

中医辨证分型治疗骨折迟缓愈合

安徽中医学院附属医院 (230031) 方萑芷 丁 钙

笔者近年对骨折迟缓愈合按照中医辨证论治的原则进行分型施治, 疗效满意, 现将资料较完整的 24 例小结如下。

临床资料

本组 24 例中男 15 例, 女 9 例; 年龄 14~71 岁; 肱骨干骨折 8 例, 尺桡骨骨折 6 例, 腕舟骨骨折 4 例, 胫腓骨骨折 4 例, 踝部骨折 2 例; 闭合性骨折 19 例, 开放性骨折 5 例; 横断骨折 12 例, 斜形骨折 9 例, 粉碎性骨折 3 例; 骨折对位对线良好者 14 例, 较差者 10 例; 手法整复小夹板或石膏托固定 22 例, 手术切开整复钢板螺钉内固定 2 例; 从断伤到开始本法治疗的时间为 90~123 天。本组病例就诊时骨折局部均有明显压痛, 纵轴叩击痛和异常活动, X 线片示骨折线清晰存在, 无骨痂生长或虽有少量骨痂但无连续骨痂通过骨折线。

分型与治疗

1. 肾虚血弱型: 共 6 例, 年龄均在 47 岁以上, 形体多瘦弱。临床表现为断伤处常感酸楚, 瘀肿不显, 检查有压痛, 纵轴叩击痛, 远端肤温低于近端, 面色少华, 腰膝酸软, 神疲乏力, 舌质淡, 脉沉细, 尺脉尤甚。治取温补肝肾, 益气养血。方用愈骨 I 号 (自拟方) 加减: 熟地 10g 鹿角片 10g (先煎) 续断 15g 补骨脂 10g 黄芪 15g 当归 10g 白术 10g 肉苁蓉 10g 怀牛膝 15g 桂枝 8g。

2. 瘀血痹阻型: 共 15 例, 其中 11 例曾经过多次手法整复, 2 例系切开复位内固定。患者全身症状表现不一, 但伤处瘀肿, 肤色紫暗, 局部疼痛、压痛、叩击痛明显, 舌质有紫点或紫斑, 脉沉涩。治宜活血化瘀为主, 方取愈骨 II 号 (自拟方) 加减: 黄芪 20g 地鳖虫 10g 血竭 5g (研冲) 苏木 10g 赤芍 10g 路路通 10g 莪术 10g 桃仁 10g 鹿角片 10g (先煎)。

3. 湿瘀互阻型: 共 3 例, 均为胫腓双骨折, 胫骨延缓愈合。患者形体较肥胖, 其伤处肿胀久不消退, 触之厚韧, 按之凹陷, 重按疼痛, 局部酸胀或痒如虫爬, 皮色不变或紫红亮泽, 全身症状每表现为肢体困重, 胸脘痞闷, 舌质晦暗, 苔厚腻, 脉沉缓。治以健脾化湿, 活血通络为法, 方用愈骨 III 号 (自拟方) 加减: 白术 10g 苡仁 30g 茯苓 15g 桂枝 8g 地鳖虫 10g 血竭

5g (研冲) 地龙 10g 川牛膝 10g 陈皮 8g 枳壳 8g。

治疗结果

本组 24 例按上述分型内服中药, 每日 1 剂, 骨折处皆取夹板外固定, 并辅以切合病情的功能锻炼, 结果均达到高等医药院校教材《中医伤科学》^[1]所拟骨折临床愈合标准, 获临床愈合。肾虚血弱、瘀血痹阻、湿瘀互阻 3 型服药后骨痂开始生长时间分别为 21~42 天 (平均 34 天)、14~35 天 (平均 26 天)、28~42 天 (平均 37 天), 达到临床愈合的时间分别为 68~123 天 (平均 92 天)、56~91 天 (平均 73 天)、74~89 天 (平均 81 天)。

典型病例

孙××, 男, 41 岁, 菜农。患者于 1990 年 4 月 6 日因钝器撞击致左肱骨干中 1/3 横断骨折, 伤后当天由某医院行手法整复夹板固定, 后因 X 线摄片复查发现对位不佳, 又先后 2 次整复固定。此后多次 X 线透视和摄片检查, 见断端仍分离约 1/3cm, 无骨痂生长, 骨折线清晰, 7 月 12 日来我院就诊。检查: 局部轻微肿胀, 皮色紫暗有瘀斑, 压痛, 纵轴叩击痛阳性, 舌边尖有紫点, 脉象沉涩。遂按瘀血痹阻型论治, 予愈骨 II 号方。3 周后局部瘀肿渐消, 已无痛感, X 线复片示断端开始有骨痂生长。原方去莪术、桃仁, 加续断、当归, 继续服用 40 剂后, X 线复片显示骨折线模糊, 骨痂适中并有连续骨痂通过骨折线, 已达到临床愈合标准。

讨 论

在对骨折迟缓愈合运用分型施治之法前, 笔者于 1987~1988 年曾以夹板外固定并内服益气血、补肝肾方药治疗上肢或下肢骨折迟缓愈合 9 例, 治疗除适时调整夹板松紧度以保持固定确实可靠外, 每日内服中药 1 剂, 基本方: 黄芪、党参、当归、熟地、续断、怀牛膝、龟板、鹿角片。治疗结果仅 5 例获愈。由此可见, 治疗骨折迟缓愈合, 在明辨辨证的基础上进行分型论治, 其疗效明显优于固守一法一方。

