

母 O 型,子 A 或 B 型的 ABO 溶血病,选用 ABO 型血浆和 O 型红细胞的混合血,也可选用抗 A 或抗 B 效价不高的 O 型血或患儿同型血。换血量一般为患儿血量的 2 倍(约 150 ~ 180 ml/kg),可换出约 85% 的致敏红细胞和 60% 的胆红素及抗体^[6]。换血疗法虽能清除胆红素、致敏红细胞、抗体,纠正贫血,提高携氧能力,防止胆红素脑病,但不能清除已沉积于神经细胞膜上的胆红素,不能完全防止后遗症的发生。

参 考 文 献

[1] 袁 壮,薛辛东. 儿科急重症与疑难病例诊疗评述[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:14-17.

[2] Gubernick JA, Rosenberg HK, Iiaslan H, et al. US approach to jaundice in infants and children[J]. Radiograph, 2000, 20(1): 173-195.

[3] 刘 义. 新生儿高非结合胆红素血症的诊疗进展[J]. 新生儿科杂志, 2004, 19(4): 187-191.

[4] 罗凤珍. 新生儿黄疸[J]. 中国实用儿科杂志, 1999, 14(2): 67-68.

[5] 杨锡强, 易著文. 儿科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 133-136.

[6] 中华医学会儿科学分会新生儿学组. 新生儿黄疸干预推荐方案[J]. 中华儿科杂志, 2001, 39(3): 185-187.

[7] 丁园芳, 张苏平, 姚 丹, 等. 我国部分地区正常新生儿黄疸的流行病学调查[J]. 中华儿科杂志, 2000, 38(10): 624-627.

[8] 韩玉昆. 新生儿疾病临床进展[J]. 中国实用儿科杂志, 2001, 16(5): 257.

[9] 刘 义. 广西新生儿医学的回顾与展望[J]. 广西医学, 2004, 26(5): 617-618.

[10] 沙林林, 谢键生, 林希平, 等. 广西柳州地区 G-6-PD 基因突变与新生儿黄疸关系的初步探讨[J]. 中国实用儿科杂志, 2003, 18(11): 655-657.

[11] Kaplan M, Algur N, Hammmerman C. Onset of Jaunice in Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase-Deficient Neonates[J]. Pediatr, 2001, 108(4): 956-959.

[12] 杜立中. 高非结合胆红素血症的光疗研究进展[J]. 中国实用儿科杂志, 1999, 14(2): 77-78.

[13] Gathwala G, Sharmas S. Oxidative Stress, Phototherapy and the neonate In dian[J]. Pediatr, 2000, 67(11): 805-808.

[14] 李隐存, 曾建华. 光纤毯治疗早期新生儿高胆红素症效果观察[J]. 新生儿科杂志, 2003, 18(6): 270-271.

[15] 陈就好, 张晓阳, 陈彩凤, 等. 不同光源对新生儿高胆红素症的作用评价[J]. 小儿急救医学, 2001, 8(3): 149-151.

[16] 张晨美, 杜立中, 王 钰. 应用蓝光发光二极管治疗新生儿高胆红素的研究[J]. 中华儿科杂志, 2001, 39(6): 323-326.

[17] 徐放生. 新生儿溶血病的诊疗进展[J]. 小儿急救医学, 2005, 12(6): 515-516.

[18] 王 卫, 陈晓文, 陈克正, 等. 静脉注射免疫球蛋白治疗新生儿 ABO 溶血病[J]. 实用儿科临床杂志, 2002, 17(4): 310-311.

[19] 陈自励, 管婉华, 李凤英, 等. 思密达治疗新生儿母乳性黄疸疗效观察[J]. 新生儿科杂志, 1999, 14(2): 79-81.

[20] 李翠玲, 黄春兰, 王利民, 等. 中药外洗干预新生儿黄疸的护理观察[J]. 广西医学, 2007, 29(12): 1970-1971.

[21] 李佩红, 俞善昌, 李云珠, 等. 锡-中叶啉防治新生鼠黄疸的实验研究[J]. 中华儿科杂志, 1996, 34(6): 383-385.

