

蒙医传统手法复位在儿童肱骨髁上骨折治疗中的应用及优势

青 鹰¹, 阿其拉图^{2*}

¹内蒙古民族大学临床学院, 内蒙古 通辽

²锡林郭勒盟蒙医医院创伤科, 内蒙古 锡林浩特

收稿日期: 2025年9月21日; 录用日期: 2025年10月14日; 发布日期: 2025年10月21日

摘 要

儿童肱骨髁上骨折属于儿科临床中较为常见的骨折类型, 治疗要求较高, 传统西医多采用手术固定方式。然而, 蒙医传统手法复位以其独特的整复技术和显著的临床优势, 在这一领域展现出巨大潜力。本文综述了蒙医传统手法复位在儿童肱骨髁上骨折治疗中的应用及其优势。

关键词

蒙医整骨术, 手法复位, 儿童肱骨髁上骨折, 喷酒按摩, 临床优势

Application and Advantages of Mongolian Medicine's Traditional Manual Reduction in the Treatment of Supracondylar Humeral Fractures in Children

Qingying¹, Aqilatu^{2*}

¹Clinical Medical College of Inner Mongolia Minzu University, Tongliao Inner Mongolia

²Trauma Department, Xilingol League Mongolian Medicine Hospital, Xilinhot Inner Mongolia

Received: September 21, 2025; accepted: October 14, 2025; published: October 21, 2025

*通讯作者。

文章引用: 青鹰, 阿其拉图. 蒙医传统手法复位在儿童肱骨髁上骨折治疗中的应用及优势[J]. 临床医学进展, 2025, 15(10): 1968-1973. DOI: [10.12677/acm.2025.15102970](https://doi.org/10.12677/acm.2025.15102970)

Abstract

Supracondylar fracture of the humerus in children is a relatively common type of fracture in pediatric clinical practice, which requires a high standard of treatment. Traditional Western medicine mostly adopts surgical fixation. However, Mongolian medicine's traditional manual reduction, with its unique reduction techniques and significant clinical advantages, has shown great potential in this field. This article reviews the application and advantages of Mongolian medicine's traditional manual reduction in the treatment of supracondylar humeral fractures in children.

Keywords

Mongolian Osteopathy, Manual Reduction, Supracondylar Humeral Fracture in Children, Wine-Spray Massage, Clinical Advantages

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

儿童肱骨髁上骨折是临床上最为常见的肘部骨折之一，约占所有儿童骨折的 3%~7%，多见于 5~8 岁的儿童[1]。该骨折多由外伤引发，该骨折多因跌倒时手掌撑地引发，外力经肢体传导至鹰嘴窝，最终导致骨结构断裂。若病情严重，可能继发缺血性肌挛缩、骨筋膜室综合征及肘内翻畸形；儿童患者若未及时干预或治疗方式不当，极易造成骨折断端愈合异常，形成畸形愈合[2][3]。目前西医治疗主要采用手法复位石膏外固定或切开复位内固定术，但这些方法存在创伤大，愈合周期长，费用高等问题。蒙医传统手法复位为儿童肱骨髁上骨折的治疗提供了新的思路和方法，具有独特的优势。

2. 蒙医整骨术的理论基础

蒙医整骨学是一门独具特色的学科，它以蒙医药理论为核心指导，治疗上以手法整复、按摩为主要手段，辅以蒙医特色疗法，与中医学及现代医学其他分支存在明显区别。该学科遵循顺应人体动态规律、助力机体自我修复的原则，针对骨伤，采用“以动治动、动静结合”的正骨术，强调治疗手段与患者心理状态的协同，治疗过程中，还会结合饮食与起居调理，共同构成这一独特的蒙医骨伤诊疗体系[4]。这种整体观念和独特的治疗理念，使得蒙医整骨术在骨折治疗中能够更好地促进骨折愈合和肢体功能恢复。

3. 治疗方法

3.1. 蒙医传统手法复位

3.1.1. 伸直型骨折

复位操作需两名助手配合：一人握持患肢上臂近端，另一人握持前臂远端，保持患肢呈外展姿态且掌心朝上，同步实施对抗牵引以拉开骨折端。术者操作时，双手除拇指外的四指环绕固定骨折近端并向外推拨，同时以双拇指着力向前按压尺骨鹰嘴，在此过程中同步将肘关节屈曲至 60°，直至骨折复位。此手法利用对抗牵引和术者的精准操作，有效纠正骨折端的移位，使骨折恢复正常解剖位置。

3.1.2. 屈曲型骨折

在助手配合下，术者用拇指向前推移骨折远端，同时以其他手指通过勾拉等方式将骨折近端从后方拉向前方，完成复位后将肘关节屈曲至 160° 。针对屈曲型骨折的特点，这种手法能够针对性地解决骨折端的错位问题，实现骨折复位。

