

中空螺钉内固定加中药熏洗治疗髌骨纵行骨折

胡海军

(浙江省富阳市第二人民医院 富阳 311404)

关键词: 髌骨纵行骨折; 中空螺钉; 金属内固定; 中药熏洗

中图分类号: R 681.8

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0053-01

近年来, 我们采用中空螺钉内固定加中药熏洗治疗髌骨纵行骨折 9 例, 疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 9 例中男 7 例, 女 2 例; 年龄 25~56 岁, 平均 37 岁; 左侧 7 例, 右侧 2 例; 跌伤 5 例, 车祸 4 例, 均为闭合性骨折; 髌骨纵行骨折外侧 7 例, 中央 2 例, 均存在不同程度的膝关节功能障碍; 经正侧位片 (4 例)、轴位片 (3 例)、外旋 45° 侧位片 (1 例)、CT (1 例) 检查均初诊时确诊。

1.2 治疗方法

1.2.1 骨折手术治疗 9 例均予以闭合中空拉力螺钉内固定 (伤后 3~7d)。手术方法: 麻醉下用复位钳闭合复位, 导针固定, 经术中摄片提示骨折解剖复位, 然后置入 2 枚国产 3.5mm (外侧骨折) 或 4.5mm (中央骨折) 中空拉力螺钉, 复位不满意者附加小切口直视下置入螺钉。

1.2.2 中药熏洗 本组采用海桐皮汤加减熏洗治疗。基本方: 海桐皮、透骨草、乳香、没药、当归、川椒、川芎、红花、威灵仙、白芷、甘草、防风。手术后 10d 开始, 每天熏洗 2 次, 每次熏洗后用 CPM 锻炼膝关节, 并逐渐负重及膝关节主动屈曲锻炼。

1.3 结果 本组 9 例, 随诊 3 个月~5 年, 平均 16 个月, 膝关节功能恢复正常, 无关节粘连, 无关节疼痛, 无股四头肌萎缩。根据 Lysholm 膝关节评分标准^[1], 本组 9 例均为优。

2 讨论

关节面移位超过 2mm 或折块间分离大于 3mm^[2]是经典手术指征, 本组 7 例。另 2 例骨折移位小于 3mm 亦予以手术治疗。虽然采用保守治疗也可取得满意疗效, 但 3~6 周的外固定时间, 无法早期功能锻炼, 而采用经皮闭合中空拉力螺钉固定, 术后 10d 内即可负重及主动行膝关节功能锻炼, 使得早期功能锻炼成为可能, 并可明显缩短膝关节功能恢复时间。

闭合复位中空拉力螺钉固定有其显著优点: 手术损伤小, 可以避免切开复位导致的局部疤痕增生及粘连; 拉力螺钉使折块间紧密接触, 能促进骨折愈合; 拉力螺钉的力学方向与伸膝装置的力学方向垂直, 只需抵抗腓旁支持带张力, 故可早期锻炼膝关节。

中医认为, 瘀血不除新骨难成。海桐皮汤具有活血散瘀、通络止痛之功。熏洗术后膝关节, 可去除关节内以及关节周围组织内瘀血, 结合早期 CPM 锻炼膝关节, 可有效地防止关节粘连, 促进早期功能恢复。

参考文献

[1] 蒋协远, 王大伟. 骨科临床疗效评价标准[S]. 北京: 人民卫生出版社, 2005. 168~169
[2] 荣国威, 王承武. 骨折[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 1 046
(收稿日期: 2006-08-11)

中药熏洗治疗四肢难愈性创口的疗效观察

李玲娇 李晓华

(浙江省台州市中心医院 台州 318000)

