

# 中西医结合治疗开放性复杂关节内骨折

广东省珠海市中医院(519015)

张松 胡顺祥 刘庆生

自 1989 年始应用中西医结合的方法治疗开放性复杂关节内骨折 32 例,取得较满意的效果,现报道如下。

## 临床资料

32 例中男 24 例,女 8 例;年龄 12~61 岁;肱骨髁间骨折 8 例,股骨髁间骨折 5 例,胫骨平台骨折 6 例,三踝骨折 13 例;全部为粉碎性,程度严重,移位明显;13 例合并关节脱位(其中肘关节脱位 3 例,踝关节脱位 10 例),神经损伤 6 例(桡神经 4 例,腓总神经 1 例,尺神经 1 例),11 例合并休克,18 例合并其它部位的骨折和损伤;车祸 12 例,高处坠落 15 例,重物压砸 3 例,棍棒击打 2 例;伤后就诊时间从 20 分钟至 8 小时不等,平均约 2 小时 13 分。

## 治疗方法

1. 急诊手术和复位固定:所有病例均力争尽早手术清创。清创术力求干净、彻底。有神经损伤者,同时行神经探查,嵌压者解除压迫,断裂者行吻合术。关节脱位者予复位。对骨折,少数病例可选择螺丝钉、骨栓、钢板等固定,但多数病例因骨折粉碎严重而难以施行内固定,则术中尽可能多地复位,术后根据不同情况部分病例可采取骨牵引,如股骨髁间骨折采用胫骨结节牵引,三踝骨折采用跟骨牵引,肱骨髁间骨折采用尺骨鹰嘴牵引,伤口愈合后加用夹板固定;部分复位满意、位置稳定者可用石膏固定,伤口愈合后根据情况改用或不改夹板固定。

多数病例在急诊术中即可获得较满意的复位;少数位置不良者则应在牵引、固定期间及时予以改善,力求达到较为满意的程度,否则日后功能受影响。

2. 功能锻炼和关节面模造:所有病例均应在骨折较为稳定后开始功能锻炼,在牵引、夹板的保护下逐渐行关节面的模造。骨折临床愈合后应及时去除牵引固定,加大锻炼强度,以利关节功能尽快恢复。

3. 中药的应用:所有病例除应用抗生素外,均常规内服中药。以骨折三期辨证为主,但早期除活血化瘀、消肿止痛外,尚应配合清热解毒,并结合病人具体情况辨证加减。除个别年老体弱者外,用药量一般可稍大。伤口愈合及拆除牵引后,以活血祛风、舒筋活络、温经

通络的药物煎水熏洗,并可配合按摩、理疗等措施。

## 治疗结果

1. 疗效判定标准:优:骨折移位和关节关系解剖或接近解剖对位,关节活动功能完全恢复正常,局部无肿胀、疼痛;良:骨折对位较好,关节关系基本正常,关节活动轻度受限,但无疼痛症状;可:骨折对位稍差,关节关系轻度异常,关节活动一定程度受限,但疼痛症状较轻,可基本满足日常工作和生活的一般需要;差:骨折对位较差,关节关系明显异常或关节关系虽可,但关节活动明显受限,疼痛明显,影响日常工作和生活需要。

2. 治疗效果:本组 32 例均系获得随访者,随访时间从 7 个月至 23 个月不等。32 例中优 8 例、良 20 例、可 2 例、差 2 例(1 例合并肘关节脱位,愈合过程中发生骨化性肌炎致肘关节屈伸仅达 45°以内;1 例三踝骨折合并胫距关节脱位,胫骨下端关节面粉碎移位严重,愈合后发生创伤性关节炎致疼痛明显、不能久站久行而于一年后行踝三关节融合术)。伤口感染 6 例,但无 1 例发生骨髓炎和关节内化脓性感染。总优良率 87.5%。

## 讨论

开放性复杂关节内骨折由于骨折严重、移位明显、关节脱位、关节面破坏、开放伤污染等特点,治疗上存在相当难度,较易遗留关节功能障碍。本组病例由于采用中西医结合的方法治疗,获得较为满意的效果。

1. 清创问题。彻底的清创是预防感染最首要也最有效的方法。本组病例伤后平均就诊时间为 2 小时 13 分,尚属及时,为清创、预防感染提供了较为有利的条件。本组病例一律急诊手术。清创时冲洗应彻底,对污染及坏死的组织不予怜惜,但肌腱、神经则尽可能保留,并争取一期吻合。术后常规放置引流管或胶片引流 24~48 小时。本组病例无一发生骨髓炎和关节内化脓性感染,除归功于大剂量抗生素的使用外,应该肯定彻底的清创起了关键性的作用。

