

国家中医药管理局基层常见病多发病
中医药适宜技术推广项目资助

常用中医临床 适宜技术

CHANGYONG ZHONGYI LINCHUANG SHIYI JISHU

主编 武琼宇 王 键



时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

常用中医临床适宜技术

主编 武琼宇 王 键



时代出版传媒股份有限公司
安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

常用中医临床适宜技术/武琼宇,王键主编. —合肥:
安徽科学技术出版社,2009. 11
ISBN 978-7-5337-4531-8

I. 常… II. ①武…②王… III. 中医学临床
IV. R24

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 207851 号

常用中医临床适宜技术

武琼宇 王 键 主编

出 版 人: 黄和平

责任编辑: 王 镇

封面设计: 冯 劲

出版发行: 安徽科学技术出版社(合肥市政务文化新区圣泉路 1118 号
出版传媒广场, 邮编: 230071)

电 话: (0551)3533330

网 址: www.ahstp.net

E-mail: yougoubu@sina.com

经 销: 新华书店

排 版: 安徽事达科技贸易有限公司

印 刷: 合肥新南印务有限公司

开 本: 710×1010 1/16

印 张: 12.5

字 数: 250 千

版 次: 2009 年 11 月第 1 版 2009 年 11 月第 1 次印刷

定 价: 30.00 元

(本书如有印装质量问题,影响阅读,请向本社市场营销部调换)

编 委 会

主 编 武琼宇 王 键
副 主 编 彭代银 胡业彬 李瑞洲 杨 骏
侯 勇 刘世刚 王继学 况执本
编 委 (按姓氏笔画排列)
于庆生 马鹏天 王亿平 王建民 王继学
方朝晖 刘世刚 刘 刚 刘荣安 刘德春
陈卫华 李伟莉 李瑞洲 况执本 张闻东
张建华 张建华 余惠萍 纵 横 杨 骏
易维真 胡业彬 查安生 侯 勇 秦黎虹
曹 奕 彭代银 储浩然 董 赟 蔡圣朝

前 言

中医药适宜技术是中医药理论和临床实践的经验结晶,具有简便易学、取材方便、安全可靠、疗效确切和价格低廉的优势,深受群众欢迎。在农村和城市社区大力推广应用中医药适宜技术,对于进一步完善城乡中医药服务体系,加快培养基层中医药人才,提高中医药服务能力,充分发挥中医药特色与优势,不断满足人民群众的中医药医疗保健需求,解决人民群众看病就医问题具有十分重要意义。

近年来,安徽省各级中医药机构和中医药从业人员普遍重视中医临床诊疗技术和独特疗法的挖掘整理,并通过临床实践验证,逐步形成了一批临床安全、有效、规范的诊疗技术。本书共收录了41种中医药适宜技术。在项目的筛选上我们坚持以下原则:一是具有先进性和科学性;二是技术含量较高且便于学习掌握;三是疗效确切,有较强的实用价值;四是引进成本较低;五是适合农村和社区应用。

本书主要介绍适宜技术的理论基础、基本技能和临床应用指导。其中理论基础主要包括脏腑气血和经络腧穴理论、技术操作基本功训练和常用工具知识;基本技能主要包括针灸、推拿、拔罐、刮痧、贴敷、埋线、药浴等常用疗法;临床应用指导包括内、外、妇、儿、五官等各科常见病的适宜技术应用等。附录部分简要介绍了中医基础理论和中医诊断学的基本知识。

本书由安徽省中医药管理局委托编写,由国家中医药管理局基层常见病多发病中医药适宜技术推广项目资助,作为安徽省基层常见病多发病中医药适宜技术推广培训指定教材。本书汇集了安徽省数十位中医专家的临床经验,内容简明扼要,条理清楚,容易掌握,便于应用,有较高的推广价值,是广大中医药从业人员的必备参考书。

