

· 临床研究 ·

改良式坐骨神经并股神经阻滞在老年下肢骨折中的应用

Application of modified sciatic and femoral nerve block anesthesia in manual reduction and fixation for senile fractures

朱桂枝 赵丽艳 杨惠菊 常庚申 秦文英 于国军

ZHU Guizhi, ZHAO Liyan, YANG Huiju, CHANG Gengshen, QIN Wenyong, YU Guojun

【关键词】 神经根麻醉; 骨折; 骨折固定术, 外 【Key words】 Radiesthesia; Fractures; Fracture fixation, external

近年来, 我院采用改良式坐骨神经并股神经阻滞, 在日本东芝 850WA X 线机下, 手法复位老年膝关节以下骨折, 取得良好效果, 现总结如下。

1 临床资料

本组 40 例, 男 25 例, 女 15 例; 年龄 60~70 岁; ASA(美国麻醉医师协会) 病情评估分级 II~III 级。所有病人体形中等或偏瘦, 听力、神志正常。合并有高血压、冠心病者 10 例, 占 25%; 呼吸功能不全 6 例, 占 15%。本组病例均为膝关节以下新鲜骨折。

2 麻醉方法

术前常规肌注苯巴比妥钠 0.07~0.10 g。入室后监测心电图、无创血压、血氧饱和度, 对合并有高血压、冠心病、呼吸功能不全体质差者, 术前开放静脉通路输平衡液, 给予吸氧等对症处理。

2.1 平卧位改良式侧径路坐骨神经阻滞法 病人仰卧位髋关节及下肢自然伸展, 在股骨粗隆(大转子)后缘平行股骨干引一直线(CD), 粗隆下缘处引一垂线(AB)与上线(CD)相交, 交点为(O), 即为穿刺点(见图 1)。局部消毒后, 平行缓慢进针, 深 7~12 cm, 找到异感, 回抽无血液, 即注入含 $1:4 \times 10^5$ 盐酸肾上腺素的 1.2% 盐酸利多卡因 16~17 ml。

2.2 股神经阻滞 病人平卧位, 髋关节伸展, 下肢伸展并外展 15° 、外旋 20° , 在腹股沟韧带下方摸到股动脉搏动, 在股动脉外侧缘即为穿刺点(见图 2)。局部消毒后左手食指扪及股动脉, 并将动脉推向内侧, 右手进针至股动脉外缘, 略向头侧推进, 出现异感后, 回抽无血液, 注入含 $1:4 \times 10^5$ 盐酸肾上腺素的 1.0%~1.2% 盐酸利多卡因 10 ml。

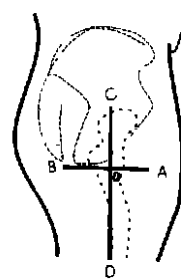


图 1 改良式坐骨神经阻滞(侧径路)

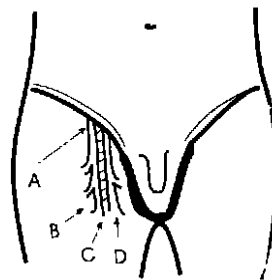


图 2 股神经阻滞(A: 股神经穿刺点; B: 股神经; C: 股动脉; D: 股静脉)

3 结果

本组阻滞完善, 效果满意者 38 例, 占 95%, 神经阻滞不全 2 例, 占 5%, 余无不良反应及并发症。

4 讨论

坐骨神经是身体的最大神经干, 以往常用侧卧位坐骨神经阻滞法或平卧位坐骨神经阻滞法, 均需屈曲髋关节、膝关节, 足跟靠近臀部, 由助手协助搬动患肢^[1], 此时因搬动患肢骨折端磨擦、错位、疼痛、出血, 特别是胫骨上段多发性骨折, 而因搬动患肢, 可能致 动脉、静脉、胫腓神经的再损伤, 增加病人痛苦, 使病人不易配合, 难以取得坐骨神经阻滞的

成功。采用改良式侧径路坐骨神经阻滞,病人仰卧位,髋关节及下肢自然伸展,不需助手搬动患肢改变体位,不易引起疼痛、出血及血管、神经等再次损伤。此方法操作简便,易取得病人配合,从而获得坐骨神经阻滞的成功。

股神经是腰神经丛的分支,在股神经阻滞时,髋关节及下肢自然伸展并外展、外旋位,使股神经接近皮肤,并将股动脉推向内侧,于股动脉外侧缘垂直进针,此方法操作简便,阻滞完善,不易损伤血管,阻滞成功率高。

