

定性,使针容易移动。最后用钢丝剪剪断体外的三枚克氏针针尾,并把截面锉圆滑,埋于皮下,用酒精纱布复盖局部。

5. 术后处理: 术后宜立即减轻牵引重量 2~3kg, 一周后解除牵引。

6. 功能锻炼: 术后第 2 天鼓励病人作髋关节屈伸活动, 2 周后练习抬腿, 3~4 周后扶拐下地行走, 2~3 个月后弃拐行走, 3~10 个月拔除克氏针。

### 治疗结果

本组 76 例, 随访时间 9 个月~12 年, 平均为 2 年 6 个月。疗效标准: 优: 行走如伤前, 无跛行, 无疼痛, X 线显示骨愈合, 天气变化及行长路无不适感。良: 步态端正, 无跛行, 天气变化及行长路有不适感, X 线显示骨折愈合。尚可: 无跛行或轻度跛行, 患者用力感不足, 行长路有疼痛及不适感, X 线显示骨折对位差, 但骨折愈合。差: 达不到上述要求者。

本组 76 例中, 优 49 例, 良 19 例, 尚可 8 例, 优良率为 89.5%。

### 讨 论

1. 三枚克氏针固定, 设备简单, 操作易掌握, 对复

杂性股骨转子间骨折都能使用, 不需切开皮肤, 取针简单。

2. 三枚克氏针固定于骨折断端, 这就避免了在应力的情况下骨折断端产生旋转, 三枚针为弹性固定后皆于股骨头、股骨颈粗隆间的应力有一定的角度, 不会产生功能替代, 由于针的固定, 这些针受力时把股骨粗隆间的部分剪力变成压力, 粗隆间所承受的轴向转变成了压力, 粗隆间所承受的轴向压力增大了, 这使复位对线良好的骨折更加紧密, 更有利于粗隆间在针的作用下抗弯应力得以加强。

3. 三枚克氏针直径小, 对股骨头、颈、粗隆间的骨质和血运破坏小, 固定稳定, 有足够的固定强度, 是股骨转子间骨折复位的较好方法。

4. 此方法对高龄, 全身情况差, 不宜手术病人都能使用, 病人早期下床活动, 促进早愈合, 功能恢复好, 避免了长期卧床的严重并发症, 同时促进血液循环, 是一种较好的股骨转子间骨折的固定方法。

(收稿: 1996—10—22)

## 单臂多功能外固定支架在髋股骨粗隆间骨折的应用

广州中医药大学附属骨伤科医院 (510240)

林一峰 何铭涛 黄树开 彭尚军

近 4 年来, 应用单臂多功能外固定支架治疗髋股骨粗隆间骨折, 收到满意的疗效, 现总结报告如下。

### 临床资料

本组 101 人中男 42 人, 女 59 人; 年龄 68~98 岁, 平均 74.5 岁。其中 73 例并有一种或多种原发病, 包括老年痴呆症、糖尿病、帕金森氏症、中风后遗症、心血管病、肺气肿、支气管哮喘、肺部感染、泌尿系结石、褥疮等。骨折类型: 顺粗隆间骨折 87 例, 反粗隆间骨折 14 例。随机分组: A 组为外固定支架组 42 例; B 组为手术内固定组 38 例; C 组为保守治疗组 21 例。

### 治疗方法

患者入院后常规作股骨髁上牵引, 同时针对原发病作常规治疗至病情稳定后手术。手术过程: 硬外麻或局麻成功后, 常规消毒铺巾, X 光透视下整复骨折, 患肢内旋 20°, 根据“同步转动定位法”原理, 于大粗隆下 2cm~3cm 处沿股骨颈中轴线与冠状面平行依次钻

入两枚松质骨固定针, 接着在骨折远端于冠状面平行钻入两枚坚质骨固定针, 装配好支架臂杆, 术毕。

### 治疗结果

各组经 1~3 年随访, 总结疗效评价见表 1。功能评定标准: 优: 髋、膝关节活动正常, 无疼痛, 恢复伤前功能; 良: 髋关节屈伸活动 90°~120°, 活动多时疼痛; 可: 髋关节屈伸活动 60°~90°, 行走疼痛, 跛行, 生活能自理; 差: 髋关节屈伸活动 60°以下, 扶拐行走, 生活不能自理。

表 1. 各治疗组功能评价

组别	例数	疗效评定			
		优	良	可	差
A	42	21	16	5	0
B	38	23	14	0	1
C	21	9	5	6	1

在 A 组治疗过程中, 我们针对原发病及术后产生

并发症等情况与其它两组进行比较。其中牵引组的“术后”是指骨牵术后。我们发现牵引组因原发病加重而进行抢救的次数较多,同时并发症也较多。详见表 2、表 3。上述抢救处理是指患者原发病加重而出现危及生命的征象时所必须采取的急救措施,具体病证如邢继才所著述的急救范围<sup>[1]</sup>。

