

次。

**2.4 骶疗反应** 多数患者出现患腰部胀痛加剧,并向患肢放射。少数人有轻度全身发热,头晕症,休息后缓解。

### 3 治疗效果

**3.1 疗效评定** 优:腰部症状、体征全部或大部分消失,能够正常生活工作;良:腰部症状体征消失,腿部症状体征改善,能够从事轻度的体力活动;差:腰腿部症状体征缓解不明显,影响正常日常生活。

**3.2 治疗结果** 一周后有明显外伤者 48 例中,优 28 例,良 16 例,差 4 例;有明显受寒史者 24 例中,优 18 例,良 6

例;无明显诱因者 6 例中,优 4 例,良 2 例。总有效率 94.8%。

### 4 讨论

腰突症是由于椎间盘、椎后关节正常解剖关系改变,导致周围软组织及神经根产生炎症,粘连骶疗是把大量的液体药物通过骶管直接输入硬膜外腔,自下而上产生一定的液压,对粘连的神经根进行钝性分离<sup>[1]</sup>。低度利多卡因可以改善局部组织血液循环,促进神经与周围组织炎性水肿消退。利用激素渗入粘连组织和神经根周围,充分发挥激素作用,抑制和防止纤维细胞和结缔组织增生,减少神经根与周围组织的粘连。Vit

B<sub>12</sub>、Vit B<sub>1</sub> 直接作用于神经根,调节营养神经、维持神经组织的正常生理功能。<sup>[2]</sup>再结合推拿手法,以求恢复椎关节、韧带之间的正常解剖关系。骶疗后继续用中药热敷患腰,通过药物的局部作用,加速局部病变恢复,气血运行得以畅通。

### 参考文献

- [1] 谢明娟,杨玉才,芦素芳,等. 骶管硬膜外充填法治疗腰腿痛. 中国康复医学杂志, 1992, 7(3): 143.
- [2] 杨锡馨,林知香,杨,等. 203 例神经痛治疗介绍. 中华麻醉学杂志, 1989, 9(2): 108.

(编辑:李为农)

## 肘关节外侧与后侧入路治疗肱骨髁上骨折的疗效比较

魏晓健 段玉民 徐维民

(聊城市中医医院, 山东 聊城 252058)

我院自 1990 年 7 月至 1995 年 10 月共手术治疗肱骨髁上骨折 126 例,随机采用后侧入路 74 例,外侧入路 52 例,手术后随访时间最短半年,最长 5 年,对疗效进行对比,现报告如下。

### 1 临床资料

**1.1 后侧入路** 74 例中,男 51 例,女 23 例;年龄 4~13 岁;伤后到就诊时间 1 小时~30 天;无一例血管神经损伤,均为闭合性骨折;伸直型 65 例,屈曲型 9 例。

**1.2 外侧入路** 52 例中,男 40 例,女 12 例;年龄 3~12 岁;伤后到就诊时间 2 小时~35 天;其中桡神经损伤者 2 例(术中见均有牵拉伤);均为闭合性骨折;伸直型 48 例,屈曲型 4 例。

### 2 治疗方法

**2.1 后侧入路** 仰卧位,臂丛麻醉或加用基础麻醉,气囊止血带止血,将患肢置于胸前,取肘后正中切口,依次切开皮肤、皮下组织,游离保护尺神经,将肱三头肌舌状瓣切开并牵向远端,切开骨膜,显露并清理骨折端,屈肘位纵向牵引,使骨折复位,然后经皮分别从肱骨外髁和肱骨内髁(避开尺神经),交叉钻入两枚克氏针做内固定,弯弯并剪短针尾留于皮外约 1cm,松止血带,彻底止血,缝合肱三头肌的舌状瓣,逐

层缝合切口。术后屈肘 90°前臂中立位石膏外固定,一般术后 4 周拆除石膏外固定,开始功能锻炼,6~8 周拔针。

**2.2 外侧入路** 体位及麻醉同后侧入路。取肘外侧切口,依次切开皮肤、皮下组织、筋膜。在肱桡肌、桡侧腕伸肌和肱三头肌之间进入,沿外髁嵴切开骨膜,并作骨膜下剥离。显露并清理骨折端,屈肘位纵向牵引,使骨折复位,然后将克氏针经皮由外侧斜向内上固定骨折近端,再用一枚克氏针经皮由骨折近端斜向内下至肱骨内髁穿出,注意不可穿出过多,以免损伤尺神经,弯弯并剪短针尾留于皮外约 1cm,用细钢丝或橡皮条在针尾处张力打结固定,松止血带,彻底止血,逐层关闭切口。术后处理及练功同后侧入路。

### 3 治疗结果

根据临床表现及查体,我们制定如下评定标准:优:肘关节屈伸活动 130°以上,无肘内翻畸形;良:肘关节活动范围 110°~130°,无明显肘内翻畸形;可:肘关节活动范围 90°~110°或肘内翻畸形 10°~30°;差:肘关节活动范围小于 90°,或肘内翻大于 30°。结果如下:后侧入路

74 例中,优 52 例,良 8 例,可 9 例,差 5 例,外侧入路 52 例中优 45 例,良 4 例,可 3 例。

后侧入路术后并发肘内翻 8 例,占 10.8%,而外侧入路无一例发生肘内翻。后侧入路手术的总优良率为 81.8%,外侧入路手术的总优良率为 94.2%。

### 4 讨论

肱骨髁上骨折传统的手术入路为后侧入路及肱三头肌的舌状瓣切开。此入路虽显露较充分,但肱三头肌的舌状瓣切开和延长,造成术中止血困难及术后肱三头肌粘连及萎缩,使伸肘装置遭到破坏,成为日后肘关节屈伸活动障碍的主要原因。另外,后侧入路无法显露肘前的损伤,不利于肘前断裂肌肉的修补,以致于日后在肘前形成广泛的疤痕和粘连,我院近年来大多采用的肘关节外侧切口,则有利地克服了以上的缺点,此入路既不破坏肘后的“绞链”,肘前又显露充分,有利于肘前断裂肌肉的修补。且此入路还可向前从肱肌和肱桡肌之间探查桡神经,再加用自行设计的张力带外固定,则使肘内翻的发生率进一步缩小,本组 52 例中无一例发生肘内翻。

(编辑:李为农)