

骨折的诊断与治疗

□李金明

案例一

李某,男,30岁。

初诊:患者因摔伤右膝部肿胀疼痛2天,右胫骨平台骨折入院。经检查,患者膝关节肿胀疼痛,膝关节不稳定,压痛明显。X线显示右胫骨平台骨折,属Schatzker分型(一种胫骨平台骨折分类名称)Ⅱ型胫骨平台骨折。**治疗:**给予手法复位、鱼嘴钳固定,术后1周在踝上牵引下开始在CPM机(下肢关节康复器)上进行功能锻炼。患者2个月去除牵引设备,逐渐负重;6个月后完全恢复功能。

按语:1.胫骨平台骨折的损伤特点与治疗原则:胫骨平台骨折是一种比较常见而复杂的关节内骨折,造成骨折的应力具有显著特异性,骨折的基本特征为平台关节面劈裂、塌陷或两者合并损伤。

治疗的主要目的是获得一个稳定、对位良好、活动正常且无痛的膝关节,并最大限度地减少膝关节创伤后骨性关节炎的发生。其相应的治疗原则为:关节面无创性解剖复位;关节内骨折块的稳定固定;有效支撑重建干骺端;允许早期进行功能锻炼。

2.复位固定方法分析:对于该骨折的复位固定,文献已有大量报道。但是,由于使用的骨折分类方法不同,以及对不同类型骨折处理方法上的差异,其优良率差别很大。早期面临的主要问题是难以获得满意复位,骨折断片不稳定,采用手法和牵引有可能修复劈裂骨折片,但不容易使塌陷的骨折片复位,尤其是位于胫骨平台中部裸区的塌陷骨折片,因周围无软组织附着,不可能用手法直接接触或通过软组织间接牵拉复位;而位于侧副韧带止点上部的内侧平台骨折,塌陷骨折片仅有关节囊附着,常无足够的牵拉力,故不能获得良好复位。经皮钢钉撬拨复位固定治疗胫骨平台骨折早已成功应用于临床。它是利用杠杆原理,使局部塌陷移位的骨折块,以皮质骨为支点,以骨圆针尖端为应力点,手握针尾对骨折端行顶、撬、抬、拨,使之复位。行钢钉撬拨时,要注意进针点和方向,若塌陷移位较大(10毫米以上),考虑压缩部骨质脆弱,单针撬拨力点小,针尖易滑脱,应采用双针治疗,以增加接触面,有利于抬起较厚的关节面下松质骨,支撑力较好,减少再塌陷的可能,然后顺势在塌陷关节面

下横行用2枚~3枚骨圆针作经皮固定,使钉的两端架在两侧皮质骨上,行桁架固定。笔者在传统疗法经皮钳治疗胫腓骨干不稳定性骨折的基础上,将经皮钳的钳尖加以创新,使钳尖分叉呈30度,似鱼嘴样,故称鱼嘴钳。这种方法扩大了经皮钳的治疗范围,使之对骨干(皮质骨)的固定扩展为对近关节及关节内松质骨的固定。胫骨平台为松质骨区,鱼嘴钳与骨的接触面明显增大,能有效抵止于骨面,不会在固定后进入骨质内而失去其特性——横向加压固定作用。在鱼嘴钳夹合过程中,由于钳头的相对夹挤似1枚虚轴加压螺栓,克服了胫骨平台骨折所受压力力和旋转应力及周围组织牵拉应力,骨折端对合更加紧密,加之穿针固定,使骨折端形成一个稳定可靠的整体,为关节的早期功能锻炼提供了生物力学基础,起到了同国际内固定研究会内固定治疗此类骨折相同的作用,而且要比国际内固定研究会内固定操作更简便、创伤更小,不需要二次手术移出内固定物。

