

伤骨科论文汇编

第四辑

上册

上海市伤骨科研究所

伤科论文汇编

第四辑

上海市伤科研究所

前 言

英明领袖华主席发出“树雄心立壮志向科学技术现代化进军”的战斗号召，这个气魄宏伟的号令，集中表达了全党全军全国人民把科学技术搞上去的强烈愿望和坚强决心，给予广大科技工作者巨大鼓舞和无穷的力量，我们决心在以英明领袖华主席为首的党中央领导下，努力学习，加强团结，克服一切艰难险阻，不断攀登科学技术高峰，为实现新时期总任务而努力奋斗。

我们自一九五八年大跃进年代建立以来，至今已有二十年，回顾过去，虽然遭到刘少奇、林彪，特别是“四人帮”的干扰破坏，但我们基本上遵循了毛主席的革命路线，坚持走中西医结合的道路，继续对中西医结合治疗骨折的理论研究和临床工作取得了一定成果。虽然我们的工作与党和人民的要求仍有很大差距，但我们坚决响应英明领袖华主席的号召：“先进再先进，后进赶先进，革命加拚命，无往而不胜”的革命精神，把“四人帮”干扰破坏所造成的损失夺回来，为在本世纪内把我国建设成为农业、工业、国防和科学技术现代化的伟大的社会主义强国贡献我们的力量。

这本册子是文化大革命前夕我们出版《伤科论文汇编》第三辑以来的一系列工作的继续，有许多是有一定的联贯性，特别是基础理论实验研究方面，初步形成理论研究体系。为了很好的回顾和总结，便于开展学术交流，特将1964年以来，论文、工作等汇编成册。在编写中，经过全所同志的辛勤劳动，外贸无锡印刷厂的支持赶制，特此表示感谢。当然，由于时间仓促，难免有错误之处，请同志们批评指正。

上海市伤科研究所

1978年7月

目 录

前 言

评 述

1. 论离断肢体再植..... 1
2. 对立统一规律在骨折治疗上的应用..... 3
3. 创伤性截肢与截指处理的意见..... 6
4. 对《软组织松解术治疗腰腿痛的初步探讨》一文的几点意见..... 9

中 医 中 药 整 理

5. 中医文献中关于骨折复位方法的初步探讨..... 11
6. 骨折内治法辨证施治的运用..... 20
7. 骨折内治法三期分治临床上方药的应用..... 27
8. 骶髂关节错位（不全脱骺）及劳损——祖国医学魏氏手法整复的机理..... 32
9. 中医伤科背法治疗腰背痛——脊柱小关节机能紊乱的临床观察及其机理的初步探讨..... 34
10. 腕骨（舟状骨）骨折的治疗..... 38
11. 点穴推拿治疗急性腰软组织扭伤经验介绍（附60例分析）..... 43
12. 用点穴推拿来治疗冻结肩的初步分析..... 47
13. 擦药疗法简介..... 51
14. 中医伤科治疗腱鞘囊肿方法介绍..... 52
15. 全身麻醉下重手法推拿为主治疗腰椎间盘突出症..... 54
16. 肩关节周围炎的手法治疗（附30例疗效小结）..... 59
17. 石吊兰治疗骨结核初步小结..... 65

临 床

中 西 医 结 合

18. 中西医结合治疗骨折的初步进展..... 66
19. 小夹板在开放性骨折和切开整复病例中的应用..... 70
20. 关节骨折的内撬拨固定法..... 73
21. 活血化瘀法应用于骨折和动物实验初步探讨..... 78
22. 祖国医学治疗软组织损伤理论体系的探索..... 80

截 瘫

23. 损伤性截瘫褥疮防治初步探讨..... 90
24. 损伤性截瘫患者褥疮的护理..... 95

25. 外伤性截瘫的早期治疗·····	99
26. 外伤性截瘫的综合治疗——不完全性截瘫的处理·····	102
27. 颈推过伸性损伤·····	107
28. 外伤性截瘫的分类（初议）·····	111
29. 外伤性截瘫的综合治疗——并发肺部感染的防治——附死亡四例报告·····	117

其 他

30. 棘上韧带劳损的临床观察·····	121
31. 十五年来骨肿瘤病例的分析和临床体会·····	125
32. 冷冻手术切除骨巨细胞瘤·····	131
33. 手部损伤应用异指神经血管带蒂皮瓣移植术的初步报告·····	133
34. 治疗婴儿瘫严重躯干和骨盆畸形的临床体会·····	136
35. 儿童先天性马蹄内反足的矫形治疗·····	142
36. 股骨颈囊内骨折的远期疗效观察·····	147
37. 脊椎融合术在治疗脊椎结核中的并发症——120例临床报告·····	151
38. 对儿童骨关节结核治疗的一些意见·····	159
39. 腕月骨缺血性坏死症各种疗法的疗效探讨·····	163
40. 髓纹链石膏治疗股骨粗隆间骨折的初步探讨·····	167
41. 脊髓灰质炎后下肢畸形的手术治疗·····	173
42. 骨折不连接的预防和治疗·····	178
43. 对腰椎管狭窄症的一些认识·····	182
44. 部分腰椎间盘突出症重手法推拿失败原因的探讨·····	185
45. 腰棘间韧带损伤的临床、X线和病理观察的研究·····	189

