

效果良好, 现报告如下。

临床资料

1989 年~1994 年, 我院共收治儿童伸直型肱骨髁上骨折 332 例, 年龄 2~14 岁; 其中远折端尺偏型 246 例, 桡偏型 86 例; 除 14 例因有血管神经损伤症状而手术治疗外, 其余均闭合整复, 石膏固定患肢屈肘、前臂旋前(或旋后)位。整复后立即拍肘关节正侧位片, 待 3~4 周后, 拆除石膏, 再拍肘关节正侧位片。前后拍片结果比较, 骨折再移位现象不显著。其中 251 例经 1~6 年随访, 测得提携角为 0° ~ 15° 。关节活动良好。

治疗方法

采用臂丛麻醉或全麻。病人仰卧位, 助手一手握住患肢前臂远端进行牵引, 另一手按压前臂上方维持屈肘 50° 位, 另一助手握住上臂作对抗牵引。术者双手分别置于上臂远端的前后方。以双手拇指置于远折端移位侧, 其余四指固定于对侧近折端, 用力挤压, 以剪力纠正侧方移位。然后用两拇指顶住远折端后方, 双手余指握住近折端前方用力推压, 同时助手将患肘关节

屈至 90° 位。此时骨折已复位, 如让复位稳定, 尺偏型应将前臂置于旋前位, 桡偏型将前臂固定于置于旋后位。整复后立即拍片, 以观察骨折是否已整复。3~4 周后拆除石膏再拍片复查, 与以前结果比较。

讨 论

除移位特别严重的骨折, 骨膜均为不全断裂, 而且断裂处也位于骨折的凸侧, 凹侧面骨膜完整而松弛。伸直型肱骨髁上骨折, 多为肘前骨膜破裂而肘后骨膜及其它组织相对完整。同样道理, 尺偏时尺侧骨膜完整, 桡侧破裂。桡偏时则相反。将骨折整复后屈肘, 可使肘后完整的骨膜及三头肌紧张而产生张力, 从而对肱骨骨折处前方形成挤压, 这样有利于骨折稳定。骨折尺偏时, 由于尺侧骨膜完整, 整复后将前臂旋前位, 这样可使尺侧完整的骨膜及软组织紧张产生张力而桡侧产生压力, 从而使骨折面嵌插, 骨折复位后稳定。同理, 桡偏型骨折整复后前臂旋后位固定, 可使桡侧产生张力, 尺侧产生压力, 从而达到骨折整复后稳定的目的。

(收稿: 1996-08-21)

前臂旋前位整复固定治疗肱骨髁上骨折

江西省玉山县中医院·(334700)

夏明忠

自 1991 年 1 月~1993 年 6 月, 笔者采用前臂旋前位整复固定方法治疗肱骨髁上骨折 58 例效果满意, 现报告如下。

临床资料

本组 58 例中男 48 例, 女 10 例; 年龄 2~12 岁; 伸直尺偏型 44 例, 伸直桡偏型 10 例, 屈曲型 2 例, 儿童肱骨远端全骺分离 2 例; 受伤至就诊时间, 最长 3 天, 最短 1 小时。所有病例均无明显血管、神经合并症, 骨折均经 X 线摄片证实。

治疗方法

患者取坐位或平卧位, 患肢外展。两助手分别握住患肢上臂近端和前臂远端作对抗牵引。在牵引的同时远端助手逐渐将患肢前臂置于旋前位。根据骨折类型, 采用传统常规复位手法整复, 骨折复位后, 用石膏托或夹板加铁丝托超肘腕关节固定患肢前臂于旋前位、腕关节于功能位。肘关节的固定位置及固定后的注意事项同常规固定方法。

治疗结果

58 例均一次复位固定成功。所有病例均获得随访,

随访时间 1 年~1 年半, 结果所有患者肘关节功能均正常。2 例出现肘内翻, 其中 1 例是全骺分离, 另 1 例是过早主动拆除外固定, 其余 56 例均保持正常肘关节携带角。

讨 论

肱骨髁上骨折儿童多见, 整复固定方法很多, 治疗后常出现肘内翻畸形。笔者根据肘部解剖特点及肱骨髁上骨折的机制, 采用前臂旋前位整复固定方法治疗, 具有复位准确、固定可靠、预防和减少肘内翻的优点。

1. 前臂旋前位时, 旋前圆肌松弛, 对远骨折端无应力作用, 不影响骨折的复位。前臂旋后位时, 旋前圆肌紧张, 牵拉骨折远端向外张嘴成角, 使远骨折端尺倾, 不利于复位; 即使复位, 由于旋前圆肌的拉应力, 远折端亦有再移位的趋势。

2. 旋前位时, 肘部外侧关节囊、韧带紧张, 对远骨折端有向外上方的拉应力, 使骨折端桡侧皮质紧密接触, 利于复位, 防止远折端尺倾。旋后位时, 外侧关节囊、韧带松弛, 而内侧关节囊、韧带及完整的骨膜等紧张, 起不到防止尺偏的作用, 反而对远骨折端有向内上

