

魏氏伤科手法治疗肘后血肿的疗效 与机理研究

上海市伤骨科研究所 符诗聪 李国衡 曲克服 祝 波

肘后血肿系一种肘部急性损伤性疾病,由于损伤后表现为肘后区域的“直线形”肿胀而得此名,实际上它只表示一种特殊的体征而已。到目前为止国内外现代医学书刊中尚未见到有关肘后血肿这一疾病的论述,在临床上亦未普遍地引起人们的重视。由于损伤后表现为患肘的剧烈疼痛、伸屈活动障碍,给患者带来很大的痛苦,因此早就引起中医伤科专家的重视。在某些伤科书籍中对其临床表现以及治疗方法已有描述,只是由于历史条件所限,对肘后血肿的实质未作研究,目前各伤科专家对此病的认识亦不统一。对本病的发病机理大致可分为以下四种观点:一是认为血肿可在关节内,也可在滑囊之中⁽¹⁾;二认为是桡腕滑囊损伤出血⁽²⁾;三认为是继发于桡腕关节的滑膜嵌顿⁽³⁾;四认为本病是“骹扭筋伤”、“筋出窝”⁽⁴⁾。尽管各学者对此病的认识不同,但在治疗上却是统一的。都采用伤科手法进行治疗,这样可迅速恢复关节的功能,并可取得良好的疗效。为了阐明魏指薪老中医治疗肘后血肿手法的作用机理,以及搞清血肿存在的部位,我们进行了血肿区域的造影以及解剖学的模拟手法治疗“肘后血肿”等方法的研究。

临床治疗研究

一、临床资料

本组共 23 例,均在瑞金医院伤骨科急诊室诊治。其中男性 10 例,女性 13 例。年龄最小者 13 岁,最大者 64 岁,平均年龄 27 岁,其中 13~30 岁共 18 例。23 例均为急性损伤,损伤原因为交通伤 10 例,生活伤 7 例,体育

伤 5 例,工业伤 1 例。传导暴力损伤者 14 例,直接暴力损伤者 7 例,暴力情况不详者 2 例。

二、临床体征及 X 线表现

鹰嘴外侧沟(Gouttiere olecranienne externe)⁽⁵⁾肿,即肱骨外上髁前下方 2.5 厘米处的凹陷处肿,共 21 例,肿胀处均触及波动感;另 2 例当时病史未作记录。肿胀呈纵向梭形 20 例,弥漫性肿胀 1 例,未作记录 2 例。23 例的患肢均呈屈曲位,伸屈活动障碍。鹰嘴外侧沟压痛 21 例,伴有内侧压痛者 2 例。患肢活动范围(上肢自然下垂伸直时的体位为 180 度,以下均同),伸 $135 \pm 18^\circ$ (均数 $\pm$ 标准差,下同),屈 $94 \pm 15^\circ$ 。当被动活动超出此范围时,或患肢被牵拉、振动时均可产生剧烈疼痛。X 线平片有脂肪垫移位征者 16 例,阴性者 2 例,X 线片遗失或片子保存不当无法诊断者 5 例。

三、治疗方法

根据魏指薪教授的经验,血肿可以采用伤科手法进行治疗。手法一般分为二步进行⁽¹⁾。

拔直牵引:患者可取坐位或卧位,术者一手托住患肢的肘部,另一手握住患肢的桡骨茎突处,作拔直牵引,只要把肘关节拔直达 180 度后即可。拔直牵引的目的是为下一步屈曲挤压作准备。

屈曲挤压:当患肘拔直后迅速再作屈曲挤压,一般当被动屈曲达 60 度左右时,术者托住患者肘部的手可有明显的血肿被挤散后“噗”的感觉。此时应继续将患肘屈曲达 25 度左右。

在实际操作时这是一个迅速而又连贯的动作,一般在一分钟以内即告完成,这样可减少患者的痛苦。手法后原则上用消肿散(由芙蓉

叶、赤小豆粉、麦芒硝组成)外敷,颈腕吊带固定24~48小时后,鼓励患肢活动,以加速积血的吸收与减少粘连的可能。

四、治疗结果

本组资料对22例(另一例在外院作石膏托外固定治疗)患者作了手法前后的活动度数测量。从附表中可见手法后的肘关节伸、屈、活动范围都大为改善,与正常的伸180°、屈35°,活动范围145°已经接近。经统计学处理手法前后有非常显著的差异(附表)。

