

# 手法复位夹板外固定治疗中老年桡骨远端骨折

□张天健

患者,男,60岁,因骑自行车外出不慎摔伤右前臂,手掌着地,当即局部肿胀疼痛,活动受限,无昏迷,恶心及呕吐史。在当地医院进行检查后诊断为“右科雷氏骨折”,给予多次手法整复,石膏外固定,但对位欠佳,故来笔者所在医院就诊。

诊见:右手腕部主动活动受限,肿胀明显,尤以桡骨远端为甚,局部压痛剧烈,尺骨茎突可触及骨块。骨擦音,纵向叩击痛(+),尺桡动脉可触及,患肢末梢血液循环活动正常,有手指麻木感。X线片显示:右桡骨远端粉碎骨折,折线波及关节面,远折端向桡背侧移位,前侧有一骨块。

治疗:整复固定:取前臂中立位,术者用右手拇指顶住远折端的背侧,其余四指放在近折端掌侧,手掌部压住近折端背侧维持骨折固定状态,左手将腕关节置于腕屈位,然后用小夹板将其固定。术后拍摄X线片复查,位线良好,并嘱咐患者术后应密切观察患肢感觉、血运情况。根据患肢血液循环及肿胀程度及时调整系带松紧度。复位固定后可进行肩、肘、掌指及指间关节的伸屈活动,注意避免做前臂旋转活动,告知患者若有不适随时来院。7天后患者复查,如果有明显移位应及时纠正并注意夹板的松紧度,28天后可拆除夹板,进行腕关节锻炼。

辨证用药:早期患肢肿胀疼痛,瘀血存留,患肢功能受限,舌淡红,苔薄白,脉弦紧。证属气滞血瘀。

治宜:活血化痰,利水消肿。

方药:桃红四物汤加减。桃仁10克,红花6克,当归10克,川芎10克,白芍20克,地鳖虫15克,没药15克,乳香15克,路路通15克,车前草15克,甘草6克。每天1剂,水煎服。

中期患肢肿痛消而未尽,骨折连接而未愈合。

辨证:瘀血未尽,筋骨未续。

治宜:活血化瘀,接骨续筋。

方药:熟地黄20克,土鳖虫9克,山茱萸9克,鹿角胶9克,生黄芪30克,党参15克,当归15克,白术12克,续断15克,怀牛膝15克,骨碎补30克,桃仁12克,红花9克,煅自然铜9克,生甘草5克。每天1剂,水煎服。伴湿气重加砂仁、车前草、苍术、厚朴;阴虚改熟地黄为生地黄,加鳖甲、玉竹;阳虚加肉桂、巴戟肉。

后期(4周~5周后)骨折愈合而腕关节僵硬酸痛,屈伸不利。

治宜:行气活血,舒筋活络。

方药:外洗药。生川乌15克,生草乌15克,木瓜15克,乳香10克,没药10克,红花15克,细辛10克,伸筋草15克,透骨草30克,川椒10克,甘草6克。加水3000毫升,煎至约2000毫升时,加米醋约50毫升,改用文火煎药,然后进行熏洗。每次治疗30分钟,每天2次,10次为1个疗程,严重腕关节功能受限者可以配合理筋手法治疗。

骨折早期伴发软组织损伤,急性软组织损伤属中国传统医学的“伤筋”范畴,由于外力作用,骨断筋伤,脉络受损,营血离经,瘀血内停,阻塞经络,气血不通,甚者积瘀化热,老年人骨质疏松,骨小梁减少,轻微受力即可导致骨折。治疗时一般采用拔伸牵引、端提、捺正等闭合手法复位后,行夹板固定,多能获得较好疗效。一般在手法复位、夹板固定后立即拍摄X线片检查,判断骨折复位是否满意,如不满意要及时调整。1周后患者骨折处肿胀消失,此时复查,可见其骨折位置有无移动及时时调整夹板的松紧度以确保固定牢固。3周后患者骨折进入纤维愈合期,根据实际情况对患者患肢做适当调整,将复位时的掌屈尺偏位或背伸位改至中立位。4周后根据腕关节正侧位X线片判断,患者骨折处有骨痂形成的及骨折线模糊的可拆除夹板进行功能锻炼。有些患者骨质疏松较为严重,需要夹板固定时间适当延长,最长为6周左右。在功能锻炼上应让患者先被动锻炼再主动锻炼,只要患者骨折在正常位置上愈合,患者腕部功能均可以恢复正常。笔者认为桡骨远端骨折存在3个主要并发症:一、早期表现为患肢肿胀疼痛;二、中期骨萎缩,骨折愈合缓慢;三、后期关节僵硬,功能恢复欠佳。针对以上问题,可以采用三期辨证应用中药治疗。

