

胸椎小关节紊乱症的手法治疗

中国中医研究院骨伤科研究所 (100700) 王金柱

手法治疗胸椎小关节紊乱症有满意的疗效。但由于流派纷呈、手法各异、操作技巧各具特色,治疗原则却均为使嵌顿的滑膜解脱,使失稳的关节恢复正常解剖位置。中医以行气活血、舒筋通络为主。笔者通过查阅有关书刊、杂志的报导,并结合个人的临床体会,介绍如下 12 种整复手法,供同道指正。

1. 立式端牵法

操作技巧:患者站立位,双上肢外展上举、屈肘、五指交叉环抱于后颈部,同时两脚分开与肩同宽,医者立其后,双手从患者腋下向前穿出、屈肘、掌心向上握其前臂,下肢外旋呈丁字步态。随其吸气,顺势向上端推,至呼气最深时,再稍施向上之力,即可听到弹响声,告复位成功。此法亦可坐位进行,操作技巧同上。

2. 上肢提拉法

操作技巧:患者坐位,患侧上肢伸直上举,医者立于旁,双手紧握肘部,随患者吸气顺势上提,至吸足气时憋住气,再令其大口快速吐气,与此同时,突然行向上提拉之力,如闻弹响声即可,若未闻及,可同法反复操作数次,至复位为止。

3. 端提法

操作技巧:患者坐位,双上肢自然下垂,医者立其后,两手从腋下穿出,五指交叉,环抱于胸前,随其吸气亦行顺势端提之力,至吸足时憋住气,再令其大口快速吐气之同时,施向上顿挫之力,也可以达到解除滑膜嵌顿,使受累关节恢复正常的效果。

4. 掌按法

操作技巧:患者俯卧位,上肢置於躯体两侧。医者立于旁,上肢伸直,腕部背伸,五指并拢,手掌根部按于病变椎体棘突处,另一手叠压于手掌背侧,运力于掌根,沿胸椎棘突排列的方向,向前下方按压,至适度时再稍施旋按之力,可听到清脆的小关节弹响声,告手法复位成功。

5. 斜扳法

操作技巧:患者体位同上,医者立于旁,一手背伸腕关节,五指微屈,以掌根按于相应胸椎棘突部位,另一手从对侧腋下穿出,朝后内方向拉扳,双手同时交错用力,使病变部位得以康复。

6. 推扳法

操作技巧:患者仰卧位,患侧上肢内收屈肘,对侧下肢内收并屈髋屈膝,医者立于患侧,一手托推肩关节后方,另一手按压屈髋之膝部,双手向相反方向一推一扳,亦可听其小关节复位的弹响声。

7. 顶拉法

操作技巧:患者坐位,双上肢自然下垂,医者立其后,右足踏在坐位上,屈髋屈膝各 90 度,胫骨结节顶住病变胸椎棘突处,双手从腋下穿出,掌心向后,置于肩前方,上下肢同时一前一后交错施力,听到小关节复位的弹响声,提示手法成功。

8. 胸部按压法

操作技巧:患者仰卧位,医者立于一侧,双手掌根重叠置于胸骨体部,令其作自然胸式呼吸数次,并随呼吸的节律调整用力的轻重,在呼气至最大限度时,施以突发之力,闻及弹响声,示胸椎小关节已复位。

9. 扩胸牵引法

操作技巧:患者坐位,举双上肢、屈肘、五指交叉抱于后颈部,医者立其后,两手从肩前部穿下并扣于后背处,令患者吸气至最大限度时,先憋住气,再大口快速吐气,与此同时,医者双手施向上、向后牵提之力,亦可听到复位小关节的弹响声。

10. 推拉法

操作技巧:患者站立位,屈肘、双手于胸前交叉分别抱肩,屈颈含胸拔背,医者立其后,一上肢屈肘,以掌根部顶推后凸或偏歪之胸椎棘突,另一手从腋下穿过,握拿对侧腋后方朝后推拉,令患者颈背向后仰伸,当重心落于医者向前顶推之掌根部时,再稍加施力,此时可听到弹响声或觉掌根下的棘突滑动感。

11. 顶压法

操作技巧:患者仰卧位,双上肢屈肘,五指交叉抱于后颈部,医者立其头侧,略屈右下肢髋膝关节,以大腿正前方置于受累胸椎棘突处向上顶,双手从其前臂穿出向下按压肩前方,上下同时用力,亦可使嵌顿的滑膜或错缝的小关节复位。

