

- Reconstr Surg, 2009, 123(1): 152-162.
- [9] Kimura N, Saitoh M, Sumiya Y, et al. Reconstruction of hand skin defects by microdissected mini anterolateral thigh perforator flaps. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2008, 61(9): 1073-1077.
- [10] Stannard JP, Finkemeier CG, Lee J, et al. Utilization of the less-invasive stabilization system internal fixator for open fractures of the proximal tibia: a multi-center evaluation. Indian J Orthop, 2008, 42(4): 426-430.
- [11] 刘传民, 刘增彬, 张淑敏. 外固定架同期治疗四肢骨折伴皮肤缺损. 中国骨伤, 2010, 23(3): 182-183.
- [12] 王俊义, 李大伟, 金天明, 等. 膝上外侧筋膜皮瓣修复结合退癍消肿汤治疗膝关节周围皮肤软组织缺损. 中国骨伤, 2010, 23(3): 175-176.

(收稿日期: 2010-01-25 本文编辑: 连智华)

· 手法介绍 ·

改良复位法治疗髋关节脱位

罗志辉, 华伟, 朱光荣

(克拉玛依市第二人民医院骨科, 新疆 克拉玛依 834009)

关键词 髋脱位; 正骨手法; 骨牵引复位法; 骨折

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2010.03.002

Modified reduction method for the treatment of posterior dislocation of hip joint LUO Zhi-hui, HUA Wei, ZHU Guang-rong. Department of Orthopaedics, the Second People's Hospital of Kelamayi, Kelamayi 834009, Xinjiang, China

Key words Hip dislocation; Bone setting manipulation; Skeletal tracting reposition; Fractures

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2010, 23(3): 163 www.zggszz.com

自 2002 年 1 月至 2007 年 1 月, 采用改良复位法治疗髋关节后脱位 16 例, 效果良好, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 16 例, 男 12 例, 女 4 例; 年龄 20~56 岁, 平均 34 岁。均为髋关节后脱位。交通事故伤 13 例, 坠落伤 3 例。均于伤后 10 h 内就诊。按 Thompson 分型: I 型 10 例, II 型 4 例, III 型 2 例。其中 1 例 III 型病例, 因复位后发现关节腔内有碎骨块, 行手术治疗。

2 治疗方法

复位均在硬膜外或静脉麻醉下进行。麻醉生效后, 患者仰卧于手术床上。用一宽布带沿患侧大腿根从前向后绕至大腿后侧, 交叉后旋扭 180°, 固定于手术台下。松紧适宜, 过松或过紧都不能起到复位固定及支点作用。术者站立于患侧, 一手握住患肢踝部, 另一前臂屈肘套住腘窝, 升降手术床的高度, 以术者能发力为准, 徐徐将患髋和膝屈曲至 90°, 以松弛髂股韧带和髋部肌肉, 然后用套在腘部的前臂沿股骨干长轴用力向上牵引, 同时用握踝部的手下压小腿, 并向内外旋转股骨, 此时多可感到或听到股骨头纳入髋臼时的弹响, 畸形消失, 复位成功。如是 Thompson II 型和 III 型脱位, 均行股骨髁上骨牵引; I 型行皮牵引。所有病例均牵引 4~6 周后下床扶拐活动, 3~4 个月后正常行走。

3 结果

疗效评价标准^[1]: 治愈, 关节复位, 无并发症, 功能完全或基本恢复; 好转, 关节复位, 远行疼痛, 关节功能轻度受限; 未

愈, 脱位未复位或并发股骨头缺血坏死、创伤性关节炎或关节不稳, 严重影响关节功能。本组 16 例, 全部随访, 时间 2~5 年, 平均 3 年, 治愈 14 例, 好转 2 例, 包括手术治疗的 1 例, 为 Thompson II 型和 III 型脱位各 1 例。

4 讨论

髋关节脱位由于部位较深, 肌肉力量较大, 复位比较困难, 易造成患者痛苦及延误病情。传统髋关节复位, 如 Allis 法, Stimson 法, Bigelow 法等^[2]。一般整复不难, 特别是在麻醉下。但复位时固定比较困难, 往往需要两人以上固定患者, 复位者不能充分发力, 总感无从下手、还费时费力。本法解决了患者的固定和复位者的发力问题。其优点: 可单人复位; 固定可靠; 复位者可以控制发力; 复位快捷, 成功率高。对于髋关节后脱位伴髋臼骨折而言, 除了整复脱位外, 保持髋臼的完整性, 是保证髋关节稳定性的重要一环^[3]。在麻醉下应用本法复位, 避免了髋臼及关节囊等组织的进一步损伤, 从而减少了其并发症。

参考文献

- [1] 徐超. 改良悬垂法治疗髋关节脱位. 中医正骨, 2002, 14(10): 57.
- [2] 谭宗奎, 陈庄鸿. 介绍几种髋关节后脱位复位的新方法. 中国骨伤, 1998, 11(1): 53.
- [3] 林峰, 吴少峰, 龚金华. CT 扫描在髋关节后脱位伴髋臼骨折中的临床应用. 中国骨伤, 2001, 14(2): 110.

(收稿日期: 2009-09-16 本文编辑: 王宏)