

放射痛,需短期休息;差:症状未见好转,或虽有好转,但时有发作,不能恢复正常工作。本组治疗中,达优者16例,达良者5例,达中者1例,差者无。本组治疗优良率达95.45%。

### 讨论

1. 对于腰突症术后产生臀筋膜炎这种现象,我们从以下几方面加以分析:

(1) 腰突症合并臀筋膜炎。部分患者在腰突症治疗之前合并有臀筋膜炎,但在临床上漏诊率往往较高,究其原因有:一是两者临床表现相似(在臀筋膜炎中直腿抬高试验阳性者占10%);二是患者主诉常无臀部症状描述;三是CT、MRI、椎管造影等检查结果限制了临床思维,从而忽略了详细的体检<sup>[1]</sup>;四是臀筋膜炎相对较轻,且治疗较容易,不易引起重视;五是部分腰突症患者出现脊柱侧弯,使腰背筋膜紧张,日久由于代偿活动,便使其在止点处慢性劳损,形成无菌性炎症,便成了臀筋膜炎。

(2) 在手术治疗时,过大的剥离骶棘肌,或在大推拿治疗中,脊柱旋转扳法和压腰后伸扳法两种较主要的手法中,动作粗暴、幅度过大均可造成臀筋膜炎。腰背筋膜是全身最厚和最强大的筋膜之一,包绕骶棘肌形成肌鞘,向下移形为臀筋膜,起于髂骨嵴。在剥离骶棘肌时,过大范围的牵拉,或动作过于粗暴,均可在其起点髂骨嵴处造成拉伤,使周围组织充血,肿胀及渗出,以致无菌性炎症改变。其结缔组织中的白色纤维出现挛缩及瘢痕化,并逐渐形成细小的结节,其中较大者可以用手指触及。此种细小的结节散布于软组织中的弥漫性小病灶,其不断向四周散发异常冲动,并刺激末梢神经的轴突,再通过反射而产生一系列症状。散在的结

节亦可连接成块状,如果细小的臀上皮神经被包绕其中,由于白色纤维组织的收缩而可出现臀上皮神经卡压综合征。并构成持续性疼痛等症状的解剖学基础<sup>[2]</sup>。

2. 两者鉴别诊断 腰突症和臀筋膜炎的鉴别诊断并不困难,虽然患者的主诉与腰突症相似,均有臀痛及下肢放射痛,但患侧髂嵴下方局限性压痛为其临床特点,这种病虽有坐骨神经放射痛,但其表现的坐骨神经痛部位并不象腰突症坐骨神经痛分布的那样清楚,臀筋膜炎患者很少见皮肤感觉改变及腱反射异常,此病在休息后,急性患者多可自愈,慢性患者症状可以长期存在,直待适当治疗后,疼痛才可消失<sup>[3]</sup>。

3. 对并发臀筋膜炎的防治措施 对并发臀筋膜炎的预防措施:一是术前认真体检,避免漏诊,确诊两者并存,向患者言明;二是术中动作要求柔和,切忌粗暴,幅度要适可而止。对术后出现臀筋膜炎患者,我们利用小针刀对疤痕组织进行松懈,使病灶出血,造就新鲜创面,促使病变组织中的血管重建,改善局部内环境,同时通过对病变部位较强的刺激,以提高局部组织的兴奋性,调动人体生物能康复系统,从而消除症状,获得康复<sup>[4]</sup>。

### 参考文献

- [1] 陈传民,温超峰,张俊.臀上皮神经嵌压综合征合并无症状腰椎间盘突出症的诊疗体会.中医正骨,1995,7(2):33
- [2] 赵定麟.下腰痛.上海:上海科学技术文献出版社,1990.189
- [3] 邵宣,许竞斌.实用颈腰痛病学.北京:人民卫生出版社,1992.381
- [4] 魏效森,曲宏臣,王静丽.小针刀疗法的作用机制和临床应用.中医正骨,1993,5(3):17

(收稿:1997-08-21)

## 小儿肱骨远端骨骺损伤诊治分析

祁嘉武 张生玉

(金昌市第一人民医院,甘肃 金昌 737000)

