

足。产生多方面向心性地向骨断端动力性加压有利于骨折的愈合,使髌骨严重粉碎性骨折的内固定成为可能。本方法固定牢靠,术后不需外固定,可早期进行功能活动,避免了关节僵硬和股四头肌的萎缩,且在早期活动过程中,髌前张力网能有效阻止髌骨碎块的前移,利于关节的磨造和关节面的平整,完全符合髌骨骨折的治疗原则,可获得良好的功能恢复,避免术后病残。

本术式设备简单,易于操作,治疗有效更易于在基层医院

施行,值得推广。

参考文献

- 1 陆裕朴. 部分切除治疗髌骨横断及一端粉碎性骨折的远期疗效. 中华骨科杂志, 1985, 5(5): 280-281.
- 2 王亦瑰. 髌骨骨折治疗原则的实验依据. 中华创伤杂志, 1991, 6(3): 133-135.
- 3 李鸿儒. 骨科手术失误及处理. 云南科技出版社, 1998. 84.
- 4 赵钟岳. 伸膝装置的生物力学. 中华骨科杂志, 1996, 16(1): 65-68.

(收稿: 2002-06-03 编辑: 连智华)

· 骨科护理 ·

多条血管束加带血管蒂骨瓣植入术治疗成人股骨头缺血性坏死的手术配合

叶铿 蒋金萍

(台州市博爱医院, 浙江 台州 318050)

1996 年 10 月以来, 我院对 318 例 60 岁以下 II_b~IV 期 (Ficat 分期法) 的成人股骨头缺血性坏死患者, 采用多条血管束加带血管蒂骨瓣植入术治疗。手术顺利, 疗效满意, 现将手术配合体会报告如下。

1 临床资料

本组患者共 318 例 339 髌, 男 201 例, 女 117 例; 单侧 279 例, 双侧 21 例, 年龄 19~56 岁, 平均 42.6 岁。

2 术前准备

术前做好物品准备及手术间准备。

3 手术配合要点

术前一天相关护士参加病历讨论, 巡回护士到床边访视患者, 按整体护理的要求评估患者的心理状况, 向患者强调手术室人员为手术所做的周密准备, 缓解患者的紧张心情。

3.1 巡回护士配合 ①严格执行查对制度: 选择上臂粗、直静脉用 16 号留置针穿刺, 严格查对输血, 密切观察输液、输血的通畅及有无反应发生; ②防止医源性损伤: 协助麻醉师麻醉成功后固定好病人, 防止坠床, 正确放置电刀负极板, 避免引起电灼伤。输液手臂外展时小于 90°, 以免时间过长造成臂丛神经麻痹。用软垫保护骨突处, 避免尾骶部受压过久而引起压疮; ③密切观察病情: 本手术创伤大, 出血量多, 有些患者有如系统性红斑狼疮、垂体前叶功能减退、慢性再障等原发疾病, 手术应激常引起原发病症的出现或加重, 因此巡回护士要加强巡视, 密切观察心电图变化、生命体征、尿量等, 关注患者的不适感觉; ④满足患者生理需要, 减轻不适感: 巡回护士可用棉签蘸少量温开水给患者做 1~2 次口腔护理, 经常用湿棉签涂口唇, 给予适当的手臂、肩部按摩, 减轻酸胀等不适感; ⑤在牵引股骨头脱出髓臼时, 巡回护士要做好病人的对抗性牵引,

防止病人下滑, 同时注意保护硬膜外导管, 防止脱出。

3.2 洗手护士配合 ①常规洗手铺台后, 手术分离血管时, 准备好 0.5 cm × 15 cm 的胶皮片 15 条, 用来牵拉血管, 10 cm 长 5-0 丝线约 60 条, 用于结扎血管末端。在额式显微镜下仔细分离血管约 50 支, 汇成 2~3 大束。准备一纱布按 1/4、3/4 大小剪开, 生理盐水浸湿, 3/4 纱布打开包裹分离好的血管束, 1/4 纱布卷成筒状, 置于血管束根部作标记用; ②递上合适的骨刀, 并将取下的骨瓣用生理盐水纱布包裹保护, 妥善放置, 在手术进行过程中随时观察血管蒂血运, 如有异常及时报告医生。因此处均为松质骨, 出血较多, 要及时递上骨蜡封闭和干纱条压迫止血; ③在股骨头内植入带血管蒂骨瓣和血管束前, 要仔细检查血管的搏动情况, 如无搏动, 说明血管发生痉挛, 立即用 37℃~40℃ 热盐水热敷, 一般都能恢复搏动。准备合适的钻头、骨刀, 协助将骨瓣和血管束植入股骨头内。术毕, 严格执行清点制度, 杜绝器械敷料遗留现象的发生, 并有助于通过纱条数估计大致出血量。放置引流管, 关闭切口。

4 讨论

多血管束加带血管蒂骨瓣植入术治疗股骨头缺血性坏死, 是一种有效治疗成人股骨头坏死的方法, 但手术过程复杂、时间长, 容易发生手术并发症。医护紧密配合是缩短手术时间, 保证手术顺利的关键。同时, 开展手术室整体护理, 切实做好术前访视、术中护理、术后随访, 才能有效地减少手术并发症, 高质量完成配合工作。感染是手术失败的重要原因之一, 重视术前准备, 术中加强无菌观念, 控制参观人员, 充分准备用物, 减少手术室人员走动以及围手术期合理使用抗生素, 都是有效预防感染的措施。

(收稿: 2002-05-27 编辑: 荆鲁)