维普资讯 http://www.cqvip.com

2.保持呼吸道通畅。由于气管套口很细小,加之患儿呼吸道粘膜充血、水肿,上皮糜烂、溃疡而产生大量痂皮和假膜,所以吸痰前应先滴入化痰药。同时行超生雾化,取蒸馏水300 ml加4%碳酸氢钠20 ml、硫酸庆大霉素8 U、糜蛋白酶4000 U配制而成。每4 h一次,每次15 min。吸痰时严格执行无菌操作原则,动作要轻柔,时间不应超过15 s,以免加重呼吸道损伤及引起交叉感染。

3.加强病室内管理。患儿因气管切开,所以要保持好病室的温湿度,以温度18~22 ℃,相对湿度70%~90%为宜。每日用2%~3%洁尔灭拖地两次,紫外线空气消毒,每日两次,严格控制探陪人员进入病室。

4.加强基础护理。(1)口腔护理:由于患儿一般状态较差,机体抵抗力低,口腔中致病菌可迅速繁殖,为防止并发症的发生,要做好患者的口腔护理,用生理盐水棉球擦洗口腔,每日3~4次。患儿进食后改用0.02%洗必泰液漱口。(2)皮肤护理:因患儿体质虚弱,出汗较多,所以要经常更换内衣。床铺要清洁干燥,每2 h翻身一次,防止发生褥疮等并发症。

(收稿日期:2002-04-26)

Austin手术治疗42例跨外翻

吕荣先* 周宝才**

跨外翻畸形是足部常见的下肢结构性畸形,呈进行性加重,并经常引起局部疼痛和活动障碍。保守治疗只能缓解症状,大多数病人需手术治疗。该病手术方法多达130种以上,我院于1998年3月至2001年3月,采用Austin手术治疗跨外翻患者42例,获得了满意的疗效,现报告如下。

一、资料与方法

1.一般资料:本组42例(75足),33例为双足,9例为单足;男性6例,女性36例;年龄21~64岁,平均36.8岁。术前X线片示跨外翻角25.3~39.6°,平均28.5°;跖间角(IMA)10.2~15.6°,平均13.2°。跖跨关节无骨性关节炎。主要症状为跨趾向外偏斜,跖跨关节内侧隆起、疼痛,12例病人有跖跨关节半脱位,6例病人第二趾形成锤状趾畸形。

2.手术方法:采用硬膜外麻醉或腰麻,在气囊止血带下进行,行标准的背内侧切口。在第一跖骨间隙分离,切断跨收肌联合腱。如果腓侧籽骨妨碍跖骨头外移,则将其切除。舌形切开内侧关节囊,蒂在远端,剥离、显露跖骨头、颈区域。适量切除跖骨头内侧骨赘。取关节面背侧、跖侧端连线中点为V形的顶点,将细克氏针从内向外插入此预定顶点,夹角约60°,用骨刀截骨。拔除导针,分离并向外侧推移跖骨头,移位程度为跖骨头宽度的1/4~1/2。将跖骨头嵌入跖骨干,向内侧较强力嵌入,可矫正轻度近端关节偏斜。行克氏针固定,修平跖骨近折段内侧皮质凸起。拉紧、缝合关节囊。术后石膏托固定3周。

二、结果

手术后跨外翻角矫正至10~24°,平均13.6°,IMA矫正至6~12°,平均7.9°。截骨处愈合时间6~8周,平均51.3d。本组42例中36例获得随访,随访时间1~3年,平均16.5月,根据胥少汀等评定标准,本组优34例,良2例,优良率为100%,术后无一例出现并发症。

三、讨论

跨外翻是足部常见的畸形,跨外翻畸形的基本病理改变有三点:(1)在跖趾关节平面,跨趾外翻畸形,有时发生近节趾骨基底部向外侧半脱位;(2)第1趾骨头内侧隆起,形成跨囊炎;(3)第1趾骨内翻。跨外翻畸形手术治疗主要是为了解除疼痛,极少出于美观上的原因。术前必须仔细检查患足,常规行足部X线摄片,包括站立位(负重时)和非负重时的正位、侧位和斜位摄片,及籽骨切线位摄片。根据跨外翻角、跖间角、跨囊炎等情况选择术式。手术矫正跨外翻畸形,有软组织手术、骨性手术、软组织手术合并骨性手术。本院曾选用多种术式,均有不同程度的畸形复发率,而采用Austin术式治疗跨外翻畸形共42例,无一例复发,该手术包括:(1)内侧骨突切除;(2)关节内第一跖骨头部"V"形截骨;(3)远端跖骨头向外移位;(4)近侧截骨端内侧凸起部切除;(5)内侧关节囊缝合。该术式截骨设计具有内在稳定性,由于较多的松质骨间接触,不愈合及延迟愈合很少见,切骨面在关节外,不影响术后关节活动。该术式适于中、轻度跨外翻畸形,跖骨间角应小于16°,关节应当无退行性改变,且活动时无疼痛。笔者认为该术式是治疗跨外翻畸形的最佳术式,可在临床上推广。

(收稿日期:2002-05-08)

* 作者单位:157000 黑龙江省牡丹江市骨科医院
** 牡丹江市解放军209医院外二科