

中西医结合治疗肱骨远端骨折

陈力平¹ 蒋李青²

(1 丽水学院医学院外科教研室 浙江丽水 323000; 2 浙江省丽水市人民医院 丽水 323000)

关键词: 尺骨鹰嘴关节外; “7”字形截骨; 肱骨远端骨折; 中药熏洗

中图分类号: R 681.41

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0023-02

儿童的肱骨远端骨折多为骨骺骨折, 成年人常为粉碎性骨折, 并累及关节面, 治疗效果不理想。随着老龄化社会的到来, 老年骨质疏松症的发病率升高, 老年人此类型的损伤发生率有上升趋势。疏松的骨质增加了内固定的困难, 加上手术后长时间的制动会影响功能的恢复, 而人工肘关节置换的远期效果远未达满意^[1]。针对此情况, 自 2004 年 6 月~2007 年 2 月笔者采用尺骨鹰嘴关节外“7”字形截骨入路, 肱骨远端双钢板内固定加中药熏洗治疗肱骨髁间粉碎性骨折 18 例, 效果满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 18 例, 男 8 例, 女 10 例, 年龄 29~68 岁, 平均 38.15 岁。损伤原因: 交通伤 6 例, 摔伤 12 例, 右侧 10 例, 左侧 8 例。骨折根据 AO/ASIF 分类^[2]: C1 型 7 例, C2 型 5 例, C3 型 6 例, 其中 3 例为开放性骨折, 合并同侧尺神经损伤 1 例, 合并对侧肱骨干骨折并桡神经损伤 1 例。伤后 24h 内手术 8 例, 3d 内手术 6 例, 5d 内手术 4 例。

1.2 治疗方法 手术采用臂丛或全身麻醉, 侧卧位, 患肢屈肘放于臂架上, 上气囊止血带。肘后正中“S”形切口, 常规游离保护尺神经, 在距离鹰嘴尖 3.5cm 处以摆锯或者薄骨刀做“7”形截骨, 纵向截骨线近端位于鹰嘴尖肱三头肌腱附着点近端的关节外缘, 将截下之 7 字形骨块连同肱三头肌一起翻向近端, 显露肱骨远端, 检查、清理骨折端, 将髁间骨折解剖复位, 以克氏针临时固定, 使之由髁间骨折变为髁上骨折, 然后整复髁上骨折, 在肱骨远端后外侧放置预塑形重建钢板, 内侧放置 1/3 管型钢板固定, 两个钢板呈 90 度位。全螺纹松质骨螺钉固定较大骨块^[3]以增加把持力, 有较大缺损的 3 例取髂骨植骨, 冲洗后放置引流管, 将鹰嘴截骨块复位, 在距离鹰嘴尖 2.5cm 处用 3mm 钻头向冠状突稍远侧钻孔, 丝锥攻丝, 拉力螺钉固定。活动肘关节, 屈肘时内置物与尺神经接触, 行尺神经前置, 然后修复软组织。

1.3 术后处理 术后不用外固定, 24~36 h 拔除引流, 术后 2~3d 在口服消炎镇痛药物下行 CPM 功能锻炼, 从伸 0 度~屈 30 度开始, 每天增加 5~10 度的活动度, 被动肘关节功能锻炼时要避免强力牵

拉, 同时要积极主动锻炼。伤口愈合后采用中药熏洗肘关节, 中药方剂组成为: 伸筋草 30g、透骨草 30g、艾叶 30g、威灵仙 30g、花椒 20g、制草乌 15g、防风 20g、当归 20g、川芎 20g、桂枝 20g、桑枝 20g、红花 30g、土鳖 20g。方法: 煎药时先熏, 药煎好加陈醋 300mL 乘热浸洗约 30min, 然后药渣再加热装袋外敷, 温度下降时可以在外敷药袋上置热水袋以增加药物温度延长用药时间, 每天 2 次。

