药物与方剂

金创散治疗软组织损伤 65 例

山东省苍山县中医院（277700）　张　军

我院自 1991 年 6 月～1995 年 2 月，用金创散治疗 65 例开放性软组织损伤及闭合性关节挫伤患者，疗效满意，现报告如下。

临床资料

65 例中，开放性软组织损伤 25 例，闭合性软组织损伤及关节挫伤 40 例。在开放性软组织损伤 25 例中，就诊时间 24 小时内的 18 例，24 小时外的 7 例；擦破伤 8 例，撕裂伤 8 例，切割伤 5 例，炸伤 1 例，其他 3 例；其中重度污染 5 例，中度污染 14 例，轻度污染 6 例，手部损伤 18 例，足部 3 例，腕、踝、膝、前臂各 1 例。闭合性软组织损伤及关节挫伤 40 例中，就诊时间 3 天以内者 20 例，3 天～2 月者 20 例；扭伤 10 例，挫伤 22 例，挤压伤 8 例；受伤部位：手 6 例，腕 5 例，前臂 3 例，肘 4 例，足 7 例，踝 7 例，膝 6 例，其他部位 2 例。

处方及用法

马钱子 9 个　胆南星 15.0　雄土鳖 12.0　乳痛 9.0　川羌活 9.0　没药 24.0　乳香 30.0　血竭 15.0　红花 15.0　龙骨 9.0　当归 3.0　升麻 15.0　白芷 15.0　防风 15.0　川芎 12.0　螃蟹骨 9.0。

将上药共研细末，高压灭菌装瓶备用。

对开放性软组织损伤，敷药之前，先以一般方法洗擦伤口及周围，然后用 50%酒精将药末调成糊状，直接敷于伤口，约 0.2cm 厚。对有明显出血及渗血者，直接敷以药粉，并加压包扎。敷药后一般 3 日检查伤口，并换药 1 次。

对闭合损伤及关节挫伤，以酒精调药泥敷于患处。急性损伤者，同时使患肢体息，4～5 天后，将药除去，练习功能活动。陈旧性损伤，于敷药后照常活动患肢。

治疗结果

25 例开放性软组织损伤患者敷药后，均迅速止痛并逐渐消肿，有明显出血及渗血者，敷药后均在数分钟内止血。经 1～3 次用药，23 例伤口如期愈合，感染 1 例，配合植皮愈合。25 例中，除 1 例手部大面积炸伤在敷药同时应用抗生素外，其他均未使用。在 40 例闭合性软组织损伤及关节挫伤患者中，有 4 例未复查。36 例中，经敷药 1～2 次，均有明显的消肿止痛效果，其中痊愈 11 例，进步 20 例，效果不佳 5 例。

讨　论

应严格掌握金创散适应症。新鲜的皮肤开放创伤，因皮肤损伤不能缝合或污染严重超过 24 小时而不能 I 期缝合者为最好。有袋形创腔的病例，最好是先切开残腔再予敷药。开放性创伤凡是 I 期可以缝合者，还是不用此药，因敷药后创伤系 II 期愈合，瘢痕挛缩，有碍功能。应尽量争取 I 期缝合或植皮以闭合伤口。对于深部污染较重不能初期缝合伤口，应在扩创术的基础上应用金创散，以防止感染，而争取 II 期缝合。在闭合性软组织损伤中，新鲜关节挫伤，除肿胀有大量积液者同时行关节穿刺外，一般均只外敷金创散于关节周围。新鲜软组织损伤瘀血范围广泛时，敷药应超出瘀血所见范围，同时使患肢休息。陈旧性关节挫伤，于敷药后照常活动患肢。

临床应用表明，金创散在治疗软组织损伤中具有活血祛瘀，消肿止痛，收敛止血，祛腐生肌之功效，在改善微循环，抗感染，促进创面愈合方面确有一定作用。

（收稿 1995－10－06；修回：1996－02－28）

金葡液局部注射治疗冻结肩 28 例

上海市静安区中心医院（200004）
包祖良　吴黎明　张晓珑　刘胜刚

我们应用金葡液直接注射在冻结肩的主要病变区，辅以患肩在无痛范围内功能锻炼，疗效优于一般的传统疗法。现将我院于 1994 年 10 月～1995 年 6 月应用本疗法治疗冻结肩 28 例报告如下。

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

临床资料

本组 28 例，男 11 例，女 17 例；左肩 8 例，右肩 20 例；年龄 45～60 岁；病程 1～2 年；根据临床表现和发病诱因，属于外伤型 7 例，风湿型 10 例，退变型 11 例；患肩被动前屈、外展、后伸内旋小于 30 度（重度受限 18 例，小于 60 度（中度受限）10 例；ESR、ASO、RF 化验均正常；本组 2 例患肩 X 线片显示肌腱袖增厚、冈上肌钙化。

