

手法复位配合经皮克氏针内固定治疗儿童肱骨髁上骨折 267 例

★ 胡永恒 朱磊智 (江西省南昌市洪都中医院小儿骨科 南昌 330008)

关键词:肱骨髁上骨折;儿童;手法复位;内固定

中图分类号:R 681.7 文献标识码:B

我院近来采用 C 型臂 X 光机透视下运用中医手法复位配合经皮克氏针内固定治疗儿童肱骨髁上骨折 267 例,取得良好疗效,现总结如下:

1 临床资料

本组患者 267 例,男 154 例,女 113 例;年龄 1 岁 3 个月~14 岁,平均 7.2 岁。肱骨髁上骨折类型:有移位骨折 235 例中伸直型 208 例、屈曲型 27 例,尺偏型 191 例、桡偏型 44 例;无明显移位 32 例;伤后至就诊时间 0.5 小时~12 天,平均 3.4 天。骨折移位分型,按陈博昌^[1]提出的 Cartland 改进分类标准。本组 I 型 32 例,II A 型 102 例,II B 型 18 例,III A 型 89 例,III B 型 26 例。合并损伤:正中神经 19 例,尺神经 10 例,桡神经 2 例。

2 治疗方法

骨折无移位或移位很轻(<2 mm、I 型)且为桡偏型稳定者,单纯用理筋手法石膏托固定,共 32 例。

骨折移位明显(>2 mm、II 型或 III 型)且不稳定者,共 181 例,采用 C 型臂 X 光机透视下运用中医手法复位闭合经皮克氏针内固定治疗,手术方法,采用臂丛或全麻,患儿平卧位。手法整复分伸下型和屈曲型。

(1)伸直型复位手法:在 C 型臂 X 光机透视下,助手牵引患肢近端,另一助手牵引远端,先在微屈位缓慢而持续拔伸牵引法纠正重叠移位,然后在牵引状态下纠正侧方移位(尺偏型矫正过正成轻度桡偏,桡偏型不矫正过正),侧方移位纠正后,通过前臂的旋转来纠正骨折远端的旋转移位,旋转移位纠正后,术者双手四指扣住骨折近端向后拉,两拇指顶住骨折远端向前推同时,助手在牵引状态下慢慢屈曲肘关节,复位骨折端,于电透透视引导下证实骨折复位满意后,用手触摸确定肱骨内、外髁上方进针位置

后,选择两枚 1.5 mm 直径克氏针分别自肱骨远端内外髁向近端穿入达对侧骨皮质,交叉固定骨折端,两枚克氏针交叉点应高于骨折平面,克氏针应三分骨折线(内髁进针点在高点前方,尽量勿损伤尺神经)。活动肘关节良好,骨折固定可靠,将针在皮外 1 cm 处剪断,针尾折弯 90°后包扎针孔或针尾折弯后剪断埋于皮下。术后屈肘关节约 90°中立位石膏托固定。

(2)屈曲型复位手法:本组屈曲型均转变成伸直型,再按伸直型骨折整复,取得良好复位效果。

(3)对于手法复位失败者、伴有血管、神经损伤者、低位性肱骨髁上骨折难以闭合复位,反复整复则可伤及骺板生发层,加重损伤者和有尺侧移位的不稳定骨折者,采用手术切开复位克氏针内固定,切口采用肱骨远端外侧切口或肘关节后方切口,共 54 例。手术病人石膏外固定时间平均 22.5 天,拔除克氏针时间平均 32.7 天。

3 治疗结果

267 例患儿随访 0.5~3 年,发生肘内翻 24 例,骨折移位尺神经损伤 31 例,医源性尺神经损伤 21 例,尺神经损伤后移症 4 例,克氏针道感染 81 例,骨化性肌炎 0 例。各治疗组发生肘内翻情况见表 1。

表 1 不同治疗方法常见并发症 例

治疗方法	例数	骨折移位合并神经损伤	医源性尺神经损伤	尺神经损伤后移症	肘内翻	克氏针道感染	骨化性肌炎
闭合复位石膏外固定	32	0	0	0	3	0	0
闭合复位克氏针内固定	181	26	18	3	0	64	0
切开内固定	54	5	0	1	0	11	0
合计	267	31	18	4	3	75	0

