

中医手法治疗肱骨髁间骨折 54 例报告

河南省洛阳正骨研究所 余传仁 姜友民

内容提要：本文采用手法复位、中药内服和外洗、小夹板固定，治疗 54 例复杂性肱骨髁间骨折，复位良好率达 85%，固定良好率达 96%。其中 48 例得到 6 个月～7 年的随访观察，功能恢复良好率达 81%，肘关节活动范围平均达 125 度，无明显创伤性关节炎发生。文中还介绍了作者对本病临床分型、分型手法及择型夹板的经验。

肱骨髁间骨折治疗困难，疗效欠佳，在一些骨科专著和文献中均提出其特殊性。我院 1979 年 9 月～1986 年 6 月住院治疗严重肱骨髁间骨折 54 例，经予中医手法整复、小夹板固定，中药三期辨证施治和早期功能锻炼，获得了较为满意的效果。现报告如下。

临 床 资 料

一、一般资料

本组 54 例，男 27 例，女 27 例。年龄最大 67 岁，最小 9 岁，平均 32 岁，青壮年占多数。左侧 34 例，右侧 20 例。跌伤 52 例，多为骑自行车摔伤；机器皮带挤扭伤 2 例。

二、分型

为了临床治疗手法的需要，根据骨折在 X 线上的表现，将肱骨髁间骨折分为五型：(1) 无移位型：骨折线通过滑车、肱骨小头与肱骨干。(2) 分离移位型：滑车、肱骨小头有分离但无明显旋转，与肱骨干有明显移位。(3) 尺偏旋转伸直型：滑车、肱骨小头分离，在冠状面上滑车连同内上髁向内旋转，肱骨小头连同外上髁向外旋转，肱骨小头多低于滑车，肱骨小头、滑车同时内移、后移位。(4) 旋转屈曲型：滑车、肱骨小头分离，并分别向内、外旋转；滑车、肱骨小头同时向前移位。(5) 粉碎型：肱骨下端关节面破碎三块以上者。

按照以上分型标准，本组病例属分离移位型 2 例，尺偏旋转伸直型 40 例，旋转屈曲型 6

例，粉碎型 6 例。

方法和结果

本组病例根据分型施以手法整复。各型的复位手法如下：

1. 无移位型：本组无此型病例。此型患者给予夹板超肘固定即可。

2. 分离移位型：患者仰卧位，臂外展 70°～80°。两助手握上臂及前臂，顺伤势对抗牵引，同时术者把握髁部。两断端牵开后，维持牵引。术者以两手掌根部对挤两髁，使分离的两髁合拢复位。一手紧扣两髁，再按髁上骨折矫正髁与肱骨干的移位，而后肱骨小夹板超肘固定，颈腕带固定肘于直角位。

3. 尺偏旋转伸直型：此型为临床最常见病例，现以右侧为例简述其手法。患者仰卧位，臂外展 70°左右，顺伤势，一助手牵握上臂中下段，一助手握牵前臂。前臂稍旋位后，术者立于患肢外侧，两手把持两髁，两助手缓缓对抗牵引。在骨折远近折端牵开后，术者以右手拇指按外髁向内、向下，余四指提拉内髁向外、向上，左手握推肱骨干向内，同时牵前臂助手外展前臂。四个力同时实施，即可纠正尺偏及滑车、肱骨小头在冠状面上的旋转、分离。右手紧扣两髁，左手拇指推鹰嘴向前，余四指拉近端向后，同时牵前臂助手在牵引下屈肘至直角位，即可纠正前后移位。X 线透视复位满意后，肱骨小夹板超肘固定，颈腕带固定

肘于直角位。

4. 旋转屈曲型：患者仰卧位，臂外展 $70^{\circ} \sim 80^{\circ}$ ，顺伤肢伤势，两助手缓缓对抗牵引至肘伸直。在牵引的同时，术者两手把持两髌，在远、近折端牵引开后，以两手掌根部推挤两髌，推内髌向外、向下，推外髌向内、向上，两髌分离旋转纠正后，左手推拉肱骨干向前，右手稳定两髌，纠正前后移位。如复位稳定，一般可将肘屈至直角位固定；如复位不稳定，可用半伸直夹板固定，十天后改以直角位固定。

