维普资讯 http://www.cqvip.com

不能马上接受新的肢体，甚至怕看见它，对新肢较淡漠。针对此种情况，应加强患者与新手之间的接触，可鼓励他，恭喜他又可以象其他人一样拥有一双属于自己的手了。并且告诉他"您很幸运，现在的成活情况很好，要好好的爱护它，积极主动的配合术后锻炼和保持良好的心态，这些都是康复的关键。"为消除病人的孤寂感，可让家属在隔离病房外通过玻璃墙探视或与患者进行电话沟通，以便患者得到心理安慰，感到大家都在关心他，注视他，如不配合护理，将辜负大家对他的期望。在隔离病房内设音响、CD、电视等娱乐设备。早晚送报纸，放一些轻音乐对患者心理上也有很好的安抚效果。

4.2 移植肢体血液循环及排斥反应的观察

术后1～10 d严密观察肢体皮肤颜色、温度、有无水疱、溃疡、红斑、张力及桡尺动脉搏动情况。

4.3 功能锻炼

4.3.1 被动锻炼为主：术后14 d开始功能锻炼，行患肢手按摩，各指从远端到近端按摩，并轻压各指以不引起疼痛为原则。开始温和的保护性地被动活动移植手各指间关节，掌指关节及拇指外展、对掌、屈曲活动，2次/天，每次按摩为20～30次，以后每日每次增加按摩5次，第17 d改为3次/天，19 d改为4次/天，循序渐进，至术后21 d均达到正常活动，以便消除水肿，防止粘连及挛缩的作用。

4.3.2 主动功能锻炼：神经生长到一定程度，开始改为主动锻炼，以防止关节强直，肌肉萎缩，肌腱粘连的作用；手指屈伸运动，4次/次，16次/次，至20次/次；拇指对掌、内收运动，5次/次，15次/次，至20次/次；分并指运动，5次/次，15次/次，至20次/次；腕关节运动，4次/次，16次/次，至20次/次。

此外，在术后应对尚未活动的关节做轻微主动活动：包括扭腰、抬腿、膝关节活动 、患侧肩关节运动及对侧肢体活动，颈部运动，4次/天，10分/次，防止关节强直，肌肉萎缩。其次还应按摩穴位：太阳、足三里、胃脘等，1次/天，10～15分/次，以达到补气、平肝止痛之效果。

4.4 并发症的预防

4.4.1 与自体骨移植相比有其特殊性：(1)肺感染的可能：因需要卧床两周，故应观察生命体征，尤其是呼吸、血气情况，及时留取痰培养，术后1～3 d拍背，口泰漱口，3次/d，防止口腔溃疡，促进痰液排出。针对体温较高者，要做好物理降温，慎用退热药物。(2)泌尿系感染的预防：术后3d在训练膀胱的基础上尽早拔除尿管。(3)褥疮的预防：术后用湿毛巾擦洗患者背部、腹部、膝关节及其他关节隆突处，以便促进血液循环，防止局部皮肤组织缺血、坏死，1次/天，每次20 min。(4)下肢深静脉血栓的预防：加强腿部功能锻炼，按摩双腿，在术后早期举腿、屈伸。

4.4.2 使用免疫抑制剂发生感染等并发症的护理：(1)主要免疫抑制剂为Fk506、MMF：MMF与脂肪及蛋白食物同服可使MPF的最大药物浓度下降40%，故易空腹服用，由于MMF属酸性药物，应避免与碱性药物同服，以免降低疗效。(2)免疫抑制剂的副作用：①抵抗力降低，增加感染机会，应定期观察扁桃体、淋巴结是否发炎；②血糖升高，进行血糖仪监测及血常规测定，一般为7次/天，稳定后3 d测一次；③术后一周即可发生白细胞下降，应进行检测并观察。④预防恶性肿瘤的发生：由于免疫监护系统受到破坏，导致组织中发生肿瘤，如肺部肿瘤，患者出现胸痛，胸水等均应及时检查。

5 讨论

通过一体化护理在异体肢体移植患者中的应用，进一步提高了护理服务质量，充实了"以人为本，以病人为中心"的整体护理内涵。且通过一体化的护理，进一步为此类患者在今后的护理中摸索经验，对于促进患者的早日康复有一定参考意义。

(收稿日期：2003－04－21)

自制简易脑室外引流装置

刘占芬* 韩 梅* 杨旭耀*

脑室外引流术是神经外科临床上常采用的治疗和抢救措施。已往采用密闭式脑室外引流装置，由于虹吸现象，易造成一些并发症的出现。我院自1996年以来应用自制一次脑室外引流装置解决了以上问题，引流效果满意，现介绍如下。

