

肋软骨与肋骨连结“骨错缝”诊治探讨

汕头大学医学院第二附属医院伤科(001132) 陈庆骏

“骨错缝”亦称“骨缝开错”，一般是指由于不同的损伤，使关节或骨连结的正常解剖结构改变，发生了微小错缝，这种改变虽未及完全脱位或半脱位和损伤程度，但临床上却有明显的症状。肋软骨与肋骨连结受外力损伤造成错缝，在胸壁挫伤中并非少见，由于X光检查常呈阴性，临床故多被忽视，仅按一般软组织挫伤处理，因诊断欠当，使治疗欠善，常造成疗程过长，遗留畸形，遭致胸壁伤性疼痛经久难愈等不良后果。近年来，我们采用外治与内治并重，取得较好效果，现将临床探讨并50例综合情况分述如下：

一、对本病临床辨证探讨

肋软骨与肋骨连结也有称关节，但该处没有关节囊，现在一般均称为骨连结。当胸部跌仆冲撞碰压或重物所掷及拳击等直接或间接的暴力所伤，其剪应力传递到骨连结时，冲击影响改变了骨连结处力的平衡，就会引起错缝，从临床探索，我们认为临床上若出现如下指征者可考虑确诊为肋软骨与肋骨连结错缝。

临床诊断本病的指征：①有明显的胸壁外伤史；②胸廓前后及左右挤压试验阳性（发痛）；③可触及骨连结处有阶梯样畸形并有锐敏压痛；④患侧上肢活动及深呼吸时引胸作痛。

对本病的临床检查，触诊是诊断的主要手段，在触摸辨认时，要切实做到“虽在肉里，以手扪之、自悉其情”，应注意肋软骨与肋骨连结的解剖位置在体表定位的分析，摸诊病变部位时，可同时摸查健侧来对照推断伤处是否为骨连结，有比较地发现其同健侧的差异，更能确诊。此外还需根据正常肋软骨与肋骨连结解剖形态各异的特点，如正力型、超力型胸廓的骨连结较平坦，而弱力型则较露突，触诊有抵指感、易误诊为阶梯样错位，故临床应注意鉴别。

二、治疗方法

根据肋软骨与肋骨连结错缝的解剖生理变化特点，究其病理机制应是骨缝开错，筋肉受损，血瘀气滞，经络受阻。故临床治疗则需注

大便仍未自解，加大黄为12g继用伍付，五天后病人二便通畅，右小腿肌力已有不同程度的恢复，一月后带石膏出院。出院时二便自解，双小腿皮肤感觉正常，双侧小腿三头肌，胫前后肌肌力均为V级，仅左小腿腓骨长短肌肌力为Ⅲ级。半年后随访，病人双下肢感觉无异常、已恢复正常工作。

六、体会：伸直型腰椎骨折脱位临床比较少见，文献报道不多，甚至很多骨伤科书籍中未提及此病，但随着近几年来社会活动的机械化程度增高，骨伤科疾病的种类也日渐增多，各类骨折都在普遍化、多见化，不太常见的腰椎伸直型骨折脱位，也越来越多见，有必

要作进一步研究。笔者根据腹腔脏器多为空腔型、囊袋型的特点，在禁食、排便、收腹后，腰椎前缘已紧贴腹壁，瘦的人此时可清楚地摸到腹主动脉的跳动和前方脱位之椎体，加之复位时上提患者脊柱，使椎体之间没有纵向压迫力，这时用膝部向后顶脱位之椎体，就很容易使其复位。在脊柱的腰段，腹主动脉位于前方偏左，下腔静脉位于前方偏右，以膝顶脊柱正中不会损伤大血管，且因动静脉都是些管道性器官且壁很坚韧，以顿性柔软之膝部顶及腹主动脉或下腔静脉，也不至于造成血管破裂，所以我们认为若方法柔和，用力均匀，这种复位方法是非常安全可靠、效果确凿的。

