

手法治疗产后骶髂关节半脱位 9 例

李家祥 彭树进

(徐州市第四人民医院, 江苏 徐州 221009)

现就 1988 年 1 月至今诊断为产后骶髂关节半脱位的 9 例病人以及手法治疗的体会初步报告如下。

1 临床资料

本组 9 例为 20~ 30 岁间初产妇, 平均年龄 24 岁, 均产道分娩, 顺产或胎吸助产, 产后无明确外伤史, 产后数天至半月内发生急性腰骶部疼痛并有向下肢放射痛症状。

2 治疗方法

2.1 过伸压推法 患者健侧卧位, 术者立于其背侧, 一手掌向前扶按于髌后上嵴, 另一手握拿踝部或大腿前侧, 施推拉相反之力使髌关节过伸并逐渐用力, 然后按扶髌后嵴之手用力向前下方推顶。

2.2 腰后伸法 患者取俯卧位, 术者立于一侧, 一手按压髌骨, 另一手托双膝上端, 两手相反用力, 使双髌关节过伸并逐渐用力。

3 治疗及结果

经手法整复后 9 例中有 6 例感疼痛症状明显减轻以至消失; 2 例感疼痛有一定缓解, 辅以制动、休息, 疼痛症状也明显渐趋好转 1 例无改善。

4 讨论

4.1 应用解剖及发生机制 骶髂关节是骶骨和髌骨耳状面相互交错嵌插的滑膜关节, 关节面为软骨遮盖, 较为光滑, 但有不规则的突起和凹部, 借以稳定关节; 关节周围有长短不等的坚强韧带保护, 以加强关节的稳定性。此关节在生理上有一定的活动范围, 属微动关节, 它的易动性在妊娠和分娩时起相当作用。当骶髂关节有损伤或劳损, 特别是妊娠后期和产

后妇女, 由于卵巢内分泌等因素, 骶髂关节周围韧带松弛, 关节韧带对髌骨往下移, 髌骨往外分开的对合力减弱时, 在暴力及不协调外力(分娩等因素)或产后过早负重等情况下, 可导致骶髂关节相互嵌插之关节面错开移位, 一旦滑膜嵌入关节间隙或关节韧带严重创伤使错开移位的关节不能自行复位, 刺激相邻于骶髂关节下 1/3 的坐骨神经, 即可产生相应临床症状。总之, 产后骶髂关节韧带劳损松弛是造成产后骶髂关节半脱位的内因, 分娩前后作用于骨盆的扭转外力是其外因。

4.2 临床表现和检查 主要临床表现为骶髂关节部位痛和坐骨神经痛表现。病人多主诉腰骶部, 特别是骶髂关节部位疼痛, 疼痛可沿下肢放射至小腿、踝、足部并伴有不同程度感觉、运动和反射改变, 类似于神经根受压表现。因组成坐骨神经的神经束紧贴骶髂关节前面通过, 当骶髂关节半脱位时, 关节和其周围韧带炎症刺激附近的坐骨神经出现相应症状。临床上极易与腰椎间盘突出症等疾病相混淆。本组 9 例病人均有明显的腰腿痛症状。体格检查时可发现患侧髌棘肌紧张, 骶髂关节部位压痛并可向下肢放射。主要理学检查包括: (1) 骶髂关节部位压痛, 本组 9 例均阳性。(2) 直腿抬高试验, 本组 7 例阳性。(3)“4”字试验, 本组 9 例均阳性。(4) 床边试验, 本组 7 例阳性。(5) 骨盆分离挤压试验, 本组 5 例阳性。

4.3 治疗 我们采用过伸压推法和腰后伸法, 目的是恢复髌骨与骨间相互嵌插的咬合关系。采用手法整复治疗, 对产后骶髂关节半脱位有时会起到立竿见影的效果。但还要特别注意除骶髂关节部位炎症, 外伤, 肿瘤等疾患。

(编辑: 李为农)

手法治疗 Colles 骨折 142 例

景士忠 王景贵 陈志勇 苏学涛

(天津武警总队医院外二科, 天津 300162)

Colles' 骨折 142 例手法复位治疗体会笔者采用手法复位治疗 Colles' 骨折 142 例, 治疗效果满意, 报告如下。

1 临床资料

本组病例 142 例中男 58 例, 女 84 例; 年龄为 3~ 70 岁以上; 单纯骨折 42 例, 粉碎骨折 55 例, 合并损伤 35 例; 时间为伤后 2 周内。

2 治疗方法

骨折断端内局部麻醉。

2.1 牵引与反牵引 双人合作, 患肢背侧向上, 助手握紧患肢肘部或上臂。术者一手握大鱼际, 另一手握小鱼际。对抗牵引逐渐加大牵引力量, 坚持 3~ 5 分钟后, 可纠正骨折断端的重叠。牵引时避免暴力、蛮力, 要缓而有力, 防止副损伤。

2.2 骨折侧方移位的纠正 尺侧移位, 两助手对抗牵引的同时, 术者双拇指在背侧, 双食指在掌侧, 尺桡骨之间中等力度, 缓而慢地由上向下移动。力量方向偏向桡侧, 可触及到骨折复位时的骨擦感, 闻及骨擦音。纠正桡偏移位, 牵引后使腕部

