

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腓窝稍下方,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外方为一点,放置好后,拇指向前外方顶推,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

严重,有张力性水泡者,亦应皮肤消毒后,刺破水泡。手法整复骨折,采用石膏托固定,否则贻误手法治疗时机。

肘内翻是肱骨髁上骨折的后期并发症。其尺侧倾斜的原因是骨折远端向尺侧移位,夹板固定不牢靠和固定体位不当。笔者针对以上病因对尺偏型骨折,采用矫枉过正法,纠正尺侧移位。固定时夹板要有足够的长度,能控制前臂的旋转,可有效的防止骨折移位。骨折复位后固定体位的合理与否,对防止骨折移位至关重要。复位后前臂应旋前位放置。由于骨折后上臂因疼痛刺激而处于内收内旋位,骨折远端连同前臂为一体应保持旋前位,保持与骨折近端对位。前臂旋前时,肱

桡伸肌群及外侧和后侧韧带结构紧张,旋前圆肌松弛,使骨折断端紧密接触。经测试前臂旋前时外侧桡骨对肱骨的作用是压力,内侧尺骨对肱骨的作用是拉力^[2]。前臂旋前位放置,可防止肘内翻的发生。固定期间通过肘关节正位片对肱骨下端干骺角的测量,推测携带角,能及时预防肘内翻的发生。

参考文献

1. 李锋,辛本华. 肱骨远端全骺分离的诊断与治疗. 中医正骨 1993;1:14.
2. 刘献祥,张文光,余希杰,等. 小儿肱骨髁上部力学性能的实验研究. 中国中医骨伤科 1996;1:4.

(收稿:1996—03—21)

骶尾部损伤的手法治疗

河北省兴隆县中医院(067300)

刘小刚 黎作旭* 陈卫衡*

骶尾部损伤是一种常见病。笔者近年来收治该病患者 31 例,采用手法治疗,疗效满意,报告如下。

一般资料

31 例中女性 29 例,男性 2 例;年龄 14~52 岁;发病时间最短半小时,最长 8 个月;28 例为外伤所致,3 例为分娩后引起。

临床表现:骶尾部疼痛是其主要症状,久坐、变换姿势或下蹲时疼痛均加重,大便困难,病者常用一侧臀部坐凳,疼痛轻者为局限性,重则牵涉至整个臀部。查:骶尾部有压痛,其周围软组织痉挛。肛门指诊可发现绝大多数患者疼痛部位在骶尾关节部或在附着于尾骨两侧边缘的肌肉,同时可有肛提肌痉挛。X 线片表现为尾骨骨折、脱位,也有部分为阴性,但对鉴别诊断仍有意义。

治疗方法

准备手法:患者取俯卧位,分别以如下几个手法放松骶尾部软组织:1. 滚法,放松腰臀部肌肉;2. 点穴法,点按骶尾部穴位如:八髎,秩边,环跳等;3. 理筋法,用拇指或手掌在骶尾部轻推,分痉挛肌肉;4. 掌揉法,以掌根固定于骶尾,以臂带动腕部做灵活自如的旋转。

治疗 I 式:俯卧位,患者双手抓住床头,令助手握住患者双踝部行牵引并左右摆动患者腰臀,术者双手

重叠置于患者骶尾部疼痛处,轻揉、按,当助手突然向上抖动时,术者双手则在骶尾部向下戳按,反复 2~3 次。

治疗 II 式:取仰卧位,患者双手上举抓住床头,屈膝屈髋,助手双手握住患者踝部,术者以一手掌根置于患者骶尾部疼痛处,令助手迅速向下拉患者双下肢使其伸直。术者则托骶尾部,使患部从掌根处滚过,反复操作 2~3 次。每周治疗二次,五次为一疗程。

治疗结果

疗效标准:优:治疗后局部疼痛消失,无压痛,行走、坐、卧均无疼痛;良:治疗后局部疼痛消失,偶有压痛,久坐后稍感疼痛,不影响生活和工作;可:治疗后疼痛明显缓解,局部仍有疼痛。31 例中,优 22 例,良 8 例,可 1 例,优良率达 96.77%。

讨 论

1. 骶尾部损伤的治疗。无骨折、脱位者,一般主张卧床休息,对于尾骨骨折或骶尾关节脱位者,则强调肛门内手指复位,但常因复位后不能妥善固定,加之周围软组织作用而使治疗失败,病程迁延难愈,甚至半年仍无法取尾骨承重坐姿,严重影响工作、生活。

2. 根据其解剖特点,在骶尾关节上有很多肌肉、韧带附着。主要包括尾骨肌、肛提肌、肛门括约肌、骶尾前

* 中国中医研究院骨研所