3.踝上牵引的作用机制:经皮撬拨复位钳夹固定合踝上牵引,可使牵引力直接作用于胫骨,可以有效纠正膝内翻畸形,使下陷的骨折块获得满意复位。可以有效维持膝关节于外翻或内翻位,既有利于骨折复位,又有利于损伤的侧副韧带正常修复。持续地踝上牵引,还可以使侧副韧带、关节囊及交叉韧带相对紧张,既减少了造成膝关节不稳定因素,又能使部分残余骨折自动复位。踝上牵引克服了跟骨牵引力量不足及踝关节功能活动受限的缺点。持续有效地进行骨牵引,克服了胫骨平台骨折后所承受的股骨髁压应力和旋转应力,为早期的功能锻炼提供了生理学基础,避免早期功能锻炼造成骨折块再移位。早期进行膝关节功能锻炼,可避免周围肌腱关节囊、韧带及皮下脂肪粘连,促使关节软骨修复。早期功能练习可以促进软骨修复,从而减少了晚期运行性变形的创伤性关节炎。

案例二

苏某,男,42岁。

初诊:患者以车祸致右膝关节疼痛畸形功能受限来诊。入院后查体:右髌部漫肿、压痛,关节轻度内收、内旋,弹性固定,肢体短缩2.5厘米,左膝关节后脱位,股骨头碎裂、外形改变,CT

结果显示:骨折片散在分布于髓臼内及髓臼后侧,股骨头后脱位,诊断为右髌骨骨折后脱位合并股骨头劈裂骨折。

治疗:入院后行胫骨结节牵引,1周后行切开复位内固定旋股外血管束植入旋髂深血管蒂髌骨瓣移位移植术。术中见右股骨头关节面连同软骨下5毫米处骨质整体碎裂,旋髂深血管蒂骨瓣血供良好,复位骨折块并以可吸收螺丝钉予以固定,复位股骨头,术后检查复位良好,术后牵引6周,辨证应用中药,分期指导功能锻炼,随访1年后患者骨折愈合,功能恢复良好。

按语:采用股方肌骨瓣的意义,股骨头骨折脱位后,股骨头成为游离骨折块,如果缺乏血液供应,将成为死骨。因此,笔者在切开复位固定的同时行股方肌骨瓣移植手术,给骨折端建立新的血液通道,以促进骨折愈合,预防股骨头坏死。股方肌骨瓣的血供主要来自髂下动脉和臀上动脉、旋股内动脉,在肌肉表面和肌内形成丰富的血管网,它是一个有肌蒂和血管蒂的双重供血的肌蒂骨瓣,骨瓣较平整,植入后对髌关节屈曲活动影响小,且肌蒂及血管蒂不易堵塞、扭转,成功率高。本病的预后关键在于股骨头关节软骨的损伤程度,该患者评分较差,手术中见关节软骨有大面积损伤,因而效果不佳。治疗过程中尽量保护关节软骨的完整性,尤其是负重区软骨面可靠的内固定,是手术中的关键所在。满意的复位,牢靠的固定,血管束植入,带血管蒂骨瓣的血液循环重建,使该患者获得了满意疗效。

案例三

李某,男,55岁。

初诊:患者9个月前摔伤右小腿,在当地一家医院被诊断为右胫腓骨中段骨折,行切开复位钢板内固定术后,至今骨折未愈。经检查,患者右小腿轻度肿胀,皮色正常,中段轻度压痛,稍向外凸起畸形,有轻微骨摩擦活动,伤肢酸困无力,畏寒肢冷,头晕失眠,舌质淡,苔薄白,脉沉细无力,X线检查显示右胫腓骨中段陈旧性骨折,4孔钢板内固定,向前外分别成角约8度,折端硬化肥大,折线清晰,髓腔接近闭锁。

诊断:右胫腓骨中段陈旧性骨折不愈合。
辨证:肝肾亏虚,筋骨失养。
治疗:鉴于成角明显和折端情况,考虑进行手术治疗,但患

者坚决拒绝手术,要求药物治疗。遂处理如下:1.行小腿塑型夹板外固定。2.指导站立蹬腿。3.中药给予滋补肝肾、强壮筋骨,采用乙癸养荣汤加减。

处方:淫羊藿10克,肉苁蓉15克,鹿角胶6克,煅自然铜15克,骨碎补15克,桑寄生20克,龟甲15克,穿山甲15克,续断18克,制乳香、制没药各9克,杜仲15克,黄精15克,黄芪20克,何首乌9克,当归20克,生地12克,陈皮10克。

