

不熟练,反复穿针,针道扩大、松动,术后血性渗出较多。更换敷料不及时,不定期,导致感染较多。

3. 病人滥用药,特别油剂类药物外用,使渗出物渗出不通畅。有的病人自行更换敷料,增加了针道感染的机会。

4. 形成感染灶后处置不及时,如遇感染较重或局部脓肿形成,除全身应用抗菌素外,应

及时切开引流,清洗,药物灌注。防止炎症扩散,必要时提前拔针,解除骨外固定。

5. 对出院的病人,医生要向病人及其家属交待清楚,复查,更换敷料的原则,应每周更换一次敷料。更换敷料最好在医院进行或医生亲自去病人家中更换。这样是预防骨外固定针道感染的有效措施。

## 应用孟氏外固定架治疗胫骨骨折不愈一例

湖南省冷水滩市中医院(425100) 谢本渊 伍崇武

胫骨骨折不愈合,在基层医院一般可见。以往常采用加压接骨板配合植骨术进行治疗,其治疗时间长,创伤面积较大,且手术次数多,往往给病人带来较大的经济及心理负担,甚至最后造成不愈合的屡见不鲜。我院去年12月收治右胫骨骨折不愈合一例,采用孟氏外固定架治疗,收到很好疗效。现报告如下:

患者杨××,男,40岁,已婚,汉族,住院号7389,工人。1989年6月23日工作时不慎摔伤右小腿,即时肿胀、畸形、功能障碍,经民间医治疗六个月症状无好转,于1989年12月入本院治疗。

一般情况:右大腿肌肉呈废用性萎缩,膝上周径测量较健肢缩小4cm,胫骨下1/3处轻微压痛及肿胀,明显畸形,假关节活动明显,跟骨纵轴叩击痛,踝关节及足背均肿胀,功能障碍,背屈约10度,跖屈约10度,活动范围约20度,患肢感觉无异常,皮肤无溃疡,足趾活动正常,全身情况好。

X片:(9875号),右胫腓骨下1/3斜行骨折,骨折断端向前内侧移位1/2,并向内侧成角畸形,骨折断端互相分离,骨痂稀少,两断端萎缩光滑,骨髓腔封闭,骨端硬化,踝关节间隙正常。

治疗经过:患者骨折断端不愈合,除局部血运不良及没有及时有效的固定外,可能是骨折断端夹杂较多的软组织,因此在硬膜外麻醉

下行患肢断端切开复位,术中清除大量瘢痕组织,咬除断端之硬化骨,凿通髓腔,将骨折断端复位,同时选好穿针部位,以3.0mm骨圆针二枚在骨折远近端穿针,然后以孟氏外固定架固定,直视下断端无移位,封闭切口。七天后嘱床上进行股四头肌及膝、踝关节的功能锻炼,配合中西药物结合治疗,二月后X片显示,骨折处对位对线良好,断端中有中量骨痂形成,遂带外固定架拄拐下地功能锻炼,四月后拆除外固定架,拄拐下地负重行走,六月后再次摄片,骨折处对位对线良好,断端有大量骨痂形成。此时断端无压痛及叩击痛,下肢功能完全恢复。

体会:①胫骨下1/3处骨折不愈合,往往因局部血液供应不足而发生迟缓愈合或不愈合。其二,缺乏有效牢固的固定;其三,由于长期对位不良,断端常被疤痕结缔组织嵌顿,髓腔被堵塞。②我们首次采用先切开复位,清除骨折断端的疤痕结缔组织,疏通髓腔,然后以孟氏外固定架有效地固定,骨折断端紧密吻合,故骨痂形成快,再加上有效的功能锻炼,促进骨折愈合。③采用这种方法治疗胫骨下段骨折,患者痛苦少,治疗时间短,较常规钢板固定治疗,无需再次手术,疗效可靠,患者乐于接受。④手术后必须每3~5天床边X光透视,检查骨折断端是否移位,并及时调整螺帽,以加强断端的稳定。