

伤则使刀口与内缘垂直，顺菱形肌走向作纵行疏剥或使刀口顺肩胛内缘略加朝外，于菱形肌附着处骨质上作横行剥离。

由于副神经和肩胛背神经均在上角内侧附近下行，走向基本与肩胛骨内缘平行，故在上角部操作时强调进刀点靠近上角并使刀口与肩胛提肌纤维平行，避免损伤副神经及肩胛背神经；此外副神经下段多经肩胛内缘浅面稍外下行分布斜方肌，因此顺菱形肌纤维方向纵行剥离时，刀口不宜超出肩胛内缘，以免损伤副神经下段。

参考文献

1. 郭焕章, 等. 手法为主治疗肩关节周围炎. 中国中医骨伤科杂志 1989; 5 (1) 41.
2. 中国人民解放军后勤部卫生部. 临床疾病诊断依据治愈好转标准. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社, 1987; 116-117.
3. 陈忠良. 推拿治疗学. 第 1 版. 上海: 上海中医学院出版社, 1988: 81-93.
4. 俞大方. 推拿学. 第 1 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 79-81.
5. 徐光耀. 推拿法治疗肩凝症. 中国中医骨伤科杂志 1989; 5 (1): 25.

(收稿: 1994-04-21)

医源性异位性骨化七例分析

山东青岛市崂山人民医院 (266100) 韩迅德 方毅 王京超 刘法宗

医源性异位性骨化可因药物注射、活检和手术等引起。手法强刺激治疗瘫痪病人时亦可引起。我们自 1964~1994 年共发现 9 例，现将其中临床资料齐全并有连续 X 线拍片追踪观察 7 例报告如下。

一般资料

7 例均为男性，年龄 19~42 岁；特点如下：(1) 均为外伤后截瘫并双下肢肌肉萎缩；(2) 均有长期手法强刺激治疗史；(3) 强刺激治疗后软组织出现肿块，时间最短者持续 3 天，最长者达 2 个月；(4) 每例均经多次 X 线拍片观察。

X 线表现

早期为软组织肿胀，肌间层次不清，脂肪线模糊。2 周后开始在肿胀的软组织内出现密度不均呈毛玻璃状骨化影，后渐明显并形呈镰状 1 例、块状 1 例，线条状 1 例，朵状 1 例，棉团状 3 例。若累及关节可造成关节半脱位 1 例。骨化出现在骨端附近，多沿骨长轴进行，易延伸至骨膜和关节周围，并可引起骨膜反应。在软组织肿块内有时可见到卵壳状囊样变，受损后半年左右肿块与邻近骨骼间可显示透明间隙。本病应与以下疾病鉴别：(1) 进行性骨化性肌炎；(2) 钙质沉着症；(3) 外伤性骨化性肌炎；(4) 神经性骨化性肌炎。

讨论

据文献报导^[1]，骨化影最早出现在创伤后 10 天~6 周。本组一例自重手法刺激开始至软组织内出现骨化仅 15 天，从开始骨化到病灶轮廓形成仅 20 天。国外文献报导最大骨化范围为 15cm^[2]。本组有 3 例的骨化范

围分别为 25×8、17×5、29×5cm，远远大于国外报导。我们认为，由于手法强刺激组织损伤范围广，导致较大的骨化是医源性异位性骨化的特点。在临床上尚有肿块增大快、骨化快、消肿快的特点。本组 7 例患者均有此三个特点。此外，在 X 线上有以下 4 个特征：(1) 重手法强刺激后局部出现软组织肿胀和骨性肿块多呈椭圆形，边界较锐利，多靠近骨端；(2) 多轴位照像，异位骨化靠近骨干，但相互分离，局部有骨膜反应；(3) 骨化过程自外向内进行，最后中央骨化，呈向心性成骨表现；(4) 此种骨化和其它原因形成的骨化一样，亦分为四层^[3]：即病灶周边层，外围层，中间层和中央区。共同的特点是新骨边界致密清晰，而内部为松质骨。

曹来宾认为创伤后软组织内出血是形成异位性骨化的重要因素^[4]。用手法强刺激穴位，可以引起软组织的创伤和出血水肿，其中个别病例由于自身免疫性反应和灶状坏死，导致纤维母细胞增殖，进而演变为大量的成纤维细胞，再经软骨内化骨最后形成骨组织。何灿熙认为异位性骨化并非来自异位骨膜，而是发生在独立于骨膜外的纤维结蒂组织中。创伤组织的纤维化是异位性骨化的必要条件^[1]。在组织学上这种变化过程是明显的。骨化先从病灶外围开始向中心发展，有的全部过程 2 个月即完成。本组的 7 例中，并非所有的软组织肿块和组织内出血均形成骨化。

参考文献

- 1 何灿熙, 等. 肘关节“外伤性骨化性肌炎”若干问题探讨. 中华放射学杂志 1986; 20: 48.

