

陈氏正骨手法结合经皮穿针治疗儿童肱骨髁上骨折 68 例

李炳钻 钟黎娟 蔡秀英 郑晓蓉 王建嗣

(泉州市正骨医院小儿骨科,福建省泉州市丰泽区刺桐路61号,362000)

关键词 儿童肱骨髁上骨折/陈氏正骨手法

肱骨髁上骨折是儿童常见的骨折,占儿童肘部骨折的30%~40%^[1],治疗不当,常遗留一定的并发症与后遗症,自2005年12月-2008年12月,我们采用陈氏正骨手法结合经皮穿针固定,治疗儿童肱骨髁上骨折68例,效果良好。现总结报道如下。

1 临床资料

本组68例,男44例,女24例,年龄7~14岁,伸直型骨折64例,屈曲型4例,尺偏型36例,桡偏型32例,伴正中神经损伤4例,桡神经损伤3例,尺神经损伤1例,无血管损伤,伤后至整复时间2h~20天,其中10~20天10例,平均2.15天。

2 治疗方法

1)麻醉选择:68例均在臂丛神经阻滞麻醉下整复。2)患者取仰卧位,摸触辨认,结合X线片检查,分析远骨折端旋转移位方向,予相反方向进行牵牵引拔,纠正短缩及旋转移位。3)术者用内外推端手法矫正骨折端尺桡偏移位。4)术者两拇指顶住鹰嘴上方两侧的肱骨内外髁后方,其余手指握住骨折近端向后按压,采用提按升降手法,复位时,助手在保持牵引下屈肘,纠正骨折端的前后移位及成角。5)对于陈旧性骨折的患者,整复时加用旋翻回绕、摇摆旋转、顶压折断、对抗旋转等手法,使骨折端松动,然后进行整复。6)C型臂X线透视证实骨折断端复位成功。7)内外侧交叉经皮穿克氏针固定^[2],通过骨折端达到近骨折段的对侧骨皮质,将针尾弯曲90°后剪断,皮外约留0.5cm左右,无菌包扎。8)肘关节石膏托固定3~4周,开始进行功能训练。

3 治疗结果

平均住院时间为7d(5~10d),68例均得到随访,随访时间4~8个月,平均5.2个月,骨折全部愈合,1例出现携带角消失,呈直肘,所有病例未出现Volkmann挛缩。疗效评价采用中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准。治愈:骨折解剖复位或骨折远折端向桡侧移位 $\leq 1/5$ 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°,携

带角减少在20°以内。未愈:复位失败,或伤肢畸形,携带角减少20°。结果:治愈64例,占94.03%;好转4例,占5.97%,未愈0例,占0%,8例伴有神经损伤者均在伤后3个月内恢复。

4 讨论

对于肱骨髁上骨折的治疗,国内外同行进行了大量的研究与实践,闭合手法复位、切开复位、夹板固定、穿针固定等治疗方案均有采用,但整复手法仍是各种治疗方案的基础。特别是对于陈旧性骨折的治疗,仍然是目前对于肱骨髁上骨折治疗过程中较为棘手的问题。目前我国正骨手法较多,它们均为各流派沿习所致,由于传统习俗影响,其操作往往缺乏规范性,从而也使其发展受到了极大的限制,难以满足当今医疗发展和国际化之需要,源于清代儿经发展改良的传统正骨八法虽在全国范围内较广泛地应用,并对一般骨折的整复有较好的效果,但对于一些复杂骨折如:近关节骨折、陈旧性骨折常难以达到满意的复位效果。“陈氏正骨手法”乃广东省名中医陈渭良主任医师等人在继承岭南骨伤科名家李广海正骨手法的基础上,总结长期临床实践经验,融汇解剖及生物力学的原理加以发展而创立的一套骨伤正骨诊疗手法,弥补了传统正骨八法的不足。陈氏正骨手法在儿童肱骨髁上骨折治疗中具有重要的作用,值得推广应用。

陈氏正骨手法结合夹板固定治疗肱骨髁上骨折的适应症:根据Gartland^[3],将肱骨髁上骨折分为Ⅲ型,Ⅰ型无移位骨折,Ⅱ型轻度移位,Ⅲ型完全移位,由于众所周知的肱骨髁上骨折后肘内翻畸形发生率很高,故Ⅰ型、Ⅱ型和Ⅲ型的肱骨髁上骨折均适合。不适合行陈氏正骨手法结合夹板固定治疗者有:1)多发性损伤或多发性骨折需抢救生命或作其他治疗者。2)严重的开放性或粉碎性骨折确需手术治疗者。

陈氏正骨手法结合夹板固定治疗肱骨髁上骨折的优点:1)方法简单,易于操作,手法规范,容易掌握。2)对患者的损伤小,不切开,不留明显疤痕,符合美观理念。3)安全、痛苦小、并发症少、功能恢复好。4)疗程短、费用低。5)对于陈旧性骨折,效果良好,避免畸形的发生。

