

屈扳法整复髌关节后脱位

河南省睢县河堤中心医院(476923) 刘学志 刘爱霞 刘德民· 王升科

笔者自1984—1989年,用“屈扳法”整复髌关节后脱位11例,疗效满意,现报告如下。

临床资料

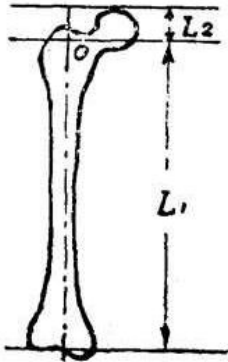
本组11例,男7例,女4例;年龄最小12岁,最大43岁;左髌3例,右髌8例;伤后至就诊时间2小时~2天。全部病例均经一次手法复位成功。本组未见合并骨折及血管、神经损伤者。

整复方法

1 患者仰卧,术者立于患侧,帮助患肢尽量屈膝屈髌,使患侧足跟抵住同侧股骨大粗隆部。

2 体位放好后,术者在患者下方,面对患者坐下,双腿叉开,足跟相对,固定患肢踝前。

3 命助手双手向下按压两髌前上棘,固定骨盆。术者双手环抱患肢膝上,用力向下背侧扳拉,即可感到或听到“咯瞪”复位声。



讨论

髌关节是人体最深大而完善的杵臼关节,并有强大的肌肉和韧带保护,因而相当稳定,非强大暴力不致造成脱位;同时,也给脱位后之复位带来了很大困难。用常规提牵法和问号法整复,往往需多人、多次手法方可复位,并且患者痛苦大,需要麻醉。我们应用“屈扳

法”整复髌关节后脱位,充分利用了物理学的杠杆原理,施法时,术者双手在膝部向下背侧扳拉时,即可以股骨大粗隆部为支点,带动股骨头产生一个向前下方移位的复位力;当股骨头移动到髌臼缘时,在处于紧张状态下的髌股韧带的协同作用下,滑入髌臼而复位。

“屈扳法”整复髌关节后脱位,其最大的特点是:操作简单、省力,患者痛苦小,不需麻醉。

为阐明该法作用原理,我们应用生物力学实验的方法,选择5具正常成人男性尸体进行解剖,分别测量其股骨干长度和股骨大粗隆至股骨头最高点在股骨纵轴延长线上投影点间之距离(即股骨头、股骨颈在股骨纵轴延长线上投影长度),其结果见附表:

附表 5具尸体股骨标本解剖数据

序号	侧别	股骨干(cm)长度 L1	股骨头、颈在股骨纵轴延长线上投影长度 L2
1	左	48	2.0
2	左	43	2.8
3	右	45	3.0
4	右	46	2.5
5	左	46	3.0

根据杠杆平衡公式:动力×动力臂=阻力×阻力臂,如果动力、动力臂、阻力、阻力臂和支点分别用符号F1、L1、F2、L2和O表示,则上式可写成: $F1 \cdot L1 = F2 \cdot L2$ 。此式变换为 $F2 = F1 \cdot L1 / L2$ 。

施法时,患侧股骨即成一个以大粗隆部为支点(O)、股骨干为动力臂(L1)、股骨头颈在股骨纵轴延长线上投影长度为阻力臂(L2)的转动杠杆(见图1)。而术者双手在膝部施向下背侧的扳拉力和股骨头向前下方滑移时所克服的阻力分别为F1和F2。

手法整复治疗脊柱外伤性截瘫

湖南省石门县中医院 (415300) 李育志

我院从1984年12月至1988年10月,以手法整复脊柱骨折合并截瘫,共37例,报告如下。

临床资料

1.一般资料:男、32例、女5例;年龄18—40岁33例,40—60岁4例;颈椎伤4例,胸腰段33例;完全瘫20例,部分瘫17例。

2.分类:屈曲压缩型:20例,有移位16例,平均移位0.8cm,全瘫5例,不完全瘫10例。屈曲脱位型:12例,平均移位1.4cm,全瘫9例,不完全瘫3例。屈曲旋转骨折脱位:4例,平均前后脱位2cm,4例全瘫。伸直型:1例,不全瘫。

3.治疗方法:本组病人俯卧位手法整复32例。仰卧位5例。患者俯卧位于硬板床上,双腋下放置宽布带(床单亦可),髋部包骨盆,放置宽布带,左右交叉,一头拉腋胸,一头拉骨盆双下肢,需4—8人,上下对抗持续、平衡牵引几分钟,勿过伸位。术者:对照X光片,摸准移位远端,后凸畸形处,用右手用力向下按压,有时可听得“咔嚓”响声,畸形消失,脊突在一条轴线上,再保护复位处,仰卧位,复位处放置10cm高枕头做垫,保持稳定位。注意,肌肉关节被动活动,按摩。一般4周后,可作床上挺胸腹锻炼,可行胸、腰、围五点支撑法,5—6周三点支撑法。部分瘫痪者6周后下床锻炼。全瘫者8—12周可下床锻炼站,或练走,但必须有人保护。配合综合治疗:如治疗早期,脱水疗法,激素,运用促进微循环药

物。中药,分早、中、晚期治疗,防治褥疮尿路感染,关节僵硬,合并症及功能重建康复治疗。

4.治疗结果:37例中,经3个月—3年不同时间随访,32例达解剖复位,5例达生理对位。全瘫20例中完全恢复5例,部分恢复11例,截瘫指数平均下降3级,无恢复4例。部分瘫痪17例中,完全恢复10例,部分恢复7例。截瘫指数平均下降2.5级。

讨 论

1.手法整复时间:急性期应在24小时内整复,6小时内为治疗黄金时代。

2.手法禁忌症:(1)伴有脑、胸、腹内脏伤或本身脊柱原发型病变者;(2)椎管中明显较大骨块存留;(3)手法复位差,截瘫平面不断上升,有硬膜外进行性出血,血肿,经腰穿,压颈试验,示脑脊液梗阻者。

3.手法整复是仰卧式或俯卧式,均有报导。以仰卧式多。但我们这组37例病人则俯卧式32例经术后复查达解剖对位。我们体会,俯卧法,对抗牵引后,术者定位准确些,复位好用力些。只是注意不过伸。复位后保护好仰卧位。而仰卧位术者不好用力,定位也不太准。

4.我们采用手法整复,方法简单,整复速度快,损伤少。脊柱骨折,脱位畸形能及时纠正,恢复生理曲线,解除了对脊髓压迫。是一种有效方法之一。

假设F1为一个力学单位,将附表中各组数据分别代入上式,通过计算,F2值分别为:24、15.3、15、18.4、15.3个力学单位。由此可见,整复时,在膝部施加一个单位的向下背侧的扳拉力,就可以股骨大粗隆部为支点,使股骨头产生15~24个单位的向前下方移位的复位力。因此,施法时,仅需一名助手固定骨

盆,术者一人操作即可复位;同时,只要摆好体位,在术者双手环抱膝部用力下扳,患者感到疼痛的瞬间,复位已告成功,因此不需麻醉。

我们体会:“屈扳法”对于无合并骨折及血管、神经损伤的新鲜髓关节后脱位的整复,不失为一种理想的复位方法。