

內部資料

第二軍醫大學 學術資料匯編

第五集(外傷性骨科專輯)

1960·6

学 术 资 料 汇 编 第 五 集 目 录

14,619 例外伤性骨科病例治疗初步总结	1
外伤性骨科病人的护理	14
多发性骨折的治疗 (附 172 例分析)	19
哆开性骨折和关节伤之治疗 (附 328 例分析)	25
尺桡骨骨干骨折之治疗 (附 412 例分析)	33
手部创伤的早期处理 (附 2,300 例分析)	41
成人胫腓骨骨干骨折的治疗 (附 264 例报告)	54
股骨颈骨折之早期治疗 (附 217 例分析)	63
胸腰椎压缩性骨折的治疗 (附 325 例报告)	71
骨盆骨折 78 例的临床分析	78
肢体广泛性创伤合并大面积皮肤剥脱之处理 (摘要)	84
脊柱骨折脱位合并脊髓损伤的手术治疗 (介绍开放复位钢丝结紮棘突固定术)	91
立体型三翼钉瞄准器之介绍	98
软组织变化对骨关节损伤的 X 线诊断意义	100
关节囊外的脂肪变化对肘部不全骨折的 X 线诊断意义	110
腕关节侧位投照的技术介绍	116
椎间盘突出症在常规平片上的表现	119
膝关节造影术	124
膝关节半月板切除术后的物理治疗	133
双大腿截肢 (一例) 医疗体育体会	137
小剂量放射性磷促进骨折愈合的实验观察	140
实验性关节扭伤	143
一年来国外有关骨折方面的文献综述	147



14,619 例外伤性骨科病例治疗初步总结

中国人民解放军第二军医大学第二附属医院

由于总后勤卫生部十分重视在平时医疗工作的基础上加强培训野战外科军医,于1956年指令我校在上海成立急症外科医院,并设立野战矫形外科教研室,收治急症外科病例,发扬救死扶伤实行革命的人道主义精神,为广大市民服务;并通过治疗工作,培养干部,开展野战矫形外科的研究工作。急症外科医院成立后,在总路线的光辉照耀下,由于总后勤党委、上海市委和校党委的正确领导,兄弟单位的大力支持和协作,经过全院同志共同努力,不断改进工作,基本上完成了上级交给的光荣任务,并取得了一些经验和成绩。自1956年5月至1959年7月共收治急症外科病人25,493名,其中外伤性骨科病人14,619名,占总病例的57.24%。现将三年多收治的14,619名外伤性骨科病例,初步加以整理分析,以从中取得经验教训,提高今后工作水平。由于我们的水平和经验有限,文中所述各点未尽妥善,不当之处,尚希批评指正。

一、一般情况

前急症外科医院三年来共收治外伤性骨科病人14,619例,其中男性10,461例,占71.5%;女性4,158例,占28.5%。男性约为女性的三倍。其中10岁以下4,192名,占28.68%;11—20岁2,413名,占16.5%;21—50岁6,313名,占43.19%;51岁以上1,701名,占11.63%。

受伤原因:以生活意外伤为最多,占

48.42%,其中又以小儿之肱骨髁上骨折及老年人之粗隆间、股骨颈骨折等最多见。工业外伤次之,占30.8%,其中手部创伤最多,共2,431例,占该类伤的53.92%,且多见于青年工人。交通事故伤只占10.2%。体育外伤占9.33%。其它原因者较少,见表1。

表1 14,619例的受伤原因
(以病例总数为100%)

受伤原因	例数	%
生活意外	7,077	48.42
工业外伤	4,508	30.83
交通事故	1,501	10.26
体育外伤	1,363	9.33
其它	170	1.16

损伤情况:全部病例中,闭合性损伤11,055名,占75.58%;哆开性损伤3,568例,占24.42%。14,619例中,骨折总数为11,555例,占79.02%(其中闭合性者8,357例,占骨折病例的72.32%;哆开性者3,198例,占27.68%)。脱位总数为883例,占6.04%(其中闭合性者852名,占脱位总数的96.49%;开放性者31例,占3.51%)。软组织损伤2,181例,占14.94%(其中闭合性者1,842例;占软组织损伤总数的84.45%;开放性者339例,占15.55%)。骨折病例中,四肢长骨骨折6,785例,占骨折病例总数的79.08%。详情见表2。

表 2 14,619 例的伤类及损伤部位
(以病例总数为 100%)

伤情及部位	例数	闭合性损伤		哆开性损伤	
		例数	%	例数	%
骨折	11555	8357	57.15	3198	21.87
上肢	6749	4216	28.83	2533	17.32
下肢	4381	3727	25.49	654	4.47
軀干	425	414	2.83	11	0.08
脱位	383	852	5.83	31	0.21
上肢	815	788	5.39	27	0.18
下肢	52	48	0.33	4	0.03
下頷	14	14	0.09	...	...
胸鎖	2	2	0.13	...	...
軟組織损伤	2181	1842	12.62	339	2.32
合 計	14619	11051	75.60	3568	24.40

二、治疗概况

14,619 例中住院治疗者共 6,574 例, 占 44.97%; 門診治疗者 8,045 例, 占 55.03%。住院病例占同一时期住院总数 13,300 例的 49.42%。茲将治疗概况介紹如下:

(一) 急救处理: 对外伤病例, 我們强調在不增加损伤的原則下, 迅速进行急救、止痛、患肢固定及做好手术前准备工作, 以便迅速开始进一步的治疗。全院的急救組織及各科室均圍繞着这一重点任务制訂工作及协作計劃, 配备物资器材。

三年来, 通过历次政治运动, 全院人員在提高阶级觉悟、加强爱伤观念和及时总结經驗的基础上, 使急救工作不断得到改进, 效率逐年提高。急救处理时, 除伤情严重不能搬动者外, 一般伤员均在急診室中完成輸液、輸血、給氧等抗休克措施, 并完成采取病史、体检、X 綫检查等必要的手术前准备, 总共所需时间, 1956 年平均为 1 小时 39 分钟, 1957 年为 41 分钟, 大跃进后则縮短为 29 分钟, 工作效率比 1956 年提高两倍以上。由于处理及时, 繼发性休克較少, 給进一步治疗創造了条件。

(二) 治疗: 对骨折的处理, 我們以闭合复位作为基本的治疗方法。闭合复位不能达到目的时, 則在严格选择适应症的情况下, 考虑施行手术。对哆开性损伤, 則在爭取創口早期癒合的原則下, 做好其它治疗。对成年人之闭合性长骨骨折、关节脱位及軟組織扭伤, 从 1958 年起采用中西結合的疗法, 进行手法治疗、外固定, 并內服及外用中葯, 以促进組織修复。总的治疗情况如表 3。

表 3 14,619 例的治疗方法*
(以 14,982 总人次为 100%)

治 疗 方 法	人 次	%
閉 合 复 位	5,408	36.09
石 膏 固 定	3,301	22.04
扩 創	2,826	18.87
未扩創及休息	1,619	10.80
牵 引	1,087	7.25
开 放 复 位	518	3.45
中 医 中 葯	201	1.34
其 它 手 朮	22	0.15

* 部分病例曾用两种以上疗法

1. 闭合性骨折的处理:

