

3. 术后穿针口消毒纱布保护,抬高伤肢,嘱伤员作足背伸及股四头肌舒缩活动,伤口定时换药,1 周后扶双拐下床全足踏地,负重应由轻到重,2~3 周后步幅可适当加大,4~5 周时可双足交替行走,6~7 周可单拐行走。

4. 拆除外固定器的时间:经此法固定 6~8 周,骨折局部无肿胀压痛,无异常活动征,X 光片骨折端有连续性骨痂,骨折线模糊,不扶拐自身步行有力或在外固定器无牵引力下步行无异常感觉则可拆除。如个别针道有反应性渗出可提前拆除,换夹板固定至愈。

治疗结果 本组 28 例中,按天津医院的疗效评定标准^[1],优 18 例,良 7 例,可 2 例,差 1 例。治愈率为 96.2%。

讨论 1938 年 Hoffmann 介绍了其外固定器结构及方法。随后 Vidal 通过生物力学研究对 Hoffmann 外固定支具进行了改进,使其固定可靠性有了比较大的改进。双臂式外固定器,在保持固定可靠性基础上充分考虑到创面处理、感染控制、弹性固定、骨折端应力刺激等有利骨折愈合的因素,使其具有体积小,重量轻,操作简单,容易搬动,手法与器械结合,穿针与压板固定,不压迫软组织,有利于伤口处理和外敷药物,较早得到功能锻炼,不影响关节。经 28 例病人临床实践证明是一种较理想的治疗方法。

参考文献

1. 天津医院. 骨科疗效标准草案. 天津医药骨科附刊, 1978, 创刊号: 30
(收稿: 1995-10-30 修回: 1996-04-29)

点穴治疗颞下颌关节紊乱症

胡军祖

广西壮族自治区桂林地区医院 (541001)

颞下颌关节紊乱症是口腔科常见病。目前有局封、理疗、针灸、中药热敷等多种治疗方法,但疗效不尽满意。笔者从 1989 年开始用点穴方法治疗本病的早中期 92 例,效果显著,报告如下。

临床资料 本组 92 例中男 37 例,女 55 例;年龄:22 岁~56 岁。病程:最短 5 天,最长 28 天。左侧 30 例,右侧 37 例,双侧 25 例。临床表现:开闭口或咀嚼时颞下颌关节疼痛,不能咬硬物,开闭口活动受限,关节有弹响或摩擦音。检查:关节处有压痛,关节周围肌肉痉挛,有时还可在关节周围触及压痛痉挛的细条索状物。

治疗方法 病人端坐,医者自然站立于病侧,面对

病人,用中指指端点穴,拇食环三指分别抵于中指远节指间关节,以增强中指力量。依次分别点揉双侧风池穴、病侧太阳穴及颊车穴,力量由轻到重,待病人有酸胀麻痛等得气感后,继续点揉 2 分钟左右,再缓慢减轻力量至点穴结束。然后嘱病人慢慢张口闭口,医者同时用中指指端或拇指指端点揉颞下颌关节处,时间约 3 分钟,如关节周围软组织内有痉挛条索状物,可辅用分筋理筋手法,使条索状物松软。最后用小鱼际处按揉关节及周围软组织片刻,手法结束。

注意事项:点穴时用力要柔和,手法沉而深透,力量以使病人有酸胀麻痛等得气感并能忍受为度,不能过轻或太重。隔 1~2 日手法 1 次,治疗后嘱病人不大声讲话,避免咬硬物,以利关节休息。

治疗结果 56 例 1 次手法后关节疼痛、弹响及开闭口受限等症体征明显减轻,再行 1 次或 2 次手法后症体征消失。25 例 4 次手法后症体征消失。11 例行 2~3 次手法后症状明显减轻,但仍有弹响或轻微疼痛,后改行其它方法治疗。症状体征消失的 81 例中有 4 例于 2~3 周后咬硬物又出现关节疼痛,再行 1 次手法治愈。本组治愈的 81 例经 0.5 年~5 年随访,均未再复发。

体会 颞下颌关节紊乱症是咀嚼肌平衡失调,关节各组成部分之间运动失常,而引起的综合症状,出现关节疼痛,开闭口运动障碍,弹响等表现。本组均为早中期病例,为关节周围软组织病变,关节的骨结构未发生破坏,通过对风池穴、太阳穴、颊车穴的点穴治疗,具有调节神经功能,镇痛,解除肌肉痉挛之效,再在关节局部点揉或辅以分筋理筋按揉等手法,使关节处血液循环增加,无菌性炎症消散,粘连松解,因此关节病变修复,症状体征消失。

(收稿: 1995-10-30)

骨外固定架治疗感染的开放性胫腓骨骨折

李 晖 张新华 陈 涌

山东省寿光市人民医院 (262700)

我院骨科自 1992 年采用骨外固定架结合皮片、皮瓣及骨移植等方法治疗感染的开放性胫腓骨骨折 23 例,疗效满意,报告如下。

临床资料 本组 23 例中男 17 例,女 6 例;年龄 12~65 岁。受伤原因:车祸伤 11 例,砸伤 5 例,辗压伤 5 例,绞伤 2 例。骨折部位:胫骨上 1/3 骨折 3 例,中

1/3 骨折 14 例, 下 1/3 骨折 6 例。骨折形态: 横断骨折 11 例, 短斜形骨折 7 例, 粉碎骨折 4 例, 多段骨折 1 例。其中合并皮肤缺损 7 例, 骨缺损 2 例, 1 例入院时有胫前区烫伤创面。入院至受伤时间 4~42 小时, 平均 11 小时。