针 麻

理 论 研 究

46. 针刺镇痛效应的外周传入途径的分析·····	200
47. 关于针麻中所用电刺激的波形及频率等参数对镇痛作用的影响之初步探索·····	207
48. 神经根神经干电针麻醉的实验研究与临床应用·····	209
49. 关于神经、穴位“电针麻醉”在的关节部位手术中应用情况的小结·····	211

临 床 应 用

50. 针刺麻醉在骨科手术的应用·····	214
51. 针刺麻醉使用于四肢与脊柱手术——九年临床经验总结·····	216
52. 针麻下三刃钉内固定术 504 例临床总结·····	222
53. 针刺麻醉膝关节半月板摘除术 440 例临床小结·····	224
54. 针刺麻醉下施行脊柱手术 487 例的初步体会·····	226
55. 针麻下施行上肢急诊及选择性手术的初步体会·····	228
56. 针刺麻醉使用于断手指再植的初步经验·····	230

断指再植和小血管外科

57. 断指再植术的初步体会·····	233
58. 兔耳断离再植实验的初步报告·····	236
59. 兔耳断离再植术的实验性研究·····	241
60. 小血管吻合术的实验观察·····	246
61. 小血管缝合术及断手指再植术(实验与临床)·····	251

实 验 研 究

62. 实验性骨折愈合(Ⅰ)胶元及基质的组织学及组织化学研究·····	257
63. 实验性骨折愈合(Ⅱ)四环素标志研究·····	266
64. 骨折不连接的成骨活动研究(Ⅰ)四环素标记实验·····	269
65. 骨折不连接的成骨活动研究(Ⅱ)组织学及生物学研究·····	272
66. 骨折不连接的成骨活动研究(Ⅲ)X线衍射研究·····	274
67. 椎间盘后突症的病理及形态发生机理(Ⅰ)未变性椎间盘组织学及组织化学观 察·····	276
68. 椎间盘后突症的病理及形态发生机理(Ⅱ)突出物内退行性变化的组织学及组 织化学观察·····	281
69. X线显微放射摄影在骨结构研究中的应用·····	287
70. 实验性骨折骨痂钙化的X线显微放射摄影观察·····	291
71. 前臂骨间膜在尺桡骨骨折固定中所起作用的探讨·····	294
72. 祖国医学治疗骨折中动静结合的理论基础的探索·····	297
73. 创伤以后的活血化瘀研究——第一部分 丹参注射液对家兔桡骨骨折以后肢体血容量的影响·····	322
74. 创伤以后的活血化瘀研究——第二部分 丹参注射对家兔前臂软组织挫伤以后肢体血容量的影响·····	327
75. 尿羟脯氨酸测定法·····	346

综 述

76. 原发性骨质疏松“症”及其骨科处理·····	351
77. 骨与关节损伤基础理论研究的国外动态·····	359
78. 脊髓损伤实验研究的国外动态·····	367
79. 降钙素研究的近况·····	370

评 述

论 离 断 肢 体 再 植

叶 衍 庆

自 Lapshinsky 氏 及屠开元氏在动物身上将离断肢体再植成功后，为此种手术的临床应用打好基础是势所必然的。法国最近虽然有上臂再植成功的病例报告，但是其肢体并没有完全离断。至于手腕部完全离断而再植成功的病例，在国内外医学杂志上尚未见过。最近上海市第六人民医院陈中伟和钱允庆二位青年医师将工人王存柏已离断的右手再植成功，这表明在人体上完成此种工作，我国已经先走了一步。这是我国医学史上的一件大事。

这手术的成功并不是偶然的。首先，在党的领导和教育下，医务工作者树立了面向工农兵，全心全意为人民服务的观点，以及对病人的高度责任心。按过去的常规处理是将断手丢去，将残端洗净，修好，缝好算数，决不会花许多时间和精力去作挽救离断肢体的手术。陈、钱二位医师的成功是党长期教育培养的成果。

其次，医疗用品的优质也保证了手术的成功，如接血管用的塑料管，固定骨折的钢板、螺丝钉，缝神经和肌腱的丝线和单丝尼龙线等，它们放在人体内不仅需要没有危害性，也不可以引起组织的严重反应。

时间的因素也很重要。离断肢体过了六小时，因为缺乏血液供应的缘故，组织就会变质并产生毒素，接上去反而有害，这手术越早进行越好。用冷冻保藏可延长时间是一大进展。

最后，医师必须有精细正确的技术，才能克服种种困难，而使手术成功。技术关键有下列几个方面：

（1）**清创手术：**手术的第一步是清除堵塞血管腔的血凝块，和切除沾污与失去活力的组织。此种方法，在医学上称为清创。若做得不彻底，血管就难免仍旧被塞住。或伤口发生感染，致使手术失败。

