

板上,患者双手攀住木板边缘,用三人在下腰部与双下肢拔伸牵引,医者用手按压骨折部进行复位。这是一种非过伸位脊柱骨折复位法,适用于不稳定性的屈曲型胸腰椎压缩或粉碎骨折,以及老年体弱的患者。可根据需要将脊柱安置于伸直或略屈曲的位置卧硬板床,避免脊柱后伸。对一般单纯性胸腰椎压缩骨折,整复后须仰卧硬板床,骨折部垫软枕。

胸腰椎骨折通过功能锻炼,不但能使压缩的椎体复原,保持脊柱的稳定,而且由于早期活动可增加腰背肌肌力,不至于产生骨质疏松现象,亦可避免或减少后遗症慢性腰痛。对单纯压缩骨折,应在复位后第二天起开始逐步锻炼。一般4星期以后即可带夹板下床活动。对于不稳定性骨折,卧床1—2星期后开始练功,下床时间应在6—8星期以后,且须用胸腰椎夹板固定。伤后4个月内应避免向前弯腰动作。

(萨木萨克·欧斯塔编写)

阿不都热依木·卡地尔编译)

骶骨、尾骨骨折与脱位

骶骨、尾骨骨折与脱位,多为直接暴力损伤,如下楼梯滑跌,后仰位摔在台阶或地面时,可引起骶骨横断骨折或尾骨骨折脱位。尾骨骨折脱位后,尾骨下端可向前或向后上移位,但以向前者为多。骨折移位或脱位后,局部肿胀、疼痛、肛门肿胀、疼痛,肛门指检可有压痛,并可摸到移位畸形。治疗骶骨骨折,一般用气圈或软垫保护,并卧床3—5星期。对向前移位的尾骨骨折脱位,可经肛门内外手法复位,患者侧卧,屈髋屈膝,医者一手戴手套后,用示指伸入肛内,扳住向前移位的尾骨下端,拇指在外按住骶骨下端,两指同时用力扳按,即可复位;对尾骨向后上脱位者,可用伸入肛门之示指与在外之拇指捏住,向内下方牵拉,另一手拇指在外按压后凸之骨端,使其复位。复位后,侧卧床休息2—3星期。

(萨木萨克·欧斯塔编写)

阿不都热依木·卡地尔编译)

脱位

凡构成关节的骨端关节面相互间的接触,发生分离移位,引起功能障碍且不能自行复位者称为脱位。多发生于活动范围较大的关节,如肩、肘、髋及颞颌关节等。

脱位可由直接暴力或间接暴力所致,其中以间接暴力所致者多见。暴力的方向不同,引起脱位的类型亦不同。此外,关节脱位还与年龄、性别、体质有密切关系。如年老体弱,筋肉松弛者易引起颞颌关节脱位;小儿因关节韧带发育尚不健全,常可发生桡

骨头半脱位;成人脱位多于儿童,男性多于女性,体力劳动者多于脑力劳动者。此外,关节脱位还与关节解剖特点有关。如肩关节,孟小而浅,肱骨头大且活动范围广的特点,故容易发生肩关节脱位。强大的暴力可造成开放性脱位。关节脱位还可并发骨折及神经、血管的损伤。脱位若不及时复位和治疗,而造成陈旧性脱位者,将影响关节的复位和功能的恢复。按造成脱位的原因,可分为外伤性脱位、病理性脱位、先天性脱位和习惯性脱位;按脱位的程度,可分为全脱位和半脱位;按脱位的方向,可分为前脱位、后脱位、上脱位、下脱位和中心性脱位等;按脱位的时间可分为新鲜脱位(脱位时间在两星期以内)和陈旧性脱位(脱位时间超过两星期);按脱位关节是否有创口与外界相通,可分为开放性脱位和闭合性脱位。

