

临床资料 1. 一般资料: 本组 345 例中男 162 例, 女 183 例; 3~15 岁 35 例, 16~19 岁 102 例, 20~50 岁 103 例, 51~60 岁 87 例, 61 岁以上 18 例; 年龄最小 3 岁, 最大 80 岁。

2. 病例选择: ①骨折初期局部肿胀、瘀斑、疼痛、功能障碍者; ②软组织急性扭挫伤, 局部肿胀、瘀斑、疼痛、功能障碍者。

本组病例中骨折 75 例, 软组织急性扭伤 270 例。

3. 损伤散药物的组成: 当归 赤芍 防己 木瓜 五加皮 红花 川芎 血通 苏木 姜黄 甲珠 白芷 花粉 羌活 独活 生草乌 生川乌等 20 余味中药组成。

治疗方法 采用外敷法: 将药粉用蜂蜜水或黄酒调匀涂布于纱布上, 根据伤处的大小范围敷贴于伤处, 用绷带包扎, 隔日换药一次, 骨折者再用夹板固定。

治疗结果 显效: 一般用药后 4~6 天内, 瘀斑肿胀疼痛功能障碍等主要症状明显减轻或消失。有效: 用药后 7~14 天以内主要症状减轻或消失。骨折 75 例, 显效 65 例, 有效 9 例; 急性软组织扭挫伤共 270 例, 显效 223 例, 有效 39 例。

讨论 损伤散是以活血祛瘀、消肿止痛为主, 佐以祛风除湿、舒筋活络。方中当归、赤芍、红花、苏木、姜黄活血祛瘀, 通经止痛, 清热凉血。五加皮、木瓜、独活、秦艽、生川乌、生草乌等祛风除湿, 舒筋活络, 温经止痛。 (收稿: 1995—04—10)

过的医用压舌板, 在蜡烛上烘烤折弯塑形, 使之与桡侧腕部的弧度相适应。用纱布做成压垫放于掌骨基部, 将塑形后的压舌板置于腕桡侧, 用胶布依次将压舌板与掌骨头及手腕固定, 再用绷带缠绕外固定, 胸前悬吊 1 月, 解除外固定, 开始功能锻炼。

治疗结果 本组病例均随访, 随访时间为半年~2 年。25 例掌腕关节外观无畸形, 拇指功能恢复正常, 1 例腕掌关节半脱位, 3 例粉碎性骨折遗留轻度畸形, 拇指外展功能稍受限。优良率 86%。

讨论 压舌板具备可塑形性、弹性、韧性三种性能, 用于治疗 Bennett 氏骨折有如下优点: ①将掌骨头与压舌板固定, 利用其弹性推挤骨折——脱位处, 稳定性高, 用胶布、绷带双重包绕固定可保证固定可靠; ②避免手术及闭合穿针所造成的再损伤及术后感染, 病人痛苦小, 乐意接受; ③整复后, 将手腕置于休息位, 可以较长时间地维持这个最稳定姿势而不发生疲劳, 使骨折愈合而不发生关节强直; ④塑形后的压舌板质轻、弹性与韧性适宜, 而且取材方便, 经济。其不足之处: ①牵引作用小, 对粉碎性骨折不适宜, 本组 3 例粉碎性骨折均出现向桡背侧成角畸形; ②对胶布过敏患者不适用, 胶布固定必须牢靠。对本病治疗, 正确的复位和良好的固定应一次性完成, 避免反复整复, 外固定后患者应定期复查, 及时调整外固定松紧度, 其中 1 例患者, 复查不及时, 解除外固定时发现掌腕关节半脱位, 失去了再次整复治疗的机会。

(收稿: 1995—04—19)

压舌板固定治疗 Bennett 氏骨折

山东省济宁市第二人民医院 (272149) 马爱军

Bennett 氏骨折是贯穿关节的骨折——脱位复合性损伤。本病手法整复较容易, 治疗的关键及难点在于整复后如何保持稳定。我院 1986 年~1993 年, 将用于口腔检查的压舌板塑形后固定治疗 Bennett 氏骨折 29 例, 效果满意, 现报告如下。

临床资料 29 例均为新鲜性损伤, 男 21 例, 女 8 例, 年龄 18~38 岁; 右手 25 例, 左手 4 例; 致伤原因: 摔伤, 扭伤, 重物砸伤, 拳击伤。

治疗方法 在骨折端局麻后整复骨折。术者一手牵引、外展第一掌骨, 另一手拇指将掌骨基底部向掌尺侧推挤, 同时将手腕置于休息位, 畸形完全纠正后, 在 X 线下证实骨折、脱位得以复位。助手取用水浸泡

踝部骨折临床分析

贵州省安顺地区医院 (561000)

宋锡刚 唐文元

现将我们收治的踝部骨折 50 例资料总结如下。

临床资料 男 38 例, 女 12 例; 年龄 17~58 岁; 均为闭合性急性损伤骨折, 平地滑跌扭伤 27 例, 摩托车自行车上摔下扭伤 12 例, 高处坠落伤 5 例, 挤压砸伤 4 例, 其它外伤 2 例; 单踝骨折 11 例, 双踝骨折 32 例, 三踝骨折 7 例; 合并距骨脱位 29 例, 距骨骨折 3 例; 无明显移位骨折 5 例, 移位 45 例。