2 结果

本组术后均获随访, 时间 6~38 个月, 平均 18 个月, 骨折愈合时间 4~6 个月, 全部愈合, 按 Cassebaum^[4]评分标准评定: 优 10 例, 良 6 例, 可 2 例, 优良率 88.9%。

3 讨论

肱骨髁间骨折为复杂的关节内骨折, 移位严重。治疗原则为解剖复位, 坚强固定, 早期功能锻炼。解剖复位是治疗的基础, 坚强固定是早期功能锻炼的关键, 早期功能锻炼是肘关节功能恢复的主要因素。术前要了解患者体质, 分析 X 线片及 CT, 明确分型, 以决定手术入路及固定方式。

3.1 手术时机的选择 关节内骨折应尽早进行手术治疗, 手术延误 1 周以上出现异位骨化的风险将明显增加, 骨折端的出血、软组织肿胀造成的张力性水泡会导致皮肤的状况变差, 影响手术后皮肤的愈合。手术应争取在骨折后 1 周内进行, 越早越好。

3.2 手术入路的选择 肱骨滑车为尺骨鹰嘴包绕, 显露不充分则复位固定困难。传统的肱三头肌舌形瓣, 纵劈肱三头肌及肱三头肌内外侧双切口掀起的显露方法, 均不能充分显露, 肱三头肌腱腹结合部的切断或内外侧副韧带切开后, 肌肉断面的渗出、肿胀、纤维化及周围粘连会出现手术后疼痛和关节僵硬, 还影响肱三头肌的伸肘力量, 手术后外固定至少 3 周使得关节功能恢复失去了黄金时间。尺骨鹰嘴截骨入路显露最充分, 操作简便, 但是此方法造成了尺骨半月切迹关节面的损伤, 锯道缺损使得关节面不能解剖复位, 增加了日后关节炎发生可能, 张力带固定增加了操作难度和时间, 并有鹰嘴分离和延迟愈合可能。本组采用的“7”字形截骨法入路没有干扰尺骨关节面, 关节显露充分, 截骨块

三联疗法治疗寰枢关节半脱位疗效观察

胡神笔 王肃

(江西省高安市人民医院 高安 330800)

摘要:目的:观察三联疗法治疗寰枢关节半脱位 168 例的疗效,探讨对寰枢关节半脱位的治法是否应该统一规范化。方法:将 168 例患者随机分为三组,分别采用三联疗法、颈椎牵引、手法复位等三种方法治疗,比较三组疗效。结果:A 组与 B 组比较, $\chi^2=7.40>6.63$,即 $0.005<P<0.01$,有显著性意义;A 组与 C 组比较, $\chi^2=8.58>7.88$,即 $P<0.005$,有极显著性意义;B 组与 C 组比较, $\chi^2=0.0275<3.84$,即 $P>0.05$,无显著性意义。结论:三联疗法治疗寰枢关节半脱位疗效明显优于单一的颈椎牵引、手法复位。

关键词:三联疗法;寰枢关节半脱位;疗效比较

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)02-0024-02

目前治疗寰枢关节半脱位的方法较多,有手法整复、颈椎枕颌带牵引、西式整脊疗法、麦肯基疗法、小针刀疗法等,方法不一、疗效不等。我院自 1997 年起,采取三联疗法(颈椎牵引+手法复位+颈椎医疗体操)治疗寰枢关节半脱位,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 168 例病人随机分为三组,三联疗法组为治疗组(即 A 组),颈椎牵引组为对照组(即 B 组),手法复位组为对照组(即 C 组)。其中男 85 例,女 83 例;年龄最小 6 岁,最大 78 岁,平均 42 岁;先天性发育不良者 2 例,类风湿性关节炎者 25 例,退行性病变者 12 例,外伤所致者 129 例;寰椎前脱位者 64 例,侧向旋转半脱位者 73 例,后仰型脱位者 31 例。A 组 96 例,B 组 30 例,C 组 42 例。

