

实用中西医结合临床 2014 年 3 月第 14 卷第 3 期
程以及疾病严重程度比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组患者入院后积极完善相关检查,高位腰椎间盘突出症诊断明确。对照组患者给予常规治疗。行手法复位或牵引复位后,平卧于硬板床,定期行腰椎牵引治疗,常规牵引 30 min/ 次,1 次 /d^[3]。根据患者的病情及相关症状,给予地塞米松注射剂、维生素 C 注射剂、七叶皂苷钠等抗炎、神经脱水药物静脉滴注,治疗 1 个月。观察组患者给予中西医结合治疗,在常规治疗基础上加用中医治疗:(1)中医手法治疗:根据病灶在腰及下肢的不同部位,结合患者的感觉和病变程度,确定治疗点和辅助治疗点,施以按、推、拿、揉、拍等治疗手法,以及相关穴位的按摩,部分患者根据症状及腰椎间盘突出程度给予旋转复位。手法治疗 1 次 /d,常规治疗 1 个月。(2)中药熏蒸床治疗:一般在患者牵引结束后,选取生草乌、生川乌、川芎、桂枝、防风、当归、丹参、川牛膝、千年健、鸡血藤等活血化瘀、通经活络的中药,将以上中药配好放入加水的熏蒸器内,患者仰卧于熏蒸床上,腰部患处对准熏蒸器,每次熏蒸治疗 30 min,1 次 /d,熏蒸治疗 1 个月。观察两组患者的治疗效果和出院半年后随访两组患者的复发情况。

1.3 疗效标准 治愈:症状完全消失,恢复正常的工作和生活;好转:有轻微症状,活动轻度受限,对工作生活无影响;无效:治疗前后无差别,甚至加重^[4]。

1.4 统计学方法 采用 SPSS16.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

• 51 •
1.5 治疗结果 观察组患者治愈率为 82.5%,总有效率为 97.5%,对照组为 57.5%和 87.5%,两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$); 且观察组的复发率(2.5%)明显低于对照组(17.5%),两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗效果和复发情况比较 例(%)						
组别	<i>n</i>	治愈	好转	无效	总有效率(%)	复发
观察组	40	33(82.5)	6(15.0)	1(2.5)	97.5	1(2.5)
对照组	40	23(57.5)	12(30.0)	5(12.5)	87.5	7(17.5)

2 讨论

高位腰椎间盘突出症的临床表现多由于 L₃、L₄ 神经根受压引起,由于其神经根短,邻近或处于腰和腰骶膨大处,稍有椎间盘突出,即可累及较多神经组织,造成较大范围的神经组织损害,引起较严重的症状,且定位体征不明确。高位腰椎间盘突出症的特征性表现为边界不清的多发神经根病变,且不能通过具体的肌肉群功能和皮区感觉障碍定位,目前临床尚无明确而安全的治疗方案,单一的手术或非手术治疗方法疗效欠佳^[5]。本研究结果显示,观察组患者治愈率和总有效率均优于对照组 ($P<0.05$),且观察组复发率明显低于对照组($P<0.05$)。说明中西医结合治疗高位腰椎间盘突出症具有显著的临床效果、治愈率高,值得临床大力推广应用。

参考文献
[1]黎新宪,肖继青,吴绍俊,等.23 例高位腰椎间盘突出症的诊断治疗[J].黑龙江医药,2009,22(1):97-98
[2]邹永英,陆湖清,曹惠雄,等.腰椎间盘突出症中医药治疗概况[J].中国医学创新,2012,9(6):161-162
[3]李谦.中西医结合治疗腰椎间盘突出症[J].中外健康文摘,2013,10(2):411-412
[4]王超,赵长福,刘波,等.高位腰椎间盘突出症的临床研究进展[J].中国老年学杂志,2012,32(6):1 310-1 312
[5]叶尚志,魏宁,蔡玮,等.高位腰椎间盘突出症误诊为股外侧皮神经炎原因[J].临床误诊误治,2012,25(10):15-16
(收稿日期: 2013-12-26)

肱骨中下段骨折手术与非手术治疗的效果对比

宋社庭

(河南省济源市人民医院 济源 454650)

关键词: 肱骨中下段骨折;手术治疗;非手术治疗;疗效对比
中图分类号: R687.3 文献标识码: B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.033

肱骨中下段骨折是临床较为常见的骨折,由于该部位血供不丰富,使得肱骨中下段骨折易并发骨折不愈合或桡神经损伤等,造成肘关节功能异常^[1]。本研究分别采用手术方法或非手术方法治疗肱骨中下段骨折,并分析比较临床治疗效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2012 年 5 月~2013 年 5 月我

院骨科收治的肱骨中下段骨折患者 80 例,按照入院先后顺序随机分为对照组与实验组各 40 例。对照组中男 25 例,女 15 例,年龄 50~80(65.5± 8.6)岁;实验组中男 27 例,女 13 例,年龄 53~82(67.5± 9.2)岁。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 实验组患者采用非手术治疗,具体措施:患者行臂丛神经麻醉下手法复位,尽可能恢

