

儿童肱骨髁上骨折治疗体会

★ 王兴凯 杨付晋 (河南省漯河市召陵区人民医院 漯河 462000)

关键词:儿童;肱骨髁上骨折

中图分类号:R 683.41 文献标识码:B

肱骨髁上骨折是临床上常见的一种损伤,多发于儿童,以3~10岁儿童多见。由于肱骨下端较扁薄,髁上部处于疏松骨质与致密骨质的接壤部,前有冠状窝,后有鹰嘴窝,两窝之间仅为一层薄片,跌倒时身体重力经上臂与地面反作用经前臂汇聚于肘部,故易造成此类骨折。作者2000~2003年间采用传统整骨手法,小夹板外固定治疗儿童肱骨髁上骨折30例,取得了满意的疗效。现总结回顾于后。

1 临床资料

本组30例患者,男19例,女11例;年龄3~10岁,平均5.8岁;左肘13例,右肘17例;伤后就诊时间1~48小时,所有病例均为闭合性骨折,且无血管神经损伤。根据X线摄片所示分型,伸直型22例,屈曲型8例;尺偏移位者18例,桡偏移位者12例。

2 治疗方法

2.1 整复方法 患者仰卧,两助手分别握住患肢上臂和前臂,做顺势拔伸牵引,术者两手分别握住骨折远近段,做相对挤压,纠正重叠移位。若远折段有旋转移位者应先予以纠正。纠正上述移位后,若整复伸直型骨折,术者以两手拇指从肘后推远端向前,其余四指重叠环抱骨折近段向后推,同时用捺正手法矫正侧方移位,并令助手在牵引下徐徐屈肘关节;整复屈曲型骨折时,手法与上述相反,在牵引后将远端向背侧压,并徐徐伸直肘关节。

2.2 固定方法 整复成功后,用4块小夹板将上臂肘关节固定。伸直型骨折固定肘关节于屈曲90°位置3周,夹板长度应上达三角肌中部水平,内外侧夹板下端超过肘关节,前侧夹板下至肘横纹,后侧夹板下端呈向前弧形弯曲,并嵌有铝钉,使最下一条布带斜跨肘关节缚扎而不致滑脱。为防止骨折远端后移,可在鹰嘴后方加梯形垫,为防止内翻可在骨折近端外侧及远端内侧分别放置塔形垫。扎带松紧要适中,以布带能提起且能上下滑动1cm为宜。扎缚后用颈腕吊带悬吊伤肢中立位于胸前。屈曲型骨折应固定肘关节于屈曲40°~60°位置2周,以后逐渐屈曲至90°位置1~2周。

2.3 药物治疗 肱骨髁上部血液供应丰富,骨折后局部肿胀严重,根据骨折三期用药原则,早期重在祛瘀、利水、消肿,

肿胀消退后,内服药物可停用。解除固定后,用中药海桐皮汤薰洗,有舒筋活血,通利关节的作用,以预防肘关节强直。

2.4 练功活动 固定期间多做握拳、腕关节屈伸等活动;解除固定后,积极主动锻炼肘关节屈伸活动。

3 治疗结果

本组30例均获得随访,随访时间1~6年,骨折均于3~4周内获得临床愈合,按照相关的疗效评定标准^[2],优(肘关节活动正常,携带角正常)20例,良(肘关节活动正常,携带角减5°~10°)8例,可(肘关节活动度较正常减小10°,肘内翻在10°以内)2例。

4 讨论

肱骨髁上骨折多发于儿童,因其临近关节,血液供应丰富,儿童处于生长发育阶段,愈合较快,但骨折后局部肿胀严重,移位复杂,既有前倾角,又在携带角,远端又容易旋转移位,给整复带来一定的困难。作者认为在整复过程中首先要纠正重叠移位,然后依次为旋转移位、侧方移位及前后移位。对于桡偏侧方移位较轻者一般不予纠正,而对于尺偏侧方移位,必须完全纠正,也可矫正过正,因尺偏尺倾易造成肘内翻畸形。不必强求前后对位,因其不影响肘关节的携带角与生理功能。对于儿童肱骨髁上骨折,整复时间越早越好。不可反复粗暴手法整复,因其易加重局部肿胀,挤压血管而造成缺血性肌萎缩,亦不可轻率地切开复位,切开复位虽可获得精确对位,但可能破坏骨髓的血供,日后有可能出现骨髓生长发育紊乱,也可出现瘢痕粘连,关节僵硬和骨化性肌炎等难以挽回的并发症。对于明显成角、旋转移位手法不能纠正者,伴有重要血管神经损伤者,需切开复位。解除固定后应鼓励患儿自主功能锻炼,不可强力被动活动。因其易造成骨化性肌炎形成永久性功能障碍。历代骨科医家总结发展完善的传统整骨手法和小夹板运用治疗儿童肱骨髁上骨折,是一种有效的治疗方法。

参考文献

- [1]金明胜,辜志昌.折顶复位旋后位固定治疗严重移位的小儿肱骨髁上骨折[J].中国骨伤,2002,15(1):56.

(收稿日期:2008-06-11)