

意保护。指、趾骨端外露在 0.5 厘米以内者，通过肉芽及上皮组织爬行生长，能够将其包裹，不必顾虑，若骨外露过长，可适当剪去。

恒温药液具有以下优点：(1) 肉芽、皮肤生长快，长出的新皮肤柔软，富有弹性和知觉、有光泽、无疤痕或很小疤痕，无粘连，指端无触痛，所以伤指外形及功能恢复好。(2) 抗感染力强，坏死组织脱落快，治疗 3

次，有红肿者即可消退，不强调使用抗菌素，即使骨端外露，也无需担忧骨感染。(3) 操作简单，不需特殊的消毒条件，患者可自行浸泡换药，药源充足又经济。(4) 临床治愈 46 例，无任何毒、副作用发生，安全可靠。其药理作用有待进一步研究。

(收稿：1995-01-24)

手术治疗翻转移位型肱骨外髁骨折 68 例

贵州省凤冈县人民医院 (564200)

郑满红 胡 军 任黔军 王朝武

从 1987 年~1993 年共收治翻转移位型肱骨外髁骨折 68 例，均采用切开复位内固定治疗，取得了满意的疗效，现报告如下。

临床资料 68 例中年龄 3~14 岁，男 50 例，女 18 例；左侧 29 例，右侧 39 例；高处坠落摔伤 8 例，跌伤 60 例；新鲜骨折 38 例，陈旧性骨折 30 例；均为翻转移位型肱骨外髁骨折，X 片示肱骨外髁骨折块严重旋转移位；骨折块翻转 90°，关节面朝向内侧、骨折面朝向外侧 36 例，骨折块围绕水平和垂直轴旋转 180°、远端关节面朝向外、外侧面朝内 32 例；伤后至手术时间：2 周以内 37 例，3 周~4 个月 30 例。

手术方法 采用氯胺酮全麻或臂丛阻滞麻醉，上充气止血带，取肘外侧 Kocher 切口长约 5cm，在肱三头肌与伸肌总腱之间进入，显露肱骨外髁骨折面和肘关节外侧，沿撕裂的骨膜和关节囊稍加扩大，显露翻转的骨折块，整个骨块较 X 线表现大。清除骨折部的血肿和小碎骨片。陈旧性骨折清除骨折间及关节内的瘢痕组织，搔刮骨断面使之成为新鲜断面。如附着于骨折块的伸肌腱有挛缩，造成复位困难，适当剥离伸肌腱的起点后一般均可复位，但不能切断伸肌腱。将骨折复位，用巾钳保持对位，检查肱骨外髁与滑车的关系是否恢复，关节面是否平整后，用 2 枚 1.5~2.0mm 克氏针交叉固定，剪短尾，埋于皮下。术后用石膏后托固定肘关节屈曲 90°位，3~4 周去除石膏进行功能锻炼，X 线证实骨折愈合后拔内固定针。

治疗结果 随访时间最长 6 年，最短 6 个月。疗效判定：优：肘关节发育及屈伸功能正常 48 例；良：肘关节屈伸范围在 120°以上，肘内外翻 5°以内 11 例；可：肘关节屈伸范围在 100~120°，肘内外翻 5~10°，7 例；

差：肘关节屈伸在范围在 100°以下，肘内外翻 10°以上，2 例。本组优良率为 88.3%。

讨论 肱骨外髁骨折发生率仅次于肱骨髁上骨折，占肘部损伤的 6.7%。属于 Salter-Harris 骨骺损伤的第 IV 型，是关节内骨折，处理是否及时正确，复位是否达到要求直接影响关节的完整性、骨骺的发育以及关节的功能。因为骨折线跨越了骺板，准确的解剖对位减少生长障碍非常重要。本组 68 例术后肱骨外髁解剖对位者 59 例，全部在维持解剖对位下骨性愈合，关节功能完全恢复，在 6 个月~6 年的随访中肘关节发育无明显异常。随访 5 年以上有 7 例出现鱼尾畸形，功能良好，4 例外髁稍增大，功能正常。9 例在术中未能获得解剖对位，术后关节功能有不同程度受限。

手术时应使用止血带，要将关节冲洗干净，以清楚地显露关节面，骨折片应尽量减少剥离，但要看清楚骨折片是否有旋转。如骨膜嵌入骨片之间，应将其除去，要使干骺端骨折线和关节面二者都达到解剖复位。骨折块受伸肌腱的牵拉可产生移位及旋转，受伤时间越长伸肌腱挛缩越严重，有的学者认为术中将前臂伸肌腱部分切断，若牵拉力仍较大对位不满意，不得不把伸肌腱切断而使骨折块完全游离^[1]。本组 30 例陈旧性骨折，时间最长者达 4 个月，对严重伸肌腱挛缩者，采用适当剥离伸肌腱的起点，将挛缩分离松解，并将肘关节屈曲旋后使骨块复位。术后随访，前臂伸肌群无粘连，腕关节及手指背伸力正常。

参考文献

1. 范源，等．陈旧性肱骨外髁骨折手术治疗随诊分析．中华骨科杂志．1981；1：47.

(收稿 1994-09-24)