

手法介绍

掌击法治疗肋椎关节错缝

安徽中医学院附院 (230031) 曹日隆

肋椎关节错缝临床上多见,笔者于1983~1988年,采用掌击法治疗本病,取得了较好疗效,现报告如下。

临床资料

一般资料:本组共90例,男71例,女19例;年龄最小17岁,最大60岁;病程最短3小时,最长5个月。经过药物、理疗及推拿按摩等治疗而未获效者29例。

症状与体征:90例中,因负重、屏气过猛发病者53例,因身体扭转不当者37例。主诉一侧背部疼痛,并向前胸走窜,呼吸、咳嗽、身体转侧或活动患侧肩臂时,疼痛加重。

体征:本组病例均有不同程度的浅促呼吸。伤后1~2天内就诊者,患侧背部有明显的片状压痛区;病程较久者局部可见有轻度的肿胀,按压受累肋椎关节处,可有沿肋间向胸部放射痛。胸廓挤压试验阴性。身体转动及患侧肩臂活动受限。

疗效评定标准及治疗结果

痊愈:经1~3次手法,症状及体征全部消失。显效:经3次手法,症状及体征明显减轻,配合药物治疗11周后,症状、体征均消失。无效:经3次手法治疗,症状、体征无改善,而改用他治者。

按以上疗效标准统计,本组患者痊愈70例,占77.7%;显效14例,占15.5%;无效6例,占6.7%。总有效率:93.3%。

治疗方法

患者取低坐位,术者立其患侧,先以拇指及掌根在棘突两旁,自上而下推,按2~3次,以理顺筋络,疏通经脉,减轻疼痛,使病员神情稳定。继而,术者用与患者患侧同一侧前臂或肘部,从前向后插于患者患侧腋下,用力将

患者肩提起,同时嘱患者深吸气后屏住气,术者趁其不备,用另一手的掌根部,渐次加大力量叩击患处2~3次。如听及清脆的回位声或掌下有错动感,术者撤回插于患侧腋下的手臂,再用拇指或掌根推、按两侧背肌数次。令患者作深呼吸及咳嗽动作,并同时活动患侧肩臂3~5次,患者即感背部疼痛及胸部放射痛消失或减轻。若患者症状未见改善,可重复上述手法1~2次。

术后,对于伤后2周内就诊者,给服三七伤药片3~5天;对就诊较晚、局部有肿胀者,除服小活络丸外,并用七厘散酒调或山柞研末鸡蛋清调,外敷患处。

典型病例:刘××,男,22岁,1983年9月20日初诊。4小时前因比赛举重物,突然感到左侧背部疼痛,疼痛向左前胸部走窜,深呼吸、咳嗽时加剧。经休息、口服止痛片,疼痛逐渐加重,呼吸浅促,胸闷不适,急诊来院求治。检查:左胸背部无肿胀,第4~6胸椎棘突左侧旁有压痛,疼痛放射至左前胸部,躯干转动、左肩臂活动时疼痛加重,诊断为左肋椎关节错缝。施以手法1次,病员疼痛完全消失,呼吸、胸闷改善,令病员活动和深呼吸、咳嗽均无明显不适。给服三七伤药片,并嘱近期内避免负重、提重物。1周后随访痊愈。

体会

本病多因负重、屏气过猛或身体扭转不当而突发,俗称“岔气”。近代医家多认为本病系肋椎关节发生关节错位或滑膜嵌顿而发病,多发生于第2~9肋椎关节。

生物力学的测定表明,当肋间肌、肩带肌及膈肌进行收缩并呼吸暂停时,胸腔内压力迅速升高,能使胸部在胸椎周围构成较坚实的

“实体”与脊柱相结合，犹如脊柱的一部分，起到稳定、支持和减轻脊柱压力的作用。根据这一原理，在采用掌击法的治疗过程中，术者一手抬高患者的患侧肩臂，并令患者作深吸气后屏气，使其胸部在胸椎周围形成一“实体”结构，由此分担部分作用于发生病变椎体上的重力，受累的椎体从而得以稳定、压力得以减轻，为错位关节的复位、嵌顿滑膜的解脱，创造了有利的内在环境；此时，术者再用掌根叩击局部，随着外力的作用，错位的肋椎关节得以复位，嵌顿的滑膜得以解脱而病告痊愈。

小儿桡骨下端骨骺分离

(附45例报告)

福建中医学院(350003)

陶有略 许武士* 陈坤福**

在临床上小儿桡骨下端骨骺分离如同成人的桡骨科雷斯(Colles)骨折一样较为多见。我们自1984年以来治疗45例小儿桡骨下端骨骺分离，结合其损伤特点、复位与固定方法报告如下：

临床资料

本组45例中男性32例，女性13例；右侧39例，左侧6例，年龄最小5岁，最大14岁。按Salter—Harris的分类法，本组对I II型全部在全麻或臂丛阻滞麻醉下闭合手法复位，结果：解剖复位38例，功能对位7例，合并尺骨骨折31例，尺神经牵拉症状6例，均在复位后症状消失，塑形杉树皮夹板固定31例，石膏固定14例，平均随访一年3个月，预后良好，功能满意。

讨论

本组病例只限于I II型小儿桡骨骨骺分离，而不涉及其他3个类型骨骺部位损伤，骨骺分离是指骨折线完全地或部分地以水平、垂直或斜方向经过骺线而发生的骨折。

一、损伤机制 本组病例均为攀登高处跌倒手外撑着地，常常是桡骨干骺端骨骺向后移位。I II型损伤正好在骨骺以上，软骨的生发细胞和血管是紧贴近骺软骨板的骺侧骨板上的。不影响存活着软骨生发细胞，就不断增生，分化，形成软骨，进行软骨内化骨，故不影响骨的继续发育成长。有人验证儿童期骺软骨板的强度远不及韧带和关节囊。并证实骺板的强度较肌腱，韧带弱2—5倍。当作用于关节部位的暴力尚不足以引起韧带及关节囊损伤之前，已超过骺板所能耐受的程度，故发生骨骺分离。

二、临床表现 腕部畸形虽不像成人桡骨下端骨折餐叉式畸形那样典型，由于腕部压痛及肿胀不难诊断。一般腕部正侧位摄片外，必要时可照斜位像或对比片。I II型骨骺分离都显骨干与化骨中心的相互位置关系改变，通常骺板增宽，干骺部分离下来三角形的碎骨片对确诊II型骨骺分离尤其重要。

三、手法复位与固定 麻醉成功后，将患儿肘部屈曲前臂旋前位：一助手从近端做对抗牵引，术者一手握紧患儿手掌拔伸牵引，另一手手指摸清远折端以拇指直接推挤远侧向前内方，继而术者以两手虎口扣紧患儿腕部置于半掌屈位和尺侧倾斜。在复位全过程中手法应轻柔。对较小患儿采用塑形前后杉树皮夹板，背侧超腕关节固定，内敷消肿止痛膏，形成一个向掌屈尺偏位。外加绷带包扎固定2周。后一周为手的功能位。6岁以后较大儿童因爱活动，一般采用管形石膏固定。不同于成人的是小儿桡骨下端尽管未经纠正的移位，可待后期的塑形，本组7例均有同样的表现。但在早期不能为家长所接受。为此，应早期诊断，及时手法复位，为尽快恢复小儿肢体功能创造条件。

* 厦门思明医院
** 龙海县中医院