

牵引结合手法治疗肱骨髁上骨折

王鹏 张双元

(解放军 84701 部队医院, 甘肃 酒泉 735000)

自 1989 年 9 月至 1996 年 9 月, 我们采用尺骨鹰嘴牵引结合手法整复治疗肱骨髁上骨折 17 例, 收效满意, 报告如下。

1 临床资料

本组 17 例中男 14 例, 女 3 例; 年龄 2~10 岁。肱骨髁上骨折 14 例, 均为伸直型, 其中尺偏型 11 例, 桡偏型 3 例; 肱骨远端全肱分离 3 例。受伤至就诊时间最短 2 时, 最长 7 天。所有病例均经一次以上手法整复, 肘部明显肿胀, 伴皮肤水泡 8 例, 无血管、神经合并症。

2 治疗方法

采用局麻或氯胺酮麻醉, 常规行患侧尺骨鹰嘴牵引术。患儿仰卧于牵引床, 屈肘向上作垂直悬吊牵引, 前臂用绷带托吊, 保持肘关节 $80^\circ \sim 85^\circ$, 牵引重量为体重的 $1/10$, 即 $1 \sim 3 \text{ kg}$ 。一般牵引 3~4 天, 肿胀明显减轻或消失, 再凭手感或床旁 X 线检查情况手法整复, 调整牵引重量维持 1 周左右, 改用石膏或小夹板固定 3~4 周。

3 治疗结果

17 例均复位成功, 并随访 1 年以上。肘关节功能均正

常, 2 例出现轻度肘内翻, 内翻角小于 15° , 其中 1 例是全肱分离。

4 讨论

本疗法优点在于: ①方法简便、易行, 损伤较小, 易于观察伤肢末梢血运, 便于处理皮肤水泡; ②伤肢悬吊后有利于患肢静脉回流, 消肿快, 早期可小范围活动, 以利于骨折端自动复位, 牵开后手法整复, 患儿痛苦较小; ③缩短了牵引时间, 较好地解决了牵引并发症及患儿身心承受能力的问题; ④肿胀消退后行外固定, 固定可靠, 术者放心。需注意的问题: 行牵引术前, 务须定好位, 尤其在明显肿胀的情况下更须慎之, 防止尺神经及骺板损伤。

Volkman 缺血挛缩是肱骨髁上骨折最严重的并发症, 晚期遗留功能障碍, 故应警惕。除严密观察患肢情况及良好可靠的外固定外, 着重在于预防。故有学者提出“一人一次复位成功”的复位原则, 即有经验的医师尽可能一次完成整复, 避免反复整复。本组病例较好地解决了这一问题。

(编辑: 连智华)

一种治疗伸直型肱骨髁上骨折的简便方法

王庆华

(郓城县友谊医院, 山东 郓城 274700)

我们借鉴民间正骨经验, 采用手法复位, 屈肘 $> 90^\circ$ 位, 颈腕布带悬吊固定的方法, 自 1985 年始, 治疗伸直型肱骨髁上骨折 139 例, 取得了满意效果, 报告如下。

1 临床资料

本组 139 例中, 男 112 例, 女 27 例; 年龄 3~15 岁, 平均 8 岁; 右侧 90 例, 左侧 49 例, 均系新鲜闭合性骨折。经 X 线片证实, 伸直尺偏型 103 例, 伸直桡偏型 29 例, 无明显侧方移位者 7 例, 初诊距损伤时间最短 1 小时, 最长 5 天。曾在院外整复 1~2 次失败者 24 例。

2 治疗方法

一般不用麻醉, 或在氯胺酮麻醉下, 患儿取仰卧位, 或由家长怀抱取坐位。一助手握上臂, 另一助手握腕部及前臂, 依患肘半屈曲状, 顺势对抗牵引下矫正重叠移位。术者一手握骨折近端, 另一手握远端, 用拇指推远折端尺侧, 矫正尺偏移位, 或用拇指推远折端桡侧, 矫正桡偏移位。旋即两拇指移至骨折远端背侧, 用力将其推向掌侧, 与此同时, 嘱远折端助手把患肘徐徐屈曲, 达 90° 以上, 矫正伸直畸形, 维持复位下, 经 X 线透视对位满意后, 予以固定。先用一布带颈腕悬吊固定

前臂, 并使掌心对向同侧肩峰。继而在患肢腋下填一衬垫(如折叠毛巾之类), 将上臂用另一宽约 10cm 布带缠绕至对侧腋下固定于胸壁上。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 优: 肘关节伸屈及提携角均正常; 良: 肘伸屈受限 5° 以内, 提携角减少至消失; 可: 肘伸屈受限, 肘内翻均 $0^\circ \sim 10^\circ$; 差: 肘伸屈受限, 肘内翻均 1° 以上^[1]。

3.2 治疗结果 本组 139 例均获随访 3 个月~8 年, 平均 1 年 10 月。根据上述标准评定: 优 92 例, 良 35 例, 可 9 例(肘内翻 5° 以上者 5 例), 差 3 例。总优良率 91.41%, 肘内翻发生率 5.7%。无一例发生缺血性肌挛缩和骨化性肌炎。

4 讨论

4.1 固定机制探讨和优点 由于肱骨髁上的解剖结构特点, 骨折端极不稳定, 加之软组织肿胀, 依靠夹板、石膏固定较短小的远折端是困难的, 并且当软组织肿胀加重时, 相对固定过紧, 致血循环障碍; 当软组织肿胀减轻时, 固定自然松动, 易致折端移位。而本固定方法的主要特点, 就是充分利用骨折周围的软组织, 起到“夹板”作用, 使折端稳定达骨愈合。复位后

