

# • 临床研究 •

## 肱骨内上髁骨折 23 例治疗分析

### Analysis on medial epicondylar fracture of the humerus in 23 cases

万富安

WAN Furan

关键词 肱骨内上髁骨折; 外科手术 **Key words** Fracture of medial epicondyle of humerus;

Surgery, operative

肱骨内上髁骨骺撕脱骨折多发生在 7~15 岁之间的儿童, 占肘部骨折的 10%, 距第 3 位。治疗上有保守和手术两种不同的意见, 文献报道的较少。我院小儿骨科自 2001-2002 年共收治 26 例儿童肱骨内上髁骨折, 对其中 23 例进行了手术治疗, 效果满意, 报告如下。

#### 1 临床资料

本组 23 例, 男 17 例, 女 6 例; 左侧 9 例, 右侧 14 例; 年龄最小 9 岁, 最大 14 岁, 平均 12.2 岁。合并症: 尺神经损伤 6 例, 桡骨颈骨折 2 例, 尺骨鹰嘴骨折 1 例, 外上髁骨折 1 例, 肘关节脱位 3 例。按传统的分度方法 I 度 3 例, II 度 13 例, III 度 4 例, IV 度 3 例。手术切开复位克氏针交叉固定 14 例, 克氏针与细螺钉交叉固定 8 例, 骨折块切除 1 例。第 1 次复位术中即尺神经前移 14 例, 浅置 9 例; 2 次手术尺神经松解前移 1 例。

#### 2 手术方法

臂丛神经阻滞麻醉后取仰卧位, 手术在气囊止血带下进行, 屈肘和肩外展各 90°, 以内上髁锋锐的近折端骨茬为中心, 取肘关节内侧弧形切口, 长大约 5~6 cm, 依次切开至深筋膜, 先用手指触摸寻找尺神经, 定位准确后用尖刀点开外鞘, 插入纹式钳游离 4~5 cm, 注意勿损伤伴行的血管, 橡皮条牵开保护尺神经。沿内侧肌间隔少许分离(不要剥离骨膜)即可显露近折端骨茬, 清理骺面及游离小骨块; 用布巾钳夹住屈肌总腱将远端骨骺块从肱尺关节内解脱(II 度)提起, 清理骺面及关节内瘀血, 满意后屈肘 90°, 前臂稍旋前, 利用布巾钳将远端骨骺块向后上方提拉复位, 用直径 1.5 mm、2.0 mm 两枚克氏针斜向

前外侧交叉固定, 骨块较大和年长的儿童用 1 枚克氏针与细螺钉(直径 2.7 mm)交叉固定, 骨膜和周围软组织加固缝合 2~3 针。冲洗切口, 尺神经前移或浅置并固定 2 针, 依次缝合皮下组织和皮肤, 前后石膏夹固定于屈肘前臂中立位。1 例陈旧骨折复位困难将远端骨折块切除, 加固缝合屈肌总腱, 合并的 2 例桡骨颈骨折手法推挤复位, 1 例尺骨鹰嘴骨折用 7 号线加固缝合肱三头肌腱膜, 均较满意。IV 度中有 1 例合并外上髁撕脱骨折, 随着关节的复位外上髁亦自动复位。术后常规输液消炎和口服清热解毒中药 1 周左右, 对有尺神经症状者加用神经营养和利尿消肿药物。3~4 周去除石膏夹进行功能锻炼, 克氏针与细螺钉交叉固定者 4 周拔除克氏针, 两枚克氏针固定者 5~6 周方可去除固定针, 并配合外洗加强锻炼。

#### 3 治疗结果

23 例中 1 例摘除远端骨折块, 22 例解剖复位。去除克氏针时间最长 6 周, 去除螺钉时间最短 12 周; 随诊时间 3~18 个月, 平均 11 个月。结果: 肘关节外翻应力试验均稳固。肘关节伸屈和前臂旋转功能完全正常者 21 例, 占 91%; 伸直受限 20° 以内者 2 例, 占 9%。术中尺神经刺激症状均在 1~2 周内恢复, 原始 6 例尺神经损伤症状 2 个月内恢复; 1 例 4 个月后活动时又出现激惹症状, 经尺神经松解前移而消失。

#### 4 讨论

4.1 治疗方法选择 目前对肱骨内上髁传统的 II 度(包括 III、IV 度整复后转变为 II 度)骨折有 3 种治疗意见: ①闭合复位、屈肘固定<sup>[1]</sup>; ②闭合复位、经皮穿针固定<sup>[2,3]</sup>; ③切开解剖复位、内固定。肱骨内上髁骨骺撕脱骨折往往合并较严重的软组织损伤, 局部出血较多, 常使远端骨折块处于漂浮状态, 又因屈

肌总腱的牵拉,致单纯采用小夹板或石膏外固定难以奏效。经皮穿针固定效果较好,但需在 X 线下操作,又不能探查尺神经,受到一定限制。随着观念改变和病人要求的提高,作者赞同早期积极切开解剖复位、细螺钉(可吸收螺钉更好)与克氏针牢靠固定、尺神经前移或浅置,达到紧缩肘内侧副韧带,消除肘关节慢性不稳、疼痛、无力、容易受伤,甚或尺神经瘫痪之虑。

