

半伸位外固定法治疗伸直型肱骨髁上骨折疗效观察

Therapeutic effects of external fixation in half-extending position in the treatment of supracondylar fractures of humerus of extension type

伍栋材

W U Dong cai

关键词 肱骨骨折; 骨折固定术 **Key words** Humeral fractures; Fracture fixation

自 1999 年以来,采用手法复位半伸位小夹板外固定法治疗伸直型肱骨髁上骨折 128 例,取得满意效果,报告如下。

1 临床资料

本组 128 例,男 78 例,女 50 例;年龄 4~15 岁,平均为 6.8 岁。尺偏型 57 例,中立位型 42 例,桡偏型 29 例。伤后至就诊时间最短 30 min,最长 5 d,平均 1.9 d。左侧 74 例,右侧 54 例。所有患者均为闭合性骨折,无血管神经损伤并发症。

2 治疗方法

患者取坐位,局麻下两助手对抗拔伸牵引,患者掌心、肘窝朝上。术者先以推挤或合掌手法抱髁叩掌,用掌根按叩髁部以纠正侧方移位。继以两拇指推压骨折近端前侧向后,另四指钩住鹰嘴(连同骨折远折端)——两手 4 指相插或重叠扣握远折端向前,以两食指形成的半环为发力点,骨折远折端为着力点而发力,在助手牵引的基础上徐徐屈肘至 $120^{\circ} \sim 150^{\circ}$ 即可复位。经 X 线透视对位对线满意后,摄片留存。

复位后维持对位,在远折端尺侧和近侧端之桡侧分别放置加压垫,以防肘内翻发生。在鹰嘴后加一梯形垫,以防骨折远端向后移位。将患肘固定在肘关节半伸位($120^{\circ} \sim 150^{\circ}$),三角巾悬挂于胸前。第 3、7 天复诊,经 X 线透视或摄片复查,如对位对线良好,每周复诊 1 次。4 周局部无压痛,骨折临床愈合可解除外固定,功能锻炼。

3 治疗结果

疗效评定标准^[1]:优,肘关节伸屈及携带角均正常;良,肘关节伸屈受限 5° 以内,携带角减小或消失;可,肘关节伸屈受限,肘内翻 $0^{\circ} \sim 10^{\circ}$;差,肘关节伸屈受限,肘内翻 11° 以上。本组 128 例骨折全部愈合,临床愈合时间最长 35 d,最短 21 d。116 例获得 8~16 个月随访,按上述标准评定,优 77 例,28 例良,可 9 例,差 2 例,优良率 90.51%。并发肘内翻畸形 11 例(尺偏型为主),占 9.48%。

4 讨论

4.1 手法复位与固定体位 根据肘部解剖特点,伸直型骨折远折端向后移位,前侧骨膜及软组织被拉伤或被骨折近端刺伤,后侧骨膜及软组织一般较为完整,可作为“铰链”来利用。

采用伸直位手法整复侧方移位和旋转移位以及恢复携带角,再从伸直位到半伸位的运动过程中纠正远折端的向上向后移位,并固定于半伸位,这样有利于充分发挥肘关节周围的肌肉、肌腱、关节囊、皮下组织及皮肤张力的增加而起到的内在的夹板作用,更好地配合外用小夹板共同加强固定效果。

本着骨折远端“宁前勿后,宁桡勿尺”的原则,重点纠正远折端向后和向尺侧移位,以减少肘关节屈伸活动受限和肘内翻的发生。桡偏型骨折有轻度移位者,不必强求复位,中立位型骨折使之轻度桡偏,尺偏型骨折复位向后桡侧嵌插,向内侧轻度成角可使肘内翻发生率降低^[2]。

肘关节半伸位后,骨折远端与前臂形成一个整体,由于远折端与前臂的重力作用,从而对远折端形成牵引力,有利于远折端之稳定,固定前臂于中立位或旋后位,可有效地固定骨折远端,防止远折端复位后再发生旋转移位。

肘半伸直后,使肱三头肌及肘后关节囊、软组织拉紧,骨折后缘形成一定的张应力,前侧形成压应力,起到有效地稳定刚复位的骨折端的作用。同时肘关节两侧肌腱拉力相同,肘关节囊和韧带处于相对紧张的状态,特别是前臂旋后位,肘内侧为压力侧,外侧为张力侧,使得骨折外侧骨裂隙减小或消失,以致骨质对合紧密,也增加了骨折端的稳定性,远折端不易尺偏、尺倾,从而有效地降低肘内翻发生。

4.2 半伸位固定与肘内翻 准确复位是预防肘内翻的基础,而有效的固定是维持良好复位直至骨折愈合预防肘内翻的关键。为维持复位后折端之间的稳定性和防止肘内翻,选用什么体位固定就显得尤为重要。我们采用半伸位超肘关节小夹板固定,在半伸位固定肘关节时,能够选择加长型超关节的夹板。内侧超肘关节夹板和压垫的加强作用,可有效防止远折端尺倾、尺偏倾向,从而大大降低了肘内翻发生率。比之肘关节屈曲 90° 位固定,更能发挥其尺侧夹板对远折端的固定和肘内翻倾向的阻挡作用。肘关节前后超关节夹板有利于控制前臂于中立位或旋后位,防止前臂旋转引发的骨折远折端的内旋尺偏倾向,因为前臂的旋转活动最易造成骨折的再移位。从而更加有效地增加了折端间之稳定性。利用 4 块夹板之间的协调作用,平衡了固定应力,预防远折端尺偏、尺倾、侧翻成角,起到支架支持样作用。

4.3 体会与注意事项 要严格掌握桡倾角,年龄越小,桡倾

角越要相应加大,但最大不得超过 10°。尽量一次复位成功。有尺偏移位者,应把纠正尺偏移位作为重点,即使“矫枉过正”也不为过。正确使用压垫。及时调整夹板松紧度,积极观察末梢血运。多次反复复诊,重点观察对位、对线、固定等情况。分期进行功能锻炼,并给予必要的药物治疗。本法缺点:易松动,不易管理,故应多次观察,及时复诊。

参考文献

- 1 王保良,高军辉,邵同德.儿童伸直型肱骨髁上骨折 76 例报告.中医正骨,2004,16(6):48-49.
- 2 陈新民.“矫枉过正”手法治疗小儿肱骨髁上骨折.中国骨伤,2001,14(6):363.

