

临床报道

中西医结合治疗脊椎骨折合并多发骨折 100 例临床分析

杨淮沅 尚天裕 金洪滨

脊椎骨折合并多发骨折是一种常见的严重损伤,如处理不当,轻者致残,重者失去劳动力以致死亡。国内对多发骨折也多主张手术。中西医结合治疗骨折能否适用于脊椎骨折合并多发骨折的病人?骨折能否达到复位?练功是否受到影响?我们带着这些问题,复习了1971年3月~1980年底脊椎骨折合并多发骨折的病例,并作了随访。这期间共收住脊椎骨折合并多发骨折126例,其中合并完全性截瘫19例,病历、X线片及其它资料不全者7例,除此26例,仅就100例进行分析。

临床资料

男65例,女35例。工人59例,农民26例,干部9例,知青4例,军人2例。致伤原因:坠落伤48例,交通伤13例,砸伤36例,机器伤3例。年龄以21~40岁为最多,共61例,最大年龄72岁,最小年龄14岁。

脊椎骨折合并不全截瘫的多发骨折28例,其中胸椎骨折12例,胸腰段骨折4例,腰椎骨折12例。无脊髓损伤72例,其中胸椎骨折10例,胸腰段骨折11例,腰椎骨折51例。按Nicoll氏分类法,本组稳定型骨折36例,不稳定型骨折64例。合并两处以上骨折92例,骨折共474处,平均每人4.74处。其中脊椎附件骨折128处,骨盆骨折8处,肋骨骨折75处,股骨干骨折12处,胫腓骨骨折61处,双踝、三踝骨折50处,距骨骨折、脱位共14处,跟骨骨折40处,肱骨干骨折7处,前臂骨折32处,Colle's骨折42处,股骨髁间骨折2处,胫骨平台骨折3处。合并休克18例。复合伤14例(血气胸4例,颅腔损伤7例,肾脏挫伤

2例,尿道损伤1例)。

方法和效果

一、治疗方法

对严重损伤患者要认真检查伤情,早期诊断,即时处理,注意早期防治休克及急性肾功能衰竭,待病情稳定后,治疗四肢骨折,争取早期(24~72小时内)无损伤复位,小夹板固定。脊椎骨折无论稳定型、不稳定型,或有不全截瘫者,均卧硬板床,腰下垫枕。

按照中西医结合治疗骨折“动静结合”、“筋骨并重”、“内外兼治”、“医患结合”的原则,只要全身情况允许,一般在伤后1~3天教会病人逐步练功。练功方法因伤情而异,练功量逐渐增加,争取在3~6周内,在骨折畸形愈合前达到练功要求。

(一) 脊椎骨折合并多发骨折的练功方法:

第一法:头、肘、臀三点着床,腰背部腾空,脚背伸,股四头肌收缩(图1)。练功第一周用此法。适用于脊椎、下肢、骨盆、尺桡骨、肋骨等骨折患者。

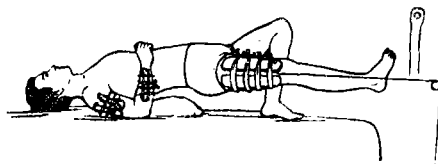


图1 合并多发骨折练功第一法

第二法:头、肘、健足着床,腰背及臀部抬起,脚竭力背伸(图2)。练功第二周用此法。适用于脊椎、下肢、骨盆、肋骨、尺桡骨等骨折患者。

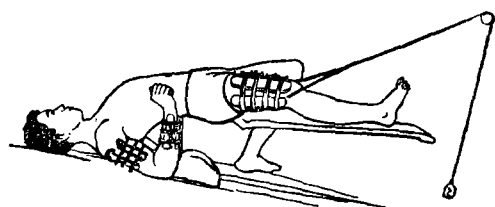


图2 合并多发骨折练功第二法

第三法：双手支重，头臀抬起，腰背极度抬起过伸，背伸肌收缩，躯干下肢成一水平线（图3）。练功第三周用此法。适用于脊椎、下肢、骨盆、肋骨等骨折患者。

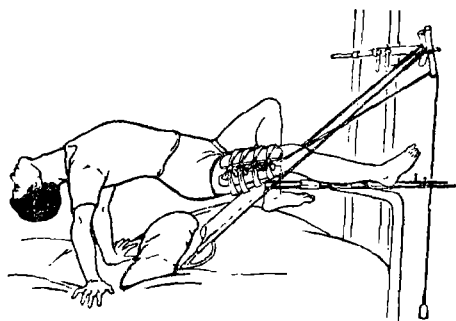


图3 合并多发骨折练功第三法

第四法：双手提吊杆，健足支重，挺腹抬臀，使躯干与下肢拉成一水平线，加大髋膝关节的活动范围（图4）。练功四周后用此法。适用于脊椎、下肢、骨盆、肋骨等骨折患者。

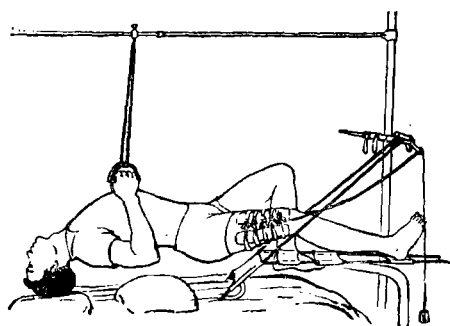


图4 合并多发骨折练功第四法

（二）脊椎骨折合并不全截瘫多发骨折的练功方法：

第一法：头顶部持重，颈过伸，双肘屈曲，支撑床面，将肩及腰背部托起，离开床面（图5）。此法适用于脊椎、下肢、骨盆、肋骨、

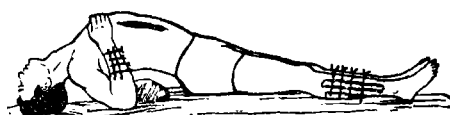


图5 合并不全截瘫多发骨折练功第一法

尺桡骨等骨折患者。

第二法：头、臀、下肢着床，将上半身挺起，高离床面，双肘屈曲，两臂环抱胸前（图6）。此法适用于脊椎、上肢、下肢、骨盆、肋骨等骨折患者。

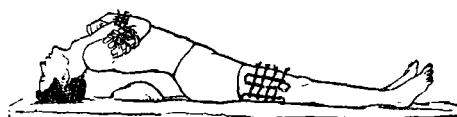


图6 合并不全截瘫多发骨折练功第二法

补充说明：（1）骨盆骨折患者于伤后2~3周始可抬臀。（2）肋骨骨折患者在伤后1周内需由医护人员协助做腰背伸动作，或用吊带托起胸背部自行练功。（3）跟骨骨折做拱桥式锻炼，脚跟不能着床。（4）脊椎骨折患者一般需卧床8周始可离床；4个月内不宜久坐，并避免蹲位及前屈活动；伤后三、四个月，经X线摄片，骨折已有坚强愈合者始可做弯腰活动，否则椎体可能复又被压缩变形。（5）背伸肌锻炼要持续半年。

练功后病员反映局部疼痛减轻，食欲增进，一般6个月后可恢复工作。

二、治疗效果：

临床鉴定：根据骨折复位、愈合、功能、X线片及复工情况综合分析，判定疗效。

（一）近期疗效：本组100例中，非手术疗法96例，手术4例（均为合并不全截瘫的多发骨折患者）。按1975年全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会制定的骨折疗效标准统计，100例的治疗结果属优者65例，良30例，尚可3例，差2例，优良率为95%。其中合并不全截瘫28例，治疗效果属优者16例，良9例，尚可2例，差1例，优良率为89.3%。本组共有骨折474处，其中采用手术治疗的共