复患者骨折畸形，达到解剖复位或接近解剖复位，然后采用小夹板或石膏外固定。对照组患者采用手术治疗，在臂丛神经麻醉下通过前外侧切口进行手术，术中游离桡神经保护，显露骨折进行解剖复位，然后钢板内固定治疗。两组患者术后均预防性应用抗生素及地塞米松和脱水剂治疗。14 d 时常规行 X 线检查了解患者骨折复位情况。

1.3 观察指标 比较两组患者术后发生骨不连、神经损伤情况及骨折愈合率、骨折愈合时间。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验，计量资料以 $(\bar{X} \pm S)$ 表示，采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.5 治疗结果 实验组患者骨折不连续发生率为 2.5%，骨折愈合率为 95.0%，桡神经损伤发生率为 2.5%，骨折愈合时间为 (9.45 ± 1.56) 周；对照组患者骨折不连续发生率为 5.0%，骨折愈合率为 87.5%，桡神经损伤发生率为 12.5%，骨折愈合时间为 (6.68 ± 1.78) 周；两组桡神经损伤、骨折愈合时间比较，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2 讨论

肱骨中下段骨折的临床治疗目的是达到理想复位，尽可能保证肱骨头的血液供应，固定骨折，尽早进行功能锻炼^[2]。采用手术方法治疗肱骨中下段

骨折可达到解剖复位，且内固定可牢固稳定骨折，术后患者早期可进行肘关节功能锻炼^[3]。但手术治疗过程中需要游离桡神经，对桡神经可造成器械性损伤，本研究中实验组患者桡神经损伤率显著低于对照组。且手术对患者肱骨干的血液供应损伤大，肱骨干只有 1 根主要的动脉供应，可导致患者术后因血供不足造成骨折不连，影响骨折愈合^[4]。本研究结果显示，实验组患者骨折愈合率高于手术治疗患者，但术后骨不连发生率低于手术治疗患者。手术治疗对肱骨中下段骨折患者的创伤较大，增加患者术后愈合时间，延长患者住院时间，增加患者住院费用。

综上所述，手术治疗与非手术治疗对肱骨下段骨折的临床治疗效果相当，非手术治疗骨折愈合率稍高于手术治疗，但非手术治疗患者术后骨折愈合时间明显缩短，桡神经损伤等术后并发症少，值得临床进一步推广。

参考文献

[1]蒋康射.前外侧手术入路治疗肱骨中下段骨折合并桡神经 46 例体会[J].浙江创伤外科,2012,17(1):62-63
[2]高全胜.肱骨中下段骨折患者手术治疗与非手术治疗的疗效对比[J].中国当代医药,2012,19(28):25-26
[3]谢宗乾,张中州,李彬.80 例肱骨中下段骨折手术与非手术治疗的效果对比[J].中国实用医药,2013,8(3):77
[4]庄云强,吴丹海.不同手术入路治疗肱骨中下段骨折桡神经损伤发生率比较[J].浙江医学,2010,32(9):1 388-1 389

(收稿日期: 2013-12-20)

参黄敷料促进切口甲级愈合的临床分析

韩溢洪 胡长和 张金虎
(江西省乐平市中医医院 乐平 333300)

摘要:目的:研究参黄敷料对外科术后切口甲级愈合的影响。方法:随机抽取 2012 年 4 月~2013 年 12 月间在本院接受 I、II 类手术患者 80 例,分为研究组和对照组。研究组使用自制的参黄敷料护理手术切口,对照组使用普通无菌敷料护理手术切口,比较分析两组患者的切口愈合情况。结果:研究组患者的甲级愈合率高于对照组,经比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论:参黄敷料可以杀灭手术切口及缝线中的病原菌,有效促进手术切口的甲级愈合,值得临床推广应用。

关键词:参黄敷料;外科术后切口;甲级愈合

中图分类号:R687.36

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.034

切口延迟愈合是外科术后常见并发症,其中尤以切口脂肪液化及感染多见,从而增加患者经济负担和痛苦。近年来由于感染病原学的变迁,细菌耐药性的增加,手术部位切口感染的控制又面临新的挑战。据统计外科手术切口感染在我国发病率可高达 13.0%~18.0%^[1], 在医院感染发病中居第三位^[2]。因此,预防外科手术切口并发症,促进切口的甲级愈合是外科临床工作的重点,术后换药成为外科临床工作者促进手术切口愈合的关键。本文选取 2012 年 4 月~2013 年 12 月接受 I、II 类手术的患者 80 例,对部分患者给予参黄敷料护理手术切口,效

果显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择 选择 2012 年 4 月~2013 年 12 月本院接受 I、II 类手术患者 80 例,均知情同意,未接受化疗、放疗等影响正常切口愈合的特殊治疗,无过敏体质病史。排除:严重的心、脑、肺、肝、肾功能不全者;严重的低蛋白血症;使用糖皮质激素及血糖无法控制的糖尿病患者;不能完成研究周期者。

1.2 一般资料 80 例患者,男 45 例,女 35 例,年龄 20~65 岁,平均 (25.5 ± 43.6) 岁。I、II 类手术各