

手法治疗肱骨外科颈骨折 139 例

福建省浦城县中医院 (353400)

郭小回

自 1985 年~1995 年以来我院收治肱骨外科颈骨折 139 例, 现报告如下。

临床资料

本组 139 例中男 58 例, 女 81 例; 年龄 6~89 岁; 致伤原因: 跌伤 98 例, 骑自行车跌伤 17 例, 高处坠伤 11 例, 车祸致伤 11 例, 重物压伤 2 例; 骨折状况: 嵌入性骨折 64 例, 明显移位 45 例, 粉碎性骨折 30 例; 左侧骨折 83 例, 右侧 56 例; 骨折类型: 外展型 85 例, 内收型 35 例, 横断型 19 例。

外科颈骨折合并肩关节脱位 31 例 (其中喙突下脱位 13 例, 孟下脱位 18 例); 外科颈骨折合并肩关节脱位同时又并发右桡骨 Colles 骨折 2 例; 并发右股骨粗隆骨折 1 例; 并发第十二胸椎、第一腰椎压缩性骨折 1 例。外科颈骨折合并右股骨颈骨折 2 例; 合并左尺桡远端粉碎性双骨折, 左股骨颈骨折 1 例; 合并第三腰椎压缩性骨折 1 例; 合并右胫腓骨中段粉碎性骨折 1 例。

治疗方法

1. 外展型有移位改变或嵌入骨折, 顺势拔伸牵引下, 术者双手拇指抵于远端外侧, 食中指置于断端内侧向外用力推拉, 同时远端助手内收上臂为屈。
2. 内收型有移位改变, 则同样在拔伸牵引下术者双拇指抵于远端内侧, 食中指置于断端外侧用力推拉, 同时远端助手外展上臂前屈。
3. 粉碎性骨折在顺势拔伸牵引下, 术者双掌部抱握骨断端, 用力相互环抱挤压, 复位后远端助手收前臂为屈。
4. 合并肩关节脱位: 一助手顺肱骨方向徐徐用力

牵引外展在 130°左右, 另一助手用布条套过胸廓作对抗牵引, 术者用双手拇指从腋窝顶压脱位的肱骨头向上徐徐用力推挤, 使肱骨头复位, 而后再整复外科颈骨折。

以上手法复位后, 小夹板超关节固定 3~4 周后, 配合中药熏洗, 肩关节功能锻炼。

治疗结果

疗效标准: 优: 外展 120°以上为正常; 良: 外展上臂 90°~120°; 可: 外展上臂 45°~90°; 差: 外展上臂受限在 45°内。本组 139 例, 2 例跌伤后经民间医处多次整复软组织严重挫伤, 肿胀剧烈、张力性水泡皮肤糜烂, 另一例开放性骨折, 肱骨头翻转分离移位, 2~5 天后就医, 手法复位困难, 转手术治疗, 其余 136 例按以上标准评定结果, 优 59 例, 良 73 例, 可 4 例。

讨 论

肱骨外科颈骨折是上肢骨折较常见病症, 由于跌倒姿势不同, 损伤机理与外力程度也不一样。因此对不同的类型骨折采取相应的治疗手法。内收与外展型及不明显移位骨折, 临床效果较好, 粉碎性骨折以及合并肩关节脱位类型, 手法复位时要柔和得当, 笔者认为对合并肩关节脱位, 不宜采取手牵足蹬法复位, 因外科颈骨折其连续性已受破坏, 不能承受足蹬腋窝产生的杠杆外挤作用力, 否则即使原未完全移位骨折, 也将因此而造成加剧骨折端分离移位, 本组 31 例合并肩关节脱位病例, 均采取外展 130°左右, 对抗牵引复位取得满意效果, 无一例并发血管神经损伤。

(收稿: 1996-06-06)

闭合整复治疗伸直型儿童肱骨髁上骨折

山东省安丘市人民医院 (262100)

于 勇 吕奎芳 姜九零 韩卫东

闭合整复石膏外固定治疗儿童伸直型肱骨髁上骨折是目前临床上常用的治疗方法。但此法整复后多易发生再移位, 致使以后肘关节发生尺偏或桡偏畸形。作

者根据数年的临床经验, 发现将伸直型肱骨髁上骨折整复后, 把患肢用石膏固定于屈肘、前臂旋前 (或旋后) 位, 可防止整复后骨折再移位的发生, 经临床应用,