

专题笔谈

骨折 证 治

施维智(上海卢湾区中心医院):我治疗闭合性骨折,除及时给予手法整复、敷贴夹缚外,并根据骨折三期分治原则进行内治,目的是促使断离之骨,及早生长接续,加快功能恢复,但四肢骨折和躯干骨折,因受伤部位不同而有所区别,四肢骨折初期,局部肿胀疼痛者,我常用当归尾10克,赤芍6克,川芎5克,桃仁9克,苏木9克,自然铜9克,地鳖虫9克,络石藤5克,制乳没各5克,陈皮5克,枳壳5克,生山查9克,上肢加桑枝15克;下肢加川牛膝9克,以活血化瘀,消肿止痛。肿退后投以和营续骨之剂如当归10克,赤芍5克,川芎5克,红花5克,骨碎补5克,自然铜9克,接骨木9克,鸡血藤9克,陈皮5克,枳壳5克,上肢加桑枝10克,松节9克;下肢加怀牛膝5克,五加皮9克。并逐步减去自然铜、红花,加川续断9克,生熟地各9克。由“攻而和之”转到“补而和之”。严重的四肢骨折或老年患者,在后期断端连接后,常出现患肢肌肉萎缩,关节粘连,功能恢复缓慢,有的甚至断端迟滞连接,这是由于肝肾两亏,气血不足,不克营养筋骨所致,我常以党参10克,生黄芪9克,当归身10克,白术芍各6克,川芎5克,续断9克,补骨脂9克,杜仲9克,杞子5克,砂仁2克,广木香5克;阴虚者加首乌9克,龟板12克;阳虚者加苁蓉9克,鹿角片10克,以滋补肝肾,益气养血。上肢加桑枝10克,下肢加怀牛膝9克为引。

躯干部接近脏腑,骨折之后,常伴有内伤,胁肋内近心肺,又为肝经之分野,肋骨骨折之后,由于瘀血内阻,而致肺气不宜,肝气郁结,常可出现胸胁闷痛,呼吸不利,咳嗽气促等症,我常用当归尾10克,京赤芍10克,

川芎6克,桃杏仁各9克,苏木9克,元胡9克,青陈皮各5克,枳壳5克,苏子6克,全瓜蒌9克,川郁金9克,生山查9克,以化痰利气,宣肺滑痰。发热者加柴胡5克,丹皮9克;瘀中带血或痛甚者,加三七末2克(冲);恶心呕吐者,加玉枢丹1克(吞),或生赭石15克,旋复花9克(包);气喘者加葶苈子5克。一般1周左右痛减咳止,热退纳增。进入中期,改用活血续骨,宣肺理气,如当归9克,赤芍6克,川芎6克,红花5克,泽兰叶5克,自然铜9克,地鳖虫9克,川郁金9克,元胡9克,苏子5克,全瓜蒌5克,桃杏仁各9克,青陈皮各9克。约4~5周,断端连接,倘深呼吸、咳嗽尚有隐痛者,用当归9克,川芎5克,泽兰叶5克,青陈皮各5克,郁金9克,元胡6克;川断9克,骨碎补9克,枳壳5克,杏仁9克,佛手片9克,以和营理气,肃肺化痰调理。肋骨骨折后期,慎用补剂,防余瘀内留而成宿伤。

脊柱骨折中比较多见的胸腰间椎体骨折,由于骨折部位接近中焦,常伴有腹部内伤。骨折之后,每多出现大便秘结,脘腹胀痛,我常用生大黄10克,川朴9克,元明粉10克(冲),生枳实9克,当归尾10克,赤芍9克,桃仁10克,川郁金9克,安桂心2克,苏木9克,木香9克,木通5克,川牛膝9克,下之。大便通利后,改用活血化瘀,利气续骨,如当归尾10克,赤芍9克,川芎5克,苏木9克,泽兰叶9克,桃仁泥9克,自然铜9克,地鳖虫9克,血竭5克,元胡9克,川郁金9克,川牛膝9克。以后逐步减去血竭、自然铜、地鳖虫、元胡,加骨碎补9克,川断9克,狗脊9克,当归尾改全当归,川牛膝改怀牛

膝,逐步由攻转补。约5~6周后,改用党参10克,黄芪10克,熟地10克,当归身10克,白术、白芍各6克,川芎5克,杞子9克,补骨脂5克,杜仲10克,桑寄生9克,陈皮5克,木香3克,以滋补肝肾,益气养血,促使功能早日恢复。

