

中西医结合治疗骨关节损伤 经验交流座谈会资料汇编

中医研究院骨伤科研究所

1979 北京

前 言

经卫生部和中医研究院批准，我所邀请各地的部分骨伤科医务工作者，于三月五日至十六日，在北京召开了第一次中西医结合治疗骨关节损伤经验交流座谈会。与会代表们相互交流、介绍了各自在临床实践和科学研究方面的经验和体会，对一些基础理论和其他专门性学术问题进行了有益的探讨。从各地交流的经验中，可以看出，近年来，对中西医结合治疗骨折、软组织损伤和器械研制方面，都有了新的进展。

为了更广泛地推进中西医结合治疗骨关节损伤的研究，我们将座谈会收到的部分论文、资料，摘要汇编出版，供广大医务工作者参考。

中医研究院骨伤科研究所

一九七九年三月

前 言

经卫生部和中医研究院批准，我所邀请各地的部分骨伤科医务工作者，于三月五日至十六日，在北京召开了第一次中西医结合治疗骨关节损伤经验交流座谈会。与会代表们相互交流、介绍了各自在临床实践和科学研究方面的经验和体会，对一些基础理论和其他专门性学术问题进行了有益的探讨。从各地交流的经验中，可以看出，近年来，对中西医结合治疗骨折、软组织损伤和器械研制方面，都有了新的进展。

为了更广泛地推进中西医结合治疗骨关节损伤的研究，我们将座谈会收到的部分论文、资料，摘要汇编出版，供广大医务工作者参考。

中医研究院骨伤科研究所

一九七九年三月

目 录

前言

骨折

草药“九节茶”对促进骨折愈合作用研究(药物筛选动物实验之二)(摘要)···	(1)
草药“九节茶”在实验性骨折愈合过程中作用的观察报告(药物筛选动物实验之	
四)(摘要)·····	(1)
“九节茶”内服治疗四肢骨折40例小结(摘要)·····	(2)
骨折并发休克(附130例报告)(摘要)·····	(3)
脊椎峡部裂疲劳性骨折(附231例临床X线分析)(摘要)·····	(4)
介绍儿童肱骨外髁翻转骨折的正复手法(摘要)·····	(4)
股骨颈移位骨折(青壮年)与肌蒂(缝匠肌)骨瓣移植术(摘要)·····	(5)
青年性股骨颈骨折(附33例分析)(摘要)·····	(6)
骨折复位固定器临床应用体会(附九例报告)(摘要)·····	(6)
应用复位固定器治疗下肢骨折的初步总结(摘要)·····	(7)
中西医结合治疗四肢陈旧性(畸形愈合)骨折的经验和教训(摘要)·····	(8)
中西医结合治疗开放性骨折146例临床分析(摘要)·····	(8)
先天性小腿假关节的治疗(摘要)·····	(9)
跟骨丘部骨折(摘要)·····	(10)
闭式穿钢针固定治疗关节内骨折(摘要)·····	(11)
从距骨血液供应对距骨骨折分型和治疗的探讨(附20例分析)(摘要)·····	(11)
踝关节联合韧带生物力学复位实验观察(摘要)·····	(12)
对骨折复位固定器疗法的初步研究(摘要)·····	(12)

软组织损伤

损伤性脊柱疾病的发病与治疗的商榷(摘要)·····	(16)
延髓型颈椎综合征(摘要)·····	(20)
中西医结合治疗颈性视力障碍(附30例资料分析)(摘要)·····	(22)
颈椎旋转复位法治疗颈椎病(附120例疗效分析)(摘要)·····	(24)
“一松二扳三拔伸”推拿法治疗颈椎病的初步体会(附1326例临床分析)(摘要)···	(26)
颈椎病50例治疗小结(摘要)·····	(27)
颈椎旋转复位法治疗环枢椎脱位(或半脱位)33例(摘要)·····	(27)
自体悬吊重力牵引与旋转复位治疗颈椎病的近期疗效观察(摘要)·····	(28)
中西医结合对非典型性颈椎病的初步研究探讨(摘要)·····	(29)

用颈椎牵引及环枢椎旋转复位治愈环枢椎骨折合并环枢椎脱位 (附 1 例报告)

(摘要)	(30)
新医正骨疗法治疗聋哑症初步情况汇报 (摘要)	(31)
颈椎病患者治疗前后视力变化20例分析 (摘要)	(32)
颈椎旋转复位法对血压影响的初步观察 (摘要)	(32)
手法治疗颞颌关节紊乱的初步报告 (摘要)	(33)
介绍一种治疗面神经瘫痪的新方法 (摘要)	(34)
第三腰椎横突综合症 (附 230 例临床分析) (摘要)	(36)
中西医结合治疗腰椎间盘突出症的临床研究 (附30例病例报告) (摘要)	(37)
垂直悬吊牵引结合手法治疗腰椎间盘突出症远期疗效观察 (摘要)	(39)
谈谈开展新医正骨疗法的体会 (附腰椎间盘突出症 478 例分析) (摘要)	(40)
硬脊膜外腔注药后拉压复位法治疗腰椎间盘突出症的体会 (附144例分析)(摘要)	(41)
腰椎间盘突出症在 X 线平片的表现及其诊断价值 (附207例经手术证实平片分析) (摘要)	(41)
梨状肌的应用解剖	(43)
手法治疗梨状肌损伤的辨证应用 (摘要)	(43)
采用治疗梨状肌损伤手法治疗各种排尿异常33例初步报告 (摘要)	(43)
手法整复治疗骶髂关节错位83例报告 (摘要)	(44)
利用腹外斜肌移位股直肌肌始治疗小儿麻痹后遗症股四头肌、髂腰肌瘫痪的初步 观察 (摘要)	(45)
关于体表阴阳反应点在治疗软组织损伤中的应用 (摘要)	(46)

