

虫类药在骨折后期肿胀的应用

浙江省湖州市中医院骨伤科 (313000)

傅瑞阳

骨折后期,部分患者仍可出现不同程度的肿胀,尤以四肢骨折为甚。主要表现为患肢水肿,肤色紫暗或发亮,皮温稍高或偏低,触之厚韧,如触皮革感,压之深陷旋而复起或深凹欠复,关节屈伸不利。属瘀血、痰浊凝结络脉所致,笔者在辨治该证中启用虫类灵之药,效果满意,体会如下。

常用药:鸡血藤 12g,紫丹参 12g,地龙 12g,蜈蚣 9g,廔虫 9g,当归 9g,乳香 9g,没药 9g,陈皮 9g,茯苓 9g,苍术 9g,路路通 9g,甘草 6g。如偏于气虚者,加黄芪,党参;偏于热者,加山栀,丹皮;偏于寒者,加附子,桂枝。上肢加桂枝,桑枝;下肢加牛膝,车前子。每日 1 剂,水煎 2 次,取汁 500ml,分 3~5 次服。服药期间忌辛辣等刺激性食物,并抬高患肢,辅以适当功能锻炼。

体会 骨折后期肿胀不同于刚受伤时的水肿,后者为外伤后气滞血瘀所致,前者属络瘀久滞,痰瘀交混。骨折后期,气血周流不畅,荣卫失和,易于聚痰,痰湿既是病理产物,又可理解为外伤后继发于气滞血瘀的一个重要致病因素。

虫类药物为血肉有情之品,身性走窜,具有动跃攻冲之能,深入隧络,攻剔痼结之痰瘀,旋转阳动之气。对虫类药物的通络机理,叶天士概括为“搜剔络中混处之邪”,使“血无凝着,气可宣通”。方中蜈蚣、地龙、廔虫搜剔攻冲,豁痰散结,专开痰瘀积聚之处为君,《衷中参西录》谓蜈蚣“凡气血凝聚之处皆能开之”。《降雪园古方选注》称“廔虫破坚通络行伤,却有神功”。地龙性寒下行,善走浊瘀。三虫相合,通达深透之力更甚。再配当归、鸡血藤,丹参活血行血,破瘀通络,茯苓、苍术、陈皮健脾除湿,利水消肿为臣。佐以乳香,没药通络散结,陈皮,路路通行气通络利湿。甘草调和诸药为使。诸药合用,集虫类搜剔,活血祛瘀、除痰散结诸法于一方,消痰瘀宿痰于无形,则肿胀自可渐退。

新邪宜急散,宿邪宜缓攻“是中医治疗学上的一个重要法则,针对骨折后期肿胀的成因为久病血伤入络,阳动之气无以周旋,致瘀血痰凝,混处络脉这一特点,治疗上我们采用汤剂少量多次的服法,既使药物便于

吸收,又能作用持久。通过这种服药方法,制约虫类药物峻烈之性,达到重阳气、安脾胃、护阴血、通经络、祛痰瘀之目的,祛邪而不伤正,扶正而不留邪,使血无凝着,湿无滞留,气机通畅,肿胀自消。

(收稿:1995-12-28;修回:1996-06-13)

中药跟痛散治疗跟痛症

山东省菏泽医学专科学校 (274030)

郭传安

笔者在 1984~1996 年,采用跟痛散局部贴敷的方法治疗跟痛症 88 例,收到简便易行、确实可靠的止痛效果,现报告如下。

临床资料 本组 88 例中,男 40 例,女 48 例;年龄 20~82 岁;单侧足痛 70 例,双侧足痛 18 例;病程在 1 年以内 34 例,1~3 年 44 例,3 年以上 10 例;全部病例进行了 X 线摄片以辅助诊断,摒除跟骨髓炎、结核、肿瘤等疾病;本组有 82 例伴不同程度的跟骨骨刺。

治疗方法 1、药物组成:跟痛散为笔者自拟方,其药物组成和方剂如下:川芎 30g,细辛 30g,川乌 30g,草乌 30g,半夏 6g,藜芦 6g,冰片 6g。上药共为细末,备用。

2、治疗方法:取制好的跟痛散 3~6g,水酒各半调为糊状,均匀敷于患处,外用消毒纱布包扎固定。1 天换药 1 次,3 次为 1 疗程。

治疗结果 疗效评价标准:痊愈:足跟疼痛完全消失,活动自如,局部无压痛和叩击痛;好转:疼痛明显减轻,局部轻度压痛和叩击痛;无效:症状无改善。按以上标准,88 例中痊愈 80 例,好转 8 例,一般治疗 1~3 个疗程,最多 5 个疗程。药物始效时间最快 5 分钟,最慢 24 小时。对 62 例进行了 3 月~2 年的随访,有 12 例疼痛复发,经重复治疗仍然有效;余 50 例疗效巩固。本组 82 例跟骨骨刺中,对 40 例进行了 X 线复查,所有复查骨刺均无明显消除。

