

滞经络遂得其证”。骨痹临床辨证目前主张三个阶段，初期寒痰凝滞，伤筋腐骨，阳虚阴盛；中期病久，寒化热成脓；后期气血为脓所耗，遂成气血亏虚。治疗提倡初期温经散寒，中期托里排脓，后期补益气血。

中医认为脊椎结核合并截瘫之形成，多由患者先天不足，肾精亏损，骨失所养，或因外伤气血瘀滞于脊髓筋骨，又感受痲邪，痲毒腐骨蚀筋，损伤督脉，精气血不得贯通而致。主病在肾，涉及督脉，肝、脾。复元克瘫汤融三期辨证为一体，即益肾精，补肝脾以壮骨骼肌肉，解毒以抗痲邪，祛瘀滞以疏通督脉。全方有攻补兼施，扶正祛邪之特点。

笔者认为手术治疗选择病灶已纤维化，椎管硬化

的晚期病人较适宜。对早期活动型脊椎结核，因脓液，干酪样物质等压迫脊髓腔而致瘫痪者，应用复元克瘫汤，以解毒散结，益肾精壮骨骼，促使坏死组织吸收稳定病灶。脊椎结核椎体及椎间组织虽被破坏，但稳定后的病灶，上下椎体可骨性融合，维持脊椎稳定性。实现椎管压迫解除，消除瘫痪状态。在内服中药同时，外用中药治疗痿管，以期提脓排毒，促使结核坏死组织流出，有利痿管愈合。

对脊椎结核合并截瘫病人调护，我们提倡动静结合，不主张应用石膏管型固定。

(收稿：1994-03-21)

中西医结合治疗肱骨小头骨折 21 例

福建省漳州市中医院(363000) 李克

我院自 1987 年~1994 年 5 月，采用中西医结合方法治疗 21 例肱骨小头骨折，效果满意。现报道如下。

临床资料：21 例中男 15 例，女 6 例；年龄最大 56 岁，最小 12 岁；开放性骨折 4 例，闭合性骨折 17 例；伤后时间：急诊 4 例，2~8 天 15 例，9~15 天 2 例；骨折类型：按门氏分类^①，边缘骨折 1 例，完全骨折 7 例，多见于壮年，小头~滑车骨折(其中分离型 2 例)13 例，多见于青年。同时合并同侧柯雷氏骨折 4 例，腰椎压缩性骨折 1 例。随访结果，按门氏评定标准：优 20 例，良 1 例。

治疗方法：手术方法：病人取仰卧位，臂丛麻醉，或肌间沟麻醉。沿肘关节外后侧切口 6~8cm，显露肱桡关节，清除血块，骨块复位后，于肱骨外髁背后用骨钻钻 2 个平行孔，相距 1~2cm，同时在骨块的冠状面，软骨下骨松质，横钻一个骨孔(不透过软骨面)，用 4 号或 7 号丝线引过骨孔，拉紧丝线使骨块固定，打结于外髁背后侧。对骨块分离型，先将骨块串在一起引过骨孔，固定在骨折端。冲洗创口，缝合关节囊肌膜、皮肤。术后将前臂屈肘 110°(骨块分离型屈肘 90°)，旋后位，石膏夹固定 2~3 周。术后用青链霉素，或庆大霉素，10 天即可。同时服用中药，初期：术后血溢脉外，瘀血流注，气滞血结，拟用消肿活血，祛瘀散结之法。消肿活血汤(本院验方)：黄柏 归尾 人中白 赤芍 忍冬藤 土鳖车前子 甘草 日服一剂，连服 10~15 剂。中期：脾为生化之源，金创络破、气血损伤、气滞血结、治以益气活血燥湿化痰。用温胆汤：竹茹 枳壳 茯苓 法夏 陈皮 甘草，加黄芪 归尾

人中白 鸡血藤，日服一剂，连服 7~10 剂。

外用中药洗伤法：除去外固定、即行洗伤。方药：黄芪 灵仙 桃仁 红花 赤芍 陈皮 归尾 人中白 伸筋草 大通筋 鸡血藤 冬瓜仁 三桠苦 岗梅 甘草。将上药浸入 3000ml 水中。煮沸后 5~10 分钟，加酒 30~60ml，即可熏洗患肘。每次 30~40 分钟，日 2~3 次。熏洗后进行功能锻炼。

讨论：肱骨小头骨折属于关节囊内骨折。1853 年，Hahn 进行尸解时发现这种损伤。1896 年，Kocher 首次提出了临床报告，此后才陆续有较多数目的病例报导。治疗方法，多数学者主张切开复位(用或不用内固定)。内固定物：克氏针、螺丝钉，或松质骨螺丝钉；骨块切除(早期或晚期)；或闭合手法复位。我们采用丝线内固定，即使是陈旧性骨折切开复位内固定，其功能也可获得满意效果。本组未发现骨块缺血性坏死、关节不稳、肘外翻等并发症。术后肘关节挛缩，属于祖国医学“筋急”、“筋挛”、“关节强直”等范畴。内服中药，具有活血祛瘀、消肿止痛之功能，散结逐瘀之特点。正如《素问·至真要大论》指出“结者散之，滞者导之”。清代陈士铎说：“血不活则瘀不能去，瘀不去则骨不能接”。尤其是采用中药熏洗，能益气活血化瘀散结，舒筋通络，滑利关节，配合功能锻炼，恢复关节功能，达到满意效果。

参考资料

1. 门振武. 肱骨小头骨折. 创伤骨科学报 1984;3:176

(收稿：1994-10-14)