维普资讯 http://www.cqvip.com

时,应及时通知医生予以更换;④增强全身或局部机体抵抗力,预防呼吸道感染[2]。严密观察皮瓣血运。术后1~3 d皮瓣易发生血管危象,应严密观察皮瓣血运情况。为了便于观察,包扎敷料时应留一小窗。观察过程中,要详细记录皮瓣情况,如发现异常,应及时通知医生处理。同时,应保持创面敷料干燥清洁。饮食上增加蛋白质及含钙、磷丰富的食物,如牛奶、豆浆、鱼、虾等,并食用高维生素食物,多饮水,以防因大便干燥引起血管痉挛。对于疼痛剧烈的患者可给予镇痛治疗。

正确的功能锻炼对患者的手功能恢复至关重要,断蒂前患者石膏背心固定在位,以活动健侧肢体及关节为主。断蒂后,练习患指屈伸、内收,外展等活动,加强主动和被动活动联系,鼓励患者练习肩关节旋转外展活动,肘关节屈伸、前臂旋前、旋后等动作,练习手指屈伸、对指活动,以促进患指功能的康复[3]。

总之,如何正确指导患者进行功能锻炼等是带蒂皮瓣移植用于治疗环境,重视病人的体位护理、疼痛的护理、皮瓣血运的观察及心理疏导等是皮瓣移植成功的关键。

[参考文献]

[1] 程 超,余英楠.显微外科皮瓣移植围手术期的观察和护理[J].实用护理杂志,2003,19(6):222.
[2] 赵新巍,赵 榕.手部深度烧伤带皮瓣修复术的护理体会[J].局解手术学杂志,2003,12(5):328.
[3] 充华章.腹部带蒂皮瓣移植术后的护理[J].实用手外科杂志,2006,20(4):226.

(编辑:周小林)

急诊冠脉介入手术配合与护理体会

刘 开,刘 芳 (中国医科大学附属第一临床医院心内科,辽宁 沈阳 110001)

[关键词] 急性心肌梗死;介入手术;护理
[中图分类号] R541.4;R472 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)03-0219-02

在急性心肌梗死发生6~12 h内通过冠状动脉急诊介入治疗(PCI术)开通闭塞的冠状动脉是一种很好的血运重建方式,也是目前国内外治疗急性心肌梗死常用的行之有效的方法。我院2003年1月至12月采用此法共救治病人96例,取得了很好的效果。现将有关手术配合与护理体会报告如下。

1 临床资料与方法

本组患者96例,其中男54例,女42例;年龄34~76岁。常规消毒铺无菌单,用10%利多卡因局麻后穿刺右股动脉,送入F动脉鞘,分别用JL 4.0和JR 4.0导管行左右冠状动脉造影;如有75%以上的狭窄,再用引导管行冠状动脉造影,将引导钢丝送入狭窄支远端,用PTCA球囊扩张后放入支架。术毕,缝合股动脉,加压包扎。结果96例患者全部康复出院,无1例死亡。

2 手术配合

急诊介入治疗同平诊介入治疗相比不但风险大,还会出现各种并发症,如急性左心衰、肺水肿、心源性休克、严重的室性心律失常所致的心跳、心脏破裂,甚至心脑综合征等。要求手术配合护士有娴熟的技术和较强责任心以及训练有素的急救应变能力和较丰富的围手术期急性心肌梗死并发症的处理经验。在术前,护士要预见术中可能发生的问题,制订相应的防治措施、备齐各种抢救药物及特殊导管器械等是手术顺利实施的前提。手术当日护士还需充分估计可能发生的意外,做到有备无患。在术中,护士应密切观察,随时准备配合抢救,准确执行术中医嘱,并做好记录并严密监护。术中巡视要经常检查输液是否顺畅,并及时纠正,随时提供手术所需物品,协助手术人员无菌操作的正确执行。另外,造影剂的用量要掌握,提醒术者控制总量,特别是对肾功能不全者注意补液量。对于股动脉穿刺后给肝素3 000 U静脉注射,如行PTCA支架植入术则给肝素1 mg/kg体重后每小时追加2 000 U。准确记录每次给肝素的时间、剂量,观察有无出血倾向[1]。

3 护理体会

室颤是PTCA术中最常见的且最严重的并发症,可危及患者的生命,因此术中心律的观察非常重要。持续心电监护,对于室颤的前兆,如频发室性早博等,要提高警惕并积极处理。除颤仪应在术前检测,术中置于床旁,随时作好除颤的准备,护理人员应熟练掌握正确的除颤技术并具备很强的应急能力。如果患者除颤次数多,除颤时注意保护患者的除颤部位皮肤,电极板上多涂导电糊或用盐水纱布覆盖皮肤后再除颤。本组病例中有1例急性心梗患者术中除颤达22次,由于皮肤保护良好,患者得到及时成功救治。急诊患者病情较重,处于极度恐惧状态,全身大汗淋漓,此时患者最需要安全感,需要扶持和安慰,护理人员要以热忱、耐心、和蔼的态度对待患者,抢救工作应做到"稳、准、快",要有条不紊、镇定自如,以消除患者恐惧紧张心理,使之增强信心积极配合治疗,减少心律失常的诱因[2]。

