维普资讯 http://www.cqvip.com

3.1.3 观察患肢 由于手术创伤大，手术部位与大血管、神经干关系密切，要密切观察患肢末端皮肤色泽和温度、有无肿胀、感觉和各关节运动有无障碍。注意牵引装置的重量、方向与体位是否保持适当关系，松紧度是否适宜，防止因过紧造成局部皮肤血供不良。

3.2 全身护理

3.2.1 观察生命体征及预防并发症的发生 由于双侧全髋关节置换术创面大、失血多，易导致血容量不足而发生失血性休克，因此手术当日要每30 min测量血压、脉搏、呼吸一次至平稳为止。每4 h测量体温至体温正常3 d后改日测两次。术后最常见的并发症是肺内感染和褥疮，护理中要多鼓励病人做深呼吸和咳痰，预防肺不张等并发症；保持床铺平整、干燥、清洁，按时抬臀以预防褥疮。鼓励病人多吃营养丰富、含纤维素多的食物，提高机体修复能力，预防便秘。鼓励病人多饮水、多排尿形成生理性冲洗，预防泌尿系统感染或结石的发生。

3.2.2 早期功能锻炼及出院指导 何时开始患肢功能锻炼及其方法、次数应因人而异，一般术后第一周嘱病人做踝关节、足趾屈伸活动和股四头肌收缩等。第二周嘱病人行股四头肌功能锻炼，患肢屈膝屈髋时，髋关节屈曲应小于45°，避免患髋内收内旋。术后3～4周可在协助下扶双拐离床活动，患肢不负重。术后3个月患肢可逐渐负重，但必须避免屈髋下蹲。病人出院后继续加强双侧患肢功能锻炼，活动量逐渐增加，防止跌伤，避免造成人工关节脱位。当上床休息时使髋关节屈曲20°，膝关节屈曲30°，下肢垫高，促进静脉回流，以减轻肢体肿胀，三个月内避免侧卧。三个月后侧卧时两腿间垫软枕，防止内收，减轻疼痛。嘱咐病人不蹲、不盘腿、不坐小板凳，定期到医院复查。

（编辑：张天飞）

会阴肛门直肠损伤诊治体会

孙亚军[1]，赵 永[2]，杨铁成[2]，徐志纯[2]

（1.鞍山钢铁集团公司弓长岭矿业公司职工医院，辽宁 辽阳 111007；2.鞍山钢铁集团公司立山医院外二科，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 会阴；肛门直肠；损伤；诊治

[中图分类号]R657.12 [文献标识码]B [文章编号]1672－5042(2004)02－0136－02

会阴与肛门直肠损伤临床常见于交通伤、冶金工业伤及意外伤害，若不能及时诊治，可影响脏器功能和致残。我科自1990年至2004年共收治32例，手术后治愈，现通过病案分析结合文献学习将诊治体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组32例，男性12例，女性20例，年龄最小6岁，最大76岁。伤后距入院时间30 min至18 h不等。损伤原因有：交通伤10例(31.3%)，高空坠落伤6例(18.8%)，钢丝割裂伤2例(6.3%)，刀刺伤12例(37.5%)，产伤2例(6.3%)。损伤部位有：18例为会阴(外阴及阴囊底部)损伤，伤口分别长2.5～6 cm，深达皮下组织；9例为肛门直肠裂伤，伤口不规则，深达直肠粘膜下层；5例直肠壁并尿道损伤，直肠壁部分缺损，尿道部分断裂。本组有11例合并肛门括约肌损伤，颅脑损伤2例，左肾损伤4例，肝破裂1例，骨盆及各部位骨折7例，不同程度休克14例。

1.2 手术方法

所有病例均采用手术治疗，术式有清创缝合术，尿道及直肠修补术及结肠造瘘术。

[收稿日期]2004－02－01 [修回日期]2004－03－15

2 结果

术后有6例老年病人合并心肺功能不全，4例切口感染，8例肛门狭窄，1例肛门括约肌缝合失败发生大便失禁。术后并发症占59.4%，但总存活率为100%，无一例死亡。

3 讨论

3.1 会阴与肛门直肠损伤早期诊断

会阴与肛门直肠损伤若不能早期诊断和治疗，易发生伤口感染，肠瘘甚至并发败血症和脏器功能不全。对一些外伤病因清楚，发生在会阴、肛门表面的损伤一般容易诊断，但对发生在直肠高位，较隐匿的创伤不易被发现，在诊察中应注意观察以下几点：①伤后有无便血和肛门流血；②有无腹痛及腹膜刺激症状；③腹穿有无血性或粪性渗出液；④X线立位腹透有无膈下游离气体；⑤肛门指诊或肠镜检查直肠壁有无缺损；⑥对疑有尿道或膀胱损伤时可进行导尿或逆行造影。以上几点对早期正确诊断，防止误诊十分重要。由于肛门直肠下端的血管和神经分布较为丰富，尤其对疼痛刺激非常敏感，要求检查时尽量手法轻柔，对小儿的检查最好在麻醉师的配合下进行为宜。检查时应注意肛门括约肌有无损伤，伤口内有无异物残留，特别要注意勿把粪便带到盆腔，防止盆腔感染。

