

腰骶角 $>45^\circ$ 14例；间盘退变合并膨出9例。

治疗方法

1. 仰卧硬板床，床脚垫高，足部固定，双手上拉床头，使腰部受牵拉而开大间隙，以利治疗。

2. 一般治疗：

(1) 理疗：超短波、神灯、磁疗及蜡疗并药物透入药等。

(2) 药物（消炎痛、双氯灭痛、芬必得，配合钙剂、鱼肝油及滋补药等口服）及中药辩证应用壮骨关节丸、杜仲虎骨丸、腰痛宁、疏络丸、接骨丹、琥珀丸等。

(3) 封闭疗法：(0.5% Novocain或Lidocain双侧神经根管封闭)。

(4) 针灸或温针：以椎旁穴为主，温针用药物艾卷。

3. 骨盆悬吊并腰椎牵引术：患者仰卧，按生物力学原理以1/2体重的牵拉力，在持续性牵引脊柱的基础上，行骨盆悬吊，(以骨盆离

床为准)。如因疼痛而难以耐受时，可先行阶段性腰神经根管封闭术。牵引时间依据病情及耐受力而定，每次1~3小时，每日可进行2~3次。待X光摄片复查滑脱椎体复位后(约15~30天)，只行骨盆悬吊巩固一个月。鼓励患者仰卧，臀部垫高睡眠。同时加强腰背肌训练1~3个月。

4. 腰背肌训练法：(1) 仰卧五点支撑法；(2) 俯卧背肌练习法(燕飞运动)；(3) 仰卧，屈腿蹬足挺髌法；(4) 按摩及手法、以背部拿脊强身、腰部松弛解痉，配合应用牵抖颤腰，牵拉蹬足，十字搬推，屈髌旋腰，斜扳(髌向前、肩向后)等诸法。(5) 离床时用低位腰围或携带式腰牵器保护腰部。

体 会

腰椎真性滑脱行非手术综合性治疗符合生物力学原理，可解剖学复位及病理上恢复，疗效满意，对年长体弱和不适合手术患者是一个可行的补偿疗法。凡无严重神经损害者均可行此法，青壮年及体质好者疗效亦佳。

20例跟骨骨折治疗体会

湖南省湘乡市人民医院骨科(411400) 易里力

跟骨骨折的治疗方法多种多样，但要得到满意的复位常较困难。我们收治20例，采用Omoto手法、撬拨法、塑形石膏外固定等治疗，效果满意。

临床资料

本组病例按王亦璁氏分类法^[1]，分为波及距下关节和未波及距下关节的骨折两类。前者13例(粉碎塌陷中央型骨折占7例)，后者7例(前突骨折2例，鸟嘴形骨折1例，粗隆骨折2例，未累及距下关节的斜形骨折2例)。

治疗方法

1. 临界角超过 30° (指距下关节面和跟骨后关节面之间所成角，正常为 0°)的2例，后关节面骨折片很小，我们行切开直视下撬拨复位，植骨填充塌陷区，并手法整复外侧壁骨折移位，

快速拍片证实复位效果，然后石膏托外固定。

2. Omoto手法^[2]复位结合斯氏针经皮撬拨复位5例，术后管形石膏固定。

3. 挤压手法结合Omoto手法复位，并塑形石膏固定12例。挤压手法用以纠正外侧壁骨折移位，Omoto手法即在麻醉下，用强烈牵引的内收手法造成距下关节和骨折内部的内翻倾向，当韧带完整时，由于韧带的支持，关节不会过度张开，而塌陷的骨折块能从“咬合”的位置分开，继外展手法之后再被推向上方。(但如果附着在关节骨折块上的韧带被撕裂，用此法则不能使骨折复位)。

