

中医手法复位联合小夹板外固定治疗桡骨骨折疗效观察

李亦明

五华县人民医院骨科, 广东 五华 514400

[摘要] 目的: 观察中医手法复位联合小夹板外固定治疗桡骨骨折的临床疗效。方法: 将 80 例桡骨骨折患者随机分为观察组 48 例和对照组 32 例, 对照组采用手术切开复位加钢板内固定治疗; 观察组采用手法复位结合小夹板外固定治疗。术后及每 2 周均予 X 线检查确认恢复情况; 并记录 2 组肿胀、疼痛等临床症状消失时间、腕关节功能恢复情况及并发症发生情况, 评价临床疗效。结果: 总有效率观察组为 89.58%, 对照组为 78.13%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组肿胀消退时间、骨折愈合时间及疼痛消失时间均较对照组明显缩短, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。腕关节功能恢复优率观察组为 43.75%, 对照组为 25.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。并发症发生率观察组为 10.42%, 对照组为 25.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中医手法复位联合小夹板外固定治疗桡骨骨折临床对位良好, 临床症状恢复迅速, 并能明显改善腕关节功能活动, 减少临床并发症。

[关键词] 桡骨骨折; 正骨手法; 小夹板外固定

[中图分类号] R274.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 07-0097-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.043

桡骨骨折是临床常见骨折类型之一, 多发生于肢体远端, 故极易影响腕关节及尺桡关节功能。目前针对桡骨骨折比较成熟的手术是切开复位内固定技术, 复位良好, 但手术创伤较大、费用较高、术后容易出现并发症, 且内固定钢板拆除后若再次出现骨折, 再次手术会增加感染率, 造成骨折不愈合或畸形愈合、固定不牢等情况。笔者应用中医传统手法复位结合小夹板外固定治疗, 取得较为满意的临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有临床资料来源于本院骨科 2013 年 8 月—2015 年 8 月间收治的桡骨骨折患者共 80 例, 按照随机数字表法分为观察组 48 例及对照组 32 例。对照组男 15 例, 女 17 例; 年龄 19~57 岁, 平均(32.2±10.5)岁; 病程 0.5~6 天, 平均(2.3±0.8)天; 骨折 Thomas 分型 型 8 例, 型 15 例, 型 9 例; 横行骨折 7 例, 斜行骨折 24 例, 粉碎性骨折 1 例。观察组男 22 例, 女 26 例; 年龄 20~55 岁, 平均(31.8±11.3)岁; 病程 1~5.5 天, 平均(2.1±0.7)天; 骨折 Thomas 分型 型 12 例, 型 25 例, 型 11 例; 横行骨折 11 例, 斜行骨折 36 例, 粉碎性骨折 1 例。2 组患者性别、年龄、病情等一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 根据病史及 X 线显示桡骨骨质结构断裂进行确诊, 必要时作 CT 或者三维重建。

1.3 纳入标准 ①符合桡骨骨折诊断标准; ②年龄 18~60 岁; ③单纯桡骨骨折; ④无神经、血管损伤; ⑤患者知情并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并肌肉萎缩、原发性肢体功能障碍、严重骨质疏松症、重症肌无力等肌肉、骨骼病; ②病程 >2 周的陈旧性骨折; ③合并心肺功能异常、肝肾功能不全等; ④合并免疫缺陷病、肿瘤恶变、严重糖尿病等原发病; ⑤有夹板禁忌症者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用手术切开复位加钢板内固定治疗。术后患者卧床静养, 抬高患肢使之高于心脏水平, 患肢采用石膏托制动。常规抗感染治疗, 并予 20% 甘露醇 250 mL 静脉滴注以消除局部肿胀, 肿胀消除后停用。根据病情, 疼痛剧烈时可口服止痛药。复位固定 5~7 天后行被动功能训练, 20 天左右进行部分持重功能锻炼。

2.2 观察组 采用手法复位结合小夹板外固定治疗。具体方法: 患者取坐位或卧位, 一位医生手握患者肘上, 另一位医生握住患者手掌, 向相对方向稍用力做相对牵引以纠正短缩重叠移位, 直至骨折部外观畸形消除, 紧接着操作医生于根据术前 X 线片的提示对患者骨折部位侧面作对向推挤, 然后两手分别按压骨折近端及远端, 行反向挤压, 紧接着于背侧用双手拇指向下按压, 其余手指把持骨折远端上提, 完成复位。复

[收稿日期] 2016-03-10

[作者简介] 李亦明 (1974-), 男, 副主任中医师, 研究方向: 中医骨科学。

位后选择合适的压垫及夹板作固定，最后使用绷带缠绕，维持腕关节中立、尺偏位，复查X线摄片，若骨折部位复位不完全或畸形，应进行再次手法复位，确认复位良好。麻醉效果消失后，尽快指导患者进行手指及腕关节功能锻炼。术后常规处理及功能锻炼同对照组。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①手法治疗结束后及每2周均予患者拍X线片，确认骨折对位情况、骨痂形成及骨骼愈合情况；②观察2组患者肿胀、疼痛情况，记录临床症状消失的时间；③2周后观察2组患者腕关节功能活动恢复情况；④记录2组并发症发生情况。

