

中药外敷滴渗与小杉板固定治肱骨干骨折 23 例

★ 周文扬 (浙江省文成县中医院 文成 325300)

摘要:目的:观察传统保守治疗肱骨干骨折疗效。方法:采取手法复位,小杉板外固定,配合中药外敷滴渗内服等方法治疗。结果:平均骨折愈合时间为 6.5 周,23 例全部治愈。结论:该法疗效满意,骨折对位佳,愈合快,功能恢复好,患者痛苦小,并发症少。

关键词:肱骨干骨折;手法复位;小杉板外固定;中药外敷滴渗

中图分类号:R 271.11 **文献标识码:**B

近年来,作者采用中药外敷滴渗与小杉板(杉树皮夹板)固定治疗肱骨干骨折 23 例,取得满意疗效。现总结报告如下。

1 临床资料

本组 23 例,男 16 例,女 7 例;年龄 13~82 岁,平均 47 岁;跌扑伤 15 例,暴力击伤 5 例,车祸伤 3

例;上段骨折 4 例,中段骨折 12 例,下段骨折 7 例;横断形骨折 10 例,斜形骨折 7 例,螺旋形骨折 4 例,粉碎形骨折 2 例,均为闭合性骨折。无神经及血管损伤等并发症。伤后至就诊时间 3 小时~2 天。

2 治疗方法

2.1 手法整复 患者坐位或平卧位,患肢放于适中

架上,使患肢高于患儿心脏水平,3~7 天患肢肿胀可以消退,平均为 4 天时间。将患儿患肢固定悬吊后,患儿疼痛减轻,多数能够配合治疗。肿胀消除后手术治疗,术后患肢肿胀轻微,无一例术口感染。本组患儿无一例发生 volkman 挛缩。

应用解剖:后正中入路起自尺骨鹰嘴尖,沿后正中向近端延长。该入路仅涉及一块肱三头肌,该肌接受桡神经支配。桡神经在腋窝处发出长头肌支从该头的起点进入肌肉;在腋后襞下缘下方 1.5~4.6 cm 处发出外侧头肌支,从桡神经沟以上的平面进入肌肉,因此后正中入路在桡神经沟处分离两头不会损伤任何一个头的神经供给。内侧头接受双重神经支配,该头的内侧半接受桡神经的纤维,此纤维沿尺神经伴行;外侧半接受桡神经主干纤维(由桡神经沟处发出),因此后正中入路纵行劈开内侧头暴露肱骨后面时不会引起任何一半的肌肉失神经支配。该入路可清楚显露骨面相对平坦的肱骨干下 2/3 段,但桡神经和尺神经则是易损伤结构,以上提示后正中入路既是较为安全方便的手术入路,同时应注重对相关神经的保护。

本组患儿均采用肘后侧纵形切开肱三头肌入路,保持了肱三头肌的连续性,术中电凝严格止血,

遵循锐性及骨膜下剥离,术后无一例发生肱三头肌粘连;术中直视下复位,能够使骨折端桡侧加压嵌插并保持桡偏,能有效的避免肘内翻^[2],能有效地避免骨折端旋转及维持前倾角。本组患儿肘关节屈伸功能优良率达 92.3%。优缺点:肘后侧入路手术操作方便,可在直视下行骨折复位固定,但由于切断肱三头肌及广泛剥离骨膜,破坏了肘后腱下滑囊,术后肱三头肌与肱骨下端及关节囊广泛粘连,干扰了伸肘装置的正常功能,阻碍肘关节的屈伸活动。故在术中应尽可能减少剥离范围,并且采取锐性剥离,以减少术后肱三头肌与肱骨下端及关节囊广泛粘连的机会。

综上所述,肘后侧纵形切开肱三头肌入路治疗儿童肱骨髁上骨折具有复位直观,能够保持桡侧加压及桡偏,保持前倾角,可以使肘关节获得满意功能。

参考文献

- [1] 张明友,刘永恒,周其璋,等.内外侧切口双交叉克氏针固定治疗肱骨髁上骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2005,20(8):545.
- [2] 浦立勇,张锡纯,王晓东,等.肱骨髁上骨折并发肘内翻的生物力学研究[J].中华小儿外科杂志,2002,23:237.

(收稿日期:2008-10-21 责任编辑:曹征)

位,先令两助手沿患肢纵轴作缓缓对抗牵引,术者待重叠移位矫正后,肱骨干上 1/3 骨折(骨折线在三角肌止点以上)用端提挤压手法为主;中 1/3 骨折(骨折在三角肌止点以下)用推顶手法较多;下 1/3 骨折,多为斜形或螺旋形,只需较小牵引力,作旋转、对扣、捏合可使断面相吻合,最后为使骨折端更紧密接触可用摇摆触碰手法。如遇骨折端间有软组织嵌入,手法难以复位者,可行手术治疗。若伤后患肢肿胀甚者,宜行尺骨鹰嘴骨牵引或外敷伤科消肿膏,待肿胀消退一些再行手法复位外固定法治疗。手法整复牵引时不宜使用暴力,以免产生断端分离移位。

