

学术探讨

有移位的儿童肱骨髁上骨折

安徽省凤台县人民医院 (232100) 王文德 苏涛

我们自 1974 年 5 月至 1992 年 12 月共治疗有移位的儿童肱骨髁上骨折 300 例, 现将治疗体会总结如下。

临床资料

本组 300 中, 男 221 例、女 79 例; 年龄 1.5~14 岁, 平均 8.2 岁; 左侧 188 例, 右侧 112 例; 伸直型 278 例, 屈曲型 22 例; 新鲜骨折 292 例, 陈旧性骨折畸形愈合 8 例; 闭合性骨折 295 例, 开放性骨折 5 例。合并血运障碍 7 例, 合并神经损伤 13 例 (其中桡神经 9 例、正中神经 4 例)。

治疗方法

开放性骨折先行清创术, 同时复位, 克氏针交叉固定。

新鲜闭合性骨折中, 235 例采用手法复位长臂石膏固定, 52 例切开复位内固定。

陈旧性骨折畸形愈合者中, 4 例行切开复位内固定, 2 例骨突切除, 2 例行截骨矫形术。

在切开复位的病例中, 46 例新鲜闭合性骨折使用肘外侧切口, 6 例伤后就诊较晚的闭合性骨折和 4 例陈旧性骨折畸形愈合者采用肘后侧切口。

治疗结果

开放性骨折 5 例, 伤口甲级愈合者 4 例, 浅层感染 1 例, 经 1 周换药愈合。术后半年肘关节伸屈活动正常 3 例, 另 2 例分别受限 10° 和 25°, 未发生肘内翻。

新鲜闭合性骨折中 235 例以手法复位成功后石膏固定 3 周, 除 2 例因治疗不当并发前臂缺血性肌挛缩外, 其余病例经功能锻炼 3 个月复查, 肘关节伸屈受限者占 15%, 平均受限 26°; 肘内翻者占 30%, 平均内翻角 12°。6 个月复查, 伸屈受限者占 12%, 平均受限 18°; 肘内翻角平均为 17°。

切开复位克氏针交叉固定者, 一般在术后 5 周 X 线片显示骨折处有骨痂生长后解除内、外固定, 开始功能锻炼。术后 6 个月肘关节伸屈受限者占 25%, 受限程度为 10°~90°, 平均 36°; 肘内翻者占 40%, 平均内翻角度为 15°。

体会

1、关于手法复位 新鲜肱骨髁上骨折大多数可通过手法复位获得满意的效果。有些病例暂时摸不到桡

动脉搏动, 但只要患儿手指伸屈自如且无疼痛, 仍可进行手法复位⁽¹⁾, 复位后桡动脉搏动很快恢复; 也有些病例桡动脉搏动不能马上恢复, 对这样的病例要密切观察, 一般 1~2 天内桡动脉可恢复搏动。因此暂时血运障碍不是手法复位的禁忌。本组 7 例合并血运障碍者, 骨端复位后桡动脉均很快恢复搏动。

肱骨髁上骨折合并的神经损伤一般为骨端压迫、牵拉或挫伤, 而神经断裂极少⁽²⁾。本组有 5 例伴桡神经损伤手法复位后骨端对位不满意, 改用开放复位固定, 同时探查神经, 均未见断裂, 1 例为骨端压迫, 4 例为挫伤, 严重的 1 例挫伤范围长达 2cm, 局部变细、失去润泽, 这样的神经损伤的原因可能为骨折的当时或搬运途中, 骨端对神经的作用引起的, 也不能排除手法复位时加重了神经损伤的可能性。笔者认为对一些骨端移位明显且伴有神经损伤者, 估计手法复位有一定困难, 应放弃手法复位, 改用手术治疗, 以免加重神经的损伤。

2、关于切开复位 从治疗结果看, 采用肘外侧切口术后肘内翻发生率较高, 而对肘关节伸屈功能影响较小; 采用肘后方切口因手术破坏了肘后腱下滑囊及脂肪, 骨折愈合后肱三头肌与肱骨下端及关节囊发生广泛粘连和挛缩, 对肘关节的伸屈功能影响较大, 陈旧性骨折术后肘关节几乎僵硬。

陈旧性骨折畸形愈合者, 采用骨突切除或截骨矫形术, 不仅手术方法简单, 而且术后功能较好, 因而笔者认为对陈旧性肱骨髁上骨折畸形愈合者, 应尽量避免切开复位, 先让患者主动锻炼肘关节伸屈功能, 遗留的畸形后期用截骨或骨突切除术解决。

3、关于肘内翻 肘内翻发生的原因有人认为骨折后肱骨外髁受到刺激生长过度或内髁生长阻滞所致, 也有人认为与骨折远端向尺侧倾斜有关。王世清认为重力对远折端引垂作用与一侧未断骨膜对远折端牵拉作用, 是左右肘内翻是否发生的两个互相关联的因素⁽³⁾。使用肘外侧切口手术的病例, 因肱骨下端桡侧骨膜遭到手术的破坏, 而尺侧的骨膜不受破坏, 加之远端因重力作用向尺侧倾垂, 因而易发生肘内翻。

