维普资讯 http://www.cqvip.com

贴附于股骨外侧皮质,逐一打孔固定,并拧入固定螺钉。各方向活动患肢,检查固定的稳定程度,拔除克氏针及导针,冲洗切口,放置胶管负压引流。

2 结果

下地负重时间最早为4周,最晚11周,平均为33.7 d。27例随访1~5.5年,骨折全部愈合,无骨折不愈合或髋内翻,无断钉及钢板折断等并发症发生。其中5例已取出内固定,功能满意。3例病人因各种内科疾病无法下地行走,其余均能在床上自主翻身起坐。

3 讨论

对于髋部骨折的治疗,近年来许多学者主张骨折手术内固定[1-2]。手术的优点是坚强的内固定和早期离床下地活动,以免长期卧床引起严重的并发症。DHS的结构近端为松质骨粗螺纹,远端有滑动槽,侧方钢板为带键的套筒钢板,粗螺纹钉在套筒键上滑动。生物力学研究和临床应用表明该钉具有静力及动力加压作用,是目前治疗粗隆间骨折最好的内固定物[2],其特点是将加压螺钉插入股骨头颈部以固定骨折近端,尾部套一侧方钢板固定骨折远端,骨折固定后大部分负荷由钉板承担,骨折部位承受负荷较小,加压螺钉穿出股骨头及切割股骨头情况极少发生[1]。由于滑动加压螺钉加侧方钢板系统固定后可承受大部分负荷至骨折愈合,固定后股骨颈干角自然恢复,骨折特别是骨距部分可产生加压力,从而有效防止内翻畸形,有利于早期下地活动,早期负重。

通过临床观察,作者认为该手术有以下特点:①早期功能锻炼,术后第3 d即可坐起活动,2周后在床上进行下肢屈伸活动,4~6周参照X线片骨折愈合情况去拐负重行走即可下地活动,克服了长期卧床的并发症且易被患者接受。②置钉的准确性及骨折良好复位对于手术成败极其重要,大粗隆下缘下2 cm股骨干外侧骨皮质是入针的最佳位置,术前应拍摄健侧髋关节X线片,进行仔细测量。③C型臂电视X线机透视下对骨折复位,极大地缩短手术时间,减少出血量,减少医生及患者受X线照射时间。该手术需注意:①对年龄偏大,X线明显疏松的病人,打入导针要求一次成功,不用攻丝,直接拧入粗螺纹钉,否则可致螺钉松动。②术前拍摄健侧X线片,找准入针点的位置及选择长短合适的DHS螺钉,防止过长穿破股骨头皮质,术中充分利用DHS导向器,选择角度合适的侧方钢板。③对于合并小转子骨折移位者,应尽可能予以固定,以建立股骨上端后内侧稳定,而不能只依靠动力髋螺钉维持稳定。术中小转子骨折的复位难度较大,解剖复位不太可能,用一枚拉力螺钉固定即可。若大粗隆粉碎,可加以支持钢板及螺钉固定大粗隆。④严重骨质疏松及不稳定型骨折病人有一定内固定失效,术中需注意尖顶距,必要时骨通道内填入骨水泥来增加股骨头的抗压强度。

[参考文献]

[1] 侯树勋.创伤骨科学[M].北京:人民军医出版社,2002.8.
[2] 胡 磊,胡召云,周骏武.动力髋螺钉内固定治疗股骨粗隆间骨折[J].中国现代医学杂志,2004,14(24):148-149.

