

足蹬法治疗肱骨上段骨折

梁洪忠

(乐陵市中医院, 山东 东陵 253600)

笔者采用足蹬法整复治疗肱骨上段骨折 23 例, 均一次整复成功, 无一例并发症发生。报告如下。

1 临床资料

本组 23 例均为有移位完全骨折(不包括肱骨上端骨折)。男 14 例, 女 9 例; 左侧 19 例, 右侧 4 例; 年龄 23~ 63 岁; 伤后就诊时间 0.5 小时~ 3 天, 就诊时均无神经损伤症状; 其中肱骨外科颈骨折 6 例, 骨折在肱骨外科颈及三角肌止点之间 17 例; 内收型 5 例, 外展型 18 例; 肱骨外科颈骨折合并肩关节脱位 2 例(均为左侧)。

2 治疗方法

2.1 足蹬法复位(以左侧为例): 患者仰卧床上, 助手立于患侧床边, 与患侧面对, 术者立于患肩旁。整复开始, 助手一手握患手, 一手轻托患肘, 一牵一托, 缓缓令患肘伸直, 遂将左足略内翻入患侧腋窝, 同时, 内收型略内收患肢, 外展型略外展患肢, 足蹬手拽, 缓缓用力顺势牵引。待伸直患臂, 遂令患手拇指向上, 前臂中立位, 继续持续牵引, 用力须均匀和缓。术者于一旁双手环握上臂骨折处, 外展型骨折稍向外拉, 内收型骨折稍向内推, 可感觉手下骨动, 但当格登一声骨折复位, 即令助手稍松力, 维持牵引。至此, 骨折的重迭、侧方及旋转移位可基本矫正。术者遂于骨折处做适度摇摆, 令骨断端嵌插紧密及矫正残留侧方移位。继之术者手托骨折处(斜形或螺

旋形骨折可继续双手环握适力固定), 令助手缓缓放松牵引, 一手托肘, 一手推腕, 沿上肢纵轴方向施以适当推力, 觉有阻力感而无滑动, 即轻旋患腕, 视肩关节活动情况, 确定骨折对位情况及稳定程度。若兼有肩关节脱位者, 可于牵引至骨动时摆正左足, 格登一声, 即告复位。

2.2 固定: 本组 23 例均采用小夹板固定。固定方式与传统治疗肱骨外科颈骨折及肱骨上段骨折的小夹板固定方式无异。但应注意: 肱骨前、外及后侧的三块长夹板应超肩; 上臂宜贴胸固定; 前臂中立位三角巾悬吊胸前。

3 治疗结果

本组 23 例全部一次复位成功, 无一例出现再骨折及神经损伤等并发症。随访 6 例, 均完全康复。

4 讨论

肱骨上段骨折是临床上整复固定较困难的一种骨折。足蹬复位法在保证有足够牵引力的基础上, 通过单人足蹬手拽协调的对抗力作用, 灵活统一的牵引方式, 调整肌力的方向, 削减其相互拮抗作用, 利用“骨肉相连, 筋可束骨”, 既促进骨折复位, 又有效防止了软组织嵌夹。需要指出的是: 施用此法过程中用力要均匀持续, 切忌暴力, 顺势顺时则水到渠成。另外若于牵引过程中术者轻轻按揉胸大肌及三角肌可获事半功倍之效。

(编辑: 李为农)

经皮针拨整复肱骨内上髁 III 度骨折

周豫泉 冉权善 周天健

(新疆建设兵团农四师医院外二科, 新疆 伊宁 835000)

我院自 1989 年至 1996 年对 39 例肱骨内上髁 III 度骨折行经皮针拨法闭合复位, 其中 36 例(92.3%) 获得满意疗效, 现报告如下:

1 临床资料

本组 39 例男性 26 例, 女性 13 例; 年龄 5~ 13 岁; 左侧 14 例, 右侧 25 例。3 例合并尺神经不全损伤。36 例在伤后 48 小时内来院就诊, 经 X 线拍片确诊后行经皮针拨闭合复位成功, 用带压垫长石膏托将肘关节固定于 90° 屈曲位, 腕关节中立位, 掌指关节半屈曲位, 4 周后拆除石膏, 复查拍片见内上髁骨折块复位满意, 愈合良好, 其中 32 例于伤后 6~ 13 个月随访肘关节屈伸功能良好, 无疼痛, 前臂屈肌群肌力与健侧大致相等, 3 例尺神经不全损伤者, 2 例有所恢复, 1 例失访。3 例 11 岁患儿于伤后 6 天方来院就诊, 经皮针拨闭合复位不成功, 遂手术治疗。

2 治疗方法

仰卧, 局麻或氯胺酮分离麻醉。患肢伸肘或屈肘 40° 左右, 助手两手分别握患肢手掌及前臂远端, 使前臂极度旋前外展, 另一助手之一手握住前臂近端, 将尺骨鹰嘴向桡侧推挤, 另一手握住上臂远端, 固定肱骨下端, 使肘关节内侧面间隙张开, 造成肘关节向外脱位之趋势, 此时前一助手强度背伸患肢腕关节及手指, 使屈肌紧张, 后一助手轻度内推肘关节, 术者查看有无骨折块活动及从肱尺关节间隙外移之表现, 如此反复 1~ 2 次。如不能将骨折块从关节间隙拉出, 术者即一手触摸肱骨内上髁骨折块的边缘, 判定其在关节间隙的位置, 另一手以 7 号针头在骨折块前内侧(即肘关节前内侧)经皮刺入, 注意应避免尺神经, 在透视下进入关节间隙(肱尺关节), 在骨折块的桡侧向尺侧撬拨(助手重复前述方法), 即能将骨折块拨出关节间隙, 使 III 度骨折变成 II 度骨折, 助手同时将患肢由