3.2 统计学方法 本研究采用SPSS13.0统计软件进行数据处理。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，比较采用t检验；计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]拟定。治愈：骨折对位满意，有连续性骨痂形成，局部无畸形及疼痛肿胀，功能完全恢复，腕掌屈、背伸及前臂旋转受限 $<15^\circ$ ；显效：骨折对位尚可，局部无明显畸形及疼痛肿胀，腕背伸、掌屈及前臂旋转受限在 $15^\circ \sim 30^\circ$ ；有效：骨折对位欠佳，局部轻度疼痛，轻度畸形，腕背伸、掌屈及前臂旋转受限在 $30^\circ \sim 45^\circ$ ；无效：骨折不愈合或畸形愈合，压痛、叩击痛存在，功能障碍。

4.2 骨折愈合标准 参照文献^[2]拟定：骨折部位无压痛或叩击痛，无活动障碍，X线显示骨折线模糊，解除夹板后患侧可平举1kg，持续时间 ≥ 1 min，连续观察2周骨折处无变形。

4.3 腕关节功能评定标准 参照Dienst M^[3]标准进行评定。优：患侧腕关节无疼痛及活动受限，功能及握力与正常侧相同，掌屈或背伸减少 $<15^\circ$ ；良：患侧腕关节偶有疼痛，剧烈活动时受限，功能及握力接近正常，掌屈或背伸减少 $15^\circ \sim 30^\circ$ ；可：患侧腕关节常疼痛，平时活动轻度受限，功能及握力减弱，掌屈或背伸减少 $31^\circ \sim 50^\circ$ ；差：患侧腕关节持续疼痛，正常劳动受限，功能及握力减弱，掌屈或背伸减少 $>50^\circ$ 。

4.4 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组为89.58%，对照组为78.13%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	32	9	12	4	7	78.13
观察组	48	16	18	9	5	89.58 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.5 2组临床症状改善时间比较 见表2。骨折复位后，观察组肿胀消退时间、骨折愈合时间及疼痛消失时间均较对照组明显缩短，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床症状改善时间比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	肿胀消退	骨折愈合	疼痛消失
对照组	32	11.48 \pm 2.66	62.86 \pm 11.12	44.61 \pm 8.72
观察组	48	7.85 \pm 1.73 ^①	40.25 \pm 9.23 ^①	35.96 \pm 8.03 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.6 2组腕关节功能恢复情况比较 见表3。治疗后，腕关节功能恢复优率观察组为43.75%，对照组为25.00%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组腕关节功能恢复情况比较

组别	n	优	良	可	差
对照组	32	8(25.00)	12(37.50)	5(15.63)	7(21.87)
观察组	48	21(43.75) ^①	17(35.42)	7(14.58)	3(6.25)

与对照组比较，① $P < 0.01$

4.7 2组术后并发症情况比较 对照组患者出现骨愈合延迟2例，感染3例，关节功能障碍2例，肌腱损伤1例，并发症发生率为25.00%。观察组出现骨愈合延迟1例，感染1例，关节功能障碍2例，肌腱损伤2例，并发症发生率为10.42%。2组并发症发生率比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。经对症处理后2组患者并发症均明显好转。

5 讨论

桡骨骨折是骨科常见的临床骨折类型，约占骨折病例的16%~17%^[4]，常发生在桡骨远端2~3cm范围内，按骨折受伤机制可分为伸直型、屈曲型及波及关节面的特殊类型。桡骨骨折多伴桡腕关节及下尺桡关节的损伤^[5]，从而影响腕关节功能。目前桡骨骨折的治疗主要有手法复位和手术切开复位，治疗关键在于准确复位及可靠的固定，并尽早进行康复锻炼以恢复腕关节功能活动，减少并发症。手术切开复位良好，但手术过程中不可避免会损伤软组织和骨膜，破坏局部血供，创伤大且术后并发症多^[6]。手法复位结合小夹板外固定疗法是传统中医疗法，是治疗桡骨骨折重要方式之一。

就中医学而言，桡骨骨折属于手掌根出臼、腕损伤等范畴。早在《诸病源候论》中就记载了桡骨骨折的病因病机及相应的治疗方案，即“夫腕伤重者，为断皮肉、骨髓，伤筋脉，皆是卒然致损，故血气隔绝，不能周荣，所以须善系缚，按摩导引，令其血气复”。至清·胡廷光提出较为明确的桡骨骨折手法复位“托、拗、压、拽”的要诀^[7]。

