Res,2009,29(11):4513 – 4517.
[6] Mohiuddin SS,Gonzalez JJ,Glass J,et al. Laparoscopic-assisted endoluminal hybrid surgery: a stepping stone to NOTES[J]. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech,2009,19(6):474 – 478.
[7] Cibula D,Slama J,Svarovsky J,et al. Abdominal radical trachelectomy in fertility-sparing treatment of early-stage cervical cancer[J]. Int J Gynecol Cancer,2009,19(8):1407 – 1411.
[8] 孙亚锋,许建华,叶 凯,等. 细针吸取细胞学检查在乳腺癌术前诊断中的价值[J]. 河北医学,2010,16(3):300 – 302.
[9] 余小蒙,王卫东,张长淮,等. 对乳腺肿物针吸细胞学诊断标准的探讨-951 例细胞学与组织学的对照分析[J]. 中华病理学杂志,2002,1(31):26 – 29.
[10] 林木青. 针吸细胞学检查对乳腺癌的诊断价值[J]. 浙江临床医学,2004,6(4):317 – 318.

(编辑:唐秋姗)

· 个案与短篇 ·

发育性髋关节脱位关节置换术的体位设计与应用

李 玫,王 敏,曾 俊 (第三军医大学西南医院手术室,重庆 400038)

[关键词] 发育性髋关节脱位;关节置换术;体位
[中图分类号] R687.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2011)02-0179-01

发育性髋关节脱位(developmental dysplasia of hip,DDH)是一种常见的髋关节疾病,早期无明显症状,随着病情的发展,大部分患者在 20 ~ 40 岁左右出现关节疼痛、活动障碍等症状,生活质量受到严重影响,最终需要接受全髋关节置换术治疗[1]。为更好地配合手术,我们设计并改进了手术体位,应用于 15 例 DDH 患者的全髋关节置换术中,取得满意效果。现介绍如下。

1 材料与方法

1.1 材料

头圈 1 个、支手板 1 套、侧卧位支手板 1 套、腋垫 1 个、侧卧位挡板 1 套、5 cm × 200 cm 体位胶布 1 条、15 cm × 300 cm 帆布约束带(会阴部抵抗带)1 根、棉垫 2 张、凡士林油纱布 1 张、压腿带 1 套。

1.2 体位设计与应用

患者取健侧卧位,头部枕头圈,腋下放置腋垫。患侧上肢平放于支手板上,健侧上肢放于可调节侧卧位支手板上,高度以患者左右径宽度为准,双手臂呈抱球状。骨盆前后两侧以侧卧位挡板固定于耻骨联合和骶骨上。会阴部垫 1 张凡士林油纱和 1 张棉垫,再用会阴部抵抗带将患者会阴部拉紧固定于手术床。健侧下肢稍微弯曲,并用压腿带固定;患侧下肢自然放于其上,不予固定。肩胛部垫 1 张棉垫,将患者肩胛部用体位胶布固定于手术床。安置好后再次检查确认患者手术体位是否暴露充分、安全、稳定、舒适,是否影响患者呼吸及血液循环,有无神经、血管、骨隆突处受压,肢体外展度是否适当,特别注意检查患者的膀胱有无压迫,会阴部有无过度牵拉。

2 讨论

全髋关节置换手术采用后外侧切口入路,需要安置患者于健侧卧位[2]。由于 DDH 患者存在肢体短缩、髋臼发育浅平、股骨近端异常等情况,给人工全髋关节置换手术带来困难。手术中应综合考虑双下肢长度的平衡、髋臼及外展肌力的重建,以及对神经、血管的保护[3]。

DDH 全髋关节置换术手术难度大、术中关节复位困难,对手术体位配合提出了更高的要求。我们采用改进的侧卧位安置方法,加固了患者肩胛部、骨盆部的稳定性,防止患者术中前后移位;增加了会阴部的固定,有效地形成了患者术中牵引复位的对抗力量,防止患者上下移位。同时,稳定的手术体位也保障了手术无菌屏障的严密性,为手术的高质量顺利进行提供了有力的保障。

[参考文献]

[1] 郑文杰,张 峡,周 跃,等. 成人先天性髋关节脱位的全髋置换术[J]. 现代医药卫生,2005,21(10):1196 – 1197.
[2] 夏 萍,杨晓蓉. 人工全髋关节置换术后胃肠道反应的观察及护理[J]. 局解手术学杂志,2009,18(5):354.
[3] 赵建宁,郭 亭,周利武,等. 成人严重先天性髋脱位的人工全髋关节置换术[J]. 中国矫形外科杂志,2006,14(5):325 – 327.

(编辑:雷 艳)

[收稿日期] 2010-11-07 [修回日期] 2010-12-16