

## 儿童桡尺骨远端掌背重叠移位骨折的手法整复

李东正 黎品基 黄洪波

(容县中西医结合骨科医院, 广西 容县 537500)

我们自 1996 年至 1999 年采用以远折端为支点行折顶回旋连贯手法复位小夹板外固定治疗 34 例, 效果满意, 现报告如下。

### 1 临床资料

本组 34 例, 男 26 例, 女 8 例; 年龄 7~14 岁, 平均 10 岁。伤后就诊时间 30 分钟至 2 天。均为闭合性骨折, 无合并其它部位骨折及血管神经损伤。X 线表现为桡尺骨远端双骨折, 为短斜形; 桡骨远折端掌面与近折端的背面形成掌背重叠, 重叠程度在 1.5cm~0.5cm, 平均 1.0cm; 28 例呈几乎平行式重叠, 6 例呈成角重叠, 其中最大成角为 30°。

### 2 治疗方法

**2.1 手法复位** 患儿取坐位或仰卧位, 坐位时肩关节前屈, 肘关节屈曲 90°; 仰卧位时肩关节外展适当角度, 前臂中立位。两助手分别握住患肢近肘关节处及桡骨远折端近腕处。术者用双拇指及余指分别置于前臂靠近折端的背掌侧, 在对抗牵拉的同时, 用双拇指向掌侧推压, 余指向背侧推顶(以推压为主), 向尺掌侧折顶约 30°~50°, 然后向桡侧回旋提拉, 待感到两折断对顶后, 骤然向背侧反折(以余指推顶为主), 再向桡侧旋转适当角度使桡骨复位, 尺骨此时亦多随之复位, 触摸骨折端对位情况满意后行夹板固定。

**2.2 夹板固定** 维持牵引下用本院自制的跌打药膏均匀涂于大块棉垫上再敷于患腕及前臂远端, 绷带包绕后用适当型号前臂或科雷氏骨折夹板固定。患肢取前臂中立位, 颈肘吊带悬于胸前。复查 X 线片, 如不满意, 以上法再次整复, 直至复位良好为止。3~6 天更换一次药膏, 一般 4~6 次治愈。

### 3 治疗结果

一次复位成功 29 例, 2 次复位成功 5 例。解剖复位 17 例, 近解剖复位 10 例, 功能复位(对位 2/3 以上力线好)7 例。骨折临床愈合时间 3~5 周, 平均 26 天。经 5 个月至 4 年随访, 患肢外观无畸形, 前臂旋转、腕关节活动功能均正常。

### 4 讨论

对 1 例桡骨下端重叠移位骨折 4 位医师分别手法复位失败, 我们推测该类型骨折有别于非重叠移位型, 应属于以近端移位为主的少见类型。复位法则适用“近端对远端”。对下 1 例并尺骨重叠骨折的患儿, 受陆裕朴等<sup>[1]</sup>的术式启发, 采用以远折端为支点行“近端对远端”的方法进行成功复位, 也初步印证对该类骨折的认识符合临床实际。进一步的临床体会到, 复位成功关键是处理好重叠移位。折顶复位法应用杠杆原理产生的复位力大, 符合复位要求, 配合旋转手法使两个方向的移位同时得到纠正。折顶回旋连贯手法应用在复位过程中, 反方向地还原了受伤过程, 也符合“逆创伤机制复位”的原则。为了保持支点的稳定, 便于操作, 对陆裕朴的复位方法加以改进, 由术者握两折端改为术者和 1 助手分别握近折端和远折端。采用以回旋为主或折顶为主的分步或分类手法复位, 有分型不易掌握的不足<sup>[2]</sup>。折顶为主配合旋转连贯手法具有操作性强、复位力大、一次成功复位率高等特点, 尽管需要良好的配合, 一定的技巧, 仍不失为一种良好的复位手法。

#### 参考文献

- [1] 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 桡骨下端骨折. 北京: 人民军医出版社, 1991. 623.
- [2] 谭振华, 王华丽, 于兰先, 等. 儿童桡尺骨远端骨折背侧移位的损伤机制及治疗方法的探讨. 中医正骨, 1997, 9(5): 6.

