

● 中医伤科 ●

引用:何建浩,刘爱峰,李海波,李跃. 分骨、折顶手法整复合小夹板固定治疗儿童尺桡骨中下段双骨折42例[J]. 湖南中医杂志,2020,36(7):56-58.

分骨、折顶手法整复合小夹板固定 治疗儿童尺桡骨中下段双骨折42例

何建浩¹,刘爱峰¹,李海波²,李 跃²

(1. 天津中医药大学第一附属医院,天津,300381;

2. 天津医院,天津,300193)

[摘要] 目的:观察分骨、折顶手法整复合小夹板固定治疗儿童尺桡骨中下段双骨折的临床疗效。方法:对42例尺桡骨中下段骨折患儿采用分骨、折顶手法复位合小夹板固定治疗。随访3个月,参照复位标准及Berton标准对复位效果及功能恢复进行评价。结果:解剖复位24例,近似解剖复位10例,功能复位6例,复位不良2例,复位成功率为95.24%(40/42);骨折均在4~6周内愈合,根据Berton标准,优23例,良11例,可6例,差0例,脱落2例,优良率为80.95%(34/42)。结论:分骨、折顶手法整复合小夹板固定治疗儿童尺桡骨中下段骨折具有创伤小、复位率高、血运及软组织损伤小、骨折愈合及功能恢复良好等优点,值得临床推广。

[关键词] 尺桡骨双骨折;儿童;手法整复;分骨、折顶手法;小夹板固定

[中图分类号] R274.934.1 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.07.022

儿童尺骨和桡骨双重骨折是继桡骨远端骨折和肱骨髁上骨折之后的第三大常见骨折^[1],尤以尺桡骨中下段的骨折最为多见,术后常引起骨折不愈合,其中尺骨的不愈合或延迟愈合率高达17%^[2]。笔者临床采用分骨、折顶手法整复合小夹板固定治疗儿童尺桡骨中下段双骨折42例,达到满意的治疗结果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 42例均为2018年3月至2019年2月于天津医院复位室治疗的儿童尺桡骨中下段骨折患儿,均为闭合骨折。其中男31例,女11例;年龄2~14岁,平均12岁;右侧29例,左侧13例;中1/3骨折12例,下1/3骨折30例;掌侧移位9例,背侧移位33例;其中1例伴右桡骨远端骨骺滑脱Salter-Harris II型损伤。所有患者均在骨折后24h之内就诊。

1.2 诊断标准 参照《实用骨科学》^[3]拟定。1)前臂外伤史明确;2)前臂肿胀、畸形,旋转功能及腕部

屈伸功能受限,可扪及骨折断端及骨擦音;3)X线片示尺桡骨骨皮质不连续,成角及移位明显,骨折线位于中下1/3处(桡骨远端至骨干开始变直处到干骺端分界处,尺骨划分与之齐平)。

1.3 纳入标准 1)符合诊断标准且为闭合性骨折;2)年龄2~14岁;3)受伤不超过24h;4)无神经及血管损伤;5)未经整复及其他治疗。

1.4 排除标准 1)脏器功能不全或合并其他严重疾病;2)不能耐受复位。

2 治疗方法

采用分骨、折顶手法整复合小夹板固定治疗。

2.1 手法整复

2.1.1 术前准备 2%利多卡因(天津金耀药业有限公司,批准文号:国药准字H12021000,规格:5ml)4ml在断端进行血肿抽吸麻醉,若局部麻醉后患者仍疼痛不能耐受,于手术室行臂丛神经麻醉。X线片应为标准正侧位,仔细查看X线片并结合手的触诊确定骨折移位方向。将患者置于仰卧位,骨

基金项目:国家自然科学基金项目(81873316)

第一作者:何建浩,男,2017级硕士研究生,研究方向:中医骨伤科学

通讯作者:刘爱峰,男,医学博士,副主任医师,研究方向:脊柱与骨关节病中医研究及生物力学,E-mail:draifeng@163.com

折远端向掌侧移位时,肘部伸直,前臂于旋后位。当骨折的远端向背侧移位时,肘部屈曲 90° ,前臂处于旋前位。

2.1.2 拔伸牵引 由2位医师分别握住患者肘部与腕部,徐徐用力做拔伸牵引1 min,以减轻重叠移位。

2.1.3 分骨 在对抗牵引下,术者一拇指置于桡骨骨折线远端并向尺侧推挤,另一拇指置于桡骨骨折线近端并向桡侧推挤,两拇指相反方向用力,相互配合以纠正桡骨骨折侧方移位。尺骨骨折也采用此法整复侧方移位。

