

单人操作手法复位桡骨远端骨折

汕头大学医学院第二附属医院 (515031) 黄惠亮

本组从 1991 年 1 月至 1995 年 6 月诊治有移位的桡骨远端新鲜骨折 100 例, 全部采用单人操作手法复位, 疗效较好, 现介绍如下。

临床资料

本组 100 例中, 女 62 例, 男 38 例; 年龄 2~76 岁。伸直型骨折 78 例, 屈曲型骨折 22 例; 粉碎性骨折包括骨折线通过关节面的 42 例; 合并尺骨茎突骨折 48 例。复位前未作检查而复位后才作 X 光照片检查确定的 10 例, 其中 6 例合并尺骨茎突骨折。

诊断标准: (1) 有外伤史; (2) 腕部疼痛, 肿胀; (3) 畸形 (伸直型的腕手部呈“餐叉样”畸形, 屈曲型的手腕部呈“铲状”畸形); (4) 腕部功能障碍; (5) X 光照片确诊。

治疗方法

以右侧桡骨远端伸直型骨折为例介绍。患者仰卧位, 患肩略外展, 屈肘 90°, 患肢手掌朝下。术者位于伤肢侧, 右手握患肢手掌, 左手握住患前臂下段, 左拇指对准并按住骨折远段背侧, 其余四指顶住骨折近段形成端提。根据“欲合先离, 离而复合”的原则, 先拔伸牵引片刻, 以纠正骨折的短缩或重迭移位。继而按“陷者复起, 突者复平”的要求, 拇指向掌侧按压突起移位的骨折远端, 其它四指向背侧端提骨折近端。在配合牵引的同时, 以右手掌带动患者手掌骤然掌屈。如有桡侧方移位的, 在完成前述手法动作后, 术者顺势将拇指转向桡侧向内按压骨折远段, 其余四指向外侧端提骨折近段, 配合牵引的手掌同时将患者手掌尺偏。这时患肢也随势改为前臂中立位。此时, 术者左手仍固定骨折近端, 握住患肢手掌的右手就势向近端纵挤触碰, 使骨折断端紧密接触合拢。观察患肢外观恢复正常后, 在维持牵引的前提下, 用拇指仔细触摸骨折断端使之平整复原。此时术者左手仍握住固定患者骨折部位, 嘱患者将患手握拳伸指 (抓空增力), 并能伸翘拇指。最后嘱患者静止不作任何动作, 术者左手固定骨折部位, 右手带动患肢手掌将腕关节来回旋转活动数次, 达到重塑形腕关节及预防创伤性关节炎的目的。复位即成功。常规药酒纱布包扎患肢, 四小夹板固定, 三条布带横扎捆绑, 扎结松紧度以上下可移动 1cm 为宜。屈肘

90°, 三角布悬吊胸前。操作完毕。

治疗结果

复位后 X 光照片复查, 对位对线全部满意。结合正确的辨证用药、合理的固定和功能锻炼, 全部病例都在 3~10 周内基本恢复正常功能活动。随访 80 例, 时间 3~6 个月, 全部恢复正常生活活动。

体 会

桡骨远端骨折是指桡骨远侧端 3cm 范围内骨折。此部位是松质骨与密质骨交界处, 为应力上的弱点, 故容易发生骨折。桡骨远端远侧为凹陷的桡腕关节面, 容纳舟骨和月骨。正常此关节面向掌侧倾斜 10~15°, 向尺侧倾斜 20~25°。桡骨远端桡侧向远侧延伸成桡骨茎突。尺骨小头背侧向下突出形成尺骨茎突。正常桡骨茎突比尺骨茎突长 1~1.5cm。桡骨远端有掌、背、桡、尺四个面。掌面光滑凹陷, 有旋前方肌附着。背面稍凸, 且有四个骨性腱沟, 有伸肌腱通过。桡面有肱桡肌附着上面, 并有伸拇短肌和外展拇长肌通过此处的骨纤维性腱管。尺侧面有凹陷的关节面, 与尺骨小头的半环关节面构成下桡尺关节。是前臂下端旋转活动的枢纽。当桡骨远端骨折移位时, 上述正常解剖关系被破坏, 不但桡骨远端关节面的角度改变, 背侧腱沟也随之扭曲错位, 三角纤维软骨损伤破坏等。如果没有良好的复位和理顺筋肉, 可造成前臂、手腕及手指的功能障碍。考虑到该部解剖结构复杂, 故采用准确、及时、有效、快捷的复位方式。结果无一例因治疗不当而致功能障碍或后遗症。单人操作手法复位治疗有移位的桡骨远端骨折操作简便, 不需麻醉, 一次复位成功, 效果好, 节省人力。牵引、端提、掌屈、尺偏、摇捋等单人手法复位, 双手动作连贯性和协调性好, 用力强度掌握适当。此法, 一经确诊医生即能自行操作解决; 可减轻病人的紧张情绪, 易取得患者配合, 增强病人安全信任感; 还可以现场手法复位, 待复位后有条件再作 X 光检查。结合正确的辨证用药, 合理的固定和功能锻炼, 此法是一种疗效理想的手法复位方式, 在急诊和医务人员人力不足的情况下特别适用。

(收稿: 1995-08-15; 修回: 1996-04-18)