

## · 专科护理 ·

## 25例下颌骨骨折内固定术围术期护理体会

陈 晔

[关键词] 下颌骨骨折;围术期;护理

[中图分类号] R47316

[文献标识码] B

[文章编号] 16812122(2009)0720601202

下颌骨在颌面部骨骼中体积相对较大,位置较为突出,生活中比较容易受到创伤。由于下颌骨本身解剖结构的特点等原因,造成下颌骨在受到外伤后容易发生骨折。近年来交通事故的不断上升,也是造成下颌骨骨折多发的重要原因。2008年解放军第421医院五官科共收治下颌骨骨折患者25例,现将护理体会介绍如下。

## 1 资料和方法

111 一般资料 本组25例下颌骨骨折患者中,男20例,女5例,年龄15~54岁。多发性骨折9例,伴颧弓骨折2例,上颌牙槽突骨折5例,单纯性下颌骨骨折9例。开放性骨折11例,闭合性骨折14例。骨折原因:交通事故15例,工伤5例,击打伤5例。全部病例均有CT明确诊断,无合并有颅脑外伤。

112 手术方法 25例病例全部采用局部浸润麻醉方法进行手术,全部病例均使用了微型钛钢板做坚固内固定术。多发性骨折的9例患者在术前均行颌间牵引,恢复咬合关系后再行手术治疗,完成内固定后即拆除,其中2例多发性骨折由于并发髁状突骨折,并且骨折线进入关节腔内,仅在下颌骨体部行内固定,髁状突骨折处没有行内固定术,颌间牵引保持至术后4周。下颌骨骨折复位主要参考咬合关系恢复为主。

## 2 护理

211 心理护理 由于颜面部的特殊位置,决定了人们对面部外伤后情况的重视,这些患者除了承受肉体上创伤的痛苦之外还要承受是否毁容等心理上的伤痛,特别是年轻的患者心理上的压力更大,对手术情况不了解,想到术后留下的手术瘢痕影响到外貌以及以后的社会生活及工作等,产生了严重的自卑心理<sup>[1]</sup>。病例中绝大部分为交通事故及工作等突发事件,患者对突发事件心理上打击较大,情绪一时

不能安静。针对不同类患者,我们采取不同的方法进行心理护理。如对于年轻患者我们向患者解释可以选择口内切口术后面部不留有瘢痕,并把成功病例向患者展示等,患者情绪的的稳定有了明显的缓解,对治疗有了积极的配合态度。并且积极要求患者家属及单位人员多给予患者心理上的安抚,以平静患者情绪。心理护理应当贯穿于疾病治疗的全过程,术前、术后患者的焦急与疼痛等会导致交感神经兴奋,血压升高,增加伤处的出血。

212 术前准备 (1)开放性骨折的患者要进行急诊手术,严格按照医嘱进行各项检查,做好准备。男性患者胡须长的给予剃掉胡须,女性及头发较长的男性,给予头发向头顶盘起,并用发卡固定,戴一次性帽子。(2)闭合性骨折择期手术的患者,每天3餐后给予口腔护理,清除食物残留及分泌物,术前建议理发、刮胡子,并用温开水及肥皂洗脸。(3)内固定材料如钛钉、钛板等用戊二醛按要求浸泡消毒,使用前必须用无菌生理盐水洗去材料表面的残留浸泡液<sup>[3]</sup>。

## 213 术后护理

21311 一般情况的观察 由于全部病例为局麻下进行的,术后患者清醒,回病房后给予病床头部摇高,患者取半卧位,减少术后出血和水肿发生,如术区出血较多,敷料被血迹浸透严重的,及时更换敷料。患者在术后3天内多有38℃以下的中度热,这主要为术后炎症反应的表现,如果出现高于39℃以上的高热时,就要观察有无术区感染,或是否患者不能进食、补液量不足等,要及时向医生汇报病情,及时处理。如果患者术后疼痛表现明显,除给予语言上的安抚外,可以向医生汇报情况,执行医嘱给予镇痛处理。下颌骨骨折术后患者呼吸的观察也很重要,口腔位于呼吸道上段,并且口底部组织疏松,炎症水肿后常可导致呼吸道上段阻塞,影响呼吸,发现不及时甚至危及生命<sup>[3]</sup>。

