

# 急性手足筋膜间室综合征的治疗

冯宝龄<sup>1</sup> 唐行德<sup>2</sup> 宋成英<sup>2</sup>

(1. 淄博市中心医院, 山东 淄博 255036; 2. 山东省工业设备安装一公司卫生所, 山东 淄博)

骨筋膜间室综合征, 系手与足部骨和筋膜封闭的间隙内, 因组织压升高, 使手足部血循环和功能遭受损害而产生的综合征, 若处理不当, 轻者可导致肌肉坏死、神经麻痹, 重者可造成肢体残废甚至截肢。我院自 1985 年以来, 应用甘露醇治疗急性手足筋膜间室综合征 21 例, 效果满意, 报告如下。

## 1 临床资料

本组 21 例, 男 15 例, 女 6 例; 年龄 15~ 65 岁。左手 5 例, 右手 7 例; 左足 4 例, 右足 5 例。致伤原因: 摔伤 4 例, 挤压伤 9 例, 锤击伤 5 例, 坠落伤 3 例, 均为闭合性损伤。21 例中手 12 例, 足 9 例。手 12 例中有掌骨骨折 9 例, 掌骨骨折并指骨骨折 3 例。足 9 例中跟骨骨折 2 例, 跖骨骨折 5 例, 严重软组织损伤 2 例。临床表现: 21 例中均有与原始性损伤不相称的剧烈疼痛。患手与足进行性肿胀, 手指足趾麻木, 感觉减退或消失。其中有 17 例手足出现张力性水泡。

## 2 治疗方法

要求患肢制动, 用冷水降温或暴露于凉爽空气中, 禁用热敷、按摩、抬高患肢和红外线照射。确定诊断后以 20% 甘露醇 250ml 快速静脉滴注(每分钟 125 滴), 每隔 2 小时 1 次, 连用 3 次后改为 6 小时 1 次。一般应用 2~ 3 次后症状明显减轻, 肿胀大部消退, 此时尿量增多。甘露醇应在伤后早期应用, 适用于早期轻症或可疑病例, 使用 2~ 3 次后观察 1~ 2 小时, 效果不佳者, 应立即行筋膜切开减压术, 以获得较好的功能恢复。

## 3 治疗结果

本组 12 例中掌侧筋膜间隙受累 6 例, 背侧 4 例, 多筋膜腔 2 例。患足 9 例中足内侧筋膜间室 2 例, 中央骨筋膜间室 3

例, 多筋膜间室 4 例。本组早期应用甘露醇治疗, 其中有 18 例功能恢复, 3 例无效(就诊太迟), 而行筋膜切开减压术, 创面植皮愈合, 但遗留不同程度的功能障碍。

## 4 讨论

4.1 诊断 患手与足有严重挤压伤史, 并有手掌指或跖骨骨折, 进行性肿胀及张力性水泡, 疼痛剧烈与原始损伤不相称等, 即可诊断。必要时测室内压, 一般认为大于 4kPa, 即可明确诊断。但应该指出, 在诊断本综合征时, 不要等待手足出现严重血循环障碍时(4P 征)才明确诊断, 为时已太晚, 已经失去早期治疗的时机。

4.2 治疗 手足筋膜间室综合征的早期治疗关键在于早期诊断。神经组织缺血时其传导速度降低, 产生传导阻滞所需要的时间与筋膜间室压力成反比。肌肉缺血 2~ 4 小时出现功能改变, 超过 12 小时则发生永久性功能障碍。所以主张早期治疗(6~ 8 小时), 最迟不得超过 12 小时, 否则, 效果不佳。本组有 3 例效果不满意, 主要为就诊太晚所致。其余病例早期应用甘露醇, 效果甚为满意。

4.3 体会 传统采用切开筋膜减压术治疗筋膜间室综合征, 被众多学者认为是最合理的治疗方法, 有些医院甚至被列为急诊手术之一。目前对筋膜间室综合征施行切开减压的指征、时间、范围及深度尚有争议。加之术后易引起感染或植皮等问题。为此, 我们应用甘露醇治疗手足筋膜间室综合征, 主要体会有: ①方法简便易行, 便于推广; ②疗效可靠; ③患者无创伤之痛苦; ④不需要二期植皮消灭创面; ⑤后遗症少; ⑥一旦使用 2~ 3 次无效, 应积极手术切开减压, 为时也不迟。