3.1.3. 复位验证与调整

复位后需通过 C 型臂 X 线透视确认复位情况，若复位失败或位置不佳，需在透视下再次调整，直至达到复位标准。C 型臂 X 线透视的应用，确保了复位的准确性，为后续治疗提供了可靠保障。

3.2. 夹板固定方案

3.2.1. 伸直型骨折

对于伸直型骨折，复位后需将肘关节维持在 $90^{\circ}\sim 100^{\circ}$ 的屈曲状态，采用 4 块儿童肱骨髁上专用夹板，通过 3 根捆扎带实施固定。压垫放置需结合骨折移位情况：尺骨鹰嘴部位用梯形压垫(梯形端朝上)，肱骨前侧垫平行压垫，肱骨内外髁处则分别放置梯形压垫和塔形压垫。

3.2.2. 屈曲型骨折

屈曲型骨折复位后，需先将肘关节维持在 160° 屈曲位固定 1 周；1 周后逐步调整肘关节屈曲角度至 90° ，并在此位置继续固定 1~2 周。固定过程中，需在骨折近端后侧与远端前侧各放置 1 块厚度较厚的平行压垫，同时针对肱骨内外髁这两个易移位部位，分别对应放置梯形压垫与塔形压垫。此类分阶段调整固定角度、针对性放置压垫的操作方式[5]-[7]。

3.3. 药物治疗

在药物干预层面，需立足于整体观念，以辨证施治为核心准则，通过调理气血来改善机体状态，同时聚焦“琪素”(血)与“希拉乌素”的治疗，进而实现骨折愈合的目标。临床用药需依据骨折恢复阶段分为三期：初期(复位后约 1 周内)选用玛日布-3 味汤、拉哈如贡斯勒、额日敦-7 味汤等蒙药方剂，发挥清热泻火、活血化瘀的功效，以缓解骨折初期的局部肿胀与瘀血问题；中期(复位后约 2 周至 3 周)切换为铜钱-6 味、给素嘎-6 味、桑曼-9 味等方剂，此阶段用药以续筋接骨为主要作用，助力骨折断端的纤维连接与原始骨痂形成；后期(复位后约 4 周至骨性骨痂生成)则采用通拉嘎-5 味、汤钦-25 味、乌力楚-18 味等蒙药，通过清槽归精、强筋壮骨的作用，促进骨痂塑形与肢体功能恢复，巩固治疗效果[7]。蒙药的应用贯穿骨折治疗的全过程，从消肿化瘀到促进骨折愈合，再到巩固康复，全方位地为骨折治疗提供支持[7]。

3.4. 功能锻炼计划

固定后第 2 天开始练习腕关节、指间关节屈曲及握拳动作，促进手部血液循环，防止关节僵硬。固定 1 周后增加肩关节前后摇摆与抬肩训练，避免肩部功能受限。解除夹板后逐步开展肘关节屈伸练习，直至功能恢复正常，循序渐进地恢复肘关节功能。

3.5. 手术治疗：临床路径与潜在挑战

在当下的临床实践中，手术治疗儿童肱骨髁上骨折时，通常会在臂丛神经或全身麻醉的状态下，谨慎地施行切开复位交叉克氏针内固定术。手术开始，精准地选取约 5 cm 的手术切口，接着将皮肤、皮下组织逐层剥开直至骨膜清晰地呈现，随后对骨膜进行极为细致的剥离操作，使骨折端显露出来，进而开展牵引与复位的关键步骤，过程中借助 C 型臂进行精准辅助，最终完成交叉氏针内固定术。术后，使用高分子石膏将肘关节稳稳固定于 90° 左右，让其休养持续 4~6 周，期待骨骼的重新愈合生长[8]。然而，手

术治疗这一方式在儿童肱骨髁上骨折的治疗中，存在不少棘手的问题。该手术操作中，存在损伤尺桡神经的潜在可能性；同时，术中对骨膜进行剥离的操作，还会对骨折愈合进程产生延缓作用。而且，术后还可能面临伤口感染、针道感染等风险等并发症频发，同时，手术治疗的治愈率有着较大的提升空间亟待挖掘[9] [10]。

4. 蒙医传统手法复位的临床优势

4.1. 创伤小

蒙医传统手法复位避免了手术切开对组织的损伤，减少了术中出血和术后感染的风险，对儿童身体的创伤较小，有利于儿童的术后恢复。例如，与手术治疗相比，手法复位不需要切开皮肤、剥离肌肉和骨膜，降低了对骨折部位血运的破坏，为骨折愈合创造了更好的条件。