关键词: 难愈创口; 四肢; 中药熏洗; 常规换药

中图分类号: R 244.9

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0053-02

难愈性创口是指创口长期不易愈合者, 常超过 2 个月以上, 大多因原发病、引流不畅、抗生素使用不当等原因引起, 加上四肢的血液循环差, 创口更不易愈合。因此, 长期的常规换药方法疗效不明显。为此, 我们采用中药熏洗加常规换药进行治疗, 取得了良好的效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 随机选择 2003 年 7 月~2006 年 7 月来我院换药者 60 例, 将其分为 2 组。实验组 30 例, 创口大小 0.5cm×0.5cm~5cm×8cm, 其中上肢创口 8 例, 下肢创口 22 例, 年龄 20~82 岁; 对照组 30 例, 创口大小 0.5cm×1cm~7cm×7cm, 其中上肢创口 5 例, 下肢创口 25 例, 年龄 22~87 岁。

1.2 方法 实验组: 将黄连 10g、黄芩 10g、黄柏 10g、丹参 25g、连翘 25g、甘草 25g 等中药先浸泡于 2 500~3 000mL 水

中 30min, 水沸后文火煎 20min, 趁热熏患处, 待药液温度适中时, 将患处浸入药液中浸泡或反复清洗创口 30min, 再采用常规换药, 每日 1 次, 至愈合。对照组病人仅采用常规换药。

1.3 统计学处理 2 组比较, 采用 χ^2 检验。

2 结果

2 组治疗效果比较, 经 χ^2 检验, 差异具有显著意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 2 组治疗效果比较 例			
组别	n	愈合	愈合率 (%)
对照组	30	23	76.67
实验组	30	29	96.67

3 讨论

四肢难愈性创口的愈合是一个复杂的过程, 受多种因素的影响, 常迁延不能愈合, 有些长达数月甚至数年。为此, 我

显微镜下行颅内动脉瘤夹闭术的手术配合

吴爱芬 曹琼颖 冯丽君
(浙江省杭州市萧山区第一人民医院 杭州 311200)

关键词: 颅内动脉瘤夹闭术; 手术疗法; 手术配合

中图分类号: R 651.12

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)02-0054-02

颅内动脉瘤是由于颅内动脉管腔局部异常扩张而形成的,动脉瘤破裂后,可发生脑内血肿、脑血管痉挛、脑水肿、脑积水等一系列病理改变,死亡率和致残率都很高^[1]。手术治疗是该病主要的治疗手段。在手术操作过程中,瘤体极易破裂出血,手术难度大,手术的危险性也很大,手术的成功除了医生要有熟练的显微神经外科手术技术外,术中手术护士的密切配合也起到重要作用。我院从 2003 年 12 月~2005 年 12 月在显微镜下实施颅内动脉瘤夹闭术 38 例,效果满意。现将手术配合介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例男 26 例,女 12 例;年龄 15~72 岁,平均年龄 49 岁;其中大脑中动脉瘤 5 例,前交通动脉瘤 18 例,后交通动脉瘤 15 例。手术时间 150~260min,平均 180min;术中出血 200~3 600mL,平均 450mL。

1.2 手术方法 本组均采用气管内插管静脉复合麻醉,在显微镜下行颅内动脉瘤夹闭术。取患侧向上平卧位,以翼点入路,用气钻及铣刀开骨窗 5cm² 左右。剪开硬脑膜后,在显微镜下开放脑池,以降低颅内压,依次暴露载瘤动脉的近端和远端,最后暴露动脉瘤的颈部,选用合适动脉夹夹闭动脉瘤,充分止血,严密缝合硬脑膜,骨板用颅骨锁 2~3 个固定复位,按层缝合切口。

1.3 结果 38 例病人除 1 例因动脉瘤破裂引起大出血外,其余手术经过均顺利,无术后并发症出现,术后随访 6 个月,愈后良好。

2 术前准备

2.1 病人准备 手术前 1d 巡回护士到病房访视病人,了解病人的生理与心理状况,向病人做好解释工作,让病人了解手术的必要性,解除恐惧心理,取得病人的合作,避免因情绪过度紧张而导致动脉瘤破裂出血。

