

筋膜间区综合征的早期综合治疗

李康 黎君若 孙晓太 黄旭*

河南省中医院 (郑州 450000)

作者 1994年6月~1997年10月用中西医结合综合治疗早期筋膜间区综合征 16例, 临床疗效满意, 现报告如下。

临床资料

本组 16例中男 13例, 女 3例; 年龄 12~57岁。发生在上肢者 4例, 其中外伤 3例, 医源性损伤 1例; 发生在下肢者 12例, 均为外伤所致, 其中小腿损伤 9例, 小腿与足踝部损伤 2例, 单纯足踝部损伤者 1例。

治疗方法

首先解除挤压因素, 给予患肢制动, 适当抬高, 严密观察伤肢末梢血运变化, 并应用 Whiteside 法^[1]行筋膜间区内压力测定, 根据测定结果选择治疗方法。本组压力测定结果为 1.78~4.36kPa 不等, 平均为 2.78kPa。4.36kPa 以上者, 因局部症状较重, 立刻行外科减压治疗。

中药治疗: 筋膜间区综合征为暴力所致, 筋骨脉络受损, 血瘀于内, 气血闭阻; 故中药治疗当以活血破瘀, 消肿通络佐以解毒利湿之品。方选血肿解汤合解毒汤加减: 当归 15g, 赤芍 15g, 大黄 15g, 黄芩 15g, 木通 10g, 生薏仁 30g, 水蛭 5g, 双花 30g, 地丁 30g, 厚朴 10g。若疼痛较甚, 入炙乳没各 6g, 以活血止痛消肿; 肢麻入地龙 30g, 以通络止痉。视病情轻重, 日服 1~2剂; 水煎服, 分 2~4次服下。同时静滴复方丹参注射液 250ml, 每日 1次, 有较好的活血消肿止痛作用。局部无伤口者, 可外敷消肿止痛散; 并内服三七片、云南白药以活血止血, 乃“祛瘀生新”之意。

西药治疗: 首先选用 20% 甘露醇溶液 250ml, 分别间隔 2、4、6小时各 1次, 后改为每 6小时 1次, 静脉快速滴入, 连用 3天; 并配合应用抗生素、激素、碳酸氢钠等, 均静脉滴入; 密切观察末梢血运及伤肢局部情况, 如痛觉、感觉的变化以及尿量、血压、体重的改变。经上述用药后 2小时, 尿量开始增多, 疼痛、肿胀开始减轻, 筋膜间区内压力测定下降; 一般治疗 3~5天, 局部症状明显改善, 再针对骨折进行治疗。

治疗结果

本组病人 16例, 均在治疗 3~7天后, 局部疼痛、肿胀、局部发硬等表现消失或明显减轻, 后针对骨折治疗。随访 9例, 时间 3个月或 2年不等, 其中 2例出现跟腱紧张, 1例遗有跟痛症(为跟骨粉碎性骨折所遗), 1例手尺侧有轻度麻木感。

讨论

筋膜间区综合征乃因暴力所致, 筋骨脉络受损, 血瘀于内, 气血闭阻。故治疗以活血破瘀, 消肿通络佐以解毒利湿之品。方选血肿解汤合解毒汤加味, 并入水蛭 4~6g, 生用, “破瘀血而不伤新血。”现代医学研究表明, 本品有改善微循环, 降低血粘聚度, 减少炎性渗出, 促进血肿消散的作用^[2]; 配合外用消肿止痛散, 静滴复方丹参注射液, 集内服、外敷、静滴于一体, 联合应用, 药专力猛, 故使瘀散, 肿消, 血瘀自去矣。西药应用 20% 甘露醇溶液, 静脉快速滴入, 以提高血浆渗透压, 促进组织中或血管外液向血管内转移, 降低组织压, 扩充血容量, 改善微循环, 从而达到脱水消肿的目的; 又通过利尿作用, 增加肾脏血流量, 并结合应用碱性药物, 碱化尿液, 起到预防肾衰的作用; 甘露醇与激素合用, 能清除因压力解除灌流恢复而产生的大量氧自由基^[3], 短时间内有效阻断或缓解病变组织脂质过氧化反应引起组织损伤的恶性循环, 控制病情的发展。因此, 中西药联合应用治疗早期筋膜间区综合征, 具有疗效肯定, 短期内用药无毒副作用, 确为安全、有效、简便的综合治疗方法。

但在应用时应注意以下事项: (1) 必须明确诊断, 做到间区内压力测定与局部症状相结合, 对于病情变化, 做到胸中有数。(2) 针对病因, 首先应解除外部挤压因素, 对于患肢的处理以适当牵引或石膏托固定为妥, 慎用或禁用夹板、管形石膏等增加挤压因素的固定方法。(3) 必须排除重要的血管、神经损伤, 必要时可行减压及探查治疗。(4) 采取综合治疗后, 一般 2~4小时起效, 表现为疼痛减轻, 尿量增加, 末梢

* 河南省周口地区中医院

血运有改善, 测量筋膜间区内压力降低; 观察时间以 24~48 小时为宜; 有加重表现者另行处理。(5) 骨折的治疗, 可在牵引的同时复位或待局部症状改善后再行处理; 有手术指征者仍可行切开复位及固定术。

