

早期中药薰洗夹板固定治疗肱骨干骨折 83 例

Treating 83 cases of humeral fractures by early TCM fumigation plus splint fixed

李培豪 黄永光 徐奎 徐贞官

(防城港市中医医院, 广西 防城港, 538021)

中图分类号: R274.11 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2011) 15-0090-01

【摘要】 目的: 观察早期中药薰洗夹板外固定的方法治疗肱骨干骨折的疗效。方法: 于 2006 年 11 月~2010 年 11 月, 使用本方法治疗肱骨干骨折 83 例。结果: 按 Neer 功能评定标准优良率 95.2%。结论: 早期中药薰洗夹板外固定的方法治疗肱骨干骨折的疗效显著, 值得临床推广。

【关键词】 肱骨干骨折; 夹板外固定; 中药薰洗

【Abstract】 Objective: To observe the effect of treating humeral fractures by early TCM fumigation plus splint fixed. Methods: Treating 83 cases with humeral fractures in our hospital from November 2006 to November 2010 by this method. Results: According to Neer standard, the good rate is 95.2%. Conclusions: Treating humeral fractures by early TCM fumigation plus splint fixed can make a better effect and should be widely spread.

【Keywords】 Humeral fractures; External fixation by splint; TCM fumigation

肱骨干由于解剖上的特点, 骨折后移位大, 肿胀严重, 骨折不稳定, 维持复位后的位置比较困难。我科于 2006 年 11 月~2010 年 11 月, 使用徒手复位早期中药薰洗夹板外固定的方法治疗肱骨干骨折 83 例, 效果良好, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 病例分类

本组 83 例全部为新鲜闭合性移位骨折, 年龄 15~66 岁, 骨折发生于肱骨干上 1/3 处 9 例, 中 1/3 处 33 例, 下 1/3 处 15 例; 按 Muder 分类^[1]: 简单骨折 25 例, 楔形骨折 43 例, 复杂骨折 15 例。均无合并明显神经干及重要血管损伤。

1.2 治疗方法

1.2.1 复位

患者坐位或卧位, 两助手拔伸牵引纠正重叠及成角移位, 术者使用侧方挤压按捺手法复位, 手法应轻柔, 骨折大致复位即可, 不必强求完全对位。

1.2.2 固定

维持牵引, 根据骨折移位趋势放置相应纸垫, 肱骨干夹板固定, 屈肘位三角巾悬吊患肢, 必要时使用上肢外展架及弹力绷带固定, 纠正成角及分离移位。

1.2.3 术后处理

病人按骨折早期常规内服活血化瘀、消肿止痛之桃红四物汤加味, 注意夹板松紧度、肢体肿胀及肢端血运情况, 每周复查 X 光片了解骨折对位情况。伤后 3 天左右, 损伤局部出血停止后, 开始使用活血化瘀, 通络止痛之海桐皮汤薰洗: 患者取端坐位, 患肢保持屈肘下垂位, 在术者保护下予中药薰洗, 每 3 天 1 次, 薰洗后仍予夹板固定。由于肢体的重力及周围肌张力, 常常出现向外及前后成角畸形, 薰洗过程中, 术者根据 X 光片、患肢外观及手摸心会, 了解骨折移位情况, 并随时使用挤压按捺等轻柔手法及夹板塑形、调整纸垫位置方向, 利用其压力逐步将骨折复位固定, 彻底纠正成角畸形, 直至骨折愈合。骨折稳定后适当活动肘关节, 防止僵硬。

1.3 结果

按 Neer 功能评定标准^[2]采用百分制评分, 疼痛 35 分, 功能 30 分, 运动限制 25 分, 解剖复位 10 分。优为 90 分以上, 良为 80~89 分, 可为 70~79 分, 差为 70 分以下。83 例病人中优 66 例, 良 13 例, 可 4 例, 优良率 95.2%, 骨折临床愈合时间 28~52 天, 平均 38 天, 无合并桡神经损伤, 无骨折不愈合或延迟愈合现象。

2 讨论

肱骨干骨折为临床常见骨折之一。由于解剖上的特点, 滋养动脉在髓内穿针时多被破坏, 如同时再作广泛骨膜剥离则骨干所有血供, 包括主要滋养动脉。附加滋养动脉及局部侧支均被破坏, 后果必然严重^[3]。手术加压钢板或髓内针内固定造成骨折不愈合或延迟愈合的机会较大, 临床上均有分析报道。有研究显示^[4]除骨折复位程度略低于其他治疗方式外, 小夹板外固定能缩短骨折愈合时间, 提高骨折愈合率, 在缓解症状、肩肘关节功能恢复方面亦优于其他手术复位内固定, 因此除有明确手术指征外, 采用手法复位夹板外固定是首选的治疗手段。但由于肱骨干自身为硬质骨, 骨干细, 肌肉附着点多, 上、中、下三段形态各异, 骨折手法复位难以达到解剖对位。外固定亦较难, 控制不住骨折端的剪力, 前臂的下垂力和旋转, 即使开始时解剖对位, 也难以维持稳定, 非常容易移位和断端出现间隙造成骨折畸形或不愈合。作者采用的早期中药薰洗外固定的方法, 利用了中药薰洗消肿快的优点, 能及时发现骨折移位情况, 并随时调整骨折对位, 做到边复位边固定, 较好地解决了以上问题, 具有以下优点: ①首次复位时不强求解剖复位, 使用轻柔手法。可减少对骨折周围组织的损伤, 利于骨折愈合; ②利用汤药的热疗物理作用。促进局部血液循环, 有利于患部消肿及营养供给; ③利用了中药的治疗作用, 达到活血化瘀、消肿止痛的目的; ④由于以上三个方面的共同作用, 患肢肿胀消退较快, 有利于进一步的复位及固定; ⑤在薰洗过程中, 可随时根据骨折移位情况, 用手法或纸垫加压的方法纠正, 使骨折逐渐复位并稳定, 达到良好的治疗效果。注意事项: a 手法复位时不能过度牵引, 以免骨折端分离不愈合; b 应防止夹板压垫对桡神经的继发损伤; c 骨折整复应尽量在骨折前 2 周内完成, 否则 2 周后骨痂强度上升, 此时整复会使骨痂遭到破坏, 影响骨折愈合质量。

参考文献:

- [1] 李世民, 党耕町, 临床骨科学[M]. 天津: 天津科学出版社, 1998: 298
- [2] 张世民, 李海丰, 黄铁刚. 骨折分类与功能评定[M]. 北京: 人民军医出版社, 2008: 19-304
- [3] 郭世级, 临床骨科解剖学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1988: 435
- [4] 杨拯, 袁梦郎, 邱有波等. 闭合性肱骨干骨折患者小夹板外固定与植入物内固定治疗比较的 Meta 分析[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2010, 14(35): 6490
编号: EA-11050494 (修回: 2011-08-10)