

内固定⁶⁾, 是理想的脊柱后路内固定。其优点, 集整复固定为一体, 手术创伤小, 复位满意, 固定牢固, 能早期下地活动。胸腰椎爆裂型骨折, 大部分病人前、后纵韧带未断, RF 系统贯穿脊柱三柱。通过轴向撑开力, 前后韧带紧张, 促使骨折达到解剖复位。当椎体高度恢复到 90% 以上, 移位骨片大部分都回复, 椎管占位、椎间孔管径亦随之恢复正常, 对压迫的脊髓及神经根起到减压作用, 因此大部分病人无需做椎板减压。对有椎间盘突出, 我们采用做双侧半椎板切除 (保留上下关节突、棘突、棘上及棘间韧带), 在安放好 4 枚椎弓根钉后, 切除双侧半椎板, 摘除突出的椎间盘。在撑开复位时, 能看见突入椎管的骨片, 随后纵韧带的紧张自动

回复, 用手指探查, 脊髓床平整。我们称该术式为“桥式潜行减压。”该方法既起到摘除椎管内突出物, 又保留关节突、棘突、棘间韧带、棘上韧带的完整, 使脊柱后柱相对稳定为术后的康复打下良好的基础。

参考资料

1. 李印良, 徐莘香, 宁漱岩, 等. 手术治疗胸腰椎严重爆裂骨折. 中华创伤杂志, 1994, 6: 253
2. 叶后彬, 李世英, 邱贵兴. RF 系统治疗胸腰椎骨折. 新脊柱外科手术. 北京: 北京医科大学·中国协和医科大学联合出版社, 1993. 271
3. 侯缺胜, 刘洪奎, 贾连顺, 等. 脊柱后路 RF 技术在治疗胸腰椎爆裂性骨折中的应用. 第二军医大学学报, 1995, 16 (2): 184

(收稿: 1997- 12- 01; 修回: 1998- 04- 20)

· 骨科护理 ·

复合性损伤的急诊护理

姜春艳 郭 洁

黑龙江省黑河市第二人民医院 (164300)

我院自 1994~1996 年, 急诊病例中有 12 例复合性损伤病人, 均来势凶险, 病情复杂, 并有不同程度的休克表现。如一病例, 男性, 于 1995 年 9 月 2 日, 驾车不慎翻车, 当即昏迷, 十分钟后清醒, 被送至我院, 面色苍白, 呼吸略促, 诊断为骨盆骨折伴尿道损伤, 右股骨开放性骨折, 左右锁骨骨折, 肋骨骨折, 损伤性湿肺。将其安置抢救室, 测血压 10/6kPa, 脉搏 98 次/分, 呼吸 26 次/分, 立即用一次性留置套管针建立静脉通路, 配血、输液、输血、吸氧等, 经过急诊室一系列及时有效的抢救和护理的配合, 血压逐渐升至 13.3/9.3kPa。X 线摄片示: 骨盆多发性骨折, 左右锁骨骨折, 右股骨中上 1/3 骨折, 右侧第一、二肋骨骨折。然后将病人护送至骨科病房。

在复合性损伤急诊护理中, 必须严密观察生命体征, 并根据受伤的部位, 所累及的其他脏器, 包括脑、胸、腹、肾等, 观察病人神态、瞳孔、胸腹部体征。如腹肌的压痛情况, 尤其在骨折时, 容易并发膀胱及尿

道损伤。脊柱损伤时容易并发肾挫伤。肋骨骨折容易引起胸膜穿破、肺组织穿破, 引起病人反常呼吸及血气胸等合并症。

护理的配合应根据复合性损伤的诊断和病情发展情况制订行之有效的护理计划: (1) 按病情的轻重缓急即将病人安置抢救室或手术室, 便于抢救。(2) 心理护理: 对于意识清楚的病人予以安慰, 解除病人恐惧心理, 取得病人配合治疗。(3) 注意保暖。(4) 有活动性出血, 尤其是开放性的, 应立即止血, 四肢上止血带或伤口加压包扎, 记录上止血带的时间, 每 30 分钟~1 小时开放一次。(5) 迅速建立静脉通路, 配血、补液、输血, 改善有效循环。(6) 吸氧。(7) 必要时留置导尿。严密观察病人的四大生命体征及神态、瞳孔、尿量、尿色等, 防止心、脑、肝、肺、肾重要脏器的急性衰竭。

(收稿: 1998- 06- 11)