

肝血流量降低和血浆补体水平下降关系不明显, 输血、输液等也不会使补体水平下降。但更为注意的是, 本实验检测的 C1q、B 因子两种成份都为补体 C3 活化的前体物质, 此两种成份的含量增加, 能不断激活补体成份中的每一种成份。为此, 在机体受到创伤及手术过程中补体始终处于活化状态。补体的这种反应增强对清除感染微生物与宿主组织中坏死细胞是有益的^[3]。所以补体在创伤性骨折和手术恢复过程中对机体的抗感染起着重要的作用。

参考文献

1. Landy J, Ford CM. Surgery, trauma and immune suppression evolving the mechanism. *Ann Surg* 1983; 197: 434.
2. Loegering DJ. Kupffer cell complement receptor clearance function and host defense. *Circ Shock*, 1986; 20 (4): 321.
3. 张素雅编译. 免疫学原理. 上海: 上海科学技术出版社, 1979: 39.

(收稿: 1996-04-24 修回: 1997-01-14)

骨科熏洗疗法的护理体会

贵阳中医学院第二附属医院 (550003) 罗 静

我院骨科采用自拟的红苏泽芎汤进行熏洗热敷, 用于治疗骨外伤及其并发症和后遗症、软组织损伤、无菌性炎症、风湿及退行性骨关节病等 602 例, 总有效率达 90% 以上, 现将护理体会总结如下。

临床资料

1. 本组共 602 例, 男 332 例, 女 270 例; 年龄 4~79 岁; 骨外伤或术后关节肌肉僵硬、关节内粘连 198 例, 软组织损伤 227 例, 无菌性炎症疾病 152 例, 风湿 23 例。

2. 方药: 红花、苏木、泽兰、川芎、花椒、木瓜、艾叶、当归、牛膝、草乌、桂枝、防风、伸筋草、透骨草、大血藤各 30 克。

将上述方药 2~3 剂水煎煮沸 15~20 分钟, 即可进行热气熏洗。待水温下降适宜后, 即行药液淋洗或浸洗。如不便熏蒸浸洗, 则可使用经药液浸煮的热敷垫进行湿热敷。

3. 适应症: (1) 骨外伤中后期、术后关节肌肉僵硬、屈伸不利; 固定后软组织挛缩、关节内粘连等。(2) 各科闭合性软组织损伤。(3) 退行性骨关节病、无菌性炎症、风湿、局部肿痛等。

4. 禁忌症: (1) 局部皮肤有伤口或创面者。(2) 软组织损伤渗出期 (24~36 小时内)。(3) 局部红肿热痛考虑细菌性炎症者。(4) 对热敷药液过敏者。

护理体会

1. 认真作好病人的思想工作, 告知治疗的过程及功效, 便于取得良好的医患合作。同时作好各项基础护理取得患者的信任感。

2. 热敷垫的制备: 为满足各种病人不同部位作湿热敷的需要, 我们自制了厚约 0.5~0.8cm, 长 45cm, 宽 30cm 的大纱布棉垫作为热敷垫。根据需要热敷垫

投入药液中一并加热煮沸 15~20 分钟后备用。

3. 为防止药渣混入药液及热敷垫中影响浸洗及热敷, 我们将中药装入双层纱布袋中扎紧袋口方投入容器中加水煎煮。首次投药前可将中药先以清水浸泡 1~2 小时后再行煎煮, 以利于药汁渗出。

4. 药液煮沸后, 将患处暴露进行药物蒸气熏蒸, 待药液温度降至 55℃ 左右时, 可为患者进行药液淋洗或浸洗。也可将热敷垫从药液中取出拧干, 以 4~5 层热敷垫覆盖或包裹患处进行热敷。

5. 以药液浸洗或热敷垫热敷时, 温度控制极为重要。温度过高会灼伤皮肤, 温度偏低则达不到应有效果。我们体会是 55℃ 为宜, 但应根据每个病人的耐受情况和具体部位而定, 如儿童或皮肤细嫩部位热敷温度应偏低一些。在治疗过程中, 护理人员不能离开, 应观察病人 5 分钟以上, 当患者感觉过热或热敷处有针刺感时应立即去除热敷垫散热, 防止病员烫伤。

6. 当药液及热敷垫温度降至 40℃ 左右时, 应再加热重复进行。每次治疗时间 30~60 分钟, 每日 2~3 次。治疗过程中应注意环境温度, 避免受凉, 治疗结束后立即以毛巾擦干药液。进行药液淋洗可浸洗时, 为维持温度可将药液置于热源上进行。

7. 当治疗进行约 10 分钟, 患者感热力经皮肤深入深层组织中时, 则遵医嘱进行主动及被动的功能锻炼, 同时可辅以推拿按摩治疗。热敷结束后, 可配合肌肉收缩仪、多关节功能活动仪、针灸、离子导入等治疗, 以提高疗效。

8. 进行热敷垫热敷时, 为防止散热过快, 我们于热敷垫外包装覆盖塑料薄膜, 而后再于外层覆盖棉被等保温。同时塑料薄膜也起到隔湿及防污染的作用。

(收稿: 1997-01-13)