

手法整复托跟式夹板治疗 闭合性胫腓骨中下1/3骨折40例

张 晗¹, 廖怀章²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 正大邵阳骨伤科医院, 湖南 邵阳, 422999)

[摘要] 目的: 观察手法整复托跟式夹板治疗闭合性胫腓骨中下1/3骨折的临床疗效。方法: 对闭合性胫腓骨中下1/3骨折患者40例, 采用手法整复托跟式夹板外固定治疗, 定期复查, 观察骨折的愈合时间、功能恢复情况。结果: 40例患者骨折均愈合, 时间3~6周, 平均4周, 后期随访活动功能均恢复满意。结论: 手法整复托跟式夹板治疗闭合性胫腓骨中下1/3骨折疗效显著, 具有操作简单、创伤小、固定可靠、缩短骨折愈合时间、价格低廉等优点。

[关键词] 闭合性胫腓骨中下1/3骨折; 手法整复; 托跟式夹板

[中图分类号] R274.934.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.045

笔者收集正大邵阳骨伤科医院自2015年11月至2016年9月期间收治的胫腓骨中下1/3骨折患者40例, 均采用手法整复托跟式夹板外固定治疗, 后期随访疗效满意, 未出现功能障碍患者, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组40例中, 男22例, 女18例;

进一步恶化, 从而减轻患者身体痛苦, 也大大降低了患者的经济负担。

现代医学治疗骨折早期软组织肿胀通常采用RICE原则, R (rest 休息)、I (ice 冰敷)、C (compression 加压包扎)、E (elevation 抬高患肢), 促进静脉血液回流, 利于肢体消肿。本病属于中医学骨折范畴, 外伤致筋骨受损, 血溢脉外, 血不行, 久而停滞于筋骨间不通, 不通则痛, 结合患者舌质红或瘀斑、舌苔薄黄, 脉弦紧, 辨证为气滞血瘀证。新伤湿敷液是常德市第一中医院院内制剂, 方药由常德市第一中医院刘志军教授拟定, 由以下方药组成: 鸡血藤、虎杖、千年健、牛膝、见风消、冰片等。方中鸡血藤性味苦、甘、温, 有活血补血, 舒筋活络之功效; 虎杖性味微苦, 微寒, 有清热解毒, 散瘀止痛之功效, 二者共为君药, 有止血不留瘀, 化瘀不伤正之功, 能有效缓解骨折后疼痛及肿胀。见风消善祛风除湿, 行气消肿; 千年健善宣通经络, 祛风除痹; 冰片清热止痛, 三者共为臣药。牛膝活血通经, 祛瘀止痛, 为下肢引经药, 为使药。共研为细末, 其提取液直接贴敷于患处, 从而使药物渗透皮肤, 直达骨筋膜间,

年龄14~60岁, 平均(28.3±8.2)岁; 致伤至就诊时间0.5~6.0h; 左侧骨折22例, 右侧骨折18例, 均为单侧闭合性中下1/3骨折; 骨折线为螺旋骨折17例, 斜形骨折13例, 横断骨折10例; 致伤原因: 交通伤17例, 重物砸伤11例, 跌伤12例。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]中的胫腓骨骨干骨折诊断标准拟定。(1)病史: 有

促进局部血液循环, 诸药合用, 共奏活血化瘀、消肿止痛之功。

本观察结果表明, 使用新伤湿敷液治疗气滞血瘀证闭合性胫腓骨骨折与云南白药气雾剂外喷相比, 能明显减轻患肢肿胀及疼痛, 减轻患者痛苦, 从而缩短围手术期时间, 降低患者经济负担, 是一种有效的消肿方法, 值得在临床上推广。

参考文献

- [1] 蒋玲. 胫腓骨骨折手术治疗46例围术期护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2011, 17(33): 10-11.
- [2] 谢俊峰, 刘俊. 筋膜室综合征诊断与治疗的研究进展[J]. 岭南现代临床外科, 2015, 15(1): 111-114.
- [3] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2014: 654-657.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 342-393.
- [5] 侯卫华, 胡三莲, 黄新艳, 等. 硫酸镁湿热敷法改善下肢骨折患者术前肿胀的疗效[J]. 上海护理, 2013, 13(3): 44-45.
- [6] 郑臣校, 苏培基, 黄星垣, 等. 跌打镇痛液熏洗治疗急性腕部软组织挫伤的临床研究[J]. 新中医, 2011, 43(2): 63-65.

