

动脉或是背动脉搏动减弱进而消失，伤肢皮肤青紫进而苍白，皮温降低，相应筋膜区神经、肌肉麻痹。间隔区组织压与健侧相比，均有明显升高，范围在 12kpa ~ 3kpa。具备上述特点，即可确诊。

**治疗方法** 诊断确立后，即快速静滴 20% 甘露醇 25ml，20 分钟滴完，每间隔 2 小时重复滴 250ml，之间用液体维持，3 次后改 6 小时一次，一般 3~4 次明显减轻，同时口服活血化瘀，消肿止痛的中药，活络效灵丹加减：丹参 30g 当归 20g 川芎 15g 红花 10g 桃仁 10g 制乳没各 6g 土元 10g 地龙 10g 穿山甲 10g 泽泻 12g 车前子（布包）20g 生大黄 20g 三七粉 3g。上肢加姜黄、桑枝 10g；下肢加川牛膝 15g、木瓜 12g。小儿酌减大黄以泻为度，日一剂。

**治疗结果** 经上述方法治疗后，肿胀于 2~4 小时明显减退，被动牵拉痛减轻或消失，尿量增多，皮肤张力、温度均改善。动脉搏动恢复，组织压 < 1kpa，无 1 例缺血性肌挛病发生。

**讨论** 早期广泛筋膜切开减压术，一直被公认为是解除压力，改善循环，防止肌肉缺血坏死的有效疗法。近年来，我科采用快速静滴甘露醇及口服活血化瘀，消肿止痛的中药，效果满意。对治疗较晚，已有广泛肌肉缺血坏死者，为防止和减轻坏死分解物质进入血流引起中毒症状，应在不用止血带情况下，急行筋膜切开减压等术。

（收稿：1994-07-16）

## 温针灸治疗足跟痛

广西罗城县民族医医院（546400） 潘育君

**一般资料** 治疗 15 例，男 6 例，女 9 例；单侧痛 12 例，双侧痛 3 例；年龄 35~55 岁；病程最长 2 年，最短 3 天；用 X 线片检查 12 例，跟骨结节前方有骨刺 7 例，无骨刺 5 例；一疗程内治愈 11 例，4 例经两个疗程治愈；3 例半年后复发，再用此法一疗程治愈。

**治疗方法** 患者仰卧或坐位，针刺部位在内踝或外踝后缘直下 4cm 左右处（相当于跟骨结节前方）。足跟外侧痛甚即针外侧，内侧痛甚针内侧。行针得气后，取一小段长约 2.5cm 的艾条穿孔套在针柄上，点燃施灸；艾条应距离皮肤 3~4cm，每次灸 1~2 小段艾条，每天治疗一次，七次为一疗程，疗程间隔三天。

**讨论** 足跟痛临床较为常见，疼痛原因主要有跟骨骨质退行性变，跟部组织遭受急性创伤和慢性积

累性损伤，造成跟部慢性无菌性炎症等。其疼痛多为刺痛或灼痛，常波及两踝，不能久立或远行，局部无明显红肿。采用温针灸能起到较好的消炎止痛效果，多数病例经第一次治疗后，疼痛明显减轻，最短病程的一例经一次治疗即愈。选取足跟两侧进行针刺，目的主要在于容易进针，进针时病人痛感轻。

（收稿：1994-06-03）

## 捶击治疗骨质增生性足跟痛

四川省绵阳市 404 医院（621000）

刘 驰 袁秀丽\*

由足跟骨骨质增生而引起的足跟痛，是骨伤科常见的多发病。我们运用捶击治疗该病取得了满意的疗效，特报道如下。

**临床资料** 共 56 例，男 9 例，女 47 例；年龄最小 40 岁，最大 78 岁；病程最短 1 月，最长 11 年；左足 22 例，右足 28 例，双足 6 例；症状、体征：足跟底部疼痛，行走困难，X 线片示足跟骨骨质增生。

**治疗方法** 患者俯卧于床上，患侧屈膝，足底向上，用绷带在足跟处缠 5~6 层，触明压痛点，医者一支手握足前掌，另一支手持木锤，对准压痛点处，先用轻力捶击 7~8 下，后突然改用重力猛击 3~4 下，最后用手掌心放在足跟部揉按 2~3 分钟结束。隔 5 天可重复一次，两次为一疗程，大部分可经一疗程治疗而痛止病愈。

中成药组：口服骨仙片，每次 5 片，每日 3 次，30 天为一疗程，服 2 个疗程，疗程间休息 5 天。

**疗效标准及结果** 痊愈：足跟疼痛消失，行走如常，半年内无复发；显效：足跟疼痛明显减轻，行走时尚有轻微疼痛；好转：足跟疼痛有所减轻；无效：症状、体征无变化。

捶击组 30 例中，痊愈 19 例，显效 4 例，好转 2 例，无效 5 例；中成药组 20 例中，痊愈 5 例，显效 4 例，好转 6 例，无效 5 例。二组相比，有显著性差异（ $p < 0.01$ ）。

