

表 3 两组治疗前后主要症状与体征积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

Tab. 3 Comparison of integral of sings and symptoms before and after treatment between the two groups ($\bar{x} \pm s$, scores)

组别	疼痛		晨僵		关节活动度	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	8.38 ± 1.96	2.04 ± 2.78*	2.48 ± 1.13	0.45 ± 1.40	7.65 ± 2.79	2.09 ± 3.09
对照组	8.20 ± 1.99	3.77 ± 3.56 ^a	2.44 ± 0.97	0.90 ± 1.48 ^a	7.49 ± 2.86 ^a	3.56 ± 3.64

注: 治疗组与对照组同症状比较, * $P < 0.05$

X线无改变。

1.6 统计学处理 数据处理在 SPSS 统计软件上进行, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用成组设计定量资料 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗组与对照组疗效比较 两组比较, 差异有统计学意义, 治疗组优于对照组, 见表 2。

表 2 两组患者疗效比较 (单位: 关节数)

Tab. 2 Comparison of integral of effect between the two groups (joint number)

组别	关节数	临床控制	显效			愈显率 (%)	总有效率 (%)
			有效	无效	无效		
治疗组	40	13	10	14	3	57.5	92.5
对照组	39	4	9	16	10	33.3	74.4

注: 两组疗效比较, $P < 0.05$

2.2 两组治疗前后主要症状与体征积分比较 两组患者治疗后在膝关节疼痛、关节晨僵、关节活动度方面与治疗前比较有统计学差异 ($P < 0.05$), 见表 3 疗后优于疗前。

3 讨论

膝关节骨性关节炎系包括生物因素 (如遗传、年龄、炎症等) 的多种因素及机械性损伤造成关节软骨的破坏。中医学认为 KOA 属于“骨痹”范畴, 当归通痹汤方中重用当归补血活血通经, 用当归能改善微循环流态, 使流速加快, 降低微血

管内红细胞聚集, 减轻微血管渗出, 对炎症局部的微循环障碍有明显的改善作用^[2]; 羌活、生姜祛风散寒, 强筋止痛; 何首乌、杜仲补肝肾、强筋骨, 现代药理表明何首乌醇提物能促进细胞分裂、增殖, 使细胞进入衰老期的时间明显延迟^[3]; 杜仲可促进人体皮肤、骨骼、肌肉中蛋白质胶原的合成和分解, 促进代谢, 预防衰老^[4]; 佐以牛膝以加强活血, 补肝肾、强筋骨之功, 并可引药下行; 甲珠善于走窜, 性专行散, 能通络搜风止痛而达病所; 黄芪补气健脾; 甘草调和诸药。诸药合用共奏良好的活血祛瘀、散寒祛风止痛、补益肝肾之功效。

久正骨筋丸胶囊主治筋脉瘀滞、风寒阻滞患者, 对骨性关节炎患者的疼痛肿胀、活动受限有一定的疗效, 但作用缓慢。随着免疫基因、剂型和机制等方面对中药研究的不断深入, 有待于进一步的探讨。

参考文献

- 1 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (第 3 辑). 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 350.
- 2 姜国辉. 川芎嗪与川芎嗪药理作用比较 (一): 抗血栓及抗血小板作用. 中国药理学通报, 1996, 12(2): 133.
- 3 陈计, 夏炎兴, 杨秋美, 等. 何首乌吸收成份对大鼠二倍体细胞生长和传代的影响. 上海中医药杂志, 1995, 29(8): 43-44.
- 4 程光丽. 杜仲有效成分分析及药理学研究进展. 中成药, 2006, 28(5): 723-724.

