

**治疗方法** 患者仰卧位，小扁枕头垫于颈部及双肩，头稍后仰。颈颌带牵引，重量6~7kg，每日3次，每次1小时。牵引后取坐位，周林频谱仪照射，每次30分钟，每日3次。边照射边涂擦正骨水按摩颈肩部组织。然后戴气囊式颈颌带保护颈椎。口服萘普生，维生素B<sub>1</sub>、B<sub>6</sub>，直至疼痛、沉重麻木感消失。中间不间断连续治疗，症状消失1周后屈伸侧弯环转颈椎，活动双肩双臂，进行功能锻炼。

**治疗结果** 30例经6个月~1年随访；22例经2~6周治疗痊愈，1年内无复发，参加正常工作及体力劳动；5例疼痛明显减轻，但劳累受凉后疼痛加重；3例疼痛减轻但时常反复发作，改做手术治疗。

**讨论** 神经根型颈椎病主要是中老年人颈椎退变，椎间盘突出、骨质增生、钩突关节增生压迫刺激神经而引起颈部肌肉痉挛，疼痛，上肢放射痛及功能受限。牵引治疗能够使肌肉痉挛松弛，筋膜韧带松弛，钩突关节松弛，使突出的椎间盘还纳或部分还纳，消除或减轻压迫刺激，以达治疗之目的。理疗按摩涂擦正骨水有通经活络止痛之功效，松懈粘连，促进新陈代谢，促进无菌性炎症的吸收。口服药物有利于压迫变性的根神经的修复。功能锻炼能够促进颈部组织的血液循环，加快筋膜韧带关节及椎间盘的修复，恢复颈椎的生理弧度，加强颈椎的稳定，符合中医“动静结合”的治疗原则。由于CT的大力开展，神经根型颈椎病均能够得到早期诊断。早期综合治疗优于任何一种方法的治疗。

(收稿：1997—06—21)

## 肱骨干骨折并桡神经损伤早期手术探查

山东省威海市文登中心医院 (264400) 邓忠虎

肱骨干骨折并桡神经损伤较常见，5年来我院收治15例，均行早期手术探查，收到良好效果，报告如下。

**临床资料** 本组15例中男13例，女2例；年龄18~38岁；左侧6例，右侧9例；机器绞伤5例，交通事故7例，跌伤3例；肱骨干中1/3骨折3例，下1/3骨折12例；横断骨折8例，斜形或螺旋骨折7例，均为闭合性骨折。

**治疗方法** 本组15例均在伤后2周内行桡神经探查，骨折给予钢板或髓内针固定。术中见桡神经盘曲在骨折断端间3例，神经被骨折端撑起并钩在近端10例。另2例先行手法整复夹板固定后又作手术探查，发

现神经嵌夹在骨折两端间。15例桡神经均见明显牵拉挫伤和受压痕迹。

**治疗结果** 15例全部获随访，随访时间6月~2年。桡神经恢复时间3~6月，按神经修复后评价标准，优13例，良2例，优良率100%。骨折按期愈合，肘关节屈伸功能良好。

**讨论** 桡神经经肱骨下行时，两者之间尚有肱三头肌内侧头和肌纤维隔开，仅在肱骨外侧髁上嵴的上方才靠近肱骨，活动度小而比较固定，故肱骨下1/3的骨折易受损伤。本组12例发生在下1/3。凡是发生在肱骨中、下1/3的骨折均应想到桡神经损伤的可能，桡神经功能检查应列为常规，以免漏诊，延误治疗。对于肱骨干骨折并桡神经损伤是立即手术探查同时复位固定骨折，还是观察等待恢复，意见尚不一致。以往教科书大都提到先观察2~3月，如仍不恢复再行手术探查。通过本组15例手术所见，桡神经盘曲在骨折两断端3例，被骨折端撑起并钩在骨折近端10例，2例先行手法复位夹板固定10天，神经症状无恢复且有加重而转手术探查，术中见桡神经嵌夹在骨折两断端间。15例均有明显的神经挫伤和受压痕迹，尤其是机器绞伤造成的斜面及螺旋骨折神经损伤更为明显。对于神经盘曲或嵌夹在骨折断端间显然只有手术探查才能解救神经，观察等待势必造成神经的不可逆损害。2~3月后再手术往往肌肉萎缩恢复不完全。闭合整复夹板外固定常常加重神经损伤。故我们认为对闭合性肱骨干骨折并桡神经损伤还是以早期手术探查为妥。

(收稿：1997—05—21)

## 骨盆牵引加药物治疗腰椎间盘突出症

浙江省舟山市普陀人民医院 (316100) 夏良平

笔者对209例临床症状较典型、体证明显，并经CT或椎管内造影证实的腰椎间盘突出症患者进行骨盆牵引，同时给用适当的药物治疗，取得较满意的效果，现总结如下。

**临床资料** 本组209例中男167例，女42例；年龄25~57岁；病程1月~5年；腰椎间盘突出部位：L<sub>3,4</sub>4例，L<sub>4,5</sub>152例，L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub>77例；总突出间隙为233个，其中单间隙突出185例，双间隙突出24例。

