中国

ZHONGGUO
JIZHUTUINA
SHOUFA QUANSHU

脊柱推拿手法全书

◆主编　李义凯　叶淦湖

军事医学科学出版社

ZHONGGUO JIZHUTUINA SHOUFA QUANSHU

中国脊柱推拿手法全书

ZHONGGUO
JIZHUTUINA
SHOUFA QUANSHU

◎责任编辑 吕连婷 ◎封面设计 马 凌

ISBN 7-80121-621-0

9 787801 216212 >

ISBN 7-80121-621-0/R·614

定价：150.00元

中国脊柱推拿手法全书

主　编　李义凯　叶淦湖

军事医学科学出版社
·北　京·

内 容 提 要

本书是一本比较全面、系统、深入地介绍建国以来中国脊柱推拿的专业参考书和文献性著作。全书26章，100多万字，附录原著作的插图800余幅　图文并茂地描述了各种特色中国脊柱推拿手法的操作、现代历史发展过程及各种手法的异同

本书适合于广大推拿科、按摩科、正骨科及理疗康复科等相关临床专科医师、本科生和研究生等人员阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

中国脊柱推拿手法全书/李义凯，叶涂湖主编.
-北京：军事医学科学出版社，2005
ISBN 7-80121-621-0
Ⅰ.中…　Ⅱ.①李…　②叶…　Ⅲ.脊椎病-按摩疗法(中医)
Ⅳ.R244.1
中国版本图书馆CIP数据核字(2005)第023864号

出　版：军事医学科学出版社
地　址：北京市海淀区太平路27号
邮　编：100850
联系电话：发行部：(010)66931034
　　66931048
　　编辑部：(010)66931050
传　真：(010)68186077
网　址：http://www.mmsp.cn
印　刷：华润印装厂
装　订：华润印装厂
发　行：新华书店总店北京发行所

开　本：787mm×1092mm　1/16
印　张：52.5
字　数：1287千字
版　次：2005年5月第1版
印　次：2005年5月第1次
定　价：150.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者，本社发行部负责调换

《中国脊柱推拿手法全书》编写人员

主　编　李义凯　叶淦湖

副主编　伍中庆　曹向阳　刘又文　王　军

编　委

万　磊　南方医科大学中医系骨伤科教研室

王　军　解放军总医院康复医学科

王伟明　上海市解放军 91528 部队医院

王国林　南方医科大学中医系骨伤科教研室

王庭臣　广州军区总医院理疗科

叶淦湖　广东省东莞市石碣医院骨伤科

伍中庆　广东省中山市中医院

刘又文　河南省洛阳正骨医院

孙维良　东京中医学研究所所长、临床中医推拿塾塾长

李　嘉　南方医科大学中医系骨伤科教研室

李义凯　南方医科大学中医系骨伤科教研室

吴宇峰　广东省中山市中医院

杨先文　南方医科大学中医系骨伤科教研室

林志春　南方医科大学附属南方医院影像中心

林蔚莘　南方医科大学中医系骨伤科教研室

沈国权　上海中医药大学附属岳阳医院

陈维伟　广东省湛江海军 92003 部队门诊部

陈燕萍　南方医科大学附属南方医院影像中心

房　敏　上海中医药大学附属岳阳医院

查和平　广东省南海中医院康复科

张吉林　北京张吉林正脊医药科技研究所所长

张镜镭　内蒙古自治区赤峰学院第一附属医院

赵　毅　上海中医药大学推拿系

徐海涛　南方医科大学中医系骨伤科教研室

高彦平　南方医科大学中医系骨伤科教研室

曹向阳　河南省洛阳正骨医院

曹庆阳　广州市华新康复医院

黄宇琦　南方医科大学附属南方医院

彭玉初　广州军区第二门诊部

詹红生　上海中医药大学附属曙光医院

裴希佳　浙江中医学院

鞠晓伟　南方医科大学中医系骨伤科教研室

部分绘图　匡　悦　南方医科大学 2004 级临床本科

主编简介

李义凯，男，1962 年 11 月生，辽宁大连人。1979 年入伍，1981 年考入吉林空军军医学校军医班。1985 年毕业后，分配到新疆空军某部卫生队任军医。1988 年调至空军乌鲁木齐医院软伤科工作。1990 年考入上海中医学院骨伤专业硕士研究生，师从著名的中医骨伤科专家石印玉教授，1992 年获医学硕士学位，并于同年考入上海中医药大学博士研究生。在石印玉和吴承德教授的指导下完成博士论文，成为我军第一位中医骨伤科博士。

1995 年在第一军医大学临床解剖学和生物力学研究所做博士后研究人员，在我国著名的临床解剖学家、中国工程院院士钟世镇教授的悉心指导下，从事中医正骨手法，特别是脊柱推拿手法的临床解剖学和生物力学研究。1997 年出站后到第一军医大学中医系骨伤科教研室工作至今。

几年来，在国内外医学期刊上发表学术论文 100 余篇，其中被 SCI 收录 5 篇。主编医学著作 4 本；负责国家自然科学基金课题 4 项、军内医学研究课题 2 项。现为南方医科大学（原第一军医大学）中医系针灸骨伤科主任、教授、主任医师、研究生导师。

担任国家自然科学基金委员会一审专家、全军中医药学会中医骨伤专业委员会副主任委员、广东省中医药学会按摩推拿专业委员会副主任委员、中国软组织疼痛研究会常务理事。任《第一军医大学学报》、《按摩与导引》、《颈腰痛杂志》、《中华推拿疗法杂志》、《中国临床解剖学杂志》、《中国临床解剖学杂志》（英文版）、《中国人民解放军军医大学学报》（英文版）等杂志的编委等。

主编简介

叶淦湖，生于1955年，1972年9月中学毕业后，工作于广东省东莞市石龙医院，由此开始了医学之途。1976年2月至1978年4月在陆军163师489团服役。1979年7月至1980年12月参加中央广播电视大学英语学习；1979年9月至1981年7月参加广州中医学院骨科班学习；1998年9月至2002年7月在广东药学院卫生事业管理班学习。1997年转至东莞市石碣医院工作至今。

叶淦湖于1979年被选送到广州中医学院学习，师承我国著名的中医骨伤专家岑泽波教授。在岑泽波等老师的指导下，系统学习了中医骨伤科的理论和实践。在岑泽波老师抄送的“前贤相传之法，吾遵而行之；前贤不传之法，吾变而通之”的古训警示下，勤学苦练，细心观察。经近30年的临床实践，在中医正骨疗法及中西医结合对创伤的治疗方面，积累了较为丰富的临床工作经验和体会。

1999年就读于第一军医大学在职硕士研究生，在我国临床解剖学和生物力学泰斗钟世镇院士和著名的临床解剖学专家徐达传教授的具体指导下，深入开展了自体筋膜固定腰椎滑脱等骨伤科疾病的研究。通过研究发表科研论文10余篇，副主编著作1部。承担省级研究课题2项。

叶淦湖现任广东省东莞市石碣医院骨科副主任医师。因工作成绩显著，1999年被选为中共东莞市第10届党代表；2001年被中共东莞市委、市政府授予劳动模范称号；2003年被中共广东省委、省政府评为“抗非”先进个人；2004年被选为中共东莞市第11届党代表。

前　言

2001 年由本人主编的《脊柱推拿的基础与临床》一书出版发行。虽然书名是脊柱推拿的基础与临床，但实际上书中所介绍的内容仅是与脊柱推拿相关的基础知识，对脊柱推拿手法方面内容的介绍寥寥无几。为了弥补上述缺陷或是遗憾，3 年来一直在收集整理建国以来我国脊柱推拿手法方面的资料，以将建国以来中国脊柱推拿手法的临床成就展现给广大读者。在繁重的临床、教学和科研工作之余，本人和其他作者一道研究和探讨专著的体裁、所要收集和裁减的资料和内容，希望撰写出一部能够全面清晰反映出建国以来我国当代脊柱推拿手法历史渊源和特色脊柱推拿手法方面的临床专著。

一本著作的好坏往往除了需要从学术价值和实用价值两方面来介绍和比较外，还要尊重历史，实事求是。近些年来，在本学科内经常见到很多冠以 × × ×氏祖传手法字样的专著或书籍出版。我想其目的是想突出作者本人有别于他人的推拿手法特点或特色或学术思想，书中介绍自认为是作者自己独创的 × × ×正骨手法。但实际上，如果我们追溯中国脊柱推拿的现代发展历程，就可以发现，许多书籍所介绍的所谓独创手法或理论，并不像作者自己所说的那样是独创性的，在这些著作出版之前就有出版物对此内容进行了介绍。就像本书所收录的 1953 年出版的《慢性病按脊疗法》，其中一些今天看来仍然有很多人认为是很新的内容。因此，有必要对中国当代脊柱推拿手法专著进行整理。

脊柱病变是临床常见病，也是治疗的难点，同时应用推拿来治疗脊椎疾患也是医学界争议较多的一个话题。主要是因为脊柱推拿属于传统医学范畴，手法治疗的机理缺乏令人信服的证据及缺乏规范化的手法操作。目前中国的脊柱推拿手法众多，主要集中在颈腰椎，有的是名同法不同，有的则是法同名不同，手法的优劣无权威客观的评价标准，显得良莠不齐。从中国当代脊柱推拿手法发展的历史来看，用于治疗脊柱和脊柱相关疾病的手法和步骤，是从 20 世纪 50 ~ 60 年代的繁到 70 ~ 80 年代的简，又到现在的繁，治疗步骤愈来愈多，虽然关键性的脊柱推拿手法操作时间很短。治疗体位从以前后伸位的扳动，到现在的前屈位的扳动。因此，理顺中国脊柱推拿手法的来龙去脉，有利于中国脊柱推拿手法的健康发展。

脊柱推拿手法是中国推拿的一个重要的有机组成部分，有其特殊性，因而将其单独提炼撰写成书。本书是重点收集整理建国以来不同年代出版的，具有一定代表性的推拿专著，收录其中治疗脊柱病变的脊柱推拿手法和一部分胸廓、骨盆及股部的治疗手法。也是对建国以来中国脊柱推拿临床发展和成就做一个全面的总结。由于本书的篇幅有限，只能少量收录一些期刊杂志中具有代表性的脊柱推拿手法。

本书属于文献性工作。由于众所周知的原因，20 世纪 70 年代以前的资料收集就显得非常困难。在这里要非常感谢上海中医药大学的赵毅和房敏两位教授，在这些早期推拿著作的检索、查阅、收集和复印过程中他们都给予了大力的协助。

由于观察视角和水平所限，加上检索手段、时间及馆藏有限，本书不一定能达到著者的初衷，全面反映出建国以来中国脊柱推拿手法的发展历程和脉络，肯定会存在种种缺点和遗憾，希望同道们能予以指出，以便改正。

南方医科大学中医系骨伤科教研室　李义凯

2004 年 10 月 2 日　于广州

序一

推拿按摩作为一门古老的学科，在跨入21世纪的今天，依然焕发着旺盛的活力，不但没有因为现代医学的飞速发展而衰败消亡，反而其影响力和治疗保健范围日渐增多。这说明在现代高科技的条件下，作为传统中医学的重要组成部分——推拿学，有其存在的必要。

随着中国逐步进入老龄化社会，脊柱疾患呈现出普遍性和严重性。在治疗上，虽然外科治疗具有无法取代的作用和地位，但是并不是所有脊椎疾病的患者都需要采用手术治疗。实际上相当一部分患者可以通过非手术疗法，包括脊柱推拿获得很好的临床疗效，甚至痊愈。20世纪70～80年代风靡全国的新医正骨疗法，其中一些脊柱推拿手法已经成为目前治疗一些脊柱疾患的常规推拿手法。

但就目前的中国脊柱推拿手法发展状况而言，还是处于一种低水平上的发展。表现在无论是临床体格检查还是治疗机制，都缺乏客观的依据。一些缺乏现代科学基础的称呼，如错缝和半脱位等。这些称呼的病理解剖学基础是什么？影像学的征象是什么？诸如此类问题都没有很好地解决，因而影响到推拿学科的发展。再就是学科发展的不平衡，从业人员素质的良莠不齐也都影响推拿学科的健康发展。综观推拿市场和著作，我们可以发现，一些看起来很常用的脊柱推拿手法常常会被冠以不同的名称或者是用同一个称呼来表示不同的脊柱推拿手法。这些学术名称的不统一，很容易引起不必要的混乱，阻碍学科的发展。因此，我们要在加强脊柱推拿手法研究的基础上，理顺中国脊柱推拿手法的现代历史发展历程，明确和统一脊柱推拿手法的命名和分类。

李义凯教授在做博士后研究人员期间，致力于研究脊柱推拿手法的临床解剖学和生物力学基础，出版了80多万字的《脊柱推拿的基础与临床》一书。如今又致力于中国脊柱推拿手法现代文献整理的工作，目的是理清中国脊柱推拿手法的现代发展脉络。这些工作将对今后的学科建设具有一定的指导意义。我期望本书的出版能进一步推动中国脊柱推拿的健康、快速发展。

南方医科大学临床解剖学研究所所长
中国工程院院士　钟世镇
2005年1月16日于广州

序二

脊柱由各个脊椎组成，是人体的中轴。由各种原因改变了各个脊椎间的相互关系，作为人体中轴的脊柱便失去了本应维持的功能，致使脊柱疾病和脊柱相关疾病的发生。因此，无论是东方还是西方，人类在与疾病的抗争中都逐步学会了通过以手法纠正脊椎间的相互关系以维护脊柱作为人体中轴的位置，而达到治疗疾病的目的。各地习惯的差异及认识的不同，形成各种不同的学说和流派，也产生了各不相同的名称，或推拿，或按摩，或正骨或按脊等等。而根本的相同点都可以认为是调整脊椎到相对正常的位置。脊椎位置的改变可能只是微小的，目前的条件还难以通过最先进的影像学检测予以证实。某些观点还只能是理论上的假说，但是从理论和观念上应该说是正确的，进一步的证实是时间和技术上的问题。

李义凯医师有扎实的基础理论功底，又有丰富的临床实践经验，学西医学予先，识中医学在后，又复师从当代解剖学卓有研究成效的指导老师，尔后再在实践过程中研读中西医学理论，汇综古今中外文献，合切身临床心得，成内容丰富翔实的脊柱推拿专著。无疑，这是从事这一领域工作的医务和科研工作者的重要参读资料，也是从事运动医学，涉及骨、关节和肌肉系统疾病诊治的临床和教学工作者的极有价值的参考资料。

当今中国经济的发展为世人瞩目，中国的医学也在世界医学的发展中起愈来愈重要的作用。李义凯医师在繁忙的医疗、教学和科研工作中带领一个奋发有为的群体在具体工作的同时，搜索文献、提炼经验，撰写专著，诚属难能可贵。相信此书对建设有中国特色的医学是极有成效的贡献。十余年前，李义凯医师和我共同工作，勤奋好学，历历在目。今又不断进取，建树颇丰，甚以为喜，为之序。

上海中医药大学博士研究生导师　石印玉

2005 年 1 月 18 日于上海

目　录

第一章　中国脊柱推拿的历史 …… (1)
第一节　中国脊柱推拿的理论基础 …… (1)
第二节　中国脊柱推拿手法的起源和发展 …… (4)
第三节　中国脊柱推拿手法的分类 …… (12)
第四节　对中国脊柱推拿未来发展的展望 …… (17)
第二章　中国脊柱推拿的现状 …… (19)
第一节　中国脊柱推拿的国内现状 …… (19)
第二节　中国脊柱推拿的相关基础研究 …… (20)
第三节　中国脊柱推拿的一些基本问题 …… (21)
第四节　脊柱推拿基础研究的新思路 …… (24)
第五节　脊柱推拿所致咔哒声响的临床意义及研究 …… (26)
第六节　中国脊柱推拿的理论基础 …… (28)
第七节　按脊疗法与中国脊柱推拿的异同 …… (30)
第八节　中国脊柱推拿手法的命名和分类 …… (31)
第九节　中国脊柱推拿疗法的特点 …… (35)
第十节　对中国脊柱推拿未来发展的展望 …… (35)
第三章　脊柱推拿的历史沿革和反思 …… (39)
第一节　古代脊柱推拿 …… (40)
第二节　近代脊柱推拿 …… (42)
第三节　现代脊柱推拿 …… (45)
第四节　对脊柱推拿现状的反思及脊柱推拿理论的思考 …… (51)
第四章　中国脊柱推拿的适应证、禁忌证及注意事项 …… (55)
第一节　中国脊柱推拿手法的适应证 …… (55)
第二节　中国脊柱推拿的禁忌证 …… (56)
第三节　施用脊柱推拿手法的一般注意事项 …… (57)
第四节　医患双方所要注意的事项 …… (62)
第五章　中国脊柱推拿的常见并发症和副作用 …… (65)
第一节　颈部推拿常见的并发症 …… (65)
第二节　腰骶部脊柱推拿常见的并发症 …… (68)
第三节　脊柱推拿疗法的其他并发症或损伤 …… (71)
第六章　常用的脊柱影像学检查方法 …… (76)
第一节　常用影像学检查方法及正常表现 …… (76)
第二节　脊柱的退行性疾病 …… (81)
第三节　椎管狭窄 …… (86)

第四节　脊柱滑脱与椎弓崩裂 …… (88)
第五节　脊柱肿瘤 …… (89)
第六节　脊柱结核 …… (92)
第七节　强直性脊柱炎 …… (93)
第七章　中国脊柱推拿常用的推拿介质和辅助器具 …… (95)
第一节　推拿介质 …… (95)
第二节　脊柱推拿设施及辅助工具 …… (98)
第三节　脊柱推拿的辅助疗法 …… (100)
第八章　扳动类手法 …… (109)
第一节　扳法 …… (109)
第二节　扳颈法 …… (119)
第三节　胸背部扳法 …… (135)
第四节　扳腰法 …… (144)
第五节　扳髋法及骶髂关节扳法 …… (157)
第九章　旋转类手法 …… (160)
第一节　旋转法 …… (160)
第二节　牵颈旋转法 …… (163)
第三节　旋颈法 …… (166)
第四节　旋胸法 …… (172)
第五节　旋腰法 …… (173)
第六节　旋转骨盆法 …… (180)
第十章　拔伸类手法 …… (181)
第一节　拔伸法 …… (181)
第二节　引伸类手法 …… (186)
第三节　颈椎拔伸类手法 …… (190)
第四节　腰部拔伸类手法 …… (198)
第十一章　摇(晃)动类手法 …… (209)
第一节　摇法 …… (209)
第二节　摇(头)颈法 …… (215)
第三节　摇胸法 …… (221)
第四节　摇腰类手法 …… (223)
第五节　摇髋法 …… (233)
第六节　摇骶髂关节法 …… (235)
第七节　全身摇动法 …… (237)
第十二章　背法和提法 …… (238)
第一节　背法 …… (238)
第二节　端(提)法 …… (247)
第十三章　屈伸类手法及抖法 …… (254)
第一节　屈伸法 …… (254)

第二节　屈法 …… (255)
第三节　伸法 …… (261)
第四节　抖法(抖腰法) …… (266)
第十四章　按压及踩跷类手法 …… (270)
第一节　按法 …… (270)
第二节　压法 …… (277)
第三节　顶法 …… (291)
第四节　踩跷类手法 …… (291)
第十五章　推拿类手法 …… (298)
第一节　推拿手法 …… (298)
第二节　推法 …… (300)
第三节　拿法 …… (310)
第十六章　脊椎软组织治疗手法 …… (315)
第一节　摩法 …… (315)
第二节　擦法 …… (318)
第三节　摩擦法 …… (320)
第四节　捏法 …… (323)
第五节　滚法 …… (328)
第六节　揉法 …… (330)
第七节　振法 …… (337)
第八节　扣击类手法 …… (338)
第十七章　脊柱常规推拿手法 …… (343)
第一节　头颈部常规推拿手法 …… (343)
第二节　腰背及骨盆部的常规推拿手法 …… (351)
第三节　软组织劳损的常规推拿手法 …… (367)
第四节　脊柱被动运动类推拿手法 …… (370)
第五节　脊柱常规的治疗手法 …… (375)
第十八章　颈椎病的脊柱推拿手法 …… (379)
第一节　20 世纪 70 年代 …… (379)
第二节　20 世纪 80 年代 …… (382)
第三节　20 世纪 90 年代 …… (392)
第四节　21 世纪 …… (408)
第十九章　颈部疾病的脊柱推拿手法 …… (414)
第一节　颈椎关节错缝和半脱位的治疗手法 …… (414)
第二节　寰枕及寰枢椎半脱位的治疗手法 …… (423)
第三节　落枕的治疗手法 …… (432)
第四节　颈部软组织扭挫伤的治疗手法 …… (453)
第五节　颈椎间盘突出症的治疗手法 …… (455)
第六节　其他颈部疾患的治疗手法 …… (458)

第二十章　胸部疾病的脊柱推拿手法 …… (463)
第一节　胸椎小关节紊乱症的治疗手法 …… (463)
第二节　胸椎棘上和棘间韧带急慢性损伤的治疗手法 …… (474)
第三节　胸背部软组织损伤的治疗手法 …… (478)
第四节　胸椎间盘突出症的治疗手法 …… (486)
第五节　特发性脊柱侧弯和曲度异常的治疗手法 …… (488)
第六节　胸椎关节错缝的治疗手法 …… (490)
第七节　胸壁软组织挫伤及肋骨软骨炎的治疗手法 …… (494)
第八节　胸胁屏伤的治疗手法 …… (499)
第九节　肋椎关节错位的治疗手法 …… (506)
第十节　脊椎源性胸痛的治疗手法 …… (509)
第十一节　胸廓出口综合征的治疗手法 …… (510)
第十二节　其他胸椎疾患的治疗手法 …… (512)
第二十一章　腰椎间盘突出症的脊柱推拿手法 …… (516)
第一节　20 世纪 60 年代 …… (516)
第二节　20 世纪 70 年代 …… (521)
第三节　20 世纪 80 年代 …… (532)
第四节　20 世纪 90 年代 …… (551)
第五节　21 世纪 …… (571)
第二十二章　腰部疾病的脊柱推拿手法 …… (578)
第一节　腰椎管狭窄症 …… (578)
第二节　急性腰扭伤 …… (583)
第三节　腰椎滑脱症 …… (606)
第四节　腰椎后关节紊乱症 …… (611)
第五节　腰椎后关节滑膜嵌顿 …… (620)
第六节　腰椎关节错缝 …… (626)
第七节　腰部韧带损伤 …… (627)
第八节　第三腰椎横突综合征 …… (631)
第九节　腰肌及筋膜劳损 …… (637)
第十节　退行性脊柱炎 …… (652)
第十一节　急慢性腰痛(腰椎骨质增生) …… (658)
第十二节　腰腿痛(坐骨神经痛) …… (667)
第二十三章　骨盆及骶尾部疾病的脊柱推拿手法 …… (673)
第一节　梨状肌损伤 …… (673)
第二节　臀上皮神经损伤 …… (684)
第三节　尾骨挫伤 …… (687)
第四节　耻骨联合部损伤 …… (691)
第五节　内收肌损伤 …… (698)
第六节　产后骨盆环损伤综合征 …… (702)

第七节　臀部其他疾病 …… (704)
第二十四章　骶髂关节及髋部损伤的推拿手法 …… (706)
第一节　骶髂关节损伤 …… (706)
第二节　髂腰及骶髂部韧带损伤 …… (715)
第三节　骶髂关节半脱位 …… (717)
第四节　骶髂关节错缝 …… (729)
第五节　髋部扭挫伤 …… (734)
第六节　弹响髋及髂胫束损伤 …… (736)
第七节　髂腹下神经损伤 …… (737)
第八节　髋关节损伤 …… (739)
第九节　髋关节错缝(半脱位) …… (742)
第十节　致密性骶髂关节炎 …… (744)
第二十五章　脊柱骨折脱位的整复手法 …… (746)
第一节　寰枢椎骨折的整复手法 …… (746)
第二节　颈椎骨折的整复手法 …… (747)
第三节　胸腰椎骨折的整复手法 …… (752)
第四节　骶尾骨骨折的整复手法 …… (760)
第五节　颈椎脱位的整复手法 …… (762)
第六节　尾骨脱位的整复手法 …… (763)
第七节　胸廓骨折的整复手法 …… (764)
第八节　骨盆骨折的整复手法 …… (769)
第九节　髋关节脱位的整复手法 …… (773)
第二十六章　脊椎相关疾病的脊柱推拿手法 …… (779)
第一节　强直性脊柱炎 …… (779)
第二节　小儿肌性斜颈 …… (783)
第三节　小儿其他疾患 …… (786)
第四节　各类良性头痛 …… (787)
第五节　脊椎源性内脏疾病 …… (794)
第六节　高血压 …… (803)
第七节　泌尿生殖系统疾患 …… (806)
第八节　其他脊椎相关疾病 …… (810)

第一章　中国脊柱推拿的历史

【摘要】 中国脊柱推拿是指推拿者在与脊柱相关的筋、骨、关节等组织及经络穴位进行手法操作，以治疗脊椎骨关节病变或内脏病变的一种中医外治疗法。它的理论基础是中医的脏腑经络学说和朴素的解剖生理学。中国脊柱推拿手法可分为松解类和整复类。松解类手法刺激相应穴位，调节脏腑功能，以按、摩、捏、揉法等针对经络穴位来操作。整复类手法用于调节矫正脊椎骨关节的位置紊乱，主要通过提拉、旋转、按压等手法来治疗伤科疾病。中国脊柱推拿手法的多样化源于按摩法，它有着丰富的临床实践经验和悠久的历史，但其理论基础及研究相对滞后。现代出现许多脊柱推拿手法用于治疗多学科的疾病，但其相关的系统性研究刚刚起步。通过归纳整理历代有关中国脊柱推拿手法的中医学文献，并分析中国脊柱推拿发展史上的重要著作内容，以理清中国脊柱推拿的发展脉络，并初步探讨中医脊柱推拿的发展史，为临床工作者提供中国脊柱推拿清晰的历史发展过程。

【前言】 中国脊柱推拿有着悠久的历史，从新石器时代就有了用按摩、外敷药物和药熨治疗腰部疾病的记载。在以后的发展中，以中医的整体观念等思想为基础，参考人体解剖学知识，经过历代医家们的不断实践、创新、充实和完善，突破了中医学方药为主的限制，成为一种行之有效的中医外治疗法，进一步丰富了中医内科和伤科疾病的治疗手段。这种由按摩法演变而来的脊柱推拿手法，与按摩手法有着密切的关联。熟练地掌握并在临床上自如地使用脊柱推拿手法治疗患者，这需要一定培训和实习才能达到。学习者不但要掌握脊柱推拿的操作技巧，也要了解脊柱椎拿的理论知识，包括中国脊柱推拿的发展历史。但是由于有关中国脊柱推拿的专著不多，对这种治疗方法的论述多散在于历代医学文献之中，所以，只有通过归纳整理历代有关中国脊柱推拿的中医学文献，并分析中国脊柱推拿发展史上的重要著作内容，以理清中医脊柱推拿的发展脉络，探讨中医脊柱推拿的发展史，才能最终完善脊柱推拿的理论体系。希望通过对有关中国脊柱推拿的中医学文献的发掘和整理，能够为今后的临床及科研提供一个中国脊柱推拿手法发展的清晰的历史沿革过程。

第一节　中国脊柱推拿的理论基础

中医学对于脊柱及其相关结构具有一定的认识。一些医家认为，在施行此类手法之前，须首先了解局部骨关节结构，如在《医宗金鉴·正骨心法要旨》中即强调要明辨骨骼、经筋的位置，“盖一身之骨体，既非一致，而十二经筋之罗列序属，又各不同。故必素知体相，识其部位，一旦临证，机触于外，巧生于内，法从手出”。有关脊柱推拿的理论，主要有解剖生理知识和经络学说以及整体观念思想等。

一、中医学关于脊柱解剖生理的认识

中国的解剖史源于汉代之前。据《史记》记载，商代纣王“钻朝涉之胫，视其髓；剖孕妇之腹，视其胎”。汉代的王莽曾“诛翟义之徒，使太医尚方与巧屠共刳剥之。度量五脏，以竹筵导其脉，知所终始，云可以治病”（《汉书·王莽传》）。由此可见，《内经》中关于解剖生理的论述并非全部源于推理，也源于解剖实践。一方面，一定的解剖知识给中医学发展奠定了科学的基础；另一方面，由于早期解剖知识的不完善，而后世医家对解剖学重视程度不够，也造成了长期的重内治，轻外治的局面。中医学对于脊柱的认识主要集中于骨和筋两方面。

（一）对于脊椎骨的认识

新石器时代晚期开始出现象形文字，甲骨文中专门有对脊柱的描写，如脊骨被写作并显示了脊椎骨的形状。《内经》最早对脊柱的组成、分部和解剖形态进行了论述。如《素问·骨空论》曰“脊骨上空在风府上。脊骨下空，在尻骨下空”。“项发以下至背，骨长二寸半。膂骨以下至尾骶二十一节，长三尺”。从数目上看基本和现代相吻合，说明当时的解剖知识确实是以一定的实践为基础的，不过，由于当时解剖知识并不完善，也有很多内容与实际不符，如《灵枢》的“骨度篇”、“邪客篇”、“九针十二原篇”、“小针解篇”以及《素问·调经论》（93页）“人有三百六十五节”、“尾蛆骨（骶骨）男九孔，女子六孔”的论述，而且由于其后医家对《内经》的过于倚重以及封建思想的束缚，对于脊柱的解剖知识一直没有得到足够的重视，这种状况一直影响着整个中医的发展，其后如明王肯堂的《证治准绳》等多部医科著述都沿用了这种错误论述。公元1247年，宋慈通过亲自的解剖实践，详尽记录了人体骨骼系统的结构，对脊椎骨的构造作出了较为科学而系统的介绍，如《洗冤集录·验骨》：“自项至腰间共二十四骨追骨（椎骨），上有一个大骨追骨；……男女腰间各有一骨大如手掌，有八孔作四行：样 ⁞⁞ （骶椎）。”可见，在《洗冤集录》中宋慈记载的脊柱骨骼的结构是比较符合实际的，纠正了一部分流传多年的谬误。只可惜其影响力不大，并未即被众多医家所采纳。到了清代《医宗金鉴》对于脊柱的介绍基本仍引用了《内经》中的论述，只是对脊柱更为系统地进行了分部介绍。书中，脊椎骨被分为两大部分，分别为旋台骨和背骨。如“旋台骨，又名玉柱骨，即头后颈骨三节也，一名天柱骨”。“背者，自后身大椎骨以下，腰以上之通称也。其骨一名脊骨，一名膂骨，俗称脊梁骨，其形一条居中，共二十一节，下尽尻骨之端，上载两肩，内系脏腑，其两旁诸骨，附接横叠，而弯合于前，则为胸胁也”。“腰骨，即脊骨十四椎、十五椎、十六椎间骨也。……尾骶骨，即尻骨也。其形上宽下窄，上承腰脊诸骨，两旁各有四孔，名曰八髎，其末节名曰尾闾，一名骶端，一名橛骨，一名穷骨，俗名尾椿”。《伤科汇纂》中对脊柱的描述如下：“颈项者，颈之茎也，又曰颈者，茎之侧也，项者，茎之后也，俗名脖项。颈骨者，头后茎骨之上三节圆骨也。背者，后身大椎以下，腰以上之通称也。膂者，夹脊骨两旁肉也。脊骨者，脊膂骨也，俗名脊梁骨。腰骨者，即脊骨十四椎下，十五、十六椎间，尻上之骨也，其形中凹上宽下窄，方圆二、三寸许，两旁四孔，下接尻骨上际也。胂者，腰下两旁髁骨上之肉也。臀者，胂下尻旁大肉也。尻骨者，腰骨下，十七椎、十八椎、十九椎、二十椎、二十一椎五节之骨也，上四节纹之旁，左右各四孔，骨形内凹如瓦，长四、五寸许，上宽下窄，末节更小，如人参芦形，名尾闾，一名骶端，一名橛骨，一名穷骨。”

从上述文献可以看出，有关脊椎骨的叙述，颈一到腰五共二十四节，数目和形态基本符合正确的脊柱形态，而同时必须指出的是限于历史和认识上的不足，对于脊柱具体的分部则还有混乱未明之处，如在《内经》、《医宗金鉴》等书中其所谓之颈骨（项骨或天柱骨）共三节，乃是

第四至第六颈椎；而《伤科汇纂》中的骨度图表上描绘大锥之上则为五节，从大椎至骶椎之间则共十八节，其数目与椎体位置也有不符。

（二）对于“筋”的认识

“筋”一词，在现有的医学文献中最早出现于《足臂十一脉灸经》。其书述及：“臂泰（太）阴温（脉）；循筋上兼（廉），以奏（凑）膺内，……臂少阴（温脉），循筋下兼（廉），出膺内下兼（廉）”。在本书中，“筋”的概念与其书中所述的经脉和经络都有不同，是有形态的体表标志。在其后的《内经》中，则对筋的概念叙述的比较详尽，在《内经》中，筋还被称作“筋膜”、“经筋”、“宗筋”等名称，但可以统称其为“筋”。在功能方面，《灵枢·经脉》中说：“筋为刚”。《素问·痿论》：“宗筋主束骨而利机关也。”从归属方面，《素问·五脏生成论》说：“诸筋者，皆属于节。”在《灵枢·经筋》篇中列出了十二经筋的起止，既类似周围神经循行的路线，又和十二经络的循行一至，如“足太阳之筋，起于足小指上，结于踝，邪上结于膝，其下循足外侧，结于踵，上循跟，结于腘；其别者，结于踹外，上腘中内廉，与腘中并上结于臀，上挟脊上项；其直者，结于枕骨……其病小指支，跟肿痛，腘挛，脊反折，项筋急，……手阳明之筋，起于磊指次指之端，结于腕，上循臂，上结于肘外，上臑，结于髃；其支者，绕肩胛，挟脊；直者，从肩髃上颈；……其病当所过者支痛及转筋，肩不举，颈不可左右视”。从上述可见，其所指足太阳经筋在下肢的位置近似于坐骨神经的循行，手阳明经筋则与 C7、8 循行部位相吻合，同时整个经筋的分布也基本在足太阳膀胱经和手阳明经的路线之内，而其相关的症状也与现代所说的坐骨神经痛与神经根型颈椎病相近。由此可见，古人对筋的论述近似于现代的肌腱，并包括了一部分周围神经组织的功能，从而把它当作人体的肢体运动的动力之源，而凡是肢体运动功能障碍或丧失的病变，都责之于筋。如《素问·痹论》说：“痹……在于筋，则屈不伸。”《灵枢·经筋》：“经筋之病，寒则反折筋急，热则筋弛纵不收，阴痿不用。”《素问·刺节论》说：“病在筋，筋挛节痛，不可以行，名曰筋痹。”《素问·痿论》说：“阳明虚，则宗筋纵，带脉不引，故足痿不用也。”可见，筋的作用在当时即已经受到了相当的重视。

二、经络学说对中国脊柱推拿的影响

经络学说是古人在长期医疗实践中通过观察体表部位的改变和内脏病变的内在联系，在整体观念指导下而归纳总结出来的，反过来又对中医治疗学起指导作用。由于在脊柱推拿治疗内科疾病时，背俞穴是主要的施术部位之一，经络学说的完善使脊柱推拿确立了正确的治疗原则和系统的治疗手段。经络学说的出现年代并不清楚，但有关于经络循行的描述则最早见于《足臂十一脉灸经》和《阴阳十一脉灸经》，到了《内经》之时又增加了穴位的论述，并发展成了十二经、奇经八脉等内容。经络学说使分布于体表的经穴与内脏的功能联系起来，由于脊柱周围有足太阳膀胱和督脉两条经脉循行，人体背部分布着丰富的穴位，所以针对脊柱的推拿疗法有着特别的治疗意义。在《素问·缪刺论》中说：“邪客于足太阳之外络，令人拘挛背急，引胁而痛，……刺之旁三，立已。”到了三国时期，华佗采用下病上取的原则，选用《内经》中所载的夹脊穴来治疗“两足躄不能行”，取得了非常好的疗效，后世称之为“华陀夹脊穴”，直至今日，“华陀夹脊穴”还在临床上被应用并成为内科疾病脊柱推拿的主要治疗部位之一。

三、整体观念对中国脊柱推拿的影响

古代对于脊柱的认识是和五脏六腑以及体内组织器官紧密相连的。在背部，脊柱通过各

背俞穴与五脏相联系，内脏的病变会反应到背部体表的筋、骨、关节，而通过对背部的推拿治疗，也可以促进内脏疾病的痊愈。与脊柱关系最为密切的内脏是肾。如《素问·脉要精微论》："腰者，肾之府，转摇不能，肾将惫矣。"（24 页）指出腰也受到肾精的滋养，肾通过产生骨髓来滋养腰府，如果肾主生髓的功能减弱，则腰椎就要受到影响，甚至产生病变，如《素问·痿论》中认为："肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。"《素问·刺要论》"肾动则冬病胀腰痛"，说明了肾病会影响到腰脊的生理状况。《灵枢·本藏》则曰："肾大则善病腰痛，不可以俯仰，易伤以邪；肾高则苦背脊痛，不可以俯仰；肾下则腰尻痛，不可以俯仰，为狐疝。肾偏倾则苦腰尻痛也。"说明肾的大小位置可致腰的病痛。《素问·生气通天论》说："因而强力，肾气乃伤，高骨乃坏。"（王冰注：高骨谓腰高之骨也）表明了各种损伤会同时伤及肾和腰椎。从以上论述可以看出，《内经》中肾主骨的概念建立了肾与腰两者之间的关系，表明脊柱的生理病理状况早在先秦时期就已得到了充分的认识，自汉代以后，肾主骨的理论也指导了对于骨折、筋骨痹、腰痛和骨疽等脊柱相关疾病的诊断和治疗。

中国古代对于脊柱的认识，从《内经》以来，以朴素的唯物观为基础，在长期的医疗实践中，积累了丰富的经验，并以此指导着数千年脊柱推拿的发展，这种朴素的唯物观在限制了中医脊柱伤科切开复位疗法发展的同时，也大大促进了脊柱闭合整复疗法的发展，使脊柱推拿治疗在中医学整体观念和辩证论治的思想指导下成为中医外治法的一个重要组成部分。

第二节　中国脊柱推拿手法的起源和发展

一、中国脊柱推拿手法的起源（夏、商、周）

在远古时代，我们的祖先在与恶劣的自然环境中，非常容易受到创伤和疾病的困扰，对仰韶文化时期的考古可见，原始人的遗骨中就有脊椎变异、脊椎结核、脊椎骨质增生等病变。在这种状况下，人类为了求得自身的健康，就必须摸索医治创伤的方法，由于推拿的直观性和方便的操作，很容易为人们所接受和熟识。《史记·扁鹊仓公列传》中就记载了黄帝时代一位名为俞拊的医生治病的方法是用按摩、导引和砭石："臣闻上古之时，医有俞拊，治病不以汤液醪酒，鑱石挢引，案抗毒熨。"其中挢引即指导引，案抗指按摩之法，毒熨则是指在毒病之处熨贴药物，可见早在新石器时代，人们就开始应用按摩、导引来治疗疾病。在长期的医疗实践中积累了诸多的经验，同时也为后期整个中国脊柱推拿理论的形成奠定了基础。

二、中国脊柱推拿理论基础的形成（春秋、战国、秦、汉）

战国、秦、汉时期是中医学基础理论的形成时期，由于思想文化的开放，诸子百家争鸣，阴阳五行学说、辩证论治和整体观念的确立标志着中医学理论体系的完善，关于脊柱推拿的论述也最早见于这一时期，摩法和按法在脊柱推拿中广泛应用，其代表性著作为《引书》、《五十二病方》和《内经》。1984 年出土的汉简《引书》是临床上最早介绍脊柱推拿手法的古籍，其中记载有治疗落枕（急性斜颈）的仰卧位颈椎拔伸法，治疗肠澼（痢疾）的腰部踩踏法和腰部后伸扳法、治疗喉痹的颈椎后伸扳法等。在 1973 年出土的长沙马王堆医书中，有《五十二病方》、《导引图》、《养生方》等著作。《五十二病方》中论述的按摩手法包括："安（按）、靡（摩）、蚤挈

(契)、中指畜(搔)、括(刮)、捺(抚)、靡(磨)、摹、捏。"等以及通过药物介质操作的摩脂和用工具操作的筑冲、羽靡等等,其所涉及疾病涉及到伤科、外科、小儿科、妇科十七种以上。《导引图》则以图示的方式明确表明引颈(治疗颈项疼痛)、引痹(治疗腰背关节痛)的内容,从这些图样中,可以看出当时人们已开始应用锻炼腰背肌和活动关节的方法来辅助腰痛和关节痹痛的治疗;《养生方》是以养生方药为主要内容的一部书,其于按摩学有关的内容主要集中药巾一节之中,通过以药巾按摩身体而达到养生和疗疾的目的;《内经》中对于按摩的论述共有四十余处,《内经》之中记录了用按、摩、循、抓等手法治疗太阳经痿、痹等症,并被作为一种治疗寒热的辅助方法,主要介绍了按摩止痛、活血、舒筋、通络、镇静、退热等作用。其中,有关脊柱推拿的部分在本书之中也有详细的论述。按、摩法是文献所载的最早的脊柱推拿手法,后代脊柱推拿手法的多样化发展则都是源于按摩法。对于骨伤科疾病的治疗,按摩法既可以治疗痹痛,也是当时治疗骨折脱位和伤筋的主要手法,还被用于急救,对此《汉书》中有如下记录:"武引佩刀自刺,卫律惊自抱持武驰召医,凿地为坎,置煴火,覆武其上,蹈其背以出血,武气绝半日,复息。"可见当时脊柱推拿在伤科中的地位,惟其具体方法的文献记载尚待进一步发掘。综上所述,在战国、秦、汉时期,中医学基础理论的完善给了脊柱推拿打下了坚实的基础,脊柱推拿得到了一定发展,此时,按摩在中医外治法中占有相当的地位,被广泛应用于痹证、腰痛等各种内科和伤科疾病。在治疗中,它始终贯彻了中医整体观念的思想,结合脏腑经络学说和解剖生理知识,给中医脊柱推拿治疗学的确立奠定了基础,也成为自战国二千多年来中医外治法的一个重要组成部分。

三、中国脊柱推拿治疗内容的拓展和丰富(魏、晋、隋唐)

在魏、晋、隋唐时期,脊柱推拿的概念被进一步丰富,治疗手法被扩充,治疗范围有所拓展,诸多医家纷纷著书立说,由于战乱不绝,骨伤科有了长足的进步,脊柱推拿在这一时期的最大收获就是整复手法的出现和成熟,这一时期对脊柱推拿作出重要的贡献的医家有葛洪、蔺道人等,其他如巢元方、王焘、孙思邈等人也都在其著作中对脊柱推拿的发展作出了一定的贡献。如晋代葛洪在《肘后备急方》中提出了脊柱推拿疗法用以治疗小儿疳积和成人因先天不足、后天失调所致的体弱多病、易感易传的虚证,并首次详细介绍了其部位、方法;隋代巢元方的《诸病源候论》全面系统的论述了痹症和腰痛病诸候,并在其后提出了多种导引按摩的补养宣导方来治疗,开辟了脊柱自我推拿保健治疗的先河;面后孙思邈的《备急千金要方》在伤科诊断和治疗方面辑录了葛洪《肘后备急方》的内容,但在治疗方法中又特别加入了孙氏自己经验和当时流传的自我保健按摩方法,如《养性·按摩法》一篇中介绍了天竺国按摩法与老子按摩法,详细论述了自我保健按摩的操作方法与功效;唐代王焘等人编撰的《外台秘要》详细记载了以按脊加拔罐治疗"痨瘵"的过程;到了唐代,正骨推拿手法开始出现在脊柱推拿之中。这一时期的代表著作为蔺道人的《仙授理伤续断秘方》,据说书原序记载蔺道人在唐会昌年间(公元 841～846 年)时已年"百四五十岁"故据此推断蔺道人应生活于公元 700～845 年之间,《仙授理伤续断秘方》在唐、宋、元的正史之中均未出现,现行版本是据洪武(明太祖朱元璋年号,即公元 1368～1398 年)刻本排印。在后世的正骨科著作中,有很多方药、手法等都是源于此书。《仙授理伤续断秘方》首次将推拿与正骨手法紧密结合起来,提出了正骨推拿的概念。《仙授理伤续断秘方》全书分为三节:首论"医治整理补接次第口诀",次论"方论",后论"又治伤损方论",其内容涉及全身各部位损伤及后遗症的诊断、治疗和方药。《仙授理伤续断秘方》

的学术思想源于《内经》和《难经》，以气血学说为立论依据，继承了葛洪、《千金要方》和《外台秘要》等伤科方面的成就；将整复手法作为治疗脊柱损伤的主要手段，其所提出的整复手法有“相度”、“忖度”、“拔伸”、“撙捺”和“捺正”。如“凡认损处，只要揣模；骨头平正不平正便可见。凡左右损处，只相度骨缝，仔细捻捺，忖度便知大概。”即是用揣、摸、捻捺的手法，来“忖度”伤损情况；而后则有“凡拔伸，且要相度左右骨如何出，有正拔伸者，有斜拔伸者。若骨出向左，则向右边拔入；骨向右出，则向左拔入”。根据损伤的方向来决定正或斜向的整复，并且，阚氏还指出行此方法时，应根据不同情况来决定手法的力量和位置，“凡拔伸，或用一人，或用二人、三人，看难易如何”。“拔伸，当相近本骨节损处，不可别去一节骨上”。而与拔伸法相配合的“撙捺”是一种挤压类手法，在拔伸后应用，如“拔伸不入，撙捺相近，要骨头归旧，要撙捺皮将就入骨”。用力收入骨后，再行“捺正”或称“捻捺”如“相度骨缝，仔细捻捺”。而在上述手法之后，需要用按法、摩法以及被动活动的方法，如“凡捺正，要时时转动使活”以及“善系缚，按摩导引”来“令血气复也”。阚氏的《仙授理伤续断秘方》一书首次提出了正骨推拿的概念，成为现代脊柱推拿手法的依据和基础，而其整复和活动相结合的治疗观点，也成为了后世一千多年脊柱手法整复治疗的原则和准绳，至今还有着重要的临床价值和意义。

四、中国脊柱推拿的发展和进步（宋、辽、金、元）

这一时期是中国临床医学迅速成长的时期，如宋朝的科技发展、金元时期各医家的学术争鸣，都促进了医学理论的发展，而且由于这一时期，各民族来华，尤其是元代时吸收阿拉伯来的“回回医”，使中国医学有了与其他国家民族医学交流的机会，也促进了自身的发展。这一时期脊柱推拿最主要著作当属危亦林的《世医得效方》，其书共20卷，按元代十三科分类，刊于至正五年，即1345年，此书方药多属转载古方，但在伤科方面却多有创新，成为此书的主要成就。尤其是宋元时期治伤科的方书甚多，谈及外治手法的则少有所见，所以明方贤在《奇效良方·卷五十六》中言道：“正骨兼金镞科，惟危氏言其整顿手法”。《世医得效方》在继承《仙授理伤续断秘方》的学术思想基础上，在脊柱整复手法上有了自己独特的创新。《世医得效方》书中除运用阚道人五种正骨推拿手法之外，还独创了用悬吊牵引复位的方法，用于髋关节和脊柱的骨折脱位，对于脊椎骨折，危氏认为单纯用手法整复是不可能的，故而必需采用悬吊的方式以达“坠下身直”，只有脊柱处于过伸位时才能复位，他所采用的“未直则未归窠”的过伸复位原理在我国甚至世界医学史上都是一个创举；而与此同一时代的另外两部著作《永类钤方》和《回回药方》，虽无世医得效方的影响之大，但两部著作中则分别对于脊柱损伤的手法复位做了详细介绍。它们之间的对比见于表1～1。从表可以看出，《永类钤方》和《回回药方》中的整复方法是基本相同的，都是牵引下施用手法；而危氏认为脊椎骨折是由于挫伤，也即间接暴力引起。这种间接暴力的结果往往造成脊椎压缩性骨折，故强调不能用手法，与现代医学理论较为符合，这种方法减少了因施用手法不当而造成脊神经损伤。当时其他有影响的著作如《太平圣惠方》和《圣济总录》，都是由宋太医局组织编著的综合性医著。《太平圣惠方》成书于公元992年，书中以方药为主，对于脊柱推拿的贡献在于在脊柱推拿手法治疗之中引人一些推拿介质，《太平圣惠方》不但将各种腰痛加以详细分类，针对不同病机治疗，而且介绍了四种摩腰膏的成分、治法与功用；《圣济总录》成书于北宋末年（约公元1111～1117年），体例与《太平圣惠方》类似但论述更详细，在“折伤门”中强调了伤科复位的重要性，同时它在《内经》的基础上，对于推拿理论进行了完整的总结和归纳，探讨了按摩手法的机理和适应证，还提出了按

摩相关手法的禁用证。元朱丹溪又在此基础上拓展了药摩治疗脊柱疾病的内容。以上各位医家和著作，都在不同程度上丰富了脊柱推拿的理论和经验。

表 1-1　三部著作中有关脊柱损伤复位手法的比较

著作	《世医得效方》	《永类钤方》	《回回药方》
手法	悬吊过伸	拔伸加按压	拔伸加按压
操作	“凡锉脊骨，不可用手整顿，须用软绳从脚吊起，坠下身直，其骨使自归窠，未直则未归窠，须要坠下，待其骨直归窠。”见 900 页	“凡腰骨折断，先用门扇一片放地上，一头斜高些，令患人俯卧，以手伸上，攀住其门，下用三人拽伸，医者以手按损处三时久。”见 80 页	“用一张床，使病人俯卧，将棉布十字缠胸上，又在膝上复缠至腰间，用力扯，医人以脚踏出骨节上，用力擀入本处。”见 120 页

五、中国脊柱推拿的成熟（明、清）

至明清及民国时期，脊柱推拿得到迅速发展，脊柱推拿的多种治疗形式发展到明、清时代都趋于成熟，如点穴推拿、一指禅推拿、内功推拿、药摩推拿，使脊柱推拿在多个不同方面得到发展和丰富。这一时期最重要的一点就是小儿脊柱推拿理论和脊柱正骨推拿方面的逐步完善。明初，太医院分为十三科，其中包括“接骨”科，隆庆五年（公元 1571 年）年更名为“正体科”（正骨科），主要治疗骨折脱位及跌打损伤，故后称“伤科”。这一时期，手法整复技术迅速提高，积累了宝贵经验。公元 1742 年，清吴谦等人编辑了《医宗金鉴》一书，其《正骨心法要旨》一篇包括“手法总论”、“释义”和“器具总论”等，载有骨折复位及固定器材图，并总结出摸、接、端、提、按摩、推拿的“正骨八法”等整复方法，起到了集大成的作用，《医宗金鉴》对于脊柱疾患的推拿手法及器械治疗都有了一个较为全面的论述。如其在《正骨心法要旨·外治法手法总论》中（2281～2282 页）说：“夫手法者，谓以两手安置所伤之筋骨，使仍复于旧也。但伤有重轻，而手法各有所宜，……随心转，法从手出，或拽之离而复合，或推之就而复位，或正其斜，或完其阙，则骨之截断、碎断、斜断，筋之弛、纵、卷、挛、翻、转、离、合，虽在肉里，以手扪之，自悉其情，法之所施，使患者不知其苦，方称为手法也。”在手法释义中，则总结了摸、接、端、提、按摩、推拿八法，确立了脊柱正骨推拿的治疗原则和治疗方法。如摸法：“摸者，用手细细摸其所伤之处，或骨断、骨碎、骨歪、骨整、骨软、骨硬、筋强、筋柔、筋歪、筋正、筋断、筋走、筋粗、筋翻、筋寒、筋热，以及表里虚实，并所患之新旧也。先摸其或为跌扑，或为错闪，或为打撞，然后依法治之”；接法：“接者，谓使已断之骨，合拢一处，复归于旧也。凡骨之跌伤错落，或断而两分，或折而陷下，或碎面散乱，或岐而旁突，相其形势，徐徐接之，使断者复续，陷者复起，碎者复完，突者复平。或用手法，或用器具，或手法、器具分先后而兼用之，是在医者之通达也”；端法：“端者，两手或一的擒定应端之处，酌其重轻，或从下往上端，或从外向内托，或直端、斜端也。盖骨离其位，必以手法端之，则不待旷日持久，而骨缝即合，仍须不偏不倚，庶愈后无长短不齐之患”；提法：“提者，谓陷下之骨，提出如旧也。其法非一，有用两手提者，有用绳帛系高处提者，有提后用器具辅之不致仍陷者，必量所伤之轻重浅深，然后施治”；按摩法：“按者，谓

以手法往下抑之也。摩者,谓徐徐揉摩之也。此法盖为皮肤筋肉受伤,但肿硬麻木,而骨未断折者设也。或因跌扑闪失,以致骨缝开错,气血郁滞,为肿为痛,宜用按摩法,按其经络,以通郁闭之气;摩其壅聚,以散瘀结之肿,其患可愈";推拿法:"推者,谓以手推之,使还旧处也。拿者,或两手一手捏定患处,酌其宜轻宜重,缓缓焉以复其位也。若肿痛已除,伤痕已愈,其或有筋急而转摇不利,或有筋纵而运动不甚自如,又或有骨节间微有错落不合缝者,是伤虽平,而气血之流行未畅,不宜接、整、端、提等法,惟宜推拿,以通以络气血也。盖人身之经穴,有大经细络之分,一推一拿,视其虚实酌而用之,则有宣通补泻之法,所以患者无不愈也。"(2282 页)同时又提出了两种脊柱正骨推拿的器具,如《医宗金鉴·正骨心法要旨》中用通木治疗"脊背跌打损伤,伛偻难仰者",用腰柱治疗"腰间闪挫岔气,腰节骨被伤错损筋斜伛偻者"。又云:"若脊筋陇起,骨缝必错,则成伛偻之形。当先揉筋令其和软,再按其骨,徐徐合缝,背膂始直。"振梃用于:"凡头被伤,而骨未碎筋未断,虽瘀聚肿痛者,皆为可治。先以手法端提颈、项、筋骨,再以振梃轻轻拍击足心,令五脏之气上下宣通,瘀血开散,则不奔心,亦不呕呃,而心神安矣。"腰柱用于"凡腰间闪挫岔气者,以常法治之。若腰节骨被伤错笋,膂肉破裂,筋斜伛偻者,用醋调定痛散,敷于腰柱上,视患处将柱排列于脊骨两旁,务令端正"(2283 ~ 2284 页);《伤科汇纂》是清朝胡廷光 1815 年编辑而或,是胡氏"遵御制金鉴(即医宗金鉴)正骨要旨四卷为经,以诸子百家为纬,博搜伤科诸要,更参以家传之法,汇辑成编。计续辑诸伤四十四门,附增单方一千有奇,类分六集,卷为十二"(自序),其中所辑录《陈氏秘传》、《可法良规》以及胡氏自己的整复技术,较此前的《正骨心法要旨》在脊柱推拿方面有较大的提高。在手法与器具篇中,此书主要源引《医宗金鉴》;伤科证治,则悉考薛氏《正体类要》,并灵素经旨。此书最为突出的贡献是十四幅手法复位图,其中三幅图为脊柱推拿手法(图 1 - 1 ~ 图 1 - 3)。

图 1 - 1　整背骨突出用手提法

图 1 - 2　治颈骨缩进用汗巾提法

另外，1807 年日本人二宫献彦著《中国接骨图说》，此书总结了十八世纪中国骨科的主要经验。全书列“接骨总论”、“正骨图解”和“经验接骨方”。“接骨总论”中有：检骨、脉证治法、十不治症、敷药法、药熨法、熨斗烙法、镘熨法、振挺法、腰柱法、杉篱法、裹帘法；“正骨图解”中绘有十五母法、三十六子法的骨折整复图及其说明。其中三幅为脊柱推拿手法（图 1－4、图 1－5）。这一时期对于脊柱保健推拿、药摩治疗的论述也较多见，如清陈士铎在其著作《石室秘录》中记载了脊柱推拿治疗颈项强痛的方法：“颈项强直，乃风也，以一人抱住下身，以一人手拳而摇之，至数千下放手，深按其风门之穴，久之，则其中酸痛乃止。七次而后已，一日而痊。”其他如明朱木肃的《普济方》（1406 年）、方贤的《奇效良方》（1470 年）、陈实功的《外科正宗》（1617 年）、清祁坤的《外科大成》（1665 年）、钱秀昌的《伤科补要》（1818

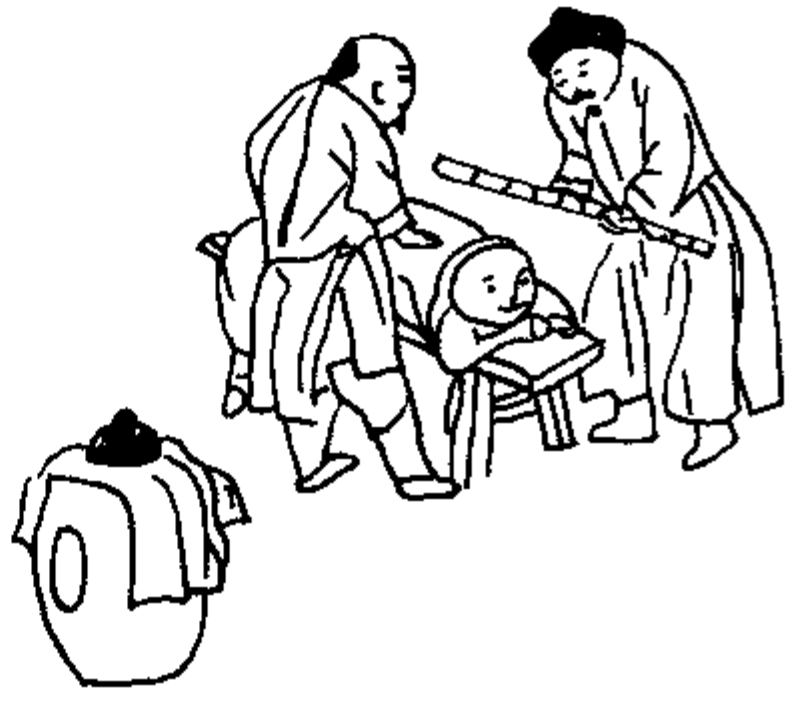
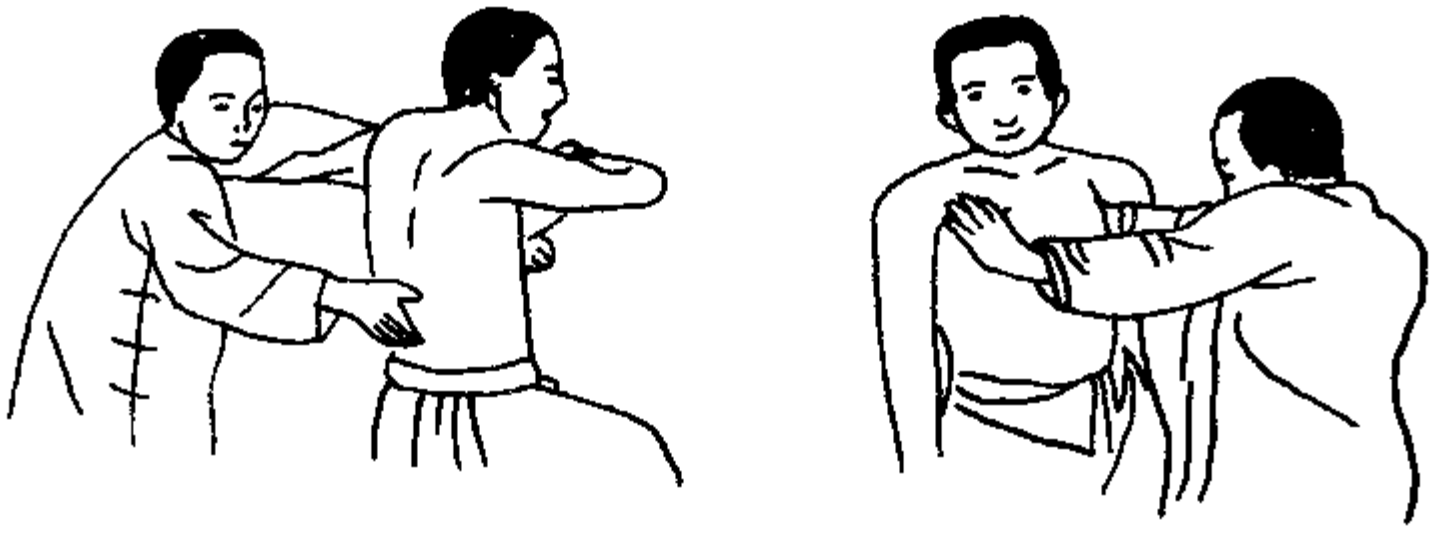
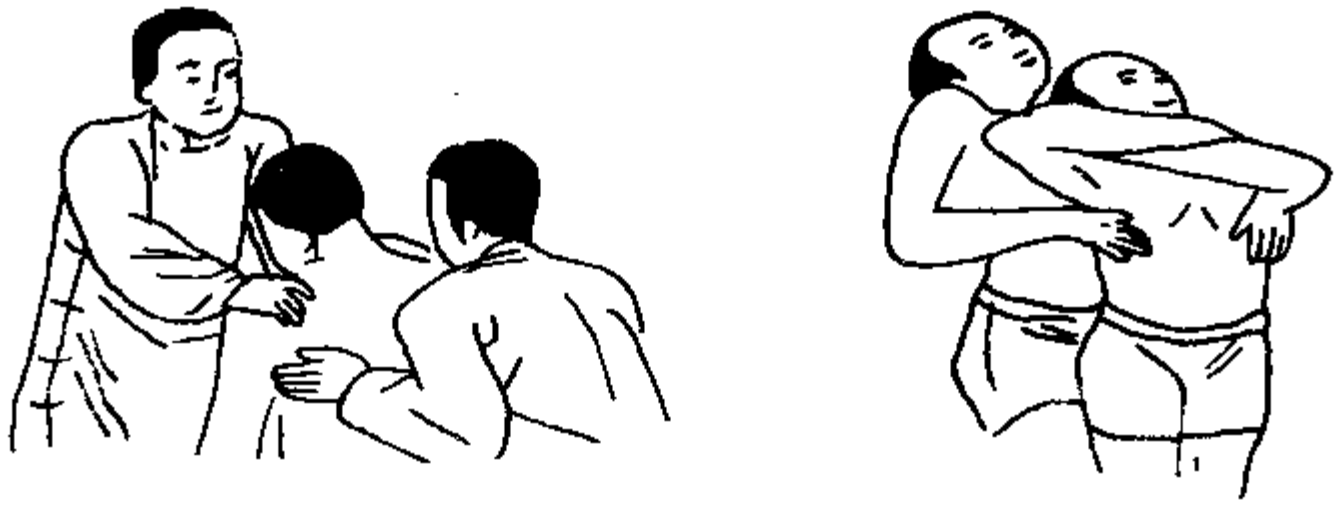


图 1－3　整腰骨陷入用枕缸法



① 四廓风治胸胁损伤的母法图　　② 子法之一图



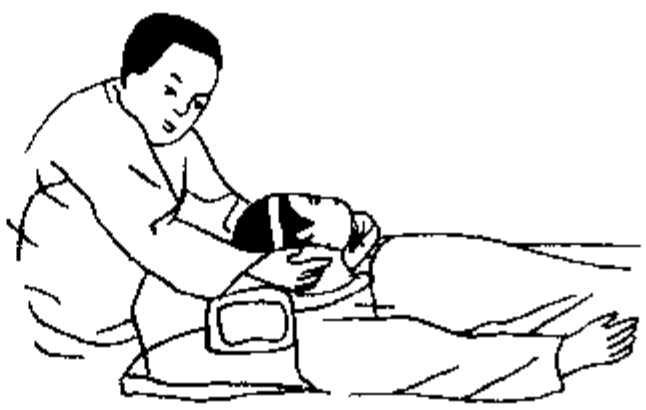
③ 子法之二图　　④ 子法之三图

图 1－4

1 熊顾法整复颈椎损伤之母法

2 子法之一图

3 子法之二图



4 子法之三图

图 1-5

年)都有论述伤科的理论和临床经验等内容。另一方面,在明、清两代数百年的时间,小儿推拿得到迅速发展。这一期间的著作包括龚廷贤的《小儿推拿秘旨》(1604 年)、周于蕃的《小儿推拿秘诀》(1605 年)、熊应雄的《小儿推拿广意》(1676 年)、张振均的《厘正按摩要术》(1899 年)、骆如龙的《幼科推拿秘书》(1784)、夏云集的《保赤推拿法》(1885 年)、周松龄的《小儿推拿辑要》(1843 年)都对小儿推拿的发展做出了一定的贡献。

清末民初这段时期,虽然民间推拿盛行,但出于西方医学的传入、影响和壮大,加之在中国历史上推拿一直被中医同行视为"医家小道",而倍受歧视和冷落。因而在官方的医疗机构尚未延续明初的做法,未将接骨科单独列出。

六、建国以来的中国脊柱推拿

建国后,脊柱推拿在 20 世纪 70 年代以前发展缓慢,处于继承和应用前人脊柱推拿手法的阶段,也没有将脊柱推拿单独列出,没有基础研究。20 世纪 70 年代以冯天有为代表的脊柱旋转手法的提出,使中国脊柱推拿进入一个新时期。20 世纪 80 年代中国的脊柱推拿在医、教、科及专著出版方面都取得了令人瞩目的成就,推拿流派得到了继承和发扬,脊柱推拿已经成为人们所熟悉的医学术语,进行了大量的与脊柱推拿相关的基础研究和临床研究,脊柱推拿新生

力量不断涌现。进入21世纪，脊柱推拿更是呈现快速发展的态势。

（一）推拿教育的蓬勃发展

建国初期国家将有经验的老中医或按摩有一技之长的人员组织起来，当教员带徒弟，传授按摩技术。20世纪50年代中期，先后在北京、上海、成都等地分别举办了按摩训练班。1958年11月上海成立了三年制的推拿专科学校（后改名为上海中医学院附属推拿学校），由著名的一指禅推拿专家朱春霆任校长，先后招收8届学员，培养500多名推拿专业人才。1960年解放军第七军医大学为全军开设两年制推拿专业班，成都体育学院将按摩列为运动保健系的主课之一，继后在其他一些体育学院也把按摩列为运动保健课的重要内容。1960、1974、1985年上海先后举办三届全国推拿师资培训班。1974年上海中医学院率先开设了针灸推拿、伤科专业，1978年改为针灸推拿专业、1979年设立针灸推拿系，1984年设立推拿系，培养推拿本科生，继而招收硕士研究生，培养高级推拿人材。从此推拿人材的培养，包括中国脊柱推拿手法的学习都转入了国家高等教育的轨道，其后全国许多高等中医院校相继开设了推拿、针灸推拿专业或开设了推拿课程。据《中国中医药年鉴》（1991）统计，全国有13所高等中医院校、23所中医学校或卫校、按摩学校开设推拿或针灸推拿专业。20世纪80年代以来，各地不断举办长期或短期的推拿学习班，亦有留学生来中国学习推拿学，为培养推拿人材做出了贡献。进入20世纪90年代，出版了很多介绍相关中国脊柱推拿手法的专业书籍，各地也不断举行各类长短期学习班及再教育学习班介绍和推广各类或各流派的脊柱推拿手法，其中包括国外的一些脊柱推拿手法。

为了适应和满足推拿发展的需要，促进高等医药院校推拿教育事业的发展，上海中医学院率先编写了专业的推拿学教材，在其中介绍了很多脊柱推拿手法。之后由安徽、南京等8所中医学院组成编委，出版了推拿学的大专系列教材，供推拿专业教学和参考。为了提高教育质量，改进教学方法，各校充分运用现代视听手段，如放映《中医推拿》、《推拿流派手法介绍》等教学片，运用录像、幻灯开展电化教学，在这些教材和学习材料中，都介绍不少的脊柱推拿手法，收到了良好的效果。但是到目前为止尚无一家专门教授脊柱推拿手法的学校（院），很多学生仅是从各个医院的专科或师带徒的形式学习脊柱推拿手法的技艺。

（二）推拿医疗与学术的繁荣

建国以来，全国许多省、市医院先后开设推拿（按摩）科、推拿门诊部，如1958年3月上海成立了推拿专科门诊，同年在上海的青海路创办了推拿门诊部。开始运用一些脊柱推拿手法治疗一些脊柱疾患。新医正骨疗法的出现代表着脊柱推拿进入了一个新的时期。随着全国各地的中医大专院校及附属医院、县以上中医院、中医门诊部、省市一级的中医药研究院、中西医结合医院等相继成立，从事推拿的人数不断增加，推拿事业蒸蒸日上，繁荣昌盛。据《中国中医药年鉴》（1991）记载，1990年全国除台湾未计人外，按摩推拿科共有4 459人，县及县以上按摩推拿科床位数为2 67张，分布于全国各地。为了加强学术交流，活跃学术氛围，促进中医事业的发展，1979年5月在北京成立了“中华全国中医学会”。1979年7月上海中医学院受卫生部委托主办“全国第一次推拿学术交流会”，会上各种流派和不同的学术观点进行了交流、探讨。20世纪80年代以来，各省相继召开推拿学术会议，成立推拿（按摩）学会或推拿专业委员会，组成研究协作组、研究会。如1985年10月在北京召开“中国传统医学手法研究会”成立大会。1984年创办了《推拿医学》季刊，二年后因故停刊。1985年创办《按摩与导引》杂志，为推拿工作者提供了学术交流的园地。1991年上海中医学院、上海中医药研究院成立推拿研

究所，国家中医药管理局决定在上海中医学院附属岳阳医院建立推拿临床医疗中心，同年11月武汉召开首届国际按摩导引学术研讨会。2002年又创刊了《中华推拿疗法杂志》，为推拿同行们提供了新的学术交流园地。

建国以来对明清时期的推拿古籍作了点校、铅印、影印的文献整理工作，使传本稀少的古籍得到广泛的流传。如清代《厘正按摩要术》人民卫生出版社于1955年据述古斋原本出版了影印本，1990年又出版了曲祖贻的点校本。清代《动功按摩秘诀》原来仅见于《济世全书》丛书中，为了便于读者翻阅，1989年中医古籍出版社出版了傅景新校点的单行本。为了满足教学、医疗、科研工作的检索需要，王德深主编了《推拿按摩气功养生题目索引》(1950～1985)。上海中医学院中医文献研究所自1982年起每年编制《国内期刊中医论文分类目录》，能及时了解国内学术动态。据统计，1950～1986年，共发表推拿按摩文献800篇。

推拿著作方面，如冯天有主编的《中西医结合治疗软组织损伤》和俞大方主编的《推拿学》以及骆竟洪主编《中华推拿医学志－手法源流》，汇集了古今31个流派300种推拿手法，填补了国内推拿医学手法这一项目的空白。李义凯主编的《脊柱推拿的基础与临床》(2001年)也填补了脊柱推拿基础研究和基础理论方面的空白。已经出版的由门人后裔整理或名师自著的推拿著述甚多，如李国衡整理的《魏指薪治伤手法与导引》，郑怀贤编著的《伤科按摩术》，即为此类代表作。综合性的著作，如金义成、彭坚编著的《中国推拿》，孙承南主编的《齐鲁推拿医术》，曹仁发主编的《中医推拿学》等。李勇元编著的《推拿意外的预防及处理》，吴文豹著的《颈肩腰腿痛推拿疗法》等。同期出版了多种外国按摩著作的译本。

第三节　中国脊柱推拿手法的分类

中国脊柱推拿手法种类很多，按照其作用部位和作用机理的不同，可分之为松解类和整复类两部分。

一、松解类手法

其作用原理是根据中医脏腑经络学说，刺激相应穴位，调节脏腑功能以治疗疾病，手法以按法、摩法、捏法、揉法等针对经络穴位来操作，经常与导引、药摩、膏摩等方法配合治疗内科儿科疾病。其中，文献中记载较多的包括按摩法和捏脊法。

(一)按摩法

按、摩法是文献所载的最早的脊柱推拿手法，后代脊柱推拿手法的多样化发展则都是源于按摩法。现代按摩法主要见于内功推拿流派之中。《五十二病方·癃病》中记录了以摩法治疗“逢”(癃闭症)的方法：“逢，燔陈刍若陈新，令病者北(背)火灸之，两人为靡(磨)其尻，逢已。”(127页)而其稍后的《内经》则对于脊柱推拿的记载则以按法为主，如《灵枢·刺节真邪第七十五》说：“上寒下热……慰项与肩胛，令热下合乃止，此所谓推而上之者也；大热遍身，狂而妄见、妄闻，视足阳明及大络取之，虚者补之，血而实者泻之，因其偃卧，居其头前，以两手四指挟按颈动脉，久持之，卷而切推，下至缺盆中，而复止如前，热去乃止，此所谓推而散之者也。”(235页)此一法即是用按和推法来祛除热病；又如《灵枢·背腧第五十一》说：“五藏之腧出于背者……皆挟脊相去三寸所……按其处，应在中面痛解。”(175页)记录了用按法止痛；

《素问·举痛论》:"寒气客于背俞之脉,则脉泣,脉泣则血虚,血虚则痛,其俞注于心,故相引而痛。按之则热气至,热气至则痛止矣。"(62 页)用按法祛除寒症;《灵枢·癫狂篇》中:"厥逆,腹胀满,肠鸣,胸满不得息,取之下胸二胁,咳而动手者,与背俞,以手按之,立快者是也。"(103 页)等等。在以后的发展过程中,各代医家又在按、摩法的基础上创造了诸如推、揉、擦等推拿手法,但发展的最为完善的方法莫过于膏摩法,膏摩是一种外用药物和摩法相结合的治疗手段,利用药物来增强推拿手法的功效,始于战国。在《内经》中称作"药熨",在汉代才开始称为"膏摩",而在晋代,葛洪较多的运用了"摩膏"如"丹参膏"、"莽草膏"来与按摩相结合"皆摩傅之",并主张以酒浸或送服来活血,如《肘后备急方·卷四》:"治反腰有血痛方,捣杜仲三升许,和苦酒和涂痛上,干复涂。"(125 页)主要用于治疗痹症。宋代通过膏摩治疗疾病非常普遍,《太平圣惠方》中,不但将各种腰痛加以详细分类,以不同病机治疗,而且介绍了四种摩腰膏的成分、治法与功用如:"治五种腰痛,肾气衰冷,阳惫腰痛,宜用摩腰散方……入少许麝香丸摩腰,须臾即效。"(64 页)又有治疗急性腰痛之摩腰丸:"以腻丸、麝香等十三味药为密丸,……以指研之令细,旋旋以指点摩腰上,候热彻,摩尽为度,便以绵裹肚系之。"(101 页)元朱丹溪又在此基础上拓展了药摩治疗脊柱疾病的内容,如《丹溪治法心要·腰痛第四十三》:"摩腰膏治老人虚人腰痛,并治白带……候药尽粘腰上为度,烘绵衣缚定,腰热如火,间二日用一丸。"(244 页)其所载的摩腰摩在明清时代极为盛行,清徐灵胎在其著作《兰台轨范》中说:"此法(指丹溪的摩腰膏)近有人专用此治形体之病,凡虚损老人,颇有效验,其术甚行。"而至清代吴师机对于推拿治疗则更注重与外治药物的结合,如《理论骈文》曰:"后宫之病,熨脊、摩腰,固之以芙蓉金锁。"即为以膏摩结合手法治疗肾虚腰痛的成功范例。同时该书还强调"运手法于炒熨、煎抹之中,以药力到为候,对于不同疾病,"看症用药"分别进行治疗,如对形体之病,老人虚证用"丹溪摩腰膏"烘热摩腰,小儿急惊证用蜂蜜擦,邪在膀胱经用羌活擦背,疟证则用柴胡擦背等。

(二)捏脊法

捏脊法是利用拇指和食指尖,在患者脊椎两侧使用点捏来进行疗病的一种治疗方法。目前主要应用于儿科,对于成人消化、生殖系统疾患也有较好的疗效。我国民间有拈脊、按脊、拿积、捏积等各种名称。捏脊疗法的治疗对象主要是一周岁到七周岁的儿童。我国用按捏脊椎治病的方法,流传也非常久远。晋代葛洪的《肘后备急方·活卒腹痛方》中,载有:"……拈取其脊骨皮,深取痛引之,从龟尾至顶乃止,未愈更为之。"这说明,我国早在晋代就已掌握利用按捏脊椎的方法来治疗疾病了。唐代的《外台秘要》中则详细记载了以按脊加拔罐治疗成年人"痟瘵"的过程:"以壮大夹屈手头指及中指夹患人脊骨,从大脊向下尽骨极,指腹向上来去十二三回,然去中指于两畔处弹之……数如此角之,至恶物出尽,乃即除。当日明身轻也。"而后明俞弁在其著作《续医说》之《卷九－痘疮虚实·摩脊法》中说:"小儿初见发热,痘疮未出之时,预先用芝麻油醮手研热,按儿背摩数遍,能令轻者不出,重者虽出稀少,此亦古人按摩之法,盖所以散寒水逆流之毒;背为太阳膀胱经也……一小儿惊风发搐,两眼反视,药至中即吐出,……按摩小儿,自额上起,直至背心,两手足心数十遍,仍以薄荷煎汤,渐渐与之饮,逾时,惊搐遂平,热退而愈。"在明清两代,小儿推拿渐成体系,根据明清时期相关的著作,小儿脊柱推拿手法以捏脊为主,还包括按、揉、旋推、擦、掐等。脊背部位的穴位包括大椎、风门、肺俞、腰俞、中枢、七节骨、龟尾、脊柱、青筋缝、剿等 10 个穴位,如《幼科推拿秘书》:"风门穴,在脊骨二节上,……风门,咳嗽揉之,取热。"又说:"七节者,从头骨数第七节也,……七节骨水泻,从龟

尾向上擦如数，立刻即止，若痢疾必先从七节骨往下擦之龟尾，以去肠中热毒，次日方自下而上也。”又如《厘正按摩要术》：“推肺俞，肺俞在第三椎下，两旁相去脊各一寸五分，对乳引绳取之。须蘸葱姜汤左旋推属补，右旋推属泄，但补泄须分四六数用之，治伤寒。”又说：“推骨节，由项下大椎直推至龟尾，须蘸葱姜汤推之，治伤寒骨节疼痛。”

二、整复类手法

整复类手法是依据历代积累的解剖知识的经验来调节矫正脊椎骨关节的位置紊乱，主要通过提拉、旋转、按压等手法来治疗伤科疾病，并经常通过一些外固定器械来辅助治疗并巩固治疗效果。在施行此类手法之前，须了解局部骨关节结构，在施行手法时，则要注重手法的轻、巧、稳、准，注重软组织的保护。如王肯堂在《证治准绳·损伤门》中说：“凡掾，要手法快，便要皮肉相执平整，整拔亦要相度难易，或用三四人，不可轻易。”《医宗金鉴·正骨心法要旨》则指出“但伤有轻重，而手法各有所宜，其痊可之迟速，及遗留残疾与否，皆关于手法之所施得宜，或失其宜，或未尽其法也。法之所施，使患者不知其苦，方称为手法也。”(2281 页)总结历代医书中的手法，应用较多的包括以下几种。

(一)摸法

摸法是临床诊断的主要方法，同时也是治疗时各种复位方法首先应用的步骤，此法首见于蔺道人《仙授理伤续断方》一书，书中所说“忖度便知大概”便是此意，也正如《医宗金鉴》所云“手随心转，法从手出”者，也即我们现在临床所常提及的“手摸心会”之意，此法可以说是整个脊柱推拿整复方法成功与否的前提和保证。

(二)拔伸法

拔伸法有关此法的详细介绍始见于蔺道人，此一方法现代亦十分常用。他说：“凡拔伸，且要相度左右骨如何出，有正拔伸者，有斜拔伸者。若骨出向左，则向右边拔人；骨向右出，则向左拔人。”根据伤损的方向来决定正或斜向的整复，并且蔺氏还指出行此方法时，应根据不同情况来决定手法的力量和位置，“凡拔伸，或用一人，或用二人、三人，看难易如何”“拔伸，当相近本骨节损处，不可别去一节骨上。”危氏则称之为“拽”，由于在脊骨骨折中其不主张应用手法，故危氏将其法用于其他损伤的治疗，如在“脚大腿根出臼”和“手六出臼四折骨”和“脚六出臼四折骨”中都以拽法为主要复位方法。与危氏不同的是，当时的另两部著作《永类钤方》和《回回药方》则采用了拔伸加按压的方法来治疗脊骨骨折。《普济方》中又称“扯拽”“拽伸”，也就是拔伸牵引。清代沈金鳌在《杂病源流犀烛》(1773 年)中亦采纳了危氏的“拽”法，但又加以提到：“若只拽，不用手整，便成瘫疾，……当临时相度，随其伤处，用法整顿归元。”此法以一人或数人之力，作反向牵引，来恢复骨关节正常形态，在《医宗金鉴》之中则把此类方法名为“提法”，“提者，谓陷下之骨，提出如旧也。其法非一，有用两手提者，有用绳帛系高处提者，有提后用器具辅之不致仍陷者，必量所伤之轻重浅深，然后施治”。主要应用于不复杂的颈椎和四肢骨关节伤损。

(三)后伸法

此法主要用于脊柱部位的压缩性骨折的牵引复位，在现代腰部的后伸扳法即与此法原理相同。通过过伸位的维持来缓解周围肌肉的痉挛。此法在历代伤科论著中都有论述，其多为危氏悬吊复位法发展而来，如表 1-2。

从表 1-2 可以看出，上述三法操作各有不同，危氏强调不可用手法，纯粹以自身悬吊牵引

以维持过伸位，后世的《普济方》、《疡医准绳》都推荐危氏此法；《医宗金鉴》中医者“将后腰拿住”以手法助过伸牵引复位，并且“腰下以枕垫垫之”，是在施行过伸复位后维持近伸位的复位法，此点亦是《医宗金鉴》的一大进步，目前在诸多脊柱疾病如腰间盘突出等的推拿治疗过程中，都提倡此法并取得了较好的疗效。其后的《伤科大成》《伤科补要》等伤科论著也基本加以采纳，现代顾氏对此法则专门作了动物实验证实了此法的正确；胡氏在《伤科汇纂》中首次指出腰椎有“突出”和“陷入”两型折损，对于“突出”型胡氏采纳了《医宗金鉴》的方法，对于“陷入”型，胡氏则利用此法使腰椎生理性前凸反向过伸，“如此则鞠曲其腰”，再借助扁担的压力促其复位，可见这种方法是符合人体生理状况的科学的复位方法，现代针对于腰椎疾病的脊柱推拿手法很多都是来源于此法。

表 1－2　历代伤科论著中对复位法的论述

著作	《世医得效方》	《医宗金鉴》	《伤科汇纂》
方法	悬吊过伸	攀索叠砖法	腹部枕缸法
操作	“凡锉脊骨，不可用手整顿，须用软绳从脚吊起，坠下身直，其骨使自归窠，未直则未归窠，须要坠下，待其骨直归窠”	“先令病人以两手攀绳，足踏砖上，将后腰拿住，各抽去砖一个，仍令直身挺胸，如此者三，其足著地，使气舒瘀散，则陷者能起，曲者可直也……但宜仰睡，不可俯卧或侧眠，腰下以枕垫垫之，勿令左右移动”	“夫腰骨脊骨断者，令患者俯卧凳上，再用物置于腹，布带缚其肩胛于凳脑上，又缚其足两腿于凳脚横木，如此则鞠曲其腰，折骨自起而易入窠臼也。又用扁担一根，从背脊趁起时，直压其断骨处，徐徐相接归原”（图 1－3）

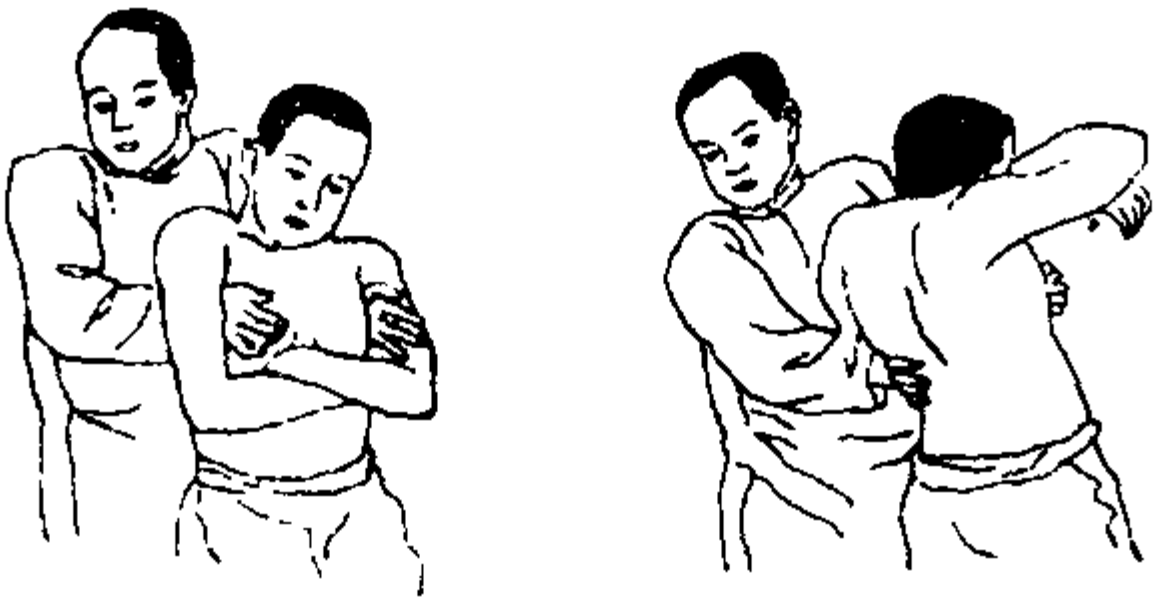
（四）端提法

此法在脊柱多用于颈椎。近代的颈椎斜扳法与其类似。《医宗金鉴》中称：“端者，两手或一的擒定应端之处，酌其重轻，或从下往上端，或从外向内托，或直端、斜端也。盖骨离其位，必以手法端之，则不待旷日持久，而骨缝即合，仍须不偏不倚，庶愈后无长短不齐之患。”此法与拔伸法的区别在于其主要目的是在牵引下进行手法操作。元代李仲南首次记载了类似方法：“凡挫进颈骨，用手巾一条绳一茎，系在枋上垂下来，以手中兜缚颏下，系于后脑杀缚接绳头，却以瓦罂一个五六寸高，看挫入浅深，斟酌高低，令患人端正坐于其罂上，此一方法在令伸脚坐定，医用手采捺平正，说话不觉，以脚一踢去罂子。如在左用手左边缀出，在右边右边缀出。又一法，令患人卧床上，以人挤其头，双足踏两肩即出。”此法是根据颈椎的解剖生理特点，利用身体重力与布兜的拉力做对抗牵引以得以复位，这是一种快速复位法，后世的许多脊柱推拿手法与此法类似，但必须指出，这种方法针对颈椎的骨折脱位则存在相当程度的危险性，目前临床常用的颈椎的旋转扳法也仍存在这方面的问题。面后《普济方·折作门》也转载了此法。并又提出另一种“牵头推肩”法，方法是让伤员仰卧床上，医者坐子伤员头部上方，双足踏住病人双肩，用手牵摇病人头部以复位，此法简便易行，且危险性要小得多，后世运用此法者颇多，如赵廷海的《救伤秘旨》（1851 年）中记载“夫头颈从高坠下者，先用消风散，或住痛散，加痹药昏昏散服之。令患人仰卧，用绢带兜其下颏，直上头顶，再将头发解伸，同绢带奴作一把，令其头睡得平正，医者坐于地下，伸直两脚，踏患人肩上，用力徐徐拔伸，归原合好”。胡氏则将其

法改良为“汗巾提法”，即用布兜将病人自下颏及脑后固定，系于医者颈项，医者用双足踏病人双肩以牵引，同时双手施用手法治疗。而后钱秀昌的《伤科补要》(1818 年)脱下颏一篇里首次记录了失颏的病因和治疗方法：“夫人之颈，赖气血充养，寒则筋挛，热则筋纵，筋失营养，伸舒不便。感冒风寒，以患失颈，头不能转，使患人低坐，用按摩法频频揉摩，一手按其头，一手扳其下颏，缓缓伸舒，令其正直。”其后赵濂的《伤科大成》(1875 年)、徐瑛的《接骨全书》(1883 年)基本引用了此法。

(五)捺正法

此法主要应用于脊柱的小关节紊乱等症，此一病名在现代以前的文献中尚无此叫法，其相关的叫法在《医宗金鉴》多称为“错缝”，如“盖骨离其位，必以手法端之，则不待旷日持久，而骨缝即合，仍须不偏不倚，庶愈后无长短不齐之患”。又如“或因跌扑闪失，以致骨缝开错，气血郁滞，为肿为痛，宜用按摩法，按其经络，以通郁闭之气；摩其壅聚，以散瘀结之肿，其患可愈”。“其或有筋急而转摇不利，或有筋纵而运动不甚自如，又或有骨节间微有错落不合缝者，是伤虽平，而气血之流行未畅，不宜接、整、端、提等法，惟宜推拿，以通以络气血也”。又云：“若脊筋陇起，骨缝必错，则成伛偻之形。当先揉筋令其和软，再按其骨，徐徐合缝，背膂始直。”以上介绍使用了端、按摩、推拿等法治疗筋骨错缝的方法，而谈及具体手法则在《正骨心法要旨·腰骨篇》中：“若跌打损伤，瘀聚凝结，身必俯卧，若欲仰卧、侧卧皆不能也，疼痛难忍，腰筋僵硬，宜手法将两旁脊筋向内归附膂骨，治者立于高处将病人两手高举，则脊筋全舒，再令病人仰面昂胸，则膂骨正而患除矣。”其后的中国接骨图说则绘制“鹤跨法”母、子二图(图 1-6)，以上方法与目前治疗胸椎小关节错位及胸胁屏伤的方法相符合。



①鹤跨法治疗胸椎小关节错缝之母法　　②子法

图 1-6　“鹤跨法”母、子图

第四节　对中国脊柱推拿未来发展的展望

长期以来，中国脊柱推拿在中医治疗学中占有重要地位，有着丰富的临床实践经验，然而，由于中医学发展史上的重内轻外的特点以及缺少足够的学术交流，中国脊柱推拿的理论体系一直没有得到系统的整理和提高。当今社会，由于科学的进步和信息时代的到来，传统医学、现代医学和其他学科之间进行了大量广泛的接触和交流，这就给脊柱推拿的发展提供了新的契机。国家自然科学基金委员会在其所作的自然科学发展战略报告中指出："基础科学研究，是科学技术应用开发的源泉和先导。"我们只有吸取国内外医学的科学理论，尤其是基础研究的先进戴果，来弥补中医脊柱推拿在这方面的不足，才能够完善脊柱推拿的理论体系；而在充分考虑中、西医治病（包括中、西药等），在原理、方法和标准上的根本性差别后在治疗中建立量化、规范化的指标，建立中医自主、独立的标准化体系，找到有效的方法来规范和评价脊柱推拿的疗效，也是脊柱推拿发展的一个关键之处，将促进脊柱推拿治疗水平的提高。

参 考 文 献

1　清，吴谦. 医宗金鉴[M]. 第 2 版. 北京：人民卫生出版社，1973：2281－2323

2　周一谋. 马王堆医书考注[M]. 天津：天津科学技术出版社，1988：16－17

3　西安半坡博物馆. 陕西谓南史家新石器时代遗址[J]. 考古，1978；1：41

4　周信文. 推拿手法学[M]. 上海：上海科学技术出版社，2000：6

5　晋，葛洪. 葛洪肘后备急方[M]. 卷一. 北京：人民卫生出版社，1963：21

6　隋，巢元方. 诸病源候论[M]. . 北京：人民卫生出版社，1955：111

7　唐，孙思邈. 备急千金要方[M]. 北京：人民卫生出版社，1955：112

8　唐，王焘. 外台秘要[M]. 北京：人民卫生出版社，1955：112－113

9　唐，阎道人. 仙授理伤续断秘方[M]. 北京：人民卫生出版社，1957：114

10　宋大仁. 中国和阿拉伯的医药交流[J]. 历史研究，1959；1：24－26

11　元，危亦林. 世医得效方[M]. 上海：上海科学技术出版社，1964：168

12　明，方贤. 奇效良方[M]. 北京：商务印书馆，1959：244

13　丁福保，李永南. 四部总录. 医药编[M]. 北京：商务印书馆，1955：236

14　单文钵，丁继华. 中国骨伤科荟萃[M]. 北京：中医古籍出版社，1986：120

15　宋，王怀隐. 太平圣惠方[M]. 北京：人民卫生出版社，1958：167

16　宋，太医院. 圣济总录[M]. 北京：人民卫生出版社，1962：167

17　日，二宫献彦可. 中国接骨图说[M]. 北京：人民卫生出版社，1955：244

18　清，蒋廷锡，陈士铎. 古今图书集成医部全录[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：186

19　明，朱橚，普济方[M]. 北京：人民卫生出版社，1959：236

20　清，陈实功，外科正宗[M]. 北京：人民卫生出版社影印版，1956：244

21　清，祁坤. 外科大成[M]. 上海：上海科学技术出版社，1958：244

22　清，钱秀昌，伤科补要[M]. 上海：上海科学技术出版社，1959：240

23　清，徐灵胎. 兰台规范[M]. 上海：上海卫生出版社，1957：336－337

24　清，吴尚先. 理论骈文[M]. 北京：中国中医药出版社，1995：11

25 明,俞弁.续医说[M].北京:中医古籍出版社,1985:255
26 清,骆如龙.幼科推拿秘书[M].上海:上海卫生出版社,1957:19
27 清,张振均.厘正按摩要术[M].上海:上海卫生出版社,1958:35-44
28 明,王肯堂.证治准绳[M].上海:上海卫生出版社,1958:237
29 清,沈金鳌.杂病源流犀烛[M].北京:人民卫生出版社,1985:42-27
30 顾云五.中医"攀索叠砖"复位法机理的动物实验观察[J].中华外科杂志,1978;16(3):23-24
31 清,赵廷海.中国骨伤科荟萃[M].北京:中国古籍出版社,1986:287
32 清,钱秀昌.伤科补要[M].上海:上海卫生出版社,1958:103
33 冯天有.中西医结合治疗软组织损伤[M].北京:人民卫生出版社,1977:254
34 俞大方.推拿学[M].上海:上海科学技术出版社,1985:56-71
35 清,胡廷光.伤科汇纂[M].北京:人民卫生出版社,1962:8

(裴希佳　詹红生　李义凯)

第二章　中国脊柱推拿的现状

【摘要】 从目前来看，中医基础理论在指导脊柱推拿手法实施上的作用越来越小。但中国脊柱推拿的现代基础理论还没有构建起来，手法的实施和治疗机制缺少令人信服的依据。一些称呼的不确定性和随意性给人一种是是而非、科学性不强的感觉。虽然脊柱推拿疗法在临床上有效，甚至是速效，但由于缺乏令人信服的理论依据，往往使得我们的解释显得苍白无力，这是本学科的致命缺陷。中国脊柱推拿手法的基本要求就是其可控性。所谓的可控性就是对所要推拿节段的可控性、被推拿脊柱被动运动幅度的可控性以及脊柱推拿力量的可控性。包括对脊柱推拿手法作用机制的正确认识，这些都是中国脊柱推拿所要研究的内容。

第一节　中国脊柱推拿的国内现状

由于中国的脊柱推拿手法疗法对某些疾病的治疗可起到立竿见影的效果，并不属于所谓的边缘疗法。因此广泛应用于临床各科，但主要被伤科、正骨科、推拿科、康复科和中医等科室所使用。治疗范围由以往单纯治疗与脊柱相关的肌肉、筋膜、骨骼和关节疾病，逐步扩展到其他疾病。中国脊柱推拿手法中操作难度最大的是运动关节类手法。对于这类手法的学习，中医院校的学生主要是在全面学习中医课程的基础之上，通过正规的推拿学教材学习而了解和掌握其基本要领和操作，至于熟练程度则需要在日后的医疗实践中进一步强化。西医院校的学生则从不学习这些边缘疗法，但西医院的康复和理疗科室的医生则经常使用这类脊柱推拿手法来治疗患者，对他们而言，获取这些推拿技术的渠道则是各类推拿学习班和从师学习及进修，学成后在临床实践中加以提高。脊柱推拿手法用于调节矫正脊椎骨关节的位置紊乱，即通常所说的复位。操作时主要通过提拉、旋转和按压类等手法来治疗伤科疾病。中国脊柱推拿手法的多样化发展则都是源于中医的按摩法疗法，自然其基础理论也就来源于中医基础理论。但中国脊柱推拿又有别于中医的其他疗法，脊柱推拿是一种动作，要将推拿所产生的作用力施加于被推拿者的脊柱解剖结构上。因此，在进行脊柱推拿治疗时更多考虑的是患者的局部解剖结构，再加上脊柱推拿治疗的对象是脊柱，脊柱推拿手法的设计必须符合人体的解剖学结构规律，故传统按摩手法中的“补”和“泄”对脊柱推拿的影响比较小。

中国脊柱推拿在手法术式与治疗风格上，带有明显的地域和人文特色。因而可操作性就比较低。目前，中国的脊柱推拿尚无自己独立的学术团体，只是分散于各个中医推拿按摩、康复、理疗等学术团体之中。中国古代有关中医的经典书籍至今仍是学习中国脊柱推拿学生们的必读书籍，如《内经》等，20 世纪 70 年代以来影响较大的书籍是冯天有的《中西医结合治疗软组织损伤》，其中明确提出了应用脊柱旋转手法治疗颈椎病和腰椎间盘突出症等与脊柱相关的疾病，以及俞大方主编《推拿学》，作为全国中医院校推拿教材对历来各家脊柱推拿手法

作了一个较系统的总结和处理。从1956年上海开办第一届推拿训练班到1987年中国成立推拿学会，国内外的推拿学术交流逐渐展开，有许多独特的中国脊柱推拿手法得以普及和推广，但至今尚未形成一完整的学术流派，在这方面还有待于进一步的努力。

第二节　中国脊柱推拿的相关基础研究

可能使受到研究条件所限，有关本领域的基础研究内容不是很多，且零乱，研究主要集中在解剖学、生物力学和影像学方面。近年来第一军医大学中医系骨伤科与第一军医大学生物力学实验室应用生物力学和解剖学等研究方法对手法的安全性和作用机制进行了系统的研究，主要是生物力学和解剖学方面，归纳如下。

一、与脊柱推拿相关的生物力学研究

目前，对脊柱生物力学的研究重点在于验证不同手法的力学效应。通过对旋转类脊柱整复手法力学效应的研究，认识到脊柱旋转整复手法能够调整脊椎关节突关节及神经根与其周围组织结构的位置关系，调节椎间盘内外的压力。在施行脊柱旋转整复手法的过程中，在前屈状态下施行旋转，并尽可能采用定点整复方法，能够达到较好的效果；对拔伸类脊柱整复手法的力学效应的研究表明拔伸类手法可以在一定程度上使椎间关节和椎间盘内压力降低，使用此类手法时安全性较旋转类手法高；对屈伸类脊柱整复手法的力学效应的研究表明屈伸手法可在一定程度上使脊椎关节突关节发生位移，位移的多少与屈伸幅度呈正相关。脊椎关节突关节的细小错位，被认为属于中医学“骨错缝”的范畴，尽管借助于目前的影像学方法尚无法提供这种关节错位的确切依据，但是，临床上大量病人通过手法整复后病情即刻得到缓解的事实却是不容质疑的，目前的资料从一定方面证实了手法作用力可以到达脊椎关节部位，并使其发生一定幅度的位移。

除此之外，特别是对争议较多的颈椎旋转手法的研究增多。实验证明，与先旋转后拔伸或旋转和拔伸同时的髓核内压力相比，牵引下的旋转可使颈椎髓核内压力明显地降低。同时对脊柱推拿手法进行了筛选研究。

二、相关的解剖学研究

解剖学的研究主要集中对手法的安全性和作用机理方面，并对有关脊柱推拿方面的基础理论加以论证，研究腰椎旋转和后伸扳法时腰神经根受牵拉及椎板移动情况以及对颈源性头痛的解剖学分析。观察发现，神经根在腰椎旋转运动过程中仅有轻微的位置移动，而椎间盘纤维环有明显的扭转运动表现。旋转运动过程中L4、5神经根的移动量无显著差别。由于脊柱推拿的潜在危险性主要在颈椎，过大推拿力的牵拉容易损伤动脉壁，加之旋转的影响可以阻塞动脉的管腔，造成脑供血不足，以致出现推拿所致的医原性损害。对此所进行的解剖学研究证实，旋转时旋转对侧的椎动脉血流可受到影响，在旋转至极限部分椎动脉血流可明显下降；后伸至极限时双侧椎动脉血流均下降。解剖学研究还发现，椎动脉的解剖学变异较为常见，特别是其管腔直径方面。老年人的椎动脉弯曲较年轻人更为多见。

三、其他相关研究

开展了计算机辅助的临床研究。利用计算机和 CT 扫描进行脊柱结构的三维重建和有限元分析，目前这是最新的研究方向。另外还开展了喀哒声响的临床研究，证实颈椎定点旋转复位手法的作用点较端提手法更为准确，作用范围小。而端提手法主要作用于上颈段，而定点旋转手法主要作用在中下颈段。旋转手法的作用方向主要是在旋转侧。而“喀嗒”声响与临床疗效之间有一定的关联。

第三节　中国脊柱推拿的一些基本问题

一、脊椎关节半脱位、错位、错缝等中国脊柱推拿术语的形态学基础

目前国内对推拿的定义也存在一定的争议。由于脊柱推拿是新近几年才提出的概念，所以有关其定义和争议尚未出现，但是长期以来临床各科一直都在使用着脊柱推拿疗法，如颈椎或腰椎的旋转手法和扳法等。而对这些手法的争议一直就没有停止过，特别是对这些手法的理论基础和安全性等问题的讨论，过去、现在和将来都是本学科谈论的焦点。

在介绍脊柱推拿时就不得不提及各种脊椎关节半脱位、错位、错缝和排列不齐等我们在推拿界经常听到或经常要使用的术语。也有一些学习资料和书籍介绍了这些术语，但这些术语在目前已有的医学词典上许多都无法查阅到，具体的含义和所代表的病理学变化也没有被很清楚的解释与界定。因此，在这些术语中许多是我们学科内自己才可以听懂或理解的“行话”。在临床实践中，很多推拿医师凭借自己的触诊或触摸来判断患者发生病变的节段。根据自己触诊（摸）的感觉，结合自己的临床工作经验，得出患者脊椎病变节段发生或出现了“错位”、“半脱位”、“错缝”等情况，或是以此作为诊断。而这些术语常常给人一种构成关节的骨关节结构发生了异常改变的感觉，需要复位来治疗。这样脊柱推拿手法的使用就有了理论上的依据。而报道最多的就是通过触摸患者的棘突或横突，甚至是小关节突的触诊，医生判断出患者棘突的偏歪或椎体的旋转及方向，而后推拿者就可以使用脊柱推拿手法来矫正或治疗这些所谓的“错位”、“半脱位”和“错缝”了。但许多推拿医师对棘突或横突触诊的实质并不了解，只是简单机械的理解棘突或横突触诊的方法和方式，没有很好地结合具体疾病的病理学改变和局部解剖学知识来加以判断分析。

随着影像学技术的广泛应用，推拿医师也开始根据患者影像学上的某些改变来使用脊柱推拿手法或是利用影像来寻找使用脊柱推拿手法的理论依据。提及最多的就是对枢椎齿突与寰椎侧块间距的描述以及两侧间距不等宽在颈部疾患或颈原性疾病病理变化中的作用，在此基础上使用各种脊柱推拿手法来恢复两侧间距的等宽，达到治疗或缓解疾病的目的。

临床放射学和推拿医生常提及“半脱位”（Subluxation）一词，一些推拿医师常以所谓的脊椎关节半脱位作为脊柱推拿的治疗客观依据。虽然临床上广泛使用半脱位这一术语，但有关资料对脊椎关节半脱位的定义和诊断标准却不甚明了。对脊椎关节半脱位的解剖形态学基础是什么，也没有确切的界定。对颈椎关节半脱位，特别是对寰枢椎之间的齿突与侧块之间的间距却有多种放射学诊断征像。对有脊椎关节半脱位征像的患者是否就此说明此半脱位就是疾

病源？有颈椎关节半脱位征像的患者是否一定有枕颈痛？脊柱推拿之后能否使左右侧的间距恢复到正常？这些都没有很好地解释清楚。在临床上相关文献报道也缺少科学地随机分组对照和统计分析及随访。国外有关半脱位诊断标准比较多，由于颈椎关节突排列方向较为水平，易发生损伤。对此有很多研究报道。对棘突偏歪的临床意义已有许多研究文献加以探讨。判断棘突偏歪一般是在颈椎正位片上，但若棘突偏歪超过 1 mm，则表示该椎体有旋转畸形，这样旋转手法的治疗就有了客观依据。

国内有关“半脱位”、“错位”、“错缝”等术语的诊断权威性、公认性的标准参考文献寥寥无几，特别是脊椎关节半脱位，虽然有众多的文章谈及脊椎关节半脱位。国外有关半脱位诊断标准比较多，主要集中在颈椎节段半脱位的谈论上，特别是寰枢椎体放射解剖位有关资料对关节半脱位的论述较多。一般认为在 X 线上有一些征像，如：一个脊椎自另一个脊椎上移位的程度不一。当关节小面移位但无重叠时，椎间孔可增大，并有椎间盘破裂和位移，这种情况被看作是“半脱位”。这一名词已普遍接受，但现在有人提出最好用部分性脱位来描述较好。例如，肩关节半脱位 X 线可见肱骨头向下移位，一半于肩胛盂下方，一半对向肩胛盂。肱骨头与关节盂的关系失去正常互相平行的弧度，上部间隙增宽、分离，下部间隙相对较窄。对颈椎关节，由于颈椎关节突排列方向较为水平，易发生半脱位。此时侧位片上可见上椎体的下关节突向前轻度移位，棘突间距离增宽，关节面排列丧失平行关系，正常生理前凸消失。椎体前后缘的两条弧线与各棘突前缘的弧线，在正常时互相平行。不论颈椎向前凸或向前屈，这三条线的都保持不变，如果互相的相互关系紊乱，常表示颈椎有半脱位。Green 介绍的诊断颈椎关节半脱位征像有：①局限性的颈椎后凸成角；②半脱位的椎体有移位或旋转；③椎间隙的改变；④关节突间距增宽；⑤颈椎小关节的形状发生改变；⑥棘突偏歪。在 25 例有颈椎前方半脱位的患者中，均可观察到①、②、⑤和⑥等征像。Scher 通过对颈椎 X 线片的研究证明，X 线片上颈椎前方半脱位最有价值的影像学征像是棘突偏歪。双边征是表明该椎体有旋转。但在以尸体为研究对象得出的结论是：在颈椎某处以成角取代了颈曲前凸，表明是由于肌肉痉挛造成颈椎小关节部分双侧半脱位。颈椎的后凸成角除可由韧带损伤造成外，还可由颈椎关节强直所致或见于健康及无症状者。因而，后凸成角不是颈椎过屈损伤可靠的 X 线征像。颈椎后凸成角可能提示有前方半脱位，其可能的征像是棘突间距增宽，但颈椎的动力性摄片正常时，考虑是肌肉痉挛所致。对棘突偏歪的临床意义已有许多研究文献加以探讨。判断棘突偏歪一般是在颈椎正位片上，但若棘突偏歪超过 1 mm，也就是偏离后正中线，则表示该椎体有旋转畸型，棘突偏歪的方向与椎体旋转的方向相反，这样旋转手法的使用就有了客观依据。实际上侧位片上见有颈椎前凸为一不和谐的曲折时，应怀疑有外伤性半脱位。常规侧位片上无明显移位，而临床上又高度怀疑有半脱位时，应加摄最大过屈位片，如有半脱位即可显示。但有一些半脱位，如桡骨小头半脱位，在 X 线片上并没有明确的异常征像。只是凭患儿的病史和临床表现医生便做出临床诊断。

二、相关理论基础对脊柱推拿的影响

中国脊柱推拿的治疗范围包括脊柱结构的退行性和劳损性的疾病。近几十年来诊治的范围开始增大，也开始治疗一些内脏疾患。在进行脊柱推拿之前，我们所要考虑的是患者是什么病变？原因是什么？患者是否有手法治疗或手法复位的指征等问题。而事实上我们有关脊椎关节错位和脊柱推拿复位手法或手法整复理论的思考并不完善，加之脊椎关节错位体征的普

遍性和不确切性以及检查者的主观性，这些都使我们有理由反问自己：什么叫错位？什么半脱位？这些术语的确切概念和含义是什么？有无影像学上的征象？患者的症状就是这些所谓的半脱位或错位引起的吗？临床实践证明，在对所谓的脊椎关节错位或半脱位进行脊柱推拿治疗（复位）之后，解剖上的整复或复位是不现实的，也是不可能的。那么我们在进行脊柱推拿时，我们所施加的推拿力到底作用到了哪个具体组织结构？这些都应搞清楚，因为我们需要理论来指导我们的行动。

从目前的临床实践来看，中医基础理论在指导脊柱推拿手法实施上的作用越来越小。这是不争的事实。在进行脊柱推拿手法治疗之前，医生往往是根据患者的病变来确定使用何种的脊柱推拿手法，如针对各型颈椎病和腰椎间盘突出症的各种独特的脊柱推拿手法，对此争议不是很大。但是在采用脊柱推拿法来治疗一些概念不清楚的疾病以及治疗一些脊椎相关疾病时争议就比较大了，如颈椎小关节错位、小关节半脱位（这里也有人用脱位来表示）、小关节紊乱和滑膜嵌顿等。因为这些提法往往是含糊不清的，用触诊来检查时，个人的临床经验对触诊结果的判断影响非常大，因而缺乏客观性，如缺乏解剖学、病理解剖学和影像学的支持。而采用X线平片来检查患者有无半脱位或错位似乎更加科学些，特别是在张口位来观察患者枢椎的齿突与寰椎的侧块之间的距离方面应用的更多。但人体结构是一个三维的空间立体结构，利用二维的X线平片能否真实反映出局部的骨关节情况，还有待于进一步的研究探讨。由于对这类病变采用脊柱推拿进行治疗缺乏理论基础或是基础理论不完善，由此，我们可以说在某些情况下使用脊柱推拿治疗是不必要的。个别情况下，特别是在颈椎，脊柱推拿可能带来风险性和危害性。由于带有一定的盲目性，故粗暴整复手法所致组织创伤，直至瘫痪的报道仍有发现。

从以上可以看出目前的中国脊柱推拿的理论基础不是很扎实，缺少令人信服的证据和依据。一些称呼的不确定性和随意性给人一种是是而非、科学性不强的感觉。虽然脊柱推拿疗法在临床上有效，有时甚至是速效，但由于缺乏令人信服的理论依据和客观证据，往往使得我们的解释显得那样苍白无力，这是我们本学科的致命缺陷。

正如沈国权和严隽陶教授所提出的那样：对中国脊柱推拿手法的基本要求就是其可控性。所谓的可控性就是对所要推拿节段的可控性、被推拿脊柱被动运动幅度的可控性以及脊柱推拿力量的可控性。包括对脊柱推拿手法作用机制的正确认识，这些都是中国脊柱推拿基础理论所要研究的内容。

在阅读国外文献时，常可遇到表达脱位、半脱位和排列紊乱这些专业术语，而对些专业单词的确切含义我们不是十分地理解或者是运用得非常准确。如 Semiluxation（不全脱位、半脱位）、Subluxation（不全脱位、半脱位）、Discolation（脱位、脱臼）、Incomplete dislocation 和 Partial dislocation（不全脱位）、Aignment（成直线排列）和 Abalignment（排列紊乱）等。对于脊柱推拿专业所说的脊椎关节半脱位一般是用 Subluxation 来表达最确切，因为这个单词所表达的是影像学上无改变的半脱位，虽然有临床半脱位的征象。而不能用 Incomplete dislocation 和 Partial dislocation 来表示，因为这两个单词是表示在影像学上有改变的半脱位或不全脱位，如掌指关节半脱位等。对于我们所说的紊乱，用 Abalignment 或 Disalignment 可能更为贴切。对于这样的改变，用“整复”说法来代替“复位”一词可能更确切。而一般不用 Semiluxation 来表示推拿专业所说的半脱位。这些看似简单的问题，直接影响着我们本专业的对外交流和学术水平的提高，因此应该予以重视。

第四节　脊柱推拿基础研究的新思路

临床广泛使用脊柱推拿手法，但相关的基础问题尚未得到很好的解决。目前应用临床解剖学、生物力学、医学影像学等多学科方法来研究脊柱推拿手法，但由于一些实验条件的限制，尚不能完全阐述脊柱推拿手法的作用机理。计算机模拟与可视化技术的出现正是此领域迫切需要的技术，利用图像、图形的直观手段对计算数据和结果进行直观地表达和三维显示。只有三维显示才使可视化成为真正意义上的可视，代表21世纪推拿研究的发展方向。

实践证明脊柱推拿手法，如颈腰部的旋转手法是一种行之有效的治疗手段，但对作用机制多为推测。可能的作用机制主要有：①可使早期突出或多或少的回纳；②改变突出物与受压神经根的毗邻关系。但从为数不多的手法前后CT、MRI的对照来看，人们对手法能否回纳突出物仍然持有异议。为探讨其作用机制，一些学者对此进行了研究，如对旋转手法作用时的椎间盘内压力变化、神经根和椎体外在结构的位移等也都进行了研究，但结果也是不尽相同。

鉴于脊柱推拿手法在临床应用日趋增多，一些涉及推拿根本问题的基础科学研究，尚未得到应有的重视，以致时有手法失误的临床报道。韦氏报道11例腰椎间盘突出症患者经过旋转手法治疗后，病情明显加重或出现较重的并发症，多数与用力方向和用力轻重有关。颈部的一些推拿尚有一定的危险性。所以如何掌握手法的轻重，使手法具有公认的规范的客观定量标准，是值得进一步研究的课题。因此，对相关的基础科学研究应予加强。

20世纪七、八十年代出现的CT和MRI，使医生能看清楚人体断层结构，可以帮助医生了解人体的内部结构。但它们提供的都是以二维图像形式表达的信息，要直观地了解腰椎旋转运动时的三维结构和定量化思维并不方便。医生只能通过观察CT或MR图像并结合其解剖学知识进行反复思考，在头脑中构想出腰椎在旋转力作用时的三维结构变化。这样具有相当大的主观性，手法的选择几乎完全取决于医生个人经验和习惯，治疗效果受医生个人的经验、知识和习惯的影响大，缺少客观的科学分析与比较。由于没有直接可视化的观察和研究手段，很难对某种手法的优劣做出客观的评价。

计算机模拟与可视化技术是国际上刚刚开展的高科技前沿领域。可视化技术是利用图像、图形的直观手段对计算数据和结果进行直观地表达。三维显示是可视化的核心，只有三维显示才使可视化成为真正意义上的可视。最常用的三维显示算法有表面绘制技术和体绘制技术。目前，最新颖的研究应当是推拿手法与关节功能的计算机数学模型，它能清楚地重复实验内容。能在正常和病理状态下对治疗前后肌肉骨骼系统的功能状态进行定量、非侵入性的生物力学评价。它既有X线平片对腰部整体观察的优点，又兼有CT扫描对腰部附件骨及软组织的高分辨率。特别在显示不同年龄段、不同疾病状况等条件下，对骨性椎管及软组织的立体显示是常规方法无法比拟的，因而，此技术在脊柱推拿研究中具有广阔的应用前景。

目前，举世瞩目的人类基因组计划已得到人类DNA草图，生命之书的破译指日可待；与之对应，虚拟人体将为生命之书破译过程及其以后的多学科研究与应用提供基础。虚拟人体，即综合运用现代信息技术，主要是计算机图形图像技术，与临床解剖学相结合，建立全数字化的人体三维几何模型。人体数据是一项重要的基础数据资源，它为医学研究、教学与临床提供形象而真实的模型，为疾病的诊断提供参考。

1993 年美国发起“可视人”(Visible Human)计划,先后获得一男一女两组的 CT,MRI 断层扫描和光学照片数据,片层间距最小 0.33 mm,片内分辨率最高 CT 为 512 ×512,12 级灰度;MRI 为 256 ×256,12 级灰度;光学为 2 048 ×1 216,24 级彩色。(此套数据为国内的前期研究和技术积累提供了方便)

1998 年开始,以美国橡树岭国家实验室牵头,酝酿虚拟人计划(the virtual human project),主要设想是将人类基因组计划和可视人计划的研究结果结合起来。到 2000 年为止,美国人已经建立了全身骨骼、肌肉和心脏等部分器官的三维模型。但是美国人所采用的技术,为 10 年前的技术,获取数据的分辨率及精度有限,限制了进一步的发展应用。

国内在解剖学方面已经积累了丰富的知识和标本资源,有些研究成果已经达到国际先进水平。从 20 世纪 90 年代初开始,我国在科学计算可视化方面的研究,投入了相当的人力物力,在医学图像处理、图像配准、三维重构以及先进的医疗设备如 X 刀的研制等方面取得了可喜的成绩。首都医科大学罗述谦教授的研究组在医学图像的配准等的研究中,取得世界水平的成果;中科院计算所原 CAD 开放实验室刘慎权研究员负责的科学计算可视化方法与应用获得 1998 年度国家科技进步三等奖;复旦医学院教授左焕琛和上海交大周源华教授主持研制模拟手术刀走进了教室。有学者已经开始探讨应用 CT 资料来分析手法治疗腰椎疾患的机制。

美国的虚拟人体计划尚在讨论之中,目前其数据精度以及研究深度不够。国内的研究基础包括模型制备和计算机软硬件水平,基本与世界同步。如果我们迅速启动,联合各方面的研究力量,可能很快做出世界领先的成果,推动相关学科的发展,以及进一步应用的展开,可收到领先一步的效果,摆脱多年来亦步亦趋的被动局面。为此,2001 年香山科学会议第 174 次会议,专门探讨了中国数字化虚拟人体的科技问题,预见数字化虚拟人体模型具有广泛的应用前景。

脊柱某些结构的外在位移可以采用其他实验方法测得,但内在的应力改变只能通过数学方法如有限元测得。而且椎间盘内的应力改变比起外在位移来说更具有深远的临床意义,因为手法的作用多使椎间盘内的应力和载荷发生变化。利用计算机技术进行的有限元分析方法应用于脊柱的生物力学研究始于 20 多年前。在短短的 1/4 世纪时间里,有限元模型已由二维线性模型扩展为非线性问题,又由二维线性模型扩展至三维非线性模型。现今的研究成果使模型不仅能逼真地模拟椎骨、椎间盘,还能将周围的韧带、肌肉直接或间接地加入模型,使模拟更加真实与完善,而有限元方法本身也已不再是相对独立地研究脊柱的力学性质,而是与其他学科等多种方法巧妙地结合,使得研究结果更加准确可靠。生物力学研究需要新鲜的尸体材料作为研究对象,面其来源日趋受到限制。在这种情况下,也需要我们开发出适合脊柱推拿研究广泛应用的研究平台。我们适时提出的这种研究方法基本可以满足我们脊柱推拿和脊柱手术等领域的实验要求。

近年来,本课题组对颈椎旋转手法进行了系统性研究。首次应用定量化生物力学手段(material test system, MTS 系统)研究不同旋转手法组合对髓核内压力的影响,进一步应用生物力学与计算机模拟和可视化技术的结合,多学科交叉研究脊柱推拿手法对正常和不同脊柱疾患的脊推关节运动的影响,有可能阐明旋转手法作用机制,进而提高脊柱推拿手法的准确性和安全性,为传统的中医学的发展提供研究与应用的平台,为研究脊柱推拿手法开辟一条新的途径。

第五节　脊柱推拿所致咔哒声响的临床意义及研究

大多数推拿者都将推拿时所出现的咔哒声响视为手法成功的标志，但对其产生的实质研究甚少。对影响所产生咔哒声的诸要素也知之甚少。因而很难对其临床意义做出公正的评价和科学的判断。由于上述实质问题没有得到很好的解决，这样脊柱推拿手法具有相当大的主观性。

伴随脊柱推拿所出现的可闻及的咔哒声响很可能是患者对推拿力最普遍和最清晰的反应。对于这种咔哒声响对成功的手法治疗的临床意义有着截然不同的看法：一种认为是没有什么意义；而大多数都将咔哒声响视为手法成功的标志。因此有必要对推拿过程中所产生的"咔哒"声响进行深入细致的研究，以明确咔哒声响的发生机制及其与临床疗效之间的关系。

针对推拿时发出关节咔哒声响的生理机制研究主要是在掌指关节上进行的。Sandoz 在其综述中介绍了掌指关节咔哒声响的某些特征，即关节的咔哒声响可伴有 X 线下可见的关节间隙改变。此外，在最短无应期消失之前，掌指关节不会产生第二次咔哒声响。Meal 和 Scott 证实：当作用于手指的拉力不断增加时，会出现可闻及的咔哒声响。同时可伴有整个掌指关节的抵抗阻力明显地下降。另外，利用麦克风他们还发现掌指关节所发出的咔哒声响与颈部脊柱推拿手法时发出的咔哒声响相似。

Herzog 及其同事用胶带将单轴加速仪固定在皮肤上，即可直接测量在脊柱推拿治疗过程中伴随被治疗关节所发出咔哒声时的振动。记录由后向前按压第四胸椎时候的震动。伴随推拿手法所出现的振动是低幅三相波形。重叠的低幅波形是咔哒声响时的高频振动。在未出现咔哒声响的推拿手法中，就缺少这种相应的高频加速波。随后，Conway 及同事利用高灵敏的麦克风记录这种咔哒声响。证实这种高频加速仪信号的确与咔哒声响相对应。Herzog，Conway 和他们的同事所得出的结论是不仅推拿医师能够明确地感受到脊柱推拿治疗时所出现的咔哒声响，而且伴随咔哒声响所出现的振动现象也与推拿手法本身有着明显的不同。因此，有理由进行更进一步的研究。

Conway 的研究小组为确定在脊柱推拿治疗过程中引起咔哒声响的特殊力－时间变量进行了研究。他们利用压力敏感垫和单轴加速仪这两种仪器，在一组患者中对一系列脊柱推拿手法下的由后向前的推拿力和加速度进行了同步记录。在总共 10 次试验中，有 8 次所发生的咔哒声响和相应的高频振动正好出现在推拿峰值力之前；在其余的 2 次试验中，所发出的咔哒声响正好发生在峰值力（最大推拿力）之后。在一项试验中研究人员对在第一次脊柱推拿手法治疗时未出现咔哒声响的患者立即进行了可产生咔哒声响的第二次脊柱推拿治疗。研究发现：较第一次的脊柱推拿治疗，第二次脊柱推拿治疗时的速度更快，推拿的峰值力更高。对在最大推扳力作用下，所有相关的预载荷、最大峰值力和速度以及推拿治疗时的冲量等资料进行分析之后，他们仍无法将咔哒声响这一现象归因于一个单一的力－时间变量因素。他们指出：其中某些变量间相互的复杂作用是引起这种咔哒声响的原因。如要阐明可能影响咔哒声响的重要因素还需要更加系统性的研究。令人感兴趣的是在近年来的二项研究中，国内的研究以及 Reggar 和 Pollard 都指出，脊柱推拿治疗中的颈推旋转手法作用时在旋转侧出现的咔哒声响要明显地多于旋转的对侧，并以咔哒声响为观察指标，比较了两种颈部推拿手法。本研究以及

以往通过外在声响振动法记录的所有关节的气穴现象都存在着无法准确地确定具体发生声响关节的缺点。

虽然已经证明推拿时所产生的关节咔哒声响是一种与脊柱推拿密切相关的物理现象，但仅是在近年来才开始对这种咔哒声响的产生机制以及对这种咔哒声响是否是某种脊柱推拿手法治疗成功标志的重要性进行了研究和质疑。传统上一般认为脊柱推拿时发生的可闻及的咔哒声响是脊柱小关节的气穴现象所致。设想所要发生的时间发生的先后顺序中首先是滑膜关节的间隙或容积增加，伴随着滑膜关节内压力的下降，关节内滑膜液的气体被释放出来，形成一个气泡。同时，关节腔内的关节液流到关节内压力较低的部位，引起气泡的崩解。气泡崩解时所产生的能量产生可察觉的咔哒声响。Brodeu 对这种咔哒声响的产生机制提出了不同看法。他指出滑膜关节内压力的下降，将会使关节囊韧带出现反折或套叠，进入关节腔。当关节囊韧带从滑膜关节的界面之间迅速地回缩时即可引发这种咔哒声响。虽然对滑膜关节咔哒声响原因的这些解释都还没有结论性的证明，但上述这两种解释在很大程度上都是依赖于关节囊的变形。

推拿后，病情明显加重或出现并发症，多数与用力方向和用力轻重有关。所以如何掌握手法的轻重，使手法具有公认的规范和客观定量标准，是值得进一步研究的课题。目前，推拿学教材和专著在介绍旋转手法时，大都是将咔哒声作为手法成功的标志。认为出现咔哒声响是表示被推拿的关节已经旋转到了极限。对于旋转手法的要求是：被推拿颈椎关节活动度的精确控制，作到手法的短促及随发随收。对于收，就没有什么标准了。多数是以听到咔哒声作为手法成功的标志，一般认为出现咔哒声是推拿力已经到了一定的程度，要停止操作或不再进一步加大旋转的角度。但奇怪的是我们却对推拿所产生咔哒声很少研究。比如说咔哒声响的实质是什么？推拿时所出现的咔哒声响是否就是关节复位的标志？与推拿力之间的关系如何？咔哒声响与临床疗效关系怎样？目前几乎无相关报道。

由于没有对推拿过程中所产生的咔哒声进行系统的检测和科学的研究，我们对影响推拿手法作用时所产生咔哒声的诸要素知之甚少。很难对咔哒声的临床意义做出公正的评价和科学的判断。由于上述实质问题没有得到很好的解决，这样脊柱推拿手法具有相当大的主观性，手法的选择几乎完全取决于医生个人经验和习惯，治疗效果受医生个人的经验、知识和习惯的影响大，缺少客观的科学分析与比较。

有颈部损伤史的可明显降低关节声响的发生率，年龄和性别对其无影响。尽管推拿手法复杂多样，但所有手法的目的是恢复正常的关节运动。使用旋转手法时，要使颈椎小关节处于被动活动的极限，此时遇到阻力是来自关节囊的张力。推拿时可以通过出现的咔哒声了解手法推拿过程中的大致作用情况。推拿时所用的力必须足以克服关节表面的相互摩擦力，使关节分离，出现生理空隙，但不破坏其解剖的完整性，被动活动控制在生理范围内。由于关节面的突然分离，导致关节内气体流动，气泡崩解时所产生的能量发出可察觉的咔哒声响。这可使关节的主动和被动活动增大。大多数人认为关节声响表示关节面分离。

但是以往是通过外在声响振动法记录的所有关节的气穴现象，主要是采用微型麦克风，这种检测方法存在着无法准确地确定具体发生声响关节的缺点。目前对声响的检测和收集可采用麦克风、声换能器、压电传感器和相位法等，就精确度而言相位法最为准确。

推拿的节段和方向是手法治疗的关键，面目前一些研究和治疗中使用的手法无针对性。脊椎发生退变时，其生物力学性质发生改变。如果说关节声响很重要，认为它是手法成功的标

志，并可推断手法的疗效，这就更有必要深入研究，以确定推拿时关节的咔哒声响与旋转方向的关系以及发生咔哒声响的确切脊椎节段，以阐明手法或推拿力是否决定关节声响的节段（即量效关系）和发生侧。临床多使用脊柱定点或定位旋转手法来治疗相关疾病的患者，如能检测出咔哒声响的确切关节，则可以知道手法作用的确切部位，这样对于提高手法的准确性非常有益。如能进一步研究旋转手法作用时咔哒声响与推拿力和位移之间的量效关系，则可明确旋转手法作用时所发出的咔哒声响的临床意义，指导推拿手法的操作。也为阐明推拿的作用机制，提高脊柱推拿手法的准确性和安全性，为研究脊柱推拿手法开辟一条新的研究途径。

第六节　中国脊柱推拿的理论基础

脊柱推拿主要是通过术者的手法作用于被治疗者脊柱体表的某些特定部位，运用各种手法技巧所作的有用功，从而起到纠正脊椎异常的解剖结构和位置，达到治疗疾病的目的。中国脊柱推拿是中医学的组成部分，因此中医的整体观念和辨证论治的基本精神对中国脊柱推拿有着普遍的指导意义。但人体的脊柱还有其自己特有的解剖和生物力学特点，脊柱推拿手法的实施要符合人体脊柱的解剖学和生物力学特征。因而需要有正确的、符合现代科学的理论基础来指导中国脊柱推拿。随着科学技术的进步，新的检测仪器和设备的发明以及对外交流的加强，使得医学新理论和假说的不断出现。这些都会影响，甚至改变本身就已经很脆弱的中国脊柱推拿的理论基础。下面就中国脊柱推拿的理论基础做一简要的回顾。

（1）对于中国脊柱推拿的从业人员来说，“筋出槽”、“骨错缝”这一专业术语再熟悉不过了。凡脊椎关节错位、肌腱滑脱，因有关组织位置异常所导致的病痛，都可以通过使用脊柱推拿的外力直接作用加以纠正，如脊椎骨错缝、骶髂关节错位等，临床上可根据患者的具体情况，选用适合的脊柱推拿手法进行治疗，使错位得以整复。可以说“筋出槽”、“骨错缝”在很大程度上指导着中国脊柱推拿，其影响是深远的。至于目前很多人将“骨错缝”与脊椎关节“半脱位”等同起来，这种说法是否正确还有待于进一步研究。毕竟脊柱推拿专业所说的脊椎关节半脱位在影像学上没有权威统一的诊断标准。而通过触摸横突和棘突来发现脊椎有无偏歪、旋转移位或通过检查脊椎关节的活动度来判断患者脊椎有无半脱位的准确性，是很容易受到脊椎骨骼的先天性变异的影响。

（2）近年来运用脊柱推拿手法来治疗脊椎相关性疾病也是临床热点之一。使用者认为，脊椎某一节段解剖位置的异常可使相应的脏腑发生病变，这是因为脊椎某一解剖位置的异常，必然会使有关组织的系统内能和生物信息发生变化，从而造成有关组织、器官的病变。因此，对这些脊推相关性疾病的治疗就必须根据具体部位使用脊柱推拿手法来纠正脊椎解剖位置的失常和调整信息相结合以及改变系统内能的方法。例如胆绞痛的基本病理是 Oddi 氏括约肌痉挛所致，而此括约肌是受 T8、9 交感神经支配，T8、9 胸椎后关节的错位是本病发生的原因之一。因此纠正 T8、9 胸椎后关节错位是治疗的关键。诸如此类的理论运用到脊柱推拿上的临床报道屡见不鲜。治疗的焦点都集中在脊椎关节错位或半脱位影响（嵌压或刺激）交感神经或脊神经，由此造成该神经所支配的内脏器官的异常或病变。脊柱推拿手法可以纠正错位的脊椎关节，因而达到治疗的目的。但至今为止相关的推测或假说未见几篇有说服力的研究论

文来证实。2003 年上海中医药大学赵毅教授发现了一本可能是国内建国以来最早介绍脊椎相关病与推拿关系的著作。这本由上海科学书报社于 1953 年出版的范风源编译的《慢性病按脊疗法》一书，详细地介绍了当今很多人看来仍是很新的按脊内容。

(3)脊椎关节错位或增生(退变)与椎动脉血流关系的推测也是脊柱推拿基础理论的焦点问题之一。很多临床报道认为颈椎关节异常，包括钩椎关节增生和横突孔狭窄等改变都可以累及椎动脉，由此影响患者的大脑供血。临床上将许多现象归因于椎动脉受压，脊柱推拿手法可恢复颈椎关节的正常序列或位置，由此解除椎动脉的受压，恢复大脑的供血。但是人体大脑的供血有 4 条动脉供应，即 2 条椎动脉和 2 条颈内动脉。在正常情况下脑血供主要是由颈内动脉完成的，研究证实一侧椎动脉闭塞不会影响大脑的供血。所以即使手法有效，但其有关治疗机制的解释可能是错误的，手法运用的理论基础研究有待于进一步研究。

一般书籍对脑底动脉环的描述大致相同，实际上在相当一部分的例数中，此环有不同程度的变异或组成此环的某些动脉发育不良。观察发现，不成环者(开放型)约占 3.7%。在脑底动脉环发育不良的例子中，多与后交通动脉的变化有关。后交通动脉变细，直径在 1 mm 以下者颇不罕见，有个别例子甚至缺如。关于脑底动脉环的机能意义，Kramer 曾对动物进行染料注射以及对动脉环作了模似研究，发现：①向一侧颈内动脉注射，染料仅分布于同侧颈内动脉的分布区，向一侧椎动脉注射，染料分布在椎基动脉系供应的脑区，但不进入颈内动脉系区。②如先结扎一侧颈内动脉再向椎动脉注射，则染料可由后向前扩散到结扎侧的颈内动脉区，如结扎一侧椎动脉再向颈内动脉内注射，染料可由前向后扩散到结扎的椎动脉供血区。他认为，此环为颈内动脉系和椎基底动脉系间的一个前后吻合。以后，许多人用注射、模拟实验和脑血管造影等方法，也确证了 Kramer 的结论，并进一步引伸提出，该环不仅是颈内动脉系与椎基底动脉系的前后吻合，而且也是两侧颈内动脉系间的吻合。脑底动脉环作为一个吻合系统，在病理条件下，特别在血管闭塞时，对维持脑的血液供应有一定作用，故为一潜在的侧副循环代偿装置。也有人认为，此环有平衡血流，保持脑血管区血液均衡配布的生物学机能。在正常情况下，动脉环左、右半间，血流互不沟通，但环的某一组成动脉血流量突然发生变化(如头的位置变换)时，血液可由一侧流向另一侧，从而保证脑各部血流量相当，使脑组织免于暂时性缺血。根据一些间接证据认为，脑底动脉环的主要机能在于平衡前脑两半的血流，而中、菱脑两半的平衡是经由基底动脉实现的。另外也要考虑椎动脉发育性狭窄或扭转是否多见？老年人与年轻人椎动脉之间有何不同等。

整体观念和辨证论治是中国脊柱推拿的两大支柱，对指导手法的使用有一定的现实意义。基础理论与手法实践始终存在着不可偏废的完整性、统一性和辨证关系。随着社会的进步和科学的发展，建立、完善和强化中国脊柱推拿手法的理论体系是一项紧迫的任务。我们不能满足于“以指代针”的理论解释，也不能简单地理解“筋出槽”、“骨错缝”和“半脱位”理论及假说，也不能照搬其他学科现有的理论体系。应加强脊柱推拿手法的基础理论研究，在此基础上提出和建立科学的中国脊柱推拿理论体系。

第七节　按脊疗法与中国脊柱推拿的异同

在此主要引用胡永善的论文。西方的按脊治疗师不但已被政府卫生部门认可挂牌行医，而且其费用也已纳入医疗保险支付范围。西方有正规培养按脊治疗师的学校，最著名的按脊学院在澳大利亚，美国、加拿大等国也设有按脊学院，学制一般为四年，毕业后通过行医执照考试，可独立开诊所，在诊所的中文标志上常自称为脊骨神经医师，但没有处方权。这样的脊骨神经私人诊所在香港就有38家，其医师大多毕业于澳大利亚的按脊学院，与美国的按脊诊所一样，门面都颇有气派，而当地中国中医伤科推拿诊所大多数要简陋些，所在地段也差些。其差别的主要原因可能是其医疗费用还没有被纳入医疗保险支付范围。我国的脊柱推拿是中医推拿的一个主要部分，用正骨推拿手法治疗椎骨或邻近关节错缝及软组织扭挫伤，乃属正骨推拿（或称正骨按摩）中的重要内容。西方的按脊治疗则是指用特定的整复手法治疗脊椎及邻近关节半脱位所致的功能紊乱。我国中医的脊椎推拿根据中医阴阳五行、脏腑经络学说，结合解剖生理知识，运用辨证和辨病观点，把脊椎旁发生的疼痛归因为：①急、慢性劳损所致的肌源性疼痛；②风寒痹湿性疼痛；③肾亏体虚型疼痛；④外力损伤引起椎骨关节错缝所致。所用的正骨或椎拿手法讲究辨证论治，因人制宜，“百病百治”。按脊治疗认为，脊柱症状的发生是由于脊柱及椎旁关节受生物力学和生理动力学的影响，发生半脱位，最终造成对相近神经的压迫和对血流的影响，引起功能紊乱。因此，强调恢复脊柱的正常解剖位置及稳定性，治疗时从人体外表的形态变化来判断半脱位可能所在的部位，通过手法使组织结构重新复位，从面达到“一治百治”。中医脊椎推拿手法很多，可总结为推、拿、按、揉、提、捏、弹、拨、牵引、扳和压等，其中对胸腰椎复位手法又有坐位、卧位与背式复位三种。治疗时根据患者征象不同，先辨别“虚症”与“实症”，如急性“闪腰”，当属“实症”；肾亏体虚型疼痛，当属“虚症”。“实症”应用重手法或用泻法。反之，“虚症”该用轻手法或补法。正如《医宗金鉴》曰：“盖人身之经穴有大经细络之分，一推一拿，视其虚实酌而用之，则有宣通补泻之法，所以患者无不愈也。”若是年老或体虚者的急性“闪腰”，则应在补法手法的基础上酌情施以泻法。西方按脊治疗手法种类较少，主要有压、扳、抹、捏、挤、提、剁和拍击法。手法整复的目的在于使脊椎恢复其稳定性，重点在纠正椎间及邻近关节的错缝，从而达到神经系统的重新正常化。行手法时用力轻重视病家体质强弱而定。纵观中、西方脊椎治疗的指导思想和适应范围有很大的差别，也显然有多样与简单之别，有粗糙与细腻之分。但在二个关键之处，却又有异曲同工之妙。一是行复位手法前均讲究先作必要的放松手法，充分放松脊柱周围的软组织，减少对抗力量，有利于正确复位并避免损伤正常组织，此点显然是十分必要的。二是手法复位中极其重要的关键手法之一是脊椎卧位扳法操作，中、西方非常相象。其中是否有相互影响，有待探索。有人对中西方传统的腰椎斜扳手法作过详细的比较，结果发现这种卧位斜扳按脊治疗中的扳腰和中医传统推拿中的腰椎斜扳竟是如此相象。无论是错缝也好，还是半脱位也罢，手法治疗之宗旨就是要复位到正常。从不正常到正常，应该先有放松周围软组织这一过程。但是中医的脊柱推拿手法在操作时更注重“放松－扳动－放松”这一过程，而西方的按脊手法多是直接扳动。在中医脊椎推拿与西方按脊治疗方面还存在一些共同问题，比如在两者的临床疗效观察研究中，通常缺少严格的随机化和有对照的比较及随访研究，使多数临床观察结果缺少说服力。再有，与现代医

学相比，无论在中国还是在西方，手法治疗基本原理的研究实在太少，这就显得应用的广泛而科学性不够，有待提高。两种脊柱传统推拿疗法的另一个不同之处是中国脊柱推拿的从业人员几乎都有医学背景，这点与按脊疗法的从业人员有很大的不同，西方按脊疗法的医生在学习按脊疗法之前，很多都是没有医学背景的，但是几乎都拥有其他学科的高学位。因此，在今后双方的学术交流中，可以取长补短、相互学习、共同提高。相信随着这种交流的加深，必将促进中、西手法的融合，在治疗水平上跃上一个新的台阶。

第八节　中国脊柱推拿手法的命名和分类

由于没有对中国脊柱推拿手法进行专门的手法命名和分类，在此只能参考相关的推拿书籍的记载，来探讨和命名中国脊柱推拿手法。

一、中国脊柱推拿手法的命名

手法是推拿者特定的技巧动作，术者手或肢体其他部位的某些动作是手法的基础，而手法则是这些动作的提炼和升华。手法的命名方法主要有：依据手法的动作形象而定名，如推、拿、搓、捻、背、按、揉等；通过医生的手法，使患者的被推拿部位产生相应动作为命名的依据，如屈、伸、摇、旋转等；根据推拿手法动作的字义而定名，如摇法、推法等；按借用的器具（药物）和手法动作相结合而定名，如牵引下的斜扳法、牵引下的颈椎摇晃法和麻醉下的大推拿等；根据术者运用肢体不同部位的动作而定名，如指拨法、肘压法等；按照手法传统的叫法而命名，如一指禅推法等。

脊柱推拿手法主要包括在通过医生的手法使患者被推拿部位产生相应动作的手法中，然而临床使用或应用上，常常是多种手法的组合，如牵扳手法、牵引摇晃旋转等，对于这些手法的命名往往是比较困难和随意的。就目前的中国脊柱推拿手法而言，很多人将此类手法冠以“X氏＋手法动作＋复位＋手法”、“X氏＋正骨＋手法”等等，诸如此类的命名现象，按照作者的看法这样的称呼有些是约定束成的，有些则是哗众取宠。象前者是由于历史、传统等原因造成的，而后者则是有些不言而喻的原因。对于本专业一些著名人物的手法，冠以X氏手法时，大家都知道这个手法是如何操作的。而对不是很熟悉人物的手法冠以X氏手法时候，则同行就不知道是如何操作的了。有的脊柱推拿手法是名异法同，有的则是法异名同，命名方法没有统一规范，为手法的普及、交流与提高带来诸多不便。一种手法常可依不同原则命名而产生一法多名的现象。尽管有一些比较常用的命名方法，但是由于种种原因，目前脊柱推拿手法的命名方法仍很不统一。因此，就相互交流和学习而言，脊柱推拿手法的命名还是以手法的形态动作特征来命名为好。现在需要的不是无限制的增加手法的名称，而是要规范脊柱推拿手法的称呼。这样才有利于脊柱推拿的交流和发展。

目前还有一个现象，就是一些人，特别是一些对中医推拿历史发展沿革不是很熟悉的人，常常将脊柱推拿冠以“正骨”二字。殊不知中国医学的“正骨”多是用来描述骨折脱位的整复手法的，特别是四肢骨折脱位的整复手法，而非专指脊柱推拿手法的，这样的命名也有其根本上的缺陷。

二、中国脊柱推拿手法的传统分类

传统上中国脊柱推拿手法可分为松解类和整复(扳动)类两部分。前者包括按摩法和捏脊法。按法和摩法是文献所载的最早的推拿手法之一,后代脊柱推拿手法的多样化发展则都是源于按摩法。现代按摩法主要见于内功推拿流派之中。在以后的发展过程中,各代医家又在按、摩法的基础上创造了诸如推、揉、擦等推拿手法,但发展的最为完善的方法莫过于膏摩法,膏摩是一种外用药物和摩法相结合的治疗手段。捏脊法是利用术者的拇指和食指尖,在患者脊椎两侧使用点捏来进行疗病的一种治疗方法。目前主要应用于儿科,对于成人与脊柱相关的消化、生殖系统疾患也有较好的疗效。

整复类手法是依据历代积累的解剖知识经验来调节矫正脊椎骨关节的位置紊乱,主要通过提拉、旋转、按压等手法来治疗伤科疾病,并经常通过一些外固定器械来辅助治疗并巩固治疗效果。在施行此类手法之前,须了解局部骨关节的解剖学结构,在施行手法时,则要注重手法的轻、巧、稳、准,注重软组织的保护。总结历代医书中的手法,应用较多的包括以下几种:①摸法是临床诊断的主要方法,同时也是治疗时各种复位方法首先应用的步骤,即所说的"手摸心会",本手法是整个脊柱推拿整复方法成功与否的前提和保证。②拔伸法是以拽法为主要复位方法,主要应用于不复杂的颈椎和四肢骨关节伤损。③后伸法主要用于脊柱部位的压缩性骨折的牵引复位,通过过伸位的维持来缓解脊柱周围肌肉的痉挛。此法在历代伤科论著中都有论述,其多为危氏悬吊复位法发展而来。现代针对于腰椎疾病的中国脊柱推拿手法很多都是来源于此法。④端提法多用于颈椎。近代的颈椎斜扳法与其类似。此法与拔伸法的区别在于其主要目的是在牵引下进行手法操作。元代李仲南首次记载了类似方法:令患者卧床上,以人挤其头,双足踏两肩即出。"此法是根据颈椎的解剖结构和生理特点,利用身体重力与布兜的拉力做对抗牵引以得以复位,这是一种快速复位法,后世的许多脊柱推拿手法与此法类似,但必须指出,这种方法针对颈椎的骨折脱位则存在一定程度的危险性。⑤捺正法主要应用于脊柱的小关节紊乱等症,此一病名在现代以前的文献中尚无此叫法,其相关的叫法在《医宗金鉴》多称为"错缝"。

三、中国脊柱推拿手法的现代分类

就目前而言,尚无本学科公认的、权威的中国脊柱推拿手法分类标准或学科标准。但就大部分作者所介绍的中国脊柱推拿手法分类法来看都是大同小异,差异不大。大部分作者将脊柱推拿手法列入运动关节类手法之中。有关中国脊柱推拿的命名也存在同样的状况。早在20世纪60~70年代,上海和安徽的医学院校编写了一些推拿学教材,简单介绍了一些脊柱推拿手法,但还没有系统化地加以介绍。下面仅就国内一些代表性的专著和推拿学教材中所记载的脊柱推拿手法内容以出版的年代加以罗列。

(1)1977年10月人民卫生出版社出版发行了冯天有所著的《中西医结合治疗软组织损伤》一书。在本书中并没有单独罗列脊柱推拿手法,但是首次提出了"脊柱旋转复位法"。介绍了颈椎旋转复位手法(一法和二法)、胸椎的脊柱推拿手法(坐位旋转复位、坐位后伸推顶法、卧位牵引下推压复位法和卧位推压复位法)、腰椎的脊柱推拿手法(坐姿复位法、俯卧位旋转复位法)和一些臀部的推拿手法,如治疗臀上皮神经损伤和梨状肌综合征的手法等等。

(2)1985年10月上海科学技术出版社出版了俞大方主编的全国高等医药院校教材《推拿

学》(供中医专业用)。书中没有将脊柱推拿手法单独列出,仅是将其列入运动关节类手法。书中将对关节作被动性活动的一类手法称为运动关节类手法。包括有摇法、背法、扳法和拔伸法。其中一些包含脊柱推拿手法,如摇法中的颈项部摇法和髋关节摇法、背法、颈项部扳法(颈项斜扳法和旋转定位扳法)、胸背部扳法(扩胸牵引扳法和胸椎对抗复位法)、腰部扳法(腰部斜扳法、腰部旋转扳法,又分为直腰旋转扳法和弯腰旋转扳法、腰部后伸扳法)、头颈部拔伸法等。

(3)1987 年 7 月科学技术文献出版社重庆分社出版了由骆竞洪主编的《中华推拿医学志 - 手法源流》,本书是第一部打破门户派别之见而集众家之长的推拿医学专著,书中汇集了我国古今分属于三十一个流派的三百多种推拿手法,扼要介绍了它们的渊源和特点。特别是对 20 世纪 50 ~ 80 年代的国内推拿概况进行了详细的汇总。介绍了一些脊柱推拿手法。

(4)1988 年 2 月孙呈祥主编的《软组织损伤治疗学》中,仅是在常用手法介绍中简单地介绍了一些脊柱推拿手法,如颈摇法、腰摇法、髋摇法(髋部屈摇法和髋部直摇法)和腰拔戳法等。但是在本书的各论中却介绍不少脊柱推拿手法,如:如颈椎的端提摇晃捻转法、颈椎的旋转复位法、颈椎的卧位旋转复位法、颈椎的拔摇捻顺法、胸部的摇晃捋按法、胸部迸伤时的喷水法、胸椎按压法、腰椎摇晃端提法、腰椎直立摇晃法、腰椎拍推弯腰法、腰椎旋转复位法、腰椎的三板手法、足蹬法、骶髂关节的摇晃拔伸按压法、耻骨联合部的按压手法和骶尾部的戳按手法等。

(5)1989 年 7 月广西科学技术出版社出版了由李同生和李国衡主编的《中国骨伤科学》(卷四:整骨手法学)。本书作为中医骨伤科函授系列教材之一,在书中将整骨手法分为整骨复位手法和整骨推拿手法两大类。而将脊柱推拿手法列入整骨椎拿手法的运摇法之中。作者详细地介绍了头颈部运摇法和躯干运摇法。头颈部运摇法有颈部端提运摇法(颈部运摇端法和颈部运摇提法)、颈部屈伸运摇法、颈部侧屈运摇法和颈部转摇法;躯干运摇法包括有胸背开阖运摇法、胸背屈伸运摇法、胸背侧屈运摇法、腰骶伸屈运摇法(腰骶卧位运摇法、腰骶背伸法、腰骶扳伸法、腰骶站位前屈法和腰骶髂托伸法)、腰骶侧屈运摇法、腰骶旋转运摇法、骶髂后伸运摇法(俯卧后伸法和侧卧后伸运摇法)、骶髂关节外旋运摇法、骶髂关节内旋运摇法、骶髂关节前屈运摇法、脊椎骶髂拔伸法和尾骶椎运摇法。

(6)1989 年 12 月胡兴立著的《中国传统实用医疗手法》一书由中国华侨出版社公司出版发行。在书的各论中介绍了一些脊柱推拿手法,罗列的主要脊柱推拿手法有以下:颈椎拔伸法、颈椎旋转扳法、颈椎拔伸扳法、腰椎斜扳法、腰椎旋复位法、腰椎后伸扳法、顶腰扳法、腰髋引伸法、腰椎牵引法、按腰扳肩法、按腰扳腿法、抱法、旋腰法和扭转法等。

(7)张恩勤主编的《中国推拿》(1990 年 6 月出版)一书中也没有将脊柱推拿手法单独列出,仅是将脊柱推拿手法列入关节被动运动类的手法之中。具体分类有颈椎摇法、髋关节摇法、颈部扳法(颈椎斜扳法和颈椎定位斜扳法)、胸背部扳法(扩胸牵伸扳法和胸椎对抗复位法)、腰部扳法(腰部斜扳法,又分为侧卧位腰椎斜扳法、仰卧位长柄式腰椎斜扳法和坐位腰椎斜扳法)、腰椎旋转复位法、腰椎后伸扳法(双腿腰椎后伸扳法和单腿腰椎后伸扳法)颈椎拔伸法(坐位颈椎拔伸法、低坐位颈椎拔伸法和仰卧位颈椎牵引法)、腰椎拔伸法(卧位腰椎拔伸法和背式腰椎牵引法)等。

(8)1992 年 5 月湖南科学技术出版社出版发行了由金义成和彭坚编著的《中国推拿》一书,全书 70 余万字,对发展我国的推拿事业提出了许多观点和新颖的见解。在书中作者对推

拿手法进行了详细的分类，将脊柱推拿手法列入运动类手法之中。作者认为：运，乃运动、旋转之意，是指运摇关节及其他使关节运动的方法。在运动类手法之中又包括有摇法（摇颈项法、摇腰法、摇髋法）、扳法（扳颈项法、扳胸法、腰部后伸扳法和扳髋法）、屈法、伸法、背法（单背法和双背法）、提法。

（9）2001 年 8 月由中国中医药出版社出版了韦贵康和张志刚主编的《中国手法诊治大全》一书。全书分上篇、中篇、下篇、附篇四部分，重点对手法诊治在骨折、脱位、筋伤、脊柱相关疾病和内、外、妇、儿等各科疾病上的运用做了系统阐述。但仍没有将脊柱推拿手法单列出来，而是将其也列入运动关节类手法之中。所罗列的脊柱推拿手法较多，分类也比较齐全。现归纳如下：摇颈法、摇腰法（分为俯卧摇腰法、站立摇腰法和坐位摇腰法）、摇髋法、旋颈法（分为快速旋颈法、按肩旋颈法和牵引旋颈法）、旋胸法（旋扭法和胸椎段脊柱旋转复位法）、旋腰法（分为腰椎旋转复位法、坐位旋腰法和仰卧位旋腰法）、颈部扳法（多向扳法、侧扳法和斜扳法）、胸部扳法（扩胸扳法和胸椎扳法）、腰部扳法（腰部斜扳法、腰部后伸扳法和腰部推扳法）、颈部拔伸法、腰部拔伸法和背法等。并在书中的各论中详细介绍了各个名家的特色脊柱推拿手法等。

（10）其他等分类法，目前中国推拿手法种类大致有一百几十种，分为十类左右。之所以不能提供更精确的数字，是由于手法的命名和分类方法不一样所导致的。随着推拿的发展，学术经验的交流，教学和科研工作的开展，手法的命名与分类问题，只能在求大同存小异的基础上逐步求得解决。

在此，我们可借鉴骆竞洪先生的有关推拿疗法的门类论述，也许对我们理解中国脊柱推拿手法的分类和命名有一定的帮助。

对于推拿疗法的分类，至今为止，学术界仍未形成统一的意见。但目前比较流行的分类方法有以下几种。

①根据应用目的，分为医疗推拿、保健推拿、康复推拿三类。

②根据患者的年龄特征，分为成人推拿、小儿推拿两类。

③根据推拿者的主客体特征，分为推拿、自我推拿两类。

④根据治疗分科，分为正骨推拿、小儿推拿、运动推拿、喉科擒拿法等。

⑤根据推拿手法的特点，分为一指禅推拿、内功推拿、点穴推拿、指压按摩、气功（运气）推拿、以及颠簸、捏脊、挤拧疗法等.