2.2 固定方法 骨折整复后,在牵引维持下,患肢上臂外敷伤膏,纸压垫放置位置可根据侧方与成角移位情况而用二点或三点进行加压,然后用塑形好的前、后、内、外侧四块小杉板进行固定。肱骨干中 1/3 骨折行局部固定,上 1/3 骨折超肩关节固定,下 1/3 骨折超肘关节固定,然后屈肘 90°,前臂中立位,用一块轻托板托前臂,并用三角巾吊悬于胸前。

2.3 中药疗法 在外固定期间,骨折早中期不能松懈小杉板外固定换药膏(为防止骨折再移位,需及时调整夹板松紧度),患处滴渗凉血消肿,活血止痛,祛瘀续损等不同型号伤科药水(自拟 1 号药膏方用生大黄 150 g、生栀子 100 g、芙蓉叶 100 g、竹叶椒 100 g、王不留行 100 g、蓖麻叶 60 g 等;2 号药膏方用野葡萄 100 g、竹叶椒 100 g、王不留行 100 g、骨碎补 100 g、土鳖虫 60 g、紫荆皮 100 g、青木香 80 g、落得打 100 g、丹参 100 g 等,将上述药物研末过筛,加 60% 酒精拌湿,再加适量凡士林调成糊状备用。药液方取上药物加水浓煎提取制成,用后须加盖密封,药效可保持较长时间不变),同时内服四物止痛加减等汤剂。术后 2 周内应每隔 3~4 天作 X 线摄片检查 1 次,防止分离等移位。一旦发生,必须及时矫正,并用肩肘弹力绷带或外展架固定 3 周左右。治疗期间,患者在医生指导下进行早、中、晚期患肢活动锻炼,以利功能早日恢复。

3 治疗结果

本组 23 例,术后 X 线摄片复查骨折复位满意,骨折愈合时间 30~75 天,平均 45 天。经 6 个月~2 年随访,患者双上肢等长,外观无畸形,肩肘关节活动正常。参考文献[1]评定标准,均为优。

4 典型病例

张某,女,63 岁。跌扑致右上臂肿痛,活动丧失 2 天。经 X 线摄片诊断为右肱骨干中段粉碎性骨折。曾在外院就诊复位未成功,第三天遂来本院治

疗,予以手法整复、外敷 1 号伤膏,然后用小杉板固定妥当后再将患肢放于外展架上。2 周内不能解除小杉板换药膏,用 1 号伤科药水滴渗,2 周后换 2 号药膏,并继续夹板固定,用 2 号伤科药水滴渗治疗,并按骨折 3 期辨证内服中药汤剂。46 天后 X 线片示有骨痂形成,70 天后 X 线摄片示骨折临床愈合,对位对线佳,功能完全恢复。

5 讨论

肱骨干骨折在临床上较多见。肱骨干属长管状骨,其周围有较多肌肉附着。骨折移位与暴力作用方向、肌肉牵拉及肢体重力牵引等因素有关。

骨折手法整复满意后,用塑形好的小杉板固定可避免手术剥离骨膜、破坏血运而损害骨折修复能力;小杉板加纸压垫合理固定,可保持骨折在整复后的位置,而且通过有利于骨折的肌肉舒缩活动产生内在应力,结合小杉板固定的外力作用下,轻度的侧方或成角移位得以矫正,使骨折复位后位置更稳定,有利于骨折早期愈合;外展架使用相当给患肢安置一个安静的位置,有效控制了前臂旋转的摆动,防止骨折再移位,而且克服了上肢重力牵引而使断端分离^[2]。中草药外敷滴渗疗法克服药膏、膏药含水少、吸收较差及药水、药油等擦(擦)剂易挥发、不能持久作用之不足。该法协同巩固手法和固定治疗效果,利于损伤修复,尤其对整复固定理想的不稳定骨折,不因经常松懈小杉板外固定换药而使骨折发生移位,故本法起到经常换药、提高中药外治之效果。中药内外辨证施治,实践已证明能促进肿胀消退和骨痂形成,缩短骨折愈合时间。总结该疗法特点和不足之处:(1)该法固定取材方便、弹韧性好,宜于塑形,符合外固定力学特点,患者痛苦少,愈合快,但局部固定牢靠性不及手术内固定,故需及时调整夹板和外展架的位置和松紧度,避免骨折早期发生再移位。(2)术后可立即带架下地、随时作患肢肌肉舒缩运动,这对骨折位置有良好作用,符合局部整体兼顾、动静结合的治疗原则。(3)该法克服了其他类型小夹板不易固定关节和绕肩石膏托难以牢固骨折端的缺点。(4)该法具有“骨折愈合快,功能恢复好,患者痛苦小,并发症少”传统中医骨伤疗法之特色。

参考文献

- [1]唐新兵.带锁交叉髓内钉固定肱骨干骨折[J].齐齐哈尔医学院学报,2001,22(6):697-698.
- [2]苏玉新.骨伤难症百例[M].北京:人民卫生出版社,1992:69.

(收稿日期:2008-11-19 责任编辑:曹征)