

肢肌肉萎缩

(二) 检查: 单侧负重试验阳性, “4”字征试验阳性。骨盆分离试验阳性。髌髌关节叩击痛并向下肢放射。X线平片检查: 腰骶椎正位片, 可见两侧髌后上棘(或下棘)高低不在一个水平上, 患侧髌髌关节间隙较健侧为宽, 关节面凹凸之间排列紊乱。

(三) 分型: 前错位型, 髌后上棘变凹, 髌后上棘至髌尾关节连线纹路变浅, 患肢伸长1厘米。后错位型: 髌后上棘变凸, 髌后上棘至髌尾关节连线纹路变深, 患肢缩短约1厘米。

复位手法

前错位型: 屈肢屈髌复位法: 患侧在上, 极度屈膝屈髌, 推搬膝骨, 使髌髌关节面沿髌骨关节面滑动, 将髌骨向后旋转而复位。

后错位型: 斜搬法: 病人侧卧, 患侧在上, 屈膝屈髌, 医者站在对面, 左手扶患者左肩, 右肘按住髌部, 扭转到一定程度, 肘部向前猛加用力, 使髌髌关节面有滑动而复位。

疗效标准和效果

(一) 痊愈: 症状和临床体征消失。

(二) 好转: 症状明显减轻, 髌髌关节有轻微的酸痛和压痛, 行走路长有麻木感。

(三) 无效: 症状无缓解, 体征无改善。

73例中, 痊愈62例, 占84.7%, 好转9例, 占12.4%, 无效2例, 占0.27%。平均一次见效, 6次痊愈。

小结

造成髌髌关节错位, 一般有五种原因

- (1) 腹直肌牵拉, 使髌骨绕轴心向前扭转;
- (2) 股后肌牵拉, 使髌骨向后旋转;
- (3) 下肢用力着地, 髌上移;
- (4) 暴力施于髌骨下部, 使髌骨向前扭转;
- (5) 暴力施于髌骨上部, 使髌骨向后扭转。

对髌髌关节错位的检查, 主要靠触诊和测量, 触之患侧的凹凸和测量腿的长短情况相鉴别, 作出前错位或后错位的正确诊断。然后施以手法, 多能获效。

腕月骨脱位复位 方法的改进

黑龙江省农场总局总医院(150000)

董春芳 金曾植

腕月骨脱位是由腕关节背伸机制损伤引起, 多发生于青壮年。常采用背伸牵引复位。我院对5例新鲜腕月骨脱位病人, 其中有2例经多次背伸牵引复位失败而采取水平牵引、屈腕复位法, 石膏固定治疗。效果满意, 现报告如下:

临床资料

本组5例均为男性。平均年龄31岁。受伤时间最短1天, 最长5天。5例中右腕3例, 左腕2例, 均有不同程度的神经受压症状。其中1例为月骨周围性腕骨背侧脱位并月骨、舟骨、尺骨茎突等多处骨折, 其余4例均为月骨掌侧脱位。

复位方法及结果

两助手向相反方向水平牵引腕部, 术者食、中指按压腕掌侧, 拇指按住腕背侧, 使腕部做小幅度的反复伸屈活动。同时, 食、中指向背侧挤压月骨。维持水平牵引3~5分钟后, 术者食、中指从掌侧向背侧抵住月骨用力上提。使腕部掌屈, 月骨就可复位。除1例合并腕多处骨折者以石膏固定9周外, 其余4例均行腕掌屈位石膏固定1周, 功能位石膏固定3周, 拆除石膏后行功能锻炼。

结果: 本组5例均获得复位成功。其中2例多次采用背伸牵引复位失败而准备行月骨切除术。来我院后, 采用水平牵引、屈腕复位法获得成功。腕关节功能恢复正常。随访时间最短9个月, 最长5年10个月。

讨论

腕月骨脱位较少见, 月骨脱位最常见, 如治疗不妥, 将影响手部功能。治疗时一般多采用背伸牵引复位, 石膏固定。在正常情况下, 腕月骨前宽后窄, 当腕部因暴力极度背伸时, 月骨向前倾斜, 并在头状骨与桡骨远端的挤压