我們认为闭合性骨折用手法整复可以达到对位目的时, 不但病人痛苦少, 而且可以避免手术对軟組織及骨膜的损伤, 有利于骨折癒合及功能恢复。同时一般长骨骨干骨折(如前臂及小腿骨折)癒合后, 側方角度畸形小于 10° 时, 对功能并无影响。因此主張上肢以手法整复石膏固定、下肢以牵引治疗为主。

在全部闭合性损伤 11,051 例中, 行开放复位治疗者 518 例, 占闭合性损伤总例数的 4.69%。在闭合性长骨骨折 6,785 例中, 4,040 例 (59.59%) 手法复位, 981 例 (14.22%) 牵引治疗, 1,397 例 (20.64%) 因未移位而仅作单纯石膏固定; 其余 367 例行开放复位治疗。因此, 在长骨骨折病例中, 行闭合疗法者为总例数的 94.45%, 而开放复位只有 5.55%。

开放复位的适应症:

(1) 必需手术才能达到正确复位固定的骨折，常见的有部分的肱骨外髁骨折、鹰嘴骨折、踝部软组织嵌入性骨折等。此类病例，计有肱骨外髁骨折 51 例，鹰嘴骨折 12 例，踝部软组织嵌入性骨折 5 例。(髓骨骨折以往有 144 例采用开放复位，但自 1958 年采用中医中药治疗方法后，因疗效较好，一般无须手术，故已不列为手术适应症。)

(2) 手术复位后，可使骨折愈合快和功能恢复显著者；例如股骨颈骨折中有 131 例行开放复位三翼钉内固定，术后一月左右，均可逐渐活动，骨折端对位亦佳。

(3) 手法闭合复位和固定有困难的病例，例如尺桡骨骨折中有 24 例因用手法不易达到复位目的，而行开放复位。

(4) 关节附近及囊内骨折时，骨折块复位困难，曾有 29 例开放复位。

2. 哆开性损伤的处理：

处理哆开性损伤的重要问题，在于早期闭合创面，因此，我们强调早期外科处理的重要性，用一切办法，尽量争取创口一期愈合。对哆开性损伤中的骨折的治疗，仍以手法或牵引

复位为主。我们认为内固定不但可因异物刺激有感染的危险，而且因为手术的关系，可加重局部组织的损伤，影响愈合，故一般不采用。

哆开性损伤 3,568 例经过早期外科处理后，一期愈合者为 3,222 例，二期愈合者 232 例，共占 96.8%，未发生破伤风或气性坏疽感染；发生化脓性感染及骨髓炎者共 114 例，占 3.2%。手部创伤 2,431 例经随访的 2,300 例中，一、二期愈合者共 2,258 例，占 98.05%；发生化脓性感染及骨髓炎者 42 例，共占 1.85%。长骨哆开性骨折 228 例，一、二期愈合者 204 例，占 89.47%；发生化脓性感染及骨髓炎者 24 例，占 10.53%。468 例胫腓骨骨折中开放性者 111 例，其中骨不连者只有一例，占 0.9%，延期愈合者 2 例；而 Knoblock J. (註) 1958 年报告之 600 例胫腓骨骨折属哆开性者 207 例中，骨不连及延迟愈合者各占 20%。我们疗效较高，与严格的早期外科处理及多采用闭合复位而不用内固定有关。

四肢广泛性损伤 125 例，均经初期缝合和植皮处理，一、二期愈合率达 90.4%，其中发生化脓性感染者占 9.6%。(表 4)

表 4 2,653 例哆开性损伤随访者的伤类与治疗效果 (以每组病例数为 100%)

伤 类	例 数	治 疗 效 果			
		一期愈合	二期愈合	感 染	骨 髓 炎
手 创 伤	2,300	2,105(91.5%)	153(6.65%)	31(1.35%)	11(0.5%)
长骨哆开性骨折	228	204(89.47%)		11(4.83%)	13(5.7%)
四肢广泛性损伤	125	92(73.6%)	21(16.80%)	11(8.8%)	1(0.8%)

3. 多发性骨折的治疗：

此类病例的特点是可有多个骨折、严重的休克及重要脏器的合并伤，随时都有生命危险，不能单纯视为骨折病例。对此种重危病人，我们首先以抢救生命为主，如抗休克，尽先处理脑及胸、腹部重要脏器合并伤，对骨折的治疗，以采用简便、确实、有效的复位固定

为主。

我院共收治多发性骨折 172 例，共有骨折 448 处，主要的骨折部位和数字是：脊柱 70 处，骨盆 44 处，肱骨 35 处，股骨 41 处，胫腓骨 29 处。并发休克者有 38 例，占 6,574 例住院病例中休克发生总数 70 例的 54.29%。合并有脑损伤者 51 例，截瘫者 9 例，胸部伤者 6 例，腹部伤者 2 例，泌尿生殖系伤者 10 例，软组织撕裂伤者 45 例。死亡 3

註：Acta chir. orthop. traum. Cech, 25:3, 1958.

例，占住院病例总死亡数 18 例的 16.67%。

伤情輕微的病例，可无合併伤发生；但伤情严重者可同时有五、六处骨折或五、六种其它脏器的合併伤，必須有关各科协作进行治疗。

172 例中有 125 例經過六个月至二年随訪，其中功能完全恢复者 57 例，占 45.6%；大部分恢复者 64 例，占 51.2%；功能有明显障碍者仅 4 例，占 3.2%。

4. 祖国医学的临床应用：

我院自 1958 年才开始在骨科临床方面应用祖国医学，因开展較晚，病例不多，所以經

驗很缺乏，現簡單介紹如下：

(1) 长骨骨折的治疗：我們根据全軍骨科协作會議的研究规划，以 18 岁以上的成人长骨骨折为对象进行临床研究，共有 72 例。治疗方法是采用石膏固定或患肢牵引后內服苏氏接骨丹，外敷虎骨膏，治疗效果比单用西医疗法为好（表 5、6），骨折癒合時間比西医方法为短，如肱骨骨折平均短 16.5 天，尺桡骨骨折短 14 天，股骨骨折短 9.5 天，脛腓骨骨折短 10 天。此外还有部分病例单纯应用跳骨丹进行治疗。

表 5 72 例成人长骨骨折中西医结合疗法的效果

骨折部位	例数	骨痂出現時間(天)			骨癒合時間(天)			功能情况(例数)		
		最长	最短	平均	最长	最短	平均	良好	中等	差
肱骨干	17	56	21	27.5	91	35	56.5	8	9	0
尺桡骨	16	49	21	31	98	49	68.5	3	11	2
股骨干	13	42	14	29	91	42	67.5	3	9	1
脛腓骨	26	84	14	42	147	42	82	14	12	0

表 6 72 例中西医结合疗法和 508 例西医疗法的疗效比較

骨折部位	中西結合方法				西医疗治方法			
	例数	癒合時間(天)			例数	癒合時間(天)		
		最长	最短	平均		最长	最短	平均
肱骨干	17	91	35	56.5	35	300	28	73
尺桡骨	16	98	49	68.5	115	267	50	82.5
股骨干	13	91	42	67.5	35	194	21	77
脛腓骨	26	147	42	82	323	205	55	92