(下转 36 页)

邪与气血相搏，津液不得随经运行，凝聚成痰，血脉涩滞不通，着而成瘀，或因气血不足，不能运行布散津血，导致痰瘀的生成。痰与瘀又可因果为患，致痰瘀痹阻，成为尪痹的特异性证候：关节肿大畸形，僵硬不利，活动障碍，尤以侵犯多个小关节呈对称性肿痛为特点，舌质紫黯而有瘀斑、紫点。另外病久气血伤耗，引起不同程度的气血亏虚肝肾不足，若痹证日久不愈，病邪由浅入深，由经络及脏腑，导致脏腑痹证，使病情更加顽固而且凶险。肾主骨，肝主筋，肾气亏虚，不能主骨生髓，肝虚不能养筋，故感受风寒，气血瘀滞，筋脉拘急，僵直不利，骨节硬肿变形。同时气血亏虚，肝肾不足又为病痹之本，所以说临证当辨病情性质，针对病变的脏腑治以扶正补虚，五脏之伤以肾为本。所以益肾法又为尪痹治本的原则。

5. 现代医学认为本病病因尚不清楚，已报道有自身免疫学说、感染学说、过敏、内分泌，家族遗传等学说，大多数学者则支持自身免疫学说。病理变化以关节病变为主，包括滑膜充血，水肿，肉芽肿形成，和关节软骨及软骨下改变。还常伴有皮下结节，腱及腱鞘，滑囊炎症等情况。

治疗方法

中医辨证论治。对本病的分证，常可分风寒湿型，风湿热型，瘀血型，营卫不和型，寒热错杂型，气血虚弱型，肝肾亏虚型及痰湿阻络型。治疗有祛风、散寒、除湿、清热、化痰、祛瘀、补虚七法。但又应实据证参合应用，对于以风、寒、湿、热偏盛为主者，可应用相

应的治法给予麻黄加术汤、乌头汤，加减木防己汤等等，而对于顽痹者正气虚弱又以肾为主，故治以补肾为主辅以祛寒、化湿、祛瘀通络等法，常用补肾祛寒治尪汤加减投之。久痹气血不足偏甚者，临床多见关节疼痛时轻时重，劳倦后加剧，神疲乏力，腰膝酸软等症状，常以补益气血为主法，药用黄芪、白术、熟地、党参、甘草等。但气血因邪，因虚皆可致痹，故应同时采用行气和血之品，如赤芍、丹参、川芎等。此为气流畅，痹痛自愈之意。肝肾不足，临床多见骨质疏松及破坏，活动功能障碍，腰脊僵痛，关节强直变形等症状，治当培补肝肾，强壮筋骨为法。肝肾同源，补肾即可养肝，益肾为大法。益肾当以温养精气，平补阴阳为基础。药如鹿角、仙灵脾、枸杞子、白芍、川断等。风寒湿与痰瘀相搏为患，外内合邪，深伏骨骱缠绵难愈，此非一般草木之品所能奏效。必借虫类药物搜剔之力尚可收功，而虫类药又同中有异，如活血化瘀用穿山甲“走窜之性，无微不至”。搜风剔络；用全蝎、蜈蚣对僵挛肿痛又胜一筹；祛风除湿用祈蛇，此外地龙有清络热作用。僵蚕可祛风疾等。故应辨证应用。临床用虫药，应中病即止，且虫药多湿燥，又有破气耗血伤阴之嫌，故临床扶正之药不可无。然而痹证病在肢体关节不一故引药亦不同，上肢多用防风、桔梗等。下肢腰背用防己、木瓜、牛膝。痛及全身者多用千年健，伸筋草。威灵仙等。然各证之间其病因病机又多错杂相交，且可变异转化，故辨病审证求因贵在变通施法。

(收稿：1994—08—19)

安徽省高校科技函授部 中医函授大专班招生

为继承和发展祖国医学，给有志于中医事业者开辟自学成才之路，经省教委批准继续面向全国招生。使用全国统编教材，确保大专水平。根据高教自考规定，开设十二门中西医课程。各科均由著名专家教授全面辅导教学。高中或初中以上文化程度均可报名。来函至 236000 安徽阜阳高函办《总部招生办》即寄简章。

(上接 34 页)

2 潘生贵. 外伤性骨化性肌炎: 临床病理学观察. 中华病理学杂志 1984; 13: 227

3 姜照帆. 局限性骨化性肌炎. 临床放射学杂志 1985; 4:

4 曹来宾. 等. 骨与关节 X 线诊断. 山东科技出版社 1981

(此文经青岛医学院曹来宾教授审阅, 谨表谢意)。

(收稿：1994—07—21)