**治疗方法** 患者卧硬板床，头低脚高位，脚端床抬高10~15cm，用骨盆牵引带系住腰部，左右两侧各

连接牵引绳至床的脚端,并经过小滑轮进行对抗牵引。牵引时间每天均在8小时以上,可分段或持续进行,牵引间隙最好仍卧床休息。第1周牵引重量每侧5~7kg,第2周每侧增至10~14kg(具体重量视本人体重及耐受情况而定)。总牵引时间为4周,4周后系腰围下床逐渐活动。

同时在牵引始5~7天给地塞米松10mg或丹参注射液16ml加入葡萄糖液中静滴,每日1次(急性发作时尤为适用)。牵引期给复方氯唑沙宗片,维生素B<sub>1</sub>片,维生素B<sub>6</sub>片口服,或给维生素B<sub>12</sub>针肌注。疼痛明显者酌情给芬必得等口服(均为常用剂量)。

**治疗结果** 疗效标准:治愈:腰腿痛消失,椎旁压痛并放射痛消失,活动自如,直腿抬高试验>70°;显效:腰腿痛消失,椎旁压痛并放射痛消失,脊柱活动度明显改善,直腿抬高试验在60°~70°之间;有效:腰腿痛减轻,椎旁压痛并放射痛减轻,脊柱活动度改善,直腿抬高试验30°~60°之间;无效:症状无明显改善,直腿抬高试验小于30°。

治疗结果:治愈169例,显效28例,有效12例。

**讨论** 本法用较轻重量,较长时间作骨盆牵引和适当应用药物,其机理是:(1)可使腰部制动,局部组织活动减少,从而得到很好休息;(2)缓解腰部肌肉痉挛,同时加服有肌肉松弛作用的药物复方氯唑沙宗片,进一步加强肌肉韧带的松弛,椎间隙扩大,有利于突出物全部或部分回纳;(3)恢复腰椎生理曲度,减轻椎间盘内压力,有利于改善局部循环和对神经根刺激,改变突出椎间盘与神经根的关系,以减轻或解除症状<sup>[1]</sup>;(4)早期应用适量地塞米松或丹参,有利于突出椎间盘及周围组织水肿的减轻或无菌性炎症的消退,减轻疼痛。且维生素B<sub>1</sub>、维生素B<sub>6</sub>、维生素B<sub>12</sub>均可以营养神经,有利于损伤神经根的功能恢复。

本法操作简单,安全有效,对病程短、年龄相对小、无椎管狭窄者效果尤好。

#### 参考文献

- 1.邵宣,许竞斌.实用颈腰痛学.北京:人民军医出版社 1994:225.

(收稿:1997-08-21)

## 拔V型针致股骨头骨折并髋关节后脱位一例

江西省玉山县中医院(334700) 廖顺才

王××,男,12岁,学生,(住院号129432)。于1994年4月5日因不慎摔伤右大腿部,拍片示右股骨干中上1/3骨折,经当地医院牵引保守治疗对位不佳而行V型针内固定术,术后断端对位对线良好,骨折愈合良好,行走自如。半年后当地医院在局麻下行拔针术,历时三个多小时,术后局部疼痛,切口愈合良好,嘱回家休养。患者术后一直不能下地行走,髋关节活动受限,屈曲50°,伸0°。于1995年6月求治本院。拍片提示右股骨干骨折愈合良好,右髋关节后脱位,股骨头后外侧骨折。入院后给予牵引作术前准备,在硬膜外麻醉下行切开复位骨块切除术,术中见股骨头向后脱位后外侧部分骨折,髋臼后外侧有部分缺损,有一小的骨折块,术中予以切除,头臼修整复位,髋臼上缘截骨取同侧髂骨块植骨增加髋臼包容,克氏针交叉固定术后髋人字石膏固定,术中顺利。

**讨论** 该患者骨折已愈合,术者对拔钉术中估

计不足,结果用三个多小时才将骨内针取出。估计导致损伤的原因可能是:术野解剖不清,在髋关节屈曲内收位施术,打拔器的套钉可能朝内错钩在股骨头的外沿部,强力打拔而致股骨头猛烈撞击髋臼上部致使骨折,股骨头失去骨性阻挡,随强力打拔使股骨头骨折并髋关节后脱位。

从本病例中吸取教训:(1)无论手术大小应认真对待,做好术前的思想和技术准备;(2)取股骨髓内针的套钩应朝外,以免损伤髋部的骨和软组织;(3)术后髋关节活动受限不能行走,由于未及时拍片等查明原因而延误病情,本来可用骨牵引等简单方法治疗,未能使用,致使病情复杂化并给关节功能恢复带来困难。拔髓内针致股骨头骨折并髋关节脱位,在临床上实属罕见,应引以为戒。

(收稿:1995-08-15)