

桡骨远端骨折夹板固定并发症原因分析及对策

★ 从庆武 (安徽省来安县家宁医院 来安 239200)

关键词:桡骨远端骨折;夹板固定;失误;并发症;对策

中图分类号:R 683.41 文献标识码:B

笔者近7年来夹板固定治疗桡骨远端骨折325例,其中35例出现并发症,现就其原因和防治对策进行讨论,供同仁参考。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组35例,男13例,女22例;年龄6~85岁,平均38.5岁;夹板固定前诊断为伸直型骨折27例,屈曲型骨折5例,无移位骨折3例,合并巴耳通骨折2例,合并开放性骨折3例。

1.2 并发症分类 缺血性肌挛缩1例次,压迫性溃疡5例次,腕关节僵硬20例次,肌肉萎缩8例次,骨质疏松25例次,神经血管紊乱症3例次,骨折畸形愈合3例次,复位后骨折再移位10例次,两种以上合并症15例,并发症发生率为10.8%。

2 讨论

桡骨远端骨折夹板固定并发症的发生率至今无明确报道,本组为10.8%。

2.1 缺血性肌挛缩 本组发生率0.3%,这1例为一9岁男孩,诊断为右桡骨克雷氏骨折,门诊手法复位夹板固定回家休养,回家后患儿手指肿胀,手背水疱,哭闹,家人未及时复诊,5天后来院发现患儿右手手指无力,手指屈伸困难,2月后复诊呈爪状畸形。该患者主要失误是:严重直接暴力损伤复位后夹板固定过紧,未住院留观,也未向家属交待注意观察末梢循环。

2.2 压迫性溃疡 本组发生率1.5%,2例由于使用硬纸片作为加压垫造成,3例由于夹板位置移动未及时调整造成压迫桡骨茎突及尺骨茎突。骨折早期肿胀未达到顶峰,骨突处压迫不明显,肿胀加剧时骨突处压迫明显,要求衬垫质地柔软、吸水、散热,厚度适中,过厚影响固定,过薄压迫骨突部,厚度一般在0.3~0.5 cm,平整,尤其对皮肤已有挫伤、青紫、血供不好时,更应注意。

2.3 腕关节僵硬 本组发生率6.1%。9例患者是惧怕疼痛,骨折固定后很少锻炼手指,腕关节及整个

患肢肩关节及肘关节。合并肩关节僵硬即所谓肩手综合征^[2]。早期宜抬高患肢促进血液和淋巴回流。5例由于夹板掌侧过长,固定达近侧指间关节,无法锻炼。4例由于未向患者交待功能锻炼的方法,患者以为手指活动会造成骨折移位而不去锻炼。2例由于骨折愈合较差固定时间过长造成。为防止关节僵硬,早期可配合消除水肿、活血化瘀的中西药物使用加以预防。后期配合理疗并不断练习患肢可逐渐恢复。

2.4 肌肉萎缩 本组发生率2.4%,3例单独发生,5例合并骨质疏松。由于骨折而致肢体废用,必然导致肌肉萎缩,积极练功可以减轻或防止肌肉萎缩。中药内治:补肝肾,强筋骨。亦可用XT-400B骨创伤治疗仪,起止痛消肿、防止肌肉萎缩的作用。

2.5 骨质疏松 本组发生率7.7%,25例骨质疏松有5例合并肌肉萎缩,骨折后不仅局部需要锻炼,更应加强全身锻炼,使气血运行,消散局部瘀血,消肿定痛,促进骨折愈合和骨骼坚硬。方法:抓空增力一将手指尽量伸展张开,然后用力屈曲握拳,在保证骨折不再移位的条件下进行关节练功,使局部循环畅通,骨折可以加速愈合。中药治疗以补肝肾,强筋骨,补益气血。

2.6 神经血管紊乱症 本组发生率0.9%。3例患者均是由于长期制动与缺乏主动活动造成。特点:疼痛,腕与肩关节僵硬,皮肤发红,光亮,骨质疏松等。预防及治疗:加强功能锻炼,中药内服外用以活血化瘀、消肿止痛。

2.7 骨折畸形愈合 本组发生率0.9%,3例均合并骨质疏松,有1例因复位固定不佳造成,有2例由于骨折复位后再移位造成,如前臂旋转无困难,无症状,外形虽不佳,大多数病人无须手术治疗。手术指征:手腕向桡倾斜,腕关节屈曲受限,下尺桡关节分离,且疼痛者^[4]。

