

短篇报道

克氏针与丝线环扎内固定治疗斜形和粉碎形锁骨骨折

辽宁省法库县第一医院 (110400) 鲁文忠

我院 1988 年~1993 年共收治锁骨骨折 110 例, 其中斜形和粉碎形骨折 45 例, 应用克氏针、丝线环扎内固定, 治疗效果满意, 报告如下。

临床资料 本组 45 例中男 27 例, 女 18 例; 年龄最小 4 岁, 最大 67 岁; 骨折部位: 左侧 21 例, 右侧 24 例; 骨折类型: 斜形骨折 19 例, 粉碎形骨折 26 例; 开放性骨折 3 例, 闭合性骨折 42 例; 锁骨远端骨折 35 例, 锁骨中段骨折 10 例。

手术方法 在臂丛神经麻醉下, 手术显露骨折端, 于骨折远端逆行打进克氏针一枚, 对合骨折端, 斜形骨折用双 7 号丝线在骨折端环形结扎 2 道, 粉碎形骨折用双 7 号丝线环形结扎 3~4 道。再将克氏针顺行打入。检查解剖对位后, 切口生理盐水、庆大霉素冲洗, 逐层缝合。针尾剪断, 埋于皮下。术后患肢三角巾悬挂胸前。

治疗结果 本组 45 例, 术后无 1 例感染, 切口 I 期愈合。随访 1~5 年, 全部骨折均顺利骨性愈合。

讨论 对锁骨远端有移位的骨折, 因喙锁韧带断裂, 远端向下, 近端向上斜形骨折和有移位的粉碎形骨折, 手法整复多不能对位。特别是粉碎性骨折, 反复整复, 骨折片容易刺伤神经、血管。如严重成角畸形愈合, 也有可能压迫臂丛神经。应用克氏针、丝线环扎内固定, 手术简单易行, 不需作二次手术取内固定物, 可避免以往用钢丝内固定二次手术取钢丝。由于颈部血运丰富, 手术不易感染, 所以, 对手法不能整复的锁骨远端斜形和粉碎形骨折, 应提倡手术治疗。

(收稿: 1994-06-03)

患者, 采取三早救护法, 救护成功率为 97.3%, 体会如下。

1. 早期诊断与鉴别: 由于机体的代偿功能, 休克患者的早期表现并不十分明显, 与心理因素所致的临床表现难以鉴别。其表现为恶心、呕吐、口渴、烦躁、面色苍白、大汗、激动、焦虑、脉率正常或稍快, 血压正常或偏低, 有的患者可出现血压偏高或很高, 面色通红。四肢末梢皮温高于正常等。但由于损伤的肢体处于未处理状态, 病情逐渐趋向于恶性发展, 直至代偿功能丧失。此时应及早的鉴别与采取急救措施, 每隔 3~5 分钟检测生命体征并准确记录。进行各种辅助检查, 配合医生及早拟订相应的治疗护理计划。

2. 早期去因救护: 去除休克的发生原因是救护休克的关键环节之一, 我们的做法是, 立即将止血带、绷带、无菌纱布、骨折固定用品、保暖物品准备齐全, 迅速配合医生去除不正确的止血用物及覆盖物, 扎止血带止血, 包扎伤口, 保护撕脱组织及骨折临时固定, 若医生不在时可边通知医生边做初步处理。处置时护士的面部表情应该沉着、冷静、严肃、认真、自信, 以稳定患者的情绪, 配合治疗。

3. 早期恢复有效循环血量: 首先建立畅通的补液通道, 必要时建立两路或三路, 穿刺部位以粗直血管, 易固定的部位为宜。速度 120~140 滴/分。在没有血源的情况下, 首选的液体为生理盐水和 706 代血浆交替输入, 同时输入适量的止血药物配合止血, 输入适量的碳酸氢钠预防酸中毒。积极组织血源, 交叉配血, 遵医嘱输入适量的全血, 当输入 1000ml 以上的全血时, 应加 10% 葡萄糖酸钙 10 ml 作静脉注射, 预防低血钙。

4. 留置尿管, 准确记录尿量: 观察尿的颜色, 预防肾衰。同时及时给予氧气吸入, 病情允许时, 在麻醉下进行术区备皮准备, 避免疼痛刺激。备皮时护士的动作要轻且迅速。

(收稿: 1994-08-18)

大面积皮肤撕脱伤伴休克患者的三早救护

河北省廊坊市人民医院 (102800)

王宝萍 丁伯静 王冬梅

大面积皮肤撕脱伤, 因损伤大, 出血多, 若救护不当, 可危及生命。自 1990~1994 年我科救治 37 名

闭合穿针内固定治疗儿童股骨干不稳定型骨折 112 例

山东省聊城市中医院 (252035)

张玉盘 田桂荣

1987 年 10 月~1993 年 12 月, 我们应用骨圆针经皮闭合穿针内固定治疗儿童股骨干不稳定型骨折 112