

· 外治疗法 ·

“好及施”消炎镇痛外敷膏的临床观察

顾云伍

(天津医院骨科, 天津 300250)

自 1999 - 2003 年采用日本产“好及施”外敷贴剂处理了骨伤科范围内的颈肩腰腿痛共 64 例, 并进行了临床观察, 获得了症状消除快、减轻疼痛、缩短用药时间效果。

1 临床资料

本组 64 例, 男 30 例, 女 34 例; 年龄 22 ~ 78 岁 (中老年 49 例), 都有急性扭挫伤史, 其中肩关节周围炎 17 例, 颈肩综合征 12 例, 颈椎病 17 例, 腰椎间盘突出症 6 例, 腰痛 7 例, 膝骨性关节炎 4 例, 腕扭伤 1 例。

2 药物成分

2.1 冷感型的主要成分 含水杨酸乙二醇 ($C_9H_{10}O_4$)、dL-樟脑 ($C_{10}H_{16}O$)、L-薄荷醇 ($C_{10}H_{20}O$)、醋酸生育酚 ($C_{31}H_{52}O_3$)、薄荷油、山金车花酊剂等。

2.2 温感型的主要成分 含水杨酸乙二醇 ($C_9H_{10}O_4$)、dL-樟脑 ($C_{10}H_{16}O$)、L-薄荷醇 ($C_{10}H_{20}O$)、醋酸生育酚 ($C_{31}H_{52}O_3$)、薄荷油、辣椒提取液 (主成分辣椒素 $C_{18}H_{27}NO_3$)。

3 治疗方法

清洁患处, 揭开药布表面塑料薄膜, 边抻拉边将药布贴在患处并用手指轻轻按压, 以增强药布与皮肤的接合。

用于活动角度大的关节部位, 或腰背等大面积使用时, 应用绷带或胶布在药布的四角加固, 以防脱落。

局部贴敷 12 h 更换 1 次, 一般 7 ~ 10 d 为 1 个疗程, 复查判断效果, 本文未用其他的内外用药。

4 结果

4.1 疗效评定标准 根据患者自述及局部检查综合评定为四级。显效: 患者无任何自发痛, 检查局部无压痛。有效: 患者有轻度自发痛, 局部轻度压痛, 功能有轻度限制。尚可: 中度自发痛, 局部中度压痛, 功能有中度受限。无效: 症状无改善。

4.2 治疗结果 从病症分类的角度归纳结果 (见表

1)。结果: 显效 30 例 (46.8%), 有效 23 例 (36%), 尚可 11 例 (17.2%)。

表 1 好及施的治疗结果 (单位: 例)

病名	药物类型	疗效			
		显效	有效	尚可	差
腰痛 (扭挫、疲劳)	冷感型	2	5	0	0
腰椎间盘突出症 (已恢复, 再疲劳痛)	温感型	0	2	4	0
颈肩综合征 (X线片无明显改变)	冷感型	12	0	0	0
颈椎病 (X线片有改变)	温感型	3	8	6	0
肩关节周围炎	冷感型	11	5	1	0
膝骨性关节炎	温感型	1	3	0	0
腕扭伤	冷感型	1	0	0	0

5 讨论

“好及施”是日本帝国制药生产的消炎镇痛外敷贴剂, 由中国国家药检局批准, 进入中国市场, 我们共应用骨骼系统疾患 64 例, 64 例中软组织损伤均为显著疗效, 如肩周围炎 17 例, 显效及有效 16 例; 颈肩综合征 12 例, 显效 12 例。当骨质增生 X 线片有改变, 谓器质性改变者, 也有一定疗效; 腰椎间盘突出症、颈椎病已治愈型, 偶感劳累; 扭挫伤, 引起局部炎症疼痛, 肌肉紧张, 贴药后疼痛减轻, 恢复原状, 故也有一定疗效。

“好及施”外敷贴剂, 原为巴布剂, 始于 1929 - 1950 年, 原配方含水杨酸乙酯, 当时以高岭土为基质的泥糊剂, 1970 年逐步研制改进, 至今一直作为日本常用临床药物, 被广泛使用, 疗效得到临床上高度评价 (进入中国商品名称为“好及施”外贴剂)。好及施分为两种: 一为冷感型贴剂, 在实验中证实贴剂的皮肤局部温度下降 1° , 这是由于 L-薄荷对皮肤局部冷感觉的刺激作用, 和基质水份蒸发时冷却作用的效果, 所以此剂常被用于急性初期损伤炎症的病例, 使之冷却局部炎症而导致痊愈。二为温感型贴剂, 用于慢性病例, 改善患者局部循环机能, 可以使局部皮肤温度上升 1° , 这是由于基质中辣椒素等成分, 它对

