

按摩治疗胸肋迸伤

吉林省吉林中西医结合医院 辛伯臣

胸肋迸伤又称“岔气”“闪气”，20多年来，笔者临床用按摩手法治疗200例，均获痊愈，现报道如下。

一、临床资料

200例中男118例，女82例；21~40岁87例，41~69岁113例；发病1~3天159例，4~7天41例；治疗次数1~8次，平均3.1次。

二、施治方法

1.揉摩患部：患者取健侧卧位，医者站位患者头前，双手在患胸肋部由上至下施摩、揉、推、搓法，以皮肤微红发热为度。可解除患处肌肉痉挛，松弛肌肉张力，促使患处及周围毛细血管扩张，增快血液及淋巴液循环，改善局部营养，消肿散淤、活络止痛。

2.点按经穴：医者站位患者胸前，拇指点压足太阳膀胱经2遍。取章门、期门、至阳、肝俞、

胸乡、天溪、大包、食窦、支沟、太冲、合谷、尺泽、渊液、辄筋、日月、膻中、京门、气户、带脉等穴，用拇指、中指点、按、揉之。点穴必须得气：酸、麻、胀、重。伤重手法宜轻，好转时可略加重手法。再用双拇指或食指顺肋间施振擦法5次，之后医者用力将气运达于两手指掌，使之发出热力，放射到患处。再用双手鱼际在胸背两侧同时施震颤法，以舒散气淤、恢复机能，手法以患区为重点，上下作诱导；由点到线，由线到面，先轻后重，先慢后快。

3.推理胸肋：患者取坐位，医者居其侧面，一手抬起患侧上肢让胸肋被动展开。另一手稍用力向胸外侧梳理2~3遍。再用掌根或鱼际自腋部向下推理胸壁3遍，同时嘱患者咳嗽。手法要轻缓、逐渐加重。顺理筋肉，使淤滞消散，解痉镇痛，经脉复元，使患者神情平稳。

4.扩胸旋臂：患者坐矮凳上，医者双手把住患者双肩，一脚蹬凳，膝盖顶住患者背部，嘱患者吸气后憋住，医者速向后拉肩2次，力要均匀，不宜过猛。之后医者立于患者前方，双手紧握患侧手指，使其手掌向内，由下向内而上连续作圆形环转，幅度毋需过大，连续循环数转，待

患肢肌肉放松，运转自如时，趁其不备，将患肢向上提拔，此法可重复2次。

5.提肩叩胸：患者取坐位，医者立于侧偏前方，接近患前臂，从前向后插入患腋下，用力将肩部提起，提足后嘱患者吸足气，用另一手掌根自下而上叩击患侧胸壁肋部2遍，叩击频稍快，有节奏感，力要轻不宜重。最后用掌跟或鱼际轻擦胸肋部结束。

三、典型病例

例1：男，57岁，厨师，主诉：32年前搬重物用力过度曾伤及右胸肋，以后每当劳累过度或情绪波动都要旧病复发，平均每年复发1~2次，本次复发是5天前搬重物用力过猛所致。右胸肋部闷胀窜痛，呼吸，咳嗽时胸背牵掣作痛，不敢转侧，食欲不振，夜不能寐，痛时身出冷汗，屈身翻滚，经打针、服药及针灸无效，于六九年九月七日由家人搀扶来诊。检查：右胸肋部外观无明显红肿，压痛点较多，呼吸喘急，烦躁不安，身向右侧倾斜，手捂患处，步履艰难，心电图及胸透检查均无异常。诊断：胸肋迸伤，按摩一次后当即诸症息平，精神焕发，次日复诊继续上法，共按摩二次痊愈，第三天即恢复正常工作，15年后随访疗效巩固。

例2：女，44岁，教师。主诉：早晨因搬物时用力过猛伤及左胸肋，当即不敢呼吸、咳嗽，疼痛难忍，胸闷气短，头晕头疼、夜不能寐。检查：患者被迫体位，含胸屈背，抬举上肢引肋作痛，左胸肋部疼痛面积较大，3~5肋处压痛明显，无明显红肿，呼吸浅促，烦闷不安，哭泣连声，行动艰难，心电图及胸透均正常，按摩一次病情明显好转，五次基本痊愈，仅左3~5肋间有压痛，深呼吸时患处稍有痛感。共治疗八次痊愈。四年后随访疗效巩固。

四、体会

1.祖国医学认为：胸肋迸伤多因用力过度或不当，跌仆、闪挫或撞击胸部，运动姿势不正，屏气及情绪动荡等，以致气血突然壅滞胸内，不得消散，造成气机运行失常，而发生胸肋疼痛胀满，属于内伤。沈氏尊生书《杂病源流犀烛·跌仆闪挫源流》中指出：“故跌仆闪挫，方书谓之伤科，俗谓之内伤。”以体弱气虚者多见，急性病者疼痛难忍，若得不到及时有效的治疗易转入慢性，而严重影响身心健康。在治疗中嘱患者勿作剧烈活动适当卧床休息。

2.此病发生急骤，临床表现胸肋部闷胀，隐隐窜痛，痛无定处，范围较广，转侧困难，呼吸和咳嗽时觉胸背部牵掣作痛，有些患处肌肉呈板状，并有呼吸急促、烦闷不安、食欲不振等，但多数无明显客观体征。本病临床表现典型，无需其他辅助检查即可诊断，需与胸膜炎引起的胸痛

