

闭合复位插钢针固定治疗小儿肱骨外髁骨折

王敦状 翟建国

(文登市整骨医院骨伤研究所, 山东 文登 264400)

我院自 1994 年以来, 采用闭合复位插钢针固定治疗肱骨外髁骨折 128 例, 效果较好, 现报告如下。

1 临床资料

128 例中, 男 100 例, 女 28 例; 年龄 2~12 岁, 受伤时间: 24 小时至 7 天。骨折移位程度: 旋转移位 90° 以内者 49 例, 90° 以上者 79 例。

2 治疗方法

用手捏翻转、屈伸收展手法闭合复位, 插钢针固定。整复手法: 在臂丛阻滞麻醉下进行, 一助手握住上臂中下段固定伤肢, 术者立于患侧, 以左手握前臂下段, 屈肘 135° 左右, 前臂旋后位, 先用右手摸清骨片位置及折面边缘, 单纯沿横轴错位者, 用手捏翻转和肘伸收展手法整复, 即以食指抵住向外旋转错位的内侧部分, 拇指抵住向外下旋转移位的外侧缘, 食指用力向内下按压, 以使骨片内侧部分向内下移动, 同时拇指向上推顶, 促使折面向上翻转。同时右手内收前臂, 以加大肘关节外侧间隙, 减少骨片向内回转时其内侧部分与近折断端交锁, 待手下觉有滑动陷进感, 骨片无移位, 边缘触不清时, 肘伸 170° , 一般即已复位。对沿横轴旋转超过 90° 的病例, 先捏住向外下移位的内侧缘, 向上翻转成 90° 后, 再按上法复位。复位后, 常规消毒、铺巾, 先摸清肱骨外上髁, 用 1mm 克氏针与臂呈 45° 、与地面呈水平位刺入断离的骨片中心, 左手固定钢针, 右手以骨锤向近折端打入, 当感到阻力加大并有坚实声响时, 说明钢针已进入近折段的骨皮质中, 进针深度达对侧骨皮质, 但不要超过骨皮质, 针尾埋皮下, 用直角铁丝托将前臂旋后位屈肘 90° 固定, 前臂项带悬吊, 术后三周拔除钢针, 解除外固定。

3 治疗结果

解剖对位 97 例, 有轻度侧向移位 24 例, 旋转移位 30° 以内者 7 例。随访 93 例, 随访时间 6 个月~4 年。疗效判定: 优, 肘关节无畸形, 功能正常者 84 例; 良, 肘外侧略有高突, 臂肌轻度萎缩, 肘关节伸屈小于正常 10° 以内者 8 例; 差, 肘外侧高突外翻畸形, 伸屈功能小于正常 $15^\circ \sim 30^\circ$ 者 3 例。

4 讨论

本方法治疗新鲜肱骨外髁骨折, 术前应认真分析 X 光片, 明确骨块移位旋转方向和程度, 细致耐心地触摸, 对骨块边缘、远端骨折面均应触摸清楚。复位手法的关键是手捏翻转而不是向内推, 否则会将骨片顶撞在近折端上阻碍骨片翻转。旋转移位的骨片有向前或向后移位两种类型, 不要先矫正前后移位, 要原地翻转, 只要旋转移位得到矫正, 骨片可由前臂伸肌群的牵拉而自动复位。在骨片将要翻转复位时, 同时内收前臂, 以扩大肱桡之间隙, 便于骨片进入关节腔。闭合插钢针固定可靠, 无并发症, 由于插针方向系由外下斜向内上, 在进针过程中, 通过钢针向内推动骨片的力量, 可同时矫正残存的向外移位。关于术后固定问题, 笔者认为屈肘 90° 前臂旋后位固定为好, 理由是肘关节处于功能位, 桡骨小头与肱骨小头抵紧, 可保持骨片相对稳定。

本组肘外翻畸形 1 例, 肱骨外髁增大 2 例, 这类病人在复位后或固定中经 X 线片观察均显示有不同程度向外移位及轻度旋转移位。作者认为这是并发畸形的主要原因, 所以整复时力求稳、准、轻柔, 达到解剖复位, 固定可靠, 术中注意无菌操作, 以防针眼感染。

(编辑: 李为农)

皮牵甩肩法治疗肱骨外科颈骨折 57 例

周 君¹ 刘天宇²

(1. 远安县人民医院, 湖北 远安 444200; 2. 远安县计划生育服务站, 湖北 远安)

1997 年 1 月~1998 年 7 月, 我们采用皮牵甩肩法治疗肱骨外科颈骨折 57 例, 获得满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

本组 57 例中, 男 31 例, 女 26 例; 年龄 13~67 岁。肱骨外科颈骨折外展型 36 例, 内收型 21 例。根据症状、体征及 X 线检查确诊。

2 治疗方法

(1) 令患者坐于方凳之上, 用伤手握住 0.5~3kg 的重物, 在医者的保护下, 缓慢伸直伤肢肘关节。开始须在健手保护下负重, 待患肢能独立承受其重量时即可撤去健手, 伤肢即处于自然下垂之中立位。维持此状态稍事休息, 疼痛可得缓解, 就可进行皮牵引。

(2) 皮牵引: 在患肢表面涂以适量安息香酸, 将一 8~10cm 宽的长条胶布自肩从上向下粘贴于伤肢桡侧, 直至指