作者总结分析了我院外科1990年1月~1995年12月间诊治的10岁以下小儿肘部损伤165例,其中肱骨远端骨骺损伤66例,现就其诊治结合文献分析如下。

### 临床资料

本组66例中男45例,女21例;年龄10月~10岁;左侧43例,右侧23例;内髁骨骺骨折16例,外髁骨骺骨折35例,全髁损伤15例;全髁损伤者,Salter-Harris I型6例,II型9例,尺偏型8例,桡偏型4例,单纯前后移位3

例;髁部骨骺损伤者骨折块均有不同程度的翻转移位;伤后就诊时间最短半小时,最长14天;手法复位31例,手术30例,未治5例。

### 治疗结果

66例中,随访48例,失访18例。随访最短半年,最长4.5年,平均2.3年。按戴立争<sup>[1]</sup>肘关节创伤评分标准评分。结果:优:肘关节发育及屈伸功能正常,本组30例;良:肘关节屈伸范围在120°以上,携物角增大或减

少在5°以内,本组14例;可:肘关节屈伸范围在100°~120°;携物角增大或减少5°~10°;持重物酸痛,本组3例;差:有下列一项者,肘屈伸在100°以下,携物角增大或减少在10°以上,有肌萎缩,肌力减退,骨不连,关节内骨质增生,本组1例。

### 讨论

小儿骨骺损伤是临床上最常见的疾病之一。在骨骺损伤中,以肘部骨骺损伤最为常见,而在肘关节骨骺损伤中,肱骨远端骨骺损伤占有举足轻重的地位。夏榕圻等<sup>[2]</sup>报告了儿童骨骺损伤468例,肱骨远端骨骺损伤占136例,其中,外上髁102例,内上髁24例,全骺损伤10例。贾连顺等<sup>[8]</sup>报告了1786例小儿肘部损伤,肱骨远端骨骺损伤占38.01%,其中,外髁部19.20%,内髁部17.35%,全骺分离1.46%。本组165例肘关节损伤,肱骨远端骨骺分离66例,其中,外髁部35例,内髁部16例,全骺损伤15例。小儿肱骨远端骨骺之所以易伤,其因为小儿骺板强度远不及韧带和关节囊,仅为后者的1/5~1/2。外伤后,在韧带和关节囊尚未断裂之前,骺板已骨折。故小儿肘部损伤时,应优先考虑骨骺损伤的可能性,重视骨骺损伤的诊治。

有关小儿肘部骨骺损伤的诊治,已有许多作者在文献中报告,但临床误诊、漏诊者仍时有发生。尤其是肱骨远端全骺分离者,漏诊、误诊者最为常见。究其原因:一是肘部各骺出现时机的参差,通过骨骺的骨折线,同骺软骨X线不显影而不能表现出来,临床医生片面追求骨折造成。有关骨骺出现时机,我们推崇陈金诚等<sup>[4]</sup>横8字记忆法,即肱骨小头/桡骨头、内上髁、滑车、鹰嘴、外上髁连线的出现时机依次为2/5、6、8、9、10、11;居中鹰嘴为10,对角骨骺数字相加为11(5+6;2+9)。女孩较男孩早1~2岁,此法理解容易,记忆方便,牢固。其二是对儿童肘部正常X线片认识不足。故应熟悉肘关节画线和测量:正位片肱骨外上髁与桡骨干骺端外缘画线,肱骨小头位于此线之内;侧位片,沿肱骨纵轴及肱骨前缘分别画线,肱骨小头位于此二线间,肱角25°;无论何种位置肘关节片,桡骨近端纵轴线一定通过肱骨小头。而肘关节脱位和肱骨小头骨折时,上述关系改变。肱骨远端全骺分离时,上述关系保持不变。但对肘部损伤严重,肿胀明显,肘屈伸功能受限而X线片无骨折表现者和肱骨小头骨骺尚未出现者,诊断往往较为困难。我们主张加摄对侧肘关节X线片对比分析,如仍有怀疑时,应在X线机荧屏透视下动态观察,一方面了解肘关节稳定性,另一方面更换位置,摆动前臂,如有肱骨远端骨骺反常活动,则可明确诊断,可明显减少漏诊、误诊病例。

