

# 侧卧平行复位法治疗髋关节脱位

## Maneuver reduction for hip dislocation with lateral position

王珏 陈为民 刘玉林 王化南

WAN G Jue, CHEN Weimin, LIU Yulin, WANG Huanan

【关键词】 髋脱位; 手法, 骨科 【Key words】 Hip dislocation; Manipulation, orthopaedic

我院自 1994 年 1 月- 2000 年 3 月, 采用不同的手法复位治疗髋关节单纯脱位 19 例, 疗效满意, 现报告如下。

### 1 临床资料

本组 19 例, 男 12 例, 女 7 例; 年龄 21~ 72 岁。其中前脱位 1 例, 后脱位 18 例, 采用 Allis 法复位 9 例, Bigelow 法复位 3 例<sup>[1]</sup>, 侧卧牵引法复位 7 例。所有手法复位的病例均 24 h 内复位。

### 2 治疗方法

侧卧牵引复位法的患者硬膜外麻醉后侧卧位, 患侧在上, 用大单绕过会阴部, 着力点偏上, 作对抗牵引。前上脱位时, 对抗牵引方向向前上, 助手牵引方向向后下, 适当外旋转动患肢, 手术者位于臀部, 以小腿顶住臀部, 双手拉在股骨头和大腿内侧根部, 向后向外用力使之复位。后上脱位时, 对抗方向向后上, 助手抓住患肢踝部或膝部作牵引, 方向向前下, 适当内旋转动患肢, 手术者位于臀部, 向前按压脱位的股骨头部位, 使之复位。

### 3 治疗结果

19 例手法复位均比较顺利, 采用侧卧牵引复位法治疗的 7 例中, 有 2 例先采用 Allis 法复位未能成功, 后改用侧卧牵引法复位成功。本组 15 例获得随访, 采用 Allis 复位法 8 例, 采用侧卧牵引复位法 7 例。随访时间从 5 个月~ 7 年, 平均 2 年 8 个月。其中 13 例无任何不适; 采用侧卧牵引复位法中, 有 1 例坐骨神经麻痹, 4 个月后恢复; 采用 Allis 复位法中, 有 1 例骨化性肌炎, 3 个月后基本恢复, 髋关节活动时稍酸痛, 下蹲正常。

### 4 讨论

#### 4.1 受伤机制 髋关节为杵臼关节, 髋臼深而大,

能容纳股骨头大部分, 一般脱位的发生率较低。通过复习解剖可知, ①髂股韧带, 起自髂前下棘, 分两叉经关节前方, 向外下方止于转子间线; ②耻骨囊韧带, 起于耻骨上支, 斜往下外与关节囊相融合; ③坐骨囊韧带, 起于坐骨体, 斜往上外, 止于大转子根部<sup>[2]</sup>。三条韧带分别起于髋臼上方偏前, 前方偏下, 后方三处, 在髋臼缘留有前上、后上二处三角形薄弱区, 所以股骨头可以从此两处脱出<sup>[3]</sup>, 称为前上脱位或后上脱位。但亦有作者认为, 髋臼前、上、后有韧带保护, 不易脱位, 而容易从前下方、后下方薄弱处脱出<sup>[1]</sup>, 称为前下脱位或后下脱位。

髋关节脱位瞬间, 如果股骨头受力线轴对着髋臼缘以下, 可能造成髋臼骨折, 超过髋臼缘, 可能造成单纯脱位, 受力线轴向上是上脱位, 向下是下脱位, 而髋臼前后缘的中间分别有坚强的韧带附着, 股骨头撞击后, 可能向上或向下滑脱。由于前上脱位或后上脱位的脱位点比较高, 所以脱位后一般临床上患肢大粗隆高于健侧, 同时患肢屈髋角度比前下脱位、后下脱位时小。脱位后, X 线片上股骨头的位置是区分髋关节脱位类型的重要依据, 以往的 X 线片分型可能就是不同的脱位类型所造成的。前脱位时, 股骨头位于耻骨上支, 可能是前上脱位, 股骨头位于闭孔或阴囊可能是前下脱位; 后脱位时, 股骨头位于髂骨后, 可能是后上脱位, 位于坐骨前, 可能是后下脱位。必要时摄闭孔斜位片和髂骨斜位片及 CT 扫描, 来判断脱位类型及有无骨折情况。

4.2 适应症选择 对于前上脱位, 我们采用侧卧牵引法复位, 下肢外旋, 髋关节微屈, 使得股骨姿势同受伤脱位时相似, 使得脱位的股骨头靠近关节囊破裂口, 向下的牵引力, 克服了髂腰肌、臀中肌、臀小肌等肌肉向上的收缩力, 手术者向后向外牵拉大腿根部, 使股骨头越过髋臼前上缘而复位。对于后上脱

位,如果采用 Allis 法复位,屈曲髋关节时,杠杆作用使脱位的股骨头,从关节囊破裂口处下移,卡在坐骨囊韧带或髋后肌群之后。而采用侧卧牵引法,下肢内旋位,牵引力顺着从后上到前下的方向,手术者由后向前用力推挤股骨头,使得股骨头能越过髋臼后上缘而复位。对于前下脱位,采用 Allis 复位法,屈髋 60°~70°,向下向前牵引,手术者向外推挤大腿内侧,我们认为符合复位原则。对于后下脱位,采用 Allis 复位法,但屈髋 90°后,股骨头被髂腰肌、臀中肌、臀小肌等肌肉拉向关节囊破裂口上方,卡在坐骨囊韧带或髋后肌群之后,单纯的向前拉力,不易复位,需要手术者向下向外推挤大腿根部,向下推力可使股骨头靠近关节囊破裂口,向外推力可帮助股骨头越过髋臼后下缘而复位。

