

针固定为稳定。稳定第一跖跗关节很重要。手术治疗,关于切开复位和闭合复位尚存争议。有些人<sup>[3]</sup>认为对跖跗关节脱位或半脱位均应作切开复位,达到解剖复位。也有人认为首先应闭合复位,复位失败再切开复位,手术较闭合复位并无优势。根据损伤机理及 X 线片对治疗和愈后判断缺乏具体的指导作用,随着发病率的增高,有待进一步完善,对临床的治疗和愈后判断起到指导作用。

参考文献

- 1 Hardcastle PH, Reschauer R, Kutscha Lissberg E, et al. Injuries to the tarsometatarsal joint. Incidence classification and treatment. J Bone and Joint Surg, 1982, 64B(3): 349-356.
- 2 王亦璁, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1990. 758.
- 3 Amtz CT, Veith RG, Hansen JR. Fractures and fracture dislocations of the tarsometatarsal joint. J Bone Joint Surg, 1988, 70A(2): 173-181.

(收稿: 2001-10-09 编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

## 锁骨上臂丛神经阻滞气胸并发症的预防和处理

康定坤 常庚申  
(洛阳正骨医院, 河南 洛阳 471002)

我院 1990~1999 年间行肱骨中上段手术, 锁骨上臂丛神经阻滞 10000 例, 现就其并发症气胸的预防和处理加以总结。

### 1 临床资料

本组男 6150 例, 女 3850 例; ASA I ~ III 级; 年龄最小 3 岁, 最大 90 岁; 体重未作统计。12 岁以下患者局麻药选用 1% 利多卡因 (每公斤体重 8mg) 或 0.25% 布比卡因 (每公斤体重 1.5mg), 12 岁以上用 1.5% 盐酸利多卡因 20ml 或 0.375% 布比卡因 20ml, 均加入 1:20 万盐酸肾上腺素。穿刺在患侧锁骨中点上 1cm 或锁骨下动脉搏动点外侧, 用 6~7 号短针头先做皮丘, 然后向对侧下肢方向进针寻找异感, 找到放射状异感回抽无血后固定好穿刺针头即可缓慢注入局麻药, 推注过程中感到有一定阻力, 并且不起包或瘦人可见梭形包块。本组麻醉成功率 98.25%, 有效率 99.85%, 失败 15 例, 占 0.15%, 气胸并发症 1 例, 占 0.01%。

### 2 讨论

2.1 气胸的预防 ①首先, 穿刺定位必须准确, 定位不准就会造成反复穿刺, 增加气胸发生率, 传统锁骨上径路穿刺点在锁骨中点上 1cm, 方向向内、向后、向下, 事实上, 本院所用方法为改良式, 即锁骨下动脉搏动点外侧或两种方法的综合定位法, 穿刺方向指向对侧下肢即可, 实践中发现, 两种方法定出的穿刺点几乎完全一致 (血管旁法略高), 只不过锁骨下动脉搏动点外侧定位法更直接而可靠, 因为要找到锁骨绝对的中点并不是一件十分容易的事情, 比如体胖或门诊上肢小手术及骨折闭合复位病人无需脱衣而领口太小等; ②穿刺时体位也十分重要, 头转向对侧要适当, 一般自然向对侧旋转 45° 即可, 小儿肩背部垫薄枕, 因为小儿头大, 平卧位时颈部向前屈曲, 还要尽量避免由于害怕打针而肩部上提; ③避免气胸并

发症的关键是深度问题, 由于有小儿和成人的区别, 胖瘦之分, 还有体位的关系, 穿刺深度亦无定论, 深度一般在 0.5~3.5cm 之间, 按照我院由点及面, 由浅入深的原则, 一般均可找到异感而达到满意效果, 由点及面、由浅入深, 即进针到一定深度若找不到异感时, 在该深度所在的狭小平面内寻找, 仍找不到时进针少许, 再在此深度所在平面寻找。若碰到骨质即为第一肋骨, 此可做为进针最大深度的指标, 针尖不可超过此水平, 否则可伤及胸膜而造成气胸。另外, 小儿从解剖位置上讲肺尖可能比成人要高, 特别是哭闹时肺尖上下起伏而更易伤及, 因而小儿进行锁骨上臂丛神经阻滞时更要遵守操作规程, 并且多做思想工作尽量使其配合, 否则不可使用该种方法。

2.2 气胸的诊断和处理 ①诊断: 一般较易, 病人诉胸闷, 呼吸困难, 肺部听诊患侧呼吸音减弱, 叩诊患侧过清音即可做出诊断。②处理: 一般严密观察, 持续面罩吸氧, 无须特殊处理, 在单侧肺压缩超过 50% 时方做处理, 处理方法为胸腔穿刺和胸腔闭式引流。取半卧位, 常规消毒铺无菌巾, 在患侧锁骨中线第二或第三肋间, 用 100ml 注射器连接带有软管和开关的 12 号针头, 垂直刺入胸膜腔, 缓慢抽吸气体。在排出注射器中的气体之前将软管上开关关闭并记录排气量, 抽出气体量视气胸轻重 (胸部 X 线片) 而定, 若胸穿后症状无明显减轻或减轻后又很快加重, 需进行胸腔闭式引流, 定位同前, 以 1% 利多卡因行局部浸润麻醉, 然后在肋骨上缘作一长约 1~2cm 之切口, 插入胸腔内套管针, 抽出套管针芯, 经套管插入合适硅胶管, 再缓缓拔出套管, 如无套管针, 也可切开胸部皮肤后, 以弯止血钳分开肌层直达胸膜, 再用钳夹引流管头, 直接将管插入胸腔约 2~3cm, 而后缝合切口, 固定引流管, 再接无菌水封瓶, 严密观察至正常。

(收稿: 2001-04-25 编辑: 连智华)