

中西结合

中西医结合治疗桡骨远端骨折173例观察

四川省人民医院中医骨科 竹丰良 田正富 涂玉健

桡骨远端骨折是骨科临床最常见的损伤。自一九七五年五月至一九八三年九月，我科治疗桡骨远端骨折173例，取得了一定效果。现报告如下。

临床资料

一、一般资料：

男性78例、女性95例，男与女之比为1比1.2，左侧108例（62.4%），右侧65例（37.6%），左与右之比为2.1比1。年龄最小2岁，最大85岁，平均年龄43.5。

表一 桡骨远端骨折分型

骨折分型		例数	合计	百分率%
伸直型	碎裂	13	167	96.5
	移位	111		
	无移位	43		
屈曲型	碎裂	2	6	3.5
	移位	4		
	无移位			

二、合并损伤：

本组病例跌伤较多，桡骨远端骨折合并尺骨骨折（尺骨茎突较多）22例，开放性骨折1例，肱骨外科颈骨折1例，掌骨骨折1例，波及关节面19例。

治疗方法

对桡骨下端骨折，我科根据祖国医学的传统方法，按中医的整体观念，辨证施治。采用整复固定，功能锻炼，坚持动静结合，内外兼治，筋骨并重的治疗原则。

一、整复

1. 麻醉：不论斜形、横形、粉碎型、螺旋形、纵形、“Y”型“T”形，单骨折或双骨折等，整复前患者均取坐位或仰卧位，以1%—2%的普鲁卡因作血肿内浸润麻醉，对普鲁卡因过敏者改用利多卡因，待5分钟后，施行徒手整复。

2. 手法：

（一）摸法：即手摸心会，要求医者手法轻柔，准确、细致，即整复前细心触摸患部，加深体会，“先轻后重，由浅及深，从远到近，两头

相对”。辨清骨折部位及类型，结合X片提示，拟定整复手法及治疗方案。终了时可结合X片，检查患部是否四方平整连续。

（二）拉法：即拔伸牵引，按照“欲合先离、离而复合”的原则，通过对抗牵引，克服肌肉之张缩力，矫正骨折重叠，成角畸形，恢复其肢体原来长度，同时按照整复的步骤改变牵引方位、牵引的大小根据肌肉抗力的大小，骨折类型等局部变化，总之因病人而异，轻重要适宜，牵引力要求持续稳准，切忌阵发性暴力牵引。方法：患者坐位或仰卧位，肩外展30—40度肘关节，屈曲前臂中立位或旋前位，持续对抗牵引3—5分钟，感到骨折端有松劲，重叠畸形基本矫正。

（三）推挤法：矫正侧方移位或前后移位。术者一手握住骨折近端向桡侧推挤，另一手握住骨折远端向尺侧推挤，矫正骨折远端向桡侧移位。

（四）折顶法：一般移位不严重的用推挤法矫正掌背侧移位，术者两拇指顶压远折端背侧向掌侧向下推按，两手食中环指环抱近折端的掌侧向上端提，掌背移位基本上可以矫正。若重叠严重，经牵引不能矫正者，在推挤手法的基础上，加大掌侧成角，并用力向上提，助手把手腕关节拉向尺偏斜及掌侧屈曲位。但粉碎性波及关节及年老者不宜此法。

（五）理顺筋络：骨折移位完全矫正。外形恢复正常后，在助手维持牵引下，用手指按摩局部，顺骨寻筋，理顺经络，肌腱、韧带及下尺桡关节，使之恢复正常的位置。

屈曲型整复手法与伸直型相反，在矫侧正方移位的基础上，两拇指顶压掌侧骨折的远端向背侧推挤，余四指环抱背侧骨折的近端向掌侧挤压，助手使腕关节背伸并桡偏，掌背侧移位基本达到矫正。

二、固定

整复后取柳木夹板四块——背侧板（14×（5.5×6）×0.25厘米）掌侧板（12×（5.5×6）×0.25厘米），桡侧板（14×2.6×0.25厘米），尺侧板（12×2.6×0.25厘米）。其中伸直型背侧板超关节2厘米，屈曲型掌侧板超关节3厘米，尺桡侧板根据骨折类型放置适宜。纸压垫的放置：伸直型骨折远端背侧放横垫，近端掌侧放置一平垫；屈曲型与伸直型相反放置。绷带缚扎3—4圈，鸡肠带三条分上、中、下捆夹板，扎带的松