器械研制

颈椎外固定器	(47)
颈脊柱旋转复位肩背固定椅	(47)
角度颈牵椅	(47)
尼龙搭扣颈领	(48)
锁骨固定带	(48)
肋骨固定带	(48)
腰脊柱旋转复位骨盆固定凳	(48)
多角度腰脊柱牵引床	(49)
尼龙搭扣腰围	(49)
股骨折板式架	(49)

骨 折

草药九节茶 *Sarcandra Glabra* (Thumb) Nakai 对 促进骨折愈合作用研究 (药物筛选 动物实验之二) (摘要)

贵阳中医学院 外科教研组 附院骨科组
西基教研组 病理组

材料及方法

以体重1.5~2.0公斤之家兔22只,分为两组,各各锯断两侧桡骨之中1/3,造成断端3毫米之间距,止血、缝合皮肤,不用外固定。服药组每晨口服“九节茶”2g/1.5~2.0公斤。服药组与对照组,每周宰杀各二只,50天后宰杀完毕,宰杀前量体重,照X线片。宰杀后取下双前肢,左前肢送病检,右前肢作抗折力试验。

实验结果

X线片观察:服药组在早期和晚期对骨折愈合有较明显之促进作用。

切片检查:早期服药组骨外膜、骨内膜成骨细胞增生,比对照组出现早且活跃。

力学检查:在晚期,服药组骨折所需之时间较对照组延长,且骨折所需时间与所承受重量成比例地增长。

放射性同位素扫描:在预定宰杀日之前一天,静注放射性磷³² 0.41毫升,所得脉冲检查结果是:随着骨折愈合时间之延长,两组脉冲数均有所下降,但服药组始终高于对照组。说明骨折断端间P³²含量也大,由于血磷的增加,有助于骨的钙化,说明“九节茶”能促进血磷的增加,进一步加速骨的钙化。

一般情况:服药组有抗感染与增进健康之作用,精神状态与饮食均佳。

草药“九节茶”在实验性骨折愈合过程中 作用的观察报告 (摘要) (药物筛选动物实验之四)

贵阳中医学院 时光达

“九节茶” *Sarcandra Glabra* (Thumb) Nakai 属金粟兰科植物接骨金粟兰,1974年我院骨科实验室曾作过一次动物实验,观察到此药对骨折愈合有比较明显的作用,以后用于临床,在严密观察40例四肢骨折中,较之接骨Ⅱ号似乎又有提高。

材料和实验方法（略）

观察指标包括X光照片检查：抗折力试验，病理切片检查，不脱矿物质未染色骨切片观察。

讨论

X光片对实验性骨折愈合过程中的观察，虽然影响评定的标准较多，但通过铝板阶度尺标记使用对比的方法，可能矫正一部分观察的误差，且给予了数据，结合着过去骨折断端的X光观察标准，对照应用，认为可以作为实验研究的指标之一。抗折力实验在很好地选择和制备标本下能说明一定的问题。

本实验着重地观察了矿化骨标本的磨片改变：初步认为，在骨折愈合过程中，除过去的认识——即骨外内膜的作用以外，观察到骨皮质内哈佛氏系统对成骨和骨愈合也起到比较重要的作用，磨片中看到在骨折端的骨皮质哈佛氏系统有明显的改变，由哈氏管增生变粗到哈氏管因成骨细胞的活动而失其正常外形，最后和皮质外骨痂融合在一起，因而参加并促进骨折的愈合。另外在骨折断端及骨皮质外骨痂中出现大量的来自骨皮质的血管残枝，这些残枝周围积聚着大量的骨细胞给予一种残枝即转化为骨小梁支架的强烈印象。哈氏系统周围的骨细胞在距骨折断端的不等的距离中有着形态上的改变，有向着成骨细胞方向发展的趋势，是否如此有待进一步证实。

以上情况说明，在局部或全身的刺激下，骨内血管系统活化后对骨折的愈合起着决定性的因素，是否可以认为与中医“活血化瘀”或“行气活血”的骨愈合理论相一致，仅供参考。

“九节茶”内服治疗四肢骨折40例小结（摘要）

贵阳中医学院 吴学中 孙成榆 马文亮

对住院骨折患者234人（包括陈旧性骨折13例），投与“九节茶”片剂内服，效果满意，未发现不愈合或迟延愈合的情况。

本组40例骨折患者（包括儿童患者11例）中，计肱骨干骨折2例，肱骨髁上骨折4例，尺桡骨双骨折3例，桡骨下端骨折2例，耻骨骨折2例，股骨颈骨折2例，股骨粗隆间骨折4例，股骨干骨折8例，胫腓骨骨折9例，踝关节骨折4例。