有人将肱骨远端全骺损伤称为低位肱骨髁上骨折,我们认为不妥。其理由是:尽管前者损伤与屈曲型或伸直型肱骨髁上骨折基本相同,但前者属关节内骨折,骨折位于髁部较低的生长板与干骺端连结处;而后者属关节外骨折,骨折线位于髁上较高位置,二者病理机制不同,故不能一概而论。

单纯内髁、外髁骨折误诊、漏诊者少见,而肱骨远端全骺分离和包括肱骨小头骨折的外髁骨折则易误诊为肘关节脱位、肱骨髁上骨折和髁部骨折。临床上所见全骺损伤基本上为Salter-Harris I型和II型骨折,V型罕见;尺偏者多,桡偏者少见,国内仅毛宾尧<sup>[8]</sup>报告了4例桡偏型者。本组肱骨远端全骺损伤15例,仅4例桡偏型。单纯前后移位时,要特别注意肱角的改变,如不纠正,前移者影响肘伸直,后移者影响肘屈曲。

肱骨远端骨骺损伤的处理,应视具体情况而定。我们治疗的总原则是:能手法复位者尽量不做手术,手法复位不可多次重复进行,以免加重肘部软组织损伤;能简单手术固定者不做复杂手术。从本组病例随访看,尽管手法复位难以达到解剖复位,但疗效却优于手术组。而对那些肘部肿胀严重,手法复位后再次移位或不能手法复位者,因骨折端间往往嵌插有软组织或软骨碎片,髁部骨折者因伸肌总腱附着发生外翻移位,并在外髁部起始处形成狭颈,影响骨块复位<sup>[1]</sup>,则应不失时机果断手术治疗。术中力求骨折解剖复位,使肘关节功能得到最大程度的恢复。近年来,随着经皮撬拨技术的应用,内外髁骨折手术者日渐减少。肱骨远端全骺分离者,赵文登<sup>[6]</sup>报告7例,6例手法复位,1例切开复位;毛宾尧<sup>[8]</sup>报告的4例桡偏型,3例手法复位,1例经肘后切口复位。而本组15例,仅2例手法复位成功,其余均经手术治疗而愈。分析其原因:全骺损伤后,远折端力臂很短,牵引时牵引力跨越肘关节囊很难作用于远折端,复位常较困难。即使复位,远折端极不稳定,外固定后易再脱位。

手术时应选用对骨骺损伤小的细克氏针固定,单枚固定牢固者决不用双枚固定,进针时以徒手插入为佳,一方面进针方向易于掌握,另一方面,对骨骺损伤小,可避免手摇钻反复插针损伤骨骺的缺点。

手术切口的选择与术后肘关节功能恢复有关。本组基本上采用肘外侧切口,仅少数几例同时采用内外侧切口,无一例采用后侧切口。随访后发现,单侧切口术后效果优于内外侧联合切口,而内外侧联合切口又优于后侧切口。后侧切口对肌肉损伤多,须切断肱三头肌,术后不利于早期肘关节活动,且易形成粘连,故应避免使用后侧入路。

术后肘屈90°前臂旋前位固定，可有效防止远期肘内翻畸形<sup>6)</sup>。由于骨折端愈合极快，术后5~7天即有明显骨痂形成，故固定以3周为宜。拆除石膏后即鼓励患儿主动肘关节功能锻炼，局部加用活血化瘀中草药外敷治疗，并配合按摩，以助肘关节功能恢复。本组拆除石膏早期活动，无一例再移位，无骨不连等并发症。1例效果差者，系伤后10天就诊。

本组随访48例，优良率达91.7%。肘关节功能恢复与下列诸因素有关：损伤程度，就诊时间，及时而正确的治疗，手术切口的选择以及术后功能锻炼的好坏。

参考文献

1) 戴立争. 翻转移位型肱骨外髁骨折116例治疗探讨. 骨与关

节损伤杂志, 1993, 8 (2): 108

2) 夏榕圻, 范毓领, 黄禄基, 等. 儿童髌骨损伤. 中华小儿外科杂志, 1994, 15 (5): 293

3) 贾连顺, 徐印坎, 张方明, 等. 儿童肘部损伤1786例临床分析. 中华小儿外科杂志, 1985, 6 (3): 163

4) 陈金诚, 黄花开, 许灼新. 常见骨折的X线漏诊. 中级医刊, 1988, 2: 143

5) 毛宾尧. 外移型肱骨远端全髁分离骨折(附4例报告). 骨与关节损伤, 1993, 8 (3): 193

6) 赵立登. 肱骨远端全髁分离骨折. 中华骨科杂志, 1985, 5 (1): 335

(收稿: 1996-04-24)