紧以上下移动1厘米为度，前臂保持中立位，用纱布或三角巾悬吊胸前，屈肘90度固定。

三、药物治疗

药物辨证施用，内外兼治，是祖国医学骨伤特点之一。

(一) 外用药：对骨折初期的外用药，根据患肢肿胀情况，如肿胀严重外敷活血散，隔日一次，4—6次即可消肿。活血散处方为：

乳香15克 没药15克 血竭15克 贝母15克 羌活15克 木香6克 厚朴9克 川乌3克 草乌3克 白芷24克 香附15克 甲珠15克 独活15克 续断15克 豹骨15克 川芎15克 木瓜15克 肉桂9克 当归24克 炒小茴9克 煅然铜15克 紫荆皮24克(碾细末即成)。

骨折后期即解除固定后熬药熏洗患处：

洗方一：当归12克 赤芍10克 灵仙10克 加皮10克 牛夕10克 艾叶15克 透骨草15克 (加姜、葱适量煎水熏洗患处)。

洗方二：灵仙12克 千年健12克 钩藤12克 苏木15克 荆芥12克 透骨草15克 刘寄奴15克 宽筋藤15克。(煎水熏洗患处，每日1—2次)。

洗方三：川椒9克 桂枝12克 细辛5克 独活12克 艾叶15克(煎水熏洗患处，每日1—2次)。

(二) 内服药：七厘散 云南白药

1. 活络丸：(处方略) 早晚饭后各服一粒，每粒0.3克。

2. 跌打药酒：早晚各服一次，每次20毫升。

处方：当归15克 赤芍15克 红花6克 桃仁9克 木瓜9克 木通9克 秦艽12克 杜仲12克 故纸12克 甲珠9克 牛夕9克 乳香9克 没药9克 松节12克 海马3克 广皮9克 玄胡9克 加皮12克 竹七12克 香附12克 厚朴12克 苡仁12克 川芎9克 苍术12克 防己12克 独活12克 豹骨12克

3. 内服煎剂：按骨折三期用药方法

早期(伤后1—2周内)以活血化瘀消，肿止痛为主。

处方：桃红四物汤、活血祛瘀汤，和营止痛汤任选一方加减。

中期(伤后2—4周内)以接骨续筋，舒筋活血为主。

处方：续筋丹、正骨紫金丹、四物汤、补肝汤、活络丸等。

晚期(伤后4周以上)以培补气血，滋养肝肾为主。

处方：八珍汤、六味地黄汤、补肾壮筋汤、参苓白术散等。

三期用药之间并无明显界限，宜灵活处理，活血化瘀则必须贯穿始终，只是用量大小，先后主次应予注意，勿犯虚虚之戒。

四、按摩与功能锻炼

骨折后，由于夹板固定，动作必将受到限制。我们主张适度的按摩和适时的功能锻炼，是治疗骨折的重要措施之一。根据治骨原则，采取整复、固定、辨证用药等措施后，功能锻炼的目的在于使肢体活动，改善血循环，又不影响骨折固定。因牢固而有效的固定是肢体活动的基础；而合理适时的活动又是加强固定的必须。在小夹板外固定的力点作用下，在一定程度上，其固定是相对的，若活动得当，原先复位遗留下的断端间残余成角及背侧方移位，尚可在固定下逐步得以矫正。因此，固定与活动是对立的统一，而功能锻炼则应贯穿于整个治疗过程始末。

功能锻炼的形式：主要包括自动与被动方法，以自动为主，待麻醉消退后，鼓励患者加强自动功能锻炼，只要有利于骨折愈合的活动要加强锻炼如握拳，伸屈掌指关节，伸屈肘关节及肩关节内收外展上举后伸等活动。不利于骨折愈合的活动则严加防止，如伸直型背伸桡偏活动，屈曲型掌屈尺偏活动。

治疗效果

疗效评定：分为优、良、可、差四级。

优：骨折对位对线好，功能完全正常。

良：骨折对位对线较好，功能基本正常。

可：骨折端有轻度畸形，偶有酸胀疼痛。

差：骨折对位对线不良，未矫正移位成角畸形，功能部分受限。

表二 桡骨远端骨折治疗效果

项 目	优	良	可	差	合计
例 数	131	24	13	5	173
百分率 %	75.7	13.9	7.5	2.9	100

体 会

在治疗173例桡骨远端骨折中，我们遵循中医骨伤科传统和杜氏伤科的特点，做到“三要一勤”即治疗结合手法为要，用药以对症为要，固定以起作用为要，勤检查。骨折整复后，一般1—2周内每2—3天复诊一次，以达到及时处理，散瘀消肿止痛。根据肿胀的消退情况，给予辨证施治，内外用药，并再施手法矫正残余成角移位。桡骨下端骨折治疗目的，要求骨折端相互靠拢，并保持在良好的对位中愈合。我科采用闭合手法复位，小夹板固定，结合早期功能锻炼，获得比较满意的效果。但有四例于受伤后半月余就诊，X片提示已有少量骨痂生长。整复固定未矫正畸形移位，功能较差。另一例整复固定、透视复查对位尚可，但未定期复查，以致愈合不良，功能亦差。

