

# 杉树皮小夹板外固定治疗骨折的特色

梁亮科<sup>1</sup> 李焱<sup>1</sup> 李汉民<sup>2</sup>

(1. 佛山市中医院, 广东 佛山 528000 2. 天津骨科医院)

夹板的局部外固定是中国传统医学治疗骨折的特色, 有其完整的理论体系和治疗原则。因地域或取材不同, 有南北派之分, 南派以杉树皮小夹板为代表, 北派以柳木夹板为代表, 两者各具特色。我院自 1994~1997 年应用杉树皮小夹板外固定治疗四肢骨折 1670 例, 其中: 肱骨外科颈 60 例, 肱骨干 170 例, 肱骨髁上 140 例, 肱骨内髁 40 例, 肱骨外髁 150 例, 尺桡骨 400 例, 掌指骨 140 例, 跖趾骨 150 例, 股骨干 180 例, 胫腓骨 240 例, 均取得满意疗效。未发现因杉树皮小夹板变形而造成术后骨折再移位的情况, 并对杉树皮小夹板作了坚韧度测定, 证实它具有一定的韧性和弹性, 另外杉树皮夹板未加工塑形成套, 使用时由医生根据患肢长短、胖瘦自行剪裁, 有量体裁衣, 无不合适, 能更好地发挥夹板的附着性。杉树皮夹板的纤维长, 弹性好, 且具有一定的刚度。我院治疗骨伤外用药丰富, 杉树皮夹板吸水性好, 药水浸后不变形, 弹性及刚度不变, 能更好地发挥夹板局部外固定治疗骨折的优势。我院在应用小夹板局部外固定治疗骨折方面不断总结、整理、提高, 弘扬了独具特色的中国传统骨折疗法。现将其使用方法及注意事项叙述如下:

## 1 夹板材料的选择

杉树皮选择一般要求有足够的厚度(以削好后具 0.3~0.6cm 厚度为好), 同时第二层皮要平整正直、纹理粗厚而结实, 即一般选择树龄较大而不选幼龄树皮。

## 2 夹板的制作方法

先将树皮的第一层粗皮削去, 以见纤维纹理较致密的第二层皮为度, 接着把表层和里层削平整, 再按使用的部位截形。除小腿使用 5 块板外, 其余四肢长骨干均用 4 块矩形板, 锁骨、手足部骨折按其形截成葫芦状、鞋底状等, 按夹板的宽度修齐两边, 同时两端剪成小弧形后, 并将其压软 1.0cm, 以免小夹板两端压损皮肤。夹板的长度、宽度按不同类型的骨折及固定形式而定, 一般四肢长管骨骨折所用的夹板宽度应窄于伤肢的周长, 使每块夹板之间有 1.5cm 的空隙。近关节部位骨折应超关节约 3~5cm, 其中超肩关节前后夹板内侧、后侧截成半弧形以免造成胸前方及肩背部的压疮。

## 3 夹板的固定方法

骨折整复后, 由两助手擒拿扶正患肢远近段使骨折能稳定在整复后的位置上, 此时在骨折部位敷以适当的外用药, 用绷带固定包裹伤肢, 起到固定敷料, 保护皮肤的作用, 然后将选好的棉花垫放置预选好的夹板上。一般小夹板头尾两端均铺上一层薄棉花垫以保护皮肤, 其余为了预防骨折再移位或纠正残移等垫则较厚。根据其骨折的具体移位情况, 依次安放选好的夹板, 一般原则是先放骨折易再移位侧及对侧, 后放

其它两侧。由助手扶托固定, 术者进行缚扎。

3.1 叠瓦式绷带缚扎法 先在放好的夹板中段用绷带缚扎, 然后缚扎近骨折端的夹板和远骨折端的夹板, 每处分别上下各缠绕肢体 2~3 圈, 然后打结。

3.2 超关节缚扎法 (1)“8”字交叉缚扎法应用于前臂上段、肘部、小腿下段(如蒙氏骨折、肱骨髁上、肱骨内外髁、胫腓骨下段骨折等)在超出关节部的夹板端部用绷带作交叉的“8”字形缚扎, 然后绕小夹板末端形成一个整体, 以发挥全力的固定作用。最后在前侧或外侧打结。(2)过肩交叉“8”字缚扎法, 应用于肩部骨折(如肱骨上段、外科颈、肱骨大结节等)在超肩关节部缚扎时, 应先用绷带绕过健侧腋窝、肋部, 先锁定前、后方夹板, 然后再作“8”字形交叉缚扎和围绕小夹板绕作缚扎。(3)背“8”字缚扎法应用于锁骨骨折。

