

岁女孩 2 周即达临床愈合。但应注意牵引重量宜恰当, 过轻无效, 过重则过分牵拉关节囊而使肱骨头半脱位。对一例 16 岁既有 III 度骨骺损伤, 又有尺骨鹰嘴骨折伴分离的少年, 我们分别切开复位内固定, 以免顾此而失彼。

4. 预后问题: 成人肩关节损伤所遇到的常见并发症如关节僵硬、畸形、缺血性坏死、骨不连接及骨化性肌炎在儿童极为罕见。儿童此处损伤的并发症为

肢体不等长、内翻畸形。本组 15 例患儿长期随访, 未发现肢体不等长, 但在 X 线片复查中, 1 例 III 度患儿待其成年后肱骨头变为细长, 2 例出现 20 左右的肱骨头内翻。但肩关节外形与健侧差别不明显。15 例功能均属优秀, 更加说明了中西医结合治疗本病的优点。

(收稿: 1998- 05- 01)

## 中老年性髋髂关节骨错缝的发病及其诊治

黄树林

空军总医院 (北京 100036)

髋髂关节骨错缝 (又称髋髂关节紊乱综合征), 是引起腰腿痛的常见原因之一。1990 ~ 1994 年共收治 98 例, 笔者采用手法整复治疗收到满意疗效, 现报告如下。

### 临床资料

本组 98 例, 男 57 例, 女 41 例; 年龄 40 ~ 64 岁。病程最短者 2 天, 最长者 2 年。原因不明者 67 例, 慢性劳损 31 例; 向前错缝型 62 例, 后错缝型 36 例; 左侧 56 例, 右侧 42 例。均有腰髋部疼痛, 行走、跑步、卧床翻身或坐位起立时疼痛加剧。重者患侧下肢麻木、无力、跛行, 触诊髋髂关节处明显压痛, 叩击痛。4 字试验、床边试验均为阳性。

诊断依据: (1) 腰痛固定在一侧的髋髂关节及下腰大腿部, 可有放射痛, 咳嗽或喷嚏疼痛加剧, 腰部向患侧侧屈, 后伸受限明显。(2) 腰部不能挺直, 站立时身体向一侧倾斜、自觉患腿短缩, 患侧下肢不能着地负重。(3) 常取健臀着椅 (或床), 手扶患髋的斜坐 (或侧卧) 位, 手扶患髋才能站立。(4) 查体可见髋后上棘凹陷 (或高凸)。位置上移或偏下。(5) 髋髂关节不对称。双下肢不等长, 腰髋肌紧张, 髋髂关节处稍肿胀, 可触及椭圆形筋结或条索状物。明显压痛, 叩击患处反跳痛。(6) 部分患者股内收肌明显紧张, 且该肌在耻骨的附丽处明显压痛。(7) 4 字试验, 床边试验, 骨盆分离挤压试验, 骨盆旋转试验, 患肢直腿抬高试验均为阳性。(8) X 线骨盆正位片: 可显示患侧髋髂关节密度增高, 关节下缘骨质增生, 两侧关节间隙不等。髋髂关节前错缝, 患侧髋髂关节间隙大于 0.3cm; 髋髂关节后错缝, 患侧髋髂关节间隙小于 0.3cm 或重叠、毛糙。

### 治疗方法

准备手法: 患者俯卧, 术者在患侧用滚、揉、推法, 并点按环跳、委中、承山穴 3 ~ 5 分钟, 使腰髋部有热感, 肌肉放松。

复位手法: 根据前错缝型和后错缝型的不同, 分别采用: (1) 仰卧牵引法, 以右侧为例 (前错缝型), 患者仰卧, 助手压住健侧大腿, 术者立于患侧, 左手托窝处, 右手握踝部, 令患者屈髋屈膝至最大限度时, 用力外展外旋, 然后伸髋伸膝牵拉, 反复 2 ~ 3 遍。用双手掌根部分别在两侧髂前上棘上缘, 用力分压。(2) 俯卧牵压法 (后错缝复位法): 患者俯卧, 双手拉紧床沿, 术者用左手前臂将患侧大腿抱起向后充分抬起牵拉, 右手肘关节屈曲 90° 按压于髋髂关节部。在大腿向后抬高牵拉之时, 用力按压髋髂关节处, 促使腰脊过伸, 此时可听到清脆的响声或关节移动感, 表示手法复位。

术后处理: 手法整复完毕用推、按、分筋、理筋手法, 目的是放松腰髋、臀部的软组织, 一般休息 3 ~ 5 天。急性患者可配合超短波或红外线等热疗。

### 治疗结果

本组 98 例均获痊愈。其中 1 次手法治愈 45 例, 2 次手法治愈 30 例, 3 次手法以上配合高频电疗治愈 23 例。

### 讨论

而中、老年人由于年大体弱、多病、肥胖, 活动量减少, 长期久坐, 使髋髂关节负重增加, 导致髋髂韧带松弛, 肌张力弹性减弱, 拉应力下降, 使髋髂关节失去正常稳定性, 是产生髋髂关节骨错缝的主要原因。加之腰髋、髋髂关节的退变, 慢性劳损等原因的

