

# 中西医结合治疗肱骨髁上骨折 131 例

湖南省长沙市中医院(410002) 舒良军

本人从 1989 年 3 月~1995 年 7 月,采用中西医结合治疗肱骨髁上骨折 131 例,效果满意,报告如下。

## 临床资料

本组 131 例中,男 89 例,女 42 例;10 岁以下 122 例,10 岁以上 9 例;伤后就诊时间 25 分钟~48 天,1 周内占 82%;左侧 59 例,右侧 72 例;伸直型 118 例,屈曲型 8 例,粉碎性 5 例;尺偏型 93 例,桡偏型 31 例,无明显移位 7 例;闭合骨折 119 例,开放骨折 12 例;合并桡神经损伤 5 例,尺神经损伤 2 例,肱动脉损伤或受压 8 例;手术治疗 12 例,手法复位 119 例。

## 治疗方法

1. 小夹板制作 我院骨伤科传统采用杉木皮小夹板,根据患肢长短粗细,制成四块相宜小夹板,上端至腋窝下 1cm,下端前侧板至腕横纹上方,后侧板至掌指关节处,内外侧板均至尺骨鹰咀下 1cm。将前后板塑成“L”型,用胶布缠绕,以免断裂。4 块夹板内侧均垫薄棉花,用绷带包扎平整备用。另备梯形垫 3 块,平垫 1 块,扎带 3 条备用。

2. 手法复位 对单纯新鲜闭合性骨折,治疗以手法复位,小夹板超关节不同方向角度加压垫外固定为主。现以伸直型尺偏型为例介绍如下。患者坐位,或家长怀抱坐位,两助手分别握上臂和前臂,旋后位伸直肘关节对抗牵引,先纠正重迭、旋转移位,术者立患侧,维持牵引 2~3 分钟,(不论伸直型和屈曲型骨折)首先纠正内外侧方移位,然后纠正前后侧方移位。复位满意后,术者两手环抱患肘部,嘱握前臂的助手在轻度牵引下徐徐屈伸肘关节 2~3 次,以恢复其前倾角,然后术者一手固定骨折部,另一手握前臂,略伸直肘关节,将前臂向桡侧伸展,使骨折断端桡侧骨皮质嵌插和稍有桡偏以免肘内翻,然后肘部外敷三黄散软膏(本院自制经验方),能消肿止痛,有利骨折愈合。

3. 固定方法 复位满意后,再用小夹板超关节外固定,伸直型骨折以肘关节屈曲 90°为主,屈曲型骨折则先以肘关节半伸直位 130°固定,1 周后改用肘关节屈曲 90°位固定 2 周。同时强调,不论伸直型或屈曲型,固定时前臂应置于旋后位。固定时梯形垫三块,尺骨鹰咀部置一块,推骨折远端向前,内侧内髁部一块,将骨折远端向外侧挤压,一块置于外髁上方,将骨折近端向

内挤压,平垫置于肘窝上方,保护肘窝,同时压骨折近端向后。四合一小夹板外固定后,上臂用三条扎带捆好,前臂用绷带包扎,肘部内外侧夹板超关节绷带包扎。固定后检查桡动脉搏动情况,以三角巾将伤肢悬吊胸前,每日调整扎带松紧度一次,第 1 周 X 光透视 1~2 次,检查骨折稳定情况。固定 2~3 周后,解除小夹板外固定,配合中药外洗和指导早期肘关节功能锻炼

对于就诊较晚或外院处理不当,患肢肿胀严重,骨折移位明显,皮肤大量张力性水泡溃烂者,采用皮肤消毒、放水、皮肤牵引、过头悬吊 2~3 天后,手法复位,石膏托外固定。

对于开放性骨折的处理,首先清洗消毒闭合伤口,再以手法复位,石膏托外固定。

对于粉碎性骨折,不稳定性骨折或并发血管神经损伤,手法复位成功但血运感觉无改善者,或开放骨折创口污染严重,或多次手法复位失败者,则采用手术开放复位,克氏针交叉内固定和石膏托外固定。

以上所有病人早期都配合内服活血祛瘀,理气通络中药,解除外固定后,用中药煎汤外洗,指导早期肘关节功能锻炼。

## 治疗结果

本组随访 108 例,随访时间 2 个月~7 年,平均 23 个月。临床愈合最早 15 天,最长 38 天,平均 23 天。参照《骨折疗效标准草案》,其中:优 65 例,良 32 例,可 6 例,差 5 例详情见表。总优良率为 89.8%。其中肘内翻 13 例,占随访例数的 12%。

