

伸肘位石膏夹板固定治疗肱骨髁上伸直型骨折

福建省漳州市中医院(363000) 金时恩

笔者自1987年开始,对不稳定的肱骨髁上骨折以及肱骨远端全髁分离,在复位后采用伸肘位石膏夹板固定,取得满意的效果,兹介绍如下。

一般资料

本组19例中男15例,女4例;最大年龄11岁,最小1岁8个月,平均5.6岁;左侧13例,右侧6例;受伤时间最短1天,最长18天;均为伸直型尺偏不稳定骨折,其中斜形骨折8例,内侧粉碎或嵌插压缩6例,全髁分离5例;8例经过他人3~5次整复屈肘固定,9例经过1~2次整复屈肘固定,均失败。

固定方法

骨折复位后,一助手固定肱骨上端,术者站病人患侧,以右侧为例,左手拇指推骨拐近端外侧向内,四指握骨折远端及肘关节内侧向外,并固定住骨折端保持对位;右手握持患肢腕部,保持前臂在复位时的旋转位置,并逐渐牵引伸直肘关节达到 0° 位,再将前臂外展达肘外翻 20° 左右(年龄小外展多些、年龄大外展少些),保持牵引力。另一助手将事先选好的8~12层小石膏条(5~8cm宽)两条,分别浸水抹平铺上棉纸,先置前侧,再置后侧;前侧石膏条上界达腋下,下端达掌横纹;后侧条上达肱骨头水平,下达掌指关节近侧,用纱布绷带缠绕塑形。在包扎石膏条时,术者的左手要移开片刻,往往外翻角度会减少。在石膏条包扎好尚未完全凝固时,术者要再次加大肘外翻角达 20° 左右,并努力使石膏夹板在伸肘 0° 位塑形干结。同时再加一短石膏条贴于肘关节内侧加固,使该夹板有足够的硬度,能抵抗肢体内倾的重力因素,不致于产生继发的内翻畸形。石膏干硬后,在石膏夹板的上端、肘关节水平、前臂中段及腕关节处各扎一扎带,在日后肿胀消退过程中,嘱家属及时扎紧,保持石膏夹板的

稳定,防止松脱。

固定时间:石膏固定4~5周,摄片确实有大量骨痂生长,骨折线模糊,方可去除固定,用腕吊带悬吊胸前。以中药“上肢洗伤方”^[1]熏蒸热敷患处,每日两次,每次20~30分钟,加强屈伸肘功能锻炼,且每日逐渐缩短吊带长度,加大屈肘程度。

治疗结果

19例中12例得到随访,最长5年,最短半年,平均33.1个月。9例携物角减小,肘外侧稍微隆起,3例携物角正常,无一例肘内翻。关节活动范围,除3例屈肘较对侧差 15° 以内外,均正常。这3例骨折时分别为4、1、3岁,随访时分别为5、3、8岁。

讨 论

1、石膏夹板要超腕关节,防止前臂的旋转活动影响骨折端的旋转移位。固定后必须摄X线正侧位片,检查肘关节是否处于伸直位,骨折端有否尺倾存在。如矫正不够,须拆开重新固定。

2、石膏夹板的外翻角度要超过健侧 10° 左右。因为儿童的关节囊和侧副韧带柔软弹性大,可以有 10° 左右的伸长。如外翻角度不够大,就可能仅是石膏夹板外翻的假象,而骨折端并无外翻角。这类骨折往往很难达到解剖对位,而且即使达解剖对位,内侧的粉碎、压缩也会造成尺倾,产生内翻。如用伸肘外翻位固定,可以在X片上看到内侧骨端开口,外侧接触紧密,防止了内翻畸形。有的骨折鹰嘴窝处骨皮质相嵌,旋转移位不能完全纠正,在伸肘石膏夹板里,X线片显示外侧骨重叠,造成了轻度的外翻角。有的陈旧性骨折已有少量骨生长,骨折前后移位并尺倾,用手法使骨折端外翻而不纠正前后移位,去除石膏后也得到满意的外形和屈伸功能。所以足够的外翻很重要。