⑥根据推拿部位的特点，分为脏腑推拿、经穴推拿两类。

⑦根据推拿时使用器械或特殊介质等情况，分为一般椎拿与棒击、拔罐、刮痧、蛋推、膏摩、药摩等。

总之，由于推拿疗法这门学科历史之悠久，手法之丰富，应用之广泛，给其分类带来很大的困难。以上这些分类法都能科学地从某一角度反映推拿的本质，但似乎都不能完整地概括推拿各个门类的本质特征。我们认为，在这个问题上，不必强求划一，可以存异，这样，反而有利于推拿各个分支的发展。但就脊柱推拿而言，我个人认为还是以部位加手法的力学特征，即颈椎、胸椎、腰椎、骶椎和骶髂关节部分再加上手法的动作特点等来命名和分类为好。但这还需要权威机构和专家的论证和探讨才能进行实施。

第九节　中国脊柱推拿疗法的特点

与西方的按脊手法相比较，中国脊柱推拿至少具有以下特点：

(1)从中医学出现的那天起，中国的脊柱推拿就与中医学联系在一起，成为中国医学中的一个组成部分。手法的出现是自发性的，包括一些脊柱推拿手法，应该早于中医基础理论。以后随着中医基础理论的出现，手法的操作也逐渐在中医基础理论的指导下进行操作。

(2)中国脊柱推拿不仅以中医理论为指导，而且其本身有独特的推拿理论，并日益受到现代科学的影响，特别是基础医学学科，如解剖学、诊断学和医学影像学以及其他的相关学科，如生物力学等的影响。

(3)中国脊柱推拿治病的范围，涉及到多个临床学科。但主要是治疗脊椎病和与之相关的脊椎源性的病变，特别是对某些脊椎关节的一些急性病变有奇效。

(4)中国的脊柱推拿手法种类多，舒适度好；虽然某些手法的难度大，技巧高，但是操作时患者并不是很痛苦，有时手法操作时患者不必脱去衣服。手法的操作基本上遵循："放松－扳动－放松"的原则。

(5)在中医基础理论的指导下，推拿者在患者的经络、穴位处治疗，是中国脊柱推拿手法的显著特点之一，即所谓"循经络，治穴道"。不仅在十二经、任脉、督脉及其穴位处治疗，而且还在特殊的推拿穴位处治疗。

(6)在治疗时还可以配合有多种剂型、内容丰富的"推拿附加剂"(膏摩)，在推拿临床应用时，既能保护皮肤，又可提高临床疗效。

(7)中国脊柱推拿常与其他疗法配合使用，如牵引下的脊柱推拿、麻醉下的大推拿等；手法治疗也可与练功等健身保健疗法相结合。既可发挥综合治疗的作用，又能调动患者的积极性。

本书主要是将建国以来，特别是20世纪70年代以来出版的推拿书籍和相关期刊杂志上发表的脊柱推拿手法进行分类汇总和筛选。重点是将国内各地的主要流派和著名有影响力的手法治疗者的特色脊柱手法加以收集、汇总和收录，将国内的脊柱推拿手法向同行做一详细的介绍。在选材和内容的排列上注意到了文章发表时间或书籍出版时间的顺序，以便为读者提供一个清晰的历史发展沿革过程。但是本书仅是汇总和收录，对各种手法的优劣、手法的科学性以及作用机制等不加以评论。

第十节　对中国脊柱推拿未来发展的展望

中国脊柱推拿有着丰富的临床实践经验和悠久的历史，但中国脊柱推拿的理论和基础研究则相对滞后。许多脊柱推拿的基本问题都没有得到很好的解决，如经常提及的复位手法是复哪里的位？患者的脊椎关节是怎样的脱位？我们常提及的寰枢椎半脱位和骶髂关节半脱位的确切定义使什么？触诊在脊柱推拿中的价值？脊柱推拿的作用力如何测定？局部解剖结构对推拿术式的影响？手法的作用机理是什么？脊柱推拿手法如何优化和筛选？推扳过程中出

现的“咔哒”声响是否就是手法成功的标志？产生咔哒声响机制是什么？它与推拿的疗效是否有直接的关系？二维的X线片能否确切的反映出患者三维解剖结构的变化？高科技的诊断仪器如何与传统的脊柱推拿手法结合？等等诸如此类问题。这些都影响了中国脊柱推拿的进一步发展，甚至是生存。因此需要全体同行消除门户之见，齐心合力，联合一切力量，共同攻关，使中国脊柱推拿的水平更上一个台阶。

对此，沈国权和严隽陶教授在全国推拿专业委员会第二界委员成立大会暨学术交流会上的讲话《二十一世纪推拿学科建设的若干学术问题》已经对推拿学科的深层次问题进行了高度地概括。这个纲要不仅对推拿学科，而且对推拿学科内的脊柱推拿也同样重要，可以说这是指导本学科发展的纲领性文献。

我们常常在一些有关推拿按摩会议上听到这样的解释：我们在临床上就是这样做的，效果也很好，但具体为什么我们也说不清楚。我们不能否认中国脊柱推拿疗法的疗效，也不应该否认脊柱推拿的疗效。在现代高科技条件下，中国脊柱推拿仍然在使用与数千年前相同的原始治疗手段－仅是利用医生的两双手在患者脊柱的特定部位进行治疗。在这种情况下中国脊柱推拿仍能够生存、发展和提高，这就是因为中国脊柱推拿具有很好的临床疗效，有着广泛的群众影响和推崇者。但这远远不够，我们不仅要熟练地掌握脊柱推拿手法的操作，以获得更可能好的临床疗效，同时我们也要了解我们脊柱推拿手法的确切作用机制，提高我们的内涵，并能够与其他学科沟通，相互理解，取长补短，这样才能使我们的学科更加健康地向前发展。摆脱脊柱推拿是“雕虫小技”的看法。

骆竞洪先生说过，推拿在历史上曾被封建统治者称谓医家小道，如果一家一派，一法一式地继承下去，推拿学术不可能走上医学大道，只有临床实践，没有理论指导，也不能称谓医学大道，只能用祖传经验治疗某几种伤病，不能广开其治疗范围，还不能称谓大道。要发展推拿事业，必须有各学派的苦心实干精神，又必须从派系中解放出来，要有一批承家技、博众长、广开学路、用医学理论指导推拿临床实践的推拿医生，意志坚定地干下去，一定能变“小道”为“大道”，在祖国医学中恢复推拿的地位，为人民保健治病治伤发挥重大作用。

参 考 文 献

1 冯天有. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京：人民卫生出版社，1978：254

2 马达，蒋位庄. 旋转手法治疗腰椎间盘突出症的实验研究[J]. 中国骨伤，1994；7(5)：7－9

3 岳寿伟，刘树伟. 屈曲旋转腰椎牵引对人腰神经通道的影响[J]. 中国骨伤，2000；13(10)：583－584

4 史继祥，王志泉，王以进. 颈椎斜扳手法的生物力学实验研究[J]. 医用生物力学，1998；13(2)：110－113

5 王志泉. 脊柱正骨手法的生物力学研究进展[J]. 按摩与导引，1998；(1)：45－46

6 卫庄，周卫，李星，等. 腰椎后关节紊乱症的病机和生物力学研究[J]. 中国骨伤，1994；7(3)：7－9

7 章永东，蒋位庄，周卫，等. 腰椎后关节紊乱症与腰脊神经后内侧支关系的临床与实验研究[J]. 中国骨伤，1994；7(4)：5－7

8 李义凯，钟世镇，等. 颈源性头痛的神经解剖学观察[J]. 中国中医骨伤科杂志，1996；4(3)：56－57

9 毕胜，张德文，张明. 腰椎牵引三维有限元模型分析[J]. 中国康复医学杂志，2002；17(2)：84－86

10 张勇，毕胜，赵卫东. 腰椎旋转手法对髓核内压力和神经根位移的影响[J]. 颈腰痛杂志，2001；22(3)：184－186

11　毕胜,李义凯,汪爱媛. 不同推拿手法下腰椎小关节应力变化的观察[J]. 中国康复医学杂志, 2001; 16(3): 144 - 145

12　毕胜,李义凯,赵卫东. 推拿手法治疗腰椎间盘突出症的机制[J]. 中国康复医学杂志, 2001; 16(1): 8 - 10

13　周卫,蒋位庄,章永东. 寰枢关节错缝与上颈段解剖的关系[J]. 中国骨伤,1996; 9(1): 5 - 6

14　李义凯,钟世镇. 旋转手法对椎管内结构和容积影响的研究[J]. 中国中医骨伤科,1997; 5(6): 4 - 6

15　房敏,严隽陶,沈国权. 颈部推拿拔伸手法的在体研究[J]. 颈腰痛杂志, 2000; 21(3): 200 - 203

16　李义凯,李军朋,钟世镇. 颈屈伸时椎管内结构及铸型容积的变化[J]. 中医正骨, 1997; 9(6): 6 - 7

17　李义凯,朱青安,钟世镇. 旋转手法对颈椎髓核内压力影响的比较研究[J]. 中国康复医学杂志, 1997; 12(5): 193 - 196

18　骆竟洪主编. 中华推拿医学志 - 手法源流[M]. 重庆:科学技术文献出版社重庆分社, 1987:1

19　李义凯主编. 脊柱推拿的基础与临床[M]. 北京:军医医学科学出版社,2001:24 - 25

20　胡永善. 中医脊柱推拿与西方按脊治疗差异浅析[J]. 颈腰痛杂志,1998;19(4):317

21　张秀芬,俞杰,茆长春,等. 针刀结合治疗寰枢椎紊乱型颈椎病的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志,2000;8(3):19 - 20

22　李义凯,许丁丁,史彦彬,编译. 颈椎曲度的变化及其意义[J]. 中医正骨,1995;7(2):39 - 40

23　李义凯,许丁丁,史彦彬,等. X 线片对枕下痛的诊断价值[J]. 颈腰痛杂志,1999;20(1):1 - 2

24　陈肇辉,李义凯. 计算机辅助的三维重建在骨伤科中的运用[J]. 中国中医骨伤科杂志,2000;8(2):52 - 54

25　金义成,彭坚编著. 中国推拿[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1992: 4

26　Dvir Zeevi. Clinical Biomechanics[M]. Churchill Livingstone. Philadelphia,2000:229

27　张雪军,府强. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京:北京科学技术出版社,1993: 43

28　Sandoz R. The significance of the manipulative crack and other articular noises [J]. Ann Swiss Chiropract Assoc,1969; 4:47 - 49

29　Meal GM, Scott RA. Analysis of the joint crack by simultaneous recording of sound and tension [J]. JMPT, 1986; 9:189 - 191

30　Herzog W, Zhang Y, Conway P, et al. Caviation sounds during spinal manipulative treatments [J]. JMPT, 1993;16:523 - 525

31　Conway PJ, Herzog W, Zhang Y, et al. Forces required to cause cavitation during spinal manipulation of the thoracic spine [J]. Clin Biomech,1993;8:210 - 212

32　Reggars JW, Pollard HP. Analysis of zygapophyseal joint cracking during chiropractic manipulation [J]. JMPT, 1995;18:65 - 67

33　Brodeur R. The audible release associated with joint manipulation [J]. JMPT,1995;18:155 - 157

34　李义凯,钟世镇. 颈部推拿过程中小关节咔嗒声分析[J]. 中国中医骨伤科, 1997;5(2): 57 - 58

35　李振宇,王丹芬. 腰痛症发病与手法治疗机理研究进展[J]. 中医正骨, 1998;10(3): 44

36　韦贵康. 腰椎间盘突出症手法意外 11 例分析[J]. 中国骨伤, 1999;12(4): 37

37　李义凯,赵卫东,钟世镇. 两种颈部旋转手法"咔嗒"声的比较研究[J]. 中医正骨, 1998; 10(6): 9

38　Aulisa L,Pitta L, Padua R, et al. Biomechanics of the spine[J]. Rays,2000;25(1): 11

39　Gebhard F, Kinzl L, Arand M. Computer - assisted surgery[J]. Unfaiichiriurg,2000;103(8): 612

40　宋志坚,齐文,李文生,等. 基于 Java 技术的医学图像三维重建[J]. 解剖学报,1998; 29(S:S)

41　钟世镇,李华,罗述谦. 中国数字化虚拟人体的科技问题. 香山科学会议第 174 次,2001:11

42　侯筱魁,董风,赵文成,等. 推拿时腰椎及其后部结构的运动学研究[J]. 医学研究通讯, 1998; 25; 27(7): 18

43 俞大方主编. 推拿学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1985
44 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海:上海中医学院出版社,1988
45 李同生,李国衡. 中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M]. 南宁:广西科学技术出版社,1989
46 胡兴立著. 中国传统实用医疗手法[M]. 北京:中国华侨出版社公司,1989
47 张恩勤主编. 中国推拿[M]. 上海:上海中医药大学出版社,1990
48 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社,1994
49 朱建防,方辉,文明雄主编. 老年骨科手法学[M]. 北京:人民卫生出版社,1996
50 韦贵康,张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京:中国中医药出版社出版,2001
51 严隽陶, 赵善详. 推拿学. 见丁学峰主编. 推拿学. 上海:上海科学技术出版社,1987
52 李义凯,钟世镇. 我国脊柱推拿手法的现状及发展此科学的刍议[J]. 按摩与导引,1997;(5):1-2

(李义凯　叶淦湖　赵　毅)

第三章　脊柱推拿的历史沿革和反思

【摘要】 系统而简要地回顾中国和西方的古代脊柱推拿手法的发展史。着重介绍了国内建国以来脊柱推拿手法的三个发展阶段。对现代脊柱推拿手法的发展状况进行地客观分析和评价。研究发现:20 世纪 50～60 年代的脊柱手法特点是采用脊柱后伸位下操作的手法为主。而 20 世纪 70 年代经典的冯氏手法是在脊柱前屈状态下进行侧屈、旋转的脊柱被动运动,并在长杠杆力的基础上增加了拇指顶推偏凸的棘突的短杠杆力。较传统的后伸下旋转操作相比较,手法的动力结构较为合理,是中国现代脊柱推拿中发展上的重要台阶。20 世纪 80 年代中期之后,脊柱推拿进入了一个新时期。这一时期的发展并不是增加脊柱手法的外延规模,而是加强脊柱推拿的内涵建设,是对以往所作的工作进行深刻的反思,对现存的脊柱推拿理论进行科学的验证。在脊柱推拿临床实践的基础上,对传统的"错位"和"整复"理论也进行了理性的思考。并非所有的节段"错位"都是必须矫正的病理变化,手法质量的评判应以临床症状、体征的改善程度为标准,最佳的脊柱手法当为用力轻、运动幅度小。

推拿,或以手法操作来达到减轻病痛,恢复身体健康及获得轻松舒适感受的目的,是人类所能最早掌握的一门医疗技术。因脊柱原因而导致频繁发生的颈肩腰腿痛,可上溯至人类与猿类相揖别,两腿开始直立的文明之处。因而,脊柱推拿或以手法解决脊柱损伤和脊柱原性疾病的历史,可能与文明同步。西方医学史研究资料发现,20 000 多年前,Aurignacian 人所留下的洞穴岩画上,就描绘了原始人以手按压别人背部的画面,可认为是人类有关脊柱手法治疗的最早文献资料。16 世纪欧洲探险家在游记中记载,在太平洋中部的波利尼西亚群岛上,他们看到了一个有趣的现象,当地的土人身体不适或生病后,就俯卧在地上,然后叫小孩在其背上来回踩踏,往往就能恢复健康。按照土人的解释,是小孩的踩踏将致病的邪恶从身体里而驱赶了出去。无独有偶,北美印地安人也有类似的治病方式。根据医史学家的认识,这种以脚踩踏人体背部的方式,应该是脊柱推拿的雏形。

近年来,随着人类生产生活方式的快速改变,脊柱原性疾病已成为影响人类健康的一类重要病种,且出现了发病率不断上升和发病低龄化的倾向,并再可以预见的将来,这一状况不会发生明显的改变。迄今为止,推拿仍是脊柱原性疾病治疗中最有效的保守治疗方法。脊柱原性疾病占所有推拿就诊病例总数的三分之二,脊柱推拿已经成为推拿学科中发展最迅速的分支,也是推拿学科中理论和技艺现代化最成功的部分。回顾脊柱推拿的过去,分析脊柱推拿的现状,有助于我们把握脊柱推拿前进的方向,更好地推动学科的发展。

第一节　古代脊柱推拿

作为一种治病手段，人类的双手是其所能拥有的最方便、最现成工具，手法力刺激是其最先有的治病形式。因而，许多不同的古代文明，都不约而同地自发产生了各自的推拿疗法。

一、中国古代脊柱推拿

据考古资料证明，推拿是中医传统医学中较早出现的疗法之一，这可从殷墟卜辞中得到结论。推拿，古称"按跷"。其中的"跷"，即指关节运动性手法。由于古代推拿专著的亡失，现在我们已经难以回答，是否在《内经》时代就存在脊柱手法。但从稍后张仲景《金匮要略·救缢死方》中，可以看到脊柱手法的应用："一人以脚踏其两肩，手少挽其发，常弦弦，勿纵之。"应用了颈椎拔伸法来稳定缢死者的颈椎，以防可能存在的颈椎损伤在急救过程中对脊髓产生严重的伤害而影响其预后。

秦汉以后很长时期内，脊柱推拿一直处于停滞状态。直到元代，由于当时蒙古族喜好战争，才促进了对脊柱损伤的临床研究和应用。危亦林在《世医得效方》中介绍了脊柱后伸悬吊法治疗屈曲性压缩骨折，而对脊柱推拿手法贡献较大的应属李仲南的《永类钤方》，其中的《肩胛颈骨及手·争脱手盘手指骨伤》进一步改进了张仲景颈椎拔伸法的操作"令患人卧床上，以人挤其头，双足踏两肩，即出"。并介绍了颈椎端提手法："凡卒进颈骨，用手巾一条，系在枋上垂下来，以手中兜缚颏下，系于后脑杀缚接绳头。却以瓦罂一个五六寸高，看卒入浅深，斟酌高低。令患者端正坐于其罂上，令伸脚坐定。医用者手采捺平正，说话不觉，以脚一踢，踢去罂子。若在左，用手左边卒出，在右边，右边卒出。"对于腰椎损伤，则应用了拔伸捺正法："凡腰骨损断，先用门非一片，放斜一头。令患人覆眠，以手捍之，下用三人拽伸，医用手按损处三时久，却用贴药……"

明代刘基《秘传刘伯温家藏接骨金疮禁方》则进一步发展了脊柱重力悬吊法："将带悬之梁上，以人扶起，患者倒背，将两条脚带从两胁兜转，脚带在臂上兜起，悬空吊之……"

到明清交际，郑芝龙《金疮跌打接骨药性秘书》首次介绍了颈椎斜扳法的应用："失枕有卧而失者，有一时之误而失者，使其低处坐定，一手扳其头，一手扳其下颈，伸之直也。"该方法，直至目前，仍然在临床上广泛应用。

清《医宗金鉴·器具总论》中介绍了用攀索叠砖法脊柱重力牵引及腰部垫枕后伸治疗脊柱损伤的方法："凡胸、腹、腋、胁，跌、打、硼、撞、垫、努，以致胸陷而不起者，先令病人直身挺胸，足踏砖上，将后腰拿住，各抽去砖一个，仍令直身挺胸；少倾，又各去砖头一个，仍令直身挺胸。如是者三，其足着地，使气舒瘀散，则陷者能起，曲者可直也。再将其胸以竹帘围裹，用宽带八条紧紧缚之，勿令窒碍，但宜仰睡，不可俯卧侧眠，腰下以枕垫之，勿令左右移动。"这些原则，目前仍然在临床上指导着腰椎损伤及腰椎间盘突出症的治疗。

《伤科补要》对颈椎损伤的手法治疗，已经体现了辨伤论治的趋势："天柱骨折，致颈插人腔内，而左右尚动者，用提法治之；或打伤，头低不起，用端法治之；或坠伤，左右歪斜，用整法治之；或伤而面仰，头不能垂，或筋长骨错，或筋聚筋强，或头垂不起者，用推、端、续、整四法治之。"

《跌打回生集》还首次观察到颈椎拔伸法应用不当所引起的脊髓损伤："顿颈骨者……用力徐徐拔而伸之，以归原为度。如过，则头伸太多，则又软了。"

《少林寺跌打损伤奇验全书》进一步阐述了脊柱过伸性损伤采用腰椎前屈手法的整复方式："夫腰骨背脊骨折断者，令患人伏卧凳上，用瓶大米椎置于腹下，用绢带缚其两肩于凳头上，又缚其两足凳下脚横木上。如此则鞠曲其腰，折骨自起，而易入者。"

《捏骨秘法》尽管只是薄薄的一册，却对我国古代脊柱手法的发展，作出了重大的贡献。贡献之一是短杠杆手法的应用："凡颈项错捩（跌伤）俱是向后错，头必俯而不直。治法用左手托住前边，右手向疼处略稍按，按左手稍有知觉即止。"贡献之二是认识到了手法操作过度可以引起损伤作用："若用力太大，手按太重，使后边将喉咙填满，恐更碍饮食。或至伤生，治者慎之。"贡献之三是发现了棘突凸起这一临床重要体征："凡脊骨痛，何处痛必定何处高。"而治疗的要点在于："用大指向脊骨高处略略一按，与上下脊骨相平即愈。"贡献之四是发明了尾椎半脱位的整复方法："自病人侧面，用左手搬住身前，右手扣住尻骨往下一拽，遂即往外一撇，则尻骨仍然直上直下。"该整复方法操作方式，很可能就是后世腰椎及骶髂关节斜扳法的来源。

二、西方古代脊柱推拿

古代文明中，以推拿医学而齐名的当推古希腊。根据古希腊文献记载，早在医圣 Hippocrates 以前，古希腊人就广泛采用手法方式来治疗许多疾病，而希波克拉底则对脊柱推拿情有独钟并为脊柱推拿的发展作出了极大的贡献。Hippocrates 在其两本专著《手法与对健康的重要性》、《以杠杆力整复关节》中，大量地描述了当时所用的脊柱手法和脊柱牵引设备。希氏教导医生："拿握脊柱的有关知识，这对许多疾病有关系。"从希氏的著作中可以看到，早期古希腊人已经发明多种原始的机械设备来牵伸脊往以恢复解剖位置。希氏认为："如果医生和病人配合得好，采用这种牵伸手法是不会造成多大损害的，除非有人要故意造成损害。一个受过良好训练的、精于医道的医生和助手，应将他的一只手掌按在患者的脊柱上，另一只手掌应有力地，但也必须自然地径直向下，或向头部方向，或朝臀部方向牵伸，使弧度减小。这种牵伸手法，不会造成损伤，事实如此。即使在背部某个部位作牵伸时，将患者举起，使其振荡，甚至将医生的足压在患者背上，以医生的全部体重施压，使患者缓缓振荡，也不致造成伤害。"

Herodicus 是 Hippocrates 同时代的医生，被称为非药物治疗医生的鼻祖和运动医学之父。Herodicus 临床上采用的治疗方式中，以手法矫正脊柱畸形来恢复健康及训练病人进行运动锻炼增强体质为他赢得了巨大的名声。人们称赞 Herodicus："使老人恢复青春并极大地延长了他们的生命。"

在 Hippocrates 和 Herodicus 之后，晚期的古希腊著名医生 Galen 之所以能够获得"医学王子"的称号，是因治愈了当时著名的罗马学者 Eudemus 的瘫痪右手。凭着长期的临床经验，Galen 在检查了 Eudemus 的病情之后，认为其右手的瘫痪源于颈椎的错位干扰了右手神经传导，并通过准确的手法整复，治愈了疾病。同 Hippocrates 一样，Galen 也认识到神经系统的重要性，他教导其学生："要把神经系统看作是影响健康最主要的关键因素。"

然而，西方早期文明在二千年里积累起来的有关脊柱推拿的知识随着盖伦的逝世及古罗马的消亡而烟消云散。公元 476 年，罗马帝国被北方蛮族征复这一历史事件同时标志着人类早期文明的摧残和破坏。同样人类对疾病的防治知识也出现了极大的倒退，医学被占卜、迷

信、魔药、巫术所取代，讲究卫生不再存在。当逻辑和科学被禁锢时，无知、瘟疫和肮脏就大行其道。

在中世纪，脊柱推拿被赶出医学圣堂，但并未完全消亡，而是在民间有一定的市场。民间的西方脊柱推拿医师自称为 Bone - setting（整骨），主要以父子相传或母女相传的方式延续。由于这些整骨医生不可能得到正规的医学教育，使得当时的脊柱推拿与科学之间产生了分裂，反而与迷信结成了同盟，认为“天赋”是影响一个推拿医生治疗效果的决定因素，有些家族一生下来就具有治病的天赋，与这些家族无血缘关系的人就不具备治病的天赋，整骨医生在进行手法治疗前及手法操作过程中不断地念一连串的谁也听不懂的咒语，而每当手法过程中发出“咯嗒”声时，就声称是恶魔被赶出了病人的身体。由于伴随着手法的“咯嗒”声，患者的痛苦往往明显地缓解，就对整骨医生产生了盲目的崇拜。

随着西方资本主义生产方式的兴起和文艺复兴，自称为“整骨”的脊柱推拿医师逐渐公开与正统的西方医学展开角逐。十八和十九世纪，整骨在英国非常盛行，成为当时西方正统医学的强有利竞争者。据医学史记载，一位叫做马普夫人（Mrs. Mapp）的女整骨师凭着她高超的脊柱手法技艺在伦敦取得了很高的名声，也引起了英国皇家医学会成员的妒忌。于是他们就设计了一个诡计，叫其中的一名会员伪装成脊柱错位病人到马普夫人处求诊。但马普夫人并非只会手法操作而不懂得检查诊断，她马上就发现该求诊者的脊柱错位症状是假装出来的。马普夫人不是一台省油的灯，她就把这个伪装成脊柱错位的假病人用手法造成真的脊柱错位，然后把他带到皇家医学会，要求皇家医学会的成员把这个原是假错位而被手法造成真错位病人治疗好。最后结果，当然可想而知，皇家医学会弄巧成拙，反而使马普夫人的名声大振，以致当时的伊丽莎白女王也成为马普夫人的病人。因而，当时英国皇家医学会从原先的鄙视、不相信整骨转而以务实的态度看待整骨，把整骨看作自己有力的竞争对手并采用整骨的理论和方法来解决一些临床问题，既丰富了自己的治疗手段，同时也影响了脊柱手法发展的方向，使其回到科学的道路上来。

流传于欧洲民间的整骨成员随着后来的移民浪潮来到了北美，将此技艺带到了新大陆，并在新大陆当时特殊的医疗环境中茁壮地成长，由此产生了西方近代脊柱推拿的代表 Osteopathy（按骨疗法）和 Chiropractic（按脊疗法）。

第二节　近代脊柱推拿

推拿历史分期，应该与学科发展的里程碑紧密地联系在一起，而不是与世界和中国历史的分期相一致的。根据作者自己的见解，中国近代的脊柱推拿史应从清末鸦片战争开始到 20 世纪 50 年代末，时间跨度为 100 余年；而西方近代脊柱推拿史应从 19 世纪 70 年代 Osteopathy 的创立到 20 世纪 60 年代，推拿作为一种可供选择的治疗方法，开始为西方主流社会所公开接受为止，时间跨度为 90 年。

一、中国近代脊柱推拿

中国近代推拿发展史和中国近代史一样，是一段令人伤感历史。随着西方科学技术的传入，中国传统的科学技术特别是中医学体系受到了前所未有的冲击。在与西医争夺医疗市场

的竞争中，中医由于其自身的内在缺陷，逐渐处于不利的地位，再加上当时政府对中医价值的不正确认识及错误的医疗卫生政策，连继续生存都发生了严重的危机，更谈不上学科的发展。

与中医学其他学科分支更严重的是，尽管推拿自古以来是中医学的有机组成部分，并在隋唐时期及明代成为政府医疗机构的一个独立部分，但由于推拿治疗的手法操作方式易于实践而不利交流，只可意会而不可言传，难以用言简意赅的古汉语真实地描述，严重地阻碍了学科自身的积累和发展。故长期以来，推拿一直没有经典的推拿著作传世，只能通过父子相传，师徒授受的方式得以流传，处于自生自灭的状态。一部中国近代脊柱推拿史，在文献上几乎是一张空白的画卷，但在临床实践上逐步发展了以长杠杆力为特征的传统脊柱手法。

中医传统脊柱手法来源于正骨手法。中医传统理论认为在骨伤科疾病和损伤中，有一类疾病或损伤属于骨关节及软组织错位，称之为“骨错缝，筋出槽”，必须用整骨手法治疗。根据老一辈中医推拿和骨伤科医生回忆，目前临床上常用的一些脊柱整骨手法如腰椎斜扳法、腰椎后伸扳法、腰椎后伸旋转扳法、颈椎端提法、颈椎侧屈扳法，在近代基本上都已经广泛使用了。由于缺乏可信的文字的记载，目前无法确定究竟是谁在什么时候创造了这些手法。

值得一提的是，滚法推拿的创始人丁季峰先生在长期的临床实践中，深刻地认识到中医传统理论和方法上的局限性，在20世纪40年代提出了以中医经络学说结合西医解剖、生理和病理知识指导推拿临床治疗的观点，在手法操作上形成了滚法与关节被动运动有机结合的特色。并提出关节被动运动必须精细化的观点，“差之毫厘，失之千里”，认为关节运动的幅度和手法的力量必须掌恰到好处，既非不足，又不过分。不足则达不到手法应用的目的，过分则容易引起关节周围组织的损伤，两者均可影响推拿治疗效果。

二、西方近代脊柱推拿

尽管按骨疗法和按脊疗法均未提到他们的手法来源于何处，但只要仔细研究一下十九世纪的医学文献，就可明白随着一门浪潮传到新大陆的整骨是其共同的学术祖先。

十九世纪的西方医学尽管在实验研究方面已经有了长足的进步，但其临床医学仍然处于十分落后的状态。特别是美国中西部地区，由于自然和社会条件的艰难，受到正规医学教育的医生只想留在欧洲及美国东部地区行医而不愿到中西部地区工作，缺医少药的状况十分严重。一些乡村及民间医生，就倾向于采用自然疗法如食疗、草药、日光浴、磁疗、手法等来治疗疾病。在这些自然疗法中，最有效、应用最广泛的疗法就是整骨。

目前能看到的北美第一篇整骨文献是由罗德岛斯维特家族的女性成员 W. Sweet 所著的《整骨科学简介》。根据文献记载，斯维特家族所用的正骨手法主要是一些两个人操作的脊柱手法，也应用脊柱旁的软组织手法和非脊柱手法。

Osteopathy（按骨疗法）的创始人 C. 斯蒂尔是一个没有完成正规医学教育的乡村医师。在美国南北战争时期，他的三个儿子先后染上流脑。尽管得到了当时最好的药物治疗，但这三个儿子还是先后离开了人世。出于对西方正统医学的失望，斯蒂尔转而致力于寻找一种可供选择的替代性疗法，他通过解剖从墓地里挖掘出来的印地安人尸体，成为一名精通肌肉－骨骼－神经系统问题和正骨手法操作专家。1772年，斯蒂尔在美国中西部的考尔维沙特正式打出按骨疗法旗号。斯蒂尔相信，健康和疾病不能与人的解剖结构及生理上的自限机制无关，机体的机能必须从整体上加以把握。进而他认为，不能忽视占人体体重60%的肌肉－骨骼系统。斯蒂尔在临床中注意到，头痛的患者往往伴有颈部肌肉的痉挛，而痉挛所在脊柱关节活动受限。

如用手法整复颈椎后，痉挛的肌肉开始松解，脊柱关节活动也相应恢复正常，头痛也随之消失。

按骨疗法的出现，以其清新的学术观点和独特的治疗效果，吸引了美国中西部医学界，纷纷邀请斯蒂尔去讲学，甚至投入其麾下，成为按骨疗法的一员。在这些追随者的鼓舞下，斯蒂尔开设了按骨疗法学校，成立了按骨疗法协会。

西方近代推拿的另一大事是 Chiropractic（按脊疗法）的出现。尽管按脊疗法的创始人 D. 巴尔默回避其与按骨疗法的学术渊源关系，但 C. 斯蒂尔的长子则公开攻击巴尔默剽窃了按骨疗法的原理和方法，而某些西方医史专家则称为按骨疗法和按脊疗法都是整骨疗法的堂兄弟。斯蒂尔的长子说巴尔默是其父亲家里的常客，曾多次向斯蒂尔请教手法问题，一个按骨疗法医生声称巴尔默是其学生，而另外的一些密苏里州的按骨疗法医生也谈到 D. 巴尔默的名字多次出现在考尔维沙特按骨疗法学校的来访者名单上。此外，十九世纪末期的美国中西部公众并不明了按骨疗法和按脊疗法之间的区别，而是把他们看作一样的“Rubbing Dorctors”（摩擦医生）。

巴尔默当时所居住的达尔文港距考尔维沙特只有一天行程，都位于密苏里河旁。根据巴尔默及按脊疗法的说法，按脊疗法的创立纯属偶然。作为一名魔医，巴尔默偶然也应用手法来替病人治病。1895 年秋季的一天，马路尔默诊所所在大楼的看门人 H. 里拉德向他求诊。里拉德在十七年前的一次意外事故中损伤了背部，随之则丧失了听力。由于巴尔默没有受到过正规的医学教育，就想当然地把里拉德的背部受伤与耳聋联系在了一起。凑巧的是，当巴尔默检查患者背部，发现第二胸椎存在错位现象并用手掌猛推胸椎后，奇迹突然出现了，里拉德大声地对巴尔默说：“我听到了大街上马车发出的隆声。”

巴尔默被这一临床奇迹吸引住了，以后的两年中他以自己文化水平所能，努力钻研脊柱和中枢神经解剖知识，形成了一整套奇特的理论，认为人体的疾病与脊柱的错位有着密切的关系，脊柱错位干扰了中枢神经系统的调整机能，使各系统的功能活动出现紊乱，也干扰了疾病的自愈能力，进而导致疾病。两年之后，巴尔默正式打出了按脊疗法的旗号，在其诊所的楼上建立了以他名字命名的巴尔默按脊学院。其首届 15 名毕业生中，多数人在入学前就已经拥有博士学位，这些人后来都成为推动按脊疗法发展的功臣。

根据巴尔默自己的说法，脊柱短杠杆手法是按脊疗法的特色。巴尔默说：“我不是第一个使用脊柱手法的人，但我确实是第一个应用短杠杆手法整复脊柱的人。”不过，如果巴尔默读了作者今天发表的演讲，连这一句话他也不能说了。我国清代《捏骨秘诀》中的颈椎整复手法和腰椎整复手法就采用了直接按压病变节段棘突的短杠杆手法。所谓长杠杆和短杠杆，是指引起脊柱病变节段产生整复运动所施加的手法力距长短。许多传统的脊柱手法往往需要通过一个较长的力距来产生整复动力，如整复颈椎时在头颅发力，在整复胸腰椎时在肩部和骨盆处发力，称之为长杠杆手法。如手法直接在病变节段的棘突、横突上发力，则力矩相对较短，称之为短杠杆手法。

由于行医在美国是一项收入十分丰裕的职业，且对于行医资格有严格的法律规定，美国医学会为了保证自己在医疗保健行业中的垄断地位，对以按脊疗法为代表的非主流医学进行了残酷的打压。另外，也由于按脊疗法关于脊柱错位是影响健康及引起人体疾病的主要因素，与人们的生活常识相差太远，得不到美国主流社会的认可。因而，按脊疗法从它诞生之后的几十年的历史里，一直处子一种非法的地位，不仅不能受到主流医学同样的医疗保险待遇，反而常常因美国医学会的告发而被指控为“非法行医”，投入监狱中，如巴尔默本人就曾 3 次因“非法

行医”被捕。直到20世纪60年代，纽约市还出现了几十个按脊疗法医生被同时以“非法行医”罪被判入狱的事件。

公正地说，按脊疗法对脊柱半脱位是人类疾病的主要影响因素的观点，确实言过其实，但这一理论毕竟扩大了人类对自身健康与疾病的认识。目前有关“脊柱相关性疾病”的理论已逐渐被主流和非主流医学界共同接受，表明脊柱病变确实会引起某些疾病，特别是以内脏功能紊乱为特征的疾病。许多主流治疗方法如药物、手术、理疗并不能解决这些问题，而脊柱手法却对这类疾病显示了神奇的治疗效果。

第三节　现代脊柱推拿

作者认为，现代脊柱推拿和近代脊柱推拿的分界线是20世纪的50年代末和60年代初。在这以前，中国的脊柱推拿基本上属于口头经验医学和民间医学的范畴，20世纪60年代以后逐步进入了向实验医学转化和建立理论体系的过程；而西方脊柱推拿则完成了为主流社会、主流医学所接受，与主流医学相互融合的过程。

一、中国现代脊柱推拿

中国现代推拿大致上可分为三个阶段：第一阶段是20世纪50年代末和60年代，以第一本推拿教材的出现及天津医院骨科开始进行中医推拿手法治疗腰椎间盘突出症的临床研究为标志，是脊柱推拿的探索阶段；第二阶段是20世纪70年代到80年代中期，以冯天有的“椎骨整复”理论及治疗腰椎间盘突出症的“三步八法”的建立及广泛应用为标志，是脊柱推拿的发展阶段；第三阶段从20世纪80年代中期到目前，以开始正视传统脊柱推拿理论及方法中的潜在缺陷，以现代科学技术进行脊柱手法治疗机理研究为特征，是脊柱推拿的反思阶段。

（一）第一阶段

众所周知，尽管我们在宣传推拿的时候说中国推拿已有五千年的发展历史，但实际上脊柱推拿的真正发展只有30年的历史。直到20世纪50年代末，成人推拿一直以一种口头流传的经验医学方式存在。由于没有书本作为手法信息的载体，制约了专业群体的规模，形成了无权威、无标准、任意发挥，自行其是的状态。这一状态，显然是与现代意义上的学科大相径庭的。因而，当上海推拿学校第一届学生毕业后，在短短的几个月时间内把老一辈推拿教师个人的零散经验加以总结和系统化，编成了第一本推拿学讲义，其中的脊柱疾病推拿治疗部分成为现代脊柱推拿的雏形和后来发展的基础。

与此同时，由于当时许多综合性医院把一些社会上名声很大的推拿和整骨医生吸收到医院内，使得受到正规现代医学教育的西医骨科专家有机会与这些临床实践经验丰富且临床疗效十分突出的中医进行直接的交流，一方面提高了对脊柱手法作用机制的认识及手法应用的科学性，另一方面也纠正了西医骨科因理论体系的差异及长期隔阂所带来的对脊柱疾病认识上的片面性，起到了相互促进的作用。以天津医院骨科叶希贤、陶甫教授和上海广慈医院骨科叶衍庆教授等为代表，通过与著名老中医李墨林、魏子薪的交流，不但接受了中医骨伤科的“骨错缝”理论，并自觉地站在现代医学的立场上应用脊柱手法治疗疾病和进行科学机理的研究。

20世纪50～60年代的脊柱手法有一个较显著的特点，就是无论南方还是北方均主要采用脊柱后伸位下操作的手法为主。如颈椎摇转法、绞腰法、膝顶法、揿压法、仰扳过伸法、踩跷法等。至于为什么传统脊柱手法以脊柱后伸位操作为主，作者的见解是可能受到了危亦林《世医得效方》中治疗脊柱损伤采用后伸悬吊法的根深蒂固影响。另外一个特点是手法应用的经验成分占主要地位，尚未对脊柱手法作用机制形成科学的认识。以当时较广泛应用的绞腰法为例，该手法治疗的适应证是腰椎后关节错位、后关节滑膜嵌顿及腰椎间盘突出症，患者在坐位下进行操作，由助手固定患者的骨盆，然后术者将患者上身强制后伸并在后伸位下旋转到极限位，再作加力推扳动作，使腰椎发生整复运动。以今天的眼光看，该手法操作具有以下几点不合理的成分。第一，腰椎后关节错位患者，尤其是存在滑膜嵌顿的患者，后伸动作要加剧疼痛，迫使患者肌肉处在保护性痉挛状态，不利于手法整复；第二，坐位时，脊柱肌群为了维持脊柱动力平衡，必然要保持一定的紧张度，不如卧位状态下操作肌肉容易放松；第三，腰椎后伸状态下，特别是极度后伸状态下，后关节间隙更小，关节内压升高，关节软骨的摩擦阻力，均增加了整复时关节面滑动的阻力；第四，极度后伸状态下，椎间盘内压升高，不利于神经根减压。

（二）第二阶段

20世纪70年代，冯天有医师向北京民间整骨医生罗老太太学到了其祖传的脊柱整复手法，并将其广泛应用于脊柱疾病的治疗，取得了十分满意的疗效，并在此基础上形成了自己关于脊柱原性疾病的理论认识。冯氏观察到，以颈椎病、腰椎间盘突出症为代表的脊柱原性疾病中的大多数病例呈先突然发病或突然加重的特点，临床检查时能发现存在病变节段椎骨的棘突、横突偏凸的体征；通过脊柱整复手法操作，随着脊柱发出“喀嗒”的复位声，其临床症状和体征会在瞬间出现明显的减轻甚至消失，但脊柱X线检查在脊柱手法治疗前后并无明显的变化。这一现象，很难用现代医学理论中神经压迫理论加以解释。故冯氏从临床经验出发，提出了脊柱疾病的“椎骨错位”假说和脊柱手法治疗机制上的“整复”理论，并进一步发展为脊柱平衡学说。客观地说，冯氏从临床现象的推理面得出的“椎骨错位”假说和手法的“整复”理论对当时有关脊柱疾病的认识及解决方法，提供了一种十分实用的选择，扩大了人们的视野，对脊柱疾病的临床起到了积极的作用。

与20世纪五六十年代广泛使用的脊柱手法不同，典型的冯氏手法（正确地应该称为罗氏手法）是在脊柱前屈状态下进行侧屈、旋转的脊柱被动运动，并在长杠杆力的基础上增加了拇指顶推偏凸的棘突的短杠杆力。因而较传统的后伸下旋转操作相比较，手法的动力结构较为合理，不能不说是中国现代脊柱推拿中发展上的重要台阶。

但当冯氏理论及其脊柱手法被临床广泛接受并推广到全国各地以后，由于扩大了该理论和手法操作的实践范围，一些隐藏在“整复”理论中的不科学成分逐渐暴露，出现了大量因脊柱手法操作而引起医疗性损伤的临床报道。

因冯氏手法和冯氏理论的出现，使得推拿治疗颈椎病、腰椎间盘突出症在临床上得以快速推广，有关手法作用机制的理论探讨和实验研究也逐渐开展起来。天津医院陶甫首先提出了推拿治疗腰椎间盘突出症的“回纳”假说，认为脊柱手法特别是腰椎旋转性手法可使椎间盘压力下降，引起负压而吸引髓核出现向心运动。但许多骨科专家不同意这一假说，以岳阳医院郑效文教授为代表的骨伤科医生通过手术直视下模拟脊柱手法观察的方式，发现脊柱手法并不能使椎间盘压力下降，而且即使用手术刀柄直接按压突出的椎间盘组织，也不能使其回纳，更

不要说间接的手法运动使突出物回纳了。但脊柱手法确实可以引起神经根、纤维环、关节突、后关节囊及黄韧带的移动，从而改变突出物与神经组织间的相互位置关系，提出了手法治疗腰椎间盘突出症中的“移位”假说。

通过长期临床实践的筛选，治疗颈椎病和腰椎间盘突出症的脊柱主流手法逐渐形成共识，并固定成一套相对类同的标准程式，如腰椎间盘突出症的“三步八法”。这类脊柱手法程式的出现，较 20 世纪 50～60 年代的脊柱手法各显神通，带有明显的经验性和随意性，不能不说是一个重大的进步。

为了克服治疗腰椎间盘突出症时，患者因保护性肌紧张对脊柱手法操作带来的困难及减轻手法操作过程中引起的剧烈疼痛，常熟县人民医院首先开始采用全身麻醉下推拿。但从临床实践来看，全身麻醉尽管解决了手法治疗时的疼痛问题，也带来了新的问题。即由于患者失去痛觉，因而不能对脊柱手法的幅度、力量的强度进行感知，并作出适当的保护性反应，推拿治疗者往往难以恰当控制脊柱手法的操作，容易引起较正常状态下远为严重的手法后反应，甚至出现手法损伤。因而，一些作者先后对麻醉方式进行了改革，如硬膜外麻醉下推拿、神经根麻醉下推拿、骶裂孔麻醉下推拿。其中岳阳医院首先采用的神经根麻醉下推拿，因神经阻滞范围局限，镇痛效果明显，既避免了剧烈的疼痛，又能使患者对手法操作作出恰当的反应，有利于医生控制脊柱手法操作，在临床的广泛被采用。此后，由于肾上腺皮质激素制剂在骨伤科领域中的应用，在进行神经阻滞麻醉时混合以地塞米松为代表的皮质激素制剂更能发挥椎管内消炎退肿，去除化学性刺激的作用，与手法的移位减压作用相结合，显著地提高了临床治疗效果，缩短了治疗时间。

此时脊柱推拿的另一重要理论进展是注意到了脊柱疾病发病学上的椎管外软组织因素。在此以前，一提到颈椎病就会把它与椎骨骨刺压迫、一提到腰椎间盘突出症就把它同突出髓核组织压迫完全等同起来。通过长期的临床实践，特别是活动相当活跃的软组织研究会成员的辛勤工作和创造性思维，推拿和骨伤科工作者开始认识到脊柱周围软组织在脊柱源学疾病中的病因学和病理学作用。对于人们完整认识脊柱疾病和提高治疗效果起到了举足轻重的作用。

由于临床工作中手法意外频频出现，迫使推拿工作者开始正视脊柱手法的安全性问题。岳阳医院郑效文是国内这方面工作的先驱者之一，其对脊柱旋转手法的运动学研究，堪称这类研究的经典之作，并根据实验研究的结果提出了改进传统颈椎旋转定位扳法的操作方案。

此外，随着文化革命的结束，我国推拿界开始了学习国外先进脊柱手法的进程。20 世纪 70 年代末，岳阳医院梅犁、郑风胡等先后向国内介绍了法国 Orthopeadic Medicine（矫形内科）的两个代表性手法－胸推对抗复位法和骑马位胸腰椎旋转定位扳法，弥补了传统中医脊柱手法在这方面不足之处。

（三）第三阶段

20 世纪 80 年代中期之后，脊柱推拿进入了一个新时期。这一时期的发展并不是以增加脊柱手法的外延规模，而是加强脊柱推拿的内涵建设，是对以往所作的工作进行深刻的反思，对现存的脊柱推拿理论进行科学的验证。

北京中医研究院骨伤科研究所蒋位庄和岳阳医院伤科侯筱魁基本上同时独立地对腰椎间盘突出症的病理分型及辨证论治提出了新的见解，认为根据其发病机理和椎间盘病理变化的不同而可分为髓内高压型（或称弹力型）、退变失稳型和增生狭窄型，而手法治疗时应根据其

病理分型的不同而灵活采用不同的手法处理原则。这一观点，是传统刻板的“三步八法”的一大进步，代表了这一阶段脊柱推拿发展的方向。

随后，许多研究者采用先进的生物力学实验方式对脊柱手法的作用机制进行了深入的研究。在脊柱手法治疗腰椎间盘突出症的机理认识上，一直存在着“回纳”假说和“移位”假说的争论。而要从实验上证实或否定“回纳”假说的基本前提是客观检测腰椎间盘内压在脊柱手法操作过程中的变化规律。研究证实旋转手法不能使髓核产生负压将突出物吸收回纳。可能的机理是因脊柱运动引起椎间盘组织和椎管内的神经组织产生移动而使其相对位置发生改变，从而消除或减轻了神经根受压。旋转手法主要通过改变突出髓核与神经根之间的位置关系而发挥治疗效果。

马达则根据腰椎间盘突出症病理特点，重点测试了椎间盘后外缘应力在脊柱不同运动状态下的变化。发现当脊柱作前屈侧弯旋转运动时，腰椎间盘同侧后外缘压力增高，而对侧外缘部分的压力降低。当手法动作结束后复原时，出现负压的一侧会产生一个微小的正压。研究工作提示，大幅度的旋转运动可能使纤维环和后纵韧带扭转紧张而将部分外层纤维环完整、髓核尚未严重退变患者的突出髓核还纳或部分还纳。不过，恢复正常体位后再度出现的正压将还纳的髓核重新挤出，故还纳并不是手法产生治疗效果的主要环节，但这种正负压反复多次的重复可使突出物变形、变位，从而使受压的神经根减压或减张。

脊柱手法对后关节的作用是推拿临床上十分感兴趣的另一个课题。蒋位庄等用微型传感器埋入法测试腰椎后关节突在不同姿势下的位移和受力情况。测试表明，模拟脊柱旋转复位手法时，下关节突的活动范围相当大，出现向上→前→下→后的时序运动，使活动受限的关节出现复位的倾向。关节内压则在手法过程呈先低后高的双向曲线，在手法的后半程达到顶点，而在脊柱回复原位后下降到手法前的水平。这种关节内压先低后高的变化规律，提示脊柱复位手法操作时，施加在棘突上的拇指推压力应该比传统操作方式来得早一点，以配合因位移变化而产生的复位倾向。这种当某段关节失稳时，脊柱活动引起的关节内压上升大大增加，比相邻小关节内压力增大 8 倍左右。

推拿手法治疗机理的一个重要环节就是引起椎管内外结构的位移，从而起到减轻或消除神经、血管机械压迫的目的。戴力扬对新鲜尸体的腰椎标本进行观察，证实在腰椎后伸时，硬膜囊的矢状径和椎管长度均低于屈曲位。因而在椎管狭窄的情况下，后伸手法不利于神经的减压。马达的工作发现坐位腰椎前屈侧弯旋转手法操作对腰椎小关节突活动幅度的影响最大，直腰旋转操作则次之。手法操作时，旋转向同侧的小关节间隙增大，对侧小关节间隙则反之。李星用位移传感器测量了新鲜尸体腰椎标本在模拟运动及旋转复位手法时的后部结构的运动状况。发现腰椎由中立位前屈时，下关节突上移，使椎间孔矢状径扩大，小关节和椎弓峡部的间距增加，有利于神经根减压。由中立位到后伸则反之。在复位手法下，小关节突出现向上及向侧方、后方的移动，使椎间孔扩大，椎体则产生向后回位的趋势。

侯筱魁等用电－机械测量方法观察脊柱手法作用于腰椎标本时的后部结构运动学变化，分析了不同手法的角度－位移曲线和载荷－转角曲线，认为腰部屈伸手法、斜扳手法均为复杂的三维六个自由度运动。作后伸手法时，后部小关节不仅存在向下和向后的位移，也伴有少量的侧方位移，其结果是造成关节突重叠，神经根管容积减少。如手法过猛，将会导致小关节等组织的损伤。但反复作轻度后伸手法能松动小关节之间的粘连，改善局部循环，对缓解症状有利。而仰卧屈腰手法使后部结构产生向前、向上移动，但以前移为主，在过度前屈时有可能产

生两关节突的抵触，不利于扩大神经根管和改善关节突之间的关系。斜扳手法可较大幅度地活动后关节，松动上下关节突，调整神经根管，有利于神经根管内容物的减压和小关节粘连的松解，甚至可调节局部循环和其他的病理变化。以后侯氏又应用三维平行光测量技术再次测量了腰椎及其后部结构在模拟腰椎斜扳法时的三维运动，证实腰椎斜扳手法中，由于后关节突的定向位移及对后关节囊、黄韧带的牵拉，使得侧卧侧对侧的神经根管扩大，从而改善了受压神经根的内环境。

与此同时，还有人运用电阻应变电测技术作了人体在体实验研究，对拔伸法的动力学状态给予实时描记显示和分析，并结合颈椎节段截面、节段层次及手法力方向的不同，得出了拔伸法的最佳作用角度、应力变化趋势、最大应力落点、拔伸施力操作的最佳形式以及与机械牵引应力变化的优劣对比，对拔伸法的动力学动态状况作了定性的和半定量的阐明，对下一步的深入研究作了铺垫。

沈国权、严隽陶等则致力于重新构筑手法理论体系的工作。先后在全国性的推拿学术交流会议上提出了《推拿手法名词术语的思考》、《安全、有效，关于脊柱手法中的中心问题》、《脊柱推拿中的整体观念》、《对脊柱整复理论的再思考》等一系列论文，并根据手法理论研究的结果，出版了《推拿手法图谱》。该书对脊柱手法的重要贡献之一，就在于把许多国外的独特脊柱手法向国内同行进行了较详细的介绍。

根据近年来脊柱推拿在临床和实验研究中取的进展，沈国权对现存脊柱推拿理论和方法进行了反思，提出了应用短杠杆微调手法治疗脊柱原性疾病的观点，并首先在腰椎间盘突出症治疗上取得了十分满意的成功。实践证实，该新方法不仅操作简单，容易推广，更重要的减少了神经根损伤的机会，降低了推拿后的反应，加快了疾病治愈过程，提高了临床疗效。

二、西方现代脊柱推拿

西方现代脊柱推拿在欧洲发展的标志是英法等国中 Othorpeadic Medicine（矫形内科）的建立。最早采用矫形内科一词的是英国医生 J. 塞瑞克斯，他于 20 世纪 60 年代为其所主办的一个脊柱手法治疗训练班所起的名称。Othorpeadic 的拉丁文意思是矫形的，传统上属于外科 Surgere 的范畴，塞瑞克斯在其后面加上 Medicine，主要是强调用非手术的方法解决骨科问题。故在翻译成中文的时候，矫形内科更能反映作者的本意。这一名词能被国际上广泛熟悉，则须归功于法国著名脊柱手法医生 C. 梅琴的功劳。梅琴在其以《Orhtopeadic Medicine - A New Approch to Vertebral Manipulations》为名的著作中，对该脊柱推拿流派进行了系统的阐述，引起了国际推拿界的重视，一些典型的脊柱推拿手法也被介绍到国内。

矫形内科站在现代矫形外科学、神经科学的角度上研究和应用以脊柱手法解决被西方正统医学视为临床难题的颈肩腰腿痛，从基础到临床都对脊柱手法作出了积极的作用。当西方医学仍在把有脊柱损伤和脊柱退变引起放射性神经痛的病理机制集中在机械压迫理论上时，矫形内科就已根据自己在临床经验、实验研究及理论探索中所得到的结果对放射性神经痛的机制作出了更全面的阐述，提出了肌肉反射性痉挛、炎症反应和硬脊膜痛等假说。塞瑞克斯在讨论腰腿痛病理机制时，认为脊柱后关节对其内在紊乱并不敏感，单纯的椎间盘组织突出也不一定引起放射性神经痛，但当病变影响到硬脊膜时，就会引起相应的临床症状，同时他还用该理论解释了远节段牵涉痛的形成机制。他还认为脊柱手法是通过对硬脊膜向上或向下的牵伸，使神经根也发生牵伸位移，从而减少了对硬脊膜组织的机械刺激，使临床症状缓解或消失。

为了证实硬脊膜痛的理论，塞瑞克斯对几万名腰腿痛患者进行了硬膜外封闭治疗，结果使许多原先需要实施椎板减压治疗的病人免除了手术。梅琴引用最新的研究资料说，颈椎椎间盘突出的病例可以在一个很长的时期内存在神经根的压迫而没有任何临床症状，但当病变引起椎管内损伤性炎症时，由于机械压迫和炎症介质化学刺激的双重作用，引起神经纤维的脱髓鞘变性，使神经纤维间出现电信号的短路。这样，由运动神经发放的神经冲动会通过短路而传到感觉神经纤维，使之出现持续的顽固性自发疼痛；与此相反，由感觉神经冲动发放的神经电信号也可经短路使运动神经兴奋，使肌肉处于持续的紧张状态。

梅琴认为脊柱手法是一系列完整的动作，分为三个阶段。首先是姿势准备，要根据脊柱解剖的特点使病人和医生自己摆好特定的姿势；其次是松弛阶段，医生要在病人无痛、肌肉松弛的前提下将病人的脊柱向某一特定方向运动至限制位；最后才是加力推冲阶段，即医生以突发、有控制的动作强制脊柱运动突破某一限制位，达到整复病变活动节段的目的。梅琴认为，在手法的前二阶段中，医生应仔细地观察和体验病人对手法操作的反应，准确地测量或估计脊柱运动已达到的角度和所能达到的角度。如果出现异常情况，医生应立即中止手法操作。而在手法的加力推冲阶段，由于已对患者脊柱运动的功能有了较明确的了解，就能避免手法操作上的失误和手法意外。

矫形内科把脊柱手法划分为直接手法（即按脊疗法所谓的短杠杆疗法）、间接手法（即按脊疗法所称的长杠杆手法）和半间接手法（相当于中医椎拿手法中的膝顶法）。梅琴显然对间接手法情有独钟，认为间接手法可对脊柱运动的角度进行精确的测量或估计，临床上容易掌握，而直接手法看似简单，但在临床操作中不容易掌握用力的大小和方向，因而是危险的。

梅琴还十分重视脊柱手法操作质量的控制和评价问题。许多其他脊柱手法技术规定，施力于脊柱上下端的两手应同时以方向相反的力将脊柱扭转或弯曲，但梅琴反对这种做法。他认为手法的最后阶段中，术者的一手应保持不动，将脊柱的一端固定，另一只手，也只能是这一只手，才能加力于脊柱的另一端，完成整复脊柱病变节段的任务。否则，势必会影响到对脊柱运动幅度的精确测量和估计，谈不上对手法操作进行分级控制的能力。其次，梅琴认为，手法操作不能象投标枪那样，从中立位开始一下子把力量使出去就不管了，手法必须分阶段进行操作。这是唯一精确控制手法力量和幅度的方式。手法最后阶段类似于拳击手的击拳动作，达到目的即迅速收回，与中医手法理论中的寸劲功有异曲同功之妙。

现代脊柱推拿在美国和加拿大发展的标志是被主流社会和主流医学的接受和融合。经过整整一个世纪的努力奋斗，由于脊柱推拿确实是一种不可替代的疗法，在治疗脊柱原性疾病中具有独特的疗效，也部分由于中国针灸麻醉所取得的巨大成功影响，美国的按骨疗法和按脊疗法终于得到了早该得到的社会承认。20 世纪 70 年代，发生了对世界脊柱推拿发展史上具有重要意义的三件大事。一是美国国会通过决议，批准按脊疗法等脊柱椎拿医疗费用可以列入全美医疗照顾和医疗援助法案及联邦雇员医疗保险计划。二是美国教育部批准美国按脊协会教育理事会建立按脊疗法教育认可制度和按脊医生行医执照考试制度。三是部分州按骨疗法协会并入美国医学会。

第四节　对脊柱推拿现状的反思及脊柱推拿理论的思考

一、对脊柱推拿“错缝”与“整复”理论的思考

脊柱推拿是中医骨伤科的独特治疗方法之一，以整骨理筋手法治疗颈肩腰腿痛是长期临床实践证明了的有效治疗手段。然而，在脊柱推拿中，把节段错位作为脊柱病的病源，而把脊柱旋转整复手法当作“包治百病”的灵丹妙药，已成为很多临床工作者深信不疑的“真理”。从文献报道和临床实践中时常可以看到由于盲目应用脊柱整复手法所产生的医疗意外或医源性损伤的病例。由此引发传统的“错位”和“整复”应用的界限在哪里？这不能不引起推拿专业工作者的深思。

（一）“错位”体征的普遍性及其症状的局限性

根据多数文献对椎骨错位的定义，凡在临床体检中，发现患者病变局部存在棘突向一侧偏凸，并可引出压痛或放射痛者，即为脊柱“后关节错位”。在临床实践中，多数中医推拿和骨伤科医师也是依此作出诊断和应用整复手法。在长期的推拿教学和临床工作中，笔者发现，无论在健康人群中还是在腰腿痛患者中，颈胸腰椎“后关节错位”体征阳性率的比例相当大，在大学生中的阳性率为70%左右，而在老年颈肩腰腿痛患者中的阳性率几乎达到100%。对于患者中的高阳性率也许不必怀疑，但对健康青年学生中有如此高的“发病率”，且多数青年学生具有“后关节错位”体征并无任何临床症状，难免使人产生怀疑。

为此，笔者有意跟踪了几十例“后关节错位”体征阳性的青年学生，随机检查其“错位”节段和方向的变化，发现部分原先“错位”的节段会自发地消失，也有部分原先“正常”节段会自发错位，即节段“错位”是动态变化的。其次，在临床上还可看到这样的现象：当患者因脊柱疾病而重复接受推拿治疗时，常会发现原先经手法整复的“错位”节段会多次出现再“错位”。在通常情况下，再“错位”并不会导致患者症状回复到治疗前水平，而是逐次减轻。这一现象提示，“错位”并不是引起临床症状的唯一病理因素。此外，临床体检中发现的“错位”体征并非都与临床症状有关。随着年龄的增长、脊柱退变的发展和稳定性的下降，人群中脊柱错位的发生率开始急剧增高，并出现多部位、多节段的“错位”体征。在多数情况下，仅某一个或某几个节段“错位”与临床症状有关，其余节段“错位”与临床症状并无关联，是否纠正这些“错位”对临床疗效亦无影响。

因此，我们有理由怀疑这一临床上广泛存在的体征的病理性质。节段“错位”并不等同于疾病或损伤，而可能是由于脊柱运动和退变所引起的空间序列改变，可以是一种生理现象，亦可以是在特殊情况下造成神经血管、关节滑膜及本体感受器的压迫、刺激，成为必须纠正的病理变化。

（二）解剖“整复”的不现实性

根据节段“错位”发生的原因，脊柱“错位”大致可分为两类：一类为“外力性”错位，主要由于脊柱活动时用力过猛、动作幅度过大或动作不协调而引起，与脊柱的加速度运动有关；另一类则为“内力性”错位，由于椎间盘退变造成活动节段三支点间的动静力不平衡，而为重新建立脊柱的力学平衡，活动节段发生倾斜、旋转、侧倾，形成“错位”，这种“错位”是对脊柱退变

的适应性反应，对脊柱的再稳定具有一定的积极意义。

人体的骨骼－肌肉系统是具有很强的新陈代谢能力的组织，会根据生理载荷变化而不断地进行结构重建，如骨组织的 Wolfs 定律。因而一旦脊柱活动节段发生错位，椎间盘、后关节及韧带的应力分布就会发生明显的变化，先引起后关节周围韧带组织的适应性改变，随后其关节和椎体本身的适应性结构也随之改变，如韧带的挛缩与松弛，关节和椎体的变形，以适应改变后的脊柱应力分布。因而，除了少数新鲜“错位”可被手法整复并长期稳定于解剖位置外，陈旧性的错位，尤其是脊柱严重退变后的“内力性”错位，是很难实现解剖整复并长期保持于这一“正常”位置。这可能就是临床上再错位发生的机理。

（三）“整复”的风险性和危害性

由于整复手法必须使脊柱活动节段进行强制性的超生理范围的被动运动，而反复的超生理范围的被动运动必然使周围韧带产生松弛。因而盲目地、反复地应用整复手法有降低节段稳定性的潜在可能。临床上往往会遇到少数患者因剧烈疼痛的保护性反应而致病变节段处于交锁状态，造成关节或节段的超生理被动运动无法进行。这时，应该具体分析节段交锁的因素，分别处理。采取加大手法力度，增加运动幅度的方法去实施手法操作，必然会增加医源性损伤的发生率。

脊柱节段退变的自然规律为：退变－失稳－增生、纤维化－再稳定。当脊柱发展到再稳定阶段时，椎间盘和后关节出现固定，节段运动减小直至消失，增生停止。此时即使节段的空间排列不整齐，也不能据此作出“错位”的诊断，更不宜勉强用外力来予以纠正。如果临床工作者不认识到这一点，而采用手法来破坏已建立的节段再稳定和力学平衡，反而会引起组织损伤而产生一系列的临床问题。

当脊柱被动运动时，不单是椎骨的关节部分如后关节、椎间盘发生空间位移，椎骨的其他部分如椎板、椎体同样在三维空间内移动，受椎骨保护的椎动脉、颈内动脉、神经根、硬膜囊及脊髓也随之移动和变形，甚至低位的脑干也随头颈的急剧运动而变形，同时上述结构的应力分布出现相应的变化。因而，脊柱运动，包括手法操作中的脊柱被动运动，必然会对受其保护的神经、血管产生机械效应。若这种运动发生在伴有椎间盘突出、椎体后缘骨刺、椎管或神经根管狭窄的患者身上，超生理范围的节段运动有可能使脊髓、神经根或血管受到其他组织结构的强烈挤压而造成严重后果。

（四）整复的不必要性

尽管节段“整复”有其不利一面，但如果整复仍是脊柱推拿治疗的必要手段或决定着推拿临床疗效，那么为了保障推拿治疗效果，承担一些风险仍有其合理性。作者在长期的临床工作中还观察到以下事实：有时在脊柱整复手法准备阶段，轻轻将患者躯干旋转到一定幅度，关节既未出现弹响声，脊柱旋转幅度也远未达到生理限制位，患者的颈肩腰腿痛也可突然缓解。这一现象提示，适宜的节段位移，即使未达到超生理运动的幅度，也可因改善了神经、血管所在的内环境，改善节段的受力状态而消除临床症状。有理由相信，尽管错位的外在表现形式是骨关节问题，如棘突、横突的位移，椎体的旋转、倾斜，但其病理实质仍是继发的软组织问题。节段错位，首先导致关节囊、韧带的胶原结构松弛，或紧张，或受压，由此引起人体深部的本体感受器和无鞘细纤维受刺激，进一步引发反射性持续肌肉紧张及疼痛。其次，椎骨的旋转位移，导致椎间盘变形和应力分布的改变，椎间盘某一部分因压力增高而向外膨出，导致椎管和神经根管内环境的恶化；椎骨的屈伸位移，造成硬膜囊、脊髓、马尾系统在屈伸成角处应力集中，神经

根张力增加，进一步提高神经的兴奋性，从而对传入信号处于高敏反应状态。其中，本体感受器的异常冲动，可能在“错位”的病理发展环节中起到了重要的作用。

此外，以往“后关节错位”一词的严密性也存在着商榷的地方。脊柱运动是建立在其基本功能单元－活动节段的基础上进行的，而活动节段的运动是依靠其三个可动连接－椎间盘和两侧后关节来实现的。任何节段运动不可能仅在单一的可动连接部分进行而不涉及其余两个部分。因此，我们认为“节段错位”比“后关节错位”更为合理。从临床治疗的角度看，只要能解决软组织损伤问题，使本体感受器和无鞘细纤维的兴奋性降低，神经血管的内部环境得到改善，临床症状即可消除，而不在于骨结构排列是否恢复到解剖位置。在漫长的生物进化过程中，自然界为人体椎骨、神经、血管系统的生存预留了足够的缓冲空间。对于多数人而言，椎管、神经根管具有较大的安全系数，即使意外地发生占位性病变，也不致马上出现神经、血管的受压。

临床医生对“错位”现象应抱宽容态度，把它看成是对椎间盘退变、“内力”失衡的生理性适应现象，仅在特殊条件下才成为病理问题。应用脊柱手法时，不以是否发出弹响声、棘突排列是否恢复整齐为依据，而应以临床症状、体征的改善或消失作为评判手法成功与否的标准。以“调整”理论代替“整复”理论，即脊柱手法的应用是通过运动节段空间序列的调整为神经、血管创造一个较为宽松的内环境，从而阻断疾病的病理循环链。从手法安全性角度出发，提倡以最轻的力度、最小的脊柱被动运动幅度、最小的关节操作取得最佳的临床治疗效果。有时，即使是几个毫米的节段位移，就可使临床症状和体征显著缓解。是否需要节段整复，需结合患者的影像学资料。

二、对脊柱推拿现状的反思

回顾脊柱推拿几千年来的发展路程，可以得出结论，即国兴推拿兴，国衰推拿衰。中国的脊柱推拿与西方脊柱推拿的发展上，早期阶段因古希腊、古罗马帝国的兴盛，西方在一定程度上领先于中国；以后欧洲进入中世纪的黑暗时期，中国的脊柱推拿逐渐超越了西方；近代中国社会的孱弱及西方新兴资本主义生产方式的强盛，使西方脊柱推拿无论在临床实践中还是基础理论上，均远远地超过了中国；现代中国的全面开放政策使经济科技飞跃发展，我国的脊柱推拿又开始在临床及基础理论研究中，全面超越西方。

但我们必须清醒地认识到，这种全面超越是建立在我国政府医疗卫生政策上对中西医一视同仁的基础之上的，而西方的暂时落后也仅在于其主流医学对手法治疗的轻视上。为了能长期保持我国在脊柱推拿领域中的全面领先地位，对国内脊柱推拿的现状进行深刻的反思是十分必要的。

反思一，脊柱推拿的指导理论是否科学？

根据作者的观点，回答是尚未达到理想的境界。如脊柱手法的损伤性问题，至今未引起推拿教育、临床及实验研究工作者的清醒认识。

反思二，脊柱推拿手法从方法学上有没有进一步改进的余地？

根据作者的观点，回答是肯定的。如短杠杆微调手法在临床上应用的短短二年内，已经给作者及同事留下了操作简单、容易控制、疗效好、能解决传统脊柱手法不能解决的临床难题、安全性高的印象。

参 考 文 献

1 潘之清. 实用脊柱病学[M]. 济南:山东科学技术出版社,1997:133

2 田纪钧. 错骨缝的诊断和治疗[M]. 太原:山西科学教育出版社,1987:9

3 邵宜. 实用颈背腰痛学[M]. 北京:人民军医出版社,1992:84

4 Hedtmann A. Measurement of human lumbar spine ligaments [J]. Spine,1989;14:611

5 Hassler CR. Quantification of bone stresses during remodeling [J] J Biomechanics, 1980; 13:185

6 Brieg A. Adverse mechanical tensions in the central nervous system [M]. N. Y:Jone. Sons,1978:17

7 Patterson M. Long - lasting alterations of spinal reflexes:a potential basis for somatic dysfunction [J]. Man Med, 1986;2:38

8 Kapandji IA, Honore LH. The physiology of the joint[M]. Volume 3. New York: Churchill Livingstone,1974:24

(沈国权)

第四章　中国脊柱推拿的适应证、禁忌证及注意事项

【摘要】 中国脊柱推拿手法简便实用，疗效好，应用广泛，但是使用不当也可造成伤害。与普通推拿按摩手法相比，脊柱推拿更易造成患者的损伤，如伤及脑血管或是造成脊柱的骨折脱位，甚至有时会危及患者的生命。对操作者的医学知识背景及操作有较高的要求，因此要强调脊柱推拿手法的适应证和禁忌证，以减少或避免脊柱推拿事故的发生，提高脊柱推拿的疗效。正确使用手法的含义应包括掌握手法的适应证和禁忌证、用力的大小和方向。

中国脊柱推拿手法的临床应用范围比较广，是正骨科、推拿科、理疗科、康复科和体疗科等科室的主要治疗手段之一。所治疗的疾病主要是一些颈、胸、腰、骶等部位的骨关节疾病，如落枕、颈椎病、胸胁迸伤、腰椎间盘突出等一些软组织损伤性疾病等。此外也治疗一些与脊柱相关的内脏疾病，如脊柱原性的心律不齐等。与其他疗法相比，脊柱推拿相对安全无毒副作用，且费用低廉，有时疗效甚佳。正是由于脊柱推拿疗法的简单实用，特别是在治疗某些疾病时的立竿见影效果，近些年脊柱推拿疗法逐渐兴起，相关的各类脊柱推拿学习班门庭若市。虽然推拿疗法具有很多优点，但推拿者明确认识和严格掌握脊柱推拿手法运用的适应证与禁忌证是非常必要的，特别是在具有重要解剖结构的颈部进行扳动或旋转推拿时，要更加注意。只有熟悉掌握所有脊柱推拿的适应证和禁忌证以及所要推拿部位的解剖学结构和所要治疗疾病的病理变化规律，才能做到真正的辨证施治，避免推拿不当所致的医原性严重事故的发生。

第一节　中国脊柱推拿手法的适应证

所谓适应证是指目前能够用脊柱推拿疗法治疗的病证。中国脊柱推拿疗法治疗的适应证比较广，除脊柱疾患外，还包括与脊柱相关的内科、妇科、五官科等的多种疾病。随着科学研究的不断深入，中国脊柱推拿的适应证也逐渐扩大。脊柱推拿治疗脊柱疾病独具特色，如常见的椎旁肌肉扭挫伤、颈椎病、落枕、腰椎间盘突出症、腰肌劳损、脊椎小关节紊乱症、脊椎后关节滑膜嵌顿症等疗效显著。中国脊柱推拿疗法的应用范围如下。

1. 骨伤科类　脊椎软组织急性扭伤、慢性劳损、关节粘连、闪腰岔气、椎间盘突出症、小关节损伤、脊椎韧带损伤、梨状肌综合征、椎旁肌挫伤或痉挛、颈椎病、退行性脊椎骨关节病、脊椎骨折脱位、骨关节损伤及损伤后的功能障碍等。

2. 内科疾患　某些与脊椎关节错位相关的疾病，如一些心脏疾病、高血压、颈原性头痛等；神经系统的神经衰弱、神经官能症、神经功能障碍等；其他如消化系统、呼吸系统、泌尿系统、内分泌、代谢等的某些疾患。

3. 妇产科　如脊椎关节异常相关的痛经和月经不调等。

4. 儿科类　斜颈、消化不良、疳积、急惊风、高热、肾虚等。可采用适合儿科推拿的特殊手法。

5. 五官科类　后天性假性近视、斜视和功能性耳鸣等。

6. 其他　保健性按摩和运动按摩等。不特殊针对某一疾病，广泛应用于一般健康人群的保健治疗。

第二节　中国脊柱推拿的禁忌证

脊柱推拿对某些疾病具有神奇的疗效，效果有时远胜过药物。脊柱推拿给医疗条件较差或就医不便有困难的人群和地区提供了一种有效的医疗方法。即使是医疗条件很好的都市，脊柱推拿也有其广阔的医疗市场。但任何事物都有正反两个方面。作为任何一种医疗方法都有它一定的局限性，推拿疗法也不例外。脊柱推拿疗法虽然适应证广泛，且具有其他疗法不可比拟的优点，但是与其他任何治疗方法一样，脊柱推拿也不是万能的，虽然它适用于很多病症的不同阶段，而且无毒副作用，但对于一些病症也有其禁忌证。在某种病理情况下使用时，有使病情加重和恶化的可能。在临床上应掌握其禁忌证，注意操作手法的动作要领，以免给患者带来不必要的痛苦和伤害，避免不应有的医疗事故的发生。

患者在接受脊柱推拿治疗之前，术者要详细了解病史，仔细地检查身体，并作必要的摄片或实验室检查及会诊，以排除禁忌证。临床如遇诊断不清，伴有活动障碍的颈痛、腰痛等，切勿盲目地扳动，应在综合临床和实验室检查资料的基础之上，细致的分析，做出合乎逻辑的正确诊断，排除禁忌证之后，才可以使用脊柱推拿手法。若诊断不明就会埋下事故隐患，一旦触犯禁忌，就有可能造成不良后果或医疗事故。应用脊柱推拿治疗相关疾病时，要采取谨慎态度，要掌握手法的使用原则及正确的操作方法，根据具体病情；灵活进行。

目前针对中国脊柱推拿手法的禁忌证尚无文献报道，由于中国脊柱推拿是中国推拿的一部分，因而可参考和综合目前的推拿文献资料作为借鉴，一般认为推拿的禁忌证如下：

（1）各种急性传染病，如急性肝炎等不宜接受脊柱推拿的治疗。各种结核，特别是肺结核的进展期，禁忌推拿。

（2）各种恶性肿瘤、脓肿或脓毒血症禁用推拿。对已确诊的骨关节肿瘤或软组织肿瘤、骨髓炎、化脓性关节炎、严重的骨质疏松等疾病，脊柱推拿可使骨质破坏、感染扩散，加重原有疾病的损害。对于类风湿关节炎和强直性脊柱炎所致的颈椎关节半脱位等改变，也不应该使用扳动或旋转等脊柱推拿手法。

（3）各种皮肤病的患处、过分受到刺激的皮肤、手法治疗部位有严重皮肤破损或皮肤病患者禁用，如冻伤、烫伤、疥疱、癌变局部、开放性创伤、烫伤、火伤、湿疹、癣、疱疹、皮疹、疱疹、脓肿、丹毒、溃疡性皮炎的局部、蜂窝组织炎、痈疽等，手法刺激可使皮肤损伤加重。

（4）对有血液病、坏血症、白血病、出血性疾病的患者，如胃及十二指肠溃疡病出血期、血友病、紫癜病、动脉瘤、血栓性静脉炎、静脉炎症、栓塞、恶性贫血等的患者禁用推拿；对于一些病征，如便血、尿血、外伤出血等也应禁止推拿，对这类患者进行推拿，就有可能导致局部组织内出血。

(5)病重、极度衰弱者,年老体弱、病程已久、久病体虚、经不起脊柱推拿手法治疗的患者,慎用推拿手法。患者过度或极度疲劳或饥饿、酒后或酒醉及饭后半小时以内,手法宜慎。激烈运动之后过度疲劳时、神志不清、过饥过饱等情况均不宜用或慎用推拿。幼儿嫩弱体质而经不起手法作用的患者,均禁用手法。

(6)忌按孕妇的腰骶部、臀部与腹部。妊娠妇女不能推拿某些刺激性强的部位或穴位。强手法刺激有引起流产的可能。产后恶露未净和女性的经期慎用推拿。

(7)精神病发作期、不能与医生合作的精神病患者或障碍者、对脊柱推拿手法恐惧不能配合医生操作的患者,亦当列为推拿疗法之禁忌证,不宜手法治疗。有高热神志不清的患者慎用或禁用,待查明发热原因后再决定是否行脊柱推拿手法。

(8)肌肉、肌腱或韧带断裂的初期和固定期,各种脊椎骨折、脱位等骨伤,骨折未愈合,体内有金属固定之疾患或神经及血管附近有骨断端或尖锐异物者等,都不适宜使用推拿疗法。截瘫初期、诊断不明确的急性脊柱损伤或伴有脊髓症状患者,脊柱推拿疗法可能加剧脊髓损伤,因而禁用。寰枕、寰枢椎发育畸形(如短颈症等)、椎管骨性狭窄、椎间孔明显狭窄,椎体间有骨桥形成者也要慎用或禁忌暴力的脊柱推拿手法。

(9)有严重心、脑、肺疾病,如高血压病等不能承受脊柱推拿疗法刺激的患者应慎用或禁用脊柱推拿。

(10)急腹症,如急性腹膜炎、急性胰腺炎、胃或十二指肠溃疡病急性穿孔患者等。腹部不明原因突起或隆起、肝肾或膀胱等器官有结石病,不能应用推拿疗法,以免贻误病情。

(11)急性软组织损伤局部肿胀严重的患者,早期不宜手法治疗。对于急性软组织损伤局部肿胀严重的患者慎用。

(12)其他禁忌证或慎用情况。

以上所述各条,仅供临床参考。在临床使用脊柱推拿手法进行治疗时,可酌情审慎加以施治,灵活运用,不可一概绝对禁忌。

第三节　施用脊柱推拿手法的一般注意事项

一、明确诊断

脊柱推拿和其他疗法一样,在推拿之前需要明确诊断。首先要明确病变的性质(恶性还是良性?全身性还是局部疾患等),其次是要明确诊断。在脊椎相关疾病的治疗中要注重结合传统中医理论,但解剖和生物力学等现代基础医学在脊柱推拿中也占有重要的地位。要根据望、闻、问、切四诊所得的资料,进行八纲、脏腑、气血津液、六经、卫气营血、三焦及病因辨证,并充分利用现代医学的各种检测手段,特别是注重医学影像和实验室检查,以明确诊断及其病变性质。依照"急则治其标,缓则治其本"和"标本兼治"的原则,制定出施治方案。要严禁不明病情,伸手即推、见病就拿,"百病皆治"的游医作法。对于临床常见的颈腰痛患者,在认真检查其症候部位后,要分析其病理机制,明确诊断,确定病变部位,方可使用脊柱推拿手法。如果不仔细分析、检查、确诊,就会出现"头痛医头,脚痛医脚"的弊端。一些严重病变,若不辨证施术,就会造成误诊错治,不仅疗效不显,反而会贻误病情,甚则造成医疗事故。所谓明确诊

断，就是要确定“病变”所在，分清主次、标本关系，树立整体观念，治病必求其本的原则是脊柱推拿的首要理论指导。

二、手法的选择

实施脊柱推拿治疗的第一步就是明确诊断，而后是准确选择施术部位。选位准确是疗效的可靠保证之一。中国脊柱推拿手法的种类较多，但作为推拿医生一般都有自己习惯使用的手法。象急性腰扭伤的治疗，可采用背法、坐位旋转复位法和卧位的斜扳法等，具体选择何种手法，应根据医生的习惯和患者的具体情况而定。手法宜精不宜滥，贵专不贵多。如果患者肥大，医生比较弱小，那就不要勉强使用背法。在治疗范围广，部位较深，或肌肉较丰满的部位，可选择接触面大而深透有力的手法，如掌按法和肘压法等；反之，如治疗范围小，部位较浅，或肌肉较薄弱的部位，可选择接触而积小而作用柔和的手法，如一指禅推法、指揉法等。关节错位可选用扳法、拔伸法。组织粘连可选用摇法、弹拨法。治疗时，并非手法越多越好，而是要有针对性，要有选择地施用手法。对局部软组织损伤，可采用在局部操作的直接力手法。如对紧张或痉挛的肌肉、粘连的组织，要使其松解时，可多用揉、弹拨等手法；以镇痛为目的者，多用按法。对内脏系统及运动系统的疾患，多可通过经络穴位、循经取穴、疏通经络、平衡阴阳、调和气血之法进行治疗。若因关节活动功能受限，为提高关节活动功能，多运用间接力手法，因为它较易改善关节活动功能。对脱位或骨折的复位，则多采用混合力手法，具有既省力（杠杆作用）和准确（直接操作）的特点。

此外，手法的选择，尚须结合患者的身体状况灵活调整，尽可能做到以最简单的、病人痛苦最小的手法，去治疗更多的疾患，以获取最大的治疗效果。也就是说，手法治疗应根据患者的具体情况，有针对性地选用手法，而不能盲目地生搬硬套，使治疗变得既复杂且疗效又欠佳，对此应予以重视。这点在脊柱推拿手法的选择上更为重要。

三、治疗时间和疗程的选择

（一）疗程

病有新旧之分，症有轻重之别，故推拿的次数及治疗时间长短不一，需因病审定。一般可根据病情轻重缓急而增减变化。重手法或刺激强烈的手法可间隔几天后再进行。是否划分疗程，应视病情的实际情况决定。此外还要视手法轻重及手法后反应情况而定。如复位手法，象急性的腰椎关节滑膜嵌顿，只要复位完全，不必反复进行复位，也就无所谓疗程了。而慢性损伤者，经 1～2 次手法多未能完全治愈，需反复多次手法者，就应拟定疗程，为了利于观察和总结疗效，可定 5～10 次为 1 疗程。在各疗程之间，根据病情变化情况，可作短期休息。有些病人治疗到一定程度时，进展缓慢，可以停止一段时间。由于脊柱推拿手法多使用扳动、拔伸或旋转手法，作用力较一般的推拿按摩手法强，对刺激也比较大，复位后局部多有水肿、胀痛等反应，一般需 3～4 天才能消除，因此治疗可每周 1～2 次。故如需要在同一部位作第 2 次手法复位时，必须相隔 1 周左右较妥，以利于局部恢复和稳定。

（二）操作时间

脊柱推拿手法有其自身的特点，单纯的脊柱推拿手法，如颈椎或腰椎的旋转手法以及胸椎的按压法，如果无手法前后的放松按摩，则操作时间就很短，一般不会超过 1 秒。但是在治疗脊椎相关性疾病上，则时间就要相对长一些，操作时要考虑到穴位和经络在治疗疾病中的作

用。每种手法都应做到一定的频率和次数。操作的时间，要根据病人的病情、体质、所使用手法来确定。时间太短，达不到预期的效果；时间太长，又可能引起不良反应。要注意病变部位，范围大的时间要长，反之时间要短。一般椎旁软组织推拿按摩治疗每次 20 分钟左右，慢性病及保健推拿多在 30 分钟以上，个别患者可适当长些。

手法操作时间的长短，对疗效有一定的影响。时间过短，往往达不到疗效；时间过长，可能对局部组织产生医原性损伤，特别是脊柱推拿的扳动类或旋转类手法，如果反复多次暴力操作，就有可能伤及局部组织，造成病情加重或伤害。但操作时间的长短，很难做出明确的规定。每次手法治疗时间的长短，必须根据病情和手法选取的情况来决定。如急性伤或近期伤，治疗手法须尽量简单，操作时间应较短，应以轻柔的手法进行复位和镇痛，避免过多操作而引起损伤。慢性劳损的治疗，应以改善血液循环、祛瘀解痉或松粘为主，一般操作时间较长。手法较轻柔者，时间可稍长；手法较强者，时间必须相应缩短。手法可由短至不足 1 分钟至半小时或更长。总的来说，治疗时间的长短，不应作硬性规定，应以治疗效果能否达到预期目的，且不造成新的损伤或影响病情恢复为度。疾病的性质简单还是复杂也是影响手法操作时间的因素之一。病理复杂者，须连续操作，直至显示疗效，如腰椎间盘突出症一般需要多次治疗。根据治疗方案应及时观察疗效，加以总结调整治疗方案。

四、手法强度

手法强度包括手法的时间和手法的轻重。时间已在上面述及，这里主要谈手法的轻重。轻重手法的选择不能片面强调，既不是越轻越好，也不是越重越好，应根据病情需要和患者的个体差异，作适当调整。手法轻重应视病情及患者的具体情况，灵活应用，不应强调和盲目推行轻手法或重手法，各种推拿手法的性质及作用互不相同，运用手法时，要注意用力的轻重及作用时间。脊柱推拿手法多使用按压、扳动或旋转类手法，术者的推拿力较一般的推拿力大得多，患者脊柱被旋转的幅度也相应增大许多，因此患者出现的伤害的几率也相应增加。如何控制和掌握推拿力和旋转幅度，要依患者的身体情况、病情、胖瘦、按摩时穿衣厚薄以及操作者的经验和医学知识背景等情况而确定。手法须由轻到重，然后慢慢抬起，轻中有重，重中有轻，切忌粗暴。另外，颈部因有重要的解剖结构，不能过重掐点、压按其经穴，而只可加以擦摩、拂揉及轻力点穴。对于年久的陈病，一般应当多补少泻，新伤应多泻少补。操作时力求做到手摸心会，随时注意病者的反应及病情的变化，结合其年龄、体质的差异等，控制力度，灵活调整手法，复位要轻巧、完全，忌用暴力。

脊柱推拿中手法强度也包括了脊柱的被旋转或扳动的幅度。扳动幅度要由小到大，由慢到快循序渐进，忌粗暴硬扳，忌超越正常生理活动范围。推拿时要遵循以下原则：

1. 循序渐进　推拿时医生的每一种手法在每一次治疗过程中及整个疗程中，强度都要由小到大，循序渐进，治疗开始时先用较轻的手法，而后力量逐渐加强，直至最大强度（以患者能忍受为度），治疗结束前再由最大强度慢慢减弱，直至最后停止，使患者有个适应的过程。脊柱的扳动或旋转类手法应遵循“轻（放松）－扳动－轻（放松）”的顺序。同样道理，关节的被动活动幅度也要由小到大、逐渐增加。

2. 辨证施力　青壮年肌肉发达、骨骼坚固，手法力量要适当加重，以增强推拿感应；老年人肌肉萎缩、骨质松脆，手法力量应适当减轻，以免造成组织损伤。损伤或炎症的早期手法用力宜轻；损伤或炎症的晚期手法用力宜重。在一般部位操作，压力可重些，在敏感穴位或压痛点

操作压力应轻些。

中国推拿手法的特点是在点穴时，要把主管伤处的有关经脉上的某些重要穴位都点按几下，同时加以按摩，这样效果较好。在用经穴按摩治病时，对患处所在地，即对感到疼痛或肿胀的皮肤区域也可加以刺激，这是一种有效的手法。此部位就是古人称之为“阿是穴”，即“伤处就是穴”的地方。

五、掌握所要推拿脊椎关节的局部解剖和运动生理学

在使用旋转手法治疗寰枢关节半脱位、落枕，斜扳法治疗腰椎间盘突出症、骶髂关节错缝、腰椎后关节滑膜嵌顿，运用后伸法纠正腰部小关节紊乱等病症时，必须把颈、腰椎旋转幅度及后伸幅度控制在生理活动范围内。如果超限旋转或过伸，就有可能造成事故。颈部不能过重掐、点、压、按，也不能同时按压或刺激颈部两侧。象“风池”穴的深面有椎动脉等结构，重按时要考虑此处的解剖学特征。颈椎牵引宜从小重量、短时间开始，通常以 3～5 千克重量牵引 10～30 分钟。根据患者病情、反应，调节牵引角度、位置和牵引重量。若采拔伸法来拔伸颈椎切忌用力过猛、粗暴操作，否则即宜引起事故。临床上推拿手法粗暴、用力不当是造成骨折、脱位、软组织损伤、晕厥的常见原因。检查或治疗手法的强度要因人而异，务求适当，一般以病人能够忍受为度，可以预防事故的发生。施术时，必须聚精会神，注意观察患者面部表情，观察其对手法的反应，注意检查所采用的经穴是否对症和正确，所用的补泻经络是否无误，手法用力轻重和时间长短是否适宜等等，以便及时改正。泻法是重刺激的手法，因此施术时间久暂和轻重均须依患者情况面定。例如，对瘦弱患者和神经过敏体质的人，就应慢而轻地入手，对肥胖的患者则可用力强些。正如上面说过的，由于患者的体质、年龄、性别的不同，在接受推拿时，或在被推拿以后，就会有不同的反应。

六、体位的选择

体位是指当医生为患者治疗时，医生及患者所应采取的姿势和位置，在为患者治病时，不仅应使患者采用合理的体位，也应注意推拿医师自身的体位。原则是以患者无不适感觉、不增加病人痛苦，医生治疗方便，利于坚持接受治疗和方便操作的姿势为妥。操作时要注意患者的体位是否适当，选择的体位以有利于患者舒适和放松，以及有利于手法的操作为原则。应能坚持一定时间的体位。在手法操作过程，术者多采取站姿，但也有用坐姿，这可按自己习惯，以利于操作、能发挥最佳治疗效果，面自己又觉舒适、不易疲劳为宜。术者还应注意经常变换姿势，以防局部过劳而造成损伤。

（一）患者体位

操作时要适当选择治疗体位，使患者姿势要得当，坐卧舒适，全身放松，呼吸自然，宽衣解带。患者的体位视病情决定。常用的体位是坐位（包括仰靠坐位、伏案坐位、端坐位）、卧位（包括仰卧位、侧卧位、俯卧位）、立位（包括双腿叉开位、蹲立位、弓箭步位）。凡头、颈项等处受伤，均可选坐位；凡胸、腰、背等处受伤，以及需要全身按摩的病人，则要仰卧或俯卧。使患者摆好合适的体位，术者取好位置和姿势。在推拿临床，患者常采用的体位有仰卧位、俯卧位、侧卧位、坐位及立位。某些患者须采用特殊的体位。

1. 仰卧位　仰面朝天，两下肢伸直，上肢自然置于身体两旁，或根据治疗需要，令一侧上肢或下肢外展、内收、高举、屈曲等。在治疗患者颈部、胸部的部分区域时，患者取仰卧位。为患

者治疗头面部时，有时须使患者取“头不靠墙”的仰卧位。如果要使用仰卧位的颈椎牵扳法，还要注意在患者的头顶侧预留医生操作的空间。若嘱患者取仰卧位，医生须注意患者所用之枕的高度，如果病员患有心脏病、高血压或年岁较大，应增加患者所用之枕的高度；假定病员患颈椎病，则其所用之枕不可过高。患者所用之枕的高度，与其胸廓前后径的大小有关，前后径大者，其所用之枕应高一些；前后径小者，所用之枕可低一些。

2. 俯卧位　患者背面朝上，两下肢伸直，上肢自然置于身体两旁，或屈肘上置于头部两侧，或根据治疗需要，令一侧上肢或下肢后伸、外展、屈曲等。在肩背、腰臀施以手法时常采用此体位。这种体位有利于胸椎掌按法和腰椎后伸扳法等手法的操作。当医生为患者治疗其背部和下肢的后侧面时，可嘱患者取俯卧位。但病员有下列情况时，则不可取俯卧位：严重的心脏病、呼吸困难、月份较大的怀孕妇女、血压过高、肢体不灵活、翻身转首不便者，年岁小或月龄小的患者。若嘱患者取俯卧时，可将一枕垫于患者的胸下或将枕取去。医者不应于患者的背部使用按压力度过大的手法，以免造成患者的肋骨骨折。对于脊柱已出现骨质疏松的患者，若必须为其作推拿手法治疗时，最好以轻柔的掌摩法或掌揉法治之。

3. 侧卧位　面和躯干朝向一侧，两下肢自然屈曲或一屈一伸，在上的一侧上肢自然伸直，置于身体上，靠床面一侧的上肢前屈，置于床面或枕于头下。在臀部及下肢外侧施以手法时常采用此体位，在作腰部斜扳法时亦用此体位。当医生为患者治疗头部的侧面、颈部的侧面、躯干的侧面、下肢的外侧面时，可嘱患者取侧卧位。不适应于俯卧位治疗的患者，可嘱其取侧卧位，为其治疗背部、下肢的后侧面。嘱患者取侧卧位时，其所用之枕的高度应与患者肩的外端至此侧颈的侧面的距离相等，即勿使患者的头侧屈。侧卧位可分为两种：右侧居上的侧卧位及左侧居上的侧卧位。医生应根据患者的具体情况，分别取之。当为患者作“腰椎斜扳法”时，有时可取用斜卧位。

4. 坐位　当医生为患者治疗头部、颈项部、背部、胸部时，可嘱患者取坐位。有时根据患者病情的需要。在做颈腰椎的旋转手法及扩胸法时，患者可取端坐位：端正而坐，两脚分开与肩同宽，大腿与地面平行，两上肢自然下垂，两手置于两膝上。在拿肩井、摇腰椎及扳摇颈项时也常采用此体位。

5. 俯坐位　端坐后上身前倾，两肘屈曲置于膝上。在背部运用擦法、拍法、肘压法、一指禅推法或用热敷时常采用此体位。

6. 立位　当医生使用背法、托法时，必须嘱患者取立位。叩击患者的腰部、下肢时，有时也使患者取立位。

7. 特殊体位　患者因为疼痛面采取的强迫体位等。如患者气急而又必须作推掌手法治疗时，可嘱患者取“半仰卧位”。又如，患者腰部出现非结构性运动障碍时，可嘱患者取“略侧屈的立位”或“略旋转的立位”。

（二）医生体位

根据患者的体位和被操作的肢体部位，一般除胸腹部操作多取坐位外，常采用站立位操作。医生在操作过程中不要左顾右盼，心不在焉；要含胸拔背，不要挺胸凸肚；要意到手到，身体相应移动，不要只是手移动面身体不动。站位时两足成八字，这样可使身体进退自如，转侧灵活；保持操作过程中身体各部动作协调一致，也是推拿医生的一项基本功。同时医生也要操作方便，根据治疗情况可以变换体位进行治疗。推拿施法时，一个合理的位置、步态、姿势，有利于术者发力和持久操作。由于操作时手法的更换、操作部位的改变以及术者左右手操作的

交替，原来的姿势就需调整，以利于操作的顺利进行。

医生所取用的体位与下列因素有关：患者的病情、患者的体型、患者所取用的体位、患者对医生推拿手法治疗的敏感度，医生所取用的手法刺激方式、手法的角度、手法治疗所需的力度、手法所应持续的时间、医生手法的功力与熟练程度等。医生常采用的体位为坐位、立位。若患者取仰卧位，医生以“单手一指禅推法”为患者治疗，则医生可取坐位。若患者取俯卧位，医生须用滚法为患者治疗其背部时，则医生取立位为宜。如果医生以背法为患者治疗时，医患双方必须取立位。

在临床治疗中，无论患者与医生，都应选择一个最佳的体位，以利于手法治疗。选择体位时，应以患者感到舒适、安全，被操作的肢体又尽可能得到放松和医生在施行各种手法时感到发力自如、操作方便为原则。

第四节　医患双方所要注意的事项

手法在临床上作为外治手段，虽然对很多疾病都有良好的疗效，但也可能由于施术不当等原因而出现一些不良反应。因此在手法操作中须注意以下几个方面。

一、医生的注意事项

（1）医风高尚：医生在治疗过程中要始终牢固树立细致耐心、认真负责的医疗作风。脊柱推拿是医患密切接触的治疗手段，所以要讲究医疗文明，注意男女有别（包括医患以及患者与患者等）。医生良好的服务态度是病人获得痊愈的重要因素之一。医生要态度和蔼，树立全心全意为病人服务的思想，设身处地为病人着想，充分理解和体谅病人的心情，与之谈心，以解除病人的忧虑，增强其治病的信心。脊柱推拿是行之有效的治疗手段之一，但不是万能的，应客观实际地采用，必要时必须配合或转其他科室治疗，不能不顾具体情况夸大脊柱推拿作用而贻误病情，更不能排斥或贬低其他疗法。医生还要具有强健的体魄，平日应坚持练功，有良好耐力和熟练的手法技巧，以适应强度较大的脊柱推拿的要求。

（2）对所治疗的患者，应详察病情，明确诊断，掌握好施术禁忌证，选好适应证。认真书写病历记录，记述临床表现及其他必要的辅助检查结果。根据检查，做出明确的诊断以及切实可行的治疗方案等计划，作到施术有据有方，切忌盲目，以期收到良好的治疗效果。治疗前要将推拿治疗的方法、治疗中可能出现的情况治疗时如何协作、要注意的问题，向患者及其家属详细说明，使其消除顾虑，以期取得患者的密切配合。对一些具有一定风险的脊柱推拿手法，在使用前要征得患者的同意，必要时在签字后方可进行操作。治疗过程中要操作认真，态度严肃，并随时注意患者对手法治疗的反应。若有不适，发现有其他非手法适应证，或病情有变化，已不适宜作手法治疗者，应及时进行调整，以防止发生意外事故。对某些顽疾，需较长时间治疗者，要有信心和耐心。对疗效欠佳者，应及时检查诊断是否正确，治疗措施是否恰当无误。对按医嘱进行自我推拿和练功的患者，要定期检查、指导自我推拿和练功的方法，以及询问和查看其效果，并作好记录。

（3）推拿前要仔细观察伤处及治疗部位，决定用什么手法和体位，做到施术时心中有数。做好术前准备工作，医生的双手要保持清洁，双手和双脚要温暖，以免因手凉而引起患者肌肉

紧张影响疗效。医生在进行操作前要检查自己的指甲是否过长。要经常修剪指甲，指甲要修磨圆秃，以免刺伤患者皮肤。但指甲剪得不必过短。操作时手上不戴硬物（如戒指等），不要带手表及其他装饰品。在治疗时应取掉胸卡（牌）及口袋内的利物或坚硬物品，以免擦破患者皮肤和影响治疗。术者配戴的手套或袜子必须柔软，备好干净的推拿用巾及介质。有传染性皮肤病者不能从事推拿，以防传染和危害被推拿者；手掌有胼胝或其他损伤肿痛者，不可为患者推拿。非必要时，饭前饭后不应勉强进行推拿。冬季要注意患者的保暖，以防受凉感冒。操作要卫生，推拿巾、枕巾及床垫（单）应常洗常换，医生手部要注意卫生及消毒，以免交叉感染。每治疗一个病人之后，就应洗手，并将施术过程记录下来。一般脊柱推拿时很少使用介质，如果需要可适当使用。汗多时，要用滑石粉，以消除阻力。

（4）施术时，手法要缓慢柔和。操作时应按治疗方案顺序认真进行，切忌马虎草率和粗暴急躁。操作顺序一般是先轻后重、由浅而深，自上到下、从前到后。在实施中应根据情况调整手法的强度、顺序及时间。施行各种手法和操作时，要观察和询问病人操作中的感应。手法操作时，除了诊室要保持一个清洁安静的环境外，医生应全神贯注，做到手随意动、功从手出。只有这样，才能收到预期的效果。对畸形的矫正，不宜操之过急，以免造成损伤。施术过程，嘱病人身体放松，默契配合。施术结束后，让病人休息片刻，再令其下床离位。配合治疗的方法及要求，以及预约下次诊治时间等有关事宜。如某些患者接受推拿治疗后，症状加重，一般3～5天后加重之症状便可消失，但病情亦随之好转，对此应于治疗前预告患者。推拿前应让患者略作休息，使患者与医生之间相互配合，有助于提高治疗效果。推拿时应明确目的、选位准确、手法熟练，做到心中有数，考虑全面，有中心，有重点。

（5）推拿过程中注意适时调整强度和刺激持续时间，注意随时观察患者接受推拿出现的反应情况。必须聚精会神，观察患者对手法的反应，注意检查所采用的经穴是否对症和正确，所用的手法是否无误，手法用力轻重和时间长短是否适宜等，以便及时改正。在变换治疗手法时，要使病人能够适应，而又不影响其治疗效果，力度要适宜，手法力度是否得当，对治疗效果有直接影响，同时也是引起不良反应的主要原因。因此，手法用力大小应做到“三宜”，即“因人而宜，因部位而宜，因病面宜”。如对老年体弱、妇女、儿童手法要轻，对年轻体壮者，用力可重。不同部位，手法力量也应轻重有别。如扳法用于颈部和腰，在力量选择上，颈部用力强度要小，腰部用力强度宜大，否则，会因用力不当造成不良后果。一般来说，治疗开始时手法应温和，然后慢慢加强，直至最大强度；治疗结束前再由最大强度慢慢减弱，直至最后停止，使患者有个适应过程。推拿之后要注意适当休息，避免寒凉刺激和损伤。

（6）推拿治疗室环境要合乎要求，推拿室环境必须避风、避光、避免强声和噪音的刺激。室内必须保持清静，整洁卫生，空气流畅新鲜，环境舒适，室内干燥卫生、光线充足。冬季注意保暖，夏季注意防暑，避免过热或过冷，室温一般保持在28℃左右。不要在穿堂风之处操作，以免患者感冒着凉。场地应适当宽敞，过窄则妨碍操作，最好治疗床不要靠墙。床的两侧均留空，利于操作者随时改变操作的位置和方向。治疗与候诊区应分开，必要时，也可用屏风或布帘隔开。注意推拿用具的清洁卫生。诊疗室内应配置适当的治疗床及凳椅。推拿用床、椅、凳及机械要坚固安全整洁，高度适宜。视患者病情选择长宽、高低合适的床、椅或凳（最好可以升降，以便调节高低，方便手法操作）以及各种规格的软垫等。使病人入室心悦，坐、卧舒适，医生施术方便。

二、患者的注意事项

(1)首先应相信医生,努力配合医生的一切治疗,精神不必紧张,不要隐瞒病史。

(2)注意卫生,脏皮肤或带有尘土的皮肤必须洗净后才能接受推拿治疗,治疗前应先排除大小便,以免治疗时有不适感;破皮的开放性外伤,不能接受推拿;有开放性创伤的患者,有皮肤病,如癣、疖、炎症等患者,不能接受推拿;过饥、过饱或极度疲劳时,醉酒后的患者不宜进行推拿治疗。饭前半小时,饭后1个半小时内不宜作较重的手法。

(3)接受治疗时应放松肌肉,安静,呼吸自然,随时注意自己的体位是否正确、舒适、耐久。被推拿者要放松、安静,受伤后进行治疗免不了疼痛,但要忍痛受治。当然,在接受扳动或旋转脊柱时,如果在治疗过程中出现不良反应,应随时提出,以便及时做出处理。如出现触电样感或剧烈的疼痛而无法忍受或是有麻木感明显加重,治疗后,须在治疗室内稍息片刻或轻微活动后,才可出治疗室。

(4)须遵守医嘱,不要随意中断治疗,治疗后要注意保暖,及时吃药、及时治疗,加强锻炼。

参 考 文 献

1 俞大方主编.推拿学[M].上海:上海科学技术出版社,1985

2 金义成,彭坚主编.中国推拿[M].长沙:湖南科学技术出版社,1992

3 张恩勤主编.中国推拿[M].上海:上海中医学院出版社,1990

4 李业甫主编.中国推拿手法学[M].上海:上海中医学院出版社,1992

5 骆竞洪主编.中华推拿医学志一手法源流[M].重庆:科学技术出版社重庆分社,1987

6 北京按摩医院.按摩治疗学[M].北京:华夏出版社,1991

7 李茂林主编.实用按摩推拿大全[M].北京:中医古籍出版社,1990

8 孙树椿主编.实用推拿手法彩色图谱[M].北京:中国医药科学技术出版社,1988

9 骆竞洪主编.实用中医推拿学[M].重庆:重庆出版社,1982

10 金义成主编.推拿学基础[M].上海:上海中医学院出版社,1987

11 丁季峰主编.中国医学百科全书·推拿学[M].上海:上海科学技术出版社,1987

12 俞大方主编.中医推拿学[M].北京:人民卫生出版社,1985

(李义凯　叶淦湖)

第五章　中国脊柱推拿的常见并发症和副作用

【摘要】 脊柱推拿具有很好的临床疗效，但如果使用不当或适应证选择不当也可造成患者的损伤以及医原性的伤害。本章节的内容主要是参考和查阅国内相关期刊杂志所记载的脊柱推拿手法失误的报道编写而成的。在中国期刊全文数据库(1994 年～2003 年)以及中国生物医学文献数据库(1978 年～2003 年)上检索所采用的主题词为“推拿”、“手法”、“正骨”等检索词，全面查阅脊柱推拿失误的文献。本章节的目的是向读者全面介绍有关在脊柱推拿过程中可能出现的并发症和副作用，了解脊柱推拿常见的并发症的临床表现，掌握出现并发症时的处理原则和治疗方法，从而减少损失。

脊柱推拿与普通的推拿疗法不一样，虽然比较安全，但如果操作不当，疏忽大意，缺乏医学知识背景，错误诊断等，有时也会造成患者的伤害，甚至是严重的医疗事故。韦以宗等综合分析了 1986 年至 2001 年间国内外专业期刊上的有关脊柱推拿治疗失误的报道文章 70 篇。作为脊柱推拿医师，应了解可能出现的并发症和副作用，掌握出现并发症时的处理原则和治疗方法，从而避免给患者造成更大的损害或尽可能地减轻所造成的伤害。

第一节　颈部推拿常见的并发症

颈部推拿失误引起的最严重后果就是患者的死亡，其次是高位截瘫、植物人以及中风、休克和晕厥等。操作者所使用的手法多为斜扳手法和旋转手法，偶尔是使用颈椎的牵引手法。一般认为颈部推拿所造成的损伤有颈椎骨折脱位、脊髓及颈神经根损伤、小脑延髓损伤及血肿等。但也有颈部推拿造成老年患者左心衰竭而死亡的报道，主要原因是患者的颈交感神经受到过强刺激，心脏负荷过大所致。一般说来脊柱推拿手法所造成的失误多是由于操作者使用不当、手法粗暴或用力过大所致，但是如果适应证选择不当，即使是正常的脊柱推拿手法操作同样也会造成严重的伤害。下面逐一介绍颈部脊柱推拿手法并发症的临床表现、原因、处理和预防方法。

一、晕　厥

晕厥是在颈部推拿过程中患者出现昏厥晕倒的临床表现，有人称之“晕推”。主要表现为在推拿过程中或推拿结束后患者出现恶心、头晕、面色苍白、出虚汗、四肢发凉，甚至出现暂时性或一过性的意识丧失以及昏倒等表现。因针刺而发生这种晕厥临床表现的称为晕针，因推拿出现这种晕厥临床表现的就有人称之为“晕推”。

1. 临床表现　患者在推拿过程中突然头晕、恶心、面色苍白、神呆目定、四肢发凉、出冷汗，甚至出现惊厥和昏倒等症状。

2. 原因　推拿时之所以会出现晕厥临床表现，主要原因是由于术者不正确的推拿按摩手法所致，如推拿手法过重、时间过长和按压的部位不当等。颈动脉窦是压力感受器，当手法刺激颈动脉窦，造成血压升高时，可引起减压反射，即刺激迷走中枢，抑制心搏，抑制交感中枢，使阻力血管舒张，从而使动脉血压降低。若按压双侧扶突处，提拿双侧天鼎穴（大肠经，在扶突后一寸），颈动脉搏动处弹拨两侧胸锁乳突肌均可刺激颈动脉窦，出现晕厥或休克。患者过于紧张、体质虚弱、疲劳、过饥过饱等在推拿手法的刺激下也可出现“晕推”。

3. 处理　当推拿中发现病人有晕厥时，应立即停止推拿，让患者平卧于空气流通处，给患者饮温开水或饮料，一般经休息后可好转。如果晕厥严重，可采取掐人中、拿肩井、拿合谷、掐十宣、按足三里等方法，促使其苏醒，也可配合针刺等方法或采取其他急救措施。

4. 预防　患者紧张时要消除其对推拿的恐惧感；对体质虚弱、空腹和初次接受推拿的患者手法不宜过重，时间也不宜过长；注意使诊室内保持空气流通和安静，防止晕厥的发生。颈动脉窦位于颈内外动脉分叉处，即在喉结（甲状软骨上缘）两侧，胸锁乳突肌后处，相当于大肠经扶突穴处。预防的方法是避免刺激颈动脉窦，推拿时避开颈动脉窦部位，有心脏病、高血压者尤应如此。若必须按摩扶突、天鼎穴，则手法要轻巧，不可双侧同时操作。当推拿时发现患者有晕厥等不适时，应立即停止推拿，让患者平卧，安慰患者，解除顾虑，给患者饮含糖饮料或温开水即可恢复。此时也切忌突然停止重手法，须缓缓停止推拿。

二、颈椎间盘损伤

在颈椎推拿治疗中，旋转、扳动等手法使用不当，可引起椎间盘损伤、突出，压迫颈部神经、血管和脊髓，造成一系列的不良反应。

1. 临床表现　手法治疗后，特别是使用过重、过于粗暴、生硬，或超过各关节的生理活动范围颈椎旋转复位或扳动手法治疗后，患者颈部出现疼痛或疼痛加重、头颈部活动受限，有神经根、血管和脊髓的刺激或压迫症状和体征。

2. 原因　在颈椎推拿治疗中，推拿医师一般认为颈部旋转、扳动的手法较为安全，且又喜欢频繁地使用旋转、扳动的手法。椎间盘有损伤或退变时，椎间盘对抗扭转的强度下降，很小幅度的旋转即可造成损伤。由于颈椎生理弯曲的顶点、旋转扳动时长臂杠杆的交力点在 C4、C5，而颈椎间盘的退变多见于 C5、C6。因而颈肩痛推拿失当多造成 C4～C5 或 C5～C6 节段椎间盘突出，压迫颈部神经、血管、脊髓，造成一系列的不良反应。

3. 处理　立即停止任何的手法操作，颈部制动、颈围固定，进一步行 CT、MRI 检查，可根据情况选择激素消炎以及利尿剂脱水和营养神经的治疗方法，必要时手术治疗。

4. 预防　不宜频繁地使用旋转、扳动的手法，旋转、搬动的幅度应掌握在正常生理活动范围内。严格掌握颈部旋转手法或扳法的适应证，术中仔细观察和询问患者的反应。在牵引下使用旋转手法时有可能降低颈椎间盘内的压力，由此减少旋转手法对颈椎间盘的损伤。

三、急性颈脊髓损伤

对容易诱发脊髓损伤的疾病，如脊髓型颈椎病、颈椎后纵韧带钙化症、发育性颈椎管狭窄和明显的颈椎间盘突出以及颈椎骨退变增生明显等，应慎用或禁用推拿治疗。颈部推拿手法

过重、过于粗暴、生硬，或超过各关节的生理活动范围，均有可能造成或加重脊髓损伤，甚至或造成患者截瘫等严重的医疗事故。有报告推拿所致的波动性四肢瘫综合征的患者中，操作手法均含有过猛的颈部后伸动作。因此在颈部推拿操作时一般不要在过度后伸的体位下旋转或扳动患者的颈椎。

1. 临床表现　推拿后患者立即出现四肢麻痛，或放电样疼痛，四肢肌力减退，甚至完全瘫痪，或治疗后症状加重并出现四肢逐渐麻痛无力和行走不稳的临床表现。

2. 原因　主要是适应证选择不当。患者原有颈椎管发育性或退变性狭窄，其椎管的储备间隙显著减少。这类病人在进行推拿治疗时如医者手法过重、生硬或不当，即便轻微的损伤也可引起急性颈脊髓损伤。有作者系统地回顾了推拿致急性颈脊髓损伤的21例患者，发现其中15例有发育性的椎管狭窄，6例有退变性狭窄。因此，对此类病人应慎用或禁用推拿手法治疗。颈部推拿手法过重、过于粗暴、生硬，或超过各关节的生理活动范围，均可造成及加重脊髓损伤，甚或造成严重医疗事故。

3. 处理　脊髓损伤发生后，可根据情况选择激素消炎以及利尿剂脱水和营养神经的治疗方法，也可早期行椎管扩大减压成形术，上述措施有利于患者的康复。

4. 预防　诊断要明确。除对疾病进行诊断外，还应做到分型诊断，特别是对容易诱发脊髓损伤疾病类型的诊断，如脊髓型颈椎病、颈椎后纵韧带钙化症、发育性颈椎管狭窄等。对此类患者，尽量不要使用旋转或扳动类的颈部推拿手法。如果必须推拿，那在推拿前要注意询问患者有无脊髓受压的症状，注重神经系统体格检查，应常规摄颈椎过伸、过屈位片，并注意了解颈椎管管径大小和椎间关节稳定情况，必要时行颈椎的CT、MRI检查。对于颈部脊髓受压的疾病，出现脊髓受压的症状、体征（如：肌张力升高、腱反射亢进、髌阵挛、踝阵挛、霍夫曼氏征、巴彬斯基征等病理反射）明显者，应绝对禁用推拿，以免发生严重的医疗事故。推拿治疗手法要柔和并符合颈椎生物力学要求，避免治疗过程中的颈部剧烈过伸动作。功能锻炼时对于颈椎体后骨刺较大、有颈节段不稳等情况，过度屈伸活动颈部的动作也应慎做或禁做，以免刺激颈脊髓，诱发颈脊髓损伤。

四、脑血管意外

颈部推拿操作失当，如手法粗暴可致使颈部的动脉血管（如椎动脉或基底动脉）断裂或导致血凝块的形成或致使原有的附壁栓子脱落，造成脑血管栓塞，引起脑干缺血，导致患者发生脑血管意外。

1. 临床表现　颈部推拿治疗过程中或治疗后患者出现发作性偏瘫，或阵发性眩晕、头下垂、脸及双手麻木、头痛、呕吐和抽搐、意识障碍，严重者甚至死亡。

2. 原因　颈部推拿操作失当，可导致患者发生脑血管意外，其机理可能是推拿时的强力扭转、牵拉从第一颈椎横突孔致入颅这一段的椎动脉或基底动脉破裂所致或是牵拉伤及颈部动脉血管壁所致。暴力致使椎动脉或基底动脉断裂或导致血凝块的形成，或者是使原有的动脉栓子脱落，其中任何一种形式均可导致脑干缺血。

3. 处理　医生对治疗前后出现的脑血管意外的各种先兆的认识极为重要。如果推拿后出现脑血管意外征兆，则应立即停止推拿，避免动脉再次受伤。严密观察，症状可能在短时间内缓解，如果症状不缓解，需立即请相关科室医生会诊，并积极采取抢救措施。

4. 预防　在进行颈部推拿前，医生应当常规地询问病史，测量双侧血压，颈部听诊及作血

管功能实验。确诊无误后，再行推拿治疗。针对不同的病症，辨证选用适当的手法。如对椎动脉型颈椎病头晕较重者应选用缓缓用力向上的拔伸法，慎用旋转复位扳法。切忌强力、粗暴猛烈而急骤地过度旋转或屈曲头颈部，一定要控制在颈椎正常生理活动范围内。

五、骨折脱位

粗暴或不当的颈部手法操作以及误诊（对颈椎骨性病理性改变的误诊，如结核、肿瘤等）很有可能造成患者颈椎的骨折脱位，颈椎骨折脱位后压迫或刺激颈脊髓或神经根，由此导致严重的临床症状和体征，这部分病例在颈部推拿失当中占有很大的一部分比例，应当予以重视。颈部推拿所致的颈椎骨折脱位主要有：颈椎棘突骨折、横突骨折、钩突骨折、齿突骨折、寰枢椎脱位及颈椎半脱位等。

1. 临床表现　患者被推拿后即可感到颈深部剧烈疼痛，不能低头旋转，查体可见患者颈部僵直、活动受限，骨折脱位的节段有明显的压痛，有或无神经根或脊髓受压的体征。X 线片可明确骨折脱位的确切部位和类型。

2. 原因　颈椎的钩突骨折主要是颈椎受到推拿的侧屈暴力所致，当颈椎受到侧屈的暴力作用时，一侧钩椎关节受到张应力的作用而分离，另一侧受过大的压应力作用而发生钩突骨折。颈椎前半脱位则是由于头部受屈曲外力作用时，受力作用阶段的二个椎体前方为压应力，而颈椎的后部结构遇受张应力的作用。张应力侧的关节囊、棘间韧带、黄韧带甚至后纵韧带等结构在暴力的作用下可发生撕裂。外力的持续作用导致上位颈椎的两个下关节突向前滑动并分离移位，主要是屈曲暴力所致。对于推拿所致的齿突骨折，在临床实属罕见，是由于被动屈颈旋转所致。伤后即感颈深部疼痛剧烈，不能低头旋转，双手托住下颌即减轻症状。齿突张口位和颈部 CT 可明确诊断。

3. 处理　钩突骨折可采用颈托固定和枕颌带牵引的治疗方法；齿突骨折一般治疗是颈围固定和牵引，择期进行手术及术后的颈部石膏固定。

4. 预防　强调术者需要有良好的医学知识背景，熟悉所推拿部位的局部解剖和所要旋转关节的生理活动度。对所要推拿治疗疾病的病理过程有一个全面的认识，不要见病就推，逢病就拿。拓宽知识面，了解所要治疗疾病的治疗现状，全面分析脊柱推拿可能获得的治疗效果，有时可不必使用推拿，特别是旋转或扳法的使用，由此避免了旋转手法可能带来的损害。另外，手法操作要熟练、轻巧和稳妥。

第二节　腰骶部脊柱推拿常见的并发症

腰骶部虽然也是最容易出现推拿失误的部位，但与颈椎相比，由于腰椎比较粗大，加之腰椎周围有丰厚的肌肉保护，相对颈椎来讲，脊柱推拿手法所造成的伤害或严重程度都较颈椎轻一些。但正是由于腰椎组织结构粗壮，操作者的推拿力也会相应加大，如果手法操作粗暴蛮力或适应证选择不当，同样也可造成患者的严重伤害或终身伤残。有时即使是常用的轻巧手法也会造成损伤，象腰椎的斜扳法，使用不当也可造成第三腰椎横突综合征。

一、马尾神经损伤

马尾神经损伤是仅次于死亡的脊柱推拿手法所导致的严重并发症之一，临床报告的误治病例较多。对前方突出物巨大或椎管后方有黄韧带肥厚等症时，应慎用过屈过伸手法。否则，极易形成钳状嵌压，造成神经组织压迫，损伤马尾神经或腰神经根，造成难以挽回的后果。一般认为对中央型或巨大椎间盘突出慎用或禁用脊柱推拿手法。

1. 临床表现　推拿后即刻或 12 小时以内出现马尾神经损害症状。表现为鞍区麻木、感觉障碍、不能排小便，同时伴有下肢疼痛明显加重、麻木无力、坐骨神经牵拉试验阳性。肌力下降主要表现胫骨前肌、伸拇趾肌和腓骨长短肌。

2. 原因　①适应证选择不当：椎间盘中央型巨大突出、椎间盘破裂游离于椎管内，或合并有腰椎管狭窄的病理性改变。由于中央型巨大突出外层纤维环已很薄弱，手法很难使其紧张产生足够的推压力，迫使已突出的髓核还纳或变形，且位于硬膜囊的正前方，过屈手法可使髓核内压力增高，结果进一步向后挤压或压迫马尾神经和神经根，造成马尾损伤；如椎间盘已破入椎管内，则形成“有来无回”之势，根本不可能使之还纳，且马尾神经已部分受压，此时如再遇暴力推拿则马尾神经损伤不可避免。②盲目施法：生物力学研究表明过屈手法使腰椎极度前屈，结果脊椎前方承受压力，致髓核内压力增高。对本来较大的中央型突出势必会使突出物的体积进一步增大，如果手法过于粗暴、生硬，手法操作又违反了脊柱生物力学则可使突出物向后方压迫马尾神经，造成马尾神经损伤。过伸手法使腰椎极度后伸，极度后伸有可能使位于椎管后方的黄韧带向前产生皱折，突向椎管内，使马尾神经前后同时受压，极易造成马尾神经损伤。对前方突出物巨大或后方存在黄韧带肥厚等症时，应慎用过屈过伸手法。如一定要用，需掌握好力度。

3. 处理　多数学者主张一旦发现马尾神经损伤，应尽早彻底手术减压，摘除突出之椎间盘，如延误治疗可能造成难以挽回的后果。尽快手术减压是减少后遗症的关键所在。究竟马尾神经能承受多长时间的压迫而不致造成永久性损害，目前尚不清楚。因此治疗的原则是尽快手术，最好是在 1 周以内手术。

4. 预防　马尾神经损伤是仅次于死亡的严重并发症之一，治疗不及时，常可造成难以恢复的永久性功能病变，患者非常痛苦，因此必须重视马尾损伤的预防。为了避免马尾神经损伤，医者必须根据腰椎间盘突出的不同病理类型，掌握好脊柱推拿治疗的适应证和禁忌证，根据不同手法的不同作用和功效选择适当的手法。如前所述，对中央型巨大突出者慎用手法，尤其是大力的过伸或过屈手法，合并黄韧带肥厚以及腰椎椎体后缘骨质增生明显时更应小心，手法要轻巧。对纤维环已破裂者，由于没有还纳和变形的可能，同时存在化学刺激和免疫反应，已不是手法的适应证，不宜采用手法治疗。选用适当的手法后，还需根据病人的年龄、体质和其他病理生理条件辨证施法，掌握好手法的力度。

二、腰椎间盘损伤

腰部推拿时用力方向不当、旋转和斜扳时手法过重常导致纤维环的突然破裂，或原有的突出物进一步突出，压迫脊神经或马尾，出现剧烈疼痛及不全瘫的症状。

1. 临床表现　推拿后病人疼痛突然加剧，发生不全性瘫疾症状。大小便失禁，双下肢麻木加重，腰痛伴下肢麻木加重，腰痛加重，单下肢麻痛加重。

2. 原因　用力方向不当，腰椎间盘髓核的侧方突出患者前屈时，患肢多麻痛增加；如髓核向后（椎管）突出，患者后伸时，患肢多麻木增剧。在行手法时仍顺着这种病理方向用力，就可能出现不良后果。当对腰部作屈伸按压及旋转等重手法时，病变椎间盘受到应力比腰部正常活动时受到的应力强烈得多，手法愈重，应力则愈大。旋转和斜扳时，不但产生压力，而且产生剪力对椎间盘最为有害，常导致纤维环的突然破裂，出现剧烈疼痛及不全瘫的症状。

3. 处理　可采用椎管内封闭、骨盆牵引、卧床休息，内服消炎止痛药物，必要时手术治疗，。

4. 预防　推拿前应明确诊断，对疑有中央型腰椎间盘突出、突出物较大以及病程长、椎管狭窄明显的病人，均不宜作暴力的脊柱推拿。施手法时要注意腰椎的局部解剖结构和脊柱的生物力学特征，手法要轻巧，不可蛮力施术，同时应根据不同的人、不同的病情类型施行不同手法，做到“辨证施法”。推拿后如出现症状突然加重，经短时间观察无缓解者，应积极手术探查，解除脊髓神经的压迫。

三、后纵韧带撕裂

旋转推拿手法粗暴、过度可造成椎管损伤，致使后纵韧带撕裂卷成一团，压迫脊髓、神经根引起腰腿症状。一般临床很难判定后纵韧带撕裂，只有 MRI 和手术探查才能发现及确诊。

1. 临床表现　撕裂轻者可无明显症状，重者腰部症状经大手法旋转或扳法推拿后立刻加剧，患者即感腿软无力，大小便失禁而躺倒。查体可见脊柱无侧弯，损伤节段棘突双侧均有压痛和叩击痛，可出现双下肢瘫痪，双膝关节以下感觉消失，小腿伸屈肌肌力减弱；严重者可有双侧膝、跟腱反射消失，马鞍区两侧感觉迟钝，小便困难，胸腰椎 X 线片无异常发现。

2. 原因　推拿手法粗暴造成椎管损伤，致后纵韧带撕裂卷成一团，压迫脊髓神经根引起双下肢不全性瘫痪。

3. 处理　一旦确诊为后纵韧带撕裂，压迫脊神经，最好在硬膜外麻醉下行腰椎管探查术。取出卡压神经的组织。

4. 预防　腰部旋转扳法应用巧劲，不能过大、过猛，腰椎旋转或扳动的范围必须控制在脊柱生理活动范围内。

四、脊髓内出血

在行腰部脊柱推拿手法时，旋转或踩压时的力量过大，可造成脊柱一过性不稳定而损伤脊髓，致使中央管周围出血及水肿，出现中央症候群。

1. 临床表现　因腰肌劳损行推拿治疗，治疗中立感腰部剧烈疼痛，不敢活动。此后双下肢可出现进行性感觉及运动功能减退，大小便失禁。胸腰段棘突无压痛，但叩击痛呈阳性。双下肢的肌力可减弱，肌张力下降或消失。损伤水平以下皮肤感觉消失，膝腱反射、跟腱反射、提睾反射、括约肌反射均可减弱或消失，腹壁反射存在。胸腰段 X 线片及胸腰段 CT 扫描无异常，MRI 检查见相对应脊髓圆锥处呈短 T1 长 T2 梭形信号。脑积液检查及血沉正常。

2. 原因　旋转或踩压时的力量过大甚至暴力，造成脊柱一过性不稳定而损伤脊髓，使中央管周围出血及水肿，出现中央症候群。

3. 处理　病人绝对卧床，给脱水剂、肾上腺皮质激素、止血药物、能量合剂、抗生素及维生素等药物治疗。

4. 预防　腰部推拿时，旋转的幅度或踩压时的力量不能过大，禁止使用暴力，旋转幅度不

能超过腰椎的正常生理活动范围。

五、股外侧皮神经卡压综合征

腰椎大推拿时，常采用直腿抬高、骨盆旋转、脊柱后伸等重手法，尤其是脊柱后伸时，常引起髋关节过伸，可使股外侧皮神经在髂前下棘的骨韧带管口处受到牵拉或压迫，引起股外侧皮神经卡压综合征。

1. 临床表现　腰椎大推拿或大幅度的腰椎后伸扳法后患者感一侧大腿前外侧麻木，感觉异常。查体髂前上棘下有明显的压痛点，髋关节过伸疼痛明显加重，患肢肌力正常，无运动障碍。肌电图显示股外侧皮神经电位异常。

2. 原因　硬膜外麻醉下大推拿以及患者俯卧位的后伸大力扳法时，往往采用直腿抬高、骨盆旋转、脊柱后伸等重手法，尤其是脊柱后伸时，常引起髋关节过伸，可使股外侧皮神经在髂前下棘处的骨韧带管口处受到牵拉或压迫，引起股外侧皮神经水肿充血使之体积增大，加上骨韧带管本身狭小，充血水肿的神经容易在管内局部受压，使其所支配的皮肤出现异样感。

3. 处理　在髂前上棘下明显压痛点处采用地塞米松和普鲁卡因局部封闭，或配合口服、肛塞消炎痛的方法消炎对症等处理。

4. 预防　腰椎部的大推拿时，避免手法粗暴，尤其是脊柱后伸时，不宜使髋关节过度后伸，并要注意扳腿的角度和方向，以免并发本病。

六、腘绳肌损伤

手法操作强迫过度的被动后伸抬腿运动过大时，可使大腿后侧的腘肌绳遭过度牵拉受损伤，加重病人的痛苦。

1. 临床表现　强迫过度的被动后伸抬腿运动，幅度过大或动作过猛时，有时可感到或听到局部组织的撕裂声，伤后患者即感到大腿后侧肌肉紧张和疼痛，走路、活动困难，局部有时有明显肿胀、瘀紫，有较大血肿时可触及波动感。

2. 原因　盲目地加重手法刺激量和强迫过度的被动抬腿运动，使腘肌绳遭受过度的牵拉，造成了局部组织的撕裂伤。

3. 处理　损伤后如患肢肿胀明显，有皮下出血瘀肿，可用轻柔手法理顺，再予中药消瘀膏外敷，木板固定，抬高患肢，以利消肿止痛，也可口服止痛药物及理疗。如有肌腱完全断裂者，应尽早行手术缝合修补术。

4. 预防　推拿医师必须掌握必要的骨科学、解剖学和一些生物力学的基础知识以及有关疾病的发生、发展的规律，从基础到临床，从常见病到少见病种逐一学习，积累学识，同时避免手法粗暴，手法操作时要做到稳、准、巧。

第三节　脊柱推拿疗法的其他并发症或损伤

一、破　皮

用擦法和指揉法在患者的脊柱区进行操作时，由于术者没有掌握手法操作的要领，用力生

硬、过度会造成患者的皮肤破损或擦伤。

1. 临床表现　皮肤表面有擦伤、出血、破损。

2. 原因　用擦法和指揉法时，没有掌握操作要领，用力生硬、过度，手法使用不当。

3. 处理　皮肤破损后应在局部涂上红药水，且避免在破损处操作，并防止感染。

4. 预防　用擦法和指揉法时会出现皮肤破损临床表现。这是由于手法使用不当或操作过久等缘故所致。故在使用擦法时，不能硬性摩擦，使用指揉法时要柔和圆活，可以视情况适当使用某些介质，时间不宜过久。

二、软组织损伤

推拿时手法粗暴，采用过度旋转、扳动等脊柱推拿手法可造成患部深处的肌肉、筋膜、韧带，甚至软骨等软组织损伤，形成新的病损灶。

1. 临床表现　由于损伤组织多位于深层，所以损伤后的局部组织肿胀不是很明显，可有损伤局部的压痛、叩击痛以及脊柱活动时疼痛加重等临床表现。

2. 原因　推拿手法动作过大、过猛或采用过度旋转、扳动可造成患部深处的肌肉、筋膜、韧带等软组织的拉伤、扭伤、撕裂伤，甚至断裂伤。如果医者按压弹拨力量过大、过猛则可造成患者软组织的水肿、渗出、出血、粘连、纤维化等，形成新的病灶，加速局部由于应力不平衡而致的恶性循环。

3. 处理　采用患者能接受的轻柔手法分筋理筋，可行热敷理疗、止动休息、口服止痛药物等措施，以利消肿止痛。

4. 预防　推拿手法应柔和、深透，不能生硬、粗暴、过猛。采用旋转、扳动等手法时，注意不要超过正常的生理活动幅度。

三、骨折、脱位

脊柱推拿时手法不当、过重或过于粗暴可引起患者的骨折、脱位。出现骨折时要及时进行整复和固定。对小孩和老人，特别是患有严重骨质疏松症的老年患者作摇扳、按压、屈伸等手法时，更须注意手法不要过重；作关节活动时手法要由轻到重，活动范围由小到大（但不要超过正常生理幅度），并时时注意病人耐受情况，以免引起骨折、脱位。

1. 临床表现　骨折脱位后患者被推拿部位疼痛剧烈、不能活动，或症状突然加重。胸椎复位手法，如术者采用双手重叠按压患者胸椎棘突的手法等，如果用力过猛可导致患者的肋骨骨折、肋软骨分离等损伤。如椎体后缘撕脱性骨折突入椎管内可出现脊髓、神经根受压和刺激症状。严重者可出现椎骨附件骨折、椎弓根断裂、枢椎齿突骨折等，危及生命。

2. 原因　推拿手法不当，软组织放松不够，暴力扳动、按压或旋转，或超过脊椎关节生理幅度极限的活动。在运用按压、旋转或扳动手法的过程中，由于医者手法技巧欠佳，对脊柱的生理、病理、解剖知识了解甚少，一味用蛮力和追求“咔嗒”的弹响效果，加之对治疗原理的理解的片面性等原因，极易造成患者脊椎的骨折、脱位。

3. 处理　对怀疑有骨折的患者，要注意诊断明确，切忌草率马虎。若推拿后遇到不适或局部疼痛加重，应及时作必要的检查，防止延误诊断和治疗。出现骨折时要及时进行整复和固定。如颈椎骨折伴脱位可先行颈托固定，再用枕颌带牵引治疗。肋骨骨折可按照肋骨骨折的处理原则进行治疗，同时要密切观察，注意有无气胸的发生。

4. 预防　脊柱推拿手法的操作应遵循“稳、准、轻、巧”的原则，不要粗暴、过猛，按压、扳动或旋转时不要超过脊椎关节的正常生理活动范围，并时时注意病人耐受情况，以免引起骨折、脱位。对腰椎间盘突出症不宜采用卷腰挤压法等屈曲重推拿手法，对严重骨质疏松的患者避免使用重手法。

四、出　血

除了刮、拧、挤、刮痧等手法之外，一般的推拿手法均无皮下出血临床表现。若在推拿后出现局部皮肤肿起，以及皮肤出现青紫的临床表现，说明是皮下出血。

1. 临床表现　被推拿的局部出现肿胀、疼痛和压痛，继则皮肤呈现青紫色，血肿明显时可有波动感。

2. 原因　推拿时用力不当，手法过重所致或者患者患有血友病等血液疾病所致。

3. 处理　推拿后患者出现少量的皮下出血或局部小块青紫时，一般不必处理，可以自行消退；若局部肿胀、疼痛较剧烈、青紫面积大而且影响到活动功能时，可先作冷敷止血，1～2 天后再做热敷或在局部轻揉，口服止痛药物及理疗，以促使局部瘀血消散、吸收。

4. 预防　推拿时手法不要过重，对急性软组织损伤的患者不要急于使用湿热敷（一般在 1～2 天后，皮下出血停止，再配合使用），可以防止出血临床表现。另外在推拿前要仔细询问患者有无血友病等血液病或有无血友病的临床症状等，以避免出现推拿给患者所带来伤害。

五、烫　伤

在使用较重的脊柱推拿手法治疗后，为了减轻患者的局部反应或提高疗效，一般都使用中药外用药物热敷局部的特色治疗方法。这也是中国脊柱推拿的特点之一，所使用的外用药物多为祛风散寒、活血化瘀类的药物。但使用湿热敷不当也会造成烫伤。因此在选用湿热敷要温度适当，毛巾要厚实柔软；热敷时毛巾要放平，且注意密切观察，经常询问患者的感觉，不要听之任之。

1. 临床表现　热敷局部出现水泡等烫伤的临床表现。

2. 原因　热敷的器具过热，治疗时间过长。

3. 处理　出现烫伤后，一般在局部涂抹油类就能自愈；如出现水泡，可用温生理盐水冲洗患处，以消毒注射器抽出水泡内的液体，不必剪去表皮，以免感染；如表皮已脱落，可修剪其边缘，再涂以龙胆紫或磺胺软膏，并加压包扎。

4. 预防　湿热敷的温度要适可而止，所使用的毛巾要厚实柔软，热敷时要放平，不能过热，且注意观察，及时调整。

参 考 文 献

1　张松涛，孙荣智，吴同山等. 推拿斜扳法致腰椎间盘突入硬膜囊内 2 例分析[J]. 颈腰痛杂志，2003；24(2)：126

2　吕亚南，李荣祝. 推拿治疗腰椎间盘突出症致马尾神经损伤机制之我见[J]. 陕西中医，2002；23(12)：1106－1107

3　张剑平，周大鸽，苏佳灿. 腰椎间盘突出症麻醉推拿无效原因探析[J]. 中国临床康复，2002；6(18)：2727

4 吴万坚. 腰腿痛推拿意外原因的分析[J]. 颈腰痛杂志,2002;23(2): 151 - 152
5 刘广鹏,唐胜建,唐军. 推拿致第3颈椎钩突骨折并第3椎体前半脱位1例报告[J]. 实用骨科杂志,2002;8(3): 192
6 张世民,王宏,黎作旭等. 腰椎间盘突出症推拿致马尾神经损21例临床分析[J]. 中医正骨, 2002;14(2): 47
7 吴树全. 中医伤科推拿手法误诊误治案例剖析[J]. 中国临床医生,2001;29(10): 55 - 56
8 羊明智,叶晓健,贾连顺. 推拿致枢椎齿状突骨折1例报告[J]. 中国矫形外科杂志,2001;8(8): 748
9 张传开,宋一平. 35例腰椎间盘突出症推拿后加重手术探查分析[J]. 颈腰痛杂志, 2001;22(2): 132 - 133
10 韦以宗,王秀光,韦春德等. 脊椎推拿牵引误治并发症. 中国中医骨伤科杂志,2003;11(3):60 - 63
11 蒋松鹤. 推拿手法的误区和对策[J]. 中国临床医生,2001; 29(1):36 - 37
12 林亚彪,洪秋华. 推拿致髓核游离进入椎管马尾损伤1例[J]. 中医正骨,2000;12(6):11
13 王翠兰,郭春妮,麻琳等. 推拿按摩致波动性四肢瘫综合征2例[J]. 山东医科大学基础医学院学报, 2000;14(2): 88
14 彭润民,孙兵. 推拿治疗腰椎间盘突出症致严重马尾神经损伤[J]. 厂矿医药卫生,2000;16(2): 86 - 87
15 朱建江. 推拿治疗落枕致晕厥1例[J]. 按摩与导引,2000;16(2): 63
16 徐明球,党耕町,贾殿和. 推拿致急性颈脊髓损伤21例[J]. 中华创伤杂志,1999;15 (3): 206 - 207
17 刘军,邓晋丰,罗汉华. 颈部按摩推拿的禁忌证[J]. 中国中医骨伤科杂志,1998; 6(6): 30 - 32
18 詹强,郑明海. 足底按摩消除腰椎间盘突出症推拿正骨术后副反应的疗效观察[J]. 按摩与导引,1998;(5): 33 - 34
19 蔡葵,欧奇. 常见推拿意外及预防[J]. 中国中医骨伤科杂志,1998;6(5): 46 - 48
20 韩德韬,施能木,张昌茂等. 暴力推拿所致急重型腰椎间盘突出症18例分析[J]. 骨与关节损伤杂志, 1998; 13(5): 292 - 293
21 袁庆国,姜宏志,刘树山. 推拿按摩致四肢瘫痪3例报告[J]. 中国脊柱脊髓杂志,1998;8(4): 236
22 肖艳,牛宪明. 颈肩部推拿引起晕厥3例的启示[J]. 按摩与导引,1998;(3): 33
23 谢利民,徐超,于银. 推拿致马尾神经损伤5例分析[J]. 中医正骨,1998;10(3): 48 - 49
24 黄林祥. 推拿正骨致颈椎硬膜外血肿1例[J]. 宁波医学,1997;9(6): 268
25 王志泉. 推拿意外分析及推拿安全性刍议[J]. 按摩与导引,1997; (5): 6 - 8
26 张峰,吉勇. 腰部推拿致脊髓内出血1例报告[J]. 中医正骨,1997;9(3): 54
27 周恒. 暴力推拿导致骨折之举隅[J]. 安徽中医临床杂志,1997;9(5): 268 - 269
28 彭旭明. 推拿临床误治分析[J]. 按摩与导引,1997;(2): 46 - 47
29 赵胡瑞. 推拿治疗腰椎间盘突出症致马尾神经损伤2例报告[J]. 新疆医学, 1997;27(1): 46
30 陈宏贤,姜德高. 腰椎间盘脱出症推拿致瘫1例[J]. 临床误诊误治,1996;9(6): 285
31 黄济华,王丽华,黄剑虹等. 推拿引起双下肢不全瘫换1例[J]. 颈腰痛杂,1996;17(2): 85
32 刘来贵,夏惠明. 推拿引起不良反应3例[J]. 云南中医中药杂志,1996;17(2): 28 - 29
33 刘传法,孙中洋,左秀云. 推拿致股骨颈骨折1例[J]. 中医正骨,1996;8(2): 45
34 秦之威,郑崽清,陈桂英. 推拿按摩治疗腰椎间盘突出症致马尾神经损害5例报告[J]. 中国脊柱脊髓杂志,1996;6(1): 19
35 黄长明,童星杰. 推拿致腰骶神经根损伤4例的手术治疗[J]. 人民军医,1995;(12): 20
36 郑志明,俞江. 推拿引起纤维环急性破裂5例报告[J]. 江苏中医,1995;16(8): 35
37 蔡庆康. 重手法推拿致肱骨近端骨折3例报告[J]. 骨与关节损伤杂志,1995;10(5): 318
38 曹其鉴,黄孝宽. 硬膜外脓肿推拿促瘫2例报告[J]. 军医进修学院学报,1995;16(3):162
39 蒋会平,王泽强,关继华等. 从腰椎间盘手术认识重手法推拿利弊:附25例报告[J]. 颈腰痛杂志,1995;16

(2)：101－102

40　黄长明，童星杰. 推拿治疗腰椎间盘突出致马尾神经损伤[J]. 颈腰痛杂志，1995；16(2)：122－123

41　马林儒，于戈. 颈椎推拿引起四肢水肿1例[J]. 中国骨伤，1995；8(2)：28

42　翟加义. 临床推拿误案剖析录[J]. 中医函授通讯，1994；13(3)：37

43　曹双成，董凡，赵文成. 肺癌胸椎骨转移推拿诊治致误1例报告[J]. 按摩与导引，1994；(5)：35

44　Felber GH，徐中晓. 推拿所致头颈部动脉剥离[J]. 国外医学·脑血管疾病分册，1994；2(1)：54

45　谢利民，刘仁寿. 腰椎间盘突出症推拿失败原因探讨[J]. 中国中医骨伤科杂志，1994；2(4)：26－29

46　杜欢. "晕推拿"报告1例[J]. 按摩与导引，1994；(2)：45－46

47　刘步先，王悦娜，周正黎等. 推拿手法不当所致的严重并发症[J]. 按摩与导引，1994；(1)：40－41

48　蔡永年，卢建华. 腰椎间盘突出症大推拿后并发股外侧皮神经卡压综合征9例报告[J]. 中医正骨，1997；(3)：46

49　顾罗嘉. 斜扳法引起腰三横突综合征12例报告[J]. 按摩与导引，1991；(4)：20－22

50　季新民. 推拿按摩治疗腰椎间盘突出症造成马尾神经损害8例报告[J]. 中国脊柱脊髓杂志，1993；(6)：257－258

51　魏加强. 脊柱推拿手法治疗的严重并发症[J]. 按摩与导引，1993；(4)：44－45

52　严叔良，胡印杰. 颈部按摩推拿手法引起猝倒及高位截瘫1例报告[J]. 中华骨科杂志，1990；10(2)：148

53　袁家齐. 推拿手法不当致颈部损伤5报告[J]. 中华理疗杂志，1983；(3)：181－182

54　谭其仁. 颈部推拿和用力转动头颈引起[J]. 中风中华理疗杂志，1982；(3)：161－163

55　庄严. 颈部按摩推拿手法失误及预防[J]. 辽宁中医杂志，1996；(6)：278

56　李义凯，钟世镇. 推拿治疗失当被起诉的主要原因[J]. 颈腰痛杂志，1997；(4)：276－277

57　樊云. 颈肩痛推拿治疗产生副作用的机理探讨[J]. 湖北中医杂志，2002；(2)：11－12

58　吕亚南，杨嘉珍. 推拿治疗颈部疾病中急性颈髓损伤的预防探析[J]. 四川中医杂志，2002；(9)：78－79

59　梁文杰，韦贵康. 腰椎间盘突出症手法意外18例临床分析[J]. 吉林中医药杂志，2001；(1)：51

60　王承祥，侯世文，杨国栋. 腰椎间盘突出症推拿致椎体后缘骨折一例报告[J]. 甘肃中医杂志，1995；(8)：39

(彭玉初　曹向阳　李义凯)

第六章　常用的脊柱影像学检查方法

【摘要】 脊柱推拿手法失误的主要原因之一是诊断错误，而常规的脊柱影像学检查方法对很多脊柱疾患即可做出明确的诊断，从而避免了不必要的治疗失误。本章对脊柱 X 线平片及椎管造影、CT 和 MRI 等临床常用的医学影像学检查方法做逐一的介绍，以使临床医生能够根据患者的实际情况，采用正确和适当的医学影像学检查方法，并且能够阅片，了解脊柱常见病的影像学变化情况，从而选择正确的治疗方法或手段。

第一节　常用影像学检查方法及正常表现

脊柱常用的影像学检查方法包括 X 线平片、脊髓造影、CT 及 MRI 等，X 线平片检查为最基本的检查方法，对诊断脊椎骨病变或椎管内病变有一定帮助；CT、MRI 为断层图像，组织分辨率高，解剖关系清楚，对脊椎骨及椎管内病变有重要的诊断与鉴别诊断价值，目前在临床上已广泛应用。

一、X 线平片及椎管造影

（一）检查方法

脊柱 X 线平片常规摄前后位和侧位片，若观察椎弓或椎间孔，则需加摄斜位片，第 1、2 颈椎前后位摄片时为避免下颌骨重叠，可摄张口位或下颌颤动相位。此外，疑高颈段病变摄片应包括颅底，为便于椎骨计数，摄上胸椎时应包括下颈椎，摄下胸椎时应包括上腰椎。

脊髓造影是将对比剂经腰穿或小脑延髓池穿刺注入脊蛛网膜下腔，通过改变病人体位，用透视或摄片观察对比剂在椎管内的形态和流动情况，以诊断椎管内病变的一种检查方法，随着 CT、MRI 的广泛应用，目前椎管造影检查已明显减少。

（二）正常表现（图 6－1～图 6－3）

正位片脊柱由椎骨连结呈纵形柱状，椎骨自上而下由小逐渐增大，椎体呈等腰四边形，边缘骨皮质表现为致密细线形，上下缘稍厚 1～2 mm 称终板，椎体内骨松质以纵形骨小梁为主；相邻上下椎体间为无结构的透亮间隙，即椎间隙，代表椎间盘；椎体两侧缘自外方伸出左右横突，相邻上下椎骨的椎弓板之间为一透亮间隙称椎板间隙，由黄韧带封闭不显影，若韧带钙化则密度增高。

图 6-1　正常腰椎正侧位片

图 6-2　颈椎斜位片

椎弓根位于椎体阴影两侧，呈圆形或卵圆形致密影，两椎弓根内侧缘之间的距离，正常人有恒定的范围（表 6-1）。一般自第 2 颈椎向下逐渐加大，第 5~6 颈椎处最大，第 7 颈椎到第 3 胸椎处急剧变小，第 10 胸椎处为最窄（20 mm），从第 11 胸椎到第 1 骶椎又逐渐变大，以后又变小。这种增减规律比绝对值更有临床意义，间距加大超过正常范围对于诊断椎管内肿瘤有帮助，若间距过小则对于诊断先天性或后天性椎管狭窄有帮助。

两侧椎弓根上下方各有一关节突，相邻的上下关节突构成椎小关节（关节突关节），关节间隙宽度约为 1.5~2.0 mm。一块椎骨每侧上下关节突之间的部分称关节间部（椎弓峡部），关节间部和棘突之间的宽骨板为椎弓板（椎板），椎弓板连于棘突且对称于棘突，如两者不连或缺损，称为脊柱裂（椎弓裂）。

图 6-3　腰椎斜位片

第 4 腰椎峡部裂并腰 4 椎体向前滑脱，1 度；第 4 腰椎双侧椎弓峡部各见一透光线条状影，似"狗带项圈征"

侧位脊柱片上，脊柱上下走行不在一条直线上，共形成四个生理性弯曲，颈椎前凸，胸椎后凸，以第 7 胸椎最甚，腰椎又前凸，第 4 腰椎最为前凸，骶尾椎结合形成一个后凸。椎体呈前后径大于高径的四方形，一般椎体后缘高于前缘 5~8 mm（L5 例外）。在脊椎侧位片上可进行椎间隙的宽度测量，正常范围为 2~6 mm，胸椎间隙较窄，颈椎间隙约 5 mm，腰椎间隙更宽，第 4~5 腰椎间隙最宽，但腰骶间隙很窄，一般不到 5 mm，椎间隙前后部并不等宽，随脊椎生理弯曲有一定的变化，此外，椎间隙的宽度也与年龄有关，老年人椎间隙较青壮年窄。

表 6-1 椎弓根间距正常最高值(mm)

颈椎					胸椎										腰椎					
3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
28	31	33	33	31	28	24	22	20	20	20	20	20	20	21	25	29	29	30	31	34	39

棘突在侧位片上显示最清楚,棘突前缘即椎管后缘骨皮质到椎体后缘的距离为椎管前后径,颈椎为 12 ~ 18 mm,胸椎为 14 ~ 23 mm,腰椎为 15 ~ 28 mm,低于最低值者,提示有椎管狭窄。

颈椎斜位主要观察椎间孔,椎间孔呈卵圆形,两侧对称。腰椎斜位重点检查椎弓峡部,常形象地把椎弓比喻为狗之侧影,被检侧的横突相当狗嘴,椎弓根如狗眼,上关节突为竖立的狗耳,下关节突为狗前腿,椎板为狗腹,峡部为狗颈,对侧横突像狗尾,对侧下关节突为狗后腿,正常情况下椎弓峡部骨皮质完整,若有裂隙,即为峡部不连,常喻为狗脖子戴项圈。

二、CT

(一)检查方法

主要包括常规 CT 扫描及脊髓造影后 CT(CT myelography, CTM)。脊柱 CT 检查一般仅能做横断面扫描,仰卧位,颈段采用头屈伸位,腰段采用双膝屈曲位,扫描线垂直于脊柱或平行于椎间隙(观察椎间盘为主时),层厚 1 ~ 5 mm,分别用软组织窗及骨窗观察,螺旋 CT 可行矢状、斜面、屈面等多层面重建(multiple planes reconstruction, MPR)或三维表面重建,从而更好地观察椎管、椎间盘与脊髓的关系及病变范围,增强扫描用于椎管内肿瘤和血管性疾病的鉴别诊断。

脊髓造影 CT 是将 5 ~ 10 ml 非离子型碘水对比剂注入脊髓蛛网膜下腔,然后再行 CT 扫描,临床上多与脊髓造影配合应用,一般在脊髓造影后 1 ~ 2 小时内进行 CT 扫描,具有 CT 及脊髓造影的双重优势。在高密度的脊髓蛛网膜下腔衬托下,可清楚显示硬脊膜形态及脊髓结构。

(二)正常表现

1. 椎体及椎间盘　椎体:颈部略呈方盒状,胸椎略呈前窄后宽三角形,腰椎椎体较其他部位椎体大,表面薄层骨皮质呈高密度致密骨结构,内部为骨松质呈网状骨小梁结构。环椎为椭圆形骨环,上与枕骨髁形成寰枕关节,下与颈 2 形成寰枢关节。齿状突位于寰椎前弓后,正常寰 - 齿状突间隙不大于 2.5 mm,不随屈伸运动改变,此距离过宽见于寰 - 枢关节脱位,常见于外伤、类风湿性关节炎、感染等。

椎间盘:由髓核、纤维环及终板组成,CT 密度介于骨与相邻软组织密度之间,密度均匀,不能分辨髓核与纤维环,周边可略超出相邻椎体外缘,但不超过 1 ~ 2 mm,且宽窄均匀。

2. 椎体附件及小关节　椎弓根为椎体向两侧后方延伸出的粗厚骨柱,后与关节柱(峡部)相连,后者上下为上下关节突,构成椎旁小关节,关节间隙宽度为 2 ~ 4 mm,关节突后方为椎板,两侧椎板于中线愈合并向下发出棘突。

3. 椎管及椎管内结构(图 6-4、图 6-5)　前方的椎体、椎间盘与后方的椎弓、椎板共同构成骨性椎管，容纳硬膜囊、神经根及硬膜外软组织。正常骨性椎管宽度应大于 13 mm，CT 上颈段呈底边向前的三角形，胸段呈前后向的椭圆形，腰段呈圆形或左右略扁的椭圆形。

①　②　③

图 6-4　正常腰椎 CT

①椎间孔平面；②椎间盘平面；③椎旁小关节及黄韧带平面

侧隐窝：外侧为椎弓根，后为上关节突，前为椎体后外侧与相邻的椎间盘，内为硬膜囊，呈向内喇叭口状，CT 为脂肪低密度影。

椎间孔：表现为小关节前约 45°外倾的管状间隙，其内可见脂肪及神经根。

正常后纵韧带 CT 不显示，骨化时 CT 可见椎体后方结节状骨性高密度。黄韧带呈"V"字形软组织密度覆盖于小关节突前，最大厚度不超过 5 mm。

图 6-5　脊髓造影 CT

蛛网膜下腔内充满高密度造影剂，中央脊髓呈低密度

CT 可清楚显示硬脊膜囊，由硬脊膜及蛛网膜共同绕脊髓形成，上颈段脊髓与周围蛛网膜下腔有一粗略界线，可大致显示脊髓轮廓，下颈段及胸腰段脊髓则难以分辨，硬脊膜囊外间隙富含脂肪，CT 为低密度，在低密度脂肪衬托下显示类圆形神经根。神经离开硬脊膜进入神经根袖后以前外约 45°角经椎间孔进入脊神经节。CTM 在高密度蛛网膜下腔衬托下可清楚显示脊髓、马尾和神经根。

三、MRI

(一)检查方法

一般采用表面线圈，若不能覆盖整个脊柱可分次扫描，若采用相控复合线圈，则可根据成像部位选择性激励线圈而不用移动患者位置从而改变感兴趣区。

脊柱 MRI 扫描一般以矢状面扫描为基础，能比较全面显示脊柱全程及病变节段，辅以兴趣区横断面，必要时加作冠状面扫描。层厚 3～5 mm，常规获 T1 加权像（T1WI）及 T2 加权像（T2WI），增强扫描可提高椎管内病变的检出率和诊断的正确率。

（二）正常表现（图 6－6、图 6－7）

生理屈度：矢状面显示生理曲度最清楚，正常脊柱存在生理曲度，颈部和腰部为前凸，胸椎较平直，略呈后凸，生理曲度消失变直或反向常常是疾病情况下的异常表现。

①　②　③

图 6－6　正常颈椎 MR

①矢状面 T1WI；②矢状面 T2WI；③横断面 T2WI

①　②

图 6－7　正常腰椎 MR

①矢状面 T1WI；②矢状面 T2WI

椎体及附件：椎体呈方形或长方形，主要由骨松质构成，包绕薄的骨皮质。松质骨 T1WI 呈中等稍偏高信号，T2WI 中等信号，正常信号均匀，随年龄增长骨髓内脂肪含量增多，T1WI 及 T2WI 信号增高。周围薄层骨皮质 T1WI 及 T2WI 均为低信号，正常骨皮质光滑连续。

椎间盘：由髓核及纤维环构成，纤维环分内纤维环与外纤维环即 Sharpey 纤维。椎间盘 T1WI 呈低信号，不能区分髓核与纤维环，T2WI 髓核及内纤维环呈高信号，Sharpey 纤维在 T1WI 及 T2WI 均为低信号，正常髓核、内外纤维环之间移行可清楚显示，随着椎间盘退变，含水量减少则移行部变得不明显。

韧带：后纵韧带附着于纤维环和椎体后上下缘，前纵韧带广泛覆盖在椎体及椎间盘前面，MRI 上前后纵韧带呈低信号，难以与骨皮质及椎间盘

的外纤维环区分。

硬膜外脂肪：T1WI 及 T2WI 均为高信号，胸段比腰段要少些。

硬脊膜囊及脊髓：硬脊膜为致密纤维组织，蛛网膜附着于硬脊膜内面，其间潜在一菲薄腔隙为硬膜下腔，MRI 上硬脊膜常难与蛛网膜分辨，统称为鞘膜，软脑膜与蛛网膜之间的腔隙为蛛网膜下腔，其内充以流动的脑脊液，T1WI 脑脊液呈低信号，较脊髓信号高，T2WI 脑脊液呈高信号，较脊髓信号高，两者可以很好区别。脊髓位于蛛网膜下腔，T1WI 呈均匀中等信号，类似椎间盘信号，T2WI 呈中等偏低信号，脊髓中央管一般难以显示。

第二节　脊柱的退行性疾病

一、脊椎退行性变

脊柱的退行性变（degenerative spinal diseases），又称退行性脊柱病或脊椎退行性骨关节病。多为生理性老化过程，一般不引起明显的临床症状。遗传、自身免疫、急性创伤或慢性劳损等原因也可促进脊柱发生退行性变。

脊柱退行性变包括椎间盘、椎间关节和韧带的退行性变。退变严重者可引起椎管、椎间孔及侧隐窝的继发性狭窄并伴有相应症状和体征。

（一）X 线表现

（1）脊柱生理弯曲变直、侧弯。

（2）椎间隙变窄，椎间盘内“真空”征，髓核钙化。

（3）椎体终板骨质增生、硬化，边缘部唇样骨赘形成，重者可连成骨桥。

（4）椎间关节间隙变窄，关节面硬化，关节突变尖及脊椎不稳，如前移、异常旋转等。

（二）CT 表现（图 6－8）

（1）椎间盘变性，向四周均匀膨出于椎体边缘，其后缘正中仍保持前凹的形态。硬膜囊前缘及椎间孔内脂肪可受压，脊髓可有或无受压移位。膨出的椎间盘外周可有弧形钙化，有时可显示椎间盘退变的“真空”征，呈空气密度，髓核钙化呈高密度。

（2）骨结构改变，多表现为椎体边缘部唇样骨质增生、硬化。

（3）韧带肥厚、钙化，黄韧带肥厚钙化表现为椎板内侧高密度影，硬膜囊侧后缘受压、移位。后纵韧带肥厚、钙化或骨化可发生于一个节段，也可连续或不连续的累及多个节段，表现为椎管前壁椎体后缘的圆形或椭圆形高密度影，边缘清楚。

（三）MRI 表现（图 6－9）

（1）椎间盘变性，表现为椎间隙变窄，T2WI 上椎间盘呈中低信号，失去正常夹层样结构。椎间盘内积气和钙化在 T1WI 和 T2WI 上均呈低信号或无信号区。椎间盘膨出显示为纤维环低信号影向四周均匀膨隆，硬膜囊前缘和两侧椎间孔脂肪呈光滑、对称弧形压迹，高信号的髓核仍位于纤维环之内。

（2）椎体边缘骨质增生或骨赘表现为椎体终板前后缘骨皮质呈三角形外突的长 T1 短 T2 信号。相邻椎体终板及骨髓信号常有三种改变：长 T1 长 T2 信号，病理基础为椎体终板破裂，富血管的肉芽组织侵入邻近的骨髓中，致 T1、T2 时间延长，增强扫描有明显强化；短 T1 中等

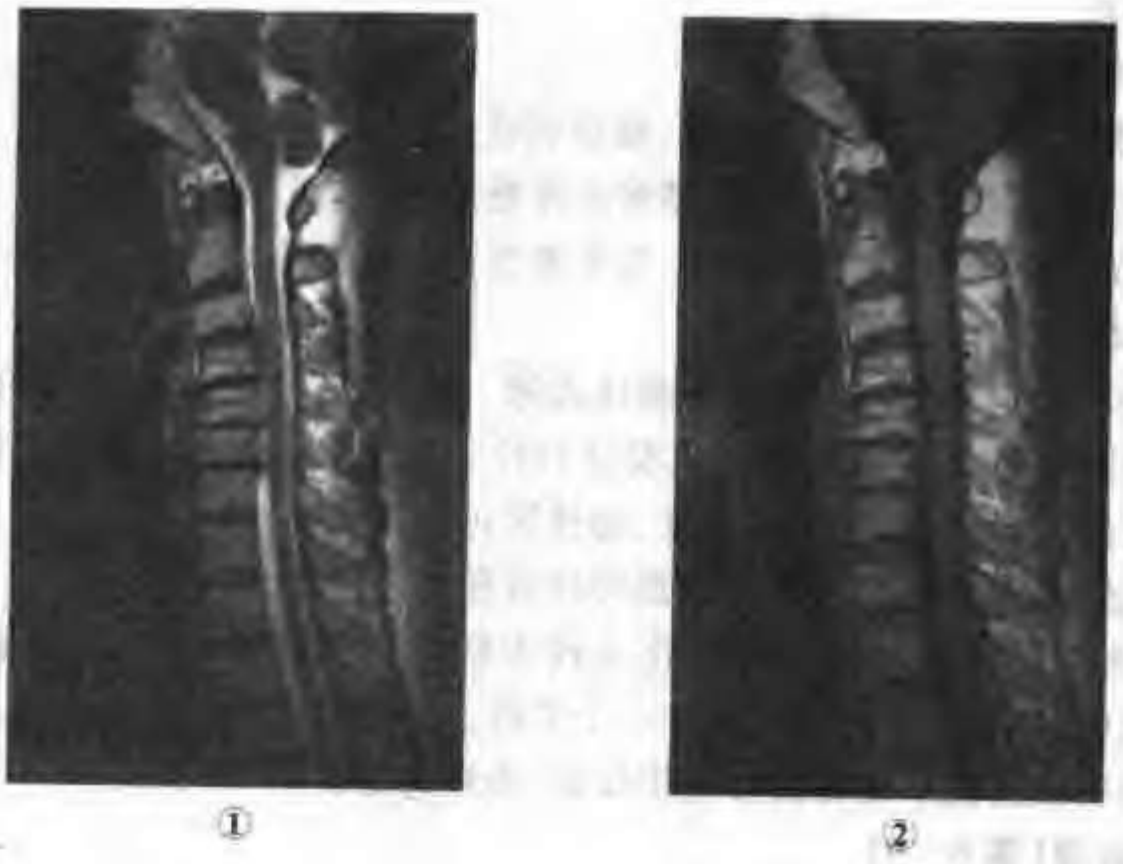
①　　②

图 6－8　腰椎退行性变 CT

①示骨质增生，间盘膨隆；②见间盘"真空"征，椎旁小关节肥大增生

T2 信号，病理基础为终板下骨髓内脂肪沉积明显增多（黄骨髓转换）；长 T1 短 T2 信号，代表椎体终板的骨质增生、硬化表现。X 线平片和 CT 只能显示最后一种改变。

（3）黄韧带、后纵韧带的肥厚、钙化或骨化均表现为长 T1 短 T2 信号，有时与周围骨结构不易区分。



①　　②

图 6－9　颈椎退行性变 MRI

颈椎生理曲度异常，轻度后凸，C4/5、C5/6、C6/7 椎间隙变窄，①T1WI 示椎体边缘变尖，骨赘生成；②T2WI 示多个椎间盘信号减低，蛛网膜下腔变窄

二、椎间盘突出

椎间盘突出可发生于脊柱的任何部位，以活动较大的部位多见，其中腰椎间盘突出最多见（约占90%），其次为颈椎间盘，胸椎间盘突出少见。主要表现为局部刺激症状及脊髓、神经根的压迫症状。

椎间盘突出依照部位不同可分为后正中型、后外侧型和外侧型，以后外侧型多见。髓核可经相邻上下椎体软骨板的薄弱区突入椎体松质骨，形成椎体上下缘黄豆至蚕豆大小的压迹，称之为 Schmorl 结节。

椎间盘膨出是指椎间盘组织向周边广泛鼓出并超过了相应椎体的边缘；椎间盘凸出指髓核进入外层纤维环，造成局部纤维环凸出椎体边缘，但外纤维环和后纵韧带保持完整；椎间盘脱出为髓核突破外纤维环和后纵韧带进入硬膜外间隙；髓核游离为脱出的髓核与纤维环分离，离开椎间盘平面进入上下椎管。由于椎间盘凸出和脱出在影像学表现上难于区分，临床上常合二为一称为突出。

（一）X 线表现

多无特异性，具有提示本病诊断的征象有：①椎间隙变窄或前窄后宽。②椎体后缘唇样肥大增生、骨桥形成或游离骨块。③脊柱生理曲度异常或侧弯。④Schmorl 结节表现为椎体上或下缘圆形或半圆形凹陷，边缘有硬化边，常见于相邻椎体的上下缘且累及多个维体。

（二）CT 表现（图 6－10）

1. 直接征象　①椎间盘后缘向椎管内局限性突出，密度与相应的椎间盘一致，形态不一，边缘规则或不规则。②突出的椎间盘可有大小、形态不一的钙化，多与椎间盘相连，上下层面无连续性。③髓核的游离碎片多位于硬膜外，密度高于硬膜囊。④Schmorl 结节表现为椎体上（下）缘、边缘清楚的隐窝状压迹，多位于椎体上下缘中后 1/3 交界部，常上下对称出现。其中心密度低，为突出的髓核及软骨板，外周为反应性骨硬化带。

①　②

图 6－10　腰椎间盘突出 CT

①中央型突出；②右侧旁中央型突出

2. 间接征象　①硬膜外脂肪间隙变窄、移位或消失。②硬膜囊前缘或侧方及神经根受压移位。CTM 有助于显示蛛网膜下隙、脊髓及神经根受压征象。③周围骨结构改变，突出髓核周围反应性骨质硬化。

(三)MRI 表现(图 6-11)

1. 直接征象　①椎间盘突出呈扁平形、圆形、卵圆形或不规则形局部突出于椎管内，其信号强度依椎间盘变性程度而异，一般呈等 T1 中长 T2 信号，变性明显者呈短 T2 信号。突出的髓核与未突出的髓核之间多有一"窄颈"相连，矢状面显示清晰；横断面扫描能清楚显示椎间盘突出的方向，并观察椎间孔和神经根受压的情况，矢状面可清楚反映髓核突出的路径。②髓核游离：髓核突出于低信号的纤维环之外，突出部分与髓核本体无联系。游离部分可位于椎间盘水平，也可位于椎间盘上(下)方的椎体后方。③Schmorl 结节：为一特殊类型的椎间盘突出，表现为椎体上(下)缘半圆形或方形压迹，其内容与同水平髓核等信号，周边多绕一薄层低信号。

2. 间接征象　①硬膜囊、脊髓和神经根受压，表现为局限性弧形受压，与突出的髓核相对应，局部硬膜外脂肪间隙变窄或消失。②受压节段脊髓内等或长 T1 长 T2 异常信号，为脊髓内缺血或水肿改变。③硬膜外静脉丛受压、迂曲，表现为突出层面椎间盘后缘与硬膜囊之间出现短条或弧状高信号。④相邻骨质结构改变(见脊椎退行性变)。

图 6-11　腰 L4/5 椎间盘突出 MRI

①T1WI 矢状面；②T2WI 矢状面；③T1WI 横断面，L4/5 椎间隙狭窄，椎间盘向后上方脱垂，横断面示椎间盘向右后方突出，压迫硬脊膜囊

三、椎体边缘软骨结节

椎体边缘软骨结节(vertebral marginal cartilage node)包括椎体前缘软骨结节(vertebral anterior marginal cartilage node)和椎体后缘软骨结节(vertebral posterior marginal cartilage node)，二者在日常 X 线检查中时常见到，分别发生于椎体的前、后缘，其命名不一，发病机制也说法

不一，前者又称椎缘骨、边缘骨、椎体边缘体、永存骨骺和椎角离断体等。病变主要由疝入的髓核和软骨成分、骨质缺损区及掀起的骨块所构成。

本病以腰椎多见，尤其是腰4椎体，多为单椎体单发，少数为单椎体多发或多椎体多发，也可合并Schmorl结节及椎间盘突出。

（一）X线表现

侧位片上，椎体前缘软骨结节表现为椎体前上（下）角见大小不一的三角形骨块，周边硬化如皮质，内为松质，后缘为一斜面，与椎体缺损区相对应。骨块与椎体之间夹有一条厚薄一致的透亮带。椎体后缘软骨结节表现为椎体后上（下）缘有弧状或切迹状骨质缺损区，边缘硬化或毛糙不整。与缺损区相对应，有类圆形、锥形或不规则形骨块翘起并突入椎管内，骨块可全部或部分与椎体分离。

（二）CT表现

CT表现为椎体前部或椎体后1/2～1/3半圆形或梭形骨质缺损，大小不一，与同层面椎间盘等密度，CT值为70～90 Hu，边缘清楚，常有厚薄不一的硬化带。椎体前缘软骨结节游离骨块位于缺损区前方，呈长条状或节段状，周围无软组织肿块。椎体后缘软骨结节缺损区后方骨块突入椎管内，全部或部分与椎体分离，椎管狭窄，硬膜囊受压，多数病例合并同层面椎间盘突出。

（三）MRI表现

椎体前或后上、下缘骨缺损区与同层面椎间盘等信号，周围硬化带呈长T1、短T2信号，游离的骨块亦呈长T1、短T2信号。椎体后缘软骨结节可同时显示硬膜囊或脊髓受压、变形及移位。

四、许－莫（Schmorl）结节

1927年Schmorl通过尸检首次观察并详细描述椎间盘物质突入椎体松质骨内这一现象，之后即将这种现象称之为许莫结节（Schmorl结节）。

Schmorl结节又称椎体内软骨结节，病理基础为椎间盘成分疝入椎体松质骨内，是椎间盘脱出的一个特殊类型。本病随年龄增长而逐渐增多，发生部位以腰椎及下胸椎区多见（T10、T11～L4、L5水平占75%），上胸段少见，颈椎最少。

（一）X线表现

本病X线平片检出率较低，以侧位片显示较好，表现为椎体上或下缘局限性凹陷区，周围有硬化边。

（二）CT表现

CT显示结节形态优于平片，表现为椎体上或下缘、边缘清楚的隐窝状压迹，中心呈低密度为突出的髓核及软骨板，外周呈高密度为反应性骨硬化带（图6－12）。

图6－12　许莫氏结节CT

CT示腰椎体边缘小结节影，中心呈低密度，外周为高密度反应性骨硬化带

(三)MRI表现

MRI矢状位显示及检出许莫结节明显优于CT和平片,表现为椎体上缘或下缘单或多发、形态各异、大小不等的局限性凹陷区,其内容多与相邻的椎间盘等信号,并与椎间盘信号相延续。少部分表现为长T1、短T2低信号,为疝出的髓核组织明显变性及纤维化所致。结节周围大部围以薄层低信号环,代表反应性骨硬化区;少数呈环状短T1、长T2脂肪信号,代表反应性硬化区内的脂肪沉积(图6-13)。

①　②　③

图6-13　许莫氏结节MRI

胸11椎体上缘许莫氏结节,①②T1WI呈低信号;③T2WI呈高低混杂信号

第三节　椎管狭窄

椎管狭窄(spinal stenosis)是指构成椎管的脊椎、软骨和软组织异常,引起椎管有效容积减少,压迫脊髓、神经和血管结构而引起一系列临床症状。

椎管狭窄分为先天性和获得性两类。①先天性椎管狭窄,包括伴有其他骨骼发育异常的椎管狭窄,如软骨发育不全,和不伴有其他骨骼发育异常的特发性狭窄,主要为椎弓根增粗、变短,椎板增厚,椎管径线变小。②获得性椎管狭窄,系由各种原因包括退行性变、创伤、炎症、肿瘤、肿瘤样病变、手术、后纵韧带骨化及特发性弥漫性骨质增生等引起椎骨肥大增生和软组织增厚所致的椎管狭窄。依照狭窄的部位可分为:中心型椎管狭窄、侧隐窝狭窄及椎间孔狭窄。

(一)X线表现

X线平片可显示先天性或获得性椎管狭窄,表现为椎间隙狭窄、椎体边缘骨刺形成,椎旁关节突肥大,关节间隙减小等。

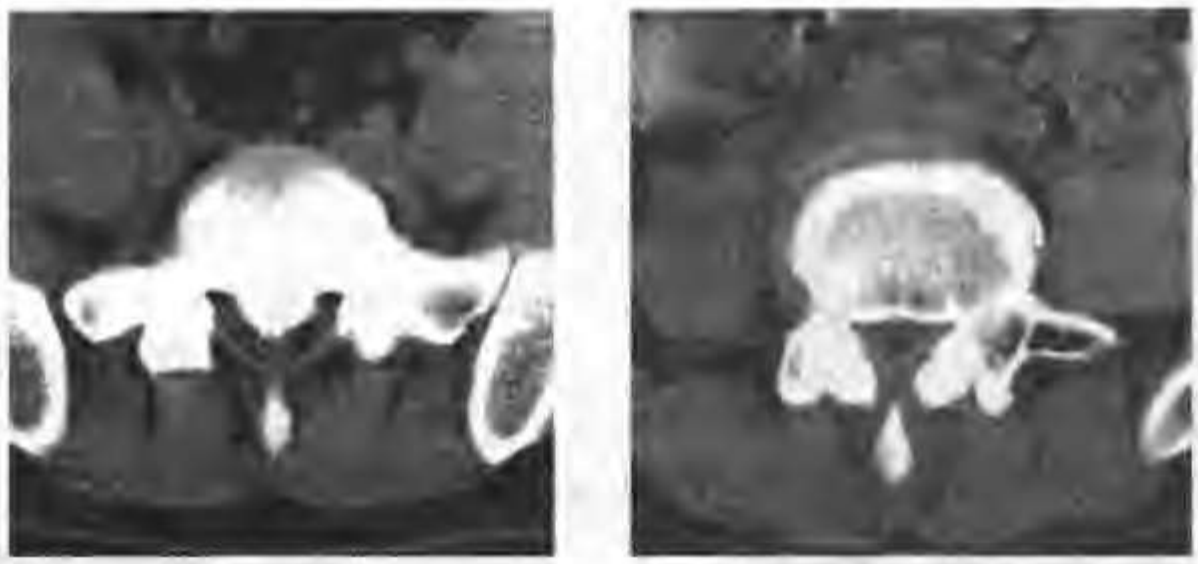
平片测量:椎管横径为正位片两椎弓根之间的距离,腰椎管横径<18 mm为腰椎管狭窄。侧位片上测量椎管矢状径对骨性椎管狭窄有诊断意义,一般颈椎椎管径矢状径正常>13 mm,11~13 mm为相对狭窄,<11 mm为狭窄;胸椎管矢状径<10 mm为椎管狭窄;腰椎管径矢状径正常下限为15 mm,<15 mm为狭窄,<12 mm为相对狭窄,<11.5 mm为绝对狭窄。但平

片不能直接显示椎管的有效容积和硬膜囊、神经根受压情况。

(二)CT 表现

CT 显示椎管狭窄优于 X 线平片。先天性椎管狭窄主要 CT 改变为椎体后缘中部向前凹，椎弓根增厚、变短，椎板径线变小。获得性椎管狭窄是常见于脊椎退行性变，分别由椎体后缘骨质增生，后纵韧带、黄韧带肥厚，椎间盘膨出或突出，关节突增生等引起。关节突肥大增生和椎体后外侧终板骨质增生，可导致神经孔狭窄，椎管的前外侧部，上关节突肥大、椎体后外缘增生或椎间盘膨出，均可引起侧隐窝狭窄。CT 横断面上还可显示椎管变形、狭窄，神经根管和侧隐窝狭窄及硬膜囊、脊髓受压，硬膜外脂肪受压、消失。

CT 径线测量较 X 线平片更为精确，但 CT 扫描层面需平行于椎间盘。常用的测量方法有骨性椎管矢状径线(参考值同平片)，椎弓根间距(<18 mm 为狭窄)，侧隐窝矢状径(<2 cm 为狭窄)，椎间孔宽度(<2 mm 为狭窄)等。但应注意扫描切层与椎间盘平面不平行造成椎管前后径测量偏大的误差，测量侧隐窝应在椎弓根上缘水平(图 6－14)。



①　②

图 6－14　椎管狭窄 CT

①腰 5 椎体骨质增生致骨性椎管狭窄；②椎体退行性变，黄韧带肥厚，关节增生肥大致继发性椎管狭窄

(三)MRI 表现

MRI 尽管在观察骨性椎管方面不如 CT，但可直接观察椎间盘改变、蛛网膜下腔及脊髓内变化，在显示椎管内各种组织结构上优于 CT。主要包括以下几个方面：①椎体和椎间关节增生及黄韧带、后纵韧带钙化或骨化多表现为长 T1 短 T2 信号，可伴有椎间盘膨出或突出；②椎管、椎间孔及侧隐窝狭窄、变形；③硬膜囊外脂肪受压、变形或消失；④硬膜囊前或侧后缘受压、变形、移位；⑤脊髓受压、移位，重者可出现缺血、坏死、囊变，表现为脊髓内单或多节段等或长 T1、长 T2 信号；⑥退变椎体骨髓信号出现异常。

第四节　脊柱滑脱与椎弓崩裂

脊柱滑脱或脊椎前移是指因椎管间骨性连接异常而发生的上椎体与下椎体表面部分或全部的滑移，椎弓崩裂是指椎弓关节间部缺损或椎弓峡缺损。好发于第四和第五腰椎体，约占95%，其中第五腰椎体高达90%左右，发生于颈椎和胸椎少见。

脊椎滑脱分五种：①先天发育不良性脊椎滑脱；②峡部病变，如疲劳性骨折或创伤性骨折；③创伤性滑脱；④退行性腰椎滑脱，或假性滑脱，峡部保持正常但由于小关节磨损及椎间盘病变等；⑤病理性骨折。

(一)X线表现

X线检查是检查本病的可靠方法，不但可明确椎体前移的程度，而且能发现关节峡部、关节面和椎弓根的异常情况。除常规正侧片外，左右两侧斜位常有重要价值。

图6-15　第4腰椎峡部裂并腰4椎体向前滑脱(Ⅰ度)平片

第4腰椎椎弓见一透光线条状影；腰4/5椎间隙变窄，腰4椎体向前滑脱；腰椎双斜位示第4腰椎双侧椎弓峡部各见一透光线条状影，似"狗带项圈征"

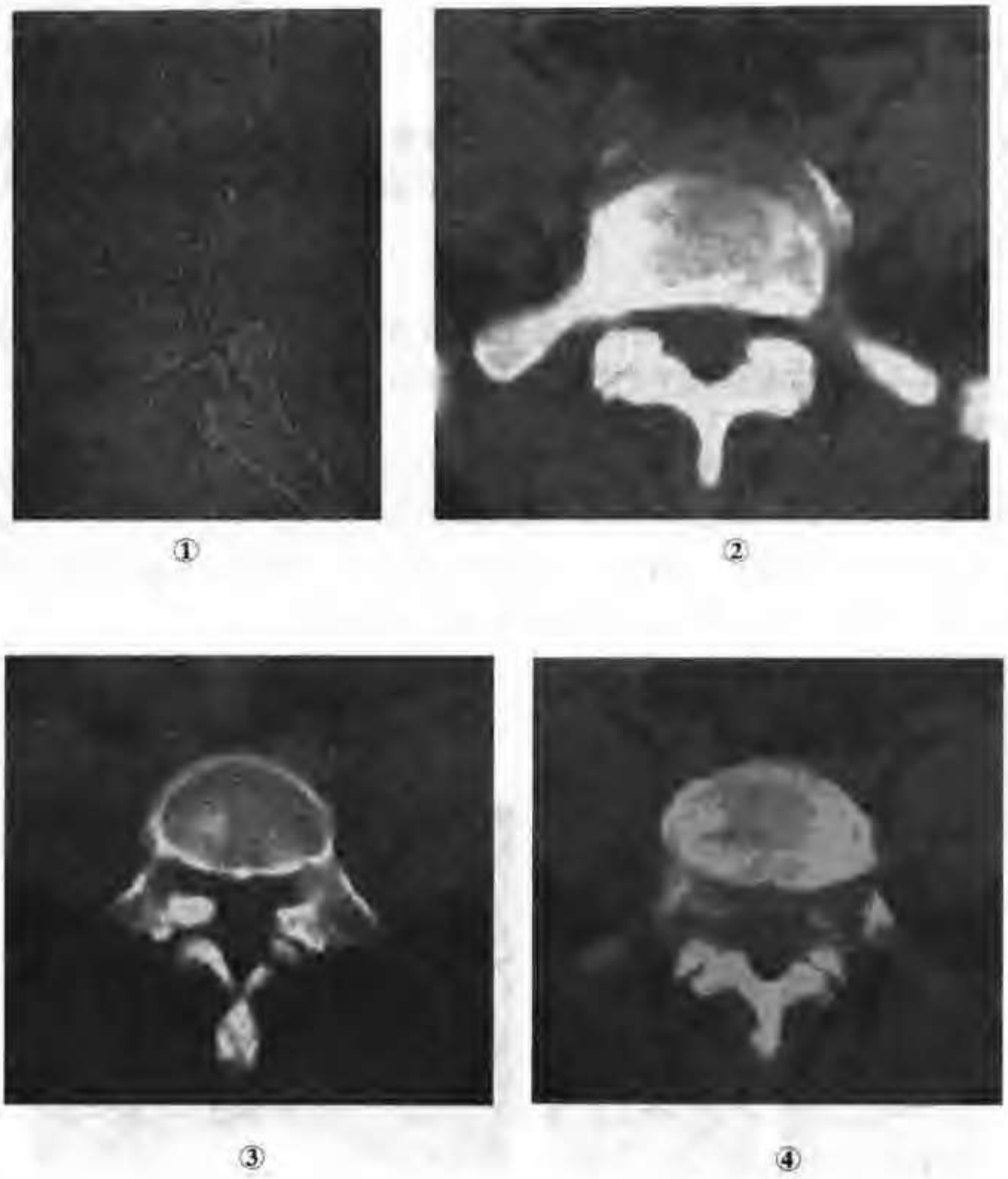
(1)侧位片见脊椎前移是诊断脊柱滑脱的主要依据，相邻两个椎体后缘连线失去连贯性。一般将第一骶椎体上缘平均分成4等分，第五腰椎椎体向前移动1/4为Ⅰ度。在正位片上可显示为相邻两椎体互相重叠。

(2)脊椎关节峡部、关节面和椎弓的异常，以斜位片显示为佳。①先天性，关节峡部细长狭小或缺如，关节面发育不全；②外伤性，关节峡部断裂(狗颈部有一裂隙)，断端骨质硬化增白；③退行性，关节峡部正常，但关节和椎体有明显骨赘增生等肥大性改变(图6-15)。

(二)CT表现

CT侧位定位片相当于X线平片可判断有无脊柱滑脱及滑脱程度。横断面滑脱的椎体前移，与下一个椎体共同形成双边征，椎管前后径增大呈双管征，椎间盘的改变表现为上位椎体的后缘及下位椎体的前缘出现与椎体后缘曲度一致的椎间盘影。对有脊柱滑脱或可疑椎弓崩裂者，应在椎弓根水平补扫3~5层以显示椎弓根情况。椎弓崩裂表现为椎弓峡部不规则裂隙，边缘不规则，可有硬化(图6-16)。

矢状面椎体滑脱表现为椎体前移，当椎弓峡部断裂造成椎体滑脱时椎管直径增大，可与退行性腰椎滑脱鉴别，矢状面可显示椎弓峡部缺损，表现为椎弓根后下方，上关节突和下关节突之间斜行异常信号影，其走向由后下至前下。横断面可显示椎弓缺损处有低信号的硬化组织。但MRI显示椎弓崩裂不如CT及平片。



①　②　③　④

图 6－16　腰 5 椎体脱位并峡部裂

①CT 侧位片见腰 5 椎体向前滑脱；②横断面椎管前后径增大，椎弓峡部不规则裂隙并假关节形成，边缘不规则硬化；③上位椎体的后缘与④下位椎体的前缘出现与椎体后缘曲度一致的椎间盘影

第五节　脊柱肿瘤

一、脊柱血管瘤

椎体血管瘤（vertebral hemangioma）为最常见的原发性良性骨肿瘤，脊柱血管瘤占全部骨血管瘤的 75%。好发于下胸椎及腰椎，常为单发，有时也可累及 2～3 个椎体。任何年龄都可发生，若局限于椎体内一般无症状，若侵及椎板并累及椎管内结构可出现相应的临床表现。血

管瘤使椎体骨小梁数目减少，残余的骨小梁代偿增粗。病理上骨血管瘤分毛细血管型和海绵型，易于出血，椎体血管瘤多为海绵状血管瘤。

(一)X 线表现

X 线片只能显示足够大的血管瘤，对小的血管瘤难以显示。正位片显示椎体密度不均匀减低区，其中可见垂直、平行排列的栅栏状骨条纹状阴影，可延伸至附件。椎体骨皮质可粗糙模糊，但轮廓完整。

(二)CT 表现

椎体松质骨的全部或局部密度减低呈透亮区，正常骨结构消失，代之以稀疏粗大的致密点，这些致密的骨小梁在常规 X 线平片即表现为典型的“栅栏状”。

(三)MRI 表现

椎体血管瘤 T1WI 呈等、低或略高信号，其内可见代表粗大而松散骨小梁的点状更低信号，在横断面成网格状，矢状面和冠状面上表现为栅栏状，在低信号之间是不均匀的高信号脂肪；T2WI 椎体血管瘤呈高信号。椎体形态正常或轻度变形。MRI 矢状面更容易发现多发椎体血管瘤，对 X 线平片难以发现的较小血管瘤亦可明确显示(图 6-17)。

图 6-17　胸 11 椎体血管瘤 MRI

胸 11 椎体偏右侧血管瘤，①②T1WI 为略高信号；③T2WI 为高信号，其内可见点状低信号

二、脊柱转移瘤

转移瘤(metastases)为硬膜外最常见肿瘤。肺癌、乳腺癌、甲状腺癌及前列腺癌常常引起转移，少数难以确定原发灶部位。肿瘤可侵及椎体、附件及椎管内硬膜外，往往并有邻近软组织肿块，但椎间盘不受侵犯。临床上转移瘤多见于老年人，以胸段最多见，腰段次之，颈段最少。疼痛是最常见的首发症状，很快出现严重的脊髓压迫症。

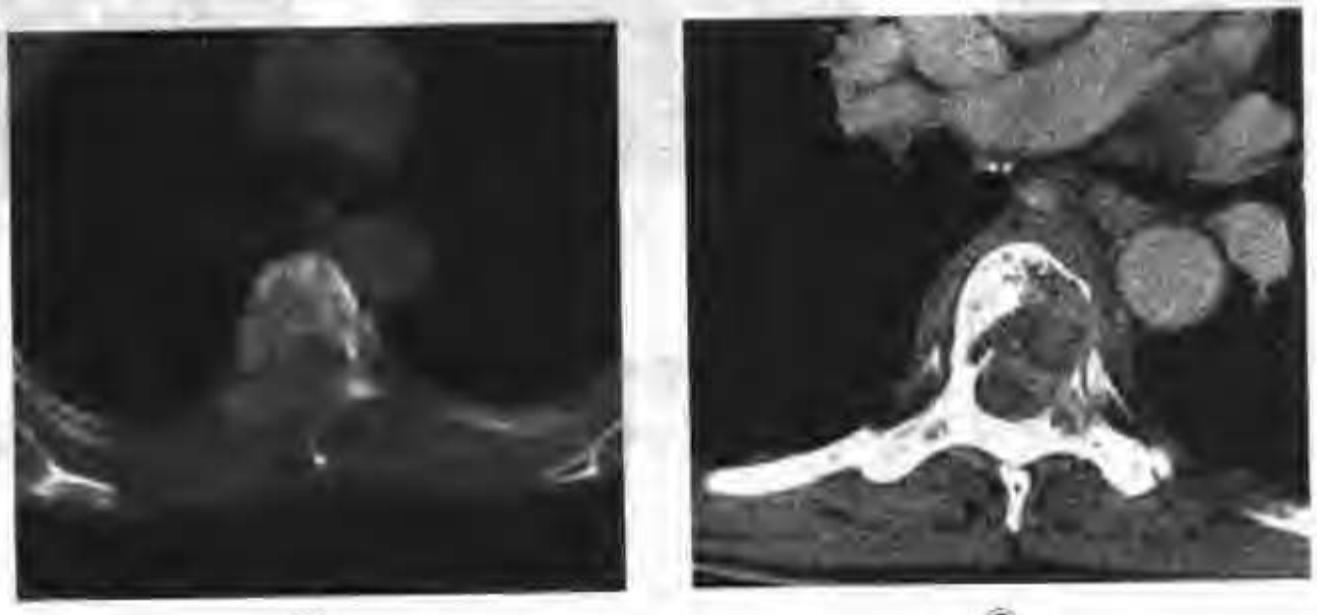
(一)X 线表现

溶骨型表现为多个椎体广泛骨质破坏，但椎间隙无改变，椎弓根常破坏，表现为椎弓根边

缘模糊或消失，严重者椎体发生压缩性骨折。成骨型多个椎体密度不均匀增高，压缩性骨折发生较少。

（二）CT 表现

CT 显示骨质破坏的部位和范围较 X 线平片敏感，还能显示周围软组织肿块及椎管内侵犯。60% ~70% 脊柱转移瘤表现椎体后部溶骨性破坏，可累及椎弓、附件，侵入硬膜外间隙，在硬脊膜外可见不规则软组织肿块，常见椎旁软组织肿块，增强后肿瘤可有不同程度强化。椎间隙多无狭窄，晚期出现椎体病理性压缩性骨折。成骨性转移约占 15%，多来源于甲状腺癌、前列腺癌、鼻咽癌等（图 6 - 18 ）。



①　②

图 6 - 18　肺癌胸椎转移 CT

①胸椎体左侧及左侧椎弓根骨质破坏并椎旁软组织影，椎管内侵犯；②另一病例，椎体及右侧椎弓根骨质破坏

（三）MRI 表现（图 6 - 19）

MRI 发现转移较 CT 更敏感，转移瘤绝大多数呈多发性，占 80% ~90%，MRI 矢状面可显示多发病灶及相邻椎间盘情况。转移瘤的 MRI 表现有：

（1）椎体信号改变，溶骨性转移 T1WI 呈低信号，质子密度和 T2WI 呈高信号，STIR 脂肪抑制像呈高信号。硬化型脊柱转移灶 T1WI 和 T2WI 均呈低信号，STIR 脂肪抑制像呈高信号。混合型脊柱转移常呈不均匀的混杂信号。

（2）附件骨质破坏，约 91% 的椎体转移伴附件破坏，而良性病变不侵及附件，因此附件破坏对鉴别脊柱良恶性压缩性骨折有很大帮助。附件破坏的信号与椎体转移灶相似。

（3）椎旁软组织肿块。

（4）硬膜外软组织肿块，脊髓压迫：T1WI 示肿瘤信号常与椎旁软组织信号相仿，呈软组织样低信号，多位于硬膜外腔的侧后方。T2WI 呈不均匀等高混杂信号。脊髓和硬脊膜囊受压、变形，蛛网膜下腔狭窄或闭塞，可见“硬膜外征”即脊髓和肿瘤之间 T1WI 和 T2WI 均显示的低信号带，它的组织基础是硬脊膜和韧带。Gd - DTPA 增强扫描后肿瘤有明显强化。

