

## 综 述

## 肱骨髁间骨折的治疗

山西省临汾市第一人民医院(041000) 单建民

肱骨髁间骨折较少见,仅占全身骨折的0.4%<sup>[1]</sup>,是典型的关节内骨折。由于骨折多为粉碎,破坏了关节面的完整性,常伴有关节囊和周围软组织广泛撕裂,局部肿胀严重,关节腔有积血,疼痛剧烈。易合并桡神经和尺神经损伤及其它部位骨折,并且复位困难,固定不稳,严重影响关节功能的恢复,故对髁间骨折要求复位正确、固定稳妥,并早期进行功能锻炼,以争取获得满意的效果。治疗时必须根据骨折类型、移位程度、病人年龄、职业等情况选择恰当的方法。门振武、张桂林等<sup>[2,9,13]</sup>主张行开放复位内固定方法。韦以宗等<sup>[10]</sup>主张行骨牵引自动复位或手法复位、小夹板外固定和练功的方法。有人认为对50岁以上患者无论采用何种疗法,疗效均不满意,对50岁以下患者以手术复位内固定为佳<sup>[1]</sup>。但不论那种治疗方法均难取得十分满意的效果。目前多倾向于开放复位内固定治疗,特别是对Ⅲ型及Ⅳ型骨折。并强调手术时间越早越好。外固定时间要视内固定牢固性而定,一般不宜超过3周。

## 非手术治疗

尚德富等<sup>[11]</sup>认为对肱骨髁间骨折,除严重开放骨折和陈旧性骨折施行手术外均首选非手术治疗,手法复位或鹰嘴牵引,小夹板或石膏外固定。理由是①该损伤破坏了肘关节的静力稳定结构(如关节囊),如果手术就会进一步损伤关节的动力稳定结构(如肌肉等);手术增加病人的精神和经济负担;手术有一定的局限性,牢固的内固定要有合适的器材。条件差的基层医院难以施行;手术不可避免会有并发症(如感染等),影响功能恢复。②非手术治疗方法简便易行,痛苦小,花钱少,大部分病人可在家庭病床得以治疗。③尺骨鹰嘴牵引可及时消除关节肿胀,牵引期间可以进行功能锻炼。损伤的恢复功能锻炼是关键之一,与年龄有一定关系,越小越好,但非决定因素。韦以宗等<sup>[10]</sup>采用尺骨鹰嘴牵引自动复位或手法复位,小夹板外固定和练功的方法治疗。认为此方法是外力通过内动力作用于骨折端的复位固定法,能有效地预防骨阻碍形成、冠状窝消失和关节粘连。在肘关节屈曲90°和前臂中立位时,通过正常力线的牵引作用,肱骨髁间的分离一方面通过关节囊平衡的合抱力得以复位,另一方面如果因血肿而致的距离也可通过小夹板纸压垫的效应力而得以复位。髁部残余的移位 $20^{\circ}$ 范围内的早期肘关节活动,

通过尺骨半月切迹的模造,以及鹰嘴和冠状突对滑车、鹰嘴窝的“微调”作用,可达理想的复位,而其中的血肿在这些活动中被挤离,避免了鹰嘴窝、冠状窝因血肿残留、机化、结缔组织增生而变浅以及合并关节的粘连而影响肘关节功能。并强调骨牵引穿针部位在鹰嘴上2cm处,若牵引穿针点不正确,产生了偏心力线,骨折也将随之移位。刘晓龙等<sup>[4]</sup>采用自制前臂外展架配合鹰嘴牵引治疗,认为①本方法是在持续的牵引力量作用下使骨折端逐渐复位,纠正了骨折端的嵌插、重叠及成角畸形。牵引一段时间后如有骨折复位不佳,配以手法和弹力带亦很容易使骨折复位,同时持续的牵引防止了骨折端的重新移位。②外展架配有牵引,重量轻,患者携带方便、制作简单、易普及。③可避免手术治疗的副损伤,并保持肘关节囊及侧副韧带一定的紧张度,利于后期功能锻炼。④可维持肘关节正常携带,防止肘内外翻畸形。候树慧等<sup>[3]</sup>采用自行设计的“髁间骨折复位固定器”治疗,方法操作简便,无需切开,不必卧床,易于推广,解决了治疗和护理方面的困难,复位后X线表现是否达到解剖复位和功能恢复情况不成正比,关键是早期功能锻炼,使骨折在动态下愈合。

## 手术治疗

多用后方正中切口或后内侧切口,肱三头肌舌形切开暴露,或截断尺骨鹰嘴的暴露法。或者采用经皮闭式穿针撬拨复位和内固定。内固定材料有克氏针、钢板螺丝钉、螺栓等。马元璋等<sup>[6,12]</sup>认为手法较易整复髁间部分离和髁上移位,但难于整复髁间部旋转移位。经皮撬拨复位需在保持牵引下从肘内外两侧各穿入一钢钉,经皮进入内上髁和外上髁,撬拨整复旋转移位,再用手法整复髁间部分离和髁上部移位。最后将两钢针分别穿入对侧骨片作内固定,完成操作后,常用小夹板固定5~6周。或采用经皮闭式穿针的方法使其成为“串珠”状,从外髁向内髁穿针,针的远端回缩皮下抵住内髁皮质,在内外加压的情况下形成沿轴线的合力,有稳定骨折的作用,且因克氏针是在关节以上贯穿于两髁之间,可在不去除钢针的情况下练习患肘的屈伸活动,符合动静结合的原则。穿针时应注意克氏针必须在两侧骨片的中点,与肱骨干保持垂直,由滑车的上缘通过,不可进入关节间隙,以免造成关节面损伤及妨碍术后的功能练习,同时要防止神经和血管的损伤。门振