4.2. 并发症少

相关研究表明，蒙医传统手法复位治疗儿童肱骨髁上骨折的并发症发生率较低。爱金华[11]等采用蒙医传统整骨疗法，治疗 40 例儿童伸直型肱骨髁上骨折，结果显示，治愈 36 例(占 90%)、好转 3 例(占 7.5%)、未愈 1 例(占 2.5%)，并发症较少。蒙医整骨术注重整体调理和骨折的自然愈合过程，通过合理的手法复位和固定，减少了肘内翻、神经损伤等并发症的发生。

4.3. 疗程短

蒙医传统手法复位结合蒙药治疗和早期功能锻炼，能够促进骨折愈合，缩短治疗疗程。胡格吉乐吐[5]等通过蒙医传统整骨手法复位结合小夹板外固定治疗小儿肱骨髁上伸直型骨折，该疗法的优良率为 90.3%，同时具备疗程相对较短的优势。蒙药在骨折治疗全程中具有阶段性作用：治疗早期可发挥活血化瘀功效，缓解局部肿胀瘀血；中期能起到续筋接骨效果，助力骨折断端修复；后期则可实现强筋壮骨作用，巩固骨骼恢复效果。将其与早期功能锻炼相结合，能够有效缩短骨折愈合周期，加快肢体功能的恢复进程。

4.4. 费用低

与手术治疗相比，蒙医传统手法复位治疗费用相对较低，减轻了患者家庭的经济负担。这对于广大经济条件有限的家庭来说，具有重要的意义，使更多患儿能够接受有效的治疗(见表 1)。

Table 1. Comparison table of curative effects between CRPP and Mongolian medicine traditional manual reduction in the treatment of supracondylar fracture of humerus in children [12]-[14]

表 1. CRPP 与蒙医传统手法复位治疗儿童肱骨髁上骨折疗效对比表[12]-[14]

维度	CRPP	蒙医传统手法复位
疗效	术后末次随访 Baumann 角为 $(77.13 \pm 2.20)^{\circ}$ ，提携角为 $(10.39 \pm 2.19)^{\circ}$	治疗肱骨外科颈骨折优良率为 93.3%
安全性	可降低血管神经损伤风险	无手术切口，感染风险低，并发症较少
经济性	经济性手术费用相对较高，包括手术费、克氏针等耗材费用	费用较低，无需手术及相关耗材
康复周期	术后 4~6 周骨折均获临床愈合	骨折愈合时间较短

5. 蒙医传统手法复位的适应症范围

蒙医传统手法复位主要适用于无严重软组织损伤、骨折移位程度较轻的儿童肱骨髁上骨折，具体符合以下条件的病例：

1) 骨折类型

主要为伸直型(I 型、II 型)或屈曲型(I 型、II 型)，骨折断端无明显粉碎(碎骨块 ≤ 2 块且无分离)，关节面平整、无关节内移位。

2) 复位时间的选择

受伤时间 ≤ 24 小时，局部软组织肿胀较轻，无张力性水泡、皮肤破损或感染迹象。

3) 血运

肢体血运正常(桡动脉搏动可触及、手指末端红润)，无神经损伤症状(如手指麻木、活动受限)，或仅为轻微、暂时性神经刺激症状。

4) 患儿年龄

患儿年龄通常在 3~12 岁，依从性较好，可配合手法操作与后续固定(如蒙医传统夹板、布带固定)，且家长对无创治疗方案接受度高。

6. 蒙医传统手法复位的禁忌症

对于存在以下情况的儿童肱骨髁上骨折，严禁采用蒙医传统手法复位，以免延误治疗、加重损伤：

1) 骨折分类

骨折类型为粉碎性骨折(碎骨块 ≥ 3 块且存在明显分离)、关节内移位骨折(骨折线累及肱骨髁关节面，关节面台阶 > 2 mm)，或骨折断端存在软组织嵌入(如肌肉、筋膜卡压)，手法无法实现解剖复位。

2) 血管

伴有严重血管损伤，表现为桡动脉搏动消失、手指末端苍白冰凉、毛细血管充盈时间 > 3 秒，或出现骨筋膜室综合征早期症状(如肢体剧烈疼痛、被动活动时疼痛加剧)。

3) 神经

伴有严重神经损伤，如尺神经、正中神经或桡神经完全性损伤(对应支配区域感觉消失、肌肉瘫痪)，需紧急手术探查修复，避免神经功能永久性丧失。

4) 软组织

局部软组织条件差，如存在严重肿胀(皮肤张力极高、出现多量张力性水泡)、皮肤破损、感染创面，或受伤时间 > 48 小时且局部已出现明显肿胀、淤血加重，手法复位易导致皮肤坏死或感染扩散。

