

儿童肱骨髁上骨折治疗的临床探讨

龙千里

贵州省台江县苗族医药研究所 (556300)

肱骨髁上骨折是儿童肘部最常见的损伤之一, 并发症多, 处理不当易导致诸多严重后果。十多年来, 我们治疗 76 例, 取得满意疗效, 报告如下。

临床资料

本组 76 例中男 55 例, 女 21 例; 年龄 3 ~ 14 岁, 平均 7.2 岁; 伤后距就诊时间 1 天 ~ 3 个月; 均为单侧骨折, 右 48 例, 左 28 例; 伸直型 71 例, 屈曲型 5 例; 新鲜骨折 60 例, 陈旧性骨折 16 例; 闭合性 73 例, 开放性 3 例。就诊时合并不完全性神经损伤 32 例, 无完全性神经血管损伤者。闭合治疗 68 例, 手术治疗 8 例。

治疗方法

1. 手法整复: 伸直型骨折患肘微屈曲, 两助手分别握其上臂和前臂, 稍用力对抗牵引, 术者双拇指伸侧 (肘后) 远端向肘前推, 余指握抱近端向后拉, 远端助手在牵引下徐徐屈肘, 并使前臂旋后, 则重叠、侧方、旋转等移位可得纠正。术毕, 术者食指置尺骨鹰嘴, 中指、拇指分别置内外上髁, 沿骨干上下滑摸, 并与健侧对比, 了解有无残余移位。屈曲型骨折, 一助手把住上臂, 术者两拇指并列置于远端屈侧, 余四指置于近端伸侧, 稍牵引下采用加大成角再反折的手法, 移位即可矫正。

2. 手术治疗: 选用切开复位克氏针交叉固定术、截骨矫形术、肱三头肌腱延长术、尺神经前移术等。

3. 开放性骨折, 清创包扎后按闭合性骨折处理; 陈旧性骨折, 手法折骨后按新鲜骨折处理; 畸形愈合且严重影响功能者, 手术矫形。

4. 固定方法: 在不影响前臂血运的情况下, 伸直型尽量屈肘前臂旋后。若无伤口或皮肤破溃, 断端敷以接骨消肿膏。行远抵掌指关节的长臂石膏后托固定, 在手掌、腕部放置棉垫, 取适当宽度的石膏卷作腕掌环形固定 (勿将拇指包裹), 再以布绷带松松缠绕 (勿过紧, 以免肿胀加重时组织受压), 三角巾兜肘后胸前悬吊。屈曲型伸肘位固定即可。固定前, 最好先透视确定最稳定的固定角度。2 ~ 3 周后, 去除石膏托, 三角巾继续悬吊 1 ~ 2 周。

5. 功能锻炼: 固定期间, 鼓励患儿作掌指关节屈伸及肌肉收缩活动。去除石膏后, 加强握拳、腕屈伸及肩

部活动, 肘关节可作轻微的屈伸活动。去除三角巾后, 加大肘屈伸范围, 逐渐练习提重。

治疗结果

1. 临床愈合标准: 局部无压痛、纵轴叩击痛、异常活动等; 可手提相当于自身体重 1/30 ~ 1/50 的重物达 1 分钟者。

2. 闭合治疗结果: 经透视, 解剖对位 42 例, 功能对位 26 例 (伸直型后侧有分离)。平均临床愈合时间 20.2 天, 3 个月以上随访 57 例。外观断端稍增粗, 无成角、重叠、旋转等畸形, 无神经血管等合并症。指无力在 2 个月内均自行恢复, 功能恢复满意, 无携带角消失者。

3. 手术效果: 3 例行切开复位克氏针固定中 2 例发生延迟愈合, 将针拔除 4 周后临床愈合。半年后随访, 功能恢复良好, 携带角存在, 另 1 例失访。5 例截骨矫形, 获随访者 2 例, 时间均为 8 年, 屈伸功能正常, 无肘内翻。

讨论

伤后几天, 肘部肿胀较严重, 出现张力性水泡, 甚至破溃、感染, 尤其在院外多次暴力复位者更为严重。此时, 不要试图复位, 要作好皮肤的局部处理和肿胀的消退治疗。但不应迟于 7 ~ 8 天, 否则骨痂生长, 将不能闭合复位。最好能作尺骨鹰嘴牵引或各种方式的皮肤牵引, 并用甘露醇加地塞米松快速静滴, 以利消肿和预防筋膜间隔区综合征的发生^[1]。

切开复位克氏针固定, 临床较常用。但术后诸如感染、延迟愈合、粘连、关节僵硬等, 应予足够的重视。事实上, 骨折即使有较大的前后移位, 错位愈合后其功能最终仍可以获得满意恢复^[2]。因此, 单纯闭合性骨折无合并损伤者, 应力求非手术途径来治疗, 不应行开放复位及内固定。我们也曾多次试行闭合穿针法, 其弊多利少, 满意的固定在操作上并不容易, 应慎重采用^[2]。

多数患儿在门诊治疗, 由于骨折离肘关节很近, 家长缺乏必要的护理知识, 患儿又不合作, 用小夹板固定, 容易出现松动, 很难维持满意对位。如果过紧捆扎, 又易引起压迫损伤。即使开始固定时, 松紧可能合适, 随着肿胀的加重, 四周紧扎的夹板, 里面坚硬的骨骼,

