

# 中医手法治疗陈旧性肱骨外科颈骨折

河南省洛阳正骨研究所 姜友民

肱骨外科颈骨折属近关节骨折，要求正确复位，早期功能锻炼。但由于该部位肌肉复盖较厚，伤后肿胀严重，往往在整复时未能复位，而形成了陈旧性骨折。我院自1979年11月至1987年5月用中医手法治疗陈旧性肱骨外科颈骨折36例，效果很满意，现报导如下：

## 临床资料

本组36例，男29例。女7例。左侧20例，右侧16例。年龄最小者5岁，最大者45岁，平均17岁，青少年较多。受伤至整复时间为19天~35天，平均24天。本组病例包括外展型、内收型和中间型<sup>1</sup>（后伸型<sup>2</sup>）三种类型，错位均较大，已有骨痂形成。从复位情况看，达到解剖复位者21例，近解剖复位者12例，复位较差力线良好者3例。固定时间20~28天，固定后，局部肿胀消退，无压痛及软性活动，即去固定，开始早期功能锻炼。

随访29例，失访7例，随访时间两个月至七年。从随访病例看，功能恢复情况按1979年在青岛召开的关节内近关节骨折会议所订标准，优者24例，良者5例，尚可0例，差者0例。

## 治疗方法

一、麻醉：一般用高位臂丛麻醉，个别儿童用全麻。

二、按摩活筋手法：由助手两手固定肩部，术者握持上臂远端，屈肘位，进行肩关节内收、外展、前屈、后伸等各种活动，力量由轻到重，范围由小到大，逐步松懈粘连和瘢痕组织，使肩关节组织松软活顺。

三、旋转折骨术：助手两手固定肱骨头，术者握持上臂远端作向内旋转和向外旋转活动，逐步加大旋转力量，致断端骨痂断裂，两折断端重新分离。

四、骨折重新复位：畸形愈合之骨折重新折断后，然后根据骨折类型采取相应的手法进行整复<sup>3</sup>。

五、固定：复位后用超肩关节夹板固定<sup>3</sup>。屈肘于胸前，腕颈带悬吊。固定后，即开始腕指关节活动，注意保持肘部于腋前线之前，不能向后；如向后，则容易造成骨折部向前成角。所以固定时，通常于骨折部前侧加压纱布垫，以防止向前成角的趋势。

## 典型病例

例一、周××，女，10岁，门诊号61012，住院号18556，X线号74437，于入院前20天，被木头砸伤左肩及左小腿，经当地诊断为左肱骨外科颈骨折及左胫腓骨中段骨折，经治疗，未能复位，而来本院就诊。检查：左肩部向前外突起畸形，已无压痛及软性活动。X线拍片显示骨折部错位较大，重迭较多。决定于高位臂丛麻醉下用中医手法进行复位。经按摩活筋、旋转折骨、骨折重新复位，超肩关节夹板固定，25天后解除固定，骨折复位良好。五年后随访，关节功能恢复正常，无自觉不适。小腿功能亦正常。

例二，马××，男，14岁。门诊号64333，住院号18953，X线号75572。于入院前35天自树上摔下致右肩部受伤，经当地诊断为骨折，给予整复石膏绷带固定，20多天后拆除石膏绷带，见患肩外侧高突，而后辗转来本院就诊。检查：右肩部已不肿胀，外侧高突，已无软性活动。经拍片诊断为右陈旧性肱骨外科颈骨折，远折端向外后错位，已大量骨痂形成因见错位较大，必须进行矫正，才不致影响功能，也因错位较大虽然时间较长，骨痂形成较多，但有重新折骨的可能性，因此决定在高位臂丛麻醉下给予中医手法整复。经过按摩活筋、折骨、而后骨折复位，用超肩关节夹板固定，术后拍片显示骨折对位对线良好。五年后随访，患者已学成木工，功能恢复正常，于木工活肢体运用自如，无何自觉不适。

## 体会

一、中医手法对陈旧性肱骨外科颈骨折的整复，主要是错位较大，认为如不矫正畸形即会影响功能的病例。错位越大、角度越大者，即是骨痂形成较多，亦能通过按摩活筋，旋转折骨的手法较容易的达到重新折骨、重新整复的目的，可以避免开刀手术治疗。而错位较小、角度越小者，一方面以后经过修复，早时活动锻炼，对功能影响不大。另一方面这种类型折骨也较困难。所以错位较小，成角不大者，既已愈合，就无需再作整复，早期功能锻炼，亦能达到治疗目的。因此对此种骨折进行重新折骨，重新整复时，应该选择错位较大、角度较大的病例为适应证。

