

将腕关节掌屈尺偏,术者在维持牵引下以手指触摸骨折部背、桡侧,如感觉骨折处仍有轻度移位(通常是背侧移位),可以掌根推挤骨折远端以求复位。保持腕关节掌屈尺偏位,轻轻旋转前臂,如无阻碍,即完成复位。以短臂石膏托固定腕关节于旋后掌屈尺偏位,2周后更换石膏托改旋后位腕背伸 30° 位固定。对于IV型中骨折粉碎,移位较严重的病例、固定须采用长臂石膏托固定肘关节于功能位。

治疗结果

骨折治疗效果按《骨折疗效标准草案》进行评价。结果:优24例、良10例、尚可3例、差1例。优良率达90%。差的1例系骨折后合并Sudeck's骨萎缩致患肢肿痛持久不退而影响了功能的恢复。

讨论

目前骨伤科中整复Colles骨折的手法复位及固定方法是以旋前位掌屈尺偏为主的。一般是在旋前位牵引整复,随之固定于旋前位的掌屈尺偏位,此所谓“反暴力机制”。但临床工作中往往发现有较多的骨折背桡侧移位难以纠正,且在日后的固定中仍有移位之虑,需要在日后的过程中不断地发现纠正。如果一旦未及时纠正则带来严重的后果。Watson强调石膏托固定须在5周以上,因为在这期间内骨折的牢固度尚不足以防止再变位⁽²⁾。

基于上述情况,笔者在参照国内外先进经验的基础上,结合临床实践加以改进完善而创立了一种新的Colles骨折复位固定方法,根据其复位及外固定过程中前臂所处的位置而命名为“旋后复位外固定法”。经过2年余的实践证明这种方法是可行的,具有骨折复位容易、固定可靠;术后功能恢复佳等优点。

“旋后复位外固定法”治疗Colles骨折是基于以下考虑:

1. 旋后位可以限制或消除肱桡肌的活动。当前臂

处于旋后位时,肱桡肌的活动变得很小,这是利于骨折复位及固定的重要因素。

2. 前臂旋后使得前臂屈肌群变得紧张,其牵拉骨折端向掌侧、尺侧的力量加强。这种力量与Colles骨折的移位倾向是相拮抗的,利于骨折的复位及保持对位,尤其与改为腕背伸旋后位时,前臂屈肌更为紧张而作用愈大。

3. 利于骨折远端旋后移位的纠正。桡骨远端的旋后移位是Colles骨折的常见畸形。旋后位复位过程中,由于牵引的过程已使前臂处于旋后位,掌屈尺偏实际上包含一个连贯的旋前动作,两者结合更利于骨折旋后畸形的纠正。

4. 旋后复位固定法满足了处理合并症的需要。下桡尺关节脱位或半脱位是Colles骨折常见的合并症,本组中即有18例。下桡尺关节的复位及固定均需旋后位进行。

5. 利于功能的恢复。下桡尺关节脱位以及挛缩都是造成腕关节功能障碍和疼痛的重要原因。临床中可以看到下桡尺关节的功能障碍都是以旋后受限为主的,而鲜见旋前受限的。造成这种状况的一个重要原因是人的日常需要使得旋前活动不断地加强,而往往忽略了旋后功能的需要。本文38例Colles骨折虽然都经过旋后位固定平均达4周,但未发现有1例残留旋后挛缩的,反而倒有1例严重下桡尺关节脱位的病人在随访中发现残留旋后受限。旋后位也利于手指关节的屈伸活动,有利于骨折后手部功能的恢复。

参考文献:

- 董福慧等译. 骨折的闭合功能疗法. 第1版. 天津科技出版社 1987. 12. 109
- 过邦辅等译. 骨折与关节损伤. 第1版. 上海. 上海科技出版社 1984. 456~457

(收稿:1994—04—21)

足蹬复位 Dugas's 位宽胶布外固定 治疗肱骨外科颈骨折

甘肃省甘谷县人民医院(741200) 丁晓敏

我院从1990~1993年用足蹬复位Dugas's位宽胶布外固定治疗肱骨外科颈骨折14例,其中男8例,女6例,年龄2~70岁。外展型12例,内收型2例,均为新鲜闭合性骨折。现报告如下。

治疗方法

患者仰卧,血肿内麻醉,术者立于患侧,双手握住患肢腕部。沿畸形方向持续牵引,同时足跟蹬于患肩腋部,使其起一杠杆作用,并逐渐由外展位屈肘内收,

直至患手搭于对肩,此时即可复位。透视下复查满意后,腋下垫以棉垫,固定稳妥,用宽约 6cm 的搭肩胶布条与胸围胶布条固定在一起,保持好患肢贴胸屈肘搭肩位。3~4 周拍片复查,酌情解除外固定,功能锻炼。

