

为明显。④触觉和痛觉减退，发生于一侧或双侧下肢，主要于L₅S₁神经分布区，即小腿外侧及足背外侧等部位。⑤腱反射改变，与发病的轻重及病程有关，以跟腱反射改变为多见。⑥马尾神经受压体征，如鞍区麻木或肛门括约肌松弛无力。⑦化验检查，脑脊液检查多数病例蛋白增高。⑧X线检查，包括生理弯曲改变、椎间隙变窄、椎体缘骨质增生、关节突关节肥大、广泛性骨质增生等。至于X片测量椎管管径方法，因退变型椎管狭窄症软组织造成狭窄

的病理改变较骨性为多，这种情况下X片上测得的结果临床意义不大。椎管造影、CT扫描及核磁共振对判定病变的位置与程度各有所长。

对于病程短、症状轻的病例按摩治疗不失为一种较有效的治疗方法。当然，也不能将治疗腰椎间盘突出症的各种手法无选择地应用于本症患者，即避免采用诸如侧扳、抖腰、踩跷等粗暴的重手法。手法治疗的旨在解除肌肉痉挛，改善局部血液循环，有助于缓解症状和康复。

回旋手法整复45例长骨骨折旋转移位临床观察

四川省成都市新津县人民医院 (611430) 李文中

1980年以来我们用回旋手法整复45例长骨骨折旋转180度移位，一次成功，报告如下。

一般资料

45例旋转移位的骨折中车祸18例，机器伤6例，高处跌下14例，负重伤4例，打架3例；男42人，女3人。旋转移位是指斜形骨折受到强大的扭转暴力使骨折远断端以骨折近断端为中心轴，绕骨折近段旋转180度成背靠背重叠移位(90~180°)。

整 复

在局麻后大力垂直牵引3~5分钟，使骨折断端的软组织处于高度的伸展状态，借此把夹于骨折两断端中间的软组织拉出，为回旋手法作好准备。

术者在行试探回旋手法时，令助手稳着垂直位的牵引。术者左手握着骨折上段，右手大拇指与四指相对握着骨折远端，按骨折远断端旋转移位的反方向回旋，如无阻挡就顺势回旋复

位。如果有阻挡应考虑两点：1. 诊断有误，旋转的方向路线有错；2. 有软组织缠绕阻挡，应改为“捻转捺正”手法，“徐徐转动使活”，摆脱或绕过软组织的缠绕，再行回旋手法。整复后要顺骨理筋，使骨折引起紊乱的软组织回归原位。按常规行外固定。

讨 论

1. 旋转180度“重叠”移位的骨折靠牵引是不能拉开“重叠”的，只能用回旋手法整复。2. 行试探回旋手法时，只有“活”无阻挡，才能回旋复位，如有阻挡，应改用“捻捺”手法，“徐徐转动使活”。手法用力的大小要适当，力的方向要明确(回旋的方向路线)，力的作用点要准确，应用好力的“三要素”。

2. 改水平牵引为垂直牵引，目的有两点：

- ①利用患肢远断端下垂的“重力”以助牵引；
- ②可防止水平牵引产生的一种剪应力的产生。

启 事

本部现存少量1989、1990、1991、1992年的《中国骨伤》。单行本每年7.20元，1989、1990年简装合订本每年每本12元，精装合订本1991、1992年每年每本16.80元(以上均含邮资)。

欲购者，来信请寄：100700北京东直门内海运仓3号中国中医研究院《中国骨伤》编辑部转方同志收。汇款时请写清收件人邮编、地址及姓名。