维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 2

锁骨移位骨折克氏针髓内固定治疗体会

岑仕江*

锁骨骨折临床常见，通常保守治疗，但对有明显移位的锁骨骨折需手术治疗。我们自1994～2000年收治26例移位锁骨骨折，行克氏针髓内固定，取得了满意疗效。

一、临床资料

1.病例资料：本组26例中，男18例，女8例，年龄16～62岁。左侧10例，右侧16例，横形及斜形骨折19例，粉碎性骨折7例；新鲜骨折25例，陈旧骨折1例，均有明显重叠移位。

2.手术方法：患者仰卧位，患侧肩下垫高，以骨折处为中心，沿锁骨做横形切口，长约4～6cm，显露锁骨断端，陈旧骨折者先凿除骨痂，选用Φ1.5mm或2.0mm克氏针，从骨折断端逆行穿入外侧骨折端髓腔，在肩后外侧穿出，将针近端退至骨折端水平，整复移位骨折，用持骨钳固定骨折端，将克氏针沿复位后的锁骨近侧端髓腔逆向钻入3～4cm，并使针尖突破内侧骨皮质1～2mm。斜形及粉碎性骨折可在骨折端用钢丝或7号丝线环扎加强固定。剪去过长之克氏针针尾并将针尾弯成钩状埋于皮下，以尾弯成钩状埋于皮下，以免向内窜入或向外移位。术后用三角巾悬吊患肢4周后功能锻炼，骨折愈合后拔除内固定物。

二、结果

所有患者均获得随访，随访时间为6～10个月，平均7个月。26例均基本达到解剖复位，骨折全部愈合，愈合时间6～8周，肩关节恢复正常活动为3～6个月。除1例陈旧性骨折在剧烈活动时局部及肩关节轻微酸胀外，25例无疼痛不适。

三、讨论

锁骨骨折以中1/3及中外1/3连接处为最多见，骨折后受肌肉的牵拉及肢体重量作用，容易造成近端向上后方移位，远端向前下方移位。手法整复时较难解剖复位，即使整复时骨折复位良好，但没有很好的方法来维持复位。没有可靠的外固定，会影响早期功能锻炼，对关节功能恢复不利。而切开复位、克氏针内固定能够使骨折尽可能达到解剖复位，固定可靠，有利于早期功能锻炼和关节功能恢复。克氏针内固定切口小，部位浅，局部软组织剥离亦小，手术操作简便，有利于锁骨骨折愈合，且取出容易。克氏针内固定也存在着缺点，就是不易控制骨折端的旋转活动。但术后采取适当的保护措施，即术后早期用三角巾悬吊固定，限制患肢屈曲抬高活动可避免骨折断端的旋转移位。术中应注意避免销骨下动、静脉及神经的损伤。

（收稿：2001-04-10）

* 作者单位：552300 贵州省望谟县人民医院外科

群体性食物中毒的护理体会

文晓琳*

群体性食物中毒的特点是，来势急，病人多。2000年5月，我院收治某校53例群体性食物中毒患者，经抢救全部脱险，全愈出院。现将抢救中的护理体会报告如下。

一、临床资料

53例群体性中毒者均在同一食堂共同进餐，约40min左右，先后出现不同种程度头昏，乏力、恶心、呕吐、发热、腹痛、腹泻等症状。

1.一般情况：53例患者中，男50例，女3例，年龄14～18岁，中毒至就诊时间，40min者31例，60～90min者22例。

2.症状与观察：发热5例（T 37.6℃～40.2℃），头昏53例，呕吐35例，腹胀、腹痛38例，腹泻29例（解水样糜烂便）。住院1例，门诊观察治疗52例。观察时间最短60～120min41例，最长180分钟11例，1例住院48小时出院。

二、临床护理

1.人工催吐：由于患者连续不断来院，给洗胃带来一定困难，因此，我们大多数采用人工催吐法，即以食指按压舌根及会厌部，使胃内毒物迅速排出体外。

2.洗胃：少数严重病例尽快给予洗胃。本组病例均为共同进食变质粉条而导致发病，故选用温水反复洗胃，水温为37℃左右，量为2000～3000ml，洗出液为黄褐色，食物残渣较多，洗胃应彻底，直至洗出澄清液为止。抽取第一次胃内容物送检查。

3.迅速建立静脉通道：在催吐及洗胃的同时，迅速建立静脉通道，给予预防感染，护肝、护胃等对症及支持治疗。严密观察生命征及病情变化，及时报告医生，同时应做好进一步抢救准备。

4.对症护理：对发热病人，给予药物降温处理，腹痛、腹胀作解痉、止痛处理。

三、护理体会

群体性食物中毒发病较急，中毒人数较多，症状轻重不一，大批中毒患者同时就诊，给抢救治疗及护理工作带来一定困难，但在院领导的高度重视下，尽快调动医院有关科室通力合作，投入抢救，使抢救工作得以顺利进行。通过本组患者的抢

* 作者单位：552300 贵州省望谟县人民医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

救，笔者体会到，要有扎实的基本功，并熟悉各项抢救技术操作和护理措施，才能娴熟地配合医生进行抢救治疗。由于群体性食物中毒是短期陆续就诊，难以预料具体中毒人数，因此，应有充分的心理准备，安置患者，准备洗胃机，留置标本，以便做进一步毒物分析 中毒患者往往心情较为焦虑及烦躁，应作好病情的解释工作和心理护理，并做好卫生宣教工作。群体性食物中毒虽少见，但危险性大、医护人员应高度重视，做到忙而不乱，通力合作，才能取得抢救成功。