因患者不能服用汤药,将上药炼成蜜丸,每次9克,每天3次。6个月后,患者骨折骨性愈合,现已参加体力劳动。

按语:笔者认为,造成骨折延迟愈合、不愈合的原因非常复杂,从主观上来讲,骨折后固定不当,如固定时间短、下床过早,固定不牢靠,患者自制力差,不能配合等是造成此类疾病常见的原因。动静结合是祖国医学治疗骨折的原则之一,但动与静的结合与辩证关系临床必须妥善掌握。如何使动与静有机结合在一起,大致可以概括为如下三方面:1.全身、伤肢要动,骨折端要静。2.动中有静,静中有动,肌肉的动可达到骨折端的静,骨折端的静又有利于肌肉的关节的动。3.到一定程度后,全身、患肢、骨折端都要动静结合,鼓励有利的动,限制不利的动,加强有利的静,避免不利的静。活动是肢体的生理功能,也是治疗骨折的目的。肌肉与骨折部位周围软组织是修复和维持骨折对位的内在动力。肌肉收缩,关节活动,合理负重,有利于骨折愈合,并且能够提高骨痂抗折力。在骨折愈合之前,骨折断端的活动是绝对的,而固定是相对的,对骨折愈合不利的活动通过人的意志要加以控制,使骨折端的不利活动降到最低限度,而对骨折愈合有利的活动要尽力发展,以保持骨折断端间持续接触,紧密嵌插,产生压电效应,促进骨折愈合。而当人为因素对骨折愈合不利的活动失去控制时,新生骨痂则不断被有害应力折断,最终导致骨不连接。

骨折延迟愈合及不连接的



验案举隅

经方治疗气虚瘀阻肝热痰风证

□王付

柴某,男,59岁,有多年糖尿病病史,在1年前出现脑梗死,虽然经过中医、西医治疗,但是症状未能有效改善。患者经朋友介绍前来笔者所在处就诊。**刻诊:**半身不遂,上肢更甚,肌肉麻木不仁,言语不利,癫痫3天~5天发作1次,倦怠乏力,急躁易怒,大便干结,口渴,舌质暗红夹瘀,苔黄腻,脉沉弱涩。
辨证:气虚瘀阻,肝热痰风证。
治疗:益气化痰,泄热熄

风。
处方一:黄芪桂枝五物汤、藜芦甘草汤与桂枝茯苓丸合方加味。黄芪10克,桂枝12克,白芍12克,生姜20克,茯苓12克,桃仁12克,大枣12枚,牡丹皮10克,藜芦3克,红参10克,五灵脂10克,炙甘草10克。共3剂。
处方二:风引汤、藜芦甘草汤加味。大黄12克,干姜12克,龙骨12克,桂枝10克,牡蛎6克,寒水石18克,藜芦6克,红

参12克,甘草6克。共3剂。
煎煮方法:第一次煎35分钟,第二次煎25分钟,合并药液,每天1剂,分3次服用。
服用方法:第一天服用处方一药剂,第二天服用处方二药剂,按此方法交替服用。
二诊:患者自觉乏力好转,按原方继续服药各6剂。
三诊:癫痫发作时仅有头晕,眼前发黑,自觉手欲抽动感但未抽动,按原方继续服药各6剂。

四诊:大便通畅,急躁易怒减轻,按原方继续服药各6剂。
五诊:自觉癫痫欲发作且未发作,大便略溏,按原方继续服药各6剂。
六诊:肌肉麻木症状基本消除,按原方继续服药各6剂。
七诊:诸证均有好转,按原方继续服用120余剂后,患者能缓慢行走,语言能力接近正常人水平。
一年后随访患者,状态良好。用方体会:患者半身不遂、