PCI支架术是近年来国际范围内推崇的新技术,是一种创伤小、痛苦少、不留疤痕的介入方法,具有操作简单、安全、技术成功率高等优点。急诊PCI术救了许多急性重症心脏病患者的生命,极大地提高了急性心肌梗死患者的生存率。介入治疗

[收稿日期] 2008-02-04 [修回日期] 2008-03-01

维普资讯 http://www.cqvip.com

是微创性的疗法,但仍可能发生某些并发症,积极预防、减少患者并发症的发生是手术护理工作的重点,护理人员必须予以重视。

[参考文献]

[1] 王麦玲,雷爱英.冠状动脉介入术85例临床护理体会[J].护理与临床,2006,10(9):822-823.
[2] 曹 滢,郭 晖.冠心病介入治疗的围手术期护理[J].局解手术学杂志,2004,13(4):242.
[3] 曾小芳,方少意,李 庐,等.急诊冠状动脉内介入术的围手术期护理[J].实用医技杂志,2004,11(7):1130-1131.

(编辑:周小林)

微型钢板治疗指骨骨折45例临床分析

孙承东[1],潘宝军[1],王清义[2],寻之鹏[1] (1.牡丹江林业中心医院骨科;2.牡丹江医学院附属红旗医院骨科,黑龙江 牡丹江 157011)

[关键词] 指骨骨折;微型钢板;内固定
[中图分类号] R274.11 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)03-0220-01

手部骨折的固定治疗一直是困扰手外科医生的问题之一,对于手部骨折应使用AO微型不锈钢板内固定治疗,手外科医生们的意见已基本达成共识。2003年5月至2006年10月,我科对45例指骨骨折患者应用微型钢板固定指骨骨折,术后临床效果良好。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组共45例51指,其中男30例,女15例;年龄18~60岁。致伤原因:电锯伤28例,绞伤7例,挤压伤10例;骨折部位:拇指8指,示指11指,中指16指,环指9指,小指7指;左手11例,右手34例,新鲜骨折49指,陈旧骨折2指;应用AO微型钢板直型31指,"T"型6指,"L"型10指,"工"字型4指。

1.2 手术方法

指根阻滞或臂丛麻醉,大多采用指骨侧方正中纵行切口,中节沿侧束掌侧切开,近节纵行切开背侧腱膜暴露骨折端,将钢板放在指骨侧方;极少数采用背侧弧形切口,沿腱周膜切开皮肤,近节纵形劈开伸肌腱显露骨折端,中节指骨于伸腱一侧显露骨折,骨折复位后钢板置于背外侧。术后石膏托固定4周,石膏取下后进行功能锻炼。

2 结果

微型钢板固定术后随访6~12个月,45例患者均达骨性愈合,无螺钉松动、变形、断裂,骨折骨性愈合时间3~6个月,平均4个月。按中华医学会外科手功能评定标准[1]:优27例,良11例,可5例,差2例,优良率达84%。

3 讨论

目前国内外学者已基本达成共识,即应用牢固的内固定比其他方法更佳。传统方法以克氏针、髓内针应用较多,采用克氏针顺行或交叉穿针固定有诸多优点,如取材方便、省时省力、成本低、操作简单;但缺点也显而易见,如固定不牢固、容易贯穿关节、针尾外露,使克氏针不能常时间置留,6周后拔针未达到骨性愈合,功能练习后易发生骨折不愈合或成角畸形,且易发生关节僵硬、骨不愈合及肌腱粘连需多次手术。经过长期随访,发现90%以上的病人均有后遗症,如术后因肌腱粘连造成手指不能恢复到象健侧手指一样的伸曲功能,或造成手指轻度旋转畸形[2]。目前微型钢板通过改进克服了以往钢板固定复杂、费时又费力缺点,配套的打入器械操作方便,使用2~4孔的短型钢板螺钉少、操作省时简便,可提供稳定的固定,因此微型钢板在指骨骨折中得以广泛应用。

牢固的内固定可促进骨折愈合,劳杰等[3]报道应用微型钢板内固定治疗手部骨折,X线片显示比克氏针固定愈合时间早2~4周,固定牢固不贯穿关节,骨折断端不愈合成角并发症少,内固定材料体积小,固定牢固,可早期功能练习减少了肌腱粘连、关节僵硬的发生,有利于手功能康复,一期闭合伤口没有针外露,不需长期换药,内固定保留时间长,直至骨性愈合,不用担心早拔针的并发症[4]。本组未见骨不愈合现象。而不足之处是费用昂贵,且需二次手术取出。

[参考文献]

[1] 潘达德,顾玉东,侍 德.中华医学会手外科学会上肢部分功能评定试用标准[J].中华手外科杂志,2000,16(3):130.
[2] 顾玉东,王澍寰,侍 德.手外科手术学[M].上海:复旦大学出版社,2007.244.
[3] 劳 杰,顾玉东,徐建光,等.应用AO微型不锈钢板内固定治疗手部骨折[J].中华手外科杂志,2002,18(2):66.
[4] 贾新斌,赵晋社.微型钢板内固定治疗掌指骨骨折[J].临床和实验医学杂志,2007,6(10):69.

(编辑:朱志立)

[收稿日期] 2008-01-15 [修回日期] 2008-03-03