

小儿股骨干各段骨折手法复位时 患腿体位放置的探讨

湘潭市中医院骨伤科 杨寿峨

在治疗小儿股骨干骨折的实践中,笔者采取了一种与传统的方法迥然不同的新方法。其基本原则和关键,主要是体位的适当选择并使肌肉处于相应的松弛状态;加上正确的和巧妙的手法。这种方法手法简便,术者省力,患儿痛苦少,因而愈合迅速,并发症少,效果满意,并且符合骨骼的生物力学基本原理。在骨伤科正骨的医疗实践中具有普遍的应用价值和意义。在简易家庭病床条件下也完全可以施行。现将其认识过程介绍如下:

一、临床资料

本文拟就最近收治的六例小儿股骨干骨折的治疗经验作为论证和分析的实践基础。

性别: 男性5例, 女性1例。

年龄: 2岁3例, 3~4岁3例。

受伤原因: 跌伤5例, 车撞1例。

骨折部位: 上1/3段者1例, 中1/3段者4例, 下1/3段者1例。

骨折分类: 横断2例, 斜形与螺旋形4例, 均属新鲜骨折。

下床行走时间: 最长者21天, 最短者11天, 平均16.3天。

二、治疗方法

1. 根据骨折部位、骨折类型及骨折移位等情况而定。主要是减少患腿肌肉的张力而选择适当的体位为关键。如为上1/3处骨折, 施正骨手法时应将患腿置于屈30~45度, 外展30度, 外旋10度位置; 中1/3处骨折时, 如斜形或螺旋形骨折, 施正骨手法时, 应将患肢置于外展10度, 前屈10~20度位置; 但是横断骨折时, 应将患腿置于外展10度, 将膝关节屈曲90度位置; 下1/3处骨折, 骨折线由前上方至后下方, 施正骨手法时, 应将膝关节置于伸直位; 如骨折线由前下方至后上方, 施正骨手法时, 应将膝关节屈曲至90度位置。经手法正骨后仍需维持整复时的体位方可使骨折保持稳定。

2. 手法复位: 经上述选择好恰当的减少相应肌肉张力的体位后, 通过巧妙的正骨手法大部分的骨折可正确复位。优者达到解剖学复位, 次者功能性复位。如仅侧方移位者, 即用端挤提按手法整复, 如横断锯齿状, 骨折重叠者, 一助手固定骨盆, 另一助手用双手固定股骨远端使患肢不摆动, 将膝关节屈曲90度的中立位, 术者用折顶手法, 两拇指指压于突出的骨折一端, 其他四指重迭环抱于下陷骨折另一端, 两手拇指用力向下挤按突出的骨折端, 加大成角, 使骨折触顶合骨, 离而复合。纠正旋转,

部分成角移位, 先对位后对线, 注意生理弧度。

3. 夹板固定和固定方法, 采用杉树皮制成四合一小夹板, 小夹板的总宽度按健肢周径的3/4, 长度以外侧板从大粗隆至外髁; 内侧板从腹股沟至内髁; 夹板上方斜由前上方斜向后下方剪去一斜角前方夹板上平大粗隆, 下至髌骨上缘, 后侧夹板按骨折部位而定。上1/3处骨折时, 上低坐骨结节; 中1/3处骨折与前侧夹板等长。下1/3处骨折时, 如骨折线由前上方至后下方, 则夹板下超胭窝部, 如骨折线由前下方至后上方, 需将夹板下部塑形成相应弧度(即外贴胶布杉树夹板捶软), 使膝关节屈曲90度固定位置。如中1/3处斜形、螺旋形骨折时需用一块长托板置于患腿后侧上至臀部, 下至足跟板包扎固定。经手法整复后将准备的蜂蜜绷带缠患肢折断上下各10厘米(松紧适宜), 外敷三黄软膏, 用绷带缠绕一层, 然后按骨折部位, 受伤机理与移位方向, 分别在相应的部位放置压垫。再用四块夹板及棉纱带四条捆扎, 其松紧度能上下移动共1公分为宜。

