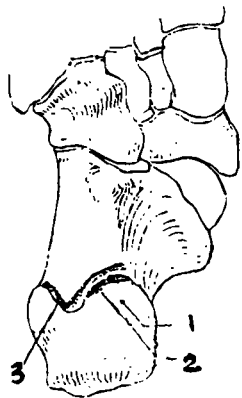


侧突的胫侧隆凸部则没有骨刺生长。因此,跟骨压痛点标记既位于跟骨侧位 X 线片的跟骨骨刺下方,又位于相应跟骨轴位 X 线片的 2 区内者,如不考虑足踵厚度因素,则可能与跟骨骨刺有关。反之,如果压痛点标记分别在跟骨侧位 X 线片和相应的轴位 X 线片上均位于其它部位,则说明该压痛点与跟骨骨刺无关。



注: (1) 跟骨结节内侧突; (2) 跖腱膜和趾短屈肌起始部; (3) 小趾展肌起始部

图 2 跟骨结节跖侧面及跖腱膜起始部

本组跟痛症 34 只足跟骨侧位 X 线片中 28 只足 (82.3%) 有跟骨骨刺。然而这 28 只足的 36 压痛点标记位于跟骨侧位 X 线片跟骨骨刺下的仅有 22 只足, 22 个压痛点。进一步检查发现, 其中只有 10 只足, 10 个压痛点标记在其相应的跟骨的轴位 X 线上位于 2 区内, 分别仅占跟痛症 34 只足及其 42 个压痛点的 29.4% 和 23.8%。

本组 22 例单侧跟痛症中, 18 例 (82%) 的足踵厚度比健侧厚, 而且无一例单侧跟痛症的健侧足踵厚度厚于患侧; 其中, 压痛点压痛可疑与跟骨骨刺有关的病例, 也就是压痛点标记既在跟骨侧位 X 线片上的跟骨骨刺下, 又在相应的跟骨轴位片 2 区内的 8 例 8 只足

跟痛症足踵厚度, 全例厚于健侧; 另外, 在单侧跟痛症 22 例中发现 2 例的患足无跟骨骨刺而健足有骨刺, 其患足的足踵也厚于健侧。这三种情况都提示: 跟痛症不论有无跟骨骨刺, 其压痛点的压痛来自足踵软组织, 而不是来自跟骨骨刺。

事实上, 治疗有跟骨骨刺的跟痛症, 采用不动骨刺, 任其与跟骨共存的许多保守治疗方法都可治愈。这一广泛而大量的事实也在雄辩地支持上述提示。

因此认为: (1) 在跟痛症的跟骨负重部压痛点贴金属标记拍摄跟骨侧位及轴位 X 线片, 有利于研究跟骨负重痛与跟骨骨刺的关系, 有利于补充单纯侧位片的不足; (2) 跟痛症跟骨负重痛与跟骨骨刺无关; (3) 跟痛症跟骨负重痛来自足踵软组织。诸如, 跟垫的退变、损伤和水肿, 跖腱膜、趾短屈肌、腓外展肌、小趾展肌及跖长韧带起始部的退变、变性、损伤、水肿及肌腱炎^[6]等无菌性炎症以及跟骨下滑囊炎^[7]等。

参考文献

1. Lang. J. Wachsmuth W. 编著. 山田致知津山直一监译. テソツ下肢临床解剖学. 医学书院 (日) 1979; 413.
2. 赵幼麟, 梁遂安, 赵安民, 等. 跟骨骨质增生与跟痛症. 中华骨科杂志 1994; 14: 746.
3. 王 心. 跟骨骨质增生与跟痛症无关? ——与赵幼麟等商榷. 中华骨科杂志 1996; 15: 872.
4. 吕厚山, 谷国良, 朱绍同. 跟痛症与跟骨结节骨赘. 中华外科杂志 1996; 34: 294.
5. Boileau Grant JC. Grant's ATLAS of Anatomy. Sixth Edition. Igaku Shoin Ltd. 1972; 314.
6. Macnab I, 铃木信治译. BACKACHE. 医齿薬出版株式会社 1980; 83.
7. Cailliet R. Soft Tissue Pain and Disability. Philadelphia, F. A. DAVIS CO. 1981; 287.