对于髓骨骨折是采用手法整复，外敷正骨紫草膏，并加用抱膝器固定，对象主要为老年人及从事輕体力劳动者。經复查 23 例，四周后大部痊癒，功能恢复良好。从功能恢复情况来看（表 7），中医組 23 例中有 19 例获得 90—145° 的活动幅度，而手朮縫合加石膏固定組 22 例中达到上述活动幅度的只有 15 例；从治癒時間来看（表 8），中医組平均治癒時間为 52 天，而手朮縫合加石膏固定組則为 97.5 天。

表 7 髓骨骨折不同疗法功能恢复情况的比較

膝关节活动度	中医組	縫合 + 石膏固定	切除 + 石膏固定	单纯石膏固定
90—145°	19	15	7	4
50—90°	3	4	2	...
50° 以下	1	3	1	...
合計	23	22	10	4

表 8 髓骨骨折不同疗法治愈时间的比较

治疗方法	例数	平均治疗天数
中 医 组	23	52
缝合+石膏固定	22	97.5
切除+石膏固定	10	75

(2) 关节脱位的治疗：有 37 例采用了中西结合的治疗方法。对于肩关节及肘关节脱位，只要掌握了手法复位的操作要点，就可以不用麻醉而达到无痛复位的目的。对于髌关节脱位，是在乙醚麻醉后用中医手法复位，这较之 Biglow 氏复位方法容易。我们为了防止发生习惯性肩关节脱位和股骨头坏死等后遗症，于关节复位后，还会进行一个时期的外固定。

(3) 软组织急性扭伤的治疗：对于软组织急性扭伤是采用推拿法，共用于 16 例，常可立即止痛，并恢复功能活动，效果很好。我们曾有一例腰部二次扭伤病人，第一次扭伤时是用西医方法治疗，卧床三週才逐渐恢复；二次扭伤后经用手法推拿，疼痛大为减轻，并能立即伸腰活动，步行出院。

(4) 重危伤员的抢救：从 1958 年起曾用中西结合方法抢救了 48 名以前被认为无法挽救的重危伤员。有一例股骨骨折合併脑脂肪栓塞的伤员，入院时深度昏迷；四肢呈去脑性强直痉挛，瞳孔散大，呼吸和循环有衰竭现象，经院内外西医多次会诊，均无办法；后经中医根据辨证论治原则，用针灸、鼻饲夺命丹等方法悉心治疗，终于使已昏迷达 28 天的病人完全恢复健康，并恢复了原来的工作。

(三) 併发症及死亡率：14,619 例中有各种併发症者 307 例，占 2.1% (表 9)；死亡者 18 例，占 0.12%。

併发症中有石膏压迫疮者 107 例，占应用无衬垫石膏总数 13,019 例的 0.82%，其原因为未能按照正规操作，技术不够熟练及术后观察不够仔细。有继发感染者 91 例，占 27.58%，其中以手足部伤最多见，计手部感

染者 41 例，占手部伤的 1.85%，足部感染者 29 例，占足部伤 1,516 例的 1.91%，所以对手足部损伤进行早期外科处理应得到特别的重视。此外有肺部併发症者 14 例，泌尿系统併发症者 23 例，骨髓炎 37 例，褥疮 33 例，石膏固定后患肢循环不良而发生冻伤者 2 例。

表 9 307 例併发症分类
(以病例总数为 100%)

併发症	例数	%
石 膏 疮	107	34.85
感 染	91	29.64
骨 髓 炎	37	12.05
褥 疮	33	10.74
泌尿系併发症	23	7.49
肺部併发症	14	4.50
冻 伤	2	0.65

死亡 18 例，占收治总数的 0.12%，其中脊柱骨折 5 例，多发性骨折 4 例，股骨、骨盆骨折各 1 例，均为伤情过于严重或有重度休克所引起。另有粗隆间及股骨颈骨折 4 例，死亡与年龄过大有关；晚期疤痕切除发生破伤风 1 例，股骨转移性肿瘤 1 例，及严重之肺部併发症 1 例。

由以上情况可以看出，病情严重、年龄过大之伤员，治疗时应该特别注意；对晚期疤痕手术，尤应注意预防厌氧菌感染的再发。

(四) 随访情况：

经过重点随访的病例共计 1,844 名 (手的创伤随访 2,300 例未计在内)，主要对象为成年住院患者；小儿病例因愈合后效果均佳，故只进行了少数随访。

随访时间在一年以内者 629 例，占随访病例总数的 35.0%；1—3 年者 1,215 例，占 65.89%。

对随访病例的功能恢复、骨折愈合及骨折对位等情况的判定标准，系我们根据全军骨科会议精神结合我院具体情况分别订出的。

1. 功能恢复情况：

判定标准：优：功能完全正常。良：活动稍受限制并有轻度酸痛，但可恢复原工作。中等：活动受限制，有酸痛，但能做轻工作或扶杖行走。差：功能障碍明显。

经过一年以内近期随访之 629 例中，功能优、良及中等者 597 例，占 94.65%；差者 32 例，占 5.35%。（表 10）

表 10 629 例近期随访的功能情况

骨折部位	例数	功能状况			
		优, 良	中, 等	差	
脊柱	57	38	17	2	
肱骨干	30	17	12	2	
桡骨远端	223	190	30	3	
股骨颈	40	7	18	15	
股骨粗隆间	119	73	40	6	
股骨干	25	19	6	0	
内外踝	98	61	35	2	
跟骨	37	18	17	2	
合计	629	422	175	32	

经过 1—3 年远期随访之 1,215 例中，功能优、良及中等者共 1,209 例，占 99.26%；差者只有 9 例，占 0.74%。以其中复位和功能恢复较为困难的尺桡骨和胫腓骨骨折为例，经过更进一步随访，尺桡骨骨折 276 例，功能优者 206 例，良者 60 例，共占 96.3%；胫腓骨骨折 135 例中属于优者 95 例，良者 34 例，

中等者 5 例，尺桡骨无功能差的病例（表 11）。

表 11 1,215 例远期随访的功能情况

损伤名称	例数	功能状况			
		优	良	中	差
肱骨髁上骨折	173	139	29	4	1
尺骨鹰嘴骨折	9	9	...	...	...
孟氏骨折	79	67	12	...	...
尺桡骨折	277	207	60	10	...
桡骨远端骨折	101	69	29	3	...
股骨颈骨折	73	29	20	21	3
粗隆间骨折	99	52	35	11	1
股骨骨折	21	9	8	3	1
髌骨骨折	79	36	31	11	1
胫腓骨折	135	95	34	5	...
跟骨骨折	20	11	9	...	...
足部骨折	41	20	16	5	...
多发性骨折	59	19	27	13	...
肩关节脱位	15	6	8	1	...
肘关节脱位	8	8	...	...	...
腕关节脱位	3	1	2	...	...
膝关节损伤	23	13	8	1	1
总计	1,215	789	328	89	9

四肢功能恢复情况之远期随访，与 1957 年 Stringa G. (註) 之 1,131 例比较，本组前臂功能属于优、良两级者共占 97.2%，小腿功能优、良两级者占 95.4%；而该组前臂功能只有良好者 69%，小腿功能良好者 81%，无优等者。两者相比，本组疗效较高。（表 12）

表 12 本组 967 例与 Stringa G. 组 1,131 例四肢骨折治疗后功能恢复情况的比较（以每组总例数为 100%）

本组						Stringa G. 组					
部位	例数	功能情况(%)				部位	例数	功能情况(%)			
		优	良	中	差			优	良	中	差
上臂	173	80.34	16.76	21.31	0.59	上臂	134	35.8	60.1	...	...
前臂	465	75.48	21.72	2.79	...	前臂	96	...	69.0	17.0	4
大腿	194	46.39	32.47	18.55	2.59	大腿	217	...	87.6	11.0	...
小腿	135	70.30	25.10	3.80	0.80	小腿	684	...	81.0	15.2	...

