

疫炎性反应导致根性炎症的自体免疫学说^[2]等, 另外还有与腰椎间盘突出症并存的中央部椎管狭窄和周围部椎管狭窄。作为保守治疗目的是最终能消除神经根的炎症, 水肿, 粘连, 促进髓核还纳。中医根据辨证的各种治法: 如活血祛瘀, 行气止痛, 益气通阳, 温化寒湿, 舒经活络等, 来达到上述目的。蒋氏^[3]认为中药对物理化学性神经根炎, 有减轻炎症反应程度, 缩短炎症期, 减轻结缔组织形成的作用。疼痛的消除使腰肌的痉挛缓解, 局部炎症的消退, 粘连的减轻有利于髓核的还纳。腰椎间盘突出症的病理改变与临床各型的相关情

况, 初步为辨证分型治疗提供了依据, 但要阐明其相关规律, 还须做更多深入的研究。

参考文献

1. 赵敦炎, 王也刘. 腰椎间盘突出症合并侧隐窝狭窄的诊断和治疗. 中华骨科杂志 1992; 12 (1): 44.
2. 赵平. 突出髓核组织与腰椎间盘突出症的发病. 中医正骨 1992; (4) 3: 41.
3. 蒋位庄, 等. 活血化痰治则对模拟神经根炎治疗作用的实验研究. 中国骨伤 1991; 4 (1): 8~9.

(收稿: 1997—09—21; 修回: 1998—01—23)

严重移位肱骨髁上骨折治疗方法探讨

河南省新乡医学院第一附属医院 (453100)

支凌翔 陈金兰 吕凯声 薛克修

我院自 1987 年 1 月~1997 年 1 月共收治严重移位肱骨髁上骨折 112 例, 对其治疗方法作一探讨。

临床资料

112 例患者按住院先后随机分为两组。手术组 68 例, 女 19 例, 男 49 例; 年龄 2.5~13 岁; 伸直型 64 例, 屈曲型 4 例; 合并血管神经症状者 10 例; 开放伤 6 例; 手法复位失败 36 例。牵引组 44 例, 女 18 例, 男 26 例; 年龄 1.5~14 岁; 伸直型 40 例, 屈曲型 4 例; 合并血管神经损伤症状者 14 例; 开放伤 4 例; 手法复位失败 30 例。

治疗方法

手术组入院时病程为 2 小时~20 天。入院后经术前准备, 均急诊手术切开复位内固定。除 1 例因合并尺骨鹰嘴骨折采用后侧入路外, 其余均为前外侧入路。33 例行克氏针内外髁交叉固定, 35 例骨折端钻孔后 10 号丝线缝合内固定, 术后石膏托或肘外翻板外固定。平均住院时间 18 天, 对合并血管神经损伤者术中探查, 见神经连续性完整, 均为不同程度挫伤及嵌压。前臂血液循环障碍为血管痉挛或软组织肿胀压迫所致, 手术时同时切开减压以解除压迫, 缺血症状均于肿胀消退后消失。术后 3~8 周神经功能恢复, 外固定时间 3~4 周。牵引组病例, 入院时病程为 1 小时~6 天。入院后经简单术前准备, 肘关节部位消毒, 在距尺骨鹰嘴 2~3cm 范围内定出嵌夹点, 2%利多卡因局麻, 用大号布巾钳撑紧嵌夹点皮肤, 夹入骨皮质, 包扎。患儿平躺屈肘向上作垂直悬吊牵引, 重量为体重的 1/10~1/12。牵引前 1~2 天应密切观察前臂血液循环, 以防缺血挛

缩。4~5 天床边 X 线透视或摄片, 视骨折复位情况适当调整牵引重量, 避免过牵或重叠移位。伸直型骨折一般还要加用侧方牵引, 重量以能维持骨折正常对线为准 (1~2kg)。本组病人平均复位时间 5 天, 平均牵引时间 3 周, 平均住院时间 24.8 天。牵引 3 周左右摄片, 若骨折端有骨痂形成, 可去牵引行肘外翻板固定, 一周后去夹板行功能锻炼。

治疗结果

112 例患者均获随访。疗效评价采用宣氏肘关节活动及提携角测定标准^[1]。手术组优 43 例, 良 4 例, 差 18 例; 牵引组除 2 例因缺血挛缩肘腕关节僵硬外, 其余均达优良标准, 优良率 95.5%。牵引组 4 例开放性骨折经创口严格消毒包扎, 静脉应用抗生素治疗, 无 1 例发生感染。

讨 论

根据我院近 10 年间分别采用两种不同疗法所治疗的 112 例患者随访结果分析, 一般认为合并血管神经损伤, 手法复位失败, 严重移位、开放或粉碎性骨折均为手术指征。结合上述病例对照结果, 我们认为, 手术切开复位的唯一指征应为前臂缺血挛缩, 因为轻度的前臂缺血症状多为骨折端或周围软组织水肿嵌压或血管痉挛引起, 经牵引复位, 应用扩血管药物, 局部肿胀消退后, 症状多可缓解, 除非为血栓形成或血管破裂。开放性骨折多属骨折端由内向外刺破皮肤所致, 一般破口小, 污染轻, 经严格消毒包扎, 早期应用抗生素, 均可避免感染的发生。神经损伤多为挫伤, 完全断裂者十分少见, 经保守治疗多能恢复, 若伤后 2 月内功能仍

