维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2001年第10卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2001, Vol. 10, No. 2

改良肌间沟入路臂丛神经阻滞效果观察

刘铁民* 姜 泳*

臂丛神经阻滞为前壁手术的常用麻醉方法，我们通过改良入路臂丛神经阻滞方法，对122例患者进行观察，现报告如下。

一、临床资料和方法

1 临床资料

选择前臂手术病人244例，男167例、女77例，ASA Ⅰ～Ⅱ级、年龄18岁～60岁。手术种类为肘关节骨折、肱骨髁上骨折、尺桡骨双骨折及手外伤清创术共244例，随机分两组，改良组和对照组各122例、手术时间30～180min，平均90min。

局部解剖学：臂丛神经丛由颈5～8及胸1脊神经的前支组成，有时颈4和胸2脊神经也参与，每一对脊神经前支从椎动脉的后缘穿出椎间孔向第一肋骨方向走行、汇合构成臂神经丛的三条神经干，神经干走行于前、中斜角肌之间的肌间沟，由筋膜形成一鞘膜包围，此鞘膜在锁骨上方延伸为锁骨下动脉鞘，在腋窝形成腋鞘。

2 操作方法

改良组：嘱病人仰卧，头偏向健侧，以乳突与颈6横突垂直线向下延长约1.5～2.5cm即颈7横突，常规消毒，用6～7号穿刺针垂直皮肤略向健侧足方进针，抵到颈7横突后稍退针回吸无血及脑脊液，注局麻药液1.5%利多卡因15～18ml。

对照组：病人仰卧，头偏向健侧沿前、中斜角肌的间隙与环状软骨水平面的交叉点（同颈6），常规消毒用6～7号穿刺针垂直皮肤向健侧足方向进针寻异感若无，也可进针至触及颈6横突后稍退针回吸无血及脑脊液，注局麻药液1.5%利多因15～18ml，两组均用肾上腺素1:40万。

二、结果

两组病人手术种类、年龄，身体情况均无明显差异，麻醉药液相同。改良组阻滞完善率明显高于对照组，且无明显并发症发生。对照组中有6例霍纳综合征。局部血肿6例，阻滞完善率改良组97%，对照组82%，两组均未出现血气胸及误入蛛网膜下腔等。

三、讨论

阻滞臂丛神经、一般在肌间沟、锁骨上和腋路三处进行，本改良法实际上是摸索出一条界于肌间沟经路与锁骨上经路之间进针方法，改良法可使局麻药液广泛浸润臂丛神经、而肌间沟法有尺神经阻滞不全和膈神经阻滞的发生率。本人认为改良法可提高臂丛神经阻滞穿刺的成功率，且阻滞完善，安全，操作简便，此法值得推广。

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯市中医院

（收稿：2001-3-22）

四肢多发骨折168例护理体会

董亚平*

我院自1995年1月至2000年1月共收治四肢多发骨折病人168例，现将护理体会介绍如下。

一、临床资料

168例骨折中，男125例、女43例，年龄2～68岁、平均35.2岁、其中两个部位骨折80例，三个部位骨折50例，四个部位25例，五个部位以上骨折50例，六个部位以上骨折7例，其中1例共16处骨折，累及一个肢体12例，两个肢体35例、三个肢体20例，合并胸部损伤血气胸，肺挫伤16例，合并腰部损伤10例、合并脊柱损伤11例，合并创伤休克62例，并发肺脑脂肪栓塞综合征3例，ARDS 3例，褥疮1例，排便排尿障碍78例，泌尿系感染5例，坠积性肺炎18例，深静脉血栓形成1例。

二、护理体会

1.注意观察，及时发现合并症，并发症

入院时多有生命体征变化、如血压下降甚至测不到、意识下降，开放损伤者尚有创口出血、骨折端外露等。应立即以简单询问和对全身情况简单观察初步判定病人生命体征情况，并立即开通静脉通道，快速补液，呼吸困难者给予吸氧，再进一步作好如血压、心率、配血等工作。入院后还应继续，注意生命体征变化，尤其ARDS、脂栓症等并发症的表现，合并伤的观察，如胸部损伤后的呼吸困难，胸部损伤的症状体征，肢体肿胀情况，末稍色温，以尽量发现骨筋膜室综合征的发生，注意观察尿色、尿量、浓度等，以便观察尿路感染及肾功能衰竭情况，观察皮肤颜色以防发生褥疮，观察呼道分泌物的情况，以发现坠积性肺炎的发生。

2.常见并发症的护理：(1)排便排尿障碍的护理：伤后因胃肠蠕动减缓，加上卧床后排便排尿姿势改变，疼痛刺激，排便排尿便会出现一些非器质性障碍、对这类病人，一是做好思想宣教工作，让病人尽快适应此种排便排尿方式，二是多进粗纤维食物，初期饮食以清淡为宜，多饮水、排尿无须膀胱张力已高时才进行，一旦有尿意即可排尿。对经上述处理无效者，给予导

