

针刺,按摩,功能锻炼,只要医患配合持之以恒,对病员的康复也是大有裨益的。

参考文献

1. 杜自明. 中医正骨经验概述. 人民卫生出版社, 1980: 20.
2. [宋]太医局编. 圣济总录. 水肿门. 人民卫生出版社, 1982: 1390.
3. 李存贵, 等. 外伤性脊髓损伤专题座谈会纪要(续). 中华外科杂志 1987; 25(2): 114
4. 饶书城. 胸腰椎骨折伴截瘫的外科治疗(综述). 创伤杂志

- 1987; 3(4): 237.
5. 陆裕朴, 等. 实用骨科学. 人民军医出版社, 1991: 782.
6. 胥少汀. 脊柱骨折脱位并脊髓损伤的治疗. 创伤杂志 1989; 5(3): 137.
7. 饶书城. 胸腰椎骨折伴截瘫的前路减压与融合固定术. 中华骨科杂志 1988; 8(5): 343.
8. 董天华. 胸腰椎骨折治疗新概念(综述). 中华骨科杂志 1987; 7(1): 72.

肘关节脱位合并血管神经损伤一例

广东省中山市民众中心卫生院(528441) 林永恒 郭照开 许申明*

冯×,女,35岁,农民。1993年3月15日因攀树从约2m高处侧身坠落,右肘关节伸直位手掌触地,即感右肘剧痛,肘部皮肤破裂,血流如注,骨端外露,肘关节活动丧失。半小时后就诊。查体:右肘呈半屈曲位弹性固定,靴状畸形。肘前内侧约7cm斜形伤口,肱骨滑车面完全暴露在伤口外,未见搏动性出血。肢端冷,皮肤紫绀,桡尺动脉搏动消失。拇指对掌功能及屈指功能障碍,正中神经分布区感觉消失。X片示:右肘关节后外侧脱位,上尺桡关节未分离,未见骨折。诊断为右肘关节开放性后脱位合并肱动脉、正中神经损伤。立即在臂丛麻醉下行清创探查复位术。术中见正中神经跨过肱骨下端并被其挤压致扁,部分断裂之神经外膜挫伤,神经绷紧如弦状。肱动、静脉断裂,断端退缩栓塞。肱二头肌腱膜及部分肌腹断裂。因无血管吻合条件,故清创复位无菌包扎后转院。

讨 论

由传达暴力所致肘关节闭合性脱位临床上常见,即使合并有血管神经症状,也多为骨端移位压迫所致,经复位后即可缓解。而由传达暴力致肘关节开

放性脱位合并血管神经断裂,临床上少见,文献报道不多。本病例合并血管神经断裂,为移位之肱骨下端钝挫伤所致,而非骨折断端或锐器直接作用,术前易误认为血管神经被移位的骨端挤压,而作简单的清创复位、忽略对血管神经的检查处理。

本病例受伤姿势符合肘关节后脱位机理。由于从高处坠落,产生的冲击力大,地面的反作用力使鹰嘴尖端急骤撞击鹰嘴窝,产生强大杠杆力,迫使肱骨下端冲破肘关节前内侧关节囊及肱前肌而脱位,身体的重力沿着脱位方向继续作用,使肱骨下端继续下移而冲破肘前内侧全层皮肤,形成开放性脱位。肱动、静脉及正中神经正好从肱骨下端前内侧跨过,这种突发暴力致肱骨下端严重移位,足以造成该神经血管的断裂。

因此,临床上遇到这类损伤病人,我们可以根据其损伤暴力大、移位程度重、桡尺动脉搏动消失,正中神经支配区感觉运动障碍,可诊断为血管神经断裂,有血管的吻合条件的应立即进行探查、血管神经吻合。基层或无条件的医院应尽早将伤者转院,而无需再行清创复位观察,以免延误治疗。另外,更不要不经清创而复位,将污染带入关节深部,增加感染机会。

* 湖北中医学院附属医院