

左股动静脉破裂合并骨筋膜室综合征的护理

胡雪平

(浙江省台州市黄岩区中医院, 浙江 台州 318020)

摘要 目的:探讨左股动静脉破裂合并左小腿骨筋膜室综合征患者护理措施。方法:对左股动静脉破裂合并骨筋膜室综合征患者抗休克的同时尽早手术并进行系统护理。结果:患者住院 42 d 好转出院。结论:精心护理,是提高疗效、改善预后的重要保证。

关键词 股动静脉破裂 骨筋膜室综合征 护理 制动

股动静脉破裂不及时救治,患者很快因失血性休克而死亡。骨筋膜室综合征(osteofascial compartment syndrome, OCS)是由于损伤引起特定骨筋膜室内容积剧减或内容物体积增加使室内压力急剧增高,阻断了室内组织的血液循环,致使肌肉、神经组织发生进行性缺血缺氧病变^[1]。2012 年 9 月本院成功救治 1 例左股动静脉破裂合并骨筋膜室综合征患者,急诊行左股动静脉破裂修补术及左下肢切开减压术,经精心治疗护理后好转出院,现总结护理经验如下。

1 临床资料

患者,男,25 岁,因左大腿被人用刀刺伤致大量出血、神志不清 30 min 急送入院。即止血、抗休克治疗,全麻下行创口探查,见左大腿前侧一创口长约 5 cm,探查左侧股动脉、股静脉、股神经完全断裂;结扎股静脉,股神经端端吻合,游离左侧股动脉远、近端,取右下肢大隐静脉约 5 cm,转向后吻合修补左侧股动脉;放松止血带,动脉搏动佳,无明显活动性出血。左大腿前内侧一创口长约 4 cm,探及左大隐静脉未完全断裂予修补。左小腿肿胀明显,采用改良 Whiteside 法^[2],测得骨筋膜室内压大于 30 mmHg,诊断 OCS;OCS 一经确诊,即应切开减压^[3];予左小腿肌间隔、室间隔、深筋膜切开减压术。术中出血多,输红细胞悬液 10 U,血浆 500 ml。术毕转入 ICU,测血压 91/46 mmHg,心率 141 次·min⁻¹,律齐,经皮血氧饱和度 100%,麻醉未醒,左小腿高度肿胀,封闭负压引流技术(vacuum sealing drainage, VSD)治疗,渗血渗液极多,左足背动脉搏动未及,皮温低,显苍白。予重症监护,呼吸机辅助通气,并顺利脱机,抗休克,抗炎,罂粟碱针松弛血管平滑肌,动态分析生化指标,监测生命体征变化等。第 4 天转普通病房,经积极的换药、清创、VSD、植皮、抗炎、营养支持等治疗后创口愈合

良好,左足背动脉搏动存,皮温正常,左膝活动障碍,左下肢无力,无肌肉萎缩,配合肢体功能锻炼,住院 42 d 好转出院。

2 方法

2.1 抗休克护理 平卧位,抬高床头 30 度;用 16 号静脉留置针两侧肘正中静脉穿刺建立两条静脉通路,并深静脉置管选右颈内静脉留置(均手术室留置),迅速补充血容量,根据失血、失液量、心肺功能、血压及中心静脉压值调整输液量及速度,在补足一定量晶体液的基础上输入红细胞悬液 12 U,血浆 2 000 mL。以快速提高胶体渗透压纠正休克,减少补液量,患者无肺水肿、脑水肿发生。

2.2 动态病情观察与护理 ①监测血压、脉压、心率、呼吸及中心静脉压变化,密切观察患者的意识、面色、肢端皮肤颜色、温度及湿度情况,及时发现处理休克。②因肌肉坏死后产生的肌红蛋白不仅阻塞肾小管,还诱导低密度脂蛋白氧化,收缩肾血管,故术后应密切观察尿色、尿量^[4]。补足血容量后予适度利尿促排泄,结合电解质、尿素和肌酐的情况,动态评估肾功能,无肾功能衰竭发生。③密切观察下肢动脉搏动和趾端血运、感觉、疼痛及皮肤温度和伤口分泌物的色、质、量,患者表现为受累肌肉被动牵拉痛,静止时仍痛适当分散其注意力,以减轻疼痛。④定期测体温,由于肢体坏死组织吸收,同时切口渗出较多,容易引起感染,患者体温波动在 37.5 ~ 39.5 ℃ 之间,予物理降温,药物治疗,根据血常规、尿常规、伤口分泌物培养及药敏试验结果,使用有效抗生素,及时清除坏死组织,伤口换药日 1 次。⑤肿胀的护理,有文献^[5]骨筋膜室综合征的最客观的指标是患肢张力的升高,甚至是诊断的惟一的证据。定时测量记录腿围,动态评估患肢张力的变化,将患肢置于心脏同一平面,忌抬

高,制动,局部禁按摩、热敷,防温度升高,增加组织耗氧量。本例术后第 1 天左下肢极度肿胀,渗血渗液极多,左足背动脉搏动弱,皮温低,苍白,疼痛加剧,麻木感明显,予以扩张切口 VSD 治疗后症状逐渐减轻。

