维普资讯 http://www.cqvip.com

脑损伤，由于昏迷，舌后坠，呕吐物及血凝块阻塞咽喉部，引起呼吸不畅，加之昏迷病人反应能力降低，痰不易咳出而发生坠积性肺炎及吸入性肺炎；②病人长期卧床会使自身免疫力下降，而抗生素的长期大量应用，会导致自身菌群失调，且菌株耐药性增强，这样正常菌群及条件致病菌皆可异位寄生，造成感染；③急性期大量应用脱水剂和限制液体入量，以及呕吐或中枢性高热引起水代谢失衡，使痰液粘稠不易咳出；④颅脑损伤能引起激素代谢的紊乱，使机体免疫抑制常发生肺部感染；⑤各种侵入性操作，破坏了人体的天然保护屏障促使脑外伤病人易发生肺部感染。

3 预防及护理

3.1 加强基础护理

促进病人排痰，协助拍背、更换体位，减轻肺部瘀血，促进分泌物的排出和增强肺通气，并做好口腔、皮肤、会阴的护理，避免重复感染和褥疮的发生，同时密切观察生命体征和病情变化[1]。本组肺部感染均发生在伤后3～7 d，应及时了解血象和血气分析结果，以便采取有预防性、针对性的护理，提高治愈率。

3.2 严格执行无菌操作规程和消毒隔离制度

做好有关器具消毒和灭菌，以阻断感染途径，氧气湿化瓶及管道每周应严格消毒1～2次，湿化水每天更换，气管切开内套管按规定每4～6 d煮沸消毒一次，超声雾化吸入装置及与呼吸系统吸入性治疗有关的一切器具、用物均应严格消毒。

3.3 合理使用抗生素

尽量减少各种侵入性操作，缩短抗生素和皮质激素的使用时间。当颅脑疾病初步康复，全身情况得到逐步改善，肺部感染才会有效控制。用药前做细菌培养及药敏试验，根据药敏试验结果使用有效、窄谱、常用、低廉的抗生素，保留广谱、新型抗生素以备用。

[参考文献]

[1] 王 波，刘占芬. 重型颅脑损伤的抢救及护理[J]. 局解手术学杂志，2004，13(2)：137－138.

（编辑：黄春霞）

神经阻滞疗法在肱骨外上髁炎治疗中的应用

马 骞，纪孝良
（佳木斯市中心医院，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 神经阻滞；肱骨外上髁炎；治疗
[中图分类号] R614.4；R681.7 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)05－0354－02

肱骨外上髁炎是门诊常见病，多发病。神经阻滞能阻断痛觉刺激传导的同时，又缓解了局部的肌紧张和痉挛，改善局部的血循环、供氧和组织代谢。神经阻滞疗法治疗肱骨外上髁炎，具有效果确切、疗程短、费用低，很适合疼痛门诊开展。我院疼痛门诊自2002年4月至2004年7月应用神经阻滞疗法治疗肱骨外上髁炎536例，取得了满意效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组资料536例，男320例，女216例，年龄34～67岁。病程长、短不等，反复发作持续性肘部酸痛，疼痛可向前臂及肩部放射，患肘屈曲时不能持重物，握力下降，肱骨外上髁外明显压痛，前臂抗阻力旋转功能受限，X线检查少数患者可见肱骨外上髁局部密度增加、变形或显示钙化。

1.2 方法

2%利多卡因1～2 ml和维生素B_1 225 mg加入氢化泼尼松25 ml，成为混合液，于肱骨外上痛点阻滞。每周1～2次，3次为1个疗程。

[收稿日期] 2004－07－20 [修回日期] 2004－09－16

2 结果

采用神经阻滞疗法治疗肱骨外上髁炎，530例第一个疗程后临床症状消失，治愈率98.88%，有效率100%，6例效果欠佳，采用理疗及其他方法（小针刀等）辅助治疗而治愈。

3 讨论

肱骨外上髁有桡侧腕长伸肌、桡侧腕短伸肌、指伸肌、小指伸肌和尺侧腕伸肌。这些肌肉的主要功能是伸腕和伸指，当这些肌肉在伸腕和伸指运动时都会使附着于肱骨外上髁部的肌腱筋膜受到牵拉，一旦超过了它所承受的压力，则将损伤伸肌总腱从而劳损、撕裂、疤痕形成。另外，在伸肌总腱深处有一根无名细小的血管神经束从肌肉、肌腱发出，穿过筋膜或肌腱时受到卡压即可引起症状。

神经阻滞是作为一种局部麻醉或区域麻醉方法而发展起来的。其机理可能是：①局部麻醉药及神经破坏药通过抑制神经细胞内外钠离子和钾离子的流动，甚至引起细胞膜变性、细胞坏死阻断了神经纤维内神经冲动的传导，由于传导痛觉的C类神经纤维的髓鞘比较薄，局麻药可迅速阻断痛觉的传导，从而实现镇痛作用；②神经阻滞疗法切断了“疼痛—肌紧张或小

