

闭合折骨术治疗四肢陈旧性骨折畸形愈合

广东佛山市中医院(528000) 元日成 陈志维 陈渭良

笔者继承已故骨伤名家李广海的疗伤技法精华, 结合自己多年的临床经验, 治疗四肢陈旧性骨折畸形愈合收到良好的效果。现将闭合折骨术的手法应用报告如下。

治疗方法

1. 麻醉: 根据伤员的具体情况选用不同的麻醉形式。小儿不能配合者采用氯胺酮分离麻醉。下肢者采用硬膜外麻醉。上肢伤员采用神经阻滞麻醉。

2. 手法介绍:

(1) 顶压折断: 伤员取卧位, 两助手分别固定骨折的远近端, 作相应的牵引, 术者用双拇指或手掌部顶压骨折隆突端, 取用强劲而稳准的顶压手法, 使骨痂折断。或利用 10cm 高的三棱木墩, 垫以棉花置于畸形的顶角, 术者作固定, 嘱双助手同时缓缓用力向下按压远近端, 形成三点应力, 可闻骨痂撕裂音。

(2) 对抗旋转: 将原骨折的远近段进行对抗的短轴旋转, 作用力不超骨折处的上下关节。操作时, 一助手固定骨折的近端, 术者则稳定远端, 在短轴下进行拔伸牵引和与助手作强力的内、外对抗性旋转, 使骨痂从原骨折远近端的骨折面两侧裂开, 达到折骨目的。

(3) 摇摆转动: 将重新折骨后的骨折远近段进行连续性的摇摆转动, 达到松解骨折端骨痂、嵌插和软组织粘连。操作时, 一助手固定骨折的近端, 术者则固定远端, 在适度的牵引力下, 作内、外、上下的摇摆转动, 幅度由小至大, 直至骨折部有明显的异常活动及骨端摩擦感。

(4) 拔伸牵引: 折骨术成功后, 采用二助手分别固定骨的上、下段, 用对抗的拔伸牵引力来克服肌肉的收缩力, 将重叠、嵌插的骨折端牵开, 使肢体恢复原有的长度及轴线, 操作时根据整复要求, 手法的具体情况而决定使用牵引力量及调整方向。

采用上述折骨手法将原骨折端骨痂折断及局部组织粘连松解后, 继而结合其他复位手法矫正伤肢的轴转、成角、重叠等畸形, 使骨折端对位再按新鲜骨折作固定治疗。如重叠移位严重者, 可结合骨骺牵引矫正重叠后再复位。

适应症

对四肢管状长骨骨折或邻近关节的闭合性横形、斜形和螺旋形等骨折, 受伤时间在 3 月以内, 临床检查发现伤肢畸形, X 片显示骨折处有明显的重叠、成角、旋转移位、骨痂比较稀薄, 仅达到临床愈合阶段的伤员, 骨折对位对线未符合临床要求者^[1]。

禁忌症

伤员较高龄或有脏器病变者, 肢体多段骨折合并神经、血管损伤者, 或有广泛骨质缺钙疏松等症, 都不宜采用此法。

讨论

1. 在选择适应症时, 受伤时间在“三个月内”是符合闭合手法折骨术的条件之一。在临床应用上, 这个时限需要根据具体情况作考虑, 笔者认为靠近关节的骨折, 尤其是肱骨髁上骨折, 虽然伤后时间只有 5~6 周, 骨折处虽有严重移位, 但骨痂生长则较坚硬, 给折骨术带来较大的难度, 尽管折骨成功, 但对骨折的整复带来困难也难以有准确的复位, 而成年人的股骨干中段骨折, 尽管受伤时间长达 6~7 个月, 骨折有严重畸形和大量骨痂形成, 且能徒手步行, 已达到临床愈合标准, 但有的还可以采用手法折骨术矫正畸形。因此笔者主张对受伤时间的时限应据四肢骨折的部位、类型、畸形的大小及愈合的坚固程度来综合分析, 选择闭合手法折骨术。

2. 折骨术的成功与否, 除掌握适应症的选择外, 关键在于术者合理运用杠杆力学的作用原理, 正确而熟练地使用折骨手法, 用力要稳、准, 力点要集中, 在骨折端处直接施加压力。手法动作应由轻渐重, 范围应由小到大, 徐徐将骨折端的骨痂、瘢痕组织作松解、分离。折骨术后应根据动静结合、筋骨并重的治疗原则, 按骨折三期治疗而辨证内、外用药。在有效的外固定下, 正确地指导伤员早期进行功能锻炼才能取得骨折愈合与功能恢复并进的效果

参考文献

1. 天津医院, 中西医结合治疗骨折、第二版, 北京: 人民卫生出版社, 1971; 20~21, 43~44.