

中西医结合治疗桡骨远端伸直型骨折 467 例

黄祥辉

(江西省吉水县中医院 吉水 331600)

关键词:桡骨骨折;中西医结合疗法;手法整复;外固定术

中图分类号:R 683.41

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2004)03-0046-02

自 1987~2003 年,我院采用手法整复,小夹板或石膏外固定治疗桡骨远端伸直型骨折 467 例,经临床观察,效果满意。兹报告如下:

1 一般资料

467 例中,男 215 例,女 252 例;年龄 16~72 岁,平均为 52.8 岁;交通肇事伤 121 例,运动伤 10 例,坠落伤 12 例,平地摔伤 305 例,砸伤 19 例;斜形骨折 152 例,横形骨折 130 例,粉碎性合并关节面骨折 133 例,稳定型骨折 52 例。

2 治疗方法

采用血肿内抽吸式局部麻醉法。用 7 号注射器将 1%~2% 的普鲁卡因(先行皮试)或利多卡因 5~10mL 缓慢注入骨折断端血肿内,不拔出针头,待 1~3min 麻醉起效后,再从血肿内抽出积血和局麻药混合液。患者坐位,老年人取仰卧位,患肘关节屈曲 90°,前臂中立位。术者一手握住伤侧肢体拇指,另一手握住其余手指,助手握住患者肘部,与术者对抗牵引 2~3min,力量可逐渐加大。然后术者双手以拇指将骨折远端向掌侧推压,同时用双手食指及其他手指将骨折近端向背挤压,以纠正背侧移位,恢复其掌侧倾斜角。继之以拇指将骨折远段向尺侧推压,使腕关节渐渐尺偏,以纠正桡侧移位,恢复尺侧倾斜角。

骨折整复后行前臂管形石膏外固定(必要时可将石膏剖开),近端达肘关节下两横指。远端背侧达掌指关节,掌侧达掌横纹,虎口应加一纱条置入石膏内,防止固定后上下移动及腕下垂。经透视检查骨折复位满意后,使腕背屈 10~15°,固定 5~6 周。固定期间抬高患肢,促进肿胀迅速消退,患手作握捏动作加强功能练习,防止手指僵硬。6~9d 内应定期复诊,遇石膏松动者应及时更换石膏并再次塑形,防止骨折再移位。

3 疗效观察

3.1 疗效评定 优: X 线显示骨折愈合,解剖或近乎解剖对位,腕关节无痛、无畸形,功能正常。良: X 线显示骨折愈合,外观无明显畸形,局部偶有酸痛,腕关节功能基本正常,患侧腕关节掌倾角 5~9°,尺

偏 16~20°。可: X 线显示骨折愈合,局部轻度疼痛,劳累后加重,关节面掌倾偏 0~5°,尺倾 10~15°。差: X 线显示骨折愈合,外观有畸形,腕关节功能稍受限或受限,局部疼痛呈持续性,其他指标低于可。

3.2 治疗结果 本组 467 例均获得随访,随访时间 3~15 个月,平均 6.3 个月。结果优 292 例,占 62.25%;良 168 例,占 35.97%;可 5 例,占 1.07%;差 2 例(肢体肿胀消退后固定松动,未能及时更换石膏,骨折断端再次发生不同程度移位),占 0.43%。

4 讨论

中西医结合治疗骨伤疾病是传统中医骨伤科学和现代西医骨科学、创伤学的有机结合,是综合运用中、西医两套理论和方法研究人体各部位创伤和运动系统疾病的预防、诊断、治疗和康复的一门临床学学科。现代中医骨伤科在继承和发扬传统中医骨伤科的同时,不断吸取中西医结合临床医学(如中西医结合治疗骨折)和西医(如病名检查方法、手术疗法)的许多内容。西医骨科学也逐渐借鉴中医的理论(如动静结合)和方法(如小夹板固定)。现代中医骨伤科学和西医骨科学之间的界限已越来越模糊,两学科正在逐渐靠拢、融合,朝着中西医结合骨伤科学方向发展。功能位与腕屈、尺偏位石膏固定比较有如下优点:(1)复位后使患肢保持中立位或轻度背伸位近似功能位,恢复相应的解剖关系,有利于骨折的正常愈合;(2)有利于早期进行功能锻炼,促进肿胀消退,加速骨折愈合及防止关节僵硬;(3)骨折早期复位后行伸展位固定,保持腕关节功能位,患者体位相对较舒适,促进血液回流、肿胀消退,为第 2 次更换石膏创造良好的条件;(4)防止腕管综合征发生;(5)保持骨折断端相对稳定在同一平面,使腕部关节面平整,减少骨折块之间发生移位;(6)避免掌屈位固定而造成神经、血管及伸肌腱紧张,屈肌腱挛缩粘连,导致腕关节功能活动障碍;(7)避免掌屈尺偏位固定引起血液循环不畅而导致腕部剧烈肿胀和掌侧皮肤压迫性溃疡;(8)避免过度掌屈尺偏固定而引起筋膜室综合征,骨折复位后加压、包扎均可导致手

