

手法整复小夹板固定配合中药内服治疗肱骨髁上陈旧性骨折

漆 伟

(重庆市中医骨科医院, 重庆 400012)

摘 要 **目的:**探讨手法整复小夹板固定配合中药内服治疗肱骨髁上陈旧性骨折的疗效。**方法:**1997 年 11 月至 2007 年 12 月, 采用手法整复小夹板固定配合中药内服治疗肱骨髁上陈旧性骨折患者 35 例, 其中左侧 17 例, 右侧 18 例。男 28 例, 女 7 例。年龄 5~12 岁, 中位数 7 岁。骨折类型: 伸直型 30 例, 其中尺偏型 18 例、桡偏型 12 例; 屈曲型 5 例, 其中尺偏型 3 例、桡偏型 2 例。合并桡神经损伤 5 例。所有患者均有明确的外伤史, 均有肘部肿胀、肘关节畸形、肘关节功能障碍等临床表现, 骨折端均有不同程度的旋转移位。**结果:**本组患者治疗时间 6~12 周, 中位数 8 周。所有患者均获随访, 随访时间 6~12 个月, 中位数 8 个月。1 例患者手法整复小夹板固定 3 d, 患肢出现血液循环障碍, 改为手术治疗。参照《中医病证诊断疗效标准》肱骨髁上骨折的标准评定疗效, 本组治愈 27 例, 好转 7 例, 未愈 1 例。**结论:**采用手法整复小夹板固定配合中药内服治疗肱骨髁上陈旧性骨折, 具有操作简便、疗效确切等优点, 值得临床推广应用。

关键词 肱骨骨折 正骨手法 小夹板固定 中药疗法

肱骨髁上骨折是儿童肘部损伤中最为常见的一种, 若延误治疗则成为陈旧性骨折^[1]。临床常采用手术切开复位内固定治疗, 但易引起肘关节骨化性肌炎、Volkmann's 缺血挛缩、肘内翻等并发症, 不利于关节功能恢复^[2]。1997 年 11 月至 2007 年 12 月, 我们采用手法整复小夹板固定配合中药内服治疗肱骨髁上陈旧性骨折患者 35 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 35 例, 男 28 例, 女 7 例; 年龄 5~12 岁, 中位数 7 岁; 均为肱骨髁上陈旧性骨折患者, 其中左侧 17 例, 右侧 18 例。骨折类型: 伸直型 30 例, 其中尺偏型 18 例、桡偏型 12 例; 屈曲型 5 例, 其中尺偏型 3 例、桡偏型 2 例。合并桡神经损伤 5 例。所有患者均有明确的外伤史, 均有肘部肿胀、肘关节畸形、肘关节功能障碍等临床表现, 骨折端均有不同程度的旋转移位。受伤至就诊时间 14~32 d, 中位数 21 d。

2 方 法

2.1 手法整复 均采用臂丛神经阻滞麻醉。患者取平卧位, 术者站立于一侧, 将患侧肩关节外展 45° 位掌心向上固定, 2 位助手分别握住患侧上臂及前臂, 将肘关节屈曲 15° 后对抗牵引 5 min。肘关节周围组织张力降低后, 术者双手拇指置于骨折端远端外侧, 其余手指置于骨折端内侧, 以两拇指间处为断端的再折点, 在牵引助手的配合下, 两拇指同时用力向内挤压, 另一助手同时被动内收、外展前臂。折骨后, 术者双

手握住患侧骨折断端左右晃动, 尽量解除骨痂、松解粘连, 手法轻柔、均匀用力, 以免损伤血管和神经。骨折断端出现骨擦音及异常活动后, 在 2 位助手拔伸牵引状态下, 术者将骨折端近端向内挤压以矫正侧方移位; 术者将拇指置于肱骨远端内侧并向前推挤, 助手同时向上端提, 使肘关节屈曲, 从而矫正前后移位。对于骨折端重叠移位较严重的患者, 助手将肘关节屈曲 15° 位持续牵引, 术者拇指置于肱骨远端, 并向骨折端远端折顶, 待骨折断端重合后, 在助手牵引状态下屈曲肘关节, 从而使肱骨髁上骨折前后复位。

2.2 小夹板固定 复位骨折端后, 选择合适的小夹板固定, 前侧板可以较短, 后侧板、内侧板、外侧板均可超过肘关节, 后侧板也可根据肘关节的解剖特点适当弯曲^[3]。尺偏型在其骨折端的内、外侧各放置 1 条压垫, 桡偏型不放置压垫。注意观察患肢血液循环情况, 患侧手指麻木、发绀、皮肤冰凉时, 及时适度松解小夹板。小夹板妥善固定后, 肘关节屈曲悬吊 < 90° 位。视患者恢复情况, 适度活动手指和腕关节。X 线片显示骨折端复位良好、周围有大量骨痂形成时, 解除小夹板, 适度活动肘关节。

2.3 中药内服 骨折端复位情况满意后, 根据患者的具体情况分期用药, 所用药物均为本院自制的中成药。初期服用初伤胶囊, 主要药物组成为: 三七 12 g、熟大黄 6 g、牡丹皮 12 g、荆芥 12 g、红花 6 g、川芎 12 g 等; 中期服用中伤胶囊, 主要药物组成为: 续断、骨碎补、三七、当归、川芎、牡丹皮等各 12 g; 后期服用补肾