4. 功能锻炼: 经整复和固定后十天在床上活动, 可侧卧或仰卧位, 适当地作股四头肌收缩活动。横断骨折者, 可早期用足跟蹬床头, 利用其纵向挤压力, 促进骨折愈合, 二周后下床扶着行走。

三、病例

1. 王××, 男, 3岁, 住湖南东安石矿。因车祸致右腿受伤, 即送本市××医院急诊, 经照片诊断为: 右股骨中段横断骨折, 远折端向上向后移位重叠约3厘米, 正位片见: 近折端前方有一碎骨片游离该医院收住院治疗, 采取双腿垂直悬吊皮牵引法, 患儿叫喊患肢疼痛难忍, 哭闹不休, 猛力摇晃臀部, 给治疗造成困难。经第二次拍片复查见: 断端情况同前, 远折端并向内侧移位, 仍向后上重叠如图照片2)。第四天转来我院治疗, 考虑到便于其家属护理, 使患儿情绪稳定; 收作家庭病床治疗。第一次按传统拔伸牵引端挤提按等手法整复固定, 因骨折远端向后移位固定时, 由于屈膝角度不够而失败了(如图照片3)第二次整复按骨折原理将膝关节屈曲至90度, 使小腿三头肌及股后侧肌松弛而改变了体位再施正骨手法及固定, 复位满意(如图照片4)。经治疗21天下床行走, 开始稍有跛行, 慢慢恢复常态。3~5周骨折临床愈合, 功能恢复正常。

2. 易××, 男, 2岁, 住本市。患者玩耍单车, 因车倒压在身上, 哭闹不止, 不能站立, 旋即抱来我院门诊治疗。经检查诊断为: 右股骨骨折。

经照片见：右股骨中段斜形骨折，向外成角，远折端轻度外旋。（如图照片1）。经采用患腿稍外展前屈位进行复位固定治疗历时15天下床行走，开始稍有跛行历时3~5周骨折愈合，功能恢复正常。

四、治疗效果

按局部解剖特点，骨折部位，骨折类型把肌肉牵拉造成骨折移位的不利因素而使其转变为有利因素，就是选择恰当的体位以减轻相应肌肉的张力，并舍弃拔伸牵引纠正重叠的常规方法，而采用以上的手法达到复位目的，使患者痛苦少，医者耗力小，正骨满意，无并发症，加速骨折愈合，恢复功能正常。据统计，从正骨固定治疗的第11天开始下床行走的有一例，从正骨固定治疗的第15天下床行走的有三例，21天下床行走有二例。患者刚下床开始行走时稍跛，有的患儿膝关节屈曲活动稍有受限，通过局部按摩推拿顺骨理筋手法1~2周内恢复，自正骨固定治疗3~5周患肢活动功能基本恢复正常。

五、体会

1.造成骨折移位的原因有外力作用的影响，肢体的重心的影响，肌肉的牵拉影响，治疗和搬运的影响等，但其中主要原因是肌肉的牵拉力，这也是手法复位前需要解决的问题。

2.从生理解剖的角度来看，股骨中下段横断骨折，远端因受小腿三头肌的牵拉而多向后侧移位，并受周围肌肉的收缩力而重迭，因此例一首先采用垂直悬吊牵引法，因膝关节处于伸直位，致使三头肌紧张牵拉远端而后而失败，我院采用手法整复长托板固定，又因膝关节屈曲角度不够，未能使三头肌完全松弛而未成功，通过分析研究后，将膝关节屈曲至90度，使三头肌处于完全松弛状态，再在四合一夹板加压垫的局部有效固定下，收到满意的效果。

3.因上述造成骨折原因及股骨干丰厚的肌肉群包围，要使长骨干骨折达到解剖及功能复位，其主要问题就是采取适当的体位正骨与固定，使骨折保持稳定，并迅速愈合，是早日恢复功能的关键问题。

