

改良牵引折顶法整复儿童尺桡骨下 1/4 双骨折

Treatment of children's distal ulna and radius fracture with modified manipulation

梁志强, 陈鸿敏, 黄亚茹

LIANG Zhi-qiang, CHEN Hong-min, HUANG Ya-ru

关键词 骨折; 正骨手法 **Key words** Fractures; Bone setting manipulation

儿童尺桡骨下 1/4 骨折临床多见, 对于骨折完全移位, 特别是重叠移位严重者, 手法复位较为困难, 单用拔伸牵引不能完全矫正重叠移位, 此类骨折适合应用折顶手法^[1]。我们发现传统折顶手法在实际操作中有一定困难, 经过多年的临床实践和探索, 自 1995- 2002 年采用改良牵引折顶法整复、小夹板固定治疗此类骨折, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 32 例中男 23 例, 女 9 例; 年龄 6~ 12 岁, 平均 10 岁。均为坠落致新鲜闭合性骨折。X 线片示: 尺桡骨下 1/4 双骨折, 而骨折部位均在尺桡骨远端骺线上 2~ 3 cm 处, 骨折处于同一平面, 为横断锯齿状骨折, 背向重叠移位明显, 重叠程度均在 1.5 cm 以上, 严重者达 2.5 cm。25 例呈几乎平行式重叠, 7 例呈成角重叠。并无明显的尺桡偏移畸形。

2 治疗方法

2.1 手法复位 患儿取坐位, 无需麻醉, 前肩屈, 屈肘 90°, 前臂旋前位, 一助手握住肘部, 另一助手握住手部的大、小鱼际, 术者两手拇指置于桡骨骨折远端背侧, 两手四指抱于近折端掌侧, 两助手先顺前臂的纵轴对抗牵引 3~ 5 min, 部分纠正重叠移位, 在术者拇指向下按压的同时, 嘱牵引远侧的助手改水平位牵引为向背侧、向远侧, 能较容易实现加大成角, 待感到两折端对顶时骤然反折, 反折时环抱于骨折近端的四指将下陷的骨折端猛向上提, 而拇指仍然用力向下按压, 在拇指、食指之间形成一种捻搓力(剪力), 骨折即可复位, 桡骨复位后, 尺骨往往随之复位。

2.2 夹板固定 维持牵引下用纱布浸本院自制的五黄液外敷于骨折处, 用四块夹板及压垫固定, 注意压垫放置部位, 分别置于骨折远近端的背掌侧; 前臂中立位固定^[2], 颈吊带悬于胸前。早期指导功能锻炼, 骨折 III 期辨证用药。

3 治疗结果

本组 32 例均获一次性整复成功, 达解剖对位或近解剖对位, 其中 2 例 1 周后稍向背移位, 复以手法纠正, 外固定时间 4~ 6 周。25 例得到随访, 随访时间 6 个月~ 4 年。疗效评

定: 腕关节活动正常, 前臂旋转功能正常为优; 腕关节活动正常, 前臂旋转功能受限在 15° 以内为良; 不及上述标准者为差。结果: 优 22 例, 良 3 例。

4 讨论

折顶手法可分为先后两个步骤: 一是牵引下加大成角, 二是加大成角后反折, 笔者认为加大成角是手法复位成功的关键。传统的折顶手法^[1]: 在两助手对抗牵引下, 靠术者两拇指用力挤按突出的骨折端, 使骨折处加大成角, 但是笔者在临床实际操作中发现, 按此方法加大成角的效果不理想, 因为在两助手沿前臂纵轴对抗牵引下, 术者通过两拇指向下挤压力量往往被抵消, 不足以完成加大成角。为了保证加大成角的角度, 对传统的复位方法加以改进, 本手法通过改变远侧助手牵引方向, 在术者从骨折远侧段的背侧加压的同时, 使之牵引力向背侧、向远端, 以两拇指为支点, 通过杠杆作用使其向前, 加大向掌侧成角就容易实现, 故加大成角应是牵引远侧的助手和术者合力的结果; 再者儿童尺桡骨下 1/4 段骨折移位后背侧骨膜掀起可不发生断裂, 此时, 若单纯用折顶法复位, 由于骨膜无弹性, 给复位造成困难, 若用改良牵引法, 可使骨膜掀起增大, 从而使复位变得容易、省力。根据 X 线表现及受伤机制分析, 此类骨折并不存在桡骨远端旋转移位, 故不需回旋转手法整复, 单纯应用折顶手法即可。

应用本手法整复此类骨折均能达到较理想的对位, 复位后骨折端比较稳定, 使用小夹板固定可靠、容易管理, 是优先使用的固定方法。骨折端压垫放置要准确, 一般不需放分骨垫, 夹板固定不需超关节。改良牵引折顶法具有操作性强、复位力大、一次成功复位率高等特点, 不失为一种良好的复位手法。

参考文献

1 张安桢, 武春发. 中医骨伤科学. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 55-56.
2 吉士俊, 潘少川, 王继孟. 小儿骨科学. 山东: 山东科学出版社, 1999. 541.

(收稿日期: 2003- 05- 16 本文编辑: 连智华)