(收稿: 1998 04 01 编辑: 李为农)

# 丹低尿药介入治疗股骨头无菌性坏死 11 例

左庆云 沈健民

(伊州奎屯医院, 新疆 奎屯 833200)

我院自 1996 年开展丹低尿药介入治疗股骨头无菌性坏死 11 例, 疗效满意, 介绍如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 11 例中男 10 例, 女 1 例; 最大年龄 51 岁, 最小 24 岁; 一侧股骨头无菌性坏死 8 例, 双侧股骨头无菌性坏死 3 例; 病程最长达 6 年, 最短 3 月; 11 例病人进行 18 次介入治疗, 6 例接受一次介入法, 3 例接受 2 次介入法, 2 例接受 3 次介入法。

1.2 药物组成 复方丹参注射液 30~ 80ml, 低分子右旋糖酐注射液 30~ 80ml, 尿激酶注射液 60~ 100 万单位。

1.3 诊断依据及分型 11 例病人均经 X 线摄片, 诊断标准按骨放射诊断学(北京医科大学、中国协和医科大学联合出版 94 年版)早、中、晚分型。早期 1 例: 股骨头皮质厚薄不等, 股骨头关节面边缘出现轻微增生呈角状突起, 平片见股骨头均匀一致性密度增高, 可见股骨头囊变出现。中期(囊变期) 9 例: 股骨头内出现大小不等的囊状骨小梁缺失区, 间以斑片状

骨小梁疏松区,股骨头关节面增厚,边缘部分骨质增生,使头外形增大,可与头内的囊变区并存。晚期(股骨头塌陷变形期)1例:持重区关节面因囊变骨结构空虚,而在压力下引起股骨头塌陷,皮质中断骨片陷入囊区,骨皮质形成折曲的台阶状改变。

## 2 治疗方法

在 500mA 诊断 X 机进行,取患者左或右股动脉处,经局麻后戴无菌手套,盖以无菌洞巾将 F<sub>6</sub> 导管由股动脉切口处缓缓推入,在 X 线荧屏图中监视导管进入供应股骨头、颈血管处,随后将复方丹参注射液、低分子右旋糖酐、尿激酶缓缓推入,完毕后,摄片观察血运情况,将介入导管拔出,在切口处按压 20 分钟后用绷带压迫固定而后抬入病区,绷带固定 10 小时后解除,同时切口患肢在介入后 24 小时内不可屈曲,卧床 24 小时后方可下床。在按压 10 小时内,应严密观察切口患肢温度及足背动脉搏动情况,如出现患肢麻木或足背动脉搏动减弱或消失,应缓缓松弛些固定绷带,不可松放太过,以免切口处渗血。介入前需查血常规、出凝血时间、血小板、肝功、肾功、血糖、心电图等。

## 3 治疗结果

11 例病人介入后均经 X 线摄片,介入后分别在第 1、2、3、6 月摄片,其中股骨头无菌性坏死早期 1 例,摄片股骨头密度均匀;中期 9 例,股骨头限性疏松、囊变修复,尤其囊变区消失;晚期 1 例, X 线显示塌陷变形期维持原状,但囊状消失。8

例患者介入导管直达旋骨内侧动脉,药物直达头下动脉支、大粗隆窝动脉;3 例介入导管达旋骨外侧动脉,药物达股骨颈动脉支。介入后在第 1、2、3、6 月 X 线摄片及临床观察,早期患者股骨头未变形,骨质密度均匀;中期患者股骨头囊变修复及囊变区消失,血运尚可;晚期病者 X 线摄片囊状均消失,但股骨头塌陷仍存在,症状无继续加重之势。10 例病人介入 24 小时后步履自如,肢体疼痛明显减轻,可步履 1 公里无明显疼痛诱发;1 例观察症状无继续加重,肢体疼痛稍减轻, X 线摄片第 6 月仍股骨头塌陷,囊状消失。

