

2、本组病例治疗期间，未发现持续用药而产生局部或全身不良反应，包括局部皮肤无过敏反应，但对酒精过敏者须慎用。另外有一孕妇用药 3 天出现小腹疼痛，停药后自然消失，这提示妊娠期忌用本药。

(收稿：1995-10-30；修回：1996-05-20)

## 单边式外固定架治疗老年股骨颈及粗隆间骨折合并症

吉林市骨伤医院 (132001)

马兴旺 蔡文仪

我院于 1990 年 1 月~1995 年 8 月收治老年股骨颈及粗隆间骨折 48 例，采用单边式外固定架治疗，出现一些合并症，分析如下。

**临床资料** 本组 48 例中男 19 例，女 29 例；股骨颈骨折 21 例；股骨粗隆间骨折 27 例；年龄 52~84 岁。

**治疗方法** 急诊手术，硬膜外麻醉或局麻。在骨折自动牵引复位器下(或手法牵引)，配合 C 型臂 X 光机监视，取得满意复位后，闭合穿针：大粗隆下平行或交叉穿入二枚克氏针致股骨头方向，局部固定骨折；一枚克氏针固定股骨髁上，仅穿过内侧皮质，做为力臂；行单边式外固定架外固定。去除牵引复位器。

**合并症分析** 1、股骨头旋转与分离：此合并症发生于股骨颈骨折头下型及颈中型病例。如术中出现，可退出克氏针，重新复位。一助手固定骨盆并在异侧推挤，改换进针角度重新打入克氏针。如术后拍片发现，处理则较困难。如发现及时，可重新施术，过晚则需行人工股骨头置换术。

2、克氏针穿出股骨头：术中克氏针尖近股骨头软骨面或穿过软骨面，术后病人早期坐起、负重，因自身重力作用使克氏针向上滑动，穿出股骨头。一但发生此种情况，晚期可形成创伤性髋关节炎。处理方法：应及时拍片，一但发现，可调整固定架，部分退出克氏针，重新固定。

3、克氏针下滑：因髋部为松质骨区，固定两周后，针道骨组织吸收，使针道间隙扩大，摩擦力变小，又因老年多骨质疏松，针极易松动下滑。治疗中发现一例克氏针退出骨折线外。为防止松动及下滑，应及时调整牵引加压装置，使针体与骨组织摩擦力增大，保持骨针的稳定性及骨折端的牢固。

4、针道感染：穿针角度与皮肤间夹角过小，压迫皮肤，或髋部双针之间皮肤牵拉过紧，过早坐起或老年人搔抓针孔周围，均是发生针道感染的因素。合理的换药可使感染控制或痊愈。在撤除外固定后，经换药亦多能痊愈。

5、髋、膝关节僵硬：多数报道外固定支架后患者可早期离床进行功能练习，但我院在治疗中发现，早期

## 注射针头固定治疗指骨末节开放性骨折

安徽省旌德县人民医院 (242600)

龙琦

笔者自 1991 年以来应用普通注射针头内固定治疗指骨末节开放性骨折 24 例，效果满意，介绍如下。

**临床资料** 本组 24 例，计 28 指，均为末节指骨开放性骨折，其中伴有皮肤软组织缺损者有 11 指。年龄最小 4 岁，最大 69 岁。损伤原因有：压砸伤、冲床冲伤、电刨伤、刀伤。X 线检查：末节粗隆下骨折 6 指，中段骨折 22 指。

**治疗方法** 在指根阻滞麻醉下，先用施乐氏消毒液海棉块擦洗手部皮肤 2 遍，灭菌盐水冲洗，3% 双氧水处理伤口 2 分钟，盐水冲去，无菌纱布擦干、消毒、铺巾。清创前用 1% 新洁尔灭溶液浸泡创口 5 分钟，外用盐水冲洗。常规清创后，取 9 号无菌注射针头从指尖旋转插入，指骨断端见针头后，复位骨折，继续旋入针头至末节指骨基底部，骨折即被固定。然后用两把血管钳夹持折断针尾，保留 0.5cm 折弯置于皮外，缝合皮肤。注意，术中常见甲根向背侧翘起，清创后不要拔除指甲，连同指甲复位固定，於指甲基部与指甲近端缝合两针。对伴有皮肤缺损者，清创时组织尽量保留，术后配合生肌膏换药。针头固定 6 周后拔除。

**治疗结果** 17 指无皮肤缺损者，术后一期愈合拆线。11 指伴有皮肤缺损者，经生肌膏换药，3 周内全部愈合。6 周后拔除针头，骨折均满意愈合。

**体会** 采用该法治疗，无需特殊内固定器械准备，手术简单，能在门诊或没有内固定器械的基层医院推广，便于病人就地及时治疗；另外术中消毒严格，大大减少了感染机会。

对于电刨伤，往往伴有皮肤缺损，做了内固定后，才便于配合生肌膏换药，能使缺损自身修复，而且疤痕少，感觉良好。

(收稿：1996-01-16)