编委会

2009年10月18日

目 录

点灸特定穴治疗功能性消化不良技术	1
手法复位、经皮穿刺内固定治疗锁骨骨折技术	4
手法复位、小夹板固定治疗桡骨远端骨折技术	8
中药熏洗、外敷加棒击治疗跟痛症技术	12
推拿治疗小儿肌性斜颈技术	15
牵引推拿治疗腰椎间盘突出症技术	18
推拿治疗婴幼儿泄泻技术	24
金黄膏外敷治疗麦粒肿等眼睑感染性疾病技术	27
敷脐法治疗小儿泄泻技术	30
刺四缝法治疗小儿厌食技术	34
中药保留灌肠治疗慢性肾衰竭技术	37
针刺治疗血管性痴呆技术	42
中风病的针刺诊疗技术	48
脑中风吞咽障碍的针灸治疗技术	54
针刺特定穴联合手法调整膝关节肌力平衡疗法治疗 膝关节骨性关节炎技术	57
灯火灸角孙穴配合中药外敷治疗疔腮技术	61
穴位敷贴疗法治疗支气管哮喘技术	65
穴位埋线疗法治疗支气管哮喘技术	70
针刀治疗腰椎间盘突出症技术	75
针刀治疗颈椎病技术	81
针刀治疗肩周炎技术	91
胃癌术后肠道中药滴注技术	96
术后呃逆封闭注射治疗技术	100
术后尿潴留针灸治疗技术	104
注射疗法治疗内痔技术	108
挂线疗法治疗肛瘘技术	112
耳穴贴压治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征技术	116
穴位注射法治疗变应性鼻炎技术	122
穴位注射法治疗耳鸣技术	127
中药雾化吸入治疗喉源性咳嗽技术	132

分期针灸治疗周围性面神经麻痹技术·····	138
针灸治疗膝骨性关节炎技术·····	142
中药外敷加灌肠治疗慢性盆腔炎·····	146
中药穴位外敷法治疗乳腺增生病·····	150
中药局部注射联合外敷治疗甲状腺囊肿技术·····	154
中药足浴联合推拿治疗糖尿病足技术·····	158
中药配合糖尿病治疗仪治疗糖尿病周围神经病变技术·····	163
中药外敷联合灌肠辅助治疗肝硬化腹水技术·····	168
隔姜灸治疗脾肾亏虚型腹泻型肠易激综合征技术·····	171
中药直肠滴入治疗溃疡性结肠炎技术·····	175
类风湿关节炎的针灸治疗技术·····	178
附录1 中医基础理论·····	182
附录2 中医诊断学·····	187

点灸特定穴治疗功能性消化不良技术

储浩然

安徽中医学院第二附属医院消化内科

摘要

疾病摘要 功能性消化不良是一个临床上很常见的症候群,发病极为广泛,近年来已引起了国内外医学界的高度重视。1999年罗马国际会议上对功能性消化不良的定义达成共识,即 Rome II 诊断标准。该定义的核心为过去 12 个月内至少有 12 周出现上腹正中疼痛或不适,无器质性疾病可解释,症状与排便无关。

目前,西医对功能性消化不良的病理机制研究重点集中在胃肠动力障碍和精神因素等方面,并没有公认的疗效确切的治疗方案,主要是对症处理,虽有一定的疗效,但长期使用副作用较多。而中医治疗功能性疾病疗效佳,副反应少,存在一定优势。

