

# 金针撬拨法治疗跟骨骨折 100 例

吴铁男 郭豪 郭宏钰 孙义富

(漯河市第三人民医院,河南 漯河 462000)

自 1990 年 10 月至 97 年元月间,我们运用“金针撬拨法”治疗跟骨骨折 100 例,取得满意疗效,现报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般情况** 100 例全部为住院病人,均为闭合性骨折。男 72 例,女 28 例;最小 16 岁,最大 65 岁。发病时间:最短 30 分,最长 2 天;住院时间:最短 2 天,最长 2 个月;伤因:高处坠落,足部着地致伤 96 例,扭伤 3 例,打伤 1 例;合并症:合并踝关节骨折、脱位者 6 例,大腿骨折 1 例,小腿骨折 7 例;100 例均经 X-ray 片证实,全部为波及距下关节面的骨折(即关节内骨折),其中舌状骨折 55 例,关节压缩骨折 45 例。

**1.2 临床表现** 足跟局部均有不同程度的肿痛、畸形,足弓变浅,足跟加宽,X-ray 片示 Bohler 角变小、消失或变负,载距突及关节面塌陷不平。

## 2 治疗方法

**2.1 金针撬拨法治疗跟骨骨折的适应症** 距下关节内骨折,包括舌状骨折、 $\cup$ 型及粉碎不重的关节压缩骨折。

**2.2 治疗方法** 足跟部常规消毒辅巾,确定进针点,一般为跟腱止点处或跟骨结节稍靠下,用利多卡因在进针点处作局部浸润麻醉,电视下或 X 光透视下,从进针点打入一斯氏针,进针方向对准后关节面的下方,并略偏向外侧。当斯氏针尖靠近距下关节面(但不超过关节)时,停止打针,术者一手握患者前足并令其跖屈,一手持斯氏针尾进行撬拨,先上、下撬,将塌陷的关节面撬起,并使 Bohler 角恢复,再左右撬拨,使外翻或内翻的跟骨远折端基本对合近折端,接着令助手固定钢针维持撬拨后的位置,术者用双手掌根部对掌挤压内外分离的两骨折块,直至对合紧密,足跟宽度恢复正常,此时继续将斯氏针通过骨折线及后关节面打入距骨固定(针尖不超出距骨上关节面)。若为粉碎性骨折,可再穿一斯氏针将远近(或前后)两折端固定在一起。术后将斯氏针针尾剪短,针眼用无菌敷料包扎。骨折局部再上一踝关节内外翻夹板作为外固定。一般术后六周拔除钢针,仅以夹板外固定维持。同时内服活血化瘀、行气止痛、强筋壮骨药物,并早期加强功能锻炼,如踝关节的跖屈、背伸等。

## 3 治疗结果

疗效标准 优:骨折达解剖或近解剖复位,Bohler 角恢复

正常,三个月恢复正常功能者。良:骨折基本复位,关节面塌陷基本纠正,Bohler 角基本恢复正常,遗留轻度关节僵硬者。差:经多次撬拨,骨折复位不良,关节面塌陷不能纠正,Bohler 角不能恢复或无改变,三个月后足功能欠佳,足弓变浅,足跟加宽,行走疼痛跛行者。结果:优 88 例,良 10 例,差 2 例,总优良率占 98%。

## 4 讨论

**4.1 关于跟骨骨折的伤因及分型** 跟骨骨折多由高处坠落,足跟着地所致。跟骨骨折依其 X 线情况可分为两大类,即距下关节外骨折和距下关节内骨折。距下关节外骨折均不波及到距下关节内,如跟骨结节水平骨折,跟骨结节部垂直骨折,载距突骨折及跟骨前端骨折等。距下关节内骨折以 Essex-Lopresti 的分类法较为实用,即分为舌状骨折及关节压缩型骨折,两者以其骨折程度又分为  $\cup$ 、 $\cup$ 型。

**4.2 关于治疗** 跟骨骨折的治疗方法很多,其治疗结果也颇不相同。“金针撬拨法”为我们在临床中探索出来的一种行之有效的治疗方法,主要适用于距下关节内骨折。根据骨折的类型又分为“单针撬拨”和“双针撬拨”两种情况。“单针撬拨”主要适用于舌状骨折,舌状骨折一般两折块比较大,关节面塌陷不甚严重,因此撬拨复位后,可将钢针直接打入距骨固定即可,不必用第二根钢针。“双针撬拨”主要适用于关节面压缩骨折,此型多为粉碎型骨折,骨折块相对较小,因而稳定性较差,所以当用第一根针撬拨复位并与距骨固定后,还需用第二根针将跟骨前端骨折块与后端折块固定在一起,术后应用内外翻夹板外固定更增强了固定效果。对于骨折块内外分离者,则配合手法进行整复,因而避免了足跟加宽后遗症。应用中医辨证施治,内服活血化瘀、行气止痛、强筋壮骨等药物能改善局部循环,有利于消肿和瘀血的早日吸收,加速了骨折愈合。六周后拔除钢针,仅以夹板维持固定,早期加强功能锻炼,有利于骨折的愈合,关节的模造及足功能的恢复。“金针撬拨法”的主要特点为能使 Bohler 角及塌陷的关节面最大限度地得到恢复,骨折复位及固定效果好,因而能达到良好的功能恢复,减少了关节僵硬、足弓变浅、足跟加宽、创伤性关节炎等后遗症的发病率,因此值得临床推广应用。

(收稿:1997-04-31 编辑:李为农)