止锻炼，抬高患肢，必要时来医院检查，待症状缓解后可继续锻炼。多数患者经锻炼后，这些不适会明显减轻或消失。

参考文献

1. 蒋中达，谈国明，石荣坚，等．踝关节骨折的手术治疗．骨与关节损伤杂志，1996，11（2）：97

（收稿：1998－01－15）

儿童孟氏骨折的诊治

刘东鹏　杨满怀*

宁夏回族自治区灵武市中医院（751400）

孟氏骨折是儿童常见的一种复合损伤，我们自 1993 年 7 月～1997 年 7 月共诊治 66 例，现报告如下。

临床资料

本组 66 例中男 43 例，女 23 例；年龄 2～14 岁；均为单侧闭合性损伤，左侧 25 例，右侧 41 例；按 Bado[1] 分型属 I 型（伸直型）28 例，其中 11 例并发骨间背侧神经麻痹，II 型（屈曲型）14 例，III 型（内收型）20 例，其中 8 例并发骨间背侧神经麻痹，IV 型（特殊型）4 例；伤后就诊时间：24 小时以内 40 例，1 天～4 周 14 例，4 周以上 12 例。

治疗方法

1. 闭合复位外固定：对新鲜骨折（4 周内）均在麻醉下进行，取患儿坐位或仰卧位，两助手分别握住患肢腕部和上臂中段持续对抗牵引（I、III、IV 型肘关节屈曲位牵引，II 型肘关节伸直位牵引）3～4 分钟，术者于脱位的桡骨头处加压，使之复位，听到弹响后保持对位，此时尺骨骨折多已复位，如仍有成角及侧方移位应加以纠正。整复完成后以长臂前后石膏托固定，I 型固定于前臂旋后，屈肘 110°位，II 型固定于前臂旋后、屈肘 70°位，余固定于前臂旋转中立位、屈肘 110°，直至尺骨愈合后，去除石膏托，进行功能锻炼。

2. 切开复位内固定：对于陈旧性孟氏骨折及新鲜孟氏骨折整复后尺骨骨折位置不良者，均行手术治疗。采用肘后外侧纵切口，以尺骨骨折对线不良部位尖端为中心，暴露尺骨后部位剥离骨痂或纵形切开骨膜，对于病程长尺骨有压缩或成角畸形，桡骨头位置上移明显，尺骨的相对短缩采用尺骨上 1/3 额状面长斜形截骨、钢板螺钉内固定术，以彻底矫正尺骨短缩，成角畸形，消除桡骨头横向阻力。对于尺骨成角和弯曲畸形而短缩不明显者（本组均为 III 型骨折），可将成角对侧的骨皮质凿断，然后再持续而缓慢加压、手法矫正满意后，用一纵向三棱针做尺骨内固定，术毕肘关节功能位石膏托固定 4 周，拔针去石膏托行功能锻炼。本组 12 例手术患儿中 7 例并发骨间背侧神经麻痹者均未行探查松解术。

治疗结果

随访时间 4 月～3.6 年，平均 1.5 年。神经功能：19 例均恢复正常。肘关节屈伸活动，62 例正常，3 例受限 25°，1 例受限 30°。前臂旋转活动：63 例正常，3 例受限 20°～30°。X 线摄片检查：63 例正常，3 例桡骨头仍有半脱位。未有尺骨不连接、骨化性肌炎。

讨　论

1. 对儿童孟氏骨折的诊断，基层易出现错漏诊情况，本组 12 例 4 周以上患儿均因上述原因延误了治疗，致伸指伸腕障碍和/或屈肘受限，肘内翻畸形等。造成错漏诊有下列三种情况：（1）III 型损伤中尺骨骨折往往表现为纵行劈裂、弯曲变形或仅为尺骨近端皮质呈皱褶状，而且本型多发生于幼儿，其桡骨头骨骺尚未出现，肱桡对应关系难以看清，易出现错漏诊；（2）在尺骨中上段骨折中，一定要仔细观测 X 线片上桡骨近端与桡骨头的纵轴延伸线是否通过肱骨小头骨骺中心，否则即为桡骨头脱位。同时我们赞成凡尺骨上端骨折者，从 X 线片上虽然未见桡骨头脱位，在治疗时亦应按孟氏骨折来处理的观点，因为桡骨头脱位后，有时可以自动还纳，如忽略对桡骨头的固定，有可能发生再脱位[2]。从而避免只注意尺骨骨折而忽略了桡骨头脱位；（3）忽略了并发骨间背侧神经麻痹，主要由于临床着重于骨折脱位的诊断，加之患儿由于害怕疼痛不能很好配合检查的缘故，而对可能存在的神经损伤缺乏警惕。骨间背侧神经绕经桡骨小头前外侧进入旋后肌处经

