

临床资料

本组 43 例中,男 26 例,女 17 例;年龄 3 岁 7 个月~11 岁 5 个月。均为闭合性骨折,左侧 22 例,右侧 18 例,双侧 3 例;上段骨折 12 例,中段骨折 26 例,下段骨折 5 例;横断型骨折 17 例,斜型骨折 18 例,粉碎型骨折 8 例。从受伤到治疗最短 2 天,最长 8 天。

治疗方法

在全麻下将病人转移至牵引床上,双下肢各外展 15°,双足用布带固定于牵引床的足托上。一助手用双手稳定骨盆,安装一衬垫良好的会阴柱,然后在双侧小腿上同时施加牵引力,远骨折端的牵引必须与近骨折端方向一致。术者消毒术野皮肤,敷无菌巾,手法闭合复位。使用电视 X 光机检查骨折对位对线情况,复位满意后,术者维持复位,另一助手将一枚 2mm 克氏针由大腿外侧进入,经电视 X 光机确定进针位置后,用骨钻将克氏针由近骨折端斜行钻入远骨折端,将针尾埋入皮下,无菌敷料包扎。双侧股骨干骨折者,另一侧治疗同前。最后,单侧股骨干骨折者用单髌人字石膏裤外固定,双股骨干骨折者双髌人字石膏裤外固定。术后应用抗菌素,1 周后出院。石膏裤外固定持续 8~12 周。骨折骨性愈合后,在局麻下取出克氏针。

治疗结果

随诊时间:最长 7 年 4 个月,最短 3 年,平均 5 年 5 个月。结果:本组 43 例患儿在固定过程中,均未出现成角、移位畸形,无一例发生畸形愈合、延迟愈合、不愈合,步态和髌、膝关节活动均正常,患腿较健腿增长

最多 10.5mm,最少 6.2mm,平均 9.8mm。本组 43 例均无感染发生。

讨 论

儿童期间对畸形矫正能力表现得非常突出,它不仅具有骨折局部的塑形能力,而且还可以通过骨骼在发育过程中,对骨组织进行改造矫正,以适应肢体使用的需要^{〔1〕}。因此,对儿童股骨干骨折的复位要求不象成人那样严格,在保持对线良好、没有旋转畸形的情况下,可以允许有一定范围的重叠和侧方移位。治疗儿童股骨干骨折,多种骨牵引和皮牵引方法都曾被成功使用过,每种方法都有它们各自的优点,不足之处是住院时间长。也有人采用闭合对位,髌人字石膏裤外固定的方法,此种方法解决了住院时间长的问题,但在行石膏裤外固定过程中不易维持骨折对位,另外在固定过程中部分病人出现移位或成角畸形^{〔2〕}。而闭合复位经皮穿针内固定髌人字石膏裤外固定治疗儿童股骨干骨折,既无在固定过程中出现移位或成角畸形之忧,又可显著缩短住院时间,减轻患者经济负担,我们认为这是一种简单、可靠、经济的治疗方法。

参考文献

1. 王亦聰,等. 骨与关节损伤. 北京:人民卫生出版社. 1991: 154~155.
2. 柳用墨,等. 儿童骨骼损伤. 北京:人民卫生出版社. 1992: 329~339.

(收稿: 1995-08-15, 修回: 1996-04-30)

钢针撬拨复位法治疗桡骨小头歪戴帽

安徽省无为县中医院 (238300) 伍栋材*

自 1990 年 5 月~1995 年 2 月,采用经皮骨圆针撬拨复位法及石膏托外固定治疗桡骨小头歪戴帽 16 例,疗效满意,报告如下。

临床资料

本组 16 例中,男 10 例,女 6 例;年龄 8~15 岁;桡骨小头骨骺分离移位 4 例,桡骨颈骨折移位 12 例;左 9 例,右 7 例;受伤至整复时间最长 7 天,最短 4 小时。

治疗方法

患者仰卧于放射科摄片床上,患肘碘酒酒精消毒用 1%利多卡因作局部浸润麻醉。一助手牵引患者上

臂,另一助手于前臂作对抗牵引,并将肘部保持内翻位,使肱桡间隙增宽。术者左手压住患肘使呈半伸肘 145°,右手持一骨圆针(∅2.5~3.0mm),经皮自肘下方(顺骨折移位方向)靠近骨折线处钻入,在 X 光机监视下,将骨圆针进入骨折断端之间,利用骨圆针之扁平尖端,自折端间撬拨起桡骨小头,使嵌插之断端松动,再将钢针针尾抬高,以桡骨远折端骨折面为钢针尖端之支点,以桡骨小头(近折端)外侧骨皮质为应力点,右手向上、前、内方(近折端移位的反方向)用力推挤,使得桡骨小头复位。若复位尚欠满意,可用左手拇、食、中指捏住桡骨远折端并将其固定,将钢针自折端间稍

* 现工作单位:安徽省无为县牛埠中心医院 (238351)

