

例因未按时来取内固定,肘关节活动后疼痛外,其余病例全部恢复正常。

4 讨论

小儿高位孟氏骨折属不稳定型,若只采用手法复位小夹板外固定,则尺骨远端很容易向桡侧移位,并推动桡骨小头脱位。现将肱桡关节克氏针固定后,桡骨小头不会再脱位,尺骨远端复位后也就不会再向桡侧移位。三周后将克氏针拔出,解除石膏,进行肘关节功能锻炼。上述方法简单可靠,操作方便,病人痛苦小,且骨折愈合后功能恢复良好。

(编辑:荆鲁)

综合法治疗胸腰椎压缩性骨折

胡波

(汉川市中医院,湖北 汉川 432300)

外伤为胸腰椎椎体压缩性屈曲型骨折发病的主要原因。我们采用垫枕加高复位法,然后再行石膏背心外固定术治疗该骨折 30 例,总有效率为 97%。

1 临床资料

30 例中男 18 例,女 12 例,年龄 18~75 岁。椎体压缩程度:Ⅰ度:椎体厚度减少 1/3 以内,9 例;Ⅱ度:椎体压缩程度超过 1/3 但小于 2/3,18 例;Ⅲ度:椎体压缩程度超过 2/3,3 例。无脊髓损伤症状者 25 例,合并脊髓不完全损伤者 5 例。单纯椎体压缩性骨折 21 例,合并椎体不同程度粉碎性骨折 9 例。

2 治疗方法

患者入院后,先仰卧硬板床。将一条毛毯或棉垫折叠数层,形成塔形枕垫,将患者身体上下平行均匀托起,把塔形枕垫横形放置于腰背突起的患部,患者自觉患部被物支撑,腰部有牵拉感,而能自忍即可。而后根据病人的适应情况及耐受能力,逐日增加塔垫的高度,10 天内塔垫的高点垂直高度要达到 12~15cm 左右,使整个人体形成一个反弓形位。同时要密切观察患者有无下肢感觉、知觉及运动障碍,以及有无二便困难或失禁等情况及头部、颈、背部等全身症状,如无特殊异常,即可在铁马架悬吊下行胸、腰椎段石膏背心外固定术。当石膏背心定形后,将患者平放置于床上,如果石膏不易干时,可用电吹风或红外线取暖器将其烘干,使之坚固。3 至 5 天后,可在他人的携扶下,下地作适度的活动,而后根据患者身体素质情况,每日逐渐加大其活动量,直至在无协助的情况下,自己能起床和行走。2 个月后,拆除石膏固定,即可正常生活、工作。

3 治疗结果

疗效标准:优 21 例:压缩椎体的厚度恢复到 95% 以上,生理曲线正常,腰部活动自如,无腰背酸胀、疼痛等不适症状,日常生活、工作无任何影响;良 8 例:椎体压缩的厚度恢复到 85% 以上,生理曲线基本正常,腰部活动自如,偶尔遇寒冷、阴雨天或重体力劳动或运动量过大以后,有轻度腰背部或患部酸胀、疼痛感,卧床休息或药物治疗后,症状即行消失;差 1

例:椎体厚度恢复到 75%,并有相邻两粉碎性骨折椎体融合,脊柱仍有轻度后突、侧弯畸形,伴一侧下肢肌力减退至Ⅳ级,踝关节以下仍有麻木感,腰部时有酸胀、疼痛、功能活动受限,可参加轻微劳动,生活能自理。本组病例随访均在一年以上。

