

撬推手法治疗桡骨颈移位骨折26例报告

安徽省立医院骨科 孔繁锦 胡兴敏 许加铭 张光平

桡骨颈骨折为关节内骨折,在儿童期称桡骨小头骨骺分离,为肘部常见的骨折。此种损伤,如果处理不当,可使肘部及前臂的功能受限,对肘部生长发育也有一定的影响。现将应用撬推手法治疗的26例儿童桡骨颈骨折介绍如下。

一、病例资料:

我院自1971年底至1981年底,以中西医结合小夹板治疗少年儿童桡骨颈骨折26例,倾斜角 $>60^\circ$ 者13例,倾斜角为 $30\sim60^\circ$ 者7例,倾斜角 $<30^\circ$ 者6例。男性22例,女性4例。年龄最大16岁,最小为6岁。

二、复位方法和效果:

在臂丛麻醉下,患者平卧,患肘伸直,前臂稍旋后,术者先作局部按摩,确切触摸到移位的头颈,或嵌入塌陷的桡骨小头,随后以两手拇指交叠紧压其上,其余手指合抱尺骨鹰嘴部,令助手双手握住前臂远端,沿尺桡两个方向做撬摆动作。每当助手向尺、桡方向作撬摆动作时,术者两拇指用力推压桡骨小头,使移位的小头逐步回复到张开的关节间隙内。如果手法准确,用力适当,配合协调,经过数次撬推,一般均可复位。经检查证实复位后,即可用前臂四块夹板固定,在桡骨小头部须加环形垫及方形垫,以免再移位。2~3周后,解除外固定,作功能锻炼。

20例移位骨折采用撬推手法得到满意复位,其中解剖或近解剖复位者13例,余7例残留 $10\sim25^\circ$ 角。13例倾斜角 $>60^\circ$ 者,复位属佳的8例,良5例;7例倾斜角为 $30\sim60^\circ$ 者,复位属佳的4例,良3例。

三、体会:

桡骨头颈部移位骨折的治疗,近年来国内虽有采用针拨复位,但尚未见到成熟的闭合手

法报道。在祖国医学正骨八法中,亦未曾见到撬推手法。以往复位方法,只着眼于推按小头部,因折断移位的小头短小,且有嵌插,即使用较大的推压力量也往往不能得到满意的复位。撬推手法近似物理学中的杠杆原理,着力点为前臂远端,支点为四指合抱的尺骨鹰嘴部,应力点为桡骨头颈部,因着力点的力臂长,造成的应力大。前臂远端向桡侧方向的摆动,是解脱嵌压的主要应力,这样就便于将小头推入复位。在撬推的过程中能使肘关节外侧间隙增大,形成骨折片易于向关节腔内纳入的条件,同时前臂伸肌群的张力,也有迫使移位骨折片复位。

手法之前局部必须进行按摩,以利于准确触摸推压桡骨小头,否则不易成功。如嵌压紧密,受伤时间较长,往往达不到满意复位。本组需要复位20例中,达到解剖或近解剖复位13例,其余7例桡骨小头关节面仍遗有倾斜角,此与嵌压程度及复位时间有一定关系,但对功能无明显影响,与文献报道相同,后期是否影响发育,有待今后进一步观察。

满意的复位,一定要配合良好的固定,前臂四块夹板固定,桡骨头颈部须置环形垫,可起到“箍”的作用,在头部再加方形垫,以防止移位,并可纠正残余畸形,此亦为重要环节之一。

桡骨头颈部骨折,过去是从形态上分型,较为繁杂且无临床应用价值。为了便于治疗,我们把它分为三型,是以桡骨小头关节面与水平线的交角的大小而分, $<30^\circ$ 为I型,无需进行手法,若夹角超过 30° 以上时,即II、III两型,包括“歪戴帽”骨折,是适用此撬推手法的。只要手法得当,基本可以避免切开复位及其并发症。病人痛苦小,功能恢复快。