

保持颈部过伸位,以稳定复位后的寰枢关节,起到扩大椎间隙,疏通气血,缓解颈项疼痛,稳定颈椎,并符合脊柱生物力学原理。内服云南白药以活血化瘀,通络止痛。服葛根黄芪桂枝五物汤起到益气续损,解肌疏风,

养血濡筋和营的效果。适时配合适当的颈部功能锻炼,以调理善后,恢复功能。

(收稿:1995-01-10 修回:1995-10-20)

摇晃扳旋挤压法治疗跟骨体骨折

浙江省绍兴市中医院(312000) 沈国海

跟骨骨折一般常分为两大类^[1],一类是不波及跟距关节的骨折包括:跟骨结节纵形骨折、跟骨结节的横形骨折、载距突骨折、跟骨前端骨折、接近跟距关节的骨折;另一类是波及跟距关节的骨折包括:跟骨外侧跟距关节面塌陷骨折、跟骨全部跟距关节面塌陷骨折。本文主要报告第二类及第一类中的接近跟距关节的骨折,亦即跟骨体部骨折的治疗。

临床资料

本组 58 例中男 51 例,女 7 例;年龄 18~65 岁;受伤至就诊时间 4 小时~11 天;58 例中 61 只跟骨发生骨折,它们的结节关节角变小(-20°~15°),跟骨体横径增宽(比健侧增宽 1/3~1 倍)。

治疗方法

本组病例全部用摇晃扳旋挤压法整复,石膏加小夹板固定及药物内外兼治等。

1. 整复:在坐骨神经阻滞麻醉下,抽吸跟骨内积血。患者俯卧位,使足刚好超出床边。踝关节前方垫枕,近侧助手双手握住膝关节,远侧助手双手握住前足保持稳定并向下牵引,术者半蹲,双手的四指合扣,用小鱼际肌夹住跟部向上牵引。接着在牵引的基础上,术者双手以小鱼际肌为力点,用力左右摇晃跟骨,觉有骨擦感后用力向跖心扳旋,远侧助手同时将前足牵拉向跖屈曲,此手法以术者双手的鱼际肌刚能夹住跟部为度,不能用力扣挤。这样反复摇晃扳旋 2~4 次,至骨擦感在扳旋时几乎消失为目的。

第二步,接上手法,在将足跟向跖心扳旋后用力将双手小鱼际肌扣紧挤压跟骨体部,以纠正横径的增宽,反复几次,最后对比双侧跟骨,满意后进行外固定。

2. 固定:从胫骨结节下 2cm 处经踝前至足跖趾关节处用 10cm 宽的石膏绷带将伤肢固定于跖屈位。石膏干硬后,在小腿的内、外、后侧加夹板,其中后侧夹板至跟骨结节上 1cm 处,内外侧夹板超过足跟底,并在足跟体的两侧加上压力垫以防止因血肿的漂浮使横径再增宽,然后将两侧夹板在足底以适当的力度系紧。

3. 锻炼:石膏、夹板固定期间,先锻炼足趾活动。3 周后去外固定物,开始锻炼踝关节的背伸活动和足的内外翻活动。6 周可扶拐不负重行走;不能过早负重,否则跟骨有慢慢再塌陷的可能。3 个月后,骨折已基本愈合较为坚强,关节活动也基本恢复,这时可进行负重行走训练,以使行走的功能较快地恢复。

4. 药物治疗:内服药初期重在活血破瘀,后期注重补肾壮骨。外用药初期贴活血膏,中期贴接骨膏,后期贴活络膏(本院制)。对关节活动恢复不理想者,可配以中药熏洗以促其恢复。

治疗结果

61 只跟骨中获解剖对位者 21 只,近解剖对位者 28 只,其余 12 只跟骨均有不同程度的恢复,但其中有 5 只跟骨因跟骨距下关节丘部被压缩嵌入跟骨体内,无法恢复高度,结节关节角的恢复程度较小。

58 例病人一年内的近期疗效:优者 38 例(行走负重无跟痛,关节功能正常);良者 15 例(行走过长或负重后时有隐痛,关节功能基本正常);差者 5 例(不能行走过长或过于负重,行走不稳)。

34 例二年以上的远期随访:优者 30 例,良者 3 例,(原为差者)差者 1 例(原为差者中年龄最大者,65 岁)。

讨论

1. 跟骨为人体主要负重骨之一,为松质骨,根据生物力学的研究,松质骨多孔结构具有较高的能量储存能力,故要使跟骨发生骨折并产生移位,必需要较大的暴力,所以常见于高处坠下,跟部着地者。

