维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2006年第15卷第4期
J Regional Anat & Operative Surg, 2006, Vol. 15, No. 4

关节镜下经皮撬拔复位固定治疗胫骨平台骨折

张世宏，吕宝民，李艳鹏 （新疆建设兵团农七师医院骨科，新疆 奎屯 833200）

[关键词] 关节镜；胫骨平台；骨折
[中图分类号] R274.12 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)04-0270-01

胫骨平台骨折是一种常见的关节内骨折，常影响胫骨平台关节面，还可合并有半月板、交叉韧带的损伤，易于造成不良后果，导致关节疼痛、僵硬或畸形。治疗原则强调恢复关节面平整，保持关节稳定，故保守治疗较为困难。近年来，随着手术技术和内固定物的进步，对稳定骨折多采用手术治疗。以往单纯中央型塌陷型胫骨平台骨折（Schatzker分型，Ⅲ型）多采用传统的切开复位内固定的方法，创伤大，并发症多，恢复较慢。我院自2002年9月至2005年9月采用关节镜下经皮撬拔复位固定治疗单纯中央型塌陷型胫骨平台骨折，恢复较好，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者12例，其中男9例，女3例，平均年龄45岁。均经过X线及CT检查明确诊断为单纯中央塌陷型胫骨平台骨折。

1.2 手术方法

关节检查镜从前外侧入路进入关节腔，仔细冲洗关节腔后找到骨折部位，判断有无半月板损伤，前后交叉韧带有无断裂和松驰，用探针提拉半月板，估计塌陷大小和深度。找到骨折部位后，在胫骨结下方二横指，内侧一横指处开一大小约2 cm×1 cm的骨窗，关节镜下，通过骨窗对塌陷处撬拔，如塌陷部位偏外，也可从外侧开骨窗对塌陷骨块进行撬拔复位，关节镜下可看到塌陷抬起，直到关节软骨面平整。取大小合适的自体髂骨植入骨缺损区，骨块厚度应>1 cm。再用2~3枚直径6 mm的皮质螺钉经皮固定胫骨近端。

1.3 术后处理和功能锻炼

术后采取抬高患肢，抗炎消肿治疗，膝托固定，第三天开始行功能锻炼，膝关节屈曲从40°起，出院时屈曲度应>90°，术后第三天进行关节腔穿刺，抽出关节液并注入玻璃酸钠2 ml，减轻关节腔内炎性反应及术后关节腔内粘连。

2 结果

12例全部进行随防6~12个月，平均9个月，根据Hohl膝关节评分标准，结果为优：骨愈合良好，膝关节功能接近健侧，2例关节屈曲度100°，无感染及严重关节炎并发症出现。

3 讨论

胫骨平台骨折系关节内骨折，解剖复位有利于骨折愈合及关节面透明软骨修复，精确的复位，坚固的植骨内固定有利于避免创伤性关节炎的发生，保守治疗很难达到上述要求；而广泛的切开复位固定则创伤较大，增加了感染及关节腔粘连的机会，影响关节功能的恢复。关节镜作为微创技术应用于胫骨平台骨折的治疗有独特的优越性，采用开窗植骨，对关节面损伤较小，复位后遗留骨缺损采用骨植+松质骨螺钉内固定，有良好的支撑固定作用，可行早期功能锻炼，术后关节功能恢复好。但是并非所有胫骨平台骨折都适合关节镜下撬拔复位经皮固定技术，根据术前X线及CT检查，我们选择Schatzker Ⅲ型病例。胫骨平台骨折常伴有半月板、侧韧带及交叉韧带的损伤，即使行CT、MRI检查也不能完全确定有无损伤及损伤程度，运用关节镜技术则可进行全面的检查，不仅了解骨折的情况，又可明确半月板等结构有无损伤及损伤程度，并视情况作出相应的处理，减少并发症的出现。

[收稿日期] 2006-04-22 [修回日期] 2006-05-28

（编辑：蒋登金）

肝癌股动脉介入治疗的护理

唐凯英，韦玉兰 （百色市人民医院，广西 百色 533000）

[关键词] 肝癌；介入治疗；护理
[中图分类号] R735.7 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)04-0270-02

通过介入导管将化疗药物直接注射到病变部位，同时注入明胶海绵栓塞病变部位周围血管，从而在局部起到杀死癌细胞作用，是治疗无外科手术指征的肝恶性肿瘤的主要方法之一。一般认为其对正常肝组织损伤小，安全性高，并发症发生率低。我院2003年1月至2005年12月开展肝癌股动脉介入化疗栓塞术共23例，其中男性22例，女性1例，年龄43~60岁，均确诊为原发性肝癌，经过认真仔细护理，取得满意效果。现将护理体会介绍如下。

1 术前护理

术前向患者介绍股动脉介入化疗、栓塞治疗肝癌的基本原

[收稿日期] 2006-05-20 [修回日期] 2006-06-29

维普资讯 http://www.cqvip.com

理、注意事项、安全性、可能出现的不适及应对措施等,使患者了解手术经过,将做过介入治疗的患者介绍给新的患者,让他们互相沟通感受和体会,使其对介入治疗有一个新的认识,从而消除紧张和顾虑,树立信心,以最佳的心理状态接受治疗。术前1天双侧腹股沟备皮、做好药敏试验,训练床上大小便及术后更换体位的方法,保证充足睡眠,术前禁食、禁饮4 h,嘱其配合。