制剂：糖衣片每片含生药0.3公分，成人每次服4片，每天服2~3次。结合临床疗效观察，尚可再加大生药剂量。其对消肿、止痛作用及作用机制，尚待进一步探索。

体会

据报导，本品抗菌谱近似金霉素，可内服、外敷，味辛温，有活血止痛、续筋接骨、清热解毒之效，为贵州省民间常用之接骨药。

作者等对13例陈旧性骨折，施行闭合折骨，重新复位固定，疗效仍与新鲜骨折患者在同样时间内愈合，这可能是内服“九节茶”促进骨愈合之作用所致。

此药对股骨及胫腓骨等长管状骨似乎作用更好。8例股骨干骨折临床愈合时间均在30~39天之间，平均30.7天，效果恒定，其中1例过牵2.5厘米，经复位固定后亦30天达

到临床治愈。

动物实验中，观察不脱钙骨磨片，此药不仅对骨内、外膜之成骨细胞形成和分化有促进作用，且能使骨皮质内血管增殖、活跃，向骨折端延伸，以促进断端间的成骨作用。是否与本药活血化瘀作用有关，有待进一步观察。

本药经大量、长期的临床应用，未见任何副作用。如能进一步改革剂型，可望在临床中推广使用。

骨折并发休克（附130例报告）

大同矿务局医院骨科 孙锡孚

收治骨折患者2819例中，并发休克者130例，发病率为4.4%。

骨折种类及合并症：130例患者共258处骨折，单纯骨折54例，多发性骨折86例，合并头、胸、腹部内脏损伤36例。

骨折休克分类及预后：Ⅰ度休克64例死亡4例，Ⅱ度休克26例死亡3例，Ⅲ度休克10例，死亡2例，Ⅳ度休克30例，死亡9例。

死亡原因：死于出血性休克5例，中毒性休克3例，急性肾衰4例，肺部感染4例，肺水肿1例，脂肪栓塞1例。

化验检查：113例患者急诊入院检查，血色素低于10克以下者占37.1%，54例血球压积低于39%以下者占25.1%，休克早期血色素改变较血球压积更为明显。51例严重休克患者二氧化碳结合力低于44体积%占64.9%，说明创伤休克早期，已有代谢性酸中毒。

讨论：

一、血容量的补充：无论闭合或开放性骨折，应根据血压、脉搏、脉压、休克指数、血球压积、血色素、中心静脉压和尿量，综合判断失血量，倘失血量估计为2000毫升，就应快速输入，1小时内，要补给失血量的1/2左右，尽快提升收缩压在80~90毫米汞柱，否则超过1小时，其补充量就要超过估计量的100~150%。在抢救时用全血尽量用交叉配血，防止血红蛋白症发生，若无交叉配好的血，可先给代血浆、右旋糖酐或平衡盐液。大量输血时，尽量用新鲜血液，以补充血小板和凝血因子的含量，从而预防DIC的发生。

二、多发性创伤合并内脏损伤的早期处理：骨折合并闭合性胸部损伤30例，13例伴有血气胸，均行保守治疗好转，其中1例脊椎骨折合并无明显阳性体征的胸部挫伤，入院后2小时死亡。死后左侧胸穿有大量血液；脊椎骨折、骨盆骨折合并横膈破裂3例经手术修补治愈；骨折并发脾裂5例，3例立即切脾同时治疗骨折，4小时后血压稳定，2例死亡，其中1例因重视外伤性截肢忽略脾脏出血，死于休克；合并肝破裂2例，为Ⅲ~Ⅳ度休克，肝脏修补与骨折同时处理，3~4小时后休克解除。骨折并发肠管破裂共5例，如处理不及时，常合并中毒性休克而死亡，本文有2例属于此种情况。

三、开放性骨折早期处理：43例开放性骨折及外伤性截肢，此类患者不做局部手术治疗，很难使血量平稳，在血容量基本快速补足后，积极手术控制出血和闭合伤口。本组单纯双侧肢体损伤1例，合并内脏损伤者3例死亡，其原因为补充血容量不及时，处理伤口

拖延。

四、骨折与关节损伤的早期处理：脊椎骨折合并截瘫23例，因抢救骨折合并休克仅4例晚期手术效果多不理想。骨盆骨折合并内出血者有10例结扎髂内动脉，仅1例死亡，骨盆骨折髌髁关节脱位患者6例，经输血输液5~6小时血压不稳，在全麻下复位，骨盆用宽胶布环形固定，脱位侧用股骨髁上牵引，血压均回升。

五、酸中毒的矫正：休克时组织血流灌注不足产生无氧代谢性副产物和积聚和挤压损伤组织蛋白的分解及毒素吸收是酸中毒的根源，对此，除补充血容量及时止血外，抢救开始即加用平衡盐液（乳酸钠林格氏液）300~600毫升，最多1500毫升，能有效地进行组织灌注，维持循环稳定并可防治酸中毒。

