

疗程内每周 1 次。(3)中药内服:以补阳还五汤为基本方加减。组方:黄芪 30 g、当归 15 g、川芎 10 g、桃仁 10 g、红花 10 g、赤芍 10 g、地龙 10 g。加减:下肢症状为主者加牛膝、杜仲;气滞血瘀者加血竭、田七、鸡血藤、炮山甲;风寒湿痹者加制川草乌、独活、苍术;肝肾亏虚者加熟地、杜仲、桑寄生;1 剂/d,加水 500 mL,煎至 200 mL,分早晚 2 次饭后温服,每周根据病情略调整处方,3 周为 1 个疗程。(4)功能锻炼:整脊治疗 1 周后,嘱患者在床上做飞燕式练功法,每天 50~100 次,并做下肢抬举锻炼,双下肢每天各做 50~100 次。

1.2.2 对照组 每日电动牵引、口服布洛芬缓释胶囊及卧床休息,疗程同治疗组。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照《中医病症诊断疗效标准》^[2]:治愈:腰腿痛消失,直腿抬高>70°,能恢复原工作;好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善;未愈:症状、体征无改善。

2.2 治疗结果 分 3 周后及 1 年后进行观察统计。3 周后:治疗组治愈 16 例、好转 39 例、未愈 5 例,总有效率 91.7%;对照组治愈 11 例、好转 43 例、未愈 6 例,总有效率 90.0%。1 年后:治疗组治愈 25 例、好

转 32 例、未愈 3 例,总有效率 95.0%;对照组:治愈 7 例、好转 41 例、未愈 12 例,总有效率 80.0%。其中,治疗组 1 例、对照组 3 例在 1 个疗程结束后因疼痛剧烈而采用其他方法治疗而视为未愈。

3 讨论

腰椎间盘突出症归属于中医“腰痛、腰腿痛、痹症”范畴,中医认为此病多由肝肾亏虚,风、寒、湿邪侵袭肌表,流注经络,或因跌扑损伤,“骨错缝,筋出槽”,瘀血内停,经络闭阻,气血运行不畅所致。

四联综合疗法从腰椎间盘突出症的中医病因病机出发,注重筋骨并重、内外兼治、动静结合、医患互动的整体观念,运用针刀松解腰椎关节部位的病变软组织,再通过整脊手法使错位的骨关节恢复正常,中药补气活血、祛邪通络,然后通过腰背肌的功能锻炼提高腰突症的远期疗效^[3]。此次临床疗效观察表明,该四联综合疗法治疗腰椎间盘突出症不仅短期疗效好,而且远期疗效也很好,值得在临床中应用并推广。

参考文献

[1]胡有谷.腰椎间盘突出症[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2004.414
[2]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.201
[3]蒋璘,陈永源,唐云峰.腰背肌功能锻炼在腰椎间盘突出症治疗中的远期疗效观察[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(15):97-98

(收稿日期:2014-01-15)

骨科牵引床与 C 臂床在髋关节闭合复位内固定术中的比较

胡杨 杨伟玲

(江西省赣州市中医院 赣州 341000)

摘要:目的:总结骨科牵引床在手术中合理使用的经验。方法:将患者随机分为试验组和对照组,比较使用不同手术床所需手术时间。结果:两组患者的手术时间有明显的差异,对照组手术时间明显长于试验组, $P<0.05$,差异有统计学意义。结论:合理使用骨科牵引床可以缩短术中 C 臂时间及手术时间,保护并维持手术中的无菌,加快手术进程,使病人顺利完成手术。

关键词:髋部骨折;髋关节闭合复位内固定术;骨科牵引床;C 臂床

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.033

髋部骨折在临床上很常见,早期手术是治疗的首选^[1]。特别是老年人,越早活动,对健康越有利。目前,对股骨颈及股骨粗隆间骨折的病人采取闭合复位空心钉内固定术或三维支架外固定术,因创伤小,手术效果显著。该手术必须在 C 臂机透视下行骨折闭合牵引复位、植入物定位,待内固定操作完毕,再次确定骨折复位情况。在手术过程中,我院应用了骨科牵引床,它可以使患肢很容易地在 C 臂机透视下通过调整牵引装置达到良好的复位,并且在术中操作时始终保持良好的复位效果,不易发生骨折端的移位,明显有助于手术的操作进展,在此类手术中普遍应用。但在应用中应注意患者体位的摆放,同时 C 臂透视中应注意无菌操作。手术的成功离不开

正确的手术体位的摆放^[2],否则会影响到手术操作及导致相关并发症,出现护理问题。我院自 2012 年 1 月~2013 年 6 月对此类手术患者骨科牵引床的临床应用加强了相关护理,从而缩短了术中 C 臂时间、手术时间,有效预防手术部位的感染。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月~2013 年 6 月于我院骨科经影像学确诊为股骨颈及股骨粗隆间骨折的 65 例患者,年龄 31~85 岁,股骨颈骨折 13 例,股骨粗隆间骨折 52 例。随机将患者分为试验组与对照组。试验组采用骨科牵引床进行手术,对照组按常规使用 C 臂床进行手术。对照组 30 例,男 14 例,女 16

