

严重,有张力性水泡者,亦应皮肤消毒后,刺破水泡。手法整复骨折,采用石膏托固定,否则贻误手法治疗时机。

肘内翻是肱骨髁上骨折的后期并发症。其尺侧倾斜的原因是骨折远端向尺侧移位,夹板固定不牢靠和固定体位不当。笔者针对以上病因对尺偏型骨折,采用矫枉过正法,纠正尺侧移位。固定时夹板要有足够的长度,能控制前臂的旋转,可有效的防止骨折移位。骨折复位后固定体位的合理与否,对防止骨折移位至关重要。复位后前臂应旋前位放置。由于骨折后上臂因疼痛刺激而处于内收内旋位,骨折远断端连同前臂为一体应保持旋前位,保持与骨折近端对位。前臂旋前时,肱

桡伸肌群及外侧和后侧韧带结构紧张,旋前圆肌松弛,使骨折断端紧密接触。经测试前臂旋前时外侧桡骨对肱骨的作用是压力,内侧尺骨对肱骨的作用是拉力<sup>[2]</sup>。前臂旋前位放置,可防止肘内翻的发生。固定期间通过肘关节正位片对肱骨下端干骺角的测量,推测携带角,能及时预防肘内翻的发生。

#### 参考文献

1. 李锋,辛本华. 肱骨远端全骺分离的诊断与治疗. 中医正骨 1993;1:14.
2. 刘献祥,张文光,余希杰,等. 小儿肱骨髁上部力学性能的实验研究. 中国中医骨伤科 1996;1:4.

(收稿:1996—03—21)

## 骶尾部损伤的手法治疗

河北省兴隆县中医院(067300)

刘小刚 黎作旭\* 陈卫衡\*

骶尾部损伤是一种常见病。笔者近年来收治该病患者 31 例,采用手法治疗,疗效满意,报告如下。

#### 一般资料

31 例中女性 29 例,男性 2 例;年龄 14~52 岁;发病时间最短半小时,最长 8 个月;28 例为外伤所致,3 例为分娩后引起。

临床表现:骶尾部疼痛是其主要症状,久坐、变换姿势或下蹲时疼痛均加重,大便困难,病者常用一侧臀部坐凳,疼痛轻者为局限性,重则牵涉至整个臀部。查:骶尾部有压痛,其周围软组织痉挛。肛门指诊可发现绝大多数患者疼痛部位在骶尾关节部或在附着于尾骨两侧边缘的肌肉,同时可有肛提肌痉挛。X 线片表现为尾骨骨折、脱位,也有部分为阴性,但对鉴别诊断仍有意义。

#### 治疗方法

准备手法:患者取俯卧位,分别以如下几个手法放松骶尾部软组织:1. 滚法,放松腰臀部肌肉;2. 点穴法,点按骶尾部穴位如:八髎,秩边,环跳等;3. 理筋法,用拇指或手掌在骶尾部轻推,分痉挛肌肉;4. 掌揉法,以掌根固定于骶尾,以臂带动腕部做灵活自如的旋转。

治疗 I 式:俯卧位,患者双手抓住床头,令助手握住患者双踝部行牵引并左右摆动患者腰臀,术者双手

重叠置于患者骶尾部疼痛处,轻揉、按,当助手突然向上抖动时,术者双手则在骶尾部向下戳按,反复 2~3 次。

治疗 II 式:取仰卧位,患者双手上举抓住床头,屈膝屈髋,助手双手握住患者踝部,术者以一手掌根置于患者骶尾部疼痛处,令助手迅速向下拉患者双下肢使其伸直。术者则托骶尾部,使患部从掌根处滚过,反复操作 2~3 次。每周治疗二次,五次为一疗程。

#### 治疗结果

疗效标准:优:治疗后局部疼痛消失,无压痛,行、走、坐、卧均无疼痛;良:治疗后局部疼痛消失,偶有压痛,久坐后稍感疼痛,不影响生活和工作;可:治疗后疼痛明显缓解,局部仍有疼痛。31 例中,优 22 例,良 8 例,可 1 例,优良率达 96.77%。

#### 讨 论

1. 骶尾部损伤的治疗。无骨折、脱位者,一般主张卧床休息,对于尾骨骨折或骶尾关节脱位者,则强调肛门内手指复位,但常因复位后不能妥善固定,加之周围软组织作用而使治疗失败,病程迁延难愈,甚至半年仍无法取尾骨承重坐姿,严重影响工作、生活。

