

无疼痛；良：创口 I 期愈合，伤口有疼痛但不
用止痛药可忍受；差：创口 I 期愈合或愈合不
好，但切口疼痛，需用止痛药止痛。

治疗结果：本组53例，优34例，良9例，差
10例。

讨论：愈创灵纱条是在研究古方的基础上
重新筛选组合的方剂，方中红花、乳香、没药

有活血祛瘀、消肿止痛之效；白芷、防风、羌
活有祛风燥湿、消炎镇痛的作用；血竭有散瘀
定痛止血生肌之功，龙骨能镇惊安神，生肌敛
疮；当归善补血和血，养血止痛；蟹骨有行瘀
止痛之功；菖蒲有理气、活血、镇静止痛之
效。诸药相伍有镇静、止痛、活血化瘀，通经
活络及消炎抗菌的作用。

闭合性肱骨髁上骨折并桡神经断伤

浙江省中医院 (310006) 童培建 肖鲁伟 章爱华*

创伤性桡神经损伤在上肢单神经病中发生
率较高^(1,2,3)，按神经损伤分类多为神经失用症
和轴索中断，而神经断伤较少发生。李稔生⁽⁴⁾报
告210例肱骨髁上骨折合并神经损伤 35 条，其
中桡神经15条，无神经断伤。近年我们遇到6
例闭合性肱骨髁上骨折合并桡神经断伤，经手

术探查证实且经手术修复，现报告如下。

临床资料 (见附表)

讨 论

桡神经穿过桡神经沟即肱骨肌管后，下行
于肱骨外上髁近端10cm处外侧穿臂外侧肌间
隙至肘前外侧，在肱肌与肱桡肌之间继续下

附表 闭合性肱骨髁上骨折并桡神经断伤

病性 例别	年龄 (岁)	临床表现	合并 畸形	神经损 伤时间	神经探 查时间	手术所见	结果 (1—3年后)
1. 女	14	垂腕、指、虎口处痛觉减 退，损伤区远端Tinel征(一)	肘内翻	手法整复后	4½月后	位外上髁处完全断裂，断端形 成神经瘤且粘附骨面	略能伸腕
2. 女	11	同上	肘关节 僵直	骨折后	2月后	同上	痛觉有所恢复 伸指肌力3级
3. 男	11	垂腕、指、虎口处皮肤痛觉 消失，损伤区远端Tinel征 (一)	肘内翻	骨折后	2月后	位外上髁上2cm处完全断裂， 断面呈撕开状，与有较多骨痂 的骨面粘附	痛觉有所恢复 伸指肌力3级
4. 男	14	同上	无	骨折后	2月后	位外上髁处大部分断裂余同上	基本恢复
5. 男	10	同上	肘内翻	骨折后	2月后	位外上髁处完全断裂断端形成 神经瘤	痛觉未恢复 伸指肌力可
6. 男	7	同上	无	骨折后	5月后	同上	痛觉未恢复 伸指肌力 I 级

行，靠近外上髁的一段多数与一薄而坚韧的纤
维膜相连，该段移动性较小，最为危险。本组
病例均断于此处。究其损伤机理可能是此段桡
神经穿过外侧肌间隔时改变走向，且为周围组
织所固定，当暴力作用发生肱骨髁上骨折且严
重移位时，或受骨折断面切割，或受移位骨块
推拉，而发生神经全部或大部断裂。粗暴的手

法整复又可加重这一神经的损伤。本组有 1 例
手法整复后出现明显的桡神经损伤症状。有人
观察屈肘90°时，桡神经处于松弛状态，伸肘0°
时，桡神经有一定张力，若伸肘位牵引复位，则
桡神经更为紧张⁽⁴⁾。这在我们手法整复肱骨髁
上骨折时是值得注意的。