(编辑:张天飞)

肺切手术呼吸道围手术期的护理

白红梅[1],庞会娟[1],张爱冬[1],沈兴艳[2],荆 涛[2],徐宝风[2] (1.佳木斯市结核医院胸外科,黑龙江 佳木斯 154007;2.佳木斯市胸科医院胸外科,黑龙江 佳木斯)

[关键词] 肺切除;呼吸道;围期手术;护理
[中图分类号] R563;R782.05 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)02-0139-02

肺切手术后由于术中吸入麻醉药物使气管及支气管纤毛运动减弱、呼吸道分泌物增多,容易造成气道阻塞。如不能有效咯出,可引起肺不张,进而导致低氧血症和高碳酸血症以及肺炎。我院2000年1月至12月对284例肺切患者的呼吸道围期手术期的护理,仅有2例病人因是高龄、心肺功能差而出现肺不张,其他282例无并发症发生。现将护理体会总结如下。

1 临床资料

本组资料282例,其中肺切手术284例,肺上叶手术122例,下叶手术94例,中下叶手术15例,全肺切除40例。20岁以下15例,21~60岁223例,61岁以上44例。病人分别患有肺良性病变、肺癌、肺大泡、支气管扩张、空洞性肺结核、结合球等。手术均在全麻下进行。

[收稿日期] 2005-10-19 [修回日期] 2005-12-10

2 围期手术期护理

2.1 术前护理

术前嘱咐病人预防感冒,做好口腔卫生,如有呼吸道的感染,可进行抗炎治疗,吸烟的的病人嘱其戒烟,减少呼吸道分泌物的产生。让病人练习咳嗽,如果无效可刺激病人胸骨切迹上气管前壁,使其被动咳嗽。并高之病人咳嗽、拍痰的重要性。

2.2 术后护理

2.2.1 心理护理 术后的病人大部分怕痛心理,耐心对病人及家属做工作讲解咳嗽的重要性,让病人家属明白叩背、超声雾化及吸入只能使痰移动、粘度降低,但不能从气道排出,吸痰器虽然可以吸出痰液,但鼻导管直接刺激呼吸道粘膜,会引起剧烈咳嗽,肺残端吻合口会因张力过大造成撕裂。因此,主动咳嗽是完成排痰是最好方法。

2.2.2 疼痛的护理 由于肺切手术后,创伤比较大,95%以

维普资讯 http://www.cqvip.com

上的病人会感觉到创口疼痛难忍,会影响病人咳嗽、食欲及睡眠等,从而致使病人咳嗽无力、食欲下降、精神状态差、甚至造成肺不张、呼吸衰竭等并发症。目前多采用静脉镇痛泵为病人止痛,其作用原理是以硅胶储药囊的收缩力为动力,通过微孔控制流量,达到有效、安全、剂量均匀给药,起到稳定的止痛效果。不足之处在于镇痛泵虽然能达到止痛的目的,但是使病人产生嗜睡感。为此,作者采用间断给药的方法,利用间歇期鼓励、督促、协助病人咳嗽与排痰,达到满意效果。

2.2.3 促进排痰 扶病人坐起,用手扣击病人背部,待病人痰液松动时由一名护士用双手轻按病人创口,以减轻由于用力时胸廓浮动而导致创口用力过大引起的疼痛,随病人咳嗽运动适度上抬双手,嘱病人轻咳几声,使痰液松动、上移,再深吸一口气,振动胸廓、将痰咯出。此时有很多病人害怕痛,不敢用力,不会咳嗽。应对办法嘱病人深吸一口气,吸气末用拇指按压病人胸骨切迹上气管前壁,引发病人咳嗽,收效很好。咽干、痰液粘稠不易咯出的病人采用超声雾化吸入的方法,即0.9%生理盐水50 ml加入α-糜蛋白酶8 000~2 000 U和庆大霉素4~8万U,超声雾化吸入20 min,每日3~4次。这样既可以起到湿化气道的、稀释痰液的目的又可以活跃气管内纤毛运动,从而利于痰咯出。肺功能不全的病人,吸痰时间不能超过病人能够屏气的时间,间歇时用此导管给予病人吸氧,交替进行,此法简单有效,可使不少病人避免气管切开。全肺切除手术的病人,其支气管残端就在隆突下方,行深部吸痰时极易刺破,所以,吸痰操作时吸痰管进入长度不能超过气管的1/2为宜,以免造成吻合口穿孔。肺叶切除术后,吸痰管需拐两次弯才达残端缝合处,穿破的可能性较小。必要时可协助医生行纤维支气管镜下吸痰、甚至气管切开。

