

骨折全部愈合,无畸形愈合,愈合时间4~7个月,平均5.3个月。针眼感染、疼痛2例,经换药后痊愈,无骨髓炎发生。膝关节功能均恢复正常。

2 讨论

股骨髁上骨折是指腓肠肌起点以上2~4cm的范围骨折,其远折端因受腓肠肌牵拉向后成角移位,这种移位较难矫正,传统的骨牵引、超膝关节夹板固定、石膏托外固定等非手术疗法,骨折畸形愈合、膝关节粘连僵硬等并发症发生率甚高。我们用单侧多功能外固定支架治疗股骨髁上骨折21例,疗效理想。

注意事项:(1)术者必须熟悉穿针部位的局部解剖,掌握进针要点,避免损伤大腿内侧的血管、神经。(2)正确指导患者做膝关节功能锻炼。固定针贯穿肌肉,有限制肌肉伸缩幅

度的缺点,练习膝关节屈伸时,速度要缓慢,行走时步幅要小,过快或幅度过大,易引起肌肉拉伤、针眼疼痛。(3)经常检查外固定支架各个部件,如发生松动,应及时拧紧,否则会失去固定作用。(4)定期拍X线片,如发现骨折线模糊或有骨痂时,放松延长锁钮使支架动力化,骨折端相互挤压使其纵轴受到负重应力,使骨处于功能状态,有利于骨痂的生长、塑形和模造,按生理需要进行修复,促进骨的形成达到直接愈合和少量骨痂优化骨愈合^[1]。

参考文献

[1] 于仲嘉,刘光汉,张志占,等.单侧多功能外固定支架的临床应用.中华骨科杂志,1996,16(4):213.

(编辑:荆鲁)

支架固定治疗指骨骨折 120 例体会

张中林
(桐乡市第二人民医院,浙江 桐乡 314511)

自1990年以来我院用单蕊电线自制的支架固定治疗指骨骨折120例,取得了良好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组120例,男76例,女54例;年龄8~67岁;近节指骨骨折51例,中节指骨骨折49例,远节指骨骨折10例;其中拇指指骨骨折30例,开放性骨折27例,粉碎性骨折15例,锤状指8例;伤后就诊时间最短1小时,最长8天。

1.2 材料:选用铜或铝单蕊直径1.5mm~2mm的电线,取腕部至指端两倍长度,于中间折弯后呈“n”形,宽度与患指的宽相符(掌侧拇指支架的掌部电线应放于大鱼际的内外两侧),电线外缠上胶布,按所需固定的特定形状制成支架。

2 治疗方法

仔细阅读片后通过拔伸,捺正,折顶、旋转的手法使指骨复位,手提式X线透视机观察骨折整复良好后,于患指的掌侧及背侧各放置支架,开放性骨折应先清创闭合创口;近节指骨骨折固定于指间关节屈曲位;中节指骨向背侧成角者固定于各指间关节伸直位,向掌侧成角者固定于屈曲位;锤状指的末节指间关节固定于背伸位,近中节指间关节固定于屈曲70度

位;拇指骨折固定于外展对掌位;各型骨折的掌指关节皆固定于屈曲位。用布胶将支架固定于患指及手掌部,定期摄片,临床愈合后用中药三棱、蓬莪术、红花、川椒、当归尾、海桐皮、伸筋草、透骨草、寻骨风、续断各15g共七付,每天2次熏洗患指半小时,持续一周,并加强患指伸屈功能锻炼。

3 结果

本组获随访115例,固定时间最短25天,最长8周,平均6周左右,皆骨性愈合,开放性骨折各创口皆愈合良好;其中锤状指1例因固定失败后改手术治疗,指骨髁部粉碎骨折2例愈后残留关节僵硬;其余病例骨折无明显畸形愈合,各指间关节活动良好,优良率97.4%。

4 讨论

支架固定指骨时通过折曲调正后可以不直接压迫创口,从而有利于创口的愈合,本组27例开放性骨折的创口皆获良好愈合,故适用于开放性骨折。构成支架的硬质电线位于指的两侧缘,支架的形态与手指形态一致,指的背、掌侧皮肤仅受软质的支架布胶依托,支架固定时又勿需太紧,故指部皮肤受力均匀,不易引起压疮及影响手指的血循环,患指肿胀轻。

(编辑:李为农)

孟氏骨折复位固定器配合小夹板治疗胫腓骨骨折 32 例

王化京¹ 邢荣珍¹ 石福明² 尹吉琳¹
(1. 南阳市中医院,河南 南阳 473000 2. 洛阳正骨医院 471002)