维普资讯 http://www.cqvip.com

血管平滑肌痉挛—疼痛加剧"这一恶性循环,阻断了痛觉刺激传导的同时,又缓解了局部的肌紧张和痉挛,改善局部的血循环、供氧和组织代谢,许多疼痛性疾病的恶性循环可因此解除;③交感神经纤维及交感神经节阻滞可有效地改善因末梢血液循环不畅引起的疼痛;④交感神经阻滞,增加了血流量,也增加了自愈能力。有时针对病情,在局部注射局麻药和糖皮质激素混合液,也具有较好的抗炎效果。

治疗前一定要了解患者有无溃疡病、糖尿病、活动性肺结核以及高血压、心脏病史,选择合适的治疗配方。严格无菌操作,防止局部继发细菌感染。垂直进针直至骨膜,注药部位应在肌健与骨膜附着处,注药阻力一般较大,切忌进针过浅,将药注于皮下。部分病例于注药后7~8 h局部出现疼痛,应向病人交待清楚,可不做任何处理,数小时后可缓解。

(编辑:左艳芳)

老年糖尿病患者人工股骨头置换术的围手术期护理

谢 军
(第三军医大学附属新桥医院骨科,重庆 400037)

[关键词] 围手术期;人工股骨头置换术;护理
[中图分类号] R473.6 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2004)05-0355-02

老年糖尿病患者行人工股骨头置换术的机率日益增高,其手术的危险性大,并发症多。近一年来,我科收治老年糖尿病患者行人工股骨头置换术共19例,治疗效果满意。现将护理经验报告如下。

1 临床资料

我科2003年6月至2004年6月对19例老年糖尿病患者施行了人工股骨头置换手术。其中男性3例,女性16例。年龄46~76岁,平均61岁。股骨颈骨折11例,股骨头缺血性坏死8例。糖尿病病史最长者达20年,术前血糖最高值21.2 mmol/L,尿糖阳性,3例长期口服降糖药,6例间断口服降糖药,4例自行饮食控制,有6例术前未诊断出糖尿病;伴心功能障碍3例,高血压8例,慢支等呼吸系统疾病4例,术前骶部褥疮1例。经手术治疗,住院时间最长36 d,最短22 d,平均28 d,全部康复出院。

2 护理

2.1 心理护理

心理护理常易被忽略,实际上,在老年股骨颈骨折及股骨头缺血坏死患者中,多数病人常常产生不同程度的紧张、恐惧、忧郁等复杂心理状态。因此,我们不仅要予以理解,还要做细致的思想疏导和相关医疗常识介绍,并尽可能地满足患者的合理要求,使之在心理上得到宽慰、感到温暖,增进医患间的信任,使患者以最佳精神状态配合手术。

2.2 监测血糖

糖尿病对骨科手术的影响,主要取决于术后2周内对血糖的控制,手术使机体处于应激状态,致血糖升高,高龄患者极易发生高渗性糖昏迷,诱发严重心脑血管意外。应密切观察血糖、尿糖、血压和情绪波动情况,作好记录。严格执行胰岛素的注射,注意时间和剂量的准确性,观察患者有无低血糖反应等症状。

2.3 防止创口感染

人工关节置换手术一旦感染则意味着手术失败。而老年糖尿病患者大多体质弱、抵抗力差。因此护理中应做到"四必须":①必须细致全面观察病情,及时发现问题,采取处理措施,克服任何疏忽带来的不良后果;②必须严密观察伤口敷料情况,保持切口干燥,术后24 h注意伤口有无渗血迹象,观察局部有无"红、肿、热、痛"的急性炎表现;③必须注意引流管通畅,防止扭曲和受压,并要观察引流液的颜色、性状,记录引流量,如伤口引流量较多,应及时报告医生并予以处理,以预防休克发生;④必须认真做好体温监测,如术后体温持续升高,3 d后疼痛程度加重,提示有感染的可能,应查明原因处理。

2.4 防止皮肤褥疮

老年人工股骨头置换术患者卧床时间长,肢体运动和感觉功能都有不同程度的障碍,肢体血循环缓慢,受压部位皮肤易出现褥疮,发生感染,影响术后恢复。护理中应注意保持床单清洁平整,勤翻身、勤擦洗、勤更换、勤整理。定时垫气圈于尾骶部,有条件的最好使用电动防褥疮垫,每2 h翻身1次。使用大便器抬起臀部,避免拖拉,防止擦伤皮肤。同时增加蛋白质、维生素的摄入量,以增强抵抗力和组织修复力。一旦发生褥疮,应严防其感染和扩大。

2.5 出院指导

病人康复出院时,医护人员不仅要向病人讲清楚人工股骨头置换手术术后护理的注意事项,更应向病人作好糖尿病的卫生宣教。使每位病人从思想上提高认识,能自觉进行正确自护。如出院后作好糖尿病的血糖监测,按时服用降糖药;不宜长时间站立或久坐,避免加重关节负荷的运动,不能跑步或跳跃等。另外,置换后人工关节长时间运动会出现磨损与松动,

[收稿日期] 2004-07-15 [修回日期] 2004-08-14