例;年龄 31~81 岁,平均 58.43 岁;股骨粗隆间骨折 25 例,股骨颈骨折 5 例;均采取硬膜外麻醉。试验组 35 例,男 15 例,女 20 例;年龄 35~85 岁,平均 60.89 岁;股骨粗隆间骨折 27 例,股骨颈骨折 8 例;硬膜外麻醉 34 例,全身麻醉 1 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 试验组 应用台湾生产的 NOVEL-330T 手术床,患者均采取仰卧牵引体位。患者仰卧于骨科牵引床上,拔除患肢骨牵引针,在麻醉满意的状态下,由手术医生、麻醉师、手术室护士共同协作完成体位的摆放。由手术医生牵引住患肢,手术室护士先拆除患侧的下肢腿板,装上骨盆会阴柱并包裹好,三人共同协助将患者下移至会阴柱,手术医生将患肢牵引复位并维持需要的体位,手术室护士根据患肢的长度,安装好牵引臂长度,固定牵引装置的各关节,足部置于牵引足靴内并扣紧鞋带,足部注意包裹,整个鞋子再次用绷带缠绕好。膝关节平放于小腿架上并作固定。健侧肢体的下肢腿板稍稍外展,根据患者的身高,决定是否需要安放足部牵引架。健侧上肢常规外展固定,患侧上肢悬吊平胸前支臂架上适当约束。C 臂机放置于两腿之间,根据患者骨折类型适当调整牵引的角度和力度,在 C 臂机透视下复位,并通过持续牵引保持良好的复位效果。C 臂机不需要移动,需要透视时就移动至透视部位,正位侧位患者不需移动只需 C 臂机变换角度及位置,不需要时后退即可。透视时将 260 cm× 200 cm 的大单铺满整个手术床。

1.2.2 对照组 患者持续牵引仰卧于 C 臂床上。患者患肢骨牵引针勿拔除,始终置于牵引架上保持持续牵引状态,健侧肢体平放于手术床上。C 臂机放于患肢一侧,正位片时,直接推至需摄片的位置;侧位则需将 C 臂机头摆成侧位,并将健侧肢体架于 C 臂机上,再调整 C 臂机透视角度。整个手术过程不能取下牵引架,直至手术结束。

1.3 评价指标 评价指标指手术所需时间,同时包括术中 C 臂时间(C 臂透视一直贯穿于手术中)。

1.4 统计学方法 所有的数据用 SPSS13.0 软件包进行统计分析。根据资料性质分别采用不同的统计量和计算方法进行数据处理。

1.5 结果 两组患者的手术时间有较明显的差异,试验组手术时间 53.31 min,对照组手术时间 83.90 min。对照组手术时间明显长于试验组, $P<0.05$,差异有统计学意义。

2 讨论

2.1 心理护理 手术患者大多存在较大的思想顾虑,鼓励患者说出焦虑的感受,并运用常见的、基本

的沟通技巧降低患者的担忧,向患者简单介绍手术过程及体位的特殊摆放,告知患者配合动作,耐心倾听患者的主诉。尊重患者,保护患者身体的隐私,给予适当遮盖,避免身体不必要的暴露,以促进身心舒适和安全。

2.2 预防感染 体位摆放的特殊要求及应用 C 臂机均增加了消毒铺巾的难度,严格遵守无菌技术操作原则,执行无菌操作技术。在 C 臂机透视操作过程中注意勿污染手术无菌区域、器械台及手术台上医护人员。对照组患者使用 C 臂床,术中为了维持持续牵引状态需要将牵引弓、牵引架及重量砣带入手术室,对于手术室空气是一种污染,术中的铺单需要量多才能达到手术铺巾的要求。加上术中需要不停的透视,那就要不停的铺单,而且透视侧位时,还需要抬起患者的健侧肢体架于 C 臂机上,如此都是增加术中感染的机会,使得手术程序繁琐。使用骨科牵引床可以很好的解决这一问题。我科采用 260 cm× 200 cm 大单铺满整个手术床,方便 C 臂机透视时自由进出,同时也方便巡回护士撤退大单,保持无菌。术毕对牵引床及各配件、体位垫应按规范消毒后备用。

2.3 体位摆放要求 患者牵引床使用,体位的摆放要求患者在麻醉满意状态下才能摆放体位,由手术医生、麻醉师及护士共同完成。当患者下移至会阴柱时,避免患者的会阴部紧贴至会阴柱,留有空隙,保证术中牵引患肢同时避免误伤患者会阴。同时应注意在会阴柱上垫好包布,避免直接接触。患肢置入牵引足靴内也应将足部包裹,并用绷带将足靴再次固定缠绕牢固。并应掌握好方向旋钮的使用。小腿架的摆放应保证膝关节轻度屈曲。患侧上肢悬吊平胸前支臂架上,在肘关节处垫好薄软垫或包布,并掌握好胸前支臂的高度,防止上肢过度牵拉。掌握好牵引床的使用,既能保证手术顺利进行,又能简化手术程序,节约时间。手术结束后,应将牵引床复位。

手术的精准、快速,特别是对老年人来说,是减少并发症、后遗症最有效的方法^[9]。骨科牵引床的应用明显有助于手术的操作进展,但对体位摆放要求较高,有一定难度。我们在工作中除了做到常规手术护理外,还应熟练掌握牵引床的应用及摆放体位的操作要领和标准,知晓如何正确良好地配合手术的需要,为患者创造安全舒适的手术环境。

参考文献

- [1]曹一维,王文献.动力加压髓螺钉内固定治疗股骨粗隆间骨折[J].中国实用医刊,2008,35(11):43-44
- [2]王振香,赵林,栾瑞红.俯卧位手术患者体位导致并发症的护理[J].中国实用护理杂志,2008,24(1):26-27
- [3]魏革,梅桂萍,胡玲,等.手术室巡回护士工作程序表的设计与应用[J].中华护理杂志,2010,45(2):133-135

(收稿日期:2014-03-18)