

肘后侧纵行劈开肱三头肌入路治儿童肱骨髁上骨折 39 例

★ 张四清 朱绍琼 徐金平 杨家林 谢传辉 梁水平 (江西省兴国县中医院骨科 兴国 342400)

关键词: 肱骨骨折; 儿童; 手术

中图分类号: R 274.11 文献标识码: B

我院从 2003 ~ 2007 年收治儿童肱骨髁上骨折手术治疗病人 39 例, 均采用肘后侧纵行劈开肱三头肌入路交叉克氏针治疗, 经过 1 年以上随访疗效满意。现报告如下:

1 一般资料

本组 39 例, 男 27 例, 女 12 例; 左侧 16 例, 右侧 23 例; 伸直型 34 例, 屈曲型 5 例; 年龄 2 ~ 12 岁; 伴桡神经损伤 1 例。

2 手术时机

桡神经损伤病人入院后急诊手术探查及固定; 其余病人入院后立即简单复位石膏托固定, 并将患肢悬吊在输液架上 3 ~ 7 天, 待肿胀减轻后手术。

3 手术入路方式

全麻后, 患儿仰卧, 不上止血带, 患肢放于胸前, 屈肘 90°, 以尺骨鹰嘴为顶点向近端做肘后侧正中纵形皮肤切口, 切开皮肤及皮下, 皮肤适当向两侧游离, 显露出尺神经, 并用橡皮条加以保护, 从尺骨鹰嘴顶点纵形切开肱三头肌直达骨膜, 电凝止血, 将肱三头肌骨膜下向两侧剥离, 暴露骨折端, 将骨折端清理后, 将骨折复位, 复位后在桡侧适当加压, 保持适当桡偏, 并应恢复前倾角, 维持复位后, 用 1.5 ~ 2.0 mm 克氏针从肱骨内外髁上经皮交叉固定骨折端至

对侧骨皮质; 若穿针要经过骨骺, 应选用 1.0 mm 的克氏针, 以防骨骺早闭^[1]。屈伸肘关节检查骨折端稳定性及携带角情况, 克氏针尾端折弯剪断埋于皮下, 间断缝合肱三头肌及深筋膜, 缝合皮肤。术后石膏托固定。骨折碎裂严重术中难判定者, 可借助 C 型臂 X 线机。

4 结果

本组病人术口均甲级愈合, 术后 10 天拆线, 术后 3 周复查 X 片骨折端均有骨痂形成, 拆除石膏托, 指导功能锻炼, 术后 6 周复查 X 线片骨折均愈合, 拔除克氏针。伴桡神经损伤患儿术中探查为桡神经卡压, 术后第三天开始恢复, 术后 2.5 个月症状完全消失。39 例获得 1 年以上随访, 伸直型 37 例, 屈曲型 2 例, 优良率达 92.3%。本组病人疗效评定标准为: 优 (丢失携带角及屈伸功能在 0 ~ 5°) 27 例, 良 (5 ~ 10°) 9 例, 可 (10 ~ 15°) 2 例, 差 (大于 15°) 1 例。优良率 92.3%。

5 讨论

儿童肱骨髁上骨折因儿童肱骨髁上骨质松软, 前后径较薄, 复位后不易获得稳定支撑, 手法复位失败率高, 骨折后肘关节肿胀严重。对手法复位失败的患儿本组均采用石膏托固定并将患肢悬吊在输液

洗剂”薰洗和克霉唑软膏外涂联合来治疗手足癣, 即经济方便, 又疗效确切, 无毒副作用, 复发率低, 容易被患者接受。克霉唑软膏在临床中已使用多年, 是有效的抗真菌药物, 且价格较便宜, 方便使用。“湿癣洗剂”方中黄柏清热燥湿, 有抗炎、消肿作用; 百部杀虫止痒; 苦参清热利湿, 祛风杀虫; 白鲜皮清热解毒, 祛风化湿, 止痒; 蛇床子燥湿杀虫止痒。现代药理研究证实, 上述几种中药均对多种皮肤真菌有抑制作用。以上诸药合用, 共奏清热解毒, 祛风燥

湿, 杀虫止痒之功, 运用其水煎剂薰洗可促进皮肤新陈代谢, 增强皮肤抗菌能力, 同时提高外用抗真菌药物的渗透性, 达到杀灭皮肤深部真菌的作用, 从而也减少了其复发的几率。

参考文献

[1] 吴志华. 皮肤性病学[M]. 第三版. 广州: 广东科技出版社, 1993: 92 - 94.

