维普资讯 http://www.cqvip.com

芬太尼作为阿片受体的激动剂主要作用u受体,具有强烈镇痛作用。但存在心动过缓、血压下降、呼吸抑制等副作用。小剂量氯胺酮可使心率加快、血压升高等作用,二者合同相互抵消使心血管系统更加稳定,还能产生协同作用。在进行镇痛的同时减少芬太尼、氯胺酮的用量和避免呼吸抑制等副反应。

通过麻醉意识深度监护仪(UP-6000,丹麦)对患者的脑电图进行分析得到CSI指数,它能反映睡眠深度。本研究中CSI指数与Ramsay评分不相符。病人处于深度的镇静,而CSI指数却较高,可能与氯胺酮使脑血流,脑代谢,脑耗氧均增加有关。

总之,咪唑安定复合小剂是氯胺酮-芬太尼对辅助硬膜外麻醉是一种效果可靠安全的方法。

[参考文献]

[1] 吴宗大,年爱华,宋明,等. 咪唑安定辅助硬膜外阻滞[J]. 中华麻醉学杂志,1992,12(1):53.
[2] 孟春. 内脏痛的研究近况[J]. 国外医学·麻醉学与复苏分册,2003,24(2):99.
[3] 周红社,刘永耀,靳艳,等. 小剂量氯胺酮-丙泊酚辅助硬膜外阻滞在上腹部手术中应用[J]. 临床麻醉学杂志,2005,21(5):323-324.

(编辑:兰阳军)

胸腰椎骨折的功能康复

Functional recovery after fractures of thoracic and lumbale vertebrae

王伟 (沈阳市骨科医院七病房,辽宁 沈阳 110044)

[关键词] 胸椎;腰椎;骨折;功能康复
[中图分类号] R683.2 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)02-0103-02

胸腰椎骨折是骨科较为常见的损伤,严重者创伤后多合并不同程度的神经功能障碍。我科自1999年至2004年共收治单纯性胸腰椎骨折57例,入院后对其指导进行康复治疗,运用传统的功能锻炼方法与现代功能训练相结合,在对其实施康复治疗的过程中,取得了一定经验。现将体会介绍如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组57例中,男44例,女13例。年龄16~60岁,平均39.8岁。致伤原因坠落及跌倒伤27例,车祸致伤19例,重物压伤11例。骨折部位T_{10}椎体4例,T_{11}椎体6例,T_{12}椎体17例,L_1椎体21例,T_{12}并L_1骨折9例。其中全瘫3例,不全瘫54例,按Frankel分组,B级7例,C级41例,D级9例。

1.2 训练方法

1.2.1 早期康复训练 急性不稳定期卧床病人,在此期间可坐床上训练,如被动关节活动训练及肌力维持训练。帮助病人进行被动髋关节屈曲。外旋、外展及后伸等运动,膝关节进行屈伸运动,踝关节背伸、跖曲、内外翻及足趾伸屈运动。局部疼痛减轻时即开始背肌练习,先做仰卧位挺胸、俯卧位抬头等练习,以后加仰卧"半桥",俯卧抬腿等练习,致无痛时再加仰卧"桥"、俯卧"燕式"等练习。4~5周后如作卧位练习时无痛,可起床站立行走。由卧位起立时,先延床上俯卧,一腿先下地,然后撑起上身,再放下另一腿成站立位,中间不经过坐位以免腰部屈曲。由站立位卧下时按相反顺序进行。骨折基本愈合后才可取坐位,仍需保持腰椎前凸避免屈腰坐。

1.2.2 中后期康复训练 骨折愈合后进一步的腰背肌及腹肌练习以及腰肌柔韧性练习。腰背肌练习应与腹肌练习相结合,以保持屈、伸肌平衡,改善腰椎的稳定性。骨折部遗留成角畸形时,愈合牢固后应着重加强腹肌锻炼,以控制腰椎前凸的弧度,防止下腰痛。

1.2.3 排尿排便训练 脊椎骨折后,常因后腹膜血肿刺激内脏神经,致肠蠕动减弱而腹胀,垫枕过伸位更加重腹胀,给病人造成排便困难。病人需多吃含丰富纤维素、能理气、易消化的食物。腹胀时给予腹部热敷、按摩以增加肠蠕动,腹胀较重时,给予肛管排气或灌肠。对因体位不适及严重腹胀造成排尿困难者,行手法按摩挤压膀胱、听流水声等方法,无效时再给予导尿术。

1.2.4 注意事项 在功能训练中,必须在护腰的保护下进行,以保证胸腰椎的稳定性。医生或护士应与病人一对一的训练,指导病人掌握要领,保持正确的训练姿势。开始因受伤部位疼痛和不适应,每天只练习数次,以后可逐渐增加至20~40次,并要求每周对病人进行评估,制订出合理有效的训练计划,并注意加强对褥疮的预防。

