

酶的活性，促进已形成的纤维蛋白溶解，其水溶部分更能有效地抑制血小板的粘附、聚集和释放功能，解除血管痉挛，扩张血管，改善血液流变性，增加血流量，降低外周阻力，促进代谢产物吸收，改善局部组织缺血缺氧，对特异性和非特异性免疫功能都有增强作用，并具有镇痛、消炎作用及升白细胞等活性，用之穴注以活血行血、通经活络而达到“通则不痛”的效果，且一般剂量无任何毒副反应，可持续应用，安全可靠。激素类药物强的松龙能增加血管的紧张性，减少充血，降低毛细血管的通透性，抑制纤维母细胞

及毛细血管的增生，防止和松解局部粘连，减轻疤痕，起到改善神经根周围条件的作用，并可以增加细胞基质对粘多糖酶的抗力，抑制激太原酶的活性，中和及排除聚合在局部胶原纤维变性坏死而释放的多肽类和单胺类物质，使椎管内的炎性反应迅速消退，而与之合用的局麻药物利多卡因则能加强改善椎管内微循环，促进活性物质迅速从椎管内排除，中止和减轻对伤害感受器的刺激，阻断疼痛的反馈性恶性循环，从而达到解除病痛的目的。

(收稿：1996- 03- 01)

植骨加局部用药治疗慢性跟骨骨髓炎

吴琳 沙广钊 石玉刚

江苏省邳州市人民医院 (221300)

我院自 1986 年 10 月~1992 年 10 月收治慢性跟骨骨髓炎 16 例，经病灶清除后植骨、置药及术后局部间断给药治疗，取得满意疗效，现报告如下。

临床资料

本组 16 例中男 10 例，女 6 例；年龄 14~66 岁；病程 1~6 年；血源性骨髓炎 7 例，外伤性 9 例；12 例有经久不愈的窦道，7 例有死骨流出；12 例有手术清除史。所有病例均经 X 线证实有周围硬化的病灶存在。

治疗方法

1. 术前做窦道分泌物细菌培养及药敏试验，找到敏感药物。

2. 连硬麻醉，俯卧位，气囊止血带止血下操作。梭形切除窦道，凿开病灶，取脓液做细菌培养及药敏试验，摘除死骨（留作病检），刮除腔壁达正常骨质，生理盐水冲洗后用 1% 新洁尔灭浸洗 10 分钟，盐水冲洗干净。更换手套手术衣及器械，切除髓后上棘处足量的松质骨，剪成骨条，掺合敏感抗生素后植入骨腔，紧密压实。放引流皮片一根，缝合切口，加压包扎。术后 24~48 小时拔除引流皮片。全身应用抗菌药物 2 周后拆线。术后 1 周开始向手术骨腔内注入敏感抗生素，每周 1 次，剂量为常规一次肌注量，共 6 次。

治疗结果

本组 16 例经随访 2~5 年，其中 14 例治愈，2 例复发。治愈标准^[1]：全身无症状，切口一期愈合，血象正常，植骨愈合，2 年内无复发。复发的 2 例，病灶大，手术刮除后仅剩骨皮质包壳，血运差，植骨量大，较难短时间内愈合。

讨 论

跟骨骨髓炎属于松质骨骨髓炎，存在着很多蜂窝状微小病灶，手术难以彻底刮除，术后治疗非常重要。单纯全身用药，药物较难进入硬化的病灶区，更难持续保持有效药物浓度^[2]，而且由于术后近期疗效较好而往往过早停药，故复发率高^[3]。局部间断性给药可以弥补上述不足。有人曾测试局部一次性应用抗生素后伤口渗液内药物浓度的变化^[4]，结果表明用药后第 4 天药物浓度降为 70%，1 周时降为 35%。说明局部间断给药是提高病灶区药物浓度并保持较长时间的好方法。我们于术后 1 周开始每周 1 次，病灶区注射给药，共 6 次，疗效颇佳。

另外，传统的手术治疗跟骨骨髓炎在刮除病灶后只用生理盐水冲洗，这种冲洗不能杀灭残留细菌，而加用 1% 新洁尔灭浸洗则能有效地杀灭部分残留菌^[5]。对病灶大，刮除后仅剩包壳的病例，植骨后愈合慢，术后治疗时间宜适当延长。术后支持治疗也很重要，支持治疗能提高病人免疫抵抗力，有利于病灶区的修复，提高治愈率。

