

# 肘关节外侧进路治疗肘关节陈旧性脱位

## Treatment for old dislocation of elbow joint with lateral approach

甘伟

GAN Wei

关键词 肘关节; 脱位; 外科手术 **Key words** Elbow joint; Dislocations; Surgical procedure, operative

自 1998 年 9 月至 2002 年 12 月, 我们共收治陈旧性肘关节脱位 36 例, 其中 28 例采用肘关节外侧进路切开松解复位, 术后早期行肘关节屈伸功能锻炼, 防止关节再粘连, 效果好, 报告如下。

### 1 临床资料

本组 28 例, 其中男 18 例, 女 10 例; 年龄 14~56 岁, 平均 32 岁。右肘 16 例, 左肘 12 例。伤后至入院时间 1~5 个月, 平均 3 个月。16 例单纯后脱位, 12 例后脱位伴有侧方脱位, 其中脱位并关节内骨折(包括外髁、鹰嘴、冠突、桡骨小头、肱骨滑车等)8 例。术前肘关节固定于半伸直位, 肘关节活动度在 10°~20° 之间, 平均活动度为 14°。

### 2 治疗方法

臂丛神经阻滞麻醉满意后, 取仰卧位, 常规消毒, 铺无菌巾, 患肘屈曲, 前臂旋前, 置于腹上, 自肱骨外上髁上 5~7 cm 处沿髁上嵴向下越过外上髁弯向尺骨后缘, 切开浅深筋膜, 在切口上方, 从外侧肌间隔将肱桡肌、桡侧腕长、短伸肌作骨膜下分离并牵向前方, 将肱三头肌向后方剥离, 在切口下部, 将肘肌及尺侧腕屈肌分别向前后牵开, 将关节囊前方和后方粘连予剥离和清除, 切开发节囊, 显露肱骨远端、尺骨鹰嘴及桡骨小头, 清理关节粘连以及肱骨远端鹰嘴窝以及尺骨半月切迹内的纤维疤痕组织, 如果肱骨远端两侧及前方粘连严重或关节周围有骨痂生成, 充分剥离清除, 如果关节囊增厚影响复位, 应将增厚的关节囊切除, 伸屈并左右摇摆肘关节, 使其周围粘连的软组织得到进一步松解后, 先纠正侧方移位, 再牵引前臂, 屈肘复位, 胶管引流, 缝合伤口, 屈肘 90°, 前臂中立位长臂石膏固定, 术后 48 h 内拔除引流管, 服用消炎痛 25 mg, 每天 1 次, 共 6 周, 术后 3 d 开始行屈肘功能锻炼, 3~4 周后去石膏, 行伸屈肘功能锻炼。

### 3 治疗结果

所有病人随访 5~38 个月, 平均 17 个月, 功能恢复正常或接近正常 23 例, 其余 5 例肘关节屈伸活动范围均在 90°~120° 之间, 旋转功能尚好。有侧方移位及关节内骨折的患者功能恢复较慢, 一般在术后 4~5 个月才逐渐恢复。有 1 例尺神经损伤, 为挫伤, 2 例桡神经损伤, 为牵拉伤, 经神经营养治疗 3 个月后均恢复正常, 没有切口感染的发生。

### 4 讨论

陈旧性肘关节脱位往往伴有关节周围新骨形成、肱三头肌萎缩、前方关节囊与肱骨外髁及滑车粘连附着, 常需要手术复位<sup>[1]</sup>。在传统上手术一般采用经肱三头肌作舌状瓣切断, 由于肱三头肌肌腹被斜行切断, 手术损伤大, 肌纤维愈合需要一定的时间, 术后需要石膏外固定 3 周, 不能早期进行肘关节屈伸功能锻炼, 加上肌肉愈合后肱三头肌与肱骨远端和周围软组织广泛粘连, 肌肉纤维化、变硬、缺少弹性, 严重影响肘关节功能, 容易造成肘关节僵硬<sup>[2]</sup>, 另外, 该进路不能松解前方粘连<sup>[3]</sup>, 对肘关节松解不够理想, 内外侧切口治疗陈旧性肘关节脱位<sup>[4]</sup>虽然有一定的可行性, 其创伤毕竟比单纯肘关节外侧进路大, 而肘关节外侧进路不用切断肱三头肌, 直接从肘关节外侧的外侧肌间隔进入, 能充分显露肱骨远端前后外侧、肱骨远端鹰嘴窝以及尺骨半月切迹、尺骨鹰嘴及桡骨小头, 通过对尺骨滑车切迹及肱骨鹰嘴窝内的纤维组织和骨痂进行清理, 对粘连的关节囊进行松解, 屈伸并左右摇摆肘关节, 使其周围粘连的软组织得到进一步的松解后, 通过手法复位, 一般能将关节复位, 只有合并尺神经损伤或者是尺侧有大量骨痂难以清除时才采用肘关节内外侧联合切口。

