

腰麻下手法松解治疗膝关节外伤性僵直

山东中医学院附属医院骨科(250011)邱红明 王身吉 黄开荣

笔者近几年收治10例膝关节外伤性僵直患者,经手法松解治疗取得满意疗效,总结如下。

临床资料

本组共10例,男8例,女2例,年龄在12—42岁之间。其中4例是髌骨骨折切开内固定术后,2例是股骨下1/3骨折切开复位钢板内固定术后,1例是股骨外髌骨骨折切开复位内固定术后,1例是膝关节内侧副韧带断裂、前交叉韧带断裂、外侧半月板破裂行韧带修补缝合半月板切除术后,1例是胫骨平台骨折切开复位术后,1例患者因患先天性髌关节脱位行患肢股骨髌上牵引近1个月后,施行先天性髌关节切开复位、造盖、粗隆下旋转截骨术后。所有病例术后都给石膏固定1—6月不等,解除外固定后均采用理疗、推拿按摩,中药熏洗等综合保守治疗3—9个月而膝关节屈曲功能毫无改善者。

病例及麻醉方法的选择:所有病例术前均需摄X平片检查,对下列情况应为本手法禁忌证:(1)老年性骨质疏松或因长期外固定造成骨质废用性疏松脱钙明显者。(2)髌骨骨折未达到骨性愈合者。(3)膝关节局部组织肿胀,瘢痕坚硬无菌性炎症症状仍较明显者。(4)X片显示髌骨与股骨髌部关节面有骨性粘连融合者。以上四种情况手法治疗损害更大,可引起股四头肌腱、髌韧带撕脱、髌骨骨折故应特别注意。

本组病例均采用腰麻,较其他麻醉肌肉松弛好。硬膜外麻醉易发生麻醉不全、肌肉松弛差,病人可有轻度疼痛致使股四肌紧张影响手法施行。

治疗手法

麻醉成功后让患者头高位仰卧于手术台上,先按揉膝关节周围软组织,重点按摩股四头肌下半部,使肌肉肌腱充分松弛,然后双手拇指与食中指夹住髌骨上下极,用力上下左右推移髌骨,增加其活动度。10分钟后,将患者

膝关节推至手术台尾部边缘,一助手固定病人大腿,另一助手双手握住踝关节,施手法者立于膝关节外侧双手扶住踝关节,嘱下助手慢慢用力向下按小腿,使踝关节渐渐加大屈曲。此时屈曲进展极慢,困难大,不可急于求成。屈曲一段时间再伸直踝关节,反复多次屈伸膝关节活动后再继续屈曲,力量加大,这时手术者应密切观察股四头肌腱、髌韧带紧张情况。屈曲至45°左右时可闻及膝关节内轻微撕裂声,为粘连组织撕裂声,粘连组织断裂后膝关节屈曲稍易,这时再停止手法,伸直膝关节重复上述按摩手术5分钟。按摩后重新加大屈膝力量,膝关节屈曲达90°后改体位为俯卧位,此时手法者自己操作,双手握住小腿向下按压屈曲膝关节,至此屈曲变得容易,膝关节屈曲一般都能达到125°—135°左右,达到此度数即可结束手法操作。

手法后处理和辨证用药:术后用8字绷带或石膏托将膝关节固定于最大屈曲位2—3天,然后解除外固定,让病人于床上主动锻炼股四头肌加强伸膝力量,同时每天被动屈膝2至3次,幅度必须达到或接近麻醉下手法屈曲之角度,1周后疼痛减轻应鼓励病人自己进行,10天后下床练功。

手法后第二天膝关节肿胀明显,第四天肿胀最重,皮温稍高且伴有疼痛,但不伴有全身症状,我们采用活血化瘀、清热消肿止痛方桃红四物汤和三妙散加味收效较好,它能明显减轻肿胀疼痛、缩短肿胀时间,药用桃仁9g 红花9g 生地12g 赤芍30g 川芎15g 当归尾30g 牛膝15g 黄柏9g 苍术9g 丹皮9g 木香9g 丹参18g 三七粉6g(冲) 车前草30g 元胡12g 甘草6g 每日一剂。症状消失后停药。

