

浅肌腱损伤并不影响各指间屈曲活动,但力量减弱。  
 (3)用针头刺指腹,如果食中指指腹无痛觉为正中神经损伤。小指指腹无痛觉是尺神经损伤。虎口背侧或拇指指腹皮肤无痛感为桡神经浅支损伤。

2. 对复杂性腕部切割伤早期,积极而彻底的进行清创处理是其成功的关键所在。在吻合血管时,我们采用了先吻合静脉,后吻合动脉的方法,其优点是:当静脉通血后,血液立即回流,可防止断肢血流瘀滞,还可减少失血,避免了先吻合动脉而从静脉流出的血液较多,导致休克的危险性。

神经和肌腱同时断裂,应力争早修复。对肌腱的处理传统主张只修复屈指深肌腱即可,屈指浅肌腱可以不作修复。目前主张屈指深浅肌腱同时修复为佳。故我们实行屈指深浅肌腱同时修复。为了防止组织粘连,我们还在肌腱间放入硅胶膜。在修复神经时如有张力,应行游离松解后在张力下吻合。为了便于手术操作及防止腕管综合征,本组常规切开腕管,既能减少正中神经和屈肌腱的压力,又容易找出断离回缩的肌腱,神经。

(收稿:1998-01-25)

## 活血化瘀滋阴清热法治疗老年人术后高热

中国中医研究院骨伤科研究所 (北京 100700)

梁 朝 董福慧

我们在 1994~1997 年行老年患者大型手术 22 例,术后在应用抗菌素的同时,经常出现不同程度的高热,经中药内服后高热减退,疗效满意,报告如下。

### 临床资料

22 例中随机分为两组,治疗组 10 例,男 4 例,女 6 例;年龄 53~77 岁,平均 62.3 岁;对照组 12 例,男 3 例,女 9 例;年龄 57~78 岁,平均 64.5 岁。两组在性别、年龄及术式选择等方面均无显著差异。其中人工股骨头置换术 14 例,全髋关节置换术 1 例,髋关节内支撑器植入术 6 例,髋关节滑膜次全切、缝匠肌带骨瓣植入术 1 例。患者术中出血 19 例在 300~1000ml, 3 例 1000~2500ml。发热期间行血常规检查,白细胞总数及分类在正常范围者 20 例,白细胞总数及中性粒细胞比例增大者 1 例, 1 例未测。

### 治疗方法

两组患者术后均立即应用足量抗菌素预防感染。治疗组:患者术后第一天即内服中药;对照组:术后未用中药,待出现高热后再服用中药。中药均以活血祛瘀、滋阴清热为法,以桃红四物汤和清骨散加减,主要成分:桃仁 12g,红花 12g,银柴胡 18g,地骨皮 15g,当归 12g,白芍 9g,黄连 6g,党参 9g,香附 6g,甘草 6g。并根据体征适当加减。

### 治疗结果

对照组术后均出现高热,其术后两日内最高体温在 38.8℃~39℃者 4 例,39.1℃~39.6℃者 8 例,平均 39.08℃。发热后立即应用上述中药,服后当日体温即明显下降,其中体温下降在 0.5℃以内者 2 例,0.5℃~

1℃者 7 例,1℃以上者 3 例,平均下降 0.81℃。连续服药 3 天,最高体温在 37.3~38.2℃之间,平均 37.6℃,与服药前平均体温 39.08℃相比,疗效显著。治疗组 10 例,术后均未出现高热,术后最高体温在 37.2~38.1℃之间,平均 37.4℃,与对照组用药前体温相比,降低 1.68℃,两组比较有显著性意义。

### 讨 论

临床上术后发热可分为感染性与非感染性发热两类。感染性发热多由于各种病原体引起伤口感染或术后继发脏器感染所致。本实验组 22 例患者均为骨科无菌手术,术后均常规应用抗菌素,发热时行血常规检查,除 1 例患者白细胞总数 11800/mm<sup>3</sup>,余 20 例血象正常,1 例未测。且所有患者手术部位均未出现红、肿、热、痛等炎症征象,切口皆 I 期愈合。患者亦未出现呼吸、泌尿系统等感染症状及阳性体征。故可除外感染性发热的可能。

非感染性发热是由于术后切口内无菌坏死物质的吸收,吞噬细胞吞食坏死细胞的蛋白分解产物后,释放出内源性致热原而引起发热,即祖国医学所指的瘀血发热。患者经严重手术创伤,致血脉受损,血液不能循经流注,溢于脉外或阻于经络,离经之血久留不散而阻滞经络,气血运行不畅,壅遏不通,瘀而发热。《灵枢·痈疽》“营卫稽留于经脉之中,则血液而不行,不行则卫气从之而不通,壅遏而不得行,故热。”瘀血病在血分,属阴,故患者发热均在下午或晚间,此为患者术后高热的主要病机。所以治疗应以活血化瘀、行气导滞为法,使瘀血得去,经络得通,热象乃消。

