DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.02.042

23:00～24:00呈高峰相一致[4]，而老年组则3个时间均为一致，无高峰。关于TSH分泌昼夜节律似与睡-醒规律有关，但机理未明，而老年组午夜无高峰出现的原因，因本组工作做得较少，待进一步深入研究。

关键词 三碘甲状腺原氨酸；甲状腺素；促甲状腺素；肾上腺皮激素

参考文献

1. 金观源。生物钟与健康。福州：福建科学技术出版社，1988:149
2. Saurta T. Mechanism of Age-ralated change in renin and adrenocortical. Am Geriatric Soc 1980; 5:20
3. Nosr H. Endocrine disorders in the elderly. Med Clin North Am 1983; 67(2):481
4. 林兆耆 戴自英，主编。实用内科学（下册）、第8版，北京：人民卫生出版社，1986:1789

（收稿：1991-01-17；修回：1992-02-12）

股骨多段骨折的护理探讨

张 瑰 （第三军医大学西南医院 骨科）630038

随着高动力、高能量损伤不断增加，股骨多段骨折的发生率也有所增加。这类伤，多属重伤，护理上有许多特殊。我科自1981～1991年共收治股骨多段骨折7例，现报告如下。

1 临床资料

本组7例中，男6例、女1例。年龄20～59岁，平均37岁。其中车祸5例，坠落伤2例。合并失血性休克2例；颅脑损伤1例；创伤性麻痹性肠梗阻1例；腘动脉，胫、腓总神经损伤1例；膝关节开放伤1例；胫腓骨开放性骨折、锁骨骨折1例。采取切开复位，髓内针固定5例；闭合穿针复位，半环槽式外固定架固定1例；1例于入院后次日死于心、肺功能衰竭。

2 典型病例介绍

患者，男、40岁。因车祸致伤左大腿及腹部7h入院。入院诊断：（1）左股骨多段骨折；（2）腹部软组织挫伤。入院后行左胫骨结节牵引。次日，出现腹胀、腹痛、肛门无排气排便，肠鸣音消失。经诊断："创伤性麻痹性肠梗阻"予持续胃肠减压等治疗后缓解。入院2周后行切开复位，髓内针固定术。术后超髋石膏夹板固定。经精心治疗和护理，伤口愈合良好，无并发症，2周后拆线更换髋人字石膏出院。术后半年随访，骨折愈合良好，可自由行走。

3 讨论

对股骨多段骨折护理问题的报告尚不多见。但从本组7例来看，有4例是在近1年半内收治的，占总数57%。因此，对这类病人的护理是值得重视的。针对常合并多器官损伤、病情危重等特点，我们认为应从下面几方面进行探讨。

3.1 受伤特点

本组7例均合并有严重并发症，病情危重。为抢救病人生命，一般不对骨折行急诊手术，宜行牵引或外固定。首先配合医生进行积极的抗休克等处理。注意全身情况观察，切不可只注意骨折局部而忽视合并伤的处理。

3.2 术前准备

为保证手术顺利进行，术前应加强心理护理。病人常对突如其来的外伤打击和对手术怀有较强的恐惧心理，加之对术后伤肢功能恢复也有疑虑。我们应帮助病人消除顾虑，把术中及术后可能出现的问题及良性预后告诉他们，鼓励其克服困难，树立治愈信心，以便能心情愉快地配合手术。仔细观察伤肢局部及远端血液循环，足趾动度及皮温情况，如病人伤时伴有神经、血管损伤。护士应详细了解其损伤程度，以便进一步加强术后护理。若发现异常情况须及时报告医生，采取相应措施。对伤重或老年病人要特别重视皮肤护理，否则将会影响全局的治疗和康复。此外，应指导病人学会在床上使用便器。对长期卧床的病人要经常讲授和督促他们坚持功能锻练。