（收稿：2000-11-06）

术后自控镇痛病人的护理体会

李 爽* 王 丹* 王 雪**

手术伤口引起的疼痛，是术后继发其他症状及并发症（肺功异常、心血管并发症等）的重要因素。因此，重视术后镇痛不仅是单纯镇痛问题，更重要的是减少并发症提高手术效果，促进患者康复的重要措施。我院采用患者自控止痛法（PCA），对17例术后患者止痛效果满意。现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：17例中男6例，女11例，年龄30～73岁，平均56岁，均为择期手术。其中胆囊切除术6例，胆肠吻合术4例，前列腺摘除术2例，肝叶部分切除术2例，子宫全切术2例，胰管空肠吻合术1例。采用硬膜外麻醉8例，全麻5例，硬膜外加全麻4例。

2.方法：①PCA镇痛泵1套。术毕，麻醉医师根据病人情况设置。主要参数指标有：(1)负荷量(3～5 ml)；(2)持续给药量(0.5～1 ml/h)；(3)锁定时间(10～30min)；(4)PCA追加给药1次，追加给药后在锁定时间内再次按压无效；(5)最大剂量，即单位时间内能给予最大用药量（设定为8～10 ml/h）。以上设置，使病人既能在需要时追加镇痛剂，又能防用药过量，当各种原因致PCA泵不能正常工作时，机器自行停止并报警。②疼痛评估参照WHO标准：Ⅰ级：0分无痛感；Ⅱ级：VSA平均测定值(2.57±1.04)分，可忍受疼痛，能正常生活和睡眠；Ⅲ级，中度，VAS平均测定值(5.18±1.41)分，持续剧烈疼痛，影响睡眠，需有镇痛剂；Ⅳ级：重度，VAS平均测定值(8.41±1.35)分，持续性疼痛，无法忍受，伴强迫体位。出现烦躁、心率加快、血压下降等，严重干扰生活、睡眠。③给药方法：给药选择在患者术后清醒，诉切口剧烈疼痛时，VAS评分＞5.18±1.41，疼痛程度Ⅲ级。用PCA镇痛泵配套的一次性特制60 ml注射器，取吗啡36 mg加0.9%氯化钠注射液至60 ml，注射器装PCA泵内，然后连接患者输液管道，患者自行启动并控制仪器手柄上的按钮，由静脉注射达到缓解疼痛的目的。④监测：术后多功能心电监测仪持续监测：生命体征、氧饱和度。血气分析，进行镇痛效果评分观察，根据公式：1－实际分数×100%算出疼痛缓解率。

二、结果

Ⅲ级疼痛完全缓解率较高，Ⅳ级疼痛明显缓解率较高，给药镇痛起效时间(8.24±2.12 min)，镇痛持续时间均在24 h以上，疼痛缓解率94.1%，并发症出现极少，恶心、腹胀10%，呕吐发生率为8%，无一例发生呼吸抑制。

三、护理体会

1.术前护理：PCA止痛法由于按需自控，故具有暗示及心理安慰作用，因此首先应帮助患者正确评估自己的疼痛水平，讲解术后止痛的重要性，用PCA镇痛泵的良好效果，诱导患者提高痛阈，调动主观积极性；其次，向患者介绍PCA泵原理及安全性后，教会病人使用PCA泵操作要领，尤其要说明镇痛药不会一次多剂量进入体内，使用镇痛药不会妨碍创口愈合及排气，以消除其顾虑。可将术后患者介绍给术前患者，患者间的信息交流有时比单纯讲解更有效。

2.术中及术后护理：①镇痛期间指导：护士把手柄放在病人手里，告诉镇痛期间应感到疼痛即按手柄，不要等到剧痛再给药，才能获得满意效果。每30 min行评估1次，如疼痛仍未减轻，应通知麻醉医师调整PCA止痛药的剂量；②生命体生监测：监测呼吸、循环系统是PCA护理的重点。由于吗啡类药过量可引起低血压、呼吸抑制、窒息，肌肉僵直及心动过缓，如不及时治疗可发生呼吸停止，循环抑制等后果。对PCA泵病人予以鼻导管吸氧，监测记录R、Bp、P，直至PCA结束。③保护留置导管，预防脱落、扭曲、镇痛期间患者活动可能发生导管扭曲、脱落、影响药物输入。因此，应固定好，保留导管长度约20～30 cm，使之不易脱落。同时观察局部皮肤有无发红及渗出，如发生感染后应立即报告医师及时拔管，抗炎治疗，局部以75%酒精湿敷。

3.不良反应观察及处理：①呼吸抑制：PCA镇痛中呼吸抑制发生率极低，原因是吗啡类药有抑制脑干呼吸中枢，导致呼衰的不良反应。在吸氧同时注意观察呼吸节律的改变，一有变化及时通知医生。本组无1例呼吸抑制。②恶心呕吐：本组发生率为10%，其原因是阿片类药物可兴奋延髓呼吸中枢化学感受区。由于术后呕吐可增加腹压，引起伤口出血，故出现呕吐时应给予胃复安注射、取平卧、头侧位、以防呕吐物误吸 ③尿潴留：由于膀胱括约肌痉挛所致。术后为防尿潴留，将8 h拔除

* 作者单位：150030 黑龙江省哈尔滨市电力医院
** 哈尔滨市第七医院