

位。我们认为利用经皮克氏针撬拨这一杠杆作用,能有效地纠正骨折的翻转及纵轴和横轴的移位。此法具有创伤小、复位好、固定牢靠、功能恢复快等优点。

(收稿:1995-10-30)

## 推顶法对小儿肱骨髁上骨折并发肘内翻的治疗与预防

山东省临沂地区中医院 (276002)

吴锡进 单连美 杨春梅

朱维克 李刚\* 史淑华\*

我们从 1983~1994 年运用推顶法治疗小儿肱骨髁上骨折 380 例,肘关节功能优评定率占 99.8%,肘内翻发生占 5%。

**临床资料** 380 例其中男 266 例,女 114 例;均为新鲜骨折;右肘 230 例,左肘 150 例;伸直型 268 例,屈曲型 112 例,尺偏型 238 例,桡偏型 142 例;两断错位分离 326 例,错位 1/4 36 例,无移位者对位良好 18 例。骨折复位达解剖位 274 例,前后移位 1/4 106 例;尺偏 101 例,桡偏 279 例。

**治疗方法** 对肱骨髁上骨折力争早期手法复位,为防止向内成角的尺偏。在整复时先纠正侧方移位,有意识地将远端向桡边推约 1/4,再纠正前后移位,一般不用麻醉,做超肘关节小夹板外固定,再用铁丝托超腕关节控制旋转固定。如伸直尺偏型骨折整复时常规先矫正旋转和侧方移位,一助手握住患儿上臂,另一助手握住腕部,做对抗持续牵引,先使前臂旋后,术者双手拇指挤顶肱骨近折端桡侧,同时两手四指环抱肱骨骨折远端尺侧向桡侧拉,矫正侧方移位,然后两拇指再转向肘后向前推尺骨鹰咀,两手四指再重叠环抱骨折近端前侧向后拉的同时令远端助手,在牵引下慢慢屈肘关节常可感到骨擦音时达到复位,小夹板常规超肘关节外固定,再加铁丝托超腕旋后位固定。颈带绕肘上臂贴腋胸中立位悬吊。屈曲型屈肘 30°~40°外固定,伸直型屈肘 90°左右位固定。

向患儿家长讲明推顶法要领,一手握着腕部尺侧轻轻向桡侧推 10°~20°,另手拇指顶肱骨外上髁为支点向桡侧顶做对抗,每日做 2~3 次,每次推 20~30 次,每次 2~3 分钟,15 天为一疗程,行 2~3 个疗程。睡觉时平卧位,肩关节外展外旋,在肱骨近端桡侧放小枕头垫高 30°左右,借前臂重力向桡侧加大重力纠正尺

倾和向内成角预防内翻。如果复位后由于广泛肿胀和剧烈疼痛,患儿家长不忍心下手,可待肿胀消退后,再行推顶法治疗。

**治疗结果** 随访半年 66 例,1 年 126 例,2 年 188 例;肘携带角 0°~10°170 例,10°~18°191 例;肘内翻:0°~10°15 例,10°~18°4 例;肘关节屈 130°~135°350 例,屈 120°~130°26 例,屈 100°~120°4 例。伸-8°~0°350 例,伸 0°~6°26 例,6°~10°4 例。

**讨论** 肱骨髁上骨折肱二头肌丧失了它的旋后作用,骨干连续中断,没有对抗作用的强有力的旋前圆肌可将近侧尺桡关节旋转至旋前位,可逐渐发生肘内翻。在屈肘超腕控制前臂活动预防向内成角畸形中主要取决远折端肌肉的关系。被动旋前位使前臂伸肌群收缩而紧张作用于内上髁,旋前肌肉放松,旋后肌肉被拉紧,外侧间隙缩小,内侧骨膜铰链紧张。被动旋后位,则使前臂屈肌群收缩紧张,旋后肌肉放松,旋前肌肉被拉紧,骨折内侧间隙靠拢,外侧骨膜铰链紧张。预防向内成角产生,需要内上髁尽可能放松,所以尺偏型应旋前位固定,桡偏型应旋后位固定。

(收稿:1995-06-21)

## 青年股骨颈骨折治疗 16 例报告

江苏省邳州市人民医院 (221300)

沙广钊 王永东 吴林 石玉刚

我院自 1982 年以来共治疗 16 例青年股骨颈骨折,现报告如下。

**一般资料** 本组 16 例中男 10 例,女 6 例;年龄 12~36 岁;骨折类型:头下型 9 例,经颈型 5 例,基底粉碎型 2 例;Garden 分类:III 型 10 例,IV 型 6 例;外伤原因:骑车摔倒 2 例,滑倒 3 例,车祸 6 例,砸伤 1 例,坠落伤 4 例;单纯股骨颈骨折 12 例,合并其他部位骨折、脏器损伤 4 例。

**治疗方法** 本组 16 例均行内固定手术治疗,闭合复位 11 例(多根斯氏针 6 例,双加压螺纹钉 5 例),切开复位 5 例(多根斯氏针 3 例,加压螺钉加肌蒂骨移植 2 例)。手术时间最短为伤后 6 小时,最长为 9 天,平均 4 天。

