

手法整复杉树皮夹板外固定结合中药治疗 老年桡骨远端骨折

吴良金, 柴君雷

(浙江省富阳市中医骨伤医院, 浙江 富阳 311400)

摘要 目的:探讨手法整复杉树皮夹板外固定结合中药内服治疗老年桡骨远端骨折的有效性。方法:采用手法整复杉树皮夹板外固定结合中药内服治疗老年桡骨远端骨折患者 146 例,按 AO 分型,A 型 48 例,B 型 65 例,C 型 33 例。经手法整复杉树皮夹板外固定;中药内服依据早、中、晚三期辨证,分别治以活血化瘀消肿止痛、和营生新接骨续筋、补养气血补益肝肾。于复位后第 1、2、4、6、8、12 周摄腕关节正侧位 X 线片,观察骨折再移位及愈合情况。于复位后 3 个月和 1 年时行腕关节功能评分。结果:所有病例均在 6~8 周内达到骨折临床愈合标准。按 Dinest 腕关节功能评估标准,其优良率 3 个月为 94.5%,1 年为 95.2%,两者差异无统计学意义。结论:手法整复杉树皮夹板外固定结合中药内服治疗老年桡骨远端骨折是一种方便、廉价且疗效肯定的治疗方法,值得临床推广。

关键词 桡骨远端骨折 手法整复 杉树皮夹板固定 中药治疗

桡骨远端骨折是一种临床常见的四肢骨折。老年患者由于骨质疏松、骨脆性增加,低能量跌伤即可引起骨折,治疗不当易导致腕关节疼痛、畸形、功能下降,影响老年患者的生活自理能力。我院 2011 年 7 月至 2012 年 10 月应用手法整复杉树皮夹板外固定结合中药内服治疗老年桡骨远端骨折,疗效满意。

1 临床资料

本组 146 例,年龄 60~86 岁,中位数 63.3 岁;男 28 例,女 118 例。AO 分型 A 型 48 例,B 型 65 例,C 型 33 例。按损伤机制分为伸直型 112 例,屈曲型 34 例。所有病例均为闭合性骨折。

2 方法

2.1 复位方法 右侧为例^[1]。

2.1.1 伸直型骨折复位方法 患者取坐位或仰卧位,助手固定患肢肘部,患肢前伸,前臂中立位。术者左手反握患部近端,拇指按压骨折近端掌侧,右手握住骨折远端,拇指压住骨折远端桡侧,双手对抗牵引拔伸后,右手虎口区向尺侧施压以纠正桡侧移位,右拇指按压骨折远端,左拇指推顶骨折近端,右手同时屈腕纠正背侧移位,最后牵引下旋后前臂进行包扎固定。

2.1.2 屈曲型骨折复位方法 患者取坐位或仰卧位,患肢外展伸肘,前臂旋后掌心向上。术者一手握住患肢拇指,另一手握住其余 4 指,助手握住肘部,进行对抗拔伸牵引。后术者一手握住前臂,另一手食指

顶住骨折近端,拇指将骨折远端从尺侧按压纠正桡侧移位,双手食指顶住骨折近端,双手拇指将桡骨远端大力向背侧按压纠正掌侧移位。

2.1.3 固定方法 骨折复位后,腕部外敷金黄散,局部有张力性水疱者勿用,前臂衬桃花纸,在患肢背、掌、桡、尺侧放置塑形好的杉树皮夹板。伸直型骨折背、桡侧夹板远端止于掌指关节,掌、尺侧夹板止于腕横纹,腕关节固定于掌屈尺偏位。屈曲型骨折掌、桡侧夹板远端止于掌指关节,背、尺侧夹板止于腕横纹,腕关节固定于背伸 15°~30°尺偏位。屈肘 90°,前臂旋后掌心朝上,三角巾悬挂于胸前。指导患者进行手指活动及握拳功能锻炼。每周换绑调整外固定,定期 X 线摄片复查观察骨位及骨折愈合情况。6~8 周骨折临床愈合后拆除夹板,进行腕关节功能康复。

2.1.4 中药内服 依照分期辨证施治原则进行治疗。早期活血化瘀消肿止痛,拟姜枝活血汤加减,药用片姜黄 8 g、桑枝 15 g、桃仁 10 g、红花 6 g、当归 10 g、赤芍 12 g、泽兰 10 g、延胡 10 g、赤小豆 25 g、骨碎补 15 g。中期和营生新接骨续筋,拟姜枝续断汤加减,药用片姜黄 8 g、桑枝 15 g、续断 10 g、红花 6 g、当归 10 g、炒白芍 10 g、杜仲 15 g、川芎 8 g、狗脊 15 g、骨碎补 15 g。后期补养气血补益肝肾,拟上肢养血舒筋汤加减,药用片姜黄 10 g、桑枝 6 g、续断 10 g、当归 10 g、炒白芍 15 g、杜仲 15 g、川芎 8 g、狗脊 15 g、骨碎补 15 g、白术 15 g、山药 10 g、鸡血藤 15 g、丹参 15 g^[1]。

