

上牵拉。术者常规复位后，立即通过双肩先用后8字绷带固定，腋下衬垫棉纸，然后使患侧上肢于外展45~60°，屈肘90°。术者再通过患肢的肘关节、肩锁关节和健侧肩关节作大8字绷带固定，该大8字的交叉点正好置于患侧锁骨外端，最后取4~5cm宽，适当长度的胶布，连续加强上述的后8字和大8字绷带，形成张力带。术后让患肢自然内收下垂，不需颈腕悬吊。以后每隔3~5日门诊复查，6~8周后摄片示关节正常，去除固定，开始肩关节功能锻炼，直至功能恢复。术中注意事项：(1)后8字绷带不宜过紧，以患者肩胛骨旋后、充分挺胸为度。(2)必须先用纱布绷带再用胶布，防止胶布过敏。(3)根据脱位的程度，灵活掌握肩关节外展度；一般情况下，半脱位时肩关节外展45°，全脱位需外展60°。

治疗结果

本组44例，全部随访，最长2年，最短3个月，平均随访时间5个月。随访至患者功能恢复后摄片见：肩锁关节结构恢复正常，锁骨骨折愈合良好。44例中，无一例因肿胀消退、体位变化出现固定松动发生再脱位，无一例合并症。根据1975年全国中西医结合治疗骨折经验交流会制定骨折疗效标准，优：(X光片示无脱位肩关节活动范围正常，无疼痛，无力量减弱，能从事体力劳动)40例，占90%。良：(X光片示无脱位，肩关节活动范围正常，偶感疼痛不适，肩部力量无明显减弱，能从事体力劳动)3例，占7%。可：(X光片无脱位，肩关节上举

受限在20°以内，时而感疼痛，肩部力量减弱，尚能从事体力劳动)1例，占2%，优良率98%。

讨 论

肩锁关节脱位的治疗，目前国内外方法很多。国内目前普遍采用的保守疗法(后8字绷带，压迫带固定法，胶布固定法以及绕肩石膏法等)虽也有取材容易、操作简便的优点，但仍存在某些不足，即绑扎过紧时发生血管神经压迫症状，绑扎过松又不能维持对位。有的外固定不是抬肩不足，就是挺胸不满意，造成复位不良或固定不牢，影响疗效。本方法与已报告的其它外固定方法相比有以下优点：(1)本法能使患者充分挺胸抬肩，肩胛骨内收、旋后，锁骨外端向前向下，有效地纠正了脱位后肩胛骨和锁骨的错位。(2)本法以AO系统的张力带原理为理论基础。张力带常用来形成动力加压，以吸收骨折复位过程中产生的张力。双8字张力带跨越了三个关节，胶布承担了跨越关节的张力。当肩关节内收时，张力带产生了一个跨越患侧肩锁关节的应力，这个应力使肩锁关节处于张力状态下。(3)在固定中，将肢体重量造成的消极因素，转变为维持对位防止再错位的积极因素。上肢下坠的重力通过环形张力带大大加强了胶布跨越关节的张力，从而使本法更富于生物力学优势。

参 考 文 献

1. 王亦璁. 骨与关节损伤. 北京: 人民卫生出版社, 1980.

采用不同的牵引体位治疗成人股骨干骨折

陕西省洋县中医院 (723300) 段晓刚

我科自1985年至1991年，对132例不同类型的成人股骨干骨折采用不同的牵引体位进行牵引复位，夹板外固定并配合中药内服，功能锻炼等方法治疗，取得了较好的效果，总结如下。

临床资料

132例成人股骨干骨折中，男87例，女45例；最大年龄68岁，最小19岁；骨折部位：上段骨折41例，中段骨折64例，下段骨折27例；骨折类型：横断骨折54例，斜行骨折39例，螺

旋骨折23例，粉碎骨折16例。

本组132例全部临床愈合，骨折临床愈合时间最长76天，最短28天；随访复查96例，时间半年至两年，其中无跛行，功能活动正常者62例；稍有跛行，不影响生活、劳动者30例；跛行明显，不能参加重体力劳动者4例。

治疗方法

1. 股骨干上1/3段骨折：

近端外展、外旋、屈曲移位者，行股骨髁上牵引，下肢外展 30° 位，屈髋、屈膝 45° — 75° 位。

近端单纯屈曲移位，远端向后移位者，行股骨髁上牵引，体位为屈髋屈膝各 90° 位。

严重粉碎型或大斜面型或螺旋型骨折，行股骨髁上牵引，下肢外展 30 — 45° ，屈髋屈膝 45 — 75° 位。

2. 股骨干中1/3段骨折：

若两断端有接触而无重叠时，因内收肌的牵拉而向外成角，行股骨髁上牵引，下肢外展 30° ，屈膝 45° 位。

骨折断端以向前后移位为主要畸形者，行股骨髁上牵引，可采用高吊牵引，膝关节于伸直位或略屈曲位，其高吊的角度可根据骨折向后成角的角度大小而定，一般两角度应相一致，或大于骨折向后之角度，下肢中立位或外展 30° 位。

3. 股骨干下1/3段骨折：

骨折远端向后移位者，采用股骨髁上牵引，高吊牵引法治疗，其高吊的角度要超过（大于）两断端向后成角的角度，利用高吊（成角）牵引的重力和小腿本身的重力，两力

之和则使骨折远端向后之移位容易得到纠正，小腿呈中立位，膝关节伸直位或微屈曲位。

骨折远端向前移位者，其骨折线由前下到后上者，则行胫骨结节牵引，下肢呈中立位，膝关节伸直位。（利用腓肠肌的牵拉而使骨折断端接近）。

一般牵引开始时，则采用患者的 $1/7$ 体重的牵引重量，牵引24小时之后，则应测量对比双下肢长度，检查骨传导音，若双下肢等长，患肢局部畸形消失，骨传导音增强，则可用夹板外固定，并拍片复查骨折对位情况，根据X线片的显示情况，再作进一步调整，并逐渐减轻牵引重量，保持牵引效能，但要防止过牵。并利用夹板、纸压垫来矫正骨折的移位倾向，维持骨折对位，待4—8周后，X线片示骨折端已有连续性骨痂形成，并通过骨折线时，则可解除骨牵引，继用夹板外固定，并配合中药分期治疗，功能锻炼，直至愈合。

体会

1. 采用不同的牵引体位牵引、夹板固定、中药内服及功能锻炼的中西医结合综合疗法，其最大的特点是：简单省力花费少，骨折愈合快，患肢功能恢复好，损伤小，并发症少，患者痛苦小。

2. 在临床上应根据患者的受伤史，临床症状和体征，以及X线片示，首先明确诊断，弄清骨折部位、类型、移位方向，再确定其牵引的部位和体位。在应用夹板外固定时，要掌握好夹板的松紧度，严防其并发症发生。

调节牵引架治疗肱骨各类骨折

江苏省宜兴市人民医院（214200）张志群

自1986—1991年我科应用自己研制的调节牵引架治疗肱骨解剖颈、外科颈、骨干、髁上、髁间、横型、斜型、螺旋型、粉碎性各类骨折，治愈率97.4%，3例因软组织嵌入，行

切开复位内固定及切开复位带调节牵引治愈，现介绍如下。

临床资料

本组116例中，肱骨解剖颈骨折3例，外科