

肱骨髁上骨折 73 例疗效观察

广州市中医医院骨科 钟正仁 彭展聪 林 吗

广州市市政工程公司职工医院骨科 钟士元

肱骨髁上骨折是儿童肘部最常见的骨折。我院自1978年9月~1984年5月共治疗73例，经1~6年随访，疗效较满意。

临 床 资 料

73例中，男52例，女21例。年龄8个月~53岁，12岁以下62例，12岁以上11例。骨折类型：伸直型65例，屈曲型8例。闭合性骨折69例，开放性骨折4例。合并损伤：有血液循环障碍者5例，其中肱动脉受压3例，肱动脉痉挛2例。有神经损伤7例，包括桡神经、正中神经及尺神经损伤。

治 疗 方 法

一、手法复位夹板固定：对新鲜闭合性肱骨髁上骨折可在全麻或臂丛麻醉下手法复位，用夹板固定。年龄小于3岁者用瓦筒形硬纸壳固定，“8”字绷带加固。固定时间3~4周。同时内服中药，骨折早期用桃仁、当归尾、川芎、没药、桑枝、赤芍各9g，田七末1g（冲服）。每日1剂，连服1~2周，随证加减。2周后用当归尾、土鳖虫、刘寄奴各9g，川断、制自然铜、骨碎补各10g，每日1剂，连服3~4周。4周后拆除夹板，服用活血、祛风、舒筋通络药物，并用骨洗方（桂枝、独活、威灵仙、苏木、防己各15g，五加皮、宽筋藤各20g）煎水趁热熏洗，每日1~2次，配合功能锻炼至伤肢功能恢复止。本组治疗56例。

二、手法复位石膏托固定：新鲜的肱骨髁上骨折，如肘部软组织损伤较重，或有较多张力性水泡，可用手法复位石膏托固定约7~10天，待软组织情况许可，改用夹板固定2~3周。治疗中按上述方法服用中药，拆除外固定后用骨洗方熏洗。本组治疗2例。

三、牵引：新鲜的肱骨髁上骨折，如肿胀严重，或经手法复位失败者用皮肤牵引1~2周。在牵引过程中随时可用手法纠正骨折端的成角和侧方移位。经床边X线拍片证实骨折端对位对线满意，则拆除牵引，用夹板固定或维持牵引3~4周至骨折愈合。在治疗中按上述方法服中药，后期用骨洗方熏洗。本组治疗4例。

四、手术复位内固定：适用于手法复位失败的患

者，或伤口较大的开放性骨折及陈旧性骨折畸形连接、伤肢功能差的患者。采取切开复位，两枚克氏钢针交叉固定4~5周。拔除钢针，针口愈合后用骨洗方熏洗。本组治疗8例。

五、陈旧性肱骨髁上骨折畸形连接，如近折端明显向前下方凸出，严重影响屈肘功能，可将骨突部分切除。本组治疗2例。

六、肱骨髁上楔形截骨术：陈旧性骨折存在肘内翻15°以上者，施行髁上截骨纠正。本组治疗1例。

结 果

一、疗效标准：按天津医院骨科邱氏的评定标准：优：肘伸屈受限10°以内，肘内翻5°以内；良：肘伸屈受限11~20°，肘内翻6~10°；尚可：肘伸屈受限21~30°，肘内翻11~15°；差：肘伸屈受限30°以上，肘内翻15°以上。

73例患者经1~6年随访，夹板固定56例，优41例，良6例，尚可5例，差4例；石膏托固定的2例均为优；牵引4例均为优；手术复位8例，优4例，良1例，尚可1例；骨突切除2例，良1例，尚可1例；髁上截骨1例为优。优良率为82%。并发肘内翻21例，其中15°以上3例。

二、循环障碍的疗效：本组在入院时有血液循环障碍者5例，其中3例为肱动脉受压，骨折复位后，血液循环恢复正常；2例为肱动脉痉挛，经用1%普鲁卡因封闭，血循环改善。分别随访3~5年，肘关节及前臂功能正常，手部血循环良好。

三、神经损伤的效果：本组有7例神经损伤，其中5例当骨折复位后，即解除神经受压，经6周~3个月观察，神经功能逐渐恢复到正常。对陈旧性骨折患者，在手术治疗骨折畸形连接同时作神经探查3例，神经干均未断裂。主要受骨痂及疤痕压迫，作了神经外松解术或改路术。2例经3个月及1年观察，功能恢复，另1例随访3年，患者伤肢尺神经支配区皮肤轻度麻木。

讨 论

一、新鲜闭合性骨折，一般采用手法复位夹板固

定。力求一次复位成功。通过夹板、缚带和压力垫的弹性约束力，能有效维持骨折端的对位对线，并配合邻近关节肌肉的功能锻炼，达到骨筋并治。手法整复经2次以上无效的患者，笔者不主张多次手法整复，这样易引起骨化性肌炎。需作切开复位。

