

肘关节应力损伤综合征的诊断要点及治疗方法

□善闻乐 文/图

当肘关节遭受某种特殊应力时,由于应力的强弱不同,呈现出具有规律性损伤的病变。对此,笔者称之为应力损伤综合征。在肘关节应力损伤中,临床表现突出者可分为肘外翻应力损伤综合征与肘过伸应力损伤综合征两种类型。



损伤机制

一、肘外翻应力损伤综合征

在正常肘关节中,因有携带角(即前臂的纵轴线偏于上臂纵轴线之外)的存在,因而,当时肘关节在伸直位时,容易产生肘外翻应力,在这种应力的作用下,肘之内侧呈现张力,而肘之外侧(肘窝处)呈现挤压力。其结果在张力侧,易导致肘内侧关节囊韧带的撕裂伤,甚至导致肘窝处韧带撕裂及尺神经的牵拉伤;在压力侧,轻者可导致肘窝处韧带撕裂及尺神经的牵拉伤,重者可导致肘窝处韧带撕裂及尺神经的牵拉伤。肘外翻应力损伤综合征在X线上能显示,可有以下几种表现:

1.肘窝内上髁1度~4度骨折;

2.肘窝小头矢状面骨折并尺骨鹰嘴骨折;3.肘窝小头矢状面骨折并桡骨骨折;4.尺骨鹰嘴骨折并桡骨骨折;5.桡骨头骨折并桡骨内上髁骨折;6.桡骨头(颈)骨折并下尺桡关节脱位;7.桡骨头骨折,其骨块移向肘窝内侧;8.桡骨小头骨折,其骨块移向肘窝内侧。

二、肘过伸应力损伤综合征

当时肘关节在正常充分伸展时,尺骨鹰嘴正好嵌合在肘窝窝内,此时,肘关节囊及侧副韧带的前束与肱前肌、肱二头肌均处于紧张状态。而限制了肘的过伸活动,这亦是该关节稳定的最佳位置。一旦在此基础上发生过伸应力或附加其他外力,则导致出一系列病变,即肘过伸应力损伤综合征。

单纯过伸应力:当时肘关节发生过伸时,鹰嘴突在肘窝窝内形成一个支点,而前臂的纵轴因过伸而后移,即可导致肘关节过伸性半脱位,甚或形成肘关节脱位。亦可形成尺骨鹰嘴骨折并上尺桡关节脱位。

过伸兼纵向应力:可导致肘窝小头冠状面骨折(呈连及少部分滑车),或合并肘内侧副韧带近侧或远侧撕裂骨折。

过伸兼强力纵向应力:首先

导致鹰嘴根部劈裂骨折或粉碎骨折,合并肘前关节囊及侧副韧带前束同时破裂,加之肱前肌与肱二头肌因过度紧张而产生的牵拉力,继而出现肘窝处韧带撕裂。过伸兼强力纵向及侧偏应力:在上述病变的基础上又增加了肘窝小头-滑车骨折、内上髁骨折及外上髁骨折,且常伴有尺神经的牵拉伤的复杂病变。

诊断要点

肘关节应力损伤综合征的患者除具有肘跌下的外伤史外,患肘均有不同程度的肿胀、疼痛、压痛,以及功能受限等特点。

肘外翻应力损伤综合征:多有内上髁骨折或桡骨头(颈)骨折,以及肘窝小头矢状面骨折等。因此,凡具有上述骨折之一者,均应考虑肘外翻应力损伤的可能。尽管有时内上髁骨折,但肘外侧韧带韧带的损伤还是有可能发生的,何况肘后肘之外侧软组织常有肿胀现象。反之,如有肘窝小头或桡骨头(颈)骨折,其相对的肘内侧即是内上髁骨折,局部的肿胀亦是常有的,这也说明内侧韧带韧带的损伤是存在的。因而,该病患肘侧方分离试验常呈阳性。另外,尺神经的牵拉症状或伴有鹰嘴突的斜形骨折亦为诊断提供了依据。X线拍片除显示骨折外,尤其受外翻应力拍片时可发现肘

