

“拉肩顶椎推迫法”治疗胸骨柄体错位

辽宁省海城市正骨医院 苏玉新 刘刚

胸骨是由胸骨柄、胸骨体、剑突组成。胸骨柄体之间成一钝角，向前稍凸起，称为胸骨角，两侧与肋软骨相联接组成胸廓，富有弹性。因此，胸骨柄体错位极为少见。笔者临床三十年，经治三例，以自行设计“拉肩顶椎推迫法”整复成功，现举一例介绍如下。

邱××，男，28岁，辽河油田基建科。1985年8月22日就诊，住院号：851590。

该患两天前，在建筑施工中不慎从九米高处坠下，身体落地时被硬物垫及胸骨处，伤后前胸疼痛，局部肿胀，咳嗽、呼吸及抬头时加重。当地医院拍片所见胸骨柄、体错位，治无良策，特转送我院。

检查：胸骨软组织中度肿胀，胸骨柄凹陷畸形，局部压痛明显。胸式呼吸运动受限，胸部侧位 X 光片示胸骨柄后移1.5厘米，柄体重叠0.2厘米，未发现骨折。诊断：胸骨柄体错位。

整复方法：局部麻醉。患者取坐位，双手叉腰，挺胸脯，头后仰。助手在后侧用两手扶其双肩，右腿屈膝，脚踏在与患者坐位同高的方木凳上，膝盖顶于4~5胸椎处。令患者屏住呼吸，用力挺胸，同时大声咳嗽。此时助手两手向后扳拉双肩与单膝向前顶胸椎做对抗牵引。术者面对患者用右手掌根抵于突出的胸骨体部，待助手与患者配合将胸骨柄、体重叠拉开时，再用力向前推迫，手摸心会，有复位音后，令助

手放开双肩。胸骨柄、体平正，畸形消失，遂即疼痛减缓，呼吸、抬头自如。

固定方法：用硬纸板垫、敷料加压包扎，肩部捆缚8字形绷带，保持两肩后伸挺胸。平时，患者取半坐位，后背加软垫，适当作四肢关节练功活动，逐渐进行深呼吸练习。

复位后按骨伤三期分治用药，一周后解除固定。X片示胸骨柄体对位平正，角度良好，痊愈出院，随访3年无后遗症。

讨论与体会：

此例胸骨柄、体错位，由直接暴力挤压所致，临床较为少见。笔者设计“拉肩顶椎推迫法”获得一次性复位成功，经治三例，无任何后遗症。其复位机理是：1、“拉肩”即拔伸牵引之意，是按照“欲合先离，离而复合”的原则，使胸骨柄、体间隙拉开以分离因错位造成的重叠。2、“顶椎”患者屏气挺胸剧咳，助手单膝顶其胸椎，迫使胸腔内压向前推压，以助凹陷处膨出。3、“推迫”乃本法关键一环，术者必须与助手密切协作，以使突出之胸骨体与凹陷之胸骨柄瞬间抵合。

本法设计由于合理应用了生物力学原理，收到了事半功倍之效。为临床医师手法整复胸骨柄体错位提供了成功的施术方法，值得推荐。

(上接8页)

损伤等都与特定的解剖结构相联系。纤维织炎又称肌肉风湿痛，除了上述腱、滑囊、韧带外，主要指关节周围的肌肉、筋膜等纤维组织病变。可由外伤、劳损、寒冷潮湿及情绪变化而诱发；温暖、干燥，情绪好时疼痛可减轻。疼痛点有时固定，有时不定。局部有触压痛，肌肉紧张，或可触痛性结节或深筋膜肥厚，即所谓的筋结、索条等；或有疼痛激发点，引起附近放散痛。有的病人可有僵硬感，运动不利或受限。但稍事活动疼痛即而消失，休息后又复加重。X线拍片及化验检查多属正常。

七、疼痛与其它因素的关系

1. 气温、气压、湿度与关节痛的关系：寒冷、气压低、湿度大可使疼痛加剧。主要见于骨性关节炎、类风湿性关节炎、外伤性关节炎、纤维织炎等。

急性感染、肿瘤、痛风等关节痛则与气候无关。

2. 时间因素：骨性关节炎早、晚痛，天气变化时痛，俗称“气象台”，阴天愁。类风湿性关节炎则春秋痛。

3. 大骨节病，氟骨病等均有地区性，属于地方病。

4. 痛风与饮食习惯有关，多见于生活优裕嗜食动物内脏的人。

5. 肩关节周围炎夜间疼痛尤甚，难以入睡。关节结核的疼痛则是于睡中痛醒。

6. 关节疾病的疼痛，多因活动而加重；关节周围纤维织炎，则常在活动时减轻。

7. 骨关节炎体型肥胖者多，而类风湿性关节炎体型多瘦弱。

8. 年龄因素：原发骨性关节炎多见于老年人，类风湿性关节炎中年人居多，风湿性关节炎多为青少年。

9. 性别：周围型类风湿性关节炎多见于女性，强直性脊椎炎则主要累及男性。血友病性关节炎则是男性发病，通过女性遗传，故应仔细询问其母系亲属中是否有类似患者。

10. 类风湿性关节炎患者，性格多内向，多愁善感，郁郁寡欢，作事仔细，习惯整齐的人。反之乐观豁达，性格外向的人却很少得类风湿性关节炎。