24处(开放性骨折14处,闭合性骨折10处)。本组骨折疗效优者412处,良51处,尚可7处,差4处(1例外伤截肢,3例陈旧性骨折畸形愈合入院),优良率为97.6%,除1例双腕舟骨骨折1年零3个月愈合外,尚未发现有骨折不愈合或延迟愈合者。

(二)远期疗效:本组100例治疗后均作了随访(内有信访13例),获随访结果者共81例。随访时间最长9年,最短1年零2个月,平均为2年零2个月。81例中71例已恢复原工作。合并不全截瘫28例,获随访者25例,其中18例已接近恢复正常,6例诉足背伸无力。

讨 论

我国传统医学中的功能锻炼法,源于古代导引术,早在春秋战国时期便已认识到导引、练功有行气活血、防病治病的作用。例如在《吕氏春秋·尽数篇》里就有“形不动则精不流,精不流则气郁”的论述;《庄子·刻意》中有类似后世练功动作的记载;长沙马王堆汉墓出土的《帛书导引图》载有丰富多姿的练功体姿;汉·华佗所创用的“五禽戏”亦是在古代导引术的基础上形成的,隋《诸病源候论》把导引按摩法列为骨伤病的重要措施之一,并提出以腰背伸展、转动等动作可治疗腰痛病。唐《千金要方》进而提出用“头倒地,三起三卧”这种增强腰背肌运动的方法治疗慢性腰疼。唐《理伤续断秘方》、元《世医得效》卷18是我国古代较有影响的两部伤科著作,两书作者都十分重视关节功能锻炼在骨折治疗中的作用。明《跌打损伤妙方》是少林派的早期著作,主张在手法整复的基础上,通过武功锻炼,强化治疗效果。值得提出的是,早在18世纪中叶的《医宗金鉴·正骨心法要旨》中便已提出“腰背部垫枕”的治疗原则。“垫枕”可使受损伤的脊柱保持过伸位置,对屈曲性脊椎骨折的治疗具有重要意义。

长期以来,对脊柱骨折的治疗存有分歧。Wafson-John主张早期快速过伸复位,石膏背心固定;Nicoll主张单纯功能疗法,既不复位,也不固定。我们在中国传统医学经验基础

上,结合现代医学脊柱骨折的病理生理改变,采用腰部垫枕,积极配合腰背肌锻炼的方法,取得了较好的疗效。初步认为本法有以下优点。

第一练功方法简单,安全可靠。本组病例取得疗效的关键在于腰部垫枕,早期练功,利用躯干的重力和杠杆原理,保持脊柱过伸,配合一套循序渐进的腰背伸肌练功法,利用椎体前方的前纵韧带的牵拉力和椎间盘纤维环的张力,使压缩的椎体重新张开,椎体间的脱位亦可得到复位。由于练功是在病人清醒状态下进行的自主运动,骨折慢性复位,不会造成意外损伤。此法适用于稳定或不稳定型脊椎骨折合并四肢骨折或合并不全截瘫的患者。在8周卧床练功期间,椎体可复位愈合,四肢骨折亦可同时得到复位愈合,功能恢复。通过二十年来临床实践,证明这种简而易行的方法,无论对骨折复位或神经功能恢复,均可取得较好的效果。

第二练功可使骨折断端自行复位。进行适宜的练功,可以纠正不平衡的肌肉群,控制易造成骨折移位的肌肉群的收缩活动,让有利于稳定骨折断端的肌肉群发挥作用,不仅能防止骨折断端再移位,并可在练功的过程中使骨折断端自行复位。近三、四年来,我们在治疗股骨干骨折中,均不用手法复位,仅用股骨髁上牵引、纸压垫、小夹板固定,在练功下一般均可达到复位的目的。