中医学无“功能性消化不良”病名,现一般根据其临床表现将其归属于“痞满”“胃脘痛”范畴。本病常因饮食不节、情志不遂或外邪侵袭所致,饮食不节多由于饥饱失常、嗜食辛辣刺激或肥甘厚味之品,正如《素问·痹论篇》曰:“饮食自倍,肠胃乃伤”;情志不遂中又以恼怒、抑郁引起者为最多见;外邪中以寒邪、湿邪侵袭者多见。中医认为本病病在脾胃,与肝关系密切。肝为刚脏,喜条达,恶抑郁,主疏泄,若情志不调,肝郁不舒或肝气升发太过,则横逆犯胃,导致气机阻滞,胃气不降,则发脘腹胀满不适、暖气、呕恶等症。叶天士云:“肝为起病之源,胃为传病之所”。《素问·六元正纪大论》指出“木郁之发,民病胃脘当心而痛,食饮不下”。《景岳全书》曰:“气逆作呕者,多因郁怒而致动肝气,胃受肝邪所以作呕”。叶天士《临证指南医案》曰:“郁则气滞,……升降之机失度”。《血证论》指出:“木之性主于疏泻,食气入胃,全赖肝木之气以疏泻之,设肝之清阳不升,则不能疏泻水谷,渗泻中满之证,在所难免”。故肝胃不和,升降失常,气机壅滞中焦是本病的病机关键,疏肝理气和胃是治疗本病的大法之一,疏肝则气顺郁解,理气则气血调和,和胃则胃气得降,诸症自消。

使用中医针灸治疗的治疗方法均取得了一定的疗效,取得了可喜的进展。

技术摘要 治疗中规范刺激量,加强刺激,激发经气,补虚扶正,驱邪通

窍。该治疗操作简便、性价比高、安全性高、效果确切。此外,点灸特定穴治疗功能性消化不良(痞满性)的作用效应有叠加、积累的趋势。

点灸特定穴:

主穴:中脘、足三里、肝俞、胃俞。

配穴:上腹胀、早饱配行间、章门;暖气、恶心配内关、公孙。

灸笔:“万应点灸笔”,天长市灸具厂出品。

方法:采用周楣声主任医师所创的“万应点灸笔”,根据不同的辨证分型,采用相应的穴位,先以药纸含药的一面平整紧贴穴位,用点燃的点灸笔对准穴位如雀啄之状,一触即起,每穴点灸5~6次;以局部皮肤潮红为度。根据病情的轻重程度,每天1次,最多连续治疗15次。

诊断标准

1. 西医标准(1999年罗马国际会议,即Rome II诊断标准)

(1)在过去1年内至少持续一个月或间断发作累计达三个月有以下症状:持续或间断性上腹正中疼痛或不适(如上腹胀、早饱、暖气、恶心等)。

(2)上腹痛和上腹不适与排便无关,不能在排便后缓解,亦未见有粪便次数和外形的改变。

(3)生化、内镜、影像等理化检查排除了可解释上述症状的器质性病变。

2. 中医标准

(1)上腹部痞满不适,餐后早饱为主症者,应属于中医“痞满”的范畴,诊断为“痞满”。

(2)临床表现以上腹部疼痛为主症者,应属于中医“胃脘痛”范畴,可命名为“胃脘痛”。

3. 中医辨证标准

中医肝胃不和证辨证标准

主症:①胃脘胀痛。②攻窜两胁。③得暖气或矢气则舒。④舌苔白,脉弦。

次症:①遇恼怒复发或加重。②纳差。③暖气吞酸。④大便成形,排便不畅或腹痛则泻,泻后痛减。

以上各症具备主症2项及次症1项者,即可诊断。

适应证

(1)16岁以上,男女不限。

(2)诊断明确,排除患有干扰治疗结果判定的相关疾病或不能针灸治疗的危急重病症。

(3)治疗前至少有2项或2项以上的症状在中度(AR症状、体征评分

超过 2 分)以上。

技术方法

1. 器械准备

万应点灸笔。

2. 详细操作步骤

采用周楣声主任医师所创的“万应点灸笔”，根据不同的辩证分型，采用相应的穴位，先以药纸含药的一面平整紧贴穴位，用点燃的点灸笔对准穴位如雀啄之状，一触即起，每穴点灸 5~6 次，以局部皮肤潮红为度。

3. 治疗时间及疗程

根据病情的轻重程度，每天 1 次，最多连续治疗 15 次。

4. 关键技术环节

(1)手法：皮肤常规消毒后，用左手拇、食二指将药纸含药的一面平整紧贴患者穴位，右手点燃的点灸笔对准穴位如雀啄之状，一触即起。

(2)灸量：每穴点灸 5~6 次，以局部皮肤潮红为度，施灸后患者穴位局部有温热感或者灼痛感。

5. 注意事项(特别是安全性保障措施)

