

病例报告

推拿分离手法治愈腰椎严重骨赘形成一例

浙江省东阳市人民医院 (322100) 胡汝云

郭××, 女, 38岁, 护士。因腰部疼痛, 伴活动不利3个月。无明显腰部扭伤及外伤史, 曾于1985年8月28日行腰椎正侧位拍片检查, 当时X线提示: 腰椎第3~4椎间隙后缘见有小斑状钙化灶, 部分位于椎隙孔内, 疑为椎间盘突出症。于1985年9月3日在他院作CT检查, 提示: 腰椎3椎体后下角(左侧)可见骨赘形成, 排除椎间盘突出症。由于骨赘向脊髓方向呈倒钩状, 建议作手术治疗。患者于1985年9月7日至本科。检查: 腰椎生理曲度存在, 活动度为前屈60°, 后伸10°, 左右侧弯各20°, 向左右旋转各15°, L₃左旁压痛(++) , 腰肌紧张, 双下肢直腿抬高均为85°、左下肢加强试验(±), 右(-)。挺腹试验(-), 屈颈试验(-), 病理反射未引出。血常规及血沉属正常范围。结合腰椎正侧位及CT片认为可以进行推拿分离手法治疗。首先在L₃左旁深处注入2%利多卡因5ml。然后嘱患者俯卧于诊察床上, 头及双下肢向右侧偏歪, 使整个身体呈C型。在充分屈曲的情况下, 用左肘关节压在L₃左旁(即痛点), 右手握住患者右踝部并向上提起, 同时左肘关节用力向外下方按压, 当时即听到局部“咔嚓”声响, 仔细询问患者有无不良反应(如下肢麻木等), 患者感觉, 完全正

常。卧床休息3天后, 诉腰部疼痛明显减轻, 检查腰椎活动度为前屈85°, 后伸15°, 左右侧弯各30°, 向左右旋转各20°。然后又行局部点揉、擦等轻手法治疗10次, 症状消失, 能进行正常工作, 并于1988年10月6日行腰椎正侧位拍片检查, 提示腰3、4椎间隙后缘骨游离体, 临床治愈, 至今未见复发。

体会

腰椎严重骨赘形成, 并向脊髓方向形成倒钩现象, 从理论上说是推拿疗法的禁忌证, 本例患者也属此范畴。但本例患者在CT报告单中可以发现: 腰椎3椎体后下方偏左侧可见一高度致密斑块状影。说明其骨质形成倒钩的部位不是在椎体后缘的中间, 而是在左侧, 再加上本例患者的各项骨科检查及病理反射均无明显阳性反应, 证明骨刺还没有刺激到脊髓和压迫到神经根, 故可运用推拿的分离手法, 迫使骨刺断裂而成游离状态。本例治法的机制是:

(1)侧弯腰椎, 可以使腰3、4椎左侧的椎间隙加宽, 充分暴露骨刺的部位。(2)侧弯可使脊髓紧贴右侧椎管壁, 使骨刺与脊髓的距离加大。(3)左肘关节重压要充分掌握其方向性, 应向外下方用力, 以免骨刺断裂后对脊髓及神经根产生损害。

肱骨髁上骨折闭合整复致正中神经完全离断一例

河南省伊川县医院 (471300) 田少渠

肱骨髁上骨折即肱骨远端内外髁上方的骨折, 以小儿最多见, 多发生于5~12岁的儿童, 占小儿全身骨折的7.5%, 占小儿肘部骨折的30~40%。常见合并症为损伤或压迫肱动脉致缺血性肌挛缩, 以及牵拉或损伤致正中神经损

伤。但闭合整复过程中致正中神经完全离断临床罕遇, 鲜见报道。作者经治一例, 现报告如下:

患者, 女, 6岁。于1992年5月1日在与别人玩耍时被推倒伤及右肘部, 即到某院求治,

拍片后诊断为右肱骨髁上骨折，因无血管神经受损症状及体征，遂行透视下手法整复、夹板外固定，带药回家疗养，嘱其3~5天后复查。患者回家后第2天，家长发现患肢拇指感觉丧失，即来我院求治。体检发现：右手掌侧拇、食、中指及环指桡侧半，背侧食中指远节感觉丧失；拇指不能对掌，握拳时拇指、食指仍伸直。诊断：右肱骨髁上骨折伴正中神经损伤。收住入院，行“右肱骨髁上骨折切开复位克氏针内固定及正中神经探查术”。术中见正中神经于骨折线上方约1.5cm处完全离断，即行神经外膜缝合。术后12天，伤口愈合后出院休养。

讨论：在基层医院，对小儿肱骨髁上骨折，绝大多数行无麻醉下的手法整复，外夹板固定，然后回家休养，定期复查的门诊处理办法。由于骨折晚期并发肘内翻者达30~57%，

尤尺偏型者，更易发生。故要求解剖复位慎矫枉过正，宁可侥偏。而骨折整复过程是发生在瞬间的用力猛、速度快、组织间接触紧密的运动过程，移位明显者，骨折端活动度大，加之小儿在整复时剧疼下不规则活动，很可能使骨折端在肢体内急速大幅度运动，锐利之骨折端极易损伤邻近组织、血管或神经。本例患儿即缘由于此。因此，作者体会：1.为减轻病人痛苦，利于患者制动应行臂丛麻醉或全麻。2.医师在整复前应严格按“正骨十法”第一法“手摸心会”的要求，手法运用稳、准、轻、巧，有条不紊，切忌粗暴反复。3.对严重移位者要住院治疗，手法复位后行尺骨鹰嘴克氏针牵引，3~5天后肿胀消退，X线检查骨折无移位后行上肢石膏及外展架固定。4.手法复位后，注意观察患肢的血运及神经功能情况，以早期发现并发症。

左足跟慢性骨髓炎合并鳞状上皮癌一例

西安市红十字会医院 (710054) 张 文 何克强

慢性骨髓炎并发鳞状上皮癌临床罕见。我科于1991年10月31日收住一例，现报告如下。

患者，男性，41岁，农民。住院号：75081。因20年前不慎从2m高树上摔下时左足跟着地而刺伤，当时在足跟基底仅有火柴头大小外伤，流血不多，未去医院治疗。20年来此伤口反复破溃、流脓，但无明显扩大。今年2月起感左足跟疼痛肿胀加剧，窦道流脓，恶臭难闻。近2个月来左足跟破溃，呈菜花状，彻夜痛不能眠。当地医院无法医治转来我院，门诊以“左足跟部肿瘤”收住。入院查体：慢性病容，表情痛苦，除左足外全身情况尚可。左足跟部可见约10×8cm²皮肤缺损，溃疡面呈结节状外翻，有大量恶臭粘稠脓液外溢之菜花样肿块，边缘卷起而坚实，触之易出血，周围皮肤暗紫。左下肢静脉曲张至大腿中上1/3，表浅淋巴结未触及肿大，左髌、膝、踝关节屈曲挛缩

畸形。X片(1991、11、7、)示：左足诸骨骨质疏松，左足跟基底有约1×1cm²密度增高区，无骨膜反应，可见肿大之不规则软组织肿块。入院后活检病理报告为(病理号：910890)：左足跟部高分化鳞状上皮癌。于1992年12月14日行左小腿中上1/3截肢术，伤口一期愈合。

讨论：凡有窦道的慢性骨髓炎，经久不愈，伤口周围组织长期遭到脓液刺激，日久可能转变为恶性肿瘤，但并不多见。Vishriavsky曾报导至1966年止，共有112例从慢性骨髓炎的窦道转变为鳞状上皮癌。从发生的部位来看，慢性骨髓炎所导致的癌，几乎仅见于下肢的长骨或骨盆，其它部位，尤其在跟骨者实为罕见。过邦辅教授曾统计其发病率约占慢性骨髓炎的0.2~1.7%，骨髓炎发病时间越长，癌变机会也越多。