（下转26页）

# 儿童性髌关节半脱位

## (附28例报告)

天津市解放军二五四医院软伤科研究所 任志远

儿童髌关节半脱位是小儿髌关节常见的特有的一种损伤。祖国医学早已有记载，名曰“髌掉环”往往因过多地逗着小儿玩耍，易造成此损伤，故有人称“独生子女病”。我院门诊治疗28例，报告如下：

**临床资料** 本组28例中，男性17例，女性11例。最小年龄2.5岁，最大年龄8岁，平均年龄4.2岁，以3岁至5岁为最多。左侧15例，右侧13例。近期有上呼吸道感染史者6例，有明显外伤史者11例。28例均有髌关节疼痛、跛行，该髌关节伸屈、外展、外旋受限，白细胞总数在7600~16,000之间。仅4例查血沉在2~30mm/每小时。均常规进行骨盆正位X线检查，双侧对比观察，关节间隙增宽者6例，关节囊扩张者3例。经手法复位后3个月至5年随访20例，关节功能正常，未见有复发病例和股骨头无菌坏死表现。全部病例均未用任何抗菌素治疗和其它药物治疗。

未见有复发病例和股骨头无菌坏死表现。全部病例均未用任何抗菌素治疗和其它药物治疗。

**诊断与鉴别诊断** 根据病史、典型症状、体征和X线片，作出诊断并无困难。但应与股骨头缺血性坏死，早期髌关节结核等相鉴别。

**复位手法：**应用陶氏手法进行按摩和复位：仰卧位，助手两手在患儿腋下作对抗牵引，术者左手在患儿大腿前侧，右手在小腿后侧，握持下肢向下牵引，同时屈髌，继而外旋、外展、慢慢伸直髌关节，如患髌疼痛明显消失，行走立即恢复正常，提示该髌关节半脱位已经整复，有时患儿欠合作，待翌日复查时证实，否则仍可重新再进行复位手法。

**讨论** 我们同意陶氏的看法，该症与幼儿挠骨头半脱位的病理机制大同小异，小儿的股骨头发育尚不完全，关节囊也比较松弛，当髌关节遭受牵拉和外展等损伤，即可将股骨头自髌臼中拉出，致使关节囊嵌入关节间隙内，从而引起髌关节疼痛，跛行，该髌关节不敢负重。临床上采用按摩复位手

法，解除嵌入关节间隙中的关节囊，使股骨头完全复位，症状立刻消除。这一临床治疗实践也是证明该诊断的依据。此病理变化，终久还是未经手术证实，待今后进一步研究证实。

诊断根据病史、症状、体征和X线等，并无困难。但需注意，当有体温、血像和血沉变化者应注意与髌关节感染鉴别，当有体温、血沉和骨质变化者应注意与髌关节结核；类风湿髌关节炎鉴别，无以上中毒表现而仅有骨质变化者应与股骨头无菌性坏死鉴别，无以上任何变化者也要注意与单纯髌关节软组织扭伤鉴别。误诊原因多因低年资医师对本症认识不足造成的。致于本病与儿童髌关节一过性滑膜炎是否一种疾患，尚有争论<sup>1,2</sup>，除非疑难病例，关节腔穿刺及锝扫描等特殊检查，实非需要。

对本症的治疗方法复位方法颇多，我们体会以陶氏复位方法较为理想，方法简单，不用任何麻醉，一般一次复位，即可治愈。本组病例均未用任何抗菌素及其它药物治疗，经一次复位而治愈，经3个月至5年随访20例，未发现有其它症状出现。

1、陶甫等·按摩·北京：人民卫生出版社，974：229

2、Haucisen DC, et al: JPediaf Qr<sup>2</sup>hoP, 6: 11, 1986

(上接25页)

二、中医手法治疗陈旧性肱骨外科颈骨折，只要在麻醉无痛情况下，掌握适应证，按照按摩活筋，旋转折骨与骨折整复的步骤进行，成功率较高，且因系陈旧性，局部肿胀消退，容易触摸清晰，手法便于掌握，因此陈旧骨折病例，反而复位率较高，大部能达到解剖复位或近解剖复位。只有少部分因骨折断端其一侧生长骨痂较多者，才难于达到理想复位。

三、中医手法整复应熟悉解剖和骨折后的变化。施行手法应心灵手巧，稳健有力，防止蛮干。在选择好适应证的基础上，注意神经、血管，防止过急、过牵、过多损伤软组织。术后应密切观察肢体血运，掌握固定松紧度，并正确指导患者积极功能锻炼，功能即容易恢复，且较远期功能亦可观。

### 参考文献

1、姜友民：肱骨外科颈骨折的分型与整复手法（附244例分析），科研资料，2，P：42，1982

2、陈耀福：肱骨外科颈骨折的类型与机理探讨（附82例X线分析），中华骨科杂志，2(2)，P：82 1982

3、姜友民：中西医结合治疗肱骨外科颈骨折，河南赤脚医生，1：18~20，1981