脊椎峡部裂疲劳性骨折（附23例临床X线分析）（摘要）

国家体委体育科学研究所运动医学室创伤组 任玉衡 张来舜

本文重点总结了231例脊椎峡部疲劳性骨折的临床X线改变及其分类。脊椎峡部疲劳性骨折并发椎体滑脱症早已被公认，本组病例占19.9%，另外，我们发现更易并发棘突滑脱症者占64.8%。同时总结出棘突滑脱症的临床检查法和X线像的测量法。

棘突滑脱症的临床检查法：患者取平坐位患椎棘突与上一椎体棘突间有阶梯感，令患者上体前屈阶梯感逐渐减少，背伸时阶梯感逐渐明显。

棘突滑脱症的X线像的测量法：由第三、四腰椎棘突后缘引切线的延长线，测量第五腰椎棘突后缘与前切线后面的最短距离，如大于三毫米者（正常小于三毫米），称第五腰椎棘突滑脱症。

本文包括192名运动员和演员患者，在参加专项训练2~8年易患此症，占73.9%。受罹椎体为胸₁₂腰_{1、2、3、4、5}骶₁，普通患者受罹椎体为腰_{4、5}骶₁（骶₁均为骶椎腰化者）。第五腰椎受罹占78.85%，第四腰椎占14.23%，其余占6.92%，双侧同时发病占83.85%，左侧受罹占8.85%，右侧受罹占7.3%，单椎体发病89.2%，两个以上椎体同时发病占10.8%。

根据我们对231例脊椎峡部疲劳性骨折的多年观察和治疗，其中有7名患者是从正常脊椎逐渐致成脊椎峡部疲劳性骨折，丰富了创伤引起该病的物证。我们认为此病的发生是因直立姿式和腰骶部形态结构的特点，再加上腰骶部在各种活动时所承受挤压力过大破坏了脊椎峡部的骨质结构的结果。它是由一种反复多次的“微细损伤”积累而成。

介绍儿童肱骨外髁翻转骨折的正复手法（摘要）

洛 阳 正 骨 医 院

临床上分三型，即外侧型、外前侧型、外后侧型。

治疗要领是将骨折块由外侧、外前侧推向后侧，用拇指压挤，使骨折块向原位翻转滑

动而复位。

外侧型：在肘内翻情况下，拇指推住骨块之前外下缘，食指压内上缘，使骨块由外下后向内上前旋转而矫正。

外前侧型：先扣压骨块内侧缘，将骨块向后拉，使骨块绕过外上髁嵴而移至肘后外侧原关节囊破裂处，借伸肌群之牵拉，围绕伸肌附着点为中心，骨块由外下后向内上前旋转，骨块向前内移动滑入原位。

外后侧型：将骨块上缘压向前下，推骨块下缘向后上，使骨块沿纵轴旋转，再推骨块向前内，加上伸肌之拉力而复位。

复位后，用小夹板固定。

股骨颈移位骨折（青壮年）与肌蒂（缝匠肌） 骨瓣移植术（摘要）

第一军医大学附属一院骨科 狄勋元 赵佐向 曹启迪 杨口清整理

解剖指导：解剖教研室 钟世镇 刘牧之

一、文献复习：

股骨头、颈的血运，主要依骨内之血流网、缺乏骨膜下血流供应，即儿童、成人之股骨头颈、粗隆上部之血流，主要来自后外侧以及后侧粗隆间区的升颈动脉及其属枝，此区较股骨颈之内前侧区狭窄。一旦股骨颈骨折后，下肢外旋，大粗隆上移，股骨头扭转，极易损伤外侧之升颈动脉，出现头、颈之血运障碍或中断，而血运障碍则决定于损伤之当时。

非移位者，血运良好，反复手法及其他因素（内固定、过度牵引）能加重头颈之血运障碍。

血运中断后出现之骨密度增大、吸收、囊性变、节塌、斑驳影像，都是缺血性骨坏死之后期表现。

如何才能改善和重建股骨颈折区之血运呢？肌蒂骨瓣移植术对重建骨折区之血流有效，能挽救已经坏死了的股骨头。

二、肌蒂（缝匠肌）髂骨瓣解剖、移植方法：

解剖：缝匠肌全程接纳5~7根肌枝动脉血运，而缝匠肌起点部之血运尤为丰富。故应用缝匠肌蒂骨瓣移植术有其解剖根据。

术式：用Smith Peterson氏切口，由前向后跨越骨折线凿一骨槽，长4厘米，宽2厘米，深达股骨颈后侧皮质骨为止。在髂前上棘髂骨内外板处游离缝匠肌上端，切下缝匠肌蒂全厚髂骨瓣一块，长4厘米，宽4厘米，在骨瓣之内外侧钻数孔，仅透骨皮质为度，再将肌蒂骨瓣纳入予制骨槽中，蒂端在下，转角要大，其次用克氏针一枚，通过骨瓣横贯骨折线固定，以防术后骨瓣滑出和骨折移动。

