

乳没各10g。嘱病员煎水熏洗踝关节部。每日2次，每剂药可用2~3天。

4. 导引：嘱病员双手扶住桌子一边，作缓缓下蹲动作，每天2~3次，每次蹲下站起约20下左右。

治疗结果

1. 疗效评定标准：优：踝关节跖屈背屈活动，两足对比度数与健侧一致，恢复正常行走，肿胀消退，疼痛基本消失；良：踝关节跖屈背屈活动度数增加10°以上，能恢复行走，肿胀基本消退，疼痛减轻或改善；可：踝关节跖屈背屈活动度数增加5°~10°；行走能力改善，行走时稍有跛行，仍有肿胀，但疼痛减轻；差：跖屈背屈活动度数无明显增加，步行仍有疼痛，肿胀未消，自觉症状无改善。

2. 疗效评定结果：本组20例中，优11例，良7例，可1例，差1例。优良率达90%。

讨论

踝关节损伤后虽然骨折已愈合，但局部瘀积未散，

关节粘连，局部肿胀，活动受限等仍存在。如单纯理疗与药物治疗疗效较慢，拖延时日，影响工作与生活，所以手法治疗尤为重要。通过手法治疗达到了松解粘连、活络关节、恢复功能的目的。在行手法时能解除张力，改善血循环。

李国衡教授认为，“各种损伤必然造成组织结构的紊乱，失去正常的解剖位置或者气血循环受到影响，需要通过手法恢复组织的原来位置，使气血得到正常的循环”，并又指出，“在操作时要做到稳、准、仔细轻快，当病人感觉到疼痛时手法已经完成”。当踝关节从轻度背屈，突然迅速跖屈，旋即恢复正中位之动作时，通过关节周围韧带和软组织之紧张而挤压血肿，使之向周围扩散，通过手法后患者有松解感并增加主动关节活动，改善血循环从而降低组织间隙之内张力，使伤病员能尽早恢复踝关节功能造成了有利条件。

(收稿：1997-03-08)

折角牵引整复肱骨髁上骨折30例

林连城 陈崇华 江跃鹏 陈跃东

(厦门市开元区医院, 福建 厦门 361001)

笔者应用折角牵引整复肱骨髁上骨折30例，疗效较佳，报告如下。

临床资料

本组30例中男25例，女5例；年龄5~12岁；骨折类型：伸直型28例，屈曲型2例；随访时间0.5~5年；X线摄片显示全部病例骨折端对位对线佳，骨质愈合坚强，肘关节活动无障碍。

治疗方法

以右侧伸直型肱骨髁上骨折尺偏型为例，在适当麻醉下，患者俯卧在手术台上，头转向健侧。患肩外展90°；上臂置于靠背椅的椅背上缘（与椅背上缘垂直），肘关节自行屈曲前臂自行下垂。近端助手双手抓握患者上臂，远端助手蹲下，双手抓握患者前臂，向手术台的外下方（与水平线呈60°交角）准备牵引。术者立于患者右下方，用右手“摆正”患者前臂，即矫正骨折的旋转畸形与（侧向）成角畸形，用左手握持骨折近端，4个手指抵压近断端桡侧，用拇指顶压远断端尺侧，用剪力矫正尺偏畸形。令两助手缓缓施力牵引，骨折即可复位。接着放松牵引，患者上臂依旧横置椅背上缘，患肘

呈90°屈曲位，术者用拇指按压尺骨鹰嘴，助手上长臂石膏（背侧）托，缠绕绷带时暂不绕经肘窝。待石膏干硬后，移去靠背椅，必要时再加用掌侧石膏托。

讨论

整复有移位的骨干骨折，必须在拔伸牵引下进行。肱骨髁上骨折系靠近关节的骨折，由于短小的远端骨段受单一方向的肌肉牵引使骨折成角畸形，此时如果顺着上肢纵轴牵拉，则牵拉越重，骨折成角畸形越大^[1]，也就越难整复。应用折角牵引法，操作前的“折角体位”即已把肱骨远折段与近折段置于同一轴线方向，把以往的“顺上肢轴线牵引”改变为“顺肱骨轴线牵引”。牵引力增大不会改变远折段轴线的朝向，使整复更为容易。本法避免了传统整复术中远端助手边牵引边屈曲肘关节时无意中减弱了牵引力之弊。折角牵引使此类骨折的整复操作变得更为合理，更为容易。

参考文献

[1] 天津医院骨科. 临床骨科学. 创伤分册. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1982. 178~179

(收稿：1997-08-21)