表 2. 原发病情况比较

组别	原发病个数	抢救次数	死亡例数
A	61	1	0
B	42	5	2
C	37	6	2

表 3. 术后并发症情况

组别	发生并发症例数	主要并发症个数			
		肺部感染	泌尿系感染	术口感染	褥疮
A	3	1	0	2	0
B	8	3	2	2	3
C	12	8	5	1	7

### 讨 论

单臂多功能外固定支架由二大部分组成,中部为主体杆,两端为固定夹,杆与夹间采用万向活动关节装置,能适应相应的角度固定和支撑负重作用,抗剪力大,且保证了骨折端的相对稳定,有效克服髓内翻,使骨折得以顺利愈合。A 组骨折愈合率 100%,无一例出现髓内翻畸形。

术前有效的牵引复位是手术成功的基础。此外本组中常规应用“同步转动定位法”,能准确迅速地进入股骨髓的 2 枚固定针的操作。同时,术后早期练功及预防针口感染也是至关重要的。

通过对表 1 功能评价的  $X^2$  检验, A 组与 B 组疗效无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 而 A 组与 C 组疗效有显著差异 ( $P < 0.05$ )。本组功能优良率高于牵引组。对表 2 抢救次数及表 3 并发症例数的  $X^2$  检验表明, A 组与 C 组有显著差异 ( $P < 0.05$ ), 与 B 组无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 说明 A 组在对原发病及术后并发症的防治上优于牵引组。

综上所述, 作者认为, A 组治法上有以下显著特点: 固定针经皮打入, 创伤小, 方法简单可靠; 术中不破坏局部血运; 出血少, 手术时间短; 无需再次手术取出内固定器材; 可早期离床活动, 有利于原发病的诊治及康复, 并大大地减少并发症的产生。该法对原发病较重的高龄股骨粗隆间骨折患者尤为适用。

### 参考文献

1. 邢继才, 孟昭全. 基层医生急救手册. 北京: 中国中医药出版社, 1992. 19~20.

(收稿: 1997—12—01)

## 热熨后手法复位肩关节脱位 78 天一例

贵州省贵定县人民医院 (551300) 涂泽斌

张×, 女, 21 岁, 于 1994 年 11 月 16 日来诊。诉 1994 年 8 月 31 日不慎摔倒, 致右肩受伤, 即感右肩部疼痛, 不能活动。约 3 小时后到某厂医务室就诊, 诊断为右肩软组织损伤, 治以三七伤药片内服, 但日久不愈, 患肩仍不能活动, 来我院求治。

**检查** 右肩功能障碍, 弹性固定, 肩峰突出, “方肩”畸形。搭肩试验、直尺试验阳性。X 线 (片号: 16539) 确诊: 右肩关节前脱位 (喙突下)。

**治疗** 用酒糟糠 6kg 分装在 3 个布袋内, 放锅内蒸热, 取出后迅速将 60ml 白酒倒入糠袋内。患者坐位, 将热糠袋置于伤肩处 (注意看护, 切勿烫伤皮肤), 温度过低后换另一热糠袋。热熨 3 小时后, 在肩背部及伤肢进行按摩, 并作肩关节各方向被动运动, 力量由轻而重, 范围逐渐增大, 约 20 分钟后患者仰卧于治疗台上, 施行臂丛麻醉, 进行整复。第一助手用宽布套住患者胸廓向健侧, 第二助手用双手握住患者伤侧前臂稍外展,

第三助手固定骨盆。第一、二助手同时徐徐用力对抗牵引 2 分钟后放松。第一助手改为固定上身, 第二助手以右足伸入腋下行足蹬拔伸法。术者立于患者伤肩旁, 左手鱼际抵于肩后, 右手鱼际抵于肩前脱位之肱骨头处, 以小鱼际向后向外用力推, 此时有粘连撕裂感, 同时嘱第二助手加大力量并徐徐内收、内旋, 即有回纳感, 伤肩恢复圆形膨隆的外形。搭肩试验、直尺试验转为阴性。屈肘 90°贴于胸壁, 用绷带固定, 2 周后改为前壁悬吊位 1 周, 即开始功能锻炼 (1 周内不做外展)。5 周功能恢复正常, 随访 18 个月无再脱位。

**体会** 陈旧性肩关节脱位, 整复难度大, 并易造成严重的并发症如肱骨外科颈骨折、臂丛神经损伤等。笔者采用热熨后手法复位, 效果好。热熨、推拿按摩可使伤肩肌群松弛, 使韧带、关节囊疤痕挛缩及粘连松解, 从而使脱位整复较易成功。

(收稿: 1995—08—15)