

• 手法介绍 •

手法治疗严重移位的伸直型肱骨髁上骨折

周高龙¹, 肖延华²

(1. 永新县中医院骨伤科, 江西 永新 343400; 2. 井冈山学院医学院)

关键词 肱骨骨折; 骨折, 闭合性; 骨科手法

Manipulative method for the treatment of severely displaced humeral supracondylar fracture with straighten typeZHOU Gao-long^{*}, XIAO Yan-hua^{*} Department of Traumatology and Orthopaedics, the Yongxin TCM Hospital, Yongxin 343400 Jiangxi, China**Key words** Humeral fractures Fractures closed Orthopedic manipulation

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(7): 497-498 www.zggzsz.com

肱骨髁上骨折为儿童常见肘部损伤, 占肘部骨折首位^[1]。其中伸直型骨折最多^[2], 自 1995 年采用手法整复、夹板外固定治疗严重移位的伸直型肱骨髁上骨折 105 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 105 例, 其中男 76 例, 女 29 例; 年龄 4~14 岁, 平均 8.6 岁; 均为伸直型, 其中尺偏型 69 例, 桡偏型 36 例。就诊时间: 伤后 24 h 以内 96 例, 24~72 h 8 例, 72 h 以上 1 例。经外院手法治疗失败 5 例。骨折面呈横形 67 例, 短斜形 29 例, 粉碎性 9 例, 断端均为完全错位、短缩畸形, 其中有 3 例前后移位达 0.5 cm, 均为闭合性骨折, 未合并神经、血管损伤。

2 治疗方法

2.1 复位 取仰卧位患肢置于诊断桌上(以右侧伸直尺偏型为例), 将患肢外展, 肘屈曲 90°, 前臂向上, 肘背紧贴桌面, 助手立于患者头部右侧, 用双手按住右上臂中上段, 术者立于患肢远侧, 双手环抱肘窝, 对抗牵引 3~5 m, 同时术者使骨折远端左右旋转几下, 将骨折断端牵开, 然后以左手维持牵引, 以右手拇指扣压内髁, 其余 4 指通过上臂前侧回扳骨折近端桡侧, 相持对挤, 以纠正尺偏移位, 同时用小鱼际向下按压骨折的近端, 以纠正前后移位, 桡偏型则以左右手更换, 原理相同。

2.2 固定 先准备好 4 块夹板, 前后夹板宽为内外侧夹板的 2 倍, 前后夹板的下端弯曲约 90° 至肘下 3 cm, 平垫、梯形垫、塔形垫各 1 个。复位成功后, 在肘部先放置前后宽夹板, 在肘后骨折远端放 1 个梯形垫, 在前侧骨折近端放 1 个平垫, 然后放置内外侧夹板, 尺偏型在骨折远端尺侧放 1 个塔形垫(桡偏型放在桡侧), 在夹板中央先用绷带捆扎, 然后由下而上依次捆扎两道绷带, 调整松紧度, 以上下移动 1 cm 为宜, 观察末梢血运良好, 用绷带包绕夹板, 肘屈曲 90°, 前臂旋前位(桡偏型旋后位), 三角巾悬吊于胸前。3~7 d 调整夹板松紧度, 固定 3~4 周, 达临床愈合后解除夹板, 进行肘关节功能锻炼。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 优, 肘关节功能活动完全正常, 肘关节携带角恢复正常(5°~7°); 良, 肘关节功能活动基本正常, 对正常生活无影响, 肘关节携带角 0°~15°; 差, 肘关节功能活动欠佳, 影响日常生活, 呈肘内翻或肘外翻畸形(肘关节携带角 > 15°)^[3]。

3.2 治疗结果 本组经 1~4 个月, 平均 2.6 个月随访, 优 82 例, 良 18 例, 差 5 例, 优良率 95.2%, 其中 1 次复位成功 66 例, 2 次成功复位 29 例, 3 次成功复位 8 例, 2 例整复失败。5 例差者, 其中有 3 例系肿胀消退后未及时复诊, 发生再移位而致肘内翻畸形, 2 例因整复失败而行切开复位克氏钉交叉内固定。

