

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)