处在尺偏位,用双手拇指向远端及尺侧推挤桡骨远端骨折块,然后保持此位置。

2.3 纠正骨折远端的背侧移位 对抗牵引后,术者先双手分别紧握患肢大小鱼际渐加大力量,双手拇指触摸骨折线,压在远端骨折块上。双食指放置掌侧骨折近端,将腕关节尽量屈曲后,双拇指下压并向远侧推挤,双食中指向上方支挑力量,此可听到骨折复位时的骨擦音,一般可复位。如手感骨折线不整齐,可反复 2~3 次,并用双拇指适当加力,均可获得满意效果。

2.4 手法复位后处理 ①夹板外固定,将腕部固定在屈曲、尺偏位,夹板松紧适度,及时观察末梢血运情况,如发现有凉麻酸痛时说明夹板过紧,应随时调整夹板,嘱患者做手指握拳运动,促进静脉回流,减轻水肿,有利于手的功能恢复;②如老年人或有心脏病患者,应采取仰卧位或口服药物,防止虚脱及心脏病发作,发生危险;③X 线拍片复查后,观察复位固定后的结果,如对位不良,可重复进行复位;④夹板固定 4~6 周后

拆除夹板,行腕部功能锻炼。

3 结果

本组病例,复位后对位对线良好,愈后功能无影响者 124 例。愈后发生创伤性关节炎,功能程度受限者 15 例。有 3 例通过重复复位后复位困难,最后行手术治疗。

4 讨论

4.1 根据骨折移位的方向特点,采取适宜的手法复位,多数一次复位效果满意。对病人损伤小,安全可靠,可根据年龄的不同采取坐位和卧位。

4.2 夹板外固定灵活、方便,可随时调整位置及松紧度,利于观察末梢血运变化。不影响固定后的手指功能锻炼,可根据情况适当加垫,纠正骨折移位。

4.3 骨折复位尽量达到或接近解剖复位,减少愈后的功能障碍。对反复复位困难,固定不牢固的病例可延期采取手术治疗,切开复位内固定。

(编辑:李为农)

手拉足蹬法整复肱骨外科颈骨折

涂宏 邓运明 涂晓红

(江西省中医学院附属中医院,江西 南昌 330006)

笔者采用手拉足蹬法整复肱骨外科颈骨折 25 例,经 6~12 个月随访,效果满意,现介绍如下。

1 临床资料

25 例中男 16 例,女 9 例;年龄 23~65 岁;外展型 15 例,内收型 10 例;左侧 14 例,右侧 11 例;粉碎性骨折 2 例;受伤时间均在 24 小时内。

2 治疗方法

2.1 复位方法 (1)外展型:(以右侧为例)。患者取仰卧位,术者立于患者右侧,右足低于患肢腋下,双手紧握患肢腕部。先予外展 15°~30°顺势牵引 3~5 分钟,可感到骨断端重叠被牵开。此时术者足部将骨折断端向外撬拔,同时内收患肢。合并骨折向前成角,可同时抬高上臂,此时可听到骨断端对合骨擦音,证明复位成功。(2)内收型:(以右侧为例)。患者取仰卧位,术者坐于患肩外上方,左足抵于患肩前上方。双手紧握患肢腕部,将患肢稍向前屈,并利用术者左足踩于患肩部为支点,缓慢牵引外展患肢,以矫正重叠移位。然后再逐步加大外展角度,以矫正向外成角,及向前成角畸形。

2.2 固定方法 采用上臂超肩关节夹板固定。三块长夹板分别置于上臂前、后、外侧,短夹板放置内侧。视骨折类型不同,磨菇头方向有所不同。外展型,以磨菇头顶住腋窝部,内收型以磨菇头放于肱骨内上髁上部。

3 治疗结果

疗效评定标准 优:骨折断端对位达到解剖或接近解剖复位;良:骨折断端无明显成角,仅遗留 1/3 以内侧方移位,骨

折块纵轴正常;差:骨折断端存在明显短缩重叠移位,侧方移位大于 1/3,或遗留向前成角,骨折纵轴不良者。25 例肱骨外科颈骨折按上述复位标准评定,优 15 例,良 10 例。

4 讨论

肱骨外科颈骨折其影响手法整复因素之一,骨折近端甚短,肩部软组织丰满,加之损伤后肢体肿胀,常影响施术者手感,不易手握把持。其二:在纠正骨折向前成角时,常用整复方法易造成牵引力量中断,导致复位效果不佳。单人手拉足蹬整复方法其优点为牵引力量牢靠,多种移位,可一次整复纠正,提高成功率。减轻患者痛苦,且简便易行,只需单人操作。特别适用于基层医疗机构缺少人员配合整复情况下运用。

需注意的问题:(1)体位问题:患者睡卧复位床宜低。低位平卧,这样施术者居高临下,牵引力量充足,同时在纠正骨折向前成角时,抬高前屈上臂角度可满足整复要求。(2)牵引力量与方向:牵引方向宜先顺骨折成角方向牵引。待纠正重叠移位后,再逆骨折成角方向牵引。内收型骨折采用缓慢外展患肢牵引,外展方向不宜突然加大,以免损伤腋部神经血管。牵引力量宜缓慢持续,忌时断时续。年老体弱者牵引力量不宜过大。(3)粉碎性骨折慎用,由于足部抵压,有造成碎骨片损伤腋部血管神经之弊。(4)受伤时间不宜过长,整复时间原则上越早越好。必要时可行骨断端浸润麻醉或臂丛麻醉,否则由于肌肉痉挛,组织水肿张力过大,常因牵引力量不足而造成失败。

(编辑:李为农)