

面颊部以固定头部,另一手握患者四指向水平或偏上做牵拉;患臂向上牵拉麻痛加剧者,则应向下牵拉,同法放通对侧手臂。

第四步:封背 嘱患者微屈颈部,将双手上举四指交叉置于后枕部,医者呈马步立于患者身后,双臂绕过患者屈曲的肘臂,双手置于患者颈后,前胸顶住患者后背,然后嘱患者吸一口气后憋住,双肩放松,医者双臂发力向后向上轻提,患者立感后背轻松。对于并发肩周炎的患者在施该手法时医者的前臂应尽量置于肩关节的内侧,发力时方向应向后,以尽量减少患者的痛苦。

第五步:通顶 对于病史较长伴头痛、后枕部感觉减退者,医者立于患者侧方,用拇指点揉双侧风府至翳风穴,然后用拇指从风池穴分别顺足少阳胆经依次向上拨双侧脑空、承灵直至正营穴及顺足太阳膀胱经依次向上拨双侧天柱、玉枕至络却穴。然后微屈四指有节律地敲打后头部,点肩中俞、肩外俞、肩井、曲垣、天宗、秉风等穴。最后拍后背结束手法。

2.3 功能恢复期 该期手法与Ⅱ期大体相同,但应以增加颈、肩部及上肢、以被动活动为主,逐步减少正骨手法并减轻手法的时间及力度,使患者逐渐摆脱手法的依赖达到颈椎自身“肌肉-韧带-骨”的稳定平衡。

### 3 治疗结果

疗效标准 临床治愈:症状及体征完全消失恢复原工作;好转:主要症状及体征基本消失,不影响正常的生活和工作;无效:自觉症状及阳性体征治疗前后无变化。治疗结果:本组患者按上述标准评定,治愈 79 例,好转 20 例,无效 1 例。治疗过程中Ⅰ期到Ⅱ期最短时间 3 d,最长 15 d;Ⅱ期到Ⅲ期最短时间 2 d,最长 45 d。

### 4 讨论

神经根型颈椎病手法治疗目的是改变突出物或骨赘与神经根的位置关系,改善神经根周围的微循环,解除酸麻痛等症状,建立颈椎运动节段新的内外平衡。该套手法特点:①松解粘连比较彻底。该手法从椎间关节到神经走行均进行了有序的疏通,以达到“通则不痛”的目的。②调整椎间关节轻柔安全。定位旋转牵引复位法区别于颈椎斜搬法,它在发病的椎体运动节段旋转到最大程度后靠前臂向上牵引头部的传导力及拇、食指向上的提拉力作为基础完成。颈椎病手法应注重解剖与力学,强调局部与整体,功能锻炼应贯穿治疗始终,做到“筋骨并重,动静结合”,尽早达对“肌肉-韧带-骨”的稳定体。

(收稿:2003-01-25 编辑:李为农)

## 过顶手法治疗肱骨外科颈骨折

### Maneuver treatment for fracture of surgical neck of humerus

周必伦

ZHOU Bilun

【关键词】 肱骨骨折; 正骨手法 【Key words】 Humeral fractures; Bone setting manipulation

肱骨外科颈骨折在老年、成人、儿童患者中时有发生。但本文仅报告儿童及成人,而且是骨折远端单纯向外上方移位,重叠 1~3 cm,成角畸形,既不属内收型,也不属于外展型,我科从 1992 年以来,共收住肱骨外科颈新鲜骨折 136 例,均采用过顶手法复位,取得满意效果,报告如下。

#### 1 临床资料

本组 136 例,男 86 例,女 50 例;年龄 7~35 岁。致伤原因均为跌倒。136 例均为 2 周内的新鲜肱骨外科颈骨折。

#### 2 治疗方法

患者取坐位,一助手用布带绕过腋窝向上提拉,屈肘 90°,前臂中立位,另一助手握其肘部,沿肱骨纵轴方向逐渐牵拉上举至过头顶,纠正重叠移位,同时术者双手握骨折部,术者站在患者前外侧,面向第二助手,以双手拇指按于骨折近端,由内向外推挤,两手其余四指重叠环抱骨折远端,由外向内拉,至听到骨擦音,断端相互抵触,表示成角畸形矫正,已达复位。

骨折复位满意后,将自制的中药膏贴在骨折部,根据骨折断端移位的方向,放上合理棉垫,用四块不同类型的小夹板超肩关节固定(大头垫夹板顶住腋窝部),前臂中立位,屈肘 90°,用三角巾悬吊在胸前,嘱患者屈伸手指及握拳运动,促进血液循环。内服药物,按骨折三期用药,迟缓愈合者服六味地黄丸,以促进骨痂生长,3~4 d 换药复查,前 2 周,每周摄 X 线片一次,如有移位,及时纠正,固定时间因年龄而定,3~5 周解除夹板固定,加强功能锻炼,避免肩周炎发生。

#### 3 治疗结果

随访 136 例,随访时间 6 个月至 1 年,平均 9 个月,骨折痊愈 136 例,经摄 X 线片报告达解剖位 98 例,功能位 38 例,并发肩周炎(粘连)5 例。行推拿手法解除粘连,加强肩关节功能锻炼,5 个月后恢复正常工作,手法成功。

#### 4 体会

术者及助手手法熟练是复位成功的关键,合理固定是保障,前 2 周每周摄一次 X 线片极为重要,解除固定后,功能锻炼十分重要。

(收稿:2002-10-10 编辑:李为农)