

易移位。而且在固定过程中可以再次调整复位,因而复位方便,固定强度大,稳定可靠,为早期功能锻炼提供了有利条件,达到骨折愈合与功能恢复的效果,疗效明显优于其他治疗方法。

本组有 8 例系严重粉碎性骨折,骨折块都在 8 块以上。术中先予 1 道钢丝固定主要骨折块后,再次调整复位,对小骨折块拼凑、嵌压复位固定,达到满意的效果,虽 1 例有小骨片凸向关节面,但骨折愈合手术取钢丝时再行关节面修整,疗效仍较满意。以往对严重粉碎性髌骨骨折的治疗,常行髌骨切除术,

髌骨切除,髌股关节失去传导载荷功能,韧带与股骨髌关节面摩擦,可损伤关节面及韧带本身,远期疗效不好^[2,3]。因此,我们主张髌骨粉碎性骨折应尽量给予保留,避免切除。

参考文献

- 1 刘寿坤,周之平,林成寿,等.髌骨粉碎性骨折钢丝环扎加“8”字固定.中国骨伤,2000,13(4):230.
- 2 张人文,刘祖德,张文明.髌骨切除术治疗老年性髌骨骨折远期随访.骨与关节损伤杂志,1989,4(1):8.
- 3 王亦聰,孟继懋,郭子恒.骨与关节损伤.第 2 版.北京:人民卫生出版社,1991.683-685.

(收稿日期:2004-01-12 本文编辑:连智华)

•手法介绍•

俯卧仰头推肩法治 T_{1、2}小关节紊乱

Treatment of disturbance of small joint of T_{1、2} with position of pronation, headrest and shoulder-pushing method

谭树生

TAN Shu sheng

关键词 关节紊乱; 按摩疗法 **Key words** Disturbance of joints; Massage therapy

自 2001-2003 年运用俯卧仰头推肩法治 T_{1、2}小关节紊乱 36 例,取得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

36 例中男 15 例,女 21 例;年龄最小 16 岁,最大 45 岁,平均 31.1 岁;发病时间最短 1 d,最长 1 个月。36 例均有颈背部疼痛或酸痛,颈部活动受限 30 例,T₁压痛者 11 例,T₂压痛者 9 例,T_{1、2}均有压痛者 15 例,有恶心呕吐者 5 例。36 例均否认有外伤史。T_{1、2}小关节紊乱临床表现:颈肩部僵硬疼痛,T_{1、2}棘突及附近疼痛、压痛,头后仰活动受限。有些患者有恶心欲呕吐感。

2 治疗方法

2.1 放松手法 俯卧治疗床在肩背部以手掌按揉肩胛提肌、斜方肌、菱形肌。点按天宗穴 1 min,以大拇指弹拨颈胸椎旁的竖脊肌、肩胛提肌、斜方肌、菱形肌。提拿颈项肌。

2.2 俯卧仰头推肩法 患者俯卧位仰头,术者如要推右肩胛,则把头偏向左侧,下巴向右侧,术者左手轻按患者头部,右手推按右肩胛内角,顿力一下,可听到 T_{1、2}关节“咔嚓”声,接着让患者把头偏向右侧,下巴转向左侧,术者右手按住患者头部,左手推按左肩胛内角,顿力一下,又可听到 T_{1、2}关节“咔嚓”声。不可强求“咔嚓”声。手法后,患者即可感到头部后仰活动受限减轻。

3 治疗结果

治疗次数最少 1 次,最多 10 次。疗效标准:痊愈,颈椎活

动正常,T_{1、2}棘突无压痛,无其他症状;显效,颈椎活动正常,T_{1、2}棘突压痛不明显,仍有颈肩背不适;有效,颈椎活动正常,T_{1、2}棘突压痛轻微,颈肩背不适。本组痊愈 31 例,显效 3 例,有效 2 例,显效率达 94.4%。

4 讨论

T_{1、2}小关节紊乱临床表现与“落枕”症状相似,主要以后仰受限明显,左右旋转基本自如,急性期翻身起床时需要用手扶住颈部才能完成,颈部的肌群如肩胛提肌、胸锁乳突肌、斜方肌压痛不明显,T_{1、2}棘突及左右侧压痛明显,应与“落枕”即颈部组织损伤区别。

T_{1、2}属胸椎上段,是颈胸过渡段,T_{1、2}棘突是颈脊肌及斜方肌、菱形肌的附着点,当斜方肌、菱形肌紧张痉挛可造成 T_{1、2}小关节紊乱^[1]。胸背部手法复位常有扩胸引扳法、胸椎对抗复位扳法、扳肩式胸椎扳法、仰卧压肘胸椎整复法和胸椎旋转复位法^[2]。上述方法只适用于中、下段胸椎复位,对 T_{1、2}小关节紊乱较难奏效,而用俯卧仰头推肩,通过术者一手按头(颈肩段固定)、“巧力寸劲”推肩,利用斜方肌、菱形肌牵拉力,纠正小关节紊乱,达到解剖复位作用,本疗法简单实用、安全、易于掌握、疗效可靠。

参考文献

- 1 邵福元,邵华磊,薛爱荣.颈肩腰腿痛应用解剖学.河南:科学技术出版社,2000.220-222.
- 2 王之虹.推拿手法学.北京:人民卫生出版社,2001.75-76.

(收稿日期:2003-12-29 本文编辑:王宏)