

4 讨论

我们设计的这种微型钩刀配合扩张导管治疗腕管综合征的方法, 不仅彻底松解了腕横韧带, 克服了保守治疗疗效不稳定和容易复发的不足, 也大大降低了传统大切口腕管松解术后遗留腕掌瘢痕痛的可能。钩刀在扩张导管内钩割, 也避免了损伤腕管内重要组织, 保证了手术过程的安全。但在操作时必须熟悉局部解剖结构, 有研究表明手掌部第三指蹼与掌长肌腱尺侧缘的连线上, 掌浅弓与屈肌支持带远侧缘之间存在一个能避开重要结构进入腕管的安全区域^[2], 并且有在这里设计切口进行腕管松解的报道。在我们设计的手术中, 充分利用这个安全区域也同样非常重要, 尤其是在用钩刀寻找腕横韧带

远侧缘时, 要细心体会, 否则有损伤掌浅弓的危险。同时还应注意以下几点: ①定位准确; ②扩张导管及钩刀不要进入假道; ③注意钩刀角度; ④应轻柔缓慢, 不要用暴力; ⑤不要向远端钩入较深, 以免损伤掌浅弓; ⑥手术时稍向尺侧偏离, 不能进入大鱼际与腕横韧带出口相交处, 以免损伤正中神经返支; ⑦重度患者或病情复杂者(如腕管内有占位性病变), 应选开放手术。

参考文献

- 1 中国人民解放军总后勤部卫生部编. 临床疾病诊断依据治愈好转标准. 北京: 人民军医出版社, 1987. 727-728.
- 2 宋修竹. 掌部小切口腕管松解术的应用解剖. 中国临床解剖学杂志, 1999, 17(1): 50-51.

(收稿: 2002-10-14 编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

撬式架治疗儿童肱骨髁上骨折

胡成学

(重庆市中医骨科医院, 重庆 400010)

自 1997-2001 年, 应用撬式架外固定治疗儿童肱骨髁上骨折 30 例, 有效地控制了肘内翻的发生, 疗效较满意。

1 临床资料

本组 30 例, 男 18 例, 女 12 例; 年龄 4~11 岁, 平均 7 岁。受伤时间 0.5 h~5 d。均为闭合性伸直型骨折, 严重移位并伴有肿胀或强力性水泡、尺神经损伤 2 例。

2 治疗方法

采用臂丛神经腋路阻滞麻醉, 麻醉生效后行手法复位, 远近端助手及术者 3 人。首先两助手对抗牵引, 术者纠正侧方移位, 重点纠正尺偏, 用两点捺正法, 远端助手配合桡偏, 造成骨折端外翻外旋, 力争恢复正常对线, 携带角可纠正到 20°, 当确认尺偏移位纠正后, 再纠正前后移位, 由术者双手拇指抵住骨折远端后侧, 其余四指环抱骨折近端前侧, 同时远端助手牵引屈肘关节, 当复位满意后, 分开撬式架弹性弓, 套入伤肢, (见图 1)。然后用超肘关节后侧塑形夹板置前臂充分旋前极度屈肘位。当 X 线片复查证实骨折愈合约 5 周后解除外固定, 进行肘关节功能锻炼。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 优: 肘关节活动功能较健侧减少 10° 以下, 携带角较健侧减少 5° 以内; 良: 肘关节活动功能较健侧减少 10°~20°, 携带角较健侧减少 5°~15°; 可: 肘关节活动功能较健侧减少 20°~30°, 携带角较健侧减少 15°~20°, 不需特殊治疗者; 差: 肘关节活动较健侧减少 30° 以上, 携带角较健侧减少 20° 以上。

3.2 疗效评定结果 本组 30 例获得 5~18 个月随访, 骨折均愈合, 临床愈合时间最长 36 d, 最短 22 d, 无缺血性肌挛缩、骨化性肌炎、神经血管损伤等并发症。肘关节功能按上述标

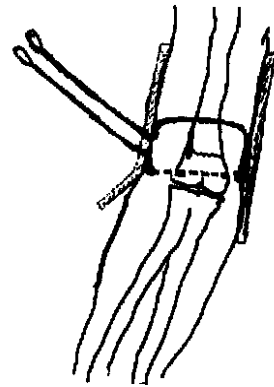


图 1 撬式架外固定治疗儿童肱骨髁上骨折
准评定优 20 例, 良 4 例, 可 4 例, 差 2 例, 优良率达 80%。

4 讨论

目前治疗儿童肱骨髁上骨折仍以手法复位外固定为主, 传统的小夹板在治疗儿童肱骨髁上骨折方面存在一定的缺陷, 仅靠 3 根布带加压, 容易松动, 影响固定, 而诱发肘内翻的发生。撬式架克服了传统夹板的不足, 利用金属弹性弓, 套入伤肢后, 利用内外两点应力对抗原理, 将肘关节携带角维持在 15°~20° 之间, 使内外两侧的骨折端生长相对平衡, 以保持固定期间持续的加压作用, 达到了坚强的固定, 巩固了手法复位的效果, 避免了复位后的再移位, 还能促进骨折的早期愈合, 进一步有效地减少了肘内翻的发生。

(收稿: 2003-01-24 编辑: 李为农)