维普资讯 http://www.cqvip.com



angle)[4]。臂丛神经在进入上臂过程中，在斜角肌三角间隙水平，臂丛下两神经根汇合成臂丛下干；锁骨后方的锁骨下肌及胸小肌腱后方，锁骨下动脉经前中斜角肌之间跨越第 1 肋骨，在锁骨后方形成为腋动脉，再经胸小肌腱后方进入上臂。第 1 肋骨形如剪刀的一叶，而锁骨、颈肋、增长的第 7 颈椎横突、斜角肌、骨性隆起物等如剪刀的另一叶，钳夹神经、血管于两叶之间，使神经、血管受压而出现症状。②肋骨锁骨通道：为锁骨内侧面和第 1 肋前中段上侧面之间的管道，有前口和后口。前口通过锁骨下静脉；后口有神经和动脉通过，臂丛的下干在此可能受压。通道的前后径约 2.7cm。腋静脉在第 1 肋骨外缘形成为锁骨下静脉，于前斜角肌的前方跨越第 1 肋骨，与颈静脉汇合后进入胸廓。③胸小肌管道：是指神经血管束从胸小肌接近喙突起止点下通过 的管道，是本征第 3 个可能受压的地方。上肢在极度外展(180°)时会增加张力，此时发生压迫的大多是臂丛神经，很少压迫血管。这就是被称之的过度外展综合征或胸小肌综合征。

臂丛神经中的上中神经根，不经由胸廓上口，而是从颈部发出，经颈至上肢，而锁骨下动脉确实是从胸廓上口发出[5]。当不同部位出现病变时，所致的临床表现也不尽相同。所以胸廓出口综合征临床诊断上的命名应予修改，应根据解剖学术语更名为胸廓上口综合征。按解剖部位可进一步详细地命名为：肋骨斜角肌裂孔综合征、肋锁综合征和胸小肌综合征等。

## 参 考 文 献


1. 杨克勤主编. 脊柱疾患的临床与研究，北京：北京出版社 1993：597.
2. 饶书城主编. 脊柱外科手术学，北京：人民卫生出版社 1993：444.
3. 谢尔斯主编. 普胸外科基础，北京：人民卫生出版社 1991：318.
4. Press et al. Vague upper — extremity symptoms? Consider thoracic outlet syndrome. Physician sports Med. 1994；22：57—64.
5. Don ranney. Thoraicic outlet. An anatomical Redefinition that makes clinical Sense. Clinical Anatomy 1996；9：50—52.


(收稿日期：1996—04—24)

57—58

2.2

人工股骨头

股骨头置换术 护理

R.687.3

# 人工股骨头置换术的护理

河北省邯郸市峰峰矿务局第二医院骨科 孙秀亭

(河北邯郸峰峰，邮政编码 056201)

老年人的骨质疏松，质脆，关节软骨弹性亦减少，出现退行性改变，故遭受任何外力极易导致骨折。而股骨颈骨折在老年的各种骨折里较为多见。一般 65～70 岁以上者发生头下型，经颈型股骨颈骨折，骨折移位明显，股骨头缺血坏死率高，在全身情况允许下可行人工股骨头置换术。术后三周大都可扶拐杖逐渐负重行走，均无并发症发生。现将老年人人工股骨头置换术的护理报告如下。

**一、术前准备**：①心理护理：老年人脑萎缩，对周围事物反应迟钝，不易合作，突然受伤及从家庭来到医院，产生了一种强烈心里压力，容易烦燥对亲属发脾气，对治疗护理工作不配合，但同时又有一种强烈的求治愿望，怕从此瘫在床上。护士应掌握病人心里，做到耐心，细致解说，开导，不可强制，以调动病人积极因素，使其配合治疗。同时，应向患者介绍以往成功的病例，以消除老人恐惧与怀疑的心理。②牵引护理：老人股骨颈骨折后，骨折端移位，多需行持续胫骨结节牵引，待骨折复位后，方可行术。牵引期间应随时注意检查肢端的颜色，温度，足背动脉搏动和有无神经受压引起的感觉障碍，并注意牵引肢体的位置和力线是否恰当，牵引绳索和足趾是否有被褥压住。牵引重量，须视病人年龄、性别，肌肉丰满程度和有无软组织损伤而定等，一般牵引重量约病人体重的 1/7～1/10 为宜。牵引过程中，定期拍片和测量肢体长度。另外要注意肺部，泌尿系和褥疮等骨折后并发症的预防。③常规检查：由于老年人体质弱，手术耐受力差或伴有多脏器疾患，增加了手术的危险性，因此，术前要严格检查患者的心、肺、肝、肾功能和血糖等。常规测体温，脉搏、呼吸、血压并记录，以便术后对照。合并糖尿病的病人需在血糖正常后方可手术。④术前准备：常规皮试，术前 1 日用抗生素。按骨科常规备皮，备皮时防止刮破皮肤，术晨留置导尿管，固定牢固，尤其老年女性，松

