

腰后小关节紊乱症的诊治体会

山东省青州市人民医院(262500)

施晓明 张炳泰 刘国栋 王修卓 袁百胜

腰后小关节紊乱症是青壮年下腰痛常见原因。作者自 1993 年以来采用坐姿旋转复位法及侧卧斜扳法共治疗 32 例,效果满意,现报告如下。

临床资料

男 25 例,女 7 例;年龄 24~52 岁;病程 2 小时~34 天。临床特点:(1)多发生于日常活动和轻体力劳动中腰骶前屈,旋转或仓促间伸腰时,突然产生下腰部剧痛而不敢活动,少数情况下是逐渐出现难以忍受的不适感。(2)查体多有强迫体位,腰椎生理前凸消失或变浅,脊柱后伸及侧弯受限,脊柱一侧或两侧有压痛点及肌肉痉挛,直腿抬高试验阴性。

治疗方法

首选坐姿旋转复位法。病人端坐于方凳或长凳上,两脚踩地分开与肩等宽,臀部坐正。术者先摸清椎旁压痛点,提示为受损之小关节处。如在中线之右侧,则以左拇指顶于与压痛点邻近的棘突上,右手绕过患者右腋下跨其颈后扳住其左肩部。助手一人在病人前方以双手用力按住其双股。固定骨盆,嘱病人放松,双手自然下垂,术者右前臂徐徐下压患者项部使脊柱前屈 30~45 度,右手扳左肩向右前方旋转使脊柱旋转至最大弹性限度并稍稍加力,左拇指顺势向左推顶棘突,多可感到轻微的错位及听到弹响声。此时患者多突感症状消失,活动自如。若旋转至最大限度仍无复位感时不可强力旋扭,可让患者以其患侧手臂搭紧术者肩部,术者在患者腋下的肩部逐渐上顶,助手用力下按双股作对抗牵引,同时术者持续施以旋转推顶力,维持 1 分钟左右多可听到复位弹响。

治疗结果

本组有 29 例经上述手法后一次性复位成功,症状消失,其中有 1 例为 L_{4,5} 双侧小关节紊乱,经两侧的旋推手法治愈。3 例不奏效及有遗留症状的辅以侧卧斜扳 1~2 次而获缓解。行手法后应休息数日,必要时可口服芬必得数日。

讨论

本病诊断主要依靠病史,即在一般性活动中突然出现的下腰部疼痛及固定性姿势;其次是查体有小关节处的压痛而直腿抬高试验阴性。我们未作常规的 X 线检查,仅作为除外其他疾患的一种手段。手法复位首先应摸清偏歪棘突的价值并不重要,我们体会到大多数情况下不能或不易确认某个棘突的偏歪,而压痛点却容易摸准,它代表了损伤的小关节处,与其邻近的棘突无疑便是复位时的推顶点。对较难复位者,在维护旋推的同时,辅以持续的肩顶纵向牵引力,可使小关节间隙更趋张开而达到复位,此法每可奏效,可供同道参考。

关于一侧旋推后效果不佳者是否作相反方向旋推的问题,已有实验证明旋转手法对同侧的后关节调整幅度较大^[1],故我们多改为斜扳手法,但对压痛点不确切及双侧压痛者应予尝试。

参考文献

1. 蒋位庄,周卫,李星,等.腰后关节紊乱症的病机和手法治疗生物力学研究.中国骨伤 1994;7(3):5.

(收稿:1996-02-06)

介绍几种髌关节后脱位复位的新方法

解放军广州军区武汉总医院(430070)

谭宗奎 陈庄洪

目前国内对髌关节后脱位复位通常采用 Allin 及 Bigelow 法等,这些方法虽有其自身的优点,但在某些

方面亦有不足。最近,国外一些学者相继报告了一些髌关节后脱位的新式整复方法,其中某些方法具有简单

省力、容易掌握、再损伤轻等优点,有的特别适合于基层医院或急诊值班人员少的情况下应用,现根据文献选择几种介绍如下。

1. 仰卧肩背法:此法由 Marya 报道^[1],其特点是安全可靠,简便易行,一人就能施行。方法:全麻或腰麻后病人仰卧于手术台上,其骨盆与手术台的末端相齐,使两下肢伸出手术台以外。术者站立于手术台的末端,面背病人,将病人患肢提起屈髋屈膝,小腿置于术者肩上,术者双手握住患肢踝上部,利用患肢为杠杆进行牵引,身体前倾并垂直向上联合用力,同时将伤肢内收,若感到或听到一明确的复位响声则证实复位。术后拍片,将伤肢置于轻度外展位牵引。

