

骨、凿除硬化骨,打通骨髓腔,并用双氧水、生理盐水、庆大霉素水反复冲洗创口,能缝合的创口尽量缝合,不能缝合者可通过肌瓣填塞、皮瓣转移覆盖创面。我们体会,此类病人有的在早期清创闭合伤口时已作过皮瓣转移或游离植皮,此时邻近已无合适的皮瓣可转移,我们常用丝线拉拢缝合、敷生肌愈皮膏并油纱填塞,较小的创口皮肤可拉拢后直接外敷生肌愈皮膏。传统中医学在外用药方面积累了丰富的经验,在创面上用生肌膏较单纯的西医换药效果明显。术前、术中、术后常规应用抗生素,抗生素的选择多据细菌培养及药敏的结果,多选用先锋霉素、丁胺卡那霉素(或环丙沙星)、甲硝唑三联。

4.3 骨折愈合刺激素的应用 骨折愈合刺激素又名金葡液,是金葡菌代谢产物经处理制成的注射液。实验表明^[2]金葡液是一种毛细血管增殖刺激剂,能刺激毛细血管向断端长入,骨膜下局部注射能激发成骨活力。我们在创面愈合、肢体消肿后,将骨折愈合刺激素注射于骨折断端,起到了促进骨折愈合的作用。

参考文献

1 孟和,金阳. 复位固定器治疗不稳定性胫腓骨骨折 1 033 例临床报告. 中华骨科杂志,1990,10(3):186-196.
 2 许树柴,石灵春,邓晋丰,等. 金葡液注射促进骨折愈合的实验研究. 中医正骨,1997,9(2):22-24.
 (收稿:2002-03-22 修回:2002-08-07 编辑:荆鲁)

短篇报道

陈旧性锤状指畸形治疗体会

刘跃会¹ 尹绍猛² 李英平³

(1. 承德钢铁公司职工医院骨科,河北 承德 067002;2. 承德医学院附属医院骨科;3. 承德医学院人体解剖教研室)

自 1996 - 2001 年,对 21 例陈旧性锤状指畸形配合手术应用改良内、外固定方法进行治疗,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 21 例,均无末节指骨基底骨折,男 15 例,女 6 例;年龄为 22 ~ 62 岁,平均 34 岁。右手 14 例,左手 7 例。食指 2 例,中指 9 例,环指 7 例,小指 3 例。切割伤 5 例,弹碰伤 12 例,其他 4 例。

1.2 临床表现 锤状指畸形,远指间关节背侧肿胀。病人自述生活、工作不便。手术前远指间关节活动为屈 45° ~ 75°,伸 45° ~ 75°,背伸失能指数[*手外科杂志*,1990,6(6):57.]35° ~ 45° 平均 40°,近指间关节伴有不同程度的背伸。

2 治疗方法

常规消毒后,以 5 ml 注射器抽取 2%利多卡因 2 ~ 3 ml,在患指掌侧面中线上,垂直注入屈指肌腱鞘管间隙内,3 ~ 5 min 后麻醉生效[*中国骨伤*,1998,11(1):68.]。于远指间关节背侧作 U 形切口,形成蒂为手指近侧的皮瓣,将皮瓣掀开后,首先用 1 根 ϕ 1.0 mm 的克氏针将远指间关节固定于过伸 10° ~ 20° 位。然后直接将松弛的肌腱靠近止点处切断,如果肌腱较厚,调整好张力,以两断端恰好能良好对合为宜,用 5-0 涤纶缝线端端缝合;如果较薄,切断瘢痕后,做 U 形瓣,掀起并拉拢向近端与伸腱重叠褥式缝合 3 ~ 4 针。晚期 区伸指肌腱的断端已被薄的瘢痕连接在一起,看上去好象没断过,只不过是松弛些[*王澍寰. 手外科学*. 北京:人民卫生出版社,1991. 326-329.]。手术时不必再寻找断端,以免加重局部创伤,造成手术后粘连。陈旧性损伤的瘢痕与关节囊紧密粘连,手术时尽

量不要切破背侧关节囊,一旦切破应立即修补。手术后辅助应用掌侧石膏托外固定腕关节、掌指关节及指间关节为休息位(患指末节过伸 10° ~ 20° 位)6 周,再进行理疗及功能练习等。

3 治疗结果

随访时间:1 ~ 3.5 年,本组锤状指畸形消失,远指间关节无明显肿胀、无明显疼痛,按 TAM 标准[*中华手外科杂志*,2000,16(3):134.]:优 12 例,良 6 例,可 2 例,差 1 例。

4 讨论

陈旧性锤状指畸形手术后,传统的固定方法常以石膏或塑形垫板将伤指的近指间关节外固定在屈曲位,远指间关节过度背伸位[*王澍寰. 手外科学*. 北京:人民卫生出版社,1991. 326-329.]。远指间关节不做内固定,其他关节也不做外固定。其疗效常因残存不同程度的伸指受限而不满意。分析原因主要为固定范围不够,未固定的指间关节、掌指关节及腕关节的不合理地自由活动,使断裂肌腱之间的间隙增大,增大的间隙被瘢痕组织桥接后,伸指肌腱的肌肉 - 肌腱 - 骨的负荷力臂结构延长,力学效益减弱,而不能有效地伸远指间关节。改良方法是将远指间关节轻度背伸位内固定及 2 ~ 5 指之指间、掌指关节及腕关节均固定于休息松弛位。这样在无张力状态下,缝合后的肌腱断端保持良好的稳定的对合关系,肌腱愈合后,避免了伸指肌腱的肌肉 - 肌腱 - 骨的负荷力臂结构延长,为有效地伸远指间关节奠定了基础。另外,用克氏针将远指间关节固定于过伸 10° ~ 20° 位,即使手术后屈曲力量抵消部分过伸因素,也能达到 0 左右,符合功能需要。

(收稿:2002-02-20 编辑:李为农)