

位、范围,间接地反映出各区域脂肪疝的临床特点,如骶髂部脂肪疝,疝出物多较固定易触及,疼痛局限可伴有骶尾部坠痛;而髂腰部则不易触及肿物,多位于骶棘肌外缘下腰三角附近,活动度相对较大,且常伴有臀腿痛症状。另外,通过术中对疝出物形态的观察判定,及其与周围组织是否有粘连等情况,我们又将其在术中分为单纯型和粘连型,更进一步客观准确地反映出了病情的严重程度,利于治疗方法的选择和预后判定。

4.5 治疗方法与预后 本病一般采用局封、理疗、按摩等保守治疗很难奏效,一旦诊断明确,即宜早期手术治疗,以免由单纯型转为粘连型,影响预后。实践已证明,根据术中不同的分型采取相应的手术方法是治疗腰骶部筋膜脂肪疝的最有效措施,当然,要全面严格掌握手术适应证。

该病的预后主要取决于疝周围组织的病理改变、术中分型、病程长短及手术切除剥离松解是否彻

底等因素,若能早期确诊手术,尤其对单纯型者,预后较好,但应注意合并症的存在,本组 139 例中有 22 例不同程度地伴有腰肌劳损和腰肌纤维质炎,术后疗效不理想,配合理疗后症状得以改善;4 例合并有椎管内病变,其中 3 例先做了疝切除筋膜下剥离松解术,症状稍见缓解,而后根据临床体征、CT 及肌电图检查,诊断为腰椎间盘突出症和腰椎管狭窄症,二次做了椎间盘摘出术和椎板切开减压神经根通道松解术,术后疗效均优良,说明腰骶部筋膜脂肪疝有时可能与腰椎管内病变并存。

参考文献

[1] 陶甫,秦学敏,郭世绂,等.从腰部脊神经后支的解剖探讨腰腿痛的机制.中华骨科杂志,1982,2(6):328.
 [2] 杜心如,张一模,刘建丰,等.腰骶部骨筋膜室的外科解剖.中国临床解剖学杂志,1994,12(2):132-133.
 [3] Selachter BM. Relaxion in normal and pathogenic pregnancies. Obstgynec, 1982, 59: 167.

(收稿:1999 06 10 修回:1999 11 08 编辑:李为农)

•手法介绍•

坐位杠抬法治疗难复性肩关节脱位

刘人瑞
 (齐齐哈尔市龙沙区医院,黑龙江 齐齐哈尔 161005)

我们自 1996 年以来,采用坐位杠抬法徒手整复难复性肩关节脱位,收到了良好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

本组共 38 例,男 34 例,女 4 例;年龄 19~57 岁;右肩 21 例,左肩 17 例;新鲜脱臼 13 例,10d 以内 22 例,20d 以内 2 例,26d 以内 1 例;经过 2 次整复者 19 例,经过 3 次整复者 8 例,经过 4 次以上整复者 5 例;锁骨下脱位 36 例,后脱位 2 例,伴有大结节骨折者 7 例。此组均有外伤史,身体强壮,并多数有多次复位没成功的病史。

2 治疗方法

取坐椅 1 个,直径 5.0~6.0cm、长 110~130cm 的坚硬木杠 1 个,棉垫 1 个。整复方法:令患者坐于地上,把坐椅放在患者背后 30cm 处,在木杠置于患者腋下的位置包好棉垫,一助手将木杠斜着一端放于椅子上,然后双手握住木杠另一端慢慢在患者伤肢的腋下抬起,抵达腋部即止。另一助手用双手按压固定患者的健侧肩部。术者面对患者伤侧,以右侧为例,术者先轻按摩伤者肩部,以此松弛患者肩部肌肉的紧张度。然后用左手握住患者前臂近端,右手握住患者前臂远端,使其屈肘 90°,顺着上臂轴向轻轻向下按压牵引,在有小的滑动感时,术者要迅速沿此方向俯身用力向下按压前臂近端,通过按压使患者的上臂得到充分大力牵引,同时助手迅速上抬

木杠,术者在按压力的同时外旋、内收患者伤肢,即可感到咕噜的脱臼还原声,即告整复成功。术后以三角巾将伤肢悬吊于前胸。伴肱骨大结节骨折者都能随脱臼的复位而同时复位,术后按骨折常规处置。

3 治疗结果

复位标准:①方肩消失,肩部充实饱满,触诊可触及肱骨头在关节孟内。②肩关节的主动与被动运动达到正常活动度。③杜加氏征(-)。④X 光片可见肩关节恢复正常解剖结构。结果:一次整复成功 33 例,二次整复成功 5 例。38 例中均未用各种麻醉配合。

4 体会

肩关节脱臼患者因体质强弱、精神紧张状况、肱骨头是否穿破关节囊、是否经过不当复位等因素而不同,有些患者在复位时很困难,我们采取此法特别适用于这一类患者。其主要原理是:①患者坐于地上,术者取站立位,术者在俯身按压牵引伤肢时其力度大,因术者体位好,便于手随心转,改变牵引方向,使上臂外旋内收始终能在大力牵引的同时而完成。②在助手配合上抬木杠时,此时木杠的腋下部位接近肱骨头的部位,在术者内收上臂时以此为支点,便于肱骨头向关节盂方向滑动。③此法对新鲜脱臼的患者都能达到一次复位成功,从而大大减少了患者的痛苦。(编辑:连智华)