## 4 夹板的管理方法

夹板局部外固定后, 应注意病人的管理。

4.1 麻醉病人清醒前, 应轻柔稳妥地搬送, 防止骨折的再移。  
4.2 抬高患肢, 以利肿胀消退。注意观察肢端颜色、温度、感觉、肿胀程度及手足指(趾)的活动, 并做记录。

## 4.3 调整夹板松紧度及棉花垫夹板位置

杉树皮夹板松紧度非常讲究, 其绷带缚扎的松紧度为包扎好后, 小夹板的两端能左右或前后方向移动 0.3~0.5cm。每周必须解开夹板检查骨折部的对位对线情况及棉花垫位置是否适当。

## 4.4 夹板固定后的复查与换药

我院应用杉树皮夹板局部外固定后非常重视骨折的外用药物三期辨证施治。骨折初期, 应用我院研制的伤科黄水纱布覆盖伤处, 以利于骨折初期的外伤反应性肿胀消退。中后期用黄油纱、驳骨纱(均为我院研制)以促进骨痂生长。换药时, 助手讲究擒拿扶正患肢, 否则早期易发生骨折再移位。术者摸触辨认, 了解骨折对位对线及骨干力线情况, 可疑时可作床边手提 X 线机透视, 必要时及时调整加垫位置或给予重新整复。更换敷料后重新夹上夹板并以绷带缚扎好。

骨折早期换药次数, 原则宁少勿多, 以防止骨折再移, 增加患者痛苦。一般 3~4 天, 甚至不打开夹板只在外层添加黄水, 保持纱布湿润、药力的渗透, 但如发现肢体肿胀严重, 血运已有改变, 可随时更换敷料。骨折中晚期, 折端已有纤维性“粘连”出现, 骨折不易移位, 换药次数相对增多, 一般 3~5 天一次, 以利骨折部位生长及更好保护皮肤。

4.5 把治疗中的一切注意事项告诉病人及家属, 将夹板管理须知教给病人, 鼓励病人自己管理自己, 发挥患者的主观能动作用。

## 5 夹板固定后的功能锻炼

小夹板固定后,应高度重视功能锻炼。我院常用方法有握拳伸指、吊臂屈肘、耸肩磨肩、小云手、大云手、跖踝屈伸、股四头肌收缩、直腿抬高、蹬车等。

## 6 夹板的固定时间

去除夹板局部外固定时间,即骨折临床愈合时期。一般情况下,上肢为 5~7 周,下肢为 7~10 周。上述时间少年儿童适当提前 1~2 周,近关节部或关节内骨折制动时间宁短勿

长,可适当提前 1~2 周。

综上所述,应用小夹板、棉花垫局部外固定治疗骨折,具有塑性、韧性、弹性、吸附与通透性、裁形成器、质轻及不妨碍 X 线通过等七大性能。就其原理而言,是通过绷带对夹板的约束力,夹板对肢体的固定、棉垫对骨折端防止和纠正成角畸形及侧方移位的效应力,软组织对骨干的“夹板”作用,协同肌肉收缩活动时产生的内在动力,促使由于肢体骨折所致的不平衡得到恢复。

(收稿:2000 12 29 编辑:李为农)

## •手法介绍•

# 被动蹬腿法治疗急性腰椎后关节滑膜嵌顿症 46 例

李正祥

(温岭市中医院,浙江 温岭 317500)

笔者自 1985 年以来运用蹬腿法治疗腰椎后关节滑膜嵌顿,取得满意的疗效,现介绍如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 46 例中男 35 例,女 11 例;年龄最小 24 岁,最大 52 岁;病程最短 3 小时,最长 5 天。

1.2 临床症状 多有闪腰、扭腰或弯腰后立即直腰的病史。伤后立即发生难以忍受的剧烈腰痛,不敢活动。站立位时腰、膝关节呈半屈位,两手扶膝以支撑,腰部后突不敢伸直;卧位时,腰部呈硬板状,转体困难。

