

述治法之旨择药配伍而成。

然就临床观察，多数骨折迟缓愈合系由于治疗欠当，诸如整复手法粗暴、反复牵拉复位、固定不确切使断端再分离，如是不仅造成骨膜和软组织损伤加重，更使局部血肿扩大，血运障碍，血供不良，直接影响骨痂形成。这类病例属瘀血痹阻型，损伤局部多有明显血瘀凝聚的表征，并可反映在舌质、脉象的变化上。本组有 15 例属此型，其中 11 例系由他院久治不愈转来我院。由于该证型属蓄瘀实证，笔者所立活血化瘀为主的治法，旨在祛除蓄瘀。顺畅血行，改善局部血运，促进骨痂生成。据此立法拟定的愈骨 II 号方，取地鳖虫、血竭、苏木、赤芍、莪术、桃仁、路路通攻瘀活血通络；黄芪益气且其性走而不守，寓气行则血行之意；鹿角乃血肉有情之物，功擅补肝肾而壮筋骨、益精髓，与以上诸药合用，可收瘀祛新生、精气旺盛、气血运行敷布顺畅、促进断骨续接之效。

本组湿瘀互阻型 3 例，就其病史和临床表现分析，

皆与患者体质的特异性有关，即素体脾弱运差，痰湿偏重，伤后痰湿与局部瘀血交凝，致经络瘀阻，气血壅塞，导致骨折迟迟难以愈合。就此证所立愈骨 III 号方，针对其本虚标实的病理特征，以白术、苡仁、茯苓健脾运湿，伍入陈皮、枳壳、桂枝理气散结而宣化痰湿，地鳖虫、血竭、牛膝、地龙祛瘀活血、续筋接骨。如此配伍标本兼顾，湿瘀并治，用于湿瘀互阻型骨折迟缓愈合实属相宜。

需要指出的是，为了确保以上分型论治的效果，服药期间应定期进行 X 线摄片等复查，并密切注视病情变化，随时检查、调整夹板固定的松紧度，以保持固定确切可靠，还应视不同阶段的需要，指导病人进行合适的功能锻炼。

参考文献

1. 岑泽波，主编. 中医伤科学. 第一版. 上海科学技术出版社, 1985: 66~67.

(收稿: 1994-12-12; 修回: 1995-08-01)

髂骨牵引配合股骨髁上牵引治疗莫耳盖尼骨折

河南省中医院 (郑州 450002) 孙永强 闫占民*

骨盆环前后弓双重垂直骨折或脱位，称莫耳盖尼骨折，为严重的不稳定型骨折。我们自 1986 年以来，采用髂骨牵引配合股骨髁上牵引治疗，临床疗效满意，现报告如下。

临床资料

本组 24 例中男 19 例，女 5 例；年龄 17~67 岁；皆为不稳定型骨折，伴有尿道损伤 5 例，膀胱损伤 3 例，髌臼骨折 2 例，还伴有四肢及脊柱骨折 9 处。

治疗方法

患者入院后，如检查骨盆有损伤，应首先拍摄骨盆正位、斜位、入口位相片，以诊断骨折的类型。合并有脏器损伤，应立即急诊处理。然后再应用本疗法。髂骨牵引的进针点是在髂前上棘后约 2cm，离髂骨内缘 1.5cm 处。先在进针点和髂骨的内外侧骨膜行浸润麻醉，用直径 2.5mm 克氏针，从进针点刺入皮肤后，紧贴髂骨内面，在距髂嵴约 1.5cm，顶住髂骨，用骨钻钻入并逐渐压低针尾，钻透髂骨穿出皮肤后将克氏针握成环状。常规进行股骨髁上穿针，分别系上牵引绳，在床边的横梁上放置滑轮，根据骨折端移位的多少以及

旋转及嵌插情况，决定牵引重量，一般牵引重量为 4~8kg，股骨髁上牵引重量为 8~12kg。牵引期间应定期拍摄 X 线片，必要时采用手法和及时调整重量，使骨盆环达到正常，约 6~7 周，临床检查骨盆挤压分离试验阴性，可拔出两处牵引针，扶双拐下地功能锻炼。

随访结果

参照中西医结合疗效标准^{〔1〕}：优：行走 5 公里以上无痛苦，无下腰痛和跛行，可坚持体力劳动，X 线复查骨盆环达到解剖复位。良：行走 5 公里有轻微下腰痛，轻度跛行，可坚持一般劳动，X 线复查骨盆脱位或髂骨骨折错位在 0.5cm 以下。可：行走在 2 公里以下，常有下腰不适感，跛行，坚持一般劳动有困难，X 线复查骨盆骨折错位在 0.5cm 以上。本组 24 例，随访 22 例，平均随访时间 34 个月，其中优 16 例，良 4 例，可 2 例。

讨论

莫耳盖尼骨折为严重不稳定型骨折，多合并失血性休克，或尿道断裂、膀胱破裂等脏器的损伤。临床除采用常规抗休克及尿道会师，膀胱修补、造瘘等治疗方法外，治疗骨折大多采用手法整复加股骨髁上牵引，双

