维普资讯 http://www.cqvip.com

保护不当对病人皮肤、神经造成的损伤；手术时电刀、电钻对病人皮肤的灼伤；阴道造影、骨折复位术等操作中C臂照射，使病人不同程度受到X线的幅射损伤；进出手术间或手术室大门时，容易撞伤病人露于推床外的头、手、脚。其次是与护理知识有关的因素：面对护理过程中出现的问题由于护士自身素质不高不能应用相关理论知识给予及时解决，出现认知错误和处理失误。术中发生意外的因素：疾病的严重性和病情变化的复杂性，可导致不幸的情况发生，由于术前解释不足或病人家属难以接受，则可能引起医疗纠纷。最后是手术室护士人身健康风险因素：护士在手术中不慎被针、刀刺伤有被传染乙肝、丙肝、甚至感染艾滋病的可能；患者及其家属因对护理服务质量不满意采取不合作的态度或情绪无法控制发生过激行为，可能对护理人员的人身安全造成威胁。

2 医疗风险的规避

手术操作过程中手术室护士全程参与，在个体化的护理中保持警觉非常重要，认真细心的动态观察病情往往能及时发现异常情况并立即报告给医生，可避免或减少病人受到伤害，同时降低医疗风险的发生，对医疗风险的处理掌握了快速的时效性[1-2]。因此，手术护士首先要具备崇高的思想素质和精湛的技术素质、良好的心理素质、强健的身体素质，是降低医疗风险的关键[3]。提高护士爱岗敬业的精神，加强责任心，是自觉执行规章制度和操作规程的保证，同时对规章制度的强制执行措施也是提高医疗质量的根本措施。其次，加强自身继续教育学习和业务培训，提高理论知识和应急处理能力，避免知识落伍带来的错误认知。建立以质量为核心的整体护理模式，尊重病人的权利，了解病人及家属思想状况，与病人及家属交谈中运用良好的沟通技巧，态度和蔼，消除可能出现的误会，减轻矛盾的恶化，避免医疗风险的发生。

[参考文献]

[1] 黄建波，王素菊．神经外科护理纠纷原因分析及防范措施[J]．局解手术学杂志，2004，13(3)：164、
[2] 邓秀兰．手术室护理指南[M]．长沙：湖南科学技术出版社，1992．83．
[3] 曾 俊，王 莉．手术室护士的心理压力及对策[J]．局解手术学杂志，2004，13(4)：285－286．

（编辑：蒋登金）

糖尿病足57例治疗体会

王玉珏，张学磊 （佳木斯市中心医院二部内分泌科，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 糖尿病足；治疗
[中图分类号]R587.1 [文献标识码]B [文章编号]1672－5042(2005)02－0142－02

糖尿病患者中约15%以上发生糖尿病足[1]，本文将我们近年来57例糖尿病足的治疗体会介绍如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

57例糖尿病足患者，男45例，女12例，年龄40～78岁。按wagney分级法0级3例，1级5例，2级7例，3级9例，4级17例，5级16例。

1.2 方法

采用扩张血管（罂粟碱，维脑路通）、抗凝、改善血粘度（丹参，肠溶阿斯匹林）、营养神经（弥可保），控制感染（抗生素）、局部换药和手术等治疗。

2 结果

0、1、2级全部治愈，3级治愈8例，4级治愈8例，截肢2例，总治愈率为60%，其中0～3级治愈率为95.83%，4～5级治愈为33.3%。

3 讨论

糖尿病足[2]发生发展是一个过程，如果注意足部卫生及保健，可最大限度地预防糖尿病足的发生。糖尿病足形成后，要根据病程长短、病变轻重，抓住病理机制的主要环节，保守治疗与手术治疗结合，全身用药与局部用药结合，方能取得满意疗效。我们在多年临床治疗中积累了一定经验。

3.1 早发现、早治疗

从本文看0～3级均可治愈，近年我们采用糖尿病足检查仪（Simmes-weinsteine monofilament）检查触觉、音叉检查振动觉及测量踝/臂血压（收缩压值）等方法简便、敏感性高，可早期发现足病变，早期我们采用ITBC疗法（胰岛素，怡开，弥可保，中药）[3]可有效的治愈0～3级患者。

3.2 重视

重视血管堵塞、神经病变、感染3个关键环节，3级以上者均有不同程度的血管堵塞，我们采用罂粟碱、维脑路通、阿司匹林、丹参等多种药治疗，神经病变给以弥可保为主，配合肌醇片、芦丁等治疗，感染根据局部分泌物细菌培养结果选择全身或局部用药。

3.3 局部用药要合适

局部创面的处理至关重要，换药太频繁会破坏新生的肉芽组织不利于愈合，换药次数少会使感染难以控制，每天换药一次，庆大酶素加胰岛素或根据细菌培养结果选择抗生素。主要作用在于胰岛素可加速局部组织对葡萄糖的利用，抑制脂肪分解，促进K^+及氨基酸进入细胞内，加速胶蛋白的合成，促进溃疡愈合；同时胰岛素能改善白细胞化学趋附性、吞噬作用、细胞内杀伤等功能，可配合抗生素，对控制感有助。

