维普资讯 http://www.cqvip.com

未及关节面者 4 例；关节内骨折 7 例，2 例关节面平整，余 5 例移位均大于 2mm，其中一例伴有局部皮肤挫裂伤。

2.治疗方法：本组病例均采用外固定支架治疗。手术在电视 X 光机下进行。分三个步骤：(1)骨折复位：能闭合复位者采用闭合复位。闭合复位失败，采用切开直视下复位。对于那些不稳定骨片，用细克氏针简单固定。(2)安放钢针：钢针平面在前臂桡背侧，穿针点在桡骨远侧 1/4 及第二掌骨两端。(3)整体固定：固定位置不拘，以骨折稳定为宜。

二、结果

全部病例于 4～6 周愈合，并拆出外固定支架。无针眼感染，掌骨应力骨折，桡神经损伤等并发症。随访半年，全部病例畸形矫正。5 例活动受限，丧失范围小于 30%，其中 2 例活动时伴有轻度疼痛。

三、讨论

1.正常尺桡骨远端的解剖关系在侧位片上桡骨远端关节面向掌侧倾斜，正常值为 9°～20°，平均值 13.5°，在正位片上，桡骨远端关节面向尺侧倾斜，该角正常值为 20°～35°，平均为 27.05°。大量研究证明，桡骨远端骨折愈合后，所残留的畸形与日后的功能障碍存在直接的关系。在正常情况下，桡骨远端承受 80%的轴向载荷。桡骨远端骨折治愈后，若残留大于 20°的反向成角，向尺侧倾斜小于 10°，其骨折断端关节面有 2mm 以上错位，将不可避免发生握力减退，前臂旋转受限和创伤性关节炎等并发症，故良好的解剖关系是维持手腕及前臂正常功能的基础。

2.桡骨远端横断及稳定性骨折，多可通过手法复位、小夹板外固定治疗，取得满意疗效。而那些不稳定性粉碎性骨折，复位困难，且复位后再错位发生率高，后果不良。尤其高能量高速度所致的桡骨远端粉碎性骨折正日趋增多，应用石膏固定和内固定等办法都不理想。于仲嘉报道切开复位内固定并发症发生率在 25%～93%。外固定支架的应用，为其治疗带来曙光。

3.外固定支架治疗桡骨远端骨折，是依据"关节韧带牵伸术"原理，在适当牵引和牢固固定下维持已复位的骨折端，直到骨愈合，克服了短缩趋势及碎骨块相互挤压引起关节面不平或移位，从而有效防止畸形的发生。但需注意骨折外固定器，只能防止畸形发生，而不矫正畸形。术中复位程度直接决定愈后。对于闭合复位失败者可采用切开直视复位，并结合克氏针简单内固定，为外固定支架固定创造条件。严重粉碎性骨折取髂骨植骨支持关节面的平整。

总之，骨外固定器治疗桡骨远端粉碎性骨折，是一种安全可靠行之有效的方法，对减少此类骨折所致关节功能障碍及其他并发症有显著疗效，值得推广。

（收稿日期：2001-09-28）

前列腺摘除术后膀胱痉挛性疼痛的护理

姜秀荣* 杨秀兰* 门桂芳*

耻骨上经膀胱前列腺摘除术是治疗急性前列腺增生症常用而有效的方法，但手术后有 52.3%～75%的患者发生膀胱痉挛。术后膀胱痉挛性疼痛呈阵发性发作，间隔数分钟至数小时不等，每次持续时间 30s 以上，多在术后 2～6h 开始出现，术后第一个 24h 最为严重，2～3d 逐渐减轻或消失。痉挛发生时患者可出现闭气呻吟，膀胱冲洗液注入缓慢或不通畅，切口漏尿，继而引流液血色加深或返流，不仅患者非常痛苦，也是导致术后出血及尿管引流不畅的重要原因，影响患者术后恢复。我院自 1998 年 6 月至 2000 年 6 月对前列腺摘除术后病人实施硬膜外麻醉镇痛，有效地解除了病人的术后痛苦，同时在护理工作上也获得一些经验，现介绍如下。