胸椎复位配合刮脊手法的临床应用

广西灵山县中医院 邱少华

胸椎复位手法在临床上较常用,近年来,脊柱与内脏相关疾病的理论日趋完善,手法在临床上应用日益广泛,笔者根据中医异病同治的理论,将胸椎复位手法和刮脊手法结合运用于临床,对于治疗某些疾病收到了较好的效果,现将此手法的临床应用作粗浅的介绍,并举出几例说明手法的临床应用效果。

一、手法步骤

1、触诊定位:顺序自上而下检查胸椎棘突,受损的胸椎棘突有压痛、叩痛或棘旁压痛,棘突偏离中轴线,隆起或凹陷等,受损的椎旁可触及痛点或痛性筋结或条索状物,病者有与受损部位相应的症状。

2、胸椎复位:方法之一,俯卧推压法:患者俯卧,两上肢置于身旁,自然放松,医者立于患者右侧,右手掌跟按压患椎棘突,左手置于右手背上,嘱患者作深呼吸,在患者呼气末时,医者右手掌跟用力往前下方推压,此时可闻关节复位响声,手法毕。

方法之二,端坐顶推法:患者端坐矮凳,双下肢自然屈曲,双上肢下垂或置于胸前,医者端坐患者身后高凳上,双手自患者两侧肩外抱患者上胸,双掌交叉相握置于患者胸骨上端,嘱患者略后仰上身背靠医者右膝,头置于医者右肩,医者上身略前俯,右膝顶住患椎棘突,在患者呼气末时,医者双手用力往后下压,右膝往前上方顶推,此时可闻及关节复位响声,手法毕。

3、刮脊法:患者俯卧,胸前置一薄枕,双手自然放于头前两侧,医者立于患者右侧,擦少许万花油于患者脊椎两侧作润滑剂,医者右手呈半握拳状,食指与中指自然分开,利用第二节指关节,置于棘突两旁,用力自上而下推刮,至棘旁皮肤出现鲜红色淤斑,痛性筋结或条索状物平复或变软。

相鉴别,对老年患者注意排除脊椎肿瘤等其他骨节病,必要时可X片检查以鉴别之。

3.本病是由外力作用而导致胸部气血、经络、脏腑等损伤的疾病,胸部古称膻中,《灵枢·海论》谓“膻中者,为气之海”,说明全身之气皆汇集于胸中,是气机升降出入运行之中枢。不论跌扑闪挫、举重努伤,多引起气机损伤。出现气滞症状,故治疗应以疏通气机为主,佐以调

二、临床应用

1、岔气 多见于建筑及搬运工人,由于提拉举重,搬运过猛,姿势不良,用力不当,旋转扭错,或跌扑闪挫,或哮喘咳嗽,造成肋椎关节错缝,刺激肋间神经。患者表现为肋肋部放射性闪电样疼痛,深呼吸及咳嗽时加剧,不敢抬肩活动。肋肋间有局限压痛点,相应的胸椎棘突或棘旁压痛,压痛点多在中段胸椎。

2、背痛 多见于长期伏案工作的人员,由于背部韧带、肌肉筋膜过度牵张疲劳,致肩胛骨附近肌肉和胸椎棘间韧带劳损。患者表现为肩胛背部酸痛,低头弯腰活动加重,不耐劳,伴胸膈闷易发脾气,喜伸懒腰。背部肌肉、棘间广泛压痛,可触及痛性筋结或条索状物。

3、胸骨痛 多由于突然用力过度,或直接碰撞,使胸肋关节韧带损伤。表现为胸骨和一侧肋肋疼痛,扩胸活动受限,无放射痛。胸肋关节微有肿胀,局部压痛明显,与受损胸肋关节相同序数的棘突或棘旁有压痛。

4、心悸 多见于中年人,因胸椎及椎旁软组织损伤或炎症水肿,刺激交感神经心脏支。表现为间歇性的心律失常,心动过速或心动过缓,胸部压迫堵塞感,劳累加重,与体位改变有明显关系。心脏无实质性病变,多在上段胸椎触及压痛或偏歪的棘突。

5、胃脘痛 由于胸椎慢性炎症刺激,使迷走神经抑制或兴奋,胃酸分泌异常。表现为胃脘胀痛,嗳气呕酸,呃逆,食欲不振。剑突下触压痛或无压痛,中段胸椎或棘突旁多有压痛点。

6、肋痛 由于交感神经的内脏神经支配紊乱,刺激胆囊支。表现为右上腹、胸肋胀痛,恶心欲吐,口苦咽干,甚则痛窜右肩胛。胆囊区压痛,中下段胸椎多有压痛点。

7、腹痛 由于胸椎小关节紊乱及软组织无

正气血,经络,脏腑功能。按摩治疗本病能起到调运气血、散淤止痛、通经活络作用,对有关经穴按摩能通过调和气血,疏通经络达到“通则不痛”的效果,气行则血淤方可除。本组200例经按摩均痊愈,大多2~3次即愈,伤重者治疗1次后亦可缓解。由于本病以体弱气虚者多见,故按摩手法要柔和时短,均匀深透。切忌暴力,嘱患者自行扩胸,拉肩等医疗练习。