

## · 手法介绍 ·

## 拔伸旋转法治疗 Galeazzi 氏骨折 24 例

河南省洛阳正骨研究所(471002)

阮成群 王长志\* 曹亚飞

1993~1997 年,我们采用拔伸旋转法治疗 Galeazzi 氏骨折 24 例,疗效满意,现报告如下。

## 临床资料

本组 24 例中男 16 例,女 8 例;年龄 7~59 岁;受伤距治疗时间 1~8 天。稳定型 10 例,不稳定型 11 例,特殊型 3 例。有 2 例合并舟骨骨折,均未合并重要血管、神经损伤。

## 治疗方法

采用臂丛神经阻滞或局部浸润麻醉。患者仰卧于整复床上,肩关节外展 60°~90°,肘关节屈曲 90°。一助手握持患肢前臂近端及肘关节。另一助手一手握患肢大鱼际部,一手握小鱼际部,加大桡侧牵引力量,于患肢前臂中立位拔伸牵引 3~5 分钟。术者双手环扣下尺桡关节,在牵引下缓缓旋转,可感觉到下尺桡关节内有弹响或摩擦音,缓慢旋转至此种声音消失时,下尺桡关节稳定。置前臂于中立位,桡骨下段骨折多随下尺桡关节复位而复位。若有残余移位,可用推挤捺正手法使其复位。

复位成功后,在维持对位下,用前臂夹板外固定。尺侧板下端不超过腕关节,以利于手的尺偏,用紧张的腕桡侧副韧带牵拉桡骨远折端,克服了远折端的尺偏倾向。若桡骨骨折线为外上斜向内下者,要求尺侧板下端抵至第 5 掌骨颈,以防止错位。

## 治疗结果

本组 24 例,经 8 个月~5 年的随访,按 1975 年天津骨科会议制定疗效标准评定<sup>[1]</sup>,优 19 例,良 3 例,尚可 1 例,差 1 例。优良率 87.5%。

## 讨论

1. 移位机制:下尺桡关节由尺骨头的侧方关节面及桡骨的尺骨切迹组成,尺骨切迹的远侧缘有一三角纤维软骨盘附着,此软骨盘止于尺骨茎突的基底部,前后与关节滑膜连贯。下尺桡关节的稳定性主要由坚强三角纤维软骨与较薄弱的掌、背侧下尺桡韧带维持。直接暴力或间接暴力均可造成桡骨下 1/3 骨折,若三角纤维软骨、尺侧腕副韧带或尺骨茎突被撕裂,均可致下尺桡关节脱位。而旋前方肌、肱桡肌、外展拇长肌及伸

拇肌的联合作用,使桡骨远折端向掌尺侧移位并重叠,加重了下尺桡关节的移位程度。

2. 诊断要点:伤后患肢前臂及腕部疼痛肿胀,桡骨下 1/3 向掌侧或背侧突起成角,尺骨小头常向尺背侧突起。腕关节呈桡偏畸形,桡骨下 1/3 处压痛及纵向叩击痛明显,有异常活动及骨擦音。下尺桡关节松弛并有挤压痛,前臂旋转功能障碍。按照骨折的稳定程度及移位方向,分为三型,稳定型为桡骨下 1/3 横断骨折,成角畸形合并下尺桡关节脱位,或尺骨下端骨骺分离,多见于儿童;不稳定型为桡骨中下 1/3 短斜、螺旋或粉碎性骨折,下尺桡关节明显脱位,多见于成人;特殊型为尺、桡骨双骨折并下尺桡关节脱位。拍 X 线片必须包括腕关节,下尺桡关节脱位在 X 线正位片示下尺桡关节间隙成人 > 2mm,儿童 > 4mm,侧位片上尺桡骨下段骨干交叉,尺骨头向背侧移位。尤其要注意,若单纯桡骨骨折端重叠或成角,而尺骨完整时,应考虑到 Galeazzi 氏骨折的可能性,以防止漏诊,延误治疗而致患者前臂旋转及腕关节障碍。

3. 手法机理:既往 Galeazzi 氏骨折手法整复多在拔伸牵引下,采用折顶、分骨、捺正等手法正复桡骨骨折,若下尺桡关节不能在此过程中得到复位,再用扣挤手法使其复位。但由于下尺桡关节脱位时,单纯通过牵引手法多不易使其复位,加上尺骨多完整,牵引时皮肤张力大,分骨、折顶、捺正手法不易奏效。依据“骨折复位是骨折移位的反过程及结构与功能相适应”<sup>[2]</sup>原理,在前臂旋转运动时,桡骨远端的尺骨切迹以尺骨为轴心,以起自尺骨茎突至三角骨、豌豆骨的韧带为枢轴作 150°左右的弧形旋转。故而拔伸旋转复位法依据前臂的解剖特点,在牵引下使桡骨远端的尺骨切迹围绕尺骨缓缓旋转,当尺骨回到桡骨的尺切迹时,多可感到一弹响后,下尺桡关节复位,并在旋转过程中完全吻合。只要上、下尺桡关节正常,桡骨干的生理长度必然恢复,并在旋转过程中复位。即使有残余的角度及移位,亦可轻易用推挤、捺正等手法纠正。

