

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2019.19.047

网络首发 <http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20190625.0912.004.html>(2019-06-25)

下腰椎后路手术两种切口包扎方法的临床效果比较

王敏, 彭燕, 杨敏, 李玲, 邱李玲, 王莉[△]

(陆军军医大学第一附属医院/西南医院手术麻醉科, 重庆 400038)

[摘要] 目的 对下腰椎后路手术采取两种不同的包扎方法并进行比较, 寻找一种简便有效、利于伤口愈合的包扎方法。方法 选取 2016 年 3 月至 2018 年 8 月在该院行下腰椎后路手术患者 295 例, 分为自我加压组(A 组)148 例和传统包扎组(B 组)147 例。术后 A 组用棉垫及无芯敷料进行封闭式自我加压包扎; B 组使用敷贴包扎。比较两组患者的引流量、敷料脱落情况、患者舒适度等。结果 术后引流量大于 50 mL 者, A 组 2 例, B 组 26 例, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后舒适度下降者 A 组 2 例, B 组 28 例, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 下腰椎后路手术术后伤口使用棉垫及无芯敷料进行封闭式自我加压包扎可减少引流量, 患者舒适度好, 依从性强。

[关键词] 腰椎; 外科伤口; 负压包扎方法

[中图分类号] R473.6

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2019)19-3414-02

后入路是下腰椎手术最常用的手术路径, 因为前入路位于盆腔显露困难和手术风险并发症较高, 但后入路下腰椎手术因手术视野显露要求充分, 常需较大范围地剥离椎旁肌肉群并予以强力的牵拉, 手术时间较长, 术后容易发生椎旁肌肉等软组织水肿、手术腔隙血肿、切口组织血运受损愈合不良、甚至感染等一系列伤口相关并发症^[1-4], 适宜压力包扎可有效止痛、减少切口出血、渗出, 利于伤口愈合^[5-8]。反之, 不恰当的加压包扎则引起相反的作用。根据腰椎手术切口区域术后痛觉恢复快的特点, 本课题组利用自我适度加压的方法, 改进切口包扎, 取得了良好效果, 现报道如下。

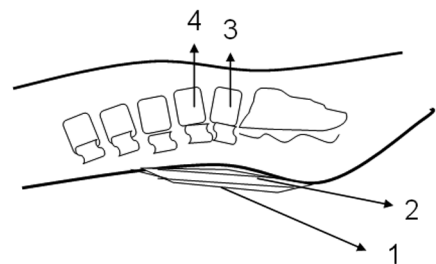
1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月至 2018 年 8 月本院行下腰椎后路手术患者 295 例, 诊断标准: 根据《骨科手术学》(2005 年版)和《坎贝尔骨科手术学》(第 11 版)拟定。纳入标准: (1) 年龄大于或等于 50 岁的中老年人^[9-10]; (2) 明确诊断为腰椎管狭窄症和(或) L₃₋₅ 不同节段椎间盘突出, 同时伴腰椎失稳患者, 且在本院骨科脊柱组行后路减压内固定手术治疗。排除标准: (1) 年龄小于 50 岁; (2) 资料不全等影响观察者; (3) 单纯椎板减压未放置内固定器械; (4) 合并糖尿病、凝血功能障碍等影响脊柱内固定术后并发症发生者。所有患者根据住院号的奇偶数分为两组: 自我加压组(A 组)148 例, 其中男 73 例, 女 75 例, 年龄 54~60 岁, 平均(57.7±3.1)岁, 体质量 69~75 kg, 平均(72.4±3.5)kg; 传统包扎组(B 组)147 例, 其中男 74 例, 女 73 例, 年龄 53~59 岁, 平均(55.9±3.1)岁, 体

质量 68~73 kg, 平均(70.9±2.9)kg。两组患者性别、年龄、体质量比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 切口包扎方法 A 组使用棉垫覆盖伤口及引流管位置, 棉垫厚度应抵消患者腰椎生理弯曲, 且患者平卧后棉垫高于切口平面 0.5~1.0 cm, 通常情况下结合手术节段(L₃~S₁)和术前侧位 X 射线资料显示的生理曲度增减棉垫数量, 如 L₃₋₄ 节段手术切口接近生理曲度最大处, 棉垫相对于 L₅~S₁ 节段术处多 2~4 张棉垫。根据患者腰部两侧腋后线连线的长度裁剪无芯敷料(3L, 规格 10.0 cm×4.5 m 可裁剪), 将裁剪好的无芯敷料以叠瓦式的方法进行粘贴(图 1), 四边超出棉垫 3 cm, 固定伤口棉垫, 将手术无菌区进行严密封闭, 最大限度减少污染(图 2)。为防止患者发生褥疮, 可将患者左右侧轮流抬高 30°, 并在腰部垫上软枕保持伤口自我加压状态。B 组在手术结束后常规贴上敷贴, 其他无特殊处理。



1. 无芯敷料; 2. 棉垫; 3. L₅ 椎体; 4. L₄ 椎体

图 1 A 组无芯敷料叠瓦式包扎侧面示意图

糖控制,病灶可逐步消失。

HC-NH 需与以下疾病鉴别:(1)脑血管疾病:为最常见病因,通常合并神经系统功能缺损的其他症状和体征,MRI DWI 序列高信号可与脑梗死鉴别,CT 值较脑出血的 CT 值低,无水肿及占位效应也可与脑出血鉴别。(2)风湿性舞蹈病:儿童多见,风湿热表现,炎性指标升高可鉴别。(3)亨廷顿舞蹈病:常染色体显性遗传病,阳性家族史,舞蹈样动作累及全身,随病情进展出现帕金森综合征表现,基因测序可鉴别。(4)肝豆状核变性:常染色体隐性遗传铜代谢障碍疾病,可有肝脏、角膜等多器官受累表现,血清铜蓝蛋白下降,角膜可见 K-F 环,基因测序可鉴别。(5)神经棘红细胞增多症:为常染色体隐性遗传的脂类代谢病,舞蹈样动作可累及四肢和口面部,导致咬舌、发出怪声、吞咽困难和构音障碍,基因测序和外周血发现棘红细胞可鉴别。(6)其他:甲状腺疾病、肿瘤、低血糖等疾病^[11]。