促进骨折愈合,提高骨折愈合质量。中老年桡骨远端骨折复位固定后,由于患者担心骨折移位,畏痛,或认为肿胀时不能活动等原因使早期功能锻炼不得要领,加之患者年龄已高,肝肾亏虚,气血虚弱,筋骨失于濡养,瘀血留滞,机化,使关节囊及关节周围的肌腱、韧带、筋膜等软组织挛缩粘连,肌肉萎缩,终致腕关节僵硬、屈伸不利。中药熏洗疗法是一种行之有效的治疗方法。它通过药力和热力的有机结合,使药物在热力的作用下,可使皮肤温度升高,扩张局部毛细血管,加速血液循环,促进新陈代谢,增加药物渗透能力,从而促进患处皮肤对药物的吸收,促进了血液和淋巴液的循环。熏蒸药中生川乌、生草乌、细辛能搜风胜湿,散寒止痛,温通经络,止痛作用甚强,为主药;乳香、没药、红花、川椒能祛瘀活血止痛;透骨草、木瓜、伸筋草、木通能舒筋活血,温通经络;甘草调和诸药;醋能消坚散结。诸药配伍,具有活血化瘀,温通经络,散结止痛之功效。

(作者为全国名老中医)

患者,男,17岁,高三学生,常熬夜学习,下午打篮球后大汗,夜里出现关节疼痛,继之高热超过40摄氏度,在附近诊所输液两天未见缓解,到郑州某医院急诊,输液无效,连续应用地塞米松3次体温才下降,第二天继续高热,持续近1周仍不缓解,抗生素及抗病毒治疗无效。肝功能转氨酶轻度升高,心肌酶也轻度增高。

患者口苦,咽干,咽痛,无痰,无食欲,睡眠差,最近一次发热时出现寒战,曾发生过手足抽搐,查舌质淡红,苔白厚,脉弦。辨证为太少阳合病内有郁热。

处方:麻黄9克,杏仁10克,桂枝15克,白芍15克,炙甘草6克,北柴胡25克,黄芩15克,清半夏20克,人参9克,牛蒡子15克,茯苓30克,蝉蜕15克,生姜5片。共5剂。水煎服,每天1剂。

嘱咐患者煎好服用1次,清晨再服,服药后服用稀粥一碗以滋汗源。次日最高体温38.4摄氏度,两天后未再发热。

寒冬之时感冒发多为“中寒证”,但感冒后一般人常服用连花清瘟胶囊、双黄连、蒲地蓝等中成药,殊不知这些药都为清热药,服用这些药物无异于雪上加霜。其实,正确的做法是根据张仲景《伤寒论》里的经方麻黄汤或桂枝汤系列汤剂,进行对症治疗。

上述两例患者其实均为中寒,但一直药不对症,再加上体质虚弱(第一例为肿瘤放疗化疗后,第二例为高三学生常常熬夜学习,再加上剧烈运动后毛孔大开寒邪随之而入),从人体最表的太阳经向内发展及少阳,出现了口苦咽干,默默不欲饮食,双侧髌部疼痛(少阳经行走之处),脉弦。而发热多采用西药解热镇痛抗炎药退热出汗,表寒郁闭已减轻,但还都有畏寒,所以表寒仍未完全消退,再加上有咳嗽,说明肺气宣发肃降功能仍未恢复,所以两例均采用麻黄汤、桂枝汤合小柴胡汤加减。第一例因舌质厚,苔厚,中心黄,且痰为黄色不易咯出,所以同时合用了二陈汤与苇茎汤,并加用牡蛎化痰,桔梗利咽排痰。第二例干咳,咽干甚,故加用牛蒡子、蝉蜕。两例基本都是服用一天半,热退。