退回至肘外侧肌内或皮下,抬高针尖,在折缝上方进针,使针尖抵达并顶住桡骨小头前外或后外侧骨皮质,用力顶推拨正。或留针于折缝间,右拇指向近折端施压,使达完全复位。待复位满意后拔出钢针并摄片观察对位对线情况,如有不妥,尚可再次调整。针眼用无菌纱布包扎,屈肘 90°前臂中立位或旋后位石膏托外固定,三角巾悬吊前臂于胸前。3 周后解除外固定,进行功能锻炼。

治疗结果

本组 16 例,无 1 例出现针眼感染,术后 3 周拍片复查,骨折对位对线良好,骨折临床愈合。随访半年,肘关节功能恢复良好,无前臂旋转疼痛及肘关节功能障碍发生。

体会

桡骨头颈部骨折发病率较高,多因跌倒时肘伸直、前臂旋前位、手掌触地,暴力由桡骨下端向上传达并引起肘部过度外翻,使桡骨小头冲击肱骨小头,肱骨小头的反作用力致桡骨小头被挤压而骨折,骨折块向外侧或外后侧移位,呈歪戴帽之征象。并因桡骨头颈部外侧缘承受较大冲撞力,常发生不同程度的嵌插。致肱桡关节和上尺桡关节功能紊乱,若得不到及时治疗,易造成前臂旋转功能障碍,或引起创伤性关节炎。

钢针撬拨复位法治疗桡骨头和颈部骨折,用于临床已多年,积累了一定的经验,但也有不少失败的报道。究其失败原因:一为骨折的远近断端部分嵌插,阻碍桡骨头复位;二为桡骨头向外后方移位时伴有桡骨远侧断端向尺侧移位,致使桡骨头(近折端)不能完全复位或复位后不稳定。有的学者针对后一种情况提出,在用钢针从外向后尺侧推顶移位桡骨头(近端)的同时,再从尺骨上端后缘穿入另一钢针抵住桡骨远侧断端并向桡侧推挤。这种方法就要同时穿入两根钢针,使手术复杂化。我在总结上述经验的基础上,利用一根骨圆针从外下后方插入远近断端之间,针的扁平尖端抵达远断端面上,然后将针柄抬高向上、内、前方推撬。这样利用杠杆作用既可使嵌插分离,推挤桡骨头复位,又可将向尺侧移位的桡骨远侧断端拨向桡侧。此时,若移位的桡骨头(近端)仍未完全复位,可加用手法捺正或用钢针顶正迫其复位。

另外,术后必须立即拍摄 X 线片,观察复位情况,务必达到两断端外侧骨皮质恢复接触,否则,将有再移位的可能。

(本文承蒙安徽中医学院附院骨科丁铎教授审阅,特此致谢)

(收稿:1995-12-11)

不同角度牵引治疗腰椎间盘突出症 354 例

江苏省徐州市中医院 (221009) 刘 峰 潘晓红*

我们在李晶氏^[1]颈椎力学模型的启导下,将其原理应用于指导腰椎牵引,对 354 例腰椎间盘突出症(LDP)患者分组治疗,重点对牵引角度进行了观察对比,在临床 LDP 的治疗中获得令人满意的疗效。现分析报告如下。

临床资料

354 例 LDP 患者随机分为两组, A 组为不同角度牵引组, 178 例, 男 102 例, 女 76 例; 年龄 25~55 岁; 病程 1 周~10 年。 B 组为对照水平牵引组, 176 例, 男 95 例, 女 81 例; 年龄 25~50 岁, 病程 2 周~10 年。 所有病例均经 CT 或 MRT 证实为腰椎间盘突出。 突出物在 0.5cm 以下者 192 例, 在 0.6~0.7cm 之间者 152 例, 突出物在 0.8cm 以上者 10 例。

治疗方法

牵引床为自制可调式, A 组成角度牵引, 患者仰卧

位, 髋骨固定, 髋关节屈曲 60° 膝关节屈曲, 双脚掌着床, 牵肋骨扎带。 L₅S₁ 突出者以 30° 角牵引, L_{4,5} 突出者以 15° 角牵引, L_{3,4} 突出者以 0° 角(水平)牵引。 牵引重量以患者自觉舒适为宜, 不强求大重量或超体重牵引。 每次牵引 30 分钟, 每日牵引一次, 牵引后即行四步手法治疗^[2], 12 次为一疗程, B 组水平牵引, 其它治疗方法同 A 组。

治疗结果

疗效标准:痊愈:腰腿痛症状消失,脊柱畸形消失,运动正常,神经反射功能大部分恢复,能参加正常工作。有效:腰腿痛症状消失,脊柱畸形大部分消失,神经反射功能部分恢复,能参加轻体力工作。无效:治疗 2 疗程后,腰腿痛未减轻,脊柱畸形存在,神经反射检查与初诊无明显改变。

结果: A 组 178 例, 痊愈 145 例, 有效 27 例, 无

* 江苏省徐州市立第三医院