

外展架鹰嘴牵引治疗不稳定肱骨髁上及髁间骨折 (附42例分析)

哈尔滨市骨伤科医院(150080) 刘晓龙 杨庆培 于金山 金永 姜向东

肱骨髁上及肱骨髁间骨折,前者多见于儿童,占全部骨折发病率的7.48%;后者多见于成人,占全部骨折发病率的0.48%。有一部分不稳定的肱骨髁上及髁间骨折的治疗效果较差,主要因为达不到理想的手法复位或小夹板及石膏固定难以维持良好的对位而又发生移位,使骨折畸形愈合严重影响肘关节功能。我院骨科创伤组自1986年以来,用自制“前臂外展架”配合鹰嘴牵引治疗不稳定肱骨髁上及髁间骨折42例收到满意疗效,现报告如下:

42例病例中,男性26例;女性16例;年龄最小的3岁,最大的67岁;左侧19例,右侧23例;收治时间最短1天,最长12天;髁上斜型骨折32例,髁间骨折10例,其中28例在外院或我院行过一次或多次手法整复而未达到理想的对位,或因夹板和石膏固定后又发生移位。

治疗方法

用8号铁线配软布制做外展架,尺寸大小按患者身材而定,并有左右之分。外展架用绷带固定在胸部,使得肩部外展80—90度,肘关节屈曲90度,前臂中立位,前臂及上臂放在外展托布上,使屈曲90度的肘关节携带角保持零度(或牵引后调整至此角度),常规鹰嘴牵引后,用橡皮条固定在牵引架上,以维持牵引量。牵引量可用弹簧秤测定并可随时调节,牵引量儿童1—2公斤,成人2—4公斤。牵引3日后拍片,如骨折对位不佳可调节牵引量,及适当的手法整复或用弹力带调整。儿童3周、成人4周后除去牵引,功能锻炼,也可短期换成夹板或石膏固定。治疗期间服用续筋接骨之中药。

疗效分析

1.疗效标准:沿用我院制定的优、良、可、差四级衡量标准。优:症状体征消失,患

肘功能恢复正常,拍片骨性愈合肘关节生理结构正常。良:症状体征消失,肘关节屈伸功能损失15度以内,拍片骨性愈合,肘关节无明显生理结构改变。可:症状消失,肘关节屈伸功能损失15度至30度之间,拍片骨性愈合,肘关节生理结构有轻度改变。差:肘关节屈伸功能损失30度以上或发生尺桡偏畸形。拍片有明显的骨结构改变。

2.治疗结果:本组病例随访了3年至2个月不等,其中优31例,良9例,可2例,差无。

3.典型病例:①王××,男,12岁,肱骨髁上斜型骨折,在外院及我院各一次手法整复后对位不佳,伤后2天入我院治疗,治疗后3日拍片,骨折对位良好,3周除牵引功能锻炼,5周后功能恢复正常,拍片骨性愈合达优。②李××,女,38岁,左肱骨髁间粉碎骨折明显移位,伤后5天入我院治疗,治疗后3日拍片骨折对位欠佳,远端向尺侧移位,手法整复配弹力带调整,3日后再次拍片复查骨折对位良好,4周除牵引功能锻炼,8周后患肘功能恢复正常,拍片骨性愈合达优。

讨 论

不稳定肱骨髁上及髁间骨折的治疗比较困难,骨折易发生畸形愈合,影响肘关节功能,本院采用外展架鹰嘴牵引治疗这部分骨折取得良好的疗效。概括有以下几点:

1.外展架鹰嘴牵引治疗是在持续的牵引量作用下使骨折端逐渐复位,纠正了骨折端的嵌插、重叠及成角畸形,牵引一段时间后,如有骨折复位不佳配以手法及弹力带亦易使骨折复位,同时持续牵引防止了骨折端的重新移位。

2.外展架配有牵引,重量轻,患者携带方

三根克氏针体外穿针固定治疗股骨颈骨折

福建省漳州市中医院 (363000) 陈联源

股骨颈骨折, 目前治疗方案繁多, 我们采取三根克氏针体外穿针固定治疗股骨颈骨折, 其治疗方法简单, 痛苦少, 效果好, 年老体弱者, 复杂性股骨颈骨折均可采取这种方法。兹介绍如下:

一般资料

19例病人中, 男性10例, 女性9例, 年龄为33~72岁, 平均年龄58.9岁, 50岁以下4例, 50~60岁5例, 60岁以上10例, 其中头下型骨折10例, 颈中型骨折6例, 基底型骨折3例。就诊时间: 伤后3天内就诊的12例, 三周内就诊的5例, 三个月就诊的1例, 最迟的1例为伤后7个月来就诊的。

治疗方法

1. 复位 19例病人入院后均行股骨髁上骨牵引或胫骨结节胫骨牵引, 牵引重量为6~8 kg, 二三天后拍片复查, 如没有复位, 宜配合手法快速复位, 但有的股骨颈骨折, 近段向前成角翻转, 手法复位无法纠正, 必须将患者半卧位二天, 若还不能纠正, 将臀部垫高10cm, 即可复位。

2. 定位 待骨折复位后, 将患肢固定在外展30°、内旋15°的位置上, 取耻骨联合至髌前上棘连线中点下方1cm作一标志, 并在标志两旁1cm各作一标志, 再取股骨粗隆下方5~7cm处作一进针点标志。将克氏针放置在体外第一个标志与粗隆下标志的连线上, 行拍片检

查, 认为克氏针方向准确, 就可按此方向进针, 若方向有偏离, 就可将方向改放在标志的上方或下方。

3. 麻醉 在进针处作局部麻醉下行穿刺进针内固定。

4. 打针 按常规消毒, 取三根直径为2.5mm的骨圆针, 第一根从股骨大粗隆下6cm处经皮下按原定的方向向股骨头打入, 经过股骨粗隆下骨皮质时有一定的阻力。若进针至8~10cm左右时穿然感到无阻力, 说明进针的方向已偏移, 应将针退出, 朝正确的方向进针。在进针至约12~14cm时, 若感到阻力增大, 说明针头已达股骨头骨皮质, 不宜再进针, 以免针头穿过关节面。另外两根针分别在股骨粗隆下前后5cm、7cm处作交叉进针, 宜注意针头都不应穿过股骨头骨皮质后, 若有超出关节面, 应将针退出一部分, 但这样易影响针的稳定性, 使针容易移动。最后用钢丝剪剪断体外的三根克氏针针尾, 并把截面锉圆滑, 埋于皮下, 用酒精纱布复盖局部。

5. 术后处理 术后宜立即减轻牵引量至2~3kg, 一周后解除牵引。

6. 功能锻炼 术后第二天鼓励病人作髋关节屈伸活动, 二周后练习抬腿, 一个月后扶拐下地行走, 3~5个月可弃拐行走, 3~12个月拔除克氏针。其中一例三年后解除克氏针。

治疗效果

便, 制做简单, 易普及。行治疗后患者可自由活动, 一般生活可自理, 这一点大大优于床上的固定鹰嘴牵引。

3. 以往人们多对不稳定的肱骨髁上及髁间骨折行手术治疗, 术中破坏了肘关节, 及周围组织, 易使周围组织形成瘢痕及粘连, 影响肘关

节功能, 而外展架鹰嘴牵引避免这一点, 并保持肘关节囊及侧付韧带一定的紧张度, 有力于后期功能锻炼。

4. 前臂屈伸90度时, 携带角维持零度或在牵引后调节至0度, 这样维持了肘关节正常携带角, 防止了肘内外翻畸形。