

## 折顶复位法治疗伸直型桡骨远端骨折

陈青林

广西贵港市第二人民医院(537132)

1989 年 12 月~1996 年 12 月对 212 例伸直型桡骨远端骨折病例采用折顶复位法进行整复,复位效果满意,现报告如下。

### 临床资料

本组 212 例,男 132 例,女 80 例;年龄最小 6 岁,最大 84 岁。就诊时间:1 小时~8 天;左侧 79 例,右侧 135 例,双侧同时骨折 2 例,合并下尺桡关节脱位 5 例,合并尺骨小头骨折 21 例。

### 治疗方法

患者取坐位或仰卧位。先常规进行消毒骨折处皮肤,后用 0.5% 普鲁卡因 5~10ml 进行血肿内麻醉(也可不麻醉),待麻醉满意后进行整复。术者先用双手掌心挤压骨折处尺桡侧以矫正骨折远端桡侧移位,然后患者前臂旋前手心向下,术者左手握住伤肢掌部,术者掌心与患者掌心相对,拇指与四指环抱紧握住掌部。右手拇指按住骨折远段背侧,其余四指环抱骨折近段并紧握固定。然后左手将患者手掌向背侧用力提起,右手将骨折近段往掌侧按压,使骨折断端向掌侧成角  $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$ ,右手拇指用力将骨折远端向下推压,当有骨折远端向下移动感觉后,左手将患者手掌拉直并使腕关节稍掌屈,这时骨折断端掌侧成角消除,骨折即可复位。一般一次复位成功,个别一次未成功,经二次复位后均成功。

复位后用四块小夹板固定,夹板上端达前臂中、上 1/3 交界处,桡、背侧夹板超腕关节,尺、掌侧夹板达腕部,骨折远端桡侧、背侧各放一平垫,限制桡偏和背伸活动。术后用三角巾悬吊腕部以上于胸前,并做握拳

等功能锻炼,有利于消肿,促进愈合。另还按常规内服及外用中药。

### 治疗效果

整复后拍照 X 光片,按对位对线情况,参考 1975 年《全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会》制定的骨折疗效标准草案划分。优:解剖或近乎解剖对位。良:桡骨下端关节面掌倾  $5^{\circ} \sim 9^{\circ}$ ,尺倾  $16^{\circ} \sim 20^{\circ}$ ,对位差一骨皮质。尚可:桡骨下端关节面掌倾  $0^{\circ} \sim 5^{\circ}$ ,尺倾  $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 。差:低于尚可者。本组 212 例中,优 151 例,良 52 例,尚可 9 例。

### 讨论

桡骨远端伸直型骨折治疗方法甚多,采用折顶法复位,是将骨折断端向掌侧成角  $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$  时能使前臂背侧肌肉、肌腱松弛,便于右手拇指将骨折远端往下推,当骨折远近端背侧达到断端骨皮质相对时,将患肢拉直及掌屈腕关节,就可使骨折复位。复位容易迅速,关节面平整,不加重损伤,加之血肿内麻醉,病人痛苦甚少。

对一周左右的骨折,行麻醉后,将骨折远端进行掌、背、尺、桡侧方向摇摆 5~10 下,使骨折粘连松弛,再进行折顶法复位,可明显提高复位的成功率。

对伴有尺骨下端骨折者,也同样可采用折顶法进行复位,复位时先进行桡骨整复,当桡骨复位后,根据尺骨下端移位情况,稍加挤压即可复位,如不成功,可将尺桡骨骨折同时进行折顶法复位,也可得到满意效果。

(收稿:1998-04-01)

## 外旋外翻手法治疗肱骨髁上骨折

尚秋立 孙树新

辽宁省鞍山市中医院(114004)

伸直型肱骨髁上骨折常遗留肘内翻畸形和肘关节功能障碍,肘内翻发生率平均为 30.5%,笔者采用外旋

外翻手法治疗肱骨髁上骨折 60 例,取得肘内翻发生率低和功能恢复佳的临床效果,现介绍如下。

### 临床资料

本组 60 例患者均为伸直型肱骨髁上骨折, 其中男 35 例, 女 25 例; 年龄 5~12 岁; 右侧 32 例, 左侧 28 例。伤后一周内入院者 46 例, 2 周内入院者 14 例, 合并神经损伤 14 例, 其中桡神经损伤 7 例, 正中神经损伤 5 例, 尺神经损伤 2 例。骨折线特点, 斜形 18 例, 横断形 29 例, 经髁部 4 例。