附表 手法对22例肘关节功能改善的情况

	手法前肘活动度	手法后肘活动度
伸	136±17	169±11*
屈	94±16	58±12*
活动范围	42±20	111±20*

* 手法前后比较 $P < 0.001$

临床血肿造影研究

X线造影的目的主要是观察血肿存在的部位,同时可以在临床病例中直观地见到血肿扩散的去向。

一、血肿区造影的方法

用7号注射针在血肿突起的最高处(相当于尺骨鹰嘴与肱骨外上髁连线的中点)穿刺,并以能抽出回血为准,表明针尖已进入血肿区,此时应将积血尽量抽出,随后注入1.5:1的60%泛影葡胺与1%利多卡因的混合液,注入量与抽出的积血量相同。

二、血肿区造影的结果

当积血抽出达6~10毫升时,鹰嘴外侧沟的肿胀隆起已消失,再将造影剂重新注入血肿区时可见随着造影剂的注入,血肿区的纵向梭形肿胀再现。X线正位片见造影剂呈半月状包绕尺骨鹰嘴,远端在滑车切迹与桡骨颈处;侧位片见造影剂将肱尺关节、肱桡关节、上尺桡关节一起包围,肘关节造影时最有特征性的囊状隐窝亦被显影,关节滑膜的边缘是完整光滑的,且未见有与周围滑囊沟通。手法后再摄肘

关节的正侧位X线片,原来造影剂显示的血肿区域密度减低,肘关节的各个关节面也清晰可见,且均完整光滑,而原来未见有造影剂显示的部位现在却被它充盈。该部位是肱三头肌中下1/3处深层,沿着肌纤维之间向肱三头肌的近端扩散。如关节内积血量较多,部分积血也可向肱二头肌的近端扩散。这就意味着原来蓄积在关节内的瘀血已被挤散,手法获得成功。

解剖学研究

为了明确血肿存在的部位,阐明手法的作用机理以及模拟临床症状,我们对正常新鲜肘关节作了解剖观察。

一、材料与方法

取正常新鲜标本三具。一具为21岁,二具为65岁的男性上肢标本。按文献介绍的肘关节造影法⁽⁶⁾进行空气造影与碘水造影。

1. 空气造影:肘关节穿刺成功后注入25毫升空气,摄X线正侧位片,目的是通过空气造影来观察正常关节囊的附着范围,并采用过量注射空气,观察在关节囊内压力增高的情况下,关节囊的边缘是否完整,有无同关节囊相连的滑囊组织。

2. 碘水造影:即在关节腔注入60%的泛影葡胺15毫升和2毫升的美蓝,摄肘关节的X线正侧位片,随后将肢体作拔伸牵引、屈曲挤压的手法。再摄X线正侧位片,目的是观察能否取得与临床同样的效应及美蓝扩散的途径与范围。

二、结果

1. 鹰嘴外侧沟梭形肿胀的再现。无论是空气造影还是碘水造影,都可使临床所表现的鹰嘴外侧沟梭形肿胀重复再现。当在关节腔内注射量达6毫升时,鹰嘴外侧沟的凹陷处就开始隆起,注入量达10~12毫升时就可见到同临床相似的梭形肿胀,随着注入量的增加肿胀处的张力也随之增高,并在鹰嘴窝的上方出现半月状肿,同时肢体从原来屈曲90度的体位自行伸直到120度。可见此时为关节腔容量最大时的体位。

2. 关节囊完整, 边缘光滑, 未见与周围滑囊相通。空气造影显示关节腔范围处有一密度减低的阴影。正位片上此阴影同肱骨下端、尺桡骨近端的关节组成部分重叠, 桡骨颈处的囊状隐窝亦被显示; 侧位片上可见肘关节前后方的关节囊均呈半月状突起, 以及向前方突起的囊状隐窝。碘水造影的结果同空气造影的范围一致, 亦与临床血肿区造影的形态一致。