（2）**骨折的固定：**为了便利软组织的缝合，断骨的骨端必须用钢板螺丝钉很牢固地连接起来，如此可起支架作用，但接连以前，必须将骨端修去一部分，一方面是清除已沾污的骨骼；另一方面是使清创后修短的软组织缝合时，没有张力。

（3）**血管的接合：**这是本手术成败的最主要关键，血管必须接得好，接得快。使断肢的血液供应很快的恢复。离断肢体再植手术失败的缘故，往往是因血管接得不好，血管接连处的内膜粗糙不平，因而导致血液凝结，再植的肢体也就因缺血而坏死。内膜粗糙的原因或由于损伤，或由于炎症反应，或由于缝线暴露在血管腔内；尤其是缝合小于五毫米直径的血管时，此危险性很大。内膜连接处应保持光滑。减少血凝结的机会，为再植肢体

的存活创造机会。

(4) **神经的缝合：**缝合不但针对主要的感觉运动混合神经，也要接好较细的皮肤感觉小枝。接时必须按照神经原来的解剖位置缝合，不能有扭转现象。缝合是用极细的尼龙线缝针，仅缝神经外面的薄膜，缝线不可侵入神经本身；如果神经接得不好，肢体即使存活，而没有感觉，也不能运动，则仍旧是一个废肢。

(5) **肌腱的缝合：**手腕部的肌腱是非常重要的，因为手和手指的运动和肌腱有密切的关系。手腕部的肌腱很多，但有的应当缝合，接了可以恢复手的功能，有的不应当缝合，缝了反而使肌腱彼此粘连，影响手和手指的活动。缝合时，必须避免伤及肌腱表面光滑的外膜，否则也可能发生粘连。

(6) **皮肤的缝合：**要是按照原来切断的伤口缝合，将来形成的瘢痕是环状的。环状瘢痕的收缩，就要绞窄血管、神经和肌腱。轻则使远端肢体发生肿胀而影响功能，重则使肢体因缺血而坏死。所以在处理皮肤缝合时，先要切成齿状，然后缝合成Z形，这种瘢痕在收缩时就不致绞窄皮肤下面的组织，在医学上，这种方法，叫做Z字皮肤成形术。

(7) **术后处理：**它的重要性不亚于手术技术本身。手术后的种种并发症，例如：血管痉挛，感染，及因淋巴管切断面不可避免的水肿等等，这些都是可以预料到的，应设法预防或减轻。肢体不可放得太高，太高就使血流减少，影响愈合，也不可以放得太低，过低则加重水肿程度。室内温度也要控制适当，太热则新陈代谢增加；由于再植的肢体血液供给在早期尚未恢复正常，代谢的增加对于肢体是不利的，过冷将使局部血液供应减少，对于肢体的愈合亦有影响。功能锻炼，在术后处理时也必须注意：锻炼开始太早，对组织的愈合不利，过晚会使粘连增加，影响肢体的活动，所以医师必须掌握分寸，使功能锻炼的时间能恰到好处。

总之，再植肢体的成功，在技术上并不是简单的，医师必须有很好的解剖学的基础知识，尤其是在手腕部分，解剖学是比较复杂的，除两根骨骼及三条主要神经和两条主要血管外，肌腱就有廿四根之多，每种组织的排列，均有一定的位置，在血肉模糊的伤口内，要将每个组织残端找到已不容易，何况再将它们按原来解剖位置接好，缝好，更非简单，要是没有解剖学知识，就很难判断什么组织应该接，亦不知道怎样去寻找它们。至于手术的方法，及手术后的处理，医师必须有矫形外科、整形外科、神经外科、血管外科和医疗体育等方面的基本操作和基本理论的知识才能胜任。所以此次手术的成功，除了医师有高度政治认识和医疗条件外，掌握外科的“三个基本”也是重要的。陈、钱二位青年医师是在新中国的医学院和医院中培养出来的。此次手术的成功，正可以表明新中国医学教育事业的成功，这是值得欣慰的。

(1963年10月)

对立统一规律在骨折治疗上的运用

曲 克 服

毛主席教导我们：“事物的矛盾法则，即对立统一的法则，是唯物辩证法的最根本的法则。”这个法则不论在自然界、人类社会和人们的思想领域里，都是普遍存在的。矛盾着的对立面统一又斗争，由此推动事物的运动、变化和发展。在中西医结合治疗骨折过程中，经常遇到许多矛盾。例如，骨折的整复、固定、功能锻炼等治疗三大基本法则都充满着矛盾，动与静的矛盾是其中之一。为了保持骨折在整复后的位置，必须加以固定。但是，固定又将限制骨折部位，甚至限制整体的活动，从整个治疗骨折的原则来看，“动”是绝对的，“静”是相对的。保持肢体功能，促进血液循环，增进新陈代谢是加速骨折愈合的重要因素；但活动又将影响一定范围内的固定。因此，整个治疗骨折的过程，也就是认识矛盾，解决矛盾的过程。固定与活动，局部与整体，软组织与骨组织之间的正确处理是当前治疗骨折的关键。我们通过自然辩证法的学习，以毛主席的对立统一的哲学思想为指导，十几年来，采用中西医结合治疗骨折，取得了显著效果，并推动了骨折治疗工作的深入开展。

