

闭合复位经皮穿针内固定治疗肱骨髁上移位骨折

甘肃省中医院(730050) 赵继荣 高辉 路焕光

自 1992 年 3 月~1993 年 10 月,采用臂丛麻醉,手法复位,经皮克氏针内固定,前臂石膏托外固定收治肱骨髁上移位骨折 30 例,获得满意疗效,现报告如下。

临床资料

本组 30 例,男 18 例,女 12 例;年龄最大 14 岁,最小 4 岁;伸直型 24 例,屈曲型 6 例;左 21 例,右 9 例;受伤到整复时间最短者 1 天,最长 8 天,再次复位 14 例,且肿胀明显有张力性水泡。

治疗方法

在臂丛麻醉下,患者仰卧位,肩关节外展 45°,前臂旋前半伸肘 145°。常规消毒铺巾,助手固定上臂并维持肱骨纵轴。术者在电视 X 光机监视下行手法复位,对位满意后保持屈肘约 90°位。经皮自外髁处与肱骨纵轴约成 45°角斜向内上方钻入 1 枚 2mm 骨圆针,略穿出对侧骨皮质,然后自内髁处交叉钻入第二枚同样大小的克氏针。检查骨折及钢针牢固,屈伸患肘无障碍,针尾留于皮外 1.5cm 并折弯,无菌纱布包扎,屈肘 90°位,石膏托悬吊患肢于胸前。3 周后拔针,进行功能锻炼。

治疗结果

本组 30 例患者无 1 例出现针眼感染。术后 3 周拍

片复查,骨折对位对线均良好,骨折临床愈合。半年随访,肘关节功能恢复良好,无肘内翻畸形发生。

讨论

肱骨髁上部结构薄弱,骨折时折端像两片薄板相对,属极不稳定骨折。治疗上目前多采用手法复位,小夹板外固定或切开复位内固定。可是,单纯闭合复位小夹板固定,由于患儿不能合作,很难维持满意对位,而且易造成压疮、神经损伤等不良后果。切开复位内固定,则因过多的剥离骨膜和软组织,破坏了维持骨折稳定的内在因素和局部血液循环,易造成肌腱粘连或关节囊挛缩,导致肘关节僵直或创伤性关节炎。本法不但保留了稳定骨折局部的内在因素,与单纯夹板及其它外固定比较稳定性好,也易于管理和功能锻炼。而且有利于骨折的愈合。由于小儿肘部肌肉力量不大,选择直径 2mm 的克氏针,足能抵抗骨折再移位。使用上述方法后,无 1 例出现骨折端再移位现象。此法操作简单,容易掌握,损伤小,病人痛苦小,而且内固定牢靠,特别是对于移位明显,肿胀严重有张力性水泡的尤为有利。

(收稿:1994-03-21)

欢迎订阅本刊 1994 年增刊

《中国骨伤》1994 年增刊(上、下集)已出版。增刊上集以临床为主,选题广泛,内容包括临床论著、实验研究、经验交流、外固定、手法介绍等。集中反映了骨伤科近年来的最新进展。每册定价 27.50 元(另加邮资费 2.50 元)。

增刊下集为“脊柱性腰腿痛专集”。此刊汇集了参加 1994 年 10 月在浙江杭州市召开的“全国脊柱性腰腿痛专题学术讨论会”各位专家、学者的学术论文 150 篇。内容丰富,学术水平较高。每册定价 20.00 元(包括邮资费)。

欲购者,请寄款至:100700 北京市东直门内北新仓 18 号《中国骨伤》编辑部收,务请写清收刊者详细地址、姓名及所在地邮政编码,注明“购 1994 年增刊及册数”。另外,本刊 1993 年增刊“骨科外固定专集”尚有余册,每册定价 25.00(含邮资费)。