

中西医结合治疗陈旧性跟腱断裂

梁伟国 沈茂荣 宁敏坚

广西壮族自治区中医骨伤科研究所(530012)

自 1987~1997 年我所应用中西医结合治疗陈旧性跟腱断裂 30 例,收到了满意效果,总结如下。

临床资料

1. 一般资料:本组 30 例中男 27 例,女 3 例;年龄 16~58 岁。职业分布:运动员 6 例,演员 5 例,干部 10 例,工人 4 例,农民 3 例,学生 2 例。致伤原因:体育运动损伤 18 例,演员练功损伤 3 例,重物击伤 3 例,扭伤 6 例。患者从跟腱断裂到手术治疗的时间最短 28 天,最长 3 年 6 个月,平均病程为 216.5 天。

2. 手术前症状体征:患者术前均有踝跖屈和提踵无力的主诉。体检:所有患者均有跟腱延长,跟腱断端有凹陷或瘢痕隆起,患肢提踵无力,跖屈阻抗无力的体征。Thompson 试验(捏小腿三头肌试验)13 例阳性,10 例可疑,7 例阴性。9 例患者断端处有压痛,6 例患者跟腱背侧皮肤可触及疤痕,5 例患者跟腱处有轻度肿胀,跟腱凹陷在跟骨结节上 2~11cm 不等,以跟骨结节上 3~5cm 处为多。

治疗方法

1. 手术方法:对所有陈旧性跟腱断裂患者均采用跟腱内侧纵形切口入路,逐层切开皮肤、皮下组织,分离出夹在皮下和腱周围之间并与它们粘连在一起的深筋膜,切除变硬、变色、增厚的变性组织,直到露出亮白色腱纤维为止。清理完毕后,根据具体情况用不同的缝合方法。其中 Bosworth 法 8 例, Lindholm 法 10 例, Abraham 倒“V-Y”腱成形术 10 例,跖肌腱加固缝合术 2 例。术后均于踝跖屈 30°,膝屈 30°位长腿石膏固定,3 周改用短腿石膏后托固定。

2. 中药薰洗:从第 3 周起,每日去掉石膏托,将跟腱区放在中药液中薰洗约 30 分钟。中药基本方:伸筋草 30g,寻骨风 30g,透骨草 30g,路路通 30g,甘松 30g。再根据早中晚分型随症加减。早期(术后 3~4 周),气滞血瘀肿胀型)加三棱、莪术各 30g,中期(术后 5~6 周,瘀聚凝结僵硬型)加水蛭、炙马钱子各 20g;晚期(术后 7~8 周,肾虚兼肿型)加骨碎补、自然铜各 30g。

3. 点穴按摩:从第 9 周开始,去除石膏托,穿鞋行走。行走时脚跟和鞋底之间垫高 2.5cm 左右。同时,

每天用拇指点按伤侧委中穴 2~3 分钟,手法从轻到重,以患者感觉酸麻胀痛可忍受为度。然后按摩伤肢跟腱约 20 分钟,以分筋理筋为主,同时嘱患者跖屈、背伸踝关节,以利于跟腱弹性的恢复。该治疗持续 2~3 周。然后嘱患者逐渐减低脚跟垫高度,待行走轻松自如后才恢复正常工作。

4. 中药内服:按中医骨伤早、中、晚三期辨证用药。早期用活血化瘀、行气、消肿止痛为主,以复元活血汤化裁;中期以补肝肾、养气血、强筋骨为主,佐以活血化瘀,以四物汤加减;晚期用补益气血和补益肝肾为主,用健步虎潜丸加减。

治疗结果

随访结果按 Nadal 标准,根据患肢功能恢复程度分为优、良、可、差 4 级。随访时间最短为 7 个月,最长为 10 年 3 个月。结果评为优 27 例,良 2 例,可 1 例,无差级。

讨论

1. 对陈旧性跟腱断裂,患者多因患肢影响正常训练,日常生活和工作而就诊。此时跟腱断端已充填有大量的纤维瘢痕组织,已失去保守治疗机会。因此,对陈旧性跟腱断裂,我们也主张进行必要的手术。本组病例用中西医结合治疗,在手术的基础上用中药内服外洗、局部点穴按摩,优良率提高为 96.7%,且无差级。虽然陈旧性跟腱断裂在治疗上比急性断裂困难得多,本组治疗还是取得了与急性跟腱断裂相同的疗效。

2. 内外用药、动静结合为中西医结合治疗骨折的基本原则。通过不同阶段的辨证用药达到舒筋活血、消肿散瘀、通经活络、行气止痛的作用,减轻或缓解了局部皮肤、肌肉、肌腱及韧带的紧张、挛缩或强直,从而使气血通畅,改善局部组织营养,利于功能恢复。

3. 本文 30 个病例中,18 例为当地医生误诊所致,误诊率为 60%,比国外文献报道的误诊率为 20%~30%^[1,2]明显增高,因此,为了减低医生的误诊,对跟部损伤的病人必须仔细查足跖屈功能。跟腱断裂时,由于跖肌、屈趾长肌、腓骨长短肌及胫后肌的协同作用,仍可使踝关节跖屈 30°。因此,不能单凭是否有踝关节跖屈便作出诊断。正确方法是行 Thompson 试验,即捏

