

# 『拾针法』和『压针法』在使用外固定器治疗胫腓骨骨折中的作用

辽宁省海城市正骨医院 史秀梅

应用外固定器治疗胫腓骨骨折，在全国骨伤科界已逐步铺开，它为中医正骨填补了手法及固定器材的不足。但是，由于使用知识的缺乏，也出现了一些弊端。骨折的成角、对位欠佳，以及用弧形压板迫使骨折对位而造成的皮肤溃疡等。均与进针角度失误有密切关系。要想应用好外固定器治疗胫腓骨骨折，首先必须按骨折分型掌握进针角度；其次就是进针后的调整方法。为了弥补进针角的不足，我们采用加垫进行拾针和压针的方法，使骨折得到理想的对位。

## 一、使用方法

角度计算、适应症及注意：

〈1〉使用方法：当胫腓骨骨折上复位器之后，从X光胶片上所见仍有侧方移位及侧方成角，根据所需要的厚度，将2毫米厚的螺丝垫数个，放在克氏针固定座与半环之间相

适应的一侧。此时由于加垫的作用能使克氏针升高迫使骨折对位即是拾针法，能将下针压迫使骨折对位即是压针法，二者出于一法两名称，只是由于方位的不同引出拾针和压针之别。

〈2〉角度计算：根据上外固定器术后的胫腓骨正位片，（拍片要求包括穿入的克氏针），进行测定已进针的角度（即穿入骨体的克氏针与胫骨水平的夹角）与应进针角度之间的差，然后根据所得的数乘2即是加垫的厚度。例如：折线由内下方斜向外上方的胫腓骨下1/3骨折，近端应进针角度是8°~10°，但实际进行角度是4°，那么差就是4°~6°，加垫的厚度就是用2毫米厚的垫2~3个。

〈3〉适应症：胫腓骨骨折使用外固定器后仍有侧方移位及侧方成角，但不宜前后移位的骨折。

〈4〉使用注意：首先要根据克氏针固定座所放的位置，在胫骨结节半环和踝上半环的内侧还是外侧，再根据骨折类型、移位方向、角度计算进行加垫。因为拾针和压针法是随着克氏针固定座的方向而变化，同一方向的移位，由于克氏针固定座在半环的内侧和外侧的不同，拾针法和压针法就发生了变化，拾针变压针，压针变拾针加垫的位置随之而变。

## 二、疗效比较

两组均为新鲜胫腓骨骨折，均使用外固定器治疗，每组20例。第一组应用拾针和压针法调整进针角度，使骨折对位；第二组只根据应进针角度在上固定器后做一般的调整，骨折的残余移位用弧形压板加压对位。治疗效果：第一组解剖对位者10例，与本组病例的50%；接近解剖对位者4例，占20%；对位良者6例，占30%；无成角及皮肤压迫性溃疡的发生。第二组解剖对位者5例，占本组病例的25%；近似解剖对位者7例，占35%；对位良者8例，占40%其中有2例皮肤溃疡，占本组病例的10%；1例轻度侧方成角，占本组病例的5%。

## 三、讨论

胫腓骨骨折的移位，临床上常见的就是侧方移位及成角，使用外固定器治疗胫腓骨骨折，首先掌握进针角度，一旦在进针后由于角度的误差仍有侧方移位及成角，是不能随便拔针再重新进针的，如果单靠附架上弧形压板去挤压移位的断端，力小上了不起作用，力大、长时间的压迫就易造成皮肤溃疡。我们使用加垫进行拾针和压针的方法，用克氏针直接牵拉骨体，或下压骨体，使断端向另外一端靠拢而对位。提高了外固定器的治疗率，减少或避免了弧形压板造成的皮肤溃疡，使用起来也得心应手，使古贤总结的“制器以治之”的经验更加完善化。

参考资料：

1. 胫腓骨骨折复位固定器说明书。
2. 中国中西医结合研究会骨伤科专业委员会上海分会成立大会交流材料中苏玉新、陈德满的《运用骨折复位固定器治疗胫腓骨开放性骨折的体会》。

## 会议消息

骨刺灵软膏科研项目于89年12月25日在北京通过了论证。论证会由北京市中医管理局主持召开。专家组由高益民、蒋位庄、赵子厚、江正玉、吴定环、胡月樵、张学武、赵德田组成。全国新药审批委员高益民教授任专家组组长。著名骨科专家尚天裕为会议写了书面发言。

骨刺灵软膏是北京市东城区干休所门诊部中医骨科医师海内胜与海内勇根据祖传秘方经三年研究而成。对治疗骨质增生，软组织损伤获得较好效果。

经临床100例疗效观察，有效率92%。这种采用民间贴敷疗法与现代制剂技术结合的软膏，与内服中药比较，直接作用于病变区，局部药物浓度高避免了不必要的脏器运行。专家小组一致认为骨刺灵软膏对于骨质增生，软组织损伤初步获得较好效果，建议列题进一步深入研究。

骨刺灵软膏的研究具有较大的开发价值，目前该项目正在深入研究，预计90年进入新药审批程序。