（5）椎间盘不侵犯，大多数椎体转移不发生压缩性骨折，直至椎体完全被肿瘤所替代才发生，而骨质疏松常使椎体发生压缩性骨折，但其骨髓信号正常。

①　②　③

图 6-19　胸腰椎多发转移瘤 MRI

①T1WI 示多个椎体信号减低；②T2WI 示多个椎体信号增高；③横断面示椎体及椎弓根骨质破坏，软组织肿块

第六节　脊柱结核

脊柱结核是常见的骨关节结核，占 40% ~50%，中青年常见，其次为 10 岁以下的幼儿。最常见于腰椎，其次为胸椎。脊椎结核最易侵犯血供丰富的椎体松质骨。可发生于椎体（中心型）、椎体上下缘（边缘型）、韧带下型（骨膜下型）和附件（附件型）。椎体的结核通常侵犯附近椎间盘而使相邻椎体累及。椎体以骨质破坏为主，并可在附近软组织形成冷脓肿，颈椎结核易合并咽后壁脓肿，胸椎结核易引起椎旁脓肿，腰椎结核多引起腰大肌、髂窝脓肿。临床上主要表现为脊柱活动受限、疼痛、脊柱后突畸形及低热、盗汗等全身中毒症状。

（一）X 线表现

1. 骨质破坏，死骨形成　骨破坏可始于椎体内（中心型）或椎体上下缘（边缘型），椎体常塌陷变扁或楔形变，严重者局部后突畸形。

2. 椎间隙变窄或消失　边缘型较早引起椎体终板软骨破坏，病变侵入椎间盘，椎间盘完全破坏后相邻椎体可互相融合。

3. 冷脓肿形成　腰大肌脓肿表现为一侧或两侧腰大肌轮廓不清或呈弧形突出，胸椎旁冷脓肿表现为胸椎两旁梭形软组织肿胀，咽后壁脓肿表现为咽后壁软组织增宽。冷脓肿壁可有不规则钙化。

（二）CT 表现

椎骨破坏是最常见的 CT 表现，椎体变形或融合，早期即有椎间盘的破坏、椎间隙变窄，与椎骨转移瘤后期才引起椎间盘破坏不同。冷脓肿表现为沿椎骨骨膜下、肌肉间隙分布的包膜清楚的低或较低密度影，有时可见钙化斑，增强扫描后冷脓肿包膜多有强化。CT 较平片更清

楚显示骨质破坏，特别是较隐蔽和较小的破坏。

（三）MRI 表现（图 6－20）

MRI 可显示椎体骨质破坏程度和范围，显示冷脓肿的范围和大小，多平面成像有利于观察脊柱和椎间盘病变范围，病变向椎管内侵犯情况及冷脓肿流注情况。

（1）受累椎体在 T1WI 上呈低信号，T2WI 呈高信号，椎体破坏可累及整个椎体，也可表现为部分椎体受累，以前中部多见，且常累及相邻两个椎体，少数病例可累及附件。椎体可变扁、楔形，脊柱后突、侧弯或成角畸形。

（2）脊椎结构多伴有椎间盘破坏及椎间隙狭窄，受累椎间盘 T1WI 多为低信号，T2WI 为不均匀高信号，增强扫描呈不均匀强化。

（3）椎旁冷脓肿在 T1WI 呈中等低信号（与周围肌肉信号相似），T2WI 呈中等高信号，但比脂肪信号低，冠状面检查易于显示椎旁脓肿及腰大肌脓肿的范围，Gd－DTPA 增强扫描可见受累椎体、椎间盘及冷脓肿的周边有强化。

（4）硬膜囊和脊髓受压，矢状面有利于显示椎体破坏变形及硬膜囊和脊髓受压情况。

①　②　③

图 6－20　胸椎体结核 MRI

MRI 矢状面显示胸 8、胸 9 椎椎压缩变形，椎间盘受累，并双侧椎旁冷脓肿形成，①③T1WI 低信号；②T2WI 高信号，周围可见均匀脓肿壁

第七节　强直性脊柱炎

强直性脊柱炎，又称类风湿性脊柱炎，是以中轴关节慢性炎症为主的全身性疾病。原因不明，多发生在 10～40 岁的青壮年，40 岁以上很少发病，男性多见，约 90% 以上病人类风湿因子阴性。

本病基本病理改变为原发性、慢性血管翳破坏性炎症，早期为滑膜炎症，随后产生富含血管的肉芽组织，呈绒毛状增生，形成血管翳，破坏关节软骨，致关节囊纤维化及关节骨性强直。病变特点是从骶髂关节开始逐渐上行侵犯腰椎、胸椎，然后整个脊柱。晚期骨化的韧带与椎间

盘纤维环交织在一起，脊柱呈竹节状。

(一)X 线表现

1. 骶髂关节　骶髂关节为最早受累的关节，常为双侧对称性。早期髂侧关节面模糊，继而关节软骨受累关节间隙增宽，关节面呈锯齿状或串珠状破坏，周围骨质硬化，最后，关节间隙变窄、消失，骨性强直。

2. 脊柱改变　由下向上发展。椎体前缘上下角发生骨炎引起骨破坏，使椎体前面的凹面变平直呈"方椎"，椎旁小关节面不整齐、骨质硬化，关节间隙消失，最后骨性强直。纤维环及前纵韧带骨化，出现平行脊柱的韧带骨赘，形成"竹节状脊柱"。

(二)CT 表现(图 6-21)

1. 骶髂关节　早期骶髂关节间隙尚正常，关节面毛糙不整，关节面模糊，随后关节间隙不规则变宽，骨性关节面受累呈现锯齿状，软骨下微小囊变，周围弥漫性骨质硬化，晚期出现骶髂关节骨性强直。

2. 脊柱改变　早期椎间小关节面毛糙不整，继而关节面下骨质硬化，晚期小关节肥大增生，关节囊及黄韧带肥厚骨化。

①　②　③

图 6-21　强直性脊柱炎 CT

①示双侧骶髂关节面毛糙不整；②见关节面弥漫性骨质硬化，骶髂关节骨性强直；
③示椎间小关节面毛糙不整，关节面下骨质硬化

(三)MRI 表现

MRI 对本病的显示不如 CT，表现为双侧骶髂关节面模糊，不规则。关节血管翳为长 T1、长 T2 信号，明显强化；椎间盘退变 T2WI 信号减低，而邻近椎体边缘区信号增加。本病可合并蛛网膜囊肿，MRI 显示较好。

参 考 文 献

1　张雪林主编. 医学影像学(全国高等医药院校教材)[M]. 北京：人民卫生出版社，2001

2　江浩主编. 骨与关节 MRI[M]. 上海：上海科学技术出版社，1999

3　李松年主编. 现代全身 CT 诊断（下卷）[M]. 北京：中国医药科技出版社，2001

4　吴恩惠主编. 医学影像诊断学[M]. 北京：人民卫生出版社，2001

5　许已凯，陈建庭主编. 脊柱和脊髓疾病影像诊断学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002

（陈燕萍　林志春）

第七章　中国脊柱推拿常用的推拿介质和辅助器具

【摘要】 按照传统中医推拿，推拿时使用推拿介质可以提高推拿的治疗效果，也是中医推拿疗法特色之一。至于专用的脊柱推拿介质还未见报告，近年来出现了专用的脊柱推拿机械。本文对常用的推拿介质进行介绍。推拿介质和辅助疗法应用的目的主要是在手法扳动脊柱之前或之后来松解紧张或痉挛的椎旁肌或是消除（减轻）一些强力脊柱推拿手法的刺激。脊柱推拿作为一门独立成熟的治疗手段，可以仅凭借手法来治疗大多数脊柱疾患。而包括药摩在内的推拿介质顺理成章地成为一种推拿的辅助治疗方法。不应该将药摩和推拿辅助疗法排斥在脊柱推拿治疗体系之外。

第一节　推拿介质

一、推拿介质简介

推拿时，为了减少对皮肤的摩擦，或者为了借助某些药物的治疗作用，在手法操作前，可在推拿治疗局部或穴位的皮肤上涂些液体、膏剂或洒些粉末，用来减轻摩擦，保护皮肤，加强手法作用，并借助推拿发挥其药物效能，提高治疗效果。这些液体、膏剂或粉末等药物制剂统称为推拿介质。或称为“媒质”或“递质”，也就是介于术者手与病人皮肤之间，对按摩起辅助作用的物质。古人把各种药物配制成膏作为推拿时的介质，称为膏摩。到了隋唐以后，便被广泛地运用于疾病的预防与治疗，出现了名目繁多的膏摩方。目前，推拿临床中在运用某些手法时也常应用介质，而且种类颇多，并有许多介质如冬青膏、葱姜水、薄荷水等就是从古代演化而来的。

各种介质的选用，应视病情的寒热虚实、体质的强弱、年龄的老幼及季节的冷暖差异，结合个人的习惯及当时的条件，适当选用。如病属表证，多配用解表药；属寒，多配用温热药；属热，多配以寒凉药；属血瘀，多配用活血化瘀药。剂型可分为水剂、膏剂、汁剂、酒剂、醋剂、油剂、粉剂等。配制时，应注意介质的干、湿、浓、淡、滑、涩适度。

可作介质的物质较多，其性能的优劣有异，所起作用也不同。一般从以下几个方面考虑。

1. 选用的物质必须利于操作　一般多选用润滑性较好的物质，如油剂、粉剂等。若以布巾类物质作介质，则应是较薄、柔软、吸湿性好的布类，而粗糙、厚硬或吸湿性差的布类就不利于操作，故不宜用作介质。

2. 应选能保护患者皮肤，对皮肤无害的物质　如：粉类必须非常细滑，若有粗颗粒，则易擦

损皮肤；布巾类的质地必须柔软，不能过于厚硬，更不能有硬疙瘩或夹有坚硬锐利之物；油类及其他液态类介质，对皮肤不能有过强的刺激性或腐蚀性。

3. 药物作用　介质中，有的完全不起药物作用，如布巾类本身就无药物作用。有的介质本身就有药物作用，可直接起药物疗效，如红花油、姜汁等。有的能起辅助药物效能的作用，如酒类等就有使药物易于透皮渗透吸收、加强药效的功效。

4. 病情　根据各种介质的作用，视具体病情选择应用。如小儿肌性斜颈多用滑石粉、爽身粉，小儿发热多用酒精、冷水等。

5. 年龄　小儿常用的介质主要有：爽身粉、滑石粉、冷水、酒精、薄荷水、姜汁、葱汁、蛋汁。成年人一般来说，不论水剂、油剂、粉剂、酒剂均可应用。老年人常用的介质主要有油剂和酒剂。

6. 季节　春夏季节常用的介质主要有葱姜水、冷水、蒸馏水、薄荷水、木香水、滑石粉、爽身粉、蛋汁、酒精等，秋冬季节常用的介质主要有冬青膏、石蜡油、食用油、药酒等。

若医者应用直接与患者体表接触的手法为患者治疗时，往往需要用推拿介质置于患者被推拿治疗的体表部位或穴位上。推拿介质的作用主要有三点：①增强推拿手法所起的作用；②保护患者的皮肤或医者的手；③减缓推拿手法的不良作用或反应。推拿时应用介质除发挥与利用药物的作用，提高治疗效果外，尚可有利于手法的操作，增强手法的作用。同时，有些介质还能增强润滑的作用，以保护患者的皮肤，防止造成破损。

二、推拿介质的种类

从临床常用的介质看，大致可分为 2 大类：

1. 直接类介质　即使用此介质时，医者的手仍与患者的皮肤直接接触。此类介质具有上述的全部或部分性能，如粉剂、酊剂、油剂、水剂及其他剂型。

2. 间接类介质　即使用此介质时，能将医者的手与患者的皮肤分隔开。此时，力虽可传递，但与患者皮肤之间接相接触，因此条件不如直接类好，但取用较方便，如按摩巾和毛巾等。

以上这种分类方法不多用，一般多采用药剂学的分类方法。

（一）粉剂

1. 滑石粉　一般采用医用滑石粉，来源方便，润滑性能也较好，唯出汗太多时有打滑之感。一般在夏季应用。夏季易出汗，在出汗部位直接运用推拿手法进行治疗时，容易造成皮肤破损，局部敷以滑石粉，可保护患者被治疗部位的皮肤和医生手部的皮肤。滑石粉有滑润皮肤、减少皮肤擦伤和吸水的作用。

2. 松花粉　用松花研磨成极细粉末，即可应用。松花粉润滑性好，吸水性强，夏天出汗多时，尤为适用。

3. 爽身粉　多用于小儿，若夏天出汗时，有吸湿润滑爽身作用，当出汗太多时，其润滑性能有所下降。爽身粉有吸水、清凉、增强皮肤润滑的作用。

4. 中药粉　是将中药研成极细粉末而成，故归于粉剂。其药物组成按照临床需要而配制，种类很多，但多数为活血化瘀和消肿止痛类的中药。将这些中药共研极细末，装瓶密封备用。用时倒少许药末于患处，用手揉按，具有消肿止痛等功效。

滑石粉、痱子粉、爽身粉具有清热渗湿、滑润皮肤、防损止痒的功效。这三种介质润滑性能均较好，具备利于操作和保护皮肤的优点，用于小儿斜颈的治疗等病例，但其药疗作用就不如

中药粉。

（二）水剂

1. 薄荷水　用少量薄荷浸泡于开水中，待冷去渣即可使用，具有清凉解表及止痛作用，适于夏天使用。

2. 水　临床上一般是用洁净的冷水，民间用于刮痧、抓痧、扯痧等治疗，即用清水。水有增强清凉、退热的作用，常用于小儿发热，一般常用洁净冷水即可。冷水具有清凉肌肤和退热作用。凉茶水性味苦甘，微寒，能醒神明目，清热止渴，消食利尿。如治疗小儿发热，蘸茶水从上背向腰下推抹和头部推抹。医用蒸馏水均可应用。

3. 葱汁　有通阳、散寒、解表等作用，多用于小儿推拿。用葱白带根洗净，捣碎挤压取汁（或先以酒精浸泡）。或将葱白剥皮，将葱白切碎捣烂如泥，取汁使用即可。其性味辛温，能解毒杀菌、温中健胃、通阳利水、发汗解表、温经散寒。

将姜葱汁合用，加入少量清水，调成姜葱水或用等量姜葱泥浸于95%酒精浸泡2周，或置于75%酒精中浸泡而成，即为姜葱酊。

4. 姜汁　将生姜捣烂如泥，按摩时，用手蘸姜汁施术。姜汁十分润滑，且有发汗解表、温热散寒、驱风逐邪作用，多用于小儿推拿。一般冬秋季多用葱、姜水，春夏季多用薄荷水。

5. 藿香汁　取其鲜叶茎捣烂，挤出汁。其性味辛，微温。能解暑化湿，理气和中，如治疗中暑头痛、痰湿眩晕、恶心、胸满痞闷、呕吐等。

6. 木香水　取木香少许，用开水浸泡后放凉去渣即可应用，有行气活血止痛的作用。

（三）酊剂

酒能提取药中的有效成分，且能宣通经络，使药物易于透入，因而药酒的药效作用较明显，但润滑性较差，放操作过程需不时加添药酒，保持湿润才能利于操作。

1. 白酒　常用上等白酒。酒有舒张血管作用，饮用时有舒筋活络、祛风散寒等作用，作为外用时，主要是辅助其他药物的渗透作用，故多用白酒浸泡中药，制成多种药酒应用。

2. 药酒　将各种功效的中药用75%酒精或白酒浸泡而成，并因药物的组成功效不同，产生不同的治疗作用，如伤筋药水、舒筋活络药水、跌打酒、虎骨酒、驱风酒等，均有市售。此外，各地各家常有自制的各种药酒，功用大同小异，其处方就不一一列举。药酒对受伤的肌肉、关节等有舒筋、活血、祛瘀等作用。此酒作为外擦药使用，忌内服。

3. 医用酒精　有退热作用。

（四）油剂

1. 按摩油　用樟脑油100 g、松节油100 g、花生油100 g、冰片50 g、石蜡100 g、冬青油200 g、薄荷脑50 g、凡士林300 g，搅拌混匀而成。用时取适量按摩油涂布于施术部位，即可操作，此介质润滑性较好，按摩时，皮肤有温热感，按摩后皮肤有清凉舒适感，有一定药效作用，适于各种伤病之按摩。

2. 传导油　用冬青油、甘油、松节油、酒精、蒸馏水等配制而成，有消肿止痛，祛风散寒作用。

3. 肉桂油　用肉桂浸于麻油中，1个月后可用，适于虚寒证的按摩。

4. 麻油　滑润性较好，民间常用于刮、夹、拧等手法。

（五）布巾类介质

布巾是常用的间接类介质，如按摩巾，可用长宽各60～70 cm的柔软白布制成，布料应薄

而韧，柔软而不打滑，且有一定吸湿性者为佳，如棉布就较好。这类介质润滑性较差，手法时应注意不要带着布巾摩擦病人皮肤，以免造成患者皮肤的损伤。

（六）冬青膏

将冬绿油（水杨酸甲酯）与凡士林混合称冬青膏。有加强透热和润滑作用。能祛风补虚、益肌滑肤。如治疗风疹、肿胀疼痛等，蘸其汁推摩患处。按摩乳能舒筋活血、消肿止痛。如治疗腰腿痛、关节扭挫伤、局部瘀血疼痛等。其他如按摩乳、传导油、蛤蜊油、香脂、凡士林、松节油等均可作为介质应用。在成人推拿中，在应用摩擦类手法治疗风湿痹症时，常以冬青膏作为介质进行治疗，即可加强温通经络的手法治疗作用，又可防止因手法直接摩擦体表而伤及肌肤。

（七）其他剂型

1. 药醋　有些人喜用白醋代酒浸泡中药，制法及药物组成，与药酒其本相同。醋属酸性，有收敛软坚作用，但滑润性较差，且用后身上常有酸醋味，故使用不如酒类普遍。

2. 蛋清　用于小儿推拿，有清凉去热，消食等作用。蛋清面粉团：用面粉与蛋清和搓成团，用于婴幼儿胸背部等处推拿时，在该处搓动面团，使其在病儿身上滚动，这样既可用其有弹性的滚压力，达按摩的目的，又不伤皮肤。可用以治疗小儿感冒、食积等疾患。

第二节　脊柱推拿设施及辅助工具

设施是指推拿科作为一个临床科室，所应具备的场所、器具等。推拿科的门诊治疗室与病房治疗室必须具有一定的设备，以利于推拿手法治疗的顺利进行。而脊柱推拿诊治室的本身也须具有必备的条件和特点。

一、推拿诊治室

推拿诊室是推拿医生诊断疾病和手法治疗的场所，它需要具备良好的环境和推拿设施，这一点可以说直接影响着治疗效果的好坏。其基要求是：

1. 推拿诊室应宽敞、明亮、清静、整洁、卫生、空气流通。

2. 推拿诊床最好根据推拿医生身材的高低而定，长宽要适当。诊床的周围要留有一定的空间，以利于推拿医生进行手法操作。此外，室内应同时备有高低不等的椅子、凳子以及枕头、推拿巾等，以供不同情况下使用。

3. 有条件者，诊室内应设置颈椎牵引架、腰椎牵引床、踩床等推拿辅助设施。

4. 尽可能地保持推拿室的温度处于适宜状态，夏季天气炎热时，诊室内应配备空调或电风扇，使医患双方在舒适的环境中完成（接受）治疗，也可使医生得以体力充沛，预防中暑，但电风扇的方向不应直接对着患者。冬季天气寒冷，诊室内应加强保暖。这是因为即使在冬季按摩时，被按摩者也须衣着单薄，有的部位甚至必须裸露，这样才能保证治疗效果。

5. 诊治室的面积以 20 m^2 左右为宜，长方形者较正方形者为佳。方向最好朝南，诊治室应光亮通风，周围无噪声。室内应放置两张诊治床，及其他必要的物品。有条件者，应将诊断室和治疗室分开。

二、诊疗床

推拿诊治床应坚固，有条件者可做铁床，因为铁床较重，不但耐用，而且稳定性好，医生用拉伸和牵抖手法时不致于使床前后移动。推拿床多用于治疗成人腰、背、下肢疾患和内科、妇科、儿科疾患时使用。床面应为木板，最好以金属架支撑。床的高度须随医者的身高面变动；若医者身高为 175 cm，其所用的诊治床高度应为 60～90 cm；若医者身高远大于 175 cm 者，其所用的诊治床的高度应增加，如果医者身材矮小，其所用的诊治床的高度须降低。床板的宽度约为 64 cm；床板的长度约为 180～185 cm，这是因为在中国，身高超过 185 cm 者不多，若患者身高为 2 m，则 185 cm 的床板也能应付使用；床的长度过大，占据空间太多。床板上还应有棉胎、床单以及数个高低合适的枕头。

三、推拿座椅

常用于患者颈、肩、臂、头部疾患的治疗。推拿科应有两种不同的方凳。一为普通的方凳，作为诊察患者时面用，另一为特殊的方凳，患者坐于其上，医者为之推拿手法治疗而用，要坚固。推拿治疗所用的方凳，其高度以 40 cm 为宜；其凳面长 44 cm，宽 32 cm。最好为坚固的木面铁架。另外还要配备几把坚固的靠背座椅，方凳和靠背椅用于坐位腰椎旋转的操作。

四、推拿方巾

也称为治疗巾，以布制者为宜，1 m 见方。在中国北方，居民身材高大，方巾应略大，其长度应为 1.5 m，宽度为 1 m。用毛巾、浴巾或软质较好的棉布，做成大小适宜的按摩用布巾。按摩时垫于被按摩的部位，对于某些手法可避免直接作用于患处而引起患者皮肤损伤并有利于卫生。

五、推拿棒

由桑枝条制成的“推拿棒”，以此拍打治疗部位，达到治疗目的。

六、木杆及竹竿

木杆和竹杆的长短和粗细可根据医者自身身材的情况设计选用。多用于踩跷法，有利于医者掌握施力大小、稳定身体。

七、枕　头

用一般的枕头即可。常用于病人仰卧位、侧卧位治疗时垫于头下或医者踩跷时垫于患者身下。

八、特殊推拿设施

1. 颈椎牵引架　常用于颈椎病的牵引治疗，特别适用于神经根型颈椎病的治疗。
2. 腰椎牵引床　常用于腰椎间盘突出症的治疗。
3. 踩床　常用于治疗腰椎间盘突出症。

九、其　他

为发挥综合治疗之效，可添置火罐、针具、艾条或安置牵引架等。一些诊断用的检查用品，如体温表、血压计、脉枕、压舌板、叩诊锤、卷尺、听诊器、酒精棉球、纱布等，也是必备的工具和用品。

第三节　脊柱推拿的辅助疗法

在脊柱推拿之前或在推拿过程中及手法结束之前，常使用一些辅助治疗手段来提高脊柱推拿手法的疗效。推拿器具较多，各地的推拿器具也不完全相同。这些器具并不能完全取代人工的推拿手法，仅能接近某些或某个手法所起的作用，或具有某个手法的某方面的作用。但目前一些新的推拿器械的出现，则有可能完全替代手工推拿操作，如三维正脊床等器械。

一、热　敷

热敷可分为干热敷和湿热敷，在推拿临床上，常于手法操作后辅以湿热敷，以加强手法治疗效果、减轻手法刺激过度所产生的局部不良反应。热敷是在推拿手法之后，为了加强疗效使用的一种“透热”方法，也可单独使用。古代应用热敷的方法很多，如药熨、汤熨、酒熨、铁熨、土熨等。这是根据不同的病情，选用不同的药物，以加强温通经络、活血祛瘀、散寒止痛等作用。根据传统习惯，在推拿临床，常应用湿热敷对某些患者进行治疗。这就需要锅及加热设备，传统推拿热敷方被应用长久，行之颇有效。

（一）热敷的方法

根据不同病情，选用一些具有祛风散寒、温经通络、活血止痛的中草药。将配好的中药装入布袋，扎紧袋口，放入锅中，在锅内加适量清水，煮沸 20 分钟，趁热将毛巾放入锅内浸透后绞干，并折成方形或长条形，敷于患处，待毛巾不太热时，即换另一块热毛巾。一般换 3～5 次，一般每日 2～3 次即可。为了减轻热刺激，提高疗效，加强热量渗透，可在患处先用擦法，或在热敷时施以轻拍法，使毛孔开放，随即施以热敷，以提高疗效。

（二）热敷注意事项

1. 热敷温度应以患者能忍受为度，防止烫伤和晕厥。对皮肤感觉迟钝者，尤须防止烫伤。

2. 毛巾须折叠平整，使热量均匀透入，且不易烫伤皮肤。

3. 热敷时须暴露患部，放须保持室内温暖无风，以免感受风寒。

4. 热敷时不要按揉皮肤，热敷毛巾拿去后不要再用推拿方法，以防损伤皮肤。

（三）热敷处方

1. 红花 10 g、钻地风 10 g、香樟木 50 g、苏木 50 g、紫草 15 g、伸筋草 15 g、千年健 15 g、桂枝 15 g、路路通 15 g、宜木瓜 10 g、乳香 10 g、没药 10 g。

2. 桑枝 50 g、稀莶草 30 g、虎杖根 50 g、香樟木 50 g。

3. 当归 10 g、赤芍 10 g、红花 10 g、紫草 10 g、乳香 6 g、没药 6 g、鸡血藤 25 g、香附 10 g、茜草 10 g、元胡 10 g。

4. 当归 10 g、红花 10 g、没药 10 g、独活 12 g、羌活 12 g、桂枝 20 g、川椒 10 g、松节 15 g、荆

芥 10 g、防风 10 g、透骨草 12 g、伸筋草 12 g、制马前子 10 g、生麻黄 10 g。

5. 海桐皮 15 g、透骨草 15 g、乳香 15 g、没药 10 g、当归(酒洗)7 g、川椒 15 g、川芎 10 g、红花 10 g、威灵仙 10 g、白芷 10 g、甘草 5 g、防风 10 g。

6. 伸筋草、透骨草、羌活、独活、当归、五加皮、红花、白芷、乳香、没药、桂枝、骨碎补、麻黄、川断、防风、木瓜、川椒、艾绒、黄柏、儿茶、茄根、牛膝、威灵仙、延胡索、川乌草乌、青盐，以上各 25 g。

二、膏　摩

用药物加适量的赋形剂(如凡士林等)，调制而成的膏剂，根据药物组成的功效，产生各种不同的治疗作用，如冬青膏、红花油等。以药物作介质进行按摩，称为药摩。因古时通常所用的药剂以膏剂居多，故药摩法古称膏摩法，而这类膏剂则称摩膏。用中药配方制成膏剂，涂于体表的治疗部位上，施行按摩推拿手法，发挥按摩推拿和药物的综合治疗作用，以达治病目的，这种方法称为膏摩。

膏摩一名始见于《金匮要略》，膏摩在历代医疗实践中是被常用的一种治病方法。从历代医著记载的膏摩配方及其应用来看，膏摩的治疗作用主要是通过温热散寒、健脾化食、消肿止痛等方面，达到疏通经络、行气活血来治疗疾病。

药摩与膏摩是清以前中医药物外治的主要方法，也是中国推拿的特色之一。我国使用药摩的历史至少可以上溯到两千余年以前。随着药物推拿的发展，历代留传的药摩方不下千首，既有单方、复方之分，又有药炭、药散、药汁、药油、药酒、药膏等多种剂型，内容极为丰富。近代和现代的推拿医生，除了偶尔使用一些市售成药诸如玉树油、舒筋油，或麻油、蛋清、药酒一类介质外，两千余年间所积累的大量药摩方，问津者鲜也。

中国传统的药摩，特别是膏摩是一种从皮肤给药的方法。中国古代医家就能从容自如地运用生乌头、巴豆、莽草、跗蹋花、皂荚、野葛、木鳖子等类“虎狼之药”制成的摩膏，治疗各种严重疾病，其中包括类风湿性关节炎这种口服药物效果不佳的疾病。相信中国推拿史上留下的大量疗效卓著的药摩方，将成为今后研究的热点。

三、器械辅助推拿

为了适应临床要求，加大推拿刺激强度，提高治疗效果，在推拿治疗中常采用不同形状的工具进行操作，这种推拿手法，称为器械推拿。本法的特点是作用力强度大、力量深，使用得当疗效较好。

(一)器械拍打法

1. 棒击法　医者利用桑枝棒击打人体某个特定部位或穴位，从而达到治疗疾病目的的方法。根据棒击部位不同，分为以下几种。

(1)囟门棒击法：患者取坐位、挺胸，上肢自然下垂，上下齿自然闭合，医者站在患者前方，左手扶助患者颈部，右手持棒，用棒面击打囟门 3 下。本法可明目醒脑、宁神。主治失眠、头晕诸症。

(2)大椎棒击法：患者取坐位，颈前屈，术者站在患者左侧，右手持棒，横棒与垂直线呈 15°角，击打大椎穴 3 下。本法可调节阴阳、温经通络、祛风散寒、振奋精神。常与滚法、按法配合，治疗胸闷、上肢麻木、畏寒肢冷、精神萎靡诸症。

(3)腰骶部棒击法:患者取坐位或仰卧位,术者略下蹲于患者左侧,右手持棒,横击腰骶部3下。本法可疏通经络、调节二便、强身补肾。常配合滚法、揉法、热敷法,主治便秘、慢性腹泻、阳痿、遗精、痛经、腰骶部疼痛、下肢麻木诸症。

(4)背部棒击法:患者取坐位,背略前屈,医者取马裆式或蹲位姿势于患者背部,右手持棒击打患者两侧膀胱经外侧线第4胸椎至第10胸椎段,左右各3下。本法可调节脾胃、宽胸理气、疏通经络。常与平推法、点揉法配合,主治体虚纳差、胸闷气喘、胃脘疼痛、背部疼痛诸症。

(5)胸部棒击法:患者取弓箭步或坐位姿势,挺胸。医者以马裆式或蹲式,面对患者,右手持棒,击打患者胸部两侧乳中线第3至第10肋段,左右各2~3下。本法可宽胸降气、健肺肃肺、强身壮体。常与平推法、荡法、点法、提拿法配合应用,治疗胸闷气急、咳嗽咯痰、体质虚弱诸症。

(6)髋关节棒击法:患者取侧卧位(以左侧髋关节为例),患侧在上紧屈左侧髋关节,医者站在患者腹侧,右手持棒,击打大转子或大转子周围2~3下。本法可疏通经络、滑利关节、活血止痛。主治髋关节疼痛、活动受限等。

2. 拍打法　是术者用"钢丝拍子"在患者的某些特定部位上进行轻重不同而有节奏的拍打,作用在十二经络和十二皮部上,使身体软组织得到充分的震动,促使经络畅通、肌肉放松、毛细血管扩张、改善微循环、加速气血运行,从而达到治疗疾病的目的。拍打用力轻重视患者体质、年龄大小、初诊复诊及部位而定。拍打时一般先拍打背部正中线,再拍打夹背两旁的侧线。然后再拍打上肢,最后拍打下肢。一般从近端拍向远端,如双侧患病,先拍打左侧,再拍打右侧,先拍打前侧面,再拍打后侧而,然后拍打内侧面,最后拍打外侧面。一般拍打3~5遍,只可顺拍,不可逆拍。本法具有开达郁闭、振奋精神、活跃气机、通经止痛、调节脏腑功能等作用。全身除头面、胸腹慎用外,均适应此法治疗。

(二)器械按压法

术者常选用丁字型、手枪型、立柱型、拐杖型、蚌壳型的器械及木针、骨针在患者的特定部位或经络上进行按压的方法。

1. 丁字型、手枪型按压常用于肌肉发达,反应迟钝的病人,按压时速度要慢,先轻后重,其力达于肌肉深层,使病人产生酸、胀、麻窜感。

2. 立柱型按压是自我按摩的一种,患者取仰卧位,膝屈曲呈90°,将立柱型按摩器置放在枕头上顶按颈部,或放在腰的下方,以顶按腰肌两侧,产生酸胀感,力量大小可自行调节。此法多用于颈部酸胀及各种慢性腰痛。

3. 拐杖型按压是患者将拐把夹于腋下手扶拐体,臂用力作用于拐头着力部,进行点穴压按,其要领和适用范围与丁字型相同。

4. 蚌壳型按压是术者用蚌壳的某部在病人一定部位上采用按压,摩推、揉拨进行施治,、使患者肌肉组织产生温热和酸胀感。操作时动作要柔和有力,用力强度要适当,适用于头、颈、肢体各部。

(三)器械拨筋法

拨筋刨是临床上常用的拨筋工具。它是用木料制成,其形状类似丁字型按摩器,只是在头部用木板制成,其尖端为平行的圆棱形状,类似木工使用的刨子。术者双握住把柄,其尖端作用于施术部位上,由轻到重拨动肌筋,其力可达肌肉深层,使病人肌肉有酸胀感。适用于腰、背、骶部两侧的肌肉。

(四)器械滚动法

滚轮型按摩器是用金属轴承或用软质木料制成,中间部分可转动,两侧有金属或木制的把柄。术者手握把柄,将滚动器械放在一定的部位或经络上,做往返滚动,其力达肌肉深层,使患者产生温热和酸胀感。多用于腰、骶、背及四肢肌肉发达的部位。

(五)器械拔伸旋转法

又称器械牵引法,是应用力学的作用力与反作用力的原理制成机械,代替人工牵引。机械拔伸,便于检测拉力,能够持续较长时间,节省人力。其功效适应症同手工拔伸牵引。

1. 颈椎牵引　以颌枕带(套)兜住患者下颌和枕后,应用重力或机械力通过滑轮装置而对颈椎进行牵引的一种医疗方法。牵引体位一般采用坐位或仰卧位。牵引方向角度多采用前屈15°~30°。牵引拉力一般为2~6 kg,每次牵引持续20~30分钟,每日1~2次。也有的采用大重量间歇性牵引。多用于颈椎病、颈椎半脱位的治疗。

2. 腰椎牵引　用布制腰或骨盆带、胸带分别固定住病人的骨盆和胸肋部,两边系绳,分别从头、足反向牵引,体位可仰卧位或俯卧位,或反吊或垂直悬吊牵引,牵引重量达20~40 kg。一般牵引时间为20~30分钟左右,主要用于脊椎胸腰段压缩性骨折或脱位及腰椎间盘突出症。

3. 机械电动拔伸旋转　目前市售有多个型号,技术比较成熟的三维正脊治疗床等。主要是利用电脑控制,电动拔伸旋转腰椎,以达到治疗目的(见附后)。

4. 机械冲击整复器　为避免不当扳法所致的意外事故,有人使用冲击整复器来治疗颈椎小关节错缝。

四、外用药

外伤多发于外,表现于外。中医治疗原虽以内治为本,内服药为基础,但外治方法对治疗外伤也十分重要。较轻的外伤只靠按摩即可收效,而遇到重伤,则必须配合着使用外用药才能缩短疗程。

外用药有洗涤、敷涂、薄帖等法,种类繁多,范围广,如用不得当,也会有害。因此,在运用外用药时应注意下列几点。

第一,要对症下药,因病施治。须知伤情,皮肉有破和未破之分;有骨折和筋伤之别;药有水酒、油膏和粉末丹散之不同。用法有熨熏洗、敷涂、薄帖和包扎等多种,这些都是医生应该反复考虑到的。

第二,医者必须具备一定的中药学知识,方能运用自如。例如,中医认为伤病有轻重、寒热、虚实、内外、表里之分。如病热盛者,外治不可全用凉药,因为热盛则气血壅汇,而大凉则会引起血凝,故用药宜温凉合用,血得到温,则流动。此外,伤病热势大盛时,切不可用酒调敷药,而应该用大葱泡汤调药温敷,因葱能散气,温能行血。待伤病热势稍减,则又须用酒调敷,因酒能活血,又能行血。又如,在敷帖凉药时亦有分别:在伤处摸之温而不甚热者,可用酒调敷,伤处摸之甚热者或遇有重伤出血不止时,则应用茶水调药,涂敷于伤口上下尺余远处(不涂伤口),把住血路,然后用断血药或绳带缚住血管。

(一)熏洗药

1. 熏洗治疗外伤注意事项

(1)受到外伤时,不仅组织遭到破坏、出血或瘀肿疼痛,而且有时伤口受到沾污。所以,外

治的第一个步骤就是洗涤消毒防感染。

(2)外伤常导致皮下或肌肉毛细血管破裂,不免有内出血现象。因此,这时最怕受风寒冷凉。受凉则会使血液凝结,故伤后洗涤决不可用冷水和凉药,而要用开水热药。

(3)开水热药不能立即接触皮肤和伤处,以免烫伤。所以,应先将伤处在热气中熏,待水变得温和后再洗,故名熏洗法。熏时,还要注意伤处,不可使之太近,以防热汽熏伤皮肤,以不痛为度。总之无论熏和洗,温度都要保持温和。

(4)水温降低后,可将伤处放进水内浸泡洗浴。洗与浸,每日1~3次,每次以1小时左右为宜。洗后擦干,再施按摩手法,最后外敷药,包扎夹正。

洗药可用5~6次。用过一次之后,可盖好放起来,下次用前再煎一下。若水减少,可以再加一些。洗药都当在初煎前,用布包扎在布袋内。洗方的配药品种和分量,可酌情加减。

2.经常选用的熏洗药方

(1)海桐皮汤(熏洗剂,《医宗金鉴》方)

主治:跌打损伤,肌筋肿痛,但皮肤未破者。

药品:海桐皮3钱、透骨草3钱、明净乳香2钱、没药2钱(酒洗)、川椒3钱、川芎2钱、红花2钱、威灵仙2钱、白芷2钱、甘草1钱、防风2钱。

用法:研为粗末,装入布袋内,缝好,水煎,熏洗患处。

(2)散瘀和伤汤(熏洗剂,《医宗金鉴》方)

主治:一切表皮未破的外伤,如碰撞跌打、捩扭挫伤、瘀血积聚肿胀等。

药品:番水鳖(油炸去毛)5钱、红花5钱、生半夏5钱、骨碎补3钱、甘草3钱、葱须1两。

制法:以水五碗煎滚,然后加醋2两,再煎十数滚即可。

用法:熏洗患处,1日数次,每次洗涤浸泡1小时左右。

(3)五加皮汤(熏洗剂《医宗金鉴》方)

主治:一切新旧外伤、瘀血瘀寒、肌肤肿胀疼痛、关节强直不能屈伸或风湿筋骨疼痛。

药品:酒当归3钱、炙乳没3钱、五加皮3钱、香附子3钱、青皮5钱、皮硝3钱、川椒3钱、丁香1钱、麝香1分、老葱3根、丹皮2钱、地骨皮1钱。

用法:水煎滚,熏洗患处。

(4)洗伤方(熏洗剂,《拳艺录》方)

主治:跌打损伤。

药品:羌活4两、独活4两、青皮4两、白芷4两、威灵仙4两、官桂4两、大茴香4两、防风3钱、木通3钱、枳壳3钱、红花3钱、当归6钱、乌药5钱、甘草2钱。

用法:装入布袋,锤碎,水煎后,熏洗患处。

(二)外敷药

1.椒盐酒

功用:活血、止痛、消肿。

主治:肌肉、筋腱、关节肿痛。

药品:川椒1两、食盐1两、酒8两。

制法:用酒浸泡川椒和食盐,泡1~2日后即可使用,泡的时间愈久愈好。

用法:每日在伤处揉擦2~3次。按摩前后也常用此酒。

禁忌:表皮已破的伤口忌用。

2. 茴香酒

主治：表皮未破的外伤、腰腹肾囊疝气痛。

药品：茴香 1 两、樟脑 5 钱、红花 5 钱、烧酒 500 g。

用法：将药浸入烧酒内，磁瓶封固，过 30 天取用，在伤处擦抹。

3. 地龙油

主治：筋缩筋挛、四肢关节强直。

药品：蚯蚓 5 两、清酒 4 两、麻油一斤四两。

制法：装入锅内，用微火煮，水气尽为度，然后装瓶待用。

用法：每日擦揉 1 ~ 3 次。

4. 消肿止痛散

功用：消肿止痛。

主治：外伤筋腱肌肉肿痛、胀热，或骨折脱臼整治手术后敷用。

药品：炙乳没各 3 钱、白芷 3 钱、黄连 3 钱、黄柏 3 两、黄芩 3 两、土鳖虫 5 钱、归尾 3 两、续断 3 两、骨碎补 2 两、血竭 5 钱、牛膝 3 两、木香 1 两。

用法：研成细末，装瓶备用。用时，将伤处洗净，将此药用香油调敷贴缚，3 天一换。

5. 关节伤敷剂

功用：散瘀活血、通经舒筋、镇痛消肿、接骨续筋。

主治：关节、韧带受伤。

药品：杜仲 3 两、续断 3 两、牛膝 3 两、木通 2 两、白芨 2 两、黄柏 3 两、大黄 3 两、丁香 5 钱、木香 5 钱、血竭 1 两、乳香 3 两、没药 3 两、羌活、独活各 1 两、合欢花 2 两、骨碎补 3 两、自然铜 1 两、元胡索 5 钱、红花 2 两、肉桂 1 两、土鳖虫 1 两、归尾 3 两、川乌 1.5 两、五加皮 3 两。

用法：研细贮存。用时，依伤势大小取药末用姜汁和开水调敷患处，或用香油调抹，亦可敷帖后缠裹绑扎，隔 1 ~ 2 天换一次。

6. 封口外伤药

主治：外伤后一切破口损皮、流血腐烂伤。

药品：乳香、没药（去油）各 1 钱 5 分、儿茶 1 钱、血竭 1 钱、铜绿 1 钱、冰片 5 分、象皮 1 钱 5 分、龙骨 1 钱 5 分、炙炉甘石 3 钱、无名异 1 两、白蜡 3 钱。

用法：研成细末，用麻油调，涂敷患处。

7. 腾洗药

（1）对闭合性的外伤外洗方

功用：活血、散瘀、舒筋止痛。

外洗药品：青皮 4 钱、麻黄 1 两、白芷 3 钱、荆芥 3 钱、川乌 3 钱、鸡血藤 5 钱、透骨草 1 两、伸筋草 1 两、木通 3 钱、刘寄奴 5 钱、祁艾 3 钱。

用法：醋水各半加盐 1 两，煎洗。早晚各洗一次，温洗 1 小时，每剂药可洗 10 次。

（2）对闭合性损伤伤处熨敷法的效方

功用：因伤引起的痛麻、酸、胀症，以及骨刺、骨质增生症均可用此方熨敷。

熨敷药品：伸筋草、透骨草、羌独活、当归、五加皮、红花、白芷、乳没、桂枝、骨碎补、麻黄、川断、防风、木瓜、川椒、艾绒、黄柏、儿茶、茄根、牛膝、灵仙、二乌、青盐，以上各 1 两（重症）或各 5 钱。

制用法:将以上各药共为粗末,用白干酒拌稀匀,分装入两布袋内,放大盘或大碗内,入笼屉蒸半小时,取出待温在患处熨敷,两袋轮流熨敷 1 小时。每日早晚各一次。每剂可用 20 ~ 30 次。若见效仍未痊愈,可照方再用 2 ~ 3 剂。

(三)布包熨

用药末或药物粗粒炒热,以布或绢包之,外熨肌肤,称布包熨。亦有以布包药物不加热的。称布包药运。此法主要用于防治风寒湿痹、脘腹疼痛等症。该法兼有按摩、药疗之两用,可热可凉,可酒可醋,可粉可块,应用灵活,取效迅速可靠。以下将布包内药物分述如下:

1. 盐熨法　用粗生盐 250 g,急火爆炒,趁热用布包裹,在患部来回熨摩。主治胃肠虚弱引起泄泻、胃脘疼痛、气窜腹胀及心气痛等症。

2. 葱熨法　用新鲜葱白 500 g,捣烂炒热,趁热包裹熨胸腹部。主治气闷不舒、腹胀、小便不通等。

3. 姜熨法　用生姜 250 g,洗净捣烂放锅中炒热,趁热用布包好,熨摩胸腹部,主治因寒、热、食、痰、瘀引起的胸膈胀满、疼痛等。

4. 醋盐熨法　将生盐 240 g 放锅内爆炒,后用陈醋边洒边调匀,趁热包熨摩患处。功能温经散寒,主治妇女月经不调、疼痛及小腿抽筋等。

5. 酒糟熨法　酒糟 1 碗炒热,用布包裹,熨摩腹部。主治小儿泄泻、腹痛、胃肠痉挛等。

6. 砖熨法　青砖两块,用炭木或煤火烤热,分别用布包好,用醋浸湿毛巾敷于患部,将两块砖轮换熨摩之,主治腹痛、腰背疼痛等。

7. 药熨法　用 15 ~ 20 cm 正方棉布 1 块裹药(视病情选药)1 剂,用绳捆紧;余绳 30 cm,另备空气竹筒 1 段,长 15 cm,两头不留节,并将药包余绳从筒中穿过拴紧,制成药熨器,操作时以砂锅盛酒或醋,置于文火,待酒或醋微红,取药熨器蘸热酒或醋,反复揉摩之。本法在临床上还可用于湿热内蕴、跌打损伤、面神经痉挛等。

(四)药布摩

用布浸湿置于人体一定部位,并在浸湿的药布上施以一定手法按摩,称药布摩。此法简单方便,适用多种按摩手法,若用药得当,手法适宜,效果更加明显。

此法主要用于治疗跌打损伤、关节疼痛、皮肤湿疹、小儿麻疹出不畅、慢性鼻炎、胃痉挛、痛风等。常用的药物有葱、姜、醋、盐、酒、面粉、麸子、蛋清、蜂蜜、猪胆、人乳、童便、麻油、大蒜、艾叶、苍术、萝卜、胡椒、地龙、雄黄、石菖蒲等。

(五)刮痧法

刮痧法又称“铜钱刮”。用光滑的铜钱、铜勺、羹匙或磁碗片的钝缘,蘸以桐油、麻油、水或酒精,在患者的胸背、肘窝、腘窝等处刮摩,俗称“刮痧”。可分为直接刮痧法、间接刮痧法和挤拧法。

附:三维正脊仪(中国专利号:97182091.0; 95112202; 90210642.2)

三维正脊仪由头胸床板及使头胸床板沿其纵轴(X 轴)向头端移动一定距离的快速牵引装置(牵引力 3 000 ~ 4 800 N,移动距离 20 ~ 70 mm,可调),臀腿板及使臀腿板沿其横轴(Y 轴)形成一定角度(上 15° ~ 下 25°,可调),沿其纵轴(X 轴)旋转一定角度(左、右各 5° ~ 25°,可调)的动力装置和慢牵引装置以及捆绑固定装置等构成,由微机控制。

1. 三维正脊疗法

(1)定义:三维正脊疗法是运用三维向量技术,将突加载荷作用于病变椎间,纠正其三维改变及松解椎间软组织紧张关系,使之趋向自然状态以治疗椎间病的力学疗法。

(2)适应证:椎间病,包括腰椎间盘突出症、胸腰椎后关节紊乱症、继发性腰椎管狭窄症、脊柱相关疾病等。

(3)禁忌证:伴有脊柱结核、肿瘤者,严重高血压、心脏病、体质严重虚弱者,孕妇,有出血倾向者,化脓性脊柱炎、脆骨病、脑性瘫痪者等。

(4)治疗方法:治疗腰椎间盘突出症患者时,患者俯卧床上,使病变椎间位于两床板交界处,胸背部固定于头胸板上,骨盆固定于臀腿板上,前后紧绳将胸背固定带和骨盆固定带拉紧,事前根据患者身高、体重、性别、年龄病变部位及病变程度确定数据,将牵引距离、成角方向、成角度数和旋转方向、旋转度数等数据输入微机,由微机控制自动完成各种动作,在瞬间定距离快速牵引与在一定成角状态下定方向定角度旋转同步进行的同时,医者再配合手法对病变椎间施加顶推或按压的力,在 1/3 秒钟的时间内即可完成纠正脊柱椎间三维改变的一次关键性治疗。治疗中,病人无痛苦。

(5)术后处理:三维正脊后令患者绝对卧床 6 小时,3 天内相对卧床,同时给予消炎镇痛、活血化瘀、防止水肿和粘连的药物辅助治疗。若活动时,以腰围固定。

(6)疗效观察:据临床应用观察,治疗腰椎间盘突出症患者三千多例,无一例出现意外,总有效率 96% 以上,一次治愈率在 50% 以上。

(7)科学实验:为了验证其安全性,发明人与清华大学有关力学专家,运用 C 型臂 X 线摄影机及动力检测仪器,在北京电力医院进行了科学实验,实验显示:治疗中的瞬间,无病变的椎间只能增宽 0.2 ~ 0.3 mm,而间隙变窄的病变椎间则可增宽 1.7 mm,其作用于人体的力度、屈曲角度,旋转角度等均在安全范围内。

(8)专家鉴定:卫生部科技发展中心组织专家对发明成果进行了鉴定,认为:"三维正脊仪属国际首创。将现代高科技与传统医学手法相结合,不仅是中医治疗学向现代化发展的一项创新,也是医学界骨科专业非手术疗法中具有较高应用价值的新技术,新方法。临床观察表明,使用该仪器治疗腰椎间盘突出症无侵入性、疗效好、安全可靠、治疗时间短,是一种较为理想的非手术治疗腰椎间盘突出症的方法,有很大的临床应用价值。"

2. 三维正脊疗法的作用机理探讨　既然椎间病是由于力损伤造成的椎间三维方向的位移(中医称骨错缝、筋出槽)和椎间软组织正常受力的改变(包括神经根和周围的粘连或受压,肌痉挛或挛缩,韧带、关节等张力增加及血管受牵拉、挤压等),那么,治疗就应针对纠正椎间三维改变和松解紧张的软组织进行,使之恢复正常的受力状态。首选的方法应是力学疗法。本三维正脊疗法正是如此。

椎间软组织属弹性组织,当受到不同应力时就会产生不同应变。作用于病变椎间的力主要有牵张应力、扭转应力和剪切力,它们是通过三维正脊治疗时瞬间的成角牵引、旋转和手法顶、椎、按、压而实现的。三维正脊疗法中的纵向牵引采用的是定距离快速牵引,距离是由患者身高、体重、性别、年龄、病变部位和病变程度决定的,可精确量化在毫米级(误差不超过 1 mm),原则是确定在既安全又有效的范围内,每一下牵引的时间应控制在 0.3 秒之内完成。这是任何人工手法都无法做到的。

参 考 文 献

1 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京:华夏出版社,1993

2 王云凯. 中华按摩大成[M]. 石家庄:河北科学技术出版社,1995

3 王之虹. 中国按摩大成[M]. 长春:长春科学技术出版社,1994

4 周信文. 实用中医推拿学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2002

5 薛传疆,姚红,尤金善等. 中国推拿精要[M]. 北京:中国古籍出版社,2001

6 王之虹. 推拿治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001

7 韦贵康,张志刚. 中国手法诊治大全[M]. 北京:中国中医药出版社,2001

8 北京按摩医院编. 按摩治疗学[M]. 北京:华夏出版社,1991

9 金义成,彭坚. 中国推拿[M]. 长沙:湖南科学技术出版社,1992

10 丁秀峰. 推拿大成[M]. 郑州:河南科学技术出版社,1994

11 李若双. 实用按摩推拿大全[M]. 北京:中国古籍出版社,1990

(伍中庆　曹向阳　张吉林)

第八章　扳动类手法

【摘要】　本章分为五节，第一节收录了以“扳法”命名的手法，包括颈椎、胸椎、腰椎、腰骶椎和骶髂关节部的各种扳法。第二节专门收录各种颈项部的扳法。第三节为胸椎部的扳法，操作多在背部进行，分为扳胸法和扩胸法。第四节为扳腰法，和颈部扳法一样，也是操作手法比较繁多的一个节段。第五节是扳髋法和骶髂关节扳法，相对上面那些节段，其操作手法和种类就简单的多。最早介绍颈、胸、腰段扳法的书籍是1953年出版的《慢性病按脊疗法》。除胸椎扳法外，其他节段的扳法都包含了旋转手法的成分。

第一节　扳　法

【手法操作】　用双手作相反方向或同一方向用力扳动肢体，称为扳法。

1. 颈项部　患者取坐位，医者一手扶住患者头部，另一手在患者颈项部用其他手法，边用手法边作颈项部俯仰或左右旋转的扳动。

2. 胸部　患者取坐位，令其两手交叉置于项部，医者两手托住患者两肘部，并用一侧膝部顶住患者背部，嘱患者自行俯仰并配合深呼吸，作扩胸牵引扳动。

3. 腰部扳法

（1）斜扳法：侧卧位，用一手扶住患者肩前部，另一手扶住臀部，两手同时作相反方向用力，使腰部旋转。此时常可听到喀喀响声（图8－1）。

（2）后伸扳法：俯卧位，医者一手托住患者膝部，缓缓向上提起，一提一放，另一手在腰或臀部用滚或按压等法；另外，医者还可以用臀部着力骑坐在患者腰部，双手分别托住患者两膝上部同时缓缓用力向后上方扳起，使腰部向后作过伸动作（图8－2）。

图8－1　斜扳法

图8－2　后伸扳法

图 8-3　俯仰和回旋扳法

(3)俯仰和回旋扳法:患者取坐位,医者一手扶住患者肩部,另一手在患侧腰部用手法,同时配合腰部俯仰和回旋的扳动(图 8-3)。

【注意事项】　扳法使用时,动作必须缓和,用力要稳,两手动作要配合得当。临床应用时常和其他手法配合使用,起到相辅相成的作用。

【功效】　有滑利关节,松解粘连,纠正肢体畸形等作用。

【文献出处】　上海中医学院.推拿学[M].上海:上海人民出版社,1975:30-34

【手法操作】　用一手压住患者身体的某部,另一手扳动别的部分,使关节旋转或伸展,达到使错斜部位复正,叫扳法。一般分斜扳、侧扳等法。常用于腰部、四肢、颈部等。操作时患者侧卧,痛侧在上,医生站在患者背面,用一手抵住患者肩部背面,另一手抵住髂前上棘前面,用臂部力量使肩部向前,髂前上棘向后错动。双臂力达到最大限度后,双手再猛一用力,使腰部猛然扭转,如听到"咯咯"的响声或病人突然感到轻松,即可停止。与此手法原理一样的变换手法:一手抵住肩部前面,一手抵住髂前上棘的背面,其他要领一样(图 8-4,图 8-5)。

【主治疾病】　舒展筋脉,滑利关节,松解粘连,消除病痛,恢复对位等作用。

【文献出处】　王甫.大众推拿[M].北京:人民卫生出版社,1984:55

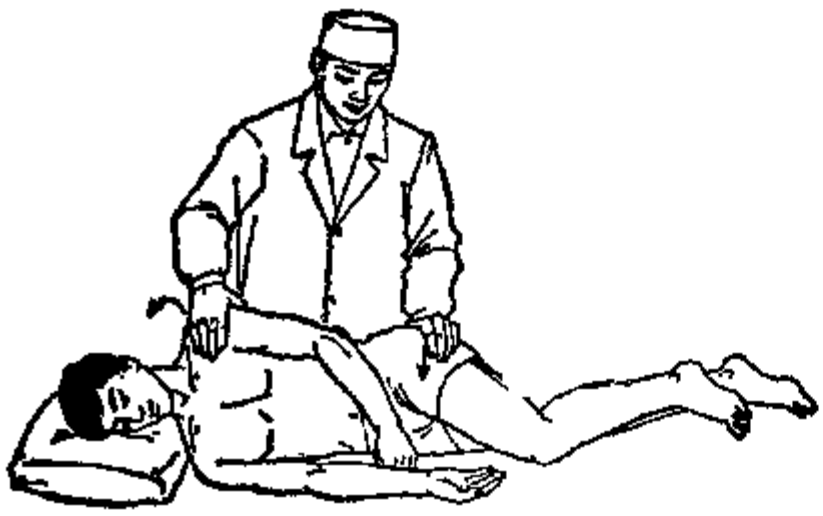


图 8-4　扳法 1

图 8-5　扳法 2

【手法操作】　用双手作相反方向或同一方向用力扳动肢体称为扳法。

1.颈项部扳法　操作时有两种方法。

(1)颈项部斜扳法:患者头部略向前屈。医生一手抵住患者头侧后部,另一手抵住对侧下颏部,使头向一侧旋转至最大限度时,两手同时用力作相反方向的扳动。

(2)旋转定位扳法:患者坐位,颈前屈到某一需要的角度后,医生在其背后,用一肘部托住其下颏部,手则扶住其枕部(向右扳则用右手,向左扳则用左手),另一手扶住患者肩部。托扶其头部的手用力,先作颈项部向上牵引,同时把患者头部作被动向患侧旋转至最大限度后,再作扳法(图 8-6)。

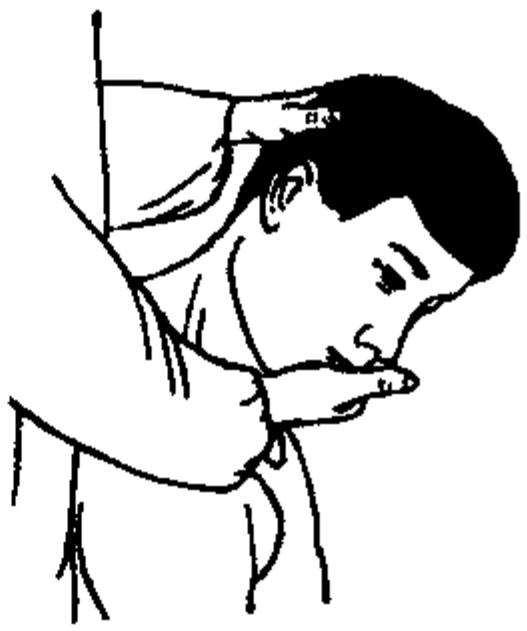
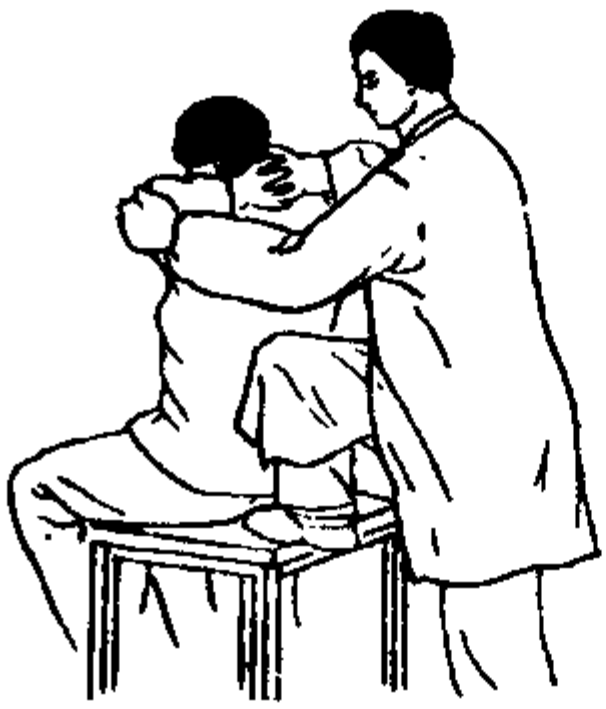


图 8-6　颈项部旋转定位扳法

2. 胸背部扳法　操作时有两种方法(图 8-7)。

(1)扩胸牵引扳法:患者坐位,令其两手交叉扣住,置于项部。医生两手托住患者两肘部,并用一侧膝部顶住患者背部,嘱患者自行俯仰,并配合深呼吸,作扩胸牵引扳动。



1 扩胸牵引扳法

2 胸椎对抗复位法

图 8-7　胸背部扳法

(2)胸椎对抗复位法:患者坐位,令其两手交叉扣住,置于项部。医生在其后面,用两手从患者腋部伸入其上臂之前,前臂之后,并握住其前臂下段,同时医生用一侧膝部顶住患部脊柱。嘱患者身体略向前倾,医生两手同时作向后上方用力扳动。

3. 腰部扳法　本法操作时,常用的有斜扳法、旋转扳法、后伸扳法等 3 种(图 8-8)。

(1)腰部斜扳法:患者侧卧位,医生用一手抵住患者肩前部,另一手抵住臀部,或一手抵住患者肩后部,另一手抵住髂前上棘部。把腰被动旋转至最大限度后,两手同时用力作相反方向扳动。

图 8-8　直腰旋转扳法

(2)腰部旋转扳法:有两种操作方法:①直腰旋转扳法:患者坐位,医生用腿挟住患者下肢,一手抵住患者近医生侧的肩后部,另一手以患者另一侧腋下伸入抵住肩前部,两手同时用力作相反方向扳动;②弯腰旋转扳法:患者坐位。腰前屈到某一需要角度后,一助手帮助固定患者下肢及骨盆。医生用一手拇指按住需扳动的脊椎的棘突(向左旋转时用右手),另一手勾扶住患者项背部(向左旋转时用左手),使其腰部在前屈位时再向患侧旋转。旋转至最大限度时,再使其腰部向健侧侧弯方向扳动。

(3)腰部后伸扳法:患者俯卧位。医生一手托住患者两膝部,缓缓向上提起,另一手紧压在腰部患处,当腰后伸到最大限度时,两手同时用力作相反方向扳动。

【注意事项】　扳法操作时动作必须果断而快速,用力要稳,两手动作配合要协调,扳动幅度一般不能超过各关节的生理活动范围。

【主治疾病】　关节错位或关节功能障碍等病症。

【文献出处】　俞大方主编.推拿学[M].上海:上海科学技术出版社,1985:53-54

【手法名称】　压搬法

【手法操作】　压者,按定患处以使稳定不动。搬者,搬动肢体末端,使整体产生运动。压时相对稳定,搬则引起相对运动。一压一搬,一静一动,相合而成功。

【文献出处】　李永昌.中国按摩术[M].合肥:安徽科学技术出版社,1985:67

图 8-9　侧扳法

【手法操作】

1.侧扳法　患者取侧卧位,上腿屈曲,下腿伸直,术者一肘压于肩前部,另一肘压于臀后部,两肘向相反方向同时用力,一般可听到响声,然后以同样手法做对侧(图 8-9)。主治腰腿部疾患。

2.斜扳法　可分为扳肩法与扳腿法两种。

(1)扳肩法:即让患者取俯卧位,术者立于患者身侧,一手扳住肩部,另一手抵于胸椎部,两手向相反方向用力扳转,并可触及响动,再以同样方法做对侧(图 8-10)。主要适用于治疗胸椎部的扭伤等疾患。

(2)扳腿法:让患者取俯卧位,术者一手按住腰骶部,另一手搬起对侧的大腿,向相反方向用力扳动,一般可听到响声,然后再以同样手法做对侧(图 8-11)。主治腰腿疾患。

【文献出处】　葛长海,李鸿江,葛凤麟.捏筋拍打疗法[M].北京:北京科学技术出版社,1986:35-36

图 8－10　斜扳法(扳肩法)

图 8－11　斜扳法(扳腿法)

【手法操作】　用双手作相反方向或同一方向用力扳动肢体,称扳法。

【主治疾病】　具有滑利关节、舒筋活络、恢复各关节功能等作用。

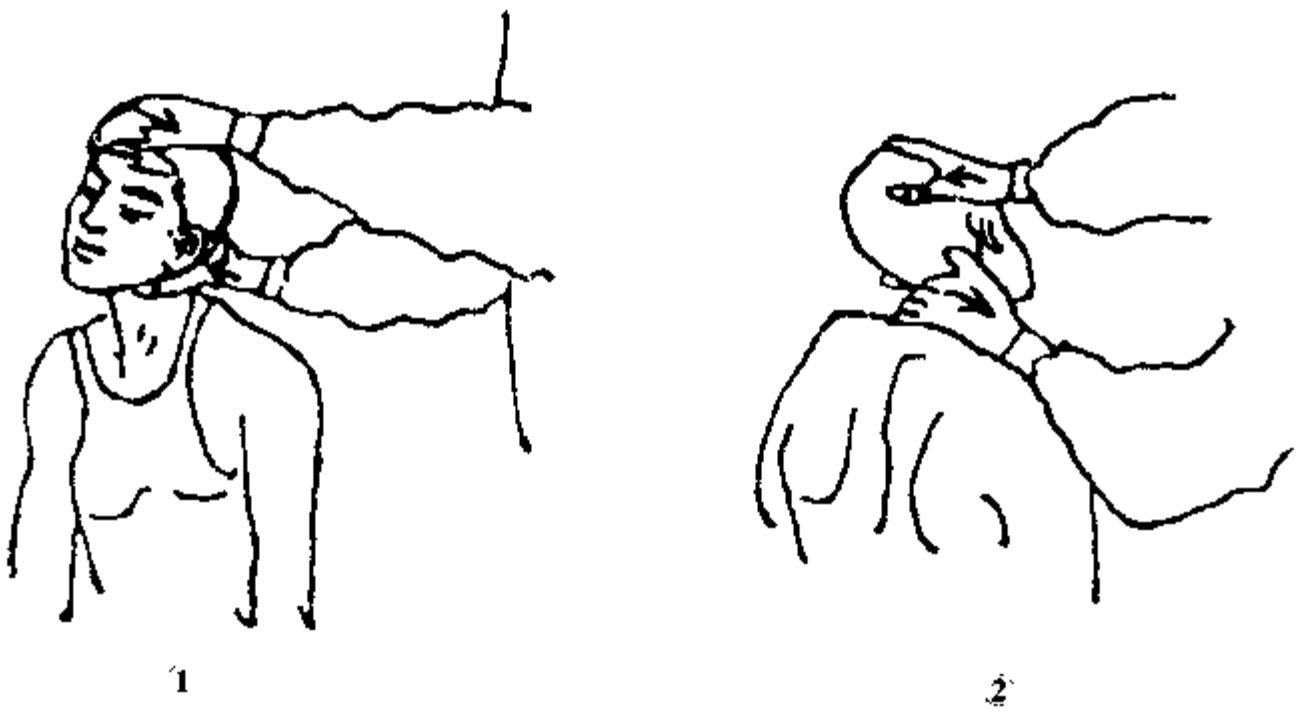
【文献出处】　吴平生.推拿疗法歌诀一百例[M].重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1988:28

【手法操作】　用两手分别扶握(拿握)按摩部位的关节两端一定的部位,根据情况可进行缓慢性地或闪突性斜扳,推扳和伸屈扳等,谓之扳法或搬法,见图 8－12 小儿斜颈扳法(左:侧扳法;右:斜扳法)及各种扳法(图 8－13～图 8－21)。

【主治疾病】　多用于颈椎、胸椎、腰椎以及四肢关节等部位。常治疗的病症有:软组织损伤、痉挛酸痛、关节粘连、关节紊乱、滑膜嵌顿以及腰椎间盘脱出症和小儿斜颈等。

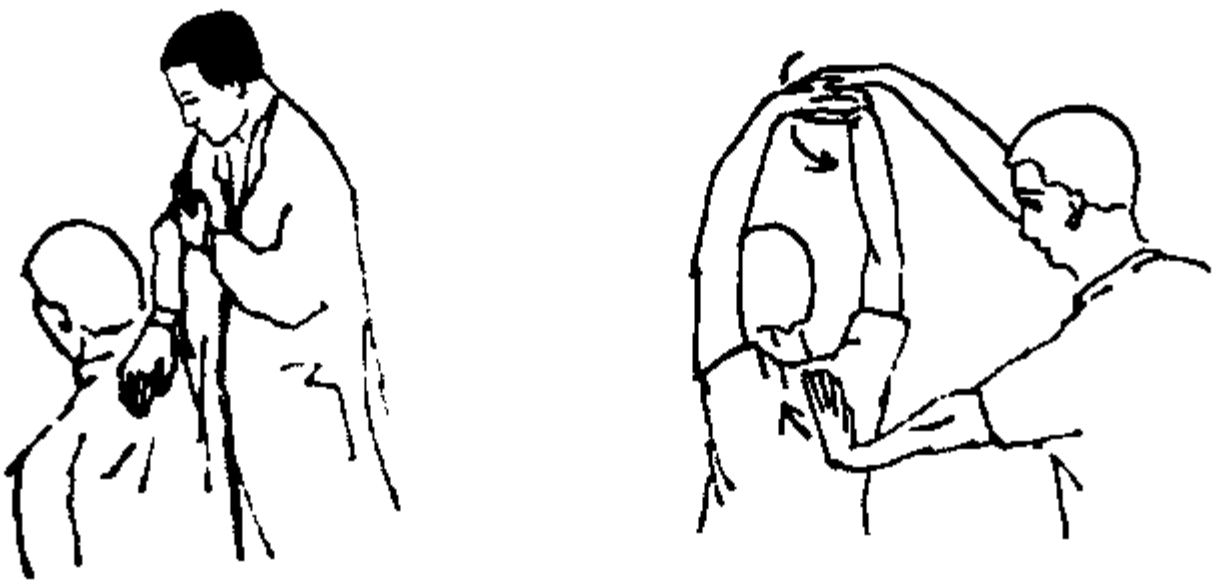
【文献出处】　胡晓斌.按摩手法集锦[M].北京:中医古籍出版社,1989:96

图 8－12　小儿斜颈扳法(侧扳法)

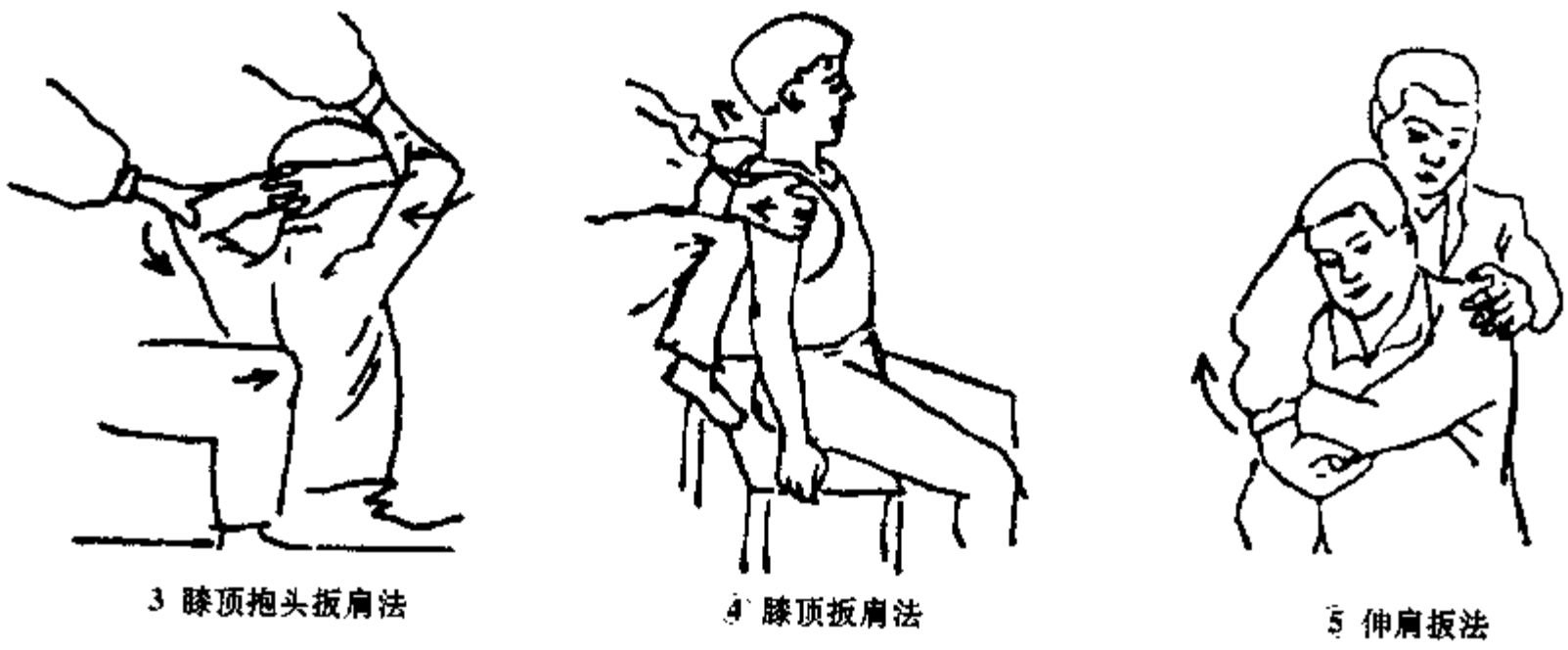


1　　2

图 8－13　左右侧扳治疗颈椎综合征、落枕等



1 直臂扳肩法　　2 双手托天扳肩法



3 膝顶抱头扳肩法　　4 膝顶扳肩法　　5 伸肩扳法

图 8－14　各种扳肩法

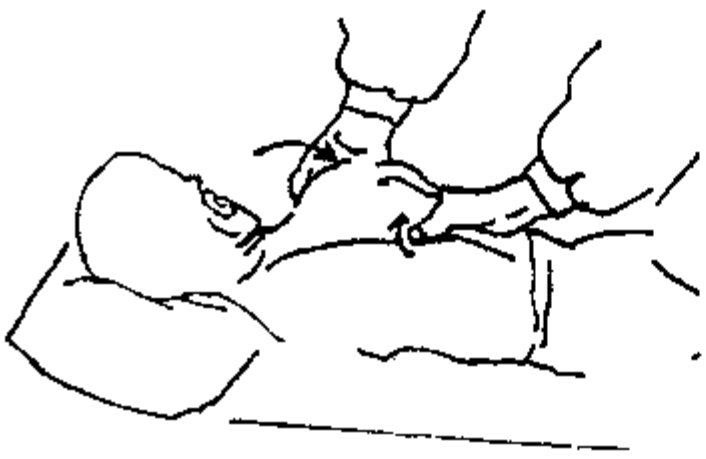


图 8－15　胸椎小关节紊乱复位法

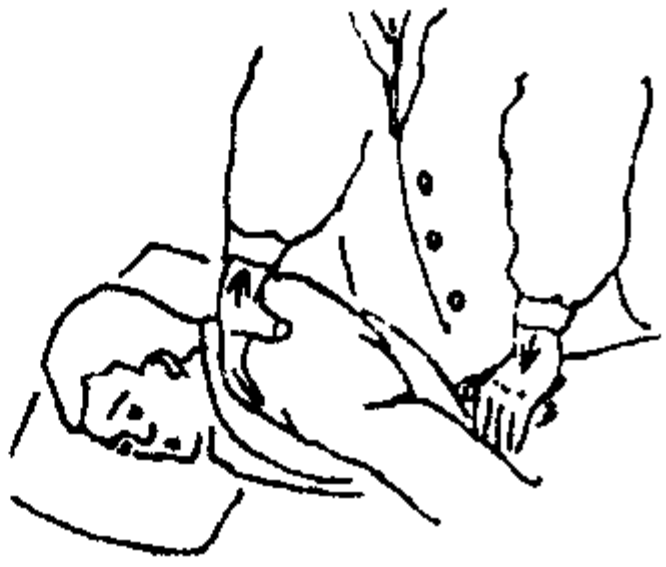


图 8－16　推扳腰椎法（又称伸腰扳肩法和俯卧扳腰法）

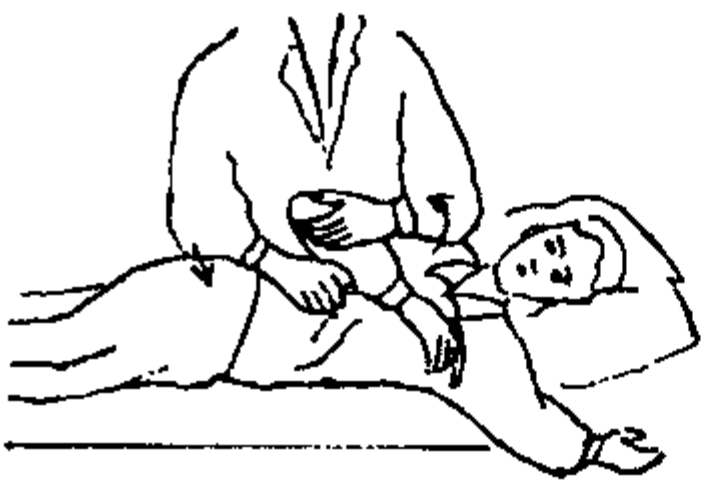


图 8－17　扭腰法

图 8－18　仰卧斜扳腰法

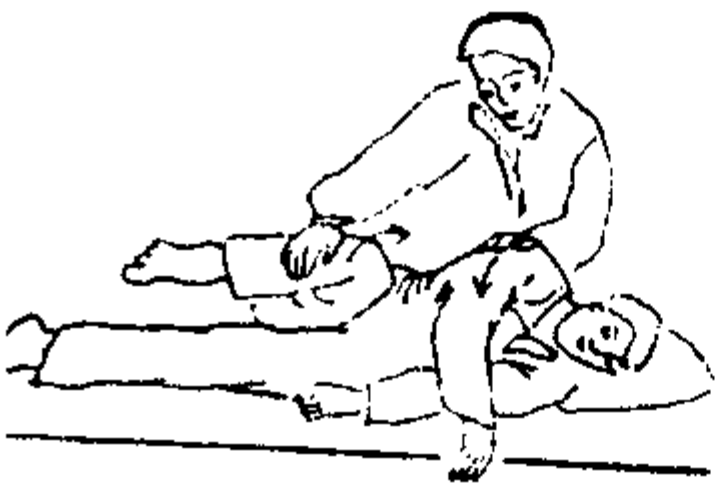


图 8－19　侧卧扳腰法

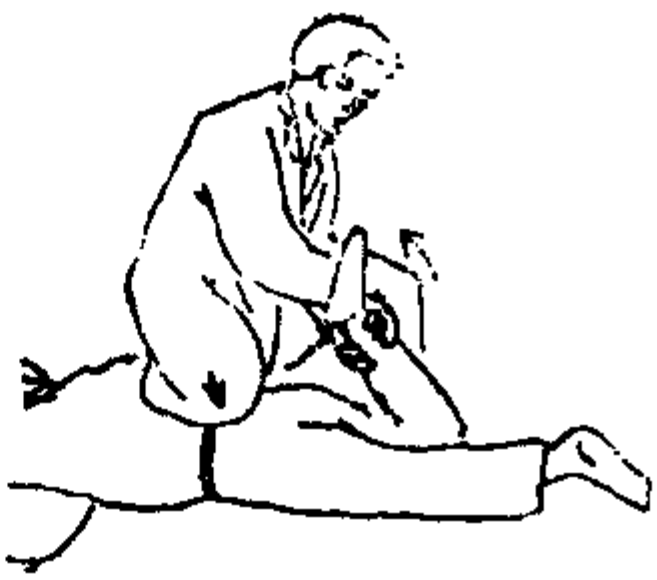


图 8－20　顶腰髂扳髋法

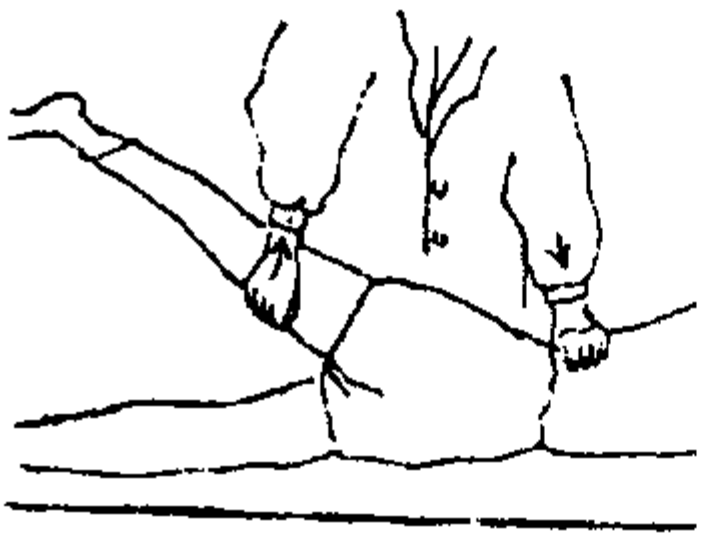


图 8－21　伸推扳腰法

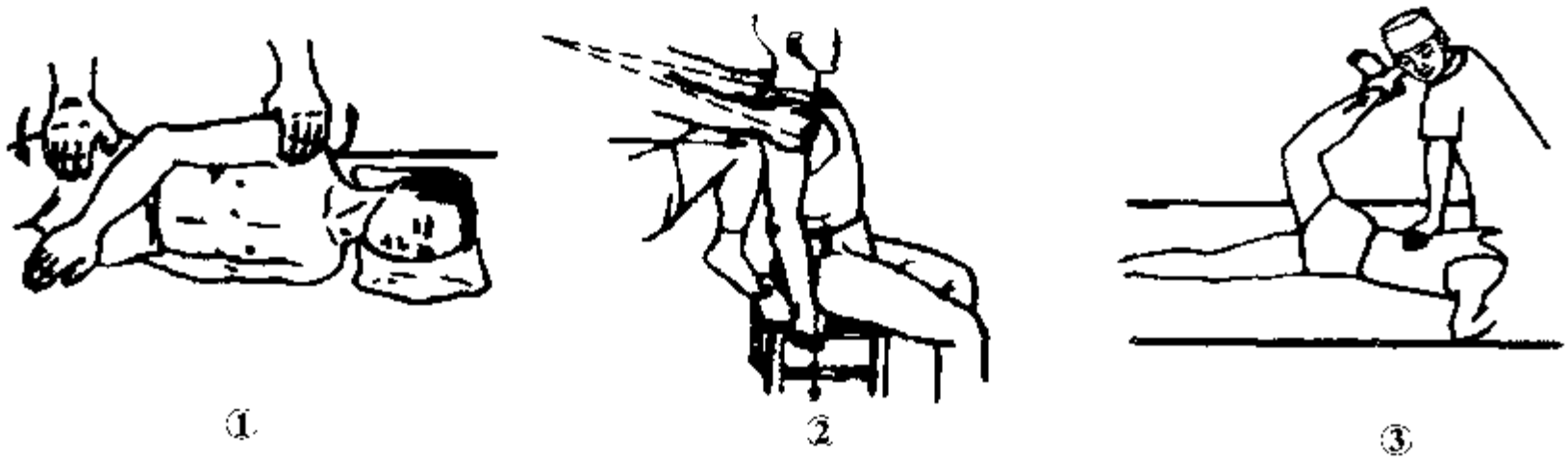
【手法名称】　扳法，又名搬法。

【手法操作】　扳法是用一手压住人体某一部位，另一手扳动其他部位，二者使用力量相等、作用相反的外力，使关节旋转或伸展（图 8－22）。根据用力方向和施行方法的不同，有侧扳、后扳、斜扳等几种。可以在人体几个部位应用，如肩、髋、腰颈等。

【注意事项】　扳法不是一个大幅度的被动运动，在施术时必须将要扳动的关节极度伸展或旋转，在保持这一位置的基础上，再做一个稍微加大幅度的动作。扳动时一定要因势利导，了解正常关节活动范围，不可超出生理功能。

【主治疾病】　它有松解粘连、帮助复位、滑利关节、缓解痉挛、消除疼痛、牵伸肌肉和韧带的作用。可治疗脊椎小关节的交锁与错位等症。

【文献出处】　王启民. 实用按摩速成[M]. 北京：中国环境科学出版社，1991：125－126



①　②　③

图 8－22　扳法

【手法名称】　扳顶法

【手法操作】　医者用膝顶住患者腰部并以手扳拉患者双肩向后的方法。患者坐低处，医者以膝顶住其腰部，使患腰不能后移，两手拉患者双肩向后作被动伸腰动作，一拉一顶，拉顶协调（图 8－23）。

【主治疾病】　急性腰肌扭伤、胸腰小关节错位等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：86

【手法操作】　术者用一手固定住关节的近端，另一手作用于关节的远端，双手做相反方向或同一方向用力，使关节慢慢被动活动至有阻力时，再做一短促的、稍增大幅度的突发性扳动。扳法在脊椎部应用时，常结合摇法，即先做摇法，待摇至最大幅度时，再做一有控制的扳动，可谓是摇法的加强手法。但由于扳法的动作，力的传递较摇法更为直接，因此在使用时要

掌握好扳法的适应证和手法技巧。应用力的效应，使关节做伸展、屈曲或旋转活动，称为扳法，又称搬法。颈部扳法有颈部斜扳法、颈椎旋转定位扳法、颈部寰枢关节扳法、颈椎压顶扳法等操作方法。其中颈部斜扳法操作方便，成功率高；颈椎旋转定位扳法定位准确；寰枢关节扳法专用于第二颈椎半脱位；而颈椎压顶扳法则较适宜于精神紧张的患者。

图 8－23　扳顶法

【注意事项】

1. 要顺应关节的生理功能。关节的结构各不相同，每个关节都有一定的活动范围、运动方向和特点，因此在做扳法前应预先确定扳动的方向和幅度，因势利导，不能超出或违背关节的生理功能，更忌强拉硬扳，急躁从事，以免引起意外损伤。

2. 扳法的动作要分阶段进行。扳法不是一个大幅度的随意动作，而是一种有控制、有限度的被动运动，因此不能在不确定位置的情况下使用，而必须分阶段进行，即先把要扳的关节极度伸展或旋转，在保持这一位置的基础上，再做一个突发性的、稍增大幅度的扳动。

3. 突发的扳动动作要干脆利落，用力要短暂迅速。做到发力要快，时机要准，力度要适当，收力要及时。若力度不足，则未尽其法，力度过大，则易致不良反应。同时收力要及时，即中症即止，恰到好处。若收力过早，达不到目的，收力过迟，又易引起不良反应。

4. 不能强求关节弹跳声，在颈椎和腰椎部应用扳法，操作过程中可听到“喀”声，这是关节弹跳所发出的响声，一般认为是关节复位、手法成功的标志之一。但在实际操作中若不能获得这种响声时，也不要勉强从事，以免因使用粗暴蛮力，造成不良后果。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：423－424

【手法名称】 推扳法

【手法操作】 术者用一手拇指指面或其他手指指面紧按于治疗部位，适当用力下压至一定深度，再做与肌纤维呈垂直方向的向前拨动或向后拨动；与此同时术者另一手握扶住关节的远端，做关节缓慢地屈伸活动，使痉挛的肌肉因牵伸而放松。

【注意事项】 由拨法和扳法组成。拨法是在“静态”状况下对肌纤维弹拨；与拨法相比，而推扳法则是在“动态”下弹拨肌纤维，可谓是拨法的加强手法。推扳法在临床应用时常“以痛为腧”或“以筋结为用”。

【主治疾病】 肌肉痉挛疼痛和关节粘连活动不利。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：457

【手法操作】

1. 扳法在颈部有旋转扳、侧扳。旋转扳：患者取坐位，医者一手托枕部，一手托下颌，使颈

旋转至一定角度，双手同时交错发力即可闻弹响声。侧扳：一手由头后侧钩住颈部做支点，一手推头部做为力点，使颈部侧弯，至一定角度，双手突然交错发力即可闻弹响声。

2. 腰椎侧扳法：患者侧卧位，上腰屈曲，一臂曲肘置于髂后向内扣压，另一臂屈肘至于肩前向外推，使腰部旋转，至一定角度，双臂同时交错用力可闻及弹响声。

【主治疾病】 扳法是用于颈椎和腰椎的关键手法，也是缓解痉挛，解除交锁，即所谓以动求解的关键性手法，通过扳法可以使关节交锁，滑膜嵌顿得到解除；通过扳可以使椎间盘错动而改变神经根的压迫关系。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：420

【手法名称】 脊柱搬推法

【手法操作】 患者背向医者或坐或站。医者一只手扶患者的肩部，另一只手的拇指顶住偏歪的棘突向健侧推（这时令患者放松肌体），顺之脊柱后搬。在将患者的上身搬成斜侧姿势时，两手协同动作，将偏歪的脊柱推正，使相邻的椎体也恢复到正常的位置上，再用按摩法复正肌筋，保持椎体的内在平衡并适当运动。

【主治疾病】 脊柱偏歪

【文献出处】 罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京：科学技术文献出版社，1995：18

【手法操作】 扳法

1. 颈椎扳法

（1）颈椎斜扳法：患者坐位，颈椎前屈 10°～15°，医者立其身后，一手扶住后枕部，另一手托住下颌部，使患者头部旋向一侧至一定幅度。此时医者双手同时用力作相反方向的小幅度快速扳动后迅速松手，施术时可有关节弹响感。

（2）颈椎定位扳法：患者坐位，颈椎尽量前屈，医者立其患侧身后，一手的拇指按住病变颈椎棘旁，另一手的肘部托住患者的下颌部，手扶后枕部，使头部向患侧被动旋转至一定幅度，再用力作小幅度快速扳动，后迅速松手，施术时可有关节弹响声感。

（3）颈椎侧扳法：患者坐位，医者立其身后，一手按住肩部，另一手扶住同侧耳上部，使颈椎向另一侧侧屈至一定幅度，双手再用力作相反方向的小幅度快速按压，后迅速松手，施术时可有关节弹响感。

2. 胸椎扳法

（1）胸椎对抗复位法：患者坐位，双手交叉置于枕后，医者立其身后，双手托住其双肘部，并用一侧膝部顶住病变胸椎棘上或棘旁，双手用力向后扳动双肘至一定幅度时，再快速用力向后作小幅度扳动，然后迅速松手，施术时可有关节弹响感。此法适用于上胸段。

（2）胸椎旋转复位法：患者坐位，身体略前屈，医者一手拇指抵住病变胸椎棘旁，另一手从腋下绕过勾扶住患者项背部，使其胸椎在前屈位时向患侧旋转、侧屈至一定幅度，此时医者双手同时用力作相反方向的小幅度快速扳动和椎顶，后迅速松手，施术时可有关节弹响感。此法适用于下胸段。

3. 腰椎扳法

（1）腰椎斜扳法：患者侧卧位，下位下肢伸直，上位下肢屈曲；医者面对患者站立，一手掌（或肘部）抵住患者肩前部，另一手掌（或肘部）抵住髂前上棘部位，相对用力使腰椎被动旋转

至一定幅度时再用力作相反方向的小幅度快速扳动，后迅速松手，施术时可有关节弹响感。一般先扳患侧，后扳健侧，左右各 1 次。

（2）腰椎后扳拔伸法：患者俯卧位，医者立其患侧，以一手拇指指腹或掌根部为附着点按压病变棘旁，并用力向健侧顶推，另一手前臂环抱健侧下肢，使其膝部依托于医者肘内侧，用力向后上方徐徐拔伸，缓缓扳动，至一定幅度再用力向后上方作小幅度快速扳动，然后迅速松手，施术时可有关节弹响感。

（3）腰椎旋转复位法：患者坐位，腰椎前屈至一定角度，一助手协助固定其下肢和骨盆，医者用一手拇指抵住病变棘旁，另一手从腋下绕过勾扶住患者项背部，使其腰椎在前屈位时，再向患侧旋转、侧屈至一定幅度，再用力作小幅度快速扳动，后迅速松手，施术时可有关节弹响感。

4. 骶髂关节扳法

（1）骶髂关节斜扳法：患者侧卧位，患侧在上、下肢屈曲，健侧下肢伸直，医者面对患者站立，一手掌按住患者肩前部，以固定上半身，另一手掌（或肘部）抵住髂前上棘，向后推移至一定幅度，再用力作小幅度的快速扳动，后迅速松手。

（2）骶髂关节后伸扳法：患者俯卧位，医者一手掌根置于骶髂关节部位向下按压，另一手扶抱对侧膝关节上方，使下肢后伸至一定幅度，双手再同时用力作小幅度的快速扳动，后迅速松手。

【注意事项】

1. 患者要思想放松，肌肉松弛，不可对抗用力。

2. 医者动作应轻巧准确，果断快速，用力稳妥着实，双手配合协调，不可硬扳，更不能施以暴力。

3. 扳动幅度须因人、因部位而宜，不能超过各关节的生理活动范围。扳动脊柱时，不可强求弹响感。

4. 对关节或脊柱强直畸形、骨质疏松、脊柱滑脱、年老体弱、久病体虚等患者应慎用扳法。

【主治疾病】 关节错位、关节功能障碍、颈椎病、肩周炎、胸、腰椎小关节紊乱、骶髂关节错位、腰椎间盘突出症等病症。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：53－57

第二节　扳颈法

【手法名称】 颈部按脊疗法

【手法操作】

1. C1 脱位，用大拇指按住后脑搬正之（图 8－24）。

2. 用大拇指 C3、4、5 横突向前向下按压，刺激横膈膜神经（图 8－25）。

图 8－24

图 8－25

3. 在 C7 上，用中指忽压忽放法，使血管舒缩，刺激神经，每按一下，最多不超过 10 秒（图 8－26）。

4. 用中指压迫后颈上部两侧约 2～3 秒，使心脏工作缓和（图 8－27）。

图 8－26

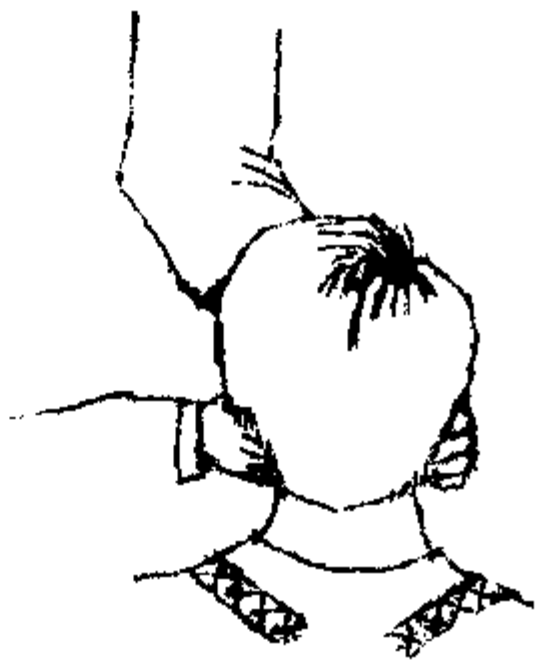


图 8－27

5. 平卧用手捧头搬头后向，搬头由右向左，由左向右，使放松迷走神经，增进胃肠消化（图 8－28）。

6. 一手捧头，一手搬头颅，拉长头颈肌，放松颈神经之压迫（图 8－29）。

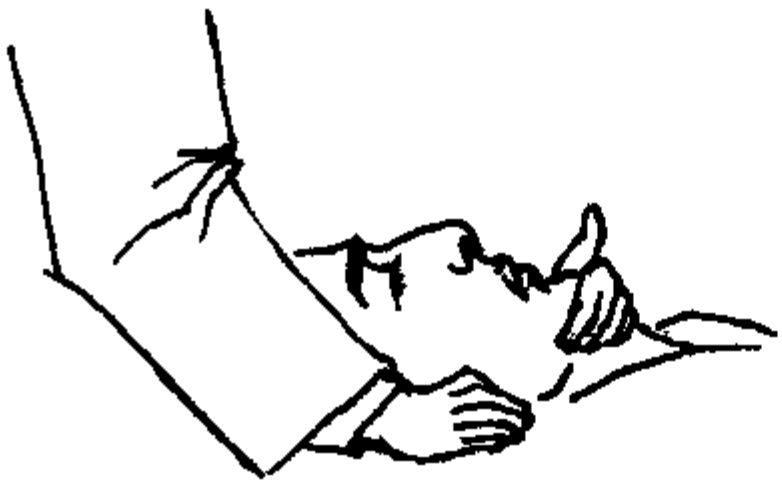


图 8－28

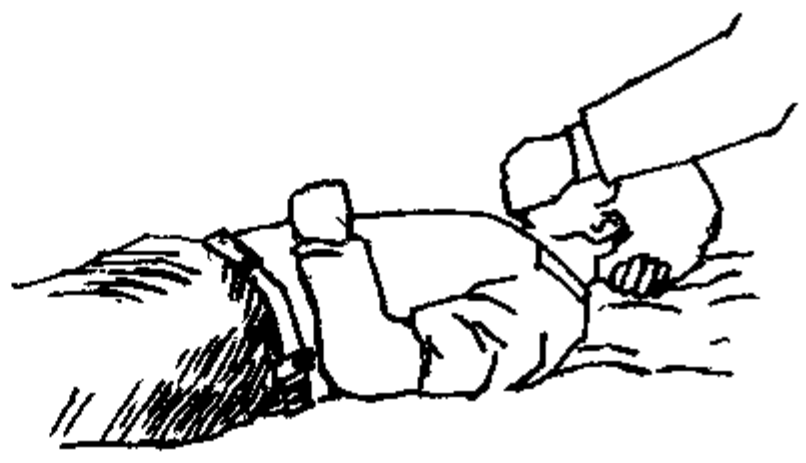


图 8－29

7. 病人侧卧，整治腰椎法（图 8－30）。

8. 整治胸椎法（图 8－31）

9. 指压法：手掌跟接触、手掌头接触、手掌下接触、食指根接触、拇指接触。至于病人姿势，则有四种：直立、俯卧、仰卧、屈卧。

10. 寰椎前向左脱骨整治法：病人右面平卧。医师用左手掌骨压住后脑枕骨之上，将右手压在左手背面，以病人头颅为支点，左手掌骨突然在病人寰椎上，无意中向下一推，时间极短，仅半秒钟，手法极迅速，则病人颈椎的右侧锁，可以推开。此系古法，现少应用（图 8－32）。

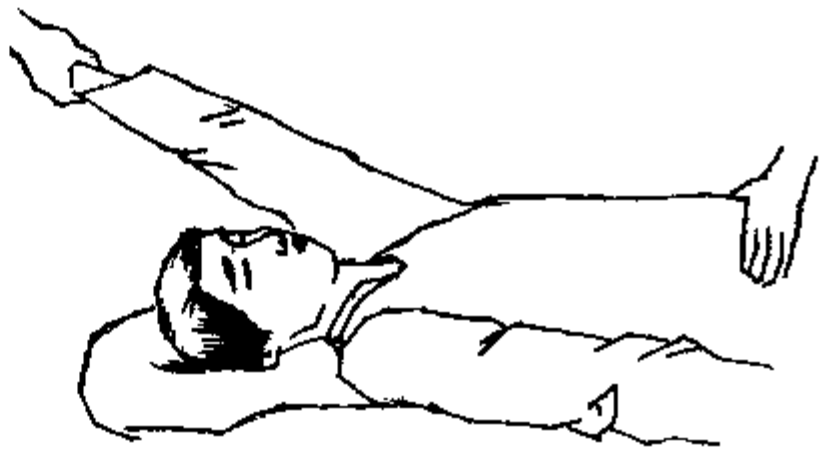
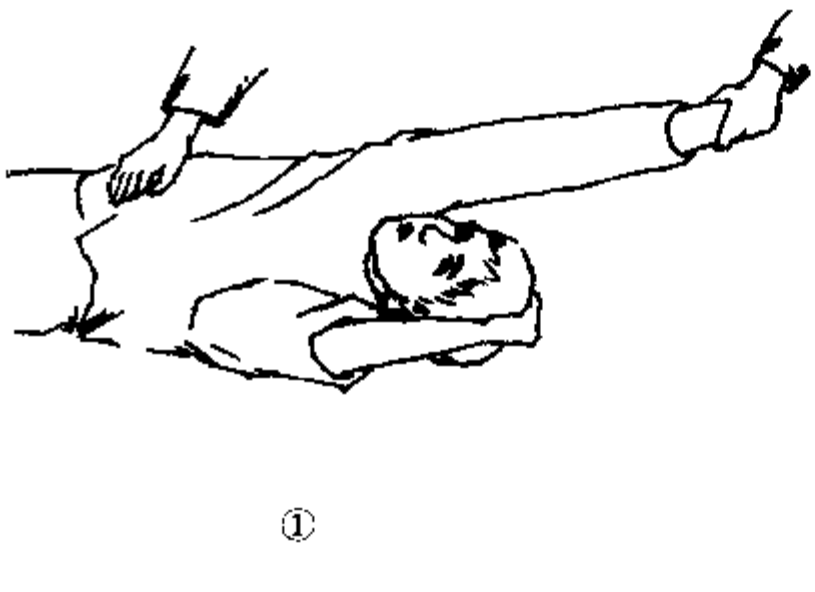


图 8－30　整治腰椎法

11. 寰椎前向右脱骨整治法：病人左面平卧。医师用右手掌骨按住后脑枕骨之后，用左手搬头颅向上，即向上一旋。支点在后脑枕骨。此法可开左颈第三第四椎的锁。此乃双手扭转法，医师右手用力向下（图 8－33）。



①

②

图 8－31　整治胸椎法

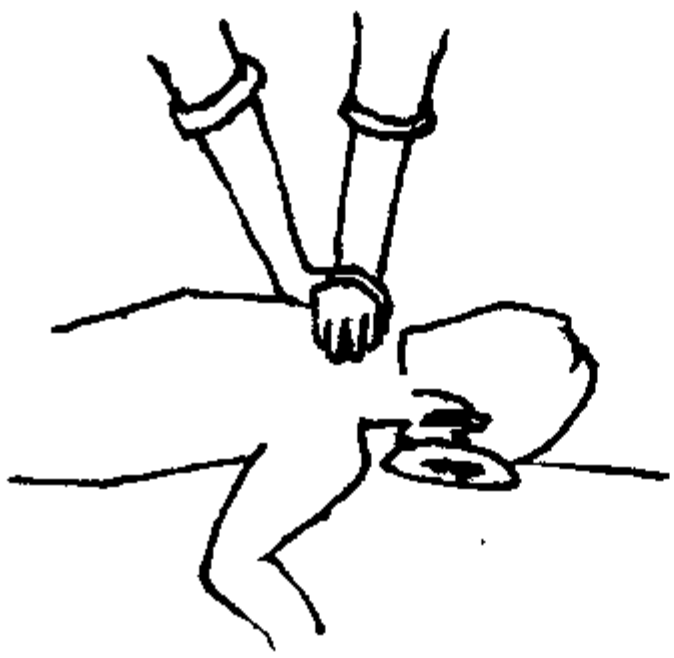


图 8－32　寰椎前向左脱骨整治法

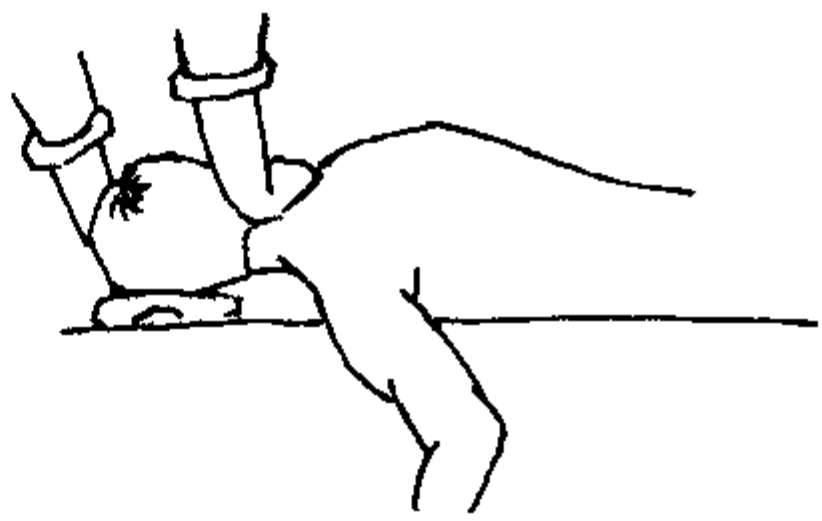


图 8－33　寰椎前向右脱骨整治法

12. 寰椎前向脱骨与前向右下脱骨整治法：病人仰头而坐。医师用左手中指覆在病人后脑枕骨之外，用右手捧头颅向病人的右面，向上又向右一搬。支点在后脑枕骨，向上一搬，即开左颈椎的锁。医师左手须用力抵住枕骨，右手向上弯去（图 8－34）。

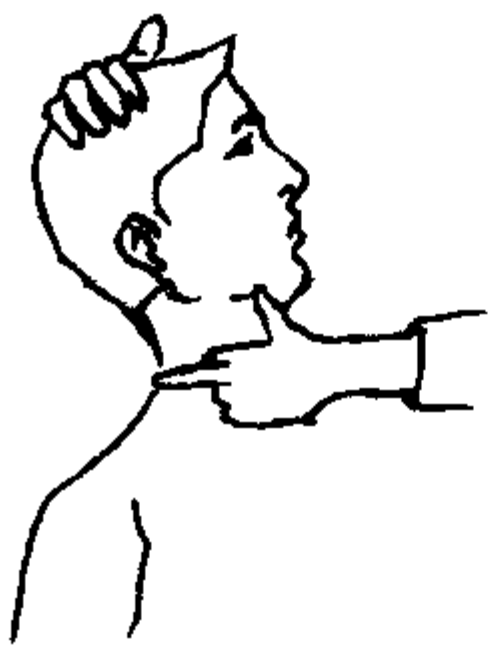


图 8－34　寰椎前向脱骨与前向右下脱骨整治法

13. 寰椎前向脱骨与前向右下脱骨整治法：病人平卧，右而贴板，左肩背向上，医师右手中指放在后脑右下部，左手握下颌，把头颅向上一转。支点在后脑右下部医师的中指上（图 8－35）。

14. 寰椎后向右脱骨整治法：病人俯卧，左面贴板。医师左手握住后脑枕骨顶，右手按病人左而下颌处，用力双手向前一推，仿佛使病人头颅离开头颈（图 8－36）。

15. 寰椎旋转脱骨整治法：病人坐下，医师右手握住后脑顶，左手握住下颌，向手掌心的外面一旋。同时右手向内一旋。此工作时，须使病人于无意与不防中，肌肉完全放松时，迅速旋转之（图 8－37）。

16. 寰椎右向下脱骨整治法：病人俯卧，右面贴板。医师左手按后脑枕骨，旋后脑枕骨向右，同时右手握下颌，向左一旋。此工作时，医师左手向下推头颅，右手向上托颌（图 8－38）。

17. 寰椎左向下脱骨整治法：病人俯卧，右面贴板。医师右手握住后脑枕骨，左手握住下颌，再转向左肩。此工作时，医师左手向上托颌，右手按住后脑枕骨向下而旋转（图 8－39）。

18. 寰椎右向脱骨整治法：病人仰卧，右面贴板，医师用右手掌骨放在病人的寰椎横突部，用力向后与向下一压（图 8－40）。

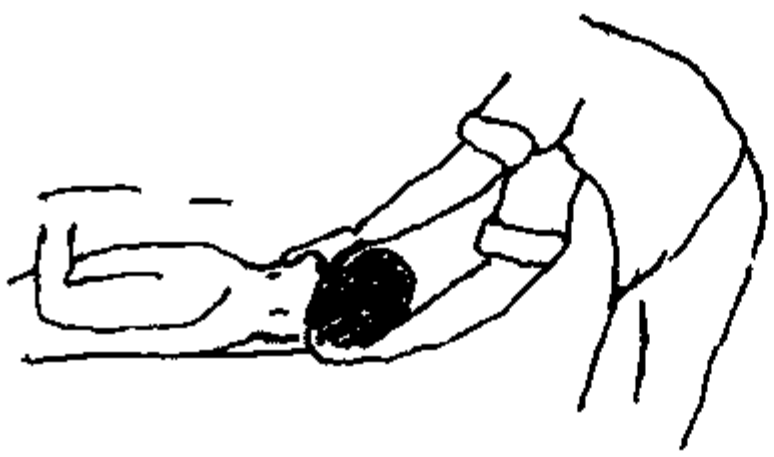


图 8－35　寰椎前向脱骨与前向右下脱骨整治法

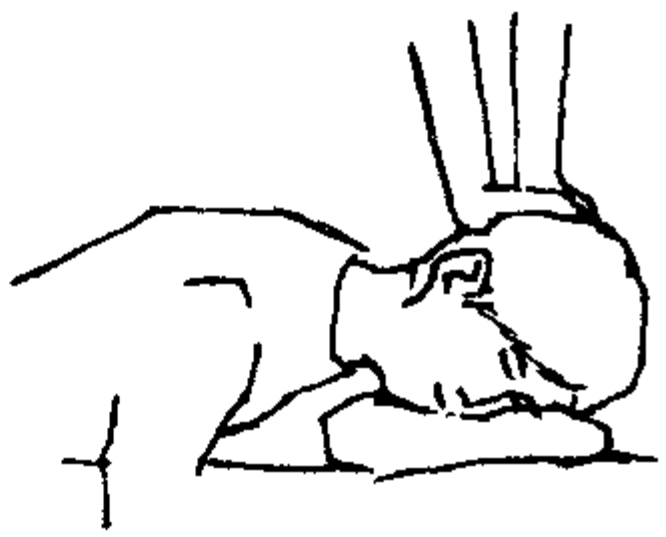


图 8－36　寰椎后向右脱骨整治法

图 8－37　寰椎旋转脱骨整治法

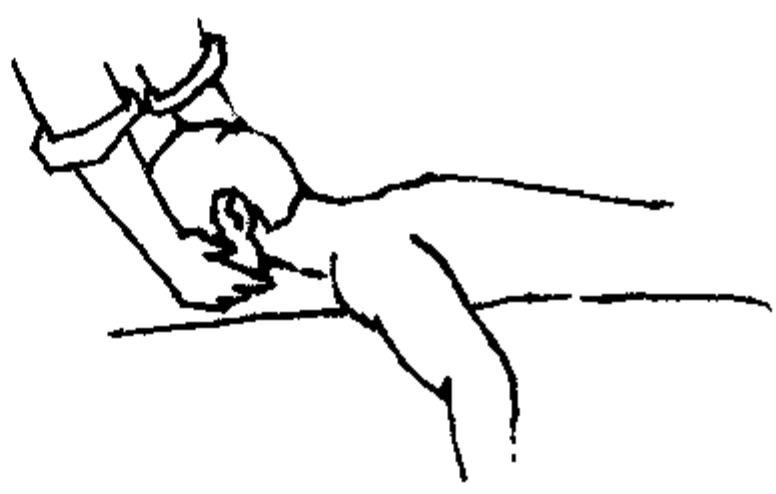


图 8－38　寰椎右向下脱骨整治法

图 8－39　寰椎左向下脱骨整治法

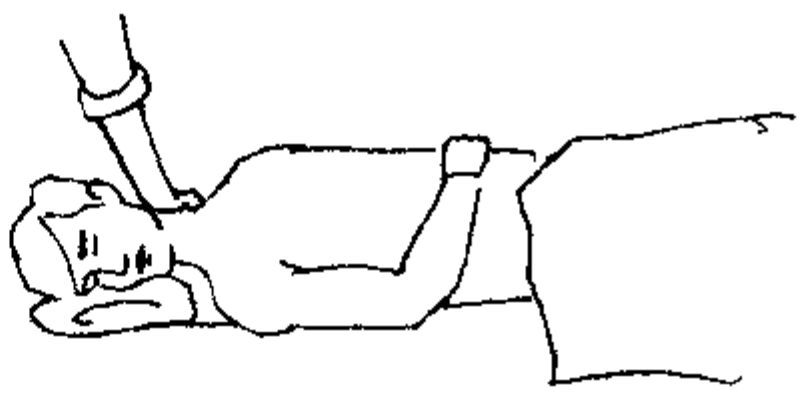


图 8－40　寰椎右向脱骨整治法

19. 颈椎前向脱骨整治法：医师用右手大拇指压在头椎突起部（此处乃所欲开锁的颈椎下一节）之上，左手放在头顶，把颈颅弯曲在此大拇指接触点。于是右手大拇指向前压，左手四指握头颅向后（或右手大拇指向里压，左手四指向外推）。此法适宜 C6、C7 或 T1、T2 脱骨。支点在大拇指处（图 8－41）。

20. 颈椎左向下脱骨整治法：病人坐于椅上，医师立在其后。医师用右手托住病人下颌，病人头向前下垂。左手按住颈椎突起部，按着不动（此处在所欲开锁的下一节）。因欲推头向右，故左手按在突起部之左，用右手旋转头颅向右一下。此动作对整治 C4、C5、C6、T1、T3 皆宜（图 8－42）。

图 8－41　颈推前向脱骨整治法

图 8－42　颈椎左向下脱骨整治法

21. 颈椎前向右脱骨整治法：医师右手用拳，压在颈椎横突与棘突处，用左手掌盖在右拳上，用力向下一压（图 8－43）。

22. 颈肌凸出整治法：此法照图中情况，系颈椎左向上脱骨或下脱骨。医师用右手掌骨之软肉边，压在凸出颈部肌肉处，再立在对面，把头贴紧医师身体，用两手抱紧一下，即将凸出部纳入（图 8－44）。

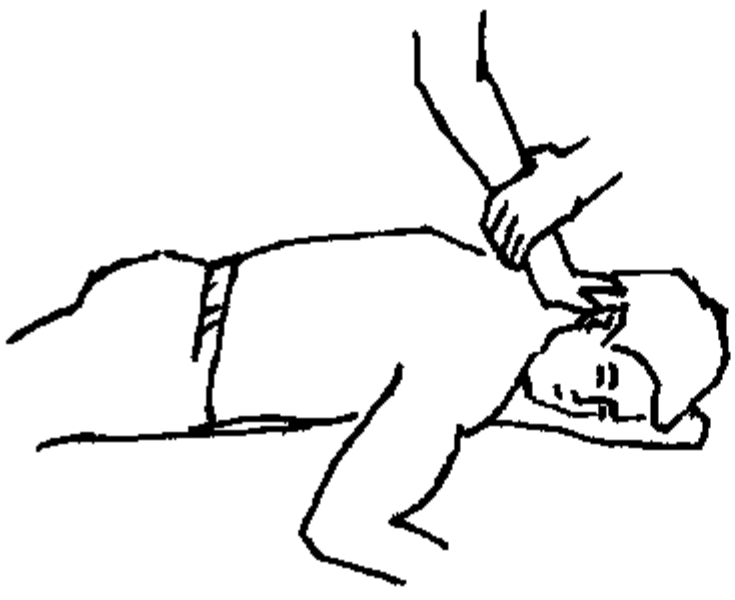


图 8－43　颈椎前向右脱骨整治法

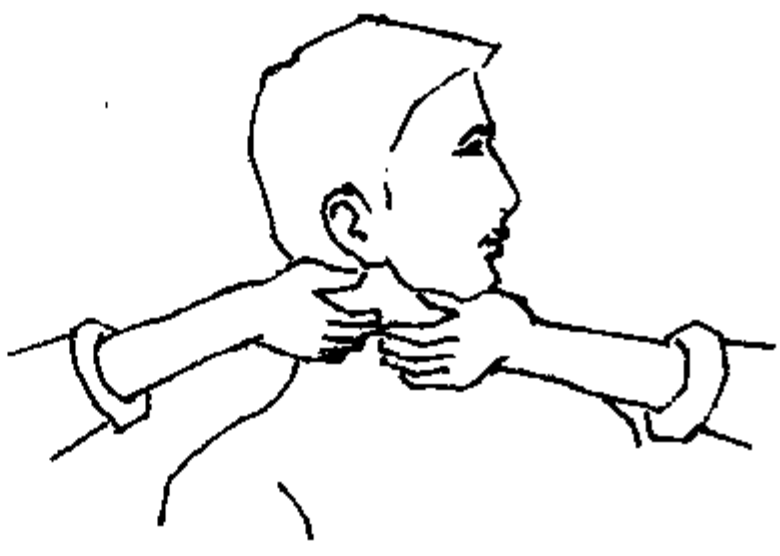


图 8－44　颈肌凸出整治法

23. 颈椎右向上脱骨整治法：病人俯卧，医师用左手大拇指压住颈椎棘突之旁（即在欲推的方向之对面），右手握后脑顶，把后脑顶照时钟指针方向，向下旋转而后向上绕一个圈子。此法治 C5、C6、C7 脱骨。动作时，医师左手大拇指压住为支点，右手搬转为力点（图 8－45）。

24. 颈椎左向下脱骨整治法：用以开右面之锁。医师左手抱头面按住颈椎横突，用中指压紧。右手放在头之一边，将头颅向左一推，即在此左手中指按压处的接触点，迅速一弯（图 8－46）。

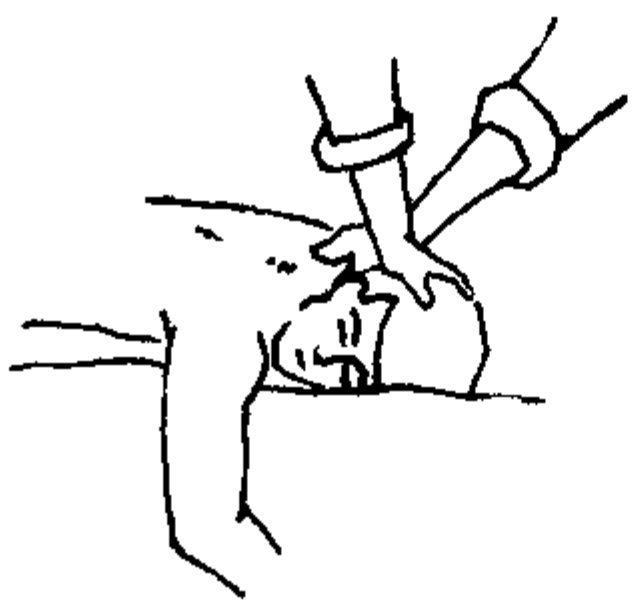


图 8－45　颈椎右向上脱骨整治法

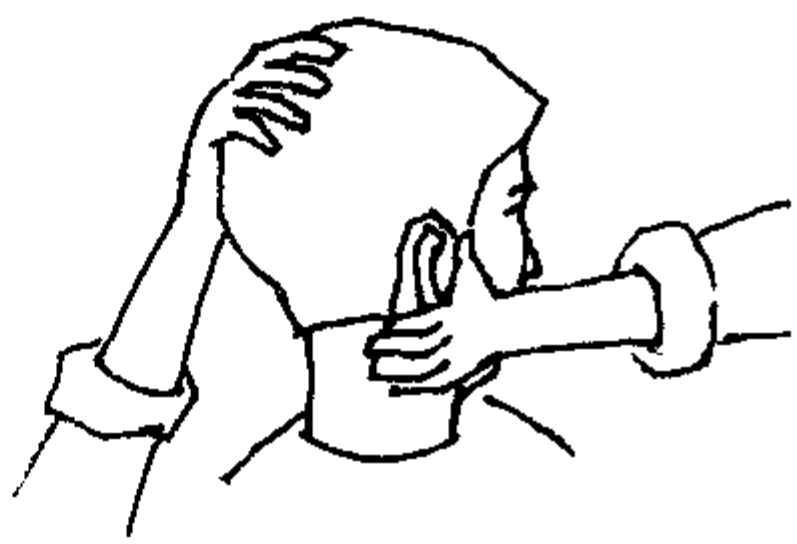


图 8－46　颈椎左向下脱骨整治法

25. 颈椎脱骨整治法：令病人仰卧，医师用手抬起病人的头，仔细按摸颈椎骨有否侧歪。如头骨有一处，凸出在病人右面，医师用左手食指按住凸出之骨处，令病人右面贴板，医师右手握病人下颌，在迅速进行中，左手向上一旋，同时右手向右一推，凸骨即已纳入（图 8－47）。

26. 中部颈椎脱骨整治法：病人俯卧，右面贴板。医师用右手托住病人下颌。用左手大拇指与食指压住后脑枕骨下某一颈椎突起与横突的下面，再用右手托住下颌，拉上而旋转（图 8－48）。

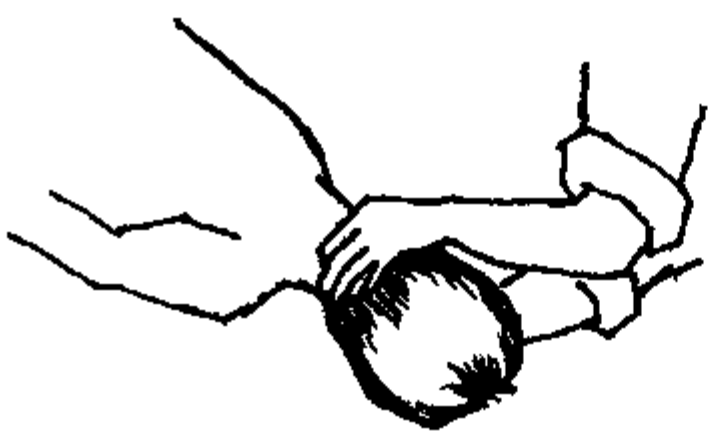


图 8－47　颈椎脱骨整治法

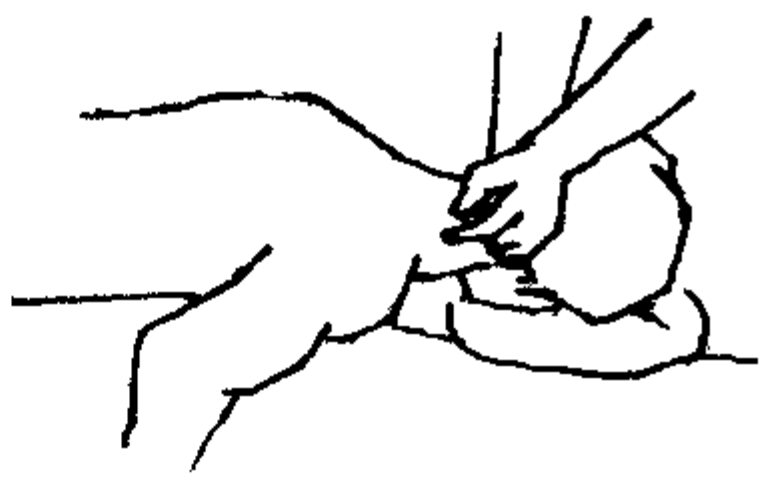


图 8－48　中颈椎脱骨整治法

27. 颈椎右向上脱骨整治法：病人俯卧，左面贴板，医师右手用掌骨，向前压住在某颈椎横突而用力压下，同时左手握住后脑顶，向上一抬（图 8－49）。

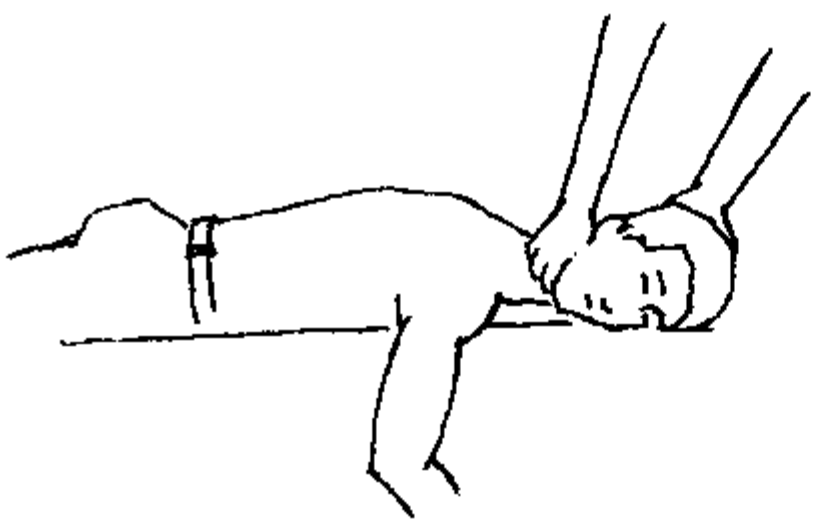


图 8－49　颈椎右向下脱骨整治法

【注意事项】　用手指在身体上压迫，其目的是使神经起反射作用，使收缩的肌肉可以放松，用手掌在脊椎部压迫，其目的是使椎间韧带放长，神经不受压迫。但是人体各部有许多部分，不可长时间压迫，最多压迫时间不可超过 10 秒，逾时，则血管与神经均受损伤。头部的压迫，只耳下菱形肌以后的部分可以压迫，时间须极短。头前气管食管两旁，各有迷走神经，第七颈椎前又有胸肌神经，不可猛压。如损伤之，则血压降低，心肌停止工作。而头前两旁，在迷走神经之外，又有大动脉，手指轻轻按之，可觉得内有脉搏跳动。此处不可猛压，压迫过久，脑部血液循环不能继续，脑部血尽，生命危殆。又在上腹左腰部有胃部的交感神经与交感神经束连结之处，名腹腔神经，又名太阳神经，切不可猛力捶击，击毁后，副交感神经发生麻痹，心肌即停止工作，全身血液循环亦即静止，病人即失去知觉而卒倒。

【文献出处】　范风源. 慢性病按脊疗法[M]. 上海：科学书报社，1953：20－27

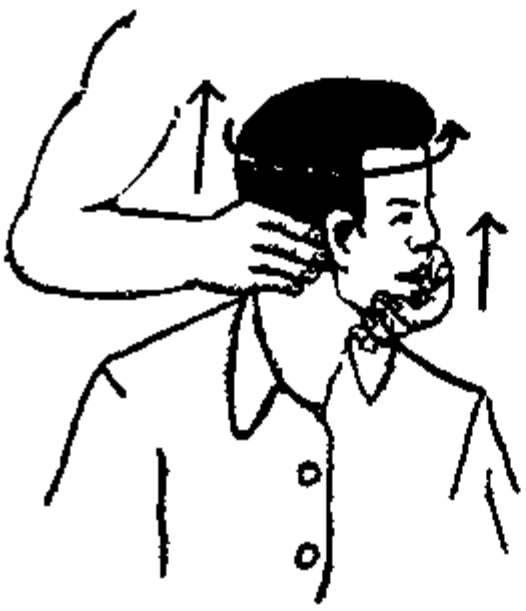


图 8－50　正项法 1

【手法名称】　正项法

【手法操作】　施以局限推按添上摆动之辅法，就是在推按使其血气运行之后，患者不备之时，有尺寸地（下颌不能摆过锁骨）进行轻的摆转项部动作达作响为度，立可收效良佳，为正项神奇之法。故有“添摆正项神”之句。如其疼痛较重者，也须先施推按法，使之气血运行，并可施近穴移痛之按（双肩并、双大抒等穴），同时令其自行摆扭其项，此方法收效较前辅摆为之稍差，但可免在痛极之时强摆再次发生晕厥（休克）之危，不论其辅摆、自摆，两种操法统谓之正项法（图 8－50，图 8－51）。

【主治疾病】　项强、扭项、落枕等项部气血结滞症。

【文献出处】　郭春园. 平乐郭氏正骨法[M]. 郑州：河南人民出版社，1959：240

【手法名称】　挽肘按头法

【手法操作】　病人坐于靠背椅上，医者立于对面，一手握住病人患肢手指，使两人之肘关节互相重叠于侧胸前稍向外，另一手按住病人头部，使其头颈轻微歪向一侧，然后两手同时用力向相反方向推动（图 8－52）。

图 8－51　正项法 2

图 8－52　挽肘按头法

【主治疾病】　颈项强痛、侧转不利。

【文献出处】　乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：36－37

【手法名称】　颈椎扳法

【手法操作】　又称“颈椎旋转复位法”，这里介绍 3 种操作方法。

1. 病人坐位，颈项放松，头略前俯。医者站于后侧方，用一手扶住其头顶部，另一手托住其下颏部，两手协同动作使头作向左或向右慢慢旋转。当旋转到一定幅度（即有阻力）时，稍微停顿一下，随即用劲再作一个有控制的增大幅度（5°～10°）的快速扳动，此时常可听到“嗒嗒”响声。一达到目的，随即松手。

2. 病人坐位，颈前屈 15°～30°，再侧屈到最大幅度。医者站于后侧方，用一手拇指顶按住患椎棘突旁，另一手托住其下颏向同侧方向慢慢旋转（要注意旋转时头不能仰起来），当旋转到有阻力时，随即用劲作一个有控制的增大幅度的快速扳动。与此同时，顶按棘突的拇指要协同使劲向对侧推动，此时常可听到“嗒嗒”响声，同时拇指下有棘突跳动感。

3. 病人坐于低凳上，颈微屈。医者站于一侧，用一手拇指顶按第二颈椎棘突，另一手以肘部托起病人下颏，手掌绕过对侧耳后扶住枕骨部，然后逐渐用力将颈椎向上拔伸。在拔伸的基础上使颈椎旋转到有阻力的位置，随即作一有控制的稍为增大幅度的扳动，顶椎棘突的拇指同时协调用力（图 8－53）。此时，常可听到“喀”的一声或有拇指下棘突的跳动感。

图 8-53 颈椎板法

【注意事项】 上述 3 种颈椎扳法在临床上可根据病情参合应用。但由于颈椎的解剖特点，在应用时必须非常谨慎。术者必须具备一定的临床经验和熟练的手法技巧，做到姿势恰当，操作稳妥，定位正确，手法轻巧。对颈椎有骨质病变可疑者，禁用扳法。关于手法操作过程中听到的“喀嗒”响声，一般临床医生都非常重视，认为是手法成功的标志。但在实际工作中不能获得这种响声时，也不要勉强从事，以免使用粗暴蛮力，损伤颈椎关节，造成不良后果。

【主治疾病】 ①常用于落枕、项强酸痛等症；②适用于颈椎病、颈椎错缝、颈椎生理前凸消失甚或颈曲反张等；③适用于寰枢椎错缝（半脱位）。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：61

【手法名称】 扳颈法

【手法操作】 患者坐稳，颈项放松。医者一手固定患者头部，一手扶托下颌部，可先轻松旋转几下后，再敏捷轻巧地往应扳方向扳转适度即可，听到“嘎叭”响声后，随即捏拿，使局部发热为度。

【注意事项】 患者颈项放松，医者双手协调配合，扳、旋，拔伸，动作灵巧，快慢适宜，准确掌握角度分寸。切勿粗暴行术。

【主治疾病】 颈部伤筋、颈节嵌错、颈痛项强、痛拘引肩、落枕斜颈、活动受限、颈椎病、颈椎间盘突出症，以及跌、打、闪、挫、扭、撞所引起的颈椎病变。

【文献出处】 孙承南. 齐鲁推拿医术[M]. 济南：山东科学技术出版社，1987：141－142

【手法名称】 扳颈项法

【手法操作】

1. 方法有 2 种：①一手扶其项，另一手按置于其额向后稍加用力撳压，使其头向后仰，或一手扶其肩，另一手按其枕后稍用力向前撳压，使其头向前俯；②一手按其左（右）肩，另一手按其左（右）耳旁，稍用力向右（左）斜扳。

2. 用摇颈项法时，在其颈项旋转时，稍加力扳动，以增加摇颈项的效应。

【文献出处】 金义成. 推拿自学入门[M]. 上海：上海科学技术文献出版社，1987：96

【手法操作】 有 3 种方法。

1. 患者坐位，颈放松。医者站于侧方，用一手扶住其头顶，另一手托住下额，使头向左或向右旋转到一定幅度（感觉有阻力）时，应停顿一下，再作有控制的增大幅度（5°～10°）的扳动，随即松手。

2. 患者坐位，颈前屈 15°～30°。医者站于侧方，用一手拇指顶按患椎棘突，另一手托住下

颏向医者站立之一侧旋转扳动，随即松手。

3. 患者坐于低凳上，颈微屈。医者站于侧方，用一手按于第二颈椎棘突，另一手以肘部托起患者下颏，手掌绕过对侧身后，挟住枕骨，逐渐将颈椎向上用力拔伸，在拔伸的基础上作旋转扳动。

【注意事项】 由于扳法活动关节的幅度比摇法大，作用力也较大，因此临床使用时要谨慎，用力要控制，动作要轻巧，尤其在颈部使用本法，应严格掌握适应证。要熟悉人体各个关节伸展及旋转的活动幅度，扳动的幅度要根据关节的生理活动范围及病理状况适当掌握。

【主治疾病】 第一法适用于落枕、项强酸痛等症。第二法适用于颈椎错缝、生理弧度消失或生理前凸出现反张者。第三法适用于寰枢椎错缝（半脱位）。

【文献出处】 骆竞洪主编. 中华推拿医学志——手法源流[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1987：283－284

【手法名称】 刘绍南的扳颈法

【手法操作】 患者取坐位，术者跪立或站立其后，一掌压患者头顶（左向扳时右掌压其头顶，右向扳时则相反），向前后左右进行扳动；术者另一手于患者颈后随扳动用拇指按压，推捏其颈之伤部，其余四指并拢扣颈，以保护脊椎关节和制约扳颈力量，使之适度。

【注意事项】 手法切忌粗暴，扳动力适度。

【主治疾病】 颈椎关节错移、颈椎增殖及周围软组织损伤。

【文献出处】 骆竞洪主编. 中华推拿医学志——手法源流[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1987：266

【手法操作】 一手扶枕后，另手扶托下颌，双手配合使头颈左右放松自然摆动，并以寸劲儿突然向左或右扳之，称为扳颈法。操作要领：患者正坐或仰卧位，颈项放松，略低头前倾，医者立于患者一侧（或头端床前），以一手扶其枕后，另手托其颌下，双手协调用力使患者头项左右摆动。待颈项充分放松，以医者施术手下之感觉为准，决定施扳。施以巧力寸劲儿扳之（即突然加大左右手之力）。扳颈时使头部与颈部活动方向相反，方能达到扳颈目的（图 8－54）。

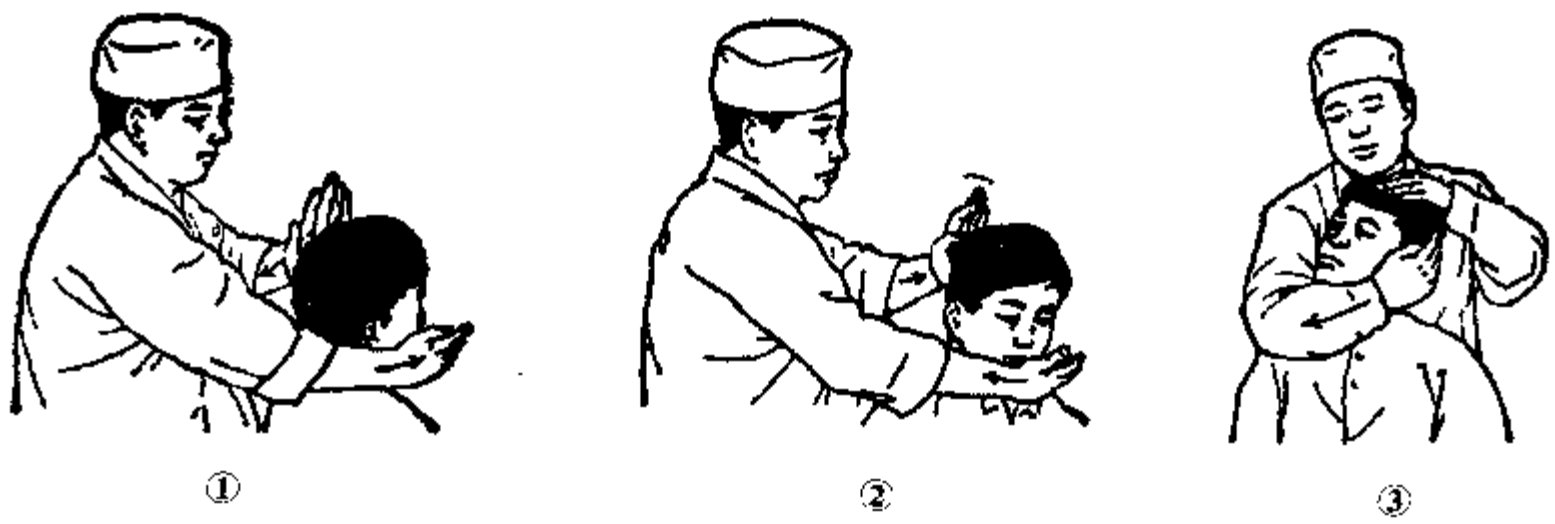


图 8－54　扳颈法

【注意事项】 施用扳颈法前需明确诊断，对严重高血压及血管疾患者慎用。扳颈的角度

不可超过人体的正常生理活动范围，颈项强直的患者应逐渐施用手法加大活动范围，不可操之过急，强行施用。此法以扳法为主。

【主治疾病】 颈项部扭伤、颈椎病、颈椎小关节紊乱、颈风痛及颈肩综合征。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：127－129

【手法名称】 扳颈伸臂法

【手法操作】 扳颈的同时伸牵对侧臂部，称为扳颈伸臂法。操作要领：患者正坐位，医者立于患者后侧，先以双手提拿患者左右肩井，肩关节诸肌，以便肩背诸肌充分放松，然后一手牵拉患侧腕部，使患侧臂部伸直，同时另一手搂患者下颌，使头部转向健侧，双手密切配合，相对用力，扳颈、伸臂（图 8－55）。

【注意事项】 以治疗为主时需先松解肌筋，以诊断为主时需作对称比较。

【主治疾病】 主要用于颈项部以治疗颈肩症和颈椎病的诊断，颈肩综合征、颈肩症、肩臂症、颈项扭伤、面部疲劳等。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：218－219

【手法名称】 头颈扭转法

【手法操作】 患者直坐。医者以手托患者下颌部，另一手扶定头部。操作时将其下颌微微向上抬起，先将头部轻轻向左右旋转数次后，再突然向左右扭转，此时可听到“喀”的响声。左旋转后，再以同样方法进行向右旋转（图 8－56）。要领：①旋转前应嘱患者不宜精神紧张，旋转时，需待颈部肌肉松弛后才能进行操作；②治疗时颈部出现“喀”声后，患者立即感到颈项舒适及活动范围增大。

图 8－55　扳颈伸臂法

图 8－56　头颈扭转法

【注意事项】　年老及颈椎病者慎用。本法对失枕确有立即见效之功，但要辨证明确、手法熟练才能进行操作，以免造成意外事故。

【主治疾病】　失枕、颈部扭伤及外感风寒所致之头痛、颈强等症。

【文献出处】　骆竞洪主编. 实用推拿治病百法[M]. 北京：人民体育出版社，1990：28

【手法名称】　扳颈项法（分两种方法）

【手法操作】　一手扶其项，另一手按置于其额向后稍加用力撤压，使其头向后仰，或一手扶其肩，另一手按其枕后，稍用力向前撤压，使其头向前俯，或一手按其左（右）肩，另一手按其左（右）耳旁，稍用力向右（左）倾斜（图 8－57）。也可用一手在局部施行扳法，一手扳动颈项，还可在用摇颈项法时，在其颈项旋转后，稍加力扳动，以增加摇颈项的效应。

【注意事项】　作扳法时，动作要稳，用力宜缓慢，不要强行用暴力扳动。扳动幅度不得超出正常生理范围，且要注意患者的忍受程度。

图 8－57　扳颈项法

【主治疾病】　颈项部活动不利等病症。

【文献出处】　金义成，彭坚编著. 中国推拿[M]. 长沙：湖南科学技术出版社，1992：218

【手法名称】　颈部扳法

【手法操作】　根据临床需要此法又可分为多向扳法、侧扳法、斜扳法 3 种。

1. 多向扳法　患者坐位，医者面对患者立于其后，一手按扶住患者头顶部，另一手在患者项部或项背部使用其他手法，两手协同，边用手法边作颈项部的前屈、后伸、左右侧屈扳动，反复操作 5～7 遍。

2. 侧扳法　患者坐位，医者立于患者之后，一手掌面按于患侧项肩部，另一手将患者头颈被动置于功能活动明显受限位，而后手掌按于另一侧头颞部，在此姿势下，两手协同用力，将患者头颈迅捷向患侧推压扳动。有时可听到“咯嗒”一串响声。必要时两手变换位置，将患者头颈向健侧推压扳动 1 次。

3. 斜扳法　患者坐位，医者面对患者立于其后偏患侧，一手按扶住患者头顶部，另一手托扶住下颏部，双手协同，将头颈部作顺时针或逆时针方向摇动，当环转摇动至某一最大角度而尚未达到正常范围时，双手协同作相反方向用力扳动颈项部，有时可听到“咯嗒”两声。

【注意事项】　操作时，用力要轻柔，扳动要缓慢，动作要敏捷，扳动的范围和方向要控制在生理活动许可之内，而且一达目的，即还复中立位。施用扳颈法前需明确诊断，严重高血压及血管疾患者慎用。扳颈的角度不可超过人体的正常生理活动范围，颈项强直的患者应逐渐施用手法加大活动范围，不可操之过急，强行施用。

【主治疾病】　颈椎病、颈椎小关节紊乱、颈风痛、颈肩综合征、局部粘连、颈椎病引起的肩颈症等。

【文献出处】　张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：42

【手法操作】 医者两手同时发出不同方向的力，作用于颈椎关节，并能导致该关节中两个关节面产生错动的方法。

1. 患者正坐，医者选适当体位，一手托起患者下颌，另一手托起枕部，嘱患者放松，让其自动旋转，旋至最大限度时，医者双手同时用稳力使其头过旋，此时颈椎可发出响声，该法为不定点扳法，主要适用于落枕（图 8－58）。

2. 患者俯卧，其胸前可垫个枕头，使颈椎处于前伸状态，医者选好适当体位，一手拇指按在偏歪棘突上，另一手掌扶按其头侧，根据棘突偏歪方向来旋转其头部。在旋头的同时，按棘突的拇指同时加力，此时可感到偏歪棘突有错动感，有的患者还可发出响声，此法为定点扳法（图 8－59）。

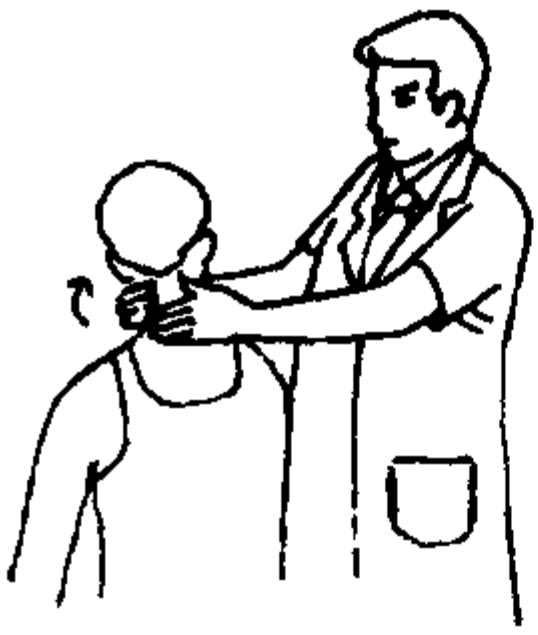


图 8－58 颈椎扳法：坐位

图 8－59 颈椎扳法：俯卧位

3. 患者仰卧，去掉枕头，患者的肩与床头平齐，医者一手掌托起枕部，另一手可按其上胸，此时嘱患者放松颈部，托颈部的手可上抬（屈颈）然后嘱患者转头，同时进行扳动（图 8－60）。

图 8－60 颈椎扳法：仰卧位

【注意事项】 扳法的成功与否，不决定颈椎是否发出响声，主要以偏歪棘突有错动感为成功的标志。操作要领是动作熟练、准确、协调柔和。

【主治疾病】 颈椎小关节紊乱症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：112－113

【手法名称】 颈椎旋转定位扳法

【手法操作】 患者坐位，颈项部放松。术者站于其后侧方。用一手拇指顶按住病变颈椎棘突旁，先嘱患者颈部慢慢前屈，至拇指下感到棘突活动、关节间隙张开时，即保持这一前屈幅度，再嘱其向患侧侧屈至最大幅度。然后术者用一手托住其下颏部向患侧方向慢慢旋转（要注意旋转时头不能仰起来），当旋转到有阻力时，随即用劲做一个有控制的增大幅度的快速扳动。与此同时，顶按棘突的拇指要协同使劲将患椎向

对侧推动。此时常可听到“喀”响声，同时拇指下亦有棘突弹跳感，表示手法成功。

【注意事项】 颈椎扳法在临床上可根据病情选择应用。但由于颈椎的解剖特点，在应用时必须非常谨慎。术者必须具备一定的临床经验和熟练的手法技巧，做到姿势恰当，操作稳妥，定位正确，手法轻巧。对颈椎有可疑骨质病变者，禁用扳法；对高血压或血管硬化的患者，慎用扳法。关于手法操作过程中听到的“喀嗒”响声，一般临床医生都非常重视，认为是手法成功的标志。但在实际工作中不能获得这种响声时，也不要勉强从事，以免使用粗暴蛮力而损伤颈椎。

【主治疾病】 颈椎后关节错位、颈椎病、颈椎生理弧度消失或出现反屈者。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：425

【手法名称】 颈椎压顶扳法

【手法操作】 患者坐位，术者站于其后侧。用一手按住患侧肩部，另一手先将其颈部被动活动至功能活动明显受限的位置，而后将手掌按于另一侧头颞部。在此姿势下，两手协同用力，将患者头部向患侧做突然推压扳动，此时能听到“喀”的响声。必要时两手可变换位置，将患者头颈向健侧再推压扳动一次。

【注意事项】 颈椎扳法在临床上可根据病情选择应用。但由于颈椎的解剖特点，在应用时必须非常谨慎。术者必须具备一定的临床经验和熟练的手法技巧，做到姿势恰当，操作稳妥，定位正确，手法轻巧。对颈椎有可疑骨质病变者，禁用扳法；对高血压或血管硬化的患者，慎用扳法。关于手法操作过程中听到的“喀嗒”响声，一般临床医生都非常重视，认为是手法成功的标志。但在实际工作中不能获得这种响声时，也不要勉强从事，以免使用粗暴蛮力而损伤颈椎。

【主治疾病】 落枕、颈椎病、颈椎小关节错位。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：426

【手法名称】 头颈部运动法

【手法操作】

1. 扭转法　病人坐位，全身放松。医者立于一侧，一手托扶其下颏，另一手置于其头顶，然后双手同时作反方向用力，使病人头颈部随之旋摇，幅度逐渐加大到极限（即下颌转到靠身侧肩前）时，再稍用寸力一扭，即可听到由颈椎内发出一声或数声“咔咔”清脆响声，表明手法成功。此法对落枕、颈椎小关节错位有整复作用（图 8－61）。

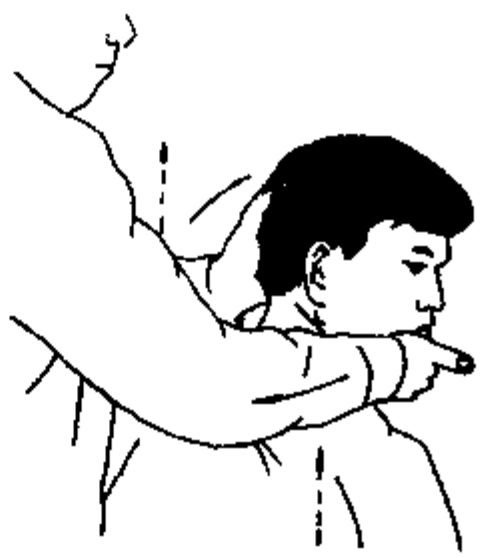


图 8－61　扭转法

2. 旋转拔伸法　医者一手拇指置于颈椎偏歪棘突旁或压痛点处，另一手屈肘并用肘窝托扶其下颌部，在病人处于放松的情况下，以肘部为动力挟持其头颈旋摇，并逐渐加大幅度，当病人下颌被转到肩前极限时（棘突偏歪的一侧），再用寸力向上牵拔，听到一串“咔咔”响声，示手法成功。极据病情，可左右各牵拔 1 次（图 8－53）。本法

相对讲比较安全，但老年人或颈椎病较重者慎用。

3. 挠肘按头法　病人仍取坐位，医者立于其身前，略偏外侧，右手置于侧头部，左手紧握住其患侧五指，并将肘部与患者肘部相叠，同时，左右手向相反方向用力拉扳，如听到响声，即告成功。同法做另一侧（图 8－52）。此法主要用于颈椎僵硬重滞、活动不利者。

【主治疾病】　主治颈部各关节及其周围组织病变，以及肌组织萎缩、松弛等症。

【文献出处】　栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：84－86

【手法名称】　掰颈法

【手法操作】　患者取卧式或坐式，术者跪立或站立其后。一掌压患者头顶（左掰时，右掌压其头顶，右掰时左手掌压其头顶），做前后左右之掰动，一手于颈后随掰动活动用拇指压按、推扭其颈之伤部，使错扭关节及损伤得以整复，其余四指并拢扣颈，以保护颈椎关节，使掰颈力量适度。

【主治疾病】　颈椎关节错移、颈椎骨质增生及周围软组织损伤。

【文献出处】　丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：442

【手法名称】　颈椎斜扳法

【手法操作】　颈椎斜扳法分为单手斜扳法和双手斜扳法。

1. 单手斜扳法　取患者坐位，医者站于患者身后，以胸部抵住患者枕后部，一手扶对侧面颊部，另一手扶住颈部（如有棘突偏歪，可推偏歪的棘突），使颈椎侧方旋转至最大限度，医者手下有固定感后，扶面颊的手稍用力，向上向后使颈椎旋转，可听到“响声”。

2. 双手斜扳法　取患者坐位，一手扶下颌，另一手托枕部，使颈椎侧方旋转至最大限度，有固定感后，双手相对用力，使颈椎向上向后旋转，可听到“响声”。

【注意事项】　操作用力要适当轻巧，忌粗暴用力。

【主治疾病】　颈椎错位、颈椎病、颈椎小关节错位。

【文献出处】　薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：90

【手法名称】　颈部多向扳法

【手法操作】　患者坐位，医者立其后，一手扶前额部，另一手扶后项部，两手协同用力，缓慢做前屈、后伸、左右侧屈扳动，反复操作数次。

【注意事项】　颈部扳法对严重高血压及血管疾病的患者慎用，操作时应在正常的生理范围内进行，勿施暴力、蛮力。

【主治疾病】　落枕、颈椎病、颈椎小关节错位等症。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：99

第三节　胸背部扳法

一、扳胸法

【手法名称】　胸部按脊疗法

【手法操作】

1. 胸椎后向脱骨整治法　此法整治 T2 和 T3。医师左手大拇指按住胸椎棘突部，即按在需要松开两胸椎的下一节椎骨。右手握住头颅，先向左边侧一椎，再向右边侧一推，接着即向后一仰（图 8－62）。

2. 胸椎后向下脱骨整治法　医师右手按住胸椎凸出之椎骨，抬起。右手之肘，可休息于医师膝上。左手握住后脑顶，仰着向后弯缩，此时病人上半身成侧旋运动而头则下垂至于至极。此法整治上部胸椎（图 8－63）。

图 8－62　胸椎后向脱骨整治法

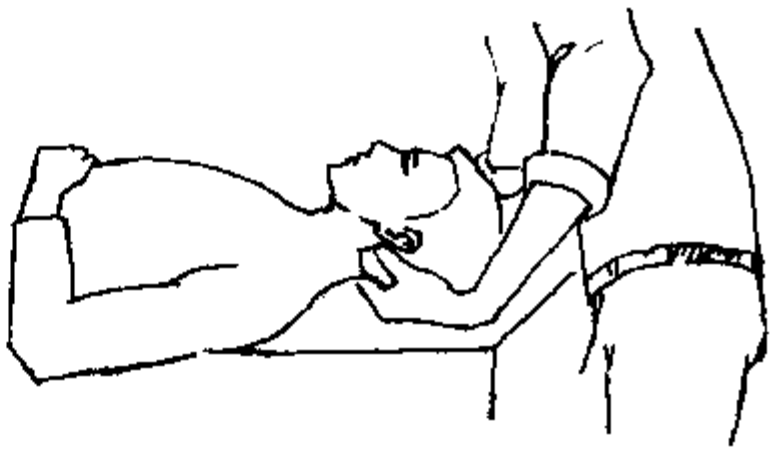


图 8－63　胸椎后向下脱骨整治法

3. 胸椎韧带放松法　病人腹下垫有一个三寸直径或五寸直径圆形皮枕，医师右手压住屁股，左手压在上部胸椎棘突外，医师用力，把两只手掌向外伸压，使病人胸椎分开韧带拉长（图 8－64）。

4. 胸椎后向右上脱骨整治法　病人俯卧，面向医师。医师左手压在胸椎棘突上，右手助之。于是左手用迅速方式，把医师本身力量完全倾斜面压下。此法可按压下部颈椎及上部胸椎，惟以 T3 为止（图 8－65）。

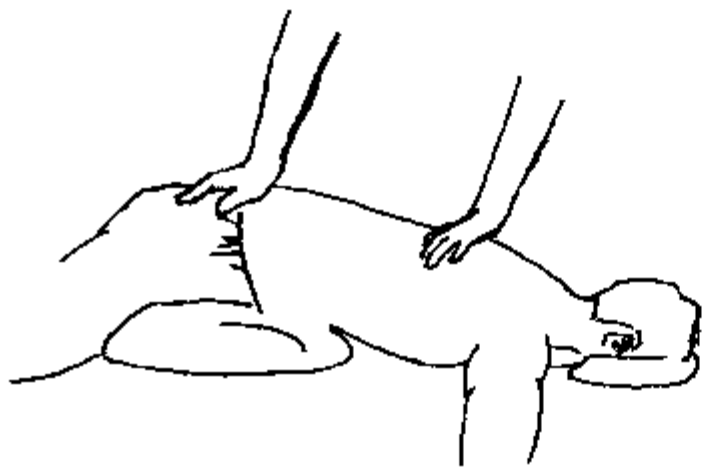


图 8－64　胸椎韧带放松法

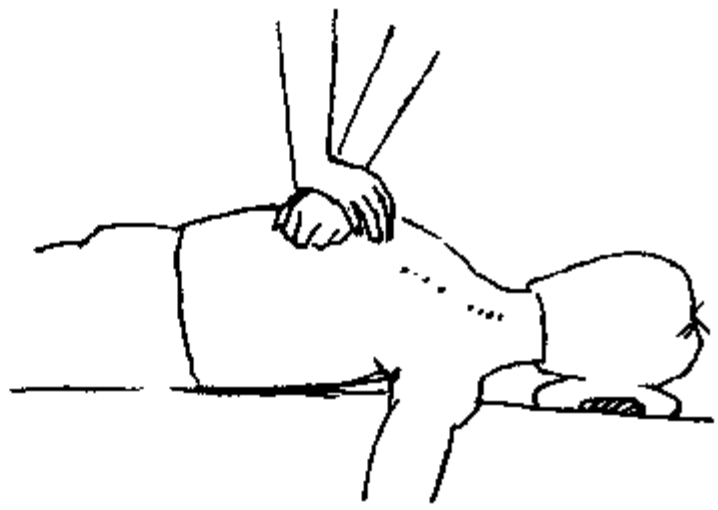


图 8－65　胸椎后向右上脱骨整治法

5. 胸椎后向右上脱骨整治法　病人俯卧，面向医师，头略抬高，用病人左肘放在头下。医师用左手用力向下向前一压，右手覆着相助。此法使病人背脊抬成弯曲形，则容易整压（图 8－66）。

6. T1 后向上脱骨整治法　病人坐下。医师用左手托着下颌。右手大拇指压在 C7 棘突，或 T1 棘突。压住不动，左手托颌，把头颅向上一托，即向左旋转一下。因为 T1 不允许旋转，故只 C7 旋转（图 8－67）。

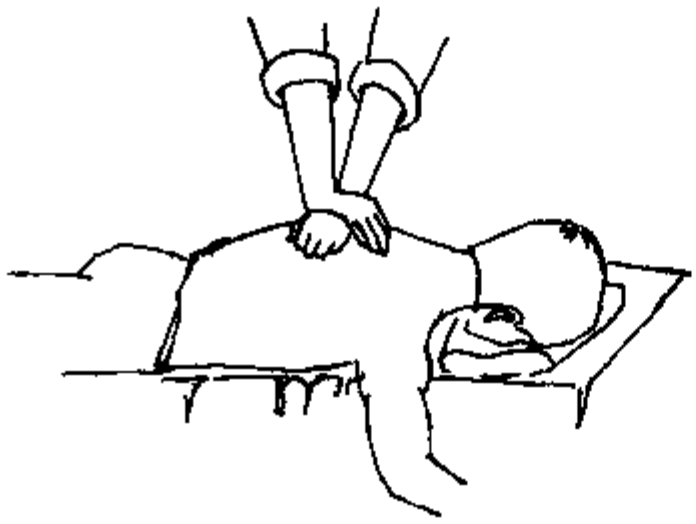


图 8－66　胸椎后向脱骨整治法

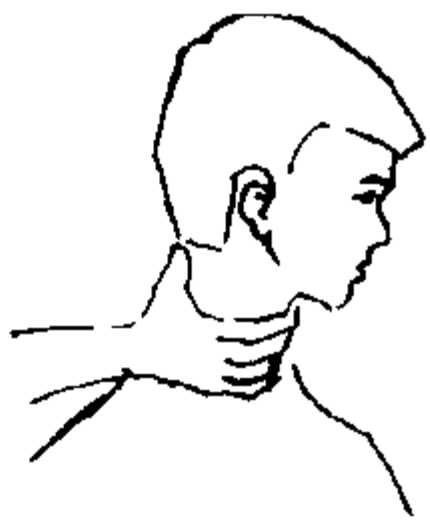


图 8－67　T1 后向上脱骨整治法

7. 胸椎后向右下脱骨整治法　医师左手大拇指压住胸椎棘突之旁，右手托住下颌而把头颅托起绕一个大圆圈。此法适宜于下部颈椎及上部胸椎脱骨应用（图 8－68）。

8. 胸椎后向右上脱骨整治法　病人坐着，医师右手大拇指压住胸椎棘突，左手握住头颅向后一侧（8－69）。

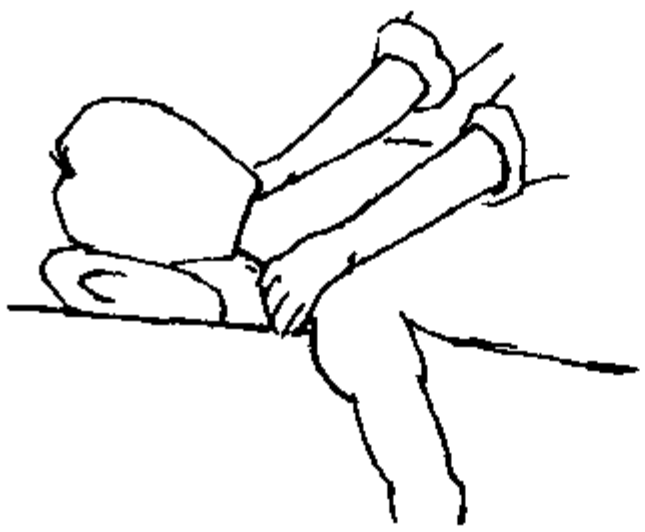


图 8－68　胸椎后向下脱骨整治法

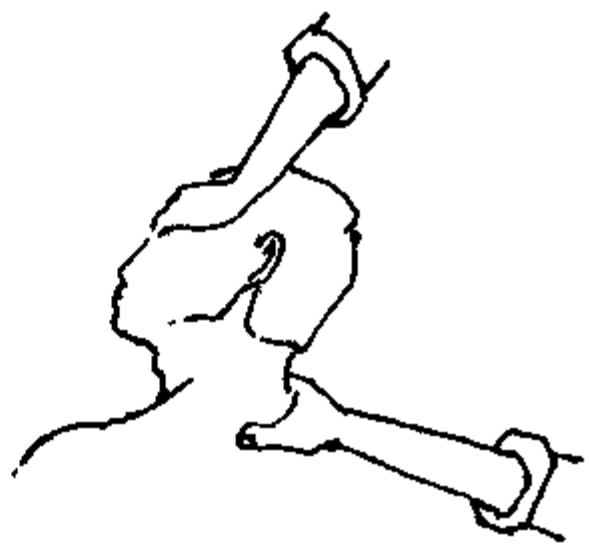


图 8－69　胸椎后右上脱骨整治法

9. *胸椎后向左上脱骨整治法*　病人俯卧，医师右手压住胸椎，压力角度为 30°～40°。左手助之。于是医师向前 30°～40°迅速一压。此法也可向后 30°～40°压下。也有用大拇指或掌骨压下者。凡左上脱骨则向前压，右下脱骨则向后压（图 8－70）。

10. *T1 后向右上脱骨整治法*　病人面椅背而坐。医师用右手大拇指按住胸椎棘突之旁，压住不动，左手提起病人左手腕，朝天向外绕一大圈，即病人左手照时针指向而旋转。此乃治胸椎后向左上脱骨。如胸椎右上脱骨，则提病人右手腕，朝天逆时针方向，而绕一圆圈（图 8－71）。

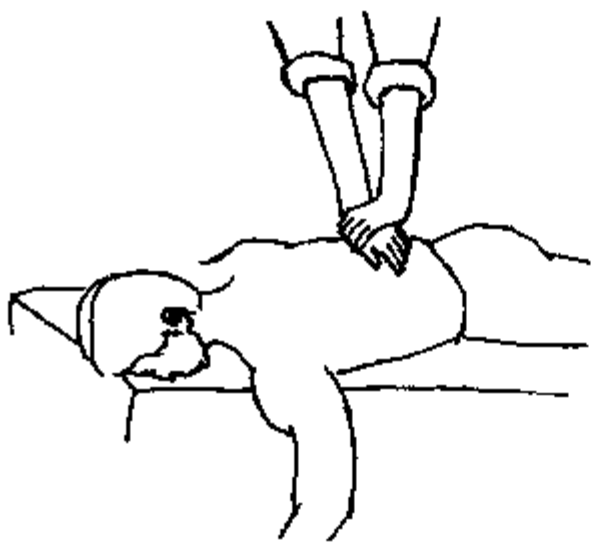


图 8－70　胸椎后向左上脱骨整治法

图 8－71　T1 后向右上脱骨整治法

11. *胸椎后上脱骨整治法*　病人而椅背而坐，医师用右膝踝骨抵住病人胸椎之旁。用两手握住病人两肩向后一仰。此法又可以止泻（图 8－72）。

12. *胸椎后向左下脱骨整治法*　病人而椅背而坐，医师用右手大拇指压住胸椎棘突，左手提起病人左侧手腕，向外绕一大圆圈（图 8－73）。

图 8－72　胸椎后上脱骨整治法

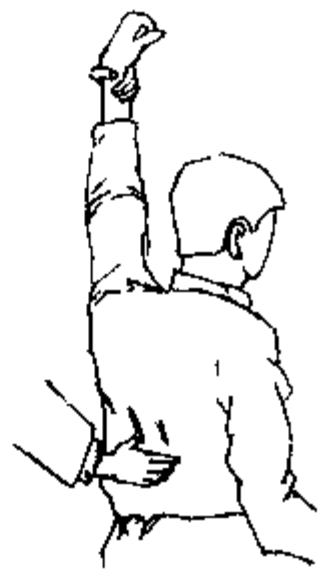


图 8－73　胸椎后向左下脱骨整治法

13. 胸椎后向右下脱骨整治法　病人面椅背而坐，医师用右膝踝骨抵住胸椎棘突部，提着病人右手腕向上一提，向外绕一转（图 8－74）。

14. 胸椎韧带放松法 1　病人两手上举，靠近耳旁，医师两手钩住病人两手，向上一举，使病人两足离地。此法举行时，病人不得用劲，不得畏缩，放松肌肉，连做数次（图 8－75）。

图 8－74　胸椎后向右下脱骨整治法

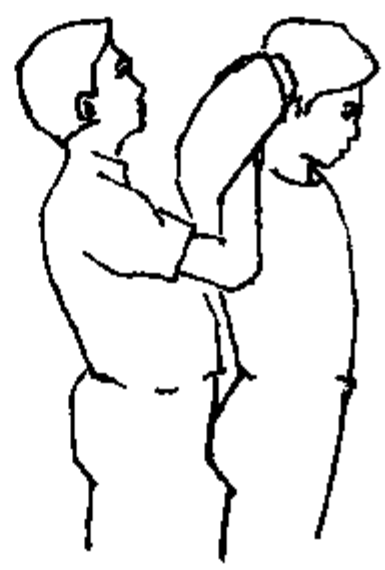


图 8－75　胸椎韧带放松法 1

15. 胸椎韧带放松法 2　病人两手举起，两拳高过眼睛，两肘耸在胸前。医师抱住病人两肘，向上一举，病人两足离地（图 8－76）。

16. 胸椎腰椎整治法　病人俯卧，腹部垫有枕头或圆枕（皮质）。医师用左掌骨压在胸椎棘突之左，或棘突之右，或棘突下边，或棘突之上边，右手覆着帮助之，迅速用力一压而压平。此法对下部胸椎或腰椎最适宜（图 8－77）。

图 8－76　胸椎韧带放松法 2

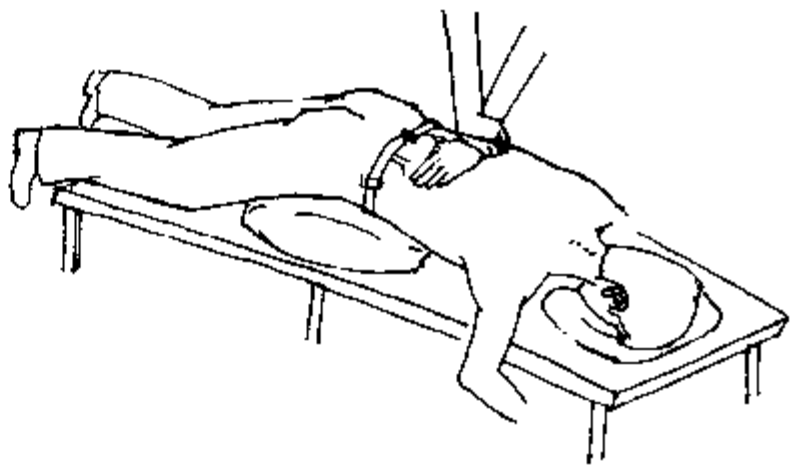


图 8－77　胸椎腰椎整治法

17. T6 后向上脱骨整治法　医师用长布索围于病人第五肋骨处，用右膝踝骨抵住病人 T6 处，膝踝上包有厚布。医师用力轻轻把长布两端向后一拉，听“克拉”一声，胸椎已整。但用力不可过猛。过猛易使肋骨折断（图 8－78）。

18. 胸椎整治法 1　病人侧面俯卧，背向上。医师用右掌骨压（或斜切）在胸椎棘突上，可压在棘突之左，或右，或向前压，或向后压。迅速用力一压，压平（图 8－79）。

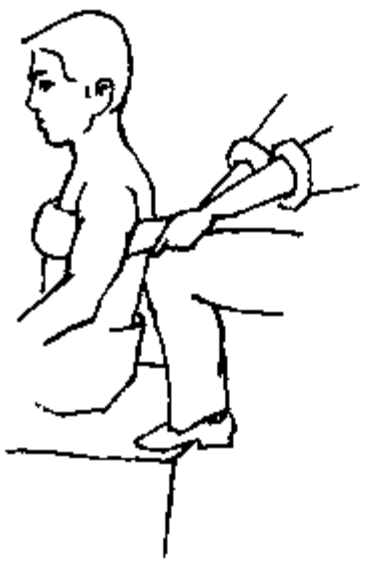


图 8－78　T6 后向上脱骨整治法

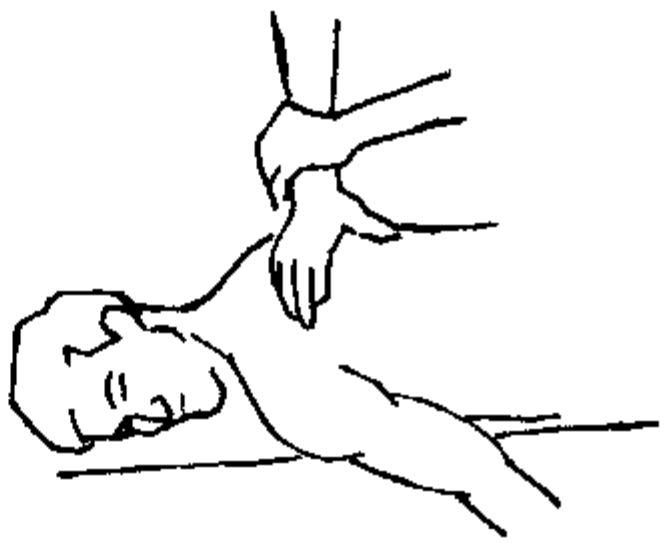


图 8－79　胸椎整治法 1

19. 胸椎整治法 2　医师用右掌覆在病人胸椎上，可在棘突之四周，如向前推，向后推，向左边推，向右边推，视脱骨情形而定。在病人肌肉放松时，迅速用力一压，压平（图 8－80）。

20. 胸椎左脱骨或右脱骨整治法　医师用两手交叉压在同一胸椎的左右两横突上，左手向后推，右手向前推。于是此左或右脱骨的胸椎，可以推整（图 8－81）。

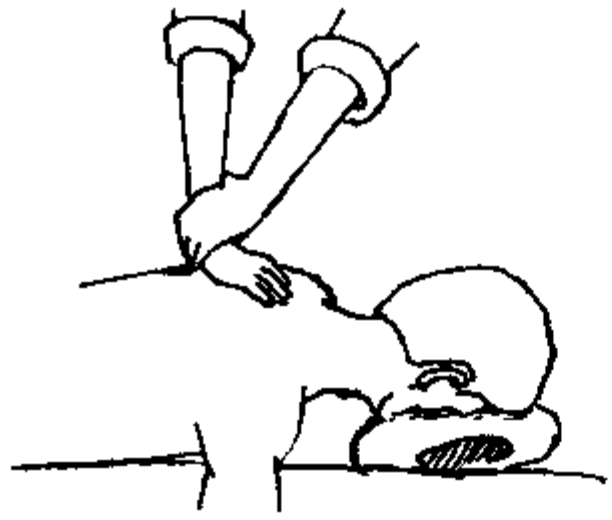


图 8－80　胸椎整治法 2

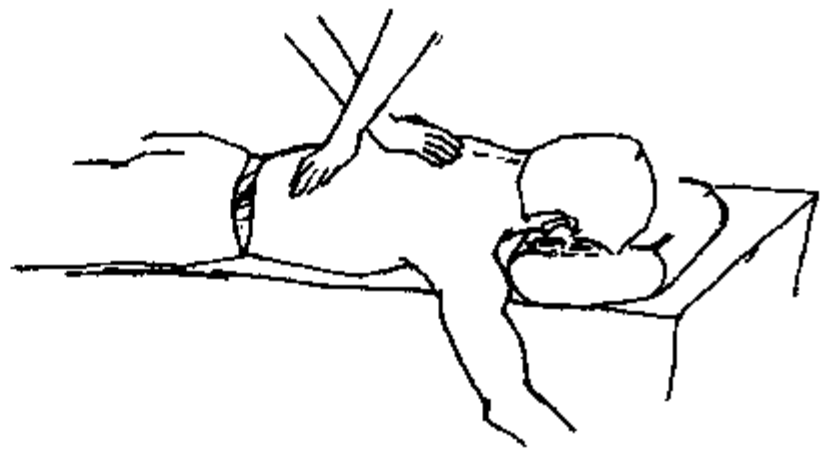


图 8－81　胸椎左脱骨或右脱骨整治法

【注意事项】　人体各部有许多部分，不可长时间压迫，最多压迫时间不可超过 10 秒，逾时，则血管与神经均受损伤。在上腹左腰部有胃部的交感神经与交感神经束连结之处，名腹腔神经，又名太阳神经，切不可猛力捶击，击毁后，副交感神经发生麻痹，心肌即停止工作，全身血液循环亦即静止。病人即失去知觉而卒倒。

【文献出处】　范风源. 慢性病按脊疗法[M]. 上海：科学书报社，1953：28－33

【手法名称】　胸椎病的治疗手法

【手法操作】　如为上胸部痛，则按颈椎病治疗，即拉头转脖子方法；如为下胸部痛，则用胸椎病按摩方法治疗。具体做法是：病人侧卧，用凳子缘顶住胸椎压痛点处，助手牵拉病人上而下肢，医生用手推动病人上面的腋窝处（图 8－82）。阵发性推动，每分钟 30 次左右，双侧都作，每日 1 次。

【文献出处】　李桂桐，贾涛. 简易新按摩疗法[M]. 石家庄：河北人民出版社，1975：45－46

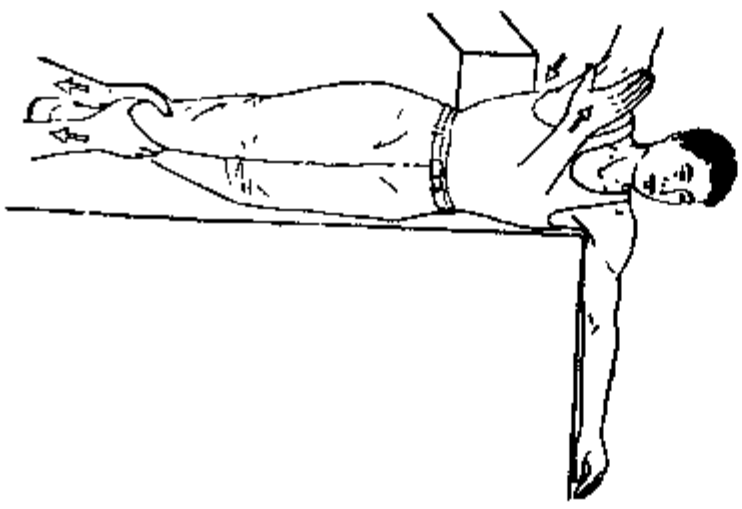


图 8－82　胸椎病按摩

【手法操作】

1. 被操作者取坐势，医生立于其身后。操作时，使其两手交叉置于项后，医生双手托其肘后向后用力扳动。扳动时医生单足立地，另一下肢屈膝，并以膝部向前顶其背脊，以增效应。此法又称“扩胸法”。

