

改良尺骨鹰嘴截骨双钢板固定治疗肱骨髁间粉碎性骨折

梅正峰,端木群力,黄东辉,倪凌之

(浙江省杭州市第三人民医院,浙江 杭州 310009)

关键词 肱骨骨折 截骨术 骨折固定术,内 尺骨鹰嘴

肱骨髁间粉碎性骨折属关节内骨折,损伤严重,治疗起来较为困难,若处理不当往往造成严重后遗症,影响肘关节功能。2007 年 5 月至 2008 年 12 月,我院采取改良尺骨鹰嘴截骨双钢板固定治疗肱骨髁间粉碎性骨折患者 22 例,疗效满意,现报告如下。

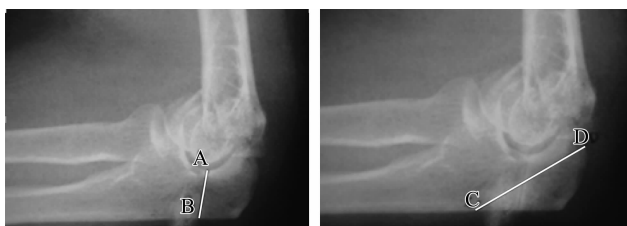
1 临床资料

本组 22 例,男 15 例,女 7 例。年龄 18~65 岁,中位数 46 岁。均为肱骨髁间粉碎性骨折患者。均为闭合性新鲜骨折。按 AO/ASTF 分类^[1]:C1 型 7 例,C2 型 10 例,C3 型 5 例。合并伤:尺神经损伤 5 例,桡骨小头骨折脱位 4 例。伤后至手术时间 3 h 至 7 d,中位数 3 d。

2 方法

2.1 手术方法 采取臂丛神经阻滞麻醉或全身麻醉,患者取仰卧位,患肢屈肘置于胸前,患肢上止血带。取肘后正中切口,切口自尺骨鹰嘴尖端上方 8~10 cm 处,向下延伸至尺骨鹰嘴尖端下方约 3 cm 处,逐层切开皮肤、皮下组织及浅筋膜,显露肱骨内、外髁,并于尺神经沟游离出长约 7 cm 的尺神经,用橡皮条牵引保护。沿肱三头肌两侧进行分离,显露尺骨鹰嘴,保护肱三头肌在尺骨鹰嘴上附着点。于尺骨鹰嘴背侧,平行于尺骨鹰嘴关节面进行截骨,并连同肱三头肌一同截下(图 1)。将截下的骨块连同肱三头肌一同翻向近端,暴露肱骨髁间骨折。屈肘位将肱骨髁间骨折整复满意后,先用直径 3.0 mm 的克氏针作临时固定,然后将重建钢板分别置于桡背侧和尺侧骨嵴进行固定^[2]。最后,将尺骨鹰嘴骨块用张力带钢丝环形或“8”字形固定,常规行尺神经前置术。术毕,冲洗切口,放置引流皮片,逐层缝合。

2.2 术后处理 术后屈肘 90°,石膏固定患肢于中立位 1~3 周,常规应用抗生素 3~7 d,术后 48~72 h 拔除引流皮片,术后 1~3 周进行肘关节主动伸屈功能活动,术后每个月复查 X 线片 1 次。



(1)传统尺骨鹰嘴截骨

(2)改良尺骨鹰嘴截骨

图 1 尺骨鹰嘴截骨示意图

3 结果

3.1 疗效评定标准 参照 Cassebaum 肘关节功能评分标准^[3]评定疗效。优:伸肘 15°、屈肘 130°,肘关节活动范围好,肘关节无症状;良:伸肘 30°、屈肘 120°,肘关节活动范围较好,肘关节有主观症状;可:伸肘 40°、屈肘 120°,肘关节活动范围可,肘关节无或有症状;差:伸肘 40°、屈肘小于 90°,肘关节活动范围差,功能受限。

3.2 疗效评定结果 本组患者均获得随访,随访时间 6~12 个月。无创伤性关节炎、内固定松动、骨折不愈合等并发症发生。按上述疗效标准进行评定,本组优 15 例,良 3 例,可 3 例,差 1 例。

4 讨论

4.1 手术入路的选择 肱骨髁间骨折属关节内骨折,常呈粉碎性,采用非手术治疗很难获得满意的复位和牢固的固定,因此处理此类骨折应尽早进行手术。目前,临床上常用的手术入路是肱三头肌劈开入路和尺骨鹰嘴截骨入路。肱三头肌劈开入路虽然损伤小,但易破坏肱三头肌的连续性,增加肌肉断面渗出、纤维化及周围粘连等,而且术后不能早期进行功能锻炼,易出现伸肘装置粘连等缺点,同时还可能会对肱三头肌肌皮神经及血供造成损伤。尺骨鹰嘴截骨入路虽然能够很好地暴露肱骨远端的结构,可以直视下进行骨折块的复位与固定,保存肱三头肌的完整性,但是尺骨鹰嘴截骨入路必将造成新的关节内骨折,导致肘关节创伤性关节炎的发生, (下转第 62 页)