4 讨论

脊柱胸、腰椎段压缩性骨折是一种常见的,多发性骨折。大多脊柱骨折均发生在脊柱上活动范围大与活动范围小的交接部位,因为胸、腰椎交界处位于人体交点的中心,负重大,也是脊柱活动的交点。胸、腰椎压缩性骨折的椎体变形和骨折后,脊柱生理曲线的改变均是脊柱不稳定的重要因素,故在治疗方面,要力求恢复椎体的厚度和生理曲线为目的。我们采用以垫枕为支点,以抬高骨折的后缘椎体棘突,使躯体两端通过其重力的牵引,以及脊柱的过伸位,将前纵韧带及椎体前缘和侧方的各种附着组织,椎体上下的椎间盘组织牵拉开,使压缩变形的椎体及椎间隙恢复到原有的位置,从而使脊柱的生理曲度得到纠正,恢复椎管的原有形态。然后在此种生理体位上加以石膏背心作外固定。该固定方法可促进椎体的恢复,增强了脊柱在骨折恢复期的稳定性,同时通过早期的下床作功能活动,可增强体能,促进全身的机能代谢功能,也可避免因长期卧床而导致的一系列并发症的产生,从而使脊柱保持静态和动态的平衡。本方法安全可靠,适用于胸、腰椎不同程度的椎体屈曲型压缩性骨折,并对脊髓的轻度损伤及脊髓震荡,脊髓休克有促进其恢复的作用。但对合并有截瘫患者,则不能使用该法,在临床上应掌握运用的尺度。

(编辑:荆鲁)

前臂深筋膜重建环状韧带 7 例

赵福康

(荣县人民医院,四川 自贡 643100)

采用前臂深筋膜重建环状韧带治疗小儿陈旧性桡骨小头脱位疗效满意。现将资料完整的 7 例报告如下。

1 临床资料

本组 7 例全为小儿陈旧性桡骨小头脱位。男 4 例,女 3 例;左侧 3 例,右侧 4 例;年龄 3~10 岁,平均 6.5 岁;伤后就诊时间 1.5 个月~1 年,平均 6.25 月。

2 治疗方法

在臂丛或全麻下,作肘关节外侧 10cm 长的切口,切开皮肤及皮下组织,在肱肌肌浅面,切取长约 8cm、宽约 1cm 的深筋膜条,近端为蒂,备用。显露肱桡关节,切除桡骨颈部的增生组织,再将筋膜从肱桡间穿入,光滑面贴桡骨颈。筋膜条从桡骨颈的后外侧经其内侧,绕过前侧,最后把远端筋膜缝合于后外侧,使桡骨颈被完整包绕。检查前臂旋转功能,满意后逐层缝合。患肢用石膏托固定于屈肘 90°、前臂中立位。术后即可开始握拳,两周后去除石膏托,遂进行功能锻炼^[1]。

3 治疗结果

经两年随访,6 例前臂旋转范围正常,1 例因患儿配合较差,旋后略有受限。

4 讨论

过去大多数认为小儿桡骨头脱位,是由于小儿桡骨发育不显,桡骨头的周径比桡骨颈干部的周径小,环状韧带不能牢固保持桡骨头的位置,当牵拉肘时,桡骨头自环状韧带下滑移而脱位。近年来的探讨有不同的发现,Salter对2天~4岁尸体解剖发现,桡骨头的直径比颈的直径大30%~40%,头颈周径的比例为1.3~1.6:1,且桡骨头并非圆形而是椭圆形,矢状面直径比冠状面直径大。所以,当伸肘前臂旋前位牵拉肘关节时,环状韧带远侧缘对所在桡骨颈骨膜处发生横断撕裂,桡骨头直径短的部份转至前后位,因而桡骨头便从韧带撕裂处脱出^[2]。虽然对桡骨头脱位的创伤解剖见解各异,但其受伤体位的认识是一致的,即:患儿肘关节处于伸直、前臂旋前位时,突然受到牵拉而脱位。

桡骨小头脱位具有典型牵拉史、前臂旋前、肘关节半屈曲位、桡骨头部可有压痛、无明显肿胀、肘关节伸屈受限、前臂旋后明显受限等体征。根据上述病史及体征,其诊断是容易的,治疗亦不困难。本组7例全为农村患儿,伤后均在游医处治疗,几周甚至数月,功能仍无改善方送医院治疗。

环状韧带重建的方法很多,如使用带涤纶蕊的硅胶、调筋膜、人工肌腱、肱三头肌腱膜等重建环状韧带。本方法手术简单,切取筋膜方便,环状韧带重建牢固,易于操作,临床效果满意。

参考文献

[1] 王桂生. 骨科手术学. 北京: 人民卫生出版社, 1988. 237.
 [2] 王亦璠, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 北京: 人民卫生出版社, 1980. 406-407.