表三 病 例 介 绍

	姓名	性别	年龄	病因	症 状	治疗方法	愈合日数
例一	白××	女	29岁	骑自行车跌伤	左腕肿胀, 餐叉畸形, 桡骨下端骨折, 旋转背、移重叠	局麻牵引手法复位夹板固定	30天
例二	潘××	女	53岁	走路跌伤	右腕肿胀, 叉样畸形、柯氏骨折, 背移折线波关节面	同上	35天
例三	徐××	男	13岁	树上不慎摔伤	右腕肿胀, 银叉畸形, 桡远骨骺分离、桡移、重叠, 下关节分离	同上	31天

从治疗开始, 强调动静结合, 在患处配合手法, 适时按摩与自动功能锻炼。解除固定后, 加强腕关节的功能锻炼, 如此能改善肢体血运, 促进骨折愈合及关节功能早期恢复, 并有助于关节面的塑造, 避免关节僵硬及外伤性关节炎的发生, 从而获得比较满意的效果。

参考资料

- 一、杜自明《中医正骨经验概述》北京中医研究所1961年。
- 二、郑怀贤《伤科诊疗》人民体育出版社

1975年7月。

三、武汉医学院第一附属医院编《中西医结合治疗骨与关节损伤》人民卫生出版社1973年。

四、尚天裕《中西医结合治疗骨折的成就》中华骨科杂志1981年, 129。

五、林如高《正骨经验》福建人民出版社1978年1月。

六、北京中医学院附属医院编《刘寿山正骨经验》人民卫生出版社1966年。

七、刘伟俊等《骨伤科常见疾病》四川人民出版社1979年9月。

针治致密性骶髂关节炎 8 例

苏州市中医医院 严金保 刘家华

近年来, 我们对收住入院的 8 例致密性骶髂关节炎病例采用深刺、温灸加拔罐的方法进行针治, 收到了较好的效果, 现报道如下。

临床资料 男 1 例, 女 7 例; 年龄最小 27 岁, 最大 56 岁; 病程最长 5 年, 最短 4 个月; 平均住院天数 34.7 天。

体征及诊断 腰骶部酸痛, 并向一侧下肢放射, 活动受限。体检腰椎压痛, 骶髂部叩击痛, 腰肌紧张, “4”字征阳性, 患侧直腿抬高试验阳性, 血沉降低增高或正常。8 例均经 X 线摄片确诊。

治疗方法取穴: 主穴、腰骶部相应夹脊穴。配穴、酸痛向下肢外侧面放射者加环跳、阳陵泉、丘墟; 如沿臀腿后面放射者加秩边、委中、昆仑。

方法, 腰部夹脊穴直刺进针 1.5~2 寸, 用频频捻转手法使腰骶部产生酸麻沉重的得气感, 间歇运针 1~2 次, 加温针灸 1~3 壮, 起针后局部拔火

罐。下肢穴位随症选用, 针刺手法较强, 使感应向肢端放散, 留针 10~20 分钟, 每日或隔天针治 1 次。

治疗结果 8 例均获得好转出院 (症状基本消失, 体征明显改善)。

病案举例 方××, 女, 51 岁, 退休工人。住院号 26235。主诉劳累后感腰骶部酸痛 4 月余, 夜间睡卧不适, 阴雨天气酸痛加重。近半月来, 腰骶部酸痛较剧, 并牵掣左侧臀腿后侧, 腰部活动及行走欠利。检查: 腰 4、5 椎棘突按之压痛, 两侧骶髂部叩击痛, 左大腿处上方压痛, 左直腿抬高试验 60°, “4”字征阳性, 血沉 17mm/小时, 尿常规 (-), X 线摄片提示: 两侧髂骨关节耳部见有致密性改变。诊断: 致密性髂骨炎。入院后以上法每日针治 1 次, 治疗 6 次休息一天, 经治一月, 患者腰骶部牵掣下肢酸痛逐渐减轻再继续针治 20 余天, 诸症基本消失, 腰部活动及行走便利, 复查血沉降至正常范围。