

术后 1 例到 D 级, 1 例到 E 级; D 级 6 例, 术后到 E 级。可以看出, 完全性截瘫疗效差, 不全性截瘫疗效好。

3. 并发症: 本组病例术后切口均一期愈合, 无定位错误, 无断钉及松动。

讨 论

1. 椎弓根内固定器提供了坚强的内固定, 为脊柱胸腰段骨折脱位的治疗取得了突破性的进展。古老的双棘突钢板内固定、棘突钢丝固定因不能对抗所造成的成角畸形的前倾屈曲力而被淘汰⁽²⁾。哈氏棒、鲁格氏脊柱棒固定系统是对脊柱骨折脱位的成功的内固定方法, 使病人活动早, 骨折愈合和畸形纠正好。但是根据脊柱三柱学说的观点, 二者都仅作用于脊柱的后柱, 这对于累及脊柱三柱结构的损伤并不是理想的内固定器。在临床实践中, 哈氏棒因不能做到骨折节段的局部固定而发生脊柱的旋转移位; 后期可发生脱钩、断棒、畸形复发。鲁格氏棒的节段性固定坚强可靠, 但此棒穿钢丝时需要进入椎管, 有损伤脊髓神经的潜在可能性。而 Dick 椎弓根内固定器提供了合理的生物力学设计。这种内固定器通过椎弓根进入椎体的螺丝钉直接控制脊柱的前中后三柱复方结构, 维护了脊柱的稳定性。

2. Dick 椎弓根内固定器对椎体有良好的复位作用: Dick 椎弓根内固定器由椎弓根螺钉、螺杆、固定块等特殊结构组成, 连接椎弓根

螺钉与螺杆的二个固定块可调节上下椎弓根间的距离。螺钉尾部可接复位杆, 利用杠杆的原理对脊柱的中柱和前柱的压缩骨折有其独特的复位作用。恢复脊柱的高度和生理屈度明显优于哈氏棒和鲁格氏棒⁽³⁾, 对突入椎管内的骨块可部分复位, 椎管矢状径可部分扩大, 而使脊柱得到减压作用。而且这种内固定器只固定骨折椎体的上下各一椎体, 一般只固定三个节段, 从而最大限度地保留了脊柱的运动功能。

3. Dick 椎弓根内固定器是比较安全的手术方法: Dick 椎弓根内固定器操作时不需要进入椎管而是通过椎弓根固定脊柱, 因而不会产生受伤部位的活动而进一步损伤神经组织。因此在无 X 线电视屏的情况下, 只要术前进行骨折椎体的 X 线定位, 术中充分显露关节突, 做出固定椎正确的椎弓根定位标志和准确的进针方向, 开展此手术是不难的。本组病例除最初 4 例在术中进行 X 线定位外, 其余 28 例均在术前根据骨性标志进行定位, 无一例发生定位错误。

参考文献

1. 唐天骢, 等. 对胸腰椎损伤综合分类法的建议. 中国脊柱脊髓杂志 1991; 1: 49.
2. H. cotler, 等. 椎弓根钢板螺丝钉内固定治疗胸腰椎骨折脱位初步报告. 中华骨科杂志 1990; 3: 162.
3. 唐天骢, 等. 胸腰椎骨折患者的椎弓根短节段内固定器治疗. 中华外科杂志 1989; 5: 272.

肩搦法治疗成人肩关节脱位

陕西省渭南地区医院(714000)刘铁战

笔者采用《伤科汇纂》中记载的肩搦法治疗肩关节脱位, 效果很好, 现介绍如下。

临床资料: 共 18 例, 男 8 例, 女 10 例; 年龄最小 21 岁, 最大 58 岁; 均为前脱位, 右肩脱位 13 例, 左肩脱位 5 例; 喙突下脱位 11 例, 孟下脱位 5 例, 锁骨下脱位 2 例, 合并大结节骨折者 7 例; 从受伤到整复时间最长 7 日, 均一次复位成功, 7 例大结节撕脱骨折也同时复位。

治疗方法: 患者直立, 医者以背对患者之患侧。蹲身将肩凑入患者腋下, 医者用双手握住患者肘和上臂,

双手向前下牵拉, 徐徐直起身子, 肩向上, 向前用力, 腰稍向前弯, 患者因重力而下垂, 产生很大的牵拉力, 感到肩关节有“漂浮”感之后, 很快就听到入臼声, 肩关节立刻恢复活动。证明复位成功之后, 用绷带将患肢屈肘固定在躯干上 3 周, 然后进行功能锻炼。

讨论: 肩搦法的优点是单人操作, 不需要助手; 杠杆力小, 引起肱骨干骨折的可能性不大; 不加重关节囊的损伤; 不需要任何条件, 病人站立即可复位。但多发骨折或伴有休克不能站立者不能使用, 合并肱骨干或外科颈骨折者也不能用。此法也可用于后脱位。