刮痧治疗慢性软组织损伤 26 例

金丽珍[1] 许金水[2]
（1 江西省儿童医院 南昌 330006；2 江西中医学院 南昌 330006）

关键词：软组织损伤；刮痧；中医药疗法
中图分类号：R 686 文献标识码：B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.043

笔者在 2008~2010 年援突尼斯医疗期间，应用刮痧疗法治疗慢性软组织损伤 26 例，获得显著效果。现报告如下：

1 临床资料

1.1 一般资料 26 例患者中，男性 14 例，女性 12 例；年龄 19~56 岁；病程最短为 3 个月，最长 5 年；其中颈椎病 5 例，肩周炎 10 例，肱骨外上髁炎 3 例，腰肌劳损 6 例，跟腱滑膜炎 2 例。

1.2 治疗方法 四肢肩背部可采用常规刮痧手法施治：(1) 无菌纱布蘸 75%酒精擦拭刮痧板消毒；(2)温水擦拭患者皮肤表面，清洁操作部位；(3)患者取舒适体位，皮肤表面涂适量刮痧油或医用石腊油，操作者右手持刮痧板与皮肤成 30~45 度角刮治。颈背腹、上下肢部从上向下顺着一个方向刮拭，每个部位刮拭 5~10 min，手法宜先轻后重，但不可用力过重，以患者能够耐受为宜，每次间隔 1 周或痧象退净即可进行下次治疗，5 次为 1 个疗程。1 个疗程结束后统计疗效。

1.3 疗效标准 参照国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》并结合临床症状积分制定疗效标准。改善率 =[(治疗前积分－治疗后积分)÷ 治疗前积分]× 100%。

1.4 治疗结果 临床治愈：临床症状消失，积分下降 90%以上者 7 例，占 26.92%；显效：临床症状显著改善，积分下降 75%~90%者 12 例，占 46.15%；有效：临床症状好转，积分下降 30%~75%者 5 例，占 19.23%；无效：治疗前后症状体征无明显变化，积分下降不足 30%者 2 例，占 7.69%：总有效率为

运用中医正骨手法将骨折端复位，使其达到功能复位或解剖复位。

1.2..2 内固定术 选择肱骨内外髁（一侧或两侧）作为进针点，在透视下将克氏针钻入，以将骨折端固定。剪除克氏针多余部分后，将其针尾留在皮外，用纱布覆盖[2]。

1.2.3 术后处理 术后患肢石膏托制动 2~3 周，定期复查 X 线片，了解骨折愈合情况，拆除石膏和拔除克氏针，指导患者进行功能锻炼[3]。

1.3 疗效评定标准[4] 治愈：骨折解剖复位或骨折远端向桡侧移位在 1/5 以内，有连续骨痂形成，功能完全或基本恢复，携带角正常。好转：骨折对位尚满意，骨折愈合，肘关节伸屈受限在 30° 以内，携带角在 20° 以内。未愈：伤肢畸形，携带角减少在 20° 以上，功能障碍。

1.4 结果 经过 3~6 个月的随访，该组病例全部治愈，临床体征均已消失，肢体功能恢复。

2 讨论

肱骨髁上骨折是儿童四肢骨折中最常见的疾病之一，处理不当往往会遗留肘内翻畸形等并发症。以往针对骨折端移位不明显的骨折，我们多采用手法复位 + 夹板(或石膏)外固定等疗法；对于移位明显难以复位的骨折多采用切开复位 + 内固定术以达到治疗目的。但是采用传统手法复位 + 外固定疗法，骨折端再移位的可能性大，而导致骨折端畸形愈合，遗留肘内翻畸形；且肘关节行屈曲位固定易出现筋膜间隔区综合征继发前臂缺血性肌挛缩。切开复位内固定术则常采用作肱三头肌舌形肌瓣，破坏伸肘装置，影响肘关节功能恢复；且对骨折端的创伤较大，破坏局部血运，导致骨折愈合受影响以及增加骨化性肌炎的可能性。而我科采用的闭合复位 + 克氏针内固定术，是先在 C 臂机透视下将骨折端闭合复位，在进针点钻入克氏针，局部创伤小，相对更不会破坏骨折端的血运，能使骨折端得到牢靠内固定；又不会破坏伸肘装置，患肢可以早期进行功能锻炼，有利于其功能的恢复，减少并发症的发生；较好地将传统中医正骨手法和骨折内固定术结合起来，达到满意的治疗效果，故其不失为儿童肱骨上骨折的理想治疗方法。

参考文献

[1]王亦璁.骨与关节损伤[M].北京:人民卫生出版社,2007.703-730
[2]冯传汉,张铁良.临床骨科学[M].北京:人民卫生出版社,2004.1 623-1 630
[3]郭源.儿童肱骨髁上骨折、儿童肱骨远端全骨骺分离[A].见:荣国威,王承武.骨折[M].北京:人民卫生出版社, 2005.1 326-1 356
[4]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.164-172

（收稿日期：2010-11-29）

经皮撬拨复位穿针内固定治疗跟骨骨折 35 例

王锦程[1]　吴小辉[2]
(1 江西中医学院 2008 级骨伤研究生　南昌 330006；
2 江西省核工业地质局二六三大队职工医院　吉安 331300)