如有意外情况应大多与艾灸类似，如感染、晕灸、灸泡等，对有可能发生这些意外应积极预防，做好心理疏通，缓解患者(尤其是初次治疗的患者)紧张程度，并且帮患者选择舒适体位，防止晕灸出现，同时做好晕灸出现后的救治准备。

禁忌证

(1)不符合纳入标准者。

(2)合并严重的高血压、重度心肺功能不全、严重心律失常、肝肾造血系统严重疾病以及精神病患者，有腹部手术史者。

(3)孕妇、过敏体质者、小于 18 岁、大于 70 岁者、病情危重者。

(4)有“报警症状和体征”者：年龄大于 45 岁，近期体重明显下降，消化不良症状进行性加重，怀疑有癌变者。

手法复位、经皮穿刺内固定治疗锁骨骨折技术

张建华

安徽中医学院第一附属医院骨伤科

摘要

疾病概要 锁骨骨折是常见的上肢骨折之一,可发生于各个年龄段,其中以儿童和青壮年多见。锁骨是两个弯曲弧形的管状长骨,全骨浅居于皮下,桥架于胸骨与肩峰之间,是肩胛带与躯干间唯一的骨性连接。锁骨内侧端与胸骨柄构成胸锁关节,外侧端与肩胛骨的肩峰相接成肩锁关节。锁骨呈“∞”形,内侧 2/3 前凸,外侧 1/3 后凸;内侧 2/3 的横断面呈三角形,中外 1/3 交界处横断面类似椭圆形。由于其解剖上的弯曲形态和各部位横断面的不同形态,在锁骨中外 1/3 交界处骨形态移行处为应力上的薄弱点,因而容易发生骨折。

直接暴力和间接暴力均可造成锁骨骨折,但以间接暴力多见。如跌倒时肩部外侧或手掌先着地,暴力沿上肢向上传导经肩锁关节传至锁骨而发生锁骨骨折,骨折以斜形和横断形为多,骨折部位以锁骨中外 1/3 交界处最多。骨折端除了有重叠移位外,内侧段多因胸锁乳突肌的牵拉而向后上方移位,外侧段因上肢的重力和胸大肌、斜方肌及三角肌的牵拉而向前下方移位。幼儿骨质柔嫩而富有弹性多发生青枝骨折,骨折后骨膜仍保持联系,在胸锁乳突肌的牵拉下,骨折端多向上成角。直接暴力所致者多因打击或撞击等外力直接加于锁骨,造成锁骨横断或粉碎性骨折,临床上较少见,除非喙锁韧带断裂,骨折端多无明显移位。锁骨外 1/3 骨折多因肩部着地或直接暴力损伤所致,骨折常为斜形或横断形,如骨折发生在肩锁韧带和喙锁韧带之间,骨折外侧端因上肢的重力作用而与内侧端相对分离移位,如合并喙锁韧带断裂,则骨折内侧端向后上方移位更明显;如骨折发生在喙锁韧带内侧,骨折内侧端由于受胸锁乳突肌的牵拉可向上移位,外侧端受肩锁韧带和喙锁韧带的约束,多无明显移位。

中医又称锁骨骨折为缺盆骨骨折、锁子骨骨折、井栏骨折断等。明代对锁骨骨折已有较深的认识,如《普济方·折伤门》对锁骨骨折的治疗就有较详细的论述,清代对锁骨骨折的病因病机和治疗有更进一步的论述,如《医宗金鉴·正骨心法要旨》曰“锁子骨,经名柱骨,横卧于两肩前缺盆之外,其两端外接肩解。击打损处,或骑马乘车,因取物偏坠于地,断伤此骨。用手

