

# 手法整复夹板外固定配合改良牵引术治疗老年克雷氏骨折临床观察

王京华<sup>1</sup>, 王明爽<sup>2</sup>, 何影浩<sup>2</sup>, 江雨桐<sup>1</sup>

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

**[摘要]** 目的: 观察手法整复夹板外固定配合改良牵引术治疗老年克雷氏骨折的疗效。方法: 对老年克雷氏骨折患者采用传统正骨十四手法整复骨折夹板外固定配合改良牵引术治疗。观察临床疗效。结果: 54 例在治疗前、治疗后 1、3、6 月进行随访。本组患者均获得随访, 随访时间 2~6 月。骨折均获得愈合, 愈合时间 4~8 周。与整复前相比, 整复后的掌倾角、尺偏角、桡骨高度均恢复 ( $P < 0.05$ )。骨折愈合时的掌倾角与整复牵引后比较, 未见明显丢失 ( $P > 0.05$ ); 骨折愈合时的掌倾角、尺偏角和桡骨高度与整复后相比无明显变化 ( $P > 0.05$ )。本组优 46 例, 良 8 例。优良率 100%, 整个研究过程未出现不良事件。结论: 手法整复夹板外固定配合改良牵引术治疗老年克雷氏骨折是一种有效、简单、安全且易于接受的治疗方法。

**[关键词]** 克雷氏骨折; 正骨十四法; 手法整复; 牵引术

**[中图分类号]** R683.41 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0083-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.036

克雷氏骨折是最常见的骨折之一, 约占成人全部骨折的 11%, 好发于老年人, 女性较多<sup>[1]</sup>。临床无论何种治疗方法都是以恢复腕关节掌倾角、尺偏角以及恢复桡骨高度为主, 笔者近年采用手法整复夹板外固定配合改良牵引术治疗老年克雷氏骨折 54 例, 疗效分析如下。

## 1 临床资料

在佛山中医院三水医院就诊的 54 例患者, 男 8 例, 女 46 例; 年龄 64~99 岁, 平均 71 岁。经 X 光检查, 诊断为克雷氏骨折, 左手 22 例, 右手 32 例。全部为跌倒致伤。治疗前告知患者非手术治疗和手术治疗的方法及优缺点, 并强调非手术治疗对复杂骨折的局限性, 对自愿接受非手术治疗并签署知情同意书的患者进行观察。

## 2 治疗方法

整复方法: 患者仰卧位, 肩外展, 患肘屈曲至 90°, 掌心向下, 采用佛山中医院三水医院特色疗法即正骨十四手法整复, 助手位于患者患侧肩部握住肘部和前臂上段, 术者位于患侧远端, 拇指置于骨折远端背侧以远, 其他 4 指环扣大小鱼际以远, 来矫正短缩背伸畸形, 配合患肢尺侧术者示指挤压尺骨远端纠正尺偏畸形, 术者用与患侧同侧手保持尺偏牵引的基础上, 另一只手拇指于骨折端下方顶起骨折近端, 进一步校正背伸移位, 经触摸辨认骨折端尺侧皮质曲度恢复, 桡骨茎突高于尺骨茎突 1 cm 左右, 手提 X 线透视后确定骨折复位良好即复位成功。

固定方法: 在持续牵引的基础上于腕关节尺侧斜跨虎口

部、拇指内外侧宽胶布黏贴以备皮肤牵引, 于手掌背侧皮肤较薄弱处外敷黄油纱隔开胶布直接黏贴, 防止皮肤撕脱, 于骨折端外敷本院制剂伤科黄水, 行小夹板四面夹超腕掌倾尺偏固定于中立位, 屈肘 90°, 颈腕带悬吊于胸前, 3~5 天行夹板调整 1 次, 固定 4~6 周, 早期行握拳、前臂矢状面的肘肩功能锻炼, 中后期行小云手、大云手等功能锻炼, 预防肌肉、骨骼的废用以及相关关节的僵硬。