武<sup>[9,13]</sup>认为肱骨髁间骨折行开放复位内固定是应积极考虑的选择,还应视为急症手术,在24小时内进行,截断尺骨鹰嘴的暴露法是没有必要的。术后是否外固定应视内固定牢固度来决定。他认为开放复位的良好对位为功能恢复打下了解剖基础,牢固的内固定又便于早日行功能锻炼,促使水肿消退及瘢痕软化,而最终得到满意结果。因此,良好的手术操作及适当的内固定、早日功能锻炼是开放复位成功的关键,而不应由于某些不成功的手术而否定其价值,优良率53%~92%。安跃辉<sup>[8]</sup>译文也强调肱骨髁间骨折应立刻切开复位坚强内固定和术后早期积极的关节活动范围锻炼,并认为最重要的是重建肱骨小头和滑车的同时达到坚固的内固定,无论怎样进行固定,关键在于能获得充分的固定允许早期活动。若术后需要长期制动的不佳固定,将不可避免地导致功能上不满意的结果。刘树清等<sup>[7]</sup>认为对成人Ⅲ型及Ⅳ型骨折宜手术及早期关节活动方法治疗,对高龄患者因术前全身情况差,术后配合功能锻炼不佳,宜保守治疗。手术治疗骨折复位良好,关节面比较平整,骨折固定牢固,术后可早期开始功能锻炼,效果满意。行保守治疗关节面复位困难,治疗中亦易发生肘内外翻畸形,影响效果。手术经尺骨鹰嘴截骨入路,髁间以螺丝钉及螺栓固定,髁上以螺丝钉及克氏针固定。认为此入路软组织损伤小,能充分显露,使骨折复位在直视下进行,操作简单方便,术中要注意保护尺神经,必要时将其前移,以防损伤。王正昌等<sup>[5]</sup>用切开复位克氏针内固定法,即先由内髁向外髁横行穿入一枚克氏针,针两端弯曲埋于皮下,使髁间骨折变为髁上骨折,再自两髁部各斜行向上交叉穿入一枚克氏针固定。术后2周拆线即行功能锻炼,并配合局部热敷、理疗,取得满意疗效。张桂林等<sup>[2]</sup>认为手术方法以钢板螺钉效果最好,术后功能锻炼应循序渐进,主被动结合,避免暴力活动,以防止增加损伤,在内固定不坚固的情况下以及不适当的早期功能锻炼可造成内固定物的松动或脱落,应予避免。王有胜<sup>[1]</sup>通过对31例肱骨髁间骨折手术切开复位内固定及术后早期功能锻炼,配合局部中药薰洗等综合治疗,肘关节功能恢复满意。他认为在肱骨髁间骨折时,内外两髁因分别有屈伸肌群附着,

骨折块分别向内外两侧旋转并向前屈曲移位,手法不易复位,外固定也难以维持复位,鹰嘴突骨牵引可增加两髁的旋转,非手术治疗效果往往欠佳。并指出对于年轻的肱骨髁间粉碎骨折病人,若局部皮肤条件允许,宜尽早手术;对于开放性骨折若受伤时间短、创面污染轻、身体素质好,宜在彻底清创的同时行一期内固定。术前宜仔细研究 X 线片,拟定手术方案、选择合适内固定器材,术中对重要而较大的骨片要尽量保留,碎小骨片可清除。术后早期适当的功能锻炼及配合中药薰洗治疗有助于功能恢复。同时也强调锻炼应循序渐进,运动量由小到大,速度由慢到快,绝不可盲目粗暴,急于求成,以免加重肌肉、关节囊及韧带等软组织的损伤。

### 参考文献

1. 王有胜. 肱骨髁间粉碎骨折的早期处理. 骨与关节损伤杂志 1993;8(3):195.
2. 张桂林,等. 重度肱骨髁间骨折的内固定治疗. 创伤骨科学报 1992;2:100.
3. 候树慧,等. 应用髁间复位固定器治疗肱骨髁间折的研究. 中华骨科杂志 1990;10(3):183.
4. 刘晓龙,等. 外展架鹰嘴牵引治疗不稳定肱骨髁上及髁间骨折. 哈尔滨医药 1990;10(4):20.
5. 王正昌,等. 对肱骨髁间骨折治疗方法的探讨. 中华骨科杂志 1989;9(2):117.
6. 史桂良. 闭式穿针与撬拨复位治疗小儿肱骨髁部骨折. 骨与关节损伤杂志 1989;4(3):166.
7. 刘树清,等. 肱骨髁间骨折的治疗. 创伤杂志 1989;4(1):6.
8. 安跃辉. 成人肱骨远端关节内骨折. 创伤骨科学报 1987;3:304.
9. 门振武. 肱骨髁间骨折的开放复位内固定. 中华外科杂志 1986;24(2):115.
10. 韦以宗,等. 中西医结合治疗肱骨髁间骨折.(35例报告及解剖实验动态观察). 中华骨科杂志 1985;5(5):263.
11. 尚德富,等. 肱骨髁间骨折的非手术治疗. 山西医药杂志 1989;13(1):9.
12. 马元璋,等. 上肢关节骨折经皮撬拨复位和内固定. 中华外科杂志 1980;18(2):109.
13. 门振武. 肱骨髁间折 53 例治疗分析. 创伤骨科参考资料 1979;3:99.

(收稿:1994—07—16)

## 《河南中医药学刊》1996 年征订启事

《河南中医药学刊》为双月刊,16开本,64页,每期2.50元。邮局订阅代号36—153。国外发行:北京399信箱中国国际图书贸易总公司。本编辑部代办邮购,地址:郑州市金水路东段,邮编:450003。