

告如下。

临床资料

本组8例中，男5例，女3例；年龄最小者2岁，最大者7岁；外科颈骨折6例（其中外展型5例，内收型1例），肱骨上端骨骺分离2例。有5例经手法整复，小夹板外固定，均不能维持对位，分别于整复后2~9天再次手法整复，闭式穿针内固定。

手术方法

仰卧位选择适当麻醉，两助手对抗牵引，术者手法整复要特别注意纠正前后移位，透视下核实位置满意后，由助手维持已整复好的位置，常规皮肤消毒，铺无菌巾。

穿针位置：患肢紧贴胸壁，用于触摸肩峰，距其外缘0.3cm处自皮肤进针，顺肱骨干纵轴钻入直径2mm的克氏针，深度约5~8cm，触摸骨折稳定后，针尾弯成直角，埋于皮下，无菌敷料包扎。术后不用任何外固定，前臂屈曲90°悬吊于胸前，次日开始握拳练习，术后一周鼓励患儿主动练习肩肘关节活动，第四周拍片证实骨折临床愈合后即可拔针。

治疗结果

随访时间最短6周，最长3年，8例肩关节外形均正常，功能恢复良好，无一例出现伤口感染，骨骺早闭或骺坏死者，X线片复查对位均达90%以上。

讨论

1. 小儿移位性外科颈骨折及肱骨上端骨骺分离，传统的治疗方法是手法整复，小夹板外固定或外展支架固定，但由于患儿不能合作，很难维持对位。根据尸体解剖发现，小儿肱骨上端髓腔直径很小，钻入克氏针后，针体在髓腔内的空隙极小，况且小儿上臂肌肉力量不大，直径2mm的克氏针，足能抵抗骨折再移位。我们在临床上使用了上述方法，无一例出现骨折端再移位现象。

2. 骨折对位满意后，要求进针准，一次成功，以免多次进针损伤骨骺造成骺早闭或骨骺坏死，因此，必须在X光透视下操作。

3. 本法操作简单，易于掌握，固定牢，不用任何外固定，尤其对移位严重，甚至骨折近端出现旋转者更为适用，除采用全麻的患儿外，其余均不用住院。

穴位注射治疗神经根型颈椎病

河南省巩义市郑州二拖医院 (451200) 赵雪霞

我科采用穴位注射配合手法按摩治疗神经根型颈椎病102例，收到了较好的疗效。报告如下：

临床资料：102例均为门诊病人，男48例，女54例；年龄32~74岁，平均55岁；病程最短3天，最长18年；经X光检查，102例患者均有不同程度的椎体增生，部分病人伴有颈椎生理曲度改变，临床表现为颈、肩、臂、手的痛、麻、困、胀、功能活动受限，有46例出现不同程度的肌肉萎缩。

治疗方法：1. 患者取坐位，医生用拇指和食指分别置于颈椎两侧，沿颈夹脊及肩、臂至手部自上而下揉按提捏，在压痛点及肌肉紧张明显处做弹拨按摩。

2. 穴位注射：(1) 配制药液：醋酸强的松龙混悬液25mg，维生素B₁针100mg，维生素B₁₂针250μg，1%普鲁卡因溶液10ml。654~2注射液10mg。(2) 取穴：颈夹脊、风池、大椎、天宗、臂臑、曲池、内关、阿是穴。(3) 操作：选准穴位后常规消毒局部皮肤，用5号口腔针头依次刺入各穴位一定深度，待针感明显，回抽针管无回血时方可每穴注入所配药液1.5~2ml。在针刺头、颈部穴位时针感应下传至肩、背、臂部。针刺手、腕部穴位时针感应上传至肩、颈部。一周治疗一次，5次为一疗程。

治疗效果：疗效标准：痊愈：临床症状消失，功能活动恢复正常；好转：临床症状基本

消失,功能活动有所改善;无效:治疗前、后无明显变化。102例中痊愈68例,好转28例,无效6例,总有效率94.1%。

体会:颈椎病是中老年人的常见和多发病,我们采用穴位注射及揉、按、提、捏等手

法弹拨是把药物与针刺对穴位的渗透、刺激和手法按摩的作用结合在一起,发挥其综合效能,以达到通经活络、理筋散结、松解粘连、解除痉挛、调节神经功能之目的。

股骨干骨折治疗失误及纠正3例

江西省玉山县中医院(334700) 吴炳松

股骨干骨折比较常见,约占全身骨折的6%,治疗方法颇多,但若医者不细心诊治,将给患者造成不应有的痛苦。笔者近年来诊治几例失误病例,摘录如下。

例1,黄××,男,35岁,农民。住院号:9263。左大腿被石块砸伤,局部疼痛、肿胀、畸形,不能活动,在当地医院手法整复、夹板固定。10天后至本院复查,检查:左大腿中段肿胀,压痛明显,向外成角畸形,患肢较健侧短缩2~3cm,大腿纵向叩击痛(+),活动功能障碍,摄片示:左股骨中段骨折,断端重叠,无明显骨痂生长。

纠正:局麻下行左股骨髁上骨牵引,重量10kg,患肢置于Brown氏架上,呈屈髋外展位,次日床边片复查成角纠正,尚短缩1.5cm,加重牵引量1kg,2天后复查对位对线良好,维持牵引至完全愈合。

体会:本例治疗失误在于没有认识到肌肉收缩力对骨折移位的重要作用。

例2,占×,女,12岁,学生。住院号9987。左大腿被树木砸伤而入院。检查:左大腿肿胀疼痛,明显向外成角畸形,患肢较健侧短缩3~4cm,有明显骨擦音,并有假关节活动,纵轴叩击痛(+),左大腿活动功能障碍。摄片示:左股骨干上段骨折。入院后患肢置于Brown氏架上,局麻下行左胫骨结节骨牵引,重量3kg,2天后床边片复查,断端对线尚好,重叠2cm,加重牵引量1kg,复查短缩未纠正,牵

引重量加至5.5kg仍无效。

纠正:改行股骨髁上骨牵引,重量4kg,次日复查重叠纠正,手法整复后对位对线良好,加小夹板固定,3周后摄片骨性愈合,拆除牵引,痊愈出院。

体会:一般教材记载:小儿股骨干上段骨折采用胫骨结节骨牵引。但该患者采用本法却未能纠正重叠移位,并非牵引重量问题,主要原因在于牵引力量须通过膝关节才能发挥作用,从而减少了牵引力度,而股骨髁上牵引则无此弊端。

例3,郑××,男,10岁,学生。住院号9943。右大腿跌伤疼痛,畸形,以“股骨干下端骨折”在当地医院行小腿皮肤牵引,小夹板固定,1周后因牵引处皮肤溃烂渗出而至我院就诊。检查:右大腿肿胀,畸形,大腿下段、小腿上段皮肤发红、溃烂伴有渗出,右大腿纵向叩击痛(+),有异常活动,功能障碍。摄片示:右股骨干下段骨折。

纠正:入院后先行局部高渗盐水换药,全身抗感染处理,待皮肤完全愈合后,在硬膜外麻醉下行切开复位,钢板内固定术,术后10天拆线,2月后复查达骨性愈合。

体会:小儿股骨干骨折牵引后应加强护理,注意观察皮牵引的松紧度,若有皮肤不适、发红、溃烂,则应及时解除牵引,改用其他治疗方法,不然会贻误治疗时机。