治疗方法

金葡液皮试阴性后，用灭菌注射器吸取金葡液注射液 4ml（800 单位）备用。患者端坐，患肩用碘酒、酒精常规消毒后，严格按无菌操作要求进行治疗。注射点：（1）肩前腋前线与三角肌束交点，针直刺至肩关节腔内，注药 0.5ml，然后针退至皮下向外至三角肌基底部注药 0.5ml；（2）肩后于肩胛冈中点进针至冈上窝（冈上肌）注药 0.5ml，然后针退至皮下向下至冈下窝（冈下肌）注药 0.5ml；（3）肩胛骨腋缘中下 1/3 背面进针后沿骨面向下至大园肌注药 0.5ml，然后针退至皮下再向上至小园肌注药 0.5ml；（4）于肩峰端进针至肩峰下滑囊注药 0.5ml，然后针退至皮下向外下方至肱骨大结节注药 0.5ml。每隔 5 天治疗一次，一个疗程为 6 次。在治疗期间，指导、督促患者积极进行患肩在无痛范围内的功能锻炼。

治疗结果

疗效评定标准：显效：一个疗程内，患肩主动前屈、外展、上举达 90 度或 90 度以上，后伸内旋手可触及对侧肩胛骨下角及肩周活动痛、压痛消失或减轻 75％以上者；有效：一个疗程内，患肩活动度增加 50％左右及肩周活动痛、压痛减轻 50％者；无效：症状、体征改善不足 30％及无变化者。

随访结果：本组 28 例，显效 21 例，有效 6 例，无效 1 例。总有效率为 96.4％。其中有效 6 例，在一个疗程后第二个月再次复查，疗效达到显效标准，最后显效率为 96.4％。

讨　论

1. 从临床角度探索本病的发病机理和病变部位，以期合理的设计治疗方案，提高疗效。冻结肩的主要病变部位在旋转肌腱袖[1]，主要的病理改变是肩腱袖的炎性粘连和血供减少。生物力学研究证明，肌腱袖在肩外展的力量占 1/3～1/2，外旋至少有 80％力量。血管造影显示，肌腱袖在临近腱止区有一个血供减少区。肱二头肌长头腱炎可能为肩周炎的始发因素之一，但是单独的肱二头肌长头的损伤或炎性病变不会导致肩关节被动性活动受限，尤其是外展受限。冻结肩的病理改变还包括关节囊、滑囊的炎性粘连，致囊腔缩小及关节凝结。

2. 金葡液是多种生物活性物质的复合物，含有多层次的生物功能分子。目前除了已证实其有显著的促进骨折愈合作用外，还对挛缩炎性变的软组织同样具有生长调节因子的作用，可使病变区（包括肌腱袖血供减少区）产生大量微血管，增加血流量，促使变性坏死区消化、吸收和细胞的再生、修复，消除无菌性炎症及粘连。该药局部注射于冻结肩的病变区（包括肩袖、肩峰下滑囊、关节囊内外等），药液既作用于患肩周围的外展肌群（三角肌、冈上肌）、内收～外旋肌（冈下肌、小园肌）内收～后伸肌（大园肌）及内收～内旋肌（肩胛下肌），还作用于挛缩、增厚的关节囊。促进局部血运和新陈代谢，活血化瘀，松解炎性粘连，从而逆转病理进程，达到恢复肩关节功能的目的。

3. 金葡液治疗期间，辅以患肩在无痛范围内的功能锻炼。笔者不主张在麻醉下手法牵拉强行松解粘连，因为这种治疗方法并非是炎性粘连过程的自然转归，势必造成新的创面而再次粘连。

4. 金葡液局部注射后 24 小时内，可有低热反应（一般不超过 38℃）和患肩轻度灼热感。此系金葡液的正常药理作用过程，无需处理。

5. 本组 1 例无效病例，后经颈椎 X 线片与 CT 检查，发现颈椎 5～6 椎间盘退变、钩突增生，使该节段动脉周围的交感神经受刺激，导致反射性肩部营养不良而促成冻结肩[2]。因此，本例对金葡液肩周注射治疗由于未针对原发病变部位而无效。

参考文献

1. 刘恩祥等．肩关节周围炎发病机理临床初步探讨，颈腰痛杂志，1988；9；9。
2. 乔若愚．等，颈椎钩椎关节切除治疗肩手综合征，全国中西医结合软组织疼痛学术会议论文汇编，1986；10，上海，130.

（收稿：1995－10－06）

（上接 43 页）

整复手法要到位，避免反复复位，使断端变光滑不能互相吻合，骨折不稳定极易再移位。

3. 麻醉不全时可术前进行指压臂丛或肌注杜冷丁 50mg，以加强效果。

（收稿：1995－04－10）

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net