3.2 会阴与肛门直肠损伤手术方式的选择

为了便于治疗，我们根据会阴与肛门直肠的损伤程度分为

维普资讯 http://www.cqvip.com

轻、中、重三种类型。轻型是指单纯的会阴或肛门直肠末端粘膜损伤；中型则是肛管以上的直肠损伤，但不伴有周围脏器的损伤；重型为直肠高位（腹膜返折以上）损伤，常伴有直肠肠壁的缺损和周围脏器的损伤。在治疗中，我们对轻、中型采用一期缝合修补术，同时将断裂的肛门括约肌缝合。对重型采用先做结肠造瘘，让粪便转流，同时在直肠裂伤缝合处放置骶前引流管，待肛门直肠损伤愈合后再做闭瘘术，结果疗效很好。无论对哪一种类型的损伤，手术后都必须做好抗炎、营养支持和围手术期护理，以提高治愈率。

3.3 会阴与肛门直肠损伤术后并发症的治疗

会阴与肛门直肠损伤术后最常见的并发症是肛门狭窄和大便失禁。本组有6例老年病人在术后1～2周内并发心肺功能不全，其中4例曾做气管切开，并于ICU监护；4例切口裂开；8例发生肛门瘢痕性狭窄，导致排便困难；1例因肛门括约肌缝合失败而发生大便失禁，这些并发症给病人生活和工作带来很大痛苦。在以后的随访中我们对发生肛门狭窄者采用"V"切开肛门成形术和术后反复扩肛治疗，对因肛门括约肌缝合失败而发生大便失禁患者又进行二次手术缝合，均取得良好疗效。同时，医护人员耐心指导肛门直肠损伤病人的术后扩肛和坚持做好排便功能的训练，对预防肛门瘢痕性狭窄十分重要，因此提倡加强术后随访，不断提高病人的生活和工作质量。

（编辑：黄春霞）

重型颅脑损伤的抢救及护理

王 波[1]，刘占芬[2]
（1.富锦市中心医院，黑龙江 富锦 156001；2.佳木斯大学附属第一医院，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 颅脑损伤；护理
[中图分类号]R651.1 [文献标识码]B [文章编号]1672－5042(2004)02－0137－02

重型颅脑损伤以及合并其它部位的复合伤，其病情严重、来势凶猛，在临床上有突变、易变、多变的特点，死亡率较高。特别是重型颅脑损伤的死亡病人中约70%死于伤后8 h内，如何做好重型颅脑损伤病人的急诊救护，是提高治愈率，降低死亡率的关键。本文作者根据多年临床实践经验，总结如下。

1 做好接诊工作

1.1 询问受伤经过及病情

详细了解受伤情况和时间，头部着力部位及形式、询问伤后神志是否清醒，有无中间清醒期，呕吐、肢体活动障碍等，对判断脑挫裂伤、颅内血肿有重要意义。对于头部复合伤的患者、不仅要看面部皮肤裂伤，牙齿脱落，眼外伤，满脸血污等表面现象，而且要想到合并颅脑损伤的可能。首先要分清是以颅脑损伤为主，还是以颌面部损伤为主，伤后有无意识障碍，若患者有意识障碍或呕吐时，则立即通知医生处置。对醉酒后颅脑损伤的患者要特别重视，因为醉酒者与颅脑损伤患者均可出现烦躁不安、呕吐而不易鉴别。所以，护士要密切注意意识和瞳孔的变化，为医生鉴别诊断提供依据，使患者得到及时有效的救护。

1.2 检查有无合并伤

由于重型颅脑损伤患者常因昏迷而不能提供主诉，其痛苦表情可因意识障碍而掩饰。呼吸困难症状与脑干伤、脑疝等表现相混淆。在颅内血肿形成过程中，因颅内积血、水肿、颅内压增高，可使合并有内脏出血的患者血压相对稳定，故易导致颅脑外伤合并的胸腹创伤被漏诊或误诊。

[收稿日期]2004－01－08 [修回日期]2004－03－09

2 做好急救护理、密切观察病情变化

2.1 迅速建立静脉通路，保证及时有效地供给药物

按医嘱给予20%甘露醇250 ml静脉快速滴入（30 min内滴完），以降低颅内压力，减轻脑组织损害，预防脑疝发生。

2.2 保持呼吸道通畅

立即给予吸氧3～5 L/min。让呕吐者头偏向一侧，必要时用吸引器吸出呕吐物，防止误入气管，发生窒息或并发吸入性肺炎，呼吸道有分泌物者及时吸出，但耳鼻有出血或脑脊液鼻漏时、应禁止在鼻腔吸引，以免加重颅底损伤而引起大量脑脊液外渗和出血。脑脊液耳漏者不宜填塞，以免增加颅内压升高和颅内感染的可能。呼吸不规则或有停止者，立即行气管内插管，并行呼吸机辅助呼吸。静脉推注呼吸兴奋剂。

2.3 开放性颅脑损伤的护理

尽量使伤员头部保持不动，有活动性出血点时立即钳夹止血，尔后行伤口包扎。创面或伤道内异物，不可冒然取除，也不可轻易地撼动或拔出嵌入颅脑内的致伤物，以免造成进一步的血管和脑组织损伤，躁动者除进行必要的镇静外，特别注意防止四肢和头部活动，以避免存留在头部的致伤物移位或脱落，加重脑损伤。对于头皮损伤广泛出血经包扎等处理不能制止者，可采取暂时性压迫颞浅动脉、枕动脉等头皮血供主干，有利于减少出血。

2.4 注意生命征观察及瞳孔变化

严密观察血压、脉搏的变化，发现异常及时通知医生。如脉快而细弱、呼吸不规则、血压下降，同时合并其他部位的损伤，应怀疑休克的可能，应尽快建立两条静脉通路，一条给予升