维普资讯 http://www.cqvip.com

2.3 术后护理

2.3.1 了解麻醉和手术情况，测量生命体征，观察全身情况。

2.3.2 观察患肢局部情况，注意伤口渗血和引流液的理化性质，及时更换敷料，保证术后无菌。

2.3.3 人工髋关节置换术应保持患肢外展中高位。膝关节置换术后保持膝关节屈曲约10°，两侧放置沙袋保持中立位。

2.3.4 功能锻炼：术后功能锻炼是重建有一定功能肢体的重要环节。术后即可逐渐进行患肢肌肉的等长收缩和足趾活动。术后1～2周逐渐进行关节活动，髋关节置换者练外展，膝关节置换者练膝关节屈曲。具体方法：使用CPM锻炼仪，一日两次，一次60 min；锻炼的角度设定应由小到大，本组病例功能锻炼角度从20～80°。在功能锻炼的过程中需要护士的正确指导，循序渐进，不要急于求成。

2.4 化疗并发症的观察及护理

2.4.1 胃肠道反应：病员在接受化疗的过程中均有不同程度的恶心、呕吐，其中以应用化疗药时反应为重，发生时间大约在用药后1 h，持续1～3 d。为了减轻药物的副作用，可给地塞米松，VB_6 欧必停，胃安等综合治疗能缓解，或在化疗前30 min给予止吐药，更能有效预防呕吐。另外，指导病员进行合理膳食在化疗其间进行高蛋白、低脂肪、无刺激的食物。

2.4.2 肾脏毒性：化疗药物中以顺铂对肾脏的毒性较大，在化疗前和化疗过程中应进行尿液的水化和必要的碱化。每一个疗程应详细记录24 h出入液量，每日尿量应保持在2 500 ml以上，并监测和保持尿液pH值为7.25。为了保证上述尿量应给予补液和利尿，pH低于6.5时应给予碳酸氢钠。化疗期间每日晨起检测尿常规，经常复查肾功，了解肾毒性的发生、发展情况，保证肾脏正常功能。

2.4.3 心脏毒性：表现霉素对心脏毒性较大，用药前及用药过程中应进行常规心电检查，用药中加强巡视，观察病员有无心律失常及充血性心力衰竭的表现，同时准备好抢救药，严密观察病情变化。

2.4.4 局部组织损害：化疗药物有强烈的局部刺激性，一旦外渗将引起周围组织损伤，严重还会出现局部组织坏死和溃疡。因此，在静脉穿刺时应选择粗大血管，避免同一部位反复穿刺。若发生药物外渗，应立即停药在无菌操作下用注射器多方抽吸，尽可能将渗出液吸净，然后局部封闭，冰敷24 h使局部血管收缩，减缓药物扩散。此外，在化疗过程中容易造成病员头发大面积脱落，使病人心理恐惧，易造成“病人膏肓”之感。因此，早期即用头部枕冰袋，使头部血运减速，降低药物在头部血管中的吸收。

3 讨论

针对骨肉瘤采取传统的关节截肢或关节离断术，有85%左右的病员术后1年内发生远处转移，使研究骨肿瘤的学者治愈骨肉瘤的希望寄于全身的化疗，但由于骨肉瘤对放疗相对不敏感，手术就成为控制肿瘤原发灶的主要方法，手术＋化疗是目前治疗骨肉瘤的最佳方法。近采用的保肢术大大改善了原有的治疗方法，而且给肿瘤病员也带来福音，但是在护理过程中对护理人员也提出了更高要求，要求护理人员要有全面的专业知识，敏锐的观察力和高度的责任心。

（收稿日期：2003－04－14）

严重创伤并发急性呼吸窘迫综合征65例护理体会

谢先会* 孙 薇* 刘茂英*

急性呼吸窘迫综合征（ARDS）是多种原因引起的急性呼吸衰竭，其临床特征为急性进行性呼吸窘迫和顽固性低氧血症，死亡率高达30%～60%。我院急救部自1998年1月至2001年12月救治严重创伤并发ARDS患者65例。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

按全国第二届ARDS学术讨论会标准诊断ARDS。65例患者中男性43例，女性22例。年龄20～81岁，平均43.2岁。交通伤39例，坠落伤15例，刀刺伤5例，火器伤1例，机器绞榨伤5例。创伤种类：颅脑损伤9例，胸外伤13例，腹部脏器伤5例，四肢骨折、离断6例，血管伤3例，严重多发伤25例。

2 结果

65例患者均经气管插管或气管切开行机械通气治疗，采用压力控制通气模式（PCV）加呼气末正压通气（PEEP），机械通气治疗时间平均为7.2 d（3～31 d）。在积极治疗原发病的基础上，重视全身综合治疗和监测护理，保持气道通畅，纠正缺氧，早期肠内营养支持和免疫调节治疗。本组12例死亡，死亡率18.46%，53例痊愈患者住院15～57 d，平均29.6 d。

3 讨论

3.1 病情的观察

包括神志、瞳孔、血压、脉搏或持续的心电图监测，以便于

* 作者单位：400038 重庆市第三军医大学附属西南医院急救部

维普资讯 http://www.cqvip.com

观察心率(律)的变化,定时听诊双侧肺部呼吸音,注意胸廓的起伏幅度,病人有无自主呼吸及呼吸困难,有无呼吸对抗等。此外,还应观察口唇及四肢末梢循环有无发绀,血钾、尿量、尿液pH的变化,如有异常,及时报告医生,以便于给予恰当的处理。