注意事项: ①因为切口在外侧, 对肘关节内侧结构显露有一定的局限性, 所以, 清理内侧的骨痂要十分小心, 防止损伤尺神经, 必要时延长外侧切口, 以增加对内侧的显露, 本组有 1 例因早期经验不足, 在内侧显露不清楚的情况下, 强行清理内侧的骨痂, 结果造成尺神经的挫伤。②桡神经在切口的前方, 应注意保护, 本组有 2 例, 因为未显露清楚切口, 手术助手拉钩过度用力, 造成桡神经的牵拉伤。③有时由于肱三头肌严重挛缩, 造成复位困难, 可以从切口后侧将剥离的骨膜作多个“Z”形切开, 再用力屈肘多能延长肱三头肌, 而不必直接切断肱三头肌进行延长, 减少不必要的损伤, 以利于术后肘关节功能的恢复。④术后可早期进行屈肘功能锻炼, 屈肘锻炼不会造成肘关节再脱位, 而肘关节活动能防止关节粘连, 减轻肘关节肿胀程度, 伸肘功能锻炼一般在术后 3 周进行较为安全, 功能锻炼的目的不仅在于恢复关节的活动范围, 而且可恢复肌肉的强度, 提高肢体活动功能<sup>[5]</sup>。⑤如果术前合并有尺神经损伤, 应采用肘关节内侧手术进路, 探查神经, 在保护神经下进行手术复位, 复位后宜将尺神经移至肘前, 防止迟发性尺神经炎的发生, 而不采用本手术切口。⑥肘关节陈旧性脱

位切开复位的疗效取决于手术时间,手术愈早,疗效愈好。脱位时间超过 4 个月者,常有软骨面的坏死剥脱及肱三头肌的挛缩,术后经刻苦锻炼虽可恢复一定的功能,但恢复期延长,肌力差,关节活动范围始终达不到正常<sup>[6]</sup>。如关节软骨已破坏,应考虑作肘关节成形术或人工关节置换术。⑦术后服用消炎痛,能抑制疤痕和异位骨化,有利于肘关节功能的恢复。

#### 参考文献

1 朱通伯,戴 戎. 骨科手术学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 378.

- 2 张贵林,李楠,伊明江,等. 经肱三头肌两侧入路治疗肱骨髁间骨折. 中华骨科杂志, 2001, 21(5): 280-281.
- 3 杨丰真,姜正明,陆宸照,等. 改良外侧径路治疗创伤后肘关节挛缩 23 例. 中华创伤杂志, 2001, 17(2): 123-124.
- 4 何兴红. 内外侧联合切口治疗陈旧性肘关节脱位 5 例. 西藏医药杂志, 1999, 20(1): 57.
- 5 胡怀建,雍宜民,常棣芳,等. 创伤后肘关节功能障碍的手术治疗. 中华创伤杂志, 2001, 17(12): 718-721.
- 6 黄光文. 切开复位治疗陈旧性肘关节脱位 58 例疗效观察. 右江医学, 1997, 25(2): 177.