第三练功起到固定作用。骨折复位后,利用小夹板、纸压垫等外固定所产生的一种外固定力和肌肉群的弹性收缩所产生的一种内固定力,就可使骨折断端复位,并可保持相对的稳定。

第四练功可加速骨折愈合及功能恢复。坚强的外固定与合理的练功,可使骨折断端相对稳定。实际情况是,我们不能使骨折断端绝对不动,不动是相对的。对骨折断端的活动要具体分析:分离、旋转、成角及侧方移位,对骨折愈合是不利的,要加以控制;反之纵向挤压活动则可使骨折断端持续接触、紧密嵌插,有利于内外骨痂自行通过,使骨折断端早日融合。因此,在骨折的治疗过程中,充分发挥骨

大黄等灌肠治疗慢性肾功能衰竭 的初步观察

中国医学科学院首都医院内科心肾组 毕增祺 康子琦 郑法雷

近年来,由于透析疗法和肾移植技术的发展,慢性肾功能衰竭(以下简称“慢性肾衰”)的疗效已有显著提高。但透析疗法的经济负担很大,肾移植也受条件限制,因此,对于很多慢性肾衰病人,如何运用其它疗法,保护病人残余肾功能,减少痛苦,延长存活时间,乃是急需解决的问题。我院数年来曾对慢性肾衰病人进行中西医结合治疗,取得了一定的疗效。为了探讨中药的作用机理,现将大黄等药灌肠治疗慢性肾衰的方法及疗效介绍如下。

临床资料

本组病人共20例,男11例,女9例。年龄18~75岁,平均40.9岁。20例中患慢性肾小球肾炎14例,慢性肾盂肾炎2例,肾小动脉硬化3例,系统性红斑狼疮性肾炎1例。所有病人均有不同程度的乏力、厌食、恶心、呕吐,部分病人有皮肤瘙痒、手足麻木、淡漠、反应迟钝、嗜睡、肌肉震颤、心慌气短、鼻衄等症状。

治疗前血尿素氮57~231毫克%(平均120.7毫克%),血肌酐5.9~25.5毫克%(平均12.3毫克%)。其中3例有高钾血症(血钾>5.5毫当量/升)。20例中有肾图检查者16例,其中显示“双肾功能极差”者7例,“双肾无功能”者9例。

18例病人未进行过透析治疗,另2例患者曾一度进行腹膜透析,后因故改用本法。

治疗方法和效果

一、治疗方法:

所用中药处方以大黄为主,煅牡蛎、蒲公英为辅。大黄30~60克(如后下则用10克左右),煅牡蛎30克,蒲公英20克。治疗时大黄先自小剂量开始,必要时适当加大用量。本方水煎,煎液加温水至600~800毫升,行保留灌肠。保留时间一般为20分钟左右。每日灌肠1次,个别病重者1日2次,以病人每日泻便3~4次为宜。

20例病人均住院治疗。蛋白摄入一般按每天每公斤体重0.6~0.7克计算。治疗前及治疗期间均每周测定血尿素氮,血肌酐,血钾、钠、氯、钙、磷,血清白蛋白、球蛋白,血红蛋白及尿钾、钠、氯、肌酐。每日记载病人出入量。

中药灌肠期间,少量对症治疗的西药,如维生素、降压药等,均保持原剂量不变。个别进食甚少者,适当输葡萄糖液。

凡同时口服中药或与透析疗法及其它疗法并用者,均未列入本文。

二、治疗结果:

经大黄等药灌肠治疗后,20例中有16例症状获得缓解,尤以乏力、厌食、呕吐等症状

折断端的纵向挤压活动是很重要的。

5. 治疗脊椎骨折合并四肢骨折时要统筹兼顾,始可取得较好的效果。本法最适用于腰椎骨折及胸腰段骨折。椎体复位所需时间最早6天,最晚6周,一般在2周左右椎体都能膨

胀。下胸椎骨折经练功后多可膨胀,但很少达到正常椎体高度;上胸椎骨折的疗效则较差。椎体前缘粉碎骨折,椎间隙可完全恢复,但椎体很难达到正常高度;椎体前缘多有骨桥形成,对脊椎稳定能起很好的作用。