

2~13 岁; 左侧 35 例, 右侧 54 例; 伤后至来诊时间最短 30 分钟, 最长 12 天; 上段骨折 32 例, 中段骨折 46 例, 下段骨折 11 例; 斜形骨折 34 例, 螺旋形骨折 36 例, 横断骨折 14 例, 粉碎性骨折 5 例。

材料准备 (1) 拔伸板: 取长 80~120cm, 厚 0.8~1.2cm, 宽 6~12cm 上宽下窄的木板 1 块, 上端横行钻 2 孔, 下端钉弹性袜带。(2) 皮牵引 1 套。(3) 儿童股骨干夹板 1 付, 平压垫 3 个, 毛巾 1 条, 棉带 1 条, 布带 4 条。

治疗方法 患者仰卧患肢伸直位, 在骨折远端行常规皮牵引。一助手将棉带置于患儿患侧腹股沟内, 另一助手握患肢踝部作对抗牵引, 透视下术者根据骨折端移位情况采用相应的手法复位, 复位满意后放置压垫、毛巾、夹板, 三条布带固定夹板。将拔伸板置于患肢外侧, 上端达肘部, 下端超过足跟 20cm, 放置于腹股沟的棉带两端穿过拔伸板上端两孔打结, 拉紧皮牵引绳系于拔伸板下端袜带上, 大腿与拔伸板再用一条布带固定在一起。摄 X 线片复查骨折端对位对线情况, 骨折复位满意, 患者保持仰卧患肢伸直中立位, 3~5 周解除拔伸板, 6~8 周解除夹板固定。

治疗结果 89 例中达解剖复位者 43 例, 近解剖复位者 34 例, 功能复位者 12 例。经 6 个月~2 年随访, 全部病例功能恢复良好。

讨论 骨折的移位方式有五种, 包括成角、旋转、侧方、短缩、分离移位。儿童股骨干骨折的治疗主要矫正成角与旋转移位, 拔伸板加夹板治疗儿童股骨干骨折, 拔伸板和患肢固定成一体, 保持肢体中立位, 能控制肢体旋转, 从而防止骨折端旋转移位, 皮牵引能防止骨折端的缩短与成角移位, 夹板加压垫固定能防止骨折端侧方移位, 总体能保持骨折复位的稳定性, 有利于骨折的愈合。

拔伸板加夹板治疗儿童股骨干骨折方法简便, 便于临床护理, 拍片, 适用于各级医院。

在治疗过程中要注意防止胶布过敏和腹股沟压伤。对于胶布过敏者可用绷带缠绕患肢后再把皮牵引胶布粘在绷带上。对于腹股沟压伤可把棉带做得粗些或棉带下垫棉垫并注意调整牵引力量。

(收稿: 1997-08-21)

经皮撬拨治疗肱骨外髁翻转骨折

河南省灵宝市中医院 (472500)

陈玉明 杜中录 杨晓燕

我院 1992~1993 年共收治 26 例肱骨外髁翻转骨折, 利用手法复位、经皮撬拨复位后, 双克氏针交叉固定治疗, 取得了满意效果, 现总结报告如下。

临床资料 本组 26 例中男 16 例, 女 10 例; 年龄 2.5~15 岁; 按北京积水潭医院对肱骨外髁骨折的分型方法进行分型, 均为 III 型即翻转型。伤后至就诊 2 小时~12 天。

治疗方法 以右侧为例, 患儿仰卧于 X 光机下, 在臂丛神经阻滞或局部浸润麻醉下, 常规消毒铺巾。术者左手持患儿前臂使肘屈 20°~40°, 前臂旋前位, 右手拇指在外侧推骨片外缘向后内上翻, 食指压内缘, 同时左手持前臂使患肢外旋, 让翻转移位之骨折基本纠正, 然后, 拇指及食指紧紧卡住骨块, 防止进针时再旋转移位, 取一枚直径为 1~2mm 克氏针, 针尖自肱骨小头斜向内上, 直对骨折块钻入, 进入骨块后即停止钻入。将已基本复位之骨块在 X 线电视直视下进一步撬拨复位, 待复位满意后, 可将该针钻入近端固定, 到对侧骨皮质为宜, 再取另一枚克氏针在不同方向进行交叉固定。使复位之骨块固定牢靠, 两枚针尾留 1~1.5cm 折弯留于皮外, 以酒精纱条、无菌纱布外敷包扎。术毕, 石膏托固定屈肘 90°, 前臂轻度外旋位。2 周后逐步开始肘伸屈功能锻炼, 4~5 周达临床愈合时, 即可拔除克氏针。

治疗结果 疗效标准: 优: 疼痛肿胀消失, 肘关节活动正常, X 线片示骨折愈合良好; 良: 肘关节活动良好, 偶有轻微胀感, X 线片示骨折愈合良好; 可: 肘关节屈伸 10°~140°, 局部有轻度肿胀和酸胀感, X 线片示骨折愈合, 无明显骨质异常。

本组 26 例中, 解剖复位 14 例, 近似解剖复位 8 例, 复位良好 3 例, 尚可 1 例。治疗结果: 优 18 例, 良 6 例, 可 2 例。无 1 例感染。

讨论 肱骨外髁骨折属关节内骨折, 精确的复位十分重要, 复位好坏直接影响肘部功能, 由于桡侧副韧带及伸肌总腱的牵拉, 骨折块常向外翻转 90°甚至 180°, 手法复位须将翻转之骨块纠正, 才有利于进针撬拨, 若手法不能生效则可用一枚克氏针刺入, 将滑车顶端顶入外侧间隙内, 并将外上髁端向上翻转即可撬拨复

本刊 1999 年订阅价格不变, 欢迎订阅!