(收稿日期: 2003-06-26 本文编辑: 连智华)

## • 病例报告 •

# 腰椎间盘突出入硬脊膜内 1 例治疗体会

## Treatment for lumbar intervertebral discs herniation entering dura mater of spinal cord

徐旱情, 许永富

XU Han-qing, XU Yong-fu

关键词 椎间盘移位; 硬膜 **Key words** Intervertebral disc displacement; Dura mater

我院于 2001 年 5 月收治 1 例腰椎间盘的髓核突入硬脊膜内的患者, 现将治疗体会报告如下。

### 1 资料与方法

患者, 徐某, 男, 48 岁, 已婚。患者于 2001 年 1 月开始在无明显诱因下出现下腰痛, 并伴有左下肢放射痛, 劳累后加重, 休息后缓解, 打喷嚏及咳嗽时疼痛加重。曾在当地医院行对症治疗, 效果不佳, 近 1 个月自感到腰部及左下肢的疼痛加重, 会阴区及肛门周围有麻木感。患病以来患者食欲可, 夜间睡眠欠佳, 大小便功能基本正常。查体示: 脊柱无侧弯, 腰椎生理曲度变直, L<sub>3,4</sub> 棘突旁左侧有压痛及叩击痛, 向左小腿外侧放射, 双直腿抬高左 40°、右 80°, 双下肢加强试验阳性, 左小腿外侧皮肤浅感觉减弱, 马鞍区感觉减弱, 左趾背伸肌力下降, 双膝腱反射减弱, 左下肢股神经牵拉试验阳性, 双“4”字征阴性, 双上肢感觉及运动正常。CT 片示: L<sub>3,4</sub> 椎间隙后缘可见块状软组织阴影偏向左侧并压迫硬脊膜及左侧神经根, L<sub>4,5</sub> 椎间隙左后侧可见膨出的软组织阴影。初步诊断: L<sub>3,4</sub>、L<sub>4,5</sub> 椎间盘突出症。

于 2001 年 5 月 10 日在硬膜外麻醉下行 L<sub>3,4</sub> 左侧开窗髓核摘除神经根减压术, 术中在 L<sub>3,4</sub> 椎间隙处硬膜外探查时, 发现硬膜内有硬块, 硬脊膜前缘与后纵韧带粘连严重, 无法将硬脊膜分离。术中予以打开硬脊膜的后外侧, 同时将马尾神经牵向内侧, 术中见 L<sub>3,4</sub> 椎间盘向后突出明显, 有一块约 1 cm × 0.5 cm × 1 cm 的髓核嵌在硬脊膜内, 术中用髓核钳取出髓核, 此时见前硬膜处有 5 mm 长的不规则裂口。沿突入硬膜内髓核的通道取出未脱出的髓核组织, 总取出约 4.0 g, 松开马尾神经拉钩。在硬脊膜外探查见左侧神经根已松解。

用 3-0 线缝合硬脊膜。同时探查 L<sub>4,5</sub> 椎间盘无突出。见神经完全松解后, 冲洗伤口, 擦干, 依层次缝合伤口, 手术顺利, 术中出血约 150 ml。术后与其他病人一样进行抗炎及营养神经等对症治疗。病理检查报告证实术中取出的是髓核组织。

术后患者下腰痛及左下肢放射痛基本消失。1 年后对该患者的随访: 左小腿外侧皮肤及马鞍区感觉减弱于术后 6 个月左右恢复正常。随访时患者已参加正常的生活及工作。

### 2 讨论

腰椎间盘突出入硬膜内是腰椎间盘突出症的一种特殊表现, 这种类型的腰椎间盘突出病人一般有马尾神经损伤的症状, 因此如病人有马鞍区感觉减弱, 术前就应考虑是否有髓核突入硬膜内。只有术前考虑到这种类型, 才能制定出完善的手术方案。我们认为手术中应注意事项有: ①手术动作要轻, 特别打开硬脊膜时, 要用脑膜棉片保护马尾神经, 防止损伤马尾神经; ②手术中打开的后侧硬脊膜要予以缝合, 防止脑脊液漏, 前侧原有的硬脊膜裂口可不予以缝合, 因为在术野中前侧原有的硬脊膜裂口处未见有明显的脑脊液漏, 考虑前侧硬脊膜长期受压与后纵韧带粘连可能, 在术中尽可能不要过多地剥离硬脊膜, 这可防止脑脊液漏。③在腰椎间盘突出症手术中如术中在剥离硬脊膜及神经根较困难时, 不要强行剥离, 要认真的探查分析, 要考虑到是否会有髓核突入硬脊膜内的可能。否则会造成脑脊液漏或马尾神经损伤。④术中能在开窗条件下取出髓核, 就尽量不进行半椎板切除或全椎板切除, 避免影响脊柱的稳定性。

(收稿日期: 2003-05-20 本文编辑: 李为农)