将近日两例治疗的热病病案记录供大家参考,但病无定式,则法无定式。几乎没有一个患者的病是完全照着张仲景《伤寒论》中的条文一模一样仿的,所以一定要牢记张仲景的一句话:“观其脉证,知犯何逆,随证治之。”虽寥寥五个字,但是要真正做到“知犯何逆”,则需静下心来细读经典,参阅各家医案,临床诊治经验慢慢积累,并且在遇到疑难病例时一定要随访跟踪,知道药物到底起效与否,多久起效,慢慢就会成竹在胸了。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

小兒常見推拿手法強調輕柔深透,平穩著實,有頻率快、次數多、用力輕的特點。小兒推拿的特定穴位較多,而且與十四經穴、經外奇穴有區別,既有點狀,又有線狀和面狀。小兒常見推拿主要適用於3歲以下小兒。

一、直推和分推時必須要始終如一,呈直線單行方向;旋推時着力面要呈螺旋形。

二、操作時,一般都輔以葱薑汁、酒精等為介質,以防小兒在施推時皮膚破損,並能加強推拿手法的療效。

三、根據病情需要,注意掌握手法的方向、輕重、快慢,以求手法的補瀉作用,達到預期的療效。

四、推拿是從摩法中演變而來的,但比摩法、運法重,而較揉法輕,所以旋推法與指摩法極為相似,但有區別,要嚴格分開。而分推法又不同於摩法,操作時需要準確掌握運用。

(河南省衛生健康委提供)

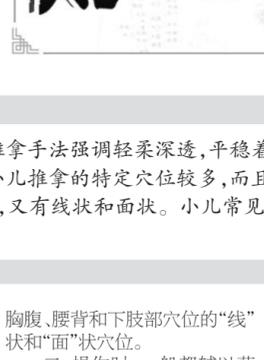
胸腹、腰背和下肢部穴位的“線”狀和“面”狀穴位。

二、操作時,一般都輔以葱薑汁、酒精等為介質,以防小兒在施推時皮膚破損,並能加強推拿手法的療效。

三、根據病情需要,注意掌握手法的方向、輕重、快慢,以求手法的補瀉作用,達到預期的療效。

四、推拿是從摩法中演變而來的,但比摩法、運法重,而較揉法輕,所以旋推法與指摩法極為相似,但有區別,要嚴格分開。而分推法又不同於摩法,操作時需要準確掌握運用。

(河南省衛生健康委提供)



中醫特色技術·我知道

ZHONGYITISEJISHU

## 小兒常用推拿手法

之一

推拿應用時有直推法、旋推法、分推法和合推法。

直推法:以拇指指側或指面,或食指、中指指面在穴位上做直線推動。

旋推法:以拇指指面在穴位上做順時針方向旋轉推動。

分推法:又稱分法。用兩手指指面或指側,或食指、中指指面,自穴位向兩旁做分向推動,或做“八”形推動。

合推法:又稱合法。用兩手指螺旋自穴位兩旁向穴中推動合拢,此法動作方向與分法相反。

動作要領

一、推拿操作時上肢放鬆,肘關節自然屈曲,直推拇指或食指、中指指面各關節自然伸直,不要有意屈曲,旋推拇指接觸面用力要均勻,不要左右不穩。總之,主要是腕肘、肩關節和掌指關節活動要協調,方能達到輕柔著實的效果。

一、直推和分推時必須要始終如一,呈直線單行方向;旋推時着力面要呈螺旋形。

二、操作時,一般都輔以葱薑汁、酒精等為介質,以防小兒在施推時皮膚破損,並能加強推拿手法的療效。

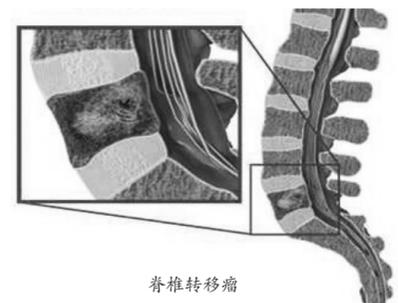
三、根據病情需要,注意掌握手法的方向、輕重、快慢,以求手法的補瀉作用,達到預期的療效。