倦怠乏力辨为气虚;舌质暗红夹瘀、苔薄黄辨为瘀热;癫痫、苔黄腻辨为痰风;急躁易怒、大便干结辨为热结。因此,辨证为气虚瘀阻,肝热痰风证。方以黄芪桂枝五物汤益气温经;藜芦甘草汤化痰熄风;桂枝茯苓丸活血化痰;风引汤清泄肝热,加红参大补元气,加五灵脂活血化痰。方药相互为用,以取其效。
(作者供职于河南中医药大学第三附属医院)

针推治验

奇神经阻滞多用于在疼痛科治疗痛经及盆骶部疼痛,笔者采用针刺奇神经治疗原发性痛经,效果显著。

治疗方法

取穴:奇神经节点(骶尾关节前部、直肠后方)。

操作:患者取俯卧位,局部皮肤碘伏消毒后,再用75%乙醇棉球脱脂,采用0.35毫米×125毫米的芒针,与水平面呈30度角,从秩边穴处进针,透向腰俞穴在骶骨深面的投影点,斜向下针刺约100毫米停止进针。若针尖碰到骶骨但进针深度未到100毫米,可适当增加芒针与皮肤夹角,直到芒针紧贴骶骨达到进针深度,此时针尖位于奇神经节附近。患者可有酸胀感或针感向会阴部或小腹部放射,不行针,留针30分钟。月经来潮前5天开始针刺,每天1次,两侧交替针刺,每次针刺一侧,直至此次月经结束后停止针刺。3个月经周期为1个疗程,共治疗1个疗程。

体会

奇神经节位于骶尾关节前部、直肠后方,接收来自腰骶部的交感、副交感神经纤维,交感神经疼痛信号的传递。奇神经节治疗疼痛的机制为刺激奇神经节可扩张疼痛区域交感神经支配的血管,通过改善血液循环达到止痛效果。

目前有经旁正中穿刺、经骶尾关节(骶尾间盘)穿刺、经尾骨穿刺等4种奇神经节阻滞入路。以上奇神经节阻滞或毁损术通常需要在CT或C形臂X线机引导下操作,均存在潜在风险,而采用针灸刺激奇神经节则更为安全可靠。笔者分别借鉴经旁正中穿刺和经尾骨穿刺刺激奇神经节术,进行秩边穴深刺法和长强穴深刺法,因临床操作隐私问题,笔者习惯采用秩边穴深刺法。需要注意的是奇神经节位于骶尾关节和直肠之间,贴近骶尾关节,在开始针刺时芒针针身同水平面夹角勿超过30度,避免因角度过大刺入直肠而无法直接刺激奇神经节,若针尖碰到骶骨,可逐步增大角度,直到针尖滑过骶骨达到进针深度。

原发性痛经,中医称为经行腹痛,多为气滞血瘀和寒凝阻滞所致不通则痛,或是气血亏虚所致的不荣则痛。

笔者采用经秩边穴针刺奇神经节治疗痛经,取得较好效果。中医学虽无直接针刺奇神经节的相关论述,但奇神经节位于腰俞穴的深面,被骶尾关节阻挡,可通过芒针经秩边穴深刺或经长强穴深刺到达相应部位。秩边穴属足太阳膀胱经,可激发膀胱经气,疏通膀胱经脉,主治腰骶痛、便秘、阴痛,也是芒针应用的重要穴位,常规多采用秩边透水道针刺法治疗小腹、前阴等泌尿生殖系统疾病。其作用机制和刺激盆丛神经内的交感神经与副交感神经相关。笔者采用经秩边透刺奇神经节,可直接发挥神经调节作用。奇神经节和腰俞穴、长强穴相关。腰俞穴和长强穴主治月经病、腰痛和尾骶痛,与现代医学中奇神经节阻滞的适应证相对应,为芒针深刺奇神经节治疗痛经奠定了基础。通过针刺奇神经节治疗相应疾病,既能发挥神经调节作用,又能避免神经阻滞风险,并且操作简单。笔者认为,奇神经节治疗疾病可能不只限于痛经,在治疗卒中、动脉粥样硬化所致的下肢发凉等疾病方面也能取得一定疗效,针刺奇神经节或骶尾部的交感神经及副交感神经或可发挥广泛的神经调节作用。
(作者供职于郑州大学附属郑州中心医院)