1 材料与方法

1.1 材料

采用江苏神力医用制品厂生产的一次性输液器经改制而成。其结构见附图：将输液器注药活塞拔去，将排气塞置换在注药活塞处，把输液器A端、B端装置剪掉，这样一个简易脑室外引流装置就准备完毕。

1.2 使用方法

患者行脑室外引流术后，将A端接在脑室引流管接头处夹闭，然后将滴管水平固定于带有刻度的木条上，木条固定于病人头上的床头护栏上，排气塞在上方，高度可根据颅内压力及脑室水平而调整，设置高度是高于脑室水平10～30 cm，B端直

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一临床学院手术室

维普资讯 http://www.cqvip.com

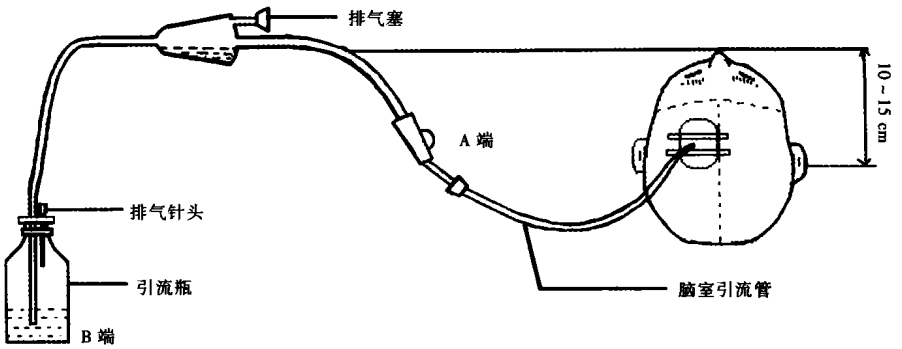
接插入无菌水封瓶，瓶塞处插14号针头以助排气，以上过程均无菌操作，接头及瓶塞处用酒精纱布包扎。

2 结果

采用本装置临床应用61例（脑积水、后颅窝肿瘤、脑出血破入脑室），引流时间最短1 d，最长7 d，平均3 d，引流期间每日更换一次，引流效果满意，克服了传统引流装置存在的不足，使颅内压保持恒定，临床观察未见有低颅压症状、感染及颅内出血并发症的出现。

3 讨论

该装置有以下优点：①临床取材方便、经济、制作简单，适于基层医院推广使用。②材料消毒可靠，更换方便，可避免因长期引流造成颅内感染。③避免引流过程中虹吸现象发生，避免因负压引流造成颅内并发症的出现。



附图 改装后制成的脑室外引流装置

（收稿日期：2002－12－29）

法乐氏四联症根治术后呼吸道的管理

袁 华* 刘小莉*

我科2002年1月至2002年12月共施行法乐氏四联症根治术210例。法乐氏四联症根治术是当今外科手术中较复杂、危重系数较高的一类手术，由于病人肺血管发育有不同程度的不全，术后易发生呼吸道并发症，因此术后呼吸道管理是非常重要的。

1 临床资料

本组210病例中，女112例，男98例。年龄在3个月至31岁。体重7～50 kg，临床表现为发育差，易感冒，活动耐力差，喜蹲踞。体征：唇、指紫绀，杵状指趾，左胸隆起，胸骨左缘二、三肋间有收缩期杂音，可触及震颤，心底部第二心音减弱或呈单一音，胸片显示肺门阴影细小，肺野血管纤细，心腰凹陷，形似木靴，心电图示电轴右偏，右心房、右心室肥厚。化验检查血红蛋白148～193 g/L，红细胞压积0.459～0.58，均有明显增高，彩超诊断为法乐氏四联症。210例病人均在全麻中低温（25～28℃）体外循环下行心内畸形矫正术，体外转流时间平均为108.2 min。

2 结果

三例因术后严重低心排综合症死亡，死亡率1.5%。207例治愈出院后随访6个月，临床症状明显改善，紫绀消失，口唇、甲床红润，活动良好，体重增加，生存质量明显改善。本组病人平均使用呼吸机时间为19.1 h，均为一次脱机成功，无一例发生呼吸机并发症和肺部感染。

3 讨论

呼吸道管理是防止发生呼吸道并发症的重要措施，应注意以下几点：①术后使用机械通气时，保证有效通气，熟练掌握呼吸机的使用，做好湿化。在病人术毕带气管插管回监护室之前，准确调节好呼吸机的各种参数及通气方式。当病人回监护室立即接好呼吸机辅助呼吸，听诊双肺呼吸音是否清晰、对称，并观察胸廓起伏运动，行床旁拍片，检查气管插管位置，充分利

* 作者单位：400037 重庆市第三军医大学新桥医院心外科