

## 手法介绍

## 膝顶法整复伸直型腰椎骨折脱位

## 附7例报告

河南省洛阳正骨研究所(471002) 张作君

腰椎骨折脱位多为屈曲型,伸直型极为少见,笔者近几年来收治7例伸直型腰椎骨折脱位患者,且都采取了膝顶法复位,取得了良好效果,特报告如下:

**一、临床资料:**7例均为新鲜腰椎伸直型骨折脱位,男6例、女1例,年龄均在18到60岁之间,4例为从高坠下,仰面着地,腰背部被硬物所顶(如树叉、石块、墙头等),1例为仰面向上取重物时被砸,1例为拉架子车时被车上下落之重物所砸,1例被汽车从后方撞及腰部。7例中除2例脱位较轻无神经症状外,其余5例均有不同程度的神经压迫症状。

**二、治疗方法:**整复一天前令患者禁食,给液体输入,内服顺气通便,活血化瘀之剂,保持大小便通畅,整复前让病人解大小便,或清洁灌肠,尽量使腹腔空虚。采用腰背部局部浸润麻醉。麻醉生效后,令患者坐于靠墙之坐椅上,背对墙壁和坐椅靠背,术者立于患者对面稍偏右侧,两臂伸入患者两腋下,屈膝用力顶患者腹部,同时两臂用力上提患者两腋,并令患者屏气于腹,一般一次即可复位。若仍不能复位,也可两臂上提时,让患者脊柱左右侧弯,术者用膝反复用力后顶,即可复位。复位后用大石膏背心,将脊柱屈曲位固定。

**三、注意事项:**1.麻醉要彻底,整复脊柱骨折脱位,对病人刺激较大,所以整复前要有一个完好的麻醉,药物浸润尽量达到整个椎体,以尽可能减少对病人的疼痛刺激。2.方法要轻柔,腹腔内有诸多器官,椎管内有脊髓神经,在整复时不可用力过猛,以免损伤腹腔器官和脊髓再损伤。3.膝顶时间不可过长,紧贴椎体的左右前方即腹主动脉和下腔静脉,膝顶

时可能会阻断血管内血流,所以膝顶一次不成功可稍松后再顶,不可一次顶时间过长。4.顶膝不可左右滑动,在脊腰椎的两侧,尚有左右肾脏,为实质性器官,若膝左右滑动会伤及肾脏。5.孕妇及年老体弱者禁用此法。

**四、治疗效果:**7例中除一例因伴有骨盆骨折且老年体弱不能用力外,其余6例均完全复位,有5例术后三个月去石膏时神经压迫症状完全消失,肌力恢复正常,麻痹平面消失,大小便自解,行走如常,有一例下肢肌力稍差,但均在Ⅲ级以上,有一例肌力仍较差,小便仍不能自解,症状改善不明显。

**五、典型病例:**张新华、男、27岁,河南省兰考县人,患者于1987年7月28日上午乘火车从行李架上取行李时不慎被下落之行李当胸砸倒,仰面倒地,由他人护送到当地医院就诊,未作特殊处理,于次日转我院。入院时患者体态被动,表情痛苦,腰脊部相当于第三腰椎棘突处有明显压痛及凹陷畸形,右小腿三头肌肌力Ⅰ级,胫前肌、胫后肌及腓骨长短肌肌力均为0级,左小腿肌肌力差均为Ⅱ级左右,双膝关节以下皮肤感觉迟钝,大便未解,小便不能自解,少腹胀隆急欲小便而不能。X线片示,第三腰椎呈楔形样变,前宽后窄,并向前方脱位约1/3椎体,椎弓根骨折错位不甚。以“第三腰椎压缩折”入院。入院后立即保留导尿,禁食,调胃承气汤二付,当日煎服一付,并给液体输入。到次日下午大便仍未解,清洁灌肠后,在局麻下行膝顶法复位,复位后摄片见第三腰椎已复位,腰椎生理前突为0,石膏固定卧床,继用中药、液体。三日后病人尿管脱落,已可自行排尿,但

