

肿,毫无疑问,神经根水肿可使神经根内压增高从而导致根性坐骨神经痛。既然通过手法治疗可减轻并消除坐骨神经痛的症状及体征,则可知手法可改善血液和淋巴循环,从而促进水肿吸收和消退。(4)纠正后关节紊乱:从解剖角度看,后关节是脊柱的真正关节,有关节囊和滑膜,突出的椎间盘也将影响后椎间关节,犹如一个楔块卡于椎体之间,这样将改变后关节的互惠关系。后关节已处于它关节幅度的极限度,则会十分疼痛,所以后关节紊乱亦成为椎间盘突出病例发生疼痛的主要原因之一。

2. 对 20 例治疗效果优良者进行手法整复前后 CT 追踪,复查间隔时间最短 3 周,最长 15 个月,平均 5 个月。随访时间最长 26 个月,无一例复发。复查后突出间盘大小,横径为 2.7~29mm,前后径为 3.4~14.5mm。CT 均值为 67.8Hu。经对治疗前后横径均值差与前后径均值差进行均数的显著性检验,二者均示  $P>0.05$ ,表明治疗前后突出髓核大小无明显

变化,说明手法并不能使突出之椎间盘髓核还纳。同时,从本组 7 例术中所见,除腰椎间盘突出病理变化外,还有黄韧带、椎板、后纵韧带、椎体后缘、静脉丛、硬膜及神经根等均存在有不同程度的病理变化,加重了对神经根和硬脊膜的挤压。由此,反应出手法对病史长,反复发作的陈旧性病例往往效果不理想,是因为这类病人情况复杂,而椎间盘突出物往往已经纤维化,神经根周围已有粘连所致。

参考文献

1. 上海市伤骨科研究所,等. 脊柱手法治疗机理的探索.《伤骨科讲座选编》.上海市伤骨科研究所,上海市第二医学院附属瑞金医院伤骨科. 1979:255
2. 刘志诚,等. 按摩时对软组织损伤家兔全血乙酰胆碱酯酶活力的影响. 中国康复医学杂志 1987;2(4):149.
3. 郑效文,等. 腰椎间盘突出症的“推拿”适应症与机制探讨. 上海中医药杂志 1981;(4):210.
4. 周辉,等. 腰椎间盘突出症手法治疗作用机理. 中国中医骨伤科杂志 1990;6(3):17.

## 肱骨小头并滑车粉碎骨折 L 形克氏针内固定方法介绍

山西凤陵渡开发区人民医院(044602) 高国栋 屈德灵

我院自 1987 年以来,遇到 8 例类似肱骨滑车并小头骨折,均采用手术复位,“L”形克氏针内固定,取得满意疗效。现介绍如下。

材料与方法:术前准备 1.5mm 克氏针两根,手摇钻,骨凿,骨膜剥离器,尖嘴钳,钢丝钳。

采用肘关节外侧切口,用小骨凿凿下一薄骨片外上髁骨质,连同附着在上伸肌总肌起向下翻转,显露肘关节外侧部,探查并取去游离软骨碎片,保留主要骨片及其骨片上的关节囊(一般骨片在三块以上),直视下复位,用 1.5mm 克氏针在软骨面下 2mm 横形钻入,使几块骨片连为一体,再钻入内半部肱骨滑车内(不出关节面)将针尾折成“L”形,并在外上髁部钻一骨洞,将“L”形针尾钉入洞内。术后石膏托固定肘关节功能位 4 周。

治疗效果:本组 8 例肱骨小头或肱骨小头并滑车骨折,其中肱骨小头粉碎骨折 3 例,小头并滑车粉碎骨折 5 例均因粉碎严重,骨折片在三块以上,且无法用螺钉或交叉克氏针固定,采用此法治疗均获得成功。

8 例均系 20~45 岁青壮年体力劳动者,其中农民 3 例,建筑工人 4 例,电工 1 例。都是直接外力所伤,手术后住院 1 月去除外固定,加强功能锻炼,3 个月拔除克氏针,半年随访肘关节功能均在 80%以上,X 片显示关节面平整,骨折线消失。

讨论:肱骨小头并滑车骨折粉碎严重,且软骨面下骨质甚少,无法用螺钉或交叉克氏针固定,骨折块又极不稳定,为了使其相对牢固,将克氏针尖端钉入内侧半部滑车内,尾端采用“L”形扣入外上髁骨质内。解决了这种复杂骨折无法内固定的问题。