註: Chir. Prax. 4:461, 1957.

2. 癒合時間:

骨折癒合判定标准: ① X綫片有充分骨痂形成; ② 临床检查骨折处无挤压痛及叩击痛; ③ 上肢能从事一般活动, 无疼痛, 下肢逐渐负重, 而不发生再移位。

我們对 1,179 例成年人骨折之癒合時間进行了統計 (表 13)。以癒合困难之脛腓骨骨折为例, 共随訪 823 人, 癒合期最长为 207 天, 最短为 37 天, 平均为 98 天, 較之 Stringa G. 及 Giorgi B. (註) 1957 年报告 611 例成年人脛腓骨骨折平均癒合期 113 天、假关节形成占 16% 的統計短 15 天, 而且本組不癒合者只占 0.9%。

表 13 1,179 例成人骨折的癒合時間

骨折部位	例数	癒合時間 (天)		
		最长	最短	平均
脊柱	62	273	63	92
肱骨干	36	300	28	73
肱骨髁上	4	70	35	53
尺桡骨	115	267	50	82.5
股骨粗隆間	114	135	42	72.8
股骨干	75	194	46	86.3
脛腓骨	323	205	55	98
内外髌	128	105	30	50
跟骨	41	95	28	58
桡骨远端	332	69	18	35

3. 骨折对位情况:

判定标准: I 度: 解剖对位。II 度: 功能对位。III 度: 角度畸形 10—15 度, 无旋轉, 或股骨輕度縮短。IV 度: 畸形癒合。

远期随訪的 1,115 例曾行 X 綫摄片检查, 其中对位軸綫达到 I、II 度者計 1,025 例, 占 91.9%; IV 度者仅有 5 例, 占 0.46%。

以对位較为困难的尺桡骨为例, 110 例中对位 I、II 度者共計 82 例, 占 110 例的 74.54%。(表 14)

註: Arch. "Putti" Chir. (Firenze) 9:121, 1957.

表 14 1,115 例成人骨折的对位情况

骨折部位	例数	軸綫对位情况			
		I 度	II 度	III 度	IV 度
肱骨干	40	20	17	3	...
尺桡骨	110	18	64	24	4
桡骨远端	360	113	230	17	...
股骨粗隆間	216	160	35	21	...
股骨干	56	29	22	4	1
脛腓骨	219	76	134	9	...
内外髌	114	91	16	7	...
共計	1115	507	518	85	5

4. 后遺症:

11,555 例骨折中, 有骨不連者 21 例 (哆开性骨折 4 例, 閉合性骨折 17 例) 占 0.14%, 发生原因与复位不良及石膏固定時間不够有重要关系。

綜合上述, 我們总的治疗效果如下:

哆开性损伤, 經過早期外科处理后, 一、二期癒合者共占 96.8%; 发生化脓性感染及骨髓炎者占 3.2%。

远期随訪的病例, 功能属于优、良两級者, 共占 91.92%; 骨折癒合時間, 以脛腓骨最长, 平均日数为 98 天; 骨折对位情况达到 I、II 者共占 91.9%。

11,555 例骨折病例中, 发生骨不連者占 0.14%。全部病例中, 有各种併发症者占 2.1%。死亡率为 0.12%。

三、体会和討論

通过对外伤性骨科病人救治工作的总结, 我們有以下几点体会:

(一) 党和政府对人民健康的关怀及对卫生工作的重視是我們治疗工作取得成績的先决条件。全国解放后, 各厂矿企业的劳动防护设备日益完善, 建立和健全了医疗預防組織; 城市交通管理有条不紊, 人民的政治觉悟和文化水平日益提高, 因而工伤和交通事故大为减少。由于卫生保健組織的健全, 虽发生了意外

創傷，也能及時搶救并迅速送入醫院，使之得到早期治療，這就為獲得良好的治療效果創造了有利條件。

(二) 我院同志在黨的領導教育下，通過歷次運動，政治思想水平和階級覺悟有了顯著提高，在社會主義建設總路綫的光輝照耀下，更積極改善服務態度，提高醫療質量，大大發揚共產主義風格，因此不僅收治了大量病員，并搶救了許多重危病人。在搶救過程中，都是黨委掛帥、親臨前綫，組織院內外大協作，千方百計地進行搶救，因而絕大部分重危病人都得到了挽救，恢復了健康。通過治療工作中轟轟烈烈的羣眾運動，又進一步提高了工作人員的政治思想和業務水平。

(三) 急救的遲早和是否適當對傷員生命和預后有直接影響，我院針對着急症病人需要及時處理的特點，建立了相應的組織和制度。在整個救治工作中，急診室是突出的一環。對急診室工作的要求是快、准、穩。急診室晝夜值班，醫生、護士時刻都在準備接受病員，病員一到，立即投入搶救，進行抗休克、抗感染、术前準備等工作。放射科、檢驗科人員亦立即迅速完成輔助診斷。幾年來急診室內的處理時間不斷縮短，自1958年大躍進以來更縮短至平均29分鐘。一般急症病人在三分鐘內即可進行輸液及輸入O型血，在15—20分鐘內即可做好一般术前準備，因此病員入院後在極短時間內即可進入手術室。由於及時而準確地採取了抗休克、抗感染措施，因而休克死亡病例大為減少，感染率也大大降低。

除了上述體會外，并对閉合復位療法、哆開性骨折、多发性骨折的治療、祖國醫學的臨床應用和體育療法中幾個具體問題，重點探討如下：

(一) 閉合性骨折的治療問題：

我們對閉合性骨折，絕大多數採用閉合復位，從功能恢復和對位情況來看，效果尚佳，在具體操作方面，我們有以下體會：

1. 手法操作問題：

(1) 應注意選擇適當的麻醉方法，消除肌肉痙攣，以糾正重疊畸形，我院除對不合作的兒童採取乙醚麻醉外，通常都是採用1—2%的奴佛卡因局部血腫麻醉，可以達到滿意的效果。

(2) 為便于復位時的手法操作，及使骨折端達到準確對位，應特別注意患肢的牽引位置；否則，雖用較大的牽引力量，亦不能達到對位的目的。一般骨折，如將患肢放在中間位置，多可使伸側及屈側肌肉的張力處於均等狀態，再用適當的牽引力，即易復位。但在某些情況下，由於肌肉附着部位的关系，中間位置不能達到上述目的，應按具體情況加以變更。如橈骨上端骨折時，由於旋後肌及旋前圓肌的牽拉，復位時應將前臂旋後。距骨骨折時，由於脛骨前緣的剪力，須使足保持蹠位。除須注意正確的牽引位置外，更須注意牽引力及對抗牽引力的保持，直至石膏成型為止。我們不論應用何種牽引，通常均將對抗牽引力之一側加以固定。手法操作時，單純調節牽引一側之力量即可。如此不但可以保持患肢的位置，而且便于控制牽引力的大小及方向。為了達到上述目的除應用固定帶進行牽引外，并对某些部位骨折，如上肢的髁上骨折，下肢脛腓骨折等，採用螺旋牽引架進行肱中牽引。如此既可復位，又有暫時固定作用，便于包紮石膏。

(3) 經過牽引，肌肉弛緩後，骨折端分開，此時在X綫透視下，觀察兩骨折端的关系位置及有無骨刺嵌頓，及其移位程度等，再針對不同的情況加大或減少牽引力量。對因嵌頓而影響復位的骨刺，用牽引或手法使之分開，然后對側方變位或角狀畸形從相對方面施加壓迫，即可達到復位的目的。

(4) 為了防止固定期中因腫脹消退及肌肉萎縮等而使石膏鬆動、骨折端再移位，我們特別注意進行定期的臨床X綫拍片檢查，如發現有上述現象，立即更換石膏矯正之。

2. 無衬墊石膏的應用問題：

閉合性骨折復位後的固定，我們一律採用無衬墊石膏。有人認為無衬墊石膏易于引起

压迫疮和缺血性挛缩等并发症；但本组病例中用无衬垫石膏者共計 13,019 例（手术后再用石膏固定者不計在內），皆无缺血性挛缩发生，发生轻度压迫疮者共 107 例，占 13,019 例的 0.82%。

我們体会到，欲使无衬垫石膏达到良好的固定，应注意以下几点：

(1) 包紮石膏前，应首先明确骨折复位中手法操作的机轉及纠正移位时的压迫方向，以便包紮石膏綑带后，再按照同样方向加压塑型。

(2) 包紮石膏时，患肢必須保持在固定不动的位置上，以免骨折端再移位，直至石膏成型为止。

(3) 石膏应与肢体表面完全貼平，对骨质突起部分尤須注意，务使石膏与肢体贴合紧密，不令稍有空隙或压迫始可。

(4) 应特別注意石膏成形前的塑型操作，使石膏与肢体原有的輪廓一致，并根据复位时的要求，用手法在石膏的外部相当于骨折的上下端向骨折移位相反的方向施加适当的压力，以达到三点固定，防止骨折再移位。压迫时应用手掌魚际部分，避开骨折突起点，压力要均匀，直至石膏成型为止；同时并将牵引力量略为减小，以适应加压之力量，如此既可达到确实固定的目的，又不致发生石膏疮。

无衬垫石膏，如按上述的步骤注意操作，可完全达到确实固定的目的。因为石膏与皮肤之間无間隙，不松动，不但可防止骨折变位，而且可减少皮肤的摩擦伤，防止患肢的肿胀，对开始早期功能运动，促进血液循环，均有帮助，因此有利于骨折愈合。无衬垫石膏包紮既与皮肤完全貼合，而且又在石膏外部加压塑型，所以如果不加注意，則易于发生压迫疮。如肘及膝关节石膏固定时，多有一定的屈曲度，石膏綑带易在該部发生纒折，操作时如不注意将其剪开貼平，即易在肘窝及膕窝部发生压迫疮。又如桡骨远端或踝上骨折在石膏外加压塑型时，如不避开骨折突起点，亦可发生压迫疮。但一般患者在石膏疮发生前，多有疼

痛、不适等症狀。如能周密观察，及时发现，早期更換石膏，則完全可以避免。

我們的病例中有 107 例发生了石膏疮，这固然由于部分工作同志技术不够熟练或未能按照上述要点进行操作，但主要还是因为术后观察不够仔細，未能早期发现，及时纠正。所以无衬垫石膏不仅要注意术中操作，更要强调术后的严密观察。

3. 牵引疗法应用中的体会：

我院采用牵引疗法者，因性质不同，可分为三类：一类为立即复位牵引，即用較大的牵引力使之即刻复位，当时固定，如尺桡骨、胫腓骨骨折等。一类为暂时性的維持牵引，如儿童的桡骨髁上骨折，在尺骨鹰嘴穿上克氏針牵引 3—4 天，待水肿消退后再行复位固定。頸椎骨折时，采用 Glisson 氏吊袋进行牵引，待脊髓压迫症状好转或消失后，再用頸胸石膏固定等。另一类为治疗牵引，多用于粗隆間骨折、股骨干骨折、骨盆骨折、胫腓骨骨折等。

我們对成年人下肢骨折的牵引治疗，有以下几点体会：

(1) 对牵引時間較久者，均采用史氏釘做骨牵引。因史氏釘与肢体纵軸成直角，釘入后即不易松动。同时牵引弓在两端之轉軸上活动，所以釘位牢固，不因牵引力綫之方向改变而移动。感染机会少。同时釘之直徑粗，硬度大，持重力强，不似克氏針之易于弯曲、滑动，也不易引起感染。我們施行骨牵引的病例，无一例因牵引釘而发生骨髓炎或严重感染者。

(2) 根据骨折部位、性质、移位情况，結合全身情况及肌肉張力等选用为患者体重的 $\frac{1}{7}$ 、 $\frac{1}{8}$ 或 $\frac{1}{10}$ 的重量作为牵引重量，并采用抬高床脚 50 厘米、30 厘米或 20 厘米的办法作为对抗牵引，使骨折一次复位。达到复位目的后，不須經常加減重量进行矫正。牵引 4—5 日后，拍片复查，一般病例只要力綫的方向准确，均可达到骨折复位的目的。如有对位不良的情况，可立即調整牵引方向或牵引重量，至完全滿意为止。

(3) 牽引過程中，由於患肢平放在勃郎氏架上，並且採用軀干重量作為對抗牽引，未附加特殊的固定裝置，因此患者無坐骨結節或大腿根部遭受壓迫的痛苦。又因利用床上的固定裝置早期開展全身和局部的功能運動，所以肌肉不會萎縮，仍保持原有的張力，而使牽引力維持在平衡狀態，骨折端即不再移位。

另外，對年老體弱、肌肉張力不大的或骨折端移位不多的以及在家庭病房治療的，我們曾自行設計竹筒牽引器，及用銻氧軟膏或史氏釘做羅塞氏 (Russel) 牽引，在嚴密觀察及適當的護理中，亦得到滿意的效果。

4. 骨折的開放復位問題：

開放復位如能正確掌握適應症，對某些骨折可有良好的效果。但應用不當，可發生不癒合，延遲癒合，甚至有招致感染引起骨髓炎的危險，我們所以盡量避免手朮治療，尚有以下幾點理由：

(1) 骨科手朮之皮膚準備要求較嚴，需時較長，如在骨折早期倉促進行手朮，易於感染。據 P.A. Wade 等 (註) 1958 年的報告，51 例閉合性脛腓骨骨折行開放復位，即有 5 例感染，占 9.8%。而我們採用閉合復位，則可完全避免感染的危險。

(2) 骨折對位後的角度畸形，如不超過 10 度，常無功能障礙。以功能要求較高的尺橈骨骨折為例，本組經 X 線複查，對位達 I Ⅱ 度的共占 74.54%，IⅣ 度者 3.63%。但從功能效果來看，屬優、良兩級者共占 96.3%，無功能差的病例。由此可以証實，一般骨折不須解剖對位。反之，手朮雖可使骨折達到較高的對位標準，但軟組織損傷較多，對肢體的功能有害。骨膜剝離廣泛更有延遲癒合及不癒合的危險。上面例舉 P.A. Wade 的同一報告中，51 例閉合性脛腓骨骨折行手朮治療者，不癒合及延遲癒合共有 6 例，占 11.6%。而我們 468 例脛腓骨骨折中，不癒合者只有一例，且系開放性

損傷。全部骨折中不癒合者只有 21 例，只占 0.14%。我們認為這與盡量用閉合復位有關。

(3) 應該根據多快好省的原則，千方百計地尋找對病人痛苦少、療效高、而又經濟的療法。特別是祖國醫學在骨科治療方面更有豐富的經驗。如對髓骨骨折，原以手朮治療為主，自學習祖國醫學後，則多採用抱膝器療法。股骨中段橫骨折用髓管釘內固定者，亦因學習祖國醫學而隨之減少，治療效果則隨着方法的改進而提高。所以對閉合性骨折的處理，應把手朮治療放在次要的地位。

(二) 哆開性骨折及手部創傷的外科處理問題：

3,568 例哆開性損傷均進行了早期外科處理，一二期癒合率達 96.8%，化膿性感染率只占 3.2%。治療率較高是因為搶救及時，來院較早，給治療創造了良好條件。此外還有以下幾點體會：

1. 手朮中應嚴格遵守無菌操作規程，對所有已坏死和失去活力的組織，細心、耐心地徹底切除，不依賴鹽水沖洗。這雖是外科醫生多已熟悉的處理原則，但在實際工作中往往由於重視不夠，尤其對小的創傷容易疏忽，以致形成不良的後果。因此就應經常強調，嚴格要求，認真貫徹。如能按上述原則進行外科處理，則可大大減少感染的發生。如我們曾對 170 例進行了擴創前後的細菌培養，朮前發現細菌生長者 196 次 (其中毒力較強的化膿性細菌 37 次)，無細菌生長者 49 次；朮後仍有細菌生長者 54 次，無細菌生長者 103 次。

從細菌培養結果中可以看出，手朮時如能徹底清除污染坏死的組織，即可使創面的污染程度大為減低，有利於創口的癒合。

2. 手朮時必須根據具體情況，爭取一期縫合或植皮，使哆開傷成為閉合傷。在手朮後要做到確實固定，以減少局部組織炎症性反應，增加植皮的成活率。我們在朮後一般都採用石膏固定，並抬高患肢，以維持良好的血液循環。

註：J. Am. Surg. 95:599, 1958.

3. 重视术后护理及严密观察,发现有感染可能时,须立即检查创口,采取必要的措施,如减张切口、拆除缝线等,以改善局部情况,促使炎症局限,如此,有轻度感染的病例,多可使感染消退。

4. 对手部创伤的处理:

重点复查的2,300例中,一二期愈合者为98.05%,发生化脓性感染及骨髓炎者只占1.82%。经过2—3年随访的2,139例中,有98.22%恢复了原来的工作,失去功能者只占0.09%。

处理时除按上述原则进行早期外科处理外,更应注意的是:手部功能异常重要,手术后必须尽量保留各种组织,骨折要做到准确的复位。术后患指应分别固定在功能位置上,并须特别注意加强健指的动能活动。对于患指功能的复建工作更须随时注意,根据不同情况及早采取措施,如早期的皮管成型术及晚期的拇指再造、食指移植、关节形成、肌腱修补、疤痕切除等。如果应用适当,均有助于手部功能的恢复。

(三) 多发性骨折治疗中的体会:

1. 此类伤员的特点是损伤部位多,伤情严重,可有重度的休克、内出血、窒息和重要脏器合并伤等异常危急的情况,随时都有生命的危险,抢救工作必须分秒必争,不能按照一般常规处理。所以急诊人员应该随时处于准备状态,伤员来院后,就能立即进行抗休克、使呼吸道通畅和必要的止血等生命抢救工作。至于病史询问、体检等,则应在急救工作开始后逐步进行。对重伤伤员的救治,更须由党委挂帅,立即组织人力物力,开展有关各科的大协作。按照损伤性质,分清轻重缓急,采取首先治疗重要脏器伤为主的综合性措施,并尽快将骨折部位进行简单有效的暂时性固定,以免加重休克。

2. 由于伤员的全身症状严重或精神恐惧不安等,受伤早期不易采取病史和进行系统的全身检查,因此甚易误诊和漏诊,而发生不良

后果,甚至影响生命。所以必须强调在不影响抢救生命的原则下,尽快做好应急检查,以便采取紧急措施;待病情好转后,应随即逐步进行全身性的系统检查,以免遗漏。在伤情危急,需要立即做出决定性措施的情况下,根据我们的经验,可按受伤原因不同,暂时进行重点检查,因为受伤原因与损伤部位之间常有一定的关系,如由高处跌下时,容易发生骨盆、脊柱、跟骨骨折,并发颅内伤;交通事故撞击伤时,易发生骨盆、股骨骨折,髋关节脱位和腹部泌尿系统的并发伤;机器轮带轧伤时,易发生同一上肢的骨折,并发臂丛及胸部伤;重物压伤时,易发生脊柱、肋骨骨折,并发脊髓损伤等。注意掌握此类特点,可作诊断和治疗的参考。我们在治疗过程中,由于经验不足和某些病例的病情危急,曾有多次发生误诊和漏诊,如一例上肢多发性骨折合并胸部穿刺伤的患者,在急救时只注意骨折的固定,未注意胸部损伤,直至病人发生窒息,始发现纵隔移位,幸及时抢救,未致死亡;一例骨盆及下肢骨折的伤员,由于腹壁刺激痉挛而误诊为腹内脏器伤,剖腹探查后不幸死亡;另有一例下肢与骨盆同时骨折,只注意到移位明显的下肢骨折,而将骨盆骨折及尿道损伤漏诊,直至小便困难,始再发现。还有些病例脊柱与跟骨同时骨折,而漏诊跟骨;股骨与髌骨同时骨折,而漏诊髌骨。由于以上原因,我们认为对伤情复杂的病例,在受伤早期、治疗期中甚至治疗后期,均应按照具体情况及时进行系统的、反复的检查。

3. 对骨折的进一步治疗,应在伤情稳定、重要脏器损伤得到治疗之后,再选择简单易行、对病人损伤少的办法。尽量避免手术。如遇同一肢体多发性骨折,手法操作有困难时,则应把治疗重点放在功能要求较高的部位。如肱骨与尺桡骨同时骨折,应以尺桡骨复位为主;股骨与胫腓骨同时骨折,应先将胫腓骨复位,于小腿石膏固定后,再施行下肢牵引。如此常可达到满意的效果。

(四) 脊柱与骨盆骨折治疗的体会:

1. 脊柱骨折：对单纯性压缩骨折，除年龄较大或有其他疾患者外，一般均用超伸展悬吊复位加石膏背心固定的方法。对这种方法有如下体会：

(1) 操作时以压缩椎体部位作为悬吊中心，同时因患者整个体重均作用于悬吊带，因而复位较其他方法确实。

(2) 悬吊后即维持于超伸展位，无法变动，易于包紮石膏，石膏背心固定也较为确实，椎体复位后即不易再变位。用此法治疗的194例，经X线检查已达或接近解剖复位者达93%；拆石膏时骨折部位保持在原来状态者占70.6%；只有部分病例有再压缩现象。

