

性骨折; 桡骨干上 1/3 骨折 7 例, 中 1/3 骨折 11 例, 下 1/3 骨折 18 例; 病程最长 8 天, 最短 2 小时。车祸伤 19 例, 跌伤 11 例, 直接打击伤 6 例。

2 治疗方法

2.1 麻醉 一般不用麻醉。对于个别前臂肌肉较为发达或肿胀较甚者则采用臂丛神经阻滞麻醉。

2.2 体位 患者仰卧位或靠坐位, 肩关节外展 90°、前屈 30°~45°, 肘关节屈曲 90°, 腕关节 0°。按照以远端对近端的原则, 中下 1/3 骨折前臂置于中立位, 上 1/3 骨折者前臂尽量置于旋后位。

2.3 整复方法 两助手顺前臂纵轴对抗持续牵引 3~5 分钟, 矫正骨折重叠及成角畸形。牵引要求持续一致, 切勿忽松忽紧, 来回晃悠。然后根据病人受伤机制、骨折类型和部位, 结合 X 线片上的骨折移位方向及程度, 分别采用分骨、折顶、提按、摇摆、按摩等手法纠正骨折侧方及旋转移位。

2.4 固定方法 在维持牵引下, 前臂敷祛瘀消肿药膏, 铺薄棉垫, 于骨折部位的掌侧和背侧分别放一分骨垫, 在上 1/3 和中 1/3 骨折时, 于前臂背侧上下端各置放一纸压垫, 掌侧骨折部位放置一块纸压垫, 施行三点挤压维持骨干背弓的生理弧度。再将掌侧、背侧、尺侧及桡侧四块夹板放妥, 并用布带捆扎四道, 使布带松紧适当, 肘关节屈曲 90°, 前臂中立位, 并用三角巾将伤肢悬吊于胸前。

3 治疗结果

复位后 X 光照片复查, 骨折对位对线满意。结合正确的辨证用药, 合理的外固定和早期功能锻炼, 全部病例都在 3~8 周内临床愈合。随访 29 例, 时间 6 个月~1 年, 前臂功能均恢复正常。

4 体会

(1) 引起桡骨干骨折的外力可为暴力直接打击于前臂骨, 也可能由于跌倒时手掌着地, 暴力经桡腕关节传导于桡骨而使桡骨干发生骨折。骨折后可出现重叠、成角、旋转、侧方

移位等四种畸形。其中断端的短缩、成角和侧方移位是在暴力作用时发生, 而旋转错位则是在骨折以后才发生。因有尺骨的支撑, 桡骨骨折的短缩重叠移位甚少, 但常有桡骨骨折端之间的旋转畸形存在。如为上 1/3 骨折, 即旋前圆肌止点以上骨折, 则骨折端是介于两旋转肌群之间, 近侧断端只有旋后肌附着, 则近折端旋后, 远折端只有旋前肌附着, 则远折端相对旋前。如桡骨中 1/3 或中 1/3 以下骨折, 近折端有旋后肌与旋前圆肌附着, 其拮抗作用的结果致近折段仍处中立位(或由于旋后肌群较强而轻度旋后), 远折段则受旋前方肌的作用而相对旋前。

(2) 由于前臂的主要功能是旋转活动, 故如何纠正旋转错位就成为整个治疗的关键。这是因为如果骨折的旋转错位不加纠正, 断端的对位再好也不能恢复正常的旋转功能。因此, 在整复时, 只有恰当地处理好这个主要移位, 才能为纠正其他错位创造前提。对于桡骨中下 1/3 骨折整复容易, 而桡骨上 1/3 骨折因局部肌肉丰满则较难整复, 这至今仍为同道所公认。通过临床实践我们体会到, 如果以前臂创伤解剖为基础, 调整、改进整复手法, 则上 1/3 骨折整复亦较易成功。

(3) 桡骨骨折整复后, 因尺骨保持完好, 故整复后有一定的稳定性, 但整复后的固定与管理仍至关重要。如若将其忽略, 则仍可出现畸形愈合及软组织挛缩等合并症。

(4) 需要强调的是, 桡骨干单骨折特别要注意检查有无下尺桡关节的损伤和脱位(Galeazzi 骨折脱位)。

参考文献

- [1] 王亦璁, 孟继懋, 郭子恒, 等. 骨与关节损伤. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 426.
- [2] 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1991. 618.
- [3] 王云钊, 李果珍. 骨关节创伤 X 线诊断学. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1995. 203.