2. 被操作者取坐势，医生立于其身后。向右扳时，使其左手上举，医生左手按置于其左髂，右手置于其左腋下用力推压，向左则动作相反。

【文献出处】　金义成. 椎拿自学入门[M]. 上海：上海科学技术文献出版社，1987：97－98

【手法名称】　抱项提膝顶法

【手法操作】　患者双手自抱项部，医者提而膝顶，称抱项提膝顶法。患者正坐一矮凳上，双手十指互相交叉锁紧，扣于项后，医者立于患者背后，双臂分别自患者两腋插入肘三角并以手叩扶于患臂尺，桡中1/3处叩紧握实，双手按臂，双臂提臂（肱部），同时以膝顶于背部痛处，手膝同时用力，可听到响声（按使患者前倾，提使脊椎牵开，顶使棘突归位），即感痛减，呼吸通畅。最后以手法于局部疏揉（图8－83）。

【注意事项】　操作前应认真诊断，操作中应集中精力，与患者密切配合。

【主治疾病】　椎间盘突出症、小关节紊乱、棘上韧带炎、扭闪挫岔。

【文献出处】　李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：250－251

图8－83　抱项提膝顶法

【手法名称】　扩胸扳法

【手法操作】　患者坐位，两手十指交叉置于项枕部，医者立于患者背后，两手分握住患者两肘部，或从两腋下前伸分握住患者两前臂部，并用一膝部抵顶住患者背部的某压痛点。在此姿势下嘱患者自行俯仰，配合作深呼吸，俯时呼气，伸时吸气，同时医者两手用力将患者两肘部向后扳动，膝部向前抵顶，使患者胸肋和肋椎关节活动，以作扩胸牵引扳动。操作时，医者两手还可协同用力，将患者向左或向右作侧屈牵拉倾斜扳动。

【注意事项】　操作需缓慢进行，由轻而重，再以巧力扳之，避免暴力。体弱者慎用，老年骨质疏松者禁用。

【主治疾病】　胸胁进伤、胸椎后关节紊乱症、肩胛间综合征等。

【文献出处】　张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：43

【手法操作】　医者两手同时发出不同方向的力，作用于胸椎关节，并能导致该关节中两个关节面产生错动的方法叫胸椎扳法。

1. 患者正坐，医者选适当体位，双手通过患者腋下，到其胸前，此时嘱患者两手在胸前交叉，医者两手可握其前臂，嘱患者做深呼吸，在其呼气时，医者可上提其躯干，此时可听到下胸椎发出响声（图8－84）。

2. 如患者下胸椎明显后突者，在上提躯干的同时（动作同上），医者可用膝部顶推后突的棘突，动作要协调，此法适用于下胸椎排列不整（图8－85）。

3. 如上胸椎棘突向后突出，可嘱患者直立，医者选适当体位，患者双手于颈后交叉，医者双手从患者腋下握其两肘，同时医者的侧胸顶推突出的棘突，嘱患者深呼吸，在呼气时，同时上提前顶（图17－35）。

【注意事项】　动作熟练、准确、协调柔和。

【主治疾病】　胸椎排列不整、棘突偏歪等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京:华夏出版社,1993:113

图 8-84 上胸椎扳法

图 8-85 下胸椎扳法

【手法名称】 胸部扳法

【手法操作】

1. 扩胸扳法 患者坐位,令其双手交叉扣住,置于项部,术者立于背后,用两手握住患者双肘部,并用一侧膝部顶住其背部,嘱患者扩胸至最大角度,再作扩胸扳动(图 8-7)。

2. 胸椎对抗复位法 患者坐位,双上肢上举,挺胸,术者立其后。一上肢环抱其上臂下端,向后扳动其上肢,另手拇指在后顶按患部棘突,用力推按,使其复位(图 17-35)。

【注意事项】 以上方法操作时,动作必须果断而快速,用力要稳,两手配合要协调,扳动幅度一般不能超过关节生理活动范围。

【主治疾病】 关节活动功能受限、关节错缝等。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄:河北科学技术出版社,1995:409-410

【手法名称】 胸背部扳法

【手法操作】

1. 扩胸扳法 患者坐位,令其双手十指交叉扣住,并抱住颈项部,术者站于其后,用一膝抵顶住其背部病变处,双手分别扶住其两肘部。先嘱其做主动前俯后仰运动,并配合深呼吸,即前俯时呼气,后仰时吸气。如此活动数遍,待其身体后仰至最大限度时,术者随即两手用力将其两肘部做突然的向后拉动,与此同时膝部也向前作顶抵,此时常可听到"喀嗒"声,表示手法成功(图 17-35)。操作时尚应注意,在患者做前俯运动时,术者应将其两肘部尽量朝前推,使其内收。在患者做后仰运动时,将其两肘部尽量向后拉,使其外展,膝部要顶压住其背部,使其胸部充分扩展,帮助深吸气动作。整个动作要缓和而稳妥,配合协调。

2. 胸椎对抗复位扳法 患者坐位,双手十指交叉扣住,并抱住颈项部,术者站其后,用一侧膝部顶住病变胸椎处,双手分别从患者腋下伸入,并握住其前臂下段,嘱患者做前俯后仰运动。数次之后,在做后伸运动时,术者握住前臂的两手用力下压,术者前臂则用力上抬,将患者脊柱向上向后牵伸;与此同时,膝部向前向下用力,并稳住患者身体,如此形成对抗牵引。持续片刻,最后协同再做一突发性的用力,常可听到"喀嗒"声,以表示手法整复成功。本法成功的关

键在于三个方面的动作，即下压、前臂上抬和膝部顶压动作要协调一致，同步用劲。

3. 扳肩式胸椎扳法　患者俯卧位，上身放松，术者站于患侧，以一手掌根抵住偏歪之棘突，另一手从对侧肩腋下穿入扶住其肩的前部，并向上抬起，使胸椎旋转至有阻力时，双手协同用力，向相反方向作一个有控制的、稍增大幅度的突发性扳动，此时可听到“喀嗒”的响声，标志手法整复成功。

4. 仰卧压肘胸椎扳法　患者仰卧位，两手交叉分别抱住对侧肩部，术者站于其侧，一手握拳，拳心向上，将拳垫在患者背部患椎处，另一手按住患者两肘，并缓缓用力下压。然后嘱患者做深呼气，待呼气末时，术者突然做一向前下方的按压。此时常可听到“喀嗒”声，表示整复成功。

【注意事项】

1. 严格掌握扳法的适应证和禁忌证。

2. 扳动应在人体生理、病理范围内进行。

3. 动作贵在稳、准、巧，切忌使用暴力或蛮力。

4. 必须先舒筋、后扳法。

5. 脊柱结核、脊柱骨折、椎管内外肿瘤、严重的骨质疏松症，以及严重的心、脑、肺、肾疾患等病症均为扳法的禁忌证。

【主治疾病】　胸胁进伤、胸椎后关节功能紊乱症。胸背痛大部分是由胸椎后关节功能紊乱所致，此类患者经胸椎整复后症状可见缓解或消失，常与胸椎的按压法配合应用。

【文献出处】　钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：134－135

【手法操作】　患者端坐矮凳上，双手自然垂放，医者双手自患者两肩外侧环抱患者上胸，双手掌在患者胸骨上端手指交叉相握，嘱患者略向后仰背靠医者右膝，头置于医者右肩。医者上身略前俯，右膝顶住患椎棘突，在患者呼气未了时，医生双手用力往后下方压，右膝同时往前上方顶推，此时可闻关节复位响声，手法完毕。

【注意事项】　有以下情况者要慎用手法治疗。

1. 年老体弱，妇女妊娠期、月经期。

2. 有严重心、肝、肾、肺等器质性疾病者。

3. 伴有传染病急性期，恶性肿瘤及骨与关节结核者。

4. 局部有感染病灶或皮肤病者。

【主治疾病】　胸椎损伤性疾病有轻度移位者，以中上段胸椎疾病最适宜。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：891－892

二、扩胸法

【手法名称】　扩胸法

【手法操作】

1. 术式　直坐，上肢屈肘，两手交叉置于枕后，医者站其后方。

2. 操作　医者以两手拿定患者两肘部，再以膝关节置其胸椎陶道穴上，嘱患者向前挺胸进

行深呼吸，然后将两肘紧拉向后的同时，在背部用膝推按向前，反复推按 3～5 次。

3. 要领

(1)膝按时应随患者呼吸，膝按时机应在呼气动作时进行。

(2)治疗时及治疗后均有心胸开阔、呼吸畅快的感觉。

【注意事项】 勿拉伤肋骨。

【主治疾病】

1. 胸闷，气急，呼气不畅，胸胁中痛，中气不和，常配顺气法及束胸法。

2. 头痛，眩晕，项背拘急，常配揉风池法，按百会法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：141－142

图 8－86 膝拱推法

【手法操作】 患者两手指交叉放于头颈部，两肘分开外展，医者用两手握住患者肘部，腹部抵住患者背部，拉其两肘向后作扩胸动作，一般连续向后扩展 10 次左右。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：18

【手法名称】 膝拱推法

【手法操作】 医者用两只手扶住患者两肩，然后用膝盖部贴着脊柱或两侧膀胱经循行线自上而下推动(图 8－86)。治疗于脊柱或两侧膀胱经循行线。

【主治疾病】 高血压症、脊椎肥大症及腰椎间盘突出症。

【文献出处】 闻正怡，周华龙，刘孔江. 朱金山推拿集锦[M]. 南京：江苏科学技术出版社，1983：8

第四节 扳腰法

【手法名称】 腰(胸)部按脊疗法

【手法操作】

1. 胸椎骶骨整治法 医师用两手大拇指交叉成“十”字形，压在胸椎的横突左右之上。压时用力向下与向前同时进行，即有椎骨与椎骨间分开的克拉声。按肋骨间有膜，分开肋骨也有声音。如不用两大拇指，改用两手掌，交叉成“十”字形，按在胸椎横突上，也同样有声响。此法最易获得病人信任(图 8－87)。

2. 胸椎腰椎整治法 医师用左手大拇指后一块圆球高肌肉，压在病人胸椎棘突之上，再用右手大拇指下一块圆球高肌肉，压在左手此点之上，以助之。如此对准棘突迅速一压。此法可用以整治上部腰椎，直升至 T3(图 8－88)。

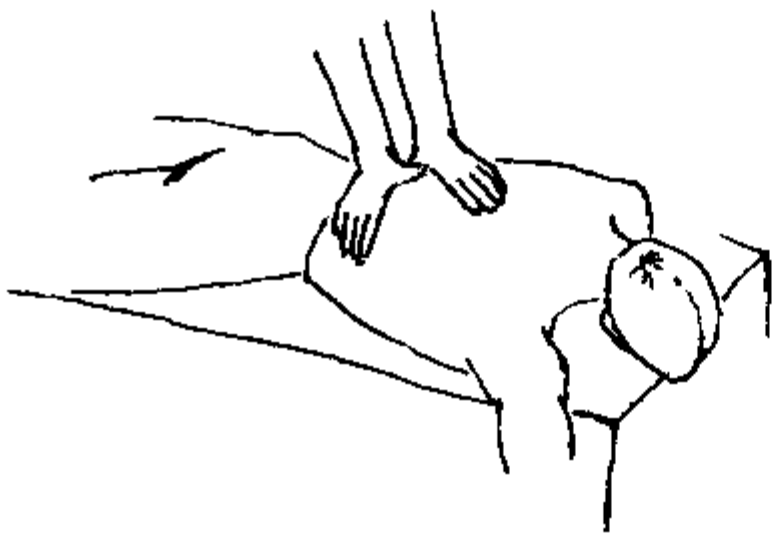


图 8－87　胸椎骶骨整治法

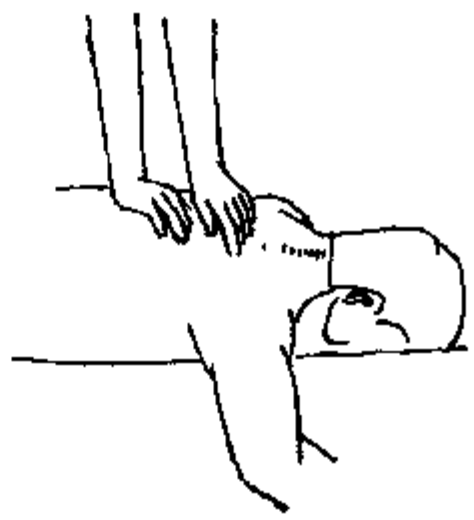


图 8－88　胸椎腰椎整治法

3. 腰椎后向上脱骨整治法　此法使腰部肌肉放松，推整时病人毫无不舒服。病人腹下，最好放一块小皮枕，以免腹部受压迫。医师两人，一人拉住病人右足，抬高 12 时到 15 时。一人用手掌迅速推压，如腰椎向左面凸起，则拉起病人右足而推压。如腰椎向右面凸起，则拉起病人左足而推压（图 8－89）。

4. 腰椎后向下脱骨整治法　此法须用两只椅子，前椅子后两脚甚短，病人俯卧，眉毛压在前椅上，足指甲压在后椅上。医师用左掌骨放在腰椎上，作连续两次的推压，第一次推得很慢，使病人肌胸松弛，第二次则用力一压，动作极快，将腰椎间锁状打开（图 8－90）。

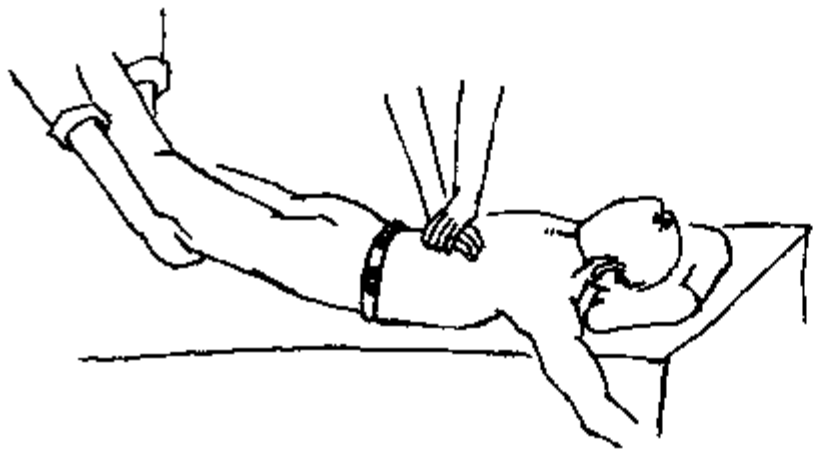


图 8－89　胸椎后向上脱骨整治法

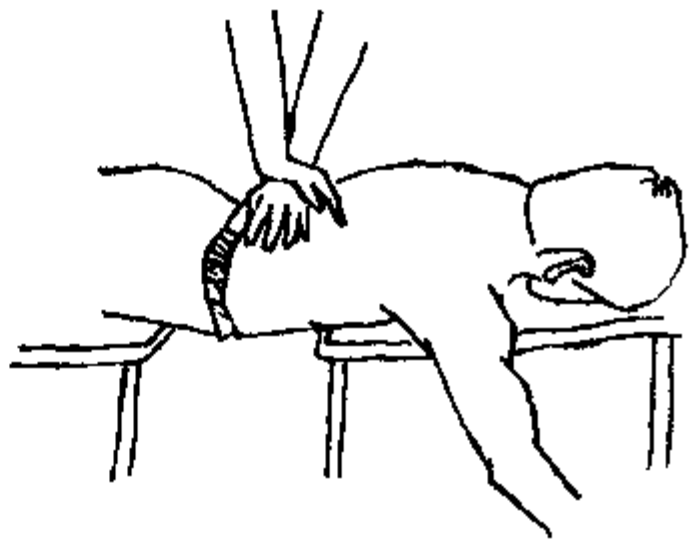


图 8－90　腰椎后向下脱骨整治法

5. 腰椎整治法　前椅低，后椅高，中松空，或一板床，前面低些，后面高些，病人俯卧，医师用左手掌骨压在腰椎上，用右手拉起病人右膝，抬高，并拉向医师方向。如此初步把腰肌放松，再用左手掌骨，在每一腰椎棘突上压之，压时，将拉膝之手亦拉紧一下，使肌肉松开。同样立在卧椅的对方，亦拉另一膝，再在每一腰推棘突上压之（图 8－91）。

6. 腰椎扭整法　病人侧卧，面向医师，病人一手压在胸前或放在身上。医师右膝与病人侧卧下面一足之膝盖共处在一直线上。病人之另一膝（上面膝）被医师拉起，屈曲，所以此脚架在医师右股上。如此，医师左手握住病人左肩，旋此肩向后一转。面医师右手将病人屁股旋向医师方向。于是病人上身两肢的后旋，与下身两肢的前旋，将腰椎旋动，开锁。凡旋转力用在

病人膝上，则病人 L5 以下皆动。如单推肩，而不旋屁股，则胸椎间之锁可开。此方法可以治愈坐骨神经痛（图 8－92）。

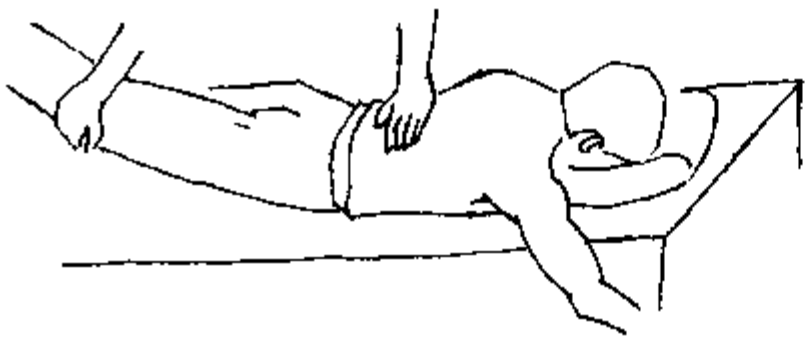


图 8－91　腰椎整治法

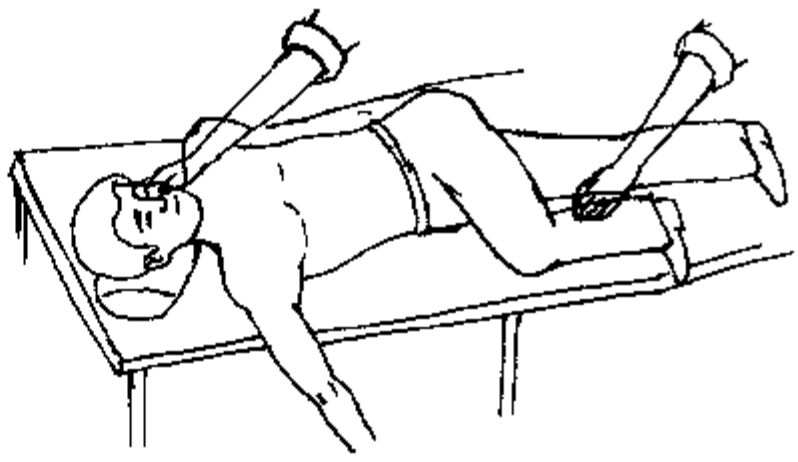


图 8－92　腰椎扭整法

7. 腰椎扭整法　病人侧卧，一手放在头下代枕。此病人之形态，即仿佛车轴之两轮。左轮为屁股，右轮为肩，今由医师左手把肩向外推去，而另一右手则把屁股压向内推来。如此一扭，腰椎即搬整。如病在胸椎，则在肩部用力已足。如病在腰椎，则在屁股部用力旋扭（图 8－93）。

8. 屁股坐骨拔整法　病人屁股坐骨，左高右低，或两足右长左短，则医师在短脚之左屁股坐骨上，用猛力推向下去。而在长脚之右屁股坐骨上，用猛力压紧，推向上去。此乃使 L5 与骶骨之锁松开。此法治多年坐骨风湿痛甚效（图 8－94）。

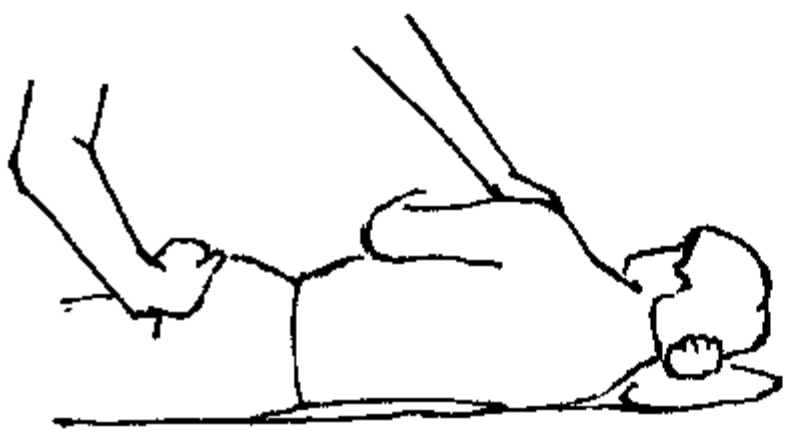


图 8－93　腰椎扭整法

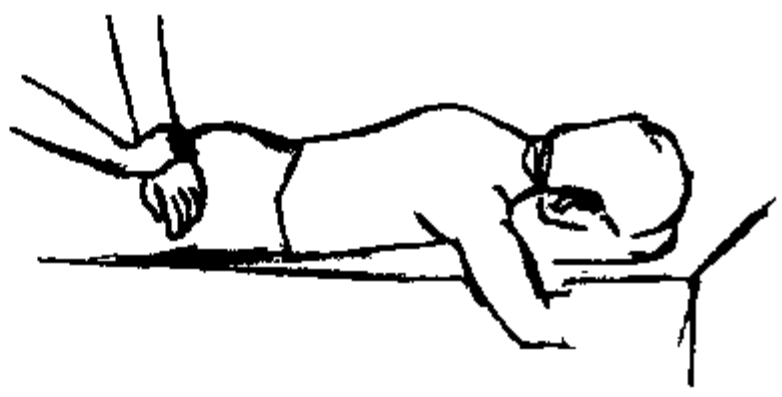


图 8－94　屁股坐骨拔整法

9. 腰肌松疏法　病人俯卧，前椅只两后脚着地，前椅两前脚松空，可旋高或旋低。医师一手握前椅，使病人可侧向左，或侧向右，于是病人头与肩可旋转。另一手压在腰椎上。病人的屁股与脚最好另有一医师按住，使之不动。当病人头与肩摆动时，腰椎之歪斜，即可用右手压下压正（图 8－95）。

10. 腰椎整治法　当 L5 与骶骨间锁住时，医师命病人仰面平卧地板上，两手直伸在头上，两膝卷住。由地板上升起，此时医师两手放在病人的两肩顶上。并嘱病人升起时，背不可太弯

曲。当病人升起一半时，医师用力向前一推，于是病人 L5 与骶骨间锁住，即已开放（图 8－96）。

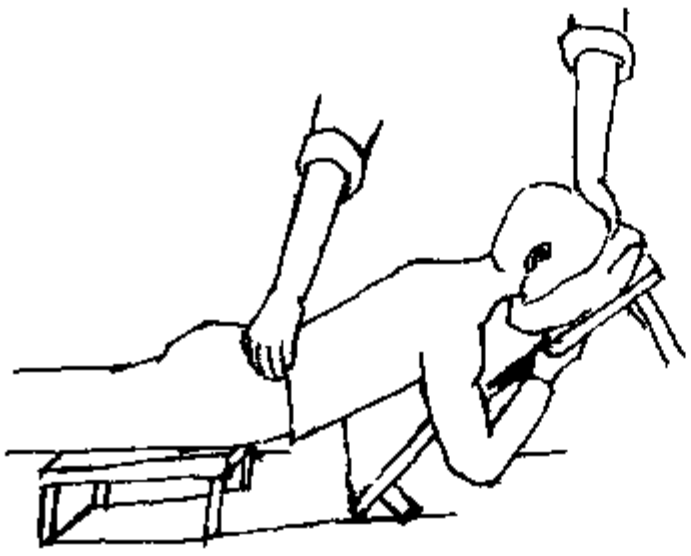


图 8－95　腰肌松疏法

图 8－96　腰椎整治法

【注意事项】　人体各部有许多部分，不可长时间压迫，最多压迫时间不可超过 10 秒，逾时，则血管与神经均受损伤。在上腹左腰部有胃部的交感神经与交感神经束连结之处，名腹腔神经，又名太阳神经，切不可猛力捶击，击毁后，副交感神经发生麻痹，心肌即停止工作，全身血液循环亦即静止。病人即失去知觉而卒倒。

【文献出处】　范风源. 慢性病按脊疗法[M]. 上海：科学书报社，1953：33－38

【手法名称】　腰部扳法

【手法操作】　用双手作相反方向或同一方向用力扳动肢体，称为扳法。

1. 腰部斜扳法　侧卧位，用一手扶住患者肩前部，另一手扶住臀部，两手同时向相反方向用力，使腰部旋转（图 8－97，图 8－98）。在腰部旋转时常可听到“喀嗒”响声。

图 8－97　腰部扳法 1

图 8－98　腰部扳法 2

2. 腰部后伸扳法

(1)俯卧位,用一侧膝部用力抵住患者腰骶关节处,双手分握住两踝部,向上缓缓用力提拉,使腰部作向后过伸动作,一提一放,反复进行(图 8－99)。提、放次数可根据患者耐受程度,自数次到十余次。

(2)用臀部着力骑坐在患者腰部,双手分别托住患者两膝上部,同时缓缓用力向后上方扳起,使腰部向后个过伸动作(图 8－100)。

(3)用一手的前臂托住患者两膝上部,并向后上方抬起,另一手用力按住腰部,作一紧一松的按压,使腰部作向后过伸动作。

【注意事项】 上面 3 种方法在进行时腰部疼痛较甚,尤其是第一种方法。因此在使腰部作向后过伸时,动作必须缓和,用力要稳,向后提拉的力量、动作和腰部按压的力量、动作要配合得当。如双腿同时向后抬起不能忍受者,可左右交替进行。

【主治疾病】 腰部斜扳法和腰部后伸扳法常用于腰椎间盘突出症及腰部扭挫伤等疾患。

【文献出处】 上海中医学院. 推拿学[M]. 上海:上海人民出版社,1974:81－84

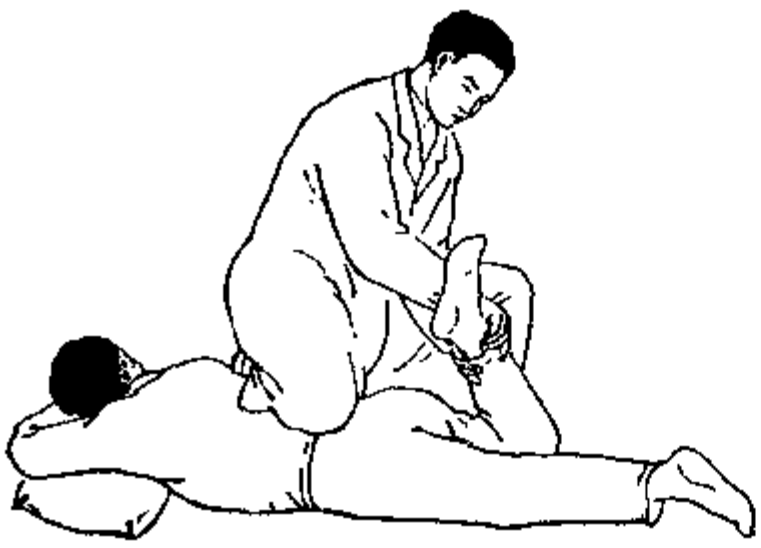


图 8－99 腰部后伸扳法 1

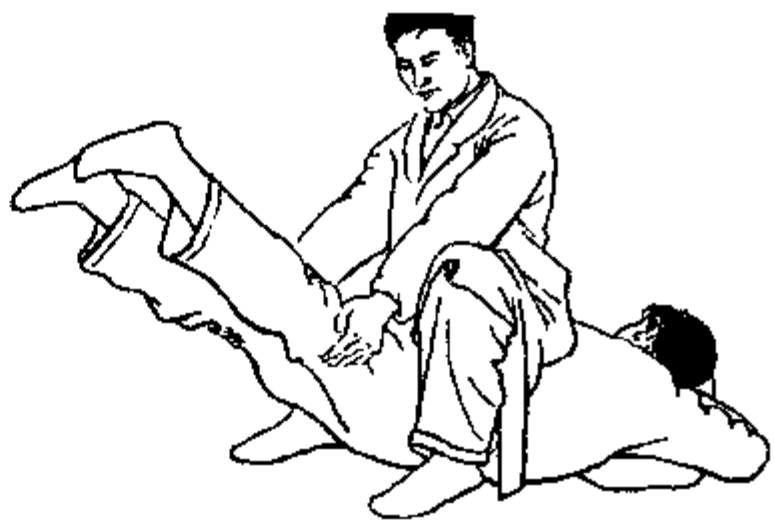


图 8－100 腰部反伸扳法 2

【手法名称】 腰椎扭转后伸手法

【手法操作】

1. 腰椎扭转后伸手法 1 患者侧卧,痛侧在上,医生站在患者背面,用肘部抵住患者肩部及髂前上棘处,使肩向前,髂前上棘向后,双肘同时用力达到最大限度,然后双肘再同时猛一用力,使腰椎猛然扭转(图 8－101)。如听到撕裂声,或病人感到轻松,即可停止,如此反复几次。如不见轻,再改用腰椎扭转后伸手法 2。一般说来,采用腰椎扭转后伸手法 2 时,病人感到疼痛加剧时,改用这一手法,容易成功。

2. 腰椎扭转后伸手法 2 患者侧卧,痛侧居上,医生站在患者背后,用肘抵住患者肩部及髂前上棘处,使肩向后,使髂前上棘向前(患者下肢最好悬于床下),双肘同时用力达到最大限度,然后双肘再同时猛一用力,使腰椎猛然扭转(图 8－102)。如听到撕裂声或病人感到轻松,即可停止,如此反复几次。如不见轻,则改用腰椎扭转后伸手法 3。一般说来,用腰椎扭转后伸手法 1,病人感到疼痛加剧时,改用这种手法容易成功。

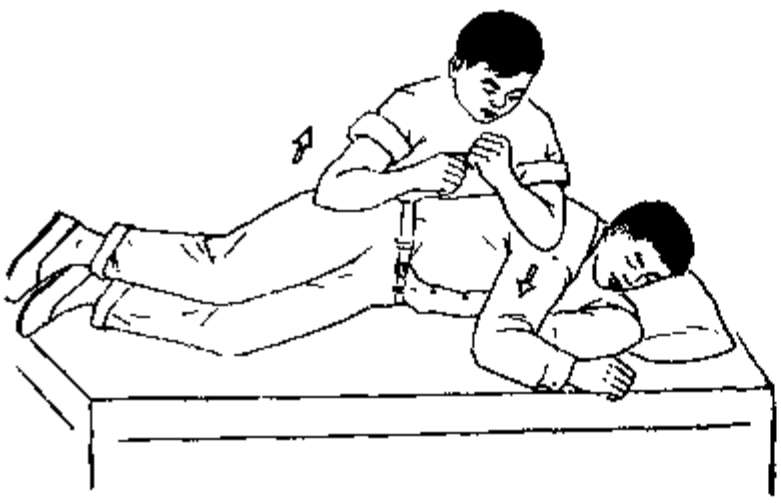


图 8－101　腰椎扭转后伸手法 1

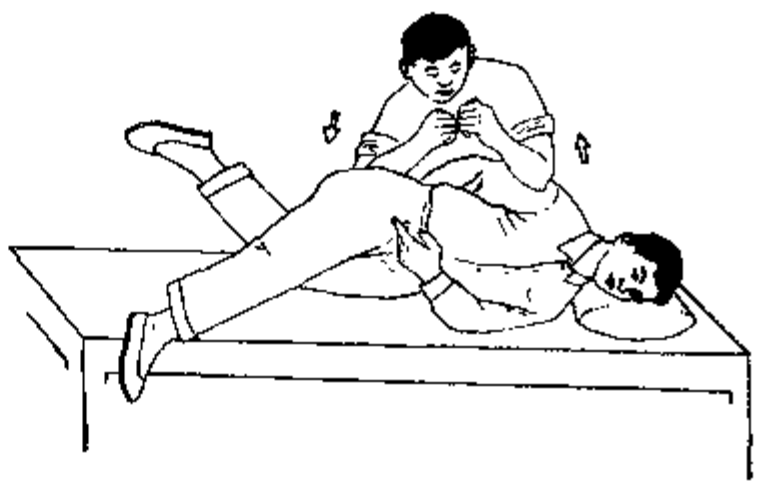


图 8－102　腰椎扭转后伸手法 2

3. 腰椎扭转后伸手法 3　患者俯卧，医生站在患者一侧，用一臂肘部压住患者腰背部痛点，用另一手臂抬患者一侧大腿达最大限度，然后再猛然一抬（图 8－103）。如听到撕裂声或病人感到松快，即停止。如此反复几次。如无效再换作另一侧大腿。

【主治疾病】　腰腿痛。

【文献出处】　李桂桐，贾涛. 简易新按摩疗法[M]. 石家庄：河北人民出版社，1975：15－17

【手法名称】　按腰后扳腿法

【手法操作】

1. 术式　俯卧，两下肢伸直，医者站其侧。

2. 操作　医者以一手手掌置腰部正中线上之阳关穴处，另一手抱住大腿，呈相反方向扳动 2～3 次。

3. 要领

（1）向下按腰及向上扳腿动作需同时进行。

（2）扳腿幅度应逐渐增加，以患者能耐受为度。

（3）治疗时腰腿有微酸胀感，治疗后有腰腿轻松的感觉。

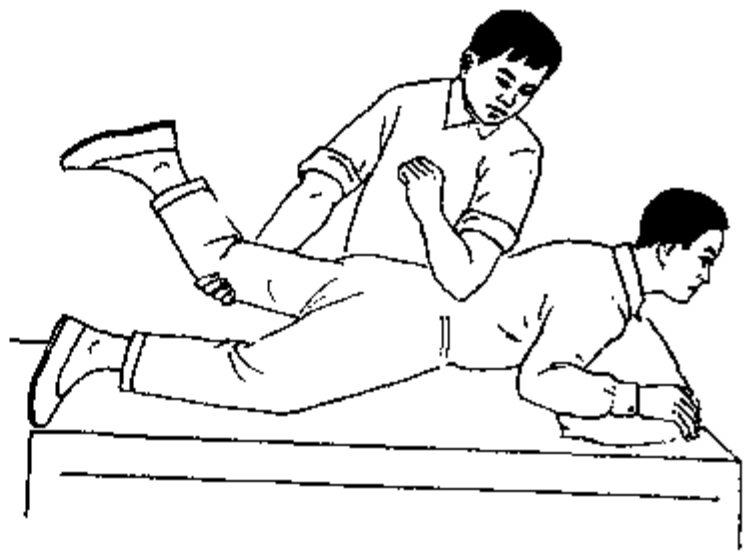


图 8－103　腰椎扭转后伸手法 3

【注意事项】　操作时用力勿过猛

【主治疾病】　腰椎间盘脱出症、髋关节疼痛、骶髂关节炎、坐骨神经痛、下肢麻木瘫痪，常配下肢牵拽法，横摩骶法。

【文献出处】　骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：191－192

【手法名称】　推按棘突旋腰法

【手法操作】

1. 术式　直坐，两下肢固定位置；医者站其后方。

2. 操作

(1)医者以拇、食指沿脊柱棘突两侧自三焦俞向下经肾俞至关元俞止,反复指摩 1 ~ 2 分钟。

(2)以一手置患者上臂上方后,再以前臂及手掌将其肩部抱之;另一手拇指掌侧置患者棘突旁一侧,然后向一侧旋肩旋腰,同时将棘突向相反的方向用力按推。

3. 要领

(1)旋肩旋腰及向相反方向按推,应同时进行。

(2)旋腰时如听到"喀"的响声,为手法完成之标志。

(3)操作后立即有腰腿轻松的感觉,6 ~ 24 小时后,可有轻微的腰部不适反应,24 小时后症状逐渐好转。

(4)治疗后应卧床休息 1 天。

【注意事项】 每次施用推按棘突旋腰法,如手法完成不满意,可休息 1 天后再进行,以免棘间韧带受伤。

【主治疾病】

1. 腰椎间盘脱出症,常配下肢外伸法、环跳按法。

2. 腰部扭伤,腰肌劳损,常配腰部直摩法、掌分腰法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆:重庆出版社,1982:192 - 193

【手法名称】 扳腰法

【手法操作】 此手法是后伸腰的引伸法。患者按屈腰法的体位侧卧。术者右手虎口叉开按于患者腰部需要引伸的节段作固定,左手按屈腰法托患侧下肢(左),并将其向腹壁方向推送 7 ~ 8 次,推送幅度不必太大。待感患者腰部已放松时,即用左手将患侧下肢(左)向后慢慢拉至最大可能的伸腰幅度,术者随之而成左后弓步。在此姿势下稍稍弹动几下,并嘱患者张口呼吸,使之进一步放松腰部。待其确已放松时,术者突然发力,左手拉腿后伸,同时右手推腰向前,使腰部发生一次过伸的活动(图 8 - 104),然后立即放松还原,让患者取自然位休息。扳腰引伸的成功与否关键是最后一个发力过程,如患者配合得好,术者不失时机地发力,即可成功。此法根据病情需要做 1 次或重复 2 ~ 3 次均可。

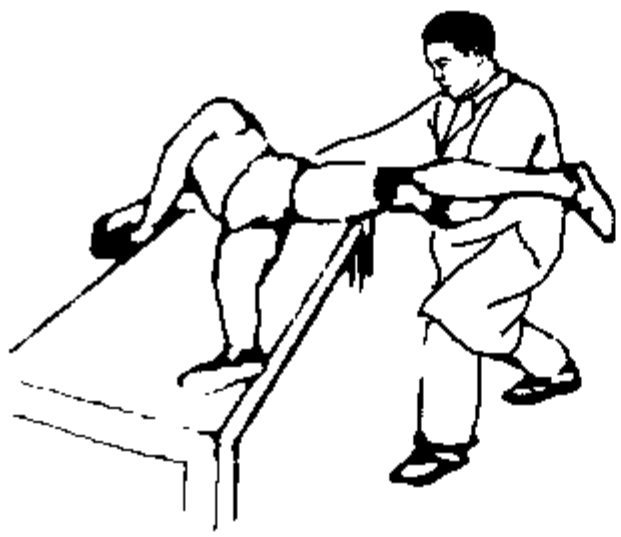


图 8 - 104 扳腰法

【主治疾病】 腰部及骶髂关节部疾患。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京:人民卫生出版社,1982:59 - 61

【手法名称】 蹬腰法

【手法操作】 此手法与扳腰法相似,不同之处为术者用右足替代按腰的右手,用双手抓患肢(左)的踝部替代托腿的左手。在此姿势下将患侧(左)下肢慢慢向后拉至最大可能的伸腰幅度,待患者腰部确已放松时,术者突然发力,左足蹬腰向前,同时双手拉腿向后,使腰过伸一次,蹬后立

即放松还原，让患者在自然位下休息。蹬腰的发力较扳腰大，故适用于腰部比较僵硬的患者。在用此手法前，需先用滚、揉等手法放松腰部肌肉。蹬腰时发力必须协调，使蹬腰和拉腿的动作在一瞬间同时发生，这样才能成功。

【主治疾病】　腰骶部疾患。

【文献出处】　安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民卫生出版社，1982：62

【手法名称】　四点搬推法

【手法操作】　病人俯卧在推拿床上，躯体伸直，腰腿部放松。术者立在侧方，一手按住腰部痛点部位（用掌根部位），另一手托起病人大腿膝关节部位作向后过伸运动（先搬患肢腿部），以病人能够耐受为其限度，左右下肢各一次，然后术者同样用一手按压痛点部位（用掌根部位），另一手托起病人肩部作向后延伸（先搬腰部痛侧一方），以病人感觉痛点在扩散为限，左右肩部各搬一次。四点搬推以后，再让病人肢体伸直，肌肉放松，休息几分钟后再施其他手法（图 8－105）。

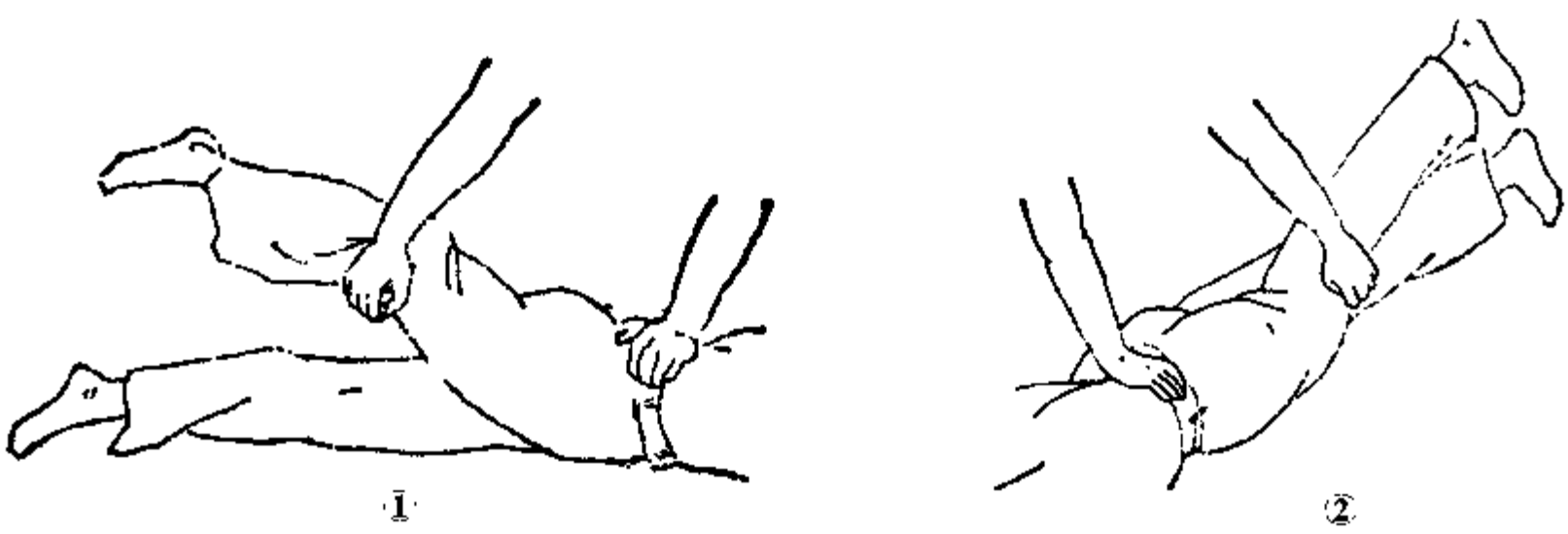


图 8－105　四点搬推法

【注意事项】

1. 在四点搬推手法的操作过程中，要注意掌握用力的平衡，不可粗暴施术和用蛮力。

2. 运用这种方法治疗腰椎间盘突出症时，要先搬推髓核突出的一侧，然后再搬推另一侧（按压痛点的部位要与髓核突出的痛点部位离开 1.5 寸处进行）。在搬推髓核突出部位时，按压痛点的掌根部要对准髓核突出的方向，通过搬腿后伸作协调复位。

3. 在腰椎侧弯症状中，先要搬推健侧，然后再搬推弯曲的一侧（这时候的用力要比健侧轻）。

4. 根据病情的变化，对四点部位搬推法，可以选择腿膝与肩部同一侧进行操作。

5. 在四点搬推手法施术后，术者要用双手放在痛点部位两侧，作左右推揉活动，并且要在第四至第五腰椎外缘向中线作挤压推分手法（中线指脊柱正中线），作肌肉松弛动作，来帮助调节局部症状。

【主治疾病】

1. 通过四点搬推手法，可以调整腰部肌肉群的平衡，使挤压组织恢复正常的生理功能。

2. 这种手法的施术，可以使腰部的痛点症状从4个不同方向进行扩散，加速了局部的循环代谢。通过这种方式，可使局部症状得到调节治疗。

【文献出处】 潘新平. 推拿治疗颈肩腰腿痛[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1984：127－128

【手法名称】 腰椎扳法

【手法操作】 分为斜扳法、旋转复位法和后伸拔法。

1. 腰椎斜扳法　又称斜搬法。病人侧卧位，下面的下肢自然伸直，上面的下肢屈曲。医者面对病人站立，两手（或两肘）分别扶按病人的肩前部及臀部，作相反方向的缓缓用力扳动，使腰部被动扭转。当扭转到有阻力时，再施一个增大幅度的猛推（图8－1）。此时常可听到“喀喀”响声，表示手法成功。

2. 腰椎旋转复位法　病人坐位，腰部放松。助手站在病人侧方，用一手扶住病人肩部，另一手按压其膝上方以稳住下肢。医者坐于病人后侧方，用一手拇指顶推偏歪的棘突，另一手从病人腋下穿过按住其颈项，然后分三步完成整个动作（即前屈、侧屈、旋转）。先嘱病人主动慢慢弯腰，当前屈至拇指下感到棘突活动时即稳住在此幅度。然后再向同侧侧屈至一定幅度，使病变节段被限制在这个脊柱曲线的顶点上，而这个曲线的顶点将是最小的阻力点，因此手法的定位和作用就被局限住了。此时再做旋转运动：医者按住颈项的手下压，肘部同时上抬，拇指用力顶推棘突，助手则协力推压对侧肩部，各方协调动作，使病人腰椎作最大幅度的旋转（图9－1），常可听到“喀嗒”响声和拇指下有棘突跳动感。

3. 腰椎后伸扳法　病人俯卧，屈肘，两手放于颏下或头前。医者站于侧，用一手按压其腰部，另一手将其下肢托起并用力向后扳伸，如此两手协同动作，使腰椎向后过伸（图8－2）。另一种方法是医者用膝部顶压病人腰椎，两手分别握住病人两踝慢慢向上提拉，使腰椎过伸（图8－106）。如此一拉一放，可重复5～10次。

【注意事项】 病变节段在上腰椎，则下半身旋转幅度应大于上半身，病变节段在下腰椎，则上半身旋转幅度应大于下半身。临床上常与腰椎斜扳法或腰椎旋转复位法配合应用，可起到相辅相成的功用。

【主治疾病】 腰椎间盘突出、后关节紊乱，以及腰部扭伤、腰椎生理前凸消失或腰椎侧突畸形等症。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：61－62

【手法名称】 扳腰法

【手法操作】

1. 斜扳法　方法同摇腰第（3）法，使其腰部旋转后，双手同时稍加推扳，以增强效应。

2. 后伸扳法　被操作者取俯卧位，下肢伸直，医生立其身旁，一手按其腰部，另一手托其膝部用力上抬，使腰背伸。双手可同时用力以增加扳腰效应（图8－107）。或被操作者取坐势，医生立其身后，一手按其肩向后用力扳动，使其身向后仰，另一手按其腰向前用力推，两手协同用力。或被操作者取俯卧势，医者坐于其腰，双手抱其膝向上扳动。操作时可用双足撑床，用力下坐，以助双手用力扳其腰。

【文献出处】 金义成. 推拿自学入门[M]. 上海：上海科学技术文献出版社，1987：98

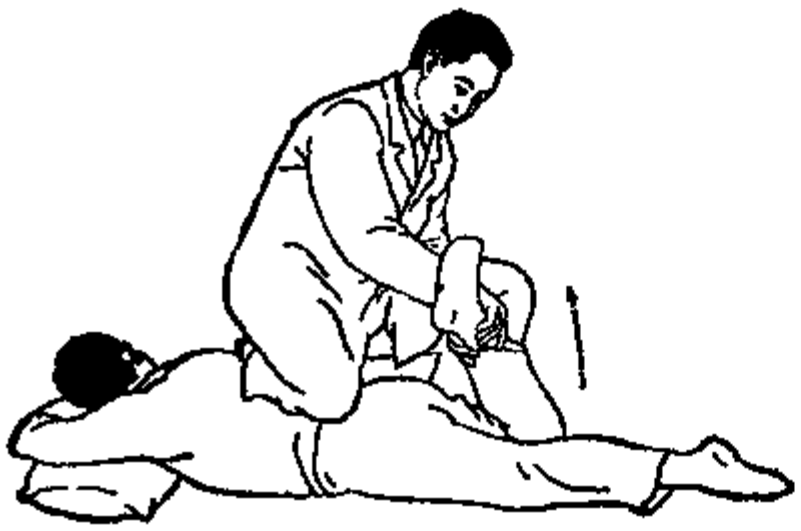


图 8－106　腰椎后伸扳法

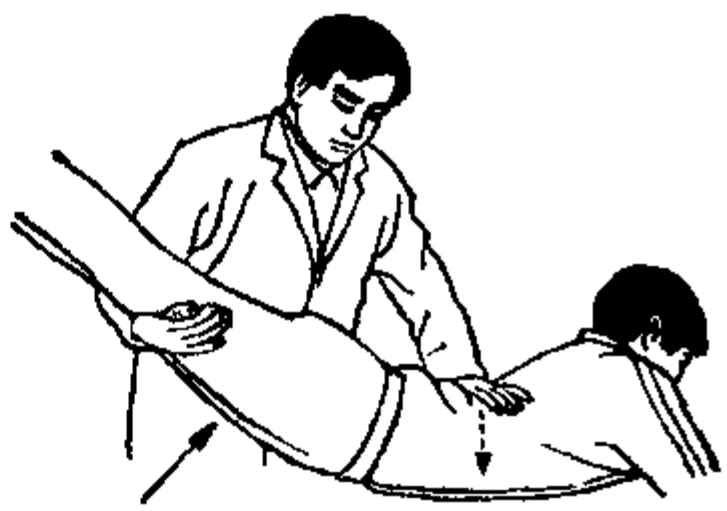


图 8－107　后伸扳法

【手法名称】　扳腰

【手法操作】

1. 斜扳法(又称斜搬法)　患者侧卧位,健侧下肢在下自然伸直,患肢在上屈曲。医者面对病人,分别挟住患者的肩前部及臀部,以相反方向缓缓用力扳动,使腰部扭转。当腰部扭转到有阻力时,再增大扳动的力量和幅度。此时,常可听到"喀喀"响声。

2. 腰椎旋复法　患者坐位,腰部放松。助手站在患者侧方,一手固定住该侧患者的下肢,一手扶住患者的肩部。医者一手扶住偏歪的棘突,另一手从患者一侧的腋下穿过,按住其颈项,分三步完成这个动作:先叫患者慢慢作脊柱前屈,当前屈至拇指下感到棘突间隙开张时,即稳住在此幅度;再叫患者向此侧作最大幅度的脊柱旋转,最后医者将按住颈项的手下压,肘部用力上抬,助手同时协力将扶住的肩部向前推压,使腰椎作最大旋转。此时常能听到"喀喀"响声,医者按住棘突的拇指下也感有棘突跳动。本法和斜扳法都是利用腰椎在运动中所造成的不稳定状态加以旋转扳动,使相邻的椎体恢复正常解剖位置。

3. 后伸扳法　患者俯卧,屈肘,两手放于颏下。医者站于侧方,用一手按压其腰部,另一手将下肢托起,并用力向后扳动,两手协调动作,使腰椎向后过伸。

【注意事项】　由于扳法活动关节的幅度比摇法大,作用力也较大。因此临床使用时要谨慎,用力要控制,动作要轻巧,尤其在领部使用本法,应严格掌握适应证。要熟悉人体各个关节伸展及旋转的活动幅度,扳动的幅度要根据关节的生理活动范围及病理状况适当掌握。作斜扳法时,要根据病变位置的高低来调节上下扭转的幅度,如病变在上腰椎,则下半身扭转幅度应大于上半身,病变在下腰椎,则上半身扭转幅度大于下半身。

【主治疾病】　临床上常用于治疗腰椎间盘突出、后关节紊乱及腰部扭伤症。第三法适用于腰部强硬、腰椎弧度消失或侧突畸形等,是治疗椎间盘突出的常用手法之一。

【文献出处】　骆竞洪主编. 中华推拿医学志——手法源流[M]. 重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1987:284

【手法名称】　卧位腰部旋转运动法

【手法操作】　术者一手扶肩前部向后旋,另一手推髋后部向前旋,使患者腰部向后旋转至最大幅度,此时双手突然用力向相反方向一推,听到腰有清脆的响声,则手法完毕。

【注意事项】 此法巧就巧在患者腰部向后旋转的角度是否适当，如旋转角度适当，术者双手配合协调，只需轻轻向相反方向一搬，即手法成功。此法真正用力是术者双手交错一搬的瞬间，在这以前的动作，可由患者自行完成。如其腰部向后旋转的角度不适当或术者两手配合不协调，即使用力再大，也无济于事。

【主治疾病】 主要用于腰部疾病。

【文献出处】 刘严. 按摩疗法[M]. 西安：陕西科学技术出版社，1987：11

【手法名称】 搬按

【手法操作】 病人取俯卧位，上肢放在身体两侧，术者用一手托扶住病人大腿前侧将腿搬起，另一手用掌根部按住病椎关节，然后协同用力做一搬一按动作，有时随着搬按也可听到“嗒”的关节弹响声(图 8－108)。

【主治疾病】 腰椎病，如腰椎间盘脱出症、腰后关节紊乱。

【文献出处】 孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社，1989：118

【手法名称】 俯卧后伸扳腰法

【手法操作】 患者俯卧位，医者一手托住患者膝部，缓缓一提一放，另一手在腰部或臀部滚动或按压。此外，还可取俯卧位用回旋扳法(图 8－109)。

【注意事项】 操作过程中，要在人体的正常生理范围内施以扳法，需用寸劲巧力，老年患者慎用，强直性脊椎病、脊椎结核和肿瘤患者禁用此法。

【主治疾病】 功能性腰痛、腰扭伤、脊椎增生症、滑膜嵌顿、腰椎关节紊乱。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩椎拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：137

图 8－108 卧位腰部延转运动法

图 8－109 俯卧后伸扳腰法

【手法名称】 提踝扳腰法

【手法操作】 患者侧卧位或俯卧位，医者单手扶腰，另一手提踝，两手做相反施力动作。

【注意事项】 操作过程中，要在人体的正常生理范围内施以扳法，需用寸劲巧力。老年患者慎用，强直性脊椎病，脊椎结核和肿瘤患者禁用此法。

【主治疾病】 功能性腰痛、腰扭伤、脊椎增生症、滑膜嵌顿、腰椎关节紊乱等。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩椎拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：137

【手法名称】　肩髋推拉法

【手法操作】　一手扶患侧肩，另手扶患髋，双手反方向用力，即一手推按，一手拢拉，称为肩髋推拉法。患者侧卧位，上腿屈膝，下腿伸直，医者站于患者背后，一手扶于患肩部，另手扶于患髋，双手先轻力晃动肩髋，再交叉用力逐渐加大活动范围，待腰部充分放松后以寸劲巧力反方向推而按之，拉而拢之，牵动腰脊，患腰"咔咔"作响后，再反之施力，然后患者俯卧位，再擀压、疏揉。此法主要用于腰部(图 8－110)。

【注意事项】　以手或肘关节着力于施治部位，密切配合，交叉用力，避免暴力乱施，老年患者慎用。

【主治疾病】　腰肌扭伤、腰椎小关节紊乱、腰肌劳损。

【文献出处】　李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：266－267

【手法名称】　腰椎扳法

【手法操作】　医者两手同时发出不同方向的力，作用于腰椎关节，并能导致该关节中两个关节面产生错动的方法。

1. 患者侧卧，患侧朝上，医者位于患者前边，患者下边的腿伸直，上边的腿屈曲。以右侧为例，医者左肘部抵于患者骶髂部，右肘抵于患者肩关节前下方，两肘同时对抗用力。左侧扳法与此相同(图 8－111)。

图 8－110　肩髋推拉法

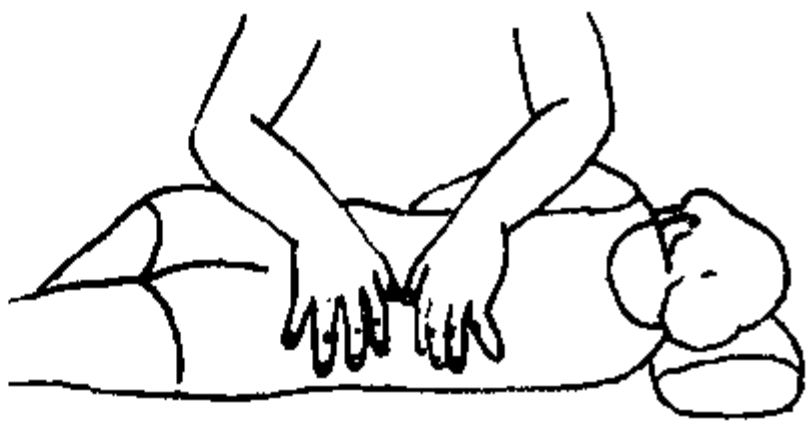


图 8－111　腰椎侧卧定位斜板

2. 患者的姿势同上，医者左肘抵于患者大转子后部，左手的拇、食、中指卡住患者的偏歪棘突，右前臂置于患者胸侧前部，右手的拇、食指卡住偏歪棘突，医者的双肘和双手同时向相反方向用力，此时常可感到关节的错动感，有时可听到响声，此法为定点扳法(图 8－112)。

3. 患者跨骑于床头，医者站于患者患侧后方，一手握住患者的患侧上臂，患者双臂交叉抱于胸前，医者的另一手拇指或掌根抵于患者偏歪的棘突，嘱患者向患侧旋腰，同时前屈，旋至最大限度时，抵住偏歪棘突的拇指或掌根，向健侧用力，握其上臂的一手同时向患侧用力，此时腰可发出响声或有错动感(图 8－113)。

【注意事项】　动作熟练、准确、协调柔和，切忌暴力。

【主治疾病】 腰椎小关节紊乱、腰椎间盘突出症等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京:华夏出版社,1993:113－114

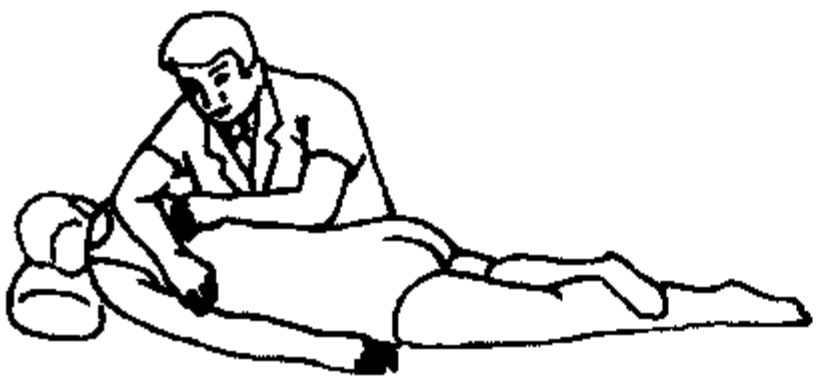


图 8－112 腰椎侧卧斜扳

图 8－113 腰椎坐位斜扳法

【手法名称】 腰部扳法

【手法操作】 根据临床需要可分为推扳法、单腿后伸扳法、双腿后伸扳法、蹬腰法等。

1. 推扳法 患者健侧卧位,患侧在上,健下肢伸直,患下肢屈曲,前胸略后伸并稍旋向外,医者面对患者而立,用一手或用肘臂部按压住患者肩前部,另一手或肘臂部按压住患者髂臀部;又患者健侧下肢屈曲,患侧下肢伸直,前胸略前俯并稍旋向内,患侧下肢略后伸,骨盆稍旋向外,医者面对患者而立,用一手或肘臂部按压住患者肩后部,另一手或肘臂部按压住患者髂前部。在此两种姿势下,医者两手协同用力,作相反方向的扳动,使腰部产生扭转,待被动扭转到有阻力时,再用力扳动一下,此时常可听到一串"咯咯"的响声,即达到了手法的目的。

2. 单腿后伸扳法 患者俯卧,医者面对患者马步立于其健侧腰臀之旁,一手握住患侧踝上方或托住患侧膝上部,另一手在腰部施用其他手法或用掌根按压住腰部患处,两手协同作相反方向用力。前手缓缓将患侧下肢向后上方提拉抬起,后手向床面用力作有弹性的顿挫性按压或施用其他手法。如此前手一提一放,后手的手法压力则一紧一松,渐渐增强扳动的强度,达到腰部后伸的作用。

3. 双腿后伸扳法 患者俯卧,医者面对患者马步立于患侧,用一手掌根或前臂尺侧紧按患者腰部,另一手前臂掌侧托住患者两下肢膝上部,手掌紧扶住股膝部外侧。在此姿势下,嘱患者腰腿放松,医者用力将患者双下肢向后上方扳起,使其下半身离开床面,仅胸部贴床,而紧按腰部的掌根或前臂则用力向床面按压,使腰部过伸,随即稍稍还原。如此一压一松,连续作有弹性的顿挫性按压数次,待觉患者腰部进一步放松时,猛然增大用力强度,使患者腰部后伸的幅度更大。

4. 蹬腰法 患者健侧卧位,健肢在下伸直,患肢在上,医者面对患者立于其腰背之后,用一手或双手握住患侧踝部,用一足足跟或足掌按抵住患者腰部病变节段。在此姿势下,医者将患侧下肢向后扳拉作伸腰运动,至出现阻力后,医者手足协同用力,作几次轻而小幅度的有弹性的顿挫性蹬扳动作,促使患者腰腿的进一步放松。待患者腰腿部确已放松时,医者手足同时猛然协调发力,足蹬腰向前,手拉腿向后,使腰部过伸一次。面后立即放松,让患者在自然位下休息。

【注意事项】 操作需缓慢进行，由轻而重，再以巧力扳之，避免暴力。体弱者慎用，老年骨质疏松者禁用。

【主治疾病】 腰椎后关节紊乱症、腰椎间盘突出症、急性腰扭伤、慢性腰肌劳损、退行性脊柱炎、腰臀肌筋膜炎、坐骨神经痛等。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：43

【手法名称】 郑怀贤正骨手法——俯卧位扳腿法

【手法操作】 俯卧位，术者以掌根或拇指推压患椎棘突部作为支点，另一手抱托痛侧大腿，膝部拔伸，并向正后方或斜后方扳拉或旋转大腿，使腰部受到后伸、旋转应力。扳3～5次后，一手仍按压腰部，另一手肘臂部托住患者双大腿，作后伸、左右摇摆、旋转环绕大腿和腰部等动作。

【主治疾病】 治疗腰椎间盘突出症、腰椎后关节错缝。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：58

第五节　扳髋法及骶髂关节扳法

【手法名称】 扳髋法

【手法操作】

1. 被操作者取仰卧势，下肢伸直，医生立于其身旁。一手按其膝部稍向下用力，另一手托其足跟向上用力，使其下肢向上抬高。

2. 被操作者取侧卧（俯卧）势，下肢伸直。医生一手按其髂嵴（臀部），另一手握其足踝，向外（内）扳（推）动（图24－4）。

3. 被操作者取仰卧势，一下肢伸直，一下肢屈曲，并将腿搁于另一下肢的膝部上端，成“4”字形。操作时，医生一手按其屈曲之下肢的髂嵴（或在大腿根部施用其他手法），另一手按其膝部，并向下撤压。

4. 被操作者仰卧于床沿，一下肢垂于床下，医生一手按其髂嵴，一手压其大腿向下。

【注意事项】 作扳法时，动作要稳，用力宜缓慢，不要强行用暴力扳动。扳动幅度不得超出正常生理范围，且要注意患者的忍受程度。

【主治疾病】 髋部活动不利等病症。

【文献出处】 金义成，彭坚编著. 中国推拿[M]. 长沙：湖南科学技术出版社，1992：220

【手法名称】 髋部扳法

【手法操作】 根据临床需要髋部扳法又可分为仰位扳法、俯位扳法、“4”字扳法、分髋扳法。

1. 仰位扳法　患者仰卧，医者用一手掌托握住患侧足跟部，掌、腕、前臂掌侧紧抵患者足

掌，使患侧足背屈，另一手按扶压住患侧膝部，使膝关节挺直但不过伸，然后两手协调，在膝关节保持挺直的前提下，前手用力向上缓缓扳动作被动直腿抬高（屈髋）运动。如此一紧一松，可反复5～10次。

2. 俯位扳法　患者俯卧，医者用一手托住患侧膝上部，另一手在髋部施用其他手法或用掌根按压住患侧髋部。在此姿势下，嘱患者腰腿放松，医者两手协同，向相反方向用力，前手用力将患侧下肢向后上方抬起，后手向床面用力作有弹性的顿挫性按压或施用其他手法。如此前手一抬一放，后手的压力一紧一松，并渐渐增强扳动的强度和幅度，达到后伸髋部的作用。

3. “4”字扳法　患者仰卧，将患下肢的外踝部或小腿外侧的下三分之一处搁于健侧股前下端，不要搁压在髌骨上，使之成一个“4”字形，然后医者一手按于患侧膝股部，向下作有弹性的顿挫性掀压，另一手按压住对侧髂前上棘部，或在患侧腹股部、大腿前内侧上段施用其他手法。操作时，两手用力协调而有节律，有使髋关节作外展、内旋动作的作用。

4. 分髋扳法　患者仰卧，将两下肢屈曲，大腿外展，小腿内收，使其两足掌相对而贴，医者两手分置按扶于患者两膝之内侧，分向外上方作有弹性的顿挫性按压，以扳动两髋关节。

【注意事项】　操作需缓慢进行，由轻而重，再以巧力扳之，避免暴力。体弱者慎用，老年骨质疏松者禁用。

【主治疾病】　骶髂关节错位、臀上皮神经损伤、梨状肌损伤综合征等。

【文献出处】　张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：43－44

【手法名称】　骶髂关节扳法

【手法操作】　患者俯卧，医者立于健侧腰臀之旁，用一手掌根按压住患侧髂后上棘或下棘，另一手握住患侧踝部上方，并缓缓用力将患侧下肢向后上方提拉。待出现阻力后，医者身体稍旋向外，两手协同作相反方向用力，前手将患侧下肢继续向后上方作有弹性的顿挫性按压，后手将患侧下肢继续向后上方作有弹性的顿挫性扳动。操作时，扳动力量由轻而重，幅度由小而大，直至过伸位。

【注意事项】　操作需缓慢进行，由轻面重，再以巧力扳之，避免暴力。体弱者慎用，老年骨质疏松者禁用。

【主治疾病】　骶髂关节错位、臀上皮神经损伤、梨状肌损伤综合征等。

【文献出处】　张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：44

【手法名称】　骶髂关节扳法

【手法操作】　医者两手同时发出不同方向的力，作用于骶髂关节，并能导致该关节中两个关节面产生错动的方法。

1. 患者仰卧，医者选适当体位，患者屈膝屈髋，医者一手按住患者膝部，另一手掌根抵于患侧髂前上棘，然后被动旋其患肢，当旋至内收位时，医者两手同时向床面用稳力，此时可听到骶髂部有响声，或抵于髂前上棘的一手能感到髋部的错动，适用于骶髂关节前移位（图8－114）。

2. 患者俯卧，医者以手掌抵于其髂后上棘，另一手托其患肢膝部，然后托膝部的一手做患肢的内收、外展动作，在患肢处于外层位时，抵于髂后上棘的一手可向床面方向加力，此时也可

感到骶髂关节的错动或响声。此法用于骶髂关节后移位(图 8－115)。

【注意事项】　动作熟练、准确、协调柔和。

【主治疾病】　骶髂关节半错位等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京:华夏出版社,1993:114

图 8－114　骶髂关节前错位扳法

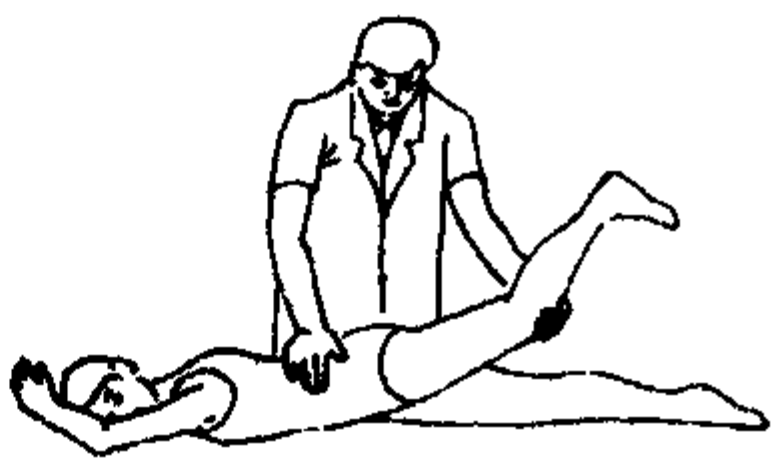


图 8－115　骶髂关节后错位扳法

(李义凯　叶淦湖　黄宇琦)

第九章　旋转类手法

【摘要】 颈椎和腰椎的旋转手法是中国脊柱推拿最常用和最具特色的手法之一。全章分为六节。第一节收录以旋转手法命名，未具体指出是哪个部位操作或通用的旋转手法。第二节是介绍拔伸下的颈椎旋转手法。第三节是收录颈椎旋转手法，这是临床使用较多的一类颈部旋转手法。第四节是旋胸法，本法应用的不是很多。第五节的腰椎旋转手法是与颈椎旋转手法一样，手法门类较多。第六节是介绍旋转骨盆类的手法。除胸椎旋转手法外，其他节段的旋转手法也包含有扳法的操作成分。

第一节　旋转法

【手法名称】 脊柱旋转复位法

【手法操作】 用一手拇指顶住偏歪的棘突向健侧推，另一手使脊柱向偏歪侧顺时针或逆时针旋转，两手协同动作将偏歪的棘突拨正，使相邻椎体恢复正常（或原）解剖位置，达到脊柱的正常（或代偿）内外平衡关系（图 9－1、图 9－2、图 9－3）。

脊柱旋转复位法要领如下：

1. 脊柱失稳状态。

2. 两个杠杆、一个支点：前屈侧弯旋转脊柱时，患椎棘突顶贴复位拇指时角度恰好。

3. 复位拇指放置位置可根据脊柱前屈、侧弯、旋转角度而酌定，可放于棘突上、棘突旁、关节突关节上（主要于颈椎）。

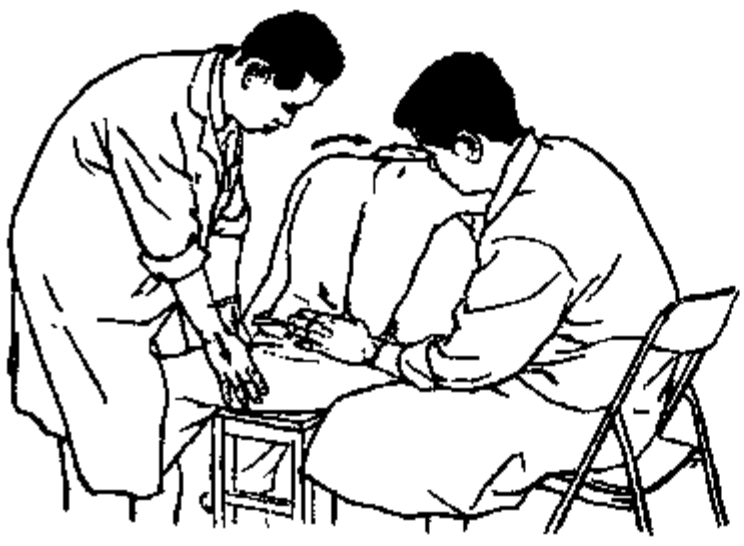


图 9－1　脊柱旋转复位法

图 9－2　脊柱旋转复位法

4. 复位拇指拨正方向：外方、外上方。

5. 复位时病人主动前屈、侧弯，向内后方旋转时为医者扶持颈部之上肢的主动力量。

6. 脊柱旋转复位姿势准备好以后复位拇指瞬间用力，余时间均为扶持（不用力）。要求复位手法稳准轻巧，复位时施两个手的合力。

7. 脊柱旋转复位向一侧旋转角度过大时，停止手法，转向另侧可以推顶同一棘突的上角或下角；两个椎体变位者可顶推另一椎体，单椎体变位者可以试顶上（或下）位椎体，但不用力，让变位椎体自行归位。

图 9－3　瘦小患者脊柱旋转复位法

8. 当患椎后仰旋转时，屈曲旋转拨正偏歪棘突复位，当患椎前倾旋转时，过伸旋转拨正偏歪棘突复位；腰（颈）曲前凸加深时，屈曲旋转拨正偏歪棘突，腰（颈）曲反张时，伸直旋转拨正偏歪棘突。

【文献出处】　冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京：人民卫生出版社，1977；8：8－10

【手法名称】　扳压旋转

【手法操作】　扳者，搬住肢体的一端使之动转，让其力直达病所，借以使筋骨复位。压者，以指掌或肘膝压定患部，向下适中用力，常可听到复位响声以示“得合”。旋转者，使患体围绕伤点或其轴线作圆周运动，以使患部在运动中得复。扳压旋转之法，本是古往今来极其有效的疗法，其技法如三扳法、旋转复位法等。

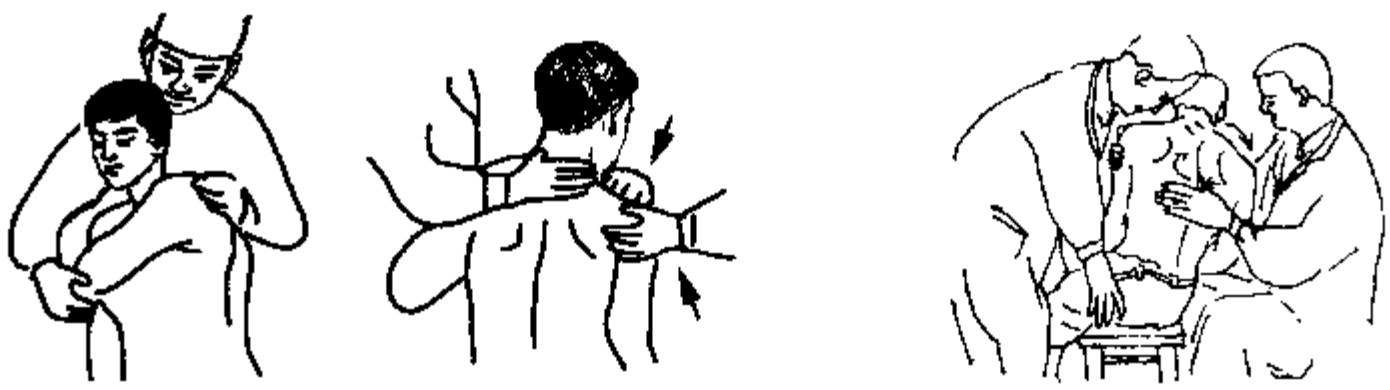
【文献出处】　李永昌. 中国按摩术[M]. 合肥：安徽科学技术出版社，1985：76

【手法名称】　旋转法

【手法操作】　用某种手法作用理筋部位的关节，使其旋转（螺旋形旋转）而达到治疗目的的一种方法，谓之旋转法、扭转法和捩法，见图 9－4。旋转推按整复法（多用于胸椎小关节错位的整复，又称脊椎旋转复位法）、图 9－5 旋颈法、图 9－6 胸部旋转后伸理筋法（又称复式手法，多用于胸部挫伤和岔气。胸椎轻度后伸并左右旋转，同时让患者深呼吸和咳嗽，术者的另一手可顺理其岔气的肋间经络肌筋部位）、图 9－7 蹲位旋腰法（医者两膝夹稳患者，一手按住患者左膝或右膝，一手旋推右肩或左肩）、图 9－8 坐位旋腰法、图 9－9 两人扭腰法（又称旋转法，滚床法）、图 9－10 旋腰旋骨盆法等。

【主治疾病】　关节扭伤轻度错位、岔气、关节粘连、疼痛等。

【文献出处】　胡晓斌. 按摩手法集锦[M]. 北京：中医古籍出版社，1989：137－139



①　②

图 9－4　旋转推按整复法

图 9－5　旋颈法

图 9－6　胸部旋转后伸理筋法

图 9－7　蹲位旋要法

图 9－8　坐位旋腰法

【手法名称】　杨天鹏推旋法

【手法操作】　此法是指推法与旋转法的合并使用。操作时，左手（或右手）推抵局部，另手抱握患者躯体做往返的旋动。动作要领为推指有力，旋转动作要协调。治疗时可配合空心掌拍法和掌根拍击法。

【主治疾病】　本法有解除痉挛、交锁作用，此法多用于颈部伤筋及腰背部的侧弯畸形等。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：899

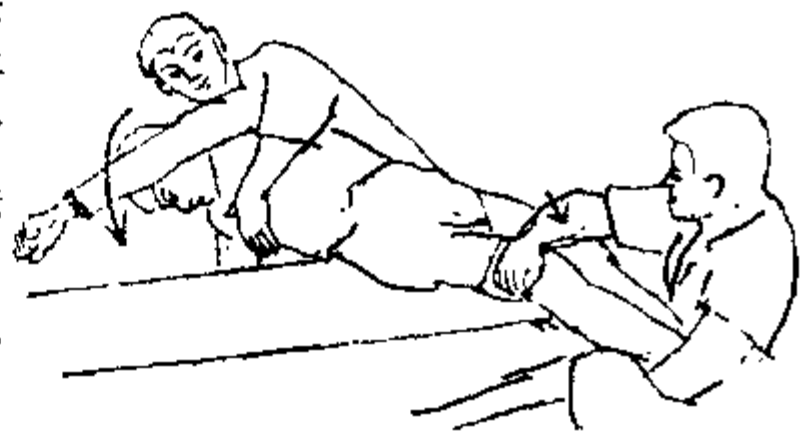
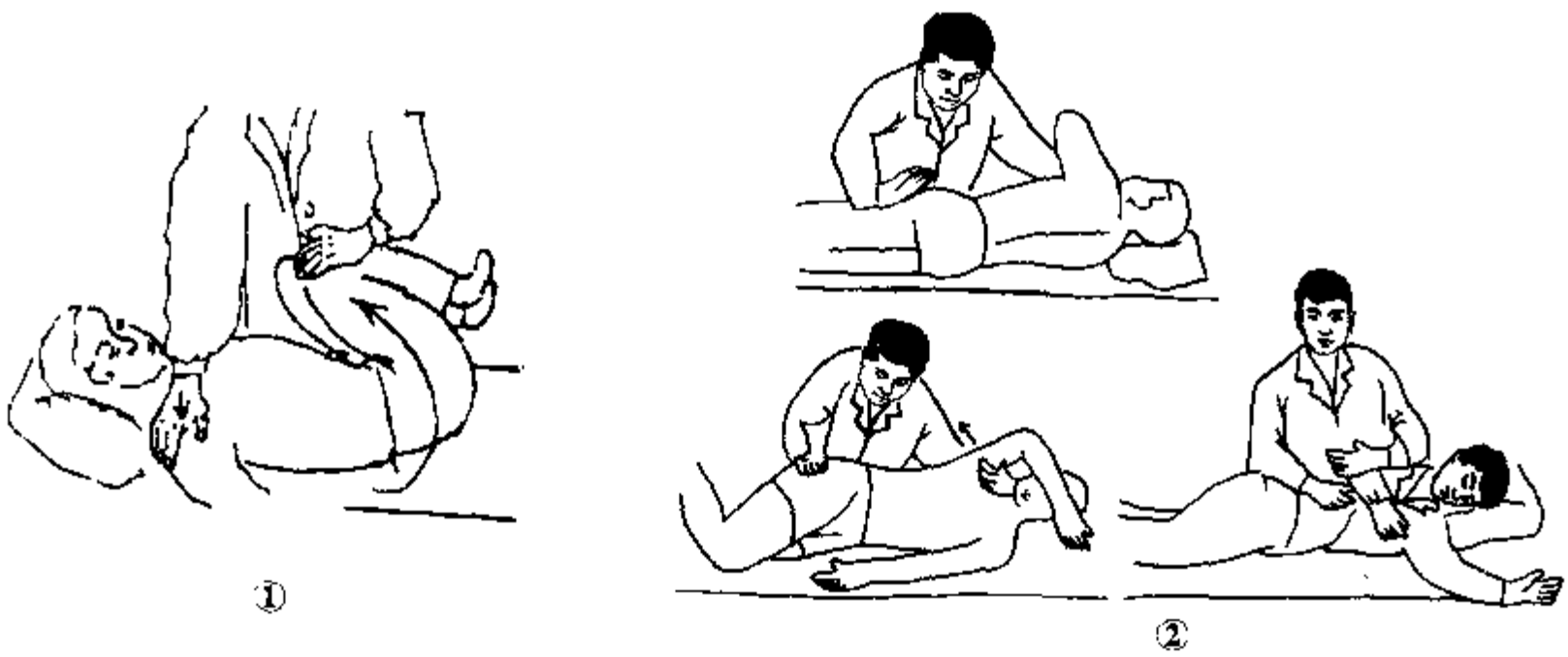


图 9－9　两人扭腰法



①　②

图 9－10　旋腰旋骨盆法

第二节　牵颈旋转法

【手法名称】　颈椎提端摇晃捻转法

【手法操作】　（以右侧伤筋为例）患者正坐凳上，医者在患者背后，用双手拇指放在患者枕骨后方（相当于风池穴的上方），余双手四指托住下颌，双前臂压住患者双肩。将头向左侧方提起，同时作环转摇晃，逐渐将患者头向右后方旋转（图 9－11、图 9－12）。

【注意事项】　使用时动作要轻缓，摇动幅度要由小到大，在生理许可范围内进行，一般要在轻度的牵引下进行。

【主治疾病】　颈部的软组织损伤等，也可作为其他手法的准备动作，或配合其他手法。

【文献出处】　孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：69

图 9－11　提端摇晃法 1

图 9－12　提端摇晃法 2

【手法名称】　刘寿山的提端旋转捻散法

【手法操作】　患者正坐凳上，医者立于背后，用双手拇指按在患者枕骨后上方（即乳突后上方），其余四指，主要用食、中、环三指托住下颌的外下方，双腕掌屈，前臂下 1/3 压住患者双肩（图 9－11）。以垂肘立腕提端达到拔伸目的，在保持提端拔伸下，将头向前后左右，或反之旋转 3～4 次。再前屈、后仰、左右侧屈及左右旋（图 9－12）。若右侧损伤，停于左旋位，仍在保持提端拔伸下，医者左肩抵于枕部，左顶部抵于患者右侧颞部，将左手改为托住下颌，右手拇指自颈项上端，自上而下地揉捻或按压伤处，同时将患者头向右后方旋转。左侧损伤旋法相反，以上手法可重复 2～3 次。

【注意事项】　强调“治筋喜柔不喜刚”的原则。“肝主筋”’、“肝主疏泄”，肝以柔而条达为顺，筋以柔韧为常。在治疗中必须顺其生理，以柔治刚，切不可盲目粗暴强拉硬扳。治疗过程须循准备（镇痛、试功）、治疗和结束（整理）三个阶段进行。

【主治疾病】　颈部伤筋、小关节紊乱、寰枢椎半脱位、颈椎间盘脱出症、颈椎病等。

【文献出处】　李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社出版，1989：1145－146

图 9－13　一人操作法

【手法名称】　拔伸旋转推按法

【手法操作】　此法为复式手法中的一种，可两人配合手法进行，也可一人进行手法，如图 19－1和图 9－13 寰枢椎半脱位复合手法整复（一人操作法）。

【主治疾病】　多用于寰枢椎和颈椎半脱位的患者。

【文献出处】　胡晓斌. 按摩手法集锦[M]. 北京：中医古籍出版社，1989：152

【手法名称】　牵颈旋转法

【手法操作】 以双手导引颈项使之牵开后，再旋转搬之，称为牵颈旋转法。患者仰卧位，医者于头端一手托扶颈项，另手扶颌下，双手配合，使头部左右摇晃，逐渐牵引旋动（以患者自身的体重作为对抗牵引物），以扶颈项手决定旋转的时机及方向、角度，并用食指确定棘突的位置等。待局部确实放松及确定旋转方向后，以巧力寸劲使颈项过伸旋转。医者牵颈旋转时需精力集中，以扶颈项手确定旋转的时机，双手密切配合，手法方能成功（图 9－14）。

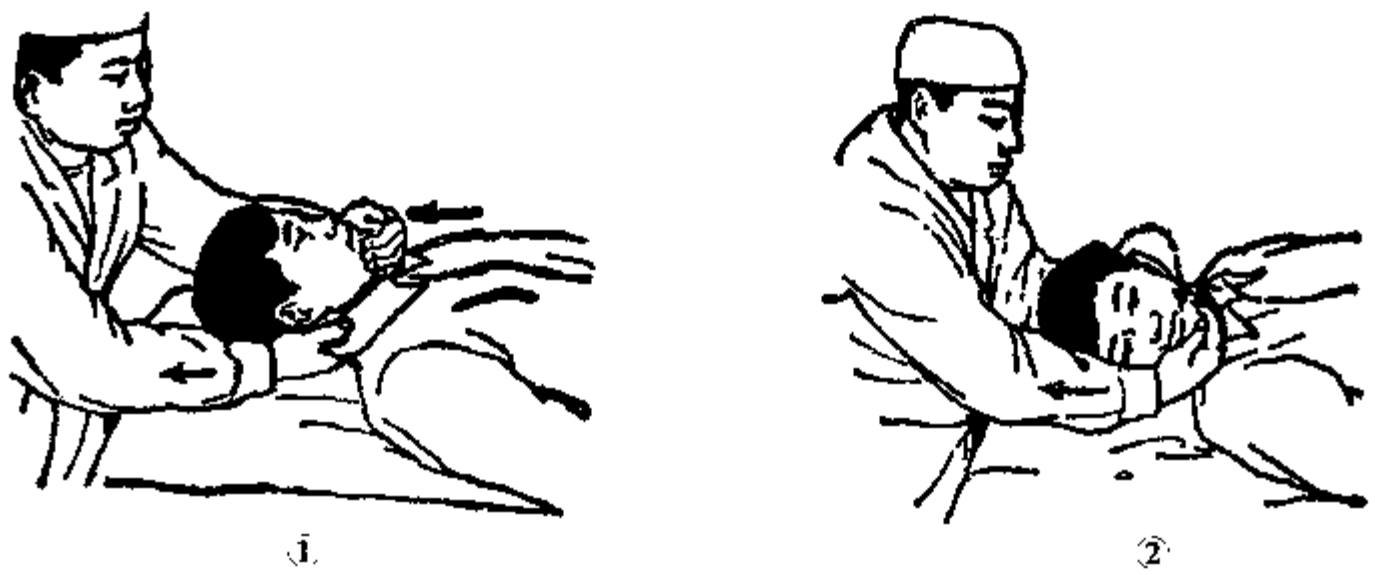


图 9－14　牵颈旋转法

【注意事项】 操作过程中切忌只牵不旋或只旋不牵，避免乱施暴力，尤其是旋转过程中，并嘱患者密切配合放松颈项。

【主治疾病】 颈项扭伤、风痛、颈椎小关节紊乱、颈椎增生症、颈项劳损、肩颈综合征。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：216－217

【手法名称】 拔旋法（又称牵旋法）

【手法操作】 是拔伸和旋转两种手法结合运用的方法。医者固定患者患部一端，拔伸其另一端，当关节间隙经拔伸加大后，再行旋转复位（图 9－15）。

【注意事项】 拔伸时要持续有力，旋转时要轻巧缓慢，不可用猛力。

【主治疾病】 关节移位等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：122

图 9－15　拔旋法

【手法名称】 牵引旋颈法

【手法操作】 患者仰卧位，医者一手扶下颌，另一手扶枕后部，逐渐牵引旋动（以患者自身的体重对抗牵引），双手协同在牵引下向左施或向右旋颈部（图 9－14）。

【注意事项】 操作时旋转要平稳，要有足够的牵引力。

【主治疾病】 寰枢椎半脱位和颈部扭伤等症。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：98

【手法名称】 丁锷的颈椎牵引旋转正骨法

【手法操作】

1. 先嘱患者摇晃头颈若干次，医者在其颈部两侧施行揉、滚手法，以松弛颈肌。

2. 令患者半蹲位（髋膝关节半屈曲），医者立其后，一手掌（或屈肘用前臂）托其下颏，缓缓用力向上提牵，同时令患者下蹲。医患配合持续牵引 2～3 分钟。

3. 视颈椎关节错缝方向（可以棘突偏歪情况判定），将其头部向左旋转或向右旋转，此时常可听到“咯咯”响声，多数是复位信号。

4. 嘱患者再摇晃头颈，如运转自如，表明错缝复位，如运转受阻，为复位不全，可按上法再行提牵旋转。

【主治疾病】 此手法适于整复寰枢椎半脱位、颈椎后关节错缝、压缩等。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：889

第三节 旋颈法

【手法名称】 头颅拔法（旋转整治法）

【手法操作】 做此整治时，病人肌肉必须放松，医师用大拇指放在病人的 C1 的椎节旁。病人下颌放在医师手掌之中。医师的手掌切忌压住咽喉气管或口嘴。病人的头不得抬起，也不可仰后。医师用大拇指钦住后脑根的颌脊椎，而另一手托着病人的下颌，旋转病人的头颅。最好病人的肩放在手术台上，病人的上臂伸出而处在手术台外，则肌肉放松。用迅速而旋转的横压力向左边突转一次，再向右边突转一次，则 C1～C7 神经所受的压迫，皆可放松。

【文献出处】 范风源. 慢性病按脊疗法[M]上海：科学书报社，1953：15

图 9－16 头颈部活动法

【手法名称】 扭转法

【手法操作】 病人坐于靠背椅上，医者一手放于病人头顶相当于“百会”穴处，另一手托其下颌，嘱病人放松颈部肌肉、闭嘴，然后医者一手向内拉，一手往外椎，使其头颈来回轻微转动。在病人不注意时，突然用力使其头颈向患侧转动，当听到“嘎吧”一响声时，即说明其半脱位之颈椎得到了复位。左右各扭转一次（图 9－16）。例如头颈强直不能向左侧转时，可先向左扭转，使其右侧挛缩之胸锁乳突肌和右背后头夹肌得到伸展，再向右扭转，使其左侧胸锁乳突肌和左背后头夹肌得到牵拉，以恢复其病损组织。

【主治疾病】　对颈筋强直、向一方歪斜，不便自由转动的落枕症，能使其很快复位。颈部歪斜疼痛亦可随之消失。有舒筋活络、消炎散滞的作用。

【文献出处】　乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：24－25

【手法名称】　头颈病的治疗手法

【手法操作】　采用拉头转脖子的手法：病人仰卧，肩部与治疗床平齐；嘱病人将肌肉放松，医生用一手托住患者枕部，一手握住患者下颌，用力牵拉；在牵拉头部的同时，用力将头转向患侧，转到极限度，再猛然转3～4次（图9－17）；然后以同样手法转向对侧。

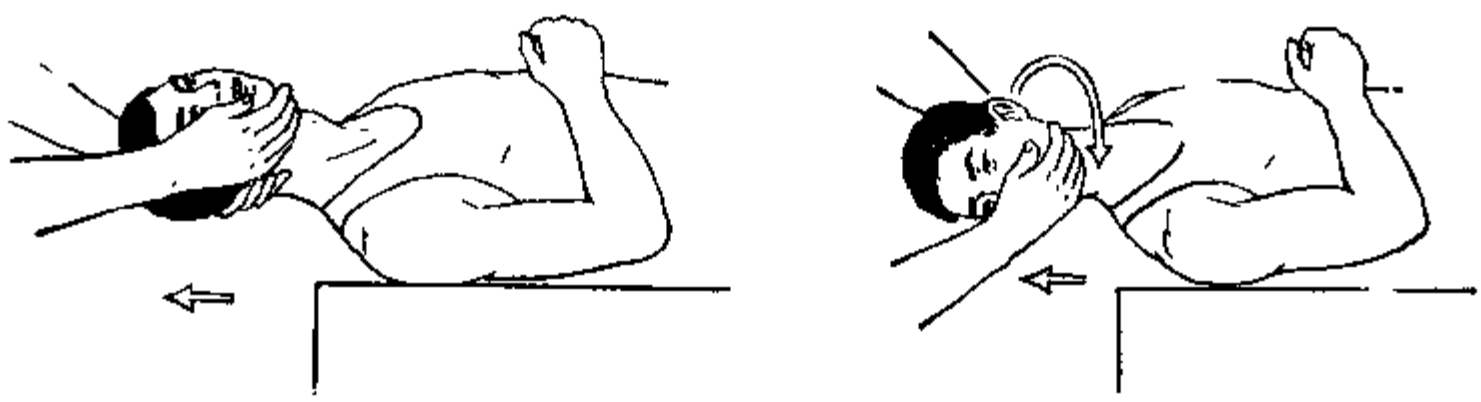


图9－17　拉头转脖子法

【注意事项】　用此法治病时，手法要轻柔、匀和，且不要用力过猛。

【文献出处】　李桂桐，贾涛. 简易新按摩疗法[M]. 石家庄：河北人民出版社，1975：22

【手法名称】　头颈扭转法

【手法操作】

1. 术式　直坐，医者站其侧。

2. 操作　以手托患者下颌部，另一手扶定头部，操作时将其下颌微微向上抬起，先将头部轻轻向左右旋转数次后，再突然向左或右侧扭转，此时可听到“嗒”的响声。左旋转后，再以同样方法进行向右旋转（图9－18）。

3. 要领

（1）旋转前应嘱患者不宜精神紧张，旋转时需待颈部肌肉松弛后始能进行。

（2）治疗时颈部出现“嗒”的响声后，即感颈项舒适及活动范围增大。

图9－18　头颈扭转法

【注意事项】　年老及有颈椎病者忌用。

【主治疾病】

1. 落枕，颈部扭伤，常配揉风池法、揉悬钟法。

2. 外感风寒所致之头痛项强，常配捏颈肌法、拿肩井法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆:重庆出版社,1982:130

【手法名称】 按肩旋颈法

【手法操作】

1. 术式 直坐,医者站其侧。

2. 操作 医者以一手掌扶患者侧头部,继以前臂环绕头部抱定,再将头颈向一侧旋转,同时将头颈部微微向外上方拔伸,反复操作2~3分钟。

3. 要领

(1)按肩及旋颈与拔伸头部须同时进行。

(2)旋颈动作应慢而有力,逐渐增加旋转幅度。

(3)治疗时有颈微胀微酸感,治疗后有颈部舒适的感觉。

【注意事项】

1. 颈部扭伤,落枕,常配揉风池法、揉悬钟法。

2. 外感风寒所致头痛项强,常配捏颈肌法、拿肩井法。

3. 肩颈综合征,常配按缺盆法、推按阳明三穴法。

4. 勿扭伤颈部肌肉。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆:重庆出版社,1982:130

【手法名称】 按肩旋颈法

【手法操作】 患者直坐,医者以一手掌扶患者侧头部。将前臂环绕头部抱定。另一手掌按压一侧肩部。再将头颈向一侧旋转,同时将头颈部微微向外上方拔伸。反复操作2~3分钟。

【注意事项】 此法之要领,为按肩及旋颈与拔伸头部须同时进行。旋颈动作应慢而有力,逐渐增加旋转幅度。但注意勿扭伤颈部肌肉。

【主治疾病】 颈部扭伤、失枕、肩颈综合征及外感风寒所致之头痛项强等。

【文献出处】 贾河先,骆仲逵,骆仲达等著. 三宝合璧[M]. 重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1984:227

【手法名称】 颈项旋转活动法

【手法操作】 病人取坐位,颈项肌肉韧带放松。术者立在后方,用双手掌部挟住病人的后脑部位,作左右旋转。

【注意事项】

1. 在作旋转时,术者用力尽量向上,动作要缓慢,切禁暴力。

2. 作完旋转活动后,术者要用滚揉手法在颈项两侧施术1分钟左右,帮助颈部肌肉放松。

【主治疾病】 颈椎病、颈椎关节紊乱症、落枕、颈项韧带钙化症、颈项软组织损伤。

【文献出处】 潘新平. 推拿治疗颈肩腰腿痛[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,1984:111

【手法名称】 旋颈法

【手法操作】

1. 患者取俯卧位，两臂屈盘于颌下。医者站其侧后，一手拇指按压颈节健侧，另手扶托下颌，扳旋伸动向患侧，角度分寸适度。再配以捏拿法，或推按后头旋向健侧。

2. 患者坐稳，头后部位贴于医者胸部，两手扳旋操作同扳颈法。

【注意事项】　患者颈项放松，医者双手协调配合，扳、旋，拔伸，动作灵巧，快慢适宜，准确掌握角度分寸。切勿粗暴行术。

【主治疾病】　颈部伤筋，颌节嵌错，颈痛项强，痛拘引肩，落枕斜颈，活动受限，颈椎病，颈椎间盘突出症，跌、打、闪、挫、扭、撞所引起的颈椎病变。

【文献出处】　孙承南. 齐鲁推拿医术[M]. 济南：山东科学技术出版社，1987：141－142

【手法名称】　颈部运动法

【手法操作】

1. 颈部活动法　患者正坐，术者立于其侧面。以一手托住下颌部，另一手扶住顶枕部，行颈部的各方运动（图 9－19）。

2. 颈椎旋转法　患者正坐，颈部前屈 10°～20°，术者立或坐于后面。以一手扶住患者侧颞枕部，另一手托住健侧下颌部，令其将头部向患侧旋转至最大幅度。与此同时，扶枕部的手固定头部的位置。托下颌部的手顺势用巧力将下颌部轻轻向患侧一扳，听到颈部清脆的响声，手法成功。

3. 颈椎旋转复位法　患者正坐，颈部前屈 10°～20°，术者立或坐于其后面。以一手拇指指腹置于颈椎病灶棘突的患侧缘，其余四指置于患侧枕部，另一手托住健侧下颌部，令其将头旋转至最大幅度。与此同时，置于病灶棘突患侧缘的拇指用力推按棘突作为支点，其余手指固定头部的位置，托健侧下颌部的手顺势用巧力轻轻将下颌部向患侧一扳，可听到颈部有清脆的响声（拇指指腹下可感到病灶棘突的移动），则手法成功。

【文献出处】　刘严. 按摩疗法[M]. 西安：陕西科学技术出版社，1987：28－29

【手法名称】　旋颈法

【手法操作】　根据临床需要，此法又可分为快速旋转法、坐位旋转法、卧位旋转法 3 种。

1. 快速旋转法　患者坐位，医者站在患者侧方，一手掌扶在后枕后，一手掌托在颌下，轻轻旋转摇晃数次，使颈项部肌肉放松。然后医者双手向相反方向用力，使头部向一侧快速旋转，同时医者迅速撤除双手。

图 9－19　颈部活动法

2. 坐位旋转法　坐位旋转法又可分为 2 种。

（1）患者坐位，医者站在患者身后，以左肘置于患者颌下，右手托扶枕部，在牵引力下轻轻摇晃数次，使颈部肌肉放松，保持牵引力，使患者头部转向左侧，当达到有固定感时，在牵引下向左侧用力，此时可听到一声或多声弹响。本法有似摇颈法，但重在牵引下旋转。

（2）患者坐位，医者面对患者立于其后偏患侧，助手面对患者立于其前偏健侧。医者一手

拇指桡侧面紧紧顶抵住偏歪棘突的凸侧，余四指轻扶健侧颈项部，助手的双手合抱患者的头两侧，将颈脊柱前屈 10°～30°，再偏向健侧。然后助手一掌轻压住患者患侧的颞部，以保持患者头颈前屈、侧偏的姿势，并按医者的要求向健侧下压头颅，助手的另一手按压住患者健侧肩部，保持患者上半身躯体的中立位，不让其俯仰或旋转。然后医者另一手的手掌或前臂、肘窝部托扶住患者下颏部和健侧面颊。在此姿势下，医者两手协同，后单向患侧外上方用力扳动使头颈部沿矢状轴旋转 45°。与此同时，医者前手用力向健侧或健侧的前外方呈水平方向顶推偏歪棘突，此时可听到颈椎的弹响声，并觉指下棘突向健侧轻移，然后让患者头颈部恢复至自然位。

3. 卧位旋转法　患者仰卧位，头部探出床边，医者坐在患者头前方，双手分别置于颌下及枕后部，牵引颈部，并轻轻摇晃，使颈部肌肉放松，牵引下，双手逐渐用力使患者头颈部向右旋转。

【注意事项】　快速旋转法迅速有力，适用于颈项肌肉较松弛的患者；坐位旋转法沉稳准确，易于掌握，大多数患者均可应用；卧位旋转法较稳妥，有足够的牵引力，常用于寰枢椎半脱位的患者。操作时必须在关节的正常生理活动范围内进行，避免暴力过度旋转。

【主治疾病】　颈椎关节扭伤、轻度错位、关节粘连、疼痛和关节周围软组织炎等。

【文献出处】　张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：40－41

【手法名称】　恶马回头法

【手法操作】　用手或肘窝搂锁于患者下颌部，先以左右旋顾后，再突然过伸转动，形似恶马回头，故曰谓恶马回头法。患者正坐，医者立于患者背后，以一手或肘窝扶托患者下颌，另手以拇指抵于患者颈项部，先导引患者头带颈项左右旋顾后，使颈项肌逐渐放松，后施用寸劲巧力突然使头颈过伸而回头向健侧旋转，可闻及清脆“咔哒”作响，形似恶马回头。此法主要用于颈项部（图 9－20）。

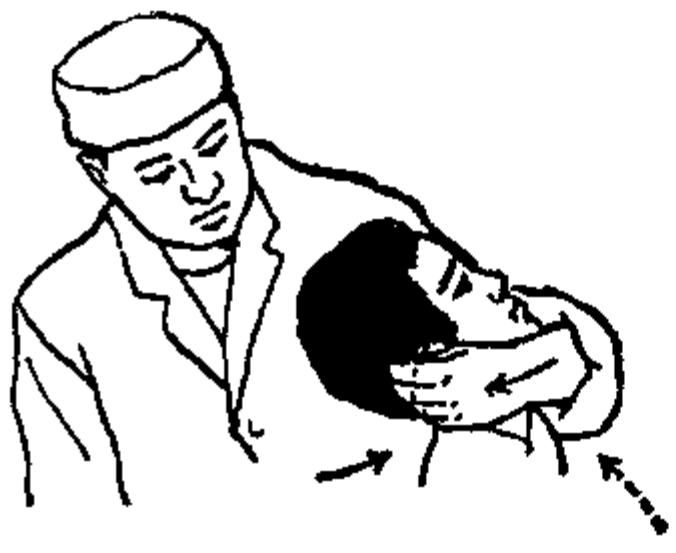


图 9－20　恶马回头法

【注意事项】　操作过程中应主要分散患者注意力，求得手法的成功。切忌硬扳，避免伤及椎体，对椎动脉疾患的患者忌用此法。

【主治疾病】　陈旧颈项扭伤、局部劳损等。

【文献出处】　李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：218

【手法名称】　坐位摇搬法

【手法操作】　坐位摇搬法过去在民间的传统手法中常可见到。方法是患者端坐，术者站于患者侧方，一手扶按于患者后枕部，另一手扶托于下颌，双手协同配合，左右摇动患者头颈部，使其放松，一边摇动，一边将头转向一侧，至逐渐拉紧时，乘其不注意，突然用“寸劲”之力，将头继续向该侧旋搬，也常可听到“咔”的响声。此法若能正确操作，患者有舒松畅快之感，但此快感只是暂时的，过不久依然会出现颈痛、颈僵等症状，因此法虽可将颈椎扭动，但难以准确定位，故复位效果欠佳，明显不如上述几种手法。

【注意事项】　对此法的技巧不了解，盲目蛮干，强力做大幅度的旋转搬颈，易造成意外损伤。粗暴手法的操作，引起颈椎脱位、骨折、高位截瘫甚至死亡，故应避免大幅度、用力过猛的不当操作，以防意外损伤。

【主治疾病】　颈椎病。

【文献出处】　赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：50

【手法名称】　快速旋颈法

【手法操作】　患者坐位，医者立其侧方，一手扶其枕后，另一手托下颌，轻轻旋转摇动数次，使颈项肌肉放松，然后两手向相反方向突然用力，使头向一侧快速旋转，同时迅速撤开双手。此时可听到“嗒”的响声，左右分别进行（图 9－21）。适用于颈项肌肉松弛者。

【注意事项】　年老体弱者忌用。操作时勿因双臂扭转范围过大而导致颈椎脱位。

【主治疾病】　感冒之头项强痛、落枕、颈项扭伤等症。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：97

【手法名称】　颈椎侧旋提推法

【手法操作】　以颈 5 棘突偏左为例。患者取低端坐位、颈部功能位，医者站于患者后侧，左手拇指触及颈 5 棘突左侧并固定之，右手扶持下颌部，使头转向左侧 45°，并向上轻轻提牵，患者头稍向前屈曲，同时左手迅速向右用力轻推，多听到“咯”一声，拇指下有轻移动感，触之平复或改善，手法告毕。

图 9－21　颈部活动法

【注意事项】　有以下情况者要慎用手法治疗。

1. 年老体弱，妇女妊娠期、月经期。

2. 有严重心、肝、肾、肺等器质性疾病者。

3. 伴有传染病急性期，恶性肿瘤及骨与关节结核者。

4. 局部有感染病灶或皮肤病者。

【主治疾病】　颈椎损伤性疾病有轻度移位者。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：891

【手法操作】　以颈 1 横突偏左为例，患者取低端坐位，颈部前屈 30°，右侧偏 30°，左侧旋转 45°。医者站于患者后侧，右手拇指触及偏移横突固定之，余四指置于颞部，左手扶持右面部，在一瞬间左手向左旋转的同时，右手拇指迅速将横突推向右侧，多听到“咯”的一声，拇指下有轻微移动感，触之平复或改善，手法告毕。

【注意事项】　有以下情况者要慎用手法治疗。

1. 年老体弱，妇女妊娠期、月经期。

2. 有严重心、肝、肾、肺等器质性疾病者。

3. 伴有传染病急性期、恶性肿瘤及骨与关节结核者。

4. 局部有感染病灶或皮肤病者。

【主治疾病】 颈椎损伤性疾病有轻度移位者。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：891

第四节 旋胸法

【手法名称】 旋胸法

【手法操作】 根据临床需要此法又可分为旋扭法、脊椎旋转复位法2种。

1. 旋扭法 又称胸部旋转后伸理筋法。患者坐位，助手半蹲在患者前方，双手按压患者双腿，医者站在患者身后；双方从腋下抱住，左手持毛巾一块，将患者轻轻提起，环转摇晃数次，嘱患者挺胸深吸气，并使患者身体向左倾斜，用毛巾捂住患者口鼻，令患者身体前屈并右倾，用力咳嗽，同时撤去毛巾，医者右手按在伤处拍打、捋顺。

2. 脊椎旋转复位法 又称旋转推按复位法。患者坐位，助手半蹲在患者前方，双手按压患者双腿；医者坐于患者侧方（以右侧为例），左手拇指按压于偏歪的脊突部，右手从胸前把握患者左肩，嘱患者深吸气，在使患者放松的情况下双手同时用力，左手推按脊柱，右手旋拉左肩，使患者右旋前倾，在患者咳嗽的同时，左手拇指用力向左推按。

【注意事项】 操作时必须在关节的正常生理活动范围内进行，避免暴力过度旋转。

【主治疾病】 胸椎关节扭伤、轻度错位、关节粘连、疼痛和关节周围软组织炎等。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：41

【手法名称】 旋扭法（即胸部旋转后伸理筋法）

【手法操作】 患者（以右侧胸部患病为例）坐位，助手蹲其前方，双手按压患者双腿以固定，医者站在患者身后，双手从腋下抱住患者前胸，且左手持毛巾一块，将患者轻轻提起，环转摇晃数次，嘱患者挺胸深吸气，并使其身体向左倾斜，用毛巾捂住患者口鼻。令患者身体前屈并右倾，用力咳嗽，同时撤去毛巾，医者右手按在伤处拍打，捋顺。

【主治疾病】 胸胁迸伤和胸胁胀闷等症。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：98

【手法名称】 脊柱旋转复位法（即旋转推按复位法）

【手法操作】 患者坐位，助手蹲其前方，双手按压患者双腿以固定；医者坐于患者侧方（以右侧为例），左手拇指按压于偏歪的脊突部，右手从胸前把住患者左肩。嘱患者深吸气，在患者放松的情况下双手同时用力，左手推按脊柱，右手旋拉左肩，使患者右旋前倾，在患者咳嗽的同时，左手拇指用力向左推按使患椎复位。

【主治疾病】　胸椎关节错位及滑膜嵌顿等症。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：98

第五节　旋腰法

【手法名称】　旋腰法

【手法操作】　病人坐于床上，医者立于病人背后，右臂穿过患者腋下，左臂搂其上臂，两手于病人前胸合拢紧握，嘱患者全身放松后，将其抱起并作环形旋转仰俯活动（图 9－22）。

【主治疾病】　此法有舒展筋骨、活利关节、消瘀止痛的作用，对腰部损伤，如腰肌劳损、腰椎间盘脱出和闪腰叉气等症，均有极好的治疗效果，是腰椎活动的一种主要运动法。

【文献出处】　乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：27－28

【手法名称】　扭转法（又名复位法，属腰背部活动法之一）

【手法操作】　病人坐于床上，两腿伸直，两臂交叉扶肘，医者立于一侧，以右腿压住病人两腿，嘱病人向患侧尽力扭转，医者扶共两肩并用力助之。转到一定程度时稍加用力，当听到“嘎嚓”一响声时，即说明腰椎已得以复位。左右均扭转一次（图 9－23）。

【文献出处】　乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：28－29

图 9－22　旋腰法

图 9－23　扭转法

【手法名称】　旋腰法

【手法操作】

1. 术式　侧卧，左或右下肢伸直，另一下肢屈曲；左或右上肢屈肘，另一上肢肩关节后伸，自由呼吸，医者站其侧。

2. 操作

(1)医者以一手拿定患者一侧之肩关节,另一手按压髂前上棘处,前后摇动 1 ~ 2 分钟。

(2)取上姿势,医者一手将肩及肩胛骨尽力向后按推,另一手将髂骨尽力向前按推,旋腰 1 次(图 9 - 24)。

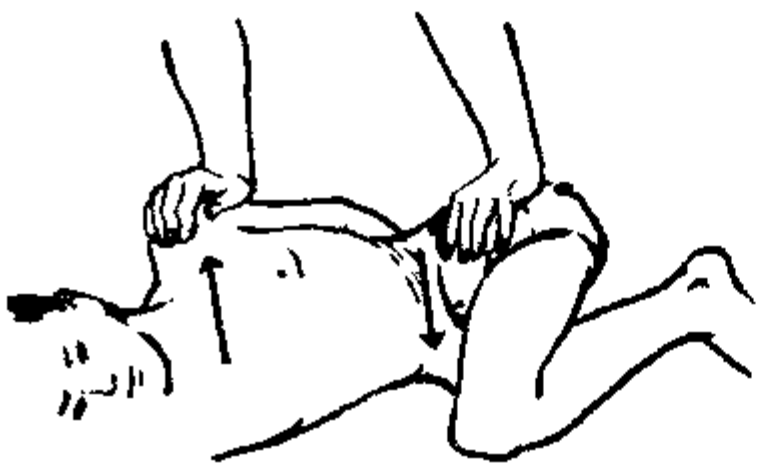


图 9 - 24

3. 要领

(1)将身躯作前后摇动时,用力应轻而有节律。

(2)在向相反方向旋腰时,应在患者腰肌放松的情况下进行。

(3)旋腰时听到"喀"的响声,为手法完成之标志。

(4)治疗后立即有腰腿轻松感。但初次治疗在 4 ~ 24 小时内有腰腿痛加重的感觉,24 小时后症状即明显减轻。随着旋腰法次数的增加,症状可续见好转,而治疗后不适反应渐不明显。

(5)旋腰每周可做 1 ~ 2 次,治疗后应卧床休息 1 天。

【注意事项】

1. 每次旋腰限操作 1 次,如未操作成功,可休息 1 天后再进行,避免腰肌损伤。

2. 腰椎滑脱症慎用。

【主治疾病】 腰椎间盘脱出症、腰椎滑脱症等,常配叠掌按腰法、按腰后扳腿法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆:重庆出版社,1982:191

【手法名称】 转腰法

【手法操作】 患者站立双手叉腰,两足分开与肩相等。医者立于患者身后,一手托住其腰部,一手按推其腰部,并嘱患者两足站于原地不动,旋转身体头向后看。医者将其肩部向后拉,腰部向前推,先轻后重活动 3 ~ 5 次,而后突然用重力同时作一次拉推。推完左侧后再推右侧,方法相同。

【主治疾病】 腰痛和软肋部疼痛,旋转活动限制,经常与背法和腰法、叠挤法协同应用。

【文献出处】 魏指薪,李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海:上海科学技术出版社,1982:20 - 21

【手法名称】 旋腰法

【手法操作】 患者侧卧,左或右下肢伸直,另一下肢屈曲;左或右上肢屈肘,另一上肢肩关节后伸,自由呼吸。操作时,医者以一手拿定患者一侧之肩关节,另一手按压髂前上棘处,前后摇动 1 ~ 2 分钟,再取。

【注意事项】 旋腰法每周可做 1 ~ 2 次,治疗后应卧床休息 1 天。每次旋腰时,一般仅操作 1 次,如操作未成功可休息 1 天后进行,避免腰肌损伤。另外,腰椎滑脱症的患者此法慎用。

【主治疾病】 腰部扭伤、腰肌劳损、腰椎间盘突出症等病症。

【文献出处】 贾河先,骆仲逵,骆仲达等著. 三宝合璧[M]. 重庆:科学技术文献出版社重

庆分社,1984:267－268

【手法名称】 圆旋复腰法(本法是指腰部受以圆旋伸拉达到整节复位的被动运动手法)

【手法操作】 患者坐稳,两下肢固定,臀部勿移动。医者弓步立其左侧后,以左臂于患者左腋下交叉相挽,手把住患者右肩后部,患者右手扶住医者左肘部,医者右手按压患者腰椎患部,此时先让患者自右向左转腰至最大限度时,医者扭旋其腰,右手相应用力按推,听到腰部"嘎叭"响声即可。右侧施术,医者移位换手,操作同上。

【注意事项】 患者取适当体位,全身放松,配合呼吸。医者根据施术需要,适当运气着力,各部配合协调,准确选用技法,力大不能滞硬,过伸不可损节,旋转不得错位,角度分寸严格,禁忌盲目、粗暴行术。

【主治疾病】 腰大肌、骶棘肌、棘上、棘间、前纵韧带、后纵韧带、腰骶部损伤、腰椎间盘突出,骶椎隐裂,腰椎错位等骨外伤病变,风寒湿痹、肾虚性腰腿病变等。

【文献出处】 孙承南.齐鲁推拿医术[M].济南:山东科学技术出版社,1987:149－151

【手法名称】 腰部运动法

【手法操作】

1.*垂直旋转运动法*　患者取中立位,两肩关节轻度外展,前臂稍旋前,全身肌肉放松,术者骑马式立于其后面。以两手掌指关节微屈,虎口分开,分别环抱于其两侧胸胁部,由前臂和腕关节发力,两手辗转式地在其冠状轴上"画圆",引起腰部在垂直轴上的旋转运动。术者两手"画图"幅度愈大,其腰部的旋转幅度亦大;反之,幅度小。用于腰部扭伤。

2.*顺势搬腰法*　患者骑于长凳上,或反向骑于靠背骑上,腰部向患侧前屈30°～40°,健侧于背置于患侧大腿上,患侧肩肘关节下垂,前臂稍旋前,术者坐于其后面。以同侧前臂穿过其患侧腋下绕过颈项部后,手扶在对侧肩部,另一手拇指指腹置于腰椎病灶棘突的患侧缘,令其腰部向患侧旋转至最大幅度。与此同时,拇指指腹用力推按病灶棘突的患侧缘作为支点,扶肩之手顺势用巧力将腰部轻轻向患侧一搬,听到腰部有清脆的响声(拇指可感觉到棘突的移动),则手法成功。主要用于腰部急性扭伤及错位。

3.*腰部旋转运动法*　患者俯卧,下肢伸直,肌肉放松,术者立于其左侧。以左手拇指指腹置于其腰部病变部位,右前臂置于两膝关节前面。与此同时,左手拇指指腹用力按压腰部病变部位作为支点,右前臂将两下肢轻轻抬起,徐徐进行腰部的旋转运动。主要用于腰部疾病。

4.*侧卧交错搬腰法*　患者取健侧卧位,健侧肩关节微屈,稍内收,肘关节屈曲,前臂稍旋前,下肢伸直,患侧肩关节内收,肘关节屈曲,前臂旋后,下肢髋关节轻度屈曲,置于健侧下肢上。术者立于其后面,以一手扶住其肩的前部,另一手扶住髋骨后部,令其将腰部向后旋转至最大幅度。与此同时,术者可乘其不备,两手突然用巧力向相反方向(肩部向后,髋部向前)轻轻交错一推,即可听到腰部有清脆的响声,则手法成功。主要用于腰部疾病。

5.*腰部后伸运动法*　患者俯卧,两下肢伸直,全身肌肉放松。术者立于其左侧,以左手拇指指腹置于其腰部病变部位,右前臂置于两膝关节前面。与此同时,左手拇指指腹用力按压腰部病变部位作为支点,右前臂将两下肢轻轻抬起,徐徐进行腰部的后伸运动(图8－2)。主要用于腰部疾病。

6.*腰部过屈运动法*　患者仰卧,两下肢伸直,两下肢交叉置于腹部,术者立于其右侧。左

手放在患者上背部的下面，右手按住两膝关节前面，固定两下肢不动。在令其前屈腰部的同时，左手向上用力助其一臂之力，使腰部前屈至最大幅度。主要用于腰部疾病。

【文献出处】 刘严. 按摩疗法[M]. 西安：陕西科学技术出版社，1987：30－31

【手法名称】 刘寿山的提端旋转伸屈法

【手法操作】 患者坐凳上，助手蹲在患者前方，用双手按住两腹股沟部，医者站在患者背后，两臂从患者两腋下穿过，两手靠拢抱住躯干，并用膝抵住患者腰部（如右侧扭伤即用右膝）。施术时，先环转摇晃患者躯干6～7次后（图11－18），再向后上方将患者提起，并向患侧斜后方倾斜，使腰部做扭屈动作。先向患侧倾斜，再向健侧倾斜（图11－18），患者将双下肢伸直。医者站在患者侧方，一手按住背部，使患者尽量向前弯腰，用另一手掌由上至下沿脊柱两旁推揉痛处6～7次。按背部之手绕过患者胸前，抱住躯干，使腰部伸直，并用力向上提起，另一手掌捂在腰部痛处，用力戳按。

【主治疾病】 急、慢性腰部扭挫伤，腰椎间盘突出症，关节错缝，闪腰岔气，腰部痹证等。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：148

【手法名称】 旋腰法

【手法操作】 病人坐于床上，医者立其背后，右臂穿过病人腋下，左臂搂其上臂，两手于病人前胸合拢紧握，嘱病人全身放松后，将其抱起作环形旋转仰俯活动，并使左右旋转次数相等（图8－2）。

【主治疾病】 此法有舒展筋骨，滑利关节，消瘀止痛的作用，对腰部损伤，如腰肌劳损、腰椎间盘脱出和闪腰岔气等症，均有显著疗效，是腰椎活动的一种主要手法。

【文献出处】 胡兴立编著. 中国传统实用医疗手法[M]. 北京：中国华侨出版公司，1989：147

【手法名称】 扭转法

【手法操作】 病人坐于床上，两腿伸直，两臂交叉，两手扶肘。医者立其一侧，以右腿压住病人两腿，嘱其向患侧尽力扭转，医者扶其两肩用力助之，转到一定程度时稍加用力，当听到“嘎嚓”一声响时，即说明腰椎得以复位（图8－99）。左右均扭转1次，同旋腰法。

【主治疾病】 对腰部筋骨损伤，如腰肌劳损和闪腰岔气等症，均有疗效。

【文献出处】 胡兴立编著. 中国传统实用医疗手法[M]. 北京：中国华侨出版公司，1989：144

【手法名称】 旋腰法

【手法操作】 根据临床需要此法又可分为蹲位旋腰法、坐位旋腰法和腰椎旋转推按复位法3种。

1. 蹲位旋腰法　患者蹲位，双手环抱双膝，医者站于患者后侧，用两膝夹稳患者，一手按住患者左膝或右膝，一手旋推右肩或左肩。

2. 坐位旋腰法　患者跨坐于治疗床上，背朝床头，双手抱头；医者站于患者身后，左手从腋

下经胸抓握患者右臂，右手扶于右肩胛部，双手同时用力作旋拉和旋推动作，使患者左旋并前倾。

3. 腰椎旋转椎按复位法（右侧为例）　患者坐位，助手站于患者右前方，双腿夹住患者右膝部，双手按在大腿部使其固定不动；医者坐于患者身后，左手从腋下绕过放在患者右肩颈部，右手拇指放在患椎棘突左侧。患者放松腰部肌肉，医者左手扳动患者，使腰部前屈并向左旋转，在有固定感时，医者右手拇指推按棘突，可听到弹响。

【注意事项】　操作时必须在关节的正常生理活动范围内进行，避免暴力过度旋转。

【主治疾病】　腰椎关节扭伤、轻度错位、关节粘连、疼痛和关节周围软组织炎等。

【文献出处】　张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：41

【手法名称】　腰椎旋转复位法

【手法操作】　患者坐位，腰部放松，两手自然下垂或两手交叉相扣抱住枕后部。以右侧病变向右侧旋转扳动为例。助手站于患者左前方，两腿夹住患者左腿，双手压住左侧大腿根部，以固定患者坐势。术者位于患者后侧右方，用左手拇指推顶偏歪的棘突，右手从患者右腋下穿过并用手掌按住其颈项部。准备就绪后，再分两步完成整个动作：①先嘱患者慢慢弯腰，前屈至术者拇指下感到棘突活动、棘突间隙张开时即保持这一幅度；②将患者向右侧侧屈至一定幅度，使病变节段被限制在这个脊柱曲线的顶。

【注意事项】　上述两种操作方法，前者动作较缓和，若按压于腰部之手，能配合后伸运动施以校法、按揉等手法，则效果更佳，但此法术者较费劲。后者操作时术者较为省力，但切忌粗暴，以免增加不必要的痛苦，使患者望而生畏；同时术者要把握好自己的重心，不能把力量全按压于患者腰部。

【主治疾病】　腰椎间盘突出症、腰椎后关节错位、急性腰扭伤、慢性腰肌劳损及腰椎生理弧度减弱或腰脊柱侧弯畸形等。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：429－430

【手法名称】　腰背部运动法

【手法操作】

1. 按腰搬肩法　病人取俯卧位，两上肢平放于躯干两侧。医者以左手按住其腰部，右手搬其对侧肩关节处，然后两手同时用力按腰与搬肩，使病人胸椎尽量后伸（图 9－25）。此法有松动椎节的作用，是脊柱最基本的运动法之一。按同法再做另一侧。

2. 按腰搬腿法　本法与上法差别在于搬腿，操作方法相同（图 9－26）。其作用是松动滑利腰骶关节和伸展下肢前侧的肌肉，对腰腿痛有较好的效果。

3. 侧扳法　又称斜扳法。病人侧卧，贴床的下肢伸直，另一下肢屈膝并接触床面，上侧上肢则屈肘后伸，使整个躯体尽量扭曲成“S”形。然后医者一肘屈曲压住其肩前，另一肘关节置其居髎穴部位。在病人充分放松的情况下，两肘用寸力猛一按即可（图 8－1）。本法不仅有整复腰椎间盘脱出和腰椎小关节错移的作用，而且是腰部急慢性软组织与骨关节损伤康复的有效方法。

图 9－25　按腰扳肩法

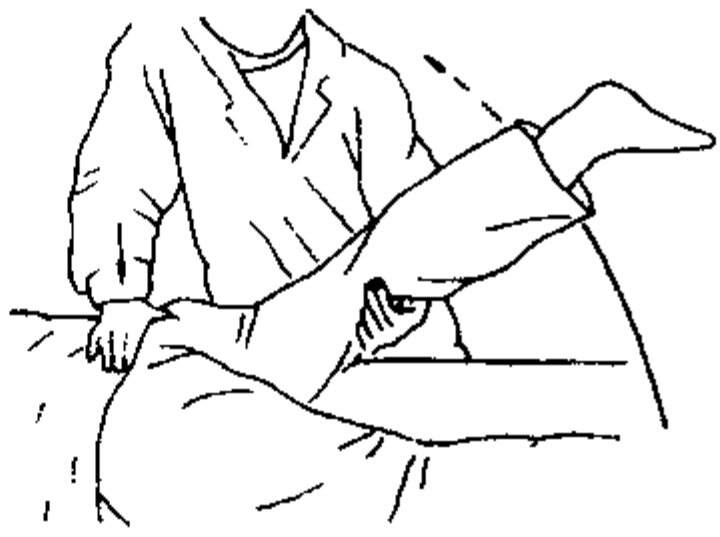


图 9－26　按腰扳腿法

4. 仰俯法　病人仰卧位，双手上肢平伸，医者两手与其互握，然后用力将病人拉起，使其双手尽量触及自己的脚尖，如病人腰椎僵硬，动作难以完成，可找一助手在身后以助其力（图 13－7）。此法对腰椎与骶髂关节屈伸活动功能障碍者有特效。

5. 背颠法　病人与医者背靠背站立，并互相挽肘，将病人背起，医者以臀部抵住其腰部，在令病人咳嗽一声的同时上下颠动或左右摇摆其腰部（图 12－2）。此法主要用于闪腰岔气和腰椎间盘脱出症，在采用侧扳或旋转法不效的情况下用之。

6. 顶搬扩胸法　病人正坐方凳上，两手五指交叉置于后枕部；医者立于背后，右脚踏在方凳上，以膝关节抵住病人上胸椎痛点或偏歪的棘突旁，再用双手分别握住其两肘关节，并向后作小幅度试探性顶搬 2 次后，再加大幅度搬 1 次（图 9－27）。该法适用于对上胸椎后关节紊乱症的治疗，有整复错移的作用。临床遇到突然感觉在深呼吸时胸前疼痛者，可采用此法。

7. 扭腰法　病人正坐于凳子上，双手互握自己两肘部。医者立其后，用一下肢压住病人两膝，以做固定，以两手分别置其双肩，然后一手向里扳，另一手向前推，使病人脊椎突然大幅度呈“S”形扭曲。可有一连串响声伴随（图 9－28）。根据病情可左右各扭 1 次。本法主要用于脊椎侧弯、椎后小关节紊乱的矫正与整复。

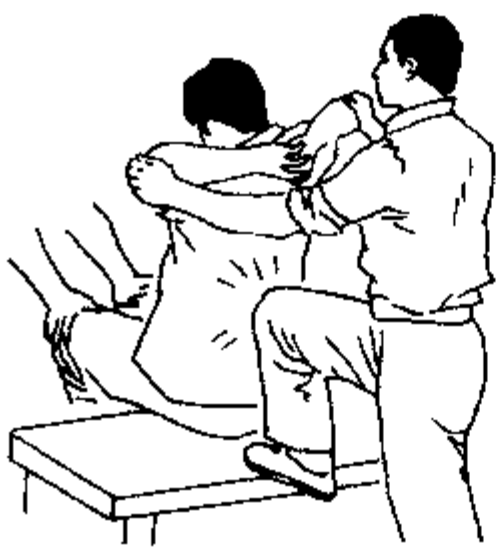


图 9－27　顶搬扩胸法

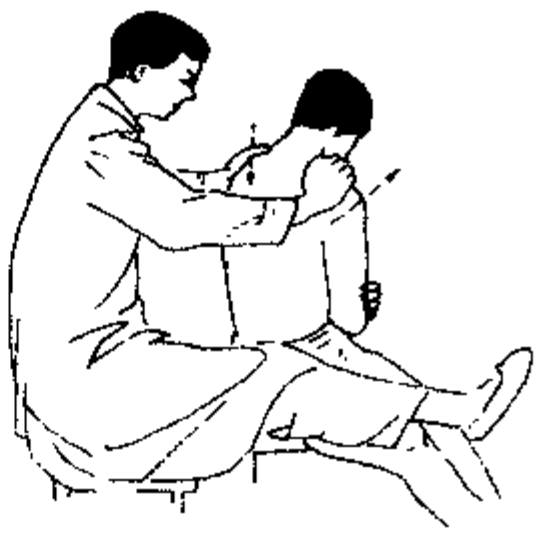


图 9－28　扭腰法

8. 旋腰法　病人仰卧，屈髋屈膝于胸前，医者立于一侧，用右手置于腰骶部，并用力上搬，另一手扶持其膝关节，然后两手协调用力，作自内向外或自外向内划圈旋腰运动（图 9－29）。主要用于腰骶部僵硬发板、重滞酸痛的治疗。

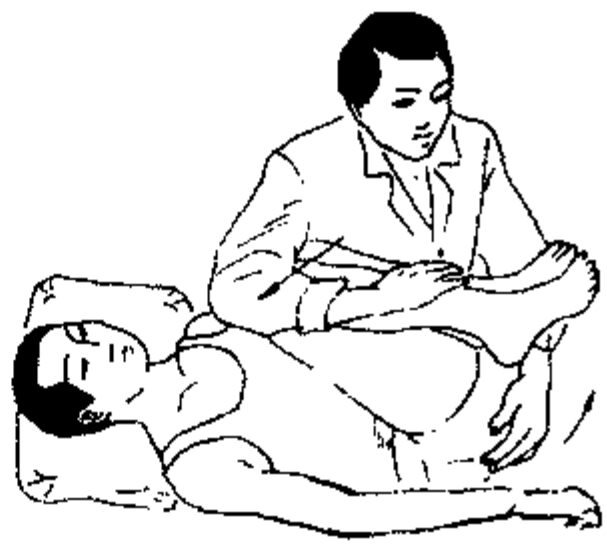


图 9－29　旋腰法

9. 旋转复位法　病人取坐位，医者坐于其身后，以双拇指触诊法，找准偏歪的棘突（此处以棘突右偏为例），然后用右手从其右腋下伸向前，并以掌部压住病人颈后（嘱患者低头配合），令其坐稳，腰部放松，一助手用双腿夹住病人的左大腿，以双手按住其左腿根部做好固定。这时医者以左拇指抵住偏歪的棘突或压痛点，然后右手用力按拉病者颈部，使其躯干前屈 60°～70°继续向右侧弯至 45°左右时，左手拇指同时用力向左上顶推偏歪棘突，这时可感到或听到椎体内有轻微的错动感或“咔吧”声，手法即成功。如棘突左偏时，医者体位与操作相反（图 9－1）。此法主要用于腰椎间盘脱出，腰椎后关节紊乱的整复治疗。

【文献出处】　栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：86－90

【手法名称】　脊柱定点旋转复位法

【手法操作】　患者背向医者而坐。医者一只手拇指顶住偏歪棘突向健侧内方向推，另一只手使脊柱向棘突偏歪侧顺时针或逆时针的方向旋转，两手协同动作，将偏歪的棘突推拨正，使相邻的椎体也恢复到正常的平衡位置上。这样就保证了椎体及软组织的内在平衡的适应力。

【主治疾病】　此法适用于腰部疾患。

【文献出处】　罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京：科学技术文献出版社，1995：18－19

【手法名称】　腰椎旋转复位法

【手法操作】　手法要领（以腰椎棘突歪向左方为例）：患者坐位，助手站于患者前方，双腿夹住患者右膝部，双手按其上以固定右腿，医者坐于患者身后，左手从患者左腋下绕到颈右后方，右手拇指按于患椎棘突左侧，患者放松腰部，医者左手扳动患者，使腰部前屈并向左旋转，待有固定感时，右手拇指推按棘突向右前方，两手协同用力，医者常感到椎体滑动并可听到弹响声（图 9－1）。

【主治疾病】　腰椎小关节紊乱和腰椎间盘突出症等。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：99

【手法名称】　坐位旋腰法

【手法操作】　患者坐位，双手抱头，助手站于患者前方，以双手固定其双下肢，医者立于患者身后，双手从腋下抱住患者，将患者向后上方提起，在保持牵引下向后方作左或右旋转，同

时用单膝顶住腰部患处。反复操作数次。

【主治疾病】 腰扭伤及腰椎小关节紊乱等症。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：99

【手法操作】 在采取双人旋转复位法的基础上，改用了双连椅单人旋转复位法。具体操作步骤：患者端坐在双连椅的一椅上，医者正坐患者之后的另一椅上，首先查清侧突最明显的棘突（或肌痉挛、压痛最明显的棘突旁），用一拇指固定，另一手自患者腋下伸向前，掌部压于颈肩部扶持，然后医者使患者前屈 60°～90°，侧偏（同侧）45°，在拇指推挤棘突向对侧外上方的同时，另一手向后上方旋转。常听到“咯”的一声，触之平复或好转，手法告毕。必要时，在相邻的上或下一棘突定位，同样步骤做另一侧下位腰椎的旋转复位。

【注意事项】 有以下情况者要慎用手法治疗。

1. 年老体弱，妇女妊娠期、月经期。
2. 有严重心、肝、肾、肺等器质性疾病者。
3. 伴有传染病急性期，恶性肿瘤及骨与关节结核者。
4. 局部有感染病灶或皮肤病者。

【主治疾病】 腰椎损伤性疾病有轻度移位者。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：892

第六节　旋转骨盆法

【手法名称】 旋转骨盆法

【手法操作】 患者仰卧于治疗床上，屈膝屈髋，医者站于患者左侧，右手按住右肩，左手扶于右膝部，并做旋拉动作，双手用力使髋尽可能旋转。

【注意事项】 操作时必须在关节的正常生理活动范围内进行，避免暴力过度旋转。

【主治疾病】 髋关节扭伤、轻度错位、关节粘连、疼痛和关节周围软组织炎等。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：41

（李义凯　刘又文　王庭臣）

第十章　拔伸类手法

【摘要】　本章是介绍拔伸类手法，即牵引类手法。第一节为拔伸手法，包括引法、拉法和含有拔伸动作的牵拉或牵引类手法。第二节为引伸类手法，多为在后伸位被动牵拉腰椎或髋关节的一种脊柱推拿手法。第三节为专门收录颈椎的拔伸类手法，手法种类和名称很多，但手法操作的基本动作大多相似。第四节为腰椎的扳伸类手法，其手法种类也是很多，操作时多为单纯牵拉或配合其他一些手法联合使用。

第一节　拔伸法

【手法名称】　引法

【手法操作】

1. *颈引法*　也称“颈拔伸法”。操作时使患者直坐，颈项肌肉放松，医者以两手抱定头部，做垂直向上的拔伸（图 10－1），再扶定头部，根据病情需要做颈侧弯及前俯后仰的颈椎活动。拔伸前，头部应牢牢固定，动作宜缓慢，用力应逐渐增加，切忌使用暴力，以免造成新的损伤或意外。颈部悬吊牵引亦属于颈引法的一种。

2. *腰引法*　是治疗腰部疾病的一种手法。根据病情需要有以下 3 种术式：一种是使患者侧卧，斜搬腰部的手法（图 9－24）。其次是使患者直坐，医者推按棘突，旋转引伸腰部的一种手法（图 10－2）。再一种是使患者俯卧，医者将其下肢向后上或向外搬拉，借以牵引腰部的手法。施行腰部引法时，应使用巧力，并争取与患者合作，以免造成新的损伤。此外，布缚踝部牵引腰部，机械牵引腰部等，亦属于腰引法之一种。

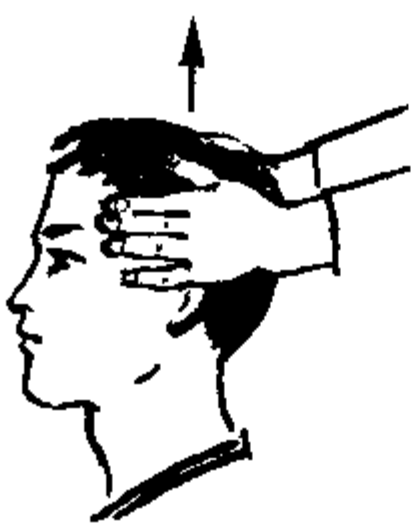


图 10－1　颈引法之一

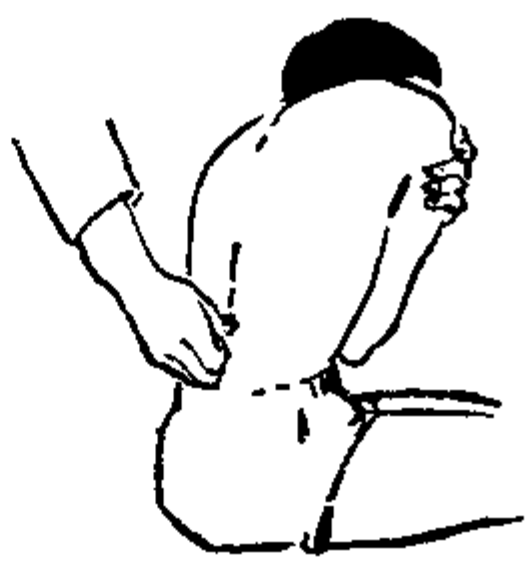


图 10－2　腰引法

3. 髋引法　“髋引法”是牵引髋关节使之恢复其关节功能的一种手法，临床应用两种术式。一种是患者仰卧，并使患者双手尽力抱膝，同时向腹部方向收紧，医者再以手着力向下按压其膝关节，以协助髋关节的屈伸活动（图 10－3）；另一种是患者仰卧，医者以两手紧握其踝关节，用力向下方牵引髋关节的手法（图 10－4）。前者以治疗髋关节损伤为主，后者则除治疗髋关节病外，对腰部疾病亦有一定的治疗作用。

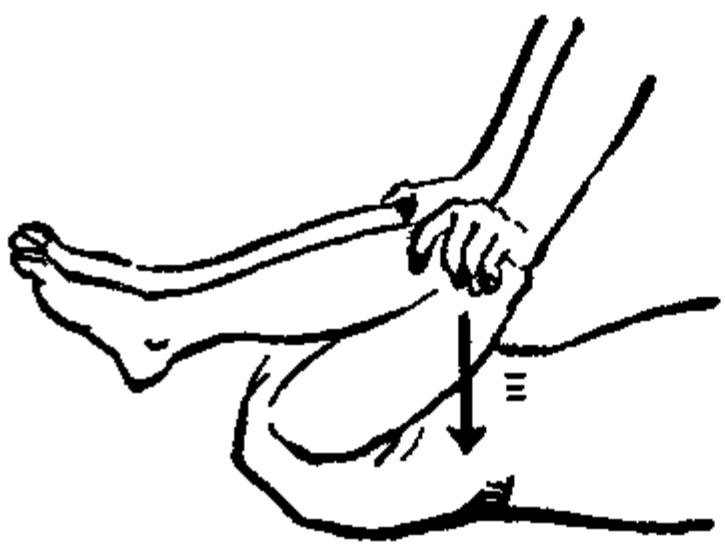


图 10－3　髋引法之一

图 10－4　髋引法之二

【主治疾病】　颈、腰椎和髋部疾患。

【文献出处】　骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：56－59

【手法名称】　拉法

【手法操作】　拉法常需要在助手配合下进行，主要是拉四肢或通过四肢拉脊柱，或一面牵拉或对抗牵拉，在保持牵拉的位置上，再施行其他手法，可以提高手法效果。

【注意事项】　拉法的同时，结合抖腰、推腰手法。

【主治疾病】　使肌肉放长，关节的间隙增宽。如腰椎间盘突出症或腰椎小关节紊乱症等，可作上下肢对抗牵拉，使腰椎关节间隙增宽，再用“抖法”抖腰部，则有助于软组织的复位。

【文献出处】　魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：11－12

【手法名称】　脊椎骶髂拔伸法

【手法操作】　患者俯卧位，用一宽帆布带，在上背部经两侧腋下系扎在床头上以作固定，由两助手分别用十指交扣法把握住患者小腿下段，缓缓地逐渐加力拔伸牵拉，到一定程度后，由术者发令，作一次或数次弹性冲击力的加强拔伸，并听令于术者缓缓地松开（图 10－5）。在拔伸的同时，术者可在患者背、腰、骶髂都施用各种术式的推拿手法，在做弹性冲击拔伸时，术者可在背部、腰部、骶髂关节处做“闪掌压”手法。

【注意事项】　可使胸、腰、骶椎及骶髂关节被牵拉松开，为做这些部位的调整关节手法之前的准备手法。

【主治疾病】　可使骶髂部关节紊乱得到矫正，异位的小关节或脊椎关节微小的移位得到改善。

【文献出处】　李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科

学技术出版社出版,1989:120－121

【手法名称】　拔伸法

【手法操作】　用单手或双手,一人或多人对按摩理筋部位的关节肢体进行对抗性缓慢柔和或持久地拔伸、拽伸、牵拉,谓之拔伸法、拉法,拽法、升法和牵引法等。把关节肢体左右扭转后拔伸谓之挽法。如图 10－6 椎关节背牵法(一人背患者,一人拔伸患者下肢,此法又称背法,多用于腰椎筋伤)、图 10－7 腰关节旋转摇晃拔伸法(抱伸法)。

【文献出处】　胡晓斌.按摩手法集锦[M].北京:中医古籍出版社,1989:140－141

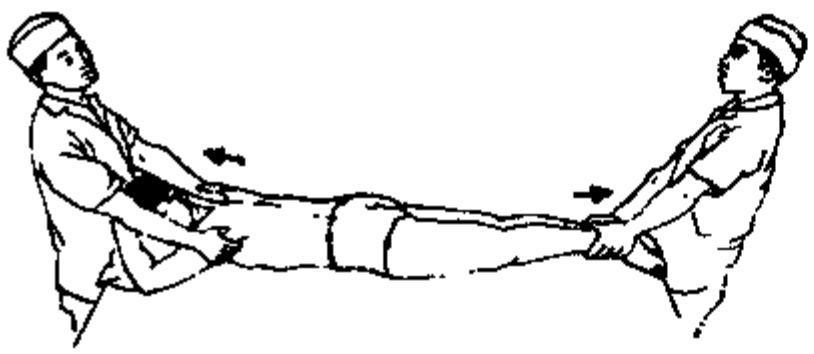


图 10－5　脊椎骶拔伸法

图 10－6　椎关节背牵法

【手法名称】　引法

【手法操作】　引法是对关节活动功能障碍和肢体损伤所造成的疾患,导引其肢体作被动的活动,使其恢复运动功能的一种手法,也是牵引受伤肢体使挛缩消失和帮助复位的一种牵引手法。引法在应用上根据所牵引的部位而有所不同。

1.颈引法(也称颈拔伸法)　患者直坐,颈项肌肉放松,医者以两手抱定头部,作垂直向上的拔伸。再扶定头部,根据病情需要做颈侧弯及前俯后仰的颈部活动。

图 10－7　腰关节旋转摇晃拔伸法(抱伸法)

2.腰引法　此法根据病情需要有以下 3 种术式:一种手法是使患者侧卧,然后斜搬腰部;第二种手法是使患者直坐,医者推按棘突,旋转引伸腰部,再一种手法是使患者侧卧,医者将其下肢向后上或向外搬拉,借以牵引腰部。施行腰部引法时,应使用巧力,并与患者合作,以免造成新的损伤。

3.髋引法　有两种术式:一种是使患者仰卧,并使患者双手尽力抱膝,同时向腹部方向收紧,以协助髋关节的屈伸活动;另一种是使患者仰卧,医者以两手紧握其踝关节,用力向下方牵引髋关节。前者以治疗髋关节损伤为主,后者则对髋、腰疾病均有治疗作用。

【注意事项】

1. 施行引伸时，应使用巧力，并争取与患者合作。

2. 关节引伸时，应缓慢而着力。

【主治疾病】 颈腰椎和髋关节疾患。

【文献出处】 骆竞洪主编. 实用推拿治病百法[M]. 北京：人民体育出版社，1990：10－12

【手法名称】 拔伸法（又称“拉法”、“拔法”、“拽法”、“牵拉法”、“牵引法”）

【手法操作】 应用对抗力量对关节或肢体进行牵拉，使关节伸展，称为拔伸法。常用于颈腰部和四肢关节处。拔伸法的操作方法是：固定肢体或关节的近端，术者沿纵轴方向牵拉其远端；或在关节两端做相对用力牵拉。

【注意事项】

1. 拔伸动作要稳而缓和，用力要均匀而持续。在开始拔伸时用力可由小到大逐渐增加，但在拔伸过程中，用力要均匀持久，不可用突发性的暴力。

2. 要根据不同的病情和部位，适当控制拔伸的力量和方向。若运用不当不但影响治疗效果，甚至会造成不良后果。

【主治疾病】 具有整复错位、松解粘连、解除肌肉痉挛、拉宽关节间隙等作用，是治疗骨折和关节脱位必不可少的手法。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：434－435

【手法名称】 髋关节拔伸法

【手法操作】 患者仰卧位，双手抓住床边。术者以双手握住患侧踝关节，拔伸牵拉髋关节。

【注意事项】 操作时，用力均匀而持久，牵引力量达一定程度时，要保持牵引力1～2分钟，动作要缓和，切忌暴力。

【主治疾病】 临床常用于关节错位、关节活动受限等。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：413

【手法名称】 拔伸法

【手法操作】 医者以一手或双手固定肢体或关节的一端，牵拉另一端，称为拔伸法。根据施治部位不同，拔伸法可分为颈椎拔伸法、肩关节拔伸法、腕关节拔伸法和指间关节拔伸法等。颈椎拔伸法：患者坐位，医者立其身后，用双手拇指顶其枕后，掌指部托住两侧下颌部，用力向上拔伸，并可用双臂压住患者双肩，以助拔伸力量。

【注意事项】

1. 医者用力要持久均匀，动作要缓和，忌用暴力和蛮力。

2. 拔伸力量的大小应根据患者的年龄、体质、病情、施治部位及耐受程度等而灵活掌握。

3. 对关节强直畸形、骨质疏松、肿瘤、结核等病症应慎用或禁用拔伸法。

【主治疾病】 拔伸法刺激较强，适用于颈椎、脊柱及四肢各关节。拔伸法具有舒筋通络、理筋整复、矫正畸形、松解粘连等作用。主治关节错位、伤筋，颈椎病、腰椎间盘突出症，肩周

炎，肩、肘、腕、指、踝、趾等各关节外伤后遗症等病症。

【文献出处】　邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：57－59

【手法名称】　拔伸法

【手法操作】　使挛缩的筋腱、错位的关节在正常活动范围内得到伸展、复位的一种手法，称为拔伸法。又称为牵拉法或拔法。术者用一手握住关节近端以作固定，另一手握住关节远端，双手作方向相反的对抗性用力牵拉；或以患者身体自重以作固定，术者双手握住肢体远端，作同一方向用力牵拉。

【注意事项】

1. 拔伸动作要稳而缓和，用力要均匀而持续。开始拔伸时用力可由小到大逐渐增加，在拔伸过程中，用力要均匀持久，不可用突发性的暴力。

2. 要根据不同的部位和病情，适当控制拔伸力量和方向，做到顺势而行。

【主治疾病】　颈椎、腰椎和四肢关节的伤筋、错位、脱臼，以及颈、腰椎关节和椎间盘的病变。

【文献出处】　钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：140－141

【手法名称】　骶髂关节拔伸法

【手法操作】　患者仰卧，会阴部垫一软枕，术者站于其足端，用一手按患者膝部；另一手用腋部挟住小腿下段，前臂穿过患肢胭后握住另一手前臂的下端，再以一足跟部抵住患者会阴部软枕处。在此姿势下，术者身体逐渐后仰，手脚协同用力，将患侧下肢沿纵轴方向拔伸。

【注意事项】

1. 拔伸动作要稳而缓和，用力要均匀而持续。开始拔伸时用力可由小到大逐渐增加，在拔伸过程中，用力要均匀持久，不可用突发性的暴力。

2. 要根据不同的病情，适当控制拔伸力量和方向，做到顺势而行。

【主治疾病】　骶髂关节半脱位、坐骨神经痛等病症。

【文献出处】　钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：144

【手法名称】　拔伸法

【手法操作】　拔伸即牵拉、牵引的意思。拔伸法是指用两手分别握住肢体的远近端，做相反方向的牵拉；或利用肢体自身的重量做反牵拉力，两手握住肢体远端，向上或向前牵拉的一种方法。本文主要介绍头颈部拔伸法。

患者正坐。医生站在患者背后，用双手拇指顶在枕骨下方，掌根托住两侧下颌角的下方，并用两前臂压住患者两肩，两手用力向上，两前臂下压，同时作相反方向用力。

【注意事项】　本法操作时用力要均匀而持久，动作要缓和，拔伸强度要恰如其分，适可而止。

【主治疾病】　本法刺激较强，适用于颈椎、脊柱及四肢关节。具有疏经通络、理筋整复、松解粘连等作用。常用于关节错位、伤筋、颈椎病、腰椎间盘突出症等各关节外伤后遗症等。

【文献出处】　李明磊主编. 推拿学[M]. 北京：科学出版社，2002：54－55

【手法名称】 拔伸牵引法

【手法操作】 脊柱骨折的牵引，在开始牵引时，肢体先保持在原来的位置，沿着肢体纵轴对抗牵引。在其他脊柱病中，患者采取俯卧位，全身放松，双手紧握床沿，一位医者立于头部的床前，双手扳握患者双腋下，作向前拉势，以固定患者上半身，另一位医者在另一侧床头，双手分别握住患者两侧或双手握住患者一侧踝部，作向后拉势。两位医者对抗用力，持续对抗牵引数分钟。牵引用力应以患者的机体强度为依据，小儿、老年人及女性患者，牵引力不能太大。反之，青壮年男性患者，肌肉发达，则需要使用较大的力量。对抗牵引的力度要掌握好，力度不够，骨折断端嵌插、移位、重叠等位置得不到矫正；力度过大，也会使骨折断端过度分离，甚至关节脱位、肌肉韧带拉伤。牵引的力量要徐徐加重，持续用力，保持轴线（图 10－5）。

【主治疾病】 临床常配合扳、按、压等手法用于治疗脊柱骨折、脱位及椎间盘突出、腰椎管狭窄、脊椎急性损伤等。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：242

第二节 引伸类手法

【手法名称】 引伸法

【手法操作】 引伸法是指牵伸关节的一种按摩法，是中医按摩中一种特殊的被动运动的手法。

1. 腰引伸法 患者侧卧，患侧在上。术者站于患者的背后，一手的拇指压于腰部的痛处，另一手用臂托住患侧的小腿，并抱住膝盖，使大腿向腹部屈动数次后，用巧劲把腿突然拉向后伸位，压于痛处的手指仍按住不移，并稍加用力（图 10－8、10－9），如此反复进行 5～6 次即可。此法适用在腰椎间盘脱出症，有帮助复位的作用。其他慢性腰痛也可用此法。还有另一种操作法，操作时患者和术者相背而立，术者用肘挽住患者两臂并将患者背起，术者的臀部比患者的臀部略低些，然后嘱患者全身放松，术者膝关节一屈一伸以臀部着力振动，引伸患者的脊柱（图 10－10）。此后，术者还可把患者的身体做左右摆动。

图 10－8 腰引伸法 1

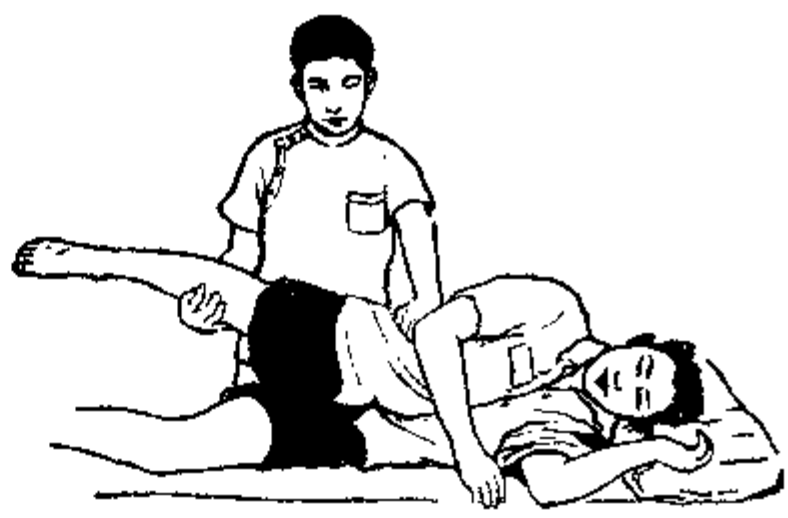


图 10－9 腰引伸法 2

2. 颈引伸法　患者取坐位，术者站于患者的前面，一手拄托住下颌，另一手按在头顶部。两手以相反的方向慢慢地转动颈部数次，待其肌肉完全放松后，即使颈部尽量转向一方，并趁颈部向回转的趋势，两手突然向反方用力拨动颈部。每次只引伸一次，不宜重复。

【注意事项】　引伸的动作应轻巧有力。

【主治疾病】　有牵伸挛缩和帮助复位的作用，用于治疗颈腰痛。

【文献出处】　安徽医学院附属医院医疗体育科. 中医按摩学简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：44－47

【手法名称】　腰引伸法

【手法操作】　是牵伸关节的一种推拿法，是一种特殊的被动运动手法。引伸的动作须轻巧有力，有牵伸挛缩和帮助复位的作用。可分为以下几种。

1. 第一式　患者侧卧，患侧在上。术者站于患者的背后，一手的拇指压于腰部的痛处，另一手用臂托住患侧的小腿，并抱住膝盖。使大腿向腹部屈动数次后，用巧劲把腿拉向后伸位，同时压在痛处的手指稍加用力。如此反复进行 5～6 次即可。此法适用于腰椎间盘突出症，有帮助复位的作用。其他慢性腰痛也可用此法。

2. 第二式　操作时患者和术者背对背而立，术者用肘挽住患者两臂并将患者背起，术者的臀部比患者的臀部略低些。然后嘱患者全身放松，术者膝关节一屈一伸，以臀部着力振动，引伸患者的脊柱。此后，术者还可将患者的身体左右摆动数次。

3. 第三式　患者俯卧。术者先用揉、摩手法，使腰部肌肉放松。然后用前臂托住两腿膝盖处，并抬起下半身，使患者只有胸部着床。用另一手紧按下腰部，并一按一松弹动性地按压下腰部数次。待觉患者腰部肌肉较放松时，突然改用前臂部压紧腰部，并发力向下用力一压。与此同时，托膝部的前臂用力向上一掀，使腰部强力后伸（图 10－11）。放下后再给腰部揉摩片刻。

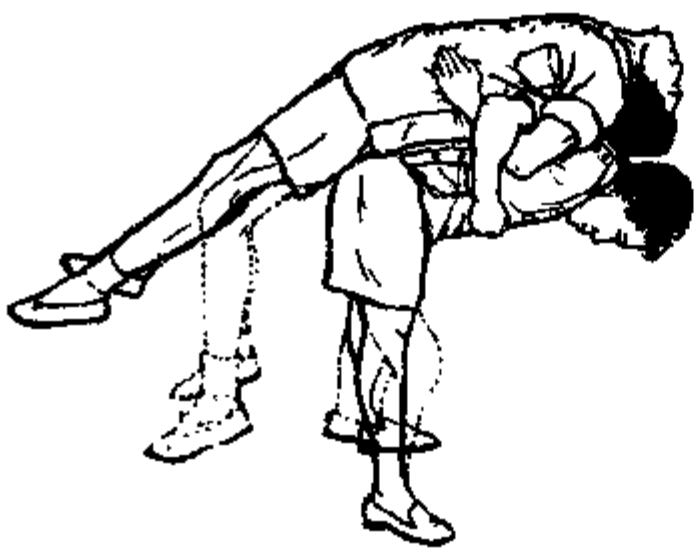


图 10－10　腰引伸法 3

图 10－11　引伸法第三式

4. 第四式　患者侧卧，患侧在上。术者双手抓住患腿的踝关节，并把患腿向后拉。同时抬起一脚，脚掌紧抵患者腰骶部。然后，同时作手拉、脚蹬的动作，先轻蹬几次，待觉患者腰部较放松时，突然用重力拉蹬一下，使患者腰部突然向后一伸（图 10－12）。只要能达到有效强度，一般做一次就可。

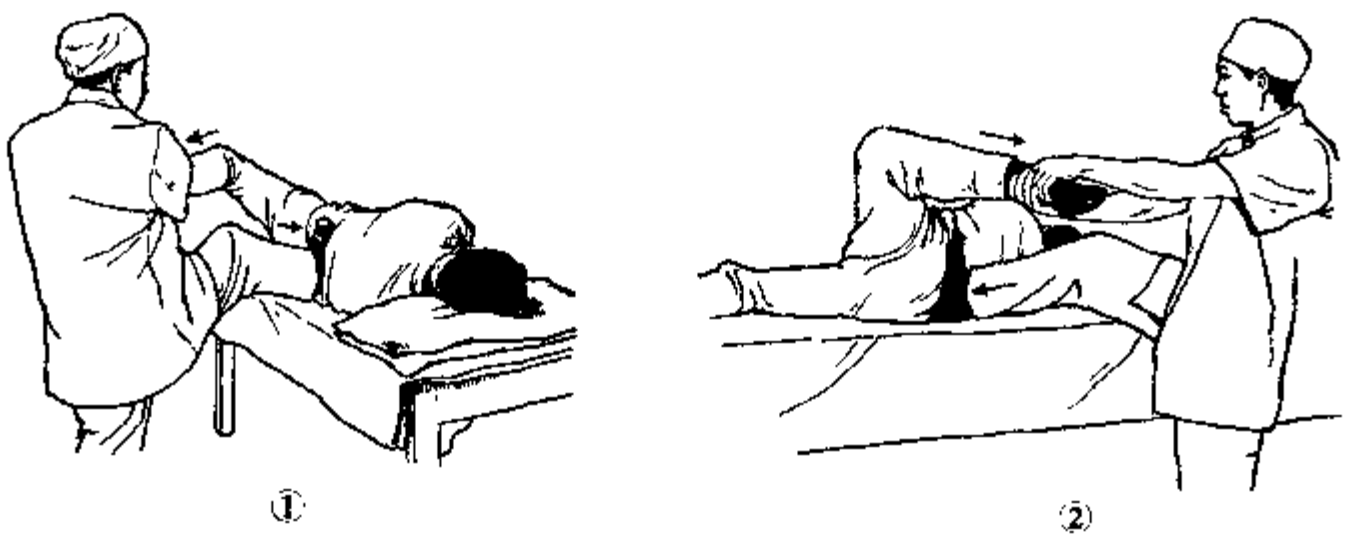


图 10－12　引伸法第四式

【主治疾病】　腰椎间盘突出症和一些慢性腰痛。

【文献出处】　安徽医学院附属医院. 推拿疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1972：34－37

【手法名称】　腰髋引伸法（属腰背部活动法之一）

【手法操作】　病人俯卧，将右腿拉过左侧床面呈交叉形，医者立于其中，以左手固定病人右腿，右拐肘压于病人右侧“环跳”穴处（图 10－13）。若力量不够时，可以左手扳住床边助之。治疗对侧时操作相反。

【主治疾病】　此法可使痉挛的软组织得以松弛，并有助于脱出之腰椎间盘复位，是治疗腰椎间盘脱出症和坐骨神经痛不可缺少的一种运动法。

【文献出处】　乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：30－31

图 10－13　腰髋引伸法

【手法名称】　引伸法

【手法操作】　用单手或双手按其按摩部位的关节远端，做回屈引伸关节肢体动作，使引伸的关节肢体超过平时正常关节活动度的一定幅度，谓之引伸法。操作时，应嘱患者充分放松理筋部位的关节肢体，医者利用闪动突然性的暴发力进行牵拉引伸肢体，并立即放松所引伸后的肢体，动作要做到有劲而不蛮，幅度大而不野，达到恰如其分的程度。引伸法可连续多次进行，也可由患者配合作呼吸动作（多用于岔气的患者）（图 10－14）。

【主治疾病】　多用于肩、腰、髋等关节部位。常治疗的病症有：关节部位扭伤、扭错、肌筋

挛缩、岔气、胸闷气胀等。

【文献出处】　胡晓斌. 按摩手法集锦[M]. 北京：中医古籍出版社，1989：142－143

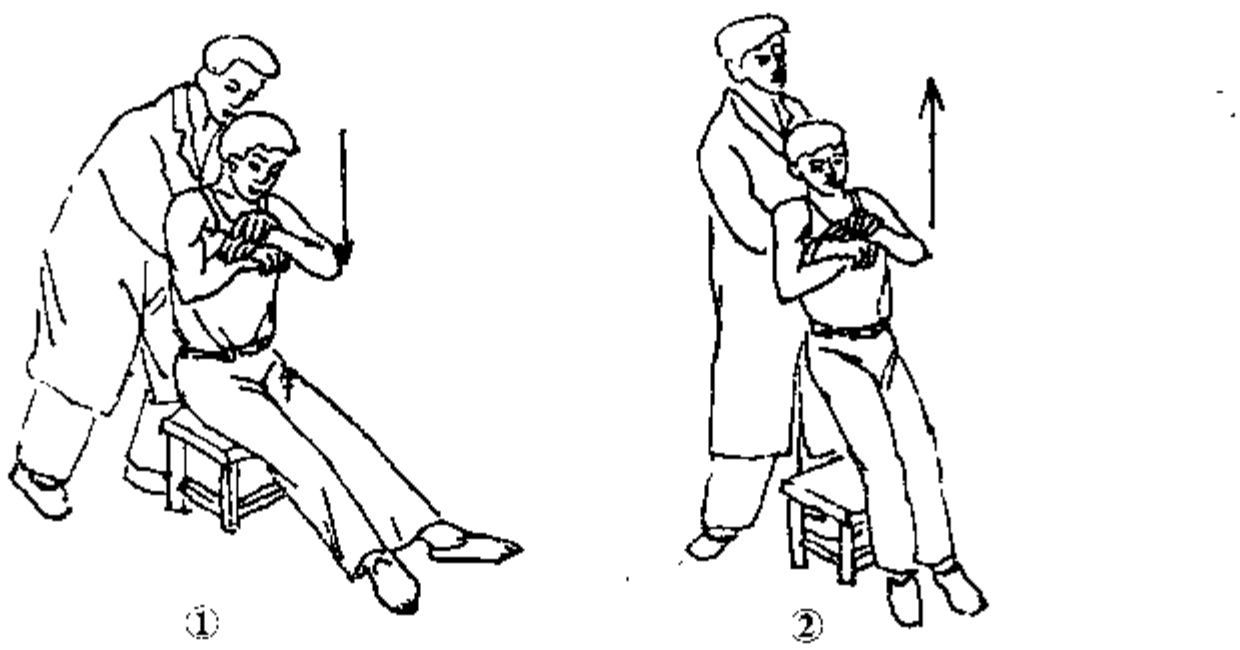


图 10－14　抱提腰部法（引伸腰法）

【手法名称】　腰引伸法

【手法操作】

1. 第一式　患者侧卧，患侧在上，术者站于患者背后，一手拇指压于腰部痛处，另一手用臂托住患肢小腿并抱住膝盖，使大腿向腹部屈动数次后，用巧劲把腿向后伸位，同时压在痛处的手指稍加用力。如此反复进行 5～6 次即可。此法适用于腰椎间盘突出症，有帮助复位的作用，对其他慢性腰痛也有效。

2. 第二式　操作时患者和术者背对背而立，术者用肘挽住患者两臂并将患者背起，术者的臀部比患者的臀部略低些，然后嘱患者全身放松，术者膝关节一屈一伸，以臀部着力振动，引伸患者的脊柱。此后术者还可将患者的身体左右摇动数次。

3. 第三式　患者俯卧，术者先用揉拿手法，使腰部肌肉放松，然后用前臂托住两腿膝盖处，并抬起下半身，使患者只有胸部着床，用一手紧按下腰部，如此一按一松地按压下腰部数次，待患者腰部肌肉放松时，突然改用臂部压紧腰部，并发力向下用力一压。与此同时，托膝部的前臂用力向上一掀，使腰部强力后伸，放下后再给腰部揉拿片刻。

【文献出处】　王志仪. 功法推拿[M]. 济南：山东科学技术出版社，1989：38－39

【手法名称】　引伸法

【手法操作】　是在肌肉放松时被动地牵伸关节的一种方法，属于特殊的被动性运动按摩。此种方法的作用力可使关节发生一时性超过正常生理活动幅度的运动。引伸法可有上肢引伸、下肢引伸、腰部引伸等多种（图 10－15）。

【注意事项】　这种操作技巧较难，要顺势而行，使引伸的动作有劲而不蛮，幅度大而不野，达到恰如其分、恰到好处的程度。

【主治疾病】　引伸法的治疗作用是牵伸关节挛缩，纠正关节错位，增强肢体的活动能力等。

【文献出处】 王启民. 实用按摩速成[M]. 北京:中国环境科学出版社,1991:123-124

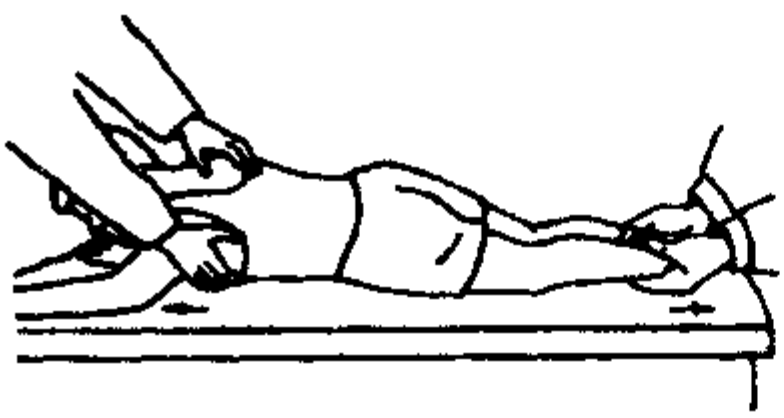


图 10-15 引伸法

【手法名称】 屈膝引伸法

【手法操作】 患者仰卧位,医者以一手臂托扶小腿,一手放于膝上保护膝部,令患者屈膝屈髋,医患配合,使小腿在向上提拔的力量下做伸膝动作(图 10-16、图 10-17)。

【注意事项】 伸膝幅度由小到大,以患者能忍受为限。

【主治疾病】 腰椎间盘突出症、坐骨神经痛等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京:华夏出版社,1993:127

图 10-16 屈膝引伸法 1

图 10-17 屈膝引伸法 2

第三节 颈椎拔伸类手法

【手法名称】 颈椎整治法与整治的地位

【手法操作】 因为颈神经,除 C8 神经在 C7 下,C1 神经在 C1 上,C2 神经在 C2 上,C3 神经在 C3 上,C4 神经在 C4 上,C5、C6、C7 神经皆在 C5、C6、C7 上,所以颈椎的校整,即用拔头颅法,使之拔正。拔时需注意拔动着力之处。颈部拔动,须在痛神经之下面一节颈椎上压住拔整。痛在右边,则拔左边;痛在左边,则拔右边。

【文献出处】 范风源. 慢性病按脊疗法[M]上海:科学书报社,1953:14

【手法名称】 颈椎错位整复术

【手法操作】 在使用手法时,不可暴力扭转,恐有伤骨髓。须叫患者俯卧于床上,头部稍伸出,助手固定双肩。医者双手环扣头部两侧耳下,向前方提(图 10-18)。使其筋骨拔直,当

听有滑动声即复位。

【注意事项】 术后处置复位，须用手法按摩头部肌肉，使颈部之筋腱、神经得到舒适。外敷金黄膏或止痛膏，用布绷带包扎，每隔 1～2 天换药 1～2 次。取仰卧位休养，不要枕高枕头，颈部须垫平。

【文献出处】 陈占魁著. 陈氏祖传正骨手法[M]. 哈尔滨：黑龙江人民出版社，1963：105－106

【手法名称】 拔伸仰俯法（属头颈部活动法）

【手法操作】 医者一手托扶病人下颌，另一手放在病人后项部，两手同时用力，使其头颈向上伸展。由于向上伸拔力的作用，其颈椎间均有一定间隙。此时托扶下颌的手慢慢向上用力，促其头部向后仰。复位后，放在后项部的一手向上用力，使其头颈再向前俯。如颈项强痛，治疗一次后仍不能自由前俯后仰时，可用此法反复作几次（图 10－19）。

【主治疾病】 前俯可使颈后的斜方肌得到伸展，后仰可使颈前的项长肌和头长肌得到伸展，以消除痉挛。本法对颈筋强直、向一方歪斜、不便自由转动的落枕症，能使其很快复位。颈部歪斜疼痛亦可随之消失。有舒筋活络、消炎散滞的作用。

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：25－27

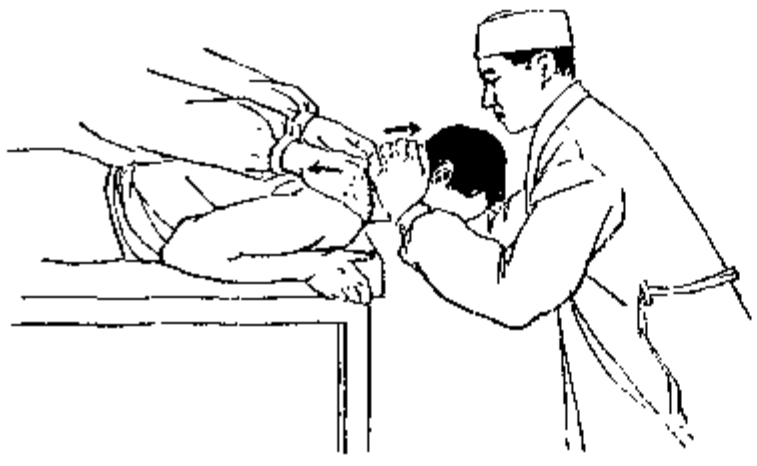


图 10－18　硬椎错位整复术

图 10－19　拔伸仰俯法

【手法名称】 头颈部拔伸法

【手法操作】 患者正坐，医者站在患者背后，用双手拇指顶在枕骨后方（风池穴上方），掌根托住两侧下颌关节的下方，并用两前臂压住患者两肩，用力向上拔伸（图10－20）。

【主治疾病】 拔伸即牵拉的意思，常用于小关节错位、伤筋及肩关节功能障碍等症。在正骨手法中应用拔伸法以正复关节脱位或骨折移位。

【文献出处】 上海中医学院. 推拿学[M]. 上海：上海人民出版社，1975：34－35

【手法名称】 颈牵引法

【手法操作】

1. 术式　直坐，两上肢自然下垂。

2. 操作　将“颈牵引带”戴于颈部，将颈前后布带固定，两上端悬挂于牵引架上，逐渐增加牵引重量，牵引 20 分钟至 1 小时（图 10－21）。

3. 要领

（1）牵引重量可根据患者耐受情况逐渐增加。

（2）牵引时两肩部应尽量下垂，必要时两侧肩上可各置一小沙袋。

（3）牵引时患者颈及上肢有轻松感觉，如有头昏或恶心感觉时，应停止进行。

【注意事项】　心脏病及年老体弱者应慎用，必要时可进行卧床颈牵引。

【主治疾病】

1. 颈椎骨质增生而致椎间孔狭窄，压迫脊神经引起颈项强痛及上肢感觉障碍者，常配揉风池法、按曲垣法。

2. 颈椎半脱位手法复位后遗颈项强痛者，常配拿肩井法，按曲垣法。

【文献出处】　骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：131－132

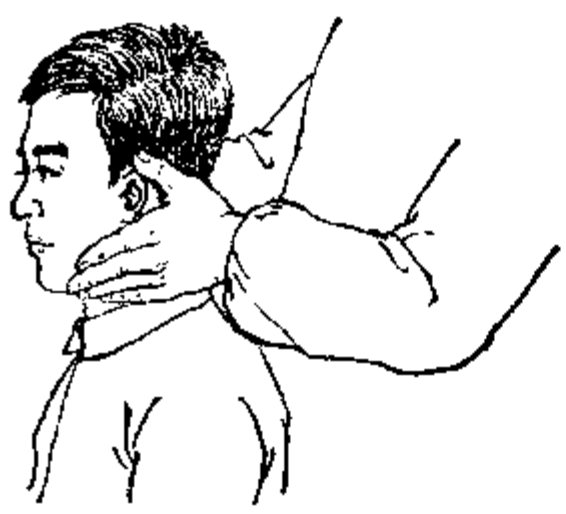


图 10－20　拔伸法

图 10－21　颈牵引法

【手法名称】　颈项拔伸法

【手法操作】　病人取坐位，颈项肌肉韧带放松。术者立在后方，用双手掌根部对称地挟按在病人后脑枕部，向上作徐徐上提。上提时，术者以掌根部逐渐用力向上作拔伸手法（图 10－20）。