**4.2 注意事项** ① I 度骨折临床罕见,因为正常的内上髁骨化较晚、位置偏后,向前移位不易从正位 X 线片上发现,对有疑问的病例应摄双肘斜位片对比,以便决定治疗方案;② 手术时取仰卧位和“敬礼”姿势,有利于骨折的复位和固定,术者操作方便,患者

也比较舒适;③ 克氏针与细螺钉交叉固定要偏下方的肌腱内进针,以防骨块碎裂;骨膜和周围软组织加固缝合 2~3 针以便早日去除固定;④ 术中一般都要尺神经松解前移或浅置,但固定点和进、出口要宽松;⑤ 肱骨内上髁骨折主要影响伸肘功能,一般 3~4 周即要去除石膏夹、带针进行功能锻炼,5~6 周拔除克氏针。

#### 参考文献

- 1 闻亚非,牛素玲.学龄前、后的儿童肱骨内上髁骨折 3 例报告.中医正骨,2000,12(2):30.
- 2 万富安,王新卫.正骨穿针术.河南:医科大学出版社,1998.123-125.
- 3 谭振华,侯玉义,赵锦民,等.经皮穿针内固定治疗肱骨内上髁骨折 44 例报告.中医正骨,2001,13(11):22.

(收稿日期:2003-05-27 本文编辑:王宏)

## • 病例报告 •

### 非典型尤文氏瘤误诊骨囊肿 1 例

#### Atypical Ewing's tumor misdiagnosed as bone cyst: A report of one case

陈锦平,张帆,毕擎

CHEN Jirping, ZHANG Fan, BI Qing

**关键词** 骨瘤; 骨囊肿 **Key words** Osteoma; Bone cysts

胡某,男,23 岁,未婚。因左髋部劳累后酸痛于 1997 年 8 月入院。局部曾有外伤史。患者 1 年前无明显诱因出现左大腿上方酸痛,劳累后加重,予消炎、镇痛药可缓解。局部无红肿及流脓,发病后两便正常,睡眠一般,胃纳可。平常素有鼻血及牙出血史(舅舅也有类似情况),父母及一兄均健。否认有遗传病史。体格检查:营养一般,轻度贫血貌。头、面、颈无畸形;心、肺、腹、四肢无异常。专科检查:左股骨粗隆部无红肿,无包块,无叩击痛,无窦道,扪之深压痛,活动无明显障碍。辅助检查:血沉 9 mm/h,总蛋白 54 g/L,白蛋白 26.9 g/L,AKP160 u/L,白细胞总数  $2.5 \times 10^9/L$ ,淋巴细胞 49.8%,单核细胞 9.1%,中性粒细胞 41.1%,血红蛋白 101 g/L,血小板  $16 \times 10^4/L$ 。B 超:慢性肝病,脾肿大。X 线平片:胸无异常,左股骨粗隆间见密度减低区,边界清楚,略有硬化,未见骨质破坏及骨膜反应,诊断为左股骨粗隆部骨囊肿。行左股骨粗隆部骨囊肿刮除,术中见:病灶组织位于髓腔内,黄褐色,鱼籽样,无包膜,较脆,易剥离,境界尚清楚,约 3 cm × 5 cm × 2 cm 范围,局部灭活后,骨水泥充填,术后恢复好。病理报告:左股骨粗隆下“不典型尤文氏瘤”。行 CVADIC 化疗 1 个疗程后出院。3 个月后再入院,体检:左髋部无异常。X 线胸片无异常,左髋平片无复发迹象。12 月 29 日行左髋部放疗 1 个疗程后出院。98 年 4 月 13 日,患者第 3 次入院,无明显不适

自述。体检:左髋局部无异常。胸片:左下肺可见类圆形密度增高影,边缘光滑。结论:左下肺结节影考虑转移。家属放弃治疗,患者于 4 个月后病故。

#### 讨论

尤文氏瘤为起源于骨髓的未分化网状细胞的恶性肿瘤,多见于 10~19 岁青年,常好发于长骨干和扁骨,临床上常见局部红肿、发烧,白细胞增高,血沉加快,X 线典型表现为大范围骨质斑点状破坏,伴葱皮状或层状骨膜增生。本例患者 23 岁,局部无红肿,血沉不快,白细胞下降,所以很难使人想到是尤文氏瘤。同时 X 线表现为:左股骨粗隆部类圆形密度减低区,边缘有硬化,未见骨膜反应,故很容易误诊为“骨囊肿”。为防止此类误诊:① 要考虑到尤文氏瘤表现的多样性,仔细阅读 X 线平片,尤其是多发生在干骺端时,尤文氏瘤可表现为溶骨型、硬化型,混合型 3 种类型。该病例就属于溶骨性较早时期的一种表现。② 有时单凭 X 线平片也较难判断,有条件的可行 MRI 检查,可以帮助鉴别骨囊肿与尤文氏瘤。③ 另外,比较简单、易行、有效的防止误诊的方法之一是行术前穿刺活检,从而为明确诊断提供可靠依据。④ 若穿刺阴性,对可疑病例,术中还可行冰冻活检,防止误诊,指导临床及时选择最佳治疗方案。

(收稿日期:2003-05-27 本文编辑:王宏)