

手法整复小儿股骨干骨折

福建省周宁县医院 (355400)

林兆吕 汤华 李松

我院自 1986 年至 1994 年 6 月收治小儿股骨骨折 268 例, 行手法复位加小夹板外固定 186 例, 现将资料完整且经过半年以上随访的 136 例报告如下。

内外旋转在 5° 度以内, 无跛行; 良 41 例, 骨折对线良好, 短缩在 2.5cm 以内或成角内外旋转畸形在 15° 以内, 无明显跛行; 差 9 例, 骨折对位对线差, 短缩超过 2.5cm 或成角内外旋转超过 15° 以上, 明显跛行。本组未发生血管神经损伤、严重压疮、关节僵直等并发症。

临床资料

本组男 94 例, 女 42 例; 新生儿 3 例, 1~4 岁 17 例, 5~9 岁 42 例, 10~14 岁 74 例; 就诊时间: 24 小时以内 97 例, 25 小时~4 天 26 例, 5~10 天 8 例, 10~15 天 5 例; 骨折部位: 股骨干上段 28 例, 中段 65 例, 下段 43 例; 骨折类型: 斜型 45 例, 横行 63 例, 螺旋型 15 例, 粉碎型 5 例, 青枝型 8 例。

体会

手法复位加小夹板外固定是治疗小儿股骨干骨折的一种比较理想方法, 治愈率高、合并症少。一般病例可不必麻醉, 必要时可在血肿内注入适量的普鲁卡因也能取得麻醉效果。

治疗方法

骨折整复固定术后的护理至关重要, 应随时注意患肢血运、压疮、水泡、短缩、成角、旋转等。

患者仰卧, 患肢与躯干成 90° 角, 第一助手双手环抱踝部并相应向上牵引, 第二助手双手环抱髋关节向下加压并固定骨盆, 待一二助手对抗牵引已使骨折短缩和旋转估计基本纠正时, 术者双手环抱骨折部实施相应复位手法使骨折复位。复位后一二助手持续对抗牵引, 术者将大块薄棉片环状包缠在待上夹板区域, 并在相应部位上好压垫, 压垫应以胶布固定, 再用绷带环缠压垫及棉片, 在大腿四周放置适合长度和宽度的夹板, 夹板上中下环绕 2cm 宽胶布, 使夹板稳定在相应位置上, 再用 5 条布带捆扎在胶布上和胶布间的夹板上。夹板选择要合适, 上段骨折应加超髋关节外侧外展夹板, 下段应加超膝关节内外后侧夹板。

对肿痛严重病例服用活血祛瘀药物有消肿止痛作用。局部用药亦有消肿止痛促进骨痂生长作用。笔者采用民间验方浸泡的接骨水局部用药收到一定疗效。方用: 大黄、黄枝、黄柏、丹参、红花、细辛、牛膝、乳没各适量浸泡黄酒中。干药粉与黄酒比例为 10:100, 浸泡至少 2 个月, 取药汁局部用药, 每次 10 毫升倒入骨折部棉衬内, 日 2-3 次, 有明显的止痛作用。

对骨折成角畸形和内外旋转严重病例应及时给予矫形。小儿股骨干骨折在复位后 X 线拍片短缩不超过 2.5cm 而又无内外旋成角病例可不必再复位。

(收稿: 1995-01-05)

治疗结果

优 86 例, 骨折对位对线良好或骨折重叠 1cm 成角

肘关节后脱位伴桡骨小头劈裂骨折误诊一例

浙江省仙居县中医院 (317300) 陈坚炜

方××, 女, 55 岁, 农民。1993 年 11 月 9 日上午行走跌倒, 左肘变形肿痛, 活动受限, 下午来院就诊。门诊检查: 左肘肿胀, 肘三角关系改变, 弹性固定。摄片报告: 左肘关节后脱位, 左肱骨外髁撕脱骨折。门诊医生予以手法整复, 石膏固定。X 线复查: 左肘脱位已复位。左肱骨外髁仍游离于肱桡关节线上方。再次试行

手法复位、固定, 再复查仍未得到满意对位, 即收入病房, 拟作切开复位内固定。手术取左肘外侧切口, 暴露肘关节时发现肱骨外髁完好无缺, 而前关节囊破裂, 桡骨小头前半部呈额状面劈裂, 游离于肱桡关节上方。考虑复位后可能发生骨缺血坏死及创伤性关节炎故作桡骨小头切除。术后石膏固定 3 周, 拆石膏后中药薰洗,