4. 大部分病例均内服中药，并早期冷敷，早期功能锻炼，抬高患肢。

疗效评定与结果

采用门振武^[3]等拟定标准,优:患足疼痛症状消除,行走无困难,足外观及步态正常,能恢复工作。共14足,占70%。良:有轻度疼痛症状,走远路(超过3—4里)稍有困难,能满足生活及工作要求,共3足,占15%。劣:患足仍有持续疼痛,行走有较大困难,影响生活及工作。共3足,占15%。

讨 论

1. 对不累及距下关节的轻微移位骨折可用一般手法挤压复位,塑形石膏外固定4—6周。对累及距下关节面者,先形Omoto手法复位。若复位不理想,临界角过大,后关节面骨折片过小,难于撬拨复位者,宜切开复位,植骨填充塌陷区。对后关节面骨折片较大者,在电视X光下行撬拨复位(经皮)。

2. 恢复跟骨轴位角与恢复Bohler角一样重要。手法挤压、塑形石膏尽量将轴位角恢复,不仅改善足跟外形,减轻了因此而致的压迫疼痛症状,且通过手法挤压,应力传递,亦可使塌陷关节面有不同程度的恢复,有助于Bohler角的恢复。通过Bohler角的恢复,可纠正跟骨塌

陷及扁平足畸形,恢复足纵弓,并且恢复跟骨体长度,使骨折后相对松弛的跟腱状态尽量恢复,改善步态及提踵动作。

3. 跟骨骨折后遗症不仅与轴位角变大、Bohler角变小有关,而且与距下创伤性关节炎有关。因关节面的不光整,长期负重作用下,创伤性关节炎难以避免。用跟骨截骨下移的方法虽可改善Bohler角,但不能改变关节面的不光整,疼痛症状也就存在。因此,三关节融合术仍是处理距下创伤性关节炎的好方法。本组2例因长期疼痛不适而先后行融合术,术后疼痛消失。

4. 服用中药,早期冷敷,抬高患肢,及早期功能锻炼,可活血化瘀,减小出血和预防水肿,并防止关节内纤维素性物质的沉积粘连导致关节僵硬,促进康复。

文 献 资 料

- (1) 王亦巍,等.《骨与关节损伤》第二版.人民卫生出版社,1990,751
- (2) Edward LS, et al — J Trauma 1988; 10: 285
- (3) 门振武,荣国威.跟骨骨折不同治疗方法结果的比较.创伤杂志1985; 1:75

植骨加钢板内固定治疗胫腓骨中下1/3骨折不愈合

沈阳市骨科医院 (110044) 王树连 曲国宾*

我科自1972年至1991年共收治胫腓中下部骨折不愈合或畸形愈合53例。其中32例用全层髂骨板嵌入植骨加六孔钢板内固定方法治疗,效果满意,报告如下。

临床资料

32例中,男性25例,女7例;年龄22~56岁;左侧21例,右侧11例;转入前经手术治疗3例闭合穿针外固定架治疗4例,手术治疗25例。

手术方法

上述病例经检查无手术禁忌症者,施连续硬膜外麻醉,术区按常规备皮消毒,用充气止血带,取小腿前外侧切口(如原来有切口瘢痕,将其瘢痕切除,以利本次切口愈合)。骨

膜下暴露胫骨折断后,如腓骨已骨性愈合,可在同一切口内,从趾长伸肌与腓骨短肌间分离,进入腓骨骨折断端,骨膜下游离腓骨后,将其凿断;如腓骨愈合尚不坚固时,可在游离胫骨折断以后,施手法将腓骨折断及分离,以便于胫骨骨折复位及做其它处理。清理胫骨断面骨端,各约0.15~0.3cm,用电钻或用骨凿在胫骨骨折的前外侧壁上(已被骨钻钻孔的胫骨),做成骨槽,宽约1cm,长度需根据六孔钢板长或短臂等情况决定,以及所取的髂骨全层骨板放置后的两端,靠近折端部的螺孔,能各拧入一枚螺钉而不发生意外为度(术前根据

* 北京针灸骨伤学院