参考文献

1. 赵炬才,张铁良. 骨与关节感染外科学. 第 1 版. 北京: 中国医药科技出版社, 1991. 57
2. 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. 1364
3. 李鸿儒. 骨科手术失误及处理. 第 1 版. 云南: 云南科技出版社, 1989. 227
4. 聂达峰. 开放性骨折一次性应用抗生素. 骨与关节损伤杂志. 1989, 4 (2): 122

5. 白和平. 连续灌注引流治疗骨干骨折钢板内固定术后感染. 中华骨科杂志, 1995, 15 (5): 封四

(收稿: 1996- 03- 01)

高龄股骨颈骨折的中医疗法

劳文斌

浙江省兰溪市第二医院 (321100)

我院自 1984 年 2 月 ~ 1994 年 11 月共收治股骨颈骨折 169 例, 其中 73 例高龄股骨颈骨折患者, 采用中医传统治疗措施, 效果满意, 介绍如下。

临床资料

本文 73 例中男 31 例, 女 42 例; 年龄 60 ~ 92 岁; 左侧 17 例, 右侧 56 例; 跌伤 46 例, 坠落伤 8 例, 碰撞伤 19 例; 伴有冠心病 23 例, 糖尿病 10 例; 接受治疗时间最短 2 小时, 最长 12 天。

治疗方法

入院后, 仔细阅读 X 线片, 根据不同骨折类型, 施以手法闭合整复, 再采取或皮肤牵引, 或穿 T 字鞋, 或砂袋填塞维持固定, 然后按照骨折三期用药原则及对症治疗。

1. 对无移位骨折患者, 一般是让病人仰卧床上, 患肢适当外展, 避免外旋。为防止骨折变位, 可在患肢穿 T 字鞋, 或用砂袋在患肢髌关节外侧缘、膝关节和踝关节填塞固定, 使患肢保持中立位。

2. 对有移位的股骨颈骨折患者, 整复时令患者仰卧, 两助手分别把住患者腋下及患肢, 第三助手固定骨盆。两助手用力牵拉, 术者一手使患肢屈膝屈髋, 另一手按推股骨大粗隆, 同时令助手牵引下肢外展内收, 即可矫正复位。为防止患肢回缩, 可加用皮肤牵引维持固定, 牵引重量因人制宜。一般 5 周后便可拆除牵引。并嘱患者在床上开始练习患肢膝关节功能, 预防关节僵硬。6 ~ 7 周后下床持双拐不负重活动, 直至骨折临床愈合后, 方可弃拐行走。对此类骨折患者, 应每隔 2 ~ 3 周作一次床头 X 线拍片复查, 便于对比复位情况。

治疗结果

临床愈合时间, 最长 184 天, 最短为 72 天。

疗效标准及结果: 优: 骨折对位良好, 关节面平滑, 骨折愈合, 两下肢等长, 功能活动恢复正常, 活动无不适 37 例; 良: 骨折对位尚可, 骨折愈合, 功能活动稍受限 32 例; 差: 骨折对位欠佳, 两下肢不等长, 骨不连接 4 例。

讨 论

采用传统的中医疗法, 即闭合复位, 再配合或皮肤牵引, 或穿 T 字鞋, 或用砂袋填塞固定, 是治疗高龄股骨颈骨折患者较为安全有效的办法, 应作为首选的治疗措施。高龄股骨颈骨折患者, 一般身体素质均较差, 或兼沉痾宿疾, 故损伤后容易引起周身气血循行紊乱和脏腑功能失调, 或因外邪乘虚而入, 产生并发症。故在治疗期间, 应注意患者全身状况, 及时防治其它疾病。

对高龄股骨颈骨折患者内服药的应用, 在初期即可采用“行而和之”的治法, 同时还当遵“祛瘀务求其尽”的治则, 以防血肿肌化而导致关节面的不平滑。骨折后期, 因气血不足, 风寒湿气乘虚而袭, 出现疼痛麻木重着等症时, 就应及时酌加散邪之品, 以免酿成痼疾而致疼痛持续不停。

根据动静结合的原则, 应尽早进行功能练习, 但要注意适度。一般经 X 线拍片发现已经有少许骨痂形成后, 即可逐渐减轻牵引的重量, 并嘱患者练习患肢膝关节的功能活动, 鼓励扶拐下床练习行走, 直至骨折临床愈合方可弃拐。

(收稿: 1996- 01- 16)