位。我们认为利用经皮克氏针撬拨这一杠杆作用,能有效地纠正骨折的翻转及纵轴和横轴的移位。此法具有创伤小、复位好、固定牢靠、功能恢复快等优点。

(收稿:1995-10-30)

推顶法对小儿肱骨髁上骨折并发肘内翻的治疗与预防

山东省临沂地区中医院 (276002)

吴锡进 单连美 杨春梅

朱维克 李刚* 史淑华*

我们从 1983~1994 年运用推顶法治疗小儿肱骨髁上骨折 380 例,肘关节功能优评定率占 99.8%,肘内翻发生占 5%。

临床资料 380 例其中男 266 例,女 114 例;均为新鲜骨折;右肘 230 例,左肘 150 例;伸直型 268 例,屈曲型 112 例,尺偏型 238 例,桡偏型 142 例;两断错位分离 326 例,错位 1/4 36 例,无移位者对位良好 18 例。骨折复位达解剖位 274 例,前后移位 1/4 106 例;尺偏 101 例,桡偏 279 例。

治疗方法 对肱骨髁上骨折力争早期手法复位,为防止向内成角的尺偏。在整复时先纠正侧方移位,有意识地将远端向桡边推约 1/4,再纠正前后移位,一般不用麻醉,做超肘关节小夹板外固定,再用铁丝托超腕关节控制旋转固定。如伸直尺偏型骨折整复时常规先矫正旋转和侧方移位,一助手握住患儿上臂,另一助手握住腕部,做对抗持续牵引,先使前臂旋后,术者双手拇指挤顶肱骨近折端桡侧,同时两手四指环抱肱骨骨折远端尺侧向桡侧拉,矫正侧方移位,然后两拇指再转向肘后向前推尺骨鹰咀,两手四指再重叠环抱骨折近端前侧向后拉的同时令远端助手,在牵引下慢慢屈肘关节常可感到骨擦音时达到复位,小夹板常规超肘关节外固定,再加铁丝托超腕旋后位固定。颈带绕肘上臂贴腋胸中立位悬吊。屈曲型屈肘 30°~40°外固定,伸直型屈肘 90°左右位固定。

向患儿家长讲明推顶法要领,一手握着腕部尺侧轻轻向桡侧推 10°~20°,另手拇指顶肱骨外上髁为支点向桡侧顶做对抗,每日做 2~3 次,每次推 20~30 次,每次 2~3 分钟,15 天为一疗程,行 2~3 个疗程。睡觉时平卧位,肩关节外展外旋,在肱骨近端桡侧放小枕头垫高 30°左右,借前臂重力向桡侧加大重力纠正尺

倾和向内成角预防内翻。如果复位后由于广泛肿胀和剧烈疼痛,患儿家长不忍心下手,可待肿胀消退后,再行推顶法治疗。

治疗结果 随访半年 66 例,1 年 126 例,2 年 188 例;肘携带角 0°~10°170 例,10°~18°191 例;肘内翻:0°~10°15 例,10°~18°4 例;肘关节屈 130°~135°350 例,屈 120°~130°26 例,屈 100°~120°4 例。伸-8°~0°350 例,伸 0°~6°26 例,6°~10°4 例。

讨论 肱骨髁上骨折肱二头肌丧失了它的旋后作用,骨干连续中断,没有对抗作用的强有力的旋前圆肌可将近侧尺桡关节旋转至旋前位,可逐渐发生肘内翻。在屈肘超腕控制前臂活动预防向内成角畸形中主要取决远折端肌肉的关系。被动旋前位使前臂伸肌群收缩而紧张作用于内上髁,旋前肌肉放松,旋后肌肉被拉紧,外侧间隙缩小,内侧骨膜铰链紧张。被动旋后位,则使前臂屈肌群收缩紧张,旋后肌肉放松,旋前肌肉被拉紧,骨折内侧间隙靠拢,外侧骨膜铰链紧张。预防向内成角产生,需要内上髁尽可能放松,所以尺偏型应旋前位固定,桡偏型应旋后位固定。

(收稿:1995-06-21)

青年股骨颈骨折治疗 16 例报告

江苏省邳州市人民医院 (221300)

沙广钊 王永东 吴林 石玉刚

我院自 1982 年以来共治疗 16 例青年股骨颈骨折,现报告如下。

一般资料 本组 16 例中男 10 例,女 6 例;年龄 12~36 岁;骨折类型:头下型 9 例,经颈型 5 例,基底粉碎型 2 例;Garden 分类:III 型 10 例,IV 型 6 例;外伤原因:骑车摔倒 2 例,滑倒 3 例,车祸 6 例,砸伤 1 例,坠落伤 4 例;单纯股骨颈骨折 12 例,合并其他部位骨折、脏器损伤 4 例。

治疗方法 本组 16 例均行内固定手术治疗,闭合复位 11 例(多根斯氏针 6 例,双加压螺纹钉 5 例),切开复位 5 例(多根斯氏针 3 例,加压螺钉加肌蒂骨移植 2 例)。手术时间最短为伤后 6 小时,最长为 9 天,平均 4 天。

术后第 2 天锻炼股四头肌,2 周拆线,无 1 例感染。严格要求病人术后 6 个月时扶拐下地,并复查 X 线片

* 山东省邹平县中医院