

• 临床报道 •

手法整复加闭合穿针治疗儿童肱骨髁上骨折 60 例

马建国* 白祝荣 康小东 张凤桐 冯学武

延安市宝塔区人民医院骨外科, 陕西省延安市宝塔区嘉岭路 23 号, 716100)

* 通讯作者: 1527505880@qq.com, 15829596604

[关键词] 肱骨髁上骨折; 手法复位; 闭合针

肱骨髁上骨折是儿童常见骨折, 占全部肘部骨折的 50%~60%^[1], Gartland I 型可采用屈肘前臂中立位石膏托外固定 2~4 周, Gartland II 型复位后稳定的骨折亦可按 Gartland I 型骨折处理, 其余 Gartland II 型、Gartland III 型的骨折多数可手法复位加经皮克氏针内固定治疗, 如复位后 X 线正位平片 Baumann 角为 64~81°^[2], 侧位平片肱骨前方皮质向远方的延长线通过肱骨小头骨化中心, 则应立即采取切开复位内固定的方法^[3]。我们采用“拔伸牵引旋转推挤”方法整复加经皮克氏针内固定对 60 例肱骨髁上骨折 II 型、III 型患儿进行治疗, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例患者均来自 2005 年 7 月至 2010 年 7 月陕西省延安市宝塔区人民医院骨外科, 其中男 34 例, 女 26 例; 年龄 1.5~12 岁; 骨折类型: 伸直型 54 例, 屈曲型 6 例; 骨折移位类型: Gartland III 型 50 例, Gartland II 型 10 例; 4 例术前合并尺神经损伤; 受伤至就诊时间 20min~10 天。

1.2 诊断标准

诊断及分类标准均参考文献^[4]。诊断通过临床检查结合 X 线或 CT 检查确诊。分类标准按受伤机制确定, 跌倒时肘过伸, 手掌着地致伤, 骨折线自前下向后上, 远折段后倾, 近折端向前下移位为伸直型; 从高处跌落, 屈肘位尺骨鹰嘴碰地致伤, 骨折线自后下向前上, 远折段前倾或向前移位为屈曲型。

2 治疗方法

①取仰卧位, 行拔伸牵引, 以牵开重叠为宜。②矫正侧方移位: 牵引前先用一手握住患者上臂, 另一手大拇指推挤远折段, 另四指握住近折段远端矫正

侧方移位。③旋转捺正: 如有旋转移位, 应先握住远端骨折区, 使前臂旋前或旋后纠正旋转移位。④纠正上述移位后, 如为伸直型, 以两拇指从肘后推挤尺骨鹰嘴向前, 其余四指环抱骨折近端前面向后按压, 徐徐屈肘至 90°; 桡偏型, 将前臂桡偏至 5°左右; 尺偏型, 将前臂向桡侧外展, 使骨折端桡侧皮质嵌插; 屈曲型, 以两拇指从骨折远端前面向后推挤, 其余四指环抱骨折近端后面向前按压, 有骨擦感。X 线透视正位、侧位观察复位情况, 如满意, X 线正位平片 Baumann 角为 64~81°^[2], 侧位平片肱骨前方皮质向远方的延长线通过肱骨小头骨化中心, 术者先穿入外侧克氏针, 在外上髁偏后进针, 紧贴肱骨外侧嵴向内上进针, 与肱骨纵轴成 40~60°夹角, 钻入直径 1.5~2.0mm 克氏针; 再扪清内上髁位置, 并注意尺神经有无前移, 幼儿屈肘时尺神经容易前移, 多为双侧性, 因此术前应先检查健侧, 若有滑脱情况, 则在患侧切一小口, 游离并保护尺神经, 如无滑脱则用手拇指压住尺神经, 克氏针紧贴拇指背侧在内上髁偏前进针, 与肱骨纵轴成 30~40°角, 向后 10°钻入粗细合适克氏针, 使之在近折段与外侧针交叉后穿过外侧皮质。检查内固定是否牢靠, 肘关节活动范围及提携角大小, 并与健侧对比。如在钻入内侧克氏针时出现小指环指抽动, 应拔出克氏针, 被动伸小指和环指, 如张力明显下降, 则应切开探查尺神经, 如有损伤, 按程度予以相应处理。如果肘部肿胀严重, 内外上髁触摸不清, 应在内外髁部切 2~3cm 小口, 找到内外上髁按上述方法钻入克氏针。术后长臂石膏托固定于屈肘 60°~90°前臂轻度旋前位, 固定 2~4 周去除石膏后开始主动功能锻炼, 待骨折端有骨痂后拔除克氏针^[4]。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