(收稿: 1997—09—21)

腰椎间盘突出症分型治疗研究

福建省永定县坎市医院 (364102)

黄锦芳 郭团年 赖选魁

按不同病因在临床上将腰椎间盘突出症分为三型六亚型, 通过 CT 资料和手术病理资料分析各型与腰椎间盘突出症的病理改变关系, 并运用分型治疗 200 例, 取得较好效果, 报告如下。

分型: 气滞血瘀型 68 例 (瘀阻偏重亚型 53 例, 血瘀生热亚型 15 例), 虚损劳伤型 53 例 (元气偏虚亚型 39 例, 肝肾偏虚亚型 14 例), 寒凝湿滞型 79 例 (寒凝偏重亚型 39 例, 湿滞偏重亚型 40 例)。

临床资料

本组 200 例中男 151 例, 女 49 例; 年龄 19~65 岁;

治疗方法

1. 气滞血瘀型: 多有腰部急骤扭伤史, 起病较急,

腰痛如刺牵至患侧下肢，活动不利，动则痛剧，拒按，瘀阻偏重则难以转辙，血瘀生热则痛处灼热，舌紫暗或红或有瘀斑。此乃瘀阻于腰部经络间，血脉与瘀相搏，故痛剧而拒按。治宜活血祛瘀，行气止痛，方用活络效灵丹加味，原方活血祛瘀，通经止痛，加入三七、桃仁、元胡、牛膝、地龙，以增祛瘀、理气、通络之效；再加黄芪、白芍、甘草，以益气存阴。有化热者加生地、丹皮；化热挟湿加二妙散；后期着重益气补肾。

2. 虚损劳伤型：多素体元气不足，肝肾虚亏，起病较缓，反复发作，时重时轻，常因气候变化，劳累而发作，虽痛但不拒按，一般活动尚便利。元气偏虚则见肌萎无力，喜温，肝肾偏虚则见腰膝酸软，患肢麻木，或夜间口苦干，脉虚，舌淡或光滑。此乃肌肉筋骨濡养不足，劳积成瘀，故起病缓。若气候变化，劳累过度则正不胜邪，经脉不畅致发作加重，濡养不足则见麻木、肌萎无力，肝肾偏虚则腰膝酸软。治宜益气通阳，活血补肾。方用黄芪桂枝五物汤加味，黄芪量宜大，原方益气温经，再加入桃仁、丹参、姜黄活血祛瘀，寄生、熟地养血补肾，若肾阴虚可加六味地黄汤。

3. 寒凝湿滞型：多因体有寒湿加之劳损，或腰部劳损再感风寒湿邪，症见腰肢疼痛持续，腰肌僵硬，侧弯明显，痛肢拘急不利，活动困难。寒凝偏重则喜温热，湿滞偏重则见痛肢重着麻木。舌质淡，苔白或白腻，脉沉迟或紧。此乃寒凝与血瘀相凝结，故疼痛持续不解，寒性收引，湿性重着，故肌肉僵硬、拘急不舒。治宜温

阳化湿，舒筋活络，方用附桂甘姜苓术汤加味，甘姜苓术汤温中散寒利湿，附片、肉桂温化阴寒之凝，加细辛、木瓜以舒筋止痛，桃仁、寄生祛瘀养血，黄芪、白芍益气存阴。若湿滞偏重去肉桂加桂枝、苍术以温化湿邪。后期寒湿温化之后可改用黄芪桂枝五物汤加减。

中药每天 1 剂，每周为 1 疗程。一般服 4~8 个疗程。每周根据辨证情况调整方药，治疗期应多卧床休息，避免过多活动。

治疗结果

疗效按赵敦炎标准^[1]分优、良、可、差四级，结果见表 1。

表 1. 200 例分型治疗结果 (例)