2. 俯卧重力法:此法由 Herwig-Kempers 等报道^[2],其特点是操作简便,省力省人,不需助手。方法:经静脉注入肌肉松弛剂,病人俯卧于手术台上,骨盆与手术台的末端同齐,以致髋关节能屈曲至 90°。术者一手握住患肢踝上部,徐徐将患髋和膝屈曲至 90°以松弛髂股韧带和髋部肌肉,同时,术者的膝置于患肢小腿上部腘窝稍下方,利用体重缓缓向下施压,紧握踝上部的手向上提拉,此时可听到或感到股骨头纳入髋臼时的弹

响,畸形消失。拍片证实,术后按常规处理。

3. 屈曲内收法:此法由 Bassi 等提出^[3],其特点是在最低限度再损伤的情况下完成复位,创伤小,能避免某些复位方法极度牵引造成供给股骨头的血管损伤。方法:在全麻或腰麻后病人仰卧于手术台上,术者立于病人健侧,提起患肢于 90°屈髋屈膝位并最大限度内收,同时沿股骨干长轴牵引,此时,站立于病人患侧的助手用一手控制住骨盆,另一手推股骨头进入髋臼。完成复位后将伤肢置于中立位,术后按常规处理。

参考文献

1. Marya SKS, et al. Piggy back technique for relocation of posterior dislocation of the hip. *Injury*, 1994; 25(7): 483.
2. Herwig-Kempers AH, et al. Reduction of posterior dislocation of the hip in the prone position. *J Bone Joint Surg*, 1993; 75B(2): 328.
3. Bassi JL, et al. A flexion adduction method for the reduction of dislocation of posterior the hip. *J Bone Joint Surg*, 1992; 74B(1): 157.

(收稿:1995—08—15)

两点复位法治疗肱骨髁上骨折

山东省聊城地区中医院(252000) 李 锋

笔者采用两点复位手法治疗肱骨髁上骨折 50 例,效果良好,总结如下。

临床资料

本组 50 例中男 35 例,女 15 例;左侧 32 例,右侧 18 例;年龄 4 岁~12 岁;伤后就诊时间 0.5 小时~4 天;伸直型骨折 46 例,屈曲型骨折 4 例。

治疗方法

1. 两点复位手法(以右侧伸直尺偏型为例):患儿仰卧床上,肩外展 45°,一助手握患儿上臂上部,另一助手握前臂中部,顺伤肘姿势徐徐用力持续牵引,用来矫正重迭和旋转移位。术者蹲位,面向患儿,双手拇指放于肱骨内髁的内后方为一点,双手四指放于骨折近端的前方为一点,放置好后,拇指向前上方顶推,四指向内后方拉,两点同时用力挤压,并嘱远端助手同时在牵引下屈肘,手下可有骨折复位的骨摩擦感。然后术者双手抱住骨折部,嘱远端助手缓缓伸屈肘关节,至骨折复位稳定后,屈肘 100°,前臂旋前位放置,触摸肱骨外

髁嵴连续,尺骨鹰咀在肱骨矢状轴,额状轴的正中是复位成功的标志^[1]。

2. 固定:全部采用屈肘法固定。骨折复位后,维持对位,肘关节屈曲 100°,前臂旋前位,毛巾缠绕,前、后两块夹板长度上自腋窝,下超过腕关节至掌根部,内、外侧夹板可略短,四块夹板固定,或前后石膏托外固定,术后观察肢端血运,及时调整固定松紧度,3~4 周去除固定,进行肘关节功能锻炼。

治疗结果

本组随访时间为整复后 3 个月至 1 年,平均 6.2 个月,均获得骨性愈合,肘关节功能完全恢复正常。疗效评定标准参照 1975 年全国骨科会议疗效评定标准,优 36 例,良 8 例,尚可 4 例,差 2 例。总优良率 88%。

讨 论

两点复位手法是在肱骨髁部为一点,骨折近端为一点,两个着力点对向挤压,侧方移位和前后移位,同时复位。要求施手法越早越好,对骨折有移位,且肿胀