

提 按 摇 摆 叩 击 法

治 疗 胫 腓 骨 中 下 段 骨 折 77 例 报 告

湖南株洲市中医伤科医院 蔡玲秀

胫腓骨骨折占全身骨折的发生率为13.7%。^[1]但是由于胫骨中下三分之一交界处，是三棱形和四方形骨干的移行部，比较细弱，为骨折之好发部位，^[2]又因胫骨中段以下骨折，往往因局部血液供应不良，临床上较易发生迟缓愈合和不愈合。^{[3][4]}我们在治疗此类骨折时抓住手法复位首要环节——采用提按摇摆叩击法，临床观察77例无迟缓愈合和不愈合，全愈和显效为88.31%，好转为11.69%。

现将疗效分析报告如下：

临床资料

本组77例中男57例，女20例。年龄：1—10岁14例，11—20岁23例，21—30岁11例，31—40岁11例，41—50岁7例，51—60岁7例，61岁以上4例。

诊断标准

1. 胫腓骨中下段处有肿胀压痛，骨擦音，畸形及异常活动，下肢功能丧失。

2. X光摄片检查：胫腓骨中下段骨折呈现二种类型：稳定性（包括横断、嵌插、青枝骨折等型）和不稳定性，（包括螺旋、斜面、多段粉碎骨折等型）。

治疗方法

一、手法复位：采用提按摇摆叩击法整复，病人取仰卧位，膝关节屈呈150度—160度，一助手用肘关节套住患肢膝窝部，另一助手握

住患肢足踝部，在对抗牵引3至5分钟时，先矫正重叠及成角畸形，按胫腓骨中下段骨折向外向后移位的规律，术者立于患肢的外侧，面对患者，用两拇指放在骨折近端前侧，其余四指环抱小腿后侧提远端向前，纠正向后移位；同时两拇指推近端向外，余手指拉远端向内，纠正向外移位。先胫骨后腓骨。再用双手分别控住骨折的远近折端，沿纵轴方向轻微地向前后左右摇摆，可闻及骨擦音逐渐消失，再叩击跟骨至骨折端有恢复支柱作用的稳定感。如若为斜面形、螺旋形等不稳定型骨折可宜慎用或不用。

二、固定方法：（1）器材：夹板五块、纸压垫、绷带、棉垫、布带四根、消肿止痛膏。（2）固定方法：骨折复位后，在维持牵引下，术者两手控住骨折部，先敷以消肿止痛膏，用绷带缠绕数圈，然后放置棉垫和夹板，其中内外侧夹板在足跟下方作超踝关节固定，再用纱布带先捆中间二道，后捆两端。

疗效情况

一、疗效分级：

1. 全愈：骨折对位对线及功能恢复均好，可完全恢复原来工作。
2. 显效：骨折对位达三分之二，对线好，功能恢复可坚持原来工作。
3. 好转：骨折对位只达三分之一，并有10度以内的成角弧度，功能基本恢复。只能坚持轻工作。
4. 无效：骨折对位对线与治疗前无变化。

二、疗效分析见附表：

肌附，筋肌丰满，肌力强大，一旦罹伤则筋聚骨错，合并症繁多，死亡率占骨损伤之第三位，所以是一种特殊而严重的损伤。它既有皮肉筋骨之外损，又有气血、经络、脏腑之内伤。该损伤可直接触及肚腹和腰背，形成腹膜后巨大血肿影响邻近之脏腑。冲任督三脉之起点皆循于骨盆部，当损伤时则经络运行阻滞，经脉失常，故骨盆损伤也应属内伤范畴。

2. 当骨盆严重损伤时，构成松质骨的骨断端，盆腔静脉丛，盆腔壁软组织、血管、内臓器官等，脉络破裂出血，在损伤处和腹膜后形成血肿，淤血约达2500毫升，造成亡血晕厥。宗“有形之血不能速生，无形之气所当急固”之旨，先予独参汤以救晕厥。如不效，则遵循“治血必先