内侧间隙增宽与携带角有加大现象。必要时也可对腕关节进行拍片检查。

肘过伸应力损伤综合征:发生肘关节脱位或半脱位,则患肘呈弹性固定状;如有鹰嘴骨折并肘前脱位,则肘前脱位,肘前脱位的稳定性遭到破坏;如兼有肘窝小头-滑车及肘窝内、外上髁骨折,则患肘的前、后、内、外的稳定性都会遭到破坏,患肘几乎都为摇摆状,致使肘部功能严重受限,通过X线拍片即可确诊。

治疗方法

肘外翻应力损伤综合征的治疗:对肘内侧韧带的断裂应及早进行手术修复,如为内上髁的撕脱伤,应使其复位或缝合原处,使肘内侧的稳定性得以复原。必要时尺神经可同时进行前置术,而对肘外侧的肘窝小头或桡骨头骨折,亦应解剖复位,不稳定者应行内固定,以恢复肘外侧的骨性支撑作用,恢复正常的携带角,对伴有尺骨鹰嘴斜形骨折的,应行双皮质螺钉内固定,以利于肘部早期活动。

肘过伸应力损伤综合征的治疗:除对肘关节脱位或半脱位



作者为全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师

经方辨治瘀热夹郁证

□王付

验案举隅

刘某,女,31岁,月经初潮时即有小腹疼痛,在某医院检查后被确诊为子宫腺肌症,服用中药、西药治疗,但效果不佳。通过朋友介绍,刘某来到笔者处就诊。

刻诊:患者小腹疼痛,月经期疼痛剧烈如针刺,经血暗红夹块,情绪低落,急躁易怒,大便干结,倦怠乏力,舌质暗红夹紫瘀,苔薄黄,脉沉。

辨证:瘀热夹郁证。

治疗:清泻瘀热,疏肝解郁。

方药:桃核承气汤与四逆散合方加味。桃仁10克,桂枝6克,大黄12克,芒硝6克,柴胡12克,枳实12克,白芍12克,红参10克,五灵脂10克,水蛭10克,炙甘草12克。共6剂,用800毫升~1000毫升清水浸泡30分钟后,用大火烧开,再用小火煎煮40分钟;第二次煎煮15分钟;第三次煎煮时,若水少可酌情加水,煎煮15分钟。每天1剂,分3次服用,每次服用150毫升。

二诊:急躁易怒略有好转,大便通畅,依前方继续服用6剂。

三诊:急躁易怒较前好转,大便略溏,方中芒硝改为3克。共6剂。

四诊:小腹疼痛减轻,仍倦怠乏力,前方加白术12克。共6剂。

五诊:小腹疼痛较前又有减轻,急躁易怒明显好转,依前方继续服用6剂。

六诊:小腹疼痛较前又有减轻,情绪低落较前又有明显好转,依前方继续服用6剂。

七诊:患者诸症基本缓解,又服用前方120余剂后,子宫腺肌症消除。

1年后随访患者,尚好。

体会:根据患者小腹疼痛如针刺辨为瘀,大便干结、舌质红辨为热,急躁易怒辨为肝郁,倦怠乏力辨为气虚,以此辨为瘀热夹郁证。方以桃核承气汤清泻瘀热;以四逆散疏肝解郁,调运气机,加红参补益中气,五灵脂活血化瘀止痛,水蛭破血逐瘀。方药相互为用,以取其效。

(作者供职于河南中医药大学第三附属医院)



实用验方

治足跟痛方

足跟痛是临床的常见疾病,正常人群中大约有10%的人会有足跟痛。足跟痛主要临床表现有清晨下地或夜间起床脚后跟痛,行走几步后会有好转,部分患者久坐后起身行走时脚后跟痛,走几步后症状会得到缓解等。

处方:艾叶20克,海桐皮30克,肉桂15克,制川乌20克,制草乌20克,威灵仙20克,透骨草30克,红花15克,川牛膝20克,川黄柏20克,冰片15克,三棱20克,莪术20克。

