

多孔可塑有机玻板外固定浮动胸壁的疗效及护理

刘桂凤

(江西省肿瘤医院 南昌 330029)

关键词: 浮动胸壁; 胸壁软化; 可塑有机玻板; 护理

中图分类号: R 473.6

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.059

创伤性多根多段肋骨骨折, 易造成胸壁软化, 形成浮动胸壁(连枷胸), 出现反常性呼吸, 严重影响呼吸循环机能。我院自 1986~2006 年共收集此类病人 16 例, 其中 15 例除一般治疗外, 均行多孔可塑有机玻璃板外固定治疗, 获得良好效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 15 例全部为男性, 年龄 26~54 岁, 伤因均为巨大暴力冲击, 伤后即入院, 均有不同程度的休克、血胸、气胸, 合并其他部位损伤(如: 骨盆、四肢、肩胛骨、胸骨、锁骨等)。本组肋骨骨折最少 3 根, 最多 10 根, 平均 7 根, 均为胸壁或侧胸壁的多根多段骨折。

1.2 治疗方法

1.2.1 保持呼吸道通畅 病人一律及早给氧, 以 40% 氧浓度、氧流量 2~4L/min 保持呼吸道畅通。合并头面部骨折者, 一定要彻底清除呼吸道的血块、积痰及异物; 喉头水肿或昏迷病人舌后坠, 可用舌钳夹出, 于口内置一通气道, 以利通畅, 或行气管插管, 必要时行气管切开。经常检查鼻导管, 使之畅通, 长时间间断吸氧, 24h 更换鼻导管一次, 并改为另一侧鼻孔插管。

不可逆性改变。药物治疗的目的仅仅在于挽救坏死灶周围的功能受损的缺血组织(即通常所说的缺血半暗带区), 通过降低脑水肿控制血小板聚集、降低血液黏稠度、改善侧枝循环等增加局部血液供应, 促进部分神经细胞功能的恢复, 故一般的药物治疗可有一定治疗作用, 但是完全坏死的脑细胞已不可能恢复功能。早期康复训练对促进侧枝循环式的轴突突触联系的建立、对侧大脑半球的代偿及功能重组, 可起到积极作用。同时通过康复训练可刺激肢体的固有感受器, 诱发运动感觉, 促进神经、肌肉建立新的联系, 使肌肉早日恢复自主活动, 从而可避免瘫痪肢体无活动和不重视被动运动, 以至形成关节挛缩而造成废用性退变^[2]。从 76 例患者对比观察看, 康复组显效率为 60.5%, 对照组为 31.6%, 说明早期康复训练可显著改善脑梗死患者的肢体功能。

2.2 康复时机 目前, 一致认为康复应早期进行,

1.2.2 纠正休克 (1)建立静脉通路, 迅速补充血容量。选择静脉时, 在考虑患者体位、活动、病变部位的同时, 应挑选血管粗大、血流量多、固定可靠的静脉。(2)若行锁骨下静脉穿刺, 要在右侧进行, 导管插入后立即做胸部 X 线摄影, 以检查导管的位置及有无并发气胸。(3)急救开始点滴要用细胞外液补充(乳酸钠加林格氏液), 或低张性电解质液。

1.2.3 血气胸的减压和处理 胸壁软化患者, 一般同侧均有血气胸, 如血气胸已作闭式引流, 穿针时应先把引流管提出水面, 使肺萎缩, 以免伤及肺部。

1.2.4 浮动胸壁外固定^[1] 用一块比软化胸壁范围略大的有机玻璃板, 上钻多个小孔, 放入 70℃ 热水中浸泡塑成胸廓所需弧度。局麻后用巾钳提起软化胸壁, 于肋上缘皮肤切小口, 用大号皮肤缝针穿过胸壁软组织, 绕至肋骨内侧面, 连同壁层胸膜经游离胸腔、从肋下缘穿出, 导入钢丝, 固定于有机玻璃板上。呼气时固定板挡住浮动胸壁, 使之能鼓起; 吸气时因断端肋骨被钢丝悬吊在固定板上, 使之不能下陷, 从而起到固定作用。

1.3 结果 本组 15 例采用本法治疗, 效果满意。折断的肋骨能在近乎正常的位置上愈合, 术后病人能起床活动, 愈合后胸壁畸形不明显。

越早肢体功能恢复越好。所谓早期康复是指病人在患病后, 只要生命体征稳定、神志清楚、神经系统症状不再恶化 48h 后, 即可进行康复, 一般 1 周内大都可以进行康复训练^[3]。本组资料通过对 76 例急性脑梗死患者的对比观察认为, 常规脑血管病药物治疗配合早期康复训练可明显降低脑梗死的致残率, 且康复介入时间越早疗效越好。因此, 临床医务工作者要及时正确引导病人早期训练, 以免错过康复的最佳时机。

参考文献

[1] 王新德. 各种脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经精神科杂志, 1998, 21(1): 60-66
[2] 陈清棠. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383
[3] 曹丽华, 白玉海, 李艳, 等. 脑卒中早期肢体助力运动康复的疗效[J]. 中风与神经疾病杂志, 2000, 17(3): 181-182
[4] 朱镛连. 加强神经康复学的研究工作[J]. 中华神经科杂志, 1998, 31(4): 195

