

不碍药效的发挥。96 小时以后用黄酒(也可用低度白酒代替)作为基质调制,利用其扩张血管、舒筋活血的作用,促进局部血液循环,使出血尽快吸收,使药力更好的发挥效能。

治疗结果 踝关节扭伤 12 例中显效 10 例,有效 2 例;膝关节扭伤 6 例中显效 4 例,有效 2 例;腕关节扭伤 8 例中显效 7 例,有效 1 例;腰背部软组织挫伤 5 例中显效 2 例,有效 2 例,无效 1 例;掌指关节扭伤 1 例为有效。

体会 跌打丸组方严谨,既舒筋活血,又消肿止痛。通过对 32 例不同部位软组织损伤病人的观察,证明该药止痛效果好,作用迅速,一般敷药后 3 小时开始即有明显的止痛效果。此外消肿迅速,48 小时开始即有明显消肿作用。

(收稿:1998-01-15)

活血散膏治疗肘关节骨化性肌炎

河北省承德市公共交通总公司卫生所 (067000)

陈晓明

笔者用自拟活血散膏外敷治疗肘关节骨化性肌炎,疗效甚好,现介绍如下。

临床资料 本组 32 例中男 24 例,女 8 例;年龄 13~51 岁。

治疗方法 1. 肘关节局部外敷自拟活血散膏(主要药物组成:土元、血竭、红花、龙骨、乳香、没药、升麻、菖蒲、穿山甲、当归、川芎等)。5 天换药一次,一般需敷 2 个月左右。

2. 治疗第 1 天起就屈肘悬吊在胸前,并在每次换药时均要收紧吊带,让患肘逐步屈曲,并嘱患手向嘴唇部活动。

3. 从用外敷药 1 个月后开始轻柔地按摩患处,切忌粗暴牵拉。根据肘关节软组织逐渐软化的程度,逐步加大按摩力及活动度。直至患肘恢复屈曲功能。经过 2~3 个月的治疗,一般肘关节屈曲已恢复到功能位(120°左右)。在此基础上,再作患肘的伸展功能锻炼。

4. 患肘屈曲的功能恢复后,可采用按摩加药物熏洗的方法,加大肘关节活动度。但一定要注意洗药水温不能超过 40℃,时间要达半小时以上。洗药方剂主要组成:苍术、当归、川芎、艾叶、红花、荆芥、防风、透骨草等。

治疗结果 本组病例均达到屈肘 120°,伸肘 20°~

40°的功能位效果。

体会 肘关节骨化性肌炎大都由于受外力损伤后失治、误治而引起。

本病的治疗,首先是停止施加一切暴力及强刺激,这样可使已僵化的软组织得到充分休息,减少充血。通过患处外敷自拟活血散膏达到活血化瘀、软坚散结,改善局部血液循环和组织缺氧状态,能够使变性的软组织逐步软化,出现弹性。经过二个月左右的治疗,就可以从 X 光片上发现软组织中的骨化现象减轻或消失。在临床中发现大部分的骨化性肌炎患者的僵硬体位大都固定在约 80°左右的位置,给生活带来很大不便。我们在治疗中采取逐步收紧胸前吊带的办法,其作用有二:(1) 上肢的屈肌群远较伸肌群的力量强大的多,借助屈肌的力量,使肘关节逐步练习屈曲,就可使肘关节产生活活动度,并且使活动范围逐步加大,有利于肘关节屈伸活动的恢复;(2) 肘关节在人体的活动作用主要是保证 90°以上的屈曲功能,在治疗中可以优先使肘关节恢复这一功能,给生活带来很大方便。待肘关节屈曲功能恢复后,通过日常生活锻炼伸展功能也会逐步恢复。

当肘关节软化后,我们就可以给患处作轻柔的按摩和被动伸屈活动。因为病人自己往往害怕而不敢加大活动度,所以需要借助外部的力量。但医生必须掌握一个按摩力度的问题,以患处不产生大疼痛为原则。千万不可急于求成,作硬性的牵拉。这时也可配合药物熏洗,但千万注意洗药液的温度要保持在 40℃左右,绝对不能过高。温度过高就会使毛细血管大量充血,而发生瘀血沉积,造成新的硬化组织。除按摩、熏洗外,患者还要配合进行自主的伸屈练习,这样使肌肉一张一弛,改善微循环,能更有效地缓解粘连,增加肌肉活力,并能提高患者治愈的信心。

(收稿:1997-12-26)

上举复位贴胸绷带固定治疗 肱骨外科颈骨折

广东省清远市中医院 (511500)

丘青中

我院从 1992~1995 年采用上举位复位贴胸绷带固定治疗肱骨外科颈骨折 36 例,疗效满意,现报告如下。

临床资料 本组 36 例中,男 21 例,女 15 例;年龄 7~75 岁;外展型 22 例,内收型 11 例,骨折合并肩关节脱位 3 例;伤后就诊时间最短 1 小时,最长 72 小

时；固定时间：3~4 周。

治疗方法 患者仰卧，一助手握住患肢腕部，另一助手用布带绕过腋下套住肩关节斜向健侧作对抗牵引，沿畸形方向持续牵引。术者行推挤手法，矫正内外侧方或成角移位，然后将患肢缓缓上举过头，采用上举复位法矫正骨折端前成角或向前移位，再逐渐由上举位屈肘内收将患肢上臂贴胸患手搭于对肩，此时即可复位。经 X 线透视复查对位满意后，腋下垫以棉垫，用绷带将患肢固定于贴胸屈肘搭肩位。3~4 周拍片复查，骨折愈合后解除外固定，加强功能锻炼。

