

·手法介绍·

回旋手法整复多发性跖骨干骨折

谭振华 王华丽 林明强 马尚波

(文登整骨医院, 山东 文登 264400)

自 1991 至 1995 年, 我们采用回旋手法为主整复多发性跖骨干骨折 7 例, 取得满意效果, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 7 例患者, 男 5 例, 女 2 例; 年龄最大 47 岁, 最小 20 岁, 平均 29 岁; 左侧 3 例, 右侧 4 例; 损伤原因由高处跌落致伤 2 例, 辗轧伤 5 例; 2 处跖骨干骨折 4 例, 3 处骨折 1 例, 4 处骨折 2 例; 4 例合并较严重的皮肤及软组织损伤。

2 治疗方法

2.1 手法复位 术前仔细阅读片, 了解骨折类型, 骨折线方向及移位情况。股神经加坐骨神经阻滞麻醉下, 患者仰卧于手术床上, 一助手双手按于患侧踝关节上方以固定患足位置, 术者一手握住移位最明显的跖骨相应的足趾, 另一手持近骨折端, 先于轻度牵引下, 将骨折端按旋转移位的反方向用力回旋, 以纠正骨折的旋转移位。再于牵引下采用端提挤按手法纠正骨折的侧方移位, 直至手下有稳定感, 且松手后骨折处不再出现畸形为止。多发性跖骨干骨折一般只有 1~2 处有严重移位, 待严重移位纠正后, 其他骨折处一般已经复位或大体复位。遗留的轻度移位既不影响患肢功能又不影响外观, 不必强求解剖复位。

2.2 小夹板外固定 骨折复位后, 一助手取一块跖骨夹板(本院自制, 根据足底的外形制成, 并在相应部位塑出足弓)放于足底, 酌情加垫, 并用胶布条及绷带固定。对短斜形或螺旋形骨折整复后有重叠趋势者, 可用 1.0cm 宽的胶布条在相应的足趾外缠绕, 并将胶布远端粘贴于跖骨夹板上, 以对抗足底肌的牵拉作用, 防止骨折再移位。

2.3 功能锻炼 复位早期, 可做踝关节的屈伸活动。2 周后开始进行足趾的跖屈、背伸活动, 5 周后解除外固定, 行患肢全面的功能力锻炼, 并可穿戴有足弓垫的硬底鞋下地轻负重行走, 以后逐渐负重步行。

3 治疗效果

本组 7 例 19 处骨折, 达解剖复位 13 处, 近解剖复位 4 处, 功能复位 2 处, 均于 5 周内达临床愈合, 3 个月内达骨性愈合。随访时间最长 2 年, 最短 6 个月, 平均 13 个月。6 例患者于 3 个月后功能完全恢复, 可从事正常工作, 1 例患者于长时间行走后出现足底酸痛感, 经用中药烫洗后好转。

4 讨论

自高处跌落及车轮辗轧均可导致跖骨多发性骨折损伤。前者多为跌落时足跖屈位前足部着地, 地面对身体的反作用力沿跖骨纵轴向近端传导, 与身体的重力交汇于跖骨干, 并在此处发生骨折, 此时远折端及足趾相对固定, 身体下移运动的残余扭转暴力继续作用, 使近骨折端沿远折端周围旋转, 从而导致此类损伤。而辗轧伤所致的骨折, 是肢体在受到辗轧的同时合并有扭转应力, 此时一般为后足相对固定, 远骨折端围绕近折端旋转所致。

对合并有扭转应力所致的多发性跖骨骨折, 采用一般端提挤按手法复位, 由于骨折端的相互阻挡作用, 即使在强力牵引下也不易整复成功。应用回旋手法复位先沿骨折旋转移位的相反方向进行回旋, 以解除骨折端的阻挡, 待旋转移位矫正后, 再使用端提挤按手法使之复位。这样才符合“逆创伤机制复位”的原理, 有利于减轻局部软组织损伤, 使骨折顺利复位。

