

·手法介绍·

手法复位夹板固定治疗肱骨髁上骨折 196 例

左大鹏¹, 姚桂芝²

(1. 贵阳中医学院 2006 级研究生, 贵州 贵阳 550002; 2. 莱阳市劳动保险处)

关键词 肱骨骨折; 正骨手法; 小夹板固定

Treatment of supracondylar fractures of humerus with manipulative reduction and splints ZUO Da-peng*, YAO Gui-

zhi. *Graduate Student of Guiyang Traditional Medicine College, Guiyang 550002, Guizhou, China

Key words Humeral fractures; Bone setting manipulation; Small splint fixation

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(1):62-63 www.zggszz.com

肱骨髁上骨折是儿童常见的骨关节损伤, 因肘关节的特殊解剖结构特征, 使骨折的固定相对困难, 易遗留肘内翻畸形、肘关节伸屈功能障碍及 Volkmanns 肌挛缩等。自 1998 年 7 月至 2006 年 7 月共收治 196 例肱骨髁上骨折, 经临床治疗, 效果满意, 现就治疗情况及结果分析报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照 1994 年国家中医药管理局中医病证诊断疗效标准^[1]: ①有外伤史; ②多发于儿童; ③局部肿胀、压痛、畸形, 肘后三角关系正常, 屈伸功能障碍; ④X 线摄片可确定骨折对位对线情况。

1.2 一般资料 肱骨髁上骨折 196 例, 男 113 例, 女 83 例; 左侧 91 例, 右侧 105 例。年龄 5 岁以下 35 例, 5~10 岁 117 例, 10 岁以上 44 例。伤后至就诊时间 1 h~10 d, 平均 2.6 d。致伤原因: 跌倒时手掌及前臂撑地受伤 128 例, 肘部着地或撞伤 35 例, 高处坠落伤 33 例。X 线片提示无移位骨折 21 例, 断端完全错位(Ⅲ型)175 例(尺偏 132 例, 桡偏 43 例)。伸直型 132 例(尺偏 83 例, 桡偏 49 例), 屈曲型 64 例(尺偏 41 例, 桡偏 23 例)。骨折远端旋前 125 例, 旋后 71 例。伸直型骨折中 9 例合并患侧手掌桡侧感觉麻木, 5 例拇、食指伸直无力; 屈曲型骨折中 5 例伴环小指麻木、无力; 4 例开放骨折, 合并肘前肌、肱动脉、正中神经损伤。

2 治疗方法

2.1 手法整复 患儿仰卧于床上或由家属抱坐于椅子上。两助手分别握住上臂和前臂, 做顺势拔伸牵引, 术者两手分别握住骨折远近两端。有旋转移位者先纠正旋转移位, 然后双手握上臂前侧, 在牵引下用双拇指从肘后向前推挤骨折远端, 后移位纠正后, 双手 4 指握住骨折近端内侧, 双拇指推挤内髁向桡侧, 触摸复位后见畸形纠正, 然后一手 4 指托住肘后, 同时拇指按压髁部骨折远端, 一手握前臂屈肘做旋后旋前屈伸活动试验。如活动功能良好, 说明已复位, 助手握患儿上臂及手腕部, 维持位置, 术者用绷带进行夹板固定。

2.2 固定方法 骨折复位后, 维持对位, 将患肢置于外展位, 肘关节屈曲 90°~120°, 前臂旋前位。先在上臂及肘部缠绕绷带 3~5 层, 然后术者取后侧夹板, 将梯形垫放于肘后部位骨