存在,因此在某种诱因的作用下易发生髋膝关节骨错缝。

按摩正骨是治疗本病最有效的治疗方法。主要纠正了髋膝关节的骨错缝,松懈局部软组织,使病变组织恢复到正常的解剖位置,消除病理因素,从而达到解除或减轻对局部组织的压迫或刺激,使病变痊愈或

明显减轻。髋膝关节结构牢固,复位时力度大,必须排除骨质病变,复位时多数可听到关节的“咔嚓”声响或关节轻度的移动感。检查两侧髌后上棘在一水平线上,双下肢等长,方为复位成功。术后要卧床 2~3 周,使髋膝松弛的韧带肌肉充分修复,避免重复损伤,影响疗效。(收稿:1996-01-16)

## 锁骨楔形截骨加肩锁喙锁韧带修复术治疗 陈旧性肩锁关节脱位

王少云

山东省昌邑市中医院 (261300)

陈旧性肩锁关节脱位是一种骨科常见病。传统的治疗方法是肩锁关节交叉钢针内固定加肩锁喙锁韧带修复术<sup>[1]</sup>。笔者在临床工作中体会到:该手术对于脱位时间短和脱位不太显著的病例疗效确切,但对脱位时间长且脱位显著的病例,效果不甚理想。原因是锁骨长期失去韧带固定而改变了生理曲度及胸锁位置。传统的手术方法虽可将脱位恢复,但去除内固定后,修复的韧带往往不足以抵抗锁骨所形成的向上的剪力,致使脱位复发。针对上述情况,虽然有将锁骨用拉力螺钉固定于喙突或锁骨外端切除的术式<sup>[2]</sup>,但由于前者可形成长期的异物存留,后者损伤较大,致使部分病人不能接受。为此,笔者对该种术式作了一定改进,即锁骨楔形截骨加肩锁喙锁韧带修复术,临床观察效果良好。

### 手术方法

手术入路宜选用肩锁关节上“S”形切口。术野显露清楚后,在锁骨中外 1/3 处(或稍内)剥离骨膜,对锁骨下血管神经妥善保护,用线锯对锁骨楔形截除。截除的大小及方法根据脱位情况而定,脱位越大,截除越大;脱位越小,截除越少。完成截骨后,肩锁关节应恢复至解剖位置。对肩锁关节清理完毕后,选克氏针一枚,将锁骨断端固定。最后进行肩锁、喙锁韧带修复。(见图 1、2)

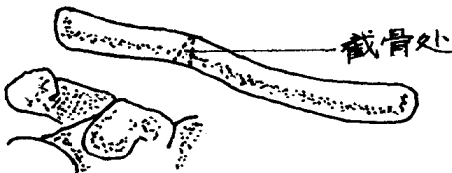


图 1 截骨术式 I

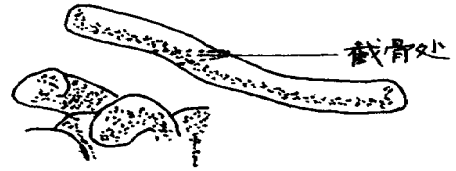


图 2 截骨术式 II

### 典型病例

例 1,女,36 岁。因左肩部外伤伴畸形 3 年于 1991 年 4 月收入院。经检查诊断为陈旧性肩锁关节脱位,即行肩锁关节交叉钢针固定,肩锁喙锁韧带修复术。术后 8 周去除固定钢针,6 个月后脱位复发。同年 11 月行锁骨楔形截骨,肩锁喙锁韧带修复术。术后 8 周去除锁骨内固定钢针,肩部功能恢复正常,随访至今无复发,且能从事正常体力劳动。

例 2,男,48 岁,因左肩部外伤伴畸形 5 年于 1991 年 10 月以左肩锁关节脱位收入院。术中探查见肩锁、喙锁韧带全部断裂,肩锁关节脱位达 2.5cm,须用强大外力方能使肩锁关节复位。故行锁骨楔形截骨,肩锁喙锁韧带修复术。术后肩部功能恢复良好,随访至今无复发。

### 讨论

1. 该种术式能使显著的肩锁关节脱位在恢复到解剖位置的同时,克服了锁骨产生的向上的剪力,避免了传统方法术后脱位复发的可能。
2. 避免了锁骨喙突间拉力螺钉固定形成的异物存留,消除了病人术后的心理压力。
3. 该种术式由传统的肩锁关节双钢针固定改为锁骨单钢针固定,保护了肩锁关节的功能。
4. 锁骨单钢针固定的去除时间不长于肩锁关节双钢针固定的去除时间,故不增加病人的病程。