

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循。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

间严密观察足部血循。每隔24小时床边拍片1次，随时调整牵引重量。4天后患者自觉患髌有骨擦感，遂检查患侧大粗隆清晰，与健侧对称。X线复查示：右股骨头已纳入臼内，惟白底粉碎骨片未完全复位。分别减轻重量至10kg, 4kg, 4kg维持牵引，2周后开始功能锻炼，8周时X线复查复位良好。遂去牵引，进行不负重适度功能锻炼。第10周时右髌关节活动基本正常，被动活动无疼痛。3个月后逐渐负重。6个月后复查，负重行走步态正常，偶感患髌酸困。

讨 论

髌关节中心性脱位比较少见，多由传达暴力所致。当暴力作用于大粗隆外侧时，使股骨头冲击髌臼底部引起白底骨折，如外力继续作用，股骨头可连同髌臼骨折片一齐向盆腔内移位，形成中心性脱位。对于新鲜性中心性髌脱位的常规治疗，多将患肢置于外展30°位行髌上牵引。此方法的缺点在于难于根据股骨头移位的方向和程度选择恰当的牵引方向和重量，甚至因长时间难以复位形成陈旧性而须行手术治疗，增加了患者的痛苦。

我们认为恢复股骨头的解剖位置并维持其与髌臼负重面的正常关系是治疗的关键。该型损伤从力学原理分析，无论外力以什么方向作

用于大粗隆外侧，它必然分解为一垂直于股骨纵轴向内之力 (F_1) 及一沿股骨纵轴向上之力 (F_2)， F_1 与 F_2 合力R沿股骨颈纵轴向内上，才能发生髌关节中心性脱位。根据逆机制复位的原理，采用股骨髌上牵引对抗 F_2 ，经腹股沟加一垂直于股骨纵轴向外之牵引力以对抗 F_1 ，其合力正与R相反，故头与臼的嵌夹粘连迅速松解，复位顺利。经腰布带牵引是为了对抗经腹股沟布带向患侧之牵引力，以维持身体的平衡。

三向牵引一般均能迅速使股骨头恢复其解剖位置，但多不能使髌臼碎片完全复位。文献认为：髌臼面凹凸不平的部分可由骨折部位血肿机化，瘢痕形成，纤维软骨和透明软骨填充。在牵引下患者早期的屈伸功能锻炼，不仅可防止肌肉萎缩，而且使髌臼关节面重新塑形，形成一个新的几乎完全适应股骨头弧度的髌臼面。随访中患者病髌关节良好的活动范围和负重能力证明了这一点。

我们认为三向牵引治疗髌关节中心性脱位具有简便易行，复位迅速，效果好，费用少，痛苦小的优点。

参 考 文 献

1. 刘沂, 等. 髌关节中心性骨折脱位40例随访分析. 中华外科杂志 1989; 27(6): 323.

硬膜外腔注药治疗顽固性腰腿痛

中国中医研究院骨伤科研究所 (100700) 支满霞

腰腿痛是由多种疾病引起的一组临床症候群，病情复杂，病程迁延，治愈困难。我们对经牵引、推拿、理疗和服药等治疗效果不显著或术后硬膜外腔粘连引起的疼痛者给予硬膜外腔注药治疗，收到了满意效果，现报告如下。

临床资料

本组71例，男26例，女35例；年龄31~55岁；病程2月~22年。其中疼痛剧烈，不能平卧、站立和行走，生活不能自理者10例；因疼

痛活动受限，影响正常生活者58例；术后3周仍有疼痛伴足部麻木者3例。本组病人根据病史、体征、X线片、椎管造影、CT等检查确诊，其中腰椎间盘突出49例，椎管狭窄19例，脊椎峡部裂2例，压缩性骨折1例。

治疗方法

本组采用单次硬膜外腔注药，穿刺点取病变部的椎间隙，取侧卧位，疼痛或疼痛较重的一侧在下。常规方法做硬膜外腔穿刺，短时快