

ankylosing spondylitis in patients following discontinuation of etanercept[J]. Rheumatol Int,2012,11[Epub ahead of print].

[2] Carter JD, Gérard HC, Espinoza LR, et al. Chlamydiae as etiologic agents in chronic undifferentiated spondylarthritis [J]. Arthritis Rheum,2009,60(5):1311-1316.

[3] Feng XG, Xu XJ, Ye S, et al. Recent *Chlamydia pneumoniae* infection is highly associated with active ankylosing spondylitis in a Chinese cohort[J]. Scand J Rheumatol,2011,40(4):289-291.

[4] 冯修高,林忆阳,徐向进,等. 近期肺炎衣原体感染与强直性脊柱炎疾病活动的研究[J]. 中华风湿病学杂志,2011,15(3):164-167.

[5] 王 月,张学军,冯修高,等. 肺炎衣原体感染与强直性脊柱炎相关的临床及病理研究[J]. 中华临床感染病杂志,2011,10(5):129-132.

[6] Carter JD, Valeriano J, Vasey FB. Doxycycline versus doxycycline and rifampin in undifferentiated spondyloarthropathy, with special reference to Chlamydia-induced arthritis: A prospective, randomized 9-month comparison[J]. J Rheumatol,2004,31(10):1973-1980.

[7] 张学军,冯修高,徐向进,等. 克拉霉素治疗强直性脊柱炎初探[J]. 中华风湿病学杂志,2010,14(8):571-572.

[8] Kanamoto Y, Ouchi K, Mizui M, et al. Prevalence of antibody to *Chlamydia pneumoniae* TWAR in Japan [J]. J Clin Microbiol, 1991,29(4):816-818.

[9] Grayston JT, Campbell LA, Kuo CC, et al. A new respiratory tract pathogen: *Chlamydia pneumoniae* strain TWAR [J]. J Infect Dis, 1990,161(4):618-625.

[10] Ekman MR, Grayston JT, Visakorpi R, et al. An epidemic of infections due to *Chlamydia pneumoniae* in military conscripts [J]. Clin Infect Dis,1993,17(3):420-425.

[11] Bao Z, Yuan X, Wang L, et al. The incidence and etiology of community-acquired pneumonia in fever outpatients [J]. Exp Biol Med,2012,237(11):1256-1261.

[12] Brown JS. Community-acquired pneumonia [J]. Clin Med,2012,12(6):538-543.

(收稿日期:2012-08-22;修回日期:2013-02-16)
(本文编辑:黄攸生; 英文编辑:王建东)

• 短 篇 •

个性化选择治疗战士肱骨投弹骨折

卢一生,李战友,潘 兵,徐静芳,代燎原

[关键词] 肱骨;投弹骨折;保守治疗;手术治疗
[中图分类号] R684.1 [文献标志码] B
doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2013.02.031

在军事训练中,手榴弹投掷是一项基础训练科目。战士参加投弹训练时有发生肱骨投弹骨折可能。2005 年 3 月 - 2011 年 3 月,收治肱骨投弹骨折 51 例。根据骨折特点、不稳定因素和战士对治疗要求,选择保守治疗 38 例,手术治疗 13 例,均取得良好的临床效果。

1 临床资料

1.1 一般资料 51 例均男性,年龄 19 ~ 29 岁,平均 21.4 岁。新兵 39 例,占 76.5%。骨折发生在左侧 15 例,右侧 36 例。骨折部位在肱骨中段 3 例,中下段 42 例,下段 6 例,均为闭合骨折,不合并神经、血管损伤。

1.2 治疗方法 本组 51 例,采用悬垂石膏固定治疗 38 例,患者在伤后 2 ~ 3 周内必须取坐位和半坐位休息,以维持石膏的悬垂牵引作用。采用手术治疗 13 例,其中有限切开复位以数枚螺钉垂直于骨折线固定辅以石膏外固定术 3 例,切开复位锁定钢板固定 10 例。

1.3 结果 38 例保守治疗中有 1 例骨折后 4 个月延缓愈合,改手术治疗;手术治疗 13 例未发生手术并发症。本组 51 例全部获得骨性痊愈,恢复正常训练。

2 讨 论

2.1 治疗方法选择 投弹骨折是肱骨中下段螺旋形骨折,属于不稳定骨折。孙荣华等^[1]对 53 例肱骨投弹骨折全部采用保守治疗,纠正轴向短缩和成角移位,悬垂石膏治疗,疗效满意。肖斌等^[2]认为悬垂石膏复位固定治疗肱骨骨折前期,前臂需始终维持下垂,以便提供一个向下的牵引力,患者夜间不能平卧,需采取坐睡或半卧位,给生活带来不便,因此他们对 33 例投弹导致的肱骨干骨折全部采用切开复位限制接触性动力加压钢板治疗,使得固定牢固,可进行早期功能锻炼,疗效满意。作者认为悬垂石膏治疗肱骨投弹骨折的方法操作简单,风险性低,不需要二次手术取内固定,易于被患者接受。因此,我们对 51 例肱骨投弹骨折中的 38 例采用保守治疗,占 74.5%;但有 1 例由于配合欠佳,伤后早期不能坐位和半坐位休息,体位改变时常由于骨折的轻微移位而引起局部疼痛,再加上反复 X 线片检查等因素,导致骨折后 4 个月延缓愈合改手术治疗治愈。我们对患者不能配合保守治疗以及骨折移位明显、手法复位效果差的 13 例采取手术治疗。

