

成角法整复腓骨重叠移位

湖北省黄梅县中医院骨伤科 李青龙

胫腓骨骨折乃长管状骨折中最常见者,本院骨伤科统计,约占全身骨折的13.4%,而双干骨折占胫腓骨折的总数的48.8%。有重叠错位的双干骨折,于急性期、初期行手法整复,胫骨较易对位,腓骨重叠往往难以矫正。随着医药发展与骨伤患者要求,腓骨对位标准亦提到新的高度——重叠消失。

现将1979年6月至1988年12月,笔者以“成角”法综合相应手法整复86例有完整资料的有重叠移位的胫腓双干骨折,效果满意,报告如下。

临床资料

一、性别年龄 86例中,男54例,女32例。男:女=1.7:1。年龄最大者74岁,最小者7岁。7~13岁14例,占16.28%,14岁~25岁22例,占25.58%,26岁~45岁36例,占41.86%,46岁以上14例,占16.28%。

二、病程 骨折时间最短者2小时,最长者38天。1天36例,5天24例,10天12例,15天8例,20天以上6例。

三、骨折情况

(一)骨折部位:上1/3骨折9例,占总数的10.47%,中下1/3骨折48例,占55.81%,下1/3骨折

21例,占24.42%,下段骨折8例(皆参考胫骨骨折为主),占9.3%。

(二)骨折线位置:胫骨骨折线在上,腓骨在下11例,占总数的12.79%;腓骨骨折线在上,胫骨在下28例,占32.56%;骨折线水平47例,占54.65%。

(三)骨折线类型:横形18例,齿形12例,短斜形22例,阶梯形9例,螺旋形11例,斜形14例。

(四)损伤程度:粉碎性骨折37例,胫腓骨双干多段骨折1例,腓骨多段骨折2例。

(五)开放骨折:儿童3例,成人9例。

(六)陈旧性骨折:儿童(达两周未复位者)2例,成人6例。

(七)移位情况:双干骨折远断端皆向外后重叠,向外成角49例,占总数的56.98%,皆向内重叠向内成角5例,占5.81%。皆向后内重叠向内成角10例,占11.63%。胫骨小斜形,阶梯形、斜形、螺旋形骨折对位少许而腓骨完全重叠19例,占22.09%。向内成角、向外旋转重叠移位2例,占2.33%。向外成角、向内旋转重叠移位1例,占1.16%。后3例皆为开放性骨折。

治疗方法

功能优良者8例,占66%,优良率明显低于闭合治疗方法。原因与原发创伤严重有直接关系。但手术本身创伤,亦不同程度增加组织损伤,影响功能恢复。近关节粉碎骨折的整复固定,原则上应尽可能做到不增加局部损伤而将骨折整复,不妨碍肢体活动而进行固定,使患者在骨折治疗期间,能接近正常人的生活,从而促进骨折的愈合和功能恢复。中医的手法复位,小夹板超关节外固定或加上牵引的疗法能较好地符合上述原则要求。我们体会,应尽量避免切开复位内固定,只是在严重开放骨折或闭合治疗失败的情况下,才不得已采用之,即使骨折对位不甚理想,亦不可轻易改作手术切复。本组有3例股骨踝上,2例肱骨外科颈严重粉碎骨折,经牵引和手法复位,但对位仅及1/2,因患者不愿意接受手术,闭合治疗直至愈合,3年后复查,功能均达优。

3. 恢复关节功能是治疗的重要目的

复位和固定是骨折愈合的必要条件,原则上越早越好。一般也应在一周内完成满意的整复和固定。骨折在整复固定后,就要开始进行功能锻炼。近关节骨折的功能锻炼尤有意义,它在一定程度上,比整复还要重要。因为整复不甚满意的肢体,加强功能锻炼

