

· 专题笔谈 ·

急症的中西医结合治疗

骨折急症的中西医结合处理

尚 天 裕

二十多年来,通过 10 万多例的骨折急症的处理,我们总结出一套中西医结合的诊断治疗方法,具有方法简单,骨折愈合快,病人痛苦小,合并症少等优点,为骨科临床实用的方法。

一、骨折的诊断 通过望、闻、问、切和测量对比等简单方法,对绝大部分骨折和脱位均可获得正确的诊断。在有 X 线等现代化诊断仪器的帮助,解剖学和生物力学的研究,无疑对于一些难以诊断的部分骨折和类型,可以获得更加快速精确的了解和认识。在此,我认为不能忽视中医的望、闻、问、切。譬如切诊,不但能切局部压痛确定骨折部位,甚至 X 线湿片看不出来的骨折,通过切诊、叩诊而能检查出来。切脉或腹部切诊有助于鉴别诊断。

只要熟练的掌握检查方法,积累必要的经验,一般骨折做到及时诊断并不困难。

二、骨折的整复手法 通过中西医结合,学创结合,充分利用现代医学关于解剖生理方面知识,从大量实践中系统总结出新的“整骨十法”和“整骨四则”。同时对每一种类型的骨折又总结出具体的,特定的整复程序,使整骨手法初步形成了一个完整的体系。

整骨十法:手摸心会,拔伸牵引,旋转回绕,屈伸收展,端挤提按,夹挤分骨,成角折顶,扣挤掐合,摇摆触碰,推拿按摩。

整骨四则:(1)骨折的复位过程与移位过程相反;(2)综合复位与分解复位辨证施用;(3)急症复位与慢性复位相互结合;(4)手法整复与器械整复相互结合。

能否正确的复位是处理骨折急症的一个关键步骤,过去认为一些难以整复的骨折,如前

臂双骨折、股骨干骨折、脊柱骨折、髌骨骨折及踝部骨折等关节内或关节附近的骨折,只要熟练的掌握上述原则与手法,90%以上的骨折可获良好的复位。只有极少数仍需手术切开复位。

三、骨折的固定方法 骨折复位后要保持对位不变。我们在中医局部外固定经验的基础上,吸收各家之长,融合西医经验,在实践中加以熔炼、改进、创新,对于各个部位、各种类型骨折形成一整套的局部外固定方法:(1)不超关节夹板纸垫固定法;(2)超关节夹板纸垫固定法(限止不利的关节活动,保留有利的关节活动);(3)夹板纸垫加牵引固定法;(4)超关节夹板纸垫加牵引固定法;(5)竹帘固定法;(6)竹帘加木板鞋固定法;(7)抱膝弹力带合页夹板法和抓髌器;(8)骨盆夹板;(9)脊柱垫枕法;(10)纸板固定法等。

局部外固定不仅固定可靠,而且在合理练功情况下具有慢性复位作用。局部外固定方法还为早期功能锻炼创造了有利条件。

四、早期功能锻炼 早期功能锻炼能够促进血液循环,促使肿胀消退,加速骨折愈合,促进功能恢复等作用。同时在合适的外固定条件下,练功能使残余的侧方移位、成角或分离等移位得到逐步矫正。这是内固定方法所不能比拟的。

早期功能锻炼能够在骨折断面产生生理性压力。现代医学研究证明,此种压力能够刺激骨痂增生,并使骨痂按生理应力塑形,从而促进了骨折的愈合。骨折愈合需要有合乎生理的生物力学刺激,而中西医结合处理骨折的方法确能提供理想的生物力学的刺激。

五、开放损伤用药 对于感染性开放骨折的创面,主要用外敷生肌象皮膏。外用中药具有煨脓长肉,去腐生新,拔毒去死骨等作用。

在外用中药过程中能够产生自发性“皮岛”及“骨的肉芽岛”等现象，为创面闭合开创了新的局面。外用及内服中药，挽救了一些需要截肢的肢体，使一些难以愈合的骨折获得治愈。

当然，对开放性骨折，凡是有条件早期缝合的，我们尽量争取清创缝合，把开放性骨折变成闭合性骨折来处理。合并神经血管损伤的尽可能作吻合、修补。为了便于其愈合，常需要作内固定手术。