牵引方法: 手法次日即行牵引治疗, 患者半卧位, 患肢水平置于胸前固定台面, 掌心向下, 牵引胶布远端通过定滑轮向低于台面 30° 方向悬挂 1.5 kg 秤砣, 每天治疗 2 次, 每次 1 h, 牵引后的第 5、9、13 天行 X 线片复查, 若桡骨茎突较整复后无明显短缩, 继续维持牵引; 若发现桡骨茎突较整复后短缩, 增加秤砣, 重量 2~3 kg。2 周内复查的各次腕关节正侧位片发现桡骨远端无明显变化, 表明骨折端稳定, 可以解除牵引。如骨折端不稳, 特别是桡骨远端内侧壁粉碎嵌插, 支撑欠佳的病例可适当延长牵引时间至 3~4 周。拆除夹板时间顺应延长 1~2 周。

中医药辨证施治: 骨折早期以活血化瘀、消肿止痛为法辨证施治, 给予口服院内制剂三七化瘀口服液、去伤片等口服, 中后期以补益肝肾、强壮筋骨为法辨证施治, 给予口服本院制剂骨宝液、复原饮等。适当补充钙质, 抗骨质疏松治疗, 原有内科疾病系统治疗, 指导患者健康饮食, 戒烟酒。在拆除夹板后, 院内制剂舒筋洗颗粒(主要成分: 透骨草、威灵仙、苏木、钩藤等)熏洗, 配合院内制剂白药膏外敷。

**[收稿日期]** 2016-02-28

**[作者简介]** 王京华 (1981-), 男, 主治医师, 主要从事骨科临床工作。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 分别通过 X 线片记录桡骨远端骨折复位前、后及临床愈合时的腕关节掌倾角、尺偏角,以及桡骨高度丢失情况及骨折愈合情况;记录患者的治疗过程及治疗过程中不良事件的发生情况;跟踪随访患者至治疗结束后 6 月,通过改良 Gartland and Werley(GW)评分系统<sup>[1]</sup>对腕部进行功能评估。

3.2 统计学方法 采用统计软件 SPSS19.0 对实验数据进行分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,比较采用 LSD-t 检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 疗效评定标准参照 Dienst M 等<sup>[2]</sup>评分系统。优:腕关节无疼痛,活动不受限,功能无损伤影响,握力与对侧相同,掌屈或背伸减少 $<15^\circ$ ;良:腕关节偶然疼痛,剧烈活动受限感,功能及握力接近正常,掌屈或背伸减少 $15^\circ \sim 30^\circ$ ;可:腕关节经常疼痛,工作时活动轻度受限,功能及握力减弱,掌屈或背伸减少 $30^\circ \sim 50^\circ$ ;差:腕关节持续疼痛,工作能力减弱,正常劳动受限,功能及握力明显减弱,掌屈或背伸减少 $>50^\circ$ 。

4.2 治疗结果 见表 1。54 例在治疗前、治疗后 1、3、6 月进行随访。本组患者均获得随访,随访时间 2~6 月。骨折均获得愈合,愈合时间 4~8 周。与整复前相比,整复后的掌倾角、尺偏角、桡骨高度均恢复( $P < 0.05$ )。骨折愈合时的掌倾角与整复牵引后比较,未见明显丢失( $P > 0.05$ );骨折愈合时的掌倾角、尺偏角和桡骨高度与整复后相比无明显变化( $P > 0.05$ )。本组优 46 例,良 8 例。优良率 100%,整个研究过程未出现不良事件。

表 1 治疗结果( $\bar{x} \pm s$ )

时 间	掌倾角( $^\circ$ )	尺偏角( $^\circ$ )	桡骨高度丢失情况(cm)
治疗前	$-5.81 \pm 8.87$	$10.12 \pm 6.03$	$0.67 \pm 0.53$
治疗后	$17.13 \pm 5.12$	$22.28 \pm 4.03$	$0.97 \pm 0.30$
临床愈合	$16.82 \pm 4.79$	$20.66 \pm 3.97$	$0.92 \pm 0.25$