术后第 2 天锻炼股四头肌,2 周拆线,无 1 例感染。严格要求病人术后 6 个月时扶拐下地,并复查 X 线片

\* 山东省邹平县中医院

见骨折基本愈合后开始部分负重行走, 1 年后弃拐自由活动。

**治疗结果** 本组 16 例病人术后均得到随访, 随访时间最短 2.5 年, 最长 10 年, 平均 6.5 年。骨折全部愈合, 股骨头缺血坏死 5 例, 占总病例的 31.3%。

**讨论** 股骨颈骨折内固定方法较多, 术后远期并发症较高。青年人因在解剖、致伤和治疗上的特殊性, 致使有较高的头坏死率或骨不连发生率。对青年股骨颈骨折的治疗, 多数学者主张准确复位, 也有学者提倡伤后急诊手术复位, 坚强内固定。

青年股骨颈骨折后股骨头缺血坏死是由多方面因素所致: (1) 致伤因素: 高暴力致伤多, 伤后骨折移位大, 对股骨头血运破坏大。本组术前 X 线片示骨折均为 Garden III~IV 型。(2) 骨折的解剖部位: 本组头下型骨折 9 例, 经颈型 5 例, 基底粉碎型 2 例。青年人股骨颈基底部皮质较厚, 松质骨也较密且坚韧, 较少发生骨折, 而头下、颈部则是骨折的相对易发区。(3) 术后下地负重时间的掌握: 目前国内治疗股骨颈骨折以多针或多根加压螺纹钉内固定为主, 手术当时可以达到较牢固的固定要求, 但术后不久即会出现针道周围骨的压迫性坏死使固定相对松动, 如果术后过早负重活动会使骨折端反复受到剪切应力作用产生骨吸收不愈合及头缺血坏死。青年人活动能力强, 往往会过早负重活动。本组 5 例股骨头坏死的病人中, 有 4 例在术后 6 周内扶拐下地负重行走。完全恢复的 11 例则是按要求在术后 6 个月内非负重下活动锻炼, 6 个月后摄片见骨折基本愈合时开始扶拐下地逐渐负重活动。所以我们的意见是应待骨折基本愈合后再下地负重活动。

(收稿: 1995-06-21)

## 儿童肱骨髁上骨折的外科治疗

贵州省凤冈县人民医院 (564200)

郝满红 胡 军 任黔军

肱骨髁上骨折是儿童最常见的损伤之一, 我院从 1987 年 5 月~1994 年 5 月采用切开复位克氏针交叉内固定治疗儿童肱骨髁上骨折 100 例, 经 1~7 年的随访, 取得了满意的疗效。现报告如下。

**临床资料** 100 例中男 80 例, 女 20 例; 年龄 3~14 岁; 闭合骨折 97 例, 开放性骨折 3 例; 伸展型 98 例, 其中伴尺侧移位 86 例, 桡侧移位 12 例, 屈曲型 2 例。新鲜骨折 45 例, 陈旧性骨折 55 例。新鲜闭合骨折均经

手法闭合复位失败。陈旧性骨折伤后至手术时间: 24~50 天, 平均 28 天。

**治疗方法** 取肘后正中切口, 游离尺神经。倒“V”形切开肱三头肌腱, 腱膜向下翻开, 显露骨折部位, 在骨膜下显露骨折断端。陈旧性骨折用骨膜剥离器轻轻地剥离骨痂, 显露骨折线。伸展型骨折用骨膜剥离器以骨折远端为支点, 轻轻地撬出近端复位。屈曲型骨折复位方法与此相反。复位后由助手保持屈肘 90°, 注意矫正尺偏, 用 2 枚 1.5~2.0mm 克氏针从两髁部打入, 交叉固定骨折部, 交叉针一定要穿透对侧骨皮质, 露出皮质外 1~2mm。然后活动肘关节, 见固定确实, 无旋转, 无侧方移位后, 关闭切口, 术后屈肘 90°石膏托固定。术后 3 周拆石膏托, 开始进行肘关节功能锻炼, X 线显示有骨痂生长后拔内固定针。

**治疗结果** 本组病例随访 1~7 年, 按临床表现和 X 线改变评定, 优: 肘关节伸屈活动正常, 无肘内翻; 良: 肘关节屈伸受限 10°以内, 肘内翻 5°以内; 尚可: 肘关节屈伸受限 20°以内, 肘内翻 6°~10°; 差: 肘关节屈伸受限 20°以上, 肘内翻超过 10°。结果: 优 72 例, 良 15 例, 可 8 例, 差 5 例。总优良率 87%。

**讨论** 肱骨髁上骨折, 因骨折端靠近关节, 闭合整复难度大, 肘内翻发生率高。对闭合复位失败或陈旧性肱骨髁上骨折应尽早切开复位, 合理固定。

手术适应证: 1. 手法闭合复位失败或复位后不稳定, 外固定无法维持骨折对位对线。2. 合并神经血管损伤需探查修复者。3. 开放性骨折。4. 陈旧性骨折估计可能遗留肘内翻, 肘关节功能障碍等后遗症者。

手术注意事项: 手术中应尽量少剥离骨膜。利用骨膜剥离器复位时应轻柔, 不可用力过猛以免压塌骨折远端造成断端间不稳定。克氏针应穿出对侧骨皮质 1~2mm, 若未能穿透对侧骨皮质则复位不稳定, 易产生旋转、侧方移位。本组有 3 例在手术时因克氏针未穿透对侧骨皮质术后肘内翻畸形明显。缝合肱三头肌腱膜时应在屈肘 90°位缝合以免影肘关节功能。尺神经一般应前移置于皮下, 避免因克氏针压迫产生尺神经麻痹。术后第 2 日即开始进行握拳活动, 3 周后去除石膏托外固定, X 线证实有骨痂生长后去除内固定。

(收稿: 1995-06-21)

## 颈椎病从肾论治 61 例

浙江省开化县人民医院 (324300)

章惠民

笔者从肾论治颈椎病 61 例, 显效 36 例, 有效 25