

以上治疗每一个月为一个疗程；如一个疗程后未愈，可继续下一个疗程的治疗。

治疗结果

疗效标准 治愈：全身及局部症状消失，窦道愈合；能参加体力劳动或轻微劳动。X 线片骨质修复，骨髓腔疏通或基本疏通。有效：全身及局部症状基本消失，窦道愈合；偶有轻度疼痛。X 线片：骨质有所修复，髓腔没有明显好转。无效：虽近期愈合，但时有复发；或经长期治疗无好转。X 线片：骨破坏继续加重，有死骨。

第一疗程治愈 5 例；第二疗程治愈 40 例；第三疗程治愈 12 例，好转 4 例。共治愈 57 例，有效 4 例；总有效率 96.83%。治疗时间最短的 18 天；最长的 3 个月。3 年随访：复发 2 例，占 3.2%。余均良好。

讨论

慢性骨髓炎又称附骨疽，是整个骨组织的慢性化脓性疾病^[1]。慢性骨髓炎为机体正气不足，感受邪毒，正不胜邪，邪毒入骨，腐骨蚀髓而成。现代医学认为多由骨组织的化脓性感染未及时进行有效治疗，以致骨质的破坏和增生并进，形成死骨、窦道和脓腔^[2]。单纯全身用药，药物较难进入硬化的病灶区，更难持续保持有效的药物浓度^[3]。西医一般采用手术加药物的综合疗法；虽有一定效果，但易复发，往往需多次手术，给病人带来极大的痛苦和经济负担。

笔者在吸取祖国医学对慢性骨髓炎的治疗基础上，根据疾病发展的不同阶段划分为三期；辨证分型，

拟定出治疗方法。期为慢性骨髓是急性发作阶段，表现为红肿、疼痛，拒按，舌红，脉数等热象。为热毒炽盛，侵入筋骨所致；故治疗时，用银花、连翘等清热解毒为主；佐以赤芍、乳香、没药通络止痛；并外用大黄、黄柏、土鳖等，消肿散结。期为毒邪深入，耗伤气血，脾胃虚弱；气血不足，难以托毒外出。表现为窦道形成，脓液稀薄，还可有死骨脱出。故治疗时用人参、熟地益气养血，茯苓、白术健脾强胃；炙山甲、皂刺托毒排脓。外用煅石膏、朱砂、冰片等祛腐生肌。期为经过治疗后，毒气已去，但正气虚衰，精亏肾虚。因骨被毒邪侵蚀日久，失去濡养，而失健壮。本期表现为肢体无肿胀，无死骨，疮口肉芽渐见新生；是骨与疮口愈合修复阶段。故用骨碎补、川断补肾壮骨，以增加骨质的坚固性，使其强壮。黄芪、当归益气养精，补充疮口的营养。外用白芨、儿茶等生肌收口，使窦道愈合。经本期持续巩固的有效治疗，从而达到治愈的目的。

参考文献

- 1) 蒋位庄, 王和鸣. 中医骨病学. 第二版. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 107, 108
- 2) 李保泉. 骨疽灵散外敷治疗骨髓炎临床观察. 中医正骨, 1998, 10 (1): 14
- 3) 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1991. 1364

(收稿: 1999-06-11 修回: 1999-07-20)

关节周围骨折术后四肢洗方的应用

蒋晖 潘宏武 夏永法

(安吉县第三医院, 浙江 安吉 313301)

邻关节及关节内骨折内固定术后较易产生不同程度的关节功能障碍及至关节僵硬。本科自 1984 年起至今采用四肢洗方熏洗辅助治疗 458 例关节周围骨折术后的病人，取得了较好的疗效。现报告如下。

临床资料

458 例中男 250 例，女 208 例；年龄 9~85 岁。其中单纯肘关节周围骨折（即肱骨髁部、尺桡骨近端骨折，余下类推）87 例，腕关节及掌指、指间关节周围骨折 78 例，股骨中下段及膝关节周围骨折 132 例，踝关节周围骨折 73 例，足部骨折 34 例，多关节复合骨折 54 例。458 例中属于开放性骨折 152 例，所有骨折均行

切开复位内固定或在清创同时予以内固定，术后采用石膏辅助固定者 82 例。本组所选择病例均存在不同程度的关节疼痛、肿胀、活动受限乃至僵硬，平均关节主动屈伸范围较健侧少 40°。

治疗方法

药物组成：桑枝 15g，透骨草 15g，赤芍 15g，防风 15g，秦艽 15g，艾叶 15g。使用方法：无菌切口在拆线后 3~7 天，开放伤口在创口完全愈合后，有石膏固定者需待石膏拆除以后开始应用。将上药用纱布或手帕松松包在一起，加水煮开，先用热气熏蒸关节，边熏边主动活动关节。水稍凉后，尽可能将关节部位浸

