

中医正骨复位手法治疗胸椎小关节紊乱症

方军,张凤清,李婷洁

(广西壮族自治区河池市人民医院,广西 河池 547000)

摘要 **目的:**探讨中医正骨复位手法治疗胸椎小关节紊乱症的临床疗效。**方法:**采用中医正骨复位手法治疗胸椎小关节紊乱症患者 64 例,其中男 55 例,女 9 例。年龄 21~48 岁,中位数 32 岁。病程 1 d 至 13 个月,中位数 5.2 个月。所有患者均有局部肌肉紧张、痉挛、胸椎棘突压痛、叩痛或棘突旁压痛,棘突偏离后正中中线或隆起,椎旁压痛明显并可触及条索状物;X 线片可见部分棘突侧偏改变。**结果:**治疗 2 个疗程后,采用王均云等制定的疗效评定标准对本组患者的临床疗效进行评定,痊愈 62 例,好转 2 例。**结论:**中医正骨复位手法通过纠正错位的小关节恢复脊柱的内外力学平衡,可明显减轻或消除胸椎小关节紊乱症患者的临床症状,疗效显著。

关键词 脊椎关节紊乱 胸椎 正骨手法

胸椎小关节紊乱症属于脊柱小关节紊乱范畴,又称椎骨错缝,是指胸椎小关节受到外力作用,微细解剖位置发生轻微改变,从而引起的相应部位疼痛和功能紊乱的一种疾病^[1]。2001 年 1 月至 2009 年 5 月,笔者采用中医正骨复位手法治疗胸椎小关节紊乱症患者 64 例,取得了满意疗效,现总结报告如下。

1 临床资料

本组 64 例,男 55 例,女 9 例。年龄 21~48 岁,中位数 32 岁。病程 1 d 至 13 个月,中位数 5.2 个月。所有患者均有局部肌肉紧张、痉挛、胸椎棘突压痛、叩痛或棘突旁压痛,棘突偏离后正中中线或隆起,椎旁压痛明显并可触及条索状物;X 线片可见部分棘突侧偏改变。所有患者均符合俞乐等^[1]制定的胸椎小关节紊乱症诊断标准。

2 方法

本组患者均采用中医正骨复位手法治疗,该手法包括放松手法、复位手法及善后手法 3 部分。

2.1 放松手法 按照“整骨先整肌”的原则^[2],先令患者坐位或俯卧位,用拿、捏、揉等手法沿病变部位双侧肌群操作 3~5 遍,为后面的复位手法做准备。

2.2 复位手法 病变位于胸椎中上段者采用端坐膝顶法,病变位于胸椎中下段者采用俯卧叠掌推按法。

2.2.1 端坐膝顶法 患者端坐,双上肢自然下垂于身体两侧,下肢屈曲。术者坐在患者身后(医者的坐凳与患者的坐凳同高),双手自患者两肩外侧环抱患者上身,手指交叉,拇指置于患者胸骨上端。嘱患者挺胸并略后仰,上身靠于术者右肘上,头部置于术者

右肩。术者上身前倾,右膝顶住患椎棘突,在患者呼气末并挺胸时,双手小鱼际部位用力往后下压,右膝同时往前上方推顶,此时可闻及关节复位响声。

2.2.2 俯卧叠掌推按法 患者俯卧于整脊床上,两上肢伸直置于身体两侧。术者站立于患者一侧,右手掌根压于患椎棘突上,左手掌置于右手背上。嘱患者深呼吸,在患者呼气末时,术者快速用力向前下方推按冲压,有时可闻及关节复位响声。

2.3 善后手法 复位手法结束后,令患者俯卧放松,术者以胸椎两侧的膀胱经脉及棘突中线的督脉由上向下反复推擦,以发热为度。

手法治疗结束后嘱患者短期内勿做前屈旋转动作,同时加强腰背肌锻炼。以上手法隔日 1 次,5 次为 1 个疗程。

3 结果

治疗 2 个疗程后采用王均云等^[3]制定的疗效评定标准对本组患者的临床疗效进行评定。①痊愈:患椎旁疼痛、压痛及伴随症状均消失;②好转:患椎旁疼痛、压痛明显减轻,伴随症状消失;③无效:患椎旁疼痛、压痛有明显好转,但反复发作。结果:痊愈 62 例,好转 2 例。

4 讨论

胸椎小关节紊乱症俗称“岔气”,属中医学“筋出槽,骨错缝”范畴。除部分患者有明确的外伤史外,大多数患者主诉均无明显外伤史。多为体位或姿势不良的情况,如伏案工作,看电脑、电视及在一些日常工作处于特殊姿势,加之着凉或长期慢性积累性劳

损、以及肌肉痉挛不协调时突然上举上肢,或者在侧身提物、咳嗽及打喷嚏等动作时牵动了胸廓和脊椎,使胸椎两侧关节突关节、肋椎关节和肋横突关节受力不均衡,不能承受瞬间应力而引起单个或多个小关节轻微位移而错位。错位及异常的应力致使病变周围软组织血液循环障碍,导致无菌性炎性渗出、水肿甚至日久纤维粘连、挛缩,从而刺激、压迫或卡压神经根或肋间神经,导致相应的临床症状。由于脊椎小关节的感觉由交感神经支配,局部交感神经受刺激后,其冲动能传导至脊髓中枢,使临床症状表现更为复杂,除胸背疼痛不适外,亦可出现心烦、胸闷、气短、乏力、心率不齐、血压波动以及消化系统症状。

