

囊、韧带、关节软骨等的炎性反应。

### 治疗效果

基本症状体征解除，仅有局部轻微疼痛为复位；一切症状体征消失为治愈。125例中，114例一次复位成功，11例两次复位成功。本组病例除两例当时治愈后无法随访外，其余病例均经随访。125例中仅一例患者加用舒筋活血药。

注意事项：1. 复位手法的运用要巧而有力和掌握好节奏。2. 施术过程中防止粗暴用力，尤其对年老体弱者，谨防骨折等并发症发生。3. 对习惯性发病者，嘱其加强背部肌肉力量的练习和做好剧烈活动前的准备活动。

### 典型病例

韩×，女，32岁，干部。因左胸闷痛，气短无力逐渐加重两个月，于1991年7月17日就诊。患病期间在×院内科曾做心电图、心功能、心脏B超等检查正常，按心脏病、神经衰弱等症治疗无明显效果。追述病史无明显外伤，左胸前四肋间及左后背中部痛，不敢深呼吸。检查第五胸椎棘突左侧2cm左右处有明显局限性压痛点。诊断为左侧第五肋椎关节错缝（胸前型）。施三步按摩法，术后胸闷痛等症状基本消失，胸部有两个月以来未曾有的轻快感。又经7月20日、7月22日两次点按手法治疗痊愈。

### 讨论

1. 根据外伤史、临床表现如受伤局部疼

痛、深吸气痛、胸前串痛、颈肩活动痛及局部压痛等，对本病诊断并不困难。笔者认为错缝的肋椎关节棘突旁2cm左右处局限性疼痛和明显的压痛点是该症的最大特点。通过实践体会到屈颈试验对该症的诊断和定位具有重要的临床价值。即让患者做低头动作，便可指出背部局限性痛点的存在和位置，本文82.6%病例屈颈试验的局限性痛点与临床检查的局限性压痛点相符合。

2. 本症的鉴别诊断根据其分型特点一般与下列疾病相鉴别：胸前型注意与内科的心脏病、胃病、胸膜疾患；骨伤科的胸肋关节挫伤、胸肋关节炎、肋软骨炎、胸壁挫伤、肌肉擦伤等鉴别；腋下型注意与局部肌肉擦伤、胸壁挫伤鉴别；局部型注意与颈椎病、落枕、筋膜炎、肌肉擦伤、肌肉挫伤、肌纤维织炎、胸椎后关节紊乱症等鉴别；混合型即包括局部型和胸前型的鉴别诊断。

3. 复位手法中，按压是调整前后错位，上下牵拉是调整上下错位。按压施术中，嘱患者做缓慢深呼吸，其目的—是慢深呼吸可以观察胸廓的动度，避开在吸气时按压给患者带来不适；二是深吸气当肋骨上提时，使胸廓横径和前后径增大。尤其是横径显著增大。这样符合欲合先离的脱位复位的牵引原理，对错缝的复位具有一定协助作用。

## 耳穴针麻下手法治疗肩周炎

南京市六合县中医院 (211500) 施剑杰

笔者采用耳穴针麻下手法治疗肩周炎，取得了较好的效果。介绍如下。

### 治疗方法

耳穴针麻：1. 取穴：患侧耳穴锁骨、肩、神门（皮质下、肾上腺）等。2. 针法：患侧耳廓用75%酒精棉球擦洗消毒二遍，而后取二枚寸半毫针，一枚从耳穴锁骨至肩自下而上皮下透刺；另一枚从其它三耳穴中任选一穴，行皮下斜刺，均得气。3. 将二针接G6805型电针仪

正负导线，选择连续刺激波，刺激强度因人而异，以使患者感觉耳廓部微有刺痛为宜。

手法操作：1. 在耳针通电后约3~5分钟后进行。2. 采用点压手法对患侧肩臂部之肩三针、肩内陵、肩后、天宗等穴位进行点压1~2分钟，以产生酸胀麻木感为度。3. 运用拿捏、擦推手法顺结节间沟、岗上肌、三角肌、肩胛提肌附着点进行拿捏擦推，历时约3—5分钟，以放松肩前、肩后及外侧的肌肉。4. 运用弹拨