中药肛灌救治乙型脑炎的经验介绍

浙江省中医研究所

潘澄濂讲述 潘毓仁整理

近年来以中西医结合治疗流行性乙型脑炎(以下简称乙脑)其疗效已大大地提高。中医治疗乙脑，疗效虽可肯定，然尚有许多问题，有待于我们继续改进和研究。这里谈谈中药给药的途径问题。

惊厥、昏迷是乙脑病程中常见的证候。经口服药，不无困难。使用鼻饲，有所改进。但在某些情况下，尚不理想，且也有一定的危险性。例如：我们治疗乙脑惊厥，四肢抽搐的患者，开始阶段，采用止痉散（以蜈蚣、全蝎二物组成）为主的方剂，以鼻饲给药。蜈蚣、全蝎虽经加工，粉末仍是较粗，鼻饲灌药，往往中途堵塞，必须另换插管，给治疗工作带来了困难，而且止痉散也不能立即起到镇痉的作用。嗣后，对惊厥抽搐的治疗，改用了10%水合氯醛肛灌作为先行，继投清热熄风之中药，以羚羊片1.5g(或以羊角20g代) 钩藤10g 银花20g 连翘15g 生石膏30~45g 大青叶30g 生苡仁15g 鲜芦根30g 炙甘草3.5g等组成为基本方，随证加减。这样的中西医结合方法，经20余例临床观察，对抽搐症状的控制，确能起到良好的作用。从而，使形成脑水肿的因素，亦相对地有了减少。

在这一方法的启示下，我们尚遇到一例重型乙脑患儿，病情奄奄一息，已拔去鼻饲管。迨至中午，给患儿所服中药已煎好送到床头，

而无法灌服。使我心情感到忐忑不安。是否坐视待毙？抑或想方设法，将煎好的中药灌进去，以救万一。在这一关键时刻，忆及水合氯醛肛灌的疗效，决定效法一试。于是将这服由紫雪丹2g 鲜生地30g 大青叶30g 生石膏30g 石菖蒲9g所组成的中药煎剂，改用肛灌给药，分三次将药液灌完，并加强护理，以观动静。不料翌晨查房，患儿神识转清，肛温37.6℃，继以原方加减之剂，能自服药，调治二周，无后遗，治愈出院。此后，对其它有些昏迷病例，亦采取肛灌给药，也获得较好的疗效。

古代如蜜煎导方，土瓜根方，猪胆汁方等，均从谷道内药，即今之肛灌给药。近年来，对慢性肾炎尿毒症，亦有从肛灌给药的报道。由此可见，肛灌给药，特别是目前中药剂型改进，尚未能达到各方都制成为静脉给药的条件，如：对昏迷惊厥等急症的抢救，除鼻饲外，肛灌给药，确是一条可以效法的途径。况中医治疗昏迷惊厥等急症，处方中一般具有香窜性的冰片、麝香等，与清热、凉血、解毒药等配合组成，只要肠粘膜及其感受器的功能尚存在，肛灌给药，是可以达其医治的目的，而且肛灌安全度较大，是其优点，值得介绍。为了使药液易于吸收，可在灌药之前，先行一次清洁灌肠，随后灌药，有利于吸收。

中西医结合治疗急症的体会

暨南大学医学院中医教研组 张大钊

中医学的典籍中有着极其丰富的治疗急性病的理论和经验。经过长时间以来的反复实践和不断验证，至今仍然疗效卓著，为我们进行中西医结合治疗急症，留下了宝贵的资料。

根据我们(原在湖北中医学院附属医院时)从事中西医结合治疗急症累积起来的点滴经验，我们认为要作好这个工作，要注意以下几个方面的问题。

一、首先要有充分的信心，对中医能治疗急症要深信不疑。否则一遇到困难，就会退缩不前，尤其是我们西学中的同志，对西医治疗急症的一套方法比较熟悉，对中医治疗急症的