

骨科发展过程中的中西医结合

孟和

(中国中医研究院骨伤科研究所,北京 100700)

中国医学,有其独特的发生发展规律,由于近 300 年来,欧洲通过文艺复兴、工业革命发生了翻天覆地的变化,而中国却未能与世界同步,逐渐沦为半封建半殖民地的国家,历经战乱、灾荒与封建割据,民不聊生,岂能有时间和精力去研究医学;又由于对外政策上,实行闭关锁国,不肯接受外国先进技术与文化,因此,知识与文化的交流处于停滞时期;另一因素,虽然国势日渐衰微,但仍自称中国,以我为中心,以文明古国自居,不肯睁眼看已发生了巨大变化的世界,不能与世界科学和文化同步发展,常以“地大物博”自居,还掩耳盗铃、自欺欺人地愚弄国民,这就使原本很先进的中国医学,因缺乏与世界先进医学接触沟通的机会,便以其本来的面貌保留至今,所以发展严重滞后。

中西医结合是中国医学在特殊时代之特殊现象。虽然也有些先哲写出《医学衷中参西录》、《医林改错》等著作,对中西医结合有过良好的愿望与尝试,但必竟个人行为,无法形成力量。在本世纪 50~60 年代,我国政治、经济、文化、环境较为稳定,也有很大的发展。医学界的一批有识之士,开始了中西医结合的探索之路。在内、外、妇、儿各科随之掀起了一股热潮,都取得了一定的成果。这种尝试对医学发展是一种贡献,可是好景不长,随着 70 年代的文化浩劫、文化的饥荒,中西医结合研究工作也一哄而散,能坚持者仅有少数学科,骨科是其中之一。几十年来基础理论研究及临床实践证明,只要持之以恒,就能取得成果,就能对中国医学乃至世界医学有所贡献。

骨科是一项“技术”性较强的专业,以“手工”操作为主,它涉及人体其他系统及基础医学分支学科较少,主要是应用解剖学知识与借助 X 线的检查。曾轰动一时的中西医结合治疗骨折,就是继承中医手法正骨、小夹板外固定,形式上虽无多少改变,但注入了解剖学知识与切开复位经验,使骨折在治疗的范围上发生了很大的变化,疗效提高了,疗程也相应地缩短了。

70 年代时,由于我国生物力学研究的不断深入与发展,世界医学模式由传统的生物医学模式向生物-心理-社会医学模式的转变以及改革开放的进程的加快,为适应疾病谱的改变,发展起来的骨科复位固定器疗法,提出有限手术弹性立体固定的理论,不仅对骨折治疗有了新的理论和方法,在治疗范围、疗效等方面都有了很大提高,疗程有了缩短,在矫治畸形骨病方面也有很大发展,这是与世界医学同步发展的结果。

医学是人类共同财富。中国医学只有与现代医学同步,才能进入世界医学领域;只有融入世界医学激流之中,才能更好地为人类健康事业服务,才是中国医学的出路所在。固步自封,过多地回忆过去,不重视开拓进取,不同世界医学接轨,裹足不前,在这样的信息时代,是不会有好出路、有新的发展的。发展才是硬道理。

中国骨折复位固定器疗法的问世是骨科中西医结合的产物,随着这一疗法的推广普及,加上对肢体畸形的矫正与骨病的治疗,其经济效益较为可观。更何况我国中西医结合所走过的路及其能屹立于世界医学之林所产生的社会效益呢?!

老卫生部长钱信忠先生对中国骨折复位固定器疗法一书的题词:“中国骨折复位固定器疗法是研究骨折后的病理变化,以生物力学为基础,又以材料科学与医疗器械的成就并总结中西医临床经验研制成功的,将为骨折患者健康服务”,这更充分地肯定了中西医结合骨科发展所走过的历程。“内因是主要的,外因通过内因起作用”,医学也不例外。医学的发展有它自己内在的自然规律,外部环境也是发展的重要条件。在历史上,许多有利的外部因素促进了医学的发展,起到了重要的作用。譬如手法复位小夹板治疗骨折的发生发展得到了钱信忠部长的关心与支持……。但不适当的外部条件却往往事与愿违,影响其自然发展过程,甚至带来负面的效果。

前卫生部长陈敏章曾提出:“继承不泥古,发扬不离宗”,对中国医学科学发展有很重要的意义。

在当前现代科学技术(包括医学)正处在飞速发展的今天,作为中国骨科工作者亦是亦步亦趋紧跟西方医学之后,是很难创出新路,超过西方的,要想超过西方,要求新、求发展就应结合我国人口众多,历史悠久的同时,更要应用现代科学技术(包括现代医学)的成就,为我所用,才是捷径。只要医务工作

者齐心协力,踏实工作,按照中西医结合的光明大道走下去,中国医学(包括骨科)就一定不会对人类健康事业作出新的贡献。

值此新世纪开端,在科学技术作为第一生产力,且日益受到重视的今天,撰写此文,以期对中国医学的发展之路进行探索。

(收稿:2001-01-03 编辑:李为农)