4.在手法正骨如采取过度拔伸牵引可使肌肉神经受到不同程度的损伤，更造成肌肉紧张，若再经医者施行粗暴手法操作，更增加局部肿胀，加重病人的痛苦。因此，只要选择好恰当的体位，可以舍弃拔伸牵引的传统方法，加上肌肉松弛，复位时损伤亦轻。

5.选择好恰当的体位之后，必须正确地巧妙地运用手法是不可缺少的。手法是一个技术问题。里面值得研究的问题还很多。《医宗金鉴·正骨心法要旨》告诉我们：“必素知其体相，识其部位。一旦临证。机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出。”“法之所施，患者不知其苦。”这段论述蕴含着极其丰富而又非常奥妙的正骨手法秘诀和全面深刻的辩证法思想，是指引本人从股骨干骨折的复位过程中寻找出置患腿恰当的体位位置，从而

获得达到理想的复位目的。另一方面还要重视心理疗法，受伤以后的病人思想紧张，对疼痛敏感，如直接摸到伤处，疼痛立即加剧，并容易产生恐惧心理，如不稳定患者情绪，这就很难与医生配合，对于小儿患者更要重视此疗法。首先对患者以鼓励、安慰或讲故事以分散小儿思想注意力。有利于减轻病人的思想情绪，更利于配合治疗。在心理疗法的前提下，必须采取轻准快巧稳的正骨手法，切忌粗蛮。股骨干肌肉丰厚，在拔伸牵引下肌肉更紧张，而在恰当的体位肌肉松弛，用轻柔的手法摸准骨折端，即“手摸心会”，巧妙灵活动作快的手法接骨，加上心理疗法的前提，所以病人不知其苦，并达骨折复位满意。

6.骨折固定与活动：骨折自治疗日起需外敷药，用夹板固定四周，前一周在恰当的体位不活动，第二周在床上活动膝踝、关节，第十五天后下床行走活动，负重是无影响。横断与斜形有一定的差别。前者宜早，后者稍迟。

7.采取将患腿放在适当的体位而把肌肉牵拉力不利因素使其转变为有利因素，以松弛影响骨折移位的肌肉达到骨折整复满意。然而笔者所采用的置适当体位上进行的正骨方法，这只是发现了一种与传统的正骨法稍有区别的股骨干骨折的接骨法。并且在接骨操作无需用任何麻醉药物，亦是本法的优点。

六、小结

1.本文通过治疗股骨干骨折6例的临床体会，说明此方法治疗简便易行，疗效确实可靠，使骨折的解剖学复位或功能性复位率增高并加速骨折愈合，缩短疗程，患儿解除思想紧张而同医生合作，达到病人痛苦少，医者复位时耗力少，又无需用任何麻醉药物等优点。

2.由于我院条件有限，治疗病例少，加上学识肤浅，不当之处，诚请诸位专家同道批评指正。

参考文献：

- 1、《临床骨科学·创伤》
- 2、《医宗金鉴·正骨心法要旨》
- 3、《骨科实用生物力学》

~~~~~  
(上接47页)

病人时，也应注意服药禁忌如牛夕忌牛肉；白术忌食雀肉、青鱼、桃、李、大蒜；鹿角胶忌矩鸡、鱼虾；服用钙制剂应忌食菠菜；药酒忌柿、黑枣；地黄忌一切血、葱、蒜、萝卜。《调剂饮食辩》中云：“病人饮食，籍以滋养胃气，宣行药力，故饮食得宜是为药饵之助，失宜则反与药饵为仇。”正是如此。

综上所述，创伤性骨折病人的饮食调理应根据骨折的部位、性质、程度、做到饮食适当调整，适时、适量、即保证机体营养的供给，又不使脾胃功能气机受损，合理的饮食对骨折病人的恢复起着重要的作用。