

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。

先分骨, 张开骨间膜, 接着对移动的尺骨先复位。因其易于触摸, 尺屈肌肌力小于桡屈肌肌力, 尺骨复位后, 也为桡骨骨折复位创造条件。④桡尺双骨折移位, 无论是先复位桡骨或尺骨, 另一骨大都还存在重叠移位。若企图靠牵引拉开它, 不大可能, 而加大成角折顶又对软组织造成较大损伤, 且费力。现采用“折顶尺偏”手法, 如同杠杆原理, 以先复好位的尺骨骨折端为作用力支点(亦为支撑点), 尺骨骨折处至远端助手的手握

点距离为力臂, 远端助手尺偏摆的同时就是作用力, 使桡骨骨折远端沿轴线末端方向分离。如此折顶与尺偏同时并用的手法, 骨折重叠移位就较易纠正, 且折顶角度比较小, 复位省力, 也不会顾此失彼。作者曾多次在 X 线透视下证实, 折顶同时尺偏的手法均能使骨折重叠的远端向下分离一定距离, 所需的折顶角度也相对较小。由此证实本手法的效果是确切的。

(编辑: 连智华)

垂直下牵外旋前臂治疗肩关节脱位

王贺明 王卫东

(海城市骨伤病医院, 辽宁 海城 114200)

从 1990 年至今笔者曾用垂直下牵外旋前臂手法治疗肩关节脱位 157 例, 效果满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 157 例中男 98 例, 女 59 例, 年龄 31~72 岁; 右侧 108 例, 左侧 49 例; 来诊时间最长 6d, 最短 0.5h; 所有病例均无明显血管、神经损伤合并症, 脱位均经 X 线摄片证实。

2 治疗方法

患者取坐位, 嘱患者全身放松。术者立于患侧, 一手轻握患肘或前臂, 另一手在患肩周围做轻度的拿捏手法, 握肘或前臂之手同时做小而轻的前后摆动, 3~5min 后, 令一助手稳立于患者健侧, 双臂从患者的前后伸向伤肢腋下, 双手十指交叉卡住孟下端, 向健侧斜上方做提牵势。此时患者伤肢呈自然下垂状, 术者立于伤肢侧, 稍下蹲, 两手紧握腕部并向下牵引,

约 1min 后, 再轻轻外旋伤肢, 使肱骨头顺势回纳入肩关节孟中, 同时可闻及复位的响声。以托板将前臂屈曲 90° 固定于胸前, 配以口服舒筋活血药物, 3 周后进行功能锻炼。

3 治疗结果

157 例肩关节脱位均在上述方法操作下一次性复位成功。随访 3~6 个月效果满意, 关节功能恢复正常。

4 讨论

本疗法因助手稳妥地环抱使伤肢自然下垂, 无任何横行的杠杆阻力, 准确地垂直牵引外旋使伤肢始终保持在一个垂直的轴心内运动, 对肱骨外科颈及肱骨干的剪力作用极小, 所以大大降低了骨折发生的机率。尤其对年老体弱的患者, 不失为一种既安全可靠又疗效肯定的治疗手段。

(编辑: 李为农)

中国中医研究院针灸研究所针灸培训学校常年招生

(京)教社证字 A91048 京教社广字(东城)2000072 号

我校以常年主办名老针灸、推拿专家临床经验传授班为主要教学任务, 办班数年为全国培训万余名针灸、推拿医师, 普遍受到好评。办学正规、内容实用、特色突出, 服务周到是我校办学显著特点。为满足广大医务工作者要求, 2001 年我校将开设脱产、半脱产、业余班, 上半年办班计划如下:

全脱产班:

1. 全国高级针灸进修班(3月5日~3月16日, 4月12日~4月23日, 5月17日~5月29日)(学杂费 800 元)
2. 全国高级推拿进修班(3月19日~3月30日, 6月1日~6月13日)(学杂费 800 元)
3. 小针刀、长圆针临床运用传授班(4月2日~4月9日)(学杂费 700 元)
4. 中医美容特效疗法培训班(5月8日~5月14日)(学杂费 1200 元)

半脱产、业余班:(以下三班 3 月下旬开班, 具体事宜电话咨询)

1. 针灸初级班
2. 推拿初级班
3. 按摩师等级证书班

凡针灸、推拿医务工作者及具有一定基础的爱好者可报名参加全脱产班。具有初中以上文化者可报名参加半脱产、业余班。学习结束颁发中英文对照钢印结业证书。免费提供招生简章。来信请寄北京东直门内北新仓 18 号中国中医研究院针灸研究所针灸培训学校, 裴女士、赵先生收 邮编: 100700 联系电话:(010)64007111, 或(010)64014411-2781 或 2911 或 2749。广告刊出按时开课。