小腿三头肌时,踝关节没有跖屈活动,则提示跟腱断裂。

参考文献

1. Lawrence GH, Cave EF, O' Connor HO. Injury to the Achilles tendon: experience at the Massachusetts General Hospital 1900 -

1954. Am J Surg, 1995, 89: 795

2. Boyden EM, Kitaoka HB, Cahalan TD, et al. Late versus early repair of Achilles tendon rupture: clinical and biomechanical evaluation. Clin Orthop, 1995, 317: 150

(收稿:1998- 09- 21)

改良钢板治疗前臂骨折 18 例

汪万全

云南省昭通地区人民医院(657000)

自 1991 年 4 月~ 1995 年 12 月,作者将传统的普通钢板进行改良,使其成为一种具有自身加压作用的钢板,用以治疗前臂尺桡骨干骨折 18 例,经临床应用取得了满意的效果,现报告如下。

临床资料

本组 18 例,男 11 例,女 7 例;年龄 17~ 58 岁;新鲜骨折 16 例,陈旧性骨折延迟愈合 2 例;损伤部位:尺桡骨双骨折 9 例,尺骨骨折(孟氏骨折)5 例,桡骨骨折 4 例;骨折类型:横断骨折 7 例,短斜形骨折 10 例,粉碎性骨折 1 例;致伤原因:跌伤 5 例,机器伤 4 例,高处坠落伤 3 例。车祸伤 3 例,击伤 2 例,压砸伤 1 例;其中开放性骨折 3 例,手术采用作者自行改良的普通钢板自身加压内固定,9 例前臂双骨折者,采用桡板尺针固定 4 例,双钢板固定 5 例。术后未用任何外固定。

本组病例经 X 线拍片检查,新鲜骨折的骨愈合时间为 70~ 100 天,对骨折延迟性愈合的 2 例,采用自体骨植骨加压内固定,骨折愈合时间分别为 120 天、150 天。术后随访时间最短半年,最长 2 年,无骨折延迟愈合和骨不连发生。取除内固定时间 8~ 18 月,未发现钢板弯曲、折断,螺钉折断及松动等现象。取除内固定后未发现再骨折。X 线表现为:外骨痂生长少,达到了骨折 I 期愈合或“无骨痂性愈合”。

普通钢板的改良方法

根据骨折部位及骨折类型选择合适孔数和长度的普通钢板,于钢板两侧各选取任何一螺孔,以直径 4mm 的小圆形锉刀,锉去离心方向的螺帽孔隐窝部位,使其成为一半月状缺失,圆形螺孔变为椭圆形,该孔即为改良后的“加压孔”(图 1)。这样在钢板的两侧各有一个加压孔,在旋紧螺钉的过程中,致使螺钉与钢板发生拮抗,螺钉与椭圆形加压孔就由失偶状态变为偶合状态,两骨折断端在同一轴线上向骨折中心部移动 3~ 4mm,骨折断面紧密对合,直至达到加

压的作用。

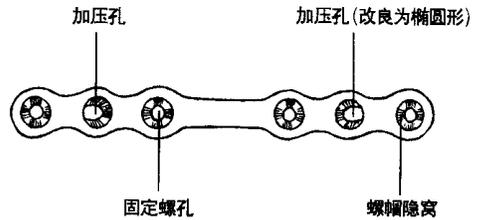


图 1 改良后的普通钢板
手术方法

术中骨折解剖复位后,根据骨骼形态,将钢板调整预弯置于骨折部张力侧,三爪钳暂时固定。先随意选定一侧的加压孔,于半月缺失弧圆心处钻孔,旋入螺钉,暂不拧紧。将骨折断端尽量靠拢,再于另一侧的加压孔半月缺失弧圆心处钻孔,旋入螺钉,仍不拧紧,此时螺钉与加压孔呈失偶状态。轻轻调松三爪钳,检查调整骨折对位、对线满意后,分别拧紧两侧加压孔螺钉。在拧紧螺钉的过程中,螺钉由改良的半月缺失弧圆心处移至原先的螺帽孔隐窝内,此时螺钉与加压孔成偶合状态,从而使骨折断端产生 3~ 4mm 的向心移动,使骨折断面达到紧密嵌合,直至加压。两侧加压孔螺钉拧紧后,在骨折处滴入少许生理盐水,被动活动患肢或进行轴向挤压,检查液体能否随着患肢活动出入于骨折之间隙,我们将此试验称为“液体波动试验”。阴性者液体不随着活动出入于骨折间隙,说明起到了自身加压的作用,骨折保持了临床稳定性。最后,逐一进行其余固定孔的钻孔固定。

讨论

前臂的特点较灵活,处于水平位置的活动较多,除了伸、屈活动外,旋前肌和旋后肌在不同起止点部位的收缩旋转运动,都会造成骨折端的分离。对于前臂旋