一、资料和方法

我院对耻骨上经膀胱前列腺摘除病人 45 例实施术后硬膜外麻醉，腰椎穿刺点 L2～L3，术中麻醉效果良好，手术结束前 15～30s 予吗啡 1.5～2mg＋生理盐水 5ml 椎管内诱导注射，术后留置硬膜外导管予吗啡 10mg＋氯哌啶 5mg＋生理盐水 150ml 微泵注射，速度 2ml/h，持续时间为 72h。

二、结果

本组术后 12h 中，41 例未出现膀胱痉挛痛及切口痛，占 91.11%；4 例曾出现轻微膀胱痉挛痛伴血性冲洗液增浓，占 8.89%，经镇痛泵临时追加 1～3 个脉冲后症状缓解。胸闷、呼吸困难 1 例，经吸氧后缓解；3 例出现恶心、呕吐，肌注胃复安针 10mg 后缓解。

三、讨论

前列腺增生患者由于长期膀胱出口部梗阻，逼尿肌反射亢进发生率多达 45.0%～85.8%，逼尿肌对膀胱容量反射阈降低，感觉冲动增加，因而术后留置导尿期间由于导尿管水囊压迫膀胱颈部三角区以及冲洗液的刺激，极易出现逼尿肌的无抑制性收缩，表现为膀胱痉挛性疼痛，引起创面出血加重，重者可导致血块形成，堵塞导尿管而需再次手术。本组病例镇痛后 41 例未出现膀胱痉挛痛及切口痛，仅 4 例有轻微膀胱痉挛痛，提示镇痛及抑制膀胱收缩效果良好，这与吗啡中枢镇痛及吗啡抑

* 作者单位：163316 黑龙江省大庆市人民医院急诊科

维普资讯 http://www.cqvip.com

制脊髓痛觉受体和抑制排尿反射有关，从而使膀胱逼尿肌收缩降低、减少膀胱痉挛性收缩及减轻切口痛。

吗啡可抑制延髓呼吸中枢神经的放电活动，对桥脑呼吸中枢亦有抑制作用、可引起每分钟通气量减轻，PCO_2 升高，重者可引起呼吸停止。吗啡对通气量的影响常在6h达到最高峰、第12小时下降至第1小时的水平、本组病人出现1人胸闷、轻度呼吸困难、时间亦在注药后6h左右出现，因此应提高对吗啡抑制呼吸的警惕性，加强对病人用药后12h内呼吸道的管理、特别是伴有肺部疾病的老年病人应考虑纳络酮针的应用。

吗啡最常见的副作用为恶心、呕吐，联合应用氟哌啶5mg后可明显降低其发生率、但仍有少数人出现恶心、呕吐；本组病人即有3例发生，占6.67%、加强呼吸道管理，及时清除呕吐物，注意对恶心、呕吐的治疗，防止病人误吸、保持呼吸道通畅，亦是我们护理的重点。

吗啡+氟哌啶在前列腺术后病人中有良好的抑制膀胱痉挛及镇痛作用、但同时也给护理工作提出了一些问题，如何预防副作用的发生，防止副作用的后果，我们认为最主要的是加强病房巡视，仔细观察病人、特别是做好术前、术后6～12h内的工作。

（收稿日期：2001-10-08）

严重颌面创伤合并急性颅脑损伤的观察及护理体会

张道春* 张晓东** 王晓慧*

口腔颌面部与颅脑相邻，在发生严重颌面部创伤时极易并发颅脑损伤。颅脑损伤的情况比较复杂、危重、且变化比较突然，在原发性损伤的基础上又可出现继发性损伤，严重者可危及生命、有时两种伤情并存，轻重不等，互相掩盖，给观察护理带来一定困难。若观察不仔细，护理不到位，将直接影响病人的愈合，因而正确、合理的急救护理，对提高救治成功率、预防并发症、降低残废率具有十分重要的意义。本文对18例严重颌面创伤合并急性颅脑损伤的观察及护理体会总结如下。

