

儿童肱骨髁上骨折的治疗体会

葛琴 刘学华

(江西省高安市骨伤医院 高安 330800)

关键词: 肱骨髁上骨折; 儿童; 手术疗法

中图分类号: R 681.7

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.03.057

肱骨髁上骨折占小儿肘部骨折 50%~60%，多见于 2~14 岁儿童。我院自 2005~2010 年共收治此类患者 168 例，根据损伤的机制采用手法整复和手术治疗，取得良好的疗效。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组共 168 例，男 90 例，女 78 例，年龄 2~14 岁。根据损伤机制分为伸展尺偏型 88 例，伸展桡偏型 68 例，屈曲型 12 例。根据有无伤口分为开放性骨折 15 例，闭合性骨折 153 例。有桡神经症状出现 4 例，未出现 volk-mann 缺血性肌挛缩。开放性骨折清创行复位克氏针内固定术，闭合性骨折均手法整复石膏绷带固定，其中 3 例手法整复失败，于骨折后 5 d 切开复位克氏针内固定。

1.2 治疗方法

1.2.1 手法整复及固定 患儿仰卧位或坐位，术者及两助手均立于患侧，两助手分别握住其上臂及前臂，顺势拔伸牵引，先纠正旋转移位。然后术者一手掌大鱼际靠骨折近端，另一手掌大鱼际靠骨折远端，用捺正手法矫正侧方位移。若整复伸直型骨折，则以两拇指从肘后推远端向前，两手其余四指重叠环抱骨折近端向后拉。并令助手在牵引下徐徐屈肘关节，常可感到骨折复位时的骨擦感，复位后固定肘关节屈曲 90~110° 位置 4 周。整复屈曲型骨折时，手法与上述相反。应牵引后将远端向背侧压下，并徐徐伸直肘关节，固定肘关节于屈曲 40~60° 位置 2 周，以后逐渐屈曲于 90° 位置 2 周。外固定后如患肢出现血运障碍，应立即松解外固定，并于肿胀消退后重新整复固定。3~5 周后去除外固定，加强功能锻炼。

1.2.2 复位克氏针内固定术 采用全麻或臂丛麻醉。患儿取仰卧位，患肢外展于手术台侧台上。清创，取肘外侧切口 6~8 cm，切开皮肤、皮下组织及深筋膜，显露骨折断端。清除断端间淤血及嵌入的软组织，探查骨折块移位方向及大小。复位成功后，1 枚克氏针贯穿骨折远侧和近侧骨折断端，内侧做一切口并贯穿 1 枚克氏针。2 枚克氏针交叉状，针尾裸露于皮肤外。患肢石膏固定于肘关节功能位。4 周后拔出克氏针，拆除石膏，功能锻炼。

1.3 治疗结果 本组优(肘关节屈伸活动范围达到 120°，肘内翻 5° 以内)128 例，良(肘关节屈伸活动范围达 90°，肘内翻 6~10°)36 例，劣(肘关节屈伸活动范围达 30°，肘内翻在 15° 以上)4 例。

2 讨论

2.1 骨折的特点 肱骨下端扁薄，位于疏松骨质和致密骨质交界处，是肱骨自圆柱形往下转变为三棱状的形状改变部位，是应力上的弱点。骨折移位以伸直型多见，屈曲型不多。因携带角的改变，易出现肘内翻或外翻畸形，移位严重时，可损伤正中神经和肱动脉。因断端血运供应丰富，骨折愈合快，塑形能力强，临床上只要选择正确的治疗方法，肘关节功能基本恢复正常。

2.2 治疗方法的选择 对于闭合性骨折应及时、准确复位，对于开放性骨折即行手术切开复位及克氏针内固定。合并神经损伤者，多为牵拉伤或挫伤，整复后 3 个月内多能自行恢复。对于局部组织肿胀严重伴有张力性水泡暂不宜整复者，先给石膏托肘部固定，将患肢置于上举位置，待肿胀消退，再行手法整复。对于软组织嵌入骨折断端复位失败者，应选择切开复位，避免反复整复，减少并发症的发生。

2.3 整复固定的注意事项 整复中手法要轻柔、准确，切忌暴力加重对周围软组织损伤，如患儿哭闹不合作，全麻下复位。首先纠正旋转移位，恢复两端的正常轴线关系，再矫正其他方向的移位，最好在 C 型臂透视下复位。固定时注意防止肘部压疮和绷带过紧所致的肢体血运障碍。如出现血运差时，立即松解绷带，待血运好转后，肿胀消退，再手法复位固定。

2.4 手术及注意事项 开放性骨折清创彻底后，取肘外侧切口，将骨折端血肿清除，防止异位骨化。复位后，用克氏针从内、外侧交叉固定，以减少旋转移位。在 C 臂下透视可提高手术成功率。

2.5 早期肘关节锻炼及康复指导 早期功能锻炼及全程指导对患儿肢体康复非常重要。早期以握拳、屈伸腕关节及肌肉静止性收缩活动为主。外固定解除后，指导患儿循序渐进进行肘关节屈伸功能锻炼，同时可配合理疗或中药外敷熏洗。