

## 手法介绍

# 距骨骨折及脱位的手法治疗

北京燕山石化公司职工医院 (102500) 李清华

距骨骨折是踝关节中较严重的骨折,应及时满意复位,处理不当则后果较严重。本院自 1980~1995 年共手法复位治疗 19 例,报告如下。

### 临床资料

本组 19 例中,男 16 例,女 3 例;年龄 5~51 岁。均为新鲜骨折,其中开放伤 2 例,距骨体粉碎骨折 2 例。合并内、外踝骨折 4 例,内、外、后、前踝及下胫腓关节分离 1 例,合并跟骨骨折 2 例,跗骨骨折 1 例。按 Gillgust<sup>(1)</sup>分类: I°距骨颈骨折无移位或轻度移位 1 例, II°距骨颈骨折合并距下关节脱位或半脱位 11 例, III°距骨颈骨折合并距骨体完全脱位 7 例。

### 治疗方法

全部先以手法复位,石膏外固定治疗,对 2 例开放伤则先行清创关闭伤口后再行手法复位。手法复位失败 2 例,其中开放伤 1 例,行螺丝钉内固定,闭合伤 1 例,为距骨体粉碎骨折合并内、外、前、后四踝骨折及下胫腓关节分离,手术切开仍难以复位,遂行胫一腓一距关节植骨融合术。手法复位操作要点:对 I°骨折以石膏托固定于踝关节功能位 2~3 个月; II°骨折,由助手固定并对抗牵引小腿,术者握持足部置于跖屈位向后推即可复位,维护跖屈位经 X 线透视满意后石膏固定 3~4 周,然后改为功能位石膏固定 3 个月左右; III°骨折,先将足置于极度背屈外翻位,使胫距后侧间隙加大,同时自内踝后方向前按压,推挤脱位之距骨,使其还纳踝穴内,将足再跖屈后推使骨折及距下关节复位,跖屈位石膏固定 3~4 周后改为功能位固定 3~4 个月。在复位距骨同时对合并踝关节骨折者应尽量达到解剖复位。

### 治疗结果

本组手法复位成功 17 例,经随访 1~14 年,疗效按 kenwright<sup>(2)</sup>标准评价,疗效结果: I°优 1 例, II°优 6 例,良 3 例,可 1 例; III°优 2 例,良 1 例,可 2 例,差 1 例。优良率 76.5%。

### 讨 论

1. 距骨的解剖特点及血供 距骨由头、颈、体、后突组成,距骨无肌肉附着,75%为关节软骨覆盖,其衔接踝、跟骨、舟骨等完成足的背伸、跖屈、内收、外展

及内外翻动作,是足的支持与活动中心,复位不佳会影响足的持重功能,产生疼痛及活动障碍。距骨血供特殊,由胫前、胫后及腓动脉细小分支供应,主要供血为胫前动脉的足背动脉的分支,由距骨头或颈部进入,因此距骨骨折易发生缺血坏死。

2. 治疗方法及治疗时机选择 因距骨的解剖和血供特点,选择手法复位石膏外固定可避免因切开复位内固定造成对距骨血运的进一步破坏而增加距骨缺血坏死的机率,kenwright<sup>(2)</sup>指出手术对距骨血运均有破坏可能,且手术存在切口感染等不利并发症。距骨无肌肉附着,复位后还纳踝穴内较稳定,因此笔者主张距骨骨折可先行手法复位,如不成功仍有机会行切开复位内固定。一些文献报告,手法复位效果较满意<sup>(3,4)</sup>。对距骨骨折患者应急诊尽早复位,尤其是 III°骨折脱位者,因脱位骨折块对血管、神经及皮肤可能有严重压迫,早期复位解除压迫可防止出现严重并发症,如复位不及时也可因严重肿胀,或张力性水泡出现而造成复位困难从而影响疗效。

3. 复位注意事项及合并伤处理:对 I°及 II°骨折应避免背屈,否则易向 III°转化, III°骨折复位较困难,在复位失败手术者中发现距骨发生旋转而嵌顿于跟腱和踝之间,而合并内、外踝骨折者则复位较容易,对合并踝关节骨折者应在距骨复位同时使踝关节达到解剖复位,否则距骨向内外侧移位,其关节软骨压力负荷增加,晚期出现创伤性关节炎。对合并跟骨骨折者应力争恢复 Böhler 角,否则出现足弓塌陷造成疼痛,跛行而影响功能。

4. 距骨骨折后距骨坏死 距骨骨折后距骨坏死率各家报告不一,据文献综述 10%~70%<sup>(5)</sup>,骨折越严重坏死率越高。一般根据 X 线骨密度增高可诊断。Howkin<sup>(6)</sup>指出在伤后 6~8 周距骨体软骨下骨有 X 线透亮区,称 Howkin 氏征,表示有血供存在,不会发生缺血性坏死。缺血坏死约 80%<sup>(5)</sup>可自行恢复,发生塌陷者少见,但可诱发创伤性关节炎,是影响预后的重要因素。对骨密度偏高者应密切观察,延长固定时间,避免负重。

### 参考文献

1. Gillgust J, et al. Late results after vertical fracture of the talus

- Injury 1974; 6: 173.
2. Kenwright J, et al. Major injuries of the talus. J Bone Joint Surg (Br) 1970; 52: 36.
  3. 闻善乐. 距骨颈骨折 21 报告. 中华外科杂志 1980; 6: 521.
  4. 刘正平, 等. 闭合性距骨骨折的治疗. 中华外科杂志 1964; 12: 455
  5. 陈青. 距骨颈骨折脱位治疗进展. 中华骨科杂志 1989; 5: 379.
  6. 过邦辅等编译. 坎贝尔骨科手术大全. 第 1 版. 上海: 上海翻译出版公司 1991: 785.

