

# 中西医结合治疗跖管综合征

曾向民 林雪春

(永定县医院, 福建 永安 364100)

1990年3月~1997年9月, 采用中西医结合治疗跖管综合征55例, 效果满意, 报告如下。

## 临床资料

本组55例。男32例, 女23例; 10~15岁2例, 16~30岁32例, 30岁以上21例; 左侧30例, 右侧20例, 双侧5例; 保守治疗43例, 手术治疗12例。

诊断要点: (1) 多发于15~30岁的青壮年人, 体力劳动者多见。(2) 常有扭伤史或站立、行走过久等踝部劳损史, 病史一般都较长。(3) 早期出现内踝下方酸痛不适, 行走久后加重, 休息后减轻或消失, 病史较长者, 足跟内侧和足底都可出现感觉麻木。(4) 严重者足底部可出现皮肤干燥、发亮, 汗毛脱落和肌肉萎缩。(5) 内踝后下方压痛, 并向足底部窜麻或针刺感。(6) 足背伸外翻时, 症状加重。(7) X线片检查有时可见距、跟骨内侧骨刺形成。

## 治疗方法

1. 手法治疗。患者仰卧, 患肢外旋。医者先点按阴陵泉、三阴交、太溪、照海、金門等穴。然后双手拇指按于内踝后下方, 施予摇晃、拔伸, 足内外翻、捋顺揉捻等法, 每天一次, 6次为一疗程。

2. 封闭疗法。1%普鲁卡因2ml加曲安缩松1ml跖管内局封, 每周一次, 3次为一疗程。

3. 药物治疗。宜“舒筋活血、散风通络”。内服自拟“通痹汤”。方药组成: 荜草12g, 海桐皮12g, 松布12g, 海风藤9g, 忍冬藤9g, 威灵仙9g, 乌豆24g, 秦艽9g, 防己9g, 当归9g, 姜黄9g等, 每日一剂随症加减。外用下肢洗剂“跟痛愈”, 方药组成: 伸筋草50g, 透骨草40g, 卷柏40g, 当归30g, 木瓜30g, 乳香30g, 没药20g, 生地30g, 熟地30g, 川乌15g, 草乌15g等, 食醋500ml, 上药加水3000ml, 煎至2000ml后, 将食醋倒入同煎。煎数分钟后, 把药液滤入盆内, 先将患足放盆上热熏, 待药液稍凉不至烫伤皮肤时, 即可把足放在盆内浸洗, 每次熏洗时间约40分钟, 每日熏洗2~3次, 每剂药熏洗2天。

4. 手术治疗。症状严重且保守治疗无效时, 予切断屈肌支持带, 松解胫后神经。距、跟骨内有骨刺形成者, 同时切除。术后予 $\beta$ -七叶皂甙钠20mg静滴4天, 以彻底减压。

5. 术后症状严重者, 可将足石膏固定于内翻跖屈位2到3周。

6. 辅助疗法。针灸或理疗、功能锻炼, 症状严重者可适当控制活动, 症状缓解后可练习踝关节屈伸和内外翻活动或旋转活动。注意避免受风寒湿侵袭。

## 治疗结果

本组55例中随访49例, 时间2个月~7年, 平均24个月。疗效标准按: 优: 酸痛麻木消失、局部无压痛, 背伸、外翻可, 行走自如; 良: 酸痛、麻木消失, 局部无压痛, 背伸、外翻可, 但久行具酸胀感; 中: 酸痛减轻, 局部轻压痛, 足背伸, 外翻轻痛, 行久症状加重; 差: 病情无变化甚或加重。其中采用手法与药物结合疗法17例, 优8例, 良7例, 可1例, 差1例, 优良率88.39%, 采用封闭与药物结合疗法23例, 优9例, 良11例, 可2例, 差1例, 优良率86.95%, 采用手术法9例, 优5例, 良3例, 可1例, 优良率88.88%, 三者无显著差异。

## 讨论

跖管为内踝后下方与距骨、跟骨和分裂韧带所构成的一个缺乏弹性的骨性纤维管, 由后上向前下走行, 并形成一个约90度的弯曲, 管内由前向后排列着胫后肌腱、屈趾长肌腱、胫后神经、胫后动、静脉和屈长肌腱, 胫后神经在通过此管时, 受炎症的刺激和狭窄管壁的压迫所引起一系列症状, 即为跖管综合征, 多见于经常运动的青壮年。踝关节的扭伤或劳损, 是引起跖管综合征的主要原因。由于足部活动量的突然增加或踝关节的反复扭伤, 使肌腱在腱鞘内的磨擦力增加, 导致肌腱和腱鞘的充血、水肿, 引起腱鞘炎。长期的炎症刺激, 使腱鞘肥厚, 跖管内容物体积不断增大, 而跖管为骨性纤维管, 缺乏弹性, 管腔相对狭窄, 于是管内压力逐渐增高, 压迫胫后神经而发生神经功能障碍; 另外分裂韧带的退变增厚, 跖管内跟骨骨刺的形成或骨折, 足部畸形等, 也可引起神经、血管压迫而致本病。针对病因病理, 我们采用中西医结合疗法, 其中手法治疗起“活血理气、舒筋通络”、封闭疗法起“抗炎消肿、促进粘连分解”; 药物治疗起“舒筋活血、散风通络除湿”, 手术治疗彻底解除管内压力增高原因、松解胫后神经粘连等功效; 配合外固定使病损组织处于休息位; 针灸