1.3 体征检查:腰肌广泛痉挛,腰部功能活动大部分丧失或完全丧失;多在 L<sub>4</sub>、L<sub>5</sub>、L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 棘旁 3cm 处有明显深在压痛,患椎棘突偏歪;腰后伸试验阳性,下肢牵引后症状缓解。

### 2 治疗方法

2.1 术前准备 医者先握住患者一侧踝关节部,沿人体纵轴离心牵拉 2~5 分钟,再牵拉另一侧;再在患者委中、承山、昆仑穴及腰痛穴(手穴)上行指针刺激 5 分钟,能俯卧者在腰背部两侧膀胱经循行路线上自上而下按揉法 5 分钟。使腰痛缓解,腰背肌肉放松。

2.2 蹬腿法 嘱患者全身尽量放松,体位不受限制。以俯卧位为例,医者立于患侧,双手握在患侧踝关节上约 10cm 处,被动屈膝至 120°,用暴发力迅速使患肢与人体纵轴线平行方向作被动蹬腿动作 1~3 次,使患者腹部抬高离床面,患者往往感到腰部有弹响声,再健侧行该手法 1~3 次。

2.3 术后放松 再俯卧位,在腰背两侧膀胱经上行、捏脊、擦法 5~10 分钟。

以上治疗 1 天 1 次,5 次为一疗程,疗程间隔休息 2 天。治疗期间,必须卧硬板床,戴腰围以制动,并注意腰部保暖。

### 3 治疗结果

46 例中痊愈:29 例,经 1~5 次治疗,腰痛症状体征完全消失,腰部活动自如,能恢复正常工作。显效:11 例,腰痛症状显著减轻,体征基本消失,腰部活动功能基本恢复,能参加

一般工作。有效:6 例,疼痛减轻,体征部分消失及减轻,功能好转,但工作时感腰部乏力,不能持久。

### 4 讨论

腰椎后关节是微动关节,周围是薄而紧的关节囊,紧贴关节面的内层是滑膜,它的关节面与水平呈 90°,与额平面成 45°,腰椎上关节突的关节面是向后向内的,关节面不是平面的,而是凹形的,并与横断面相垂直。当腰部突发闪、扭等动作时,使关节张开,后关节内侧或外侧的滑膜嵌入,即形成“后关节滑膜嵌顿”。嵌顿后关节囊受到了机械性刺激,即滑膜的嵌入受挤压和同时受到牵张的整个关节囊,以及分布在关节囊上的脊神经后枝的末梢神经,受到机械性刺激和所产生的无菌性炎症的刺激,出现剧烈的腰痛症状和腰部功能障碍,严重患者即使很小幅度的体位移动(主动或被动)也难以完成。

首先施行的踝关节牵引法,使腰椎后关节间隙增宽,可减轻受嵌压关节囊及其末梢神经的机械性刺激,再加上委中、承山等穴的点压和腰背部的放松手法,缓解腰部剧痛,可为下一步手法的实施打下基础;被动蹬腿法,瞬间产生强大的牵引力,使后关节产生“拔伸”作用,关节间隙迅速扩大,挤压因素消失,同时关节囊张力增加,则嵌顿滑膜立即自行弹性回缩,从而达到了治疗目的。

腰椎后关节滑膜嵌顿的重症患者,由于腰痛剧烈,体位不能移动分毫,根本无法送医院就医,常用的脊柱斜扳法和脊柱定点旋转法等整复手法,由于旋术时对患者的体位有一定的要求而难以实施,而被动蹬腿法的实施,可不受患者体位的限制,对症状严重者,尤为适宜,且操作简便,疗效快速显著。被动蹬腿法,用力要迅猛,用力方向必须与躯体纵轴平行。

从治疗结果分析,痊愈、显效者,都是病程较短患者;好转者为病程相对较长者,由于挤压较久后,被嵌顿的滑膜产生充血、水肿的炎症反应,施行蹬腿法后,滑膜嵌顿即使已被解除,但已产生炎症症状的恢复仍需时日。

(收稿:2000 09 22 编辑:李为农)