

进行处理,但实际上通过扩髓,已经对硬化骨的髓腔部分进行了处理,如再对硬化骨表面进行修整,不但会增加损伤骨折周围软组织影响血供,还易造成断端的骨质缺损,影响患肢长度,势必需植骨解决,从而增加患者痛苦。所以对于不存在断端骨缺损的患者,我们原则上不进行骨断端的修整和植骨。本组仅 3 例患者因创伤时造成部分骨缺损,术中予自体髂骨植骨,骨折全部获得愈合。

扩髓交锁髓内钉内固定治疗胫骨陈旧性骨折具有创伤小,出血少,操作简单,骨愈合成功率高等特点,国外亦有这方面的成功经验报导^[8],是一种对陈旧性骨折较为理想的治疗方法。但应当掌握治疗适应症,对合并有慢性骨髓炎的患者应视为禁忌症。另有报导扩髓可能诱发肺部脂肪栓塞综合征的发生^[9],故术后应密切观察,积极做好防治工作。

参考文献

1 Clatworthy MG, Clark DI, Gray DH, et al. Reamed versus unreamed femoral nails. A randomised prospective trial. J Bone Joint Surg (Br), 1998, 80(3): 485-489.

2 Giannoudis PV, Furlong AJ, Macdonald DA, et al. Reamed against unreamed nailing of the femoral diaphysis: a retrospective study of healing time. Injury, 1997, 28(1): 15-18.

3 Anglen JO, Blue JM. A comparison of reamed and unreamed nailing of the tibia. J Trauma, 1995, 39(2): 351-355.

4 马仁治,袁峰.扩髓的带锁髓内钉治疗复杂的粉碎性股骨干骨折.苏州医学院学报,1999,19(4):440-441.

5 周海斌,郑祖根.股骨髓腔扩大对股骨骨折愈合影响的超微结构研究.苏州医学院学报,1998,18(8):796-797.

6 Mayr E, Barnikel C, Braun W, et al. Closed tibial fracture reamed of unreamed intramedullary nailing. Zentralbl Chir, 1995, 120(1): 24-31.

7 王亦璁,孟继懋,郭子恒.骨与关节损伤.第二版,北京:人民卫生出版社,1995.147.

8 Templeman D, Thomas M, Væreka T, et al. Exchange reamed intramedullary nailing for delayed union and nonunion of the tibia. Clin Orthop, 1995, 21(5): 169-175.

9 薛向东,蔡克勤.髓腔扩大的生物学效应.中华创伤杂志,1996,12(6):267-268.

(收稿:2000-08-09 编辑:李为农)

•手法介绍•

袜套持续外展牵引法整复难复性肩关节脱位

辛彦生 缴勇武

(廊坊市人民医院,河北 廊坊 065000)

1988 年 1 月~ 1999 年 6 月,我们应用袜套持续外展牵引法,成功整复难复性肩关节脱位 32 例。其中 2 例来院就诊时间超过 48 小时。

1 临床资料

本组 32 例,男 27 例,女 5 例,年龄 18~ 62 岁。前脱位 31 例,后脱位 1 例,就诊时间 6~ 58 小时不等。其中 18 例在院外多次复位失败而转入我院就诊。14 例为在我院采用 Hippocrates 及 Kocher 等方法复位失败者。32 例中合并肱骨大结节骨折 3 例,同侧肋骨骨折 2 例,伤前患有冠心病者 4 例。

2 治疗方法

患者脱去上衣,仰卧于床。用一弹力袜套入患肢手及腕部,胶布固定袜口与周围皮肤,用一牵引绳栓住袜子,另一端穿入外上方牵引架滑轮,将患肢外展 70°~ 80°,给予 3~ 5kg 重量,持续牵引。在牵引过程中,由于卡压的肌肉逐渐松弛,大多在 5~ 10 分钟,患者可感一弹响,表明肱骨头自动复位。

3 治疗结果

本组在 5~ 10 分钟内复位 28 例,15 分钟内均全部自动复位。复位后解除牵引,检查“方肩”消失,Dugas 征也阴性,即可固定,拍 X 光检查证实复位成功。本法适用于各型肩关节脱位,本组 32 例无一例出现臂丛神经牵位伤等医源性损伤。

4 讨论

肩关节脱位在临床较为常见,采用 Hippocrates 等方法多

易获得复位,但当病人就诊时间长或身体较强壮时,一个人复位往往不易取得成功。Hippocrates 法主要是利用足部做为杠杆支点,牵引下内收上肢,以解脱肱骨头与肩盂部的紧密咬合及肱二头肌的卡压。过度的内收上肢往往造成术者足部被挤压的疼痛难忍,并偶有患者肱骨骨折、肋骨骨折等意外情况发生。Stimson 方法主要是利用床边对肱骨的杠杆支点作用,利用重力弹撬肱骨头向外从破裂的关节囊复入。但门诊一般无此高度的治疗床,而且病人由于疼痛常常自行移动身体导致复位失败。笔者曾有两例应用 Stimson 悬吊牵引法历时三小时也未能复位者。本法的复位机理在于持续外展向上的牵引力,克服了肌肉的张力,从而解除了关节囊、二头肌腱或断裂的肩袖对复位的影响。本法应用与脱位方向相对应的牵引原则,即从脱出部位原道牵回,不同于传统的向下牵引加杠杆的力量作用。本法适应于就诊时间长,身体强壮肌肉发达,或采用其他方法复位未成功者。本法的优点是简单、省力,不需麻醉,一人即可完成,病人容易接受。尤其适用合并肋骨骨折、外科颈裂隙骨折,及伤前患有冠心病者。

注意事项:①牵引重量要逐步增加,最大不超过 5kg,②牵引复位前详细检查有无血管神经损伤,并加以记录。③若因采用过其他方法不成功,牵引前可肌注杜冷丁 50mg,镇静止痛。④复位后青壮年患者肩关节制动三周,50 岁以上患者制动一周。

(收稿:2001-10-10 编辑:李为农)