我们以活血化痰、滋阴清热为法，用桃红四物汤和清骨散加减，治疗 10 例老年患者，术后均未出现高热，

取得较好疗效。

(收稿：1998—02—25)

## 中西医结合治疗股骨干骨折 56 例

湖南省衡阳市中医医院 (421001)

金 岷

笔者用中西医结合方法治疗股骨干骨折 56 例，取得较好的疗效，报告如下。

### 临床资料

本组 56 例中男 45 例，女 11 例；1~12 岁 20 例，13~50 岁 26 例，50 岁以上 10 例；横行骨折 15 例，斜行骨折 25 例，螺旋骨折 5 例，粉碎骨折 11 例，皆为新鲜闭合型骨折；近期疗效良好者 39 例，一般者 17 例。

### 治疗方法

1. 3 岁以内的患儿，无论什么类型的骨折皆采用悬吊牵引。先用粘膏条四根贴在两下肢内外侧，长度应达于大腿根部，患健两侧同时牵引，两腿同时垂直向上悬吊，所用重量，以患儿臀部稍稍离床为度，但健侧重量应稍轻于患侧，3 周去牵引。4~12 岁的患儿，移位骨折，手法复位，皮肤牵引加小夹板固定，伤肢置放勃朗氏架上，牵引重量 3~5kg，3~5 周去牵引。皮牵引应仔细轻柔地应用，先剃去汗毛，在皮肤局部涂抹有轻度抗菌作用的安息香酸酊。这可有利于胶布的粘贴性，先粘贴小腿的内侧，将下肢内旋，外侧的胶布贴敷比内侧稍偏后侧，不管骨折部位在何处，胶布尽可能在小腿上贴得高一点，然后牵拉下肢，在胶布外用绷带包扎使粘贴更牢固。13 岁以上患者，中 1/3 骨折及远侧骨折端向后移位的下 1/3 骨折，用股骨髁上牵引，上 1/3 骨折及骨折远端向前移位的下 1/3 骨折行胫骨结节牵引，中及中上 1/3 段骨折者，伤肢置于托马氏架上牵引，中下及下 1/3 段骨折者用布朗氏架。牵引重量 6~10kg，2~3 天后手法整复，在整复时如需要，可用局部麻醉，因为断端间一般没有嵌插，很容易在骨折血肿内注入 10~20ml 利多卡因，这样将十分有利于整复。整复后用小夹板外固定，经床边 X 线透视已对位，牵引重量减至 4~6kg，维持牵引 25~35 天，解除牵引单用小夹板外固

定至骨折临床愈合，维持阶段经常对掌挤压小夹板，活动踝关节及作股四头肌收缩活动，以便纠正残余移位。

2. 幼儿一般不予内服药物，如有并发症时，给予对症治疗。儿童及成人应内服中药，使之尽快消除瘀肿，缓解损伤症状，根据骨折三期辨证施治，初期拟活血化痰，消肿止痛，方用活血镇痛汤（生地、赤芍、当归、川芎、桃仁、乳香、没药、田七、防风、连翘、续断、骨碎补、茯苓、枸杞、甘草）连服 7~15 天，肿胀消退后投以和营续筋接骨之药，方用和营止痛汤（赤芍、当归、川芎、苏木、陈皮、乳香、续断、乌药、没药、木通、甘草）后期以补益肝肾，益气养血为法。

### 体 会

中西医结合疗法治疗股骨干骨折效果好，患者痛苦少，不需第二次手术，关节功能恢复快，很少发生不愈合。对股骨干骨折，及时正确地整复是骨折愈合和关节运动功能恢复的关键，对所有骨折都应争取在不增加患者痛苦，不加重局部损伤的前提下，将骨折及早地正确复位。不论用皮牵引或骨牵引，夹板的作用是用以维持已获得的整复，与其它骨折一样，应当先用手法整复。夹板的选择，婴幼儿以纸板橡皮筒最好，儿童及成人以杉树皮为佳，夹板根据体形塑形后，内侧垫好棉花，绷带缠绕，运用局部夹板外固定，可以做到动静结合，从而促进血液循环，增加组织代谢，加速骨折愈合，恢复肢体功能，并很少有因固定而引起的僵硬，伤肢肌肉萎缩等合并症。必要的内服药是促进骨折愈合的一个重要方面。内服药不仅消肿止痛快，而且对骨痂生长有促进作用，尤其是老年体弱病者在中后期着重补肝肾能使筋骨强健，早期下床活动，加速功能恢复。

(收稿：1996—09—10)

## 征 文 启 事

全国针灸临床与文献研讨会拟于 1998 年 10 月在江西庐山召开，现开始征文。征文内容：临床各科针灸治疗经验、针药结合治疗疑难急重病的经验、医案医话、文献研究等。来稿请寄《江西中医药》编辑部王庆伦收，信封标明“会议征文”字样。截稿日期：1998 年 9 月底。