（一）活动与固定

1958年大跃进以来，我们采用木夹板治疗长管状骨骨折，初步跳出了用石膏进行持久、坚牢、包括骨折上下两关节的广泛固定的资产阶级权威所谓的不变规律。这种旧的治疗方法，不是把人体当成活的有生命的组织组合，而看成是犹如没有生命力的呆板的材料，把纯粹的机械原理运用于活的人体组织。很显然，这是机械唯物主义形而上学的表现。我们采用的夹板固定是不超过关节，或部分超过关节，但发挥有利活动的固定。这样，不但可以保持关节一定的有利活动，还可防止肌肉萎缩和日后的关节僵硬。同时，通过肌肉的舒张与收缩，关节的活动，对一些原先复位不太满意的病例，也有机会获得进一步的自行纠正。事实上，患肢的活动，对骨折具有两种不同的作用。一种是使骨端分离的剪式伤力和横向错力，这对骨折愈合是不利的；另一种是使断端靠拢的挤压力，这对骨折愈合起一定的促进作用。前者对骨折不利，因此对这种不利因素加以限制是完全必要的，而后者的压力对骨折有利，不但不应减弱，反要加强。使用夹板的目的是，不仅使断端止动，而且可以使肌肉收缩和放松，在一定的制约情况下进行，把导致畸形的不利因素化为对骨端挤压的有利因素，同时积极地为人锻炼创造条件。这对横形骨折尤为重要。肌肉回缩虽然是良好的止动本能，但由于肌力不平衡，往往引起畸形。若能使肌力在夹板限制的方向下进行，则肌力对断端造成不断的挤压作用，使骨折接触面和挤压力加强，达到有效的制动。因此，我们认为“动”不是骨折断端之间的活动，而是通过肌肉有制约性的活

* 本文曾刊于《上海二医》1:47,1976。

动，造成对断端的纵向生理性压力，使断端有紧密接触；也就是“动”为了加强局部的“静”，而“静”又充分发挥肌肉的“动”，来往复始，对骨折愈合形成良性循环，促进骨折生长。

动静结合的原则不仅适用于长管状骨骨折，也适用于关节骨折。应用动静结合原则，对立统一的规律完全适用于关节骨折。例如在处理腕舟状骨骨折时，使用木或塑料夹板，改变过去用石膏固定腕部与背屈位的常规，将腕部固定于掌屈尺侧倾斜位，而背侧一块夹板超出腕关节，使腕掌曲 30° 左右，而桡侧一块夹板也超出腕关节，使腕关节向尺侧倾斜 $10^{\circ}\sim 15^{\circ}$ ，掌侧的夹板和尺侧的夹板均不超出关节，这样就保持腕关节于掌屈和尺侧倾斜位，使原来背屈造成的不利于骨折生长的剪式伤力，转化为促进骨折生长的纵向挤压力。在这部位下进行活动和功能锻炼，只会限制不利因素，发扬有利因素，从而促进舟状骨的骨折愈合。根据我们50余例的临床随访，骨折愈合时间平均提前约三分之一。

(二) 木板与塑料

根据这种指导原则进行固定，塑料的可塑性比木板为优越，这就促进了固定材料的进一步发展。木夹板固定在动静结合方面，对石膏来说是一次变革。但木板的纤维性质在塑型上有一定的局限性，尤其用于关节骨折就暴露了木板的缺点。关节骨折治疗的要求要有较确实的固定，这种固定又要求对肢体的形态有较确实的塑型。较理想的材料应是既易于软化，而成型后又要求变硬而不变形，也就是说，在复位固定时，需要短暂时间的软化，达到肢体塑型的目的，塑型后又要求在短暂时间内成型，成为不易变形的固定板。木板只能在纵轴方向，按板纤维的纵线弯曲塑型，但在横轴上塑型困难，也不易在一块板上进行多向塑型。所以木夹板就限制了固定的使用范围。为了扩大使用范围，在上海化工厂和上海医疗器械研究所的配合下，实行工人、技术员、医务人员三结合，研制成一种医用塑料板，能在 $60^{\circ}\sim 70^{\circ}$ 随肢体形态任意塑型而不折断，1~2分钟就能成型，能透X线，坚韧耐用，初步解决了关节固定问题。我们把木夹板和塑料夹板结合使用，取长补短，对膝、踝、肩、肘、腕等关节骨折进行固定，收到良好效果，从而扩大夹板使用范围，提高了疗效，推动了中西医结合治疗骨折的进一步发展。

