

# “搏捺手法”治疗肱骨内上髁3、4度骨折

广州市越秀区正骨医院 唐志宁

肱骨内上髁分离骨折以青少年多见，常由外翻暴力引起的撕脱性骨折，可伴有肘关节脱位，关节的稳定因素受到进一步破坏，给治疗上带来困难，关节骨折在闭合手法整复中其难度较大。

用力收入骨，或称“搏捺”是一种挤压复位的手法，蔺道人《理伤续断方》记：“拨伸不入，搏捺相近，要骨头归旧，要搏捺皮将髓入骨。”可见，用力收入骨的搏捺是接拨伸后采取的一个手法，再行“捺正”或称“捻捺”。《理伤续断方》载：“相度骨缝，仔细捻捺”即反复推揉按正，或称“捺正”，给后人留下宝贵的治疗经验，我院在1981年——1988年5月，采用“搏捺”手法治疗35例肱骨内上髁分离3、4度骨折，配合中药物治疗取得满意疗效。

## 临床资料

35例中，肘关节脱位合并肱骨内上髁分离4度骨折30例，3度骨折的5例，年龄在8—17岁，男性占29例，女性占6例，左肘关节损伤占29例，右肘关节损伤占12例，就诊时间最短半天，最长4天。

本组病例均为门诊病人，就诊时，伴发尺神经损伤轻度的挤压或牵拉伤症状的8例，闭合手法整复并经观察1—2个月后，尺神经症状逐渐消失的占7例，1例经尺神经前置术后症状逐渐消失，在作治疗效果的评定参照全国骨科会议制定《骨折疗效标准草案》，肘关节屈伸正常或受限在 $10^{\circ}$ 内，前臂旋转功能正常或受限在 $15^{\circ}$ 内为优，肘关节屈伸受限于 $10-20^{\circ}$ ，前臂旋转功能限制在 $15-30^{\circ}$ 为良，不及上述条件为差。随访时间，术后至半年。肘关节屈伸，前臂旋转功能均属优的占33例，属良的占2例，追踪随访工作不够，远期疗效未能作最后评定。

## 整复手法

一、以右侧患肢为例，取仰卧位，外展旋后伸肘 $135^{\circ}$ ，术者以右掌握托肘部，左手握住患肢掌指关节处背伸腕关节，并作轻柔的拨伸以松解关节囊及肘部软组织。

二、再以右拇指向外侧顶压推按肱骨内上髁部，食、中指扣住肘部的尺骨鹰嘴切迹外缘向内扣，同时用力施压，利用向内侧的推挤及前臂屈肌群的内在动力，骨折块可随着肘关节的复位而被尺骨鹰嘴挤出肘关节。

三、在维持牵引下逐渐屈曲肘关节，当超过 $90^{\circ}$ 时如无阻力及发涩感，疼痛不明显，说明嵌于关节内侧的骨折片以被挤出，再以拇指、食指进行“捻捺”矫正仍有残余移位的骨折片，最后以半月形压垫置内上髁下方，维持骨折块的对位、局部外敷本院的“跌打油①”纱块，三块小夹板超肘关节固定于肘直角前臂旋前位，2—3周后拆除小夹板外固定。

四、对由内上髁4度骨折转变为3度骨折，采用半伸肘位，经手法挤推肘关节使之“解锁”肘关节向后侧、桡侧脱位，变成4度骨折，经上述方法重新整复。

五、对肱骨内上髁分离3度骨折的整复：患肢外展旋后伸肘 $135^{\circ}$ 度，使肱尺关节间隙增宽，术者以左掌握托住肘部以维持肘部外展位，右掌握其指掌关节外背伸腕关节，并作细柔的左右摇晃，在摇晃中进行牵抖，利用屈肌的牵拉作用，可将嵌入的骨折块从关节内牵出。

## 病例介绍

### 例一

范×× 男性 16岁 追逐时跌倒，左掌外展撑地致伤，左肘关节疼痛、肿胀、畸形。曾在当地治疗，经手法复位，三角位悬吊，术后疼痛加剧，三天后到本院就诊，检查：左肘关节疼痛，极度肿胀，内髁部淤斑，追问病史，受伤时肘关节曾脱位，X显示：肱骨内上髁3度骨折，折片嵌插于尺骨鹰嘴半月切迹和肱骨滑车之间，经手法推挤肘关节使之“解锁”变成4度骨折，再以“搏捺”手法整复，X复查：脱位已整复，骨折片随之亦复位，但仍有向下移位，采用“捻捺”手法矫正其残余移位，最后以半月形压垫置内上髁下方以维持折片对位。术后三周拆除外固定，加强功能锻炼，中药物熏洗，30天后肘关节及前臂功能均恢复正常。

### 例二

黄×× 男性 17岁 跳山羊时跌倒，右掌撑地致伤，右肘关节疼痛、肿胀、畸形，一小时后到本院就诊。检查：右肘关节疼痛、肿胀、畸形，肘尖向后、外侧移，肘横径增宽，内上髁部压痛敏锐，弹性固定于半伸肘位，X显示：右肘关节向后、外侧脱位合并肱骨内上髁4度骨折。采用“搏捺”手法整复，X复查：肘关节脱位已复位，内上髁骨折片对位尚好并有旋转和向下移

位,再行“捻捺”手法矫正折片残余的移位,小夹板加垫外固定肘直角位,三周后拆除外固定,药物熏洗患肢,指导下进行肘关节功能锻炼,30天后复查,肘关节及前臂功能恢复正常。

### 中药治疗

肘关节骨折脱位为一种复合损伤。不能单纯注意骨折的整复对位和恢复关节的正常关系。关节脱位时,其关节囊及韧带必然撕裂,往往伴有关节软骨的损伤,故软组织的恢复及关节功能的恢复是治疗的关键,损伤后,早、中、后期都要注意调治气血,辨虚实而施补泻。

早期:跌扑损伤,经络受损,血离经脉,气血阻滞,淤积不散,宜活血祛瘀以治其本,淤血发热,宜清热解毒以治其因,同奏清热凉血祛瘀之效。如本院的“骨二方”②。

中期:余瘀未尽,血肿机化,经脉尚未畅通,气血尚未调和宜祛恶瘀,养血活络宜通气血,舒筋活络以疏利关节,如本院“驳骨方”③。

后期:筋骨接续,尚未坚强,伸展不利,时时作痛,血气仍欠旺盛,宜调养脾胃,促进气血生化,充其营卫,气血周流以濡养肢髓脏腑,使筋有充分的濡养,筋强才能束骨而利关节。如本院的“补二方”④。

肘关节骨折脱位可伴发尺神经牵拉伤或挤压伤,神经轴和膜完整,但传导功能暂时丧失,为淤血阻滞,络道不通,经脉失养,宜养血通经活络,宜痹止痛,配合药物的治疗,神经的传导功能逐渐得以恢复,如本院的“宣四方”⑤。

中药物的熏洗是祖国医学外治法之一。“其有邪者,渍形以为汗”,“渍形”即是热药物洗浴的方法,在外治中占相当地位,拆除小夹板外固定后,关节的疼痛、肿胀、牵强,此为淤血留滞、经络受阻,宜舒筋活络止痛,软坚散结疏利关节,如本院的“骨七方”⑥洗剂,进行熏洗患肢,以达舒络散结,活血止痛之功,配合理伤手法,共奏其效。伤骨动筋,“筋有弛纵挛卷翻转离合”的不同,骨折脱位、软组织损伤,均须依赖正骨理伤手法拨乱反正复归原位,以通郁闭之气,使其经络通畅,散淤结之肿,气血得以正常的运行,肢体功能可早日恢复。

功能锻炼应贯穿在整个治疗过程,整复后鼓励患者作早期功能活动,拆除小夹板后,又要在指导下进行功能锻炼,其方法为:让患肢上臂紧贴桌面、平肩,肘关节呈直角位,前臂旋后鼓励患肢用力向前下伸展,医者以右掌背贴于患肢腕关节处,稍作对抗阻力,当伸展至最大限度时,由伸展改为肘关节向后上方作屈曲活动,这时医者亦以右掌指关节微扣于患肢关节内侧,仍稍施加阻力随患肢而活动,并鼓励患者以指尖触

摸同侧肩峰,当再不能屈曲时,再按上述方法进行重新的肘关节伸展与屈曲的功能锻炼,其效果是明显的。

### 体会

肱骨内上髁骨折和骨骺分离多见于青少年,大都由间接暴力所致。受伤机制:跌扑时,肘关节过伸外翻,肱骨内上髁被前臂屈肌所撕脱,内侧关节囊破裂形成一负压,撕脱的内上髁骨折块被负压吸力带进关节腔内,造成整复难度较大的3、4度骨折。我院的整复手法,就是充分利用扩大肘关节内侧间隙,造成尺骨鹰嘴切迹关节面向尺侧倾斜,减轻骨折块在关节内的压力,通过摇晃和牵抖,利用屈肌的牵拉作用,将嵌入的骨折块从关节内牵拉出。对4度骨折的整复是在拨伸过程中同时进行挤压“捻捺”利用拇指推压内上髁部向外及向内回扣尺骨鹰嘴时,使关节间隙挤紧,通过尺骨鹰嘴和屈肌的肌力,可将骨折块挤拉出,脱位的关节已整复,骨折块亦随之复位,配合“捻捺”手法以矫正其残余移位的骨折块,从而达到整复目的。其手法应以轻巧、细腻为原则。

在临床上关于内上髁对位问题,“偶见骨折不连接,骨折可呈纤维性愈合,骨折片由周围疤痕组织使前臂屈肌重新附着于肱骨下端的内上髁骨折处,后期疗效与骨折愈合无明显差别”。

肘关节为四肢非负重关节。损伤后容易掀起骨膜,骨膜下血肿新骨的形成也较快,不正确的治疗会增加关节的损伤,故整复后固定不宜过长,一般而言,两周后关节囊和韧带修复基本完成,功能锻炼应贯穿于整个治疗过程,鼓励患者作早期的功能活动,并以主动的伸屈锻炼为主、避免作被动和强力的牵拉手法,不能以提重物来改善肘关节的屈曲畸形,肘关节应酌情增加主动锻炼,因主动活动锻炼不会引起骨膜的掀起,却有利于骨膜下和肌肉组织内新骨的逐渐缩小,同时肘关节的屈伸功能可有不同程度的改善。筋束骨,骨张筋,筋与骨的关系极为密切,主动的功能锻炼也是治筋,同时治骨。象文献中讲的“时时曲转,使活处不死”,对肘关节的损伤治愈,功能的恢复是很有关系的。

### 附方

- ① 本院经验方:跌打油;
  - ② 本院经验方 骨二方:红花、连翘、防风、枳壳、桃仁、赤芍、桔梗、枝子、香附、灵脂。
  - ③ 本院经验方 驳骨方:川断、碎补、自然铜、土别、白芍、鸡血藤。
  - ④ 本院经验方:补二方:白术、云苓、炙草,
- (下转第31页)

# 骨折复位固定器治疗胫腓骨折的体会

深圳市红会（华强）医院 李姜才

用金属外支架治疗长骨干骨折在我国已有较广泛的开展。我们于近年来使用孟和等研制的骨折复位固定器治疗胫腓骨折〔1〕41例取得较好的效果。

## 临床资料

本组41例，女14例，男27例，年龄16~49岁，平均28岁。闭合性骨折10例，开放性粉碎性骨折31例。其中有骨缺损的15例，严重软组织挫伤的20例，大部分为交通事故所致。

## 治疗方法

一、骨折固定器安装，骨穿针一般用 $\phi 3$ 毫米的克斯针电钻钻入，按照在胫骨结节下和内踝上三横指（5公分）定点，划出垂直于力线的两平行线，胫骨结节下平行穿针，踝上穿针作一外高内低的倾斜，夹角为 $5\sim 15^\circ$ ，以便在牵引复位固定时维持胫骨的生理弧度，防止骨折端向内侧成角畸形。此处胫骨上下端穿针部位安全不会出现血管神经损伤。对于骨折偏于一端的固定不稳定的骨折可穿3~4枚钢针。

对闭合性骨折采用局麻（个别腰麻或硬外麻）下手法复位，穿针上固定器，不拧紧固定器，在透视下进一步调整骨折对位拧紧固定器术后摄片。

对于开放性粉碎性骨折在手术室内麻醉下清创，直视下行骨折复位穿针上固定器，创口一期缝合或减张、植皮。

二、术后处理，除按一般的骨折软组织伤治疗外，穿针处滴75%酒精，每天两次，局部敷料保护。对骨折复位固定后较稳定的病例于3至5天后下地扶拐活动，稳定性较差的病例一周后下地，患肢不负重。骨折复位固定后立即摄片并分别于复位后一周及4周摄片检查，如发现骨折复位不满意及时调整外固定器。

## 疗效

拆除外固定器的条件是经X线片检查骨折部位已有连续性骨痂生长，患者自觉伤肢有力骨折部无压痛及轴向叩击痛。本组病例拆除支架时间

最长为81天最短60天。2例失败，其原因主要是在刚开始使用外固定器时缺乏经验，一是上下两枚针没有垂直于力线的两平行线，不在一个平面上，二是远端穿针距骨折端太近骨折固定不牢并有成角旋转移位。用外固定器的39例发生明显针道感染的1例，有少许分泌物者经适当换药敷料保护而停止发展使钢针与皮肤形成纤维包绕，未发生血管神经损伤等并发症。本组有25例得到随访，出院时间从3个月到2年，骨折对位对线愈合良好，行走正常，能从事原来的工作。

## 讨 论

骨折复位固定器适应症较广，操作简单，解剖对位率高，骨折断面可获得有利于愈合的生理应力。只要使两端骨穿针对断面作用力通过断面横截面的核心就可以使骨折断面稳定。剪力的存在对骨折愈合是不利的，使用骨折复位固定器可以消除剪力的影响。在固定器的控制下早期直立行走能增加骨折端的生理压应力加速骨痂生长，为较早开展功能锻炼提供了条件。同时因固定不限制小腿上下关节活动所以不会出现关节僵直。由于外固定器具有牵引的功能可以应用于粉碎性骨折骨缺损及肢体延长术“O”型腿矫正术等〔2〕。钢针具有弹性不会出现应力阻挡，并能使骨折断面得到间断性生理应力刺激。

我们的实践表明复位固定器很适用于胫腓骨折，特别是严重粉碎性骨折和有大量软组织损伤病例，用其他固定方式都有困难时。用本法治疗既可固定骨折又便于对软组织损伤的治疗。它具有固定牢固有外加压作用，能随时根据病情进行调整的特点，本器械结构简单轻巧操作方便，使用灵活，整固兼能。

## 参考文献

1. 全国骨伤科外固定学会讲习班资料
  2. 沈志祥等，复位固定器治疗膝内翻《中华骨科杂志》87.7.326
- ☆本文得到一军大南方医院骨科区伯平教授的审阅指导，在此深表谢意。

（上接第15页）

陈皮、法夏、木香、党参、  
⑤ 本院经验方 宣四方；当归、鸡血藤、地龙、络石藤、勾藤、灵仙、秦艽、桑寄生、

川加皮

⑥ 本院经验方 骨七方：荆芥、灵仙、海风藤、宽筋藤、金牛、过江龙、水蛭、忍冬藤、青皮、泽兰、路路通、豆豉羌。