理气，血脱必先益气”之则，继用生脉散并重用黄芪施治。当晕厥纠正时，在上方基础上加入活血化瘀之品及血肉有情之虫类药，以清除淤血，拔其病根，使血循经络，达到不止血，而血自止，正所谓“失血何根，淤血即其根也”之义。以免留淤之弊，使病人精、气、神尽快恢复。

3. 三焦号曰中清之府，总领五脏六腑，营卫经络之气，又为决渎之官，水道出焉。当膀胱、直肠受损，二便失司，湿热之邪乘虚而入，蕴结于下焦，兼挟淤血为患，淤邪胶结，热毒内盛，辄致壮热，阴液过耗，其证甚急，待清湿热则淤不行，专消淤血则湿热难去，需化淤行水并进，则二便通利自行，壮热自退，故治此病要从三焦入手，尤重下焦，效如鼓桴。

| 骨折 类型 患足 | 稳定性 | | | | | | 不稳定性 | | | | | | 小计 (人数) | 百分率 % |
|----------------|-----|---|-----|---|-----|---|------|---|-----|---|-----|---|------------|----------|
| | 横形 | | 短斜形 | | 青枝形 | | 长斜形 | | 螺旋形 | | 粉碎性 | | | |
| | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | | 58.44 |
| 全愈 | 8 | 9 | 1 | 4 | | | 9 | 9 | 1 | 3 | | 1 | 45 | 58.44 |
| 显效 | 7 | 3 | | 1 | | | 5 | 3 | 2 | 2 | | | 23 | 29.87 |
| 好转 | | 1 | | 1 | | | 3 | 2 | | | 2 | | 9 | 11.69 |
| 无效 | | | | | | | | | | | | | | |
| 小计 (人数) | 28 | | | | | | 31 | | 8 | | 3 | | 77 | 100% |

从表一可见胫腓骨中下段骨折77例临床疗效率：全愈和显效为88.31%，好转为11.69%。无一例不愈合或延迟愈合。

三、典型病例：

〔例一〕刘×、女、10岁，学生，住株洲基础大学宿舍。患儿于83年3月26日下午2时许，不慎从9米高处摔下跌伤，双下肢胫腓骨骨折而收入院治疗。查双下肢小腿中下1/3段明显畸形，局部肿胀，压痛明显，可闻及骨擦音，双下肢小腿至足背可见明显青紫淤斑肿大。左足跟压痛明显，足跟部挤压及足底纵向冲击痛（+）。

X光线检查（21248号），诊断为右胫腓骨远端骨折，向内后方成角18度，左胫腓骨远端骨折向外向前移位三分之一，向内后方成角20度。左跟骨体中前段骨折，头部向上移位，具累氏角成负角。入院后在对抗牵引下，用提按摇摆叩击法纠正成角及侧方移位，外敷消肿止痛膏，局部夹板固定，经摄片复查骨折对位对线好，治疗四周后摄片检查已有骨痂生长，六周后能弃拐杖行走而出院。10个月后随访：功能恢复正常，已能徒步上学。

〔例二〕沈××、男、42岁、住株洲县龙头铺乡新农生产队，农民。患者于82年11月27日因挖石头，被重约70公斤左右的石块打击左小腿，当时疼痛，伤口流血，不能站立，经同事送乡卫生院急救清创后，于12月1日转入本院住院治疗。查：左小腿致足背部肿胀明显，小腿中下段压痛敏感，皮下青紫淤血，触之有骨擦音，小腿中下段内侧有一缝合伤口约四公分长，局部皮肤红肿，踝关节功能障碍。X光照片（20591号）诊断：左胫骨中下段短斜形骨折，远折端向外移位0.7公分，向后移位0.2公分。入院后在助手对抗牵引下，经用提按摇摆叩击法进行复位后，局部敷以消肿止痛膏，缠绕绷带，夹板外固定，经床头二次透视，正侧位对位对线好。治疗六周照片检查有骨痂形成，住院八周后能扶拐杖行走出院，经一年后随访，伤肢无后遗症，已能从事劳动生产，功能恢复良好。

