

关节后部结构复杂,修复起来操作难度大,有的效果欠佳。关节镜手术也存在着同样问题,且需要有设备的投资和较高的技术要求,因此髌腱重建替代 PCL 的手术仍是较为理想而经济实用的一种方法。本手术操作简单不需要特殊器械,易于掌握,创伤小,疗效确切。髌腱重建替代 PCL 的手术治疗为尽早恢复关节的稳定,避免和延缓关节退变的发生起到非常重要的作用。

参考文献

- 1 刘云鹏,刘沂.骨与关节损伤和疾病的诊断分类及功能评定标准.北京:清华大学出版社,2002.230-231.
- 2 黄长明,陈勇,王建雄,等.髌腱动力重建治疗 PCL 陈旧性损伤.骨与关节损伤杂志,2004,19(6):421-422
- 3 陈旭宏,鲍丰,杨晓东,等.后交叉韧带胫骨止点撕脱性骨折的治疗.骨与关节损伤杂志,2004,19(8):565-566.

(收稿日期:2006-05-16 本文编辑:连智华)

• 手法介绍 •

二人牵拉复位法治疗肩关节前脱位

Treatment of forward dislocation of shoulder joint with two people dragging reduction method

王春¹, 鄔强²

WANG Chun, WU Qiang

关键词 肩脱位; 骨科手法 Key words Dislocation of shoulder Orthopedic manipulation

自 2003年 8月 - 2005年 9月,运用二人牵拉复位法、外敷内服药物等综合疗法治疗肩关节前脱位 50例,疗效满意。

1 临床资料

本组 50例中男 31例,女 19例;年龄 22~86岁,平均 42.1岁,20~50岁 40例,50岁以上者 10例。左侧 30例,右侧 20例。受伤至治疗时间均在 1d之内,均有肩部明确的外伤史,肩部肿痛明显。体征均有方肩畸形,搭肩试验阳性,直尺试验阳性,X线片示肩关节脱位。分型:孟下型 16例,喙突下型 32例,锁骨下型 2例,合并肱骨大结节骨折 8例。本组病例无血管神经损伤,治疗前后均有 X线片证实。

2 治疗方法

手法整复(以右侧为例),患者靠近治疗床取坐位,固定上身,助手站在床上,用 1条约 14cm x 600cm 的特大纱布绷带,以普通毛巾包裹置于患肢腋窝下,助手握住毛巾两端向外上牵引,术者面对患者,屈曲患肘,将患手置于术者肩上,术者双手重叠,徐徐向下按压患肘,并适当外旋患者上臂,当突然出现滑动感时,复位已经完成。检查无方肩畸形,搭肩试验阴性,直尺试验阴性,复位完毕,将患肢置于内收、内旋、屈肘 90°位,绷带包扎。固定完毕,即嘱患者握拳及活动腕部,1周后活动肘关节及肩部肌肉等长性收缩,2周后练习肩关节屈伸运动,3周后行肩部推拿及肩关节自主运动。内服伤科接骨片,每次 4片,每日 3次。后期给予上肢舒筋汤(松解粘连、解除痉挛,适应于肢体有肿胀)或松白活节汤(软坚散结,适应于肢体无肿胀)熏洗,促进肩关节功能的恢复。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 参照《中医骨伤科病证诊断疗效标准-ZY/T001-94》拟定疗效评定标准:治愈,肩关节结构正常,症状消失,肩关节功能完全或基本恢复;好转,肩关节结构正常,肩关节功能受限在 40°以内;未愈,肩关节脱位未纠正,症状无改善,功能障碍。

3.2 疗效评定结果 本组 50例采用二人牵拉复位法整复均 1次复位成功,经 6~18个月(平均 10个月)随访,结果按上述标准评定:治愈 40例,好转 10例。

4 讨论

二人牵拉复位法作用机制主要是依靠牵引和杠杆作用,肱骨头在向下牵引和向外拉的合力作用下,从肩关节孟下关节囊破损处滑入关节孟内,可听到肱骨头滑动的声响,则复位成功。绷带起的是杠杆支点作用。一般关节囊或骨膜与肱骨头骨折块相连,合并的肱骨大结节骨折也随之复位。该手法的优点是:①持续用力,逐渐加力,患者痛苦少。②操作简便,不使用暴力,再损伤轻,出血少,对血管神经无损伤,复位后肩关节功能恢复好。③复位成功率高,肩关节功能恢复快。④2人操作,助手可由患者家属替代,适合于医生人数较少的基层医院。该手法的缺点是:对脱位时间长、局部肿胀严重、肌肉高度紧张或者身材魁伟、肌肉发达者不适用。二人牵拉复位法适宜于就诊时间短(在 1h之内,处于损伤后局部麻醉期),身体状况一般,无软组织嵌夹,无血管神经损伤的患者,尤其适用于习惯性肩关节脱位者,对合并肱骨大结节骨折的患者也能使用。

(收稿日期:2006-02-28 本文编辑:连智华)

1. 重庆永川市中医院,重庆 402160; 2. 成都军区八一骨科医院