2. 复位和固定问题。本组多数病例由于骨折粉碎严重,内固定不甚适用,故仅少数病例术中复位满意后予以内固定。对于多数不适宜作内固定者,应根据不同情况区别对待。部分病例清创缝合术后可按闭合性骨折处理,在电视 X 光机下透视复位满意后,可予石膏夹

固定,便于固定及换药,伤口愈合拆线后可根据情况改换或不改换夹板固定。部分复位不满意或石膏固定难以维持良好位置者,可予骨牵引,在牵引过程中利用手法、夹板、甚至撬拨等方法以改善复位情况,多数病例亦可获得较好效果。

3. 功能锻炼问题。功能锻炼对于恢复关节功能非常重要。早期的功能锻炼对于受破坏的关节面可起到模造的作用。但应根据患者的具体情况决定功能锻炼的开始时间、活动范围和活动强度,并根据不同时期 X 线复查结果随时修正。经常性的具体指导或帮助病人进行功能锻炼,是治疗中的一个重要环节。医者应对此有足够的认识并注意总结经验。

4. 中药应用问题。中药(外用内服)的应用是中医治疗骨折的一个鲜明特点。由于本组病例均为开放伤,故辨证上虽仍以骨折三期辨证为主,但早期除活血化

瘀外,应着重清热解毒以帮助预防感染。伤口愈合拆线和去除牵引固定后,选用活血祛风、舒筋活络、温经通络的药物煎水熏洗患肢,对于促进血液循环、消除肢体肿胀、松解粘连、促进关节活动有着明显的效果,配用按摩、理疗则效果更佳。可以认为,骨折愈合后,关节功能的恢复主要依赖于合适的功能锻炼、中药熏洗和按摩、理疗。

5. 待解决问题。创伤性关节炎和骨化性肌炎仍然是关节内骨折和关节损伤治疗中两个未能很好解决的问题,本组 2 例疗效差者亦因此。临床上虽有关节融合、人工关节置换、手术切除骨化物等方法,但效果并不完全满意。应用中医或中西医结合的方法更好地解决这两个问题,有待于进一步的研究和努力。

(收稿:1995—10—06)

## 锁骨内固定松动滑脱 24 例分析

福建省福安市医院(355001)

陈长光 郑容生

本院 1983~1995 年以内固定治疗锁骨骨折 135 例,其中出现内固定物松动滑脱 24 例(占 17.7%),现报告如下。

### 临床资料

本组 24 例中,男 18 例,女性 6 例;年龄 17~56 岁。骨折部位及类型:锁骨中段骨折 19 例,肩锁端 4 例,胸锁端 1 例;粉碎性骨折 16 例,单纯性骨折 8 例。治疗方法:均采用切开复位内固定法,以克氏针内固定者 23 例,三棱针内固定者 1 例。术后复诊时 X 线片示:内固定物滑出骨折端者 7 例,滑出离骨折线 1cm 以下者 15 例,内固定物折弯滑脱者 2 例。

### 讨论

1. 手术操作上的问题:由于锁骨骨折多见粉碎性骨折,而且锁骨中段髓腔较小、骨质坚硬,许多手术者为了手术方便整个内固定过程采用钻入。一些经验不足的手术者术中并没有认真测量内固定针通过骨折线的长度及适当活动肩关节观察固定的牢靠程度。这是造成术后内固定物滑脱的主要原因。因此内固定过程中内固定针通过骨折线应在 3cm 以上,且不能整个过程均采用钻入,至少要留 1cm 以打入,从而使内固定三棱针卡于髓腔以提高牢固性。

2. 内固定针的选择问题:肩锁关节与胸锁关节的倾斜面以及锁骨特殊的双弯曲外形,使锁骨可像曲柄轴样沿其长轴旋转。当上肢由体侧上举时锁骨向上向后转;反之手臂放下时,锁骨向下向前转<sup>[1]</sup>。经我们临床观察,应用骨圆针内固定的滑脱松动率高,而应用三棱针内固定的只发生 1 例,而且是术后过早负重造成针体折弯所致。故认为,为了使未固定关节达到充分活动又能保证内固定牢靠,以选用  $\phi 3\sim 3.5\text{mm}$  三棱针为宜,尽量不用骨圆针。

3. 术后护理问题:我们采用内固定治疗锁骨骨折,其目的是为了早开始肩部功能锻炼。只要有坚强的内固定,术后即可开始作肩部的活动。但要有正确的指导,避免肩关节早期过度外展及环转运动,以免在骨折端产生较大的剪力造成内固定松动。还应提醒病人不能认为一经内固定肩部就可负重。本组发生的 2 例折弯,都是在临床症状消失但骨折未达到骨性愈合时肩部超负荷负重所引起。

### 参考文献

1. 戴尅戎. 肩部外科学. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社,1992: 28.

(收稿:1996—06—26)