4 讨论

根据肘关节的结构特征, 肱骨远端前后位扁平, 滑车关节面上方有两个凹陷, 前侧为冠状窝, 后侧为鹰嘴窝, 当肘关节屈曲 90° 时, 冠状窝容纳冠状突, 鹰嘴突离开鹰嘴窝, 此时用肱骨背侧紧贴桌面, 阻滞了骨折远端向前倾斜移位和旋转, 从而保持了骨折远端的基本稳定。同时, 屈肘时, 伸肌(肱三头肌)处于紧张状态, 与桌面的反作用力形成了强有力的屏障, 屈肌迟缓, 有利于骨折成功复位。另外, 儿童配合不理想, 多因疼痛而哭闹, 将其放于诊断桌上, 把上臂背侧紧贴桌面, 能很好制动, 所以笔者认为在屈肘 90°, 前臂向上时体位最佳。

根据儿童肱骨髁上骨折的损伤特点, 移位严重的肱骨髁上骨折, 因损伤严重, 肘关节肿胀比较明显, 所以在行手法复位之前, 采用双手掌向上推挤水肿的方法, 使水肿向上弥漫进入周围肌间隙, 从而减少了肘部的肌张力, 有利复位。经多次验证, 在复位时加用左右回旋捺正手法, 复位成功率特别高, 认为由于骨折后近侧断端常有肌肉、筋膜刺破嵌入以及断端有不规则齿状骨片近远端相互阻挡, 这是复位失败的常见原因, 采用左右回旋捺正手法后, 往往能得到松懈而利于捺正复位^[4]。

治疗肱骨髁上骨折, 手法复位是治疗的关键, 妥善固定是治疗的保障。判断复位可否接受主要观察远折端有无前后、

侧向倾斜,恢复对线比对位重要。对位不良可通过骨膜再生功能重新塑形,成角的矫正依赖于邻近骨骺的纵向生长潜力,肱骨远端骨骺的生长潜力最小,因而矫正成角畸形的能力最低^[1],因此,我们允许前后位置的部分偏移而不允许骨干超过 15°的成角。在固定位置上,我们把桡偏型固定在屈肘 90°、前臂旋后位,尺偏型固定在屈肘 90°、前臂旋前位,因为在前臂旋前时鹰嘴关节面与滑车外侧峭接触,产生压力作用于骨折外侧,使断面靠拢。而前臂旋后位时,远骨折块向外下倾斜,鹰嘴关节面与滑车内侧峭接触,产生压力作用于骨折端内侧,使内侧骨折间隙闭合,对桡偏型起稳定作用。手法复位成功,小夹板固定后,特别是肿胀消退后,应立即复诊,调整夹

板的松紧度,本文 3例并发肘内翻畸形,均为家属未引起重视,未及时复诊产生的后果,需引以为戒。

参考文献

- 1 王亦璁.骨与关节损伤.第 3版.北京:人民卫生出版社,2001.575-585.
- 2 杨毓华,王友和.中西医临床骨伤科学.北京:中国中医药出版社,1998.243-248
- 3 刘焕鑫.中西医结合治疗肱骨髁上骨折 58例.中国骨伤,2000.13(12):733.
- 4 闵大联,毛继良,李伟荣.中西医结合治疗小儿肱骨髁上骨折.中国骨伤,2001.14(7):429

(收稿日期:2006-07-07 本文编辑:王宏)

手法整复尺桡骨骨干双骨折的治疗体会

邹冬保

(永修县中医院骨伤科,江西 永修 330300)

关键词 尺骨; 桡骨; 骨折; 骨科手法

Experience on manipulative reduction ulnar and radial shaft fractures ZOU Dong-bao Department of Orthopaedics and Traumatology, Traditional Chinese Medical Hospital of Yongxiu County, Yongxiu 330300, Jiangxi, China