(三) 软组织与骨组织

骨硬筋软，筋浅骨深。骨折时必伴有不同程度的软组织损伤和局部肿胀。在骨折过程中，有时软组织被嵌顿于骨折断端之中，增加了手法整复的困难。

局部肿胀的轻重，直接影响整复，临床上常常因肢体肿胀严重而延迟整复。多次整复必然加重周围软组织损伤。除了进一步加重局部肿胀外，整复必然进一步破坏骨折周围的软组织，影响血液供应。因此，骨折整复要求早期一次整复完成。这样肿胀轻，周围肌肉痉挛抗力小，损伤少，整复容易。对嵌于骨端间的软组织，过去是常规手术切开，取出嵌入组织。可是手术本身也是一种创伤，这对骨折愈合带来不利因素，只有在万不得已的情况下，才采取手术步骤。嵌顿软组织是否一定要用手术呢？肘部内上踝嵌顿骨折可以用手法进行解除，那么其他嵌顿是否也能用非手术或小范围手术来进行解除呢？我们采取撬拨

的方法来对付嵌顿，既有嵌入，就可拨出。如踝部骨折并有骨膜嵌顿，就用一根细的钢针将嵌入的骨膜拨出，避免了手术，改变了过去作一切口，取出骨膜，再用螺丝钉固定的方法，取得了同样的效果，病人可避免一刀之苦。根据同样原则，对一些胫骨平台骨折，跟骨塌陷骨折，都用这方法治疗，改变了过去的手术切开整复。当然，在任何新生事物不可能一下子就臻于完善，还得通过实践、总结和不断改进。在操作中，时间仍较长，有时也不够满意。但我们认为只要它是符合辩证规律，具体方法是可以从不完善到逐步完善的。

(四) 非手术与手术

到目前为止，在临床上还有一些病例仍要通过手术来解决，这是一个客观的事实。对手术病例，能否同样采用“动静结合”原则呢？回答是肯定的。过去一直认为只有非手术病例可用小夹板进行中西医结合治疗，一遇到开刀病例，就完全按西医所谓“持久、完全、长期、广泛石膏固定”的一套来治疗，认为“无可非议”。对这情况，我们就是要“议”，因为马克思列宁主义的辩证唯物论的认识论是放之四海皆准的无例外的原则，非手术病例能用，手术病例也应该能用。通过实践，单纯的夹板外固定可以治疗不少不稳定的骨折，手术切开整复和内固定后，局部的稳定性只有加强，更有利于使用夹板固定，更能充分发挥关节和肌肉活动的优越条件，促使骨折愈合。但问题在于有一个手术创伤，有一个创面，担心夹板会压坏创面，加重创伤。若我们能改变手术方案，改善手术操作，使手术创伤减少至最小限度，同时对创口妥加保护，夹板压力适度，加强术后护理，密切观察，手术后用夹板固定是完全可行的，而且比用石膏封起来，容易观察和检查。同时早期活动，肌肉的收缩和舒张，更有利于术后瘀积的消散和关节功能的恢复。因此，我们认为手术后使用小夹板不但不是禁忌证，而是可行的，只有打掉思想上的枷锁，才能使骨折治疗的“动静结合”不断向前推进。通过近一百例的观察，没有因夹板固定发生并发症，反而使骨折愈合得到加速。

通过几年来的临床实践，我们深切体会到毛主席关于“对立统一规律是宇宙的根本规律”的教导是一条真理。它对我们骨折治疗的实践有明显的意义，也只有按毛主席的哲学思想来指导，中西医结合工作才能大踏步前进。对立的统一是有条件的，暂时的，过渡的，因而是相对的；对立的斗争则是绝对的。几年来，如果说我们在中西医结合治疗骨折方面有所前进的话，这是在毛主席对立统一的哲学思想指导下所取得的。偏离这思想，就将一事无成。当然，在实践过程中，我们一定还会遇到新的矛盾，就是目前的工作，对现有的矛盾的解决也很不完善，这就要求我们更要“认真看书学习，弄通马克思主义”，对辩证唯物论的学习还要不断加强和深入。我们只是在学习上尝到了一些甜头，离党和人民对我们的要求还相差很远。只有继续不断地掌握和运用辩证唯物的哲学思想，不断创新，才能使骨折的治疗不断向前发展。中西医结合治疗骨折工作也只有辩证唯物的哲学思想指导下，才能有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。

创伤性截肢与截指处理的意见

过 邦 辅

六十年代的创伤外科医师在技术上，面临一种新的考验，即是在处理一个肢体遭受严重挤压或撕裂，而达到难以进行修复时，他究竟断然采取截肢措施呢？还是想尽一切办法，千方百计地保留肢体，使其功能恢复到最大的限度。按照过去的看法，凡是肢体的主要血管断裂，肢体就很难再有希望保留，最简捷的方法就是进行截肢，否则坏死的肢体既无助于恢复，反而有害于伤者的全身健康。因此在书本或文献中就有这么一条：肢体的血行丧失是截肢的适应证。最近十年来，由于细小组织的外科修复手术有很大的发展，肢体的血管、神经、肌腱等组织的缝合已达到一定的水平，这就对“血行丧失是截肢的适应证”这一条戒律，有重新考虑的必要。从动物实验和临床实践都有充分理由说明，在一定的条件下，不论是部分离断或完全离断的肢体，是应该严肃地考虑加以缝合的。上海第六人民医院骨科所成功的离断肢体再植工作就是一个强有力的说明。我科在过去两年半内（1961年1月至1963年6月）曾治疗急症病人3012例（附表），属严重创伤的有40例（1.3%），因严重肢体损伤而进行截肢的仅三例，在最近一年半内，没有一例因严重肢体损伤而进行截肢。

