

排。另一种态度是绝对否定,全盘抛弃,一笔勾销,毫无保留和继承。这方面的代表人物是十八世纪后一些欧洲学者如Pott(1714—1788), Desault(十八世纪末至十九世纪初), H. Owen Thomas(他的文章发表在1876—1891年间),他们用固定骨折上下关节法或长期不间断地牵引来贯彻他们主张的“骨折愈合需要绝对休息”。与此同时,法国的Lueas. Championniere发现骨折在不固定的情况下也能愈合,且能愈合得更快些。因此,他一反过去百年来“绝对休息”治疗骨折的学说,主张运动配合按摩治疗骨折。他认为运动不但妨碍且能促进骨折的愈合,除股骨和胫骨骨折他仍用少量局部夹板外,对其他骨折均废除局部固定设施,伤后立即进行运动和按摩疗法。他的疗法固然缩短了骨折的愈合期,但也给不少患者带来畸形愈合。因此,他的方法不能获得推广。

从西医骨折治疗方法的演进过程看,对每一方法的肯定和否定都是辩证的统一,任何治疗方法都是在一定的条件下适应客观的需要而产生的,它的产生具有客观性、必然性,对骨折的治疗起积极的推动作用。但是,随着时间的推移和条件的变化,它逐渐失去了必然性,它对骨折愈合的不利影响越来越为人们所认识,也就失去了它继续存在的条件。于是旧的方法被否定,为新的方法所取代。但是,新的

方法并不是凭空想象出来的,新方法开始是作为一种因素而孕育在旧方法中,它是由旧方法发展来的,它否定旧的方法,不仅克服旧方法中消极无用的东西,而且吸取其中积极有用的成分,并在此基础上取代旧方法。

如果坚持形而上学的否定观,就会把肯定和否定对立起来,要么肯定一切,要么否定一切,其结果只能是走向自己的反面。

五十年代以来,我国骨科工作者吸取前人“动静结合、筋骨并重、内外兼治”的骨折治疗观点,批判地继承了各家流派治疗骨折的经验,创造了不加重局部损伤的闭合复位,不超关节的夹板局部固定,及时合理的功能练习及适当的内外用药这样一套骨折治疗方法。使前人的宝贵经验得以继承,又在现代科学技术的手段的支持下,使骨折疗法又发生了新的突破。疗效有了显著提高,这是唯物辩证法的否定之否定规律的又一具体体现。

骨折治疗的辩证规律生动地证明了恩格斯的伟大论断:“不管自然科学家采取什么样的态度,他们还是得受哲学的支配。问题只在于:他们是愿意受某种最坏的时髦哲学的支配,还是愿意受一种建立在通晓思维的历史和成就的基础上的理论思维的支配。”让我们在临床工作中自觉地运用唯物辩证法,合理地选择应用现有的骨折固定方法,探索新的骨折治疗方法,为保护劳动人民的身体健康服务。

## 压垫加压固定治疗三踝骨折

湖北省沙市中医院骨伤科(434000) 黄福云

**病例** 患者张某,女,43岁。住院号:6865, X片号:10508。由于骑自行车时跌倒,左足呈外翻位着地,当时即感踝部疼痛剧烈,活动功能受限,继而踝关节逐渐肿胀。经专科检查:左踝关节明显肿胀,畸形,局部压痛,踝关节活动功能受限,可触及骨擦音,内外踝上方可见各有2cm×2cm之张力性水泡。X光片示:左胫骨内踝骨折,远端明显向关节内移位,左

腓骨外踝骨折,骨折端稍向外移位,胫骨后踝可见一骨折,无明显移位。诊断:左三踝骨折。

**治疗** 先行手法整复,但复位情况不理想。后根据移位情况设计了用压垫加压固定的方法。其方法:先准备棉质压垫数块,待固定时备用。从X光片见内踝骨折片向关节内移位,故放置一棉质压垫于骨折近端。外踝置一棉

(下转41页)