治疗后肘关节功能按 Flynn 临床评定标准^[2](表 2)比较闭合复位克氏针内固定与切开复位克氏针内固定,两组病人的评定,通过 χ^2 检验,无统计学

定位整复手法治疗神经根型颈椎病 60 例

★ 俞乐 陈红蕾 林伟锋 (广东省中医院按摩科 广州 510120)

摘要:目的:探讨定位整复手法治疗神经根型颈椎病临床疗效。方法:将 120 例神经根型颈椎病患者随机分为整复手法治疗组 60 例和颈椎牵引对照组 60 例。结果:治疗组总有效率为 93.3%,对照组总有效率为 78.3%,两组比较差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论:手法治疗神经根型颈椎病的临床疗效优于颈椎牵引法。

关键词:颈椎病;手法治疗;牵引治疗

中图分类号:R 681.5 **文献标识码:**B

定位整复手法治疗神经根型颈椎病是中医的一种独特治疗方法,我们自 2006 年 6 月~2007 年 8 月对 60 例经临床确诊为神经根型颈椎病的患者采用手法治疗,疗效满意,现将结果报道如下:

差异($P > 0.05$)。见表 3。

表 2 Flynn 临床评定标准

结果	丢失携带角度(°)	丢失屈伸功能(°)
优	0~5	0~5
良	5~10	5~10
可	10~15	10~15
差	15	15

表 3 闭合复位克氏针内
固定与切开内固定临床评定对比 例

结果	闭合复位克氏针内固定	切开内固定
优	164	49
良	17	5
可	0	0
差	0	0

4 讨论

肱骨髁上骨折是儿童常见病多发病,治疗方法很多,本组病例中的治疗方法有手法整复石膏外固定、闭合复位经皮克氏针内固定、切开复位内固定等。各种治疗方法各有优缺点。

本组 267 例病人中石膏外固定患者 32 例, Gartland I 型,移位不明显,但其中 3 例患者发生肘内翻畸形,原因为石膏松动未及时处理,致骨折尺偏移位畸形愈合。但对于 Gartland II 型及 III 型,单纯靠外固定很难维持骨折的稳定,固定后再移位的可能大,其肘内翻的发生率较高,闭合复位经皮克氏针内固定与切开复位克氏针内固定,均能获得满意的解剖复位,然切开复位克氏针内固定虽能得到满意

1 临床资料

1.1 诊断标准^[1] 颈痛伴上肢放射痛,颈后伸时加重,受压神经根皮肤节段分布区感觉减弱,腱反射异常,肌萎缩、肌力减退、颈活动受限,牵拉试验、压

的解剖复位,却会在手术中加重组织的损伤,术后遗留永久性皮肤疤痕,影响美观,为大多数现代人所不能接受。而闭合复位经皮克氏针内固定术在 C 型臂 X 光机透视下运用传统手法复位,后经皮交叉克氏针内固定,复位确切,内固定可靠,能达到切开复位同样的疗效($P > 0.05$),因两组病人术后均石膏外固定,未有出现克氏针松动发生,两组病人均有克氏针道感染发生,且有显著性差异($P > 0.05$),可能为切开复位克氏针内固定组病人中有部分克氏针留于皮下所致。闭合复位经皮克氏针内固定组有较高的医源性尺神经损伤($P < 0.1$),但拔除克氏针后大部分均得到恢复,两组病人残留尺神经损伤后移症无差异($P > 0.05$)。通过对本组病人的回顾观察,对于 Gartland I 型,虽移位不明显,但对于有移位倾向者可酌情予闭合克氏针内固定,以维持其稳定性,以防再移位。因闭合复位克氏针骨固定损伤小,术后不留疤痕,且疗效确切,将越来越为广大患者及家属所接受。另外闭合复位经皮克氏针内固定中因使用了 X 光机,虽在全过程中有防护措施,但射线对患者及医护人员所产生的危害有待以后临床观察及研究。

参考文献

- [1]陈博昌.儿童肱骨髁上骨折 35 例手术体会[J].中国矫形外科杂志,1995,12(2):255-256.
- [2]陈佑邦.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:164.

(收稿日期:2007-12-03)