

究证明:三七提取液有明显的改善血循作用。螃蟹有清热散瘀、续骨疗伤之功效。现代药理研究证明;蟹壳中钙的含量极高,约占其总量的 3/4。由此可见,生骨活血胶囊虽药仅 4 味,但确将传统中医补肝益肾、壮骨荣筋、化痰活血的疗伤续骨理论与现代医学的增强体质、改善血循、补足钙质等诸多骨伤治疗康复原则有机融合,故用其治疗骨折迟缓愈合,既与中医传统骨伤理论符合,又与现代医学有关理论合拍。纵轴冲击疗法,可使患肢肌肉产生一定的生理性舒缩活动,从而促进了软组织和骨内的血液循环,并使骨折断端产生一定的机械应力性刺激,有利骨痂的生成。并符合“动静结合,筋骨并重”的骨折治疗原则。

(收稿:1998-04-01)

中药熏洗治疗跟痛症

段永壮 刘西乾 杨素敏

河南省新乡医学院第一附属医院 (453100)

我院应用中药熏洗法治疗跟痛症 128 例,获得了满意效果,现报告如下。

临床资料 128 例中男 48 例,女 80 例;年龄 20 ~ 81 岁;病程 3 月 ~ 12 年;单足跟痛 78 人,左足 35 例,右足 43 例,双足跟痛 50 人,共 178 足;拍片有跟骨刺的 71 人 101 足。临床表现:(1)无急性外伤史,绝大多数无静止痛,少数病人有灼性痛,其疼痛程度轻重不一,一般起病缓慢,逐渐加重;(2)晨起下床或久坐起立时足跟不敢着地,缓慢跛行后好转,但负重较多,痛又复明显,久之需扶拐方能行走;(3)局部无红肿,在足跟底或跟骨内侧结节处有一局限性压痛点,有时可触及皮下的脂肪纤维束;(4)X 线片示骨刺可有可无;(5)化验检查无明显异常。

治疗方法 药物组成:赤芍,防风,秦艽,艾叶,透骨草,羌活,独活等各 15g。加水 2000 ~ 3000ml,煮沸 10 ~ 20 分钟,离火去渣。先熏患足,待水温降至不烫手时,可将患足浸入药液中洗,边洗边按摩推拿足跟。对压痛点以拇指用力强揉。每日 2 次,每付药用 2 天。药液及渣热天放阴凉处,煮沸后再用。注意事项:(1)一定要掌握水温,以防烫伤皮肤;(2)熏时最好蒙上单子,以保持温度延长熏的时间;(3)足部皮肤有破溃者禁用。

治疗结果 痊愈:症状和体征消失,一年内未复发,恢复原工作者,81 例。显效:症状和体征基本消

失,负重时存微痛或无,不影响原工作和日常生活者,37 例。有效:行走时痛较轻,压痛点不明显,10 例。无效:症状和体征均无改善 0 例。

讨论 跟痛症是常见的临床症状,多见于体力劳动和老年身胖体重者。主要有劳损和退化引起,其常见的病因为:(1)足跟脂肪纤维垫炎:解剖上胫神经进入足部后分内、外跖神经,而内跖神经走向跟骨脂肪垫内,由于跟部的长期劳损或寒冷潮湿,该垫可产生炎症,卡压跖神经而导致跟痛;(2)跟骨刺:据临床所见,跟痛的程度与骨刺的大小不成正比,而且绝大多数骨刺病人并无跟痛,只有少数病例骨刺可引起疼痛,这可能与骨刺的方向有关,斜向前下方的骨刺可能引起疼痛;(3)跖筋膜炎:跖筋膜是维持足纵弓的纤维结构,起自跟骨结节,止于跖骨,由于长期站立或步行,使肌肉和筋膜受到持续的牵拉,致附着部慢性损伤发炎引起跟痛;(4)跟腱周围炎:跟腱抵止部的腱周组织,可因外伤或慢性劳损,致跟腱肿胀、炎症而引起跟痛。

从中医辨证的角度,跟痛症主要是肝肾气衰,筋骨失养,症属长期劳损,风寒杂至,凝滞血脉,血不荣筋所致,中药熏洗可使足跟处血管扩张,血运和代谢增强,免疫力提高,从而使疼痛缓解,促进炎症的消退和瘀血的吸收,起到祛风除湿,舒筋活络,活血化痰,散热止痛的作用。

(收稿:1997-03-06)

接骨丹外敷治疗骨折迟缓愈合

朱保华

江苏省徐州市中医院 (221009)

笔者 1991 年以来采用中药接骨丹外敷为主,配合中成药内服治疗骨折迟缓愈合 6 例,取得满意疗效,总结如下。

临床资料 本组 6 例中男 5 例,女 1 例;年龄 35 ~ 58 岁。病程 5 月 ~ 2 年。骨折部位:肱骨干骨折、尺桡骨双骨折、腕舟骨骨折、胫骨骨折、胫腓骨双骨折、第五跖骨基底部骨折各 1 例,其中腕舟骨骨折和跖骨骨折曾经手法复位和石膏固定,其余 4 例骨折均经切开复位内固定手术治疗。