12. 旋转牵拉法

操作技巧:患者半仰卧位于治疗床上,上肢置於躯体两侧,助手固定双下肢,起对抗牵引的作用,医者立其头侧,从腋下穿出两手并扣于前胸,先左右旋转脊

柱,当向患侧旋转至适度时,再突施向远心端的牵拉之力,亦可解除疾病的痛苦,使疼痛顿时消失或减轻。

以上诸手法可根据患者身体素质的好坏、胖瘦、高矮、体征等,可随机选用适当的整复手法。一般在复位前后,多在患处局部或循膀胱经施以拿、揉、推、拨等

放松手法,对陈旧性损伤的患者,还可在局部经穴或压痛点上施指按法或点穴法,以达到活血祛瘀、舒筋通络的目的。

(收稿:1996-03-21)

手法复位小夹板固定治疗肱骨干骨折

山西省介休市正骨专科医院(031202) 冀尔年

我院采用手法复位,小夹板固定治疗肱骨干骨折 70 例,报告如下。

临床资料 本组 70 例中男 53 例,女 17 例;年龄 3~71 岁;左 31 例,右 39 例;肱骨骨折发生于骨干上部,三角肌抵止部以上者 7 例,骨干中部者 41 例,下 1/3 者 22 例;横断骨折 25 例,粉碎骨折 22 例,斜面及螺旋形骨折 23 例;除 1 例横断骨折无移位外,其它都有程度不同的骨折移位;70 例中开放性骨折 4 例,合并桡神经损伤者 7 例,合并前臂骨折者 6 例,合并股骨胫腓骨、骨盆、掌骨骨折各 1 例,有 4 例多发性骨折在入院时有休克现象,首先进行抗休克治疗。

治疗方法 患者端坐位,臂丛麻醉下,肘关节 90° 屈曲位,用颈腕带将患肢悬挂于侧胸壁,用布带绕过腋部向上牵引。骨干中上部骨折,前臂放在中立位,肘部屈曲,沿肱骨干纵轴,在肘部将前臂向下加压,即可将重叠完全矫正。移位骨端用手指挤压尽可能整复。前后成角可调颈项悬带,向前成角时,缩小肘关节的屈曲度;向后成角时加大之。对重叠移位较多,软组织严重损伤的病人,用石膏管型,矫正重叠移位。

固定 当移位及成角畸形完全矫正,可在骨折部的内外各放一长方形大纸垫,将上下骨折段紧紧包围。在侧移位内外成角未能一次整复时,可利用纸压垫加压慢慢矫正。对内外成角不大,采用直接加压法。只用两个纸压垫,远近侧骨折断各放一个,放置部位与移位的方向相同。如近侧骨折段向内向前,压垫放在它的前内侧,远侧骨折段向外向后,压垫放在它的后外方。如侧移位较多,成角较大,为了扩大压力面积,除在上下骨折段直接加压外,还可在下骨折段的远端放置第三个纸压垫间接加压,其放置方向与下骨折段的近端纸垫正好相反。这样不但可使压垫的压力面积扩大,并且利用三个纸压垫的杠杆作用,使骨折容易复位,必要时在主要压垫的内外,再加些小衬垫,以补足压垫的不

足。各压垫放置妥当后,用压垫托纸把各压垫用胶布粘在一起,再用绷带缠裹,捆上夹板,用四根小绷带条捆扎。肘关节 90° 屈曲借副托板或石膏将前臂悬挂胸前。

术后处理 术后病人取半坐位,如无禁忌常规内服接骨丹,早饭前紫金丹一付,中晚饭前苏七散各一付,睡觉时服正骨里砂丸 1~2 付。有神经损伤者每午饭前加服一付壮筋丸。鼓励病人用力握拳,运动肌肉,早期活动肩腕关节。2~3 日透视检查,如骨折基本复位,可解除外固定一次,更换药膏。一般 4~8 周后自觉有力,可自动伸屈肘关节,表示骨折初步愈合。这时经照相检查,如骨折愈合,即可开始用洗药熏洗,并练习肘关节活动,2~3 周后,肘关节伸屈活动即能大部恢复,8~12 周可从事轻工作。

治疗结果 70 例肱骨干骨折病人都有程度不同的错位。骨折严重错位的都在臂丛麻醉下进行复位。骨折能够达到解剖复位的 12 例,近于解剖复位的 41 例,复位较差者 17 例。70 例病人平均骨折愈合期为 45 天。治疗后近期功能检查 80% 的病人肘关节活动良好,其它病人经过练习也可以恢复正常

讨论 利用前臂石膏管型及肢体重量可以矫正及防止骨折重叠移位。调整肘关节的屈曲度数来纠正骨折的前后成角。利用纸压垫、夹板的办法,不但能保持骨折复位,并且由病人握拳,肩肘关节伸屈活动时肌肉收缩所产生的动力,通过骨折各部纸垫所承受压力大小的不同和夹板的弹性,还可以使骨折部遗留的侧移位和内外成角畸形逐渐复位,有慢性复位的效果。因为固定物和骨折部密切相接,虽然固定的范围很小,固定很轻,但是它巧妙地利用肢体肌肉的动力和外固定物的力学原理,能起到积极的固定作用。