

见表 1。

表 1 患者组与对照组血液流变学各项检测值 ($\bar{x} \pm s$)

检测项目	患者组 (n= 52)	对照组 (n= 50)
红细胞压积(L/L)	0.47±0.04*	0.43±0.03
红细胞沉降率(mm/h)	7.82±3.41*	21.47±9.83
红细胞沉降率方程 K 值	34.66±12.95*	78.37±27.65
纤维蛋白原(g/L)	4.37±0.52*	3.84±0.49
全血表观粘度(4s ⁻¹ , mPa)	15.31±1.24*	14.03±1.18
全血表观粘度(10s ⁻¹ , mPa)	12.03±1.02*	10.98±0.95
全血表观粘度(20s ⁻¹ , mPa)	9.86±0.83*	8.73±0.79
全血表观粘度(40s ⁻¹ , mPa)	7.57±0.72*	6.44±0.61
全血表观粘度(100s ⁻¹ , mPa)	5.92±0.67*	5.21±0.58
全血表观粘度(200s ⁻¹ , mPa)	5.35±0.48*	4.87±0.42
血浆粘度(mPa)	1.78±0.17*	1.67±0.15
红细胞电泳时间(s)	18.03±2.37*	16.21±2.06
血小板电泳时间(s)	20.52±2.54*	18.49±2.43

注: * 经 *t* 检验和 *t'* 检验与对照组相比, $P < 0.001$

由表 1 可知患者组红细胞压积、纤维蛋白原、红细胞电泳时间、血小板电泳时间、全血表观粘度(从低切变率到高切变率)、血浆粘度均高于对照组($P < 0.001$), 而患者组红细胞沉降率和红细胞沉降率方程 K 值均低于对照组($P < 0.001$)。

3 讨论

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, 简称 AS) 是以中轴关节慢性炎症为主, 原因不明的全身性疾病, 其特点为几乎全部累及骶髂关节, 常发生椎间盘纤维环及其附近韧带钙化和骨性强直^[5]。鉴于本病因未明, 因此尚缺乏特异治疗。通过血液流变学检测可知: AS 患者红细胞压积比对照组高($P < 0.001$), 提示血液粘度增加、血流缓慢; AS 患者红细胞沉降

方程 K 值低于对照组($P < 0.001$) 提示血沉并非随疼痛发作而显著增高^[6]; AS 患者纤维蛋白原比对照组高($P < 0.001$), 由于它参与血液凝固、抗凝、纤溶、抗纤溶过程, 纤维蛋白原增高对血液流动性产生较大阻力; AS 患者红细胞电泳时间、血小板电泳时间均比对照组高, 提示血液流动性偏慢; 全血表观粘度(从低切变率到高切变率)、血浆粘度均高于对照组($P < 0.001$)。从以上各参数可知 AS 患者必将受到血流动力学影响, 出现微循环障碍, 血流缓慢瘀滞, 使组织与血液之间物质交换受阻, 药物难以达到有效部位。采用针对性的药物有助 AS 的治疗, 如低分子右旋糖酐能减低红细胞聚集性, 三七总甙能减低纤维蛋白原, 二者也能降低血浆粘度, 阿斯匹林、潘生丁能抗血小板聚集^[6]。通过检测 AS 病的血液流变学可知本病急性发作时血凝度偏高呈微凝态, 西药结合活血化瘀、调节免疫双重功效的药物如丹参、当归、三七等药物使用为增加疗效提供实验依据。

参考文献

- [1] 李志安, 田燕华, 李根. 风湿病防治 340 问. 北京: 中国中医药出版社, 1998. 265-290.
- [2] 周君富, 奚国华, 丁德云, 等. 过氧化脂与血粘度关系的探讨. 浙江医科大学学报, 1992, 21(4): 152-155.
- [3] 周君富, 奚国华, 丁德云. 全血还原粘度与过氧化脂质的相关性. 临床检验杂志, 1992, 10(3): 161-162.
- [4] 周君富. 冠心病患者“天保宁”治疗前后血液流变学指标的变化. 老年医学与保健, 1995, 1(1): 20-22.
- [5] 蒋明, 朱立平, 林孝义. 风湿病学. 北京: 科技出版社, 1995. 952.
- [6] 王怡, 王仰宗. 实用临床血液流变学. 北京: 学院出版社, 1994. 424-475.

(收稿: 1999-06-10 修回: 1999-10-25 再修回: 2000-02-12
编辑: 房世源)

• 骨科护理 •

可调式固定器治疗先天性髋脱位的护理

程玉静 毕晓英 孙文荣

(文登整骨医院, 山东 文登 264400)

我院应用自行研制的可调式固定器治疗小儿先天性髋脱位 132 例^[1], 临床观察效果满意, 现将护理体会总结如下。

1 临床资料

本组 132 例中男 19 例, 女 113 例; 年龄 4~52 个月; 共 176 个髋关节, 左侧 55 例, 右侧 33 例, 双侧 44 例; 以上均采用固定器治疗, 随访时间最短 2 年, 最长 7 年。根据周氏功能评定标准^[2], 本组优 151 髋, 良 20 髋, 可 4 髋, 差 1 髋。股骨头缺血性坏死 8 个髋。

2 护理方法

(1) 手术患儿均采用氯胺酮麻醉, 按全麻术后常规护理, 密切观察生命体征变化, 保持呼吸道通畅, 做好复苏前后护理。(2) 行内收肌切断的患儿注意做好切口护理, 可在无菌敷料外用透气透明无菌手术巾贴敷, 防止脱落及大小便污染。个别患儿可用抗生素预防感染。(3) 本固定器的大小腿套为不锈钢板制成, 内衬厚而柔软的纺织物, 使用时注意调节合适的松紧度, 避免皮肤受压或擦伤, 注意观察远端血运、皮温及足趾活

动, 防止血管、神经受压。(4) 术后的固定位置直接影响患儿复位情况, 护理中应加强观察, 保持外固定器的稳固、有效。

本固定器蛙式位与外展内旋位可以互换, 使用方便, 适用于 3 岁以下的先天性髋脱位患儿, 部分髋臼发育尚好的 3~4.5 岁患儿亦可使用。

参考文献

- [1] 黄相杰. 可调式固定器治疗先天性髋脱位. 中国骨伤, 1996, 9(4): 32.

(编辑: 李为农)