

小儿单纯性肱骨滑车骨折的治疗

陕西省镇安县医院 (711500) 陈则顺 马彦邵

讨 论

我院自 1975 年以来以斯氏针交叉内固定治疗小儿单纯性肱骨滑车骨折 12 例, 效果满意, 现报告如下。

临床资料

本组 12 例中, 男 9 例, 女 3 例; 年龄 2.5~14 岁; 左侧 4 例, 右侧 8 例; 新鲜损伤 3 例, 陈旧性损伤 9 例; 伤后至手术时间最短 1 天, 最长半年。

治疗方法

臂丛麻醉, 取肘后正中“S”型切口, 逐层进入关节腔, 充分暴露肘关节面, 清除积血及新生肉芽组织, 复位后将骨折面彻底搔刮。将骨折块达到解剖对位。然后从肱骨外上髁下 0.5~1cm 处由外向内横行穿一斯氏针, 穿入骨折块过对侧, 但不穿出对侧骨皮质。用同样方法从内上髁向外穿一斯氏针经骨折块达对侧。两针不能在一个平面上, 将骨折块牢牢固定, 恢复正常的关节面, 两针尾留在内外上髁皮下 0.5cm。活动肘关节, 观察骨块在屈伸时稳定后, 石膏托固定于功能位置。术后 3 周拆除石膏, 开始锻炼肘关节屈伸活动, 7 周后拔除钢针, 继续加强功能锻炼。

治疗结果

本组资料表明, 不同类型的滑车骨折经切开内固定, 均可获得满意效果。积极的主动锻炼是恢复肘部功能的重要因素。本组 12 例在术后 4~5 周拍片复查, 均有骨痂生成, 两月后肘关节活动自如, 功能良好。12 例均获得随访 1 年~8 年 2 个月。疗效评定标准及疗效: 优 9 例, 切口无感染, 伤口一期愈合, 无创伤性关节炎、骨化性肌炎及肌萎缩情况, 肘关节屈伸自如; 良 2 例, 有创伤性关节炎, 关节屈曲轻度受限, 无畸形出现; 差 1 例, 关节屈曲严重受限, 伸直位, 僵硬创伤性关节炎并有畸形。12 例中, 有 11 例平均术后 3 个月愈合, 愈合率为 91%; 发生肘关节尺偏 1 例, 是由于多次反复破坏了桡侧的骨骺, 使骺核缺血坏死所致。本组未发现滑车有缺血坏死的情况, 这是因为: ①手术达到了解剖对位, 固定牢固, 有利于骨折的愈合; ②骨骺端血运较丰富, 使骨折块有足够的血液供应; ③本组病例均为儿童, 愈合能力较强。

1. 小儿单纯性滑车骨折损伤机理: 追溯本组 12 例的外伤过程, 大多为肘关节屈曲位, 前臂旋前, 手掌着地, 尺桡骨的传导暴力使肱骨远端骨骺受顶压而向后移位, 使脆弱的滑车向后移位及脱落, 随着肘部的活动及手法整复, 脱落的光滑骨块又移入关节腔; 或由于肘关节屈曲, 肘部直接着地, 尺骨鹰嘴的传导暴力直接作用于滑车部, 使滑车被挤压向前推出。由于滑车周围无软组织包裹及附着, 加之滑车软骨面的光滑, 因此, 不论滑车骨折的内移及外移, 均可使骨块游离于关节腔内。

2. 诊断: 由于肱骨远端包括内外上髁、肱骨小头、滑车四个骨骺, 各骺核出现时间、形状、位置以及愈合的时间不同, 给诊断带来一定的困难, 加之本病在临床上不多见, X 线不显影, 往往造成误诊。在诊断上要结合临床症状的体征全面的分析综合判断, 才能得出正确的诊断。笔者通过本组病例分析, 大多数患儿均有肘部环形肿胀、肘关节处于伸直位畸形、屈曲受限, 无神经血管损伤, 个别病例可在肘前方触及游离的骨块, X 线造影可见滑车部缺损、毛糙、边缘不整, 手法复位又往往得不到理想的效果。临床误诊较高是由于: ①只注意了明显的骨折及脱位, 忽略了滑车骨折的存在; ②X 线片无法判断, 特别是 10 岁以下小儿; ③易与撕脱性骨骺分离混淆。

3. 鉴别诊断: 单纯性滑车骨折易与低位性髁间骨折相混淆。但, 前者肘后关节三点关系正常, 后者三点关系失常; X 线片上, 前者桡骨纵轴线与肱骨小头的关系不论正侧位均在一条线上, 而后者则关系破坏; 关节造影, 前者可见滑车骨折部缺损、毛糙, 而后者由于关节囊的撕裂, 造影剂向肱骨骨折间隙外溢。

至于应与之鉴别的肱骨小头骨骺分离, 其肿胀发生于外髁及内髁, 早期不发生环形肿胀, 并可扪及骨块, 其 X 线片示桡骨纵轴线不能通过肱骨小头骨骺中心, 可看到分离的骨块。

(收稿: 1995-10-6 修回: 1996-08-21)