

炼制而成)以扩创祛腐提脓,促脓外出。

(3)窦道、死腔,骨质破坏,形成小块死骨,需在局麻或全麻下行病灶搔刮术,破坏窦道、取除坏死干酪样腐烂组织,取出坏死骨块,开放伤口,用纱布填充,加压止血。24 小时后,取除纱布,外换药,内撒玉珍生肌散,药物组成:五倍子 10g 制乳香 10g 制没药 10g 煨龙骨 6g 血竭 10g 生姜炭 6g 冰片 6g 珍珠 6g 轻粉 3g,诸药合研为末,薄薄撒于疮口,意在祛腐生肌。

(4)肉芽生长不良,除内服药物扶正外,还可在玉珍生肌散中加适量的新三仙丹和鸡内金粉,促进肉芽生长。

(5)伤口不敛:除内服双补药物外,应选用麝香生肌收口散。药物组成:麝香 1g 儿茶 6g 血竭 9g 制乳香 9g 制没药 9g 冰片 6g 橡皮炭 9g,共研细末,装瓶备用。撒入疮口内,使其加快肉芽组织生长,形成皮岛,逐渐愈合。

3. 功能锻炼,促进关节功能恢复。

#### 治疗结果

临床症状消失,伤口愈合,关节部位的关节功能完全恢复,无任何后遗症,X 片显示骨质恢复正常为痊愈;

临床症状消失,伤口愈合,关节部位的关节功能基本恢复。X 片显示骨质恢复尚好,有轻度畸形存在,为基本痊愈;临床症状消失,伤口愈合,关节部位的关节功能障碍,X 片显示骨质斑点状破坏修复较差,有明显畸形存在或形成骨桥,可参加一般轻体力劳动为有效;临床症状好转,伤口时愈时发,关节部位的功能消失,X 片显示骨质斑点破坏无明显好转,关节融合形成骨桥,为无效。

疗效:本组 497 例病例中,痊愈 377 例,基本痊愈 69 例,有效 30 例,无效 21 例。

#### 体会

本病是慢性消耗性疾病。故采用扶正与祛邪并用,全身与局部治疗兼顾的方法,从中医整体观念出发,围绕“肾主骨”的理论,运用补肾,温经,活血,祛腐的内治法及诱邪外出,祛腐生新的外治法取得了较满意的疗效。内治以扶助正气,托毒外出,补肾温经为总则。外治以诱邪外出,祛腐生新为基本治则。并以动静结合,以动为主。(本文指导:杨文水)

(收稿:1994-06-03)

## 一例胸腰椎联合手术后的护理体会

中国中医研究院骨伤科研究所(北京 100700) 王宏

患者女性,43 岁。腰部扭伤、间断疼痛 18 年加重伴右下肢麻木、疼痛、无力。患者入院后经 CT、MRI 等检查诊断为“T<sub>10,11</sub>椎管狭窄,L<sub>4,5</sub>间盘突出症”。经保守治疗无效后在连续硬膜外麻醉下行 T<sub>10,11</sub>椎管减压 L<sub>4,5</sub>髓核摘除术。手术顺利。术后观察患者生命体征平稳。护理要点体会如下:

1. 翻身:(1)因患者胸腰两段同时手术,创面较大,故术后 4 小时给予轴位翻身,翻身时不能采用单纯腰椎手术后用手托起患者轴位翻身的方法,而是术前在病床上铺一平整布兜,翻身时医护人员分站病床两侧,提起布兜,将患者轻轻抬起给予轴位翻身。避免了触摸伤口及用力不当等外力因素而影响骨关节结构,加重患者的疼痛。(2)患者胸腰两处有伤口,翻身时痛苦大,因此术后第 2 天患者经护士协助可自行翻身,由于内力平衡,避免由于外力不均导致骨关节结构改变所引起的疼痛。因有护士在旁协助轴位翻身,而不必担心由于翻身不当,引起错位。

2. 二便排泄:术后 6 小时患者感觉小腹胀满,但不

能自解小便,经热敷、按摩等诱导无效后给予留置导尿。而单纯腰椎术后患者多数能自解小便。因此考虑患者为胸腰两段联合手术麻醉较深,对马尾神经刺激较大,由于两处伤口采取卧位不适造成的。所以在胸腰两段联合手术时要做好留置导尿准备。在术后给患者以高营养、易消化、粗纤维食物为主。如鸡汤、甲鱼汤、蔬菜等,促进胃肠蠕动,防止大便秘结。因而患者术后第 3 天顺利解出大便,并拔除导尿管自行排尿。

3. 功能锻炼:

(1)术后第 4 天协助患者在床上做足背伸锻炼,每日两次,每次 50 个,促进股四头肌收缩使肌力恢复。

(2)术后 1 周,协助患者在床上做蹬车锻炼,每日两次,每次 50 个,防止术后神经根粘连,从而促进下肢肌力恢复,早日站立,行走。

(3)术后 2 周搀扶患者下地、站立、行走,感觉腿部力量恢复较好,腰部力量较弱,给予佩戴腰围加以保护,锻炼 15 分钟。

(收稿:1994-03-11)