* 宁夏回族自治区西吉县医院

Frohse 腱膜弓贯通该肌至前臂背侧，桡骨头脱位后对该神经的牵拉或周围组织肿胀导致该腱膜弓紧张，对该神经产生卡压致麻痹。

2. 关于儿童孟氏骨折的治疗：新鲜骨折应用手法复位是一种有效而简便的治疗措施[3]，尤其儿童肌肉组织较纤弱，韧带和关节囊弹性较大，容易牵引分开，桡骨头也易还纳。尺骨近端无移位或轻度移位者，复位更较容易。对陈旧性孟氏骨折及新鲜孟氏骨折整复后尺骨骨折位置不良者手术治疗的目的在于矫正尺骨成角畸形及维持桡骨头的稳定性，前者是后者复位及保持稳定性的关键。对于桡骨头脱位作修复或重建环状韧带，治疗上意见不一。用深筋膜或掌长肌腱等重建环状韧带，由于术后粘连、血肿机化及桡骨头周围骨化性肌炎等原因，活动范围反而不如术前，这也并不全是手术不够仔细所致。手法整复桡骨头如同环状韧带重建术一样，桡骨头很少能保持于正常位置，但可维持正常活动幅度。不同的是手术可以探查和取除嵌顿于肱桡关节及上尺桡关节之间的撕裂物质，以利于复位后稳定。不过儿童孟氏骨折较之成人有容易闭合复位和复位后较稳定的显著特点。我们体会做尺骨截骨矫形，桡骨头闭合复位，不作环状韧带的处理是可行的，其效果良好，日后功能不受限[4]。其中合并骨间背侧神经麻痹者，一旦将桡骨头良好复位，卡压解除，神经功能几乎都能自行恢复，不需手术探查[5]。

参考文献

1. Bado JI. The Monteggia Lession. Clin Orthop, 1967, 50: 71
2. 天津医院骨科．临床骨科学（1）创伤，第 1 版．北京：人民卫生出版社，1973，215
3. 陆裕朴．胥少汀．葛宝丰．等．实用骨科学．第 1 版，北京：人民军医出版社，1991：605.
4. 张家兴．汤押庚．尺骨畸形矫正加延长治疗儿童陈旧性孟氏骨折．骨与关节损伤杂志，1997，12（2）：121
5. 王亦璁，孟继懋，郭子恒．骨与关节损伤．第 1 版，北京：人民卫生出版社，1980，430

（收稿：1997－12－01）

交通事故中颈椎损伤的抢救

敖邦华　李向东　时广敬　孙伯华　王增立　马德库　樊国锋　袁锋杰　韩　颖　武　宏

天津医科大学附属石油医院（河北廊坊市 065000）

近 6 年来，我们收治 35 例交通事故所致多发性损伤中的颈椎损伤，由于我们措施基本得当，治疗效果满意。但在诊治中亦有不少教训，现总结如下。

临床资料

35 例中男 24 例，女 11 例；年龄 13～69 岁。35 例颈椎外伤中，合并头部外伤 16 例，合并内脏损伤 11 例，头部及内脏均有合并伤的 8 例。35 例中，合并颈髓损伤 10 例，合并颈椎骨折与脱位者 11 例，有骨折但无脱位 8 例，无骨折与脱位但有症状者 6 例。

治疗方法

1. 颈椎损伤合并有内脏、颅脑等严重危及生命的损伤时，首先处理后者，但此时要用颅骨牵引或颈围制动，避免颈椎或颈髓的再次损伤。

2. 对颈髓损伤者，尽早手术，进行彻底减压，恢复椎管排列线并进行确实的内固定。在病人全身条件允许情况下，力争在 8～12 小时内手术。手术途径的选择是，病人 3 个以上椎体损伤或合并有椎管狭窄者采用颈后路扩大减压单开门成形术，2 个以下椎体损伤者采用颈前路彻底减压大块植骨融合术。

3. 对具有颈椎骨折脱位但无颈髓损伤者，给予颅骨牵引，牵引重量按年龄、体型和体重酌情考虑，通常在中下颈椎以每椎节 1.5～2.0kg，例如颈 6～7 骨折脱位即可用 9～14kg。但开始时重量为 5～6kg，1～2 小时后床旁拍片，如果骨折脱位尚未牵开，则逐渐加大重量，此时应密切观察病员神经系统及呼吸情况。一经复位，牵引重量逐步减少，以 3～4kg 维持牵引 6 周，然后颈椎制动 3～4 个月。

4. 对没有明显骨折脱位只有一般症状的轻型病人，多采用枕颌带牵引或颈围制动 4～6 周，颈围有三种：自行制作的石膏围领，厂家生产的人造革颈围和充气颈围，后者具有牵引及制动的双重作用。

治疗结果

1. 合并内脏、颅脑损伤者，都经手术抢救成功，无 1 例死亡。

2. 10 例颈髓损伤病人，随访 2～3 年，8 例完全或基本恢复感觉、运动功能，2 例完全性颈髓损伤者无明显恢复。

3. 无颈髓损伤的 25 例颈椎损伤病人，随访 2～3