

容易成功,功能恢复好;晚期复位困难,即使手术切开,也不易复位,虽可将脱位的腕骨切除,这将给腕关节功能的恢复带来影响。在行手法复位时,应根据不同的脱位类型,按腕骨脱位途径的相反方向进行复位。其关键是恢复正常的头月关节,复位后用石膏固定腕关节于

稳定的位置,以防再脱位,可定期更换石膏至腕功能位固定。拆除石膏后行理疗、中药薰蒸及体育锻炼以恢复腕部功能。

(收稿:1995-07-21;修回:1996-04-04)

## 髌部慢性骨髓炎伴窦道形成的诊治

浙江省上虞市中医院 (312300) 陈建良

我院从 1994 年 10 月~1995 年 1 月治疗髌部慢性骨髓炎伴窦道形成 3 例,获得治愈,现报道如下。

### 临床资料

本组 3 例均为男性,年龄 40~48 岁,首次发病在 9~12 岁,2 例曾接受手术治疗。均留有髌关节屈曲强直畸形,有反复发作的窦道流脓,时发时愈,瘻管口有 2~4 个,X 线示双死腔及内有死骨,患侧骨盆发育不良。

### 治疗方法

1. 术前准备:(1) 静滴抗生素 3 天;(2) 窦道内抗生素冲洗,取 2mm 直径硅胶软管插入窦道,直至不能进入为止,用 500ml 生理盐水内含 8 万 u 庆大霉素冲洗,每日 1 次,将窦道内脓液异物冲洗干净;(3) 术前 1 天窦道内滴入美蓝,以便术中定位。

2. 手术方法:持续硬麻下,采用改良 Smith~Petersen 髌关节前外侧切口,使死腔刚好位于切口两侧,常规切除创口内炎性、机化、坏死组织,直到骨组织。暴露骨死腔口,即窦道口。高压逆行冲洗窦道,标记窦道口。用钻头在合适部位描写骨皮质开窗范围,用骨刀切除,移除所有死骨、脓性物质、疤痕和坏死组织。同法清除第二个骨死腔。清除窦道内各种坏死组织,梭形切除窦道外口皮缘,全层缝合。待管窦道清洁后,同法全层缝合。冲洗干净,再次铺巾,视野内电凝止血。用斯氏针扩大残腔间通道,使其成为 0.6~0.8cm 左右圆形管道。放置自制简易双腔引流管(用粗细各为 3mm、6mm 硅胶管制成)低位穿出于股骨外侧皮肤。再设置双腔滴入管,制法同引流管。延长切口直至髌前上棘约 18cm 左右,游离缝匠肌、股直肌,并于切口水平处离断肌肉,分别置于外内两个残腔内并用丝线固定肌瓣。置庆大霉素 16 万 u 于创口内,全层缝合,术毕。

本术中冲洗均用庆大霉素生理盐水(8 万 u; 1000ml)。

3. 术后处理:(1) 抗生素持续静滴抗炎;(2) 用庆大霉素生理盐水持续冲洗,每日约 4000ml,间隔 2 小时快速滴注半分钟。维持 2 周,待体温正常,液体清亮无脓性浑浊异物,先关闭滴入液管,1~2 天后见引流管内无异物等出现即拔除滴入管,2 天后拔除引流管;(3) 中药补气血、清热解毒治则,托里透脓汤主之。

### 治疗结果

经本手术治疗 3 例均一期愈合,随访 6 个月以上未见复发。

### 讨 论

自制简易双腔引流管在本组应用中显出以下优点:(1) 减少了引流装置,一套引流装置具有两套作用,给护理观察带来方便;(2) 慢性骨髓炎窦道经久不愈,全身营养情况较差,该装置减少了皮肤引流孔,使感染机会减少,对术后创口愈合有利。

通常所谓抗生素窦道冲洗,常常是灌洗,甚至仅为窦道口的冲洗,对于深部冲洗则束手无策,脓液的冲洗则更难,本组采用高压术前置管抗生素盐水冲洗,该法优点为:(1) 术前窦道准备充分干净;(2) 使术中窦道清除方便;(3) 术后感染减少,切口愈合快。

本组病例均有多个窦道口和双死腔,给窦道造影诊断和清除窦道带来困难。常规造影常使窦道显示不清,交叉紊乱。笔者采用窦道软管造影诊断,在窦道内置细软管,固定后,再注入造影剂,直至造影剂溢出窦道口,使窦道走向充分显影,使窦道和空腔对应关系分清,窦道管腔显示清楚,为术前冲洗和术中窦道清除提供实现基础。

(收稿:1995-07-21)