

关节错位和软组织的挛缩导致邻近神经受到机械性压迫和化学刺激,在临床上出现一系列神经症状,如腰、臀、腿的沉麻酸痛及反射痛,与腰椎间盘突出症极其相似,此时如按腰椎间盘突出症治疗,症状可能会日渐加重^[6]。因此,应对此引起足够重视,如植物神经受到损伤后可引发植物神经功能紊乱,引起盆腔内脏功能障碍而发生多种疾病,如:月经不调、痛经、闭经、排尿异常、结肠炎等。

骶髂关节错位是根据解剖和运动特点,结合临床症状、体征、X线检查三步做出正确诊断。由于过分依赖精密仪器检查,CT、MRI 检查介入,医生过于注重腰椎间盘的影像改变,而把患者临床症状误诊为腰椎间盘突出所致或腰椎间盘突出所致。笔者治疗 126 例骶髂关节错位患者中有腰椎间盘突出膨出的患者 86 例,全部按骶髂关节错位进行手法整复治疗,未采用对腰椎间盘突出膨出治疗,取得了满意的疗效。对其中 8 例腰椎间盘突出症患者,也主要采用骶髂关节错位的整复手法治疗,配合人工牵引也取得了很好疗效。因此,骶髂关节错位是引起腰腿痛的主要原因之一。而大部分 CT、MRI 检查出的腰椎间盘突出可不引起明显的临床症状,若将椎间盘突出与临床腰腿痛症状必然化,势必导致临床诊断与治疗的失误^[7]。通过对骶髂关节错位的手法复位治疗,恢复骨盆的正常结构及稳定性,从而恢复脊椎序列和生理曲度,在临床上取得满意疗效。本组疗效差的 4 例均为骶髂关节增生硬化、间隙狭窄严重、病程较长。由于对本病认识还不足,还须进一步总结和完美,因

此,要做好相关检查和认真细致全面分析是治疗本病的关键,避免误诊误治。同时在诊治过程中要注意鉴别诊断排除腰椎间盘突出症、肿瘤、结核、强直性脊柱炎、股骨头坏死、类风湿、骨质疏松症等。对于急性损伤、病程短的患者,常能起到立竿见影功效,治愈率高。慢性损伤,病程长者常需多次整复并配合理筋、松解手法才能收到疗效。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社,1994. 203.
- [2] 郭健红,林木楠,高晖,等. 手法整复治疗骶髂关节错位 240 例. 福建中医药,2005,36(6):19-20.
- [3] 龙层花,钟士元,王廷臣,等. 骨盆旋移综合征. 颈腰痛杂志,2004,25(3):198-202.
- [4] Macnab I. Negative disc exploration. An analysis of the causes of nerve root involvement in sixty-eight patients. J Bone Joint Surg (Am), 1971,53(5):891-903.
- [5] 王春林,杨云才,郭军,等. 分型治疗骶髂关节错位 34 例. 中医外治杂志,2002,11(1):8-9.
- [6] 朱才兴,焦伟国,成忠实,等. 骶髂关节错位误诊单纯腰间盘突出症原因分析. 中国康复理论与实践,2004,10(4):234-235.
- [7] 黄仕荣,石印玉,詹红生,等. 对腰椎间盘突出症传统机械压迫刺激观的质疑与思考. 中国骨伤,2006,19(5):291-293.

(收稿日期:2008-11-20 本文编辑:王玉蔓)

折顶成角手法在 Colles 骨折复位中的应用

程延¹,李成²

(1. 西电集团医院骨科,陕西 西安 710077;2. 汉中市中医医院骨伤科)

关键词 Colles 骨折; 正骨手法

Treatment of Colles fracture with manipulation of angulation CHENG Yan*, LI Cheng. *Department of Orthopaedics, the Hospital of Xidian Group, Xi'an 710077, Shaanxi, China

Key words Colles fracture; Bone setting manipulation

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(4):313-314 www.zggszz.com

2004 年 8 月至 2007 年 7 月,采用折顶成角手法治疗 Colles 骨折 68 例,效果满意,报告如下。

1 临床资料

本组 68 例,男 27 例,女 41 例;年龄 21~69 岁,平均 56 岁;左侧 45 例,右侧 23 例。损伤原因:均为行走不慎摔倒,手掌触地致伤。经 X 线片确诊,其中伴下尺桡关节脱位 15 例,伴尺骨茎突骨折 7 例,两者兼有 3 例。伤后至就诊时间 0.5~48 h,平均 3.5 h。

2 治疗方法

2.1 体位及麻醉 患者坐于椅上,患肢被动外展约 70°,肘关节屈曲 90°。2%盐酸利多卡因注射液 5~10 ml 于骨折畸形

处血肿腔内注射,局部麻醉,3~5 min 后,开始操作。

2.2 手法复位(双人操作) 术者双手拇指并列置于骨折远端背侧,其余指及手掌置于患肢腕、手掌、手背部,扣紧大鱼际,顺势拔伸牵引,结合手摸心会。助手立于患者患侧,双手握住患肢前臂近端,并逐步使前臂旋至旋前位进行对抗,持续牵引 4~5 min,使骨折断端的嵌入或重叠移位、旋转移位得以矫正。维持牵引下轻度尺偏,术者一手拇指由骨折远端背侧移至远端桡侧,向尺侧用力以矫正桡侧移位,使骨折由背桡侧移位变为单纯背侧移位。然后术者双手拇指在背侧按住骨折远端突出部分,在较轻的牵引下,使远折端背伸,加大掌侧成角,同时双手拇指由背侧推按突出的骨折端,感到骨折远端



