

节 4 例, C_{4.5} 节 4 例, C_{4.5~5.6} 节 12 例, C_{4.5~6.7} 节 6 例, 共 50 节椎间盘。临床分型参照全国颈椎病专题会标准, 神经根型 12 例, 脊髓型 10 例。

(2) 效果: 疗效评价参考殷华符、张之虎^[1]所定标准: 优: 症状及体征完全消失, 半月后恢复原工作; 良: 主要症状、体征消失, 可维持原工作; 可: 症状、体征有好转, 能做轻工作; 差: 症状与体征均无明显好转。本组优 10 例, 良 8 例, 可 4 例, 优良率 82%, 无并发症发生, 其中 6 例术后症状体征立即消失。

讨论

1. 治疗机理: (1) 减压: 经皮颈椎间盘切吸术是在椎间盘的前方钻一小孔, 取出部分髓核组织, 降低了椎间盘内压力, 使突出部分还纳, 缓解了对脊髓和神经根的压力与刺激, 使症状、体征减轻或消失。(2) 改变髓核突出的方向: 插入椎间盘前方的外套管直径 4mm, 术后插管处遗留下一小孔道, 残存的部分髓核随着颈部的活动由该孔道向前方脱出, 而不再继续向后方突出引起压迫症状, 因此, 该孔道的存在对术后 2 个月内持续减压起到重要作用。(3) 防止椎间盘突出症的继续发展: 由于在纤维外环尚未破裂之前施行了髓核切吸术, 因而阻止了纤维环继续破裂、髓核疝出的病理变化过程。

2. 施术的安全性: 穿刺插管路径的选择是安全的主要基础。我们根据颈部解剖结构的研究及尸体解剖观察, 并与 CT、MR 的横断面影像对照, 揭示在颈动脉鞘与气管、食管之间存在着一个无重要血管、神经结构的间隙, 施术时向两侧推移气管、颈动脉, 可使该间隙增大; 经该间隙穿刺、插管是安全的。

3. 注意事项: (1) 术者需与助手密切配合。(2) 局麻下施术, 随时监测患者的发音、吞咽、心搏、呼吸及神经系统状况, 防止对交感神经、迷走神经、喉返神经的损伤。(3) 侧位透视下钳取、切吸髓核, 可避免穿透后方纤维外环而损伤脊髓。(4) 严格无菌操作, 防止椎间盘内感染。(5) 严格掌握适应证与禁忌症。

4. 经皮颈椎间盘切吸术的优点: 本技术具有创伤轻、痛苦小、恢复快、成功率高、操作简便、安全, 不损伤颈椎骨质结构, 对脊髓无干扰, 疗效可靠等优点, 加之住院时间短, 医疗费用低, 术后看不到明显疤痕, 颈部活动不受限, 易为患者接受。

参考文献

1. 殷华符、张之虎, 前路手术治疗颈椎间盘突出症及颈椎病远期疗效观察。北医大学学报, 1975, 3: 152

(收稿: 1995-05-12)

手法复位夹板固定治疗肱骨髁间骨折 21 例

山西省介休市正骨专科医院 (031202) 冀尔年

我们采用手法复位、夹板固定法治疗肱骨髁间骨折 21 例, 报告如下。

临床资料

本组 21 例中男 15 例, 女 6 例; 年龄 15~63 岁; 左 9 例, 右 12 例; 伸直型 18 例, 屈曲型 3 例; 伸直型与屈曲造成 T 型者 5 例, Y 型者 3 例, 粉碎者 1 例; 肱骨下端裂成两块, 肱骨近端向背侧、前侧明显移位者 12 例 (无血管损伤), 21 例均为闭合骨折; 就诊时间最早为伤后 1.5 小时, 最迟 4 天。

治疗方法

患者平卧位, 采用臂丛麻醉, 肩外展 70°~80°前臂中立位, 术者立于患者的前外侧。术者两手掌在肘部侧面抱髁, 并向中心挤压, 以免在牵引时再加重两髁分离。一助手握住上臂, 另一助手把持前臂肘关节在 120°~140°, 屈曲位, 作对抗牵引。两助手在牵引时, 应徐

徐用力持续稳妥, 牵引 3~5 分钟, 使重迭移位完全拉开。

矫正侧方移位: 以左侧为例, 远端向尺侧移位时, 抱外髁之右手掌根部, 徐徐向上臂移动到髁上。移动时, 腕部掌面移动到外髁处紧贴皮肤代替手掌大鱼际的抱髁作用。抱内髁之右手掌, 在外抗压力下, 慢慢将两髁向外侧推挤, 有时可触到骨折断端的摩擦音。然后左手掌紧贴皮肤在稍加压力持续抱髁的情况下, 徐徐回到外髁部, 恢复抱髁, 再作对抗挤压, 矫正两髁近端的侧方分离。有时可嘱另一助手用拇指及食指由内、外髁的两侧面向中心挤压。