分型	亚型	优	良	可	差
气滞血瘀	瘀阻偏重	33	13	3	4
	血瘀生热	8	3	4	0
虚损劳伤	元气偏虚	25	12	2	0
	肝肾偏虚	7	3	2	2
寒凝湿滞	寒凝偏重	23	8	6	2
	湿滞偏重	26	9	3	2

我们对经中药组治疗及其他保守方法治疗效果欠佳的病例或治愈又反复发作的病例行手术治疗，通过手术中观察结合手术前 CT 片分析其病理改变和术前的辨证分型情况存在着有互相关连，其相关情况见表 2。

表 2. 各型与病理改变的相关情况

分型	亚型	例数	髓核类型				突出程度		神经根情况		椎管狭窄	
			幼稚	成熟	破裂	脱出	≤0.7cm	≥0.8cm	粘连	水肿	骨性	软性
气滞血瘀	瘀阻偏重	27	7	19	5	0	12	20	13	8	9	4
	血瘀生热	5	1	4	0	0	2	3	1	5	0	0
虚损劳伤	元气偏虚	6	2	4	0	1	3	3	1	2	0	0
	肝肾偏虚	7	0	7	1	3	4	3	1	3	0	1
寒凝湿滞	寒凝偏重	18	2	11	3	2	6	12	6	3	5	3
	湿滞偏重	17	2	15	2	0	9	10	3	15	1	7

注：. 有的病例，系多间隙突出，每个间隙可多项病理改变，故累计数多于病例数。

讨 论

腰椎间盘突出症的保守治疗效果与突出部位的病理改变有关，髓核突出破裂、脱出或合并有骨性狭窄的是手术主要指征，髓核突出较大（一般 0.8cm 以上）有与神经根粘连，软性狭窄的为相对手术指征，幼稚型髓核，突出较小的为保守治疗的主要适应症，我们从表 2 可以看出病理改变和各型之间有一定的相关规律，如较大的突出，破裂型，神经根粘连，骨性狭窄主要分布

在瘀阻偏重和寒凝偏重两型。神经根水肿，软性狭窄主要分布在湿滞偏重，随着影像诊断技术的进步和普及，能对椎管内的病理改变了解更明确，对指导治疗有帮助。

引起腰椎间盘突出症临床表现的原因主要有：由突出髓核直接压迫刺激神经的机械刺激学说，由髓核组织释放出炎性物质对神经根产生化学性刺激学说，认为髓核组织突出后进入血循环可产生局部和全身免

疫炎性反应导致根性炎症的自体免疫学说^[2]等, 另外还有与腰椎间盘突出症并存的中央部椎管狭窄和周围部椎管狭窄。作为保守治疗目的是最终能消除神经根的炎症, 水肿, 粘连, 促进髓核还纳。中医根据辨证的各种治法: 如活血祛瘀, 行气止痛, 益气通阳, 温化寒湿, 舒经活络等, 来达到上述目的。蒋氏^[3]认为中药对物理化学性神经根炎, 有减轻炎症反应程度, 缩短炎症期, 减轻结缔组织形成的作用。疼痛的消除使腰肌的痉挛缓解, 局部炎症的消退, 粘连的减轻有利于髓核的还纳。腰椎间盘突出症的病理改变与临床各型的相关情

况, 初步为辨证分型治疗提供了依据, 但要阐明其相关规律, 还须做更多深入的研究。

参考文献

1. 赵敦炎, 王也刘. 腰椎间盘突出症合并侧隐窝狭窄的诊断和治疗. 中华骨科杂志 1992; 12 (1): 44.
2. 赵平. 突出髓核组织与腰椎间盘突出症的发病. 中医正骨 1992; (4) 3: 41.
3. 蒋位庄, 等. 活血化痰治则对模拟神经根炎治疗作用的实验研究. 中国骨伤 1991; 4 (1): 8~9.