3.3 术后护理

切开复位髓内针固定后的护理：此手术特点是创伤重、出血较多。术后应观察生命征，尤其是血

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

压脉搏，以了解失血情况。早期应密切注意手术区渗血情况。鉴于手术早期渗血较多，可行加压包扎；若渗血仍多则应报告医生。密切观察伤肢远端动度、血液循环、皮温，了解术中是否损伤神经、血管，并与术前进行对照。术后常规行单髋人字石膏固定。固定期间应妥善保护皮肤及肢体功能。病人带石膏卧床更增添了皮肤受损和发生肢体功能障碍的机会。为帮助其顺利渡过这一难关，护士的协助活动和病人主动活动应相互配合，早期指导并鼓励病人进行固定范围内的肌肉轴向的舒缩活动，然后进行固定范围以外关节的活动，最后应与全身性功能锻炼结合起来，防止肌肉萎缩、关节僵硬及卧床引起骨质脱钙。本组5例无1例皮肤损伤及功能障碍。

半环槽式外固定架固定后护理：此方法的特点是创伤小、轻便、不需石膏固定[1]。病人可带架早期活动。由于固定范围上至髋部下至膝部，病人屈髋弯膝时，螺杆易擦伤邻近皮肤。简单的防范措施是在上下螺杆处用纱布或海绵包裹。另一方面此手术是经股骨横向穿针固定，术中可能误损神经、血管。所以术后应密切观察伤肢远端血液循环、活动度并与术前对比。固定期间应保持针道干燥、清洁，可用75%酒精或抗生素滴入针眼处以防止针道感染。

关键词 股骨骨折/ 护理

参 考 文 献

1. 李起鸿。骨外固定器及其临床应用。北京：人民军医出版社，1988:16

（收稿：1991-10-28；修回：1992-01-16）

（上接204页）

3.2 高千伏片对于密度差别较小组织的对比度不如普通片好[7]。但由于减轻了运动性伪影的影响，提高清晰度，通常能增加诊断信息。本组48例对肝脾肾的显示高千伏片亦比普通片好。尤其对于与周围密度差别较大肾、输尿管结石的显示率远高于普通平片。

3.3 对于肥胖患者，普通千伏难以穿透。高千伏能穿透患者腹部，使非衰减光子比率增高而成象，增加诊断信息。我院1980年1～6月腹部平片统计540例有39例（占7.2%）因肥胖达不到诊断要求而影响诊断或重拍。而48例高千伏中仅有1例（占2.1%）因技术原因重拍外，其余尽管使用同一条件，但由于曝光时限宽，没有影响照片质量。

总之，高千伏片与普通片比较，更利于辨别肠粘膜皱襞确定肠梗阻部位及提高对肾输尿管结石的检出率，对肝脾肾的显示情况亦较好。尤其对于肥胖患者，由于普通千伏X线穿透力差，一般宜采用高千伏摄影。

参 考 文 献

1. Proto AV, Lane EJ. 350 kVp chest radiography:Review and comparison with 120 kVp. Am J Roentgenol 1978;130: 859～866
2. Nemet A, Cox WF, Hill TH. The contrast problem in high kilovoltage radiography. Br J Radiol 1953;26: 185～192
3. Trout ED, Graves DE, Slauson DB High-kilovoltage radiography. Radiology 1949;52: 669～683
4. 周慕莲 王鸣鹏 邹 仲。高千伏胸部X线摄影技术及临床应用。临床放射学杂志 1984;3: 20～23
5. Frankel R. Radiation Protection for Radiologic Technologist. New York, McGraw-Hill Book Company, 1976: 108
6. Trigg CN. X-ray tube failures and prevention: A preliminary report. Radiol Technol 1979;50:430～435
7. 上海第一医学院《X线诊断学》编写组。X线诊断学第1册：胸部。上海：上海科学技术出版社 1982: 5
8. Cahoon JB. Formulating X-ray Techniques. ed 8. Durham, Duke University Press, 1974:81～90, 124～133, 156～165, 183, 198～204,214
9. Spiegler G,Ollerenshaw TD, Macey R. High contrast: A potential source of ragiogrphic error. Br J Radio 1957;30:481～488

（收稿：1991-09-26;修回：1992-02-27）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net