

踝关节骨折后僵硬的康复治疗

马绪巍

浙江省象山县中医院 (315700)

笔者采用中药熏洗和功能锻炼法治疗踝关节骨折后僵硬 32 例, 报告如下。

临床资料

本组 32 例中男 20 例, 女 12 例; 年龄 20~64 岁。外踝骨折 11 例, 内踝骨折 8 例, 双踝骨折 4 例, 三踝骨折 5 例, 爆裂型骨折 4 例; 其中骨折伴下胫腓联合分离 8 例, 开放性损伤 6 例。手术治疗 20 例, 保守治疗 12 例。

治疗方法

1. 中药熏洗: 药物组成: 红花 6g, 伸筋草 15g, 海桐皮 15g, 络石藤 20g, 透骨草 20g, 寻骨风 15g, 虎杖 15g, 花椒 10g, 羌活 10g, 独活 10g, 路路通 20g。上述药物加水 2500ml, 水开后文火煎 20 分钟, 去渣取汁, 先将患部置于药液上方熏蒸, 待水温降至 55℃ 左右时, 将患足浸入, 以淹没踝部为佳。1 日 1 剂, 每剂煎药 1 次, 以后加热 1~3 次, 每日熏洗 2~4 次, 每次约 20~30 分钟。

2. 功能锻炼: 多在伤后 1 个月开始, 分 4 个阶段进行。

第 1 阶段: 以踝关节背伸、跖屈为主, 为时 2~3 周。用手扳足或压足等力量较弱的方法进行。同时锻炼双下肢肌力, 为负重、站立作准备。

第 2 阶段: 加大被动屈伸的力量, 使踝关节活动范围加大, 此时进行负重练习, 由承受患肢重量至患者体重。站立时间由短到长, 此阶段为时 1~2 周。

第 3 阶段: 继续前 2 个阶段的锻炼, 以下蹲为主, 兼少许步行, 为期 3~6 周。先将患足置于前, 健足置于后, 双手抓牢固定的物体, 作下蹲练习。随着背伸的改善, 逐渐将患足向健足靠拢进行练习。

第 4 阶段: 在继续前 3 个阶段锻炼的基础上, 进行步态练习, 为期 4 周许, 要求走稳, 走慢, 步伐由小到大, 两足迈出的步伐尽量一致。以正常人步态为标准, 待步态基本正常后可适当快走, 并练习上、下楼梯, 注意行走姿势。

治疗结果

疗效标准: 优: 背伸 20°~30°, 跖屈 40°~50°, 踝部无疼痛, 无跛行, 下蹲正常, 步伐一致; 良: 背伸 10°

~20°, 跖屈 25°~40°, 步行后踝部轻微酸胀, 无明显跛行, 下蹲较方便, 步伐一致; 可: 背伸 5°~10°, 跖屈 15°~25°, 短时间行走或站立后踝部酸胀, 略有跛行, 下蹲时患足置于前, 步伐欠一致; 差: 背伸 0°~5°, 跖屈 5°~15°, 稍微行走或站立后疼痛, 跛行较明显, 下蹲不便或困难, 步伐不一致。

治疗结果: 本组 32 例均获随访, 随访时间 3 个月~4 年, 平均 1.6 年。结果优 23 例, 良 5 例, 可 2 例, 总优良率 87.5%。

讨 论

祖国医学认为, 踝关节骨折后的僵硬属“筋伤”、“痹症”等范畴。《内经·痹论》指出: “凡痹之类, 逢寒则虫, 逢热则纵”, 是说大凡痹症, 遇寒冷则筋脉挛缩, 气血不通, 症状加重; 遇热则筋脉弛纵, 气流畅通, 症状减轻或消失。中药熏洗通过温热刺激, 促进血液与淋巴液的循环, 利于血肿与水肿的消散。作者应用寻骨风、虎杖等祛风湿、止痛、活血通络的中药的熏洗, 使腠理疏松, 增加和加快药物吸收, 从而: (1) 促进骨折愈合, 为功能锻炼提供可靠的骨格支撑; (2) 促进软组织的修复, 为功能锻炼提供柔韧而非僵硬的软组织条件。

中药熏洗应在骨折有一定牢度后进行, 即 1 个月之后, 对于创口/切口未愈或有感染时勿用, 对该中药过敏者勿用。

踝部骨折早期即可进行患侧足趾、膝关节等的功能锻炼, 而踝关节的功能锻炼宜在伤后 1 个月左右开始。如果手术治疗良好, 可适当提早。在中药熏洗配合下容易进行功能锻炼, 即在中药熏洗的同时开始进行。如果没有中药熏洗的配合, 则锻炼时关节僵硬感明显, 阻力大, 疼痛也较明显。