2.1.4 折顶 在对抗牵引下,术者双手的拇指分别放置于尺桡骨骨折线远端并向下按压,双手四指重叠环抱于骨折线近端并向上端提,远端牵引助手配合术者增大骨折的成角,待拇指下能够触到远端骨皮质相对时,迅速反折以纠正掌背侧移位。

2.2 固定 根据患者前臂长短及粗细选用适当的前臂夹板超腕固定,若整复欠佳者在夹板固定时可根据移位方向放置平垫予以纠正。3条绑带捆扎夹板,以绑带能在夹板上活动1 cm为松紧适度。前臂中立位,三角巾悬吊于胸前。复位固定后立即拍摄前臂正侧位X线片,并评定复位效果。

2.3 功能锻炼 手法整复及固定完成后嘱患者练习握拳、屈伸手指运动;2周后在健肢的帮助下练习大、小云手带动肘关节、肩关节做外展、内收、屈伸练习^[4];3周后练习肘部肌群等长收缩练习。4~6周骨折临床愈合后练习反转手、前臂旋转及腕部屈伸活动。

3 疗效观察

3.1 观察指标 分别于手法复位后的第3天及第1、3、4周末及3个月后随访,评定骨折愈合情况及前臂功能。

3.2 复位标准 参照《骨与关节损伤》^[5]制定。解剖复位:骨折处对位、对线良好;近解剖复位:骨折处无重叠,对位达 $3/4$ 以上,成角 $<5^{\circ}$;功能复位:骨折处无重叠,对位达 $2/3$ 以上,成角 $<5^{\circ}$;复位不良:未达到功能复位。

3.3 疗效标准 按照Berton标准^[6]评定。优:骨折愈合,前臂旋转功能恢复为受伤前的90%以上;良:骨折愈合,前臂旋转功能恢复为受伤前的80%~89%;可:骨折愈合,前臂旋转功能恢复为受伤前的60%~79%;差:骨折不愈合或愈合不良,前

臂旋转功能恢复低于受伤前的60%。

3.4 治疗结果

3.4.1 复位情况 1次复位成功29例,2次复位成功11例,2例患者经过3次复位后骨折移位未得到明显纠正。解剖复位24例,近似解剖复位10例,功能复位6例,复位不良2例,复位成功率为95.24%。复位前后正侧位X线片示例见图1。1例左侧尺桡骨双骨折伴右桡骨远端骨骺Salter-Harris II型损伤,右手亦行手法复位后达到解剖对位。2例复位不良患者行闭合穿针术。



复位前 复位后
图1 骨折复位前后正侧位X线片示例

3.4.2 骨折愈合及功能恢复情况 骨折均在4~6周内愈合。3个月后随访,优23例,良11例,可6例,差0例,脱落2例,优良率为80.95%(34/42)。

4 讨论

儿童尺桡骨中下段骨折是儿童常见的骨折,手术治疗不论是闭合穿针还是钢板内固定,虽然能够使骨折达到解剖对位并进行有效的固定,但存在骨不连和延迟愈合及术后感染等并发症,还有内固定材料断裂以及螺钉松动的风险^[2]。因为儿童尺桡骨中下段双骨折在整复后骨折断面参差不齐,加以周围骨膜及肌肉张力,使骨折断端存在一种“自然咬合”的能力,能够维持复位后的稳定,不易移位,因此适宜手法治疗^[7]。在手法整复过程中应动作轻柔,争取一次成功,多次复位后会造成骨折断面平滑,并加重了软组织损伤,失去了断端“自然咬合”能力,增加骨折不稳定因素,因此骨折整复尽量不要超过2次,如3次不能达到良好复位效果者应进行切开复位。

手法整复后小夹板外固定是可以充分体现“动静结合”原则的弹性固定,“动态”“静态”协调促进骨折的愈合及功能恢复^[8]。小夹板固定与石膏固定相比,能够及时根据骨折断端软组织肿胀情况及骨折愈合情况调整松紧度,且能够结合压垫调整复位后残留的骨折移位。但亦存在不足,若患者管理不善,

引用:梁薛辰,杨少锋,张元瑜. 六经辨证理论指导下小柴胡汤合半夏白术天麻汤加味治疗椎动脉型颈椎病 24 例[J]. 湖南中医杂志,2020,36(7):58-60.