维普资讯 http://www.cqvip.com



驰，极易脱出，最好用气囊导尿管，以防脱落。

**二、术后护理**：①生命体征观察：老年人心肺功能差，加之麻醉药作用，术中失血，以及骨水泥的毒性等，都极易引起术后血压，呼吸的变化，应提前备好氧气，吸痰器等。接病人时，必须了解术中失血补液及生命体征变化情况，术后更应严密观察。②观察负压引流及伤口出血情况：伤口内常规置负压引流管一根，目的是引出伤口内渗血渗液，防止感染。护士应及时将负压引流管接负压引流瓶，并保持引流系统始终处于负压状态，观察其量、色，四十八小时引流液减少至每日少于 50ml，即可拔除，注意防止体位改变引流管受压致引流不畅。③患肢体位：要保持外展中立位。我科行人工股骨头置换术，多采用后路切口，要特别注意防止患肢内旋。在搬动患者及抬起臀部时，应将髋关节整个托起来，不得只牵拉患肢。如因体位的变动影响患肢体位，要及时矫正。如发现患肢短缩，内外旋等，应即报告医生及时处理。

④感染的预防：术后常规应用抗生素滴注以防感染。注意对老年人要控制输液速度，防止肺水肿。在调配液体过程中，浓度要适当，防止发生静脉炎。保持伤口敷料整洁，负压引流及更换敷料时应严格无菌操作，大小便时不要污染伤口。⑤并发症的预防：老年人骨折后及术后卧床时间长容易引起危及患者生命的并发症，如肺炎、肺不张，褥疮血管栓塞和尿路感染，结石等，必须采取综合护理，防止各种并发症的发生。⑥指导和鼓励患者进行功能锻炼：指导功能锻炼实际上就是指导老人运动，因为过度的静止不利疾病恢复，因此，有效地指导早期活动，往往对疾病的恢复有益，且可预防多种并发症的发生，如下肢静脉栓塞，坠积性肺炎及褥疮等。鼓励患者利用牵引床上的拉弓，做上身抬起活动，练习抬高臀部每日 3 次，并逐日增加次数。术后 2 天可先在床上做股四头肌和踝关节活动。术后 2 周即可下地活动，逐渐负重，要加强保护，以防止病人摔倒，造成再次损伤。⑦老年人生活能力低下，要多从生活上体贴、照顾，加强生活护理。老年人消化能力弱，宜多吃富有纤维素营养丰富易消化的食物，经常按摩腹部，定时排便，必要时可用缓泻剂，防止腹胀和便泌。不少老人常合并心脏病，高血压，气管炎，哮喘病和糖尿病等。术后均须细致观察与了解，及时处治，以便使病人顺利康复。

(收稿日期：1996－01－09)

# 肠旋转不良伴多系畸形 1 例

江苏省常熟市第二人民医院　朱　惠　蒋健民

(江苏常熟，邮政编码 215500)

患者男，21 岁，住院号 11097，持续性右下腹痛 26 小时，恶心、呕吐 5 次于 1990 年 7 月 28 日入院。体检：智力低下，鸡胸，心前区闻及 N 级 SM，以胸骨左缘三、四肋间最显著，$P_2$ 亢进，腹平，右下腹麦氏点压痛明显，轻度反跳痛，左下腹稍有深压痛，无反跳痛，双足六趾，右侧隐睾，辅助检查：心电图左室肥大。入院诊断：1. 急性阑尾炎。2. 多系畸形：先心(室缺)、右侧隐睾、鸡胸、多趾。处理：起病后经外院保守治疗，腹痛不缓解转入我院，考虑患者体弱，且有先心等畸形，为防止病情发展，增加手术、麻醉危险性，及时手术。

**术中所见**：右下腹麦氏切口，未见阑尾，右髂窝处后腹膜有局限性炎性改变，拟为腹膜后阑尾，打开侧后腹膜，探查见较正常明显小的睾丸、附睾，表面无光泽，切除，乙状结肠位于右下腹，而盲肠停留在左下腹，阑尾长 7cm，直径 1—1.2cm，呈卡它性炎症，顺行切除。病理诊断：急性浅表性阑尾炎，隐睾(病理号 90 13 07)。

**讨论与教训**：先天性肠旋转不良，是指胚胎期以肠系膜上动脉为轴心的旋转运动不完全或异常，使肠道位置发生变异和肠系膜附着不良，从而并发肠梗阻或肠扭转，男性发病率比女性高 1 倍[1]，因其病理变化复杂，常合并畸形[2]。本例患者，盲肠停留在左下腹，术前估计不足，选麦氏切口，增加手术难度，难以探明腹内其它脏器的情况。遇临床体检有畸形的患者，事先应作详细检查，并慎重选择手术切口。隐睾易发生恶变[3]，恶变机会较正常的要大数 10 倍[4]。青春期后，绝大多数隐睾由于受体温影响而发生萎缩出现组织学变化。如萎缩的睾丸已不能置入阴囊应予切除以防恶变[5]。