

宽的间隙,已足以使骨折愈合时间延长或发生不愈合^[3]。因此认为对非粉碎型骨折,骨牵引治疗只要防止牵引过重、时间过长,还是值得提倡的。但对粉碎型骨折则不宜。本组治疗优良率为 78.1%。

钢板内固定治疗优良率最低,为 72%。因此认为对伴有中度或重度软组织损伤的Ⅱ、Ⅲ类骨折选择钢板内固定应取慎重态度。

单侧多功能外固定器骨折愈合良好,并发症少,优良率达 90.7%,明显优于上两种方法。伴有严重软组织损伤的小腿开放性骨折是外固定架的绝对适应证^[4]。但在胫骨中上段或中下段骨折固定时,应尽力避免在骨骺端穿钉,因骺端骨质疏松,螺钉钉易在钉道中

滑动而影响固定效果。要注意肢端血运和定期消毒钉孔防止感染。

参考文献

1. 李起鸿,等. 长管状骨开放性骨折的内固定. 天津医药骨科附刊. 1980; 4: 169.
2. 刘大雄,等. 自身加压钢板治疗胫腓骨干骨折. 解放军医学杂志 1980; 14 (5): 379.
3. 陆裕朴,等. 实用骨科学. 第 1 版. 北京:人民军医出版社, 1991: 59.
4. 陈加尔译. 胫骨干骨折外固定架治疗. 创伤骨科学报 1989; (3): 332.

(收稿: 1995-02-07 修回: 1995-11-27)

肢体远端浅静脉的护理

天津市中等医学教育研究室 (300052) 高美玉

临床静脉给药常选用四肢末端之浅表静脉,选取和保护好有限的肢端浅表静脉、提高使用效率在临床上有着重要的意义。笔者根据多年临床经验,对肢体浅表静脉的护理简要阐述如下:

1. 根据药液的性质选取适当的静脉,以减少化学性静脉炎的发生。

对血管刺激性强的药物如红霉素,化疗药物及庆大霉素等,不宜选择手、足背的小静脉做静点滴,以防止药物对血管的强烈刺激引起化学性静脉炎,使血管壁硬化管腔狭窄乃至堵塞,故应选用管腔较大的血管如头静脉下段(桡骨头处),使药液进入后迅速被流量大的血液稀释,从而减少了局部刺激性,避免发生静脉炎,以提高血管的使用率。

注射高渗药物宜选用较大的血管。有些病人在注射 50%葡萄糖液或 25%葡萄糖液时有疼痛感,注射后沿静脉走向出现肿胀,故不宜选用手足小静脉注射高渗葡萄糖液,也应选取较大的血管。

2. 穿刺时充分显露静脉,减少机械性损伤,提高输液的成功率

临床上常用热敷肢体穿刺部位,以促进血液循环。穿刺时充分显露静脉。但也使血管弥漫性充血,加之扎紧止血带后,组织瘀血使肤色紫兰,有碍血管辨认。故肢体保暖后,末梢循环良好,肢端浅表静脉显露良好,较瘦者,即使不扎止血带也可见到充盈的浅表静脉。

穿刺前适度扎止血带,过早过紧使肢端充血,显露不良且患者有不适感,扎止血带的松紧度以能阻断静

脉回流为宜,对于末梢循环不良的血管条件不好者应于临床穿刺前扎紧为宜,穿刺还可嘱病人将手下垂数分钟亦能使血管充盈。

对于水肿病人静脉显露不良,应选择走行在骨骼上面易于固定,较粗壮、平直的静脉如大隐静脉和头静脉下端处做穿刺。穿刺前先用手指将组织间隙的水分向周围组织挤压待静脉显露后,由助手协助以手指压迫穿刺静脉的近端,阻断血液回流,使之充盈即行穿刺,待针尖进入静脉后针头再向前少许,稳妥固定针头后组织间隙返还原处,针头也不易脱出。

3. 防止局部皮下瘀血,以提高静脉输液的使用率

其主要原因在于拔针时压迫穿刺处的手法不正确,或压迫时间较短。也可因穿透血管造成局部瘀血,使静脉显露不良,出血量大,瘀血机化,可致压迫血管,使之与周围组织粘连而无法再使用。故拔针时先将中指、食指、无名指手指指腹顺静脉走行,平压在覆盖穿刺部位的小敷料上,压迫范围以皮肤和血管壁两个穿刺点为中心,而大于两个穿刺点,针尖拔出后继续按压 2~5 分钟,有出血倾向者适当增加时间,一般均不致出现皮下瘀血,选用指腹压迫系考虑指腹与皮肤的接触面积较棉签接触面积大,可以有效地压迫住两个穿刺点及穿刺点两端的血管部分止血效果更可靠,此法在临床上称为“三指止血法”,压迫穿刺点不宜易手,以免在易手时有血液漏出,但在临床上,往往患者多,护士少,难以亲手为患者按压较长时间,此时得到患者的合作非常重要。