胸椎小关节是胸椎后关节、肋骨小头关节、肋横突关节的统称。在劳损、退变或外力作用下,胸椎小关节发生损伤或解剖移位,刺激或压迫其周围的肋间神经、交感神经纤维,而引起相应部位肋间神经和脏器出现一系列症状。因此治疗本病的关键在于纠正小关节紊乱,恢复脊柱内外平衡及关节、肌肉、韧带的协调性。

我们所使用的中医正骨复位手法中的放松手法通过点按棘突及揉按夹脊穴,有疏通气血、散结化瘀之功,为后面复位手法的顺利实施创造条件^[4]。通过复位手法,可纠正“筋出槽,骨错缝”,从而解除病变部

位肌肉痉挛,恢复其血液循环,消除无菌性炎性水肿,使软组织损伤及神经功能逐渐得以恢复,也可使脊柱的内外力学平衡得以重建,从而消除临床症状^[5]。

该手法在使用过程中要注意以下几点:①年老体弱者、妊娠期及月经期妇女、内脏严重器质性病变者、颈椎先天畸形、结核及肿瘤患者均不宜采用该方法;②在操作过程中要定位准确,用力轻巧,切忌粗暴和急于求成,以免发生意外。

中医正骨复位手法通过纠正错位的小关节,恢复脊柱的内外力学平衡,可明显减轻或消除胸椎小关节紊乱症患者的临床症状,疗效显著。

5 参考文献

- [1] 俞乐,李远明,林伟锋.林应强教授正骨手法治疗胸椎小关节紊乱的临床观察[J].广东医学,2008,29(7):1225-1226.
- [2] 刘新友.手法治疗胸椎小关节紊乱症[J].中医学报,2009,24(5):102-103.
- [3] 王均云,苏峪岭.手法治疗胸椎小关节紊乱 158 例报告[J].中国社区医师:医学专业,2010,12(16):138.
- [4] 张淑华.手法复位治疗胸椎小关节紊乱[J].中医正骨,2006,18(2):77.
- [5] 范志勇,黄伟昌,查和萍.正骨手法治疗胸腰段小关节紊乱的临床观察[J].广东医学,2010,31(9):1195-1196.

(2011-05-13 收稿 2012-01-30 修回)

(上接第 57 页)[图 1(3)]、钩板弯度过小增加肩袖或肱骨大结节与钩端撞击机会[图 1(4)]。

总之,虽然本组病例资料很少,难以取得统计学意义,但一定程度上表明,锁骨钩板内固定治疗肩锁

关节脱位和锁骨远端骨折可引起肩撞击综合征。值得注意的是,术后早期功能锻炼应科学合理,避免加重肩部损伤;术后 1 年半左右视患者恢复情况取出锁骨钩板,很大程度上能降低肩撞击综合征的发生率。

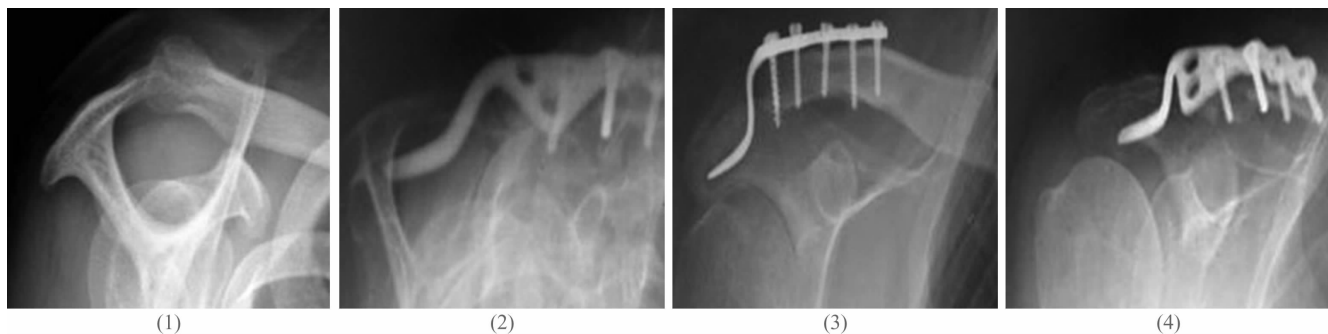


图 1 锁骨钩板内固定手术前后 X 线片

(1)肩胛骨冈上肌出口位 (2)锁骨钩板占据肩峰下间隙 (3)肩峰受压 (4)肱骨大结节与锁骨钩板钩端撞击

5 参考文献

- [1] 黄伟,龙亨国,丁小辉,等.不同 AO 锁骨钩钢板插入端对肩峰撞击综合征的影响[J].中医正骨,2009,21(9):12-14.

- [2] 冯华,姜春岩.实用骨科运动损伤临床诊断[M].北京:人民军医出版社,2010:175.
- [3] 李仙彤.肩峰下撞击综合征的诊断与治疗[J].中国伤残医学,2008,16(4):13-14.

(2011-10-10 收稿 2012-02-24 修回)