法,对肱二头肌长、短头肌腱肩上部分的喙肱韧带、岗下窝部的大圆肌进行弹拨,历时3~5分钟,以松解局部粘连。5.运用揉法松解肩周末松解之粘连,滑利肩关节,幅度尽可能大,但动作要柔缓,循序渐进,切忌用暴力。6.最后运用搓抖法,以放松肩部肌肉,起和血作用。

### 典型病例

张××,女,38岁,农民。1989年9月16日就诊。患者因邻里纠纷右肩关节被人扭伤,局部疼痛,活动受限,历时45天。曾在外院摄片检查,排除骨折,诊为“外伤性肩周炎”,而给予内服消炎痛及外贴膏药等不效。而来本院就诊。查:右肩部微有肿胀,肱二头肌长头腱及循行处压痛明显,肩外侧及肩后均有明显

压痛点,肩关节上举、外展、后伸均明显受限。经过本法治疗一次,粘连松解成功,肩关节活动范围基本正常,带中药回家外用,并嘱适当功能锻炼,壹周后来院告知,病已痊愈。

### 体会

1.耳穴电针刺激后,经过经络感传,能提高相应病变区域组织的痛阈,降低其对痛觉的敏感度,使肌肉松弛,同时又能缓解患者的紧张心理,有利于手法操作,松解粘连,使功能恢复,提高了疗效。2.本法操作简单,安全可靠,患者痛苦小,乐于接受。3.手法操作时,须轻柔,宜循序渐进,以防软组织再受损伤而加重病情。4.运用本法时,适度的使用外用药和进行功能锻炼,有利于加重病情康复。

## 桡骨远端关节内骨折的手法整复

山东济宁医学院 (272137) 王广智 吴新五\*

笔者自1987~1989年用闭合手法整复治疗桡骨远端关节内骨折82例,取得较满意结果,介绍于下。

### 临床资料

本组病例男40例,女42例;年龄最小15岁,最大86岁,平均52.3岁,50~60岁者占67.2%;左侧45例,右侧37例;全部病例为新鲜闭合性骨折。

### 整复手法

按骨折不同的“型”及骨块移位情况“辨证施法”。具体手法如下:

1.上下助手有效的拔伸牵引。这是整复成功的基础。上助手握患肘部,下助手以两手扣握患手,前臂中立位。下助手原则上先“顺势牵引”,以拉开骨折断端的重叠与嵌插,然后改为腕中立位牵引,若断端移位小,一开始即可采用腕中立位牵引。

2.术者施用推按扳提或对掌扣挤法,纠正骨折断端之移位及桡腕关节面的倾角。①伸直型:远断端向背侧移位,桡腕关节面掌倾角

减小或呈负角。术者两拇指向掌侧推按远侧断端,余指向背侧扳提近侧断端,同时下助手使患腕迅速掌屈,骨块之移位与掌倾角可同时得到整复,如为粉碎形骨折,骨块有分离移位,则改推扳法为“对掌扣挤”法整复,即术者两手五指交叉,用两大鱼际部对挤移位之骨块使之复位。②屈曲型:骨折远端向掌侧移位,桡腕关节面掌倾角加大。整复手法与“伸直型”相同而方向相反。③外展型:骨折远端向外移位,桡腕关节面尺偏角减少,多伴有下尺桡关节分离或尺骨茎突骨折;部分病例为桡骨茎突横形或斜形骨折。下助手使患腕中立位牵引,术者用拇指按于桡骨茎突部向内推,余指扳住尺骨远端与拇指相对用力扳提,同时下助手配合将患腕轻度内收,即可复位。④内收型:较少见,本组仅3例,骨折远端向内移位,桡腕关节面尺偏角加大,或远端骨块的内侧半塌陷、内移,常伴下尺桡关节分离。整复时,下助手先顺势牵引,术者以拇指与2~4指相对卡

\* 山东济宁正骨医院