图 1 女,54 岁,摔伤致右腕部肿痛畸形,活动受限 2 h,手法复位后,6 周骨折愈合,经锻炼腕关节功能恢复正常 1a. 术前侧位 X 线片 1b. 术前正位 X 线片 1c. 术后侧位 X 线片 1d. 术后正位 X 线片

背侧骨皮质相顶后,骤然掌屈,拇指同时辅助用力。合并下尺桡关节脱位,则维持掌屈位,双手横向挤压下尺桡关节;伴尺骨茎突骨折,一般无明显移位,则暂不处理,复位完成。

2.3 术后处理

2.3.1 固定方法 骨折复位后采用普通石膏绷带,背桡侧石膏托掌屈尺偏位固定^[1]。石膏绷带厚 12 层,石膏贴皮肤侧垫 2~3 层脱脂棉,避免石膏压伤皮肤。石膏托起自前臂中 1/3 处,止于掌指关节近端。

2.3.2 复查拍片 复位、固定完毕,待石膏托凝固成形后,立即复查腕关节正侧位 X 线片,了解骨折复位情况,以便及时调整。

2.3.3 功能锻炼 石膏完全干燥后,颈腕吊带悬挂胸前,即开始进行握拳锻炼,加强掌指、手指间关节的屈伸,疼痛缓解后开始肩、肘关节功能锻炼,防止关节僵硬及患肢肌肉萎缩等。

2.3.4 注意事项 石膏固定后,注意严密观察石膏松紧,患肢末端血液循环、感觉及手指活动情况。口服活血化瘀、消肿止痛中成药。嘱患者 1 周后门诊复查,2~3 周后更换中立位或近功能位石膏托,6 周拆除石膏托,逐步进行腕部功能康复锻炼。

3 结果

本组 68 例,1 次整复成功 63 例,2 次成功 4 例,1 例因骨折粉碎特别严重经 1 次整复,对位不理想,拒绝再次复位,要求到其他医院。68 例中 64 例得到随访,随访时间 4~24 个月,骨折均愈合,无一例腕管综合征、压迫性溃疡、腕关节僵硬、拇长伸肌腱断裂等合并症发生。依据罗家良等^[2]疗效评定标准:优,X 线片示骨折对位对线良好,骨折愈合,功能完全或基本恢复;良,X 线片示骨折对位对线较满意,骨折愈合,功能恢复尚可;差,X 线片示骨折对位对线不良,骨折畸形愈合或不愈合,有压痛、叩击痛存在,功能受限。本组优 57 例,良 5 例,差 2 例,优良率 96.88%。

典型病例治疗前后 X 线片见图 1。

4 讨论

绝大多数 Colles 骨折经手法复位、石膏或小夹板固定治疗均可得到令患者满意的治疗效果。手法复位要求及时、稳妥、准确,轻巧而不加重损伤,尽量一次复位成功,达到解剖对位或近解剖对位,避免反复多次复位。治疗目的应为无痛、无畸形、并发症少、有良好的腕关节功能。

Colles 骨折复位手法较多。而折顶成角手法常用于肌肉发达的横断形或锯齿形骨折,只靠牵引力不能完全矫正其移位,单纯前后方移位可正向折顶,同时有侧方移位的可斜向折顶,是一种比较省力的方法,前臂中下 1/3 骨折多采用。Colles 骨折断端多有重叠、嵌插、移位,且短时间肿胀明显,利用折顶成角手法复位原理,我们一次复位成功率 92.65%(63/68),取得良好效果,操作省力、方便,患者乐于接受,基本达到手法复位目的。

拔伸牵引是骨折手法整复的基础,持久、有效的拔伸牵引,可以克服肌肉由于损伤刺激引起的拉力,使前臂肌处于较松弛状态,利于逐渐拉开骨折断端重叠,恢复肢体长度,摆脱桡骨骨折端的绞锁。本组 4 例,首次复位失败,究其原因,系牵引力量和时间不足。笔者以为,可以适当延长牵引时间,以利于操作。

Colles 骨折复位后,外固定方法和固定位置分歧很大。由于原始损伤时桡骨的远折端常有旋后畸形,固定在掌屈尺偏旋前位,可防止再度错位。石膏托固定简便易行、轻巧、牢固可靠,便于肘关节和手指的充分活动。本组病例,早期掌屈尺偏旋前位和后期中立位或近功能位固定均采用石膏托固定,效果良好,无再次错位。

参考文献

[1] 王亦聰. 骨与关节损伤. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 661-662.
 [2] 罗家良, 李永炬, 何胜文, 等. 牵抖手法治疗桡骨下端骨折. 中国骨伤, 2003, 16(10): 583.

(收稿日期: 2008-08-05 本文编辑: 连智华)