3 出院指导

肺切手术后胸壁塌陷,指导病人做扩胸运动,每天进行患侧肩关节功能练习,应根据自身状况及承受能力,逐渐增加锻炼次数,提高机体活动耐力。每日晨起在空气清新的环境中做深呼吸运动,即深呼吸后慢慢呼出,反复数次后可增加肺活量。预防感冒,生活要有规律,保证足够的休息和睡眠时间。按医嘱用药,定期复查。

(编辑:郭光金)

疼痛的评估与心理护理措施

吴 英,聂发传,陈金梅 (第三军医大学附属西南医院手术麻醉科疼痛门诊,重庆 400038)

[关键词] 疼痛;护理;心理
[中图分类号] R441.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)02-0140-02

疼痛是临床上极为常见的症状和病人的主诉,是每一个医护人员都要面对和处理的问题。作为护理人员,我们首先要相信和理解病人的痛苦,掌握疼痛的性质和区域分布特点,除了知道痛觉的生理学知识外,还要懂得痛觉的心理知识,帮助患者尽可能减轻和解除疼痛。

1 护理评估

1.1 资料收集

资料收集对护理评估至关重要,它包括主观和客观两个方面,即病人主诉、护理观察和查体等。具体内容包括:疼痛原因及发生背景;疼痛的部位、范围、程度、深度、持续时间及由此而带来的功能障碍及其程度;疼痛性质、强度以及伴随症状;疼痛初发时间及形式;以往疼痛发作时采用的治疗护理方法及效果等。要重视每个病人受教育程度、个人修养、职业、体质和个性心理特征等方面的差异,这些都会影响病人对疼痛的敏感程度和耐受性。护士除认真倾听病人主诉外,还应仔细观察,全面系统地分析,从而确定护理诊断,详细制定护理计划。

1.2 评估方法

1.2.1 视觉模拟评分法(VAS) 该法比较灵敏,有可比性。具体做法是:在纸上面划一条10 cm的横线,横线的一端为0,表示无痛,另一端为10,表示剧痛,中间部分表示不同程度的疼痛。让病人根据自我感觉在横线上划一记号,表示疼痛的程度。轻度疼痛平均值为(2.57±1.04);中度疼痛平均值为(5.18±1.41);重度疼痛平均值为(8.41±1.35)。与之相类似的还有101点数字评分法,自制的痛尺上有0至100共101个点,0表示无痛,100表示最剧烈的疼痛。

1.2.2 Megill疼痛问答法 将疼痛分为5级,即0级无痛;1级有疼痛感,但不严重;2级轻微疼痛,不舒适;3级疼痛,痛苦;4级疼痛较剧,有恐惧感;5级剧痛。

1.2.3 Memcllan疼痛估计表 疼痛程度用目测直观疼痛标尺表示,并在印好的人体正面、背面、侧面图上画出疼痛部位(病人或护士画)。护士记录疼痛的时间、性质、止痛措施及疼痛对病人的食欲、睡眠、注意力、情绪、社交活动的影响。

1.2.4 儿童疼痛表示法 应用Eland颜色记分表示疼痛,让儿童用彩笔在图案上标出疼痛的程度及部位。

2 心理护理措施

2.1 语言

良好的语言能使患者心情舒畅,精神振奋,有助于疼痛缓解。如病人由于对所患疾病的性质缺乏认识和了解。容易产生焦虑不安和紧张情绪。医护人员则应态度诚恳、耐心细致、表情和蔼、语气温和、及时向病人讲清疾病的性质、规律及预后等,帮助病人解除顾虑。医务人员应避免语言暗示的消极影响,用其积极的一面使病人明了事理,安定情绪,变消极心理为

[收稿日期] 2005-10-08 [修回日期] 2005-12-15