

的能力。 (本文图 2~3 见插页 1)

参考文献

- [1] Bimboim HC, Doly JA. Rapid alkaline extraction procedure for screening recombinant plasmid DNA. *Nucleic Acids Res*, 1979, 7 (12): 1513-1519.
- [2] Durham LH, Willatt DJ, Young MW, et al. A method for preparation of fibrin glue. *J Laryngol Otol*, 1987, 101(11): 1182-1186.
- [3] 丁真奇, 谭富生, 吴祖尧, 等. 四种移植材料修复颅骨缺损的比较

研究. *中华创伤杂志*, 1994, 10(6): 261-263.

- [4] 张智清, 姚立红, 候云德. 含 P_{IR} P_L 启动子的原核高效表达载体的组建及其应用. *病毒学报*, 1990, 6(2): 111-117.
- [5] 卢至栋. 现代分子生物学实验技术. 北京: 高等教育出版社, 1993, 375-380.
- [6] Roberts AB, Anzano MA, Wakefield MB. Type-β transforming growth factor: A bifunctional regulator of cellular growth. *Proc Natl Acad Sci USA*, 1985, 82(2): 119-126.

(收稿: 1999 04 23 修回: 2000 01 30 编辑: 房世源)

• 经验交流 •

尺骨鹰嘴悬吊牵引治疗肱骨髁间骨折

孙红旗

(花都市中医院, 广东 花都 510800)

关节僵硬是肱骨髁间骨折最常见的并发症, 临床治疗颇为困难。笔者自 1986 年 3 月~1998 年 2 月采用尺骨鹰嘴悬吊牵引, 手法复位, 夹板固定, 早期功能锻炼等综合疗法治疗新鲜肱骨髁间骨折 21 例, 收到较好疗效, 报告如下。

1 临床资料

本组 21 例, 男 13 例, 女 8 例; 年龄 17~68 岁; 均为新鲜骨折。其中“T”型骨折 8 例, “Y”型骨折 7 例, 粉碎型 5 例。明显移位 16 例, 轻度移位 5 例。

2 治疗方法

病人仰卧, 臂丛麻醉。肩外展 70°, 前臂中立位, 二助手分别握住前臂及上臂作缓慢持续牵引 5 分钟, 同时术者两手掌在肘关节两侧抱髁向中心挤压。如有侧方移位, 则将两手掌移至上下侧位缓缓对向推挤。如有前后移位, 术者两拇指移到尺骨鹰嘴处推骨折远端向前, 两手四指拉近端向后, 同时两虎口对向挤压两髁, 助手在维持牵引下缓缓屈肘至 90°。复位后, 术者固定骨折部及前臂, 助手消毒、铺巾, 用骨钻在尺骨鹰嘴尖下 2cm 与尺骨髓旁开 1cm 交点处钻入克氏针。将二个滑轮固定在床架顶上, 一个牵引尺骨鹰嘴, 另一个悬吊绷带托起前臂腕部, 使患肢呈屈肘 90°中立位, 前臂与胸壁平行, 牵引重量 2~4 公斤。装好牵引后即可指导患者做 20°左右肘关节屈伸活动, 以后随着肿胀消退逐步加大活动度。二周一般可达 30°~60°, 病人自主活动能力差者适当配合被动活动。以上活动的原则是病人均应在无痛情况下进行。牵引第一周应床边 X 线拍片了解骨折对位情况, 如有两髁翻转, 用柔和手法分次抱髁挤压肘部, 每日二次, 并在肿胀有所消退后用髁上夹板及软纸垫固定, 防止翻转移位。必要时电视 X 线下克氏针撬拔复位。若骨块向后移位成角, 放低前臂使屈肘小于 90°, 反之, 抬高前臂, 使屈肘大于 90°。一般牵引 4 周肿胀消退, 骨折稳定此时解除牵引, 带夹板功能锻炼。骨牵引针眼愈合后, 解除夹板中药熏洗肘部, 加大活动度。治疗中切忌粗暴手法复位。

3 治疗结果

本组 21 例, 复位良好, 关节面基本平整者 10 例; 复位欠佳, 关节面轻度错位分离在 0.5cm 以内者 7 例。复位不良, 关节面破坏不整, 夹有碎骨块者 4 例。随访 5 个月~1 年, 疗效良好, 肘关节屈伸活动基本正常, 活动范围大于 90°者 12 例。疗效一般, 屈伸 60°~90°、关节无疼痛者 5 例。疗效差, 屈伸在 30°以下、关节有轻度疼痛者 4 例, 其中 2 例改行关节融合术。

4 讨论

肱骨髁间骨折是发生在成年人的严重的肘部损伤, 其骨折常劈裂成“T”型、“Y”型和粉碎型。一般均有明显移位, 并伴有关节囊及周围软组织的广泛撕裂, 因此容易形成关节周围的广泛粘连, 引起关节僵硬。目前, 各家治疗意见不一, 缺乏满意的方法。一般认为骨折早期肘部肿胀严重, 单纯手法整复, 夹板、石膏固定很难达到有效复位及固定。而手术切开复位, 虽能较好复位, 但将增加新的手术创伤, 术后疤痕粘连, 往往疗效更差^[1]。笔者采用尺骨鹰嘴悬吊牵引, 配合手法复位, 夹板固定, 早期功能锻炼等综合治疗, 较好地弥补了上述单一疗法的不足。这是因为, 在尺骨鹰嘴牵引下, 肘部皮肤、筋膜、肌腱、关节囊等软组织均处在张力状态, 这种张力对骨折部形成一种持续的挤压力, 使骨折相对稳定, 不会重叠和增加移位。对翻转移位, 则配合手法整复、夹板加垫固定纠正, 达到良好固定效果。牵引克氏针与肘关节纵轴平行, 不影响关节屈伸活动。牵引部位在尺骨鹰嘴下 2cm, 不影响髁上夹板对双髁的固定。患肢抬高悬吊后, 静脉回流增强, 肿胀消退快。即使骨折对位较差, 通过早期锻炼, 鹰嘴半月切迹对破裂的滑车面持续的模造作用, 可以恢复关节面的平整。积极的主动锻炼, 又可增加关节周围软组织的血液循环, 增强组织活力, 减少软组织的粘连和挛缩, 达到良好疗效^[2]。

参考文献

- [1] 王桂生. 骨科手术学. 人民卫生出版社, 1982. 227-228.
- [2] 天津医院骨科. 临床骨科学(一) 创伤. 人民卫生出版社, 1973. 196.

(编辑: 李为农)