〔例三〕：周××、女、22岁、住株洲县白关乡大塘湾生产队，农民。于82年5月3日从3米高处的土坎上摔下，跌伤左足小腿，伤后无昏迷呕吐，自感患肢疼痛厉害，不能站立，送我院门诊，经检查：以左胫腓骨中下段骨折收入住院治疗。查：左下肢小腿肿胀厉害，内侧皮肤有小水泡，局部可见青紫淤斑，压痛敏感，可触及明显骨擦音，骨传导音减弱，踝关节功能丧失。X光照片（19620号）检查为左胫腓骨下1/3段骨折，胫骨远折端向内方移位约五分之二，轻度向前方成角，断端内侧有一碎骨片，约0.8×0.9公分大小，腓骨远折端向内侧移位约五分之四，向后侧移位三分之二。入院后在助手对抗牵引下，用提按摇摆叩击法，纠正成角侧方移位，敷以消肿止痛膏，五合一夹板捆扎外固定。5月17日摄片复查，骨折对位对线好，治疗五周后有骨痂形成，住院治疗二个月后能跛步行走而出院，经一年后随访检查，伤肢功能恢复良好，参加田间劳动。

体会与讨论

胫腓骨干中下段骨折是临床常见的多发的骨折疾病。由于该处血供较差，骨折的延迟愈合和不愈合的现象也较常见。近年来，我们在治疗此类骨折的过程中，在学习《医宗金鉴》和《临床骨科学》的新老八法为基础，结合我们的临床实践，反复领会推理，这些手法中的牵提按揉法，并针对胫腓骨中下段这一骨折不易愈合的特点，增用叩法，重新有机地组合为提按摇摆叩击法，通过临床运用和77例疗效观察，取得了较为满意的效果，我们的体会如下：

1.手法的特点：操作方便，较易掌握，便于推广。同时在一定程度上免除了开放手术复位，减轻了患者的痛苦，病人也较乐意接受。

2.手法机理：提按摇摆叩击法是由牵、提、揉、摆、叩五种手法有机地组合而成的，是针对胫腓骨中下段骨折复位的综合手法。“牵”是纠正骨折的重迭与成角。“提”是纠正骨折的前后移位。“按”是整复骨折的内外侧向移位。清代

肱骨干骨折不愈合的治疗

曲国宾* 王树连 项彤芬

肱骨干骨折是四肢好发骨折之一。应用中西医结合的方法治疗大多数得到愈合,但由于种种因素有未能愈合的病例,对于不连接的骨折治疗方法较多,而常用的方法是坚质骨贴合加松质骨填充法、髓内针加植骨法、钢板螺钉内固定加植骨法等等⁽¹⁾。

我们在八四年十月~八六年五月间,收治了肱骨干骨折不愈合病人九例(男6例、女3例)。其中,上1/3 2例、中下1/3 6例、下1/3 1例,骨折不愈合时间最长三年,大多数在外院进行了骨折复位内固定的手术,其中三例合并有桡神经损伤,详见附表。

我们结合中西医治疗骨折的临床经验,根据生物力学,对九例此类病人,采用了对骨折断再处理后使成 $45^\circ <$ 的斜面,用一枚螺钉成 $10^\circ < \sim 25^\circ <$ 位加强固定,再用钢板螺钉内固定并用松质骨植入的方法,取得了明显疗效,故报告如下。

治疗方法:

上述病例90%已作过手术。入院后做全面检查,认为是再次手术适应症。根据不同部位选用

了相应的切口。具体操作为,选用合适的麻醉成功后,按骨科手术操作步骤,切开皮、皮下、浅深筋膜后,妥善、仔细、认真地处理好神经与肌层(尤其合并有桡神经损伤的病人),抵达骨端时,取出原内固定物,清除多余、参差不齐的瘢痕等组织,尽量保留骨的长度,在骨端处用电锯、电钻,或用骨凿或骨咬造成新的斜折面,长约2.5~3.5cm,角度约 $45^\circ <$,疏通髓腔后,选用一枚螺钉。垂直于新的斜折面或成 $15^\circ < \sim 25^\circ <$,拧入新处理好的断端固定。再上六孔钢板螺钉固定,用松质骨植入。术中要注意新折面的对合与密接。对有桡神经损伤的三例,术中探查兼作了松解术2例、吻合断裂一例,输血200~400毫升。术后用石膏外固定6~8周,改用纸壳绷带外固定时X光片示有骨连接时练习肩、肘、腕功能活动。

疗效

本组病例经用上述方法治疗1.5~2月后,经X光片及临床检查证实为临床愈合。肩、肘、腕部各关节功能都有不同程度的恢复,肌肉萎缩得到了明显的改善,一年后功能恢复接近正常,其中无不愈合之病例,桡神经损伤的三例,肌力、知觉、运动均恢复近至正常,并取出了钢板等内固定物。

讨论

一、肱骨干骨折用中西医结合的方法治疗大多数能得到满意的疗效。但对于肱骨干骨折不愈合的治疗,国外学者⁽²⁾曾介绍了施行16~18次手术仍遭失败;并且他推荐用髓内针加植骨法治疗。我们在中西医结合治疗骨折中体会到,斜形骨折接触面较横形为大且大多数愈合,但是有稳定因素,这与生物力学有很大关系。因此应用了折断面加用一枚螺钉,结合板钉植骨法。这样

钱秀昌在《伤科补要,按骨论治》中云:“肢而旁突,相其形势,徐徐按之”^[5]。播是摇晃断端,促进胫腓骨中下段骨折血运增强。摆是顺理肌肉膜加强血运,纠正断端残余移位,同时还可以驱除断端间的淤血及变性组织,减轻疼痛,促使断端更加吻合,使骨折紧密接触,从而达到祛瘀生新的目的。《杂病源流犀烛·跌扑闪挫源流》云:“震则激……败血易于流散,可以克期而愈”^[6]。叩是促使断端的骨皮质及骨小梁更加吻合,加强骨折复位的稳定性。因此本法通过临床实践和病例观察,能较好地解决胫腓骨中下段骨折因血运不良而不易愈合的问题,获得满意的疗效。因此我们认为在发扬继承祖国医学遗产的基础上,遵其宗旨而不泥其法,为结合临床具体实际,灵活运用,总结经验,力求创新,才能不断提高临床疗效,使祖国医学发扬光大。然而我们临床病例尚少,有待进一步努力,谨此推荐于同道,供临床相互研讨。

3. 注意事项: (1) 本手法摇摆时幅度应小,并酌情择取摇摆的方向和角度。(2) 若胫腓骨中下段骨折兼有旋转移位者,则可配合采用旋转手法,纠正旋转移位。(3) 采用其中的叩击法,还可争取医患结合的方法,在复位10天后,在医者的指导下,鼓励患者用足跟部轻轻蹬地;或医者用手掌轻叩患者足跟部。(4) 提按摇摆叩击法是牵、提、按、播、叩的五种手法有机的连续过程,应用时必须心中有数,要准确迅速,力求助手与术者及患者密切配合。

参考文献

- [1] 广州中医学院《中医伤科学》人民出版社第118页。
- [2] 同[1]。
- [3] 孟继懋主编《骨与关节损伤》人民出版社第22页。
- [4] 同[1]。
- [5] 上海中医学院、浙江中医学院主编《医古文》、上海科技出版社第82页。
- [6] 同[5]。