【注意事项】

1. 在作拔伸手法时，不要用蛮力和暴力，要用持续向上的力，力点的效应要落在颈椎关节部位上。

2. 术者的掌根部要紧贴病人后脑枕部。

【主治疾病】　颈椎病、颈椎关节紊乱症、落枕、颈项软组织损伤等。

【文献出处】　潘新平. 推拿治疗颈肩腰腿痛[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1984：110－111

【手法名称】　头颈部拔伸法

【手法操作】　即牵拉、牵引，固定肢体或关节的一端，牵拉另一端的方法。头颈部拔伸法：患者正坐，医生站在患者背后，用双手拇指顶在枕骨下方，掌根托住两侧下颌角的下方，并

用两前臂压住患者两肩，两手用力向上，两前臂下压，同时做相反方向用力（图 10－22）。

【注意事项】 操作时用力要均匀而持久，动作要缓和。

【主治疾病】 本法常用于关节错位、伤筋等。对扭错的肌腱和移位的关节有整复作用

【文献出处】 俞大方主编. 推拿学[M]. 上海：上海科学技术出版社，1985：54－56

【手法名称】 颈椎拔伸法

【手法操作】 病人正坐，医者站于其后，用双手拇指顶在枕骨后方（风池穴上方），并用两前臂分别压住病人两肩，然后逐渐用力向上拔伸（图 10－22）。

图 10－22　头颈部拔伸法

【主治疾病】 适用于颈椎病颈椎弧度消失及颈椎错缝等。

【文献出处】 上海中医学院. 中医椎拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：65

【手法名称】 拔颈法

【手法操作】 此法为直向扳拿，拔伸颈部，分两种。

1. 患者坐稳，医者一前臂搭于患者左肩，手托下颌，另手拇、食指卡在双侧风池穴或颈节部，双手协同扳、摇并向上牵拔。

2. 患者俯卧，医者分腿坐其头顶前部，双手五指托住颌下，双腿屈膝，两足抵患者双肩，徐缓加力下蹬，拔颈引伸或左右轻扳、摆动配合牵拔。

【注意事项】 患者颈项放松，医者双手协调配合，扳、旋，拔伸，动作灵巧，快慢适宜，准确掌握角度分寸。切勿粗暴行术。

【主治疾病】 颈部伤筋、颈节嵌错、颈痛项强、痛拘引肩、落枕斜颈，活动受限、颈椎病、颈椎间盘突出症，以及跌、打，闪、挫、扭、撞等所引起的颈椎病变。

【文献出处】 孙承南. 齐鲁推拿医术[M]. 济南：山东科学技术出版社，1987：141－142

【手法名称】 颈引法（也称颈拔伸法）

【手法操作】 患者直坐，颈项肌肉放松，医者以两手抱定头部，做垂直向上的拔伸，再扶定头部，根据病情需要做颈侧弯及前俯后仰的颈部活动。

【注意事项】 引法是对关节活动功能障碍和肢体损伤所造成的疾患，导引其肢体作被动的活动，使其恢复运动功能，也是牵引受伤肢体使挛缩消失和帮助复位的一种牵引手法。

【主治疾病】 恢复颈椎关节的运动功能，帮助复位和解除挛缩。

【文献出处】 骆竞洪主编. 中华推拿医学志—手法源流[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1987：82

【手法名称】 刘绍南的拔颈法

【手法操作】 患者取坐位：术者半跪于其侧，以膝及身躯紧靠患者，固定其躯体，防止患者活动。术者一臂沿患者下颌后屈肘，嘱患者闭嘴合齿，将其颌围拢做稳力升拔（其力不可旋

扭和骤然突升),术者另一手在颈部固定,并以推、按、点等手法配合施术。或患者取坐位,术者站其后,并提屈一腿,压患者肩部以固定,术者两手交叉托住患者下颌,做稳力升拔,每升拔一次即换压患者对肩一次,使颈关节均衡升拔。或患者取俯卧位,术者以两足抵其两肩,手交合扣其颌下,向外牵拔。此法适合于重症不能取坐位者。

【注意事项】 手法切忌粗暴,拔伸适度。

【主治疾病】 拔颈法适用颈部挫伤、颈椎小关节紊乱或嵌顿及增殖性颈椎炎、颈僵硬等症。

【文献出处】 骆竞洪主编.中华推拿医学志—手法源流[M].重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1987:266-267

【手法名称】 颈推牵引

【手法操作】 病人取仰卧位去枕位,术者坐在床头,用左手前臂放在病人颈下作枕状,用右手固定住下颌,然后两手协同用力作垂直方向引伸(图 10-23)。

图 10-23 颈椎牵引

【主治疾病】 颈椎病、颈椎关节半脱位、颈部软组织扭伤。

【文献出处】 孙维良编著.家庭按摩[M].天津:天津科学技术出版社,1989:114-115

【手法名称】 颈项拔伸法

【手法操作】 使关节向后(外)伸展的方法,称之为"伸法",伸法又称为"引伸法"、"扳伸法"、"提拉法"、"解法"、"牵拉法"。被操作者取坐位,医生立其身后,用双手托其下颌用力向上端提,以拔伸其颈椎关节(图 10-22)。双手用力提端时,也可用两前臂压住其肩后用力,以增强效应。

【注意事项】 常常是将关节晃动后再行拔、屈、伸手法。

【主治疾病】 颈项关节屈伸不利等病症。

【文献出处】 金义成,彭坚编著.中国推拿[M].长沙:湖南科学技术出版社,1992:220-221

【手法名称】 颈椎牵引法

【手法操作】 指颈椎关节的近心侧固定,远心侧沿肢体纵轴方向牵拉的方法。重者为牵,轻者为引。

1.颈椎牵引架,用皮革或线带做成下颌托和后颈托,牵引绳放置架上的滑轮,然后在绳的一端根据患者的体质和病情需要,坠衬一定重量的砂袋或铁砣,其重量随时增减。牵引时患者坐姿或直立均可(图 10-24)。

2. 患者正坐，医者选适当体位，屈肘托住患者下颌，另一手掌托其枕部，然后医者用力向上牵引其头。

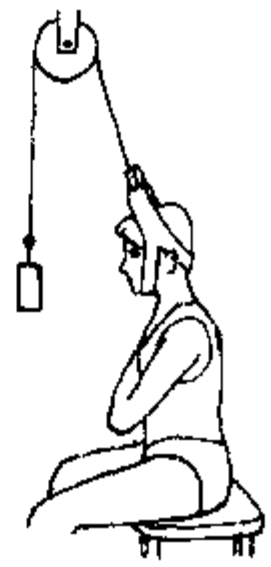


图 10－24　颌托牵引法

【注意事项】　牵力要稳，循序渐进，力量不宜过大。

【主治疾病】　颈椎病、颈椎间盘突出症等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：114

【手法名称】　颈部牵引揉捻法

【手法操作】　患者坐位，医者站在患者身后，双手拇指置于枕骨乳突处，其余四指托住下颌，双前臂压住患者双肩及枕部顶在患者右侧颞枕部以固定头部，保持牵引力，以右手拇指按在右侧胸锁乳突肌自上而下作快速的揉捻，同时将患者头部缓缓向左侧旋转，最后以颈部叩击法结束此手法（图 10－25、图 10－26）。

【主治疾病】　颈椎病等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：124－125

图 10－25　颈部牵引揉捻法 1

图 10－26　颈部牵引揉捻法 2

【手法名称】　颈椎拔伸法

【手法操作】　有 3 种操作方法。

1. 患者坐位，术者站于其后，用双手拇指顶按枕骨下方（相当于风池穴）处，掌根分别挟住下颌部两侧助力。然后两手同时用力向上拔伸。操作时术者两手掌不能挤按两侧颈部，以免压迫颈动脉窦，引起头晕等不良反应。

2. 患者坐位，术者站于其后，一手扶住患者枕后部，另一手用肘弯部托住其下颌，手掌扶住对侧颜面，两手同时用力向上拔伸，牵引其颈脊柱。操作时术者肘部不能挤按颈前部，以免因压迫气管而引起不适感。

3. 患者仰卧，头颈部在床沿之外，术者坐于患者头前方，用中指按住其颈椎棘突，两拇指分别扶住下颏部两侧，两手协同用力拔伸颈椎。

【注意事项】 在做颈椎拔伸法过程中,应使患者头部保持中立位或稍前屈位。在拔伸颈椎的同时,还可结合做颈部缓慢的旋转活动。3 种颈椎拔伸法中,第二种操作方法较省力,且操作方便,故临床上应用较多。对体质虚弱、精神较紧张的患者,可选用卧位拔伸法。

【主治疾病】 落枕、颈椎病、颈椎小关节错位、颈椎半脱位及颈项部扭伤等症。

【文献出处】 王之虹,严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春:长春出版社,1994:435 - 436

【手法名称】 颈椎拔伸法

【手法操作】 患者正坐,医者站在其背后,用双手拇指顶在枕骨下方,掌根托住两侧下颌角的下方,并用两前臂压住其两肩,两手用力向上,两前臂下压,同时做相反方向用力(图 10 - 22)。

【主治疾病】 对扭错的肌腱和移位的关节有正复作用。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州:河南科学技术出版社,1994:365 - 366

【手法名称】 颈部拔伸和扳颈法

【手法操作】 先按摩肌肉放松以减轻颈椎间的张力,同时能松解浅层组织间的粘连,加强局部气血运行,促进炎症渗出物和代谢产物的吸收,故具有舒筋通络,活血祛瘀的作用,并为整复理筋手法创造有利条件。采用拔伸牵引和扳颈手法。医生站于病人侧方或后方,一手置于下颌处,另一手置于后枕部,或双手分别置于两下颌角(腮部),或一手肘窝托住下颌处前臂环抱头部,然后将头部徐徐向上提托以拔伸颈椎。拔伸牵引 3 ~ 5 分钟后,可以在持续牵引下作颈部的被动左右旋转(即摇晃)或扳颈法。颈部的收功法:上述手法进行完毕,可以在颈项及肩背部软组织部位用轻柔的揉、推擦、搓、拿、拍打等手法进行收功,以利于舒筋活血化瘀,加速康复。

【注意事项】 拔颈法对于颈椎病的治疗确实具有很好的治疗效果,但是这种手法具有一定的危险性,有时甚至出现颈椎骨折、脱位,造成脊髓损伤和推动脉一过性供血不足等严重后果,因此要严格掌握手法的适应证和操作要领。对于脊髓型和椎动脉型颈椎病要慎用。合并有心脏病、高血压、脑血管硬化、骨质疏松症、颈椎不稳,以及年老体弱者禁止使用扳颈法。作者认为牵引下拔颈比不牵引下拔颈安全,低头位比仰头位安全,单人操作比双人合作安全。推拿治疗颈椎病效果不错,手法要求轻柔和缓,切不可粗暴猛烈。

【主治疾病】 颈椎病。

【文献出处】 李业甫主编. 中国推拿治疗学[M]. 上海:上海中医药大学出版社,1994:199 - 200

【手法名称】 端压法

【手法操作】 以两手拇指抵住枕部,余四指托住下颌部,两前臂压于两肩,同时端托颈部与按压肩部,做相反方向用力牵拉。

【主治疾病】 颈椎疾患。

【文献出处】 陈敏,陈映辉,连国钦主编. 效验推拿与自我按摩治疗 300 病[M]. 北京:中国中医药出版社,1994:21

【手法名称】　头颈部拔伸法

【手法操作】　患者正坐，术者立于患者背后，用双手拇指分别顶在枕骨下方两侧，掌根托住两侧下颌角的下方，并用两前臂压住患者两肩，两手用力向上、两臂下压，同时用力，拔伸颈部。本法也可卧位操作（图 10－22）。

【注意事项】　操作时，用力均匀而持久，牵引力量达一定程度时，要保持牵引力 1～2 分钟，动作要缓和，切忌暴力。

【主治疾病】　临床常用于关节错位、关节活动受限等。

【文献出处】　王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：412

【手法名称】　颈椎拔伸法

【手法操作】

1. 拇指托颈拔伸法　患者坐位，术者站其后，用双手拇指指面着力，分别抵按于头部两侧风池穴上，掌根部分托住两侧下颌关节的下方，掌心合抱在两耳周围，并用两前臂分别压住患者两肩，然后双手协同缓缓用力将头部向上拔伸。操作时术者双手掌不能挤按两侧颈部，以免压迫颈动脉而引起头晕等不良反应。

2. 屈肘托颈拔伸法　患者坐位，术者站于其后，一手用肘弯或前臂掌侧托住其下颌，另一手掌扶按患者枕后部，在此姿势下，双手协调向同一方向用力，缓缓将头颈部向上拔伸，牵引其颈椎。操作时术者肘弯或前臂不能挤按颈前部，以免压迫气管引起不适感。

3. 仰卧托枕拔伸法　患者仰卧，头颈部在床沿之外，术者坐于患者头前方，以一手掌托其脑后枕部，另一手托住其下颌部，然后双手协调向同一方向用力缓缓拔伸颈椎。

4. 器械牵引法　患者坐位，用皮制或布制颈套托置于下颌部和枕后部，以患者自身体重为对抗牵引，经滑轮装置，悬挂重物以获得牵引力。牵引重量由小逐渐加大，最大一般不超过自身体重的 1/5，牵引时间每次约 20 分钟，每日 1～2 次。

【注意事项】

1. 拔伸动作要稳而缓和，用力要均匀而持续。开始拔伸时用力可由小到大逐渐增加，在拔伸过程中，用力要均匀持久，不可用突发性的暴力。

2. 要根据不同的病情，适当控制拔伸力量和方向，做到顺势而行。

3. 在做颈椎拔伸过程中，应使患者头部保持中立位或前屈位。在拔伸颈椎的同时，还可以结合做颈部缓慢的旋转活动。对体重虚弱、精神较紧张的患者，最好选卧位拔伸。

【主治疾病】　落枕、颈椎病、颈椎小关节错位、颈椎半脱位及颈项部扭伤等症。

【文献出处】　钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：141－142

【手法名称】　颈部拔伸法（又称端法、提法）

【手法操作】　固定肢体或关节的一端，牵拉另一端的手法，称为拔伸法。拔伸即牵拉、牵引之意。患者坐位，医者立其后，用双手拇指置于枕后，余指抱定两侧下颌骨侧下方，指不能按压颈部，双手缓慢用力将头向上拔伸（图 10－22）。

【注意事项】　拔伸操作时，应事先活动被拔伸的关节，使其局部肌肉放松，以利于提高疗效。老年患者用力要适宜。

【主治疾病】 落枕、颈椎病、颈椎小关节错位等症。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：101－103

第四节 腰部拔伸类手法

【手法名称】 正中气法

【手法操作】 先医按“腰居体中，闪腰气滞，及无伤中气不灵之腰痛，皆谓之滞而不通则痛，宜施令呼之推，辅以屈动环节之操，其滞通则不痛，有立见神功之奇效”。结合临床之领会，此法用于治疗闪伤腰部之气滞痛（包括椎间盘脱出症）。在令呼推按之中，医者来施屈动环节之辅法，其操法为令患者俯卧，一人牵拉双腿，施令呼推之，然后提起患者之腰臀，作为屈动腰环之操；约腹部离床面三、四寸许，令呼猛力推按，为之一操，连环数作，有立见神效之奇。如痛之重者，可于双环跳、双承山、双委中等穴施牵穴之按，并施待呼推法，令患者自行伏起腰臀之活动其，收效较次，正中气法施之以后佐以药物调之（图 10－27）。

【主治疾病】 治疗闪伤腰部之气滞痛（包括椎间盘脱出症）。

【文献出处】 郭春园. 平乐郭氏正骨法[M]. 郑州：河南人民出版社，1959：241

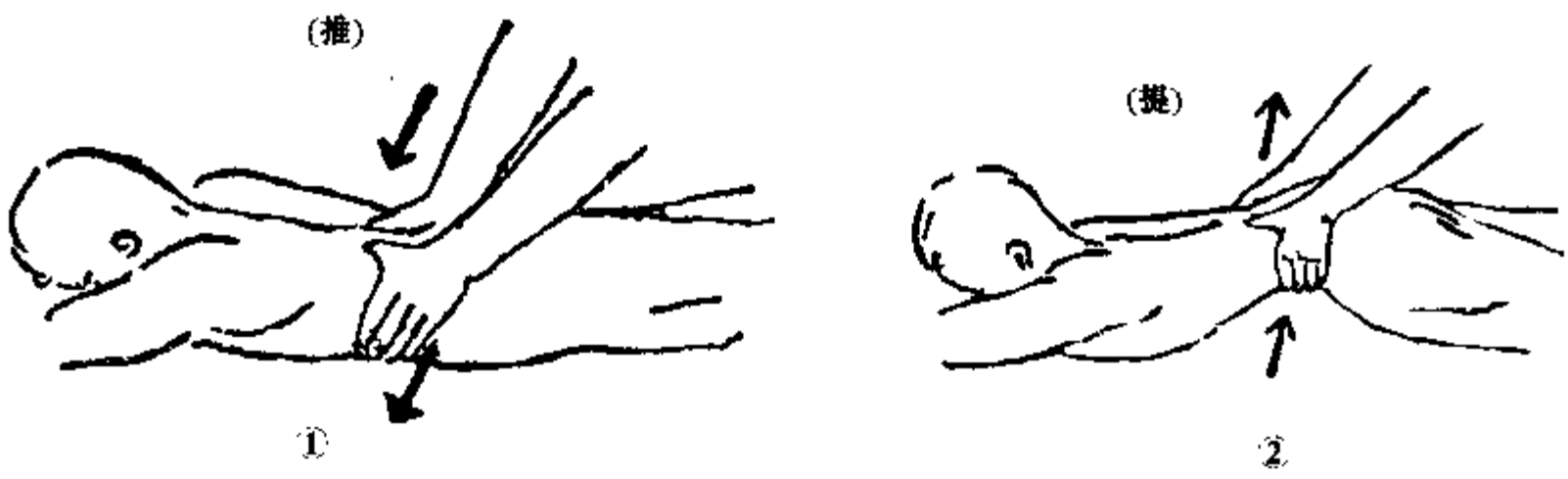


图 10－27 正中气法

【手法名称】 腰推错位整复术

【手法操作】 患者俯卧床上，双手把住床边。一助手用力提其腋窝，另一助手握其双足，互相用大力牵引（约牵引 5 分钟），使脱错之椎体、肌肉拔直，使肌肉痉挛消失，使脱错椎体拔出。医者双手按住凸出部，用提、压、挤手法，使其复位。

【注意事项】 术后局部外敷止痛膏或消炎膏，上加厚纸片以胶布贴好固定，再用白布绷带包扎，使其仰卧于硬板床上，腰部垫一棉垫。然后再检查其下肢，如无其他神经症状，可内服活血散、接骨散，每日 2 次，早晚服。约 3 周可在床上活动，5～6 周即痊愈，但在半年内不可做体力劳动。

【文献出处】 陈占魁著. 陈氏祖传正骨手法[M]. 哈尔滨：黑龙江人民出版社，1963：109

【手法名称】　腰引伸法

【手法操作】

1. 患者侧卧，患侧在上。术者站在患者背后，一手的拇指压于腰部的痛处，另一手用臂托住患侧小腿，并抱住膝盖。使大腿向腹部屈动数次后，用巧劲把腿突然拉向后伸位，压于痛处的手指仍按住不移，并稍加用力。如此反复进行 5～6 次即可。

2. 腰引伸还有另一种操作法。操作时患者和术者相背而立，术者用肘挽住患者两臂并将患者背起，术者的臀部比患者的臀部略低些，然后嘱患者全身放松，术者膝关节一屈一伸以臀部着力振动，引伸患者的脊柱。术后还可把患者的身体做左右摇动。

【主治疾病】　适用于腰椎间盘突出症和慢性腰痛。

【文献出处】　安徽医学院附属医院运动医学科著. 中医按摩学简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1963：44－45

【手法名称】　腰椎牵引法

【手法操作】　病人坐于床上，两手交叉互握其肘，两腿伸直，医者坐于病人背后，两腿夹其下腰部加以固定，两手穿过病人胸前并紧紧互握，然后用力向上抱，同时左右摆动（图 10－28）。

【主治疾病】　此法有助于脱出之腰椎间盘的复位。

【文献出处】　乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：31－32

【手法名称】　牵拉滚动骨盆按摩手法

【手法操作】　用此法治疗腰椎间盘脱出，如图 10－29 所示。患者侧卧，患肢在上，在背后腰部疼痛点的稍上方放一凳子作支点。病人自己握住床头，助手拉住病员肩部以固定其身体上端；其他助手 2～3 人（视病人性别、年龄及体质而定，强者 2～3 人，弱者可 1 人）用双手握住患者下肢，用力牵拉，在牵拉的同时，医生用双手向后推动骨盆，用力点放在患侧髂前上棘处。推动速度为每分钟 60 次左右，用力要匀称，由轻渐重，每次推动骨盆 1～2 分钟，每天可作 1～3 次。直到病人走路、翻身、咳嗽及大便疼痛消失为止。痊愈后还可用上述手法巩固 1～2 周。一般 1～3 个月痊愈，最快的也有一次痊愈的。痊愈后需休息 2～3 个月，然后开始轻工作。这种手法比其他按摩手法一般缩短疗程半年到 1 年，治愈率高。

【注意事项】　如为双侧腰椎间盘脱出，或中心性腰椎间盘脱出，腰椎病及腰推微错位，则按上述手法两侧都做。腰椎微错位可适当休息，时间不要太长。上述 3 种疾病的治疗，应用牵拉滚动骨盆的手法效果较好，但在没有助手时，可采用腰椎扭转后伸手法，这种手法效果较差，不得已时采用。

【主治疾病】　腰椎间盘脱出症、双侧腰椎间盘脱出或中心性腰椎间盘脱出、腰椎病及腰椎微错位。

【文献出处】　李桂桐，贾涛. 简易新按摩疗法[M]. 石家庄：河北人民出版社，1975：13－15

图 10－28　腰椎牵引法

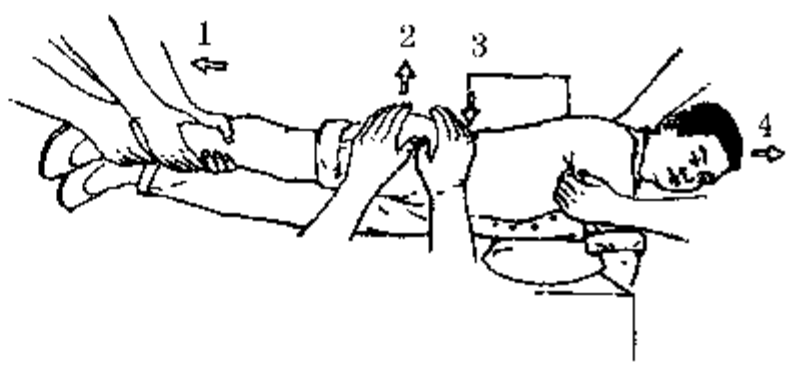


图 10－29　牵拉滚动骨盆按摩手法

【手法名称】　布缚腰部牵拽法

【手法操作】

1. 术式　俯卧，两上肢高举，医者站其侧。

2. 操作　患者两手紧握床缘，以行身躯固定，再以布带缚两踝关节上方，用力向下牵拽，然后固定于特制铁环上 20～30 分钟（图 10－30）。

图 10－30

3. 要领

（1）踝关节上先衬以棉垫，以免牵拽时局部疼痛及避免影响足部血液循环。

（2）踝关节周围空洼处，可衬以沙袋。

（3）牵拽法可配合摩腰法，以消除牵拽后之不适。

（4）治疗时有腰部牵拉及酸胀与沉重感，治疗后腰部感到沉重，但下肢有轻松及疼痛减轻或消失的感觉。

【注意事项】　操作时应逐渐增加拉力，忌用蛮力。

【主治疾病】　腰椎间盘脱出症、腰椎滑脱，常配叠掌按腰法、环跳按法。

【文献出处】　骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：189

【手法名称】　对拉法

【手法操作】　患者仰卧，医者一手拉住患者左侧上肢，一手扶住患者右侧膝部，将膝屈曲。手向后斜拉，膝向前斜推，两手同时用力，连续拉推 5～10 次，而后再更换一侧，操作方法如前。

【主治疾病】　此法可使腰背两侧肌肉与筋络恢复平衡。

【文献出处】　魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：19

【手法名称】　提拉法

【手法操作】　患者取俯卧位，医者一手按住腰部痛处，另一手握住患者踝上部，两手一前（向下按）一后（向后拉）先轻轻活动几下腰部或腰骶部，而后突然在过伸位置上用力猛拉一下，以能够听到腰部有“喀嗒”响声为度。如无响声可再重复提拉 1～2 次。右侧腰痛拉右腿，左侧腰痛拉左腿。提拉时，健侧应牵引固定。

【注意事项】　提拉时，膝关节不能过屈，以免大腿前部肌肉过度牵拉疼痛。

【文献出处】　魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：19～20

【手法名称】　和腰法

【手法操作】　患者站立，两足分开，其距离与两肩同宽，两手上举。助手一人托住患者肘部，将其肢体尽量上提，医者两手叉住患者腰部，拇指在后紧对肾俞穴，转动患者的腰部，顺时针方向和逆时针方向，左右各转动 10 次左右。

【主治疾病】　此法用于腰部陈旧性扭伤及腰部软组织劳损、腰部疼痛转动限制等症。

【文献出处】　魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：20

【手法名称】　抖拉松腰法

【手法操作】　患者仰卧，固定两腋部，全身放松。医者双手握住腰患侧踝上部，先抖动几下，嘱患者放松再向胸部屈膝，随即猛拉，再仿此拉健侧腿一次。本法最宜两下肢同时抖拉操作。

【注意事项】　患者取适当体位，全身放松，配合呼吸。医者根据施术需要，适当运气着力，各部配合协调，准确选用技法，力大不能滞硬，过伸不可损节，旋转不得错位，角度分寸严格，禁忌盲目、粗暴行术。

【主治疾病】　腰大肌、骶棘肌、棘上、棘间、前纵韧带、后纵韧带、腰骶部损伤、腰椎间盘突出、骶椎隐裂、腰椎错位等骨外伤病变，风寒湿痹、肾虚性腰腿病变等。

【文献出处】　孙承南. 齐鲁推拿医术[M]. 济南：山东科学技术出版社，1987：146－151

【手法名称】　腰引法

【手法操作】　此法根据病情需要有以下 3 种术式：一种手法是使患者侧卧，然后斜搬腰部；第二种手法是使患者直坐，医者推按棘突，旋转引伸腰部；再一种手法是使患者侧卧，医者将其下肢向后上或向外搬拉，借以牵引腰部。

【注意事项】　施行腰部引法时，应使用巧力，并与患者合作，以免造成新的损伤。

【主治疾病】　恢复腰椎关节的运动功能，帮助复位和解除挛缩。

【文献出处】　骆竞洪主编. 中华推拿医学志—手法源流[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1987：83

【手法名称】　刘绍南的抬三人牵腰理脊方

【手法操作】 患者俯卧，双臂前伸盘置额前。助手一人，位于患者头上部，两手插其腋下扣紧，配合下部牵引时向上牵拔，助手另一人，坐位于患者两膝之间，将其小腿夹持在腹股两侧，双手各托握其膝，向上略抬，并向后下牵拉，着力需稳平，使脊椎关节得以开拔。术者以手（指）法施于患部，以正复脱损，视临床需要亦可与侧屈牵拽配合。

【注意事项】 操作切忌粗暴

【主治疾病】 该法适用于腰部小关节、腰骶小关节等损伤。

【文献出处】 骆竞洪主编. 中华推拿医学志—手法源流[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1987：269

【手法名称】 刘寿山的卧位拔牵戳按法

【手法操作】

1. 扳肩戳按法 患者俯卧位，两下肢自然伸直，两手放在胸侧壁或头前方。医者站在健侧，用一手掌按住腰部痛处，一手自肩外上方扳住肩部往内上牵拉，牵到尽度时，略加重力同时戳腰扳肩 1～2 次（图 21－24）。

2. 扳腿戳按法 单侧扳腿戳按：患者俯卧位，医者一手按住腰部痛处，另一手于膝上自外侧扳起大腿，使之向后内侧过伸到尽处时，再略加用力，同时扳腿戳腰（图 21－24）。②双侧扳腿戳按：患者俯卧位；助手握住双踝上部，将双下肢提起牵引。医者一手掌按住腰部痛处，另一手及前臂自下方抱住双大腿，与助手协同用力，旋转摇晃 6～7 次，然后用力向斜上方扳伸，同时按腰之手掌用力向下戳按。

3. 牵腿戳按法 患者侧卧，伤侧在上，助手固定上身勿使摇动，医者一手掌按于腰部伤处，向前椎。另一手握住患侧踝上部向后方牵拉，使髋、腰过伸到尽度，再略加用力牵腿戳按 2～3 次（图 10－31）。

【主治疾病】 急慢性腰部扭挫伤、腰椎间盘突出症、关节错缝、闪腰岔气、腰部痹证等。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社出版，1989：148－149

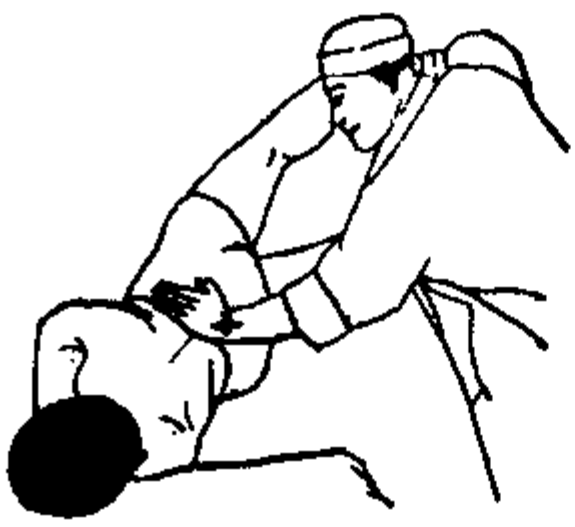


图 10－31 牵腿戳按法

【手法名称】 刘寿山的晃拔滚床法

【手法操作】 患者坐在床边，助手前后部（外侧脚在前），屈膝下蹲于脊柱侧弯的凹侧，内侧髋部紧靠床边，外侧在前之大腿托住患者双小腿，外侧上肢自上外方抱住双小腿，并用力按压夹于腋下，内压上肢屈肘前臂按压住大腿近端，加压固定不动（图 10－32）。医者立于患者背后，用双前臂自患者双腋下穿过，抱住躯干，用力向后上方提拔，在持续拔伸下，使躯干尽量向侧弯的凸面旋转 5～6 次，再用力拔伸，加大旋转与使脊柱过伸（图 10－33）。重复 1～2 次。

【主治疾病】 急慢性脊柱侧弯、腰背肌痉挛、腰椎间盘突出症、关节炎、轻度骨性关节病等。

【文献出处】　李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：150

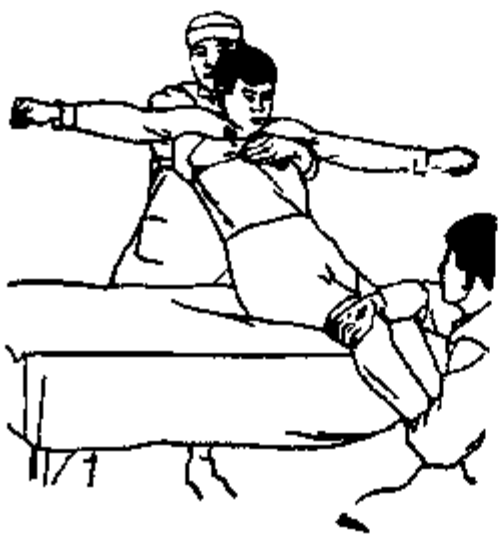


图 10－32　晃拔滚床法 1

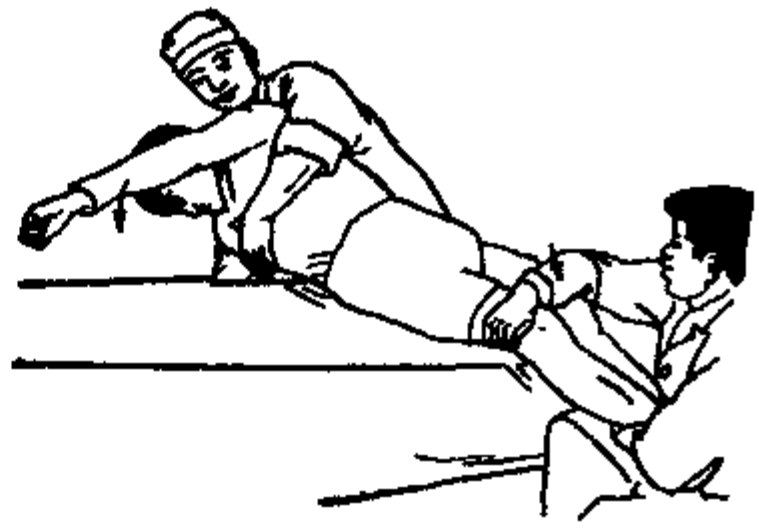


图 10－33　晃拔滚床法 2

【手法名称】　腰部牵引

【手法操作】　病人取俯卧位，上肢伸直攀住床头，术者站在床尾，用两手握住病人足踝的上部，将其身体拉直，然后持续向下用力牵引片刻，再停止牵引力使其腰部放松，随之摇晃两腿带动腰部左右摆动，待其腰部及全身完全放松后，术者握紧足踝作波浪式抖动（图 10－34）。

【主治疾病】　腰椎增生性关节炎、腰椎间盘脱出症、腰后关节滑膜嵌顿、腰肌损伤。

【文献出处】　孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社，1989：114

【手法名称】　腰椎牵引法

【手法操作】　病人坐于床上，两臂交叉两手握肘，两腿伸直。医者坐于病人背后，两腿夹其下腰部以作固定，两手经腋下穿过，于病人胸前紧紧抓握，然后用力向上猛抱，同时左右摆动（图 10－28）。

【主治疾病】　此法有助于脱出之腰椎间盘的复位。

【文献出处】　胡兴立编著. 中国传统实用医疗手法[M]. 北京：中国华侨出版公司，1989：144

【手法名称】　蹬腰牵踝法

【手法操作】　以双手握患踝，一足蹬于患腰，使用寸劲蹬而牵之，称为蹬腰牵踝法。患者侧卧位，充分显露腰部，医者双手握患者上侧下肢踝关节部，一足抵于患者腰部贴实蹬稳，先施用轻力导引下肢，使腰部充分放松，然后手、足密切配合施以抗力寸劲儿蹬而牵之，腰部出现"咔嗒"声，则愈。再嘱患者俯卧，以双掌于腰部擀压。此法主要用于腰部疾患，也可用于肩关节脱臼及颈椎小关节紊乱等病症（图 10－35）。

【注意事项】　操作时不可施用暴力，嘱患者呼吸自如，不可进气。医者应求得患者的密切配合，方能手法成功。腰椎强直及老年禁用。

【主治疾病】　腰扭伤、腰腿疼痛、腰椎小关节紊乱、腰椎间盘突出症、骶髂关节韧带炎。

【文献出处】　李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：265

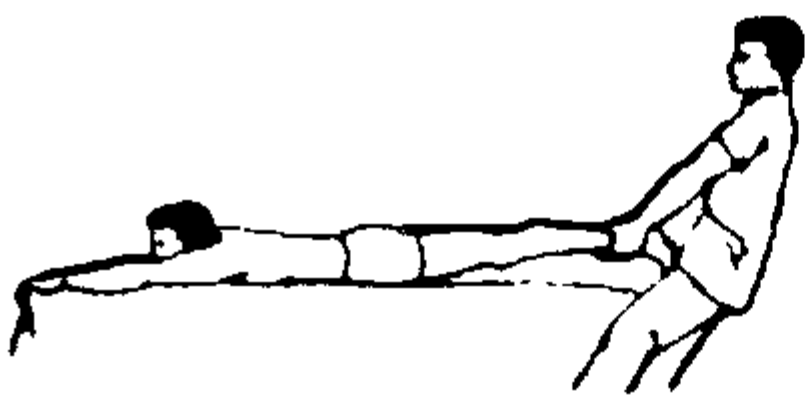


图 10－34　腰部牵引

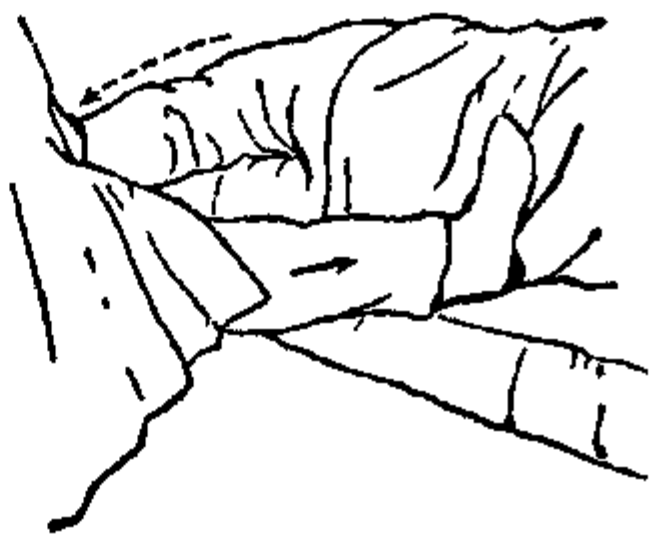


图 10－35　蹬膝牵踝法

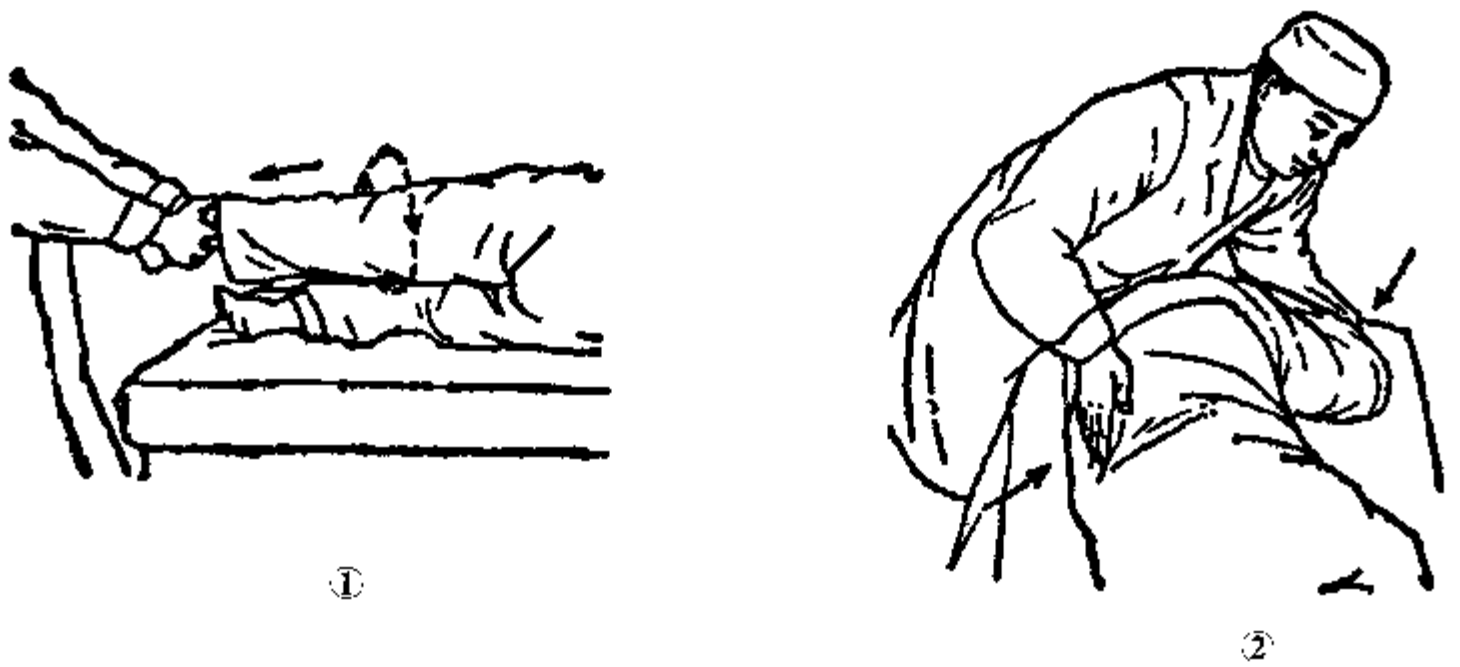
【手法名称】　侧牵摇晃、屈膝归合法

【手法操作】　以双手牵踝并摇晃下肢后即屈膝屈髋，施以归合，称为侧牵摇晃、屈膝归合法。操作要领：患者侧卧位，患侧于上，双手握于床头，或助手侧坐于床边，以一手置于患者胸腹，另手置于患者腰背，用置于胸腹手之肘部抵于患者腋下固定之。医者以双手握于患侧踝关节，导引患侧下肢摇晃，并施力牵拉逐渐拔伸，以牵引脊椎，待腰背充分放松后，再以一手扶患膝，另手扶患腰，双手以寸劲、巧力，对按使膝屈而归合，患者一声大叫，医者自觉掌下有动，则愈。后嘱患者俯卧，施用双掌擅压腰部及双点肾俞。此法主要用于椎间盘突出症的治疗（图 10－36）。

【注意事项】　操作中要求患者密切配合，屈膝归合动作要迅速，手法操作顺序要清楚，步骤要严谨，不可施用暴力。

【主治疾病】　腰扭伤、腰腿疼、腰椎间盘突出症。

【文献出处】　李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：267－268



①　②

图 10－36　侧牵摇晃、屈膝归合法

【手法名称】　侧卧蹬拉法

【手法操作】　患者侧卧位，医者立于患者背后，一足蹬于患者腰部，一手牵握患者踝部，同时反方向着力，此法主要用于腰部扭伤。

【注意事项】　在蹬拉过程中均应先使患侧肢体放松或持续牵拉后再反方向施力，以避免暴力引起局部意外损伤。侧卧蹬拉法老年人慎用。

【主治疾病】　腰部扭伤等。

【文献出处】　张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：46

【手法名称】　牵压法（又称拉压法）

【手法操作】　牵、压两种手法结合运用的方法。患者俯卧位，固定其上背部，一人或两人牵拉其两踝部，当腰椎关节间隙增宽后按压所治部位。

【注意事项】　牵拔要持续有力，按压时部位要准确，角度适宜，牵压配合得当。

【主治疾病】　腰椎滑脱、棘突偏歪、腰椎间盘突出症等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：122

【手法名称】　引伸法（顶伸腰法）

【手法操作】　医者一足蹬患者腰骶，用手引伸牵拉患肢足部的方法。患者侧卧，患肢在上，医者双手紧握患者踝关节，并牵拉患肢向后。同时用足掌顶抵患者腰骶部，后做足蹬手拉动作，先轻蹬数次，等感觉患者腰骶肌肉放松后，突然用重力蹬拉一次，使患腰后伸幅度增大（图 10－37）。

【主治疾病】　腰椎间盘突出症、腰肌劳损、肌肉僵硬、腰小关节紊乱症等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：88

【手法名称】　牵引松腰法

【手法操作】　这是利用现代医学的机械牵引与中医按摩手法相结合的一种治疗方法。患者俯卧在牵引床上，用胸部牵引固定带从背后绕到前胸，将两端挂钩挂在床头两侧的铁环上。再将踝部牵引带固定在两踝上（或用骨盆牵引带），将牵引绳钩钩在踝部牵引带的铁环上，然后用手摇动牵引把，根据患者体质情况用力，使患者能忍受并有舒适感为度。医者将牵引绳拧紧后，一紧一松地转动摇把，逐渐加力，使腰椎关节一开一合，持续 2～3 分钟。

【注意事项】　摇紧牵引绳使保持一定的牵引力，锁住绳轴，在腰部进行揉、擦、按等手法。

【主治疾病】　腰椎间盘突出、腰椎小关节紊乱等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：124

【手法名称】　牵引晃腰法

【手法操作】　在一定牵引力下，医者推晃患者臀部，使之左右晃动，带动腰椎关节小幅度左右旋转的方法（图 10－38）。

【注意事项】　动作协调，幅度不至过大，频率应先慢后快。

【主治疾病】　腰椎间盘突出等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京:华夏出版社,1993:124

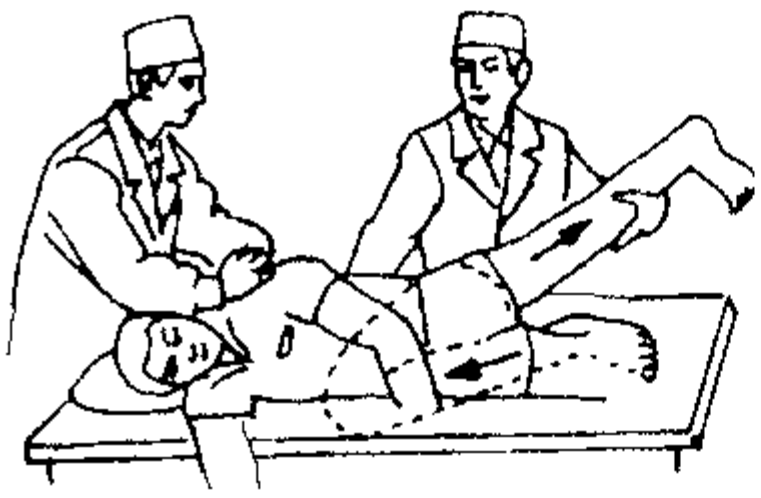


图 10-37 引伸法

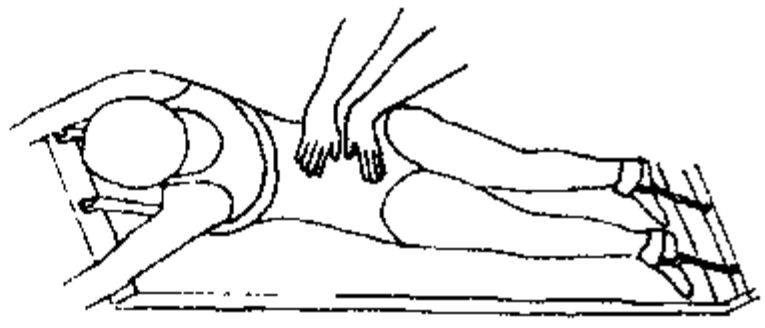


图 10-38 牵引晃腰法

【手法名称】 牵引颠腰法

【手法操作】 在一定牵引力下,将患者腰提起颠振,再迅速放下的方法。

【注意事项】 牵引力要适度,提腰动作要慢,颠腰动作要快。

【主治疾病】 腰椎间盘突出等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京:华夏出版社,1993:124

【手法名称】 牵引拍打法

【手法操作】 在一定牵引力下,用拍子拍打患者腰、臀部的方法。患者病情重时,牵引力可稍大,病情轻时,牵引力则稍小。拍打时应先轻后重,有一定的节律(图 10-39)。

【主治疾病】 腰背肌劳损、腰椎间盘突出、腰椎管狭窄等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京:华夏出版社,1993:124

【手法名称】 牵引压痛复位法

【手法操作】 在较大牵引力下,按压患椎旁压痛点,先轻后重,再缓慢放松牵引力和减小按压力(图 10-40)。

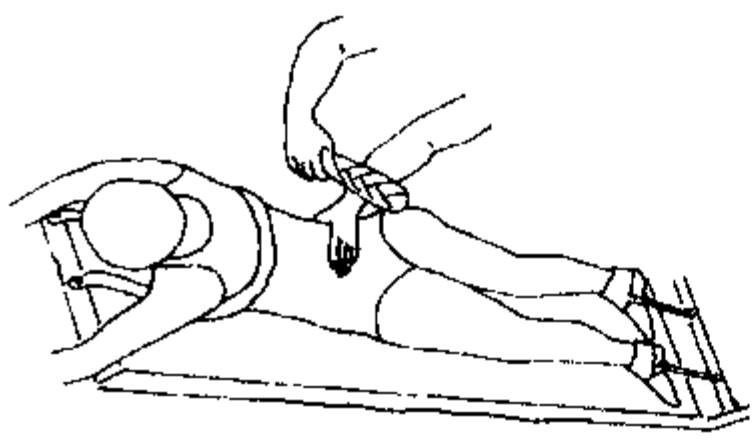


图 10-39 牵引拍打法

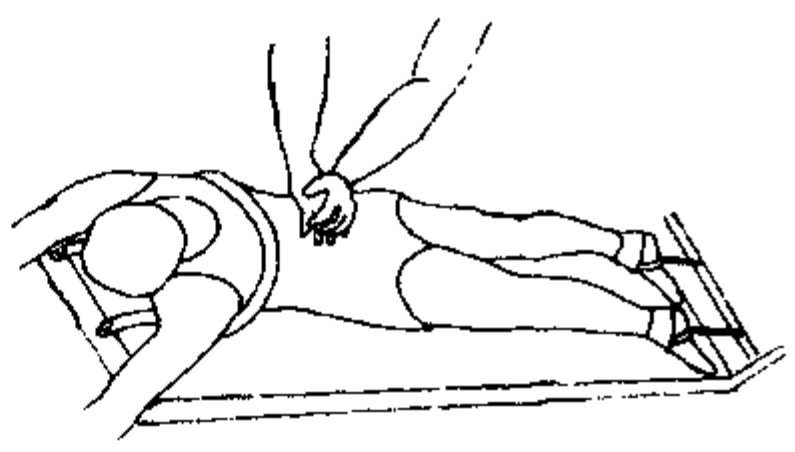


图 10-40 牵引压痛复位法

【主治疾病】　腰椎间盘突出症等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：124

【手法名称】　牵引颤压法

【手法操作】　患者腰部在牵引条件下，医者用掌颤压施术部位的方法。患者俯卧，在髂前上棘下垫一薄枕，助手2人。助手1站在患者头顶端，双手分别插入患者腋部，向上牵拉；助手2握患者足踝部牵引。医者站患者一旁，双掌叠压在患者压痛点进行震颤。

【注意事项】　施术时宜压紧贴实，发力要快，收力更速，轻巧灵活，柔和深透。

【主治疾病】　急性腰椎间盘突出症、急性腰椎小关节错位等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：130－131

【手法名称】　拔伸屈按法

【手法操作】　（以左侧为例）患者侧卧床上，伤侧在上，一手扒住床边，医者站在患者身后，左手握住患肢踝部，右手扶在髋部，医者在牵引力下，摇晃患肢数次，幅度不宜过大，然后令患者快速屈膝屈髋，医者亦助之，使之膝部尽量靠近胸部，同时右手在患处戳按，再将患肢拔直（图10－41）。

【主治疾病】　腰椎间盘突出，骶髂关节扭挫伤及半脱位等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：126－127

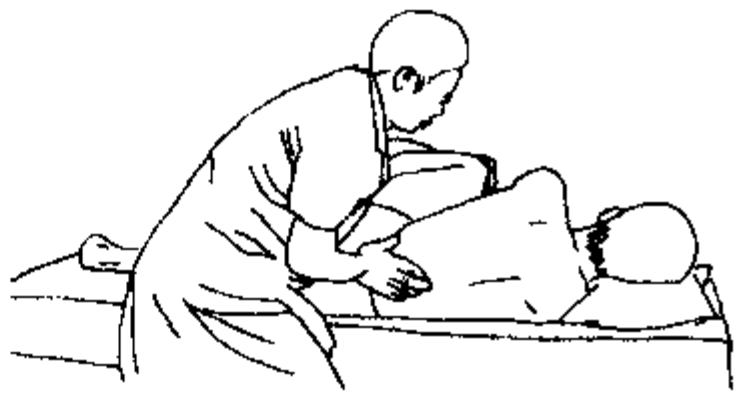


图10－41　拔伸屈按法

【手法名称】　腰部拔伸法

【手法操作】　患者俯卧，双手用力抓住床头；或患者仰卧，由助手帮助抓住患者腋部以固定患者身体。术者两手分别握住患者两踝关节上端，然后逐渐用力做拔伸牵拉。

【注意事项】　操作时术者上身应顺势向后倾仰，以加强牵拉拔伸的力量。

【主治疾病】　腰椎间盘突出症、腰椎后关节紊乱症、急性腰扭伤等症。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：438－439

【手法名称】　二人牵腰理脊法

【手法操作】　患者俯卧位，双臂前伸盘置额前。一助手站于患者颈前部，两手插其腋下扣紧，配合下部牵引时向上牵拔。另一助手坐于患者两膝之间将其小腿部夹持在腹股两侧，双手各托其膝向上略抬，向后下牵拉，着力要稳平，使脊椎关节得以拔开。术者以指法施于患部，以整复脱损，如需要时还可配合侧屈牵伸。

【主治疾病】　脊椎错位、腰椎间盘脱出。

【文献出处】　丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：443

【手法名称】 蹬腰牵踝法

【手法操作】 以双手握患踝，一足蹬于患腰，使用寸劲蹬而牵之，称为蹬腰牵踝法。患者侧卧位，充分显露腰部，医者双手握患者上侧下肢踝关节部，一足抵于患者腰部贴实蹬稳，先施用轻力导引下肢，使腰部充分放松，然后手、足密切配合施以抗力寸劲儿蹬而牵之，腰部出现“咔嗒”声，则愈。再嘱患者俯卧，以双掌于腰部擦压。

【注意事项】 操作时不可施暴力，嘱患者呼吸自如，不可迸气。患者应与医者密切配合。腰椎强直及老年患者禁用。

【主治疾病】 主治腰扭伤、腰腿疼痛、腰椎小关节紊乱、腰椎间盘突出症、骶髂关节韧带炎。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：443

【手法名称】 压牵法

【手法操作】 以双手握住患者双踝，先使腰部极度屈曲，然后用力快速向下牵拉称为压牵法。患者仰卧位，用双手抓扶住床边。医者位于床尾，用双手握位患者双踝，先进行推压、屈膝、屈髋，使腰椎极度屈曲，然后双手同时用力向下牵引，拔伸腰部，反复操作3～5次。

【注意事项】 操作前，先嘱病人抓住床边，腰部放松。操作时，推压要充分，使膝部贴紧腹部，然后快速牵拉，动作不可拖拉。

【主治疾病】 主治腰椎间盘突出症、腰扭伤、腰椎后关节紊乱。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：445

（李义凯　王　军　鞠晓伟）

第十一章　摇(晃)动类手法

【摘要】 第一节收录了以“摇法”命名的手法。第二节收录了专门用于摇头颈部的推拿手法,20 世纪 50～60 年代就已经成为颈部的常规推拿手法。第三节为摇胸法,临床使用的表示很多。第四节为种类较多的摇腰类手法,包括摇腰和运腰类手法。第五节为摇髋法,手法种类不是很多,操作也比较简单。第六节为摇骶髂关节法。第七节为全身摇动法。

第一节　摇　法

【手法操作】 用手摇动可动关节和附着的肌肉,呼做“摇法”。

1. 部位　背筋、扭筋,多在上肢部和下肢部、头部、颈部、腰部间或有这样的病症;就筋在小腿部;踒闪防筋在足跗部。

2. 顺序　患病的症状和部位既不相同,手法顺序当然也不一样,兹分别说明。

(1)背筋的顺序:顺着背筋的收缩方向,先上下摇动,再左右摇动,每摇动一次,须将背筋的肌肉慢慢向前或向外向内拽,拽时微微摇动,使它恢复原位。若在下肢,遇必要时,足向前伸或向后屈,并伸展小腿正面或背面的肌肉。

(2)扭筋的顺序:顺着扭筋的扭别方向,微微摇动,外转扭筋,须向内回转;内转扭筋,须向外回转,同时并加上推拿力量,使它整复。

(3)就筋的顺序:睡时伸腿就筋(小腿),赶快坐起,顺着暖和就筋的方向,自己用两手展开扶摇,并在就筋的两侧顺势向下轻轻地推赶,使该处的肌肉伸展。

(4)踒闪伤筋的顺序:诊视踒闪的部位,是哪一种关节?附着是哪些肌肉?查照伤损情形,顺势或上下摇动,或左右摇动,或旋转摇动,慢慢地行宣(上升下行,叫“宣”)、通(调气和血,叫“通”)、补(兴奋神经,旺盛生活技能,叫“补”)、泻(去滞解凝、扫除内部的障碍,叫“泻”)等法(宣、通、补、泻法见《医宗金鉴》的正骨心法)。

3. 联系　这样的手法,和“推拿法”、“按摩法”、“弹法”、“运法”有联系。

【主治疾病】 背筋、扭筋、就筋和踒闪伤筋。

【文献出处】 陈宇清. 新推拿十八法详解[M]. 郑州:河南人民出版社,1957:83－87

【手法操作】 摇法又名运法。医者用两手在要摇的关节前后托住或握住,左右旋回地摇动。

【主治疾病】 适用于四肢、腰部和颈部。有活利关节的作用。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校. 简易推拿疗法[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1960:7

【手法操作】 摇法是用双手托住或握住所摇关节的两端作环旋摇动，以加强关节的活动能力。

1. 摇头颈部　用一手按住对方头顶，另一手的掌心托住对方下颏作左右盘旋摇动。

2. 摇髋关节　一手托住对方足跟部，另一手扶住对方的髋骨处，使膝关节屈曲，然后双手同时用力向前作环转摇动。

【注意事项】 摇法用劲宜轻宜缓，摇动幅度须在生理许可范围内进行，由小到大，由轻而重，自慢至快。也是基本的推拿手法，视不同情况使用。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校. 农村常见病推拿疗法[M]. 上海：上海科学技术出版社，1967：14－16

【手法操作】 摇法是摇动关节的一种推拿法，其性质属于被动运动的一种。常用来预防和治疗各关节的旋转活动功能障碍。从小的指掌关节起，一直到腰部、髋部的大关节，都可应用摇法，可分为摇颈、摇肩、摇髋、摇腰等。

1. 摇颈法　患者取坐位，术者站于患者后面，一手托下颌，另一手按头顶部。双手以相反的方向慢慢地摇动颈部数次，待肌肉放松后，即使颈部尽量转向一方，并趁颈部向回转的趋势，双手突然向反方向用力拨动颈部（图 11－1）。这种回拨手法，每次只做一次，不宜重复。拨后，患者常顿觉颈部灵活舒畅。落枕时，都用此手法。

2. 摇髋法　患者仰卧，术者站于患者的侧面，一手扶住膝盖，一手捏住小腿下三分之一处，髋、膝关节呈半屈状。然后沿顺时针和逆时针方向轮流转动髋关节（图 11－2）。

图 11－1　摇颈法

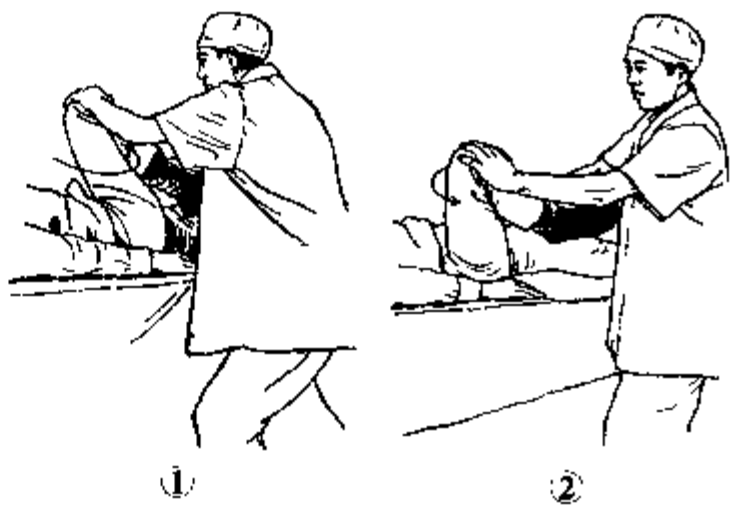


图 11－2　摇髋法

3. 摇腰法　作摇腰时，术者必须站稳，随着摇动的方向转移重心；并要有足够的力量，如力量不足，摇动的幅度不宜过大，以免倾倒。

（1）第一式：患者取坐位，术者以骑马势站于患者的一侧，或以弓箭部站于患者的对面，一手通过患者的腋窝部抱到肩部，另一手经腹前抱住对侧腰部，嘱患者全身放松后，摇动脊柱（图 11－21）。

（2）第二式：令其面对肋木（或稳固的椅背），两手抓住肋木横档，身体稍前倾站稳。术者

以弓箭步站于患者后面,两手紧扶患者腰际。嘱其全身放松后,以其躯体纵轴为圆心摇动脊柱。

【注意事项】 但操作时必须熟悉各关节的生理活动范围和详细观察病后的关节能动性,适当摇动关节。摇法一般沿顺时针方向转动,速度宜缓慢,不宜急速。摇手部等小关节的操作比较简单。在摇大关节时,必须把患者安置在一定的体位。

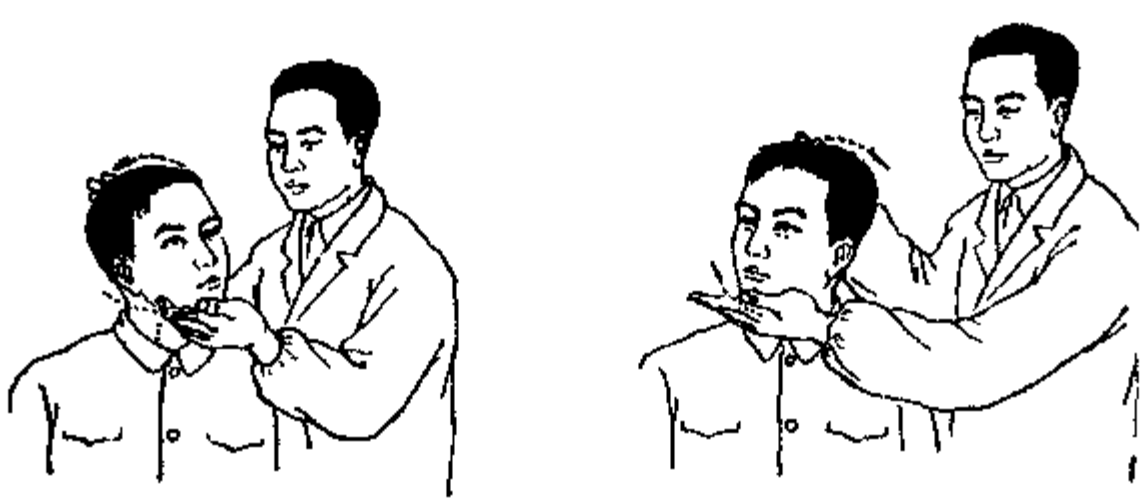
【文献出处】 安徽医学院附属医院.推拿疗法[M].北京:人民卫生出版社,1972:30-33

【手法操作】 用一手握住(或扶住)关节近端的肢体,另一手握住关节远端的肢体,作缓和回旋的转动,称为摇法。有颈项和腰部摇法。

1.颈项部摇法　用一手扶住患者头顶,另一手托住下颏,做左右旋转摇动(图11-3)。

2.腰部摇法　用两腿挟住患者下肢,双手分别扶住两肩,用力向左右作旋转摇动。

【文献出处】 上海中医学院.推拿学[M].上海:上海人民出版社,1974:78-79



①　②

图11-3　颈部摇法

【手法操作】 用一手握住(或夹住)关节近端的肢体,另一手握住关节远端的肢体,作缓慢和回旋的转动,分为3种。

1.颈项部摇法　用一手扶住患者头顶,另一手托住下颏,作左右旋转摇动。

2.腰部摇法　用两腿挟住患者下肢,双手分别扶住两肩,用力向左右作旋转摇动(图11-4)。

3.髋关节摇法　一手托住患者足跟,另一手扶住膝部,使膝关节屈曲,然后作环转摇动(图11-5)。

【注意事项】 摇法动作要缓和,用力要稳,摇动方向及幅度须在生理许可范围内进行,由小到大,由轻到重,自慢至快。

【主治疾病】 对关节功能障碍、关节强硬、屈伸不利等病症是常用手法之一。具有滑利关节,松解关节滑膜,韧带及关节囊的粘连,增强关节活动的功能。

【文献出处】 上海中医学院.推拿学[M].上海:上海人民出版社,1975:28-29

图 11－4　腰部摇法

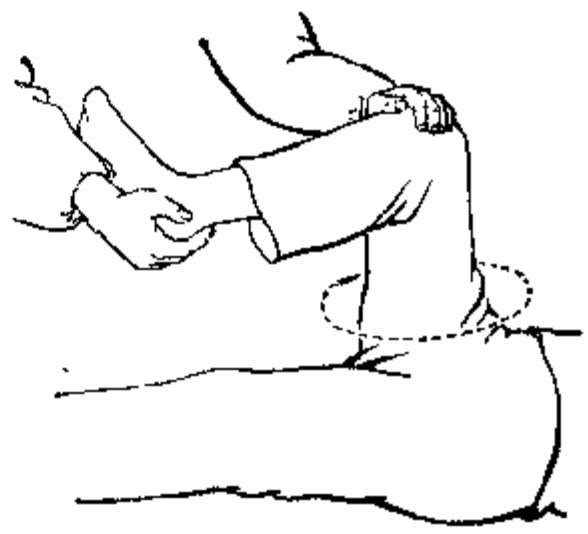


图 11－5　髋关节摇法

【手法操作】

1. 摇头法　是以两手抱定头部，作左右旋转摇动（图 11－6）。操作时忌用暴力，力求用力适当。摇动时速度由缓慢开始，逐渐加快，在患者颈项肌肉处于完全松弛状态下，用力向对侧摇动一下，当即“嗒”然有声，为摇动奏效之征。但年老体弱或有颈椎病变患者忌用。

2. 摇腰法　摇腰法是治疗腰部疾病的一种手法。操作时先使助手抱定患者胸部，医者双手握定其下肢之两踝关节，做下肢大幅度的左、右摇动，同时腰部也随之旋动（图 11－7）。摇动时患者应自由呼吸，肌肉放松。摇动宜由缓慢开始，逐渐增加频率，最后再以减慢结束。

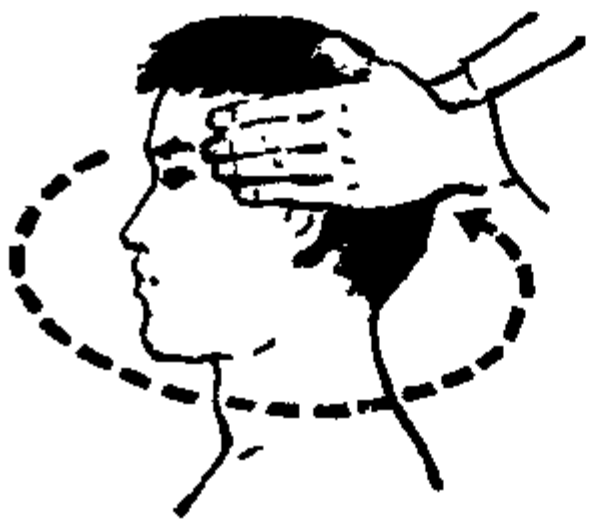


图 11－6　摇头法

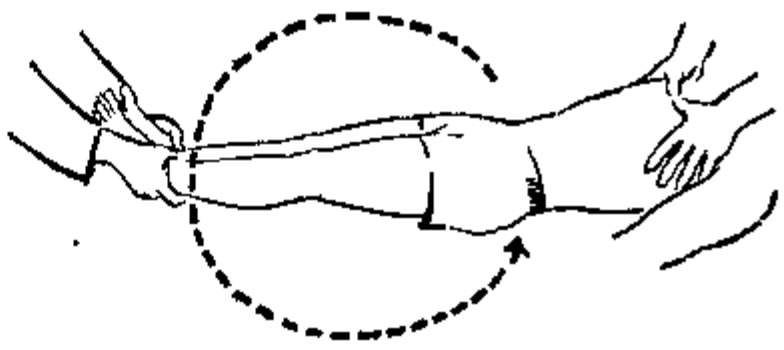


图 11－7　摇腰法

3. 摇髋法　操作时患者仰卧，自由呼吸，全身肌肉放松，医者以一手握定踝关节，另一手扶定膝关节，使髋关节屈曲后，再作旋转摇动（图 11－8）。摇动幅度应由小到大，但不应超过其生理范围。操作时应注意动作和缓而有节律。

【注意事项】　颈、腰椎和髋部疾患。

【文献出处】　骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：54－55

【手法操作】　使关节作被动的环转活动。

1. 颈项部摇法　用一手扶住患者头顶后部，另一手托住下颏，作左右环转摇动（图 11－3①）。

2. 髋关节摇法　患者仰卧位，髋膝屈曲。医者一手托住患者足跟，另一手扶住膝部，作髋关节环转摇动。

【注意事项】　摇法动作要缓和，用力要稳，摇动方向及幅度须在患者生理许可范围内进行，由小到大。

【主治疾病】　本法适用于四肢关节及颈项、腰部等。对关节强硬、屈伸不利等症，具有滑利关节，增强关节活动功能的作用。

【文献出处】　俞大方主编. 推拿学[M]. 上海：上海科学技术出版社，1985：51

【手法操作】

1. 摇颈项法　一手按其头顶，另一手托其下颌，双手协同用力使其颈项向左、右转动。

2. 摇腰法

(1)被操作者取坐势，医生立其身前，用两下肢挟住其大腿中部，双手扶其两肩，双手协同用力向左、右推扳，使其腰部旋转。

(2)被操作者取坐势，医生坐其身后，右手按其腰右侧，左手从其左腋下伸出压其项，使其从右向左旋转运动；若须向右旋转运动，则用左手按其腰左侧，右手从其右腋下伸出压其项，使其从左向右旋转活动。

(3)被操作者取向右侧卧势，医生立其身前，左手(或左前臂)用力推其左肩向外，右手(或右前臂)按其左侧髂嵴，向内推动，使其腰部向右旋转(或被操作者换成向左侧卧势，医生立其身前，右手用力推其右肩向外，左手按其右侧髂向内推动，使其腰部旋转)。摇腰法又称“斜板法”。操作时，医生两手要同时用力，动作要协调。

【文献出处】　金义成. 推拿自学入门[M]. 上海：上海科学技术文献出版社，1987：92－95

【手法操作】　摇法是摇动关节的一种推拿法，常用来预防和治疗各关节的旋转活动功能障碍。摇法一般沿顺时针方向转动，速度宜缓慢，不宜急速。可分为摇颈、摇肩、摇髋、摇腰等。

1. 摇颈法　患者坐位，术者站于后面，一手托下颌，另一手按头顶部，双手以相反的方向，慢慢地摇动颈部数次，待肌肉放松后，使颈部尽量转向一方并趁颈部回转的趋势，双手突然向反方向用力摆动颈部。这种回摆手法，只用一次不宜重复。拨后患者常顿觉颈部灵活舒畅。落枕时可用此法。

2. 摇髋法　患者仰卧，术者站在侧面，一手扶住膝关节，一手拿小腿下三分之一处，髋膝关节呈半屈状。然后沿顺时针和逆时针方向轮流转动髋关节。

3. 摇腰法　摇腰时术者站稳，随着摇动的方向转移重心，并要有足够的力量。操作时患者坐位，术者以骑马式站于患者一侧或以弓步站于患者对面，一手通过患者的腋窝抱到肩部，另一手经腹前抱住对侧腰部，嘱患者放松摇动脊柱。

【文献出处】　王志仪. 功法推拿[M]. 济南：山东科学技术出版社，1989：35－36

【手法操作】　摇法是用两手在应摇关节的前后托住或握住以行固定，再予以被动性的摇动，借以协患者肢体恢复正常功能活动，以起到疏通腠理，滑利关节的作用。摇法一般分为以下几种衍化手法。

1. 摇头法　以两手抱定头部，作左右旋转摇动。

2. 摇腰法　双手握定其下肢两踝关节，作下肢大幅度的左右旋动，以引动腰部随之摇动。

3. 摇髋法　以一手握定踝关节，另一手扶定膝关节，使髋关节屈曲后，再作旋转摇动。

【注意事项】

1. 摇动关节时，应使患肢肌肉完全松弛，自由呼吸。

2. 摇动时用力应轻柔均匀，摇动幅度应根据病情逐渐增加，但不应超过其生理范围。

【文献出处】　骆竞洪主编. 实用推拿治病百法[M]. 北京：人民体育出版社，1990：9－10

【手法操作】　是以关节为轴心，做肢体顺势轻巧的缓慢回旋运动，属于被动运动按摩。双轴和多轴关节都可做环绕运动治疗(图 11－9)。其主要作用同屈伸法。

【注意事项】　在施术时要将体位安置合适，摇动的动作要缓和稳妥，速度要慢，幅度应由小到大，并要根据病情，适可而止。同时也要注意被运动关节的正常生理活动范围。

【主治疾病】　摇法常用来预防和治疗各种关节活动功能障碍。

【文献出处】　王启民. 实用按摩速成[M]. 北京：中国环境科学出版社，1991：124－125

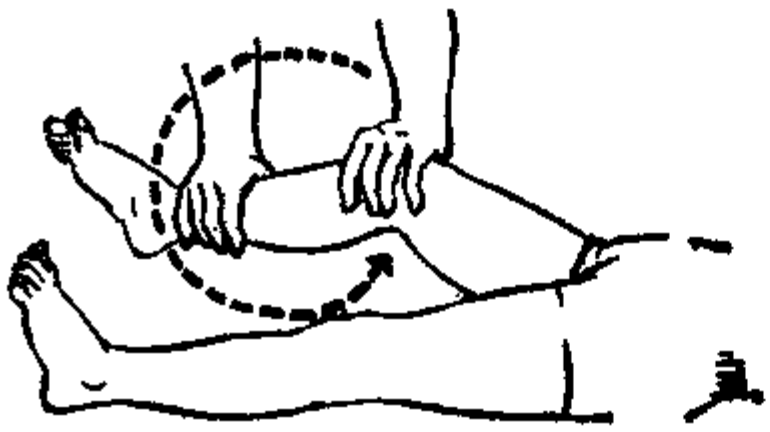


图 11－8　摇髋法

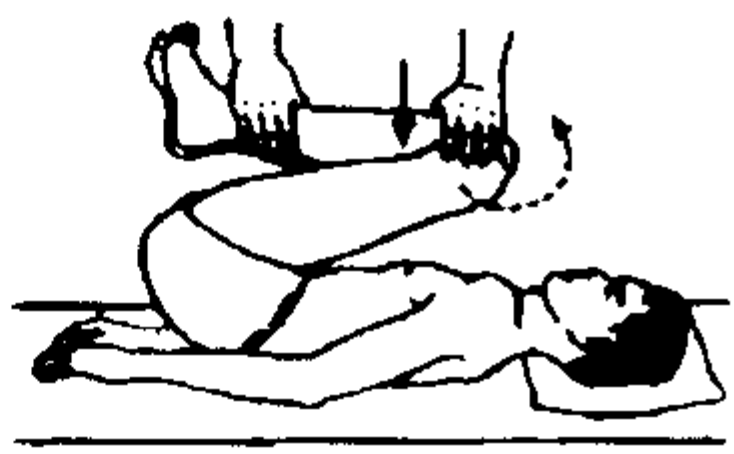


图 11－9

【手法操作】　医者使患者关节做环转摇动的方法。

【注意事项】　操作灵活和缓，切忌用力过猛，幅度由小到大，速度由慢到快进行摇动。

【主治疾病】　椎体病变、关节紊乱、骨质增生、关节劳损、韧带损伤等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：105

【手法操作】　使关节做被动的环转活动，称为摇法，又称运法或盘法。摇法是推拿常用手法之一，常用以防治关节酸痛或运动功能障碍。此外，摇法还被广泛用于小儿推拿，如复式操作法的乌龙摆尾、赤凤摇头等操作法都有摇的动作。摇法的操作方法是，术者用一手握住或扶住被摇关节的近端，以固定肢体，另一手握住关节的远端，做缓和的环转运动，使关节做顺时针或逆时针方向的摇动。

【注意事项】

1. 摇转的幅度要由小到大，逐渐增加。

2. 摇转的方向和幅度要在生理许可的范围内进行。或在患者能忍受的范围，根据病情灵活掌握，因势利导，适可而止。

3. 摇动须平稳,动作要缓和,用力要稳。除被摇关节摇动外,其他部位不应随之晃动,速度宜缓慢,不宜急速。

【主治疾病】 通过对关节的被动活动,可松解粘连、滑利关节、流通气血、整复错位,常用以防治关节酸痛、运动功能障碍等病症。从指掌关节至腰、髋关节均可应用。

【文献出处】 王之虹,严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春:长春出版社,1994:417

【手法操作】 用一手握住(或扶住)被摇关节近端的肢体,另一手握住关节远端的肢体,作缓和回旋的转动,称为摇法。

1. 动作缓和,用力要稳,摇动方向及幅度须在生理许可范围或在患者能忍受的范围内进行,幅度由小到大,由轻而重,由慢到快。

2. 颈椎关节摇法:患者坐位,医者站于患者后面或侧面,用一手扶住头侧面,另一手托住下颏部,作左右徐徐摇动,或在颈椎旋转情况下,略用力扳动,可听到颈椎关节弹响声。

3. 腰部摇法:患者站位,医生站或坐于患者后面,用一手握住腰侧部,或拇指同时按于痛处,另一手握住对侧的肩部,两手相向用力,作一前一后的摇动。或医者坐于患者后面,用两腿夹住患者下肢,双手分别扶住两肩,用力向左或向右作旋转摇动。

【主治疾病】 治关节强硬、关节粘连、关节错缝、关节错位(轻度移位)、关节滑膜嵌顿、关节周围韧带、肌腱、鞘膜等组织炎症与瘀血导致关节运动障碍,或关节水肿,血肿导致的关节僵而不利,如颈椎关节错缝,腰椎关节滑膜嵌顿。摇法还适用于腰部软组织急、慢性损伤。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州:河南科学技术出版社,1994:276－277

【手法操作】 医者一手握持或夹住关节近端,另一手握持关节远端,作和缓均匀的回旋转动,称为摇法。根据施治部位的不同,摇法分为颈部摇法、肩部摇法、髋部摇法、膝部摇法和踝部摇法等。颈部摇法:患者坐位,医者立其身侧,一手托住下颌部,另一手扶持后枕部,双手相对用力作前后左右的环转摇动。

【注意事项】

1. 动作应缓和,用力稳妥,忌用蛮力和暴力。摇动方向和幅度应在各关节生理范围内进行。

2. 活动范围应根据患者的病情面定,活动幅度一般由小渐大,速度由慢渐快。

【主治疾病】 治疗颈椎病、落枕等引起的关节强硬、屈伸不利、运动障碍等病症。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京:人民军医出版社,2000:51－52

第二节　摇(头)颈法

【手法名称】 头颈运法

【手法操作】

1. 部位　头颈。

2. 顺序　运动头颈,顺序有:①左转或右转(图 11－10);②下俯或上仰,运动时须令患者坐起,医者用两手轻扶头侧,顺势进行,每一式作毕,头略往上掬(图 11－11)。

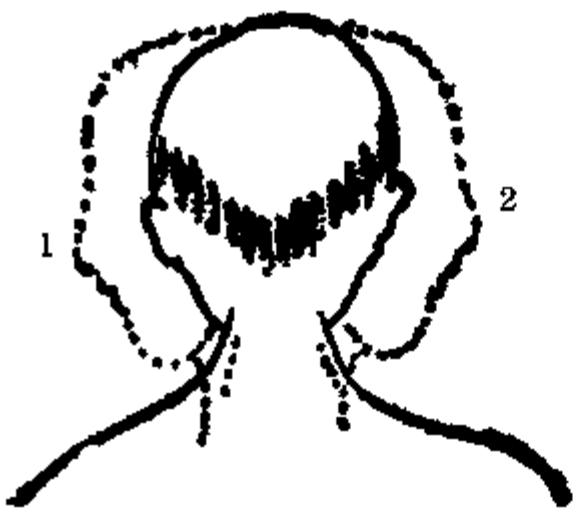


图 11－10　头颈运法 1

1. 左转；2. 右转

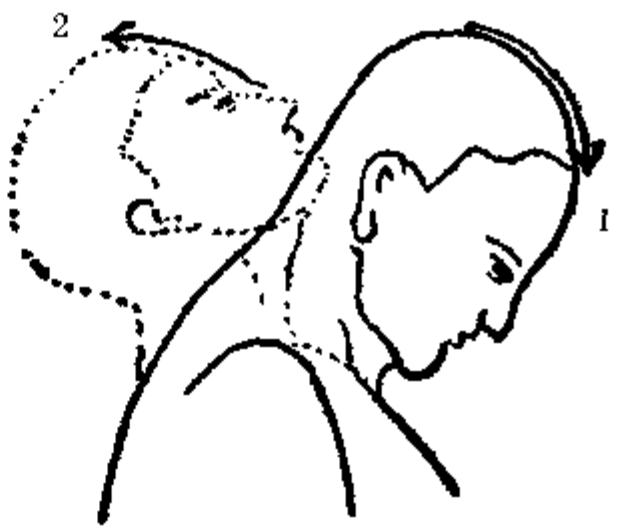


图 11－11　头颈运法 2

1. 下俯；2. 上仰

3. 联系　这种手法和“推拿法”、“按摩法”、“压法”、“摇法”有联系。

4. 治疗原理　颈筋僵强，向一侧歪斜，不便转动，叫做“斜颈”，又叫“拗颈”，俗名“落枕”。这种病是睡觉的时候，受高枕的抵抗，或风湿的侵袭造成的。用“头颈运法”医治：①头颈左转或右转，左转是伸展右侧的胸锁乳突肌和右背后的头夹肌；右转是伸展左侧的胸锁乳突肌和左背后的头夹肌。②头颈上仰或下俯：上仰是伸展颈前的项长肌和头长肌；下俯是伸展颈后的斜方肌和头半棘肌。每一式运动毕，头略往上掤（手要轻稳）。施用手法，顺势变换，时间 3 分钟，次数 7 遍，扫除头颈血管、运动神经的障碍，缓解颈部肌肉偏侧的挛缩，消炎散滞，颈项的歪斜自然就痊愈了。

【主治疾病】　可治斜颈、落枕。

【文献出处】　陈宇清. 新推拿十八法详解[M]. 郑州：河南人民出版社，1957：73

【手法名称】　轻伤治疗法（颈项摇摆法）

【手法操作】

1. 患者脱上衣，安神正坐。医者立于患者身后，用两手轻擦颈项伤处四周数十下。

2. 掐、点和擦后溪、承浆、风池、风府、天柱等穴，然后泻承浆穴。

3. 掐、点、擦、揉和掐大椎、风门、缺盆、肩中俞、肩外俞、肩井、合谷诸穴。

4. 轻擦按拿颈项前后四周数十下。

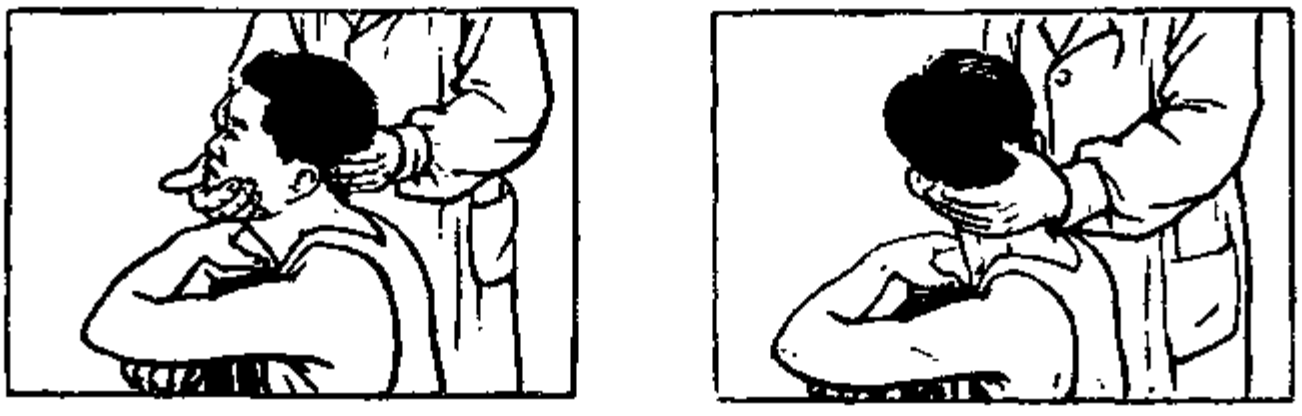
5. 趁患者放松安静之时，医者一手扶住其后头部，另手托住下颏部左右缓缓摇摆，然后乘其不意骤然摆动一下。动作要迅速敏捷，用力要适中而不猛，以听见关节响声为度（图 11－12）。

6. 轻拍扣打肩背颈项上下周围。

【注意事项】　气弱及肿痛太甚、年老、孕妇及有习惯性昏厥的患者，忌用摇摆法，只可用按摩及点穴治疗。

【主治疾病】　颈项部轻伤和较重伤。

【文献出处】　曹锡珍. 外伤中医按摩疗法[M]. 北京：人民体育出版社，1962：137－138



①　②

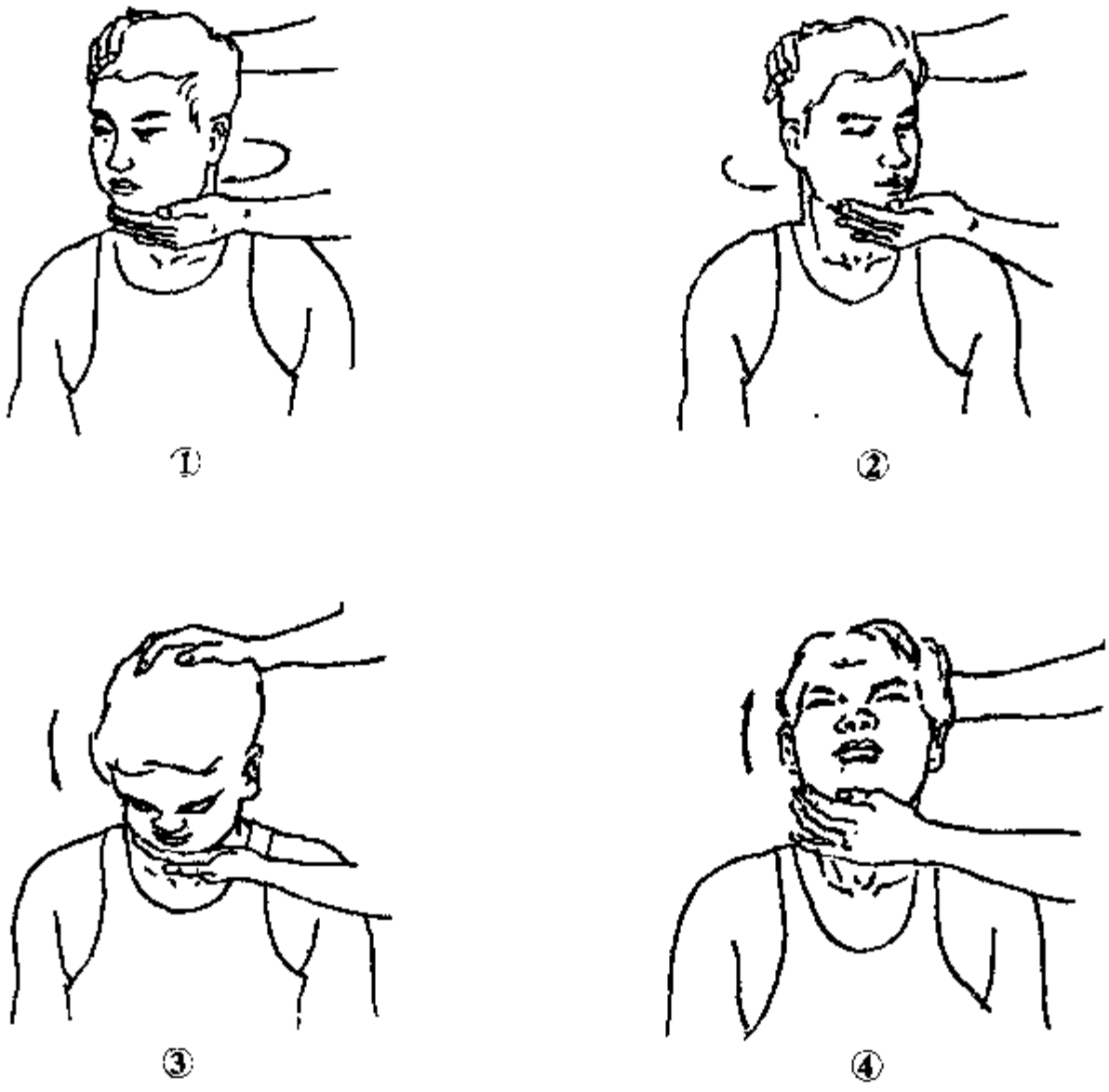
图 11－12　颈项摇摆法

【手法名称】　颈部摇晃

【手法操作】　一手扶按患者枕后部，另一手扶托下颌部，轻轻地作左右旋转，或作前俯后仰动作，待其肌肉放松后，突然用力向患侧扳动(但用力不能过大)。然后，再按照前法向对侧扳动一次(图 11－13、图 11－14)。此法常与正骨手法中的端法配合应用。

【主治疾病】　常常配合其他手法使用。

【文献出处】　郑怀贤. 伤科按摩术[M]. 成都：四川人民出版社，1964：47



①　②　③　④

图 11－13　颈部摇晃

【手法名称】 摇颈法

【手法操作】 患者取坐位，术者站于其后。向右摇颈时，术者以右手托下颌，左手按头顶部，双手同时反方向小幅度地慢慢摇动，使颈部作顺时针或逆时针方向摇动。待颈项肌肉放松后，使颈尽量向右旋转至最大可能范围，维持片刻后使其稍稍回松，并随即用右手向右拉下颌，左手向左推头顶，巧劲拨动其颈（图 11－3①）。向左摇颈时，术者姿势随之相反。

【主治疾病】 颈部疾患。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民卫生出版社，1982：51

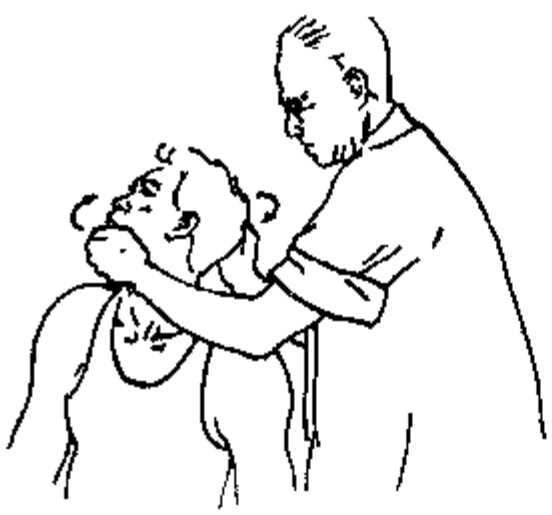


图 11－14 颈部摇晃

【手法名称】 摇颈

【手法操作】 病人坐位，颈项放松。医者站于侧，用一手扶住其头顶，另一手托住下颏，双手以相反方向缓缓地使头摇转，左右各数次。

【主治疾病】 常用于落枕、颈椎病。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：58

【手法名称】 颈部摇法

【手法操作】 术者一手托住患者下颌部，另一手按住头顶进行左右划圈旋转，促使颈椎各关节及筋腱充分活动。

【主治疾病】 主治颈椎病、落枕等。

【文献出处】 葛长海，李鸿江，葛凤麟. 捏筋拍打疗法[M]. 北京：北京科学技术出版社，1986：40

【手法名称】 头颈运摇法

【手法操作】 分下列 4 种。

1. 颈部端提运摇法 分颈部端法和颈部摇法。

（1）颈部端法：患者取坐位，嘱患者颈部放松。术者站立在患者体侧，一手托住下颏部位，一手托住后头枕部，两手同时用力向上端起，在端时，亦可作小范围的轻轻晃动（图 11～15）。

（2）颈部提法：患者盘膝坐于席上或矮凳上，术者同上姿势立于患者背后，作马步式，腰部微屈，两手从患者下颌部位的两侧捧住下颌，施术时两手向上提起，同时伸腰直膝，以助臂力（图 11－16）。以上两法端提起颈部时约数秒钟到半分钟，再轻轻放下。

2. 颈部屈伸运摇法 患者取坐位，术者站在患者体侧，其余术者手式姿势均同“颈部端法”。施术时，术者作轻端的同时，缓缓地将患颈作前屈，到一定程度后，术者改为一手托住下颏，另一手可在颈部作其他手法，如揉捏、按摩、叩法、拍打均可选用，约半分钟，再如前式轻端颈部，缓缓地作颈部后伸，到一定程度，术者托抚部之手变式为用桡侧手背托住，用指部在患者后头部作揉捏、按拿等手法。如此反复 2～3 次，最后将颈部扶直归原。

图 11－15

图 11－6

3. 颈部侧屈运摇法　患者取坐位，嘱患者颈部放松，术者站立于患者背后，两手指向前，以两掌托住患者下颌两侧，微作端提，缓缓地向左侧侧屈，到一定程度之后，改用一手托住屈侧，将伸侧之手移开，在颈部作其他推拿手法，约半分钟，再托起下颌两侧，微作端提，缓缓地向右侧侧屈。再如前所述，重复操作 2～3 次。

4. 颈部转摇法　患者取坐位，术者站立在患者体侧，其余手式、患者姿势均同“颈部端法”。嘱患者颈部放松，术者轻轻向左右两侧旋转颈部，待向左侧旋转到一定程度之后，再稍加弹性冲击的旋转力，有时可听到颈部发出“咔”响声(有的患者由于关节结构微异，可不发出响声)，但不应千篇一律地追求响声发出，而导致患者损伤。再同前法操作，使颈部向右侧旋转(图 11－3)。

【注意事项】　颈部运摇法应用之前一定有一明确诊断，为此应进行必要的体检。肿瘤、结核、骨髓炎、先天颈畸形等，以及心、肺、肝、肾等严重的内科疾病，均为颈部运摇的禁忌证。摸诊时对于颈部肿硬变形，长期僵凝，活动不能，颈部肌肉萎缩，颈变短变粗，颈椎驼峰，因肌肉挛缩而引起的斜颈，也不宜用颈部运摇法。

【主治疾病】　颈部端法、提运摇法用于颈部软组织挨、挫伤、颈部肌肉痉挛、颈部小关节紊乱、有醒脑提神作用，对部分脑外伤后遗症有一定的效果。颈部屈伸运摇法、侧屈运摇法用于颈部损伤、关节僵凝，以及颈椎病引起的眩晕、头痛、颈胸疼痛、胸部内伤气滞作痛，有时对因颈椎病引起的目昏耳闭亦有效果。颈部转摇法用于颈部落枕，颈椎间盘突出症，因颈椎病引起的各种证候，痹证引起的颈部僵凝(宜轻旋)。

【文献出处】　李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学(卷四：整骨手法学)[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：114－115

【手法名称】　摇颈项法

【手法操作】　双手导引颈项放松后，再过伸摇动，以使颈项关节灵活滑利，称为摇颈项法。患者坐位，医者立于患者一侧，一手托下颌，另手扶枕后，双手同时以头部带动颈项的反方向摇晃，待颈项部充分放松后，再稍以巧力寸劲的过伸旋转颈项，以增大颈项活动范围，以听到颈项“咔咔”作响为宜。

【注意事项】 临床不可操之过急，施用手法时应与患者密切配合，嘱患者尽力施松局部，此法以摇晃为主。

【主治疾病】 项肌劳损、颈项扭伤、小儿肌性斜颈及成年人项韧带钙化症。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：181－182

【手法名称】 摇头捋颈法

【手法操作】 以双手导引头部晃动旋转后，提端，使头部前倾，双拇指自风池向下捋之，称为摇头捋颈法。患者正坐位，医者立于患者背后，双手分别以拇指挑起，余四指伸直，拇指置于患者两侧左右枕后，食指置于两侧左右下颞颌（患者耳垂对准医者虎口）双手协作，导引头部晃动、旋转，使颈项充分放松。再以双手拇指向前推之，使之头部前倾。然后以双手食指向上扬之，使头部后仰。同时将拇指相对着力拢合，提端，使颈项充分牵引（医者以双肘尖置于患者肩窝部，以加大牵拔的持续力及对抗力），持续1分钟左右，轻轻松脱。再以双手拇指向下捋之，顺颈项，循足少阳胆经，对称下捋至肩井穴（图11－17）。

【注意事项】 晃颈、提端、捋颈循胆经捋按至肩井均和谐施以。切忌简单从事。

【主治疾病】 肩颈症、颈椎病、颈项扭伤、颈风痛、高血压症。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：214－215

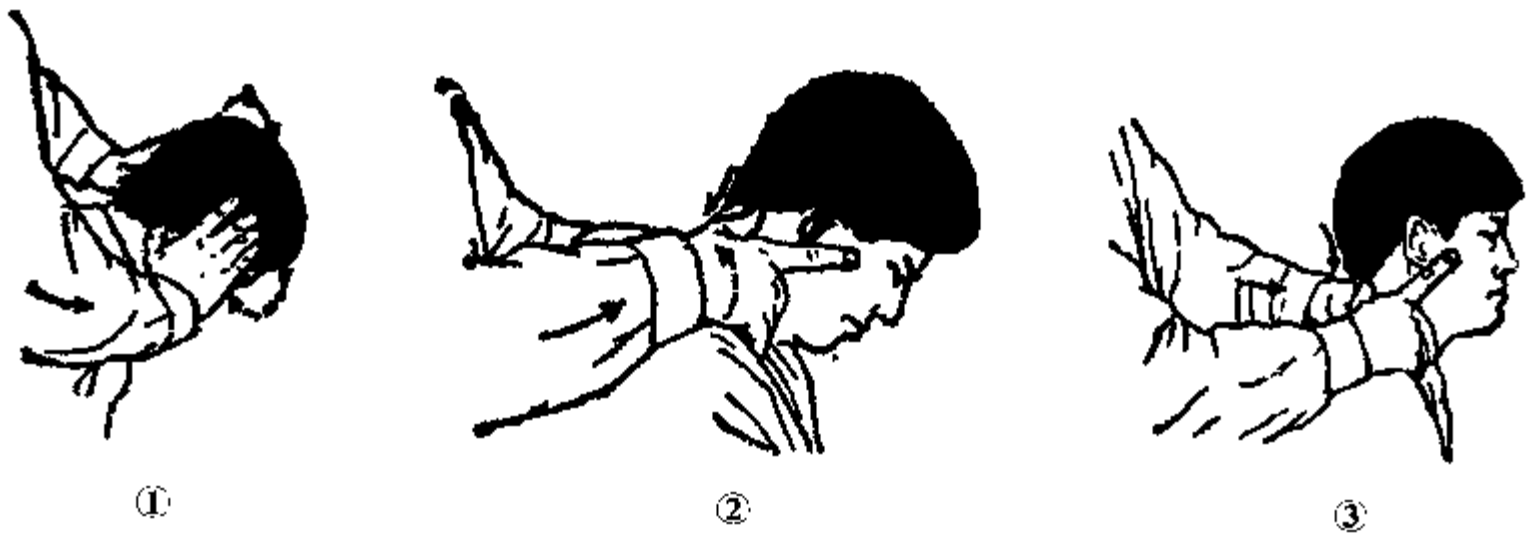


图11－17 摇头捋颈法

【手法名称】 扳摇颈法

【手法操作】 患者取坐位。术者立其侧以膝及身躯紧靠患者固定其身躯，防止患者活动。术者屈肘托患者下颌，然后作反方向摇转。

【主治疾病】 颈部挫伤、颈椎小关节嵌顿及颈椎骨质增生性颈椎炎及颈部僵硬等症。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：442

【手法名称】 摇颈法

【手法操作】 分两种。

1. 单手摇颈法 患者坐位，术者立于患者侧后方。以一手置于项部，另一手扶住患者前

额,单手用力进行左右环转摇动。

2. 双手摇颈法　患者坐位,术者立于患侧后方,以一手扶住患者枕后部,另一手托住下颏,双手同时用力作相反方向左右环转摇动(图 11 -31)。

【注意事项】　上述方法在操作中,动作要缓和,用力要稳,摇动方向及幅度须在关节生理活动范围内进行。

【主治疾病】　常用于关节强硬、屈伸不利等病证。

【文献出处】　王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄:河北科学技术出版社,1995:407 - 408

【手法名称】　晃颈法

【手法操作】　患者坐位,术者立于侧方,以一手扶肩,另一手扶持手顶来回晃动头部。晃动不宜太快,应缓慢均匀晃摆。每次持续晃动 1 ~3 分钟为宜。

【注意事项】　颈部晃法应缓慢,以免引起头晕不适。

【主治疾病】　临床上常用于治疗昏迷不醒、神经衰弱、四肢乏力、关节酸痛等。

【文献出处】　王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄:河北科学技术出版社,1995:413

第三节　摇胸法

【手法名称】　胸椎摇晃捋按法

【手法操作】　用于扭伤者。患者坐位(以右侧为例),助手蹲在患者前方,用双手按压住患者两侧腹股沟部,医者站在患者身后,双前臂由患者两腋下穿过,双手按在胸前,抱住患者。将其轻轻摇晃 8 次,后再将患者提起,并嘱之深吸气后,用手巾(清洁)捂住患者口鼻,并使之身体向左侧倾斜,再向右侧倾斜,此时迅速撤除捂口鼻之手,并将手改按在伤处行戳按法,此时令用力咳嗽,戳按之手沿肋骨走行方向,捋按舒筋,此手法可重复作 3 ~4 次(图 11 -18)。

图 11 -18　摇晃捋按法

【注意事项】 在治疗期间注意防风寒，伤处要保暖；还要停止从事重体力工作，适当体息。

【主治疾病】 本法对肋椎关节错缝的患者有速效，也可治疗胸壁扭挫伤。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：102－103

图 11－19 胸背上开阖运摇法

【手法名称】 胸背开阖运摇法

【手法操作】 分 2 种。

1. 胸背上开阖运摇法 患者坐于靠背椅上，两手十指交扣，置于后头部位，术者站在患者背后，两手握住患者肘尖部（尺骨鹰嘴部位），缓缓地向后轻拉，使患者胸廓扩张，背部阖闭，到一定程度之后，作弹性冲击力地向后轻拉数次。术者在两患肘向前推到一定程度，使患者阖胸开背，再用弹性冲击数次使两肘尖距离靠近（图 11－19）。如此反复数次。

2. 胸背下开阖运摇法 患者体位同“上开阖法”，两手叉腰。术者站立在患者对面，两手托住患者肘尖，推向患者后方，使胸廓张开，背部阖闭，到达一定程度之后，作弹性冲击数次，再将患肘尖拉向患者前方，使两肘靠近，使患者阖胸开背，弹性冲击数次。

【注意事项】 肿瘤、结核、骨髓炎和骨质疏松的患者禁忌。用力切勿过猛。

【主治疾病】 胸背上、下开阖法开胸理气，并活动肩胛胸廓关节和肩锁、胸锁关节，治陈旧性胸肋损伤后遗症和上述各关节僵凝、疼痛酸困。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：118

【手法名称】 胸背屈伸运摇法

【手法操作】 患者取坐位，术者站立于患者体侧，右手置于患者第七颈椎之处，另用左前臂托住胸剑突及肋下缘部位，令患者屈胸伸背，到一定程度之后，术者右手稍用弹性冲击数次，术者再换手，以左手置于患者胸骨柄处，右手横置于第十胸椎左右，令患者挺胸抬头，术者左手稍用弹性冲击力数次。

【注意事项】 肿瘤、结核、骨髓炎和骨质疏松的患者禁忌。用力切勿过猛。

【主治疾病】 胸椎后关节紊乱、肋脊关节异位或炎症，胸椎、胸骨、肋骨骨折后遗症。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：118

【手法名称】 胸背侧屈运摇法

【手法操作】 患者坐位，将右臂由体侧举起抱头，上臂贴近右耳部，右手放在头上的左侧。术者站立于患者左侧，用左手握持住患者右手，右手掌心向上托住患者左肩，使患者脊椎上段向左侧侧屈，右侧各肋间隙张开，再用弹性冲击数次，术者再左右挽手，一如此法使患者脊

椎上段向右侧屈,左侧肋间隙张开(图 11 -20)。

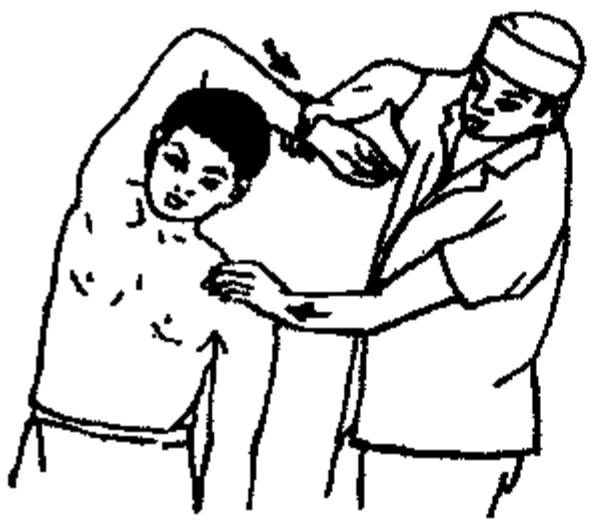


图 11 -20　胸背侧屈运摇法

【注意事项】　肿瘤、结核、骨髓炎和骨质疏松的患者禁忌。用力切勿过猛。

【主治疾病】　胸椎后关节紊乱、肋脊关节异位或炎症,胸椎、胸骨、肋骨骨折后遗症。

【文献出处】　李同生,李国衡主编. 中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M]. 南宁:广西科学技术出版社,1989:118

【手法名称】　胸背旋转运摇法

【手法操作】　患者取坐位,两手十指交扣,置于后头部位,脊椎尽量地向前弯屈,术者站立在患者对面,左手托住患者右肩前方,右手置于患者左肩后方,使患者上体向右旋转,并作弹性冲击数次。术者左右换手,一如是法,使患者上体向左旋转,并作弹性冲击数次。

【注意事项】　肿瘤、结核、骨髓炎和骨质疏松的患者禁忌。用力切勿过猛。

【主治疾病】　胸椎后关节紊乱、肋脊关节异位或炎症、胸椎、胸骨、肋骨骨折后遗症。

【文献出处】　李同生,李国衡主编. 中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M]. 南宁:广西科学技术出版社,1989:118

【手法名称】　刘寿山的提端旋转捋按法

【手法操作】　患者正坐凳上,助手蹲在前方,用双手分别按住患者两腹股沟部。医者站在患者身后,将双臂穿过患者两腋,抱住患者,一手持毛巾,准备堵患者口鼻,另一手掌扶按伤处。抱住患者徐徐提起,轻轻摇晃 6 ~7 次。用提端法将患者向上提起,并使其向健侧再后仰,令患者深吸气后,用毛巾捂住患者口鼻,撤捂口鼻之手,呼气或用力咳嗽。同时医者之胸压患者之背,令向患侧前屈,用 2 ~3 指腹沿肋间自后向前下推按之(图 11 -18)。

【主治疾病】　胸壁扭挫伤、岔气、肋间神经痛、胸部行痹。

【文献出处】　李同生,李国衡主编. 中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M]. 南宁:广西科学技术出版社,1989:146

第四节　摇腰类手法

一、摇腰法

【手法操作】　患者取坐位,术者以骑马势相对站于患者的一侧,一手通过患者的腋窝抱到肩部,另一手经腹前抱到对侧腰部,嘱患者全身放松后,摇动脊柱(图 11 -21)。

图 11－21　摇腰法

【注意事项】　操作时必须熟悉各关节的生理活动范围和详细观察病后的关节能动性，适当摇动关节。摇法一般都沿顺时针方向转动，速度宜缓慢，不宜急速。在摇动关节时，必须把患者安置在一定的体位。摇时术者必须站稳，随着摇动的方向，转移重心。做此操作时，术者要有足够的力量，如力量不够时摇动的幅度不宜过大，以避免倾倒的危险。

【主治疾病】　预防和治疗腰部关节旋转活动的障碍。

【文献出处】　安徽医学院附属医院医疗体育科. 中医按摩学简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：43

【手法操作】　患者取坐位，医生以骑马势相对站于患者的一侧，一手通过患者的腋窝抱到肩部，另一手经腹前抱到对侧腰部，嘱患者全身放松后，摇动脊柱。

【注意事项】　摇时术者必须站稳，随摇动的方向，移动重心。做此操作时，术者要有足够的力量，如不足时摇动的幅度不宜过大，以避免倾倒的危险。

【主治疾病】　腰部操作的基本手法之一。

【文献出处】　安徽医学院附属医院运动医学科著. 中医按摩学简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1963：43

【手法操作】

1. 第一式　患者取坐位，术者骑马势站于患者左侧（或以右弓步站于患者的对面）。患者左手绕过术者，右肩搭于颈后。术者右手从患者左上肢下面绕过颈后搭于右肩部，左手经患者腹前抱住右腰部。嘱患者周身放松，术者则在此姿势下发力，作顺时针方向和逆时针方向摇动腰部幅度由小逐渐加大（图 11－21）。

2. 第二式　患者面对肋木而站，双手抓住平肩高度的横档，上身前倾（无肋木，可用稳固靠椅、双手抓椅背）。术者弓箭步立其后，双手扶患腰两侧，嘱患者周身放松，术者在此姿势下发力，顺时针和逆时针方向摇动腰部，犹如推磨的动作（图 11－22）。

【注意事项】　第一式时摇动时术者必须站稳，并随摇动的方向转移重心，而且要有足够的力量控制患者的身体，不使其倾倒，如术者力量有限，则摇动的幅度不宜过大。第二式摇动时，术者步式要随之而变，将患者腰部摇向前成前弓步，转向后成后弓步，以稳住重心。

【文献出处】　安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民卫生出版社，1982：51－52

【手法操作】　用双手握定其下肢两踝关节，作下肢大幅度的左右旋动，以引动腰部随之摇动。

【主治疾病】　借以协助患者肢体恢复正常功能，以起到疏通腠理、滑利关节的作用。

【文献出处】　骆竞洪主编. 中华推拿医学志—手法源流[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1987：82

【手法名称】　腰骶伸屈运摇法

【手法操作】

1. 腰骶卧位屈伸法　患者坐于床上，两腿伸直，膝关节不能弯曲，术者站在患者对面，以两大腿抵住患者两足底部，用两手各握住患者两手，向术者身后牵拉，使患者腰骶向前屈曲到一定程度之后，术者再使用弹性冲击法，牵拉数次。患者改为俯卧位，术者站立在患者体侧，令患者两手撑床，腰部后伸，术者用手置于患者胸部上段，另一手按在腰骶部，同时用力，加深患者腰骶伸展(图 11－23)，到一定程度之后，术者再用弹性冲击数次。

图 11－22

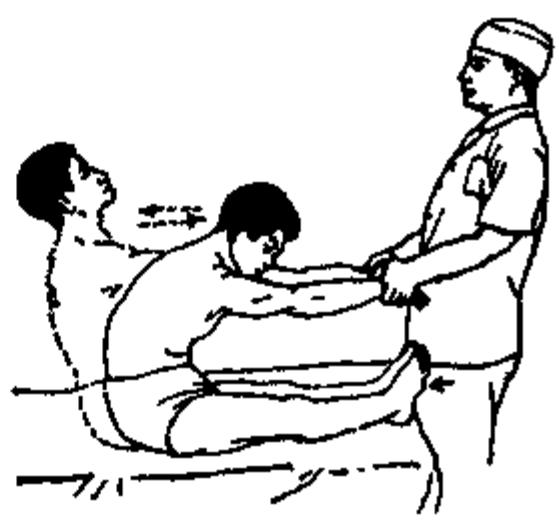


图 11－23　腰骶卧位伸屈法

2. 腰骶背伸法　患者站立，术者与患者背靠背站立，施行如下术式。

(1)腰骶上把背伸法：术者双手臂由患者穿入，把住患者肩部和上臂上段，令患者放松，术者向前屈腰，将患者背起到双足离地，并作摇晃，使患者腰部伸展，悬空的双腿作左右摇摆，患腰也得到牵拉和左右侧屈的应力(图 11－24)。术者感到患腰已较为松弛之后，将自己双膝微屈，在摇晃之中，术者臂部着力，双膝突然伸展，使患者腰部承受超伸展和纵轴拔伸的应力，再轻轻地将患者放下。

(2)腰骶下把背伸法：如上式术者双臂由患者两侧腋下穿出，把住患者上臂下段，将患者背起，其余施术操作方法均同腰骶上把背法(图 10－10)。

3. 腰骶扳伸法　患者俯卧，术者站于患者体侧，一手按住患者腰骶部，另一手与前臂托起患者双膝关节的上部，令患者腰伸展(图 8－2)到一定程度之后，再作弹性冲击数次。

4. 腰骶站位前屈法　患者取站位，作腰前屈，两手朝向两足，术者站于患者体侧，左手置于患者背部，另右手用侧掌或俯拳叩打法，施用于腰骶部，并用左手向下作弹性冲击的按压数次，再令患者站起，再如此反复操作数次。

5. 腰骶髂托伸法　患者取站立位，术者站立于患者体左侧，使患者左手搭在术者左肩上，术者用左手握住患者左手，右手由患者体前挽住患腰，身体向左侧倾斜，用右髂部托住患腰，令患者后仰，腰部被术者右手和右髂托起，两足离地悬空。术者作轻轻摇晃，并将两膝微屈，感到患者稍松软时，术者突然挺直两膝，使患者在腰部超伸位上，再作弹性冲击法，有时可感到腰部或骶部发出“喀”的响声。左侧操作方法基本同上，唯变换左右方向。

【注意事项】　腰骶背伸法伸筋活节作用力强，其中腰骶上把背法用于术者身高，患者体矮，上把背法便于操作，或患者、术者两人身长相差无几，但效应部位在腰椎上段或胸椎下段，

上把背法术者骶部能抵住效应部位。下把背法用于患者身高，术者体矮，或术、患两人身高基本接近，但效应部位在腰椎下段或骶椎。腰骶扳伸法较背法轻柔稳妥，作用同背法但应力较轻，要求术者有一定的体力，否则扳抬不动。

【主治疾病】 腰背劳损性疾病和急性扭伤、腰椎间盘突出症及骨折后遗症。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学(卷四：整骨手法学)[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：118－120

【手法名称】 腰骶侧屈运摇法

【手法操作】 患者取俯卧位，令其全身放松，术者站立患者左侧，用左手推按住患者腰部左侧，右手或带前臂，把住右膝关节外、前侧，并将患者腿部托起离床，术者左手固定腰部，右手牵拉令患腰向左侧侧屈，到一定程度之后，再作弹性冲击 1～3 次(图 11－25)，缓缓放下，令患者保持左侧屈位休息片刻。如作右侧，操作方法基本同上，唯术者将左右变换即可。

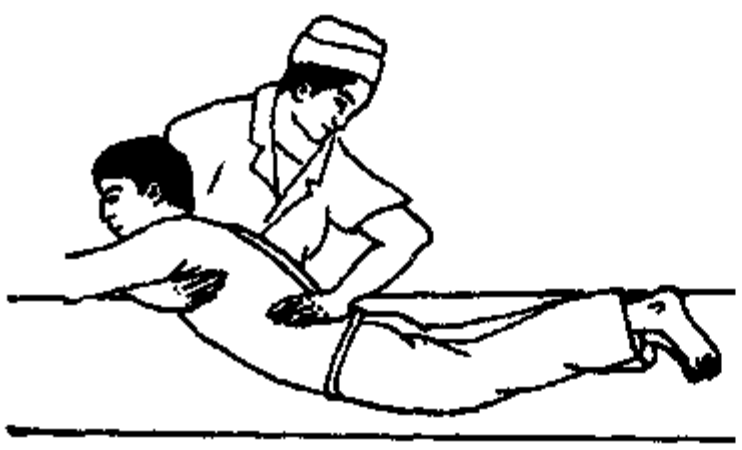


图 11－24 腰骶背伸法

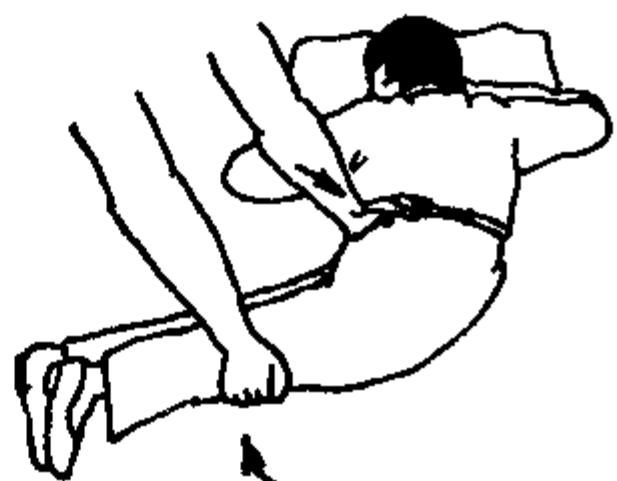


图 11－25 腰骶侧屈运摇法

【注意事项】 肿瘤、结核、骨髓炎和骨质疏松的患者禁忌。用力切勿过猛。

【主治疾病】 劳损或急性损伤，腰椎间盘突出症的脊推侧弯症，但需在病情近愈阶段施用方为合适。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学(卷四：整骨手法学)[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：120

【手法名称】 腰骶旋转运摇法

【手法操作】 令患者坐在有靠背的椅上，面向椅背骑坐，两手十指交扣，抱住后头部，腰背竖直，术者站立在患者背后，令患者全身放松，术者右手推住患者右肩后部，左手经患者左腋下，把住肩关节前方，屈左膝关节，顶住患者左侧臀部，将患者腰向左旋转到一定程度之后，再用弹性冲击力增加向左旋转力，多可听到腰部发出 1～2 声“喀”的声音。再用此操作方法，唯变换左右方向，使腰骶向右旋转。

【注意事项】 肿瘤、结核、骨髓炎和骨质疏松的患者禁忌。用力切勿过猛。

【主治疾病】 腰椎间盘突出症，腰部扭伤和腰椎后关节紊乱症及腰部慢性劳损。

【文献出处】　李同生,李国衡主编.中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M].南宁:广西科学技术出版社,1989:120

【手法名称】　刘寿山的直立摇晃推按法

【手法操作】　患者两足分开与肩同宽站立,腰微前屈,双手伸直扶桌沿,或助手扶托双手。医者站在患者侧方,用一手掌捂在患者少腹气海穴处,另一手按住腰部伤处。施术时,将腰部环转摇晃左右各6~7次,捂气海穴之手先向后推,使腰前屈,按腰部之手即向前用力戳按,使腰伸直,再揉按痛处(图22-13),可重复1~2次。

【主治疾病】　急、慢性腰部扭挫伤、腰椎间盘突出症、关节错缝、闪腰岔气、腰部痹证等。

【文献出处】　李同生,李国衡主编.中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M].南宁:广西科学技术出版社,1989:147

【手法名称】　刘寿山的屈髋晃腰法

【手法操作】　也有3法。

1.卧位屈髋晃腰法　患者仰卧,医者立于患侧。一手握患侧踝部上方,另一手先自腘部托膝屈髋(图11-26),然后扶按膝上方,尽量屈膝屈髋,再内收,伸直90°外展,再屈髋。旋晃6~7次后,停于屈髋位,同时用力下按2~3次,用力牵腿伸展。

2.双侧屈髋晃腰法　患者仰卧位,医者立于患侧。嘱患者屈膝屈髋,医者一手扶按双膝,另一手自前方扶按双小腿远端,使之尽量屈髋。左旋伸至90°再右旋,或反之各6~7次后停于屈髋位置(图11-27)。医者用近侧上臂压于双小腿上方,前臂抱住外侧,使患者尽量屈髋屈腰。另一手垫于伤腰处,上下用力对挤2~3次;加大腰部屈凹,然后垫腰之手改为前臂及手托抱双小腿,压膝之臂改为前臂及手扶双膝下部,用力牵伸髋膝关节使之伸展放平。或再重复1次。

3.侧卧屈腰戳按法　患者侧卧床边,伤侧在上。一助手蹲在患者背后,一手扶在腋下,另一手掌按在伤处。医者一手掌拿住伤侧下肢的踝部,将伤肢拔直,另一手掌扶在髋部拿踝部之手由外向里环转摇晃伤肢6~7次(图24-6①)。医者将伤侧下肢小腿挟在腋下进行拔伸(图24-6②),然后将伤肢屈曲,使膝关节靠近胸部,足跟接近臀部,同时挟髋部之手改按在伤处助手之手背上,进行戳按。最后将伤肢伸直(图11-28)。

图11-26　卧位屈髋晃腰法

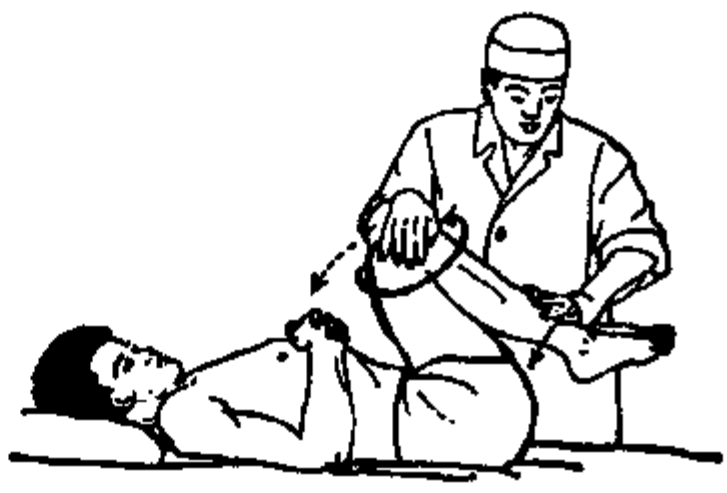


图11-27　双侧屈髋晃腰法

【主治疾病】 急、慢性腰部扭挫伤、腰椎间盘突出症、关节错缝、闪腰岔气、腰部痹证等。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学(卷四：整骨手法学)[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：149－150

【手法名称】 端坐摇腰法(滚床法)

【手法操作】 患者横坐在床缘，双腿自然下垂，医者立于对侧床缘的患者背后，以双臂插入患者同侧腋下，并将双手锁于患者胸前，助手半蹲于患者对面，以双手固定患者双膝，然后医者着力牵动患者上身(使之腰部逐渐放松)，并边牵引边导引患者左右旋转缓摆动，摇转，使腰部确实放松，再以巧劲寸力过伸位旋转摇腰。操作过程中助手应将患者膝部牢牢固定。

【注意事项】 摇腰法时动作应以缓慢而持续，力量应逐渐加大，并在正常生理范围内摇动，切忌使用暴力，老年患者慎用。

【主治疾病】 腰扭伤、腰椎间盘突出症、功能性腰疼、腰部挫闪扭岔。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：161－162

【手法名称】 仰卧摇腰法

【手法操作】 患者取仰卧位，双膝屈曲。医者一手托扶患者腰部，一手臂插于患者腘部拢之，以导引双下肢旋转摇动并带动腰部摇转。如此反复摇动，以使腰部确实放松后，用以插入腘部之手摇动驱使患者屈膝屈髋，尽力贴腹，然后导引双腿伸直同时以扶托腰部之手托之，恢复平卧姿势。如此操作时双手及臂部应密切配合，扶腰手除保护腰部摇动于正常范围外，还是决定摇腰的程度、摇动的方向及结束手法的关键(图 11－29)。

【注意事项】 摇腰法时动作应缓慢而持续，力量应逐渐加大，并在正常生理范围内摇动，切忌使用暴力。老年患者慎用。

【主治疾病】 腰扭伤、腰椎间盘突出症、功能性腰疼、腰部挫闪扭岔。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：162－163

图 11－28 侧卧屈腰快截按法

图 11－29 摇腰法

【手法名称】　俯卧摇腰法

【手法操作】　患者取俯卧位，医者以一手扶于患者腰部，另一手手臂拢于患者双股下 1/3 处，用力拢圈双腿，并导引患者以双腿的旋转摇动带动腰部摇动。待腰部放松后，用拢圈双腿之手臂将腿拢紧锁实上提而戳之，同时用扶腰之手按之。扶腰手是决定摇腰的方向、角度、程度与结束手法的关键(图 11－30)。

【注意事项】　摇腰法时动作应以缓慢而持续，力量应逐渐加大，并在正常生理范围内摇动，切忌使用暴力。老年患者慎用。

【主治疾病】　腰扭伤、腰椎间盘突出症、功能性腰疼、腰部挫闪扭岔。

【文献出处】　李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：162－163

【手法名称】　摇腰法

【手法操作】　分 3 法。

1. 被操作者取坐势，医生立其身后，双手扶其两肩，一手向前推，一手向后拉，使其腰部旋转。另一操作法是：医生立其身前，用两下肢挟住其大腿中部，(向左推扳时，挟其左腿，向右推扳时，挟其右腿)，双手按扶其两肩，双手协同用力向左右推扳，使其腰部旋转。本法又称“扭腰法”(图 8－8)。

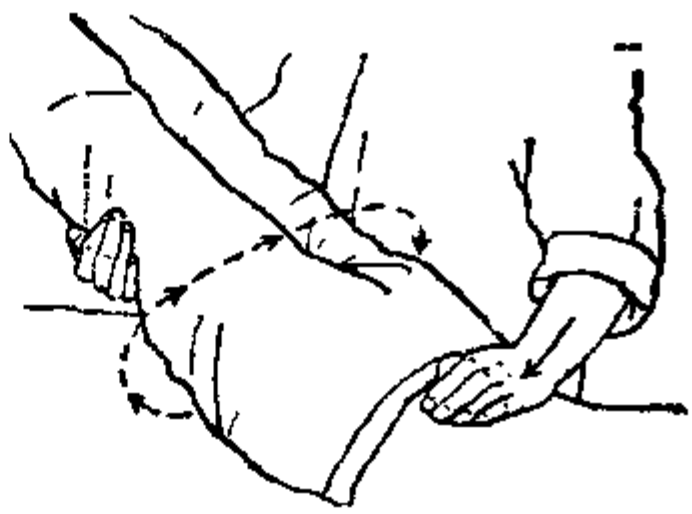


图 11－30　摇腰法

2. 被操作者取坐势，医生坐其身后，右手按顶其腰椎左侧，左手从其左腋下穿出向上按项部，再向下用力使其身向前俯，并从右前向左后旋转。若须向右旋转运动，则用左手按顶其腰椎右侧，右手从其右腋下穿出向上按项部，再向下用力使其身向前俯，并从左前向右后旋转活动。本法又称“旋转法”(图 9－1)。

3. 被操作者取向右侧卧势，医生立其身前，左手(或左前臂)用力推其左肩向外，右手(或右前臂)按其左侧髂嵴，向内推动，使其腰部向左旋转，再用左手按其左肩后向外推动，左手按其左侧嵴向内推动，使其腰部向右旋转(或被操作者换成向左侧卧势，医生立其身前，右手用力推其右肩向外，左手按其右侧髋向内推动，使其腰部向右旋转)。本法又称“斜扳法”(图 8－1)。操作时，医生两手要同时用力，动作要协调。

【注意事项】　在运转关节时有时要先使被摇关节作左右晃动，故又有“晃法”之称。摇法为运动关节的主要手法，操作时一手须固定在其关节近(上)端，另一手握其关节远(下)端作旋转运动，如须双手同时用力，则两手动作要协调，用力要对称。做摇法时：①要注意摇动幅度不能超过正常范围；②摇动幅度要由小到大，不要急于求成，硬性摇动；③摇动速度要由慢到快；④要被操作者密切配合，被摇的关节要尽量放松，医生在操作时并要注意患者的耐受力，逐步提高其关节活动功能。

【主治疾病】　腰骶活动不利等病症。

【文献出处】　金义成，彭坚编著. 中国推拿[M]. 长沙：湖南科学技术出版社，1992：217

【手法名称】 俯卧摇腰法

【手法操作】 患者取俯卧位，医者以一手扶于患者腰部，另一手手臂拢于患者双股下1/3处，用力拢圈双腿，并导引患者以双腿的旋转摇动带动腰部摇动。待腰部放松后，用拢圈双腿之手臂将腿拢紧锁实上提而戳之，同时用扶腰之手按之。

【注意事项】 扶腰手是决定摇腰的方向、角度、程度与结束手法的关键。

【主治疾病】 腰扭伤、腰椎间盘突出症、功能性腰痛、腰部挫闪扭岔、髋关节扭伤、髋关节周围粘连、骶髂韧带炎等。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：40

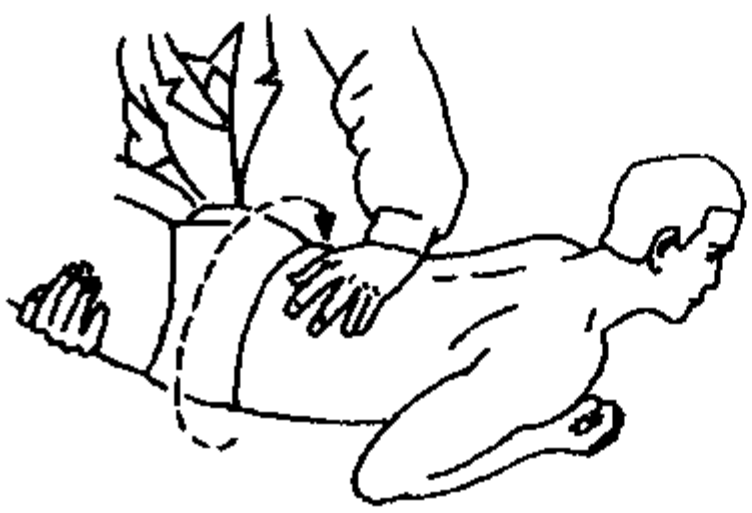


图 11－31 腰椎摇法

【手法名称】 腰椎摇法

【手法操作】 医者使患者腰椎关节做环转运动的方法。

1. 患者坐位，腰部放松。医者坐其后，一手按住腰部一侧，另一手扶住对侧肩部，两手协调动作，将腰椎做顺、逆时针方向旋转摇动。

2. 患者俯卧位，腰部放松。医者站其旁，一手按住腰骶部，另一前臂托住膝关节上部，将腰做顺、逆时针方向旋转摇动（图 11－31）。

【主治疾病】 腰椎间盘突出症、腰椎关节骨质增生、腰椎关节紊乱、腰骶关节劳损等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：105－106

【手法名称】 晃腰屈髋法

【手法操作】 患者仰卧位，医者站在患者侧方，嘱患者屈膝屈髋。医者双手置于小腿部作环转摇晃，然后用力按压小腿，使之极度屈膝屈髋，最后伸直下肢（图 11－32）。

【主治疾病】 腰部软组织劳损、腰肌筋膜炎，腰前屈功能受限等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：127

【手法名称】 坐位摇晃法

【手法操作】 患者坐位，医者站在患者身后，双手从腋下抱住患者，在牵引力下摇晃腰部数次，将患者向后上方提起，在保持牵引力下向斜后方作左右旋转，同时用单膝顶住腰部患处，然后嘱患者将双腿伸直。医者站于患者侧方，一手按住背部，尽量使患者前屈腰部，另一手掌由上至下沿脊旁推之，最后按背之手从腋下抱着躯干使腰部挺直，另一手掌同时在伤处戳按（图 11－33～图 11－35）。

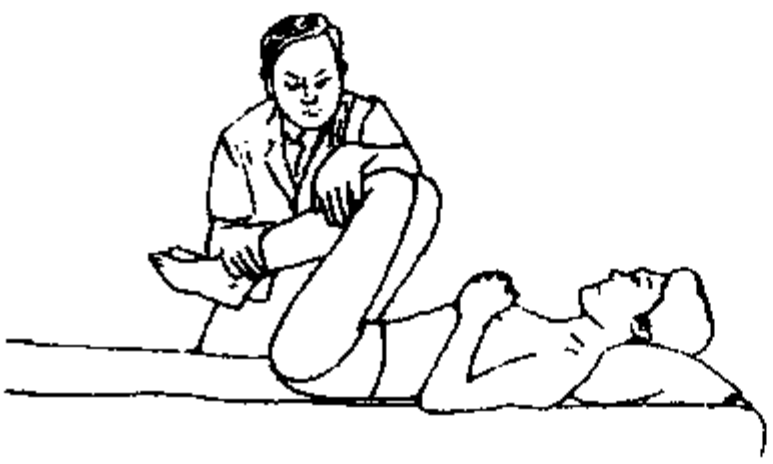


图 11－32　晃腰屈髋法

图 11－33　坐位摇晃法 1

图 11－34　坐位摇晃法 2

图 11－35　坐位摇晃法 3

【主治疾病】　腰背软组织损伤等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编.中国按摩全书[M].北京:华夏出版社,1993:127－128

【手法操作】　患者坐位,腰部放松。术者坐或站于其后,用一手按住其一侧腰部,另一手扶住对侧肩部,两手协调用力,将腰部摇动,使其缓缓地旋转。或嘱患者俯卧,下肢伸直。术者用一手掌按压住腰部,另一手前臂托于双下肢膝关节近端,将两下肢抬起,然后做腰部顺时针及逆时针方向的摇动。

【注意事项】

1.摇转的幅度要由小到大,逐渐增加。

2.摇转的方向和幅度要在生理许可的范围内进行。或在患者能忍受的范围,根据病情灵活掌握,因势利导,适可而止。

3.摇动须平稳,动作要缓和,用力要稳。除被摇关节摇动外,其他部位不应随之晃动,速度宜缓慢,不宜急速。

【主治疾病】　腰脊酸痛、板滞,活动不利。

【文献出处】　王之虹,严隽陶主编.中国推拿大成[M].长春:长春出版社,1994:421

【手法操作】 分2种。

1. 背式晃腰法 此法为背法开始前放松手法。术者背起患者后，进行左右摇摆晃动腰部，以放松腰部肌肉，为下一步治疗手法做好准备。

2. 卧位晃腰法 本法为牵抖法开始前准备手法。患者俯卧位，术者以双手握其踝左右摇摆下肢，带动腰部放松，为下一步牵抖做好准备。

【注意事项】 在操作中，掌握好频率和幅度。

【主治疾病】 临床上常用于治疗昏迷不醒、神经衰弱、四肢乏力、关节酸痛等。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：413

二、运腰法

【手法名称】 拢腿运腰法

【手法操作】 以一手扶按腰部，另一手自患者股下1/3处穿过拢腿，导引双腿摇转而带动运腰，再拢腿而拔伸、上提、下按并戳之，称为拢腿运腰法。患者俯卧位，医者以一手食指与拇指横置叩按于腰部脊椎两侧，另手自患者股1/3下处穿于对侧，将双腿拢锁，施以导引摇转，使双腿同时旋转（内旋及外旋）而腰部随之摇运。待腰部充分摇运后，拢紧双腿，拔伸上提，并以扶腰手按之，拢腿臂同时将双腿戳之，称为拢腿运腰法。以双手密切配合，遵循先施摇转，后施拔伸提戳的顺序进行操作，以按腰手决定拔伸提戳的时机。此法主要用于腰部（图11－36）。

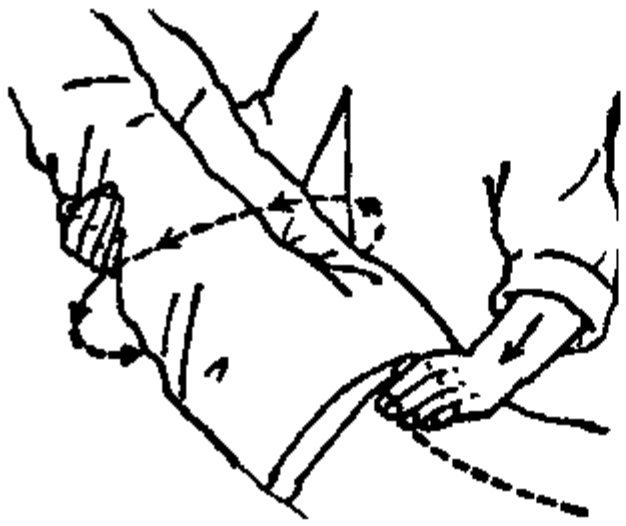


图11－36 拢腿运腰法

【注意事项】 操作中要用力和缓，顺序进行，不可乱拽无度。

【主治疾病】 腰扭伤、腰肌劳损、慢性腰腿痛、椎间盘突出症。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：259－260

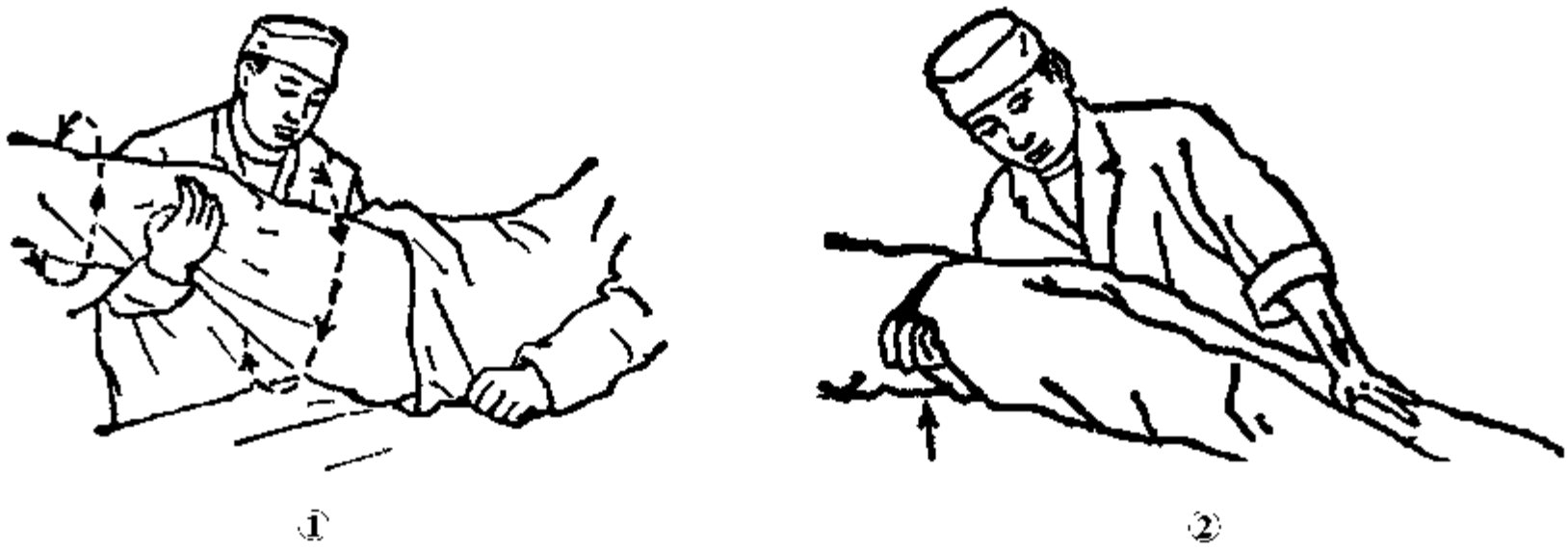
【手法名称】 鲤鱼打挺法

【手法操作】 一手托腰，另臂拢腘，使患者屈膝屈髋，再运摇腰骶，后导引双腿直抬，腰悬空，猛悠，形如鲤鱼打挺灵活迅速，故称鲤鱼打挺法。患者仰卧位，医者一手托其腰下，另手以臂从双腘下穿过拢腿，使之屈膝屈髋后再导引摇动双下肢同时运动，以使腰骶充分运摇，先内旋摇动（逆时针），再外旋摇动（顺时针）。待腰骶部充分放松后，用拢腿之臂迫使双膝尽量贴腹，再导引双小腿直伸抬起，猛力悠动而使腰部拱起，并以托腰手着力托之，形似鲤鱼打挺。此法主要用于腰部的治疗（图11－37）。

【注意事项】 双手相互密切配合，先摇腰，再屈腿，最后悠动。整个手法连贯自如。

【主治疾病】 腰椎增生症、椎间盘病变、腰腿疼痛、腰扭伤。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：258



①　　②

图 11－37　鲤鱼打挺法

【手法名称】　俯卧运腰法

【手法操作】　患者俯卧位。医者以一手掌抚按于患者腰骶部，另手自其股下 1/3 处穿过并将双腿拢紧，环形导引旋转双腿，使腰部随之得到摇运。待腰部得到充分摇运后，拢腿一手上抬以戳之，抚腰一手下压以按之，可反复戳按 3 次(图 11－38)。

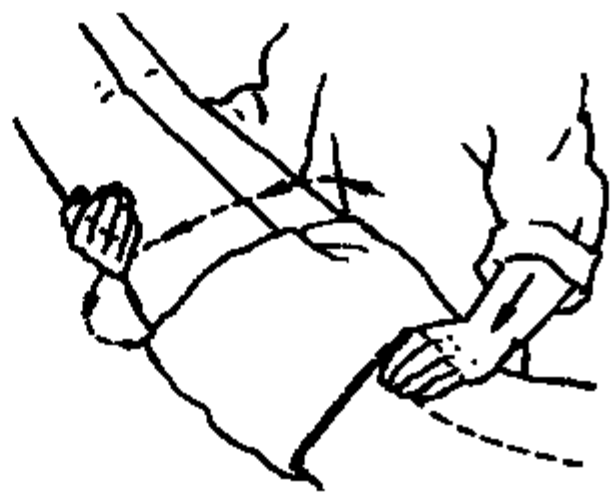


图 11－38　俯卧运腰法

【主治疾病】　腰椎间盘突出症、腰肌劳损、腰椎骨质增生、腰扭伤等。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：516

【手法名称】　仰卧运腰法

【手法操作】　患者仰卧位，屈髋屈膝。医者双手抚按患者两膝部，环形运转，顺逆时针方向各半数，以充分导引腰部。然后以一手臂抚拢两膝部，并将上体的前胸部倾压于两小腿之上，另手托骶尾部，使上体上压，骶尾部上抬，尽力使腰脊柱屈曲，可连续做 3 次。

【主治疾病】　腰椎间盘突出症、腰肌劳损、腰扭伤等。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：516－517

第五节　摇髋法

【手法操作】、以一手握定踝关节，另一手扶定膝关节，使髋关节屈曲后，再作旋转摇动。

【主治疾病】　借以协助患者肢体恢复正常功能，以起到疏通腠理、滑利关节的作用。

【文献出处】　骆竞洪主编. 中华推拿医学志—手法源流[M]. 重庆：科学技术文献出版社

重庆分社,1987:82

【手法名称】 髋内外旋运摇法

【手法操作】 患者取仰卧位,两膝以下部位置于床头之外,下垂于床头,术者站立于床头,一手握持住小腿下段,一手扶住患膝,使患者髋关节微屈。如为右髋,术者先作顺时针旋转,使患髋外旋,再作轻轻地弹性冲击外旋,切勿作大力冲击,以防意外,再作逆时针旋转,亦用其轻的弹性冲击力,如此操作数次。

【注意事项】 肿瘤、结核、骨髓炎和骨质疏松的患者禁忌。用力切勿过猛。

【主治疾病】 对筋骨痹症的酸、胀、痛、麻均有缓解作用。

【文献出处】 李同生,李国衡主编.中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M].南宁:广西科学技术出版社,1989:122

【手法名称】 髋展收运摇法

【手法操作】 患者仰卧位,术者站在患左侧,左手把住大腿下段,另右手推住骨盆外侧,左手向术者身后牵拉,右手固定骨盆不使动移,使患髋关节外展到一定程度,轻轻地作弹性冲击1次。术者体位不变,变右手把住对侧的骨盆外侧,左手将大腿下段外侧推向健侧,使患者髋关节内收到一定程度之后,再轻轻地作弹性冲击1次。

【注意事项】 肿瘤、结核、骨髓炎和骨质疏松的患者禁忌。用力切勿过猛。

【主治疾病】 对筋骨痹症的酸,胀、痛、麻均有缓解作用。

【文献出处】 李同生,李国衡主编.中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M].南宁:广西科学技术出版社,1989:122

【手法名称】 髋环转运摇法

【手法操作】 患者仰卧位,术者一手握持住患侧小腿下段,另一手扶住患膝关节,使髋关节在矢状轴上作顺时针环转数次,动作要缓慢,要顺势利导,要在患者髋关节所能活动的范围之内,稍稍用力运转。再按原术式作逆时针旋转数次。

【注意事项】 肿瘤、结核、骨髓炎和骨质疏松的患者禁忌。用力切勿过猛。

【主治疾病】 对筋骨痹症的酸,胀、痛、麻均有缓解作用。

【文献出处】 李同生,李国衡主编.中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M].南宁:广西科学技术出版社,1989:122

【手法名称】 髋关节摇法

【手法操作】 以力导引使髋关节旋转摇动,称之为髋关节摇法。临床分为仰卧、俯卧、侧卧摇法。

1.仰卧位髋关节摇法 患者仰卧位,医者一手扶患膝,另手扶患踝,双手协同导引患髋顺时针或逆时针旋转摇动,摇动后屈膝屈髋,使膝尽力贴腹而伸直(图11-39)。

2.俯卧位髋关节摇法 患者俯卧位,医者一手扶髋,另手提患侧踝引导踝关节向上提晃,并使之带动髋关节旋转摇动。

3.卧位髋关节摇法 患者侧卧位,患侧髋关节于上,医者一手扶患髋,另手握患踝,先牵踝

摇动旋转以带动髋关节充分摇动后，再以一手扶踝驱使屈膝，另手扶患膝导引患肢屈膝屈髋而使髋关节摇动。

【注意事项】 操作过程中医者双手要紧密配合，协调施力，在正常生理范围内摇动，并以扶髋手决定摇髋程度，活动范围及手法的结束时机等。股骨头坏死者忌用此法。

【主治疾病】 髋关节扭伤、髋关节周围粘连、骶髂韧带炎。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：186－187

【手法名称】 摇髋关节法

【手法操作】 患者仰卧，患肢屈髋屈膝。术者站其侧面，用一手扶住其膝部，另一手握住其足跟部或踝部，两手协同使髋膝关节均屈曲到90°左右，然后做髋关节顺时针或逆时针方向运转。或嘱患者俯卧，两下肢伸直，术者用一手按压住臀部，另一手托住患侧膝上方，将患肢托起，然后两手协同动作使髋关节做顺时针及逆时针方向环转摇动。

【注意事项】

1. 摇转的幅度要由小到大，逐渐增加。

2. 摇转的方向和幅度要在生理许可的范围内进行。或在患者能忍受的范围，根据病情灵活掌握，因势利导，适可而止。

3. 摇动须平稳，动作要缓和，用力要稳。除被摇关节摇动外，其他部位不应随之晃动，速度宜缓慢，不宜急速。

【主治疾病】 髋部伤筋酸痛、内收肌劳损及腰腿痛所引起的髋关节活动不利、牵掣疼痛等症。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：421－422

第六节　摇骶髂关节法

【手法名称】 骶髂后伸运摇法

【手法操作】 分2种。

1. *俯卧后伸法*　患者俯卧，术者立于患侧，用一手按压在骶髂关节之处，另一手由患者侧大腿下段前面穿入，用前臂上段托住，使患腿离床10 cm左右，使患者患骶髂关节处于后伸状态，到一定程度之后，再施弹性冲击法，有时可以感到移动感觉或发出“喀”的响声，再缓缓放下。

2. *侧卧后伸运摇法*　患者取患侧在上的侧卧位，全身放松。术者立于患者背后，用一手推抵住患者骶髂关节处，另一手把住患者膝关节处，使患者骶部后伸到一定程度之后，再加用弹性冲击力1次，然后轻轻放下。

【注意事项】 肿瘤、结核、骨髓炎和骨质疏松的患者禁忌。用力切勿过猛。

【主治疾病】 骶髂关节半脱位、无菌性炎症、劳损性病症。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学(卷四：整骨手法学)[M]. 南宁：广西科

学技术出版社,1989:120

【手法名称】 骶髂关节外旋运摇法

【手法操作】 患者仰卧,将患侧髋关节屈曲到120°(左右并尽力外展,呈"4"字位。术者站在床脚头一侧,用一手按住健侧髂前上嵴处,以作固定,另一手按压患侧髂前上嵴处,约1分钟后,再作弹性冲击1~2次。

【注意事项】 肿瘤、结核、骨髓炎和骨质疏松的患者禁忌。用力切勿过猛。

【主治疾病】 骶髂关节半脱位、无菌性炎症、劳损性病症,还可治疗骨盆骨折、外旋或内旋移位所引起的后遗症。

【文献出处】 李同生,李国衡主编.中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M].南宁:广西科学技术出版社,1989:120

【手法名称】 骶髂关节内旋运摇法

【手法操作】 患者取侧卧位,卧于床边沿。患侧在上并将髋关节屈曲、内收,膝关节亦屈曲。术者面对患者,一手扶住患侧大腿下段外侧,另一手按压住患侧髂前上嵴处,两手同时下压约1分钟后,再用弹性冲击力1~2次,然后缓缓松开结束。

【注意事项】 肿瘤、结核、骨髓炎和骨质疏松的患者禁忌。用力切勿过猛。

【主治疾病】 骶髂关节半脱位,无菌性炎症、劳损性病症,还可治疗耻骨联合分离、梨状肌痉挛、慢性损伤而引起的坐骨神经痛。

【文献出处】 李同生,李国衡主编.中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M].南宁:广西科学技术出版社,1989:120

【手法名称】 骶髂关节前屈运摇法

【手法操作】 患者仰卧位,患侧髋、膝关节尽力屈曲,术者站于患侧,右手按压住屈曲的膝关节前下侧,另左手扶住患侧臀上部位,术者右手用力向患体的后方、下方换压,1分钟左右,再用弹性冲击力1~2次,然后缓缓放下。

【注意事项】 肿瘤、结核、骨髓炎和骨质疏松的患者禁忌。用力切勿过猛。

【主治疾病】 骶髂关节半脱位、无菌性炎症、劳损性病症。

【文献出处】 李同生,李国衡主编.中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M].南宁:广西科学技术出版社,1989:120

【手法名称】 尾骶椎运摇法

【手法操作】 患者取俯卧位,可着一单裤,术者立于患者体侧,用拇、食、中指在尾骶部扪捏住效应部位,作左、右拨动摇晃数次。

【注意事项】 尾骶椎运摇法为肛外调整尾骶椎紊乱的手法。旨为运用恰当,常可获意外效果。

【主治疾病】 尾骶椎紊乱。

【文献出处】 李同生,李国衡主编.中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M].南宁:广西科学技术出版社,1989:122

【手法名称】　摇腿戳按法

【手法操作】　患者俯卧位，医者站在床边，一手按在腰部患处，一手置于腿前方，搬起大腿，并摇晃下肢数次，将下肢向斜上方扳，同时一手戳按患处(图 11－40)。

【主治疾病】　腰骶关节扭挫伤及错位等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：127

图 11－39　髋关节摇法

图 11－40　腿戳按法

第七节　全身摇动法

【手法名称】　全身晃动法

【手法操作】　患者俯卧位，术者立于侧方，以单手或双手着力于患者躯干，并用臂的支撑颤动摇晃患者的整个躯体，使患者整个躯体摇摆，放松。

【注意事项】　在操作中，掌握好频率和幅度。

【主治疾病】　临床上常用于治疗昏迷不醒、神经衰弱、四肢乏力、关节酸痛等。

【文献出处】　王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：413

(李义凯　房　敏　曹庆阳)

第十二章　背法和握法

【摘要】 本章介绍了两大类脊柱推拿手法，第一节是背法，从背法的各个年代发展来看，背法的操作大同小异。无论是1964年郑怀贤所介绍的背法，还是2002年出版的推拿著作所介绍的背法，操作上基本相同。背法的基本动作是在脊柱后伸的体位上左右摇晃和上下抖动。第二节介绍的是端(提)法，这类手法主要是利用向上的牵引力，被动活动患者的颈椎或腰椎，来达到治疗目的。手法操作时患者所处体位大多也是后伸位。

第一节　背　法

【手法名称】　腰部抖动

【手法操作】 抖动是一种被动活动的按摩手法，腰部抖动把患者背对背、手挽手地背起来，作左右摇晃后的上下抖动(图12-1)。

图12-1　腰部的抖动

【注意事项】 常与摇晃手法一道应用，以取得协同的效果。

【主治疾病】 松弛肢体肌肉骨节，缓解伤后所引起的关节功能障碍。

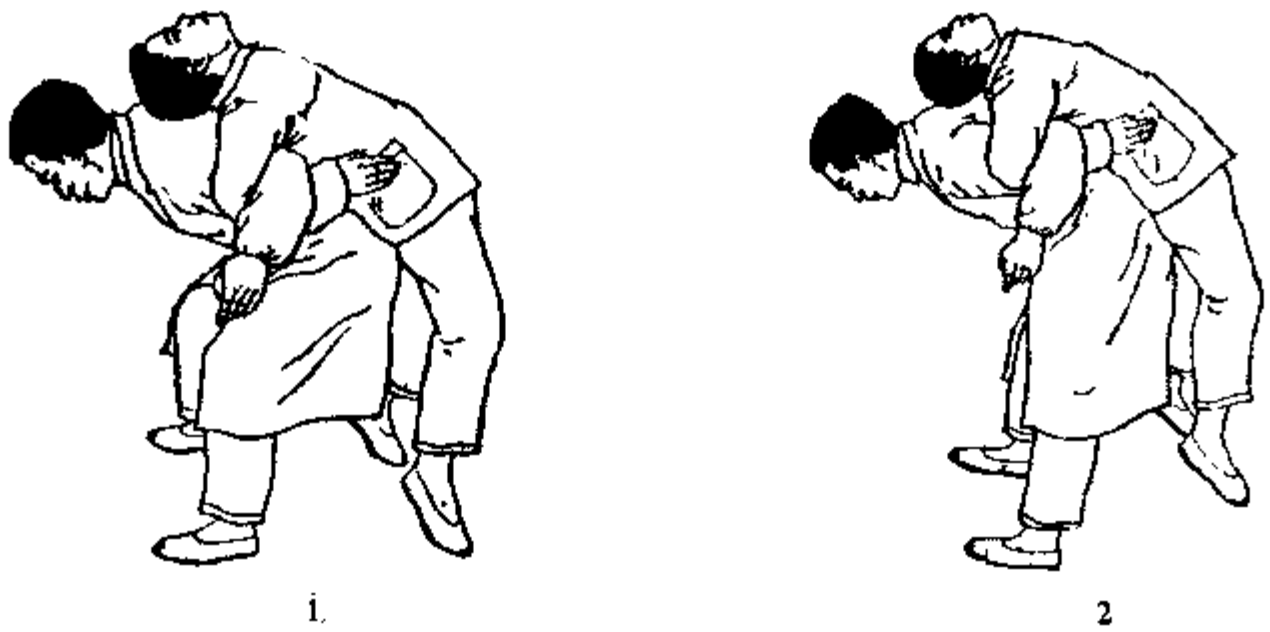
【文献出处】 郑怀贤. 伤科按摩术[M]. 成都：四川人民出版社，1964：51－52

【手法操作】 医者和患者背靠背站立，用两肘挽住患者肘弯部，然后弯腰屈膝挺臀，将患者反背起，使其双脚离地，同时以臀部着力颤动，牵伸患者腰脊柱，称为背法(图12-2)。

【注意事项】 臀部的颤动要和两膝的屈伸动作协调。

【主治疾病】 腰部外伤性疾患、腰部闪挫疼痛及腰椎间盘突出症等。

【文献出处】 上海中医学院. 推拿学[M]. 上海：上海人民出版社，1974：88－89



1　　2

图 12－2　背法

【手法名称】　腰痛背运法

【手法操作】　术者和患者背靠背站着，术者两手向后伸入患者的腋下、肘部勾着患者的肘部，把患者仰驮在背上，胸腹朝上，腰酸疼的部位紧靠在术者的臀部，术者摇动自己的腰臀，并叫患者两脚上下、左右摇动踢伸，5～7 分钟后，放下再驮，再操作（图 12－3）。

【文献出处】　赵正山. 简易推拿疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1979：60

【手法名称】　背抖法

【手法操作】　医者用上肢挽住患者的上肢，医者的脊背靠住患者的脊背，使患者处于悬空地位，然后以医者自身的抖动带动患者而抖动（图 12－4）。

【主治疾病】　胸腰椎病变，对轻度脱位可以整复，有松弛椎体的作用。

【文献出处】　闻正怡，周华龙，刘孔江. 朱金山推拿集锦[M]. 南京：江苏科学技术出版社，1983：37－39

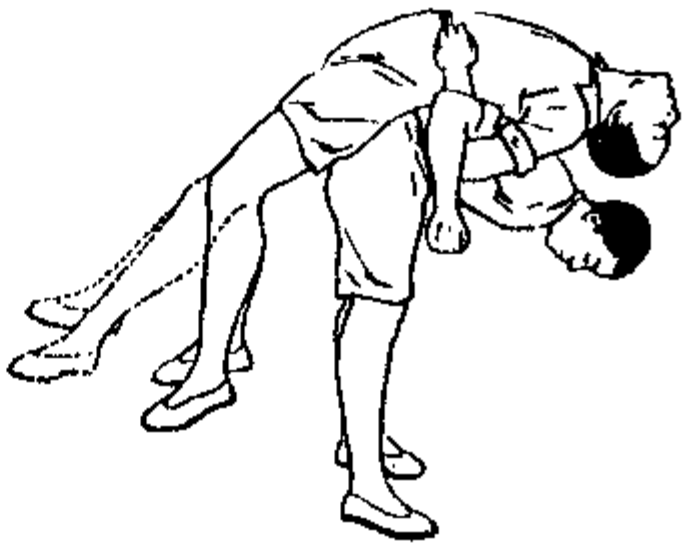


图 12－3　背运法

【手法操作】　医者与患者背对背站立，医者两肘勾住患者两肘倒背起来，叫背法。操作时医者勾住时嘱患者也要勾紧，不要滑脱，医者弯腰背起前，两足要分开与肩同宽，以免站立不稳。医者缓慢地俯身弯腰倒背起患者后，患者头要尽力向后仰，两脚要自然下垂，不要打挺，患者两足离地后，医者臀部可以轻轻上下颠儿颠，左右晃儿晃，以加强倒背牵引之效果。

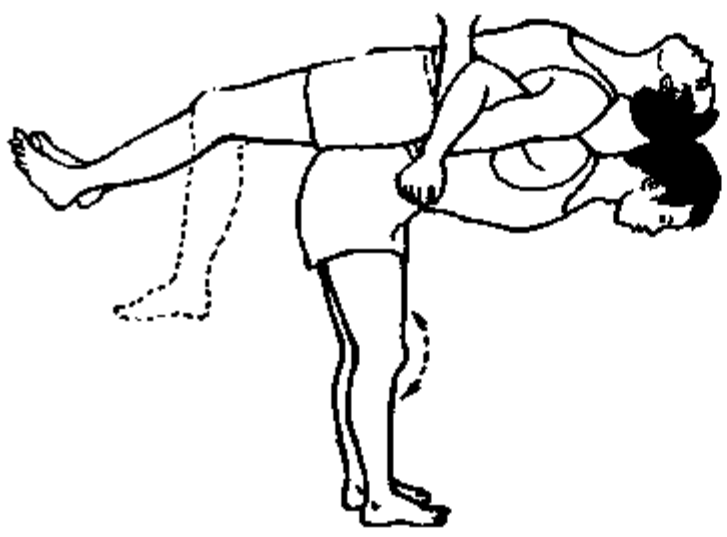


图 12-4 背抖法

【注意事项】 开始不要弯度太大，时间太长，要先做小弯度、短时间的倒背做试验，无不良反应再加大弯度，延长时间。

【文献出处】 王甫. 大众推拿[M]. 北京：人民卫生出版社，1984：51-53

【手法操作】 背法是背靠背将患者背起，有以下3个步骤。

1. 先使患者站立，如患者不能单独站立时，应由助手协助。助手相对立于患者身前，叉托患者两侧腋部，尽力上提，将患者腰部提直。

2. 医者用两肘由下向上挽住患者的两侧肘弯，将患者慢慢离地背起。

3. 将患者背起后，医者两膝屈曲，运用自己尾骶部力量左右摆动患者，同时将患者身体下滑到医者尾骶部对准患者腰部的体位。此时患者往往有疼痛感。而后医者迅速将自己两膝猛然挺直，使尾骶部力点对准患者腰部产生颠簸震动。

【主治疾病】 腰椎和腰骶椎部疾患。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：13-14

【手法名称】 背腰法

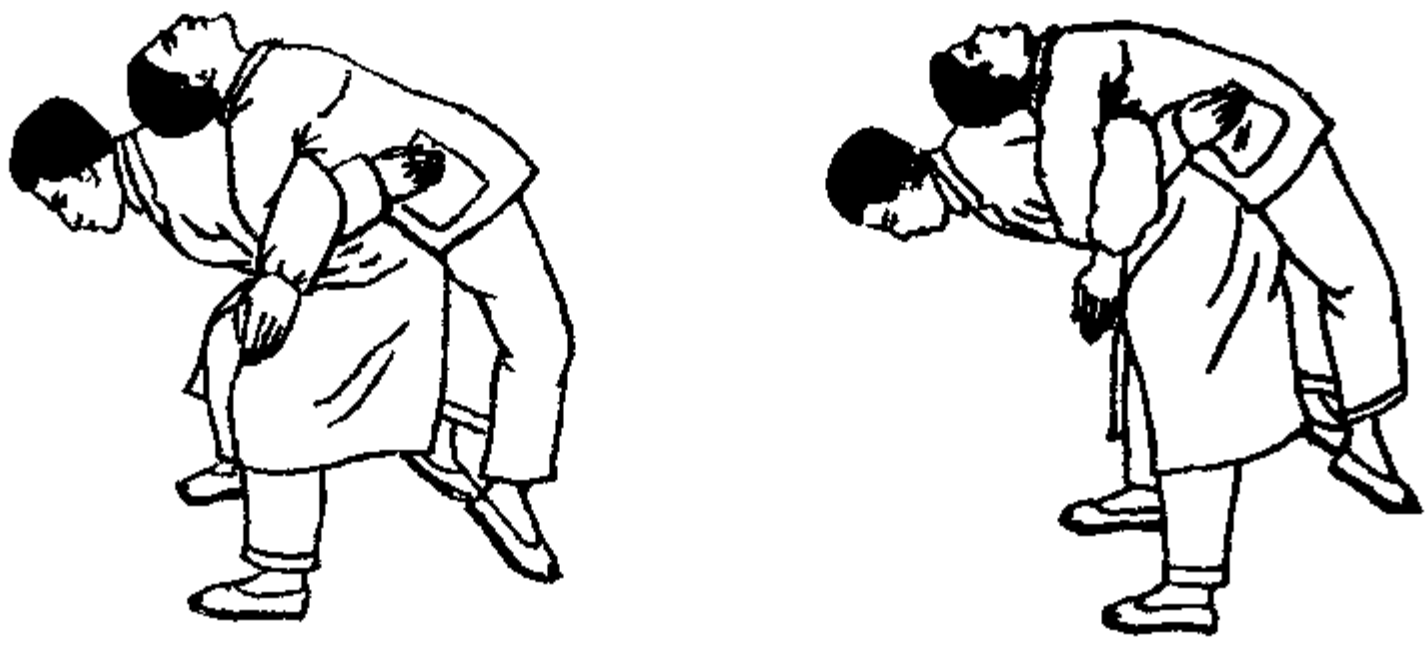
【手法操作】 术者与患者背对背面立，术者取骑马势，用两侧肘部向后钩住患者双臂，并弓身将患者背起。此时患者的腰背躺在术者的腰背和臀部上，双膝自然屈曲下垂。嘱患者周身放松，术者双膝连续一屈一伸，并在伸直时发力，使臀部着力于患者的骶部，而连续引起过伸腰部的活动。根据病情及术者和患者的体力，每次连续发力3~5次或7~8次，重复2~3遍即可。

【注意事项】 操作此法术者需有较强的体力，以有效地控制自己不致倾倒。在背起后，术者可先用臀部稍稍发力，使其身体左右晃动几下，以使其与术者身体服贴及稳住自己的重心。

【主治疾病】 腰骶部疾患。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民卫生出版社，1982：63-64

【手法操作】 医者和患者背靠背站立，医生两肘套住患者肘弯部，然后弯腰屈膝挺臀，将患者反背起，使其双脚离地，以牵伸患者腰脊柱，再作快速伸膝挺臀动作，同时以臀部着力颤动或摇动患者腰部。操作时臀部的颤动要和两膝的屈伸动作协调(图12-5)。



(1)弯腰屈膝挺臀　　(2)伸膝臀部颤动

图 12－5

【主治疾病】 本法可使腰脊柱及其两侧伸肌过伸，促使扭错之小关节复位，并有助于缓解腰椎间盘突出症的症状。对腰部扭闪疼痛及腰椎间盘突出症等常用本法配合治疗。

【文献出处】 俞大方主编. 推拿学[M]. 上海：上海科学技术出版社，1985：52

【手法名称】 伤科背法

【手法操作】 背法在实际操作中分为4个步骤。

1. 使患者站立，如果患者疼痛不能支持时，可以由助手扶持。助手面对面地站在患者面前，双手叉托住患者的两侧腋部，先使患者站稳，而后助手两手用力尽量向上提拔；使患者的腰部得到最大限度的挺直。

2. 医者背对背地站在患者身后，两肘弯曲，挽住患者的两肘，医者的背臀部紧贴患者的背臀部，而后身向前俯，膝关节微屈，缓缓地将患者背起。背起后应叮嘱患者不要迸气，使自己的全身肌肉放松。

3. 这一步是进行正骨理筋的复位步骤。医者再向前俯腰，两肘和背脊用力将患者背起后（必须使患者两足离开地面），医者两膝仍然保持屈曲，先将患者身体从自己背上逐渐下滑，下滑到患者腰部紧对住医者尾骶部，这时开始作关键的操作。

（1）医者左右晃动尾骶部，使患者的腰部和肢体能够轻轻地左右摆动，此时患者有疼痛感。

（2）医者必须掌握时机，迅速而有力地使自己原来弯曲的两膝突然向后挺直，在挺直的同时注意自己尾骶部向上对准患者的腰部作颠簸震坠动作，有些患者腰部可能有组织移动感觉，其骨节与软组织即可达到复位。这一步方法在伤科传统上称为“挺颠坠震”法。如一次未能挺震好，可再重复一次。

4. “挺颠坠震”后，使患者双足落地，慢慢站起，助手向上托扶患者腋部，患者两足分开（与肩宽相等），医者用双手拇指摸触伤处，观察腰部是否平衡。而后根据不同病情再用拇指按摩

其伤处，最后用拇指按摩腰部两侧肾俞穴，手掌和其余手指捧住患者腰部周围，助手向上提拔，医者将患者腰部向左向右来去各轮转3次

以上四步法在应用时应先向患者说明，以解除其顾虑，并取得合作，特别是第三步手法，应在患者全身肌肉放松的情况下连贯动作才能取得效果，一般患者一次手法即可达到治疗目的。症状仍明显者，可在第二天或第三天再重复一次手法。手法成功的患者能立即作腰部活动，疼痛也立见缓解或消失。严重病例，在手法后可配合中药煎水外洗，或外擦伤筋药水和外贴伤膏药等，直至症状全部消失。

【注意事项】 要注意背法的禁忌证。禁忌证为年老体弱，骨质疏松、风湿结凝骨节伴有背倭强直畸形、炎症、肿瘤、脊柱滑脱等症。在手法应用上经常有“以左引右，以右引左，以上引下，以下引上”的指导方法。

【主治疾病】 适应证为腰部新旧扭伤，腰椎间盘突出症、腰椎小关节功能紊乱、腰椎肥大急性发作、腰椎屈曲后伸活动限制和“闪腰岔气”、行动困难等症。

【文献出处】 骆竟洪主编. 中华推拿医学志—手法源流[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1987：269

【手法名称】 反背法

【手法操作】 医者与患者背靠背，用两肘挽住患者肘弯部，然后弯腰屈膝挺臀，将患者反背起，使其双脚离地，同时以臀部左右来回颤动，牵引患者腰脊柱，称为背法。本法常用腰部急慢性损伤和腰椎小关节功能紊乱等。

【主治疾病】 具有使扭错的小关节复位和解除肌肉紧张及痉挛等作用。

【文献出处】 吴平生. 推拿疗法歌诀一百例[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1988：27

【手法名称】 杜自明的牵抖背蹲法

【手法操作】 利用患者本身体重，术者握住肢体远端，用力牵而抖之，谓之牵抖。此法多用于上肢及腰部。有伸展关节，振奋组织之功。背蹲，是术者与病人背靠背、臂挽臂，让病人背躺于术者背上，全身放松，医生臀部抵于患者腰部，将病人背起足稍离地，然后将病人下肢左右摇摆1~2次；放病人足尖着地稍微休息，然后再背起令下肢前后颠动，再放下之。如此3次，让病人站稳，术者转身经腋窝紧抱前胸，扶病人蹲下并前屈其腰，谓之背蹲。

【注意事项】 凡需要牵抖的关节必须放松，才能起到治疗作用。

【主治疾病】 多用于腰部疾患，有解除小关节嵌顿，扩大椎关节间隙、活动关节的作用。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：142

【手法操作】 医者背起患者将其悬空，以达牵引，并加施其他作用力的整个手法过程称为背法。患者站立位，医者站立与患者背靠背，两手臂分别挽于患者两臂，使患者背部紧贴医者背部，然后前屈弯腰，将患者背起悬空，并以臀部顶颠患者腰部，同时摇晃摆动，以使患者的脊椎及腰部充分受到牵拉并放松，施用颠、摇，摆、晃后，使患者轻轻站于地面，医者再施用局部的推、揉手法，称之为反背法（图12-6）。另者，患者站于地面，医者与患者同方向立于患者前

面，使患者两臂分别过医者两肩，交叉于医者胸前，然后医者前屈弯腰将患者背起，使患者双足悬空（操作过程同反背法），称为正背法。不易盲目从事，一般多因应用其他手法不能得到缓解者。临床可根据辨证具体选择其中一种背法，但要严格做到恰到好处的程度。

【注意事项】 背法操作中，导引后应着力于摇、颠、摆、抖，切不可忽略。背法施术后将病人徐徐和缓立于地上，避免摔伤或倾倒。年老体弱、骨质疏松及风湿性关节强直畸形等患者禁用本法。

【主治疾病】 腰扭伤、椎间盘突出症、椎间盘滑脱症、慢性腰腿痛急性发作、滑膜嵌顿、腰椎小关节功能紊乱、腰椎前屈、后伸受限。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：43

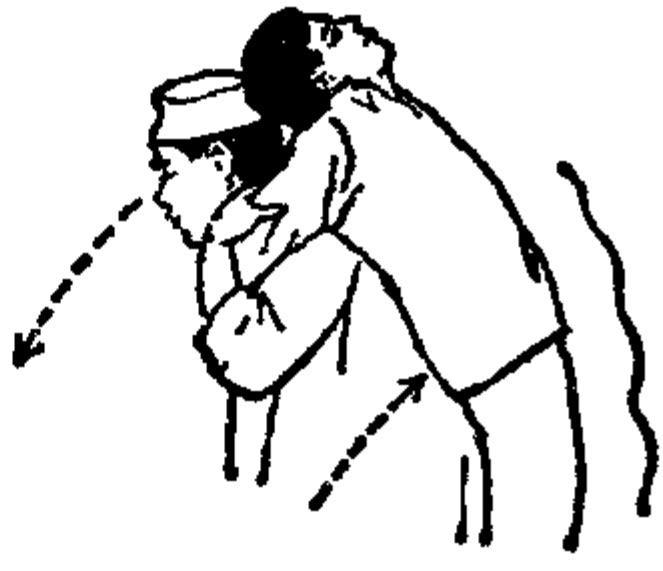


图 12－6　反背法

【手法操作】 医者和患者背靠背站立。医者两肘屈曲挽住患者肘弯部，然后弯腰屈膝，以臀部着力顶住患者腰部，将患者背起，使其双脚离地。做左右方向的摆动和上下方向的抖动，使腰部有牵动感（图 12－7）。它是牵法和抖法的综合作用，此法比较安全，作用同扳法。

