

内,使之获得血供。局部血运的增加,又提高了该处抗感染能力;(3)清除异物的同时对原创口内的内固定物予以去除,为稳定骨折端使用外固定架固定,维持骨折对位力线,同时进行邻近关节的活动,骨折端的稳定可使软组织的微循环更迅速地恢复,有利于骨组织的抗感染。

通过本组的治疗,我们认为扩创一期植骨结合封闭式冲洗的方法是治疗感染性开放性骨不连的积极方法。只要引流充分,周围软组织血运良好,骨折妥善固定,我们认为感染不是植骨绝对的禁忌症。

**参考文献**

1. 王亦璁,孟继懋,郭子恒,等.骨与关节损伤.第2版.北京:人民卫生出版社 1990:146
2. Rhinelander FW. Minimal internal fixation of tibial fracture. Clin Orthop 1975; 107: 188.

(收稿:1996—12—16)

## 手法复位夹板外固定治疗第一腕掌关节脱位

山东中医学院附属医院(济南250011)

王明喜 李金松 高飞 曹贻训

我院1984年~1994年间共收治单纯性第一腕掌关节脱位13例,2例采用手法复位夹板外固定治疗取得满意效果,现报告如下。

**临床资料** 本组2例中,均为男性,年龄21岁和60岁,因摔倒致第一腕掌关节脱位,左、右侧各1例,分别于伤后1、3天来院就诊。局部肿胀、压痛,拇指不敢活动,外展、内收受限,掌骨底部向背侧凸起,经X光片确诊。

**夹板制作** 用一块普通竹板,长25~30cm,宽2~3cm,厚0.2~0.3cm。将竹板刮平,使边缘光滑,用清水浸泡后,在竹板长度的2/5处内面以酒精灯缓慢烘烤,逐渐弯曲呈70~80°角,称“L”型夹板。

**治疗方法** 以右侧第一腕掌关节脱位为例,复位前术者左手握患者右手拇指,术者右手拇指抵于脱位的掌骨底部背侧,其他四指触及掌骨掌侧大鱼肌处。复位时,术者左手牵引,右手拇指挤压脱位掌骨底部使其还纳,局部高凸复平,即示已复位。将“L”型夹板的长侧端置于前臂及腕桡侧,短侧端置于第一掌骨背侧,成角处恰好抵于掌骨底部,并于夹板下加衬垫,使第一腕掌关节保持在桡偏背伸约70~80°位,第一掌指关节保持在半屈曲位。用胶布将“L”型夹板与掌骨头处及前臂桡侧粘固,并以绷带缠绕固定。固定6周后

拆除夹板。

**治疗结果** 本组2例采用手法复位,夹板外固定治疗。经半年以上随访,拍片复查第一腕掌关节复位良好,拇指及第一腕掌关节功能(包括屈曲,背伸,内收,外展)均正常。

**体会** 单纯性第一腕掌关节脱位,由于该关节活动范围较大,关节囊松弛,脱位时关节囊破裂及侧副韧带断裂,掌骨本身则由于拇长展肌和拇长、短伸肌的牵拉而移向背侧。因而该关节损伤后,临床复位容易,但若固定不良,极不稳定,易发生再脱位。所以大部分第一腕掌关节脱位均采取手术治疗。

近年我们对2例第一腕掌关节脱位,采用手法复位后“L”型夹板外固定,均未发生再脱位,效果满意。我们体会使第一掌骨保持在背伸位置上,腕掌关节才可能复位稳定,固定时“L”型夹板成角处应恰好抵于掌骨底部,并使掌骨外展背伸、掌指关节屈曲,这样既能防止关节再脱位,又能防止掌骨底部后凸移位。L型夹板固定解决了手法复位后腕掌关节的稳定性。

(收稿:1995—05—29)

## 腓骨髓内针固定治疗胫腓骨下1/3开放性骨折

广东省肇庆市中医院(526020) 李万逸

我院1989年~1994年采用腓骨髓内针固定治疗胫腓骨下1/3开放性骨折18例,效果良好,报告如下。

**临床资料** 18例中男11例,女7例;年龄17~56岁;受伤时间1~3.5小时;骨折部位均为胫腓骨下1/3段骨折,属粉碎性骨折10例,斜型骨折2例,螺旋型骨折3例,横断型骨折3例;车祸伤11例,坠落伤5例,重物砸伤2例。

**治疗方法** 持硬麻下手术,常规彻底清创后,取小腿中下段外侧腓骨骨折处纵行切口,长约4cm,达骨折端,将腓骨复位,然后于外踝作一小切口,选用骨髓圆针由外踝尖纵向钻入腓骨髓腔,作腓骨骨折内固定,针尾埋于外踝皮下。整复胫骨骨折,胫骨不作内固定,缝合切口。对清创彻底及无张力的开放伤口,采用I期闭合以减少创面感染,软组织损伤污染严重,皮肤缺损较大考虑感染难以避免者,将伤口周围的筋膜、肌肉、皮下组织覆盖外露骨,皮肤缝于其上,尽量缩小创面;术后5~7天再行游离植皮覆盖。本组2例采用此法闭合伤口,余均采用I期闭合伤口。术后石膏托外固定,应用抗生素抗感染治疗。中药辨证施治,