

手法为主整复夹入肱尺关节内 骨折块 36 例

湖北省黄梅县中医院骨伤科 李 青 龙

笔者从事正骨临床工作多年, 每用“以骨拨骨”法整复夹入肱尺关节内骨折块, 效果均较满意。现将 1979 年 5 月至 1987 年 12 月收治有完整资料记录的 36 例报告如下。

一、临床资料

36 例中, 男 24 例, 女 12 例; 年龄 5~13 岁 12 例, 14~25 岁 18 例, 26~44 岁 6 例; 病程最短 1 天, 最长 42 天, 其中一周内 14 例, 两周 9 例, 三周 4 例, 四周 4 例, 五周 3 例, 六周 2 例; 左侧骨折 23 例, 右侧 13 例; 原发 III 度骨折 12 例, 原发 IV 度骨折 16 例, IV 度转为 III 度骨折 8 例。本组病例中合并有肱骨外上髁撕脱骨折 4 例, 尺神经损伤麻痹 3 例, 以上 7 例皆为成人患者。

二、治疗方法

欲使夹入肱尺关节内骨折块的肘关节复位, 功能恢复, 必须使骨折块脱出关节间隙, 然后再进行综合治疗。

(一) 整复方法:

1. 体位: 患者仰卧诊断床上, 患肢腋下绕一宽带, 系于床头。

2. 麻醉: 行臂丛阻滞麻醉, 对疼痛耐受能力高的新伤患者可不行麻醉, 发挥前臂屈肌腱收缩作用, 以利骨片脱出。

3. 人工脱位: 使患者伤肢稍外展 (35°左右), 前臂呈旋后位, 置床上, 助手握前臂下端, 进行拔伸, 增大肱尺关节间隙。术者立于患侧, 一手握上臂下段, 一手握前臂上段, 握上臂之手上提, 握前臂之手下按兼外拉, 使之达到后外脱位。此时助手放松。

4. 重新复位: 术者一手握住上臂下段, 向外压拉肱骨下端, 同时, 握前臂上段之手向内

提推尺桡骨上端。在术者施力之同时, 助手轻度外展前臂, 且缓缓拔伸, 令尺骨喙突或半月切迹内缘顶推骨折片移动, 加上屈肌腱作用, 使骨片脱出肱尺关节间隙。

骨片脱出同时, 关节肿胀深部有时发生一下较轻的弹动感, 然后外脱位畸形消失。术者以握上臂之手按定肘部, 嘱助手稍松拔伸屈肘, 滞涩感消失, 反复几次屈伸肘关节, 以舒理筋肉。

前臂于中立位屈肘 135°, 术者以拇指摸定骨折片, 向后上推按, 令其复位。

(二) 固定: 在骨折块的前内下方放一固定垫, 用超肘关节夹板固定, 屈肘 90° 悬挂于前胸 2~3 周。

(三) 中药治疗: 分三期辨证施治, 内外用药。

初期 (伤后 10 天之内): 选用活血祛瘀、消肿止痛的活血止痛汤 (《伤科大成》方) 为主辨证加减。活血止痛汤组成: 川芎、乳香、没药、落得打各 6 克, 当归 12 克, 赤芍 9 克, 苏木、红花、陈皮各 5 克, 三七、地鳖虫各 3 克。外敷金黄膏 (《医宗金鉴》方)。

中期 (伤后 30 天以内): 以接骨续筋为主, 佐以活血之品。选用行气活血、促进骨痂生长的接骨续筋汤为主, 辨证加减。处方: 党参 30 克, 当归、煅自然铜、续断、杜仲、枸杞各 20 克, 白芍、丹参、骨碎补各 15 克, 山萸肉、云茯苓、青皮、怀牛膝、甘草各 10 克, 土鳖虫 5 克。外贴麝香跌打膏。

后期 (伤后 30 天~60 天): 以补气血、养肝肾、壮筋骨、利关节为主, 选用壮筋养血汤 (《伤科补要》方)、八珍汤、虎潜丸 (《丹溪心法》方) 等为主方辨证加减。局部筋肉挛缩或

关节粘连强硬可选用舒筋活络的上肢损伤洗方(《中医伤科讲义》经验方)煎水熏洗患处,并配合推拿活动,以利关节功能恢复。壮筋养血汤组成:当归、丹皮、白芷、牛膝各9克,川芎、杜仲各6克,生地、续断各12克,红花5克。上肢损伤洗方组成:伸筋草、透骨草各15克,荆芥、防风、刘寄奴、苏木、川芎、威灵仙各9克,红花、千年健、桂枝各12克。