胶囊,主要药物组成为:海螵蛸 6 g、熟地黄 12 g、鹿角胶 12 g、红参 9 g、当归 12 g、黄芪 18 g 等;每日 3 次,每次 1~2 颗,4 周为 1 个疗程。

3 结果

本组患者治疗时间 6~12 周,中位数 8 周。所有患者均获随访,随访时间 6~12 个月,中位数 8 个月。1 例患者手法整复小夹板固定 3 d,患肢出现血液循环障碍,改为手术治疗。参照《中医病证诊断疗效标

准》肱骨髁上骨折的标准^[4]评定疗效。治愈:骨折解剖复位或骨折远折端向桡侧移位 1/5 以内,有连续性骨痂形成,功能完全或基本恢复,携带角正常。好转:骨折对位尚满意,骨折愈合,肘关节伸屈受限在 30°以内,携带角减少在 20°以内。未愈:伤肢畸形,携带角减少 20°以上,功能障碍。按上述标准评定疗效,本组治愈 27 例,好转 7 例,未愈 1 例。典型病例 X 线片见图 1。



(1) 术前 X 线片



(2) 术后 X 线片

图 1 患者,男,11 岁,左肱骨髁上陈旧性骨折

4 讨论

肱骨髁上陈旧性骨折多见于儿童,为了促进肘关节功能恢复,常采用手法整复夹板固定等方法治疗。手法整复后采用合适的小夹板外固定,可以有效防止骨折端移位。为了增加其稳定性,可以适当使用压垫,但是初期尽量不用,中后期可合理应用。根据肱骨髁上陈旧性骨折的特点,制定分期用药原则,早期用药以活血化瘀、消肿止痛为主,中期用药以接骨续筋为主,后期用药则以补肝肾、强筋骨、固本培元为主。治疗过程中,还应注意防止肘内翻畸形等并发症。肱骨髁上骨折治疗不当常易引发肘内翻畸形,尤其是肱骨髁上陈旧性骨折,其引起肘内翻的几率更高^[5]。关于肘内翻畸形的成因,有学者认为肱骨髁上骨折多伴有水平位旋转和冠状位倾斜,当骨折端远端出现水平位旋转伴冠状位倾斜,且向后侧方移位时,最容易引起肘内翻畸形^[6]。谷效斌等^[7]认为,是否将骨折端的尺侧嵌插变为桡侧嵌插、是否对骨折端的尺侧骨膜进行松解,这些都与肘内翻畸形密切相关。

虽然手法整复可以有效纠正骨折端移位,但是过度的手法复位却会加重软组织损伤、诱导骨痂形成,从而引起肘关节周围组织粘连、挛缩。折骨是手法操

作中的重点,应谨慎进行,其主要注意事项有:①确定着力点和方向。肘关节周围分布着重要的血管和神经,前后方向折骨会损伤肱动脉、桡神经及正中神经,因此手法操作前应仔细分析患者的 X 线片,了解其骨折端移位及骨痂形成情况,根据其具体骨折类型确定折骨的着力点和方向。②减少不必要的牵引。折骨前过度牵引既不能纠正骨折端移位,也不能解除肌腱粘连和神经卡压,反而会加重神经、血管损伤,不利于骨折端复位。③确保手法准确。折骨前嘱助手将患侧肩部置于外展 45°位固定,术者双手拇指置于肱骨髁远端外侧,其余手指置于骨折端内侧,拇指适度用力向内侧挤压折骨,感觉骨折端移动即可停止操作。④重视松解粘连。折骨前保持软组织的放松非常重要,而陈旧性骨折的骨折端常会出现组织粘连,不利于手法操作,因此应充分松解肘关节周围粘连的组织,松解时力度应适当,避免因肘关节的过度外展和内收而损伤尺神经和桡神经。⑤矫正移位的骨折端。折骨后再次复位时,应注意矫正移位的骨折端,轻度旋转移位者可以通过肩关节内、外旋转运动代偿,重度旋转移位者常需再次手法整复。

本组患者治疗结果显示,采用手法 (下转第 61 页)

(上接第 59 页)整复小夹板固定配合中药内服治疗肱骨髁上陈旧性骨折,具有操作简便、疗效确切等优点,值得临床推广应用。

5 参考文献

- [1] Ogden JA. 儿童骨骼损伤[M]. 柳用墨,译. 北京:人民卫生出版社,1987:171-229.
- [2] 张安桢,武春发. 中医骨伤科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1988:220-227.
- [3] 王亦聰. 骨与关节损伤[M]. 4版. 北京:人民卫生出版

社,2007:575-588.

- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:164.
- [5] Canale ST. 坎贝尔骨科手术学[M]. 卢世璧,译. 10 版. 济南:山东科学技术出版社,2005:1360-1369.
- [6] 陈日勇,刘运纪. 闭合复位经皮克氏针固定治疗儿童肱骨髁上骨折[J]. 中医正骨,2011,23(11):72-73.
- [7] 谷效斌,李鹏斌,朱光伟,等. 3 种入路手术治疗儿童肱骨髁上骨折 178 例[J]. 中医正骨,2011,23(10):49-50.

(2012-09-17 收稿 2012-11-27 修回)