

· 骨伤科护理 ·

手术治疗漂浮膝 (floating knee) 的护理

王雅萍, 施成瑶

(浙江省台州市黄岩中医院, 浙江 台州 318020)

关键词 漂浮膝 骨折固定术, 内 护理

漂浮膝是指由于高能量外伤引起同侧股骨和胫骨骨折所形成的病理改变, 多因交通事故产生的高速暴力所致, 常见于多发伤患者^[1]。由于该病患者入院时伤势重、病情急, 早期常伴有创伤性休克、骨筋膜室综合征、脂肪栓塞等合并症, 如治疗和护理不当, 轻则造成肢体伤残, 重则危及生命。自 2003 年 9 月至 2009 年 12 月, 我院共收治漂浮膝病人 30 例, 我们对其进行了系统护理, 收到良好效果, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 30 例, 男 12 例, 女 18 例。年龄 16~26 岁, 平均 58 岁。重物砸伤 5 例, 交通事故伤 16 例, 高处坠落伤 9 例。合并颅脑伤 11 例, 胸外伤 8 例, 腹部脏器损伤 6 例, 韧带损伤 10 例。损伤程度 ISS 评分为 24.6 分, 住院时间 12~106 d, 平均 46 d。效果评定采用 Karlsson 及 Olerud 标准, 膝关节平均活动度 106°, 优良率 76%, 延迟愈合或不愈合 4 例。术后平均随访了 3 年, 完全负重时间为 5~6 个月, 发生创伤性休克 7 例, 脂肪栓塞综合征 3 例, 筋膜间室综合征 2 例, 均因及早发现, 积极处理而治愈。

2 护 理

2.1 病情观察 漂浮膝常见于多发伤患者, 其处理的首要目标是抢救生命、判断伤情。对就诊的病人, 在确保呼吸道畅通的同时, 应迅速建立静脉通道及心电监护, 医护人员互相配合, 对患者全面进行体检, 对伤情迅速作出判断, 尽量减少搬动病人, 临时妥善固定伤肢, 先处理重要脏器损伤, 进行持续的生命体征监测, 及时掌握神志、面色、意识、瞳孔、有无抽吐现象、生命体征、皮肤色泽、温度、尿量等变化, 严密观察颅脑、腹部情况, 注意是否合并颅脑损伤, 内脏损伤, 失血性休克等。

2.2 情志护理 漂浮膝损伤的患者, 伤情严重, 早期大多表现为虚弱、惊恐状, 担心生命有无危险, 手术能

否成功, 术后是否存在后遗症等切身问题。护理人员应关心体贴病人, 言语须柔和, 耐心解释说明各项治疗、护理, 及时赞赏和鼓励他们的每一点进步, 为他们排忧解难。对手术病人, 应解释手术的必要性、重要性, 简单阐述手术过程, 麻醉的安全性、无痛性, 术后止痛泵使用等, 使他们能充分发挥主观能动性, 以利疾病的康复。

2.3 术前准备 术晨禁食、禁水; 术前一晚进流质饮食; 备皮质量是否过关, 是保证手术成功的重要因素之一, 因此, 术前 1 d 给予常规备皮; 为了避免尿潴留或便秘的发生, 术前 3 d 指导病人练习床上大小便。

2.4 术后常规护理 本组病人手术均采用硬膜外麻醉, 故需做好硬膜外麻醉护理。舒适体位, 抬高患肢。因病情重, 尽量安排单人房或空调室, 定时空气消毒, 防感染。严密监测生命体征变化, 观察有无活动性和继发性出血, 妥善放置负压引流管, 定时挤压, 观察引流物的量、性质、气味、颜色, 按无菌操作每天更换引流袋; 2 d 后引流液转为淡血性时, 引流管可拔除, 但仍需注意敷料渗出情况。按常规做留置导尿管培养。指导深呼吸、有效咳嗽, 定时翻身叩背, 按摩骨突部位, 做好会阴护理, 以避免褥疮、泌尿系、呼吸系感染等并发症的发生。术后 2 d 常规使用镇痛泵, 做好镇痛泵护理, 之后根据疼痛程度, 给予放松治疗法或口服止痛剂, 并给予心理安慰, 以最大程度减少病人的痛苦。漂浮膝常见于多发伤, 出血多, 机体耗能厉害, 因此需特别注意营养的调节, 以利疾病的康复。早期予以低脂、高热量、高蛋白、高维生素易消化饮食; 对于合并腹内脏器损伤术后禁食者由静脉补充或肠外营养; 对于昏迷者加鼻饲疗法, 1~2 周后给予高脂肪、高热量、高维生素, 并注意饮食的色、香、味等。

2.5 合并症的治疗及护理

2.5.1 创伤性休克 密切监测生命体征变化, 观察有无活动性和继发性出血。发生创伤性休克 7 例, 其

中 3 例伴腹腔内脏损伤,2 例左腹部持续疼痛,腹腔刺激症状存,1 例腹腔穿刺有不凝固血液,1 例左上腹部有大范围的持续性剧痛,伴明显的压痛及反跳痛,经剖腹探查术、抗休克抢救后好转;3 例入院即表现为低血容量性休克,表现为意识尚清,面色苍白,烦躁不安,皮肤湿冷,呼吸浅快,脉搏细弱等异常情况,立即按医嘱给予吸氧,建立双腔补液通道,快速给予扩充血容量药物,纠正血容量不足,恢复有效循环血量;做好保暖工作,持续心电监护,留置导尿,观察尿量等措施,3 例患者休克得以纠正,病情趋于稳定。

