

肱骨髁上骨折手术原因分析

江苏省南通县中医院 (2263007) 张鹏程

肱骨髁上骨折是儿童多见的骨折,经闭合复位多可治愈,也有少数病例经保守治疗失败,需手术治疗。现将47例手术病历分析如下:

临床资料

1.一般资料:女性24例;男性23例;左28例,右19例;年龄最小2岁,最大60岁,12岁以下38例,平均年龄12.3岁;屈曲型7例,伸直型34例,粉碎型6例。

2.闭合复位失败原因:(1)因肿胀明显影响复位者12例;(2)因肿胀明显有张力性水泡,医者消极等待,延误复位时机者6例;(3)初诊医者误认为是软组织挫伤,未摄片检查,未作固定者5例;(4)初诊发现骨折,因无专科医生或无固定材料,未及时治疗者5例;(5)复位时对位对线尚好,未及时复查,待2周后复查摄片,已畸形愈合者3例;(6)复位时对位对线尚好,复查发现移位,再次复原位困难者3例;(7)屈曲型骨折屈肘位固定者3例;(8)未及时就诊,初诊时已超过一周者4例。

讨论

关于肱骨髁上骨折的治疗效果,赵晓山报道:手法组发生携带角改变及肘内翻的机会多于手术组,但手法组的肘关节功能明显好于手术组。

1.解剖特点:骨折断端截面狭而长,是复位困难,固定不稳的客观因素。

2.肿胀:骨折局部肿胀是骨折后的普遍现象,也是影响复位的主要因素之一,本组有18例因肿胀延误复位时机或影响复位,占38.29%。肿胀的原因:一个是外界暴力对软组织的挫伤;二是骨折断端的移位压迫血管,影响局部静脉回流受阻,受阻远端静脉压增高,发生局部水肿。

对待局部肿胀明显的骨折,即使肘部肿胀明显,有张力性水泡时,也要积极处理。骨折断端的复位,对静脉压迫的解除,也有利于水肿的消退,决不应消极等待延误治疗。

3.固定错误:肱骨髁上骨折,根据暴力的方向及断端移位情况,主要分为伸直型与屈曲型(粉碎型根据移位情况也可归于伸直型与屈曲型)。伸直型:应固定于屈曲位。屈曲型:应固定于伸直位。因屈曲型骨折少见,临床中不足10%,所以在门诊工作中易被忽视,把屈曲型骨折当成伸直型骨折处理,使固定失败。本组有3例屈曲型骨折被错误地固定于屈曲位,使断端移位。所以在临床中我们应仔细询问病史,了解受伤时的姿势,细心检查局部体征,认真阅片辨清断端移位情况,正确区别骨折类型,给予正确的固定。

4.误诊:无移位或轻度移位的髁上骨折,肘部仅见轻度肿胀,畸形不明显,检查时亦无骨擦音及异常活动等典型骨折征象,易被误诊为肘部挫伤,而失去正确治疗的机会。本组有5例初诊时误诊为肘部软组织挫伤,未摄片,未固定,仅膏药外贴,待肿痛不减;畸形明显,再未复诊,已失去闭合复位的时机。

5.失治:本组有5例,在基层医院已摄片诊断为肱骨髁上骨折。因无专科医生未及时转上级医院,待肿痛不减,患者再到上级医院诊治,已失去闭合复位的时机。

6.复诊不及时:应重视骨折后复诊工作。在初期应注意观察肿胀情况,是否有血管神经受压表现,要及时调整固定物的松紧度,防止固定失效。本组有3例,初诊时复位后对位线尚好,待7—10天后来复查摄片,断端移位,再次复位未成功。

青少年桡骨下段骨折的继发性成角畸形

云南中医学院附属医院(650021) 刘丽仙 吴乃凤

自1978年至1990年10月,共收集到我院和院外的部份青少年桡骨下段骨折出现继发性成角畸形病例20例,现将导致骨折成角畸形的病因、病机治疗以及预防等问题,进行分析。

病因病机

1.桡骨下段骨折的病因:除直接暴力打击骨折局部所致骨折外。多数为跌倒时,手部触地身体的重力和地面的反作用力,传导而至桡骨下段的间接暴力而引起。

2.创伤修复的不平衡:由于早期创伤炎症,使骨膜中的成骨细胞被激活,创伤局部的血液循环,代谢也明显提高。促使纤维骨痂增生,形成张应力侧大于压应力侧。这就导致骨折继发成角畸形。

3.治疗不当或失误:由于对骨折的生物力学、创伤解剖、病理病机认识不足,手法复位不良,固定欠佳,练功不当,观察不细,患者合作不够,均可导致骨折继发成角畸形。

治疗和预防方法

1.复位:必须欲合先离,离而复合,矫枉过正。

2.固定:固定必须牢固有效,必须选择适合的夹板或石膏进行固定。位于骨折张应力侧夹板要相对短于压应力侧且,不要超关节固定,以达到消除张应力,增加压应力的目的。例如:伸直型桡骨下段骨折的背侧夹板,要长于掌侧夹板。并要超过腕关节的背侧,以防止腕关节背伸活动,而掌侧夹板短,且不超过腕关节,可以自由屈曲腕关节,在屈腕活动中,可以继续矫正骨折向掌侧的成角畸形,保持骨折

的动态平衡。屈曲型桡骨下段骨折的夹板和固定方法则与伸直型相反。

除夹板放置的位置和夹板的长短之外,在骨折成角的角尖(即凸起部位)还应放置适当大小厚薄的加压垫,以消除或防止骨折的成角畸形。待临床愈合时即可解除固定,青少年桡骨下段骨折,因容易发生继发性骨折成角畸形,因此固定时间应适当延长2至3周。

3.功能锻炼:骨折复位固定后,早期就应进行功能锻炼,包括自动和适当的被动锻炼腕、掌、指关节。锻炼时,张应力侧用力而压应力侧不需用力。例如:伸直型桡骨下段骨折,可以自动或被动的用力屈曲腕、掌、指关节,而禁止自动或被动的强力伸腕关节的活动。以防止桡骨下段骨折向掌侧成角畸形。屈曲型桡骨下段骨折的练功活动则与伸直型相反。其原理就是消除对骨折愈合不利的张应力,增加对骨折愈合有利的压应力。

典型病例

秦×,男,12岁 X线片:22591。于1988年2月15日跌伤。拍X片示:左桡尺骨下段骨折,桡骨远折端向背侧、桡侧移位,向掌侧成角45°畸形。经手法复位,已达到解剖对位,用小夹板外固定。伤后一周,于1988年2月21日拍X片复查,骨折对位尚可。伤后廿四天复查时,发现桡骨远折端向掌侧成角畸形约为30°。再次行手法折骨矫正成角畸形,角顶处加垫,小夹板外固定至临床愈合,以后未再发生成角畸形。

7.延迟就诊:本组有4例,初诊时已超过一周,闭合复位困难。

本组47例中,除5例开放性骨折,1例有早期伏克曼氏征直接手术(占本组14.61%)

外,其余41例均经保守治疗失败。如能在临床工作中将以上失败因素加以克服,减少失误,提高医疗水平,对降低此种骨折的手术率,提高手法复位的成功率有实际意义。