入院 11 小时后血压下降至 9/5kPa。给予输血 400ml,血压回升至正常。伤口内渗液涂片回报,可见 G<sup>+</sup> 粗大杆菌。入院 18 小时患者病变范围扩大至腹股沟上 10cm、膝下 15cm,再次扩大切口范围及数量,伤口 1:5000 高锰酸钾液开放点滴,动员患者及家属截肢,未得同意,继续保守治疗。于入院 43 小时后,血压再次下降,且尿色呈褐色,再次输血 400ml,生命体征平稳。患者精神逐步好转,因本院无高压氧,于入院 5 天后转上级医院治疗。

#### 讨论

梭状芽胞性肌坏死,通常发生于开放骨折、深层肌肉广泛挫伤、伤口内有死腔和异物存留或伴有血管损伤、局部血运不良的伤员中。近年来,随着清创术

的进展,已少见发生。本例患者为闭合性损伤,无伤口而引发梭状芽胞性肌坏死,更属少见。临床表现:局部呈胀裂样剧痛,皮肤苍白、水肿,随后呈紫红色,最后变黑色。有暗红色水泡生成。病变局部有捻发感。全身症状以毒血症症状为主。表情淡漠或烦躁不安,高热、脉搏快速、血压下降。X 线可见肌群内积气,渗液涂片可见 G<sup>+</sup> 粗大杆菌。治疗:①紧急手术:全麻或局麻下在病变区广泛、多处切开,切除无活力肌肉,术后氧化剂冲洗,湿敷。②抗生素应用:术前、术中、术后大剂量应用青霉素,对青霉素过敏者应用红霉素。③高压氧治疗:可提高组织的氧含量,抑制厌氧杆菌生长。④全身支持疗法:少量多次输血,纠正电解质及酸碱平衡,高热量、高蛋白饮食,止痛,退热等。

(收稿:2000-09-14 编辑:李为农)