尚天裕(中医研究院骨伤科研究所):我国中西医结合骨折疗法,在动静结合、筋骨并重、内外兼治、医患配合的原则指导下,对骨折施行早期正确的整复,合理有效的局部固定,自觉有控制的功能锻炼和必要的内外用药。骨折愈合快,功能恢复好,病人痛苦少,医疗费用省,骨折治疗中的合并症(即所谓的骨折病)很少发生,骨折不愈合率由过去平均5~7%减低到0.4%。受到广大群众的欢迎和国内外学者的好评。现把自己所感受到的一些问题提出来。一、骨折是外伤造成的,除个别情况外,患者身体是健康的,因此,不要把骨折患者当做病人,应该积极地创造条件,对骨折进行有效的处理,让其尽快地恢复正常人的生活。二、肢体是人的运动器官,其生理功能就是活动。骨骼是肢体活动中的杠杆,接受应力及负重是其生物性能,任何违反肢体生理功能及剥夺骨骼生物性能的措施都是有害的。三、骨组织有强大的再生及塑形改造能力,在处理骨折时应为患者创造有利条件,不要伤上加伤,干扰和破坏骨组织的自身修复能力。四、对骨折的整复、固定只是为骨折愈合创造条件,骨折能否较快的愈合,关键在于活动,功能活动不仅是治疗骨折的目的,而是促进骨折愈合的重要手段。五、治疗骨折促使骨折愈合是目的,而所采取的措施是针对软组织的。“骨肉相联,筋能束骨”。骨折移位是被动的,肌肉收缩活动是主动的。骨折愈合前,骨折断端的活动是绝对的,固定只是相对的。肌肉收缩活动不能制止,但可以通过人的意志加以控制。对骨折愈合不利的活动要严加限制,使骨折断端的活动减低到最低限度,而对骨折愈合有利的活动,要尽量发挥,保持骨折断端持续接触,紧密嵌插,产生压垫效应,可促使骨折

愈合及新生骨痂的塑形改造,提高生物性能。

六、我们治疗的对象是人,从表面上看是医师给患者治疗,实际上医师只是为患者创造条件,任何医疗措施只有通过病人的主观能动性才能发挥,患者才是战胜疾病的主力。七、骨折一般先由骨痂连接起来,而后塑形改造,这称为二期愈合。在特定的条件下,骨折解剖对位,坚强内固定,可以一期愈合,问题是哪一种方式骨折愈合的快,患者痛苦少,不要遗留后遗症,少发生骨折病。八、治疗骨折大体分为手术疗法、非手术疗法、介乎二者之间的有限手术疗法。各种方法都各有其适应症,应根据具体骨折部位、设备条件、技术能力和个人经验,辨证施用。多数学者认为如非手术疗法能取得手术疗法同样的效果,还是以非手术疗法为宜。

郭维淮(洛阳正骨医院):正骨手法为治疗骨伤科疾病的基本方法。临床上可根据不同的病症采用不同的手法,使所伤之骨复于常,或使瘀血消散,或帮助患肢恢复功能。骨伤科治疗方法除内服、外用药物以调整气血、通经活络之外,不论骨折、脱臼或筋伤,若手法施行得当,复位正确,则为病愈创造条件。现将平乐正骨常用的八种手法简介如下:

一、拔伸牵拉法:筋骨受伤,一般均发生瘀血壅滞,筋肉挛缩,故在治伤中首先要拔伸,使筋肉舒展,气血流通,肿痛消减,而易于复位。拔伸一般都是用人牵拉或辅以器具,应遵循以下原则:凡拔伸时应先轻后重,筋伤的新伤症、疼痛症要求患者顺从配合,旧伤症、麻痹症要求患者对抗配合;整复骨折或脱位拔伸时,先顺势向远端牵拉,使其慢慢恢复常态,或牵至治疗所需要的位置。牵拉时必须要有反牵拉对抗,并嘱患者放松筋肉以配合,牵拉力逐渐增加,直至达到治疗的需要,切忌猛牵猛拉和抖动。

二、推挤提按法:骨折或脱位在重叠移位矫正之后仍有侧方移位者,在保持牵拉的情况下,先用手掌或拇指以两侧对挤矫正侧方移位。若还有前后移位时,再用一手托骨折凹陷

端,一手按翘起端,利用提按矫正前后移位。

三、折顶对位法:长管状骨横断骨折重叠严重,或近关节处横断骨折不易拽开者用此手法。一般在筋肉松弛下,将两折端向同一方向折顶,使两折端在成角情况下接触,然后进行反折使其复常即复位。

