

## 中西医结合治疗肱骨近端骨骺骨折

汤优民 范明\*

浙江省天台县人民医院 (317200)

肱骨近端骨骺损伤, 常见于儿童及青少年, 在诊治上有其特点, 文献报道较少。1986~1996 年作者共收治 15 例, 采用中西医结合疗法, 效果满意, 现报告如下。

### 临床资料

本组 15 例中男 10 例, 女 5 例; 年龄 7~16 岁。左侧 6 例, 右侧 9 例。高处坠下 2 例, 车祸 3 例, 平地跌倒 10 例。均在受伤当日就诊。合并同侧股骨干骨折、尺骨鹰嘴骨折各 1 例。本组患者无血管、神经损伤, 但有局部肿胀、畸形、活动限制。X 线片显示肱骨近端骨骺分离, 按 Salter-Harris 对骨骺损伤的分类法, 本组属 II 型损伤。

### 治疗方法

闭合复位超肩关节夹板固定 12 例。皮牵甩肩法 2 例。合并同侧尺骨鹰嘴骨折 1 例, 行切开复位内固定术。

### 治疗结果

按 1975 年全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会拟订的“骨折疗效标准草案”中肱骨外科颈骨折的 X 线片复位要求评定, 15 例中, 优 8 例, 良 6 例, 尚可 1 例。全部病例随访, 临床愈合时间最短 14 天, 最长 28 天, 平均 18 天。随访时间最长 10 年, 最短 1 年, 平均 3.8 年。肩关节外形与健侧无差异, 功能均为优秀。

### 讨 论

1. 骨折分型: 青少年肱骨近端骨骺骨折移位可分为 3 度。I 度: 移位小于干骺端直径的一半; II 度: 移位大于干骺端直径的一半; III 度: 完全移位。在 II、III 度移位中, 通常伴有内翻位的成角畸形。当属于 I 度移位时, 骺板的轮廓及其周围的骨膜赋予骨折以一种内在的稳定性, 它可以消除来自附着肌肉的影响。如移位属于 II 度或 III 度, 则骨折不甚稳定, 肌肉的变形力起更大的作用, 使部分移位变为完全

移位。按以上分型法分型, 本组 15 例中, I 度 4 例, II 度 8 例, III 度 3 例。有人提出按分离的骨骺带有一块三角形干骺端的骨块宽度、斜度来决定骨折的稳定程度, 当三角形骨块斜度小于 30 属稳定, 大于 30 属不稳定。三角形骨块是骺板宽度的漏为稳定, 漏以上为不稳定。按此分型, 本组属稳定的仅为 3 例。

2. 诊断问题: 肱骨近端骨骺损伤诊断并不困难, 如儿童外伤引起的肩关节肿胀和局限性压痛, 就应考虑本病的可能, 有移位者骨折端之间可查出假关节和骨擦音, 但应少作这种检查, 以免损伤腋神经。最好通过 X 线片而确诊。值得注意的是此类骨折绝大多数有向前成角或移位, 正位 X 线片上所见的骨折仅为侧方移位。容易漏掉向前成角, 故我们常规加拍侧位片 (或穿胸位片), 以明确有无向前成角或移位。既减少误诊, 又可指导复位。

3. 治疗方法选择: 治疗骨折的目的在于恢复肢体的功能。患儿肩关节功能的好坏是肱骨近端骨骺损伤治疗成败的标准。手法复位, 超肩关节夹板固定应作为首选, 具有简、廉、便、验之效。手法宜轻柔, 必须在充分牵引下进行, 忌暴力推挤、多次整复, 以防骨骺再损伤及腋神经损伤和断端间软组织合页的破坏, 使骨折更不稳定。力求解剖复位, 亦不强求解剖复位, 因其日后有较强的塑形能力。手法要领是: 令一助手固定胸壁, 另一助手将患臂外展到 90° 屈曲和轻度外旋, 然后由术者根据 X 线片上骨折端的移位方向, 逆其道而将其复位, 超肩关节夹板固定后再将患臂放回靠近体侧之位置, 用三角巾或绷带悬吊固定。睡觉时应在侧方放一小枕, 使上臂及肩部成水平位, 避免断端间出现异常应力, 亦可使三角肌、胸大肌、背阔肌和大圆肌处在相对平衡的位置, 以减少肌肉不协调而产生变形力, 保持骨折端的稳定。这一点保持复位尤为重要。本组 14 例应用此法, 12 例复位良好, 2 例极不稳定, 改为皮牵甩肩法, 以维持复位, 并集复位、固定、康复同时并进于一体。一例 6

\* 浙江省天台县白鹤中心医院

岁女孩 2 周即达临床愈合。但应注意牵引重量宜恰当, 过轻无效, 过重则过分牵拉关节囊而使肱骨头半脱位。对一例 16 岁既有 III 度骨骺损伤, 又有尺骨鹰嘴骨折伴分离的少年, 我们分别切开复位内固定, 以免顾此而失彼。