108 例肱骨髁上骨折治疗随访结果

治 疗 方 法	例 数	疗 效			肘内翻 发生例数	
		优	良	可差		
手法复位十小夹板超 关节外固定	79	50	23	3	3	8(10.1%)
悬吊十手法复位十石 膏托外固定	17	8	6	2	1	3(17.6%)
开放复位十克氏针内 固定十石膏托外固定	12	7	3	1	1	2(16.6%)
合 计	108	65	32	6	5	13(12%)

## 讨论与体会

小儿肱骨髁上骨折治疗预防肘内翻发生是临床所

关注的问题。关于发生原因,各家意见不一。笔者认为:早期及时争取解剖复位,是防治肘内翻最有效的方法,同时选择良好的固定方法,配合早期功能锻炼,对预防肘内翻也是至关重要,固定方法或功能锻炼不当,均可使良好的复位前功尽弃。根据我们的临床经验,笔者认为:①对桡偏型骨折,轻微移位者,可以不予整复,若移位严重也不必矫枉过正,以防肘内翻的发生;②对尺偏型移位,应尽量求得解剖复位,否则宁可矫正为轻微桡偏,以维持骨折远端的桡倾和桡偏;③从对抗牵引到复位固定前臂始终保持旋后位置,这样可以控制骨折远

端的重力、剪力和旋前趋势,有效地防治肘内翻的发生;④固定时间一般 3 周,若骨痂生长不明显,可适当延长,但不超过 4 周,以防止肘关节肌粘连挛缩;⑤锻炼以自主锻炼为主,避免被动活动,禁止使用暴力造成新的损伤及产生骨化性肌炎;⑥配合中药煎汤外洗,促使瘀血吸收和功能恢复,有利骨折愈合。本组随访了 108 例,优良率 90%,仅发生肘内翻 13 例占 12%,大大低于文献中 30% 的发生率。

(收稿:1996-06-26 修回:1996-12-06)

## 改良四头带治疗髌骨骨折 11 例

浙江省嘉兴市中医院(314001) 翁浩达

我科在传统四头带的基础上,采用改良四头带治疗髌骨骨折 11 例,获得成功,现介绍如下。

**临床资料** 11 例患者中,男 6 例,女 5 例;年龄在 26~72 岁之间;发病时间在 1 小时~1 周。髌骨皆为横形骨折,两骨块分离均在 1cm 以上。

**治疗方法** 改良四头带是将上、下两条横向带子改用克氏针而成,其具体操作如下:

病人取仰卧位,助手先整复,将两骨块尽量靠拢,并保持不动。在髌骨的内、外侧距骨折线 1cm 处局麻,将两枚 2mm 粗的克氏针用手摇钻作体外穿针,两枚针要横向平行,分别贯穿于骨折块中,露于皮肤外的两端弯成圈,小圈与皮肤距离在 1.5cm 左右。两枚克氏针代替四头带的上、下两条带子,再将四头带的纵向带子分别穿过同侧的小圈中,边整复边收紧两侧的带子,直至不能再紧,打结固定。

**治疗时间:**改良四头带固定后,同时用石膏后托固定一个月,一个月后拆除石膏托,开始作屈膝等功能锻炼,二个月后去除四头带。

**治疗结果:**11 例病人经上述治疗后,均获成功,功能已恢复正常。

**体会** 改良四头带治疗髌骨骨折是在保守治疗的基础上结合手术治疗而形成的一种新方法。特别是对于那些全身情况差,切开手术有禁忌症者亦可使用。本组病例中就有 2 例伴有糖尿病,1 例患有频发室早搏。但在治疗时要注意:对于一些粉碎性骨折或骨块过小,克氏针不能贯穿其中者不宜使用。

在操作过程中要注意:①克氏针选择不宜过细,露于皮肤外的克氏针不宜过长,以免纵向带子加压时形成弯曲,影响拉力。②克氏针在横穿时要穿在骨块中,并尽可能地接近关节面,这样整复加压时就不至于造成关节面分离。③骨折块对位可在透视或 X 光片下进行,对于对位一时不能到位者,日后可再作调整。④在拆除改良四头带时,为防止再度骨折,应先逐日放松纵向带子,再拔除克氏针。

(收稿:1996-10-22)

## 书 讯

由中国中医研究院骨伤科研究所陆文琴副主任医师编著的《点压特定穴治疗小儿脑瘫》一书已由中医古籍出版社出版。书中详细介绍了小儿脑瘫的发病原因、常用点压操作方法和小儿脑瘫的康复治疗。现尚有少量存书,需要者可寄款购书(每册 6 元),款寄至:北京东直门内北新仓 18 号中国中医研究院骨伤科研究所陆文琴处,邮编:100700。款到即寄。