[22] Kappas A, Drummond GS, Manola T, et al. Sn-Protoporphyryn use in the management of hyperbilirubinemia in term newborns with direct Coombs positive ABO incompatibility[J]. Pediatrics, 1988, 81(4): 485-497.

[23] 吴运芹, 黄 玖, 高喜容, 等. 新生儿高胆红素血症换血术与预后[J]. 小儿急救医学, 2005, 12(1): 49-51.

(收稿日期:2008-05-13 修回日期:2008-06-18)

前臂骨折夹板外固定的护理现状[▲]

李艳玲

(广西骨伤医院, 南宁市 530012)

【关键词】 上肢骨折; 外固定; 夹板; 护理

【中图分类号】 R 47; R 683.41 【文献标识码】 A 【文章编号】 0253-4304(2009)02-0280-03

前臂骨折是日常生活及劳动中常见的损伤,前臂由尺骨和桡骨组成,骨折可以是单根,也可以为双根骨折,还可以一根骨折,另一根脱位,所以较为复杂。骨折可由直接暴力,也可由间接暴力引起,青少年多见。前臂骨折后易发生重叠、成角、旋转及侧方移位,加之骨折后骨间膜松紧度的改变及各肌群的牵拉,使两骨稳定性减轻,加大骨折整复固定的难度,治疗时必须纠正骨折端的 4 种畸形及脱位,并保持整复后良好的位置,直到骨折愈合^[1],才能恢复前臂的旋转功能。夹板局部外固定治疗骨折是具有我国特点的一种骨折疗法。现将国内前臂骨折夹板外固定的治疗方法及护理措施综述如下。

1 手法复位夹板外固定

对闭合移位的骨折,可在局麻下行手法复位夹板外固定。前臂骨折闭合复位夹板外固定是中医骨伤科特色,常用有二夹板和四夹板两种。1985 年顾云伍^[2]报告天津医院骨科自 20 世纪 50 年代末起采用掌、背、桡、尺侧 4 块夹板的固定方法,治疗了 2 000 多例前臂双骨折病人,并对其中 688 例作了随访,功能满意者达 92%;邹培^[3]、陈泽群^[4]采用掌、背侧二夹板固定治疗前臂双骨折,获得满意效果。卢耀明等^[5]将二夹板与四夹板进行临床对比研究,认为二夹板外固定治疗前臂

▲基金项目:广西医疗卫生科学研究基金(桂卫科教 Z2008012)

骨折疗效满意,与传统的四夹板外固定比较具有更合理科学,更符合生物力学要求,更易于操作掌握,便于临床推广应用。李木清等^[6]报告对尺桡骨干双骨折患者采用手法整复、夹板外固定方法治疗,有骨痂生长较快、手法不加重创伤等优势,疗效可靠,并认为小夹板外固定治疗效果明显优于石膏外固定,夹板外固定可根据患者肿胀程度,随时调整松紧度,即不会在炎症反应急性期,水肿高峰阶段捆扎过紧而加重水肿,也不会因在肿胀消退期捆扎过松,使外固定失效,引起骨折再移位。

2 小夹板加石膏外固定

汉吉健等^[7]采用手法复位后小夹板加石膏托外固定,该方法吸取了手法复位后单用小夹板外固定及单用石膏托外固定各自的长处,克服了其各自的缺点,使大多数尺桡骨干双骨折的患者通过手法复位外固定而达到骨折愈合及恢复良好的前臂旋转功能。姚世红^[8]报告2001年以来采用透视下整复夹板、石膏绷带双重外固定的方法治疗尺桡骨干双骨折28例,疗效较为满意。伍红平^[9]使用改良前臂前、后石膏托,2周后更换为小夹板外固定治疗有移位的Colles'骨折20例,效果满意。其认为早期使用小夹板外固定,管理繁琐,管理不当易出现固定过松或过紧致骨折移位或出现医源性血液循环障碍等并发症。2周后使用小夹板中立位固定,此时骨折局部为原始骨痂形成期,在夹板固定下一般不会使骨折端错位,相反在应力作用下可促进骨折愈合。

