

辨证治疗肋软骨炎78例临床观察

河北省广宗县中医院 范中旗 杨文英

肋软骨炎又称非化脓性软骨炎，是一种比较常见的病。多见于青壮年，临床表现为肋软骨肿大、疼痛。以第二至第四肋软骨发病率为高，其发病原因尚未完全明确。目前多采用强的松龙局部封闭治疗，但易复发。我们自1983年3月—1988年4月运用辨证论治的方法，经78例临床观察，疗效满意，现小结如下，请同道正之。

临床资料

本组78例患者中，男性27例，女性51例；年龄平均在18岁—44岁之间，以21岁—35岁者为多；左侧发病者42例，右侧发病者36例；单侧发病者72例，双侧发病者6例；一根肋软骨发病者79例，二根肋软骨发病者2例；发病在第二肋软骨者41例，第三肋软骨发病者25例，第四肋软骨发病者12例。病程四周以内者50例，四至八周者15例，八周以上者13例；外感型13例，气滞型28例，血淤型25例，阴虚型4例，痰结型8例。

辨证论治

一、外感型：肋软骨处局限性隆起，疼痛，咳嗽时疼重，咽喉肿痛，小便黄赤或见大便秘结，舌质红，舌苔薄黄或黄，脉浮数。

治法：清热解表，通络止痛。

方药：银翘散加减：银花、连翘、炒牛子、

桔梗、薄荷、柴胡、郁金、当归、鸡血藤、水煎服，每日一剂，分早晚二次温服。（煎服法下同，故略）。

二、气滞型，肋软骨处局限性隆起，疼痛，胸闷不舒，情志抑郁，脘腹胀满，饮食减少，苔薄白，脉弦或弦紧。

治法：疏肝理气散结。

方药：柴胡疏肝散加减：柴胡、醋香附、醋元胡、金铃子、郁金、川芎、炙乳香、炙没药、夏枯草。

三、血淤型，肋软骨处局限性隆起，刺痛，夜间尤甚，舌质紫暗或有淤斑，脉涩或弦涩。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方药：复元活血汤加减：柴胡、当归、花粉、炮穿山甲、炙乳香、炙没药、桃仁、红花、元胡、郁金。

四、阴虚型，肋软骨处局限性隆起，隐隐作痛，低热，口干咽燥，舌质红少苔，脉细数。

治法：养血滋阴，软坚散结。

方药：四物汤加味，生地、赤白芍、当归、川芎、地骨皮、元参、鸡血藤、牡蛎。

五、痰结型：肋软骨处局限性隆起，疼痛，咽干、纳差、舌质红、苔白腻、脉弦滑。

治法：消痰丸加味、元参、牡蛎、贝母、云苓、桔红、柴胡、香附、海藻、昆布、夏枯草。

（下转第25页）

诊：腰椎后关节错骨缝，给予手法治疗，先取摸，揉，摩，按，滚等手法做准备，然后重点行斜扳手法治之，在手法进行过程中曾闻及一连串“格答”响声，患者当即感腰部痛骤减，术毕，患者就能端正站立，腰活动增进，配服中药二帖，第三天上午痛愈而出院。

例二：吴××，女，24岁，农，1987年8月18日初诊，诉一月前颈前屈位拉伤后，右颈下、后部疼痛，曾在当地医治无效而来我科求治，晨下，右颈肩隐隐作痛，夜间更甚，颈硬或不适感，活动稍退，检查，有斜方肌痉挛，颈前屈旋左时C6~7右侧感觉疼痛，局部按痛，颈活动稍限，C6棘突轻度右偏，椎孔压缩试验（一）、左臂丛N牵拉试验（一），右侧（±），颈椎正侧位片提示：C6~7椎骨质增生，C6棘突轻度左

偏，拟诊：C6错骨缝。以手法治疗为主，中药内服为辅，先用摸，揉，推，拿，滚等手法准备后，再行扳颈手法纠正偏歪的脊突，在术中有闻“格答”声响，术毕颈硬减轻，共行二次手法，并内服中药，辅之，6天后颈痛消失，活动如常。

结语：

何谓错骨缝？错骨缝系指关节中两个相对的正常解剖结构发生部分位移，并由此而产生一系列临床症状的一种疾病，错骨缝中的位移可小可大，临床症状有轻有重，一般说，位移小的，临床表现不明显，X线征往往呈阴性，诊断十分困难，容易造成误诊或漏诊；位移大的，临床症状，体征比较明显，X线片亦常常呈阳性表现，诊断较容易。目前，对错骨缝一病的诊断尚缺乏行之有效的检查方法。利用现代医学的解剖

张,腹胀或肠麻痹。5.X光片:腰大肌阴影模糊或消失,可出现不同程度的肠腔积气影。4.直肠指诊:有触痛,骶前区膨满波动。5.B型超声检查:是一种准确无损伤的早期诊断方法,常能提供RH的位置范围。6.腹腔穿刺。

