

时直接离体, 1例为手术中医护人员交接时失手脱落于地。骨块离体时间最长约5小时, 最短仅几秒钟。污染最重的骨块失落于肇事现场, 沾满泥砂, 1例手术中发现骨缺失, 由家属从破棉絮中找到, 沾满棉花与灰尘。

治疗方法和结果 所有离体骨块均经生理盐水彻底冲洗、清创, 其中2例在显微镜下清创, 2例骨块用75%酒精浸泡10分钟, 2例用0.1%新洁尔灭液浸泡10分钟以上, 而后再用生理盐水浸泡备用。4例胫骨开放骨折有2例用钢板固定, 2例用外固定架固定。开放创口有2例清创后直接缝合, 均I期愈合, 2例小腿皮肤网状减张后缝合创口, 1例I期愈合, 1例皮缘坏死钢板外露, 行局部转移皮瓣后创口愈合。4例骨折有3例按期愈合, 有2块碎块再用的骨折延迟愈合, 后经髓骨植骨后愈合。

讨论 离体污染骨块再用目前尚无报告。受骨肉瘤离体灭活启发并从理论上分析, 如其经合理处理, 原位再用应无异议。从4例离体污染骨块再用的过程中体会到: (1) 随着高速伤的增多, 离体污染骨块的发生也将增多。离体骨块的骨位再用, 减少了骨块缺损, 虽然其植入体内后可能有骨坏死及替代过程, 但其支架作用不可替代, 减少了II期植骨的机会。离体骨块的原位再用, 又可使得骨折得以解剖复位, 加强了骨折固定后的稳定性, 不仅有利于骨折的愈合而且利于早期功能练习。(2) 离体的污染骨块为自体骨, 没有排异反应。(3) 离体骨再用最受关注的莫过于是否会增加感染机会。我们在此4例应用之前曾将1例离体小骨块经同样方法处理后行细菌培养, 结果无细菌生长。应用过程中的前2例, 处理过的骨块也经细菌培养, 也为阴性。从污染情况看, 骨块的污染多在骨的表面, 经过冲洗、清创、消毒过程, 骨块本身增加感染几不可能。而没有离体的开放性骨端骨块及软组织清创更难, 用酒精消毒更不可能, 创口内的新洁尔灭浸泡效果远不如离体骨块满意。而创口的感染, 必然使离体再用骨块成为二次感染源, 变为死骨及异物。所以创口的清创与离体骨块的处理同样重要。而创口的合适引流, 皮肤减张及稀疏缝合和密切观察创口情况, 必将减少骨感染的发生。(4) 对较小的离体骨块, 应持慎重态度, 但究竟多大骨块为界, 我们认为应以骨块所在位置、多少、稳定性及对骨折愈合影响大小而定。(5) 酒精与新洁尔灭何者为好, 我们经验不多。从理论上讲, 新洁尔灭灭菌范围不如酒精, 似乎用酒精更为放心。(6) 本组1例骨块为医源性污染, 实在不该, 所幸没有不良后果, 但应引以为戒。

(收稿: 1998-04-01)

同侧髌骨股骨干骨折合并 髌关节后脱位

张会忠 黄福东

广东省高州市中医院 (525200)

我院自1988年5月至1994年3月采用硬外麻下手法复位髌关节脱位, 切开复位加压内固定骨折治疗同侧髌骨、股骨干骨折合并髌关节后脱位12例, 效果满意, 现报告如下。

临床资料 本组12例中, 男8例, 女4例; 年龄18~53岁, 平均年龄32岁; 左5侧, 右7例; 股骨干骨折类型: 中段及中上段9例, 中下段3例, 其中粉碎性骨折4例; 髌骨骨折: 横断型2例, 粉碎性10例; 开放性骨折3例; 致伤原因: 车祸伤11例, 塌方伤1例。

治疗方法 本组病例均在硬外麻下进行, 麻醉成功后, 病人仰卧于铺席地面, 消毒后于股骨干骨折近端钻入一粗骨圆针, 以骨圆针为支撑点, 予手法复位髌关节后脱位。然后拔出骨圆针, 将病人移至手术台, 再常规消毒后, 予股骨干骨折切开复位加压钢板内固定, 髌骨骨折予切开复位张力钢丝内固定术。术后予皮肤牵引2周, 预防感染对症支持治疗, 早期予大量活血化瘀中药, 伤口愈合后股骨干骨折予夹板外固定, 早期在床上加强股四头肌功能锻炼, 4~6周开始扶拐落地。予宽筋活血中药外洗, 加强功能锻炼。

治疗结果 本组病例, 随访1.5~4年, 骨折均愈合并取出内固定物, 其中10例骨折在1年内骨性愈合后取出内固定。2例为股骨干粉碎性骨折术后1年半取出内固定, 本组病例均无感染。除2例为髌骨粉碎性骨折膝关节屈曲90°外, 其余病例髌、膝关节功能恢复均满意, 能从事伤前工作。

讨论 同侧髌骨、股骨干骨折合并髌关节后脱位临床上少见, 均是病人处于屈膝、屈髌内收时直接暴力引起髌骨及股骨干骨折, 暴力继续沿股骨纵轴冲击, 引起髌关节后脱位。我们对股骨干骨折不用梅花针内固定, 因为逆行打入梅花针时, 髌关节必须内收屈曲, 极易引起髌关节再脱位。股骨干骨折予加压钢板内固定, 髌骨骨折予张力钢丝内固定, 这样内固定坚强, 有利于术后护理及早期活动, 有利于骨折愈合。术后早期予活血化瘀中药, 待伤口愈合后予宽筋活血

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；