维普资讯 http://www.cqvip.com

助于临床医生分析损伤程度、损伤种类和损伤的机理，能指导医生选择恰当的治疗方法。目前临床上较常采用的方法有两种：Lauge-hansen 分类法和 Danis-Weber 分类法。前者依据受伤时足所处的位置和外力作用的方向进行分类，是距骨在踝穴中受到不同方向的外力而发生移位的结果。后者根据腓骨骨折位置的高低与下胫腓关节的关系进行分类。但临床上的踝关节骨折并非单一外力的作用，患者也不能准确地描述受伤时足的位置和外力的方向，因此医生只能根据伤后 X 线片所示的骨折情况来推断其损伤类型。本文采用了 Danis-Weber 分类法，对临床较为实用，且腓骨骨折的部位与所受的外力密切相关，腓骨骨折水平越高，下胫腓韧带损伤越严重，踝穴失效的危险性越大，其关节损伤的程度越严重。

踝关节骨折的治疗目的在于恢复踝穴的稳定，以及避免后期发生创伤性关节炎。其发生主要与原始损伤程度、距骨复位不良及骨折复位不良密切相关[3]。这就要求良好的骨折复位，促进韧带愈合及早期功能练习。20 世纪 60 年代，强调恢复内踝与距骨的解剖关系，恢复距骨与胫骨远端关节面的关系。自 70 年代起，人们逐渐认识到外踝是治疗踝关节损伤的关键，距骨的移位紧随外踝，外踝如能解剖复位，距骨也随之达到解剖复位。因而在治疗踝关节骨折脱位时强调外踝的解剖复位，但也不能忽视内踝、后踝的解剖复位和韧带的修复，只有这样才能为距骨提供一个解剖复位的踝穴，减少了创伤性关节炎的发生。

C 型骨折和半数以上 B 型骨折均有下胫腓韧带的损伤[3]。部分患者在原始 X 线片上并不显示下胫腓关节分离，而导致治疗上的失误，本组 2 例属上述情况，术后发现踝关节内侧间隙略增宽。因此术中用探钩试验法并摄 X 线片了解下胫腓关节的稳定性，可防止上述情况的发生。对下胫腓关节分离是否固定目前仍有两种观点[4-5]。本组均给予固定，使损伤的韧带得到修复，防止复发。固定下胫腓关节时，由于距骨前宽后窄，为保持踝穴的正常宽度，应将踝关节置于中立位，螺丝钉在踝关节近端 2～3 cm 处固定，并自后外向前内，向前倾斜 25～30°。为防止负重时断裂，可向近端略斜行，但应防止腓骨向近端移位。并于 10 周左右取出，防止限制踝关节的正常生理活动及螺丝钉断裂。螺丝钉的作用并不是拉力作用，只是维持下胫腓关节的对位关系，所以腓骨、胫骨的皮质都要进行攻丝。

采用可吸收螺钉固定，减少了患者因第二次手术取螺钉的痛苦和经济负担，避免了二次手术的损伤，特别是后踝骨折，本组随访效果良好。

[参考文献]

[1] 荣国威. 骨科内固定 [M]. 第 3 版. 北京：人民卫生出版社，1999.2.
[2] Leeds HC, Ehrlich MG. Instability of the distal tibiofibular syndesmosis after bimalleolar and trimalleolar ankle fracture [J]. J Bone Joint Surg Am, 1984, 66(4): 490－503.
[3] 荣国威. 踝关节骨折 [J]. 中华骨科杂志，1987, 7(5): 395－396.
[4] 荣国威，王亦璁，王文庆，等. 下胫腓联合分离的实验研究 [J]. 中华外科杂志，1983, 21(1): 5－7.
[5] 齐 斌，徐莘香，刘德裕，等. 踝部旋前类骨折脱位远期疗效分析 [J]. 中华骨科杂志，1993, 13(2): 100－102.

（编辑：兰阳军）

·个案与短篇·

脑血管造影的观察与护理

李雪薇
（第三军医大学附属西南医院神经内科，重庆 400038）

[关键词] 脑血管；造影；护理
[中图分类号] R816.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)01－0009－01

数字减影血管造影（DSA）是通过电子计算机辅助成像的血管造影方法，适用于全身的血管检查。应用该技术行全脑血管造影，能清楚地显示颈内动脉、颅内大血管的血管图像。因此，目前已被应用于脑血管相关疾病的检查。我科自 2003 年 2 月至 2003 年 7 月开展了经股动脉穿刺全脑血管造影术 149 例，现将护理体会介绍如下。