关节脱位后,局部出现不同程度的肿胀、疼痛和压痛,关节不得屈伸,活动功能障碍。并出现关节畸形、关节窝空虚、弹性固定等关节脱位的特征。①新鲜外伤性脱位,可进行手法复位。手法复位时,应根据脱位的方面和位置,运用拔伸牵引、旋转屈伸、提、按、端、挤等手法,利用杠杆原理,将脱位的骨端轻轻地通过关节囊破口送回原位,并结合理筋手法,理顺筋络,从而达到正确复位。多数新鲜脱位都可通过手法获得复位。复位后,应将患肢固定于功能位或关节稳定位置,以减少出血,有利于破裂的关节囊及邻近受伤组织的修复,防止发生再脱位。固定器材一般可采用绷带、胶布、夹板、三角巾、托板等,一般固定2—3星期。复位后不需固定的关节应作主动活动锻炼,以避免肌肉挛缩、骨质疏松和关节僵硬,而且可促进气血流通,加速损伤组织的修复。②陈旧性脱位,仍宜首先考虑手法复位,可根据患者年龄、脱位关节、脱位时间、局部病变、症状和功能,选择复位手法。如脱位时间尚短,无并发症的青壮年患者,关节周围粘连不严重者,应不放弃手法复位;若脱位时间长,关节周围有明显骨化性肌炎、并发骨折且有大量骨痂、并发血管神经损伤、骨质普遍疏松或年老体弱者,应慎用手法复位。

(阿不都热依木·卡地尔编写)

颞颌关节脱位

颞颌关节脱位,系指下颌髁状突与颞骨下颌凹构成的关节发生移位。好发于老年人及身体虚弱者。按脱位的时间和复发的次数,可分为新鲜性、陈旧性和习惯性脱位3种;按一侧或两侧脱位,可分为单侧脱和双侧脱两种;按脱位后髁状突在颞颌关节窝的前方或后方,可分为前脱位和后脱位两种。临床以

前脱位最多见。颞颌关节前脱位,多因过度张口,如大笑、打呵欠、拔牙等,使髁状突经前壁向前滑到关节结节的前方,当张口下颌部遭到侧方暴力打击,或在单侧臼齿间咬食较大硬物时,关节囊的侧壁韧带不能抗御外来暴力,则可发生一侧或双侧颞颌关节脱位。

颞颌关节脱位后,出现口半开,不能张合自如,语言不清,口流唾液,吞咽困难,咬食不便。若双侧前脱位,下颞骨下垂,颞向前突出,下齿列突于上齿列之前,双侧颞颌关节处凹陷,患者常以手掩口;若单侧前脱位,下颌偏向健侧,口形歪斜,齿不合拢,语音失常,颞颌关节的患侧凹陷,健侧突起。

颞颌关节脱位,可采用如下复位法:

(1) 口腔内复位法:患者取低坐,头后倚墙或由助手扶持,医者可将两手拇指裹以纱布数层,分别放在患者口中的两侧下臼齿的尽处,余四指放在口外两侧托住下颌体及下颌角,复位时用两拇指下压后推,当听到弹响声时,急将两拇指移至齿外以防咬伤。令患者闭合其口,如牙齿已能上下合拢,即为复位成功。

(2) 口腔外复位法:医者立于患者前方,双手拇指分别置于两侧下颌体与下颌支前缘交界处,其余四指托住下颌体,然后双手拇指由轻而重向下按下颌骨,双手余指同时用力将其向后方推送,听到滑入关节之弹响声,复位即告成功。此法适用于老年齿脱或习惯性脱位者。