用法:上药(除冰片外)放入较大容器内,加水浸泡30分钟~60分钟,煎煮沸后再文火煮15分钟~20分钟,去渣留汤。加入冰片搅匀,趁热将患足置于盆上熏蒸,待药液温度适宜,放入患足浸泡半个小时,每天1次,每剂应用2次,10次为1个疗程。一般治疗1个~2个疗程,即可痊愈。(该验方由郑州大学附属郑州中心医院何朝伟提供)

经验之谈

膝关节骨性关节炎的康复治疗

□王宪泽

膝关节骨性关节炎又称膝骨关节炎,退行性骨关节炎,增生性关节炎,肥大性关节炎,是一种常见的慢性、进展性关节疾病。其病理特点为关节软骨变性、破坏、软骨下骨硬化、关节边缘和软骨下骨反应性增生、骨赘形成。临床表现以关节疼痛、僵硬、活动受限,活动时可有摩擦响声等为特征,属中医膝痹病范畴。因此,对膝关节骨性关节炎患者进行早期康复治疗很必要,包括物理治疗和运动治疗。

发病特点:年龄越大,发病率越高;多发于女性,且以闭经前后为高发期;好发于肥胖人群,10年内体重减少5千克可降

低50%的发病率;生活在寒冷、阴湿的地方易发病;关节损伤、骨密度下降等可能诱发该病。

非药物治疗是临床上首选治疗方法,可有效降低患者局部疼痛,提高关节功能。可进行康复训练、辅助器具治疗、物理因子治疗等。

系统的康复训练对膝关节骨性关节炎患者的关节功能恢复具有至关重要的作用。在康复训练过程中,膝关节的活动可以刺激关节滑液分泌透明质酸,润滑关节腔,并且康复训练也增强了关节周围肌肉的力量和耐力,关节稳固性提高,同时还能

改善关节的挛缩状态,防止关节僵硬,对肌肉的失用性萎缩也可以起到缓解作用。

膝关节骨性关节炎的康复功能锻炼可分为肌力锻炼、股四头肌等长收缩训练、股四头肌等张收缩训练、膝关节活动训练、主动运动、被动运动、有氧运动等。

肌肉锻炼股四头肌练习:贴墙半蹲。背部贴紧墙壁,双腿分开,与肩同宽,大腿、小腿之间的角度不小于90度。身体慢慢下蹲至大腿与小腿呈90度,停留两秒,然后站直归位,休息一两分钟。重复以上动作。经过一段时间练习后可以加大难度,尝试单腿站立、贴墙半蹲。

不负重直腿抬高练习:在床上绷紧伸直患肢膝关节,并稍稍抬高,使下肢离开床面,保持5秒~10秒。

负重直腿抬高练习:动作同上,遵医嘱在抬起的小腿上负担一定重量,从1千克开始,逐渐加重,最重4千克。

关节训练不负重屈伸画圈练习:患者坐于床边,患膝屈膝90度,练习屈伸、画圈运动。

负重屈伸画圈练习:动作同上,在足踝处负重,重量从1千克开始,逐渐加重,最重不超过4千克。还有踝关节背伸、跖屈活动。

至于物理因子疗法,临床实践证明,在康复功能训练过程

中,针对不同情况,应用微波、超短波、中频、磁疗、激光、水疗、蜡疗等,能有效缓解关节肿胀、关节内积液,消除滑膜炎和关节疼痛,促进康复,提高康复效果。

因此,物理因子治疗不容忽视。微波治疗仪产生较强穿透力的局部高频电磁波,可使局部组织血管扩张,从而改善血液循环;神经肌肉电刺激,可通过提高神经肌肉控制力来增强肌力,能明显改善膝关节的稳定性,进一步改善患者的行走能力,提高日常生活能力。(作者供职于河南省洛阳正骨医院)

