

们认为按症状和体征分为疼痛型、瘫痪型、混合型,按病因分为骨性、神经性、肌性更适合于临床诊治的需要。

2. 胸廓出口综合征的病理机制是臂丛神经血管受嵌压。神经嵌压痛的特点是自发痛、休息痛、夜间尤甚。神经于叩击试验(Tinel 征)常阳性。通常根据 Tinel 征阳性所在处,可大致估计出神经嵌压的位置<sup>[3]</sup>。神经受嵌压缺血水肿,引起患肢血管神经功能障碍。我们应用超短波、音频、干扰电或氦氖激光在该部位进行治疗,促进水肿消退、疤痕软化,改善了神经血管功能,疼痛症状逐渐消除,收到了良好的疗效。但有 3 例在进行超短波或氦氖激光照射时有疼痛加重的现象。可能是因为神经受嵌压严重,理疗时局部组织温度升高,受压神经周围组织发生盗血现象,更加重了受压神经的缺血缺氧。

臂丛神经鞘水针疗法适用于疼痛型病例。穿刺部位要准确,穿刺点不宜过低,防止损伤胸膜引起气胸。穿刺深度最好能出现向肢体远端的触电样放射痛为宜。注药前要回抽无血,防止将药液直接注入血管内。注药后患肢发热发麻,逐渐进入臂丛麻醉状态。注药前

要向病人讲明,以免病人精神紧张。该疗法不仅有药物的治疗作用,还可利用药液的扩张作用加速粘连的松懈,疤痕的软化,炎症的消退,血循环的改善。如同时再作推拿治疗,能收到更大的疗效。

3. 推拿治疗采用点穴镇痛、弹拨松筋、活节牵伸、向心按摩等手法,既能松懈粘连,又能使挛缩组织恢复正常弹性。尤其是对颈部穴位的按摩,刺激了颈交感链,对臂丛血管神经束的弹拨按摩,使血管扩张,血循改善。我们对 20 例疼痛型的病例作推拿前后患肢甲襞微循环观察,治疗前血管襻模糊不清,管襻数少,扭曲畸形,血流缓慢,红细胞聚集,微栓形成。治疗后其微循环管襻形态、血液流态、襻周状态的积分值、总积分值明显降低。

### 参考文献

- [1] 成景曜,郭志英,王树斌. 临床理疗学. 西安: 陕西科学技术出版社, 1981. 59
- [2] 陈履平,李承球,孙贤敏,等. 胸廓出口综合征的临床与解剖学研究. 中华骨科杂志, 1991, 11 (1): 1
- [3] 孟家眉. 神经内科临床新进展. 北京: 北京出版社, 1994. 497 (收稿: 1997-03-31)

## 消瘀定痛合剂的制备及临床应用

董秀华

(郑州市骨科医院, 河南 郑州 450052)

消瘀定痛合剂是我院主任医师吴念先集 30 多年临床经验而拟定的经验方,对骨筋膜室综合征的早期治疗效果显著,对挤压综合征和脂肪栓塞综合征有良好的预防作用。本文就该药的临床应用及制备作以报导。

### 临床资料

我院对 1989 ~ 1996 年在门诊急诊科及正骨科 9540 例骨伤病患者进行统计,其中男 6445 例,女 3095 例; 10 岁以下者 2030 例, 10 ~ 50 岁 7010 例, 60 岁以上者 500 例; 损伤部位: 手腕部骨折脱位 1200 例, 前臂骨折 945 例, 肘关节周围骨折脱位 1064 例, 肱骨干骨折 605 例, 肩关节周围骨折脱位 700 例, 髋关节周围骨折脱位 510 例, 股骨干骨折 1255 例, 膝关节周围骨折脱位 665 例, 踝关节骨折脱位 956 例, 足部骨折脱位 920 例, 多发性骨折 425 例, 合并骨筋膜室综合征 129 例, 脂肪栓塞综合征 12 例, 挤压综合征 13 例, 正中神经、桡神经损伤 65 例, 坐骨神经、腓总神经损伤 42 例,

动脉、肱动脉不完全损伤 34 例。

### 治疗方法

1. 治疗方法: 对骨折、关节脱位患者,首先施以手法复位。在对位对线良好,复位准确的情况下,服用消瘀定痛合剂。成人每次服 50ml, 日服 2 次,病重者日服 3 次,儿童酌减,孕妇禁服。合并其它综合征伴有红肿者及各种神经损伤者可直接服药,用法同上。

2. 药物组成及制备方法: (1) 组成: 当归 12g, 赤芍 20g, 川断 12g, 川牛膝 15g, 丹参 30g, 山楂 20g, 桃仁 10g, 红花 9g, 柴胡 12g, 丹皮 10g, 钩藤 15g, 地丁 15g, 大黄 12g, 地龙 12g, 元胡 10g, 香附 12g, 炮山甲 12g, 伸筋草 30g, 甘草 6g。(2) 制备方法: 将以上十几味药材,除大黄外,入水快洗,置提取器内,加水浸泡半小时(加水量为药材的 10 倍),通入蒸汽加热提取。沸后 60 分钟,过滤,药渣再加水二次提取,同时加入大黄(加水量为药渣的 8 倍),沸后 40 分钟,过滤除渣。合并两次滤液,放置过夜,抽取上清液,浓缩

