

• 经验交流 •

中西医结合治疗新鲜胫腓骨干骨折84例

第二军医大学长征医院骨科(上海 200003) 周志华

我院于1976年7月~1985年1月,采用中西医结合方法治疗新鲜胫腓骨干骨折84例,经8年随访,疗效较好,现报告于下。

临床资料

一般资料:84例中男66例,女18例;年龄20岁以下20例,20~40岁29例,40岁以上35例。职业:工人46例,农民6例,学生16例,其他16例。

致伤原因:交通事故21例,平地摔倒26例,砸伤17例,机器轧伤13例,体育事故17例。

骨折部位:胫骨骨干骨折21例(上1/3 2例,中1/3 10例,下1/3 9例),腓骨骨干骨折5例,胫腓骨双骨折58例。

骨折类型:闭合性71例,开放性13例。其中青枝型3例,裂缝型4例,横断型13例,螺旋型30例,斜型22例,粉碎型12例。

并发伤:颅脑伤4例,合并肱骨、腰椎、股骨粗隆间骨折、骨盆骨折各1例,胸部挫伤1例,小腿挤压伤1例。

治疗方法

一、治疗原则:绝大多数的新鲜胫腓骨折,采用闭合手法复位为主,灵活地运用中西医结合的外固定方法。无移位骨折(裂缝、青枝、横断等型),应用下肢石膏型固定,或先外敷消肿膏,再予以小夹板固定;对有移位骨折(粉碎型、斜型、螺旋型、多节段),在局麻下先施行跟骨骨牵引3~4天,待肿胀消退后,可在腰麻或硬膜麻醉下,置于下肢螺旋复位架上,运用机械原理结合手法整复,整复后小腿石膏托或小腿石膏型,或小夹板局部外固定,仍将小腿置于勃朗氏架上,继续维持跟骨牵引,重量为体重1/10kg,床脚抬高10cm,3~4周后除去牵引更换下肢石膏型固定,8~10周后改为小夹板固定,直至骨愈合;如采用以上方法,仍不能良好对位者,可考虑在荧光电视监视下进行闭合性髓内针或开放 Ender 氏针内固定术。

对开放性骨折,早期应彻底清创,骨折可先予以跟骨牵引或石膏托固定,争取伤口一期愈合,如属伤

后6~8小时到达医院,经彻底清创,可同时进行内固定术,但强调内固定力求简单,例如用二枚长螺丝钉固定斜型骨折,对多节段骨折用髓内钉或Ender 氏钉内固定,结合石膏或小夹板固定。

二、治疗方法

1.单纯小夹板固定:22例。

2.骨牵引结合小夹板固定:20例。

3.骨牵引结合小腿石膏型或石膏托固定:24例,适用于新鲜开放性骨折,并发小腿软组织碾挫伤,经清创术后需严密观察伤口或经清创术后,予以植皮处理的;另并发股骨粗隆间骨折及骨盆骨折,需同时作股骨髁上牵引治疗的。

4.早期长腿石膏型固定,后期改用小夹板固定:13例。

5.开放复位内固定,结合小夹板固定:4例。

6.早期小夹板固定,中间又改长腿石膏型,后期再换小夹板固定:1例,因早期小夹板固定,发生角畸形,立即更换长腿石膏型,利用石膏的楔形切开,纠正畸形,待纤维骨痂形成,对线良好,后期又更换小夹板固定。

骨折一旦固定,全身情况好转,局部肿胀消退,属稳定性骨折,即可持拐下床活动;属不稳定骨折,在持续牵引情况下,在床上作患肢的足趾伸屈活动,待除去牵引换长腿石膏型或小夹板固定,方能下床活动。

在骨折治疗全过程中,辨证服用中草药⁽¹⁾。

结 果

一、疗效标准:根据1975年在天津召开“全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会”讨论会修改通过的“骨折疗效标准草案”⁽²⁾:优:患肢等长,成角 $<5^{\circ}$,膝关节伸屈活动差 15° 以内,踝关节伸屈 5° 以内。良:患肢缩短 $<1\text{cm}$,成角 $<10^{\circ}$,膝关节伸屈差 $16\sim 30^{\circ}$,踝关节伸屈差 $6\sim 10^{\circ}$ 。尚可:患肢缩短 $1\sim 2\text{cm}$,成角 $<15^{\circ}$,膝关节活动差 $31\sim 45^{\circ}$,踝关节伸屈差 $11\sim 15^{\circ}$ 。差:不能达到上述要求者。