### 5 讨论

桡骨远端骨折可采用闭合手法复位小夹板或石膏外固定、切开钢板螺钉内固定、克氏针固定、外固定支架固定等治疗手段,桡骨远端骨折患者是否必须接受手术治疗仍未有定论,大量报道采用手法复位小夹板外固定治疗低能量桡骨远端骨折可取得满意的疗效<sup>[3-6]</sup>。所以,特别是针对老年患者,非手术治疗可以说是首选的治疗方法,尽管非手术治疗在功能恢复方面的疗效比较满意,但是从解剖的角度来看,非手术治疗存在掌倾角、尺偏角及桡骨远端相对长度的丢失等问题,王海洲等<sup>[7]</sup>在手法整复小夹板外固定配合悬吊牵引治疗桡骨远端骨折中采用垂直悬吊,牵引方向与前臂方向一致,并不能有效解决腕关节尺偏、背伸畸形,且需要患者前臂轴向屈肌肌群用力,因此拮抗了牵引力,恢复桡骨长度难度高,不符合静力牵引的需求,洪海斌<sup>[8]</sup>采用手法整复小夹板固定联合拇指皮肤牵引治疗

桡骨远端不稳定性骨折可有效预防桡骨短缩、纠正腕关节尺偏畸形,但对于腕关节掌倾角的恢复又具有局限性,且需要患者长期制动配合牵引,无法进行各期的功能锻炼,造成肌肉、骨骼一定程度的废用。本研究所采用传统治疗手段正骨十四法手法进行整复,可保证骨折端的理想复位。“正骨十四法”为陈渭良教授创立的,该法继承和发展了传统“正骨八法”及岭南骨伤科名家李广海正骨手法的精髓,总结了丰富的临床经验,融合了解剖及生物力学原理,对一些“不可复性骨折”的整复达到良好效果,补充了传统正骨八法的不足<sup>[9]</sup>。配合改良牵引术治疗克雷氏骨折,在整复固定的基础上间断性的行腕关节的掌倾尺偏牵引,有效避免了腕关节掌倾、尺偏角的丢失和桡骨远端高度的丢失,最大限度的恢复了腕关节的解剖结构和功能,此治疗方法接受程度高、疗效确切、经济实惠、远期对腕关节的功能恢复也较满意。适合临床,特别适合基层医院的推广。

### [参考文献]

- [1] 周祖彬,曾炳芳,刘闻欣,等. 桡尺远侧关节稳定性的解剖及临床研究[J]. 上海医学, 2002, 25(S1): 13- 15.
- [2] Dienst M, Wozasek GE, Seligson D. Dynamic external fixation for distal radius fractures [J]. Clin Orthop Relat Res, 1997(338): 160- 171.
- [3] 张洪,赵国梁,杨徐松. 两种不同方法治疗桡骨远端骨折 88 例疗效分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2012, 27(3): 268- 269.
- [4] 李全修,蔡月艳,樊培新. 急诊闭合复位外固定器固定治疗桡骨远端骨折的体会[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2012, 27(11): 1040- 1041.
- [5] Lichtman DM, Bindra RR, Boyer MI, et al. American Academy of Orthopaedic Surgeons clinical practice guideline on: the treatment of distal radius fractures [J]. J Bone Joint Surg(Am), 2011, 93(8): 775- 778.
- [6] Trumble TE, Culp SR, Hanel DP, et al. Instructional course lectures, the American academy of orthopedic surgeons on supra auricular fractures of the distal aspect of the radius [J]. J Bone Joint Surg(Am), 1998, 80: 582.
- [7] 王海洲,陈平,陈海云,等. 手法整复小夹板外固定配合悬吊牵引治疗桡骨远端骨折[J]. 中医正骨, 2012, 24(7): 58- 60.
- [8] 洪海斌. 手法整复小夹板固定联合拇指皮肤牵引治疗桡骨远端不稳定性骨折 24 例[J]. 中国骨伤, 2014, 27(7): 615- 616.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)