治疗方法 无明显移位者前后石膏夹板固定于功能位 8 周。对移位骨折根据不同类型需用不同的复位方法, 可用局麻或腰麻, 先牵引纠正重叠, 再纠正旋转和侧移位, 最后纠正成角畸形。纠正移位的方向与损伤的方向相反, 复位后以小腿前后石膏托或“V”

型石膏固定踝关节于功能位或治疗位。固定治疗位者3周后换成功能位固定。术后摄X线片证实复位情况，临床愈合后解除固定。

9例整复失败者，进行切开复位，螺丝钉内固定。骨折块细小时可用交叉克氏针内固定。下胫腓间隙以上的外踝骨折可采用小钢板内固定。下胫腓关节分离者，用长加压螺丝钉平行踝关节面固定。术后石膏托外固定，6~8周解除外固定，做踝关节功能锻炼。12周负重，骨性愈合拆除内固定。

治疗结果 判断标准主要根据踝关节功能恢复情况、活动度、症状及X线片等综合判断。获1~5年随访46例中，良34例，踝关节活动正常或轻微受限，不痛，能正常工作；可9例，踝关节活动部分受限，轻微疼痛，不能参加剧烈活动；差3例，踝关节活动受限，常有疼痛。

讨论 踝关节为屈戌关节，结构复杂，关节面比髋、膝关节小，负重较大，韧带和肌腱多，抵止覆盖面广，在治疗上除骨折复位外，并要求距骨恢复到原来的踝穴位置，使与内外踝关节面、胫骨下端关节面嵌合。由于解剖上的特点，必须掌握整复的技巧，多数踝部骨折可以用手法达到解剖复位，再经充分外固定，合理的功能锻炼，均可取得满意疗效。踝部骨折为关节内骨折，要求解剖复位，如手法复位不成功，骨折端内嵌入软组织，均应及时进行切开复位内固定，否则有后遗症，影响持重，丧失劳动能力。近年来，不少学者研究发现证实外踝是维持踝关节稳定的主要因素，正常距骨接触面在外侧，外踝向外移，距骨也随之外移，且有不同程度的外旋，胫距关节面接触减少，每单位负重面积压力增加，胫骨下关节面中央嵴状隆起，而距骨滑车中央有相应之凹槽，距骨移位时，嵴与槽未吻合，两者关节面不平行，负荷不均，是造成踝关节后期损伤性关节炎的病理基础，故外踝、距骨移位，应力求解剖复位，并且要有牢固的固定。

(收稿：1997—08—21)

植骨术在感染性开放性骨不连中的应用

河北省廊坊市人民医院 (065000)

陈光 杨建忠 曹文宏
贾子超 黄继春 王铭

感染性骨不连临床多见，处理原则是彻底去除导致创口不愈合的各项因素，采用多种方法使创面愈

合，二期处理骨不连要待创口愈合3~6个月后进行^{〔1〕}。但治疗时间的延长造成患者经济与精神的很大痛苦，又影响肢体功能的康复。我科自1990年2月~1995年8月间共收治该类患者21例，经彻底扩创、一期植骨外固定架固定，结合闭式灌注冲洗治疗，效果满意，现总结如下。

临床资料 骨不连中股骨干骨折2例，胫腓骨骨折19例；原始均为开放性损伤，其中2例为枪伤，19例为车祸伤；首次行钢板固定者12例，行外固定架者3例，石膏外固定者6例；术后感染时间在3周~2个月之间，行扩创、植骨术的时间最短10周，最长在感染后7个月；6例骨外露；X线片显示6例骨折端硬化，15例骨折端有明显吸收。

治疗方法 入院后对影响骨折愈合的全身性疾病予以纠正，同时对创口行细菌培养与药敏试验。术中彻底扩创的同时再次取样行细菌培养，将原固定物取出，以1%新洁尔灭溶液浸泡冲洗创面5分钟，将骨折复位，全部行外固定架固定，骨折端周围植入自体髂骨，均剪成0.5cm直径的条状，尽量填满腔隙，一期闭合伤口，其中6例行局部转移皮瓣修复。骨折局部用含有敏感抗生素的盐水行闭式灌注冲洗。冲洗时间短者3周，长者6周。

治疗结果 经平均14个月的随访（最长18个月，最短11个月），感染复发者1例，经再次扩创，随诊3个月痊愈，其余伤口均一期愈合，骨折平均7.5个月愈合。

讨论 开放性感染性骨不连的治疗目的，首先是防止畸形，促进骨折愈合；其次是缩短治疗时间。植骨是治疗骨不连公认的方法，早在1975年文献报告的Papineau技术描述了开放性骨折的植骨方法^{〔2〕}，即首先扩创，待肉芽组织覆盖创面后给予植皮，成活后剥去皮片，植入松质骨并开放伤口，但疗程较长。本组病例在彻底扩创的基础上植入松质骨，结合闭式冲洗，一期闭合伤口的方法获得成功，其积极之处是缩短了扩创后植骨的时间，使整个疗程缩短。我们体会有三：(1) 彻底扩创，包括死骨、坏死组织、异物、炎性肉芽及周围缺少血运的瘢痕组织等。常规术中应用1%新洁尔灭溶液冲洗、浸泡等措施，虽不能绝对消灭感染，但极大地减少了感染的程度，结合闭式灌注冲洗，又通过引流方法起到减少、控制甚至预防感染的作用，同时维持了骨折端周围敏感抗生素的浓度；(2) 通过扩创切除缺少血运的瘢痕组织及必要的转移皮瓣修复，改善了骨折端周围的血运，使植入的松质骨早期得到周围组织液的营养，也易于周围血管长入骨