21312 口腔护理 术后 1 周内患者因术区疼痛或肿胀不能做张口运动, 口腔自洁能力差, 容易引起口腔内切口感染。术后保留有颌间牵引的患者进食后食物易于留于口腔内或夹板上, 也容易引起口内切口感染或吸入性肺炎。所以术后加强口腔清洁管理, 保持术后患者呼吸道清洁与通畅是口腔护理的另一重要工作。对于能自行漱口的, 每餐后用外用甲硝唑溶液含漱后再用外用生理盐水漱口。不能自行漱口的, 用 20 ml 注射器吸取外用甲硝唑溶液从磨牙后间隙注入, 再用吸引器吸出, 再注入外用生理盐水后吸出, 反复多次, 至无明显污物, 并在餐后去除牙弓夹板上的食物残渣<sup>[4]</sup>。

21313 饮食护理 食物成分应多样化并易于消化吸收等, 给予高热量、高蛋白, 富含维生素的食物。患者因术部疼痛或张口困难等原因, 不愿或不能进食, 一次进食量不多, 护士要耐心向患者讲述食物对于术后患者疾病的恢复有重要意义, 并鼓励他们少吃多餐。术后 1 周的全流质饮食为主, 2 周后肿胀及疼痛消退的患者, 可以张口锻炼并给予半流质食物。

21314 出院医嘱 要求下颌骨骨折内固定术后的患者出院后 1 个月内以软食为主, 避免咬硬物时咬合力过大致内固定物松动移位, 3 个月后进食普食。进行张口功能锻炼是术后康复的关键, 术后 1 周即可进行功能锻炼, 颌间牵引的患者, 牵引 4 周后拆除牵引进行张口功能锻炼。

### 3 讨论

下颌骨骨折微型钛钢板坚固内固定术已广泛应用于临床, 并取得了良好的治疗效果。下颌骨骨折的治疗不仅是骨折处进行坚固的内固定, 还要顾及术后功能的恢复, 由于使用了坚固的内固定材料, 患者可以早期进行张口功能锻炼, 不但避免了术后关节僵直等并发症发生的可能, 也为术后的护理提供了方便。积极主动的心理护理以及认真负责的术前术后护理, 稳定了患者的情绪, 便于手术的顺利进行, 避免了术后各种并发症的发生, 治疗取得了满意的效果。本组 25 例患者经术后 6 ~12 个月复查均骨性愈合, 咬合关系好, 无颞颌关节强直, 面部外形无异常。生物2心理2社会医学模式要求医疗工作向院外延伸, 患者出院后并不是治疗的结束, 患者康复的好坏关系到治疗的结果。由于我们积极主动, 认真负责的护理, 赢得了患者的信任, 融洽了医患关系。

#### [参考文献]

- 1 邱蔚六. 口腔颌面外科理论与实践. 北京: 人民卫生出版社, 1998, 479.
- 2 高鲁胶. 钛板内固定治疗下颌骨骨折的临床疗效观察. 山东医学高等专科学校学报, 2006, 28(2): 1232124.
- 3 刘彦普, 雷德林. 下颌骨骨折的坚固内固定治疗. 实用口腔医学杂志, 2000, 16(5): 412.
- 4 秦升玲, 刘发刚. 围手术期心理护理. 中国临床医药研究杂志, 2006, 1(6): 54.

(收稿日期: 2009-02-06)

(本文编辑: 李晓言)

## 人造血管搭桥内瘘术的护理体会

徐李娟

[关键词] 人造血管移植术; 内瘘术; 护理

[中图分类号] R47316

[文献标识码] B

[文章编号] 1681-2122(2009)07-0602-02

依靠血液透析维持生命的慢性肾衰竭患者, 血管通路的设计尤为重要, 因为患者往往需要长期血液透析。血管通路的质量或使用寿命直接影响到患者血透的顺利进行。一般自体动静脉内瘘的使用平

均期约为 5 年, 所以有些患者一生要多次行内瘘手术, 造成体表可用于内瘘术的血管逐渐减少; 加之尿毒症患者由于自身血管硬化(如糖尿病)或内瘘闭塞等原因无法进行血透, 对于此类患者, 可采用人造血管搭桥, 建立人造血管内瘘。我科于 2008 年间共施行 3 例人造血管移植术, 现报告如下。

作者单位: 310016 浙江杭州, 浙江大学医学院附属邵逸夫医院 浙江大学邵逸夫临床研究所