(收稿日期:2005-04-29 本文编辑:连智华)

• 短篇报道 •

腰痛宁与小活络丹治疗腰椎间盘突出症疗效对比观察

王志文,袁强,张爱国,郭晓庄

(华北煤炭医学院附属医院,河北 唐山 063000)

2001-2004 年用腰痛宁和小活络丹对腰椎间盘突出症患者进行疗效对比观察,现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用分层分段随机方法,利用 SAS 8.0 软件 PROCPLAN 过程步模拟产生随机数,按随机数均衡安排试验组和对照组用药顺序,该顺序即为每个病例的药物编号。接受本项研究的患者共 200 例,有 6 例因没坚持服药退出观察。实验观察 194 例,腰痛宁组 98 例,小活络丹组 96 例,其中男 159 例,女 35 例。年龄最小 23 岁,最大 55 岁,病程在 6 个月以内者 96 例,7 个月~1 年 54 例,1~2 年 44 例。两组性别、年龄、病程比较无统计学差异($\chi^2 = 0.243, t = 1.170$ 及 $1.127, P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 ①西医诊断标准:参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》确定[中国人民解放军总后勤部卫生部.临床疾病诊断依据治愈好转标准.北京:人民军医出版社,1987.705-706]。②中医诊断标准:参照《中医病症诊断疗效标准》确定[国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准.南京:南京大学出版社,1994.202]。

1.3 临床表现 194 例在治疗前均有腰痛向臀部及下肢放射,腰棘旁或棘突间有压痛,并向患侧下肢放射,腰活动受限,Lasegue 征及加强试验阳性。有腰部外伤史 89 例,咳嗽或腹压加大等因素诱发疼痛加剧者 132 例,腰生理曲度变直 80 例,脊柱侧弯 71 例,跟、膝腱反射与健侧对比,减弱或消失为 119 例,小腿后外侧及足背外侧感觉减退 53 例,腰椎正侧位片变窄或不等宽 42 例,81 例 CT 扫描均见有不同程度的椎间盘膨出、突出或脱出,两组临床资料采用 χ^2 检验($\chi^2 = 0.728$),差异无显著性意义($P > 0.9$)。

1.4 治疗方法 腰痛宁胶囊组(承德颈复康药业集团有限公司生产)患者每晚于睡前 0.5 h 服药 1 次,每次 4~6 粒,以黄酒加适量白开水送服。首次服用均以 4 粒开始,逐日增加 1 粒,最多服至 7 粒。于增加剂量过程中如发现腰痛加重或

腰背肌有僵硬感等治疗反应时,即不再增加剂量而以此量或减 1 粒为维持量,继续用药。如服至 7 粒仍无上述反应,亦不再增加剂量,即以 7 粒为维持量,28 d 为 1 个疗程。小活络丹组(兰州佛慈制药厂生产)患者服小活络丹,每日 2 次,每次 1 丸,用黄酒送服。服药期间注意休息,避免剧烈活动或精神紧张的工作,治疗 28 d。

2 结果

疗效评定标准:根据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》和《中医病症诊断疗效标准》将疗效评定为:治愈,腰腿痛症状消失,直腿抬高试验达 70°以上,跟、膝腱反射正常,能恢复原工作;好转,腰腿痛减轻,腰部活动功能改善,直腿抬高试验有进步,能从事较轻工作;未愈,治疗后腰腿痛症状,直腿抬高试验,跟、膝腱反射均未改善。腰痛宁组治愈 24 例,好转 69 例,未愈 5 例,有效率 94.90%。小活络丹组治愈 15 例,51 例好转,未愈 30 例,有效率 68.75%。两组总有效率经 χ^2 检验($\chi^2 = 22.42$),差异有显著性意义($P < 0.001$),腰痛宁组优于小活络丹组。两组在治疗过程中均未出现明显毒副性反应。

3 讨论

腰椎间盘突出症属中医学腰痛范畴,多因腰部感受外邪、劳伤、肾虚引起气血运行失调,脉络结急,腰府失养而致。病机为气滞血瘀,经络痹阻。病变部位在腰部。我们体会腰椎间盘突出症的治疗,小活络丹对寒湿凝滞、痰痹阻滞引起的肢体疼痛、麻木拘挛效果较好;腰痛宁对寒湿、瘀血及肾虚等诸型腰痛有较好的治疗作用。

现代研究认为腰椎间盘突出症的肢体疼痛不但与机械压迫神经有关,也与突出物周围的非特异性炎症有关。本研究证明腰痛宁能消退病变部位炎症,促进和改善局部循环,消除病理产物,消除或减轻充血、水肿、粘连等对神经根的压迫,减少局部致病代谢产物对神经根的刺激,使疼痛症状缓解或消失。

(收稿日期:2005-09-28 本文编辑:李为农)