

透入方法：采用北京产 GA—1A 低中频治疗机治疗。取纱布垫两块，用药液 25ml 浸透后贴敷于患处，将治疗机正负极板分别放在两块药垫上，用沙袋固定妥善后开机治疗，每天治疗 1 次，每次 30 分钟，1 个月为 1 个疗程，每 2 个疗程间隔 1 周。每个患者治疗 1~3 个疗程。

治疗结果

疗效标准及治疗结果：优：疼痛基本消失，步态稳定，疾走时有跛行，“4”字试验（-）或（+），功能接近正常，可恢复轻工作，X 线片显示有骨质修复现象，14 例；良：疼痛明显好转，步态较稳定，走路时轻度跛行，“4”字试验征减少（+~++），功能好转，生活自理，X 线片显示骨质稍见修复或未见明显进展，78 例；可：症状减轻，“4”字试验征减少（+），生活尚能自理，7 例；差：症状体征无改变或病情加重，5 例。优良率为 88.5%。

讨 论

祖国医学认为：股骨头缺血性坏死多因先天不足，肝肾亏虚或有所伤，致使局部气血瘀阻，经脉不通，骨质失去正常的气血温煦和濡养而酿成。

中药离子透入是根据离子在电场的作用下能在溶液中移动的原理，利用透入机使药物有效成份直达病所，提高局部药物浓度，使其充分发挥治疗作用。透入机两个电极板通电后产生电刺激和热效应，起到温经通络作用，使局部血管扩张，改善血液供应和营养，加上药物作用提高了组织细胞生存能力，促进骨组织再生过程。

健髓汤用乳香、没药活血行气，祛瘀生新，辅以水蛭加强活血化瘀之效；细辛、附子温经通络止痛，补骨脂补肾壮骨；透骨草、牛膝引药入骨。诸药共奏活血化瘀、补肾壮骨之功效。

（收稿：1996—06—06）

小针刀与电针治疗梨状肌综合征对比观察

解放军第 303 医院（广西南宁 530021）

崔金先 段国广 毛琳

将 133 例梨状肌综合征病人随机分组，分别运用小针刀或电针治疗，并对两组的治疗效果进行了对比观察，报道如下。

临床资料

小针刀治疗组 73 例：其中男 52 例，女 21 例；年龄 20~65 岁；病程 15 天~3 年 2 个月；5 例病人为双侧病变，其余均为单侧。

电针治疗组 60 例：其中男 36 例，女 24 例；年龄 8~75 岁；病程 10 天~2 年 8 个月；均为单侧病变。

治疗方法

1. 小针刀治疗组：患者侧卧治疗床上，健侧在下，患侧在上，健侧腿伸直，患侧腿屈曲，身体略向前倾斜，使患膝部着床。找准梨状肌压痛点在压痛点进针刀，刀口线与梨状肌纵轴平行，针体和臀部平面垂直，按进针的定点、定向、加压分离和刺入的四步规程进针。当刀锋刺入皮下后，继续摸索深入，如患者诉有电击感、刺痛感即将刀锋稍上提，移动 1~2mm，继续进针刀，待患者诉有酸、胀感时，说明针刀已达梨状肌病变部位，先纵行疏通剥离 2~3 次，继而横行剥离 2~3 次，如有硬结可切开剥离，整个手术过程要注意无菌操作，术后在针刀孔处压迫 1~2 分钟，以防针孔出血，后贴上创

可贴保护皮肤。每次小针刀治疗后，术者以拇指与梨状肌纤维方向垂直作左右分拨 2 分钟，然后再顺肌纤维方向上下按压理顺梨状肌 2 分钟，以达分筋、理筋作用，最后患者俯卧床上，作 2~3 次牵拉试验。小针刀治疗组，5 天治疗一次，一般治疗 2~3 次即可。

2. 电针治疗组：取环跳、承扶、委中、承山、昆仑等穴，刺入得气后接通电针导线，选用疏密波刺激，以局部肌肉轻微收缩为度，每次治疗 20 分钟，12 次为一疗程，疗程结束休息 7 天可行第二疗程，一般治疗 1~2 疗程，最多 3 个疗程。

治疗结果

疗效标准：痊愈：臀部及其下肢疼痛等症状消失；检查梨状肌压痛消失，直腿抬高试验和梨状肌牵拉试验阴性，下肢功能正常。显效：臀部及其下肢疼痛等症状基本消失；检查梨状肌尚有轻度压痛，直腿抬高试验和梨状肌牵拉试验阴性。进步：症状和体征较治疗前均有改善。无效：症状和体征无改善。

治疗结果：两组病例经不同方法治疗后，小针刀组 73 例，痊愈 45 例，显效 19 例，进步 4 例，无效 5 例；电针组 60 例，痊愈 25 例，显效 14 例，进步 16 例，无效 5 例。在两组中，小针刀组有效率为 93.9%，电针组

