

## 小夹板治疗 Colles 骨折的两种固定方法比较

田三强<sup>1</sup> 陈威<sup>2</sup> 赵继荣<sup>3</sup>

(1. 兰州市轴承厂职工医院, 甘肃 兰州 730050; 2. 兰州电力修造厂卫生所, 甘肃 兰州; 3. 甘肃省中医院, 甘肃 兰州)

Colles 骨折小夹板固定临床上一直沿用着传统的腕掌屈位固定方法。自叶劲<sup>[1]</sup>首次报道小夹板腕背伸位固定方法后, 我们亦采用同样方法进行治疗并与腕掌屈位固定方法治疗结果进行比较, 分析如下。

### 1 临床资料

本组 42 例。腕掌屈位固定组(A 组) 29 例, 男 12 例, 女 17 例; 年龄 12~64 岁。无移位骨折 5 例, 移位骨折 19 例, 轻度粉碎性骨折 5 例。腕背伸位固定组(B 组) 13 例, 男 7 例, 女 6 例; 年龄 13~62 岁。无移位骨折 2 例, 移位骨折 9 例, 轻度粉碎性骨折 2 例。除 A 组 1 例为外院治疗一周后再移位者外, 均为新鲜骨折。

### 2 治疗方法

A 组: 手法复位成功后, 用塑形超关节专用 Colles' 夹板固定于极度腕掌屈位。B 组: 手法复位成功后, 仍用塑形超关节 Colles' 夹板, 但掌侧夹板移于背侧, 背侧夹板移于掌侧, 将腕关节固定于极度背伸位。伸直型骨折于桡骨远端近腕关节处垫纱布垫, 屈曲型于骨折处垫纱布垫。固定后嘱患者即刻行握拳功能锻炼, 且分别于 1、3、5、7、11、14、21、28、35、42 天后随诊检查, 以观察手部肿胀程度、夹板的松紧程度、骨折是否再移位, 骨痂是否形成及是否可去除夹板。一般于 4~6 周去除夹板。去除夹板后嘱患者加强腕、肘、肩关节功能锻炼。3~6 个月内复查 1 次。

### 3 治疗结果

本组 42 例, 均为门诊治疗, 均获 6 个月以内的随诊观察。固定后出现手部明显肿胀者 A 组 18 例, 7~14 天基本消失, 平均 9.5 天。B 组 4 例, 5~10 天基本消失, 平均 6 天。50~64 岁老年患者 A 组 9 例, 去除固定后腕关节功能恢复期平均 2.5 月; B 组 5 例, 功能恢复期平均为 1.5 月。根据疗效标

准<sup>[2]</sup>评定结果。A 组: 优 19 例, 良 8 例, 可 2 例; B 组: 优 9 例, 良 3 例, 可 1 例。

### 4 讨论

4.1 影响骨折再移位的因素 Colles' 骨折固定后极少数可发生再移位, 但再移位因素认为有如下几点: ①复位不良, 复位时对抗牵引的时间短, 骨折间未牵引开而直接强迫性复位, 违背了先离后合的原则, 使骨折存在着内在的不稳定趋势。②固定时没有按需求加型<sup>[1]</sup>。③固定后患者未按规定时间随访, 不能及时调整夹板固定带的松紧度或患者自感不适而自行松懈固定带。④骨折类型, 骨折端某一侧边缘骨质压缩或损失严重及严重的粉碎性骨折本身存在着极不稳定因素。

4.2 两种固定方法的优缺点 从受伤机制看, 腕掌屈位固定是反受伤机制, 腕背伸位是顺受伤机制固定, 因此在防止骨折掌侧成角上腕掌屈位优于腕背伸位固定方法。但腕掌屈位固定的掌侧夹板恰好压迫腕管, 易并发手指肿胀及腕管综合征<sup>[3]</sup>。腕背伸位固定的夹板远端恰好顶压在大多角骨与钩骨上, 避免对腕管的直接压迫, 且手部相对处于抬高位置, 有利于改善血循环, 从而减轻了手指肿胀和避免了腕管综合征的并发。腕背伸位固定基本为功能位, 因此有利于老年患者腕功能恢复。

### 参考文献

- [1] 叶劲, 白书臣. 腕背伸位小夹板固定治疗 Colles 骨折机理分析. 中医正骨, 1997, 9(1): 9-10.
- [2] 天津市中西医结合治疗骨折研究所. 中西医结合治疗骨折临床经验集. 天津: 天津科学技术出版社, 1983. 337.
- [3] 王亦璁, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 北京: 人民卫生出版社, 1991. 440

(编辑: 李为农)

## 外固定架加灌冲治疗骨折术后感染

周东生<sup>1</sup> 王伯珉<sup>1</sup> 王鲁博<sup>1</sup> 刘士明<sup>2</sup>

(1. 山东省立医院骨科, 山东 济南 250021; 2. 临清市人民医院, 山东 临清 252600)

自 1994 年 10 月~1996 年 12 月间采用外固定架加连续灌冲冲洗术共治疗骨折术后感染 12 例, 效果满意, 报告如下。

### 1 临床资料

本组 12 例中男 9 例, 女 3 例; 年龄 18~42 岁。股骨干 5 例, 胫腓骨 7 例。出现感染症状时间, 最早者在术后 8 天。晚者术后 6 个月, 多数在术后 10~16 天。其中皮肤坏死钢板外

露者 6 例, 感染并发骨髓炎者 4 例, 感染并骨不连者 2 例。拆除外固定架时间为 4~6 个月。

### 2 治疗方法

手术在硬膜外麻醉下进行。首先在常规无菌操作下安置外固定架。螺钉针尽量远离感染部位, 调整好外固定架, 固定牢固, 则由外固定架替代了钢板的固定作用。然后从原切口