

一例多发伤合并骨筋膜室综合征患者的护理

毛芸, 李杰*, 顾艮莹

南京医科大学附属明基医院 江苏南京

【摘要】目的 通过对该例多发伤合并骨筋膜室综合征患者的护理, 可加强护理人员对该类疾病的了解, 便于护理人员对多发伤合并骨筋膜室综合征患者实施更加具有针对性及有效的护理。**方法** 收集该患者病史资料及住院期间的护理问题, 并与全科护士一起进行总结、反思及讨论, 为患者提供更好的护理。**结果** 该患者治疗过程顺利, 骨筋膜室综合征得到纠正, 患者于入室第 51 天成功转出。**结论** 通过对该患者的护理, 可使护理人员对此类疾病的认识加深, 为更全面、有效地开展护理工作提供便利。

【关键词】 多发伤; 骨筋膜室综合征; VSD 引流; 创伤性失血性休克; 腹腔冲洗; 护理

Nursing of a patient with multiple injuries complicated with compartment syndrome

Yun Mao, Jie Li*, Genying Gu

Benji Hospital affiliated to Nanjing Medical University Jiangsu Nanjing

【Abstract】 Objective To strengthen the understanding of this kind of disease by nursing the patient with multiple injuries combined with compartment syndrome, so as to facilitate the nursing staff to implement more targeted and effective nursing for patients with multiple injuries combined with compartment syndrome. **Methods** The patient's medical history and nursing problems during hospitalization were collected and summarized, reflected and discussed with general nurses to provide better nursing for patients. **Results** The patient was treated smoothly, the compartment syndrome was corrected, and the patient was successfully transferred out on 51 days after entering the room. **Conclusion** Through the nursing of the patient, nursing staff can deepen their understanding of the disease, and provide convenience for more comprehensive and effective nursing work.

【Keywords】 Multiple injury; Compartment syndrome of bone fascia; The VSD drainage; Traumatic hemorrhagic shock; Abdominal irrigation; nursing

引言

创伤在西方发达国家已成为继心血管疾病、肿瘤之后的第三位死亡原因, 且已成为 45 岁以下人群的第一位死因^[1]。目前国际较为公认的多发伤定义为 ≥ 2 个不同解剖存在简明损伤评分 ≥ 3 分的严重损伤, 合并一项以下病理参数变化: 收缩压 ≤ 90 mm Hg (1 mmHg = 0.133 kPa), 格拉斯哥评分 ≤ 8 分, 碱剩余 ≤ -6 mmol/L, 国际标准化比值 ≥ 1.4 或活化部分凝血活酶时间 ≥ 40 s。我国根据实际情况提出多发伤指机体在同一机械致伤因素作用下, 2 个或 2 个以上解剖部位遭受损伤^[3]。多发伤的救治一直是重点和难点, 而重型多发伤和创伤性休克是

导致创伤患者死亡的最重要原因^[4,5]。突发的死亡会对社会及家庭产生沉重的打击, 严重并发症也将给个人带来巨大压力^[6]。我院 SICU 于 2021 年 4 月收治一名多发伤合并骨筋膜室综合征患者, 经积极的救治和规范护理, 该患者预后良好, 现报道如下:

1 临床资料

患者女, 25 岁, 因“车祸外伤后昏迷 50 分钟”入院, 腹部 CT 提示: 两侧耻骨、腰 3-4 左侧横突及尾 1 椎体多发骨折, 伴左侧髂窝、后腹壁及腹膜后血肿; 腹腔少量积液、少量游离气体, 多学科会诊后拟“多发伤”收入外科重症监护室。D1 在全麻下“剖腹探查+肠破裂修补术+乙状结肠造口术+骨盆

*通讯作者: 李杰

外支架固定+双下肢清创术+反取皮植皮术+右腿 VSD 负压引流+股骨人工血管搭桥术”。D2 监测膀胱压 40cmH₂O, 腹腔内高压 IV 级, 且患者左下肢明显肿胀、压力高, 全麻下行“左下肢室筋膜减压术+腹腔开放减压术”, 术后带入肝下、盆腔引流管接 37℃ 等渗盐水持续腹腔冲洗; 同时出现横纹肌溶解、无尿, 肌红蛋白 >3000ng/ml, 肌钙蛋白 T: 277.9pg/ml, 淀粉酶: 2630u/L, CK-MB: 851.8u/L, 持续床边 CRRT 治疗, CVVH 模式, 4% 枸橼酸钠抗凝; D10 左下肢重度肿胀淤紫、散在较大张力水泡, 纱布绷带处可见血液渗出, 床边行左腿 VSD 引流; D11 拔除气管插管, D14 行腹腔皮肤缝合后逐步增加营养, 结肠造瘘处大便通畅、腹内压未见升高; D17、D22 在全麻下行“双下肢清创+VSD 负压引流术”, D29 全麻下行“双下肢清创+右小腿拉网植皮术+右大腿取皮术+负压引流术”, D32 患者尿量逐渐恢复、肾功能改善, 肌红蛋白: 85.07ng/ml, 肌钙蛋白 T: 807.1pg/ml, CK-MB: 7.19ng/ml, 拔除透析导管, 予托拉塞米 4-10mg/h 泵入; D35 患者双侧腹股沟处伤口愈合差、渗出较多, 伤口培养和尿培养: 肺炎克雷伯杆菌, 调整为替加环素+亚胺培南抗感染; D36 在全麻下“左下肢清创+左小腿拉网植皮术+左大腿取皮术+负压引流术”; D51 转至骨科继续治疗。

