

块不宜太长，以能套住钢丝不滑脱为度。(2) 遇有冠状面骨块亦可采用同法处理，再上钢板、螺钉。(3) 粗隆间骨折多为老年人，骨质较疏松。术后不宜过份强调早负重。(4) 术中导针、螺钉的进入很关键，至少有一枚螺钉贴靠股骨距。

参考文献

1. 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰. 实用骨科学. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社. 1991; 652.
2. 郭世绂, 临床骨科解剖学. 第 1 版. 天津: 天津科学技术出版社. 1988; 670.

3. Bannister GL, Gibson AGF, Newman JH. The fixation and prognosis of trochanteric fractures. A randomized prospective controlled trial. Clin Orthop 1990; 254: 242.
4. Wolfgang GL, Bryant MH, O'Neill JP. Treatment of intertrochanteric fracture of the femur using sliding screw plate fixation. Clin Orthop 1982; 163: 148.

(收稿: 1995—10—30)

中西医结合治疗开放性骨折

贵州省遵义医学院附属医院 (563003)

安荣泽 史可中 彭刚 敖竣 杨圣

1988 年 10 月~1996 年 1 月, 对 168 例不同部位、不同类型、不同程度的四肢开放性骨折进行中西医结合治疗, 获随访 129 例, 优良率 96.1%。

临床资料

男 87 例, 女 42 例; 年龄 14~64 岁。肱骨开放骨折 14 例, 前臂开放骨折 43 例, 手指开放骨折 6 例, 股骨开放骨折 27 例, 胫腓骨开放骨折 39 例。6 例伴皮肤撕脱伤, 范围 8cm×4cm~12cm×8cm 不等。受伤至清创时间 0.5~37 小时。

治疗方法

伤口处理: 摄片确诊骨折类型后行清创术。伤后 8 小时内清创者 87 例, 8~12 小时内 26 例, 超过 12 小时 16 例。其中一例在伤后 1 小时内, 在无菌操作下行清创包扎, 送我院手术时超过 37 小时, 行清创骨折内固定, 一期缝合伤口。术后伤口内置管抗生素灌洗 3 天, 伤口一期愈合。彻底清创后一期单纯缝合 121 例, 减张缝合 6 例, 游离植皮 2 例。

骨折固定: 手法复位小夹板固定 45 例。手法复位, 石膏固定至伤口消肿后改为小夹板固定 24 例, 骨牵引加夹板固定 31 例, 单侧外固定支架固定 10 例, 内固定 19 例。单纯小夹板固定 45 例中, 38 例一次达解剖或功能复位, 2 例前臂双骨折者, 5 例胫腓骨双骨折者术后不再整复。石膏固定后改夹板固定的 24 例术后不再整复。牵引加夹板固定者床边摄片酌情调整, 内固定和支架固定者均达解剖或近解剖复位。

抗生素的使用: 创伤及污染重者, 术后大剂量联合应用抗生素 5~7 天, 最长 16 天。12 例伤口内置管抗生素灌洗 1~3 天。停用抗生素均在体温正常三天以后。伤口不愈或化脓者, 若体温正常, 食欲增进, 精神状况

好者, 停用抗生素, 局部中药敷治。

中药治疗: 术后以八珍汤(人参用党参代)为主, 苏木、红花、杜仲、枸杞、鳖甲、龟板、内金、神曲随证加减。每日煎服一剂, 连服 2~3 周。伤口一期愈合者, 加用中药外敷, 以活血化瘀, 消肿散结, 舒筋活络, 接骨续筋药为主, 驱风除湿, 温经散寒为辅。常用方为乳香 30g, 没药 30g, 三棱 20g, 莪术 20g, 自然铜 20g, 骨碎补 100g, 大黄 50g, 黄连 50g, 乌梢蛇 50g, 防风 50g。共研细末, 调酒醋外敷。遗留创面者: 黄连、黄芩、败酱草、公英、双花各 20g 煎汁去渣湿敷。肉芽不丰者加红花 5g, 当归 10g 同煎。若创面大则一俟水肿消退, 肉芽鲜嫩即行二期缝合或植皮术。骨痂生长满意后增大功能锻炼强度和幅度, 同时加中草药薰洗。常用透骨草 30g, 伸筋草 30g, 海桐皮 20g, 三棱 30g, 莪术 10g, 皂刺 5g, 狗脊 15g, 荆芥 15g。防风 20g 打包水煎, 每日薰洗两次, 每次半小时, 边薰洗边活动关节。一剂重复用 3 天, 15 天一疗程。

治疗结果

伤口愈合按甲、乙、丙三级评定。甲级愈合标准为: 伤口愈合过程无明显红肿, 无皮肤坏死, 无缝线反应, 一期愈合。乙级愈合标准: 伤口有红肿或少量皮缘坏死, 或缝线反应, 无感染, 一期愈合。丙级愈合标准: 伤口皮肤大片坏死或伤口感染, 二期愈合。本组 129 例中甲级愈合 76 例, 乙级愈合 41 例, 丙级愈合 12 例。全部无骨感染。随访 3~75 月, 骨折如期愈合 125 例, 延迟愈合 4 例。关节功能完全恢复 103 例。前臂旋转部份受限(<30°), 但不影响工作与生活 9 例。膝关节屈曲<90°5 例, 其中 2 例屈曲<20°, 行膝关节松解, 股四头肌延长后有改善但仍不达 90°。踝关节活动受限 12 例,