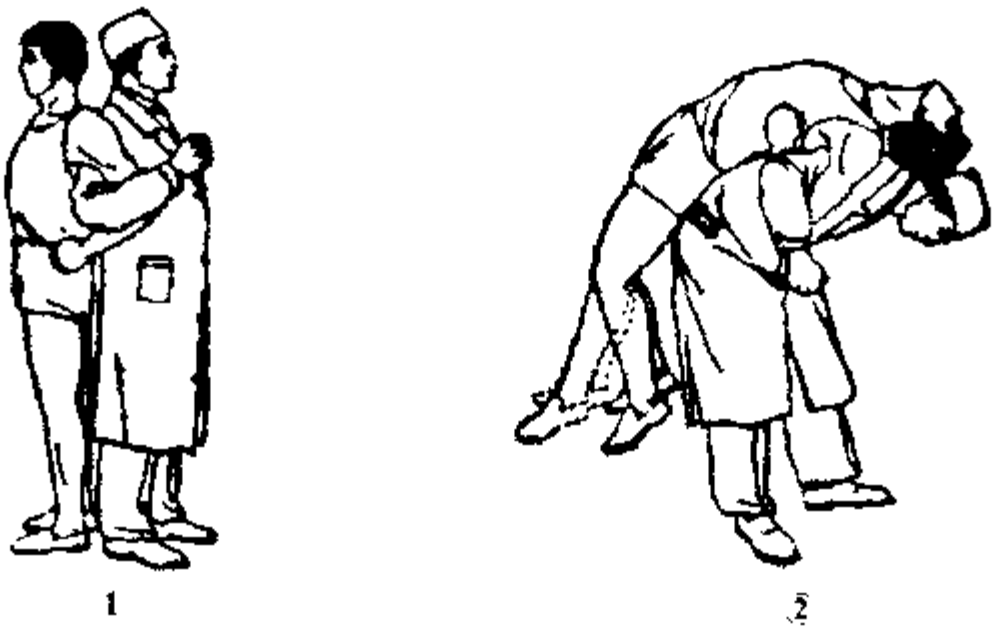


图 12－7

【注意事项】 在施术时要注意肘部勾紧不要滑脱，嘱患者不要打挺。

【主治疾病】 背法常用于治疗急性腰扭伤、腰椎间盘病变、腰肌劳损等病症。

【文献出处】 王启民. 实用按摩速成[M]. 北京：中国环境科学出版社，1991：126

【手法操作】

1. 单背法　医生侧立于被操作者身后，用一手从其背后抄插至胸前并抱紧，然后屈膝弯腰以臀部顶其腰，再用力将其背起，使其双脚离地，背起后臀部要用力颠动其腰。

2. 双背法　医生与被操作者相背而立，用双手抄插其臂，以两肘勾挽其肘弯部，然后弯腰

屈膝，以臀部顶其腰，再用力将其背起，使其双脚离地，背起后臀部要用力颠动其腰。

3. 晃腰法　方法基本同上，不同的是背起后臀部左右摇摆，使其腰部随之晃动。此法常用于外伤腰痛，活动困难者。

【主治疾病】　外伤腰痛，活动困难者。

【文献出处】　金义成，彭坚编著. 中国推拿[M]. 长沙：湖南科学技术出版社，1992：222

【手法操作】　患者站立位，医者站立与患者背靠背，两手臂分别挽于患者两臂，使患者背部紧贴医者背部，然后前屈弯腰，将患者背起悬空，并以臀部顶颠患者腰部，同时摇晃摆动，以使患者的脊椎及腰部充分受到牵拉并放松，施用颠、摇、摆、晃后，使患者轻轻站于地面，医者再施用局部的推、揉手法，称之为背法。另外，患者立于地面，医者与患者同方向立于患者前面，使患者两臂分别过医者两肩，交叉于医者胸前，然后医者前屈弯腰将患者背起，使患者双足悬空（操作过程同反背法），称为正背法；不易盲目从事，一般多用于其他手法不能缓解者。临床可根据辨证具体选择其中一种背法，但要严格做到恰到好处的。

【注意事项】　背法操作中，导引后应着力于摇、颠、摆、抖，切不可忽略。背法施术后将病人徐徐和缓立于地上，避免摔伤或倾倒。年老体弱、骨质疏松及风湿性关节强直畸形等患者禁用本法。

【主治疾病】　腰扭伤、椎间盘突出症、椎间盘滑脱症、慢性腰腿痛急性发作、滑膜嵌顿、腰椎小关节功能紊乱、腰椎前屈、后伸受限。

【文献出处】　张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：46－47

【手法名称】　背法（又称“反背法”、“背抖法”）

【手法操作】　术者与患者背靠背站立，双足分开与肩等宽，用两肘勾套住患者肘弯部，然后屈膝、弯腰、挺臀，将患者反背起，使其双脚离地悬空。此时患者头应后仰，紧靠住术者背部。先利用患者自身重力，牵伸腰脊柱；然后术者臀部可做上下或左右晃动、抖动，使患者腰部和下肢部随之左右摆动，错位的小关节和痉挛的肌肉得以松动。待感到患者处于放松状态时，即做一突发性的、快速的伸膝屈髋挺臀动作，并辅以颤抖，使患椎脊柱突然向后伸。

【注意事项】

1. 若患者身材高大，术者可站在踏板上操作，以保证患者双脚离地、悬空。

2. 嘱患者自然呼吸，不能进气，全身肌肉尽量放松。

3. 操作时术者臀部的晃动和两膝的屈伸及挺臀动作要协调一致，一气呵成。

【主治疾病】　急性腰扭伤、腰椎后关节紊乱、腰椎间盘突出症等。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：434

【手法名称】　背法

【手法操作】　本法是以医者和患者背靠背站立，用两肘挽住患者肘弯部，然后弯腰将患者背起，两脚离地，臀部抵住腰部，同时屈膝挺臀，伸膝抖动臀部，使患者腰部达到牵伸抖动的作用，称为背法。具体操作如下。

患者站立，医者立于后侧，嘱患者两肘微曲稍外展，医者将两肘挽住患者背起，臀部抵住患

者腰部，使其两足离地，作曲膝伸膝动作，抖动臀部，并令患者咳嗽配合，对症状重者，可做左右摆动再做抖动，效果更佳。

1. 手挽手背起时，注意臀部顶住患者腰骶部。

2. 伸屈膝动作和臀部的抖动要协调。

3. 在作抖动动作时，让病人放松勿紧张，作咳嗽动作配合。

【主治疾病】 本法具有行气活血、滑利关节之功效。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：365

【手法操作】 医者与患者背靠背站立，用两肘挽住患者肘弯部，将患者反背起来，医者弯腰、屈膝、挺臀，用臀部抵住患者腰骶部或第4，5腰椎部背起患者后，再做有节律的伸膝挺臀动作，同时以臀部着力，颤动或摇动患者的腰部。

【文献出处】 陈敏，陈映辉，连国钦主编. 效验推拿与自我按摩治疗300病[M]. 北京：中国中医药出版社，1994：24

【手法操作】 术者与患者背靠背站立，术者用肘套勾住患者的肘窝，用臀部抵住患者的腰椎或腰骶部，先令其咳嗽一声，趁其咳嗽的瞬间，弯腰、屈膝、挺臀将其双足离开地面，再做有节律的伸膝、挺臀动作，使患者腰椎背伸至最大角度(图12－5)。反复操作3～5次。

【注意事项】 伸法操作前需仔细检查患肢关节可能增大的角度，操作时用力要平稳、缓慢，不能突然加力和使用蛮力伸展。

【主治疾病】 关节活动不利、关节扭伤、关节伸展受限、肌筋扭错等。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：416

【手法操作】 医生和患者背靠背站立，医生双肘自下而上勾挽住患者肘弯部，然后弯腰屈膝挺臀，将患者反背而起，双脚离地，并稍作晃动，牵伸腰脊柱，称为背法(图12－6)。患者站立，医者站立与患者背靠背，两手臂分挽患者的双臂，患者背部紧贴医生的背部。医生前屈弯腰背起患者，以臀部顶颠患者的腰部，摇摆晃动，使患者的脊柱及腰部充分受到牵拉并放松，然后使患者轻立于地，此为反背法。与反背法相反的方法是正背法，区别在于站位时患者以前部面对于医生的背部。两种方法可视具体情况面用。

【注意事项】 导引后着力于摇、颠、摆、抖，切不可忽略。

【主治疾病】 腰扭伤、椎间盘突出、滑脱、滑膜嵌顿、腰椎关节功能紊乱等。

【文献出处】 朱建防，方辉，文明雄主编. 老年骨科手法学[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：63

【手法操作】 医者和患者背靠背站立，医生两肘套住患者肘弯部，然后弯腰屈膝挺臀，将患者反背起，使其双脚离地，以牵伸患者腰部，再作快速伸膝挺臀动作，同时以臀部着力颤动或摇动患者腰部，操作时臀部的颤动要和两膝的屈伸动作协调。

【主治疾病】 腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症、肌肉、关节损伤等。

【文献出处】 薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：88

【手法操作】 医者和患者背靠背站立，医生两肘套住患者肘弯部，然后弯腰屈膝挺臀，将患者反背起，使其双脚离地，以牵伸患者腰部，再作快速伸膝挺臀动作，同时以臀部着力颤动或摇患者腰部。

【注意事项】 操作时臀部的颤动要和两膝有屈膝动作协调。

【主治疾病】 腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症及肌肉、关节损伤等。

【文献出处】 栾明拥编. 栾氏正骨[M]. 北京：中医古籍出版社，1999. ：24

【手法操作】 术者与患者背靠背站立，双足分开与肩等宽马步状，用两肘勾住患者两肘弯，然后屈膝弯腰，将患者反背使其双脚悬空离地，先利用患者自身的重力牵伸腰脊柱片刻，再慢慢将患者身体略下滑，让患者疼痛处对准术者腰骶部，作摇动或上下抖动，使患者腰部和下肢部随之左右摆动，错位的关节和痉挛的肌肉得以松动。在感到患者处于放松状态时，即作一突发性的快速的屈髋伸膝挺臀动作，并结合腰部抖动，使小关节得以整复(图 12－2②)。

【注意事项】

1. 操作时嘱患者全身肌肉尽量放松，头颈部靠住术者背部呼吸自然，不能迸气。

2. 患处须对准术者的腰骶部。

3. 术者臀部的晃动和两膝的屈伸及挺臀动作要协调一致，一气呵成。

4. 应用背法时，要注意患者的体重，估计自己是否有足够的力量把患者反背起，并完成整个操作动作。切勿勉强进行，否则，弄得两败俱伤。

【主治疾病】 临床上与滚法、按揉法结合治疗急性腰扭伤、腰椎后关节功能紊乱症、腰椎间盘突出症及腰部屈伸活动受限等症。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：130－131

【手法名称】 背法

【手法操作】 医者与患者背靠站立，用两肘挽住患者肘弯部，将患者反背起来的一种方法，称为背法(图 12－5)。具体操作如下。

医者和患者背靠背站立，医生两肘套住患者肘弯部，然后弯腰屈膝挺臀，用臀部抵住患者腰骶部或第 4、5 腰椎部，将患者反背起来，使其双脚离地，以牵伸患者腰脊柱，再作快速伸膝挺臀动作，同时以臀部着力颤动或摇动患者腰部。

【注意事项】 操作时臀部的颤动要和两膝的屈伸动作协调，颤动要有节律，幅度不可过大，频率不宜过快。

【主治疾病】 只适用于腰骶部，可使腰脊柱及其两侧伸肌过伸，促使扭错之小关节复位，并有助于缓解腰椎间盘突出症的症状。对腰部扭闪疼痛及腰椎间盘突出症等常用本法配合治疗。

【文献出处】 李明磊主编. 推拿学[M]. 北京：科学出版社，2002：51

【手法操作】 将患者反背起，以牵引腰脊柱，并施其他作用力的手法，称为背法，又称为“反背法”或“背抖法”。患者和医者背靠背站立，医者两肘套住患者肘弯部，然后弯腰屈膝挺臀，将患者反背起，使其两脚离地，以牵伸腰脊柱，再做快速伸膝挺臀动作，同时以臀部着力颤动或摇动患者腰部。动作应一气呵成(图 12－5)。

【注意事项】　操作时，患者应放松，医者的臀部颤动与摇动要和膝的屈伸动作相协调。

【主治疾病】　腰椎小关节紊乱、腰扭伤、腰椎间盘突出症等。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：103

【手法操作】　医者背患者时，要站马步，弯腰，屈膝，挺臀，用臀部抵住患者腰骶部，使患者双脚离地，使患者被反背起，然后做有节律地伸膝、挺臀动作，同时以臀部着力，颤动或摇动患者的腰部。操作时，臀部颤动要和两膝关节的屈伸动作协调统一，颤动要有节律，幅度不可过大，频率不宜过快(图 12－5)。

【主治疾病】　缓解腰肌痉挛，整复腰部小关节骨错缝，还纳或移位突出的腰椎间盘。治疗腰椎压缩性骨折后，腰椎后凸，有拉开压缩之椎体，整复后凸畸形的作用。

【文献出处】　伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：242－243

第二节　端(提)法

【手法名称】　抱法

【手法操作】　病人坐于椅上，两手五指交叉互握于后项部，医者立于背后，两臂紧紧搂住病人两臂用力向上抱，使病人的两肩关节周围的筋腱得到伸展(图 12－8)。

【主治疾病】　对肩关节重滞、痛胀，以及上举、内收、外展等活动障碍有显著的治疗效果。

【文献出处】　乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：33－35

【手法操作】　病人取坐位，两手五指交叉互握于后项部，医者立其背后，用右膝部顶住第三胸椎处，然后两臂紧紧搂住病人两肘部用力上抱，使其两肩关节周围的前后筋腱得到伸展(图 12－9)。

图 12－8　抱法

图 12－9　抱法

【主治疾病】 对肩关节重滞痛胀及上举内收外展等活动障碍，有显著的治疗效果。

【文献出处】 栾长业. 推拿疗法[M]. 济南：山东科学技术出版社，1982：22－23

【手法名称】 提阳法

【手法操作】 医者用双手捧着患者头部，手掌捧枕骨，手指捧下颌部，循序、持续、缓慢用力上提拔，当提到最高限度的位置时须停留呼吸 5～6 次的时间，而后再作左右旋转和左右侧屈活动各 3 次。

【主治疾病】 此法用于颈椎病，可使颈椎关节间隙增宽，以正骨理筋，解除肌肉痉挛。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：19

【手法名称】 抱(提)法

【手法操作】 患者坐在平凳上，医者屈身两手从患者背后左、右腋下伸入，按住患者放在胸前的两支手并抱住，然后将患者徐徐提起，使患者臀部离开凳子，两脚不用一点力自然地垂落在地上，叫抱法。操作时医者两脚要分开些，以便抱提起患者时能站稳，患者臀部脱离平凳后，臀部下垂，两脚不要踏地，要搭拉在地上，抱起后也要颠、晃(图 12－10，图 12－11)。

【主治疾病】 同倒背法相似，也是靠自身体重牵引的方法。适用于一般腰腿痛患者。但此法运用上受到一些局限，应用较少。

【文献出处】 王甫. 大众推拿[M]. 北京：人民卫生出版社，1984：53－54

图 12－10 抱法

图 12－11 拔法

【手法名称】 端法

【手法操作】 这里的端法与伤科骨折的端法不同，仅限于两手抱托住头部端伸颈部等几个小法，不涉及其他。用两只拇指腹抵压在左、右“风池”穴上方，两中指分别压在“太阳”穴下方，其他指放在其左、右面部，手掌心贴在两耳周围，然后慢慢将头部向上端提(图 12－12)。

【注意事项】 做完其他手法后，再施用此法。医者立在患者背后，要接近些，以便能将头部直向上端，不能用过大力。注意只做到颈部肌肉得到较强牵拉即可，不可将臀部端离开椅子。

【主治疾病】 治疗颈椎病，落枕等。

【文献出处】　王甫. 大众推拿[M]. 北京:人民卫生出版社,1984:56

【手法名称】　端法

【手法操作】　术者两手抱患者头(一手托下颌,一手扶住顶骨)左右前后搬端,也可两手握患者两肩分别左右端患者腰,叫端法(图 12－13)。端法综合手法有"端摇"、"端搬"、"端提"等。

【注意事项】　一般施术端法,应先活动患部,然后施术。有卡错的椎体,应辨别原因,切不可乱动手法。

【主治疾病】　端法有正骨复位、动骨舒筋、散寒行气的作用。

【文献出处】　刘光瑞,刘少林. 中国民间推拿术[M]. 重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1987:42－43

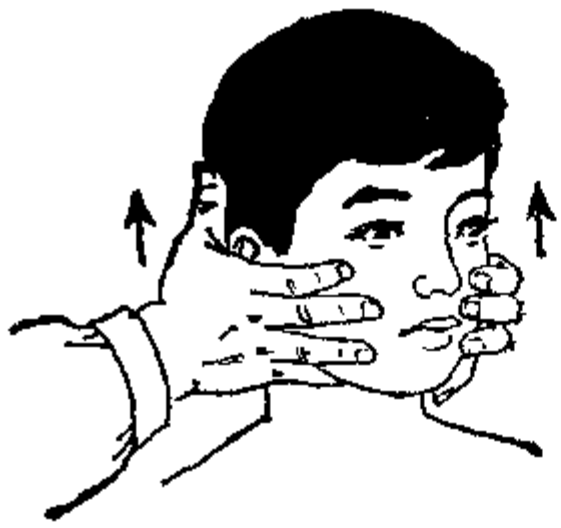


图 12－12　端法

图 12－13　端法

【手法名称】　端提牵引法

【手法操作】　让患者端坐一独凳上,患者屈肘,两手交叉附于双肩上。医者在患者背面下蹲,双手托住患者肘部,胸部紧贴患者上腰部,小腹部紧贴患者腰骶部,嘱患者全身放松,将患者的腰部左右来回旋转,乘患者不备时,突然用力向上向后挺腹端提牵引,即可听到"咔咔"声响,患者顿感腰部轻松,疼痛立刻缓解。

【主治疾病】　急慢性腰扭伤、滑膜嵌顿及小关节紊乱。

【文献出处】　吴平生. 推拿疗法歌诀一百例[M]. 重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1988:26

【手法名称】　端法

【手法操作】　用双手或单手提取患者按摩理筋部位的关节,进行端平、端伸、端正、端屈或旋等,谓之端法。根据不同情况可进行急端和缓端。将下陷的患处肢体向上端提,复平原状的手法,谓之端法、升法。如图 12－14 向上端提法(此法又称为升法和端正法)、图 12－15 端平旋转法、图 12－16 端平前屈法、图 12－17 端平后伸法、图 12－18 端提侧屈法等。

【文献出处】　胡晓斌. 按摩手法集锦[M]. 北京:中医古籍出版社,1989:127－128

图 12－14　向上端提法(又称升法和端正法)

图 12－15　端平旋转法

图 12－16　端平前屈法

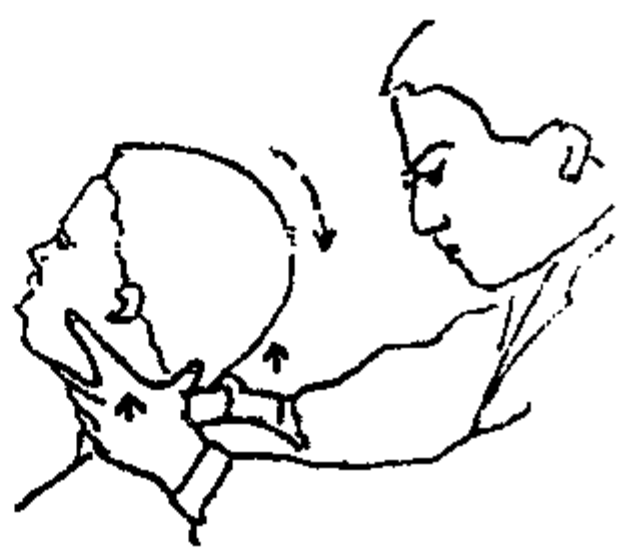


图 12－17　端平后伸法

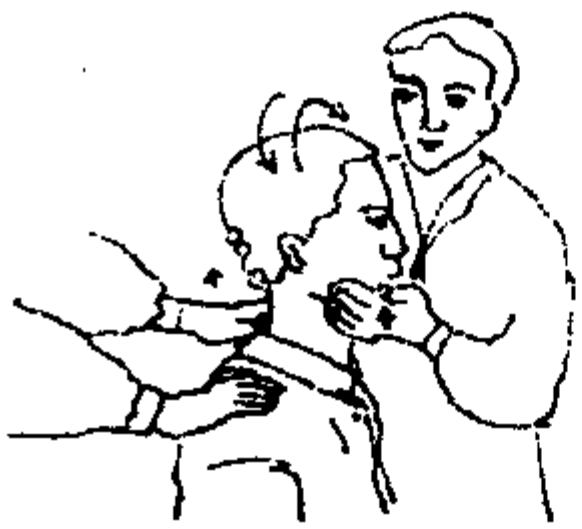


图 12－18　端提侧屈法

【手法名称】　端提法

【手法操作】　患者正坐，医者立于患者背后，双手虎口置患者同侧耳垂下，拇指于耳后高骨处，食指于下颌角缘，置准贴实后，双手同时用力向内合之并向上提，施用持续之缓力，称为端提法(图 12－19)。

【注意事项】　双手虎口对准患者同侧耳垂下后侧，并将患者头部卡于两手之中，同时应

【手法操作】　病人取坐位，两手五指交叉互握于后项都。医者立其背后，用右膝部顶住第三胸椎处，然后两臂紧紧搂住病人，两肘部用力上抱，使其两肩关节周围的前后筋腱得到伸展。

【主治疾病】　对肩关节重滞、痛胀，以及上拳内收、外展等活动障碍，有显著的治疗效果。

【文献出处】　胡兴立编著. 中国传统实用医疗手法[M]. 北京：中国华侨出版公司，1989：146－147

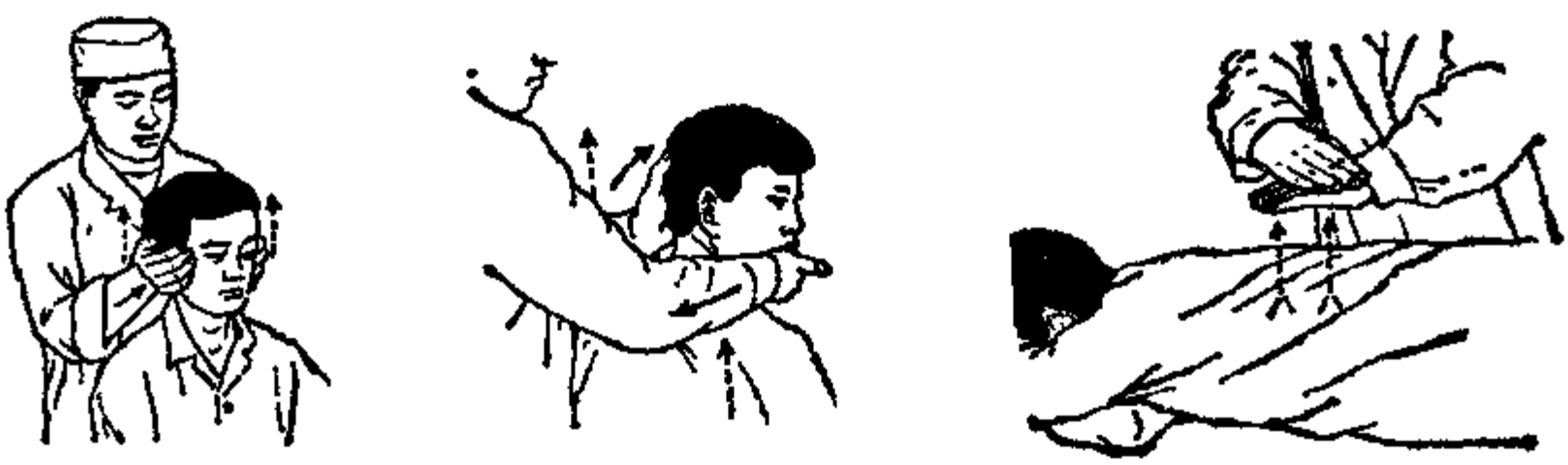
严密观察患者，切勿压及颈总动脉。

【主治疾病】　颈项劳损、头痛乏力、颈椎增生症、颈项扭伤。

【文献出处】　李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：90

【手法名称】　空提法

【手法操作】　患者仰卧或侧卧，医者双手重叠交叉，先着力于施治部位揉按或推拿，再以重叠交叉之双手逐渐深沉下按，并随呼吸（在吸气时）突然施以寸劲向上提之，有将病邪提出之势称为空提法（图 12－19）。



①端提　　2 端提　　3 空提

图 12－19　提法

【注意事项】　施法时应根据呼吸的节律而决定施用提法的时机。

【主治疾病】　腰背痛、脘腹胀满、脾胃不和、闪腰岔气、肝郁气滞。

【文献出处】　李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：90－91

【手法名称】　提引理腰法

【手法操作】　应用对患者的提引之力达到治疗腰的作用，称之为提引理腰法。患者双脚分开与肩同宽，下蹲，医者以一脚再前，一脚在后呈前弓后蹬的姿势，面对立于患者，以双手分别牵拉患者双手，嘱患者随医手之提引而勇猛直立重复 3 次，是治疗疾患的一种手法。

【注意事项】　操作过程中，医者与患者距离不可过近或过远，以两手对拉为宜，在提引上接时，嘱患者不要自行直立，一定要借用医者的引力，方可奏效。

【主治疾病】　闪腰岔气、腰脊疼痛、腰背扭伤、滑膜嵌顿。

【文献出处】　李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：270－271

【手法名称】　提法

【手法操作】　用双手叉病者腋下，用力将其上托提（图 12－20），或用双手握起患肢向上端提端提托提时，其有关关节常发出响声。提法主要用于伤筋。前者为“托法”，后者为“端法”。

【主治疾病】　常用于关节屈曲不利。

【文献出处】 金义成，彭坚编著. 中国推拿[M]. 长沙：湖南科学技术出版社，1992：222

【手法名称】 拔托法（又称牵提法）

【手法操作】 牵拔和提托两种手法结合运用的方法。医者先固定其患部一端，再牵拔患部另一端，当关节间隙被拔开，筋腱、韧带被伸展时，再将移位的关节肌腱进行提托、推按、按压等手法。

【注意事项】 牵拔时要有力，提托力量应适宜，切忌暴力。

【主治疾病】 颈椎病、掌指关节错位、踝关节扭伤等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：122

图 12－20 提法

【手法名称】 提法

【手法操作】 临床分为顿提法、端提法和空提法3种。

1. 顿提法 患者正坐，医者立于患侧，使患肢抬举过头并伸直（手心向内），于左手握食指、拇指，右手握无名指、中指、小指，先缓慢导引放松局部，再以寸劲上提3次，每提1次关节可发出1次弹响。

2. 端提法 患者正坐，医者立于患者背后，双手虎口置患者同侧耳垂下，拇指于耳后高骨处，食指于下颌角缘，置准贴实后，双手同时用力向内合之并向上提，施用持续之缓力。

3. 空提法 患者仰卧或侧卧，医者双手重叠交叉，先着力于施治部位揉按或推拿，再以重叠交叉之双手逐渐深沉下按，并随呼吸（在吸气时）突然施以寸劲向上提之，有将病邪提出之势。

【注意事项】 顿提法操作时避免使用暴力。端提法双手虎口对准患者同侧耳垂下后侧，并将患者头部卡于两手之中，同时严密观察患者，切勿压及颈总动脉。空提法施法时应根据呼吸的节律而决定施用提法的时机。

【主治疾病】 颈项劳损、头痛乏力、颈椎病、颈项扭伤、腰背痛、脘腹胀满、脾胃不和、闪腰岔气、肝郁气滞。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：47

【手法名称】 提引理腰法

【手法操作】 应用对患者的提引之力达到治疗腰的作用，称为提引理腰法。患者双脚分开与肩同宽，下蹲，医者以一脚在前，一脚在后呈前弓后蹬的姿势，面对立于患者，以双手分别牵拉患者双手，嘱患者随医手提引而勇猛直立重复3次，是治疗腰疾患的一种手法。

【注意事项】 操作过程中，医者与患者距离不可过近或过远，以两手对拉为宜，在提引上接时，嘱患者不要自行直立，一定要借用医者的引力（拔伸力），方可奏效。

【主治疾病】 主治闪腰岔气、腰脊疼痛、腰背扭伤、滑膜嵌顿。

【文献出处】　王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄:河北科学技术出版社,1995:444

【手法名称】　提拿夹脊法

【手法操作】　拇指和食指对合着力于脊椎两旁,连贯提拿,称为提拿夹脊法。患者俯卧位,医者以单手或双手拇指与食指对合,着力于夹脊提而拿之,边移边提,边提边拿。一般自上而下为补,自下而上或自右向左为泻,此法主要用于夹脊部(图 12 -21)。

【注意事项】　操作中需对称提拿,手法宜准确可靠,不宜抓拧,注意保护皮表。

【主治疾病】　发热、惊风、夜啼、腹泻、呕吐、腹痛、腰背酸痛、神经衰弱。

【文献出处】　李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京:中医古籍出版社,1990:252

【手法名称】　提拿夹脊法

【手法操作】　患者俯卧位。医者以单手或双手拇指及掌根部点按脊中法与其他四指对挤之力,将夹脊提而拿之,自上而下,边移边提,边提边拿,反复操作 3 ~ 5 分钟。施用本法时,不宜抓拧、不可损伤皮肤(图 12 -21)。

【主治疾病】　腰背酸痛、各脏腑所属诸证。

【文献出处】　王之虹,严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春:长春出版社,1994:504

【手法名称】　开背法

【手法操作】　患者俯卧位。提拿夹脊法医者以单手或双手的食、中、无名和小指卷抓背部皮肤,拇指则微微助力。操作时要抓而提起,提后即放,反复抓提,直至把整个背部抓提至红软为止(图 12 -22)。

【主治疾病】　颈椎病、颈肩综合征、背肌劳损、风寒感冒、胸闷胁胀、呼吸气喘等。

【文献出处】　王之虹,严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春:长春出版社,1994:504 -505

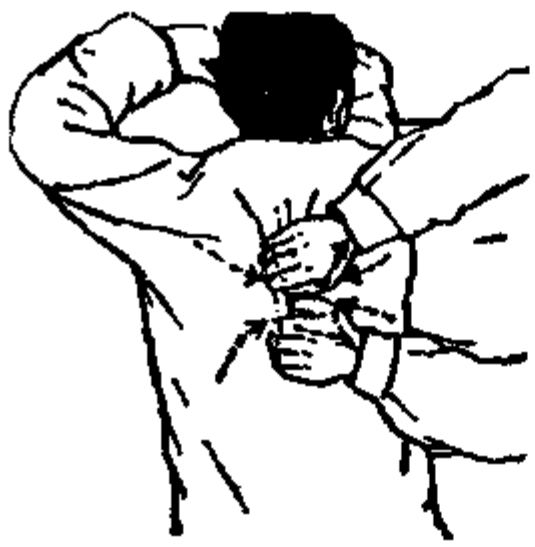


图 12 -21　提拿夹背法

图 12 -22　开背法

(李义凯　鞠晓伟　张镱镭)

第十三章　屈伸类手法及抖法

【摘要】 本章分四节，介绍了两大类的脊柱推拿手法。第一类是屈伸类手法；第二类是抖法。虽然屈伸类手法的名称很多，但手法操作相对比较简单。主要是被动地屈、伸或屈伸被推拿的部位，多用于颈椎、腰椎和髋关节的操作。抖法多用于腰椎疾患的治疗，操作时多为牵引下抖动患者下肢或同时配合其他一些推拿按摩手法的一种手法操作。

第一节　屈伸法

【手法名称】　腰叠法

【手法操作】　腰上部向下折叠，叫做“叠法”。

1. 部位　腰部。

2. 顺序　令病人坐起，两腿伸直，然后腰向下叠，叠时呼气，两手前伸，还原时吸气，两手举起，和耳门相对，使胸腔扩大（图 13－1）。

图 13－1　腰部

1. 腰叠的起点；2. 腰叠的角度，约 30°

3. 联系　这样手法，和“推拿法”、“按摩法”、“摇法”、“运法”有联系。

4. 治疗原理　腰叠法的效能如下。

（1）增进结肠的反射运动，使结肠袋不断的收缩，促使食物的渣滓向下移动。

（2）腹肌收缩和膈肌下降配合起来，压迫粪便由直肠排出。

（3）驱除呼吸功能的障碍，提高肺部气体交换的能力。

（4）维护肾元（肾气就是元阳，肾水就是元阴，二者简称肾元），降低相火（肝肾火）。因此，能下宿食；又能益气固精。

【主治疾病】　能下宿食（隔天不消化的食物，叫“宿食”），又能益气固精。

【文献出处】　陈宇清. 新推拿十八法详解[M]. 郑州：河南人民出版社，1957：27－28

【手法名称】　髋引法

【手法操作】　此法临床应用有两种术式：一种是使患者仰卧，并使患者双手尽力抱膝，同时向腹部方向收紧，以协助髋关节的屈伸活动；另一种是使患者仰卧，医者以两手紧握其踝关节，用力向下方牵引髋关节。

【注意事项】 施行髋引法时，应使用巧力，并与患者合作，以免造成新的损伤。

【主治疾病】 前者以治疗髋关节损主，后者则对髋、腰疾病均有治疗作用。

【文献出处】 骆竞洪主编. 中华推拿医学志—手法源流[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1987：83

【手法名称】 叠法

【手法操作】 医者根据不同患处用单手或双手，单臂或双臂施力于施治部位或施治部位远端，选用特定的姿势，着力由轻而重，充分被动屈曲或牵引伤患处，再逐渐由重而轻地反复操作，施力应持续均匀缓慢。本法主要治疗肌筋损伤，粘连或气滞性病变(图 13－2)。

【注意事项】 操作过程中禁用暴力，以免损伤肌筋及骨骼。特别是老年骨质稀疏者，忌禁用此手法。

图 13－2　叠法

【主治疾病】 腰腿疼痛，屈伸困难，腹部胀满，顽食不化，肝郁气滞，关节疼痛、外伤后关节疼痛，以及关节退行性变引起的疼痛，粘连等。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：41

【手法名称】 屈伸法

【手法操作】 是对有活动障碍的关节，帮助其伸展和屈曲被动活动的一种方法。屈伸法也可称展法或伸展法，属于被动运动按摩。运动的方向要按各关节正常的运动方向和角度而进行。在活动时一定要用缓慢、均衡、持续的力量慢慢加大其可能屈伸的幅度，并在此幅度范围内连续活动，使其逐渐增加屈伸活动的角度。当屈伸到最大角度后要固定 1～2 分钟，然后再慢慢放松还原。如此反复数次。

【注意事项】 此法必须顺其势，不可用暴力，伸展力要作用在引起关节挛缩的软组织上，以克服其牵拉力，利用反向作用力而使关节活动范围加大。此法在操作时要注意病人的体位，应置于能使被运动的关节达到充分活动，保证患者不会因疼痛的闪躲而发生异外的体位。

【主治疾病】 伸展法适用于人体各个关节，可松解粘连，滑利关节，增加肢体活动能力等。

【文献出处】 王启民. 实用按摩速成[M]. 北京：中国环境科学出版社，1991：124

第二节　屈　法

一、屈法

【手法操作】 屈法是指对活动功能障碍的关节帮助其屈曲的一种推拿法。性质属于被动运动的一种。操作时要用巧劲，不能勉强用力。多用在下肢，如屈小腿和屈髋。

1. 屈髋法　患者仰卧，术者站于患肢的侧面，一手按住膝盖，一手捏住脚底，使髋、膝和踝关节同时屈曲。术者此时用力下压帮助屈曲，患者也随势主动地用力屈曲，尽量使大腿靠近身体（图 13－3），屈曲的幅度须依关节活动的可能来决定。

2. 双屈髋法　患者仰卧，术者一手托住其两脚脚底，另手扶住膝盖部，使两侧膝和髋屈曲到一定限度，然后弹动性地推送，逐渐加大屈髋程度，使大腿接近腹壁，接着托住脚底的手改为托住臀部，使躯体作前屈动作（图 13－4）。

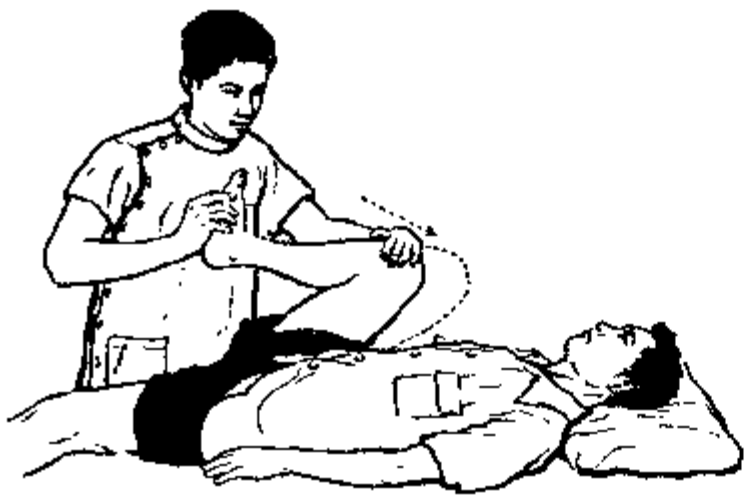


图 13－3　屈髋法

图 13－4　双屈髋法

【注意事项】　操作时要注意循序渐进，根据患者活动的可能，随着屈髋程度的加大，而逐渐加大推送力量。这种手法不仅促进髋关节的活动，同时有发展脊柱向前折屈的作用。

【主治疾病】　某些慢性腰痛、强直性关节炎、腰椎间盘突出症。

【文献出处】　安徽医学院附属医院. 推拿疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1972：28－30

【手法操作】　在扳法中使颈项及腰部向前俯的方法，腰向前屈的方法又称为“腰叠法”，屈膝屈髋的方法，又称之为“股叠法”（图 13－5）。在操作时可有意识地用力加以揿压，以改善其关节屈曲功能，故也有称之为“压法”、“折法”、“叠法”的。

【主治疾病】　常用于关节屈曲不利。

【文献出处】　金义成，彭坚编著. 中国推拿[M]. 长沙：湖南科学技术出版社，1992：220

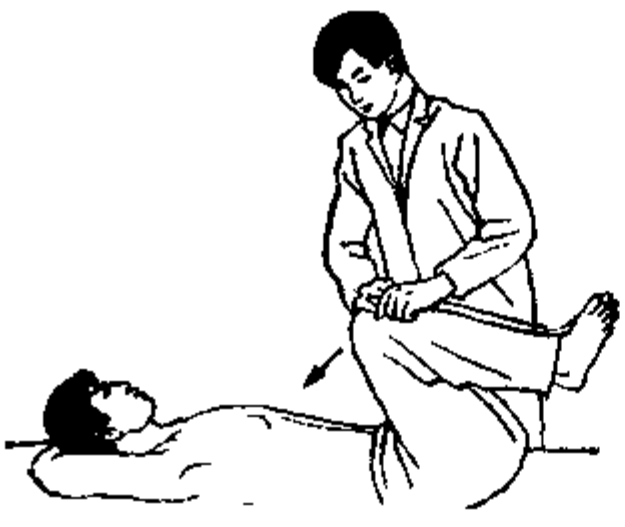


图 13－5　股叠法

二、屈颈法

【手法操作】　医者用手按压患者头部，使其屈颈的方法。患者坐位低头，医者立其旁，一手扶按患者大椎穴，另手扶按患者头后部，两手同时用力协同按压，一压即松，反复数次。（图 13－6）。

【注意事项】　压力柔和，缓压缓放，勿用暴力。

【主治疾病】　落枕、颈椎强直颈、椎病等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全

书[M].北京:华夏出版社,1993:87-88

【手法操作】 患者坐位,术者立于患者的后方及侧方,一手置于胸上部位,另手托其枕后部,向前屈曲患者的颈部至最大角度,反复操作3~5次。

【注意事项】 此法操作前需认真检查患肢关节活动的角度,充分估计患肢可能增大的角度。操作时用力要平稳、缓慢,速度要均匀,不可突然加力和使用蛮力。

【主治疾病】 临床上常和伸法配合使用,主治关节扭伤、肌筋扭错、关节屈曲功能受限等。

【文献出处】 王云凯主编.中华推拿大成[M].石家庄:河北科学技术出版社,1995:414

三、屈腰法

【手法名称】 仰俯法(属腰背部活动法之一)

【手法操作】 病人仰卧,两腿伸直,医者立于床前与病人两手互握,然后拉病人坐起,并使之两手触及到自身脚尖,再令其躺下,再拉起,如此反复多次(图13-7)。

图13-6　屈颈法

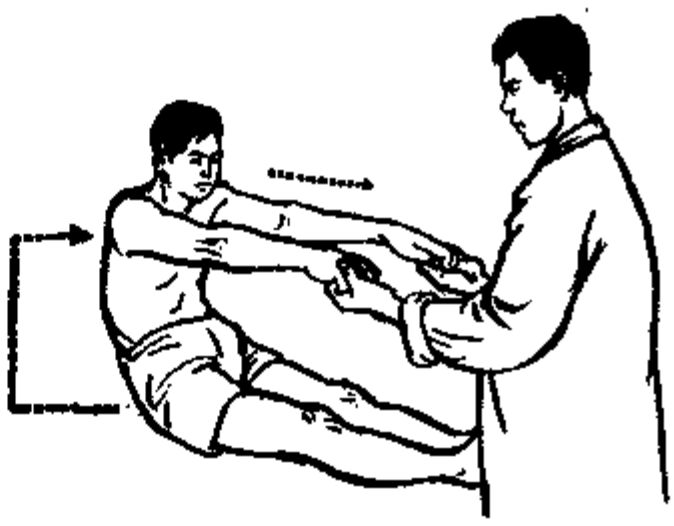


图13-7　仰俯法

【主治疾病】 可使腰部及患肢后侧紧缩之筋腱得到伸展和锻炼,以减少步履之牵吊感,对腰部损伤,仰俯或左右旋转不利者,有着很好的治疗效果。同时还可以此检查病损的轻重,如病人能自行坐起,两手又能触及足趾者,说明腰腿病损不重,反之则表示病损较前为重。

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院.按摩疗法[M].济南:山东人民出版社,1972:28-30

【手法名称】 直膝屈腰法

【手法操作】 患者取仰卧位,医者立于患者前面,用腹部顶住患者双足,双手紧握患者两腕,一拉一松,以拉为主。使患者屈腰的幅度不断增大。并由助手一人,在其脊柱部位施用"叩击法"。同时按住其背部,协助患者作前屈活动。

【主治疾病】 腰背痛、脊柱有强直感、前屈活动有明显限制或直腿抬举有限制者。

【文献出处】 魏指薪,李国衡.魏指薪治伤手法与导引[M].上海:上海科学技术出版社,1982:26

【手法操作】 患者侧卧，患侧（右）在上，术者左弓步站在患者体后，右上肢以前臂托住患侧（右）小腿，右手搭于膝下，左手按于患者右肩背部，术者在此姿势下发力，右手推送患侧（右）下肢使其贴近腹壁，同时左手推送右肩背部向前，使腰部屈曲，然后放松复原位（图 13－8）。如此连续重复一推一松 7～8 次，并逐次增大推送的力量，使最后 2～3 次达到最大可能的屈曲幅度或稍有超过之。如上重复操作，每次治疗重复 2～3 遍。

【主治疾病】 腰部及骶髂部疾患。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民卫生出版社，1982：58

【手法名称】 卷腰法

【手法操作】 患者仰卧，术者站在患者的右侧。嘱患者主动屈曲两下肢髋、膝关节。术者以左前臂横架于患者两下肢的膝盖下方，并使左手扶住左下肢的外侧作固定，右手托在两臀之间相当于骶骨的部位。术者在此姿势下发力，左前臂压腿，右手抬臀，使腰部向前卷起屈腰（图 13－4），然后放松回复原位。如此连续重复一屈一松 7～8 次，并逐次增大压抬的力量，使腰部屈曲到最大可能的幅度或稍有超过之，如上重复操作，每次治疗重复 2～3 遍。此手法也可由两名术者操作，两人分别站于患者两侧，各压一腿及托一侧臀部，两人同时发力压腿抬臀，使腰卷起（图 13－9）。

【主治疾病】 腰部及骶髂关节部疾患。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民卫生出版社，1982：58－59

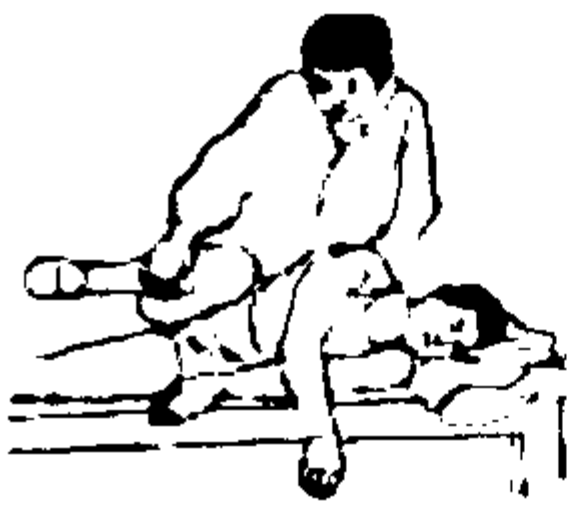


图 13－8

图 13－9

【手法名称】 刘绍南的抬腿屈腰法

【手法操作】 此法分两步施术。

1. 患者取仰卧位，两下肢展伸。术者拾起患者一腿，使其足跟放压于术者肩部，然后双手交叉扣紧压于其膝部，以防压膝后左右旋扭。同时术者前伸对侧的腿，以足背抵患者髋下，固定其体位，然后向前扛抬患腿，患者腰、腰骶即被牵引，关节、痛筋即被开拔。

2. 术者将患腿抬到患者所能忍受的最大限度后，术者以同侧手从肩上取下其足，握其踝

上，做踝屈膝之挤压，用对肩手压于患者下肢上，再突然向外拽伸其腿，可连拽 2～3 次。

【注意事项】 手法切忌粗暴，后伸腰部要适度。

【主治疾病】 腰部、腰骶、臀部等损伤。

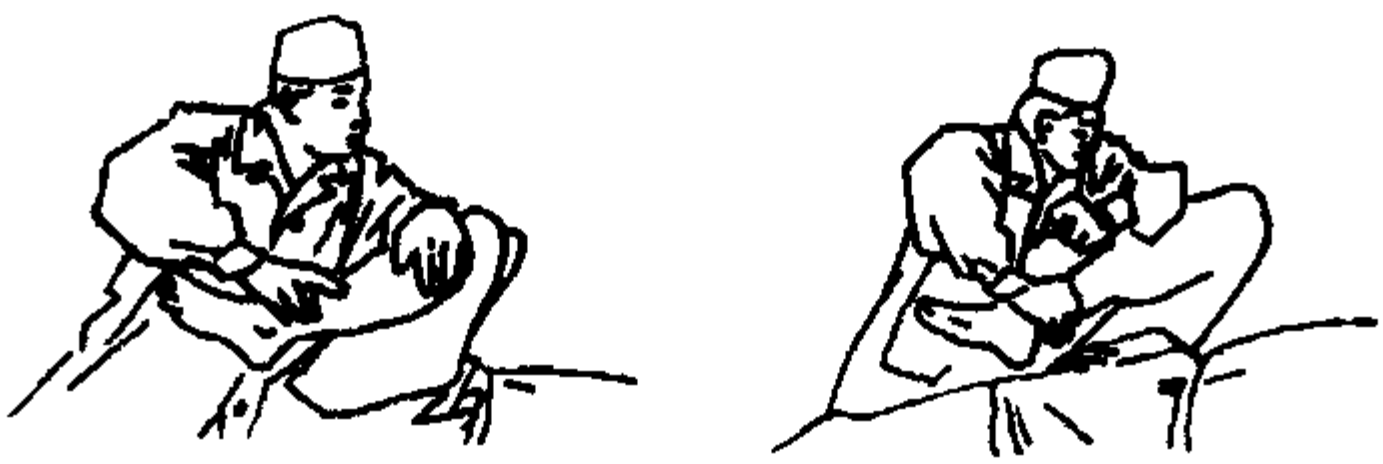
【文献出处】 骆竞洪主编. 中华推拿医学志—手法源流[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1987：268－269

【手法操作】 选用特定姿势着力，逐渐加大患者腰、髋被动屈曲的方法。患者仰卧位，屈膝屈髋，医者一手及前臂放于两膝髌骨下，扶拢其两膝，使之并拢，向下按压。另一手托扶其两足跟，两手协调推按，使患者两膝尽力靠近胸部，臀部离开床面，使腰部屈曲，反复数次（图 13－10）。

【注意事项】 用力要均匀缓慢，先轻后重，逐渐加大幅度，以患者能忍受为度。

【主治疾病】 腰椎间盘突出等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：122－123



①　　②

图 13－10　屈腰法

【手法操作】 医者用手按压患者某部，使其被动屈曲腰部的方法。本法有立位和卧位两种。

1. 立位屈腰，患者站立，弯腰至最大曲度，医者立一旁用一掌按患者腰部，或用臂压腰部，另手扶患者肩部，两手协同用力，使患者屈腰。

2. 卧位屈腰，患者仰卧，屈膝屈髋或伸膝屈髋，医者一手压伸患者腘窝或胫骨粗隆，另手推压胫骨前下方，协同用力（图 13－11）。

【主治疾病】 腰部僵硬、屈伸不利、腰肌劳损等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：88

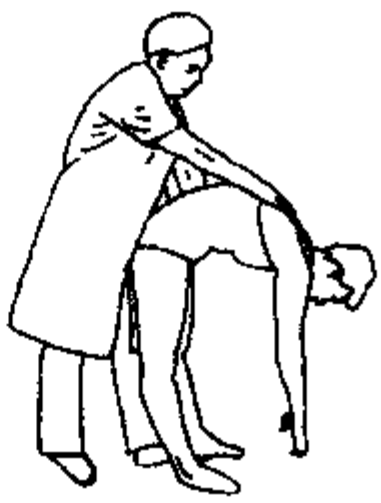


图 13－11　屈腰法

【手法名称】 抬腿屈腰法

【手法操作】 分两步施术。

1.患者仰卧位,两下肢伸展。术者抬其一腿,将其足跟放在术者肩上,然后双手交叉扣指紧压于其膝部,以防屈膝和左右旋扭。同时术者以足背抵患者髋下固定其体位,然后向前扛抬患者腿,其腰骶即被牵引,关节痉挛即被拔开。施术时应谨慎,用力要缓而稳,姿式要稳定有力,双手扣膝既紧而又应舒适,并嘱患者配合,不得左右转动身躯,以免发生事故。

2.术者将患者腿抬到其能忍受的最大程度后,术者以同侧手从肩上取下其足,握其踝上再突然向外拽伸大腿,可连拽2~3次。

【主治疾病】 腰部、腰骶、臀部损伤。

【文献出处】 丁季峰主编.推拿大成[M].郑州:河南科学技术出版社,1994:443

【手法操作】 患者仰卧位,屈膝、屈髋,术者立于侧方,一手及前臂扶按其双膝,另手托臀,两手同时用力向腹侧叠按至最大角度,反复操作3~5次。

【注意事项】 此法操作前需认真检查患肢关节活动的角度,充分估计患肢可能增大的角度。操作时用力要平稳、缓慢,速度要均匀,不可突然加力和使用蛮力。

【主治疾病】 临床上常和伸法配合使用,主治关节扭伤、肌筋扭错、关节屈曲功能受限等。

【文献出处】 王云凯主编.中华推拿大成[M].石家庄:河北科学技术出版社,1995:414

【手法名称】 滚叠法

【手法操作】 患者抱膝屈曲仰卧,医者以一手扶项背,另手托臀进行滚动叠转,称为滚叠法。患者仰卧位,屈膝屈髋,双手抱膝交叉叩紧。术者位于患者侧方,以一手扶项背部,另一手托臀滚动,叠围腰部。滚叠5~10次。

【注意事项】 双手操作协调一致,动作缓和不宜太快,在转动患者腰时不要离床边太近,以免发生意外。

【主治疾病】 腰扭伤、腰椎后关节紊乱、腰椎滑脱症。

【文献出处】 王云凯主编.中华推拿大成[M].石家庄:河北科学技术出版社,1995:445

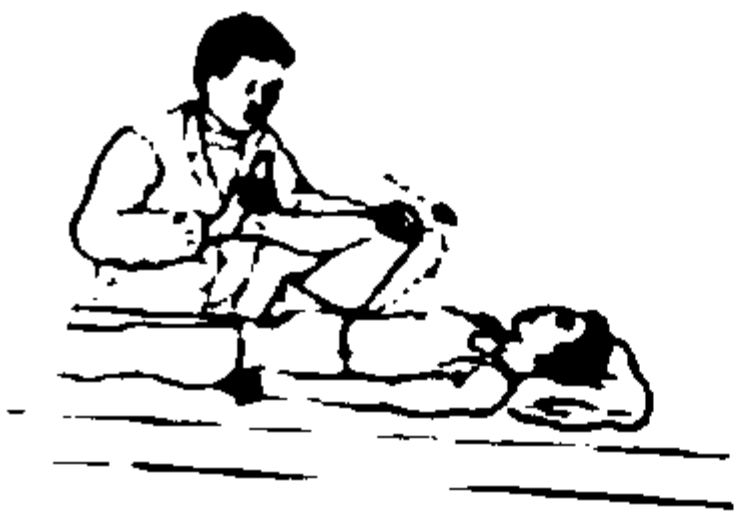


图13-12

四、屈髋法

【手法操作】 患者仰卧,屈曲患肢(右)髋膝关节,术者左弓步站于患肢(右)侧面;左手按住膝盖下方,右手握住足底或踝部。术者在此姿势下发力,右手推足,左手压膝徐徐使髋关节增大屈曲幅度。如阻力较大,术者可将上身前倾以助发力(图13-12)。

【主治疾病】 髋部疾患。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编.推拿疗法和医学练功[M].北京:人民卫生出版社,1982:46

【手法名称】　双屈髋法

【手法操作】　患者仰卧。术者一手托住其两脚脚底，另一手扶住膝盖部，使两侧膝和髋屈曲到一定限度，然后弹动性地推送，逐渐加大屈髋程度，使大腿接近腹壁，接着托住脚底的手改为托住臀部，使躯体作前屈动作（图 13－4）。

【注意事项】　操作时要注意顺序渐进，根据患者活动的可能，随着屈髋程度的加大，而逐渐加大推送力量。

【主治疾病】　某些慢性腰痛、强直性关节炎、腰椎间盘突出症。

【文献出处】　胡兴立编著. 中国传统实用医疗手法[M]. 北京：中国华侨出版公司，1989：148

【手法操作】　患者仰卧，术者站于患肢侧面，一手按住其膝部，另一手握住其跖趾部，使髋、膝、踝关节同时屈曲。另有一种双屈髋法，患者取仰卧位，术者一手托住其两足跟部，另一手扶住其膝部，使双侧髋、膝关节屈曲到一定限度，然后逐渐增加屈髋程度，使患者大腿前侧接近腹壁，接着托住足跟部的的手改为托住臀部，使躯体做前屈动作。

【注意事项】　操作时必须安置好术者和患者的体位，做缓慢、均匀、持续的用力，并因势利导，适可而止。不可做突发性用力或使用蛮力，以免造成损伤。

【主治疾病】　髋关节僵硬、屈伸不利、强直性脊柱炎、腰椎间盘突出症及慢性腰痛等。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：441

【手法操作】　患者仰卧位，患肢屈曲，术者立于患侧，以一手按于膝部，另手握踝屈曲髋关节至最大角度，反复操作 3～5 次。

【注意事项】　此法操作前需认真检查患肢关节活动的角度，充分估计患肢可能增大的角度。操作时用力要平稳、缓慢，速度要均匀，不可突然加力和使用蛮力。

【主治疾病】　临床上常和伸法配合使用，主治关节扭伤、肌筋扭错、关节屈曲功能受限等。

【文献出处】　王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：415

【手法名称】　屈膝屈髋法

【手法操作】　患者仰卧，屈膝屈髋，医者一手握住病人双踝，另一手扶病人双膝，使患者最大限度屈膝屈髋，患者配合呼吸，并左右摇动腰部。

【主治疾病】　本法可放松腰骶部软组织，用于各种原因的腰痛。

【文献出处】　栾明拥编. 栾氏正骨[M]. 北京：中医古籍出版社，1999：28

第三节　伸　法

一、伸　法

【手法名称】　伸展法（属腰背部活动法之一）

【手法操作】　病人两臂平伸而向墙壁贴墙蹲下，医者立于背后，两手全掌放于病人腰部，

以两拇指着力按其腰眼，嘱病人顺墙缓缓立起，如此反复 2～3 次。

【主治疾病】 此法对风湿性腰痛、脊背发板、仰俯不利者有较好的治疗效果。

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：32－33

【手法名称】 分臂法

【手法操作】 患者双手手指交叉，肘部前屈上举，医生一手托住患者肘部尽量使其举高，腰背过伸。另一手自上向下推其两侧腋下及背部。最后以手掌对患者手掌同时握住其大拇指，再以腹部抵住其背部，将其两臂分开向外后方（后伸位）徐徐放下。

【主治疾病】 用于上肢及颈、背部疾病。全部手法结束时，肩颈、背手法后软组织已基本得到松弛，再以幅度和力量均较大的分臂法，更使软组织进一步松弛，经络气血得到畅通。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：18

【手法操作】 根据生理活动的功能方向作进一步地伸展，帮助其活动受限的关节得到恢复功能，增大舒展活动范围，谓之伸法或挺法。伸法应根据不同情况的治疗需要而进行展伸。也可在伸展后的一定幅度范围内作连续地弹动、闪动，稍稍加大伸展的幅度，以增加其治疗的效应。见图 13－13 伸颈法、图 13－14 伸腰点按痛点法（此法多用于腰肌劳损）、图 13－15 背伸伸腰法、图 13－16 和图 13－17 伸背筋法（此法多用于胸椎筋伤，两手按压脊椎肌筋伸展。左：平卧伸法；右：垫胸伸法）、图 8－2 按压伸腰法、图 13－18 点按伸腰法（患者两臂平伸，面贴墙蹲下，医者立其后方，双手全掌放于患者腰部，以两手指着力按其痛点，令患者顺墙缓缓起立，如此反复 3～5 次。多用于风湿腰痛、急性腰扭伤、岔气），以及图 13－19 后伸伸髋法、后伸旋转伸髋法、提拉后伸伸髋法和侧伸伸髋法等。

【主治疾病】 关节扭伤、肌筋扭错、关节活动不灵等。

【文献出处】 胡晓斌. 按摩手法集锦[M]. 北京：中医古籍出版社，1989：124－127

图 13－13 伸颈法

图 13－14 伸腰点按痛点法

图 13－15　背伸腰法

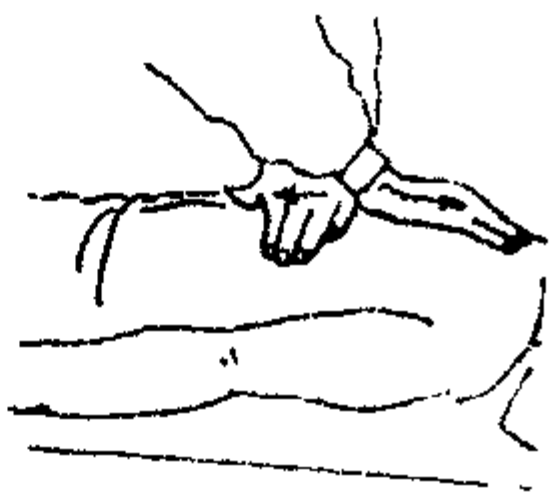


图 13－16　伸背筋法(平卧伸法)

图 13－17　垫胸伸法

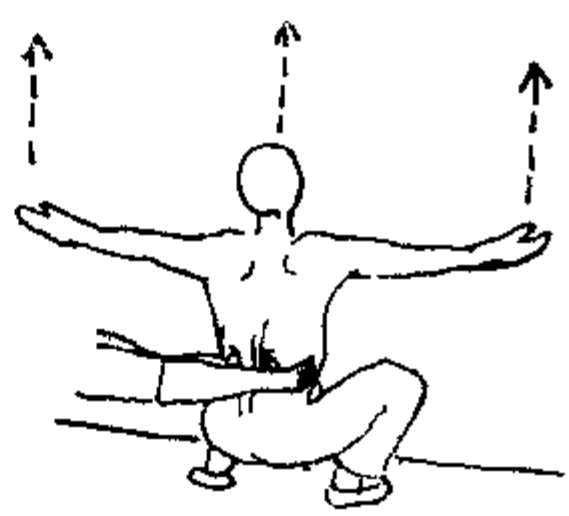


图 13－18　点按伸腰法

二、伸颈法

【手法操作】　患者坐位，术者立于患者后方或侧方，一手托住下颌，另一手扶其枕后部，向后伸展患者的颈部至最大角度，反复操作 3～5 次。

【注意事项】　伸法操作前需仔细检查患肢关节可能增大的角度，操作时用力要平稳、缓慢，不能突然加力和使用蛮力伸展。

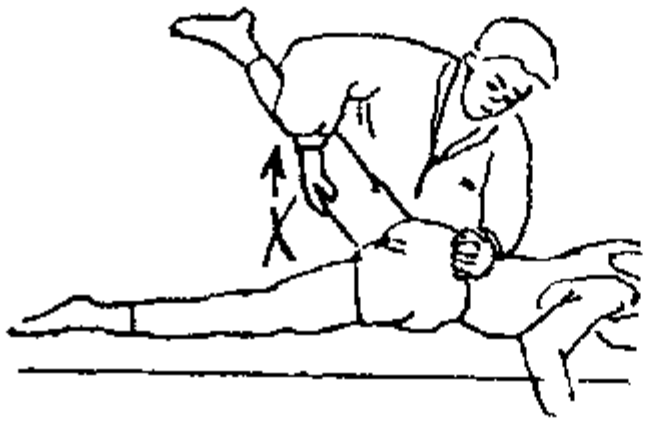
【主治疾病】　临床主治关节活动不利、关节扭伤、关节伸展受限、肌筋扭错等。

【文献出处】　王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：415

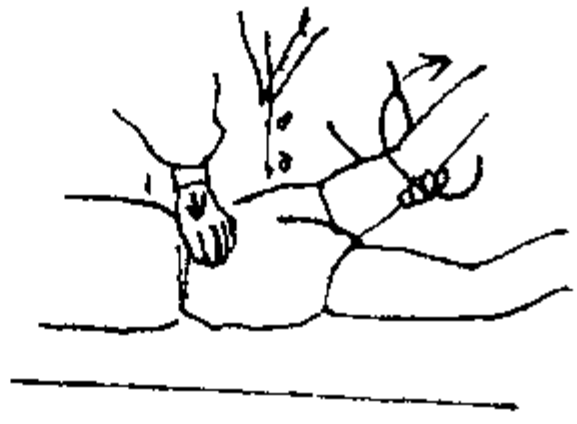
三、伸腰法

【手法名称】　提腿点、按揉法

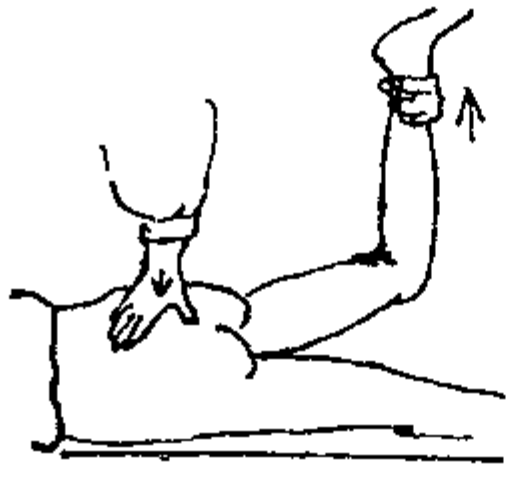
【手法操作】　患者俯卧，由助手一人将患侧下肢屈曲尽量用力上提，医者用大拇指或尺骨腕端点揉患者腰、髋部的疼痛点。点揉后再用掌根按揉。手法时医者向下用力点按揉动，助手向上力提高，两人密切配合同时操作，一般点按 10 次左右作为一节，连作三节为一次手法。



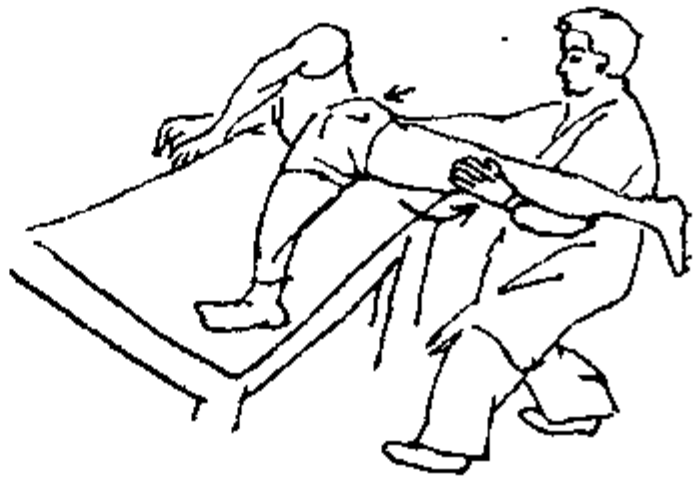
① 后伸伸髋法



② 后伸旋转伸髋法



③ 提后拉伸伸髋法



④ 侧伸伸髋法

图 13－19　伸髋法

【主治疾病】　此法用于腰部臀部有明显疼痛点存在、腰及下肢活动有受限的疾患。

【文献出处】　魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：27－28

【手法名称】　屈压伸腰法

【手法操作】　本法是对上、下肢采用屈曲、按压、过伸等各种被动运动手法，而达到腰部牵张、拉抻。包括以下 4 种。

1. 患者仰卧位，施术中不可倾斜，健侧腿伸直，患侧腿屈曲。医者左手抚按患侧膝部，右手把住床边，双手协调，逐渐加力，令患者深呼吸，将患侧膝部屈压至贴紧胸前为度。健侧肢亦仿此操作即可。

2. 患者仰卧位，双腿直伸，足抵医者股部，医者两手紧握患者双手腕用力牵引，使其由仰卧拽腰屈曲成坐式，持续用力使之前俯，制腰伸抖。亦可嘱助手掌推患者背部，协同用力，增加仰俯活动幅度。

3. 患者仰卧位，医者上床，面对病人蹲下，足抵其臀下，使病人一足跟置于医者肩上，两手抱扶其膝部并下按，或一手抚膝，一手按压膝部，医者渐起，引腿屈髋伸腰。双下肢交替操作。牵伸后可分别握踝抖动。

4. 患者俯卧位，医者一手或一膝压于须牵伸的背、腰、脊部位，另手挽握患者一侧或双踝向上或背部拉伸。亦可使患者屈膝，以足跟抵臀，或医者双手握提踝部并后伸。

【注意事项】 患者取适当体位，全身放松，配合呼吸。医者根据施术需要，适当运气着力，各部配合协调，准确选用技法，力大不能滞硬，过伸不可损节，旋转不得错位，角度分寸严格，禁忌盲目、粗暴行术。

【主治疾病】 腰大肌、骶棘肌、棘上、棘间、前纵韧带、后纵韧带、腰骶部损伤，腰椎间盘突出，骶椎隐裂，腰椎错位等骨外伤病变，风寒湿痹、肾虚性腰腿病变等。

【文献出处】 孙承南. 齐鲁推拿医术[M]. 济南：山东科学技术出版社，1987：147－151

【手法名称】 刘绍南的屈膝双提踩伸腰法

【手法操作】 患者取俯卧位，术者位其一侧，面背患者，屈一膝压放于患者腰部，以固定身躯和制约伸腰之程度，然后双手挽握患者踝上部，提踩屈患者双膝，使其腰后曲，做背向之提拉牵伸，使其错扭之关节得以复位。施术可根据临床需要，或提拉一侧，或两侧轮换提拉，或坐于患者腰部同时提拉。

【注意事项】 手法切忌粗暴，扳动力适度。

【主治疾病】 腰部、腰骶、臀部等损伤。

【文献出处】 骆竞洪主编. 中华推拿医学志—手法源流[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1987：268

【手法名称】 过伸推按法

【手法操作】 患者侧卧，患侧在上。医者于患者身后一手握患侧之踝部，一手按在腰部伤处；医者将患者下肢向后牵拉，同时一手向前推按腰部，似拉弓状。

【主治疾病】 腰椎小关节紊乱，腰椎间盘突出症，急、慢性腰肌损伤等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：127

【手法名称】 伸腰法

【手法操作】 患者俯卧位，术者立于患者侧方，一手按腰，另手托其双腿提伸腰部至最大角度，反复操作3～5次。

【注意事项】 伸法操作前需仔细检查患肢关节可能增大的角度，操作时用力要平稳、缓慢，不能突然加力和使用蛮力伸展。

【主治疾病】 临床主治关节活动不利、关节扭伤、关节伸展受限、肌筋扭错等。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：416

四、伸髋法

【手法操作】 患者侧卧，患肢（左）在上，术者左弓步站于患者臀后。术者左手从患者两膝之间穿过，搭于患肢（左）大腿远端，前臂托起患肢，右手紧抵患肢（左）臀部。术者在此姿势下发力，左手拉腿，右手推臀，使患肢（左）髋关节徐徐后伸（图8－104）。

【主治疾病】 髋部疾患。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民

卫生出版社,1982:43

【手法操作】 患者俯卧位,术者立于健侧,以一手按住髋部,另手托其患肢提伸至最大角度,反复操作3~5次。

【注意事项】 伸法操作前需仔细检查患肢关节可能增大的角度,操作时用力要平稳、缓慢,不能突然加力和使用蛮力伸展。

【主治疾病】 临床主治关节活动不利、关节扭伤、关节伸展受限、肌筋扭错等。

【文献出处】 王云凯主编.中华推拿大成[M].石家庄:河北科学技术出版社,1995:416

第四节 抖法(抖腰法)

【手法名称】 下肢牵抖法

【手法操作】 抖法有两大类,一类是抖动整个患肢,即在患者全身放松的情况下,术者握住患者手腕或足踝部,用力牵拉,同时进行抖动,具有疏松关节,活动筋腱的作用,可分为上肢牵抖法和下肢牵抖法。另一类是患肢不动,在肌肉放松的情况下,对患肢的肌肉筋腱进行颤抖,其作用为舒展筋腱,调理气血,活血散瘀,消肿止痛,可分为颤抖法和抓抖法。下肢牵抖法是令患者把住床沿,放松肌肉。术者双手握住患肢踝部,然后用力牵拉,进行上下抖动(图13-20)

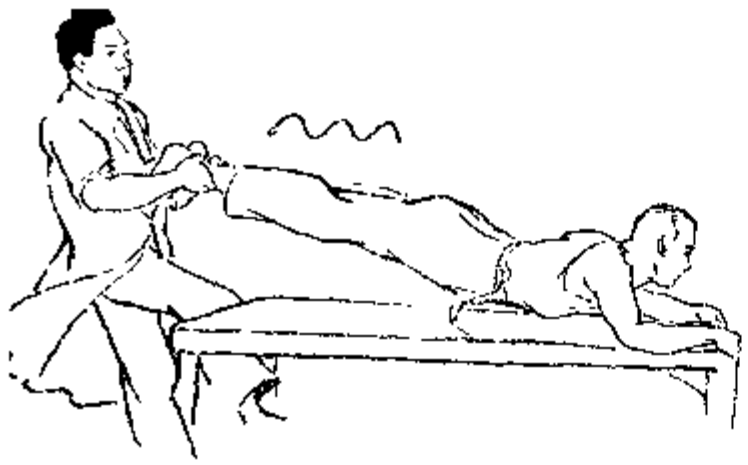


图13-20 下肢牵抖法

【主治疾病】 主要是活动腰背及下肢关节和肌肉筋腱。

【文献出处】 葛长海,李鸿江,葛凤麟.捏筋拍打疗法[M].北京:北京科学技术出版社,1986:37-38

【手法名称】 抖腰法

【手法操作】 患者俯卧,两下肢伸直,两手紧抱床头,全身肌肉放松,术者立于床的另一端,以两手分别握住两下肢的踝部,慢慢将下肢抬起,使两大腿和下腹部离开床面,行腰部上的下抖动。

【主治疾病】 主要用于腰部疾病。

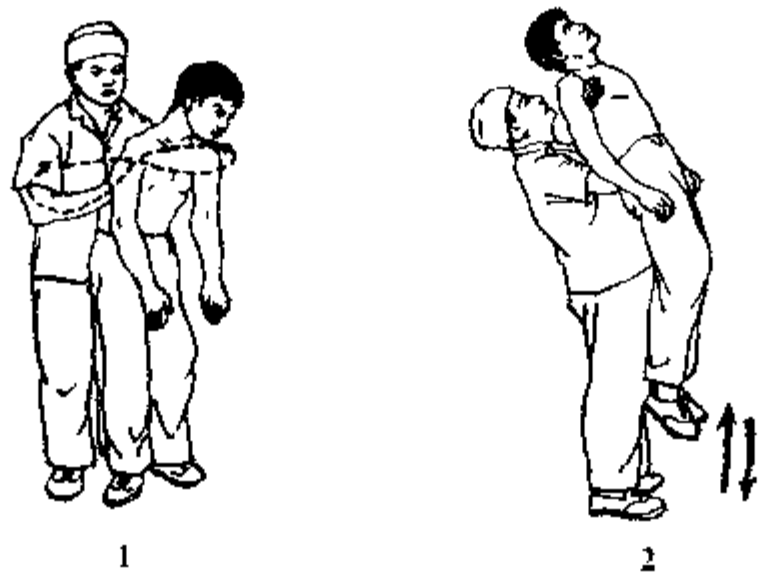
【文献出处】 刘严.按摩疗法[M].西安:陕西科学技术出版社,1987:25

【手法名称】 腰背部抖法

【手法操作】 患者取站立位,两腿自然分开,术者立于患者背后,作马步半蹲式,两手呈虎口叉状,叉在患者腋窝部位。沉肩坠时,两前臂挟持住患者腋肋部,将患者作轻缓地旋转晃动,转至患者腰后伸位之时,术者向上突然将患者举起,使患者双足离地近20~30 cm(图13-21),放下到一半时,不使患者落地,突然再次用力上举,使胸腰椎都承受伸抖的应力。术者向

上举时，丹田抱气，呼吸自然，切勿进气，以防内伤。用力时，半蹲的两腿向上伸直，借用腿力将患者举起"斗力"时，术者可发出"哼"声，以防伤力

【注意事项】 施本法时术者抖动的速度、用力大小须灵活掌握，若身体瘦弱、年老或有慢性疾病者，及关节僵凝症的初期，可作轻的伸抖法或改用摇抖法　若关节僵凝较重者，只宜轻轻抖动，顺势利导，切勿操之过急。体质壮实者可稍用大力作伸抖或大力摇抖，但年老者骨质疏松，或有严重的心、肝、肺、肾疾病，以及高血压、癌肿等均应禁作抖法。



1　　2

图 13－21　腰背部抖法

【主治疾病】 腰背部伸抖法能解除腰背部肌肉痉挛，调整脊柱后关节急性紊乱和滑膜嵌顿，并对部分腰椎间盘突出症有治疗作用。摇抖法较为平和，能舒展筋肉，滑利关节，疏通经络，用于肢体筋肉酸困、疼痛，软组织扭挫伤，筋骨痹痛，关节僵凝等症，以及推拿操作术后的整理还原手法。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学(卷四：整骨手法学)[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：110

【手法名称】 提踝抖腰法

【手法操作】 双手分别握患者两踝，着力提起抖动双腿，达以抖腰，称为提踝抖腰法。患者俯卧位，双手固定扶握于床头，医者双手分别紧握患者两踝，先以轻力抖动双下肢，使腰部充分放松后，再用送劲儿提抖双踝，以带动腰部充分抖动，连续 3 次。施力由轻而重，抖动时可双踝齐抖亦可单踝交替抖动，作用相同。也可嘱患者两上肢攀住床头，医者用两手握持患者两踝关节，徐徐按压半分钟，然后骤然牵两下肢一次。此法主要用于腰部按摩治疗的结束手法，一般很少单独使用(图 13－22)。

【注意事项】 操作时应与患者密切配合，切忌暴力猛拽强抖。

【主治疾病】 腰腿疼痛、局部紧张而酸痛、腰扭伤等。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社. 1990 年 7 月：270

【手法名称】 抖法

【手法操作】 本法是抖动身体的一种方法，也是属于被动运动按摩。操作时握住患肢远端，在牵拉的同时做上下，或左右的抖动。即象抖动绳子一样用柔劲来抖动肢体，使肢体随着

抖动的力量似波浪样的起伏。根据不同部位、不同疾病，抖动的次数也不同。

【注意事项】 抖法一般多应用于腕、上肢、下肢和腰部(图 13－23)。

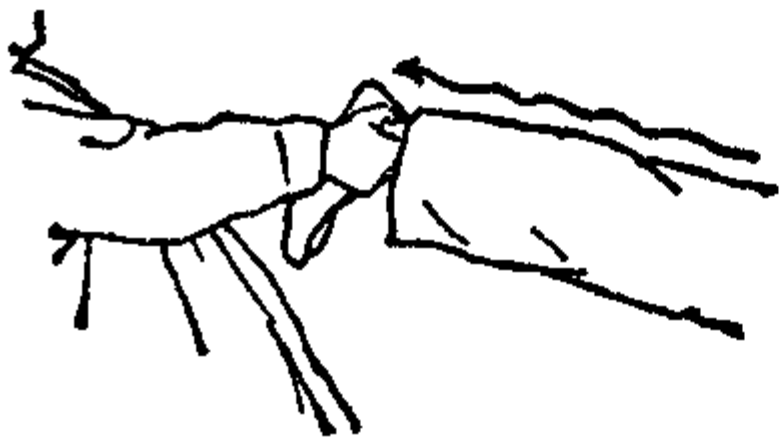


图 13－22 提踝抖腰法

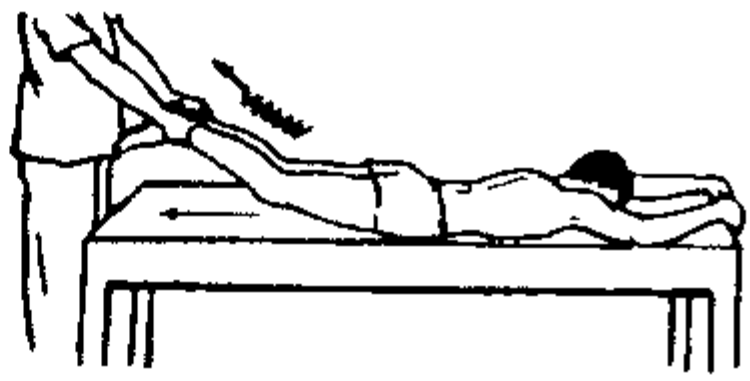


图 13－23 抖法

【主治疾病】 此法的力量作用于肌肉、关节、韧带，具有舒展筋骨，滑利关节，消除疲劳及整复和恢复解剖位置的异常。如腰椎间盘突出症常采用抖法来进行治疗。

【文献出处】 王启民. 实用按摩速成[M]. 北京：中国环境科学出版社. 1991 年 6 月：122－123

【手法名称】 抖拉法

【手法操作】 患者仰卧，固定腋窝部。医者两手握住患侧踝上，向胸部一推，随即猛然用力快拉，同法再拉健侧一次。要求力大为佳，腿须放松。

【注意事项】 抖拉法要求快拉力大，要用巧力而不是蛮力，以免损伤腰骶髋部。

【主治疾病】 急慢性腰软组织损伤、腰椎间盘突出症、下肢筋伤、伸屈不利。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：46

【手法名称】 牵抖法

【手法操作】 患者俯卧位，双手抓住床边，助手站在患者前方，拉住肩部，医者站在患者下方，双手握住患者踝部，医者与助手对抗牵引，同时医者双手上下抖动。

【主治疾病】 腰椎间盘突出症、腰椎小关节紊乱、腰肌劳损等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：127

【手法名称】 牵引抖腰法

【手法操作】 在一定牵引力下，将患者腰提起抖颤的方法。牵引力不宜过大，上提高度要适宜，抖颤频率应先慢后快。

【主治疾病】 腰椎管狭窄、腰椎小关节紊乱等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：124

【手法名称】　牵抖法

【手法操作】　牵拉并抖动患者肢体，称为牵抖法。此法常用于腰部，称腰部牵抖法。手法要领：患者俯卧，双手抓住床头；或由助手帮助抓住患者腋部，用以固定患者身体。术者两手分别握住患者两踝部上端，用力进行拔伸牵拉，然后放松，做左右摆动，待患者腰肌松弛时，再突然抖动腰部 3～4 次，然后再用力牵拉拔伸。

【主治疾病】　急性腰扭伤、腰椎间盘突出症及腰腿痛等症。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：451

【手法名称】　颤腰法

【手法操作】　患者俯卧，胸部及骨盆部各垫软垫，使腹部腾空。由两个助手分别拉住患者两腋下和踝部，做对抗拔伸牵拉，术者用两手掌重叠按在腰骶部做快速按压，使腰部产生颤动。

【注意事项】　在牵引拔伸下按压腰部，称为颤腰法。

【主治疾病】　急性腰扭伤、腰椎间盘突出症及腰腿痛等。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：457

【手法名称】　郑怀贤正骨手法——按压抖动法

【手法操作】　患者俯卧，外擦舒活酒抚摩，以掌或掌根纵横揉腰背及臀部，从上到下。而后，以双掌重叠压患椎部，用力向下按压后，迅速放松，使腰部上下振动，医者手部不离开皮肤，连续按压抖动数十次，力量由轻到重，频率由慢到快，协调而有节奏。重者，在按压时一助手在腋部固定，另一助手握取踝向远侧牵引，并将双下肢抬高，抖动或左右摆动。

【主治疾病】　腰椎间盘突出症、腰椎后关节错缝。

【文献出处】　宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：58

（李义凯　叶淦湖　杨先文）

第十四章　按压及踩跷类手法

【摘要】 本章介绍两类手法，一是按压类手法，是医者使用掌、指和肘部对被推拿部位进行治疗的一类推拿手法。其中的顶法是多以术者的拳、肘和膝对被治疗部位进行顶压治疗。第二类手法是传统的踩跷法，其作用强度大，刺激性强。需要掌握好适应证。这两类手法多用于胸背或腰背部，很少用于颈项部。

第一节　按　法

【手法名称】 直接压迫按脊法

【手法操作】 此法即用力在脊椎之中央最适当的地位，即对棘状突施行冲压力。但不仅须在适当而正确的椎骨上，且在椎骨中央处着力。此冲压力，动作需迅速，压力须大。系利用医师身体的重量，迅速直线的冲压法。医师的肘与肩皆坚硬，成一直线，用身体之力，向下一个倾力冲压，施压前，病人肌肉需放松。

【注意事项】 压则压在需要推压的椎骨上，用力标准，在 60～70 斤。如在脊椎外左右两侧，用两只手指同时压迫。则只需六两之力，切忌妄施蛮力。

【文献出处】 范风源. 慢性病按脊疗法[M]. 上海：科学书报社，1953：13－14

【手法名称】 腰椎整治法

【手法操作】 假使 T，以下的腰椎因半脱位而发痛，可令病人俯卧在平面沙发软垫的床上，医者以一手拉起病人的脚，把病人腹部及下胸部拉起。使不与平面软床接触，于是医者用另一手，在病人背下腰部，推压腰椎，或把腰推扭整。再在腰椎左右两侧腱部按压。

【文献出处】 范风源. 慢性病按脊疗法[M]. 上海：科学书报社，1953：14

【手法名称】 胸腰椎整治法

【手法操作】 至于胸椎神经、腰椎神经，皆在胸椎、腰椎之下，故胸椎、腰椎的施压力接触点，需在痛神经的上面一节胸椎或腰椎。推压力着力处不论接触脊推的棘突部，或脊椎的横突部。均照上述一定地位。即颈椎在颈椎的下一节颈推着拨动，胸椎在胸椎神经痛处的上一节胸椎处压推，腰椎在腰椎神经痛处的上一节腰椎处压推。

【文献出处】 范风源. 慢性病按脊疗法[M]. 上海：科学书报社，1953：15

【手法操作】 利用指尖或指掌，在患者身体的适当部位，有节奏地一起一落按下去，呼作按法。通常用的有单手按法、双手按法（图 14－1）和单手加压按法。临床上，胁下腹部，通常

应用轻微的双手按法。背部或肌肉丰厚的地方，多用单手加压按法。也就是左手在下，右手轻轻用力压在左手指背上的一种方法；也可以右手在下，左手压在右手指背上（图 14－2）。

【主治疾病】 常用的推拿按摩手法。

【文献出处】 曲祖贻. 按摩新编[M]. 上海：上海科学技术出版社，1959：7

图 14－1　双手按法

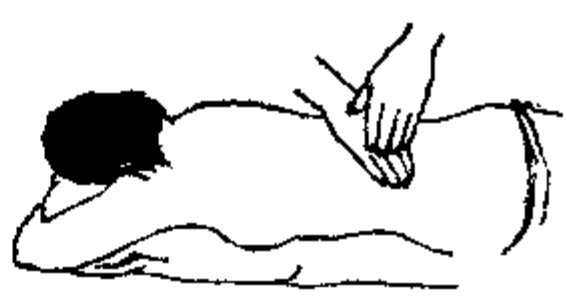


图 14－2　单手加压按法

【手法名称】 按法是一种刺激较强的手法，用大拇指峰或罗纹面或用拇指食指，中指的第一关节的弯曲突起处，或用单掌或双掌相叠的掌根部分在屈肘时突出的鹰嘴部分，附着后手一定部位上，由轻到重地旋转性的揿压动作，称为按法。

【手法操作】

1. 用拇指峰按时，手握空拳，拇指罗纹面紧贴食指中节，以免用劲过度而扭伤拇指关节。

2. 用拇指指间关节按时要用食指中节顶住拇指指峰。用食、中指第一指间关节按时要用大拇指顶住食、中指第一节背面缓缓用劲。掌按时要以掌跟着力。

3. 肘按时须将肘关节屈曲至 45°左右，另一手扶住该手腕部作往返揿压移动。动作要缓和。

【注意事项】 用力要刚柔相济，要使治疗部位深层有感应面表皮不甚痛。由于本法刺激较强，因此多适用于肌肉丰厚的部位，如肩背、腰臀等，但在身体其他各部也可以应用，只要轻重掌握适当。

【主治疾病】 本法可与其他手法配合应用，治疗肢体酸痛、麻木不仁、胃痛等疾患。

【文献出处】 上海中医学院编. 针灸新医疗法推拿学[M]. 上海：上海中医学院，1971：89－90

【手法操作】 医者以大拇指或手掌着力，在病人适当部位或穴位上进行按压（图 14－3）。在操作过程中，必须以得气为目的，即使病人有酸胀感并向患部上下或周围放散。此法适用于全身各部位。

【主治疾病】 舒经活络，开通闭塞。

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：43－44

【手法名称】 按脊中法

【手法操作】

1. 术式　俯卧，两手握拳置于锁骨下，头部微向后仰，医者站其侧或站其头部前方。

2. 操作　以拇指顶置于枕骨下方之风府穴处进行点按，自上向下，每一棘突间隙点按 3～

5次，逐步按压至阳关穴止（图14-4）。

3. 要领

（1）点按背部时用力应较腰部为大。

（2）点按棘突间隙时，指端应与背部肌肉垂直。

（3）颈椎棘突间隙点按时可迎随患者呼吸。

（4）治疗时局部有沉重及微胀感，治疗后有头脑清爽及腰部舒适的感觉。

【注意事项】 点按时禁止患者谈话。

【主治疾病】

1. 头痛，头晕，目眩，心悸，健忘，失眠，常配揉风池法，按百会法。

2. 胸闷，腹胀，脐中作痛，常配掐太冲法，大消气法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：173

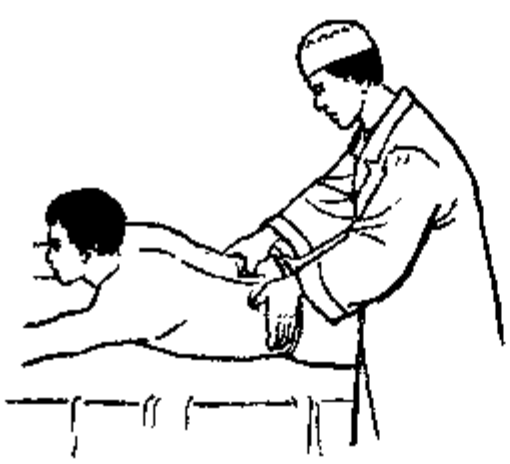


图14-3 按法

图14-4 点按

【手法名称】 叠掌按腰法

【手法操作】

1. 术式 俯卧，屈肘，两手置于额前，医者站其侧。

2. 操作 医者以左或右手掌置于腰部，再将另一手掌部置其手上重叠，以脊柱正中之命门穴为中点，做有节律的按压3～5分钟（图14-20）。

3. 要领

（1）按压时应迎随患者呼吸，按压在呼气动作时进行。

（2）用力大小以患者能耐受为度。

（3）按压时局部有紧压及牵扯样感觉，治疗后有腰部舒适感。

【注意事项】 勿用蛮力。

【主治疾病】

1. 腰椎间盘脱出症，腰肌劳损，腰骶部疼痛，常配推背法，环跳按法。

2. 腹痛，腹泻，小儿消化不良，常配脊背拿提法，按天枢法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：183－184

【手法名称】　髋上围按法

【手法操作】

1. 术式　侧卧，左或右下肢屈曲，医者坐其侧。

2. 操作　以右手拇指端或两手拇指掌侧对置于髋骨上方。自维道飞五枢穴处沿髋骨上方髂嵴向下至胞肓穴止，反复点按 2～5 分钟（图 14－5）。

3. 要领

（1）点按的拇指应贴近髋骨外缘之肌肉处，肌肉瘦削患者用力应较轻。

（2）点按向下移动时动作宜缓慢。

（3）按压维道、五枢穴时有下肢内侧微胀及温热感，至髂嵴的有腰部沉重感及下肢前侧有温热感，按至胞肓穴处则臀部有沉重感及下肢后侧有温热感。治疗后有腰骶部及同侧下肢温热和舒适感觉。

【主治疾病】

1. 腰痛，髋关节损伤，梨状肌炎，常配环跳按法，推股外侧法。

2. 腹胀，肠鸣，腹痛，腹泻，常配大消气法，推腹法。

【文献出处】　骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：193－194

【手法操作】　是用手掌或掌根向下压在体表的病变部位，也就是："按者，谓以手往下抑之也"。可分为单手接与双手按两种。单手按较轻，双手按较重。按时由轻而重，由浅入深按到病员有酸痛，胀麻的感觉为度。在按时可以凭借医者自身重量，以帮助仅靠两臂力的不足。

【注意事项】　操作时双手重叠下按，同时作前后、左右揉动。

【主治疾病】　按法可促进气血循环的改善，起到祛邪止痛的功效。

【文献出处】　魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：8

【手法名称】　指按法

【手法操作】　用拇指指面按压多用于穴位和痛点（阿是穴）。按压的力量以使其有发胀，发酸得气的感觉为适度。按压得气后持续相当时间再放松。此法可单手操作，也可用双手拇指相对操作，如按双侧太阳穴。

【主治疾病】　头颈部疾患。

【文献出处】　安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民卫生出版社，1982：17

【手法名称】　掌按法

【手法操作】　用掌心或掌根按压，多用于面积较大的部位，如腰背、腹部。按腹时用单手操作，并须随患者呼吸起伏，呼气按压，吸气放松。按腰背部多用于脊柱，用间断性的按压法自上而下或自下而上地逐渐移动，按力必须稳当待压紧稍待片刻后可发力加重一下，此时常有"喀嗒"声。此法可单手操作，也可双手相叠按压。头部也可用按法，多用双掌对按法。

【主治疾病】　不同部位的按压治疗不同的疾患。

【文献出处】　安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民

卫生出版社,1982:17

【手法名称】 肘按法

【手法操作】 用屈肘的顶部按压,多用于软组织丰满的深在部位或穴位处。如按腰、臀部或环跳穴等。

【主治疾病】 腰臀部的疾患。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编.推拿疗法和医学练功[M].北京:人民卫生出版社,1982:18

【手法名称】 机械按法

【手法操作】 多用于腰部,常在腰牵引床上进行。患者俯卧牵引,在床沿一侧系一个与患者腰部等高的绳圈,然后用一根弹性较好的杆子,将其一端塞入圈内作为支点,杆子横过患者腰部或臀部,其间放~垫。术者在杆子另一端一按一松有节律地按压。此法也可用自动按压器械按压。

【主治疾病】 腰椎疾患。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编.推拿疗法和医学练功[M].北京:人民卫生出版社,1982:19

【手法名称】 叠掌按腰法

【手法操作】 患者俯卧,屈肘,医者以左或右手掌置于腰部,再将另一手掌部置其手上重叠,以脊柱正中之命门穴为中点,做有节律的按压3~5分钟。

【注意事项】 按压时,用力大小以患者能耐受为度,并应迎随患者呼吸,按压在呼气动作时进行。

【主治疾病】 腰椎间盘突出症、腰肌劳损、腰骶部疼痛、腹痛、腹泻、小儿消化不良等症。

【文献出处】 贾河先,骆仲逵,骆仲达,汪天曙著.三宝合璧[M].重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1984:263

【手法名称】 按大肠穴

【手法操作】 病人取俯卧位,术者站在病人左侧,用右肘关节凸出处按在大肠俞穴,左手拳握右手以助力,然后用力向下按压,压到穴位周围有酸胀感后松指。

【主治疾病】 腰腿痛、腰扭伤、骶髂关节痛、肠胃病、便秘。

【文献出处】 孙维良编著.家庭按摩[M].天津:天津科学技术出版社出版,1989:88-89

【手法名称】 外旋戳按法(又称髋外侧手法)

【手法操作】 患者俯卧,并处于屈膝屈髋位,将髋关节外旋摇晃数次,使髋关节尽量外展外旋,并将手抵住伤处,然后迅速将伤肢拔直,同时在伤处之手用力戳按,最后以掌揉、拍打法放松伤处组织(图14-6)。

【主治疾病】 臀肌筋膜、阔筋膜张肌和髂胫束的损伤及损伤后出现的下肢代偿性短缩等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编.中国按摩全书[M].北京:华夏出版社,1993:128

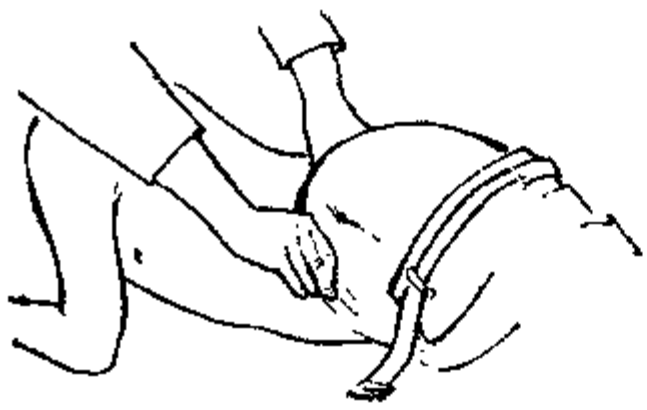


图 14-5　髋上围按法

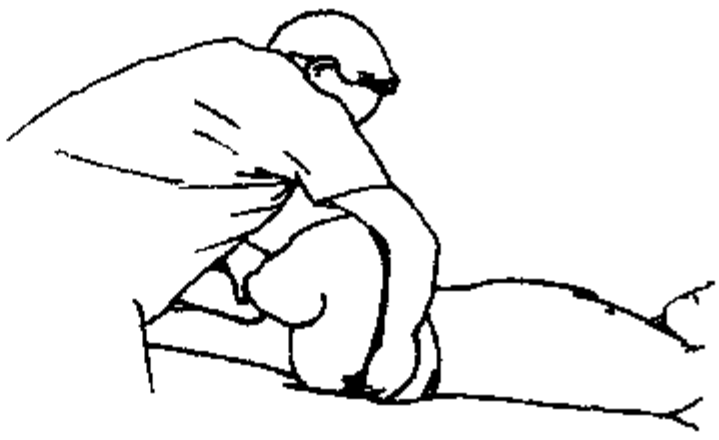


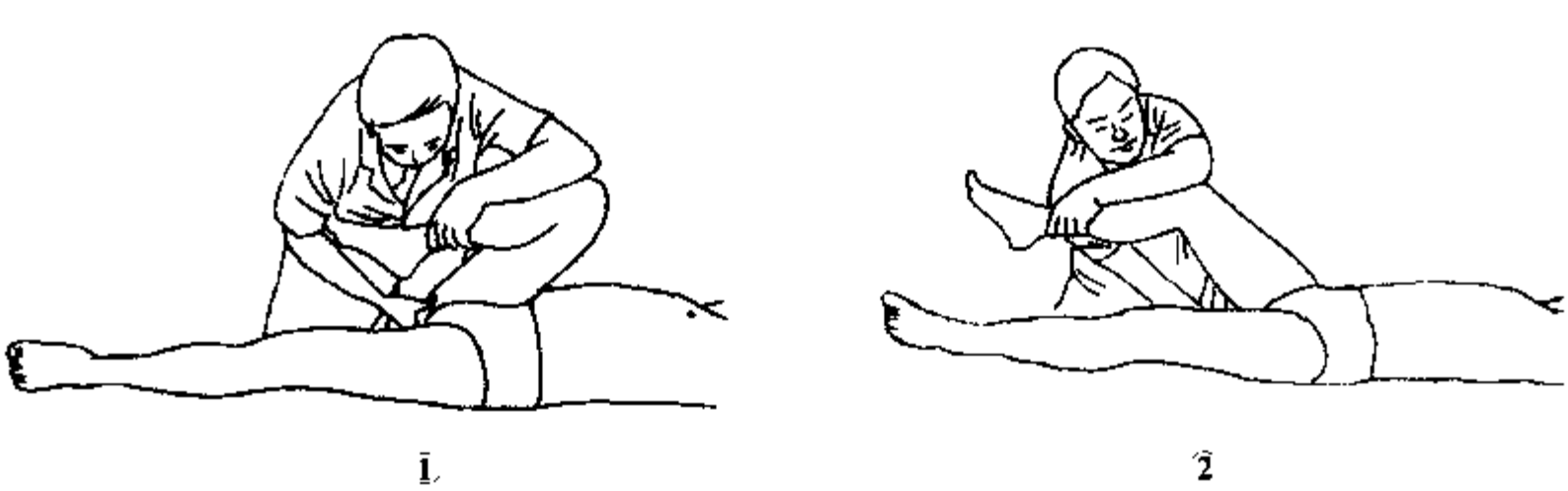
图 14-6　外旋戳按法

【手法名称】　屈髋戳按法,又称髋内侧手法。

【手法操作】　患者仰卧位,医者站在伤侧,一手握踝部,一手扶按髋部,在牵引力下,环转摇晃下肢数次,然后扶髋之手改放膝部,使之屈膝屈髋,并用力向下按压。握踝之手改为以拇指顶住坐骨结节后下方用力戳顶,同时按膝之手握住小腿将伤肢伸直(图 14-7)。

【主治疾病】　髋关节一过性滑膜炎及髋部损伤后下肢代偿性延长等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编.中国按摩全书[M].北京:华夏出版社,1993:128-129



1　　2

图 14-7　屈髋戳按法

【手法名称】　按肩胛内缘法

【手法操作】　患者俯卧位。头略后仰,挺胸收腹,患侧上肢极度旋内。医者以一手拇指端自患侧肩胛内缘上角始,沿肩胛内缘逐渐下移,有节律地向肩胛骨与肋骨间隙中按压,至肩胛下角止,反复操作 3~5 分钟。

【主治疾病】　肩胛痛、心悸气短、胸闷胸痛、胃下垂等。

【文献出处】　王之虹,严隽陶主编.中国推拿大成[M].长春:长春出版社,1994:502

【手法名称】　按压胸椎法

【手法操作】　患者俯卧位。医者双掌相叠置于第一胸椎处,自上而下,有节律地进行按压。始于第一胸椎,经二、三、四、五、六胸椎至第七胸椎处止。反复按压 1~3 分钟。本法操作时,常用可闻及"喀、喀"响声。

【主治疾病】 背部软组织劳损、粘连、颈项肩背痛、胸闷气短等。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：502－503

图 14－8 点按背肋法

【手法名称】 点按背肋法

【手法操作】 患者俯卧位。医者以两手食、中、无名和小指分置于脊柱两侧肋间隙处，自肺俞穴平高处始，沿肋间隙逐步下降，经膏肓、意喜等至胃仓穴处止，反复点按 5～7 分钟（图14－8）。

【主治疾病】 颈椎病、背肌劳损、肋间神经痛、胸闷气短、心悸、咳嗽无力、脘腹疼痛等。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：503

【手法名称】 点按夹脊法

【手法操作】 患者坐位或俯卧位。医者以两手拇指端分置于第一胸椎棘突下旁开 0.5 寸处，沿脊椎各棘突旁开 0.5 寸处下行，至第五腰椎棘突下旁开 0.5 寸处止，有节律地自上而下进行点按，反复操作 3～5 分钟。

【主治疾病】 腰背疼痛、脊柱屈伸不利、各脏腑所属诸疾等。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：504

【手法名称】 叠掌按腰法

【手法操作】 患者俯卧位。医者两掌相叠，置于腰部脊柱正中的阳关穴处，有节律地垂直向下按压 3～5 分钟（图 14－20）。

【主治疾病】 腰以下冷痛、腰椎间盘突出症、腰肌劳损、阳痿、早泄、遗精、月经不调、痛经、闭经、盆腔炎、附件炎等。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：510

【手法名称】 按揉肾俞法

【手法操作】 患者俯卧位。医者以一手拇指腹部置于腰部左或右侧的肾俞穴处，持续按揉 1～3 分钟。

【主治疾病】 腰腿痛、遗精、阳痿、遗尿、月经不调、耳聋耳鸣、水肿等。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：511

【手法操作】 按法是用手指或手掌面着力于治疗部位或穴位上，逐渐用力下按，按而留之，称为按法。其中以拇指或食、中、无名指三指指面着力，称指按法；以掌根、鱼际、全掌或双掌重叠着力，称掌按法。以手掌面或手指指面置于治疗部分或穴位上，然后由轻而重地施加压力，使刺激充分达到肌体组织的深层。病人有酸、麻、重、胀、走窜等感觉，持续数秒后，渐渐放

松，如此反复操作。

【注意事项】 操作用力勿猛，不要滑移，应持续有力。需加强效应时，可双手重叠施术。对年老体弱和年龄较小的病人，施力大小应适宜。

【主治疾病】 痛证和肢体麻木等病证。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：374

【手法名称】 双点肩胛法

【手法操作】 以双手拇指端分别吸定于左右肩胛天宗穴，同时着力点按，称为双点肩胛法。患者正坐位，医者立于患者背后，先以双手分别疏揉肩背部，再将双手拇指伸直与余四指对合分别拿患侧肩井，以放松局部，最后用双手拇指端吸定左右肩胛正中之天宗穴，同时着力施以点按，点要准确，按要持续，由浅入深，由表及里。

【注意事项】 操作时不可暴力点按，突然强刺激，以免引起头晕或其他意外。

【主治疾病】 肩背酸痛、肘外廉痛、颊颌作痛、肌肉酸痛、麻木、中风偏瘫、乳痛、眩晕、项强、难产等。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：437－438

第二节　压　法

【手法名称】 压腰法

【手法操作】 患者俯卧。术者骑马势站于患者左侧，左手或前臂紧按腰部，右上肢在患者两侧大腿远端下面横过，并用右手紧扣右大腿外侧。嘱患者腰部放松，术者发力用右上肢将患者下半身托起使其只有胸部贴床，左手或前臂同时下按腰部，使腰部过伸，随即稍稍还原，并一压一松地连续弹动性地按压数次，待觉患者腰部肌肉进一步放松时，突然增大发力强度，使患者腰部有一次较大幅度的过伸。此手法操作时，术者需有较强的力量才能成功，如术者体力不足，也可双人操作。即二名术者分站两侧，各托一腿，各用手或前臂压腰部，（二人的手或前臂相互紧靠，图 14－9）。操作时二人必须配合默契，同时发力，同时放松，同时增大发力强度。

图 14－9　压腰法

【主治疾病】 腰骶部疾患。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民卫生出版社，1982：62－63

【手法名称】 压迫性手法

【手法操作】 本组手法是医者以指、掌、肘等部位作用力点，在患者体表一定的部位作不同强度的、形式各异的压迫性刺激。此类手法包括拇指压、双掌擅压和肘压法三种。

1. 指压法　医者以单手或双手大拇指腹为着力点，向下按压（图 14－10）。本法适用范围很广，全身各大小部位均可应用。如加上揉法，即为复合性手法“揉压法”。其特点是压中有揉、揉中有压。

2. 颤压法　本法主要用于腰背部。病人取俯卧位，全身放松，医者将两手掌重叠分别于患者脊柱上段（5～7 胸椎处）、中段（12 胸椎至 3 腰椎处）及下段（骶椎处）三个部位，依次颤压 3 下，头两下为试探性颤压，压力要轻，最后一下才是实压（图 14－11）。此法对脊椎后凸畸形、腰椎小关节紊乱有矫形和整复作用。

3. 肘压法　医者以肘关节三角平面为着力点（即肱骨内、外髁与尺骨鹰嘴突三点连线的中间平面）在病人患处根据不同病情施以拖压、点压、滑压和拨压，或这四种压法相继使用（图 14－12）。通常以拖压为主，如患处有硬块（即阳性反应物）时，可采用滑压。若有条索状物时，可用拨压法，即在患处做横向拨动性按压。点压主要用于神经功能异常者，如知觉迟钝、麻木不仁、重滞痠痛等。

【注意事项】　双掌颤压法，只适用于上胸椎小关节紊乱和胸椎后凸畸形者，其他病症最好不用，老年病人和伴有骨质疏松脱钙者禁用。肘压法在实际应用中须特别注意的是，所压迫部位，穴位要稳、准。切忌向两肋部滑脱，头、胸、腹、腘窝不能用肘压法。

【主治疾病】　压迫性手法在栾氏推拿法中为最常用的手法之一。主要有放松肌肉、开通闭塞、活血止痛、舒筋通络等作用。对于腰痛腿痛、风寒痹痛、四肢发麻、头痛颈痛、脘腹挛痛均有较好的疗效。

【文献出处】　栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：64－66

图 14－10　指压法

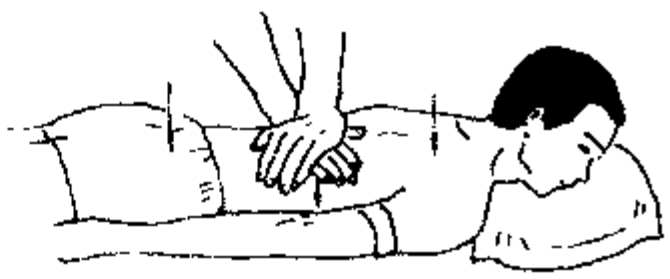


图 14－11　颤压法

一、指压类

【手法名称】　背部循压法

【手法操作】　是以拇指在患者的胸椎两侧，足太阳经的第一线（离脊椎中线二横指）、第二线（离中线四横指）由上而下，上轻下重的循压，对于呃逆、呕吐等上冲性症状有效，最为相宜，为一般内脏疾患的辅助手法。每线压 8～9 次。

【注意事项】　手法操作，有轻重缓急。新病可快，久病可缓，虚症手轻，实症手重。每种手法操作次数，是治疗中的关键。

【文献出处】　马秀堂著. 点穴疗法[M]. 西安：陕西人民出版社，1959：19

【手法名称】　点法

【手法操作】　用拇指峰、中指、食指、拇指之中节，或屈肘以突起之鹰嘴部分，点取某一部位或穴位，用力下压。

【注意事项】　此手法是推拿科中最强烈的两种攻泻手法。在运用时，须根据病情需要及患者的虚实，谨慎从事。

【主治疾病】　可开导闭塞，祛寒止痛，多用于腰、背、臀及四肢等部位。

【文献出处】　上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1961：45

【手法名称】　上下点法

【手法操作】　用两指或一指指点患处，叫做“点法”。分上下点、左右点、周围点三种，这里仅介绍上下点：

1. 用两指（食指、中指或中指、无名指）点压患处，自上而下，叫做“上下点”。

2. 适用部位：背胸部、腰骶部和胃部。

3. 手法顺序：①由后头部起，经过胸椎两侧，至腰椎止；②由第五腰椎起，至骶椎止；③由贲门起，略偏左侧，经过胃脘，至肚脐，或由贲门两侧，左至胃大弯，右至胃小弯。

4. 手法配合：这种手法和“推拿法”、“按摩法”、“捭法”、“揉法”、“打法”配合使用。

5. 治疗原理：①兴奋交感神经，予以弱力刺激，弛缓胃壁运动；②镇静副交感神经，加以强度刺激，制止胃部不正常的痉挛性活动；③深入肌腠（肌纤维），行滞解瘀，扫除胃内气分上、血分上一切障碍。因此，能治胃痉。

【主治疾病】　上下点用于头颈部，可治头颈痛和脑神经衰弱。用两拇指或食指、中指、无名指在患处前后滚动或左右，可治胃痉。

【文献出处】　陈宁清遗著. 胃病推拿法. 郑州：河南人民出版社，1963：30－31

【手法名称】　拇指压法

【手法操作】　医者以一手或两手大拇指指肚着力，在病人患处部位上作半环形揉压。揉压路线应顺全身经络起止点离心性施术。若遇经穴时须停留压迫（图 14－13）。此法适用全身各处，而且稳妥易行。

【注意事项】　是刺激性较大的一种手法，也是基本的按摩手法，临床上往往和抚、拿法并用。

图 14－12　肘压法

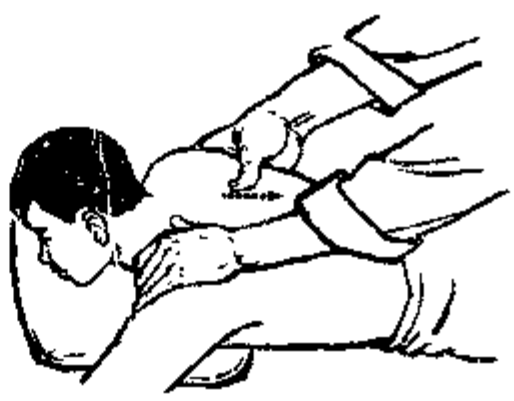


图 14－13　拇指压法

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南:山东人民出版社,1972:15-16

【手法名称】 指压疗法

【手法操作】

1. 滑动指压法 用较强的压力压胸穴,以穴位的结节或条索为中心,顺着肋骨下缘来回滑动手指,使病人有较强的触痛感。此法适用于重症、急症。此外,治疗软组织,在局部反应压痛点上大幅度滑动,方向与患处的肌肉走向呈十字交叉,叫"大幅度滑动指压法"。手指深入压痛点内,着力于深部,反复滑动,叫"深部滑动指压法"。

2. 持续指压法 以中等强度的压力持续压胸穴,不滑动手指。此法主要适用于轻症、小儿、体弱者或胸穴过度敏感者。

3. 其他 为使胸穴保持较强的反应,用手指抵紧穴位可做持续颤抖动作。对于腰肢穴及位于肌肉肥厚处的胸穴,必要时可以利用短棒压迫代替指压。

【注意事项】 一般来说,胸穴反应越强,治疗效果越好,所以治疗多用较重手法。强度要因人而异,小儿,老人,体质虚弱可放轻些。反之则加重。一般每次指压7~15分钟。急性病每日2~3次。慢性病每日1~2次,7天为1个疗程。休息2天后,再做第2个疗程。一般3~4个疗程就可以。

【文献出处】 临泉县中医药科学研究所编. 胸穴按压疗法[M]. 合肥:安徽人民出版社,1977:18-20

【手法名称】 压脊法

【手法操作】

1. 两拇指相并,用指端从大椎穴向下,一节一节从上往下压,压到阳关穴处(即第4腰椎下),为1次。此法,可压2~4次,适用于高血压患者。

2. 另一压脊法:用两拇指在患者病侧的腰椎边沿压,如腰椎间盘脱出症,脱出大部分在腰3、4椎部位,即在腰3、4椎上下往返分压10数次。

【主治疾病】 高血压和腰椎间盘突出症。

【文献出处】 马秀棠. 点穴疗法[M]. 西安:陕西科学出版社,1981:31

【手法名称】 点法

【手法操作】 点法是强刺激手法之一,在临床分为3种。

1. 用大拇指指端点,这是最常用的点法。

2. 用食指中节点,这比拇指指端的力量要强,如果大拇指端力量不够、即改用食指中节。

3. 用尺骨鹰嘴点,这种力量最强。以上两种点法仍感力量不够时,则可用此点法。

【注意事项】 一般规律,四肢部位用大拇指点即可,腰背部或者臀部由于肌肉肥厚,往往需要用食指中节或尺骨鹰嘴部来点,才能起到效果。点时要求点准酸楚疼痛点,由轻而重持续用力。在点法的同时,必须上下或左右拨动或揉转痛点,不断加强刺激。

【主治疾病】 点法是常用的手法,凡是较深的痛点大都要用点法,有单独点,也有在助手将肢体牵引下点。后者力更强,应视患者对疼痛的耐受量大小和病情的需要来决定。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：9－10

【手法名称】 按缺盆法

【手法操作】 患者仰卧，头微向对侧倾斜，医者坐其侧，先以手四指自耳下翳风穴处起，沿胸锁乳突肌方向，向下摩动1～2分钟，再以手拇指掌侧置锁骨上缺盆穴处长按，反复操作2～4分钟。

【注意事项】 在按压穴位时，应逐渐增加压力，每次按压均使患者上肢有麻胀放射感，注意勿挫伤臂丛神经。另外，高血压病患者此法应慎用。

【主治疾病】 肩臂疼痛、风湿麻木、颈椎病引致之颈项疼痛及上肢麻木疼痛、贫血性头昏头痛、脑血栓之后遗偏瘫等症。

【文献出处】 贾河先，骆仲逵，骆仲达，汪天曙著. 三宝合璧[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1984：230－231

【手法名称】 颈前点按穴位法

【手法操作】 病人取坐位，颈肩部肌肉韧带放松。术者立在前方，运用自己的双手拇指点按颈前穴位。点按穴位多在通往头颈部的经脉部位上（图14－14）。

图14－14 颈前点按穴位法

【注意事项】

1. 选择穴位要与治疗病症相符。

2. 施术手法要由轻到重，又由重到轻，反复2～3次。点按穴位后，继用指揉手法在此处作轻揉及揉按。

【主治疾病】 通经活络，解痉止痛，活血化瘀，消肿祛痹。主治颈椎病、落枕、胸背痹痛、肩关节病症、支气管、哮喘、心悸失眠、偏头痛、神经衰弱、纳呆少食等症。

【文献出处】 潘新平. 推拿治疗颈肩腰腿痛[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1984：113－114

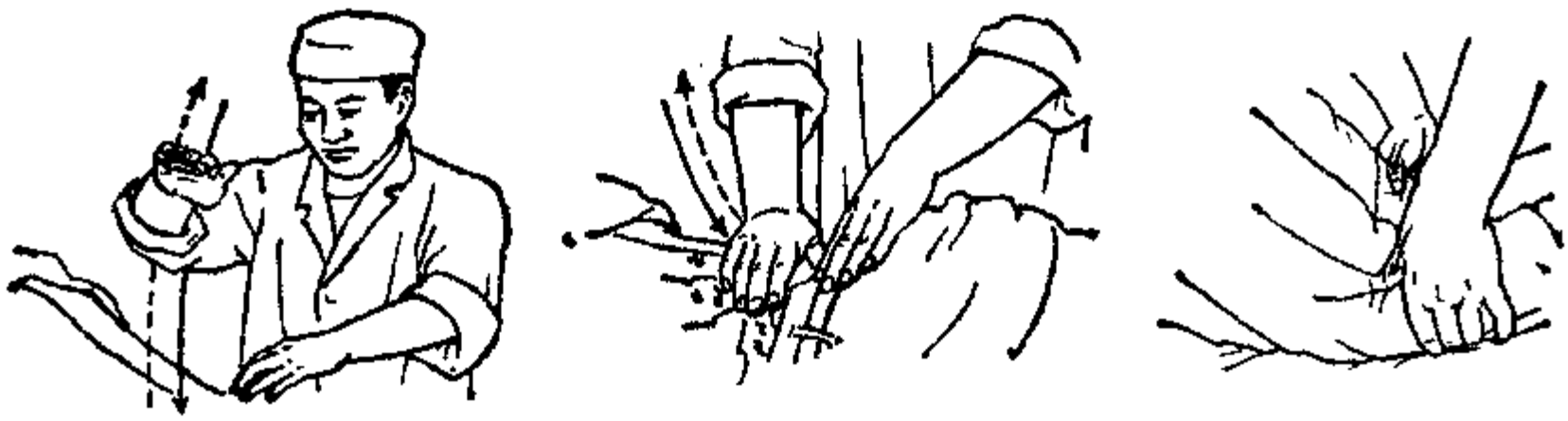
【手法名称】 理腰三击掌、跪点双窝法

【手法操作】 以手法治疗腰部后，手指并拢用手掌于腰部猛击三掌，嘱患者双腿屈膝跪之，医者以双拇指分别点按双腘窝委中穴，合称为理腰三击掌、跪点双窝法。患者俯卧位，医者以双手在患者腰部广泛疏揉、充分提拿后，嘱患者双膝屈曲跪于床上，双手扶床（操作前需与患者讲清治疗目的并求得患者的合作），医者先以单掌于腰部正中猛击三掌（实以虚掌叩击），后以双拇伸直，余四指略屈，分别点于腘窝委中穴，以向上抹按点压感传向上，向下抹按点压感传至跟后为宜（图14－15）。

【注意事项】 操作中注意患者的反应，不可操之过急。

【主治疾病】 腰扭伤、脊椎炎、坐骨神经痛、腰部软组织损伤、腰背痛、腰腿痛。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京:中医古籍出版社,1990:256-257



1 理腰三击掌　　2 理腰三击掌　　3 跷点双窝法

图 14-15 理腰三击掌、跷点双窝法

二、拿压类

【手法名称】 厉骨整治法

【手法操作】

1. 厉骨整治法 病人俯卧,屁股垫有圆皮枕,医师用左手压住骶骨用力向下而向前一推。

2. 厉骨整治法 病人俯卧,腹部松空,或腹下枕以软垫。医师用右手掌骨,压在厉骨之前,即第五腰椎上,用力向下而向前一推。

3. 厉骨整治法 病人俯卧,腹下整以圆枕。此时病人 L4 及 L5 棘突,皆露出而分开。于是医师用手向下而向前一压。如发见 L5 在厉骨上凸向前面,则不可用此法整治,须用腰椎扭整松开法。

4. 厉骨整治法 病人俯卧,屁股下垫以软垫子,或圆皮枕,使病人厉骨与 L5 部凸起。医师用力向尾骨与厉骨之最下端一压,使厉骨与 L5 之锁住,可以拆开。

【注意事项】 人体各部有许多部分,不可长时间压迫,最多压迫时间不可超过 10 秒钟,逾时,则血管与神经均受损伤。在上腹左腰部有胃部的交感神经与交感神经束连结之处,名腹腔神经,又名太阳神经,切不可猛力捶击,击毁后,副感成神经发生麻痹,心肌即停止工作,全身血液循环亦即静止。病人即失去知觉而卒倒。

【文献出处】 范风源. 慢性病按脊疗法[M]. 上海:科学书报社,1953:37-38

【手法名称】 胸椎错位治疗手法

【手法操作】

1. 整复术:患者俯卧于床上,双手把床头,两名助手,一助手用力牵引两下肢踝关节部。一助手双下向上提其腋窝,使患者胸部离开床位(图 14-16)。两助手作反牵引,使患者胸椎以及筋腱拉开。医者双手按住凸出部,使用推、压、挤手法即可复位。

2. 攀索法:胸椎压缩性性骨折轻微错位挫伤,并无神经症状者,使用攀索法,疗效较好。即利用门框两侧,各安一木斗,用一木杠将两端插入门框之两斗中,叫患者两手高举,攀握木杠

上，身体下坠，使脱错关节拉开，然后医者再用前法进行整复。

3. 胸椎错位严重者，整复时可用四名助手，将患者抬至床下使其俯卧，两名助手牵引其下肢，两名助手抬其腋窝，作反牵引，使患者身形成弓状，医者用手掌压其突出点进行按复（图14－17）。

【文献出处】 陈占魁著. 陈氏祖传正骨手法[M]. 哈尔滨：黑龙江人民出版社，1963：106－108

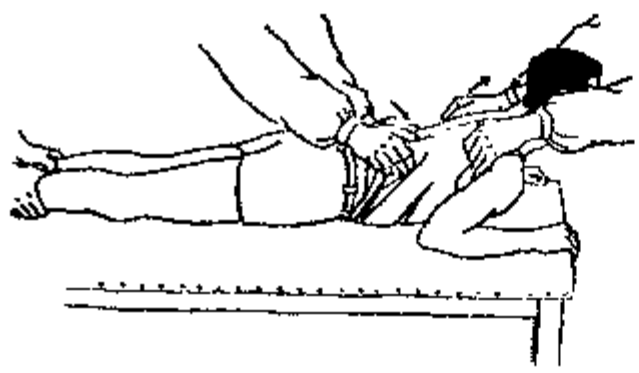


图14－16　胸椎错位整复术

图14－17　胸椎错位攀索法

【手法名称】 推压

【手法操作】

1. 手法　手掌自然伸开，四指并拢，拇指分开，手成钳形，以手之掌根及小鱼际肌侧（小指侧）紧贴于皮肤上作直线向前的推压。在脊柱上是用两拇指成八字形沿脊柱两侧推压（图14－18，图14－19）。

2. 要领　按摩腰背部时，最好取弓箭步姿势。要求扎根在足，发劲在腿，主宰在腰，形于手指。操作时，沉肩，垂肘，塌腕，手紧贴皮肤，有节奏地作间断地一推一压，或不间断地推、压同时并举，缓缓向前推动，动作不宜过快过猛。推压至一定距离时将手撤回，撤手动作缓如抽丝，然后再重复着做。在四肢做推压时，按照四肢的阴面（内侧）和阳面（外侧），推压方向既可是向心性的也可是离心性的。一般地说，静脉主要分布在肢体的阴面，阳面则多为动脉的分布区，所以推压手法在阴面是向心性的，在阳面则是离心性的。在脊柱上推压手法的方向是由上而下，分别在左右两侧进行。在腹部是从上而下，且要求动作柔和轻缓。

【主治疾病】 用于消除腹部胀满、腰背疼痛，亦适用于消除四肢肌肉疼痛及瘀血肿胀等

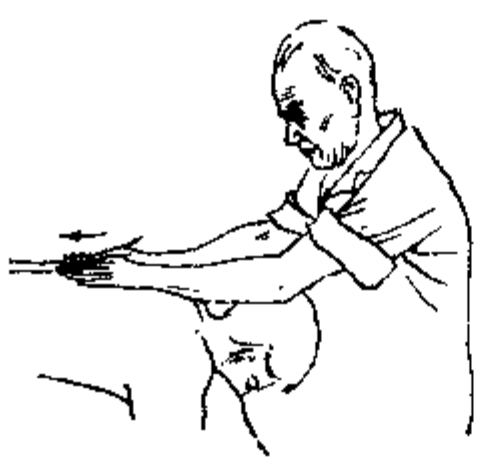


图14－18　推压背部（以掌根推压背部）

图14－19　推压背脊部（以拇指指腹推压背脊部）

症。消散积气，散发瘀血，舒筋活血，消肿止痛。

【文献出处】 郑怀贤. 伤科按摩术[M]. 成都：四川人民出版社，1964：43－44

【手法名称】 按压

【手法操作】

1. 手法 用掌根或掌心紧紧地按贴在肌肤上，用较大的力量向下按压（图 14－20）。

2. 要领 沉肩，垂肘，充分塌腕，手紧密按贴在皮肤上。用力由轻到重，逐渐增加，需要时可借助按摩者的体重施压于患部。按压之频率不宜过速，力要贯足、干脆、有间歇，每分钟约做 20 次；重复次数也不宜过多，每次作 1 分钟即足。

【主治疾病】 适用于腰部外伤。尤其是腰椎间盘脱出及椎体轻微之移位者多籍此手法达到还位的目的。还能帮助移位之骨骼还位。

【文献出处】 郑怀贤. 伤科按摩术[M]. 成都：四川人民出版社，1964：60－61

【手法名称】 扣法

【手法操作】 扣法是利用患者的双手抱伤痛部位，医者再从外施加扣挤压力，以促使患者疼痛部位产生张力，起到正骨理筋，解除肌肉痉挛的作用。患者扣抱双膝部作屈髋，屈膝扣挤，因此常与挤法一起应用。如扣颈背部手法，操作时医者腹部抵住患者的腰背部，双手扣住其肘尖。而后先轻轻向前下方扣挤活动，最后用力向下连续扣挤 3 次。

【主治疾病】 此法经常用于颈背部、腰骶部疾病。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：12－13

【手法名称】 挤压胯线法

【手法操作】 患者侧卧，助手一人双手拉住患者足踝部向后牵引。医者用两手掌压住患者髂翼部向下按压，开始由轻而重持续向下加压，并嘱助手将下肢向左右方向各摇动 3～5 次，最后医者再加力量向下按压 3～5 次。

【主治疾病】 此法用于骶髂关节处酸痛，髋关节内收外展活动有不同程度的限制。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：27

【手法名称】 驼鞍式压法

【手法操作】 患者俯卧于鞍形软凳上（或在诊察床上再放上枕头垫起也可）。术者一手掌按于脊背的上部，另一只手掌按于尾骶部，逐渐用力下压（图 14－21）。术时发酸麻胀感，术后轻松。

【主治疾病】 腰背、脊柱的疾患。

【文献出处】 葛长海，李鸿汇，葛凤麟. 捏筋拍打疗法[M]. 北京：北京科学技术出版社，1986：31

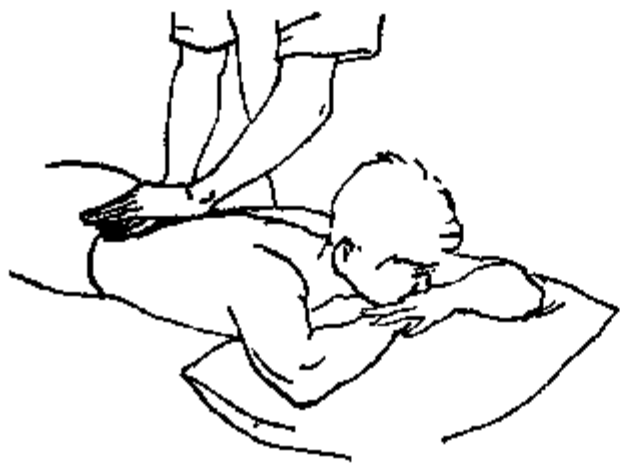


图 14－20 腰部按压(双手按压腰部)

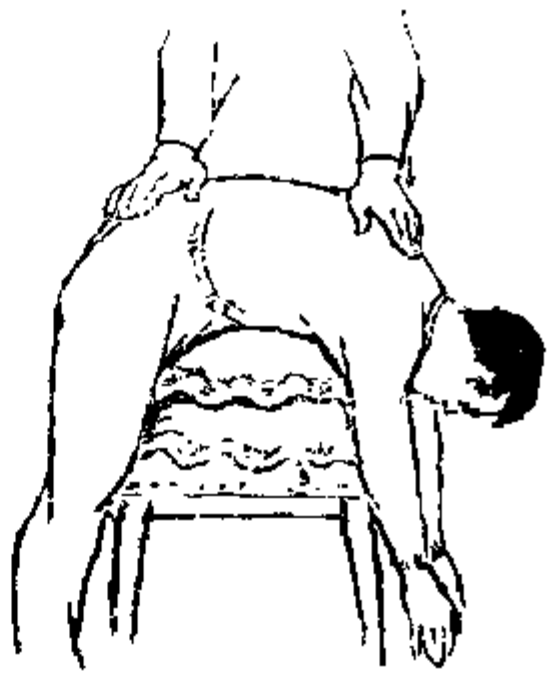


图 14－21 驼鞍式压法

【手法名称】 刘寿山的挤腹前屈喷水法

【手法操作】 患者站立,医者在患者背后,双手抱患者下腹部。让患者含一口温水,并微向前弯腰。令患者吸足气后,使劲向前喷水,同时医者用双手,双前臂挤压患者腹部,可重复1～2次。

【主治疾病】 轻型的胸壁扭伤、弩伤,岔气、胸部行痹等。

【文献出处】 李同生,李国衡主编.中国骨伤科学(卷四:整骨手法学)[M].南宁:广西科学技术出版社,1989:147

【手法名称】 按压棘突法

【手法操作】 病人取俯卧位,术者站在病人左侧,用右手的掌根按压在病变高凸的棘突上,左手手掌背上,然后两手用力作垂直方向按压,有时可听到"喀嗒"的小关节弹响。

【主治疾病】 脊柱小关节紊乱。

【文献出处】 孙维良编著.家庭按摩[M].天津:天津科学技术出版社,1989:87

【手法名称】 分按脊背法

【手法操作】 病人取俯卧位,术者站在病人左侧,用两手掌面分别放在脊背的两侧,然后自背至腰作上下交错分按,再更换两手位置,如法分按。

【主治疾病】 脊背痛、腰肌劳损、腰背痛。

【文献出处】 孙维良编著.家庭按摩[M].天津:天津科学技术出版社,1989:87－88

【手法名称】 顿挫法

【手法操作】 手掌于患者背后急促推顿施挫,以使患者突然受到外界刺激利用施力之外推,另手拢而合之而治病的手法,称之为顿挫法。姿势不限,医者于患者背侧,乘患者不备,以掌根对准选定的施治部位突然直冲用力,以掌冲击,之贯力顿推施挫,形如单手推碑。对于年老体弱的患者可施以保护,以免前倾撞伤。本法多用于背部阳穴,临床主要用于治疗椎间盘滑脱症(图14－22)。

【注意事项】 操作前必须明确诊断，并准确定位。

【主治疾病】 上气呃逆、椎体错位、腰椎滑脱。

【文献出处】 李茂林编著.实用按摩推拿大全[M].北京:中医古籍出版社,1990:141

【手法名称】 掌根按法

【手法操作】 临床可分为施力掌根按法和施气掌根按法两种。患者仰卧位或俯卧位，医者伸臂、沉肩，屈腕，上身稍前倾，将力集中至施力的臂及手部，以单手或双手交叉重叠平放于施治部位，用掌根着力下按，或双手对按，一起一落。此法常用于腰背部施用巧力寸劲及四肢，也可用于急救时的胸外按摩。频率应按心跳次数。以上为施力掌根按摩(图 14－23)。施气掌根按法是以双手手掌交叉重叠着力于施治部位，运提丹田气，意从手中出，有感施治部位有股暖流徐徐窜动。

【注意事项】 操作时根据临床具体情况决定施力的大小及持续的时间，避免暴力按压。

【主治疾病】 腰背疼痛、脘腹胀痛、局部血瘀、心跳骤停、月经不调、寒凝痛经、少腹凉痛。施气掌根按法多用于下腰部虚寒证、腹部寒凝作痛、妇女宫寒症等等。

【文献出处】 李茂林编著.实用按摩推拿大全[M].北京:中医古籍出版社,1990:184－185

图 14－22 顿挫法

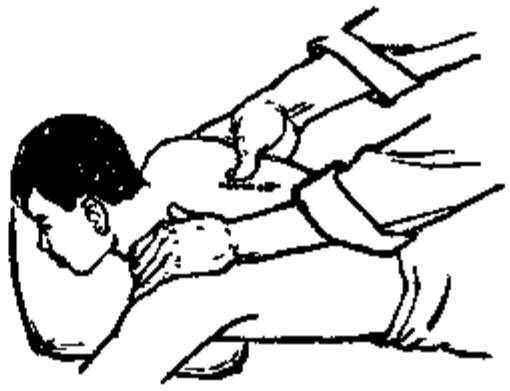


图 14－23 掌根按法

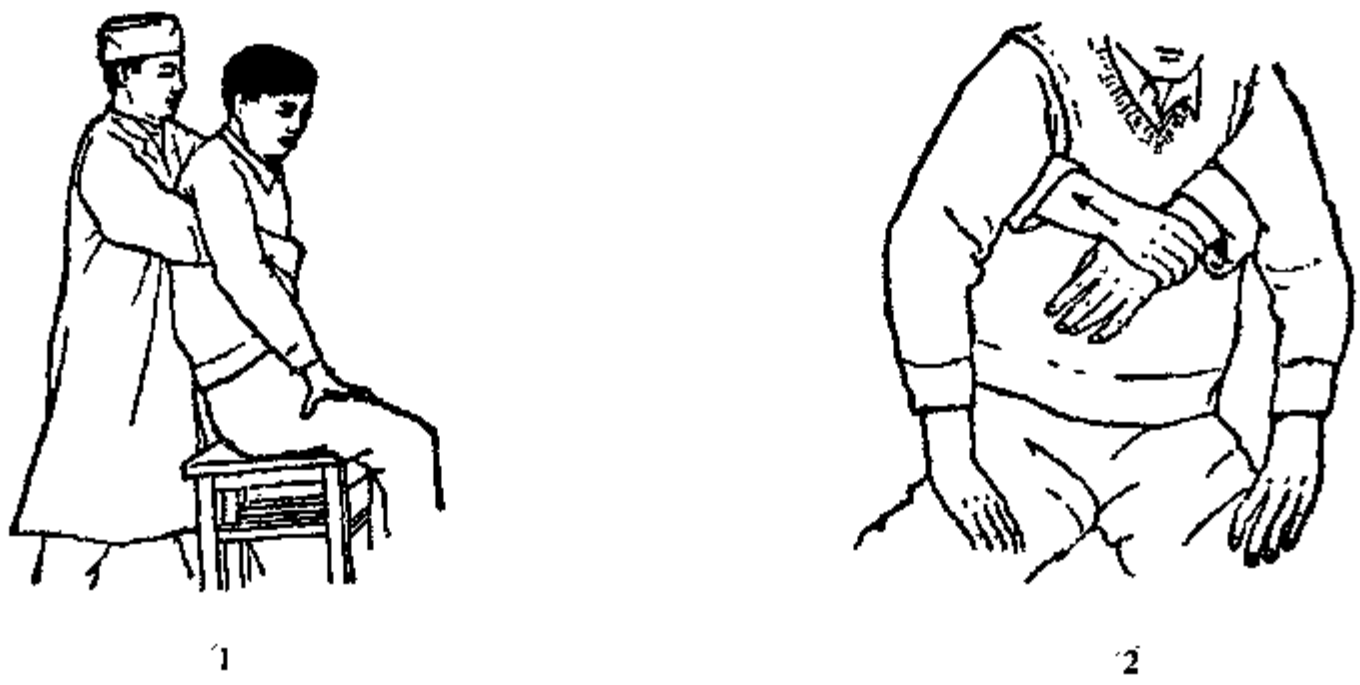
【手法名称】 锁叩开岔法

【手法操作】 双臂分别自患者腋下过胸胁于胸前锁叩，并趁患者深吸气时突然松脱锁叩，形如解锁达以开岔，称为锁叩开岔法。患者正坐位，医者立于患者背后，双臂分别插过患者腋下，于胸前交叉后锁叩(注意在最大的呼气量时医者用双臂将患者胸胁锁紧)，嘱患者加深吸气动作，并趁患者深吸气时，将紧紧锁叩于胸前的双手突然松开，患者以发出顿吸之声为宜。如此反复操作 3 次，其即感呼吸通畅、痛止。此法主要用于胸胁部(图 14－24)。

【注意事项】 操作时医者要精神集中，抓准时机解锁开岔，不可草率。

【主治疾病】 肋间神经痛、胸壁挫伤、挫闪岔气、咳嗽胸闷、肝气窜痛、胸胁胀满、肝郁气滞、胸胁疼痛、胸胁迸伤、呼吸作痛。

【文献出处】 李茂林编著.实用按摩推拿大全[M].北京:中医古籍出版社,1990:273



1　　2

图 14－24　锁叩开岔法

【手法名称】　压弹法

【手法操作】　医者以叠掌根按压患者脊柱，压到一定深度，感觉患者脊柱在按压中稍前屈后停止片刻，而后突然用适当力度弹压一次，此时往往可听一小关节复位声响。压力宜适中，弹压轻巧灵活。

【注意事项】　用寸劲弹起的方法。

【主治疾病】　脊柱强直、腰背肌劳损、小关节综合征等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：85－86

【手法名称】　拉手推背法（又称掌压推背法）

【手法操作】　患者坐位，两手手指交叉，双手上举过头，掌心向上。医者站于患者背后，一手拉持患者交叉的手，另一手掌放于颈及胸椎交结处，上拉下推，交错用力，反复多次（图 14－25）。

【注意事项】　医者两手配合要协调，上拉之力较轻，下推之力较重。

【主治疾病】　颈、背肌痉挛、胸椎小关节紊乱等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：88

【手法名称】　伸髋压背法

【手法操作】　医者拉患者下肢背伸，同时弹压病变棘突的方法。患者俯卧，医者一手按压病变棘突，另手将患肢后伸到最大限度，稍停片刻后，按压棘突的手突然用巧力弹压，此时常可听弹响声（图 14－26）。

【主治疾病】　胸椎小关节紊乱、背肌劳损、腰椎小关节紊乱等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：88

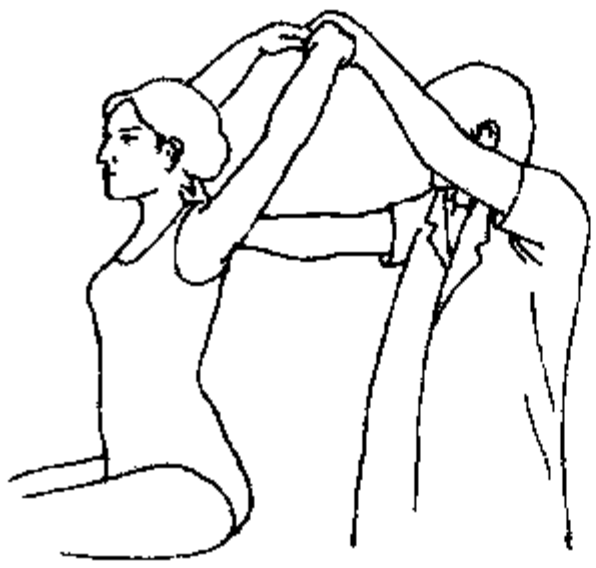


图 14－25 拉手推背法

图 14－26 伸髋压背法

【手法名称】 臂锁胸胁法

【手法操作】 患者坐位。医者立于患者背后，双臂分别从患者两腋下插过，于胸前交叉后一手握腕锁紧，然后嘱患者深呼吸，在深呼气时，双臂随之用力锁紧，待吸气开始时突然将紧锁的手臂松开，患者常发出顿吸之声。可反复操作 3～5 次，以患者感到疼痛立止，呼吸畅顺为宜(图 14－27)。

【注意事项】 操作时医者须注意力高度集中，并且医患之间要严密配合。

【主治疾病】 胸胁迸伤、挫闪岔气、肋间神经痛、胸胁胀满疼痛等。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：479

【手法名称】 搓运夹脊法

【手法操作】 患者俯卧位。开背法医者以单掌或双掌重叠，用掌根部着力于夹脊，自上而下搓运，至施术部位红软微汗为止(图 14－28)。

【主治疾病】 风寒感冒、腰背酸痛、胸胁胀闷、烦躁不安等。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：505

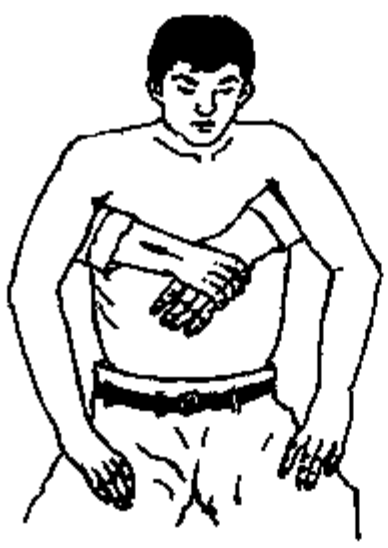


图 14－27 臂锁胸胁法

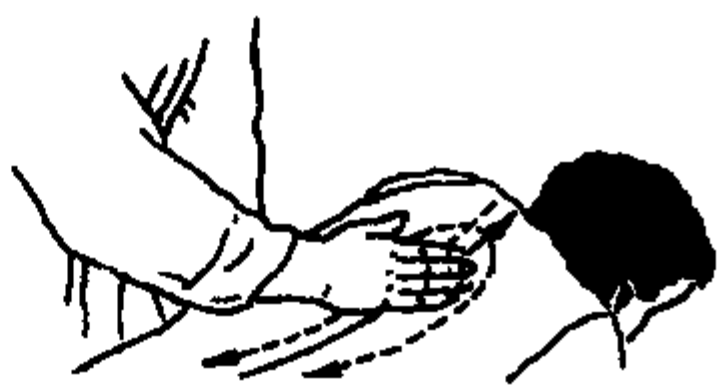


图 14－28 搓运夹脊法

【手法名称】 搓运夹脊法

【手法操作】 以掌根或用毛巾裹掌指于夹脊着力搓运，称为搓运夹脊法。患者俯卧位，

医者单手或双手交叉重叠，用掌根或毛巾裹掌指后夹脊部（自上而下为补，自下而上为泻）或背正中（自上而下为泻，自下而上为补）顺序搓而运之。自着力始，整个搓运过程不可间断，无论补泻均从正中开始，即小搓运法（以补为例），自长强搓运至大椎向左运转往大杼搓运至会阳，再转运到正中循督脉而上至大椎转运到右侧大杼，循足太阳膀胱经互会阳穴，如泻法则反之。以局部潮红、微热、略汗为宜。

【注意事项】 操作时注意保护皮肤，用力需持续均匀，不可跳跃间断。

【主治疾病】 主治伤风感冒、胸胁胀满、腰背酸痛、身热汗闭、心烦意乱、肝郁不舒。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：440

【手法名称】 脊柱颤压法

【手法操作】 双手掌重叠按压，振颤患者脊柱三个特定部位（胸椎1、2、3和8、9、10棘突处，腰椎3、4、5棘突）称为脊柱颤压法。患者仰卧位，术者立于患者侧方，以重叠掌为着力点，上身前俯，两肘挺直，以上身体重加手臂按力，分别按压患者脊柱三个特定部位各1分钟。按压时手臂要作小幅度，快速弹性颤压。

【注意事项】 按压力量不要过大，不可施用暴力。患者胸腔及脊柱器质性疾患者，此法忌用或慎用。

【主治疾病】 强直性脊柱炎、脊柱功能性生理弧度异常、胸痛、腰痛、胸闷、棘上与棘间韧带劳损。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：435

【手法名称】 推压膀胱经法

【手法操作】 用肘尖沿脊柱两侧膀胱经由上而下推压称为推压膀胱经法。患者俯卧，或面向椅背骑坐，低头弓背。术者立于患者侧方，以右肘尖着力，自上而下推压，左右各3～5遍。

【注意事项】 推压速度要缓慢，压力不可太重，治疗部位皮肤要涂以油剂或滑石粉。

【主治疾病】 胸痛、胸闷、腹胀、腰背酸痛、感冒畏寒、失眠、消化不良。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：436

【手法名称】 胸椎掌推复位法

【手法操作】 患者俯卧，两上肢置于身旁，自然放松。医者站于患者左侧，右手掌根按压患椎棘突，左手放于右手背上，嘱患者做深呼吸。在患者呼气末时，医者右手掌根用力往前往上（朝患者头部方向）推按。此时可闻关节复位声，手法完毕。此法宜复位中下段胸椎。

【注意事项】 有以下情况者要慎用手法治疗：

1. 年老体弱，妇女妊娠期、月经期。
2. 有严重心、肝、肾、肺等器质性疾病者。
3. 伴有传染病急性期，恶性肿瘤及骨与关节结核者。
4. 局部有感染病灶或皮肤病者。

【主治疾病】 胸椎损伤性疾病有轻度移位者。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：891

三、肘压类

【手法名称】 拐肘压法

【手法操作】 医者以上臂拐肘着力揉压病人患处部位。动作与拇指揉压法相同(图 14-29)，此法虽接触面积较大，但力量却来源于全身，故只在拇指压法力量达不到或很疲劳时，才用此法来代替。

图 14-29 拐肘压法

【注意事项】 本法适用于脊背、腰髋下肢后侧及外侧肌肉丰厚处。胸部及头部禁用。

【主治疾病】 压经点穴，其刺激作用与针灸大同小异。对神经传导机能障碍所引起的酸胀麻痛的治疗效果很好。有疏通经络、活血止痛之功。

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：16-17

【手法名称】 重法

【手法操作】 重法是按压手法中较重的一种手法，可用肘尖、膝或足底部在患者肌肉肥厚处按压，借以补手力之不足。前二者叫“肘压法”和“膝压法”，后者又称“踩法”。作用可达到肌肉的深层，常用于腰、背、臀或下肢肌肉丰满处。

1. 重压法 医者手执特制竹竿，然后用足底部平放于被按压部位，做有节律性起伏颤动按压。重压法分足重压法与膝重压法两种，前者用于背、腰、骶、下肢、肩等部位，后者适用于扩胸之用。此法操作切忌用力过猛或过急，以免造成肌肉组织或骨骼损伤。

2. 重搓法 此法常用于腰背部及下肢。操作时，医者用足掌心置所选用之软组织表面作自上向下的搓动，着力要求均匀而和缓。

3. 重揉法 医者根据病情需要和选用部位的大小，采用肘尖揉动或用足跟部作前、后、左、右揉动。

【注意事项】

1. 小儿及年老体弱者，消瘦患者，不宜使用重压法。

2. 重压前应先在选用部位轻轻按压数次再逐渐加重。

3. 重心应掌握在手执之竹竿或扶手上，切勿用力过猛，以免造成损伤。

【文献出处】 骆竞洪主编. 实用推拿治病百法[M]. 北京：人民体育出版社，1990：12

【手法名称】 肘顶法

【手法操作】 医者以肘顶压患者腰部的方法。患者俯卧，医者一肘顶压其腰椎旁痛点，另手扶膝后伸数次，待患者放松后，协同伸顶，一顶即松。

【主治疾病】 腰肌痉挛、腰椎小关节紊乱、腰肌劳损、腰椎间盘突出症等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：86

第三节　顶　法

【手法名称】　拳顶法

【手法操作】　医者用手近端指间关节背面按压或小范围拨动患者体表的方法。医者右手握拳，用拇指以外其余四指近端指间关节背面，着力按压施术部位，作小范围推压或弹拨。

【主治疾病】　腰背酸痛、下肢麻木、肩关节运动障碍、腰膝痿软冷痛等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：86

【手法操作】　医者用拳、肘、膝顶压患者体表某部的方法。医者以肘、膝较大关节，或多指关节组合成一个面，顶住某部位，固定不动，同时用其他方法令患者身体向被固定方向移动，两种力在被固定点及其临近处产生作用。

【主治疾病】　胸腰小关节紊乱症、急性腰扭伤、腰背僵直屈伸不利等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：86

【手法操作】　医者用拳、肘、膝顶压患者体表某部的方法。医者以肘、膝较大关节，或多指关节组合成一个面，顶住某部位，固定不动，同时用其他方法令患者身体向被固定方向移动，两种力在被固定点及其临近处产生作用。

【主治疾病】　胸腰小关节紊乱症、急性腰扭伤、腰背僵直屈伸不利等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：86

第四节　踩跷类手法

【手法名称】　脚踩法

【手法操作】　操作时患者卧于平地的垫子上。术者右手执一支撑用的木棍，左手攀住悬于高处的木环，然后以脚踩踏患者。一般以整个脚掌着力，有时仅单以脚尖着力。脚踩的力量由支撑木棍和攀握木环的两手调节。在开始踩时，先用一只脚试踩几下，逐渐地把另一只脚也提空，使负上整个的体重。踩过一处后，下来再另踩别处。每踩一次约30秒钟到1分钟。一般踩法的步骤是先用单脚横踩腹部（踩腹时一般不使另脚提空即不负上整个的体重），然后用两脚踩两肩部，一直踩到两手。而后令患者侧卧，踩上肢的外侧和下肢的内侧。最后命患者俯卧，踩腰背部和大腿后面（图14－30）。在每次脚踩法后，再用手轻推和轻拍几下，作为结束。

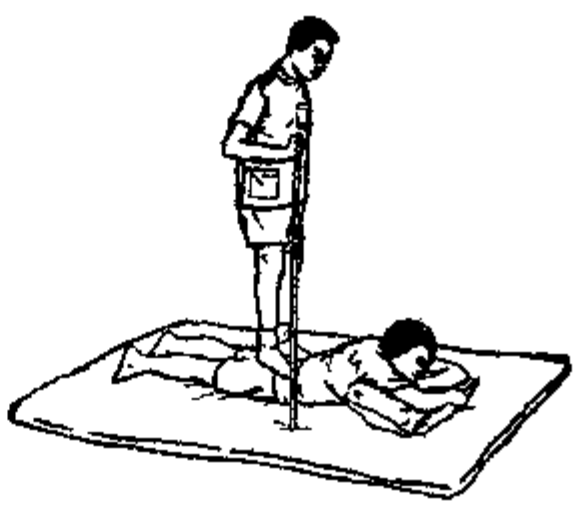


图14－30　脚踩法

【注意事项】　脚踩法仅适用于成人，小儿

不宜采用。

【主治疾病】 对一般肢体酸痛的疾患，有良好的效果。

【文献出处】 安徽医学院附属医院医疗体育科. 中医按摩学简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：48

【手法名称】 踩法

【手法操作】 患者俯卧在一张较矮的推拿床上，在胸部和大腿部各垫约 30 cm 高的枕头，使腰部架空。术者两手攀于推拿床上方设置好的固定横木上，用一脚轻轻踩于患者的腰骶部，先轻轻踩压几次，渐渐增加力量。一踩一松，有节律地使患者的脊柱，像一根担着重物走路的扁担那样，起伏弹动。嘱患者随着一踩一松的节律，张口一呼一吸。踩的力量必须由轻到重，最后达到有效的强度。一次重复踩 20 次左右，体息一下再踩，一次治疗可踩 3～4 回。这种踩法，用在腰椎间盘突出症时，有促使复位的作用。

【主治疾病】 腰骶部疾患，如腰椎间盘突出症等。

【文献出处】 安徽医学院附属医院. 推拿疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1972：39－40

【手法名称】 踩桥法

【手法操作】 单足或双足踩踏一定部位，称为踩桥法。患者俯卧，在胸部和大腿各垫 3～4 枕头，使腰部腾空，医者双手扶住预先设置好的横木上以控制自身体重，用脚踩踏患者腰部并做适当的弹跳动作（弹跳时足尖不要离开腰部）。根据患者的体质，可逐渐加重踩踏力量和弹跳幅度，同时嘱患者随着弹跳的起落，张口一呼一吸，切忌迸气。

【注意事项】 本法刺激量很大，应用时必须谨慎，对体质虚弱患者不宜使用，尤其是对类风湿性脊柱炎及曾有脊柱骨折的患者不可使用本法。

【主治疾病】 对腰椎间盘突出症有帮助复位和矫正脊柱畸形的作用。

【文献出处】 上海中医学院. 推拿学[M]. 上海：上海人民出版社，1974：89

【手法操作】 是术者用足掌踩踏患者腰部的方法。患者俯卧位，在胸部和大腿部各垫约 10 cm 厚度的枕头，腰部架空。医者双手扶住预先设置好的横木，用以控制自身的体重和控制踩踏时的力量，同时用脚踩踏患者腰部并作适当的弹跳动作。弹跳时足尖不要离开腰部，足掌前部着力于治疗部位。根据患者体质调整踩踏的力量和弹跳幅度。切忌暴力踩踏。同时可根据病情用足的不同部位采用各种足法，如点、揉、滚、摩、振、按、压等（图 14－31）。

【主治疾病】 腰椎间盘突出症、腰背痛、腰部急性扭伤等。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：245－246

【手法名称】 重压法

【手法操作】 “重压”，在操作时，医者手持特制竹竿，或手拉住床上之扶手以稳定身躯。然后再用足底部平放于被按压部位（图 14－32），先轻轻按压数次，再逐渐增加力量。使刺激作用加强，敲有节律性起伏颤动按压。

【注意事项】 重压时医者身躯宜灵活，重心应掌握在手执之竹竿或扶手上，操作时以患者能耐受为度。切勿用力过猛或过急，以免造成肌肉组织或骨骼损伤。

【主治疾病】 重压法又分足重压法与膝重压法两种。前者用于背、腰、骶、下肢和肩等部位，后者适用于扩胸之用。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：60－61

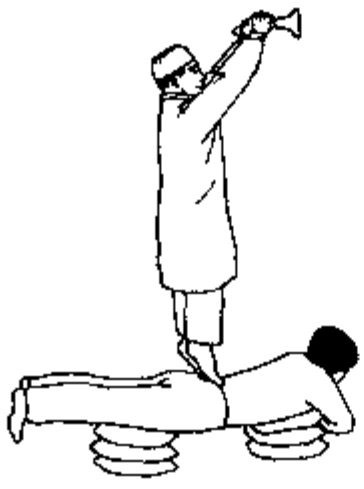


图 14－31 踩桥法

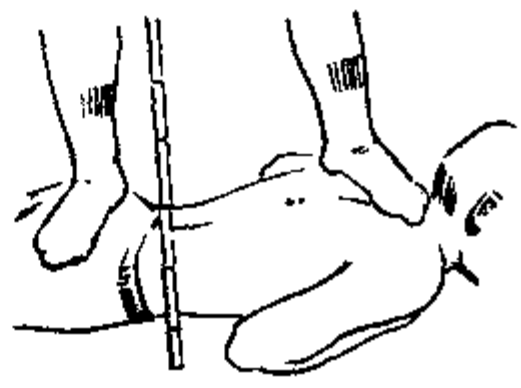


图 14－32 重压法

【手法名称】 重压肩胸法

【手法操作】

1. 术式 侧卧位，左或右足屈曲，屈肘，一手握拳置于锁骨下，医者站于床上。

2. 操作 医者执特制竹竿或手拉扶手，用一足足底部置肩上肩髃穴下方，另一足轻置腋中线渊腋处轻轻点按 1～3 分钟（图 14－33）。

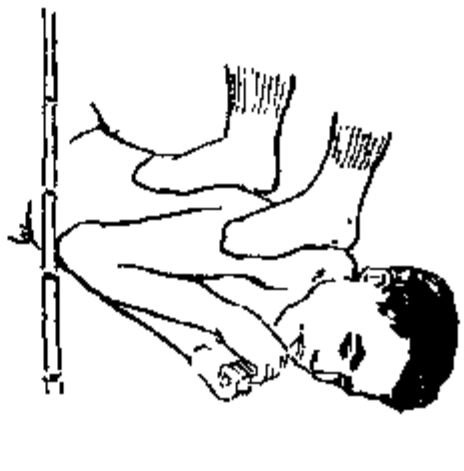


图 14－33 重压肩胸法

3. 要领

（1）胸部重按时应重中有轻，轻中有重，但不应使患者有疼痛及不适感觉。

（2）用力的重心，应操纵在竹竿或扶手上，用力大小，以患者能耐受为度。

（3）重压点按应迎随患者呼吸，点按时机在呼气时。

（4）治疗时肩胸部有重压感，治疗后有胸背舒适，呼吸通畅及增益精神的感觉。

【注意事项】

1. 年老体弱者禁用。

2. 操作时禁止患者谈笑。

3. 防止损伤肋骨。

【主治疾病】

1. 胸闷，气喘，咳逆上气，肋间神经痛，常配分肋法，束胸法。

2. 腰背疼痛，头昏，头痛，胸肋疼痛，常配推背法多拿般内肌法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：173－174

【手法名称】 肩胛下重推法

【手法操作】

1. 术式 侧卧，头向后伸，挺胸，两下肢微屈曲，医者坐其侧。

2. 操作 医者以一足足底部斜置于左或右侧肩胛内缘着力向前推动，同时以一手拿定肩部向后引伸，反复操作 3～5 次。

3. 要领

(1)向后引伸肩部和足底向前推动肩胛下缘时应同时用力。

(2)治疗时局部有紧压感，治疗后有呼吸舒畅的感觉。

【注意事项】 勿损伤肋骨。

【主治疾病】

1. 用于暴死之抢救，常配掐太冲法，捏合谷法。

2. 中气不足，精神不振，呃逆，呕吐，常配摩上腹法，拿肩井法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：171－172

【手法名称】 背部重压法

【手法操作】

1. 术式 俯卧，两手握拳置于锁骨下，头部微向上抬高，医者站床上。

2. 操作 医者手执特制竹竿或拉紧扶手，以右或左足底部横置背部大杼穴平高处，或纵置大椎穴处，另一足底部横置于骶部八髎穴处，作颤动重压，点按 2～5 分钟。

3. 要领

(1)重压时重心应放在骶部，点按时应迎随呼吸。重压时机在患者呼气时。

(2)用力大小以患者能耐受为度，重压法后继用背部重揉法。

(3)治疗时有背部沉重感，治疗后有呼吸畅快，背部轻松，增益精神的感觉。

【注意事项】 年老体弱者慎用。

【主治疾病】

1. 头昏头痛，胸闷气急，精神倦怠无力，常配掐四神聪法，捏合谷法。

2. 腰背肌痛，腰椎间盘脱出症，常配肩臀重压法，环跳按法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：182

【手法名称】 踩压法

【手法操作】 用足踩压的一种按法，常用于腰、臀，大腿等部位。踩腰时患者平伏于床面，也可在胸部和大腿部位各垫一个约 30 cm 高枕头，使腰架空。术者双手攀握上方设置好的固定横木上，用一脚轻轻踩在腰骶部，然后一踩一松有节律地踩压。同时嘱患者随着一踩一松的节律，张口一呼一吸，此时患者犹如一根担着重物的扁担起伏弹动。踩压的力量由轻慢慢加重，最后达到有效的强度(图 14－34)。踩压时可连续踩 20～30 次，间歇一会，再进行踩压，一般可重复 4～5 遍。此法也可用足尖深压痛点或穴位(如同肘压法)；也可用双足沿臀部向大腿移动踩压；也可用单足或双足踩压时滚动踩压部位。

【主治疾病】 腰臀部疾患。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民

卫生出版社,1982:18－19

【手法名称】 踩蹻法

【手法操作】 病人俯卧,如脊柱畸形者,可在胸部和髋部各垫1～2个枕头,使腰部架空。医者两手握持治疗床上空的绳索或木杠,以资固定,然后用两脚(脱鞋)交替在病人下肢后侧开始施以脚技,并逐渐上移至臀部、腰部、背部,以及肩胛周围,重点部位重点施术,开始宜轻,渐次加重,并要有节律性地一踩一松,使患者受到波浪起伏样的弹性压力,同时要求患者随着一踩一松的动作;张口一呼一吸。穴位及痛点,可用脚后跟或双足大趾踩揉、点击。如病人感到疲劳或有不适感,可停止踩蹻,休息一会再继续施术。一般每次15～20分钟(图14－35)。

【注意事项】 在应用踩蹻法前,应很好的练习脚技。踩蹻的脚技很多,有踱、蹈、蹑、踹、踵、跋、蹴、踏、蹻、趾等。踩蹻要求施术者身体轻松,两脚交替动作要快,蹻法熟练。踩蹻属于一种重刺激性的推拿方法,施术时应注意患者的承受能力,尤其医者身体较重时。另外,医者可利用床上空固定杠的作用,来减轻或加大刺激力度,灵活应用本法。如患者系久病体虚、恶病质、妇女妊娠期、跌打、挫伤等症,则不宜用本法。

【主治疾病】 风湿痹痛、椎节僵硬、脊柱后凸、侧弯、闪腰岔气、腰椎间盘脱出、椎体滑脱、腰椎小关节紊乱、腰椎骶化、骶椎腰化、坐骨神经痛、梨状肌损伤等症。

【文献出处】 栾长业等.栾氏推拿法[M].北京:人民卫生出版社,1994:82－83

图14－34　踩压法

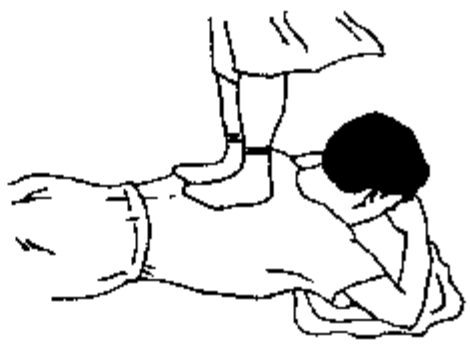


图14－35　踩蹻法

【手法操作】

1.足压法　医者以足跟、足掌、足趾在施术部位踩压,可定点踩压,亦可交替走动踩压,持续用力踩压,使力量深透达肌肉深层。力度以患者能耐受为度,切忌用力过猛,过急,以免造成肌肉组织或骨骼的损伤。多用于肩、背、腰、大腿后侧。

2.足揉法　医者以足掌或足跟在施术部位上做顺时针或逆时针旋转揉动,勿在皮肤上移动。力深达肌肉,穴位深处,患者有酸、麻、胀、热感。可双足同时揉动,亦可一足踩床,一足揉动。用于肩、背、腰骶、下肢。

3.足摇法　医者以足掌或全足底在施术部位上进行有节奏往返搓动、滚动,底与皮肤之间勿滑动,力量深透皮下组织,患者有酸、胀、热感。用于四肢。

4.足拨法　医者以足跟或足坶趾沿筋垂直方向左右拨动,力量深透,足勿在皮肤上移动,拨动频度不宜过大。用于腰背、臀部、下肢。

5.足叩击法　医者以足拇趾或足跟,在施术部位或腧穴上进行叩击,产生酸、麻、胀感。力

量先轻后重，以可忍受为度。用于腰、臀部。

6. 足颤法　医者双足或单足置于施术部位，足由上至下进行有节律地颤动，小腿肌肉静止收缩，收缩颤动均匀柔和，由轻到重，由慢到快。用于四肢、腰背。

7. 足加压法　医者将双足跟置于施术部位，逐渐下压。然后抬起足跟双拇趾下压并颤抖，力量持续，协调连贯。用于腰、背、大腿后侧。

8. 足跟蹬法　医者以足跟在患者被施术部位上用力做与水平方向成一定角度的斜向深压，使作用力达深层，有酸、麻、胀感。用于肩、腰、下肢。

9. 全足直推法　医者以全足置于施术部位，向下深压，向前推移，用力均匀、缓和、深透。用于四肢、腰背。根据施术部位，亦可采用足掌部或足跟部直推。

10. 足滑推法　医者以双足自项部、沿背部、下肢膀胱经路线缓缓推至踝部。或自项－背－肩－上臂滑动。或于腰两侧肌内滑推，双足落于床上，或于双臀部滑推至床上。用于肩、背、腰、臀部。

【注意事项】

1. 做好初诊患者治疗前解释、说明工作。

2. 踩床床垫易厚、软，治疗时采用俯卧位。

3. 开始踩压力量易小，频率易慢，逐渐加大。频率加快，使患者适应。

4. 观察、询问患者反应，出现异常反应，应立即停止治疗。医者操作要熟练，得心应手。

【主治疾病】　腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症、腰椎骨性关节病、腰肌劳损、坐骨神经痛、下肢肌肉捻挫伤、运动后疲劳及运动后肌肉痛、全身保健按摩。

【文献出处】　薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：93－96

【手法操作】　踩跷法

【手法操作】　以双脚或单脚施用不同的方法着力于治疗部位，借助自身的重力进行踩踏，称为踩跷法。

1. 患者俯卧或仰卧于特制的踩床上，适当部位垫以软枕，医者双臂或腋部架于特制的踩床横梁上，以控制自身重量。

2. 医者单脚或双脚根据不同的治疗部位控制用力的轻重和变换不同的踩踏方法，先轻后重地在治疗部位上进行踩压。

3. 踩跷法是以脚进行操作的一种推拿方法，根据用脚部位和着力方式的不同可分为拇点法、跟蹬法、跟蹂法、足心蹉法、沉压法、顿按法、足振法等数十种方法，各法之动作与相应直手法相似，可根据医者的操作需要和习惯选择使用。

【注意事项】

1. 本法刺激量较大，操作时应避免暴力踩踏。

2. 应根据患者的病情和体质选择不同的操作部位、踩踏方法、操作顺序和施力大小。

【主治疾病】　肩背疼痛、腰腿痛、闪腰岔气、肢体麻木等病症。

【文献出处】　邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：42　。

【手法操作】　用术者的单足或双足的足趾、足跟、足掌着力，踩踏在肢体的一定部位上，

并作有节律的弹压等各种动作的一种方法。操作时的要领：

1. 术者要借助于设置好的扶手或扶持物或吊环等，以便控自己的体重和踩踏的力量。

2. 踩踏时要作弹跳动作，着力部位要紧贴皮肤，不得离开治疗部位。弹跳节律要均匀，并配合病人呼吸，即踩踏下落时呼弹起时吸气。

3. 弹跳动作要连贯均匀，幅度由小到大，用力由轻到重。

【注意事项】

1. 术者在施术时要注意力集中，观察病人对手法的反应，病人的疑虑要细心解释，以消除恐惧感；在治疗过程中或治疗后，若发现病人主诉胸闷、腹胀等不良反应，则立即停止施术并即时对症处理。

2. 由于踩跷法为强刺激手法，应用时必须慎重，对年老体弱、脊柱强直、骨质疏松，或曾有脊柱骨折以及心血管疾病的患者禁止使用本法。

3. 病人要全力放松，张口自然呼吸，切忌进气，治疗前要排空大小便，放松腰带。

【主治疾病】　腰椎间盘突出症、腰椎小关节功能紊乱症、背脊肌筋膜炎、肥大性脊柱炎等。臀部踩跷法，常配合滚法、按法、揉法、弹拨法，治疗梨状肌综合征、臀肌筋膜炎、臀皮上神经损伤等症。

【文献出处】　钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：113－115

（李义凯　伍中庆　王庭臣）

第十五章　推拿类手法

【摘要】 本章所介绍的这类手法多用于脊柱推拿之前或之后，用来放松被推拿部位的组织或减轻较重推拿手法之后的局部反应。但有时对于脊椎旁的软组织，特别是肌肉筋膜病变，这些推拿按摩类手法具有很好的治疗作用。且使用安全，不易造成患者的伤害。全章分为三节，介绍了具体的推拿手法。

第一节　推拿手法

【手法名称】 推拿法

【手法操作】

1. 推　用手向外、向下、或向前推挤患者的肌肉，叫做推。推法有三。

(1)平推：用一手或两手紧贴皮肤向前推，叫做平推。这样推法，用于胸部、(前胸部、侧胸部、背胸部)腹部、腰部和四肢部，可减少血脉的充血，泻热治炎。

(2)龊(金子旁)法：用掌根向下或向前一推一回，叫做龊推。这样的推法，用于胸部和大腿，可调整血液的分布，治疗瘀血贫血等症。

(3)侧推：用拇指或其他四指向侧面推，叫做侧推。用于头颈部，可减少皮肤的紧张，散寒解瘀。

2. 拿　用手拿定患处，用力较重，慢慢地增减，叫做拿。拿法有两种。

(1)展转拿：用一手或两手拿定肌肉，向左右展转，叫做展转拿。这样的拿法，用于肌肉酸痛的地方。

(2)紧缩拿：用一手或两手拿定肌肉，向中紧缩，叫做紧缩拿，用于肌肉冷痛的地方。

推拿是两种手法，可是推和拿有连带的关系，是分不开的。所以，有时一推一拿，有时随推随拿，有热就泻热，有寒就散寒，去积瘀，通经络，和气血，功效之大，以推拿为最。

【文献出处】 陈宇清. 新推拿法[M]. 郑州：河南人民出版社，1955：3－5

【手法名称】 推拿

【手法操作】

1. 推　此种手法是推拿科最基本、最常用的手法之一，医者可用拇指在指峰、螺纹、或者偏峰(少商穴)，着实于患者须治疗的某一部位上，屈肘关节，以腕关节为主动，作来回不断的，有节律的摆动，拇指关节亦须作不断屈伸运用，谓之推，亦称一指禅功。它可适用于全身各个部分，根据病之寒、热、虚、实，应用时要轻重快慢，适得其宜。具体有平、浅、深、陷四种劲：平劲在皮肤，浅劲在肌肉；深劲在筋骨；陷劲在骨骼骨内脏。用以舒经活络、调和营卫、泻热散寒、祛

积消滞，最为适用。

2. 拿 此法是推拿科强刺激的手法之一，适用于四肢、肩、颈、腋下线各个部分，根据病之虚实，要松紧适宜，不可用死劲。实则重拿；虚则轻拿。缓缓而行，或停片刻再拿。倘遇重症，如脊椎炎而致脊椎畸形弯曲，呼吸困难者，则施术时医生须站在病人背后，以膝盖抵住病人脊椎，而用两手拿其腋下及其前方，便可疏通其肺气，使呼吸困难立即解除而获得舒畅。拿法刺激比较剧烈，用以泻热开窍，祛风散寒，疏通经络。若虚症气下注者，拿时从脚底涌泉穴由下至上。气壅于胸，拿时从肩部肩井上至下。遗精可拿其大腿内侧血海、箕门诸穴，以闭其精门。惊厥、气闭，拿其上肢腋下线中府、云门诸穴，以疏气活血。拿法用于临床，要乘病人呼吸平稳，全身放松毫不紧张之时拿之。拿法可分三指、四指、五指拿三种，单双手均可。医者用大拇指和其他几指分作对称劲，拿取治疗部位之肌肉，谓之拿。

3. 滚 医者以掌背、小指本节或以掌背、小指、无名指，中指之本节，用一定的压力，附着于患处或有关的治疗部位的肌肉组织上，腕关节主动地前后不断推动，两手同时进行或交叉进行均可。此种手法亦是推拿本科最常用，最基本的手法之一，它所刺激的面积较其他手法为大，深透力强；运用此法很快地就能深透到肌肉组织的深层，使其生理机能发应感应，促进血液、淋巴循环，调整神经传导功能。此手法适用于腰、背、臀部、四肢、颈部、主祛风散寒、通经疏络、消炎止痛等，又能松弛关节之粘凝。

4. 摩 医者分别用指端（食指、中指、无名指）、掌心或鱼际之不同部位，贴住患者躯体的表面，作不断的盘旋动作，谓之摩。压力的大小以患者舒适为宜。此手法是本科内比较轻软柔和的手法，在治疗中常用于胸腹腔或局部之炎症，对消化系统疾患甚为有效。能理气和中、舒气活血、消炎退热。急摩为泻，缓摩则补。

5. 按 医者用拇指罗纹着于患者身体之某一部位或穴位上，微用力深压揉捻，按而留之，不可呆板。本法适用于小儿惊厥、风湿痛、关节炎、胃痛等症，以刺激深透为目的，单侧，对称均可进行。经有“冬不按蹻，春必病温”之说。此法是本科的诱导手法，以达到通经活络、开通闭塞的诱导作用，一般用于头、颈、肩、背、腰、臀、下肢等各部位。

6. 点 医者用拇指峰、中指、食指之中节，或屈肘关节以突起之鹰嘴部分，点取某一部位或穴位，用力下压，以深透为度，面止其疼痛。此种手法是推拿科中最强烈的一种攻泻手法，主散寒祛风、通畅脉络。多用于体胖结实者之实症，可施于全身各个部分，但在运用时须谨慎从事。

7. 摇 医者握患者适当部位（如腕部），作前后左右旋动作，先朝里摇，缓缓而行，不可操之过急。颈部及上肢患者可坐着或立着进行，下肢患者则须仰卧于床上进行，腰部患者坐立均可。此法是本科是本科常用的辅助手法之一，它适用于全身各活动关节强直粘凝，以及肌肉硬化等症。主通腠理、开关节，使产生热气，上熏于脉络，能帮助患者增强肢体的活动能力。

