维普资讯 http://www.cqvip.com

愈合，而且大大减少关节强直；④对开放骨折及感染性骨折尤为适用，在固定骨折的同时，对创口进行换药冲洗等处理。

2.骨外固定架的缺点：①固定装置松动，将失去对骨折的牢固固定；②针孔感染；③单边固定架只能从一个平面固定骨折，不如二平面或多平面固定可靠，且加压后，在对侧容易造成骨折分离，成角及前后成角；④由于固定螺纹针具有一定弹性，使骨折端产生轻微剪刀和微动，所以骨折延迟愈合或不愈合的机会也较大。

3.外固定架虽然对骨折起到牢固固定作用，但从某种程度上也造成对骨折部的应力遮挡，拆除固定架后易造成再度骨折，所以主张早期仍需严格固定，而后期须降低刚度或拆除，使骨折端得到生物力学上的愈合与修复。

4.注意事项：①进针部位应位于骨干的中央，且不宜离骨折端过远，以免固定不牢，在C臂下进针，更准确，避免误入关节；②术后针孔用新洁尔灭纱布包扎，不主张用酒精；③术后每日检查装置是否松动；④螺纹钉超过对侧皮质约2～3 mm，不宜过长，有损伤对侧血管神经可能性，有形成假性动脉瘤的报告；⑤应用低速电钻或用手摇钻，因为高速电钻易造成钻孔周围骨坏死吸收，术后钢针易松动；⑥增加骨折端接触及压缩力，可用螺钉固定斜行骨块。

5.外固定架造成骨折延迟愈合的原因探讨：①刚度的维持与骨—架间距有直接关系，间距越大，刚度固定程度越低，在负载时骨折端的移位就越大，应尽量缩短骨架间距；②外固定架的高强度特性易误导患者过早负重；③骨折端稳定界面对维持外固定架的刚度的重要性；④只注意刚度，易忽视向弹性固定的转换，即生物力学向生物学的转换。

6.张双喜等提出Liss概念：即将手术局限于最小范围内，这与现代由AO学派向BO发展相一致，单边外固定架仍属AO，由于设计本身存在很多缺点，故仍需进一步改进和发展。

（收稿日期：2002－10－07）

X线无异常表现的颈椎损伤

岳喜峰* 杨效梅* 韩晓东*

随着工业、交通和体育事业的发展，意外事故发生率逐渐上升，颈椎损伤也日趋增多。其中，无X线异常表现的颈椎损伤并不少见，如延误诊断和治疗，常给患者、家庭及社会带来沉重负担。近年来，MRI的应用为颈椎损伤的诊断提供了直接、客观的依据，我院自1997至2001年共收治此类患者17例，现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：本组17例，男11例，女6例。年龄18～46岁，平均34.2岁。17例均有明确的头颈部外伤史，伤前均无颈神经根及颈脊髓病的临床表现。外伤种类：行走或活动中摔伤6例，高处坠落物砸伤7例，坐汽车急刹车伤4例。

2.临床表现：本组病例均为伤后出现颈脊神经根病或颈脊髓病的临床症状和体征。其中，完全性颈脊髓损伤2例，Brown－Sepuard综合症4例，为屈曲性损伤所致的中央型颈脊髓损伤综合症4例，前脊髓损伤综合症5例，为颈椎过伸性损伤所致的神经根损伤2例。急性发病者14例，迟发性损伤3例。

3.辅助检查：(1)X线检查：17例均摄颈椎正侧位及屈伸位X线片，均未见颈椎骨折及脱位，8例伴有发育性颈椎管狭窄。(2)MRI检查：椎间盘突出5例，(中央型3例，旁侧型2例)，椎体后缘骨赘、后纵韧带肥厚或钙化3例，颈髓内出血肿胀4例，脊髓受压变细，髓内出现反应性水肿区、软化和囊性变3例，脊髓横断2例。

4.治疗方法：手术治疗12例，7例行颈后路单开门椎管扩大成型术，5例行颈前路突出椎间盘切除加植骨融合术。非手术治疗5例。

二、结果

随访3～12个月，按Frankel级评审标准，手术组均有不同程度提高。非手术组2例症状部分改善，3例无变化。

三、讨论

1.X线无异常的颈椎损伤机制

无异常X线表现的颈椎损伤多发生于颈椎过屈或过伸位，而颈椎的运动轴线，位于相当髓核中央部，当颈椎前屈时，椎管可因牵拉变长；相反，颈椎后伸时椎体平面夹角变锐，张应力作用于前纵韧带和纤维环前部，后纵韧带和纤维环后部松弛，向椎管内突出，椎管变窄和短缩，脊髓横截面积增大，充满已变小的椎管。此时，即使轻微外伤，亦会出现颈脊髓或神经根的损害，当暴力消失后，椎旁及颈周围肌肉的弹性作用使损伤节段相对稳定。

2.MRI的临床意义

颈椎管包括骨性及非骨性结构，当骨性结构损伤时，X线可作出明确诊断；脊髓和颈椎管非骨性结构损伤时，X线不能准确直观诊断，只能依据临床检查作出判断。而MRI可同时对脊髓及椎管骨性与非骨性结构损伤作出明确诊断，其三维成像，无骨伪影，直观脊髓损伤不同阶段病理变化，为临床早期判定脊髓损伤部位、程度及性质，提供可靠依据。