2 术后护理

术毕回病房后让患者绝对平卧床24 h,插管肢体制动,平伸8 h,观察穿刺部位有无血肿,并用砂袋压迫6 h。如无异常,48 h后逐渐下床活动。严密观察患者的生命体征,术后2 h内每15~30 min观察下肢皮肤和测足背动脉搏动1次,每2 h测血压1次。咳嗽时用手加压穿刺部位,防止出血。术后禁食4~6 h,由于化疗药物的副作用,可引起恶心、呕吐症状,向患者做好解释,必要时可遵医嘱应用胃复安肌注,或口服碘恩司酮片,以减轻症状。饮食宜清淡、易消化,少食多餐,少量多次饮水,适量进食新鲜蔬菜和水果以补充维生素,避免过食,防止一次大量的进水进食而增加不良刺激。保持大便通畅,防止因排便用力而发生穿刺处出血。一般术后2 h至3 d内发生疼痛,主要是由于化疗药物引起,以及动脉栓塞缺血,导致局部组织坏死而引起肝区疼痛。术后需密切观察腹痛的部位、强度、持续时间等。对疼痛难忍患者按医嘱给予镇痛剂,如哌替啶、曲马多等肌肉注射。在术后2~3 d,体温波动在38~39.5 ℃,为栓塞后坏死组织吸收热,5~7 d自行消退。术后严密观察体温变化,若体温在39 ℃以上或高热不退者给予物理降温,如温水擦浴或温乙醇擦浴等,必要时遵医嘱药物降温;加强口腔部护理及呼吸道感染的预防。

肝癌为恶性肿瘤中恶性程度较高的一种,是最常见的人类致死性恶性肿瘤之一。患者患病后紧张、焦虑、甚至绝望心理尤为严重。介入化疗栓塞是治疗肝癌的一种重要手段,通过细心的护理,使患者有一个良好的心理状态,增强战胜疾病的信心,缓解或消除介入化疗、栓塞治疗带来的各种不适,充分发挥主观能动性,积极配合治疗。在治疗过程中实施正确、适当、及时的护理是降低介入化疗、栓塞治疗术后并发症的发生率的重要一环。

(编辑:蒋登金)

妊娠合并阑尾炎术后患者的护理体会

周 波,鲁晓平,李树慧 (桦川县人民医院,黑龙江 桦川 154300)

[关键词] 妊娠合并阑尾炎;护理
[中图分类号] R714.255 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)04-0271-02

急性阑尾炎是妊娠期最常见的外科疾病,一旦确诊应在积极抗炎治疗的同时立即手术治疗。由于患者发病处于妊娠的特殊时期,孕妇心理、社会因素与患者的康复和胎儿存活率有直接关系。我院2005年1月至10月共收治妊娠合并阑尾炎患者27例,现将护理体会报告如下。

1 临床资料

本组患者27例,其中手术19例。19例病例中孕10周1例,孕12~27周9例,孕28~35周9例;急性单纯性阑尾炎14例,化脓性阑尾炎3例,坏疽性阑尾炎2例。19例患者仅1例妊娠10周合并坏疽性阑尾炎术后三天流产,其余全部治愈出院,随诊孕妇及胎儿良好。

2 护理

2.1 密切观察胎动与胎心音

一方面,由于手术的刺激可引起子宫收缩;另一方面,妊娠时,由于盆腔器官静脉充血及激素的影响,组织蛋白溶解能力增强,毛细血管壁通透性增高,促使炎症发展,致使阑尾炎坏死穿孔,且膨大的子宫把大网膜及小肠推向上方及外侧,易引起腹膜炎症扩散刺激子宫收缩,导致流产、早产甚至死胎。所以,中晚期妊娠的患者入院后进行胎心监测,术后患者更应该特别注意胎心与胎动的情况,密切注意阴道有无出血及腹痛情况,仔细辨别是切口痛、肠蠕动痛,还是宫缩痛。

2.2 正确选择卧位

中晚期(尤其是晚期)妊娠的患者,膨大的子宫可使膈肌上移,胸腔体积缩小,选择半卧位,可使内脏器官稍下垂,胸腔体积增加,从而减轻心肺负担。半卧位还可使脓液局限于直肠子宫凹陷,减少毒素的吸收,有利于引流,也可减小腹壁张力,减轻切口疼痛。

2.3 术后护理

术后疼痛是不可避免的,首先要做好心理护理,向患者介绍有关术后疼痛缓解的知识,并请患者的家属配合。如果患者难以忍受,可用药物止痛,但要选好药物,应绝对禁用对胎儿有影响的止痛药。中晚期妊娠的患者,腹壁张力较大,如果术后有腹胀、咳嗽等也可增加腹内压,容易引起切口裂开或加重切口疼痛,应嘱患者咳嗽时用手按压切口,拆线时间一般要推迟1~2 d,必要时行间断拆线。有放置引流管的患者,要经常检查引流管是否通畅,并且观察和记录引流物的性质和量,按时更换引流袋。加强营养是母体康复和胎儿生长发育的保证。手术后,机体的分解代谢大于合成代谢,出现明显的负氮平衡。肠蠕动恢复后必须循序渐进地按清流质、流质、半流质、普食的方式给予各种营养素齐全的高营养饮食,同时要考虑妊娠的因素,营养素的提供要比一般手术患者更多一些,尽可能按患者

[收稿日期] 2006-05-10 [修回日期] 2006-06-06