参考文献

1. 陆裕补, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 第 1 版. 北

京: 人民军医出版社, 1993. 136

2. 李忠, 赵莉敏. 现代临床中药. 第 1 版. 北京: 中国医药科技出版社, 1994. 174

3. 金鸿宾. 急症骨科学. 第 1 版. 北京: 北京科学技术出版社, 1994. 173

(收稿: 1998- 08- 06)

手法复位穿针内固定治疗跖跗关节骨折脱位

鞠传广 杨茂清 鞠洪润 于兰先

山东省文登市整骨医院 (264400)

跖跗关节骨折脱位比较少见, 约占全身骨折脱位的 1%。我院自 1985 年以来, 采用手法复位闭式穿针内固定治疗该类骨折脱位 60 例, 效果满意, 报告如下。

临床资料

本组 60 例中男 35 例, 女 25 例; 年龄 14~65 岁; 左侧 24 例, 右侧 33 例, 双侧 3 例; 42 例系高处下跌, 足趾着地致伤, 12 例为重物砸伤或挤伤, 4 例为骑自行车摔扭伤, 2 例为走路时前足旋转扭伤。

治疗方法

根据 X 线片, 这类骨折脱位分三类: 同向性骨折脱位, 单纯性骨折脱位及分离性骨折脱位^[1]。所有类型骨折脱位均在麻醉下(股神经+坐骨神经)行手法复位。方法是: 麻醉满意后患足常规消毒铺无菌巾, 一助手牵引前足, 复位者双手握持足中部, 以拇指向前内及跖侧推压脱位的跖骨基底部, 对于分离性骨折脱位复位时还须双手对向挤压。电视 X 光机透视下复位满意后, 对于单纯性骨折脱位者, 于第 5 跖骨基底部远 1cm 处以 45 角穿入一枚直径 2mm 钢针; 对于同向性移位及分离性骨折脱位者则在前者穿针的基础上, 于第 1 跖骨基底部远 2cm 处以 45 角进针。钢针的尾部低于所穿跖骨水平面 5 左右, 贯穿第 2 或第 3 楔骨。以无菌敷料包扎针眼部, 石膏夹外固定, 4 周后拆除外固定, 带针练功, 6 周后拔针。

治疗结果

优: 足无畸形, 无疼痛, 无跛行, X 线示解剖复位; 良: 足无畸形, 走路时稍感疼痛, 无跛行, X 线示跖跗关节间隙稍增大; 差: 足有骨性畸形, 走路时疼痛明显, 跛行, X 线示跖跗关节间隙明显增大。本组 60 例, 均获随访, 时间 3 个月~5 年, 平均 2.3 年, 优 52 例, 良 6 例, 差 2 例。

讨论

1. 发病原因: 我们认为造成跖跗关节骨折脱位最主要的原因多是人体在失去平衡时瞬间前足着地。此时身体倾斜力的交汇处在跖跗关节部, 若交汇于第 1 跖骨基底部, 且合力是外展力, 则先破坏 Lisfranc 韧带, 折断第 2 跖骨基底, 使第 3~5 跖跗关节脱位或骨折脱位, 造成外侧 3 个跖骨基底在其相应的关节面上向背外侧滑动, 形成同向性骨折脱位。若交汇于第 3~5 跖骨基底部且合力是旋转应力时, 可以造成第 3、4、5 跖跗关节部单纯性骨折脱位。若交汇于第 1、2 跖骨之间时, 可以造成分离性骨折脱位, 此时外力沿足纵轴传导, 其作用方向沿第 1、2 跖骨之间, 当力传导至跖跗关节部时, 遇到失平衡状态下人体的重力作用而发生力的侧方偏移, 合力首先使第 1 跖骨基底向内侧移位, 由于鞋的挤压力使第 1 跖骨在向内侧移位时受到强大的反弹力, 该力向外侧作用于第 2 跖骨基底, 造成第 2 跖楔关节稳定结构被破坏, 之后 3~5 跖跗关节被破坏, 使第 2~5 跖骨基底向外侧脱位, 虽然足外侧也有鞋的限制, 但可以通过第 5 跖骨基底或骹骨外缘的压缩骨折来弥补。

2. 治疗方法的选择: 传统的方法是闭合复位石膏外固定, 但对于复杂的同向性及分离性骨折脱位, 由于复位较困难而切开复位。因为切开复位韧带损伤较重, 骨膜剥离大, 骨折愈合及韧带修复时间延长, 使内、外固定时间延长, 延缓了练功时间, 病人又需住院治疗, 切开后又有感染因素的存在, 这样无疑加重了病人的痛苦与负担。闭合复位后, 单纯使用石膏外固定, 由于固定不可靠, 很容易造成再脱位。这是因为合并多个跖骨基底骨折的损伤, 由于关节囊及韧带撕裂变长, 复位时可能嵌入脱位间隙, 使得复位后关节缺乏稳定性, 固定不可靠可再致脱位。石膏外固定