选择手术入路。手术方式的正确选择是影响术后疗效的又一重要因素[8]，任何手术方式选择均以有利于脊髓的充分减压及颈椎稳定性重建为基本原则。本研究结果表明，只要术前对脊髓压迫物的性质，部位及椎管情况等有一个正确全面的认识，选择正确手术入路，各种手术方式均可取得满意疗效。

参考文献

1 殷华符，王立舜，陈仲强 等．脊髓型颈椎病的手术治疗．中华骨科杂志，1991；11：177.

2 陈国瑞，徐建广，聂林 等．颈前路多节段减压原位植骨治疗脊髓型颈椎病．美国中华骨科杂志，1997；3：319.

3 Saunders RL. Surgery of cervical disease. Clin Orthop, 1984; 184: 71.

4 Tsuyama N. Ossification of posterior longitudinal ligament of cervical spine. Clin Orthop, 1984; 184: 71.

5 杨克勤．脊柱疾患的临床与研究．第 1 版，北京：人民卫生出版社，1993：573～575.

6 Badami. P. Metrizamine CT myelography in cervical myelopathy and radiculopathy: correlation with conventional myelography and surgical findings. AJNR, 1985; 6: 59.

7 Fujwara K. The prognosis of surgery for cervical compression myelopathy (An analysis of the factors involved) . J Bone Joint Surg (Br), 1989; 71: 393.

8 Clifton AG. Identifiable causes for poor outcome in surgery for cervical spondylosis (post - operative computed myelography and MRI) . Neuroradiology, 1990; 450.

（收稿：1998—12—12）

“金葡液”治疗骨囊肿 36 例报告

董玲生* 寇炳祯*

采用“金葡液”腔内注射治疗骨囊肿 36 例，男性 24 例，女性 12 例，年龄在 10～45 岁之间。发病部位，肱骨近端 24 例，胫骨近端 12 例。全部病例均经 X 线及穿刺抽液化验确诊。首次注射药物做皮试。穿刺在 X 透视下进行。选取进针点两个，宜选在骨囊肿壁及软组织较薄且无重要神经血管部位。如骨壁较厚，先用克氏针凿透骨皮质，再进行穿针。两穿刺针针尖分别到达囊肿的两极，浅部针注入“金葡液”，注入同时可见深部针自动流出等量淡黄色液体，可用作化验。一般每次注入“金葡液”4ml，每周注射一次，一般 4～6 次即可。36 例患者用药后均有局部疼痛、肿胀和全身发热反应，体温一般在 37.5℃～38.5℃之间，6～12h 自行消退。超过 38.5℃或持续发热者予以对症处理。一般注射 4 次后拍 X 线片，可见囊壁边界不清，囊腔液少内有骨钙化区。经注射 6 次后可见囊肿模糊不清，密度接近正常，2 个月治愈。

讨　论　骨囊肿治疗多采用手术，常用的保守疗法是腔内注射“强的松龙”疗效不确切。我们采用“金葡液”腔内注射，药物直接作用于囊壁的结缔组织，激活炎症反应，促进组织化生形成骨样组织和骨组织，达到囊肿愈合的目的。采用双针穿刺，可以防止因力抽吸引起静脉出血，影响对内容物的化验。同时注入药物时又可防止药物及囊液入血，影响治疗效果，加重全身反应。本疗法，副作用少，疗效确切，值得推广。

（收稿：1998—10—23）

* 河北省沧州市人民医院骨科　061000

俯卧位手法复位治疗肱骨外科颈骨折

金东垒* 李基哲** 姜荣辉* 申正男*

1991 年 1 月～1998 年 3 月采用俯卧手法复位法治疗 22 例肱骨外科颈骨折病人。22 例中男 9 例，女 13 例；年龄 11～52 岁，左侧 7 例，右侧 15 例，均为伤后 2d 内就诊。病人俯卧于检查床上，患侧胸大肌下垫小枕，使患侧上肢从床边自然下垂，一助手坐在地面将患肢轻度外展位牵引，病人健侧手扶对侧床缘做对抗牵引或另一助手协助对抗牵引，术者站在患肢后方用双手拇指摸准肱骨头，余四指环抱骨折远端，在持续牵引状态下，嘱助手将患肢外展。前屈，配合手法纠正侧方移位及前后角移位，此时感到复位的骨摩擦感，在维持牵引下用肱骨外科颈夹板固定并悬吊于胸前，拍片复查。一周开始作肩关节功能锻炼，4～6 周解除外固定。本组病人均得到了 5 个月～5 年随访，按吴氏标准：优 13 例，良 7 例，可 1 例，差 1 例，优良率 90%。

讨　论　①患者取俯卧位，MILCH 法以往多应用于肩关节脱位的复位，由于肩关节脱位与肱骨外科颈骨折复位有相似之处，我们在本法的基础上加以改良经双侧临床自然下垂，能充分暴露腋窝，术者易于摸准骨折断端施行手法复位。②由于患肢呈自然下垂位，能松驰肩关节周围的肌肉，牵引方向与其重力方向一致，床面起对抗牵引作用，无需经腋窝作为反牵引的布带和施以急骤暴力，因此不会发生合并损伤。③本法需用一次性手法复位夹板固定，不需如牵引复位病人长期卧床所带来的并发症。

（收稿：1998—10—23）

* 吉林延边第二人民医院　133001　** 龙井市医院骨科

中国知网 https://www.cnki.net