

多层小夹板固定治疗儿童肱骨髁上骨折

(附60例报告)

福建省漳州市中医院骨伤科 王建云
福建中医学院骨伤研究所 刘献祥

肱骨髁上骨折是儿童常见的骨关节损伤，占肘部骨折的60~70%⁽¹⁾，全身骨折的27%⁽²⁾。作者自1982年以来，采用手法复位，多层小夹板固定法治疗肱骨髁上骨折60例，获得比较满意效果，现报告如下：

临床资料

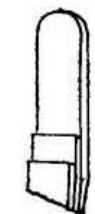
本组60例中，男36例，女24例。年龄最大14岁，最小14个月，其中14个月~5岁9例，6~10岁33例，11~14岁18例。病程最短半小时，最长19天，其中24小时内27例，一周内29例。骨折类型全部为闭合性伸直型，其中合并皮肤擦伤6例，左侧骨折22例，右侧骨折38例，桡偏型11例，尺偏型31例，旋转型18例。

多层小夹板固定

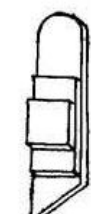
骨折经手法复位后，在维持牵引下，行多层小夹板固定。

1. 杉皮板放置

先在骨折部铺一层薄棉花，以绷带缠绕3~4圈，将翼式梯形板(图1)置于骨折部的内侧，翼式塔形板(图2)置于外侧，平梯板(图3)安放于肘后，各杉皮板下端均应适



(图1)



(图2)



(图3)

应肘部外形而塑成弧形。杉皮板均以绷带缠绕，使之紧贴于骨折部位(图4)，之后用三条绷

带捆扎并打结(图5)。

2. 安置木夹板

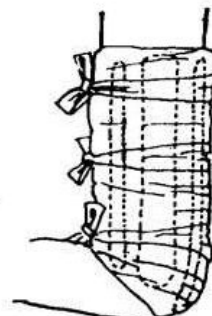
将已包扎好的上臂的左、右、后侧安置木夹板，用三条绷带捆扎打结(图6)。



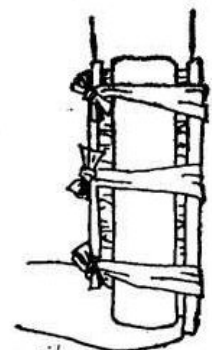
正位 (图4)



侧位



(图5)



(图6)

固定后屈肘90°，置前臂完全处于旋前位，手心向上，三角巾悬吊于胸前。

治疗效果

60例均经49天至5年1个月随访，平均随访时间为2年1个月。疗效标准按第四军医大学附一医院李稔生、陆裕朴评定标准⁽³⁾。60例中，优42例，占70%；良5例，占8.3%；尚可11例，占18.3%；差2例，占3.3%；肘内翻发生数13例，占21.7%。2例疗效差者肘内翻都在15°以上，其中最大者为29°，此例患者合并有皮肤擦伤感染，几经复位，骨折远端仍

有轻度倾斜(尺偏), 4周后松夹板, 肘轻度内翻, 3年后随访, 肘内翻明显, 关节功能受限。

典型病例

例1: 林××, 男, 7岁, 住院号87046, X片号41321。跌伤左肘部, 肿痛, 功能丧失二天入院。摄片为右伸直型肱骨髁上骨折, 旋转90°。采用手法复位, 多层小夹板固定治疗。10天后摄片恢复近解剖对位出院, 一周后来院复查, 肿痛消失, 功能部分恢复, 拆除外固定嘱其功能锻炼。二年后随访, 肘部功能正常, 无肘内翻。

例2: 屠××, 男, 10岁, 门诊号861403, X片号35170。跌伤右肘部, 疼痛、肿胀、功能障碍, 一小时内来门诊。摄片为右伸直型肱骨髁上骨折尺偏。经手法复位, 多层小夹板固定, 骨折对位对线满意。9天后肿退痛消, 骨折端基本稳定, 14天后复查骨折端牢固, 18天后解除外固定, 嘱其功能锻炼, 60天随访肘关节屈伸功能正常, 1年里再次随访, 肘关节活动自如, 无肘内翻。

讨论

1. 多层小夹板固定法是由布带约束力、夹板分布力、压垫效应力、肌肉“内压动力”、摩擦力组成的局部外固定力学系统, 使骨折断端固定稳定, 很少功能替代并能获得生理应力, 属于弹性固定系统, 因而治疗骨折有较理想的疗效(4)。它能保持骨折复位后的位置处于相对静止状态, 有益于愈合的压应力刺激, 使骨折断端两侧皮质应力均衡, 减少肘内翻发生率。

2. 多层小夹板固定后, 注意检查患肢肢端皮肤颜色及脉搏变化。一般复位后, 患肢会肿胀, 故首次包扎不宜过紧, 并于1~3日内给予复诊, 调整松紧度。肿消之后, 每一周在维持牵引下解开检查一次, 及时纠正残余移位。局部有压迫性溃疡或创面感染, 改用小夹板开窗固定。X线检查有纤维性连接不致变位者,

可解除木夹板, 继续用杉木板固定。待骨痂形成牢固后, 解除全部外固定。固定期间, 应经常指导病人进行练功活动, 使骨折端得到有益于加速愈合的间断性生理应力和促进骨的重建