有造成筋膜间隔区综合征的可能^[6]。长臂石膏后托固定,可扬长避短,但仍有二点值得注意:其一是如何防止前臂前旋,从而最大限度保留前臂旋转功能和减少肘内翻发生^[6];其二是石膏托因重力的影响,尤其是肿胀开始消退后,易下坠脱落,影响断端的稳定。我们在手腕部用石膏卷缠绕加强,并用三角巾兜住肘后,托起石膏,能限制前臂旋前,避免石膏下坠,使固定更可靠,从而减少了护理的麻烦,防止了压疮、神经损伤及肘内翻等畸形的出现。

参考文献

1. 张怡五, 殷代昌, 陈家臻, 等. 应用甘露醇和地塞米松预防

四肢外伤性筋膜间隔区综合征. 中国中医骨伤科杂志, 1995, 3 (6): 40

2. 蔡汝宾. 创伤与急救. 贵阳: 贵州人民出版社, 1983. 97
3. 吴新, 胡耀元. 院前早期处理失误肱骨髁上骨折 52 例的治疗与分析. 骨与关节损伤杂志, 1995, 10 (3): 172
4. 苏尚庆. 肘内、外翻畸形的手术治疗和并发症. 骨与关节损伤杂志, 1995, 10 (2): 106

(收稿: 1996- 05- 15; 修回: 1996- 10- 13)

抵挡通瘀汤在骨折中的早期应用

范明勇 司吾荣

安徽省定远县中医院 (233200)

笔者从 1993 年 2 月 ~ 1995 年 11 月对收治的 86 例骨折早期病人, 入院后早期即给予通利祛瘀中药汤剂口服均取得满意效果, 现报告如下。

临床资料

本组 86 例中男 52 例, 女 34 例; 年龄 45 ~ 86 岁; 肋骨骨折伴血气胸 27 例, 脊柱骨折伴脊髓震荡或后腹膜血肿 28 例, 骨盆骨折伴膀胱挫伤 6 例, 股骨颈及粗隆间骨折 25 例。本组病例虽受伤部位各异, 但均在伤后 8 ~ 10 小时后小便不能自解或解而不尽, 大便 3 ~ 5 天内不能自解或燥结难下, 出现腹胀腹痛, 低热、烦躁, 或见舌红苔黄, 脉弦数等症。

治疗方法

自拟抵挡通瘀汤为主方: 大黄 15g, 枳实 10g, 槟榔 10g, 当归 15g, 生地 15g, 赤芍 12g。根据病情而随症加减, 胸痛甚加乳香、没药; 咳嗽多痰加杏仁、川贝; 气急加丁香、薤白; 发热加柴胡、黄芩; 腰痛甚加杜仲、灵仙; 腹痛甚加白芍、乌药; 小便不利加木通、白茅根; 髋部痛甚加土鳖虫、三七; 肿胀甚加泽兰、鸡血藤。某些病人口服抵挡通瘀汤 1 ~ 2 剂后, 大便仍燥结难下者可酌加芒硝、厚朴适量。

治疗结果

本组病例通过辨证口服上方汤剂 1 ~ 2 剂后, 均能在 4 小时 ~ 2 天内达到腹胀腹痛减轻, 二便自解, 诸病症渐消, 疗效满意。

讨论

1. 骨折病人不论是腹中蓄血、凝血, 还是局部瘀血均能造成脏腑功能紊乱。脏以藏为正, 腑以通为顺, 伤后脏腑气机逆乱, 升降失常, 清浊不分, 气化不利, 脏不能藏谷纳新, 腑不能推陈出腐, 造成腹部胀痛, 二便不下。因此, 骨折病人早期服用通利祛瘀药物一能荡涤胃肠, 通调水道, 调和脏腑, 缓急止痛; 二能驱逐瘀血, 活血散血, 祛瘀生新。

2. 凡跌打损伤均有恶血内留、瘀血停滞、经脉不通或运行不畅。瘀血不去, 新血不生, 且新生新血也不能安行无恙, 终必妄行而致变症多端。根据“留者攻之”的原则, 应及时用攻下逐瘀方法。因此, 通泄二便是加速瘀血走散, 祛瘀新生, 减少并发症, 提高疗效的有效法则。

3. 本组病例多为老年患者, 素体不健, 骨折后久卧床制动, 病程长, 肢体动作困难, 加之卧床解便不适应, 以致小便多时不解或淋漓不尽, 大便多日不解或有便意感时, 则秘结难下。某些病人素有前列腺肥大者, 可配合导尿; 以通为度。弥补内服药之不足。

4. 通泄之药味多苦寒, 药力峻猛, 胃为火府, 喜温恶寒, 应中病即止, 以免影响脾胃纳谷消食之功。祛瘀药活血走散, 应掌握用药原则, 孕妇损伤者禁用。对年老体虚者应量小频饮, 不可过量, 以免损伤正气。(本文由诸方受主任审改, 谨致谢意)

(收稿: 1997- 01- 30)