维普资讯 http://www.cqvip.com

血供破坏严重。由于加压钢板应力遮挡效应,也不利于骨折愈合。钢板固定属于偏离中轴的固定,钢板所承受的弯曲应力大于髓内固定,并不是理想内固定物[2]。普通髓内钉对于中上段骨折尚可应用,但不适合中下段骨折。近年来,由于对带锁髓内钉生物力学效应的理解、生物力学设计的改进和手术技术的完善,带锁髓内钉已经成为治疗长骨复杂骨折的主要方法[3]。股骨带锁髓内钉内定具有轴线固定,所受弯曲应力小,弹性固定,既能保持一定的强度,又能保持骨折愈合所需的生理应力,刺激骨痂生长,交锁固定,防止了骨折端的旋转和重迭移位,骨皮质血供破坏小,应力遮挡小,术后再骨折可能性小等优点。尽管如此,我们认为股骨带锁髓内钉的适应证为:股骨转子下骨折,股骨干的长斜形及螺旋形骨折,股骨干中下段骨折,股骨干粉碎性骨折股骨干多段骨折,有骨缺损的股骨干骨折,陈旧性股骨干骨折延迟愈合或不愈合。但在陈旧性股骨干骨折的选择上仍应慎重,尤其是股骨近端骨折。由于长期不负重的原因,患肢骨质疏松明显,大转子等处表现尤为突出。加之进钉点选择偏外,在穿钉及复位过程中,如不加小心,很容易造成大转子外侧骨质劈裂,给骨折固定带来困难[4]。

锁钉断裂退出及失锁是其主要的并发症之一,可发生在近端或远端,以远端多见[5]。本组断钉、松动及远端锁钉失锁情况均发生于远端。分析原因主要有:①负重过早,锁钉承受髓内钉剪切力过大;②陈旧骨折不同于新鲜骨折,其骨折端不能完全对齐,部分骨折端留有间隙,负重后没有骨对骨的支撑作用;③锁钉退出系手术时锁钉困难,反复钻孔,使锁钉失去与骨皮质的把持力;④应用带锁髓内钉器械不熟练或者长期使用器械准确度降低。预防措施:①对于陈旧骨折骨缺损病例,应充分植骨,不要过早负重活动;②骨折端存在间隙时,在没有达到骨性愈合前,患肢应在有保护的情况下部分负重,不宜完全负重;③远端锁钉可用锁钉瞄准器或在C臂X线机徒手锁钉,争取一次钻孔成功,不要盲目钻孔,以免锁钉失败或退出;④熟练掌握相关器械并应予爱护,避免暴力击打髓内钉,每使用50次应该进行精度调整。

[参考文献]

[1] 李建福,李起鸿.加压外固定条件下实验性骨折愈合过程的生物电变化及其意义[J].中华骨科杂志,1997,17(12):776-777.
[2]蒋协远,翟桂华.钢板治疗股骨干骨折失效原因探讨[J].中华骨科杂志,1995,15(9):579-580.
[3] Templeman D, Thomas M, Varecka T, et al. Exchange reamed intramedullary nailing for delayed union and nonunion of the tibia [J]. Clin Orthop, 1995, 315:169-175.
[4]刘长贵,张保中.带锁髓内钉治疗股骨干骨折并发症及防治[J].中华骨科杂志,1998,18(12):725-727.
[5]张传柱,候树勋,王富,等.带锁髓内钉及远端锁钉改进治疗股骨干骨折[J].中华骨科杂志,1997,17(8):530-531.

(编辑:蒋登金)

·个案与短篇·

手术室常见差错事故及预防

佟琳琰,熊庆华 (佳木斯大学附属第一医院手术室,黑龙江 佳木斯 154002)

[关键词] 护士;手术室;事故预防
[中图分类号] R472.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)03-0160-01

手术室的安全护理是整个护理质量的重要组成部分,为了护理安全,防止在执行护理操作技术过程中出现的缺陷、差错、事故等问题,手术室管理人员必须分析常见的事故原因,找出对策,在工作中加以防范,严防差错事故的发生。

1 手术室常见的护理缺陷

手术室的护理缺陷常见有:①接错病人、混淆手术病人,主刀医师开错手术病人或手术部位。②病人身体受损,造成病人身体受损的原因有手术间无人看管病人,病人坠床;电刀使用不当造成灼伤;体位不正确造成神经损伤;病人体质差,时间长造成急性压疮。③用药有误,输血输液查对时有误,药物摆放有错,静脉麻醉和输液标志不清,导致误用,执行口头医嘱有误。④器械、敷料清点有误,术前关闭体腔前和体腔后,器械、敷料、缝针等清点有误。操作不当导致缝针弹出,方向不明,寻找困难。器械完好性被疏忽,传递前忽略检查。⑤病理标本遗失或混淆,术中标本保存不当、丢失或者和其他标本混淆,严重影响病人的术后治疗方案。⑥消毒隔离不严,手术室是高危科室,消毒隔离的好坏关系到手术后的成败。

(下转164页)