法先按胸骨,再将肩端向内合之,揉摩断骨,令其复位,然后用带挂臂于项,勿令摇动。内服人参紫金丹,外熨定痛散,再敷万灵膏,其证可愈”。

技术简要 目前临床上对锁骨骨折的治疗一般常用手法复位加“∞”字绷带固定或双圈固定法,因难以掌握固定的松紧度,很难维持对骨折端的恒定压力。患者由于要起卧活动,很难能长时间保持双肩后伸、挺胸的姿势,因此复位固定开始尚能维持骨折端的对位,之后骨折往往会再移位,临床上锁骨骨折最后多在重叠和旋转位中畸形愈合。愈合后局部的骨突隆起不仅影响美观,而且后期因肩锁关节和胸锁关节在非解剖位置上磨损,而产生关节增生、创伤性关节炎等并发症。手术切开复位、内固定可获得解剖对位和牢固的固定,但切口瘢痕也影响美观,而且手术对局部软组织和骨膜的损伤可导致骨折不愈合,并增加了感染的概率。

手法复位、经皮穿刺内固定治疗锁骨骨折技术是用一枚克氏针经皮从锁骨外侧断端插入锁骨髓腔,使针尖沿肩锁关节的内后方从肩胛骨上缘穿出皮肤,待针尾与骨折断面平齐时,将锁骨骨折复位,再将克氏针顺行回钻入内侧骨折端髓腔,从而使骨折得到有效的固定。由于克氏针在髓腔内固定能有效地对抗骨折各方面再移位的应力,减少了骨折端的剪力,从而保证了骨折在正常位置上愈合。良好的固定可使患者进行早期及时的功能锻炼,从而减少了肩关节周围炎的发生。该技术创伤小,几乎不留下任何瘢痕,因此不影响美观。此外,该技术具有操作简便、安全可靠、费用低廉、痛苦小等优点。对于锁骨外 1/3 骨折位于肩锁韧带和喙锁韧带之间者,可先行手法复位,再用两枚克氏针从肩峰经皮穿入钻入锁骨近折端固定。