HC-NH 一般预后较好,治疗关键是控制血糖,首选胰岛素降糖治疗,同时应用多巴胺受体拮抗剂(如氟哌啶醇)控制舞蹈症状,但降糖速度不宜过快,低血糖也可导致舞蹈症状^[8]。

HC-NH 发病机制有待明确,但存在典型三联征^[12]:非酮症高血糖、偏侧舞蹈症、对侧纹状体 CT 高密度和(或)MRI T1 高信号,应考虑此病,降低误诊率,及早采取有效治疗,避免错过最佳干预时机。

参考文献

[1] 尹汝尊,刘瑞春,马太成. 糖尿病性偏侧舞蹈症的临床分

(上接第 3415 页)

- J, et al. A comparative clinical study on five types of compression therapy in patients with venous leg ulcers[J]. *Int J Med Sci*, 2013, 11(1): 34-43.
- [8] RATHEE M, KUNDU R, TAMRAKAR A. Custom made pressure appliance for presurgical sustained compression of auricular keloid[J]. *Ann Med Health Sci Res*, 2014, 4(Suppl 2): S147-151.
- [9] 邱贵兴,戴尅戎. 骨科手术学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2005: 1699-1703.
- [10] 卡内尔,贝蒂. 坎贝尔骨科手术学[M]. 11 版. 北京:人民军医出版社, 2009: 1465-1473.
- [11] OUSEY K J, ATKINSON R A, WILLIAMSON J B, et al. Negative pressure wound therapy (NPWT) for spinal wounds: a systematic review[J]. *Spine J*, 2013, 13(10): 1393-1405.
- [12] FANG X T, WOOD K B. Management of postoperative instrumented spinal wound infection[J]. *Chin Med J*, 2013, 126(20): 3817-3821.
- [13] KHAN N R, THOMPSON C J, DECUYPERE M, et al.

析[J]. *中华全科医学*, 2013, 11(1): 95-96.

- [2] 蒋秀娟,李玉玲,陈美霞. 糖尿病性偏侧舞蹈症 11 例临床分析[J]. *浙江医学*, 2014, 36(8): 712-713.
- [3] BEDWELL S F. Some observations on hemiballismus[J]. *Neurology*, 1960, 10(6): 619-622.
- [4] 孙佳琳,荣静. 糖尿病偏侧舞蹈症 2 例[J]. *中国临床新医学*, 2016, 9(9): 827-828.
- [5] DANVE A, KULKARNI S, BHOITE G. Non-ketotic hyperglycemia unmasks hemichorea[J]. *J Community Hosp Intern Med Perspect*, 2015, 5(4): 27825.
- [6] ABDELGHANY M, MASSOUD S. Nonketotic hyperglycemic chorea [J]. *Case Rep Neurol Med*, 2014, 2014: 128037.
- [7] 杨雪华,陈立杰,俞春江,等. 酮症高血糖性偏侧舞蹈症 1 例[J]. *脑与神经疾病杂志*, 2017, 25(4): 245-248.
- [8] 裴晓蕊,吴哲. 糖尿病性偏侧舞蹈症 13 例临床分析[J]. *中国医药指南*, 2015, 13(34): 82-83.
- [9] 左赞江,宋高业,韦骏,等. 非酮症糖尿病偏侧舞蹈症的临床及影像学分析[J]. *广东医学*, 2014, 35(19): 3088-3090.
- [10] 陈新坚,程传虎,黄旭东,等. 非酮症高血糖性偏侧舞蹈症的脑部影像学表现[J]. *现代医用影像学*, 2015, 24(2): 145-148.
- [11] 武姗,胡丽叶. 糖尿病性偏侧舞蹈症 2 例[J]. *临床内科杂志*, 2017, 34(10): 687-688.
- [12] 程淑华,聂红兵. 糖尿病非酮症性偏侧舞蹈症 1 例报道[J]. *赣南医学院学报*, 2018, 38(2): 160-161.

(收稿日期:2019-02-02 修回日期:2019-05-23)

A Meta analysis of spinal surgical site infection and vancomycin powder[J]. *J Neurosurg Spine*, 2014, 21(6): 974-983.

- [14] SERENA T E, CARTER M J, LE L T, et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial evaluating the use of dehydrated human amnion/chorion membrane allografts and multilayer compression therapy vs. multilayer compression therapy alone in the treatment of venous leg ulcers[J]. *Wound Repair Regen*, 2014, 22(6): 688-693.
- [15] CHANG C P, CHIO C C, CHEONG C U, et al. Hypoxic preconditioning enhances the therapeutic potential of the secretome from cultured human mesenchymal stem cells in experimental traumatic brain injury [J]. *Clin Sci (lond)*, 2013, 124(3): 165-176.
- [16] RABELLO F B, SOUZA C D, FARINA JUNIOR J A. Update on hypertrophic scar treatment[J]. *Clinics (Sao Paulo)*, 2014, 69(8): 565-573.

(收稿日期:2019-02-08 修回日期:2019-05-29)