

蒙医骨伤学对骨折修复过程的认识

内蒙古医学院 (010020)

和尔伦巴特尔 高 娃*

蒙医骨伤学对骨折修复的认识基本上是经家传、口述流传下来。到目前为止所见有关文字记载甚少。我们通过归纳十多年所采访到的各地民间名老正骨师们就骨折愈合、骨痂形成过程的认识所述,一般都将此过程分为血肿期、血痂期、软骨痂期和骨痂期四种。

血肿期:从骨折、软组织损伤致使局部气血瘀积,疼痛、形成血肿到在机体内在调节机制作用下伤情逐渐趋稳定,营血外溢已止,开始修复的前七天为血肿期。此期肿胀痛剧、因伤筋动骨、劳热升盛、赫依失去存在场所、发生异常改变而循行于骨,出现失眠、梦魇、易惊厥等赫依的绪症状。

血痂期:第 2~3 周,骨折部的血肿机化,由外向内逐渐凝固变硬、形成血痂。此期局部肿痛不同程度减轻,骨折端开始趋向初步稳定。

软骨痂期:血痂中心部也已逐渐机化变硬为血痂之时,血痂由外向内软骨化,逐步转为软骨痂。此期一般性肿胀疼痛基本消失,骨折已较稳定,患者自觉患肢逐渐变的轻灵。此时拍 X 光片可视骨折断端周围被棉絮状物包裹。手术中可见到软骨痂外部开始骨化变硬、中心部仍是象软浆糊状,此期常在第 4~8 周内完成。

骨痂期:经第 9~12 周软骨痂中心部由外向内骨化逐步转为骨痂。骨痂形成骨折愈合全过程,同全身及受伤局部有着直接关系。骨痂形成的质与量,因患者自我修复能力及其年龄、健康状况而各异。蒙医理论认为,儿时为生长发育期,其立身三素中巴达干偏盛。故其骨相比之下具有软骨多,弹性强,筋肉皮肤柔软而多汁,体格偏胖等特点。关节部因连接巴达干相对多而关节的活动与柔韧性好,但骨骼的坚固度相对不足所致,损伤时多为不完全性骨折。伤后则骨痂形成快,质优而愈合快,愈后一般无后遗症。青壮年因发育成熟,立身三素已相对平衡,故其筋骨刚韧相兼。此时机体不仅对外来损伤性打击的抵抗力最强,伤后愈合也快。年老后,因立身三素中巴达干,希热二素逐趋衰痿,赫依相对偏盛,其内脏的泌别清浊之功能,赤白二脉的气血循行、骨关节,筋肉的滋补均开始衰退。所以此时骨因弹

性,坚硬性退化而变脆,关节活动变僵,筋肉不同程度萎缩,弹性,肌力退化,皮肤变的黑而粗涩,机体保护性反应逐渐迟钝化。故骨伤时多为粉碎型,伤后疼痛剧烈,夜间更甚、愈合缓慢,关节、软组织易粘连造成各种后遗症等特点^{[1][2]}。若固疾缠身则伤后骨痂形成、骨折愈合就明显缓慢。若孕妇骨折后,其骨痂形成迟缓,骨折不易愈合,但分娩后则骨痂形成显著,骨折愈合会明显加快的。这是因为骨折次于人类传宗接代,孕期胎儿是矛盾的主要方面所致。

此外,骨痂形成、骨折愈合同骨折的轻重,复位固定的理想与否、功能锻炼恰当与否等有着直接连系。复位良好者骨痂形成快,其周围筋脉易归槽顺畅,故肢体气血运行畅通,骨折周围软组织修复愈合快,周围软组织反过来又成为骨折愈合的基础。相反骨折对位不良,成角扭曲或重叠等则需要长时间、大量骨痂方能完全包裹骨折断端而拖延愈合时间,影响肢体功能的恢复,致使功能不同程度的丧失,畸形愈合。或因反复粗暴整复,致使骨折断端及周围软组织损伤明显加重,导致血肿期加重延长,影响血痂的自然形成而拉长骨折愈合时间。但一肢体多处骨折的重症患者,虽整复固定满意及功能锻炼合理、可离躯干近处骨折要先结痂愈合,离躯干远处的则后愈合。而且离躯干近处骨折端的骨痂形成的质与量是远处骨折愈合的基础和前提。

蒙医认为起居反常本是诱发疾病的条件之一。因突然骨折所致的长期卧床或活动受限,属被迫起居反常。所以,它对损伤的愈合,骨痂的形成必有明显的影响。骨折后肢体丧失其应有的运动,必然要违反骨的在动态压力下正常进行新陈代谢的生理规律。尤其是下肢因其静脉回流动力,取决于静脉瓣和肌肉的收缩运动。所以根据不同骨痂期特点给予相适应的推拿按摩与功能锻炼来弥补、纠正被迫起居反常所带来的影响,促进骨痂的形成,损伤的愈合,同时也避免减少愈合过程中的瘢痕粘连与挛缩,减少愈合后的后遗症。

参考文献

1. 宇妥·元丹贡布著. 内蒙古自治区中蒙医研究所编译. 《四

* 内蒙古中蒙医院

部医典》蒙文版 82~86 章. 内蒙古人民出版社 1977.8 第 1 版. 716~832.