我们自1994年6月~1998年3月,应用孟氏骨折复位固定器配合小夹板治疗胫腓骨骨折32例,收到满意效果,报告如下。

1 临床资料

本组32例中男25例,女7例;年龄16~70岁;开放性骨折3例,闭合性骨折29例;斜形骨折15例,螺旋形骨折5例,

横形骨折 9 例, 粉碎型骨折 3 例; 上 1/3 骨折 7 例, 中 1/3 骨折 20 例, 下 1/3 骨折 5 例。

2 治疗方法

运用“手法—器械—手法—器械”^[1]的治疗原则。先由两助手将患肢拔伸牵引, 初步矫正旋转、成角和短缩畸形。然后用龙胆紫定好穿针位置和方向, 常规消毒铺巾, 用 1% 利多卡因局麻, 在胫骨结节与腓骨小头连线中点, 自外侧向内侧用骨锤打入一枚 ϕ 为 3mm 克氏针, 针与膝关节面平行, 再在外踝上方 3~8cm, 于腓骨的前缘用骨钻穿入一枚 ϕ 2.5mm 克氏针, 针与踝关节面平行。针眼处无菌敷料包扎, 套上锁针器, 并连接预先调整好的骨折复位固定器, 然后在 C 型臂 X 光机下由助手牵引, 运用正骨手法, 纠正重叠、成角及侧方移位。用锁针器固定克氏针, 调节可调螺母, 使胫骨上端半环框架带动克氏针上升或下降, 从而对骨折端进行牵引或加压, 调整到理想位置后给予固定。最后用小腿夹板给予固定, 对于固定器不能矫正其残余移位者, 可应用纸压垫来矫正。对于下 1/3 骨折, 把远端针穿在跟骨上。对于开放性骨折, 则先清创后对位固定, 创面大者可暂不用夹板, 创面小者, 可在夹板上开窗便于换药。针孔每周清洁换药 1 次, 适当应用抗生素。前 3 周应及时行 X 线检查, 发现稍有移位者即行矫正。术后次日即可行踝关节及膝关节屈伸活动, 1 周后在医护人员指导帮助下扶拐下地活动, 逐日增加活动量。一般 4~7 周拆除固定器, 继续用小夹板固定 1~2 周。但对于粉碎骨折、开放性骨折、骨折愈合缓慢者, 可适当延长外固定时间。

3 治疗结果

按天津医院骨折愈合^[2]标准, 32 例病人全部愈合, 恢复良好功能。解剖对位者 21 例, 11 例功能对位。骨折临床愈

合时间为 30~90 天, 平均 52.3 天。未发生骨质感染, 未发生血管神经损伤及针道感染等并发症。

4 讨论

孟氏骨折复位固定器以其穿针少而细, 弹性固定, 骨折愈合快, 功能恢复良好而广泛应用于临床。但在临床应用中也有些不足之处。主要是加压板易压伤皮肤, 不能纠正侧方移位, 对前后移位固定效果亦不理想, 受伤肢体放置不便。我们应用小夹板代替加压板, 它的优点在于: ①胫腓骨塑形夹板符合小腿的生理曲度, 对小腿有周向弹性加压作用, 配合纸压垫, 不仅能纠正前后移位, 而且还可纠正侧方移位。②小夹板能有效控制膝关节早期功能练习时所产生的骨折端异常活动。③为肌肉收缩活动纠正残余移位创造了一个外周恒压环境。④因其接触面大, 对骨折端有牢固的固定作用, 且不易压伤皮肤。本法吸取了固定器与夹板各自的优点, 融固定器与小夹板弹性固定的特点于一身。利用固定器纠正旋转、重叠、侧方及成角大部分移位, 利用小夹板来纠正残余移位, 达到良好的弹性固定效果。治疗本病时我们还很重视小腿肌肉的收缩功能锻炼。它不仅能促进肿胀消退, 防止肌肉萎缩, 预防关节粘连, 更重要的是能稳定骨折端及纠正骨折残余畸形, 通过肌肉收缩给骨折端适当的应力刺激, 可加速骨折的愈合。

参考文献

- [1] 孟和. 中国骨折复位固定器疗法. 北京医科大学·中国协和医科大学联合出版社, 1993. 14.
- [2] 天津医院. 骨折疗效标准草案. 天津医药(骨科附刊), 1978(试刊号): 32

(编辑: 李为农)

• 骨伤护理 •

肋骨骨折并发急性心力衰竭抢救和护理一例

沈文化 王元潮

(绍兴市中医院, 浙江 绍兴 312000)

林××, 女, 71 岁, 因救落水儿童致左 6~8 肋多处骨折。入院当晚 7 时, 因转侧活动后, 突感胸痛, 严重呼吸困难, 被迫采取端坐位, 面色青灰, 唇绀, 大汗淋漓, 手足冰冷, 咳嗽伴粉红色泡沫痰, 心率加快, 脉细弱, 血压下降, 神志模糊。心电图检查, 左房左室肥大伴劳损, 完全性左束支传导阻滞。立即给病人取坐位, 两足下垂, 高流量氧气吸入, 镇静止痛, 强心利尿扩血管等药物治疗, 半小时后病人神志转清, 胸痛窒息感好转, 尿量

增多, 汗出止, 手足转温, 3 小时后病人呼吸渐趋平和, 安静入睡。在医务人员严密的病情监测下, 采用中西医结合的方法, 治疗护理 20 多天, 病人痊愈出院。体会

1. 多发性肋骨骨折病人早期应密切观察生命体征及病情变化, 防止心肺功能衰竭。一旦出现早期症状应立即组织抢救, 严防发生心跳骤停。心跳一旦停止不宜行胸外心脏按压术, 因胸外心

脏按压术能使肋骨骨折断端加深对心肺的损伤, 影响抢救效果危及病人生命。应立即作开胸, 胸内心脏按压术。胸内心脏按压心排量高于胸外心脏按压, 效果较好。

2. 多发性肋骨骨折病人住院后, 应立即用胸肋固定带或其它方法。固定胸壁, 防止产生反常呼吸运动, 导致心肺功能损害, 产生不良后果, 将疾病控制在萌芽状态。

(编辑: 荆鲁)