

“津血同源”理论在伤科临床上的运用

温州中西医结合医院(325011) 徐明标 朱丽珍

伤科疾患中,瘀血所见极多,堪称伤科百病之源。是故治瘀便成为伤科重要治疗手段。就具体治疗方法说,有行气化瘀、凉血化瘀及益气化瘀等法,但结合津液进行的治疗,尚未被广泛重视。多年来,笔者根据“津血同源”这一生理特点,以津血并重的原则治疗瘀血,往往事半功倍,收到满意疗效。

祖国医学认为,津血命名虽别而同出一源——水谷之精微,二者息息相关。《灵枢·痲疽篇》:“中焦出气如雾,上注溪谷,而渗孙脉,津液和调,变化而赤为血”,具体阐明了津血相辅相成的生理关系。此外,血液之行必须依赖津液润滑,清人周学海·《读医随笔·气血精神论》:“津亦水谷所化,其浊者为血,清者为津,以润脏腑、肌肉、脉络,使气血得以周行通利而不滞者,此也。凡气血中不可无此,无此则槁涩不行矣”。是以津血在病变时无疑也是相互影响的,正如唐容川指出:

“病血者未尝不病水,病水者未尝不病血”。往昔医家对津血的联系早就有着本质上的认识,在方药的运用上,也处处体现出“津血同源”的重要性,例如:天王补心丹中用当归养血,佐以滋水;补肝汤中用麦冬取其生津补血;犀角地黄汤中取生地(不仅凉血)重在滋水以助散血等。现将临床常见的“津血同病”证候类型分述如下:

一、血瘀津停

津血运动不息,性恶抑遏。今外伤后血流不畅而成瘀,则津液之流动敷布亦因之障碍,以致津血交渗为患,可症见:患者肿痛并甚,按之如水囊,穿刺液较多,呈血水交混。治宜活血利水,加味苓桂术甘汤(茯苓、桂枝尖、冬术、甘草、桃仁、地鳖虫、瞿麦、香附)为主方。

验案举例:吴××,女,37岁,工人。骑

车不慎,右膝撞伤,历时四天,症见右膝肿胀特甚,按之如水囊,疼痛不能行走,骨科检查无骨折征,穿刺液较多,血水杂揉,经外敷伤膏,肿痛未见明显好转。此乃膝受外伤后,瘀血内停,津液流注受碍聚而为水,瘀血与水合而为患使然,宜活血利水,予加味苓桂术甘汤佐以牛膝为使,并嘱卧床休息,药后肿痛日减,连服五剂而愈。

二、血瘀津亏

瘀血历久不消可郁而化火,火热灼津,津液为之匮乏,或素体津虚,又罹外伤,血行受阻而成瘀,瘀血不去则新血不生,血不养津则津弥虚。津亏令脉道失调而血愈瘀,犹如失水之舟,难以航行。临床上表现为:外伤之局部刺痛或灼痛,伴五心烦热,咽干口渴,舌红少津,脉虚细而数等。治宜增水行舟、益津活血,可取加味四物汤(北沙参、麦冬、知母、生地、川芎、当归尾、花粉、桃仁、苏木)。

验案举例:肖××,女,65岁。右股骨粗隆间骨折3个月,经整复牵引治疗,骨折对位对线良好,但局部灼痛不消,患肢步履乏力,某医曾杂投行气化瘀药未效,患者并伴五心烦热,夜寐不安,舌红绛,脉虚数。证属年逾花甲,阴血大亏,脉道枯涩,又遇外伤,瘀血内生所致。急当增水活血,大忌刚燥走窜之品,予以加味四物汤再加桑椹、石斛、女贞子。凡七剂,诸症霍然。

综上所述,治瘀兼以治津不仅能提高疗效,使瘀血及早得以解散,而且还杜绝了许多继发疾患,如瘀与津停不治,便可孳生变端——瘀血不去则新血不生而血虚,或致血不循经而出血;津停为水,郁久化热或值阳旺之躯,炼而为痰,痰瘀同源,一为相裹,治更为棘手,因而给临床带来疗效差,病程长等不良

(下转39页)