## 肋软骨与肋骨连结“骨错缝”诊治探讨

汕头大学医学院第二附属医院伤科(001132) 陈庆骏

“骨错缝”亦称“骨缝开错”，一般是指由于不同的损伤，使关节或骨连结的正常解剖结构改变，发生了微小错缝，这种改变虽未及完全脱位或半脱位和损伤程度，但临床上却有明显的症状。肋软骨与肋骨连结受外力损伤造成错缝，在胸壁挫伤中并非少见，由于X光检查常呈阴性，临床故多被忽视，仅按一般软组织挫伤处理，因诊断欠当，使治疗欠善，常造成疗程过长，遗留畸形，遭致胸壁伤性疼痛经久难愈等不良后果。近年来，我们采用外治与内治并重，取得较好效果，现将临床探讨并50例综合情况分述如下：

### 一、对本病临床辨证探讨

肋软骨与肋骨连结也有称关节，但该处没有关节囊，现在一般均称为骨连结。当胸部跌仆冲撞碰压或重物所掷及拳击等直接或间接的暴力所伤，其剪应力传递到骨连结时，冲击影响改变了骨连结处力的平衡，就会引起错缝，从临床探索，我们认为临床上若出现如下指征者可考虑确诊为肋软骨与肋骨连结错缝。

临床诊断本病的指征：①有明显的胸壁外伤史；②胸廓前后及左右挤压试验阳性（发痛）；③可触及骨连结处有阶梯样畸形并有锐敏压痛；④患侧上肢活动及深呼吸时引胸作痛。

对本病的临床检查，触诊是诊断的主要手段，在触摸辨认时，要切实做到“虽在肉里，以手扪之、自悉其情”，应注意肋软骨与肋骨连结的解剖位置在体表定位的分析，摸诊病变部位时，可同时摸查健侧来对照推断伤处是否为骨连结，有比较地发现其同健侧的差异，更能确诊。此外还需根据正常肋软骨与肋骨连结解剖形态各异的特点，如正力型、超力型胸廓的骨连结较平坦，而弱力型则较露突，触诊有抵指感、易误诊为阶梯样错位，故临床应注意鉴别。

### 二、治疗方法

根据肋软骨与肋骨连结错缝的解剖生理变化特点，究其病理机制应是骨缝开错，筋肉受损，血瘀气滞，经络受阻。故临床治疗则需注

大便仍未自解，加大黄为12g继用伍付，五天后病人二便通畅，右小腿肌力已有不同程度的恢复，一月后带石膏出院。出院时二便自解，双小腿皮肤感觉正常，双侧小腿三头肌，胫前后肌肌力均为V级，仅左小腿腓骨长短肌肌力为Ⅲ级。半年后随访，病人双下肢感觉无异常、已恢复正常工作。

六、体会：伸直型腰椎骨折脱位临床比较少见，文献报道不多，甚至很多骨伤科书籍中未提及此病，但随着近几年来社会活动的机械化程度增高，骨伤科疾病的种类也日渐增多，各类骨折都在普遍化、多见化，不太常见的腰椎伸直型骨折脱位，也越来越多见，有必

要作进一步研究。笔者根据腹腔脏器多为空腔型、囊袋型的特点，在禁食、排便、收腹后，腰椎前缘已紧贴腹壁，瘦的人此时可清楚地摸到腹主动脉的跳动和前方脱位之椎体，加之复位时上提患者脊柱，使椎体之间没有纵向压迫力，这时用膝部向后顶脱位之椎体，就很容易使其复位。在脊柱的腰段，腹主动脉位于前方偏左，下腔静脉位于前方偏右，以膝顶脊柱正中不会损伤大血管，且因动静脉都是些管道性器官且壁很坚韧，以顿性柔软之膝部顶及腹主动脉或下腔静脉，也不至于造成血管破裂，所以我们认为若方法柔和，用力均匀，这种复位方法是非常安全可靠、效果确凿的。