* 河南洛阳正骨医院

下肢罗索氏胫骨结节牵引。既使采用骨盆外固定支架^[2]治疗,仍需配合股骨髁上牵引。这些疗法对于纠正骨盆单侧骨折向心侧移位,效果较好。而对骨折端横向移位、嵌插、旋转变位纠正较少。骨盆兜带和骨盆夹板固定^[3],又易导致髂骨翼内旋,骨盆变形。本病大多是因来自侧方和前方的直接暴力所致。髌髂关节脱位,髂骨翼骨折,耻骨联合分离以及耻骨上下支骨折,其脱位和骨折端移位的方向往往是上下、前后,旋转同时存在,只要骨盆远折端发生旋转,骨折端必发生前后移位。手法复位时,由于骨盆附着肌肉较多,骨折端逆向骨茬的阻挡以及髌髂关节周围韧带的嵌顿,致使手法和采用单纯牵引不易成功。根据“欲合先离”的原理,用直接力量将骨折远端拉向外侧,缓解了阻碍复位的因素,使骨折端周围肌肉达到一定程度的弹性疲劳,减小了对骨折端的牵扯作用,纠正了旋转畸形及骨折端的横向移位,并使骨折端稍有分离,配合股骨髁上牵引,纠正向头侧移位。治疗压缩型骨折及髂骨翼骨折前后错位较多时,为了防止牵引时髂骨外旋,骨折端互相阻挡复位,可将床旁的牵引点高出髌前上棘平面。如虽

经单侧髂骨大重量牵引,也不能纠正骨折端的嵌插、交锁及横向移位时,可采用双侧髂骨对抗牵引。当旋转已纠正,可将患侧臀部垫一薄枕,利用股骨髁上牵引时,臀下薄枕产生的反作用力纠正向后错位。如为分离型骨折,髂骨外旋,可根据情况采用双髂骨交叉牵引,即将左侧髂骨牵引绳放于身旁右侧的滑轮上作牵引,右侧髂骨牵引放于身旁左侧滑轮上作牵引,以纠正髂骨翼的横向分离。在牵引治疗期间,鼓励患者多作腹肌、臀肌的主动收缩,以利用肌肉本身的弹性回归作用使骨折端残留的移位得以纠正,同时还可防止过牵。

参考文献

1. 孟和. 等. 骨科复位固定器疗法. 天津: 天津科学技术出版社. 1986. 207.
2. 孙锡孚. 严重骨盆骨折脱位应用骨盆外固定治疗初步报告. 中华骨科杂志 1984; 4: 19.
3. 赵文宽. 等. 应用骨盆弹力夹板治疗骨盆骨折初步总结. 中华骨科杂志 1988; 1: 50.

(收稿: 1995-02-14)

Ender 氏钉治疗老年人股骨粗隆间骨折

上海卢湾区中心医院 (200020) 张拯庆

我院骨科自 1985~1988 年 4 年间共进行 20 例 Ender 氏钉内固定治疗股骨粗隆间骨折, 经过 1~7 年平均 3 年的随访效果满意, 现报告如下:

临床资料

本组 20 例, 其中男 13 人女 7 人, 年龄 57 岁~85 岁。按骨折类型分成 4 型。I: 稳定的, 无移位的线状骨折 6 例。II: 有移位的, 轻度髓内翻的、伴有小粗隆骨折, 但经过手术能维持稳定的 6 例。III: 有移位的, 不稳定的大粗隆后内缘骨折伴有髓内翻 3 例。IV: 不稳定的粉碎性粗隆间骨折, 大粗隆内缘粉碎、伴有粗隆下骨折 5 例。

手术方法

先将病人置于骨折复位床上(石膏床), 健肢外展 30°患肢外展 30~40°内旋 15~20°, 使髌骨面朝上, 以消除向前倾角, 先摄片或电透证实骨折正复后位线可方可手术。

在股骨内髁中点向股骨近端作一纵切口长约 7~9cm 切开皮肤、皮下深筋膜, 在股内肌与股四头肌扩张部之肌间隔进入, 结扎并切断膝内上动脉, 于内收肌结

节近端 1cm 处于股骨内侧稍偏后骨干上开骨窗 1×3cm 或 1×4cm。角窗与骨干长轴平行。以免 Ender 氏钉钉尾外露于皮下, 以影响膝关节活动。

于骨窗击入预先弯好的, 长短合适的 Ender 氏钉, 并在钉尖 7cm 处前倾 10°左右, 顺行击入 Ender 氏钉 3~4 根, 摄片或电视 X 光机监视 Ender 氏钉在股骨粗隆和股骨颈处的位置, 使其全扇形分布于股骨头, 并达股骨头软骨下 0.5~1cm, 如击入 Ender 氏钉时骨窗有线状裂开, 可将骨窗稍延长扩大, 钉尾经弯曲后夹在股骨内踝骨皮质处, 钉尾外露 1cm, 太长则咬掉, 以免刺激膝关节影响膝关节内活动。

治疗结果

本组 20 例骨折复位优良 15 人, 可 3 人, 差 2 人, 术后 3 天床上活动, 第 1 周下床持拐不负重活动, 第 2~3 周开始负重活动。

讨 论

对于股骨粗隆间骨折的治疗方法很多, 一般分作保守治疗和手术治疗两大类, 保守治疗通常行骨牵引, 但因牵引时间长, 不能早期下地活动, 对老年人来讲,