3.治疗

* 作者单位：024076 内蒙古赤峰平庄煤业公司总医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

颈椎损伤的治疗方法取决于患者的临床表现。一般来说，伴有明显的脊髓或神经根压迫症状和体症者，常需要手术治疗。手术可去除致压物，恢复脊髓或神经根的功能，稳定颈椎。对于伴有颈椎管狭窄、后纵韧带骨化者，多采用后路单开门椎管扩大成型术，而单纯颈椎间盘突出、前方受压者可采用前路椎间盘切除＋植骨融合术。

（收稿日期：2002－10－07）

手术室护理美学探讨

杨旭耀* 杨 婧* 白 洁**

随着护理学科的深入发展，护理工作领域日益扩大，护理美学作为护理学科的一个重要组成部分，已经广泛应用于护理工作中。而手术室的护理工作如何通过护理美学适应病人最高层次的要求—自我实现的精神需要，为手术患者创造一个安全、舒适的环境，为医护人员营造一个团结、紧张、严肃、活泼、充满人情味的温馨的工作环境，我科进行过反复的探讨和充分的实践，得到如下体会。

一、生理性审美是针对病人“五官”感觉的需要

每个手术患者对手术室环境、手术中各种特殊设备都可能产生一种陌生甚至恐惧的感觉，为减少患者感官的直接刺激、减轻手术患者焦虑、恐惧的心情，我科把手术车、手术床、手术用被服和手术间内各种大型设备都套上浅蓝色的布罩；手术间窗台都被铺上淡绿色的“草坪”；手术间设有吸顶式音响系统，播放各种悦耳的轻音乐，来缓解病人紧张、焦虑、害怕的心情；这样一个优雅、清洁、明亮、整齐，富有生机的手术环境，非常有利于手术患者主观能动性的发挥，对手术的成功增添了信心。这是环境美在手术室工作中的体现。

二、心理性审美主要体现在手术室护士的礼仪规范，为病人营造一个亲切温暖的氛围

随着护理模式的改变，护士的礼仪规范已经成为手术室护士的必修课程。手术室护士的形象、衣着、言谈、举止对手术患者的心理可以产生直接或间接的影响，所以手术室护士只有做到具有良好的礼仪规范、修养和行为举止，才能唤起病人的美感而暂时淡忘对手术的恐惧心情。

三、手术室美学的社会性体现在两大方面：患者的社会性和医务人员的社会性，两者既相互独立又是相互关联的，而且在一定程度上也是互动关系

1.审美的社会性在手术患者方面表现为手术患者和家属对手术的担心，这种担心体现了患者及家属站在自身角度为达到最佳手术效果对手术过程和术后恢复都有着较高的审美要求。我科进行的手术前诊视就是解决这些问题的方法之一，手术室护士与手术医生和麻醉医生充分合作，详尽地向手术患者及其家属讲解手术名称，术式，手术中的大体过程，手术中可能出现的不适感，麻醉方法和现代麻醉的安全性，术前术中和术后患者及家属应注意的方面，术后可能出现的身体手术部位的不适和医护采取完全可以避免或减轻的措施。在手术患者了解这些知识后便能够理解这些情形，减少顾虑，增强信心，胸有成竹地积极主动地配合手术。通过术前诊视和对病人的安慰，使手术患者和家属感觉到手术医生和护士的可亲可信，这些都为手术顺利开展和进行提供了良好的条件。同时，我们手术室还设有患者家属休息室，在室内手术患者的家属可以通过闭路电视了解手术患者在手术间内的情况和手术进展情况，以减轻手术患者家属的紧张情绪和过多的担心，并通过休息室内播放的悦耳的轻音乐及家属间交谈亦可达到心情的放松。这就能充分的完善我们的护理服务质量。

2.手术室美学的社会性在医务人员方面的表现是多层次的，既有医生之间，还有医护之间和护士之间的美学要求，集中体现为“团队精神”。

第一层方面的表现是医务人员之间的相互合作、体贴和理解。在手术过程中，巡回护士为医生擦擦汗、搔搔痒就会让医生感到体贴和关怀；手术时间太长时，手术时护士说一句“您们辛苦了”就会使已感疲劳的手术医生精神倍增；在手术进行顺利完成后互道一声“祝贺您”，彼此都会有一种成就感。

第二层方面的表现是医务人员的上下级关系。无论在手术工作中还是在日常生活中，手术人员上下级要互相爱护、互相关心和互相帮助及互相尊重，切忌态度生硬蛮横粗暴。在融洽和睦的氛围中才能感受到工作的快意和美好，从而互相激励充分合作，共同增强完成手术的信心，取得手术的成功。

3.手术室美学社会性的另一重要方面是医务人员和患者之间的相互能动性，这是手术室美学的社会性的最终表现和其使用价值。手术室护士术前诊视的细致到位，对手术患者的完善的解释和帮助，使患者能积极主动的配合手术医务人员，为手术顺利开展创造有利的条件。术中手术室护士对手术患者周到细致的服务，轻柔的操作给手术患者以亲切感，增强手术

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院手术室
** 佳木斯铁路医院