

## 俯卧位悬吊牵引治疗肩关节难复性前脱位 47 例

黄健林, 何晖

(梧州市中医院骨科, 广西 梧州 543000)

**关键词** 肩关节; 脱位; 正骨手法

**Treatment of irreducible anterior shoulder dislocation with suspension traction at prone position: a report of 47 cases**

HUANG Jian-lin, HE Hui. Department of Orthopaedics, Traditional Chinese Medical Hospital of Wuzhou, Wuzhou 543000, Guangxi, China

**Key words** Shoulder joint; Dislocations; Bone setting manipulation

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(9): 708-709 www.zggszz.com

肩关节脱位是指肩肱(或称盂肱)关节脱位,临床上十分常见。国内对肩关节脱位的手法整复方法较多,自 2002 年至 2008 年对 47 例难复性肩关节前脱位采用俯卧位悬吊牵引法复位,效果满意,报告如下。

### 1 临床资料

本组 47 例,就诊时均经 X 线摄片检查明确诊断为肩关节前脱位,且经外院或本院医生多次手法复位失败,均为喙突下脱位,脱位时间 3 h~4 d。其中男 32 例,女 15 例;年龄 22~51 岁,平均 43 岁;右侧 39 例,左侧 8 例。3 例合并臂丛神经损伤,9 例合并肱骨大结节骨折。

### 2 治疗方法

以右侧为例,患者俯卧,右肩关节置于床沿,右上肢下垂于床边,于床沿处垫数层毛巾以保护右肩部软组织。将一布单折叠成长条状后轻轻缠绕右上臂数圈,再在布单处挂上临床骨牵引时使用的铁块,共重约 20 kg。医者左手置于患者右腋下,将肱骨近端稍用力向外顶,右手将患者右上肢屈肘 90°后,轻轻托住患者右腕部并以患者上臂为轴将右腕前后摆动,使患者右肱骨产生内、外旋运动。此时医者可详细询问患者受伤过程,使患者注意力转移,患肢肌肉放松,一般数分钟即可使肩关节复位。术后常规患肢屈肘 90°以三角巾悬吊于胸前,无合并大结节骨折者悬吊 3 周,合并大结节骨折者悬吊 5 周。

### 3 结果

47 例均单人复位成功,方肩畸形消失,Dugas 征阴性,复查 X 线示肱骨头及大结节已复位。46 例解除三角巾悬吊,经逐渐进行肩关节功能锻炼后,肩关节功能完全恢复。1 例因脱位时间过久并臂丛神经损伤,仍遗留患侧手部皮肤感觉迟钝、肌力下降,半年后随访该患者手部皮肤感觉正常,患肢肌力基本正常,手内在肌轻度萎缩。

### 4 讨论

肩关节脱位临床常见,且多见于青壮年,常因间接暴力引起。从解剖上看,肩关节由肱骨与肩胛骨关节盂构成,肱骨头大,关节盂小而浅,它们之间只有 1/3~1/4 的接触面。肩关节囊薄弱而松弛,囊内有肱二头肌长头腱通过,经结节间沟出于

关节囊外,囊的上部有喙肱韧带与冈上肌腱交织融入关节囊纤维层,囊的后壁也有数条肌腱纤维加入,以增加关节稳定性,囊的下壁最为薄弱,因此肱骨头容易从此滑出。当患者跌倒时,上臂呈外旋、外展姿势,暴力沿上肢经肱骨传导,使肱骨头冲破关节囊前下方的薄弱部分脱出而形成肩关节前脱位。或者当患者上臂过度外展外旋后伸时,肱骨颈或肱骨大结节抵触肩峰作为支点,使肱骨头移向孟下滑脱,形成肩胛孟下脱位,若继续滑至肩胛前部,则为喙突下脱位<sup>[1]</sup>。

手法复位是治疗肩关节脱位最简便、最快捷的方法,一般较易复位成功,但若患者肌肉较发达或对疼痛恐惧,则复位失败也并不少见。临床上常用复位手法有拔伸足蹬法、椅背整复法、拔伸托入法、膝顶推挤法、牵引回旋法等。近年来,随着对肩部解剖及损伤机制的进一步认识和临床实践总结,又涌现出许多经改良的快速复位方法,如展翅法、过肩折顶法、卧位上举牵引法等新的复位手法<sup>[2]</sup>。总的来说其实质均是采用人力对抗牵引及杠杆撬拨为整复原理。

本组 47 例共同的特点是患者肌肉比较发达,且已经过多种复位方法均失败,患者心理上对复位时的疼痛较恐惧,当医者实施人力牵引复位时,患者往往会不自主地产生对抗动作,使牵引达不到所需效果。而本法采用骨牵引所用的铁块进行牵引,牵引力大而持久,并无人力牵引复位时患者所感受到的明显疼痛感。而且牵引力一直恒定作用于患肢数分钟,在牵引的同时,医者并不需做太大的复位动作,患者心理上较不易产生紧张或恐惧感,与患者的交谈也可转移患者对局部疼痛的注意力,即使患者肩部肌肉存在痉挛或产生对抗,也不会持续太长时间而使牵引达到有效的作用,从而也明显缩短了复位成功的时间。此时医者另一手使患者上臂逐渐做内、外旋动作,可解决关节囊闭合后的扣眼作用,肱二头肌肌腱可能存在的绞锁以及软组织的嵌顿。当牵引有效,患者肱骨头关节面接近肩胛孟关节面时,医者置于患者腋下的左手并不需太大的力量即可使肩关节复位,甚至有部分患者仅仅只是进行悬吊牵引即已达到肩关节复位。复位成功后患肢适当制动,可使破裂的关节囊得到修复,减少再次发生脱位的可能性。

通过治疗 47 例肩关节难复性脱位,我们认为俯卧位悬吊牵引法治疗肩关节脱位具有以下优点:①单人可复位;②操作简单轻巧,医者省力;③疼痛轻微,患者易接受;④复位时间短;⑤复位成功率高。是临床上治疗肩关节脱位行之有效的方法,尤其适合基层医院值班医生人手较少及患者肌肉较发达时使用。

#### 参考文献

- [1] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学.第3版.北京:人民军医出版社,2005.406-407.
- [2] 马常青.肩关节脱位手法整复的流派及发展动态.中国骨伤,2006,19(11):686-688.