3 内固定加夹板外固定

1995年邱志勇^[1]报告整复闭合克氏针内固定,配合夹板外固定,加强了复位后的固定力度,固定更加牢固,以利于骨折愈合;陈志华^[10]采用经皮弹性骨圆针内固定加小夹板外固定方法治疗前臂双骨折,可以加强骨圆针的牢固性、抗剪力 and 抗旋转力,克服单纯应用小夹板固定容易再移位的缺点,而且由于不切开组织,不破坏骨膜,有利于骨折愈合,降低感染率,减少并发症。王钢等^[11]对6例桡骨远端不稳定骨折患者采用AO新型锁定加压钢板(LCP)手术治疗,优良率达100%。认为传统手法复位、石膏或小夹板外固定难以取得满意效果,加上人们对骨折后腕关节功能恢复期望值的提高,近年来倾向于积极的手术治疗。采取LCP治疗桡骨远端不稳定骨折,首先强调恢复桡骨和尺骨的相对长度,尽量恢复关节面的平整,纠正尺侧偏和掌倾角,固定稳妥可靠,术后当天即可开始主动与被动功能锻炼,取得了满意效果。胡国伦等^[12]采用桡骨开放复位,钢板内固定治疗闭合性前臂骨折4例,效果良好。

4 使用小夹板时的护理

4.1 观察患肢血运 前臂骨折手法整复小夹板固定后,屈肘90°,前臂置中立位,用三角巾悬挂胸前,休息时应抬高患肢。护理人员要密切观察患肢肿胀、颜色、温度和知觉的变化,及时调节扎带的松紧度。扎带的松紧度以保持上下可移动1cm为宜。如发现皮肤有磨破或有水泡出现时,应使用酒精局部

消毒后用注射器将其渗出液抽出,并涂上龙胆紫,注意保持夹板的清洁,以防增加感染机会。

4.2 更换包扎 早期由于肿胀的原因,应定期更换包扎,调整扎带的松紧度。复位固定后2~3d调夹1次,以后每周更换敷料调夹1次。

4.3 预防并发症 前臂骨折小夹板固定可压迫血管,若压迫过大,压迫时间过长会导致前臂缺血性肌挛缩;肢体长时间固定而不注意功能练习,可发生废用性肌萎缩及纤维性肌强直,造成残废及功能障碍^[13]。林宗汉^[14]报告9例因固定后对患肢情况未作进一步观察,对随后出现的肢体进行性肿胀、剧痛、麻木、手指活动障碍等不予重视,对小夹板松紧度未作及时调整,从而导致了骨筋膜室综合征的发生。覃天金^[15]报告小夹板治疗尺桡骨骨折致前臂坏死1例,患者女性,5岁,在当地乡村医生行手法复位,小夹板固定。固定后患者始终哭诉右前臂疼痛,未予重视,仅给予止痛药,随后出现右前臂肿胀,皮肤出现大理石样花纹,起水泡,继而右前臂变为暗黑色,肢体僵硬,变冷,右手各指无感觉,不能活动,入院后诊为右尺桡骨中段骨折,小夹板固定后右前臂骨筋膜室综合征,右前臂坏死,行截肢手术。

骨筋膜室综合征是肢体骨筋膜间隔区肌肉、神经、血管等组织因急性严重缺血造成的一种早期综合征,是临床常见且较严重的创伤并发症。骨筋膜室综合征早期,多以局部明显的间隔区肿胀和不同程度的被动牵拉痛为主要表现^[16]。如出现骨筋膜室综合征,应立即切开深筋膜,解除室内高压,阻断缺血水肿恶性循环,这样才能避免肢体坏死。肖玉周等^[17]认为小夹板使用过程中注意以下几点,其并发症是可以避免的:(1)使用小夹板外固定,不仅要掌握小夹板的原理和创伤骨折的病理变化过程,更要有责任心和耐心,提高对小夹板并发症的认识。(2)小夹板固定四肢骨折时首先要手法复位,尽可能达到解剖复位。(3)如受伤肢体肿胀严重或怀疑受伤肢体有骨筋膜室高压综合征的可能时,不应立即给予小夹板外固定。(4)要正确选用和使用纸压垫。(5)从骨折复位起直到骨折愈合,始终维持小夹板的有效固定作用。

