

# 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, 术者双掌部把握骨断端, 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,

效果良好, 现报告如下。

### 临床资料

1989 年~1994 年, 我院共收治儿童伸直型肱骨髁上骨折 332 例, 年龄 2~14 岁; 其中远折端尺偏型 246 例, 桡偏型 86 例; 除 14 例因有血管神经损伤症状而手术治疗外, 其余均闭合整复, 石膏固定患肢屈肘、前臂旋前(或旋后)位。整复后立即拍肘关节正侧位片, 待 3~4 周后, 拆除石膏, 再拍肘关节正侧位片。前后拍片结果比较, 骨折再移位现象不显著。其中 251 例经 1~6 年随访, 测得提携角为  $0^{\circ}$ ~ $15^{\circ}$ 。关节活动良好。

### 治疗方法

采用臂丛麻醉或全麻。病人仰卧位, 助手一手握住患肢前臂远端进行牵引, 另一手按压前臂上方维持屈肘  $50^{\circ}$  位, 另一助手握住上臂作对抗牵引。术者双手分别置于上臂远端的前后方。以双手拇指置于远折端移位侧, 其余四指固定于对侧近折端, 用力挤压, 以剪力纠正侧方移位。然后用两拇指顶住远折端后方, 双手余指握住近折端前方用力推压, 同时助手将患肘关节

屈至  $90^{\circ}$  位。此时骨折已复位, 如让复位稳定, 尺偏型应将前臂置于旋前位, 桡偏型将前臂固定于置于旋后位。整复后立即拍片, 以观察骨折是否已整复。3~4 周后拆除石膏再拍片复查, 与以前结果比较。

### 讨 论

除移位特别严重的骨折, 骨膜均为不全断裂, 而且断裂处也位于骨折的凸侧, 凹侧面骨膜完整而松弛。伸直型肱骨髁上骨折, 多为肘前骨膜破裂而肘后骨膜及其它组织相对完整。同样道理, 尺偏时尺侧骨膜完整, 桡侧破裂。桡偏时则相反。将骨折整复后屈肘, 可使肘后完整的骨膜及三头肌紧张而产生张力, 从而对肱骨骨折处前方形成挤压, 这样有利于骨折稳定。骨折尺偏时, 由于尺侧骨膜完整, 整复后将前臂旋前位, 这样可使尺侧完整的骨膜及软组织紧张产生张力而桡侧产生压力, 从而使骨折面嵌插, 骨折复位后稳定。同理, 桡偏型骨折整复后前臂旋后位固定, 可使桡侧产生张力, 尺侧产生压力, 从而达到骨折整复后稳定的目的。

(收稿: 1996-08-21)

## 前臂旋前位整复固定治疗肱骨髁上骨折

江西省玉山县中医院·(334700)

夏明忠

自 1991 年 1 月~1993 年 6 月, 笔者采用前臂旋前位整复固定方法治疗肱骨髁上骨折 58 例效果满意, 现报告如下。

### 临床资料

本组 58 例中男 48 例, 女 10 例; 年龄 2~12 岁; 伸直尺偏型 44 例, 伸直桡偏型 10 例, 屈曲型 2 例, 儿童肱骨远端全骺分离 2 例; 受伤至就诊时间, 最长 3 天, 最短 1 小时。所有病例均无明显血管、神经合并症, 骨折均经 X 线摄片证实。

### 治疗方法

患者取坐位或平卧位, 患肢外展。两助手分别握住患肢上臂近端和前臂远端作对抗牵引。在牵引的同时远端助手逐渐将患肢前臂置于旋前位。根据骨折类型, 采用传统常规复位手法整复, 骨折复位后, 用石膏托或夹板加铁丝托超肘腕关节固定患肢前臂于旋前位、腕关节于功能位。肘关节的固定位置及固定后的注意事项同常规固定方法。

### 治疗结果

58 例均一次复位固定成功。所有病例均获得随访,

随访时间 1 年~1 年半, 结果所有患者肘关节功能均正常。2 例出现肘内翻, 其中 1 例是全骺分离, 另 1 例是过早主动拆除外固定, 其余 56 例均保持正常肘关节携带角。

### 讨 论

肱骨髁上骨折儿童多见, 整复固定方法很多, 治疗后常出现肘内翻畸形。笔者根据肘部解剖特点及肱骨髁上骨折的机制, 采用前臂旋前位整复固定方法治疗, 具有复位准确、固定可靠、预防和减少肘内翻的优点。

1. 前臂旋前位时, 旋前圆肌松弛, 对远骨折端无应力作用, 不影响骨折的复位。前臂旋后位时, 旋前圆肌紧张, 牵拉骨折远端向外张嘴成角, 使远骨折端尺倾, 不利于复位; 即使复位, 由于旋前圆肌的拉应力, 远折端亦有再移位的趋势。

2. 旋前位时, 肘部外侧关节囊、韧带紧张, 对远骨折端有向外上方的拉应力, 使骨折端桡侧皮质紧密接触, 利于复位, 防止远折端尺倾。旋后位时, 外侧关节囊、韧带松弛, 而内侧关节囊、韧带及完整的骨膜等紧张, 起不到防止尺偏的作用, 反而对远骨折端有向内上