

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<sup>[3]</sup>，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<sup>[4]</sup>。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<sup>[5]</sup>。

### 参考文献

1. Bado JI. The Monteggia Lesion. 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

赵邦华 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

年, 没有 1 例发生脊髓损伤, 完全或基本恢复正常生活。

## 讨 论

1. 颈椎损伤是一种严重损伤, 其严重性在于可能合并脊髓神经损伤, 它可发生在颈椎骨折脱位的当时, 也可由于不正确的急救、运输和处理而引起, 合并脊髓损伤率为 50%, 而恢复率往往很低, 交通事故伤时, 颈椎损伤常与颅脑、胸腹内脏损伤同时发生, 而往往症状明显的后者遮盖了合并的颈椎损伤。我们的经验教训是: 对于交通事故中的多发性损伤, 不管其它损伤轻重与否, 都应有颈椎损伤的警惕性, 要在需要时争取拍颈椎 X 线片, 且要有合格的颈椎片, 如果不合格, 必须重拍。本组就有将颈椎严重骨折脱位合并轻度脑外伤的病人开始拒之住院, 后又收入脑科, 这是由于所拍颈椎片没有显示 C<sub>7</sub>, 以致遗漏了颈 C<sub>6-7</sub>骨折脱位等。

2. 本组有一例颈髓损伤的病人, 在受伤现场, 四肢仍有感觉及主动活动功能, 但送到医院时则表现明显高位截瘫情况, 这是由于忙乱之中, 现场人员搬运不当引起。而本组所有病例被送到急诊室后, 不管是在搬运中, 还是手术期间, 或术后护理中, 我们均采取了正确的手法: 即一人轻牵头部与躯干长轴一致, 并随之转

动, 防止颈椎过伸、过屈和旋转。平卧后在头颈两侧用小沙袋垫好, 防止颈部的旋转活动。由于手法得当, 尽管部分病人由于要抢救生命而频繁搬动, 却无一例脊髓再损伤。

3. 对重型颈椎损伤要重视, 对一些轻型病人亦要引起足够注意。本组有 2 例病人, 头部外伤带有上肢发麻, 常规颈部拍片无异常。由于症状轻, 病人拒绝牵引和制动, 医生亦未强求。病人伤后数月仍有上肢发麻情况, 后经颈部细致检查发现颈部有压痛及牵拉痛, 功能位即颈椎过伸过屈位拍片显示有半脱位。此教训是深刻的。因此, 对轻型颈椎损伤的病人要有颈椎关节半脱位或暂时性脱位的警惕。此种病人轻微后伸, 脱位即自行复位, 而上述病理改变在普通 X 线片上不易看见而往往被忽略。由于缺乏适当固定一个时期, 它可引起韧带松弛而发生半脱位。所以, 功能位拍片对于一些拒绝颈部牵引或制动的轻型颈椎损伤病人是需要的。

总之, 在交通事业蓬勃发展的今天, 交通事故损伤中的颈椎损伤日益多见。在此情况下, 如何采取更为有效的措施, 进一步降低颈髓损伤率和提高治愈率是抢救人员和临床医生的重要课题。

(收稿: 1997-01-30; 修回: 1997-07-14)

# 骨穿针悬吊患肢治疗下肢大面积撕脱伤

黄令坚 郑文忠 徐新华

福建省泉州市解放军 180 医院 (362000)

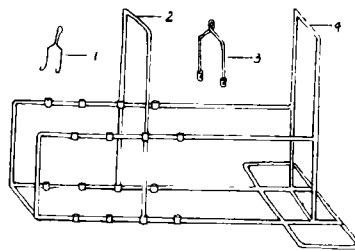
1994 年 4 月以来, 我们采用患肢骨穿针悬吊的方法治疗下肢大面积撕脱伤 15 例, 效果良好, 报告如下。

## 临床资料

男 4 例, 女 11 例; 年龄 16~50 岁。13 例为交通事故伤, 2 例为石料压伤。自腹股沟以下至踝部皮肤全部撕脱 2 例, 小腿及大腿大部分撕脱 4 例, 小腿、大腿部分及足跟部外侧撕脱 1 例, 小腿大部分、足跟及足跖部撕脱 3 例, 小腿后外侧、足跖部外侧撕脱 2 例, 小腿及足跟部撕脱 3 例。合并出血性休克 7 例, 合并同侧股骨或胫腓骨骨折 2 例, 合并对侧股骨骨折 1 例。合并同侧胫腓骨骨折和/或踝关节脱位 2 例。

## 治疗方法

1. 悬吊架结构: 悬吊架由普通圆钢制作, 由底架及前后 2 个门形横梁构成 (见图 1、2)。底架长 70cm, 宽 30cm, 门形横梁高 57cm, 其中前门形横梁与底架连接可前后调节。



1. 弹弓样挂钩 2. 前门形横梁  
3. 骨牵引弓 4. 后门形横梁

图 1 悬吊架结构示意图

2. 治疗方法: 常规洗刷, 消毒铺巾, 彻底清除缺血坏死及污染严重的组织。对无血运但仍有生机的皮肤剔除皮下组织保留表皮及部分真皮, 打孔后原位植皮。