

中药外洗，有利于骨折愈合和伤肢功能恢复。

(收稿：1998- 04- 01)

手指挤压伤 20 例

朱晓东

广东省廉江市中医院 (524400)

笔者自 1989 年至 1997 年收治 20 例较严重的手指挤压伤患者，经采用中西医结合的方法治疗后，取得较满意的疗效，现报告如下。

临床资料 本组 20 例中男 12 例，女 8 例；年龄 4~56 岁；中指损伤 5 例，食、中二指损伤 6 例，食、中、环三指损伤 6 例，食、中、环、小指四指损伤 2 例，五指皆损伤 1 例；其中右手损伤 16 例，左手损伤 4 例。伤者均有不同程度的创口，且为皮肤、皮下组织、肌肉、肌腱、骨骼等多组织挫裂伤。

治疗方法 1. 清创缝合：在局麻或臂丛麻下彻底清创，清除坏死组织，修补成形，缝合断裂的肌腱，部分骨折作内固定，皮肤残缺不全较严重者，取前臂内侧皮瓣在清创后植皮。

2. 抗感染：根据伤情选用抗菌素 1~3 种口服、肌注或静脉注射（滴注）。

3. 使用血管扩张剂：一般在清创术 24 小时以后使用，以免加重出血，选用丹参注射液或盐酸川芎嗪注射液作静脉滴注。配合口服毛冬青片等。

4. 辨证服用中药：按骨折三期辨证用药，早期以活血祛瘀、消肿止痛为主，方用桃红四物汤加蝉蜕、防风、丹参为基本方加减应用；中、后期以益气养血、舒筋活络为主，方用八珍汤加减，骨折者加用补肾壮骨之品。

5. 中草药外敷、外洗：早期以自制黄油药纱或黄水敷伤口（以红条紫草、黄柏、栀子、薄荷等煎煮成药水或配成药膏备用），每天换药一次；拆线后加用中、草药煎剂外洗，缺损较甚者，改用生肌玉红膏外敷。

治疗结果 痊愈：伤口愈合，功能基本恢复 17 例；好转：伤口愈合，功能部分恢复 3 例。痊愈时间：最短 10 天，最长 42 天，平均 20.5 天。

体会 手指具有复杂、精细、灵巧的功能，一旦损伤，极易造成功能障碍。手指挤压伤是皮肤、皮下脂肪、肌肉、肌腱、骨骼等多组织损伤，且伤口多呈不规则，外观变形，伤指严重肿胀，给治疗带来较大

困难。若不及时处理或处理不当而造成缺血坏死、并发感染等以致截指或截肢，将造成终身遗憾。笔者在临床实践中通过采取中西医结合的方法治疗这类损伤，取得较满意疗效。此法通过清创缝合术修复创口，使伤指成形；用抗菌素控制感染；使用中药内服、外用，早期活血祛瘀、消肿止痛有效地去除瘀血、改善血循环，配以血管扩张剂加速血循环，帮助伤指愈合，中后期的中药益气养血、舒筋活络可助元气恢复，促进创伤康复；配合按摩滑利关节可加快和帮助关节恢复功能。

(收稿：1998- 04- 01)

医用胶在关节内粉碎骨折中的应用

冯健 胡祖愉

浙江省海盐县人民医院 (314300)

关节内骨折的复位要求是达到解剖复位，但关节内粉碎骨折的处理比较棘手。以往对细小骨折块的处理方法一般为摘除，这必然造成关节面及以下骨质的缺损。而传统克氏针、螺钉等方法又难以固定。本院骨科在 1994~1995 年间对 8 例关节内粉碎骨折在切开复位固定较大骨折块的同时，将细小骨折块用医用胶涂敷后立即放回原位，达到或基本达到解剖复位。经随访，未见骨折块移位、骨坏死、关节内感染及其他毒副作用。现报告如下。

临床资料 本组 8 例中男 5 例，女 3 例。踝部骨折 3 例，胫骨平台骨折 2 例，肱骨髁间粉碎骨折 2 例，肱骨小头关节面片状骨折 1 例。随访 10~22 月，均达骨性愈合，关节功能好。

典型病例 ××，男，54 岁，从 2 米高处跳下致左胫腓骨远端开放粉碎骨折，骨折波及胫距关节。常规清创，显露踝关节。将较大骨折块用松质骨螺钉固定，胫骨下关节面多块细小骨折块无法固定，用医用胶涂后置入原位，关节软骨缝隙处涂以少许，骨折块解剖复位。试行活动关节，骨折块无松动及脱落。术后踝关节功能石膏外固定 3 周后开始不负重功能锻炼。

讨论 医用粘合剂主要有两类，一是化学性生物组织粘合剂，如广州白云医用胶厂生产的系列；另一类是纤维蛋白生物组织粘合剂。化学性医用胶具有粘合迅速牢固；对组织有较好相容性；无致癌致畸作用；

