

手法介绍

手法复位闭合穿针内固定治疗盖氏骨折

江西省玉山县中医院(334700) 夏明忠

1991 年 6 月~1993 年 12 月,作者用手法复位闭合穿针内固定治疗盖氏骨折 68 例,效果满意,介绍如下。

临床资料 本组 68 例 69 个伤肢,男 48 例,女 20 例;年龄最小 11 岁,最大 52 岁;右侧 45 例,左侧 22 例,双侧 1 例;Ⅰ型不稳定骨折 61 例(含儿童 5 例,双侧 1 例),Ⅱ型合并尺骨干骨折 7 例;闭合性 60 例,骨折端开放性 8 例;受伤至就诊时间,最短 1 小时,最长 8 天,平均 5.18 小时。

治疗方法 1. 麻醉及体位:均采用腋路臂丛神经麻醉。患者取坐位或平仰卧位。

2. 操作方法:患肢外展,前臂屈曲中立位,术区常规消毒,铺无菌巾,先据 X 片所示髓腔大小选取合适的克氏针数枚。取一枚克氏针在腕掌屈尺偏位从桡骨远端背侧结节的桡侧与桡骨干纵轴呈 30°角用手摇钻将克氏针摇入桡骨远折段的髓腔内,进入髓腔有突破空虚感,而且进针阻力减小,取等长针比较将克氏针进至骨折端。儿童进针时进针点可上移避开骺板。然后两助手作对抗牵引,术者将桡骨复位并维持复位,第三助手用骨锤将克氏针击入近折端骨髓腔内。示骨折稳定后,术者维持复位下尺桡关节,一助手取一枚克氏针从桡骨茎突上 1.0cm 处,与桡骨冠状面平行用摇钻将克氏针摇入直至透过尺骨的尺侧皮质为度。儿童进针可于桡骨茎突上 2.0cm 处,以避免骺板。Ⅱ型骨折先复位固定桡骨,再复位固定尺骨,若尺骨骨折在下 1/3 以上,复位后取一枚克氏针从尺骨鹰嘴进针平尺骨纵轴入髓腔直固定到远折段;若尺骨骨折在下 1/3 以下,复位后亦可从尺骨小头背侧进针入髓腔沿髓腔直固定到近折段髓腔内,最后同法复位固定下尺桡关节。开放性骨折先清创,同法复位固定后,再关闭伤口。固定尺桡骨针尾预弯埋在皮下,便于留针,固定下尺桡关节的针尾可留在皮外,利于早期拔针。

3. 术后无菌敷料包扎,用合适的掌背侧小夹板不超腕固定。术后 3 天内前臂屈曲中立位悬吊,口服或肌注抗菌素,腕指关节适当活动。3 天后复查视情况可去悬吊逐渐锻炼。4~6 周后下尺桡关节掌背韧带已愈合,去除固定下尺桡关节的克氏针,加强腕及前臂功能锻

炼。8~12 周后视尺桡骨骨折愈合情况,拆除克氏针及夹板固定,加强患肢功能锻炼,恢复工作或劳动。

随访结果 68 例均获得随访,时间 7 个月~1 年 5 个月,平均 1 年。无感染,骨折愈合率 100%,下尺桡关节关系均正常,无复发。前臂及腕关节活动均正常,无疼痛。5 例儿童患者未发现骺早闭及骺坏死征象,骨骼生长良好。

讨论 采用手法复位闭合穿针内固定有如下优点:创伤小,无需再次破坏桡骨骨膜,不影响骨折愈合。第二次取内固定很方便,减少了病人的痛苦。手术简单方便。固定可靠。术后病人可不住院,大大减轻了病人的经济负担。手术适应症广,无明显禁忌症,治疗效果好,适宜推广应用。

(收稿:1994-04-11)

整复胸椎小关节错位治疗内科病 61 例

辽宁沈阳市新新医院(110141) 曲大纯

多年来沿用手法整复治疗胸椎小关节错位引起内科病 61 例,效果显著,介绍如下。

临床资料 本组 61 例中男 29 例,女 32 例;年龄最小 18 岁,最大 60 岁;病程最短 1 年,最长 15 年;所有病例均被诊断为内科病,包括冠心病 26 例,胆绞痛 3 例,胆囊炎 3 例,胰腺炎 5 例,胃及十二指肠病 12 例,心律失常 12 例。

治疗方法 患者两足分开与肩同宽站立,腰前屈,双手伸直扶床沿,尽力弓背,医者站在患者侧方,助手站于另一侧,使患者肌肉放松。医者与助手之手自患者腋下穿过,相握于患者胸前,捂住胸前(与胸椎小关节错位相对应处),令患者深吸气后并用力咳嗽一声,同时胸前相握之手用力向上向后提前胸,并且使背稍前屈,医者用另一手的掌根击打其错位部位,这时常可听到复位的响声或掌下有移动感,击打要准,手法要快,力量以患者能忍受为度。然后患者俯卧床上,术者用手掌根置于疼痛部的两旁膀胱经穴上由上而下按揉 5~10 次,结束。

疗效观察 本组 61 例,其治疗次数均在 1~25 次之间,疗效标准主要从内科病症状消失及棘突位置恢复来考虑。痊愈:内科病症状消失,棘突位置恢复正常。显效:内科病症状减轻,棘突位置恢复程度转稳定。好转:内科病症状减轻,棘突位置恢复程度不稳定,劳累