后,也可以获得良好的功能。尽管功能锻炼的重要性十分明显,但在临床实践中,由于忽视功能锻炼而影响疗效的情况,并非少见。这是由于医生经常重视其他治疗,缺乏对患者作耐心具体的指导,或者不是从复位后就开始把功能锻炼贯穿整个治疗全过程;另一方面,患者常片面依赖医生的治疗,单纯求助于药物,并不认为功能锻炼就是整个治疗中不可少的组成部分。

骨折整复愈合良好,但遗留一个强直的关节,决不是成功的例子。创伤后发生关节粘连僵硬的原因是多方面的。显然,近关节严重粉碎骨折的关节强直发生率要比远关节骨折者高,但并不是不可避免。我们体会,早期轻柔的手法复位,适当的有效的牵引,中药的内服外敷,积极的练功活动,加上必要的按摩和中药熏洗以及细微的病房治疗管理,关节强直是可以得到最大限度的预防。本文介绍的典型病例,股骨踝上严重粉碎骨折、多块骨碎片,又接近关节,加上两次手术创伤,这些不利因素会给肢体关节功能恢复带来困难;但由于治疗方法选择恰当,管理细致、患者积极配合、重视早期功能锻炼、消肿快、愈合快,从而获得膝关节功能半年完全恢复的良好效果。

为恢复小腿的负重功能，应对骨折端的成角，旋转、重叠、侧方移位畸形予之矫正。特别成人应强调患肢恢复骨折前的长度和生理弧度。

一、手法整复

(一) 麻醉：对陈旧胫腓双骨折或移位大、肌力强者，复位在单侧腰麻下进行，本院多以氯胺酮全麻，进行适度松懈，对胫骨少许移位，且患者对疼痛耐受力强者，可不行麻醉。

(二) 手法整复

1. 牵引：患者仰卧床上，用一宽带经腹股沟绕至后侧，系于上方床头。一助手站于患肢外侧上方，用靠近患肢一侧肘关节套住肘窝部，使膝关节处轻度屈曲(20°~30°)位，另一助手站于患肢足部，以右手握住足跟，以左手握住踝下足背部，对拉牵引，达到消失胫骨重叠，同时矫正旋转和成角。

2. 端提、按捺、对向推挤：以中下1/3为例，双干远折端因肌肉和力作用向后、向外、向上、向内成角移位。术者面向患者站于患肢外侧，以双拇指抵于胫骨近折端前侧，余指环抱远折端，在维持牵引下，术者以双手四指端提远折端向前，同时双拇指按捺近折端向后，矫正前后移位，再以拇指和食指捏摸胫骨前嵴和内嵴，如存内外侧移位，则以对向推挤手法予之矫正。于复位中，亦可嘱握住足部助手在维持牵起下，作轻度内外旋动作，以利完全复位。

3. 摇摆触顶：术者握住骨折端，在维持牵引下，握牵足部之助手徐徐向前后内外作适当摇摆，横形和齿形骨折，助手可行触顶手法，使骨折断面相接紧密，有利愈合。

4. 成角法(矫正腓骨重叠)：胫腓双干骨折，施以常规手法能使胫骨达满意复位，但有时往往存在腓骨重叠，即使重新拢伸牵引复位，亦难矫正。用胫骨成角法复位，能奏显效。在维持牵引下，术者改为面向患肢，以右侧为例，术者左手掌心朝下，中、环、小指置于折端，食指置下折端，嘱足部助手缓缓内收，同时术者左手外拉，使胫骨干向外成角(一般10°~30°即可)，则腓骨重叠被拉开，术者以右手拇指施按推手法矫正侧移位，尔后助手缓缓外展，消失成角，双骨干骨折可达完全复位。

二、固定

(一) 闭合性骨折 为加速化瘀消肿，保持骨折复位后的位置、外敷金黄(散)膏，据对位程度和成角情况加放相应压垫，根据骨折部位不同，选用相应的五块小腿夹板，以三至四根扎带作外固定。遵循术后常规护理和功能锻炼。