8. 抖 嘱患者正坐，两肩松开，手臂放下，医者作微屈膝弯腰状，用两手对称握住患者一臂之腕部，微用力向上送；作波浪式的颤动，谓之“抖”。此手法是本科中的兴奋手法，一般适用于上肢，但下肢亦有应用。主滑利关节、产生热气，上熏脉络，舒松肌肉、消除疲劳。

9. 搓 医者两手伸开，掌心空虚，对患者所治疗的部位，作对称性的托抱，然后前后移动，须柔软均匀，如狮子盘球，由上至下，由下至上，不得间歇。本手法亦是本科中兴奋手法之一，适用于四肢两胁部位，主疏肝、平风、解郁、舒松脉络，以减轻疲劳、提神舒气。

10. 掐 医者用两手指罗纹（拇指和食指），上下对称性地衔取某一部位，用力内收，谓之“掐”。这是本科中小手法之一，适用于四肢末梢，对刺激末梢神经，有开窍提神的作用。

11. 捻　医者用两手指罗纹(拇指和食指)作上下对称性的衔取某一部位,用力内收;同时在手法不变的情况下,作左右捻动,谓之"捻"。此法是本科常用的小手法,它适用于四肢各小关节,小儿口腔周围;临床上一般用于小儿惊厥,成人四肢末梢麻木及口眼歪斜等症,可使紧张者松施,而松弛者紧张。主疏通关节,使气血畅行。

12. 揉　医者以少商、鱼际或掌根着患处,微用力作左右不停地移动,要有微风吹池塘之意。此法是本科主治局部炎症之重要手法,可适用于全身各个部位,是一种柔软的刺激手法。主消肿止痛、祛风散热。其与摩法的区别是重为揉,轻为摩。

13. 缠　医者以大拇指头少商在患部用如"推"的手法,划成半圆形,越快越好,每秒钟须达四五次。这又叫做"心功劲",在临床上取其对患处缠绵不绝之意。医者要发动全身之气,集于施术之指。此法多施于气闭、气厥、气脱等症处于危险之时,有回阳之妙用。施术部位多选用膻中、两胁下、鸠尾、上、中脘、丹田、天枢、章门、期门、气海……等穴。此法练习如"推法",肩、肘、腕关节要松开,腕须下垂,端平吸定,精神集中,两目不可盯住手,快推慢走,轻而不浮,重而不滞。

14. 擦　此种手法在临床上运用很广,周身均可。一般分三种类型。也有称"推法"的,谓之平推、侧推、鱼际推、抱推等等。运用此种手法,还需配伍外用传导油,它可以润滑皮肤,病人必须脱去衣着,才能进行治疗。

(1)平擦:医者以正掌着于患处或有关部位上,以掌根为重点,着力向前后或左右推动。

(2)侧擦:医者用尺侧小鱼际处着于患者有关部位上,作前后推动。

(3)鱼际擦:医者用拇指大鱼际处之柔软组织贴于患者有关部位上,作前后或左右推动。

15. 拍打　是"拍"与"打"两种治疗方法的综合,一般应用于麻痹以及肌肉过分疲劳的部位。因它可兴奋神经,松弛肌肉的紧张,调整机能,从而促进新陈代谢,使麻痹现象逐渐消失。

它的应用很广,略举几例如下:

(1)两手拍打的应用,在重拍肩,轻拍胸的动作中,有清肺退热、舒气宽胸、理气和中之功,故对气喘有特殊疗效。

(2)虚掌击打腰部,使肌肉紧张度缓和而减轻腰部疼痛。

(3)单掌击打头顶前额,清醒头目。

(4)反掌击打大椎,能祛风散寒,振奋精神。

(5)医者两手从病员小腿两旁合拢来拍打腓肠肌,可使腿痛的感觉消失。

上述应用法,符合中医以痛止痛的方法。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿医士学校. 中医推拿学[M]. 上海:上海科技卫生出版社, 1959:26 - 37

第二节　推　法

【手法名称】 骨节法

【手法操作】

1. 部位　即背梁脊骨。

2. 手法　用两大指外侧:由项下大椎,交互推至臀尖。

【主治疾病】　治伤寒骨节疼痛

【文献出处】　江静波.小儿推拿疗法新编[M].南京:江苏人民出版社,1957:50

【手法名称】　推法

【手法操作】　此种手法是推拿科最基本的常用手法之一,医者可用拇指的指峰或螺纹偏峰(少商穴部位)着实于须治疗的某一部位或穴位上,沉肩垂肘,以腕关节为主动,作来回不断地有节律的摆动,拇指关节亦须作不断的屈伸运动,此谓之推也。亦称"一指禅"。推时呈直线,不可歪斜。

【注意事项】　应用时,根据病之寒热、虚实,有轻重快慢之分,达到舒经活络,调和营卫,泻热散寒,祛瘀消滞,补中益气之目的。

【主治疾病】　它适用于全身各个部位的适合推拿的疾病。

【文献出处】　上海中医学院附属推拿学校.推拿学[M].北京:人民卫生出版社,1960:96

【附滚法操作】　抬腿时腰部之单手滚法,应用于骨痹风、半身不遂等疾患,在腰部进行滚法的同时配合前俯后仰的被动运动(图 15-1);抬腿时上举后拉腰部之单手滚法(图 15-2),应用于腰推间盘突出症及腰部疾患等。

图 15-1　抬腿时腰部之单手滚法

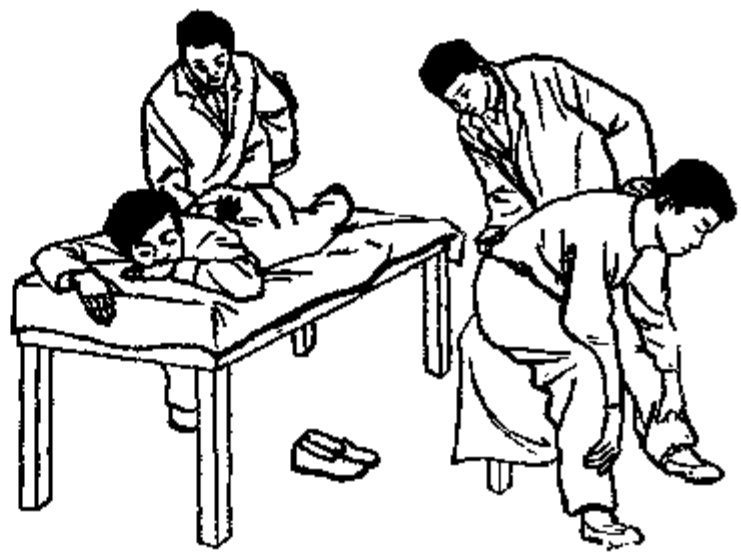


图 15-2　抬腿时上举后拉腰部之单手滚法

【手法名称】　拇指平推法

【手法操作】　用拇指的指面接触皮肤,向一定方向推动。向前推时拇指着力,往回收时拇指指关节微屈,指背接触皮肤带回。其他各指的指间和指掌关节在推时略微屈曲,往回带时伸直,各指均不需用力仅作为帮助固定方向(图 15-3)。如此连续的一推一回,频率由慢转快。这种手法必须经过长期练习,使指力十分有劲,指、腕关节十分灵活,用力随心所欲。拇指平推有用单手操作或双手交替操作;也有用双手同时操作,以双手的拇指在经穴上向左右推开,又称为分法。

【主治疾病】　拇指平推的适用范围很广,头、背、四肢皆可应用,一般多用在头部和背部。在前额痛时可以分推印堂穴和攒竹穴,还有分推肩部、阴阳、大椎等。另外有一种"分筋法",也属分推法的一种形式,所独特者,"分筋法"的用力较深,达到肌肉层,并且随着肌肉的行走方向进行分推。在腰背部扭伤时,应用这种手法有很好的疗效。小儿按摩治疗中还有许多特殊的推法,如推脾土、推三关、推清河水等。

【文献出处】 安徽医学院附属医院医疗体育科. 中医按摩学简编[M]. 北京:人民卫生出版社,1960:24~25

【手法名称】 推天柱骨

【手法操作】

1. 部位 在项后第一椎上人发际一寸处。

2. 手法 医者以左手扶患儿之前额,右手拇指或食指,自后发际上一寸处向下推至第一椎骨。推20~40次。

【主治疾病】 呕吐、泄泻、惊风、天吊、角弓反张、颈项强直。

【文献出处】 孙重三,陆永昌. 儿科推拿疗法简编[M]. 济南:山东人民出版社,1962(第二版):44

【手法名称】 平推法:用全掌或大鱼际(掌面拇指侧隆起肌肉)或小鱼际(掌面小指侧隆起肌肉)附着于治疗部位上作上下或左右推动称为平推法(或叫擦法)

【手法操作】

1. 手臂自然,腕关节伸直,指掌着力部分要吸住肌表,不能有空隙。

2. 操作时不论是上下推动或左右推动,均须循直线来回往返,不可歪斜。

3. 上臂活动幅度要大,用力要均匀,不可屏气,一般每分钟推动100次左右。

【注意事项】 在人体上操作能使对方肌肤深层透热而不擦破皮肤。

【主治疾病】 是一种柔和而温热的手法。其中全掌推的温度较低,适用于胸腹部,如胸胁痛、胃痛及消化不良等症;小鱼际推的温热度较高,多用于肩背腰臀的酸痛麻木和伤筋等;大鱼际推的温度中等,在胸腹、腰背、四肢等部位均可应用。对外伤红肿、局部痛剧者宜用本法。

【文献出处】 上海中医学院编. 针灸新医疗法推拿学[M]. 上海:上海中医学院出版社,1971:89

【手法名称】 枕后分推法

【手法操作】

1. 术式 俯卧,两肘屈曲,两手握拳置其锁骨下方,医者坐其头部前方。

2. 操作 以两手拇指掌侧对置枕后风府穴处,向两侧分推经风池、完骨、医风穴处,再转向耳后,由下向上沿耳后经瘈脉,颅息,角孙至禾髎穴止,反复推动2~5分钟(图15-4)。

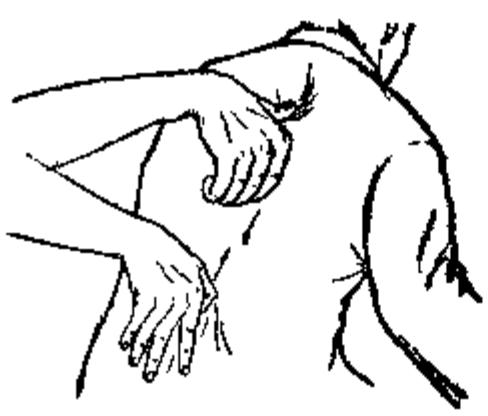


图15-3 拇指平推法

图15-4 枕后分推法

3. 要领

(1)操作时患者头微前倾,颈微向上伸直。

(2)沿经穴位推动时,均配合按法。

(3)治疗时有酸胀感,治疗后有颈项和耳后温热、舒适及头脑清爽的感觉。

【注意事项】 分推时患者应停止谈笑。

【主治疾病】

1. 头昏,头痛,风寒引起者,配用捏颈肌法;贫血性引起者常配额前分推法。

2. 并窍急救,常配合掐人中法,捏合谷法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆:重庆出版社,1982:133 - 134

【手法名称】 指分腰法

【手法操作】

1. 术式　俯卧,医者站其侧或站其头部前方。

2. 操作　以两手拇指分置脊柱两侧肾俞穴处,其余四指分别置于腰际,自内向外下方分推至带脉穴止,反复操作 3 ~ 5 分钟(图 15 - 5)。

3. 要领

(1)指分推或掌根分推时,拇指或掌根部须着力,余四指或掌心及手指仅起固定支撑作用。

(2)推动时宜缓不宜急。

(3)操作时有沉重、微胀及皮肤摩擦之温热感,治疗后有腰部轻快及自然挺腹的感觉。

【注意事项】 腹胀患者慎用。

【主治疾病】

1. 中腰背部疼痛,类风湿性脊柱炎,常配推背法,分肋法。

2. 倦怠无力,少气懒言,中气不足,气虚下陷,常配拿肩井法,推膈俞法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆:重庆出版社,1982:184 - 185

【手法名称】 推背法

【手法操作】

1. 术式　俯卧,两手握拳置于锁骨下,医者站其头部前方。

2. 操作　以两手拇指掌侧对置脊柱两侧大杼穴处,自上向下沿脊柱两侧推动至大肠俞穴止,反复操作 3 ~ 5 分钟(图 15 - 6)。

3. 要领

(1)操作时宜向前呈直线推动。

(2)推动时两侧均匀用力,以局部皮肤微红为度。

(3)向前推动时,背部皮肤不应使有皱褶,必要时可蘸酒推动。

(4)背部用力宜稍重,腰部用力宜稍轻。

(5)治疗时背部有发胀及沉重感,治疗后背部有发热和轻松的感觉。

【注意事项】

1. 皮肤干燥或肌肉瘦消者应慎用。

2. 防止擦伤皮肤。

【主治疾病】

1. 腰背拘急，腰背部扭伤，小儿疳疾，常配分腰法，脊背拿提法。

2. 头昏，头痛，颈椎病，头枕部疼痛，常配揉风池法，推按阳明三穴法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：176

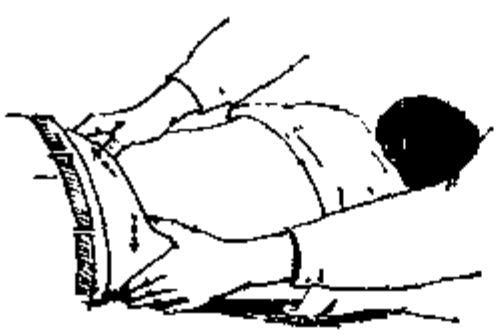


图 15－5 指分腰法

图 15－6 推背法

【手法名称】 掌分腰法

【手法操作】

1. 术式 俯卧，两手握拳置于胸前，仰头挺胸。医者站其侧。

2. 操作 医者以两手掌根部对置于脊柱正中，然后向两侧肾俞穴处分推，其余四指附于腰际，掌根自内向外推动 3～5 分钟（图 15－7）。

3. 要领

（1）分推时两手掌根部用力宜均匀，缓慢而着力。

（2）分推时及治疗后均有局部温热及腰部舒适感。

【注意事项】 腹部胀满者慎用。

【主治疾病】

1. 风湿性腰背痛，腰部扭伤，腰肌劳损，常配拿腰肌法，揉委中法。

2. 精神萎靡，倦怠无力，胃下垂，肾下垂，常配推膈俞法，掌推肩胛法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：185－186

【手法名称】 腰部补消兼施法

【手法操作】

1. 术式 侧卧，两下肢屈曲，医者坐其侧。

2. 操作

（1）医者以一手四指指端置一侧腰部肾俞穴处，自腰后向腹部推动 1～2 分钟（图 15－8）。

（2）再以另一手四指掌侧置一侧腹外侧大横、府舍穴处，自上向下摩动，沿髋骨内缘至水道、归来穴处止，反复操作 3～5 分钟。

3. 要领

（1）自腰向前推动应用力均匀而有节律，宜缓不宜急。

（2）推腰摩腹之比例为 2∶3，如腰肌丰满者可少推多摩。

(3)治疗时及治疗后,腰及下腹均有轻松感觉。

【注意事项】 下腹胀满者慎用。

【主治疾病】

1.腰肌劳损,腰骶疼痛,下肢萎弱无力,坐骨神经痛,骶髂关节炎,下肢麻木瘫痪,常配摩侧腹法,环跳按法。

2.腹痛,腹泻,小儿消化不良,常配按天枢法,揉大椎阳关法。

【文献出处】 骆竞洪.实用中医推拿学[M].重庆:重庆出版社,1982:188－189

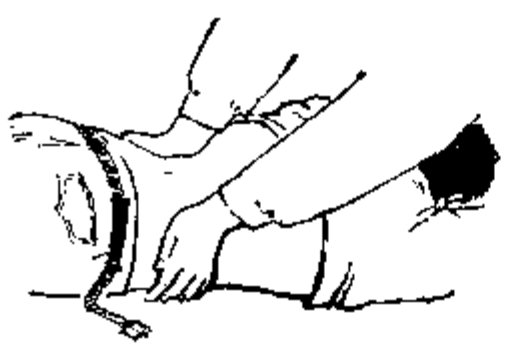


图 15－7　掌分腰法

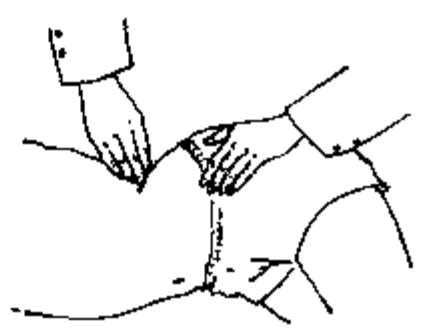


图 15－8　腰部补消兼施法

【手法名称】 背部挤推法

【手法操作】

1.术式　俯卧,两下肢伸直,医者站其前。

2.操作　以两手拇指分置脊柱两侧大杼穴平高处,其余两手四指分别固定于两腋下,由上向下呈直线挤推脊柱两侧之骶棘肌,至膈俞穴平高处止,反复操作3～5分钟(图15－9)。

3.要领

(1)挤推时应将两侧肌肉由外向内挤起,缓慢向前推动。

(2)两侧用力须均匀,避免皮肤和肌肉重叠。

(3)挤推后,可继以背部抚摩法,以消除挤推之不适。

(4)治疗时感有局部皮肤发热及紧胀感,治疗后有背部轻松及胸部舒适的感觉。

【主治疾病】

1.胃寒,腹胀,恶心,呕吐,呃逆,腰痛,泄泻,羸瘦不生肌肤,疳积。

2.脊痛筋缩,风湿性关节炎,腰背部劳损,常配背部拳揉法,背部抚摩法。

【文献出处】 骆竞洪.实用中医推拿学[M].重庆:重庆出版社,1982:179

【手法名称】 肘推法

【手法操作】 医者屈肘,以肘尖着力,顺着患者经络循行路线自上而下推行(图15－10)。治疗于脊柱及两侧膀胱经循行部。

【注意事项】 要求用力不宜过猛。身体虚弱者忌用。

【主治疾病】 高血压症。

【文献出处】 闻正怡,周华龙,刘孔江.朱金山推拿集锦[M].南京:江苏科学技术出版社,1983:7－8

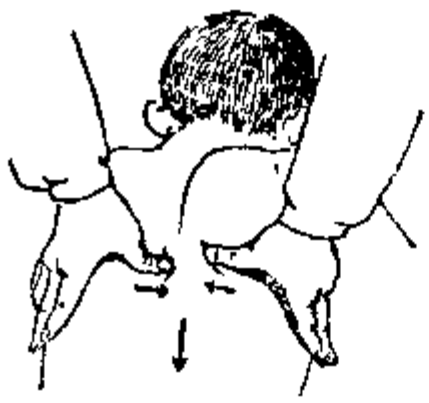


图 15－9 背部挤推法

图 15－10 肘推法

【手法名称】 背部分推法

【手法操作】 患者俯卧，医者坐或站其头部前方，医者以两手拇指分置脊柱两侧大杼穴平高处，其余四指置其两侧，自内向外下方沿背部肋间隙分推至腋中线止，自上而下至胃俞穴平高处止，反复操作 3～5 分钟。

【注意事项】 分推时，患者应自由呼吸，分推时手法要轻柔、均匀而用力。

【主治疾病】 外感风寒、头昏、枕部疼痛、颈项强痛、腰背疼痛、肩臂不能上举等症。

【文献出处】 贾河先，骆仲逵，骆仲达，汪天曙著. 三宝合璧[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1984：253

【手法名称】 掌推肩胛法

【手法操作】 患者直坐或侧卧，医者以一手拿定患者左或右肩，并向后方掀扳，另一手用掌根推自肩中俞穴沿肩胛脊柱缘经膏肓穴，向外下方推至腋中线止，反复掌推 2～3 分钟。

【注意事项】 操作时，患者头向后仰并向前挺胸，在掌推至膏肓穴处时应着力推动，同时嘱患者咳嗽。

【主治疾病】 咳逆上气、胸闷气急、恶心呕吐、头昏目眩、四肢无力、阳虚欲脱等病症。

【文献出处】 贾河先，骆仲逵，骆仲达，汪天曙著. 三宝合璧[M]. 重庆：科学技术文献出版社重庆分社，1984：254

【手法名称】 推按风池法

【手法操作】 病人取坐位，颈项肌肉放松。术者立在后方，用双手拇指指腹部位，在病人后脑枕部的风池穴位作按压、推按手法操作。按压时，要由轻到重，使穴位感应较大。推按时，手法由下到上，反复 4～5 次（图 15－11）。

【注意事项】

1. 作按压手法要持续 5 分钟左右（力量要由轻到重），然后旋揉局部穴位，先顺时针方向，后逆时针方向。

2. 推按手法动作要慢，要由下向上地进行（根据病情也能由上向下进行手法），手法要柔和有力，力量持续渗透。

3. 禁用蛮力动作。

【主治疾病】 活血开窍醒脑。主治颈椎病、后脑枕部隐痛、高血压、上感头痛、颈项韧带钙化、颈部急性或慢性损伤、神经衰弱、失眠多梦、偏头痛、落枕等。

【文献出处】 潘新平. 推拿治疗颈肩腰腿痛[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,1984:107－108

【手法名称】 推按大椎法

【手法操作】 病人取坐位,颈项肌肉放松。术者立在后方,用双手拇指推按颈部大椎穴。继而用滚揉手法,在推按大椎的部位进行3～5次滚揉手法(图15－12)。

【注意事项】

1. 推按大椎(穴位)时,注意部位的准确。

2. 手法要先轻后重,逐步加压。

【主治疾病】 行气开窍,活血镇痛。主治颈椎病、落枕、后脑枕部隐痛,颈项软组织损伤、肩关节周围炎,高血压、神经衰弱、胸背痹痛、支气管哮喘等。

【文献出处】 潘新平. 推拿治疗颈肩腰腿痛[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,1984:108－109

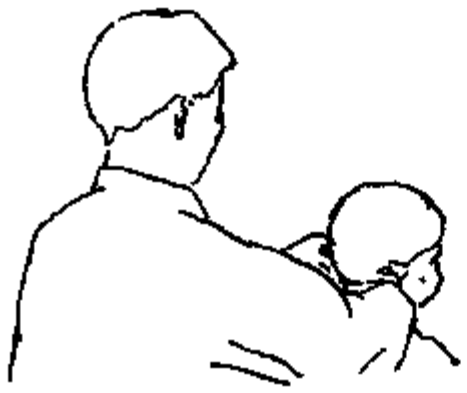


图15－11 推按风池法

图15－12 推按大椎法

【手法名称】 颈项侧推法

【手法操作】 病人取坐位,颈项肌肉韧带放松。术者立在后方,一手扶按头脑侧部,另一手作颈项侧椎法。侧椎时,术者以拇指指腹在颈部的痛点(及韧带钙化点)上作柔和推按,两侧交叉地进行。继而用指揉手法在推按部位作小范围的揉法(图15－13)。

【注意事项】

1. 施术时,病人颈部侧弯,侧推手法要柔和有节奏,必要时在痛点的上下两端作诱导侧推;

2. 指揉手法要在足太阳膀胱经的循行路线上施术。

【主治疾病】 活血止痛,松弛肌肉。主治颈项韧带钙化、落枕、偏头痛、高血压、颈椎病、后脑枕部隐痛、颈部软组织损伤、耳鸣耳聋等。

【文献出处】 潘新平. 推拿治疗颈肩腰腿痛[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,1984:111

【手法名称】 颈项后仰推按法

【手法操作】 病人取坐位,颈项肌肉韧带放松,并作向后仰头。术者立在后方,一手扶按

病人的前额，另一手用食指、拇指推按病人后脑枕部和风池穴。推按时动作要小，指尖用力。继而，用掌根揉法在此处（低头姿式）施术 1 分钟左右（图 15－14）。

【注意事项】

1. 后仰推按切禁暴力，动作要柔和适度。

2. 掌根揉法时，病人将头部向前低，两眼视前下方。

【主治疾病】 颈椎病、落枕、枕部隐痛、头痛、高血压、中风后遗症、项韧带钙化。

【文献出处】 潘新平. 推拿治疗颈肩腰腿痛[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1984：111－112

图 15－13 颈项侧推法

图 15－14 颈项后仰推按法

【手法名称】 捎扛背挎法

【手法操作】 捎者，用肩头推骨人髎之法，如挑负然，将患者捎起，骨人髎矣。此法较之用手拉手拽，更觉有力多矣。扛者，以肩背将患者举起而施治。背者，用脊背把人驮起而推骨人髎。挎者，以胳膊弯之挂劲和大胯之支撑力将患者抬起治之。捎扛背挎一法，俗称大背大挎，系复法之绝技，历来家传之秘法。其治如相扑，如挎篮，如挑负然。

【文献出处】 李永昌. 中国按摩术[M]. 合肥：安徽科学技术出版社，1985：73－74

【手法名称】 刘寿山的拍胸推腹弯腰法

【手法操作】 患者直立，双手高举站立在床边，面向医者。医者站在患者前方，扶患者双肩，左右旋转数次后，用两手掌轻轻拍患者胸部，（图 15－15）；在患者不注意之时，双手掌猛然推患者双侧髂骨前部，使患者跌坐在床上（图 15－16）。

【主治疾病】 急、慢性腰部扭挫伤、腰椎间盘突出症、关节错缝、闪腰岔气、腰部痹证等。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：148

【手法名称】 指推风池

【手法操作】 病人取坐位，术者用一手拇指和食指的指尖按在穴位上，然后以指间关节的快速屈曲摆动，将力透达到穴位的深处。

【主治疾病】 感冒、头痛、颈强痛、面瘫。

【文献出处】 孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社，1989：91

图 15－15 拍胸推腹弯腰法之一

图 15－16 拍胸推腹弯腰法之二

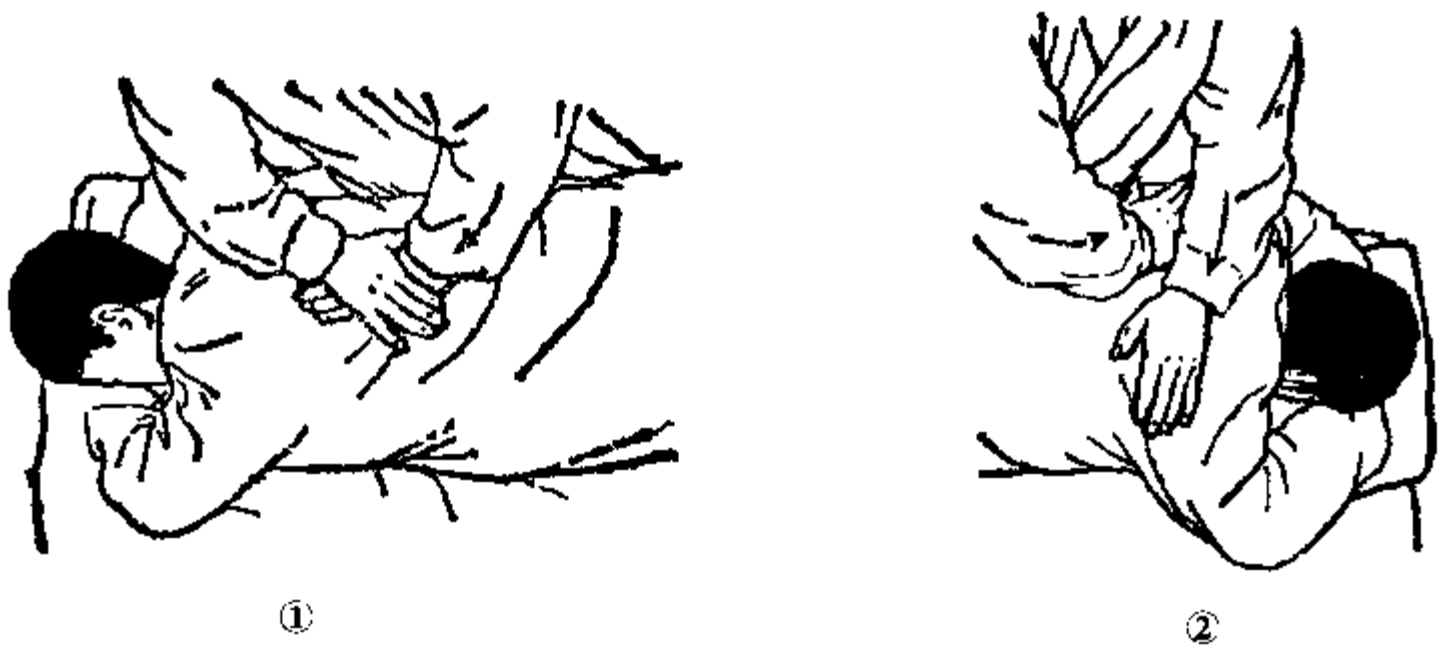
【手法名称】 推按腰背法

【手法操作】 以双手掌交叉置于脊椎两侧(左手置右侧,右手置左侧,掌根在内,指端向外)同时反方向用力推而按之,称为推按腰背法。患者俯卧位,医者沉肩,伸臂,将双手交叉横置于脊椎两侧(左手横置右侧,右手横置左侧,掌根朝内,指端向外)同时反方向用力推而按之,边推边移动,推以横行,按以移行,从上至下,顺序推按,同时医者可加用自身前倾惯力以增加其疗效。此法用于腰背及脊椎两旁(图 15－17)。

【注意事项】 操作时着力和缓、连贯,不可压抑。

【主治疾病】 腰背劳损酸痛、扭闪岔气、胸胁迸伤等。

【文献出处】 李茂林编著.实用按摩推拿大全[M].北京:中医古籍出版社,1990:269



① ②

图 15－17 推按腰背法

【手法名称】 推抚性手法

【手法操作】 由于推与抚两种手法在治疗成人疾病中,常结合应用,所以此法又为复合

性手法，多用于术前和术后，为栾氏推拿法中最基本的手法之一。此法分单手、双手和双手重叠推抚三种。

1. 单手推抚法　医者以单手全掌紧贴于施术部位上，作向心性或离心性推抚。操作时起点手法轻，中间重，止点又轻。并在到达终点后，手掌不加压力地沿施术部位两侧拖抚至原处。如此反复，直到局部出现红润，皮温增高，紧张度消除为止。

2. 双手推抚法　医者以双手全掌着贴用力，方法与单手推抚相同。主要用于施术部位面积较大之处，如腰背部、胸腹部等。

图 15－18　推抚性手法

3. 双手重叠推抚法　医者双掌重叠施术，方法同上（图 15－18）。本法力度较大，作用深透，常用于脊背部某些器质性病变，如“肥大性脊柱炎”、“腰肌劳损”等。

【注意事项】　凡扭挫、撞击、跌打性软组织损伤，并有局部皮下瘀血，肿胀者，勿用离心性推抚法。

【主治疾病】　本法主治腰背拘紧、气血瘀滞痹痛、四肢麻木不仁、皮下瘀血、头痛失眠、胸闷腹胀、气结食滞等症。

【文献出处】　栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：57－58

【手法名称】　双指推背法

【手法操作】　患者俯卧位。医者以双手拇指腹部对置于脊椎两侧大杼穴平高处，自上而下沿脊柱两侧推至胃俞穴平高处止，反复操作 5～7 次。

【主治疾病】　项背拘急酸痛、胸胁胀闷、小儿疳积、头昏头痛等。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：506

第三节　拿　法

【手法名称】　紧缩拿

【手法操作】　用一手或两手拿定肌肉，向中紧缩，叫做紧缩拿。

1. 部位　肩部和颈部。

2. 顺序

（1）自枕骨部外侧起，经过颈部至锁骨外侧（锁骨三分之一的地方）和肩胛冈的上唇（斜方肌的止点）；

（2）自锁骨外侧（锁骨三分之一的前面）肩峰和肩胛冈起，经过肌腹（三角肌的中央）至肱骨二分之一的外侧面（图 15－19）。

3. 联系　和推法、揉法、掐法有联系。

4. 治疗原理　肌肉冷痛，是一种急性的风湿症。用“紧缩拿”医治；是把紧缩刺激力深入

肌腠，追风驱湿缓和神经，恢复正常的体温，使患病的肌肉，由急剧而转入舒适，那冷痛的地方，立时就能痊愈。照上边说，推拿是两种手法，可是，推和拿有连带的关系，是分不开的。所以，有时一推一拿，有时随推随拿，有热就泻热；有寒就散寒，去积滞，通经络，和气血，功效之大，以推拿为最。

【主治疾病】 可治肩部冷痛（痛是神经紧张）。

【文献出处】 陈宇清. 新推拿十八法详解[M]. 郑州：河南人民出版社，1957：10－11

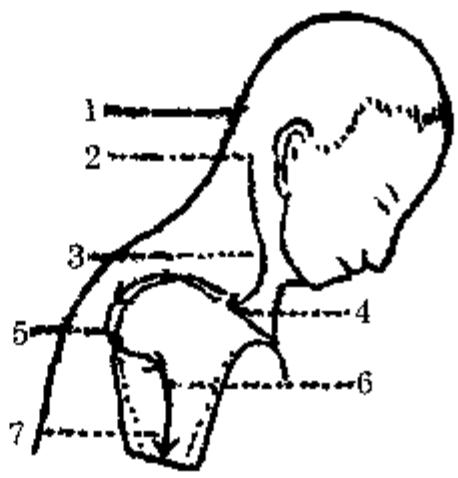


图 15－19 颈肩部

1. 枕骨；2. 枕骨部外侧；3. 颈部；4. 锁骨外侧；5. 肩部；6. 三角肌；7. 肱骨二分之一的外侧面

【手法操作】 拿法可分三指拿、四指拿、五指拿三种。单双手均可。医者用大拇指和其他手指作对称劲，拿取治疗部位之肌肉或筋膜关节，叫做拿。此法是本科强刺激的手法之一，适用于四肢、肩、颈、腋下各部分。

【注意事项】 根据病之虚实，要松紧适宜，不可用死劲。

【主治疾病】 可泻热开窍、祛风散寒、疏通经络。由于拿法能“摄其形神”，故亦能用于急救。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1961：40

【手法操作】 两大拇指和食、中两指对称地拿住一定的部位进行短时的挤捏。

【注意事项】 本法刺激较强，在使用时用力要由轻到重，不可突用猛力。动作要缓和。

【主治疾病】 在临床上常配合其他手法治疗颈项、肩部及四肢酸痛等疾患。

【文献出处】 上海中医学院编. 针灸新医疗法推拿学[M]. 上海：上海中医学院，1971：91

【手法操作】 医者以拇指和其他几指指端对称用劲，象拿物一样拿住病人患处皮肤、肌肉、筋脉（图 15－20）。拿力须先轻后重缓慢增加、逐步深入。

【注意事项】 此法对皮肉、筋脉有强烈的刺激作用，故多用于四肢、颈项等肌肉丰满处。

【主治疾病】 对一般高热、风湿和肌腱挛缩拘紧等症，有消除亢进缓解疼痛的作用。

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：45－46

【手法操作】 用大拇指和食、中两指，或用大拇指和其余四指作对称地用力，提拿一定部位和穴位，进行一紧一松的拿捏，称为拿法。

【注意事项】 拿法动作要缓和而有连贯性，不要断断续续，用劲要由轻到重，不可突然用力。

【主治疾病】 拿法刺激较强，常配合其他手法使用于颈肩部和四肢等穴位。对项强、关节筋骨酸痛等症，常用本法作配合治疗。具有祛风散寒，开窍止痛，缓解肌肉痉挛等作用。

【文献出处】 上海中医学院.推拿学[M].上海:上海人民出版社,1974:71

【手法名称】 脊背拿提法

【手法操作】

1.术式 俯卧,医者坐其侧。

2.操作 以两手拇指置脊柱一侧之内缘,其余四指掌侧置其外侧。或用一手拇指及食指分置其内外侧,自背部上方大杼穴平高处,自上向下拿提背部及腰部肌肉至腰骶部之关元俞穴止,反复操作3~5次。

3.要领

(1)拿提背部肌肉时应先纵形拿提,继以横形拿提。

(2)拿提时应将肌肉拿紧,向上提时应将肌肉提起。

(3)根据需要可拿提一侧腰背肌肉或左右交替拿提。

(4)治疗时有局部紧胀及微痛感,治疗后有背腰部轻快及温热感觉。

【注意事项】 防止皮肤挤伤或抓伤。

【主治疾病】

1.风湿性腰背痛,慢性腰背肌劳损,常配推背法,拿肩井法。

2.头晕,头痛,腹胀,肠鸣,食人不化,小儿疳疾。常配按脊中法,摩腹法。

【文献出处】 骆竞洪.实用中医推拿学[M].重庆:重庆出版社,1982:176-177

【手法名称】 拿腰肌法

【手法操作】

1.术式 直立或直坐,医者站或坐其后。

2.操作 以两手分置腰部两侧,拇指置季肋下章门穴处,其余四指置腰后京门穴处,着力拿提腰部肌肉1~3分钟(图15-21)。

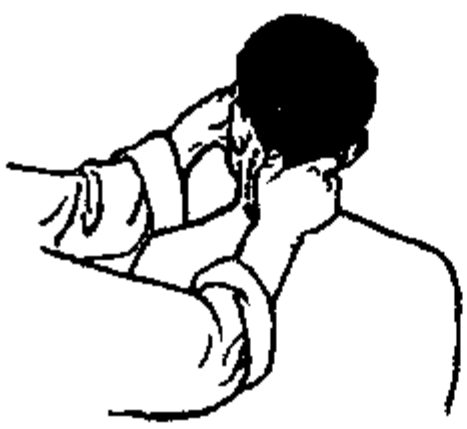


图15-20 拿法

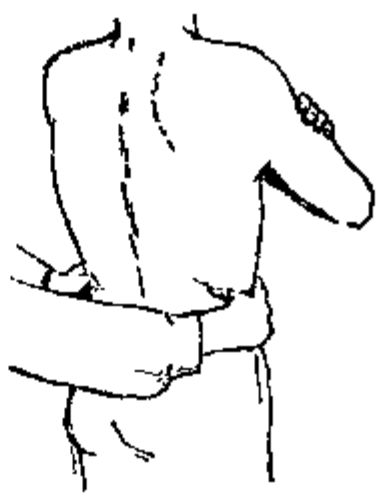


图15-21 拿腰肌法

3.要领

(1)拿提腰肌时拿法宜重,提法宜从轻。

(2)拿提频率以每分钟10~15次为宜。

(3)操作时局部感酸胀及微痛,治疗后腰部有温热、轻松及下腹部舒适的感觉。

【注意事项】 体弱及肌肉瘦削者慎用。

【主治疾病】

1. 腰痛,脊强不能俯仰,腰腿疼痛,坐骨神经痛,常配推背法,揉委中法。

2. 腹胀,腹痛,多食身瘦,小儿消化不良,慢性腹泻,常配膝周揉法,脊背拿提法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆:重庆出版社,1982:187

【手法名称】 拿晕法

【手法操作】 "拿晕"即以拿点之法,作用于人体特殊部位,使能当即晕睡。该法效速,然操作要求极高,施术者必先自习"解法"方可施行。旧谓"晕穴七十二",而今临床所用不过五、六[人迎、天突、肩井、肩眼、风尾、白海(经外奇穴,在肩胛内侧沿二分之一处)等],其中最常用的是人迎穴。

【文献出处】 李永昌. 中国按摩术[M]. 合肥:安徽科学技术出版社,1985:104

【手法名称】 颈部拿法

【手法操作】 术者用拿法,将颈椎两侧的筋腱肌肉拿起,边拿边放,并且逐渐由上向下移动,对颈后三脉处要做为重点(图 15-22)。

【主治疾病】 颈椎病、颈部扭伤、落枕等病。

【文献出处】 葛长海,李鸿江,葛凤麟. 捏筋拍打疗法[M]. 北京:北京科学技术出版社,1986:22

【手法名称】 背部拿法

【手法操作】 术者用拿法,将背部脊柱两旁的肌肉筋腱拿起,边拿边放,由上向下移动拿起,见图 15-23。

【主治疾病】 主治腰背部疼痛、腰肌劳损等症。

【文献出处】 葛长海,李鸿江,葛凤麟. 捏筋拍打疗法[M]. 北京:北京科学技术出版社,1986:23

图 15-22 颈部拿法

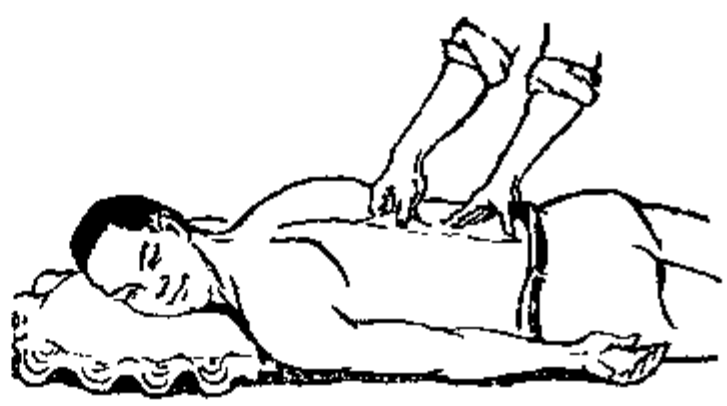
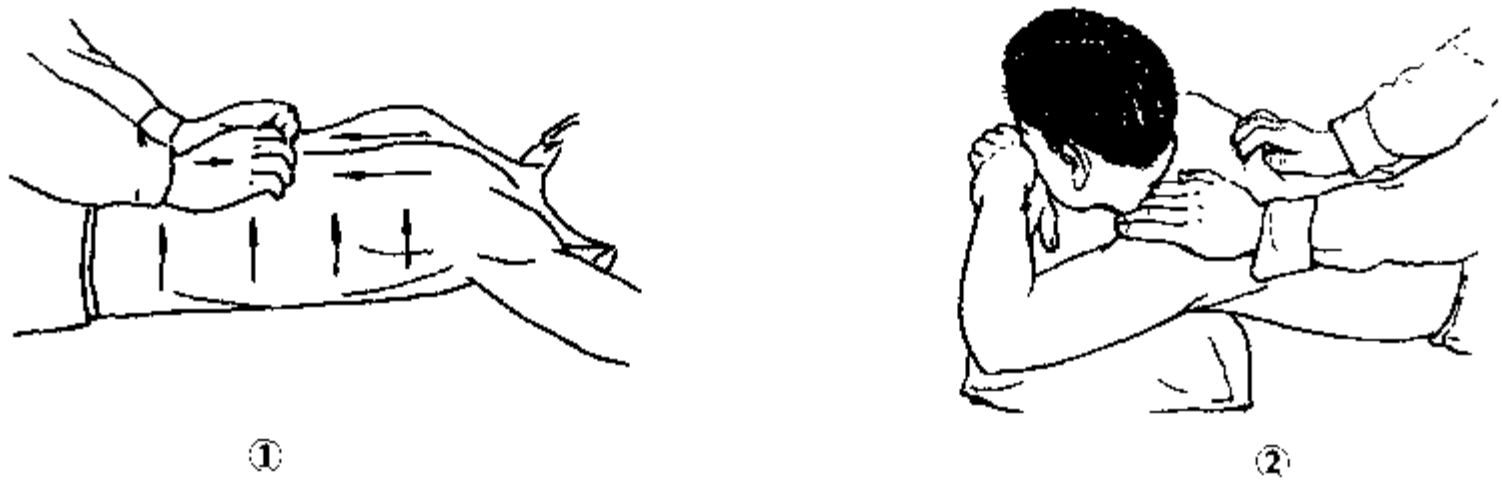


图 15-23 背部拿法

【手法名称】 抓拿性手法

【手法操作】 本组手法的特点是:在临床上抓与拿既可分别单用,需要时,又可两者结合起来成为复式手法用。

1. 抓法 医者双手五指屈曲,分张,指端着力,在施术部位上,自上而下逐一抓揉。需要增加力度,还可双手重叠施术。多用于腰背部(图 15 - 24)。



①　　②

图 15 - 24　抓法

图 15 - 25　拿法

2. 拿法 以单手或双手五指端部作对称用力,拿住某一肌腱、肌腹或穴位,然后猛一提拉,在拉到最高点时突然松开,如此反复操作。如拿背、拿肩、拿腰等(图 15 - 25)。本法为较重刺激手法,仅适用于肌肉酸胀、痹痛的治疗。

3. 分筋离皮法 医者以除拇指外的四个手指屈曲成爪,将施术部位的皮肉抓起,一抖即松。本法仅用于腰背部。常用方法为横抓与纵抓两种:横抓,自上而下分 3 个点,每点 3 遍。纵抓则自左而右 3 条线,每线 3 个点,每点也是 3 遍。

【注意事项】 此类手法在操作前应剪短指甲,以免划伤皮肤。最好用按摩巾施术,较为安全。

【主治疾病】 本法主要有活血散瘀,通经活络,舒展肌肉,伸筋起痹和解痉止痛等作用。主治腰背风湿痹痛、筋肌重滞、腰肌劳损、肌纤维织炎等病。

【文献出处】 栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京:人民卫生出版社,1994:79 - 80

(李义凯　徐海涛　王国林　丘桂春)

第十六章　脊椎软组织治疗手法

【摘要】　本章是最具中医传统推拿特色的推拿按摩类手法，也是中国脊柱推拿手法的特色之一，主要用于脊背软组织或椎旁软组织的治疗。手法操作的力度虽然不是很大，但需要较高的操作技巧。要熟练掌握各种推拿按摩手法并灵活运用，就必须经过一定时间的手法练习和操作。这类手法讲究的是深透，通过持久、有力、均匀和柔和的手法基本要求，来达到手法的治疗目的。

第一节　摩　法

【手法操作】　摩法是用手掌面或食、中无名指的指面附着于一定部位上，以腕关节连同前臂作环形移动摩擦。

1. 肩部放松，肘关节微屈。

2. 掌摩时，腕关节放松，指掌自然平伸；指摩时，腕关节稍微悬屈，手指自然伸直。

3. 指掌着力部分须随着腕关节连动前臂作盘旋活动，用劲要自然。

4. 动作要缓和协调，腕部活动须逐渐扩大，盘旋速度每分钟 120 次。

【注意事项】　在人体上操作一般能持续 10 分钟，使操作部位有感应而无不良反应。

【主治疾病】　胸腹、胁肋部疾患，如腹泻、胃脘痛、胸胁痛等症。

【文献出处】　上海中医学院编. 针灸新医疗法推拿学[M]. 上海：上海中医学院，1971：90

【手法名称】　背部直摩法

【手法操作】

1. 术式　俯卧，双肘屈曲，手置于额前，医者坐其侧。

2. 操作　医者以两手四指掌侧并置于背部上大椎穴平高处，向下沿脊柱两侧经膏肓至膈关穴止，反复直摩 5～10 分钟（图 16－1）。

3. 要领

(1)背部摩动时可配合按法。

(2)上背部着力应较下背部为重，用力大小以皮肤微汗、微红为度。

(3)慢性虚损患者背部之膏肓穴宜多摩，上腹疾病者膈关穴宜多摩。

(4)治疗时及治疗后局部均有温热及上腹舒适感觉。

【注意事项】　皮肤干燥者摩动时可蘸酒。

【主治疾病】

1. 腰背疼痛不得俯仰，腰背肌肉劳损，胸痛彻背，常配分肋法，掌分腰法。

2. 倦怠无力，少气懒言，肝胃气痛，胃寒不能食，常配摩季肋下法，拿肩井法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：177－178

【手法名称】 梳摩背肋法

【手法操作】

1. 术式 俯卧，两上肢交叉置于对侧肩上，医者站其头部前方。

2. 操作 以两手四指背屈，置于脊柱两侧，自风门穴平高处沿背部肋间隙自内向外下方梳摩至腋后线止，自上向下依次摩动至膈俞穴止 3～5 分钟（图 16－2）。

3. 要领

（1）梳摩背部肋间隙时，两侧应同时着力，用力均匀，距脊柱正中线愈远，用力应愈减轻，上背部着力应较下背部为重，但以患者不感疼痛为宜。

（2）治疗时有局部温热及轻度紧压感，治疗后有胸背部舒畅及增益精神的感觉。

【注意事项】 梳摩对患者不宜谈笑。

【主治疾病】

1. 胸闷气急，胸痛心悸，胸胁疼痛，肋间神经痛，常配顺气法，束胸法。

2. 腰背拘急，胸椎骨质增生，风湿性肌炎，常配推背法，背部斜摩法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：178－179

图 16－1 背部直摩法

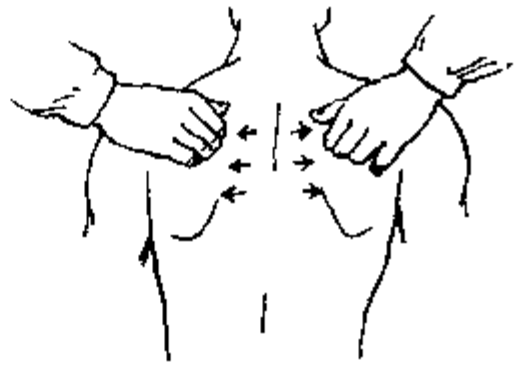


图 16－2 梳摩背肋法

【手法名称】 背部斜摩法

【手法操作】

1. 术式 俯卧，两上肢屈肘，两手置于额前，医者坐其侧。

2. 操作 以一手四指掌侧并置或两手四指掌侧并置于肩胛岗上方之一侧肩中俞、肩外俞及曲垣穴处，自上向内下方斜摩至对侧肝俞及魂门穴处，反复操作 2～5 分钟（图 16－3）。

3. 要领

（1）操作时两手用力宜均匀，手法宜轻揉，背部肌肉较肥厚者可配合用力稍大之摩按法。

（2）操作时有背部沉重及微酸胀感，治疗后有背部轻松的感觉。

【主治疾病】

1. 胸胁苦满，肋间神经痛，常配束胸法，顺气法。

2. 腰背疼痛，增生性脊柱炎，常配揉委中法，拿昆仑法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：179－180

【手法名称】 背部抚摩法

【手法操作】

1. 术式 俯卧，医者坐其侧。

2. 操作 以右手掌心置背部大椎穴处，自上向下经至阳穴至悬枢穴止，再以手掌心置脊柱一侧肩外俞处，向下经膈关至盲门穴平高处止，进行抚摩法，反复操作 2～3 分钟（图 16－4）。

3. 要领

（1）抚摩时手法宜轻揉，掌心应密接背部皮肤，以皮肤表面有微汗为度。

（2）治疗时及治疗后均有皮肤肌肉舒适与轻松的感觉。

【主治疾病】

1. 腰背酸困，风湿性腰背肌肉痛，胸胁胀痛不能转侧，常配推背法，揉委中法。

2. 头晕，头痛，心悸失眠，精神倦怠无力，常配按脊中法，揉臀法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：181－182

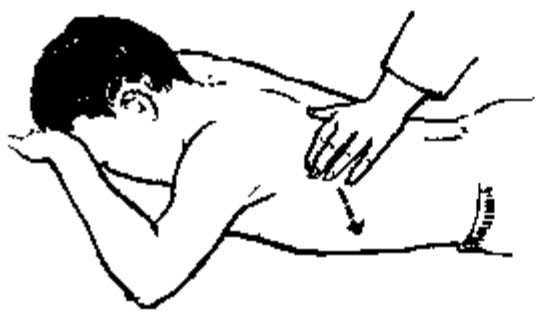


图 16－3 背部斜摩法

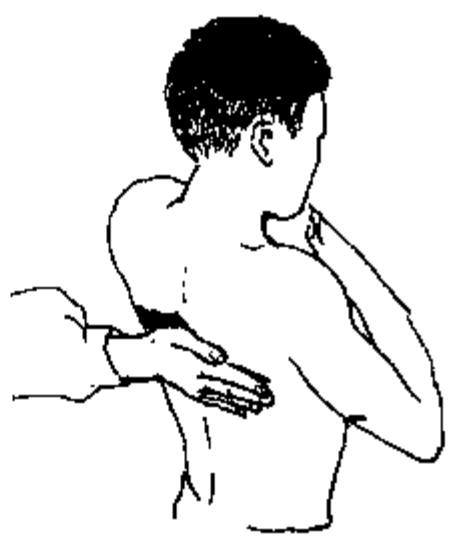


图 16－4 背部抚摩法

【手法名称】 腰横摩法

【手法操作】

1. 术式 俯卧，腹部可稍垫高，医者坐其侧。

2. 操作 以手掌部置于腰部一侧之肾俞、气海及大肠俞穴处，先向内摩动至带脉穴处，然后再向前摩动至对侧带脉穴上，反复横摩 3～5 分钟。

3. 要领

（1）摩腰时手掌应密接腰部皮肤，用力宜均匀。

（2）摩动时应随腰部形态而改变着力点，即向内摩动时手指用力；向前摩动时手掌宜用力。

（3）操作时局部有温热，沉重及舒适感，治疗后有腰部轻松的感觉。

【注意事项】 防止擦伤皮肤，皮肤干燥可蘸酒

【主治疾病】

1. 腰腿酸痛，腰部扭伤，骶部疼痛，常配指分腰法，环跳按法。

2. 头昏，头胀，腹胀，腹痛，泄泻，常配额前分推法，揉大椎阳关法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：182～183

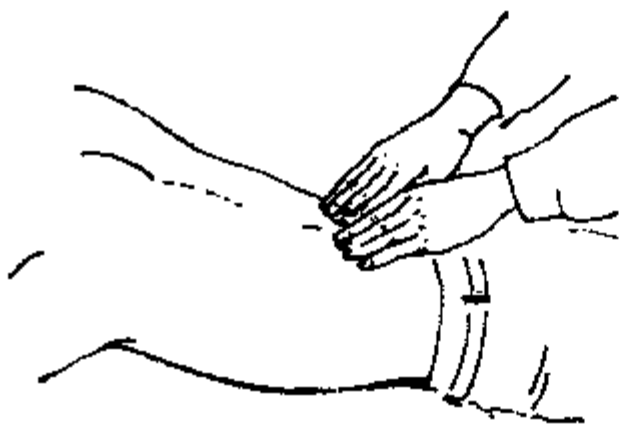


图 16－5 腰部直摩法

【手法名称】 腰部直摩法

【手法操作】

1. 术式 俯卧，医者坐其侧。

2. 操作 以一手或两手四指并置于胃俞、胃仓穴平高处，向下直摩经肾俞，志室穴至小肠俞穴止，反复操作 3～10 分钟（图 16－5）。

3. 要领 直摩时主要为两手指端掌侧着力，以局部皮肤微红、微汗为度，治疗后有温热及腰部轻松的感觉。

【注意事项】 防止擦伤皮肤。

【主治疾病】

1. 腰部强痛，风湿性腰痛，腰肌劳损，常配掌分腰法，拿昆仑法。

2. 腰椎间盘脱出症，坐骨神经痛，腰腿麻木，常配按腰后扳腿法，叠掌按腰法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：184

【手法名称】 摩风门法

【手法操作】 病人取端坐位或俯卧位，术者用拇指的指面平附在穴位上，余指固定住在穴位周围，然后做旋转摩动。

【主治疾病】 感冒、颈项强痛、胸背痛、肩背软组织劳损。

【文献出处】 孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社出版，1989：100

【手法名称】 后背推摩法

【手法操作】 以双手拇指沿患者肩胛骨内侧缘推摩至脊肋角时，向两侧分摩返回原位，反复操作称为脊推摩法。患者俯卧或坐位，术者位于患者头前方或背后，以双手平掌着力，拇指分别按于第 2 胸椎棘突两旁，余四指分别附着于肩胛骨处上方，操作时以拇指用力为主，向下沿肩胛骨由侧缘直推至脊肋角时，两手向外分摩，再沿肩胛骨外缘上升返回原位，作第二次推摩。反复 30～50 次。若患者坐位，术者位于患者背后操作此法时，术者两手指端朝上作回拉运力。拇指在肩胛骨内缘推动时，应加大压力。

【注意事项】 操作时用力要稳而连贯，速度要缓慢而均匀，不要忽快忽慢。

【主治疾病】 肩背肌筋膜炎、颈椎病、胸痛、胸闷、胃脘痛、肋间神经痛、肺虚咳嗽、感冒。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：437

第二节 擦 法

【手法名称】 掌侧擦法

【手法操作】 用手掌的尺侧（小指的一侧）摩擦皮肤。常用在背部二侧的经络线上。如

感冒、风湿痛、肠胃病都可采用此法。操作时患者取坐位，术者站在患者的前面，隔着衣服或直接在背部皮肤上，循足太阳膀胱经的路线，由上而下地来回擦动，犹如急速的锯木一样（图16－6），以擦到皮肤发红为度。

【主治疾病】 感冒、风湿痛、肠胃病。

【文献出处】 安徽医学院附属医院医疗体育科. 中医按摩学简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：32－33

【手法操作】 用手掌面、大鱼际或小鱼际部分着力于一定部位上，进行直线来回摩擦，称为擦法（图16－7）。用手掌面着力称为平擦法（称平推法）；用大鱼际着力称大鱼际擦法（又称刨推法）；用小鱼际着力的称小鱼际擦法（又称侧推法）。

【注意事项】

1. 擦时不论是上下方向或左右方向，都应直线往返，不可歪斜；往返距离要拉得长。

2. 着力部分要紧贴皮肤，但不要硬用压力，以免擦破皮肤。

3. 用力要稳，动作要均匀连续；呼吸自然，不可迸气。一般速度每分钟100～120次。

4. 治疗部位要暴露，并涂些润滑油，既可防止擦破皮肤，又可增高局部体温。

5. 擦法使用后，不要在该部再用其他手法，否则容易引起破皮。一般在治疗最后使用擦法。

【主治疾病】 脾胃虚寒引起的脘腹疼痛及消化不良、风湿酸痛、肢体麻木、伤筋、外伤红肿、疼痛剧烈者。

【文献出处】 上海中医学院. 推拿学[M]. 上海：上海人民出版社，1974：74－76

图16－6 掌侧擦法

图16－7 小鱼际擦法

【手法名称】 双手合擦法

【手法操作】 医者双手交叉在患者皮肤上做摩擦的方法。患者坐位或卧位，医者两手交叉环抱呈弧形，紧贴皮肤做张闭开合的摩擦，反复操作，两手协同，动作连贯。

【主治疾病】 关节肿痛、头晕、颈肩综合征等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京:华夏出版社,1993:105

【手法名称】 背部横擦法

【手法操作】 俯卧位,暴露背部皮肤。医者以一手的全掌或掌根、大鱼际、小鱼际部着力于背部上界,横向擦动,透热后逐步下移,至肩胛下角平齐处止。每擦动一处均以透热为度。

【注意事项】 擦后除拍法外禁用其他手法。

【主治疾病】 风寒感冒、项背强痛等。

【文献出处】 王之虹,严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春:长春出版社,1994:505-506

【手法名称】 横擦背三区法

【手法操作】 以单手掌着力于患者背部,沿与胸三区相对的背部三条平行区域,横向推擦称之为横擦背三区法。

【注意事项】 运力要均匀,一般要加推拿介质油剂,防止皮肤擦伤。

【主治疾病】 肺虚咳嗽、胸痛、胸闷、背痛、腹胀、哮喘,感冒畏寒。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄:河北科学技术出版社,1995:435-436

【手法名称】 掌擦膀胱经法

【手法操作】 俯卧或坐,暴露背腰部。术者立于患者右前方,以右手小鱼际掌侧面为着力点,在患者脊柱两旁自大杼至关元俞,来回运力摩擦,各20~30次,或手下有烧灼感时停止。

【注意事项】 术者手掌着力面应醮少量麻油或其他配制油剂,来回用力要均匀,压力要适当。

【主治疾病】 岔气、胸痛、胸闷、腰扭伤、腰肌劳损、胃脘痛、感冒、失眠、腰背肌筋膜炎。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄:河北科学技术出版社,1995:436

第三节 摩擦法

【手法名称】 自上而下的擦摩法

【手法操作】

1. 部位 后头部。

2. 顺序 自头顶部起,向后方擦摩,分至两侧颈部止(图16-8)。

3. 联系 这样手法,和"推拿法"、"压法"、"揉法"有联系。

4. 治疗原理 失眠或嗜眠,头沉眩晕,精神恍惚,就是静脉性充血。用自上而下的擦摩法医治,能刺激末梢神经,使血液还流心脏,加速循环。所以,能治头部静脉性充血。

【主治疾病】 失眠或嗜眠,头沉眩晕,精神恍惚等病症。

【文献出处】 陈宇清. 新推拿十八法详解[M]. 郑州:河南人民出版社,1957:30

【手法名称】　自下而上擦摩法

【手法操作】

1. 部位　腰部。

2. 顺序　由骶部(骶脊髓第二至第四节，是副交感神经分出的地方，按摩次数要多)起，向上擦摩，经过第五、四、三、二腰椎，至第一腰椎止(图 16－9)。

3. 联系　这样手法，和“推拿法”、“按摩法”、“拍法”、“打法”、“揉法”有联系。

4. 治疗原理　腰部是肾系所贯，受劳受寒或受花柳病的感染，很容易发生炎症。用自下而上的擦摩法医治，利用传感作用，刺激副交感神经(它的作用和交感神经完全相反，是逼尿肌的运动神经)使血管扩张，促进肾脏机能，上发津液(升肾水)下通水道(利尿液)，滋阴润燥，泻热消毒。因此，能治肾脏炎。

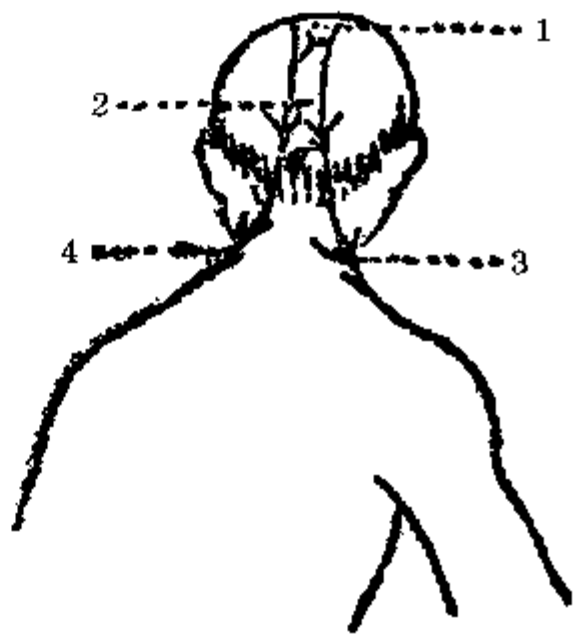


图 16－8　头后部

1. 颅顶部；2. 后头部；3. 右侧头部；4. 左侧头部，顺序自上而下；1′头顶部至后头部；2′后头部至左右侧颈部

【主治疾病】　可治肾脏炎。

【文献出处】　陈宇清. 新推拿十八法详解[M]. 郑州：河南人民出版社，1957：31

【手法名称】　自上而下的擦摩法

【手法操作】　单手或双手由上向下擦摩，这种手法叫做“自上而下的擦摩法”。

1. 适用部位　背胸部和腰骶部。

2. 手法顺序

(1)由大椎(第七颈椎和第一胸椎棘突的中间)起，至腰椎止；

(2)由腰椎两侧起，左手向下擦摩，至骶椎左侧，右手向下擦摩，至骶椎右侧(图 16－10)。

3. 手法配合　这种手法和“滚法”、“椎法”、“掐法”配合使用。

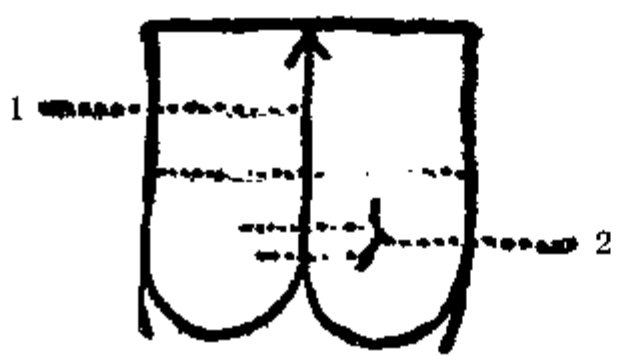


图 16－9　腰部

1. 腰椎部；2. 骶部

顺序自下而上，骶部至第一腰椎

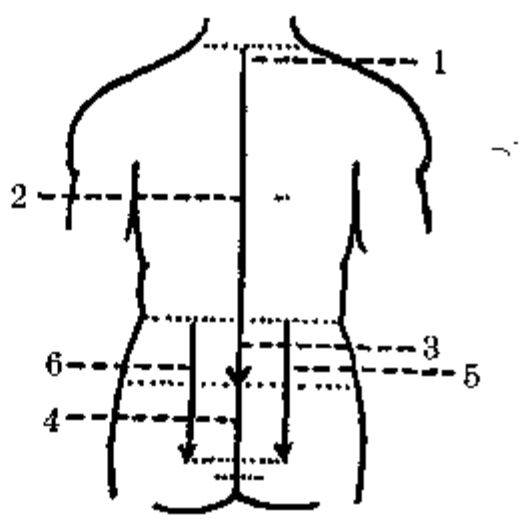


图 16－10　背胸部和腰骶部

1. 大椎；2. 胸椎；3. 腰椎；4. 骶椎；5. 腰椎左侧；6. 腰椎右侧

【主治疾病】 交感神经(由背胸部腰部分出)是胃的主理神经,能降低胃肌运动,所以,用"自上而下的擦摩法"擦摩胸(背胸)腰,能缓解胃的痉挛,治胃痉挛和脊背牵涉性痛。自上而下的擦摩法,用于后头部,可治头部静脉性充血。

【文献出处】 陈宇清遗著.胃病推拿法.郑州:河南人民出版社,1963:20

【手法名称】 自下而上的擦摩法

【手法操作】 双手由下向上擦摩,这种手法叫做"自下而上的擦摩法"。

1.部位 骶椎和腰椎。

2.手法顺序 由骶椎(骶脊髓3~4节,是副交感神经分出的地方,擦摩次数要多)起,向上擦摩,经过第五、四、三、二腰椎,至第一腰椎止(图16-11)。

3.手法配合 这种手法和"推拿法"、"按摩法"、"拍法"、"打法"、"揉法"配合使用。

治疗原理:副交感神经,也是胃的主理神经,能加强胃肌运动,所以用"自下而上的擦摩法"擦摩骶部,能治疗胃呆、胃弱等病。

【主治疾病】 自下而上的擦摩法,可升肾水,肾气,治肾脏病。治胃呆、胃弱等病。

【文献出处】 陈宇清遗著.胃病推拿法.郑州:河南人民出版社,1963:20-21

【手法名称】 摩擦性手法

【手法操作】 摩擦性手法,又称热传导性手法。包括鱼际擦、掌根擦、平掌擦三种。施术前要运好气,逐渐增加摩擦频率,一气呵成。当患者局部出现灼热感时,即刻停止,以免损伤皮肤。本法可用香油作介质,能增强效果。

1.鱼际擦法 医者以单手小鱼际或大鱼际作着力点,在患处作前后拉锯式推擦,由慢到快,逐渐增加速度,以病人耐受为度(图16-12)。

2.掌根擦法 医者以单手掌根作着力点,操作方法同上。多用于腰背部(图16-13)。

3.平擦法 以全掌面为着力点,在患处进行推擦。本法主要在胸腹部与腰背部三条相对应的水平横线上施术。一条线与天突穴下水平,称胸上线;一条于膻中穴水平,称胸中线。另一条为胸下线,与鸠尾穴水平。先推擦前面,再擦背部(图16-14)。也可在督、任二脉经线上用双手自上而下对应推擦。此法主要用于胸闷不畅、冠心病、肋间神经痛、胆囊炎等症的治疗。

【主治疾病】 腰背肌纤维织炎、肥大性脊柱炎、类风湿性脊椎炎、腰椎间盘突出等病。

【文献出处】 栾长业等.栾氏推拿法[M].北京:人民卫生出版社,1994:62-64

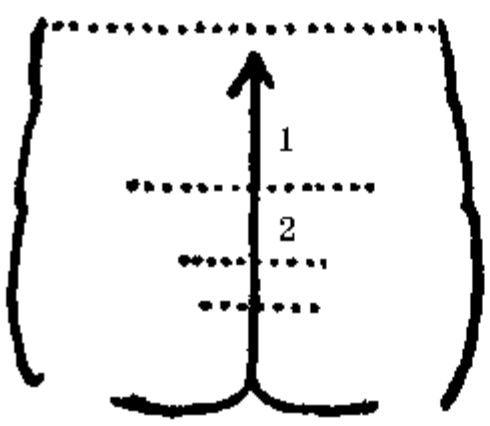


图16-11 骶椎和腰椎

1.腰椎;2.骶椎

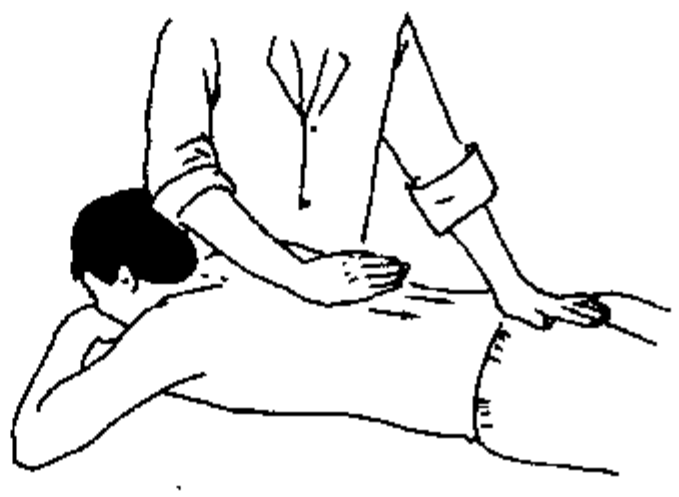


图16-12 鱼际擦法

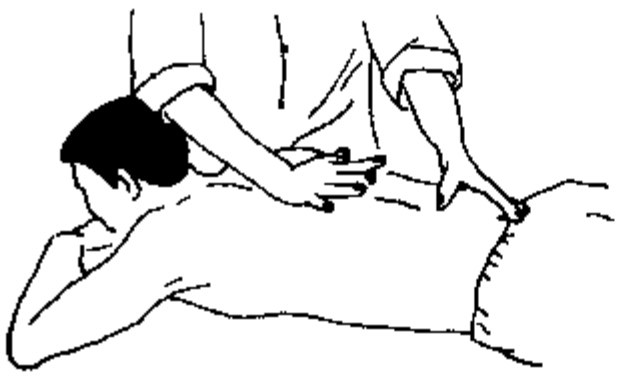


图 16－13　掌根擦法

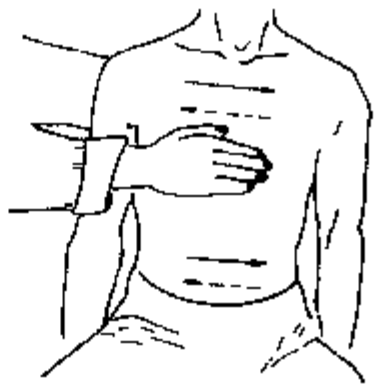


图 16－14　平擦法

【手法名称】　擦腰骶法

【手法操作】　以一手掌摩擦患者的腰骶部，称之为擦腰骶法。患者俯卧或坐位，暴露腰骶部。

1. 横擦法　术者位于患者侧方，以单手平掌擦法，在患者腰骶部作左右方向摩擦 3～5 分钟，频率为 160～200 次/分钟。局部有热感透入深层组织者为佳。

2. 直擦法　术者立于患者右侧方，以右手小鱼际擦法或大鱼际擦法，先后在患者腰骶部脊柱两旁作上下方向各摩擦 2～3 分钟。频率及要求同横擦法。

【注意事项】　摩擦压力不宜重，局部要涂以少量油剂，以防止皮肤损伤。

【主治疾病】　腰肌劳损、腰扭伤、腰臀肌筋膜炎、遗精、阳痿。

【文献出处】　王云凯主编. 中华推掌大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：439

【手法名称】　腰部直摩法

【手法操作】　患者俯卧位。医者以一手或两手的食、中、无名和小指并置于背部的胃俞穴平高处，由上而下直摩，经肾俞、大肠俞等穴至小肠俞穴平高处止，反复直摩 3～5 分钟（图 16－5）。

【主治疾病】　腰椎间盘突出症、腰肌劳损、腰部肌肉风湿等。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：510

第四节　捏　法

【手法名称】　典法

【手法操作】　用三指（拇指、食指、中指）在患处典提肌肉，叫做“典法”。

1. 部位　背胸部的斜方肌和背阔肌等。

2. 顺序

（1）单手典，由背胸部的上端一枕骨项韧带起，自上而下，直至胸椎棘突；

（2）双手典，由背胸部的上两侧一斜方肌起，至背阔肌止（图 16－15）。

3. 联系　于法和“推拿法”、“按摩法”、“搓法”、“摩法”有联系。

4. 治疗原理　感冒是一种外感症，有传染性。用“典法”医治，可发汗退热，调节体温；抗

菌镇痛，驱逐风邪。

【主治疾病】 可治感冒。

【文献出处】 陈宇清.新推拿十八法详解[M].郑州：河南人民出版社，1957：71－72

【手法名称】 挤拧疗法

【手法操作】

1.术前准备 施术者必须先修平拇食两指指甲，并将两手洗净。准备清水一盏（热天用冷水，冷天用温水）。挤拧前后颈部时，须解开衣领施术，挤拧胸腹背部时，须解脱内外，上衣才可施术，如天过冷，当折迭被单或毯子遮护不施术部分的身体。最好在太阳光照射的地方，否则宜在室内行之，以免患者受寒。如密室焙火炉取暖；炭气或煤气的熏呛，是不适宜于病者的，切须注意避免。

2.“拧”的手法 术者根据适应证，以右手食中两指（曲指如握拳式）本节与二节衔接的锐端，将两指张如钳形，蘸水、使湿润，按照施术部位，或痛点以及痛点周围的皮层上一拉一放，直到被拧的部分透现红紫色斑痕为度再换施别处（古人叫“痧痕透露”）。在施术过程中，指端操作部分与被拧部分的皮层，均须保持湿润；燥即蘸水，随蘸随拧，不使干燥。否则在拧时，皮层上会发生灼痛感。

下列“挤”法除手术方面和“拧”法有所不同外，其余操作过程都和“拧”法所施的完全一样。

3.“挤”的手法 “挤”是“拧”的交换手法。以术者两手的拇指或食指，蘸水如“拧”法，在规定部位的皮层上一挤一放：直到被挤的部分发现红紫色斑痕透露，再行换施别处。在头面部位都是采取“点”的治疗，一般均用“单手挤法”，就是单用右手的拇食两指来“挤”的一种手法。

【注意事项】

1.施术前对病者应以语言宽慰：使不致过度紧张而有碍施术。

2.施术过程中，取适当的坐位或卧位。手法应由轻逐渐加重。使病者习惯。否则因病者惧痛而发生逃避施术的现象（特别是小孩最要注意）。必要时应叫病人家属或助手扶持。

3.“挤拧疗法”一般均以后颈部中央线为施术的重要起点。如“挤拧”至十余下后，施术处未透红斑者，从而可知非本疗法之适应证，不必勉强为之。但和手法熟练与否亦常有关系。同时脂肪多的人，因皮层滑厚难于施术，必须细心操作。

4.施术次序：后颈部、背部、头面部、前颈部、胸腹部、四肢部。按照民间流传经验，凡在前后颈部、肩部、背部施术时一般均用“拧法”，在头面部、胸腹部者，因皮层微薄，均用“挤法”。但可由施术者灵活运用，不必作机械的规定。又在施全身挤拧时（按全身各部门规定的施术部位予以施遍），由于病者体质强弱和皮层弛紧的不同；或等待治疗的人数多，必须请助手交替施术，相互接力。

5.“挤拧疗法”施术于指定部位的皮层上，所采取的红斑纹有四种形状：

（1）点形。

（2）直线形。

（3）连点形（直式）。

（4）横线形。

一般施用：在前后颈部大部分取直线形，轻度疾患亦有取点形；背部和上腹部取直线形或连点形；头面部和脐周围：均取点形（印堂—两眉相对正中皮层上，亦有取直线形。过去妇女们患头胀头痛时，常在此处挤拧）；手足弯曲部横纹中可取点形或横线形。关于后颈两侧线直线形和两肩部的横线形，常取用“衔接挤拧”，即直横相连，或予分开挤拧。以上除点形部位外，在直线形和连点形可以相互选用的部位，是衡量病者当时病情轻重来决定的。可由施术者自行掌握。

【主治疾病】 具有兼具兴奋（补）、解毒（泻）两种混合作用。

【文献出处】 卢英华. 按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1959：68－70

【手法名称】 捏脊法

【手法操作】

1. 术前准备，先以单手或双手拇、中、食三指在脊柱的两侧按压，如有酸痛、麻木感觉，捏脊时在此部位用力宜稍重；全部捏完，还要在这里再施按或摩法，捏完以后，于背上轻轻推摩 2～3 遍，先出尾闾而颈椎，再自颈椎而下尾闾。

2. 用捏的手术，自尾闾骨端，由下而上，直推捏至风府，及其两侧肌肉同样由下而上，推捏至平脐的腰脊（相当于十四椎下及十六椎的旁开），改用重拧、轻拿法，拿时肌肤可能会“得拉”作响，是推拿得法的良好现象，捏后用拇指轻轻地按摩几下。有的术者站在患者的身旁，两手半握拳，食指和中指横抵在尾闾骨端的长强穴上，沿督脉循行线，向前推动（图 16－16）；同时两手的大拇指，将皮肤轻轻捏起，随推随捏（以推为主），前进到颈部风府穴为止。在推捏过程中，每推捏 3 下，就须改以拿法 1～2 次。

3. 次数和疗程：成人每天 3 次，每次 5～10 遍，每 1 星期为 1 个疗程，小孩酌减。

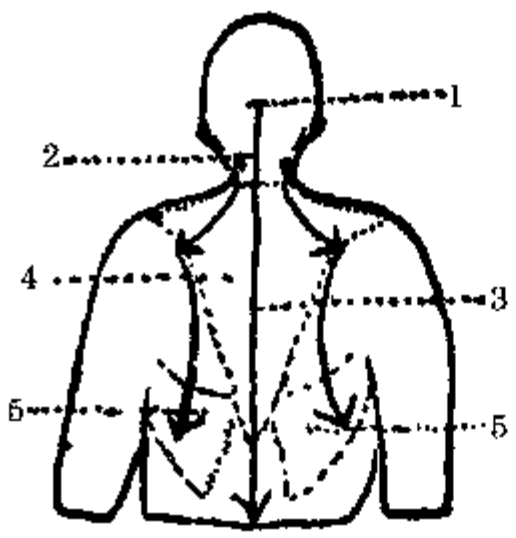


图 16－15 背部

1. 枕骨；2. 颈椎；3. 胸椎；4. 斜方肌；5. 背阔肌；

顺序 1. 枕骨至第 12 胸椎；2. 斜方肌至背阔肌

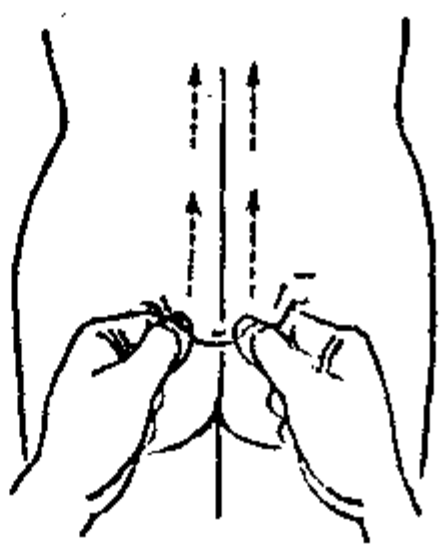


图 16－16 捏脊法

【注意事项】

1. 操作时两手用力，速度要均匀适当，开始时要稍为用力，经 2 遍后，可因势面导。

2. 每遍时间：小儿仅须 30 秒钟左右，成人则稍长些。

3. 操作完后，不必再用手抚摩背部，稍为休息，约 1 小时，再进饮食（胃病及消化不良者，要吃易消化之物）。

【主治疾病】 小儿疳积、遗尿、夜啼、慢性腹泻、痢疾、腰脊酸痛、失眠。

【文献出处】 赵正山.简易推拿疗法[M].北京:人民卫生出版社,1962:33-34

【手法名称】 捏

【手法操作】

1.手法 手掌自然伸开,四指并拢,拇指分开,成钳形,拇指和四指捏住肢体的肌肉,不断地用力作对合动作。操作时移动或不移动均可(图16-17)。

2.要领 松肩,垂肘,并保持一定的力量,用拇指和四指捏握肢体,五指齐力做间断的对合动作。肌腱、韧带用五指指尖捏,肌肉用指腹捏。保持每分钟做五十至六十次的频率。

【主治疾病】 关节脱位、四肢骨折。尤其是陈旧性肘关节及指关节伤患所致的功能障碍,常用此手法。可促进萎缩肌肉之张力恢复正常。同时也可消除组织的水肿和肌肉酸胀的疲劳感,及缓解肌腱挛缩等。

【文献出处】 郑怀贤.伤科按摩术[M].成都:四川人民出版社,1964:39-41

【手法名称】 捏颈肌法

【手法操作】

1.术式 俯卧或直坐,头微前倾,医者坐或站其侧方。

2.操作 以两手并置一侧之枕后风池穴处,拇指在颈肌外侧,其余四指并置颈项肌内侧,将肌肉微向上提起后,再自上向下拿捏至肩中俞穴止3~5分钟。左侧颈肌拿捏后再施用于右侧(图16-18)。

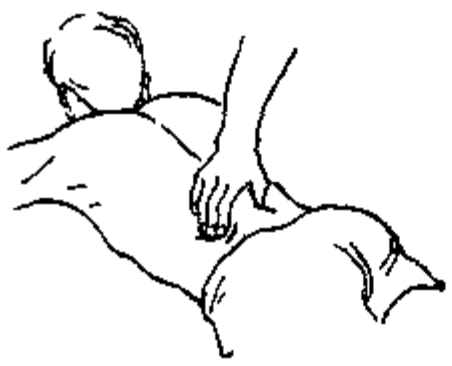


图16-17 腰部的捏法

图16-18 捏颈肌法

【注意事项】

1.拿捏向下移动时宜缓慢,用力宜均匀有力,以局部微红为度。

2.操作时有拉扯及肌肉酸胀感,治疗后有头脑清爽,颈项活动灵活的感觉。

【主治疾病】

1.外感风寒引致之恶寒发热,头昏头痛,常配额前分推法,推背法。

2.外感风热引致咽喉红肿疼痛,常配揉风池法,捏合谷法。

3.高血压引致之头昏头痛,常配横摩法,捏太冲法。

【文献出处】 骆竞洪.实用中医推拿学[M].重庆:重庆出版社,1982:135-136

【手法名称】 捏拿颈部

【手法操作】 病人取坐位,术者用一手拇指指面和其余四指指面分别附着于颈后两侧,

然后交替作捏住拿起的动作(图 16－19)。

【主治疾病】 高血压、颈椎病、面神经麻痹、头痛、落枕。

【文献出处】 孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津:天津科学技术出版社出版. 1989:103

【手法名称】 挤捏性手法

【手法操作】 本组手法是民间流传最为广泛、应用最多的一种简单而有效的治病方法。主要适用于面、颈、胸、背等部位。

1. 揪捏法 医者以拇食指,或食、中两指屈曲,夹住病人患处肌肤,然后用力向上揪提,当被捏住的皮肤从手中滑脱时,可有清脆的响声。为减轻患者的痛感,可用凉水或酒精作介质(图 16－20)。术毕,局部常出现青紫或皮下瘀血。

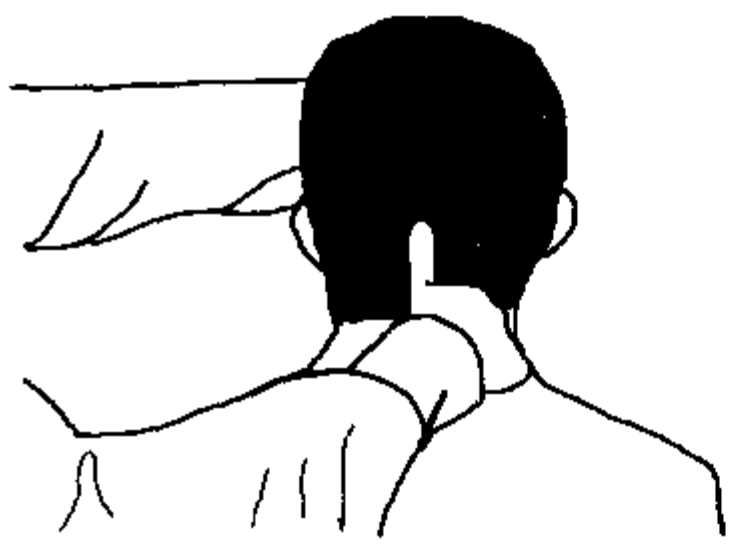


图 16－19 捏拿颈部

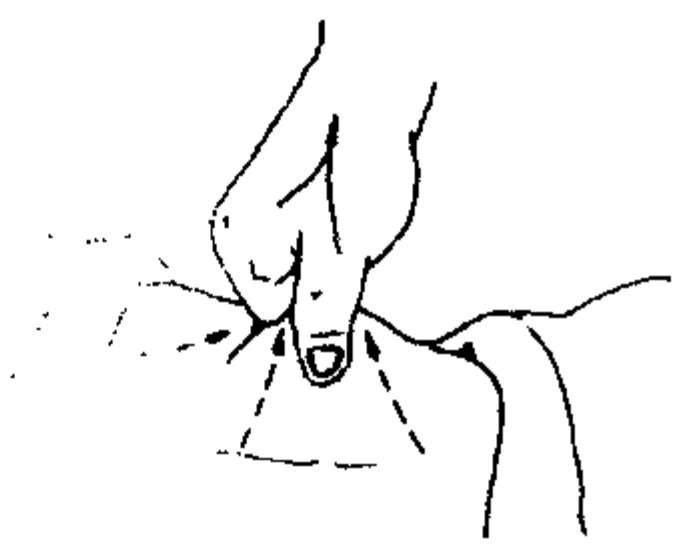


图 16－20 揪捏法

2. 挤捏法 以两手拇指端部在患处自四周向中间挤捏,一挤一放,直至局部出现充血、发紫为止(图 16－21)。本法多用于印堂、大椎及背部等处。

3. 捏脊法 病人俯卧,医者以两手拇、食两指成钳形用力,从患者腰骶部开始向上捏提肌肤,边提边捻,每捻 3 下,向上提 1 下,直至大椎穴。此法一般在揉法之后施之(图 16－22)。

图 16－21 挤捏法

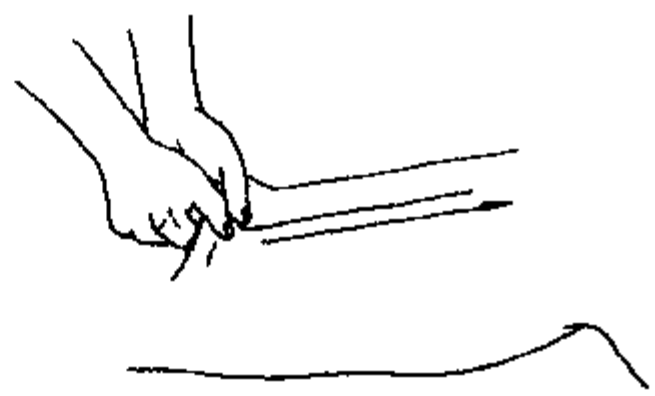


图 16－22 捏脊法

【注意事项】 捏挤性手法属重刺激,实邪急症多用之,虚寒者慎用。另外在面部施术,因可发生皮下瘀血、发紫等情况,所以在操作前应征求患者同意。

【文献出处】 栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京:人民卫生出版社,1994:80－81

【手法名称】 合掌刁颈法

【手法操作】 患者正坐位，头部稍前倾，充分显露颈部。医者立于患者对面，双手五指交叉，置于患者颈项两侧，着力合掌呈钳形夹提项肌（双掌根置于患者颈项的位置不宜过宽，避免夹提牵及喉咙而影响呼吸，但也不宜过窄，因过窄不能达到夹提项肌及斜方肌的作用）。

【注意事项】 操作过程中不宜拍击或旋转拧捏。切忌暴力挤压。

【主治疾病】 颈项扭伤、颈项疼痛、颈椎增生症、高血压、颈项劳损、外感风寒等。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：423－424

第五节 滚 法

【手法名称】 滚法

【手法操作】 滚法是用手背掌指关节的突出部在身体上滚动的一种按摩法。一般是单手操作，但可双手交替进行。方法是将各手指轻度弯曲，用手背掌指关节的突出部着力，由小指的一侧先着力，使手作旋后动作，一直滚到食指的一侧。滚时要有劲，同时用力要均匀而有节律。滚时当逐渐向前移进。此法适用于背部、腿部按摩（图 16－23）。

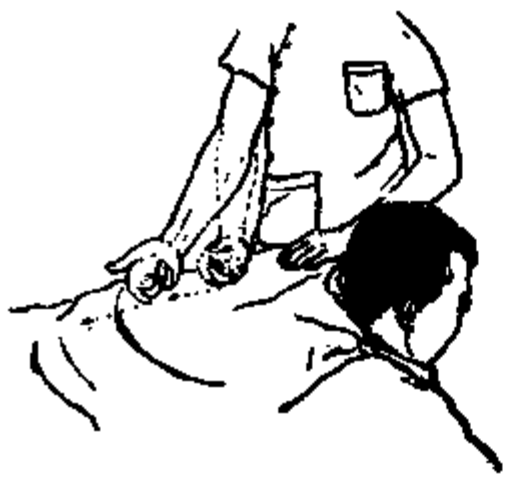


图 16－23 滚法

【文献出处】 安徽医学院附属医院医疗体育科. 中医按摩学简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：39

【手法操作】 医者以掌背小指本节或以掌背小指、无名指、中指本节，用一定的压力，附着于患处或有关治疗部位上，腕关节主动地前后不断滚动，两手轮流进行；此种手法亦是本科常用而最基本的手法之一。它所刺激的面积较其他手法为大，力能深透。

【主治疾病】 适用于腰、背、臀、四肢、颈部。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1961：36－40

【手法名称】 滚动，也叫做“滚法”。

【手法操作】 用两拇指或食指、中指、无名指在患处前后滚动或左右滚动，滚法是拳迭法的简化手法（图 16－24）。

【主治疾病】 胃脘痛

【文献出处】 陈宇清遗著. 胃病推拿法. 郑州：河南人民出版社，1963：41－42

【手法名称】 滚运性手法

【手法操作】 滚运性手法，包括传统的一指禅滚法（即掌滚法），以及从中演化出来的拳滚法、滚拖法和近代所创立的膊运法和肘运法等。本组手法应用广泛，是推拿的常用手法之一。

胃脘(附手法一、二、三)

图 16－24 滚动

1. 贲门;2. 胃脘;3. 肚脐;4. 胃脘左方;5. 胃脘右方;6. 胃脘下方;7. 胃脘上方;1'. 上滚;2'. 下滚;3'. 左滚;4'. 右滚

1. 掌滚法 医者要沉肩屈肘,以小鱼际作力点,掌背外尺侧着贴,以腕关节有节律性的内外摆动,并徐徐前移来完成。此法要求两手交替操作,协调连贯,内外摆动均匀,以无击打感为佳(图 16－25)。

2. 拳掖法 医者左手紧握拳,放于施术部位上,右手握在左手腕上部,并以此手为动力作外推内拉,徐徐移行滚动(图 16－26)。因此法的着力点为四个指掌关节,故刺激较它种滚法强,且深透有力,多用于腰背部肌肉丰满处。对腰部重滞酸板者,疗效极佳。

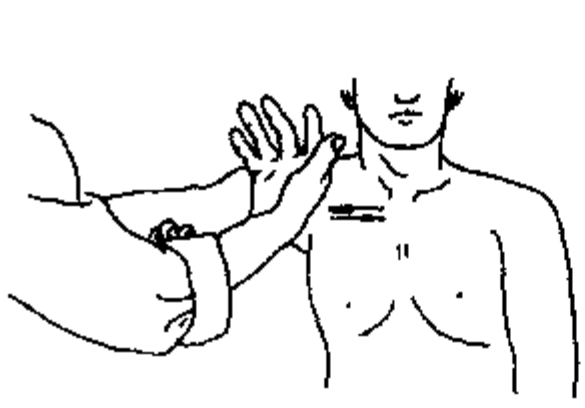


图 16－25 掌滚法

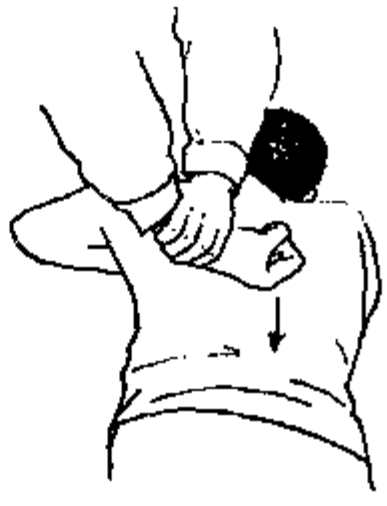


图 16－26 掌掖法

3. 滚拖法 医者以五指指背接触着力,用指掌关节灵活屈伸来移动滚拖而成(图 16－27)。此法仅适用于腹部胃肠疾病的治疗。有行气散瘀的作用。

4. 膊运法 医者以右上肢前臂暴露,以尺侧上端隆起部分肌肉为着力点,在施术部位上作圆形滚运(图 16－28)。本法特点是接触而积大,可借助上身的压力来操作,省时省力,常用于腰背部,是治疗各种痹症最佳手法。

5. 肘运法 医者以肘关节部为接触力点,在所选定的穴位上,作环形(不移动)的揉运可起到软坚散结,祛瘀消肿,活络止痛作用。常用于腰肌劳损、梨状肌损伤及局部有硬结状物存在的疾患。

【注意事项】 施用本组手法,不宜在衣服外面做,以防损伤自身皮肤。

【主治疾病】 本组手法的作用为镇痉解挛,壮腰健肾,舒筋起痹,宣通理师,调节五脏和活血化瘀等。对腰痿背痛、痿软无力、四肢麻胀、怕冷畏寒诸证均有很好的疗效。

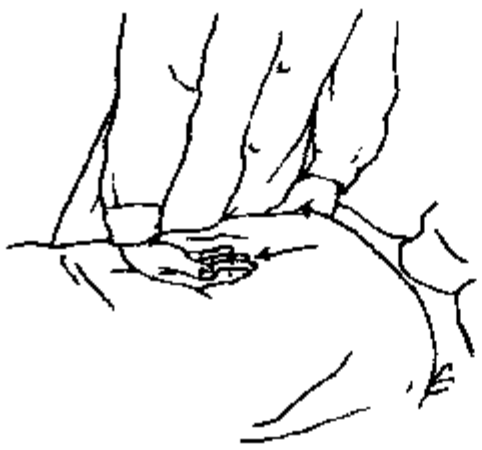


图 16－27　滚拖法

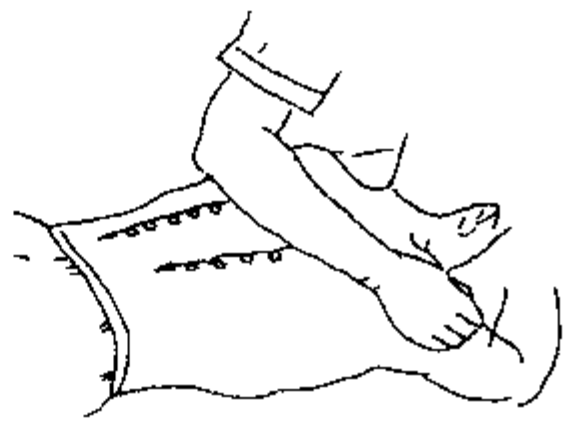


图 16－28　膊运法

【文献出处】　栾长业等.栾氏推拿法[M].北京:人民卫生出版社,1994:72－74

【手法名称】　双滚肩背法

【手法操作】　双手略屈曲,用掌背侧及小鱼际于肩背部一屈一伸地反复滚摇,称为双滚肩背法。患者正坐或俯卧位,医者沿肩、垂肘、悬肘、悬腕、双手指屈曲,用掌背侧及小鱼际于肩背部一屈一伸地反复滚动,可双手同时对攘,也可双手交替滚动。操作时需滚而自如,动而不滞,不按不推,边滚边移,移而有序,和缓持续,连贯自如。

【注意事项】　操作中要灵活,不可忽快忽慢成跳跃间断。

【主治疾病】　主治肩背综合征、脊背酸痛、肩背劳损、颈风痛等。

【文献出处】　王云凯主编.中华推拿大成[M].石家庄:河北科学技术出版社,1995:438

第六节　揉　法

【手法名称】　揉捏按摩

【手法操作】

1.手法　手掌自然伸开,四指并拢,拇指分开,手成钳形,将掌心及各指紧贴于皮肤上,五指及掌心齐力,作不移动的揉捏或直线形向前移动的揉捏按摩。移动到一定的距离,手掌不离开皮肤迅速抽回(图 16－29)。

2.要领　揉捏用力在手指及掌心上,动作要圆滑;力量大时可达于骨面,应视病情的需要而掌握手法的轻重。在操作上有捏、揉的动作,拇指圆形揉的动作很明显。捏是五指同时用力的动作,捏和揉的动作是同时发生的。操作时,拇指呈螺旋式旋转行进,手撤回要直。

【主治疾病】　可消除酸痛、胀麻和散瘀血。揉捏多用于伤后瘀血迟迟不散,凝滞久不宣通,软组织内有硬块、硬条样病变;关节伤后肌腱、韧带紧缩和粗硬等病例。

【文献出处】　郑怀贤.伤科按摩术[M].成都:四川人民出版社,1964:33－35

【手法名称】　揉

【手法操作】

1. 手法　用手掌、掌根或拇指指腹贴于皮肤上，轻轻回旋地揉动，也可作与肌纤维纵轴相交的横向揉动（图 16－30）。

图 16－29　揉捏颈下部之肌肉

图 16－30　以掌根揉腰

2. 要领　依不同部位而采用合适的手形；根据具体情况，力量可轻可重，频率可快可慢，作用力可深可浅。揉动的手指或手掌不移开接触的皮肤，仅使该处的皮下组织随指或掌的揉动而滑移。每分钟做 60 次。

【主治疾病】　四肢、躯干、腹部以及头颈部等处均可使用此法，尤其是伤后瘀血凝滞在一处经久不散，或腹部胀满，习惯性便秘、气瘤及腕部筋瘤（腱鞘囊肿）等，都可用此法缓解病情或促使痊愈。消散外伤引起的肿胀和气血凝滞，促使血液、淋巴畅流无阻。也有缓和强手法的刺激和减轻疼痛的作用。

【文献出处】　郑怀贤. 伤科按摩术[M]. 成都：四川人民出版社，1964：35－37

【手法名称】　揉风池法

【手法操作】

1. 术式　直坐，医者坐其后方。

2. 操作　以一手扶定其前额部，另一手拇、食指分置颈项两侧之风池穴处，指揉 1～3 分钟后，再以手四指掌侧自枕部左或右侧之脑空穴起，自上向下经风池至肩部之肩井穴处止，两侧反复摩动 1～3 分钟（图 16－31）。

【注意事项】

1. 指揉风池穴时，患者头宜垂直而不宜倾斜，体弱患者可采用俯卧姿势。

2. 指揉用力的方向应向前并微向上方揉动。

【主治疾病】

1. 风寒感冒或风热感冒，头痛，头昏，常配捏颈肌法，揉劳宫法。

2. 颈椎骨质增生，颈部扭伤，落枕，颈肌拘急不能俯仰，常配颈引伸法，按曲垣法。

【文献出处】　骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：132－133

【手法名称】 揉大椎阳关法

【手法操作】

1. 术式 直坐，头向前倾，医者坐其侧。

2. 操作

(1)以拇指掌侧揉背部上方之大椎穴 1～3 分钟，再指揉腰部之阳关穴 1～3 分钟(图 16－32)。

(2)然后以掌心先后置上述两穴上，作旋转团摩 3～5 分钟。

图 16－31 揉风池法

图 16－32 揉大椎阳关法

3. 要领

(1)指揉大椎穴应较指揉阳关穴用力稍大。

(2)团摩时动作应缓慢而有力，以皮肤微汗为度。

(3)指揉时有局部酸胀感，团摩时有温热感，治疗后有腰背肌肉及腹部舒适感觉。

【注意事项】 团摩时勿擦伤皮肤

【主治疾病】

1. 颈椎病，头痛，颈肌拘急，肩背疼痛，上肢麻木疼痛，常配推按阳明三穴法，捏颈肌法。

2. 胸痛，心悸，咳逆上气，肠痉挛性疼痛，常配捏合谷法，揉足三里法，内飞外关按法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医椎拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：167

【手法名称】 背部拳揉法

【手法操作】

1. 术式 俯卧，医者坐其侧。

2. 操作 以手握拳自背部左或右侧之肩中俞穴处拳揉 1～2 分钟后，再自大杼穴平高处起，经脾俞、胃俞至肾俞、大肠俞穴止。再予对侧背部施以同样操作方法，两侧反复拳揉 3～5 分钟(图 16－33)。

3. 要领

(1)体质壮实者宜用实拳揉，体质虚弱或久病者宜用空拳揉。

(2)操作时宜着力，但向前移动时宜缓慢，揉动以皮肤微红为度。

(3)肩背痛及颈项强痛者着重拳揉肩中俞穴，肠胃病宜重揉脾俞飞胃俞穴，腰痛宜重揉肾俞、大肠俞穴。

(4)治疗时患者有沉重而舒畅感，治疗后有局部皮肤发热及胸、腹、腰部舒适的感觉。

【注意事项】

1. 年老体弱者慎用。

2. 防止擦伤皮肤。

【主治疾病】

1. 腰背部扭、挫伤，风湿性关节炎，类风湿性脊柱炎，常配推背法，分肋法。

2. 头昏、头痛，颈项强痛，翻胃呕吐，食欲不振，常配揉风池法，额前分推法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：180－181

【手法名称】 揉腰眼法

【手法操作】

1. 术式　直坐，背部向前倾，两手握拳交叉置于胸前。

2. 操作　以手握拳，置左或右侧背腰部京门穴下方，拳揉 5～10 分钟（图 16－34）。

3. 要领

（1）操作时用力宜均匀，体质壮实者用实拳揉，体质虚弱者用空拳揉。

（2）拳揉用力大小以局部微红为度。

（3）治疗时有腰部沉重及微酸、微胀感，治疗后有局部温热及轻松的感觉。

【注意事项】 勿揉伤皮肤。

【主治疾病】

1. 腰部寒冷，腰肌劳损，腰背扭伤，骶部疼痛，常配推背法，拿昆仑法。

2. 尿频，尿闭，遗尿，阳痿，早泄，耳鸣，眩晕，常配下腹横摩法，揉三阴交法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆：重庆出版社，1982：186

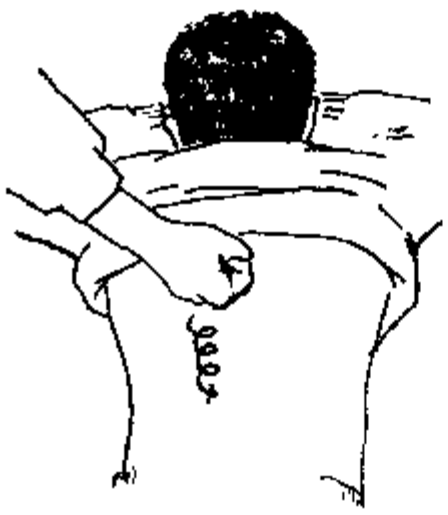


图 16－33　背部拳揉法

图 16－34　揉腰眼法

【手法名称】 揉骶髂法

【手法操作】

1. 术式　低头弯腰姿势，两上肢下垂。

2. 操作　以手握拳自骶部胞肓穴起，微斜向内下方至白环俞穴止，拳揉 2～5 分钟（图16－35）。

3. 要领

（1）拳揉动作应自上而下，用力大小以局部微红为度。

(2)操作时有局部微胀及微痛感,治疗后有局部温热及腰腿舒适的感觉。

【注意事项】 贫血及体质虚弱者慎用。

【主治疾病】

1. 腰部肌肉扭伤,骶髂关节炎,腰椎间盘脱出,坐骨神经痛,常配揉委中法,拿昆仑法。

2. 头昏,枕部疼痛,颈项强痛,类风湿性脊柱炎,常配枕后斜推法,按脊中法。

【文献出处】 骆竞洪. 实用中医推拿学[M]. 重庆:重庆出版社,1982:193

【手法名称】 痛点按揉法

【手法操作】 病人取坐位,颈项肌肉放松。术者立在侧方,一手扶按住病人颈部,另一手应用拇指在颈项痛点部位作按揉手法。按揉时,让病人颈项部作侧弯,术者用拇指从上往下反复多次地进行按揉,然后在痛点部位多作旋转按揉多先顺时针方向,后逆时针方向(约1分钟左右),颈部两侧可交叉地进行施术(图16-36)。

【注意事项】

1. 作按揉时要先轻后重,从慢到快,掌握好手法节奏性及力点的变化。

2. 先按揉颈项痛点的一侧,继而按揉另一侧(作调理手法)。

【主治疾病】 舒筋活铬,行气止痛。主治颈椎病、颈项韧带钙化、偏头痛、颈椎关节紊乱、落枕、颈部软组织损伤、颈肩综合征、颈项风湿痹痛。

【文献出处】 潘新平. 推拿治疗颈肩腰腿痛[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,1984:106-107

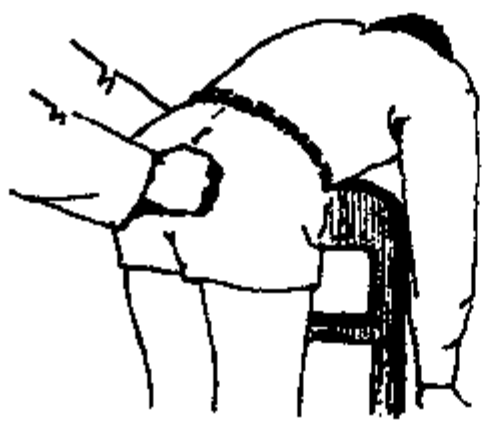


图16-35 揉骶髂法

图16-36 痛点按揉法

【手法名称】 压脊揉运法

【手法操作】 患者俯卧,医者站于旁,在患脊节或夹脊,自上而下,以指、掌、肘部按压、揉运,顺经或逆经循序操作。

【注意事项】 体位、手法务必准确,背部宜轻柔深透,脊部要重而不滞,腰骶软硬轻重适宜,压力大应须稳妥。

【主治疾病】 骨外伤及因风、寒、湿痹、肾虚等引起的背脊腰骶一般病变。

【文献出处】 孙承南. 齐鲁推拿医术[M]. 济南:山东科学技术出版社,1987:160-162

【手法名称】 指揉颈脊

【手法操作】 病人去枕平卧床首，术者坐在其头顶侧，然后用两手中指的指端分别附着在颈脊椎旁组织两侧，同时两手无名指指端抵住中指指背，沿颈脊两侧作自上而下指揉。

【主治疾病】 植物神经紊乱、神经衰弱、胃痛。

【文献出处】 孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社，1989：96

【手法名称】 掌揉脊背

【手法操作】 病人取俯卧位，术者站在病人的右侧近腰部，用右手掌根部按在脊柱左侧肩背部向腰骶部作环形按揉。先揉左侧，后揉右侧，以将两侧骶棘肌在掌根下滚动。

【主治疾病】 缓解腰背肌肉痉挛、腰背肌肉劳损及急慢性软组织损伤。

【文献出处】 孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社，1989：98

【手法名称】 揉拿腰背肌法

【手法操作】 以单手或双手手指着力于腰背肌揉拿，揉中有拿，拿中有揉地反复操作，称为揉拿腰背肌法。患者俯卧位，医者以单手或双手的拇指与余四指（将拇指与余四指尽力分开，拇指在脊椎的左或右侧，余四指在脊椎的右或左侧）指腹对合，着力于腰背肌，一松一紧，一揉一拿地反复操作。着力由浅逐渐加深，此法主要用于腰背部，以指与指的对合力循两侧俞穴揉拿，如肥胖患者则应施以跳跃揉拿法（即从左或右侧揉拿跳跃到右或左侧揉拿）但仍应顺序揉拿，动作连贯而不可间断，并保持对称（图 16－37）。达以腰背肌缓解紧张为宜。

【注意事项】 操作中注意保护皮肤，避免抓、掐、拧，抠，扯。

【主治疾病】 腰背肌劳损、腰扭伤、椎间盘突出症。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：260－261

【手法名称】 揉运性手法

【手法操作】 本组手法较多，包括单纯揉法：如指揉、鱼际揉、掌揉。复合揉：如揉拿、揉捏和扭揉等。特点是以揉为主，揉中有拿，揉中有捏。

1. 拇指揉法 医者以一手或两手大拇指指腹着贴用力，在病人患处或穴位上，作半圆形揉动，可边揉边向前徐徐移动。其要领是皮动而肉不动（图 16－38）。本法适用于头面部或肢体

图 16－37 揉拿腰背肌法

图 16－38 揉运性手法

大多数部位的疾患。

2. 鱼际揉法　医者以一手大鱼际或小鱼际用力，方法同拇指揉法。适用全身各部位（图16－39）。

3. 掌揉法　医者以单手或双手掌根部为着力点，在施术部位上作半环形揉动，可徐徐向前推移（图16－40）。本法接触面积大，作用力较上面两种为大，故多适用于耐受力比较强的肌肉丰满处。如需加大刺激量可双手重叠按揉（图16－41）。

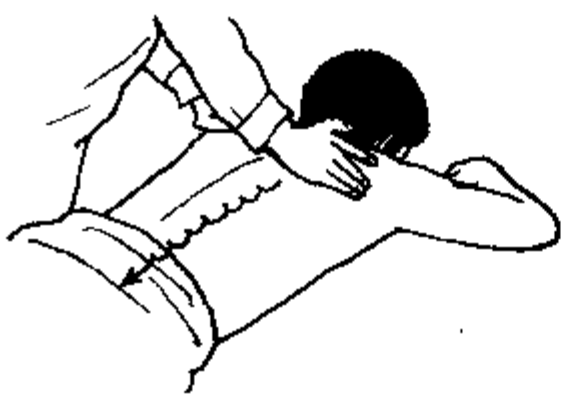


图16－39　鱼际揉法

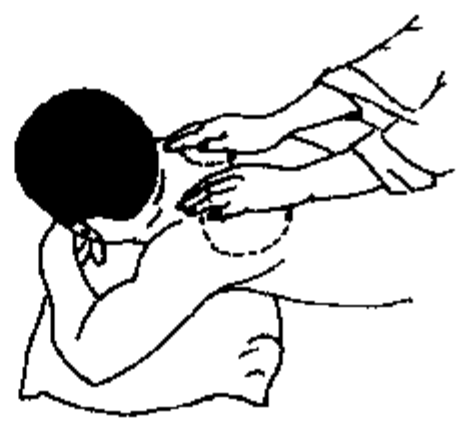


图16－40　掌揉法

4. 揉拿法　医者以拇指与其余四指指腹相对用力，紧紧拿住施术部位肌腹，可边揉边拿边移动，亦可只在原处重点施术。单手或双手交替或同时操作均可（图16－42）。本法适用于项后大筋、肩井、肚角、下肢股内侧、小腿肚子等部位。手法要柔和有力，深透入骨面无痛。

5. 扭揉法　医者以一手拇指腹用力自内向外推，另一手以食、中、无名三指用力向里勾拉，使肌组织在两手间被扭成“S”形（图16－43）。此法主要用于腹部和下肢股内侧等较松软的肌组织上。对肌组织无力、瘢痕挛缩，肠粘连、便秘、肠梗阻，胃肠功能紊乱等病有良效。

6. 揉捏法　医者以右手拇指与食、中两指相对用力，将施术局部肌肉捏起揉动（图16－44）。由于该法接触面积小，仅适用于小肌束部位，如胸锁乳突肌、手腕及足踝等处。

【注意事项】　操作时双手不能在皮肤上摩擦滑动。

【主治疾病】　风湿痹痛、肌肉挛缩、机体疲劳、紧张、各种急慢性软组织损伤。

【文献出处】　栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：58－62

【手法名称】　背部拳揉法

【手法操作】　患者俯卧位。医者一手握实拳，以拳面四指的本节部分着力于背部的左或

图16－41　掌揉性重叠按柔

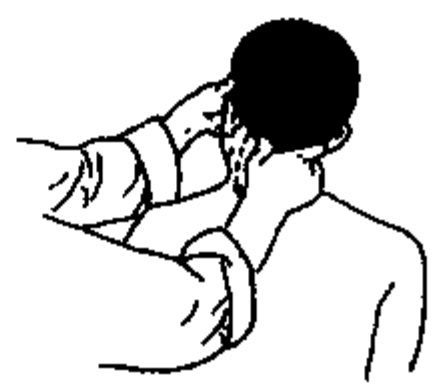


图16－42　揉拿法

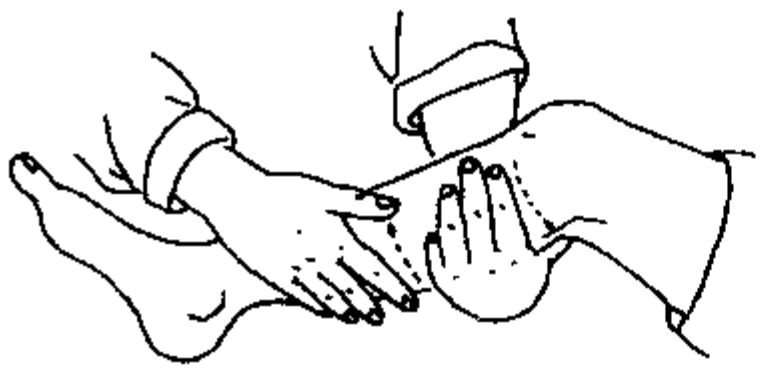


图 16－43 扭揉法

图 16－44 揉捏法

右侧的大杼穴处，治脊柱两侧自上而下揉至胃俞穴止，反复操作 3～5 分钟。

【主治疾病】 颈椎病、背肌劳损等。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：507

【手法名称】 点揉背四穴法

【手法操作】 患者俯卧或坐位。术者位于患者侧方或背后，一手扶患者肩部，另一手以拇指螺纹面着力，依背四穴顺序各点揉 20～30 次。一般点揉患侧，病情需要也可两侧同时操作。

【注意事项】 操作时着力部位要紧帖体表固定在穴位点揉，不可滑动，用力由轻而重，不可用暴力。

【主治疾病】 落枕、肩周炎、肩背肌筋膜炎，颈椎病、感冒、胸痛、哮喘、咳嗽、腹胀。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：436

【手法名称】 搓髎点强法

【手法操作】 以手指腹或掌面着力骶尾之八修，搓而揉之，再以指端于长强点面揉之，称为搓髎点强法。患者俯卧位，医者以四指腹或掌面着力骶尾八髎搓而揉之，揉而运之，待患者自感局部灼热，腹部温暖时，再以拇指腹于长强穴点而揉之。

【注意事项】 操作时需刚中有揉，并注意保护皮表，孕妇禁用此法。

【主治疾病】 腰骶关节病、坐骨神经痛、难产、小儿麻痹后遗症、肠风下血、日久痔瘘、腰脊疼痛、大小便难。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：442

第七节 振 法

【手法名称】 振荡性手法

【手法操作】 振荡性手法，是医者以手指或小鱼际为着力点，在病人体表一定部位上，作每分钟高达数百次的振动刺激，以达到治病的目的。此类手法只有指振法与掌振法两种。

1. 指振法 医者左手五指并拢平放于病人患处，并以拇、食指根部夹紧右手中指末节，然

后以右手前臂及腕部带动中指，作高频率摆动，并可向左手虎口方向移动（图 16－45）。本法常用于额部。

2. 掌振法　医者以右手小鱼际部为着力点，紧紧压在施术部位上，然后运口气，用力摆动手掌，作高频率振荡，一气呵成。该法主要用于项后大筋、胸锁乳突肌、斜方肌和髌骨下等部位。

【注意事项】　指振法其右手中指指端不能触及皮肤。掌振法接触部位一定要压住，切不可在表皮上滑动，否则难以达到预期效果。

【主治疾病】　对颈项强硬、肌肉酸痛、关节屈伸不利等效果较佳。

【文献出处】　栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：71－72

【手法名称】　王和鸣的气功振颤手法

【手法操作】　医者站立，含胸拔背，沉肩坠肘。先做吐纳法，舌尖抵上腭，用鼻深吸气一口，呼气时以意领气，内气由胸走手，发出振颤，作用于患处，每分钟振颤频率可达 400～600 次。掌振用于胸腹腰背部，拳振于臂部，指振于手四肢或穴位。

【主治疾病】　各种伤筋、内伤。尤其适用于颈椎病、胸廓出口综合征、肩周炎、椎间盘突出症、腰肌劳损、梨状肌综合征等。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：890

第八节　扣击类手法

【手法名称】　拍击

【手法操作】

1. 手法　以手指或手掌在肢体上做有节律的轻轻拍击动作。用单手或双手操作均可（图 16－46、图 16－47）。

2. 要领　拍击时，发力在腕，要求腕关节的活动非常灵活，用力要轻巧而有反弹劲，应用手指指腹接触肌肤。用两手操作时，动作要协调配合好。拍击的频率 1 分钟 120 次。

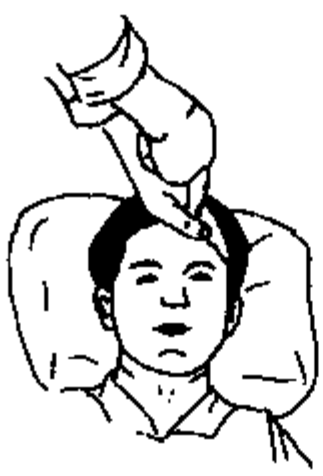


图 16－45　振荡性手法

图 16－46　胸部拍击

【主治疾病】　能调理气血，缓解闷痛，消除瘀积。适用于胸部和背部因用力不当或受剧烈之闪扭而引起的内部震动和岔气。

【文献出处】　郑怀贤. 伤科按摩术[M]. 成都：四川人民出版社，1964：59－60

【手法名称】　刘寿山叩震冲击通络法

【手法操作】　患者站立，医者在患者背后，令患者深吸气，用拍法在背部空掌轻拍，同时令患者用力深呼吸之时，用空掌猛力叩击患侧背部，上法可重复1～2次。

【主治疾病】　胸部轻型扭伤、弩伤、岔气，行痹等。

【文献出处】　李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：147

【手法名称】　拍背法

【手法操作】　患者俯卧位。医者以单掌拍击背部脊柱正中，由大椎至胃俞穴，反复扣拍1～3分钟。或以双掌分置脊柱两侧，自上而下反复扣拍。

【主治疾病】　胸闷喘急、胸胁胀满、腰背酸痛、头胀痛等。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：508－509

【手法名称】　叩击性手法

【手法操作】　本组手法是医者以手指、小鱼际、掌心、手背、指尖等不同部位为着力点，以各种不同的手势在其相适应的部位上，施以轻快而有节律的弹打或捶击。一共有八种手法供选用。

1. 弹击法　医者双手五指张开，掌心相对，以小指尺侧为着力点，以腕关节带动双掌作有节奏的上下弹打（图16－48）。适应部位为头顶、肩井、胸腹等处。

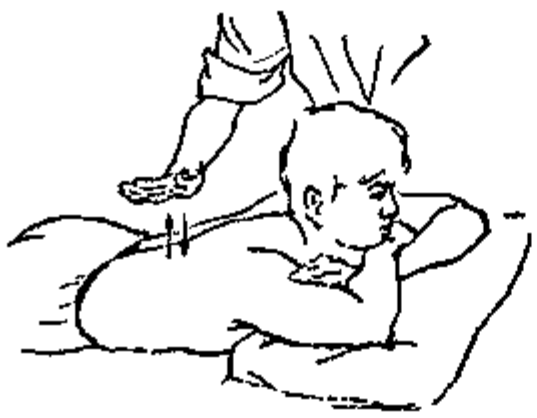


图16－47　背部拍击

图16－48　弹击法

2. 拳叩法　医者双手握空拳，掌心相对，以双手小指尺侧为着力点，一上一下地击打病人患处。本法操作正确时，叩击声音响而清脆。适用于肩胛骨周围、腰骶部及四肢。头、胸、腹部禁用。

3. 切击法　医者双掌相对并拢，十指分张，以小指尺侧为着力点，在患处做上下击打（图

16－49)。本法常用于腰骶部、环跳穴周围及下肢膝关节、大腿后侧等处。

4. 双掌合叩法　医者双手交叉互握，掌心空虚，以左手背部着贴作力叩击(图 16－50)。适用于前额、膝关节等处。随着叩打动作，可有如摇铜钱响声出现。

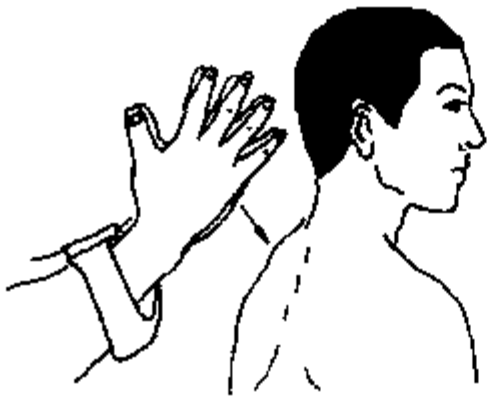


图 16－49　切击法

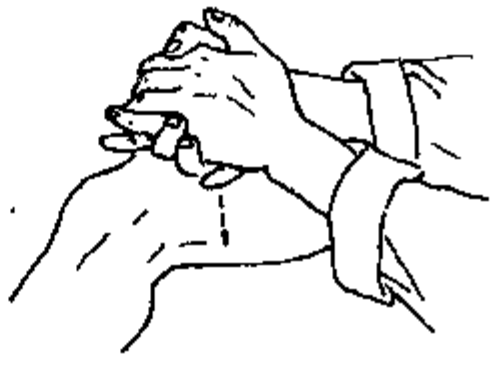


图 16－50　双掌合叩法

5. 单掌拍叩法　医者以右手五指并拢并微屈，使掌心空虚，在施术部位上叩击(图 16－51)。本法主要用于脊椎上下(纵拍)和腰、骶椎衔接处(横向拍)。

6. 掌腕合击法　医者双手握空心拳，掌心相对，以五指指关节背面作着力点，两腕关节要充分放松，并灵活屈伸带动双拳频频叩击(图 16－52)。本法主要用在双下肢内外侧三条阴经与阳经线上。

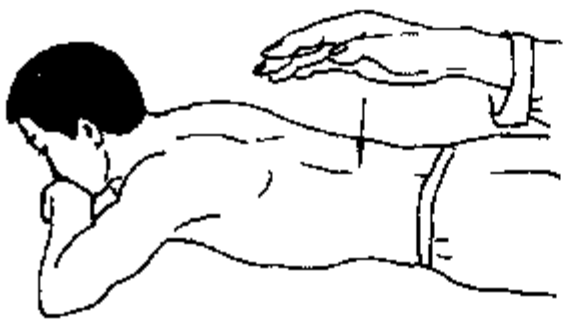


图 16－51　单掌拍叩法

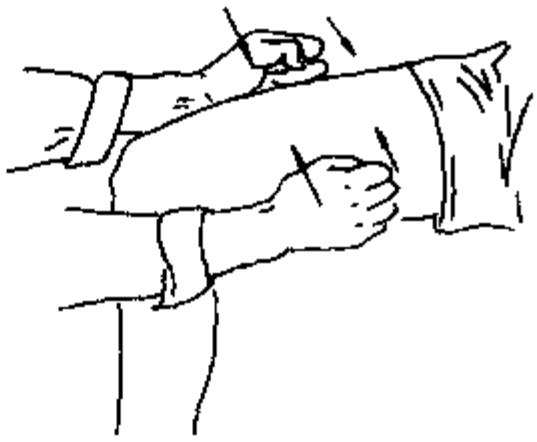


图 16－52　掌腕合击法

7. 掌击法　本法仅用于成人囟门穴处，用于降血压、止鼻衄。其操作方法是：病人取坐位，挺胸仰首，两目平视。医者以左手固定于患者后枕部，防止振动力下传引起头晕，然后以右手掌四周着力叩击于囟门穴上，共 3 下。一般前两下为试探性的虚掌，用以找准穴位，最后一下才是起治疗作用的掌击法。本法操作正确时，会有一股气流从掌内冲击，并有“叭哧”一响声伴随(图 16－53)。

8. 拳击法　此法仅适用于病人的大椎穴及腰骶椎部位。方法是：病人立位或坐位，医者立于其后稍偏一侧，左手扶其肩部固定，右手握实拳，以背面为着力点，对准大椎穴下面捶击 3 下，前两下同样要轻，最后一下为实击，患者可有类似电流样感觉传向四肢(图 16－54)。本法对四肢畏寒怕冷、经络壅滞效果显著。

9. 梅花点法　是点法的一种。另外几种点法是一指点，两指点和三指点。梅花点的操作难度较大，因此单独作为一法来讲，余者依此类推。方法是：医者五指并拢，指端对齐，并作为

图 16－53 掌击法

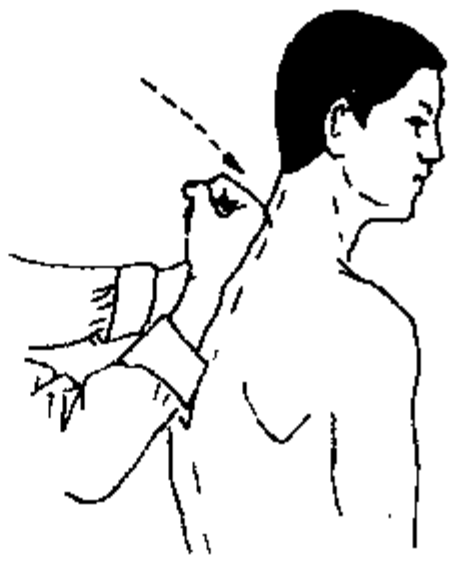


图 16－54 拳击法

着力点，然后以腕关节灵活屈伸为动力，有节律的点击于经络或特定穴位上。其节律是三快一慢，三轻一重。可单手点亦可双手点（图 16－55）。

【主治疾病】 本组手法有舒筋腱、活气血、散寒邪、祛风湿、通经络、止疼痛，利关节等多种作用。对半身不遂、风湿痹痛、五软症、婴儿瘫等都有较好效果。

【文献出处】 栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：67－70

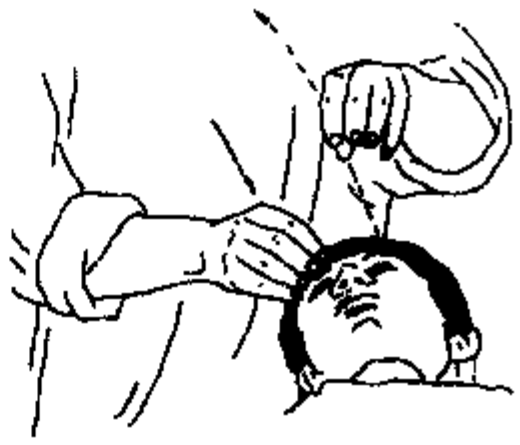


图 16－55 梅花点法

【手法名称】 击大椎法

【手法操作】 用单手仰拳重力击打患者大椎穴的方法，称击大椎法。患者端坐挺胸，头稍前屈，术者位于患者背后，左手扶住患者左肩，以右手仰拳猛击大椎穴 3 次。

【注意事项】 用力因人而异，击打时动作要快速而短暂，垂直叩击，不能有歪斜和拖抽动作。

【主治疾病】 主治胸闷、胸痛、神经衰弱、感冒初起、项背酸痛。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：435

【手法名称】 双手劈叩法

【手法操作】 双手拿心对合，五指略分开，小鱼际及掌指部叩击施治部位，形如劈斧，称为双手劈叩法。患者正坐位，头稍前倾，显露项背，医者立于患者背后，双手伸掌指略分开，掌心相合，手指交叉，以小鱼际着力于患者项背部及两肩胛之间，纵掌劈叩，形如劈斧。操作要动作连贯，着力均匀，劈用贯力，叩有节奏。此法主要用于项背部。

【注意事项】 操作时以腕发力为轻，以肘发力为重，轻劈叩为补，重劈叩为泻，避免擂打。

【主治疾病】 肩背疼痛、颈椎病所致肩背胀痛、项背劳损、失眠、神经衰弱等。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：437

【手法名称】 吉庆有余法

【手法操作】 双手五指并拢略屈曲，用虚掌或虚拳交替叩打施治部位，叩有节奏，反复施之，有如吉庆丰收有余之势，称为吉庆有余法。患者正坐位，医者双手略屈曲并拢或略分开，着力于施治部位，以腕关节一起一落地自然摆动，双手交替叩打施治部位。患者施治部位有轻快舒适感。

【注意事项】 此法主要用于肩背及项后夹脊部。操作时间用力由小到大，逐渐增力，避免擂击捶打患者。

【主治疾病】 肩背酸痛、颈肩症、胸闷发憋、胸胁胀满。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：438

（李义凯 万 磊 王 军）

第十七章 脊柱常规推拿手法

【摘要】 本章是按治疗部位，对常规的中国脊柱推拿手法进行介绍。全章分为五节，分别介绍了头颈部、胸腰背及骨盆、脊椎软组织劳损、脊柱被动运动类推拿和脊柱常规的治疗手法等内容。与专病专治性脊柱推拿手法不同的是，这些通用的常规性手法往往成套路性操作，费时较多，但适用范围广，可用于治疗多种疾患。

第一节 头颈部常规推拿手法

【手法名称】 颈、肩及上肢部行痹、筋痹、痛痹、着痹、肌痹的操作方法

【手法操作】

1. 患者取坐势。医者居于后，双手推法施于风池部。

2. 医者居于侧，一手扶住患者前髂部，一手拇指按风府。接着拿颈项部。

3. 医者居于后，双手推肩井、肩中等部位，接着用滚法施于大椎及以上部位，最后双手拿两肩井。

4. 医者居于侧，以滚法及单手拿法施于整个上肢，以拇、食指对称拿合谷，捻手指，最后以摇、搓、抖法施于上肢作结束动作。

【主治疾病】 颈、肩及上肢部行痹、筋痹、痛痹、着痹、肌痹。

【文献出处】 海中医学院附属推拿学校. 推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：121

【手法名称】 颈项部疾患的治疗手法

【手法操作】 患者坐姿。先用滚法从颈项部到肩部治疗，并用拿风池及颈椎两侧，以患侧作重点治疗。在治疗中滚法和拿法可交替反复使用。并可寻找压痛点，在压痛部位配合拇指按法。一般治疗时间 8 分钟。

【注意事项】 对于落枕患者配合颈部摇法和用拇指按天宗穴有较好的疗效。

【主治疾病】 颈项部疾患如落枕、颈项部扭伤、酸痛等症。

【文献出处】 上海中医学院编. 针灸新医疗法推拿学[M]. 上海：上海中医学院，1971：93

【手法名称】 头颈部的推拿常规

【手法操作】

1. 揉拿颈后大筋法 病人仍取扫散法体位。医者紧接着以一手拇、中、食、无名四指作对称揉拿用力。在一侧颈项部大筋自上而下施以揉拿。然后令病人头偏向另一侧，待作完扫散法之后，再行揉拿另一侧颈后大筋。须施术 1、2 分钟。

2. 勾点风池法　医者以一手按住病人前额部，另一手中指微曲并用力勾点风池穴，当病人有酸胀感并向前额放散为止。

【文献出处】　栾长业. 推拿疗法[M]. 济南：山东科学技术出版社，1982：44－45

【手法名称】　肌肉松解法

【手法操作】　病人取坐位，颈项肌肉放松。术者立在背后，用双手拇指指腹在病人颈项部从上到下地作肌肉松弛手法。先从枕部向下缓慢地运用指揉手法，然后加快节奏地施松弛手法（以颈项肌肉组织呈松弛状态方可），继而又作揉按手法施术（图 17－1）。

【注意事项】

1. 施术时要由轻到重，由慢到快，又由快到慢，故要掌握好节奏性。

2. 在操作中要运用拇指的指腹部位施术，切禁暴力及强硬手法，反之，则达不到治疗效果。

【主治疾病】　松弛肌肉，解痉止痛。主治颈椎病颈项韧带钙化症、落枕、颈项风湿痹痛、颈部急慢性损伤和劳损。

【文献出处】　潘新平. 推拿治疗颈肩腰腿痛[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1984：104－105

【手法名称】　肌肉弹拔法

【手法操作】　病人取坐位，颈项肌肉放松。术者立在背后，以单手拇指侧端在颈部肌肉部位进行弹拨手法，另一手扶按住病人肩部。弹拨施术要从痛点的上下端开始，然后诱导痛点部位，继而从上到下反复施术 4～6 次，再用滚揉手法协助调理局，让弹拨的肌肉组织加速血液循环来改善局部症状（图 17－2）。

【注意事项】

1. 弹拨手法要掌握好治疗节奏，多在颈椎两侧部位进行。

2. 手法用力要适当，湿热症的手法要轻，寒湿症则手法要重。

【主治疾病】　主治颈项韧带钙化症、颈椎关节紊乱症、颈肩综合征、颈椎病、高血压、偏头痛、后脑枕部隐痛、落枕、颈项急性损伤和劳损。

【文献出处】　潘新平. 推拿治疗颈肩腰腿痛[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1984：105－106

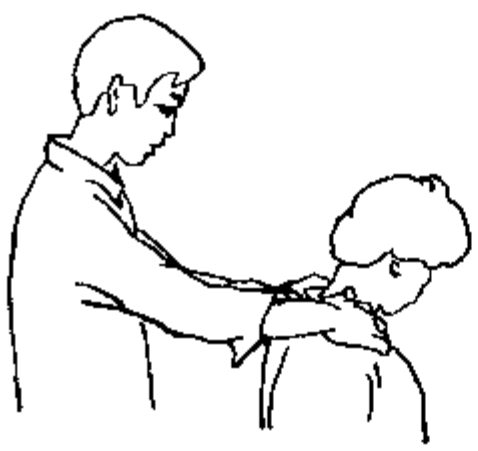


图 17－1　肌肉松解法

图 17－2　肌肉弹拨法

【手法名称】 颈椎正骨手法，共有10法。

【手法操作】

1. 仰头摇正法 用于枕寰、寰枢关节的旋转式错位。患者仰卧，低枕。术者一手托其下颌，一手托枕部，使其头作上仰（仰头可使C2－7后关节紧闭成“定点”）、侧转，缓慢摇动2～3下，嘱病人放松颈部后，将头转达较大幅度时稍加有限度的“闪动力”，多可听到关节复位时弹响“咯得”。此法亦可于坐位下进行。

2. 低头摇正法 用于C2－6后关节旋转式错位。患者侧卧，平枕，低头位，术者一手轻拿后颈，拇指按于错位横突隆起处下方作为“定点”，另手托其面颊部作为“动点”，以枕部为支点，将头部转动，当摇至最大角度时，托面颊之手用有限度的“闪动力”，“定点”的拇指同时加力按压，使关节在动中因“定点”有压力而复位。可重复2～3次。

3. 侧头摇正法 用于C2－6钩椎关节旋转式错位。患者侧卧，低枕，头前屈，术者一手托其头部，另手拇指拇指“定点”于患椎关节下方，将头抬起作侧屈并转动摇正，动作如低头摇正法。

4. 侧卧摇肩法 用于C5－T2间的旋转式错位。患者侧卧，平枕，术者一手拇、食两指夹置于其横突隆起的前、后方作“定点”，另一手扶其肩部作向前推向后拉的摇动，“定点”要配合用阻力，使关节在摇动中复正。此法于低头摇正法相同。只是“动点”在下改为摇肩，使作用力易于达到颈胸交界处，可避免上位颈椎受副损伤之苦。

5. 侧向搬按法 用于C2－C6侧弯侧摆式错位（钩椎关节错位）。患者仰卧，术者立于床头，一手拿其后颈并以拇指按住患椎横突侧向隆起处，另手托其下颌并用前臂贴其面颊部。两手合作将患者头先牵引并渐屈向健侧后屈向患侧，当向患侧搬至最大角度时，拇指“定点”不放松，与“动点”手同时作一搬、按、牵联合“闪动力”，有时，病人可听到关节弹响声，术者拇指可触到复位关节的弹跳感，多可成功。此法亦可改用侧卧位，去枕，用抬头作侧搬法，与侧头摇正法类同，只是不作摇动，抬头角度加大，对C6－T2侧摆式错位者可将“动点”改为推肩拉肩法，此法要求侧摆角度大些才易成功。

6. 拷角搬按法 用于C2－C4后关节滑膜嵌顿并错位者。患者取健侧卧位，低枕，将其头偏向健侧前屈位，充分展开患椎关节，术者双拇指轻拨弹其下位颈部紧张之肌肉，作滑膜嵌顿的诱导松解，使嵌顿的滑膜退出，揉捏颈肌放松后，术者一手拇指“定点”于患椎关节隆起之下方，另一手扶其头顶或额部，先将头搬向健侧前外侧45°方位，后斜向后外侧45°方位，如此斜向搬按压关节面，重复2～3次即可复平。

7. 俯卧冲压法（旋转分压法） 用于颈胸交界处前后滑脱式或合并左右旋转式错位，也常用于胸椎错位。本手法应认真注意冲压时力点应尽可能准确地落于向后隆起或偏歪的棘突上，以免造成新的损害。以C7棘突偏左，T1棘突偏右为例。患者俯卧于软枕上，头面转向左侧（使C7棘突转向右方或正中），双手自然分开放于床两侧，术者立于床头，右手掌根部按于C7棘突左侧，左手掌根部按于T1－3棘突右方，令患者作深呼吸，当其呼气时，双手同时用一冲击压力下按，由于术者左右手作用力方向不同，对错位椎体有旋转推压作用，能使后突和旋转错位关节达到推正的目的。

8. 侧卧推正法 用于各颈椎前后滑脱式错位，尤其对颈轴反张者有效。患者侧卧，平枕，低头位。术者用拇食两指夹持其向后突起的棘突两旁椎板处作“定点”，另一手托其下颌，将头作前屈后仰活动。当仰头时，“定点”之手稍加力向前推动，使之在运动中推正。有滑脱错

位者，推正时双手加力向上牵引，复位效果更好。

9. 反向运动法　用于松解肌痉挛和肌性牵涉性痛。术者右手食中两指按于其锁骨上窝的斜角肌紧张肌腱处，让患者转头向右，术者加力按压同时嘱患者用力将头转向左，重复上述动作 2～3 次即可。又如正骨后患者仍感颈连背有一处牵拉性痛者。患者坐于凳上，术者站其背后，嘱患者头略仰，术者一手扶其肩，另手拇指或屈肘按于其背的痛点上，开始加力按压同时嘱患者用力屈颈低头，重复 2～3 次即可。此法解除肌痉挛锁造成的牵拉痛可立即收效。也可用于复位手法。

10. 见下法。

【文献出处】 魏征主编. 脊椎病因治疗学[M]. 香港：商务印书馆，1987：97－103

【手法名称】 牵引下正骨法

【手法操作】 用于颈椎椎间盘突出、椎间盘变性并发椎体滑脱式错位、颈椎倾位仰位式错位和混合式错位。利用牵引时椎间隙相应增宽后进行手法复位，对小关节有交锁现象时更为安全。患者坐于 JZQY 型颈椎正骨牵引椅上，术者站于其后，双手扶其双肩缓慢向后拉至一定角度，再缓慢向前推至垂直位，嘱患者双上肢随身体摆动而前后摆动，颈肌要放松。1～2 分钟后进行正骨手法。

1. 推正法　用于前后滑脱式及左右旋转式错位者。术者双手拇指按于其后的棘突两旁，或两拇指分别置于左、右偏向不同的两个棘突旁，向前推动时拇指加力推正之。

2. 摇正法　用于中、下颈椎左右旋转式错位者，与徒手低头摇正法及摇肩法相同。选用复位角度后，先将患者向后拉至某一定角度，嘱患者双手抓住坐椅后脚上，以保持颈椎前屈角度，选好“定点”，进行摇头或摇肩手法复位。以 C4－5 椎间关节旋转错位为例，触诊横突 C4 偏右，C5 偏左，取 30°牵引角度，术者左拇指按其 C4 右侧隆起之横突，右手推其右肩向后，重复 2～3次。再以右拇指按 C5 左后隆起之横突，左手推其左肩向后，重复 2～3 次。也可转动颈部达一定角度，作一“闪动力”使其复正。

3. 搬按法　用于侧弯侧摆式错位。术者一手虎口扶于患者错位颈椎旁隆起处作“定点”，另一手握患者对侧手腕，徐徐用力向下椎（拉）使患者颈部侧屈 20°，然后轻轻还原。重复上述动作 2～3 次。一般先作健侧，使交锁的关节易于松解，然后作患侧复正较易成功。

【文献出处】 魏征主编. 脊椎病因治疗学[M]. 香港：商务印书馆，1987：102－103

附：JZQY 型颈椎正骨牵引椅简介（图 17－3）

JZQY 型颈椎正骨牵引椅是由康复医学专家龙层花及专业技术人员王秋亮在 QY－1—6 型牵引椅的基础上不断加以改进，研制而成的最新一代的、可对颈椎疾病患者实施正骨手法的有效器械。经广州军区总医院三十余年临床应用，该椅配合“牵引下正骨法”对颈椎病治疗取得了较明显的疗效，该牵引椅并由中华人民共和国国家知识产权局授予了专利权（专利号：ZL 03 2 22856.2）。

该牵引椅的主要特点是：即可满足传统的颈椎牵引疗法（静态）的要求，更是治疗颈椎病有特效的“牵引下正骨法”（动态）的专门设备，即适宜在牵引下作正骨椎拿手法，与国内同类产品比较有所创新。应用该椅，病人颈部在牵引过程中可作前后、左右及转头活动。患者双手自然下垂，身体后仰时，颈部牵引角度增大；前倾时，颈部牵引角度减小。这种牵引中缓慢改变

牵引角度的活动，能解除椎间软组织的痉挛，舒展椎间韧带及关节囊，改善颈椎关节错位和改善颈椎血液循环。

技术指标：工作牵引力：40～300N 范围内任意调节 20 N（分 13 档调节）；起始牵引力：40 N；牵引行程：0～420 mm。

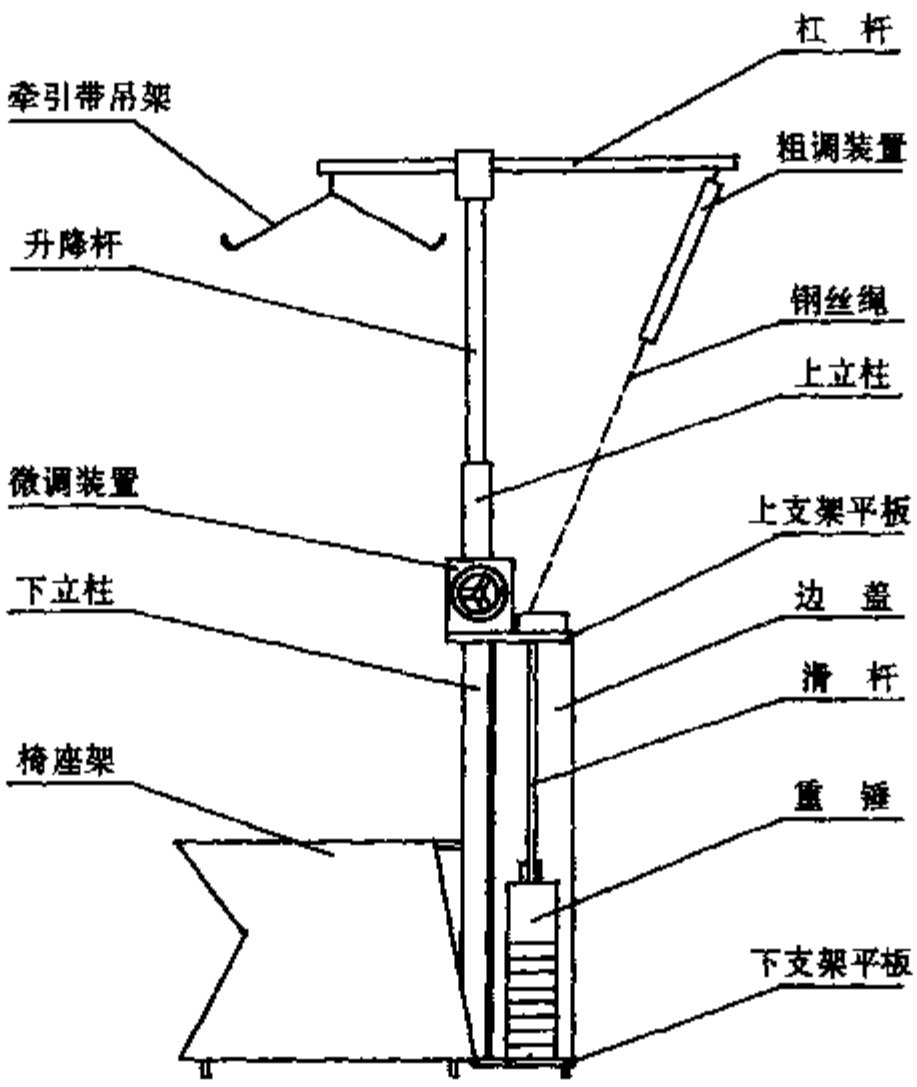


图 17－3　JZQY 正骨牵引椅

【手法名称】　王子平的颈部伤科推拿手法

【手法操作】

1. 手法前的准备：放松颈部周围的软组织，点穴按摩。

2. 手法时以“微微屈颈”的体位为主。微微屈颈是人体习惯姿势，手法时要“顺”，不能“逆”，尤其在有病的时候，因此反对过伸为常规体位。不仅手法如此，练功也应如此，以“前伸探海”与“回头望月”的姿势作为颈部活动的主要姿势。这个观点已经由很多学者用现代医学和解剖学观点予以证实。

3. 手法中无论对拔伸牵引或旋转摇晃都忌粗暴，要含有一个“暗”的反复几次的“准备”。

4. 除部分轻型病例外，手法的治疗需要进行多次，治疗需要逐步巩固。主张手法后还要常练功。目前临床上以手法、练功加牵引作为综合治疗的主要措施。

【注意事项】　手法操作时切忌粗暴。

【主治疾病】　常见的颈肩病痛症。

【文献出处】　骆竞洪主编. 中华推拿医学志—手法源流[M]. 重庆：科学技术文献出版社

重庆分社,1987:261

【手法名称】 颈肩部常规推拿

【手法操作】

1. 松颈法

操作:患者坐位,微低头,医着站在前面,两手掌根平推颈部5~8次,再五指扣拢挤捏颈项肌群,然后让患者颈部歪向健侧,用单掌根平推患侧颈及肩部,使患侧肌肉松弛。

要领:平推颈时,腕关节伸直,使前臂和手掌接近平行。手指任其自然松开。掌根要全贴在颈部,以上臂带动手掌作均匀推动不可歪斜。肘关节下垂面内收,腕部要灵活。扣拢捏挤时,掌根紧贴于肌表,五指扣拢,挤捏力须均匀。

主治:颈椎病、落枕、高血压。有通经活络,放松肌肉的作用。

2. 顺筋法

操作:患者正坐,头部微低,医者站在1侧,用双手大拇指指肚将头部半棘肌、头夹肌和颈夹肌,自颈椎棘突边缘,由上而下,向外侧疏顺,然后双手拇指沿外侧沟向下交替分拨。

要领:按经络循行,用拇指指端嵌入肌肉和肌腱缝中,用力适度。

主治:颈椎病、落枕、斜角肌综合征。可使颈项肌群伸展。

3. 理筋法

操作:患者头部微低,医者站在一侧,用双手大拇指指肚,将头部半棘肌,头夹肌和颈夹肌,自颈椎棘突边缘,由上而下向外侧拨理,然后双手拇指沿外侧沟向下交替分拨。

要领:按经络方向,用拇指顺筋理拨,手法宜轻缓柔和。

主治:颈椎病、落枕、斜颈、高血压。能缓解肌肉紧张,松解粘连,疏筋活络。

4. 伸臂按压法

操作:患者坐位,将患臂上举抬高,手心向上,医者一手固定肘部,另一手以手心按压患者手心。

要领:胳臂伸直,掌心向上,扶持固定,压力适度。

主治:颈椎病,肩关节周围炎,网球肘。有伸筋松肩的作用。

5. 转颈法

操作:医者一手置于患侧耳部前后,另一手托住下颌部,病人向健侧转。医者一手固定下颌,并用肘部按住患侧肩部,另一手置于患侧耳后,前臂掌侧紧贴头顶部,双手同时用力向相反方向扳拉,可听到斜方肌粘连松解的响声。

要领:动作要协调轻巧,转动幅度由小到大,宜轻宜缓。

主治:颈椎病、斜角肌综合征、落枕。有滑利关节,使局部肌肉松弛的作用。

6. 拔颈法

操作:患者坐位,医者站于侧面,左臂屈曲,手掌按放在患者肩上,用肘部固定下颌,另一手拇食两指顶住双风池穴,向上提拔颈部,边向上提边转头,亦为牵引法。

要领:将颈部固定牢,牵引力量要适度,动作要协调。

主治:颈椎病、颈部扭伤、斜颈、落枕。有伸展颈项肌群的作用。

7. 纠正棘突法

操作:患者坐位,医者站在后方,左手拇指顶住偏歪之棘突,其余四指紧贴后枕部,右手掌

托住病人左面颊及额部，在颈部微屈牵引姿势下，双手密切配合，用适当的力量，使头部向右侧转动（可感到指下棘突向左移动）。

要领：偏歪棘突要检查准确，左右同时用力，密切配合，要出现指动感。

主治：棘突偏歪，颈椎病。能使偏歪棘突复位。

【文献出处】 王志仪. 功法推拿[M]. 济南：山东科学技术出版社，1989：47～52

【手法名称】 颈部痛的治疗手法

【手法操作】 平滑指压岗上1穴，深部滑动指压颈椎上反应压痛点（多在横突部）。若效果不佳，可于治疗点针刺。

【主治疾病】 颈部痛。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：514

【手法名称】 综合按摩法

【手法操作】

1. 点按常用穴 以右侧为例。患者正坐，术者点按、点揉大肠经的曲池、小肠经的小海、天宗、肺经的中府、胆经的肩井，以松解肌痉挛。

2. 压放缺盆穴 术者拇指放于患者锁骨上窝缺盆穴处，按压1分钟，再向后内侧按压1分钟。患者拇、食、中三指有麻木感，当手指放松后，患肢有热流感者为佳。

3. 压放极泉穴 患者右臂高举伸直，术者左手持患腕背侧，并向上牵引，右手拇指用力按压极泉穴（心经），患者拇、食、中三指完全麻木，然后患者放于旋后位，掌心向上，徐徐下落至30°外展位，继续按压1分钟。放松拇指后患者立即感觉有热流通过上肢，有舒畅麻木无力之感。

4. 搓揉患臂 术者以两手全掌着力挟住患臂，自上而下地快速搓揉。

5. 前屈后伸运动 术者站在患者一侧稍后方，一手扶头顶，一手用拿法，拿捏两侧胸锁乳突肌及颈后部肌肉，边拿，边作头部屈伸运动。

6. 揉压新没、大椎 新没穴位于风池（胆经）直下方，后发际下一寸五分处。术者两手拇指按于该穴，作半环圆揉动1分钟。然后双拇指揉颈后两侧肌肉，自上而下反复2～3次，按压大椎穴。

7. 手牵提端旋转法 术者立于患者背侧，两臂尺侧置于患者肩顶部，两手掌托住下颌托住向前上拔伸牵引头部，并用拇指在两侧风池穴徐徐用力挤按，然后在牵引下后伸其颈。接着在轻度牵引下，先颈部稍前屈，做左右旋转各一次，转至45°和头前屈后伸动作。手法要温柔和缓，不可猛烈旋转头部。

8. 压颈搬肩 术者位于患者健侧后外方，将左手扶于患者病侧头顶，右手扶住患侧肩顶上部，两手向相反方向分离，以牵拉其右侧项部，同法施于左侧。然后用两手食指、中、无名三指旋转按揉颈后两侧。

9. 挤压颈后肌 术者立于患者前方，将两拇指虎口大鱼际部推按头部至颈后部，然后两手手指交叉，以手掌部挤压颈后肌30秒钟，反复2～3次。

10. 捏拿法 术者大拇指与四指相对成钳形，捏拿双肩至项部肌肉，反复2～3次。治疗后患者觉轻松愉快。以上手法2天1次，每次15～30分钟，10次为1疗程，一般2个疗程。

【文献出处】 包来发.百家推拿经验集[M].上海:上海科学技术出版社,1995:105-106

【手法名称】 颈、背部推拿手法

【手法操作】

1.从双风池穴开始,提拿、揉按颈部两侧肌肉,以拇指指腹从风府穴开始揉、按颈后正中一条线。亦可用双掌根提拿颈部肌肉。从颈基底部开始,向肩两侧提拿斜方肌,拇指按压斜方肌肌腹,双手掌搓斜方肌及颈基底部。掌根揉双肩胛区肌肉,拇指按压肩胛骨内缘,及颈椎、上部胸椎旁夹脊穴。

2.点风池、风府、肩井、天宗、大椎以及痛点。

3.摇颈椎,活动颈椎,拔伸颈椎,斜扳颈椎。

【主治疾病】 肩、颈背疲劳、颈椎病、落枕、颈、肩、背肌筋膜炎。

【文献出处】 薛传疆,姚红主编.现代椎拿学[M].北京:中国中医药出版社,1997:99

【手法名称】 牵引下正骨法

【手法操作】 患者坐于牵引椅上,套上牵引颈托升固定好,头向前倾15°进行牵引。术者站其后,双手扶其双肩缓慢向后拉至一定角度,再缓慢向前推至垂直位,嘱患者双上肢随身体摆动而前后摆动,颈肌要放松。1~2分钟进行正骨手法:

1.推正法 用于前后滑脱式错位者及左右旋转式错位者。术者双拇指按于其后突的棘突两旁,或两拇指分别置于左、右偏向不同的2个棘突旁,向前推动时双拇指加力推正之。

2.摇正法 用于中、下段颈椎左右旋转式错位者。选用复位角度时,先将患者向后拉至某一角度,嘱患者双手抓住牵引椅后脚上,以保持颈椎前屈角度,选好"定点",进行摇头或摇肩手法复位。以C4-5椎间关节旋转错位为例,触诊C4横突偏右,C5偏左,取牵引角度30°,术者左拇指按其C4右侧隆起之横突,右手推其右肩向后,重复2~3次。亦可有转动头部达一定角度,作一"闪动力"使其复正。

3.搬按法 用于侧弯侧摆式错位型。术者一手虎口扶于患者错位颈椎旁隆起处作一"定点",另一手握患者对侧手腕,徐徐用力向下推使患者头部侧屈约20°左右,然后轻轻还原。重复上述动作2~3次。

4.扳肩膝顶法 用于颈胸交界,以胸椎上段后凸为主滑脱式错位。术者用一膝顶靠后凸之患椎,双手扳于其两肩前,待患者放松时,术者手足协调,膝向前上顶,双手后扳,此时可闻"喀"的响声。

【注意事项】 多关节错位者用手法将上位颈椎错位复正后,可采用牵引下正骨法治疗中下段颈椎,根据需要,"动点"用动头或动肩,"定点"选棘突或横突均可。

【主治疾病】 颈椎椎间盘突出、椎间盘变性并发椎体滑脱式错位、颈椎倾位仰位式错位和混合式错位。

【文献出处】 钟士元主编.脊柱相关疾病治疗学[M].广州:广东科学技术出版社,2003:119-121

第二节 腰背及骨盆部的常规推拿手法

【手法名称】 肿胀类疾患的治脊疗法

【手法操作】

1. 咽喉病 此乃中段胸椎致病。校整 T5 及中段颈椎，刺激 T7（用震荡刺激）。

2. 腹膜病 此乃 L2 致病。校整 T6、T7、T8、79、T10、T11、T12、L1、L2。

3. 子宫病 校整 L4。震荡刺激全部胸椎，或 L1、L2 棘状突起部，则子宫收缩。

4. 卵巢病 校整 L3。以上所指颈椎，胸椎，腰椎，皆指在棘状突起部轻叩或压迫而言。

【主治疾病】 肿胀类疾患。

【文献出处】 范风源. 慢性病按脊疗法[M]. 上海：科学书报社，1953：24－25

【手法名称】 腰部推拿法

【手法操作】

1. 部位 腰椎、荐椎和尾椎。

2. 顺序 由腰椎起，经过荐椎，至尾椎止（图 17－4）。

3. 联系 这样手法，和“按摩法”、“拍法”、“打法”、“分法”有联系。

4. 治疗原理 腰酸痛多系劳伤，用“平椎法”医治：

①保持温养力，调节体温；②增进兴奋性，培养二元（二元是元阳，元阴。元阳就是肾气，元阴就是肾水）；③通经活络，扫除血行障碍；④去郁苏困，促进代谢机能。因此，能治腰酸痛。

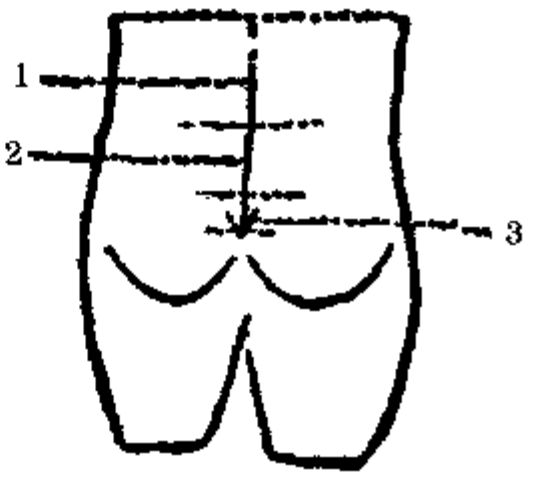


图 17－4 腰部

1. 腰椎；2. 荐椎；3. 尾椎，推时由腰椎至尾椎

【主治疾病】 可治腰酸痛（腰部肌肉疲软疼痛，叫做“痉痛”是一种过度刺激的反应）。

【文献出处】 陈宇清. 新推拿十八法详解[M]. 郑州：河南人民出版社，1957：3

【手法名称】 腰部损伤的治疗手法

【手法操作】 患者取坐位（俯卧位），医生于身后施术。施术时，医者以双手拇指按住脊柱两旁一寸许，患者主诉疼痛部位之上方（2～3 寸处），作自上而下或自内上斜向外下方向进行理筋，理至髋眼穴部（即髋部）给予镇定，如此交替数次以散壅滞。在理筋过程往往可以发现有疼性索状肿物（或筋结），此时可于肿物局部施行分筋理顺之。此种肿物多出现在髋眼穴附近，所以在检查时须特别注意常发的部位。操作时也可边分筋边理顺，分而理之，理而分之，相辅而行，以便使停滞之气血宣散畅通。继分筋之后可采用腰部外磨法以活动其关节，行此法时患者取坐位，医者则在患者背后，医者一手以拇指按压腰后病变处，另一手置患肩上以推动患者作腰部旋转活动。在外磨过程中手指往往会摸到有物（如筋结、筋移位、筋硬化等）往来滑动，进行这项手法能促使此种不正常的筋变恢复正常，以解除痛苦。外磨后再行弹筋法，一

般腰部多采用背筋、腰筋等处，但如因筋过于僵硬提弹不起，不能运用弹筋手法时，可以拨络代之。最后再行下肢滚摇手法以疏通筋络，最后以踝膝镇定法（医生将侧患下肢搁置医者之腿上，一手按压患膝，一手握患侧足之跖前部，两手同时用力，迫使足踝背屈而膝关节保持直伸，停留片刻）结束。

【主治疾病】 腰部损伤。

【文献出处】 杜自明. 中医正骨经验概述[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：53

【手法名称】 腰背部行痹、筋痹、痛痹、着痹、肌痹的操作方法

【手法操作】

1. 患者取俯卧位 医者居于侧（顺经操作为宜）以推法、滚法或擦法顺着膀胱经及督脉经路线，上下不断地往返施行，接着以双手拇指按风门、肺俞、膈俞、胃俞、肾俞及环跳穴。在施行手法治疗的同时，可配合髋关节后伸的辅助动作，即医者一手揿住患者腰部一手将患者大腿向上提。

2. 患者取坐势 医者居于侧，一手置于患者肩部配合其俯仰动作。一手用滚法施于腰部。最后用按、搓两法施于腰部而结束之。

【主治疾病】 腰背部行痹、筋痹、痛痹、着痹、肌痹。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校. 推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：

【手法名称】 胸腰椎扭挫伤整复术

【手法操作】 因腰部损伤症各有不同，所以使用的手法亦有不同，现分述如下：

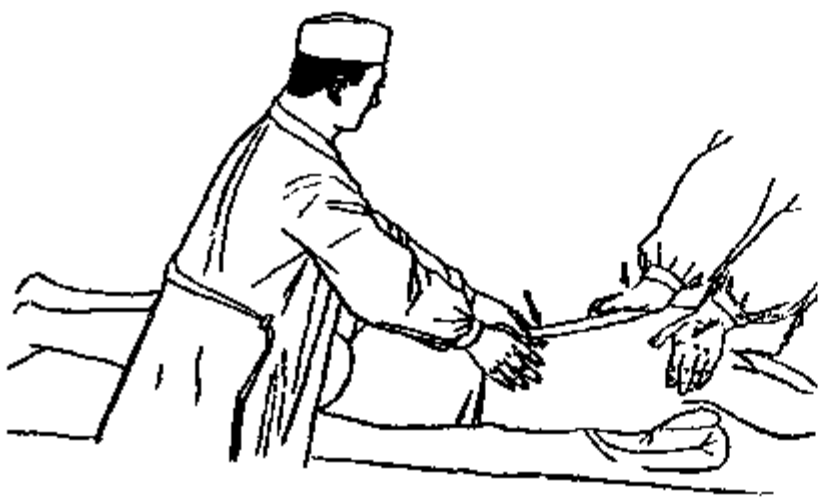


图 17－5 胸腰椎挫伤整复法

1. 高处堕落或跳跃而挫伤胸部（背部）及腰部者，令患者俯卧于床上，两腿伸直。在胸部垫一小枕，使其胸部突起，腰部成凹形。一助手固定身体上部，不使其摇动。医者站在患者侧面，用双手先按腰部两侧肌肉（即太阳膀胱经之循行线），反复推按五分钟。再用手掌按压肿胀外，开始要轻，逐渐加力（图 17－5）。这样能使经络通顺。术后令患者卧于硬板床上保养；内服活血散，外敷膏药或止痛膏。2～3 周可愈。

2. 腰肌扭伤而不能直立者之整理手法：令患者俯卧于床上，助手扶住患者不使其摇动。医者先在肾俞和志室穴当中用手将肌肉向中间推动，反复在压痛点推动 5 分钟，再用一手搬其患者腿向上缓缓提动，另一手压腰椎部。如此将患腿反复向上搬动 3～4 即可（图 17－6）。稍待片刻，患者即能站直。

对此症还可以用另一方法：令患者面对墙壁，双手举起扶在墙上，患者腹部向前突起。医者双手按腰部痛点用力推压，反复操作十分钟即可（图 17－7）。

3. 扭伤腰肌，身形向侧面倾斜之治疗手法（如患者右侧扭伤，身形向左侧歪斜）：令患者右侧向上侧卧于床上，使双膝关节成屈曲形状。医者双手分成八字形掌（图 17－8），按在腰部，

图 17－6 腰肌扭伤整复法

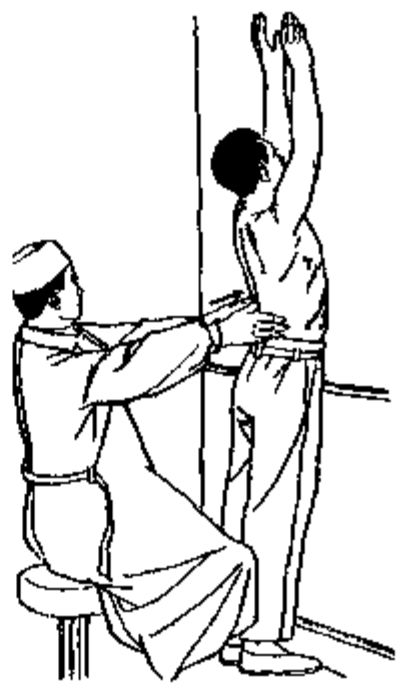


图 17－7 腰肌扭伤治疗手法

使用指针疗法，缓缓用力向下压迫，2 分钟换一次位置，取膀胱经之三焦俞、肾俞、志室穴，15 分即可，疗效良好。

4. 腰部直挺而不能向前弯曲者，手法有两种。

（1）令患者双手把住床框或凳子（图 17－9），医者双手按住患腰痛点，局部按摩推拿，然后再用指针疗法，取肾俞、志室、脾俞穴，使经络通顺，肌肉松缓。

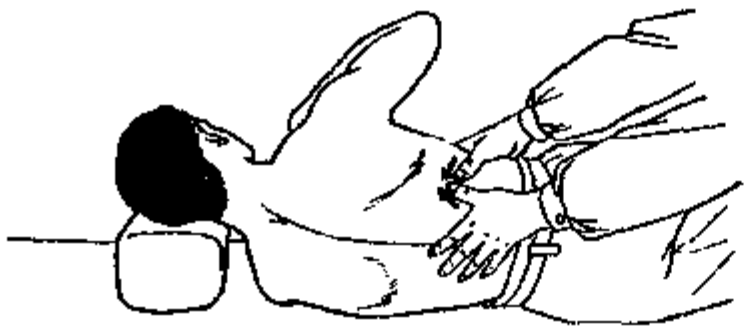


图 17－8 腰肌扭伤的指针疗法

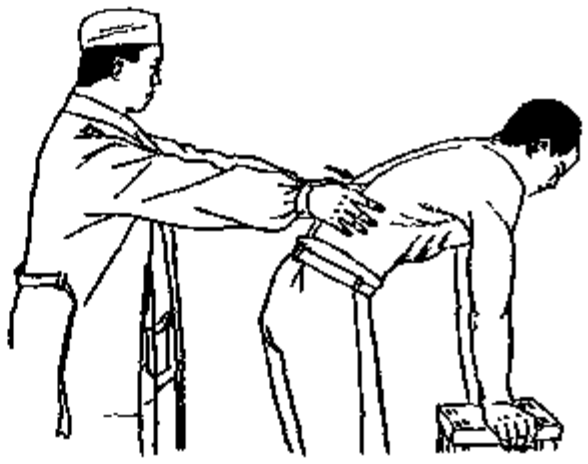


图 17－9 腰部指针疗法

（2）令患者坐凳上，尽量向前弯曲，医者用双手环扣腰部，缓缓用力向上提（图 17－10），使腰部肌肉松弛，连提 3～4 次，当时患者必感轻松，有显著效果。对年轻妇女或孕妇不可使用此法，可用坐式，尽量使患者腰部向前低垂，腰肌得到牵引，医者站在患者背后，双手用八字掌，顺次向中间推动腰椎两侧之肌肉（就是足太阳膀胱经循行线，图 17－11），用手法 15 分钟后，休息片刻，再反复以此法按摩，这样腰部便能自然向前弯曲（图 17－12）。使用此法对能直不能弯之腰肌扭伤效果良好。

5. 风湿性腰痛用综合疗法治疗，效果比较显著。内服独活寄生汤，并配合针灸，取穴肾俞、志室、上髎、委中，用艾火多灸肾俞与志室穴。

【注意事项】 对肾虚腰痛，可服健步虎潜丸，六味地黄丸，不须使用手法。

【主治疾病】 胸腰椎扭挫伤。

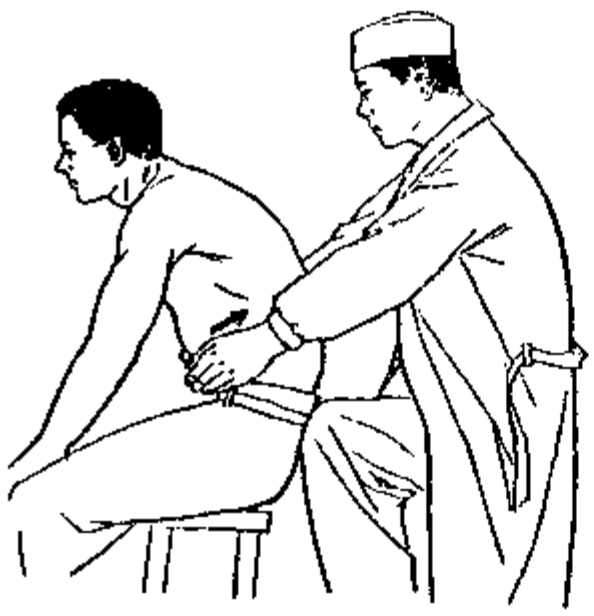


图 17－10 腰部肌肉松弛法

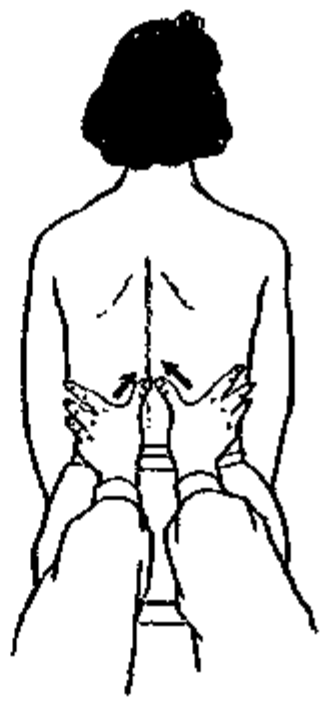


图 17－11 腰部肌肉八字掌法

【文献出处】 陈占魁著. 陈氏祖传正骨手法[M]. 哈尔滨:黑龙江人民出版社,1963:221－227

【手法名称】 腰部疾患的治疗手法

【手法操作】 操作步骤如下。

1. 患者俯卧,先用滚法在患侧腰部施治,在使用滚法时可配合后伸(后抬腿)被动运动。操作时间 3 分钟。

2. 同上势。再用按法。根据患者的体质和疾病情况,选用拇指按,掌根按或肘按法在患侧上下按 3～5 遍,本法和上法在治疗时要轮换使用,重复 2～3 次。

3. 患者坐势。在腰部使用滚法,并配合俯仰运动。时间约 3 分钟。

4. 同上势。在腰部患侧使用小鱼际擦法,以热为度,并可配合热敷法。

【注意事项】 以上四种操作在临床应用时,不一定要每种疾患都全部用上去,而应根据具体情况灵活运用(一般只用 2～3 种即可)。手法的轻重和被动运动的配合也要从实际出发来决定。如急性腰扭伤的临床表现主要为腰部疼痛及运动障碍,但疼痛和障碍的程度在不同病例上却大有区别。因此在治疗时,对于疼痛剧烈、运动障碍严重的患者,就适宜用较轻柔的手法,如推法(或轻的滚法)和掌按法等;反之对疼痛和运动障碍较轻的患者,就可用较强的刺激的手法,如滚法、拇指按或肘按法等。操作步骤一般是先用 1、2 种,效果不显著时,再加用第 3 种和第 4 种。如腰椎间盘突出症的治疗操作,在临床上有了新的发展,不但提高了疗效,而且使治疗时间和疗程大大缩短。操作方法如下:腰后伸坚持 0.5～1 分钟;斜扳法左右各 1 次;屈膝屈髋和直腿抬高数次。