治疗方法 本组 23 例全部采用骨外固定架作胫骨外固定, 延期闭合创面。待创面感染控制后, 采用中厚游离皮片植皮 12 例, 邻近转移皮瓣 8 例, 足背动脉岛状皮瓣 1 例, 比目鱼肌瓣 1 例, 直接缝合 1 例。2 例骨缺损采用游离髂骨植骨。1 例有烫伤创面行切痂植皮。

治疗结果 本组 23 例随访 21 例, 胫骨骨折骨性愈合时间平均为 20 周, 游离髂骨植骨骨性愈合时间 31 周。其中延迟愈合 2 例, 骨不愈合 1 例, 形成慢性骨髓炎遗留窦道 1 例, 经再次手术植骨及病灶清理均治愈。

讨论 使用骨外固定架^[1], 不加重创面软组织的损伤, 利于创面换药及延期闭合。固定效果可靠, 感染控制快, 可早期进行关节的功能锻炼, 能达到创面愈合、骨折愈合、功能恢复三个目的。

对开放性骨折, 除选择有效的骨折固定方式外, 争取创面一期闭合是治疗的基本原则。而对软组织损伤严重, 创面感染明显, 受伤时间过长者, 应延期闭合创面。视其炎症控制情况决定闭合创面的方法是控制感染进一步发展的关键环节。严重感染的早期, 感染广泛, 仅做简单的清创, 切除明显的坏死组织。保持引流通畅, 在敞开的感染腔内加压灌注抗生素冲洗液^[2], 结合创面细菌培养及药敏试验应用有效的抗生素, 待急性炎症控制后再做进一步处理。小腿皮肤缺损的修复, 对皮下软组织外露采用中厚皮片游离植皮; 对暴露骨骼的处理, 不应急于用皮肤敷盖, 应视炎症控制情况而定, 尽量采用邻近皮瓣转移修复。邻近皮瓣手术难度小, 抗感染能力强, 成功率高, 亦作为首选。

参考文献

- 郭斌, 等. 严重感染的开放性骨折的处理. 中华创伤杂志, 1993, 9 (1): 44
- 司玉钦, 袁洪英. 加压喷射冲洗在骨关节开放性创伤清创术中的应用. 骨与关节损伤杂志, 1995, 10 (3): 186

(收稿: 1995-10-30)

短期牵引法治疗肱骨髁上骨折 并同侧前臂骨折 16 例

阴亮 张道岩 宫国荣

山东省肥城市人民医院 (271600)

我们自 1985 年 1 月~1994 年 12 月共收治小儿肱

骨髁上骨折合并同侧前臂骨折 16 例, 采用短期尺骨鹰嘴牵引及夹板固定前臂治疗, 效果良好。报告如下。

临床资料 本组男 11 例, 女 5 例; 年龄 3~12 岁; 摔伤 12 例, 车祸伤 4 例; 肱骨髁上骨折均为伸直型, 前臂骨折位于中下 1/3 处双骨折 13 例, 桡骨远端骨骺骨折 3 例。

治疗方法 经 X 线确诊的患儿, 先在局麻或全麻下行前臂骨折手法复位夹板固定, 再用无菌大号巾钳作尺骨鹰嘴悬吊滑动牵引, 肘关节屈曲 80°~90°之间, 牵引重量 1~2kg, 每日手法调整。3 天后肿胀基本消退, 床头拍片, 根据 X 线片调整牵引重量, 纠正侧方移位。共持续牵引 1 周。复拍 X 线片去除牵引及夹板, 手法矫正髁上骨折, 行上肢肘关节屈曲 90°、腕关节功能位石膏固定。2~3 周后去除石膏, 功能锻炼。

治疗结果 本组除 1 例并尺神经损伤改行手术神经探查吻合、髁上骨折交叉钢针内固定外, 无 1 例发生前臂缺血性肌挛缩、肘内翻及骨化性肌炎。2~3 月后根据患者自觉症状、临床查体及 X 线片综合评定, 各关节功能均达正常, 骨折处坚强愈合。

讨论 应用短期尺骨鹰嘴牵引加夹板固定治疗肱骨髁上骨折并同侧前臂骨折有下列特点: (1) 有利于组织水肿消退及骨折复位。由于损伤时暴力较大, 组织损伤严重, 直接复位外固定易因组织水肿形成嵌压, 加重组织损伤, 导致前臂缺血性肌挛缩。本法治疗组织水肿均在 3~5 天内消退, 进一步整复时较容易、准确。(2) 尺骨鹰嘴牵引本身也具复位作用。一般牵引 1 周后髁上骨折大部分可以复位满意。(3) 先夹板固定前臂骨折再行尺骨鹰嘴牵引, 不致造成前臂骨折端再移位, 加重组织损伤。(4) 防止了因直接外固定随组织肿胀消退而松动, 不能保持复位的稳定及正常的肘关节携带角, 导致骨折端再移位及肘内外翻, 也避免了多次的手法复位。(5) 便于病情观察。患儿入院时由于疼痛、惊吓等原因多不能配合检查, 对神经损伤尤易漏诊。(6) 对合并有血管神经损伤且诊断明确者应急症手术治疗。

(收稿: 1995-11-21)

儿童尺桡骨下 1/4 骨折 34 例分析

赵俊

湖北省黄石市中医院 (435000)

我院 1990 年 1 月~1994 年 12 月治疗儿童尺桡骨下 1/4 骨折 34 例, 疗效满意, 分析如下。