(编辑: 李为农)

## 腰椎间盘突出症手法施治原则

黄树林

(空军总医院理疗科, 北京 100036)

自 1995 年 1 月~1997 年 12 月, 采用推拿正骨配合超短波治疗腰椎间盘突出症患者 183 例取得了满意疗效, 现报告如下。

### 1 临床资料

183 例中, 男 101 例, 女 82 例, 年龄 23~65 岁, 平均 39.5 岁; 病程 15 天~8 年, 平均 3.5 年。本组 183 例根据临床发病特点, 在研究了椎间盘突出部位与神经根硬膜囊位置, 以及伴随的典型症状, 分为五型。(1) 外侧后型 90 例: 椎间盘突出部位近于椎间孔或侧隐窝的位置, 典型症状是腰痛伴下肢穿

痛。(2) 侧后型 34 例: 腰椎间盘突出靠近后纵韧带, 典型症状一般先出现下肢穿痛, 腰痛不明显, 腰椎侧弯也不多见。(3) 中央型 5 例: 椎间盘突出位于椎管中央, 典型症状纤维环未完全破裂者则出现行走困难, 二便异常。纤维环完全破裂者则出现腰腿疼痛难忍, 彻夜难眠。(4) 膨出型 23 例: 椎间盘突出正常膨大, 此型症状多不典型, 腰痛为主要症状, 直腿抬高试验及腰椎活动度接近正常, 部分患者腰椎会出现左右交替性侧弯。(5) 混合型 31 例: 此型是以上类型中的两种或两种以

上同时存在的,一般症状比较复杂,病程长。

### 2 治疗方法

2.1 超短波治疗对置法 腰骶与下腹部,微热量或温热量,每次 15~20 分钟,1/日,10 次为一疗程。

2.2 基本手法 患者取俯卧位,术者站于一侧,用双手从大椎穴两旁至腰骶部进行分推数十次左右。然后重点按揉点压患侧腰骶部及下肢膀胱经和胆经经穴。急性期患者手法宜轻缓,慢性期手法宜中强度,时间 10~15 分钟。

2.3 复位手法 ①侧卧定点旋腰法:患者健侧卧位,患肢在上,膝关节屈曲,健肢在下伸直,术者面对患者,一手肘关节屈曲 90°,推压患者腋下,另一手前臂尺侧贴于其骶部,拇指顶住患椎棘突,双手协同向相反方向摇晃数次(幅度逐渐加大),待患者充分放松腰部被动扭转至最大限度时,加大力量推搬(双手臂加力的同时,大拇指加大顶推力)。此时可觉指下有错动感或有“咯咯”弹响声,表示复位成功。该手法主要治疗膨出型和混合型。②顿拉牵压法:患者侧卧位,患侧在上,双膝关节屈曲,术者压按在第 3、4 腰椎横突痛点处,助手用双手握住患者踝关节让膝关节做屈伸活动数次,等患者无准备完

全放松时,突然用力顿拉下肢,术者指下感到有跳动或“咯咯”声,该手法主要治疗外侧后型。③冯氏定点旋转复位法,运用该手法主要治疗侧后型和中央型。

### 3 治疗结果

3.1 疗效标准 痊愈:自觉症状和阳性体征消失,腰部活动正常,恢复正常工作。基本痊愈:自觉症状和阳性体征基本消失,但弯腰或久坐有不适感,能够参加正常工作。好转:自觉症状减轻,阳性体征部分消失,腰部活动受限减轻。无效:症状和体征无改善。

3.2 结果 经 1~2 两个疗程(5~20 次)手法配合超短波治疗后,其中外后型痊愈为 45 例,侧后型 20 例,混合型为 28 例,膨出型 19 例。中央型效果次之。