(二) 开放性骨折和小腿创伤及皮肤严重伤挫，先行止血，摄片，无菌操作下穿根骨骨圆针，再行严格清创，整复骨折，伤口缝合，后上骨牵引弓进行牵引，重量适宜。对创口已愈的双干骨折或斜形、螺旋形骨折结合分骨挤按法矫正远段向外残余移位，对已行骨折整复术的陈旧骨折，进行夹板骨牵固定。

三、药物治疗

对开放性骨折，进行抗破伤风感染、解毒抗菌消炎。肌注破伤风抗毒素，肌注或滴注抗菌素，创口行外科换药，以“五味消毒饮”辨证加减内服。对闭合性骨折，进行辨证分期，内外兼治，即初期化瘀消肿佐以行气止痛为主，外敷金黄膏，内服自拟“化瘀止痛汤”(川芎10g，赤芍10g，桃仁10g，归尾20g，苏木10g，乳没15g，元胡20g，青皮10g，泽兰10g，黄芩10，茯苓10g，甘草20g)，兼服云南白药。中期和营生新，接骨续筋为主，内服新伤续断汤²和续骨活血汤³，后期以坚骨壮筋为主，内服补肝肾、壮筋骨之强筋健骨汤(杜仲20g，枸杞20g，桑寄生20g，山萸10g，续断10g，淮牛膝15g，川芎10g，白芍20g，当归20g，肉桂10g，制首乌20g，鸡血藤20g，五加皮10g，茯苓10g，党参30g)加减。并进行有益功能锻炼，恢复功能。

治疗效果

一、疗效评定

优：腓骨重叠经整复后，达到或接近解剖对位。胫骨对位好，恢复骨折前的生理弧度。

良：同上，腓骨对位2/3以上。

尚可：同上，腓骨重叠消失，但对位小于2/3。

二、效果

经成角法综合运用相应手法复位胫腓骨双干骨折，内外用药，有益功能锻炼，86例视其病情与疗程均在半年或一年后随访，结果：优者31例，占30.05%，良者44例，占51.16%，尚可者11例，占12.79%。

病案举例

汪××、女、12岁、学生(黄梅县，蔡山镇、光华村二组)。住院号：88237、X线片号：8374。

1988年5月28日，被板车撞中右小腿中段，即向内明显成角、功能丧失、肿痛渐剧，于本县某医院治疗，经X线检查，确诊为右胫腓骨双干骨折，皆重叠移位。经治9天，复位4次，胫骨对位有所改善，但腓骨重叠终未矫正。于6月6日来我院求医，症见神志清楚，面容痛苦，面色少华，生命体征无异，右小腿明显肿胀。经X线检查，首片显示胫腓骨双骨干骨折，胫骨折线(斜形)在下约2.5cm，对位约达1/3，下端向外前移位，腓骨横形骨折，下断端向内、向后、向上移位约0.8cm，双干略向后外成角，诊断：右胫腓骨双骨干骨折。经以上法复位，摄X线片显示：胫骨接近解剖对位，腓骨完全达解剖对位，无成角，经治20天，达临床愈合，出院休养。半年随访，步态与小腿生理弧度正常，功能全复，可定优级。

讨论

一、除骨病外，直接与间接暴力是胫腓双干骨折的病因，骨折的破坏程度与类型与其有直接关系。

二、腓骨在解剖中的重要性：腓骨上下端与胫骨紧靠，形成非动关节，虽不负重，但有辅佐支持胫骨

加味苓桂术甘汤治疗膝关节滑膜炎

温州中西医结合医院 朱丽珍 徐明标

“膝关节滑膜炎”系伤骨科中常见疾患之一，以膝关节肿胀疼痛，活动加重或伴有局部肤赤灼热为其临床见症。西医对本病治法是局部穿刺抽液或结合使用抗生素，固然也收到一定疗效，而反复发作不得根治者亦复不鲜。笔者多以仲景苓桂术甘汤为治，获效颇著，愈人甚多。仅此方面，足以体现了祖国医学之精奥，裨补现代医学之未逮。为了进一步用祖国医学观点阐明本病机理及论治，并介绍其效方（加味苓桂术甘汤）之活用，今特试述如下：

