

复时肘关节周围肌肉松弛，便于手法顺利进行。手法复位前一定要充分麻醉，一般采用乙醚开放麻醉或臂丛麻醉。

2. 手法复位：

(1) 关节分离：患者仰卧，在麻醉下，助手2~4人，近端助手1~2人，双手紧握患肢上臂，远端助手1~2人，握住患肢前臂进行对抗牵引。在双方牵引同时，医者用双手握住肘关节行上下左右反复动作，使关节松动。令握前臂的助手，改换一手握肘关节，另一手握住手腕作反复向外向内摇晃动作。这助手做完摇晃动作以后改双手握住前臂，医者双手握住肘关节，令握前臂的助手做旋前旋后反复动作几次，再改换做肘关节前屈后伸等动作与旋转活动交替使用。活动范围由小渐大，动作由轻到重，勿用暴力，使关节周围纤维粘连分离，直至关节相当松动，鹰嘴与桡骨头完全分离。

(2) 如有合并侧脱者，先纠正侧脱，以右患肢向桡侧向后脱位为例。在双方牵引同时，医者右手用力推压前臂上段向尺侧，左手握住上臂下方用力向桡侧拉，这样以内、外相反方向用力推拉，反复做数次，侧脱就可得到纠正（若有可能可经 X 线透视证实）。

(3) 整复后脱位：在加强牵引同时，一般上臂及前臂均各需二人对抗牵引，拉前臂二助手中一助手要站在高凳子上，医者双手环抱肘关节，两拇指紧紧顶住鹰嘴突，两手四指把住桡骨前下端。双方维持加大牵引力

量，先过伸肘关节带牵引缓慢屈曲肘关节，此时两拇指要用力顶住鹰嘴突并向前推挤，余四指把住桡骨前下端往下拉，使关节逐渐屈曲至90°~80°，达到鹰嘴向后突出的畸形消失。（可在 X 线下证实），若未复位，可用同上的手法重复2~3次达到复位。操作时需注意，开始屈曲时有很大的阻力，不能勉强屈曲，要逐渐地由小到大，反复几次，方能加大屈曲度，否则有可能造成不必要的附加损伤。复位后因关节肿胀，应外敷消炎止痛膏，外加蝶形杉木皮包扎固定，肘关节屈曲至80°悬吊二周后解开进行功能锻炼，配合中药熏洗和按摩疗法。

治疗结果

本组16例中闭合复位成功13例，失败3例，因年龄较大，脱位时间长达75天，肘窝钙化较多，故未能复位。复位者经1~3月后均能参加体力劳动。

体会

1. 陈旧性肘关节后脱位，用闭合手法一般操作时间较长，多在1~2小时以上方能成功。操作时医者需有耐心和耐力，切忌粗暴以免造成鹰嘴骨折。脱位时间超过3个月或合并有复杂的骨折，闭合手法不易成功，应采用手术开放复位。

2. 后脱位合并桡侧脱者，先纠正侧脱，后纠正后脱。复位后早期功能锻炼2周后，配合中药熏洗疗法和按摩对恢复关节功能占很重要位置。

（收稿：1997-07-20）

折顶旋转法治疗儿童股骨螺旋形骨折

湖南省攸县第二人民医院（412300） 徐一强

作者采用折顶旋转法治疗儿童股骨螺旋形骨折35例，介绍如下。

临床资料

本组35例中男27例，女8例；年龄2~13岁；左侧14例，右侧21例；就诊时间3小时~12天；35例中间接暴力的杠杆作用致伤者7例，推倒扭转致伤者15例，平地滑倒旋转致伤者13例。

治疗方法

1. 手法复位：患肢肿胀严重，就诊时间超过1周者，在全麻或腰麻下进行，两助手作对抗拔伸牵引，借用“X”线了解骨折断端是否已牵开，牵远端的助手由伸膝位徐徐改为屈膝牵引外旋并随之折顶旋转，顺骨折形成的背向移位经路，逆向回旋，矫正背向移位，使骨折

面稳定吻合，手法者用挤捏法促使两骨折端面紧密接触而达解剖复位。

2. 固定方法和牵引：复位后，患肢用四块杉树皮小夹板超髌、膝关节固定中立位，外侧用长托板预防肢体外旋畸形。2~3岁患儿复位固定后行双下肢悬吊胶布皮牵引2~3周，去掉牵引后，继续小夹板固定1~2周。4~10岁小儿用胶布及小木板贴于患肢小腿及膝关节上3cm处，手法复位，小夹板固定后作胶布滑动式皮牵引，牵引量3~5kg，3~4周去牵引，小夹板维持固定2周。11~13岁行股骨髁上骨牵引，牵引量3~4kg，3周后去牵引行小夹板固定至骨折临床愈合。牵引期间内服中药，以活血祛瘀、接骨续筋、补益肝肾等分期论治。