治疗促进微循环,减轻患病组织的炎性渗出。关于治疗手段的选择,我们认为对病程短、症状轻患者,采用上述保守治疗可取得尚佳的效果,而对病程长,特别是足底部出现皮肤干燥、肌肉萎缩的患者,以手术治疗效果较好,我们对经保守疗效差2例患者进行手术治疗发现

虽然病程短,跖管内腱鞘较肥厚,粘连明显且跟骨、跟骨骨刺形成。经手术切除,2例均疗效优,所以对病程、病情的判断与选择治疗方法具有关。

(收稿: 1998- 01- 15)

## 绳链绞轧性胫腓骨开放性骨折41例

林岳平 吴崇光

(舟山市普陀区人民医院,浙江 舟山316100)

我们自1988年1月~1996年3月,共收治在海捕捞作业中由网绳、锚链及缆绳绞轧所致胫腓骨双骨折50例,其中开放性骨折41例,占82%。现就41例绞轧性胫腓骨开放性骨折临床特点及治疗方法选择作一些讨论。

### 临床资料

本组41例均为渔民;男40例,女1例;年龄18~55岁;骨折部位:上段5例,中段15例,下段21例;骨折类型:粉碎性29例,螺旋形8例,横断形4例;根据朱氏分度法<sup>[1]</sup>:Ⅰ度7例,Ⅱ度21例,Ⅲ度13例;伤后8小时内就诊9例,8~12小时20例,超过12小时12例;伤口被海水浸泡过5例。

### 治疗方法

单纯跟骨牵引、石膏或夹板固定5例。单臂外固定支架固定18例。早期内固定8例,延期内固定6例。早期截肢4例。创面一期闭合25例,延期覆盖16例。

### 治疗结果

本组41例中随访31例,随访时间最长2年,最短3月。单纯骨牵引,石膏或夹板固定组,有4例得到随访,骨折全部愈合。单臂外固定支架组,有16例得到随访,14例骨折愈合。1例拆架后发生再骨折,后经夹板固定后延迟愈合。另1例8侧方成角畸形愈合。早期内固定组有6例得到随访,4例骨折愈合。1例骨折不愈合,后经二次植骨后愈合。另1例伤口发生深部感染,改为单臂外固定支架固定后愈合。延期内固定组有5例得到随访,骨折均愈合。

### 讨论

1. 损伤特点:绳链绞轧性开放性骨折有二个显著特点:(1)受伤后回送时间长。因海洋捕捞大多在远洋进行,事故一旦发生,大多渔船只能靠原船返回来救护病人。虽然有的渔船为了争取救护时间而弃网回送,但回送时间普遍大于8小时。本组平均时间13小时,大于8

小时病例占32例。(2)由于船上作业特点,绳链绞轧小腿时往往呈螺旋形缠绕,因此软组织多呈环状损伤,有时深筋膜与肌层完全分离,形成潜在腔隙。骨折多呈粉碎性或螺旋形,本组粉碎性及螺旋形骨折共37例,占92%。在受伤瞬间,由于渔民自我保护机制和绳链自然下滑过程,骨折部位多位于中下段。本组中下段骨折36例,占81%。

2. 清创要点:由于绳链绞轧性开放性骨折的软组织多呈环周状损伤,往往开放创口小,而潜在损伤面积大。清创时必须充分敞开创口,使得潜在损伤组织得到充分冲洗。冲洗完毕后用1%新洁尔灭溶液浸泡创口3~5分钟。用灭菌纱布擦干后,再次用碘酒、酒精消毒皮肤,延长创口,使得远离创口无生机软组织也能得到彻底清除。对破裂不全深筋膜都要纵行切开减压,可有效防止骨筋膜室综合征发生。

3. 骨折治疗:(1)本组41例绞轧性开放性胫腓骨双骨折中有18例作了单臂外固定支架固定。我们体会到单臂外固定支架固定具有使用方便,手术创伤轻及固定牢靠的特点。病人能早期离床活动,并能保持暴露创面,便于术后创面换药及植皮。对绞轧性胫骨Ⅱ度开放性骨折及超过8小时清创的Ⅲ度开放性骨折不失为一种良好的固定方法。但术后管理不当也会导致成角畸形,针孔感染及拆架后再骨折情况的出现。本组1例术后3月拆外固定支架后,经轻微负重锻炼,发现胫骨骨折处成角畸形,经小夹板矫治后愈合。分析原因,主要是拆架过早,并拆架后骨折处又未用夹板保护。另1例术后半月出院。因患者地处偏远小岛,交通不便。术后4月方来院复查。发现胫骨骨折处8侧成角畸形愈合。(2)钢板内固定对绞轧性胫骨开放性骨折也是比较常用的内固定方法之一,但是要争取时间早期内固定。从理论上讲超过6~8小时污染伤口的细菌已从潜伏期到了按对数繁殖期<sup>[1]</sup>。伤口内再置内固定物易引起伤口感染