四、嵌入缓解法:少数骨折两折端中间可嵌夹筋肉,或近关节骨折将骨片嵌入关节缝内,也有关节脱位中嵌入筋肉者。用拔伸牵引法是不能解脱的。本法是在患肢筋肉松弛下,先扩大畸形,使两折端分离,再将嵌入的筋肉顺势向相反方向推拉,即可缓解。缓解骨片嵌入关节缝的方法是,利用关节伸屈及远端肢体的旋转,以导致关节间隙改变及部分筋肉紧张而将其拉出。缓解脱位筋肉的方法是,推远端环绕近端左旋或右旋即可解脱,或扩大畸形向一个方向牵拉,同时推脱出的关节头滑动,即可将纽扣状嵌夹解脱而复位。

五、回旋驳榫法:当骨榫背向不能用拔伸牵拉复位时,应在筋肉松弛情况下,从近折端为中心,将远折端环绕近折端,向左或向右旋转,即能将骨榫驳正。

六、摇摆推顶法:对横断或齿状榫骨折在两端对抗牵引两折端已接触的情况下,术者双手持骨折处左右或前后摇摆即可复位。复位后可沿纵轴推顶,使两折端嵌插,增强稳定度,有利于愈合。

七、例行逆式法:即原路返回法,此法多用于脱位整复。根据脱位发生的过程再返回即复位。

八、旋撬复位法:本法多用于脱位,即固定近端,牵拉端提远端,利用解剖特点(筋肉拉力、关节囊或韧带的牵拉、关节孟缘等),借杠杆力量,使远侧端滑向近侧端,直至复位。

几条应遵循的原则:一、复位越早越好,如能在严重肿胀出现以前进行整复,不仅复位容易,而且创伤后的反应性肿胀对已复位的骨折还能起到稳定作用。若严重肿胀(局部发硬、

起水泡)已出现,应采取相应措施,内服活血祛瘀、通经消肿中药,并抬高患肢,待肿胀缓解后,再进行复位。二、整复尽可能在无损伤或尽量少损伤下进行。首先鼓励患者配合,同时根据不同情况应用止痛麻醉方法。三、整复骨折一般是远折端对近折端:采取相应体位,固定近折端,牵拉远折端,以相应手法复位。四、骨折对位越好,局部固定稳定,加上有利骨折愈合的功能活动,骨折愈合也越快。但应避免单纯追求解剖复位和骨折端的绝对稳定而造成骨折延迟愈合或不愈合。

李国衡(上海市伤骨科研究所):股骨粗隆间骨折,近年来有用经皮外固定支架治疗,均具有一定的疗效和优越性。中医治疗本病有其独特之处,疗效亦较佳。股骨粗隆间骨折后,患肢缩短,足踝外展,这是临床上的两大特征。复位时由助手一人紧握患者足踝,用力向后拔伸,同时将患肢外展20~30度。另用棉垫三块垫于股骨大粗隆外侧,术者运用手掌一记一记地叩击该部。力量要适中,叩击时,下肢拔伸不能放松。经过10次左右叩击以后,骨折即可得到满意的复位。是否复位?有二条检查标准:两下肢是否等长;足踝放在床面上是否外展。如果患肢仍有缩短,足踝仍有外展,表示没有得到复位。可再重复拔伸、叩击。在较厚的棉垫衬下叩击,不致造成新的损伤。由于叩击的震荡,使肌肉产生活动,有利于断端的恢复原位。复位后,可用长沙袋两条,如菜碗粗细,一条自腰部至足跟,置于患肢外侧,一条自腹股沟处至足跟,置于患肢内侧,将患肢固定在中间。沙袋不要塞得过紧,有利于塑形。另用短沙袋两只,一只置于腘窝部,使膝部微屈,以防关节强直。一只置于足跟上部、跟腱处,使足跟稍离开床面,以防久卧产生溃疡。固定时间一般为6周,严重的8周后可考虑去除。早期外贴膏药,必须特制大号,遍布及损伤范围。后期外用洗方。内服药早期应以活血化瘀,待全身和局部症状稳定后(约2周左右),再用和血生新剂“续骨活血汤”。药物组成为:川断炭9克,骨碎补9克,自然

铜9克,落得打9克,生地12克,当归尾9克,地鳖虫3克,白芍9克,乳没炭各6克。每天一剂,直至骨折的临床愈合。

病程中护理极为重要,大小便时健侧下肢应尽量屈曲,足用力踩在床面上,家属双手伸到尾骶部缓缓上托抬起,这样便盆就容易放入。大小便后须擦洗干净,防止产生褥疮。同时要注意肺部感染。对于患肢一要注意是否再有缩短,如有缩短,随时加以拔伸;二要使患肢保持外展20~30度的体位,防止髓内翻以致断端移位。个别病例可能发生内收肌痉挛,尤其在咳嗽时常易发生,可能导致腓肠肌瘫痪,可用3~5斤小沙袋压在内收肌部位,痉挛即可消失。