四、推拿是從摩法中演變而來的,但比摩法、運法重,而較揉法輕,所以旋推法與指摩法極為相似,但有區別,要嚴格分開。而分推法又不同於摩法,操作時需要準確掌握運用。

(河南省衛生健康委提供)

## 脊柱轉移瘤的診斷與介入治療

□馬波 吳正陽 文/圖



脊柱轉移瘤

### 什麼是脊柱轉移瘤

骨骼是繼肺和肝臟之後轉移瘤最易侵犯的系統,尤其是脊椎椎體。尸檢的組織病理學研究表明,晚期癌症的患者中脊柱轉移瘤的發病率為30%~90%。隨着腫瘤治療技術的改善,癌症患者生存期的延長,有症狀的脊柱轉移瘤越來越常見。轉移性脊髓硬膜外壓迫的發病率也隨之增加。脊柱轉移瘤合併脊髓壓迫症在乳腺癌、前列腺癌及肺癌中的發生率通常在5%~10%,在已發生脊柱外骨轉移的患者中,其發病率可高達40%。主要出現的症狀就是腰痛、病理骨折和脊髓壓迫,其中以疼痛最為常見。

### 脊柱轉移瘤的危險

脊柱轉移瘤最早出現的症狀多為病變平面支配區域疼痛,

包括頸部、胸背、腰背,多較輕微,呈間歇性發作,可發展為持續性劇痛。隨着腫瘤進展,可出現運動功能障礙,起初為步態不穩,一側或雙側肢體無力,有時可出現癱瘓,部分患者可出現癱瘓、尿瀦留或尿失禁等,嚴重影響生活質量。

### 脊柱轉移瘤的診斷

1.患者有惡性腫瘤病史,出現神經支配平面的廣泛疼痛,可加重,並出現肢體運動功能障礙甚至癱瘓等表現,體格檢查可有病變區壓痛、叩擊痛,組織病理檢查可證實與原發惡性腫瘤病理類型相同。

2.影像學檢查可發現脊柱轉移瘤,椎間盤不被累及是特點之一。

X線片檢查:溶骨性轉移瘤可見椎弓根影消失,伴或不伴椎旁組織腫塊影,可見椎體楔形變、變扁或塌陷,成角性后凸畸形,椎體後緣的皮質破壞;成骨性轉移瘤表現為椎體或椎弓根多發硬化性致密影,可為彌散的結節狀、斑點狀或大片

狀的密度增高影。

CT檢查:椎體及附件多發大小不等溶骨性、滲透性骨質破壞,邊界不規則,多無硬化緣,可穿破骨皮質擴展至椎體周圍或硬膜外形成軟組織腫塊,密度與肌肉相似,硬膜外脂肪消失,增強掃描程度強化。部分為成骨性改變,偶見彌漫性骨硬化。

MRI(核磁共振成像)檢查:T1加權像常為低或等信號,T2加權像可為低信號或高信號,壓脂像常顯示為高信號,增強掃描病灶明顯強化。

### 脊柱轉移瘤的治療

脊柱轉移瘤的治療目標是緩解疼痛,維持脊柱穩定性,改善神經症狀,通過有效的治療,使患者在有限的生存期內提高生活質量。手術方式的選擇常受患者預期生存期、轉移瘤數量、轉移瘤部位,以及是否發生明顯脊柱轉移瘤脊髓壓迫症影響。目前一般認為預期生存期<3個月的患者應接受姑息性治療,6個月左右的患者可耐受減壓內固定術,>12個月的患者可進行脊柱轉移瘤切除術。

近年來,隨着影像學輔助技術和骨水泥成形術的長足發展,使臨床醫生在脊柱轉移瘤治療方面有了新的策略選擇,骨水泥成形術逐漸得到廣泛開展。

經皮椎體成形術(PVP):PVP作為最常用的姑息性手術方式,能有效治療脊柱轉移瘤引起的疼痛和病理性骨折。PVP能有效減緩疼痛的機制主要包括:1.骨水泥的聚合放熱產生的熱量及其本身的化學毒性可損毀沿椎體破裂孔進入椎體的感覺神經末梢及部分腫瘤細胞,緩解局部疼痛、殺死腫瘤組織;2.固化的骨水泥能增加椎體,增加椎體的穩定性,減輕機械性疼痛。對於脊柱轉移瘤患者,PVP能有效減輕73%~100%的疼痛度,並明顯改善患者的生活質量。

