

一般向外成角。内旋型：多由于极度内收内旋力引起，X 光片示：骨折线由外上斜向内下，与外旋型骨折线方向相反。外旋型与内旋型的区分，须要依靠致病原因及 X 光片予以诊断，才不至有误差。这种分型有利于指导治疗，外旋型内旋固定，内旋型外旋固定。

本文根据肱骨干外旋型骨折背手位治疗的临床经验，认为：(1) 背手位整复勿需麻醉和大力牵引，牵引的目的主要是调正力线，整复手法操作简单；(2) 能顺应骨折机理，使断端紧密扣合，恢复解剖位置，同时使上臂及肩带肌肉处于低张力状态，骨折容易复位，可以起到内夹板作用。还可有效地避免成角和断端分离，真正达到外旋型内旋复位，符合生物力学原理；(3) 应及时调整石膏的松紧度，绷带勿卡住腋下，以免影响血液循环。拍片复查了解骨折端对位对线情况。鼓励患者握拳活动，以促进静脉回流，减轻肢体肿胀。(4) 固定之初患者稍感不适，但可侧卧休息。

(收稿：1995—08—15)

## 零度复位治疗肩关节前脱位

章明荣 金忠祺

浙江医科大学附属第二医院 (杭州 310009)

我们采用零度复位法治疗肩关节前脱位 9 例 (其中男 5 例，女 4 例)，取得满意效果，现将具体方法介绍如下。

**复位方法** 1. 单人复位法：患者平卧在复位床上。术者站在其患侧，先将辅手按压于肩前部，术手紧握其肘上部，行持续向下牵引，缓慢地将上肢外展；上举至零度 (上肢外展与肩胛冈呈一直线时称零度)，术手作轻度内旋，辅手推挤肱骨头，此时即可听到肱骨头入臼“咯嗒”之声，表示复位已成功。

2. 双人复位法：患者平卧于复位床上，助手双手掌按压患肩前部，术者一手紧握腕部，另一手抓握肘上部，行拔伸、牵引，同时将患肢外展，上举至零度，轻度内旋，助手双拇指顶住肱骨头行推挤，即可听到“咯嗒”入臼声，手法成功。

**讨论** 1. 肩关节解剖特点：肱骨头大，呈半球形，关节盂小而浅，二者关节面之比约 3:1。关节囊和韧带薄弱松弛，关节囊之前下方缺少韧带和肌肉覆盖，肩上方有肌腱帽和喙肩弓加强。肩关节属球窝关节，可以作不同轴向运动，是人体最灵活的关节，易于肩关节脱位。在肩关节极度外展位时肱骨头向下半脱位 (生理

性)。

2. 治疗手法特点：肩关节前脱位多由于肩部外后侧受暴力所致，治疗方法多采用椅背复位法，扛抬复位法，足蹬复位法。我们采用零度复位法，即把患肢牵引下外展，此时整个肌腱帽打开，肱骨头稳固性极差，但肩关节周围诸肌得到松弛没有对抗力，使因脱位而引起的肌肉痉挛性收缩得到松弛，疼痛减轻。外展过程中，肩峰与肱骨大结节下接触，形成复位支点，牵引下肱骨头随之被撬起滑移而落入肩胛盂内，呈半脱位形态，患肢内收后肱骨头复位呈正常。这是一种全脱位向半脱位再复位过程，从脱位的原路回纳。此法可避免引起肌肉撕拉伤、血管神经损伤、以及肱骨外科颈骨折、肋骨骨折等医源性损伤，并且患者痛苦少。

(收稿：1995—08—15 修回：1996—06—18)

## He—Ne 弱激光氧液治疗 外伤性截瘫的临床应用

焦爱萍 杨永光

江苏省扬州市广陵医院 (225001)

我院使用低能量 He—Ne 激光氧液治疗 3 例外伤性截瘫，均获得满意疗效，现报道如下。

**临床资料** 本组 3 例治疗前情况见表 1。3 例截瘫均是外伤所致。例 1、例 2 系高空坠落臀部着地后间接致 T<sub>12</sub>~L<sub>1</sub> 和 T<sub>10</sub>~T<sub>12</sub> 的脊骨骨折，例 3 系车祸直接撞击胸腰部致 T<sub>12</sub>~L<sub>2</sub> 脊骨骨折。当时均有脊髓休克，以后截瘫症状无明显好转，而且逐渐变为痉挛性瘫痪。提示在脊骨骨折的同时合并有脊髓损伤。

**治疗方法** 以 5% 葡萄糖液为中载体按 5ml/kg 体重计算，在无菌操作下注入石英瓶内，经 He—Ne 激光 (功率 3 毫瓦) 照射 8~15 分钟 (使用广西南宁中电科仪公司生产的 DJF—IA 型多功能激光辐射治疗仪)，同时给予充氧 (气体流量 2L/分) 制成激光充氧液静脉滴注，每天 1 次，连续 10 天为一个疗程，间隔 15 天后重复治疗。

**结果** 经 3 个疗程治疗，3 例病情均有改善，见表 2。

**讨论** 脊髓损伤，是胸腰椎骨折常见的严重并发症。本文 3 例病人均在 T<sub>10</sub>~L<sub>2</sub> 之间发生椎骨骨折，而支配腰骶部的脊髓及所连脊神经位于 T<sub>10</sub>~L<sub>1</sub> 下缘平面之间，所以在此范围内的脊髓和神经根发生完全和不完全断裂损伤，都可发生腰平面以下严重程度不同的截瘫，由于目前对神经再生问题尚未解决，治疗甚