

示化学溶解术的疗效显著且有很高的治愈率。Nordby<sup>[11]</sup>汇集了 3130 例长期随访的结果后报告, 化学溶解术的治疗满意率为 77%。Weinstein<sup>[12]</sup>将胶原酶溶解组与手术组的疗效进行了比较, 疼痛的近期缓解率胶原酶组为 51%, 手术组为 41%; 3 个月后胶原酶组为 75%, 手术组为 70%; 12 个月以上胶原酶组为 86%, 手术组为 80%; 10 年后复发(包括同间隙和相邻间隙)需再次手术治疗的, 胶原酶组为 23%, 手术组为 39%。由此可见, 化学溶解术与手术以及其它疗法均能治疗腰椎间盘突出症, 如能严格把握适应证, 熟练掌握操作技术, 化学溶解术治疗腰椎间盘突出症较其它疗法显得更为优越。

(谨对翟良全、孟宪忠、腾英飞、曹铮汉、张成义、张成亮、焦军、王伟、肇慧诸位医师的合作与协作表示衷心感谢)

参考文献

[1] Smith L. Chemonucleolysis. Clin Orthop. 1969, 67(11): 72.  
 [2] 汤华丰. 髓核化学溶解(胶原酶)治疗腰椎间盘突出症 30 例近期随访报告. 中华骨科杂志, 1989, 9(2): 88.  
 [3] 金星. 胶原酶溶解术治疗腰椎间盘突出症. 中国骨伤, 1994, 7(1): 15.  
 [4] 张晓阳, 董宏谋. 髓核化学溶解术的准备与观察处理. 中国骨伤, 1993, 6(3): 18.

[5] 胡有谷. 腰椎间盘突出症. 第二版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 221.  
 [6] Macnab I. Negative disc exproation. An analysis of the causes of nerve root involvement in 68 patients. J Bone Joint Surg (Am) 1971, 53(7): 891.  
 [7] 於葆贞, 张蓓蕾. 胶原酶研究和应用概况. 中国医药工业杂志, 1991, 22(9): 424.  
 [8] Konings JG, Williams FJ, Deutman R. Computed Tomography(CT) analysis of the effects of chemonucleolysis. Clirr Orthop, 1986, 206(5): 32.  
 [9] Sussman BJ. Inadequancies and hazards of chymopapain injections as treatment for intervertebral disc disease. J Neurosurg, 1975, 42(4): 389.  
 [10] Fraser RD. Chymopapain for the treatment of intervertebral disc herniation. The final report of a double blind study. Spine, 1984, 9(8): 815.  
 [11] Nordby EJ. 8—13year follow-up evaluation of chemonucleolysis patients. Clirr Orthop, 1986, 206(5): 18.  
 [12] Weinstein JN, Lehmann TR, Hejna W. Chemonucleolysis versus open Discectomy a ten year follow-up study. Clin Orthop, 1986, 206(5): 50.

(收稿: 1998 01 15 修回: 1998 05 16 编辑: 李为农)

• 学术探讨 •

陈旧性小儿肱骨内外髁骨折治疗探讨

王建伟 陈二民

(舞阳县人民医院, 河南 舞阳 462400)

本文就陈旧性小儿肱骨内、外髁骨折的治疗浅析如下。

1 临床资料

我院骨科自 1994—1996 年共收治陈旧性小儿肱骨内、外髁骨折 15 例, 年龄 2~10 岁; 伤后至就诊时间 10~25 天; 外髁骨折 11 例, 内髁骨折 4 例; 均有不同程度翻转错位, 13 例旋转功能尚可, 2 例较差; 屈伸功能均有不同程度受限, 旋转功能尚可者 5 例保守治疗, 其余均手术, 经半年随访, 保守治疗者功能恢复满意, 手术治疗有 3 例功能恢复较差, 原旋转功能差的术后恢复满意, 以上均有不同程度肘关节畸形。

2 讨论

小儿肘关节正处于发育时期, 肱骨内、外髁骨折势必不同程度损伤骨骺, 而影响肱骨下端内、外侧的骨骺发育平衡, 即使解剖复位, 仍可能形成肘内、外翻畸形<sup>[1]</sup>, 且有人认为由于骨痂的不平衡刺激, 即使解剖复位, 也可能导致畸形发生<sup>[2]</sup>, 但早期解剖复位可使功能得到最大改善。

小儿肱骨内、外髁骨折常合并肱骨小头或滑车骨折, 因大部分是骺软骨, X 光片不显影, 导致 X 片诊断与实际病情不相符。临床发现, 年龄越小, 合并肱骨小头及滑车骨折发生率就越高。小儿骨折后愈合速度相当快, 特别是 2 岁以下患儿骨折后 5~7 天就会有较多骨痂生成<sup>[3]</sup>。

陈旧性肘关节肱骨内、外髁骨折, 术中很难分清骨痂与骨折块, 分不清已机化的骨折断面, 反复搔刮不但加重骨骺损伤, 使肘关节日后畸形加重, 而且易造成假骨折断面, 给解剖复位带来很大盲目性。

对于 7 岁以下患儿, 早期治疗不当, 病程超过 10~14 天时均应按陈旧性骨折处理。同时不应反复手法整复, 否则, 不仅复位困难, 还会加重软组织及骨骺损伤, 加重肘关节畸形及不利功能恢复。若旋转功能尚可时, 应限制肘关节活动 3~4 周, 逐步加强功能锻炼, 不能只凭 X 光片提示而盲目手术, 但若旋转功能严重受限时, 应积极手术治疗。经半年以上功能锻炼, 若旋转及屈伸功能接近正常, 内翻角大于 10° 时, 可择期行矫形手术, 肘外翻畸形明显且合并尺神经炎时可行尺神经松解前移加矫形术。

参考文献

[1] 孙庆寿. 骨科正误(2). 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1993. 2. 22  
 [2] 黄耀添. 外伤性肘关节外翻畸形. 中华骨科杂志, 1996, 16: 564~565.  
 [3] 赵德春. 小儿移位肱骨髁上骨折的临床分析. 中国骨伤, 1996, 9: 18~19.

(收稿: 1998 08 21 编辑: 程爱华)