[收稿日期]2004-10-18 [修回日期] 2004-12-15

维普资讯 http://www.cqvip.com

3.2 全身情况及其他疾患治疗

患者入院后，经常规的术前检查，了解病人各器官功能状况是否有绝对的手术禁忌证，无绝对手术禁忌证者[4]，调整胃肠功能，鼓励多进食易消化、营养丰富的饮食，改善营养状况，增强抵抗能力，有低蛋白血症多进蛋白饮食，必要时，补入人体白蛋白，有心脑血管疾患的患者，根据所作的检查针对性治疗。肺部疾患的加强抗生素的应用，改善患者肺部通气功能、换气功能，贫血的患者，术前可输入同型全血 200～400 ml，糖尿病患者控制血糖 8 mmol/L 以下。

3.3 术中处理要点

患者 80 岁以上高龄，我们的经验是麻醉后，尽量缩短手术时间，要求手术熟练者主刀，减少手术和麻醉给受手术者带来生理干扰，30 例手术患者，手术时间最短 45 min，最长 1.5 h，平均 1 h。在缝扎前列腺动脉时，我们使用 1/0 薇桥线，减少术后由于羊肠线引起的松解脱落导致的出血[5]。

3.4 术后处理的要点

患者术后严密观察生命体征，血氧饱和度，常规低流量吸氧 24 h，严密观察膀胱持续冲洗通畅，冲洗液色泽情况。术后留置硬膜外麻醉导管，定时推注吗啡，解除膀胱颈痉挛避免出血，术后全身支持，使用有效的抗生素，改善重要器官供血供能，监测血常规，生化肾功等，了解是否有中度以下的贫血，电解质失衡，肾功不全等情况，如有则应及时纠正。患者进食后，要指导患者所进饮食的种类等，鼓励患者多咳嗽，咳出痰液，避免由卧床引起的肺部感染[6]。

在基层医院，有些单位尚未有经尿道前列腺气化电切镜，如果充分注意上述几个问题，对于排尿困难症状明显患者，耻骨上经膀胱前列腺摘除术仍是可行的手术方式。

[参考文献]

[1] Rule AD, Lieber MM, Jacobsen SJ, et al. Is benign prostatic hyperplasia a risk factor for chronic renal failure? [J]. J Urol, 2005, 173(3): 691－696.

[2] 王德富. 80 岁以上高龄前列腺增生症围手术期安全性分析[J]. 广东医学, 1995, 16(12): 864.

[3] Melo EA, Bertero EB, Rios LA. Evaluating the efficiency of a combination of pygeum africanum and stinging nettle (urtica dioica) extracts in treating benign prostatic hyperplasia (BPH): double－blind, randomized, placebo controlled trial[J]. Int Braz J Urol, 2002, 28(5): 418－425.

[4] Ntia IO, Okikiolu OA. Excretory urography before prostatectomy [J]. Afr J Med Med Sci, 1996, 25(1): 75－79.

[5] Ruzic B, Tomaskovic I, Trnski D. Systemic stress responses in patients undergoing surgery for benign prostatic hyperplasia[J]. BJU Int, 2005, 95(1): 77－80.

[6] Deliveliotis C, Liakouras C, Delis A. Prostate operations: long-term effects on sexual and urinary function and quality of life. Comparison with an age-matched control population[J]. Urol Res, 2004, 32(4): 283－239.

（编辑：邱全光）

（上接 160 页）

2 防范措施

2.1 术前要做到六查、十二对制度

六查：接病人查（病区、床号、姓名、性别、住院号、诊断、术前准备、术前用药及过敏情况）；病人入手术间查；麻醉前查；消毒皮肤前查，执刀时查；关闭体腔前后查。十二对：对科室、床号、姓名、性别、年龄、手术间号、手术名称、手术部位、所需药品、物品，药物过敏情况、灭菌器械、敷料是否合格，用物是否齐全适用。

2.2 防止病人发生意外

病人接到手术间后，向其解释说明床窄，不要在床上翻身侧卧，特别是小儿卧在手术台上等待手术或手术完毕等待送回病房时，巡回护士应在旁照顾，防止坠床摔伤；电刀使用要根据说明书使用，功率不可太大，要认真检查极板，尽量使用软极板，且粘贴在肌肉丰满处；摆放体位要得当，如截石位，骶尾部和膝关节处均应垫海绵垫，上肢外展不可超过 90°。

2.3 防止用药错误

术中新用药物标志一定要明显，术中用药时必须两核对，用过的各种药物空瓶保留在术后方可处理，并详细记录于病历上。取血时与血库人工作人员认真核对供血者与受血者的血型、采血日期、袋号，检查血液有无变质，无误后方可输入，并观察输血后反应，保留血袋至手术结束。

2.4 防止物品遗留病人体内

严格执行五数制度即数器械、数线卷、数缝针、数纱布、数术中所需的物品，并详细记录于巡回本上，术中添加物品随时准确记录，关闭体腔和缝合伤口前再次核对，以防留在伤口内，核对无误后关闭体腔，并在记录本上签字。

2.5 防止病理标本遗失或混淆

术中新取组织放入病理瓶内，并标明病人姓名、性别、年龄、床号、科室及手术部位，并填好送检登记记录。

2.6 严格执行消毒隔离制度的无菌操作规程

各种器械包要有消毒指示卡，外要有指示带，使用前检查，不符合变色要求或无指示卡不得使用，要定期采样监测消毒效果。消毒液要选用高效消毒剂，且测定浓度，定期更换。同时尽量采用高压灭菌或环氧乙烷消毒。

（编辑：兰阳军）