(收稿日期:2009-03-25 本文编辑:连智华)

## 撬拨复位空心钉内固定治疗股骨颈骨折

倪增良,樊渊,唐海军,徐增成,何斌,何建群,童舜谊  
(兰溪人民医院骨科,浙江 兰溪 321100)

**关键词** 股骨颈骨折; 骨折固定术,内; 骨折愈合

**Percutaneous closed reduction and internal fixation with hollow compression screws for the treatment of femoral neck fractures** Ni Zeng-liang, FAN Yuan, TANG Hai-jun, XU Zeng-cheng, HE Bin, HE Jian-qun, TONG Shun-yi. Department of Orthopaedics, the People's Hospital of Lanxi, Lanxi 321100, Zhejiang, China

**Key words** Femoral neck fractures; Fracture fixation, internal; Fracture healing

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(9):709-710 www.zggszz.com

股骨颈骨折是临床上常见的损伤,采用尽早使骨折复位并钛制空心加压螺钉内固定目前在国际上已成为治疗股骨颈骨折的首选方法,由于内固定治疗仍有较高的不愈合率和坏死率,各种治疗方法仍在不断改进中,骨折后复位好坏直接关系到骨折预后。对 2003 至 2007 年收治的移位股骨颈骨折,进行撬拨复位空心钉内固定治疗收到满意的效果,报告如下。

### 1 临床资料

本组 39 例,男 15 例,女 24 例;年龄 51~76 岁,平均 62.55 岁。骨折移位按 Garden 分型:Ⅰ型 7 例,Ⅱ型 11 例,Ⅲ型 15 例,Ⅳ型 6 例。合并内科疾患 24 例,伤后至手术时间 6 h~17 d。受伤原因:跌伤 23 例,交通事故伤 16 例。合并心血管疾病 15 例,糖尿病 8 例,其他部位严重创伤 9 例。

### 2 手术方法

各项常规术前检查,积极治疗内科合并症,没有严重手术禁忌证者即行手术。手术多在局麻下进行,也有采用其他麻醉,C形臂 X 线机透视髋部正侧位证实复位满意后,先用细克氏钉定位,体表画线确定进钉点及方向。沿股骨矩和张力骨小梁方向,向股骨头颈钻入 1 枚导针,导针针尖位于软骨下 0.5 cm 处,确定前倾方向,正侧位透视满意。用平行导向器,在此导针的近侧,再钻入另 2 枚平行导针,3 针成倒三角形,于针尾在皮肤处做倒“L”的小切口,测量导针长度,攻丝扩孔,拧入合适长度的 AO 中空加压螺钉。对术前复位不满意的采用先试行手法复位,不能得到满意复位的病例,结合撬拨复位的方法:①正位 X 线片示有内外翻成角可从大粗隆上方插入 1 枚斯氏针控制股骨头,结合牵引进行复位;②侧位 X 线片示有前后成角的则从前方插入 1 枚斯氏针控制股骨头,结合牵引进行复位,一般情况下,多向前成角而股骨头成后仰;③

如果上述两种方法仍不能满意复位,则从大粗隆顶部向内下插入 1 枚斯氏针至骨折线,借助大粗隆顶对股骨头进行撬拨复位。通过这 3 种方式,多能达到理想的复位。

术后处理:术后患肢维持外展中立位或穿防旋“丁”字鞋,预防切口感染,不做外固定。术后第 1 天即可进行髋周肌群及下肢肌群的收缩锻炼,1 周后可在床上坐起,3 个月下地不负重行走,半年逐步开始负重。

### 3 结果

本组 39 例均获随访,时间平均 2.5 年。术后定期行 X 线检查,进行髋关节功能评定,必要时行 MRI 检查。术后并发症:骨折不愈合 3 例,股骨头坏死或塌陷 3 例。术后 1 年髋关节功能按 Harris 评分标准<sup>[1]</sup>评定:疼痛平均(37.6±1.3)分,功能平均(38.2±1.5)分,畸形平均(3.2±0.2)分,活动范围平均(4.1±0.2)分,总平均分(83.1±3.5)分。本组优 26 例,良 9 例,可 2 例,差 2 例。典型病例见图 1-2。

### 4 讨论

股骨颈骨折是临床上常见的损伤,由于股骨颈特有的功能解剖和血供系统,骨折时承受的较大剪应力常致股骨头的血供被阻断,导致骨折不愈合或股骨头缺血性坏死。资料表明,近 10 年来股骨头坏死率高达 10%~15%<sup>[2]</sup>,并主要与骨折端复位不良有关。因此,骨折的解剖复位是治疗股骨颈骨折的关键。由于股骨颈的位置较深,传统的闭合复位空心钉内固定术使骨折端达到满意的解剖复位常常较为困难,对于伴有旋转移位的头颈型骨折复位更是如此,尤其在麻醉下因肌松使骨折端不能互相嵌插而复位极为困难。笔者借助撬拨复位这一改良的复位方法,明显提高了复位效果,使骨折对线对位尽量达到解剖复位,Garden 复位指数满意,在正位 X 线片上骨小