

5 虞颂庭,翁铭庆. 生物医学工程的基础与临床. 天津: 天津科学技术出版社, 1989. 124.

6 M. Aebi J S, Thalgott J K. Webb 著, 党耕町, 刘忠军, 陈仲强, 译. AO ASIF 脊柱内固定. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 4.

7 戴克戎, 赵定麟. 四肢和脊柱损伤. 长春: 吉林科学技术出版社, 1999. 360.

8 邹德伟. 胸腰段脊柱爆裂骨折解剖复位的机理探讨. 中华外科杂志, 1991, 29(8): 479-483.

9 张元智, 王兰芳, 姜桂枝. 双开窗减压 RF 内固定治疗胸腰段椎体爆裂骨折. 临床骨科杂志, 2000, 3(3): 200.

10 皱德伟, 海涌, 马华松. AF 三维椎弓根螺钉系统的研制及其临床

应用. 中华外科杂志, 1995, 33(4): 221.

11 沈建雄, 邱贵兴, 赵宏, 等. SOCON 内固定器在治疗腰椎退行性滑脱中的应用. 中华骨科杂志, 2000, 20(5): 277.

12 Cotrelg, Dubousset J. New unirsal instrumentation in spinal surgery. Clin Orthop, 1988, 227: 10.

13 吕锦瑜, 邱勇, 朱丽华, 等. 短节段 CD 技术治疗胸腰骨折. 骨与关节损伤杂志, 2000, 15(4): 298.

14 李昌, 肖德茂, 周英华, 等. 短节段 CD 固定椎管前方减压治疗胸腰椎骨折截瘫. 骨与关节损伤杂志, 2000, 15(4): 297.

15 Roy-Camil. Internal Fixation of the lumbar spine with pedicle screw plate. Clin Orthop, 1986, 203.

(收稿: 2001-11-20 编辑: 李为农)

•手法介绍•

拔伸摇晃端托法治疗肩关节锁骨下脱位

张学纲 张登科

(内蒙古察右后旗土牧尔台中心卫生院, 内蒙古 012406)

我们自 1997 年以来, 采用垂地方向拔伸摇晃端托法治疗肩关节锁骨下脱位 15 例, 取得满意效果, 报告如下。

1 临床资料

本组 15 例中男 13 例, 女 2 例; 年龄 20~55 岁; 左肩 6 例, 右肩 9 例; 均为新鲜脱位, 3 小时以内 6 例, 12 小时以内 3 例, 24 小时以内 4 例, 72 小时以内 2 例; 经过一次整复者 12 例, 两次整复 3 例; 伴有大结节撕脱者 5 例。该组均有明确的外伤史, 素体强壮。

2 治疗方法

2.1 术前准备 备一结实的办公桌(X 线检查床亦可), 两块单人床单, 各纵向对折, 一块棉垫。患者术前半小时内肌注安定注射液 10mg。

2.2 整复方法 ①患者伤侧臂丛麻醉成功后, 沿办公桌长的方向俯卧胸前衬棉垫, 健肢抱住桌底, 患肢置于桌边外, 用一床单斜盖健肩及背部穿桌底拉紧打结, 一床单横盖肩部过桌底拉紧打结。②先行患肩及上臂按摩 1~3 分钟; 助手双手环握患肢上臂远端, 身体下蹲徐徐拔伸 3~5 分钟, 待有肱骨头牵开滑动之感时, 术者弓腰双手环握患肩, 拇指置肩峰顶按, 余指插腋内扳住肱骨上端, 助手持续拔伸摇晃将患肢外展 80°左右, 术者端托肱骨上端呈弧线向外, 令助手内收患肢, 即可感到或听到“咯噔”的复位感或复位声, 方形肩消失, 恢复原来丰隆之形。术后上臂内收内旋, 屈肘 60°贴于胸壁, 绷带绕颈时呈前斜“8”字形固定 2 周, 3 周开始锻炼肘关节的活动, 但肩不得外展。伴大结节撕脱者, 在肩关节复位后亦可自行对位^[1], 上臂下垂, 屈肘 90°贴胸悬吊固定 4 周, 肩不可内收, 或披肩石膏托固定 4 周后, 逐渐锻炼肩肘活动。

3 治疗结果

复位标准: ①方肩消失、肩部丰隆; ②锁骨下、喙突下、腋下均摸不到肱骨头; ③杜加氏征(-), 直尺试验(-); ④X 线

片可见肱骨头还纳肩关节孟内, 恢复正常结构。伴大结节撕脱者亦解剖对位。结果: 一次复位成功 11 例, 二次复位成功 3 例, 三次复位成功 1 例。

4 讨论

肩关节锁骨下脱位多发于身体强壮的中青年人; 致伤原因多为间接或直接暴力迫使上臂急骤强烈外展时(如肩外展位仆地, 从高坠下臂被阻挡等) 肩峰抵住肱骨大结节, 产生杠杆作用, 肱骨头顶破关节囊(下方薄弱处或前壁) 而脱出, 又由于肌肉的牵拉或外力继续作用发生肩关节锁骨下脱位^[2,3], 该类脱位, 必然致关节囊、韧带、关节孟缘及肌肉的不同程度损伤, 产生广泛的出血。伴大结节撕脱骨折较多见; 有时并发少见的腋神经损伤^[3]。给复位造成极大困难, 也是一二次复位不成功的主要客观原因。我们采取臂丛麻醉加肌注安定, 俯卧位垂地方向拔伸摇晃端托法复位成功的主要机制及优点: ①受术者, 麻醉辅以安定, 肌肉的紧张挛缩大大缓解, 心里紧张亦缓解放松, 良好的镇痛, 为整复创造极为有利条件。②患者俯卧办公桌上胸部衬棉垫, 外加固定, 预防整复过程躯体余肢的大幅移动及胸部擦伤, 便于操作, ③助手下蹲垂地方向拔伸加大牵引力, 且力度、方向及摇晃幅度亦容易掌握, 发觉滑动感及时, 密切配合术者, ④术者对助手牵引的程度及有滑动感觉都能及时发现或感觉到, 准确抓住时机, 以肩峰为支点, 端托肱骨上端向外呈弧线状移动, 配合助手连续动作的外展、晃动、内收而使肱骨头回纳或解除肱骨头被关节囊或其它组织致的阻挡而归臼复位。⑤该法克服阻力强, 平稳安全, 患者痛苦少, 损伤轻。

参考文献

1 苏玉新. 骨伤难症百例. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 14.

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. 569.

3 许孟忠. 骨科并发症. 呼和浩特: 内蒙古人民出版社, 1981. 116-118.

(收稿: 2001-06-29 编辑: 李为农)