

压痛点，患肢沉困，遇寒冷（阴雨天）疼痛加剧，得热则舒。直腿抬高试验阳性。

治疗方法：方药：桃仁 12g 威灵仙 15g 桂枝 15g 防风 10g 制乳没各 6g 苍术 10g 木瓜 10g 当归 10g 羌活 12g 独活 12g 川牛膝 10g 细辛 3g。日一剂，水煎分二次温服。10 日为一疗程。

辨证加减：气虚者加炙黄芪 30g；沉困重木瓜用量加至 18g；伴有肌肉麻木者加全蝎 10g，僵蚕 10g；伴有腰部疼痛者加杜仲 10g、川断 10g。

治疗结果：痊愈：疼痛消失，功能恢复，能从事工作和劳动，1 年以上未复发者 156 例；有效：疼痛明显减轻，阳性体征基本消失，但在劳累及气候变化时仍有不适感 52 例；无效：疼痛未减，或在治疗后短时间内减轻，随后继续疼痛，经治疗一个疗程后，临床症状与治疗前无明显改善者 7 例。总有效率 96.7%。

讨论：坐骨神经痛属于中医痹症范畴，其症结可归之于风、寒、湿、瘀，但临床辨证属寒湿型者较多。治疗应以活血化瘀、祛风除湿、温经散寒为原则。作者自拟桃仁桂枝汤治疗坐骨神经痛，诸药配伍，共奏祛风、散寒、除湿、化瘀止痛之效。本方对突然受风湿寒冷而引起的坐骨神经痛疗效最佳，服一个疗程的药物即能痊愈。在治疗中还应嘱病人避免劳累，意外损伤及风寒湿邪侵袭，并进行适当的功能锻炼，以利巩固疗效。

(收稿：1995-09-24)

中西医结合治疗痛风性关节炎 32 例

中山医科大学第一附属医院 (510080)

张炳球

笔者用中西医结合治疗痛风性关节炎 32 例，效果显著，现小结于下。

临床资料 1. 一般资料：本组 32 例，均为男性，年龄 38~63 岁，以 50 岁左右为多；病灶分布：足踝关节 21 例（左 14 例，右 7 例），踝 6 例（左踝 4 例、右踝 2 例；内踝 5 例，外踝 1 例），足背 3 例，跟后 2 例，本组病位全部在足部。以踝关节最常见（占 65.7%），依次是踝（18.7%）、足背（占 9%）以及跟后（占 6%）。本组提示左是发病率高于右足，意义未明。

2. 临床表现及辨证：发病急骤、多于夜间发病，痛剧烈，受累关节红肿热痛，部分患者恶寒发热，头痛、

头晕，患处恶热拒按，多数病人有暴饮暴食或有较长时间的嗜烟酒、嗜肥甘厚味习惯等典型病史及体征。少数病例有疼痛走窜不定之感觉。小便黄赤、大便干结或便硬，口渴索饮，脉象浮滑弦数，舌边红，苔黄干或黄腻。属于痰浊下注，郁而化热，气滞血瘀之证。

治疗方法 1. 西药治疗：(1) 别嘌醇 0.1 克/次每天三次。或痛风利仙一片/次每天二次；(2) 消炎痛 50mg/次，每天三次；(3) 多饮水，低嘌呤低热量饮食；(4) 卧床休息。

2. 中药治疗自拟涤痰逐瘀汤以涤痰化浊，行气活血、逐瘀。

方药：半夏 15g，陈皮 6g，尺竹黄 15g，枳实 15g，防己 15g，川贝母 9g，僵蚕 9g，当归 4g，红花 6g，赤芍 12g，田七片 6g，薏仁 30g，冬瓜仁 30g，桃仁 15g。每天一剂，每日服三次，连服 5~7 天。大便干结明显或便秘者加入大黄 6g 同煎以加强攻下泄热，祛痰逐瘀之力。症状及体征消失后，再予利水渗湿，化痰行瘀之法。自拟四苓化痰汤：猪苓 15g，泽泻 15g，茯苓 15g，白术 15g，通草 10g，当归 3g，田七 6g，天竺黄 10g，薏仁 30g，金钱草 15g。每天一剂，连服 7 天。

治疗效果：西药治疗本病疗效确切，疼痛症状在给药后数小时内即可缓解，开始消肿；1~2 天内疼痛可以完全消失，红肿也可在一周左右基本消失。但加入中药治疗后，症状及体征的缓解及消失时间明显缩短，头晕头痛，大便秘结等必需迅速解除，病人痛苦程度明显减轻。