2.5.2 脂肪栓塞综合征 在伤后或手术后 1~3 d,在脂肪含量丰富的长骨骨折,尤以股骨干为主的多发性骨折处易发生脂肪栓塞综合征^[2]。故损伤早期应及早抗休克治疗,改善低氧症状,并应用激素预防;骨折复位时,动作轻柔,制动做到确实有效,防止或减少局部损伤,以减少脂肪滴进入血液^[3]。本组 2 例,男 1 例,女 1 例,均在入院 2 d 内发生脂肪栓塞综合征,表现为突发性呼吸困难,头痛,胸痛,脉氧下降,肺内有干湿性罗音,双肩前部和颈部等皮肤处有点状出血,体温高于 38.5℃,动脉血氧分压下降,按医嘱,在确保呼吸道畅通的前提下,为其进行面罩吸氧,进行监测血气分析等;同时给予通窍醒神,理气活血,化痰清肺的中药治之。严密观察神志意识、呼吸、体温、皮肤有无出血点及动脉血气分析监测,记录 24 h 出入量。经过 4、5 d 的综合治疗和护理,2 例脂肪栓塞综合征患者症状均缓解,各项实验室检查及生命体征检查正常。随访 1~2 年,患者的定向力、理解力、计算力均正常,未留下任何后遗症。

2.5.3 筋膜间室综合征 是一种进行性发展的疾病,初期症状不明显,但病情发展迅速,如不及时处理将导致严重后果。临床表现以局部症状最为突出,最早期症状为创伤后肢体剧烈的持续性胀痛并传向远端,且进行性加重,疼痛与损伤程度不成比例^[4]。护士应严密观察患肢局部表现,认真听取和分析患者主诉,以切实掌握手术时机。值得注意的是,即使患肢动脉搏动正常、趾端毛细血管充盈良好,也不能排除该综合征的发生,应结合各项体征综合判断。本组 2 例合并筋膜间室综合征患者,患肢高度肿胀,出现张力性水泡,皮肤感觉异常,有不同程度的被动牵拉痛,皮温降低,肌肉无力,动脉搏动减弱或消失,经早期切开减压和对症治疗后皆好转。因此漂浮膝伤后应严密观察患肢血液循环、感觉、活动、皮温、肿胀情况,并

检查有无牵拉痛等^[5]。

3 功能锻炼

漂浮膝康复治疗的关键是坚强的内固定手术和术后早期功能锻炼。在麻醉消失后即可启动,以主动活动为主,被动活动为辅。①指导患者进行患肢以外的任意活动,其目的是促进全身血液循环,改善局部组织的营养状况。用“四点法”(枕部、双肘、健侧足部)或“三点法”(枕部、单侧肘部、健侧足部)进行抬臀运动,以防止腰背肌痉挛。②术后第 1 天指导患者进行股四头肌的等长舒缩运动,每天 4~6 次,每次 10~20 遍,循序渐进,逐渐增加运动量。同时进行患肢足趾及踝关节的运动,每天 4~6 次,每次 5~10 min。③内固定坚实牢固术后可早期进行 CPM 机的功能锻炼,起始角度 30°,频率每分钟 3~5 次,每次 1 h,每天 2 次。每天增加运动量,以防止关节粘连、僵硬^[6]。重视对家属的同步指导,尤其在患者出院后如能得到家属的理解和支持,就能使患者更好地完成训练计划,以利疾病的康复。

4 小结

综上所述漂浮膝是一种高能量的损伤,常见于多发伤患者,给治疗与护理带来极大的挑战,全面检查和评估,明确的伤情判断,及时有效的抢救是降低死亡率的关键。损伤早期应高度警惕是否合并有创伤性休克、脂肪栓塞综合征、筋膜间室综合征等严重并发症的初始症状,做到早发现、早预防、早治疗。术前通过心理护理及术前指导,能够消除顾虑及恐惧心理,以利积极配合手术治疗。精湛的术后护理和康复指导是提高手术成功率和降低残疾率的有效保证。

5 参考文献

- [1] Lundy DW, Johnson KD. "Floating Knee" injures: Ipsilateral Fractures of the femur and tibia [J]. Am Acad Orthop Surg, 2001, 9(4): 238-235.
- [2] Karlsson G, Olerud S. Ipsilateral fracture of the femur and Tibia [J]. Bone Joint Surg (Am), 1997, 59(2): 240.
- [3] 何晓真, 张近川. 实用骨科护理学 [M]. 郑州: 河南医科大学出版社, 1999: 9.
- [4] 陈丽丽, 陈丽吟, 张剑英. 小腿骨筋膜室综合征患者的早期观察及护理 [J]. 中国实用护理杂志, 2007, 23(12): 28-29.
- [5] 贾静, 张霞. 漂浮膝损伤 16 例合并症及并发症的护理 [J]. 齐鲁护理杂志, 2009, 15(18): 66-67.
- [6] 李凤英, 王琳. 创伤性漂浮膝患者围术期并发症的护理 [J]. 护理学杂志, 2006, 21(22): 41-42.

(2010-11-03 收稿 2011-01-22 修回)