意复位理筋、祛瘀调气、和伤定痛等原则，采用外治与内治相结合的措施。方法如下：

外治法：①气鼓复位、纸板固定，按照“欲合先离，离而复合”的原则，令病人仰卧、背心垫小枕，呈扩胸状，先按松伤处周围软组织后，医者两手掌分按前胸壁向两侧分推，此时骨连结处受横向离向力而松动，其时一助手用双手按压患者上腹部、令患者深吸气后尽力咳嗽、术者同时用按在伤侧之拇指或掌根顺按压错缝处，着力点需对准骨连结处向前高突之一端，适力压按便可使错缝平整。如属第二至五肋、可提拉伤侧上肢外展、旋后、上举，利用胸小肌牵拉力协助复位。使“突者复平，陷者复起”。复位后、于伤处敷消炎止痛膏并置平垫后复加硬纸板胶布固定，以防再移位。

②、手法按摩，理顺筋肉：

复位固定后复诊时、局部肿胀未消，出现筋肉拘紧等现象，可顺胸小肌、肋间内、外肌纤维方向分筋理顺，揉拨松解、使肌纤维归顺达到解痉定痛目的。在治疗全程均需注意理筋，使肋间神经受激惹疼痛能得缓解，也达缩短疗程目的。

2内治法：内服以自拟重楼薤白汤为主，结合临床兼症按中医内治法则加减施治。

重楼薤白汤的药物组成：重楼10g 薤白10g 瓜络10g 桔梗10g 川楝10g 元胡5g 田七5g(研冲) 黄芩10g 藕节10g 茅根10g 甘草5g

现试将方义叙解如下：肺肋为肝经所主，肺居胸中、主一身之气，且胸中尤为大气之所在，肋软骨与肋骨连结错缝、多由于跌仆冲撞碰压或重物所掷以及拳击损伤造成，除错缝外，常伴有胸肋气机不利，影响肺气宣化，吐纳受碍，症见呼吸咳嗽引动患处剧痛难忍。除肋软骨连结呈阶梯样畸形外、筋肉也损，血瘀气滞，经络不通，不通则痛，以致胸气郁结失爽，金抑肝木，则肝气横逆，自呈楚状。方用重楼，又名七叶一枝花，味苦性微寒，有清热解毒、祛瘀疗伤、豁痰平喘、消肿止痛之功。

配田七之止血散瘀、消肿定痛。更集“金铃子散”(元胡、川楝)于方中，四药同走肝经，则行气活血，疏肝泄热、理气止痛，功效益彰。方有薤白一药其味辛苦性温，具有温中通阳、下气散结之效，通治胸背作痛，配桔梗、瓜络三药同入肺经，更奏开胸利膈、通宣肺气之功。且重楼合黄芩、甘草，更有清热消肿之效。伍入茅根、藕节，凉血通络、且凉而不凝、能促进消肿之效。

纵观全方，辛开苦降、温凉并用，既疗伤祛瘀、活血通络、消肿定痛，又疏肝、宣肺、理气、清热。使损伤所造成之胸(肺)肋(肝)气机不利、吐纳咳痛得以改善。诸药合用凉而不凝、辛温化阳而通络，既清热消肿、又温行脉络，使气利血行而达共奏通则不痛之目的。

三、病例介绍

就门诊有资料记录50例统计，其中男性28例，女性22例。属新伤(20天以内)35例，陈伤(20天以上)15例。年龄1—10岁2例，11—20岁1例，21—30岁9例，31—40岁16例，41—50岁13例，51—60岁8例，60岁以上例，年龄最小1岁、最大61岁。

其职业属工人37例(其中3例退休工人)，农民1例，干部8例，医务人员2例，学生1例，婴儿1例。

属左侧胸部骨连结损伤26例。右侧胸部骨连结损伤24例。

其损伤造成肋软骨与肋骨连结错缝部位属第二肋软连结15例，第三肋软连结18例，第四肋软连结1例，第五肋软连结3例，第六肋软连结5例，第七肋软连结4例，第九肋软连结1例，同时有2个连结以上损伤者、2、3肋软连结合伤1例，3、4肋软连结合伤1例，4、5、6、肋软连结合伤1例。发病率以第三肋软连结为最高。