此种拔伸旋转复位法治疗 Galeazzi 氏骨折,依据

\* 河南省项城市第二人民医院

前臂的生理解剖特点,充分利用了中医正骨手法中的以子求母、欲合先高的原则,避免了粗暴手法造成的创伤及下尺桡关节残余移位造成的功能障碍。且此种手法轻灵、创伤小,复位成功率高,有利于患者早日康复。

### 参考文献

1. 骨科疗效标准(草案). 天津医药[骨科副刊,1978;(试

刊号):30

2. 尚天裕,李瑞宗. 骨折愈合及其治疗原则. 中华骨科杂志,1988;8(1):64

(收稿:1997-12-13)

## 过肩折顶复位法治疗肩关节脱位 33 例

广东省佛山市中医院(528000)

江 湧 陈渭良 吴 峰

作者近年来采用过肩折顶单人复位法,整复肩关节前脱位 33 例,取得很好效果,报告如下。

### 临床资料

本组 33 例中男 20 例,女 13 例;年龄 19~96 岁;左侧 15 例,右侧 19 例(双侧 1 例);锁骨下型 4 例,喙突下型 16 例,孟下型 14 例;习惯性脱位 6 例,合并肱骨大结节骨折 13 例,肱骨干骨折 1 例,多发骨折 2 例。33 例全部是新鲜脱位。

### 治疗方法

一般情况下,不用任何麻醉。把复位的优点向病人说明,取得患者配合,使伤肢松弛是复位的重要步骤。以左肩为例,患者取仰卧位。把患肢前上臂对向搁置术者右前上臂,术者握住伤肢肘关节上端,缓缓持患肢外展、外旋,过肩高举,并施以轻度牵拉力及轻微旋转屈伸。同时,左拇指轻轻推顶肱骨头向外向后(注意避开腋部血管神经)。当拇指感觉肱骨头开始有滑动感时,立即行前屈内旋内收搭肩固定。若肱骨头在牵拉过程中无移动,则行数次反复推拉轻旋上肢使其逐渐松解,切勿硬强按肱骨头。复位时应舒缓轻柔,顺势用力,如有阻挡则反复轻柔屈伸旋转,勿使暴力,尤其在折顶过程中,以避免发生骨折。当有入臼感,方肩畸形消失,搭肩试验阴性,轻轻活动肩关节使白正筋柔。遂行肩肘“8”字绷带搭肩固定。

### 治疗结果

33 例(34 侧)肩关节前脱位,除一例 96 岁病者因心电图提示心肌供血不足而采用臂丛麻醉外,全部没有用任何麻醉。单人复位,均一次复位成功。术后 X 光片复查,肩关节对应关系正常,骨折对位好。无一例合并骨折及血管神经损伤。固定时间为 2~4 周。伤肩功能恢复情况:单纯脱位者平均 4 周,合并骨折者平均 6 周。

### 讨论

目前的教科书系统地总结了国内外医学对肩关节脱位手法复位的经验,为临床正骨医师提供了多种整复方法<sup>[1]</sup>。过肩折顶单人整复法中之折顶法,即屈伸法。《证治准绳》称之为“拽屈”、“拽伸”,即牵引下屈伸关节。《医宗金鉴》:“拽之离而复合,推之就而复位”。过肩折顶法整复肩关节脱位是中医正骨手法的具体运用。其特点为:1. 省力:顺力而非抗力,滚动而非滑动。传统的大牵引力复位,由于同时引发肱二头肌和三角肌的拮抗,牵引力要大于肌肉收缩力和各种阻力之和。而且,牵引力愈大,肌肉收缩力也大,阻力愈大。过肩法在外展上举前屈过程中,三角肌和肱二头肌均松弛,顺势柔和的牵引,不至于引起肌肉紧张。过肩法在展举旋屈时,肱骨头在回路上近似一个滚动过程。而传统方法基本上是滑动过程,因而摩擦阻力较大。肩关节脱位打破肩部肌肉静力平衡。前后肌肉的张力有恢复原有肌力平衡的趋势。过肩法常常在轻拽轻推时便复了位,就是调动了稳定肩关节中起主要作用的冈上肌、冈下肌和大圆肌、小圆肌的应力,使肱骨头回纳。2. 解决复位难题——关节囊纽扣状关闭和肱二头肌腱交锁。关节囊破裂后,如同衣服纽扣,用力牵引则紧张而关闭,放松则张开。肱骨头在松弛下更容易回纳。当肩外展上举前屈,肱骨头下移后旋,可避开肱二头肌腱的缠绕。3. 基本适用于各类型新鲜脱位:在传统方法中,由于脱位类型不同,复位方法可能要选择其适应症。而过肩法不受此限。喙突下型和孟下型,随着牵引外展上举而接近关节孟。锁骨下型由于有肩峰、喙突及软组织作力杠杆的支点,在适度加大牵引力下,肱骨头翻转下移而接近关节孟。

总之,过肩折顶单人复位法是在松弛状态下用滚动的方法,把肱骨头调整接近关节孟,并解脱各种可能阻挡的因素,在适度牵引力和拇指的推顶力协同下,通