## 4 讨论

股骨头无菌性坏死,主要表现为髋关节部位固定性疼痛,关节功能受限,与髋关节相关的肌肉萎缩,属中医骨痹、痿证范畴,治疗较为棘手,采用介入法,取不通则痛、不通则痿之理,治则以通为主。用复方丹参注射液以凉血活血祛瘀,扩张局部血管,增强血运能力,低分子右旋糖酐扩张血管、抗凝;尿激酶以抗凝为主,三药合拍,以活血祛瘀通络为主,使供应股骨头中断的血运逐渐恢复或形成侧肢循环。从 9 例中期病人在介入后第 3、6 月摄片观察,供应股骨头的血运部分恢复,血管显示清晰,同时,介入法简便易行,药物直达病所,较口服、外用更为快捷显效,该法在治疗股骨头无菌性坏死中,病程越短,效果越好,对病程较长的,介入后可防止病变进一步发展加重。

(收稿:1998 01-15;修回:1998 05-15 编辑:李为农)

# 中药熏洗治疗跟痛症 56 例

许巩固 陈根火 蔡燕雄

(同安区中医院,福建 厦门 361100)

作者自 1991 年 5 月至 1995 年 3 月,共收治跟痛症 56 例,63 足,均采用抬高伤足加中药外熏法,效果满意。

## 1 临床资料

1.1 一般情况 本组共 56 例,63 足,男 35 例,女性 21 例;年龄 37~67 岁;病程 1 月~7 年;单足发病 49 例,双足发病 7 例。

1.2 诊断标准 ①疼痛:足跟痛,呈酸胀疼痛感,尤其是早晨或卧床休息后起床开始负重行走时特别明显,行走片刻,痛苦缓解或消失,行走过多及劳累后加重,休息后再行走疼痛如故。②肿胀:大部分患者局部无明显肿胀,部分患者足跟内外侧稍肿胀,本组仅 6 例。③压痛点:多数病人压痛点不固定,压痛点均在跟骨结节周围,共 38 例,无压痛点有 9 例,有明显跟骨结节内外侧压痛共 6 例,压痛在跟骨结节共 3 例。④X 线片检查:均拍双侧跟骨侧位片,结果跟骨结节有骨质增生、双侧对称,共 37 例,无骨质增生 19 例。

## 2 治疗方法

中药熏洗 治法取行气活血化瘀,通络止痛,自拟方如下:桃仁 10g,红花 10g,威灵仙 15g,伸筋草 20g,白芷 10g,细辛 6g,制川乌 10g,制草乌 10g,牛膝 10g,木瓜 10g。上方加水

煎汁,抬高置药上方熏洗,每日 1 次,每次 20~30 分钟。每剂药可重复用 3 天,再煎时加水适量煎沸即可熏洗。

熏洗完后,抬高伤足,高过心脏水平以上,如无特殊疾病禁忌,最好是倒立为佳,并同时做伤肢屈伸活动,尤其是小腿肌群舒缩活动,每次 15 分钟以上。每起床开始负重行走前,先抬高伤足,并做患肢屈伸活动至少 15 分钟后,才下地行走活动,久行劳累出现痛加剧,可就地坐卧,尽可能抬高伤足,并做屈伸活动 15 分钟。

如上处理,每 10 天为一疗程。

## 3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 优:跟痛消失,行走自如无痛,随访 3 个月以上无复发。良:跟痛偶而发生,开始行走时无痛或稍痛,基本恢复正常功能,随访 3 个月后症无加剧。可:跟痛减轻,开始行走时仍痛。差:治疗 3 个疗程症状体征无改善或加重。

3.2 治疗结果 本组共 56 例,63 足。治疗结果:优 32 例,良 17 例,可 5 例,差 2 例。优良率 87.5%,总有效率 96.42%。

## 4 讨论

跟痛症病因病机尚未完全清楚,有学者认为跟骨内高压和跟骨内静脉瘀滞是引起跟痛症的主要原因,而骨质增生与