

## 综合治疗膝关节创伤性滑膜炎 83 例

季波 翟明智

(上海市第五人民医院, 上海 200240)

我们自拟四物汤化裁, 对 83 例资料较完整的膝关节创伤性滑膜炎病人进行综合治疗, 获得满意疗效, 报告如下。

### 1 临床资料

本组 83 例中男 48 例, 女 35 例; 年龄 18~73 岁。左侧 39 例, 右侧 44 例。均有外伤史, 膝关节疼痛, 多数病人自觉局部发热, 肿胀明显, 压痛, 滑膜有磨擦发出声响, 关节活动受限, 浮髌试验阳性, 侧向试验阴性, 抽屉试验阴性。本组 83 例病人均作血常规和 X 线摄片检查。血常规检查白细胞总数偏高者 57 例, 白细胞总数正常者 26 例。伤情较重, 受伤时间较长(超过 1 天), 白细胞总数偏高; 轻者则无变化。X 线检查本组膝关节骨组织无异常变化。

### 2 治疗方法

**2.1 基本处方** 当归 10g、川芎 10g、白芍 12g、生地 15g、乳香 6g、牛膝 12g、黄柏 10g、木香 5g、薏苡仁 30g、三七 3g(细粉吞服)。上药用水煎服, 一日一剂, 早晚各服一次。气虚者加黄芪 15g、减木香 5g; 血虚者加大当归剂量, 另加鸡血藤 30g; 痛剧加延胡索 10g; 大便干结加大黄 10g(后下); 脾虚加白术 10g; 血肿明显者, 适量内服地塞米松片 0.75g, 一日 3 次。关节腔穿刺后应用抗生素治疗, 防止继发感染。

**2.2 中药外敷** 膝关节肿痛处外敷膜韧膏, 3 日更换一次, 5 次为一疗程。

**2.3 穿刺** 浮髌阳性, 积液多者作膝关节穿刺, 加压包扎膝

部。

**2.4 石膏托固定** 长腿石膏托功能位外固定, 3 周后拆除石膏托, 鼓励患者进行积极功能锻炼外, 同时用肢洗方熏洗。

### 3 治疗结果

**3.1 疗效标准** 痊愈: 膝关节疼痛、肿胀消失, 屈伸功能正常; 显效: 局部肿胀、疼痛减轻明显, 膝关节功能基本恢复正常; 好转: 局部肿胀、疼痛减轻, 功能轻度受限; 无效: 症状较治疗前无变化。

**3.2 结果** 本组 83 例患者, 治愈 46 例, 显效 28 例, 好转 6 例, 无效 3 例。

### 4 讨论

膝关节损伤后, 由于脉络破损, 血不循经, 离经之血滞留于关节内为患, 我们采用内治与外治、固定与锻炼之法, 使瘀血得散, 经脉复通, 增加血循, 减少渗出, 则肿消痛止, 诸症皆愈。内服药以活血化瘀、行气利湿为主。外敷药以舒筋活络、消肿止痛为主; 局部固定使伤膝得以休息, 减少不良刺激, 加速滑膜修复; 股四头肌功能锻炼, 增强血液循环, 有利于渗出液的吸收, 促进肿胀消退, 而且对防止肌肉萎缩, 加强关节稳定性起着重要作用。局部固定减少滑膜刺激, 加速愈合。但固定时间过长, 可导致关节僵硬和肌肉萎缩; 功能锻炼是防止关节粘连和肌肉萎缩有效措施, 但不正确的活动又是加重关节滑膜损伤的不利因素。

(编辑: 连智华)

## 综合治疗腰椎间盘突出症 268 例

刘凤麒 王国强

(内蒙古临河铁路医院, 内蒙古 临河 015000)

