

“实体”与脊柱相结合，犹如脊柱的一部分，起到稳定、支持和减轻脊柱压力的作用。根据这一原理，在采用掌击法的治疗过程中，术者一手抬高患者的患侧肩臂，并令患者作深呼吸后屏气，使其胸部在胸椎周围形成一“实体”结构，由此分担部分作用于发生病变椎体上的重力，受累的椎体从而得以稳定、压力得以减轻，为错位关节的复位、嵌顿滑膜的解脱，创造了有利的内在环境；此时，术者再用掌根叩击局部，随着外力的作用，错位的肋椎关节得以复位，嵌顿的滑膜得以解脱而病告痊愈。

小儿桡骨下端骨骺分离

(附45例报告)

福建中医学院(350003)

陶有略 许武士* 陈坤福**

在临床上小儿桡骨下端骨骺分离如同成人的桡骨科雷斯(Colles)骨折一样较为多见。我们自1984年以来治疗45例小儿桡骨下端骨骺分离，结合其损伤特点、复位与固定方法报告如下：

临床资料

本组45例中男性32例，女性13例；右侧39例，左侧6例，年龄最小5岁，最大14岁。按Salter—Harris的分类法，本组对I II型全部在全麻或臂丛阻滞麻醉下闭合手法复位，结果：解剖复位38例，功能对位7例，合并尺骨骨折31例，尺神经牵拉症状6例，均在复位后症状消失，塑形杉树皮夹板固定31例，石膏固定14例，平均随访一年3个月，预后良好，功能满意。

讨论

本组病例只限于I II型小儿桡骨骨骺分离，而不涉及其他3个类型骨骺部位损伤，骨骺分离是指骨折线完全地或部分地以水平、垂直或斜方向经过骺线而发生的骨折。

一、损伤机制 本组病例均为攀登高处跌倒手外撑着地，常常是桡骨干骺端骨骺向后移位。I II型损伤正好在骨骺以上，软骨的生发细胞和血管襻是紧贴近骺软骨板的骺侧骨板上的。不影响存活着软骨生发细胞，就不断增生，分化，形成软骨，进行软骨内化骨，故不影响骨的继续发育成长。有人验证儿童期骺软骨板的强度远不及韧带和关节囊。并证实骺板的强度较肌腱，韧带弱2—5倍。当作用于关节部位的暴力尚不足以引起韧带及关节囊损伤之前，已超过骺板所能耐受的程度，故发生骨骺分离。

二、临床表现 腕部畸形虽不像成人桡骨下端骨折餐叉式畸形那样典型，由于腕部压痛及肿胀不难诊断。一般腕部正侧位摄片外，必要时可照斜位像或对比片。I II型骨骺分离都显骨干与化骨中心的相互位置关系改变，通常骺板增宽，干骺部分离下来三角形的碎骨片对确诊II型骨骺分离尤其重要。

三、手法复位与固定 麻醉成功后，将患儿肘部屈曲前臂旋前位：一助手从近端做对抗牵引，术者一手握紧患儿手掌拨伸牵引，另一手手指摸清远折端以拇指直接推挤远侧向前内方，继而术者以两手虎口扣紧患儿腕部置于半掌屈位和尺侧倾斜。在复位全过程中手法应轻柔。对较小患儿采用塑形前后杉树皮夹板，背侧超腕关节固定，内敷消肿止痛膏，形成一个向掌屈尺偏位。外加绷带包扎固定2周。后一周为手的功能位。6岁以后较大儿童因爱活动，一般采用管形石膏固定。不同于成龄人的是小儿桡骨下端尽管未经纠正的移位，可待后期的塑形，本组7例均有同样的表现。但在早期不能为家长所接受。为此，应早期诊断，及时手法复位，为尽快恢复小儿肢体功能创造条件。

* 厦门思明医院
** 龙海县中医院