4. 预后问题: 成人肩关节损伤所遇到的常见并发症如关节僵硬、畸形、缺血性坏死、骨不连接及骨化性肌炎在儿童极为罕见。儿童此处损伤的并发症为

肢体不等长、内翻畸形。本组 15 例患儿长期随访, 未发现肢体不等长, 但在 X 线片复查中, 1 例 III 度患儿待其成年后肱骨头变为细长, 2 例出现 20 左右的肱骨头内翻。但肩关节外形与健侧差别不明显。15 例功能均属优秀, 更加说明了中西医结合治疗本病的优点。

(收稿: 1998- 05- 01)

## 中老年性髋髂关节骨错缝的发病及其诊治

黄树林

空军总医院 (北京 100036)

髋髂关节骨错缝 (又称髋髂关节紊乱综合征), 是引起腰腿痛的常见原因之一。1990 ~ 1994 年共收治 98 例, 笔者采用手法整复治疗收到满意疗效, 现报告如下。

### 临床资料

本组 98 例, 男 57 例, 女 41 例; 年龄 40 ~ 64 岁。病程最短者 2 天, 最长者 2 年。原因不明者 67 例, 慢性劳损 31 例; 向前错缝型 62 例, 后错缝型 36 例; 左侧 56 例, 右侧 42 例。均有腰髋部疼痛, 行走、跑步、卧床翻身或坐位起立时疼痛加剧。重者患侧下肢麻木、无力、跛行, 触诊髋髂关节处明显压痛, 叩击痛。4 字试验、床边试验均为阳性。

诊断依据: (1) 腰痛固定在一侧的髋髂关节及下腰大腿部, 可有放射痛, 咳嗽或喷嚏疼痛加剧, 腰部向患侧侧屈, 后伸受限明显。(2) 腰部不能挺直, 站立时身体向一侧倾斜、自觉患腿短缩, 患侧下肢不能着地负重。(3) 常取健臀着椅 (或床), 手扶患髋的斜坐 (或侧卧) 位, 手扶患髋才能站立。(4) 查体可见髋后上棘凹陷 (或高凸)。位置上移或偏下。(5) 髋髂关节不对称。双下肢不等长, 腰髋肌紧张, 髋髂关节处稍肿胀, 可触及椭圆形筋结或条索状物。明显压痛, 叩击患处反跳痛。(6) 部分患者股内收肌明显紧张, 且该肌在耻骨的附丽处明显压痛。(7) 4 字试验, 床边试验, 骨盆分离挤压试验, 骨盆旋转试验, 患肢直腿抬高试验均为阳性。(8) X 线骨盆正位片: 可显示患侧髋髂关节密度增高, 关节下缘骨质增生, 两侧关节间隙不等。髋髂关节前错缝, 患侧髋髂关节间隙大于 0.3cm; 髋髂关节后错缝, 患侧髋髂关节间隙小于 0.3cm 或重叠、毛糙。

### 治疗方法

准备手法: 患者俯卧, 术者在患侧用滚、揉、推法, 并点按环跳、委中、承山穴 3 ~ 5 分钟, 使腰髋部有热感, 肌肉放松。

复位手法: 根据前错缝型和后错缝型的不同, 分别采用: (1) 仰卧牵引法, 以右侧为例 (前错缝型), 患者仰卧, 助手压住健侧大腿, 术者立于患侧, 左手托窝处, 右手握踝部, 令患者屈髋屈膝至最大限度时, 用力外展外旋, 然后伸髋伸膝牵拉, 反复 2 ~ 3 遍。用双手掌根部分别在两侧髂前上棘上缘, 用力分压。(2) 俯卧牵压法 (后错缝复位法): 患者俯卧, 双手拉紧床沿, 术者用左手前臂将患侧大腿抱起向后充分抬起牵拉, 右手肘关节屈曲 90° 按压于髋髂关节部。在大腿向后抬高牵拉之时, 用力按压髋髂关节处, 促使腰脊过伸, 此时可听到清脆的响声或关节移动感, 表示手法复位。

术后处理: 手法整复完毕用推、按、分筋、理筋手法, 目的是放松腰髋、臀部的软组织, 一般休息 3 ~ 5 天。急性患者可配合超短波或红外线等热疗。

### 治疗结果

本组 98 例均获痊愈。其中 1 次手法治愈 45 例, 2 次手法治愈 30 例, 3 次手法以上配合高频电疗治愈 23 例。

### 讨 论

而中、老年人由于年大体弱、多病、肥胖, 活动量减少, 长期久坐, 使髋髂关节负重增加, 导致髋髂韧带松弛, 肌张力弹性减弱, 拉应力下降, 使髋髂关节失去正常稳定性, 是产生髋髂关节骨错缝的主要原因。加之腰髋、髋髂关节的退变, 慢性劳损等原因的