

将股骨头复位,再行骨折复位内固定。对合并坐骨神经损伤者,当脱位复位后,坐骨神经的压迫和刺激因素便可解除,待静养后神经症状可渐渐消失,本组 4 例即属此。

对于病程超过 3 周以上的陈旧性髌关节脱位,由于髌臼内充满的积血机化为纤维组织,关节囊破裂处也形成瘢痕粘连,并可同时伴有股骨头粘连,头颈部骨质废用性脱钙。故复位前应充分行髌部肌肉松解手法,

并行较长时间的有效牵引,最好在腰麻下复位。手法用力应绝对轻柔、匀称、缓慢;若强力复位可造成股骨头或颈骨折。本组有 9 例为陈旧性脱位,其中 1 例髌关节后脱位,复位时由于牵引准备不足,手法过猛,致股骨颈骨折,被迫改行切开复位三翼钉内固定术,实为教训。

(收稿:1994-12-12)

悬吊牵引治疗儿童肱骨髁上伸直型骨折 19 例

河南郑州市骨科医院(450052) 赵永福 邓英珍 青耀琦 丁力

我科自 1988 年~1994 年 8 月用悬吊牵引治疗儿童肱骨髁上伸直型骨折 19 例,经临床观察,效果良好,现报告如下。

临床资料

19 例中男 12 例,女 7 例;年龄 1.5 岁~12 岁;左侧 9 例,右侧 10 例;就诊时间在伤后 1~3 天,局部肿胀严重,肘前窝向前突出并可触及骨折近断端,肘后突起(呈靴形肘畸形),桡动脉搏动减弱。7 例肘部起大小不等的水泡无法手法整复,1 例就诊时出现桡神经损伤症状。X 线片显示骨折线自前下斜向后上方,远折端骨片向后上移位。其中尺偏型 9 例,桡偏型 6 例,粉碎型 2 例,伸直型 2 例。

治疗方法与效果

患儿仰卧,患处常规消毒,肩肘关节屈曲 90°,助手在健侧持握患肢手腕及前臂,术者立于患肘尺侧,自尺骨鹰咀尖端向远侧 2~3cm 和距背侧皮缘 1cm 画线交点处,用 0.5% 普鲁卡因注射液局部浸润麻醉,从尺侧进针,克氏针先刺入皮肤再顶住鹰咀骨骼(切勿损伤尺神经),与尺骨垂直,然后徐徐旋转手摇钻,待针穿过对侧骨皮质疼痛时,再局部注入普鲁卡因注射液 1~2ml,继续进针至适合牵引弓长度为止。将手摇钻去除,穿针入出口用消毒纱布包扎,牵引弓夹住克氏针。术后肘屈 90°通过牵引弓加重 2kg 牵引,第 2 天起鼓励加强手指握拳活动。第 3~4 天床边透视骨折复位情况,对位不佳者用手法矫正同时夹板固定,1 周内每天调整布带的松紧。对位良好且稳定者维持肘关节屈曲 90°位牵引以利消肿。2~3 周拍 X 线片,骨折对位对线良好并显示骨痂生长可去除牵引,继续小夹板固定 2 周即可解除外固定,加强肘关节功能锻炼。

经上法治疗,骨折近似解剖复位者 15 例,对位对

线良好者 4 例,无肘内外翻畸形。骨折均在 6 周内愈合,功能良好。随访复查 4 个月~12 个月,功能活动全部正常,无不快感,X 线片显示骨折线消失。桡神经损伤的 1 例经治疗和按摩半年内手指神经、手指活动及肘关节活动恢复正常。

讨论

肱骨髁上伸直型骨折是儿童肘部最常发生的骨折。因肱骨下端扁而宽,两髁窝之间仅有一层薄骨片相隔,跌倒时肘半屈手掌触地,由于身体的重力向下冲击,将肱骨干下部向前推,由地面向上的反冲击力经前臂传达至肱骨下端将肱骨髁向后推,两力作用于肘部使肱骨髁上脆弱部骨折,骨折后近折端向前,远折端向后移位。

骨折后在肿胀之前或不甚肿胀时,多数病人可采用手法整复,夹板固定。肿胀后骨折断端触摸不清,手法整复多较困难且不容易固定。肿胀严重时,局部触之硬韧,肤温变低,皮肤起水泡,脉搏减弱,此时已不能再用手法整复和夹板固定,需抬高患肢待肿胀减轻才能整复。儿童骨骼生长塑形能力强,骨折愈合快,待肿消再整复多已晚了。手术治疗又往往造成骨折愈合延迟和失去早期功能锻炼,使肘关节功能恢复不良。

对骨折后肘部肿甚不能手法整复或整复后固定不稳可用悬吊牵引法治疗,本方法既有减轻骨折的移位使断端稳定,减轻疼痛,又有抬高患肢促使肿胀消退加快的作用,还能克服肘内外翻畸形。通过牵引将肌肉拉长,使其疲劳,对抗肌肉的牵缩、变短,恢复筋骨之原有长度。牵引力作用于骨折的远近断端,随着肌肉的动静关系改变,使两断端主动互相迎合而复位。有侧方移位的可在牵引中矫正,是一种简单、安全的治疗方法。

(收稿:1994-12-12)