(收稿日期: 2008-10-24 责任编辑: 周茂福)

中药外敷滴渗与小杉板固定治肱骨干骨折 23 例

★ 周文扬 (浙江省文成县中医院 文成 325300)

摘要:目的:观察传统保守治疗肱骨干骨折疗效。方法:采取手法复位,小杉板外固定,配合中药外敷滴渗内服等方法治疗。结果:平均骨折愈合时间为 6.5 周,23 例全部治愈。结论:该法疗效满意,骨折对位佳,愈合快,功能恢复好,患者痛苦小,并发症少。

关键词:肱骨干骨折;手法复位;小杉板外固定;中药外敷滴渗

中图分类号:R 271.11 **文献标识码:**B

近年来,作者采用中药外敷滴渗与小杉板(杉树皮夹板)固定治疗肱骨干骨折 23 例,取得满意疗效。现总结报告如下。

1 临床资料

本组 23 例,男 16 例,女 7 例;年龄 13~82 岁,平均 47 岁;跌扑伤 15 例,暴力击伤 5 例,车祸伤 3

例;上段骨折 4 例,中段骨折 12 例,下段骨折 7 例;横断形骨折 10 例,斜形骨折 7 例,螺旋形骨折 4 例,粉碎形骨折 2 例,均为闭合性骨折。无神经及血管损伤等并发症。伤后至就诊时间 3 小时~2 天。

2 治疗方法

2.1 手法整复 患者坐位或平卧位,患肢放于适中

架上,使患肢高于患儿心脏水平,3~7 天患肢肿胀可以消退,平均为 4 天时间。将患儿患肢固定悬吊后,患儿疼痛减轻,多数能够配合治疗。肿胀消除后手术治疗,术后患肢肿胀轻微,无一例术口感染。本组患儿无一例发生 volkman 挛缩。

应用解剖:后正中入路起自尺骨鹰嘴尖,沿后正中向近端延长。该入路仅涉及一块肱三头肌,该肌接受桡神经支配。桡神经在腋窝处发出长头肌支从该头的起点进入肌肉;在腋后襞下缘下方 1.5~4.6 cm 处发出外侧头肌支,从桡神经沟以上的平面进入肌肉,因此后正中入路在桡神经沟处分离两头不会损伤任何一个头的神经供给。内侧头接受双重神经支配,该头的内侧半接受桡神经的纤维,此纤维沿尺神经伴行;外侧半接受桡神经主干纤维(由桡神经沟处发出),因此后正中入路纵行劈开内侧头暴露肱骨后面时不会引起任何一半的肌肉失神经支配。该入路可清楚显露骨面相对平坦的肱骨干下 2/3 段,但桡神经和尺神经则是易损伤结构,以上提示后正中入路既是较为安全方便的手术入路,同时应注重对相关神经的保护。

本组患儿均采用肘后侧纵形切开肱三头肌入路,保持了肱三头肌的连续性,术中电凝严格止血,

遵循锐性及骨膜下剥离,术后无一例发生肱三头肌粘连;术中直视下复位,能够使骨折端桡侧加压嵌插并保持桡偏,能有效的避免肘内翻^[2],能有效地避免骨折端旋转及维持前倾角。本组患儿肘关节屈伸功能优良率达 92.3%。优缺点:肘后侧入路手术操作方便,可在直视下行骨折复位固定,但由于切断肱三头肌及广泛剥离骨膜,破坏了肘后腱下滑囊,术后肱三头肌与肱骨下端及关节囊广泛粘连,干扰了伸肘装置的正常功能,阻碍肘关节的屈伸活动。故在术中应尽可能减少剥离范围,并且采取锐性剥离,以减少术后肱三头肌与肱骨下端及关节囊广泛粘连的机会。

综上所述,肘后侧纵形切开肱三头肌入路治疗儿童肱骨髁上骨折具有复位直观,能够保持桡侧加压及桡偏,保持前倾角,可以使肘关节获得满意功能。

参考文献

- [1] 张明友,刘永恒,周其璋,等.内外侧切口双交叉克氏针固定治疗肱骨髁上骨折[J].中国骨与关节损伤杂志,2005,20(8):545.
- [2] 浦立勇,张锡纯,王晓东,等.肱骨髁上骨折并发肘内翻的生物力学研究[J].中华小儿外科杂志,2002,23:237.

(收稿日期:2008-10-21 责任编辑:曹征)