(编辑: 李为农)

推顶回旋法治疗难治性肩关节前脱位

叶忠刚 张鹏飞
(休宁县中医院, 安徽 休宁 245400)

肩关节前脱位是临床上最为常见的关节脱位之一, 目前常用的复位手法如拔伸足蹬法、拔伸托入法等, 均为外展、外旋位牵引复位, 对于一般的肩关节脱位疗效尚佳, 但对肌肉发达, 体格健壮者, 实难奏效。我院自 1990 年至 1996 年, 运用前屈上举位拔伸牵引、推顶回旋法治疗难治性肩关节前脱位 72 例, 疗效满意, 现总结如下。

1 临床资料

本组 72 例, 男 59 例, 女 13 例; 左肩 22 例, 右肩 50 例; 喙突下脱位 48 例, 锁骨下脱位 16 例, 孟下脱位 8 例; 其中因在外院经手法复位未成功而转入我院 25 例, 其余均在我院经外展、外旋位牵引复位至少一次者。72 例全部为外伤性脱位。

就诊时间最短的 1 小时, 最长的 5 天。年龄最小的 18 岁, 最大的 65 岁, 平均年龄 32 岁。复位均在无麻醉下进行。

2 治疗方法

治疗方法以右肩为例, 患者坐于高约 25cm 矮凳上, 背靠高约 70cm 床边, 助手立于床上右肩侧, 术者面对患者立于右侧, 先将患者右上臂缓缓前屈, 上举于约 170° 位, 交于助手手中, 助手双手握住患者腕部, 左脚踩住患者右肩对抗牵引, 术者蹲位, 双手环抱患者右肩部, 两大拇指于患者腋下向外上方推顶脱位之肱骨头, 然后嘱助手使患肘关节屈曲, 向前放下并使肩关节内收、内旋, 即感肱骨头缓缓滑向肩胛盂, 并可闻及肱骨头入臼声。肩部恢复圆满, 将右手搭于左肩, 固定于内

收位,三角巾悬吊 2 周。

3 治疗结果

本组 72 例均为本手法一次复位成功。术中未引起神经、血管损伤及骨折等并发症, X 线片示:肩关节复位良好。术后经适当功能锻炼及中药内服、外敷,肩关节功能恢复良好。

4 讨论

由于肩关节前下部存在一个由肩胛下肌和肱三头肌起始部之间形成的腋窝窝^[1],在结构上相对比较薄弱。而肩关节在外旋、外展位时肱骨头滑移于靠近前下的位置,所以当肩关节处于明显外展、外展位时,肩关节前下方关节囊处于相对紧张状态,肱骨头顶于关节囊前下方。此时,若肱骨头再受到由上肢传导之较大暴力,则可致肩关节前脱位^[2]。患肩弹性固定轻度外展、前屈位。

传统的外展、外展位牵引复位法虽能克服肌肉的张力,解脱肱骨头与肩胛颈或孟缘的顶压,使肱骨头接近肩胛孟,但是由于在这个体位牵引时,肩关节前方的关节囊处于紧张状态,而使原来的关节囊裂口相对缩小,加之疼痛加重可诱使肌肉痉挛。对于肌肉发达者,往往造成复位困难。

