

骨盆损伤的证治

郑州市骨科医院

吴念先

骨盆(古称臀盘)损伤系碰撞、挤压、跌扑等直接暴力所致的危笃病症。《医宗金鉴》载有十不治证,其中“肠伤断者;小腹下伤内者;证候繁多者;血出尽者;脉不实重者”此五者皆为骨盆损伤所固有。笔者通过多年临床实践,用中医药之治则,变不治为能治,现报导如下:

一般资料: 226例均属住院病人,其中男152例,女74例。年龄最小10岁,最大68岁,以18至25岁为最多。骶骨骨折12例,髂前上,下棘撕脱伤8例,单侧及双侧耻、坐骨骨折133例,耻骨联合分离15例,髋关节中心型脱位8例,骨盆弓前后骨折脱位合并腹膜后血肿32例,骨盆弓多处骨折或脱位合并休克及内脏损伤者18例。

辨证施治:

1. 骨盆弓外缘损伤型:

为无损于骨盆弓完整的骨折,如髂骨翼,坐、耻骨单枝,髌骨上,下棘,骶骨等骨折。证见局部疼痛,肿胀,皮下淤血,同侧髋关节活动受限,难负重。舌苔薄白,脉稍弦。施治:宗“只宜仰卧,未可翻卧,大动恐成损患”之原则,令病人仰卧3至4周,然髌前上、下棘撕脱伤需屈髋屈膝置位,坐骨结节撕脱伤则伸髋伸膝置位。尾骨骨折移位需肛门指诊复位。初期内服复元活血汤和加味承气汤加减化裁。

2. 骨盆弓损伤型: 包括骨盆前部的耻骨上下枝、耻骨联合损伤和骨盆前、后部的坐、耻骨上下枝合并髋髌关节脱位等多发性损伤。骨盆前损伤:证见会阴部肿痛,不能坐起,下肢运动受限,髋部外展其痛增重,挤压试验阳性。骨盆前、后弓同时损伤:证见骨折畸形明显,伤侧连同下肢向上移位,肢体短缩且外旋,骨盆分离和挤压试验均为阳性,腹膜后血肿,离经之血达1500至2000毫升,有时累及脏腑或导致晕厥。舌苔白腻,脉弦紧或细。施治:对骨折稍移位者髋部屈曲置位或沙袋挤压。对骨折脱位明显者施骨盆悬吊和下肢合力牵引。初服膈下逐瘀汤和增液承气汤化裁。中期服和营止痛汤等。

3. 伤腑型: 多由骨盆弓前、后部同时骨折所致泌尿系及直肠损伤。膀胱和尿道损伤,耻骨部有向会阴、直肠或下肢放射性疼痛。会阴肿胀及尿外渗现象,有腹痛,恶心呕吐和腹肌痉挛等急

性腹膜炎。尿液滞留体内,排尿困难,血尿或无尿等症。施治:以八正散和桃红四物汤加减化裁,尿道出血者服五淋散或小蓟饮子。直肠损伤则下腹部疼痛,有里急后重及腹膜刺激症状,甚者造成盆腔感染。以少腹逐瘀汤加槟榔、槐花、大黄等治之。

4. 晕厥型: (失血性休克)严重的多发性骨盆损伤使盆腔内脉络破裂出血,离经之血在损伤处和腹膜后形成血肿而发生晕厥。证见神志恍惚,烦躁焦虑,面色苍白,身出冷汗,低血压(高压降至80毫米汞柱,脉压差小于20毫米汞柱),少尿,呼吸困难,紫绀等症。舌苔紫绀少苔,脉细或扎,后期脉迟细。施治:积极进行抗晕厥治疗,迅速大量输液、输血,纠正低血容量。同时,适时地作牵引复位与固定术,以减少疼痛和损伤处周围出血。急服参附汤或生脉散及活血化淤之品,益气固脱或冲服田三七粉1.5至3g可止血。

疗效: 根据统一骨折愈合标准,治愈207人,好转15人,因他症中途转院4人。治疗时间6至8周。

典型病例: 李××,男,25岁,木工,住院号:851335,于1985年6月1日急诊入院,入院前两小时骑摩托车被同行汽车轧伤骨盆部。证见:面色苍白,额汗如珠,神志恍惚,烦躁,气短,呼吸急促,血压70%毫米汞柱。骨盆部有明显骨折畸形,腹痛拒按,腹膜后有拳头大的血肿,尿道口滴血,膀胱膨隆,排尿困难,会阴处淤肿。X线片示:耻骨联合分离合并右侧髋髌关节脱位。诊断:骨盆弓多发性骨折脱位合并失血性休克及尿道损伤。舌苔白薄,脉细数弱。证属:骨盆折伤,筋聚骨错,脉络破损,营血离经,恶血内阻,阴血暴亡,阳随血泄之症。急输液,输血后病情稍好转,然而,血压仍不稳定,四肢厥逆,急用参附汤和圣愈汤化裁:红参10克,附片9克,当归15克,生熟地各20克,川芎12克,黄芪30克,水煎服,二剂后血压稳定,四肢转温,然少腹胀痛,淤血流注,腑气不通,脉细弱,遂用生脉散和少腹逐瘀汤加减化裁:党参20克,寸冬15克,五味子10克,黄芪30克,当归15克,川芎12克,赤芍20克,西茴9克,干姜5克,元胡10克,没药6克,肉桂4克,蒲黄10克,鸡血藤30克,川军9克,柴胡12克,枳壳10克,香附12克,甘草10克。三剂后,晕厥基本纠正,淤肿渐消,唯小便淋漓不畅,少腹胀满,身发热,证属:膀胱湿热兼挟淤滞,气化失司,蕴阻下焦,遂以八正散和桃红四物汤加桂枝、乌药、川牛膝治之。又宗“欲合先离,离而复合”之旨,用悬吊和骨牵引术而善其后。

