

小儿肱骨髁上骨折手法复位并发症的预防

吉林省结核病医院(130500) 孙树华 阎中兴*

肱骨髁上骨折是儿童常见的骨折,好发于10岁以下的儿童,约占肘关节损伤的72%。根据暴力的方向和骨折移位的情况分为两型,伸直型多见,约占90~95%,骨折远端向后上移位。由于暴力方向不同,又分为尺偏和桡偏两类。尺偏复位纠正不足是发生肘内翻的主要原因,桡偏一般不产生肘内翻。屈曲型少见,骨折远端向前上移位。肱骨髁上骨折诊断比较容易,伤后肘关节肿胀,髁上压痛有瘀斑和畸形,功能障碍,肘三角关系正常。

根据肘关节X线片,可显示骨折的类型和移位程度,选择手法复位的适应症。我院门诊1986~1988年治疗的儿童肱骨髁上骨折并经随访观察的34例做一讨论。

一般资料

男19例,女15例。年龄2~13岁。左侧15例;右侧19例;伸直型32例,其中尺偏14例,桡偏16例,肘关节后脱位2例。屈曲型2例,为桡偏型。就诊前临时胸前悬吊15例,未做任何处置19例。来院当时复位26例,延期复位5例,切开复位3例,(其中1例并发桡神经症状手术后恢复)。随访2个月~2年,平均1年,完全恢复31例,出现肘内翻畸形3例。

为早期预防各种并发症的发生应注意以下几点:

(一)手法复位治疗的时机,伤后应在肿胀发生前及早复位,不可延迟,越早越好。争取在肿胀发生前12小时以内一次复位成功,达到解剖复位最为理想。

(二)如果在24小时后来院或经其它医院处理后的患者,伤后出现骨折病理高峰,反应强烈伴有水泡等,切不可急于求成,应抬高患肢,予以暂时性皮牵引,待肿胀消退,延迟一周后复位为宜。

(三)血管损伤以肱动脉及桡、尺动脉多见,若血运不好,不可轻易操作,经观察除外血管损伤,待血运改善亦可手法复位。

(四)是否有神经(正中、尺、桡神经)障碍,以正中及桡神经多见,应仔细检查,待除外神经损伤后,方可行手法复位。

(五)经多次复位不成功者,不可强行复位。在这种情况下注意两点:①当机立断,给予手术切开复位。②情况允许,可待局部症状缓解后,再进行手法复位。

(六)要分清骨骼对接与血管神经的主次关系,以血管神经为主,骨骼为辅。肱骨动脉易被骨折端压迫或损伤出血,均可使筋膜间隔区内压力增高,阻断肌肉和神经的血液供应,造成肌肉缺血坏死,挛缩及神经麻痹,前臂缺血性挛缩。本症早期是患肢严重疼痛,手指活动力减弱,或不能活动,被动伸指疼痛加剧,皮肤苍白或紫绀,感觉迟钝。桡动脉搏动减弱或消失。治疗的关键是,早期发现,早期处理,发现肌肉及神经缺血时,及时解除环形包扎及骨折处固定,可能会得到改善,若情况紧急,需立即行筋膜切开减压术。

(七)对特殊类型,“T”型、“Y”型和粉碎型等合并关节脱位(肘关节后脱位,上桡尺关节脱位,骨小头半脱位)的复杂骨折,最易发生并发症,以处理血管神经为主,手法复位为辅,必须严密监察及时处理,手术切开复位。

讨 论

(一)浮克曼(Volkmanh)缺血性挛缩多见于肱骨髁上骨折,有血供障碍者为最严重的并发症。关键是早期发现早期处理,若不及时处理将造成患肢残废,如爪形手。因此,检查骨折时被动伸屈手指有疼痛或骨折复位后剧

手法加针灸治疗神经根型颈椎病

北京针灸骨伤学院(100015) 薛传疆

目前,对神经根型颈椎病多采用颈椎牵引,理疗,神经营养药物,以及手法、针灸等治疗方法。笔者1988—1989年采用手法加针刺自定穴位,治疗神经根型颈椎病,收到满意疗效。

一般资料

病例35例,男8例,女27例;年龄最小32岁,最大者75岁;病程最长二年余,短者七天。有颈痛、项僵者28例;肩背、上肢及手麻木、痛者35例;颈压疼痛,颈背肌肉不同程度紧张或痉挛者28例;臂丛神经牵拉试验阳性,纵向叩击试验阳性者34例。全部病例中,X线片表现都有不同程度的颈椎生理弯曲变小或消失,椎体前后缘唇样骨质增生,钩椎关节骨赘形成,椎间孔缩小,椎间隙变窄等退行性改变。

治疗方法

一、手法治疗

1、局部放松法:沿颈椎棘突以及旁开1.5寸三条线,以拇指揉按5—8次,用揉按,拨络法放松胸锁乳突肌、颈部肌肉、肩背及上肢肌肉。

2、提拿肩,背部肌肉,包括斜方肌,肩胛肌等,解除肌肉痉挛。

3、点穴法:点按缺盆、极泉、尺泽、内关等穴,在点按同时,轻轻捻动穴位使上肢、手部有麻、胀的感觉。

4、牵引旋转法:患者取坐位,医者一手托住患者下颌,一手托住枕部,缓慢向上提拔,并轻轻做左右旋转及前屈、后伸活动。

5、扳法:患者取坐位,头略前屈,医者一手托下颌,另手扶病人头枕部,以手指抵于压痛的棘突上,在病人主动旋转至最大范围时,医者同时斜扳头部,可听到弹响声,以同样方法向另一侧扳转,左右各一次。

二、针刺疗法

1、定穴位

1号穴:1、2掌骨之间,第1掌骨头后1.5cm

2号穴:2、3掌骨之间,第2掌骨头后1.5cm

3号穴:3、4掌骨之间,第3掌骨头后1.5cm

4号穴:4、5掌骨之间,第4掌骨头后1.5cm

5号穴:第5掌骨尺侧,第5掌骨头后1.5cm

二、刺法:采用平补平泻法,针刺患侧自定穴,提插拔转得气后,指尖及前臂,上肢有胀、麻、酸的感觉。留针20分钟。

三、隔日一次,三次为一疗程。

疗效评定

优:症状、体征完全消除,功能恢复正常。

良:症状消除,但仍有部分体征,如纵压叩击试验阳性,臂丛神经牵拉试验阳性等。

可:主要症状消除,还遗留次要症状,如肩背酸重等,还有部分体征阳性。

差:主要症状没有消除,如颈僵,颈痛。体征未减。

痛无缓解时,应解除一切固定,密切观察患肢血运,必要时给予手术探查。

(二)肘内翻畸形的发生,主要是尺偏及旋转移位矫正不足,是肱骨髁上骨折要解决的主要矛盾。尤其尺侧移位应适当过度纠正,并在骨折复位固定一周左右,更换伸直位外翻夹板或石膏固定,有利于矫正内翻畸形。轻度内

翻无需处理,畸形严重可考虑施行肱骨髁上截骨术矫正畸形。

(三)早期功能锻炼十分重要,握拳,及时解除外固定,逐渐伸屈肘关节,是防止关节内粘连功能障碍,促进关节功能恢复不可忽视的问题。