樊春渊(黑龙江中医学院):中医诊治骨折,其所长者,首先树立整体观念、辨证论治。比如在骨折的诊断:归纳起来虽有四诊(望、闻、问、切)四查(摸、量、比、试),这八种诊查手法,主要是“望”与“摸”,如能熟练掌握,可代替八法,如完全骨折望诊特点有:一、姿势表情;二、肿胀畸形;三、肢体不举;四、折处怕擎。不全骨折可用“摸”诊:一、环围压痛;二、纵冲疼重;三、旋扭下段;四、敲震窜痛。“望”“摸”两诊又可结合使用,则骨折诊断无遗。应用X线对骨折类型、变位情况更清晰可见。

骨折治疗:有四个步骤,即手法复位,局部固定,合理练功,辨证用药。其中应以复位和固定为主要治法,而练功、用药则必须在骨折对位稳定的前提下进行,如果没有前者就谈不上后者的作用。因此就要对复位和固定加以研究。复位手法,不胜枚举,可归纳为四句口诀:即:整骨总法是拔牵,斜形粉碎靠中间,横断折角推下段,螺旋扭开反扣牵。针对四大类型骨折,提出四种复位方法,以重点带一般,对有些特殊骨折的复位,只能“临证之权衡,一时之巧妙,神而明之,存乎其人矣”。

固定:骨折固定所用工具,最理想的是,既能维持骨干的直,又能在骨端变位方向有力的存在,对不需要力的地方,最好没有力的压

迫;既能固定牢靠,又不致压伤;既简单方便,又疗效稳定,这是伤骨科工作者,梦寐以求的骨折固定工具。就目前看,所有固定工具不是烦琐复杂,就是简单不牢,对此我们设计了“弹力固定”以两片铝板为支架,前后放上三条弹力带,推压骨折两端容易变位的部位,一器多用,随意塑形,是目前较好的固定方法。此外对功能锻炼,我们推崇“床上太极拳”以整体运动促进局部的再生。在骨折用药方面,我们曾试用多种方药观察,对止痛、消肿,确有疗效,但不能企图在三五天内使骨折愈合。

石仰山(上海市黄浦区中心医院):石氏伤科在治疗骨折时,颇重祖国医学的整体观念,强调辨证论治,认为手法整复、夹缚固定、内外用药、动与静等诸方面,必须有机地结合,才能促进骨折的愈合,加速肢体功能的恢复。故在诊治时,应注意以下几个方面:一、刚柔互济的手法。在施行手法时,应尽可能做到一次性的满意整复,手法宜刚柔互济,免使损折之筋骨再度受伤。如对关节内骨折进行整复时,更不能滥施暴力,在拔伸牵引时应刚健稳定,均匀有力,保持持续性;在挤捏捺提时则需吸附贴切而蓄劲于内;摇转时亦当轻灵有力,不使暴发劲,常可使重度移位的关节内骨折,获得较满意的复位,以减少整复的失败率。二、稳定牢固的外固定。对不稳定的骨折,常可采用双层固定,使之稳妥牢固。内层固定,是在外敷药的表层,用脱脂棉均匀围裹,再以杉木片(一夹板或二夹板)按需裁剪成不同形状夹之,其间亦可衬以压力垫,以使移位的断端能得纠正,用绷带缠绕固定后,再在其外层用硬质筒形纸板或硬木夹板用绷带缠绕固定之,如属关节或关节内骨折则作超关节固定,必要时亦可配合骨牵引。三、合理的应用内服和外用药物。伤折局部应用外用药物,对骨折的修复具有积极的意义,如石氏常用“三黄膏”以清热凉血消瘀,“三色敷药”以消肿止痛,“红玉膏”以保护皮肤,“接骨丹”以促进骨折的愈合,伤膏药用至后期以温经活血止痛,且外用药又具较强的粘附力,可增强

固定等物理功能。

辨证应用内服药以调治整体,对加速肿胀的消退,骨折的愈合,减少骨折后遗症等,是不可忽视的。如先父筱山公所拟新伤续断汤,对消肿止痛、续筋骨颇具效验,在骨折的后期,常用调中续骨汤或益元续骨汤以补气血、健脾胃、益肝肾,确能加速骨折愈合而健筋壮骨,对迟缓愈合的骨折亦可有效。临床尚见骨折虽已愈合,拆除固定后,患肢仍然肿胀不消,甚至有经年累月者,其肿按之陷指,皮色紫黯或光亮,每以布膏外贴并嘱功能锻炼,内服补阳还五汤加苍术、茯苓、泽泻、桂枝等以益气活血、健脾利湿或酌加草乌、南星、泽漆以温化痰瘀,其效甚捷。其它如骨折后遗疼痛,关

