1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例9例,男8例,女1例,年龄23~45岁,平均36岁。Ⅱ度至Ⅲ度烧伤面积7%~35%,Ⅲ度烧伤最大面积22%。烧伤程度:轻度1例,中度6例,重度2例。骨折部位:锁骨1例,肘关节内粉碎性骨折1例,尺骨中段1例,Colles骨折1例,胫腓骨双骨折2例,内踝骨折1例,跟骨1例,多发性骨折1例。骨折肢体有烧伤7例,骨折部位有烧伤4例。伤后3 h至4 d入院。

1.2 治疗方法

联合应用抗生素预防和控制感染。病情平稳后对非骨折部位的中小面积Ⅲ度烧伤创面行早期削痂植皮;大面积的Ⅲ度创面采用自体微粒皮移植、异体皮覆盖封闭创面;对骨折部位浅Ⅱ度烧伤先积极治疗烧伤,10~14 d创面愈合后再行骨折手术,手术切口尽量避开烧伤创面;对须手术的骨折部位皮肤有Ⅲ度烧伤者,采用清创削痂、创面彻底清洗、更换手套器械等治疗后再行骨折手术,最后植皮封闭创面;对无明显移位的稳定型骨折辅以适当外固定或制动处理。

2 结果

9例中,8例Ⅲ度烧伤患者均行植皮术,创面2~4周全部愈合,1例Ⅱ度烧伤患者换药2周后愈合。4例无明显移位的稳定型骨折经保守治疗后如期康复。5例骨折行手术切开复位内固定术,其中4例骨折部位皮肤有Ⅲ度烧伤者采用骨折内固定和清创植皮在一次性手术中完成。随访5例骨折手术病人5~14个月,烧伤植皮区4例愈合良好,1例轻度疤痕增生;骨折手术中除肘部热压伤骨折术后关节功能恢复较差外,其余4例功能恢复较满意,无并发症产生。9例平均住院36 d,骨折手术病人平均住院44 d。骨折内固定物在8周~1年内全部取出。

3 讨论

烧伤合并骨折会给临床治疗带来复杂性,特别是骨折肢体或骨折部位皮肤有烧伤的情况。如何在有限时间内同时兼顾烧伤和骨折的治疗就成为了棘手的问题,因二者在治疗、预后和组织修复上可相互影响[1]。烧伤皮肤坏死液化感染可引起骨髓炎,移位不稳定的骨折未复位固定可致畸形愈合、影响功能外观,同时也有碍烧伤的治疗操作和创面愈合。因此,在治疗上首先须保持患者病情稳定,坚持生命第一的原则[2]。针对不同的伤情制定较详细的个体化治疗方案。大面积烧伤卧翻身床有利于治疗护理。非骨折肢体的Ⅲ度烧伤应尽早清创削痂植皮封闭创面,减少感染机会。骨折肢体如无烧伤,骨折治疗可以与烧伤治疗同时进行。骨折部位有深Ⅱ度以上烧伤时,骨折手术和烧伤削痂植皮术应尽早在一次性手术中进行[3]。术中彻底清创、清洗创面和更换手套器械等可减少感染发生。

[参考文献]

[1] 刘贻运,王 兵,李俊龙,等. 中重度烧伤合并四肢骨折的治疗[J]. 中国骨伤,2006,19(10):613-614.

[2] 王 新,宋跃明,陈志强. 烧伤合并四肢骨折的手术治疗[J]. 中国矫形外科杂志,2003,11(6):385-386.

[3] 金信良,郑国平,占进文,等. 四肢长骨骨折合并烧伤的治疗体会[J]. 浙江创伤外科,2003,8(5):313.

(编辑:黄春霞)

地震致多发伤病人的观察及护理

刘平萍,杨晓蓉 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所骨科,重庆 400042)

[关键词] 多发伤;护理;外伤;地震

[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0294-02

多发伤是地震创伤的主要特点之一。多发伤病人有伤情重、心理压力大、生理紊乱严重和病情变化快等特点,临床上要密切观察病情变化及可能引起全身性的综合表现。我科集中收治汶川地震创伤病人69人,其中多发伤病人34例。经过我们的精心护理取得了满意的效果,34例病人痊愈出院。现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组患者34例,其中男12例,女22例;年龄:12~89岁。受伤情况:腰椎、胸椎、颈椎骨折;肋骨骨折、四肢粉碎性骨折;截肢术后、挤压伤;关节脱位、颅骨骨折、胸腔积液;全身多处皮肤裂伤等;治疗情况:手术治疗23例占68%,保守治疗11例占32%。34例均康复出院,治愈率100%。

[收稿日期] 2009-04-10 [修回日期] 2009-05-19

2 护理措施

2.1 评估病情与急救

患者入院后及时判断伤情。方法:一问、二看、三查。通过询问病人或有关人员了解受伤原因、时间、部位,受伤后的反应及症状,曾经采取的治疗措施及用药情况等;通过观察患者的表情、受伤部位、损伤范围、严重程度,是否有活动性出血等;认真检查神志、脉搏、呼吸、血压及骨折征象等。对危及生命的创伤,给予及时处理,迅速建立两条以上静脉通道,以保证胶体、