5) 合并其他严重损伤

如颅脑损伤、胸腹部损伤，需优先处理危及生命的损伤，骨折治疗需选择更稳定、高效的手术方式。

7. 蒙医传统手法复位的潜在风险与补救措施

潜在风险

1) 复位失败：因骨折移位复杂、软组织阻碍或手法操作不当，无法达到功能复位标准(如骨折断端移位 > 2 mm、成角畸形 $> 10^\circ$)，可能导致骨折愈合不良、肘关节畸形(如肘内翻)或活动受限。

2) 二次损伤：手法操作力度过大或角度不当，可能加重血管、神经损伤(如血管痉挛加剧、神经牵拉损伤)，或导致骨折断端移位加重、碎骨块游离。

3) 固定失效：蒙医传统夹板、布带固定稳定性不足，或患儿活动不当导致固定松动，可能引发骨折再移位，影响愈合进程。

8. 结论

综上所述, 蒙医传统整骨术具有操作独特、疗效显著、费用低廉的鲜明特点等优势, 为广大患者带来了福祉和希望, 是值得传承和发扬的珍贵医学遗产。登峰[15]等选取 36 例儿童肱骨髁上骨折患者开展治疗, 治疗手段涵盖蒙医传统整骨手法复位、小夹板外固定、喷酒按摩、早期功能锻炼及内服蒙药接骨丹, 治疗后优级 33 例、良级 3 例、差级 0 例, 临床效果显著, 具有推广价值。在临床实践中, 应根据患儿的具体情况, 合理选择治疗方法, 充分发挥蒙医传统手法复位的优势, 为儿童肱骨髁上骨折的治疗提供更优质的方案。同时, 也应加强对蒙医整骨术的研究和传承, 不断完善其理论和技术体系, 使其在现代医学中发挥更大的作用。

参考文献

- [1] 吉日嘎拉. 蒙医骨伤学[M]. 呼和浩特: 内蒙古人民出版社, 2007: 95.
- [2] 杨建平. 儿童肱骨髁上骨折的现代处理[J]. 中华创伤骨科杂志, 2009, 11(4): 302-305.
- [3] 汤俊峰, 凤晓翔. 闭合复位经皮克氏针固定与单纯石膏固定治疗儿童 Gartland IIB 型和 III 型肱骨髁上骨折疗效比较[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2023, 38(5): 485-489.
- [4] 石巴特儿, 斯琴托娅, 巴嘎那. 蒙医治疗骨伤病的特点[J]. 中国民族医药杂志, 2017, 23(1): 36-37.
- [5] 呼格吉乐吐, 阿其拉吐. 蒙医整骨治疗儿童伸直型肱骨髁上骨折疗效观察[J]. 健康之路, 2016, 15(8): 86.
- [6] 包金山, 包占宏. 蒙医正骨[M]. 赤峰: 内蒙古科技出版社, 2016.
- [7] 巴音额古乐. 蒙医整骨术治疗儿童髁上骨折临床疗效观察[J]. 中国民族医药杂志, 2017, 23(9): 30-32.
- [8] 卢朝黎. 肘内外双侧小切口手术治疗儿童肱骨髁骨折的临床效果分析[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(S2): 106-107.
- [9] Das De, S., Bae, D.S. and Waters, P.M. (2012) Displaced Humeral Lateral Condyle Fractures in Children. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 32, 573-578. <https://doi.org/10.1097/bpo.0b013e318263a25f>
- [10] Prashant, K., Lakhotia, D., Bhattacharyya, T.D., Mahanta, A.K. and Ravooof, A. (2016) A Comparative Study of Two Percutaneous Pinning Techniques (Lateral vs Medial-Lateral) for Gartland Type III Pediatric Supracondylar Fracture of the Humerus. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*, 17, 223-229. <https://doi.org/10.1007/s10195-016-0410-2>
- [11] 金爱华. 蒙医传统整骨疗法治疗儿童伸直型肱骨髁上骨折[J]. 中国民族医药杂志, 2019, 25(2): 52.
- [12] 红星. 蒙医手法复位小夹板固定治疗桡骨远端骨折的临床研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2020, 20(14): 193-194.
- [13] 色音宝音, 巴虎山. 蒙医传统整骨术治疗肱骨外科颈骨折的回顾性临床研究[J]. 中国民族医药杂志, 2023, 29(2): 1-3.
- [14] 陈雁华, 陈连, 刘清平, 等. 闭合复位经皮克氏针内固定术与切开复位交叉克氏针内固定术治疗 Gartland III 型肱骨髁上骨折患儿的效果比较[J]. 中国民康医学, 2025, 37(13): 145-147.
- [15] 登峰. 蒙医手法治疗儿童肱骨髁上骨折的疗效观察[J]. 中国民族医药杂志, 2017, 23(5): 19-20.