(四)功能锻炼:遵循固定与活动统一、骨折愈合与功能恢复同时并进的原则进行。复位后10~15天内,仅作肩关节适度伸屈外展活动与腕掌关节伸屈活动。肘关节不宜屈伸,以免“惊动损处”——复位后骨折片。复位10~25天后,在不致损伤局部原则下,进行按摩推拿以行血舒筋;主动作肘关节伸屈锻炼,以使肘关节功能逐步恢复。

三、疗效标准及治疗效果

本组疗效分优、良、尚可三级。

优:骨片脱出关节间隙,达到或接近解剖对位。结束治疗后,关节活动自如,无自觉症状。良:同优级评定,但骨片距解剖对位不超过0.5厘米。尚可:骨片脱出关节间隙,骨片距解剖对位超过0.5厘米,关节活动受限度在5°左右,过劳时,有轻度肿胀不适。

本组36例患者,整复后全部成功,其中优11例,占30.6%,疗程30~70天;良21例,占58.3%,疗程30~90天;尚可4例,占11.1%,疗程7~150天。

四、病案举例

唐××,女,18岁,学生,黄梅县杉木乡烟铺村人。1982年9月20日,左肘关节跌伤,经当地卫生院X线摄片,显示左侧肱骨内上髁III度骨折。几经当地医生复位,均未成功。于9月28日来我院骨伤科求医,左上肢轻度屈曲悬吊于前胸,肘关节明显肿胀,有广泛青紫瘀斑与散在张力性水泡,局部温度较高,被动活动肘关节有阻力及发涩感,肘三角关节似无明显改变。我院摄片(摄片号:1897)见左肱骨内上髁骨折片断面朝下,夹入肱尺关节内,关节间隙增宽。诊断为左肱骨内上髁III度骨折。

患者对疼痛耐受力较强,未行麻醉,经用“以骨拨骨”法整复后,患肘即感舒适,能主动表现大部伸屈功能,脱出骨片,按II度整复手法整复、固定。摄片显示骨片已准确复位。

综合治疗45天后,肘关节外形正常,功能全复。X线摄片显示骨痂明显形成,骨折线模糊,关节清晰。半年后随访,肘关节活动自如,无任何不适,可定优级。

五、讨论

夹入肱尺关节内骨折块一症,即肱骨内上髁III度骨折,系由间接牵引暴力引起肱骨内上髁骨折所致。本症好发于儿童及青少年。

受伤时,肘关节处伸直位,前臂屈肌群急剧收缩的同时,遭受强大外翻暴力,使内侧关节囊等软组织广泛撕裂,关节腔内侧张开,将撕脱带有旋转移位的内上髁骨折块吸附其内,夹在肱骨滑车与尺骨半月切迹之间。另外,肱骨内上髁IV度骨折,即肘关节桡偏后脱位,并肱骨内上髁骨折,常被误认为单纯性肘关节脱位,仅以常规肘关节脱位复位手法或整复IV度骨折块手法失败,骨折块嵌入尺骨半月切迹和肱骨滑车之间,转为III度骨折。肱骨内上髁后方有尺神经沟,故III度与IV度骨折可合并尺神经损伤,检查时需注意尺神经功能。

术者要明确骨折块夹入的准确位置及其他情况,作出相应有效的处理方法,才能心明手巧,而达到《医宗金鉴·正骨心法要旨》所说的“知其体相,识其部位,一旦临证,机触于外,巧生于内,手随心转,法从手出”的目的。

本法施力切忌疾暴,用力务求缓、稳、准,达到“上髁不与接骨同,全凭手法与身功”、“法使骤然人不觉,患者知痛骨已拢”(《伤科汇纂·上髁歌诀》)的娴熟程度,以免造成意外损伤。笔者以本法治疗36例,未发生过神经、血管、骨质损伤。

“以骨拨骨”法整复肱骨内上髁III度和IV度骨折,简便易行,疗程短,效果良好,功能恢复也较满意,发扬了中医手法正骨之长,患者可免遭手术切割之苦以及由此所造成的不可逆转的损伤、伤口感染、关节强直等后遗症。