不影响工作与生活。按照 1975 年天津“全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会”通过的骨折疗效标准^[1]评定：优 103 例，良 21 例，尚可 3 例，差 2 例。总优良率 96.1%。

讨 论

1. 早期彻底清创缝合，将开放性骨折变为闭合性骨折是治疗的关键。本组伤口甲级愈合 76 例中，67 例是伤后 6 小时内完成手术的，说明伤后清创缝合愈早，切口愈合越好。但不能单以时间作为指标，还须结合受伤时的气温，伤口的污染程度，伤后对伤口的急救处理及受伤部位的解剖生理特点等多因素综合考虑。对低温季节受伤，污染轻，伤口创口及时得以无菌处理包扎，受伤部位血运丰富者，可放宽清创缝合时间。本组一例股骨髁上粉碎骨折者，伤后 37 小时清创缝合，同时行内固定，术后一期愈合。究其原因，与冰雪天轿车内受伤，气候冷，污染轻，伤后不到 1 小时得以无菌消毒包扎等因素有关。

2. 本组对伤口小的稳定性骨折夹板固定，伤口大的稳定性骨折行石膏固定，消肿后改小夹板固定，伤口小的不稳定性骨折行牵引加夹板固定，伤口大的不稳定性骨折，特别是折片大且多者行内固定。外固定支架各种情况均有采用，主要用于伤口需二期缝合者。

清创缝合后就用小夹板固定，或多或少都要影响静脉回流，要随时注意调整夹板松紧度。软组织损伤较重者，先用石膏托固定，待消肿后改夹板固定，可避免长期石膏固定引起关节僵硬、骨质疏松的缺点，也可避免早期行小夹板固定加重静脉瘀血的缺点。对于创面大且深者，清创后肌肉和骨膜对骨折端自身固定力减弱，术后利用肌肉收缩矫正残余成角的能力较差，辅以内固定为好。对临近关节大片、多片的粉碎性骨折，特

别是经关节内骨折，不予内固定难保证关节面的平整，也难防止术后肌肉收缩使其附着的折片移位，有的甚至难保证骨干的基本形状，加用内固定是必要的。

3. 内外用药可提供机体抵抗力，促进创伤愈合。本组病人创伤轻者多，均以“八珍汤”（人参党参代）为主方补血补气，随证加苏木、红花活血通经、祛瘀止痛，杜仲、枸杞、鳖甲、龟板、内金、神曲等补肝益肾，和胃健脾，同时联合使用抗生素，预防伤口感染。伤口污染重，损伤较重者，加用清热解毒之地丁、板兰根、地榆等药。伤口愈合后加活血化瘀，消肿散结之中药外敷。有创面者辨证方煎水湿敷。功能锻炼为主阶段加中药薰洗。我们认为开放性骨折的用药与闭合性骨折的“破、和、补”的三期用药原则应有不同，早期宜“补”不宜“破”，“和”要贯穿治疗始终，“破”要辨证有据。血肿吸收热未消除者慎用破血之剂，污染重，有感染倾向者勿用活血破血之剂为好。

4. 本组疗效好与下述因素有关：首先是病人就诊早。8 小时内手术者 87 例，其中 6 小时内完成手术者 67 例。二是大部份病人损伤较轻。手法复位后夹板固定的 45 例伤口长度未超过 2cm，有的仅为 1~2mm。石膏固定后改夹板固定的 31 例伤口未超过 4cm。三是对污染重及损伤重者大剂量联合使用抗生素。包括静脉给药及伤口内置管灌注。四是大部份病人在院内治疗，康复至临床愈合或近临床愈合，在医生指导下行功能锻炼。最重要的是，尽量合理使用中医与现代西医对骨折治疗的方法，使其有机结合，提高疗效。

参考文献

1. 尚天裕，顾云伍. 中西医结合治疗骨折临床经验集. 第 1 版 天津科技出版社. 1984: 335~339.

(收稿：1997—01—13；修回：1997—04—23)

上海市清华科技函授学院中医、中西医、计算机、书画

函授面向全国常年招生

办学许可证沪社管办第 0072 号

为弘扬祖国医学和东方文化，培养新型专业技术人才，解决广大青年和在职人员晋升、应聘、考核和自谋职业的难题，本院以下专业继续面向全国常年招生。①中医和中西医结合专业②针灸推拿骨伤专业③中国刮痧疗法④皮肤性病、性医学与不孕症⑤中医气功、书法、绘画、计算机等。以数百幅中医针灸推拿图象和彩色图谱指导临床和教学；各专业均由著名专家教授任教，为您解答疑难问题，结业发钢印证书。参加中医专业高等教育自考及格国家承认其大专学历。详见简章。汇款 5 元至 200085 上海 085-314 信箱上海市清华科技函授学院招生办即寄。电话：021-58557032，58557927。