2.3 管道护理

2.3.1 中心静脉导管护理 妥善固定,防扭折、受压和脱出,不能作输血、采血等使用,以免堵塞或污染。每次输液完后,用肝素盐水封管。穿刺部位皮肤每日用碘伏严格消毒后更换 3 M 透明膜,本例发生输液不畅 1 次,检查局部无红肿及渗出,分析导管置入偏深,予向外调整 0.3 cm 后通畅,严格遵守无菌操作规程。

2.3.2 负压引流管护理 保持引流通畅及有效的负压是确保 VSD 治疗成功的关键,引流管各接头连接紧密,妥善固定,避免牵拉、压迫、扭折,并可见液柱流动;有效负压维持在 $-0.040 \sim -0.060 \text{ MPa}^{[6]}$,引流瓶低于创面 40 ~ 60 cm。为了防止引流管堵塞,将生理盐水 500 mL 经输液器与引流管连通,每 4 h 冲洗 1 次。操作时,先停止负压吸引,打开输液器,将生理盐水滴入引流管中,待负压封闭引流材料充分浸润后,关闭输液器,接通负压源,吸出生理盐水。应严格无菌技术操作,并注意保持冲洗液与引流液之间的平衡。本例左小腿 VSD 治疗,左大腿第 13 天创口感染明显也予以扩创 VSD 治疗,未发生引流管堵塞,2 处均二期予以游离植皮术后创口愈合良好。

2.4 辨证施护 意外伤害,使其遭受生理和心理的双重打击,加上患肢疼痛难忍,担心预后等,患者紧张、焦虑、情志不遂、肝气郁结、肝火上扰、心神不宁致夜不能寐,予以耳穴压豆神门、交感、皮质下、枕、心、肾等穴,再配合情志调护,效果明显,患者情绪逐渐平稳,积极配合治疗护理。由于患者失血、失液多,舌淡白,脉象弱,气随血脱,宜补气固脱。早期予清淡、易消化、高蛋白的半流质或软食,逐渐进食猪肝、红枣、红萝卜、木耳、桂圆补血,牛肉、鸡肉、鲫鱼、鹌鹑、黄鳝、枸杞党参炖鸡或排骨以补气。忌含钾高的药物和食物,防高血钾。

2.5 功能恢复指导 保持肢体功能位休息,生命体征平稳时,术后第 1 天协助患者进行除患肢以外的各关节的适度活动,促进全身的血液循环;患肢伤口待

渗液减少、疼痛减轻后,进行股四头肌等张等长收缩和肢体远端关节活动,以主动运动为主、被动运动为辅,循序渐进。

3 小 结

该患者由于起病急、出血量多,及早止血抗休克是挽救生命的前提,早期进行股动静脉修补及切开减压治疗 OCS 是关键,后续的精心治疗和护理是病情好转的保障。术后在积极处理全身情况的同时,密切观察局部情况变化,强调抬高患肢、热敷或红外线照射、按摩等均为禁忌,因抬高患肢虽有利于静脉回流,但却减少了动脉血供,从而加重组织缺血;由于骨筋膜室内组织血运障碍,若患肢局部热敷或红外线照射,使局部温度升高,组织耗氧量增加,加速组织坏死;局部忌按摩,因按摩加重组织损伤,使骨筋膜室内压力更高。还有保持持续有效 VSD 治疗也很重要,可以变开放的伤口为密闭,防止交叉感染,有利于伤口的愈合。护士进行仔细动态的观察护理,发现异常及时通知医生早处理,是达到最好疗效的前提;护士能预见性的实施措施及指导功能锻炼,可促进患肢康复,减少病残率。可见精心的护理是提高疗效、改善预后的重要保证。

4 参考文献

- [1] 杨谢,王晶. 防治骨筋膜室综合症的早期观察和护理体会[J]. 医学信息,2011,12(2):681.
- [2] 龚志锋,沈光程,毛琦,等. 血氧饱和度监测与骨筋膜室内压测量在骨筋膜室综合征中的相关研究[J]. 中国骨伤,2009,22(5):365-366.
- [3] 滕毓静,金小青. 负压封闭引流技术治疗骨筋膜室综合征术后皮肤缺损的护理体会[J]. 中医正骨,2012,24(1):75.
- [4] 李金翠,张静,王恩华. 大血管断裂吻合术后并发骨筋膜室综合征 12 例的护理[J]. 中国误诊学杂志,2011,11(14):3476-3477.
- [5] 陆华,曲乐丰,景在平,等. 急性下肢缺血动脉再通后并发骨筋膜室综合征的诊治[J]. 外科理论与实践,2009,14(3):293-296.
- [6] 王巍,何飞熊,谢俊. 负压封闭引流技术在四肢骨筋膜室综合征中的应用[J]. 中医正骨,2011,23(11):46.

(2013-02-18 收稿 2013-05-09 修回)