维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 2006年第15卷第2期
J Regional Anat & Operative Surg, 2006, Vol. 15, No. 2

拇指腕掌关节脱位的治疗12例体会

陈立志，王世富 （富裕县人民医院外科，黑龙江 富裕 161200）

[关键词] 拇指腕掌关节；脱位；治疗
[中图分类号] R274.21 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)02-C003-01

拇指腕掌关节本身骨折、直接暴力损伤、先天性的变异、慢性老损、拇指腕掌关节韧带松弛等均可导致拇指腕掌关节脱位和半脱位。我院自1996年10月至2005年5月收治了拇指屈曲位或略屈曲位时暴力作用拇指传导至腕掌关节所致拇指腕掌关节脱位病人12例，分别采用保守及手术治疗，获得了满意的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例12例，其中男11例，女1例。年龄最小15岁，最大47岁。所有病例均为闭合损伤，向背侧脱位。

1.2 治疗方法

4例受伤当天复位后稳定性良好，于轻度过伸位采用管型石膏制动4周；6例复位后关节均不稳定，采用手术治疗，臂丛或局麻后沿第一掌骨桡背侧切口，显露拇指腕掌关节，复位关节后用克氏针做内固定，并修补桡背侧韧带，术后制动6周。1例为伤后4周复位后不稳定，采用韧带重建，臂丛麻醉后沿第一掌骨桡背侧切口，显露腕掌关节，分离桡侧腕屈肌腱远端。前臂再做一纵行切口，显露该肌腱，向远端劈开一束肌腱约6 cm，至止点处，复位关节后用一枚克氏针固定，于第一掌骨基底部向背侧钻孔，穿过该肌腱束，在拇长展肌腱深部绕回拉紧，缝合固定出口处，再绕桡侧腕屈肌腱回到第一掌骨基底部固定，将拇指固定于伸直外展位4周。

2 结果

本组12例患者，11例在一次治疗就获得满意疗效。1例保守治疗患者经石膏固定1周后复查X线，见再次脱位，改为切开复位克氏针内固定，修补桡背侧韧带后获得满意疗效。所有患者随访6个月至1年，无1例复发。

3 讨论

拇指腕掌关节由远侧列腕骨与5个掌骨底构成，除拇指和小指腕掌关节外，其余各指的腕掌关节的运动范围都很小，再加之其关节囊坚韧，且第2、3、5掌骨基底背侧有屈伸肌腱止点进一步加强其稳定性，故腕掌关节脱位和骨折的机会很少。但随着交通事故的增多，其发生的机会也逐年上升。由于致伤原因复杂，多为强大的暴力，易造成多发性骨折和脱位，并常伴严重的软组织损伤，造成了治疗上的困难。拇指腕掌关节脱位后畸形虽然明显，但常常被严重的肿胀所掩盖，在X线片上，无论是正、侧位都很难发现移位，所以易造成误诊。故临床综合检查及仔细阅片是十分必要的。由于2～5腕掌关节活动范围小，只要关节囊及周围韧带能顺利愈合，去除内固定后积极功能锻炼。本病的治疗方法很多，可闭合复位穿针，也可复位后石膏外固定，或用外固定架治疗，适用于基层医院。

（编辑：郭光金）

[收稿日期] 2005-11-16 [修回日期] 2005-12-01

脑脊液置换术治疗蛛网膜下腔出血58例护理

刘迎春 （佳木斯市中心医院二部神经内科，黑龙江 佳木斯 154002）

[关键词] 脑脊液置换术；蛛网膜下腔出血；护理
[中图分类号] R743.35 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2006)02-C003-02

蛛网膜下腔出血（SAH）是神经内科常见病，具有病死率高，致残率低的特点[1-2]。其病死率高主要是因为起其并发症多。我科于1999年8月至2004年11月对58例蛛网膜下腔出血病人，在常规应用甘露醇和抗纤溶药物的同时，应用脑脊液置换术治疗，取得了很好疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组58例病人，其中男48例，女10例。年龄45～78岁，平均52岁。入选病例均按中华医学会第四界脑血管病会议确定的诊断标准，并全部经头部CT扫描证实确诊SAH。

[收稿日期] 2005-08-16 [修回日期] 2005-09-21

维普资讯 http://www.cqvip.com

R-7666

1.2 治疗方法

本组所有病例均采取传统的止血、脱水降颅压、口服尼莫地平和对症支持治疗，同时行脑脊液置换术。其方法是：按腰椎穿刺术常规进行，腰穿成功后先测颅内压，缓慢放出血性脑脊液 5 ml，再缓慢注入无菌生理盐水 4.5 ml，留置 3～4 min 后再缓慢放入 5 ml，再缓慢注入无菌生理盐水 4.5 ml，如此反复 5 次，隔日 1 次，连续 3～4 次。

