

关节内、关节附近骨折的中医手法复位

陆一农整理

1982年10月在杭州召开的全国第二次关节内、关节附近骨折学术讨论会上,较多的和详细的讨论了关节内、关节附近骨折的中医手法复位和中西医结合手法复位的方法。各家方法不同,各有其特点。现综合介绍如下。

一、肘关节关节内骨折、关节附近骨折的手法复位

肘关节关节内骨折和关节附近骨折的手法复位难度较大。会议中介绍这部位骨折的手法复位方法较多,并对其有关机理作了较深入的探讨。

(一) 肱骨外髁骨折的手法复位和机理

中医研究院广安门医院介绍的翻转手法的论文⁽¹⁾指出,患儿在跌倒时常为肩关节外展偏后伸位,肘呈屈曲位并略内翻,前臂旋后,腕及掌指关节呈背伸位,这时,肱骨外髁将受到三组外力,因而发生骨折和脱位。这三组外力是:(1)当手掌着地时,反作用力通过腕关节传至桡骨,经过骨间膜传导到尺骨,并传向近端,正因此时肘关节呈内翻位,尺骨切迹有如利刃,首先将肱骨滑车骨面的桡侧部分,向外上方劈开至肱骨小头嵴板处,并延此薄弱部分向外延伸;(2)当骨折线沿肱骨小头嵴板向外延伸之际,肘关节还处于半屈曲位,桡骨小头直接将反作用力由前下向后上方冲击肱骨小头,造成骨折块成前小后大、内小外大的特点,该骨折块包括肱骨小头、滑车外侧部分于桡端,这时诸外力还在起作用,故继续将骨膜及软组织撕开,骨折块向外移出;(3)跌倒时为维持身体平衡,前臂的肘后肌及肱伸肌的猛力牵拉,与第二组外力协同作用,使骨折块发生有三个轴的典型翻转移位。上述机理,经解剖学及生物力学的研究与观察,得到证实。论文在有关本病闭合复位机理的讨论中指出,骨折片发生了额状面的向前 70° 以及向外 90° 、向远端 90° 的翻转及脱位,在闭合复位时首先应该使脱位的骨折片进入肱桡关节间隙中,并摸清骨折面的上缘和下缘,以及滑车端,使助手保持肘内翻和肘伸 130° 的情况下,将骨折面由前下、外,向内、上后翻转并推按,这样可以消灭额状面的翻转,使骨折片进入肱桡关节间隙中,骨折片可得到初步相互接触,这时再推骨折片的

滑车端,指向内上约 45° 横轴翻转,再指向前上 60° 纵轴翻转,骨折面小于 60° 的额状面翻转。这时将滑车端自内、前、上,向内、后、下用力推按,并使肘关节放在 $135^\circ\sim 90^\circ$ 范围内,使滑车端进入肱尺关节间隙中。这时骨折片可能只有侧方移位,故将肘关节放置于 $70^\circ\sim 90^\circ$ 之间,前臂旋后,同时用拇指自外髁之外侧向尺侧推按、挤压,当即可得到解剖复位。作者还指出,既经复位后,以屈肘固定优点较多。

安徽省人民医院介绍的摇晃牵抖手法的论文⁽²⁾指出,患儿在全麻或臂丛麻后,局部按摩,以消肿胀,术者一手拇指从肘外侧触及翻转的骨折片,以便于复位时加压骨折片使其易于移向关节间隙,其余四指握住肘部以防止在摇晃时肘部过度内外翻,另一手握腕部,作左右摇晃或作屈肘旋前、旋后的牵抖动作。两手协调配合,先向尺侧摇晃(使肘内翻动作),在摇晃中带有牵抖力量,从小到大,增加力量,动作要细柔均衡,不可用力过大。翻转的骨折片被拉向前方时,最好旋后;相反被拉向侧后方时,可采用旋前伸直牵抖。当骨折片一时难以判断其移位情况时,可试行旋前、旋后交替牵抖复位。论文认为手法完全符合“欲合先离,离而复合”的原则。

(二) 肱骨内上髁骨折的手法复位和机理

河北医学院附属第三医院骨科介绍的肘后半脱位手法的论文⁽³⁾中指出,用肘后半脱位的手法,即置伤肢于外展位,肘作过伸动作,同时作前臂旋后位,这时前臂因肌群紧张,可将骨折片从肘关节牵拉出来,从而达到骨折复位的目的。

北京铁路总医院介绍的推顶手法的论文⁽⁴⁾指出,患儿仰卧,局部用局麻,术者一手握住上臂下端,另一手握住前臂上端,同时用两拇指向尺侧推顶肘关节,使尺桡关节间隙松动,让助手轻轻屈伸伤肢,使被嵌入的骨片拉出,然后,术者用右手握住伤肢肘关节,拇指按压于骨折片并向上推顶,同时左手握住伤肢腕部屈伸肘关节,当可触及骨擦感,提示已达复位。

(三) 肱骨远端髁上骨折和骨髓分离(关节内骨折)的手法复位和机理

北京铁路总医院介绍的推顶手法的论文⁽⁴⁾指出,

肱骨髁上骨折(伸直型)患儿取仰卧位,局部麻醉后,术者先捏揉伤肢肌肉,分筋理筋,然后,两助手分别握住伤肢上臂和前臂,在伤肢屈肘位下略用力牵引,术者一手握上臂远端,向后侧推顶,另一手掌顶住肘尖部,向前用力推顶,两手同时用力,触到骨擦感,示已达复位。