入药液中,边洗边主动活动,再辅以手法按摩,时间为 30 分钟左右。每天两次,每帖药可重复使用 4~6 次,10 天为一个疗程,可使用 1~3 个疗程。

治疗结果

1. 疗效标准,根据治疗后关节局部肿痛情况及关节活动改善度将疗效分成四个等级,其中关节活动度以主动屈伸范围为标准,优:关节肿痛基本消失,活动度接近正常或较原来改善 40 以上。良:关节肿痛明显减轻,关节活动度较原来改善 20~40°;可:关节肿痛有所减轻,活动度有轻微改善,小于 20°;无效:关节肿痛及活动度基本未改善。

2. 治疗结果:本组优 250 例,良 179 例,可 29 例。

讨论

邻关节及关节内骨折发生率较高,本文将其称为关节周围骨折,这些骨折由于邻近或波及关节,创伤多较复杂,手术损伤也较大,术后易发生关节内积血、纤

维组织形成,关节内粘连,也易产生关节周围组织的粘连和挛缩,从而导致关节功能障碍。尤其是伴有严重软组织损伤、关节面整复不良、术后仍需辅以石膏外固定者。术后的关节僵硬将明显地影响患者的康复过程,致使有些患者在骨折愈合后仍有严重的肢体功能障碍,成为骨科医生较为头痛的一个问题。四肢洗方具有活血化瘀、温经通络、消肿止痛的功效。在骨折复位固定以后,于锻炼的同时,配合使用四肢洗方,确实可以加速肢体肿痛消退,促进关节功能恢复,使患者的平均康复时间有较明显的缩短。尽管如此,四肢洗方熏洗也仅仅是一种辅助治疗手段,对于关节周围骨折尤其是骨折线波及关节面的,一定要重视良好的复位——力求解剖复位,要强调坚强的内固定以及术后早期积极的主被动功能锻炼。

(收稿:1999-02-08)

经皮穿针内固定治疗桡尺骨骨干骨折 33 例

王心支 蔡建平 李德祥 陆宪法

(无锡市中医医院,江苏 无锡 214001)

我院自 1990 年以来采用经皮穿针内固定治疗桡尺骨骨干骨折 33 例,取得满意疗效,报告如下。

临床资料

33 例中男 16 例,女 17 例;年龄 11~72 岁;尺骨干骨折 4 例,桡骨干骨折 14 例;桡尺骨干双骨折 15 例;均系有明显移位骨折;骨折受伤到采用本法治疗 3~30 天。

治疗方法

患者仰卧手术台上,患肢外展,腋部用木柱或布带固定制动。前臂术区常规消毒铺盖无菌中单,在桡骨远端进针区用普鲁卡因或利多卡因作局部浸润麻醉。尺骨在尺骨鹰咀或尺骨小头进针区作局部浸润麻醉,能作臂丛麻醉更好。在 X 透视下或电视 X 透视下手法整复骨折对位,查对位满意后,将克氏针经皮穿入桡骨或尺骨作髓腔内固定。或先将克氏针顺行插入骨折骨髓腔内,针头平骨折端,再整复骨折移位。查对位满意后,再将克氏针顺行插入另一端髓腔内固定,针尾作一小弯埋于皮下。必要时,再用小夹板作外固定包扎。

治疗结果

本组 33 例,31 例获得痊愈。2 例失败者,一例为原有桡尺骨骨折手术内固定史,今又骨折,虽采用本法

骨折对位对线满意,固定达 4 月,但骨折处仍有活动感,另一例少年,骨折后半月应用此法,因整复对位不满意穿针未获成功。

本组 48 根骨折,经皮内固定 46 根,其中一例桡尺骨双骨折,因桡骨穿针后对位佳,尺骨骨折端较稳定,故未再作经皮固定,另一例因桡骨穿针失败,尺骨亦未作经皮固定而转为手术内固定。

讨论

我们应用经皮内固定治疗桡尺骨骨干骨折,由于本法不是用钢板螺丝作坚强内固定,不存在应力遮挡效应,影响骨折修复,而是采用髓内较稳定的内固定,通过早期功能锻炼,骨折端不会产生明显移位,且由于肌肉收缩对骨折端有适度的压应力的刺激,更会促使骨折修复。

在临床应用中,我们认为有以下几个方面值得注意:

1. 整复与进针:有二种方法。一种是先将骨折端整复后,再进针作经皮内固定。一种是先进针再整复骨折端,然后作经皮内固定。这二种方法视情况灵活掌握应用。进针部位:桡骨在远端茎突腕背侧处,尺骨在尺骨鹰嘴处,中下段骨折亦可在尺骨远端小头处进针。由