

中西医结合治疗肱骨髁上骨折 58 例

刘焕鑫

(深圳市宝安区西乡人民医院, 广东 深圳 518102)

肱骨髁上骨折是儿童最常见的骨折,近 5 年来,我科先后收治 58 例,分析如下。

1 临床资料

本组 58 例中男 41 例,女 17 例;年龄 2~14 岁。左侧 15 例,右侧 43 例。伸直型 55 例(其中尺偏型 37 例,桡偏型 9 例,单纯后移位型 9 例),屈曲型 3 例。闭合性骨折 52 例,开放性骨折 6 例。受伤原因:主要为爬高跌仆,追逐嬉戏,溜旱冰摔伤,其次为骑车跌伤。受伤当天来诊 39 例,2 天内来诊者 12 例,3 天内来诊者 7 例。全部病例不包括伴有血管、神经严重损伤,需作急诊手术治疗的病例。

2 治疗方法

2.1 手法整复 对于伸直型患者,取卧位,局麻或氯胺酮全身麻醉后,一助手把握伤肢上臂,一助手把握患肢前臂(尺偏型,前臂取旋前位,桡偏型取旋后位)作对抗牵引数分钟。术者在助手拔伸牵引的同时,用一手拇指与其余 4 指嵌夹伤者肱骨内外髁,另一手把握骨折近端,内外推动,以纠正远断端的侧方移位。随后,术者蹲下,以双手 4 指环抱骨折近端向后拉,两拇指从肘后方按压尺骨鹰嘴往前推,并令助手徐徐屈肘,以纠正远断端后移位,即告整复成功。局部外敷中药水或中药膏,在原移位方向相应加纸压垫,用四块夹板超肘关节屈肘约 90° 固定,颈腕带悬吊于胸前。

屈曲型患者复位时应伸肘牵引纠正成角及侧移位,用夹板、纸垫将肘关节固定于伸直位。

2.2 尺骨鹰嘴骨牵引加夹板固定 对于局部明显肿胀,断端移位严重,低髁,粉碎性骨折,局部皮肤损伤(如挫伤、水泡),术者无从下手作手法整复者采用尺骨鹰嘴骨牵引(克氏针或改良布巾钳),多用悬吊式,以求纠正重叠移位,并在牵引过程中,酌情辅加手法纠正侧方移位,视皮肤情况加小夹板纸垫固定。除了合并肘部血管、神经撕破及离断伤需作急诊手术切开处理,骨折端选用内固定外,包括部分开放骨折的病例,均可采用此法。

本组病例,采用此法的有 17 例,均收到优良效果,尤其对于不宜手术治疗的开放骨折或局部皮肤挫伤严重者,既利于骨折端的整复、稳定,又利于局部伤口的观察、换药。

2.3 术后处理 术后作 X 线检查了解骨折对位情况,如发现对位不良,尤其是远端尺偏时,要及时纠正,并注意观察伤肢血运及活动情况,鼓励伤者作握拳及伸手动作,按中医三

期辨证施治用药。伤口感染时可选用抗菌素,一般术后 3 周去除外固定或骨牵引,用中药薰洗和进行屈伸肘关节功能训练。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 优:肘关节功能活动完全正常,肘关节携带角恢复正常($5^{\circ} \sim 7^{\circ}$)。良:肘关节功能活动大致接近正常,对正常生活无妨碍。肘关节携带角最小不小于 0° ,或最大不超过 15° 。差:肘关节功能活动欠佳,对正常生活有一定妨碍,肘关节携带角呈内翻,或明显外翻(大于 15° 以上)。

3.2 治疗结果: 经 40 天~3 个月随访,结果优 36 例,良 20 例,差 2 例,优良率达 96.6%。

4 讨论

4.1 关于治疗方法的选择 根据肱骨髁上骨折类型及损伤程度,正确选择治疗方法是治疗成功的关键。本组病例主张以手法整复治疗为主,除合并肘部血管、神经的撕破或离断伤,需作急诊手术探查修补,骨折端运用内固定外,包括部分开放骨折的病例,不宜即时手法整复者可采用尺骨鹰嘴骨牵引及夹板固定。

4.2 如何防治肘内翻畸形的发生 肘内翻是肱骨髁上骨折最常见的并发症,轻者影响外观,重者影响肘关节功能,甚至阻碍前臂及手部的生长发育。根据肘内翻发生原因与机理,防止的根本措施在于正确复位,因此,探索合理的整复方法是非常重要的。由于肘关节结构的特殊性,在肘关节伸直,前臂旋后位时,存在一个正常的携带角($5^{\circ} \sim 7^{\circ}$),在力学上,当肱骨髁上骨折,在这种位置拔伸牵引时,肘外侧的张力大于肘内侧,使骨折远端受到一个向内的应力作用而产生向内移的趋势,而在前臂旋中位或旋前位拔伸牵引时,携带角消失,肘内外两侧张力平衡,骨折远端没有受到应力的作用,或者说应力的作用为零,因此,在手法整复牵引时,桡偏型采用前臂旋后位拔伸牵引的方法,而单纯后移位型或尺偏型,采用前臂中立位或旋前位拔伸牵引的方法,这对避免远折端尺偏,防止肘内翻有利。

4.3 稳妥有效的夹板外固定 是防止肘内翻的重要因素。由于前臂重力的影响在骨折面产生剪力,会引起骨折远端内移或向外成角,它与肘内翻的发生有直接的关系。依照力学原理,在相应着力点放置纸压垫,使前臂固定于旋后位,从而有效地预防肘内翻的发生。

(编辑:李为农)