注意事项: ①多发性跖骨骨折多合并有较严重的足部软组织损伤, 对复位后有短缩移位趋势, 采用皮牵引的患者应密切观察足趾血运, 以防由于软组织的肿胀, 胶布条的束缚引起足趾血液循环障碍, 从而导致缺血性坏死。②跖骨干是组成足纵弓的一部分, 多发性跖骨骨折稳定性差, 不宜过早负重行走, 以免由于肢体重力作用引起骨折端向跖侧成角, 导致足弓塌陷。

(编辑: 李为农)

手法治疗桡骨干骨折

焦锋

(花都市中医院, 广东 花都 510800)

著名骨科专家王亦聰教授将人体前臂的生理功能及桡骨骨折的创伤解剖特点和复位要诀形象地用四句话加以概括: “前臂功能主回旋, 桡骨骨折莫旋前, 回旋肌上尽旋后, 回旋肌下塌朝天。”笔者受其教诲, 临床运用每每应验。自 1992 年 5

月至 1996 年 5 月手法整复治疗桡骨干骨折 36 例, 效果优良, 现总结如下。

1 临床资料

本组 36 例中男 26 例, 女 10 例; 年龄 9~53 岁; 均为闭合

性骨折; 桡骨干上 1/3 骨折 7 例, 中 1/3 骨折 11 例, 下 1/3 骨折 18 例; 病程最长 8 天, 最短 2 小时。车祸伤 19 例, 跌伤 11 例, 直接打击伤 6 例。

2 治疗方法

2.1 麻醉 一般不用麻醉。对于个别前臂肌肉较为发达或肿胀较甚者则采用臂丛神经阻滞麻醉。

2.2 体位 患者仰卧位或靠坐位, 肩关节外展 90°, 前屈 30°~45°, 肘关节屈曲 90°, 腕关节 0°。按照以远端对近端的原则, 中下 1/3 骨折前臂置于中立位, 上 1/3 骨折者前臂尽量置于旋后位。

2.3 整复方法 两助手顺前臂纵轴对抗持续牵引 3~5 分钟, 矫正骨折重叠及成角畸形。牵引要求持续一致, 切勿忽松忽紧, 来回晃悠。然后根据病人受伤机制、骨折类型和部位, 结合 X 线片上的骨折移位方向及程度, 分别采用分骨、折顶、提按、摇摆、按摩等手法纠正骨折侧方及旋转移位。

2.4 固定方法 在维持牵引下, 前臂敷祛瘀消肿药膏, 铺薄棉垫, 于骨折部位的掌侧和背侧分别放一分骨垫, 在上 1/3 和中 1/3 骨折时, 于前臂背侧上下端各置放一纸压垫, 掌侧骨折部位放置一块纸压垫, 施行三点挤压维持骨干背弓的生理弧度。再将掌侧、背侧、尺侧及桡侧四块夹板放妥, 并用布带捆扎四道, 使布带松紧适当, 肘关节屈曲 90°, 前臂中立位, 并用三角巾将伤肢悬吊于胸前。

3 治疗结果

复位后 X 光照片复查, 骨折对位对线满意。结合正确的辨证用药, 合理的外固定和早期功能锻炼, 全部病例都在 3~8 周内临床愈合。随访 29 例, 时间 6 个月~1 年, 前臂功能均恢复正常。

4 体会

(1) 引起桡骨干骨折的外力可为暴力直接打击于前臂骨, 也可能由于跌倒时手掌着地, 暴力经桡腕关节传导于桡骨而使桡骨干发生骨折。骨折后可出现重叠、成角、旋转、侧方