诊断标准

(1)多有跌伤或打击等外伤史。

(2)骨折部疼痛、肿胀明显,锁骨上、下窝变浅或消失,甚至皮下有瘀斑,骨折处异常隆起,活动功能受限。

(3)检查可见骨折处有明显压痛,局部肌肉痉挛,完全骨折者可于皮下摸到移位的骨折端,有异常活动和骨擦音;未完全移位者,可在局部摸到异常隆起。

(4)合并锁骨下血管损伤者,可出现患肢血循环障碍,桡动脉搏动减弱或消失;合并臂丛神经损伤者,患肢出现麻木,感觉和反射减弱,并出现相应的神经损伤症状。

(5)X线正位片可显示骨折的类型和移位方向,有时需加摄向头侧倾斜 45° 斜位片以判断骨折的移位程度。内侧 1/3 骨折有时需行 CT 扫描以做出准确诊断。

适应证

- (1) 2周以内的新鲜性、闭合性锁骨骨折。
- (2) 身体条件良好,无明显的麻醉和手术禁忌证。

技术方法

1. 器械准备

术前准备直径 2~2.5 mm 克氏针 2~3 根、复位用锁骨持骨钳或大号布巾钳、骨锤、手摇钻或电钻、克氏钳等,打包高压灭菌消毒。

2. 详细操作步骤

采用肌间沟臂丛神经阻滞麻醉或局部浸润麻醉,患者取坐位或患侧肩部垫高 30° 仰卧位,常规消毒铺巾,患侧上肢置于胸前。术者立于患者侧前方,用一手捏住锁骨外侧骨折段,另一手用锁骨持骨钳或大号布巾钳经皮钳夹外侧骨折段,将骨折端提起至明显翘起于皮下。摸清外侧骨折端断面后用一枚直径 2~2.5 mm 克氏针经皮自断端髓腔由内向外插入,克氏针插入髓腔时有紧涩感。确认克氏针位于髓腔内,然后用骨锤缓慢击打或用骨钻缓慢钻入,钻入时使克氏针向背部保持一定弧度,以确保克氏针沿肩锁关节内后方从肩胛骨上方穿出皮肤,再用骨钻从穿出皮肤的克氏针一端将克氏针缓慢退出,直至克氏针针尾进入皮肤与骨折断端平齐。坐位患者可令一助手用膝盖抵住患者背部,双手把持患者双肩用力使肩关节后伸,术者一手拿捏住骨折近侧段向下向前牵拉,另一手把持住持骨嵌使远折端向近折端进行对位;卧位患者可令一助手下压患肩,术者一手把持持骨嵌将远折端向外牵拉以矫正骨折短缩移位,另一手拿捏住骨折近侧段向下向前牵拉,同样用远折端向近折端对位。用手触摸锁骨骨嵴连续,确认骨折复位后,嘱助手将克氏针缓慢向近折端髓腔内钻入,至进针有明显阻力时再钻入 2~3 mm 即可。有条件时可用 C 臂 X 射线透视或行摄片检查以确认骨折已复位,克氏针位于锁骨髓腔内;技术操作成熟后一般可用手触摸断端是否连续,锁骨是否会再移位来判断。然后将克氏针尾折弯包埋于皮下或留于皮外,无菌敷料包扎针尾和断端皮肤伤口,三角巾悬吊患肢前臂于胸前。术后使用 2~3 天抗生素。

3. 治疗时间

手术后将患肢用三角巾悬吊 4~6 周,期间嘱患者进行肩关节各方向活动、肘关节屈伸运动和作握拳等动作。8 周左右如骨折端无压痛、无异常活动,摄片检查证实骨折已愈合即可拔除克氏针。对粉碎性骨折和老年人骨折,克氏针拔除时间应相对延长。

4. 注意事项

- (1) 治疗前应根据 X 线片锁骨髓腔直径的粗细来选择合适直径的克氏

针,术中克氏针钻入远折端髓腔时如果阻力过大,应调整略细的克氏针。

(2)克氏针刺入皮肤时不宜过深,应沿着锁骨髓腔钻入,防止伤及锁骨下血管和神经。

(3)用持骨嵌钳夹锁骨时应先用手将锁骨捏住提起后钳夹,一般夹持锁骨前后缘上下径的 $1/3 \sim 2/3$ 处为宜,以防夹持过深伤及锁骨下血管和神经。

(4)克氏针钻入骨折近端时,进针深度以超过骨折线 $3 \sim 4$ cm 为宜,过浅则固定不牢,过深则易伤及其他组织。

(5)骨折时间较长,局部血肿粘连,治疗时应先用手按揉骨折处以消散血肿,并轻轻活动远、近折端以利于骨折复位,因此应用此技术治疗锁骨骨折应尽早进行。

(6)治疗后应鼓励患者及时进行肩关节活动等功能锻炼。

(7)针尾留于皮外者,应定期检查换药清洗局部,防止感染;同时应检查克氏针是否向外退出,如有退出,应将克氏针消毒后向内插入。

(8)拔除克氏针前应检查确认骨折已经愈合。

禁忌证

(1)儿童青枝骨折不适用于此技术。

(2)锁骨骨折合并锁骨下血管神经损伤者禁用。

(3)患者身体条件较差,难以耐受麻醉和手术者。

手法复位、小夹板固定治疗桡骨远端骨折技术

张建华

安徽中医学院第一附属医院骨伤科

摘要

疾病摘要 桡骨远端骨折是临床上最常见的骨折之一,它是指桡骨远端 3 cm 范围以内的骨折。临床上多见于老年患者,由于此处位于松质骨与坚质骨交界处,在力学上为应力的薄弱点,所以特别容易发生骨折。

直接暴力和间接暴力均可造成桡骨远端骨折,但以间接暴力引起的最多。常见跌倒时,躯干向下的重力与地面向上的反作用力交集在桡骨下端而发生骨折,骨折是否移位与暴力的大小有关。根据受伤时所遭受暴力的作用方向、受伤时患者的体位和骨折的移位不同,临床上将桡骨远端骨折分为伸直型(Colles 骨折)、屈曲型(Smith 骨折)和桡骨远端关节面骨折伴腕关节脱位(Barton 骨折),其中以 Colles 骨折最为常见。中医又称桡骨远端骨折为辅骨下端骨折、缠骨下端骨折。