知觉神经有刺激作用,增加末梢血液流动,延时加强药力作用,而减少疼痛,消除症状。

好及施贴剂的透皮吸收作用,国内外的相关学者做了动物实验,普遍认为透皮吸收有两个途径:一是由局部外敷皮肤的贴剂,直接进入表皮,很快吸收;二是由皮肤组织的皮脂腺、汗腺等进入血液循环,再进入淋巴系统。在动物试验中,造成小白鼠肢

体浮肿,贴药后 3 h 可观察到 42.3% 有消肿。而在组织中吸收快,1 h 后组织内的浓度达到高峰。2 h 观察尿中排泄,有水杨酸尿及龙胆酸排泄,速度很快。又测定皮肤的血液量,贴用 1~2 h 达到高峰,6 h 仍可观察到水杨酸的诱导体促进透皮吸收^[1]。

参考文献

1 黄守坚.透皮吸收的药物.新医学,2003,34(5):324-325.

(收稿:2003-06-20 编辑:李为农)

·手法介绍·

上举牵引左右旋转法整复肩关节脱位

Treatment of dislocation of shoulder with manipulation of lifting traction and bilateral rotation

张晓 田子能 胡益利

ZHANG Xiao, TIAN Zineng, HU Yili

【关键词】 肩脱位; 正骨手法 【Key words】 Dislocation of shoulder; Bone setting manipulation

自 1992 年 12 月-2002 年 12 月采用上举牵引左右旋转法复位 37 例肩关节脱位,临床效果满意。

1 临床资料

本组 37 例,男 25 例,女 12 例;年龄 20~73 岁。向前脱位:喙突下脱位 17 例,孟下脱位 11 例,锁骨下脱位 6 例,胸廓内脱位 2 例。向后脱位:肩峰下脱位 1 例,其中合并大结节撕脱骨折 10 例。

2 治疗方法

患者坐位,嘱其深呼吸,尽量放松全身,分散注意力。顺着患肢畸形位置,柔和牵引患肢,直至患肢与躯干形成一直线(0°),尔后牵引 2~3 min,左右旋转患肢,在其过程中有“的嗒”响声或有“负压”的感觉,证明肱骨头已回纳关节盂。37 例中有 2 例壮年肌肉发达者采用手牵足蹬法(Hippocrates法)和牵引内收法(Depalma 法)无法复位,后改用上举牵引左右旋转法复位成功。平均复位时间 5 min,术后用三角巾常规固定 2 周。合并大结节撕脱骨折患者无需特殊处理,固定的同时做耸肩运动,固定 3 周后开始活动肩关节。

3 结果

术后随访 3~6 个月,外展肩部疼痛者 6 例,均为老年患者,肩关节腔注射康宁克通 A 后症状改善,无一例再脱位。

4 讨论

肩关节脱位治疗方法很多,常用手牵足蹬法(Hippocrates

法),牵引回旋法(Kocher 法)和牵引内收法(Depalma 法)等,一般病人多能顺利复位,但遇强壮肌肉发达者,有时很难复位,也较易造成关节面的损伤。通常妨碍闭合复位的原因:①肱骨头前脱位时,肱二头肌腱长头可滑向肱骨头后外侧;②脱位的关节囊口因张力增大而关闭,因疼痛肌肉痉挛收缩。采用的常规复位手法均在强力下,使肱骨头和关节孟紧密咬合,将肱骨头强力挤进复位,肱骨头软骨面常造成不同程度的损伤。而上举牵引左右旋转法是在举起上臂时关节囊松弛,裂口张开,肱二头肌腱同时松弛的情况下,慢慢旋转肱骨头让其在无张力下滑入复位。

上举牵引左右旋转法复位过程的机制,与其脱位力学机制相反。正常情况下,上臂上举到一定位置时,肱骨大结节将紧靠肩峰而使其活动受阻。在矢状面上举时上臂必须内旋,在冠状面上举时,上臂必须外旋,才能解脱大结节与肩峰的交锁面使上臂继续上举至头侧。当上述旋转活动受阻而上臂仍强力上举或躯干仍强力外移或前移时,肱骨头即因杠杆作用滑出关节孟腔。上臂已举至水平以上旋转受阻时,将形成前脱位;上臂被固定于水平面以下强力内旋时,将造成后脱位。因此而得出反其道而行之方法。

这种复位是在无张力、非强力下使用巧劲整复不需要麻醉,患者也不会紧张、疼痛,对关节面的直接损伤也相对较小,适合各种年龄、各类型的肩关节脱位患者。

(收稿:2003-07-15 编辑:李为农)