5. 粉碎型：此型移位严重，两髌之间骨块难于复位，我们以手法复位为主，根据复位后稳定情况，酌情辅以尺骨鹰嘴牵引，以维持复

位后的稳定性。本型骨折移位多同尺偏旋转伸直型，其手法基本与该型者相同。如骨折变位为旋转屈曲型者，即施以旋转屈曲型手法。

在各型手法施术前，最好给予臂丛神经阻滞术。牵引时术者要把持两髌，防止加大两髌旋转。两断端牵开后维持牵引力要适中，强力牵引下施术是困难的。对整复后不稳定骨折，可在适当位置上加放棉纱垫。

三、治疗结果

本组 54 例全部治愈，按 1978 年青岛会议拟定的《关节内及近关节疗效标准》统计，如附表所示，复位效果优良 46 例 (85.2%)；复位后采用本院自制肱骨夹板和半伸直夹板固定，固定效果良好 52 例 (96.3%)，2 例有再移位。

附表 54例肱骨髌间骨折患者的疗效统计

分 型	总 例 数	复 位				固 定			功能恢复*			
		优	良	尚可	差	良好	尚可	差	优	良	尚可	差
分离移位型	2	2	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0
尺偏旋转伸直型	40	20	14	5	1	39	1	0	10	19	5	1
旋转屈曲型	6	4	2	0	0	6	0	0	3	2	1	0
粉碎型	6	2	2	2	0	5	0	1	1	2	1	1
合 计	54	28	18	7	1	52	1	1	16	23	7	2

* 获随访者 48 例，其中分离移位型 2 例，尺偏旋转伸直型 35 例，旋转屈曲型 6 例，粉碎型 5 例。

获随访 6 个月~7 年(平均 4 年)者 48 例，肘关节活动范围平均达 125° 。

整复是治疗骨折的关键，固定是手法整复的继续，而功能恢复则是治疗的目的，也是评定疗效最主要的指标。从附表看出，本组获随访的 48 例中，功能优良 39 例，优良率达 81.3%；尚可 7 例，其肘关节活动范围在 $90^{\circ} \sim 105^{\circ}$ 之间或活动度较大伴有可见肘内翻者；功能差 2 例，肘关节活动范围分别为 80° ($20^{\circ} \sim 100^{\circ}$) 和 85° ($20^{\circ} \sim 105^{\circ}$)，肘部无明显疼痛，前臂无旋转受限。

本组 54 例，治疗前有伴发症者 13 例，其中伴发肱骨外科颈骨折 1 例，尺骨鹰嘴骨折 1 例，尺骨骨折 2 例，尺桡骨双折 2 例，柯雷氏骨折 2 例，股骨颈骨折 1 例，桡神经损伤 3 例，

尺神经损伤 1 例。伴发骨折者复位均良好，骨性愈合，邻近关节功能恢复。神经损伤者随访时均恢复正常。随访中发现 6 例青少年患者有肘内翻表现。

讨 论

肱骨髌间骨折是典型的关节内骨折，其特点是骨块多，分离、旋转、移位严重，软组织损伤亦较严重，骨折端出血多，肘部肿胀甚，给治疗带来了困难。我们这组较重骨折病人，经用中医手法复位、小夹板超肘固定、早期功能锻炼、中药分期施治等综合治疗措施后，经 6 个月~7 年随访，48 例的肘关节活动范围平均达 125° ，且无前臂旋转功能障碍及明显的创伤性关节炎发生，疗效是比较满意的。