移位等四种畸形。其中断端的短缩、成角和侧方移位是在暴力作用时发生, 而旋转错位则是在骨折以后才发生。因有尺骨的支撑, 桡骨骨折的短缩重叠移位甚少, 但常有桡骨骨折端之间的旋转畸形存在。如为上 1/3 骨折, 即旋前圆肌止点以上骨折, 则骨折端是介于两旋转肌群之间, 近侧断端只有旋后肌附着, 则近折端旋后, 远折端只有旋前肌附着, 则远折端相对旋前。如桡骨中 1/3 或中 1/3 以下骨折, 近折端有旋后肌与旋前圆肌附着, 其拮抗作用的结果致近折段仍处中立位(或由于旋后肌群较强而轻度旋后), 远折段则受旋前方肌的作用而相对旋前。

(2) 由于前臂的主要功能是旋转活动, 故如何纠正旋转错位就成为整个治疗的关键。这是因为如果骨折的旋转错位不加以纠正, 断端的对位再好也不能恢复正常的旋转功能。因此, 在整复时, 只有恰当地处理好这个主要移位, 才能为纠正其他错位创造前提。对于桡骨中下 1/3 骨折整复容易, 而桡骨上 1/3 骨折因局部肌肉丰满则较难整复, 这至今仍为同道所公认。通过临床实践我们体会到, 如果以前臂创伤解剖为基础, 调整、改进整复手法, 则上 1/3 骨折整复亦较易成功。

(3) 桡骨骨折整复后, 因尺骨保持完好, 故整复后有一定的稳定性, 但整复后的固定与管理工作仍至关重要。如若将其忽略, 则仍可出现畸形愈合及软组织挛缩等合并症。

(4) 需要强调的是, 桡骨干单骨折特别要注意检查有无下尺桡关节的损伤和脱位(Galeazzi 骨折脱位)。

参考文献

- [1] 王亦璁, 孟继懋, 郭子恒, 等. 骨与关节损伤. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 426.
- [2] 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1991. 618.
- [3] 王云钊, 李果珍. 骨关节创伤 X 线诊断学. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1995. 203.

(编辑: 李为农)

推顶回旋法治疗难治性肩关节前脱位

叶忠刚 张鹏飞

(休宁县中医院, 安徽 休宁 245400)

肩关节前脱位是临床上最为常见的关节脱位之一, 目前常用的复位手法如拔伸足蹬法、拔伸托入法等, 均为外展、外旋位牵引复位, 对于一般的肩关节脱位疗效尚佳, 但对肌肉发达, 体格健壮者, 实难奏效。我院自 1990 年至 1996 年, 运用前屈上举位拔伸牵引、推顶回旋法治疗难治性肩关节前脱位 72 例, 疗效满意, 现总结如下。

1 临床资料

本组 72 例, 男 59 例, 女 13 例; 左肩 22 例, 右肩 50 例; 喙突下脱位 48 例, 锁骨下脱位 16 例, 孟下脱位 8 例; 其中因在外院经手法复位未成功而转入我院 25 例, 其余均在我院经外展、外旋位牵引复位至少一次者。72 例全部为外伤性脱位。

就诊时间最短的 1 小时, 最长的 5 天。年龄最小的 18 岁, 最大的 65 岁, 平均年龄 32 岁。复位均在无麻醉下进行。

2 治疗方法

治疗方法以右肩为例, 患者坐于高约 25cm 矮凳上, 背靠高约 70cm 床边, 助手立于床上右肩侧, 术者面对患者立于右侧, 先将患者右上臂缓缓前屈, 上举于约 170° 位, 交于助手手中, 助手双手握住患者腕部, 左脚踩住患者右肩对抗牵引, 术者蹲位, 双手环抱患者右肩部, 两大拇指于患者腋下向外上方推顶脱位之肱骨头, 然后嘱助手使患肢肘关节屈曲, 向前放下并使肩关节内收、内旋, 即感肱骨头缓缓滑向肩胛盂, 并可闻及肱骨头入臼声。肩部恢复圆满, 将右手搭于左肩, 固定于内