

楔形截骨钢丝内固定矫治肘内翻畸形

陈靖阳 雷维 张建良

浙江省龙游县人民医院 (324400)

我院自 1988 年 8 月~ 1995 年 8 月收治 26 例由肱骨髁上骨折造成的肘内翻畸形, 行楔形不全截骨钢丝内固定治疗, 疗效满意, 报告如下。

临床资料

本组 26 例中男 18 例, 女 8 例; 年龄 6~ 12 岁, 平均 9 岁。左侧 15 例, 右侧 10 例, 双侧 1 例。均为闭合性伸直型骨折, 早期治疗方法为闭合整复屈肘位石膏托外固定。伤后距矫治手术时间最短 6 个月, 最长为 3 年 4 个月。肘内翻角最大 40°, 最小为 15°。

治疗方法

根据术前临床测量, X 线片测量计算好矫正角度, 肘外侧入路。截骨前按事先的设计距截骨线两侧约 1cm 用克氏针各钻一骨孔, 仅钻透外侧骨皮质。用锐利骨刀按设计截除楔形骨块, 保留其尖端在内侧皮质处仍相连接, 使具有绞链作用。截骨的下位水平线与肱骨下端关节面平行, 并在鹰嘴窝上缘上方 1~ 2cm 区进行, 以防损伤关节囊。用适当粗细钢丝贯穿二骨孔, 将骨的切面紧密对合, 拧紧钢丝固定。屈肘中立位石膏托外固定 3~ 4 周, 拆石膏后主动伸屈锻炼。

治疗结果

本组随访 1~ 5 年, 骨全部愈合, 肘关节功能正常。术后携物角 2 例因楔形骨块截除偏小仍遗有 5° 内翻角, 其余均在 0°~ 10°, 无肘内翻复发。

讨 论

肱骨髁上骨折并发肘内翻畸形, 发生率高。由于

儿童塑形再造力很强, 与肘关节运动方向一致的可重塑, 但对运动平面呈垂直方向的成角内翻, 则成为永恒畸形。偶可影响手部握力。早期处理复位不良, 尺侧骨皮质挤压塌陷, 远折端向尺侧移位倾斜未纠正者均易发生肘内翻, 复位失败是造成肘内翻的主要原因。预防的关键是正确复位及固定。

肘内翻一旦形成就不能自行矫正, 楔形截骨是矫治的主要方法。内固定方法有多种, 我们采用的钻骨孔、钢丝贯穿内固定, 实际可称谓改良 Franch 手术内固定方法^[1], 不用螺钉, 而是直接钢丝贯穿二骨孔固定。若伴有严重旋转畸形, 钻骨孔不在纵轴线上, 远侧钻孔在远侧骨片的前部, 而近侧钻孔位于近侧骨片后部, 必要时修整截骨面, 靠拢切骨面使远侧骨片向外旋转纠正旋转畸形, 直至两骨孔对线对准拧紧钢丝。该固定方法对骨骺无刺激, 无钉道感染、皮肤破溃、神经损伤之虑, 且咬合紧密, 固定牢固不易松动移位, 有利于骨愈合及防止畸形复发。操作简便, 取出亦易。

至于手术时期, 不必受年龄限制。根据畸形程度, 待骨折坚固愈合, 肘关节伸屈功能恢复后即可施行。本组随访无肘内翻复发, 效果良好。

参考文献

1. 过邦辅, 蔡体栋, 等. 坎贝尔骨科手术大全. 上海: 上海翻译出版公司, 1991. 934

(收稿: 1997- 06- 21)