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

维普资讯 http://www.cqvip.com

必须定期复查。

3 讨论

人工股骨头置换手术对老年人股骨头骨折或坏死是一种有效的治疗手段，也是一种严重的创伤。加上患者创伤后疼痛、手术前后的精神紧张、失血失液及麻醉等一系列刺激因素，可加重病人的应激反应[1]。老年人各脏器功能衰减，生理代偿及应激调节能力降低，伴有糖尿病者尤甚，所以外伤及手术会加重糖尿病。糖尿病未控制或控制不稳定会使病情加重，感染的机率会更大。所以老年糖尿病患者行人工股骨头置换术的围手术期护理工作是多方面、综合性的。我科正是注意了各个环节，使这些病人无一例因护理问题而影响医疗质量，效果满意。只要做到医护之间、护患之间的密切配合，相互信任与支持，这方面的工作一定会做得更好。

[参考文献]

[1] 傅海燕. 人工股骨头置换术围手术期的护理[J]. 局解手术学杂志，2004，13(3)：216.

（编辑：文 灿）

骨折复位外固定器的临床应用

迟耀武，黄 松，王旭魁
（营口市第二人民医院骨科，辽宁 营口 115000）

[关键词] 骨折；复位；外固定器
[中图分类号] R683.4；R197.39 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)05－0356－01

本院自1997年3月至2003年7月，共使用骨折复位外固定器治疗各种复杂骨折488例，效果满意，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共有488例病例，其中男376例，女112例。年龄8～87岁，平均41岁。股骨颈囊内骨折8例(新鲜6例，陈旧2例)；转子间骨折40例(新鲜36例，陈旧4例)；股骨干骨折128例(新鲜109例，陈旧19例)；肱骨干骨折56例(新鲜48例，陈旧8例)；尺、桡骨骨折32例(新鲜29例，陈旧3例)；多肢体多发骨折46例。

1.2 治疗方法

先初步整复骨折，确定穿针平面，于骨折远、近端各穿入两枚相互平行之固定针。进针时应与患肢冠状面平行，与其纵轴垂直。股骨、肱骨均应从外侧进针，胫骨则从前外侧进针。然后安装支架，置于距皮肤约1 cm处。在X线下整复骨折，直至对位、对线满意。术后常规应用抗生素防治感染，下肢屈膝约20°～30°，主动及被动锻炼股四头肌及关节功能，及时更换敷料，并用75%的酒精每日滴注2次。定期复查X线片，以了解骨折愈合情况。下肢骨折术后7～14 d可下床行走。当临床愈合、X线片有连续骨痂时，可拆除支架，并旋出固定针。

2 结果

经半年至两年(平均1年)随访，全部病例均在1年内获得良好的骨性愈合，最短者2个月(新鲜肱骨干骨折)，最长者1年(陈旧性股骨干骨折、骨不连)。新鲜骨折拆支架后，患肢关节活动良好、步态正常，无肌肉萎缩及骨质疏松现象发生。陈旧性骨折拆除支架后，关节活动较术前有明显改善。

3 讨论

骨外固定是一种独特的固定系统。通过经皮穿入骨内的钢针和骨连接，构成一个新鲜的空间稳定体系，并借助外固定器的机械作用进行骨端加压或牵引，达到固定骨折断端的目的，是介于内固定和非侵入的外固定之间的一种方法。具有如下优点：操作简便，易于装卸，便于锻炼；力学性能稳定可靠；对骨及周围组织血供影响小；能同时兼顾骨折固定及伤口处理；固定针稳定性好，不易松动退出；并发症少，即使发生亦不严重[1]。

骨外固定虽有许多优点，但在临床应用中仍应重视其并发症的防治。常见的并发症有：①针孔感染。是较轻的并发症，其原因是固定时间较长及滑移等因素，术后及时更换敷料及针孔滴注酒精是有效的预防措施；②固定针松动。多发生在无螺纹的固定针或穿入过深又后退的病例；③骨折延迟愈合、不愈合。正确掌握适应证，严格操作技术和术后处理即可避免；④关节强直。术后即被动、主动活动关节可避免此并发症；⑤血管、神经损伤。熟练掌握局部解剖可避免。本组病例从安全通道进针，无一例发生[2]。

通过本组病例的治疗，本文认为：骨外固定架在治疗小腿不稳定骨折、感染性骨折和伴有软组织严重损伤的开放性骨折中，疗效良好，应作为首选。

[参考文献]

[1] 刘 斌，陈之白，周良安，等. 应用单侧纵轴动力外固定器治疗骨折的体会[J]. 中华骨科杂志，1994，14(10)：589－590.
[2] 于仲嘉，刘光汉，张志占，等. 单侧多功能外固定支架的临床应用[J]. 中华骨科杂志，1996，16(4)：211－214.

（编辑：雷 艳）

[收稿日期] 2004－06－18 [修回日期] 2004－08－03