2 结果

本组 58 例经脑脊液置换术和精心护理，50%～80% 蛛网膜下腔出血患者临床症状改善，无一例发生并发症，均痊愈出院。

3 讨论

蛛网膜下腔出血很容易发生脑血管痉挛、脑积水、脑室积液等并发症。脑血管痉挛的发生虽然是一个多因素、多途径的病理过程，但大量的研究提示蛛网膜下腔积血释放出的氧合血红蛋白可能是导致脑血管痉挛持续发展的关键因素；脑积水的发生也和脑室内积血密切相关，与脑池积血总量亦有关，血液沉积在基底池及第四脑室附近，影响脑脊液的正常循环，同时红细胞可堵塞蛛网膜颗粒，使脑脊液的回收障碍，以上因素导致脑室扩大，形成脑积水，脑脊液置换术将蛛网膜下腔积血、脑室、脑池内积血放出，可以降低颅内压，改善脑脊液循环，减少脑血管痉挛和梗阻性脑积水的发生[2-3]。

脑脊液置换术前向患者及家属做好解释工作，讲明脑脊液置换术的重要性及注意事项，解除患者的心理障碍，接受并配合脑脊液置换术的治疗。术中协助患者采取腰椎最佳体位，并给予患者安慰和鼓励，取得患者的配合，以提高腰穿成功率。术后所有病人绝对卧床休息 4～6 周。病室保持安静、避光，保证患者的精神安慰，稳定患者情绪，减少探视。每次腰椎穿刺后都要去枕平卧 4～6 h。注意观察穿刺部位有无渗血和出血。于术后测血压、脉搏、呼吸，同时观察神志、瞳孔、意识状态等情况。因多次腰穿，增加了颅内感染的机会，术后每日二次测体温。病人可因颅内高压，腰穿后低颅压，或颅内感染等引起头痛加重，所以要密切注意病人头痛的程度、性质和体位的关系，是否伴有发热等。遵医嘱按时给予甘露醇降颅压，给抗纤溶药防止再出血，注意有无水电解质失衡。烦躁不安者给镇静剂，并防止坠床，必要时采取防护措施。认真做好基础护理，预防并发症的发生。保持呼吸道畅通，定时翻身扣背，鼓励患者咳嗽、咳痰，以防肺部感染。留置导尿者，保持引流通畅，每天冲洗膀胱，勤更换尿袋、尿管，预防压疮的发生。不能进食者给予插胃管鼻饲，保证每日热量。保持排便畅通，防止用力排便而引起再出血。向患者及家属介绍蛛网膜下腔出血的易复发性及预防措施。如不宜进行激烈的运动或重体力劳动，保持心态平和，避免情绪波动，监测血压，禁止吸烟和大量饮酒。

[参考文献]

[1] 丘冠桓，张天益，廖伟春. 脑脊液置换治疗继发性蛛网膜下腔出血的疗效观察[J]. 局解手术学杂志，2005，14(1)：19－20.

[2] 王智勇，单继东. 自发性蛛网膜下腔出血后症状性脑血管痉挛 22 例[J]. 局解手术学杂志，2005，14(2)：131.

[3] 李华玲，韩 利，陈黛琪，等. 蛛网膜下腔出血并发症病人的护理[J]. 护理研究，2004，1(1)：129－130.

（编辑：郭光金）

《局解手术学杂志》简介

《局解手术学杂志》是全国唯一的局部解剖学与临床外科手术学相结合的杂志。国际标准刊号：ISSN 1672－5042，国内统一刊号为：CN50－1162/R，双月刊，主要刊登人体解剖学、应用解剖学、断层解剖学及临床外科手术学的基础理论、实验及临床研究。设置的栏目有：专家述评、科研论著、教学研究、经验交流、综述与讲座、短篇与个案、手术方法改进、国内外本领域研究动态等。本刊稿件刊出周期短，大 16 开，72 页，彩色铜版纸印刷，每逢双月的 25 日出版，每册定价：12.00 元，全年 72.00 元（含邮资费）。

地　址：重庆市沙坪坝区高滩岩正街 30 号第三军医大学局解手术学教研室《局解手术学杂志》编辑部

联系人：张天飞　同志收　　**邮　编**：400038　　**电　话**：023－68752251，68752250

传　真：023－68752250　　E-mail：guogjin@yahoo.com.cn

敬告订户：本刊由重庆五湖印务有限公司承印，如有印刷和装帧质量不合格者，请直接寄回公司更换

地址：重庆市高新区石桥镇白合村桃子林社　　**电话**：(023)68662064　　**邮编**：400041