

外固定

手法复位弯头夹板固定治疗桡骨下端骨折

浙江省开化县人民医院 (324300) 曾土金

采用手法复位弯头夹板固定治疗桡骨下端骨折 170 例收到复位满意和固定稳定性良好的效果,现将 170 例疗效观察和弯头夹板制作及使用方法介绍如下。

临床资料

本组 170 例中,男 121 例,女 49 例;年龄 6~74 岁;左侧 91 例,右侧 79 例;均为桡骨下端新鲜骨折,包括伸直型 165 例,屈曲型 5 例;横形骨折 84 例,短斜形 26 例,粉碎性 32 例,骨骺骨折 28 例;均不伴下尺桡关节或桡腕关节脱位。

治疗方法

1. 复位手法以伸直型骨折为例。一般无需麻醉,患者取坐位或仰卧位,屈肘,前臂内旋。二人复位法:助手牵拉前臂上段,术者双拇指布于骨折远端,指端扣住骨折线部位,余指布于腕掌侧作对抗牵引,如有桡偏术者用同侧食指用力向尺侧推,估计已达到复位再整复背侧移位,继续对抗牵引下双拇指重按远断端的同时作腕背伸加大骨折线的向掌侧成角作反折,在这瞬间术者双食指顶近断端,双拇指按远断端作屈掌尺偏,术毕用指触摸复位效果。三人复位法:一助手牵拉前臂上段,另一助手牵拉腕掌作对抗牵引,术者与患者同向立于桡侧,如有桡偏用双拇指推向尺侧,余指环抱尺侧作对抗加力,纠正后再整复背侧移位,用双拇指平布远断端,余指布掌侧,在持续牵引下向掌侧方向加压使骨折线向掌成角加大作反折,在这一瞬间余指向背侧方向提近断端,双拇指按远断端,同时令助手作屈掌尺偏,术毕用指触摸复位效果。

这种复位方法主要采用牵引、侧推、反折、提按、屈掌尺偏手法,一般可在 1—3 分钟内完成。

2. 弯头夹板固定 夹板的制作:取韧性良好、厚 0.2cm 的木板,裁成板条,粘上厚 0.3~0.5cm 的海绵,外套针织布,即成夹板。夹板制成 6 种规格,即成人大、中、小号及儿童大、中、小号,每套夹板有 4 块。成人大号背侧板条长 28cm,上宽 5.5cm,下宽 4.5cm,在窄端上 8cm 处加热塑成 60°弯头;掌侧板条长 20cm,上宽 5.5cm,下宽 4.5cm;桡侧板条长 22cm,上宽 4cm,下宽 3cm;尺侧板条长 20cm,上宽 4cm,下宽 3cm;

其余各号的夹板依次减少长度 1cm,宽 0.4cm。

使用方法:以伸直型为例。骨折复位后持掌屈尺偏姿势,用绷带环绕前臂 2 周后先放背侧夹板,然后依次放掌侧、桡侧、尺侧夹板,桡侧夹板需超过腕关节。再用 4 条扎带捆扎,前臂悬吊胸前。2~3 周复查后改功能位固定时,只需把背侧夹板调到掌侧捆扎固定即可。

治疗结果

疗效评定标准:优:解剖对位、近解剖对位,掌倾角在 10°~15°间,尺倾角在 20°~25°间;良:远断端桡背偏不超过 0.15cm,掌倾角在 5°~10°间,尺倾角在 10°~20°间;可:远断端桡背偏在 0.15~0.3cm 间,掌倾角在 0°~5°间,尺倾角在 0°~5°间;差:远断端桡背偏 0.3cm 以上,掌倾角水平或相反,尺倾角水平或相反。

治疗效果:复位固定后拍 X 线片复查,对位优 140 例,良 30 例;2 周后改功能位固定拍片复查,对位优 138 例、良 30 例、差 2 例;临床愈合拍片复查,优 137 例,良 29 例,差 4 例。

体会

手法复位是治疗桡骨下端骨折的主要手段,采用牵引、侧推、反折、提按、屈掌尺偏法。优于利用牵引力骤然猛抖后尺偏掌屈手法及其它手法,关键在反折,符合“欲合先离之”的传统医学整复理论原则。

固定恰当是使骨折不再变位的保证,也是决定骨折愈合的重要措施。现代医学用石膏托或管形石膏固定,其不足就在肿胀消退后松动,不便随时调整,2 周后改功能位还需重做石膏固定。普通夹板加垫固定容易松动变位,不能有效地控制掌屈尺偏,变位屡有发生。采用弯头夹板固定,既吸取了石膏固定和夹板固定的优点,又纠正了它们的不足,能有效地控制掌屈尺偏位置,可防止骨折远端向背、桡侧变位,维持骨折复位后的稳定。而且此法调整方便,改功能位时另需将掌、背侧夹板对换即可。此法对桡骨下端伸直型、屈曲型骨折固定均适宜。

(收稿:1995-04-24;修回 1996-01-10)