维普资讯 http://www.cqvip.com

必须定期复查。

3 讨论

人工股骨头置换手术对老年人股骨头骨折或坏死是一种有效的治疗手段，也是一种严重的创伤。加上患者创伤后疼痛、手术前后的精神紧张、失血失液及麻醉等一系列刺激因素，可加重病人的应激反应[1]。老年人各脏器功能衰减，生理代偿及应激调节能力降低，伴有糖尿病者尤甚，所以外伤及手术会加重糖尿病。糖尿病未控制或控制不稳定会使病情加重，感染的机率会更大。所以老年糖尿病患者行人工股骨头置换术的围手术期护理工作是多方面、综合性的。我科正是注意了各个环节，使这些病人无一例因护理问题而影响医疗质量，效果满意。只要做到医护之间、护患之间的密切配合，相互信任与支持，这方面的工作一定会做得更好。

[参考文献]

[1] 傅海燕. 人工股骨头置换术围手术期的护理[J]. 局解手术学杂志，2004，13(3)：216.

（编辑：文 灿）

骨折复位外固定器的临床应用

迟耀武，黄 松，王旭魁
（营口市第二人民医院骨科，辽宁 营口 115000）

[关键词] 骨折；复位；外固定器
[中图分类号] R683.4；R197.39 [文献标识码] B [文章编号] 1672－5042(2004)05－0356－01

本院自1997年3月至2003年7月，共使用骨折复位外固定器治疗各种复杂骨折488例，效果满意，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组共有488例病例，其中男376例，女112例。年龄8～87岁，平均41岁。股骨颈囊内骨折8例(新鲜6例，陈旧2例)；转子间骨折40例(新鲜36例，陈旧4例)；股骨干骨折128例(新鲜109例，陈旧19例)；肱骨干骨折56例(新鲜48例，陈旧8例)；尺、桡骨骨折32例(新鲜29例，陈旧3例)；多肢体多发骨折46例。

1.2 治疗方法

先初步整复骨折，确定穿针平面，于骨折远、近端各穿入两枚相互平行之固定针。进针时应与患肢冠状面平行，与其纵轴垂直。股骨、肱骨均应从外侧进针，胫骨则从前外侧进针。然后安装支架，置于距皮肤约1 cm处。在X线下整复骨折，直至对位、对线满意。术后常规应用抗生素防治感染，下肢屈膝约20°～30°，主动及被动锻炼股四头肌及关节功能，及时更换敷料，并用75%的酒精每日滴注2次。定期复查X线片，以了解骨折愈合情况。下肢骨折术后7～14 d可下床行走。当临床愈合、X线片有连续骨痂时，可拆除支架，并旋出固定针。

2 结果

经半年至两年(平均1年)随访，全部病例均在1年内获得良好的骨性愈合，最短者2个月(新鲜肱骨干骨折)，最长者1年(陈旧性股骨干骨折、骨不连)。新鲜骨折拆支架后，患肢关节活动良好、步态正常，无肌肉萎缩及骨质疏松现象发生。陈旧性骨折拆除支架后，关节活动较术前有明显改善。

3 讨论

骨外固定是一种独特的固定系统。通过经皮穿入骨内的钢针和骨连接，构成一个新鲜的空间稳定体系，并借助外固定器的机械作用进行骨端加压或牵引，达到固定骨折断端的目的，是介于内固定和非侵入的外固定之间的一种方法。具有如下优点：操作简便，易于装卸，便于锻炼；力学性能稳定可靠；对骨及周围组织血供影响小；能同时兼顾骨折固定及伤口处理；固定针稳定性好，不易松动退出；并发症少，即使发生亦不严重[1]。

骨外固定虽有许多优点，但在临床应用中仍应重视其并发症的防治。常见的并发症有：①针孔感染。是较轻的并发症，其原因是固定时间较长及滑移等因素，术后及时更换敷料及针孔滴注酒精是有效的预防措施；②固定针松动。多发生在无螺纹的固定针或穿入过深又后退的病例；③骨折延迟愈合、不愈合。正确掌握适应证，严格操作技术和术后处理即可避免；④关节强直。术后即被动、主动活动关节可避免此并发症；⑤血管、神经损伤。熟练掌握局部解剖可避免。本组病例从安全通道进针，无一例发生[2]。

通过本组病例的治疗，本文认为：骨外固定架在治疗小腿不稳定骨折、感染性骨折和伴有软组织严重损伤的开放性骨折中，疗效良好，应作为首选。

[参考文献]

[1] 刘 斌，陈之白，周良安，等. 应用单侧纵轴动力外固定器治疗骨折的体会[J]. 中华骨科杂志，1994，14(10)：589－590.
[2] 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[J]. 中华骨科杂志，1996，16(4)：211－214.

（编辑：雷 艳）

[收稿日期] 2004－06－18 [修回日期] 2004－08－03