(收稿: 1997—09—21; 修回: 1998—01—23)

严重移位肱骨髁上骨折治疗方法探讨

河南省新乡医学院第一附属医院 (453100)

支凌翔 陈金兰 吕凯声 薛克修

我院自 1987 年 1 月~1997 年 1 月共收治严重移位肱骨髁上骨折 112 例, 对其治疗方法作一探讨。

临床资料

112 例患者按住院先后随机分为两组。手术组 68 例, 女 19 例, 男 49 例; 年龄 2.5~13 岁; 伸直型 64 例, 屈曲型 4 例; 合并血管神经症状者 10 例; 开放伤 6 例; 手法复位失败 36 例。牵引组 44 例, 女 18 例, 男 26 例; 年龄 1.5~14 岁; 伸直型 40 例, 屈曲型 4 例; 合并血管神经损伤症状者 14 例; 开放伤 4 例; 手法复位失败 30 例。

治疗方法

手术组入院时病程为 2 小时~20 天。入院后经术前准备, 均急诊手术切开复位内固定。除 1 例因合并尺骨鹰嘴骨折采用后侧入路外, 其余均为前外侧入路。33 例行克氏针内外髁交叉固定, 35 例骨折端钻孔后 10 号丝线缝合内固定, 术后石膏托或肘外翻板外固定。平均住院时间 18 天, 对合并血管神经损伤者术中探查, 见神经连续性完整, 均为不同程度挫伤及嵌压。前臂血液循环障碍为血管痉挛或软组织肿胀压迫所致, 手术时同时切开减压以解除压迫, 缺血症状均于肿胀消退后消失。术后 3~8 周神经功能恢复, 外固定时间 3~4 周。牵引组病例, 入院时病程为 1 小时~6 天。入院后经简单术前准备, 肘关节部位消毒, 在距尺骨鹰嘴 2~3cm 范围内定出嵌夹点, 2%利多卡因局麻, 用大号布巾钳撑紧嵌夹点皮肤, 夹入骨皮质, 包扎。患儿平躺屈肘向上作垂直悬吊牵引, 重量为体重的 1/10~1/12。牵引前 1~2 天应密切观察前臂血液循环, 以防缺血挛

缩。4~5 天床边 X 线透视或摄片, 视骨折复位情况适当调整牵引重量, 避免过牵或重叠移位。伸直型骨折一般还要加用侧方牵引, 重量以能维持骨折正常对线为准 (1~2kg)。本组病人平均复位时间 5 天, 平均牵引时间 3 周, 平均住院时间 24.8 天。牵引 3 周左右摄片, 若骨折端有骨痂形成, 可去牵引行肘外翻板固定, 一周后去夹板行功能锻炼。

治疗结果

112 例患者均获随访。疗效评价采用宣氏肘关节活动及提携角测定标准^[1]。手术组优 43 例, 良 4 例, 差 18 例; 牵引组除 2 例因缺血挛缩肘腕关节僵硬外, 其余均达优良标准, 优良率 95.5%。牵引组 4 例开放性骨折经创口严格消毒包扎, 静脉应用抗生素治疗, 无 1 例发生感染。

讨 论

根据我院近 10 年间分别采用两种不同疗法所治疗的 112 例患者随访结果分析, 一般认为合并血管神经损伤, 手法复位失败, 严重移位、开放或粉碎性骨折均为手术指征。结合上述病例对照结果, 我们认为, 手术切开复位的唯一指征应为前臂缺血挛缩, 因为轻度的前臂缺血症状多为骨折端或周围软组织水肿嵌压或血管痉挛引起, 经牵引复位, 应用扩血管药物, 局部肿胀消退后, 症状多可缓解, 除非为血栓形成或血管破裂。开放性骨折多属骨折端由内向外刺破皮肤所致, 一般破口小, 污染轻, 经严格消毒包扎, 早期应用抗生素, 均可避免感染的发生。神经损伤多为挫伤, 完全断裂者十分少见, 经保守治疗多能恢复, 若伤后 2 月内功能仍