实用方

病毒性肝炎方

生大黄50克,儿童用量减至25克~30克。水煎,取药液200毫升左右,每天1次顿服,连续用药6天,停1天,如此7天为1个疗程。急性患者服用1个疗程即可使肝功能恢复正常;慢性患者三四个疗程可恢复肝功能。

慢性咽炎方

取黄柏30克,加水150毫升,煎煮至100毫升。使用时每次取5毫升药液装入雾化瓶中(药液温度保持在25摄氏度~35摄氏度),打开氧气便可雾化吸入。如无氧气,用空气压缩机亦可,每天一两次,四五天为1个疗程。

小儿消化不良方

大便次数增加,但既无发热也无水电解质紊乱,大便常规检查结果显示无异常,称为单纯性消化不良,多发生于小儿。取吴茱萸10克~20克,研粉,用食醋调成糊状,外敷于小儿足底涌泉穴,用消毒纱布、绷带包好,24小时后取下,连用三五天有良效。
(以上验方由山东省惠民县胡集镇那家村卫生室郑玉平提供)

征稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”,设有《名医堂》《中西合璧》《中医特色技术》《中医外治》《针推治验》《四诊合参》《临证心语》《中药用法》《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

本版方需要在专业医生指导下使用

柴胡桂枝干姜汤治疗低热

□刘红光 魏爱华

患者朱某,低热半个多月。患者平素体质差易感冒,半个月前受凉感冒后,吃药未见好转,且每天晚上7时许开始头痛,体温37.2摄氏度~37.5摄氏度,偶尔胸闷,有湿黏痰,怕热,动则汗出,颈项处易出汗,心烦易怒,二便正常。患者输液治疗7天,未见效果;服用麻黄根、龙骨、牡蛎、青蒿等,效果欠佳。随后,患者来

笔者处就诊。方用柴胡桂枝干姜汤加减,共3剂。
患者服药1剂,当天晚上就不发热了;服药2剂,痊愈。笔者没有让患者再服用第三剂。《伤寒论》记载:“伤寒五六日,已发汗而复下之,胸胁满微结,小便不利,渴而不呕,但头汗出,往来寒热心烦者,此为未解也,柴胡桂枝干姜汤主之。”患者受凉感冒后服用西药未见好

转,伤寒五六日,已发汗而复下致病不解传入少阳,往来寒热(每天晚上7时许开始头痛,体温37.2摄氏度~37.5摄氏度),胸胁满微结(胸闷心烦易怒),均为少阳证。少阳枢机不利,疏泄失常,则三焦因之壅滞而失职,故使水饮停留,饮结胸胁则胸膈有湿黏痰;病在上焦尚未涉及胃腑故不呕。头项处汗出是由气机不畅,阳气不能宣发,郁而上蒸所致。

中医对症治疗效果颇佳,可谓立竿见影。笔者认为,不要一见低热就用青蒿,一见出汗就用麻黄根、龙骨、牡蛎等。中医治病看的是病机。比如,这个病例是伤寒侵犯少阳证。少阳包括手少阳三焦经、足少阳胆经,外邪侵犯少阳致枢机不运,经气不利,出现往来寒热、胸胁不适、心烦等。

少阳外邻太阳,若少阳兼见太阳表证,可见发热、头痛、汗出,治宜和解发表兼顾。由此可见,治疗少阳病虽以和解为主,但随着病情变化,治疗时仍要应用兼汗兼下等不同方法。医生临证时必须了解病机,细心辨证,方能随证变法,运用自如。
(作者供职于西乡县红光诊所)