*浙江省黄岩市城关医院

桡神经损伤多在骨折时即发生,也可在整复时发生。这些损伤多半是神经失用症或轴索中断,通过骨折复位固定,中西药物治疗即可恢复。但不可忽视闭合性桡神经损伤还有神经断损的存在,Garcia^[5]报道早期探查78.3%功能完全恢复。因此,闭合性肱骨髁上骨折并桡神经损伤的治疗最为重要的是判断是否完全损伤。我们认为在经过密切观察后,对损伤严重的,骨折块移位大(原始X片),合并严重肘内翻畸形(近期X片)或有严重肘关节骨化性肌炎,关节僵直(也有因粗暴手法整复所致之可能),损伤区远端Tinel征(一)者,则完全性神经损伤可能性较大,需早期手术治疗。本组病例,大多有重度骨块移位,严重肘关节畸

形或僵硬,损伤区远端Tinel征(一),支持上述意见。

参 考 文 献

1. 吴先道,等. 肱骨干骨折并桡神经麻痹. 创伤杂志1987; 3(1):16.
2. 张建民,等. 闭合性肱骨干骨折并桡神经损伤的早期手术治疗. 创伤杂志1987; 3(4):252.
3. 李稔生,等. 肱骨髁上骨折的治疗. 中华骨科杂志1982; 2(5):264.
4. 谢志军,等. 术中牵拉致桡神经麻痹9例分析. 骨与关节损伤杂志1991; 6(2):109.
5. Garcia A. et al. Radial nerve injuries in fractures of shaft of the humerus. Amer J surg 1960; 99:625.

三向牵引治疗髋关节中心性脱位

河南省洛阳正骨医院(471013) 贾红伟 程春生 李冠军

髋关节中心性脱位损伤重,处理比较困难。自1989年8月—1991年4月,我们采用三向牵引治疗5例,效果满意,现报告如下:

临床资料

本组5例中男3例,女2例;年龄最大者74岁,最小者19岁;受伤原因:交通损伤3例,摔伤1例,重物砸伤1例;伤后至就诊最短2小时,最长10天;参照刘沂^[1]分型,Ⅰ_A型1例,Ⅰ_B型3例,Ⅲ_B型1例,其中1例合并休克,对侧胫腓骨干开放骨折,1例合并同侧科力氏骨折。

治疗方法:患者仰卧位,①将患肢置于托马斯氏架或板式牵引架上,髋关节屈曲外展各10°,膝关节屈曲10°,行股骨髁上纵轴骨牵引,重量10~20kg。②用一条布带环绕患侧腹股沟部垂直于股骨纵轴向患侧牵引,重量6~8kg。③用一条布带环绕腰部垂直于身体向健侧对抗牵引,重量6~8kg。牵引期间密切观察患肢血运。1天后拍片复查,根据复位情况再做必要调整。复位后维持牵引8周左右。自复位2周起鼓励患者行髋关节主动屈伸活动。8周后去牵引,不负重积极活动髋关节,3月后患肢

逐渐负重。

治疗结果

5例经该法治疗后,从X片上分析,4例股骨头均恢复至解剖位置,惟髓白骨折碎片未完全复位,但股骨头与白顶负重面之间相互关系基本正常,Ⅲ_B型1例股骨头虽复位,但其与白顶负重面间关系仍不正常,5例均经6个月~2年随访,参照刘沂氏临床评定标准,优3例,良1例,可1例。

典型病例

某,女,19岁。1991年4月9日因车祸致伤,经当地行抗休克及左侧胫腓骨开放骨折清创缝合内固定术后10日转来我院。检查:一般情况可,右下肢短缩,大粗隆触摸不清,右下部压痛阳性,患髋功能丧失,左下肢前后石膏托外固定。X线片示:右股骨头连同白底骨折碎片进入盆腔,同侧坐耻结合部骨折。左胫腓骨中上段骨折,以两枚螺丝钉加钢丝固定,对位对线尚可。入院第2天行右下肢三向牵引,方法同上。股骨纵轴牵引重量为20kg,余两向牵引重量均为7kg,合并伤对症处理。牵引期