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

维普资讯 http://www.cqvip.com

空气消毒和台面消毒，室温调至22～24℃，相对湿度保持在50～60%，检查术中吸氧、多功能监护仪、电凝及抢救药物是否准备良好，以保证术中良好的功能状态。并且要联系放射科大夫，保障影像增强设备完好状态。

3.手术中的物品准备：术中用的器械和敷料均应进行高压蒸气灭菌，以保证无菌。器械与髓内针必须相互匹配，否则易导致放置和取出困难，或损坏螺纹产生晚期松动等并发症。同时，应依据病人身高、X线片准备好不同直径及长度的交锁髓内针、锁钉、髓腔锉、拔针器械、骨科手术床及充足电源的电钻等。

4.体位摆放：多采用仰卧位而非侧卧位，过于肥胖的病人手术时，躯干尽量向健侧倾斜，患侧下肢尽量内收，以使大粗隆突出，否则将造成钉置入困难。采取仰卧位对于多发损伤的治疗尤为重要。此体位简单且易常规化，对麻醉呼吸管理也有明显便利。

二、术中护理

1.建立有效的静脉通路：进行此类手术的病人，手术切口大，时间长，髓腔出血多，术中易发生失血性休克。建立良好有效的静脉通路，以确保及时输入液体和血液，应用急救药物，是保证手术成功的关键。因此，术中还要密切观察有无渗漏和阻塞，及时排除障碍。

2.生命体征的观察及护理：巡回护士要以强烈的工作责任以及熟练的操作技能严密观察病人的病情变化，并予以及时的护理。认真注意多功能监护仪反映的生命体征，及时发现呼吸、心率、血压变化，并结合病人的口唇、甲床、皮肤、血氧饱和度指数，排除麻醉因素的影响，及时发现异常，采取有力措施，使手术顺利进行。

3.器械传递熟练准确，使手术安全进行：手术中器械护士责任重大，必须熟知手术步骤，眼明手快，及时迅捷地传递器械。还要对台上物品严格管理，术前、术中及术后均应与巡回护士共同清点器械物品，保障手术安全顺利地完成。

4.严格管理及记录出入液量：术中应准确估计失血量，常用方法是：吸引器瓶中吸出量＋纱布吸血量，并根据血压、尿量、血气监测指标酌情调整。原则上是补液及补血量足够且避免过量造成心衰和肺水肿。大量输血时，要防止低温血的冷刺激，并经两人严格核对无误后方可输入。还应认真记录好尿量。

5.术中其它护理：术中还应注意病人的皮肤护理，避免受压，预防皮肤损伤。术后擦净患者身上的血迹，包扎完毕后陪同麻醉师共同将病人送回病房，做好全面的床前交班，包括病人生命体征的变化动态，补血补液实际数量及皮肤状况等。

三、讨论

开放性放置交锁髓内针治疗股骨干多发骨折，能够有效防止骨折处的旋转和缩短，固定安全可靠。手术室护士在配合此类手术前，要以高度的责任心和强烈的求知欲望，认真学习理论知识，熟知手术步骤，丰富手术配合经验，保证手术顺利完成。

（收稿：2001-01-02）

33例蛛网膜下腔出血行IADSA术的护理

马 兰* 陈 静*

IADSA即经动脉数字减影血管造影，是将传统的血管造影与电子计算机结合起来的新技术。主要用于显示动脉瘤和血管畸形。蛛网膜下腔出血的主要原因是先天性动脉瘤和脑血管畸形，而且由于动脉瘤破裂出血的存活者中有1/3复发，复发死亡率为30%～60%，第三次出血几乎是100%死亡。因此在病情允许的情况下，蛛网膜下腔出血的患者应行IADSA术以查出出血原因，确定有无动脉瘤，血管畸形及部位和大小，为进一步介入治疗或手术治疗提供依据。我科从1997年5月～2000年10月对33例蛛网膜下腔出血的患者行IADSA检查，效果较好，现报告如下。

一、临床资料

本组33例，男22例，女11例，年龄21～52岁，均经股动脉进行IADSA术检查。结果19例为动脉瘤，8例为血管畸形。

二、术前护理

1.心理护理：因为IADSA术是经股动脉穿刺的创伤性检查，有一定的危险性，因此患者的心理压力比较大。针对不同的病人我们采取不同的心理支持。首先对患者态度和蔼，尽量帮助患者解决实际困难，取得患者的信任；并向患者介绍有关IADSA术的相关知识和做IADSA术的必要性，减轻患者的心理负担，使患者主动配合检查和治疗。

2.术前准备：患者入院后要进行全面检查，对有碘过敏史、心肝肾功能不全、严重心律失常、全身感染或出血性疾病者禁止检查。术前24小时应做碘过敏试验，即静脉注射泛影葡胺溶液1毫升，观察15分钟，看病人是否有恶心、呕吐、荨麻疹、结膜充血等；术前还必须行术侧腹股沟及会阴部备皮，术前6小时禁食水，防止术中病人因膀胱充盈而难以坚持，致躁动而影响手术操作。术前30分钟肌注鲁米那0.1克、阿托品1毫克，使患者充分镇静，消除紧张恐惧心理，减少不良反应。

三、术后护理

术后患者需平卧24小时，穿刺部位压沙袋防止出血。密切观察生命体征变化及穿刺部位是否有渗血、血肿；同时随时注意术侧下肢皮肤的颜色、皮温、足背动脉搏动情况等。如有下肢发凉、疼痛、发绀、足背动脉搏动减弱或消失应立即通知医生给予必要的处理。避免用力打喷嚏及咳嗽，以免局部压力过

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学附属第一医院