维普资讯 http://www.cqvip.com

组肝功恢复较 MVK、MWK 两组差，以 MVK 组恢复最好。

TOG 组术后 10.2%的病例出现并发症，MWK 组及 MVK 组分别为 6.6%及 2.2%，术后 TOG 组有 3.3%的病例发生肝昏迷，而 MWK 组及 MVK 组无肝昏迷发生，术后 30 天死亡率为 0.6%，而 MWK 组及 MVK 组无手术死亡。

三、讨论：对肝癌患者围手术期的护理直接关系着患者的预后，但不同的切肝方式，围手术期间的护理重点也有所不同，要求做到有的放矢，每个护理内容都应围绕着帮助患者术后尽快康复这一目的来实施。

本文统计的资料显示，传统手法切肝给患者造成的损伤大，手术时间长，术中出血量多，术后患者肝功及全身状况的恢复慢，并发症多，肝昏迷的发生率和手术死亡率显著高于其它两组病人，术后护理应重点注意以下几点：(1)严密监测生命体征。(2)术后密切观察神志状态。(3)注意肝功的变化。根据我们的经验，肝叶切除术后 3 天内 AST、ALT 明显升高，总胆红素显著升高，皮肤、巩膜可出现黄疸，或黄疸加深(术前即有黄疸者)，术后经积极处理后，术后 7～10 天，AST、ALT 可恢复至术前水平或接近正常水平，如术后 14 天，黄疸持续加深，酶学水平居高不下，甚至继续上升，则提示预后不良。(4)腹腔引流液及胃液的观察。

微波刀切肝具有凝固、止血、切割的功能，具有切肝时间短、止血效果好、安全性大的优点。本文中 MWK 组病例有 64 例未有术中输血，术后并发症发生率仅 6.6%，肝功恢复较快。但是微波辐射可造成远处血管内的红细胞溶血，出现血红蛋白尿，本组中 6 例出现血红蛋白尿，2 例发生肾功不全，加之手术中切除、凝固组织后，断面上仍残存少许固化组织起防出血、防胆漏的作用。因此术后应注意以下几点：(1)腹腔引流管应保持至 14 天，因为术后 6～10 天断面上残留的固化组织发生软化、溶解、吸收，断面周围的较大的胆道及血管可能被微波辐射及引起热损伤，在固化组织溶解可发生出血、漏胆，因此腹腔引流管的拔除时间应延长至 2 周。(2)利尿及碱化尿液。因为微波辐射引起溶血、导致血红蛋白尿的发生，为预防肾功不全，可于术后用 5%碳酸氢钠 250ml/日静滴，连用三日，碱化尿液同时适当利用。(3)体温的监测。经微波刀切肝后的病人，于术后 1 周左右体温又从正常升至 38.5℃左右，但血常规中白细胞一般不升高，此种发热可能是由于创面坏死组织吸收引起的反应，一般对症处理即可。但体温超过 39.0℃或有白细胞升高，病情加重、患者易疲劳，乏力等情况时，应警惕创面感染的发生，应及时向医生报告。

负压刀在我科于 97 年试用，目前已实施 44 例，它是利用负压将肝组织吸碎而保留较坚韧的肝内血管和胆管另做处理。使用负压刀切除肝叶，肝断面直径 0.3mm 以上的管道能充分显露，故术中结扎很彻底，手术时间短，术后并发症很少，病人恢复快。因此用负压刀切肝后，术后护理无特殊要求，按常规腹部手术后的护理即可。但是手术中、术后肝创面出血为渗血，故术前予以立止血，如有 PT 延长者，应于术前纠正凝血功能。术后在使用止血药的同时，加强营养支持，促进创面的愈合。

围手术期

(收稿：1998－12－11)

133-134 四肢骨折 粉碎性骨折 护理 32

四肢多处多段粉碎性骨折围手术期的护理

曾 宏* 陈 珂* 班新能**

R683.420.5
R473.6

四肢多处多段粉碎性骨折是临床较常见的急性创伤，多伴有失血性休克，需紧急处置，术后需外固定，以保持内固定的稳定性。多肢体制动、长期卧床，严重影响着机体的恢复，如何维持机体的动态平衡，预防并发症，如何应用动静结合治疗，促进骨折愈合和功能恢复，是护理工作的中心要点，笔者以 1995 年 4 月至 1997 年 10 月收治 10 例四肢多处多段粉碎性骨折，护理取得满意效果，总结如下：

一、临床资料：本组 10 例，男 7 例，女 3 例，最大年龄 58 岁，最小年龄 28 岁，平均住院天数 78 天，最长达 128 天。双股骨中段及双胫腓骨粉碎性骨折并上肢肱骨骨折 5 例；单侧股骨、双胫腓骨粉碎性骨折并单上肢

* 作者单位：833200 新疆兵团奎屯医院骨科
** 新疆兵团电大护校

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