

颈腕布带悬吊屈肘超过 90° 位固定, 后方肱三头肌紧张, 前方骨折部形成挤压, 使折端在前后位达到稳定, 屈度越大稳定性越强^[2]。伸直尺偏型骨折时桡侧骨膜多被撕裂, 尺侧骨膜多完整。完整的骨膜和软组织将作为连接的“绞链”来利用^[2]。屈肘 > 90° 位固定, 并使掌心对向同侧肩峰, 即前臂旋后位, 骨折端桡侧部挤压嵌插, 尺侧产生一个与桡侧相反的运动, 将尺侧“绞链”拉紧, 于是, “绞链”侧产生的拉应力和对侧产生的压应力, 使骨折端在侧位上稳定。加之前臂旋后位, 上臂稍外展固定于胸壁, 可防止尺侧塌陷、尺倾、内旋移位, 故可减少肘内翻畸形的发生。较之切开复位内固定, 可避免手术创伤及其所产生的并发症, 如关节挛缩、日久骨化及永久性僵硬。

4.2 应用体会和注意事项 ①适应症选择新鲜、闭合性的伸直型肱骨髁上骨折, 除外长斜形和粉碎性骨折, 且无血管、神经损伤者。②根据 X 线表现, 早期准确复位是预防肘内翻的关键。本组中发生肘内翻者, 可能与就诊晚及多次整复而加

重损伤远折端尺偏有关。③远折端稍桡偏者, 可不予矫正, 重点矫正尺偏移位, 甚至矫枉过正。④肘部肿胀严重者, 应先用器具牵引 3~5 天, 待肿胀减轻后再复位固定, 避免反复整复加重损伤。⑤在不影响血运的前提下, 尽可能加大屈肘度, 可随肿胀减轻逐渐使屈肘度达 110°~135°。⑥固定期间注意观察肢端血运, 多做握拳及腕关节伸屈活动。固定 3 周左右去除布带。继用舒筋活血中药湿热敷患肘, 同时加强肘关节功能锻炼, 如患儿不合作, 由家长协助, 但严禁暴力被动活动肘关节。

参考文献

[1] 冯祯. 小儿肱骨髁上骨折 108 例治疗体会. 中医正骨, 1998, 10 (增刊): 8.
 [2] 俞辉国, 宋连城, 张建华, 等. 肱骨髁上骨折复位后固定位置的生物力学探讨. 中华骨科杂志, 1989, 9(3): 209.

(编辑: 连智华)

夹脊穴配合手法治疗颈性眩晕症 30 例

王平 古思鹏

(天津中医学院第一附属医院, 天津 300193)

我们在德国巴伐利亚州 BadBirmbach 骨伤康复医院, 采用针刺夹脊穴配合手法推拿治疗颈性眩晕症 30 例, 获满意疗效。

1 临床资料

本组 30 例德国患者, 男 12 例, 女 18 例, 年龄为 24~68 岁, 病程最短一月, 最长三年, 均具有长年驾驶汽车以及操作电脑等长时间伏案工作生活史, 临床症状以眩晕、头痛为主, 伴有颈部疼痛不适、活动受限, 以及偶有恶心、视物不清、精神倦怠等症状, 均以 X 线片、临床表现及体征为鉴别诊断依据。

2 治疗方法

2.1 取穴 颈夹脊 4~7(主穴)、风府、颈百劳、肩中穴。

2.2 手法推拿

2.2.1 指压舒筋 患者取坐位, 术者以拇指由浅入深指压上述穴位, 每次 1 分钟, 以术者手掌大小鱼际轻轻揉按患者双侧颈部肌群, 顺至斜方肌达肩峰部。

2.2.2 捏拿理筋 患者取坐位, 术者由患者双风池至大椎穴由上而下捏拿, 用指拨法理顺肌筋, 尤以双侧颈夹肌、胸锁乳突肌为主, 兼顾项韧带。

2.2.3 过伸牵引 患者取仰卧位, 术者一手把住患者下颌, 另一手托住患者后颈部, 术者拇指及中、示指叠加抵于双侧风池穴, 取患者中立位缓缓用力纵向牵引 1~2 分钟, 待第一次牵引完成后, 行第二次过伸牵引, 术者双手配合, 缓缓加力, 由

患者中立位颈部牵引缓慢改为头颈后伸位牵引, 以超过患者平日颈后伸程度为限, 持续 1~2 分钟。

2.3 疗程 每日一次, 10 天为一疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 治愈: 主要症状消失, 无功能障碍, 恢复正常生理活动; 显效: 主要症状消失, 伏案工作超过 1 小时或连续驾车 1 小时后颈部略有不适; 有效: 主要症状改善, 伏案工作超过 1 小时或连续驾车 1 小时后, 颈部不适, 偶有眩晕感; 无效: 主症无明显改变。

3.2 治疗效果 本组 30 例, 疗程最短 1 疗程, 最长 3 疗程, 治愈 16 例, 显效 9 例, 有效 3 例, 无效 2 例。总有效率 93.3%。

4 讨论

30 例德国患者因其生活习惯均有长年驾车及长期伏案工作生活史, 不同程度导致颈椎生理弧度的减小、消失乃至反张, 驾车长期颠簸, 颈段吸收震荡, 易导致颈部神经血管组织产生相应症状。应用手法推拿、松解弹性变异的肌肉对神经血管的刺激, 其中由中立位过渡到过伸位的手法牵引, 可克服颈椎生理弧度的改变, 改善颈椎骨性结构, 恢复颈椎关节及相关神经、血管的正常对应位置, 从而减少或消除症状。针刺夹脊穴及推拿还可以通经活络、舒筋活血, 改善局部微循环, 对调节神经血管的功能有一定的作用。

(编辑: 李为农)