2 护理

2.1 骨筋膜室综合征的护理

D1 患者右腿持续 VSD 引流, 腿围 44cm, 足背动脉微弱; D2 患者左下肢明显肿胀, 腿围 47cm, 压力高、皮温凉、未触及足背动脉, 室筋膜切开减压术后左侧患肢渗液较多, 颜色为鲜红色, 协助每天换药 BID, 抬高患肢减轻患肢肿胀, 观察患肢伤口周围皮肤颜色、末梢温度、足背动脉搏动; D6 监测腿围 49cm; D10 左下肢重度肿胀淤紫、散在较大张力水泡, 伤口处可见黑色坏死组织, 监测腿围 51cm, 协助床边左腿 VSD 引流, 双侧患肢 VSD 负压为 150mmhg, 持续负压吸引, 保持引流通畅, 0.9% 氯化钠 20ml Q2H 冲管, VSD 负压罐满时及时更换; D22 指导病人踝泵运动并协助患者床边坐起, 监测腿围 41cm; D37 监测腿围 36cm; D42 监测腿围 32cm, D43 拔除 VSD 负压, 协助 QD 换药, 监测腿围 30cm; D51 患者转至骨科继续治疗。

2.2 低血容量性休克的护理

患者入科时生命体征: T35.5℃, P134 次/分, R16 次/分, BP103/54mmHg。MAP: 77mmHg, CVP: 2cmH₂O, 乳酸: 13.7mmol/L, 血红蛋白: 70g/L, 红细胞压积: 20.72%, 去甲肾上腺素以 1.0ug/kg/min、特利加压素以 0.2mg/h 静脉泵入维持血压, 开放 3 条静脉通路, 一条以悬浮少白细胞的红细胞 3u 输注扩充血容量, 一条以 5% 碳酸氢钠 250ml 纠正酸中毒, 一条补充晶体 100ml/h 泵入, 2 小时内输入晶体 450ml, 红细胞 600ml, 尿量: 520ml, 右腿 VSD 引流 110ml, BP 波动在 91-97/55-63mmhg, 去甲由 1.0 调至 1.5ug/kg/min; 1 小时后再输注悬浮少白细胞的红细胞 3u、血浆 600ml, 输注结束监测 MAP: 74mmHg, CVP: 9cmH₂O, 乳酸: 9.6mmol/L, 血红蛋白: 131g/L, 红细胞压积: 33.5%; 入室 9.5 小时共输入晶体液: 900ml, 血制品: 1800ml, 尿量: 1450ml, 右小腿 VSD 引流量: 225ml, 左侧股骨切口引流管 136ml, 右侧股骨切口引流: 157ml, 腹部盆腔引流 13ml, 总入量/总出量: 2700/2652 (+48ml), 在纠正失血性休克过程中, 防止因补液过多发生创伤性湿肺, 患者体温 35.5℃、末梢温度凉, 给予患者加盖棉被; D2 行第 2 次手术后, 因术中失血 2000ml, 回室 BP96/62mmhg, 去甲 1.5ug/kg/min, CVP: 2cmH₂O, 乳酸: 9.1mmol/L, 血红蛋白: 77g/L, 予悬浮少白细胞的红细胞 9u (1400ml)、血浆 1950ml 输注结束后, 监测 BP117/76mmhg, MAP: 68mmHg, CVP: 11cmH₂O, 乳酸: 6.5mmol/L, 血红蛋白: 91g/L, 红细胞压积: 25.82%, 并把去甲 1.5 调至 1.0ug/kg/min; 4h 后 BP145/99mmhg, MAP: 78mmHg, 去甲 1.0 调至 0.6ug/kg/min; D3 开始逐渐减量, 去甲维持 0.1-0.4ug/kg/min, BP 维持在 106-127/66-84mmhg; D6 停用去甲肾上腺素, MAP 维持在 79-95mmHg 波动。

2.3 腹腔高压的护理

D2 患者严重腹腔高压, 监测膀胱压为 40mmH₂O, 严重的腹膨胀、腹壁紧张, 行“腹腔开放减压术”后, 保持病房温度 18-24℃, 湿度 60-70%, 肝下、盆腔双套管予 0.9% 氯化钠持续腹腔冲洗, 监测膀胱压 Q8h, 协助床边腹腔换药 QD, 观察肠道血运、肿胀情况, 膀胱压力由入科时的 40cmH₂O 逐渐下降至 8 cmH₂O, D14 行腹腔皮肤缝合, 关腹后持续三天监测膀胱压 Q8h, 维持在 10-15cmH₂O, 每次监

