

医学资料

(内部资料)

中国人民解放军第十三野战医院

一九八〇年十二月

目 录

* 临床医疗 *

尿道损伤16例临床分析.....	二外	王恒大 (1)
急性颅脑损伤救治中的经验教训.....	二外	邢永福 (3)
47例上消化道出血的临床分析.....	内科	丁福平 (6)
中西医结合治疗肱骨干骨折.....	一外	姚占平 (9)
59例烧伤死亡病例救治经验教训.....	三外	徐承庆 (12)
婴儿急性喉炎一例救治体会.....	内科	吴安琴 (16)
室性期前收缩临床意义.....	内科	王平华 (17)
659例创伤的临床分析	二外	邢永福 (19)

* 临床护理 *

重症肝炎的护理.....	医务处	昌锦霞 (22)
--------------	-----	----------

* 麻 醉 *

东莨菪碱静脉复合麻醉应用于外科休克病人的抢救.....	麻醉组	朱平增 (24)
小剂量东莨菪碱复合麻醉临床应用探讨.....	麻醉组	侯小延 (28)

* 化验检查 *

100例烧伤创面细菌培养小结 (附34例血培养对照)	检验科	方锦才 (30)
----------------------------------	-----	----------

* 药物研究 *

在简陋条件下开展快速分析的探讨.....	药房	胡屏山 (38)
关于提取注射用黄芩甙的质量控制.....	药房	韩立云 (41)

* 技术革新 *

介绍一种简便快速石腊切片法.....	病理	范合作 (43)
--------------------	----	----------

静脉肾盂造影术压迫法的改进	放射科	范福康 (45)
用滴定法校正各种吸管	检验科	陆伯棠、孙其实、王庆彬 (47)
使用FOLey氏管法作子宫输卵管造影术	放射科	范福康 妇产科
		洪小平 (50)

* 短篇报导 *

开放性骨折和关节损伤的初期处理	二外	戴能道 (52)
游离大网膜移植, 治疗全头皮撕脱缺损, 大片颅骨裸露一例报告		
	二外	赵作平 (54)
动脉瘤样骨囊肿 (附二例报告)	二外	王恒太 (56)
急性心肌梗塞并发室间隔穿孔 (附二例报告)	内科	张自德 (58)
贲门癌的早期低张双重造影检查	放射科	郭凤臻、郭万喜、钱志涛 (62)
特效散治疗踝关节扭伤	医务处	陆建新 (65)
闭孔疝并发急性肠梗阻一例报告	一外	姚占平 (66)
一例严重电击伤救治体会	三外	徐承庆 (67)
婴儿坏血病二例报告	内科	张自德、郭凤臻、薛惠珠 (69)
全结肠游离和小肠系膜过长致肠扭转一例报告	一外	顾月善 李国生 (71)
一例断指再植体会 (附亚肝索化临床应用)	二外	方剑华 (72)
创伤性膈疝延误诊断致胃坏死一例报告	一外	李国生 (73)
电针治疗周围性面神经麻痹154例疗效观察	理疗室	包庄生 (75)
早期食管癌和早期贲门癌的病理形态学观察	河南医学院病理教研室沈琼 十三野战医院病理室范合作	(78)

* 译 文 *

脾切除治疗骨髓细胞组织变形	(83)
气管支气管的粘膜假瘤 (附二例报告)	(86)
根据二尖瓣超声心动图对左心功能的评价	(88)
上颌窦——鼻后孔息肉	(90)
距骨顶部的骨软骨骨折	(94)

尿道损伤16例临床分析

第十三野战医院二外科 王恒大

一、临床资料

本院四年来急诊收治尿道损伤16例。男性15例，女性1例。最大46岁、最小5岁。致伤原因，骑跨伤4例，车祸5例，挤压伤7例，其中开放性损伤3例。尿道损伤部位，前列腺部2例、腹部4例、球部9例，女性尿道阴唇撕裂1例。合并骨盆骨折12例，创伤性休克4例，其中伴有脏器损伤2例。16例都有尿道滴血，14例尿潴留，2例排尿困难。入院时间，最短4小时，最长2天。

二、处理方法和结果

试插导尿管成功2例；

单纯膀胱造瘘1例；

尿道会师术7例；

尿道修补术6例；

其中良好12例，占75%。见附表：

手术方式	例数	良好	狭窄	二次手术	死亡
留置导尿	2	2			
膀胱造瘘	1				1
尿道会师	7	5	1	1	
尿道修补	6	5		1	
累 计	16	12	1	2	1

说明：良好，指尿流粗，排尿通畅。狭窄，指排尿困难，尿流细，需较长时间尿道扩张。表中死亡一例，原因是创伤性休克、膈疝、胸腹复合伤。

三、几点体会

(一)尿道损伤伴有创伤性休克或脏器损伤病员,要根据病情轻重缓急,应先抗休克,处理脏器损伤挽救生命为主。而对尿道损伤可作简单的膀胱造瘘待病情稳定后再作进一步处理。

(二)凡外院已试插导尿管而未成功的尿道损伤病员,我们不再重插。而对耻骨骨折移位不明显,会阴部血肿轻微,没有插导尿管的,我们用F16号橡皮导尿管导尿,成功者给予留置。不宜反复多次试插,更不能金属导尿管。以免加重尿道损伤或形成假道,招致更严重后果。我们在16例病员中试插5例仅2例成功,2例成功者都是尿道球部不完全损伤。

(三)手术方式选择,对球部损伤或尿道不完全断裂采用尿道会师,后尿道损伤或尿道完全断裂选择尿道修补术。单纯膀胱造瘘应用于休克复合伤的危重病员。一般舍弃不用,以免日后尿道闭锁,更难处理。

我们遇到2例尿道前列腺部断裂。利用耻骨骨折的方便,在耻骨后用了“0”羊肠线对端间断缝合。留置Foley管二周,拔除后常规尿道扩张。一例良好。另一例是5岁小儿,车祸所致耻骨粉碎性骨折,阴茎皮肤完全套状撕脱、膀胱、前列腺部严重损伤。耻骨后尿道对端吻合,发生尿漏,再次手术修补成功。

术中如发现骨片压迫尿道,对游离碎骨片要取出,对大骨片要复位固定。有尿外渗要充分引流。

(四)导尿管留置时限,应该根据尿道损伤程度和手术中情况决定我们对试放导尿管成功,不完全尿道损伤或尿道修补对合满意者,一般在两周内拔除。而对尿道损伤重,退缩多,术中对合不满意者,导尿管放置3周甚至4周。

(五)手术成败决定伤情,手术方式和拔管后尿道扩张。决不可忽视尿道扩张,我们有一例术后二周拔管,没有尿道扩张。出院后一月发生尿流细,排尿困难,产生了狭窄,再行尿道扩张就费劲了。

我们常规在拔管后立即进行第一次扩张,F24号均能顺利通过。一周后再扩张一次就可以了,必要时一月后再进行尿道扩张一次。在扩张同时我们用地塞米松2mg,庆大霉素4万单位,0.25%奴夫卡因10mg(有时再加 α -糜旦白酶5mg)尿道灌注,捏夹龟头15分钟,不使液体外溢。同时,不断挤压阴茎,使药液挤向后尿道。有使尿道疤痕软化,消肿作用。也可以应用于任何类型的一般尿道狭窄病人。收到一定效果。

(六)对导尿管要切实固定牢靠。尤其在小孩翻身爆动时,更要交待陪伴家属注意,防止滑脱而使手术失败。我们一例6岁小孩,术后三天导尿管滑脱而第二次手术。

我们常规用Foley导尿管留置。如应用普通导尿管时,与膀胱造瘘导管尖端丝线贯穿相连,这样比较牢靠稳妥。

急性颅脑损伤救治中的经验教训

第十三野战医院二外科 邢永福

以我院469例颅脑伤救治体会，只要果断抢救、警惕脑疝、良好护理就可不断提高治愈率，降低死亡率。

急性颅脑损伤是平时较常见的复杂而严重的一类损伤，目前尽管在救治水平上有很大的提高，但治愈率仍相距范围较大。我院自71年至78年间共收治各类损伤469例，其中重型181例，死亡46例，重型颅脑损伤死亡率为25.4%，现将临床救治中的经验教训点滴如下：

一、抢救要及时、果断。

急性颅脑损伤尤其是重型颅脑伤，伤情急变化快，得不到及时抢救很快转入垂危状态，所以就要求（1）、日常做好一切抢救准备工作，包括急救药品，手术器械等。（2）、具备一定专科知识的医务人员，能正确判断伤情，作出抢救措施，从而保证院内外急诊、重伤员的抢救。

例1：张××、某铁矿工人，于5月1日7点不慎被钢丝击伤颞顶部，昏迷，右颞部头皮裂伤，左颞顶部皮下血肿，送矿区医院呈呼吸急促，立即作一般急救，同时请我院专科会诊，下午4点我院携带开颅包赶到现场，经检查后立即行开颅探查，清除左颞顶硬膜外巨大血肿，考虑原单位术后观察和治疗有困难，故施行了颞肌下减压，以防脑水肿，术后第三天苏醒，神经功能恢复理想，8个月后赴我院行颅骨修补复查无后遗症。

这里值得注意的，对一些不具备抢救条件的基层，及时请求专科体系会诊处理，是对危重伤员的救治有利的，我们反对不顾伤情的进行长途转送以致延误急救时机。甚至途中意外死亡。

例2：贾××：男68岁，于8月23日11点汽车撞伤头部当即昏迷片刻后苏醒，送入公社卫生院，4小时后再次转入浅昏迷、烦躁，作一般输液对症处理，第二天9点发现左瞳孔散大，并出现去脑强直，仍未作特殊处理，中午伤员出现呼吸急促，垂危状态，就急于以50余公里外长途转送，下午2点，即伤后27小时到我院门诊，查体已深昏迷，间隙呼吸去脑强直，左瞳孔散大到5毫米，无光反应，脑超声中线偏右，诊断颅内血肿，晚期脑疝未能摄头颅片。静脉推入甘露醇后急送手术室开颅探查，去除左颞顶硬膜

下血肿30毫升，因脑组织高度水肿、肿胀，去骨片减压、关闭颅腔后回病房继续抢救，但因脑疝时间太长，呼吸功能始终恢复不理想，术后第五天，因呼吸衰竭而死亡。

二、警惕和预防脑疝：

颅脑损伤后急性颅内压升高导致脑疝，造成呼吸、循环衰竭为常见死亡原因，因此，控制颅内压，预防脑疝这是救治的关键之一，一旦脑疝出现必须分秒必争的处理，及时解除脑疝，这就要求在救治过程中（1）严密观察，掌握病情变化。及时发现脑疝的先兆症状作出正确处理；（2）应善于鉴别颅内血肿和脑挫裂伤脑水肿，及时施行开颅手术或保守控制脑水肿。

例3：陈××，男，25岁，于2月9日3点被木头击伤头部，当时无昏迷史，左额顶头皮裂伤由本单位医务室缝合，10点到我院门诊，神清，摄片为左额顶及颞顶线状骨折，无神经系统体征，观察一小时后患者出现呕吐，继而烦躁，意识转为朦胧，血压升高。右侧瞳孔出现散大，光反应弱，考虑颅内血肿，立即做术前准备，下午2点钻孔探查，证实右颞顶额，硬膜外血肿，给予开颅，清除血肿约130毫升，术后第二天清醒，生命体征平稳，恢复良好，8天拆线，13天痊愈出院。

三、正确治疗和良好护理：

治疗和护理，这是贯穿救治工作始终的不可忽略的两个方面，颅脑损伤的伤情变化大，全过程一般要通过早期的颅压高、高烧、中期的继发感染和后期的神经功能恢复这三大关，医疗必须紧紧扣住病情的转归及时调整，至于护理更有其特殊的如长期昏迷的护理，人工冬眠降温的护理，气管切开护理，鼻饲护理等等在这些方面稍疏忽或处理不及时都将会给伤员带来一定的后果。

例4：范××，男，38岁，于5月19日上午6点从10米高处摔下，头部致伤，昏迷，左耳流血，4小时后入我院，体温39.6℃，呈昏迷状态，左瞳孔散大，光反应消失，脑超声右移，即刻行左侧开颅探查，清除左颞顶额硬膜外，血肿约50毫升，术后第一天，生命体征平稳，但有舌下坠，双肺闻及痰鸣音，给予行气管切开，吸痰，5月24日苏醒，体温正常，呼吸音尚清晰，给予气管堵塞，观察呼吸一天尚平稳故于5月25日拔除，5月27日再次出现发烧、痰多、双肺闻及湿性罗音，意识转入昏迷，即刻以红霉素静滴控制肺部感染，肺部情况好转不明显，又于6月1日再次行气管切开，加强吸痰，同时全身抗感染，患者体温持续于39℃左右，消瘦，衰竭，四肢浮肿，血色素下降至5.5克，给予积极对症处理，维持高热量鼻饲，6月19日，肺部感染控制，意识逐渐苏醒，但神志淡漠，于6月23日鼻饲中出现反流呕吐，即刻呼吸困难，嘴唇发紫，及时吸痰，给氧，但紧接着呼吸，心跳停止，经积极抢救无效死亡。

以例4的死亡至少给我们引以为戒的是，尽管早期的抢救如手术，气管切开，抗感

染等都较及时，病情好转，但由于（1）对伤情发展估计不足，气管拔除过早，引起肺部感染，以至病情加重，全身衰竭，影响转归；（2）鼻饲中未能掌握好鼻饲液的温度、灌注的速度造成反流、呕吐，以致窒息，是死亡的一个重要原因。

二、急救措施

（一）急救原则

急救原则：保持呼吸道通畅，防止窒息，纠正低氧血症，纠正酸中毒，防止脑水肿，防止继发感染，防止并发症。

（二）急救措施

1. 保持呼吸道通畅

保持呼吸道通畅是急救的首要任务。对于昏迷患者，应立即采取头后仰、口前倾的姿势，以解除舌后坠。必要时，可用压舌板或开口器置于口腔，防止舌后坠。对于气管插管患者，应定期检查导管位置，防止导管移位或堵塞。

对于气管插管患者，应定期检查导管位置，防止导管移位或堵塞。对于气管切开患者，应定期检查切口位置，防止切口移位或出血。

对于气管插管患者，应定期检查导管位置，防止导管移位或堵塞。对于气管切开患者，应定期检查切口位置，防止切口移位或出血。

对于气管插管患者，应定期检查导管位置，防止导管移位或堵塞。对于气管切开患者，应定期检查切口位置，防止切口移位或出血。

对于气管插管患者，应定期检查导管位置，防止导管移位或堵塞。对于气管切开患者，应定期检查切口位置，防止切口移位或出血。

对于气管插管患者，应定期检查导管位置，防止导管移位或堵塞。对于气管切开患者，应定期检查切口位置，防止切口移位或出血。

47例上消化道出血的临床分析

第十三野战医院内科 丁福平

本组资料自1975年至1977年上半年，二年半中内科病房所收集到的临床资料较完整中的47例做一简要分析。

上消化道出血是内科临床的常见病、多发病、本组资料收治之47例有逐年增加的趋势。

临 床 资 料

一、一般情况

本组之47例中1975年11例(占47例中的23.4%)；1976年20例(占47例中的42.5%)；1977年前六个月16例(占47例中的34.1%)。男性45例，女性2例。军人20例占47例中的42.5%，工人6例，社员15例，其它6例。20岁以下11例，20—30岁16例，30岁以下占57.5%，31—40岁5例，41—50岁8例，51岁以上者7例，占42.5%。

二、病例情况

1) 有胃肠病史或肝病者36例，无胃肠病史或肝病者11例，有呕血史11例，黑色大便史19例，呕血伴黑色大便者17例。

2) 出血量的估计是以中山医学院编写由人民卫生出版社出版的《内科疾病鉴别诊断学》314页，即“病者一般软弱、乏力、眩晕、眼花、苍白、手足厥冷、出冷汗、心悸、不安、脉搏细数，甚至昏倒等症状”。综合临床表现和实验室检查提示成人严重出血征象是①病人需卧床才不头晕，②心率每分钟超过120次，③收缩压低于90毫米汞柱，④每立方毫米血液的红细胞数低于200~300万个，血红蛋白低于7克。

出 血 程 度 (表一)

	重 度	轻 度
1975年	2	9
1976年	6	14
1977年上半年	8	8
	16 (34.1%)	31 (65.9%)

三、病种分类 (见表二)

(表二)

	十二指 肠溃疡	肝硬变	胃癌	肝癌	慢 性 胃 炎	胃粘 膜 脱 垂	食道动 脉 瘘	诊 断 不 明
1975年	4	2						5
1976年	8	3		1			1	7
1977年上半年	5		1		2	2		6
	17	5	1	1	2	2	1	18

注：诊断不明18例中经X线检查未发现阳性征象者15例，余3例中，1例入院后危重尚未来得及检查即死亡，另1例病情危重家属要求出院。

四、临床诊断与X线诊断的关统

47例中经X线检查31例：其中有“胃病”史18例，发现阳性征象者10例占有“胃病”史的55.6%，未发现阳性征象者8例，占有“胃病”史中的44.4%。无“胃病”史12例中发现阳性征象者6例，未发现阳性征象6例，各占50%。47例中有临床诊断者24例，经X线检查证实与临床诊断符合者15例，占24例中的62.5%，余9例经X线检查与临床诊断不相符（即未发现阳性征象）占24例中的37.5%，未经X线检查的16例，其中确诊为肝硬变和肝癌的6例，急诊手术5例，其它5例。

讨 论

上消化道包括食道、胃、十二指肠和空肠上段而言。

上消化道出血常见原因：胃或十二指肠溃疡、胃炎、肝硬变所致食道或胃底静脉曲张破裂出血和胃癌。有的资料认为四者合起来约占80—95%，其中以溃疡病占绝对多数，约占60—70%。本组溃疡病占36.1%，而呕血与黑色大便为上消化道出血的特殊症状。

严重的上消化道大出血的抢救是内科常见的抢救病例，本组资料计二年多有抢救成功的点滴经验，也有失败的教训。

一、详细的病史的重要性：

住院号5815，吴××，男性、24岁、战士，以咽痛，低热一个月于住院前四天吐鲜血四次，解黑色大便一次，于1976年8月14日入院，病者在入院前一月探亲时开始胸痛、胸闷、伴低热，进食时有梗阻感，于同年8月4日在团卫生队及当地工厂医院做食道吞钡检查，提示“食道中、上段占位性病变，食道平滑肌瘤”，8月6日在某地区医院和某野战医院行食道吞钡检查，“食道无异常”，病者回部队后，于8月8日上午胸痛加剧，突然呕鲜血约800毫升，遂送当地工厂医院救治，于8月11病情缓解，遂转军队医院。入院体检、体温37℃脉搏64次/分，血压94/50毫米汞柱，心前区可闻及Ⅱ级吹风

样收缩期杂音，不向它处传导，剑突下偏左有压痛，肝脾未触及。平素健康，无胃及肝病史。病者入院后，曾有五天短时间的病情稳定，但体温仍在 39°C ，而病者突然于8月18日上午8时再次呕鲜血约500毫升，血压0/0，虽经抢救但未能得救。回顾本例在探家期间发病，未能想到有否误食入鱼骨，鸡骨等之可能，虽病者住院五天，而医生未能反复询问病史致使误诊，致病人再次突然呕血死亡的教训。另方面往往重度上消化道大出血来院时，由于忙于抢救或者病者处于昏迷或休克状态，病者不能自己回答病史或陪送人员，对其病史叙述不清未能获得可靠病史，势必对诊断治疗带来困难，延误或失去正确及时的诊断和治疗机会。如遇此类病者，应当在病程中追记详细病史，以便正确诊断和治疗。有的病历只写“消化道出血或上消化道出血”的症状诊断。本组资料47例中占6例。

二、救治成功与否与来院的时间迟早密切相关。

有些病者病情虽危重，但发病后来院及时，早期得到恰当的救治，如杨某社员，男性、18岁，肝硬变脾切除一年，来院时红细胞90万/立方毫米，血红蛋白2.5克%，病者虽失血严重，但不是一次大量出血，经输血1400毫升，出血控制和对症治疗好转出院。

也有的病者，发病后来院较晚，而给临床抢救带来了困难，失去了抢救时机；如贝某，男性、28岁，战士，患肝病8年，在探家期间被雨淋受凉，发烧，大呕血来院时已处于休克状态，虽经两小时的抢救，终因失血过多，加之来院较晚，失去抢救机会而死亡。

三、如何正确的分析病史与x线检查的关系。

有些病者有多年明显之剑突下或上腹疼痛或“柏油”便之病史，虽经2—3次上部胃肠钡餐检查始终未发现阳性征象的病例。在本组资料有病史18例中的8例，如李某，男性、23岁，战士，自1972年底始有剑突下疼痛，先后于1973年7月和9月两次疼痛加重和“柏油”样大便，住某医院三个月，上部胃肠钡透未发现阳性征象，于1975年5月再次上腹部疼痛加重，并排“柏油”样大便两天，又住进师医院再转入某野战医院再次钡透仍未发现病灶。又如梁×，男性、30岁，军队干部，胃痛九年，加重三个月，“柏油”样大便三次，住院65天，钡透两次均未发现阳性征象，再如龚×，男性、32岁，军队干部，上腹部疼痛六年，呕血伴黑色大便一天，钡透未见阳性征象，上述三例在临床上都有较久的病史和临床症状，但在x线钡透时，均未发现阳性征象，对于此类病者，我们意见，应详细追述病史，细致的观察，总会得出较正确的诊断。另方面x线未发现阳性征象并不表明病者的病程情况，也不足以否定或肯定，故临床观察是尤为重要。

中西医结合治疗肱骨干骨折

(附25例分析)

第十三野战医院一外科 姚占平

近年来我院用手法复位，小夹板压力垫固定，治疗骨折200余例，均获得满意效果。现将住院治疗资料完整的肱骨干骨折（不含肱骨髁上和外科颈骨折）共25例，作一分析。

临 床 资 料

一般情况：性别：男24例，女1例，年龄：最大43岁，最小19岁，平均25岁。

致伤原因：投掷21例，跌伤1例，撞伤3例。

骨折部位：肱骨中下1/3处21例，中段3例，上1/3处1例。

骨折类型：螺旋形21例，横形3例，粉碎形1例。

临床愈合时间：最短23天，最长54天平均33天。

典 型 病 例

张××，男性，20岁，某部战士，因掷手榴弹，致右上臂闭合性损伤，于伤后4小时入院。入院时，疼痛，局部肿胀畸形，伴缩短2cm，X线摄片为右肱骨中下1/3处螺旋形骨折，即在局麻下行手法复位，小夹板固定，第二天开始握拳伸指锻炼，第三天复查矫正成角，第七天复查加固，十天完全消肿，2周后肩、肘、腕关节功能锻炼，二十三天拆除夹板拍片复查，见明显骨痂生长，骨折线模糊为临床治愈，功能恢复，休息一周后出院。

体 会

中西医结合治疗长骨干骨折，具有骨折愈合快，疗程短，功能恢复好，并发症少等

特点。本组虽例数不多，但亦说明这点。为使小夹板治疗骨折开展更好，提出以下看法。

1、复位固定：

手法复位后，先在适当部位加压力垫，再以前后、内外四块小夹板固定，前臂用三角巾或吊带悬于胸前。

小夹板固定，是利用压力垫和单带对小夹板的束缚力，使夹板通过软组织直接施压力于骨干，从而达到固定目的，因此不需固定上下关节。即要妥善固定，又必须保护软组织，改善并促进骨折部位的血液供应，是加速骨折愈合的重要条件。在手法复位固定中，我们体会是：拔伸、挤按手法得当，减少局部组织再损伤，夹板长短合适，压力垫厚薄适宜，单带松紧适中，横型骨折病人，手法复位后，先用3—4cm宽的胶布，从肩绕肘纵轴固定后再用夹板固定，第三天复查矫正成角及错位过大，第七天复查加固，第十天整理一次。这样是加强固定，减少并发症的关键。如王××，男性，32岁，因跌伤，致左肱骨中段横斜形骨折，住某医院行小夹板固定，二个月后出院，仍不能活动，肌肉萎缩，八个月后来我院拍片复查，为骨不连，住院行切开内固定后愈合，这是由于小夹板固定不当，又无复查矫正而产生的后果。

2、动静结合：

动静结合，是加速骨折愈合的重要因素，所谓静，即骨折的断端通过夹板，使局部保持稳定，促进水肿肌化，毛刷状血管渗透，成骨细胞等不受损伤；动，即受伤的肢体，关节活动，肌肉能收缩，舒张，促进血液流通，起到活血去瘀作用，局部得到充分血液供应，做法是，小夹板固定后，即开始握拳，伸指锻炼，2周后腕、肘、肩关节功能锻炼。我们体会到，正确处理好固定与运动的关系，是加速骨折愈合的重要条件。

功能锻炼必须有利于骨折愈合，不能盲目的或不利于骨折愈合的炼，必须在医生指导下正确的功能锻炼，正确的功能锻炼，能增加骨折端的生理接触，防止肌肉萎缩，减少骨骼脱钙。功能锻炼宜循序渐进，活动范围由小到大，活动次数由少到多，从第二周开始锻炼为最大量，使骨折愈合小夹板拆除，功能即恢复。

3、中药应用：

骨折虽发生在局部，但与全身有密切关系，祖国医学认为：“肾主骨”，“肝主筋”，很重视内外兼治，骨折早期多实多瘀宜破，中期虚实夹杂宜和，后期气虚血亏宜补，因此根据骨折各个阶段，分别给予活血祛瘀，接骨续筋，培补肝肾等中药，因此，我们在第一周或十天内给予活血祛瘀，和营止痛为主，第二周后，给予接骨展筋，补气养血为主，从观察中，对加速骨折愈合，有良好的效果。

参 考 资 料

- 1、方先之，尚天裕等编著，中西医结合治疗骨折，（人民卫生出版社，第一版，

北京, 1966)。

2、天津反帝医院: 中西医结合治疗骨折, (人民卫生出版社, 第二版, 北京, 1971)。

3、广西壮族自治区中西医结合治疗骨折学习班, (中西医结合治疗骨折问题讨论, 广西卫生(5): 53, 1973)。

4、天津医院骨科: (天津医药, 1(1): 1—4, 1973)。

5、全军中西医结合工作会议资料选编, (小夹板压力垫固定治疗长骨干骨折, 1974)。

59例烧伤死亡病例救治经验教训

第十三野战医院烧伤科 徐承庆

我院自1970年5月至1979年1月,共收治各类烧伤908例,死亡59例,死亡率为6.5%。为了进一步提高烧伤救治水平,发现和克服以往救治工作中存在的缺点,针对59例烧伤死亡病例进行了死亡原因分析,从中发现了一些问题。为从正反两方面吸取经验和教训,本文就59例烧伤死亡病例救治中比较突出的几个问题小结如下:

一、抗休克必须一丝不苟,密切观察病情变化:由于现代医疗条件的不断提高和改善,烧伤伤员直接死于休克的很少。本组死于休克的仅两例,占死亡数的3.4%。其中1例由于入院时间太晚,休克时间太长,重要器官均已发生严重损害,经积极抢救36小时无效而死亡。例2:9803,李××,女,11岁,Ⅱ°烧伤面积86%,伤后5个小时入院,入院时处于严重休克状态,经抢救两个小时,患儿血压回升至正常范围,出现排尿,神志清醒。但一个半小时后血压又逐渐下降,病情恶化,经抢救三十小时无效而死亡。该患者抗休克时输入液体量并不少,胶体质量稍差。经分析抗休克失败的原因,主要是5%碳酸氢钠溶液量太大,造成长时间代谢性硷中毒,是其死亡的基本原因。

硷中毒的临床表现往往隐伏,不易及时发现,有时与烧伤休克的症状夹杂混淆不清,而且肺及肾脏对硷中毒的代偿机能很差,短时间内静脉输入过多的碳酸氢钠溶液,很容易发生代谢性硷中毒。硷中毒对呼吸中枢有抑制作用,到一定程度时将阻碍氧合血红蛋白的离解,使组织发生严重缺氧,血压下降等严重后果。该患儿使用5%碳酸氢钠溶液14.5毫升,即可提高二氧化碳结合力1个容积。该患儿在第一个24小时内输入碳酸氢钠溶液1700毫升,因此造成严重而长时间的代谢性硷中毒,以致造成抗休克失败的沉痛教训。

二、防治全身性感染,是救治大面积烧伤的重点:本组死亡于全身感染有44例,占死亡数的74.6%,居于首位。由此可见,全身性感染是大面积烧伤死亡的主要原因,也是烧伤救治工作成败的关键所在。所以必须积极主动,全力以赴,以预防为主,密切观察病情变化,做到早期诊断,早期治疗。

1、尽早而经常地做创面细菌培养:人体皮肤烧伤后不仅丧失了正常的屏障作用,而且创面都有轻重程度不同的污染感染,所以说烧伤的创面是全身感染的主要途径和感染源。本组25例败血症(血液细菌培养阳性者)中,血液与创面细菌培养结果完全相同的有17例,占68%,不相同的有5例,占20%;有3例未做创面细菌培养。由此可见,创面细菌学检查对败血症的菌种判断及治疗是有参考价值的。

例：窦××，男，47岁，烧伤面积41%（Ⅱ°伤占38%），伴有重度呼吸道烧伤，伤后第三天入院。入院后第三天患者体温39℃（腋下），心率120~136次/分钟，呼吸24~28次/分钟（浅而快），同时出现呓语，烦躁不安，恶心，食欲减退等败血症表现。入院时所做的两处创面细菌培养，据报告有绿脓杆菌生长。因此，我们除加强创面处理外，使用多粘菌素B、氯霉素及红霉素静脉滴入治疗，绿脓杆菌败血症在第三天得到血培养结果的证实，第五天败血症得到控制。例3：张××，男，10个月，深Ⅱ°烧伤面积30%，住院十三天未做过一次创面细菌培养。入院后第八天患儿临床出现类似阴性球菌败血症的表现，当时无创面细菌学检查结果参考，以致将绿脓杆菌败血症误认为阳性球菌性败血症，当血培养报告时，已属败血症晚期，经救治五天无效而死亡。

判断败血症的菌型，当然必须根据临床表现及其它检查进行全面分析，但从以上病例及统计数字来看，烧伤创面细菌学检查结果，对于协助败血症菌型判断和治疗的价值很大，我们认为必须早做和经常做。

2、烧伤败血症的菌型及感染规律：本组病例较少，可能具有一定的偶然性，仅作参考。

表1：25例败血症血培养的菌型情况

菌 种		例 次	百 分 比	例 次	百 分 比
杆 菌	绿脓杆菌	9	36	18	72
	大肠杆菌	5	20		
	付大肠杆菌	2	8		
	类白喉杆菌	2	8		
球 菌	金黄色葡萄球菌	3	12	5	20
	四联球菌	1	4		
	卡他球菌	1	4		
真 菌	白色念珠菌	2	8	2	8
合 计		25	100	25	100

从表1中可见革兰氏阴性杆菌占绝大多数，其中绿脓杆菌居于首位，大肠杆菌次之。阳性球菌以金黄色葡萄球菌感染率较高。大面积烧伤广谱抗菌素的使用，使霉菌感染相应增高，应引起重视。

从表2中可见，伤后1—2天内发生的爆发型败血症以金黄色葡萄球菌为多，烧伤回收期败血症以阴性杆菌为多；大面积深度烧伤的后期全身感染，以绿脓杆菌为多。因病例较少，不能完全证明这个问题，有待今后在临床中进一步观察和探讨。

3、加强工作责任心，严格防止交叉感染：大面积烧伤病人，如工作中责任心不

表 2 : 败血症发生时间与常见菌型的关系

菌 型 \ 发 生 时 间	1 ~ 2 天	3 ~ 7 天	8 天 以 上
绿脓杆菌	1	2	6
大肠杆菌	1	3	3
金黄色葡萄球菌	3	0	0

强，无菌操作不严格，在治疗或护理中很容易发生交叉感染。

(1) 化脓性静脉炎：烧伤病人从静脉通道输入的液体量大，种类又多，同时又经常向内加入药物，在工作繁忙疏忽时，有引起液体污染的可能性。特别是静脉切开放置静脉导管输液的患者，时间过长，易发生化脓性静脉炎，如及时发现处理，常发生不可挽回的严重后果。例：郭××，男，28岁，烧伤面积86%（Ⅲ°伤占46%）。入院时作右侧大隐静脉高位切开，放置静脉导管抗休克。于伤后第三、五天分别进行2次切割痂术，伤后第七天又作自体皮瓣植术。由于手术频繁，间隔时间短，输液量大，因而输液通道要求高，患者静脉穿刺又困难，故右侧大隐静脉内放置的导管时间较长。于伤后第八天出现高热40℃，心率120~140次/分钟，呼吸24~30次/分钟，精神差，不久即进入朦胧状态，但创面无明显感染灶发现。当时临床诊断为阳性球菌败血症，经综合性治疗，静脉使用多粘菌素B、氯霉素、庆大霉素、青霉素联合抗感染。两天后血培养报告有绿脓杆菌与大肠杆菌生长，对所用的主要抗菌素敏感，但病情时好时坏，败血症得不到彻底控制，最后才考虑到该静脉导管放置时间较长，立即拔除，并做细菌培养，有大量绿脓杆菌、大肠杆菌生长，与血液细菌培养的菌型完全一致。由于发现太晚，措施太迟，伤员于伤后十六天死亡。

(2) 呼吸道感染：烧伤伤员常伴有呼吸道严重烧伤，常需做气管切开术，如吸痰、治疗中不注意无菌操作，不经常煮沸消毒内套管，很容易引起呼吸道及肺部感染。例：王××，男，22岁，瓦斯爆炸引起的烧冲复合伤（肺部爆震伤，重度呼吸道烧伤，脑震荡，多处软组织撕裂伤）。入院后立即行气管切开，伤后第六天发生严重肺部绿脓杆菌感染，于伤后第十天死亡于绿脓杆菌败血症。分析其原因，可能是内套管消毒更换不及时，吸痰、治疗时无菌操作不严格所造成。

三、必须积极扶正机体，加强支持疗法：伤员的机体状况是治疗大面积烧伤的物质基础。祖国医学认为：“有胃则生，无胃则死。”这就充分说明机体营养状况在战胜疾病中的重要作用。积极扶正机体，加强支持疗法，不仅增强了全身的抗病能力，以防细菌感染，而且还能促进烧伤创面的修复，促使肉芽形成，缩短了病程，从根本上有效地防止感染扩散。反之，长期营养跟不上，加上大量的血浆蛋白丢失，红血球的破坏、感染、高热等消耗大量的能量，机体日趋衰竭，抵抗力极度下降，影响健康肉芽形成，创面渗出多，植皮成活率低，很容易造成感染扩散，导致整个抢救失败。例：康××，男，21岁，雷电接触伤+电火花烧伤，面积51%（Ⅲ°伤占29%）。伤后第三天入院，