Key words Ulna Radial Fractures Orthopedic manipulation

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(7): 498-499 www.zzgssz.com

尺桡骨干双骨折在前臂骨折中仅次于桡骨远端骨折而居第 2位,治疗复杂,预后不佳^[1]。常见于儿童及青少年,骨折多发生在中 1/3或下 1/3处。由于解剖功能的复杂关系,两骨干完全骨折后,骨折端可发生侧方、重叠、成角及旋转移位,复位要求较高,手法复位外固定时必须纠正骨折端的各种移位,特别是旋转移位,并保持骨折端整复后的对位,进行外固定直至骨折愈合。本人应用手法整复、夹板外固定治疗前臂双骨折 64例,取得满意的疗效,现报告如下。

1 临床资料

本组 64例,男 54例,女 10例;年龄 2~20岁,平均 11岁;均为伤后 1h~1d内就诊。开放性 2例,闭合性 62例;左侧 44例,右侧 20例;中 1/3段 44例,中下 1/3段 20例;直接暴力 42例,传导暴力 20例,扭转暴力 2例;尺桡骨横形骨折 42例,桡骨中 1/3横形骨折、尺骨下 1/3斜形骨折 20例,螺旋形骨折 2例。

2 治疗方法

2.1 整复方法 患者坐位或仰卧位,肩外展 90°,前屈 30°~45°,肘关节屈曲 90°,上 1/3骨折前臂置于旋后位;中 1/3骨折前臂置于中立位;下 1/3骨折前臂置于旋前位。两助手分别握住肘上方与腕掌部作对抗牵引,纠正重叠、成角与旋转移位。骨折线在同一平面者,用端挤提按手法纠正骨折的内外侧或掌背侧移位。如上法不能复位时则用折顶手法复位。骨折线不在同一平面者,桡骨是横形、尺骨是斜形骨折,先用端挤提按手法使桡骨复位(若未成功可用折顶手法复位),然后

再整复尺骨。两骨折端交叉相互靠拢时,先用夹挤分骨手法分骨,利用骨间膜的张力保持骨的稳定性。儿童青枝骨折,如成角畸形较大,术者用两手握住骨折端,以双拇指顶住骨折凸侧,其余 4指从骨折凹侧扳压,即可纠正畸形。

2.2 固定方法 儿童青枝骨折成角不大者无需复位,仅用 4块夹板局部固定,三角巾悬吊 3周左右。移位骨折复位后,在维持牵引下放置好压垫。骨折线在同一平面者分骨垫的中部对准骨折线,即骨折线上下分骨垫长度相等。骨折线不在同一平面,分骨垫放在两骨折线之间。如骨折原有侧向移位,用 2点加压法放置压垫。骨折原有成角移位者,用 1点或 3点加压法放置压垫。然后用 4块夹板(长度与患肢前臂相等)、布带捆扎固定,前臂置于中立位,用带柱托板托起,三角巾悬吊于胸前。检查布带的松紧度和定期摄片复查,了解骨折端对位情况,观察末梢血运,根据具体变化予以调整。骨折未愈合前严格控制前臂的旋转活动。

2.3 术后处理 早期作握拳活动与上肢肌肉舒缩活动,逐渐作肩、肘关节的活动,如大云手、小云手等。活动范围由小到大,去外固定后要全面活动患肢。按三期辨证用药:初期瘀肿较甚,治宜活血祛瘀、消肿止痛,内服活血止痛汤,肿胀严重者宜重用三七、泽兰、木通等。中期宜和营生新、接骨续筋,内服生血补髓汤等。后期宜养气血、补肝肾、壮筋骨,内服补肾壮筋汤或健步虎潜丸;若尺骨下 1/3骨折迟缓愈合者,宜重用补肝肾、壮筋骨药物以促进骨折愈合。

2.4 注意事项 骨折整复固定后均须严格观察手的血运,注