32 例门诊复查随诊平均约 10 个月，未见发作。

小结：痛风是一种酸代谢异常所引起的全身疾病，痛风性关节炎是痛风病人的主要临床表现，故来骨伤科就诊的痛风病人并不少见。本病的诊断并不困难，但痛风可累及肾脏，晚期导致肾硬变及慢性肾功能不全，或导致高血压病、肾动脉和脑动脉硬化，尿路结石等严重疾病。按中医辨证，属于痰浊下注，阻塞经脉，气血，使痰浊郁而化热，气滞血瘀。急性期应予涤痰化浊，行气活血，逐瘀泄热，使痰浊得化解，郁热得以消除。痰消则气行，气行则血脉通，红肿热痛很快就可消除。待症状体征消除后，再予利水泻湿，化痰行瘀之剂以善其后，使湿去而痰无以生，瘀去则病所无存；病不复发。

(收稿：1995-10-24)

过伸位治疗掌骨颈骨折

山西省人民医院 (030000)

李太虎 梁秀华

我院采用过伸位复位弧形铝板固定治疗第 2~5

掌骨颈骨折,取得较好结果。

临床资料:男 35 例,女 11 例;年龄 16~75 岁;均为新鲜闭合性损伤;第 2、3、4、5 掌骨颈骨折分别为 7、9、12、18 例;嵌插骨折 19 例,横形骨折 14 例,斜形骨折 13 例;其中 12 例掌侧骨皮质碎裂;掌成角 30° 以内 38 例,侧方移位 0.5~2cm 32 例。旋转畸形 17 例。

整复和固定方法:新鲜骨折无需麻醉。病人端坐位,手掌向下平放桌上。助手稳定患腕。术者一手握持患指伸直牵引,上下轻轻抖动。远端嵌插解除后,握持掌指关节和患指牵引下过伸 30° ,同时另手拇指向下挤压掌骨近折端,感到掌骨头向上移动,掌骨间隆起说明骨折复位。取铝制压舌板一块,弯成 30° 弧形,突侧向下平置于手背,弧板近端用胶布与腕部固定。远端用胶布斜形环绕与掌指关节拉紧。形成稳定的三点挤压作用。

治疗结果:平均 8 周后随访,解剖复位 19 例,固

定中发生侧方移位 2~5mm 8 例,掌屈移位 1~4mm 7 例,背成角 $5\sim 25^\circ$ 6 例,旋转 $5\sim 10^\circ$ 4 例,掌指关节过伸受限 $5\sim 10^\circ$ 5 例,握力较健侧差 3~5kg 7 例,掌指关节轻度肿胀 24 例。均达到临床愈合,恢复持物功能,关节活动自如。

讨论:采用伸直位牵引,侧副韧带直线牵拉掌骨头,较易解除嵌插和侧方移位。过伸时,掌板掌韧带屈肌腱绷紧,挤压掌骨头向上。骨间肌蚓状肌张力线上移。对断端背侧产生拉力,握持患指牵引过伸,杠杆长,反折力大。拇指抵住近折端做支点转动挤压杠杆力大。较省力地矫正掌骨间掌侧移位。

弧形铝板顺行平放于手背的较稳定,凸面置近折端做支点,远折端用胶布分别与腕部和掌指关节拉紧,形成持续有力的三点挤压力。有效地维持了骨折复位,且便于指关节活动,并无关节挛缩发生。

(收稿:1994-10-26)

中国中西医结合外固定会议征文通知

为总结交流骨伤科外固定和生物力学研究成果。中国中西医结合学会骨伤外固定学组与《中国骨伤》杂志编辑部拟于 1996 年秋季在西安市召开学术交流会议。现将有关事宜通知如下:

一、征文内容

1. 骨科外固定、中西医结合治疗骨折、骨科疾病临床经验总结,临床用药、临床检验、临床病理、临床护理、临床麻醉等经验体会。
2. 科研成果,医疗器械,康复医疗及器械,基础理论、生理力学研究等。
3. 影像学、X 线、CT、核磁共振、超声诊断与治疗在骨科中进展。

二、1. 应征论文经专家组评审后,即发正式会议通知。凡被会议录用文章(交纳审稿费及版面费者)将在专著中发表,并作会议交流,颁发论文证书。

2. 会议期间,将改选骨伤外固定学组,组成机构。

三、论文要求:

1. 论文内容要真实新颖、实用、有一定的科学性及学术价值。
2. 论文一般不超过 2500 字。请自留底稿。一律不退稿。用稿纸誊清,勿用复印件。
3. 论文按稿约要求,字迹清楚,整洁、表格要求简明正规化。
4. 请将论文文题,单位、姓名、邮编写清楚。

四、征文截止日期:1996 年 6 月 15 日。

征文请寄中国中医研究院《中国骨伤》编辑部钟方收(邮政编码:100700)。

中国中西医结合学会骨伤外固定学组

《中国骨伤》杂志编辑部

1996 年 3 月 5 日