(收稿日期: 2018-03-28)

明确的外伤史;(2)症状及体征:小腿肿痛,畸形,有轻度异常活动,可闻及有骨擦音;(3)X线摄片检查证实胫腓骨干骨质断裂,并能明确骨折类型。

1.3 纳入标准 (1)年龄14~60岁;(2)符合诊断标准;(3)闭合性胫腓骨中下1/3骨折;(4)胫腓骨干骨折AO分型属A型骨折;(5)无严重高血压病、冠心病、糖尿病、肝肾疾病等内科疾病;(6)无精神疾病;(7)无骨质疏松症;(8)自愿接受观察。

1.4 排除标准 (1)不符合纳入标准;(2)经医师全面评估不符合观察;(3)其他原因不宜列入观察。

2 治疗方法

2.1 手法复位 首先与患者及家属充分沟通,取得患者及家属的同意后,予以手法复位。嘱患者平卧,固定患者患肢,先由助手持踝部充分牵引,待理正肢体后扶持,术者两手握持两断端,向前或向内俩方向提扳,从而使两断端成角相抵,然后配合助手牵引,行反折复位。复位完成后,术者持断端做轻微的前后、左右摇摆,并把持骨折端,助手则维持牵引状态,手持足底向上缓慢做纵向推挤,从而使骨折断端进一步嵌合^[2]。如果是斜形或螺旋形骨折,待充分牵引矫正重叠后,术者两手持骨折断端作相对挤压,此时助手轻微扭转患肢,使骨折断端进一步对合。最后可行X片检查复位后的对线对位情况。

2.2 托跟式夹板外固定治疗

2.2.1 夹板制作 后侧夹板的制作:其上2/3和传统夹板一样采用杉木皮做成平形板,下1/3则用8号铁丝,弯曲塑形成与后跟形态大小相符的半椭圆形,而铁丝两侧的长度比杉树皮夹板短约1cm;夹板全长:上平腓窝下缘2cm,以能屈膝90°为限,下至足跟底部,以能完全托住后跟为准;夹板的宽度按照小腿上、下周径的比例做成上宽下窄状,后侧夹板两端宽度各约为小腿上、下周径的1/5;杉木皮板表面用绷带缠绕,铁丝的上2/3段用胶布条和绷带牢靠固定在杉木皮夹板的背面两侧。夹板的上端需捶软约1.0cm,杉树皮板与铁丝交界处前后形成的阶梯锐角必需捶软,使其平坦^[3]。内、外、前内、前外4块夹板的制作与传统夹板相同。

2.2.2 固定方法 经X线片检查复位满意后,行托跟式夹板外固定。首先放置后侧夹板,将后跟放入托根式夹板远端的半椭圆形圈内,使后跟恰好放

置在两侧铁丝的间隙中,必须观察跟骨后突和跟腱,是否悬空以及压迫压垫,使其完全托住后跟,而夹板上端需平腓窝下缘2cm,以能屈膝90°为限。其余4块夹板,先根据骨折端复位前移位的倾向而放置适当的固定垫,以促使骨折持续复位,压垫的大小、厚薄要适当,位置要正确,压垫放好后,用胶布固定,再放置夹板。内外侧、前内外侧板各一块,前内外侧夹板长度上齐胫骨结节,下达踝关节;内外侧夹板的长度上达胫骨内外髁上缘,下平内外踝下2cm;若偏远端的下1/3部骨折,内、外侧板下可达跟骨结节下缘,余位置相同,最后用绷带包扎。

2.3 功能锻炼 (1)患肢下放置下肢垫,保持小腿置于中立位,膝关节屈曲150°~160°。每天注意调整布带的松紧度,检查夹板、压垫有无移位,若发现异常及时纠正。(2)复位后,前期指导卧床患者做一些简单的功能锻炼,如踝关节屈伸活动、股四头肌的收缩。(3)稳定性的骨折,固定2周以后,可指导患者进行抬腿及屈膝关节活动。3周后扶双拐,但不负重步行。4周后复查X线片,视情况部分负重,此时不要单用足尖着地,足底要放平,以防引起骨折旋转或成角移位。(4)如果患者感觉不疼痛,可换成单拐,逐渐负重,在3~5周内为了维持小腿的生理弧度和避免骨折端的前成角,在床上休息时,可用两枕法。(5)根据X线片及临床检查,达到愈合标准时,即可去外固定。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照相关文献^[4]拟定。综合评估患者愈合情况:有无疼痛及疼痛程度,有无重要血管神经损伤,有无骨不连,有无术后感染,有无压迫性溃疡,有无患肢畸形及畸形的程度,膝关节、踝关节及距下关节的活动范围等,按Johner-Wruhs关节功能评定标准,将预后分为优、良、中、差4个等级。

