

处在尺偏位,用双手拇指向远端及尺侧推挤桡骨远端骨折块,然后保持此位置。

2.3 纠正骨折远端的背侧移位 对抗牵引后,术者先双手分别紧握患肢大小鱼际渐加大力量,双手拇指触摸骨折线,压在远端骨折块上。双食指放置掌侧骨折近端,将腕关节尽量屈曲后,双拇指下压并向远侧推挤,双食中指向上方支挑力量,此可听到骨折复位时的骨擦音,一般可复位。如手感骨折线不整齐,可反复 2~3 次,并用双拇指适当加力,均可获得满意效果。

2.4 手法复位后处理 ①夹板外固定,将腕部固定在屈曲、尺偏位,夹板松紧适度,及时观察末梢血运情况,如发现有凉麻酸痛时说明夹板过紧,应随时调整夹板,嘱患者做手指握拳运动,促进静脉回流,减轻水肿,有利于手的功能恢复;②如老年人或有心脏病患者,应采取仰卧位或口服药物,防止虚脱及心脏病发作,发生危险;③X 线拍片复查后,观察复位固定后的结果,如对位不良,可重复进行复位;④夹板固定 4~6 周后

拆除夹板,行腕部功能锻炼。

3 结果

本组病例,复位后对位对线良好,愈后功能无影响者 124 例。愈后发生创伤性关节炎,功能程度受限者 15 例。有 3 例通过重复复位后复位困难,最后行手术治疗。

4 讨论

4.1 根据骨折移位的方向特点,采取适宜的手法复位,多数一次复位效果满意。对病人损伤小,安全可靠,可根据年龄的不同采取坐位和卧位。

4.2 夹板外固定灵活、方便,可随时调整位置及松紧度,利于观察末梢血运变化。不影响固定后的手指功能锻炼,可根据情况适当加垫,纠正骨折移位。

4.3 骨折复位尽量达到或接近解剖复位,减少愈后的功能障碍。对反复复位困难,固定不牢固的病例可延期采取手术治疗,切开复位内固定。

(编辑:李为农)

手拉足蹬法整复肱骨外科颈骨折

涂宏 邓运明 涂晓红

(江西省中医学院附属中医院,江西 南昌 330006)

笔者采用手拉足蹬法整复肱骨外科颈骨折 25 例,经 6~12 个月随访,效果满意,现介绍如下。

1 临床资料

25 例中男 16 例,女 9 例;年龄 23~65 岁;外展型 15 例,内收型 10 例;左侧 14 例,右侧 11 例;粉碎性骨折 2 例;受伤时间均在 24 小时内。

2 治疗方法

2.1 复位方法 (1)外展型:(以右侧为例)。患者取仰卧位,术者立于患者右侧,右足低于患肢腋下,双手紧握患肢腕部。先予外展 15°~30° 顺势牵引 3~5 分钟,可感到骨断端重叠被牵开。此时术者足部将骨折断端向外撬拔,同时内收患肢。合并骨折向前成角,可同时抬高上臂,此时可听到骨断端对合骨擦音,证明复位成功。(2)内收型:(以右侧为例)。患者取仰卧位,术者坐于患肩外上方,左足抵于患肩前上方。双手紧握患肢腕部,将患肢稍向前屈,并利用术者左足踩于患肩部为支点,缓慢牵引外展患肢,以矫正重叠移位。然后再逐步加大外展角度,以矫正向外成角,及向前成角畸形。

2.2 固定方法 采用上臂超肩关节夹板固定。三块长夹板分别置于上臂前、后、外侧,短夹板放置内侧。视骨折类型不同,磨菇头方向有所不同。外展型,以磨菇头顶住腋窝部,内收型以磨菇头放于肱骨内上髁上部。

3 治疗结果

疗效评定标准 优:骨折断端对位达到解剖或接近解剖复位;良:骨折断端无明显成角,仅遗留 1/3 以内侧方移位,骨

折块纵轴正常;差:骨折断端存在明显短缩重叠移位,侧方移位大于 1/3,或遗留向前成角,骨折纵轴不良者。25 例肱骨外科颈骨折按上述复位标准评定,优 15 例,良 10 例。

4 讨论

肱骨外科颈骨折其影响手法整复因素之一,骨折近端甚短,肩部软组织丰满,加之损伤后肢体肿胀,常影响施术者手感,不易手握把持。其二:在纠正骨折向前成角时,常用整复方法易造成牵引力量中断,导致复位效果不佳。单人手拉足蹬整复方法其优点为牵引力量牢靠,多种移位,可一次整复纠正,提高成功率。减轻患者痛苦,且简便易行,只需单人操作。特别适用于基层医疗机构缺少人员配合整复情况下运用。

需注意的问题:(1)体位问题:患者睡卧复位床宜低。低位平卧,这样施术者居高临下,牵引力量充足,同时在纠正骨折向前成角时,抬高前屈上臂角度可满足整复要求。(2)牵引力量与方向:牵引方向宜先顺骨折成角方向牵引。待纠正重叠移位后,再逆骨折成角方向牵引。内收型骨折采用缓慢外展患肢牵引,外展方向不宜突然加大,以免损伤腋部神经血管。牵引力量宜缓慢持续,忌时断时续。年老体弱者牵引力量不宜过大。(3)粉碎性骨折慎用,由于足部抵压,有造成碎骨片损伤腋部血管神经之弊。(4)受伤时间不宜过长,整复时间原则上越早越好。必要时可行骨断端浸润麻醉或臂丛麻醉,否则由于肌肉痉挛,组织水肿张力过大,常因牵引力量不足而造成失败。

(编辑:李为农)