一、病理认识

凡人之关节欲求运动自如，必得液以濡润滋养，方能便利无碍，《灵枢·决气篇》：“谷入气满，淖泽注于骨，骨属屈伸……是谓液”。液便成为维持人体关节进行正常活动的必要条件，此与现代医学关于关节囊分泌液的功能描述（营养关节面，滑利关节）似乎颇为相伴。生理上，其液多少适中，以适应关节运动之需。反之，可致关节病变，如素食肥甘，尅伤中州，脾失健运，酿成湿热，或恣食生冷，阳和不振，脾土卑监，寒湿内生。湿为阴邪，其性下趋，易伤关节。《素问·太阴阳明论》：“伤于湿者下先受之”。《金匱要略·脏腑脉证第一》：“风伤皮肤，湿流关节。”是故湿邪下流于膝关节，遂使关节之液大增，聚而为水。骨节乃筋经之走集，气血之所过。今水湿浸淫于关节（腔）则外肿，正所谓“是气拒于内而形施于外。”气血为水湿所阻，不通故痛；水湿挟热者，故痛处伴有红赤灼热；属寒者，可见痛甚憎寒。此外，亦问有膝外伤，淤血内滞，碍于津液之施布而致水聚关节为患者。故先哲曾云：“血有余便是水”，

“病血者未尝不病水”。察诸临证，本病机理大抵如此。

二、论治及效方加味苓桂术甘汤

自古治湿之道不越利尿，发汗二途而已。今湿邪伤于下，固非表散之法所宜，从“洁净府”以论治。湿属阴邪，非阳不化，非气不行，故通阳化气利水为治疗本病之要务。苓桂术甘汤洵为通阳化气利水贮备之佳剂——其中苓术并投，寓攻于补，健脾利水以治生湿之源，桂草同施则辛甘为阳，能通阳化气，四味合一，相得益彰，俾气化水行，而况桂枝一物多能，既表既里，亦气亦血。如挟热者，则有发散火郁之妙（如桂枝汤方中之桂枝，作为向导之官，行发散之令）。当然，挟热者还宜配黄柏、车前子等清热渗湿药；属寒者，那就更合拍了，还可辅以川乌、淡附片祛寒除湿；有淤者，则能奏活血化淤之功，可助以桃仁、牛膝、茜草。然则，本病终为湿邪所得，故同时均可参入渗利之品，如泽泻，通草，猪苓等类。若其关节肿胀特甚者，又当本标兼顾，配合局部穿刺抽液疗法，挫其病势，冀其早愈。总之，苓桂术甘汤之于本病可谓左右逢源，兼顾无遗，只要在临证时做到灵活运用，随证加味，以助其力，其疗效大多令人满意。以下特选验案一则作为佐证。

三、典型病例

诸××，女，36岁。右膝关节肿胀作痛，活动困难，（曾有外伤史），局部穿刺抽液3次，遍服地赛米松，消炎痛及吡罗昔康片等西药，仅得一时之快罢
（下转15页）

的作用，腓骨亦有撑张小腿外侧肌肉的作用，增强肌力。胫骨下端外侧骨质向下突出，形成外踝，与内踝共同构成踝穴，骑跨在距骨体上，组建承负全身体重的踝关节，且在常态下与内踝限制距骨体异常滑动。

三、正常人体踝膝关节皆在同一平行轴上活动。

四、胫骨骨干非绝对垂直，其上端凸度向内，中上部凸度向外，形成一个胫骨生理弧度。

五、胫骨下1/3交界处，是三棱形和四方形骨干的移行部位，较细弱，故胫腓下1/3处为其骨折好发部位。

六、胫腓双骨折，一般于临床处理中，认为腓骨不直接承担负重任务，只着重胫骨对位而忽视腓骨对位，给日后小腿功能遗留不良影响。腓骨重叠原干变短，胫骨失去支持，加之外侧肌力较强，致胫骨变直

