

作；可：症状减轻，关节功能活动有所改善，下蹲、立起和上下楼能坚持一定时间；差：治疗1个疗程，症状体征及关节功能活动较治疗前无改变。

2. 疗效评定结果：本组每个疗程为10次，治疗最少1个疗程，最多5个疗程，平均2.4个疗程。均于6个月~1年后随访，按上述标准评定。优：35膝，良37膝，可10膝，差4膝。优良率83.70%。

讨论

退行性膝关节病属祖国医学“骨痹”范畴。隔膏药灸，是用胶布膏药做间隔物，因膏药本身具有祛风除湿，温经散寒，活血化瘀，消炎止痛的作用，加之灸罐或灸盒的温热刺激，使膏药的渗透力大大地提高，最大限度地发挥出膏药的治疗作用。而灸罐或灸盒的温补作用和艾绒祛风除湿，温经散寒的特性借助所贴膏药的药力疏布于机体，三者之间发挥协同作用，相得益彰。此外，选用胶布膏药做间隔物具有选材方便，治法简单的特点，且因胶布膏药薄而透热效果好，故还有隔膏不隔热的优点，既提高了膏药的药力，又发挥出灸法的温热效应。

笔者选用点穴推经、松筋理筋、按揉痛点、挤旋髌骨四法，可以缓解 绳肌痉挛，消除膝关节屈曲对 静

脉的挤压状态，促进静脉回流，从而消除髌骨，股骨，胫骨的静脉瘀滞及滑膜，关节囊的充血、肿胀，降低骨与关节内压，缓解症状。手法还能松解髌骨和膝关节周围组织粘连，增强肌力，恢复肌腱、韧带的弹性，改善局部血液循环，促进局部组织炎性物质的吸收，加快关节软骨的新陈代谢，促进病损软骨的修复。最后选用运动牵抖法，摇旋、屈伸、挤压、牵引抖动膝关节，使肌肉、韧带和关节受到适度的挤压研磨和牵拉伸展，使增生的骨刺得以消磨，解除关节的交锁症状，增大髌胫、胫股关节间隙。增加髌骨的活动度。矫正内应力失衡和压应力异常所致的恶性循环。恢复关节运动功能，提高膝关节的稳定性和灵活性。

在本病治疗期间，应注意减少或避免关节软骨的承重力和再损伤。在恢复期嘱患者适时适量地加强股四头肌的锻炼，加强膝关节伸屈、旋摇活动，指导病人学会自主锻炼方法，对加快患膝功能恢复、预防复发均有积极作用。

参考文献

[1] 余宗南, 郑益民. 灸罐疗法简介. 中医杂志, 1988, 29(2): 49
(收稿: 1997-01-30)

手法治疗踝关节损伤后遗症

李德明

(上海市北站医院, 上海 200085)

笔者运用魏氏伤科传人李国衡教授的手法对踝关节损伤后遗症进行治疗，疗效显著，现介绍如下。

临床资料

1. 本组20例，都有小腿和踝关节骨折或脱位病史，其中胫腓骨骨折后2例，第五跖骨骨折后10例，腓骨远端骨折后4例，跟骨骨折后3例，距骨骨折后1例。男性12例，女性8例。年龄21~55岁。经过外科或骨科治疗后骨折已愈合，但仍有踝部肿胀、疼痛、日轻夜重、活动受限、行走不利。施行手法治疗病程最长者为1个月，最短者1周。右足12例，左足8例。

2. 临床表现与诊断要点：踝关节肿胀，行动后更明显，晨起轻、午后重。背屈跖屈及内外翻活动都有不同程度的限制。疼痛，不能下地正常行走，常需持拐杖行走。踝关节有各种损伤病史，骨折已达到骨性愈合。如经有石膏固定史，时间越长则踝关节症状越严重。X线表现：骨折线已有骨痂形成，石膏固定比较长者，往往局部有

骨质疏松现象。

治疗方法

1. 手法：(1) 患者取仰卧位，左足为例，术者立于患者前侧。左手托握住踝部，右手拇指徐徐按揉患处来回顺筋数处，使僵硬肿胀得到放松。(2) 继用左手将足作极度内翻以拔拉筋络，右手仍轻轻推揉患处。(3) 接上法，再将足部恢复至正中直角位，端正足部，(踝关节与小腿呈90°)作极度背屈。(4) 紧接上法，将处于背屈位之足部向跖屈位突然用力牵拉，此时可闻及轻微“咯啦”一声，此一动作应迅速正确而连贯，用力要均衡，然后回复至正中位。