(3) 我们特别强调早期体疗，均在石膏于后开始全身体疗及锻炼脊背肌肉，因而拆石膏时伤员多可保持良好的健康状况及腰部功能，远期复查病例功能属于优良两级者占95.09%。

对并发截瘫者，主张开放复位以达脊髓减压，同时用钢丝结棘突作内固定。我们认为这种方法比钢板内固定好，操作简单，固定确实，对术后翻身、按摩等帮助很大，经此法处理的24例均达到满意的复位效果。经半年至三年随访的22例，固定部位均未移位。

对截瘫伤员的脊髓探查问题，我们认为一般病例经开放复位均可达到减压目的，而常规检查可加重脊髓损伤，并有加重脊髓休克、水肿和发生血栓形成的危险，并可破坏脊柱的稳定性，不利于术中固定。所以主张除非手术复位后仍有压迫现象者，一般不作探查手术。

2. 骨盆骨折：骨盆骨折的特点是可有严重的休克、较大的出血和重要脏器的合并伤。本组78例中发生休克者37例，死亡4例，均与休克有关。一般处理原则与多发性骨折略同，应以抗休克和治疗脏器合并伤为主，其次才是骨折处理。在这方面有以下体会：

(1) 检查时除应注意有无泌尿系统损伤外，更须注意有无腹腔脏器破裂或内出血。对疑有腹腔脏器伤者，在伤后24小时内均按腹腔脏器损伤原则严密观察，对有剖腹指征者，立

即手术。本组78例中有7例作了剖腹探查，5例有腹腔脏器损伤。

(2) 对有腹肌紧张而不能确定究为腹膜后血肿刺激引起抑为腹腔脏器损伤刺激引起者，采用腹腔后壁奴佛卡因注射加以鉴别。如为血肿刺激引起，注射后腹肌紧张即消失或大为减轻；否则紧张仍存在。我们有3例经用此法鉴别，而免除了手术。

(五) 祖国医学临床应用的体会：

我院在学习和应用祖国医学方面虽然还刚刚开始，但仅就现有的初步经验，也已体会到祖国医学的丰富多采，奏效显著。如：

1. 我们自1958年开始应用祖国医学，已先后用于骨折、脱位、软组织损伤等201例。在骨折治疗方面，中医中药可以加速骨折的愈合，长管骨骨折的愈合期较西医疗法短7.5—16.5天。髓骨骨折采用中医疗法，不仅可以大大缩短愈合时期，功能恢复良好，而且简便易行，无须手术，可减少病员痛苦。在脱位方面，只要能掌握手法复位的要点，一般可以无痛复位。对于软组织急性扭伤采用推拿，常可立即止痛并恢复功能活动，效果良好。而在抢救危重病员方面，对西医束手无策之症，中医实行综合疗法往往可以起死回生。由此可见，祖国医学在伤科治疗方面同样具有丰富的经验和良好的效果，而且方法简便易行，为病员所欢迎。

2. 祖国医学对骨关节损伤的治疗有其独到之处，它能从整体出发，在治疗局部损伤的同时，要注意全身情况，根据辨证论治原则灵活处理。除做到消瘀、止痛、接骨外，并注意补气、和血及调理脾胃等方面，较西医的单纯注意骨折的复位和固定更合乎生理要求。例如在促使骨折愈合方面，西医疗法除依靠固定、令其自然生长外，积极措施较少；而对难以愈合的骨折，只有开放复位，利用机械内固定的方法。而祖国医学中却有許多疗效显著的接骨膏丹等。两者相比，祖国医学的优点甚为显著。

(六) 体育疗法在临床应用中的体会：

一般患者由于伤后的疼痛、功能障碍及患肢固定等，早期多不能运动或不敢运动，卧床日久，可使全身机能减退，病人软弱无力，食欲不佳，便秘等。严重者更可发生坠积性肺炎，心动迟缓等现象。对局部的影响可使肌肉萎缩，关节强直，骨质疏松、脱钙等。必须注意全身及局部性的活动，以保持患者的全身健康、促进患肢的血液循环和增长肌肉张力。因此我们特别注意全身性的体育疗法和患肢的功能活动，根据损伤部位不同，采用不同的方法，并严格坚持早期活动的原则。

1. 上肢骨折：石膏固定后，鼓励病人下床活动，并做体操，要特别注意患侧整个上肢有规律的肩及手部（未固定关节）最大范围的运动（屈伸，内收，外展，上举，下放等）。对于手部创伤，除固定的患指外，必须注意加强其他各指的活动及整个手的动力性上举，以促进血液循环，加速反应性水肿的吸收。

2. 下肢骨折可以起床的病员，在不影响骨折固定的原则下，早期开始患肢负重行走。不能起床者，如牵引治疗时，在伤后2—3天即可利用床上固定装置做全身性活动（体操）及局部功能活动。在全身活动方面尤应注意做深呼吸，防止肺部并发症的发生。以粗隆间骨折为例，439例中大多数系60岁以上老年患者，虽然卧床牵引期较长，但因进行体疗的结果，健康情况均良好，并发症极少，饭量多半较伤前增加。

上下肢骨折无论用石膏固定或牵引，均可教会患者在固定下做静力性肌肉紧张（如上肢的肱二头肌，下肢的股四头肌），以防止肌肉萎缩，促进血液循环，保持肌肉张力，预防关节萎缩，刺激骨痂生长。这样在拆除石膏时，多半有较大幅度的功能活动范围。

3. 脊柱骨折：

石膏背心固定者，当石膏干后即可起床，并在专人指导下进行以锻炼背肌为主的体疗。病人经过数月有系统的体疗后，不但预防了背肌萎缩，改善了全身情况，增强了体质，并保证了劳动力的迅速恢复。

对采用卧床治疗的脊柱骨折患者，体疗更为重要。必须教会锻炼背肌和全身活动的体操后方可出院，以在家练习。我们并把体疗的意义，操作的方法等作为病人入院后的教育内容之一。体疗开始时，须由专门工作人员进行帮助和指导，使能正确进行，以免造成不良后果；病人出院后进行定期复查，以加强指导。

体育疗法除了可以保持全身健康及患肢功能外，并可使患者身心愉快，增强与疾病作斗争的信心，所以体育疗法是骨科治疗中的重要环节之一。

四、今后努力方向

（一）以往我们对外伤性骨科多偏重于临床治疗工作，而对理论研究尚缺乏足够的重视。虽对中药和同位素促进骨痂生长等进行了一些动物实验，但也仅限于治疗效果的观察，未能从生理、病理、生物化学、药理作用机制等方面进行研究，而且开展较晚，成绩也不显著。今后应在开展临床治疗研究的同时，大力加强理论研究工作。

（二）对祖国医学的学习与应用，虽然也做了一些，但很不够。今后必须认真、踏实地学习祖国医学，特别要发掘伤科方面的宝藏，中西医结合，广泛应用，与各兄弟单位共同努力，为建立骨科的新医学派作出贡献。

（三）我们目前的治疗方法和设备，大多还只能适用于和平环境及较好的条件下；至于如何使之适应于今后现代化战争和野战条件的需要，则尚有一系列问题急待研究解决。

（刘植珊 張文明 朱 誠 屠开元整理）

外伤性骨科病人的护理

急症外科医院以收容急症病人为首要任务，其中骨科病人占半数以上。此种病人的治疗主要为扩创、牵引和固定，预防并发症的发生及功能恢复。在治疗过程中护理人员接触病人最多，某些治疗措施更以护士工作为主，如牵引、截瘫病人的处理等。病人能否得到正确而及时的处理，与护理工作的关系甚大。