3. 固定时间要足够。固定时间达 4~5 周, 以 X 线片有大量骨痂生长、骨折线模糊为准, 才能去除固定, 否则还会逐渐尺倾。

4. 伸直型骨折屈肘位固定是经典的方法。一般认为在伸肘位固定会引起前后移位和向前成角。但由于儿童骨骼有很强的塑形能力, 该骨折的前后移位可自行塑形矫正⁽²⁾, 对于前后成角即使不能完全自行矫正, 通常也会逐渐改善⁽³⁾, 不影响携物角和最终功能。就是旋转畸形不能自行矫正, 也可以由肩关节代偿⁽²⁾, 唯有向内侧倾斜成角可造成很显著的肘内翻畸形, 无法自行矫正和代偿, 须手术矫形。因此

治疗该骨折, 防止肘内翻成为最突出的问题。通过伸肘外翻位固定, 可以克服内翻倾斜, 而该骨折系关节外骨折, 对关节活动影响不大, 前后移位或轻度成角又能在发育过程中自行塑形矫正, 因此不必担心伸肘位固定引起的移位。

参考文献

1. 福建省龙溪地区中医院. 多层小夹板固定法. 福建: 福建人民出版社. 1976;78.
2. 孟继懋, 等. 骨与关节损伤, 第二版. 北京: 人民卫生出版社 1991;368,373.
3. 柳用墨, 等. 儿童骨骼损伤. 第一版. 北京: 人民卫生出版社 1987;189.

冻结肩松解推拿致臂丛神经损伤 2 例

解放军 150 中心医院(洛阳 471031) 王培中

例 1, 女, 47 岁。因外伤后左肩部活动受限, X 线未见异常。在臂丛麻醉下, 行患肩松解术。病人正坐在靠背椅上, 一手握拿患侧前臂, 使其患侧上臂手法需要被动前屈, 后伸, 内收, 外展 90° 或环转。上举 90°, 头枕手掌 1 小时, 由于过度牵拉神经所致, 当麻药消失后, 运动受限。检查: 左肩部臂丛神经损伤, 而引起支配区肌肉弛缓性瘫痪, 如三角肌, 肱二头肌, 冈上肌, 冈下肌及旋后肌, 不能外展和上举, 前臂伸直并呈旋前位, 屈肘和旋后困难。感觉障碍限于前臂和手的桡侧及三角肌区的皮肤。肌电图检查: 外侧束传导存在, 而内侧束传导消失。处理: 营养神经药物, 口服维生素 B₁ 20mg, 他巴唑 10mg, 一天三次口服。加兰他敏 1mg, 每天一次肌注, 维生素 B₁₂ 100ug, 每天 2 次肌注。理疗、高压氧等综合治疗瘫痪的肌肉逐渐恢复, 痊愈出院。

例 2, 女性, 49 岁。患左侧冻结肩, 行臂丛麻醉下行推拿松解术。病人正坐在靠背椅上, 被动前屈, 后伸, 内收, 外展 90°, 上臂举 90°。麻药消失后, 上臂弛缓性瘫痪, 而且感觉消失, 病人感到剧烈疼痛, 随后进行肌电图检查, 证实有神经干损伤, 但 1 个月月开始恢复, 先是上干和中干恢复, 然后是下干恢复。处理: 按例 1, 综合治疗 6 个月后, 营养神经为主, 弛缓性瘫痪肌肉恢复, 痊愈出院。

原因及教训: 例 1, 冻结肩松解后, 患者头枕手掌 1 小时, 肌肉神经处于松弛状态, 臂丛神经过度牵拉, 导致神经损伤可能性。例 2, 推拿时由于肌肉神经松弛, 失去对抗能力, 炎症, 粘连较重, 推拿方向过度牵拉, 但是胸部出口解剖学结构上的变异, 增加肩部推拿时神经有损伤的危险性。

全国“骨折复位固定器研究与临床应用”培训班

招生启事

经卫生部、国家中医药管理局医政司推荐全国“骨折复位固定器研究与临床应用”培训班由中国中医研究院科技合作中心主办, 于 1994 年 10 月 5 日~10 日在北京开班, 面向全国广大骨、外科医生招生, 尤其欢迎基层单位的医务人员参加, 学习期满发结业证书, 学费 260 元, 食宿交通自理。(中心可安排食宿, 费用回单位报销)

学费邮寄地址: 北京东直门内北新仓 18 号中国中医研究院科技合作中心

邮编: 100700 联系人: 孙秀荣

汇款请写清姓名地址、邮编单位、是否安排食宿。报名以收到学费为准, 学费自带者请提前来信。