

关节被动伸屈活动，以患者能够忍受为度，切忌暴力。同时嘱患者平时要加强功能锻炼，并可配合局部中药

熏洗，舒筋活血通络。(本文指导：楚莲芬)

(收稿：1996—08—19)

超外展损伤性肩关节脱位的诊断与整复

张银良 李广文 申永跃 闫根全

山西省太原市南城区骨伤科医院 (030001)

我院自 1990 年以来门诊共收治肩关节前脱位 186 例，现将 9 例经常规复位方法失败后改用超外展位牵引复位法复位成功的病例作一总结分析。

临床资料

本组 9 例中男 3 例，女 6 例；年龄 28~63 岁；左侧 5 例，右侧 4 例；伤后就诊时间 20 分钟~12 小时；孟下脱位 4 例(2 例伴肱骨大结节骨折)，喙突下脱位 5 例(1 例伴肱骨大结节骨折)；全部为间接暴力致伤，均有肩关节过度外展跌仆史。

治疗方法

一般无需麻醉，如脱位时间较长，局部肿痛严重者可采用关节腔内局麻。患者取仰卧位，一助手双臂合抱或用宽布带绕过患者胸廓上部牵引以固定躯体。另一助手立于患侧，双手握患肢腕部先顺势牵引，在牵引下逐渐将患肢外展外旋，直至肩关节外展大于 90°并持续牵引，同时将伤肢轻柔地内外旋转。待伤肢充分牵引后，术者立于患侧，一手扳肩峰部向下，另一手掌握脱位的肱骨头向上复位。多数情况下，肱骨头复位时可闻弹响声。复位后伤肩变丰满，“方肩”畸形消失，Dugas 征阴性。事实上，半数以上的病例仅通过充分的过度外展位牵引就已复位。

治疗结果

9 例患者用常规复位方法失败后改用本法复位一次成功。复位后，年轻患者在肩内收内旋位固定 3 周，

50 岁以上患者仅用三角巾悬吊一周就开始肩关节活动以防止关节粘连如合并肱骨大结节骨折者用超肩夹板固定直至骨折愈合。

讨论

1. 诊断：应根据受伤姿势、临床体征，结合 X 线片综合判断。我们总结出诊断标准为：(1) 有肩关节超外展损伤史，X 线片显示为孟下脱位者。(2) 有肩关节超外展损伤史，X 线片显示虽为喙突下脱位，但在轻度牵引下肩关节可顺利外展至 90°以上。而一般类型的肩关节脱位外展超过 60°以上时即出现显著疼痛并有明显阻力感，由此可相鉴别。

2. 手法复位机理：超外展损伤性肩关节脱位是由于受伤时上臂处于极度外展位，大结节与肩峰相抵，在杠杆作用下，肩关节囊下部撕裂，肱骨头被撬出孟缘而致脱位。当外力消除后，伤肢由于重力回落至体侧，肱骨头处于孟下固定，但也可由于肌肉牵拉而移至喙突下。本手法复位的机理是逆受伤机制复位。使伤肢处于受伤时的体位——极度外展位牵引，可使脱位的肱骨头无阻力地从关节囊下部的破裂口退回而滑入孟窝。而传统的复位方法是置伤肢于体侧或轻度外展位牵引。如用传统的复位方法治疗本型脱位，随牵引力的加大，由于关节囊破裂口与肱骨头所处的方向不一致，肱骨颈会被破裂的关节囊紧紧地卡住而使复位失败。

(收稿：1996—08—19)

折顶回旋法整复新鲜移位型科雷氏骨折

魏晓健

山东省聊城地区中医院 (252000)

笔者自 1990 年 8 月~1996 年 5 月采用折顶回旋法整复新鲜科雷氏骨折 120 例，取得良好的效果，现报告如下。

临床资料

1. 一般资料：本组 120 例中男 52 例，女 68 例；年龄 15~84 岁，左侧 45 例，右侧 75 例；均为一周内的新鲜骨折，未合并其它损伤。