

脾、肾、胃肠), 尿道, 膀胱等损伤的处理, 然后根据具体情况, 对骨折关节脱位妥善处理。

本组没 1 例死亡, 伤口均 1 期愈合。对合并的其他处骨折, 不论是手法复位固定或手术切开, 复位内固定, 经随访, 未发现骨折不愈合或畸形愈合。

(3) 垂直型骨盆骨折的处理: 王亦璠等^[1]在《骨与关节损伤》中, 对骨盆骨折的分型与处理作出详细论述。总而言之, 稳定型骨盆骨折的治疗效果是好的。垂直型骨盆骨折是骨盆骨折中创伤最严重的一种, 即伤侧半个骨盆连同下肢向上移位 (Malgaine 垂直骨折与 Malgaine 交叉骨折)。这严重的移位, 如处理不当, 将成为终身畸形。本院曾收治该型骨折 4 例 (没合并伤, 不列入本组), 经处理, 基本复位, 效果满意。处理方法是: 用布郎氏架加砂袋抵住健侧臀部, 伤侧行股骨髁上超重对抗牵引。用以克服伤侧腰腹肌强大的向上收缩力, 以达复位固定之目的。这牵引是安全有效的治疗

方法。但处理要及时, 牵引时间要充分 (12~14 周)。近两年, 笔者先后门诊过 1 男 1 女少年患者, 均经某院治疗过的陈旧性垂直型骨盆骨折。前者合并膀胱损伤, 在修补膀胱同时, 行骨盆切开复位固定, 复位固定不但没成功, 反招致骨盆后侧切口感染, 疤痕形成。后者合并气血胸, 入胸科治疗, 处理气血胸时, 没及时处理骨盆骨折, 失了时机。误治与失治, 遂至终身残废, 此为医者应吸取的教训。孙锡孚等报导^[2], 经皮加压螺钉内固定治疗髌髁关节骨折脱位 2 例, 效果满意, 值得学习。

参考文献

1. 王亦璠, 等. 骨与关节损伤. 第二版北京: 人民卫生出版社, 1995: 553.
2. 孙锡孚, 等. 髌髁关节骨折脱位应用经皮加压螺钉内固定治疗. 中华骨科杂志 1991: 11 (4), 249.

(收稿: 1996-10-22)

超肘夹板及丁字板固定治疗肱骨髁上骨折

河南省沈丘县白集中心医院 (466302) 胡勇明 谷敏 杨彪

我院骨科从 1986 年~1993 年采用闭合整复, 超肘关节夹板及丁字板固定治疗肱骨髁上骨折 46 例, 尤其是对肘内翻的预防, 取得了较好的效果, 报告如下:

临床资料 本组 46 例中: 男 29 例, 女 17 例; 年龄最大 15 岁, 最小 5 个月; 左侧 20 例, 右侧 26 例; 伸直型 40 例, 屈曲型 6 例; 尺偏型 28 例, 桡偏型 12 例, 无移位者 6 例。伤后就诊时间 1~3 天 25 例; 4~7 天 14 例; 7 天以后 7 例。有 2 例伸直型肱骨髁上骨折, 有肱动脉受压征象, 经及时复位后症状缓解。另有 2 例伤后 4~7 天来我院经闭合整复, 超肘关节夹板及丁字板固定不能维持固定, 采用经皮穿针内固定的治疗。

治疗方法 软组织肿胀不明显及中度肿胀者, 采用闭合整复超肘关节夹板及丁字板固定。两助手牵引上臂及前臂, 术者运用折骨, 挤压, 纠正尺偏桡偏及前后移位, 内髁及髁上近端的外侧各放一压垫, 超肘关节夹板放在肘关节前, 后, 内, 外侧, 约束带固定。(超肘关节夹板长度以腋后至桡骨茎突上为宜)。X 线观察骨折对位情况。位置良好后, 做一丁字板, (丁字板的制做: 长度以尺鹰嘴至掌指关节, 宽度 5cm, 厚度 1cm, 在远端钉一木棍, 木棍直径 18mm, 长度 8cm), 放在前臂尺侧, 前臂中立位, 拇指及其余四指握着木

棍, 外绕绷带固定。伸直型用 90° 夹板, 屈曲型用 135° 夹板。每天要多次观察约束带的松紧度及末梢血运。

患肢肿胀较甚或起水泡者, 先抗炎, 消肿, 适当复位固定, 待水泡消退后, 再采用整复超肘关节夹板及丁字板固定。对闭合整复, 位置不能稳定, 可在氯胺酮及臂丛醉下, 常规消毒皮肤, 铺无菌巾, X 线下两根克氏针交叉固定, 针尾埋入皮下, 2 个月后拔除克氏针。固定 25 天左右去除夹板, 锻炼肘关节, 或用中药外洗, 以恢复肘关节活动度。

治疗结果 随访时间最长 6 年, 最短 6 个月, 发生骨化性肌炎 1 例, 经中药外洗, 加强肘关节功能锻炼, 半年后恢复正常。肘内翻畸形 9 例, 无一例发生神经损伤及前臂 Volkmann 缺血挛缩, 关节活动度均正常。本组织肘内翻畸形发病率占 19.6%。

体会 因儿童骨折愈合快, 塑形能力强, 一般 25 天左右去除夹板, 锻炼肘关节活动度, 避免固定时间过长, 引超肘关节僵硬。对手法整复超肘关节夹板及丁字板固定不能维持位置者, 可在 X 线下行闭合穿针内固定治疗, 也要做到过枉矫正, 严格控制无菌技术, 尽量避开神经及血管。本手术 2 例, 有一例发生轻度肘内翻。

(收稿: 1995-02-14)