从 1997~1999 年我们收治腰椎间盘突出症患者 268 例, 临床疗效满意, 报道如下。

### 1 临床资料

268 例中, 男 153 例, 女 115 例; 年龄 17~71 岁, 病程最短 1 天, 最长 30 年; 第一次发病 38 例。所有病例均经 CT 或 MRI 检查诊断为腰椎间盘突出, 其中, 单节段突出 82 例, 双节段以上突出 186 例, 伴侧隐窝狭窄 104 例。L<sub>2,3</sub> 突出 3 例, L<sub>3,4</sub> 突出 10 例, L<sub>4,5</sub> 突出 69 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 突出未见; L<sub>4,5</sub>、L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 同时突出 158 例, L<sub>3,4</sub>、L<sub>4,5</sub>、L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 同时突出 28 例。

### 2 治疗方法

**2.1 急性期** ①卧硬板床休息 2 周。②同时给地塞米松注射液 10mg 加入 20% 甘露醇 250ml, 静脉点滴, 每天 2 次, 快速滴入(滴速 10ml/min)。维生素 C 注射液 2.0g, 加入 10% 葡

萄糖液 250ml, 静脉点滴, 每天 1 次。复方丹参注射液(上海第九制药厂) 20ml 加入 10% 葡萄糖液 250ml, 静脉点滴, 每天 1 次。连续用 2 周。③口服大活络丹(佛山市制药一厂) 3.5 克/丸, 早、中午各一丸。腰痛宁胶囊(承德中药厂) 每晚睡前服用 4~6 粒, 黄酒 10ml, 兑少量温开水送服。双氯灭痛片(吉林利华制药厂) 每片 25mg, 每次 2 片, 日三次服。

**2.2 慢性期** ①针灸: 主穴, 双侧大肠俞, 患侧环跳穴, 阿是穴。于患侧大肠俞与环跳穴给脉冲电流, 加神灯理疗 20~30 分钟。起针后, 于阿是穴上闪火拔罐 5~10 分钟。②牵引: 紧接上述治疗后, 让患者仰卧于牵引床上, 以自身体重的 1/2 重量开始首次牵引。我们采用的牵引床是 SY——型(江苏新中期科技发展有限公司生产)。首次牵引以患者腰部舒适、耐受为度, 以后每天增加 1~2 公斤。一般只要患者能耐受, 牵引

重量最大可增至自身体重重量。每次保持牵引 30 分钟。③按摩:用北京翔云电子设备厂生产的 K8832-T 型电脑中频电疗仪自动按摩相应突出间盘两旁压痛处,每次 20 分钟。

以上三步治疗,每天 1 次,每次所用总治疗时间为 90 分钟。14 天为一个疗程。

### 3 治疗结果

疗效评定:临床治愈,连续治疗 4 个疗程内,腰痛及放射痛、麻木感消失,直腿抬高试验及加强试验阴性,腰椎棘突旁放射性压痛试验阴性,恢复正常工作和活动;有效,连续治疗 4 个疗程,症状和体征明显减轻,能做轻工作;无效,连续治疗 4 个疗程后,症状和体征无明显变化。结果:临床治愈 140 例,有效 101 例,无效 27 例。

### 4 讨论

在腰椎间盘突出症的急性期治疗中,我们采用甘露醇、激素、复方丹参注射液,其作用见文献[1, 2]。维生素 C 促进纤维胶原纤维组织的修复,并能阻止激素的分解,维持其有效血药浓度。口服腰痛宁胶囊、大活络丹可以消肿止痛、疏散寒邪、温经通络,提高坐骨神经的痛阈,改善腰部神经、血管、肌

