

# 手法整复夹板固定治疗 Barton 骨折

凌义龙 钱淼忠 刘忠群  
(绍兴市中医院, 浙江 绍兴 312000)

我院于 1987 年至 1997 年间共收治 Barton 骨折 52 例, 采用手法整复后夹板外固定治疗, 取得了满意效果, 介绍如下。

## 1 临床资料

本组 52 例中男 30 例, 女 22 例; 年龄最大为 62 岁, 最小 22 岁, 平均 44 岁; 背侧劈裂型 38 例, 掌侧劈裂型 14 例, 均伴有腕关节脱位。

## 2 治疗方法

**2.1 整复** 背侧劈裂型: 助手握持前臂上段, 术者两手紧握患腕, 双拇指用力按压于劈裂的骨块上, 其余各指放在前臂远端掌侧, 用力作对抗牵引, 同时屈曲腕关节, 此时可触及骨折复位的骨擦感, 如此即可整复骨折及脱位。掌侧劈裂型: 整复时患者手掌朝上, 助手握持前臂上段, 术者双拇指用力按压于掌侧劈裂骨块, 其余各指放于前臂背侧, 对抗牵引后背伸腕关节, 此时可触及骨块复位的骨擦感, 检查发现畸形消失, 表示复位成功。

**2.2 固定** 复位后用夹板作超腕关节固定, 与劈裂骨块上放置一棉垫。背侧劈裂型骨折, 腕关节固定于背伸 30°, 掌侧夹板应超过腕关节, 以限制腕关节掌屈活动, 并使患侧前臂保持于旋前位, 如此, 腕关节背侧韧带最松弛, 可防止复位后的腕关节再向背侧脱位。掌侧劈裂型骨折复位后固定于腕关节掌屈 30°, 背侧夹板应超过腕关节, 限制腕关节背伸活动, 并使前臂保持于旋后位, 松弛腕关节掌侧韧带, 防止腕关节向掌侧脱位。

## 3 治疗结果

疗效标准: 优, 患侧腕关节活动受限范围在 15° 以内, X 线检查骨折为解剖位置。良, 腕关节活动度受限在 15° ~ 30°, X 线片示骨折对位近解剖位置。尚可, 腕关节活动度较健侧差 30° ~ 45°, X 线片示桡骨下端关节面差一骨皮质。差, 各项指标低于尚可者。本组 52 例, 临床愈合时间最短为 4 周, 最长为 7 周, 平均 5.2 周, 其中优 30 例, 良 16 例, 尚可 4 例, 差 2 例, 优良率为 90%。

## 4 讨论

Barton 骨折复位后, 通常采用的方法是, 背侧劈裂型复位后用掌屈位固定, 而掌侧劈裂型复位后用背伸位固定<sup>[1]</sup>, 其实这样是不妥当的, 当背侧劈裂型骨折复位后, 如果腕关节屈曲位固定, 由于腕背侧韧带紧张, 而掌侧韧带松弛, 使腕关节受到一向背上方的牵引力, 容易发生再次脱位。同样掌侧劈裂型骨折复位后如采用背伸位固定, 由于腕关节背侧韧带松弛, 而掌侧韧带紧张, 腕关节受到一向掌上方向的牵引力, 易发生再次脱位。背侧 Barton 骨折复位后将腕关节背伸, 前臂旋前位固定稳定性最大, 掌侧 Barton 骨折复位后将腕关节掌屈, 前臂旋后最为稳定, 加上夹板和棉垫的外固定作用, 能够保证骨折复位后的稳定性, 疗效确切。

### 参考文献

[1] 孟继懋主编, 中国医学百科全书. 骨科学. 上海: 上海科技出版社, 1984. 90. (编辑: 李为农)

# 手法复位治疗尾骨骨折

董明非  
(解放军八一体育工作大队卫生科, 北京 100091)

近两年治疗 9 例尾骨骨折, 通过手法复位全部治愈。

## 1 临床资料

本组 9 例, 男 1 例, 女 8 例, 年龄最大 54 岁, 最小 15 岁, 均为跌倒臀部着地所致。新鲜尾骨骨折 8 例, 陈旧性尾骨骨折 1 例, 骨折移位 8 例, 骨折并脱位 1 例。9 例均有 X 线片提示, 正常骶尾椎生理弧线改变, 骶尾关节分离或成角。

## 2 治疗方法

患者术前排便, 膝胸卧位, 充分暴露肛门。术者带手套, 涂少量石蜡油, 立于患者左侧, 令其张口呼吸, 全身放松, 注意松弛肛门周围肌肉, 术者左手放手患者腰骶部, 右手食指缓缓插入肛门内。如患者特别紧张, 待按摩肛门使其松弛后再插入肛门。触摸骨折部位, 一般有向内凸起感, 术者用食指指腹

顶在远端骨折处, 左手下压腰骶部, 同时令患者俯卧, 在此过程中, 术者常感有弹响感, 即复位, 随即将食指由肛门内抽出。复位后疼痛不适症状随即减轻。8 例新鲜骨折均一次复位成功, 1 例陈旧性骨折两次复位成功。尾骨骨折复位后, 在局部贴狗皮膏, 既有活血止痛作用, 又起固定作用。本组病例均在门诊治疗, 5 周左右痊愈, 随访 3 个月至 2 年, 没有留下任何后遗症。

## 3 讨论

治疗尾骨骨折, 关键在于复位。肛门内手法复位治疗尾骨骨折, 操作简便、易于掌握, 适合于门诊治疗, 术中动作应轻柔, 用力适度, 切忌粗暴, 术后宜坐软垫, 一般不影响日常生活。

(编辑: 李为农)