此法平均骨连接时间为3个月，骨瓣成活，有成骨能力，术后见骨质硬化区密度降低，头内囊性变逐渐恢复，有较好的生物原性的内固定作用，抗折力强。术后应加强牵引等外固定措施，不能早期下床活动。骨瓣上钻孔，方便主骨与骨瓣之幼嫩肉芽血管组织之沟通吻合，促进骨折区血运，利于骨折愈合。

青年性股骨颈骨折（附33例分析）

上海第二医学院附属新华医院骨伤科 沈侠 胡清潭 沈健中

青年股骨颈骨折在临床上较少见，与老年人的股骨颈骨折在许多方面不相同。自1965年以来，共收治15~40岁的股骨颈骨折33例。参考文献资料结合临床分析，在以下几方面进行讨论。

首先，青年股骨颈骨质坚强，是很少产生损伤骨折的。其次治疗的方法不同，而治疗结果显著地劣于老年人。第三在创伤的严重性方面也有显著差别，前者多为严重暴力所致，后者则轻微的外伤即可引起骨折。

在治疗上，由于青年时期股骨颈骨质密度相对为高，甚至还有髓存在，因而常规的三刃钉内固定治疗常发生困难，而多采用多根克氏针、螺纹钉、甚至髓人字形石膏才能收到固定作用。

在并发症上，如股骨头无菌坏死，畸形、愈合不良及不连接，部分强直和生骨紊乱是远高于老年的股骨颈骨折。

通过本文33例临床分析，进一步认识青年股骨颈骨折损伤机制、治疗方法和预后与老年人股骨颈骨折迥然不同。同时预后亦较不佳，应引起临床工作中应有的重视。

骨折复位固定器临床应用体会 （附九例报告）（摘要）

秦皇岛市医院骨科 王永达

1977年由中医研究院骨伤科研究所引进骨折复位固定器，应用于临床。此法简易安全，伤员痛苦小，治疗效果满意。

一、一般资料：新鲜骨折7例，陈旧骨折2例（一例为畸形愈合，一例为迟缓愈合）。应用部位是股骨干骨折2例，胫腓骨骨折6例，桡尺骨骨折1例。

二、复位固定器构造（略）。

使用方法：

（一）股骨干骨折：患者取健侧卧位，局麻下，在股骨大粗隆部，由前向后穿入克氏针，改为平卧位，在股骨髁上，由内向外穿针，再将骨针和固定器连接。调整固定器支撑杆上的伸缩螺母，矫正重叠移位；调整两针夹角，矫正旋转移位；安放压板，矫正侧方移位，手术完成。

（二）胫腓骨骨折：局麻，在胫骨结节和踝上，由外向内穿入克氏针，将固定器与穿针连接，利用固定器装置，矫正重叠及旋转移位，同上。安放压板，矫正侧方移位，手术完成。

（三）桡尺骨骨折：臂丛麻醉，在尺骨鹰嘴和桡骨下端，由尺侧向桡侧，分别穿入骨

针。前臂上1/3骨折，远端穿针时，应将前臂旋后45°；中1/3为中立位，下1/3置于旋前30°位。将骨针与固定器连接，调整固定器装置，矫正重叠移位及旋转移位同上。安放压板，矫正侧方移位，手术完成。

（四）陈旧性骨折：上肢用臂丛麻醉，下肢用腰麻。迟延愈合或不愈合的骨折，可在骨折两端作纵向加压，促进愈合。畸形愈合者，行手法或手术折断，按新鲜骨折处理。重叠移位较多的，因软组织挛缩，可逐渐多次牵引复位。

三、病例介绍：略

四、讨论

1. 骨折复位固定器之应用，术后观察及再调整等均方便，免去了复杂的麻醉及手术。
2. 复位固定，一次完成，固定稳妥，能早期下地，能加速骨折愈合，缩短治疗时间。
3. 代替了重力牵引，不需长期卧床，利于骨折之修复。
4. 减少护理工作量。
5. 本复位固定器可作纵向加压，利于骨折愈合。

应用复位固定器治疗下肢骨折的初步总结（摘要）

青海医学院附院外科 籍启明

应用骨折加压固定器治疗下肢长管状骨骨折共10例，其中新鲜骨折8例，陈旧性骨折2例。1例因有肌肉嵌顿，闭合复位失败改用切开复位内固定。

一般分析及操作方法：略

讨论：

1. 使用方便，对位满意，临床愈合时间短，能早期离床，并减少并发症之发生。
2. 对陈旧性骨折，复位固定器能在复位后加压，可能对软组织吸收、沟通髓腔有一定影响。
3. 使用时，在牵开断端3~4日后软组织松弛情况下，再进行整复加压，效果较理想。
4. 小腿骨折因胫骨结节处穿针时，偏后恐伤及腓神经，偏前则两针易成角度，又因小腿前方软组织较薄，产生压疮之机会较多。
5. 复位固定器对横折、小螺旋形骨折，加压较理想；而对大螺旋形骨折，则加压感困难，且易致压疮。
6. 对股骨上1/3骨折效果不理想，因远端由内收肌、近端由臀肌牵拉，矫正成角畸形有困难。
7. 压垫之压力似感不足，宜辅以小夹板及纸压垫。
8. 复位固定器之压垫，建议在两环中设计插以弧形夹板，以求压力均匀，减少压疮之发生。