对严重创伤的处理先决条件是伤者能尽早地获得合理的初步急救，并在最短期间获得

附表： 两年半以来我院骨科急症情况

	6 1 年		6 2 年		6 3 年		2 ½ 年 总 计	
		%		%		%		%
骨 折 （闭合）	877	63.30	761	69.44	348	60.73	1986	65.94
（开放）	7	0.52	17	1.55	21	3.66	45	1.49
手外伤								
一 般	289	21.51	175	15.97	91	15.89	555	18.43
截 指	35	2.61	4	0.36	—	—	39	1.29
脱 位	35	2.61	52	4.74	25	4.36	112	3.72
其 他	100	7.45	87	7.44	88	15.36	275	9.13
	1343	100.00	1096	100.00	573	100.00	3012	100.00

正确的处理。我国的卫生事业是面向工农兵的，而极大部分的严重创伤又多发生于劳动人民，因此将伤者尽快地输送至医院治疗，将不再是一个问题。根据我们对伤者来医院治疗的时间，统计大多数的病例，均能在两小时以内获得肯定的治疗，这对伤者的复原是一个极重要的因素。

其次，清创技术是防止感染的一个主要关键，亦牵涉到肢体能否得以保留的问题，就拿我院骨科中的手外伤组的感染情况，可以看出感染率的急骤下降与清创技术有一定的关

系，从而为创面的愈合和功能的保持提供必要的条件。于1961年，我科尚未正式成立手外伤组，亦无专人负责手外伤的处理，更无一套常规，感染率是在10%以上。自1962年开始，我科设立手外伤组，有专人负责，同时制订一套清创常规和检查制度后，在179例手外伤中，仅有感染率5%。今年的六个月内，通过技术的熟练和思想上重视手的工作，在91例手外伤急症病例中，基本没有一例发生严重感染，仅有3%以下的病例发生轻度感染，对愈合和功能恢复的影响不大。必须指出，这效果不完全依靠清创，更重要的是有赖于病人能尽快来医院，病人积极配合治疗，才能在工作中，立于不败之地。

我科于两年半内曾诊治过40例严重创伤。在1962年以前，我们曾对三例因严重挤压，认为无法挽救而不得不采取截肢措施。两例上肢因挤压而组织糜烂，无法再进行修补；尚有一例大腿挤压伤，有腘动脉断裂，虽采取一系列措施，进行动脉移植，但肢体仍发生坏死，于术后一星期不得不将坏死肢体去掉，以挽救病人生命。在最近十个月内经抢救，并将肢体缝合而获得存活者共三例，两例发生于前臂，一例发生于小腿，经医务人员悉心治疗后，肢体均得到保存，并恢复了功能。此外，在两年半中，还有八例手指和拇指经清创和缝合后，基本保存了断指。现择数例说明血行丧失不一定是截除肢体的指征。

有一位蔡姓，男性，33岁，麻丝厂工人。于1962年11月24日左腕部被轧入梳麻机滚筒内，一小时内即来急诊。检查发现，左手腕骨全部缺损，掌骨部分缺损，桡骨下端缺如，手背面皮肤撕脱，只有掌面偏小指部 $\frac{1}{2}$ 皮肤相连。除尺动脉仍存在外，桡动脉、正中神经和主要肌腱均断裂。经扩创后，掌骨与桡尺骨用钢针固定，对神经肌腱进行修补，五个手指得以存活，并能进行部分少许活动。

另有一位张姓，女性，21岁，碾米厂工人，于1962年12月16日右手前臂被卷入轧稻机中，2小时后送来本院检查发现尺动脉，尺神经及桡动脉皆断裂，前臂掌侧皮肤被撕脱。当时立即进行动脉吻合及神经吻合，最后结果是食中两指得到保留。

还有一位宋姓，男性，52岁，工人。于1963年3月23日左小腿被卷入轴承中，引起左小腿开放性骨折及撕脱伤，胫前动脉断裂，仅于小腿前外侧有 $\frac{1}{2}$ 的皮肤和少许肌肉连接，经清创、修补和缝合后，目前左下肢已存活。

至于拇指和手指断离而再植的病例则较多，三年内就有八例成功。一例食指被菜刀削去，经家属重新回到家中，将残端拿来装上，获得成功。有两例拇指是将皮肤剥去，应用原指的骨骼和肌腱再加上皮管，获得成功。尚有五例均能在两小时以内进行扩创缝合，得以保存患指。

通过数年来对严重创伤治疗的经验，我们深切体会这不是单纯技术性的问题。若在处理过程中，没有树立救死扶伤的革命人道主义的精神，即使有精湛的技术，亦很难能主动地千方百计保持极度损伤的肢体。截肢毕竟是一樁简而易行的措施。对严重创伤来说，在医学上很难能批判有什么不对，但在我们国家内，除了按医学理论办事外，还要从是否全心全意为病人服务的观点来考虑，何况目前医学的发展已促使我们对这类损伤重新加以估价，我们更责无旁贷地应当千方百计来保持肢体的完整，俾能恢复肢体功能。不加考虑地将病人的肢体切除，应当视为是一种不负责任的态度。血行丧失不应当单纯做为截肢的指征。