3. 手法的效应与临床造影的结果一致。模拟手法后的X线表现同临床病例的表现一样, 在肘关节的后方、鹰嘴窝的上方处突破关节囊, 沿肱三头肌的深层与肱骨干之间向近端扩散。通过解剖可见肱三头肌的深层已被美蓝染色, 其范围为从鹰嘴向上达11厘米, 宽度为6厘米, 呈扇形分布, 深度达肱骨干的后下1/3处。

手法在拔伸过程中无“血肿”挤散的感觉, 当将肘关节屈曲到50度左右时可觉有“噗”的挤散感觉。临床操作亦有此样体会。可见治疗手法成功的关键在于屈曲挤压, 拔伸牵引是为了更充分地屈曲作准备。

讨 论

肘后血肿疾患在临床上并非少见, 据1984年瑞金医院伤骨科急诊室的统计, 其发病率高于肘关节脱位。但由于以往对该病缺乏深入的研究, 加之损伤后X线上没有骨性的改变, 因此临床上并未对它引起足够的重视。然而肘关节对于人类来说充分发挥担任最精细、复杂运动的手之机能起着重要作用。因此正确地治疗肘关节疾患就具有极其重要的临床意义⁽⁷⁾。

一、肘后血肿是肘关节内血肿的一种特有表现

通过临床血肿区造影及对正常肘关节的造影与解剖学的研究, 可见造影剂充盈的区域形态基本相同, 并且恰与关节囊分布的范围相同。因此肘后血肿的确切部位是位于肘关节内, 只是由于肘后外侧有一解剖学的薄弱之处, 其皮下组织松弛, 距关节囊最近, 除肘肌呈扇形覆之外, 再无其它肌肉通过。所以肘关节内的积血或积液首先就表现为肱骨外上髁前

下方处的凹陷消失。Bouchet将此凹陷称之为“鹰嘴外侧沟”⁽⁵⁾。另外, 从X线造影片上及解剖观察未发现关节囊有同周围滑囊相通。目前尚无支持关节周围滑囊出血的证据。

二、肘后血肿在X线平片上的表现是“桡球征”

目前关于此病的报道都认为X线是无阳性表现的, 摄片之目的只是为了排除骨折。然而根据本组临床资料分析, 70%的患者肘部有“桡球征”。此征是诊断肘关节积液的重要指标。一旦关节内积液时, 位于喙突窝与鹰嘴窝的脂肪垫就会被抬高, X线平片上就表现为“桡球征”, 并且脂肪垫发生移位的程度同积液或出血的多少成正比⁽⁸⁾。此征的出现与否, 还被用作判别关节囊是否破裂的重要标志。只有此征出现时才表示关节囊是完整的。一旦肘关节骨折且桡球征阴性时, 就提示关节囊已遭破坏、撕裂, 骨折是不稳定的, 并且有手术的指征⁽⁹⁾。由此可见桡球征的出现具有重要的临床意义。从本组的资料来看既无骨折也无脱位, 这就表明这些患者的关节囊都是完整的, 并且都是关节内的血肿。由此可以推测该病的病因可能是关节滑膜的损伤出血所致。

三、手法的作用机理——挤散血肿

肘关节囊具有前后松弛、内外侧短而紧张的特点, 前后方的关节囊内面又有许多滑膜皱褶与绒毛, 它们均充填在因伸屈活动而造成空虚的肱骨喙突窝及背面的鹰嘴窝之中。为了防止肘关节活动时使这些滑膜皱褶与绒毛被挤压, 它们又分别与肱肌及肱三头肌的一部分肌束相连, 这样在关节伸屈时, 这些肌肉还同时使关节囊伸展⁽¹⁰⁾。而我们通过拔伸牵引手法可使关节囊的前方部分得以伸展, 后方产生皱褶; 随即连贯地再做一个被动的屈曲挤压手法, 这时又使关节囊的后方伸展、紧张, 前方出现皱褶⁽¹¹⁾。这一伸一屈正体现了祖国医学理论所认为的“弛纵挛、卷翻转”, 顺其筋络的精神。随着肘关节的继续被动屈曲, 使肘部的肌肉组织更加靠紧、挤压, 前方关节囊处于加固封闭状态⁽⁷⁾, 迫使积血向关节腔的后方集