中西医结合治疗四肢陈旧性（畸形愈合）骨折的经验和教训（摘要）

湛江地区人民医院骨科 林安侠 李树添 沈翰桑

临床资料：略

作者等用四种方法治疗：第一种是将骨折重新折断，按新鲜骨折处理。第二种是将骨折重新折断，超重牵引达到复位和固定，内服中药，对位后用小夹板固定，再减轻牵引重量，早期功能锻炼。第三种是：作小切口，凿断畸形愈合处，削除妨碍骨折对位的部份，术中对位，缝合切口，绑小夹板，直至临床愈合时，才去除牵引。本法适用于股骨横断骨折对位稳定之病例。第四法是作小切口凿断骨折，削除妨碍对位的部分骨痂并作临时固定如（1）断端用肠线缝合或髓腔植骨，（2）克氏针交叉固定，（3）体外钢板固定。

经验和教训：

一、时机：如使用得法，对时间较长之陈旧性骨折，折断容易对位难，生长也较困难。骨折畸形愈合的时间与愈合时间成正比例，不宜过早去除固定或负重。骨折畸形愈合之时间越短，无论是再折、对位、愈合均有利。时间过长之畸形愈合不必强求将陈旧骨折变为新鲜骨折处理。作者等经验是应用第一、二类结合之疗法，勿超过40~50天，第三、四类结合之方法，勿超过半年。

二、在如何掌握好陈旧性骨折的再折问题上，作者等认为（1）再折时宜在无痛下进行，以松弛肌肉。（2）再折的方向宜选在肢体或重叠的侧面、或骨痂薄弱部分。（3）再折时要掌握好杠杆力点，骨折部要有支撑点，如三角木、尖顶垫；对时间不长者，可用摇晃或旋转法使骨折断开。

三、病例和治疗方法的选择：（1）对时间短的上肢陈旧性骨折采用第一类的结合方法，可达理想之疗效。（2）对股骨干陈旧性骨折，中段再折容易，牵引复位易成功，宜采用第二类方法，上、下1/3或髁上之陈旧性骨折，在再折后，对位难，宜应用第四类法。此外，在处理上不论采用何法，均须持续牵引复位，且须超重牵引，待对位后再减重。又第四法之小切口，并不仅是指皮肤切口之大小，而是尽量减少软组织损伤，勿过多剥离断端骨外膜。克氏针交叉临时固定不易移位，亦较理想。（3）对尺桡骨陈旧骨折，用羊肠线作骨折端的对端缝合固定，不易保持骨折之稳定，而尺骨用克氏针髓腔穿针或桡骨断端用羊肠线缝合加髓腔内、外植骨，才能保持稳定，防止假关节的形成。

中西医结合治疗开放性骨折146例临床分析（摘要）

广西中医学院一院外科 朱少廷整理

临床资料及治法细节均略。

讨论及体会

一、伤口的处理：1. 未化脓感染型：用四步清创法，再用“十一方酒”冲洗，然后缝合。2. 化脓感染型和创伤性骨髓炎型：宜使脓腔引流通畅，防止败血症的发生。作者常用拔毒生肌膏外敷和“十一方酒”纱布湿敷，使坏死组织溶解脱落。

二、骨折的处理：未感染者，清创后进行骨折复位，其中稳定骨折用开窗石膏或小夹板固定，不稳定者配合骨牵引。污染严重、时间长者不宜用内固定。软组织化脓感染者，处理伤口和整复骨折可以同时进行，只可拔伸牵引及侧方挤压，禁用折顶。不稳定者，可用骨牵引，重量宜小，勿发生过牵。创伤性化脓性骨髓炎之处理方面，对时间长，已有骨痂生长者，只作外固定，暂不纠正移位，待后期处理；如时间不长，骨痂不明显者，可纠正移位以保持患肢功能。

三、骨断端暴露在皮肤外面的处理：时间短者，可在暴露之骨皮质上钻数孔，使髓腔流出新鲜血液来，外敷“十一方酒”纱布1~2天，再改用拔毒生肌膏外敷，以冀肉芽遮盖创面。时间长者，可咬除外露骨质，直至流出新鲜血液，其他处理同上。对化脓性骨髓炎暴露之游离骨片宜除去，咬掉暴露之骨端。

四、迟延愈合或骨不愈合：时间超过一年者，不用植骨法而用小夹板持续外固定，加强功能锻炼，下床活动，内服补肝肾、壮筋骨中药，作者认为骨不愈合不能以时间定论，而应以断端有分离、有吸收、有萎缩、或变圆锥状或骨折端已硬化被坚质骨所复盖，临床上有假关节现象者，方可定为骨不愈合。

五、药物治疗与功能锻炼：146例均内服中药以防治感染，少数配合抗菌素治疗。功能锻炼对增强血运、避免关节僵硬和肌萎缩，以及促进功能恢复和骨折愈合均甚重要。

六、治疗开放性骨折中使用“十一方酒”和拔毒生肌膏的体会：

“十一方酒”之功能是散瘀消肿、防腐生肌、止痛止血，适用于各型开放性骨折。拔毒生肌膏之功能是祛腐生肌，适用于感染化脓性伤口。本膏且能促进上皮生长，使创面不留疤痕或所留疤痕较是软的，一般不需做植皮手术。

