

对“儿童肱骨髁上骨折治疗的临床探讨”一文的商榷

牛强 卫

(洛阳市第一中医院, 河南 洛阳 471000)

《中国骨伤》1999 年第 12 卷第 4 期 40 页刊登的龙千里同志的“儿童肱骨髁上骨折治疗的临床探讨”一文中称“儿童肱骨髁上骨折, 伤后几天, 肘部肿胀较严重, 出现张力性水泡, 甚至破溃、感染, 尤其在院外多次暴力复位者更为严重。此时不要试图复位……最好能作尺骨鹰嘴牵引或各种方式的皮肤牵引, 并用甘露醇加地塞米松针快速静滴, 以利消肿和预防筋膜间隔区综合征的发生^[1]”。其参考文献为张怡五等同志在《中国中医骨伤科杂志》1995 年第 3 卷第 6 期 40 页刊文“应用甘露醇和地塞米松预防四肢外伤性筋膜间隔区综合征^[2]”。我们读龙氏文章后又查阅了张氏等原文及有关资料, 提出两点意见与上述几位作者商榷。

1 儿童肱骨髁上骨折应早期整复

儿童肱骨髁上骨折以伸直型为多见。肱动脉在肱骨髁前面肱二头肌腱膜下通过, 伸直型骨折时, 骨折近端向前下方移位, 常穿通肱前肌, 血管可被刺伤或被压迫在腱膜和骨折端之间, 引起局部肿胀及前臂缺血性肌挛缩^[1]。所以本型骨折的肿胀很难在短期内自然消退。若整复骨折后, 解除了骨折端对血管的影响, 反而利于消肿。儿童骨折应早期整复, 而本型骨折更宜强调早期整复。我们在临床整复前, 采用挤压消肿

法, 即在麻醉生效后, 用两手掌相对挤压骨折部位, 局部肿胀即可减轻, 再行手法复位。若伤肢有张力性水泡, 可在无菌条件下抽干水泡, 外敷生肌玉红膏, 用消毒纱布敷盖, 即可手法整复。若伤肢有伤口感染, 则先用持续牵引或长托夹板固定, 积极应用抗菌药物及局部换药, 待感染好转后再行手法整复, 但时间不宜超过 1 周。

2 皮质酮类药物应避免使用

关于“应用甘露醇和地塞米松针快速静滴, 以利消肿和预防筋膜间隔区综合征的发生”, 我们认为地塞米松针应尽量避免使用。因皮质酮可以影响骨的生长、骨的转换以及骨损伤以后的修复^[2]。在骨折修复过程中, 应用皮质酮可使局部血肿的吸收明显缓慢, 影响膜内骨化及软骨内骨化, 引起骨折延迟愈合及不愈合^[2]。应用皮质酮类药物导致骨折不愈合及骨坏死, 这在临床上并非罕见。

以上观点是否正确, 望各专家和同道批评指正。

参考文献

- [1] 张建福. 骨伤学. 郑州: 河南科学技术出版社, 1988. 57-58.
- [2] 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1993. 60.

(收稿: 1999-12-14 修回: 2000-03-20 编辑: 房世源)

• 短篇报道 •

股骨大粗隆侧位骨牵引的临床应用

马德华 张明 刘光银 李锋

(淄博市博山区中医院, 山东 淄博 255200)

作者采用股骨大粗隆部骨牵引, 治疗骨盆及髌臼骨折严重错位, 收到良好效果, 介绍如下。

1 牵引方法

病员仰卧, 显露股骨粗隆部, 局麻。术者固定皮肤, 右手持细克氏钢针从前距股骨粗隆顶部 1.5~2cm 处垂直刺至骨膜, 助手上骨钻, 钻穿对侧骨皮质,

骨锤击出皮外, 克氏针两头弯曲成环状, 再对折为“U”形, 针环穿绳挂滑轮加砵牵引, 重量 8~15kg。如无牵引床, 可竖一托马氏架固定在床边进行牵引。

2 适应证

①骨盆前后环骨折或脱位伴有向内上严重错位者; ②髌臼中心性骨折骨片突向盆腔者。

3 注意事项

①本法须与股骨髁上骨牵引或皮肤牵引同时施行; ②穿针时术者应将皮肤尽量推向外侧, 以防拉豁皮肤, 并要把握好进针方向, 以免滑入盆腔而损伤血管和脏器; ③牵引重量应由轻到重逐渐增加, 术后定期拍 X 光片, 视复位情况增减牵引重量。

(编辑: 连智华)

欢迎订阅 欢迎投稿