中,背侧的皮肤、皮下筋膜对关节囊也产生张应力,使关节腔的容量更为缩小,一旦关节屈曲到后方关节囊抵不住关节内骤然上升的压力时,血肿自然就从鹰嘴窝的上方,即应力最集中点处,突破关节囊的薄弱部分,沿着肱三头肌向低压力区域扩散,从而达到了“通郁闭之气,散瘀结之肿”的目的。

四、手法可迅速减轻症状,恢复关节功能

关节囊上有丰富的感觉神经末梢分布,特别在肘关节的屈侧及桡骨头附近有许多帕西尼小体和鲁菲尼小体分布,它们对于作用于关节囊的各种刺激以及对关节的运动和维持肘部的姿势起着重要的作用⁽¹²⁾。一旦关节内压增高,或者关节的扭转、牵拉都会产生剧烈的疼痛。因此解除关节内由于积血张力增高所造成的对关节囊神经末梢的刺激而产生的剧烈疼痛和关节活动受限这是手法的意义之一。通过临床研

究可见由于积血挤散,患肘的剧烈疼痛当即得到改善,功能很快恢复。无论是伸、屈还是活动范围,手法前后的自身对照都具有非常显著的差异。可见“伤损之证,肿痛者乃瘀血凝结作痛也”之论述,至今仍有它的现实指导意义。

参 考 文 献

- (1) 李国衡:魏指薪治伤手法与导引。145~148页,上海科技出版社,1982。
- (2) 狄任农:温州医学院学报(2):82,1982。
- (3) 施家忠:魏氏伤科手法治疗肘关节急性扭伤。内部资料,1984。
- (4) 石幼山:中医杂志(5):59,1980。
- (5) Bouchet A:Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle Simp, 1271, 1983。
- (6) 三枝完成:日本整形外科学会杂志 56(1):1, 1982。
- (7) 石井清一:整形外科 27(14):1607, 1976。
- (8) 胡永吉:陕西新医药 11(12):17, 1982。
- (9) 西岛雄一郎:整形·灾害外科 27(9):1285, 1984。
- (10) 森於菟:解剖学。第一卷, 355页, 198页, 金原出版社, 1981。
- (11) 森於菟:分担解剖学。210页, 金原出版社, 1982。
- (12) 登米祐也:日本整形外科学会杂志 59(4):397, 1985。

针刺治疗头癣60例临床对照观察

湖南省桑植县澧源镇卫生院 钟以圣

笔者曾报道单用针刺曲池、然谷穴治疗头癣100例,治愈率为83%[中医杂志 25(1):57, 1984]。为了进一步验证疗效,又于1985年针刺治疗60例头癣,取得满意疗效,并辅以60例对照予以验证,现报告如下。

一、病例选择与分组

120例头癣患者,均符合头癣诊断标准。采用随机抽样方法分为两组,针刺治疗60例为治疗组,用黑白癣药水治疗60例为对照组。

二、一般资料

性别:治疗组男29例,女31例;对照组男38例,女22例。年龄:治疗组,10岁以下43例,11~20岁13例,21~39岁3例,40岁以上1例;对照组,10岁以下39例,11~20岁14例,21~39岁6例,40岁以上1例。病程:治疗组,1年以下24例,2~5年18例,6~10年12例,11年以上6例;对照组1年以下36例,2~5年17例,6~10年4例,11年以上3例。临床分型:治疗组,黄癣27例,白癣25例,

黑点癣3例,脓癣5例;对照组,黄癣23例,白癣32例,黑点癣3例,脓癣2例。

三、治疗方法:

(一)治疗组:取双侧曲池,然谷穴,1日1次。7天为1个疗程。停针3日,再进行第2个疗程。

(二)对照组:用黑白癣药水外搽患处,1日1次,7天为1个疗程。停搽3日,再进行第2个疗程。

四、疗效观察

(一)疗效标准:1痊愈:病损处无痂、无炎症、无脱屑,毛发恢复正常(指幼儿、少年、青年患者均可恢复正常),镜检阴性;2好转:病损处大部分无痂、无炎症、无脱屑、毛发未恢复正常,镜检真菌少量或阴性;3无效:治疗前后无明显改变,镜检有真菌。

(二)治疗结果:治疗组,治愈48例,好转12例;对照组,治愈20例,好转6例,无效34例。治疗组大部分病例在1、2疗程即好转或痊愈,而对照组在第3疗程后才好转或痊愈。