正常的结节关节角,各书的记载略有出入,一般为 30~45°^[1]。跟骨骨折后主要表现为此角的减小甚至成负角,以及跟骨体的横径增宽。由于结节关节角的缩小(或成负角),跟腱变相延长,减弱了小腿三头肌力,不能跖足,影响正常行走。如果横径增宽加上结节关节角变为负角,使腓骨肌腱及胫位肌腱被挤压在下降的踝尖部与增宽的跟骨之间,产生疼痛,影响行走(常见为外侧疼痛)。随着建筑业的发展,跟骨骨折已经较为常

见,应及时正确治疗,否则后遗症较多。

2. 跟骨体骨折必须在麻醉下整复,否则因小腿三头肌的牵拉,影响整复效果。整复前,最好能抽尽积血,避免因血肿的漂浮作用影响整复的效果。手法整复的要点是先松动骨折块之间的嵌夹,再整复结节关节角,然后再整复横径的增宽,简单的标志为,骨擦音从无到有,再从有到无。

关节功能锻炼要及时,但负重行走不能过早,否则跟骨因尚未坚强愈合可再次塌陷。

参考文献

1. 天津医院骨科. 临床骨科学(1)创伤. 第一版. 北京: 人民卫生出版社, 1982; 431~432.

(收稿:1994-10-28)

手法复位闭合穿针治疗足舟骨脱位

山东省潍坊市中医院(261041)

作者自 1989 年 7 月~1994 年 4 月以手法复位闭合穿针的方法治疗足舟骨脱位 3 例,均取得了良好的效果,现报道如下。

临床资料

3 例均为男性;年龄 28~43 岁;1 例自高处坠落,2 例为车轮碾压;1 例合并头外伤,股骨髁部骨折,1 例合并肋骨骨折。

治疗方法

手法复位前足部常规消毒,铺无菌巾,于电视 X 光下操作。一助手固定跟踝部,另一助手牵引足前部且强力外翻,术者拇指按于舟骨背、近侧,余指附于足外侧。因舟骨脱位后有胫后肌的牵拉,舟骨往往向内、向近端移位,所以术者用力向远、向外推挤,助手在牵引、强力外翻的同时,不断使足旋前或旋后以加大与距骨和楔骨之间的间隙。复位时有明显的复纳感。复位后在电视 X 光下于舟楔关节外缘进针,穿过足舟骨与距骨固定在一起,轻轻活动足舟部,确定固定稳定后,以石膏托固定足于中立位 4 周。4 周后拔除固定针,行足部非负重功能锻炼,6 周后下地负重行走。

治疗结果

足舟骨脱位以本法治疗,合并伤采用手术及对症

杜奇涛 徐世涛 张振鹏

治疗。3 例病人经随访半年~4 年,均获良好功能,未遗留疼痛、畸形等后遗症。

讨论

在足部,舟骨借助其背、底及外侧的韧带与距骨、跟骨、楔骨、骰骨相连。由于有坚强的韧带与之相连,故舟骨较难出现脱位。但是当外力使足强力外展、内翻时,其足底韧带被撕裂,外力改变使强力外展、旋后时,其背侧韧带又被撕裂,骰骨向内挤顶舟骨,加之胫后肌的强力牵拉,可使舟骨脱位;若暴力较小,足底、背侧韧带的一侧未断,胫后肌腱强度大于舟骨时,可使舟骨在粗隆部骨折;若单纯强力外翻、内收足前部,可使足跗横关节脱位,而不能发生单纯舟骨脱位。故足舟骨脱位是在足部所受外力不断变化,使上下韧带断裂,舟骨骨性强度大于胫后肌腱强度条件下,胫后肌强力收缩造成的。足舟骨脱位可行手法复位石膏外固定和切开复位内固定。但前者在手法复位后石膏固定时舟骨往往再次半脱位;后者则损伤大,且有舟骨缺血坏死之虞。而本法既解决了手法复位后再脱位,又避免了手术所造成的舟骨坏死。此法简便、可靠、容易操作。

(收稿:1994-10-26 修回:1995-5-22)

利用杠杆力手法整复三踝骨折

白求恩医科大学第三临床医院(长春 130021) 刘玉坤

1988 年 10 月以来,作者根据力学原理借助杠杆力,手法整复新鲜三踝骨折 58 例,解剖复位率在 90% 以上,术后平均随访 2 年 5 个月,踝关节功能恢复满意,现报告如下。

临床资料

本组 58 例中男 39 例,女 19 例;年龄 16~64 岁;跌伤 25 例,挤压伤 19 例,坠落伤 8 例,其他 6 例;闭合性损伤 46 例,开放性损伤 12 例;骨折分型:外翻外展型