3.2 治疗结果 按Johner-Wruhs关节功能评定标准,本组40例患者后期均定期门诊复查。骨折愈合时间3~6周,平均4周。恢复情况优者28例,良8例,中等1例。无患者出现继发感染、压迫性溃疡、重度疼痛、明显跛行等并发症。中途有3例患者门诊摄X线显示断端出现轻度移位,当即调整夹板,根据骨折端移位的方向而放置适当的固定垫,并调整夹板松紧度,后期随访恢复满意,未出现功能障碍。

活络逐瘀方预防 下肢骨折术后深静脉血栓 30 例

李泽军¹, 靳嘉昌², 屈宗斌²

(1. 广西中医药大学, 广西 南宁, 530001;

2. 广西壮族自治区桂林市中医医院, 广西 桂林, 541002)

[摘要] 目的: 观察活络逐瘀方预防下肢骨折术后深静脉血栓(DVT)形成的临床疗效。方法: 将60例下肢骨折术后DVT患者随机平均分为治疗组和对照组各30例, 治疗组术后予自拟活络逐瘀方口服治疗, 对照组予低分子肝素钙注射液皮下注射治疗, 观察2组术后第14天的DVT发生率、凝血功能、下肢肿胀情况。结果: 治疗第14天的DVT发生率治疗组为6.7%, 对照组为3.3%, 2组比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 2组术后第1、14天的D-二聚体(D-D)、活化部分凝血活酶时间(APTT)、凝血酶原时间(PT)组间比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 但术后第1天与第14天组内比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。2组术后第14天下肢肿胀率均低于术后第1天, 组内比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论: 活络逐瘀方能有效预防下肢骨折术后DVT的发生。

[关键词] 下肢骨折术后深静脉血栓; 中医药疗法; 活络逐瘀方

[中图分类号] R274.934.2, R259.436 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.046

深静脉血栓(Deep Venous Thrombosis DVT)形成是下肢深静脉内血流不正常的凝结, 属于静脉回流障碍性疾病, 是骨科手术后患者常见的死亡原因之一。据 Alexander 等^[1]统计, 美国每年有近50万的DVT患者, 其中近10%发展成致命性肺栓塞(PE), 而其余多数患者发展成为深静脉血栓后综合征(PTS)。骨科下肢大手术后, 在不进行预防性治疗的情况下, 患者远端深静脉发生血栓的概率高达40%~70%, 而近端深静脉血栓发生的概率也高达10%~20%, 其中1%~5%的患者会发生致命的肺栓塞事件^[2]。笔者(第一作者)跟师(通讯作者)采用自拟活络逐瘀方预防下肢骨折术后DVT 30例, 取得满意疗效, 并与术后采用低分子肝素钙注射液治疗的30例作对照观察, 现报告如下。

4 讨 论

相比于传统夹板而言, 托跟夹板外固定能有效地将小腿和踝跟部连成一体, 恢复其内在平衡, 很好地控制了骨折的远段端向前、向内和旋转移位的应力。同时, 由于使踝关节始终保持在中立位, 有利于患者踝关节做屈伸活动的锻炼, 从而防止跟腱和跖筋膜的挛缩, 这样更有利于骨折愈合和关节功能恢复。综上所述, 采用手法整复托跟式夹板固定治疗闭合性胫腓骨中下1/3骨折, 临床疗效确切, 患者易于接受, 值得在临床推广应用。

1 临床资料

1.1 一般资料 60例均为桂林市中医医院骨伤科2016年5月至2017年5月下肢骨折术后DVT患者, 采用随机数表方法将其分为2组。治疗组30例中, 男11例, 女19例; 年龄最小43岁, 最大66岁, 平均53.80岁; 受伤部位: 股骨颈骨折4例, 股骨粗隆间骨折5例, 股骨干骨折5例, 股骨髁间骨折4例, 胫骨平台骨折5例, 胫骨骨折7例。对照组30例中, 男11例, 女19例; 年龄最小37岁, 最大66岁, 平均52.30岁; 受伤部位: 股骨颈骨折5例, 股骨粗隆间骨折5例, 股骨干骨折4例, 股骨髁间骨折6例, 胫骨平台骨折5例, 胫骨骨折5例。2组性别、年龄、受伤部位等一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 159.
- [2] 王和鸣. 中医骨伤科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 141.
- [3] 廖怀章, 孙广生, 孙炜. 胫骨下端穿针、托跟式夹板固定治疗胫腓骨骨干骨折疗效观察[J]. 中医正骨, 2003, 15(7): 12-14.
- [4] John R, Wruhs O. Classification of tibial shaft fractures and correlation with results after rigid internal fixation[J]. Clin Orthop Relat Res, 1983(178): 7-25.

(收稿日期: 2017-07-20)