3.2 机械通气治疗过程中的护理

3.2.1 呼吸参数的调节:到目前为止,机械通气治疗仍是最重要的呼吸治疗支持手段之一,当 $FiO_2 > 0.5$, $PaO_2 < 60$ mmHg,应及时给予机械通气治疗。在机械通气治疗过程中,我们采用压力通气模式(PCV)并控制气道峰压(PIP) < 2.94 ~ 3.43kPa, PEEP从0.29 ~ 0.45 kPa开始逐渐增加,维持气道峰压不变,至潮气顺应性从增加到减低,确定为理想PEEP,一般不超过1.47 kPa,氧合不足时适当延长吸气时间或反比通气。PCV通气模式的吸气流量为减速波形,有利于气体交换和增加氧合,并可保证非均质的肺内各区带正常气道压不超过预定气压值,降低肺损伤的发生。为较快纠正机体严重缺氧,短时间内可使 $FiO_2 > 0.8$,长时间则应使 $FiO_2 < 0.5$,以避免氧中毒的危险。在呼吸机治疗期间,应根据血气分析结果,及时调节呼吸参数。

3.2.2 气道的护理:严重创伤易致ARDS者支气管分泌物增多,咳嗽乏力,痰血滞留气管,再加上气管插管或气管切开,易并发肺部感染,因而及时正确的吸痰,保持呼吸道的通畅就显得非常重要。我们常规采取按需吸痰,当听诊肺部有痰鸣音或 SpO_2 低于90%时,先吸入纯氧2 min,再进行吸痰,每次不超过10 s,当肺部痰液较多,短时间吸痰效果不佳时,我们采用纤维支气管镜进行肺部灌洗。特别强调的是湿化器设置的温度以低于体表温度2℃为标准,以利于气道的湿化,痰液的稀释。在呼吸机治疗期间,应严密监测生命体征的变化,特别是脉搏血氧饱和度的变化和血气分析。长时间的机械通气治疗易导致呼吸机依赖,增加肺损伤和呼吸机相关性肺炎发生的机率,因此应早期脱机。当患者自主呼吸开始恢复,潮气量和呼吸频率适当,便将PCV通气模式改为同步间歇指令通气(SIMV),并逐渐减少预置呼吸频率,每次减少1 ~ 2次/分,至患者呼吸平稳,动脉血气分析正常, $PaO_2/FiO_2 > 300$,即可脱机。

3.3 出入量的管理

ARDS时肺间质与肺泡水肿,液体潴溜增加。液体入量应适当控制,前3 d入量宜少于出量,每日保持500 ~ 1000 ml的体液负平衡,在血液动力学状态稳定的情况下,可适当使用利尿剂。因此准确记录每小时的出入液体量,以防止液体的大进大出而加重肺水肿,持续中心静脉压监测就显得非常重要。早期输液应以晶体为主,在毛细血管内皮损伤逐渐恢复后,可适当使用胶体,以提高血浆胶体渗透压,促进间质及肺泡内液体回吸收。

3.4 药物治疗过程中的观察护理

3.4.1 糖皮质激素应用的观察:早期大量应用地塞米松可保护肺毛细血管内皮细胞,减少毛细血管渗出,减轻炎症反应,缓解支气管痉挛,但严重创伤后患者易并发消化道大出血,而使用糖皮质激素后更易导致上消化道大出血,除常规使用 H_2 受体阻滞剂或质子泵抑制剂等预防上消化道大出血外,还应严密观察胃液、大便的颜色、性状、量,并作常规检查。

3.4.2 血管活性药物应用的观察:病人并发ARDS时,机体严重缺氧,会对心功能造成损害,同时存在肺动脉压力增加,肺小血管痉挛及微血栓形成。适当使用血管扩张剂,可减轻心脏前后负荷,同时也可扩张肺血管,解除肺小血管痉挛,改善肺循环。在应用血管扩张剂时,应严密监测血液动力学状态的变化,为及时调整其用量提供准确的依据。最好由输液泵经中心静脉通道输注血管扩张剂,以防止药物对小血管的刺激。特别注意的是严禁经输注血管扩张剂的通道推注药物,以免使血液动力学的波动太大,从而影响疾病的转归。

3.5 原发病的治疗与护理

严重创伤致ARDS在治疗上比较复杂,原则上应早期诊断,尽快治疗,治疗上既要注意创伤的处理,又要及时治疗多发伤所致的休克和缺氧。如多发性骨折,有可能发生脂肪栓塞,进而加重肺部损伤,故应对患者的骨折实行切实可行的固定,防止患者躁动。对于多发性骨折,有继续出血的可能,要注意观察,防止失血性休克。

总之,我们在积极治疗创伤的同时,通过呼吸机辅助治疗及在护理环节上提出积极的措施,保持生命体征平稳,防止多器官功能衰竭的发生,在多发伤致ARDS的治疗和护理上取得了比较满意的效果。

(收稿日期:2003 - 03 - 09)

一体化护理在同种异体肢体移植中的应用

延凤梅* 杨 威* 和 晖* 弥金霞*

同种异体肢体移植的成功给手缺如患者带来了重获"新手"的希望。中国哈医大一院成功地为3例患者进行了同种异体肢体移植手术。两例是双前臂移植,一例是全前臂移植。现报告如下。

* 作者单位:150001 哈尔滨医科大学第一临床医学院骨科