### 4 讨论

腰突症的治疗应根据患者年龄,体质强弱,临床症状,轻重缓急及耐受性选用手法施治。施治原则是:手法以轻柔为主,配合超短波治疗 3~5 天,血液循环,腰肌痉挛和局部炎症,水肿得到明显缓解时再施正骨手法治疗,疗效更佳。

(编辑:李为农)

## 手法整复夹板固定治疗桡骨上 1/3 斜形骨折

蔡水奇

(慈溪市周巷伤科医院,浙江 慈溪 315324)

本院经多年临床摸索,根据桡骨上 1/3 斜形骨折以背向背旋转移位为主的特点,运用旋转回绕为主手法整复、小夹板固定结合中药内服外敷,自 1993~1999 年,治疗该类病人 16 例,总结如下。

### 1 临床资料

本组共 16 例,均为新鲜闭合性桡骨上 1/3 斜形单骨折,男 11 例,女 5 例;年龄 7~62 岁;骨折端移位特点均为背向背旋转移位,需行手法整复。

### 2 治疗方法

2.1 整复手法 患者坐位,患肩外展、肘屈,前臂中立位,两助手对抗牵引,先加重牵引力,使骨折段分开,嵌入的软组织自行解脱,然后放松牵引,在患者肌肉松弛的情况下,术者两手分别握住远近骨折段,以近折段为轴心,将远折段环绕近折段进行回旋,向左旋或向右旋,一般可将背对背的骨折端变成面对面,若在肌肉松弛的情况下背对背移位矫正不了,可牵拉患臂使其肌肉紧张的情况下再进行左旋或右旋,即可矫正,如仍不能矫正,只要回旋超过周径一半以上,维持此位,拔伸牵拉或再加用推挤提拔法即可复位。回绕时,必须谨慎,避免损伤血管神经。如有软组织阻挡感时即应改变回绕手法的方向。经回绕手法,将背对背的骨折端变成面对面之后,两助手再加重牵引力,牵远折端的助手于牵引下反复旋转前臂远端,旋转幅度在旋前 30°~旋后 60°位之间,同时术者用两拇指按住桡骨近折段的桡背侧,其余四指置于桡骨远折段的掌尺侧,拇指与四指对抗挤压,使桡骨两骨折段逐渐靠拢,听到骨折端相互触碰音或“入槽”的复位声,骨折端就会出现整体感,证明复位成功,临时固

定,经 X 线透视检查,对位满意,再正式固定。

2.2 固定器械 可塑形弹性柳木夹板 4 块,分骨垫 2 个(成人 6cm,儿童 4cm 长),平纸压垫 4 块,四黄散,绷带及三角巾。

2.3 固定方法 在维持牵引下,将摊好的四黄散均匀地包缠前臂,然后用绷带松地缠绕 3~4 周,掌背侧骨间隙各置一分骨垫,分骨垫占骨折线上下各一半,再用胶布将分骨垫固定好,用手指钳夹紧,再放好三点挤压的小纸压垫,在桡骨近段的桡侧再放一个小纸压垫,抵制向桡倾向,然后依次放置夹板(不超过腕关节),包扎固定。前臂中立位,屈肘 90°,用三角巾悬挂于胸前。

2.4 术后处理及功能锻炼 术后应密切观察指远端血运,警惕缺血性挛缩。口服中药均按骨折三期辨证用药处理,并指导必要的功能锻炼。

### 3 治疗结果

本组共 16 例,经 4~10 周,全部解剖复位,骨性愈合,无延迟愈合和不愈合病例,前臂功能完全恢复正常。

### 4 讨论

笔者经多年的临床摸索,提出了巧妙的桡骨上 1/3 斜形骨折旋转回绕为主的复位手法,使骨折端背向背移位变成面向面移位,之后,采用助手将前臂旋后 60°~旋前 30°的旋转手法,术者用挤压等正骨手法,在边挤边旋的状况下,使嵌入的软组织自行解脱,骨折端就被迫返回到原来的解剖位置。术后用小夹板固定前臂于中立位,使骨间膜处于紧张状态,保持两肌最宽距离,使断端维持稳定,直到骨折临床愈合。

(编辑:李为农)