诊断标准^[1]: 1. 已超出该类骨折正常临床愈合时间较多,骨折端尚未连接。2. 患处仍有疼痛、压痛、纵轴叩击痛和异常活动现象。3. X 线片上显示骨折端所

产生的骨痂较少,骨折线不消失,骨折端无硬化现象,而有轻度脱钙。

治疗方法 1. 接骨丹配制: 处方: 半夏 100g, 南星 100g, 当归 100g, 白芷 100g, 川乌 100g, 草乌 100g, 穿山甲 30g, 川芎 50g, 天花粉 50g, 骨碎补 100g, 大黄 50g, 穿心莲 50g, 黄柏 50g, 姜黄 50g, 芙蓉叶 50g, 樟脑 5g, 冰片 5g, 牙皂 5g, 雄黄 5g, 银珠 5g, 麝香 1g。以上各药打粉(过 100~120 目筛)用饴糖调成膏状,盛瓷缸中备用。

2. 使用方法: 拆除患肢原来的固定石膏,腕舟骨折和跖骨骨折病人改用硬纸夹板固定,其余 4 例改用柳木夹板固定。固定前用酒精棉球擦净患处皮肤,把摊于棉纸上的接骨丹敷于患处,外面再铺棉纸和夹板固定。每周换药 1 次,同时配合常量内服归脾丸和金匱肾气丸,直至骨折愈合。

治疗结果 疗效标准参照《中医伤科学》^[1]骨折愈合标准: 1. 骨折处无压痛,无纵向叩击痛; 2. 局部无异常活动; 3. X 线照片显示骨折线模糊,有连续性骨痂通过骨折线,或骨小梁通过骨折线。结果经 2~6 个月的治疗,6 例迟缓愈合骨折患者全部治愈。

讨论 1. 影响骨折愈合的因素很多,而最根本的因素还在于局部的血液供应。在骨折的愈合过程中,无论是膜内成骨还是软骨内成骨,都有新生血管参与,这些新生血管来自骨外膜、骨内膜、髓腔及骨折周围软组织^[2]。本组病例有 4 例经过手术治疗,除骨折部位本身的影响因素外,手术可造成骨膜的广泛剥离,破坏骨折端的血液供应,导致骨折迟缓愈合。本组中腕舟骨骨折为腰部骨折,由于进入舟骨的血管部位有变异,舟骨腰部血循环较差,腰部骨折后,近折端缺乏血供,故愈合能力差,甚至发生骨坏死。另 1 例即跖骨骨折迟缓愈合的原因是骨折端有分离移位。故外敷接骨丹前医者先用两手推挤两折端相互靠拢以复位,敷药后再用四层硬纸夹板固定。

2. 中医认为筋骨的生长需要气血的滋养,经络不通、气血瘀滞则筋骨失养,骨折难愈。本药膏的作用是活血化瘀、通经活络、散结消肿、接骨续筋,能使经络通、气血畅、筋骨充养,促使骨折加速愈合。

参考文献

1. 岑泽波. 中医伤科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1985. 83
2. 王亦璠, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 北京: 人民卫生出版社, 1980. 137

(收稿: 1998-06-11)

捆绑法治疗严重耻骨联合分离

冯文岭 王庆贤 王庆成

河北医科大学附属第三医院(石家庄 050051)

耻骨联合分离是骨盆骨折中较为严重的一种类型,往往是全身多发损伤的一部分,处理较棘手,使用捆绑法治疗 5 例取得良好的疗效,现报道如下。

临床资料 本组 5 例中,男性 4 例,女性 1 例;年龄 16~37 岁;手术均在伤后 2 周内施行;其中 3 例合并单侧下肢多发骨折,1 例合并骶髂关节脱位,1 例合并单侧耻骨上、下肢骨折;有 4 例合并失血性休克。耻骨联合分离 4~15cm,平均 8cm。

治疗方法 在严格无菌操作下,分别自双侧髂嵴各钉入直径 3.5mm 钢针 3 根,使其进入髂骨内外板之间,深约 6~7cm,针距 1.5~2cm,针尾留在皮外约 5~8cm。然后根据 X 线片所示骨盆变形情况,分别纠正骨盆的上下及分离移位,用手仔细触摸耻骨联合处,复位满意后用尼龙绳将双侧钢针外露部分捆绑牢靠。具体方法是先用绳及胶布分别将同侧的 3 根钢针捆成一体,再用一根长绳按先同侧后对侧的方法,分别将 6 根钢针缠绕固定。8~12 周后可去除外固定扶双拐下地活动。

治疗结果 随访时间 3~22 个月,平均 11.5 个月,其中 3 例完全复位,2 例耻骨联合间隙分别为 0.8、1.4cm,但不影响日常工作,仅有 1 例遗留耻骨联合处轻微疼痛,阴雨天加重。本组中 1 例女性随访 18 个月,已足月顺产一女婴。

讨论 捆绑法在治疗耻骨联合分离与骶髂关节脱位并存时,不能满意地控制单侧骨盆向上移位,应借助牵引维持复位,或先复位耻骨联合分离,并行外固定后,再做骶髂关节的加压螺丝钉内固定,从而使整个骨盆环相对稳定,利于早期承重。根据骨盆生物力学分析,单足负重时,耻骨联合处存在较大剪式应力,坐位时耻骨联合处亦有较大的应力集中^[1],故应尽可能避免坐位及单足站立,在下地活动早期,最好借助双拐行走,以期最大限度地减少不良应力。在卧床治疗期间,可取侧卧位,以便维持耻骨联合的对位及避免褥疮的发生。

用捆绑绳的方法治疗严重耻骨联合分离,巧妙地利用了力学原理,使一根绳子达到六根绳子的拉力,外固定作用牢靠。但因钢针对髂骨及皮肤有一定压力,