一、临床资料

本组病例共18例、其中男性16例，女性2例，平均年龄25岁。致伤原因交通事故伤11例，坠落伤2例，挤压伤4例，火器伤1例。伤后均未经处理直接来我院急诊科就诊，受伤至来急诊室就诊时间30min以内13例、1～2h 2例、2h以上3例。18例颌面创伤患者均合并不同程度的颅脑损伤，中重型颅脑损伤14例、其中12例急诊处理后经手术治疗治愈，2例因就诊时间较晚经抢救无效死亡、轻型颅脑损伤4例经保守治疗治愈。

二、临床观察

1.伤情判断：接诊护士首先要对伤情作出充分的估计，观察受伤局部病理改变、受伤时间以及致伤的原因等，做一个初步的判断，明确处理重点并及时与有关专科医生取得联系。

2.生命指征的观察：测量血压、脉搏、呼吸、观察意识状态、检查瞳孔的变化，每15min测量一次，并做好详细记录，条件许可情况下使用多功能生命监护仪进行动态监测伤情，及时测出血压、心率、呼吸及血氧情况。对意识状态的观察可通过对病人的呼唤、拍打、压眶上神经，观察病人有无面部表情和肢体活动。通过对病人的询问，观察病人的应答能力来判断意识障碍的轻重程度，轻度意识障碍的病人呼唤时有反应、并能简短正确的交谈或执行一些命令、重度意识障碍的病人呼唤全无反应，强烈的疼痛刺激偶见简单的防御性肢体运动，但始终不能觉醒。本组4例病人受伤后处于嗜睡状态、表现不够觉醒、倦睡或似睡非睡，眼球活动与瞬目减少，思维不像正常那样快速与清晰，因嗜睡是严重意识障碍的早期表现、经过护士仔细观察和分析病人的行为和语言，使其中1例轻度的意识障碍的病人病情加重时得到及时的发现和处理。合并颅脑损伤后意识障碍在短时间内就可恢复、表示伤情不重，预后良好，本组病例有3例头面部及颈部受伤、原发性昏迷3min，清醒后逆行遗忘、头痛、头晕、恶心，经抗炎对症治疗后痊愈；若受伤当时清醒逐渐变为模糊，提示有进行性颅内压增高，脑受压和脑组织缺氧，本组病例有5例颌面部多处损伤的病人、伤后意识丧失约1h后转意识朦胧，创口流血、伴呕吐，经首次CT扫描无颅内血肿，给予清创缝合，对症处置，但伤后4h病人出现神志不清，躁动，左上下肢瘫，经CT再次扫描复查诊断为迟发性颅内血肿，及时采取手术挽救了生命。瞳孔的变化是脑损伤病人病情变化的重要指征，是决定手术的一个最有价值的体征，颅脑损伤的病人突然一侧瞳孔散大，对光反应迟钝或消失，说明已有一侧小脑幕切迹疝的形成，如脑疝继续发展致使双侧瞳孔散大和对光反射消失，这是病情极为严重的一种表现，伴随而来的、常有呼吸及心跳的骤停，故应及早发现，以利早期处理和急救。瞳孔的变化要结合意识状态来判断、本组有1例伤后单侧瞳孔散大，同侧上睑下垂，眼球外斜、眼眶周围有伤痕，但患者意识清醒，这是动眼神经损伤的体征。若伤后意识有昏迷、清醒再昏迷的过程，并出现进行性单侧瞳孔散大伴对光反射迟钝或消失是颅内血肿的有力体征，应立即作开颅准备。

3.呼吸道阻塞的观察：颌面部创伤及颅脑损伤均能引起呼

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学附属口腔医院
** 佳木斯大学临床医学院