

改良牵引法整复新鲜移位型科雷氏骨折

龙辉 林宗汉

(陆川县中西医结合骨科医院, 广西 陆川 537700)

笔者自 1992 年 8 月~ 1998 年 10 月采用“握持拇指大鱼际和示、中、环指牵引法”整复新鲜移位型科雷氏骨折 368 例, 取得良好效果, 现报告如下。

1 临床资料

368 例科雷氏骨折均为病程 4d 内, 未合并其它严重损伤的新鲜闭合性移位型骨折, 其中男 206 例, 女 162 例, 年龄 10~ 92 岁。骨折线未进入关节, 骨折远段完整者 242 例, 骨折线进入关节或骨折粉碎者 126 例。

2 治疗方法

肿胀内麻醉后, 患者仰卧或端坐, 屈肘 90°, 前臂旋前, 掌心向下。一助手把住伤肢肘部或前臂近端, 另一助手一手执握伤肢拇指及大鱼际部, 另一手执握示、中、环三指。两助手利用自身体重作对抗牵引, 注意使作用于拇指及大鱼际部的牵引力 \vec{F}_1 和作用于示、中、环三指的牵引力 \vec{F}_2 两者合力的方向对准桡骨纵轴方向。牵引 2~ 3min 后, 术者在维持牵引状态下, 使用端提、捺正手法, 使骨折远端突出者复平, 陷者复起, 粉碎的骨块粘合, 侧方移位给以纠正。最后术者用手触摸觉得骨折对位满意后徐徐将腕关节置于掌屈、尺偏位, 用科雷氏骨折小夹板或背侧石膏托外固定。用三角巾将前臂保持中立位悬吊于胸前。行 X 线拍片复查。

3 治疗结果

368 例骨折一次整复达解剖对位者 325 例, 占 88. 4%, 近解剖对位者 29 例, 占 7. 9%。其中近解剖对位者桡骨远端关节面均恢复平滑, 掌倾、尺偏角度均恢复正常, 但远折端因粉碎严重有一些小骨块未能完全复位。另有 14 例因骨折粉碎严重, 波及关节面, 且骨折块发生旋转移位, 经反复复位其对位仍欠佳, 改行手术治疗。

4 讨论

此方法采用握持拇指及大鱼际和示、中、环指牵引后, 远端两手的牵引力 \vec{F}_1 、 \vec{F}_2 方向基本上呈 45° 交汇于桡骨远端, 产生合力 $\vec{F}_{合}$ 。根据力学的平行四边形法则得: $F_{合} = \sqrt{F_1^2 + F_2^2 + 2F_1F_2\cos\theta}$, 其结果 $F_{合}$ 比 F_1 和 F_2 任何一个力都大。因此, 本牵引法通过腕关节, 腕部肌腱、韧带对桡骨远折端的作用力比其它牵引手法大, 足以将重叠的骨折牵出, 无需再辅以折顶等手法。由于本手法牵引力集中, 牵引力较大, 有利于桡腕关节面的掌倾角及尺侧倾角恢复正常, 同时粉碎性骨折的碎骨块依靠腕部肌腱、肌筋膜、骨膜的牵拉、挤压, 再加上术者的摇摆、挤压等手法, 一般都得以复位。由于不需要用折顶法, 减轻了手法对骨折处骨膜及周围软组织的损伤, 有利于骨折的愈合及腕关节功能恢复。

(编辑: 李为农)

折顶尺偏法整复治疗前臂双骨折 42 例

王章

(琼山市人民医院, 海南 琼山 571100)

手法整复治疗前臂双骨折目前仍然难度较大。作者运用折顶尺偏法治疗 42 例, 效果较好, 报告如下。

1 临床资料

本组 42 例中男 27 例, 女 15 例; 年龄 12~ 46 岁, 平均 31 岁。直接暴力损伤 13 例, 传达暴力损伤 18 例, 扭转暴力损伤 11 例。

2 整复方法

经臂丛麻醉后, 患者仰卧, 患肢屈肘 90°, 肩外展 90°。一助手握肘上, 另一助手双手握住手部, 顺轴线缓缓对抗拔伸牵引。若是上 1/3 骨折, 前臂处中立位稍旋后; 若是中、下 1/3 骨折, 前臂中立位。术者立于患肢外侧, 先作夹挤分骨, 使骨间膜张开, 然后用提按或轻折顶法先对尺骨骨折进行复位。待尺骨对位后, 桡骨往往还存在重叠移位。术者再以一手的掌和食、中、无名、小四指握住住复好位的尺骨骨折端, 且用掌向桡侧方向推顶, 拇指协同另一手, 对桡骨骨折进行折顶。同

时, 握远段的助手则往上、后提拉并往尺侧偏摆。此时即可听到咔嚓声音, 复位便成功。此法称为“折顶尺偏法”, 一般一次就可达到理想复位。尔后, 常规夹板中立位固定, 三角巾屈肘悬吊胸前, 对不稳定性骨折者可加一旋中板固定。

3 治疗结果

本组 42 例, 一次性复位成功 40 例, 复位失败 2 例。失败的 2 例, 经切开复位证实, 骨折端都是因被撕裂的软组织缠绕而造成手法复位失败。全部病例均按期愈合, 活动功能恢复正常。

4 讨论

若要达到理想复位, 作者的体会是: ①麻醉效果要好, 勿使疼痛引起肌肉痉挛, 给复位带来困难。②要熟悉掌握前臂双骨折规律及特点, 复位前要拍标准的正侧位 X 线片, 认真阅读片, 准确分析骨折移位情况, 做到心中有数。③牵引位应是: 前臂上 1/3 骨折中立位稍旋后, 中、下 1/3 骨折中立位。