

是预防废用性肢体发生的有效方法。①早期(术后 1~2 周):患肢肿胀,疼痛且容易再发骨折及移位,此期髌关节及膝关节暂不活动,仅做股四头肌舒缩活动促进患肢血液循环,有利于消肿,防止肌肉萎缩及关节僵硬。②中期(术后 3~6 周):此期软组织已愈合,经固定的骨折端已纤维连接,逐渐形成骨痂。此期除继续上述运动外应逐渐锻炼髌、膝两关节:一手托起股骨下端近膝关节处,另一手握住踝关节处,帮助患者进行髌、膝两关节屈伸活动,动作应缓慢,逐渐增加活动幅度和次数。指导患者进行撑壁、抬臀、伸屈髌关节活动,每日数次。③后期(术后 6 周):此期主要病理改变是肌肉萎缩,关节内软组织粘连,韧带挛缩,锻炼的目的是增强肌力,恢复关节功能,髌关节仍以撑臂、抬臀、伸屈为主。兼练习内收外旋。方

法:a. 患者坐于床上,右腿屈曲、左右摆动,上提下踏。左侧残肢锻炼的方法是搬起后(患者自己或协助)上下左右活动,数次/d。每次 5~10 分钟;b. 如患者体力许可,嘱其站于床头,双手握住床头,练习下蹲,数次/d,每次 5~10 分钟,(因单肢负重,以不感劳累为原则)。

2.8 保证营养的需要 严重复合伤后植物神经功能紊乱,机体处于应激状态,加之禁饮食可出现胃肠功能紊乱。早期应给予静脉补充,肠蠕动恢复后给予高热量,高蛋白质,高维生素易消化饮食,根据患者肝、肾、胃肠功能及生活饮食习惯调配脂肪、蛋白质的比例。发烧、出汗多时适当增加热量,以保证机体生理需求。

(2002-12-04 收稿)

## · 经验与革新 ·

### 36 例卵巢过度刺激综合征护理体会

毕文香 李占娥 付秀兰 (山东省立医院 山东济南 250021)

2001 年 1 月~2002 年 7 月,我院共收治重度卵巢过度刺激综合征(OHSS)36 例,现将护理体会报告如下。

临床资料:全部病例均按照 1973 年世界卫生组织 OHSS 等级标准进行诊断。Ⅰ级:双侧卵巢增大,多个卵泡及黄体囊肿,卵巢直径 < 5cm,下腹部可有轻度压痛,尿雌二醇 > 550.0nmol/24h,尿孕酮 > 31nmol/24h,血孕酮 > 93.6 nmol/L。Ⅱ级:卵巢直径 5~10cm,有少量腹水,可伴有恶心、呕吐、胃痛、腹胀等症状。Ⅲ级:卵巢明显增大,直径 > 12cm 或有卵巢破裂,出现胸水及大量腹水,尿少,低血容量甚至休克,水及电解质平衡紊乱,血液浓缩,血液异常甚至血栓形成。本组均属Ⅲ级 OHSS,年龄 28~39 岁,未受孕 6 例,体外授精—胚胎移植术后 30 例,其中,双胎妊娠 18 例,多胎妊娠 12 例。本组出现脑梗死 1 例。

护理体会:①心理护理:患者多为青年女性,但病情较重,精神压力大,应为患者讲解疾病知识,消除焦虑、紧张情绪,增强战胜疾病的信心,积极配合各种检查及治疗护理。②饮食护理:患者可因大量腹水和早孕反应而影响食欲,所以宜进高蛋白、低盐、利尿、易消化的食物,注意补充叶酸、多种维生素、铁、钙等。③病情观察:准确评估患者的 T、P、R、Bp、体重、腹围,准确记录 24 小时出入液量,尤其是尿量。密切观察恶心、呕吐、腹水程度,随时监测血、尿的生化指标。因患者血容量不足,血液粘稠度增高,容易发生血压下降及休克,甚至造成脑、心、肾等主要脏器的栓塞。因此早期预防及治疗非常重要。根

据患者的呼吸困难程度,给予氧气吸入,2~3L/min,每日 2~3 次,每次 30 分钟。④合理安排静脉输液速度、先后顺序以抗生素、白蛋白、利尿剂为宜。白蛋白 10g 宜加入 5%葡萄糖注射液(限制钠盐的摄入)300ml,6~8 小时输完,然后根据尿量的多少合理应用利尿剂(尽量少用)。⑤抽取腹水:患者取侧卧位,在严格无菌操作下选择穿刺点,采用硬膜外管穿刺腹腔,保持腹水引流通畅,如发现引流受阻,应改变患者体位或转动针头;注意患者面色、脉搏、血压等变化;观察记录腹水量、色泽及澄清度,必要时留取标本送检。腹水引流量每日应 < 1000ml,过量可造成低蛋白血症;速度每小时 < 500ml。每引流 1000ml 腹水,应补充白蛋白 10g。⑥抽取卵泡液:在阴道 B 超监测下抽取卵泡液,减少雌二醇的产生。因卵泡液可刺激胃肠道,导致胃肠痉挛而影响食欲。⑦多胎妊娠:如患者为多胎妊娠,可于妊娠 50~60 天时,在 B 超监测下实行选择性减胎术。减胎时严格无菌操作,阴道必须用碘伏消毒,有宫颈炎时先控制炎症,术后保持会阴清洁,每日可用 0.1%新洁尔灭棉球擦洗外阴 2 次,并观察阴道分泌物情况,必要时应用抗生素。⑧终止妊娠:如果经以上治疗,OHSS 仍难以控制,可考虑人工流产而终止妊娠。流产后注意观察宫缩及阴道流血情况,保持会阴清洁,预防感染。⑨出院指导:经以上治疗,患者腹水减少,尿量增加,症状减轻,可出院。出院时给予正确的健康指导,传授受孕者优生知识。

(2002-08-28 收稿)