闭合性前臂双骨折在骨科最为常见,骨折后折端可发生重叠、旋转、成角和侧方移位等畸形,治疗时必须正确复位并保持复位后的位置以及精心护理,才能收到理想的疗效^[17]。前臂双骨折手法整复和小夹板固定后,一般在复位4d内,因复位的继发损伤,致使部分浅静脉受阻,局部呈损伤性反应,患肢功能活动未完全恢复,夹板内压力有上升趋势,应每日将布带放松一点,并保持1cm左右的上下移动度。尔后由于夹板内压力日渐下降,布带会逐渐变松,故应每日捆紧一点。2周后肿胀消退,夹板内压力即趋向平稳。若发现患者手指肿胀严重,皮肤温度低下,颜色青紫,感觉麻木,疼痛难忍,则应立即检查扎带,并适当放松,警惕其缺血性肌挛缩和皮肤压迫性坏死发生^[18]。

综上所述,前臂骨折采用闭合复位夹板外固定后,必须严密观察,及时换药调整夹板,调整夹板换药过程中维持骨折位置显得尤为重要,处理好这个问题,有望减少并发症的发生。

参 考 文 献

- [1] 邱志勇. 闭合复位髓内针内固定加夹板外固定治疗前臂双骨折 28 例[J]. 湖南中医杂志, 1995, 11(2): 78-79.
- [2] 顾云伍. 手法复位分骨垫小夹板固定治疗尺、桡骨干双骨折的机理探讨[J]. 上海中医药杂志, 1985, 29(1): 29.
- [3] 邹培. 掌、背侧夹板固定治疗尺、桡骨干骨折的力学探讨[J]. 中医骨伤科杂志, 1986, 2(1): 17-19.
- [4] 陈泽群. 掌背侧夹板治疗前臂骨折 45 例临床小结[J]. 湖南中医杂志, 1990, 6(2): 26-27.
- [5] 卢耀明, 蔡桦, 庄洪, 等. 夹板外固定治疗前臂双骨折的临床研究[J]. 中国骨伤, 2003, 16(4): 193-195.
- [6] 李木清, 吴信保. 手法复位、夹板外固定治疗尺桡骨干双骨折 63 例临床观察[J]. 医学临床研究, 2006, 23(6): 148-149.
- [7] 汉吉健, 于采文, 王瑞国. 小夹板加石膏托外固定治疗尺桡骨干骨折 86 例[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2005, 8(4): 345-346.
- [8] 姚世红. 夹板石膏双重外固定治疗尺桡骨双骨折临床观察[J]. 实用医技杂志, 2006, 13(4): 641.
- [9] 伍红平. 改良前臂前后石膏托加小夹板外固定治疗移位 Colles' 骨折[J]. 安徽医学, 1999, 20(1): 63.
- [10] 陈志华. 经皮弹性骨圆针内固定加小夹板外固定治疗前臂双骨折[J]. 中国基层医药, 2004, 11(7): 873.
- [11] 王钢, 王华民, 陈滨, 等. 锁定加压钢板(LCP)治疗桡骨远端不稳定骨折初步报告[J]. 中华创伤骨科杂志, 2003, 5(2): 99-102.
- [12] 胡国伦, 陈代金, 吕国庆. 闭合性前臂骨折并尺神经损伤 6 例临床分析[J]. 广西医学, 2006, 28(10): 1658.
- [13] 吴复元. 四肢骨折外固定后的血运观察与功能练习[J]. 人民军医, 1991, 5(5): 73.
- [14] 林宗汉. 小夹板固定致前臂骨筋膜室综合征 9 例[J]. 华夏医学, 2003, 16(3): 362-363.
- [15] 覃天金. 小夹板治疗尺桡骨骨折致前臂坏死 1 例[J]. 华夏医学, 2003, 6(1): 10.
- [16] 李银露, 郭晏同, 王满宜. 骨筋膜室综合征的护理[J]. 中华护理杂志, 2000, 33(11): 669-672.
- [17] 肖玉周, 胡汝麒, 潘功平. 小夹板使用不当所致的并发症[J]. 中国中医骨伤科, 1994, 2(3): 25-26.
- [18] 杨柳. 闭合性前臂双骨折的护理体会[J]. 湖南中医杂志, 2007, 23(5): 78-79.

