

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. Rhineland 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。用胶带将“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,应用抗菌素抗感染治疗。中药辨证施治,

骨折早期内服活血祛瘀,消肿止痛,清热解毒中药,选用桃红四物汤、五味消毒饮加减内服。中后期着重以益气血,补肝肾,接骨续损,促进骨痂生长,选用壮筋续骨汤加减内服。待骨折部有足量骨痂,去石膏外固定,指导进行功能锻炼。

治疗结果 本组18例均获随访。骨折愈合时间为4~5.5月。16例骨折达到解剖复位或接近解剖复位,2例因软组织损伤重伤口感染,因换药及手术搬动,致骨折移位经及时手法纠正,骨折对线良好,对位达3/4。13例伤口I期愈合,5例伤口浅表感染。3例踝关节伸屈度差10°~20°。18例均无畸形,能参加正常工作,无出现骨感染、骨折迟缓愈合或不愈合现象。

讨论 治疗开放性胫腓骨骨折,使用钢板内固定,软组织损伤大,愈合慢,创口污染较重的病例骨感染机会较多。根据小腿下1/3软组织较少,胫腓骨距离较近,腓骨能起到支撑胫骨作用的特点,本方法治疗胫腓骨下1/3开放性骨折,通过腓骨的固定使胫骨获得相对的稳定,加上石膏托的外固定,骨折固定就比较稳定。本组2例术后骨折移位,主要是搬动体位时外力所致,及时纠正复位,骨折对位良好,未影响骨折愈合及肢体功能。本法手术简单,创伤较少,保证软组织I期或早期愈合,减少了感染率,有利于骨折愈合。

(收稿:1996-04-05)

密闭包扎法治疗指端损伤

湖南省株洲铁路医院(412000)

陈强 黄法泽 王鏊

指端损伤极为常见,治疗方法较多,如缩短伤指,直接闭合伤口;游离植皮及皮瓣移植等,前者不易为患者接受,后者操作较复杂,效果亦不尽人意。1991年以来,我们采用密闭包扎法治疗指端损伤22例26指,获得较好效果,报告如下。

临床资料 本组22例中,男16例,女6例;年龄最大62岁,最小4岁,平均28岁。损伤手指:右手拇指1指,示指1指,中指6指,环指5指;左手拇指1指,示指3指,中指4指,环指2指,小指3指。损伤原因:机械挤压冲轧伤18例,电刨刨伤3例,刀削伤(后远端坏死)1例。伤后2小时内就诊20例,15天后就诊2例。

治疗方法 指神经阻滞麻醉下,常规清创后,结扎指动脉及指神经,年龄较大者,因血管硬化,更须仔细止血,指骨裸露者,修整磨光,尽可能以软组织

覆盖之,裸露过长者,则宜咬短,取适当大小无菌乳胶手套指部,顶端挤入适量含抗生素药膏,将伤指套入指套,加以固定,4~7天更换一次,直至愈合。

治疗结果 22例26指均无感染及骨髓炎等,愈合时间最短7天,最长35天,平均18天,年龄越小,愈合时间越短。随访3个月~5年,外形饱满,26指均恢复触觉及痛温觉,愈合初期,有感觉过敏现象,以后逐渐消失,两点辨别2~5mm,6指末端有小的星状疤痕,其中2指疤痕中心硬物碰撞时有麻木感,但并不导致废用,4指冬天有冷感。

讨论 指端损伤后有再生的趋向。通常的西医换药方法,一方面,由于创面干燥结痂,阻碍了组织尤其是皮肤的生长,另一方面,可能丧失了某些“再生生长因子”,换药时已损伤了再生的皮肤。因此,创面主要为疤痕愈合且愈合缓慢。中医换药利用分泌物来保护创面,促进肉芽和上皮的生长,达到“煨脓长肉”的要求^[1],密闭包扎法符合中医换药的要求。另外,滞留在指套内的创面分泌物中可能含有某些“再生生长因子”,给指端的再生修复创造了良好的条件,其中所含抗生素又有效防止了感染。本组观察发现,有些患者指尖及部分指腹缺损,采用本法治疗后,有明显的再生现象,再生的指腹饱满,且皮肤具有指纹,无论外形与功能和正常手指无明显差别。

参考文献

1. 毛文贤. 中医治疗创面的用药和换药方法的探讨. 中国骨伤 1992; 5(1): 32.

(收稿:1997-07-11)

综合治疗神经根型颈椎病

山东省武城县人民医院(253300)

牟光旭 徐洪明 徐清春

笔者1993年~1997年2月采用颈椎牵引、周林频谱仪照射、颈部正骨水涂擦按摩、口服药物、功能锻炼等方法治疗神经根型颈椎病30例,取得了满意效果,现报告如下。

临床资料 本组30例中,男12例,女18例;年龄35~54岁;病程短则20天,长则2年;颈肩、前臂均有不同程度的疼痛、沉重、麻木,疼痛以夜间静息痛为剧。本组30例CT提示颈椎间盘(C₂₋₃、C₃₋₄、C₄₋₅、C₅₋₆)不同程度突出(0.2~1.2cm)、骨质增生、钩突关节增生、侧隐窝狭窄。