

管椎注麻醉药物(具体操作请麻醉科医师协助),在麻醉状态下进行患肢膝关节连续被动功能锻炼半小时,然后置于屈曲(90°)石膏托外固定,夜间再更换伸直石膏托外固定。术后如此反复处理一周后,拔除硬膜外麻醉导管,继续白天夜间交替更换屈曲、伸直石膏托外固定一周,去除石膏托。3周下地练习下蹲屈曲动作,借助体重加大膝关节活动范围,并加强股四头肌功能锻炼。

### 3 治疗结果

疗效评判标准:优:步态正常,下蹲动作正常,膝关节功能 0°~135°;良:慢行步态正常、快步行走时出现轻微跛行,

可半蹲位,膝关节功能 0°~95°;差:步行跛行,下蹲困难 0°~60°。本组病例随访 6 个月。结果:优 7 例,良 1 例,差 1 例。

### 4 讨论

引起膝关节强直原因甚多,主要有:  
①长时间膝关节固定于伸直位未进行股四头肌及膝关节功能锻炼,致股四头肌挛缩,关节内粘连。  
②膝关节术后,长期制动造成髌股间,股骨髁与胫骨平台间及股四头肌粘连;关节囊周围粘连;或手术创伤使股中间肌纤维化挛缩。  
③术后患者因惧怕疼痛,而影响膝关节和股四头肌功能锻炼。

本组膝关节强直行股四头肌成形术

后,均给予恰当的术后处理,而避免了术后的膝关节功能障碍。优点在于:①留置硬膜外麻醉导管,向麻醉导管注入麻醉药物后进行被动连续功能锻炼,解除了因惧怕疼痛心理,而影响膝关节早期活动及活动到最大范围,预防了股四头肌挛缩和松解了关节粘连。  
②股四头肌成形术后,采用日夜反复交替屈曲和伸直石膏托外固定,防治了膝关节粘连,髌股间,股骨髁与胫骨平台间及股四头肌,关节周围粘连。在留置硬膜外麻醉导管期间,应注意预防逆行感染,绝对无菌操作。

(编辑:李为农)

## 人工股骨头置换治疗股骨颈骨折 327 例

曹成福 姜玉祥 张金福  
(普陀区中心医院,上海 200062)

我科自 1983 年以来,行人工股骨头置换术治疗股骨颈骨折 327 例,随访 150 例,效果满意,报告如下。

### 1 临床资料

本组 327 例中男 99 例,女 228 例;年龄最小 45 岁,最大 92 岁;就诊前诊断新鲜股骨颈骨折 243 例,陈旧性股骨颈骨折 84 例,均为单侧。

### 2 治疗方法

均采用硬膜外阻滞麻醉,行髋关节后外侧切口。术中应注意保护坐骨神经,保留股骨距 0.5~1 cm。假体放置的位置应正确,假体均采用 Moore 型钛合金型。手术时间一般在 1 小时左右。一般术毕不用引流条或负压吸引。

手术后患肢行皮牵引一周,一周后改穿矫正丁字鞋,固定患肢于中立位,2~3 周可扶拐下地行走。

### 3 治疗结果

本组术后随访并有较完整资料记载者 150 例,最短 1 年,最长 10 年。50 例经 X 线摄片复查,结果:髋关节间隙好,股骨头在位 29 例,髋关节间隙变窄,股骨头在位 8 例,髌臼明显变薄 3 例,骨质疏松 8 例,股骨头下沉 2 例。

临床评定标准:优:行走无跛行,无疼痛,下蹲正常;良:长途行走稍有疼痛,下蹲基本正常;中:行走时,稍有疼痛,有轻度跛行;差:不活动时也疼痛,生活不能完全自理,下蹲受限。结果:150 例中优 57 例,良 81 例,中 11 例,差 1 例。

### 4 讨论

人工股骨头置换手术采用髋关节后外侧切口,具有暴露好,损伤小,手术时间短,并发症少等优点。随访病人中,有 11 例有轻度的患髋疼痛,一例明显疼

痛,影响功能。造成疼痛的主要原因为:  
(1) 股骨矩残留过长,使病人术后下地负重时,感到疼痛;同时股骨矩过长造成股骨头与髌臼间的间隙相对变窄,引起疼痛。  
(2) 人工股骨头的直径过大,使之和髌臼间造成不正常的摩擦而引起疼痛。  
(3) 假体松动往往是引起疼痛的原因之一。  
(4) 髋关节周围肌群挛缩,而引起术后疼痛。

术中对股骨矩残端的处理:保留 0.5~1 cm,为避免残端前壁的劈裂,我们一般采用电锯修整,如骨髓腔间隙大,假体较松动,则采用处理下来的残端股骨块,填塞在股骨颈粗隆下 2 例,安装完毕后,用力试拔假体,无松动现象,此方法能有效地防止假体松动及下沉等并发症的发生。

(编辑:李为农)

## 小夹板配合甘露醇治疗小儿肱骨髁上骨折 45 例

王正刚  
(和县人民医院 安徽 和县 238200)