(收稿日期: 2006-12-06 本文编辑: 李为农)

高龄骨折患者术后并发症的观察与护理

陈兰玉

(潍坊市中医院骨科, 山东 潍坊 261041)

关键词 骨折; 手术后并发症; 老年人

Treatment and nursing of postoperative complications in advanced age patients with fracture CHEN Lan-yu The TCM Hospital of Weifang, Weifang 261041, Shandong, China

Key words Fractures Postoperative complications Aged

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(3): 204-205 www.zggssz.com

自 2004 年 1 月至 2005 年 12 月, 对 31 例 70 岁以上的骨折患者施行了手术, 通过精心治疗与护理, 有效地预防了并发症的发生。现将观察与护理体会报告如下。

1 临床资料

本组 31 例, 其中男 19 例, 女 12 例; 年龄 70~95 岁, 平均

78 岁。股骨颈骨折 11 例, 股骨粗隆间骨折 20 例。行全髋关节置换 6 例, 人工股骨头置换 10 例, 动力髌 15 例, 伤后 3~18 d 手术。手术入路采用髓外侧或后外侧入路, 术后常规应用抗生素 7~10 d 均不应用止血类药物。

2 术后并发症的观察与护理

2.1 切口感染 术后 1~3 d 可有暂时性体温升高,如不超过 38.5℃,可嘱其多饮水,无须特殊处理;如持续低热,要及时查明原因,对症处理。观察切口渗血情况,若渗血较多,要及时换药。保持切口引流通畅,每日更换引流器,保持引流管接口及其周围皮肤干燥无菌,及时观察引流液的量、性质、颜色变化,术后 48~72 h 拔除引流管。常规治疗的同时,注意加强全身营养,配合局部理疗,防止切口感染,促进其愈合。本组 2 例术后 1 周仍有低热,经切口分泌物、血液细菌培养加药敏试验,选用高敏抗生素,及时换药后体温降至正常。

2.2 内固定物松动、断裂 关节脱位主要是由于早期负重功能锻炼不当、骨折延迟愈合或不愈合、再次外伤所致。护理:术后患肢保持外展中立位,如患者不能自觉控制外展位,可在两大腿间安放软枕以防肢体外旋、内收。指导患者术后早期在床上开展肌力锻炼和关节活动训练,合理进行行走锻炼和负重锻炼,加强扶拐练习指导。嘱患者术后 6 周内不要交叉双腿,3 个月内不要侧卧、不要在床上屈膝。锻炼应从弱到强、循序渐进,强度以患肢无痛或微痛为限,并在医师指导下定期复查。

2.3 心血管系统病变 高龄骨折患者在术后往往会出现心血管系统病变的症状和体征,如心律失常、传导阻滞、心跳骤停等。应绝对卧床、吸氧,注意观察脉率、心率及心律情况,必要时心电图监护。饮食宜清淡、易消化、富含维生素,戒烟酒,避免过饱和消化不良,保持大便通畅,防止便秘,以免增加心脏负担。

2.4 脑血管系统病变 老年人多因肾阴不足、肺胃伤津而出现糖尿病。因内分泌失调容易并发中风先兆,表现为头晕、肢体麻木、半身不遂、言语不清、口眼歪斜,严重者意识障碍,甚至昏迷。术后严密观察生命体征变化,一旦出现上述情况,及时处理。本组 1 例出现“中风先兆”,给予吸氧,静脉输注扩张血管、改善微循环的药物血栓通等,口服活血化瘀通络的中药汤剂,7 d 后中风症状消失。

2.5 肺部感染 高龄患者由于肺脏结构与功能上的退化,呼吸道防御功能降低,加之骨折因素的影响,易发生肺部感染。如发现患者有寒战高热、胸痛、咳嗽、咯痰、呼吸困难、紫绀等临床表现,应密切观察生命体征、面色、尿量、神志的变化。肺部感染的高龄患者比中青年患者易因痰液阻塞气管而发生窒息和呼吸衰竭。要密切观察痰液的色、量、气味、黏稠度,随时做好准备进行人工呼吸及气管切开。患者骨折后卧床时间较长,痰液较多,要定时翻身、叩背。痰液黏稠者,予以生理盐水、糜蛋白酶、庆大霉素雾化吸入,以湿化痰液,降低痰液黏弹性,促进排痰。