治疗结果

本组 14 例,其中 10 例达到解剖复位,4 例近解剖复位。骨折临床愈合时间 3~4 周,经随访 3 个月以上,效果良好,肩关节功能正常,无后遗症和并发症。

讨论

肱骨外科颈骨折是比较多见的不稳定性骨折。其移位原因主要是骨折远端因受胸大肌牵拉向前内上方

移位。因此,传统的手法整复,外展石膏固定,由于增加了胸大肌的张力,使肱骨干部分更不稳定,易发生再移位。悬垂石膏可造成骨端分离,平卧位时石膏的重力作用,也易造成骨折向前成角畸形或移位。超肩关节夹板固定常因活动而松脱,难以维持对位导致再移位。足蹬复位 Dugas's 位宽胶布外固定由于复位后将患肢上臂置于较度内收位胶布固定于侧胸壁,缓解了胸大肌的牵引力量,减少再移位的机会。所以,该法整复操作简单,固定牢固,能有效地防止再移位,克服了其他外固定方法的缺点,适用于基层医院推广应用。

(收稿:1994-05-13)

杉树皮固定治疗桡骨远端骨折

浙江省富阳县中医骨伤科医院(311400) 詹庄锡 詹新宇

我们在先师张绍富主任医师的指导下,采用传统的拔伸双扣手法复位,杉树皮小夹板旋后位固定,收到理想疗效,简介如下。

材料 取厚度为 0.2cm 干性杉树皮,制成小夹板四块:背侧板从手背掌指关节起,掌侧板从腕横纹起;桡侧板从第一掌指关节起,尺侧板从尺骨茎突部起,均上至肘横纹线下 5cm 处。夹板上宽下窄,间距约 1.5cm。软膏药 1 张,桃花纸 2 张,小号绷带 1 只,胶布 1×100cm4 条。

手法复位 患者取坐位,屈肘 90°,前臂中立位。医者立于患侧,用一手虎口扣住患臂骨折部位近侧,拇指扣压骨折端,另一手捏住腕部,虎口扣住骨折远端,食指勾住尺骨茎突部,缓缓拔伸,纠正重叠。如有旋转移位,可将远端轻度旋后,然后与骨折移位相反方向在拔伸力下相对扣压,桡推尺压(远端向尺侧,近端向桡侧)纠正侧方移位,接着作掌背侧双侧虎口扣紧,对抗推压,近压远推(近端向背侧,远端向掌侧)并作腕关节极度掌屈 70~90°使掌背移位得以整复。

夹板固定 复位满意后,前臂旋后位,对抗牵拉下,先由助手贴以膏药,必要时可在远端桡侧、背侧加一半月型纸压垫,包上桃花纸后,分别在背侧、尺侧、桡侧、掌侧顺次放上杉树皮夹板,用胶布缠臂捆绑后,外用绷带,连同腕关节手掌部一起固定,逐层缠妥,留出手指适当活动。固定完毕后,屈肘 90°,旋后位三角巾悬挂胸前。一般 7~10 天应作摄片换绷带检查。如有

移位可作及时纠正,并应适当调整固定松紧度。

体会 伸直型桡骨远端骨折在受伤时,由于前臂旋前腕背伸位手掌着地;或两足前滑,向后倾倒前臂旋后,腕背伸位掌心着地,传导暴力集中于桡骨下端发生骨折。骨折移位的严重性,决定于暴力的强弱。若暴力过大,跌倒时的前冲复合引力可使骨折重叠,远端出现不同程度的旋转移位,三角软骨盘破坏,尺骨茎突随着撕裂移位,腕关节面的掌倾和尺偏角消失,外观畸形明显。拔伸双扣手法针对骨折移位的相反方向,逆行复位。我们提出前臂旋前位受伤在中立位复位,旋后位固定。我们从力学测试结果分析,无论是体表或插入断端间其压力值,旋后位均明显大于中立位和旋前位,即旋后位时杉树皮夹板固定发挥的效力最大,体位最稳定。加以杉树皮夹板质轻性韧具有弹性,便于塑型,能起到良好的固定作用。

对于伸直型桡骨下端骨折的分型各地尚不统一。目前,国内将本病分为五型。经过实践证明,本手法原则上均能适应以上五型骨折的复位与固定。具体操作时应分轻重缓急,各使其宜。对于老年人的粉碎性骨折,因骨质疏松,骨碎片有分离者,手法宜轻,以免碎骨移位滑入关节间隙。严重移位者需注意拔伸彻底,骨折嵌插或重迭完全纠正后方可下一步手法。手法做到技巧敏捷,连贯协调,用力均匀,前后整复过程一气呵成,一般不需麻醉。

(收稿:1994-02-02)