其错缝呈阶梯样畸形，属软肋端外突者46例，硬肋端外突者4例。

(下转21页)

间盘突入椎管内偏左侧触及左侧神经根，诊断为腰₅骶₁椎间盘突出症。经上法治疗3次腰腿痛明显减轻，8次治愈，活动功能恢复正常，直腿抬高左右各90度。2年后随访无复发。

五、讨论

1、关于骨盆牵引治疗椎间盘突出症的作用机制探讨：通过牵引可能使椎间隙增大，缓解腰肌痉挛，使关节突关节拉开并使椎间孔扩大，从而解除对神经根的挤压。二是使椎间盘间隙产生内负压，并使后纵韧带紧张，纤维环的张力发生变化，对突出部分髓核组织产生周边压力，使髓核有还纳趋势，有利于突出物部分还

纳或改变与神经根的位置关系。

2、关于推拿手法作用机制探讨：通过手法的治疗可达到舒经活络，解除肌肉痉挛，松懈神经根粘连，将突出的髓核挤破、部分还纳或改变与神经根的位置关系，从而减轻对神经根的压迫与刺激，促使炎症与水肿的吸收，起缓解症状之作用。

3、根据本组病历观察，病程短初发病的患者治疗效果较好，病程长反复发作并继发脊椎退变、椎管狭窄以及中央型椎间盘突出者疗效较差。

(上接19页)

其损伤病因属跌碰致伤11例、冲撞致伤5例、重物所掷致伤3例、拳击致伤14例、挤压致伤5例、扭闪致伤2例。

治疗效果：治愈21例，（疗程较短，在三周内伤处疼痛及畸形消失）；基本治愈26例伤处疼痛畸形基本消失，疗程约4—5周）；好转3例（伤处畸形及疼痛虽有减轻，但仍有些反复）。

四、讨论

1、肋软骨与肋骨连结是由肋软骨的外侧端嵌入肋骨前端的凹陷部构成，周围有骨膜包绕，成年人也有见发生骨化。肋软骨与肋骨连结虽称不动关节。但也有着扩胸帮助呼吸的微动机能，这个连结从力学上是“危险截面”，即使成年人骨化了也是这样。且肋骨较肋软骨长，接受暴力冲击的机会较多，故暴力往往造成骨连结的肋骨位置后移，临床触诊扪及软骨向前，在50病例中，属这一类就有46例，占92%；但若冲击力点直接作用在软骨时，也可出现骨连结的肋骨位置前凸等现象，这组病例中仅发现4例，占8%。由于第一肋受锁骨保护而第2肋至第10肋没有接胸骨，受力后可塑性

较强，故临床上第2—7肋的骨连结受伤错缝发病率较高。骨连结错缝可拉伤及挤压周围软组织，出现部分肌纤维撕伤出血，渗出肿胀或产生骨膜下出血。由于牵拉及血肿挤压刺激肋间神经，故临床症状出现疼痛较一般胸壁挫伤剧烈，并可因呼吸或活动上肢及转体而牵动胸部肌肉致胸痛加剧。若不及时给予妥善处理则可因胸壁肌肉粘连或骨膜下血肿肌化使骨连结畸形愈合，遗留长期疼痛，故对这一疾患的认识有必要予以重视。

2、肋软骨与肋骨连结错缝的诊断及治疗恢复标准，主要靠医生触诊及病人主诉和临床观察，未有其它客观检查手段，但绝大多数病人在复位前伤处剧痛而复位后即顿感疼痛减轻，这说明了诊断指征及诊疗方法有一定的临床意义。

3、陈旧性骨连结错缝，虽局部有畸形可见，但疼痛不明显者，以不进行再复位为宜，因再复位恐牵动已粘连修复之软组织而出现新的疼痛。

4、固定方法仍较简单，遇胶布过敏，影响固定尚缺乏较理想办法。