来稿摘登

克氏针经皮内固定治疗锁骨骨折

湖南冷水滩市中医院(425100) 李国安

我们采用克氏针经皮内固定治疗锁骨骨折,操作简便,疗效满意,现介绍如下。

术前准备

1、明确诊断;2、备骨科手术包;3、患者坐于有靠背的椅子上,皮肤常规消毒,范围宜宽,包括患者颈项部、胸前区、肩胛区、上臂等;4、确定穿刺点,即远骨折段断面内侧处。以1%普鲁卡因10~15毫升作局部麻醉(皮试阴性)。

具体操作

1、术者立于患者对面,持克氏针于定点处穿入皮下,对准远骨折段之断面,插入髓腔;助手立于患者背后,抵住患者肩胛区,术者持骨锤(或骨钻)将克氏针顺髓腔向肩峰端击出(针尖抵肩峰端皮下时,局部注射1%普鲁卡因2毫升),用钢丝钳将克氏针继续拉出至尾端与骨折面平齐(可用手触摸判断)。

2、手法整复。助手扳拉患者双上臂徐徐向后上方用力,并嘱患者挺胸,后伸肩部;术者一手格住骨折近段(或持布巾钳夹持)并向身前提拉;另手格住远折段,以远段骨折端去对合近段骨折端,经摇晃,挤按后,使之达到临床解剖对位,即在体表触摸不到骨折端,锁骨上窝恢复。

3、术者固定复位后之骨折端,助手持骨锤自肩峰端将克氏针逆行击入近骨折段2厘米左右,以钢丝钳咬去过长之克氏针,将外露部分稍稍扭弯,提起皮肤,将针尖退入皮下,无菌敷料遮盖针孔,粘膏固定,三角巾悬吊患肢。手术操作完毕。

病例介绍

蒋××,女,17岁,学生。于1987年3月29日入院。住院号449, X线号8317, 8523。

患者被撞倒跌伤左肩,致左锁骨中段斜形骨折

(上接25页)

影响。故笔者非常重视“津血同源”之说,主张化痰要结合治津,所谓兼以治津的原则是在治痰的同时观察津液盛衰之象,分别采取损有余与补不足,然而,病痰而津病症状不著者,临床常有所见,象这类患者,不妨在相应的治痰方中参入通津与养津之品,如石斛、花粉、通草、瞿麦之属;通则津液以防阻遏,滋则脉道不失润滑,

重迭约2厘米。经手法整复,“3”字绷带固定,当晚入睡后翻身,骨折端再次移位。次日上午采用上法,行克氏针经皮内固定术,摄片复查骨折端解剖对位,克氏针入近骨折段髓腔内1.5厘米,住院20天功能完全恢复,留针出院,3个月后复查,拔除钢针,骨折愈合良好。

讨论

1、锁骨骨折的治疗,目前临床主要有传统的手法整复加“8”字绷带固定及手术切开髓内固定两种形式,但这两种治疗方法均存在着不足之处。

采用克氏针经皮内固定治疗锁骨骨折,综合了手法整复和切开内固定二者的优点,避开了二者的短处。既可使骨折端达到理想的整复和良好的固定,又不会产生手术疤痕而影响外观;且术后无需过多限制肢体的活动,免去了被“捆绑”之苦和手术切开之创痛,使患肢能够保持或接近正常的生理功能,不影响患者的日常生活,同时,肢体保持适度地活动,能使骨折端的接触加强,对合更加牢固,有利于骨折端的早日愈合和功能重建,术后皮肤仅留下几个针眼,以无菌敷料敷盖几日即可愈合,感染的机会也大大减少。

2、能否准确地将克氏针插入骨折端之髓腔及能否使骨折端准确地解剖对位,是克氏针经皮内固定治疗锁骨骨折的两个关键所在。我们认为,只要平时手法熟练,术前仔细触摸患处,认真分析X线片,手术是不难的。

3、几个需要说明的问题

(1)、粉碎性骨折,碎骨片大且多者与小儿童青枝型骨折不宜用此法。

(2)锁骨下神经、血管丰富,应避免损伤,尤其是以布巾钳夹持近骨折段时须谨慎。合并有神经、血管损伤者,应切开修补,作内固定术。

此正合血液生理特性,有利于瘀血的消散。

当然,笔者所倡“津血并治”并非推其治痰之最;而忽略他法,只不过是治痰开辟新途径,丰富治疗内容而已,其他如行气化痰、益血化痰等法亦各具千秋,各有所宜,宜全面掌握,取长补短,唯证是适,应证而用,才能收到更好的疗效。