

格掌握手术适应证: 必须考虑患者体质对手术的耐受程度, 必须有影像学明确的前后路压迫依据, 同时症状和体征检查有运动和本体深感觉的同步障碍, 否则仍应考虑前路或后路的分期手术。

参考文献

1 日本整形外科学会. 颈髓症治疗成绩判定基准. 日整会志, 1994, 68: 490-503.

2 Jacchia CE, Innocenti M, Pavolini B, et al. Indications and results of surgical disc disease by anterior and posterior approach. Chir Organ Mov, 1992, 77: 111-123.

3 Lowery GL. Anterior cervical osteosynthesis: Orion anterior cervical plate system. Techniques in spinal fusion and stabilization. New York: Thieme Medical Publishers, 1995. 191-198.

4 Cloward RB. The anterior approach for removal of ruptured cervical disc. Neurosurg, 1999, 29: 234-251.

5 White AA, Jupiter J, Southwick WO, et al. An experimental study of the immediate load bearing capacity of three surgical constructions for anterior spine fusions. Clin Orthop, 1993, 14: 2043.

6 邱雪立, 林本丹, 钟志刚, 等. I 期前后路联合手术治疗颈髓前后方同时受压. 中华创伤杂志, 2004, 20(3): 284-287.

(收稿日期: 2004- 09- 15 本文编辑: 王宏)

•手法介绍•

推顶肱骨头整复肩关节前脱位 37 例

Manipulative treatment with pushing and withstanding against humeral head for anterior dislocation of shoulder joint: A report of 37 cases

肖明生
XIAO Ming-sheng

关键词 肩关节前脱位; 正骨手法 **Key words** Anterior dislocation of shoulder joint; Bone setting manipulation

我院自 1996 年 10 月, 共收治肩关节前脱位患者 37 例, 经采用推顶肱骨头整复法治疗 1 次成功, 疗效满意, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 37 例, 男 26 例, 女 11 例; 年龄 18~ 79 岁; 左侧 21 例, 右侧 16 例; 锁骨下 7 例, 喙突下 22 例, 孟下 8 例。习惯性脱位 5 例。伤后就诊时间最短 30 min, 最长 28 d。

2 治疗方法

以左侧为例: 患者仰卧, 嘱放松。术者位于患者左侧, 面对患肩, 以右手托住患肢肘部, 上臂徐徐上举, 前臂弯曲, 前后旋转, 同时左手拇指摸到肱骨头后, 上下滑动, 顶住肱骨头, 余 4 指置于肩峰。当患者上臂过肩水平时, 术者左拇指稍加用力, 此时绝大多数就可听到或感到复位响声, 少数患者则左手用力时右手继续将左上肢上举并前后旋转即可复位。视方肩畸形消失, 检查 Dugas 征阴性, 即告复位成功; 然后左手继续置于肩关节处, 右手作肩关节旋转等活动后, 屈肘 90° 前臂贴于胸前, 腋窝处置一棉垫, 肩肘固定带固定。配合活血化瘀、消肿止痛中药内服外敷, 少数皮肤过敏者不用外敷药。陈旧性脱位患者可在肌间沟臂丛神经阻滞麻醉下进行, 复位前充分活动, 待松懈粘连后进行。所有患者复位后用肩肘固定带固定 2~ 3 周, 开始活动肩关节, 以防关节粘连, 合并肱骨大结节骨折者用超肩夹板固定至愈合。

3 治疗结果

本组 37 例均 1 次复位成功, 除 8 例陈旧性脱位外均未用麻醉。无一例合并骨折及血管神经损伤。临床愈合时间为 2~ 3 周, 经 2~ 6 个月随访, 按疗效评定标准, 治愈: 关节复位, 肩关节活动自如, 无症状; 好转: 关节复位, 肩关节活动轻度受限, 偶有肩部疼痛; 习惯性脱位者于用力不当时仍然会发生脱位, 未参加评定。本组治愈 26 例, 好转 6 例。

4 讨论

传统整复肩关节脱位的方法很多, 大体可分为牵引法和非牵引法两大类, 目的都是将肱骨头从原路返回而达到复位。牵引法需对抗患者肌肉力量, 以手牵脚踏法为主, 虽疗效尚可靠, 但对于肌肉丰满者则需要更大的牵引力以对抗, 造成肌肉更紧张, 使肱骨头脱出的通道狭窄, 复位多不奏效, 还有并发肋骨骨折、肱骨外科颈骨折及血管神经损伤的危险, 常需在麻醉下进行。对于老年人也易产生并发症。本法属非牵引复位法, 不需对抗患者大量的肌肉力量。操作时, 患者平卧有利于患肢放松, 还可防止晕厥。对于合并肱骨大结节骨折者复位不受影响。复位时, 手法宜轻柔, 无须过猛用力, 因此避免了骨折等并发症的发生, 对于新鲜脱位者不需要麻醉, 单人即可整复, 省人省时省力, 简便安全且疗效明显, 患者痛苦小, 容易接受。

(收稿日期: 2004- 04- 05 本文编辑: 王宏)