

交酯和自增强聚丙烯交酯, 实验证明其弹性模量和机械强度可以满足股骨头骨折临床所需时间。胡军等<sup>[4]</sup>使用可吸收螺钉和棒治疗 24 例股骨头骨折, 认为可吸收内固定物与金属内固定物结果无明显差别。但可吸收材料无需二次手术, 减少感染率, 无金属内固定留在体内的后顾之忧。尤其当骨折块疏松、坏死、吸收及塌陷时, 金属螺钉突入关节腔内, 损伤髌白软骨, 导致创伤性关节炎的发生, 但可吸收内固定物并不能增加骨折间隙的压力。

## 参考文献

- 1 McMurtry IA, Quaie A. Closed reduction of the traumatically dislocation hip: a new technique. *Injury*, 2001, 32: 162-164.
- 2 James PS, Howard WH, David AV, et al. Function outcome of patients with femoral head fractures associated with hip dislocations. *Clin Orthop*, 2000, 377: 44-56.
- 3 Paul T. Displaced acetabular fracture: indications for operative and non-operative management. *J Am Acad Orthop Surg*, 2001, 11: 18-28.
- 4 胡军, 周江南. 股骨头骨折的治疗. *中国矫形外科杂志*, 2002, 14(10): 138F-1383.

(收稿日期: 2003-11-17 本文编辑: 连智华)

## • 骨伤护理 •

# 后路椎间植骨融合内固定治疗腰椎滑脱并发症的预防及护理对策

潘文军, 余铁英

(上虞市中医院, 浙江 上虞 312300)

后路椎间植骨融合内固定治疗腰椎滑脱是我科于 1999 年 5 月作为科研课题, 至 2002 年 5 月收治有手术指征 25 例, 在临床护理中, 我们在术后加强注意血肿形成、脑脊液漏发生、下肢深静脉血栓形成的观察, 合理指导功能锻炼, 使术后未发生并发症出院。半年复查全组患者下腰痛、下肢腿痛、麻木都有不同程度的缓解, 优良率达 100%, 对其术后并发症的预防及护理对策讨论如下。

## 1 注意血肿形成和脑脊液漏发生

**1.1 观察引流管的通畅情况** 病人从手术室回病房后要注意避免引流管受压而发生扭曲或成角, 及时倾倒负压球内引流液(引流液不能超过负压球 2/3), 保持负压球处于负压状态, 利用负压原理将切口内渗血、渗液吸出, 翻身时注意避免牵拉引流管, 在帮助翻身时拿起引流球, 待翻身完毕, 再放置在妥当位置。若引流不通畅, 可用手挤压引流管或轻压切口周围是否有渗血、渗液及皮下血肿, 若引流管阻塞可用无菌生理盐水在无菌操作下冲洗或适当调整置管位置, 若再失效则需更换其他引流, 要加强双下肢感觉、活动度和大小便情况观察, 防止术后硬膜外血肿压迫马尾神经。

**1.2 观察引流颜色** 病人回病房, 向麻醉师及手术医师了解病人术中情况, 密切观察引流液颜色, 引流液呈淡黄色, 则可能有脑脊液引流出, 更改引流负压球为引流袋, 悬挂于床边减少负压压力, 必要时停引流, 垫棉垫于创口处腰围加压固定, 去枕平卧, 头低脚高位, 使脑脊液不能引流出, 利于硬脊膜破损的修复, 防止术后脑脊液漏的发生。

## 2 注意下肢深静脉血栓形成

静脉血栓形成有三大因素: ①血流滞缓; ②血管内膜损伤; ③高凝状态<sup>[1]</sup>。由于大手术本身可以引起凝血, 手术期间血小板黏附性增大, 失血过多或大量输血等可增加血液凝固程度, 再加上术后长期卧床, 肌肉收缩较少, 致使血流缓慢。

我们有如下措施: ①术后密切注意有无腿痛、腓肠肌或大腿肌肉压痛、患侧肿胀等情况, 麻醉作用一消失, 即应指导患者作双下肢踝关节、膝关节早期主动屈伸活动, 股四头肌等长收缩, 充分发挥肌肉泵的作用, 定时翻身加快血流速度及深静脉回流。②避免下肢静脉穿刺输液, 以保护血管内膜。③可用低分子右旋糖酐静滴以降低血液黏稠度, 改善微循环。④必要时检查凝血酶谱发现异常, 立即给予抗凝溶栓治疗。

## 3 加强腰背肌与腹肌功能锻炼, 增加脊柱稳定性, 减少术后腰椎失稳

腰椎滑脱术后虽经内固定植骨等处理后, 腰椎失稳得到改善, 但腰椎活动度大, 运动方式多样且腰椎为松质骨结构, 单凭内固定器械尚不能完全纠正腰椎失稳, 而出现腰椎间植骨块向后脱位、下陷等使融合植骨失效, 并导致腰椎结构失稳复发, 作者采用如下措施锻炼腰背肌、腹肌功能, 增加脊柱软性支柱和稳定性。①术后第 1 天指导患者腹部按摩, 每日 3 次, 每次 5 min, 可增加腹肌肌力, 减少腹胀、便秘等发生。②术后 1 周开始五点支撑法锻炼, 即以头、双肘、双足为支持, 腰、臀上抬提高腰背肌力<sup>[2]</sup>, 增加脊柱稳定性, 坚持每日 3~4 次, 每次 20 下, 循序渐进, 逐渐增加次数及幅度, 以次日腰部肌肉无酸痛、全身无乏力为止; 2 周后改为三点支撑法锻炼, 即病人双臂放置于胸前, 头、双足为支撑使全身呈弓形撑起<sup>[2]</sup>, 以进一步巩固腰背肌力, 功能锻炼因人而异, 持之以恒, 术后 1 个月根据锻炼情况可带腰围下地行走。本组病人根据以上方法进行功能锻炼, 下腰痛、下肢酸痛得到不同程度的缓解, 优良率 100%, 影像学显示均为融合。

## 参考文献

- 1 赛小珍. 骨伤病人下肢深静脉血栓形成的原因及预防. *中医正骨*, 1997, 11(5): 10.
- 2 杜克, 王守杰. *骨科护理学*. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 459.

(收稿日期: 2004-03-24 本文编辑: 连智华)