(收稿日期: 2009-06-30)

康复新治疗溃疡性结肠炎的疗效观察与护理

彭程

(广东省茂名市中医院 茂名 525000)

关键词: 康复新; 溃疡性结肠炎; 灌肠; 护理

中图分类号: R 473.5

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.04.060

溃疡性结肠炎(UC)是一种原因未明的直肠黏膜的非特异性病变,以大便稀溏、夹有黏液、里急后重为主要临床表现,病程迁延不愈,长达十几年甚至几十年,多发生于中青年,与情绪、劳累、遗传及非特异性感染等因素有关。笔者自 2007 年以来,采用康复新液保留灌肠治疗 UC 25 例,取得了满意效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 50 例均为住院患者,均经大便常规、结肠镜检查确诊,符合 UC 诊断标准^[1]。随机分为治疗组和对照组各 25 例。治疗组男 16 例,女 9 例;平均年龄 38.4 岁;平均病程 41.8 个月;直乙结肠型 20 例,左半结肠型 5 例。对照组男 13 例,女 12

2 护理

2.1 并发休克的观察 胸壁软化患者多并发休克,以失血性和创伤性休克为主,系疼痛和大量失血引起的。这时中枢神经兴奋,儿茶酚胺分泌升高,血压不一定下降,可维持在正常略高水平。原则上应先就地抢救止血、给氧、输液、止痛、骨折制动。

2.2 其他并发症的观察 遇复杂骨折及严重创伤病人,应注意有无肝、脾破裂的可能。对肋骨、锁骨骨折患者,应警惕合并肺组织及胸膜损伤的可能,重点观察呼吸及胸部情况。对骨盆骨折和下腹部损伤的患者,应注意有无肠管、膀胱、尿道损伤。而四肢骨关节损伤时,应考虑有无血管、神经的损伤。

3 讨论

3.1 病机^[2] 多根多段肋骨骨折或多根肋骨骨折合并肋软骨交界处分离,或胸骨骨折时,由于受伤胸壁失去前端支持,可加重胸壁浮动。吸气时胸廓扩张,肋骨上举,胸内负压增加,浮动胸壁内陷;呼气时肋骨下降,胸廓缩小,胸内压增大,损伤的胸壁浮动凸出:此种与健康的胸壁呈反方向的活动,特称“反常呼吸运动”。反常呼吸运动可使两侧胸腔压力不平衡,因而纵隔随呼吸来回摆动,特称“纵隔摆动”。此种摆动影响血液回流,造成循环机能障碍,可导致和加重休克。又反常呼吸运动使呼吸受限,咳嗽无力,且肺活量降低,常伴有严重的呼吸功能障碍和低氧血症,因而更易诱发呼吸窘迫综合征。

例;平均年龄 40.2 岁;平均病程 42.6 个月;直乙结肠型 23 例,左半结肠型 2 例。两组在年龄、性别、病程、病情程度方面比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组予中药三黄汤(黄芩 15g、黄柏 15g、黄连 15g)200mL 保留灌肠,治疗组清洁灌肠后予康复新液(国药准字 Z51021834)100mL 保留灌肠,每晚 1 次,14d 为 1 个疗程。腹痛症状明显者前 3d 均每次加入利多卡因 5mL 行保留灌肠。1 个疗程结束后,所有患者均行结肠镜复查,治疗前、后检测血、尿、大便常规及大便潜血试验、肝功能、免疫球蛋白,以观察疗效和不良反应。

1.3 疗效评定标准 临床治愈:临床症状消失,大

3.2 浮动胸壁的处置 (1)一般方法:加压包扎、胶布固定、沙袋压迫。优点是简便易行,缺点是效果不够满意,愈合后胸廓塌陷,可后遗胸痛。(2)肋骨或胸壁软组织牵引法:采用布巾钳或钢丝绕过肋骨;也可用钢针穿越胸大肌、前锯肌等作牵引,用支架加重量悬吊。此法简便,缺点是病人被严格限制在床上平卧,胸部呼吸运动受到一定限制。(3)手术切开、肋骨内固定法:以金属缝线缝合肋骨断端,粗丝线缝合肋软骨断端,或用髓内钉固定等。此法虽固定了肋骨的纵横两轴,但骨折断端未能获得满意稳定。又这类病人伤势较重,麻醉及手术均加重缺氧及休克,且多发性骨折部位又不在一处,需要很大切口,创伤大,出血多,病人难以忍受。(4)气管切开插管间歇性正压换气法:此法优点是能立即有效地纠正缺氧并保证呼吸道通畅,能防止及治疗湿肺,恢复后胸廓畸形较小。但需要经常测定动脉 PO_2 、 PCO_2 及 pH,为时 1~3 周。此法可发生气管插管后的并发症及张力性气胸,且设备昂贵,操作复杂,费人费物,难以普及。(5)多孔有机玻璃板外固定:把软化的胸壁通过玻板固定在邻近未受损的胸廓上,使之在整个愈合过程中消灭反常呼吸,随正常胸壁运动。此法简便易行,创伤小,疗效好,值得推广。

参考文献

- [1] 钱中希.胸壁软化的处理[J].中华外科杂志,1977,15(1): 40
[2] 张兵.危急创伤[M].南昌:江西科技出版社,2008.259

(收稿日期: 2010-03-31)