伸直型骨折多为跌倒时前臂旋前,腕关节呈背伸位,手掌着地所致。暴力轻时,骨折嵌插而无明显移位。暴力较大时,骨折远端向桡侧和背侧移位,腕关节正常解剖关系发生改变,掌倾角和尺倾角减小或消失,甚至成为负角。严重移位时,骨折端可有重叠移位,腕及手部形成“餐叉样”畸形;骨折端向桡侧过多移位可合并尺骨茎突骨折和三角纤维软骨撕裂。暴力过大,前臂纵轴与地面成 60° 以上夹角时,可造成桡骨远端粉碎型骨折。屈曲型骨折多因跌倒时,前臂旋前腕关节呈掌屈位,手背着地,造成骨折远端向桡侧和掌侧移位,桡骨下端关节面向掌侧倾斜,手腕部外形呈“锅铲样”畸形。

技术摘要 对伸直型桡骨远端骨折的治疗主要采用牵抖复位法或提按复位法将骨折进行复位,对屈曲型桡骨远端骨折一般采用三人复位法将骨折复位,恢复腕关节的掌倾角和尺倾角,然后外敷双柏散以活血化瘀、消肿止痛,再用小夹板外固定以维持骨折的稳定。该技术操作简单,疗效确切,尤其在骨折发生 4 小时之内进行复位,效果更好。

牵抖复位法:此法适用于伸直型骨折其远端骨折块完整的患者。患者取端坐位,患肢外展,肘关节屈曲 90° ,前臂中立位。一助手握住患肢前臂上段,术者两手紧握手掌,两拇指并列置于骨折远端背侧,两手其余手指置于腕掌侧,扣紧大、小鱼际,将前臂旋前,先拔伸牵引 2~3 分钟,待感觉有骨

折块移动的骨擦音或骨折的重叠移位矫正后,在维持牵引的情况下,顺桡骨纵轴方向骤然抖动,同时迅速将腕关节掌屈尺偏,骨折即可复位。

提按复位法:此法适用于伸直型骨折其远端骨折块完整或骨折线进入关节以及骨折粉碎的患者。患者取仰卧位,肘关节屈曲 90° ,前臂中立位。一助手握住患肢前臂上段,另一助手握住拇指和其余四指,两助手进行对抗牵引约 $2\sim 3$ min,使骨折的嵌插或重叠移位矫正。术者立于患肢外侧,两手掌分别置于骨折的远折端和近折端,同时向中线挤压,以矫正骨折远端的桡侧移位;然后术者两手拇指并列置于骨折远端的背侧,向掌侧按压,其余四指置于骨折近端的掌侧向上端提骨折近端,嘱握手部的助手将患腕掌屈,以矫正骨折远端的背侧移位。

三人复位法:适用于屈曲型桡骨远端骨折的患者。患者取坐位,肘关节屈曲 90° ,前臂中立位或旋后位。一助手握住患肢前臂上段,另一助手握住拇指和其余四指,两助手进行对抗牵引约 $2\sim 3$ min,使骨折的嵌插或重叠移位矫正。然后术者用两拇指由掌侧将骨折远端向背侧推挤,同时用其余四指将骨折近端由背侧向掌侧按压,并嘱牵握手部的助手缓缓将腕关节背伸、尺偏,骨折即可复位。

双柏散(《中医伤科学讲义》):侧柏叶 2 份、黄柏 1 份、大黄 2 份、薄荷 1 份、泽兰 1 份,共研细末作散剂备用,用时以饴糖或蜂蜜调成糊状外敷患处,或用凡士林调煮成膏外敷。有活血化瘀、消肿止痛的功效。