[收稿日期] 2003－11－20 [修回日期] 2003－12－09

（下转 17 页）

维普资讯 http://www.cqvip.com

有关。因此，本文认为要使 Anderson-Hynes 离断式肾盂成形术达到理想的治疗效果，术中应注意如下几点：①在游离肾盂输尿管时，应注意保留其周围脂肪组织，防止损伤其外膜；②输尿管斜形吻合口应正对肾盂内侧，以利于输尿管蠕动波的传递和尿液引流；③对于肾盂积水较重者应行肾盂剪裁，使其下端呈下垂的舌状以避免吻合口处成角，输尿管断面呈斜形并纵行剖开以加大吻合口口径，确保连接处成漏斗状；④吻合口缝合要采用优质的可吸收线间断缝合，注意对合整齐，不能内翻或外翻，吻合针距以不漏尿为原则；⑤吻合口周围用脂肪组织包裹有利于局部血供及局部炎症的吸收；⑥术中放置双J内引流管，有吻合口支架和引流尿液双重作用，可减少尿液外渗并降低肾盂内压，有利于肾功能的早期恢复，但应避免导管过粗造成输尿管壁压迫性缺血坏死使狭窄复发，一般主张以 F6～F8 为宜，留置时间为 4～6 周。

[参考文献]

[1] 吴阶平. 泌尿外科[M]. 济南：山东科学技术出版社，1993. 279－288.
[2] 段国兰，陈一戎，史庭恺，等. 先天性肾盂输尿管连接处狭窄病理组织学观察[J]. 中华泌尿外科杂志，1993，14(8)：456－457.
[3] 任吉忠，闵志廉，朱有华. 肾盂输尿管连接处梗阻的病理学与临床回顾[J]. 第二军医大学学报，1999，20(6)：404－405.
[4] Lacey NA, Massouh H. Use of helical CT in assessment of crossing vessels in pelviureteric junction[J]. Clin Radiol, 2000, 55(3): 212－216.
[5] 韩立新，吕 军，黄新华，等. 磁共振尿路成像临床应用的研究[J]. 中华放射科杂志，1997，31(12)：678－681.
[6] McAleer IM, Kaplan GW. Renal function before and after pyeloplasty: does it improve [J]. J Urol, 1999, 162(3Pt2): 1041－1044.
[7] 梅 骅. 泌尿外科手术学[M]. 第2版. 北京：人民卫生出版社，1998. 167－173.
[8] 曾甫清，鲁成功，张齐钧，等. 肾盂输尿管连接部梗阻术后再狭窄原因分析[J]. 临床泌尿外科杂志，1997，12(4)：221－222.

（编辑：邱全光）

（上接9页）

1 临床资料

本组149例全部采用在局麻下经股动脉穿刺插管途径行全脑血管造影。年龄9～75岁，平均46.2岁，男85例，女64例，均系临床确诊病人。其中脑梗死36例，椎基底动脉供血不足32例，症状性癫痫15例，血管性头痛12例，蛛网膜下腔出血7例，脑叶出血6例，其他病种31例。

2 观察与护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理　护理人员向患者讲解有关脑血管造影检查的方式方法，介绍成功病例及脑血管造影的必要性，消除病人紧张、恐惧心理；向患者讲解手术部位，说明检查中可能出现的异常感觉和注意事项；向患者说明在造影剂快速推注过程中可能会出现头颈部发热、头脑短暂空白或黑蒙，使患者有充分的思想准备，保持良好的心理状态，配合手术，使手术顺利进行。

2.1.2 术前准备　做好术前相关检查：包括血常规、肝肾功能、凝血三项、乙肝两对半、输血前三项、心电图及胸片，以了解病人的全身情况。术前常规准备：普鲁卡因试验，青霉素皮试，碘过敏试验，备皮。术前药物准备：尼莫通或罂粟碱、地塞米松及生理盐水及各种急救药品。术前给药：鲁米那钠针0.1 g，肌肉注射。

2.2 术中护理

向患者交代手术区消毒范围，避免将手伸入消毒区，对于配合不好的患者，可适当束缚上肢，以利手术顺利进行。密切观察生命体征及瞳孔的变化，必要时予心电监护。检查中密切注意病人的临床表现（如眩晕、恶心、呕吐，一侧肢体无力，麻木），如造影显示有血管痉挛的，尤其在行椎基底动脉的插管造影过程中，应立即给予罂粟碱30～60 mg稀释后缓慢动脉内注入。由于大剂量造影剂的刺激、动脉壁小的血栓的脱落等因素可能诱发癫痫，应立即予安定10 mg静脉推注。患者出现烦躁不安，不予配合，此时护理人员应进行心理疏导，可暂停插管，必要时予约束带束缚同时使用镇静剂。

2.3 术后护理

患者应绝对卧床休息24 h，穿刺侧下肢保持伸直位，10～12 h制动，股动脉穿刺处绷带加压包扎24 h以上，局部沙袋压迫6～8 h。护理人员向病人及其家属交代清楚注意事项，嘱患者不能私自取下沙袋及拆除绷带，以免产生皮下出血及血肿等不良后果。注意观察穿刺处敷料包扎情况，有无渗血、皮下有无血肿。注意观察穿刺侧肢体血运情况：穿刺部位由于包扎过紧，压迫股动脉或静脉回流受限，均会影响下肢血液循环。因此护理人员应密切观察下肢血循情况，双足皮温是否一致及足背动脉搏动情况。

（编辑：蒋登金）