方的拉应力,使远骨端尺倾或有尺倾的趋势,不利于复位;即使复位,骨折端很容易移位,而出现肘内翻。

3. 桡骨小头呈椭圆形凹面,中立位时长轴在矢状面上,短轴在冠状面上。前臂旋前时,长短轴易位,短轴面对肱骨小头有向外上方的应力;另外,尺骨鹰嘴在鹰嘴窝内,当旋前时,鹰嘴的滑车切迹对肱骨滑车亦有一向外上方的作用力。这样,在前臂旋前位时,使远骨折端向外上方有一剪应力,防止远折端尺偏尺倾。若前

臂旋后位时,则此剪应力方向相反,使骨折端分离,远折端尺倾,既不利于复位,亦不利于维持复位。

4. 肱骨髁上骨折复位后,在前臂旋前位骨折端桡侧皮质紧密平整;而在前臂旋后位时骨折端桡侧皮质稳定性差,向外张嘴,远折端尺倾。笔者考虑到上述因素,所以认为前臂旋前位整复固定对肱骨髁上骨折的治疗有很重要意义。

(收稿:1996-07-19)

问号手法治疗陈旧性髌关节后脱位一例

安徽省宣州市中医医院 (242000)

戴俭英

××,男,22岁,农民。在外地打工拉板车不慎翻车打伤左髌部,疼痛,不能站立。经当地医院诊为左髌关节挫伤,开内服药及外贴膏药,嘱其回家休息。两个月后患者仍不能站立行走,且于臀部触及包块,遂来本院就诊。

查体见左下肢呈半屈曲内收内旋位,患肢不能主动活动,在作外展、外旋活动时呈弹性固定。左髌部肿胀消退,臀部肌肉萎缩,有压痛感。局部膨隆,股骨大转子上移凸出于髌前上棘与坐骨结节连线后上方,可触及股骨头。患肢短缩 2cm。

摄片左髌关节正位见:左髌关节后上方脱位,左髌骨外下方及髌臼下缘撕脱性骨折,关节腔模糊。入院诊断:陈旧性左髌关节后方脱位并发髌臼骨折。

治疗方法

入院行左股骨髁上牵引,10天后在氩麻下行闭合性手法复位。令患者仰卧于地板上,第一助手用两手按住患者髌嵴固定骨盆,第二助手面向患者,骑跨于患者左腿之上,夹住患肢,用其会阴部抵住患者踝部以此作为支点,双手环抱腘后与小腿上部,使髌膝两关节屈曲,缓和有力地顺时针回旋,回旋时尽量让股前侧接近腹壁,如此反复活动以松解股骨头粘连及周围软组织瘢痕。待韧带松解到一定程度时,用端提手法使大腿内收及内旋向上牵提;此时,术者用左手把住患者大腿根部向外侧拔提,同时用右手掌根将大粗隆部向患肢前方推压(待大粗隆提起时再增强左手提拔),当术者右手掌有股骨头滑动感时,即知复位。而后患肢在拔伸牵引下缓缓伸直,此时可见髌部畸形消失,两下肢等

长。摄片复查,左股骨头已复位。为防止滑脱,继予胫骨结节牵引,患肢加大外展位。辨证施治,内服、外用中药,嘱患者作股四头肌锻炼。术后5周患者可下地行走,继而出院。

讨 论

髌关节后方脱位是常见的创伤疾病,多发于青壮年人,尤其是体力劳动者,诊断较易。该患者不幸早期被误诊形成陈旧性脱位,给后来复位带来很大困难。根据笔者经验,新鲜的髌关节脱位用手法复位成功率是很高的,而对如此长时间的陈旧性脱位之手法复位临床报道较少,多主张手术切开复位。因两个月中髌部软组织损伤已在畸形位置下愈合,髌臼内血肿机化变为纤维组织。关节囊的破口已经愈合,股骨头被大量的瘢痕组织粘连固定于脱臼位置。关节周围肌肉也发生挛缩,患肢长期废用而骨质疏松。鉴于此机理特征,治疗时需辨证施治,手法灵活。如本例,首先是牵引位置和时间需恰到好处,先行股骨髁上牵引为的是在同负荷下加大患肢受力作用,增强牵引效果。而术后之牵引不必再于原处,因为此牵引主要起稳定位置作用,患处本来已骨质疏松,若反复穿针牵引反会发生意外。第二,复位手法需娴熟轻巧,柔中有刚,回旋、拔伸、端提依序而行。严禁使用暴力或牵抖,因为患肢抗拉扭强度变低,加之并发髌臼骨折,手法不当极易造成股骨颈骨折,亦或使原骨折处分离度增大,影响复位稳定性。第三,中药的外敷、内服是必不可少的,对术后康复起到重要作用。

(收稿:1996-04-24)