矫正前后移位: 术者两手仍为抱髁状, 两助手四指上移, 环抱肘前, 两手拇指移到尺骨鹰嘴处, 两拇指推骨折远端向前, 两手四指拉近端向背, 同时两手虎口对向挤压两髁, 持握前臂, 牵引之助手同时徐徐屈肘到

90°，使四方面的力量联合一致，同时操作，其目的是在保持两髌已复位的成果下，同时又矫正前后移位。

向中心推挤：一般的骨折经上手术手法即基本复位。但常因远端的两髌近端受两侧关节囊韧带的牵拉，各向内外旋转分离，使滑车关节面不平。因此，术者一手继续抱髌，由另一手在髌上向中心挤按。

骨折整复后，暂时放妥纸压垫、夹板，作超关节固定，作力线检查。如关节平整、仅有骨折远近段稍许重迭者，可利用尺骨折上端骨牵引来慢慢复位；如单一侧髌骨折块仍有向外移位时，可用拇指挤压，都不必再行手法整复。如两侧仍有明显移位时，须再经复位达到满意对位为止。

固定：在维持牵引下，术者用手捏住骨折，屈肘 90°，敷均消肿膏，上自上臂中部，下到前臂中部。消肿膏敷贴部位过小，易发生水泡，继以绷带松松缠绕。将备妥的纸压垫、小夹板置于适当部位，先捆上臂的三条布带，最后将超关节的内外侧板末端的布带结扎固定，前后侧板斜行结扎，布带要松紧合适。

如骨干原来移位很大，则在手法复位，夹板固定后，再配合尺骨牵引。作牵引时，一助手两手固定骨折部，另一助手握住前臂，皮肤经常规消毒后，利用骨钻钻入细钢针，穿针部位距鹰嘴下二横指，力线与上臂纵轴一致。穿针时，两助手固定稳妥，禁忌摇晃，以免骨折再移位。然后将患臂置于活动的牵引架上，牵引重量

约 1.5~2kg。患肢与躯干呈 7°~8°外展，前臂中立位，肘关节屈曲 90°~120°范围内。

术后根据肢体肿胀消退情况，每天要调整布带松紧度。待临床检查骨折局部不痛，肘关节用力伸屈活动时骨折部稳定，X 线片上有连续骨痂形成时即可解除固定。麻醉消退后，即可使患者作握拳锻炼。要求病人在无痛的情况下，自动加大活动范围，2~3 周后，活动范围可到 40°~50°左右，解除夹板后，除仍主动活动外，可作轻手法按摩。

治疗结果

解剖或接近解剖关节面平整 14 例；关节面不够整齐，有 1/4 前后错位 6 例，经固定、牵引自己功能锻炼后关节面平整；粉碎性 1 例，手术治疗。随访最短 2 个月，最长 21 个月，伸屈功能无障碍者 11 例，屈曲 90°以上者 7 例，70°以上者 3 例（其中有 4 例肘关节不能够完全伸直）。

小结

我院采用中西医结合治疗肱骨髁间骨折应用熟练的整复手法，有效的固定措施和早期进行功能锻炼，取得了满意的疗效，没有发生 1 例关节强直等并发症。治疗肱骨髁间骨折取得成效的基本原则骨折需要固定，同时也需要有合理的功能运动、活动与固定密切结合，保证了骨折治愈后关节功能的恢复。

（收稿：1995-04-21）

中西医结合治疗筋膜间室综合征 12 例

甘肃省中医院 (730050) 刘 忠

我院于 1983 年 9 月~1994 年 10 月采用中西医结合方法收治筋膜间室综合征 12 例，治疗效果优良，分析如下。

临床资料

本组男 8 例，女 4 例；年龄 14~50 岁；交通伤 4 例，机械伤 3 例，砸伤 2 例，摔伤 2 例，矫形手术后石膏固定过紧 1 例；部位：前臂 4 例，下肢小腿 7 例，足部 1 例；本组病例损伤特点：交通事故伤多合并多处骨折，病情危重，综合征肢体软组织闭合损伤重，粉碎骨折占 80%，机械损伤软组织闭合性广泛挫伤，骨折断端移位严重。砸伤病例，闭合骨折多为粉碎。坠积或摔伤常合并其它部位骨折，合并综合征肢体骨折断端或碎骨片移位穿透全部肌层，皮肤尚完整。医源性损伤：暴力反

复整复骨折，中药膏衬垫包裹并小夹板固定过紧。

临床症状与分型

1. 轻型：受累肢体肿胀，皮肤散在大小不等水泡、皮色暗紫、皮温发凉、触及皮肤中等紧张感，感觉减低、麻木、指、趾末端血管充盈反应差，被动牵拉肌腹出现剧痛，肢体远端动脉搏动微细，并发症时间在 4 小时。

2. 重型：患肢剧烈疼痛，病人躁动伴发烧，肢体高度肿胀，“5P”症明显存在，测患肢室间压大于 30mmHg，并发并发症时间在 6 小时以上。

治疗方法

1. 轻型：8 例轻型患者入院后立即解除肢体受压因素，将受累肢体垫高放置在同心脏水平位，快速静滴 20%甘露 250ml，地塞米松 10~15mg。服加减通窍活血