至肿胀疼痛消失或近消失时,配合局部中药熏洗,疗效更好。常用活血止痛散(本院经验方),由归尾、红花、苏木、白芷、姜黄、灵

手法整复跟骨关节内骨折

浙江省椒江市中医院 (317700) 陶锡东 夏永瑛

我们采用手法复位石膏跖屈位固定治疗跟骨关节内骨折, 疗效满意, 特总结如下。

一般资料

本组35例, 其中两侧5例, 左侧21例, 右侧19例; 男30例, 女5例; 年龄最小17岁, 最大76岁; 全组跟骨后关节面均遭破坏, Böhler氏角不同程度减少, 其中减少 10° , 5例, 50° , 9例, 30° , 20例, 负角者6例。合并腰椎压缩性关节5例, 外踝骨折2例, 内踝骨折1例, 脑震荡1例。

治疗方法

手法整复: 主要采用Omotoh氏介绍的双手屈曲复位技术。患呈跖屈位, 术者双手掌拖跟骨内外侧, 强力牵引后, 先使骨折部位内翻, 反复多次, 直至骨擦音基本消失, 最后以两手掌根部相对用力挤压跟骨内外侧壁, 并以拇指上推跟骨跖侧面。

石膏固定: 整复成功后一般采用屈膝踝关节跖屈位固定, 跖屈度数视Böhler氏角而定, Böhler氏角角度越小, 跖屈角度越大。石膏以前后石膏托或管型石膏为宜, 注意跟骨两侧塑形, 酌情调整。并配合中药按骨折三期辨证施治。

疗效评定: 正常情况下Perris氏角 15° — 17° , Böhler氏角 27° — 33° 整复后Böhler氏角提高 26° 为优。提高 10° 为良。无明显提高为差。

本组病例整复后测量Böhler氏角, 其中良14块, 可18块, 差8块。

本组获得随访26例, 最长42月, 最短6月, 平均22月。优8例, 良12例, 尚片4例, 差2例, 优良率77%。

仙、羌活、五加皮、海桐皮、牛膝、川楝子、土茯苓各15g 乳香6g 花椒9g 透骨草30g组成。

治疗结果

治疗结果 本组病例均得到2年以上随访,

讨 论

1. 累及跟距关节面的跟骨骨折是治疗上的难点, 复位关键是整复后关节面骨折片, 恢复其正常形态, 以骨折片复位后, 常较易整复向外侧移位的外侧壁骨折片。本手法根据骨折发生的剪力因素, 主要是通过跟骨周围韧带的间接牵拉骨折电而实现的。用强力牵引手法造成距下关节和骨折部位内翻, 外翻倾向、由于两侧有完整韧带的支持、关节不会过度张开, 而塌陷的骨折块则能以嵌顿状态分开, 而被推向上方, 加上跟距骨间韧带的牵拉使塌陷后关节面复位。最后的对向挤压使侧方分离的骨折块更加靠拢, 需注意挤压力在同一水平, 防止人为造成侧方移位。在整个复位过程中, 跟骨的外翻畸形得到矫正, 移位的跖侧皮质骨骨折片多数亦常随之复位。

2. 以往整复跟骨骨折、由于对发生骨折的剪力因素认识不足, 仅单纯考虑垂直压缩应力、往往采用向下常拉和对向挤压跟骨方法, 但由于塌陷的后关节面位置深在, 骨折电相互嵌插, 垂直牵引力难的作用之上而使其复位、也由于后关节面骨折片的阻隔、对向挤压难的使侧向分离的骨折电紧密靠拢, 因此复位常难以成功。

3. 跟骨骨折后遗症较多, 最严重的病发来自距骨下关节面损伤和外侧移位。本手法使跟骨周围韧带回复到接近原有的解剖部位, 关节表面恢复原状的侧方分离得到纠正, 因此, 使功能得到最大程度的恢复。即使是Böhler氏角仍偏少在, 也由于后关节面和跟骨外侧壁骨折片移位均有不同程度地得到改善、且常有发生

膝关节屈曲均在 110° 以上, 最佳者与健侧屈曲角度完全一样, 无1例后期膝关节疼痛, 膝关节积液及发生其它并发症。