

使骨折真正能达到复位或使病人感到舒适,需要经常调整垫枕的高度及位置。有时为了调整一次垫枕,往往要把几个护理人员都累得汗流满面;而患者也疼痛得叫苦连天。且疗程较长,一般均需卧床治疗 3~5 个月方可酌情下床活动。由于种种不便,过去胸腰椎压缩性骨折患者,不是因病人承受不了痛苦而拒绝垫枕整复,就是由于缺乏得力的护理而中断治疗。因此,过去胸腰椎压缩性骨折患者真正达到理想的复位愈合的为数不多。

对插均载脊柱骨折复位器,是近年在原垫枕练功法基础上改进研制的,并从构造性能及操作方法等方面作了重大改进,纠正了原软枕存在的难安置、易压缩、不能随意升降等缺点,使垫枕练功法达到可靠、可信、可调、可比的抬高度,减少了病人痛苦,提高了骨折复位率和治愈率,缩短了疗程。且操作简便,采用该复位器,只需轻轻松松地扳动两侧螺丝,就能随意地调整垫枕的抬高度。有时缺乏护理,患者自己也能顺利地操作。本文采用该复位器治疗胸腰椎压缩性骨折 50 例,优良率达 96%。

脊柱胸腰段压缩性骨折垫枕复位,应根据脊柱需要抬高度及患者脊柱的生理弧度和臀肌厚度而定。有

人^[2]曾实验证明:脊柱压缩程度越重,其残余变形的储存能量越小,故较低的垫枕高度就以克服剩余变形的力。否则,就必须加高垫枕高度。如椎体压缩 1/2 以上,脊柱需垫高 4cm,测其脊柱生理弧度(从髂前上棘额面至臀部的厚度为 12cm,仰卧臀肌压缩 40%,实际为 7.2cm),临床实际垫枕高度:

$$4\text{cm}(\text{脊柱上升高度}) + 7.2\text{cm}(\text{生理弧度}) = 11.2\text{cm}$$

作者体会本法的关键还在于调动病人的主观能动性。把病情如实地告诉患者,强调垫枕练功的重要意义,使患者自觉地坚持每日认真运用复位器并主动地进行练功,才能获得良好疗效。

参考资料

1. 天津医院骨科. 胸腰椎压缩骨折的新疗法. 中华医学杂志 1976; 56 (1): 22.
2. 顾云五, 肖冠军, 董神慧. 胸腰段脊柱屈曲型压缩骨折“自身复位”疗法的生物力学探讨. 中华骨科杂志 1984; 4 (1): 14.
3. 杨淮云, 尚天裕, 金洪. 中西医结合治疗脊柱骨折合并多发骨折 100 例临床分析, 中医杂志 1981; 22 (9): 18.

(收稿: 1996-12-02 修回: 1997-04-25)

凤阳门千手大法治疗克雷氏骨折经验

台湾彰化县吉裕堂诊所 郑世诚 林鼎尧*

以左腕克雷氏骨折为例,患者取坐位,手法如下:

1. 医生面对患者,左手握住患手掌部,右手握住患肢前臂远端,两手同时用力将前臂置于中立位,使桡骨远端向上。

2. 使患者掌部伸出治疗台外,将整骨圆垫垫在腕关节下方,令患肢掌、臂成一直线。

3. 医生左手将患臂掌部五指集一体把紧,准备向下弯曲牵引,同时保持稳定,不可左右晃动。

4. 医生右手拇指按在患腕内侧,另四指按在患腕外侧,并紧紧把住,同时医生右手掌根部压住桡骨远端移位之骨块处。

5. 医生左手施力将患肢掌部向前下方牵引成角约 70 度左右,利用韧带和肌肉的弹性及伸展性传达牵引

力,将断端的重叠牵开。

6. 医生左手施力将桡骨远端重叠移位的骨块牵开时,术者右手掌根部加速加力将桡骨块推下复位。可反复连续做二次至三次的推压动作。整复后,令患肢掌部伸直,保持稳定的中立位,术者左手要牵直其掌部不可松动,同时右手拇指转到桡骨远端上加力顶住,利用顶住的拇指触摸检查,确认已复位完整时,去掉尺骨下的圆垫,术者左手拇指与另外四指相对用力把住桡骨断端的接合部,并保持腕关节的稳定。

7. 医生两手均衡用力,将患臂转向至掌背部向下,此时术者左手拇指代替右手拇指顶住桡骨远端,右手就可以离开,准备用小夹板固定等治疗。

* 台湾板桥市皇汉中医诊所