附方

十一方酒：田七、血竭、琥珀各120克，生大黄、归尾、红花、泽兰、没药、骨碎补、桃仁、乳香、制马钱子、川断、杜仲、土鳖、苏木、自然铜、无名异、七叶一枝花各150克，三花酒15公斤，浸泡3~6个月备用。

拔毒生肌膏：桑枝120克，大黄60克，槐花120克，白芷24克，川椒15克，轻粉9克，月石15克，铅粉18克，白腊30克，猪板油1000克。先将前五种药用猪油煎黑变枯，过滤去渣，再与后四种药搅匀研细，备用。

先天性小腿假关节的治疗（摘要）

第一军医大学 刘知难 张显崧

番禺县人民医院 外科 钟汉柱

1977年采用髓腔钉作胫距跟骨固定术结合植骨治疗先天性小腿低位假关节一例，治疗体会如下。

本症无遗传因素及性别差异，很少与先天畸形或骨发育异常有关。本症的共同特点是：胫骨局部先天性缺陷和脆弱，骨折部位之血运不良，断端之成角和剪式伤力，骨折端的不稳定性和柔软肢体的固定困难。

治疗上，1940年 Watson-Jones 氏主张用坚强的植骨内固定和双重外置植骨螺丝钉固定术。1956年 Charnly 氏报告用髓腔钉胫跗骨固定治疗。1943年 Van Nes 氏用髓腔钉合并骨移植法，对抵位的胫骨假关节，可将髓腔钉深入到跟骨。髓腔钉固定结合植骨术，能发挥“动静结合”之原则。本例手术，是将髓腔扩大在相对的侧面，使髓腔钉占据折端的一半，这样刷新之骨折相对面，在固定后接触紧密，利于愈合，也保持了长度，且不受年龄之限制，早期手术亦利于肢体之使用，减少了骨发育迟缓。

Van Nes 氏的一组病例中，未发现胫骨远端骺提前融合和踝关节僵硬。最近 Brighton 及 Lavine 氏利用生物电能刺激成骨的原理，在骨内植入电极并通以小电流之直流电，治疗胫骨不连。1962年 Judet 兄弟为了建立移植骨之血运，设计了带蒂骨片移植术亦称骨皮质切削术。上海六院用带血管蒂的腓骨移植治疗本症，取得了成功。

关于植骨问题：本例断端接触紧密，内固定亦牢固，植骨早期被吸收，而折端却明显愈合，推测前者与“植骨排斥”有关，而后者则为接触紧密固定牢固之作用。不过，本症多有缺陷，充分植骨仍不可少。

关于下肢长度平衡的问题，多数作者认为短缩10公分以内，可用矫形鞋矫正，无需作健腿缩短术。本例术后先是短缩10公分，后来作了患肢股骨下端“骨骺刺激术”，术后短缩为7.5公分，已用矫形鞋。

跟骨丘部骨折（摘要）

上海市伤骨科研究所

上海第二医学院附属瑞金医院骨伤科

马元璋、曲克服、陈正中、沈才伟、冯德炎、季东

跟骨丘部骨折常由垂直压缩力或剪力合并垂直压缩力造成。骨折的主要特征是后关节面严重塌陷移位伴跟骨外侧壁劈裂移位，或者可能有跟骨内外两侧骨突骨折，后关节面损害可分为垂直、半月形和舌形共三种类型的塌陷移位。

治疗应尽可能获得骨折的解剖复位，并由早期功能锻炼使恢复良好功能。后关节面塌陷移位和内外两侧骨突的移位骨片不易用手法复位，可用钢针作穿皮撬拨复位。在麻醉下，采用无菌操作。撬拨正复骨折片后，再用一钢针或钢钉穿皮固定后关节面塌陷骨折片。跟骨外侧壁劈裂移位骨片常可用手法复位。完成复位后局部皮肤表面仅留几个针孔。用夹板或石膏作外固定。

报导1972~1978年间，用此法治疗跟骨丘部骨折患者66例，骨折总数为72例，其中用撬拨复位法和撬拨内固定法各占36例，后者的疗效较前者为优越。在采用撬拨内固定法36例中，有29例复位良好和较好。内有治疗期满一年以上获得随访10例，后期疗效均属良好和较好。

闭式穿钢针固定治疗关节内骨折（摘要）

山东文登正骨医院 朱惠芳

我院自1970年以来，对关节内骨折手法整复外固定的病例，采用闭式穿钢针固定145例，其中：肱骨外髁旋转移位骨折65例，肱骨内上髁骨骺分离27例，低位肱骨髁上骨折41例，内踝骨折22例。固定结果良好，无一例出现骨折再移位，固定期间钢针自动退出1~2公分者4例。