* 作者单位：653100 云南省玉溪市人民医院骨科

维普资讯 http://www.cqvip.com

尿处理。排便有便意时给开塞露塞肛,便秘严重者给予灌肠,甚至手指抠出干结大便处理。脊髓损伤者早期行开放排尿、脊髓休克后定时夹闭排尿管排尿,训练自律性膀胱,长期留置尿管则增加泌尿系感染,有报道指出置尿管3周后发生泌尿系感染率80%。(2)褥疮的护理:多发骨折的病人,尤其是多肢体损伤者、病人因疼痛不愿翻身,此时做好宣教工作尤其重要,让病人知道翻身的意义及褥疮出现后的危害,我们先向患者家属示教翻身、让病人有充分的心理准备后、再协助翻身,方能取得满意效果。同时对一些骨突部位做好按摩。如果腰背部有皮肤挫伤裂伤者预防褥疮的护理就更为重要。(3)肺部感染的护理:多发骨折病人卧床时间长,加上疼痛刺激不能用力咳嗽、尤其是老年人或有肺部基础病如慢性支气管炎的病人,较易形成坠积性肺炎、甚至肺不张,合并胸部损伤者更是如此。且一旦发生,不仅病人痛苦,治疗时间增长,经济花费增加、严重者还可能引起死亡。因此应积极处理原发病,如有肋骨骨折者给予胸带固定鼓励患者做深呼吸运动、鼓励咳嗽、咳痰,并给予翻身、叩背。一旦呼吸道分泌物增多,给超声雾化吸入稀释痰液,利于排痰。排痰困难者予及时吸痰,保证呼吸道通畅。(4)深静脉栓的护理:骨折后,尤其是牵引或石膏托外固定病人,肌肉收缩运动减少,肢体血流减慢,易致深静脉血栓形成,一旦骨折得到有效固定或牵引,即应早期做肌肉等长静力收缩运动,不能做主动运动者,协助运动,对全并截瘫者作被动运动。以加速血液循环,减少血栓形成的发生。观察肢体肿胀伤后渐消、以后再肿胀者,即应考虑可能有深静脉栓形成,待相关检查诊断出来后即按深静脉血栓的护理要求做。

此外,多发性骨折后由于损伤部位较多,卧床时间长,还可能出现其他一些并发症,但只要能根据多发骨折后的特点,进行精心的护理,不但能减少并发症还能明显缩短住院天数、对病人、对家属,对社会均有很大的益处。

(收稿:2001-03-22)

蛛网膜下腔出血脑脊液置换术的护理对策

韩国霞* 李秀兰** 赫英贤***

蛛网膜下腔出血多数为突然发病,最突出的症状是剧烈的局限性劈裂样头痛。药物治疗作用缓慢。我科1997年6月~2000年9月采用脑脊液(CSF)置换术治疗蛛网膜下腔出血(SAH),可在短时间内降低颅内压,改善临床症状,减轻病人痛苦。本组病例通过严密观察和精心护理,取得了满意效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组30例,男19例,女11例,年龄34~69岁。治愈25例,好转5例,有效率达100%。

1.2 操作方法 腰椎穿刺放出血性脑脊液,然后注入灭菌生理盐水,(生理盐水量比放出脑脊液少1~2 ml);部分病人加入5 mg地塞米松。

2 典型病例

患者,男,56岁,因突发性头痛、呕吐、昏迷6小时入院。体查:体温、脉搏、呼吸、血压均正常,颈强硬,双侧克氏征阳性,其余病理征未见异常。CT检查示鞍上池,侧裂池,纵裂池及大部分脑沟可见高密度影。入院后除常规用甘露醇降低颅内压,止血剂,尼膜通等治疗外,行腰穿脑脊液置换术,每1 d腰穿放脊液1次,经5次共放出脑脊液约80 ml后,患者无头痛,脑膜刺激征消失,头颅CT示蛛网膜下腔积血消失,脑室系统形态正常,住院12 d后出院,出院后第3个月复查头颅CT未见异常。

3 护理对策:

3.1 因蛛网膜下腔出血是中枢神经系统的严重疾病之一。脑脊液置换术可减轻症状,起治疗作用,但此法属新的治疗方法,所以首先要全面了解病人的病情和心理。对神志清楚者,可直接向病人解释;神志不清者,则向家属说清楚,取得病员家属理解和配合是一项必要工作。

3.2 如病人烦燥不安,可先推注20%甘露醇250 ml,肌注或静推安定10 mg后再进行操作。摆体位时,注意腰不要弯得太厉害,以免引起病人躁动。

3.3 因脑脊液置换术须要多次进行腰穿,容易导致中枢神经系统感染,所以全部用物要高压无菌。操作过程一定要严格执行无菌操作。

3.4 注意操作技巧,操作过程必须缓慢小心,配合医生,先用脑脊液压力表测出初压。压力过高者,针芯不能拔出,需半堵住针口,让脑脊液缓慢流出,放脊液中间和末尾再测脑压。在正常范围内为好,做到边放脊液边监测脑脊液压力,动作要轻。

3.5 在脊液置换过程中要严密观察病人意识、瞳孔、呼吸、脉搏、血压等变化,如瞳孔大小不等,光反应迟钝,呼吸不规则,脉搏减慢时,即告诉医生,立即停止操作进行必要的抢救。

3.6 术后去枕平卧6~8h或更长,并密切观察病人意识、瞳孔、呼吸、脉搏、血压等生命体征,并注意有无头痛,呕吐,感染等情况。蛛网膜下腔出血患者由于血性脑脊液刺激脑膜,可引起剧

* 作者单位:154002 黑龙江省绥滨县江山乡医院
** 佳木斯市中心医院
*** 佳木斯大学医学院第一附属医院