而本复位法,通过前屈、上举使前方关节囊及三角肌、冈上肌松弛,从而解除软组织对肱骨头的绞锁。后、下方关节囊及背阔肌、小圆肌、冈下肌趋于紧张,迫使脱位之肱骨头向外下方滑移靠近肩胛孟,暴露于腋前下,通过助手拔伸牵引使肱骨头从裂口外向上移动,接近喙突与喙肩韧带下。此时术者双手大拇指向外上方推顶肱骨头,使肱骨头上受到喙突、喙肩韧带的限制,前下方受到两大拇指的推顶,所以在助手使患者屈肘向前放下并内收、内旋肩关节时,肱骨头受到一个向外后方的合力,而向外后方滑移入肩胛孟。

本复位手法在整个复位过程中,巧妙地应用了肩关节在不同体位时肱骨头所处的位置、软组织的紧张与松弛以及杠杆与合力的原理,借助于肱骨头在不同运动中的滑移趋向,复位省力,手法轻柔、徐缓,损伤轻,痛苦小,疗效满意,是一种治疗肩关节前脱位的理想方法。

参考文献

- [1] 郭世级. 临床骨科解剖学. 天津:天津科技出版社, 1988. 404.
- [2] 王亦璁, 孟继懋, 郭子恒, 等. 骨与关节损伤. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社, 1991. 298-321.

(编辑:李为农)

牵引杠抬法治疗陈旧性髋关节后脱位

赵明山 任超西 焦志成

(泌阳县中医院, 河南 泌阳 463700)

陈旧性髋关节后脱位临床比较多见,多因失治或误治而造成。由于损伤时间较久而引起一系列的病理变化,关节周围的肌肉、韧带发生挛缩、粘连,股骨头在异常位置被血肿机化所形成的瘢痕包绕,同时患肢长期活动受限,骨质发生废用性疏松脱钙,由此给手法整复造成困难。我们自 1987 年至 1996 年用牵引杠抬法治疗陈旧性髋关节后脱位 6 例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 6 例中男 5 例,女 1 例;年龄:最大 47 岁,最小 18 岁,平均 38 岁;脱位时间:最长 66 天,最短 24 天,平均 36 天;左侧 2 例,右侧 4 例。

2 治疗方法

2.1 术前牵引 术前患肢先大重量(10kg)牵引 1 周,克服筋肉的挛缩,使上移的股骨头逐渐下降到髋臼水平。

2.2 麻醉 采用全麻或硬膜外麻醉,复位要在充分麻醉、肌肉松弛的情况下进行。

2.3 手法剥离粘连 一助手双手按两髌前上棘处,固定骨盆。术者持患肢膝、踝关节,顺其畸形姿势,逐渐适当用力,做髋关节屈伸、回旋、摇摆、前拉、拔伸等各种舒筋手法,范围由小到大,力量由轻到重,将股骨头从粘连中解脱出来,使挛缩的肌肉得以充分的松弛,然后再行手法复位。

2.4 整复方法 患者仰卧,一助手以双手分别放于患者腋下,向上牵拉固定。一助手牵患肢踝关节;一助手用一根 1.3m 长的木棒(木棒中段以软物包垫),置于患肢膝下窝处,过健侧膝前,将棒端放于对侧的相应高度的支点上(一般用椅背作支点),徐徐用力向上抬。术者立于患者患侧,一足踏于患侧髌前上棘,向下蹬,一手扶木棒,一手扶持患膝,避免其内收、内旋。当听到弹响声后,屈伸髋关节不受限者,复位即告成功。

3 治疗结果

6 例中 4 例一次复位成功,2 例 2 次复位成功,全部恢复了体力劳动,随访无复发。

4 讨论

陈旧性髋关节后脱位因肌肉、韧带发生挛缩、粘连,股骨头在异常位置被瘢痕包绕,给整复造成困难,故术前牵引、麻醉、手法剥离粘连等,使挛缩的肌肉得以充分的松弛,有利于手法复位。

以足掌踩压髌前上棘,其力直接作用于髋臼上,杠杆垫于窝处,其力可作用于股骨头,两个作用力相反、持久,大小可随时掌握,省力省时,创伤轻。

本法简单易行,不需要特殊设备,整复手法要轻柔缓慢,循序渐进,不要操之过急,以免损伤血管、神经,甚至骨折。

(编辑:李为农)