下，将月骨推向前方，月骨凹面常朝向掌侧并位在头状骨前方而造成腕月骨掌侧脱位。如果月骨与桡骨间的关系不变而其它腕骨向背侧移位则造成月骨周围腕骨脱位。复位时，如果继续背伸牵引，则加重因背伸暴力造成的腕部损伤。同时头状骨与桡骨远端之间的间隙不容易开大而且对月骨仍有挤压作用，使脱位的月骨不容易复位。所以我们改用水平牵引，屈腕复位法。水平牵引可使头状骨与桡骨远端之间的间隙加大，当术者反复小幅度伸屈腕部并不断向背侧挤压月骨时，头状骨可接近月骨凹面，如果腕掌屈，头状骨就很容易沿月骨凹面滑下而复位成功。

有人认为月骨脱位后容易发生缺血性坏死，故主张月骨切除。本组5例中有2例经多次复位后获得成功，随访5年余，无缺血性坏死发生。其余3例也未发生缺血性坏死。故对月骨脱位应首先采用水平牵引，屈腕复位法，一般均能获得满意复位。虽然月骨脱位后，造成部分血管断裂，但月骨仍具有足够的血液供应。所以对新鲜月骨脱位，就是经反复复位失败的病例也应采用水平牵引，屈腕复位法进行复位。而对月骨切除手术应慎重为宜。

勾拉手法治疗 骶尾关节错缝

四川云阳龙角卫生院(604503)

裴绍犀

臀部着地受伤，常导致尾骨尖端前移而使骶尾关节骨缝增宽或错移，勾拉可以复位，手法简单易行。

诊断：1.有臀部着地外伤史；2.骶尾椎间骨缝增宽或错移；3.有排便样坠胀感，或有自尾骶向上抽掣疼痛，尤其半蹲位时症状加重，两

手支撑则症状减轻。严重者伴腰部无力。

治疗1.准备手法——点按附近穴位，以滚法加被动运动放松腰臀部肌肉。然后揉捏，捋顺尾骶椎两侧韧带。（俯卧位）2.治疗手法——患者站立，俯伏于诊断桌上。垫两层白纸于尾骨尖端。医生站立于患者左后侧。以右手食指沿尾骨尖伸入并勾住向外拉动（在肛门外），以左手拇指向上捋顺骶尾间韧带，指下微动即已合缝，诸症大减。然后侧卧，一手向前推骶部，一手向后搬拉大腿，左右同法。（推搬目的是放松尾骶前面肌肉，保证复位稳定。）

术后嘱其多作大腿后伸运动，不作下蹲起立运动。

病例：石××，男，37岁，因关闸触电跌倒昏迷约10分钟自然甦醒，即感腰臀无力，不能行走。住院卧床治疗3日，精神转佳，但腰骶症状无明显缓解。转推拿科会诊，患者由两人夹持上楼。腰臀部无明显肿胀，诸症如上述，即按上法治疗。术毕，诸证大减，能直腰步行下楼，很高兴地在病房内外游走半天。午睡后病情有所反复（可能与侧身跪卧有关），但较前仍大有减轻。第二天患者俯身拄杖而来，继用上法推拿。术毕，弃杖而归。共推拿四次，基本痊愈回家。半月后，患者因背一篓包谷，又觉尾骶部有轻微坠胀感。又按上法推拿1次，症状消除。嘱其两月内不作蹲位起立的负重劳动。

讨论：臀部着地受伤，可使尾骨尖端前移，马尾神经受到牵拉刺激而表现排便样坠胀感和向上抽掣疼痛。半蹲位时臀大肌收缩，向前牵拉尾骨尖端，所以疼痛加重。两手支撑体重则臀大收缩力减少，所以症状减轻。勾拉可使尾骨复位，但缺乏有效的固定。所以用推搬法以放松尾骶前面肌肉来加强稳定。术后嘱其多作大腿后伸运动，不作负重蹲位起立劳动，对防止复发有重要意义。