

改善或症状在逐渐加重者,可考虑手术治疗。对原发性骨性狭窄,而无软组织病变者,建议手术治疗。

针刀和侧隐窝阻滞治疗腰椎管狭窄症会取得满意的疗效,我们分析认为:①腰椎管狭窄压迫对脊神经造成了炎性水肿和神经损伤,而侧隐窝阻滞注入的消炎镇痛液有很强的消炎和营养神经作用,促进了神经的修复。②黄韧带被针刀切割松解后,其弹性回缩力会使黄韧带快速回缩,在短时间内解除对椎管内结构的压迫。随着时间的推移,回缩的黄韧带残端会萎缩及被吸收,椎管内间隙相应扩大。对 7 例疗效不满意的病人,我们也做了综合分析,有以下因素影响了病人的疗效:①病人多合并以下病理改变:腰椎滑脱、较严重的腰椎扭曲、等。②治疗期间病人没有很好的对腰椎进行养护:如劳累、受凉是常见原因。为了巩固疗效,在治疗结束后要求患者休息,有条件的可做些理疗:热疗、针灸、拔罐等,以增强疗效。

#### 参考文献:

- [1]吴毅文,吕宏林,邵惠南,等.腰椎管狭窄症非手术疗效观察[J].安徽医科大学学报,1993,28(4):231-234
- [2]宋文阁,傅志俭.疼痛诊断治疗手册[M].郑州:郑州大学出版社,2003:416-417
- [3]Verbiest H.Radicular syndrome from development narrowing of the lumbar vertebral canal[J]. J Bone Joint surg(Br),1954,26:230-237
- [4]吴杰,田慧中,郑丰裕,等.椎管扩大术治疗腰椎管狭窄症[J].颈腰痛杂志,1998,19(4):254-256
- [5]汤华丰,柴本甫,沈才伟,等.腰椎管成形术治疗腰椎管狭窄症的临床观察(附 22 例临床报告)[J].中华骨科杂志,1995,4:238-239
- [6]刘永才,张松涛,吴天顺,等.保留脊柱后部结构椎板切除治疗腰椎管狭窄[J].颈腰痛杂志,1998,19(2):121-122
- [7]姜世平,钟文可,何建飞,等.椎板扩大开窗,黄韧带及椎板内板切除治疗腰椎管狭窄 60 例[J].颈腰痛杂志,2002,23(1):58

编号: ER-11101408 (修回: 2011-11-20)

## 小儿肱骨髁上骨折的手法复位的临床研究

### Clinical research of the manual reduction of pediatric supracondylar fractures

沈翔

(祁阳县中医院, 湖南 永州, 426100)

中图分类号: R274.1 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2011) 22-0079-02

**【摘要】** 目的: 研究手法复位结合中医药治疗小儿肱骨髁上骨折的效果。方法: 对我院收治的 74 名患儿实施手法复位辅助夹板固定, 观察其骨折愈合及功能恢复情况, 并与同期行手术切开的 51 名患儿进行对比, 比较两组患者治疗后恢复优良率和并发症情况。结果: 手法复位优良率可到 91.9%, 与手术组 90.2%相当; 术后并发症发生率 16.5%, 与手术组 15.7%也相当。结论: 手法复位结合中医治疗在术后恢复优良率和并发症发生率上与手术切开效果相当, 但手法复位操作简便, 几乎无创伤, 避免了手术切开造成的迟愈合及感染, 可减轻患儿心理和经济负担。

**【关键词】** 小儿; 肱骨髁上骨折; 手法复位; 手术

**【Abstract】** Objective To study the treatment effect of humeral supracondylar fracture by manipulative reduction combined with traditional Chinese medicine . Methods Implementation the manual reduction auxiliary splint fixation on the 74 children of hospital treated, observe the fracture healing and function recovery, compared with the 51 children of operation incision at same time. compared the excellent recovery rate and complication between two group patients after treatment . Results The rate of manipulative reduction were 91.9%, and the operation group were 90.2%; postoperative complication rate of manipulative reduction were 16.5%, and the operation group were 15.7%. Conclusion Compare between manual reduction combined traditional Chinese medicine treatment and operation incision treatment, the postoperative recovery and incidence rate were quite, but manipulative reduction were operation simple and little trauma, avoid the delayed healing operation and infection of operation incision , can lessen mental and economic burden of children.