2 结果

经过3个月康复训练后,除1例全瘫者无明显进步外,其余均有不同程度恢复,并无1例出现排尿障碍,按Frankel分级,结果见表1。

表1 57例胸腰椎骨折康复训练前后神经功能分级

Frankel分级	康复前				康复后			
	B	C	D	E	B	C	D	E
例数	7	41	9	0	0	4	33	20

[收稿日期] 2005-10-11 [修回日期] 2005-12-29

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨论

胸腰椎骨折是骨科常见的严重性创伤,对胸腰椎骨折病人进行强化康复训练可达到缩短康复期,提高康复效果的目的[1-2]。在治疗过程中不进行合理有效的康复训练,预后很可能是重者致残,轻者出现严重的腰痛,影响其生活。早期功能训练可使脊柱进一步过伸,改善局部循环防止骨质疏松,避免伤椎再出现楔形改变,预防腰背肌废用性萎缩,慢性腰痛等症状,增强腰背肌力量,提高治疗信心[2-3],我们采用康复训练的目的是防止躯干肌萎缩,同时促进骨折愈合,恢复脊柱的稳定性和柔韧性,防止胸腰椎畸形。由此可见,康复训练以成为提高胸腰椎骨折病人康复的重要治疗手段。

[参考文献]

[1] 吴 睢,易晓文,吴光辉,等. 应用AF系统治疗胸腰椎不稳定骨折17例临床分析[J]. 局解手术学杂志,2005,14(6):274-375.

[2] 侯树勋. 脊柱骨折治疗中应注意的几个问题[J]. 中华创伤杂志,2005,21(1):60-61.

[3] 卢爱兰. 胸腰椎单纯屈曲型压缩骨折的康复[J]. 中国康复,1998,13(1):33-34.

(编辑:蒋登金)

宫腔镜电切治疗子宫内膜息肉58例临床观察

Hysteroscopic electroresection of endometrial polypi in 58 cases

康宗莉 (新疆兵团奎屯医院妇产科,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 子宫内膜肿瘤;息肉;宫腔镜手术
[中图分类号] R737.33 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)02-0104-02

宫腔镜手术是一种微创外科手术方式,已广泛应用于治疗子宫内膜息肉[1]。我院自2003年5月至2004年10月采用宫腔镜电切治疗子宫内膜息肉58例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料及诊断标准

本组病例共58例,年龄26~59岁,其中30~50岁46例(79.31%)。经宫腔镜及病理学检查确诊为子宫内膜息肉。宫腔镜下诊断依据《妇科内镜学》所述标准[2]。宫腔镜下可见子宫内膜息肉为子宫内膜表面突出的良性结节,由内膜腺体及其间质组成,外表呈细长的圆锥行或卵圆形,表面光滑,表面常有血管,可单发或多发,有大有小,可分为增生型息肉、功能型息肉、萎缩型息肉、腺瘤型等4种。病理学依据《妇产科病理学》为准[3]。内膜息肉是由内膜腺体及其间质组成的肿块,有蒂向宫腔突出。

1.2 术前准备和术后处理

常规术前检查与准备,并于术前12 h将16号导尿管慢慢插入宫颈管至内口,帮助宫颈扩张,而露在阴道内的一段导尿管则用消毒纱布包裹,置于后穹隆。因术中麻醉问题,应在术后6 h才能普通饮食,术后行抗炎治疗3 d。

1.3 手术方式

手术中采用持续硬膜外麻醉或静脉麻醉,手术器械采用日本OLYMPUS公司的24F被动式360°旋转连续灌流宫腔电切镜,电切功率50~60 W,在宫腔镜直视下行电切除术。膨宫液为5%葡萄糖液,设置膨宫液流速100 ml/min。患者取膀胱截石位,取出宫颈导尿管,常规术野冲洗消毒,铺巾,导尿,扩宫术后置镜再次检查宫腔,然后用宫腔镜电切环自蒂部将息肉逐枚切除,术中注意监护生命体征。

[收稿日期] 2005-11-10 [修回日期] 2006-01-04

常规于手术后1、3、6、12个月随访,以后每一年门诊复查,了解月经情况及阴道流血情况,必要时宫颈镜复查。

2 结果

2.1 手术治疗

本组58例子宫内膜息肉患者均顺利进行宫腔镜电切术,手术时间(20±0.5)min,出血量(32.5±0.7)ml,住院天数4~5 d。未发生感染、大出血、子宫穿孔、宫腔粘连、周围脏器损伤、过度水化综合征等并发症。术后随访满意率达100%。月经明显减少(较治疗前月经减少一半以上)者46例,占79.31%。无不规则阴道流血者,无复发病例。

2.2 病理检查

58例切除组织均经病理学检察确诊为子宫内膜息肉,其中单发48例,多发者10例,最多5枚息肉。58例子宫内膜息肉大小不等,形状各异,最小者0.5 cm×0.5 cm,大者如指状,长约5 cm。

3 讨论

宫腔镜电切术是治疗子宫内膜息肉的最佳方法,是近年来妇科领域开展的新技术。具有不开腹,创伤小,手术时间短,出血少,患者痛苦少,不影响卵巢功能,保留生育能力,术后恢复快,住院时间短等优点。子宫内膜息肉传统的手术治疗方法如钳夹术法、刮宫术法,均在盲视下操作,不能确保将子宫内膜息肉全部及完整切除,效果欠佳,临床症状不能彻底改善,甚至最终唯有将子宫切除。而宫腔镜手术则能在直视下将息肉自蒂部全部、完整地切除,而不影响附近正常的子宫内膜,可预防其持续存在及复发[2]。

宫腔镜电切术的疗效及安全性,对年轻、希望保留生育能力,保留卵巢良好功能,保留子宫的患者,或者年老有多种内科合并