

# 手法治疗肱骨髁上骨折 168 例

四川省西充县人民医院 (637200)

强 洪 杨德新 杨学文 李万龙

肱骨髁上骨折是儿童常见的肘部骨折,好发于 10 岁以下儿童。我们采用先矫正旋转移位,再矫正其它方向移位,尽量一次整复,尺偏型使其桡侧嵌插方法治疗,获得满意效果,现报告如下。

## 临床资料

本组 168 例中男 101 例;女 67 例;年龄 1.5~14 岁;伸直型 118 例,尺偏型 98 例,桡偏型 20 例;屈曲型 50 例,新鲜骨折 156 例,陈旧型骨折 12 例。

## 治疗方法

1. 整复方法 (以伸直型远端伴有向内侧和旋前移位为例):患者取坐位,助手甲握上臂上部,助手乙握伤肢前臂,对抗顺势牵拉,充分拔伸牵引。待重叠纠正后,在维持拔伸牵引下,术者一手握近折端,另一手握远折端,使之旋后,同时嘱助手乙将前臂旋后,以矫正旋转移位。接着术者一手推近端向内,另一手推远折段向外,以矫正侧方移位,再用双手拇指置于远端后侧,其余各指环抱近端前侧,对向提按,同时嘱助手乙将前臂屈曲到 90°以内,此时常可感到骨折复位的骨擦感。尺偏型骨折复位之后,术者一手固定骨折部,另一手握住前臂略伸直肘关节,并将前臂轻度外展,使骨折断端桡侧骨皮质嵌插式稍桡偏。

2. 固定方法:在维持屈曲位牵引情况下,局部裹二层绷带,在移位的骨凸处放塔形垫一个,用两个直角夹板放于前后侧上达三角肌下缘,下超肘关节至腕关节以内其宽度为上臂横径 3/4 左右,内外侧板为活动板上下缘同前后板其宽度为上臂横径 1/2,固定扎带,分别于肘部,及上臂近端 1/3 处,前臂远端 1/3 处。屈肘 90°颈前悬吊。X 片复查治疗满意则悬带 1 周左右后,外敷新伤药同时调整扎带,术后 4 周左右解除扎带及夹板同时外敷旧伤药,行主动功能锻炼。

## 治疗结果

疗效标准:优:肘伸屈受限 10°以内,携带角无明显改变;良:肘伸屈受限 11~20°,提携角 5°以内;可:肘伸屈受限 21~30°,提携角改变 6~10°,持重物疼痛;

差:肘伸屈受限 30°以上,提携角改变 10°以上伴有肌肉萎缩、肌力减弱,本组 168 例病人中随访 108 例,随访时间 1~6 年,疗效优者 81 例,良者 12 例,可 13 例,差 2 例。优良率 93/108。

## 讨 论

肱骨下端前面有尺骨冠状窝与桡窝,后面有鹰嘴窝,有 25°~45°前倾角,其结构相当薄弱,儿童仅是一层极薄的骨片,因而最易发生骨折,受伤后轻微的旋转外力就可以发生倾斜而至肘内翻,虽然对肘内翻发生机理目前认识常不一致。但其原因不外乎复位不佳,尺偏未能矫正或固定不牢造成。同时,除有向尺侧移位外,还有尺侧骨皮质嵌插,若不矫正也是发生肘内翻的主要原因。此外远折端常有旋前移位若不纠正,必然发生肘内翻,但骨折端对位不良及骨骺损伤和重力对远端引垂作用使肱骨下端生长发育不平衡,也可能是发生肘内翻的重要因素。从这种意义上讲,能否彻底矫正旋转及骨质嵌插是控制肘内翻的关键,故在整复时顺势牵引后一定要沿肱骨纵轴进行拔伸牵引,使骨折附近软组织、肌肉从扭转恢复到正常的序列上,再纠正侧方移位,否则整复达不到对位对线,尺侧末端骨膜牵拉或尺侧骨皮质嵌插塌陷携带角就得不到恢复,肘内翻也就产生,我们按照上述方法整复,多能一次整复成功。

采用直角四块夹板超肘至腕关节固定,可限制前臂的旋转屈伸活动对骨折端造成的剪力及有效的外固定,若远折端向内侧移位者前臂应旋前位固定,若向外侧移位者前臂应旋后位置上固定,同时外扎绷带应由内向外包裹,这对后期功能锻炼有益,一周后的新伤药和四周后的旧伤药外敷对疼痛血肿、骨折的愈合起到良好的作用。

肱骨髁上骨折除肘内翻外,缺血性肌挛缩也是临床常见并发症,因而必须观察伤肢的血运及扎裹的松紧度以防。

(收稿:1995-03-21)