为 91.7%，经统计学处理无显著性差异。而两组痊愈和显效率中，小针刀组为 87.6%，电针组为 65.0%，经统计学处理， $P < 0.01$ ，有非常显著性差异，揭示小针刀治疗梨状肌综合征的痊愈和显效率明显高于电针治疗梨状肌综合征。

讨 论

小针刀将针刺治疗法的针与手术疗法的刀融为一体，它既有针的作用，也有刀的作用，运用小针刀治疗梨状肌综合征可直接在病灶处进行剥离，可使腱膜、肌间膜的挛缩、结疤粘连得到松解，肌肉的动态平衡恢

复，从而使梨状肌压迫神经、血管产生的一系列症状获得缓解和消失。

小针刀治疗的机械刺激作用远远强于单纯针刺和电针治疗，产生的局部组织蛋白分解和产生的血管活性物质的作用均较电针强。从而对改善梨状肌的血液循环，促进无菌性炎症的吸收也优于电针疗法，小针刀治疗时对穴位（包括疼痛点的天应穴）刺激强度也大大超过电针治疗，可使经气畅通，疼痛常可即刻缓解。

（收稿：1997—10—20）

矩形髓内钉内固定治疗胫腓骨开放性骨折 22 例

浙江省富阳市中医骨伤科医院（311400）

王国平

我院自 1993 年 1 月～1995 年 6 月用矩形髓内钉一期固定治疗胫腓骨开放性骨折 22 例，取得较好疗效，现报告如下。

临床资料

本组 22 例中男 15 例，女 7 例，其中双侧骨折 1 例；年龄 20～66 岁；致伤原因：跌伤 7 例，车祸伤 9 例，压伤 4 例，撞伤 2 例；骨折类型：多段骨折 3 例，横形骨折 11 例，短斜形骨折 5 例，粉碎性骨折 4 例；骨折部位：中上段 3 例，中段 16 例，中下段 4 例；开放性骨折程度按 Anderson 分类：I 型 7 例，II 型 13 例，III 型 3 例。合并出血性休克 4 例，胫前血管损伤 2 例。

治疗方法

1. 内固定：依据 X 线片选矩形髓内钉的型号，消毒。在硬麻下作胫骨结节两侧倒八字切口约 3cm，达骨质后作骨膜下剥离，然后用宽 1cm 骨刀与胫骨纵轴成 45°向远端击入胫骨髓腔。拔出骨刀后即可将预先选定的两枚矩形髓内钉从内外两个切口同时插入髓腔，并慢慢向骨折远端轻轻击入，达骨折端后进行骨折对位。如伤口小需扩大切口，暴露出骨折断端。有大的碎骨块，可用钢丝捆绑，增强其稳定性。仔细对合达解剖复位后，将矩形钉击入骨折远端，使矩形钉尾端埋入皮下。

2. 伤口清创：常规用肥皂水、生理盐水冲刷创口周围皮肤，3% 双氧水或 1:5000 新洁尔灭浸泡创面 5 分钟，后用大量生理盐水反复冲洗，闭合伤口前用聚维酮碘稀释液浸泡 5 分钟。皮肤的闭合须无张力。有张力者需减压缝合。如有缺损，裸露骨端先用肌瓣转位覆盖，

再在肌肉表面游离植皮覆盖创面或用肌皮瓣直接覆盖。术后伤口内常规放置引流管。

3. 石膏托外固定：不稳定性胫腓骨上 1/3 骨折用下肢石膏托固定，中 1/3 或下 1/3 骨折则用小腿石膏后托固定。稳定性骨折不用外固定。

4. 术后处理：患肢抬高，静脉应用半合成头孢菌素 7～10 天。充分负压引流，引流条留置时间 24～48 小时。2 周拆线。对不稳定性骨折，继以石膏托外固定，稳定性骨折即可扶拐行走。

治疗结果

本组 22 例经过随访，伤口一期愈合，骨折在 3 个月内获得愈合，成角和旋转畸形， $< 5^\circ$ ，膝踝关节活动度活动度差 15°以内者为优，18 例；伤口仅浅表感染，经换药后 3 周内愈合，骨折在 6 个月内愈合，成角和旋转畸形在 5°～10°，膝踝关节活动度差 15°～30°为良，4 例；伤口深部感染，换药 3 周以上或合并创伤性骨髓炎者为差，1 例。

讨 论

对于开放性骨折，既往多认为内固定会加重损伤，增加感染率，因此固定越简单越好，结果畸形愈合，骨不连接和关节僵直等并发症经常发生。近年来众多学者认为开放性骨折需要坚强的内固定或外固定治疗，可避免骨折端活动所致的骨坏死吸收和软组织再损伤及皮肤压迫坏死，有利于骨折愈合，防止不连接及关节僵直。本组病例结果表明，矩形髓内钉治疗胫腓骨开放性骨折，优良率为 95.6%，伤口深部感染合并骨髓炎者仅为 4.4%。因此我们认为开放性胫腓骨骨折应当提倡