二、中药的应用：本治疗方中桃仁、田七、归尾、没药、川芎活血祛瘀，消肿止痛；配以桑枝、赤芍祛风通络，加强了消肿止痛效果。两周后伤肢瘀肿减退，但瘀血未尽，再用当归尾、土鳖虫、刘寄奴活血化瘀、散结止痛；骨碎补、川断滋补肝肾，强筋续骨；自然铜补骨生新，促进骨折愈合。四周后拆除外固定，由于伤肢创伤和长时间固定，多有气血运行不畅，筋脉不舒，关节活动不利，拘急疼痛等症状，使用活血、祛风、舒筋通络药物内服、外洗，意在活血则经脉流行，营复阴阳，筋骨强劲，关节流利。

三、血循环障碍的处理：多数血循环障碍的原因是骨折端移位压迫或刺激肱动脉，此外深屈肘固定，缚带、石膏过紧也会引起和加重。此类患者，应及时作手法复位，调整外固定和屈肘角度，务必能触及桡

动脉搏动。若经处理桡动脉搏动消失，手部缺血征象明显，应及时手术探查血管，抢救患肢。

四、神经损伤的处理：神经损伤的原因，多为骨折端或血肿压迫，牵拉或挫伤，而神经断裂者少见。故在损伤早期只作骨折复位，大多数受损的神经能在三个月内恢复功能。若三个月尚未恢复者，再作神经探查。

五、肘内翻畸形的发生及预防：肱骨髁上骨折的肘内翻发生率，国外文献报道为57%，天津医院骨科报道为29.3%，本文为28.8%。肱骨髁上骨折并发肘内翻，多数学者认为远侧骨折块向尺侧倾旋、内翻成角是基本原因；骨折复位后，骨折远端时刻存在着向尺侧倾旋的应力，这种应力是造成肘内翻的常见因素。本组手法复位夹板固定的患者，其肘内翻发生率较低（19.6%），主要措施为：（1）应用压垫的三点挤压作用，有效地克服和控制骨折块向尺侧倾旋的应力；（2）3岁以下患者用瓦筒形硬纸壳固定，有意识地将桡侧“∞”字形缚带拉紧加固；（3）对尺偏型骨折用矫正过正的复位法，使骨折端的桡侧互相嵌插。

手术加药物治疗 1 例卵巢无性细胞瘤

北京电力医院 佟蔚廷 北京市宣武中医院 敖书泉

秦某，女，10岁，学生。因腹痛2周，左上、下腹肿块待查，1983年11月入某院。肾盂造影：左肾不显影，膀胱左壁受压。拟诊卵巢肿物及左上腹转移，血象及生化检查均在正常范围。11月11日该院剖腹探查，手术所见：左上腹 $18 \times 10 \text{cm}$ 肿物，结节状，硬，固定；左肾受压；肠系膜淋巴结肿大，大网膜布满大小不等结节；左侧卵巢肿物 $8 \times 6 \times 6 \text{cm}$ ，表面血管怒张，略活动。行右侧卵巢切除术及左上腹肿物取活检。病理诊断：双侧卵巢生殖细胞瘤、淋巴结内瘤细胞浸润。术后西药治疗无效出院。12月5日来本院门诊。检查：一般情况差，面黄消瘦，不能行走。皮肤巩膜无黄疸，浅表淋巴结不大。心肺（-）。腹膨隆，左上腹触及肿块 $12 \times 12 \text{cm}$ ，左下腹肿块 $4 \times 4 \text{cm}$ ，边界不清，硬，固定，无移动性浊音。脉沉细，苔薄白。

治疗经过：中医辨证属邪实，气阴两虚，气滞血瘀。中药组方：党参20g 生芪20g 龙葵15g 半枝莲15g 白英10g 白花蛇舌草15g 鳖甲15g 旱莲草15g 川楝子6g 生山楂10g，每天一剂水煎100ml，早晚分服。同时口服N-甲溶肉瘤素，每天二

次，每次一片，连服9个月。服药2个月后肿物已触不清，5个月后B超探及 $8.4 \times 6 \text{cm}$ 低回声团块，9个月后腹部未触及肿块，肛诊未发现异常。原方加云苓20g，生山药30g，白芍20g，服法同上。另服谷氨酸50mg、利血生20mg、维生素C0.1g、益肝宁一片、鲨肝醇25mg，每天三次。继续服N-甲溶肉瘤素片，每天一次，每次一片。直到15个月B超扫描未见肿块。21个月后复学，中药2天一剂。3年后停服中药及西药。3年半后复查B超扫描未见肿块。

体会：中医学认为肿瘤系邪毒之气淤结而成，且郁久必化热，故以龙葵、白英、半枝莲、白花蛇舌草清热解毒。由于久病及术后导致气虚，以黄芪、党参大剂益气。鳖甲、山楂配合龙葵、半枝莲活血散结，旱莲草助党参、黄芪扶正气，又佐龙葵、白英等以清热解毒。川楝子理气，既能配山楂开胃以进食，又能助鳖甲等药活血以散结。诸药配合，共奏益气清热散结之功。治疗过程中，增加山药、茯苓、白芍等益气健脾补血，增强正气。N-甲溶肉瘤素与中药共用治疗卵巢无性细胞瘤，一年余肿瘤完全消失，疗效满意。