

# 肱骨髁上截骨丝线固定治疗肘内翻畸形

(附30例报告)

山东省文登整骨医院 于兰先 王菊芬 王 彬

肘内翻畸形系肱骨髁上骨折后期并发症。多见于10岁以下儿童,肱骨髁上骨折后肘内翻畸形发生率各家报告不一,一般认为在30%以上,有的报告甚至高达70%。对肘内翻畸形的治疗,一般均采用肱骨髁上楔形截骨金属器材内固定术。高国训曾报告用肱骨髁上楔形截骨,粗丝绳固定治疗肘内翻畸形15例,优良率为80%。我院自1980年开始采用肱骨髁上楔形截骨、双10号丝线固定治疗肘内翻畸形,至今已治疗48例,有完整资料及随访者30例,取得了良好效果,现报告如下:

## 临床资料及结果

本组30例中,男19例,女11例,年龄最大12岁,最小4岁,平均6.5岁。肘内翻角度最大35度,最小20度,平均27.5度。随访时间最长38个月,最短5个月,平均9.5个月,截骨处均骨性愈合,无一例畸形复发和肘关节屈伸功能障碍,优良率达100%。

## 手术方法和术后处理

### 1、手术方法:

在臂丛神经阻滞麻醉或全麻下取仰卧位,患肢置于胸前,手术在气性止血带下进行,取肱骨下端外侧入路显露肱骨下端,沿肱骨上髁嵴纵形切开骨膜,用骨膜剥离器剥离肱骨下端前后侧骨膜,于骨膜下向两侧牵开软组织,充分暴露肱骨髁上部。

按术前X线片测量的角度和预定的部位切除一楔形骨块。在截骨处的远近两端外侧自前向后用2mm米克氏针各钻一骨孔,钻透前后侧骨皮质,在截骨处两端的内侧自前方向骨断端各钻一孔,只钻透前侧骨皮质且从骨髓腔内穿出,各骨孔距骨断端1厘米,沿骨孔引入双10号丝线,手术者一手握住截骨近端,另一手握住截骨远端及肘部使远端外展,截骨断端对位严密后,助手将两处丝线拉紧打结固定,无菌盐水冲洗切口,逐层缝合,无菌敷料包扎。

### 2、术后处理:

术后前后石膏夹固定于屈肘90°,前臂旋后位。次日拍片检查截骨断端的位置,如发现前倾角过大或过小,拆除石膏适当调整,因丝线固定可有轻微的活动度。术后3周去石膏夹练习肘关节伸屈活动。

### 3、注意事项:

1) 剥离骨膜时勿剥离内侧骨膜,截骨时注意不要切断内侧骨皮质,以增加截骨端的稳定性,并有加速截骨处愈合的作用。

2) 显露肱骨下端时勿损伤关节囊,以免日后影响肘关节活动。

3) 截骨下位水平线应在尺鹰嘴窝上缘1厘米处且与肱骨下端关节面平行,截骨线偏上骨质较硬,矫正肘内翻时内侧的侧骨皮质易断裂,截骨线偏下容易伤及关节囊。

## 讨论

1、丝线固定强度问题:我们在临床中体会肱骨髁上楔形截骨后双10号丝线固定具有足够的固定强度。在手术台上,丝线固定完成后直视下检查截骨断端,相当稳定。我们认为:内外侧两处丝线及内侧未断骨膜有力控制了截骨断端的内、外成角和内外侧移位,并能防止远端的旋转;丝线固定后截骨两断紧密接触且有一定的轴向压力,既增加了截骨断端的摩擦力,防止截骨断端的前后侧移位和成角,又有促进骨愈合的作用。本组30例的术后结果证实了这点。高氏治疗的15例中,差者占20%,可能与截骨端固定欠稳定有关,因为在截骨的上下端仅用一道粗丝绳固定,难以有效地控制截骨端的旋转,高氏报告的15例中,就有一例因固定不稳而不得不另加克氏针固定。我们初期治疗的病例中也有类似的情况。

2、丝线固定的优点:本方法简单、经济,不需要特殊器械,易于推广应用;丝线固定对人体没有不良反应,不需取出,减少了病人的痛苦,病人乐于接受。

3、年龄的选择问题:本组30例,年龄均在12岁以下,外展截骨远端时仅有4例内侧骨皮质断裂,其中2例为12岁,1例为11岁,另1例为5岁。前3例可能与年龄较大有关,后1例与截骨线偏高有关,因此,我们认为,年龄越大,内侧骨皮质断裂的可能性越大。故本法仅适用于10岁以下的患儿。另外,从本组随访治疗的结果来看,尽管在患儿生长期进行了手术,却无一例畸形复发,说明造成肘内翻畸形的原因,并非是由肱骨远端骨骺发育障碍所致。

## 小结

本文介绍了一种用髁上楔形截骨治疗肘内翻畸形的丝线固定方法。通过30例治疗结果证明,本方法简单易行,固定可靠,安全经济,减轻了病人的痛苦,值得在临床上推广应用。

参考文献略

\*\*\*