维普资讯 http://www.cqvip.com

尺挠骨骨折3例。双股骨下段粉碎性开放骨折并在左腘动脉损伤1例。双股骨中段骨折并右侧胫腓骨下段粉碎性开放骨折。

二、治疗结果：1例双下肢多处骨折并单侧肱骨骨折、因年老患糖尿病多年，住院10天并发粪石性肠梗阻，经手术治疗。2例开放性骨折术后伤口感染，经抗炎局部换药治愈。本组10例无肺部感染、泌尿系感染及深静脉栓塞并发症，无褥疮发生。临床痊愈出院，随访所有病例骨折愈合。9例肢体功能正常，1例胫腓骨下段粉碎性骨折，严重损伤踝关节致功能障碍。

三、护理体会：1.术前护理：(1)积极抢救休克，立即开通静脉通道，大量快速补液输血；(2)定时四测，观察生命体征，了解病情变化。(3)清洁伤口，减少污染包扎出血。(4)伤肢制动，固定于功能位，防止再损伤。(5)观察肢体末稍皮肤颜色及温度，以便了解有无大血管损伤及局部受压。(6)留置导尿，记录尿量，了解有无急性肾衰和血溶量补充情况。(7)做好急症手术前准备。2.术后护理：要点是防止并发症，促进骨折愈合和功能恢复。难点是如何变动体位，即要维持伤肢制动，又要做到躯体定时翻身，全身受压部位定时按摩。我们的实践体会总结如下：(1)定时翻身按摩：多肢体制动，病人配合困难，我们采用患者身体重心移动，配合躯干托起法，使臀部离开床面5～10cm，解除骶尾骨及背部受压并达通风透气，同时可进行受压部位按摩及床面整洁，保持床面平整清洁干燥，每2小时一次，预防褥疮发生。(2)鼓励和扶助病人进行床头上活动，采取坐位或半卧位，加强深呼吸，可有效防止坠积性肺炎，并可促进胃肠蠕动，避免腹胀及便秘。(3)早期肢体功能锻炼：指导和协助病人进行关节活动，下肢可练习踝关节的背伸、跖屈和趾关节活动，上肢可练习腕关节和掌指活动，并进行患肢按摩2小时一次，促进血液循环。维持肌张力，达动静结合的治疗目的。可有效的防止肌肉萎缩，关节僵直及深静脉栓塞并发症。(4)预防泌尿系感染：留置导管时应严格无菌操作，定时更换导管及膀胱冲洗。还应注意因长期卧床代谢降低，骨骼脱钙，容易形成泌尿系结石或并发感染，应鼓励患者多饮水，促进代谢加速排泄。(5)饮食护理：卧床病人，胃肠功能低下，应食用营养丰富，富含维生素、钙、铁食物，增餐减量，多食蔬菜，润肠促排。对便秘者应给予重视，可服用缓泻剂，防止胃肠道并发症。

(收稿：1998－12－14)

134－135 动静脉内瘘 手术后 护理 33

动静脉内瘘术后护理体会

王正* R473.6

对于慢性肾衰病人来说，制备与保护好一个动静脉瘘，减少并发症的发生，延长其使用时间，是直接影响病人存活的重要条件，内瘘术后早期护理尤为关键。我院自1996年至1998年6月，37例患者进行了手虎口部位内瘘建立术，是利用第一掌骨间隙的桡动脉终支，与其上方浅层的头静脉做动静脉吻合。体表位置在鼻烟壶下方约1cm手背虎口处。术后经我们的保养和保护，利用这段血管做的血液透析，临床收到满意效果，给维持性血透患者创造了良好的血液通路。

一、临床资料：本组37例均为慢性肾炎引起的尿毒症，其中男21例，女16例，年龄19－67岁，平均年龄为43岁。手虎口部位内瘘皮肤切口10～15cm，血管吻合口4～5cm。均采用头桡动脉端侧吻合。内瘘一旦建立即可见吻合口及头静脉充盈，并在手腕部可触及震颤及闻及血管杂音。术后前臂头静脉逐渐动脉化，一般在术后7～30天内使用内瘘穿刺透析，血流量均在200～300ml/min，透析效果满意。30例内瘘透析2～19个月后行肾移植而终止使用，7例至今仍在使用。

二、护理体会：1.护士跟班参加造瘘术，了解患者造瘘血管，特别是静脉血管条件，掌握术后内瘘血管杂音的观察。对血压偏低者纠正低血压，包扎过紧者适当松解。抬高肢体，减轻水肿。伤口渗血较多者给予有效处理。2.为了尽早使内瘘显露、创口愈合后功能锻炼，对年龄大，血管硬化较明显，动静脉弹性差的患者术后24小时后对内瘘血管热敷，促进内瘘血管的扩张与成熟。3.首次穿刺根据病人情况而定，合理安排