2. 特木热核对抄写《兰塔布》蒙文版 118~122 章. 民族出版社 1987.8 第 1 版. 514~595. (收稿: 1996-01-16)

前臂双骨折的手法治疗体会

江苏省常州市第一人民医院 (213003)

徐 飞

尺桡骨双骨折在临床上比较常见, 我院自 1988 年 4 月~1995 年 10 月共门诊手法治疗 27 例, 疗效满意, 现报告如下。

旋前 0°~60°, 旋后 0°~90°。全部病例均随访, 时间 1~6 个月。

体 会

临床资料

本组 27 例中, 男 17 例, 女 10 例; 年龄 5~47 岁; 左 13 例, 右 14 例; 跌伤传达暴力 21 例, 机器轧伤扭曲暴力 3 例, 木棍铁棒击伤 2 例, 前臂横撞于车内扶杠上 1 例; 开放性骨折有 3 例。就诊时间 2 小时~5 天, 术前均经 X 线摄片确诊。

闭合性尺桡骨双骨折, 即使是严重移位的和有小伤口开放性的, 整复虽有一定困难, 但只要医者信心充足, 手法得当, 患者配合, 就都可能通过手法整复治愈。本人体会:

治疗方法

对 12 岁以上的 15 例行臂丛麻醉。患者仰卧, 患肢肩外展肘屈曲, 术者双手握住腕部及大小鱼际肌, 助手扣住前臂近端和肘部作对抗牵引 5 分钟, 以纠正重叠移位。依骨折面在上段和中下段之分, 将患者前臂分别置旋后位和中立位牵引, 以纠正旋转移位。然后改由二助手牵引, 术者仔细对照 X 线片观察骨折移位情况, 在患臂上画出图样, 双拇指、食指对捏分骨, 再端提、擦正, 纠正并骨、成角、侧移等。若患肢粗壮或特肿, 术者手指力量不够, 可采用双掌根对向挤压。整复结束, 取 2~3 根棉签包以胶布作分骨垫置于前臂掌背侧, 根据移位情况设纱布压垫, 最后按患臂长短粗细选配夹板固定。若系上段骨折, 可先采用超肘腕石膏托固定前臂于旋后位; 若系中下段骨折, 则取掌托夹板固定前臂于中立位。

1. 治疗前, 准备工作必须充分, 包括配备两名有经验的助手, 效果良好的麻醉, 术前诚恳谈话, 选择适宜诊疗场所等等。

2. 手法开始, 牵引必不可少, 时间要长而足, 力量要大而匀。上段骨折, 先整复尺骨再桡骨, 中下段骨折, 先桡骨再尺骨。尺骨强调对线, 桡骨强调对位。成角、旋转必须纠正, 骨间隙力争张开。对某些弹性固定, 手法不妨矫枉过正些, 因日后骨折回弹正好复位。

3. 病人就诊时应尽早给予治疗, 不必因肿胀严重而等待, 因至少待半月后消肿时, 小儿已形成骨痂, 成人也软组织粘连, 届时整复更加困难。因此, 只要无明显血管神经损伤, 就可行整复, 恰是骨折对位后, 可促进消肿。

4. 尺桡骨骨折因相互牵制, 整复不必强求一次成功。认真整复后透视观察, 若有哪根骨折对位尚不理想可再次处理。若三次整复都未成功, 则应认真分析原因, 如手法是否正确、骨折类型是否明确、术者与助手动作是否协调等。如果确实无法整复, 则应考虑有软组织嵌插在骨折端, 应行开放整复内固定。

5. 因是门诊治疗, 医者应把术后有关注意事项详细告知患者, 如复诊间隔天数、患臂位置摆放、末端血供观察及日后功能锻炼等, 以免发生骨折再移位。

治疗结果

疗效评定参照 1994 年 7 月由南京大学出版社出版的《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》。结果: 治愈 20 例, 即骨折解剖对位或接近解剖对位, 有连续性骨痂形成, 功能完全或基本恢复; 好转 7 例, 即骨折对位 1/2 以上, 对线满意, 前臂

(收稿: 1995-12-28 修回 1996-06-24)