

上同时存在的,一般症状比较复杂,病程长。

### 2 治疗方法

2.1 超短波治疗对置法 腰骶与下腹部,微热量或温热量,每次 15~20 分钟,1/日,10 次为一疗程。

2.2 基本手法 患者取俯卧位,术者站于一侧,用双手从大椎穴两旁至腰骶部进行分推数十次左右。然后重点按揉点压患侧腰骶部及下肢膀胱经和胆经经穴。急性期患者手法宜轻缓,慢性期手法宜中强度,时间 10~15 分钟。

2.3 复位手法 ①侧卧定点旋腰法:患者健侧卧位,患肢在上,膝关节屈曲,健肢在下伸直,术者面对患者,一手肘关节屈曲 90°,推压患者腋下,另一手前臂尺侧贴于其骶部,拇指顶住患椎棘突,双手协同向相反方向摇晃数次(幅度逐渐加大),待患者充分放松腰部被动扭转至最大限度时,加大力量推搬(双手臂加力的同时,大拇指加大顶推力)。此时可觉指下有错动感或有“咯咯”弹响声,表示复位成功。该手法主要治疗膨出型和混合型。②顿拉牵压法:患者侧卧位,患侧在上,双膝关节屈曲,术者压按在第 3、4 腰椎横突痛点处,助手用双手握住患者踝关节让膝关节做屈伸活动数次,等患者无准备完

全放松时,突然用力顿拉下肢,术者指下感到有跳动或“咯咯”声,该手法主要治疗外侧后型。③冯氏定点旋转复位法,运用该手法主要治疗侧后型和中央型。

### 3 治疗结果

3.1 疗效标准 痊愈:自觉症状和阳性体征消失,腰部活动正常,恢复正常工作。基本痊愈:自觉症状和阳性体征基本消失,但弯腰或久坐有不适感,能够参加正常工作。好转:自觉症状减轻,阳性体征部分消失,腰部活动受限减轻。无效:症状和体征无改善。

3.2 结果 经 1~2 两个疗程(5~20 次)手法配合超短波治疗后,其中外后型痊愈为 45 例,侧后型 20 例,混合型为 28 例,膨出型 19 例。中央型效果次之。

### 4 讨论

腰突症的治疗应根据患者年龄,体质强弱,临床症状,轻重缓急及耐受性选用手法施治。施治原则是:手法以轻柔为主,配合超短波治疗 3~5 天,血液循环,腰肌痉挛和局部炎症,水肿得到明显缓解时再施正骨手法治疗,疗效更佳。

(编辑:李为农)

## 手法整复夹板固定治疗桡骨上 1/3 斜形骨折

蔡水奇

(慈溪市周巷伤科医院,浙江 慈溪 315324)

本院经多年临床摸索,根据桡骨上 1/3 斜形骨折以背向背旋转移位为主的特点,运用旋转回绕为主手法整复、小夹板固定结合中药内服外敷,自 1993~1999 年,治疗该类病人 16 例,总结如下。

### 1 临床资料

本组共 16 例,均为新鲜闭合性桡骨上 1/3 斜形单骨折,男 11 例,女 5 例;年龄 7~62 岁;骨折端移位特点均为背向背旋转移位,需行手法整复。

### 2 治疗方法

2.1 整复手法 患者坐位,患肩外展、肘屈,前臂中立位,两助手对抗牵引,先加重牵引力,使骨折段分开,嵌入的软组织自行解脱,然后放松牵引,在患者肌肉松弛的情况下,术者两手分别握住远近骨折段,以近折段为轴心,将远折段环绕近折段进行回旋,向左旋或向右旋,一般可将背对背的骨折端变成面对面,若在肌肉松弛的情况下背对背移位矫正不了,可牵拉患臂使其肌肉紧张的情况下再进行左旋或右旋,即可矫正,如仍不能矫正,只要回旋超过周径一半以上,维持此位,拔伸牵拉或再加用推挤提拔法即可复位。回绕时,必须谨慎,避免损伤血管神经。如有软组织阻挡感时应改变回绕手法的方向。经回绕手法,将背对背的骨折端变成面对面之后,两助手再加重牵引力,牵远折端的助手于牵引下反复旋转前臂远端,旋转幅度在旋前 30°~旋后 60°位之间,同时术者用两拇指按住桡骨近折段的桡背侧,其余四指置于桡骨远折段的掌尺侧,拇指与四指对抗挤压,使桡骨两骨折段逐渐靠拢,听到骨折端相互触碰音或“入槽”的复位声,骨折端就会出现整体感,证明复位成功,临时固

定,经 X 线透视检查,对位满意,再正式固定。

2.2 固定器械 可塑形弹性柳木夹板 4 块,分骨垫 2 个(成人 6cm,儿童 4cm 长),平纸压垫 4 块,四黄散,绷带及三角巾。

2.3 固定方法 在维持牵引下,将摊好的四黄散均匀地包缠前臂,然后用绷带松地缠绕 3~4 周,掌背侧骨间隙各置一分骨垫,分骨垫占骨折线上下各一半,再用胶布将分骨垫固定好,用手指钳夹紧,再放好三点挤压的小纸压垫,在桡骨近段的桡侧再放一个小纸压垫,抵制向桡倾向,然后依次放置夹板(不超过腕关节),包扎固定。前臂中立位,屈肘 90°,用三角巾悬挂于胸前。

2.4 术后处理及功能锻炼 术后应密切观察指远端血运,警惕缺血性挛缩。口服中药均按骨折三期辨证用药处理,并指导必要的功能锻炼。

### 3 治疗结果

本组共 16 例,经 4~10 周,全部解剖复位,骨性愈合,无延迟愈合和不愈合病例,前臂功能完全恢复正常。

### 4 讨论

笔者经多年的临床摸索,提出了巧妙的桡骨上 1/3 斜形骨折旋转回绕为主的复位手法,使骨折端背向背移位变成面向面移位,之后,采用助手将前臂旋后 60°~旋前 30°的旋转手法,术者用挤压等正骨手法,在边挤边旋的状况下,使嵌入的软组织自行解脱,骨折端就被迫返回到原来的解剖位置。术后用小夹板固定前臂于中立位,使骨间膜处于紧张状态,保持两肌最宽距离,使断端维持稳定,直到骨折临床愈合。

(编辑:李为农)