

特而每日必用,操作要领是两拇指重叠在中腕穴处随吸气时腹压降低而下按,动作宜缓慢,约病人完成两次吸气动作时按压到腹主动脉,按压到脉来三至后随呼气过程中腹压升高而缓缓将两拇指抬起,不可骤抬,反复操作 2~3 次即可。今天此类手法在临床运用中对下肢麻木伴自觉发冷且有明确受寒史的病人和腹部无菌性炎性包块(多因腹膜受刺激而挛缩而成)有显著疗效,此类疾病使用药物治疗多无显效且花费大,

针灸疗法中的温针灸疗效也可以,但许多病人因畏惧心理而拒绝该疗法,推拿治疗具有安全、简便、患者易于接受、无创伤、疗效显著医疗成本低,病人开支小的优点,又符合绿色疗法趋势的潮流,因此在临床上深受患者欢迎,具有较高的推广价值。今天有解剖学为基础,已不用记忆繁杂的手法名称,只需记住原理,临床灵活运用即可。

(收稿:2001-10-20 编辑:李为农)

• 短篇报道 •

经皮撬拨穿针内固定治疗胫骨平台骨折

刘现景

(郓城县中医院,山东 郓城 274700)

自 1994 年 10 月~2000 年 6 月共收治胫骨平台骨折 68 例,其中行经皮撬拨复位斯氏钢针穿针内固定治疗 26 例,现总结如下。

1 临床资料

本组 26 例中男 21 例,女 5 例;年龄 19~62 岁,平均 32.6 岁;致伤原因:机动车撞伤 19 例,占 73.1%,坠落伤 3 例,占 11.5%,重物砸伤 3 例,占 11.5%;根据雍氏分类方法^[1]:外翻 II 度 15 例,III 度 4 例,IV 度 2 例,内翻伤 5 例;手术时机:伤后 12 小时内 13 例,12~72 小时 5 例,行托马氏架踝上骨牵引 1 周后手术 8 例。均为闭合性骨折,术前检查未发现侧副韧带、交叉韧带、半月板及重要血管神经损伤。

2 治疗方法

本组病人均施以持续硬膜外麻醉,手术在 X 线监视下进行。常规消毒皮肤,铺无菌巾单,抽出关节内积血,用直径为 3.5mm 斯氏钢针 1~2 枚自伤侧骨折线远下 0.5cm 处进针,钢针斜行插入骨折间,选择合适着力点进行撬拨复位。若为双髁骨折时行双侧撬拨。复位满意后从伤侧平行胫骨平台关节面,于关节面下 0.5~1cm 处钻入直径 3.5~4mm 的钢针,至对侧出皮肤,顶住一侧胫骨髁,从另一髁锤击加压,消除髁间分离。再于伤侧髁关节面下斜行向对侧打入另一枚斯氏钢针,至对侧骨皮质行交叉固定,钢针外露部分折弯后剪除,钢针残端均埋于皮下。针孔包扎,管型石膏固定膝关节屈曲 20°~30° 位。术后 4~6 周去除石膏功能锻炼,8~10 周扶拐下床活动。

3 治疗结果

所有病例均得到 8 个月~4 年的随访。其中 1 例外翻 III 度病例去除石膏后发现内侧副韧带损伤,3 个月后行修补术。1 例外翻 IV 度病例半年后有膝关节疼痛及交锁症状,行 CT 诊断为外侧半月板损伤,后行半月板摘除术。治疗效果参照 Merchant 标准^[2],综合功能、疼痛、步态、关节稳定性及活动范围等项目进行评分,总分优 14 例,良 8 例,可 2 例,差 2 例,优良 84.6%。

4 讨论

胫骨平台骨折是负重关节的关节内骨折,处理比较困难,治疗方法也存在一定的争论^[3]。刘一等^[4]认为胫骨平台骨折治疗困难的核心问题是严重的软组织损伤易导致内固定术后的并发症,而不采用内固定骨折的稳定性难以维持,易导致骨不连或畸形愈合。由于膝关节的复杂性,骨折本身已造成局部关节稳定结构的损伤,切开手术会进一步加重损伤,即使术中得到修复,一般也很难达到解剖及生理要求。采用经皮撬拨穿针内固定治疗不作切口,避免了加重的损伤。在术前应尽量排除侧副韧带、半月板、交叉韧带等损伤。最好术前给予 CT 或 MRI 检查,但在实际临床工作中,特别是在基层医院,要做到这一点有一定的困难,本组就有 2 例术前检查虽未发现存在侧副韧带及半月板的损伤,但术后数月发现而再行手术治疗。

关节内骨折良好的复位是其治疗的关键,在本组病例的治疗中也遵循这一原则,所以复位时在 X 线下应作多角度的观察,以确保骨折的良好复位。由于胫骨平台主要是松质骨,再加之损伤过程中有骨质的压缩和破碎,固定后易产生再移位现象,故本组病例术后均采用了坚强的外固定,并推迟负重时间,作好随访,指导病人合理地功能锻炼。本组绝大部分病人未出现再移位及关节僵硬、强直等并发症。

在本组治疗中体会到经皮撬拨穿针内固定治疗对一些复杂的胫骨平台骨折,还存在着一些困难,特别是一些外翻 IV 度及更严重的骨折。本组效果差 2 例,均为外翻 IV 度。这也是下一步治疗中需要探讨和解决的问题。

参考文献

- 1 王亦璁,孟继懋,郭子恒.骨与关节损伤.北京:人民卫生出版社,1992.688-690.
- 2 Merchant TC, Dietz FR. Long term follow-up after fract of the tibial and fibular shaft. J Bone Joint Surg, 1989, 7A: 599.
- 3 Ó Duger KJ, Bobic VR. Arthroscopic management of tibial plateau fractures. Injury, 1992, 23: 261.
- 4 刘一,徐莘香,张新,等.胫骨平台复杂骨折的治疗.中华外科杂志,1997,179(6):365.

(收稿:2002-01-11 编辑:荆鲁)