

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^[1]。

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)