## 股骨下端骨折并 血管神经损伤

秦之威 王阳 梁久金

(泰安市中心医院, 山东 泰安 271000)

我科自1990年8月~1995年12月间共治疗股骨下端骨折并 血管损伤、腓总神经损伤24例, 现将资料完整并得到随访的18例报告如下。

临床资料

18例中男16例, 女2例; 年龄21~43岁; 左侧11例, 右侧7例。本组所选择的病历均为股骨下端骨折同时合并 动静脉损伤或腓总神经损伤。骨折类型: 髌上骨折4例, 髌间“Y”形骨折6例, 髌间“T”形骨折3例, 粉碎骨折5例。动静脉损伤类型: 动脉断裂1例, 部分断裂6例, 挫伤并血栓形成2例; 静脉部分断裂4例, 挫伤并血栓形成3例; 动静脉同时挫裂伤2例; 合并腓总神经完全断裂1例, 部分断裂1例。开放性骨折8例, 闭合性骨折10例。交通事故伤13例, 高处坠伤5例。受伤到手术时间最短短约55分钟, 最长达7小时。

治疗方法

凡是开放性骨折均争取时间, 尽快彻底清创, 清除异物或失去活力的组织, 骨折固定后探查血管神经并修补。闭合性骨折在临床确诊后行急诊手术。骨折固定方法<sup>1)</sup>: (1) 以螺栓固定髌间, 另以加压钢板固定髌上骨折4例; (2) 将螺栓穿过加压钢板的下端螺孔固定髌间, 钢板固定髌上9例; (3) 用槽形角状钢板<sup>2)</sup>固定5例。其中1例 动脉挫伤严重, 长达6cm, 不能直接吻合, 采用健侧大隐静脉“架桥”, 其余均将动静脉损伤处修整后直接吻合, 形成血栓者取出血栓。腓总神经显微镜下吻合。开放性骨折均一期关闭切口。其中1例开放性骨

折, 股骨髌上骨折片从伤口丢失约1/2, 取健侧游离腓骨约6cm 及数块髓骨植入, 用骨圆针贯穿腓骨固定。术后长腿石膏托固定屈膝15°左右, 3~4天后行主动收缩股四头肌锻炼, 4周去除石膏, 床上练习膝关节活动, 直到骨折临床愈合方可下地活动。

治疗结果

本组2例发生浅表感染, 经换药而治愈。1例发生皮下脂肪液化, 经清除液化组织而愈。其余创口均一期愈合。随访时间为1~5年, 平均2.8年。17例3~4月骨折愈合, 游离腓骨植入1例6月后腓骨成活。其中10例膝关节可屈曲到90°以上, 5例膝关节屈曲小于90°; 3例膝关节活动范围在10°内。2例腓总神经损伤者1例下肢功能恢复良好, 不影响日常行走, 另一例下肢肌力恢复约2~3级后行肌腱移位后方可行走。

讨论

1. 股骨下端骨折包括股骨髌上骨折及髌间骨折。髌上骨折治疗上主要有两个问题: 一为骨折复位不良时, 因其邻近膝关节发生膝内翻或外翻或过伸等畸形; 二为膝上为股四头肌与股骨间的滑动装置, 易因骨折出血而粘连, 使膝关节伸屈活动障碍。髌间骨折是关节内骨折, 其对膝关节的影响亦有二: 一为骨折错位关节面不光滑, 可招致创伤性关节炎; 二为内外髌不平衡致膝内翻或外翻, 使下肢纵轴线失去正常。因此, 对其处理原则是: 解剖复位, 牢固内固定, 早期活动, 防止关节粘连僵硬。除严重污染及广泛粉碎性骨折而更适宜