

不影响关节活动。对本组 32 例开放性胫骨多段骨折, 我们采用加长型外固定架治疗, 遵循了 BO 的原则, 最大限度地保护了骨折处血运, 使骨折能顺利愈合。本组除一例骨折延迟愈合外, 其余全部在正常时间内愈合。骨折愈合后功能恢复优良。由于术后骨折端对位良好, 固定牢靠, 消灭了骨折端的异常活动和死腔, 伤口内没有内固定器械, 不存在异物反应, 故伤口感染率低, 本组感染率为 3.1%。通过 32 例观察, 认为加长型外固定支架是治疗开放性胫骨多段骨折的理想方法。

参考文献

1 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 骨外穿针外固定架固定法. 实用骨科

学. 北京: 人民军医出版社, 1991. 264-268.  
2 徐荣祥, 张向清, 马恩庆, 等. 烧伤湿性医疗技术: III 度烧伤的治疗. 烧伤医疗技术蓝皮书. 北京: 中国医药科技出版社, 2000. 44-45.  
3 张力成, 潘可平. 单侧多功能外固定支架治疗严重开放性胫腓骨骨折. 中国骨伤, 2000, 16(3): 172-173.  
4 杨辉芳, 王万春, 詹瑞森, 等. SGD 骨科多功能单侧外固定支架治疗严重胫骨开放性骨折 76 例报告. 骨科研究与进展——孙材江教授论文集. 成都: 四川科学技术出版社, 2000. 149-152.  
5 张双喜, 赵永泽, 付江, 等. 开放性胫骨多段骨折的治疗. 中华骨科杂志, 2001, 21(10): 633-634.

(收稿日期: 2003-12-22 本文编辑: 连智华)

• 手法介绍 •

屈肘旋前位整复肱骨髁上伸直型骨折

Manipulative treatment for supracondyle extended fracture of humerus with pronative position of elbow flexion

李国帅, 朱晓东, 马云

LI Guoshuai, ZHU Xiaodong, MA Yun

关键词 肱骨骨折; 手法, 整骨 Key words Humeral fractures; Manipulation, osteopathic

本院从 1998 年 8 月-2003 年 9 月, 采用屈肘旋前位整复肱骨髁上伸直型骨折 184 例, 效果良好, 现报道如下。

1 临床资料

本组 184 例, 男 127 例, 女 57 例; 年龄 3~25 岁。均为单侧, 左侧 97 例, 右侧 87 例, 均为闭合性且伴有不同程度移位。

2 整复方法

患者坐位, 以右侧为例, 将患肢置于屈肘 90° 前臂旋前位, 上臂与水平线垂直, 前臂与水平线平行, 近端助手位于患者右肘后方牵引上臂向上, 远端助手位于患者前方左手牵引患腕向前, 右手虎口张开卡压于患肢肘窝部向下推压, 术者双手拇指抵住尺骨鹰嘴两旁, 其余 4 指抱扣住肱骨骨折近端前侧, 并于重叠牵开时, 对向挤压纠正前后移位, 在维持屈肘牵引及前臂旋前位下术者两手拇指置于肱骨内髁部, 其余手指置于对侧断端近侧。对向挤压以纠正尺侧移位, 并适度向桡侧矫正过正, 仔细触摸肱骨下端两侧骨嵴对合良好, 整复结束。

常规小夹板及钢丝托板固定患肘于屈肘 90° 前臂旋前位 2~3 周, 去除外固定, 给予手法按摩、中药熏洗及主动锻炼以促进患肢功能恢复。

3 治疗结果

参照 Flynn 临床功能评定标准<sup>[1]</sup>, 丢失携带角和丢失伸屈功能在 0~5° 为优, 6~10° 为良, 11°~15° 为一般, >15° 为差。本组 184 例共 147 例获得随访, 随访时间 6 个月~3 年, 平均 2 年, 按上述标准评定优 86, 良 46, 中 13, 差 2 例。

4 讨论

在临床实践中我们观察到仅仅是单纯的骨折远端向内侧平行侧移, 并不会引起携带角的减少或丧失, 这说明单纯的远骨折端平行内移并非肘内翻发生的直接原因。肘内翻产生是一个动态、渐进和持续的过程, 也是临床上往往复位时矫正过正的患者治疗结果, 也是产生不同程度肘内翻的原因。

屈肘旋前位整复和固定肱骨髁上伸直型骨折, 在被动屈肘 90° 或略超过 90° 时(以不影响桡动脉搏动为度)可使肱三头肌及肱骨远端后侧骨膜拉紧, 使骨折稳定。前臂置于旋后位时由于旋前圆肌的牵拉, 远折端往往向外成角, 易引起日后的肘内翻, 而前臂置于被动旋前位时, 由于旋前圆肌的放松使远折端向尺侧倾斜旋转的牵拉力明显减少, 同时肱桡肌与伸肌总腱随着前臂的被动旋前张力明显增加, 从而对骨折桡侧端起到了拉合紧压的作用, 对预防肘内翻有利。在此体位下整复更易达到适度向桡侧矫正过正的要求; 在此体位下固定也因有较为持续的肘外翻应力存在而达到最大限度预防肘内翻产生的目的。

通过临床运用, 我们认为屈肘旋前位治疗肱骨髁上伸直型骨折, 易于复位, 复位创伤小, 符合生物力学要求, 并能有效预防肘内翻的产生, 操作简单易于掌握, 值得临床运用和推广。

参考文献

1 Piore AM, Grahon HK, Krajish JI. Management of displaced extension type supracondylar fracture of the humerus in children. J Bone Joint Surg(Am), 1998, 70: 64F-650.

(收稿日期: 2003-09-02 本文编辑: 连智华)