晶体、各种药物及全血的输入，增加血容量，缩短组织低容量期限，消除和控制末稍水肿。对合并脑挫伤的病人，在维持血压的前提下，严格控制输入量、输液滴速，防止因输入过量而造成脑水肿。保持呼吸道通畅，立即给予氧气吸入，以减轻组织缺氧状况。在吸氧过程中，根据病情，及时调整氧流量，及时清除呼吸道分泌物[1-2]。

2.2 专科观察与护理

由于重型颅脑损伤可造成脑组织缺氧，颅内压升高，又可引起体温调节中枢的继发性损害；此外，体温调节中枢内的5-羟色胺含量也因颅脑损伤而增高。因此，重型颅脑损伤病人易发生中枢性高热。护理病人时严密监测，及时记录，并注意分析引起高热的原因。如体温超过39 ℃，要做好高热常规护理。意识、瞳孔、血压、脉搏、呼吸、四肢运动变化是反映颅脑损伤程度和有无颅内血肿的重要客观指标，故应做好严密的动态观察，及时发现颅内血肿、脑疝先兆。在观察中可采用向病人问话与检查各种神经反射，如痛觉、咳嗽、吞咽反射等方法来确定其意识障碍程度。观察瞳孔变化是判断有无颅内出血和脑疝形成的主要方法之一[3]。颅内血肿形成时，一侧瞳孔进行性散大，对光反应迟钝或消失；脑疝早期，病灶侧瞳孔可有短期缩小，随后又很快散大。当有颅内血肿体征出现时，应及时通知医生，并做好术前准备，在快速静脉注射脱水剂、降低颅内压的同时，送手术室行开颅血肿清除术。仔细监测血压、脉搏、体温、腹部情况、血红蛋白、白细胞等的动态变化。如有实质性器官破损或空腔脏器穿孔征象，应及时报告医生做相应处理。以骨损伤为主的严重多发伤重点观察有无合并伤，如神经、血管损伤等。骨折行手术治疗后，一般采取内固定和外固定手术，故术后应常规观察患肢血液循环、感觉及运动等情况。以胸部损伤为主的多发伤重点是监测有无血气胸体征，有无心包填塞、肋骨骨折等。必要时协助医生做好胸腔穿刺。对胸腔闭式引流者，应做好闭式引流的常规护理。注意保护肾脏和其它脏器功能。严密观察尿量，准确记录24 h出入量。多发性损伤早期由于肾上腺皮质类固醇分泌急剧增加，血钾排泄过多，大量失血，不能进食以及脱水剂的应用，使血钾丢失。为防止电解质紊乱，根据尿量适当补钾。根据患者受伤的不同部位，密切观察相邻脏器的功能变化，对严重威胁生命的损伤应及时发现病情变化，及时报告医生迅速处理，抓紧时机积极治疗。

2.3 并发症的护理

严密观察尿量，准确记录24 h出入量，注意保护肾脏和其它脏器功能。密切观察相邻脏器的功能变化，对严重威胁生命的损伤应及时发现病情变化，及时报告医生迅速处理，抓紧时机积极治疗。注意预防压疮，以及肺部的各种并发症。定时翻身、拍背，长期卧床病人且痰夜不易咳出者，可给予沐舒坦超声雾化吸入2~3次，促进排痰，防止肺部感染。对咳嗽无力的病人要鼓励勤做深呼吸，吹气球等功能锻炼，以增加肺活量，必要时给予吸痰。

健康教育的目的是通过卫生知识的传播和行为干预，改变患者的健康行为，提高患者的健康水平的自我保健意识。我们根据受伤部位及恢复情况，认真制定康复计划，并协助和督促病人按计划实施。做好患者心理护理，使患者早日康复，重返家园，达到了预期的目的。

[参考文献]

[1] 李丰梅，崔晓华. 多发性创伤的急救护理[J]. 医药论坛杂志，2008，29(17)：125-126.

[2] 罗巧玲. 严重多发伤的急救护理[J]. 局解手术学杂志，2006，15(4)：281-282.

[3] 董 钏，赵 涛，邓 伟，等. 汶川大地震伤员的救治[J]. 局解手术学杂志，2008，17(4)：223-224.

（编辑：周小林）

鼻咽癌放疗期间的护理体会

吴 霞，杜 敏，郑 颖 （成都军区总医院肿瘤诊治中心，四川 成都 610083）

[关键词] 鼻咽癌；放疗；护理

[中图分类号] R739.63；R730.55 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)04-0295-02

鼻咽癌是常见恶性肿瘤之一，多数鼻咽癌为低分化癌，对放射线敏感性高，故放射治疗是治疗鼻咽癌的首选方法。由于放疗会损伤周围的正常组织，常出现鼻腔干燥、鼻塞、流涕，甚至出血等症状，严重者可引起粘膜的脱落，甚至导致大出血。所以，对于鼻咽癌的护理至关重要，这是顺利完成放疗和减少并发症的关键。我科2003年至2008年收治鼻咽癌患者80例，在放疗期间我们精心护理，获得了满意的效果。现将护理体会报告如下。

[收稿日期] 2009-04-01 [修回日期] 2009-05-28

1 临床资料

本组鼻咽癌患者80例，其中男性67例，女性13例，年龄34~60岁。放疗后出现的临床症状有口干咽燥、味觉功能障碍、口腔粘膜溃疡、牙龈萎缩、咽喉剧烈肿痛、张口困难等，因而不敢进食。

2 护理体会

2.1 皮肤护理

皮肤损伤与照射剂量、照射面积、放射源有关。Ⅰ度、Ⅱ度