我科收治小儿肱骨髁上骨折 45 例,采用手法复位、小夹板固定、甘露醇静脉

推注,功能恢复满意,报告如下。

### 1 临床资料

本组 45 例中男 35 例,女 10 例;年龄 3~14 岁;受伤至治疗时间 1 小时~7

天。

## 2 治疗方法

患儿入院后,争取即时早期手法复位,一般采用氯胺酮麻醉,在 X 线透视下进行。仰卧或坐卧位,术者拉住患儿上臂,助手握住其前臂,曲肘 120 度,徐徐用力,顺势拔伸牵引,纠正重叠,恢复肢体长度,再用两掌相对挤压,纠正侧方和旋转移位,两拇指按压骨折远端向前,其余两手诸指扳提近端向后,同时嘱助手将肘徐徐屈曲 70 度即可。在 X 线下透视骨折对位对线满意,用肱骨髁上专用夹板固定,前臂用三角巾悬吊胸前,对于开放性骨折及多次复位失败造成患者肘部严重肿胀、起泡、甚至感染或入院时疑有神经血管损伤,先行鹰嘴牵引,患肘抬高,对症治疗,待病情好转后再行手法复位。复位后,尽早以甘露醇静滴(20%甘露醇 2g/kg),开始每 4~6 小时一次,静脉推注。连续 2~3 次,次日改每日 2 次,连续 3 天停。临床发现病人用药后

第一天肿胀好转,2~5 天肿胀基本消退。

## 3 治疗结果

疗效评定标准:优:骨折端对位对线准确,关节伸屈功能好;良:骨折端稍有移位,关节功能好;差:即骨折端移位,可见骨突,关节伸屈功能有一定障碍。结果:优 32 例,良 8 例,差 5 例。肘内翻 4 例,肘外翻 2 例。

## 4 讨论

伸直型肱骨髁上骨折,骨折端移位,是近端移向前下、远端移向后上,尤其肘前方有重要的神经和血管,骨折后,骨折端的压迫、折端出血,创伤反应加重了肢体肿胀,组织压升高,神经血管受压,临床上一部分病人入院时肢体局部已有肿胀,桡动脉搏动减弱,末梢血循差,感觉减退,疑有神经血管受压损伤,甚至有筋膜综合征发生的早期征象,这类病人通过即时手法复位,小夹板固定,早期应用甘露醇,症状迅速改善。其原因主要

是骨折端经复位后压迫解除,由于甘露醇的作用,使肢体肿胀迅速消退和组织液下降。小夹板固定治疗骨折是动静结合的,特别是应用肱骨髁上专用夹板,前后板末端均有 80°~90°弧形弯曲,复位后对维持肘屈曲起到一定作用,根据移位方向夹板上可放置适当的纸压垫,防止折端再移位,术后前臂三角巾悬吊胸前,早期开始做手部指间、指掌关节伸屈活动,密切注意末梢血循环及桡动脉搏动等,随时调整节板松紧度,3~4 周后拆除夹板,开始进行肘关节伸屈功能锻炼,骨折愈合时关节功能几乎同步逐渐恢复,因此,手法复位、小夹板固定、早期应用甘露醇是目前治疗小儿肱骨髁上骨折比较理想的方法。

肱骨髁上骨折,尺偏型是发生肘内翻的主要原因,因此,处理时应先矫正旋转移位,后矫正侧方移位,再后矫正前后移位的原则,以防止肘内翻发生。

(编辑:李为农)

# 大黄粉外敷治疗脓性指头炎

陈显 陈建国 邹立新

(伊通满族自治县人民医院,吉林 伊通 130700)

1985 至 1995 年,用大黄粉外敷治疗甲沟炎 18 例,脓性指头炎 16 例,疗效满意,现介绍如下。

## 1 临床资料

本组 34 例中男 20 例,女 14 例;年龄 18~58 岁;手指刺伤 12 例,修甲造成小伤口 6 例,逆剥 7 例,病因不清 9 例;发病到就诊时间 2~8 天。

## 2 治疗方法

以生大黄研成粉末,经筛后备用。取大黄粉末 30g,放入适量 75% 酒精调成糊状,敷患指,用纱布包扎,外面用一次性使用输液器袋包扎;或取大黄粉末 30g 放入一次性使用输液器袋内,加入适量 75% 酒精调成糊状,将患指伸入袋

内药糊中用纱布绷带包扎固定,患指握入另一手心中或适当热敷。

## 3 治疗结果

本组 18 例甲沟炎敷药 1 天,甲沟周围红、肿、热、痛减轻,3~4 天治愈。本组脓性指头炎 16 例,敷药 2 天疼痛减轻,3~4 天疼痛消失,患指肿胀减轻,皮肤呈黄褐色角化干瘪,角化皮下见粉红色嫩皮,其中 4 例脓肿破溃自行引流、减压,一周后治愈,12 例患指未见脓汁溢出,而干瘪角化的皮肤逐渐脱落。

## 4 讨论

甲沟炎及脓性指头炎,多数是手指末节轻微的损伤,若未及时处理,细菌经

过这些不被注意的小伤口侵入,造成手指末节感染,甚至形成慢性骨髓炎。大黄具有清热解毒,凉血祛瘀,活血止血等功能。酒精大黄粉用一次性使用输液器袋包扎后,酒精不能挥发,保持患指的酒精大黄潮热湿敷,使手指血管扩张,血液循环加快,加强药力渗透吸收。皮下组织内的脓液很容易穿破细嫩的皮肤,自行引流、减压。但脓性指头炎出现局部胀痛和搏动性痛时,应切开引流、减压,继续外敷酒精大黄粉。切开引流能迅速降低脓腔内异常高压,可很快减轻疼痛,避免压迫末节指骨的滋养血管,引起指骨骨髓炎。

(编辑:李为农)