

前臂骨折针拨复位（附20例报告）

中国医科大学附属三院骨科 张文学

前臂骨折常因不能达到理想的解剖复位或复位后不稳定而改行手术（切开复位内固定）治法。近年来我们参考祖国医学用针拨方法，治疗关节内骨折的经验，选择性的应用到难于复位的前臂骨折，取得了较为满意的效果。

临床资料

本组病人共20例，男13例，女7例。10岁以下的7例，11~20岁8例，20岁以上的5例。多数为儿童及青少年。直接暴力所致的前臂骨折13例。单骨折4例。新鲜骨折16例（2周以内），陈旧骨折4例。全部病例都是经过多次手法复位，经X线片，显示复位不满意者。

针拨复位必须在有效的麻醉下进行。局部消毒后。助手作牵引，术者戴灭菌手套。在X线机荧光屏监视下。将灭菌的斯氏针插入骨折间隙，利用杠杆原理，分开骨折端。拨开嵌入的软组织。在牵引、分骨、折顶、端提、挤按等手法的协助下，使骨折断端解剖复位。并使互相嵌插。拨针后局部用无菌敷料包扎。然后用小夹板或石膏外固定。一周后摄片复查，如有移位可再次针拨整复。术后4—9周去外固定，加强功能练习。

本组病人一次达到解剖复位者16例，占80%。部分成功者，即仍留有少许横向移位者4例。但两个月后都达到了临床愈合标准，功能恢复良好。经两年多的观察。没有一例发生畸形愈合或留有任何功能障碍。已全部恢复了学习及原工作。

讨 论

1. 前臂的局部解剖特点，有利于针拨复位的操作。因为（1）尺骨背侧及桡骨的远侧2/3均位于皮下。桡骨的近1/3背侧经肌间隙也容易探到。（但需穿过旋后肌，因而要小心桡神经

深支）（2）重要的神经血管都位于掌侧和两骨间，因而从背侧及尺桡侧进针不易损伤血管、神经。

2. 针拨复位的适应证：（1）凡经手术复位失败的前臂骨折，均可试行针拨复位。（2）疑有骨端间夹有软组织者，针拨常可取得避免手术治疗的效果。（3）有些3—4周的陈旧骨折，功能及外型恢复不满意的可行针拨，撬开软性骨痂重新复位，可达到满意的效果。（4）开放性骨折及有明显感染倾向者，不宜采用针拨治疗。

3. 针拨复位的注意事项：（1）根据骨折的类型、移位情况、影响复位的原因选择最佳的进针部位和挑拨方式，一般应经前臂背侧或尺、桡侧进针。根据骨折移位情况在骨折的近侧或远侧进针。最好每完成一项任务，重新进针一次。（2）针拨操作要充分利用钢针的杠杆力，可先利用皮肤作第一支点拨开浅侧骨端，再慢慢探向移位到深部的另一骨端，以浅部骨端作第二支点，把重迭的骨端撬出来（注意！必须试着从原伤道将骨端拨回）再配合捺正等手法使骨折解剖复位。（3）如有软组织嵌在两骨端间。应另经皮刺入钢针，探到两骨间，配合牵引，将嵌入组织拨出。（3）操作中进针要慢，摸索前进，沿肌间隔（尺、桡侧）或肌腱间进针。躲开或者叫“推开”肌腱、神经、血管等组织，达到骨折端（血肿腔内）。因而针尖不可太锐。经皮肤应先用锐针刺一小孔。（4）撬拨时用力必须轻柔，配合复位的其他手法。充分利用杠杆力原理。事先利用手摸心会等方法，充分理解骨折移位的立体关系，设计进针部位。为减少牵引对皮肤移位影响，应在牵引后进针。