以上4步手法须前后衔接，一气呵成，连续而不能停顿，迅速而正确，平时需要反复练习才能得心应手。

2. 手法完毕后，踝关节于中立位。

3. 外用中药洗方：伸筋草12g，透骨草12g，紫草10g，红花10g，苏木10g，五茄皮12g，扞扞活30g，泽兰叶12g，

乳没各10g。嘱病员煎水熏洗踝关节部。每日2次，每剂药可用2~3天。

4. 导引：嘱病员双手扶住桌子一边，作缓缓下蹲动作，每天2~3次，每次蹲下站起约20下左右。

治疗结果

1. 疗效评定标准：优：踝关节跖屈背屈活动，两足对比度数与健侧一致，恢复正常行走，肿胀消退，疼痛基本消失；良：踝关节跖屈背屈活动度数增加10°以上，能恢复行走，肿胀基本消退，疼痛减轻或改善；可：踝关节跖屈背屈活动度数增加5°~10°；行走能力改善，行走时稍有跛行，仍有肿胀，但疼痛减轻；差：跖屈背屈活动度数无明显增加，步行仍有疼痛，肿胀未消，自觉症状无改善。

2. 疗效评定结果：本组20例中，优11例，良7例，可1例，差1例。优良率达90%。

讨论

踝关节损伤后虽然骨折已愈合，但局部瘀积未散，

关节粘连，局部肿胀，活动受限等仍存在。如单纯理疗与药物治疗疗效较慢，拖延时日，影响工作与生活，所以手法治疗尤为重要。通过手法治疗达到了松解粘连、活络关节、恢复功能的目的。在行手法时能解除张力，改善血循环。

李国衡教授认为，“各种损伤必然造成组织结构的紊乱，失去正常的解剖位置或者气血循环受到影响，需要通过手法恢复组织的原来位置，使气血得到正常的循环”，并又指出，“在操作时要做到稳、准、仔细轻快，当病人感觉到疼痛时手法已经完成”。当踝关节从轻度背屈，突然迅速跖屈，旋即恢复正中位之动作时，通过关节周围韧带和软组织之紧张而挤压血肿，使之向周围扩散，通过手法后患者有松解感并增加主动关节活动，改善血循环从而降低组织间隙之内张力，使伤病员能尽早恢复踝关节功能造成了有利条件。

(收稿：1997-03-08)

折角牵引整复肱骨髁上骨折30例

林连城 陈崇华 江跃鹏 陈跃东

(厦门市开元区医院, 福建 厦门 361001)

笔者应用折角牵引整复肱骨髁上骨折30例，疗效较佳，报告如下。

临床资料

本组30例中男25例，女5例；年龄5~12岁；骨折类型：伸直型28例，屈曲型2例；随访时间0.5~5年；X线摄片显示全部病例骨折端对位对线佳，骨质愈合坚强，肘关节活动无障碍。

治疗方法

以右侧伸直型肱骨髁上骨折尺偏型为例，在适当麻醉下，患者俯卧在手术台上，头转向健侧。患肩外展90°；上臂置于靠背椅的椅背上缘（与椅背上缘垂直），肘关节自行屈曲前臂自行下垂。近端助手双手抓握患者上臂，远端助手蹲下，双手抓握患者前臂，向手术台的外下方（与水平线呈60°交角）准备牵引。术者立于患者右下方，用右手“摆正”患者前臂，即矫正骨折的旋转畸形与（侧向）成角畸形，用左手握持骨折近端，4个手指抵压近断端桡侧，用拇指顶压远断端尺侧，用剪力矫正尺偏畸形。令两助手缓缓施力牵引，骨折即可复位。接着放松牵引，患者上臂依旧横置椅背上缘，患肘

呈90°屈曲位，术者用拇指按压尺骨鹰嘴，助手上长臂石膏（背侧）托，缠绕绷带时暂不绕经肘窝。待石膏干硬后，移去靠背椅，必要时再加用掌侧石膏托。

讨论

整复有移位的骨干骨折，必须在拔伸牵引下进行。肱骨髁上骨折系靠近关节的骨折，由于短小的远端骨段受单一方向的肌肉牵引使骨折成角畸形，此时如果顺着上肢纵轴牵拉，则牵拉越重，骨折成角畸形越大^[1]，也就越难整复。应用折角牵引法，操作前的“折角体位”即已把肱骨远折段与近折段置于同一轴线方向，把以往的“顺上肢轴线牵引”改变为“顺肱骨轴线牵引”。牵引力增大不会改变远折段轴线的朝向，使整复更为容易。本法避免了传统整复术中远端助手边牵引边屈曲肘关节时无意中减弱了牵引力之弊。折角牵引使此类骨折的整复操作变得更为合理，更为容易。

参考文献

[1] 天津医院骨科. 临床骨科学. 创伤分册. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1982. 178~179

(收稿：1997-08-21)