

折移位不明显,仅神经挫伤、血肿压迫、应力传导造成暂时性传导功能丧失,而致大小便障碍者,非手术治疗后一般均可恢复正常。但最近有学者提出经后路骶神经管扩大减压术,达到对骶前孔处神经损伤的针对性松解及减压。认为骶孔的结构为“喇叭”型或“漏斗”型,骶后孔孔径小,偏内侧,骶前孔孔径大,且偏向外下,所以在向前外下方向扩大骶后孔的同时也扩大了骶前孔,因此后路骶神经管扩大减压术是可行的^[3]。而我们从骶骨的局部解剖来看,尽管后方进路风险较小,但由于后方进路一方面干扰了相对正常的骶管,另一方面不能有效地移除前移的骨块以解除其对 S₁ 神经根的压迫,因此主张前路减压^[4]。但前路减压有一定的难度和风险,首先要求术者对该区域的解剖结构十分熟悉,其次在手术过程中除注意对周围主要血管的保护之外,还应尽量少干扰下腹丛,以免造成医源性的植物神经功能紊乱。减压后是否对移位骨折进行固定,目前也仍存在争议,多数学者认同的内固定指征是不稳定骨折,建议水平移位用骶骨棒固定,纵向移位用棒内固定^[2],但骶骨棒在横向加压固定中可能引起或加重骶神经损伤,建议在骶骨棒固定时,两侧髂后嵴的内侧安置螺母防止过度加压,从而避免损伤骶神经。总之,由于各种原因,骶孔骨折及其由它所造成的神经损伤还未引起人们足够的重视,有关它的治疗在国内尚未成熟,有待进一步的观察和研究。

3.3 在临床诊治过程中应注意事项 骶骨骨折的患者常同时合并骨盆不稳、头、胸、下肢损伤,常不能进行系统检查,早期诊断神经根损伤比较困难,建议早期行电生理检查^[5,6]。若遇到整排骶孔骨折时,可视骨折移位情况而定,横向不稳可行骶骨棒加压固定,但不宜加得过紧,以免加重神经根损伤;横向不稳同时合并纵向不稳,则建议棒固定。对于骶神经断裂的患者,建议在减压同时应在显微镜下直接行断端吻合。

参考文献

- 1 Xu RM, Nabil AE, Jason R, et al. Radiologic and anatomic evaluation of the anterior sacral foramens and nerve grooves. Spine, 1996, 21 (4) : 407.
- 2 吴乃庆,王青,金正师,等. 骶骨骨折的手术治疗. 骨与关节损伤杂志, 2002, 17(3) : 186-187.
- 3 刘永刚,白靖平,锡林宝勒,等. 骶骨前孔区应用解剖学研究. 中国临床解剖学杂志, 2004, 22(2) : 143-147.
- 4 全仁夫,胡文跃,孙观荣,等. 骶骨骨折伴神经根损伤的手术治疗. 骨与关节损伤杂志, 2002, 17(2) : 100-101.
- 5 路青林,刘庆胜,李树锋,等. 骶骨骨折伴神经损伤的治疗. 中华创伤骨科杂志, 2005, 7(1) : 91-92.
- 6 白靖平,党耕町,锡林宝勒,等. 陈旧性型骶骨骨折合并骶神经损伤的诊断与治疗. 中华骨科杂志, 2004, 24(9) : 551-556.

(收稿日期:2005 - 04 - 26 本文编辑:连智华)

短篇报道 ·

指骨牵引治疗 Bennett 骨折

郑仁德,赵龙

(石嘴山市第二人民医院骨科,宁夏 石嘴山 753000)

1998 年至 2004 年,我科对 36 例 Bennett 骨折采用指骨牵引治疗,效果满意,报告如下。

1 临床资料

本组 36 例,均为男性;年龄 21 ~ 35 岁;受伤时间 1 h ~ 11 d,平均 18 h。致伤原因多为握拳位撞击伤;掌骨基底部内侧所形成的三角形骨块占关节面小于 1/5 者 9 例,1/5 ~ 1/4 之间 8 例,1/4 ~ 1/3 之间 6 例,1/3 以上者 13 例。

2 治疗方法

患指指根阻滞麻醉,用手摇钻在拇指远节指骨基底钻入直径 0.8 mm 克氏针 1 枚,用钢丝钳剪短,两侧露出皮外 5 mm,患指前臂石膏管型外固定,管型远侧缘达掌指关节,并将拇指固定于外展位,用 8 号钢丝弯成弓形,宽度正好位于拇指两侧,钢丝两端固定在石膏管型中。用回形针自制马蹄牵引弓,弓的两脚勾在克氏针两端上,弓底用橡皮筋挂在弓形钢丝上,橡皮筋的松紧度以牵引骨折复位为度。固定完成后摄 X 线片,如骨折未复位,可适当收紧橡皮筋,或调整钢丝角度。4 周后拆除牵引,功能锻炼。

3 结果

疗效评定标准:优,骨折于解剖位愈合良好,第一腕掌关

节灵活,恢复正常功能,无痛,有力;良,骨折愈合良好,腕掌关节功能恢复 80% 以上,无痛,有力;可,骨折愈合,腕掌关节功能恢复 60% ~ 80%,稍有疼痛,略感无力;差,骨折不愈合或畸形愈合,腕掌关节功能活动明显受限,且力弱。本组 36 例均达到一次性复位,28 例获得随访,8 例因与患者失去联系无法随访。优 24 例,良 2 例,差 2 例。

4 讨论

Bennett 骨折易复位不易固定。传统悬吊牵引治疗,将拇指、第一掌骨、大多角骨和桡骨在一条直线上牵引很容易复位。但悬吊牵引胶布容易脱落,且卧位、坐位、站立时经常改变牵引方向和力量,不能保持持续牵引。指骨牵引的着力点近于掌骨本身,牢固,力量恒定,通过向外侧及远方的牵引作用,既可对抗向近端回缩的作用,又可对抗向外侧脱位的趋势。橡皮筋、牵引弓具有弹性固定效果,不仅可用于调整复位,而且在固定期间允许拇指有一定的活动,可以预防肌腱粘连,关节僵直,对关节功能的早期恢复具有积极作用。虽然穿针部远离骨折端,但仍需遵循无菌操作原则,预防针孔感染。

(收稿日期:2005 - 01 - 17 本文编辑:王宏)