

· 手法介绍 ·

牵引夹挤屈肘法整复肱骨髁上骨折 66 例

刘驰¹, 李大和², 陈慧¹, 姜艳¹, 陈莉¹

(1. 绵阳 404 医院, 四川 绵阳 621000; 2. 四川安县中医院)

关键词 肱骨骨折; 牵引术; 正骨手法

Traction and squeezing of elbow for reduction of the humeral supracondylar fracture LIU Chi^{*}, LI Tai-he, CHENHui, JIANG Yan, CHEN Li^{*} The 404th Hospital of Mianyang, Mianyang 621000, Sichuan, China

Key words Humeral fractures; Traction; Bone setting manipulation

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007; 20(11): 785 www.zggssz.com

肱骨髁上骨折是骨伤科的常见病之一, 对该种骨折整复及固定的方法较多, 但整复后很容易再次移位而影响疗效。自 1996 年以来, 采用牵引夹挤屈肘法整复, 3 块小夹板屈肘 125° ~ 130° 固定治疗伸直型肱骨髁上骨折 66 例, 取得了满意的效果, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 66 例, 男 42 例, 女 24 例; 年龄 2~14 岁, 平均 7 岁。左侧 18 例, 右侧 48 例。伤后至就诊时间 40 min ~ 7 d 均为闭合性骨折。

1.2 诊断依据 ①明显跌倒外伤史; ②肘部疼痛、肿胀, 甚至出现张力性水泡, 功能受限; ③局部明显压痛, 纵轴扣击痛阳性; ④肱骨髁上有畸形、异常活动及骨擦音; ⑤X 线片示骨折具体情况, 本组病例 X 线片示骨折向后及尺侧移位 54 例, 向后及桡侧移位 12 例, 断端均有不同程度的重叠与成角。

2 治疗方法

2.1 复位方法 在臂丛麻醉(或不麻醉)下, 患儿仰卧位或坐位, 两助手分别握住患儿患侧的上臂和腕部, 做对抗拔伸牵引 2~3 m in 力量要适中。术者位于患侧, 两手环抱患肘, 待骨折断端牵开时, 用力夹挤矫正重叠、侧方及旋转移位。助手维持牵引, 术者移至患肢外后侧, 两手拇指置于骨折远端背侧鹰嘴部用力向前推, 两手余指环抱骨折近端用力向后拉, 同时令远端助手在持续牵引下缓慢向前屈曲肘关节, 至患侧手指能触及同侧肩峰, 以纠正前后移位。若触摸肘关节无畸形, 屈肘时阻碍已消失, 证明复位已成功。

2.2 固定方法 采用外、内、后侧 3 块小夹板做超肘关节固定, 肘部屈曲, 肘后放一厚梯形垫。尺偏型骨折在近端桡侧、远端尺侧各放一平垫, 桡偏型骨折压垫相反, 用“8”字绷带超肘关节屈肘绑扎固定, 患肢深屈约 125° ~ 130° (尺偏型旋前位, 桡偏型旋后位), 颈腕带悬吊, 2~3 周时, 将患肘固定在屈肘 100° ~ 120°, 3~4 周。

2.3 药物治疗 根据内外兼顾的治疗原则, 早期用桃红四物汤加味以活血祛瘀、消肿止痛; 中后期用和营止痛汤加味以和营止痛续筋接骨。外敷药: 黄柏 30 g 元胡 12 g 血竭 6 g 白芷 9 g 羌活 6 g 独活 6 g 血通 12 g 木香 9 g 共碾细末, 第 1 周隔天换药 1 次, 第 2 周隔 2 d 换药 1 次, 第 3 周隔 3~4 d 换药

1 次。拆除固定后用中药薰洗(处方: 红花、血通、合欢花皮、苏木、松节、甘松、香附、丝瓜络、海桐皮各 30 g), 每日 1~2 次, 以活血祛瘀、舒筋通络, 促进患肢功能恢复。若出现局部张力性水泡, 可常规消毒放水, 外擦紫草油后固定, 常能获得良好的效果。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准^[1] 优: 肘屈伸受限 10° 以内, 肘内翻 5° 以内; 良: 肘屈伸受限 11° ~ 20°, 肘内翻 6° ~ 10°; 可: 肘屈伸受限 21° ~ 30°, 肘内翻 11° ~ 15°; 差: 肘屈伸受限 30° 以上, 肘内翻 15° 以上。

3.2 疗效评定结果 本组 66 例随访 6~18 个月, 按照以上标准评定: 优 47 例, 占 71.22%; 良 15 例, 占 22.73%; 可 3 例, 占 4.55%; 差 1 例, 占 1.5%; 优良率为 93.95%。发生肘内翻 7 例, 发生率 10.61%。

4 讨论

肱骨髁上骨折往往软组织损伤严重, 局部肿胀明显。使用外、内、后 3 块夹板屈肘 125° ~ 130° 固定, 外、内侧夹板可以防止骨折的侧方移位, 后侧夹板固定前臂及上臂可以防止患肢摆动及旋转。前方不放置夹板, 减少了肘前方夹板的压迫, 使血液循环通畅, 屈肘 125° ~ 130° 固定, 利用了机体维持骨折稳定的内部因素, 此时肘部肌肉的“合页”作用(主要是肱三头肌的力量)以及伸直型髁上骨折线从前下方斜向后上方的特点, 能够起到有效固定骨折的作用。肘前部韧带及肌肉的约束, 与肘后的夹板和压垫亦形成一相对的力, 防止骨折的前后移位。肘部“8”字绷带绑扎, 颈腕带悬吊, 使患肢维持适当的角度, 并产生一定的牵拉力。对新鲜有移位骨折应力争在肿胀发生之前(一般伤后 4~6 h)进行早期整复; 对严重肿胀、皮肤出现张力性水泡或溃烂者, 宜给予临时固定, 卧床休息, 抬高患肢, 不宜立即整复, 应待肿胀消退后, 争取在 1 周内进行整复。在复位时尽可能做到解剖复位, 可留有轻度桡偏, 日后既不影响屈伸功能, 又可防止肘内翻。远端助手在配合屈肘时, 必须维持一个有力度的持续牵引力量, 既屈又上提, 否则, 只屈不提是难以复位成功的。

参考文献

- 1 李稳生, 陆裕朴. 肱骨髁上骨折的治疗. 中华骨科杂志, 1982, 2(5): 265

(收稿日期: 2006-10-13 本文编辑: 连智华)