(下转第 121 页)

实战演练,完善应急救援预案,提高应急救援能力。紧急救援指挥小组每年可安排 1~2 次全市范围内的军地联合应对重特大交通事故的实战演练。

5.5 突出信息化建设 准确的信息可全面掌握事态发展变化和处置工作的进展情况,为指挥组采取正确得当的处置措施,合理安排救援力量分配提供决策依据。所以,突出信息化建设在军地联合实施重特大交通事故中非常重要^[8]。首先,要利用 120 报警系统,尽可能准确获取交通事故现场信息,迅速判断交通事故性质和严重程度;其次,各救援部门通讯信息交流要保持畅通,及时准确传递指令和反馈信息,适时调整救援方案;其三,成立信息控制中心,利用网络、电话、视频通信等设备沟通现场与指挥组之间的通讯联络,保障各组通讯畅通。此外,及时准确地向公众发布交通事故信息,也有利于公众掌握事故的真相和进展,减少不必要的误会和恐慌^[9]。

【参考文献】

[1] 周继红,王正国.我国交通伤研究进展[J].中华创伤杂志,

2005,21(1):71-73.
[2] 张漫漫,王莹莹,张秀霞,等.“7.23”温州动车事故伤员早期紧急救援[J].中华创伤杂志,2012,28(1):35-36.
[3] 宋 斌,王怀云,王剑火.某地区高速公路交通伤流行病学分析[J].东南国防医药,2012,14(4):308-310.
[4] 雷 勇,宋 斌,李 晋,等.非战争军事行动成批伤员救治组织指挥与管理[J].东南国防医药,2009,11(4):375-377.
[5] 叶 锋,贾殿和.军地联合野战救护模式探讨[J].解放军医院管理杂志,2011,18(10):975-976.
[6] 田道权,缪 伟.构建军地融合式卫勤保障模式的几点思考[J].东南国防医药,2011,13(5):477-478.
[7] 姚国庆,张 亮,丁 琴,等.军地融合应对重大突发公共卫生事件医学救援的实践与思考[J].中国医院管理,2011,31(6):73-74.
[8] 郑 萍,罗书练,邵 新,等.医院应急医学信息发展的现状与趋势[J].中国医疗设备,2011,26(3):54-56.
[9] 许锐钗.突发公共事件中的媒体责任[J].社会探索,2005,12:82-83.

(收稿日期:2012-12-07)

(本文编辑:史新中; 英文编辑:王建东)

(上接第 112 页)

患者有较大蝶形骨块分离,手法复位后石膏固定效果差,而采用有限切开复位以数枚螺钉固定辅以石膏外固定,防止因钢板内固定需要较广泛骨膜剥离,破坏蝶形骨块血供致骨折不愈合。宋子卫等^[3]认为通过螺钉在长螺旋形骨折块间不同方向的加压固定,使骨折端最大面积紧密接触同时可产生一定的弹性固定作用,防止肢体远端旋转,符合骨折的治疗原则,提供骨折愈合、功能恢复所需的生物力学环境。

2.2 投弹骨折预防 投弹姿势的正确与否是发生投掷性骨折的首要因素,刘大雄等^[4]从投弹的运动学分析,提出投弹骨折的预防,认为正确的投弹动作应以肩关节为主要转运中心,投掷臂从肩后往上翻,并以上臂带动前臂快速挥臂,速度由近端关节向远端关节(肩-肘-腕)依次达到最大值,形成鞭打样发力,可达到最大出手速度,并避免不必要的损伤。刘云鹏等^[5]认为训练伤防治要合理安排训练科目,上肢与下肢训练项目交替进行,同时充分利用空余时间进行休息。另外日常运动中,掰手腕若姿势不正确也可导致肱骨投弹样骨折,所有因引臂加速所产生的力矩就作用在肱骨的垂直轴或

垂直轴附近,如果此时手臂角度(腕、肘关节中心连线与肩肘关节中心连线夹角)大于 90°,肱骨所受力矩也会进一步加大,两方面的因素超过极限值时就有可能造成肱骨螺旋形骨折。因此,掰手腕正确姿势是手臂角度小于 90°。

【参考文献】

[1] 孙荣华,刘大雄,吴晓峰,等.肱骨投弹骨折的特征和治疗经验[J].中国骨与关节损伤杂志,2005,20(4):228-230.
[2] 肖 斌,廖凡琼,库建斌,等.限制接触性动力加压钢板治疗投弹导致的肱骨干骨折[J].海军医学杂志,2009,30(1):17-18.
[3] 宋子卫,林舟丹,刘传太,等.微创内固定技术治疗肱骨干投弹骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2011,26(5):454-455.
[4] 刘大雄,黄 诚,孙荣华,等.投弹的运动学分析和投弹骨折的预防[J].中华创伤杂志,2005,21(6):455-458.
[5] 刘云鹏,于晓华,张复中.某部特种兵强化集训期间训练伤流行病学调查[J].东南国防医药,2010,12(2):186-188.

(收稿日期:2012-02-13)

(本文编辑:黄攸生)