

情也不严重。Roda^[1] (1984) 曾报道一例完全脱位, C₂ 椎体滑脱至 C₃ 椎体之前, 但此病例竟无瘫痪, 实属罕见。我们收治的 2 例病人, 均无神经、脊髓损害症状出现。其原因可能为: (1) 寰枢椎椎管的前后径远较其它颈椎椎管大, 移位时能够获得安全缓冲调节而不发生神经、脊髓损害; (2) 此类骨折脱位后, 相应使椎管矢状径也增大, 从而不至引起脊髓、神经损害。

从例 1 的 X 线片可以发现, 即使椎体脱位达 2/3 以上, 却没有任何神经、脊髓损害表现。有人称此为“幸运型颈椎损伤”。需要注意的是: 因本病常伴有多发伤, 尤其存在有明显的致命性非颈部损伤时更能吸引医生的注意, 故常常漏误诊。本文例 2 就是在患者以“脑外伤”治疗, 颈部症状不缓解的情况下, 数天后才摄颈椎 X 线片及 CT 扫描时, 才得以确诊的。所以对于患者诉颈部疼痛及活动受限、僵直等即应作常规颈椎

摄片, 有条件时作 CT 扫描或 MRI 检查可进一步确诊及了解损伤情况。

治疗上对于无移位稳定型及多数不稳定型骨折, 保守治疗可获得满意疗效。我们体会, 不管是枕颌带牵引或是颅骨牵引, 其重量不宜过大, 通常 2~3kg 即可, 过重易加重骨折分离移位, 并有造成或加重神经损害的危险; 同时不必强调复位效果, 以免复位过程中导致继发性颈脊髓损伤。牵引时以中立位为宜。

参考文献

1. 胥少汀, 郭世绂. 脊髓损伤. 基础与临床. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 403
2. 贾连顺. 现代颈椎外科学. 第 1 版. 上海远东出版社, 1993: 87

(收稿: 1995-10-06 修回: 1996-04-25)

小夹板使用不当引起严重并发症 2 例

于珂 于共文

山东省青岛市市立医院 (266011)

例 1, 男, 8 岁, 自高处摔伤, 致右肱骨中段闭合性骨折, 当地乡村医生予竹帘式小夹板固定, 其后伤肢肿胀, 疼痛难忍, 2 天后前臂起水泡, 紫红, 麻木, 1 周后伤肢紫黑恶臭, 才转至上级医院。检查: 一般情况尚可, T38.8℃, 右上臂竹帘式二层小夹板固定, 内有薄层旧棉布包绕, 层间绷带环绕捆扎, 包扎较紧, 前臂明显肿胀紫黑, 多处水泡感染恶臭, 触之皮下有捻发感, 桡动脉搏动及腕指屈伸功能消失, 创面涂片检查, 找到革兰氏染色阳性杆菌。诊断: 右肱骨骨折, 肢体坏死并气性坏疽。给予补液抗菌素等术前准备后, 在隔离病房急症行肩关节离断术。术中切口用双氧水冲洗, 术后切口开放, 双氧水湿敷, 每日青霉素 1800 万单位分 3 次静脉滴入, 维持水电平衡, 适量补血, 5 天后切口延期缝合, 痊愈。

例 2, 女, 16 岁, 因推车摔于沟中, 致左肱骨中下 1/3 闭合性骨折, 乡村医生予复位, 竹帘式木板小夹板固定, 其后, 患者叫苦不迭, 邻里相闻。第 3 天医生虽予松扎, 诉没问题, 但肢体仍肿胀, 渐紫黑, 10 余天后转本院。检查: 患者神志清, 行走尚好, 但进食时, 张口困难, 苦笑面容, 左上臂竹帘式小夹板固定, 内有薄层绷带包绕, 外层绷带环绕捆扎, 较紧。前臂及手肿胀严重, 紫黑色, 表皮大片水泡感染恶臭, 广泛皮下捻发

感, 桡动脉无搏动, 上肢运动、感觉功能丧失。诊断: 左肱骨骨折、肢体坏死并破伤风、气性坏疽, 收隔离病房。入院后, 患者抽搐频繁加重, 中毒性休克, 昏迷, 在病房内急症行左肩关节离断术, 开放创口, 双氧水冲洗湿敷, 静脉应用 TAT 及大量青霉素, 终因病情严重抢救无效, 第 2 天死亡。

讨 论

本组病例均来自基层医疗单位, 缺乏使用小夹板治疗骨折的认识, 不正确使用竹帘式小夹板且绷带环绕捆扎, 使本已因骨折出血、水肿而升高的筋膜间隙内压更高, 形成筋膜间区综合征。本组例 2 肢体坏死并发气性坏疽、破伤风实属罕见, 当引为严重教训。因此, 在使用小夹板时要严格要求夹板质量, 必须具备塑性、韧性和弹性, 内贴毡垫, 外套袜套, 决不能使用硬、窄、不平、无衬垫竹片之类。如再加环绕带类捆扎, 其压力之大不难想象。当夹板固定后, 医务人员必须向患者及家属说明并教会注意事项和如何观察局部患肢血运情况。如肢体肿胀加重、疼痛、苍白、麻痹和脉搏消失, 应松解扎带及时复诊。对筋膜间区综合征要提高警惕, 选择适当的固定骨折的方法, 预防其发生并发症。应争取早期发现及时处理。早期及时正确地进行筋膜切开减压术, 应用抗菌素, 双氧水冲洗切口, 预防厌氧菌生

