

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、往往采用向下牵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。

牵引推拿治疗强直性脊椎炎

中国煤矿工人临沂温泉疗养院 (276032) 苑庆岭

我们采用牵引推拿为主配合矿泉浴和其他疗法,治疗强直性脊椎炎,取得了较好的疗效,现报告如下。

一般资料

60例病人均采用美国风湿病学会制定的诊断标准确诊。其中男55例,女5例;工人31例,农民16例,干部10例,学生3例;年龄19~55岁;病程4个月~25年,家族有本病者7人,血沉(魏氏法) >20mm/小时者32例,抗“O” >500μ(或<+)以上者28例,关节X线平片分期,早期15例,中期24例,晚期21例,脊椎强直36例,胸椎活动度受限31例,胸椎、腰椎活动度受限60例,髋关节活动度受限50例(单侧或双侧),颈廓活动受限(呼吸差小于3cm)17例;60例中生活自理者23例,轻度受限20例,严重受限或不能自理者17例。

治疗方法

1. 牵引推拿: (1) 对胸、腰椎和髋关节活动受限者进行平行式对抗牵引推拿;医者立于患者的一侧或前方,在逐步加大牵引力的同时,给予适当的推、揉、弹拔,闪颤和叠按等推拿手法,重点作用脊椎和脊椎两侧的软组织,使关节松动,尽量舒展肌肉和韧带,有时可听到明显的弹响声。牵出的实际距离,是4~7cm,但要因人因病而定。

(2) 对颈椎关节活动受限者进行悬吊式推拿;医者立于患者的后方或左、右侧,在持续

牵引的同时,给予适当强度的推、揉、弹拔和一指禅推法等治疗手段,反复推拿10~15分钟。

2. 矿泉浴,全身浸浴,水温38~41℃,每日一次,每次15~20分钟,星期日休息。

3. 红外线、超短波、音频、直流电等,根据病情选用一种,每日一次。

4. 药物治疗:消炎痛,阿斯匹林,布洛芬,萘普生等。选用1~2种。

疗效评定标准与治疗结果

显效:病情稳定,症状基本控制,脊椎与关节活动范围基本正常;血沉、抗“O”降至正常。好转:临床症状与体征有不同程度的好转、血沉、抗“O”值接近正常,脊椎与关节活动范围有较好的改善。无效:经上述治疗2个月,症状未能控制,脊椎活动无改善,病情有进展,不能参加工作或学习。

治疗结果:60例中,治疗期最长180天,最短60天,平均104天。显效28例,好转31例,无效1例,有效率为98.4%。

讨论

我们根据不通则痛,通则不痛的中医理论,在逐步加大牵引力的条件下,给予适当的推拿手法,使肌肉、韧带和关节受到适度的牵拉和充分的舒展,加快局部及全身的血液循环,促进炎症的吸收,解除痉挛,解除对神经、肌肉的刺激和压迫,恢复了骨与关节的稳定性和灵活性。

跟距关节自发性纤维强直或骨性强直,一部分患者仍可获得较好的后期疗效。

4. 石膏跖压位固定可有意识地跟腱相应挛缩而变短,使代偿后的小腿三头肌接近健侧,重建跟腱正常活动。另一方面,跖屈位可避免跟腱对跟骨牵拉而致跟骨结节上移,重新移位。因此,对跟骨骨折复位后采用跖屈位固定对保持贝氏角稳定和最大限度地降低残废率均

有很大帮助。

5. 本手法实施的前提条件要求附着于跟骨上的韧带完整,否则难以利用间接牵拉复位。

6. 活动宜早、负重宜迟、防止没有受伤的是前部关节粘连,并积极地模造关节面,一般一月左右折石膏,但三月内后跟禁止负重,减少变形性关节病发生。