

病例报告

腰部斜扳法致骶髂关节错位2例

江苏省常州市戚墅堰区人民医院 (213011) 陈新淦

例1, 张×, 男, 38岁, 工人。1992年11月4日初诊。主诉: 腰扭伤疼痛5天, 伴右臀骶部痛2天。病史: 5天前因腰扭伤去厂医务室, 投红花油、麝香虎骨膏外用。二天后腰痛无好转往原处复诊。医者令一工人协助斜扳。扳后腰痛加剧, 且出现右臀骶部疼痛, 牵及腹部, 右足不能伸直立地。翌日来我院门诊。检查: 腰肌紧张, 以左侧为甚, 右骶髂关节处压痛, “4”字试验, 骨盆分离试验均阳性, 直腿抬高右侧20°。X线摄骨盆平片: 右髂后上棘在健侧髂后上棘水平连线上约0.2cm。诊断: 右骶髂关节前错位。治疗: (1) 患者俯卧, 用揉捻法使腰背软组织放松。(2) 采用屈膝屈髋冲压法。(3) 最后用双手压峭纠翻法。术毕, 骶髂部疼痛明显减轻, 右下肢能下地行走。

例2, 陆×, 女, 26岁, 营业员。1993年2月7日初诊。主诉, 腰扭伤疼痛3天, 伴右侧臀骶部疼痛1天。病史: 患者顺产后28天。3天前因弯腰搬物致腰扭伤, 疼痛, 屈伸转侧不便。卧床二天后去当地乡卫生院治疗, 施腰部斜扳手法, 当即觉臀骶部疼痛, 牵涉至小腹, 右足不能下地, 转送来门诊。检查: 右骶髂关节处压痛, “4”字试验和骨盆分离试验均阳性, 骨

盆平片: 右髂后上棘在健侧水平连线上约0.3cm。诊断: 右骶髂关节前错位。治疗: 同上例。手法后右下肢能着地行走, 臀骶部疼痛减轻。

讨 论

腰部斜扳法, 又称扳肩推臀法, 是伤科治疗腰部疾病的常用手法之一。可由单人或两人协作进行。本法施用得当, 行之有效, 反之, 便有损害组织, 导致它患之虞。

笔者认为, 运用腰部斜扳法时应注意: 1. 正确掌握斜扳的适应症, 切忌强扳、滥扳。2. 斜扳前务必做好三项工作: (1) 消除患者的恐惧、焦虑心理。(2) 通过针刺、推拿或理疗解除腰部软组织痉挛, 使之完全放松。(3) 检查肩关节、骶髂关节及脊柱有无其它疾病和变异。3. 斜扳法操作时, 以单人双肘推扳为宜。即医者一肘置于患者肩前, 手握患者前臂; 另一肘贴于臀部, 前臂斜向腰背, 手指触摸患处。这样, 一方面有利于对力度的掌握和协调; 另一方面有利于触知腰背软组织的紧张状况, 有利于保护骶髂关节, 有利于触知腰部扳动时有无跳动感。

胫腓骨骨折致肺栓塞1例

河北省保定地区中医院 (071000) 田斌吾 范玉民

患者, 男性, 55岁, 工人。于1992年12月27日急诊入院。主因骑车不慎摔倒, 右下肢肿痛, 活动功能受限2日。检查: 右胫骨下1/3段腓骨上1/3段压痛明显, 均可闻及骨擦音。X线片示: 右胫骨下1/3段, 腓骨下1/3段螺旋形

骨折线明显, 近端向内, 远端向外移位, 短缩约3cm, 软组织阴影扩大。诊断: 右侧胫腓骨双骨折。治疗: 在局麻下行右跟骨牵引, 重量6kg。6日后行手法整复, 夹板外固定, 拍片示对位对线良好, 维持牵引及外固定。于1993年