(收稿: 1996-11-13)

## 针刺治疗腰骶棘间韧带劳损

浙江省丽水市中医院骨伤科 (323000) 柳占元

腰骶棘间韧带劳损引起的下腰痛, 目前的各种常规疗法, 疗效常不确切。三年来我们在受针刺疗法治疗其它软组织损伤后遗症的启发下, 试用针刺疗法治疗腰骶棘间韧带劳损, 取得了满意的疗效。

**临床资料** 共治疗病例 109 例, 女 69 例, 男 40 例。年龄 20~50 岁。病史最短 3 个月, 最长 23 年。

**治疗方法** 患者俯卧位, 腹部置一小枕, 术区常规消毒, 术者带手套, 左手拇指指尖紧掐 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 棘间, 右手持针 (长 13cm, 粗 2mm 的克氏针, 尾端打成扁平状, 头部磨成扁刃状), 沿棘间正中刺入, 刀口线与棘间韧带纤维走行方向一致, 深度约为 3~4cm, 以不穿过黄韧带为度, 进针部位正确可有较明显的酸胀麻感, 并向两侧臀部及双下肢后侧传导。先顺韧带纤维方向进行纵行剥离, 然后向左右方向进行横拨, 充分松解后, 针下松动无阻力感时出针, 针眼压迫 1 分钟, 用无菌纱布包扎。即可下地行走, 术后不必卧床休息。

**治疗结果** 针刺治疗腰骶棘间韧带劳损患者 109 例, 疗效评定, 根据陆一农<sup>[1]</sup>的腰痛指数, 从十个方面进行评判, 根据治疗前后的总指数, 计算出治疗后的有效率: 85% 以上为优、70% 为良、60% 为可、60% 以下为差。109 例疗效评定: 82 例优; 23 例良; 可者 2 例; 差者 2 例。优良率达 96.3%。大部分患者治疗一次即愈, 少数为 2~3 次。随访时间: 最短 3 个月, 最长 23 个月。

**讨论** 腰骶棘间韧带, 是连接 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 棘突间唯一的韧带纤维组织, 呈长方形, 正常厚度约 2~3mm, 由三层韧带纤维组成, 中间一层其左右各一层。中间层纤维由后上向前下, 左右层纤维由前上向后下, 附着于下一棘突上缘和黄韧带, 三层纤维互相交叉排列, 呈不规则

的棱形格子状。由于 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 棘间韧带缺少棘上韧带的保护, 又处于腰骶活动轴的最外侧, 所受的牵拉及扭转力最大, 所以受损的机会较多。由于外伤和慢性劳损以致该处韧带发生部分撕裂及磨损, 病损处可有少量出血渗出水肿, 血细胞及巨噬细胞成纤维细胞增多, 以后渗液虽被“吸收”, 但纤维组织逐渐增多, 形成瘢痕及纤维化组织, 使棘间韧带各层之间发生粘连, 故当弯腰牵拉 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 棘间韧带时, 由于三层韧带在牵拉时不能发生正常的磨动, 造成韧带纤维受力不匀, 使病损粘连处韧带受到过分牵拉, 刺激神经感受器, 使患者感到酸痛无力不能持续弯腰, 局部病损处的炎性物质的积聚和刺激加重了粘连和腰痛。所以粘连和炎性物质是造成腰骶痛长期不愈的主要原因。采用针刺松解韧带之间的粘连即可达到松则不痛的预期效果。

在 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 棘间韧带劳损的治疗时, 通过直刺第十七椎穴 (即 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 棘间), 达到疏通督脉的经气, 活血行气止痛的作用。另一方面, 作为手术刀, 可以剥离松解局部的韧带间粘连, 铲除病灶。经过针刀的强刺激, 可使周围的血管扩张, 血流加速, 局部发热, 代谢加快, 有利于炎性物质的吸收分解, 有利于组织的修复, 为防止韧带间的重新粘连, 术后鼓励患者照常生活工作, 待针眼处的软组织创伤修复后, 其腰骶痛亦逐渐消除, 其过程约 10~15 天, 这与正常的软组织修复时间一致。

(本文承蒙山东省文登骨伤研究所刘荣新老老师指导, 特此致谢!)

### 参考文献

1. 陆一农, 颈肩腰腿痛病案集. 北京: 人民军医出版社, 1988, 243

(收稿: 1996-10-22)