为使患者筋骨舒展,消肿减痛,易于复位,术者首先要注意拔伸牵拉手法的正确运用。拔伸牵拉应顺肘之伤势而施,牵拉力应逐渐增加,直至达到治疗需要为止。术者要把持两髌,防止加大骨块旋转,切忌猛牵、猛拉和抖动。其次要正确运用推挤提按,以施术者拇指推按外髌向内、向下,余四指提拉内髌向外、向上;或两掌推挤分离的两髌使之合拢复位,使分离、旋转之骨块复归。此骨折多有内上髌之骨片,手法尚难施展,特别是翻转、分离较重者。究其客观原因主要为:伤肘肿胀甚,骨折处出血多,骨片浮离,骨片尚小,且有旋转。此骨片分离移位致滑车向上,难于复位,有待进一步研究。根据创伤解剖的变化在X线上的表现,两髌之间的折线多在髌间沟处或滑车外1/3处,这样尺骨鹰嘴与滑车保持正常或近正常的解剖关系,为手法复位奠定了基础,也是功能恢复的有利条件。折线在滑车内1/3以内,致滑车及内髌骨片小,抗屈肌牵拉力更差,旋转更甚,给手法复位造成困难。本组中功能恢复差的一例即属此情况。

为了手法复位的需要,我们根据骨折在X线上的表现分为五型。该分型说明了两髌及远、近折端的创伤解剖变化。如临床常见的尺偏旋转伸直型,尺偏是指远折端向内移位;旋转

是指两髌的旋转变化;伸直是指远、近端的变化。从分型上即能知道创伤解剖在X线上的表现,这样就为治疗方案明确方向。内上髌骨片,临床较常见,它对整复增加困难,但在肘关节外,不参加关节组成,对功能恢复影响不大,所以未单独考虑分型;外上髌骨片临床极少见到。实践证明,本分型对临床手法是适用的。

本组重度骨折48例,经6个月~7年的随访观察,都没有明显的创伤性关节炎病例出现。笔者认为这与以下几点有关:(1)早期良好的手法整复,创伤小,软组织修复快,一般在复位后二天内即可见局部肿胀开始消退;(2)早期功能锻炼,使滑车关节面尽早修复,这些在复查病人的X线片上均可得到证实;(3)中药的分期辨证施治,达到通经活络、逐瘀活血止痛的整体治疗效果。

要得到满意的功能恢复,坚持功能锻炼是很重要的。骨折固定后即可让患者握拳、动腕;一周后让其在健侧扶持下伸屈肘关节;两周左右自主活动肘关节,并逐日加大活动量,在关节活动和夹板固定中能纠正部分残余移位,并能限制骨片移位、旋转。后期要详细交待锻炼的方法,以自主锻炼为主,切忌他人粗暴的推按。只要锻炼得法,持之以恒,许多患者均可获得意想不到的功能恢复。

肠系膜动脉栓塞急腹痛治验

解放军第一军医大学中医系 陈素云

吕××,男,52岁。患者身高体胖,素患冠心病。于1976年12月23日因劳累后洗热水澡时心绞痛发作,急诊入院,入院后诊断为下壁心肌梗塞并发心律失常。1977年1月1日晨突发左上腹阵发性绞痛,伴腹胀(无排气)。腹部平片见横结肠及降结肠积气明显。经检查诊为急性心肌梗塞并发肠系膜动脉栓塞。给予低分子右旋糖酐静点、罂粟碱肌注、消心痛等口服,腹痛腹胀未见减轻,且辗转不安,痛苦呻吟,于当日晚23点全院急诊会诊,考虑病重,决定先用中药治疗,如无效再考虑手术及其他方法治疗。余给予口服中药理气和胃降逆之剂。处方:半夏10克,

白茯苓15克,陈皮10克,甘草6克,枳实15克,竹茹15克,砂仁6克,木香10克,藿香6克,川朴10克,白芍15克水煎内服;另用小茴香60克、木香20克、白豆蔻30克、葱须(葱白亦可)适量,炒香趁热布包外熨脐上,待稍凉后重新炒热再用。外熨后十分钟左右,特护人员即听到腹内有气体移动声音,半小时左右开始有排气,腹胀腹痛减轻,一小时左右随着排气增加,腹胀腹痛明显好转,待大量自动排气后(约二小时多),腹胀腹痛基本消失,仅有隐痛不适,连用三天,乃告痊愈。