(3) 对陈旧性脱位:先用活筋手法,医者两手指放在患者两侧颞颌关节上,进行由轻到重的按摩,用力推动有关肌肉,并时时向左右上下活动下颌骨,使瘢痕与挛缩的肌肉逐渐得以舒展和松解,待关节活动范围增大时,再行复位。复位前,用长约6 cm的一段筷子,横放于患者两侧臼齿上作为支点,让患者配合闭口,医者立于患者背后,用两手交叉托住下颌角,让患者头后顶医者胸部,然后两手向上向后提拉下颌骨,借筷子的支点,使其复位。复位后将四头带兜住下颌部,带的两端分别在头顶打结。固定时间约2—3星期,以使关节囊修复,防止再脱位。固定期间及解除固定后3星期内应避免开口过大、咬硬物,以防再脱。

(派托拉·苏皮编写 阿不都热依木·卡地尔编译)

肩关节脱位

肩关节脱位,系指肱骨头与肩胛盂发生移位。好发于20—50岁的男性,可分为前脱位、后脱位和习惯性脱位,其中以以前脱位最多见。①肩关节前脱位:可分为喙突下脱位、孟下脱位和锁骨下脱位,其中以

喙突下脱位最多见。主要由于直接暴力和间接暴力造成。②肩关节后脱位:甚少见。直接暴力从前往后打击肱骨头,肱骨头过度内旋时可冲击关节囊后壁、盂唇软骨和孟缘而滑入肩胛冈下。间接暴力可因手掌撑地,同时肱骨极度内旋,其传达外力可使肱骨头向后脱位。

肩关节脱位的复位方法较多,有以下几种。

(1) 椅背复位法:患者坐在靠背椅上,将患肢放在椅背外,腋部紧贴椅背,用衣被垫于腋下,以避免损伤,然后一人扶住患者和椅背,医者握住患肢,先外展、外旋拔伸牵引,再慢慢内收将患肢下垂,然后内旋,曲肘复位,用绷带固定。

(2) 拔伸足蹬法:患者仰卧,医者坐于患侧,用两手握住患肢腕部,并用足(左侧脱位用左足,右侧脱位用右足)抵于患侧腋下,手与足同时用力,沿患肢纵轴方向缓缓牵引,续而徐徐内收、内旋,利用足跟为支点的杠杆作用将肱骨头挤入关节孟内。

(3) 杵撑牵拽及架梯复位法:操作时用梯子一部,斜45°靠于墙上,令患者立于梯与墙壁之间,将患肢由齐肩的横木伸出梯外,在横木上垫以棉垫,医者立于梯外,用一足踏在最下的梯横木上,防梯子滑倒,用两手握住患肢腕部,用力牵拉,同时令患者下蹲,即可复位。

(4) 拔伸托入法:患者坐位,医者立于患肩外侧,以两手拇指压其肩峰,其余四指插入腋窝(左侧脱位,医者亦可右手握拳穿过其腋下,用手腕提托肱骨头;右侧脱位,医者用左手腕提托),一助手立于健侧肩后,用两手环抱躯干,勿令摇动。另一助手一手握患侧肘部,一手握腕上部,外展外旋患肢,徐徐向前外下作拔伸牵引。与此同时,医者插入腋窝的手法肱骨头向外上方钩托,助手逐渐将患肢在内收、内旋位下继续拔伸,直至肱骨头有回纳感觉,复位即告完成。

(5) 肩拥法:对肩关节前脱位者,将医者的肩伸入患侧腋下,患肢置于医者胸前,医者两手握住患肢,立身弯腰将患者扛起,即可复位。

(6) 膝顶推拉法:患者坐于凳上,医者与患者同一方向且立于患侧。以右侧脱位为例,医者右足立地,左足踏于患者的坐凳上,将患肢外展80°—90°,并以拦腰状绕过医者身后,医者以右手握其腕,紧贴医者右腰部,左手掌擒住患者右肩峰,左膝屈曲小于90°,膝部顶于患者腋窝,左膝顶,左手推,右手拉,并同时向右转身,徐徐用力,然后左膝抵住肱骨头向上用力一顶,即可复位。

肩关节脱位复位后一般用胸壁绷带固定法,或用三角巾悬吊,固定时间2—3星期。固定期间宜作功