* 作者单位：310004 杭州市解放军第475医院人工肾室

维普资讯 http://www.cqvip.com

穿刺部位，穿刺点可在腕横纹上 20～30mm 处进行，由于此段头静脉管壁最厚，位置最表浅。早期穿刺不易引起皮下血肿。我们最早在术后一周穿刺使用，为了减少对内瘘血管的损伤，将静脉回路选在另一肢体上。为提高一针见血率，使用前几次均由专人穿刺，穿刺者必须技术熟练，一针到位。4.内瘘操作不当引起血肿、感染，按压过重引起血管狭窄→闭塞，都会影响内瘘的寿命，预防上要注意：(1)进行卫生宣教，指导患者自我保护内瘘。(2)合理止血包扎是延长内瘘使用的关键之一。血透结束后棉球按压血管穿刺点 15～20 分钟后用创口贴加压止血，加压力以该处血流能通过而不出血为宜，避免按压过重引起闭塞。(3)严格无菌操作，预防局部感染。(4)对穿刺后的皮下血肿，应及时处理并更换穿刺部位。(5)熟练掌握全身肝素化，边缘肝素化，无肝素化透析的适应症和用量，在寒冷季节使用促红细胞生成素后及时调整肝素用量，预防高凝状态血栓形成闭塞，内瘘血管。(6)正确测量体重，掌握脱水量，及时调整体重，避免超滤过多过快导致低血压引起高凝。

(收稿：1998－12－15)

一次性新生儿吸痰器的应用体会

李红艳*

胎儿娩出后，护理人员应迅速清除口腔及咽部粘液和羊水，以免发生吸入性肺炎及堵塞呼吸道、避免吸入性肺炎，呼吸道的清理速度及清理程度更是至关重要。

过去，新生儿呼吸道清理都使用吸球或橡胶吸痰管，吸球清理呼吸道不能完全彻底，因它不能清除深部粘液和羊水，而橡胶吸痰管在没有低负压吸引器的情况下，完全不能使用，而且对于吸出物的量、性质只能做以估计，吸球和橡胶吸痰管还必须浸泡或高压反复消毒，反复使用，常常出现老化甚至漏气，当吸出物粘稠时，容易引起阻塞，另外橡胶管较软有时容易盘居口腔，无法达到彻底吸痰的目的。

我科自九五年开始使用一次性婴儿吸痰器以来，经过三年的临床实践证明，该吸痰器，不但操作简便，而且易于准确观察吸出粘液及羊水的量、性质，并且在没有低负压吸引器的情况下照样使用，避免了因吸痰不及时彻底，而造成的新生儿吸入性肺炎及窒息，通过三年的临床应用，获得了满意的效果。

一、操作过程：1.使用前首先检查一次性吸痰器包装及吸痰器本身质量，确定该吸痰器小容量完好，无漏气，管子无裂缝漏气。2.检查低负压吸引器功能是否正常，如有问题无法使用时，可改用人工口吸法。3.打开一次性新生儿吸痰器，大头(兰色)接低负压吸引器(或操作者口)，另一头准确插入新生儿口腔。4.在分娩台上，操作者必须严格无菌操作，穿无菌隔离衣，带无菌手套，胎儿娩出后，操作者立即使新生儿头部后仰，充分开放呼吸道，将一次性新生儿吸痰管的另一头，迅速准确的插入新生儿呼吸道内，进行清理，应准确及时彻底的进行操作，至呼吸道吸入粘液羊水彻底清除，吸出物则流入小容器内。5.操作者必须特别注意，在操作过程中，吸痰器上的小容器必须保持水平直立。6.在喂养过程中如出现呛咳并误入气管时，可随时使用。

二、体会：1.一次性吸痰器，操作简便，易于掌握，不需要其它特殊环境、设备，观察起来比较直观，便于准确观察所吸出物的性质，以判断新生儿有无宫内窒息，以便及早预防治疗。2.使用方便，可随时就地抢救使用。3.一次性使用，无需反复使用消毒，成本低体积小，携带方便，避免交叉感染。4.只要使用得当，无阻塞现象发生。软橡胶管稍硬，且无刺激不会造成创伤、插起来特别容易方便，不易造成盘折，真正达到了迅速抢救的目的。

(收稿：1998－12－08)

* 作者单位：833200 新疆奎屯医院妇产科