2.6 肌肉萎缩及关节僵硬 这是术后肢体固定、活动受限的常见并发症。主要表现为骨关节创伤愈合后,关节正常活动功能障碍,严重者可致残。对此,应充分发挥患者的主观能动性,加强功能锻炼,遵循动静结合、筋骨并重的治疗原则,尽早指导或协助患者进行主动和被动活动,改善局部血液循环,促进炎症消散,增加肌肉弹性,预防并发症的发生^[1]。

2.7 下肢深静脉血栓形成(DVT) DVT 是下肢骨折患者术

后常见并发症之一。一般于术后 2~8 d 出现,因静脉回流障碍而导致患肢肿胀、疼痛、皮肤颜色发红,甚至浅静脉充盈曲张,直接影响术后康复,严重者因栓子脱落并发肺栓塞而危及生命。术后患者回病房后,要求摇起床尾 20°~30°,抬高患肢,促进静脉回流,密切观察患肢的肿胀程度、肤色、温度、浅静脉充盈情况及感觉,术日开始对患肢进行按摩或使用下肢静脉泵。尽量避免下肢输液,维护血管内壁完整性,保护下肢静脉。本组有 2 例患者在术后 2~8 d 出现下肢肿胀、疼痛、皮肤颜色发红,其中 1 例浅静脉曲张,及时通知医师,经彩色多普勒超声诊断,确诊后经绝对卧床休息、抗凝、溶栓治疗后痊愈。

2.8 泌尿系统损害 高龄患者骨折术后卧床时间较长,尿排空不易,为细菌的生长繁殖提供了条件,易发生泌尿系感染和结石。全身症状表现为寒战高热、乏力、腰痛等;局部表现为尿频、尿急、尿痛、排尿困难、血尿、脓尿等,应鼓励患者多饮水,每日 1 500 ml 以上,指导患者吃含有较高水分的水果,以保持尿量。留置导尿管的患者,要保持尿管通畅,防止扭曲受压,注意观察尿液的色、质、量,每日用 0.1% 的洗必泰溶液擦洗尿道口 2 次,保持外阴清洁,防止上行感染。

2.9 褥疮 高龄骨折患者由于长期卧床、固定、牵引等特殊治疗,使肢体局部受压、血液循环不良,加上手术的创伤,致使患者机体抵抗力低下,易发生褥疮。应每 1~2 h 翻身 1 次,变换体位,对受压的骨突出部位进行按摩,用软垫保护或使用气垫床。保持床褥平整、干燥、无褶皱,指导患者进高蛋白、高维生素、易消化饮食,增加皮肤抵抗力及组织修复能力。

3 讨论

高龄骨折患者免疫力日益衰退,且常伴有多种慢性疾病,加上手术麻醉的损伤,容易引起切口感染。保持引流通畅、及时换药,能大大降低感染率。理疗可改善深部血液循环,促进局部炎症吸收;正确的功能锻炼指导,是防止肌肉萎缩关节僵直、内固定物松动断裂、促进骨折愈合、恢复机体功能的重要措施;翻身、叩背、湿化气道,对清除呼吸道分泌物,保持气道通畅,减少肺部感染的发生起着不容忽视的作用。有研究显示,不采用预防措施,髌骨关节置换术后 DVT 的发生率为 40%^[2]。通过对 31 例下肢骨折患者术后实施有效而可靠的护理,本组 DVT 的发生率为 3%。严格的无菌操作及尿道口护理,降低了泌尿系感染的发生。定时翻身、避免局部的物理性刺激,按摩受压处,可促进血液循环,增加皮肤抵抗力预防褥疮。本组病例无褥疮发生。术后密切观察患者的意识、生命体征,及时发现心脑血管系统病变的征象,对症处理,有效地避免了并发症,提高了患者的生命质量。

参考文献

- 1 王蚕,任增煜.骨科常见并发症及其护理对象.中医正骨,1999 11(5):54.
- 2 吕厚山,徐斌.人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成.中华骨科杂志,1999 19:155.

(收稿日期:2006-04-20 本文编辑:王宏)