至每毫升药液相当于原生药 0.5mg 为止。加 0.2% 苯甲酸钠，搅拌溶解，趁热分装于灭菌过的玻璃瓶中，压盖即得。(3) 用法：口服，每次 50ml，一日 3 次。儿童酌减，孕妇禁用，经期慎用。

#### 治疗结果

1. 疗效标准：显效：自我痛觉完全消失或接近消失，触痛范围缩小 90% 以上，肿胀消失 50%，皮下瘀血、青紫、渗出面积减小 90%，关节功能恢复到原来活动度的 50% 以上；有效：自我痛感接近消失，触痛范围缩小 70% 以上，肿胀消失 40%，皮下瘀血、青紫、渗出面积减小 40%，关节功能恢复到原来功能的 30%；无效：痛觉消失不显著，触痛范围缩小及肿胀消失不明显，皮下瘀血、青紫、渗出面积及关节活动无好转。

2. 结果：显效 6800 例，有效 2540 例，无效 200 例。总有效率为 97.9%。

#### 讨论

祖国医学认为，人体遭受损伤后，筋骨受损，软组织损伤出血致血溢于皮内筋骨之间，使经络阻滞不通，气机不得流畅，致使肢体局部肿胀，疼痛，功能障碍。治疗必须治瘀血，通气滞。消瘀定痛合剂方中当归、赤芍、丹参、元胡具有活血化瘀、行气止痛之功，大黄、丹皮有泻下逐瘀、凉血解毒之效。对损伤蓄瘀早期，二便不畅之实证，有祛瘀生新，通便泄热作用。炮山甲通经走络引诸药力从皮毛达腠理，主筋骨，可开窍透骨，通络止痛。柴胡、香附能条达肝气，舒肝解郁，理气止痛。诸药合用，共达流畅血脉，通利关节，使瘀血散，气滞行，肿胀消，疼痛止，骨折续。本品为合剂，保持了传统汤剂吸收快、奏效速之特色。且制备简单，价格便宜，病人易于接受，故有一定的推广价值。

(收稿：1997-05-21；修回 1997-08-20)

## 肌电图在腰腿痛诊断中的临床意义

周辉 陈红薇

(杭州市中医院, 浙江 杭州 310007)

我们对腰腿痛患者常规地行肌电图 (EMG) 及运动神经传导速度 (MCV) 测定, 发现: 各种原因引起腰、骶神经根受压所致的腰腿痛, 该检查有较显著的临床意义, 现将结果报告如下。

#### 资料与方法

1. 一般资料: 我们在 1994 年 6 月~1996 年 8 月期间, 对 398 例腰腿痛患者进行了 EMG 及 MCV 测定。本组男 212 例, 女 186 例。病程: 6 个月以下 67 例, 6 个月~2 年 177 例, 2~5 年 111 例, 5 年以上 43 例。主要症状及体征: 腰腿疼痛 398 例, 直腿抬高试验患肢 70 以下 309 例, 70 以上 89 例。患肢神经根支配区皮肤感觉下降 224 例, 肌肉萎缩 138 例。腓总神经挤压试验阳性 161 例。临床诊断为腰椎间盘突出症 233 例, 非间盘突出性腰神经根卡压症 144 例, 腰椎管狭窄症 21 例。手术治疗 278 例, 保守疗法 120 例。

2. 操作方法: 采用日本产光电 MEB-5304 型神经电生理仪。(1) EMG 检查: 常规选取股四头肌、胫前肌、腓骨长肌、腓肠肌及相应节段的椎旁骶棘肌, 部分选取臀大肌。双侧对照检测根据病情及需要而定。检查位置视肌肉部位取仰卧位或俯卧位, 检查时肌肉完全松弛, 必要时加垫枕头或沙袋。将同轴单芯针电极插

入肌腹深约 2~3cm, 稍后逐次将针电极退出约 0.5~1.0cm, 如此在三个方面、不同深度进行检查。检查椎旁骶棘肌时, 在距离脊中线 2cm 处按 45 角斜向插入针电极, 深度在 3cm 左右, 如针电极触及椎板可退出 0.2cm 左右。观察、记录插入电位情况, 有无插入电活动延长、纤颤电位和正锐波出现。测定针电极插入肌肉时, 肌肉松弛状态、轻收缩状态和重收缩时的肌电图, 并用记录纸记录, 电脑软盘贮存, 以便分析, 计算肌肉电位的各项参数。(2) MCV 测定: 超限刺激电压为 100~250V, 时限 0.1ms, 频率 1 次/秒。常规测定双侧腓总神经和胫神经, 如高位椎间盘突出, 加测股神经。刺激点: 腓总神经选腓骨小头前方和踝前, 记录点在伸趾短肌处; 胫神经选窝部及踝管处, 记录点在外展小趾肌处; 股神经刺激点在腹股沟, 记录点在股四头肌。计算、记录每条神经的潜伏期及传导速度, 电脑软盘贮存。(3) 受损神经根定位方法: ①根据腰、骶神经根与小腿皮肤支配区的关系, 通过检查小腿皮肤感觉来判断受损神经根; ②根据常规所检肌肉, 出现异常肌电改变频率与神经根关系来推断受损的神经根。

3. 判断标准: 神经根受压的诊断标准: (1) 插入电位延长, 一般持续时间超过 5 秒, 改变针极方向再次