维普资讯 http://www.cqvip.com

常规器械。洗手护士协助医师铺巾。我们多数病例采取右侧颈前侧横切口，外侧过胸锁乳突肌内缘 1cm，内侧经过颈前中线 1cm，切开皮肤，分离组织，切断颈阔肌在其深面剥离。洗手护士传递拉钩，牵胸锁乳突肌向外、胸骨舌骨肌向内，显露肩胛舌骨肌及甲状腺，切断肩胛舌骨肌并翻开。牵甲状腺向内，显露甲状腺中静脉、下动脉及喉返神经，保护喉返神经，切断并迅速传递 4 号丝线双重结扎甲状腺中静脉，下动脉，递上特制颈深部拉钩牵颈血管鞘向外，内脏鞘向内，显露椎前筋膜并切开剥离用 20 号穿刺针穿入病变椎间盘中央定位。巡回护士调节 C 臂 X 机，投照定位，在萤光屏下再次确定钻孔部位。我们对 11 例患者均采用了环锯钻孔植骨法。钻心刀在椎间隙平行打入病变椎间盘内，然后，根据病人椎体大小选择环锯，套入钻入后，施力下沿顺时针旋转，深达 2cm 左右时减轻施力力度，待钻心同步旋转 90 度后提示已完全钻通，取出之，洗手护士递上微型有角度括匙，轻刮取出残留椎间盘组织及部分上下方骨化前纵韧带。用大于取椎间盘的环锯直径 1cm 环钻取髂骨后，用套芯把圆柱形植骨块锤击出来，植骨块深度为 1.5cm，由巡回护士略向后伸牵引头部下，经修整后的髂骨块骨皮质面向内植入椎体骨槽中，以融合椎体。

体会：前路手术途径简便，视野暴露好，出血少既可解除脊髓前方的致压物，又可行椎体间植入骨融合稳定颈椎。整个手术的配合过程中是我们体会到在嵌入植骨融合时要注意：①骨块的放置，把髂骨取下来的植骨块骨质面向下，避免松质面向下久至导致骨质增生进一步引起脊髓受压。②取自体髂骨分别修态成直径比骨孔或骨槽大 1～2mm，前后径短 5mm 的圆柱骨骨块在头盆牵引下将骨柱嵌入并用嵌压器压平嵌紧，用 4 号线缝合椎前筋膜，固定植入骨块 11 例病者未发现植入骨柱脱出。此外手术室护士对患者的解释工作尤为重要。因为患者对将进行的手术往往产生焦虑、害怕、恐惧心理，甚至会担心麻醉是否有效，手术能否成功等等。实践证明，手术室巡回是最理想也是合适宜予对患者这些顾虑的解释，同时也增加了患者对手术室人员的信任和了解。充分的手术器械及物品准备是手术顺利进行的前提。在接到手术通知单后，洗手护士和巡回护士根据手术所需和每个医生不同特点准备常规器械，还应考虑到术中可能会用到的一些特殊器械。手术体位的安置，是巡回护士的重要内容，也是保证手术顺利进行的关键。术前嘱病人行深呼吸及向左右椎移气管、食道训练，以适应术中牵拉。头部后仰活动，使病人能承受手术体位。严格的无菌操作是减少术中感染的基本措施。洗手护士、巡回护士除自己严格无菌操作外，还应监督确保手术全过程中其他人员无菌操作。

（收稿日期：1995－12－19）

胸廓出口综合征：临床解剖学命名探讨

广州第一军医大学临床解剖学研究所　李义凯　钟世镇

（广东广州，邮政编码 510515）

1956 年 peet 首先提出的胸廓出口综合症（Thoracic outlet Syndrome，Tos），主要描述臂丛神经、锁骨下动脉及少部分的锁骨下静脉在胸廓出口处的颈基底部受到压迫，引起的肩部、上臂及手的麻木感，患肢出现发冷和肌无力等症状。从文献上反映，综合征的命名较混乱，如前斜角肌综合征、肋锁综合征、过度外展综合征、胸小肌综合征、颈肋综合征或第一肋综合征等。以名称所出现的症状基本相似，常难以确定其确切的受压机制，但大多数文献都认为是在胸廓出口处及其附近的神经血管受压而产生的综合症状[1,2]。个别文献认为是在胸廓上口处受压[3]。解剖学教科书描述的胸廓上口是由第 1 胸椎椎体、第 1 对肋骨及胸骨柄上缘围成。胸廓上口是一个解剖学名词，临床上所说的胸廓出口，实际上是胸廓上口。胸廓出口易被误解为胸廓下口，这种解剖学命名上的混乱，势必影响临床诊断的准确性。

根据临床解剖学分析，臂丛和锁骨下血管在颈部和胸廓上口至上臂间，可能出现的压迫点为：肋骨斜角肌裂孔、肋骨锁骨通道和胸小肌管等三处。①肋骨斜角肌裂孔：为前中斜角肌与第 1 肋形成的三角形间隙，也称为斜角肌三角（Scalenetri-

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