严重创伤的处理比较复杂，不是少数人所能胜任，是一件集体的工作。我科的创伤急救工作是比较多的，不可能有少数人来担任，这就需要互相密切配合。抢救工作不单纯是

外科医生的工作，各科室的医师、护士亦很重要，亦是工作中的重要一环。此外，在对疾病进行斗争时，病人的主动与医务人员密切配合是克服疾病的主要保证。因此领导、医务人员和病人三结合是完成任何医疗工作的重要基础。

为了能随时出色地应付任何紧急事故，医务工作者要在平时勤学苦练，学好基本功，以免临阵忙乱。清创、肌腱、血管与神经的解剖排列，缝合方法，骨折处理原则，甚至于皮肤缝合原则，都应熟练掌握。因此必须掌握一般外科、矫形外科和整形外科的基本知识，基本理论和基本操作，才能有更好地以实际行动来表达全心全意为人民服务的意志。

最后，必须说明不是所有的严重创伤肢体都能获得保存。例如治疗过迟，严重感染或肢体已经坏死，很难再能挽回。在这种情况下，为了挽救病人的生命，截肢仍不失为一项重要的治疗措施。问题在于在截肢以前，是否已千方百计从病人利益出发，尽到一切努力没有。对外科医师来说，截肢表明是治疗的失败，是最后不得不走的一条路。应当既有“三严”的精神，亦要有实事求是的科学态度，才能做出正确的决定。

从上海市立第六人民医院抢救王存柏的断肢的事迹来看，正是我们医务工作者学习的榜样。应当学习他们的救死扶伤革命人道主义的风格，树立全心全意为劳动人民服务的观点。努力学好基本功，既有敢说敢想敢做的精神，亦有实事求是的科学态度，严格要求自己，发挥集体主义和协作精神，做到领导、医务人员和病人三结合，使我国的卫生事业蓬勃发展，在党的卫生方针指引下，努力提高医疗水平。

(1963年7月25日)

对《软组织松解术治疗腰腿痛的初步探讨》一文的几点意见*

医学情况交流编者按：1975年第3期本刊发表了上海市静安区中心医院外（骨）科的《软组织松解术治疗腰腿痛的初步探讨》一文后，在读者中，对其有关观点，有同意的，也有不同意的。瑞金医院伤骨科腰背组的同志，根据他们的临床实践，提出了一些不同的意见，同作者进行商榷。这种各抒己见，开展学术争鸣的精神，值得提倡。毛主席教导我们：“百花齐放、百家争鸣的方针，是促进艺术发展和科学进步的方针，是促进我国社会主义文化繁荣的方针。”我们希望有更多的同志，以马克思主义的立场、观点和方法，理论联系实际，来稿发表自己的看法，从各个不同的侧面，摆事实、讲道理，以便把有关问题搞得更清楚些，以促进医学科学的发展，更好地为劳动人民健康服务。本刊开展学术争鸣还仅仅是一个开端，希望在今后的有关学术问题上，依靠大家的努力，能很好地坚持下去。

读了上海市静安区中心医院外（骨）科关于治疗劳动人民的常见病腰腿痛的一篇文章，对我们有很大启发。几年来，静安区中心医院骨科的同志在解除工农兵病员的疾苦上做了大量工作，取得了一定成绩。这种精神是值得我们学习的。但对文章中所提到的某些观点，我们有不同的看法。为了进一步做好为工农兵服务的工作，愿对这个问题提出我们一些不成熟的看法，相互探讨，共同提高。

一、关于是否有腰椎间盘突出症，以及椎间盘突出会不会引起腰痛和坐骨神经痛的问题，作者基本上作了否定的回答。理由是不少病人在外院诊断为腰椎间盘突出症，而作者采用腰背筋膜软组织松解术，并未摘除椎间盘，许多病人的疼痛得到消失。而根据我们在尸体上模拟软组织剥离手术的经验，可以说几乎把所有腰神经根后支（感觉支）全部切断了。所以我们认为作软组织松解术后疼痛症状的部分或全部减轻或消失的关键即在于此，何况尚有一定的百分比的诊断错误。因此，很难以软组织松解术的效果作为否定椎间盘突出症的理由。在这里，我们不妨简要追溯一下确立“椎间盘突出症”的历史。远在1932年，国外有不少作者如Ober等就采用腰臀软组织剥离手术来治疗腰痛腿痛，获得了一定疗效。那是在对腰椎间盘突出症没有认识之前的一种治疗方法。从1934年发现了椎间盘突出症可以引起腰腿痛之后，在治疗上前进了一步，疗效也有了显著提高。此后不少人对腰椎间盘的生理、病理和临床资料进行了大量的分析，肯定腰椎间盘突出是一个临床疾病，同时也提出了各种治疗方法，包括推拿、手法，牵引和手术等。从人类认识事物的历史来看，“椎间盘突出症”是客观存在的。当然，人的认识客观事物是永无止境的，前人肯定的东西可以被后人推翻，把认识推进到一个新的阶段，但是我们认为静安区中心医院骨科的作者提出的见解，很难说是属于这一种。从我们对某些病人的手术经验来看，在手

* 本文曾刊于《医学情况交流》8:13, 1975.