(编辑: 李为农)

自制四联液治疗感染创面

田瑞昌 王旭东

(1. 焦家金矿职工医院, 山东 莱州 261441; 2. 昌邑市第一人民医院, 山东 昌邑 261300)

自1992年以来,我们运用自制的四联液湿敷治疗感染性创面取得较为显著的疗效,现将有记载的123例总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组123例,男92例,女31例。年龄20岁以下30例,20~39岁42例,40~59岁39例,60岁以上(含60岁)12例,所有病人都住院治疗。

1.2 创面分类 外伤后感染52例,烧伤20例,各种手术后刀口液化22例,褥疮12例,脓肿切开引流11例,局部封闭后感染6例,创面内有骨骼外露者15例。创面大小:6cm×6cm~20cm×6cm。所有病人都无骨折。

2 治疗方法

2.1 药物 50%高渗糖40ml,胰岛素6~8U,654-II 10mg,庆大霉素16万单位。四种药物混合后装无菌瓶备用,用量可根据创面大小配制,但胰岛素用量不可过大,最多不可超过10单位。

2.2 治疗方法 首先彻底清创,清除创面内失活组织及不健康的肉芽组织,使创面内无脓液、无分泌物、无异物存在。有骨干裸露者,待感染控制后,用骨钻在骨干上每隔1.5cm钻一骨孔直通髓腔。创面用盐水冲洗干净,纱布拭干,将浸有四联液的3~4层纱布湿敷在创面上,有窦道者可用浸有四联液的纱布条置入。以后每12小时给创面浇50%高渗糖1次,每2天换1次药,且每次换药前均需用盐水将创面冲洗干净。

3 治疗结果

经四联液治疗,创面内及骨孔长出的肉芽组织生长良好,色泽鲜红,颗粒饱满,无水肿现象,且骨孔及创面内肉芽逐渐将裸露骨干覆盖,创面逐渐缩小至愈合。7~10天治愈者68例,11~20天治愈20例,21~30天治愈25例,31~40天治愈10例。

4 讨论

临床中,感染创面的愈合受多种因素影响,治疗起来相当棘手,但经过早期的抗生素及营养支持治疗后,创面则主要以组织水肿坏死为主,分泌物中多未查见明显细菌生长,我们自制四联液治疗此症效果甚佳。其中,高渗糖具有抑制细菌生长,消除组织水肿,促使新鲜肉芽组织生长的作用。胰岛素能促进核酸、蛋白质的合成,促进脂肪合成,抑制分解,促进创面组织对葡萄糖的利用。654-II能解除创面毛细血管痉挛,改善局部微循环。庆大霉素的局部消炎作用可以防治感染。四药协同作用,可以减轻创面组织水肿,促进局部肉芽组织生长,防治感染,从而促使创面早日愈合,达到缩短疗程、提高疗效的目的。

(编辑: 连智华)

股骨髁上截骨术治疗儿麻后遗症 屈膝畸形

赵树森¹ 苑敏¹ 杨木楠¹ 关玉波¹ 田晓光²

(1. 齐齐哈尔市中医院, 黑龙江 齐齐哈尔 161000; 2. 克东县中医院)

我院于1998年以来为71例儿麻患者行股骨髁上截骨术,取得了满意疗效现总结如下。

1 临床资料

本组中,男37例,女34例。年龄14~35岁。右侧42例,左侧29例。

2 手术方法

于髁上前外侧行斜切口,长约4~5cm,上极至正中,下极至髁骨外上角。切开皮肤,皮下组织,斜行切开股四头肌腱及肌腱下脂肪。再切开骨膜,用弯止血钳行骨膜下剥离,并牵拉显露股骨下端,于髁上一横指处行“V”字形截骨。截骨时要保留后侧的皮质。如果屈膝角度大,需行反“V”字截骨。缝合切口时要将股四头肌腱下的脂肪组织缝合好。

3 治疗结果

本组有66例屈膝畸形角度在30°以内。行股骨髁上“V”字形截骨术,均一次获得成功。有4例屈膝畸形角度大于30°