手法复位组发生肘内翻的病例, 在骨折已达骨性

愈合仍有内翻角逐渐增大的趋势(术后 3~6 个月内翻角平均增大 5°),这一点用外髌因受刺激生长过度和内髌生长阻滞解释较为合理。

为预防肘内翻的发生、治疗时要重视骨端的轴线对位,对远端向尺侧移位及倾斜者应矫正过正^[2]。近年来我们注意了这一点,并将开放复位内固定术后屈肘 90°位长臂石膏固定改为屈肘 45°位固定,便于目测肘关节携带角,使肘内翻的发生明显减少。

参考文献

1. 天津医院骨科. 临床骨科学(创伤). 北京: 人民卫生出版社, 1973: 184.
2. 李稔生, 等. 肱骨髁上骨折的治疗. 中华骨科杂志 1982; 2(5): 266.
3. 王世清. 肱骨髁上骨折并发肘内翻机制的探讨. 中华骨科杂志 1985; 5(2): 85.

(收稿: 1995-03-28; 修回: 1996-03-20)

椎管扩大术与中药治疗脊髓型颈椎病

河北省沧州中西医结合医院 (061001)

崔青 胡思斌 尹同珍 董占引 刘志波 王红梅 许营民 张建华 徐明尧

我院自 1991 年 8 月以来对存在颈椎管狭窄和多节段椎间退行性改变的 32 例脊髓型颈椎病采用单开门椎管扩大术佐以中药治疗, 收到了良好的效果。

临床资料 本组男 23 例, 女 9 例; 年龄 39~67 岁; 存在发育性椎管狭窄的 18 例; 伴多节段椎间退行性改变致椎管狭窄的 7 例; 合并后纵韧带骨化(OPLL)的 5 例; 前路术后效果不佳者 2 例; 病程 2 个月~4 年, 平均 1.4 年。术前 X 线检查: 32 例均有程度不同的颈椎退行性改变。发育性颈椎管狭窄即椎管矢径/椎体矢径<0.75 共 20 例; 3~4 节以上多节段退行性椎管狭窄共 7 例; OPLL 5 例。脊髓造影: 共 23 例, 均显示碘柱腹侧多节段间盘水平压迹, 有 8 例存在碘柱背侧受压。CT 及 CTM: 共 21 例, 有 16 例显示椎管呈扁平状致脊髓受压; 另 5 例存在 OPLL, 其骨化块侵占率为 12~30%。MRI: 共 5 例, 见颈椎多节段间盘退变后突, 椎体后缘骨刺突入椎管。

治疗方法 1. 手术: 32 例均行颈后路单开门椎板成形椎管扩大术。手术采取俯卧位、局麻、颈后路正中入路。术中于 C₃₋₇椎板两侧关节突关节内缘作“V”形骨槽, 活页侧保留椎板内侧皮质骨, 纵断对侧椎板及黄韧带, 将 C₃₋₇椎板掀向活页侧以扩大椎管, 开门大小约 0.8~1.8cm, 将棘突用丝线悬吊于活页侧椎旁肌上, 对存在椎间不稳可于活页侧椎板向植骨。术后 1 周内去

枕平卧, 3 个月内带颈围领保护。2. 中药: 于术后第 3 天开始服用。采用桃红四物汤加减。组成为: 桃仁、红花、归尾、赤芍、丹参、川芎、葛根、党参、白术、云苓、陈皮、甘草等。制成胶囊, 3 粒/次。日三次, 口服。

治疗结果 按北医三院颈椎病脊髓功能状态评定法(40 分法)进行评价^[1], 随访术后半年优良率 93.8%, 术后 1 年优良率 96.9%。

讨论 单开门颈椎管扩大成形术是由中野首创^[2]。它在扩大椎管, 解除脊髓压迫的同时, 减少了对颈椎后部结构的损伤, 较传统全椎板切除减压优点在于: 手术操作在椎管外, 不刺激硬膜, 减少了损伤脊髓的可能性, 同时保留了后部的椎管结构, 避免了术后不稳, 另外还能防止医源性椎管狭窄。其适应症为: 发育性颈椎管狭窄; 脊髓前后方均受压; 多节段受压病例及前路术后疗效不佳者。采用桃红四物汤加味治疗, 可活血化瘀, 舒筋通络。

参考文献

1. 杨克勤, 对颈椎病的一些认识, 中华骨科杂志, 1982, 2: 29.
2. 中野昇, 他. 頸椎症性 Myelopathy に対する頸椎椎管拡大術の術經驗について, 整形外科 1980, 31: 453.

(收稿: 1996-05-15)