

年, 没有 1 例发生脊髓损伤, 完全或基本恢复正常生活。

讨 论

1. 颈椎损伤是一种严重损伤, 其严重性在于可能合并脊髓神经损伤, 它可发生在颈椎骨折脱位的当时, 也可由于不正确的急救、运输和处理而引起, 合并脊髓损伤率为 50%, 而恢复率往往很低, 交通事故伤时, 颈椎损伤常与颅脑、胸腹内脏损伤同时发生, 而往往症状明显的后者遮盖了合并的颈椎损伤。我们的经验教训是: 对于交通事故中的多发性损伤, 不管其它损伤轻重与否, 都应有颈椎损伤的警惕性, 要在需要时争取拍颈椎 X 线片, 且要有合格的颈椎片, 如果不合格, 必须重拍。本组就有将颈椎严重骨折脱位合并轻度脑外伤的病人开始拒之住院, 后又收入脑科, 这是由于所拍颈椎片没有显示 C₇, 以致遗漏了颈 C₆₋₇骨折脱位等。

2. 本组有一例颈髓损伤的病人, 在受伤现场, 四肢仍有感觉及主动活动功能, 但送到医院时则表现明显高位截瘫情况, 这是由于忙乱之中, 现场人员搬运不当引起。而本组所有病例被送到急诊室后, 不管是在搬运中, 还是手术期间, 或术后护理中, 我们均采取了正确的手法: 即一人轻牵头部与躯干长轴一致, 并随之转

动, 防止颈椎过伸、过屈和旋转。平卧后在头颈两侧用小沙袋垫好, 防止颈部的旋转活动。由于手法得当, 尽管部分病人由于要抢救生命而频繁搬动, 却无一例脊髓再损伤。

3. 对重型颈椎损伤要重视, 对一些轻型病人亦要引起足够注意。本组有 2 例病人, 头部外伤带有上肢发麻, 常规颈部拍片无异常。由于症状轻, 病人拒绝牵引和制动, 医生亦未强求。病人伤后数月仍有上肢发麻情况, 后经颈部细致检查发现颈部有压痛及牵拉痛, 功能位即颈椎过伸过屈位拍片显示有半脱位。此教训是深刻的。因此, 对轻型颈椎损伤的病人要有颈椎关节半脱位或暂时性脱位的警惕。此种病人轻微后伸, 脱位即自行复位, 而上述病理改变在普通 X 线片上不易看见而往往被忽略。由于缺乏适当固定一个时期, 它可引起韧带松弛而发生半脱位。所以, 功能位拍片对于一些拒绝颈部牵引或制动的轻型颈椎损伤病人是需要的。

总之, 在交通事业蓬勃发展的今天, 交通事故损伤中的颈椎损伤日益多见。在此情况下, 如何采取更为有效的措施, 进一步降低颈髓损伤率和提高治愈率是抢救人员和临床医生的重要课题。

(收稿: 1997-01-30; 修回: 1997-07-14)

骨穿针悬吊患肢治疗下肢大面积撕脱伤

黄令坚 郑文忠 徐新华

福建省泉州市解放军 180 医院 (362000)

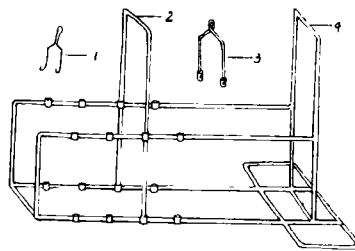
1994 年 4 月以来, 我们采用患肢骨穿针悬吊的方法治疗下肢大面积撕脱伤 15 例, 效果良好, 报告如下。

临床资料

男 4 例, 女 11 例; 年龄 16~50 岁。13 例为交通事故伤, 2 例为石料压伤。自腹股沟以下至踝部皮肤全部撕脱 2 例, 小腿及大腿大部分撕脱 4 例, 小腿、大腿部分及足跟部外侧撕脱 1 例, 小腿大部分、足跟及足跖部撕脱 3 例, 小腿后外侧、足跖部外侧撕脱 2 例, 小腿及足跟部撕脱 3 例。合并出血性休克 7 例, 合并同侧股骨或胫腓骨骨折 2 例, 合并对侧股骨骨折 1 例。合并同侧胫腓骨骨折和/或踝关节脱位 2 例。

治疗方法

1. 悬吊架结构: 悬吊架由普通圆钢制作, 由底架及前后 2 个门形横梁构成 (见图 1、2)。底架长 70cm, 宽 30cm, 门形横梁高 57cm, 其中前门形横梁与底架连接可前后调节。