治疗结果

本组35例螺旋形骨折，新鲜者29例，陈旧性的6例。

手法复位加悬吊皮牵引者9例, 胶布滑动皮牵引者13例, 股骨髁上骨牵引者9例, 手法复位失败改手术切开复位, 钢板内固定者4例。骨折均达或接近解剖对位, 临床愈合时间最短15天, 最长35例, 平均25天, 均无任何后遗症。

讨 论

1. 本组患者均有外伤史, 由间接暴力或侧身跌倒致患肢过度扭转, 当受伤肢体被强大的旋转外力侵袭后, 股骨干轻度向前外凸出的弧线被股四头肌及内收肌群收缩而失去平衡作用, 小腿屈膝内旋, 膝关节由伸直而快速屈曲, 加之身体重心力量的偏移, 使从后上向前上的惯性力量继续向内向后运动, 伸屈肌群的互相拮抗, 外侧阔筋膜张肌不能与内收肌群相对抗而呈典

型的后旋畸形, 骨折远端向外向后旋转而形成背靠背的180度移位。

2. 股骨骨折手法闭合性复位在四肢骨折复位中甚感棘手。笔者认为对这种旋转180度的背向移位骨折, 在应用牵引中应尽量过牵后屈膝外旋内收, 牵引远端的助手用折顶旋转法矫正, 手法复位者将两骨折端相对挤压, 施行端提捺正。其理论依据是: “骨折复位是骨折移位的反过程。”经过20余年的临床实践, 我们深深体会到, 对这种类型骨折的有效复位手法应是折顶旋转法, 使旋转了180度的背向移位骨折能顺其原道, 逆转回旋达到解剖对位的目的。

(收稿: 1996-06-06)

颈牵引下点按治疗颈椎间盘突出症

河北省体育工作大队门诊部 (050011) 容桂新 魏香连*

笔者自1990年~1995年1月采用针刺、按摩、颈牵引下点按治疗颈椎间盘突出症32例, 疗效满意, 现报告如下。

临床资料 本组32例中男14例, 女18例; 年龄22~52岁; 病程3天~3个月; 全部病例经CT或MRI提示为颈椎间盘突出症, 其中C_{5,6}15例, C_{3,4}3例, C_{6,7}10例, C_{3,6}、C_{6,7}, 双突出者4例; 侧方突出者30例, 中央型突出者2例。

治疗方法 患者取坐位, 术者站立于患者背后。首先行针刺; 取2吋半毫针、穴位取CT或MRI定位相应椎体椎间盘突出的一侧, 中央型突出者取相应椎体两侧, 棘突旁开一寸进针, 得气后强刺激半分至1分钟即出针; 按摩颈后部: 取捏揉手法, 理筋, 解除痉挛的颈部肌肉及软组织, 按摩约10分钟左右; 牵引下点按: 患者由垂直坐位上半身向前倾15°~30°, 颈部轻度前屈, 一助手站立于患者后面, 双手把住患者双肩, 另一助手站在患者前面, 一手托住患者下额, 一手把住患者枕部。二助手做对抗牵引, 牵引力量10~15kg, 持续牵引1.5~2分钟, 术者此时双拇指叠按在患者颈部椎间盘突出侧, 双手其余四指放在突出对侧颈部, 然后进行点按, 每点按一次约5秒钟, 间歇1~2秒, 共点按10次, 然后放松牵引。休息2~3分钟再重复牵引——点按以上

动作一次。中央型突出者点按双侧。值得注意的是: 在二助手放松对抗牵引之前, 术者的拇指应用力点按在定位点上, 放松牵引之后, 点按结束, 然后轻揉颈部, 放松颈部的肌肉, 在术者的配合下, 做颈前屈后仰, 侧屈和旋转运动, 动作要轻柔。

以上治疗, 隔日一次, 10次为一疗程, 间隔一周进行下一个疗程。

治疗结果 疗效评定标准: 优: 症状消失, 无运动功能受限、恢复正常工作和活动; 良: 偶有疼痛和不适, 能恢复工作; 可: 症状体征有改善, 仍有患侧肢体不适感, 能坚持工作; 差: 症状体征无明显改善。本组32例患者, 治疗后随访2个月~2年, 结果优5例; 良20例; 可4例; 差3例。

讨论 颈椎间盘突出的治疗, 大多数学者主张非手术治疗, 常规方法有针刺、按摩、牵引、口服药物、理疗、局部封闭。笔者采用颈部人工短时间牵引, 使压缩、变窄的椎间隙通过牵引变宽, 椎间盘内的压力减低, 同时再加外界力量点按, 从而使突出的椎间盘还纳复位, 解除神经压迫引起的症状和体征, 临床收到了满意效果。

(收稿: 1995-05-29)