二、结果:经8年随访观察,优58例(69.0%),良13例(15.5%),尚可6例(7.1%),差4例(4.8%),

延迟愈合2例,不连接2例),不详3例(3.6%)。

闭合性骨折71例中,有9例后遗症(成角畸形超过 10° 的2例,肢体短缩2cm以上3例,不连接1例,浅表皮肤感染3例);开放性骨折13例中,有后遗症8例(肢体短缩超过2cm1例,延迟愈合2例,不连接1例,浅表皮肤感染2例,深部感染和骨髓炎各1例),说明开放性骨折的后遗症远比闭合性骨折为多。

讨 论

一、解剖特点:胫腓骨为坚质骨,血运差,胫骨前内侧直接位于皮下,整个中下段内侧无肌肉覆盖,骨折后伤及骨营养支动脉的血供,一旦发生粉碎、多节段、斜型骨折,易发生迟缓连接和不连接。另在小腿的胫腓骨间有4个密闭的筋膜腔间隙,骨折后出血肿胀,常形成筋膜间隙综合征,轻者影响血供,严重导致肢体坏死,应引起骨科医师高度重视。小腿持重功能,要求肢体短缩不超过2~3cm,否则即出现步态跛行,所以胫腓骨折治疗应牢记上述解剖特点。

二、治疗方法选择:传统的保守疗法,素为国内外学者所推崇,简单易行,并发症少,感染率低,但

如果对牵引技术、石膏固定技术、小夹板固定不能熟练掌握,同样可以发生病废。特别是长期石膏型固定,引起膝、踝关节功能障碍,牵引针孔感染,小夹板固定发生压迫疮等,近年来荧光电视和内固定器材改进,开放复位为多数医院所采用,可以满足良好对位,缩短外固定时间,早期下床活动,加速床位的周转等优点,但也出现内固定折断,屈弯、伤口感染、不连接和迟缓连接等并发症。我院依据小腿的解剖特点、骨折类型,吸取中西医各家的优点,在实践中总结以上六种中西医结合治疗方法,取得优良率84.4%的疗效,但从疗效分析,无论闭合性或开放性骨折,仍有17例程度不同的后遗症,而以开放性骨折为多。因此在处理开放性胫腓骨折,仍需改进。我们主张以传统的保守疗法为主,严格掌握内固定的适应症,灵活地运用中西医结合方法治疗为好。

参 考 文 献

1. 周志华,等.中西医结合治疗新鲜四肢骨折277例临床分析.中西医结合杂志 1983; 3(5):285.
2. 骨折疗效标准草案.天津医药骨科附刊 1978; 试刊号:30.

征 文 启 事

为庆祝中国中西医结合学会急腹症专业委员会成立10周年,将于1992年4月在天津举办大型纪念性学术活动,特此征稿。征文内容:(1)中西医结合治疗急腹症的临床与实验研究。(2)中医治则在急腹症中的应用(以通里攻下、清热解毒、活血化瘀与理气开郁为主)。凡未发表的论文均可。全文及400字左右摘要各1份(获部与省级成果奖的摘要1000字左右),于1991年10月1日前寄天津市南开医院(邮政编码:300100)郑显理收。

学术会议后举办“急腹症研究进展学习班”,请有关专家授课。欲参加者可致函天津南开医院郑显理先生索取简章。

中国中西医结合学会
急腹症专业委员会

生大黄粉治疗上消化道出血

云南省澄江县中医院(云南 652500) 秦屹松

云南省澄江县医院 张 军

我们学习了贵刊1982年2期刊登的“单味大黄治疗三种上消化道急症1000例的临床小结”一文,得到了很大的启示。用单味生大黄粉治疗上消化道出血30例,取得较满意疗效。30例中男25例,女5例。年龄19~56岁。十二指肠溃疡合并出血24例,慢性胃炎合并出血4例,肝硬化合并上消化道出血1例,胃切除术后吻合口出血1例。以上各例全部为住院患者,均经钡餐透视证实。30例除出血较多,有休克、严重贫血者而给予输液和输血外,一律口服生大黄(四川产)粉。每次3g,每日3次,温开水吞服,直至大便潜血阴性为止。结果全部血止,其中服大黄粉最多45g,最少9g。治疗时间最长5天,最短1天,平均2.5天。少数患者在服药期间有脐周隐痛,大便次数稍增多,但不影响治疗,停药即止。