短篇报道

“L”形钢板内固定治疗股骨远端骨折

江德高¹ 姜世平² 钟文可¹ 张毅² 陈宏贤¹ 吴伟生¹ 何建飞¹

(1. 武警广东边防总队医院,广东 深圳 518029;2. 第四军医大学西京医院,陕西 西安)

我们自 1994 年以来,采用“L”形钢板内固定治疗股骨远端骨折 54 例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 54 例,男 38 例,女 16 例,年龄最小 15 岁,最大 68 岁,平均 35 岁。闭合性骨折 46 例,开放性骨折 8 例。骨折类型:按 AO 分型,A₁ 型(髌上横形骨折)20 例,A₃ 型(髌上粉碎性骨折)18 例,C₁ 型(髌间“Y”形骨折)12 例,C₃ 型(髌间粉碎性骨折)4 例。其中合并 动静脉离断 1 例,合并同侧股骨颈骨折 1 例,合并胫骨骨折 2 例。

2 手术方法

以 C₁ 型髌间“Y”形骨折为例,取膝前外侧切口,显露骨折端,整复骨折,屈膝 90°,于髌股关节间隙穿入第 1 根克氏针,标明膝关节轴线,于股骨内外髌前方穿入第 2 根克氏针,标明髌股关节倾斜度。确定钢板刀刃座位后,开槽,将刀刃击至对侧骨皮质。刀刃方向在正位像上平行于第 1 根克氏针,在轴位像上平行于第 2 根克氏针。如定位准确,刀刃完全击入后,钢板部应紧贴骨干。靠近刀刃部第 1 螺孔用一个骨栓横向加强固定髌间骨折,依次上螺钉固定近折端。对于严重粉碎性骨折取自体骨髓内和骨断端间移植。本组有 28 例进行植骨。术后根据骨折部稳定程度,决定是否采用长腿石膏托外固定,本组有 6 例术后行长腿石膏托外固定。对固定可靠者,术后第 2 天就鼓励病人练习股四头肌收缩,术后 1 周用 CPM 行膝关节功能锻炼。

3 治疗结果

本组 54 例,50 例获得随访,时间为 6 个月~3 年,平均 1 年 4 个月。随访 50 例骨折均获得骨性愈合。按邱广义等^[1]的疗效评判标准,优 33 例,良 12 例,可 3 例,差 2 例,优良率为 90%。2 例疗效差者,1 例为严重 C₃ 型髌间粉碎性骨折,1 例为合并腘动静脉损伤。

4 讨论

4.1 “L”形钢板内固定治疗的优点 “L”形钢板是一块整体

性材料,强度与加压钢板相同,钢板与刀刃的夹角为 95°,并有一向外的弧形突起,符合股骨远端的解剖结构,具有抗弯、抗扭、抗剪力等作用^[2,3],能恢复股骨远端的解剖力线及生理角度,充分控制骨折远端向后及向外成角移位。其内固定强度较其它材料坚强,术后一般不用外固定,可早期使用 CPM 行膝关节功能锻炼。

4.2 使用“L”形钢板内固定要注意的几个问题 在应用“L”形钢板内固定术前,要常规摄健侧股骨包括膝关节正位像,按健侧股骨髌上的弧度来预弯适当长度的“L”形钢板,以防止术后成角畸形,造成膝内外翻。对于闭合性骨折,术前应常规行骨牵引 1 周左右,以利术中准确复位。术中准确确定刀刃入口的位置和刀刃击入方向是内固定效果好坏的关键。入口应位于股骨干轴线前方,即距膝关节面、髌骨及侧副韧带止点各约 1.5cm 处,其长轴应与股骨干轴线垂直。刀刃击入方向应平行于膝关节面及髌股关节面。对于粉碎性髌间骨折,在击入刀刃时,为防止骨折块分离,最好选用大号骨折固定器将股骨髌临时固定,同时,助手在对面施加相应对抗力。术中争取一次将刀刃准确击入,如反复插取,易使刀刃部松动。对于严重粉碎性骨折,术中应常规取自体骨髓内和断端间移植,以防止术后肢体短缩和骨不愈合。早期锻炼是恢复膝关节正常功能的关键。使用“L”形钢板内固定一般不需外固定,因此术后第 2 天就鼓励病人练习股四头肌收缩,术后 1 周使用 CPM 行膝关节功能锻炼。

参考文献

- [1] 邱广义,刘植珊,高建章,等.“L”形钛钢板在近膝关节骨折的应用.骨与关节损伤杂志,1992,7(2):94.
- [2] 陆裕朴,胥少汀,葛宝丰,等.实用骨科学.北京:人民军医出版社,1991:671.
- [3] 何汉京,吴彪,李铁锋.“L”形钢板内固定治疗股骨髌上骨折 22 例体会.骨与关节损伤杂志,1998,13(6):361.

(收稿:1999-10-25 修回:2000-08-20 编辑:程爱华)