

暂时无须依赖石膏夹板等外固定而解除了外部压迫,并可密切观察暴露的患肢,防止了发生筋膜室综合征等严重并发症,因而无须等待消肿可即刻手术。但对尺桡骨干双骨折该法治疗的平均愈合时间较闭合复位外固定者约长一倍时间,故对这种骨折尽量采用闭合方法。我们掌握,对前臂双骨折若成角 $< 10^\circ$,无明显旋转移位,即使断端完全错位也是可以接受的。

参考文献

[1] Green NE. The evolution of pediatric orthopaedic trauma care. J Pe-

diatr Orthop, 1994, 14: 42F-22.

[2] Aronson J, Tursky EA. External fixation of femur fractures in children. J Pediatr Orthop, 1992, 12: 157-63.
 [3] Cramer KE, Devito DP, Green NE. Comparison of closed reduction and percutaneous pinning versus open reduction and percutaneous pinning in displaced supracondylar fractures of the humerus in children. J Orthop Trauma, 1992, 6: 407-12.
 [4] Gomes LS, Volpon JB. Experimental physeal fracture separations treated with rigid internal fixation. J Bone Joint Surg [Am], 1993, 75: 1756-64.
 [5] Timmerman LS, Rab GT. Intramedullary nailing of femur shaft fractures in adolescents. J Orthop Trauma, 1993, 5: 33F-7.

(收稿: 1998 01 16 修回: 1998 07 16 编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

经皮穿针内固定治疗肱骨髁上骨折

潘万运

(钦州市第二人民医院, 广西 钦州 535000)

自 1994~1996 年我院采用手法复位、经皮内外髁交叉克氏针内固定治疗肱骨髁上骨折 65 例, 治疗效果满意。报告如下:

1 临床资料

本组共 65 例, 男 43 例, 女 22 例; 年龄 3~13 岁; 右侧 36 例, 左侧 29 例; 伸直型 62 例, 屈曲型 3 例。病程最短 2 小时, 最长 4 天。全部是闭合性骨折。合并尺神经挫伤 3 例。

2 治疗方法

臂丛麻醉, 常规消毒, 铺无菌巾。在电视透视下手法复位, 复位成功后, 屈肘 $90^\circ \sim 120^\circ$, 用直径 1.5~2.0mm 克氏针从内外髁交叉钻入, 进针方向与肱骨纵轴 $45^\circ \sim 60^\circ$, 斜向对侧骨皮质。内髁要触摸定位准确, 力求从内髁顶点进针, 避免损伤尺神经。电视透视监视下克氏针钻出对侧骨皮质 2mm。检查关节功能良好, 无肘内翻, 剪除多余克氏针, 针尾弯曲后埋于皮下, 无菌纱布包扎。照射关节正侧位片。屈肘 90° , 前臂中立位, 石膏托外固定, 用三角巾悬吊于胸前。术后作握拳锻炼, 2 周去除石膏托外固定, 4 周拍 X 线片, 骨痂生长理想后拔除克氏针, 作肘关节屈伸功能锻炼。

3 治疗结果

对 43 例进行随访, 随访最短时间 4 个月, 最长 2 年。屈肘 110° 以上为优 29 例, 屈肘 90° 以上为良 11 例, 屈肘 90° 以下为差 3 例, 优良率 93%。提携角小于 5° 者 3 例。

4 讨论

肱骨髁上骨折是儿童常见骨折之一, 传统治疗方法以手法复位, 四块小夹板外固定; 开放性骨折、合并神经、血管损伤作切开复位内固定术。

手法复位时值得注意的是顺着肱骨纵轴线、前臂原提携

角轴线牵引, 使两骨折端的骨折面平行, 在复位时使骨折面能平行复位, 避免骨折端内侧复位时被挤压塌陷, 在电视透视监视下牵引纠正重叠后进行复位, 复位时助手或术者从外髁方向向内侧加一定的力量, 以保持 $10^\circ \sim 15^\circ$ 提携角下推挤骨远端屈肘对位, 效果较佳。

以往肱骨髁上骨折的治疗上注意恢复肱骨滑车关节面向桡侧倾斜度, 预防肘内翻。而前倾角的恢复未有认真重视。肱骨内外髁连成整体与肱骨干轴线构成 $30^\circ \sim 40^\circ$ 的前倾角, 有利于肘关节的屈曲。如果髁部与肱骨干同轴线, 当屈肘时前臂的尺桡骨与肱骨下段距离靠近, 肘前侧的容量变少, 肘前侧的关节囊及肌肉组织势必受压, 而造成肘关节屈曲度受影响。作者认为, 力求恢复前倾角有利肘关节的运动。当骨折复位后检查前倾角未恢复时, 术者继续两手四指环抱肱骨远端, 双拇指顶压尺骨鹰嘴, 助手慢慢加大肘关节的屈曲度即可恢复前倾角。

本组有 3 例肘内翻, 1 例于术中不能恢复提携角的度数, 2 例由于术后肘关节周围肿胀严重, 过早解除石膏外固定, 患儿不配合治疗而造成。说明克氏针交叉内固定未能够完全抵抗前臂的应力^[1]。还要借助坚强的外固定, 维持上臂与前臂的整体上的连结^[2,3], 对抗前臂的应力。

参考文献

[1] 唐吉平. 克氏针加钢丝内固定治疗肱骨髁上骨折. 中医正骨, 1996, 8(4): 10.
 [2] 张毅. 石膏托加塑形夹板治疗伸直型肱骨髁上骨折. 中国骨伤, 1994, 7(4): 23.
 [3] 张绍平. 手法复位小夹板加宽石膏托固定治疗肱骨髁上骨折 23 例报告. 中医正骨, 1991, 3(2): 14.

(编辑: 李为农)