骨盆骨折合并RH的治疗意见颇不一致,有的学者主张,一旦出现低血容量休克时,应马上行剖腹探查术,并剖开腹膜后血肿止血。如果无效时应行双侧髂内动脉结扎手术。〔3〕我们认为骨盆骨折所引起的RH多为骨盆区,造成出血原因多为骨盆或脊柱骨折断端出血、或因骨折端刺破邻近器官组织或骶丛血管导致严重RH,这种盆腔区RH当达到一定的张力后,只要减少不必要的搬动,正确实施骨折固定,出血可以停止。采用双侧髂内动脉结扎做为治疗RH的方法,多数情况下是不可取的,因为手术切开有了一定张力、包裹很严的RH、破坏了已形成的压迫止血作用,如对合并前列腺、膀胱静脉丛及骶静脉丛损伤的患者,采取这种方法,有加重出血可能。本组92例骨盆骨折合并RH52例,其中18例因有腹腔内脏损伤临床表现行剖腹探查术(术中证实RH均有程度不同张力,但未作处理)经抗休克治疗,采用兜袋、牵引、复位或石膏固定等保守治疗,辅以云南白药,安络血、六氨基己酸等止血药物,收到满意效果。血肿常在24—36小时内达到高峰,腹胀,肠麻痹症状3—5天可逐渐缓解。

四、合并腹腔内脏损伤的诊断和处理

骨盆骨折合并腹腔内脏损伤的发病率约占9.4—29.1%,本组为19.6%,早期常因合并其

它部位损伤贻误诊断治疗,本组92例骨盆骨折中,术前诊断腹腔内脏损伤出血的21例,经手术证实18例符合,3例剖腹探查未发现腹腔内脏损伤,其误诊主要原因,收集病史不细致,缺乏全面动态地观察病情变化。为此,对骨盆骨折怀疑有腹腔内脏损伤的患者,应详细询问外伤史,同时要连续性动态地观察病情变化,重点观察有无进行性腹膜刺激征状和内出血,应常规拍腹部X线平片,如果发现腹膜后有充气时常提示腹膜后腔脏器穿孔,如腰大肌阴影消失和肾影异常征象多提示RH可能。本组3例RH误诊的另一个原因是诊断性腹穿假阳性,腹穿对诊断腹腔脏器损伤颇有帮助,但在骨盆骨折合并RH时应谨慎从事,为防止腹穿假阳性最好办法是设法避开骨盆区血肿,选择上腹部做为穿刺点,边穿边抽,如抽出粉红色血样或黄混浊样液体,诊断即可成立,应果断地按急诊处理,剖腹探查止血,修复内脏,如果对腹穿结果有怀疑时,应变换体位多次不同点腹穿,防止诊断性腹穿假阳性,贻误诊断治疗。

参考文献

1. Sabiston DC, Davis—Christopher Textbook of Surgery UOU, Bth Ed Philadelphia London Poruhto UUB Saunders CO 1986, 294.
2. 吴建斌、多发外伤、国外医学军事医学分册 1986.1.2
3. 卢伟 外伤性腹膜后血肿(附41例报告) 中国急救医学 1978.4.13

(上接第8页)

疗效观察

治愈65例(肿块、疼痛及临床症状消失)。好转11例(自觉症状消失,肿块缩小)。无效2例(肿块、疼痛治疗前后无明显变化)。

病例介绍

范××,男性,24岁、职工,左第二肋软骨疼痛,有一半球型隆起,约为1×1.5×1.5厘米大小,表面皮肤正常,不红不热,咳嗽或活动时痛剧,触诊有轻度压痛,边缘分界清楚,与皮肤不粘连,肿块无活动感,X线及化实验室检查无异常发现。诊断为非化脓性肋软骨炎。经强的松龙封闭和白芥子外敷治疗无效,改中药治疗。查舌质淡,舌苔薄白、脉弦、兼有胸闷不舒,善太息,疼痛每随情志变化而增减。综上所述,此乃情志不舒,肝失条达,疏泄失职,肝气郁结,血流不畅,气滞血聚所致,证属气滞型,治以疏肝理气,通络止痛之法,拟柴胡15克,青皮9克,金

铃子9克,炙乳香6克,炙没药6克,鸡血藤9克,夏枯草9克,炮穿山甲12克。三付。复诊,疼痛消失,肿块缩小,守方续进二付,肿块消失,余症皆除。一年后随访无复发。

小结

一、本组病例均采用先辨病,后辨证,辨病辨证相结合的原则,运用中医中药治疗,治愈65例,好转11例,有效率为97.4%。

二、本病多为外感热邪及内伤忧怒致“血气稽留”、“津液涩渗”着而不去,渐结成疾。本组病例中因情志失调发病者39例,占5%。热邪外侵者13例,因慢性劳损发病者24例;发病原因不明者2例。

三、根据《内经》“通则不痛”“坚者消之”“结者散之”的原则,治疗以疏肝理气,化淤通络,消痰散结之法。

由于我们病例尚少,理论所限,谬误难免,现把它整理出来,以求得更多的批评和探讨。