1. 弹弓样挂钩 2. 前门形横梁
3. 骨牵引弓 4. 后门形横梁

图 1 悬吊架结构示意图

2. 治疗方法: 常规洗刷, 消毒铺巾, 彻底清除缺血坏死及污染严重的组织。对无血运但仍有生机的皮肤剔除皮下组织保留表皮及部分真皮, 打孔后原位植皮。

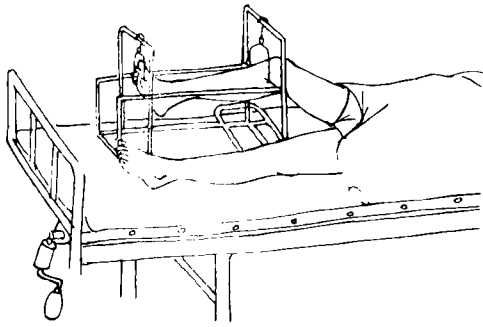


图 2. 悬吊架使用方法示意图

对骨质裸露的部位尽力用邻近肌瓣转位覆盖，无法覆盖则咬除裸露的骨皮质及关节面软骨待肉芽组织生长。合并同侧骨折均同时行髓内固定：股骨用梅花针固定，胫腓骨骨折和或踝关节脱位用斯氏针自足底打入通过关节进入胫骨髓腔固定，跖骨骨折用克氏针固定。于患肢某趾近节趾骨及胫骨上段（或股骨髁上）某平面分别用克氏针和骨牵引针穿针，穿针平面尽量选在该部位两侧皮肤尚无撕脱处。患肢创面用无菌敷料加压包扎。回病房后先调整好悬吊架的前、后形横梁间的距离，使之与两骨穿针间的距离相当，再将患肢悬吊在悬吊架上，其中足趾的克氏针通过用克氏针制作的弹弓叉样的挂钩吊在前横梁上，而胫骨上段或股骨髁上的骨针通过普通的牵引弓挂在后横梁上。根据创面渗出的情况，每日一次或多次更换敷料，同时逐渐清除创

面的坏死组织，待创面干净肉芽组织红润后行二期植皮术。植皮后继续悬吊患肢至创面痊愈。

治疗结果

本组 15 例经急诊清创术后创面均有部分一期愈合，其中 12 例经第二次手术邮票状植皮达痊愈，2 例经多次邮票状植皮后痊愈，1 例因并发严重的胫腓骨化脓性骨髓炎及踝关节化脓性关节炎不能控制而行小腿上段截肢后愈合。创面痊愈时间为 15~57 天，平均 19.7 天。患肢功能均有不同程度的恢复。

讨 论

肢体大面积撕脱伤多由交通事故所致，且多见于女性，本组男性 4 例，女 11 例。其致伤机制是：发生交通事故时，车轮斜形碾压肢体，因肢体皮下脂肪的作用而打滑，将患肢皮肤撕脱。多见于女性的原因可能与女性皮下脂肪丰富且皮肤较脆嫩有关。

临床上常用骨穿针牵引的方法治疗骨折，由此启发我们想到用骨穿针悬吊患肢的方法治疗下肢大面积撕脱伤。以往在治疗这类损伤时肢体后侧创面受压，血运不好，分泌物淤积，肉芽不易生长，甚至进一步致组织坏死。若创面干净，行植皮后也往往因皮片受压不能或不能全部成活，须反复多次植皮才能愈合。用骨穿针悬吊患肢后，避免了创面受患肢重力的压迫，且通风透气良好，换药也方便，创面肉芽生长快，只要植皮时创面干净，所植皮片都能一次全部成活。明显缩短了创面痊愈时间。

(收稿：1997-08-21)

肱骨髁间骨折的手术治疗

贺加明

陕西省绥德县延安医学院第二附属医院 (718000)

我院从 1987 年起对严重移位的 46 例肱骨髁间骨折，采用肘关节内、外侧切口，行开放复位克氏针内固定治疗，取得了满意的疗效，介绍如下。

临床资料

本组 46 例，男 32 例，女 14 例；年龄 8~49 岁；右侧 29 例，左侧 17 例。受伤距就诊时间为 3 天以内 29 例，7 天以内 10 例，21 天以内 7 例。受伤原因多为间接外力所致，均为有明显移位的肱骨髁间骨折。

治疗方法

本组病人的手术时间一般约在患肘肿胀大部分消退，约伤后 5~7 天施行，均采用切开复位克氏针内固

定的手术方法进行治疗。采用臂丛麻醉，仰卧位，患肢置手术侧台上，上气囊止血带，常规采用肘关节内、外侧切口，一般内侧切口较短，以能显露尺神经为度。尽量少剥离骨膜，清除断端及关节腔内的陈旧性积血块。先行远端骨折块复位，复位后，用一枚 $\varnothing 1.5\text{mm}$ 或 2mm 之克氏针，由内髁向外髁横穿，克氏针穿出外髁后，在内髁处剪断，尾端留约 0.6cm ，将其折弯呈“ η ”形，然后用咬丝钳夹住外髁外露之克氏针向外拉，一手在外髁处向内挤压，使肱骨髁间骨折间隙对合，滑车关节面平滑，剪短克氏针尖端，留约 0.6cm ，在向外拉的作用下折弯，这样就使肱骨髁间骨折变为肱骨髁