节强硬或遇节气变化而致疼痛者,皆属伤折后余瘀未尽,或有风寒湿诸邪乘袭,筋脉气血未得疏通所致,可予舒筋活血,蠲痹通络内服,或配以薰洗、针刺、导引等而得效。四、筋骨并重、筋骨同治。由于骨折后必伤及于筋,特别是近关节或关节内骨折,多合并关节周围软组织的撕裂伤,临床中往往筋的修复较骨折的愈合更为缓慢。故先父在对骨折进行整复固定的同时,尚重视手法理筋,以利于关节筋膜的修复,且在夹缚换药之际,尤需时时摇转,接揉伤折之关节筋膜,力求达到“骨正筋柔”,且鼓励患者作有利的关节活动,故一般较少发生关节强硬、筋膜挛缩之后遗症。(以上方药请阅《中医杂志》(1):18,1985)

中西医结合治疗肠粘连 27 例临床观察

湖北省阳新县中医医院 陈 景 明

笔者于 1972~1984 年经中西医结合治疗手术后肠粘连 27 例,取得满意效果,现报道如下:

一、一般资料:27 例中男 18 例,女 9 例。小于 19 岁者 2 例,20~29 岁 4 例,39~49 岁 16 例,50~59 岁 4 例,59 岁以上 1 例。病程 1 年 2 例,1~5 年 21 例,6~10 年 3 例,10 年以上者 1 例。经一次手术粘连者 16 例,二次手术 8 例,三次手术 3 例,肠梗阻(坏死型)7 例,急性阑尾炎穿孔 6 例,胃穿孔 11 例,胆石症 3 例。27 例患者,术后均有慢性腹胀腹痛,咳嗽,伸腰时有牵扯痛等症状;剧烈发作时,腹部隆起或有明显的肠形,疼痛难忍,大汗淋漓,恶心呕吐,面色苍白,呻吟不已。每因剧烈活动,饮食不当,寒热不和或伤风感冒而诱发。

二、治疗方法:西药选用庆大霉素 24 万国际单位/日,5%葡萄糖盐水 1000 毫升/日静脉滴注,配以口服复方新诺明 1 克,每日 2 次。中药选用加味乌药汤:乌药、缩砂、木香、香附、玄胡、甘草。血瘀者加丹参、红花、桃仁、当归,气虚加黄芪、党参,痰湿加半夏、陈皮、苍术、厚朴。并配合使用香附、玄胡注射液,每日 2 次,每次各 2 毫升,混合肌注。

三、治疗结果:1. 疗效标准:显效:腹部平坦,无包块,腹痛消失,从事一般劳动 3 个月而无反复;好转:腹痛及牵扯痛减轻,腹痛的间隔时间延长;无

效:腹痛如前。2. 治疗结果:27 例患者中,显效 14 例,占 51.9%;好转 11 例,占 40.7%;无效 2 例,占 7.5%。总有效率 92.5%。

四、讨论:手术后引起肠粘连,是一种常见的严重的并发症,类似中医学的“关格”、“肠结”等病症。笔者主要是应用补液来纠正水电失衡,用庆大霉素与复方新诺明抗感染,按照中医辨证选用“加味乌药汤”(见《济阴纲目》),以行气止痛。方中乌药顺气降逆、散寒止痛,并能增强肠蠕动,促进肠道气体排出,达到止痛的目的;香附“能治一切气痛”有抑制平滑肌收缩和弛缓紧张的作用;玄胡根据现代药理研究含有 15 种生物碱成分,“能显著的提高痛阈,有明显的镇静、催眠、解痉(使肌肉松弛)、抑制胃液分泌和降低其消化力,还有中枢性的镇痛作用,是一味良好的止痛药”,赤芍除有较强的抑菌作用外,还能缓解肠痉挛引起的腹痛;诸药合用共奏温中理气,活血化瘀止痛之功。手术后肠粘连的诱发因素甚多,故应注意饮食调节,严防暴饮暴食,保持大便通畅,避免肠腔充盈胀气;并应避免剧烈劳动,防止腹压增加,以减少肠梗阻的机会发生;同时还应防止外感侵袭及精神刺激。

本文承石应龙、顾长庚两位老中医审阅,并提出修改意见,谨致谢忱。