疗效标准参考 Flynn 肘关节评分标准^[5]制定。

优:提携角减少角度 $<5^{\circ}$,活动度减少角度 $<5^{\circ}$;良:提携角减少角度 $5\sim 10^{\circ}$,活动度减少角度 $5\sim 10^{\circ}$;中:提携角减少角度 $11\sim 15^{\circ}$,活动度减少角度 $11\sim 15^{\circ}$ 。

3.2 临床疗效

治疗后随访 60 例患者,时间 6 个月~6 年,平均 3 年。优 50 例,良 7 例,中 3 例,优良率 95%。无患者需手术矫治,无医源性神经损伤、缺血性肌挛缩及骨化性肌炎的发生。

4 讨论

儿童肱骨髁上骨折 Gartland II 型和 Gartland III 型常采用各种入路行切开复位内固定术,手术创伤大、出血多,术后并发症多、易遗留残疾,保守治疗 III 型骨折易前倾、后倾移位致复位丢失。我们采取手法整复加闭合穿针内固定治疗 Gartland II、Gartland III 型儿童肱骨髁上骨折,取得了较好疗效。

复位原则:尽量在肿胀前完成,根据 X 线片,判明骨折移位方向,先矫正侧方、旋转移位,然后在牵引下矫正前后移位,手法力度要合适,过小不足以复位,过大易矫正过度,肱骨远端的前方有肱动脉、正中神经,其前外侧有桡神经,后内侧有尺神经,一旦骨折极易损伤以上重要结构,因此复位前应仔细检查桡动脉搏动及末梢血运,桡神经、尺神经、正中神经支配的运动和感觉分布区是否正常。如不正常应该手术探查,开放复位。由于骨折端与神经、血管毗邻,复位固定过程可能损伤,所以复位后应再检查血管、神经。

固定原则:避免肘内翻,造成肘内翻的主要原因是未解剖复位,因此对肱骨髁上骨折的固定位置,应根据骨折移位的方向结合软组织受伤区域采取不同

的固定方法。如复位前骨折远端向尺侧移位,说明外侧骨膜破裂,内侧骨膜完整,应将前臂固定于旋前位,使内侧骨膜拉紧,外侧骨折端相互靠拢,则可减轻肘内翻的发生。如果骨折远端向桡侧移位,说明骨折处内侧骨膜破裂而外侧骨膜完整,应将前臂固定于旋后位。

功能锻炼:伤后 2 周,肿胀已退骨折端大多有骨痂生成,且有 2~3 根克氏针固定,骨折端相对稳定,可拆除外固定,指导患儿循序渐进进行肘关节屈伸功能锻炼,可有效防止关节内粘连,肌肉萎缩和关节僵硬,有利于肘关节、肩关节、腕关节和手指功能的恢复,使患儿尽早康复。

参考文献

- [1]田伟. 积水潭实用骨科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:398.
- [2]Williamson DM, Coates CJ, Miller RK, et al. Normal characteristics of the Baumann (humero-capitellar) angle: an aid in assessment of supracondylar fractures[J]. J Pediatr Orthop, 1992, 12(5): 636-639.
- [3]Srivasya S. The results of open reduction and pin fixation in displaced supracondylar fractures of the humerus in children[J]. Med J Malaysia, 2000, 55(Suppl C): 44-48.
- [4]王亦璁. 骨与关节损伤[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社, 2007:218.
- [5]Flynn JC, Matthews JG, Benoit RL. Blind pinning of displaced supracondylar fractures of the humerus in children. Sixteen years' experience with long-term follow-up [J]. J Bone Joint Surg Am, 1974, 56(2): 263-272.

(收稿日期:2011-11-27;修回日期:2012-01-04)

[编辑:崔京艳]

中西医结合治疗脾胃虚寒型十二指肠球部溃疡 112 例

张 亮

北京市怀柔区中医医院内二科,北京市怀柔区后横街 1 号,101400

通讯方式:zhangshanger@sina.com, 13810089558

[关键词] 黄芪建中汤;十二指肠球部溃疡病;脾胃虚寒

十二指肠球部溃疡以疼痛为明显的临床表现,长期反复发作,影响患者的精神和身体的健康^[1]。十二指肠球部溃疡属中医“胃脘痛”的范畴,脾胃虚寒型为多见。笔者根据四诊辨证及临床经验,用黄

芪建中汤加味治疗溃疡脾胃虚寒型十二指肠球部 112 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

共观察 220 例,均系 2010 年 7 月至 2011 年 7