讨论 1、跟痛症原因较多,包括现代医学的足跟脂肪垫炎或萎缩、跖筋膜炎、跟骨骨刺等。跟痛散中,川芎活血止痛,辛、乌祛风止痛,均有很强的止痛作用,再分别配其相反之药藜芦、半夏“反激逆从”(清·张璐语),从而激发以上各药最大的止痛功效;再加冰片,芳香透引药直达肌骨;白酒温散,促进药物快速吸收;诸药合用,可使跟周围组织气血通畅,虚者得荣,滞者得通,于是跟部疼痛迅速消失。

2、本组病例治疗期间，未发现持续用药而产生局部或全身不良反应，包括局部皮肤无过敏反应，但对酒精过敏者须慎用。另外有一孕妇用药 3 天出现小腹疼痛，停药后自然消失，这提示妊娠期忌用本药。

(收稿：1995-10-30；修回：1996-05-20)

单边式外固定架治疗老年股骨颈及粗隆间骨折合并症

吉林市骨伤医院 (132001)

马兴旺 蔡文仪

我院于 1990 年 1 月~1995 年 8 月收治老年股骨颈及粗隆间骨折 48 例，采用单边式外固定架治疗，出现一些合并症，分析如下。

临床资料 本组 48 例中男 19 例，女 29 例；股骨颈骨折 21 例；股骨粗隆间骨折 27 例；年龄 52~84 岁。

治疗方法 急诊手术，硬膜外麻醉或局麻。在骨折自动牵引复位器下(或手法牵引)，配合 C 型臂 X 光机监视，取得满意复位后，闭合穿针：大粗隆下平行或交叉穿入二枚克氏针致股骨头方向，局部固定骨折；一枚克氏针固定股骨髁上，仅穿过内侧皮质，做为力臂；行单边式外固定架外固定。去除牵引复位器。

合并症分析 1、股骨头旋转与分离：此合并症发生于股骨颈骨折头下型及颈中型病例。如术中出现，可退出克氏针，重新复位。一助手固定骨盆并在异侧推挤，改换进针角度重新打入克氏针。如术后拍片发现，处理则较困难。如发现及时，可重新施术，过晚则需行人工股骨头置换术。

2、克氏针穿出股骨头：术中克氏针尖近股骨头软骨面或穿过软骨面，术后病人早期坐起、负重，因自身重力作用使克氏针向上滑动，穿出股骨头。一但发生此种情况，晚期可形成创伤性髋关节炎。处理方法：应及时拍片，一但发现，可调整固定架，部分退出克氏针，重新固定。

3、克氏针下滑：因髋部为松质骨区，固定两周后，针道骨组织吸收，使针道间隙扩大，摩擦力变小，又因老年多骨质疏松，针极易松动下滑。治疗中发现一例克氏针退出骨折线外。为防止松动及下滑，应及时调整牵引加压装置，使针体与骨组织摩擦力增大，保持骨针的稳定性及骨折端的牢固。

4、针道感染：穿针角度与皮肤间夹角过小，压迫皮肤，或髋部双针之间皮肤牵拉过紧，过早坐起或老年人搔抓针孔周围，均是发生针道感染的因素。合理的换药可使感染控制或痊愈。在撤除外固定后，经换药亦多能痊愈。

5、髋、膝关节僵硬：多数报道外固定支架后患者可早期离床进行功能练习，但我院在治疗中发现，早期

注射针头固定治疗指骨末节开放性骨折

安徽省旌德县人民医院 (242600)

龙琦

笔者自 1991 年以来应用普通注射针头内固定治疗指骨末节开放性骨折 24 例，效果满意，介绍如下。

临床资料 本组 24 例，计 28 指，均为末节指骨开放性骨折，其中伴有皮肤软组织缺损者有 11 指。年龄最小 4 岁，最大 69 岁。损伤原因有：压砸伤、冲床冲伤、电刨伤、刀伤。X 线检查：末节粗隆下骨折 6 指，中段骨折 22 指。

治疗方法 在指根阻滞麻醉下，先用施乐氏消毒液海棉块擦洗手部皮肤 2 遍，灭菌盐水冲洗，3% 双氧水处理伤口 2 分钟，盐水冲去，无菌纱布擦干、消毒、铺巾。清创前用 1% 新洁尔灭溶液浸泡创口 5 分钟，外用盐水冲洗。常规清创后，取 9 号无菌注射针头从指尖旋转插入，指骨断端见针头后，复位骨折，继续旋入针头至末节指骨基底部，骨折即被固定。然后用两把血管钳夹持折断针尾，保留 0.5cm 折弯置于皮外，缝合皮肤。注意，术中常见甲根向背侧翘起，清创后不要拔除指甲，连同指甲复位固定，於指甲基部与指甲近端缝合两针。对伴有皮肤缺损者，清创时组织尽量保留，术后配合生肌膏换药。针头固定 6 周后拔除。

治疗结果 17 指无皮肤缺损者，术后一期愈合拆线。11 指伴有皮肤缺损者，经生肌膏换药，3 周内全部愈合。6 周后拔除针头，骨折均满意愈合。

体会 采用该法治疗，无需特殊内固定器械准备，手术简单，能在门诊或没有内固定器械的基层医院推广，便于病人就地及时治疗；另外术中消毒严格，大大减少了感染机会。

对于电刨伤，往往伴有皮肤缺损，做了内固定后，才便于配合生肌膏换药，能使缺损自身修复，而且疤痕少，感觉良好。

(收稿：1996-01-16)