

肘关节脱位并肱骨内、外上髁骨折

(附5例报告)

山东中医学院附属医院 刘复奇 曹贻训

肘关节脱位并肱骨内、外上髁骨折是肘部很少见的损伤,至今尚未见报道。我院自1983年至1987年共收治5例,现报告如下,并就有关问题作初步讨论。

临床资料

- 一、一般资料:共5例。见附表;
- 二、治疗方法:闭合复位夹板固定1例;闭合

	姓名	性别	年龄	侧别	致伤原因	受伤姿式	伤后就诊时间	X线表现
1	孟立民	男	15	左	从1米高处坠下。	左上肢向前内侧伸撑,前臂内翻旋前,腕背伸,手掌着地。	2小时	左肘关节向后外侧脱出,肱骨内髁骨骺撕脱,骨块移位达肱尺关节内,肱骨外上髁骨骺撕脱,骨块向后外移位。
2	王晓	男	15	右	雪地走路滑倒。	两手抄在袖袖内,右肘近伸直,前臂内翻旋前,腕背伸,手掌着地。	1天	右肘关节向后外侧脱出,肱骨内上髁骨骺撕脱,骨块向后下移位,达肘窝窝下,肱骨外上髁骨骺撕脱,骨块向外移位。
3	赵丙虎	男	16	左	骑自行车摔倒。	左上肢向前外侧伸撑,前臂内翻旋前,腕背伸,手掌着地。	3天	左肘关节向后外侧脱出,肱骨内上髁骨骺撕脱,骨块在肱尺关节内,肱骨外上髁骨骺撕脱,骨块向后外移位。
4	郑保军	男	16	左	骑自行车摔倒。	左肘伸直,前臂内翻旋前,腕背伸,手掌擦地。	22天	左肘关节向后外侧脱出,肱骨内上髁骨骺撕脱,骨块移位达肱尺关节内,肱骨外上髁骨骺撕脱,骨块向外移位。
5	郭向阳	男	17	右	从3米高处坠下。	不祥	55天	右肘关节向后外侧脱出,肱骨内上髁撕脱,骨块移位达肱尺关节内,肱骨外上髁撕脱,骨块向后外移位,关节内广泛骨化。

复位后见肱骨内、外上髁不稳定,在臂丛神经麻醉下行闭合穿针固定2例,手术切开复位钢针固定2例。

三、随访及疗效:随访时间最长4年10个月,最短一年,平均随访时间2年4个月。疗效:肘关节活动恢复正常,无疼痛及其他症状2例;肘关

节活动轻度受限,无疼痛及其他症状1例;肘关节伸直 50° ,屈曲 80° ,有轻度疼痛1例;肘关节仅有 15° 活动范围1例。

讨 论

一、发病机理:肘关节由肱骨下端,桡骨小

头及尺骨鹰嘴组成,内外侧均有侧副韧带加强关节的稳定性。桡侧副韧带呈扇形,起于外上髁,止于环状韧带。尺侧副韧带由前后二部组成,均起自内上髁,前部纤维止在尺骨冠状突内侧结节上,后部纤维止在尺骨鹰嘴内侧面。肱骨外上髁同时为前臂伸肌总腱附着点,肱骨内上髁为前臂屈肌总腱附着点。两上髁与尺骨鹰嘴的关系,肘伸直时三点在一直线上,屈肘 90° 则成一等腰三角形。肘关节脱位或骨折时,此三点关系出现改变。正常肘关节屈伸活动范围为 0° — 150° 。当身体向前及患侧跌倒,肘关节呈伸直位,前臂内翻旋前,腕关节背伸手掌着地时,在肘部同时受到三种暴力作用。(1)传导暴力:暴力经桡骨沿尺骨向上传导,躯干重力沿肱骨向下传导,以致尺骨鹰嘴突急骤地冲击肱骨下端的鹰嘴窝,而产生杠杆作用,使止于喙突上的肱前肌及肘关节囊的前部被撕断,在肘关节前方无任何软组织阻止的情况下,肱骨下端继续向前内移位,尺骨鹰嘴突则向后外侧脱位,出现肘关节后外侧脱位。