小夹板固定:采用厚约 $3\sim 5$ mm、经蒸煮的柳木板或松木板或杉树皮制成四块夹板,掌、背侧夹板较宽,桡、尺侧夹板较细,加以衬垫使用。使用时根据骨折类型和移位方向加用纸棉做的平垫,再用扎带绑扎进行固定。

诊断标准

(1)多有明确的外伤史。

(2)外伤后腕关节肿胀、疼痛、活动受限,桡骨远端处压痛明显。

(3)伸直型骨折如骨折远端向背侧、桡侧移位明显,可出现典型的“餐叉样”和“枪刺样”畸形;屈曲型骨折如骨折远端向掌侧、桡侧移位明显,可出现典型的“锅铲样”畸形。

(4)X线检查:一般应常规拍摄腕关节正侧位片,伸直型骨折表现远端骨折块向背侧和桡侧移位;骨折处向掌侧成角;桡骨短缩,骨折处背侧骨质嵌入或粉碎骨折;掌倾角和尺倾角减小或成负角;有时可合并尺骨茎突骨折。屈曲型骨折表现为远端骨折块向掌侧和桡侧移位,骨折处向背侧成角。

适应证

(1)适用于任何年龄段的桡骨远端骨折的患者。

- (2) 诊断明确,患者能配合手法复位和小夹板固定者。
- (3) 患者身体状况能耐受手法复位和小夹板固定者。
- (4) 骨折在 2 周以内,通过手法尚能矫正骨折移位者。

技术方法

1. 器械准备

根据骨折类型,准备好外固定使用的小夹板、压垫、扎带、绷带以及外敷所用的药膏等。如需施行血肿内麻醉,应准备好注射用利多卡因、生理盐水,注射器和消毒用品等。

2. 详细操作步骤

首先应仔细检查患者并认真阅读 X 线片,了解骨折的类型和移位程度。对老年患者和精神紧张的患者,可用 1% 利多卡因 5 ml 在消毒后从腕背侧骨折处穿刺进入骨折间隙的血肿内,回抽见有暗黑色淤血后,将麻药注入血肿内,待 3~5 min 后即可手法复位;对年轻患者或外伤后时间小于 4 h 也可不需要麻醉;对身体较差,年龄较大的患者,可在麻醉科医生监护下行臂丛麻醉。

根据骨折的类型、移位和粉碎的程度决定采用何种手法进行复位,如伸直型骨折远端骨折块完整者可采用牵抖复位法或提按复位法,伸直型骨折远端骨折块粉碎者采用提按复位法,屈曲型骨折则采用三人复位法将骨折复位。复位后将调制好的双柏散药膏均匀地摊放在纸棉上再包裹在骨折周围。然后先安放背侧、掌侧夹板,再安放桡侧、尺侧夹板。伸直型骨折背侧、桡侧夹板应超过腕关节,掌侧、尺侧夹板不超过腕关节;屈曲型骨折掌侧、桡侧夹板应超过腕关节,背侧、尺侧夹板不超过腕关节。最后用扎带绑扎夹板,先绑扎中间扎带,再绑扎远端和近端扎带,捆绑时,两手先将扎带双折对齐,平均用力缠绑 2 周,在肢体外侧面夹板上打外科双结,扎带的松紧度是能不费力地在夹板上上下移动 1 cm。然后用绷带缠绑夹板,以防扎带松弛导致骨折移位。最后将前臂置于中立位,屈肘 90° 悬吊于胸前。复位结束后,重新拍摄腕关节正侧位片,了解骨折复位情况。

3. 治疗时间

桡骨远端骨折成人一般固定 6 周左右,伸直型骨折固定于腕关节掌屈尺偏位 3 周后改为腕关节功能位固定 3 周。儿童一般固定 3 周左右即可。待骨折局部无压痛、纵轴叩痛,X 线片显示骨折线模糊,有骨小梁通过骨折线即可拆除夹板,进行腕关节屈伸等活动。

4. 注意事项

(1) 复位前应认真阅读 X 线片,确定骨折的类型和移位方向,决定采用何种手法进行复位,同时准备好外用药膏和固定器械,复位成功后立即进行