又有抗菌止血作用^[1]。术后能耐受 10~12kPa 压力,固定后 2 月可耐受 40kPa 压力,组织粘合后的平面拉力为 600g/cm²^[2],能满足关节内骨折细小骨折块固定的要求。术后数周的外固定是必要的,可有效地防止因早期活动造成骨折块的移位脱落。而固定数周后当骨折初期愈合后进行不负重的功能锻炼是必需的,可促进关节功能恢复。医用胶有较好的组织相容性,最终被分解吸收。细小骨折块的骨质多为松质骨,即使因医用胶暂时阻断骨细胞借扩散而获得营养,导致骨细胞死亡,骨质最终仍可通过“爬行替代”而复活。关节软骨表面未涂医用胶,能直接从关节液中摄取营养而存活。

参考文献

- 王道珍,杨建惠,周茂恒,等.医用胶在骨科应用的初步报告.骨与关节损伤杂志,1995,10(4):251
- 王万程,俞无猜.医用胶临床应用概述.福建医药杂志,1993,15(1):53

(收稿:1997-04-21)

手术治疗三踝骨折并踝关节脱位 19 例

张贤忠 曹永旭

湖南省澧县人民医院 (415500)

自 1986 年至 1996 年 10 月我科手术治疗三踝骨折并踝关节脱位 19 例,取得较好疗效,现总结如下。

临床资料 19 例中男 12 例,女 7 例;年龄 17~58 岁。伤后 2 小时至 11 天入院。根据 Ashurst-Bromer 分型方法,外展型 2 例,内收型 4 例,外旋型 8 例,直接暴力型 5 例(其中 3 例为开放性损伤),所有病例均为 Ⅱ 度骨折。

治疗方法 取踝关节后外侧切口,以胫腓、跟腓韧带为铰链将腓骨骨折远端向外翻转,显露后踝骨折块及胫距关节。后踝复位,螺钉固定。将踝关节置于功能位,直视下使胫骨下端的凹状关节面与距骨的鞍状关节面准确对合,用一直径 2.5mm 的骨圆针自胫骨远端前面斜向后下方钻入,穿过关节间隙,进入距骨约 2~3cm 固定住胫距关节。取踝关节内侧切口,内踝复位,螺钉固定。腓骨下段骨折用短 4 孔钢板固定。如为外踝骨折,则用交叉钢针固定。下胫腓关节分离者横穿螺钉固定。一般病例于术后 4 周,开放性损伤伴踝部软组织缺损者于术后 6 周拔除固定胫距关节

的骨圆针,去除石膏,非负重功能锻炼。

治疗结果 疗效评定标准:优:骨折脱位解剖复位,踝关节功能正常,无肿痛;良:骨折脱位解剖复位,踝关节背屈、跖屈功能减少 10° 以内,踝部无肿痛;可:踝关节活动功能减少 20° 以内,走远路或体力劳动时踝部轻度肿痛,X 光片显示距骨在踝穴内略有移位,有轻度创伤性关节炎改变;差:踝关节功能减少在 20° 以上,关节肿胀,行走时疼痛,X 光片显示距骨半脱位,关节软骨面粗糙。随访 1~3 年,平均 1.6 年,结果:优 9 例,良 7 例,可 2 例,差 1 例。

讨论 胫距关节是踝关节的主要承重部位。Ramsey 等指出骨折后距骨向外错位 1mm,即可使胫距关节面的接触减少 42%,Wilson 统计距骨有倾斜或移位者,发生创伤性关节炎者占 75%^[1]。另外移位或倾斜的距骨可阻挡内、外踝骨折的复位。所以,胫距关节的精确复位是实现踝部骨关节解剖复位、恢复关节功能的核心环节。通过后外侧入路可显露胫距关节的后外侧半、外侧以及前外侧的一部分,充分显露、直视下操作可保证复位的精确性。直径 2.5mm 骨圆针固定可靠,对关节软骨面损伤甚小,不致于影响关节功能。如复位后不加以内固定,胫距关节可在整复内、外踝骨折的过程中或术后再脱位。本文中疗效差的 1 例为一开放性损伤病例,软组织缺损加重了对踝关节稳定性的破坏,术后由于骨圆针过早拔除,创面大量渗液又影响了外固定石膏托的强度,距骨再移位导致了踝关节功能的严重障碍,应从中吸取教训。

参考文献

- 陆裕朴,胛少汀,葛宝丰,等.实用骨科学.第 1 版.北京:人民军医出版社,1991.719

(收稿:1998-01-15)

螺钉内固定治疗肩锁关节脱位

潘月勤 王惠永 陈桂元 韩杰中

江苏省姜堰市中医院 (225500)

我院 1992 年 11 月~1997 年 10 月收治肩锁关节脱位 32 例中行切开复位锁骨喙突松质骨螺钉内固定 24 例,脱位全部纠正,肩关节功能良好,报告如下。

临床资料 本组男 19 例,女 5 例;年龄 27~51 岁。左侧 17 例,右侧 7 例。跌伤 15 例,车祸 4 例,肩部遭撞击致伤 2 例,记录不详 3 例。局部表现肿胀疼痛,肩关节活动受限,锁骨远端隆起,压痛,按之有