

术),可同时贯穿脊柱三柱,内固定坚强,允许患者早期下床活动。但均存在轴向撑开力不足,而最近临床上广为应用的 RF 技术却解决了这一弱点。多数作者<sup>[1~3]</sup>报告 RF 技术,认为该技术能提供轴向撑开力的同时,对脊柱前中后三柱结构进行复位固定,生理前凸的恢复得到稳定和保证。虽然 RF 系统是较为理想的脊柱后路内固定技术,对胸腰段骨折脱位伴脊髓损伤的治疗具有重要的实用价值。但其内固定器械系统较为复杂,手术操作难度大,有待进一步改进<sup>[2]</sup>。笔者应用的脊柱后路 AF 技术与 RF 技术有相似之处,但其内固定器械系统较简单,比起 RF 技术,手术时间短、创伤也小。Dewald 认为爆裂型骨折是骨性结构损伤,韧带和纤维环是完整的,所以只要给予撑开力使前后纵韧带紧张,就可使骨折块复位,也有作者有相同看法,认为前后纵韧带完全将骨块“吸”进椎体之中,但术后 CT 扫描发现骨块往往很少从其后突入的状况移位,即使移动,程度也很小<sup>[1]</sup>。本组病例平均移动程度为 30.0%,我们认为这与 AF 系统的撑开力强、后柱的固定作用和早期手术有关。Denis 发现胸腰椎移行部椎管受压面积 > 25% 就会引起神经损害,而在第 2 腰椎以下椎管

受压面积 < 50%,很少有神经损害。通过本组病例的观察研究发现,在受伤早期胸腰段椎管前后径减少 33.3% 不会出现神经损伤,为了避免晚期神经损伤,早期进行 AF 复位固定,使前中柱达到解剖位,可使椎管前后径改善 20.5%,达到椎管闭合性减压的目的。而伴有不完全瘫痪的,用同样技术可使椎管前后径改善 35.6%,达到同样的目的。另外术前与术后相比,椎管前后径的改善率与椎体中柱高度的改善率成正相关,这一发现使我们可以 C 型臂 X 线透视下,术中观察前中柱复位情况,来推测和判断椎管减压的程度,为爆裂型骨折,不需要首先考虑前路椎体及后路的椎板减压提供了理论根据。但经 AF 系统的闭合减压后仍残留平均 11.5% 的前后径减少,我们将继续随访,并随时报告其远期效果。

参考文献

- 1 刘沂,张桂林.胸腰椎爆裂性骨折的诊断分析和内固定治疗.中华创伤杂志,1995,11(6):335-337.
- 2 侯铁胜,刘洪奎.脊柱后路 RF 技术在治疗胸腰椎爆裂性骨折的应用.第二军医大学学报,1995,16(2):184-186.
- 3 俞宏亮,许超.经椎弓根 RF 手术治疗胸腰椎骨折的临床报告.中国矫形外科杂志,1997,4(3):176-178.

(收稿:2001-08-20 编辑:李为农)

• 病例报告 •

肱桡关节滑膜嵌顿一例

崔健 王开宏

(通辽市医院,内蒙古 通辽 028000)

患者,男,9岁。2001年6月8日骑自行车不慎摔倒,站起后即感左肘关节疼痛,伸屈受限,遂到附近医院就诊。行 X 线检查,示关节及骨质结构未见异常改变,医生考虑为软组织损伤,嘱其回家休养。第二天,患者伤肘仍疼痛难伸,故又到我院求治。时见伤肘略呈屈曲位抱于腹侧,关节无明显肿胀与畸形。检查发现,伤肘桡骨小头外上方处压痛明显,被动伸肘时痛剧,旋转运动障碍,考虑其为“肱桡关节滑膜嵌顿”。予行前臂旋前手法整复(即一手四指托患肘部,拇指按压于桡骨小头处,另一手握患肢腕部,两手协同用力,慢慢牵引前臂并逐渐旋前伸肘)。当旋前约至 45° 角时,感阻力加大,随增大旋前力量,听到咯噔一声,患肘疼痛即消失并能做屈伸运动。

体会

因为患者是摔伤而不是牵拉伤,一般小儿肘部牵拉伤年龄均在 5 岁以下。该患者年龄已 9 岁,由此可排除伤肘为桡骨小头半脱位。因伤肘外观无明显肿胀与畸形, X 线诊断又

正常,故又可排除肘关节脱位及骨折。患者虽不能述明摔倒时左肘的位置情况,但根据伤后肘部所呈现的强迫姿势,考虑其于肘内翻位受力可能性大。摔倒时肘于内翻位受到强大冲击力,致使肱桡关节间隙拉大,加之关节腔的负压作用,滑膜瞬间被吸入拉开的关节间隙内而形成嵌顿。被动伸肘时嵌顿的滑膜受肱桡关节面的挤压增大,故痛剧。给伤肘施以牵引并前臂旋前手法整复,肱桡关节间隙可被拉大,嵌顿的滑膜可得以松懈,并借此旋前力而被拉出关节间隙,从而解除嵌顿,恢复关节的正常功能。

以往对小儿肘部牵拉致伤均诊断为“桡骨小头半脱位”。笔者认为此种诊断不能正确反映伤肘的病理变化,而应诊之为“肱桡关节滑膜嵌顿”更为合适。提法是否正确,望各位前辈及同道指正。

(感谢中国中医研究院广安门医院骨科刘志刚老师指导。)

(收稿:2001-08-15 编辑:李为农)