

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髌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。治疗肱骨髌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

承气汤：当归 30g 赤芍 12g 川芎 12g 苏木 12g 红花 9g 桃仁 9g 芒硝 5g 大黄 10g 甘草 6g 水煎服。治疗后 2 小时明显见患肢血循环改善，肿胀有消退，皮温增加，远端动脉搏动清楚，剧痛症状减轻。

2. 重型：4 例患者受累肢体出“5P”症室间压大于 30mmHg，在麻醉下行切开减压受累间室，切口的大小根据术中肌肉膨出的张力决定，术后滴 20% 甘露醇 250ml 6 小时一次，地塞米松 10~20mg 小壶加入，应用预防性抗菌素，服加减通窍活血承气汤。减压切口创面用自制灭菌、生肌中药敷料覆盖治疗结果满意。

治疗结果：本组除 1 例畸形矫正术后患者应用止痛药物掩盖症状，12 小时后发现进行治疗，最终部分足坏死截除，其余病例全部治愈。住院时间最短 3 周，最长 8 周，随访时间为一年，骨折愈合，患肢功能恢复良好。

讨论

本组病例发病原因：1. 致伤外力多造成两处以上损伤，如颅脑损伤、内脏损伤，多发骨折，并发综合征肢体除骨折，软组织损伤较重，伤肢未得到及时正确处理，并置于一种不利患肢血液循环的位置。2. 本组 2 例胫骨下段骨折，伤后局部肿胀严重，反复暴力整复骨折，造成局部软组织再损伤，并用中药膏衬垫加小夹板

过紧固定，前臂出现筋膜间室综合征。3. 1 例严重马蹄内翻足矫形术后石膏固定过紧，肌注杜冷丁止痛药掩盖了症状，12 小时后发现进行治疗仍造成部分足坏死截除。筋膜间室综合征是四肢创伤严重并发症，有原始创伤重所致，也有医源性治疗不当引起的。

本组病例用通窍活血承气汤活血化瘀，泻火止痛，改善患肢血循环。20% 甘露醇及地塞米松静滴，能促进血管外液向血管内转移，降低组织压，扩充血容量，改善微循环，保护肾功能，使受累肢体恶性循环明显改善。文中 8 例轻型患者治疗前测室间压大于 30mmHg，治疗观察 2 小时测压，室间压下降 10mmHg，局部症状及体征缓解。

本组 4 例重型行受累间隔区皮肤、筋膜、肌膜切开减压，一旦确诊急诊手术减压。本组 1 例前臂采用皮肤小切口筋膜切开术，在病变间室上下端各作一约 3cm 长小切口，插入长剪，剪开筋膜及肌膜。3 例小腿采用皮肤双切口筋膜切开术，在小腿前外侧及后内侧切开皮肤、筋膜、肌膜，达到术中见减压彻底为止。对切开减压创面用自制灭菌、生肌敷料覆盖，辨证分期应用中汤剂，早期以活血化瘀，消肿止痛；中期因阴液亏损采用扶正为本兼顾调和气血，晚期注重益气养血。

(收稿：1994-10-26)

自动经皮椎间盘切除术治疗腰椎间盘突出症 81 例

广西玉林地区人民医院 (537000) 黄德征 陈海 唐传其 罗一军 吕硕 陈柱森

我院自 1994 年 1 月~1994 年 11 年月应用 APLD 技术治疗腰椎间盘突出症 81 例，效果满意，报告如下。

临床资料

81 例中男 63 例、女 18 例；年龄 18~64 岁；病史 1 个月~10 年；均有典型的腰椎间盘突出症病史和定位体征，81 例均经 CT 确诊，并与临床表现相符，其中单纯腰椎间盘突出 50 例 67 个椎间盘，属巨大型突出 5 例 5 个椎间盘，腰突症伴突出髓核钙化骨化 15 例，伴黄韧带肥厚 3 例，伴小关节退行性变，骨性神经根管、侧隐窝狭窄 8 例，98% 病例经保守治疗至少 4 周以上，81 例中以左侧为主 45 例，以右侧为主 35 例；L₄₋₅ 椎间盘突出 50 例，L₃₋₄ 和 L₄₋₅ 同时突出 3 例；L₅S₁ 突出 16 例，L₄₋₅ 和 L₅S₁ 同时突出 14 例，共 97 个椎间盘。L₃₋₄、L₄₋₅ 共行穿刺切除术 68 例次，其中 1 例行重复穿刺；L₅S₁ 共行穿刺切除术 32 例次，其中 2 例重复穿刺，而

经髂骨钻孔的有 24 例次，非髂骨钻孔 8 例次。81 例共穿刺 97 个椎间盘 100 次穿刺，穿刺成功 99 次 80 例 96 个椎间盘，成功率为 99%，穿刺失败 1 例一个椎间盘为 L₅S₁。

手术方法

应用电动式经皮腰椎间盘切吸仪，L₃₋₄、L₄₋₅ 及部份 L₅S₁ 的穿刺进针点选在后正中线旁开 8~16cm 的病变椎间隙水平上，以 25°~45° 角进行穿刺；如病变在 L₅S₁ 椎间盘而髂脊又高位及腰骶角小于 32° 者，我们采用周义成^[1]的髂骨钻孔法，距后正中线 10~16cm，与该椎间隙平面交点处作穿刺点，用骨科环钻与冠状轴成 0°~10° 角在髂骨翼上钻孔，穿刺经该孔进行，套管达椎间盘后 1/3 或后 1/4 处，以切取背侧椎间盘组织。

术后卧床 3~7 天，常规使用抗生素 3~5 天，部份病人辅以腰椎牵引 7~14 天，以增加后纵韧带的紧张