良好的复位和有效的固定对桡骨骨折的康复十分重要，本临床研究证实中医手法复位能有效避免周围软组织损伤，减轻肢体肿胀疼痛，迅速缓解患者疼痛、肿胀等临床症状，缩短患者肿胀消退时间及疼痛消失时间，持续牵引以纠正桡骨移位，使桡腕关节间隙恢复；再以正骨手法纠正尺桡关节移位，这就避免了桡骨头分离移位造成的功能障碍，更加契合骨折自然的生长，进而促进骨折的痊愈；牵引时运用对抗前臂肌群的力量使前臂肌肉群处于紧张状态，形成类似夹板的作用，对骨折复

位也起积极的作用。另一方面,局部按压可使骨折端折顶并内插使骨折部位进一步内插以保持稳定,为夹板固定提供良好的条件。再者,手法复位对关节及周围组织伤害小,且手法复位简便易行、痛苦少,患者容易接受。小夹板固定是一种能动的弹性固定模式,腕关节可在一定范围内活动,固定区一般不超过上、下关节,有利于肢体血液循环及肿胀消退,便于功能锻炼,又不妨碍肌肉的纵向收缩,而且可根据肿胀程度调整夹板松紧度,更有利于局部固定,避免再移位的发生。不同方式的夹板固定对复位效果起着重要的作用。

综上所述,中医手法复位联合小夹板外固定治疗桡骨骨折临床对位良好,临床不适恢复迅速,能明显改善腕关节功能活动,减少临床并发症,值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:168-169.

- [2] 陈轶强,孙斐予,黄志俭.改良手法复位夹板固定治疗桡骨骨折的临床疗效[J].实用临床医药杂志,2014,18(21):116-118.
- [3] Dienst M, Wozasek GE, Seligson D. Dynamic external fixation for distal radius fractures [J]. Clinical Orthopaedics & Related Research, 1997, 338 (5): 160-171.
- [4] Hanel DP, Jones MD, Trumble TE. Wrist fractures[J]. Orthop Clin North Am, 2002, 33(1): 35-57.
- [5] 刘志敏.手法复位治疗桡骨远端骨折 30 例[J].中国中医急症,2011,20(5):794.
- [6] 卢国华.手法复位治疗桡骨骨折 95 例临床观察[J].中国中医急症,2012,21(12):2003-2004.
- [7] 元·危亦林.世医得效方[M].田代华,整理.北京:人民卫生出版社,2006:356.

(责任编辑:冯天保)

支架外固定术配合中药治疗高龄患者股骨粗隆间骨折临床观察

许小志¹, 谢学文², 曾文磊¹, 张兆华², 罗学辉¹, 冯兴伦¹, 翁天才¹

1. 广东省佛山市中医院三水医院, 广东 佛山 528100; 2. 广东省佛山市中医院, 广东 佛山 528000

[摘要] 目的:评价支架外固定术配合中药治疗高龄患者股骨粗隆间骨折的临床疗效。方法:对高龄股骨粗隆间骨折患者 30 例行股神经阻滞和股外侧皮神经阻滞麻醉下行支架外固定术治疗,术后配合中药治疗。结果:随访时间 10~15 月,平均 12 月,无失访病例。骨折平均愈合时间为 3 月。随访 Harris 评分优 14 例,良 12 例,可 2 例,优良率达 86.67%。结论:股神经阻滞和股外侧皮神经阻滞下行支架外固定术配合中药治疗高龄患者股骨粗隆间骨折安全有效,固定可靠。

[关键词] 股骨粗隆骨折;高龄;支架外固定;中药疗法;股神经阻滞;股外侧皮神经阻滞

[中图分类号] R683.42 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2016)07-0099-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.044

老年人转子间骨折有较高的发病率和死亡率,治疗目的是方便护理和利于早期活动避免长期卧床导致呼吸和泌尿系统感染^[1]。转子间骨折治疗的固定可选择内固定、外固定,内固定如滑动加压钉或钉、接骨板及髓内钉^[2]。然而老年人体质脆弱有很高的手术风险。这些患者不能耐受麻醉和常规手术中出血^[3]。而因保守治疗死亡率高达 60% 而常不被接受^[4],大多数学者多主张早期行手术治疗以提高患者生活质量。采用外固定

架治疗老年转子间骨折可取得良好的临床效果^[5],国内很少文献报道股神经和股外侧皮神经阻滞麻醉下行外固定治疗转子间骨折的报道。近年来,笔者对高龄骨质疏松性股骨粗隆骨折患者,行股神经阻滞和股外侧皮神经阻滞麻醉下应用单边支架外固定术配合中成药治疗,临床疗效良好,结果报道如下。

1 临床资料

观察病例均为 2012 年 3 月—2015 年 6 月在本院于行股

[收稿日期] 2016-04-06

[作者简介] 许小志(1977-),男,副主任中医师,研究方向:创伤骨科、骨与关节。