瘀证?至少从我们的动物实验中就无法用中医的四诊八纲来辨证,仅仅用符合上述血瘀证的血液流变学改变来作证是欠严谨的。

砸伤,仅仅是损伤的一种类型,有些损伤是治疗手段或是在治疗中不可避免的。例如:手术,这不能说不是一种创伤。又如:点穴疗法,当医生在穴位及刺激线上进行点、压、掐、叩、拍时,其用力程度往往使局部皮下出血、肿痛,这也可以说是局部挫伤、挤压伤等。这两种损伤对正常机体血液流变状况有何影响呢?我们在“点穴疗法对犬血液流变学影响”的研究<sup>(5)</sup>发现:正常犬经点穴二十分钟后,体外血栓形成长度减小,血浆及全血粘度下降;血小板粘附率下降;血浆纤维蛋白原含量减少;血沉及血球压积基本不变。总之,点穴后使正常动物的血液流变向低浓、粘、凝、聚的方面转化。日本向田翰雄氏观察的麻醉及手术情况下的血液凝固及纤维蛋白溶解系统的改变<sup>(6)</sup>,发现手术创伤不大,出血量在600毫升以下者,于手术中及手术结束时,凝血酶原时间,凝血激活酶时间、优一蛋白溶解时间均无任何改变,血中纤维蛋白原含量、ATⅢ(抗体Ⅲ)、第八因子、 $\alpha_2$ -PI(胞浆素阻生质)、胞浆素原含量、血小板计数、纤维蛋白分解物也均无明显改变或轻度减少。而手术创伤较大,出血600毫升以上,行人工心肺的患者,凝血酶原时间、凝血激活酶时间明显延长;优一蛋白溶解时间缩短;纤维蛋白原含量ATⅢ、 $\alpha_2$ -PI、胞浆素含量、第八因子、血小板计数等均下降;纤维蛋白分解产物上升。这一系列改变预示了DIC产生的可能。

上述几方面研究向我们提出:(一),同是损伤,为什么有截然不同的血液流变状况的改变?换句话说,在什么样的条件下,损伤可致血液的高浓、粘、凝、聚状态?又在什么样的情况下,损伤可造成血液的浓、粘、凝、聚程度的下降,以致形成DIC的可能呢?(二)虽然损伤造成不同血液流变学的改变,高浓、粘、凝、聚是血瘀证的改变特征。但是,损伤后

的血液低浓、粘、凝、聚状态与血瘀证就绝然不相关吗?后者是否是前者的一个过程,哪怕是短暂的改变?这关系到治病原则的确定和治病药物使用时间的问题。

血液流变学正广泛应用于临床和基础医学研究中,并且也取得可喜的进展。尽管我们对一些现象尚不能圆满解释,但是,相信随着检测手段的提高,随着中医辨证论治的深入研究,一定会认识到血液流变学与中医证型联系的规律性,从而使其成为辨证论治的科学依据之一,不断提高中医诊治水平。

### 参考文献

- 1.廖福龙、临床血液流变学,天津科技翻译出版公司,1987。
- 2.过邦辅、国外医学(创伤外科基本问题分册),1980.(1):1。
- 3.刘秀兰、丹参注射液对家兔前臂软组织挫伤后血肿吸收的影响。中华骨科杂志:1983,3(6):385。
- 4.陈燕平、伤药I号的药理毒理学与制剂研究,中国骨伤,1987,1:75。
- 5.杨梅香、点穴疗法对犬血液流变学的影响,中国骨伤,1988,2:17。
- 6.向田翰雄、东京医科大学杂志,1987,45(4):509。

(上接39页)

质压垫于骨折远端,踝部仍以常规五块小夹板固定,以绷带缠绕,外结上三根扎带,调紧外扎带,使其外踝向内侧挤压,将内踝的骨折片挤压复位(外调扎带应随时注意松紧度)。经X光片复查:左三踝骨折对位良好。另外再配以活血化瘀,消肿止痛中药内服。

体会 三踝骨折临床多采用手法复位及小夹板固定。此病例虽经多次手法整复未能达到满意复位,其因:片面追求足内收是复位失败的主要原因。后采用棉质压垫内外加压固定治疗,实质上是断端内外夹挤,使移位的骨折端恢复原位。须注意的是该法应根据移位情况及骨折的部位不同而实施加压固定。