关键词：跟骨骨折；克氏针；内固定
中图分类号：R 683.42　　**文献标识码**：B　　doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.01.044

跟骨骨折是临床上常见的骨伤病，占全身骨折的 2%[1]，多由高处跌落，足部着地，足跟遭受垂直撞击所致[2]。跟骨骨折多累及关节面，治疗效果欠佳，致残率高达 35%。我院 2008 年 3 月 ~2009 年 6 月采用克氏针撬拨复位内固定治疗跟骨骨折 35 例，取得了比较好的疗效。现报告如下：

1　临床资料

1.1　*一般资料*　35 例患者，男 25 例，女 10 例；损伤至手术时间 1~3 d；按 Sanders 分型[2]：II 型 14 例，III 型 18 例，IV 型 3 例。

1.2　*治疗方法*

1.2.1　*术前准备*　对患者伤足跟部进行 X 线侧、轴位检查，术前常规消毒备皮，足部严重肿胀、皮肤出现水疱者绝对卧床抬高患肢，嘱患者加强足趾活动，待患肢稍消肿后实施手术治疗。

1.2.2　*手术方法*　患者健侧卧位，若双跟骨骨折患者，则采用俯卧位。腰硬联合麻醉，在 C 臂透视下将 1 枚直径 3.5 mm 克氏针从跟腱后方外侧缘穿过皮肤，斜形插入下陷的跟骨体后距下关节骨块的底部处，针尖进入 3.5 cm 左右，然后提针尖，利用杠杆的原理，撬拨后距下关节面，使塌陷骨块撬起，直至跟距关节完全恢复正常间隙，解除下陷所致骨折块间的交锁现象。同时，术者双手环抱足跟，掌跟部夹紧足跟两侧，向其后下方反复地牵引、晃动、拔伸、挤压，对膨出的跟骨外侧部用力向内挤压塑形，使外踝下膨出的骨块向内填充由于撬拨所残留的间隙，然后用 2 枚 2.0 mm 克氏针穿过跟骰关节。C 臂机观察到跟骨后关节面与距下关节面接近解剖复位后，助手维持患足于跖屈位[3-4]。患足踝关节功能位石膏固定、抬高以利消肿，术后常规应用抗生素 3~5 d，脚抬高 3 d，术后 24 h 开始脚趾活动，48 h 开始踝活动，3 个月可逐渐下地负重。

1.3　*治疗效果*　本组 35 例均随访 1 年。1 例发生针孔持续分泌物并疼痛，经用抗生素、减少活动、局部碘伏涂擦治疗，恢复正常；21 例足外观基本正常，X 线拍片 Bohler 角平均 33.2°。Maryland 足部评分系统评价术后恢复程度：优 28 例，良 4 例，可 3 例，有效率 100%，优良率为 91.4%。

92.31%。

2　典型病例

李某，女，2010 年 1 月初诊。主诉：右肩臂疼痛 3 个月。数月前因强化训练乒乓球半月余，出现右上肢酸胀疼痛，肩肘部有局限性压痛点，休息数天后又坚持训练，右肘部疼痛加剧，并出现轻度功能障碍。经用针灸及理疗等治疗 2 个月，疼痛有所减轻，但局部痛点明显，活动受限并影响工作。X 线摄片：肩、肘关节正常。诊断：肩周炎并肱骨外上髁炎。治疗：先取穴肩井、肩髃、曲池、手三里及阿是穴，自上而下，顺序刮痧，5~10 min，然后在疼痛点再刮拭 5 min。间隔 1 周后又行第 2 次刮痧治疗。经 3 次刮痧治疗后，患者自觉症状完全消失，功能恢复正常。

3　讨论

软组织损伤是一种常见病。软组织损伤时，由于经脉受损，气机失调，血行瘀滞，不通则痛，进而出现肿胀瘀积。现代医学认为软组织损伤早期为局部软组织出血及无菌性炎症渗出、水肿，后期随着炎症渗出的吸收，表现为结缔组织增生及粘连、功能障碍等病理改变。刮痧疗法具有改善全身或局部的血液循环、调节神经反射、松弛肌肉紧张、促进炎症水肿吸收的作用，从而达到消炎、解痉止痛的目的，中医认为本法具有疏通全身或局部的经脉气血、消肿散瘀、恢复功能的作用。既可用于不同阶段和不同部位的软组织损伤，又可与针灸、拔罐、推拿、放血等其他疗法配合使用，发挥加强疗效、缩短病程的作用。另外，刮痧还有呈现病位的作用，可以帮助明确诊断。对于某些主诉症状比较模糊、病变损伤部位不确切的患者可根据痧痕出现的部位和形态以及痛点，为诊断治疗提供依据和指导。总之，刮痧疗法治疗慢性软组织损伤，可根据不同病情单独应用，亦可配合其他治疗综合应用，具有简单易行、安全可靠、疗效显著的优点，在国外受到广大医护人员及患者的推崇和喜爱。

（收稿日期：2010-08-20）