或成角，力线改变，负重功能则不同程度降低，胫骨变直或成角，正常弧度异变，破坏了踝膝关节间的平行轴活动关系。则两关节关节面正常力平衡遭到破坏，形成损伤性关节炎，削弱了劳力。负重功能降低，劳力削弱，实质存在不同程度残疾，故切不可忽视规定胫双骨干骨折的腓骨复位。

参考文献

1. 清·吴谦等：《医宗金鉴》，第61卷，人民卫生出版社。
2. 广州中医学院等，《中医伤科学》，第一版，228页，上海科学技术出版社，1981年。
3. 广州中医学院等，《中医伤科学》，第一版，225页，上海科学技术出版社，1981年。

主要症状体征 表 1

症状、体位	存在	不明显	阳性率	备注
患侧下肢放射痛	86	14	86%	
脊柱侧弯	73	27	73%	
椎间压痛、叩击痛	89	11	89%	
直腿抬高试验(+)	94	6	94%	
患侧腓总神经压痛	67	33	67%	
患侧小腿外侧皮肤感觉障碍	83	17	83%	
患侧小腿前群肌肌力减退	74	26	74%	

X线年片表现 表 2

片位	X片表现	例数	百分率
正位	腰椎侧弯	51	51%
	椎体增生	23	23%
侧位	腰椎生理弧度变直	46	46%
	腰椎间隙变窄	14	14%
	腰椎后凸	2	2%
	出现I度以内滑脱	2	2%

治疗结果 表 3

	优	良	差	优良率%
例数	36	42	14	73%
百分率	36%	42%	8%	14%

年龄大的效果好。男性与女性之间疗效无明显差异。

五、结语：

1. 手法回纳术是祖国医学传统手法用以治疗腰椎间盘突出症的推拿手法，它在长期的临床实践中被证明是行之有效的。本文所附的100例临床病例中，优良率达78%。

2. 手法回纳术所采用的手法是科学的，所施力及运动范围均在机体的力学及生理范围内一般不会造成人为暴力损伤。

3. 手法回纳术只是腰突症的保守治疗方法之

一，病人选择应以首次患病或病史在六个月之内者为首选，对于中央大块突出及陈旧病例，仍应考虑手术为主。

4. 用现代科学来分析传统的手法原理。本文只是初步尝试，许多问题上涉及皮毛，尚需进一步研究，探讨。本文只是起抛砖引玉的作用。

参 考 文 献

1. Cyom BM 等：外力反复作用下的腰椎间盘突出 国外医学 1983.2.125
2. 董天华等：腰椎间盘突出症再手术病例分析，中华骨科杂志 1986.6.444
3. 周秉文：突出的椎间盘与神经根的关系 中华外科杂志 1979.17.372
4. 冯元楨：生物力学 科学出版社 1983
5. 胡有谷：腰椎间盘突出症 人民卫生出版社 1985
6. 戴克戎等：骨骼系统的生物力学基础 学林出版社 1985
7. 杭州市中医院骨伤科：腰椎间盘突出症耳麻、推拿、手术治疗195例分析 1987 内部资料
8. 苏立：人体椎间盘粘弹特性的实验研究 生物力学 1986.1.36

(上接19页)

了，或微或甚，辗转迄今已3年矣！形体肥盛，时有头眩，短气憎寒，舌淡嫩，苔滑似新出水中，脉迟乏力，右膝浮髌试验(+)，抽屉试验(-)，麦氏证(+)，白细胞总数：11000。此乃阳气式微，寒湿有余之病，寒胜湿储，盘踞于膝关节而致。法当振阳和以化气，利水湿以通阳，予加味苓桂术甘汤加附片、川乌、泽泻。(即上文所谓属寒者的加法)，凡4剂。

二诊：进药后，肿痛大减；效不更方，原方4剂。

三诊、四剂尽，右膝肿痛霍然，活动如故，予香砂六君子汤填卑监之土，以断生湿之源。