术时，都发现脱出的椎间盘明显压迫神经根，当手术摘除髓核碰到神经根时，病人立即感到剧烈疼痛，有时伴有麻痛，而且和手术前的疼痛的部位相一致。当取出髓核后，疼痛立即消失；即使术后有些刺激症状，这也是手术创伤和血肿所造成的，不久即可消失或减轻。病理切片证实椎间盘变性。近几年来我们在针麻下进行髓核摘除术，当髓核摘除后，在手术台上要病人咳嗽，那时就不再有下肢放射痛，术后直腿高举疼痛症状也消失。由此说明椎间盘突出压迫神经根是造成腰腿痛的原因，“椎间盘突出症”是客观存在的。一旦消除了或减轻了突出的椎间盘对神经根的压迫，就能解除病人的腰腿痛。

二、关于手术摘除椎间盘之所以能解除疼痛，是因为手术时剥离腰背部肌肉的缘故。作者的这一观点，我们也不能同意。在我们的实践中，碰到有些病人在第一次手术时没有找到脱出的椎间盘，尽管在手术中也进行了软组织剥离，但病人的疼痛症状并没有得到改善。而在第二次手术把髓核取出之后，病人的腰腿痛症状迅速消失；这只能从摘除突出的髓核才能解除症状来解释。此外，有些作者是经腹部切口摘除椎间盘而背部软组织根本没有剥离，同样能解除腰腿痛，这更难以软组织剥离的结果来解释。

三、关于腰腿痛的病理，作者解释为无菌性炎症和软组织粘连。我们知道，任何伤口愈合后都有不同程度的疤痕，但它们并不全部都会引起疼痛。如果能够引起疼痛，作者为何不担心作软组织松解术时腰部每侧长达两尺以上的切口会产生无菌性炎症和软组织粘连呢？！我们不成熟的看法，之所以能引起腰痛，是因为突出的髓核直接压迫后纵韧带，牵拉支配后纵韧带上的椎窦神经等感觉神经纤维，当髓核进一步突出，直接压迫腰神经根，因而引起坐骨神经痛，并使受压迫的神经根所支配的肌肉萎缩，反射减弱，和感觉减退。

最后，我们认为软组织松解手术切口长，组织损伤大，而且需要输许多血，病人恢复的时间也长。如果能采用中西医结合，以推拿为主的综合疗法等，将对病人更为有利。

我们对软组织松解手术没有经验，这里提出的一些看法肯定不全面，甚至有错误，希同志们予以批判指正。

中医中药整理

中医文献中关于骨折复位方法的初步整理

李 国 衡

毛主席教导我们：“古为今用，洋为中用”，“推陈出新”。我们对祖国医学古代文献关于骨折复位方法，进行了初步整理，以提供中西医结合临床研究，使之能更好为广大工农兵服务。

一、历代文献中关于接骨方法的记载和简释

唐·蔺道人《理伤续断》

“凡金井骨，在肋之下，有伤损不可夹缚，只是捺平令安贴平正，用黑龙散贴，绢片缚，两肋骨亦如此。”

指出肋骨骨折伤时，需要将高突之处用手法捺平，而后裂贴药物，在平正的伤面上用绢片包扎，不可运用夹板。

“凡伤损重者，大概要拔伸捺正，或取开捺正，然后敷贴、填涂、夹缚，拔伸当相近本骨损处，不可别去一节骨上。”

凡是严重的损伤，大都要造成移位的情况，需要用手法来复位，或者用拔伸捺正的手法，或者取开（切开）捺正的方法，在复位后，用外敷药物加夹缚来进行固定，在拔伸时应该在骨损处本节上来进行，不要在另一节骨上来拔伸。

“凡拔伸，且要相度左右骨如何出，有正拔伸者，有斜拔伸者”

凡是运用拔伸手法的时候，先要看断端的移位情况，再来考虑还是向正面方向来拔伸，还是向斜面方向来拔伸。

“凡拔伸，或用一人，或用二人三人，看难易如何”

根据损伤的轻重，体质的强弱，年龄的大小，使用拔伸的力量亦必须恰当，或者一人，或者二人三人以达到拔伸的效果。

“凡皮破骨差交，拔伸不入，樽捺相近，争一二分，用快刀割些捺入骨”“所用刀，最要快，剃刀、雕刀皆可”

凡是穿破骨折，断端骨锋相互交叉重叠，在拔伸不能达到骨锋复位时，仅相差一二分者，可以用刀去除一些断锋后加以捺正，所用的刀必须要快。

“凡拔伸捺正要软物，如绢片之类奠之”

凡运用拔伸捺正手法时，必须要用软物衬垫，以免损伤患者健全的组织，并可减轻疼痛。