钢针进入点，全骨端骨折在远折端侧方的中心，骨端的一侧骨折在骨折片的中心。将针与患肢纵轴呈30度角，以骨锤徐徐打入。钢针穿入深度以穿透对侧骨皮质为宜。针尾屈成弯度埋入皮下，戳创处用无菌纱布复盖。再给以铁丝托外固定，3~5周拔出钢针。

操作时尽量避免在X线透视下进行，主要依靠体表的标志定位、手的感触进针的阻力、锤击音等判断进针是否准确或进针深度是否适宜。穿针要求一次正确打入，不宜反复拔出打入，以免豁通松质骨，减弱固定力量。感染是闭式内固定的潜在威胁，应严格执行无菌操作。适应症的选择，应根据骨折复位时的稳定程度和类型来决定，不是在外固定失败后再采用内固定。

从距骨血液供应对距骨骨折分型 and 治疗的探讨 (附20例分析) (摘要)

上海第二医学院附属新华医院成人骨科 苏国礼 胡清潭

距骨骨折是临床少见病例。通过X线检查，诊断并不困难。由于距骨血液供应的解剖特点，骨折后容易产生缺血性坏死，后遗症亦较多。因此，早期得到正确治疗与减少后遗症有密切关系。现将我院自1962年以来，共住院治疗的20例，作进一步的分析。

临床资料：本文20例是男性11例，女性9例年龄17岁至53岁。单纯闭合性骨折6例，开放性骨折4例，骨折伴脱位8例，晚期陈旧性骨折伴发缺血坏死2例。

采用手法整复石膏外固定者11例，切开复位内固定5例，行距下关节融合术2例，距下和踝关节均行融合2例。

讨论：损伤机制将根据外伤时足的内翻、外翻、背屈或跖屈受伤时姿式的不同，所产生距骨头、体或颈部骨折，骨折伴脱位等，认为损伤机制是复杂的，所以骨折类型亦为较多的变异。

血液供应：凡距骨折伴脱位后，容易产生缺血性坏死。Inman (1973) 报告资料中占1/3。

Pantazoulus (1971) 报告一组病例占1/2产生缺血性坏死。最近Mulfinger (1970) 等从显微血管造影研究，认为距骨血液是(1)从胫后动脉分出的距管分支，主要供应距骨体的大部份。(2)足背动脉的关节支从距骨颈的背内侧进入，供应距骨头、颈部血运。

(3) 另由跗外侧动脉血供。(4) 跗管动脉的小分支血供等。

本文分析了距骨骨折、脱位后伴发缺血性坏死的原因与血供关系。

治疗：认为单纯闭合距骨骨折，经手法正复，石膏固定，预后亦佳。切开复位、内固定多伴发术后缺血性坏死。而骨折伴脱位者，特别是晚期病例，均须进行距下、踝关节融合手术，方能恢复功能，减少残废。

踝关节联合韧带生物力学复位实验观察

广西壮族自治区医院 顾云五 李荣祝

广西贵县城镇医院 林毓汗

踝部骨折，属于关节内骨折，受伤机制复杂，处理困难。现将实验解剖观察，简述于下：

踝关节其动力组织是胫腓骨下端、内外踝关节及距骨体上之滑车等联合而构成一个“笋与笋眼”的关系。维持踝关节完整的弹力组织是内、外侧副韧带、胫腓下联合横韧带，其中外侧副韧带稍弱，但三者是维持踝关节稳定之弹力组织。踝关节之运动，其内外翻发生于跗间韧带，如背伸则胫腓联合横韧带紧张，跖屈时，上述韧带虽松弛，但距骨与两踝关系紧密接触，仍可稳定。只是在极度跖屈时，则距骨体后部在踝穴内，内外侧副韧带不平衡而出现不稳定。

若造成人工骨折，则在踝纵形移位骨折时，在背伸位，内侧韧带紧张，折线加宽，向外后移位；在中立位，周围韧带牵力一致，内踝可维持复位。当造成外踝横形骨折时，在背伸位，折线增宽；功能位时，折线裂口缩小，下胫腓联合横韧带紧张，可达平衡复位。

故踝关节周围韧带，在功能位，可稳定踝部骨折。

对骨折复位固定器疗法的初步研究（摘要）

中医研究院骨伤科研究所 指导者尚天裕 孟 和

自1976年我所先后研制成股骨、胫腓骨、尺桡骨、及肱骨四种类型的骨折复位固定器，经应用于临床治疗成人四肢新鲜不稳定性骨折、开放感染性骨折、陈旧性骨折（包括延迟愈合、不愈合、及畸形愈合）各型病例230余例，均取得满意疗效。

国内外治疗骨折的动向：由于我国中西医结合治疗骨折的影响，六十年代后期，西方学者对“广泛固定，完全休息”的原则发生了怀疑，一致意见是骨折治疗需要“动静结合”。但如何实现这一原则仍存在着手术和非手术疗法之争。

手术疗法采用加压钢板、坚强的髓内针等内固定用具，把骨折端牢固地夹接在一起，不用外固定，病人即可早期活动；非手术疗法有两种，一种采用手法复位以石膏或塑料活动支架固定，病人也可早期活动，骨折愈合快，骨痂质量高，功能恢复好，他们认为这种