综观本组 24 例中肾虚血弱型 6 例, 骨折迟缓愈合的原因在于其自身体质虚弱, 修复机能低下。根据损伤与脏腑、气血的关系及临床所见, 系属肝肾不足, 气血虚弱。因而治疗取补肝肾、益气血为法, 以使肝肾精气旺盛, 气血充盈畅达, 骨生髓长。愈骨 I 号方乃基于上

述治法之旨择药配伍而成。

然就临床观察，多数骨折迟缓愈合系由于治疗欠当，诸如整复手法粗暴、反复牵拉复位、固定不确切使断端再分离，如是不仅造成骨膜和软组织损伤加重，更使局部血肿扩大，血运障碍，血供不良，直接影响骨痂形成。这类病例属瘀血痹阻型，损伤局部多有明显血瘀凝聚的表征，并可反映在舌质、脉象的变化上。本组有 15 例属此型，其中 11 例系由他院久治不愈转来我院。由于该证型属蓄瘀实证，笔者所立活血化瘀为主的治法，旨在祛除蓄瘀。顺畅血行，改善局部血运，促进骨痂生成。据此立法拟定的愈骨 II 号方，取地鳖虫、血竭、苏木、赤芍、莪术、桃仁、路路通攻瘀活血通络；黄芪益气且其性走而不守，寓气行则血行之意；鹿角乃血肉有情之物，功擅补肝肾而壮筋骨、益精髓，与以上诸药合用，可收瘀祛新生、精气旺盛、气血运行敷布顺畅、促进断骨续接之效。

本组湿瘀互阻型 3 例，就其病史和临床表现分析，

皆与患者体质的特异性有关，即素体脾弱运差，痰湿偏重，伤后痰湿与局部瘀血交凝，致经络瘀阻，气血壅塞，导致骨折迟迟难以愈合。就此证所立愈骨 III 号方，针对其本虚标实的病理特征，以白术、苡仁、茯苓健脾运湿，伍入陈皮、枳壳、桂枝理气散结而宣化痰湿，地鳖虫、血竭、牛膝、地龙祛瘀活血、续筋接骨。如此配伍标本兼顾，湿瘀并治，用于湿瘀互阻型骨折迟缓愈合实属相宜。

需要指出的是，为了确保以上分型论治的效果，服药期间应定期进行 X 线摄片等复查，并密切注视病情变化，随时检查、调整夹板固定的松紧度，以保持固定确切可靠，还应视不同阶段的需要，指导病人进行合适的功能锻炼。

参考文献

1. 岑泽波，主编. 中医伤科学. 第一版. 上海科学技术出版社, 1985: 66~67.

(收稿: 1994-12-12; 修回: 1995-08-01)

髂骨牵引配合股骨髁上牵引治疗莫耳盖尼骨折

河南省中医院 (郑州 450002) 孙永强 闫占民*

骨盆环前后弓双重垂直骨折或脱位，称莫耳盖尼骨折，为严重的不稳定型骨折。我们自 1986 年以来，采用髂骨牵引配合股骨髁上牵引治疗，临床疗效满意，现报告如下。

临床资料

本组 24 例中男 19 例，女 5 例；年龄 17~67 岁；皆为不稳定型骨折，伴有尿道损伤 5 例，膀胱损伤 3 例，髌臼骨折 2 例，还伴有四肢及脊柱骨折 9 处。

治疗方法

患者入院后，如检查骨盆有损伤，应首先拍摄骨盆正位、斜位、入口位相片，以诊断骨折的类型。合并有脏器损伤，应立即急诊处理。然后再应用本疗法。髂骨牵引的进针点是在髂前上棘后约 2cm，离髂骨内缘 1.5cm 处。先在进针点和髂骨的内外侧骨膜行浸润麻醉，用直径 2.5mm 克氏针，从进针点刺入皮肤后，紧贴髂骨内面，在距髂嵴约 1.5cm，顶住髂骨，用骨钻钻入并逐渐压低针尾，钻透髂骨穿出皮肤后将克氏针握成环状。常规进行股骨髁上穿针，分别系上牵引绳，在床边的横梁上放置滑轮，根据骨折端移位的多少以及

旋转及嵌插情况，决定牵引重量，一般牵引重量为 4~8kg，股骨髁上牵引重量为 8~12kg。牵引期间应定期拍摄 X 线片，必要时采用手法和及时调整重量，使骨盆环达到正常，约 6~7 周，临床检查骨盆挤压分离试验阴性，可拔出两处牵引针，扶双拐下地功能锻炼。

随访结果

参照中西医结合疗效标准^[1]：优：行走 5 公里以上无痛苦，无下腰痛和跛行，可坚持体力劳动，X 线复查骨盆环达到解剖复位。良：行走 5 公里有轻微下腰痛，轻度跛行，可坚持一般劳动，X 线复查骨盆脱位或髂骨骨折错位在 0.5cm 以下。可：行走在 2 公里以下，常有下腰不适感，跛行，坚持一般劳动有困难，X 线复查骨盆骨折错位在 0.5cm 以上。本组 24 例，随访 22 例，平均随访时间 34 个月，其中优 16 例，良 4 例，可 2 例。

讨论

莫耳盖尼骨折为严重不稳定型骨折，多合并失血性休克，或尿道断裂、膀胱破裂等脏器的损伤。临床除采用常规抗休克及尿道会师，膀胱修补、造瘘等治疗方法外，治疗骨折大多采用手法整复加股骨髁上牵引，双

* 河南洛阳正骨医院