维普资讯 http://www.cqvip.com

功能不全者均为膝关节装置受伤,5例踝关节功能受限,均为外伤合并小腿肌肉挫伤。本组有11例出现针道感染,10例经换药及应用抗生素,炎症得以控制,1例因针孔感染没有得到及时治疗,形成局限性骨髓炎,被迫提前去除外固定架,改用石膏固定。

三、讨论

对于胫骨开放性骨折应用内固定可增加软组织损伤,增加感染的机会,并存在内固定物裸露的危险,合并严重的软组织挫伤原则上禁止行一期内固定。而外固定不能使骨折得到良好的对位,不能消除骨折端的异常活动和死腔,不利于感染的控制,骨折端经常在处理皮肤创口时移位。笔者认为单臂多功能外固定架是胫骨骨折的最佳固定方式,尤其适用于Ⅱ、Ⅲ型开放性胫骨骨折,其优点在于:(1)结构简单、操作方便,易于早期功能练习。(2)不损伤对侧软组织,对骨膜损伤小。(3)符合生物力学要求,能矫正各种移位,骨折端既能获得静止的坚强固定,又能达到动态的外固定,有利于骨折的修复。(4)具有多功能性。既能牵引延长,又能缩短肢体,对骨折端施加轴向应力加压,便于处理创口,降低骨感染的机会。

(收稿日期:2002-05-08)

麻醉后寒战的护理

朱玉奇* 于 玲* 李淑艳*

麻醉后寒战是指患者于麻醉后苏醒期间出现不自主的肌肉收缩抽动。寒战发生时因肌肉收缩,机体的耗氧量增加,生成的二氧化碳增加,进而产生低氧血症、代谢性酸中毒甚至心肌缺血等。因此,老年、体弱、心肺代偿功能不全的患者合并此症时,对于其围术期的恢复极为不利。

一、资料与方法

1.临床资料:我院麻醉恢复室2000年3月至2002年3月共接受成人患者623例(年龄大于14岁),其中男356例,女267例,平均年龄46.8岁(14~88岁)。其中静吸全麻517例,全凭静脉麻醉32例,局部麻醉74例。

2.方法:患者入恢复室后,除记录各项生命指征如血压、脉搏、心电、血氧饱和度、意识状态外,还记录病人是否出现寒战。在记录过程中将寒战分为四级:0级,无寒战;1级,面颈部轻度肌颤并影响心电检查;2级,肌肉组织明显颤抖;3级,整个躯体明显抖动。通过观察发现寒战的发生率高达20.6%,全麻后患者发生率高于局麻患者。并以1级、2级多见。

二、护理体会

1.诱发寒战的原因很多,以下几个因素最为明显:(1)外界温度低,(2)男性多于女性,(3)长时间手术,(4)术中大量输血、输液,(5)吸入麻醉后易发。因此,对于并存上述因素已发生寒战或未发生寒战的患者入恢复室后都应注意保暖护理,保暖措施有:电加热毯、红外线照射保暖,仍需大量输液的患者用输液加温仪。本室的这些保暖措施取代了从前的热水袋取暖,无一例出现烫伤。

2.多数寒战患者处于全身麻醉的恢复期,由于麻醉药物的残余作用,长时间处于嗜睡状态,给护理工作带来一定的困难。患者由于寒冷躯体蜷缩甚至躁动,此时尤应注意静脉输液是否通畅,各种监测是否移位或脱落,外引流是否受到影响,尿管是否受压。

3.由于寒战病人耗氧量大,吸氧是极其必要的。保持呼吸道通畅是有效吸氧的前提,麻醉后上呼吸道梗阻的原因是无力咳出痰液及舌后坠。故麻醉恢复室必备有吸引装置,随时清除口腔内分泌物以及各种型号的口咽通气道。

4.对于2级以上寒战及年老体弱并存寒战时,应及时报告医生,采取积极的药物治疗,如度冷丁、曲马多。由于此类药物的镇静作用加之全麻药的残留作用,给药后要密切观察患者的生命体征,尤其是呼吸功能及意识状态。

(收稿日期:2002-05-14)

* 作者单位:150001 哈尔滨医科大学第一附属医院麻醉科

小儿低位硬膜外阻滞的应用体会

马 辉* 纪孝良**

由于小儿生理解剖的特点,麻醉方法有其特殊性,小儿机体对疾病和麻醉的应激反应与成人有很大差别。小儿手术多半在全麻下进行,但在适当的基础麻醉或辅助用药的配合下,硬膜外阻滞也适用于小儿。本文总结了小儿腹部及下肢手术应

* 作者单位:156100 黑龙江省富锦市卫生局
** 佳木斯铁路医院麻醉科