**讨论** 骨质增生引起的足跟痛，多见于 40 岁以上的中老年人，女性发病率明显高于男性。其疼痛多因增生骨质压迫血管、神经组织，引起局部炎症，及足跟部内压力增高所致。中、西药物治疗疗效往往不

\* 四川省绵阳市中医院

佳。采用捶击治疗骨质增生性足跟痛，能促使气血流畅，改善局部的血液循环，降低足跟部的内压力，达到控制无菌性炎症反应而止痛的目的。捶击治疗增生性足跟痛具有简便而经济，既无副作用，病人又易于接受，医生易于掌握，疗程短，疗效确切等优点，值得临床推广运用。在治愈的部分病人拍片复查中显示，足跟骨骨刺仍然存在，但疼痛却已消失，故其远期疗效和治疗机理有待进一步探讨。

(收稿：1994-06-30)

## 颈丛阻滞用于颈椎前路手术麻醉

河北承德医学院附属医院 (067000)

曹雪儒 周恩德 田淑华 姚淑华 李建平

我院自 1985 年以来，应用颈丛阻滞麻醉施行颈椎前路手术 29 例，取得满意效果，现报告如下。

**临床资料** 本组 29 例中男 27 例，女 2 例；年龄 28~62 岁；颈椎间盘突出、颈椎骨折 16 例，脊髓型颈椎病 13 例；术前检查：心电图异常，ST 段压低，左室高电压，左室肥厚，不完全右束支传导阻滞 12 例；余 17 例为正常心电图。

**麻醉方法** 麻醉前用药：苯巴比妥钠，阿托品或东莨菪碱。本组采用双侧颈丛阻滞，方法为一针三点法。患者仰卧头转向对侧，令病人抬头，术者以左手拇、食指提起胸锁乳突肌，(病人头放下)于其后缘中点 1.0cm 处用 7 号针头刺入胸锁乳突肌及颈阔肌筋膜内(颈丛集中处)，向正中、上、下方向回吸无血液即可注药。每侧用量 8~12ml，分别阻滞耳大神经、枕小神经、颈横神经、锁骨上神经等分支。局麻药为 0.35%~0.375% 盐酸布匹卡因，总量为 15~25ml。

**麻醉效果** 阻滞效果完善者 23 例。4 例镇痛不全，辅以少量局麻药及静注度冷丁、异丙嗪合剂 1/2~全量后顺利完成手术。另 2 例阻滞效果虽好但因术前合并高血压，麻醉后血压升高，经给氟呱啉，芬太尼合剂 1/2~全量静注后血压基本正常。本组病人未发生任何并发症。

**讨论** 1. 颈丛阻滞主要阻滞耳大神经，枕小神经，颈横神经，锁骨上神经。上述神经在胸锁乳突肌后缘中点穿出深筋膜，分布于相应部分的浅层结构，穿刺点选在此处，采用一针三点法可阻滞颈丛，因此麻醉效果可靠。此法与采用颈外静脉与胸锁乳突肌交点上 1.0cm 处阻滞相比，定位准确，可避免少数

患者因颈外静脉走向异常，而致定位不准造成麻醉效果不佳。

膈神经的走行离胸锁乳突肌后缘中点较远，颈丛阻滞不会导致膈神经麻痹，故而颈丛阻滞麻醉用于截瘫患者不会影响呼吸功能。

2. 麻醉药物选择：盐酸布匹卡因具有起效时间短、浸润性强、作用时效长、阻滞效果完善等特点。因此术中不必重复用药，可避免因用药量大所致不良反应及对心脏的毒性。

3. 颈丛阻滞的优越性：颈丛阻滞麻醉患者于清醒状态下手术，术中可随时了解患者声音，上肢运动情况，为术者手术操作提供方便，避免喉返神经损伤。此种麻醉与全麻，硬膜外麻醉比较，具有操作方法简单，易于掌握，效果确切。由于局麻药对呼吸，循环功能干扰小，术中患者生命体征较平稳，尤其对并发肺部感染的截瘫患者更有其优越性。

(收稿：1995-01-24)

## 骨盆骨折合并髂腰肌筋膜室综合症 2 例

浙江省金华市中医院 (321000) 邵建萍

例 1，女，28 岁。车祸致右髂部剧烈疼痛伴大腿麻木半小时就诊。体检：左髋关节屈曲 45°，左髂部广泛瘀肿压痛明显，少腹部约 8×13cm 肿块，压痛，无明显移动感，大腿内侧皮肤感觉迟钝，股四头肌肌力 3 级。X 线示：左髂骨翼骨折。诊断为“骨盆骨折伴髂腰肌筋膜室综合症”。立即手术，术中见：髂腰肌筋膜室内凝血块约 300ml，髂骨翼骨折，骨膜及髂腰肌部分断裂，血肿致股神经张力较高，未见断裂，清除血肿，完善止血，冲洗后关闭切口。术后第一天起即内服活血化瘀类中药，第 4 天髋关节即能放平，一月后大腿内侧皮肤感觉正常，股四头肌肌力 5 级。

例 2，女，32 岁。外伤左臀，会阴部肿痛 1 小时就诊。骑自行车不慎被汽车所撞，左臀及会阴部剧烈疼痛。体检：骨盆压痛广泛，骨盆挤压、分离试验(+)，左大腿内侧皮肤感觉迟钝，股四头肌肌力 5 级。X 线示：骨盆左右耻骨枝骨折，左髂骨翼骨折。次日，左大腿内侧皮肤感觉明显减退，股四头肌肌力 3 级，少腹部有 8×8cm 包块，考虑为骨盆骨折，出现迟缓性髂腰肌筋膜室综合症。即予手术探查，清除筋膜室内血肿，较紧张的股神经予以松解，完善止血。术后半月神经症状消失，肌力恢复。