

手法整复治疗严重移位儿童肱骨髁上骨折

荣建新
(东莞市大朗医院, 广东 东莞 523700)

自 1988 年以来, 采用手法整复夹板固定治疗严重移位肱骨髁上骨折 58 例, 效果满意, 介绍如下。

1 临床资料

58 例均为门诊病人, 男 37 例, 女 21 例; 年龄 2~ 12 岁。左侧 35 例, 右侧 23 例, 均为闭合性骨折。断面呈横形 40 例, 短斜形 11 例, 粉碎性 7 例; 断端均完全错位, 移位最大者断端前后分离达 1.5 cm。均为伸直型, 尺偏型 48 例, 桡偏型 10 例。就诊时间最短 30 分钟, 最长 10 天。

2 治疗方法

2.1 整复: 患儿坐于凳椅上或由家属抱坐于凳椅上。以左侧内收型为例, 一助手立于患者患侧, 双手握住患肢上臂上部, 术者立于患者前方, 双手握住患肢腕部及手掌, 使患肢前臂置于外旋位, 顺势伸肘水平牵引, 当牵引达一定程度时重叠移位及大部分侧方移位会自动纠正。这时术者右手握住腕部继续牵引, 左手拇指置于尺骨鹰咀的内侧向前并稍向外推, 其余四指置于近端前外侧向后并稍向内拉, 握住腕部的右手在保持牵引同时屈曲患肘关节达 135°, 检查对位满意后用夹板固定。

2.2 固定: 用四块夹板, 前后板宽, 内外侧板窄。四块夹板上端均平肱骨中上 1/3 交界处, 前侧板下端平肘横纹稍上方以不影响屈肘达 90°~ 110° 为准, 内、外、后侧板下端平肱骨下端下方约 1 cm, 用胶布把梯形垫固定在后侧板下端前面与鹰嘴窝相对应的部位, 内、外、前侧板均未用压垫。用绷带缠绕固定, 松紧度适中。尺偏型应在屈肘 90°~ 110°、前臂内旋位, 用颈腕带悬挂, 再用绷带缠绕患肢上臂和胸部数圈以将患肢上臂固定于胸部的前侧方。桡偏型在上述四块夹板固定同时, 另加一后侧直角(或屈度稍大)托板, 上端平外科颈处, 下端平手掌横纹处, 宽于前后侧板约 1 cm, 在肘部塑形成 90°~ 110° 的夹角。此托板放在患肢后面用绷带缠绕包扎, 上达外科颈部下达手掌横纹处, 固定患肘屈曲 90°~ 110°, 前臂外旋位。固定期间隔 1~ 3 天复诊一次, 以检查调整固定的松紧度及夹板位置, 若患肢肿痛剧烈随时复诊。另外, 若患肢出现张力性水泡, 不应放弃固定, 用酒精消毒皮肤, 消毒注射针刺破水泡, 用消毒棉杆挤干水泡, 紫药水外涂, 外盖消毒敷料, 继续保持原来固定。创面一周之内可干燥愈合。

3 治疗结果

58 例中, 解剖或近似解剖对位 52 例, 功能对位 5 例, 1 例因初次整复失败未继续在我院治疗。一次整复成功 50 例, 2 次整复 7 例, 临床愈合最快 21 天, 最迟 30 天。患肘屈伸功能恢复正常范围最快 28 天, 最迟 45 天。得到随访 52 例, 随访时间 6 个月~ 3 年, 携带角明显减少或消失 8 例, 与健侧基本相同 38 例, 肘内翻 6 例。

4 讨论

4.1 复位 牵引时前臂置旋后位以矫正远折端的旋前移位。因为骨折后前臂常置于胸前引起远折端内旋, 而前臂旋后牵引利用前臂屈肌群及旋前圆肌对内上髁的牵拉, 前臂伸肌群对外上髁张力的减少, 而纠正远折端的旋前移位。只有旋转移位得到纠正后, 才有利于进一步纠正前后和侧方移位。否则常遗留旋转移位而难达到解剖对位。另外创伤时前后移位和侧方移位常是同时发生, 即向后移位同时向侧方移位, 因此整复时纠正前后和侧方移位应同时进行才是真正逆创机制复位, 容易达到解剖对位。

4.2 固定: (1) 肘关节应屈曲在 90°~ 110° 之间固定。屈肘不够, 断端向前成角不易纠正, 断面前侧骨质分离, 背侧骨膜松弛, 断端不稳定。随着屈肘角度加大, 断端背侧完整的骨膜张力加大, 而前侧骨皮质嵌紧, 断端稳定性加大, 但屈肘过度易致断端向后成角, 肱骨下端前倾角加大, 应合理掌握。据俞国辉等研究^[1], 屈肘角度越大, 骨折端前侧嵌插越紧, 骨折端稳定, 能防止骨折远端的旋转, 配合前臂合理的体位放置, 肘内翻发生率大大下降。内外侧压垫虽能防止继发移位及纠正残余移位, 但事实上在髁上骨折靠压垫来纠正残余移位临床上很少发生。且内上髁本身向内突出明显, 外上髁相对平坦, 因此不用压垫, 内侧夹板下端的压力点也集中在内上髁部, 能防止远折端的继发向内移位。因此肘屈曲达一定的角度是固定的要点。(2) 尺偏型前臂应固定于旋前位^[2](事实上, 在屈肘固定前臂悬挂于胸前自然地处于内旋约 45° 位置, 不需加任何限制, 可能是旋前肌群占优势的原故)。尺偏型骨折因为桡侧骨膜破裂, 内侧骨膜完整, 断端外侧有分离趋向, 而前臂旋前位前臂伸肌群紧张, 使骨折外侧间隙缩小, 内侧骨膜扭紧紧张, 使得断端稳定, 防止断端向外成角及旋转移位, 亦即达到防止肘内翻的目的。(3) 桡偏型骨折应固定前臂于旋后位^[2]。因为桡偏型内侧骨膜破裂, 外侧骨膜完整, 断端内侧有分离趋向, 而旋后位使前臂屈肌群紧张, 使骨折内侧间隙靠拢, 外侧骨膜扭紧紧张, 从而使断端稳定。然而前臂旋后位固定必须用夹板强迫固定, 即用直角托板固定上臂、肘部、前臂及手掌, 否则前臂不自觉地回到旋前位。(4) 另外将患肢上臂固定于胸壁前外侧有效地防止上臂前屈及外展, 也即防止了由于远折端肢体重力作用致折端向外成角及远折端向内移位的趋向, 从而降低肘内翻的发生率。

参考文献

[1] 俞国辉, 宋良城, 张建华. 肱骨髁上骨折复位后固定位置生物力学探讨. 中华骨科杂志, 1989, 9(4): 209.
[2] 赵晓山, 赵忠春, 万瑞兰. 小儿移位肱骨髁上骨折的治疗. 中华骨科杂志, 1986, 6(3): 115.

(编辑: 李为农)