

成功。采用改良式侧径路坐骨神经阻滞,病人仰卧位,髋关节及下肢自然伸展,不需助手搬动患肢改变体位,不易引起疼痛、出血及血管、神经等再次损伤。此方法操作简便,易取得病人配合,从而获得坐骨神经阻滞的成功。

股神经是腰神经丛的分支,在股神经阻滞时,髋关节及下肢自然伸展并外展、外旋位,使股神经接近皮肤,并将股动脉推向内侧,于股动脉外侧缘垂直进针,此方法操作简便,阻滞完善,不易损伤血管,阻滞成功率高。

下肢手法复位固定术,通常选用椎管内麻醉,此方法常存在着一定并发症,特别是老年病人常合并有心血管及呼吸系统疾病患者^[2],而且又要经历从麻醉科到正复室 X 线机下,需要两次搬动,麻醉不易控制,增加了麻醉及手法复位固定的风险性。故应在

术前正确地评估老年人对手术麻醉的耐受性,并注意老年人的各种生理特点^[3],及时对症处理,以便正确选择对老年患者生理功能干扰小的麻醉方法。改良式仰卧位侧径路坐骨神经阻滞并股神经阻滞法,具有操作简便,安全性大,并发症小,特别是对老年患者生理功能影响小,麻醉效果确切,肌肉松弛等优点,是老年膝关节以下创伤骨折手法复位固定的良好麻醉方法。

参考文献

- 1 金士翱,林桂芳.临床麻醉学.北京:中国医药科技出版社,1992. 95-96.
- 2 赵俊.新编麻醉学.北京:人民军医出版社,2000.756.
- 3 曾金祥.老年人临床麻醉原则分析.实用新医学,2001,3(3):196-198.

(收稿:2002-10-17 编辑:王宏)

•骨伤护理•

创伤性骨盆骨折合并失血性休克的急救护理

徐向红 施卓娅
(萧山区中医院,浙江 萧山 311201)

我院自 1995 年 4 月-2002 年 4 月共救治骨盆骨折合并失血性休克患者 36 例,均积极抗休克治疗,同时及早处理合并伤,严密监测生命体征,准确做好急救护理,成功抢救 31 例。现将护理体会总结如下。

1 临床资料

本组 36 例中男 26 例,女 10 例;年龄 18~50 岁。致伤原因:车祸伤 27 例,墙体倒塌伤 4 例,高处坠落伤 3 例,挤压伤 2 例。骨盆骨折合并后尿道损伤 8 例,合并膀胱破裂 4 例,合并脾破裂 4 例,肝破裂 1 例,肾挫伤 1 例,合并多处肋骨骨折 5 例,其中血气胸 3 例,合并会阴部撕裂、肝门毁损共 3 例,合并上下肢多发骨折 2 例。全部病人就诊时均已发生休克,BP 11.5~0/8~0 kPa。本组死亡 5 例,死亡率 14.3%,死亡原因为并发 DIC、ARDS。

2 讨论

2.1 开通静脉 迅速建立两条以上通畅的静脉通路是抗休克治疗的首要措施。使用 16~18 G 静脉留置针选择健侧上肢大静脉或颈外静脉快速输血输液,而不宜用下肢静脉。扩容做到早、快、足,液体首选平衡液,后输入全血或代血浆,二者量比 2~3:1。早期输液速度可达 2 000~3 000 ml/h,以维持有效循环。最好在 CVP 监测下进行,可有效防止急性肺水肿和心功能衰竭的发生。

2.2 保持呼吸道通畅及持续鼻导管氧气吸入 氧流量以(4

~6l)/min 为宜,以迅速提高动脉血氧含量,减轻组织缺氧状况。对烦躁、神志不清者予及时清除呼吸道分泌物,必要时行气管插管。对合并血气胸患者,配合医生做好胸腔穿刺和胸腔闭式引流。

2.3 严密监测生命体征 本组病例病情危重、变化快、多伴有生命危险。因此,护士在急救治疗的同时,要随时观察患者意识、表情、皮肤和粘膜,持续心电监护,每 15~30 min 记录血压、脉搏、呼吸和血氧饱和度。便于及时发现各种细微的临床征兆和变化,为抢救患者生命赢得宝贵的时间。

2.4 常规留置导尿 观察尿色和性质,记录每小时尿量。正常成人应大于 30 ml/h。导尿过程中若插管困难且有血性液体溢出应怀疑有尿道损伤,及时请专科医生会诊,切忌反复插管加重尿道损伤和患者痛苦。若插管顺利未见尿液引出而只导出少量血尿,常为膀胱破裂的可能,应及时报告医生作相应处理。

2.5 迅速做好术前准备 经积极治疗护理而休克无好转,诊断性腹腔穿刺结果阳性或腹膜后血肿迅速扩大时,应及时剖腹探查手术止血。另外,对合并开放性骨折、膀胱破裂、尿道损伤、会阴撕裂、肛门毁损病人都应积极争取时间尽早手术。护士应根据病情预见性的做好各项术前准备如皮试、备皮、胃肠减压、抗生素应用等,准备好各项辅助检查结果和所有病历资料,以最快的速度安全护送病人至手术室。

(收稿:2002-08-28 编辑:李为农)