未恢复,再切开探查。手术切开并发症较多,本文所述 68 例手术患者,有 12 例合并不同程度肘内翻,关节僵硬。关节活动度差 10°者 6 例,20°~30°者 4 例,差 5°者 2 例。44 例牵引治疗患者,仅有 6 例出现 5°以内的提携角减小,2 例入院时即有缺血挛缩的病例牵引复位后肘腕关节僵硬外,其余患者肘关节活动正常。与牵引治疗相比,手术患者无论是并发症的发生率,还是严重程度均明显增加,优良率经统计学处理,有明显差异。因此,我们认为尺骨鹰嘴持续骨牵引是治疗严重移位,肿胀肱骨髁上骨折最理想的方法。其优点是:1. 操作简便,所用器械简单,费用少,损伤小,易于掌握,便于推广。牵引时伤肢悬吊,易于静脉回流,消肿快,便于观察伤肢末梢循环及活动恢复情况。牵引后辅以手法

复位,必要时加侧方牵引,复位过程较温和,复位效果较理想,不易出现并发症或加重损伤。2. 可以早期活动,牵引后疼痛即消失,患儿在牵引中可以作少量小幅度的肘腕关节活动,即有利于骨折端自动复位,又减少了肌肉萎缩和肘关节强直的发生率。缺点是住院时间稍长于手术组,牵引前几天需经常床边 X 线透视或摄片亦显麻烦。操作不当可出现嵌夹点骨皮质撕脱,造成半途而废。

参考文献

1. 宣桂林. 小儿严重移位肱骨髁上骨折治疗的探讨. 中华小儿外科杂志 1981; 2 (2): 93~95.

(收稿: 1997-10-21)

PLD 与 APLD 治疗腰椎间盘突出症比较

中国铁道建设总公司西安医院 (710016) 周志伦

现对我院 1993 年~1995 年间采用 PLD 与 APLD 切割治疗腰椎间盘突出症患者 96 例进行分析、比较。

临床资料

PLD 组: 51 例中男 37 例,女 14 例;年龄 20~58 岁;病程 1 月~12 年,其中 3 年以内 42 例,3 年以上 9 例;病变节段 1 节椎间盘突出者 45 例,2 节突出者 5 例,3 节突出者 1 例;L₃₋₄椎间盘 3 节,L₄₋₅椎间盘 43 节,L₅~S₁椎间盘 13 节(共 59 节椎间盘)。

APLD 组: 45 例中男 31 例,女 14 例;年龄 23~61 岁;病程 2 周~8 年,其中 3 年以内 41 例,3 年以上 3 例;病变节段 1 节椎间盘突出者 37 例,2 节突出者 6 例,3 节突出者 2 例;L₃₋₄椎间盘 2 节,L₄₋₅椎间盘 46 节,L₅~S₁椎间盘 4 节(共 52 节椎间盘)。

切割器型号及主要部件和功能

1. PLD 组采用武汉同济医大同济医院研制生产 ZC-IA 型切割器。包括:定位针,套管针(直径 4mm)扩张器,环锯,骨钻(用于 L₅~S₁ 穿刺时髂骨钻孔),疏通棒,内外切割器,另配不锈钢尺 1 把,连接负压吸引器的硅胶管 40~50cm 根,负压吸引器一台。穿刺成功后将内外切割器放入套管针内,在抽吸的同时左右前后方向切割将髓核组织吸出。

2. APLD 组采用济南龙冠电子技术公司生产的电动式经皮腰椎间盘吸切治疗仪。包括:(1)主机、动力传动及机头。其作用是提供动力,带动髓核切除器,完成切割运动。(2)穿刺引导系统。主要功能是建立正确

的切割抽吸椎间盘通道。(3)环锯:直径 3.5mm 带针座空心管,用以打通纤维环。(4)髓核切除器,直径 4.0mm 和 4.8mm 的外套管及内切割刀组成,两层管壁间及内切割刀是生理盐水负压切割抽吸通道。(5)髓核夹取钳:直径 4.0mm,用于椎间盘纤维化程度较高的病人,可直接夹取髓核或夹碎髓核,以利抽吸。(6)可控性弯钳:360 度弯曲,夹取髓核,扩大髓核范围。(7)髂骨骨钻:用于 L₅~S₁ 病变打通髂骨翼的作用。负压吸引器同 PLD 组。

结 果

疗效标准:优:症状和体征完全消失,恢复正常工作;良:症状和体征基本消失,不影响正常生活;有效:症状和体征同术前相比有改善,仍需其他方法治疗;无效:症状和体征与术前相同。PLD 组随访时间最短 3 个月,最长 13 个月,平均 6 个月,随访 33 人,随访率占 64.7%。取出髓核量,最少 1.0g,最多 3.0g,平均 2.1g。APLD 组随访时间,最短 2.5 月,最长 11 个月,平均 5.5 月,随访 28 人,随访率占 62.2%。取出髓核量,最少 1.8g,最多 3.9g,平均 2.8g。PLD 组:优 24 例,良 17 例,有效 4 例,无效 6 例,有效率为 88.8%。本组发生 1 例椎间隙感染,经保守治疗一月余治愈。APLD 组:优 30 例,良 10 例,有效 3 例,无效 2 例,有效率为 96%。无一例并发症。

讨 论

1. PLD 方法优点是:电动旋转切割,每分钟可达 6