

期活动,才能取得较好的功能恢复,这一观点已日益重视。但是,关节活动的前提固定必须可靠。而本文只固定关节骨折,具有可靠的加压稳定作用,对关节周围软组织损伤极少,且不影响骨折关节的活动,不但可以维持对位,还可以矫正残余移位,因此,是一种能动的固定方式。

但早期活动从何时开始,尚存有争议。Rook-Wood^[3](1984)主张内固定术后,即应开始作关节活动。Gavsewitz^[5](1986)则认为关节活动会延迟关节周围韧带及关节囊的修复,主张术后短期完全制动,2~6周后再开始关节活动。

本文报导加压外固定器安置好后22小时,即开始作关节的微动,2周后随着肿胀及疼痛减轻,逐渐加大活动范围,要求在固定4~6周内达到关节的活动基本恢复正常。这样,即不影响关节软组织的修复,又可防止关节僵硬,治疗与恢复同时并进,使疗程大大缩短。

4. 预防感染。关节内感染是关节的严重并发症,可造成关节功能丧失,本文报导的病例因用一针穿进骨骼,甚至无针,所以无感染发生,但预防感染必须受到高度重视。安放外固定器时,应严格无菌操作,及常规给以预防性应用抗菌素。

5. 本方法的适应症主要是新鲜性的肘、膝、踝及跟骨关节内骨折,对严重粉碎性、开放性骨折及髓关节内骨折,尚未应用。

小 结

本文通过动物实验证实,加压外固定器可促进骨折愈合;并报导应用加压外固定器治疗225例,优良率为92.9%;并提出治疗原则,闭合手法复位,加压外固定器固定,早期关节活动。

参考文献

1. Milchell, N. et al; Healling of articular cartilage in intra-articular fractures in rabbits. *J. Bone Joint Surg.* 62(A):628, 1980.
2. Salter, R.B. et al; The biological effect of continuous passive motion on the healling of full-thickness defects in articular cartilage. *J. Bone Joint Surg.* 62(A): 1232, 1980.
3. Charles, A. & Rockwood, J.; *Fractures in Adults.* Berlin-Heidelberg-New York, Lippincott compauny, 1:203, 1984.
4. Jesse, B. Jupiter, ; *Intracondylar fractures of the humerus.* *J. Bone Joint Surg.* 67(A): 239, 1985.
5. Steven, G. et al; The significance of early motion in the treatment of tibial plateam fracture. *clin. Orthop.* 202:135, 1986.
6. 顾云五等; 肱骨髁间骨折—中西医结合与切开复位内固定两种疗法比较, *天津医药、骨科附刊*, 10(1):6, 1966.
7. vidial, E.; *Hist ory of external fixation.* *Clin. Orthop.* 183:1, 1983.
8. Zagorski, J.B. et al; *Comminuted intrarticular fractures of the distal humeral condyles.* *Clin. Orthop.* 202:197, 1986.

用铝制羹匙固定跖趾骨折

黑龙江省嫩江农场职工医院(161431)

樊玉森

跖趾骨折临床较为常见,以粉碎型,横断型多见。多因砸伤压伤所致。笔者采用铝制羹匙(以下称铝勺)作外固定物,效果比较满意,现介绍如下。

材料:质地较硬的铝勺一把,长度为15厘米左右,绷带一卷,粘膏数条。

方法:首先整复骨折,整复后可敷外用药,然后,用绷带将患趾包扎三、四层。按患

趾所需固定的位置和足底的形状,用手法将铝勺柄塑型,在勺柄上缠上绷带,层数不宜过多,目的是增加与粘膏的粘着力。然后将勺凹的部份置于患趾腹侧。勺柄紧贴于足底,用粘膏横形固定。再用绷带包扎患趾和足弓部以增强固定。

优点:1.铝制固定物不影响放射线检查。2.铝质材料塑形性能好,固定可靠。