肉、功能状态,消除局部炎症。双氯灭痛片具有较好的止神经痛作用。对于腰椎间盘突出症慢性期治疗,我们采用“联环三步”法。第一步,用针灸加神灯理疗等,温经散寒、活血化瘀,改善局部软组织微循环,解除腰部肌肉痉挛,为下一步治疗打下良好的基础。第二步,牵引。能解除腰椎后关节负载,平衡腰椎生物力学,给神经根的水肿、炎症消除创造良好的内部条件。第三步,按摩。用中频脉冲电刺激自动按摩,消除间盘及其周围组织细胞膜的极化现象,使离子的浓度及分布发生变化,从而使组织的生理代谢发生改变。另一方面,通过作用于淋巴管壁和血管壁的神经感受器,通过植物神经中枢反射到局部,引起毛细血管的扩张,增加血管壁的渗透性,改善血液供给和营养,提高组织细胞的活力,再生过程得到加强。同时,又可以消除牵引给患者带来的腰部不适感。

### 参考文献

- [1] 陈新谦,金有豫.新编药理学.第 13 版.北京:人民卫生出版社,1992.237-410.
- [2] 陈冠容,周培恩.老药新用.第 2 版.北京:人民卫生出版社,1994.276.

(编辑:李为农)

## • 短篇报道 •

# 手法复位闭合穿针治疗本奈氏骨折

齐绪中

(济宁骨伤医院,山东 济宁 272100)

自 1991 年 3 月至 1997 年 7 月,我们采用手法复位、闭合穿针内固定治疗本奈氏骨折 36 例,效果较满意,报告如下。

### 1 临床资料

本组病例中男 24 例,女 12 例;左侧 10 例,右侧 26 例;年龄最大 54 岁,最小 18 岁;就诊时间 1~2 天者 34 例,3~7 天者 2 例。

### 2 治疗方法

以左侧为例,患肢行臂丛神经阻滞麻醉。①复位:术者面对患者而坐,右手 2~5 指握紧患侧拇指,使其掌拇关节屈曲约 30°,第一掌骨背伸外展位。术者右拇指指腹抵压在患拇第一掌骨基底桡背侧,左手握持患肢腕上,两手行持续对抗牵引,牵引过程中,术者可令患腕小幅度(约 20°~30°)被动旋转,以使骨折面对合紧密。②固定:术者维持牵引,助手常规消毒患拇皮肤,戴无菌手套,将备好的直径 1.5cm 克氏针固定在克氏针锥柄上,克氏针前端露出约 8cm,自患拇第一

掌骨头桡背侧与其纵轴呈 30°角刺入,待刺入掌骨头后,将锥柄轻度外压,沿髓腔向近端推送克氏针至骨折部。这时助手用左手拇指捏紧患拇第一掌骨基底骨折部,右手继续进针,使其穿过大多角骨及舟状骨。针尾留于皮外 1.5cm 剪断折弯,无菌敷料包扎,拍片证实复位无误,用两块窄的外展板将患拇固定于背伸外展位。3 周后拔除克氏针,去除夹板进行功能锻炼。

### 3 治疗结果

本组 36 例中,随访时间最长 2 年 4 个月,最短 8 个月,平均 16 个月。其中 34 例达到或接近解剖复位。经随访患拇功能与健侧相同 34 例,另 2 例复位稍差,拇指背伸与外展功能略有受限。由于随访时间较短,尚未发现继发创伤性关节炎者。

### 4 体会

本奈氏骨折复位较容易,但单纯的外固定往往不能保持位置,常发生再移位。其原因系由于拇长展肌及拇伸肌向

上牵拉骨折远段,而近段骨块被韧带固定,加之骨折面多呈斜形,其病理解剖基础决定了单纯外固定的局限性。闭合穿针内固定的关键是限制了第一掌骨向近端移位,所以在部分病例中,虽然克氏针并未穿过近段骨块,但仍能维持较理想的对位,愈后对功能无明显影响。

由于是单针固定,为了防止旋转移位,所以必须用外展板外固定,我们体会采用两块较窄的外展板并排固定比用一块外展板固定可靠,且可避免桡骨茎突过度受压。

本法对病例选择上主要考虑病程短暂,我们体会以受伤 3 天以内者效果较满意。病程久者,由于骨折面血肿机化,纤维组织覆盖,手法复位难以奏效,所以还是切开复位内固定为宜。

(编辑:李为农)