(2)肌肉牵拉力:跌倒时腕背伸,手掌着地,前臂屈肌群猛烈收缩,将其附着部肱骨内上髁撕脱。(3)内翻旋前暴力:跌倒时前臂呈内翻及旋前位,肱骨外上髁受到桡侧副韧带及前臂伸肌群的猛烈牵拉而出现撕脱。由于上述三种作用力,以致出现少见的肘关节脱位并肱骨内、外上髁同时骨折。

二、诊断与治疗:本组5例均系青少年,除例5摔伤后因当时一过性神志不清致受伤姿势不详外,均为跌倒时肘关节呈近伸直或伸直位,前臂内翻旋前,腕背伸手掌着地。早期临床检查肘关节呈“靴形”畸形,肘后三点改变,关节弹性固

定,在肘外侧可触及活动的肱骨外上髁骨折块。X线片显示肘关节后外侧脱位,肱骨外上髁撕脱,骨块多向后外侧移位;肱骨内上髁撕脱,骨块移位达肱尺关节内。因为此种脱位并骨折较少见,所以很容易误诊为肱骨内上髁骨折第IV型,如例2、例3初诊被误诊,闭合复位后拍片,才发现肱骨外上髁亦有撕脱,经仔细询问其受伤姿势及认真观察整复前X线片时,才发现为此种脱位并骨折。例5在当地县医院及我院门诊均诊为肱骨内上髁骨折第IV型,经住院手术中证实肘关节脱位合并肱骨内、外上髁骨折。可见此种脱位并骨折是易被误诊的。因此,必须仔细了解受伤机理,认真分析X线片。本组4例病人肱骨外上髁骨骺均已出现,并尚未闭合,所以在阅X线片时,若在肱骨外上髁部缺少骨骺,而肘外侧有撕脱骨块,再结合了解受伤机理后即能做出正确诊断,否则就易发生漏诊或误诊。

治疗:宜早期治疗。治疗越早,关节功能恢复越好。早期应行闭合复位,复位后在肱骨内、外上髁下方各放置一塔形压垫,屈肘 90° ,前臂中立位夹板固定。肘关节复位后比较稳定,但肱骨内、外上髁骨折块由于肌肉及韧带牵拉极不稳定。如肱骨内、外上髁仍有移位,可在复位时分别用1—2枚钢针固定,或在臂丛神经麻醉下切开复位,钢针固定。5周后拔除钢针并解除外固定,逐渐进行功能活动。本组5例中,3例使用上述治疗方法,效果满意。如受伤时间较长,已丧失闭合复位的机会,只有手术切开复位。术中增加了创伤,术后易出现感染,其并发症及后遗症较多,肘关节活动受限,甚至丧失正常的劳动能力。本组例4、例5行手术治疗,效果较差。

(上接第30页)

(1)、宽夹板穿针外固定起到了固定牵引的作用,消除了重叠、成角畸形,起到拉伸对位,稳定长度,保持了骨折对位,使夹板—钢针—小腿形成了力学上的简支架模型,起到了固定稳妥的效应。

(2)、本装置器械,操作简单,穿针少,对关节影响小(不超关节的固定),不影响血运,便于护理,对骨与其周围组织损伤少,患者易接受。

(3)、取材容易,成本低,适合基层医院。

(4)、缺点是在调整长度时,必须一次牵开,不利于随时加长或缩短。

3. 适应症:

(1)、闭合骨折;

(2)、新鲜开放性骨折清创后;或开放性伤口时间长,失去I期缝合机会者;

(3)、开放骨折感染者。

参考文献:

1、黑龙江省中医学院《骨科论文选编》第一集 编著黄殿栋

2、天津科学技术出版社出版的《骨科复位固定器疗法》 编著 孟和 黄克勤

附:宽夹板各部位说明

1、夹板由五合板制成,长50厘米、宽16厘米(其中足跟托架长10厘米、宽5厘米)。

2、夹板固定后杆(以8号铁丝两端车成螺纹以外外螺帽固定)。

3、夹板固定前杆。

4、克氏针(含9)。

5、足跟托架。

6、足跟布托带。

7、前加压布带。

8、后布托带固定结。