展筋术治疗肘关节挛缩症

中国中医研究院骨伤科研究所 (北京 100700) 吴子明

采用伤科手法“展筋术”治疗肘关节挛缩症 65 例，功能恢复良好，收到了满意的临床效果，现报告如下。

临床资料

65 例中，男 41 例，女 24 例，均为 10~26 岁青少年；创伤性肱骨髁上骨折复位固定后 38 例，肘关节脱位复位固定后 7 例，肘关节扭挫伤后 20 例。检查：患肘局部疼痛及压痛基本消失，无明显肿胀，血常规正常，以正常伸肘至 180°为标准，本组患肘屈↔伸一般在 90°↔150°范围内。本组病例不包括化脓性、结核性、类风湿性关节炎挛缩症和骨化性肌炎。

治疗方法及结果

1. 手法治疗 病人取坐位或仰卧位。具体操作如下：

(1) 揉摇手法：揉摇患肘，正反各摇 20~30 次，揉捏以肘部为重点的屈伸肌肉群，再作屈伸肘 20~30 次，然后作前臂旋前旋后手法各 20~30 次。注意：要在无疼痛感觉下进行，意在放松病人的紧张情绪。

(2) 镇定手法：为本症主治手法。先屈后伸患肘，手法力度在每次作屈、伸活动最大范围时，再略加一点，在此基础上停顿 2~3 分钟，即谓镇定手法。目的：使疼痛缓解，把挛缩的筋拉长。镇定手法每次要求重复 1~2 遍，每次 2~3 分钟，动作要缓、力量要稳。

屈肘治疗进度按患侧手指触及同侧锁骨内端、肩外端进行。伸肘治疗：医生坐病人患侧床上，将肘放置膝上，手心向上，按三点加压原理，医生前臂近段压于病肢上臂屈侧，手掌托护于肘下作支点，另手握压腕上作用点，下压要稳，注意恢复正常的肘外翻（提携角）。

(3) 解粘法：在镇定手法中进行，要闻响则止，这样，组织的反应小，功能恢复快。

(4) 弹筋法：接上势，放松揉摇患肘后，弹患侧腋下麻筋（臂丛神经）或指拨而结束手法。

以上手法每周二次。本组病例经 1~3 个月治疗全部治愈。肘关节功能完全恢复正常。经 1 年随访，均无复发。

2. 功能锻炼

(1) 阴阳翻掌：即前臂的旋前旋后动作。患者坐或立，两臂前平举，取阴阳掌（手心向下为阴，向上则为阳），双上双下或一上一下各数十次。

(2) 屈肘练习：前臂置于桌上，手心向上，上身前俯屈肘，以自身重量压于屈曲的肘关节。要求与屈肘镇定法相同，每天 1~2 遍，每遍反复练习数次。

(3) 伸肘练习：坐于方凳上，患侧手握方凳应作固定，以自身的上身力量作伸拉肘关节动作。每天 1~2 遍，每遍反复练习数次。

体 会

1. 本组肘关节挛缩症多因创伤骨折、脱位整复、去除内外固定后，或肘部软组织损伤后，由于废用，表现在关节、肌肉、韧带等组织撕裂疤痕、短缩与粘连等而出现挛缩。在炎症静止后，局部疼痛及压痛基本消失、无明显肿胀、血常规在正常范围内者均可采用“展筋术”。

2. 镇定法属“展筋术”中的主要手法，根据三点加压杠杆的和肌肉“残余变形”的原理，通过手法技巧，使肘关节的挛缩得到缓解，达到关节功能的最大限度或完全恢复。

3. 手法实施要刚柔结合，先缓后急，有时出现粘连的解除声，要“闻响则止”，起到组织反应小，功能恢复快的效果。

4. 积极鼓励病人作患部功能锻炼，不仅能巩固手法治疗的临床效果，更有利于加快患肢关节功能恢复。

(收稿：1995-08-15)

功能锻炼，半年后随访左肘功能良好。

讨论 肘关节脱位伴桡骨小头骨折临床上较少见。患者跌倒时左手撑地，前臂旋后，肘关节屈曲，在肘关节发生后脱位的同时，肱骨小头撞击桡骨小头前

部，造成桡骨小头冠状面的劈裂骨折。因桡骨小头的后半部完整，正位 X 线片上看似完整，且骨折块位于肱桡关节线上方，加上放射科及门诊医生缺乏对此病的认识，故导致诊断上的失误。