测时保持平卧位、明确耻骨联合位置、注水量为 25 ml 并严格无菌操作, 防止尿量感染。关腹后置入一根腹腔双套管, 肝下、盆腔、腹腔双套管予等渗盐水持续腹腔冲洗, 每班引流量维持在 20-50ml, 引流液颜色为淡血性; D20 床边拔除盆腔双套管; D25 床边拔除肝下、腹腔双套管, 监测膀胱压为 8cmH₂O。

2.4 感染的护理

(1) 导管相关性感染

患者全身多根导管, 操作时严格执行手卫生, 导管以无菌巾单包裹; 穿刺点使用洗必泰敷料, 每周更换一次; 接口予酒精棉片消毒 15s; 保持会阴部清洁, 防止粪便污染导管。D8 体温: 38.8℃, C 反应蛋白: 288mg/L, WBC: 20.46 10⁹/L, 降钙素原: 3.83ng/ml, 协助拔除右股单腔深静脉置管; D11 体温 39.5℃, C 反应蛋白: 175mg/L, WBC: 23.25 10⁹/L, 降钙素原: 0.71ng/ml, 协助拔除右锁骨下双腔深静脉置管并留取导管尖端培养。D12 抽取血培养, 厌氧瓶: 革兰氏阴性杆菌; D32 协助拔除右颈透析导管后敷料保护穿刺点。

(2) 肺部感染

机械通气时, 采取床头抬高 30°, 气囊压监测 Q4H, 口腔护理 Q6H, 密闭式按需吸痰, 痰液为 II° 黄痰, 采用湿化罐主动湿化, 氨溴索静脉 30mg 静脉注射 Q8H, 布地奈德雾化吸入 Q8H 祛痰, 翻身拍背 Q2H, 促进痰液的排出; 观察患者痰液的性质、量、颜色, 随时调节湿化的强度。D5 胸部 CT: 两侧胸腔积液; D9 胸部 CT 示: 两侧胸腔积液, 较前有吸收减少。D8 尝试脱机, D11 SBT 试验后拔管, 给予面罩吸氧 70%, D12 改为鼻导管吸氧 3L/min。

2.5 其它护理

(1) 营养护理

早期肠内营养合并肠外营养, 患者耐受之后, 逐渐增加营养速度并暂停肠外营养。视诊腹部无膨隆, 听诊肠鸣音 3-5 次/分, 叩诊无鼓音, 密切关注患者白蛋白及前白蛋白变化。

(2) 心理护理

保证患者充分的休息与睡眠, 单间静养, 床边监护仪报警声调至最低, 避免无效报警引起患者恐慌, 增加患者安全感。

3 小结

多发伤病情发展较快, 死亡率较高, 不可预测性极强, 准确有效的急救是抢救成功的关键。护理人员急救过程中要分清主次, 胆大心细, 争分夺秒, 迅速准确评估病情。今后再遇到此类患者, 对患者做全面系统的护理评估, 发现问题并对症处理、提高护理质量、关注心理护理、减轻患者痛苦使患者早日回归社会。

参考文献

- [1] 肖晨, 陈芳慧. 损伤控制外科在急诊科多发伤救治中的应用 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2013, 23(8): 631-633.
- [2] Pape HC, Lefering R, Butcher N, et al. The definition of polytrauma revisited: An international consensus process and proposal of the new Berlin definition [J]. J Trauma Acute Care Surg, 2014, 77(5): 780-786.
- [3] 张连阳, 黄显凯, 姚元章, 等. 多发伤病历与诊断: 专家共识意见 [J]. 创伤外科杂志, 2014, 16(2): 192-193.
- [4] Banerjee M, Bouillon B, Shafizadeh S, et al. Epidemiology of extremity injuries in multiple trauma patients [J]. Injury, 2013, 44(8): 1015-1021.
- [5] 黄彪, 李建国, 黄发贵. 多发伤的诊疗进展 [J]. 医学综述, 2019, 25(05): 973-977.
- [6] 王锦山. 56 例严重多发伤患者的早期救治体会 [J]. 中国医药指南, 2013, 11(21): 126-127.

收稿日期: 2022 年 3 月 26 日

出刊日期: 2022 年 6 月 20 日

引用本文: 毛芸, 李杰, 顾良莹. 一例多发伤合并骨筋膜室综合征患者的护理 [J]. 临床护理进展, 2022, 1(1): 1-3

DOI: 10.12208/j.jacn.20220001

检索信息: RCCSE 权威核心学术期刊数据库、中国知网 (CNKI Scholar)、万方数据 (WANFANG DATA)、Google Scholar 等数据库收录期刊

版权声明: ©2022 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。 <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS