

## 个案报道

## 中西医结合疗法治愈

## 肱骨开放性骨缺损

天津医院(300211)

张亚非 顾云伍

本病系右肱骨中下1/3开放性粉碎骨折,按Wingquist-Hansen对长管状骨折分类属于第Ⅶ级。并发有软组织损伤,桡神经损伤,骨缺损。伤后局部清创和双克氏针内固定,因内固定不牢固而手术失败。我们采用夹板外固定,手法叩击肩肘关节及瘢痕松解按摩,收到良好效果,达到骨折Ⅱ期愈合,并使伤肢功能达到正常。

病例:男性,24岁。住院号87197,X光号295626。于88年8月被制砖机绞伤右前臂12小时,来院急诊就医。当时肌肉撕裂严重,骨质外露,右肘部有1/4软组织相连,肱动静脉血管束及正中神经、尺神经存在,桡神经挫伤,瘀血约4厘米,伤口污染严重。来院后急诊行清创术,去除部分游离污染骨块。基于急诊条件有限,内固定采用简单双克氏针,桡神经损伤致抬腕功能受限暂未处理。术后伤口覆盖无菌敷料,2周后拍X光片复查显示骨缺损约3厘米。且克氏针对此骨折内固定不恰当,针孔周围有皮肤感染,故拔除克氏针。准备待皮肤伤口愈合后行Ⅰ期手术加压钢板固定骨折端。在等待皮肤恢复期间,我们采取了夹板、纸垫固定骨折端,并每天纵向叩击肘部,右臂三角巾悬吊,并保持三角巾紧张度,嘱患者屈肘在90°~120°范围内活动,练习肱二头肌肌力。经过2周治疗,骨折间隙减小达一厘米。后继续采用肘部纵向叩击法,治疗半个月后肱骨骨折间隙后缘有少许骨痂形成。此时,隔日松开夹板,保持三角巾悬吊。按桡神经走行区域行瘢痕松解按摩,以利于减轻桡神经被粘连所导致损伤加重。按摩后继续夹板固定,三角

巾悬吊半年后,肱骨骨折处骨痂丰富。达到临床愈合。治疗期间辅以神经营养药物及健骨药物治疗。两年后随访,抬腕功能恢复,手指活动正常。能骑自行车,并做轻体力劳动。

本病例在治疗前期采取清创手术并抗感染,后期几种中医疗法同时进行。在促进骨折愈合同时兼而注意皮肤和神经恢复情况,使病人伤口和骨折处顺利达到Ⅱ期愈合,免除再次手术之苦。

## 手法治疗小儿胫腓骨下

## 1/3侧弯畸形合并外翻足

山西省夏县人民医院(044400)

梁玉青

郑××,女,4个月,夏县南关镇人,于1988年4月15日来我院就诊。

症状与诊断:右侧胫腓骨下1/3弯曲畸形,并向内侧成角,足前部变宽,足趾扇形分开,足跟前移,小而外翻,踝外侧有一深陷的皮肤皱襞,站立位足外缘提起,内踝着地,被动背屈时,足趾可触及腓骨外侧。片示:右胫腓骨产前长骨弯曲畸形,右足先天性外翻足发育畸形,诊断为:右侧胫腓内成角,合并外翻足畸形。

治疗方法:根据小儿1公斤体重5毫克,使用“氯胺酮全麻”,在X光下行手法折骨。用一垫好的三角支架,使患肢弓形突起处对准支点,术者两手分别握胫腓骨上、下两端,施加一定的载荷,造成新鲜骨折,使弯曲畸形恢复力距力线,再矫正外翻足及扇形趾后,小夹板固定。

固定器材:5毫米厚的木板五块,分别是:长12厘米,宽2.5厘米的两块;长11厘米、宽2.5厘米一块;长10厘米,宽1.3厘米的两块,根据下肢正常生理曲度成形。足部根据健侧足形、用一块长8厘米,厚5毫米的足底样板,足内外侧分别用一块长8厘米,宽1.5厘米