颈腕布带悬吊屈肘超过 90° 位固定, 后方肱三头肌紧张, 前方骨折部形成挤压, 使折端在前后位达到稳定, 屈度越大稳定性越强^[2]。伸直尺偏型骨折时桡侧骨膜多被撕裂, 尺侧骨膜多完整。完整的骨膜和软组织将作为连接的“绞链”来利用^[2]。屈肘 > 90° 位固定, 并使掌心对向同侧肩峰, 即前臂旋后位, 骨折端桡侧部挤压嵌插, 尺侧产生一个与桡侧相反的运动, 将尺侧“绞链”拉紧, 于是, “绞链”侧产生的拉应力和对侧产生的压应力, 使骨折端在侧位上稳定。加之前臂旋后位, 上臂稍外展固定于胸壁, 可防止尺侧塌陷、尺倾、内旋移位, 故可减少肘内翻畸形的发生。较之切开复位内固定, 可避免手术创伤及其所产生的并发症, 如关节挛缩、日久骨化及永久性僵硬。

4.2 应用体会和注意事项 ①适应症选择新鲜、闭合性的伸直型肱骨髁上骨折, 除外长斜形和粉碎性骨折, 且无血管、神经损伤者。②根据 X 线表现, 早期准确复位是预防肘内翻的关键。本组中发生肘内翻者, 可能与就诊晚及多次整复而加

重损伤远折端尺偏有关。③远折端稍桡偏者, 可不予矫正, 重点矫正尺偏移位, 甚至矫枉过正。④肘部肿胀严重者, 应先用器具牵引 3~5 天, 待肿胀减轻后再复位固定, 避免反复整复加重损伤。⑤在不影响血运的前提下, 尽可能加大屈肘度, 可随肿胀减轻逐渐使屈肘度达 110°~135°。⑥固定期间注意观察肢端血运, 多做握拳及腕关节伸屈活动。固定 3 周左右去除布带。继用舒筋活血中药湿热敷患肘, 同时加强肘关节功能锻炼, 如患儿不合作, 由家长协助, 但严禁暴力被动活动肘关节。

参考文献

[1] 冯祯. 小儿肱骨髁上骨折 108 例治疗体会. 中医正骨, 1998, 10 (增刊): 8.
 [2] 俞辉国, 宋连城, 张建华, 等. 肱骨髁上骨折复位后固定位置的生物力学探讨. 中华骨科杂志, 1989, 9(3): 209.

(编辑: 连智华)

夹脊穴配合手法治疗颈性眩晕症 30 例

王平 古思鹏

(天津中医学院第一附属医院, 天津 300193)

我们在德国巴伐利亚州 BadBirmbach 骨伤康复医院, 采用针刺夹脊穴配合手法推拿治疗颈性眩晕症 30 例, 获满意疗效。

1 临床资料

本组 30 例德国患者, 男 12 例, 女 18 例, 年龄为 24~68 岁, 病程最短一月, 最长三年, 均具有长年驾驶汽车以及操作电脑等长时间伏案工作生活史, 临床症状以眩晕、头痛为主, 伴有颈部疼痛不适、活动受限, 以及偶有恶心、视物不清、精神倦怠等症状, 均以 X 线片、临床表现及体征为鉴别诊断依据。

2 治疗方法

2.1 取穴 颈夹脊 4~7(主穴)、风府、颈百劳、肩中穴。

2.2 手法推拿

2.2.1 指压舒筋 患者取坐位, 术者以拇指由浅入深指压上述穴位, 每次 1 分钟, 以术者手掌大小鱼际轻轻揉按患者双侧颈部肌群, 顺至斜方肌达肩峰部。

2.2.2 捏拿理筋 患者取坐位, 术者由患者双风池至大椎穴由上而下捏拿, 用指拨法理顺肌筋, 尤以双侧颈夹肌、胸锁乳突肌为主, 兼顾项韧带。

2.2.3 过伸牵引 患者取仰卧位, 术者一手把住患者下颌, 另一手托住患者后颈部, 术者拇指及中、示指叠加抵于双侧风池穴, 取患者中立位缓缓用力纵向牵引 1~2 分钟, 待第一次牵引完成后, 行第二次过伸牵引, 术者双手配合, 缓缓加力, 由

患者中立位颈部牵引缓慢改为头颈后伸位牵引, 以超过患者平日颈后伸程度为限, 持续 1~2 分钟。

2.3 疗程 每日一次, 10 天为一疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 治愈: 主要症状消失, 无功能障碍, 恢复正常生理活动; 显效: 主要症状消失, 伏案工作超过 1 小时或连续驾车 1 小时后颈部略有不适; 有效: 主要症状改善, 伏案工作超过 1 小时或连续驾车 1 小时后, 颈部不适, 偶有眩晕感; 无效: 主症无明显改变。

3.2 治疗效果 本组 30 例, 疗程最短 1 疗程, 最长 3 疗程, 治愈 16 例, 显效 9 例, 有效 3 例, 无效 2 例。总有效率 93.3%。

4 讨论

30 例德国患者因其生活习惯均有长年驾车及长期伏案工作生活史, 不同程度导致颈椎生理弧度的减小、消失乃至反张, 驾车长期颠簸, 颈段吸收震荡, 易导致颈部神经血管组织产生相应症状。应用手法推拿、松解弹性变异的肌肉对神经血管的刺激, 其中由中立位过渡到过伸位的手法牵引, 可克服颈椎生理弧度的改变, 改善颈椎骨性结构, 恢复颈椎关节及相关神经、血管的正常对应位置, 从而减少或消除症状。针刺夹脊穴及推拿还可以通经活络、舒筋活血, 改善局部微循环, 对调节神经血管的功能有一定的作用。

(编辑: 李为农)