經皮穿刺椎體后凸成形術(PKP):為了有效糾正由於椎體壓縮造成的脊柱后凸畸形,減少骨水泥的滲漏,1998年美國學者將PVP發展為經皮穿刺椎體后凸成形術(PKP),手術將球囊樣裝置植入椎體,球囊膨脹後可恢復椎體高度,撤除球囊後注入骨水泥。PKP可以更大程度地恢復骨折椎體的高度,降低骨水

泥注入時壓力,同時氣囊膨脹可以壓縮骨小梁而封閉骨水泥滲漏的潛在通道,明顯降低骨水泥滲漏的發生率。有學者應用PKP治療282例脊柱轉移瘤患者,發現PKP不僅快速有效減輕了患者的疼痛,恢復了后凸角度,還明顯提高了患者術後的生活質量。

一部分國內外學者通過採用PVP與放射性<sup>125</sup>I粒子植入相聯合的方法治療脊柱轉移性腫瘤,取得了較理想的臨床療效,術後疼痛評分明顯下降。椎體成形術結合术中射頻消融或微波消融是近來又一項聯合技術,射頻消融或微波消融可通過高溫致腫瘤組織凝固壞死,椎體病灶內形成的凝固空腔有利於骨水泥填充,降低了骨水泥血管滲漏的風險,而骨水泥的應用又提高了患椎的穩定性,兩種技術在治療優勢方面具有較為滿意的協同效應。

(作者供職於鄭州大學第一附屬醫院)



## 經驗之談

筆者近日連續遇到了幾例高熱患者。其中,有一例是腫瘤患者,還有一例是正常患者。下文分享兩例病案的治療過程。

### 病案一

患者毛某,女,59歲,患乳腺癌後進行PD-1(程序性細胞死亡蛋白-1)抑制劑和化療治療,曾出現免疫性肝損傷,經對症處理後好轉。化療結束後予以放疗,放疗剛剛結束,患者出現高熱,40.6攝氏度,核酸檢測為陰性。

CT檢查顯示為雙肺散在索條及斑片狀模糊影,降鈣素原為1.25納克/毫升,C-反應蛋白為82.97毫克/升,白細胞為3.66×10<sup>9</sup>,中性粒細胞比值為78.5%,乳酸脫氫酶為347單位/升。

懷疑為免疫治療後所致的自身免疫性肺炎,轉入筆者所在科室進行治療,給予舒普深治療3天無效,周一上班面部略顯浮腫,問診患者畏寒,發熱,不思飲食,口干苦,咽干,枕部及雙側髌部疼痛,咳嗽,咳痰,有黃痰,不易咯出,查舌質暗,苔白厚,中心黃,脈弦緊。辨證為太少陽合病、痰瘀互結,予以宣肺止咳、調和營卫、化痰活血。

处方:柴胡25克,黃芩15克,清半夏20克,人參9克,白芍15克,麻黃9克,炒苦杏仁10克,桂枝15克,陳皮12克,茯苓30克,桃仁10克,薤白30克,薤白仁30克,桔梗12克,牡蠣30克,生薑20克。共5劑。水煎服,每天1劑。

3天后患者未再發熱,食慾較前好轉,頭部疼痛消失,無畏寒。仍有咳嗽,咯白痰,咽部干痛,聲嘶,口仍有干苦,舌質暗淡,苔白,中心仍黃,脈弦。提示少陽證仍在,寒飲蘊熱,痰瘀互結。

处方:柴胡25克,黃芩15克,清半夏20克,人參9克,茯苓30克,干姜10克,細辛3克,五味子9克,炒苦杏仁10克,桃仁10克,薤白30克,薤白仁30克,冬瓜子30克,牛蒡子15克,馬勃15克,生薑20克。共5劑。水煎服,每天1劑。