**【Keywords】** Children; Humeral supracondylar fracture; Manipulative reduction; Operation

肱骨髁上骨折多发于儿童, 多由外力猛烈打击所致, 肱骨断裂后, 可发生断端的移位, 压迫甚至损伤肱动脉, 桡神经, 正中神经等, 甚至导致 Volkmann 挛缩畸形。我院从 2006~2010 年共收治小儿肱骨髁上骨折病例 125 例, 对其实行手法复位和手术切开复位, 并进行观察统计。

#### 1 材料与方法

##### 1.1 一般资料

我院 2006 年至 2010 年间收录的 125 例小儿肱骨髁上骨折病例, 其中男 76 例, 女 49 例, 年龄在 2~15 岁, 平均年龄为 7.1 岁。骨折类型偏尺侧 72, 偏桡侧 53。伤后就诊时间, 1 天内 67 例, 2~10 天 39 例, 十天以上 19 例。手法复位 74 例, 无法手法复位或家属要求, 行切开复位, 51 例。

##### 1.2 方法

###### 1.2.1 手法复位

肱骨髁上移位骨折肿胀严重,无法立即手法复位的患儿,可先外用活血化瘀药,抬高患肢 2~3 天,待肿胀消退后再手法复位。根据中医正骨八法,对无明显移位的桡偏骨折,给予常规拔伸牵引后屈肘 90° 并略外旋固定;无明显移位的尺偏骨折及中立骨折,在常规拔伸牵引后,给予外翻外旋手法正骨,致使骨折端桡侧骨皮质略嵌插以抵消骨折远段内倾内旋应力;有移位的骨折,对桡偏型按常规整复,尽量要求解剖对位,并略外旋固定,或骨折远端残留轻度桡移;尺偏型骨折,除解剖复位外,还应使桡侧有一定的嵌插。即在常规复位后一手握近端,一手握前臂,肘略伸,前臂向桡侧外翻外旋,用力要缓慢而稳定,避免再次移位;屈曲型尺偏者在常规复位后也施以外翻外旋手法正骨使桡侧骨皮质略有嵌插<sup>[1]</sup>。

1.2.2 手术切开复位

对于怀疑有神经血管损伤或伴有骨碎片等不能进行手法复位的骨折情况或应家属要求,进行手术切开目视复位。手术入路分别采用肘后正中切口、肘外侧切口。前方及鹰嘴部不剥离,以降低术后发生粘连的可能性。后正中切口时游离保护尺神经。暴露出骨折端后在目视下牵引两端使肱骨纵轴对正复位。复位后采用克氏针内固定,外用石膏固定,术后抗生素治疗防止感染。

1.2.3 中医治疗

对手法复位组及手术切开组均辅以中医治疗。按辨证分析治疗,早期给予行气活血,化瘀止痛,用活血止痛汤。中期活血化瘀养血通络接骨续筋,用壮筋接骨方。后期给予补气养血舒筋活络补益肝肾,用壮骨舒筋汤加八珍汤。

1.2.4 术后康复治疗

第 1 周断骨不稳定,周围肿胀疼痛,应避免肘关节及旋前臂运动,康复训练以握拳、伸掌为主,以利消肿。第 2~3 周,纤维骨痂形成,除继续握拳松开,可自主轻缓屈伸关节。训练患儿抓毛绒玩具及使用筷子,锻炼关节协调性。第 3~6 周,骨痂逐渐增生加固,可逐渐解除固定,指导患儿耸肩,自主屈伸各关节,加大运动尺度和复杂性,但应以患儿主动为主,避免外力强力牵拉造成损伤。