3 结 果

3.1 骨折愈合时间 本组 146 例均在 6 ~ 8 周内达到骨折临床愈合标准(局部无压痛及纵向叩击痛,无反常活动,X 线片示骨折线模糊伴连续骨痂形成,外固定除去后上肢向前平举 1 kg 重量达 1 min 时间)。拆除外固定夹板。

3.2 腕关节功能评价 参照 Dinest 腕关节功能评估标准^[2],分别于 3 个月及 1 年时进行评估。优:无疼痛,活动不受限,功能无损伤,握力同对侧,掌屈或背伸减少小于 15°。良:偶尔疼痛,剧烈活动受限,功能及握力接近正常,掌屈或背伸减少 15° ~ 30°。可:经常疼痛,工作时活动轻微受限,功能及握力减弱,掌屈或背伸减少 30° ~ 50°。差:持续疼痛,正常活动受限,功能及握力明显减弱,掌屈或背伸减少 50° 以上。

3.3 疗效评定结果 本组 146 例,经随访,按上述标准评定,3 个月及 1 年的优良率分别为 94.5% 和 95.2% (表 1)。

表 1 术后 3 个月、1 年腕关节功能评价 例					
	优	良	可	差	优良率(%)
术后 3 个月	80	58	7	1	94.5
术后 1 年	84	55	6	1	95.2

4 讨 论

早在 1814 年 Abraham Colles 指出:桡骨远端骨折后,虽然畸形永远存在,但患者在很长一段时间内功能不受影响,而且也不疼痛。绝大多数老年桡骨远端骨折可以通过手法复位外固定而获得满意的结果。影像学可以接受的对线并不是功能恢复的必要条件^[3]。MacDermid 提出了桡骨远端骨折患者自测腕关节评估表并统计分析发现影响分值的因素首先是经济赔偿情况,其次是教育水平、桡骨短缩程度,还包括伴发软组织损伤、术后并发症、DRUJ 等; Warwick 等认为桡骨短缩对功能影响明显,掌倾角丢失影响早期功能,对 10 年后的功能无影响^[4-5]。

我们认为:老年桡骨远端骨折治疗的首要目标是减少腕部疼痛和恢复腕关节功能,其次是追求骨折的良好复位。因骨质疏松、内科疾患及心理承受能力,老年患者对手术治疗不易接受,且手术也难以达到坚强的内固定,并加重软组织损伤,术后疤痕挛缩、肌腱粘连,易致腕关节疼痛、影响功能恢复。手法整复杉树皮夹板外固定虽在骨折解剖位置较切复内固定差,

但因避免了软组织的进一步损伤及可早期手部功能锻炼,往往可获得满意的疗效。

杉树皮夹板是一种质轻、透气、廉价、个体化制作且易于塑形的外固定材料,既能形成外部支撑,又能控制肌肉的作用力,符合中医动静结合的治疗理念,较石膏托、小夹板存在优势。旋后位掌心向上固定对于一些骨折损伤严重、功能康复不理想的老年患者,能减轻患肢伤残程度。因肩关节的功能可充分代偿前臂的旋前功能^[6]。

骨质疏松和粉碎的骨折难以维持良好的复位及稳定性,且骨痂形成和成熟迟缓。中药内服早期能促进肿胀的消退,中后期能促进骨折的愈合。研究表明中药能促进骨折端骨基质钙盐沉积、提高骨痂质量、促进生长激素分泌、调控骨生长因子,含有促进骨折愈合的有效成分^[7]。

总之,治疗桡骨远端骨折的最终目的是获得一个无痛的没有功能限制的腕关节。手法整复杉树皮夹板外固定结合中药内服治疗老年桡骨远端骨折是一种安全、便捷、廉价且疗效可靠的方法,值得临床推广采用。

5 参考文献

[1] 张玉柱,王人彦. 富阳张氏骨伤诊疗技术[M]. 浙江:浙江科学技术出版社,2012:97-105.

[2] Dienst M,Wozasek GE,Seligson D. Dynamic external fixation for distal radius fractures[J]. Clin Orthop, 1997, (338):160-171.

[3] 梁加利. 老年人桡骨远端骨折术后处理的目标[J]. 中华创伤骨科杂志,2006,8(3):201-202.

[4] MacDermid JC,Turgeon T,Richards RS,et al. Patient rating of wrist pain and disability: a reliable and valid measurement tool[J]. J Orthop Trauma,1998,12(8):577-586.

[5] MacDermid JC,Donner A,Richards RS,et al. Patient versus injury factors as predictors of pain and disability six months after a distal radius fracture[J]. J Clin Epidemiol,2002,55(9):849-854.

[6] Zhang Y,Li J. Treatment of distal radius fractures with being fixed at the supination position[J]. ZhongguoGu Shang, 2008,21(7):553-553.

[7] 侯晓峰,刘景生. 中药促进骨折愈合机理[J]. 中国中医骨伤科杂志,2003,11(1):61-63.