维普资讯 http://www.cqvip.com

·个案与短篇·

经皮钩形小针刀治疗拇长屈肌腱鞘炎

刘铁民* 刘贵成*

我院自1995年至1999年，应用解剖定位进针，经皮钩形小针刀治疗拇长屈肌腱鞘炎192例取得满意疗效，现报告如下

一、资料与方法

1.一般资料：192例拇长屈肌腱鞘炎患者，年龄21～65岁，其中男62例，女130例，双侧21例。局部解剖学特点：拇指由于拇长屈肌腱，通过两块籽骨的缝隙与鞘管组成的隧道内，易造成屈肌腱纤维鞘管的增厚，管腔狭窄，管壁弹性减弱，屈脂肌腱于此处呈梭形膨大，在掌指关节相应的屈腱纤维鞘管的起始部出现隆起，活动时疼痛并产生弹响，重症者拇指可有绞锁。

拇指的指神经在掌指关节水平的皮下，来自正中神经在掌部桡侧部分，为混合神经，开始位于内收肌表面，然后渐向桡侧越过拇长屈肌腱与拇短屈肌平行和同侧指动脉相伴行至拇指末端。

2.治疗方法：患者坐位、掌心向上，触摸患侧拇指掌指关节处，掌横纹近端的增厚腱鞘可扪及痛性硬结，在此处做一标记，再在其掌指关节的掌横纹中点可触及屈肌腱走行处做一标记。常规消毒术野，在远端标记处进针行局部麻醉、局麻药应沿腱鞘壁直达硬结处，注入0.5%利多卡因3毫升，右手持钩形小针刀，在拇指掌指关节掌横纹远端标记处垂直刺入皮肤，后紧贴鞘前壁向已标记的硬结方向推进，当针刀尖稍超过硬结处，将针刀尖转向下按压，使刀尖刺入增厚的腱鞘壁再用力牵拉针刀柄，此时针刀不能旋转切割腱鞘，应令患者伸展屈指间关节，直至无弹响及阻力，此时狭窄的腱鞘已被挑开、拇指屈伸自如，拔出针刀加压包扎术后即可自行拇指活动，口服抗生素三日，预防感染。

二、结果

经施术一次，192例全部治愈，拇指伸屈活动功能正常，拇掌指关节处的痛性结节缩小并渐消失，148例随访半年，96例随访一年无复发。

三、讨论

拇长屈肌腱鞘炎最常发生于从事手工劳动者，属多发常见病，患者常因手指屈伸疼痛并伴有弹响，甚至出现绞锁症状，拇指功能出现障碍而就诊。用药及封闭疗效不佳，也不能从根本上解决其症状，手术切开创伤较大，亦可误伤拇指神经，患者难以接受。我们根据拇指的解剖特点，严格按上述操作方法，采用定点进针避免了拇指的神经及血管损伤。经皮钩形小针刀切开狭窄的腱鞘，方法简便易行，可靠确切，疗效满意。值得推广。为防止切开处粘连复发，术中操作轻柔，术后适当运动，避免不良固定动手习惯也是必要的。

* 作者单位：154000 黑龙江省佳木斯市中医院

（收稿：2000-11-17）

开放性放置交锁髓内针治疗股骨干多段骨折的手术配合

韩惠琴* 张 娟*

随着我国经济的迅速发展，交通动输业迅猛发展，各类骨折发生率呈上升趋势。在其它学科迅速发展的基础上，髓内钉的发展也达到了一个新的水平。最突出的就是交锁髓内针的临床应用。

交锁髓内针固定治疗骨折能够有效地防止骨折处的旋转及缩短，早期负重，进行关节功能练习及肌肉康复训练，股骨多段骨折，只要骨折线位于小粗隆以下，股骨髁以上，交锁髓内针固定是很好的适应症。

开放性放置交锁髓内针治疗股骨多段骨折和粉碎性骨折技术，是通过分离骨折股骨周围的肌肉，显露骨折端进行复位及放置髓内针，从而固定多段股骨。其优点是固定安全可靠，而缺点是切口大，术中出血量大。因此在配合此类手术时，有其特殊性。

今年，我院新开展了开放性放置交锁髓内针治疗股骨多段骨折和粉碎性骨折的手术，根据我们配合此类手术的经验，陈述我们护理人员在配合此类手术的体会。

一、术前准备。

1.了解病情和配血，及时做好心理护理：护士应详细了解病情及术前讨论意见，熟知手术步骤，估计手术时间和失血量，做到心中有数，保证术中血源足够，避免因准备不足而造成手术失败及病情恶化。术前一日还应与病人见面相识，消除进入手术室的陌生感，解除其焦虑和恐惧心理，用安慰和鼓励的语言消除其悲观失望的情绪，提高病人战胜疾病的信心，调动病人的主观能动性，积极配合手术。

2.手术室的环境准备：进行此类手术，无菌要求十分严格，感染是此类手术最严重的并发症之一，所以术前手术间应行

* 作者单位：450041 郑州市中国长城铝业公司职工总医院手术室