

Surgery, 1998, 23(B): 413-417.

5 陈振海, 夏榕圻, 黄禄基, 等. 桡神经嵌顿致孟氏骨折复位困难一例报告. 中华骨科杂志, 1987, 7(3): 209.

6 Spinner M, Freundlich BD, Teicher J. Posterior interosseous nerve palsy as a complication of Monteggia fractures in children. Clinical Orthopaedics and Related Research, 1968, 58: 141-145.

7 Cravens G, Kline DG. Posterior interosseous nerve palsies. Neurosurgery, 1990, 27: 397-402.

8 Young C, Hudson A, Richard R. Operative treatment of palsy of the posterior interosseous nerve of the forearm. Journal of Bone and Joint Surgery, 1990, 72(A): 1215-1219.

(收稿: 2001-08-20 编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

超外展高举皮肤牵引治疗儿童肱骨上端骨折

程友昌

(端州区人民医院, 广东 肇庆 526020)

作者自 1996 年 3 月~ 1999 年 6 月采用超外展高举皮肤牵引方法, 治疗儿童肱骨上端不稳定骨折 60 例, 经 3~ 16 个月随访, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 60 例, 男 48 例, 女 12 例; 年龄最小 3 岁, 最大 14 岁, 平均 8 岁; 其中 3~ 7 岁 40 例, 8~ 10 岁 12 例, 11~ 14 岁 8 例。受伤原因: 从 2~ 3 米高处摔下致伤 18 例, 自摩托车上摔下致伤 8 例, 从自行车上摔下致伤 15 例, 双杠上摔下致伤 6 例, 玩耍时摔倒致伤 13 例。右侧 45 例, 左侧 15 例; 粉碎性骨折 19 例, 横断形 30 例, 严重旋转移位 11 例。伤后 24 小时内入院者 43 例, 伤后 3 天以后入院者 17 例; 其中 13 例是由外院或门诊经多次整复夹板或外展支架固定后, 骨折再次移位均不能达到功能复位而来我院就诊收住入院治疗。

2 治疗方法

患者取水平位仰卧于床上, 用肥皂及清水将患儿伤肢洗刷干净, 对抗牵引试行复位并保持伤肢于外展高举位: 从上臂骨折端以下用宽 4~ 5cm 胶布条粘贴于上肢掌背侧皮肤至手指尖远端 8cm 长, 回折中点剪一小孔, 用 4cm × 6cm 扩张板粘贴, 并钻一小孔将牵引绳穿过, 然后从腕部以上用 3 寸绷带向近端缠绕固定数层, 松紧度要合适, 以免滑脱, 以不影响伤肢远端血液循环为原则。牵引绳放于床头滑轮上, 将上肢置于外展高举 90°~ 140°, 前屈 15°~ 30° 外旋 10°~ 20° 位置, 做纵向皮肤牵引, 牵引重量一般为 2~ 4kg, 维持重量为 1~ 2kg, 对于粉碎性骨折经牵引后均能自行复位, 横断或旋转移位术者将错位的断端逐步捺正听到骨擦音或骨擦感, 趁势推挤使骨折复位。牵引下外展外旋是复位的关键。皮肤牵引完成后, 嘱患者开始练习握拳、伸指功能, 同时纵向牵拉上肢, 以促进伤肢血液循环, 矫正重迭移位, 保持牵引时间最短 21~ 28 天, 最长 30 天, 平均 23 天。骨折均达临床愈合, 解除皮肤牵引后指导患儿系统练习肩、肘功能活动。

3 治疗结果

本组 60 例达解剖复位者为优, 占 45 例; 对位 2/3, 对线良好者为良, 12 例; 对位 1/3, 对线良好者为差, 占 3 例, 优良

率达 95%。临床愈合时间最短 22 天, 最长 30 天, 平均 25 天, 随访时间最长 16 个月, 最短 3 个月, 平均 8 个月。骨折均骨性愈合, 肩关节活动正常无任何并发症。

4 讨论

本法治疗儿童肱骨上端骨折采用了一次复位, 持续牵引法, 实现高举外展法可使患肢远端关节处于相对肌松弛位, 使骨折远端对准近端, 这样用重量在骨折远端施加持续牵引, 则达到对抗肢体远端强大的肌牵引力, 有效地矫正骨折远端向上向内的重迭移位而使骨折复位。同时还可防止骨折再发生成角、旋转及缩短等移位, 因骨折周围的肌肉被牵拉后, 形成围绕骨折四周的压力呈“内夹板”作用使碎骨块靠拢, 从而达到固定的目的, 故笔者认为采用本法能使复位和固定达到同步进行, 其特点是①减轻疼痛和骨折段的牵拉力, 利于复位; ②使骨折复位而不增加局部软组织的损伤, 固定骨折不妨碍肢体的部分活动, 利于骨折局部的血循环恢复; ③固定确切可靠, 骨折愈合快, 肩关节功能恢复快, 治疗费用低, 并发症少, 患儿乐于接受。不足之处是不能过早离床活动。

采用本法应注意的是胶布粘贴位置必须是骨折线以下, 一般橡皮胶应粘在肢体上与皮肤彻底吻合相粘, 骨突隆起部位用棉垫加以保护, 绷带缠绕胶布表面应松紧适中, 其牵引力量要缓慢达到均匀分布。牵引的重量应根据具体情况调整, 勿过重或过轻, 实施牵引后有时需辅以手法矫治残存的移位外, 一般无需外固定, 仅在有较多侧方移位时, 在牵引下可酌情加小夹板固定。至于胶布过敏及粘贴起水泡情况, 这是胶布固定牵引中均有可能发生的通病, 但此种情况均不会太严重, 经对症药物及局部处理后患儿多可耐受, 只要严格掌握其适应症及其操作规程, 不易造成皮肤过敏而影响复位的完成, 直至骨折愈合。另外, 本组是患儿卧床水平位牵引, 据有关研究证明, 肢体抬高 45° 时比肢体平心脏平面血压降低 3KPa, 也就是说血液循环量要减少 20% 左右。显然, 较长时间的抬高患肢牵引对肢体血供是不利的, 而水平位牵引则能增加有效血供, 不会造成患肢缺血坏死, 本组未见此类情况, 实践证明正确掌握本法对胸大肌止点上的肱骨骨折均可取得满意的疗效。

(收稿: 2001-11-05 编辑: 连智华)