后易复发。无效,经 5 次治疗后,内科病症状无改善,棘突位置恢复极不稳定。治疗结果:治疗 5 次后痊愈 13 例,显效 7 例,好转 41 例。又经 20 次治疗后,48 例全部治愈。对 42 例患者,经半年随访,未见复发。

体会 1. 胸椎小关节错位引起相应内科病症状可能是由于胸椎关节错位累及相应的脊神经根压迫或损害了交感神经节前纤维,因脊神经在椎间孔内有重要的毗邻关系,其前方是椎间盘和椎体,后面是关节突关节,所以胸椎小关节错位可出现内脏的感觉、运动和植物神经纤维的障碍,而导致相应内脏的诸多症状,其表现往往以相应脊神经分布区域出现皮肤异常感觉及压痛。本病错位细微,胸椎 X 线检查无特殊改变,经长期内科治疗效果不显著,应考虑本病存在的可能并可试用本法治疗。

2. 此法通过患者尽力弓背,使脊柱椎间关节舒展,令患者深吸气及咳嗽,使胸廓内压力增高,胸廓膨隆,在胸前之手向上向后提端,使其力通过胸腔作用在脊椎关节上,使胸椎关节伸开,咳嗽、提端与击打同时作用,使其错左者归之以右,其错右者归之以左,其突者归之以复平,其陷者归之以复起。关键在于三力合一,妙在同时,贵在神速。骨错则筋挪,往往因胸椎小关节错位而引起筋肉的损伤,所以在整复其后,均应按其经络,以通郁闭之气。摩其壅聚,以散瘀结之肿。

(收稿:1994-03-08)

倒程逆式旋转推挤手法 治疗肱骨内上髁骨折

广东省翁源县人民医院(512600) 刘岳生

肱骨内上髁Ⅲ、Ⅳ型骨折是指肱骨内上髁骨折向尺侧前方移位并翻转,或骨块进入关节腔(鹰嘴窝)、肘关节脱位。笔者试用“倒程逆式旋转推挤”的手法治疗,效果满意。现将 1989~1991 年治疗 9 例报告如下。

临床资料 9 例中男 8 例,女 1 例;年龄最小 8 岁,最大 16 岁;左侧 6 例,右侧 3 例;病程均在 5 天以内;Ⅲ型骨折 6 例,Ⅳ型骨折 3 例,其中一例有尺神经轻度损伤。

治疗方法 肘关节肿胀甚者,先行皮肤悬吊牵引 3~4 天,待肿略消后,再进行复位,可在臂丛麻醉后,X 光下进行,以避免多次复位。

复位方法:患者仰卧,伤肢略外展,①倒程逆式:与受伤姿势及发生骨折过程相反。前臂中立位、屈曲 50~70°,松弛前臂屈肌群,减少对骨块牵引力;②旋转推挤:

术者一手牵拉前壁,使肘关节极度外翻旋前,扩大关节间隙;另一手摸清骨块及骨折部,按紧骨块向上向外翻转并向后向外侧推挤,使骨块顺利退出关节腔,与骨折部吻合。如若不行,可推鹰嘴至外侧,同时抖动手腕,促使骨块退出关节腔。③在旋转推挤同时,在 50°~100°范围内,屈伸肘关节,利用骨折周围的肌肉的弹性拉力,使骨折块恢复到原来的位置。复位成功后,用超肘关节四夹板外固定,内上髁下缘加放塔形垫,保持屈肘 90°,前臂中立或内旋位,内服活血化瘀中药。3~4 周解除夹板,进行功能锻炼。

治疗结果 9 例均采用倒程逆式旋转推挤手法复位,功能均恢复良好。解剖复位或近解剖复位 6 例,1°移位 3 例。

体会 1. 倒程逆式旋转推挤的手法机制在于,前臂中立,适度屈曲,松弛了前臂屈肌群,减少了对骨块的牵引力,便于复位;其次肘关节外翻,扩大了关节间隙,加之对骨块有方向的旋转推挤,使骨块退出关节腔,与骨折部吻合,旋转推挤的同时在 50°~100°范围内屈伸前臂是充分利用骨折部周围的肌肉,关节囊与软组织的弹压,使骨块复回原处,这就是能复位成功的基础。复位切忌粗暴,以免以尺神经受伤,或加重尺神经的损伤。

2. 复位成功后,小夹板要超肘关节,保持屈曲 90°,功能锻炼要从早期开始,从轻微开始,至解除夹板后较大的功能锻炼,循序渐进。(收稿:1994-05-04)

手法治疗菱形肌损伤

浙江省天台县人民医院(317200) 许式霖

菱形肌损伤属肩部损伤范畴,约占肩部损伤的 35.6%。好发于青壮年,以体力劳动者为多。作者用伤科手法治疗此病,取得了满意的效果。现将有完整资料的 64 例小结如下。

临床资料 本组 64 例中男 49 例,女 15 例;年龄 18 岁~59 岁;病史最长 7 年,最短 1 天;左侧 24 例,右侧 40 例;有颈椎病史的 1 例;挑重物伤 33 例,甩伤 14 例,积累性损伤 10 例,卧床姿势不佳伤 5 例,不明原因伤 2 例。

治疗手法 患者取坐位,以右侧损伤为例:1. 点穴:点按伤侧,每穴 1~2 分钟。点按风池、大椎、肺俞、心俞、膈俞和天宗等穴。拿肩井穴。

2. 靠提:术者站在患者右侧,将患者右上肢屈肘放