通常 Allis 法操作较方便,我们有时临床上分型诊断不明确时,可先试用 Allis 法复位。但 Allis 法适应症有一定的局限性,主要适用于髋关节前下脱位、后下脱位。而髋关节前上脱位、后上脱位,采用侧卧牵引法复位,复位角度比较合理,复位时省力。Bigelow 法系暴力复位法,可能会造成新的损伤,仅用于肌力较弱的高龄女性。对于髋关节单纯脱位,只要诊断明确,复位方法正确,手法复位并不困难。

#### 参考文献

- 1 裘法祖,孟承伟. 外科学. 第 4 版. 北京:人民卫生出版社,2000. 813.
- 2 中国医科大学. 人体解剖学. 北京:人民卫生出版社,1978. 69.
- 3 吴阶平,裘法祖. 黄家驷外科学. 第 5 版. 北京:人民卫生出版社,1992. 2176.

(收稿:2002-02-20 编辑:王宏)

## • 短篇报道 •

### 腓肠神经营养血管岛状皮瓣的临床应用

劳克诚 周少麟 尹胜廷

(胶州市第 135 医院,山东 胶州 266300)

我科自 1998-2000 年 6 月,应用腓肠神经营养血管岛状皮瓣修复足跟及足背软组织缺损 8 例,疗效较好,报告如下。

#### 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 8 例,男 5 例,女 3 例;年龄 7~30 岁,平均 25.2 岁。交通事故致足背皮肤缺损 5 例,外伤足背皮肤感染 1 例,足跟软组织缺损 2 例。创面范围 5 cm × 6 cm ~ 7 cm × 10 cm,病程 2 个月~1 年。

1.2 手术方法 以腓肠神经行程为轴心设计皮瓣。皮瓣上缘为小腿后侧中上 1/3 交界处。旋转点在外踝上 2~7 cm 处。先在皮瓣近端向内侧作 2.0 cm 纵切口,显露腓肠神经,以其走向为轴心再作准确调整皮瓣位置。皮瓣切取时可带深筋膜,包括腓神经交通支。蒂部保留 2~3 cm 皮下组织,包括深筋膜,通过足够宽度的隧道,将皮瓣逆行转移到受区。皮瓣供区可直接缝合或植皮。

1.3 结果 本组 8 例中 7 例皮瓣成活,1 例皮瓣部分出现水泡,经换药后部分坏死,后经植皮。8 例均获随访,时间为 2~11 个月。皮瓣质地柔软,外观及功能满意,皮神经近侧断端无痛性神经瘤。

#### 2 讨论

2.1 此皮瓣的血供基础 钟世镇<sup>[1]</sup>中华显微外科杂志,2000,22:37-39 研究了下肢皮神经营养血管解剖基础。进入皮神经干的供血渠道顺序依次为:节段血管,营养血管,外膜血管和神经干内微血管网。上述血管,通常表现为两条静脉夹持一条动脉相伴行。此皮瓣血供最主要的来源是皮神经节段动脉。沿皮神经干有两列纵行链状吻合血管,是保证远距离供

血的主要渠道。这两个供血主要渠道是:①皮神经旁血管网,由节段动脉链状吻合构成;②皮神经干内血管网,由神经营养动脉上行支吻合构成的外膜动脉。上述两纵行主要渠道都有无数侧支与邻近皮下结构的血管网相沟通,使营养血管网丛的血供呈多源性。腓肠神经有 4 节段动脉,通常靠近皮神经近侧根部的第 1 节段动脉外径最粗约 0.8 mm,其他节段动脉的外径在 0.5~0.6 mm 之间。节段动脉除发出多支营养动脉供应皮神经之外,尚发出分支至神经邻近皮肤血管网,并与邻近的皮肤血管网间有丰富的吻合交通联系。

2.2 皮瓣的设计 充分依靠腓肠皮神经两纵行血供渠道和与两旁皮下血管网的交通吻合。皮瓣供区可设计以腓肠神经为轴心的纵行皮瓣。皮瓣蒂部的位置应依缺损的位置和大小而定。蒂部宽 2~3 cm,进行带蒂部移位时,作顺行或逆行均可。在设计逆行带感觉功能皮瓣时,可利用皮瓣的腓肠神经与受区的相应皮神经吻合。

本组 8 例中,7 例皮瓣完全成活,表明皮瓣血供是可靠的,1 例术后出现水泡,轻肿胀,最后远端部分坏死,其原因与本例蒂部较宽,皮下隧道受压所致。因此,粗大的蒂部不宜通过踝部皮下隧道转移,移位时,蒂部也不能折叠或小角度旋转。处理方法为切开皮肤,明道转移皮瓣。

2.3 皮瓣的优缺点 此皮瓣的优点是不需要牺牲重要动脉。皮瓣营养血管网丛的血供多源性,血管可靠。皮瓣切取简捷,不需特殊的显微外科技术,有利于基层医院的开展。缺点是损失腓肠神经的感觉,在小腿后方遗留较长的疤痕。

(收稿:2002-09-17 编辑:李为农)