(收稿日期: 2008-10-14 修回日期: 2008-11-15)

● 经验交流

42 例异位妊娠误诊原因的分析

梁庆芬

(广西灵山县人民医院妇产科, 灵山县 535400)

【关键词】 异位妊娠; 误诊; 原因

【中图分类号】 R 714.22 【文献标识码】 B 【文章编号】 0253-4304(2009)02-0282-02

异位妊娠是妇科常见急症之一, 近年来发病呈上升趋势。对典型病例的临床诊断并不困难, 但症状体征不典型及辅助检查结果为假阴性的病例常被误诊。临床表现不典型的异位妊娠的误诊率各家报告不一致, 可达 4%~60%^[1]。现将 2002~2007 年我院收治的误诊的异位妊娠病人 42 例(占同期异位妊娠的 14%)作回顾性总结, 并探讨其误诊原因, 以提高对该病的认识, 减少误诊。

1 临床资料

1.1 一般资料 患者 42 例, 年龄 18~45 岁, 平均 31.5 岁。生育 1 胎 24 例(57.1%), 生育 2 胎 6 例(14.3%), 未生育 8 例(19.0%), 不孕史 4 例(9.6%)。放置宫内节育器 18 例(42.9%), 输卵管结扎 3 例(7.1%), 采取其它措施 13 例(30.9%), 其余无避孕措施。

1.2 临床表现 患者有不同程度的腹痛 20 例(47.6%), 不规则阴道流血 11 例(26.2%), 恶心、呕吐 13 例(30.9%), 发热 9 例(21.4%), 停经 8 例(19.1%), 肛门坠胀感 8 例(19.1%), 休克 2 例(4.8%)。

1.3 误诊疾病 异位妊娠误诊为其它疾病 26 例(61.9%),

其中误诊为阑尾炎 3 例(7.1%), 急性胰腺炎 2 例(4.8%), 盆腔炎 3 例(7.1%), 急性肠炎 3 例(7.1%), 宫内孕 3 例(7.1%), 附件肿物 1 例(2.4%), 胃、十二指肠穿孔 5 例(11.9%), 流产 2 例(4.8%), 痛经 2 例(4.8%), 功能失调性子宫出血 2 例(4.8%)。其它疾病误诊为异位妊娠 16 例(38.1%), 包括卵巢脓肿 3 例(7.1%), 卵巢囊肿 4 例(9.5%), 卵巢囊肿破裂 2 例(4.8%), 附件炎性包块 2 例(4.8%), 盆腔炎 1 例(2.4%), 宫颈粘连、经血潴留 2 例(4.8%), 原发性输卵管癌 2 例(4.8%)。

2 讨论

异位妊娠是妇科常见疾病, 通常情况下其诊断处理并无困难, 但在实际工作中, 临床表现不典型的异位妊娠的误诊率是非常高的。通过综合分析本组病人临床资料, 并结合文献发现异位妊娠误诊的原因主要包括以下几个方面。

2.1 未详细询问、分析病史, 未进行严格的体检及对体征的不重视是误诊的主要原因 有报告由此原因而导致误诊占误诊病例的 55.3%^[2]。病史不详有以下几种情况: (1) 月经不规律, 无明显停经史或把病理性阴道流血当作末次月经。仅