四诊合参

逍遥散、完带汤加减治疗带下病

□刘彦

带下病是指带下量明显增多或减少,色、质、气味发生异常,或伴有全身或局部症状者,分为生理性带下和病理性带下。

带下病的形成与任带二脉关系密切。而任脉不固,带脉失约,主要由肾、脾、肝诸脏病变及外邪侵犯所致。肾气不固,脾虚湿滞、肝郁化火、湿热毒等,均可导致带下病的发生。

带下病临床多见虚实夹杂、寒热错杂。其中,肾脾阳虚、湿热下注为常见证型。先天不足,或年老肾虚,或久病及肾而致肾阳不足,命门火衰,火不生土,脾肾阳虚;复加摄生不甚,或洗涤用具不洁,或久居阴湿之地,或因手术损伤,以致湿热毒、病虫之邪由外而入。内外合邪,任脉不固,带脉失约而发病。

带下病常见带下色黄量多,有臭味,腰酸膝软或伴疼痛,喜暖畏寒,小便清长或尿不尽,夜尿增多,大便稀溏或五更泄泻。

笔者认为,临床治疗带下病,以健脾除湿、温肾止带、清热(毒)利湿止带贯穿始终。方用逍遥散加味或完带汤加减等。

常用药物:山药、芡实、覆盆子、杜仲、白果、白术、茯苓、薏苡仁、黄柏、车前子、蒲公英、荆芥穗、柴胡、甘草等。

加减应用:湿热重者加败酱草、椿根皮、苦参、川草薢;少腹有肿块,伴疼痛者合桂枝茯苓丸以活血化瘀,消痞散积;腹痛偏热甚者加香附、元胡;纳差者加鸡内金、荷叶、陈皮;腰酸者加续断、桑寄生、狗脊;腹胀者加

厚朴、枳壳。

王某,女性,51岁。患者右下腹痛1个月余,曾服用消炎利胆片,症状减轻;没过多久,右下腹痛再次出现,且尿频,夜尿量多,腰酸,白带色黄量多,纳差,腹胀,便秘,便溏,舌淡苔黄腻,脉沉细。

查体:右下腹压痛,无反跳痛,肝脾肋下未触及。

处方:山药15克,芡实15克,覆盆子20克,杜仲15克,白果10克,白术15克,茯苓20克,薏苡仁30克,黄柏15克,车前子(包)15克,蒲公英30克,荆芥穗10克,柴胡10克,鸡内金10克,元胡10克,枳壳10克,甘草10克。共7剂,水煎,每天1剂,分3次温服。

患者服药后,诸症减轻。效不更方,嘱咐患者继续服用14

剂,巩固疗效。随访患者,已无腹痛和带下等。笔者嘱咐患者注意饮食调养。

按语:患者为带下病,辨证为脾肾阳虚,湿热下注。脾肾阳虚为本,湿热下注为标,肾阳亏虚,失于温煦,故下腹疼痛(当为隐痛),消炎利胆片有清利湿热之功效,故起效。但治标不治本,故反复。腰为肾之府,肾虚故腰酸痛。肾阳不足,命门火衰,封藏失职,故尿频;水不化气,则夜尿增多;脾肾阳虚,外感湿邪之邪,则带下量多,色黄(或有臭味);肾阳虚不能上温脾阳,则大便溏薄;脾虚运化失职,则纳差、腹胀;尿频、夜尿增多自然影响睡眠;舌脉为本虚标实之象。

方中山药、芡实补脾益肾,

河南省中西医结合医院
心血管科主任王守富:
**中医药如何治疗
心血管疾病**

扫码看视频

王守富,医学博士,主任医师,擅长诊治冠心病、心绞痛、心肌梗死、心律失常(早搏、房颤、病态窦房结综合征)、心力衰竭、高血压病、心肌炎等心血管疾病,经验丰富,疗效显著。

征稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”,设有《名医堂》《中西合璧》《中医特色技术》《中医外治》《针推论》《四诊合参》《临证心语》《中药用法》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。

稿件要求:一定是原创,言之有物,具体可行;1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。

联系人:朱忱飞 电话:13783596707
投稿邮箱:5615865@qq.com

本版方需要在专业医生指导下使用