2月2日下午4时整，患者突然出现右侧胸肋憋痛，吸呼困难，面色苍白发绀，急性痛苦面容。查：T：36.5℃，P：100次/分，R：15次/分，BP：12/9Kpa，双肺听诊，右侧呼吸音低，偶闻水泡音，经他科会诊，诊断：急性胸膜炎。立即吸O₂及Dolantin100mg肌注。6小时后开始咳嗽，咳痰，痰中带血。第二天予以5%葡萄糖500ml，0.9%生理盐水500ml，先锋5号5.0g卡那霉素1.0g，静点。1次/日。同时作心电图、胸透、胸片，均未发现异常。5日后胸痛仍明显，出现咳血，建议去外院作CT检查，以助诊断。CT示：广泛小静脉栓塞。立即予以低分子右旋糖酐静点，并服三七粉，每日12g，5日后疼痛明显缓解，2周后咳嗽，咳血消失。于1993年3月2日痊愈出院。

讨论：肺栓塞多由于血栓、脂肪、骨髓组织，肿瘤组织，挫伤组织脱落等原因引起，下肢静脉栓子的脱落是导致肺栓塞最重要的原因

之一，也是长期卧床的老年患者或骨折病人最严重的并发症。死亡率极高。本例患者由于长期牵引及夹板外固定，使下肢静脉血流缓慢，逐渐形成血液高凝状态，进一步形成静脉栓子，脱落致肺栓塞。

本病少有特异性症状及体征，一般实验室只能提供非特异性结果，故诊断较为困难，本例患者，初步诊断属误诊，由于栓塞程度及面积较少，故未失去挽救的机会。我认为，凡是长期卧床的老年患者或骨折病人，在排除素日心肺疾患的前提下，一旦出现突发性的胸痛，咳嗽痰血，胸膜摩擦音或闻及水泡音，PO₂明显降低，就应高度怀疑本病的发生，及时治疗，以挽救生命，有条件时应尽早作CT检查，以助诊断。骨折治疗期间早期功能锻炼或活血化瘀药物的应用，是防止本病发生的一个不可忽视的重要环节。

多发性骨髓瘤综合治疗1例

黑龙江省建筑一公司职工医院 (150046) 刁丽华

××，男，52岁，干部。病历号82408。

以腰部剧烈疼痛5天入院。该患者1977年因急刹车右侧胸壁碰伤，继之发现右侧第七肋骨出现一豌豆大小肿物，经上海、哈市某院等确诊“肋骨肿瘤”，1979年在哈市某院手术切除，病理检查诊断多发性骨髓瘤，术后一般状态尚可，坚持正常工作，1982年9月因腰部扭伤出现似刀割样剧痛，活动后加重，躯体不能前屈，并伴肺感染及鼻出血，住院治疗。入院检查所见：
 1. X胸片发现第8胸椎、第10胸椎可见大小不等的圆形骨质破坏区，显示特殊之洞眼状溶骨损害。
 2. 血象：红细胞呈缙钱现象，血沉显著增速，中等值99.5m³/n。
 3. 骨髓象报告：增生活跃，浆细胞瘤增多在20%以上，形态改变。
 4. 血液生化检查总蛋白略增高8.6g%，白蛋白3.5g/%、球蛋白5.5g%，白球比例倒置，免疫球蛋白测定：IgG42.5mg/ml，IgM 0.92mg/ml，

IgA0mg/ml。

治疗方法：1982年入院后用左旋苯丙氨酸氮芥，同时服用强的松、环磷酰胺。1985年后用卡氮芥、环磷酰胺，左旋苯丙氨酸氮芥加强强的松，长青新碱加阿霉素，以上药物均按常规剂量。治疗期间输同型血400ml。经上述治疗但病人症状不见明显好转，后加用口服中药犀黄丸，每日二次，每次三分。服后2周病人骨骼疼痛症状显著改善，感染症状没再发生。用药期间随时观察血压。如过高随时用降压药给予调节，加强营养，多食用鲜桔、瘦肉、牛奶，生活十分规律，清晨散步，白天日光浴，每日坚持洗澡，单独病室，防止继发感染，保持良好通风条件。

讨论：该患是1977年首次发现(MM)后复发转移，病人1982~1985年头几年用左旋苯丙氨酸氮芥及环磷酰胺，这两种药是周期性非