

骨筋膜室综合征的临床观察与护理

李苗苗

山东省淄博市第一医院 骨二科 255200

【摘要】骨筋膜室是由骨、骨间膜、肌间隔和深筋膜形成的密闭腔隙。骨筋膜室综合征(OCS)是骨筋膜室内肌肉和神经因急性缺血、缺氧而出现的一系列早期症状和体征[1]。骨筋膜室综合征一般发生在伤后4~12h,肌肉、神经即发生不可逆损害[2]。是骨科常见的一种严重的并发症,好发于前臂掌侧和小腿,如不及时切开减压,常导致肌肉坏死、肢体残废,甚至造成肾衰,导致死亡。所以早期治疗和进行有效的护理观察及术后康复非常重要[3]。我科于2017年6月22日收治1例外伤致左手、左前臂感染并发骨筋膜室综合征的患者,由于及时诊治,为患者赢得了抢救时间,避免了严重的后果,现报告如下。

【关键词】骨筋膜室综合征;临床观察;护理

1 临床资料

患者男,17岁,既往体健,自述外伤致左上肢胀痛2天,加重半天,于2017年6月22日以“左手、左前臂感染并骨筋膜室综合征”收入院。体格检查:体温35.8℃,脉搏118次/分,呼吸22次/分,血压83/50mmHg,疼痛5分。专科检查:左手、左前臂重度肿胀,可见数个张力性水泡,压痛明显,皮温降低,屈伸活动受限,左侧桡动脉搏动微弱,皮肤感觉迟钝。血常规+CRP示:快速C-反应蛋白201mg/L, D-二聚体1.13mg/L。

2 治疗与转归

入院后抗休克的同时,完善术前检查,急症行左上肢骨筋膜室综合征并感染切开减压引流术,术后应用VSD负压引流、抗休克、抗感染、消肿治疗,术后主管医生与患者及家属沟通病情,告知存在肢体坏死、感染扩散可能,转上级医院继续治疗。

3 护理

3.1 术前观察及护理 密切观察患肢疼痛、肿胀程度、感觉及肢体远端血管搏动及末梢血运。(1)疼痛观察:疼痛是骨筋膜室综合征最早出现的症状,常表现为持续性疼痛、进行性加重,应密切观察疼痛特征,有无进行性加重,以便早期发现,及时治疗。(2)肿胀情况观察:OCS患者早期肿胀逐渐加重,应密切观察,适当抬高患肢,禁止过高,否则会引起患肢小动脉灌注不足,必要时局部冷敷,严禁按摩及热敷,患肢制动,避免增加组织耗氧。(3)肢端情况观察:应注意观察肢端的颜色、温度、感觉,是否出现苍白、青紫、发绀、麻木、过敏等异常情况。OCS发生后大动脉的搏动不一定会阻断消失,不能把远端动脉搏动的存在或消失作为诊断OCS是否发生的指标[4]。

3.2 术后护理

3.2.1 生命体征的监测 监测患者神志、生命体征,记录尿量,保证尿量 $\geq 30\text{ml/h}$,观察尿的颜色变化,如术后24h内出现褐色尿或血尿,考虑肌红蛋白尿,应按急性肾功能衰竭护理。

3.2.2 营养支持 给予高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食,静脉补充营养,以增强机体抗病能力。

3.2.3 疼痛护理 疼痛是患者一种不适的体验,它影响患者心情甚至病情恢复,应积极处理。可采取心理疏导、物理镇痛、药物治疗等措施,判断无病情加重的情况下,评估疼痛程度,根据医嘱合理使用镇痛药。

3.2.4 患肢护理 急性骨筋膜室综合征若超过12h,易产生肢体功能缺陷,如肌肉挛缩,感觉异常和活动减弱等,还可遗留不同程度的后遗症。故在早期即将患肢固定于功能位,以防止发生畸形。

(1)皮温的改变:正常皮温 $33^{\circ}\sim 35^{\circ}$,骨筋膜室综合征早期皮肤略红,温度稍高,与健侧相差 2° 以内。当室内压力增高,血液循环严重障碍时,则皮温变低,甚至冰凉。(2)患肢远侧脉搏的改变:远端触有搏动并非安全,因早期关闭的只是小动脉。主要动脉还没有关闭,一旦脉搏消失,则病情凶险。(3)色泽的改变:动脉供血受阻,肢端为贫血性缺血,肢端呈苍白色;静脉回流受阻,肢端为瘀血性

缺血,肢端皮肤呈青紫色。当血液循环严重障碍时,患肢呈苍白、紫绀,大理石花纹等,此时病情极度危险,非行手术切开减压不可,必要时行截肢以挽救生命。

3.2.5 负压引流管护理 (1)中心负压护理观察:保持持续有效的负压吸引,负压有效的标志是VSD敷料明显瘪陷,薄膜下无液体积聚。压力合适 -0.017MPa 至 -0.06MPa (-25mmHg 至 -450mmHg)。压力过小,吸引力不足,不能达到充分引流的目的。压力过大,则易引起与VSD材料与创面贴附过紧,空隙缩小或无空隙,达不到“毛吸现象”(即在负压状态下液体顺同一方向流动的现象)而影响肉芽组织的生长[5]。(2)引流管护理观察:连接管与负压瓶及负压表之间及各引流管之间紧密连接,在引流过程中防止引流管扭曲、堵塞、受压及逆流。(3)敷料护理观察:接负压后敷料会变整紧密贴服于创面,敷料外面可显示引流管管形,如没有呈现引流管管形,表示敷料无法贴服,检查中心负压压力是否充足,贴膜、引流管及引流瓶密闭性是否完好,引流管是否通畅。

3.2.6 用药护理 由于急性骨筋膜室综合征过程中产生大量有毒物质,导致酸中毒、高血钾,以至发生急性肾功能衰竭、感染性休克。全身治疗包括输液、输血、纠正休克、酸中毒、高血钾、防治肾衰。纠正酸中毒可口服或静脉滴注5%碳酸氢钠或11.2%乳酸钠,纠正高血钾可用利尿剂,常用25%山梨醇、速尿等,甘露醇会促发肾功衰,故不用。

4 体会

骨筋膜室综合征是一种在患者四肢创伤后12h内高发的早期症状与体征,其有可能致使患者肌肉神经坏死,肢体功能丧失,甚至危及患者生命健康。因此护士不但要有高度的责任感,耐心细致地观察病情,在观察患者肢端颜色、温度、感觉等情况过程中能获取患肢血供、压力等情况,并发现其神经组织是否出现缺血[7],还要扎实地掌握骨筋膜室综合征的临床表现、发病机制等,对四肢创伤特别是前臂和小腿损伤患者更应加强科普宣传,使患者自觉认识和预防,加强护理观察,动态监护,及时有效判断,及时切开减压以及指导功能锻炼,促进患肢康复,减少病残率。

参考文献

- [1]廖华琴.护理干预对骨筋膜室综合征患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2013,19(6):36-37.
- [2]吕志丹,邹玉杰,徐连玉,等.简析骨筋膜室综合征患者的护理[J].世界最新医学信息文摘:电子版,2013,13(20):479.
- [3]郑波.骨筋膜室综合征48例护理体会[J].中国伤残医学,2014,22(10):218-219.
- [4]丁中华.对骨筋膜室综合征的再认识[J].中国矫形外科杂志,2007,15(24):1915.