3. 肘内翻是肱骨髁上骨折常见并发症之一, 有人报道小夹板固定并发肘内翻高达35.3%(5), 也有人报道为29.3%(6)。本文采用多层小夹板固定法, 肘内翻13例, 占21.7%, 与杨恩和等(7)报道的相似。发生肘内翻的原因较多, 骨折复位后骨折远端仍有倾斜是造成肘内翻的主要原因(8), 骨折的内侧应力较外侧强, 使内侧骨皮质塌陷嵌插, 修复生长迟缓, 是产生肘内翻的病理基础(9)。本文所发生肘内翻13例, 其中9例是由于复位后远端有轻度倾斜所引起, 6例是由于远折段旋前移位未得到较好的纠正。据此, 笔者认为: 侧方移位不会直接引起肘内翻畸形, 但可能造成骨折端的不稳定而导致倾斜, 最后引起肘内翻。

4. 为了预防肘内翻, 治疗时须重视骨折段的轴线对位, 对远端尺侧移位及倾斜者, 矫正过正的同时, 将增厚内侧的翼式梯形板, 以增大内侧压垫效应力, 对桡侧移位及倾斜者, 不增加内侧压垫效应力。

小结

- 1. 多层小夹板固定法属弹性固定系统, 固定牢靠, 有益于愈合的压应力刺激。
- 2. 较有效地控制骨折远端的尺侧移位及倾斜, 使肘内翻发生率控制在一定水平。
- 3. 此法固定可靠, 是一种行之有效的固定方法。

参考文献

- 1. 过邦辅, 小儿骨折及其它损伤, 上海科技出版社, 1965: 100—109页。
- 2. 马安权等, 小儿外科学与小儿矫形外科学, 人民卫生出版社, 1962: 44页。
- 3. 李稔生等, 肱骨髁上骨折治疗, 中华骨科杂志 1982, 2(5): 264。
- 4. 张蒲等, 夹板局部外固定治疗骨干骨折的生物力学原理探讨, 中国骨伤, 1989, 3: 34。

颞颌关节脱位11例临床小结

广西玉林地区骨伤科研究会 周颖林

颞颌关节脱位又称下颌关节脱位，多见于老年人和体质虚弱者。因间接外力引起，如开口大笑、打呵欠、拔牙等。临床上多有外伤史，下颌关节部疼痛，开口不能合，口流唾涎，语言不清，下颏前突，表情障碍，双侧下颌关节凹陷空虚。分单侧双侧脱位。单侧脱位则下颌向健侧偏斜，齿缝不能上下对应，下颌关节的患侧凹陷，健侧突出而不对称，语音改变。

临床资料

11例患者均为门诊病例，男5例，女6例，年龄最大65岁，最小43岁，平均53岁。初次脱位6例，脱位5次以下2例，脱位10次以上者3例。单侧脱位8例，双侧脱位3例，合并其它疾病8例。以上患者一次性复位。习惯性脱位者配服家传“补肾固颌汤”。治愈率占81.8%。

复位方法

患者坐椅子上，头靠墙壁或助手挟持，术者立于患者前面，双手拇指用绷带包裹，并列伸入患者口内，指腹分别按于两侧后下白齿上，食指在口外托住下颌角，中小指扭住下颌体，双手拇指下按颌骨，感觉肌肉松弛时乘势下压后推，三指端提下颏向上，向后再一送，听到“咯噔”声，即复位成功。嗣后两拇指移至牙齿的外侧脱离口腔。单侧脱位整复时，健侧拇指不必用力下按，只起维护作用(手法前均按摩两下颌使嚼肌松弛)。复位后令患者闭口

试验，如能闭合，上下牙齿咬合正常，语言正常即是复位标志。初次下颌关节脱位整复都要求用四头巾或长浴巾固定2~5天，习惯性脱位固定10天以上。加服“补肾固颌汤”3~5付，每天一付，早晚煲服。

典型病例

陈××，女，53岁，市一建工人。88年秋，一天早上起床打呵欠即感下颌关节微痛，开口不合，语言不清，下颌前突，表情障碍，双侧下颌关节凹陷、空虚。诊断：双侧下颌关节脱位。继往史：38岁时第三次胎产后，大笑引起下颌双侧关节脱位，至今每年脱位数次。

治疗：用口内复位法整复下颌关节双脱位后，每日内服“补肾固颌汤”一付，共服20付，外固定10天，每天按摩下颌关节两侧，不过度张口，一年多未再发生下颌脱位。

体会

下颌关节脱位在骨伤科中常见，患者痛苦，影响工作生活。如初次脱位治疗正确及时，可减少习惯性脱位的发生。本组3例习惯性下颌脱位，手法整复后加服“补肾固颌汤”效果满意。复位后要注意下颌关节部的保健锻炼，每天用双手按摩嚼肌，避免大笑。此手法简单易学，常人均可掌握。

附《补肾固颌汤》

熟地 杞子 萸肉 金樱子 丝子 川断 补骨脂 骨碎补 核桃肉

5. 邱建德等，儿童肱骨髁上骨折固定方法及肘内翻发生机制及预防之探讨，天津医药杂志骨科附刊，1963，7：151。
6. 天津医院，再探讨儿童肱骨髁上骨折肘内翻发生机理，内部资料，1974。
7. 杨恩和等，肱骨髁上骨折引起肘内翻的机理探

讨和预防，中华外科杂志，1979，1：42。

8. 荣国威译：儿童肱骨髁上骨折后产生肘关节携物角改变的原因分析，创伤骨科参考资料，北京积水潭医院资料室(2)1973。
9. 故守成等，肱骨髁上骨折并发肘内翻临床分析，中华骨伤科杂志3(2)，1987，：11。