长。如已坏死应及早截肢。对已并发破伤风、气性坏疽者，应果断采取积极有效抢救措施，避免严重后果的发育。

(收稿：1995-10-30)

股骨颈多针内固定钢针折断 2 例

陈 强

湖南省株洲铁路医院 (412000)

例 1, ××, 女, 60 岁, 因左股骨颈骨折, 于伤后 3 天, 闭合性手法复位后, 打入 3 枚直径 4mm 螺纹钉。术后 9 个月 X 光片见 1 枚螺纹钉折断。19 个月取针时, 仅取出 1 枚完整螺纹钉, X 光片显示股骨头内有 2 枚螺纹钉尖部残留。

例 2, ××, 男, 52 岁, 因左股骨颈骨折, 于伤后 70 天, 闭合性手法复位后, 打入直径 4mm 骨圆针 2 枚及直径 2.5mm 克氏针 1 枚。术后 5 个月 X 光片见粗针已脱出 1 枚, 另 1 枚粗针退出约 1cm, 细针折弯约 15°~20°。8 个月 X 光片见另 1 枚粗针亦脱出, 细针已折断。

经验教训 用多针固定股骨颈骨折, 钢针游走已有较多报告, 钢针折断尚不多见, 究此 2 例原因, 应注意以下几点: (1) 骨折应尽量做到解剖复位。股骨颈骨

折复位, 除对位及颈干角的恢复外, 不能忽视前倾角的恢复; (2) 进针的位置、深度及角度要恰当。例 1 术后 X 光片见有 1 枚螺纹针经股骨颈外的后侧进入股骨头内, 且与另 1 枚一样进入股骨头太少, 3 枚螺纹钉承受的力量不均匀, 主要受力的 1 枚首先折断后, 骨折移位, 主要承力移至另 1 枚, 故而随后折断。例 2 术后 X 光片见 2 枚直径 4mm 粗针均未通过股骨颈, 而经股骨颈外后侧进入股骨头, 先后自行脱出, 仅留 1 枚直径 2.5mm 细针, 终被折断。因此, 钢针的位置、深度及角度如不恰当, 应予重新固定; (3) 术后不可过早下地活动, 尤其患肢不得过早负重; (4) 掌握手术时机。例 2 伤后 70 天才来院就诊, 其时骨折端已硬化, 勉强原样固定, 愈合可能性甚小。

(收稿：1995-10-30)

肘部骨赘致尺神经卡压征 1 例

单联明 李作章

山东省高密市整骨医院 (261506)

孙××, 男, 53 岁, 木匠。1995 年 2 月 14 日入院, 诉 3 个月前右手环、小指酸麻不适, 抓持无力, 精细动作不能。1 个月后继发手掌尺侧胀痛, 屈肘时为甚。检查: 右手环、小指爪样畸形, 无明显肌肉萎缩, 尺侧 1 个半指感觉迟钝, 环、小指指深屈肌和尺侧腕屈肌肌力均为 III 级; 夹指征 (+), 肘部尺神经 Tinel 氏征 (+)。其它未见异常。X 线检查: 右肘关节诸骨骨质增生。诊断: 右肘部尺神经卡压征。手术治疗: 右肘部尺神经探查。术中见肘部尺神经浅面有一 2.0cm×1.0cm×1.0cm 囊肿压迫之, 其基底附着于神经外膜。手术显微镜下切除该囊肿, 其内容为淡黄色胶冻样粘液, 肘部尺神经变细质硬, 尺神经沟变浅, 行神经外松解, 神经束轻度粘连。剪至尺神经前臂上部时有淡黄色胶样粘液自神经束间溢出, 神经束水肿增粗, 无明显粘连。向远侧延长切口 3cm, 所见同前。自 Guyou 氏管沿尺神

经纵轴向肘管端滚动式推压, 溢出上述粘液约 12ml。以麻醉用导管自肘部尺神经束间向远侧缓慢插入 9cm 至有轻微阻力感, 注入无菌生理盐水冲洗其间残留粘液。肘部尺神经前置。术后随访 6 个月, 右尺神经功能大部恢复。

讨论 本例尺神经卡压征系前臂尺神经束间积液、肘部腱鞘囊肿及肱骨内上髁骨质增生, 导致尺神经卡压。本例尺神经束间积液是由于上肢受重复性劳动刺激与局部增生骨质摩擦使前臂尺神经束水肿渗出和神经内小出血机化而成。对全段前臂尺神经束间积液, 可剪开近端或远端神经外膜引流, 无需全部切开。若神经束粘连不严重, 可潜行插入麻醉用导管冲洗。但不可强行插入过深, 以免损伤神经束。由于神经束间积液不可能彻底清除, 手术如不切除增生骨赘, 术后仍有可能复发。临床医生除应详细询问病史和术前检查外, 术中