折远端及尺骨鹰嘴部位。内侧板上端垫放于腋部, 下端垫放于内髁部位, 中间是凹形, 外侧板塔形垫放于骨折端上方。前侧夹板为叉子板, 呈“人”字形放置, 骑跨于肘横纹部。其内外后侧夹板均超过肘下 2.0 cm, 肘下垫纸垫, 用绑带将内外后夹板及前叉板在肘下固定以封肘。铁丝托屈曲 90°~120°托起肘关节固定。对远端尺侧移位及倾斜者, 若桡侧骨膜破裂, 内侧骨膜“铰链”完整(即相当于内侧骨膜的牵拉)的尺偏型骨折, 宜采用屈曲 90°旋前位固定; 若内外侧骨膜完全破裂, 宜采用旋后位。然后用三角巾将患肢悬吊于胸前。

2.3 术后处理 ①观察患肢血运, 出现麻木或血运障碍立即松弛夹板, 按时床头摄 X 线片观察, 及时调整固定。②抗感染对症药物治疗。③固定悬吊后, 患儿手指开始功能练习, 开始 2 周内每隔 2~3 d 调整外固定松紧度 1 次, 固定 3~5 周。待骨折临床愈合后除去外固定行肘关节功能锻炼。④如肿胀严重或水泡形成, 给予放松夹板, 换药处理。⑤药物按骨折三期辨证施用。

3 结果

根据 Flynn 等^[2]临床功能评定标准对肘关节两侧功能进行评价: 丢失携带角及屈伸功能 0°~5°为优, 6°~10°为良, 11°~15°为可, 15°以上为差。本组随访 1~12 个月, 平均 8 个月, 骨折于 3~4 周达临床愈合。按上述标准, 优 112 例, 良 75 例, 差 9 例。9 例差者, 其中有 3 例系肿胀消退后未及时复诊, 发生再移位而致肘内翻畸形; 2 例因整复失败而行切开复位克氏针内固定; 4 例开放骨折, 合并肘前肌、肱动脉、正中神经损伤者, 行手术治疗, 结果以“差”计。

4 讨论

肱骨髁上骨折治疗方法众多, 一般认为, 手法复位、外固定是治疗小儿肱骨髁上骨折的首选方法。关于肱骨髁上骨折的治疗应以手法复位为主已形成了共识, 良好的复位, 纠正骨折端的尺偏、旋转移位等, 恢复骨折段的正常轴线, 是预防肘内翻关键的第一步。旋转移位是造成肘内翻的重要因素, 因此复位时必须纠正旋转移位, 恢复两骨折端的正常轴线关系。同时要纠正骨折端的尺偏, 尤其对于尺侧骨质损伤较重, 折端有压缩改变, 复位时尽可能呈桡侧倾向, 使尺侧骨折端骨皮质

张口,人为加大携带角^[3],达到矫枉过正。

治疗肱骨髁上骨折,手法复位是治疗的关键,妥善固定是治疗的保障。夹板固定一般采用伸直型骨折屈曲位固定,屈曲型骨折伸直位固定。对远端尺侧移位及倾斜者,若桡侧骨膜破裂,内侧骨膜“铰链”完整(即相当于内侧骨膜的牵拉)的尺偏型骨折,宜采用屈曲 90°旋前位固定;若内外侧骨膜完全破裂,宜采用旋后位、中立位固定,但考虑到前臂、腕、手部的功能,以屈曲 90°旋后位固定为优,切忌旋前位固定。肘前应用叉子板,使其骑跨于肘横纹处,符合肘部的生理机制。这样束缚后,较其他夹板及石膏固定牢固,不易形成前后移位及侧方移位。同时应用铁丝托可以根据情况随时调节屈肘的角度及绑绳松紧度^[4],并能保持固定后前臂的旋后位置。本外固定保证了骨折端得到持久、有效而稳定的固定,加上末端肢体的活动,促进了血液循环,有利于肢体肿胀的消退。这些措施对骨

折的愈合及预防肘内翻等并发症的发生起到了很好的作用。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社,1994. 164.
- [2] Flynn JC, Matthews JG, Benoit RL. Blind pinning of displaced supracondylar fractures of the humerus in children. Sixteen years' experience with long-term follow-up. J Bone Joint Surg (Am), 1974, 56(2): 263-272.
- [3] 凌长敦, 庞国栋. 儿童肱骨髁上移位骨折致肘内翻畸形的探讨与预防. 广西中医药, 2007, 30(4): 50.
- [4] 李建刚, 郝言芝, 仲润芝. 手法复位叉子板外固定治疗严重旋转移位型肱骨髁上骨折. 中国骨伤, 2004, 17(2): 119.

(收稿日期: 2008-05-04 本文编辑: 连智华)

上驷院绰班处正骨手法之治疗思想及特点

徐斌, 吴冰, 吴定寰

(北京中医药大学附属护国寺中医医院骨科, 北京 100035)

关键词 正骨手法; 上驷院绰班处

The manipulative treatment conception and feature of Shangsiyuan Chuobanchu (上驷院绰班处) XU Bin, WU Bing, WU Ding-huan. Department of Orthopaedics, the Affiliated Huguosi Hospital of Beijing Traditional Medicine College, Beijing 100035, China

Key words Bone setting manipulation; Shangsiyuan Chuobanchu

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(1): 63-64 www.zggszz.com

吴定寰教授行医 60 年,早年师承清末上驷院绰班处御医夏锡五先生,潜心研习,继承和发扬了上驷院绰班处的正骨手法,形成了自身“知详备细、心慈术狠”的治疗思想和鲜明的手法治疗特点。现我辈师从吴定寰教授,根据自身跟师所得,对上驷院绰班处的正骨手法特点做一简单探析。

1 上驷院绰班处正骨手法之治疗思想

吴定寰教授对上驷院绰班处正骨手法的使用,提出了“知详备细、心慈术狠”的指导思想。强调手法治疗的前提应以“知详备细”为主,手法的施行应以“心慈术狠”为操作基础。

知详,就是对患者的病情要进行详细的了解,做到心中有数。医者在施行手法治疗之前,必须要对患者病情做详尽的了解,包括病史、症状以及患者的主诉,必须有明确的诊断,对损伤部位的情况要认真地进行望、闻、摸、比,做到手摸心会、心知详备。《医宗金鉴·正骨心法要旨·手法总论》云:“盖一身之骨体,既非一致,而十二经筋之罗列序属,又各不同,故必素知其体相,识其部位,……”说明准确了解损伤的具体部位、性质、损伤发生发展的始末等因素,才能正确运用手法进行治疗。

对一些隐匿损伤,如闭合性骨折、关节错缝,需要通过详

细询问病史,细致观察体征,最主要的是通过摸法详尽了解损伤局部的情况,做到医者对损伤部位的具体情况拥有最直接的体会。当然对于那些明显的骨折,脱位和软组织损伤也需要以手扪之,使医者进一步了解损伤的具体情况,真正做到“素知其体相,识其部位”。《医宗金鉴·正骨心法要旨·手法总论》云:“骨之截断、碎断、斜断,筋之弛、纵、卷、牵、翻、转、离、合,虽在肉里,以手扪之,自悉其情”,提示我们摸法可以为诊断提供非常重要的参考资料,同时摸法也是手法操作的基本功。

知详的另一层涵义,是指医者必须对各种治疗手法了熟于胸,针对不同损伤、不同部位的治疗手法的操作必须娴熟。因为相同部位的不同损伤,或者是不同部位的相似损伤,对具体手法使用要求也截然不同。这就要求医者具有扎实的基本功,对治疗手法的操作方式和操作原则必须认真研习掌握。

备细,就是对拟施手法的力度、方向及手法操作技巧要胸有成竹,手法操作务必要施术到位,切忌敷衍了事。拟用的药物、器具要认真准备,放置于手边随时可以取用。

心慈,就是施术前应根据医者既往的临床经验充分估计到患者对所施手法的各种可能发生反应,施术时要密切观察患者的反应,尽量减少患者可能产生的痛苦。另一方面,医者