下肢手法复位固定术,通常选用椎管内麻醉,此方法常存在着一定并发症,特别是老年病人常合并有心血管及呼吸系统疾病患者^[2],而且又要经历从麻醉科到正复室 X 线机下,需要两次搬动,麻醉不易控制,增加了麻醉及手法复位固定的风险性。故应在

术前正确地评估老年人对手术麻醉的耐受性,并注意老年人的各种生理特点^[3],及时对症处理,以便正确选择对老年患者生理功能干扰小的麻醉方法。改良式仰卧位侧径路坐骨神经阻滞并股神经阻滞法,具有操作简便,安全性大,并发症小,特别是对老年患者生理功能影响小,麻醉效果确切,肌肉松弛等优点,是老年膝关节以下创伤骨折手法复位固定的良好麻醉方法。

参考文献

- 1 金士翱,林桂芳.临床麻醉学.北京:中国医药科技出版社,1992. 95-96.
- 2 赵俊.新编麻醉学.北京:人民军医出版社,2000.756.
- 3 曾金祥.老年人临床麻醉原则分析.实用新医学,2001,3(3):196-198.

(收稿:2002-10-17 编辑:王宏)

•骨伤护理•

创伤性骨盆骨折合并失血性休克的急救护理

徐向红 施卓娅
(萧山区中医院,浙江 萧山 311201)

我院自 1995 年 4 月-2002 年 4 月共救治骨盆骨折合并失血性休克患者 36 例,均积极抗休克治疗,同时及早处理合并伤,严密监测生命体征,准确做好急救护理,成功抢救 31 例。现将护理体会总结如下。

1 临床资料

本组 36 例中男 26 例,女 10 例;年龄 18~50 岁。致伤原因:车祸伤 27 例,墙体倒塌伤 4 例,高处坠落伤 3 例,挤压伤 2 例。骨盆骨折合并后尿道损伤 8 例,合并膀胱破裂 4 例,合并脾破裂 4 例,肝破裂 1 例,肾挫伤 1 例,合并多处肋骨骨折 5 例,其中血气胸 3 例,合并会阴部撕裂、肝门毁损共 3 例,合并上下肢多发骨折 2 例。全部病人就诊时均已发生休克,BP 11.5~0/8~0 kPa。本组死亡 5 例,死亡率 14.3%,死亡原因为并发 DIC、ARDS。

2 讨论

2.1 开通静脉 迅速建立两条以上通畅的静脉通路是抗休克治疗的首要措施。使用 16~18 G 静脉留置针选择健侧上肢大静脉或颈外静脉快速输血输液,而不宜用下肢静脉。扩容做到早、快、足,液体首选平衡液,后输入全血或代血浆,二者量比 2~3:1。早期输液速度可达 2 000~3 000 ml/h,以维持有效循环。最好在 CVP 监测下进行,可有效防止急性肺水肿和心功能衰竭的发生。

2.2 保持呼吸道通畅及持续鼻导管氧气吸入 氧流量以(4

~6l)/min 为宜,以迅速提高动脉血氧含量,减轻组织缺氧状况。对烦躁、神志不清者予及时清除呼吸道分泌物,必要时行气管插管。对合并血气胸患者,配合医生做好胸腔穿刺和胸腔闭式引流。

2.3 严密监测生命体征 本组病例病情危重、变化快、多伴有生命危险。因此,护士在急救治疗的同时,要随时观察患者意识、表情、皮肤和粘膜,持续心电监护,每 15~30 min 记录血压、脉搏、呼吸和血氧饱和度。便于及时发现各种细微的临床征兆和变化,为抢救患者生命赢得宝贵的时间。

2.4 常规留置导尿 观察尿色和性质,记录每小时尿量。正常成人应大于 30 ml/h。导尿过程中若插管困难且有血性液体溢出应怀疑有尿道损伤,及时请专科医生会诊,切忌反复插管加重尿道损伤和患者痛苦。若插管顺利未见尿液引出而只导出少量血尿,常为膀胱破裂的可能,应及时报告医生作相应处理。

2.5 迅速做好术前准备 经积极治疗护理而休克无好转,诊断性腹腔穿刺结果阳性或腹膜后血肿迅速扩大时,应及时剖腹探查手术止血。另外,对合并开放性骨折、膀胱破裂、尿道损伤、会阴撕裂、肛门毁损病人均应积极争取时间尽早手术。护士应根据病情预见性的做好各项术前准备如皮试、备皮、胃肠减压、抗生素应用等,准备好各项辅助检查结果和所有病历资料,以最快的速度安全护送病人至手术室。

(收稿:2002-08-28 编辑:李为农)