

椎部向上推,另一手从委中向下推至足跟部,两手相对牵引,上下各 2 次,此法能纠正腰椎后凸或侧弯,并能伸展肌筋。

2. 扳点复位:待腰部软组织放松后,术者立于患侧,找准腰椎间盘突出部位(压痛伴放射感部),助手立于患侧,双手托患者健侧膝及小腿向后上慢慢斜扳达到腰骶部极度斜屈,然后术者双拇指重叠用力颤动点压椎间盘突出部位,连续施法 2 次。助手再一手握健侧腋部,一手握健侧肩胸部用力向后极度斜扳,术者双拇指再重叠用力颤动点压腰椎间盘突出部,连续 2 次而复位。中央型腰椎间盘突出者,按上法推拿按摩后,一助手立于患者头部床头,双手握两腋下固定,二、三助手握小腿向远端牵拉,并向上提腿 15°左右,术者找准突出部位,用双拇指重叠颤压法,2 次即可复位。复位后使患者全身放松,俯卧 5 分钟左右,挺腰,扎腰围下床行走。休息时不得侧卧,必须仰卧板床。复位后腰及下肢症状有明显改善者可卧床 3~4 天,改善不明显者,每天继续治疗。等症状明显消失后,适当进行腰背肌功能锻炼。

3. 中药治疗:根据中医理论辨证施治。(1)气滞血瘀型可选用身痛逐瘀汤、舒筋活血汤加减治疗,以活血化瘀,行气止痛。(2)风寒湿型宜通络行气、祛风散寒化湿,用独活寄生汤加减。(3)肾虚型宜扶正固本、强壮筋骨,用六味地黄汤、壮腰健肾丸,酌加活血化瘀祛风通络之药物。

**治疗结果** 1. 疗效标准:优:症状和体征完全消失,恢复原工作;良:症状和体征基本消失,恢复工作;可:症状和体征有所减轻,但能从事工作;无效:症状和体征无明显改善。2. 治疗结果:优 431 例,良 59 例,可 43 例,无效 3 例。

**讨论** 按摩扳点颤压手法复位及按揉腰眼、命门、肾俞等穴位使气血周流,改善局部血液循环,促进损伤软组织修复,松懈痛处肌筋粘连,缓解疼痛,使腰间隙发生变化。后斜扳可使腰段后屈,腰骶极度斜屈,加之拇指用力颤压腰椎间盘突出部位,而使髓核还纳,从而解除神经根受压,使症状消失或缓解。此法患者花钱少,痛苦小,无后遗症。

(收稿 1997-10-12)

~1994 年,我院收治 16 例,现就其临床特点及发病机制作一初步探讨。

**临床资料** 本组均为男性;年龄 18~22 岁;战士 15 名,运动员 1 名;左侧 11 例,右侧 5 例;骨折部位均为股骨下 1/3;骨折类型:横折 2 例,斜行粉碎折 14 例;骨折前都有大运动量训练史。治疗采用切开复位钢板内固定术 13 例,交叉骨圆针固定 2 例,股骨髁上骨牵引 1 例。患者均获满意疗效,肢体恢复持重功能,膝关节无功能障碍。

**讨论** 1. 急性应力性骨折是指超负荷激烈运动或军事训练时(短时间内反复重复某一动作,局部无直接外力碰撞)由肌肉牵拉或传导暴力引起的急性长管状骨骨折。本组均在正步走、急行军、越野长跑中发病,是在超极限重复同一动作情况下发生。急性应力性骨折不同于慢性应力性骨折,后者也称疲劳性骨折,多见于第 2 跖骨和胫腓骨,病理特点是骨折和修复同时存在。而本组 16 例均是在超负荷运动时突然发病,发病前肢体无任何症状,术中见骨折处骨质正常,无骨折修复现象,据此除外疲劳性骨折或病理性骨折,所以急性应力性骨折诊断成立。2. 股骨是一中空的管状骨,其壁是致密的骨皮质,中间较厚,两端逐渐变薄。由于长管状骨的生物力学特性是拉伸强度比压缩强度小,所以在特定姿势的行进中,股骨下段承受着较大的拉伸应力,一旦超出拉伸强度极限时,即可在股骨下端坚松质骨交界处造成急性应力性骨折。如正步走时下肢于伸直位踢腿向前迈进,股四头肌强力收缩,使拉伸应力集中在股骨下段,同时踏地瞬间足部受力较正常步态大很多倍,可引起大腿下段较强的传导震动,共同构成了急性应力性骨折的发病因素。3. 根据股部解剖分析,大腿前、后、内侧肌肉发达,前后侧相互拮抗;而内、外侧不均衡,内侧肌肉主要附着于股骨上中部,外侧无强力肌肉,所以当身体前倾疾步快跑时,股部各组肌群均强力收缩,使受力点位于股骨下 1/3 处。另外,身体重力与地面反作用力的力点也集中于股骨下 1/3 处,整个人体跑动时象一个弓弦,股骨中下 1/3 处稍向前凸,恰好构成弓弦的顶点,当肢体运动超出生理极限时则该处发生骨折,身强力壮、肌肉发达的青年尤易出现。4. 查体时无皮下瘀血,局部肿胀不明显。术中证实骨折处内出血较少,软组织损伤轻微,有 9 例未输血即完成手术。术后骨痂生长迅速,骨折愈合快,平均卧床 47 天,10 周后即可下地行走。这些特点均不同于其它外伤性股骨骨折。

(收稿:1996-02-06)

## 股骨下 1/3 急性应力性骨折 16 例报告

陈庆贺 姜洪和 王长纯

解放军第 211 医院(哈尔滨 150080)

股骨干急性应力性骨折临床上不多见,从 1984 年