讨论会上有代表特别强调,在手法复位前,捏揉伤肢,分筋理筋,消除局部肿胀很重要,否则不易达到复位的目的。

(四) 桡骨小头骨折、骨折脱位的手法复位

中医研究院广安门医院介绍压推屈伸手法的论文⁽⁶⁾指出,患儿在臂丛麻醉或血肿内麻醉后,取坐位或卧位,患肢置旋后位,第一助手握前臂,第二助手握上臂,作对抗牵引,术者用左拇指在桡骨头外侧摸到骨折片,另四指跨过前臂抵于尺侧,右手握肘上,两手配合,用力开大肘关节,此时,左拇指将骨折片向上向尺侧推挤,与此同时,嘱第一助手在牵引下将患肢前臂先旋前,再旋后,使骨折远端转动,以配合术者正在推挤的骨折远端复位,复位成功即可使原先触及的骨折片消失。

安徽省立医院骨科的撬推手法治疗桡骨颈移位骨折的论文⁽⁶⁾指出,在臂丛麻醉下,患者平卧,伤肘伸直,前臂稍旋后。术者先作局部按摩,确切摸到移位的头颈(或嵌入塌陷的头颈),术者以两手拇指交叠紧压其上,其余手指合抱尺骨鹰嘴部,嘱助手双手握前臂远端,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,术者要用两拇指用力推压桡骨小头,可使移位的小头逐步回复到张开的关节间隙内,即达到复位目的。

北京崇文区中医医院骨科介绍的推挤手法论文⁽⁷⁾指出,一般可不采用麻醉,患儿仰卧,患肢屈曲145°,手心向上(旋后位),一助手握住上臂远端,固定于床上,另一助手握住腕部,稍用力牵引,术者先用拇、食指握住骨折处,向掌、背侧推按,活动断端,然后术者两手拇指并列放在桡骨小头外后下方,用力向内前方推挤桡骨小头。此时,同时握住腕部的助手紧紧配合术者,将前臂由旋后位移向旋前位,如此反复2~3次,可使其复位。

北京铁路总医院骨科介绍推顶手法的论文⁽⁴⁾指出,让患儿取靠坐位,给以局部麻醉,助手握住伤肢上臂,术者左手握住伤肢腕部,与助手对抗牵引,右手捏揉伤肢,进行舒筋理筋,然后,右手握住肘关节,拇指按于桡骨小头的外下方,使肘关节屈曲小于90°,此时,拇指用力向内上方推顶桡骨小头,同时左

手使伤肢前臂旋后,再伸直牵引,触及骨擦感示已复位。

二、其他部位的复位方法

会议中也有部分论文对其他部位的复位方法作了介绍与讨论。如山东中医学院附属医院骨科介绍了经皮撬拨复位治疗四肢骨折的经验,作者⁽⁸⁾报告用此法治疗各部骨折60例,认为使用这方法的适应症范围较广,新鲜骨折和陈旧骨折,均可使用,穿针部位皮肤完好者,均可供钢针穿入,伤者全身情况差,经不起复杂手术者,也可采用此方法。经皮撬拨方法要在X线下进行,进针处要消毒及局麻,用斯氏针操作,利用杠杆作用,以骨折一端为支点,撬拨另一端进行整复,使骨折达到复位。对骨折不稳定者,可将钢针留在骨折间隙,或用钢针固定。

河南洛阳整骨研究所介绍了尺骨鹰嘴骨折潜行固定的经验。作者⁽⁴⁾指出,用银丝潜行固定方法是在闭合整复的基础上进行的,银丝穿越尺骨鹰嘴上缘,交叉成8字形,越过骨折断端,然后固定在骨折线以下1厘米处的钻孔中。这样不仅可使骨折线紧靠,还可以在收紧银丝时,使骨折片达到更好的对位,由于有银丝固定,还可进行早期活动和功能锻炼。

参 考 文 献

- (1) 李祖谟: 肱骨外髁翻转型骨折移位机理的研究。
 - (2) 孔繁锦等: 摇晃牵抖手法治疗肱骨外髁翻转骨折机制的探讨。
 - (3) 宋恩旭: 肱骨内上髁骨折块卡入肘关节与应用“肘后半脱位”手法整复的有关机制探讨。
 - (4) 葛长海等: 关节内骨折及近关节骨折的手法治疗。
 - (5) 段胜如: 手法闭合复位治疗桡骨颈完全移位骨折。
 - (6) 孔繁锦等: 撬推手法治疗桡骨颈移位骨折。
 - (7) 刘玉海: 桡骨小头骨折分离(歪戴帽)治疗体会(附10例临床观察)。
 - (8) 孙德立等: 经皮撬拨复位治疗四肢骨折(附60例报告)。
 - (9) 姜有民: 尺骨鹰嘴骨折潜行固定术。
- (以上系全国第二次关节内和近关节骨折专题学术会议资料)

治疗荨麻疹外洗方

陕西省黄陵县太贤公社医院
屈 录 全

药物组成及用法: 夜交藤200克, 苍耳子、白蒺藜各100克, 白鲜皮、蛇床子各50克, 蝉蜕20克。加水7大碗(约5000毫升), 煎开20分钟, 乘热先熏, 候温用旧巾布浸药液外洗患处。药液放阴凉处, 用时煮热, 每剂可洗用3~5次。

笔者经治30余例, 一般多在熏洗2小时全身痒块消失, 近期效果显著。