骨科急诊病人于受伤之前大多身体健康，护理人员体会到病员可能由于急剧的病理变化及因负伤所引起之痛苦而产生恐惧心理，严重者并可发生悲观失望情绪，如骨折及手创伤病人所关心的是今后功能恢复及工作问题，截瘫病人关心其神经功能可否恢复，会不会造成残废，护理人员即以亲切的态度进行解释安慰。在为其进行诊断治疗过程中，由于病人的情绪改变，身体的暂时痛苦以及对治疗目的不明，往往不能顺利接受治疗，须耐心说服。总之，护理工作在整个治疗中占有相当重要的地位。现将护理工作中几个问题分别介绍如下。

一、急诊室的护理工作

外伤性骨科病人来院首先进入急诊室，急诊室护士的主要任务是在医生指导下迅速而确实地进行抗休克、患肢固定、止血、止痛、预防感染，与此同时并协助医生为病员拍X线片，然后按病情决定在急诊室处理或送手术室、病房。此外，急诊室必须在任何时候做好收容与抢救大量病员的准备。

急诊室的接诊工作：在1956年建院初期，护理人员虽多，但由于护理人员业务不熟练，各科室不能密切配合。当时在急诊室处理一个病人平均需一小时零39分。以后由于工作熟练，逐渐加快速度，尤其1958年大跃进以来，全体人员政治挂帅，责任心及急症观念增强，

急诊室处理时间大大缩短。如护理人员在听到救护车铃声或门口急症铃声后立即出门迎接，随即返至急诊室将急救包打开，迅速配合处理病员，各科室亦主动前来急诊室配合。对于重危而又急需输血的病员，不等交叉试验，于3分钟之内即可将O型血输入体内。更由于政治挂了帅就敢于打破常规，护士可以协助医生写X线诊断申请单，及时拍照，并根据X线片作出初步诊断，进行相应的处理。平均在急诊室处理一个病人的时间，已缩短为29分。

护理人员经过思想教育及业务学习，亦树立高度的爱伤观念及急症观点，正确及时地准备好骨折固定器材。如长骨骨折，护理人员皆明了必须固定上下二关节，准备若干长度之副木；脊椎骨折，在搬运伤员时注意固定脊椎，以免加重神经损伤。此种工作，只须向护理人员交待病情诊断，即可单独处理。颅脑损伤病员，则不必交待，护理人员即将病员头发剃掉。

为了提高急诊室的接诊速度，便于医护人员进行抢救，除在院内改进工作，并与上海市救护大队洽妥，仅交换救护车内的担架，不必搬动病员，直接进行抢救。担架于必要时可置于活动推车上，病人在急诊室处理后可将推车推至放射科、手术室、病房，而不必搬动病员。

周密的组织工作，在大批伤病员入院时，其重要性更为明显。不仅可保证医护工作的顺利进行，并可避免可能发生的差错。在平时医院工作中，也可做好大批伤病员入院的组织与物资准备，工作方法和战时的师（团）救护所相似。伤病员入院时，首先要做好分类工作，这是保证有条不紊地进行工作的关键性问题，然后根据病情的轻重，需要急救处理的缓急，

分別給以相应的处理。急症外科医院曾經进行多次演习，使全体工作人員逐步熟悉此种工作方法。1956—1958年曾三次收容大批伤员入院治疗。如1957年龙卷风袭击上海时，大批伤员急診入院，由于急診室設有急診警鈴，急診室护士按动警鈴，全院医护人员听到急症鈴响，按預定計劃各就工作崗位进行准备。护士长与內科医师，随即将人員分工、交待任务，扼要地介紹这次来院急診病員情况。急診室儲备担架若干副，可立即展开作为病床使用，病員經過分类、完成初步处理后即送往手朮室、病房，重危病人即在急診室进行搶救。

急診室各項急救装备按需要放置于一定位置，每日进行整理补充，如氧气、麻醉机、电吸引器、輸血器、照明灯及各种急救藥品。护士对器材、藥品的儲存地点和使用方法均极熟悉，随手可取，立即使用。

根据三年来的工作，有以下体会：

(一) 急診室护士必須不断提高业务水平，并能熟练掌握配合各种急症病員的处理常规。

(二) 护士长主要任务是負責整个急診室行政工作，并經常检查急診設備是否齐全，并保証供应。

(三) 平时对护理員加强各种急症病人处理的常識教育，也是快速搶救病人极为重要的一环。

(四) 急診室护士护理員不宜多調动，以免影响工作。

二、手朮室的护理工作

外伤性骨折病人經過急救处理后，絕大多數皆送往手朮室施行手朮，如：扩創、手朮复位、釘入牽引釘或包紮石膏；送往病房后的主要工作则为繼續观察及預防併发病的发生。故手朮室的工作在整个治疗中占有重要地位。

手朮室的工作与急診症同样要求迅速确实并准备随时处理大批伤病員，故护理人員在思想上必須具备急症观念，准备一定量急救手朮用具。当救护车来院时，手朮室护理員即主动

前来了解病情，接到手朮通知单后，大多已經作好准备，随时可以进行手朮。

手朮室骨科預定手朮較少，大多皆为急症手朮，病情亦較危急，常見休克及大出血。急症患者朮前多无充分准备，故朮中工作十分緊張，而常須3—4人配合。必須在平时准备各种手朮包及急救物品，随时接待各种急症病員。手朮室与血庫距离甚近，并与之建立密切联系以利搶救重危病員。为便于骨科病人的診斷，手朮室配备三架活动X光机，此外还有設備完善的石膏房。在人員方面，培养各个护士皆为多面手，既能参加手朮，又能为病員施行麻醉、包紮石膏及X綫拍片，以适应工作需要。在护士教学中亦按照此种精神进行教育。

三年来，手朮室护理人員在配合处理骨科急症手朮中积有微少的經驗体会，現就各类骨科病員分別介紹如下：

(一) 哆开性骨折：

重症哆开性骨折病人常处于休克状态，虽在急診室已行初步处理，但在来手朮室后，大多仍須繼續进行抗休克，手朮室护士首先查对各項治疗措施是否完善确实，必要时应予以补充。

骨折病人在搬运、麻醉及手朮过程中皆可影响骨折断端的固定，护士应密切注意以免加重病情。骨科急症病員創口周圍之皮肤常甚污髒，此項清洁工作多在手朮室进行，如因清洁不当，致使創口感染，則較单纯軟組織损伤問題更为严重。

本院对于扩創手朮皆不采用冲洗方法，出血点亦少結紮，而多以热盐水紗垫压迫止血，故手朮時間較长，使用之热盐水亦較多；在扩創之后皆随即包紮石膏，一切石膏用具皆須預先准备，使工作能順利进行。

哆开性骨折病人中，手部創伤极为多見，为了加强无菌措施，专门設立手指扩創手朮室一間，备有手朮时所需的器械与物品，前臂的手朮扩創多用臂丛神經麻醉，朮中常作植皮手朮。經過三年来的工作学习，护士对于以上各