应用 7~9 号头皮针行小儿胸骨骨髓穿刺 27 例报告

洪旭平 吴杰敏 吴照金 汪长青 程晓文 程丽菲

(江西省婺源县人民医院 婺源 333200)

关键词:头皮针;骨髓穿刺;胸骨;小儿

中图分类号:R 725.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2004)03-0047-01

自 1998 年以来,我们应用 7~9 号小儿头皮针连接 5mL 一次性灭菌注射器进行小儿胸骨骨髓穿刺 27 例,均获成功,无 1 例发生意外及局部感染。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料 27 例为我院门诊及住院患儿,其中男 16 例,女 11 例;年龄 4 个月~15 岁;白血病 7 例,再生障碍性贫血 4 例,原发性血小板减少性紫癜 3 例,发热待查 4 例,过敏性紫癜 1 例,传染性单核细胞增多症 4 例,营养性贫血 4 例。

1.2 方法 患儿仰卧位,两臂束于身旁,完全暴露胸骨。医生位于右侧,选胸骨正中线第 2 肋骨平面(胸骨角)上 0.5~1.0cm 处为穿刺点。常规消毒,铺洞巾。用左手绷紧皮肤,右手持头皮针(≤ 5 岁选 7 号, >5 岁选 8~9 号)斜面朝上穿皮刺入骨膜处,然后双手持针柄,针尖向头部以 $45^\circ\sim 75^\circ$ 角刺入约 0.2~0.5cm,有明显的穿透骨质感觉为止。然后抽拉连接之注射器针芯,可见骨髓液流入头皮针之塑料管约 4~5cm 长处(10cm 长骨髓液为 0.1mL)或所需量,即用手或止血钳夹住塑料管上端,拔出针头,将注射器拔下,抽空气 2mL 再接到头皮针塑料管上,轻推针芯,将骨髓液分段滴在玻片的不同部位,选理想之骨髓液涂片即可。

2 结果

27 例中,1 次穿刺成功者 25 例(92.6%),2 次穿刺成功者 2 例(7.4%)。27 例中无 1 例发生意外及局部感染。用本方法获取之骨髓标本取材满意。

3 讨论

3.1 以往我科骨髓穿刺部位多选择在髂后上棘,使用 B-D 12~16 号骨穿针,此针较粗,穿刺途经皮下、肌肉至棘突,需先注射局麻药,小儿棘突小而圆滑,往往需反复几次才能刺入固定。抽取时用 20mL 注射器需造成较大负压,往往吸骨髓液过多造成混血

稀释;又由于骨髓液在 20mL 注射器中不易排出,容易凝固而涂片不理想;患儿胖瘦不一,穿刺深浅不易掌握。

3.2 胸骨在 2 个月患儿厚 0.8cm,10 岁厚 1.2cm,16 岁厚 1.6cm,胸骨骨髓液成份好,骨髓抑制发生晚,对诊断各种血液病均优于其他部位之骨髓液。但 B-D 骨穿针粗笨,沉重,不易在胸骨上固定,不易掌握深度,易误穿入纵隔,偶有误穿心脏致死者,故以往很少作胸骨穿刺。

3.3 我们应用小儿 7~9 号头皮针取代 B-D 骨穿针作胸骨穿刺,具有以下主要优点:(1)针头细,对组织损伤小,减轻患儿痛苦,且不需局麻药。(2)针头短,骨髓液不易凝固,且进针深度容易掌握,防止误入纵隔。(3)抽取骨髓液时,因塑料软管连接针头和注射器,无论患儿哭叫或扭动,亦不影响穿刺,均可防止针头误入纵隔或脱出。(4)透明塑料管可掌握抽取骨髓液量,即使抽取过多,也不会混入塑料管中混合,造成混血,依次注在玻片的不同部位,仍可得到理想之骨髓液。(5)方法简单,易掌握。(6)一次性头皮针价格便宜,不需消毒,避免交叉感染。

3.4 本组约 7.4% 患儿不能一次穿刺成功,其原因:(1)头皮针刺入过浅或过深,误将骨膜或骨皮质血管中血液抽出,此时根据塑料管中骨髓液之颜色性状,将穿刺针再刺入或退出少许即可。(2)针孔被骨屑堵塞,抽不出骨髓液,此时可摇转针柄,多数能将骨屑排出,如无效,更换头皮针。

总之,董文翰^[1]等介绍的小儿头皮针行胸骨骨髓穿刺方法优于传统的骨穿方法,值得儿科临床推广应用。

参考文献

[1]董文翰,李力平,赵文娟,等.应用小儿头皮针进行小儿胸骨骨髓穿刺 200 例报告.中国实用儿科杂志,1997,12(1):40

(收稿日期:2004-03-24)

或前臂膜室压力升高,使腕部静脉回流减少,引起损伤部位疼痛、麻痹或筋膜室张力升高,累及肌肉被动活动时剧烈疼痛;(9)避免第 2 次更换石膏时发生再移位为患者增加不必要的痛苦。一般桡骨远

端伸直型骨折均可采用其中 1 种复位方法,结合背伸小夹板或石膏外固定治疗,多可获满意的复位质量和疗效。

(收稿日期:2004-03-04)