1.3 随访

对患者进行 6 个月~24 个月的随访,125 名患者均完成随访。其中 122 人定期来院进行复查。

1.4 评价标准

优:肘关节屈伸功能受限<10°,肘内翻<5°;良:肘关节屈伸受限 10°~20°,肘内翻 6°~10°;可:肘关节屈伸受限 21°~30°,肘内翻 11°~15°;差:肘关节屈伸受限>30°,肘内翻>15°。

1.5 统计学分析

对于患儿术后愈合情况进行观察评估和统计。两组比较用 t 检验,计数资料用 x<sup>2</sup> 检验,检验标准 α 取 0.05。数据使用软件 SPSS15.0 处理。

2 结果

2.1 优良率比较

术后 6 个月后进行恢复程度的评估。手法复位组优良率为 91.9%,手术切开组为 90.2%。P>0.05。两组差异没有统计学意义。见下表。

	优	良	可	差	总计	优良率%
手法	52	16	5	1	74	91.9
切开	32	14	3	2	51	90.2

2.2 并发症比较

术后 6 个月内进行随访,未发现 Volkmann 挛缩畸形、迟发型尺神经炎、骨化性肌炎、进针点及针道感染等。只有少数并发肘内翻。手法复位发生率 16.2%,手术切开 15.7%。P>0.05。两组并发症发生率之间无统计学意义。见下表。

分组	有	无	合计	发生率%
手法	12	52	74	16.2
切开	8	43	51	15.7

3 讨论

肱骨髁上骨折 (Sup-racondylar Fracture of the Humerus, SFH) 是常见的一种儿童骨折,约占儿童四肢骨折的 3%~7%,占肘部骨折的 55%~80%,其中伸直型占 98%~99%,若治疗不当容易发生肘内翻及 Volkmann 挛缩畸形<sup>[2]</sup>。当髁上骨折时,由于肌群牵引,骨折远端形成旋转(以内旋多见),形成骨端错位,治疗时须矫正旋转畸形,否则由于轴线不对位会造成携带角的丧失,导致肘内翻。外夹板固定时可利用肌肉本身的收缩来维持复位的稳定,避免肘窝加垫压迫正中神经和肱动脉。内、外侧加垫,以维持复位后的稳定,桡侧垫略高于骨折线,尺侧略低于骨折线防止尺侧复位后因缺损进一步受压,桡侧垫高于尺侧压迫端向内缓解尺侧近端对远端的压力,预防肘内翻进一步发生<sup>[3]</sup>。Volkmann 缺血挛缩,主要是由于出血淤血、组织肿胀、断骨压迫血管或外固定包扎过紧,屈肘角度过大使室内压过大,直接阻断组织微循环或刺激压力感受器引起反射性血管挛缩而出现肌肉神经缺血症状<sup>[4]</sup>。预防重点在于早发现早处理,一旦出现缺血挛缩症状,立即解除束缚物,行切开减压等。小儿肱骨髁上骨折应尽量行手法复位,操作简单,易于护理,再次伤害小,且不易造成心理阴影;再者小儿骨折特点,粉碎性骨折少,骨段生长愈合快,手法复位可以达到解剖学复位,使折端间接接触紧密,有利于骨折愈合,术后合理进行有指导的康复训练,可以收到非常好的治疗效果。手法复位配合夹板固定治疗小儿肱骨髁上骨折,复位和治疗效果肯定,与手术切开相当,在配合中医治疗的情况下优良率可以达到 90%以上,是一种值得推广的复位方法。

参考文献:

[1]李岳君.中医手法正骨治疗小儿肱骨髁上骨折[J].中国中医药信息杂志,2008,15(1):75-76  
 [2]浦立勇,张锡庆,王晓东,等.肱骨髁上骨折并发肘内翻的生物力学研究[J].中华小儿外科杂志,2002,23(3):237-239  
 [3]齐晓兵,易洪诚,熊倪.手法复位石膏固定治疗小儿肱骨髁上骨折 77 例体会[J].中国现代药物应用,2009,3(3):68-69  
 [4]高俊,丁真奇.儿童肱骨髁上骨折并发症研究[J].中国骨伤,2006,19(1):47-48