功能锻炼应按 4 个阶段逐步进行, 切不可操之过急, 造成不必要的损伤。在骨折后 1.5~2 个月, 可拆除下胫腓联合的螺钉, 以防止意外的发生^[1]。

在锻炼过程中, 患者常有踝前方阻挡感及跟腱紧张感。前者可能是创伤后关节滑膜增生所致, 后者可能是创伤后踝关节缺少背伸运动, 跟腱挛缩所致。另外, 锻炼时常发生踝部疼痛、肿胀等症, 若症状明显, 可停

止锻炼,抬高患肢,必要时来医院检查,待症状缓解后可继续锻炼。多数患者经锻炼后,这些不适会明显减轻或消失。

参考文献

1. 蒋中达,谈国明,石荣坚,等. 踝关节骨折的手术治疗. 骨与关节损伤杂志, 1996, 11 (2): 97

(收稿: 1998-01-15)

儿童孟氏骨折的诊治

刘东鹏 杨满怀*

宁夏回族自治区灵武市中医院 (751400)

孟氏骨折是儿童常见的一种复合损伤,我们自1993年7月~1997年7月共诊治66例,现报告如下。

临床资料

本组66例中男43例,女23例;年龄2~14岁;均为单侧闭合性损伤,左侧25例,右侧41例;按Bado^[1]分型属I型(伸直型)28例,其中11例并发骨间背侧神经麻痹,II型(屈曲型)14例,III型(内收型)20例,其中8例并发骨间背侧神经麻痹,IV型(特殊型)4例;伤后就诊时间:24小时以内40例,1天~4周14例,4周以上12例。

治疗方法

1. 闭合复位外固定:对新鲜骨折(4周内)均在麻醉下进行,取患儿坐位或仰卧位,两助手分别握住患肢腕部和上臂中段持续对抗牵引(I、III、IV型肘关节屈曲位牵引,II型肘关节伸直位牵引)3~4分钟,术者于脱位的桡骨头处加压,使之复位,听到弹响后保持对位,此时尺骨骨折多已复位,如仍有成角及侧方移位应加以纠正。整复完成后以长臂前后石膏托固定,I型固定于前臂旋后,屈肘110°位,II型固定于前臂旋后、屈肘70°位,余固定于前臂旋转中立位、屈肘110°,直至尺骨愈合后,去除石膏托,进行功能锻炼。

2. 切开复位内固定:对于陈旧性孟氏骨折及新鲜孟氏骨折整复后尺骨骨折位置不良者,均行手术治疗。采用肘后外侧纵切口,以尺骨骨折对线不良部位尖端为中心,暴露尺骨后部剥离骨痂或纵形切开骨膜,对于病程长尺骨有压缩或成角畸形,桡骨头位置上移明显,尺骨的相对短缩采用尺骨上1/3额状面长斜形截骨、钢板螺钉内固定术,以彻底矫正尺骨短缩,成角畸形,消除桡骨头横向阻力。对于尺骨成角和弯曲畸形而短缩不明显者(本组均为III型骨折),可将成角对侧的

骨皮质凿断,然后再持续而缓慢加压、手法矫正满意后,用一纵向三棱针做尺骨内固定,术毕肘关节功能石膏托固定4周,拔针去石膏托行功能锻炼。本组12例手术患儿中7例并发骨间背侧神经麻痹者均未行探查松解术。

治疗结果

随访时间4月~3.6年,平均1.5年。神经功能:19例均恢复正常。肘关节屈伸活动,62例正常,3例受限25°,1例受限30°。前臂旋转活动:63例正常,3例受限20°~30°。X线摄片检查:63例正常,3例桡骨头仍有半脱位。未有尺骨不连接、骨化性肌炎。

讨 论

1. 对儿童孟氏骨折的诊断,基层易出现错漏诊情况,本组12例4周以上患儿均因上述原因延误了治疗,致伸指伸腕障碍和/或屈肘受限,肘内翻畸形等。造成错漏诊有下列三种情况:(1)III型损伤中尺骨骨折往往表现为纵行劈裂、弯曲变形或仅为尺骨近端皮质呈皱褶状,而且本型多发生于幼儿,其桡骨头骨骺尚未出现,肱桡对应关系难以看清,易出现错漏诊;(2)在尺骨中上段骨折中,一定要仔细观测X线片上桡骨近端与桡骨头的纵轴延伸线是否通过肱骨小头骨骺中心,否则即为桡骨头脱位。同时我们赞成凡尺骨上端骨折者,从X线片上虽然未见桡骨头脱位,在治疗时亦应按孟氏骨折来处理,因为桡骨头脱位后,有时可以自动还纳,如忽略对桡骨头的固定,有可能发生再脱位^[2]。从而避免只注意尺骨骨折而忽略了桡骨头脱位;(3)忽略了并发骨间背侧神经麻痹,主要由于临床着重于骨折脱位的诊断,加之患儿由于害怕疼痛不能很好配合检查的缘故,而对可能存在的神经损伤缺乏警惕。骨间背侧神经绕经桡骨小头前外侧进入旋后肌处经