1.2 诊断标准 参照《实用脊柱病学》^[1]对寰枢关节脱位的诊断标准:(1)患者有明显头晕,颈项强痛,可波及到头枕部和胸背部,伴恶心、眼胀、视物模糊、耳鸣、头颈向一侧歪斜且活动受限。(2)触诊可查得颈部患侧的肌肉紧张,寰椎和枢椎的棘突或横突处有明显压痛,并有高于对侧的隆起感、偏歪感。(3)颈椎张口位 X 线片示齿突与侧块间距离左右不

等宽;过伸过屈位 X 线片示寰齿间距(即寰椎前弓后缘至齿突前缘间距离)ADI>3mm。(4)排除脑血管病变、颈部肿瘤、颈椎骨折、五官的器质性病变及炎症性疾病。(5)颈椎寰枢关节 CT 或 MRI 检查可进一步明确诊断。

1.3 治疗方法

1.3.1 三联疗法组(A 组) 患者先行颈椎电动牵引,方法同 B 组,然后再行手法复位,方法同 C 组,最后嘱患者做颈椎医疗体操练习,主要做颈椎活动度练习和颈椎前后左右肌肉肌力的对抗练习,每日 1 次,10 次为 1 个疗程。

1.3.2 颈椎牵引组(B 组) 采用 DKQ-IV 多功能康复牵引床行颈椎电动牵引。患者平卧于牵引床上,用枕颌带将头部悬挂于牵引床头的一侧,然后在微电脑的控制下,将床面倾斜与水平面成一夹角,一般保持在 $15^{\circ}\sim 30^{\circ}$,用间歇牵引的方式以保证患者能得到充分的治疗和适当的休息,每日 1 次,每次 25min,10 次为 1 个疗程。

1.3.3 手法复位组(C 组) 患者仰卧于治疗床上,嘱患者全身放松,消除患者的紧张与顾虑,再于患者头颈部的穴位(印堂、阳白、上星、百会、太阳、风)治疗效果,过迟锻炼或过久固定使得筋脉粘连、关节僵硬。张介宾说:“导引,谓摇筋骨,动肢节,以行气血。”合理的锻炼对治疗损伤有推动气血流通和加速祛瘀生新的作用,能改善和消除全身和局部的损伤症状,促进骨折愈合,防止肌肉萎缩和关节僵硬。锻炼以屈肘为主,伸肘为辅,主、被动活动相结合,但要避免肘关节的强力被动牵拉,减少异位骨化发生的可能性。

体积较大、接触面积大,容易愈合,重新复位后用拉力螺钉固定使得骨块得到良好的固位,螺钉和前方 7 字转折点成为三角形稳定固位力,“7”字形斜线面防止三头肌在伸肘时骨瓣翻转,能承受早期关节的固位要求,而且截骨块的固定比张力带操作简便。

3.3 固定方法的选择 肱骨髁间骨折为累及肱骨小头和滑车的关节内骨折,因此,重建滑车和肱骨小头恢复解剖复位是最为主要的环节。固定滑车时应避免用加压半螺纹松质骨钉,其加压作用可致滑车宽度的迟发性变窄。肱骨髁与肱骨干复位固定,采用塑形双钢板固定,该固定稳定。

3.4 功能锻炼 在不影响骨块血供的情况下坚强固定,术后早期即可在药物控制疼痛下开始功能锻炼。中医学认为,骨折的治疗应该动静结合^[2],筋骨并重,尤其是关节部骨折,功能锻炼往往决定了治

参考文献

[1]Hausman M, Panozzo A. Treatment of distal humeral fractures in the elderly[J]. Clin Orthop, 2004, 425: 55-63

[2]荣国威. 骨科内固定[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 90-91

[3]黄雷, 张波, 王满宜, 等. 肱骨髁间骨折的手术治疗[J]. 中华骨科杂志, 2001, 21(3): 158-162

[4]Helfet DL, Schmeling GJ. Bicondylar intraarticular fractures of the distal humerus in adults[J]. Clin orthop, 1993, 292: 26

[5]张安桢. 中医骨伤学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1999. 37-38

(收稿日期: 2009-01-05)