

术,已得到大家认可。但影响手术疗效因素也较多。如术前诊断,手术适应征及手术入路,术中减压范围,患者年龄、病史、术前 JOA 评分等等。如术前能详细分析,明确诊断及手术适应症,充分考虑影响手术疗效因素,将提高手术疗效,减少失误发生。

#### 参考文献

- 1 Christensen PB, Ekse HP, Jensen NB. Survival of patients with amyotrophic lateral sclerosis in 2 Danish counties. *Neurology*, 1990, 40: 600.
- 2 Mulder DM. *Human Motor Neuron Diseases*. New York: Raven Press, 1998. 15-22.
- 3 Dagi TF, Tarkington MA, Ieech JJ, et al. Tandem lambar and cervical spinal stenosis. *J Neurosurg*, 1987, 66: 842.
- 4 Melvin D, Nashville MB, Kansas CM, et al. Evaluation and management of cervical spondylotic myelopathy. *J Bone Joint Surg*, 1994, 9: 1420-1433.

- 5 Epstein JA. The surgical management of cervical spinal stenosis, spondylosis, and myeloradiculopathy, by means of the posterior approach. *Spine*, 1998, 13: 864.
- 6 Akiyoshi Y, Takao H, Seiji U, et al. Morphologic Limitations of posterior decompression by midsagittal splitting method for myelopathy caused by ossification of the posterior longitudinal ligament in the cervical spine. *Spine*, 1999, 1: 32-34.
- 7 Clifton AG, Stevens JM, Whitear P, et al. Identifiable causes for poor outcome in surgery for cervical spondylosis. *Neuroradiology*, 1990, 32: 450.
- 8 Eiji W, Kaluo Y, Sholo S, et al. Can Intramedullary signal Change on Magnetic Resonance Imaging predict surgical outcome in cervical spondylotic myelopathy? *Spine*, 1999, 5: 455-462.
- 9 Takhashi M, Bussaka H, Miyawaki M, et al. MRI of the extra axial lesions of the spinal cord. *Jpn J Clin Radiol*, 1987, 32: 671.
- 10 王海蛟,蔡钦林,党耕町,等.影响慢性压迫性颈脊髓手术疗效的因素分析. *中国脊柱脊髓杂志*, 1993, 2: 59-62.

(收稿: 2001-05-20 编辑: 李为农)

## •手法介绍•

# 手牵杠抬法整复肩关节前脱位

王建峰 焦新华

(潞安矿业集团公司石圪节煤矿医院, 山西 长治 046032)

我们采用手牵杠抬法整复肩关节前脱位 13 例, 均一次复位成功, 疗效满意, 现报告如下。

### 1 临床资料

本组 13 例。男 12 例, 女 1 例; 年龄 22~46 岁; 右侧 9 例, 左侧 4 例; 脱位类型: 孟下脱位 8 例, 喙突下脱位 3 例, 锁骨下脱位 2 例; 其中 3 例合并肱骨大结节撕脱骨折, 2 例为习惯性脱位。

### 2 复位方法

患者取站立位, 在患者伤侧腋下垫一块毛巾类的软垫, 以软垫为支点, 两助手手持杠杆放置在其下方。当听到术者的口令时, 两助手缓缓抬起杠杆, 通过软垫顶住腋窝作对抗牵引。与此同时, 术者两手握住患者腕部向下持续牵引患肢, 持续牵引 1~2 分钟, 术者逐渐外旋患者上臂, 再内收、内旋上臂, 然后术者与助手同时放松牵引力和抬力, 即可听到“卡啞”的滑动弹响声, 表示肱骨头已滑入关节孟, “方肩”畸形消失, 肩关节恢复原形, Dugas 征(-), 即告复位。

### 3 治疗结果

13 例肩关节前脱位患者 2 例在局麻下, 其余均在无麻醉状态下采用本法一次复位成功。无 1 例发生腋神经和臂丛神经损伤等并发症。随访 11 例, 时间 6~12 个月, 未有疼痛及肩关节功能障碍者。

### 4 讨论

肩关节是全身活动范围最大的关节, 同时亦是稳定性较差的关节, 在全身关节脱位中, 其发生率居第二位, 故临床上常会遇到肩关节脱位的患者。目前, 手法整复肩关节脱位的方法较多, 可分为三种类型: 第一类为利用杠杆作用整复, 有回旋法(Kocher 法), 垫肋法(Cooper 法), 内收法(Zierold 法); 第二类为利用牵引整复, 有足蹬法(Hippocrates 法), 拳推法(Depalma 法), 牵引内旋法(Miller 法); 第三类为利用重力整复, 有下牵法(Джане Лидзе 法), 下垂法(Stimson 法), 上提法(Malgaigne 法)等。此三类方法各具有其特点及特殊适应情况。手牵杠抬法为一种“牵引上提法”, 是一种较理想的整复方法。该方法巧妙地综合利用了杠杆、牵引、重力三者的合力作用关系。用软垫垫于患者伤侧腋下并以此作支点, 向上抬动杠杆形成上提的作用力, 因为动力臂长而省力。利用患者的自身重量及术者的牵引力形成向下的作用力, 能有效的增加反作用力。复位过程中, 术者可根据脱位情况灵活实施其它手法, 随时对患者上臂进行旋转、内收, 及时调整牵引力的大小和方向, 使牵引、上提的合力作用于脱位的肩关节, 达到满意的复位。本法对一般较易复位的肩关节脱位, 可轻而易举地实施复位, 对合并有肱骨大结节撕脱骨折的患者, 在整复肩关节脱位的同时, 也复位了撕脱的骨折块, 尤其适用于难以复位的肩关节脱位, 若用本整复法可取得事半功倍的效果。

(收稿: 2000-12-15 编辑: 李为农)