### 治疗方法

本组病例采取臂丛阻滞麻醉及基础麻醉, 手法复位先纠正尺偏, 再纠正前后移位, 达到桡侧断面接触, 以此点为轴, 将远折端尺侧外旋并外翻, 达到尺侧端分离外旋, 桡侧骨质相密接, 前臂外翻 30° 夹板外旋绷带固定, 固定时间最短 3 周, 最长 4 周, 一般 4 周去除外固定, 功能锻炼遵循先练屈曲后练伸直的原则。

### 治疗结果

疗效标准: 优, 肘关节活动功能较健侧减少 10° 以下, 携带角较健侧减少 5° 以内; 良, 肘关节活动功能较健侧减少 10°~20°, 携带角较健侧减少 5°~15°; 可, 肘关节活动功能较健侧减少 20°~30°, 携带角较健侧减少 15°~20°, 不需特殊治疗者; 差, 肘关节活动功能较健侧减少 30° 以上, 携带角较健侧减少 20° 以上者。通过随访

60 例已痊愈病人, 骨折愈合后最长 6 年, 最短 3 年。结果优者 39 例, 良者 12 例, 可者 9 例。

### 讨论

肱骨髁上骨折应以手法复位小夹板外固定为主, 对于合并血管神经损伤或开放性骨折, 要行开放复位内固定术治疗。肱骨髁上骨折后遗肘内翻畸形, 不是某一单一因素所致, 而是多种因素共同作用于骨折远端, 造成远折端尺偏、内旋、尺倾致使不能恢复正常的解剖关系, 而后遗肘内翻畸形, 就其形成的原因主要有: (1) 复位欠佳, (2) 骨骺损伤, (3) 外固定不当, (4) 患肢前臂体位重力作用, (5) 骨折后内外侧肌力不平衡, (6) 软组织挛缩粘连及未断裂的骨膜、肌间隔牵拉。最后形成肘内翻的根本原因是远折端尺偏、内旋、尺倾, 上述三种变位情况, 在大多数髁上骨折的 X 光片中可以见到。因此为了防止肘内翻首先要通过手法整复达到纠正内旋、尺偏、尺倾, 并且矫枉过正, 使远折端轻度外旋, 骨折线内侧开口, 外侧嵌插, 即是达到使远折端处于外旋外翻位, 为了保持复位后的位置, 使用外翻夹板外旋绷带固定, 可以保证整复后远折端维持在外旋外翻位, 能够防止肘内翻的发生。

(收稿: 1998-06-11)

## 斜扳结合按揉委中穴治疗急性腰扭伤

朱红 端木群力 黄东辉

浙江省杭州市第三人民医院(310009)

本院采用斜扳结合按揉委中穴的治疗方法治疗急性腰扭伤 42 例, 取得较好的疗效, 现介绍如下。

### 临床资料

1. 一般资料: 本组 42 例中男 28 例, 女 14 例; 年龄 28~54 岁; 病程 15 分钟~1 周。均有典型或不典型腰部扭闪史。

2. 临床症状: 患者常在扭闪伤后突然发生腰部疼痛, 无下肢放射痛。好发部位为 L<sub>4,5</sub>、L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 部位的一侧或两侧。部分患者在伤后最初疼痛轻微, 尚能继续工作, 但数小时或 1~2 天后, 腰部疼痛会逐渐加重。深呼吸、咳嗽、喷嚏, 甚至大小便可使腰部疼痛加剧。腰部活动度明显受限, 坐、卧、翻身等改变体位时困难, 向左或向右转动不利, 前后俯仰牵掣作痛。单侧腰部疼痛的患者, 部分患者在立位时躯干向病侧倾斜, 卧位时这种情况大多数可消失。双侧均疼痛的患者, 常以一

手或双手扶腰以减少腰部活动, 步履迟缓艰难, 表情痛苦, 甚至需人扶持或担架抬送。部分患者腰部疼痛会牵涉到臀部。本组 42 例病例疼痛 L<sub>4,5</sub>、L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 发生于 L<sub>4,5</sub> 部位者为 16 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 部位为 26 例。立位躯干倾斜者 11 例, 其中 2 例卧位亦有倾斜, 伴有臀部牵涉痛者 8 例, 由担架抬送来院者 5 例。

3. 临床体征: 脊柱正直或轻度向病侧弯曲, 腰段生理曲度变直, 在 L<sub>4,5</sub> 或 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 处可找到明显压痛点(一侧或两侧), 伤侧骶棘肌紧张。双下肢直腿抬高及加强试验阴性, 双下肢运动、感觉功能无异常。腰部活动度受限, 前屈、后伸运动受限明显。

4. X 线: 腰椎生理曲度变直或稍向一侧弯曲, 椎体及椎间隙未见明显异常。本组 42 例病例均符合以上临床症状、体征及 X 线表现。

### 治疗方法

患者先俯卧位, 医者用拇指指腹先按揉患侧下肢