2.2 器械物品准备 术前 1d 将常规开颅器械包、显微手术器械(显微剪刀、粗细不等的显微吸引器头、显微剥离器、自
们采用中药熏洗加常规换药进行治疗。黄连、黄芩、黄柏均有清热燥湿、泻火解毒之作用,3 种药物合用外洗,有去腐生肌、杀菌抑菌之功效^[1];丹参具有祛瘀止痛、活血通经、清心除烦之功效,能促进创口的血液循环^[2];连翘含有丰富的维生素 C,能增强毛细血管的抵抗力,维护毛细血管的通透性,促进局部的组织生长^[3];甘草有主五脏六腑寒热邪气、坚筋骨、长肌肉、解毒^[4]等作用,可缓解其他药物对局部的不良刺激。而熏洗这一独特的治疗方式,有排污去垢、扩张患部血管、改善其局部微循环的物理作用,从而增强伤口上皮组织的生长和修复能力^[5]。且四肢易于中药熏洗,因此,采用中药熏洗加常规换药对四肢难愈性创口的愈合有明显的疗效。此法简单、

动牵开器、显微神经拉勾)、气钻头及铣刀、颅骨钉、不同角度的动脉瘤钳送高压蒸气灭菌。手术日手术间内准备好显微镜、双极电刀、自动吸引器、氮气气钻、头颅固定架、已经过环氧乙烷消毒好不同型号的动脉夹 6~7 个及颅骨锁 2~3 个,并准备好必要的药品,如充足的生理盐水、20%甘露醇、庆大霉素、罂粟碱及急救药品等。

3 手术配合

3.1 巡回护士配合 (1)病人入室后热情接诊,进一步减轻病人的恐惧心理。严格做好核对工作,用留置针建立两条静脉通路,协助麻醉师行气管插管全麻后,进行留置导尿。各仪器安置在合适位置,保持备用状态。(2)安置手术体位:将病人头前的床板撤下,插入头颅固定架,并用它托起病人的头部,病人取仰卧位,头偏向对侧 45°,并稍下垂 20°,使颞突部处于最高点,以利脑的额叶因自然重力下垂离开眶顶,减轻牵拉的力量,便于显露动脉瘤^[1]。消毒皮肤,用颅骨钉固定头架将头颅维持于此位置。摆好病人体位后要检查病人骨突区有无受压,各管道是否通畅。(3)消毒铺巾后,及时正确连接各仪器导线。进颅后,配合医生套好一次性已灭菌的显微镜套。始终维持双极电凝器的功能正常,根据手术需要调节输出功率,对血管电凝时,宜采用小功率的输出电流,以免烧焦组织或使血管损伤加重出血^[1]。保持吸引管道和输液管道通畅,密切观察手术进程,随时供应手术所需物品。(4)术中严密观察病情变化,特别是血压的变化,术中血压控制既可降低颅内压又可使动脉瘤张力下降,为分离解剖瘤颈创造良好条件^[1]。遇动脉瘤破裂出血时,及时配合麻醉医生使用自血回收机进行自血回收,准备两套吸引器进行吸引,加压输血、输液,及时记录出血量、尿量,防止发生出血性休克。

3.2 洗手护士的配合 洗手护士提前 20min 刷手,检查并整理好台上器械及物品,铺巾后将电刀头及吸引器皮管分别固定在切口两侧,所用棉片放置在切口上方,使手术者在显微镜下操作时眼睛不离开显微镜即可取到,以保证手术显微镜方便,不失为治疗四肢难愈性创口的一种理想治疗方法。

参考文献

[1]范秀春,李军红.中药熏洗治疗伤口不愈合的护理[J].中国民间疗法,2004,12(7):21
[2]国家药典委员会.中华人民共和国药典(2000 年版一部)[M].北京:化工工业出版社,2000.57
[3]邱兆云,刘敬敬,邱兆明.中药熏洗治疗感染性伤口 37 例[J].中医外治杂志,2002,11(6):49
[4]杨鹏举.神农本草经校注[M].北京:学苑出版社,1998.29
[5]李兰春,刘振江.中药熏洗治疗感染伤口的临床观察[J].华北煤炭医学院学报,2003,5(5):592

(收稿日期: 2006-09-30)