

手法整复牵引固定治疗IV度旋前-外旋型踝关节骨折

山东淄博解放军90医院 (255200) 李隆慧 郭德玉 李建国

本科自1979年至1989年收治IV度旋前一外旋型踝关节骨折16例,均伴距骨脱位或半脱位,采用手法整复、夹板外固定、跟骨牵引下早期踝关节活动,随访取得良好的治疗效果,现报告如下。

临床资料:16例中,男性12例,女性4例;年龄18至45岁;左踝13例,右踝3例;住院最短49天,最长93天,平均住院71天。随访最长8年,最短1年3个月。

治疗方法:采用局麻或硬膜外麻,电透下做伤踝旋后-内旋适度牵引,首先整复腓骨骨折旋转、重叠错位及距骨脱位。采用被动屈伸踝关节手法,整复后踝及胫骨前唇骨折,最后整复内踝向前下方骨折移位,观察骨折复位满意,关节间隙结构规矩,做跟骨牵引。在内、外、后踝安放衬垫,应用内、外、后侧超踝关节、前侧近关节稍上夹板固定。回病房后患肢安放在布朗架上,牵引重量为体重的1/10左右。伤后1周,嘱病人开始屈伸踝关节活动,伤踝消肿前,注意调节夹板松紧度,伤后两周拍片复查。牵引固定5~6周后,改小腿石膏靴外固定。伤后10-12周拆除石膏,局部烫洗理疗至康复。

结果:依骨折愈合后负重行走有无疼痛、拍片骨关节结构判定疗效。优:负重行走无异常,X线片骨折愈合,关节结构正常11例。良:负重行走无异常,劳累或气候变化时伤踝酸痛,休息可缓解,X线片骨折愈合,关节结构正常无增生改变5例。差:负重行走痛,关节稳定性差,X线片骨关节增生或距骨倾斜征0例。

体会:IV度旋前一外旋型骨折,骨关节损伤重、多主张手术解剖复位和早中期的制动固定。我们治疗本组病人,采取手法整复骨折复位,在跟骨牵引下内、外、后侧超关节、前侧近关节夹板外固定,固定确切,在牵引固定及骨折复位后的自体内固定效应基础上,注重早期踝关节背伸、跖屈活动。这样促进了骨折血肿的吸收,避免了关节僵直肌萎缩或关节内软骨营养不良粘连,降低了创伤性关节炎的发生,对骨折愈合,关节功能恢复,起到了事半功倍而同步效果。

本组病例随访均获得良好的治疗效果,无较重的创伤性关节炎及关节病废,我们认为较手术治疗具有创伤小,治疗周期短,关节功能恢复好之特点。

小儿膝关节疲劳痛的诊断与治疗

承德医学院附属医院 (067000) 徐山 李宝新 温有来 于瑞杰 李桂环*

小儿膝关节疲劳痛在临床上并非少见,自1984年至1990年共收治149例患者,收到良好效果,现总结如下。

一般资料

本组149例中,男82例,女67例;年龄在3~6岁之间;病程最短15天,最长2年,既往按风湿性关节炎治疗54例,缺钙治疗51例。

小儿膝关节疲劳诊断标准

1. 膝关节痛在运动后出现,有跛行;
2. 膝关节反张和外翻;
3. 膝关节内侧有结节和条索状物;
4. 胭窝部位的韧带可触有痉挛及压痛;
5. 膝关节X线片检查无异常;
6. 除外其它疾病。

治疗方法和结果

1. 弹拨法:患者俯卧位,双下肢伸直,医者

* 承德市双桥医院

用拇指在患侧腋窝压痛及条索状物部位进行弹拨、按压5分钟；患者改仰卧位，在患侧髌内侧支持带及隐神经分布的髌下支表面投影部位弹拨、按压5分钟，施术时应由轻至重，然后由重至轻，达到解除肌肉痉挛、剥离粘连，活血散瘀，消肿止痛目的。

2. 摇法：患者俯卧位，医者将患肢膝关节屈曲90度，顺时针与逆时针旋转小腿30次，可达到理顺肌肉，缓解痉挛，止痛之功能。

3. 揉法：医者用手掌或大拇指，置于受累侧的肌肉痉挛处，揉捏和按压结合治疗，施手法须轻而有力，即柔中有刚，刚中有柔，使肌肉痉挛得到缓解，消除无菌性炎症。

4. 外用中药：红花15g、当归12g、闹洋花9g、透骨草12g、牛夕12g、独活12g。

疗效标准和治疗结果

1. 痊愈：症状与体征消失，至今未复发。

2. 好转：症状与体征明显改善，偶而在运动后有轻症状。

本组病人经应用上述方法3~8次治疗，8个月至6年随访，痊愈137例，占91.95%；好转12例，占8.05%，总有效率100%。

讨论

小儿膝关节疲劳痛是由于肌肉，韧带痉挛与劳损，隐神经分布的髌下支受牵拉，扭曲等原因所致。在治疗中针对疼痛和肌肉紧张这两个重要环节，根据祖国医学通则不痛的理论，通过手法治疗达到消除痉挛与疼痛，使肌肉组织从紧张状态下解放出来，消除疼痛病灶，扭曲和损伤组织得到修复和恢复，部分病人配合外用中药，也达到了舒筋活络，活血散瘀之作用，使病人症状改善和消失。

此外指导儿童正确运动是预防该病发生的有利措施。

小针刀配合手法治疗肩周炎

河北保定解放军第252医院 (071000) 刘忠建 王甲水

我们采用朱汉章氏小针刀疗法配合手法治疗肩周炎，收到了疗效高，疗程短，无损伤，无副作用的良好效果，现介绍如下。

一般资料

50例中男11例，女39例；44岁以上4例，45岁到55岁40例，56岁到60岁6例；病程：三个月以上者20例，半年以上者25例，一年以上者4例，二年以上者1例。以上病例大部经各种治疗效果不佳而前来就治。

治疗方法

1. 小针刀治疗：用小针刀在喙突处即喙肱肌和肱二头肌短头附着点，冈上肌抵止端、肩峰下、冈下肌和小圆肌在肱骨大结节处的抵止端（一般来说这几个点都有较明显的压痛），分别作切开剥离法或纵行疏通剥离法，在肩峰下滑囊作通透剥离法。如肩关节周围尚有其它明显压痛，可以在该痛点作适当小针刀手术。

2. 手法治疗：在小针刀手术结束后，让患

者仰卧于治疗床上，患肢外展，医者立于病人患侧。让一助手托扶患肢，嘱患者充分放松。医者一手将三角肌推向背侧，另一手拇指沿胸大肌肌腱从肱骨的附着点处开始拨离，将胸大肌、胸小肌分拨开来，然后再将胸大肌（即腋窝前缘）向肩峰方向推压。再令患者俯卧位，助手仍托扶患肢，医者一手将三角肌推向胸侧，另一手拇指分拨冈上肌、冈下肌、大小圆肌在肱骨大结节的止腱，务将各条肌腱分拨开。此时患肢比原来外展上举度数，均可增加30—50度。医者双手托患肢，嘱患者尽量放松患肢外展上举，当达到最大限度不能再上举时，医者双手猛然向上弹压，其推弹速度必须极快（约0.5秒），待患者反应过来时，手法已结束。

50例患者中大多经一次或两次治疗，其临床症状很快消失或减轻。如遇严重者可治疗三到五次，每次间隔5天，每次治疗后均让患者作上举、外展、后伸功能锻炼。