六经辨证理论指导下小柴胡汤合半夏白术天麻汤加味治疗椎动脉型颈椎病 24 例

梁薛辰¹,杨少锋²,张元瑜¹

(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙,410007)

[摘要] 目的:观察六经辨证理论指导下小柴胡汤合半夏白术天麻汤加味治疗椎动脉型颈椎病(CSA)的临床疗效。方法:选取72例CSA患者随机分为治疗组、对照组、空白组,每组各24例。3组均采用中医定向透药疗法作为基础治疗,治疗组在基础治疗上加服小柴胡汤合半夏白术天麻汤加味,对照组在基础治疗上加用丹参川芎嗪注射液,空白组单用基础治疗。观察比较3组综合疗效及治疗前后中医证候积分。结果:总有效率治疗组、对照组、空白组分别为91.67%(22/24)、79.17%(19/24)、45.83%(11/24),治疗组优于对照组、空白组,差异均有统计学意义($P < 0.05$);中医证候积分3组治疗前后治疗组内比较及治疗后治疗组与对照组、空白组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:小柴胡汤合半夏白术天麻汤加味能缓解CSA的临床症状,具有良好的临床疗效。

[关键词] 椎动脉型颈椎病;六经辨证;中医药疗法;小柴胡汤合半夏白术天麻汤加味

[中图分类号] R274.915⁺.5 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.07.023

椎动脉型颈椎病(cervical spondylotic vertebral arteriopathy, CSA)是因颈椎退行性改变,颈椎内外平衡失调进而影响椎动脉血流障碍而导致脑供血不全,

出现的以眩晕、头痛、颈肩部、耳鸣、视力障碍等椎-基底动脉供血不足为主要临床表现的一种疾病。本病属于中医学“眩晕”“痹证”“头痛”等范畴^[1]。

基金项目:湖南省自然科学基金项目(2017JJ2208)

第一作者:梁薛辰,男,2017级硕士研究生,研究方向:中医骨伤科学(脊柱疾病方向)

通讯作者:杨少锋,男,主任医师,教授,硕士研究生导师,研究方向:中医骨伤科学(脊柱疾病方向),E-mail:574996585@qq.com

小夹板固定松紧调节不当,夹板绑带松动可增加骨折再移位风险,绑带过紧则会引起压疮;另夹板不能因人而异地与患肢相符合,放置不当常引起患者不适。因此指导患者及家属正确的管理夹板在骨折治疗中也起着重要作用。分骨、折顶手法整复合小夹板固定几乎不造成骨折周围软组织损伤,故与切开复位相比能够更早开始功能锻炼。功能锻炼对前臂功能恢复是举足轻重的,越早开始锻炼,前臂功能越会得到更好的恢复^[9]。

本研究结果表明,分骨、折顶手法合小夹板固定治疗儿童尺桡骨中下段双骨折具有创伤小、复位成功率高、血运及软组织损伤小、骨折愈合及功能恢复良好等优点,值得临床推广。

参考文献

[1] MYERS GJC, GIBBONS PJ, GLITHERO PR. Nancy nailing of diaphyseal forearm fractures. single bone fixation for fractures of both

bones. [J]. The Journal of Bone and Joint Surgery (British Volume), 2004, 86(4): 581-584.

[2] 余占洪,李素香,谢文伟,等. 尺桡骨双骨折术后骨折不愈合的原因和对策[J]. 实用骨科杂志,2013,19(5):449-451.

[3] 田伟. 实用骨科学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2018:464.

[4] 沈万川,张丽霞. 闭合性前臂骨折的康复治疗[J]. 中国临床康复,2002,6(16):2396.

[5] 王亦聰. 骨与关节损伤[M]. 3版. 北京:人民卫生出版,2001:59-62.

[6] MOED BR, KELLAM JF, FOSTER RJ, et al. Immediate internal fixation of open fractures of the diaphysis of the forearm. [J]. The Journal of Bone & Joint Surgery, 1986, 68(7): 1008-1017.

[7] 肖四旺,吴官保,谢义松,等. 三步正骨手法整复尺桡骨中下段双骨折的多中心临床研究[J]. 中国骨伤,2002,15(7):396-399.

[8] 孔博,颜威,李飞跃,等. 中医小夹板作用机理及发展[J]. 世界中医药,2018,13(1):229-232.

[9] 符慧明. 早期康复训练护理对尺桡骨双骨折患者前臂功能恢复的影响[J]. 特别健康,2019(15):198.

(收稿日期:2019-12-02)