服用後患者咽部不適好轉,咳嗽咯痰減輕,食慾佳,予以出院。

### 病案二

患者劉某,男,17歲,高三學生,常熬夜學習,下午打籃球後大汗,夜里出現關節疼痛,繼之高熱超過40攝氏度,在附近診所輸液兩天未見緩解,到鄭州某醫院急診,輸液無效,連續應用地塞米松3次體溫才下降,第二天繼續高熱,持續近1周仍不緩解,抗生素及抗病毒治療無效。肝功能轉氨酶輕度升高,心肌酶也輕度增高。

患者口苦,咽干,咽痛,無痰,無食欲,睡眠差,最近一次發熱時出現寒戰,曾發生過手足抽搐,查舌質淡紅,苔白厚,脈弦。辨證為太少陽合病內有郁熱。

处方:麻黃9克,杏仁10克,桂枝15克,白芍15克,炙甘草6克,北柴胡25克,黃芩15克,清半夏20克,人參9克,牛蒡子15克,茯苓30克,蟬蛻15克,生薑5片。共5劑。水煎服,每天1劑。

嘱咐患者煎好服用1次,清晨再服,服後服用稀粥一碗以滋汗源。次日最高體溫38.4攝氏度,兩天後未再發熱。

### 方劑分析與個人感悟

寒冬之時感冒發熱多為“中寒證”,但感冒後一般人常服用連花清瘟膠囊、雙黃連、蒲地藍等中成藥,殊不知這些藥都為清熱藥,服用這些藥物無異於雪上加霜。其實,正確的做法是根據張仲景《傷寒論》里的經方麻黃湯或桂枝湯系列湯劑,進行對症治療。

上述兩例患者其實均為中寒,但一直藥不對症,再加上體質虛弱(第一例為腫瘤放化療後,第二例為高三學生常常熬夜學習,再加上劇烈運動後毛孔大開寒邪隨之而入),從人體最表的太陽經向內發展及少陽,出現了口苦咽干,默默不欲飲食,雙側髌部疼痛(少陽經行走之處),脈弦。而發熱多採用西藥解熱鎮痛抗炎藥退熱出汗,表寒鬱閉已減輕,但還都有畏寒,所以表寒仍未完全消退,再加上有咳嗽,說明肺氣宣發肅降功能仍未恢復,所以兩例均採用麻黃湯、桂枝湯合小柴胡湯加減。第一例因舌質厚,苔厚,中心黃,且痰為黃色不易咯出,所以同時合用了二陳湯與葶藶湯,並加用牡蠣化痰,桔梗利咽排痰。第二例干咳,咽干甚,故加用牛蒡子、蟬蛻。兩例基本都是服用一天半,熱退。

將近日兩例治療的發熱病案記錄供大家參考,但病無定式,則法無定式。幾乎沒有一個患者的病是完全照着張仲景《傷寒論》中的條文一模一樣仿的,所以一定要牢記張仲景的一句話:“觀其脈證,知犯何逆,隨證治之。”雖寥寥五個字,但是要真正做到“知犯何逆”,則需靜下心來細讀經典,參閱各家醫案,臨床診治經驗慢慢積累,並且在遇到疑難病例處理时一定要随访跟踪,知道药物到底起效与否,多久起效,慢慢就会成竹在胸了。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

河南中医药大学第三附属医院  
肛肠科副主任杨会举：  
肛肠疾病防重于治

扫码看视频

河南中医药大学第三附属医院肛肠科副主任,副主任医师;中华中医药学会肛肠分会常务委员,中医药高等教育学会肛肠分会常务委员;擅长中西医结合治疗各种痔疮、肛裂、肛瘘、肛周脓肿、肛隐窝炎、直肠脱垂、直肠息肉、结肠憩室、直肠肿瘤、先天性肛门闭锁或狭窄,在顽固性便秘、顽固性肛门坠胀、炎症性肠病、婴幼儿肛肠疾病等方面经验丰富。

征稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”,内设《中西合璧》《中医特色技术》《中医外治》《针推验案》《四诊合参》《临证心语》《中药用法》《名医堂》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。

稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。

联系人:朱忱飞  
电话:13783596707  
投稿邮箱:5615865@qq.com  
邮政编码:450000