讨论: 1. 骨盆有保护盆腔脏器,连接躯干和下肢,传递重力,有利于下肢运动等功能。诸肾

提 按 摇 摆 叩 击 法

治 疗 胫 腓 骨 中 下 段 骨 折 77 例 报 告

湖南株洲市中医伤科医院 蔡玲秀

胫腓骨骨折占全身骨折的发生率为13.7%。^[1]但是由于胫骨中下三分之一交界处，是三棱形和四方形骨干的移行部，比较细弱，为骨折之好发部位，^[2]又因胫骨中段以下骨折，往往因局部血液供应不良，临床上较易发生迟缓愈合和不愈合。^{[3][4]}我们在治疗此类骨折时抓住手法复位首要环节——采用提按摇摆叩击法，临床观察77例无迟缓愈合和不愈合，全愈和显效为88.31%，好转为11.69%。

现将疗效分析报告如下：

临床资料

本组77例中男57例，女20例。年龄：1—10岁14例，11—20岁23例，21—30岁11例，31—40岁11例，41—50岁7例，51—60岁7例，61岁以上4例。

诊断标准

1. 胫腓骨中下段处有肿胀压痛，骨擦音，畸形及异常活动，下肢功能丧失。
2. X光摄片检查：胫腓骨中下段骨折呈现二种类型：稳定性（包括横断、嵌插、青枝骨折等型）和不稳定性，（包括螺旋、斜面、多段粉碎骨折等型）。

治疗方法

一、手法复位：采用提按摇摆叩击法整复，病人取仰卧位，膝关节屈呈150度—160度，一助手用肘关节套住患肢膝髌窝部，另一助手握

住患肢足踝部，在对抗牵引3至5分钟时，先矫正重叠及成角畸形，按胫腓骨中下段骨折向外向后移位的规律，术者立于患肢的外侧，面对患者，用两手指放在骨折近端前侧，其余四指环抱小腿后侧提远端向前，纠正向后移位；同时两拇指推近端向外，余手指拉远端向内，纠正向外移位。先胫骨后腓骨。再用双手分别控住骨折的远近折端，沿纵轴方向轻微地向前后左右摇摆，可闻及骨擦音逐渐消失，再叩击跟骨至骨折端有恢复支柱作用的稳定感。如若为斜面形、螺旋形等不稳定型骨折可宜慎用或不用。

二、固定方法：（1）器材：夹板五块、纸压垫、绷带、棉垫、布带四根、消肿止痛膏。（2）固定方法：骨折复位后，在维持牵引下，术者两手控住骨折部，先敷以消肿止痛膏，用绷带缠绕数圈，然后放置棉垫和夹板，其中内外侧夹板在足跟下方作超踝关节固定，再用纱布带先捆中间二道，后捆两端。

疗效情况

- 一、疗效分级：
 1. 全愈：骨折对位对线及功能恢复均好，可完全恢复原来工作。
 2. 显效：骨折对位达三分之二，对线好，功能恢复可坚持原来工作。
 3. 好转：骨折对位只达三分之一，并有10度以内的成角弧度，功能基本恢复。只能坚持轻工作。
 4. 无效：骨折对位对线与治疗前无变化。
- 二、疗效分析见附表：

肌附，筋肌丰满，肌力强大，一旦罹伤则筋聚骨错，合并症繁多，死亡率占骨损伤之第三位，所以是一种特殊而严重的损伤。它既有皮肉筋骨之外损，又有气血、经络、脏腑之内伤。该损伤可直接触及肚腹和腰背，形成腹膜后巨大血肿影响邻近之脏腑。冲任督三脉之起点皆循于骨盆部，当损伤时则经络运行阻滞，经脉失常，故骨盆损伤也应属内伤范畴。

2. 当骨盆严重损伤时，构成松质骨的骨断端，盆腔静脉丛，盆腔壁软组织、血管、内臓器官等，脉络破裂出血，在损伤处和腹膜后形成血肿，淤血约达2500毫升，造成亡血晕厥。宗“有形之血不能速生，无形之气所当急固”之旨，先予独参汤以救晕厥。如不效，则遵循“治血必先

理气，血脱必先益气”之则，继用生脉散并重用黄芪施治。当晕厥纠正时，在上方基础上加入活血化淤之品及血肉有情之虫类药，以清除淤血，拔其病根，使血循经络，达到不止血，而血自止，正所谓“失血何根，淤血即其根也”之义。以免留淤之弊，使病人精、气、神尽快恢复。

3. 三焦号曰中清之府，总领五脏六腑，营卫经络之气，又为决渎之官，水道出焉。当膀胱、直肠受损，二便失司，湿热之邪乘虚而入，蕴结于下焦，兼挟淤血为患，淤邪胶结，热毒内盛，辄致壮热，阴液过耗，其证甚急，待清湿热则淤不行，专消淤血则湿热难去，需化淤行水并进，则二便通利自行，壮热自退，故治此病要从三焦入手，尤重下焦，效如鼓桴。