[收稿日期]2004－11－15 [修回日期]2005－02－24

维普资讯 http://www.cqvip.com

3.4 抓住手术机会

彩色多普勒证实血管狭窄低于50%～70%时进行手术。手术方式以转流术，即以静脉代替动脉的手术方式，可改善供血避免截肢效果良好。不要轻率截肢，许多已闭塞的血管，侧肢循环已经建立，这就是临床见到的病人患肢虽然不易愈合，但却不出现组织迅速坏死的原因，如果把局部溃疡处理好许多病人的患肢可以最大限度的保留。

3.6 死亡病例病因复杂

本组有3例病人死亡，均为4～5级患者，其中1例死于二重感染、败血症及感染性休克，1例手术后肾功衰竭，1例死于大面积脑坏死。

[参考文献]

[1] 常宝成，潘从清．糖尿病足的诊断和治疗[J]．国外医学内分泌学分册，2002，22(12)：25.
[2] 谷涌泉，张 建，俞恒锡．下肢远端动脉旁路移植治疗糖尿病足46例报告[J]．2003，23(8)：487－489.
[3] 周生明．糖尿病及病发症的防治[M]．北京：经济日报社，2001.205.

（编辑：黄春霞）

小儿颅脑外伤的特点与诊治体会

石新刚[1]，杨铁成[2]，兰学英[2]　（1.鞍山钢铁集团公司长甸医院，辽宁 鞍山 114000；2.鞍山钢铁集团公司立山医院，辽宁 鞍山 114032）

[关键词] 颅脑外伤；诊治；小儿；体会
[中图分类号] R651.15　[文献标识码] B　[文章编号] 1672－5042(2005)02－0143－01

小儿颅脑外伤多由坠落、撞击或交通事故引起，临床较常见。自1995年至2004年10月两家医院共收治各种小儿颅脑外伤128例，现通过回顾性总结分析小儿颅脑外伤的特点与诊治体会汇报如下。

1 临床资料

1.1 临床资料

本组128例，男性88例，女性40例，年龄最小3个月，最大15岁。伤后距入院时间30 min至20 h不等。

1.2 致伤原因

坠落伤44例；撞击伤36例；交通伤33例；打伤15例。

1.3 颅脑外伤分类

本组按损伤程度分轻、中、重度三种。其中轻度(头皮裂伤和脑震荡)61例占47.7%，中度(颅骨骨折和脑挫伤)42例占32.8%，重度(粉碎性骨折、颅内血肿和脑挫裂伤)25例占19.5%。按颅骨骨折类型可分为凹陷性骨折(20例)，线形骨折与骨缝分离(17例)，粉碎性骨折(12例)。

1.4 主要症状与体征

大部分病例伤后表现精神不振、头痛、恶心和呕吐，个别出现高热，抽搐甚至意识不清，21例同时伴有内脏损伤或其他部位骨折，其中11例发生休克。

1.5 治疗与转归

采用综合方法保守治疗79例，另外49例急诊手术，手术方式包括：凹陷性骨折撬骨复位，清创缝合颅内血肿，清除和去骨减压术等。同时对损伤的内脏也及时处理：如外伤性脾破裂切除术，肠破裂修补术及各部位骨折的复位固定等，结果除一例严重颅脑损伤并发脑疝死亡外，其余均治愈，并且无残疾发生。

[收稿日期]2004－01－14　[修回日期] 2005－02－13

2 讨论和体会

2.1 小儿颅脑外伤的特点

小儿颅脑外伤与成人脑外伤存在许多不同点。①小儿颅骨骨折类型以线形、骨缝分离和凹陷性骨折为多见；②迟发性颅内血肿发生和对冲性脑损伤较少见；③小儿颅脑损伤后易发生呕吐、高热和抽搐，一旦发生昏迷，中间很少出现清醒期，生命体征变化快。上述特点与小儿的颅骨解剖结构特点、生理特点和小儿的脑组织发育尚未完善有关。例如：小儿的颅骨有一定的弹性，同时骨缝裂隙大，故颅骨受外力后有缓冲作用，颅内压也不易增高，还有小儿大脑发育尚不健全，对兴奋不能抑制，具有泛化的倾向，因此，不难理解为什么小儿易出现高热和抽搐，并且年龄越小表现越严重。但是小儿颅脑外伤的治愈率较成人高，致残率和死亡率较成人低，这说明处于生长发育中的小儿具有顽强的生命力，这种生命力主要来源于脑组织的代偿能力与自身恢复能力。

2.2 小儿颅脑外伤的诊断与治疗

由于CR、CT与MR目前已广泛应用于临床，小儿颅脑外伤的诊断已不再困难，关键是积极有效的治疗，不要让小儿留下智力障碍和肢瘫等后遗症。作者认为对小儿颅脑外伤的治疗应该根据病情的轻重程度采取相应的治疗方案。对轻度颅脑损伤患者采取对症观察，无须特殊处理；对中度颅脑外伤要严密观察病情变化，当小儿出现呕吐、高热或抽搐时要采取有效措施治疗(适当应用镇静剂、物理降温、静脉快速滴注20%甘露醇降脑压，纠正水电解质失衡等；对重度颅脑损伤应积极果断手术(清除颅内血肿，去除骨瓣减压，解除对脑组织的压迫)，值得提出的是，在治疗颅脑外伤的同时，勿忘记对内脏损伤的处理。开颅手术出血多，整个手术过程中有一定的危险性，因此要加强对小儿颅脑外伤的围手术期管理与护理，其中包括术后有效的抗炎和营养支持等。

（编辑：兰阳军）