2.8 复位后骨折再移位 本组发生率3.1%,所指

的移位是比较明显的移位,不重新复位会造成比较明显的功能障碍。10 例中 smith 骨折 4 例,colles 骨折 6 例。对明显移位骨折,复位良好,如餐叉样畸形有掌背侧移位,复位后骨折相对稳定,可以只用两块夹板固定掌背侧,刺刀样畸形只有桡侧移位也必须用尺桡侧加掌背侧四块夹板固定,伸直型骨折有背侧活动,屈曲型骨折要求限制桡偏和屈活动。应每天检查扎带的松紧度,及时予以调整^[3],在 3 周内根据骨折的类型及稳定情况定期拍 X 光片。对重叠移位虽已牵引后重叠矫正,但由于肌肉的纵向挤压作用,骨折可重新重叠移位,有时须手术治疗,恢复下尺桡关节及桡腕关节的关系。尤其是功能锻炼早期,疤痕尚未形成,垂直于骨折线的肌肉收缩加重重叠移位,从而影响桡腕关节的结构及远侧下尺桡关

节的关系。加压垫的长短:加压垫应准确放在桡骨上,不宜太宽。复位后 2 周内伸直型骨折暂不作腕关节背伸和桡偏活动而应主动腕屈和尺偏,屈曲型要与之相反。功能锻炼应与骨折移位方向相反,早期骨折未愈合之前均不宜做前臂旋转锻炼。对不稳定骨折、反复复位再移位的骨折可考虑手术治疗行内固定术,因夹板固定为外固定,作用毕竟是有限的。

参考文献

- [1]岑泽波,中医骨科学[M].上海:上海科技出版社,1985.12
- [2]胥少汀,葛宝丰,徐印刊,实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,2004.9
- [3]裘法祖,外科学[M].北京:人民卫生出版社,1990.747
- [4]王桂生,骨科手术[M].北京:人民卫生出版社,1982.357

(收稿日期:2005-10-14)

非手术综合治疗腰椎间盘突出症

★ 吴建国 (江苏省常熟市中医院 常熟 215500)

关键词:腰椎间盘突出症;骨盆牵引;补益肝肾

中图分类号:R 681.5¹3 文献标识码:B

本人采用牵引、推拿、中药等非手术方法治疗 92 例腰椎间盘突出症,疗效满意,现报道如下:

1 临床资料

92 例全部为门诊病人,依据症状、体征、影像(CT、MR)检查确诊,排除骨肿瘤患者。其中男 53 例,女 39 例;年龄 16~78 岁;病程 2 天~11 年;症状以左下肢疼痛、麻木、酸胀为主者 37 例,以右下肢疼痛、麻木、酸胀者 29 例,双下肢疼痛者 12 例,单纯腰部疼痛者 9 例,腰部不痛,双下肢疼痛者 5 例,有明显间歇性跛行 31 例;手术后复发者 3 例。

2 治疗方法

骨盆牵引:采用江苏省张家港市日新医疗设备有限公司的 YHZ-III 型腰椎治疗牵引床。牵引重量为 200~300 N,旋转角度 15°~20°。治疗时,患者解除腰带,仰卧于牵引床上,头部略低,呈后仰状,胸部和臀部分别固定于牵引床胸腰板和臀板上,将治疗参数输入电脑,床体准备完毕后,持续牵引 30 分钟,牵引结束后,床体复位,松开固定带,取俯卧位,作腰部推拿、按摩手法,以滚法为主,按压提捏,循经点穴,手法结束后,仰卧 10 分钟,用弹力腰围固定。每天 1 次,20 天为一疗程。

根据患者状况,同时给予活血化瘀、补益肝肾及神经营养剂配合治疗。口服益肾壮筋骨剂(我院协定处方,药物组成为当归、杜仲、熟地、牛膝、鸡血藤、肉苁蓉、川断、补骨脂等),每日 3 次,每次 20 mL;吡喃硫胺片 25 mg,每日 3 次,每

次 2 片。对一些疼痛难忍者,适当给予非甾体消炎止痛药口服。回家后以卧床休息为主,配合作引体向上之腰背肌锻炼。

3 治疗结果

治疗 1~3 个疗程后,优 38 例、良 23 例、有效 29 例、无效 2 例,总有效率 97.8%。1 年内复发者 9 例,其中 8 例续用此法而获效,1 例转诊手术治疗。

4 讨论

骨盆牵引可使腰椎间隙增大、增宽,可使其内形成负压,加之后纵韧带拉紧,有利于突出物的回纳,可使腰椎后关节细微异常改变恢复到正常关系,使腰后关节嵌顿的滑膜复位,或使关节突关节轻微错位得于整复,使腰椎恢复正常解剖序列,腰神经通道异常得于改善,为突出的间盘自然再吸收创造有利条件。

腰椎间盘突出症属中医学“痹证”范畴。腰为肾之府,肾主骨生髓。《景岳全书》曰:“腰痛屡发不已者,肾之虚也。”因此,肾精亏损是病之本,故治疗以补益肝肾、和营通络、活血通经、强筋壮骨之品,增强正气,提高机体抗病力。

非手术综合治疗腰椎间盘突出症,是无创伤治疗,更显示人性化,痛苦小、花钱少,已被广大医务工作者及患者所认同。

(收稿日期:2005-10-14)