治疗结果 本组 36 例，其中 29 例达到解剖复位，7 例近解剖复位，骨折临床愈合 3~4 周，6 个月后经随访 20 例，肩关节功能恢复良好，骨折愈合，无后遗症。

讨论 肱骨头与肱骨干之间有 130°~135°内倾角，肱骨头还有约 15°的后倾角，内收或外展骨折都发生于跌倒时手外撑，其类型取决于在跌倒时，身体移动的方向，还有旋转因素，胸大肌的牵拉，所以肱骨外科颈骨折不论外展型和内收型大多伴有向前成角或骨折远端向前移位的情况。上举位后，肩关节周围的肌肉相对松弛，并使肩肱关节囊扭曲紧张，同时由于关节盂的阻挡，将肱骨头比较稳定地固定于关节盂，此特点是本法整复骨折的解剖基础。因为这种体位，可有效解除肩关节周围肌肉的对抗作用，以骨折远端为支点，利用上肢上举过顶复位法所产生的杠杆力，纠正骨折端的前成角及远折端的前移位，获得满意的对位。肱骨外科颈骨折属不稳定性骨折，常因胸大肌牵拉向前内上方移位，因此，传统手法整复，外展石膏固定，由于增加了胸大肌的张力，使肱骨干部分更不稳定，易发生再移位。超肩关节夹板固定常因活动而松脱，难以维持对位导致再移位。悬垂石膏可造成骨端分离，平卧位时石膏的重力作用，也易造成骨折向前成角畸形或移位。上举位复位贴胸绷带固定法由于复位后用绷带将患肢固定于贴胸屈肘搭肩位，因固定稳定，并缓解了肌肉的牵拉，有效地克服了以上的不足，所以，该法操作简单，固定可靠，能有效防止再移位，克服了其他外固定方法的缺点，疗效满意。

(收稿：1996-06-26)

梅花针内固定治疗胫腓骨骨折 53 例

解放军第 149 医院 (连云港 222042)

尤瑞金 黄国忠 莱浙军

我院自 1990 年以来应用梅花针治疗胫腓骨骨折

53 例，疗效满意，现报告如下。

临床资料 本组 53 例中男 38 例，女 15 例；年龄 27~71 岁；车祸伤 30 例，摔伤 13 例，砸伤 10 例；骨折部位：中上段 12 例，中段 21 例，中下段 20 例；骨折类型：横型 19 例，斜型 15 例，短螺旋型 11 例，粉碎型 8 例；开放性骨折 23 例，闭合性骨折 30 例。

治疗方法 1. 梅花针选择与加工：梅花针的长度：取健侧小腿胫骨平台内侧缘至内踝最高点减去 2cm；针的粗细：术前 X 线片测得髓腔最窄处的直径减去 2mm；针加工：梅花针一端去孔后修成扁平型，并在距该端 6cm 处折弯 10°，另一端孔内套入自制直径 1cm 钢丝圈。

2. 手术方法：采用硬膜外麻醉或腰麻，仰卧，在胫骨结节内侧 1cm 处做长约 3cm 纵形切口，在胫骨结节内侧面与胫骨干成 10°凿一骨孔，将梅花针扁平端插入孔内，屈膝 90°，缓慢进针。开放性骨折先清创好伤口，闭合性骨折切口约 3cm，见针位于骨折近端髓腔内，复位后击入梅花针至骨折远端髓腔 8cm 以上，针尾及钢丝圈留置于骨皮质外，闭合伤口。手术一般 40~60 分钟。

术后无需石膏固定。术后 3 天行股四头肌锻炼，术后 1 周扶双拐下地不负重，术后 2 周行膝踝关节活动，术后 4 周扶单拐部分负重。

治疗结果 疗效评定：优：行走时无跛行及疼痛，无成角畸形，无膝踝关节功能障碍；良：行走时稍有跛行及疼痛，成角畸形小于 5°，膝踝关节功能受限在 15°以内；可：行走时轻度跛行或疼痛，成角畸形 5°~10°，膝踝关节功能受限 15°~30°。

治疗效果：本组随访 43 例，随访时间 6 个月~3 年，平均 20 个月。骨折全部愈合，骨折愈合时间 4~9 个月，拔针时间 8~13 个月。本组 43 例中优 36 例，良 6 例，可 1 例，优良率达 97.6%。

讨论 1. 梅花针经过加工后内固定胫腓骨骨折适应胫骨干生理弯曲，产生胫骨结节、胫骨干、针弯曲处三点固定，符合内固定生物力学原理。此法适用于胫骨结节以下，距踝关节 8cm 以上闭合性或开放性骨折。其优点：手术操作简单，时间短，创伤小，固定牢固，有利于功能锻炼，并发症少，骨折愈合快，易取针，是一种有效可行的治疗方法。

2. 关于闭合复位还是切开复位：王纪湘^①等主张闭合穿针复位。我们认为尽管该方法有利于骨折愈合，减少感染机会，但实际操作难度大，时间长，有劈裂骨折远端可能。我们主张切开复位，可以保证梅花针在髓腔内，对位准确，固定牢固。本组随访 43 例中未出现