2. 根据其解剖特点,在骶尾关节上有很多肌肉、韧带附着。主要包括尾骨肌、肛提肌、肛门括约肌、骶尾前

\* 中国中医研究院骨研所

韧带、骶尾后韧带、骶尾韧带、尾骨韧带等；在骶尾外伤时，既可损伤骶尾关节导致脱位、骨折，同时也使骶尾部肌肉韧带受牵拉，撕裂而损伤，因而在治疗上应贯彻筋骨并重的原则，既行必要的整复，又施手法以治疗软组织。

3. 根据“欲合先离，离而复合”及“痛则不通，通则不痛”的原则，首先在局部按摩，以达到松解粘连变性

的软组织，使骶尾部的经络畅通，以促进局部损伤后瘀血的吸收；然后施治疗手法，以改善尾骨向前的生理屈度，并将顺出槽的筋脉，使其回纳、复位，解除局部疼痛。该手法简捷易行，病程短，一般两周内即可解除疼痛，疗效满意。

(收稿：1996—40—05)

## 循经推运松解旋转抖动法治疗急性腰扭伤

白求恩医科大学附属第三医院(长春 130021)

杨清江 赵锐\*

笔者采用循经推运松解旋转抖动法，自 1989 年 6 月至 1995 年收治 202 例急性腰扭伤患者，疗效满意，报告如下。

### 临床资料

本组 202 例中男 127 例，女 75 例；年龄 12~71 岁；本组病例均有以下临床症状：1. 腰部急性扭伤史(一周内)；2. 腰部伤后立即出现剧痛，重者不能翻身；3. 活动时加重，卧床休息不能缓解；4. 止痛药治疗无效；5. 腰部僵硬，腰前突消失，可有脊柱侧弯和骶棘突痉挛；6. 腰椎各方向均有明显限制；7. 腰扭伤后无下肢痛，如有牵涉性下肢痛，直腿抬高试验虽阳性，但踝背屈试验阴性。踝背屈试验阳性多见急性腰间盘突出。

### 治疗方法

本疗法与一般推拿按摩所用的手掌、肘部及肢体其他部位操作明显不同之处，仅用拇指、食指、中指和环指的指腹在患者体表操作。

1. 壮阳法：由骶部尾骨处推运至大椎穴处，以阴邪内侵为甚，推运大椎穴可助阳气升，阳虚得补。
2. 散阳法：大椎下至心俞穴处和两肩胛骨下缘，用提肌摇晃或分推弹拨的手法，松解软组织。
3. 旋转法：患者侧卧，使上侧腿屈曲，一手按臀后部，一手按肩部，两手作相对方向摇提晃动，待肌肉放松后，两手突然一次加大幅度的摆动，使腰部有较大程度的扭转，同时听到腰部“格答”声，用同法在对侧重复一次。
4. 抖动法：患者俯卧，双手拉住床头，由医者握住踝部，提拉下肢上下抖动，使髋部带动腰部得已舒展，

解除肌肉痉挛。

5. 循经施治：急性腰扭伤临床表现以剧痛为主，中医曰“痛则不通”，疼痛点为损伤的集中部位，也有人称为“阿是穴”。可以根据阿是穴位置，确认所属经路。腰后侧有膀胱经、督脉，侧有肝胆经，脾经循行腋前线，根据中医经络学说，可把急性扭伤分五种类型，可供治疗时参考。(1)膀胱经受阻：腰背疼痛严重，不能弯腰，头颈活动同时受限，不能低头，多放射大腿后侧，有的放射到足跟。主治背部。(2)肝经受阻：疼痛常放射至大腿根部前侧。主治腹两侧腋线，腹股沟处配背部和腰骶部。(3)胆经受阻：患者不能前屈，放射到大腿外侧。主治背部，腹部两侧。(4)脾经受阻：患者营养缺乏，肢体消瘦乏力。主治两侧腋线，可配阴凌泉、足三里等穴。(5)督脉受阻：患者以前屈后伸活动障碍为主，腰背强痛。主治腰背中线。

### 治疗结果

疗效标准：特效：一次治疗后症状消失；显效：二次治疗后症状消失；有效：三次或四次治疗后症状消失；无效：五次以上治疗后症状不消失。在 202 例患者中，特效 162 例，显效 29 例，有效 11 例。

### 讨 论

急性腰扭伤是临床骨科常见的一种外伤，祖国医学称为“闪腰岔气”。此症多发生于弯腰搬物和担抬杠挑等弯腰活动中。腰部关节由五块腰椎组成，上邻胸椎下邻骶椎，脊椎形态为不规则状，各种小肌肉及韧带附着，关节对应关系复杂，故在急剧闪失变化中，可引起小关节间隙紊乱。运用循经推运松解旋转抖动手法治

\* 吉林省运动创伤医院