陈氏正骨手法结合经皮穿针固定治疗肱骨髁上骨

折的体会: 1) 整复前一定要认真摸触辨认, 详细阅读 X 线片及进行临床检查, 准确判断远骨折端相对近骨折端的旋转移位情况, 如果远骨折端旋后, 则应予旋前位牵引, 如果远骨折端旋前, 应予旋后位牵引, 若骨折端无明显旋转移位, 则予中立位牵引。2) 采用提按升降手法纠正前后移位时, 在拇指向上提升时, 一定要用其四指将近骨折端向下按降, 否则容易出现纠正过度, 导致屈曲型移位。3) 对于陈旧性骨折, 陈氏正骨手法较传统正骨八法来说, 具有优越性, 采用旋翻回绕、摇摆旋转、顶压折断、对抗旋转等手法, 先对患肘施用由轻而重正骨手法, 以轻柔手法前后左右摇晃折端, 以松懈骨折周围粘连的软组织及断端间的纤维骨痂, 继而两手环抱骨折远近端, 作前后内外侧推压及远折端扭转等手法, 直至粘连松解、连接断开, 待骨折端出现异常活动及骨擦音时, 证明骨折成功。然后再进行整复, 注意操作应稳妥、准确、轻巧, 切忌盲目强力粗暴动作, 因为手法轻柔有效, 未对骨折部软组织再造成太大的

创伤, 因此不会出现骨化性肌炎, 本组有 10 例在伤后 10 天以上进行整复, 经治疗后, 均达到治愈。4) 陈氏正骨手法, 包括有十四种手法, 即: 摸触辨认、擒拿扶正、伸牵引拔、提按升降、内外推端、屈伸展收、扣挤分骨、抱迫靠拢、扩折反拔、接合碰撞、旋翻回绕、摇摆旋转、顶压折断、对抗旋转等, 均从定义、作用、操作手法、力学原理四个方面进行整理和研究, 规范了每一种手法的操作, 使手法具有很强的可操作性, 在教学中比较实用, 使助手较容易掌握手法的要旨, 整复过程配合默契, 操作容易完成, 整复质量较高。

参考文献

[1] 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学北京: 人民军医出版社, 1993: 582.
 [2] 李炳钻, 钟黎娟, 蔡秀英, 等. 闭合复位经皮穿针治疗儿童肱骨髁上骨折体会. 中国骨与关节损伤杂志, 2005, 20(11): 768 - 769.
 [3] Gartland JJ. Management of supracoracoid fracture of the humerus in children. Surg Gynecol Obstet, 1959, 109: 145 - 154.

(2009 - 09 - 23 收稿) □

“温则消而去之”与内科临床

赵 玉 华

(湖南省邵东县中医院, 422800)

关键词 温法

“温则消而去之”语出《素问·调经论》。原文指出: “血气者, 喜温而恶寒, 寒则泣不能流, 温则消而去之……。”马蒞在《黄帝内经素问注证发微》中说: “温则消释而易”, 即言温法可温通经脉, 消散瘀血, 使气血运行恢复正常。其实, 温法不单单可以消散瘀血, 而且可以祛散许多病邪。笔者在临床中遵循这一理论并加以引伸, 运用温法祛邪治疗多种病证, 收效较佳, 兹略述之。

1 温经通痹治痹证

症见肢体关节疼痛, 痛有定处, 得热痛减, 遇寒痛增, 关节不可屈伸, 局部皮色不红, 舌质淡红, 舌苔薄白, 脉弦紧。此寒邪痹阻, 经络不畅为患, 治拟温经散寒, 通痹止痛, 投乌头汤(《金匮要略》)加减: 制川乌 10g, 麻黄 10g, 白芍 15g, 黄芪 15g, 巴戟天 10g, 海风藤 10g, 炙甘草 5g。

2 温化痰饮平眩暈

症见眩晕而头重如蒙, 胸闷恶心, 食少多寐, 舌质淡红, 舌苔白腻, 脉滑。由痰饮内停, 上蒙清空为罹, 治宜温化痰饮, 清利头目, 投苓桂术甘汤(《金匮要略》)化裁: 茯苓 15g, 桂枝 10g, 白术 10g, 泽泻 10g, 法半夏

10g, 蔓荆子 10g, 菊花 10g, 炙甘草 5g。

3 温散瘀血止腹痛

症见腹部疼痛, 痛位固定不移, 以夜间为甚, 有时有针刺感, 舌质紫暗, 舌苔薄白, 脉弦。乃瘀血内阻, 气机不畅所致, 治以温散瘀血, 通络止痛, 用少腹逐瘀汤(《医林改错》)加减: 川芎 10g, 干姜 5g, 延胡索 10g, 五灵脂 10g, 白芍 15g, 小茴香 10g, 肉桂 5g(后下), 炙甘草 5g。

4 温阳利水消水肿

症见身肿, 腰以下尤甚, 按之凹陷不起, 尿量减少, 怯寒神疲, 舌质淡胖, 苔白, 脉沉细。此肾阳不足, 水道不利所致, 治宜温补肾阳, 利水消肿, 用真武汤(《伤寒论》)加减: 制附子 10g, 白术 10g, 茯苓 15g, 白芍 10g, 生姜 10g, 泽泻 10g, 炙甘草 5g。

5 温通大便秘

症见大便艰涩, 排出困难, 喜热怕冷, 腹中冷痛, 舌淡苔白, 脉沉迟。系寒邪内结, 腑气不通为患, 治宜温里散寒, 通便止痛, 取大黄附子汤(《金匮要略》)加味: 大黄 15g(后下), 制附子 10g, 细辛 3g, 肉苁蓉 10g, 白芍 15g, 厚朴 10g, 炙甘草 5g。

(2009 - 11 - 30 收稿)