【主治疾病】 腰部疾患如急性腰扭伤、腰椎间盘突出症,风湿性腰痛,腰背劳损等。

【文献出处】 上海中医学院编. 针灸新医疗法推拿学[M]. 上海:上海中医学院,1971:92－93

【手法操作】 病人俯卧,医者立于病人胸侧,面向病人头部。

1. 抚法 医者以两手全掌着力,从病人脊椎两侧"大杼"穴开始,沿膀胱经向下直抚至两

腰眼处，然后两手由腋侧轻抚收回原处，反复操作多次（图 17－13）。再沿肩胛骨下边缘，从内向外抚至腋下，然后顺肩胛骨上缘轻抚回原处，反复操作多次。

图 17－12　整疗后腰部自然向前弯曲

图 17－13　抚法

2. 掌揉法　医者以两手全掌着力，沿病人脊椎两侧膀胱经自上而下地施以环形揉动。此法有祛风止痛之功。

3. 压法　医者以两手大拇指着力，从病人大杼穴开始，沿膀胱经向下直压至膀胱俞附近。再从大椎穴开始，沿督脉经向下压至腰俞穴（图 17－14）。

4. 拐肘压　医者以拐肘着力，从病人大椎穴开始，沿督脉经向下压至阳关穴，再从大杼穴开始，沿膀胱经压至肾俞穴（图 17－15）。脊背和胸腹之疾患，以拇指或拐肘在此两经上取穴点压或顺经按压，均可收到一定疗效。

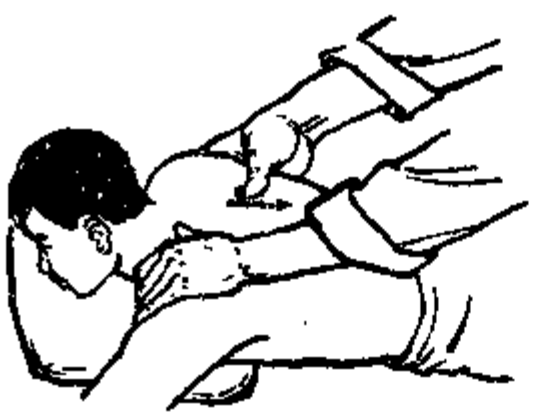


图 17－14　拇指压法

图 17－15　拐肘压法

5. 抓法　医者以手之全掌与五指指肚着力，从病人大椎穴开始，沿督脉向下用力抓至腰骶部，反复操作 3～4 次（图 17－16）。

6. 叩打法　以拳叩、切击两法为主。操作时，应以腰部为重点，可重力叩打之，8～12 肋间区应轻叩（心脏病患者应禁叩）。若腰背部风湿酸痛发板者，可加拿肩胛内缘之两大筋。

7. 运动法　以按腰搬肩法、按腰搬腿法为主，根据不同情况选用其他腰部活动法治之。

（1）按腰搬肩法：医者以一手按住病人下腰部，另一手向后用力搬动其肩，使其腰部得以

扭转运动(图 17－17)。

图 17－16 抓法

图 17－17 按腰搬肩法

(2)按腰搬腿法:医者以一手按住病人腰部,另一手向侧后方用力搬动其腿,使腰部得以伸缩运动(图 17－18)。

【主治疾病】 腰背风湿、类风湿、肥大性脊椎炎、肋间神经痛,以及腰背部一些器质性病变的酸、麻、胀、痛等。

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南:山东人民出版社,1972:69－74

【手法名称】 腰背部动法

【手法操作】

1. 旋腰法 病人坐于床上,医者立其背后,右臂穿过病人腋下,左臂搂其上臂,两手于病人前胸合拢紧握,嘱病人全身放松后,将其抱起作环形旋转仰俯活动。并使左右旋转次数相等(图 17－19)。此法有舒展筋骨、滑利关节、消瘀止痛的作用。对腰部损伤,如腰肌劳损、腰椎间盘脱出和闪腰岔气等症,均有显著疗效,是腰椎活动的一种主要手法。

图 17－18 按腰搬腿法

图 17－19 旋腰法

2. 扭转法(复位法) 病人坐于床上,两腿伸直,两臂交叉,两手扶肘,医者立其一侧,以右腿压住病人两腿,嘱其向患侧尽力扭转,医者扶其两肩并用力助之,转到一定程度时稍加用力,

当听到“嘎嚓”一声响时，即说明腰椎得以复位。左右均扭转1次（图17－20）。此法对腰部筋骨损伤，如肌劳损和闪腰岔气等症，均有疗效。

3. 仰俯法　病人仰卧，两腿伸直，医者立于床前与病人两手互握，然后拉病人坐起，并使其两手触及自身脚尖，再令其躺下，拉起，如此反复多次。此法可使腰部及患肢后侧紧缩之筋腱得到伸展和锻炼，以减少步履之牵吊感。对腰部损伤，仰俯或左右旋转不利者，疗效较好。同时还可以此检查病损的轻重，如病人能自行坐起，两手又能触及脚尖者，说明腰腿病损较轻，反之则病损较重。

4. 腰髋引伸法　病人俯卧，将右腿拉向左侧，使两腿呈交叉状，医者立于其中，以左手固定病人右腿，右拐肘压于病人右侧环跳穴处。若力量不够时，可以左手扳住床边助之。治疗对侧时，操作相反。此法可使痉挛的软组织得以松弛，并有助于脱出之腰椎间盘复位，是治疗腰椎间盘脱出症和坐骨神经痛不可缺少的一种手法。

5. 腰椎牵引法　病人坐于床上，两臂交叉两手握肘，两腿伸直，医者坐于病人背后，两腿夹其下腰部以作固定，两手经腋下穿过，于病人胸前紧紧互握，然后用力向上猛抱，同时左右摆动（图17－21）。此法有助于脱出之腰椎间盘的复位。

图17－20　扭转法

图17－21　腰椎牵引法

6. 伸展法　病人两臂平伸，面向墙壁贴墙蹲下，医者立其背后，两手全掌放于病人腰部，以两拇指着力按其腰眼，令病人顺墙缓缓立起，如此反复2～3次（图17－22）。此法对风湿性腰痛、脊背发板、仰俯不便者，有较好的治疗效果。

7. 扭动伸展法　病人侧卧，右下肢伸直，左下肢曲膝，左半身向外后偏仰，医者立于一侧，一手按压左下肢膝部，另一手按压左肩部，两手同时向相反方向用冲力猛一按，即可发出一连串之声响（图17－23）。施术时，可先患侧，后健侧，并使两侧操作次数相等。此法可使整个脊椎及其腰大肌、背阔肌和周围韧带得到强有力的伸展和牵拉。有助于腰椎错位还纳，可使已僵硬的脊椎关节滑利，病变腰椎韧带及软组织得到强有力的锻炼。对肥大性脊椎炎、类风湿、闪腰岔气及腰脊背部病症，有较好的疗效。

【文献出处】　乳山县人民医院海阳所分院. 推拿疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1976：18－22

【手法名称】　胸部按摩常规

【手法操作】　病人仰卧，医者立于病人胸侧。

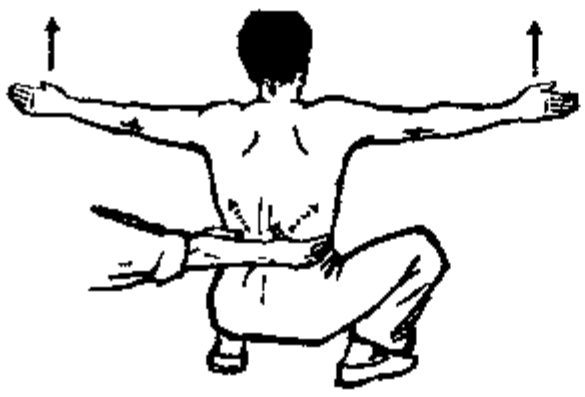


图 17－22 伸展法

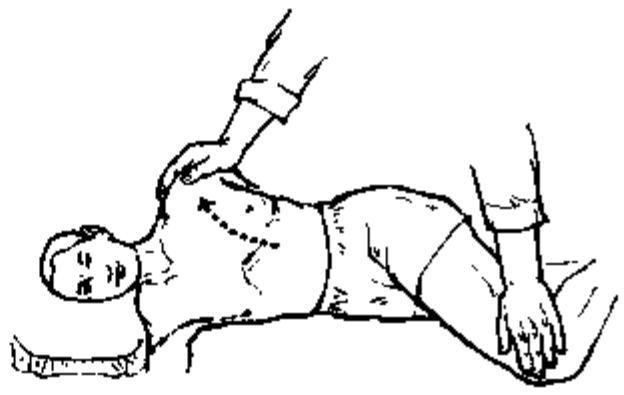


图 17－23 扭动伸展法

1. 离心性抚法 医者两手伸开，以全掌着力，从病人天突穴开始，沿任脉经向下抚至膻中穴。再从胸骨中央处开始，分别向两侧按压至两胁前“云门”穴（图 17－24）。此法有宽胸理气作用，对胸闷、呼吸不畅等有显著的治疗效果。

2. 揉压法 医者以两手大拇指或手掌大小鱼际着力，从病人天突开始，沿胸任脉经自上而下地揉压至膻中穴，再从天突穴两旁开始，沿胸骨旁线自上而下地揉压至膻中旁（图 17－25）。以上两条路线在施术揉压时均应上重下轻。对于胸闷、胸胁疼痛者宜多施术。

图 17－24 离心性抚法

图 17－25 揉压法

3. 疏理肋间法 医者两手五指分开，紧贴于病人两肋间用力向两侧腋下疏理（图 17－26）。先上后下逐一进行。此法多在抚法和揉法之后施术，对肋间神经痛、叉气等有较好的治疗效果。

4. 拳叩法 医者将左手置于病人胸骨中间，右手握拳用力捶击之，连续 2～3 次（图 17－27）。此法有祛烦、解闷、止痛等作用。

5. 勾点天突穴 医者以中指末节勾入病人胸骨上端天突穴内，稍待片刻后将手迅速收回（图 17－28）。此法对痰塞病人有较好的治疗效果。

6. 疏法 医者以两手四指掌面着力，从病人上胸部轻松地疏至右季胁。当右手疏至“膻中”穴时要左右摆动几下（图 17－29）。反复 4～5 分钟，此法有舒肝理气的作用。

【主治疾病】 胸胁疼痛、支气管哮喘、肋间种经痛、呃逆、胸闷、叉气以及一切呼吸不畅和胸胁不适等症。

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：

图 17－26 疏理肋间法

图 17－27 拳叩法

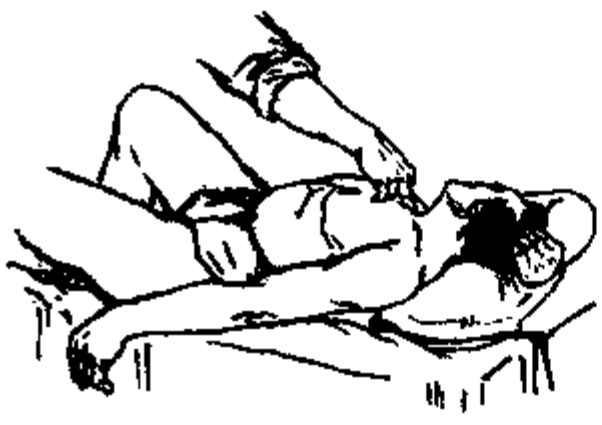


图 17－28 勾点天突穴

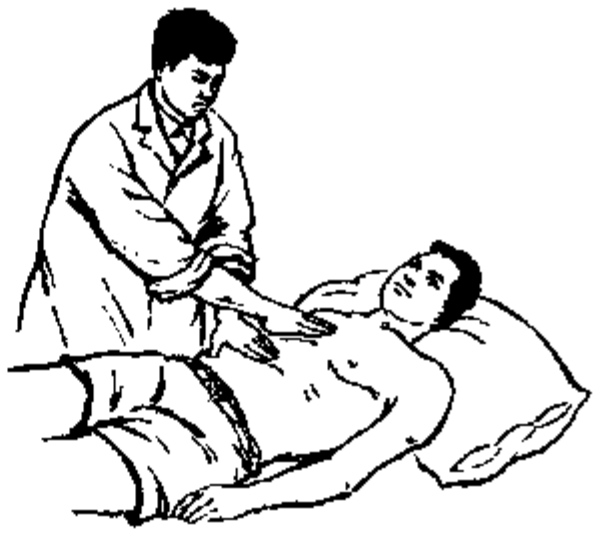


图 17－29 疏法

74－79

【手法名称】 运动法

【手法操作】 可根据腰脊活动范围受限制的不同情况，适当选用 1～2 种或 2～3 种腰部活动法施术。常用按腰扳肩法和按腰扳腿法，使其整个脊柱得到伸展。

【主治疾病】 腰背部推拿常规。

【文献出处】 栾长业. 推拿疗法[M]. 济南：山东科学技术出版社，1982：49

【手法名称】 胸椎正骨手法

【手法操作】

1. 单向冲压法 适用于单椎后凸滑脱式错位和侧弯侧摆式错位。患者俯卧，胸前平放于薄枕上，术者单手或双手重叠，掌根置于后凸棘突上（如向右侧弯侧摆者，术者站于患者右侧，双手用力方向偏左前方），嘱其作深呼吸，呼气时，术者用有限度的冲压力，重复 2～4 次。冲压法亦可在坐位下进行。患者骑坐于木椅上，面向椅靠背，术者立其后，用右膝关节屈曲顶按于其后凸的棘突下方，术者双手扶患者双肩向后拉，同时右膝适当用力向前顶按。滑脱较重者，加牵引力，患者双手对抱，术者双手从其腋下伸出抓住其前臂，复位时将患者向上端起并向

后拉，右膝同时顶按。对合并旋转式错位者，顶按后，将患者大幅度向左，右旋转上体复位。此动作由于术者前臂经患者腋下伸出，向左转时将右手向上抬，左手向下，使患者同时作左侧屈体位，较易成功。如法向右复位。

2. 俯卧双向分压法（亦称间接冲压法） 适用于某椎向前滑脱或倾位仰位式错位。患者俯卧，胸前垫高枕使成驼背状，术者站其左侧，双手交叉以掌根部分置凹陷病椎其上下二椎棘突处，配合呼吸作由轻渐重的多次适度冲压，由于术者双手交叉用力方向相反，与胸前高枕联合作用，常可将凹陷的胸椎撬起。胸椎错位，尤以向前滑脱者，其有关肋骨多见隆起或合并肋软骨炎，复位时亦可借助肋骨的杠杆作用，术者用掌平推法和按压法，将隆起的肋骨下按，按时嘱患者深吸气，有利于胸肋骨小头关节的复位。并注意整个胸廓变形的矫正。

3. 俯卧旋转分压法 用于胸椎左右旋转式错位。以 T6 棘突偏左、T7 棘突偏右为例，患者俯卧，胸前垫薄枕，双手放在躯干两侧，背部放松。术者立其右侧，右掌根置其 T7 棘突右旁，左手掌根置其 T6 棘突左旁，配合呼吸，当其呼气时，术者双手用适度的冲压力，由于双手用力方向不同，使 T6－7 受到旋转力而复位。术者接着转体将左手下移定点于 T7 棘突右旁，右手移至 T8 棘突左旁，重复上述复位动作。如此将各椎间调整达到全部复正为止。

4. 俯卧定向捶正法 此法比冲压法安全、柔和些，适用于体质虚弱的老人和儿童。患者俯卧，肩背放松，术者右手握拳，左食指或中指置于偏歪的棘突旁，用拳捶于食指而震动其错位棘突。亦可用器械（或用一特制指形小棒）代替手法捶正，配合背部拍打法进行。此种病情，脊柱失稳较重者，应配合练保健功才能巩固疗效。

5. 悬吊牵引推按捶正法 适用于混合式错位者。完成第一步放松手法后，嘱患者双手抓住单杠或肋木（无此装置可在门框上或由助手将患者背起）使身体悬吊起来，术者用掌按压推动其错位胸椎和肋骨隆起处，或以拳捶正之。术毕，将患者缓慢放下，不能跳下以免发生新的创伤。

【文献出处】 魏征主编. 脊椎病因治疗学[M]. 香港：商务印书馆，1987：105－108

【手法名称】 腰椎正骨手法

【手法操作】

1. 双手重叠直接冲压法 适用于腰椎后凸及侧弯者。手法操作与胸椎相同，亦可用两个枕头把冲压处悬空，腰部所需冲压力大些，术者双肘垂直，利用上身重量垂直按压，当患者腰肌放松时加上冲压闪动力，重复 2～4 次。

2. 双手间接分压法 适用于腰椎前滑脱或倾位仰位者。患者俯卧，于腰椎棘突凹陷处的腹部垫一个 10～20 公分高的稍硬枕头。术者两手交叉掌根分置于凹陷棘突之上方和下方稍隆起的棘突上，两手同时向下按压，由于交叉后，其力量方向相反，与垫枕上顶作用，可间接地迫使前凹的椎关节向上还纳复位，故称间接分压法。

3. 牵抖冲压法 适用于前后滑脱式错位、倾位仰位式错位及腰椎间盘突出症。患者俯卧于治疗床上，双手扶抓于床沿上；第二助手立于床头，双手抓扶患者双腋下，将患者稳定于床上；第一助手弓箭步立于患者足部床边，双手紧握患者踝部（患者双下肢并拢比较，若左下肢略长，先握左踝部；若右下肢略长，先握右踝部）。术者右手掌根按于其后突的棘突下方作“定点”，左手重叠按于右手掌背上（若倾位、仰位错位者，术者“定点”于错位椎体上一节的棘突处）。嘱患者腰肌放松，术者口令一、二时，第一助手将其下肢牵拉并上下抖动 1～2 次，当口

令三发出的瞬间，三人同时发出暴发力，术者双手向前上方冲压；第一助手向下用力牵引抖动；第二助手用力拉住患者。先作健侧（略长的一侧下肢），后作患侧（略短的一侧下肢）。健侧牵抖力稍轻，作 1～2 次，患侧牵抖力加强，重复 2～4 次。手法完成后，再将患者双下肢比较其长短之差是否改善或已正常。根据腰椎变形情况此法亦可仰卧进行（腰椎前滑脱者）或双下肢同时牵抖进行（腰椎间盘突出症中央型）。

4. 俯卧牵引兜肚法　适用于第五腰椎Ⅰ～Ⅱ°滑脱症。患者俯卧于治疗床上，腹及骨盆部垫一薄棉软枕，第一、二助手如俯卧牵抖冲压法，但第一助手同时握其双踝部，术者面向患者头部双脚分开跨站于患者臀部左右两侧床上，弯腰将两手从患者腹侧伸向前方，十指交叉挟紧将患者抱住患椎前腹部，当口令三发出的瞬间，一、二助手用最大力向两头牵拉；患者同时用力咳嗽一声，术者突然将患者下腹部兜抱起抖动一下。若手法后症状改善，可重复 3～5 次。若无助手，此法可改下式进行，患者仰卧，双下肢并拢伸直，术者面向患者，双手握住患者双踝立于其足部床上，把患者双下肢屈髋 90°并将其臀部提起放下碰击床上，此震击法若有效果，可重复 2～4 次。

5. 俯卧摇腿揉腰法　适用于全部腰椎综合征各骨关节损害者，是腰椎后关节左右旋转式错位的常规手法。尤其适用于老年人的肥大性脊椎炎，是个有效而安全的手法。此法用力柔和，腰椎后关节顺轴心摇动而逐渐复位。患者俯卧治疗床上，双手分开抓扶于床沿，一助手马步，双手分别抓住患者双足部，将患者双小腿抬起屈膝约成 150°，膝关节以上平置床上，嘱其腰腿部放松，同时将其双足向左右方向成“∞”字形往返摆动，使其腰、臀、小腿成波浪式左右弧形摇摆，此时术者根据患椎错位方向以右掌根部按压“定点”，左手同时作腰部掌推揉法，两人动作要协调，用力相一致。如无助手时，术者左手握住患者腰部裤带作推拉摇动，使患者臀部左右摆动，右手按于其偏歪棘突旁作“定点”阻力。每次摇按揉 5～8 分钟。此法常配合其他正骨法进行复位。

6. 坐式旋转摇搬法　适用左右旋转式腰椎后关节错位者，胸腰椎其他错位类型作辅助手法。以 L3 棘突偏左，L4 棘突偏右为例。患者坐于方凳上，助手立于患者左前方，用双膝双手挟持患者左大腿，术者坐于患者背后，嘱患者双手互抱，术者右手从患者右肩侧伸出，抓住患者左肩臂部，左手扶按于患者左侧腰骶关节右侧，拇指按住 L5 棘突左旁，嘱患者腰背放松，徐徐将患者拉动向前弯腰并向右转，先左右摇动 2～3 下，使患者适应后，将其转至右侧达最大角度时，再加一闪动力转动，左拇“定点”处加阻力。按如上方式作左转方向复位。助手固定患者右腿，术者右拇指“定点”于患者 L4 棘突右旁固定，其余操作同上述程序，将 L3、4 后关节复正。此法如无助手可令患者骑坐于床上或低靠背木椅上而将其下肢固定即可。

7. 侧卧搬按法（有称斜搬法）　适用于左右旋转式腰椎后关节错位者，其余错位类型作复位辅助手法。触诊以 L4 棘突偏右为例（棘 3 左、棘 4 右、棘 5 左）。患者右侧卧位（先做健侧），右下肢伸直，左下肢屈髋屈膝，放于右大腿内侧上，右手放于枕上，左手屈肘放于身旁，头略后仰。术者面对患者立于床边，左手伸直抓扶患者左肩锁骨部，右手掌按扶于患者 L3、4 棘突处，右肘稍屈按压于其左臀部，嘱其全身放松，术者双手同时轻松地将患者左肩、左臀部作前后扭转推摇 2～3 次，待感到已放松后，左手将其肩推向后固定，右肘用力将其臀部向前搬按至最大角度，术者紧收右时，加上身按压的闪动力，常可听到腰后关节“喀嗒”响声或在右手掌触及其 L3、4 后关节还纳时的弹跳感。患者转为左侧卧位，重复上述搬按法，此时术者以左手按扶其 L4、5 棘突上，复位方法相同。

8. 俯卧按腰搬腿法　适用于旋转并反张(后突)的腰后关节错位、腰椎间盘突出症。以L4棘突偏左后突为例(棘3右、棘4左后突、棘5右)。患者俯卧,双下肢伸直,术者立其左侧,左手掌按于L4后突的棘突左旁,右手将患者右膝及大腿托起后伸,并渐搬向左后方,术者两手同时徐徐用力,并抬起放下往返2~4次,待其适应,腰部放松后,将其右下肢搬至左后方最大角度时,左掌加大按压力,右前臂加"闪动力"将其右下肢再加大而有限制的搬动一下,复位动作完成。其余类型错位可参阅此法类推。

9. 抱膝滚动法(不倒翁复位法)　适用于腰椎向前滑脱,腰轴成角变形者。患者仰卧,以软枕护头部,双手交叉将双膝紧抱(屈髋屈膝),术者站其右侧,左手托其颈部,右手抱其双膝,将患者作仰卧起坐,而后坐后而又卧下,往返滚动,且每次卧下时将患者用力抬起臀部,臀部一次比一次抬得更高些,使过伸的腰轴在运动中渐次复位。

10. 背晃法　属民间传统疗法,具有自身牵引(双下肢)及摇正作用,但无"定点",方法简单易行,适用于无助手、无牵引器械时采用。患者与术者背靠背站立,术者双肘与患者双肘交叉扣紧,术者弯腰将患者背起双足离地,然后作左右晃动、上下颤抖等动作,约2~5分钟结束。

【文献出处】　魏征主编.脊椎病因治疗学[M].香港:商务印书馆.1987:108-113

【手法名称】　骶髂关节正骨手法

【手法操作】

1. 按骶搬髂法　适用于骶椎向后错位者。患者侧卧位,贴床一侧下肢屈髋屈膝,离床一侧下肢向后伸直,术者立于其后,一手抓扶其髂前上棘部,另一手掌根按于其骶椎中部,嘱患者放松腰臀部,术者用暴发力,双手同时一推一拉进行搬按,可重复2~4次。若为双侧骶髂关节错位,另侧同样手法治疗。此法亦可于俯卧位进行。

2. 提臀撞正法　适用于骶椎向后错位者。患者仰卧,双下肢并拢伸直,术者站于其足部床上,双手同时握住其双踝部,将其双髋屈曲90°从床上提起,使其臀部离床10公分,急速放下,使骶椎在床上发生撞击,先轻击,适应后可加大撞击力。此法不宜用于有骨质疏松的老年患者。

3. 屈髋屈膝按压法　适用于骶椎向前错位者。患者仰卧,双下肢伸直,术者站于其患侧,一手将其患侧小腿抓住作屈髋屈膝动作,在屈髋至最大角度时,另手前臂按于其小腿前侧,作向上、向对侧、向患侧等各个方向用力按压,每按压一次后,双手紧握其下肢向下用力牵拉抖动一下。亦可双下肢同时作此复位动作。

4. 侧卧搬按法　参阅腰椎正骨手法。

5. 牵抖冲压法　参阅腰椎正骨手法。

6. 分压骨盆法

(1)患者仰卧,双下肢伸直略分开,术者(或助手)左手按于对侧髂骨部,右手按压本侧髂骨,由轻渐次加力按压。

(2)侧卧位,将髋膝微屈,术者站其背侧床边,双肘按压其髂骨部。(1)、(2)交替进行2~3次。

【文献出处】　魏征主编.脊椎病因治疗学[M].香港:商务印书馆,1987:114-116

【手法名称】　郑怀贤治疗腰椎后关节错缝和腰椎间盘突出症的手法

【手法操作】

1. 按压抖动法　患者俯卧位，常用手法操作后，以双掌重叠压着患椎部，用力向下按压后，迅速放松，使腰部上下振动，医者手部不离开皮肤，连续按压抖动数十次，力量由轻到重，频率由慢到快，协调而有节奏。重者，在按压时一助手在腋部固定，另一助手握双踝向远侧牵引，并将双下肢抬高抖动或左右摆动。

2. 俯卧位搬腿法　俯卧位，术者以掌根或拇指推压患椎棘突部作为支点，另一手抱托痛侧大腿，膝部拔伸，并向正后方或斜后方搬拉或环绕大腿，使腰部受到后伸，旋转应力。搬 3～5 次后，一手仍按压腰部，另一手肘臂部托着患者双大腿，作后伸左右摇摆，旋转环绕大腿和腰部 3～5 次。

3. 摇摆牵抖法　常用手法操作后，患者仰卧，术者一手握痛侧踝部，一手握膑膝部，逐渐屈膝屈髋屈腰，内收内旋后用力快速牵拉伸直，抖动下肢，反复 3～5 次，动作幅度由小到大，屈髋内旋时，使患侧腰臀部离开床面，并向对侧倾斜，使腰、骶髂受到屈曲扭转应力，牵抖时力达腰部，使腰骶部受到牵张振动力。此法亦可用于骶髂关节错缝。

4. 背抖法　立位，医者与病人背靠背，两臂从患者腋下穿过，紧抱握着其上臂，臀部顶于患者腰部，医者逐渐前弯腰，将患者背起有节律的弯腰翘臀，以臀部顶抖患者腰部 5～10 次，并配合左右摇摆 6～10 次，利用患者下半身的重量，行抖动牵引。

【注意事项】　术后患者俯卧，于腰背臀部，从上向下作揉、叩击、摩擦手法 2～3 分钟结束。

【主治疾病】　腰椎后关节错缝、腰椎间盘突出症和骶髂关节错缝。

【文献出处】　李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：168

【手法操作】

1. 推腰法

操作：患者卧位，医者站在左侧腰部，成弓箭步，两掌根着力，分推腰眼。

要领：上肢肌肉放松，腕关节伸直，掌根紧贴于双腰眼处，手指任其自然松开，肘关节微屈用肩部力量向下压推，也叫分推腰眼法，可用压力能使对方肌肤深层产生感应而体表无不良反应。

2. 揉腰法

操作：两手掌根紧贴于患者双腰间，双手同时向对方作环形揉动。掌揉时手掌与皮肤紧贴不移，该处皮下组织滑动范围适当扩大，用力也逐渐加强。

要领：肩部放松下垂，肘关节微屈，手指任其自然，指间略微分开。腕关节揉动连动前臂，使附着部分灵活地回旋揉动。动作须均匀协调，柔软深透，压力逐渐加大，腕部揉动速度不宜缓、不宜急，中和之。揉后使肌肤深层产生舒适感觉，达到柔软深透的目的。

3. 拿腰法

操作：医者两手四指重叠，拿住患者两腰眼，以腕关节摆动带动手指捏拿。

要领：用劲要由轻到重，不能突然用力。动作须缓和，拿的程度以达到酸胀为度。拿后患者感到非常轻松，如拿后感觉疼痛或局部发青，说明用力太大。

4. 掌推法

操作：患者卧位，医者站在患者头前方，双掌根及大小鱼际着力，从脊椎两侧大杼穴开始，沿膀胱经向下推，至足腕关节。下肢推时也可用单掌法，在承扶、委中稍加用力。

要领：腕关节伸直，手指任其放松。手掌的根部及大小鱼际贴在被操作的部位上，以上臂推动手掌，作均匀推擦。掌的着力部分须紧贴肌表，压力须均匀，掌下除在个别穴位用力外不宜用力太大，以免推破皮肤。须循直线进行，不可歪斜。

5. 重叠揉法

操作：右手掌根着力，左手按在右手掌背上，沿膀胱经自上而下重叠揉各俞穴，在两髋关节处，用两手掌根相对作半环形揉动。

要领：肩部放松下垂，肘关节屈曲，双手重叠，手指自然微曲，以肩部的压力，以腕关节为主动，使附着部分作灵活的环形揉动。动作须均匀柔和深透。

6. 按拨法

操作：医者以大拇指指肚着力，从病人背部大杼穴开始，沿膀胱经自上而下按至承扶、委中、承山。再用拇食两指相对捏拿昆仑、太溪。第二步双拇指指端重叠，外侧面嵌入肌肉和肌腱缝中，循背部膀胱经拨动。

要领：手指握空拳，拇指指峰着力。力量由轻而重，使患者有一定压迫感，但以不痛为宜。按法结束时由重到轻，慢慢地减轻按压力。拨法用力要适当，使病人产生酸胀感。

7. 伸筋法

操作：患者卧位，医者肘关节屈曲至45°，另一手扶住该手的腕部，用屈肘时突出鹰嘴部分作着力点，从大椎穴开始，沿督脉自上面下至腰阳关、八髎压之。再从大抒穴开始，沿膀胱经用肘部按压各俞穴至环跳承扶。然后医者右手拿住患者脚腕，左胳臂横放于腿腘窝处，右手将小腿屈曲，向下弯压，用上肢放在腘窝处的杠杆作用，伸展小腿及足腕关节筋腱，也称小腿伸筋法。

要领：动作要缓和，压力由轻而重，逐渐增大，所压穴位要准确。

8. 捏脊法

操作：患者卧位，背肌放松。医者站在左侧，用拇食两指紧紧捏住脊柱上皮肤，顺脊柱提捏，徐徐向前，每提捏一下，可发出“喀喀”响声。

要领：拇食两指捏起皮肤后，边捏提，边向前赶动而不间断。

9. 顿推法

操作：医者右手掌着力，左手按在右手掌背，沿督脉各椎体刨推式快速推压，根据病人呼吸自上而下至尾椎。

要领：随病人呼吸。呼气时椎压，吸气时抬起，如推刨样。

10. 按搬法

操作：患者卧位，医者站在左侧，右手按住病人命门，左手向后搬动病人右肩，使其腰部得以扭转运动。再用左手按住命门，右手托住病人膝关节，向上搬动，交替搬动一次。然后用右前臂托住两腿膝盖处，抬起下半身，使患者胸部着床，右手紧按命门，一按一松，弹动性地按压。待觉患者腰部肌肉松时，突然改用左肘部压深腰部，并用力向下一压，与此同时托住腰部，胳膊用力向上，使腰部强力后伸。放下后再用掌揉法揉片刻缓解肌肉。

要领：按搬同时用力，力量要适度，弹动性要符合，交叉施术。

11. 扭腰法(斜搬法)

操作:患者侧卧位,屈上腿伸下腿。医者站在对面,左手扶住患者左肩,右肘按住髋部,扭转腰部到一定程度。手肘同时向相反方向猛加用力,可听到"喀喀"响声。患者变动上下体位,医者左手拉紧患者右肩,右手推压患者右髋,腰部扭到一定程度向相反方向同时用力,也发出脊柱响声。

要领:患者体位要正确,全身肌肉放松,将腰部扭到一定程度时再同时用力。

12. 颤压法

操作:患者卧位,医者双手重叠,横放于脊椎间隙,用颤力一按一压,虚按实压,一虚一实形成颤动性按压。压时让病人呼气,呼出浊气;按时让病人吸气,吸入正气,自大椎穴开始下压至阳关穴。

要领:颤压时配合病人呼吸,排出浊气,吸人正气。力量应根据病情病区不同而确定,不可用蛮劲,按与压配合恰当。

13. 压滚法

操作:患者卧位,医者右手紧握拳,左手掌伸直压在右手拳头上,沿脊椎两侧膀胱经,以左手掌的压力推动右拳滚动,此法也叫大滚法。

要领:肩放松肘屈曲,右手紧握拳,以右手指关节着力。左手掌伸直,压在右拳头上,向前滚动,动作须均匀协调,压力要渐次增强,腕部转动幅度须逐步扩大。

【主治疾病】 肥大性脊椎炎、腰肌纤维炎、腰肌劳损、阳痿。

主治:肥大性脊椎炎、腰肌劳损、遗精、阳痿、肾虚腰痛、腰椎间盘脱出症、腰肌纤维炎、腰背板痛、扭伤背脊、小腿转伤、腓肠肌酸痛、足腕关节扭伤、闪腰叉气等。

【文献出处】 王志仪.功法推拿[M].济南:山东科学技术出版社,1989:60-69

【手法名称】 背腰部疏通经络点穴法

【手法操作】

1. 穴位 大椎、肩井、天宗、肺俞、膈俞、肝俞、脾俞、胃俞、肾俞、大肠俞、小肠俞,上次中下髎、至阳、长强、膏肓、殷门、委中、昆仑、涌泉。

2. 手法 患者俯卧位,着衣不宜过厚,术者位于其左侧。

(1)平推背腰部,以适应按摩手法的刺激。

(2)术者双手拿肩井穴,揉按大椎、至阳,命门、长强穴。

(3)按揉风门、肺俞、心俞、膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、肾俞、大肠俞、小肠俞、殷门、委中、昆仑、涌泉穴。

(4)用右手大鱼际或小鱼际部位,揉按背腰部督脉和足太阳膀胱经,由背部督脉大椎至腰俞,由膀胱经风门至白环俞、骶分至秩边的肌腱 2~4 遍。

(5)根据病情,重点按揉至阳、命门、肺俞、心俞、肝俞、胃俞、肾俞、上次中下髎。

(6)用扣的手法施于背、腰、下肢各部位,再用拳扣砸背腰下肢部。

【文献出处】 徐裕才,黄为民.疏通经络点穴法[M].北京:科学出版社,1989:81-86

【手法操作】

1. 掌根揉、按脊柱两侧肌肉,掌按脊柱正中,双手重叠推脊柱两侧肌肉,交叉分推两侧肌

肉，交叉推、按两侧肌肉。拇指或指间关节按夹脊穴，腰部或以肘尖按压。双手交叉揉、按腰部肌肉，横推、纵推八髎穴。

2. 拇指按足太阳膀胱经，夹脊穴、肾俞、八髎。

3. 压腰抬肩，压腰抬腿，摇腰，斜扳，牵抖腰部。

【主治疾病】 腰背肌筋膜炎、腰肌劳损、腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症、腰椎增生性关节炎等。

【文献出处】 薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：100

【手法名称】 骨盆相关疾病复位手法

【手法操作】

1. 拉腿压胭推骶法　用于L5前滑脱或腰骶角过大者。患者俯卧于床沿，术者站在患者左侧，面朝患者，左掌根置于患者腰骶部，手指头朝患者足根方向，肘要伸直。术者右手握患者左小腿远端，把其膝屈曲，术者右膝屈曲，置于患者左腿胭窝部。术者将患者左小腿向上拉，右膝把其胭窝部下压，当下压至最大限度时，术者左手骤然下推，其方向由后向前，兼带由上向下，此手法可重复2～3次。

2. 压髋膝托骶法　用于L5前滑脱或腰骶角过大。患者仰卧，双手手指交叉，置于颈后，两腿弯曲，双膝靠拢，贴近腹部。术者站于患者右侧，左手掌及前臂压在患者两膝之上，术者上腹部压在自己左前臂背侧，右手从患者两脚之间穿过，手掌置于患者骶部。术者的右手掌将患者骶椎尽量往上拉托，使患者腰骶部屈曲，而术者左手及腹部下压于患者双膝，术者双手用力，如此重复2～3次。

3. 内旋腿矫正法　用于骶髂关节前错位造成的同侧下肢内旋者。以右骶髂关节前错位引起右小腿内旋为例，患者仰卧位，术者站其右侧，先整复右骶髂关节错位后，患者右下肢仍内旋时，术者右手握患者右小腿下方，左手置于其右膝，先将患者右膝髋关节屈曲，再使髋关节外展外旋，尽量靠近床面水平，最后用力把患者右下肢拉直，可重复2～3次。

4. 外旋腿矫正法　用于骶髂关节后错位造成的同侧下肢外旋者。以右骶髂关节后错位为例，术者先整复右骶髂关节后错位后，患者改为仰卧，若患者右下肢仍外旋时，术者站于其右侧，右手握其右踝上方，左手掌置其右膝，先将患者右膝髋关节屈曲，再使髋关节内收内旋，尽量使其右膝靠近左下肢，最后用力把患者右下肢拉直，可重复2～3次。

5. 压腿对抗复位法　用于耻骨内上移错位者。以左侧耻骨内上移位为例，患者仰卧，左髋移至床沿，左大腿外展并滑下床沿；左手屈曲握紧自己右肩以保持躯干平衡。术者站于床左侧，用双侧膝内侧轻夹着患者小腿下方；左手置于患者右髂前上棘附近，右手放在患者左侧髌骨上面。术者双手向下压的同时，嘱患者把左膝向上用力抬起，坚持3～5秒钟，放松后再重复3～5次。

【文献出处】 钟士元主编. 脊柱相关疾病治疗学[M]. 广州：广东科学技术出版社，2003：148－150

第三节　软组织劳损的常规推拿手法

【手法名称】 腰椎软组织损伤的治疗手法

【手法操作】 以病点在腰三椎右侧软组织损伤，横突突起高于左侧为例。

1. 坐位疗法　患者正坐。医者坐在患者的后面，用左手扶握右肩部，用右手拇指平行置于病点的腰椎第三横突部，四指并拢回拇指之力，在左手向后搬动肩部时，腰部也随之晃动后旋，令患者放松腰部，右手拇指借病人旋转之力内推前滑，拇指下感觉有微动即复位。复位后，医者用拇指从上而下理顺肌筋，用手掌斜下方推之疏通气血，手法完毕。

2. 俯卧位　患者俯卧，下肢自然分开，手往头前伸。医者左手掌按于臀部，右手五指分开平放于脊柱胸椎 11～12 偏左侧方，左手下压，右手往上方用适当力猛推，手下有微动感后缓手，查右侧第三横突是否与左侧横突平行对称。如对称则复位。如横突还高于左侧，再用右肘关节用适当力下压右滑即能复位。手法完毕用舒筋活血药或用中药热敷即可。

【主治疾病】 腰椎软组织损伤。

【文献出处】 罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京：科学技术文献出版社，1995：30－31

【手法名称】 常见软组织损伤的治疗手法

【手法操作】

1. 点穴、按摩、理筋、分筋手法

(1)指压法：又名指针法，以指代针对经穴或压痛点作按压掐揉，由轻到重，持续片刻。这是一种重要的手法，尤其对神经干支通行的部位，此法具有较好的镇痛作用。

(2)弹拨法：又称拨筋法。通常用手指与肌肉肌腱交叉往返拨动，多用于颈肩部长条肌肉与肌腱处，具有松解肌痉与去除粘连的功用。

(3)提捏法：以拇指与四指相对成钳形，将体表部位之肌肉作合力反复捏拿提起。多用于斜方肌、腹内斜肌、股内收肌等扁形肌，作用面大，有较好的放松肌肉作用。

(4)捋顺法：又称理法或顺法。在拇指点揉下沿肌肉走行推捋。常用于腰部深层肌肉与下肢肌肉，作用点深浅由指力强弱面定，具有解痉消肿作用。

2. 正骨手法

(1)推椎扳法：如腰部推扳，病人俯卧，一手指按压伤处小关节部，另一手向患侧扳动健肩或健腿，使脊柱过伸位旋转，达到脊柱小关节复位及周围肌肉松解目的。常用于腰椎小关节损伤的治疗。

(2)拔伸法：即牵引法。沿骨骼长轴行相对拔伸，使挛缩的肌筋、关节囊与韧带伸展弛张，扩大关节间隙，使其易于复位。常和指压法并用施治于腰部、腕踝部肌肉肌腱与关节损伤。

(3)旋转法：以脊柱为中轴，使头部或躯体发生回旋扭转，达到脊柱小关节复位与松弛椎旁肌肉痉挛目的。常用于颈腰部小关节损伤。

(4)顿拉法：利用髋膝或肩肘双关节的瞬间屈伸动作，使患部产生拉伸应力，达到松解肌痉、去除粘连及关节复位目的。多用于肩胸部软组织损伤。

【注意事项】

1. 手法选择与施力轻重：前一类手法较柔和，靠连续刺激积累而生效，用于肌肉肌腱急性损伤或发病者比较适宜；后一类手法较强劲，靠瞬间应力作用达到肌筋松解与小关节复位，适合于慢性损伤者或颈腰部脊柱小关节闭错者，但不宜反复采用。施力轻重，要视患部深浅、病程长短、肌痉挛严重程度以及病人体质强弱而定。对于深部病变、病程较长、肌痉挛明显或体格强壮者，手法宜重些，往往可多种手法并用，以增强功效。

2. 完整的治疗，应包括松解、稳定、练功三个阶段，做到合理衔接，有机吻合。急性软组织损伤或颈腰部小关节损伤，在治疗中稳定阶段不可少，但习惯上对其认识不足，不能像对待新鲜骨折那样重视，往往过早地负重或练功，其结果是有害的，它使损伤性炎症迁延连绵，成为经常复发的病理基础。如腰椎小关节闪错，一旦腰部深层肌被松解，小关节排列紊乱得到纠正，就需静卧 1～2 周，使小关节及其周围组织避免剪应力影响，待腰痛缓解后始可进行腰背肌锻炼。

3. 对于有软组织感染性炎症，脊柱骨关节结核、肿瘤、化脓性骨髓炎、紫癜、血小板减少症或有出血倾向者，应禁忌手法治疗，妇女妊娠或月经期间也不宜施治手法。

【主治疾病】 软组织损伤。

【文献出处】 潘之清主编. 实用脊柱病学[M]. 济南：山东科学技术出版社，1996：896－897

【手法名称】 软组织劳伤的治疗手法

【手法操作】

1. 颈部软组织劳伤推拿手法及操作

(1)一指禅推颈项部：患者端坐，医生站立于患者侧后方，一手扶持患者头项部，另一大拇指端着力，自头颈交界处后侧、后外侧沿足少阳胆经，足太阳膀胱经循行从上脚下，往返移动，重点在风池穴和病患部，时间 5～6 分钟。

(2)滚颈项肩背部：患者正坐，医生站立患者侧后方，一手扶患者头项部，另一手掌小鱼际缘接触患者体表行滚法，操作 5 分钟，然后，在一手做滚法的同时，另一手配合做颈椎的被动屈伸、侧屈、旋转活动。

(3)按揉颈项肩背部：患者正坐，医生站立于患者后方，以一手大拇指指腹着力于颈项肩背部的肌部，轻柔地按揉 5 分钟，如患者颈项肌强硬，肌张力较高，可适当延长操作时间。

(4)拿颈项部：患者端坐，医生站立其侧后方，一手扶患者头项部，一手虎口张开，五指伸直，以平坦的指腹着力，大拇指位于颈椎侧，其余四指位于颈椎另一侧和大拇指相对，保持手指伸直位逐渐内收用力夹捏颈部皮肤和皮下组织(以夹捏组织愈多愈佳)，然后腕关节背伸，提起所夹捏组织，大拇指和其余四指松开，让所夹捏组织逐渐从手指间滑出，自上而下，从风池穴开始，动作连绵不断，力量由轻到重，由重到轻，一直到颈肩交界处共 3 遍。

(5)弹拨按揉颈项部：患者端坐，医生站立于其背后，以一手大拇指指腹着力于颈椎一侧，虎口张开，像拨琴弦样拨按揉患部软组织 2～3 分钟，手法要深沉缓和，力量透达深层，以患者有较强烈的酸胀感为佳。

(6)点穴：用一手大拇指腹分别点按风池、风府、大椎、肩井、天宗等穴 5 分钟，有较强烈的酸胀感为佳。

(7)理筋:患者正坐,医生站立于患者侧后方,一手揉捏患者两侧颈项部,再按肌纤维方向理顺5分钟即可结束治疗。

2. 背肩胛部软组织劳伤推拿手法及操作

(1)用一指禅推法、滚法及轻柔的按揉在肩胛背部治疗9~10分钟,使紧张的肌肉逐渐放松。

(2)点按风池、大椎、肩井、秉风、天宗等穴3~4分钟。

(3)拿肩井,患者端坐,医生站立患者后方,用双手五指拿法拿大椎穴与肩峰连线的中点处肩井穴1分钟,以患者有酸胀感为佳。若患者肩部肌肉强硬,疼痛明显,可延长本法操作时间。

(4)用较重的按压、弹拨、揉捏法在肩胛背部治疗,在肩胛背部特别是肩胛内上角附近寻找敏感压痛点,指下可有条索或结节状反应物,在其上施加弹拨按揉手法2分钟,最后按肌纤维走行方向揉捏2~3分钟,以理筋。

(5)用滚法、按揉等轻柔手法施于患部5分钟,最后医生用一手掌尺侧缘沿肌纤维方向来回做擦法,以透热为度,可涂适量润滑油或配制药膏,通过药物渗透加强疗效。

3. 腰部软组织劳伤的推拿及操作

(1)第一种方法:取肾俞、大肠俞、八髎、秩边等穴。用滚法、按法、揉法、拍法、擦法。令病员俯卧。医生站于一侧,沿病员腰部两侧膀胱经用较重刺激的滚法上下往返治疗5~6遍。然后用较重刺激按、揉大肠俞、八髎、秩边等穴。再直擦腰背部两侧膀胱经,横擦腰骶部,均以透热为度,最后拍击腰背部两侧骶棘肌,以皮肤微红为度。酸痛较重者可再在患部加热敷。

(2)第二种方法:

①滚法:患者俯卧,胸上部垫枕,两上肢放于枕边。躯干、肌肉放松。医生立于患者左侧床边。一手掌小鱼际缘接触患者体表,在下背部和腰部,用深沉的滚法,沿督脉和膀胱经自上而下,操作10~12分钟,疼痛明显部位及筋肉胀硬部位宜多滚。

②按揉弹拨:接上势,医生用两拇指指腹按揉弹拨膀胱经背部主要穴位,在疼痛明显处稍加力,操作4~5分钟。

③拍法:医生双手虚掌,以手掌边缘为用力点,平稳而有节奏地拍打患部。沿骶棘肌顺序自上而下,操作3~5分钟,以皮肤微红为度。

④推法:用掌根紧贴骶棘肌自下而上,用力沉稳,速度缓慢而均匀直线移动,操作2~3分钟,疼痛明显处可加按压。

⑤斜扳:患者侧卧,上腿屈起,下腿伸直,医生用一手抵住患者肩前部,另一手抵住臀部,或一手抵住患者肩后部,另一手抵住髂前上棘部。把腰被动旋转至最大限度后,两手同时用力作相反方向扳动一下,有时可听到清脆响声,必要时令患者改另一侧卧位,取同法。

⑥牵抖:令患者俯卧,肌肉放松,一助手托住腋窝向上牵拉,医生立于床尾,两手把握两踝部牵引,在牵引的基础上抖动数下,连作数遍。

【注意事项】

1. 推拿疗法一定要轻柔,符合手法基本要求,切忌暴力。

2. 腰部斜扳法,操作时忌生拉硬扳,务必稳、准、干脆,切忌追求弹响声,以免发生意外。

3. 本病常需配合其他疗法进行综合治疗,尤其是因风湿、类风湿等病引起的颈背腰部疼痛,应配合中药内治法、针灸等治疗。

4. 本病常因疲劳、受风寒、湿邪侵袭或外伤而易复发。一般病程较长，病人需坚持治疗，每日 1 次，亦可隔日治疗 1 次，如能坚持 2～3 个疗程，则疗效显著。

5. 推拿治疗应与自我按摩相结合。除医生推拿手法治疗外，可指导病人适当地进行自我按摩，如摩、拍、按、捏等轻柔手法作用于颈、背、腰部肌肉组织。

6. 推拿治疗的同时，应指导病人纠正不良习惯的姿势，避免颈、背、腰部疲劳，注意颈背腰部保暖，指导病人适当地进行颈、背、腰部肌肉锻炼，如进行与工作体位反方向的肌力调节操作，使之形成制度，并持之以恒。

7. 睡眠时枕头高度适中，不宜高枕。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：601－603

【手法名称】 脊柱软组织损伤的治疗手法

【手法操作】

1. 脚踩法

(1)颤压法：病人俯卧位，踝部垫一枕头，双上肢屈曲抱于胸前，术者手持木棍，一只脚横放于腰骶部，另一只脚横放于腰部，全身放松，上下用力颤压 3 分钟。

(2)一字形颤压法：术者将脚分别竖放(与上法脚的位置成 90°)于患者腰骶部和腰部。上下颤压 2 分钟。然后腰骶部脚不动，另一只脚沿腰背下肢移动颤压 1 分钟。

(3)推法：用一只脚横放于背部，由上向下推至下肢，反复 7～10 遍。

(4)抖法：一只脚放于背部，由上向下快速抖动 3 分钟，两脚交替使用。

(5)牵引法：两助手分别牵拉上下肢，术者单脚放于腰部，两助手协调同时用力，每次持续用力牵拉 1 分钟，反复 3～5 遍。其整个治疗过程，隔日治疗 1 次，5 次为 1 疗程。两次疗程间休息 5 天。

2. 生物全息疗法　先按揉腰穴(在第一跖骨内侧缘，跖骨头相当于头穴，基底部相当于足穴。头穴与足穴之间中点为胃穴，足穴与胃穴之间的近足部 1/3 处之点为腰穴)3～5 分钟，后按"腰椎反射区"(双足脚弓内侧，沿第一楔骨至舟骨下方一段为腰椎反射区)3～5 分钟，对侧亦如此。上述手法每日 1 次。

3. 尾椎按摩法　患者取屈膝俯卧位，暴露出肛门，术者右手带一橡皮手套，中指涂少许润滑油，慢慢插入患者肛门内，触摸尾椎前方，此时患者常于尾椎的 1～2 处有明显地触痛感，术者用手指于痛点轻轻按摩 30 秒钟，然后嘱患者身体向前，下肢伸直成俯卧位，术者中指向上慢慢退出肛门，手法结束。术后患者症状即可缓解或消失。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：614

第四节　脊柱被动运动类推拿手法

【手法名称】 髋部(包括骶髂关节)的被动运动

【手法操作】

1. 屈膝屈髋和直腿抬高　患者取仰卧位。医者一手握住患侧足踝部，另一手先使患侧膝关节屈曲后再加压于膝部向下揿压，作屈膝屈髋的被动运动；继则将握足踝部之手以其肘窝托

住患者小腿，将揿压膝部之另手使患侧膝关节挺直，作直腿抬高的被动运动，幅度须由小而大，但最大不得超过直腿与躯干间90°的角度（图17－30）。另外，可令患者取侧卧位，以患侧下肢放在健侧上面，医者一手作屈膝屈髋和直腿抬高的被动运动，另一手在患侧腰部、臀部环跳穴部位和下肢后外侧用滚法（图17－31，图17－32）。

2. 后抬腿　患者取俯卧位。医者一手托住患侧大腿部，另一手在腰部或臀部用手法，边用手法边作患侧下肢向后上方牵引的被动运动（图17－33）。

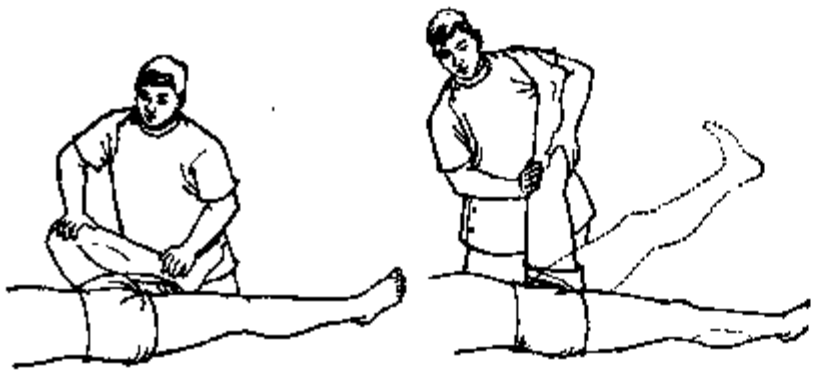


图17－30　屈膝屈髋和直腿抬高

图17－31　侧卧位滚法

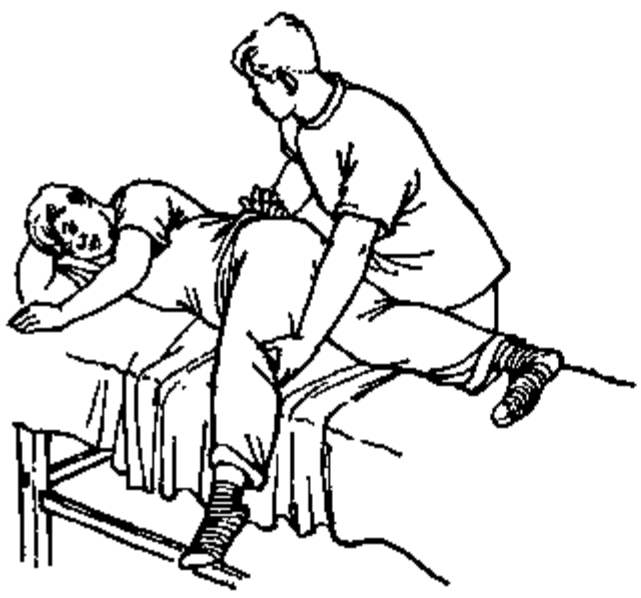


图17－32　侧卧位直腿抬高

图17－33　滚法配合后抬腿

3. 内收外展　患者取仰卧位或俯卧位。医者一手托住患侧大腿，另一手在患侧髋部周围，边用手法边作髋关节向外和向内的被动运动。

【文献出处】　上海中医学院附属推拿学校. 农村常见病推拿疗法[M]. 上海：上海科学技术出版社，1967：19－21

【手法名称】　脊柱被动运动

【手法操作】

1. 颈项部的被动运动

（1）俯仰：患者取坐位。医者一手扶住患者下颏部，另一手在患侧项部用手法，边用手法边作颈项部俯仰或左右旋转的被动运动（图17－34）。

（2）旋转：患者取坐位。医者一手托住患者颏下部，另一手在患侧项部用手法，边用手法

边作颈项部向患侧旋转的被动运动。

2. 胸部的被动运动　扩胸俯仰。患者取坐位，令其两手交叉置于项部。医者两手托住患者两肘部，并用一侧膝部顶住患者背部，嘱患者自行俯仰并配合深呼吸（俯时呼气，仰时吸气），作扩胸牵引的被动运动（图 17－35）。

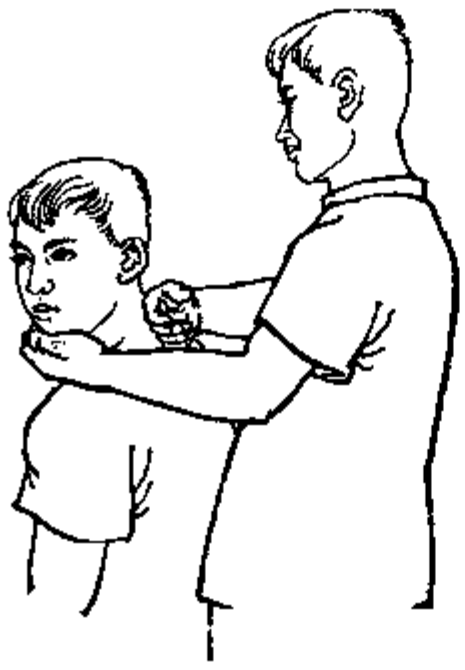


图 17－34　颈项部的被动运动

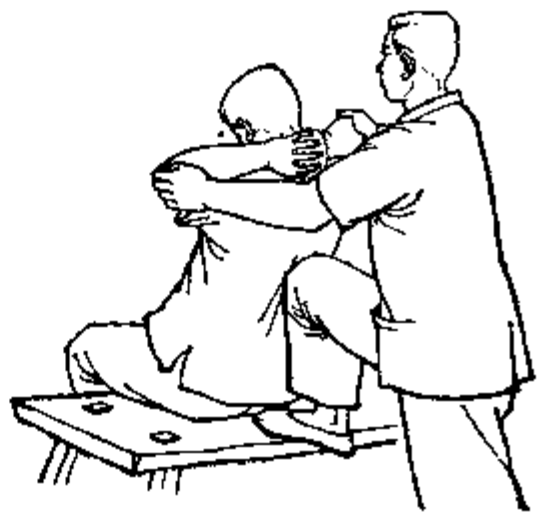


图 17－35　扩胸俯仰牵引

图 17－36　腰部俯仰治疗

3. 腰部的被动运动　俯仰和回旋。患者取坐位。医者一手扶住患者肩部，另一手在患侧腰部用手法，边用手法边作腰部俯仰和回旋的被动运动（图 17－36）。

【注意事项】　被动运动，必须在施行手法的基础上适当配合，同时要做到姿势正确、动作迅速、活动幅度在患者可能忍受的许可范围内逐步扩大，切忌硬扳。施行被动运动后，须重复施行手法，以避免治疗后的反应。

【文献出处】　上海中医学院附属推拿学校. 农村常见病推拿疗法[M]. 上海：上海科学技术出版社，1967：23～24

【手法名称】　被动动作

【手法操作】　在治疗某些疾病时，尤其是治疗出现关节运动障碍的病症时，一面运用手法，一面配合进行屈、伸、内旋、外旋、内收、外展等被动动作，以增强治疗效果。

1. 颈项部被动动作

（1）屈伸动作：患者端坐。医者立于患者身后，一手扶持患者额部或头顶，作颈部屈伸动作，另一手可在患者项背部施用手法（图 17－37）。

（2）旋转动作：患者端坐。医者立于患者身后，一手扶持患者额部或头顶，作颈项部左右旋转动作，另一手可在项背部施用手法（图 17－38）。

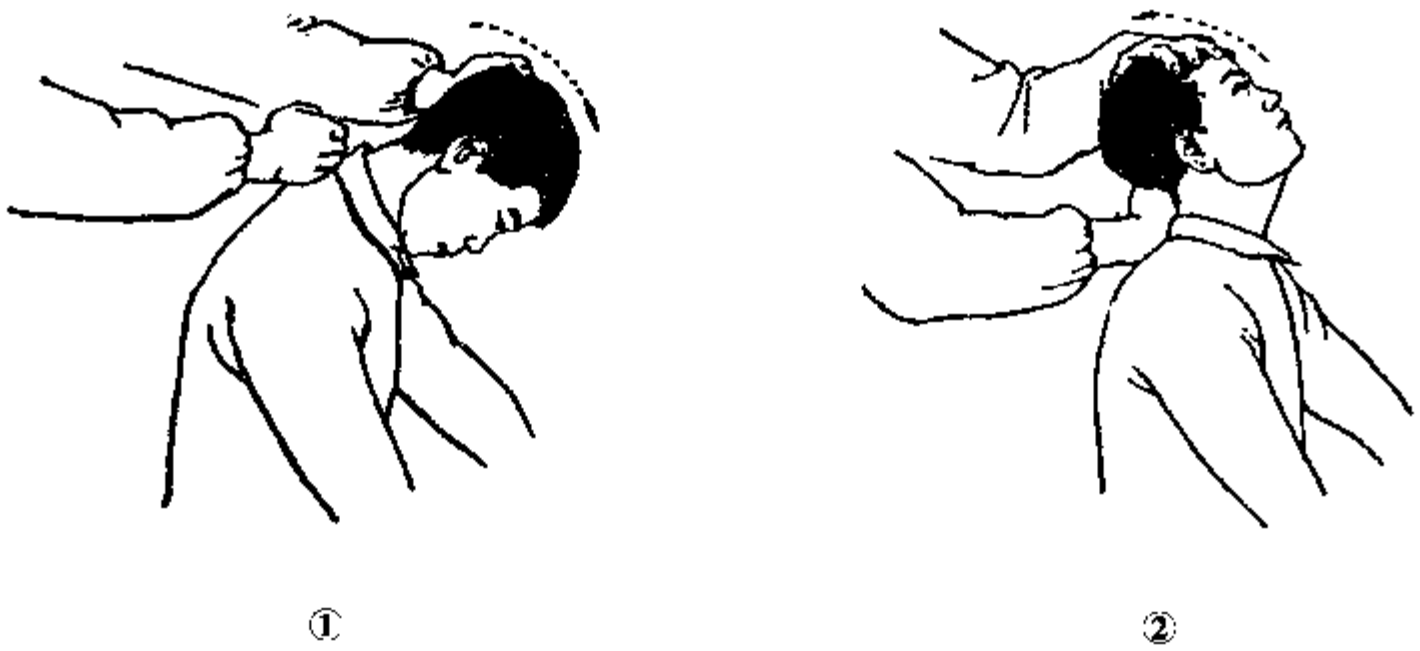


图 17－37 颈部屈伸

2. 腰部及下肢被动动作

(1)俯卧位的被动动作：

①后抬腿：患者俯卧。医者立于患者一侧，一手以掌按住患者腰部或在患者腰部施用手法，另一手托住患者大腿，反复作后抬腿动作(图 17－39)。

图 17－38 颈部旋转

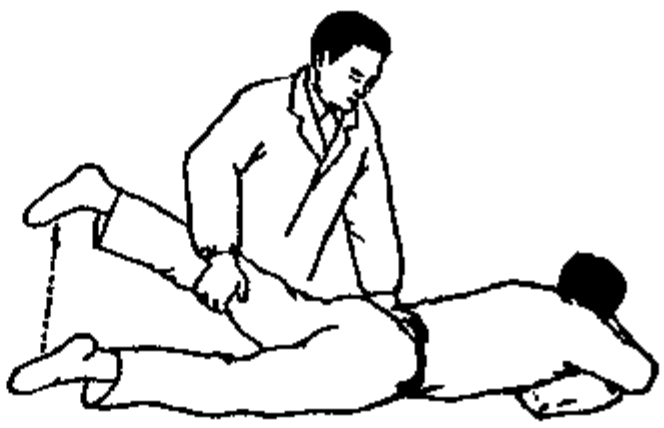


图 17－39 后抬腿

②下肢外展动作：患者俯卧。医者立于患者一侧，一手以掌按住患者腰臀部或在患者腰臀部施用手法，另一手握住患者一侧大腿作外展动作(图 17－40)。反复进行数次。

(2)侧卧位的被动动作：

①屈膝曲髋：患者侧卧。医者立于患者背侧，一手握住患者的一侧小腿，反复作屈膝曲髋动作，另一手按住患者腰臀部或在腰臀部施用手法(图 17－41)。

②后抬腿：患者侧卧。医者立于患者背侧，一手按住患者腰臀部或在腰臀部施用手法，另一手握住患者的一侧大腿反复作后抬腿动作。

(3)仰卧位被动动作：

①双侧屈膝曲髋：患者仰卧。医者立于患者一侧，以一手(或双手)将患者两下肢屈曲。再以手扶住双膝，向下作适当的按压，也可用前臂按住患者小腿前侧的上方，向下作适当的按

压(图 17－42)。

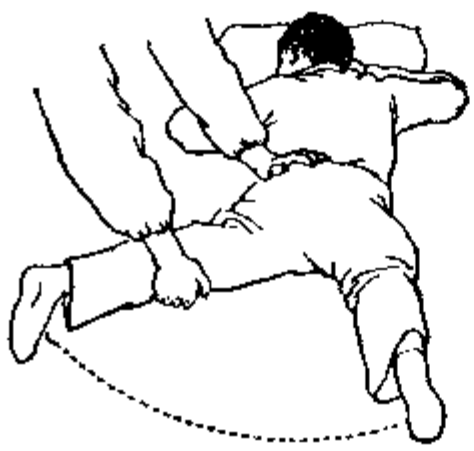


图 17－40 下肢外展

图 17－41 屈膝曲髋

②摇髋关节:患者仰卧。医者立于患者一侧,一手握住患者的一侧踝上方,另一手扶住患者的膝部,屈曲患者的下肢(屈膝曲髋),摇动髋关节。患者另一侧下肢伸直。

③4 字动作:患者仰卧。医者立于患者右侧,将患者的右膝屈起,置患者的右踝于患者的左膝关节的上方,成"4"字形。接上势,医者以一手扶住患者的右膝,向下轻轻按压,另一手按住患者的左髋或在患者的右髋部施用手法。

【注意事项】 被动动作也可单独进行,在作被动动作时,须注意:

1. 必须在生理、病理许可范围内进行,切忌粗暴,否则可能引起骨折、脱位。

2. 动作范围应该由小到大,用力须由轻到重。

3. 在病员能忍受限度内进行。

【文献出处】 上海中医学院. 推拿学[M]. 上海:上海人民出版社,1974:91－95

【手法名称】 头颈部动法

【手法操作】 动法(被动运动法):此法是按照人体的生理状态活动的角度和范围作被动运动,以帮助患病关节和肌肉萎缩的肢体恢复其正常的生理功能。现将头颈部腰背部及四肢关节的基本手法及其作用简介如下。

1. 扭转法 病人坐于靠背椅上,医者一手放于病人头顶相当于百会穴处,另一手托扶其下颌,嘱病人放松颈部肌肉、闭嘴,然后医者一手向内拉,一手往外推,使其头颈部左右轻微转动。在病人不注意时,突然用力使其头颈向患侧猛转(图 17－43),当听到"嘎吧"一声响时,即说

图 17－42 双侧屈膝曲髋

图 17－43 扭转法

明其半脱位之颈椎得到复位。左右各扭转1次。例如头颈强直不能向左侧扭转时，可先向左侧扭转，使其右侧挛缩之胸锁乳突肌和右背后头夹肌得到伸展；再向右扭转，使其左侧胸锁乳突肌和左背后头夹肌得到伸展和牵拉，以恢复其病损组织。

2. 拔伸仰俯法　医者一手托扶病人下颌，另一手放在病人后项部，两手同时用力，使其头颈向上伸展。由于向上伸拔力的作用，其颈椎间均有一定间隙。此时托扶下颌的手慢慢向上用力，促其头部向后仰。复位后，放在后颈部的一手向上用力，使其头颈再向前俯。如颈项疼痛，施术1次后仍不能自由前俯后仰时，可反复施术多次。前俯可使颈后的斜方肌得到伸展，后仰可使颈前的项长肌和头长肌得到伸展，以消除痉挛。

【主治疾病】　扭转、拔伸仰俯两法对颈筋强直、向一方歪斜、落枕等症，能使其很快复位，颈部歪斜疼痛亦可随之消失。有舒筋活络、消炎散滞的作用。

【文献出处】　乳山县人民医院海阳所分院. 推拿疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1976：17－18

【手法名称】　下肢关节运动法

【手法操作】

1. 旋髋法　病人仰卧，医者左手置于其患肢腘窝部，以做托扶，右手握住其踝关节，然后两手合力使髋关节向内旋转，数次后再向外旋，旋转幅度由小到大，并带有强制性。此法对腰骶关节、骶髂关节有松解滑利、剥离粘连的作用，对股内侧的肌肉挛紧，也可获良效。

2. 抖拉法　病人体位同上，医者左手握持其患肢膝关节，右手握紧踝关节，然后两手齐力向上屈膝屈髋至最大限度，在反复几次后，左手滑入腘窝处把紧，两手协同用暴发力将患肢向远端抖拉。可连做2～3次。本法是腰骶、髋与膝关节功能障碍恢复的最佳运动法，也是腰椎间盘脱出、腰椎小关节紊乱的整复手法。

【注意事项】　运动性手法较多，亦较复杂，有些操作起来不是那么容易，需有一定的临床经验，才能正确完成。施术时应注意下面几点：

1. 精神要集中，术前一定要诊断明确，找准病变部位，对缺钙、骨质疏松的老年人、骨结核等患者施术时更应慎重。

2. 要在患者全身充分放松的情况下操作，并尽可能得到其密切合作。

3. 活动幅度应逐渐增加，除特殊情况外，不应一次到位。医者应熟悉受术肢体的生理活动范围，不能生搬硬拉。

4. 用于整复关节错移、脱位的手法应用寸力，恰到好处，动作敏捷利落。

【文献出处】　栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：92－93

第五节　脊柱常规的治疗手法

【手法名称】　血液循环障碍性疾病的治脊手法

【手法操作】

1. 脑病　因为上半部颈椎神经影响血液循环，中半部颈椎神经影响肺与横膈膜与脊椎等部的血液循环，故脑病需校整C1至C4，又校整T1至T6，有时腰椎也需校整。

2. 主动脉病　因 T2 神经，由 C7 通出。故校整 T2，再在 C7 处颤动刺激，凡 5～10 分钟后血管收缩，而主动脉病即能除去。

3. 心脏病　校整 T2、T3、T4、T5、T6 及中段颈椎。校整 C4 则使心跳有力，心肌肉有收缩力；校整 T2 则血管收缩，心肌活泼；颤动震荡刺激 T2、T3，则肌肉收缩，血管亦收缩。此外颤动震荡 C7 的棘状突起与横突部，亦收缩肌肉、血管；颤动震荡 T1、T2 的棘状突起部与横突部，亦使血管收缩；颤动震荡 T8、T9、T10、T11、T12，则血管扩张，心壁强健。

4. 肾脏病　此乃下段胸椎的交感神经致病。最主要校整 T10 或 T9、T10、T11、T12 都校整之。刺激中段胸椎，使血管收缩；刺激下段胸椎，使血管扩张震荡；刺激上段腰椎，使血管扩张。

5. 肝脏病　此乃中段胸椎及胸椎以下的神经致病。校整 T7 或 T8 以上，T6 以下。震荡刺激 T10 至 T11，则血管扩张；震荡刺激 C7、T1、T2、T3、T4、T5、T6，则血管收缩。

6. 脾病　校整 T6。

7. 肾上腺病　校整 T9、T10、C4。轻叩 T5、T6、T7，则血管收缩；轻叩 T11、T12，则血管扩张。

【文献出处】　范风源. 慢性病按脊疗法[M]. 上海：科学书报社，1953：18－19

【手法名称】　退化性病变的治脊手法

【手法操作】

1. 视力症（眼光病）　此乃中部颈椎有病，校整 C4，刺激 C3 的突出部与横突部，且需震荡刺激。

2. 膝关节病（膝踝有病）　因为骨神经皆出自 L5，故 L5 不整，则病。校整腰椎（L3、L4、L5），尤其腰椎下段 L5 则膝关节病，即能除去。

3. 四肢病　上肢病，校整 C5、C6、C7、T1、T2、T3。下肢病，L2、L3、L4、L5。

【文献出处】　范风源. 慢性病按脊疗法[M]. 上海：科学书报社，1953：19－20

【手法名称】　进行性病变的治脊手法

【手法操作】

1. 扁桃腺病　校整 T5，中段颈椎及下段颈椎。震荡刺激 C7 棘状突起部及横突部。

2. 甲状腺病　校整 T3、T5、C3、C4、C5。轻叩 C7 棘状突起部及横突部。

3. 眼球病　校整 T5，刺激 T2（震荡）。轻叩 C1、C2、C3、C4、C5。

4. 食道扩张病　此乃上段胸椎及下段颈椎有病。校整 C5、C6、C7、T1、T2、T3、T4、T5。刺激 C7 棘状突起部及横突部，震荡之，使血管收缩。

5. 前列腺病　此乃下段胸椎、全部腰椎及坐骨神经致病。校整 L1、L4、L5。震荡刺激 T9、T12。尤其震荡刺激 T12 能治前列腺肥大。

【文献出处】　范风源. 慢性病按脊疗法[M]. 上海：科学书报社 1953：20－21

【手法名称】　炎性病变的治脊手法

【手法操作】

1. 头皮盖病　此乃上段颈椎致病。校整 C1、C2、C3。如头皮屑病，则宜校整 T10。

2. 眼睑病　如眼睑麦粒肿，俗称偷针眼，则校整 T10。此外中部颈椎如 C3，亦可校整之。

3. 脸面病　此乃上段颈椎及中段颈椎有病。校整 C2、C3、C4。如脸面部皮肤病，则校整 T2、T3、T4、T5、T6 及 T10。

4. 耳病　耳病原因在上部颈椎与上部胸椎。校整 C1、C2、C3，使肌肉放松，再校整 T2。

5. 舌病　校整 T5 及中段颈椎和下段颈椎。震荡刺激 C7 棘状突起部及横突部。

6. 牙齿病　校整 C4、T5。震荡刺激 T7、C3。

7. 喉病　校整 T5 及中段颈椎，下段颈椎。

8. 胃病　校整 T5 及上段颈椎（此段颈椎关系迷走神经）、全部腰椎，则胃之功能恢复，震荡刺激 T11、T12，则胃扩大；震荡刺激 L2、L3，则胃缩小。

9. 肺病　校整通肺部迷走神经的 C1、C2；校整通横膈膜神经的 C3、C4、C5；校整通气管支神经的上段胸椎，如 T2；校整通肺部及胸膜神经的 T3；震荡刺激 C4、C5，使血管收缩，不易出血；震荡刺激 T5、T6、T7、T8，使血管扩张。

10. 胸膜病　原因与肺脏相同。校整 T3 及中段颈椎，刺激 C4，使血管收缩；刺激中段颈椎，如 T3、T4、T5、T6、T7、T8 使肺脏扩大、胸膜扩大。

11. 胰腺病　校整 T8，震荡刺激 T4、T5 使血管收缩。

12. 高热病（寒热往来）　校整 T10，以兴奋肾脏为解热疗法。

13. 膀胱病　校整 L1 棘状突起部，或压迫 T10，再用手指压迫颤动刺激 T9 处，再沿 T9 向下至 L5 部，压迫震荡颤动刺激。

14. 小肠病　校整 T7、T8、T9、T11、T12。震荡刺激 L2，震荡刺激 T11，使小肠扩张。

15. 结肠病　校整 L2、T10、T12。震荡刺激 L2，使血管收缩。轻叩 C7 部。压迫刺激 T11 部（震荡之，使血管收缩）。

16. 盲肠病　校整 L2 的右侧边地位，再用手指压迫颤动刺激 T10 椎棘状突起部与横突部。

17. 直肠病　校整 L5，则扩张直肠括约肌。

18. 生殖器病　此乃腰椎与下段胸椎的交感神经致病。校整 L2、L3、L4 及下段胸椎。

【文献出处】　范风源. 慢性病按脊疗法[M]. 上海：科学书报社 1953：20－24

【手法名称】　小儿推拿治疗手法

【手法操作】

1. 推法　用拇指面（正、侧面均可）或食、中指面，在选定的穴位或部位上作直线推动。称为直推法；用拇指罗纹面作螺旋形推动称旋推法，用双手拇指面在同一穴位起，一左一右的分开推称为分推法。

2. 揉法　用指端（食、中、拇指均可）或掌根，在选定的穴位或部位上，贴住皮肤，带动皮肉筋脉，作旋转回环活动，称为揉法。治疗部位小的可用指端揉，治疗部位大的可用掌根揉。

3. 捏脊法　用双手的中指、无名指、小指握成半拳状，食指半屈，拇指伸直对准食指前手段，虎口向前，用拇、食指提捏患儿脊椎处皮肤，捏时双手食指要横抵在脊椎骨处，自尾骶部起沿脊椎逐步向上提捏，移动到大椎为止，算作捏脊一遍。本手法多用于营养不良，消化不良等症，故又称“捏积”推脊法。

4. 推脊法　用食、中指面自患儿大椎起循脊柱向下直推至腰椎处，称为推脊法，本法适用于高热不退。

【注意事项】　对象主要是五岁以下的儿童，从临床实践来看，年龄越小，治疗效果越好。

小儿推拿法都是比较轻快柔和的，有的手法名称虽与成人推拿相同，但手法动作及操作方法却不一样，治疗穴位有些地方也与成人有区别，有的成线状，有的成面状。由于小儿推拿在操作时一般都是直接接触患儿皮肤，为了防止擦破皮肤，加强治疗作用，所以适当配用一些润滑剂如姜汁、葱白汁、酒精或水等均可。

【文献出处】 上海中医学院编. 针灸新医疗法推拿学[M]. 上海：上海中医学院，1971：94

（李义凯 叶淦湖 王伟明 陈维伟）

第十八章 颈椎病的脊柱推拿手法

【摘要】 从20世纪60年代开始就有期刊杂志陆续报告推拿治疗颈椎病。比较有系统的介绍颈椎病的推拿手法是从70年代开始的，其中李墨林的推拿按摩手法影响较大；单纯的脊柱推拿手法是以冯天有的颈椎旋转为代表。颈椎病的治疗手法发展到今天主要分为2类：一是以治疗颈项部软组织为主的推拿按摩类手法；另一类是以治疗颈椎骨关节的单纯性扳动或旋转颈椎的脊柱推拿手法。本章分4节，收集整理了自70年代以来各时期颈椎病治疗手法的操作及其特点。主要有早期的点穴、舒筋、按揉和后期逐步完善的旋转、拔伸、牵引、推揉等手法。

第一节 20世纪70年代

【手法操作】

1. 准备手法

(1)患者坐位，以右侧为例，术者坐于患者对面，以左手持患者右手，术者掌心朝患者手背，患手呈中立位，用左手拇指按压患肢“合谷”穴1分钟。

(2)术者以右手食、中两指夹持患者拇指近侧节。同时以拇指及食指持握其他四指，向下牵引，以左手拇指置于桡骨茎突处阳溪穴，中指置于尺骨茎突处阳谷穴。术者以中指按压尺骨茎突，同时将患手向尺侧偏位，继而将中指放松，以拇指按压桡骨茎突处，同时将患手向桡侧偏位。术者以左手拇指及中指持握患腕两侧，以右手向下牵引患者手腕并徐徐向掌侧屈曲腕关节至最大限度，屈腕时，拇指与中指对抗按压推滚桡骨与尺骨茎突，依此法伸屈患腕1～2次。

(3)患腕放于旋后位，术者以右手持握患腕，四指在前，拇指在后。术者左手置于患肘之背侧，以拇指按压肱骨外上髁处“曲池”穴，以中指按压肱骨内上髁。此时术者两手在对抗牵引下屈曲肘关节至最大范围，然后逐渐伸直。术者以左手拇指放于肘窝平面以下，相当肱二头肌腱抵止部内缘正中神经处，食指放于尺骨鹰嘴尖端的尺侧，相当肱三头肌抵止部的内缘处“小海”穴，两指对抗按压1分钟。

(4)术者以右手放于患者头顶部，以左手拇指掌面自乳突下，沿胸锁乳突肌后缘向下滑行，至第六颈椎横突前侧天鼎穴，相当臂丛上干处停止，使拇指徐徐向内向后按压。同时术者右手挟住患者头部向右前侧偏斜至45°为止，此时右侧颈部肌肉放松，将臂丛充分按压1～2分钟，右手将头逐渐恢复原位，左手拇指亦随向前缓慢起手放松。

(5)术者拇指放于锁骨上窝相当锁骨中1/3后缘缺盆穴处，而后逐渐向下按压，把臂丛和锁骨下动脉压于拇指与第一肋骨之间按压1分钟，然后向后内侧按压，把交感神经星状节按压于拇指与第一胸椎体之间，按压1分钟，患者拇食中三指有麻木感，当手指放松后，患者觉热流

向上肢放射。

(6)术者右手拇指按压锁骨中与外1/3交界处下方,相当喙突下缘、肱骨颈内缘,胸大肌抵止部上缘,即"中府"穴处,为腋动、静脉及神经经过胸小肌止点的外缘处,逐渐加重力量,按压1分钟。患者上肢有沉重酸胀感。如术者拇指此时无力,可用中指背于食指之上,用力按压岗上窝外缘,使拇指休息,然后再继续按压。

(7)术者双手持腕,将患肢高举,向上牵引,然后左手持患腕之背侧,外展高举,并向上牵引,以右手四指放于肩顶部,拇指放于腋窝肱骨头颈处"极泉"穴,该处有腋动、静脉及神经通过,逐渐用力按压。患者感觉拇、食、中三指完全麻木。然后患肢放于旋后位,掌心向上,徐徐下落至30°外展位,继续按压1分钟。随之轻轻放松压肱骨头颈处的拇指,患者立即感觉有热流通过上肢,有舒畅麻木无力之感。最后术者以左手抬平患肢,右手拇指在原位即腋窝顶部滚揉数次。如两上肢均有症状,重复以上手法于对侧。

2. 治疗手法

(1)术者以左手按压患者头顶部,向前屈曲颈部至最大限度。右手拇指与食指捏于C5-6颈椎平面的两侧颈后部肌肉,向中线并向前徐徐捏挤。其后左手放于患者前额部,向后推其头部,使头后仰。同时,右手拇与食指向前推按。然后用左手将颈部前屈,在前屈的同时用右手拇与食指向后提拉颈后肌肉。随即用两手拇指掌面沿两侧颈后肌肉自上而下地滚揉反复2~3次。最后用两拇指放于C7棘突两侧大椎穴处向内向前及向下挤压并向上向外旋转放松。

(2)术者立于患者背侧,两前臂尺侧置放于患者两侧肩顶部,用手掌托住两侧下颌(无名指扶于下颌骨体,小指在下颌骨下方,中指与食指放于两侧颧骨弓下缘,在颈部前屈时,拇指按于患者枕骨的下后侧,即第一颈椎的两侧"风池"穴处,在颈部后仰时两拇指放于两侧耳后部),两手向前上拔伸牵引头部,并用两手拇指在枕骨下后方相当第一颈椎两侧风池穴,徐徐用力向前挤按,然后在牵引下向后伸其颈部。

(3)术者仍立于患者背侧,用左右两手抱住头部两侧,向前上方牵引颈椎,在轻度牵引下先向健侧徐徐旋转至45°,然后,在轻度牵引下向病侧旋转至45°,再转回至中立位,使头前屈后伸,继而在颈部稍前屈位,将头部再做左右旋转各一次,但其旋转速度稍微加快一些。

(4)术者立于患者健侧的后外方,将左手扶于患者病侧头顶,右手扶住患侧肩顶上部,两手向相反方向分离,以牵拉其右侧颈部,同法施于左侧。最后用两手食、中、无名三指放于颈后两侧旋转按揉。

【文献出处】 天津市天津医院,石家庄市交通运输局医院合编. 按摩[M]. 北京:人民卫生出版社,1974:59-68

【手法操作】

1. 手法　按、揉、滚、拔伸、摇。

2. 取穴　重点穴为肩中俞、肩外俞、天宗、尺三里、天柱至大杼以及风池、手三里等穴。

3. 操作　患者坐位,头前俯使项部充分显露出(体弱者可取俯卧位,胸前垫枕)。医者以拇指沿督脉自风府、哑门至大椎反复按揉(主要是酸胀点)。再沿两旁膀胱经按揉天柱至大杼的酸痛区(解剖上是头颈夹肌、头颈半棘肌、肩胛提肌)。以上亦可用滚法。掐或按揉小肠经分布区肩中俞、肩外俞、天宗。在滚天宗时常出现向上肢放射的感应。再滚前臂小肠经的尺三里及大肠经的手三里部位。最后用摇法摇颈项(配合拔伸法),先后向左右各摇转数次。

【注意事项】

1. 注意用力要均匀不可过猛、用力大小以患者能耐受为度，并可配合热敷。

2. 低头时引起手麻者可考虑用高硬领，仰头手麻者用硬领反而感到不适。

3. 摸索出用枕头的适当高度，以防止本病的复发。一般在仰卧时枕要低，侧卧时枕略高。

4. 平时做颈项功，如摇头转颈。

【文献出处】 上海中医学院. 推拿学[M]. 上海：上海人民出版社，1974：116－117

【手法名称】 颈椎一法（双人法和单人法）

【手法操作】

1. 恰当掌握复位时颈部前屈、侧转和头颈沿矢状轴上旋的角度。在一般情况手法整复时常规角度，个别病例还应根据颈部长短、病变部位高低，生理曲线变化（存在、变直、反张、成角、中断）、患椎上下棘间隙的大小、颈肌的松紧程度等决定采取适宜角度。选择前屈、侧转。旋转角度，从患椎棘突顶贴复位拇指为宜。

2. 轻巧地应用上旋力。在复位的瞬间医生两手呈协同动作，一手上旋，另手拇指同时水平拨正偏歪棘突，采用一个支点二个杠杆力。上旋力，经过大杠杆的作用落实到患椎时可成倍增长，加之拇指拨动棘突的力在小杠杆作用下成倍增长，该二力之合力是很大的。所以仅用轻巧的力即可使患椎复位。为此必须在复位时嘱病人颈部沿矢状轴主动上旋到最大角度，医生要调整好助手下压病人颞顶部力的大小及方向（复位时助手只助下压，不可助旋），方可轻巧、准确地应用上旋力。

3. 酌情选用复位拇指放置位置。为保持拇指复位方向（拇指拨正偏歪棘突方向，应与椎体横轴平行），可根据病人颈部主动前屈、侧偏、上旋的角度不同，患椎棘突呈现角度亦有不同，复位时拇指可直接顶推棘突（偏歪棘突），亦可借颈肌顶推棘突，或顶推棘突偏歪侧关节突关节。单人法操作时术者前胸压在病人的颞部代替助手之手，余均和双人法相同。

【注意事项】 术后嘱病人酌情限制颈部活动，屈曲型者将枕放颈部或低枕，伸直型者可睡高枕，勿睡硬枕。必要时可配合热疗和醋离子导人，一般急性损伤1～2天（多者一周）可基本恢复正常。施手法时应轻柔，酌情用力，切忌粗暴，应求稳、准、轻。偶有少数体弱病人，在施手法时刺激了椎动脉，可产生一过性虚脱症状，应立即停止手法，休息片刻即可恢复，必要时酌情对症处理。

【文献出处】 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京：人民卫生出版社，1977：37－38

【手法名称】 颈椎二法（单人法）

【手法操作】 摸准偏歪棘突后，向颈部活动受限侧主动旋转，稍向前倾，然后医者一上肢将头颈沿矢状轴示方向提牵，并继续向受限侧旋转，同时拇指将偏歪颈椎棘突拨正。若已旋转到较大角度，病人疼痛或复位姿势不佳时可使复位拇指力量不松，头颅继续逆向旋转与之同时将偏歪棘突拨正，至较大旋转角度后，再后仰旋转头颈。若患椎只沿额状面旋转棘突顶线不偏歪仅表现叉沟一侧高隆者，复位时顶椎棘突高隆处的拇指可向气管方向顶推。

除了复位手法外，还要根据患者的具体病情按照下列按摩手法治疗：

1. 按摩臂丛神经：病人端坐位取锁骨中点直上1 cm锁骨上窝处，用双（或单）食指点穴按

摩 1 分钟患侧上肢有触电样感。手法可由轻到重，再由重到轻。

2. 按摩双风池穴：病人端坐，医生一手掌心扶持病人前额部，另手拇、食两指指尖，分别点穴按摩双风池穴，约 1 分钟，手法可由轻到重，再由重到轻。

3. 按摩发际旁枕小（大）神经，项韧带及棘间韧带施分筋，理筋手法，寰椎横突最宽，其上附之肌肉起止端，常表现为一侧肌纤维肿胀、钝厚、压痛，可施分筋、理筋手法，患椎两侧的关节突关节处，多因软组织变性、增生、肥厚而伴一侧高隆，其上附之肌纤维多示钝厚、压痛阳性可施分筋，理筋手法。

【注意事项】 同上

【文献出处】 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京：人民卫生出版社，1977：38

第二节 20 世纪 80 年代

【手法操作】

1. 患者正坐，术者站于患者背后，先用滚法放松肩及上背部肌肉（图 18－1）10 分钟。

2. 术者站在患者一侧稍后方，一手扶头顶，一手用拿法，拿捏两侧胸锁乳突肌，边拿边使头部做前屈及后伸运动（图 18－2）。

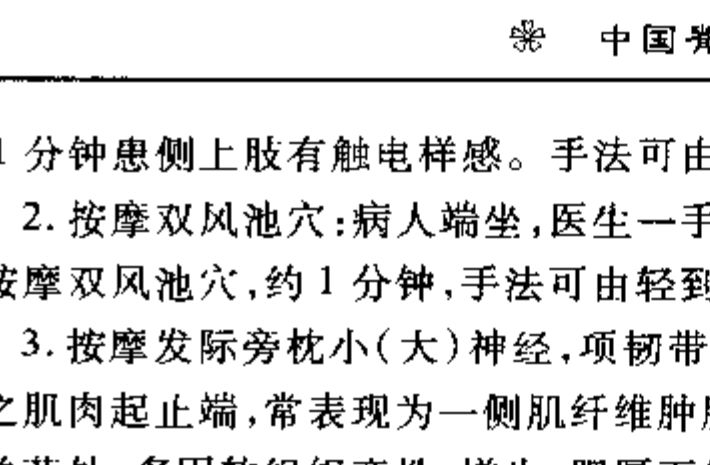


图 18－1 上背部滚法

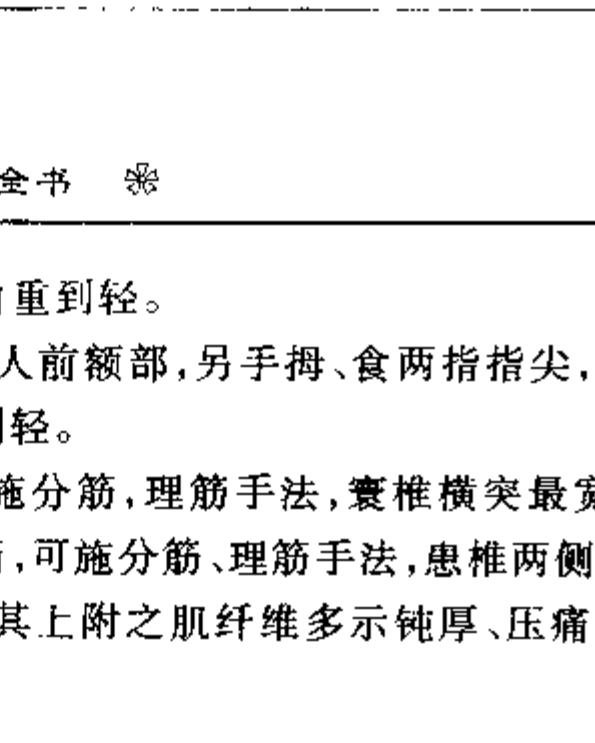


图 18－2 单手拿捏双侧胸锁乳突肌，头颈作前屈、后伸运动

3. 点按颈臂、肩井、肩髃、曲池、合谷、落枕等穴。

4. 提端法：术者站在患者背后，两前臂尺侧放于患者两侧肩部向下用力，双手拇指顶在风池穴上方（且勿用力顶在风池穴上，以免引起头晕）。其余四指及手掌托起下颌部，手指及手掌向上用力，因前臂与手向相反方向用力使颈椎牵开，边牵引边使头颈部前屈（图 18－3），后伸（图 18－4）及向左右旋转。

5. 提端旋转法：方法见落枕节手法治疗第四条。

6. 术者站在患者背后，用双手分别放在患者两肩内侧，大拇指和其他四指相对，用指腹部拿提双肩（图 18－5）。

7. 搓法：术者站在患侧，从患者肩部开始，由上臂部搓至前臂，反复几次。

8. 患者正坐，先用弹筋法，弹拿上背部肌肉，而后再令患者上身微前屈，术者改站患者一侧多用鱼际擦法由上向下擦夹脊穴数次（图 18－6）。

图 18－3 颈部提前端前屈法 1

图 18－4 颈部提端后伸法 2

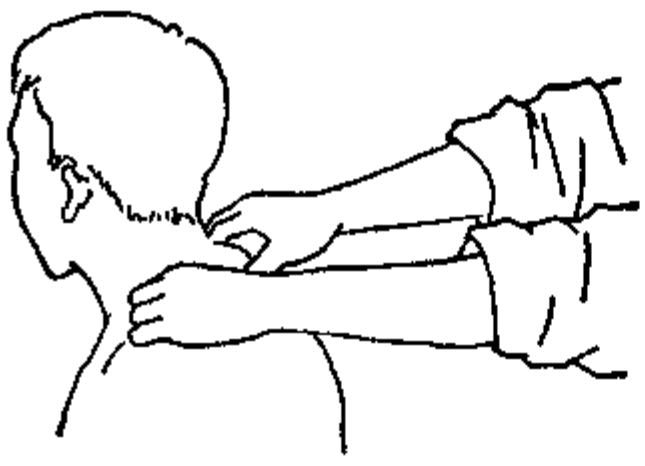


图 18－5 双手拿捏双肩法

图 18－6 鱼际擦背法

【注意事项】 提端和提端旋转法是治疗颈椎病的主要手法，用力较强大，能使椎间隙及椎间孔牵开，因此必须在使用前几个手法的基础上进行，不能冒然从事，以免发生意外。在治疗过程中，强调调整枕头的高低及提倡用圆枕头，一般要把枕头调的偏低一些，且枕头要靠近颈胸段。在治疗时，嘱患者配合进行颈部的功能锻炼，如颈部前屈、后伸，左前伸、右前伸及环转等。用推拿疗法治疗颈椎病，虽然疗效较好，但有些病例有时容易复发，有些无效。对于用手法治疗反复发作的或无效的病例，如果症状继续发展，病情加剧恶化，产生脊髓压迫症状严重者，则应考虑改用其他方法治疗。

【文献出处】 季根林. 推拿简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1981：56－60

【手法名称】 压掌推背法

【手法操作】 患者取坐位，两手指交叉扣紧外反上举，手掌向上。医者一手拉住患者的两手，另一手按在大椎穴处，上面手向后拉，下面手向前推，两手同时操作，连续推拉 10 次。

【注意事项】 本法可使颈肩部肌肉得到扩展放松，用于每次手法的结束之前，只做一次即可。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：24

【手法操作】

1. 常规手法 各种类型的颈椎综合征，均须首先应用。患者取坐位。

(1)拿肩井和点揉肩中俞相互交替操作，先使气血通畅肩颈部肌肉放松，也可使患者对手法治疗得到初步适应。

(2)提阳：使颈椎间隙增宽，在上提的位置将患者头部作左右轻轻旋转活动，每侧各 3 次。然后再使头部作左右侧屈，每侧各 3 次。

(3)搓揉颈部两侧项肌、胸锁乳突肌、斜方肌上部等。医者立于其后，用两手食、中指置其颈部两侧，适当用力自上而下，再由下而上来去搓揉 10～20 次。在搓揉时指下可以发觉某一部位肌肉特别紧张，疼痛明显，针对这一部位更须集中用力搓揉。

(4)医者立于患者身侧，用大拇指、食指拿、点、揉项部肌肉，上下移动 10～20 次，两侧相同。

(5)放松肩颈部的肌肉和筋络，而后用大鱼际按揉患侧颈、肩、背三角区域(相当于肩中俞穴位的周围)，一般按揉约 10 次，两侧均须操作。

(6)医者用一手的大拇指按压患者大椎穴，同时嘱患者闭目，另一手按住患者百会穴，嘱患者颈部放松，而后将患者头部从左到右，再从右到左各摇转 5 次，以灵活颈椎关节。在摇转时要顺势缓慢地转动，不能强行，如有骨刺增生、骨质疏松或颈椎有严重强直者，此法须慎用或不用。

(7)侧屈推颈：医者一手按住患者头部并尽量侧屈，另一手用大拇指沿项肌及胸锁乳突肌自上向下推，当推到颈根时再点揉 3～5 次，左右均须操作。可使肌肉舒展，气血流舒展，气血流通。

(8)医者立于患者身侧，一手点揉患侧的合谷穴，一手点揉缺盆穴，上下交替操作。而后双手拇指再同时点揉两侧的缺盆穴，一般点揉 10 次，可使经络气血贯通，改善颈痛与上肢的麻木症状。

(9)震击开泄：以加强阳经的血液循环。医者左手平放在患者大椎穴，右手握拳频击左侧手背，连击 5 次。

(10)扣挤法的应用。

2. 不同类型的颈椎病手法加减 颈痛型者常规手法即可。颈肩臂痛型的上臂疼痛和麻木须加用松活肩部的手法。

【注意事项】 在每次手法终了之前可以加用“压掌推背”法 1 次，作为每一次手法的结束。第二、三类颈肩痛，由于肩关节活动有不同程度的限制，因此，除前述坐位手法均须使用以外，还须加用俯卧位与仰卧位手法，提高临床效果。

【文献出处】 魏指薪,李国衡.魏指薪治伤手法与导引[M].上海:上海科学技术出版社,1982:63-69

【手法操作】 患者取坐位,术者站其侧后方。

1.松颈 用拇指推法、拇指揉法、三指捏法、拿法交替地在颈根部推拿。先使颈后的斜方肌、头、颈夹肌、头、颈半棘肌放松,然后转至颈的患侧,以拇指揉颈椎横突前、后结节起止的诸肌,手法由浅及深,深揉时患者甚感酸胀。操作时术者可用一手扶持患者前额,另一手操作,以防头部摇晃。

2.扳颈 患者仍取坐位,术者站于患者的健侧。术者一手叉开,并以虎口或大拇指紧抵病变颈段,另一手置于患侧顶、颞部,两手相对用力,把患者颈部扳向健侧。扳颈动作需用巧劲,不宜暴力,操作成功即可发生"咔哒"的清脆响声。对颈型、颈神经根型患者,在扳颈时需令其颈前屈30°,并向健侧旋转30°。这个体位使椎间孔受到牵张,加上扳颈的力整落在交点上,因而使病变颈椎的椎间孔发生较大幅度的张开。对椎动脉型患者,在扳颈时令其头稍微前屈,不需要旋转,扳颈可使扭曲的椎动脉得到伸张。如患者向右侧屈,转颈时易引起眩晕者,向左侧扳颈;反之,则扳颈方向也相反。如患者两侧屈,转颈时均可引起眩晕者,则可先后向两侧扳颈。如患者在侧屈,转颈时不发生明显的眩晕者,在治疗过程中可根据患者反应,探索向哪边扳颈为好。

3.动颈 术者一手置头顶部,另一手置颈部,依次使患者颈部做后伸,左、右旋转、健侧屈及环绕活动。活动尽可能达到最大幅度,但动作要缓慢。在各个方向的活动过程中,要了解患者的反应,如某一方向能引起症状。则应避免,如某一方向能消除症状,则尽量加大其活动幅度。摇动颈部也可在托颈的过程中进行,即术者立于患者背后,两手虎口叉开,两侧均以拇指置枕后乳突下,其余四指托住下颌骨,术者以前臂发力,托起头颅拔伸颈椎,并作颈后伸、左、右旋转、健侧屈及环绕活动,操作中,动作宜缓慢柔和。

4.舒筋 沿患侧臂丛神经走向相应穴位,如天鼎、缺盆、中府、极泉诸穴,用拇指按压法,各穴按压1分钟左右。如取穴准确,有"得气"反应,局部及上肢、肩背有酸胀,沉重感或窜麻感,松手后患者则感到松展舒适,最后沿肱二头肌内侧沟拨络,并揉搓患肢,结束治疗。

【注意事项】 推拿疗法对脊髓型一般无效。扳颈手法要求术者、患者相互配合,患者尽量使颈部放松,并主动将颈向健侧偏,术者两手协调,支点紧抵,发力要顺势而扳,扳颈能否成功,不是在于出力的大小,乃是巧劲的运用故切忌急于求成,硬扳蛮干,否则可致筋伤。摇颈手法容易操作,其要领是稳托头颅,缓摇颈项,大幅度地活动。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编.推拿疗法和医学练功[M].北京:人民卫生出版社,1982:116-120

【手法操作】 推拿治疗颈椎病,患者取坐位,医者立于患者背后。

1.十指做梳子,梳头皮,轻抚颈项、肩背部肌肤,拿揉肩井大贯筋,使患者肌肉放松。

2.左右两手轮流拿、揉颈部肌肉,手法同治疗落枕的拿揉法。

3.用左、右拇指腹分别在颈项部左、右侧,由上而下指揉。揉力由轻而重,连揉几分钟。然后用掌鱼际或前臂滚揉项部、肩部的斜方肌。连揉数分钟(挛缩较重者在指掌下可摸到较大、较粗的筋包、肌肉,与健侧不一般,宜多揉一些时间)。

4. 在翳风、肩外俞、天宗、秉风、天容、肩井等穴处，用指腹、掌鱼际按、揉。特别要寻找压痛突出点，在上多揉。在肩胛内上角，用拇指多揉、按一些时间，效果常常与正骨手法的效果相似。

5. 端颈项（要领见“端法”）2～3 次。

6. 拿患臂腋下前、后肌群，按肩髃、臂臑，拿曲池、手三里、合谷等穴；由腕至腋，进行性拿上肢的内、外侧肌肉捻、捋，弹手指各关节。

7. 对所有治疗部位，最后都要拍打、扣击、轻抚 1 遍。

8. 在健侧手臂也可给予同样或简单一些的手法治疗。治疗结束时，重新检查颈项各项功能，记录变化情况。

【注意事项】 如果只纠正骨之错位，而不恢复肌肉正常功能，可以在正骨后又被肌肉拉错位，使正骨效果不稳定。若多从肌腱治疗着眼，先松解肌肉之痉挛，活通气血的瘀滞，则有利于正骨和稳定正骨的效果。按、揉肩胛内上角之肌肉挛缩，常可收到事半功倍之效。如有的颈椎半脱位，有骨折史，则手法难度大。为了安全起见，多揉肩处俞穴代替正骨手法。

【文献出处】 王甫. 大众推拿[M]. 北京：人民卫生出版社，1984：73－75

【手法操作】

1. 舒筋通络　病人坐位。用轻柔的滚、按、拿、一指禅推等手法在颈椎两侧及肩部治疗，使紧张痉挛的肌肉放松，从而加强局部气血运行，促进水肿吸收，为下一步手法治疗创造条件，同时，可减轻因肌张力增加而造成的对颈脊柱的牵拉力。

2. 拉宽椎间隙　用手法或器械进行颈椎牵引，使颈椎间隙增宽，以扩大椎间孔，同时，为纠正颈脊柱力学平衡创造条件。本法适用于神经根型。脊髓型及椎动脉型慎用。

3. 理筋整复

（1）病人坐位，头部前屈至适当的角度。医生一手用拇指按住患椎棘突，一手用肘部托住病人颏部，向前上方牵引，同时向患侧旋转头部，此时往往可听到整复的弹响声。

（2）病人仰卧，肩后用枕垫高。医生立于床头，右手紧托病人枕部，左手托住颏部，将病人头部自枕上拉起，使颈与水平面呈 45°角，牵引持续 1～2 分钟。然后轻轻将头向左右旋转和前后摆动。此时往往可听到整复时的弹响声。

4. 活血化瘀　用轻柔的一指弹推或按、揉颈椎两侧，上下往返治疗。再用直擦法治疗颈椎两侧，以透热为度。可配合颈部热敷。

【注意事项】

1. 推拿治疗本病，除骨性直接压迫外，均有一定效果，其中尤以神经根型、椎动脉型、交感神经型，效果较为显著。目前对颈椎病的治疗，推拿是首选的治疗方法。但对脊髓型和高血压及血管硬化的病人，不宜使用后关节整复手法。

2. 颈椎病的推拿治疗，手法宜轻柔，切忌暴力。

3. 病人睡眠时应枕较低而松软的枕头。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：86

【手法操作】

1. 按压天鼎、缺盆穴。

2. 术者拇指按压缺盆穴后，向外上方约移 0.5 cm 处，力量是向下向后，再按压 30 秒钟。

3. 术者两手拇指沿两侧颈后肌向下滑行至第七颈椎棘突的两侧大椎穴处，两拇指指端相对，用力横向按压，患者头部同时向后仰倾斜。按压 30 秒钟（图 18－7）。然后在两侧肩上部由颈根部至肩井穴处分三点按压。

4. 按压附分、魄户、膏肓、神堂等穴。

5. 术者左前臂屈肘，自后侧插于患者右腋下，右手持患腕略向下压。术者用左前臂用力向上向外提肩牵引 1 分钟。

6. 按压极泉、曲池、小海穴。

7. 术者左手四指搭于右肩上，拇指顶住肱骨颈后侧。右手持腕向前外侧拔伸，同时左手拇指顶住肱骨颈后侧向前顶送，患肢再向后伸，反复数次。

以患肩为中心，右手持腕先作顺时针方向旋转，再作逆时针方向旋转，反复数次。然后，再持腕用力向前拔伸上肢 4～5 次。

8. 术者两拇指放于颈后肌两侧，两指横向，由上向下滑行，两拇指对挤 3 次。

9. 术者两拇指放于第七颈椎两侧棘突大椎穴处，先向中线推挤，再滑向上继而向下，用力按压 30 秒钟。起手时向上压挑，向外旋转放松（图 18－8）。

图 18－7　按压天鼎、缺盆穴

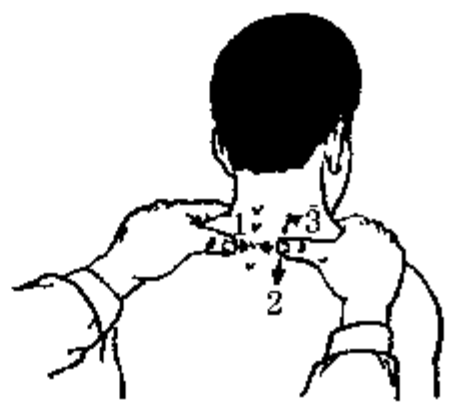


图 18－8　按压大椎穴

10. 术者在患者背侧，两前臂尺侧置于患者两肩上。用两手掌托住两侧下颌（无名指扶于下颌骨体，小指在下颌骨下方，中指及食指放在两侧颧骨弓下缘），拇指顶于患者枕骨下后侧凹陷处风池穴。用力向上拔伸头部。拔伸时头稍向前倾。拔伸 1 分钟逐渐放松，拇指在原处向外旋转。然后两拇指在颈后肌两侧向中线对挤向下滑行，对挤至第七颈椎平面为止，反复 2～3 次。

11. 嘱患者两手用力扒住坐凳。术者仍依原式抱住头部两侧，拇指置于耳后，向前上方牵引颈椎。30 秒钟后在牵引下，将头先向健侧徐徐旋转至 45°，再徐徐转向患侧至 45°，然后再转回中立位。在轻度牵引下将头前屈、后伸，继而在稍前屈位，将头再作左右旋转各一次，不过其旋转速度稍加快一些。最后全部放松，恢复原位。

12. 术者立于健侧后外方，左手扶于头顶，右手扶住患侧肩顶部，两手向相反方向分离，以牵拉其右侧颈部。同法施于左侧。

13. 术者两拇指在颈后肌两侧向中线对挤，并向下滑行，对挤至第七颈椎平面为止，反复 2～3 次。

14. 术者两拇指放于第一胸椎棘突两侧旁开各 1 cm 处，两拇指向中线挤压，挤压至中线

时，拇指向上向外旋转。向下滑行，对挤至第十二胸椎平面为止。反复2～3次。

15. 术者两手分别搭于两肩根部，拇指在肩后侧，四指在肩前侧，用力抓捏两肩肌肉，并向外侧滑行抓捏至肩峰为止，反复3～4次。

【注意事项】 应注意排除禁忌证，手法要温柔和缓，并耐心细致操作，禁用猛烈急骤地旋转头部的手法，以免造成骨折脱位，引起颅底血循环障碍的危险。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：52－55

【手法操作】 患者取坐位，术者立于患者身后，一手按住头顶，另一手用拇指反复点揉天池脉和颈间脉（图18－9），点揉颈后上、中、下三脉（图18－10），点揉抬举脉和前膀肾脉（图18－11），点揉后膀肾脉和肩胛暗脉。再用拿揉法，拿揉肩井脉，用抠揉法，抠揉血海根脉，抠拨肘尺中脉。

图18－9 用拇指点揉法，点揉天池脉和颈间脉

图18－10 用拇指点揉颈后三脉

若在颈椎旁发现痉挛或粘连之结节，应用点拨法用力点拨，使之分离缓解。以上各种手法均由轻揉逐渐加重，使局部产生酸、麻、胀感。抠揉血海根脉和肘尺中脉时，要使之产生电击样感觉，并放散到手指尖。这些手法都是对该部位之神经产生较强的刺激。然后再用以下手法，促使肌肉放松，缓解痉挛；用拿揉法，拿揉上肢肌肉；用双手捏法，捏上肢肌肉，再用双手抓法，抓上肢肌肉；用拔指法，顺序牵拔五指；最后用拍打法，拍打颈肩部及上肢四面。这些手法都是促使肌肉放松，缓解痉挛，疏通经脉，加快血液循环。使患者产生一种舒适感，而达到减轻疼痛，解除症状的目的。

【文献出处】 葛长海，李鸿江，葛凤麟. 捏筋拍打疗法[M]. 北京：北京科学技术出版社，1986：103－107

【手法操作】

1. 颈部推法　病员取坐位。术者立于后侧，用手指或掌侧小鱼际肌部置于颈部两侧，着力适当，自颈的上部向肩部推动。然后以双手拇指自肩井穴向风池穴椎按，或以拇指点揉上星穴，并沿两侧发际推至头维穴。每穴按压片刻，以使局部有酸胀感，皮肤发热发红为宜。如有后头部痛或颈项痛，可指压风池穴和哑门穴。有手指麻木者可配用少海穴、养老穴等。

2. 颈部拿法　病员坐位。术者立于后侧，用单手或双手提拿颈后及颈两侧肌肉组织。在提拿时双手交替用力，即左手提拿时，右手放松；右手提拿时，左手放松（图18－12）。

3. 颈部揉捏法 病员取坐位，术者立于后侧，以双手拇指或掌侧小鱼际肌部置于颈部两侧，着力均匀，上下来回揉捏 10～20 次（图 18－13）。

4. 颈部运摇法 病员坐位，两上肢反抱于背后。术者立于病员后侧，放松局部肌肉，两眼向前平视，双手置于颈颌部，并用力向上提颈（向上拔伸），慢慢用力使头部向左，右两侧各旋转 30～40 度，重复 8～12 遍（图 18－14）。

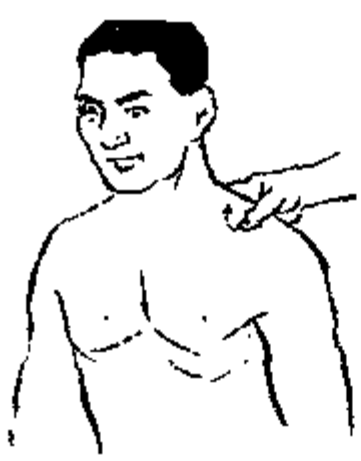


图 18－11 点揉抬举脉和前膀胃脉

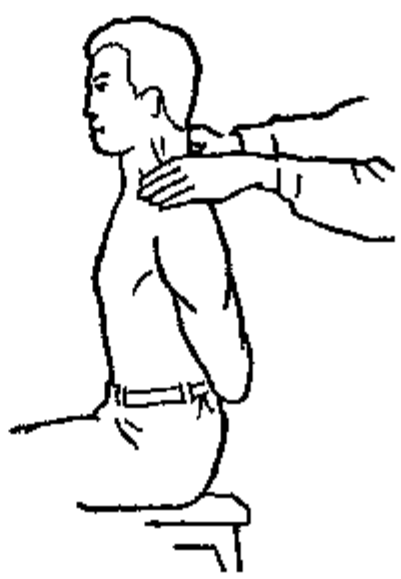


图 18－12 颈部拿法

图 18－13 颈部揉捏法

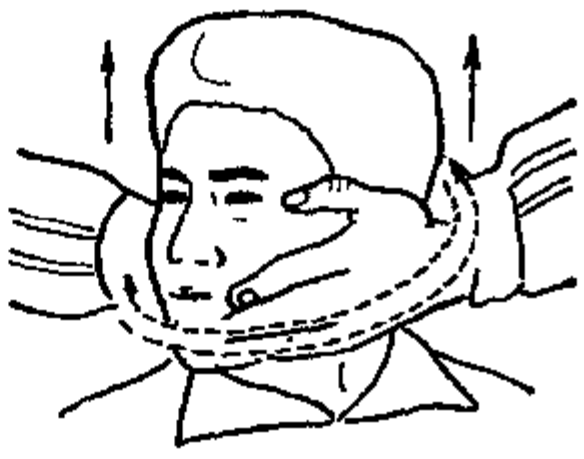


图 18－14 颈部运摇法

5. 颈部侧屈法 病员取坐位，两上肢反抱于背后。术者立于后侧，两手掌小鱼际肌部紧贴于颈部两侧，然后双手交替着力，使头部向左、向右作侧屈运动。反复做 8～12 次（图 18－15）。

6. 按肩搬头法 病员取坐位，两上肢反抱于背后。术者立于后侧，左手按于右肩，右手置于头顶，用力将头颈部向右侧搬动。然后用同样的手法，右手按于左肩，左手置于头顶，用力将头向左侧搬动。两侧交替进行操作。每侧 8～12 次（图 18－16）。

7. 指压穴位 根据不同的类型，按压相应的穴位。

8. 颈部牵引 病员取坐位。术者将特制的牵引头带，套于病员颈部，按照颈部胖瘦的情况扣好两侧皮环扣，然后将正力物（砂袋或砝码）通过滑轮作牵引，重力物一般重 5～8 kg。每次牵引 20～30 分钟（图 18－17）。

【文献出处】 沈跃生，王回新等. 伤科临床推拿法[M]. 北京：金盾出版社，1986：95－99

图 18－15　颈部侧屈法

图 18－16　按肩搬头法

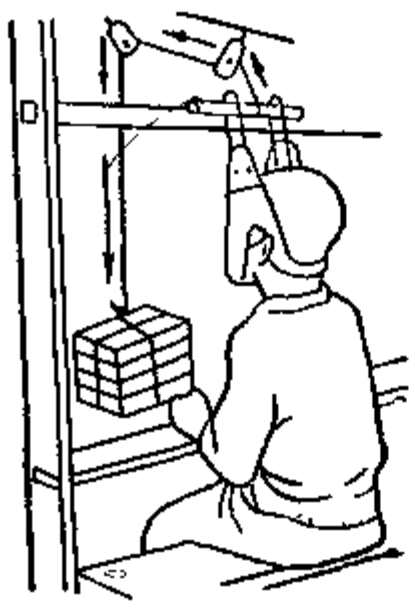


图 18－17　颈部牵引

【手法操作】

1. 取穴　天柱骨、华陀夹脊、肩中俞、肩外俞、天宗、肩井、极泉、小海、合谷。

2. 操作　患者取坐位，医者立其后侧。

(1)一手扶其头顶，另一手在其项部用滚法，3～6 分钟。用滚法时，注意避免使手背敲击其项后。

(2)用大指指腹按揉天柱骨、华陀夹脊，自上而下，3～6 遍。

(3)用拇指指端按点肩中俞、肩外俞、天宗穴。

(4)拿肩井处，3～6 次后，医者立于其患侧。

(5)拿极泉、小海、合谷，各 3～5 次。拿极泉、小海时用中指端着力拨动筋腱，拿合谷时拇指及中指对称用力。

(6)一手握其腕部，另手中指、食指夹其手指，自指根向指梢用力理抹，五指各理抹 1 次。

(7)配合项部中药湿热敷或醋敷。

【注意事项】　推拿治疗对脊髓型、椎动脉型在摇颈项、颈部牵引、扳颈项等法时应谨慎从事，切忌草率莽撞，以免意外。患者平时可作颈项部功能、锻炼，避免颈项部过伸，睡眠时枕头不要过高或过低，注意颈项部保暖。症状严重者，可配合颈椎固定。

【文献出处】　金义成. 推拿自学入门[M]. 上海：上海科学技术文献出版社，1987：124－125

【手法操作】

1. 捏拿提弹斜方肌法　患者正坐，颈部向患侧轻度曲，术者立或坐于其后面。一手扶住患者健侧颞枕部，另一手拇指指腹和食指第二指骨侧面，从第二颈椎棘突患侧缘附近起，向下轻快反复地捏拿，提弹斜方肌，直至肩胛冈上缘。并以一手拇指反复揉压、弹拨患侧肩井穴。

2. 捏拿、提弹项韧带法　患者正坐，颈部轻度后伸，术者或坐于其后面。一手托住其下颌部，另一手的拇、食、中三指指腹从第二颈椎平面起，自上而下轻快反复地捏拿，提弹项韧带，直

至第七颈椎平面。并以手拇指指腹揉拨项4~6棘突上的颈韧带。然后再以一手拇指反复揉压、弹拨哑门穴和患侧肩外俞穴、天宗穴。

3. 捏拿、提弹胸锁乳突肌法 患者正坐,颈部轻度前屈并稍向患侧弯曲。术者立或坐于其后面。一手扶住患者健侧健枕部,另一手拇指指腹和食指的第二指骨侧面,从颈椎棘突患处附近起,捏拿、提弹斜方肌,直至锁骨上窝部。并以一手拇指反复揉压、弹拨患侧突穴。食指反复揉压,弹拨患侧天鼎和缺盆穴。

4. 颈椎牵引、旋转法 患者正坐,颈部前屈10°~20°,术者立于其侧面。一手托住下颌部。另一手托住枕部,沿颈椎的纵轴方向徐徐向上进行牵引。待持续牵引片刻后,再慢慢将头部向左右旋转至最大角度,然后恢复到中立位时解除牵引力。如患者病情较重,或术者之力不能达到牵引目的,且有条件者,可改用枕颌带进行牵引。在枕领带牵引的最初几天,部分患者可能有头昏、头胀和项背部疲劳感等不适反应。交感神经型或椎动脉型颈椎病患者,尤其容易发生此种现象。可在数日内消失,不需其他处理。

5. 揉压、弹拨颈肌法 患者正坐,颈部轻度前屈,术者立或坐于后面。一手扶住其额部,另一手拇、食两指指腹分别从第二颈椎棘突旁的枕骨边缘起,反复揉压至乳突部。并以拇、食两指指腹分别揉压,弹拨两侧天柱穴、完骨和风池穴。

6. 顺势搬颈法 与颈椎牵引、旋转法体位相同。术者立或坐于其后面。一手拇指指腹置于其颈椎病灶棘突的患侧缘,其余手指置于患侧颞枕部;另一手托住健侧下颌部,令其将头部向患侧旋转至最大角度。与此同时,置于病灶棘突患侧缘的拇指用力椎按棘突作为支点,其余手指固定头部的位置,托下颌部的手顺势用巧力将下颌部轻轻向患侧一搬,即可听到颈部有清脆的响声(拇指指腹下可感到棘突的移动),则手法成功。此法如使用不当可造成颈椎半脱位,或其他异常,故应特别谨慎从事。

7. 头部按摩法 患者仰卧,术者坐于其头部的后面。手法:

(1)两手掌分别置于其两侧顶颞部,从矢状缝附近起,轻快反复地向两侧分推,按序直至颧骨弓和乳突部。

(2)分推额部,双手拇指指腹分别置于其两眉之间,沿眉弓上缘轻快反复地向两侧分推额部,直至颧骨弓附近。并以两手食指反复对应揉压两侧太阳穴。

(3)揉压眶上缘,两手食指分别从两侧目内眦起,由内向外轻快反复地揉压眶上缘,直至目外眦附近。并以两手食指分别揉压两侧睛明和攒竹穴。

(4)揉压颞部,两手多指自上而下反复揉压两侧颞部,直至乳突附近。并以两手食指分别揉压两侧头维穴。

(5)揉压百会、印堂,一手拇指从两眉间起,沿额中线和顶骨的矢状缝进行反复揉压,直至颅顶部。并以两手拇指同时反复揉压百会和印堂穴。

【注意事项】 上述手法应根据不同的临床类型选择使用。术后应嘱患者将枕头调到适当高度,避免长时间的伏案工作。进行项背肌的功能锻炼时动作必须和缓而平稳,以不引起症状为原则。不应急速用力,更不宜强行活动。最好是头部活动到最大幅度时,在该位置上稍停片刻,可使紧缩的肌肉或韧带受到充分的牵张,通过肌肉的静力性收缩,可有效地锻炼肌肉的力量。

【文献出处】 刘严. 按摩疗法[M]. 西安:陕西科学技术出版社,1987:47-50

【手法名称】 颈椎旋转复位法

【手法操作】 患者正坐位，医者站在患者身后，稍微侧身（以右旋为例），用右肘窝放在患者颌下，左手托住枕部，轻提并且做颈部旋转运动3次，其目的在于使患者颈部肌肉再度放松。然后上提，牵引颈部，并使其前屈10°，在牵引的同时将患者头颈右旋有固定感时，右肘部再稍加用力右旋颈部，此时即可听到一连串的弹响声。做完右侧后，用同样手法向左侧（对侧）旋转一次（图8-53）。

【注意事项】 手法要点在于手法的全过程都是在轻度牵引下进行的。在旋转时要稳准柔和，旋转要适度，不宜过大，切不可暴力治之。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：81

【手法名称】 颈椎提端摇晃法

【手法操作】 患者仍取正坐位，医者站在患者正背后，双手虎口分开（拇指与食指分开），拇指顶住枕部或风池穴，其余四指托住下颌部，双手向上提端，同时手腕立起，双前臂用力下压患者肩部，两端提颈部的双手腕做回旋运动6次，在持续提端下做颈部前屈，后伸各1次，将患者头部在屈曲时旋转至左（右）侧。以左侧为例，用右手扶住颌下，将左手抽出，同时利用医者右颞顶部和腮部顶住患者头部，在持续牵引下，用左手拇指指腹沿左侧颈肌走向，自上而下捻揉至肩部，同时右手搬动颌下向右侧旋转颈部。用相同的手法在对侧再做一次。

【注意事项】 此法仅用于不适合做旋转复位的患者，此种手法比较稳妥，安全不易引起不良后果，故对脊髓型颈椎病施用此法能起到缓解症状之作用。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：81-82

【手法操作】

1. 病人取仰卧位，去枕，术者坐在病人的头顶侧，用两手中指的指尖按压风池穴约1分钟，以散风活血。而后，沿着颈椎旁的软组织按揉，对椎旁有痛性索条或硬节可多加揉动。

2. 术者用左侧前臂垫在颈屈后，以前臂尺侧抵住枕骨粗隆，右手扶托住下颌，然后，两手同时作垂直方向牵拉，并持续一定时间，再徐徐将手臂松开。

3. 病人取坐位，术者站立于病人肩的旁侧，用一手五指指面自痛麻的放射区按揉，并按压颈臂穴、肩井穴、肩外俞穴、天宗穴和手三里穴，然后，再施以上肢搓法。

4. 术者一手将患肢擎起，另一手拇指指面横向按压极泉穴，然后，将患肢屈曲放下，并摸桡动脉是否按压住，如按压住极泉穴，桡动脉搏动消失，待患肢上肢有麻凉重胀感觉时松指。

【注意事项】 脊髓型不属此范围。

【文献出处】 孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社，1989：162

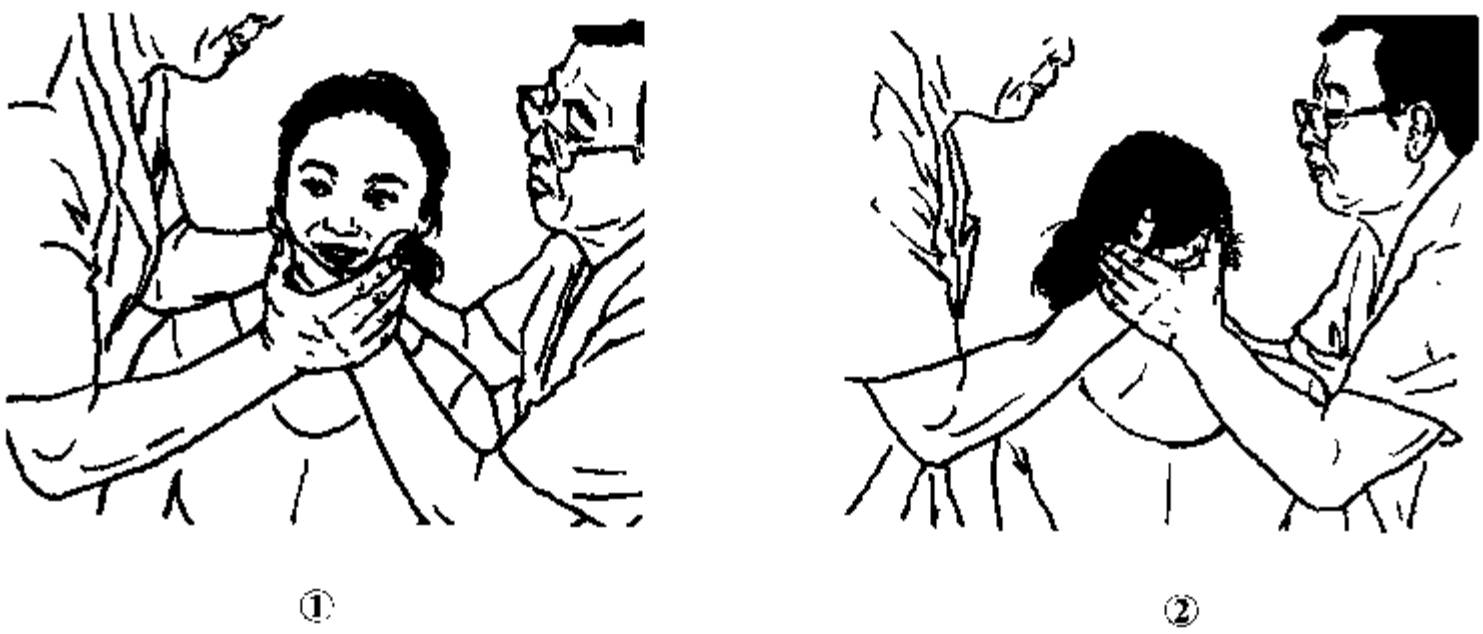
第三节 20世纪90年代

【手法操作】 病人取坐位，医生站在病人的背后，用松解手法在项背部放松肌肉，同时用指揉各诸穴位，配合颈项的屈伸、侧弯旋转动作。然后根据病情施以下手法：

1. 端提法 患者取坐位，医生立于身后，两手分别端住患者的下颌两侧，轻轻向上端提。或用侧提法，医生立于患者的左侧或右侧，一手托下颌，一手托枕部，轻轻向上提，使患者有轻松感（图18－18）。

图 18－18 端提法

2. 双提法 若神经根压迫症状较重，或经端提、侧提无明显效果时，可以使用双提法。患者仍取坐位，医生与两位助手分别立于患者的两侧与背后，医生双手按在患者的双肩上，患者双脚和腿平放在平台上，其中两人双手托住其枕、颌部、并用稳力向上端提，医生手扶肩向下及左右轻度活动，使患者感到轻松。然后用捏揉法，医生一手扶患者前额，一手捏揉两侧颈部，从风池到肩井穴，顺序向下捏揉，反复数次（图18－19）。



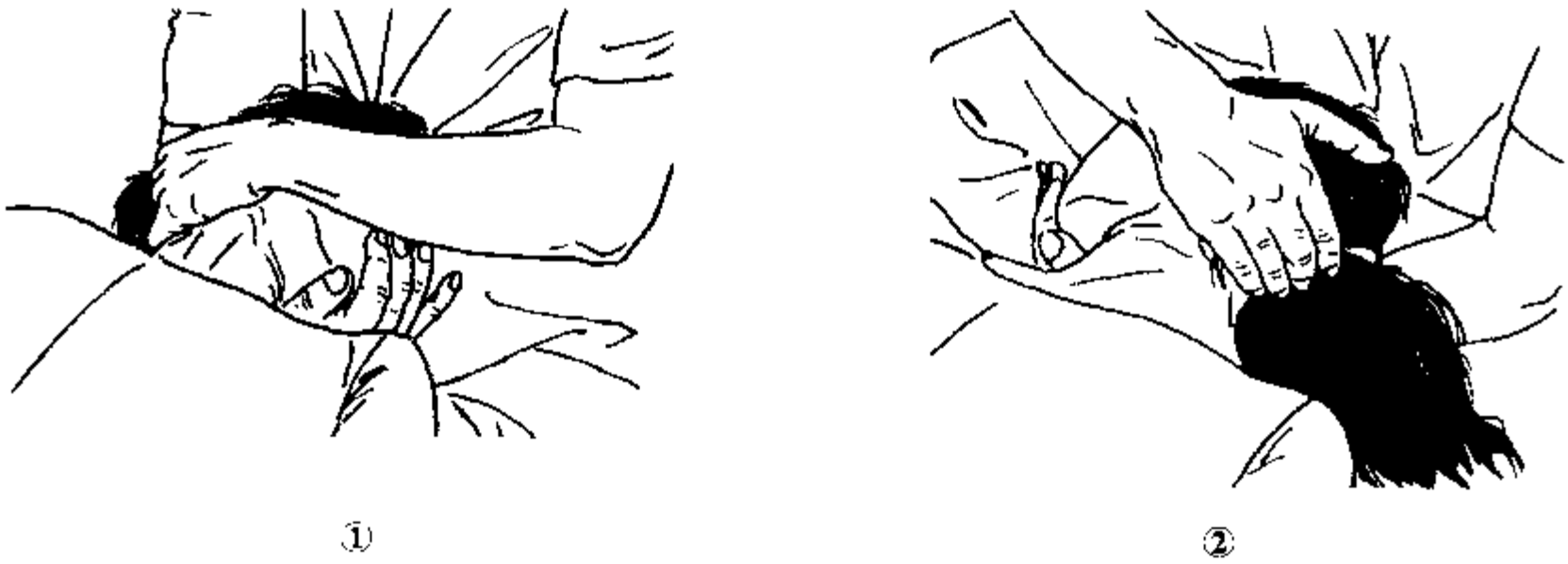
①　　②

图 18－19 双提法

3. 推揉法 医生用一侧拇指，从风府穴边推边揉直至大椎穴，反复数次。

4. 仰卧旋转牵引法 有些患者，颈肌肉较僵，而又紧张。可让患者仰卧在床上，肩与床边相齐，医生坐在床前，单手托住患者头部，另一手施以手法，两手轮换，使肌肉松驰后，嘱患者左旋转头。医生右手通过下颈部用前臂托住患者头，手卡住患者下颌，左手绕前，手固定枕部。在轻微旋转力下向病人上方牵引，然后右旋头牵引。此法安全可靠，在临床应用中效果好。牵引手法结束后要再做缓冲松解，然后嘱其俯卧位，用松解手法将其双肩及背部松解后、用搓揉法使胸背部有温热感（图18－20）。

【文献出处】 常健，陶万明，李瑞生. 推拿与运动损伤[M]. 北京：北京科学技术出版社，1991：65－69



①　　②

图 18－20　仰卧旋转牵引法

【手法名称】 神经根型颈椎病常规按摩手法

【手法操作】

1. 松筋法　以捏拿滚揉手法依次放松颈、肩背部、患肢部肌肉。

2. 点按弹拨法　在痛点处点按各 1 分钟后，有筋结、筋索部施以分筋、弹筋手法数下，使疏筋镇痛，打通气血。

3. 定位旋转法　患者取仰卧位，项部伸出床端，肩与床端平行。术者坐位，一手持患者下颌部，另手扶托颈部，食指触摸患侧颈部旋转之椎体横突或相当椎体的最明显压痛点，而后持下颌部之手缓缓将患者头部转向患侧直到最大限度为止。稍停片刻，同时另手食指向内前方推顶椎体横突部，双手协调用力一顿挫，可听到复位声响，并指下感觉旋转之横突复原，即前手法成功，患者立感轻松。注意让患者放松颈部，配合手法旋转，术者用力应快速顿挫，切忌生搬猛力，幅度过大。

4. 抖臂手法　术者持患腕，双手持续抖动患肢数下，力透肘、肩关节，然后搓揉患肢结束。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：353－354

【手法名称】 神经根型颈椎病的治疗手法

【手法操作】

1. 松筋法　以捏拿滚揉手法依次放松颈、肩背部、患肢部肌肉。

2. 点按弹拨法　在痛点处点按各 1 分钟后，有筋结、筋索部施以分筋、弹筋手法数下，使疏筋镇痛，打通气血。

3. 定位旋转法　患者取仰卧位，项部伸出床端，肩与床端平行，术者坐位，一手持患者下颌部，另手扶托颈部，食指触摸患侧颈部旋转之椎体横突或相应椎体最明显压痛点，而后持下倾部之手缓缓将患者头部转向患侧，直到最大限度为止，稍停片刻；同时另手食指向内前方推顶椎体横突部，双手协调用力一顿挫，可听到复位声响，并指下感觉旋转之横突复原，即前手法成功，患者立感轻松。

4. 抖臂手法　术者持患腕，双手持续抖动患肢数下，力透肘、肩关节，然后搓揉患肢结束。

【注意事项】 注意让患者放松颈部，配合手法旋转，术者用力应快速顿挫，切忌生搬猛

力，幅度过大。

【文献出处】 李宜谋，沈志祥. 中医推拿治疗软组织损伤[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：25

【手法操作】

1. 方法一

(1)用拇指指端点按肩井、极泉、天宗、曲池、合谷穴，各1分钟。

(2)用拇、食、中三指提拿肩井穴、拿捏合谷穴，各3～5次。

(3)用中指指端扣拨极泉、小海穴，各3～5次。

(4)用手拿擦颈部，上肢部，以皮肤发热为度。

2. 方法二

(1)两拇指放在风池穴上，四肢放在头两侧，用力按揉风池穴1～2分钟，使枕后酸胀为准。

(2)将右手拇、食、中三指对称，在颈项部，从风池穴起捏拿至肩背部，反复捏拿10多遍，使颈项酸胀和发热。

(3)将一手的食、中、无名三指并拢微屈，指端放在颈部正中(即颈椎棘突上)和两边的颈肌上，从上至下用力弹拨，反复10遍。

(4)用对侧的拇、食两指捏起腋下的大筋(极泉穴)，然后提拿3次，使手指发麻为准。

【文献出处】 王平，徐树楠. 手到病除[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1993：331－332

【手法操作】 患者正坐，医者先分别按揉风池、天鼎、缺盆、肩井、肩中俞、肩外俞、曲池、手三里、合谷、小海、内关、外关、神门等穴。然后，医者站于患者背后，用滚法放松颈肩部，上背部及上肢的肌肉5～10分钟，再用拿法，拿揉颈项部并配合推桥弓，推肩臂部。随后作颈项部拔伸法。拔伸法有两种，一种是医者站在患者背后，两前臂尺侧放于患者两侧肩部向下用力，双手大拇指顶在风池穴上方切勿用力过猛，以免引起患者头晕。其余四指及手掌托起下颌部，并向上用力，前臂与手同时向相反方向用力，把颈椎牵开，边牵引边使头颈部前屈、后伸及向左右旋转。另一种拔伸法是嘱患者正坐，医者站于患侧，右肘关节屈曲并托住患者下颌，手扶健侧颞枕部，向上缓缓用力拔伸，并做颈部左右旋转活动，另一手拇指置于患处相应椎旁，随颈部的活动在压痛点上施按揉法。最后，提拿两侧肩井并搓患肩至前臂反复几次。

【注意事项】 手法须轻柔和缓。如需用较大力量的手法时，亦须在治纵轴牵引的情况下进行，决不可粗暴猛烈而急骤地过度旋转或屈曲头颈部。临床上由于不适当的手法治疗而引起的医源性残疾虽然不多，但也偶有发生，因此必须注意。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：492

【手法操作】

1. 患者端坐，医者立于后侧，患者轻度前屈，医者手扶其头部，另一手拇指自上而下拨揉项韧带3～5次(图18－21)。下颈段痛点处可做点按法，然后点大椎穴及风池穴。

图 18－21　拨揉法

2. 拨揉颈部两侧肌肉，重点拨揉椎旁酸痛点及条索状硬结，点按双侧颈根穴。然后拿揉颈项部两侧斜方肌，按揉肩井穴。

3. 多指拨揉 1～5 胸椎两侧骶棘肌和菱形肌，点按酸痛点，点肩中俞、肩外俞、天宗穴和冈下痛点。

4. 拿揉患肢，以肱三头肌和肱二头肌为主，然后医者用多指横拨腋下臂丛神经分支，使患者手指有窜麻感为宜，然后按压、拨揉小海穴和曲池穴。

5. 医者一手握住患者的腕部，另一手以食指、中指及无名指夹于手指患侧的末端依次进行手指牵拉法。同时可听到指关节的响声，然后揉捻指尖。

6. 医者牵抖患侧上肢 2～3 次，最后拍打肩背部和上肢，使患者有轻快感为宜。

7. 各型特定手法。神经根型颈椎病：可采用颈椎侧扳法，根据颈椎棘突偏歪的情况，还可采用定位扳动法。这两种扳法，根据患者的体型，颈椎的偏歪程度及病变的位置，可分别采用患者坐位转头侧扳法或坐位压头侧扳法。还可用颈椎牵引法即仰卧位牵引与坐位牵引。椎动脉型颈椎病，用小鱼际滚揉颈项两侧，然后用拿根搓摩枕后部，以有温热感为宜。揉点双侧肝俞穴，以有酸痛感为宜。患者仰卧位，用拇指或多指按揉百会、印堂、睛明穴，然后按内关、公孙穴。

【注意事项】

1. 手法宜轻，切忌暴力。

2. 应用较低而松软的枕头。

3. 下列情况应慎用或禁用手法治疗：颈椎结核及肿瘤、椎体间骨赘增生已形成骨桥、椎间孔明显增生性狭窄者、有高位脊髓压迫症状者。

保守治疗无效者，根据病情需要可采取手术治疗。脊髓型颈椎病按摩疗效不理想，可采用多种方法治疗，按摩时要慎重。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：194

【手法操作】 病人可坐位或俯卧位

1. 理抚法　先以双手小鱼际着力，自耳后乳突部向下沿颈部两侧推抚至大椎穴处。然后改用大鱼际或掌根用力，向两肩部理抚，反复 3～5 遍。

2. 揉拿法　医者两手分别置于病人两肩井部，用力揉拿肩上大筋 1 分钟左右，待肌肉放松后，再双手合并一侧，同时在肩井部揉拿，每拿 3 次用力向上提 1 次，连续 3 次。用同法再做另一侧。如患肢有酸麻沉重感，手法可适当增加力度。

3. 拇指揉压法　医者一手扶持患者额部以做固定，另手拇指指腹用力，在颈椎中央及两侧自上而下地揉压，对病变部位要加重刺激。可做 5～6 分钟。

4. 膊运法　在患者大椎穴周围及两侧肩井部位反复按运 3～5 分钟。用力稍大于前几种手法。

5. 肘压法　重点按压大椎、肩井、天宗等穴及脊柱两侧。

6. 运动法　根据病情，可选用头颈扭转法、拔伸牵引法或挽肘按头法。每次选一种或二种间断用之不宜连续施用。

7. 合掌挟挤法　医者立于患者前面，使其前额顶在胸前，然后两手五指交叉，挟住项部上下揉动挤压。

8. 叩击法　以拳叩、切击法反复在颈与肩部叩击，手法不宜过重。

【文献出处】　栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：138－139

【手法操作】　患者取坐位。医生站于病人后外侧，一手作滚法操作，施术于病人颈项部，另一手按住病人头顶，作头颈部各方向被动运动配合，如前屈，后伸、左右旋转等。一般在病人左半侧治疗时，右手施以滚法，左手按于头顶配合被动运动，在右半侧治疗时，左手施滚法；右手配合，双手交替进行. 在按法治疗时，常配合按揉风池、天鼎，天柱、天宗及颈椎棘旁压痛点，拿风池、颈项、肩井，以提高镇痛解痉作用。在患者肌肉已经放松之后，可予颈椎牵引拉伸。其方法是：患者低坐，微微向前屈颈。医生一手托住患者下颏，另一手托住患者枕部，沿颈椎纵轴慢慢向上牵引拉伸。手法牵引也可用颈椎器械牵引所代替。

在颈椎拉伸的基础上，进行颈椎旋转复位，整复椎间关节。

1. 坐位旋转复位　患者坐位，颈前屈。医生以一手拇指叩按错位棘突，另一上肢肘部托住患者下颌，前臂环绕面部颞部，再用手按住病人枕部向上牵引，同时向患侧旋转，使椎间关节整复。整复的标志应以拇指接触及棘突跳动为准，弹响声不应作为整复的标志。

2. 卧位复位法　患者仰卧，肩后用枕垫高，医生立于床头，右手托患者枕部，左手托住下颌，将头部自枕上拉起，使颈部与水平面成30°～40°角，持续牵引1～2分钟，然后将头部向左右旋转和前后摆动，复位即可成功。颈椎复位成功后，再以撩法治疗颈项肩背部，按揉风池、天柱、天鼎、天宗、拿风池、颈项、肩井、曲池、内关、合谷，搓上肢结束治疗。

颈椎病椎动脉型、脊髓型病人的治疗，严禁作颈部被动运动。交感型不必作颈部被动运动，可加按揉颈前区颈交感体表部位。对高血压或动脉粥样硬化者在后关节复位时要特别慎重，尽量避免。在治疗时候可辨证加减。

【文献出处】　丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：337－338

【手法名称】　杨希贤的扳颈法

【手法操作】

1. 患者坐位，先点按后溪、合谷、手三里等穴，自枕骨开始向下平推颈椎及两侧。其中以有压痛点、感觉迟钝或弯曲旋转的颈椎为重点，然后在痛处施以揉法。以拨法和捏拿手法放松，在颈项部及肩部施以滚法，最后轻度地转动头颈，逐渐增加颈部的活动范围。

2. 患者取坐位，术者立其身后，双前臂抵于患者双肩上，双手分别托扶住下颌两侧，用力徐徐地将头部向上端提，直至患者臀部稍离开椅面。嘱患者稍屈颈，术者左手扶额部，右手自上而下捏拿颈椎两侧肌肉，在患臂内、外侧处，自上而下捏拿肱二头肌，以刺激正中神经和尺神经。继而在上臂后侧沿桡神经沟以拨法拨动桡神经10遍。

3. 用扳颈法拨正偏歪的颈椎，先按揉颈椎两侧肌肉，重点揉压痛点处。术者位于患者前侧，一手扶患侧颞部，另手握患肢手部，使其屈肘，并以肘后顶住患者肘窝，然后双手缓缓用力，向相反方向推拉，以拔伸舒展颈肌。以上手法可以单独使用或轮换使用（图18－22，

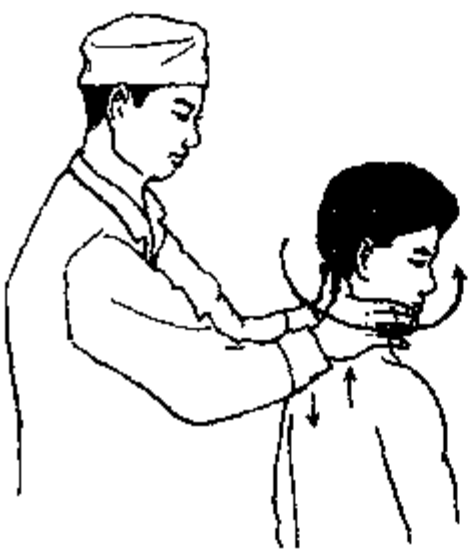


图 18－22 扳颈法

图 8－53)。

【文献出处】 宋一同主编.当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M].北京:人民卫生出版社,1994:86－88

【手法名称】 狄任农治疗颈椎病手法

【手法操作】

1.旋转松肩法

(1)患者端坐,术者双手指捏拿肩部两侧斜方肌,使之松弛。

(2)将患臂高举过头,手心朝上。术者一手托其肘部,另手的手心对患者手心,直线向下按压1～2分钟,继而将患侧肘部屈曲,手臂从患侧腋下向后拉出,使肩部肌肉放松。

(3)术者用一手食指和中指置于患侧耳部前后,用手掌托住下颌部,令患者向健侧看。另一手握住手腕部,使患侧手臂上举过头,并缓缓用力向后放下。

(4)一手固定下颌部,并用肘部按住患侧肩部,另一手置于患侧耳后,前臂掌侧紧贴头顶部,双手同时用力向相反方向拉扳。

(5)术者一手固定下颌部,另手揿定后枕部,在颈部微屈曲姿势下,双手同时密切配合,用适当的力量使头部向左、右侧旋转,此时可听到弹响声,示意手法成功(图18～23)。

2.推扳法 凡颈椎两侧软组织痉挛明显,或兼有头痛者,运用此法有时效果明显。患者头部姿势为前屈位,术者站在一侧,运用双手拇指指腹将头半棘肌、头夹肌和颈夹肌等,由颈椎棘突边缘由上而下向外侧紧推,左右轮换操作。

3.棘突偏歪纠正法 触诊时发现某一颈椎棘突有偏歪,采用此法纠正。以颈椎棘突偏右为例。患者正坐,术者站其后方,左手拇指顶住向右偏歪的棘突,其余四指紧贴后枕部,右手掌托住患者左面颊及颏部,在颈部微屈并牵引姿势下,双手同时密切配合,用恰当的力量,使头部向右侧转动,即可听到弹响声,同时感到指下棘突向左移动(图18－24)。

图 18－23 旋转松肩法

图 18－24 棘突偏歪斜纠正法

【文献出处】 宋一同主编.当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M].北京:人民卫生出版社,1994:88－89

【手法名称】 孙树椿治疗颈椎病手法

【手法操作】 患者正坐，用揉捏法和滚动法放松局部肌肉，而后可采用下两种手法。

(1)旋转复位：患者取正坐位，术者立其身后，稍微侧身，以右旋为例。用右手或右臂置于患者颌下，左手托住枕部，轻提并且旋转颈部活动 2～3 次，使其颈部放松，然后上提、牵引颈部，并使其后伸，牵引的同时，将患者的头颈右旋到有固定感时，右臂再稍加用力，右旋颈部，此时耳听到一连串的弹响，一般响声清脆者为佳。立即以同样的手法向左侧旋转 1 次。用力应稳、准、轻柔，切忌粗暴。

(2)提端摇晃法：适用于颈部肌肉痉挛，尤其胸锁乳突肌痉挛者。患者取坐位，术者立其身后，双手虎口分开，拇指顶住枕部，其余双手四指托住下颌部，双前臂压住患者肩部，双手向上提端，同时手腕立起，在维持牵引下，双手腕做回旋活动 6～7 次，使患者颈部肌肉放松后，将患者头部在屈曲时旋转至左(右)侧。下步手法以左侧为例。用右手扶住下颌，同时术者用右肩、枕部顶住患者头部，在持续牵引下，用左手拇指指腹沿左侧痉挛的颈肌走向，自上而下揉捏到肩部，同时向右侧旋转到颈部。以同样手法施于对侧。最后使用善后手法。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：90－91

【手法名称】 李奇炎治疗颈椎病手法

【手法操作】 患者取端坐位，术者立于后侧，先用揉捏等手法放松治疗部位。而后采用下列两种手法。

1. 旋转屈伸按压法 术者一手扶患者头部，另手拇指按压在患侧颈肌的上部，然后两手相互配合同时用力。其中，边使病人头部向患侧旋转到最大角度，边用拇指在患侧距脊中线旁开 0.5 寸或 1.5 寸或 3 寸处做对抗性按压，当患者有胀痛感即还原为旋转按压；使患者头部尽量前屈，用拇指向下按压颈动脉或距脊中线 0.5 寸或 1.5 寸处，当患者有牵拉胀痛感即还原为前屈按压；使患者头部后伸，用拇指指端顶住颈脊中线旁开 0.5 寸或 1.5 寸处，当患者感到胀痛即还原为后伸按压。每次手法还原后，再用拇指顺势轻揉被挤压的部位。用此法由上而下。各反复数遍。

2. 颈椎扳动法 患者低头，术者一手扳住其下颌并徐徐向棘突偏歪方向旋转，另一手拇指指端向健侧方向抵住偏歪的棘突处(或横突处)。当感到旋转力到达拇指指端所抵的患椎处时，然后施巧劲，双手相向用力，此时可听到颈椎关节错动响声，从而纠正旋转的椎体。最后采用点穴法点揉。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：93

【手法名称】 理筋牵拉复位法

【手法操作】

1. 放松手法 病人取坐位，先做健侧。如治疗右侧时，操作者站于病人背侧，用左手扶着头顶部，右手在右颈部施用按、拿、摩、揉及点穴等手法 3～5 分钟，然后点按风池、肩井、肩髃及肩胛内角等穴位，继而双手揉拿、提双侧肩胛提肌、斜方肌、头夹肌、颈夹肌。最后用左手前臂外侧上 1/2 处扶压右侧枕部，右手持握病人的右手臂远端 1/2 处与坐位垂直方向向下牵拉(拉

左侧时以右手扶压左侧枕部），使颈、臂部肌肉得到充分放松。

2. 理筋牵拉复位法　病人取仰卧位，不用枕或低枕。首先用两拇指按压双侧肩髃穴、太阳穴。其次，一手扶健侧头部并斜拨使之转向对侧，另一手在颈部施按、揉手法，再次，以手掌部放于肩关节处，双手分别伸展颈部肌肉。最后，一手托住病人枕部，另一手扶于下颌将患者头稍向上仰或背屈，两手同时用力牵拉旋转 2～3 次，但必须掌握适当角度。如有颈椎后关节错位时可自行复位，若达不到复位目的，可重复上述手法。

3. 双手按压太阳、风池、肩井、肩外俞等穴。最后在枕、肩、颈部作震颤手法结束治疗。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：2－3

【手法名称】 双手牵引侧扳法

【手法操作】

1. 准备手法　患者取坐位，医者站于患者背后。

（1）用双手拇指指腹桡侧面顺韧带自上而下用分筋手法将项韧带左右分拨。

（2）用单拇指或双拇指指腹顺韧带方向自上而下推理。用指腹下压韧带从上往下滑动。

（3）用类似的方法再处理两侧斜方肌，其方法是用双拇指指腹桡侧面，从斜方肌的起端上项线开始，用分筋的手法自上而下顺斜方肌走向左右分拨斜方肌到肩胛骨内上角止。连续做 10 余次。

（4）用理筋手法从上往下顺肌纤维方向推理，即用拇指或双指指腹下压斜方肌自上而下滑动。

（5）按摩两侧副神经。方法如下：以右手为例，虎口对准患者颈后，右手拇指触摸左侧副神经，右手食指中指触摸右侧副神经，从乳突下 3.5 cm 处开始，用分筋手法与副神经走向垂直弹拨，向下直到肩胛骨内上角处止，上下做几次。手法要轻，根据副神经粗细，弹性大小，粘连程度及个人体质不同，分别施以轻重手法。

（6）用理筋手法，右手拇指对准患者左侧副神经，食指中指对准右侧副神经，从上向下沿副神经走向推理数次。

经过上述手法后，患者颈部松软，疼痛减轻，再施以复位法。

2. 双手牵引侧扳法　患者取仰卧位，四肢自然伸直放松，助手双手压住患者两侧骨盆，医者一手托住后枕部，另一手托住下颌部，沿身体纵轴方向牵引颈部，边牵引边向一侧（左或右）甩头至最大角度（切忌用力过猛粗暴）再用同样方法向另一侧甩头至最大角度（图 18－25），重复运用上法 3 次。第 1 次牵引后往往可听到咔嚓声，第 2 次偶尔听到，第 3 次很少听到。牵引力量视患者体质不同区别对待。

3. 结束手法　上述手法结束后，扶患者下床取坐位，重复施用准备手法，最后按摩两侧风池穴 2 分钟，按摩侧大小菱形肌 2 分钟，手法完毕。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：4－7

【手法名称】 微调颈推椎位法

【手法操作】

1. 触诊定位法　医者以右手拇中指分放于颈两侧，上下前后对比性触摸病人双侧颈椎横突尖，有否左右微小移位，椎与椎之间有否触痛，或者以临床症状进行定位。一般桡神经症状

①　　②

图 18－25　双手牵引侧扳法

调颈 4～5 椎;尺神经症状调颈 6～7 椎;正中神经症调颈 5～6 椎。

2. 微调颈椎椎位法

(1)患者取坐位,术者位于患者身后,一手拇指顶在受压神经的一侧上推的横突尖上,另一拇指抵住下一个椎体的横突尖上,推向患肢方向,若双侧上肢都有症状,则推向重侧。若颈椎有微移位,以此手法即可复位。

(2)术者双拇指尖分放于棘突侧方位置,方向同上。若推治 2 次无效,可改相反方向推。这样处置占 5%,力勿过大,以防意外。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社,1994:12－13

【手法名称】 按推复位法

【手法操作】 姿势:患者取正坐位,医者立其后侧。

1. 施疏筋理筋法以解痉镇痛　医者以双手鱼际沿患者颈椎两侧,自上而下推至肩峰部十数遍,再自大椎穴分推至锁骨下 10 数遍。以双手拇指或一手拇指、食指,沿颈椎棘突两侧自上而下反复揉、拨数分钟,再以患椎为中心,施理筋法,反复数分钟,以将挛缩肌腱理顺为宜。

2. 施矫正术以整复关节

(1)推按复位法(以右侧为例):医者右手拇指自右侧顶住患椎之棘突,左手掌自左侧扶按患者头部,令其向右屈颈,当弯至最大限度时,术者双手同时用力一按一推,闻响声为佳。

(2)颈椎旋转复位法(以右侧为例):医者左手拇指自右侧顶住偏歪之棘突,右手掌托住病人下颌,令其头前倾 30°时向右转项。当转至最大限度时,医者双手同时用力一推一拉,闻及"咔吧"响声为佳。

(3)施颈部拔伸法:必要时配用机械牵引,以增大颈椎间隙。

(4)对症取穴:根据不同的症状,取相应的穴位进行治疗。

【注意事项】

1. 施术手法应轻重得当,用之恰到好处。过重则易致损伤,过轻则疗效欠佳。切忌使用暴力,以免酿成后患。

2. 以上矫正复位法,适用于颈椎棘突偏歪及后小关节紊乱症,脊髓型颈椎病患者禁用此法。

3. 两种矫正复位法一般可交替使用，但必要时也可并用。每间隔 1 ~ 2 日施术 1 次为宜。

4. 采用矫正复位法必须取得患者的密切配合，应消除其紧张心理及拮抗动作，以免影响疗效。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：15 - 17

【手法名称】 旋搬法

【手法操作】 在急救用具、药品备齐下。患者取坐位，医生立于其后，一手托住下颌，另一手在枕后颈椎两侧软组织处施以表面揉、推、捏，弹拨等分筋理筋手法。再用手指点按合谷、曲池、中府、天宗、风池等诸穴。以舒筋活络，解痉止痛。然后嘱患者仰卧治疗床上。头颈超出床沿，一助手双手向下拉患者双肩，术者蹲坐在自身左足跟上，左手托住患者头枕部，右手抱下颌，使其下颌略向上翘，两手同时向上用力，沿着颈椎生理曲度上拉。与助手密切配合作对抗牵引。缓缓用力以患者不感疼痛为宜，在牵引状态下慢慢左右旋搬，先搬向寰齿间隙宽侧，再搬向寰齿间隙窄侧。旋搬角度以不超过查体时患者颈功能左右旋转的最大角度为宜，在旋搬过程中听到了“咯噔”响声，表示旋搬复位成功。

【注意事项】 实施旋搬复位时，用力要适度，先在颈部两侧软组织处行摩、揉、推、捏、按等放松手法而后施旋搬整复，整复时要两手协调一致，与助手密切配合，禁止采用暴力旋搬，粗暴的手法易使脱位加重或导致齿状突和关节突骨折，甚至当即就有生命危险。所以要求施术者和助手密切合作，在对抗牵引下顺势旋搬，旋转幅度要适度，不能急于求成。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：17 - 19

【手法名称】 拔伸旋转复位法

【手法操作】

1. 拔伸旋转复位法　患者端坐矮凳，医者立于患者背后，用右手拇指按压患者偏歪棘突，嘱患者头部前倾 15°，并向对侧旋转到最大限度。医者左肘弯托住患者下颌部，左手与胸夹住患者颞部（向右旋转用右肘托，向左旋转用左肘托），适当用力向前呈 15°角持续牵引颈椎，再稍用力上提扭转，同时右手拇指按压棘突，听到“嘎叭”一声，指下棘突有轻微移动感，提示偏歪棘突复位。

2. 推拿颈肩部　用拇指指揉法施于颈椎两侧，同时配合肩部手法，用双手或单手按压风池、肩井、天宗等穴。

3. 按摩臂丛神经　取锁骨上窝处，用单手食指，中指按摩 1 ~ 2 分钟，患者上肢有触电感。

【注意事项】 操作方法务必须轻细柔软和灵巧准确。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：3 - 4

【手法名称】 神经根型颈椎病的效验推拿手法

【手法操作】

1. 松筋法　以捏拿滚揉手法依次放松颈、肩背部、患肢部肌肉。

2. 点按弹拨法　在痛点处点按各 1 分钟后，有筋结，筋索部施以分筋，弹筋手法数下，使疏筋镇痛，打通气血。

3. 定位旋转法　患者取仰卧位，项部伸出床端，肩与床端平行。术者坐位，一手持患者下

颌部，另手扶托颈部，食指触摸患侧颈部旋转之椎体横突或相当的椎体的最明显压痛点，而后持下颌之手缓缓将患者头部转向患侧，直到最大限度为止。稍停片刻，同时另手食指向内前方推顶椎体横突部双手协调用力一顿挫，可听到复位声响，并指下感觉旋转之横突复原，即前手法成功，患者立感轻松。

4. 抖臂手法 术者持患腕，双手持续抖动患肢数下，力透肘、肩关节，然后搓揉患肢结束。

【注意事项】 注意让患者放松颈部，配合手法旋转，术者用力应快速顿挫，切忌生搬猛力，幅度过大。

【文献出处】 陈敏，陈映辉，连国钦主编. 效验推拿与自我按摩治疗 300 病[M]. 北京：中国中医药出版社，1994：56

【手法名称】 颈椎综合征痹痛型的治疗手法

【手法操作】

1. 按揉法 患者取坐位，放松颈部肌肉，医者站在患者身后，用拇指、中指同时按揉两侧风池、风府、哑门、天柱、大椎、肩贞、缺盆、颈后两侧、肩胛骨内上角，以有酸胀感为佳。

2. 捏拿法 患者取端坐位，挺胸并将头颈及双肩肌肉放松，医者站在患者身后，用双手拇指指腹沿颈椎棘突两旁约 1.5 寸的骶棘肌处，从风池至大椎穴由上向下，由内向外进行按揉 3～5 次。

3. 端提法 患者取端坐低位，坐在木凳上，头、颈及肩部肌肉放松，医者站立于患者身后，用两手拇指压住患者枕骨粗隆，其余四指端住患者的下颌，轻轻向上端提其头颅约 30 秒钟，然后缓慢轻轻地放下。

4. 旋转法 患者仍取端坐低位，医者在做完端提法之后，手不要松开，将一侧前臂压在患者同侧肩上与另一手做对抗牵引 30 秒钟，然后向患者对侧肩方向旋转，当旋转至接近限度时，医者用适当力量使头部继续向该侧旋转，此时即可听到弹响声，然后两手位置交换，向对侧依前法再旋转 1 次。

5. 理筋法 患者取端坐位，医者站在患者患肢外侧或坐在凳子上，用双手拇指指腹从肩峰沿上肢内外侧肌肉至腕关节的筋脉进行分理和拨离，并对肩髃、肩髎、曲池、手三里、合谷、肘髎等穴进行按揉。

6. 拔伸法 患者取仰卧位，去枕，将头颈部放在床头上方，双手拽住床的两旁。医者坐在患者头前，用一手掌托住患者下颌，将另一手臂放置在患者枕骨后下方，用力与手掌按压固定，然后徐徐用力向患者头部后上方轻轻地左右旋转，进行拔伸 30 秒钟，最后再缓缓地拔伸放松，以达到疏通气血，加大椎间隙，缓解对颈神经的压迫。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：687－688

【手法名称】 侧颈加力复位法

【手法操作】 患者取低头坐位，头颈侧向任何一方。术者站在患者身后，一手根据患椎错位方向和个数选好指法，搬住（或扣住）错位椎旁关节突后结节隆起处（寰椎为横突），另一手以掌心轻轻托起患者下颏，顺患者侧颈方向稍加助力，小幅度推或拉，两手同时用力，大多伴随“格答”一响，患椎即从指下复向正位。多椎一次复位法是在上述左右侧颈加力复位的基础

上，将一手手指分别布于患椎，然后一次联合动作，把本来需要2～3次复位动作简化为一次解决。前后滑椎复位法与此相同，只是将推按错位椎的手改为向下按压后凸椎，或向下按压前突颈椎的邻椎。复位后顺手将患椎周围的肌肉韧带予以疏理、松解。

【注意事项】 此手法轻巧，较为安全，对于高位或低位，单椎或多椎、单方向或不同方向的颈椎错位均有效，在轻微的外力下达到复位目的。对老人或高血压、心脏病患者亦可运用。

【主治疾病】 颈椎病（颈椎棘突偏歪或前后移位）。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：100～101

【手法名称】 前屈侧旋复位法

【手法操作】 以颈椎棘突向右偏歪为例。患者取坐位，术者左手拇指顶住偏歪或钝厚压痛最明显处的棘突，令患者头项前屈35°，再向左侧偏45°，术者右手掌托扶患者左面颊及颏部。施术时，右手掌向上用力，使头颈沿矢状轴向上旋45°，与此同时，左手拇指向左侧水平顶推偏歪的棘突，闻响同时拇指下有棘突向左轻移感，即为复位。然后让病人头颅处于中立位，顺压棘突和项韧带，放松两侧颈肌，手法完毕。

【注意事项】 此法对伴有严重椎间隙狭窄与椎间孔变小的患者，不宜应用。

【主治疾病】 颈椎病（颈椎棘突偏歪或前后移位）。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：101

【手法名称】 肘臂提旋复位法

【手法操作】 颈椎棘突有偏歪，患椎横突亦有旋转性的一侧前移，另一侧后移的情况，从横突前后结节序列情况可以摸知。以第六颈椎右横突前移或后移为例，患者坐低凳，术者站其患侧，右肘托住颌骨，前臂紧贴其面额，右掌按其左头颅，右小腿下压其大腿，左拇指顶住患者第六颈椎右横突前（或后）结节区，余四指紧贴患者头后，术者右肘向上牵引，（平稳度大，易掌握牵引力），当颈部放松失稳时，患者头略仰，将颌向右徐徐旋转至最大角度。术者以左拇指为支点，所压方向横突前移应压向内，后移者应压向外，右肘部轻巧配合。

【注意事项】 切忌暴力进行搬颈，听到弹响声，便示复位。

【主治疾病】 颈椎病（颈椎棘突偏歪或前后移位）。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：101

【手法名称】 单人头颈前屈左右旋转复位法

【手法操作】 以第四颈椎棘突偏左移位为例。患者坐20 cm高的矮凳。术者站在其背后，以右手拇指触及患椎的左侧横突，并固定之。令患者头颈前屈约30°，左偏25°～30°。术者左手食、中、无名、小指轻扶患者下颌，拇指按住右上颌。嘱患者缓缓吐气放松，乘其放松不备之机，术者将患者头部迅速向左旋转45°，同时右手拇指将患椎横突推向右侧，此时多可所到弹响声，右手拇指可有向右移动的感觉，再摸棘突和横突已平复，或有所改善即可。如果未复位，可换用左手拇指顶推患椎横突末端，右手按上述方法扶持患者左上下颌，乘患者放松时，再行向相反方向旋转复位（即顺着棘突偏歪侧向健侧旋转），可以避免向棘突偏歪侧旋转时产生的疼痛，如此反复，多能复位。

【主治疾病】 颈椎病（颈椎棘突偏歪或前后移位）。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海:上海科学技术出版社,1995:102

【手法名称】 牵伸前推法

【手法操作】 患者坐于矮凳上。术者站于患者背后,以一臂的肘窝托住患者下颌,另一手拇指置于向后隆起的患椎棘突上。托下颌之臂向上牵引,并使颈椎在牵引中后伸,与此同时拇指适当用力向前顶推患椎的棘突,常可闻得一清脆的响声,并觉拇指下患椎轻微移动。

【主治疾病】 颈椎病(颈椎棘突偏歪或前后移位),此法适用于X线摄片示颈曲向后成角或颈曲反张者。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海:上海科学技术出版社,1995:102

【手法操作】 患者端坐。医者站在患者的后面,令患者往前看,头颈部放松。医者用双拇指顺压两侧,双手四指弯曲90°,从上到下顺通3次,顺时用双拇指触诊检查颈椎病变情况,先不用及时复位。复位时,两手托面颊部往上牵引试着左右转动头部1~2次后放手。叫患者将头做前低后仰动作,问患者是否有头晕现象,若无头晕现象继续治疗,若有头晕现象稍等片刻。医者一手托下颌,另一手拇指顶于偏歪方向,把头往后仰,眼向前上平视,在迅速转动时用拇指力推动,听到响声,指下感觉错缝复位。再把头部转向正方,用两拇指触诊检查一遍是否良好,把肌筋拨正顺序压平,疏通气血,把疼麻的胳膊往上提起并向外伸展放下,从风池穴顺下,点曲池按压顺之合谷,顺动两次治疗完毕,并嘱咐患者睡觉时枕头不易过高或过低,更不要枕硬物。

【注意事项】 治疗这种病要与肩和胳膊的扭伤以及肩背部受风湿侵蚀和肩轴周围炎等症区别开来。另外,颈椎破坏性疾病,如骨结核,肿瘤等禁用手法治疗。

【文献出处】 罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京:科学技术文献出版社,1995:167

【手法名称】 颈推病的特殊手法

【手法操作】 包括扳颈、推"三把"、拔伸等手法:

1. 扳颈手法 患者取坐位,术者站在患者的健侧后方,一手叉开,以大拇指的指腹部抵住病变颈段的健侧,另一手置于患侧头的顶颞部,嘱患者颈部放松,把患者的头扳向健侧,待渐渐扳到颈部侧屈的尽处,然后术者两手相对用力,轻巧地一扳即可。在扳动过程中,手法一定要轻巧,不宜用暴力,操作成功常常可以听到清脆的"卡咯"响声。在扳颈时,需令患者头部向健侧旋转15°~30°。这个体位可使椎间孔受到牵张,加上扳颈的力量落在病变部位的交叉上,可使病变颈椎的椎间孔张开。

2. 推"三把 第一把是从分印堂穴开始,延着眉弓向两侧推开、推到太阳穴时,手法减轻,并改用手掌在头的两侧由前向后合拢,再由枕部一直推到后颈部正中。第二把用拇指分开印堂后,由前额中央向两侧用力推开,在太阳穴处向上改用手掌沿足少阳胆经推向头的后方,并在枕部合拢一直推到颈部。第三把是在用拇指分开印堂后,沿着前额发际向两侧推开,向下绕过太阳穴,改用手掌并向中央靠拢,由督脉推到后颈部,推到后头部时,一直沿督脉推至大椎穴以下。推三把时,手指要用暗劲,慢慢分开,用手掌推到头部时同样要用力,术者和患者都要全神贯注。推完三把时,患者立即感到头部轻松,头晕、头痛症状大为改善。

3. 拔伸 术者站在患者背后,一肘托患者下颌,另一肘托枕骨下方,沿正中向上拔伸。开

始时拔伸次数要少，时间要短，以后增加次数和时间，但最长每次不得超过 30 秒钟。

【文献出处】 潘之清主编. 实用脊柱病学[M]. 济南：山东科学技术出版社，1996：368－369

【手法名称】 拔伸钳式对压复位法

【手法操作】

1. 拔伸钳式复位 主要适应证为没有旋转的单纯移位及多相移位的第一步手法治疗。首先用触诊法并结合 X 线所见，确定棘突（与横突同步，故亦可触横突）移位方向。医者站在棘突偏歪方向同侧，一手臂与胸部挟抱患者头部，另一手之拇指直对准偏歪之棘突，同手其他四指置于反方向，对颈椎形成钳形挟压。将患者头提伸达椎间隙充分张开之瞬间，形成钳式之手迅速巧妙的猛然对压，此时拇指能感到棘突向对侧滑动，有的病人可听到响声（但绝不追求必有响声）。施术完毕，再复查病人偏歪之棘突有否矫正。如已矫正，继作肌肉松解手法。例如病人 C2 向左偏，医者应站在病人左后侧，左手臂与左胸挟抱住病人头，右手拇指置 C2 棘突左侧，另四指置 C2 以下之右侧；如病人 C2 向右偏，则医者应站在病人右后侧操作。

2. 旋转钳式复位 主要用于旋转移位及复杂多相移位。基本方法同拔伸钳式复位，只是达椎间隙充分张开时，医者牵动患者头颈迅速准确的做同向旋转。例如病人 C2 向左偏，医者站在病人左后侧操作，拔伸至椎间隙充分张开时，在极短的瞬间，医者双手同步做高度协调的方向完全相反的快速动作；左手臂牵动患者头向左旋转，右手拇指推压 C2 棘突向右滑动，医者拇指能感觉到病人棘突向对侧滑动，并可闻及响声（不必追求有响声）。如病人 C2 向右偏，则医者站在右后侧操作。

【注意事项】

1. 定位定性准确。

2. 手法轻揉，严防用力过猛，切忌追求颈响声。

3. 旋转度数适中，包括病人颈椎旋转移位的程度。

4. 医者要高度重视，只要手法正确保证绝对安全，就可产生神效，有时可立即解除病人的痛苦，尤其生病初期多可一次治愈。但也必须清醒地认识到，手法不当亦可出现意外，轻度给病人增加痛苦，重者可致残，甚至致命。国内外此类教训已屡见不鲜，关键在于医者对病因的认识，必须熟悉正常的解剖学结构病理改变。

5. 坐位疗效好，仅对体弱者取卧位。

6. 如有毛囊炎、皮肤感染等，不能在局部按揉。血压增高时，拔伸手法要慎用。在推拿中，要随时注意观察患者的反应，如出现头晕、欲吐、四肢出汗、发冷现象，应立即停止操作，必要时尚需观察患者的呼吸、脉搏、血压，并予对症处理。如患者发热，有出血倾向，则不宜推拿治疗。

【文献出处】 潘之清主编. 实用脊柱病学[M]. 济南：山东科学技术出版社，1996：369

【手法名称】 以痛为主神经根型颈椎病的治疗手法

【手法操作】

1. 滚项背部 嘱患者取坐位，医者立于患者的身后，以“单手滚法”治疗患者的项背部，以患侧为重点，持续治疗数分钟，勿使患者的头部及躯干部有明显的晃动。

2. 指揉项部 患者及医者的体位如上，医者以“单手拇指揉法”治疗患者的项部。自项部的

上方开始，逐渐地滑向下方，持续治疗35次。手法须柔和，动作应略缓慢，每分钟不超过70下。

3. 指按天鼎穴　患者仍取坐位，医者立于患者的患侧或侧后方，以“单手拇指按法”治疗患者患侧的天鼎穴，持续治疗十余秒钟或二三十秒钟。手法的力度须适当。

4. 指按缺盆穴　患者及医者的体位如上，医者以“单指按法”治疗患者患侧的缺盆穴，持续治疗20～30秒钟。手法须柔和。

5. 指拨极泉穴　患者仍取坐位，医者立于患者的患侧或侧前方，以“单指拨法”治疗患者患侧的极泉穴，持续治疗10下。手法须柔和。

6. 指按风池穴　患者仍取坐位，医者立于患者的身后，以“单指按法”治疗患者患侧的风池穴，持续治疗10秒钟。手法须柔和。

7. 拿肩井穴　患者及医者的体位如上，医者以右手拿住患者右侧的肩井穴处，左手拿住左侧；两手同时缓缓用力，持续治疗10～30秒钟。手法的力度应逐渐加大，至病员能忍受为度。

8. 指揉外关穴，指揉合谷穴　患者仍取坐位，医者立于患者的患侧，以“单手拇指揉法”依次治疗患者患侧的外关穴及合谷穴。于每个穴位处，各持续治疗10～30下。

9. 捻手指　患者及医者的体位如上，医者以“单手捻法”治疗患者患侧的手指。自拇指始，然后依次治疗食指、中指、环指、小指，或自小指始，再顺序治疗环指、中指、食指、拇指。皆自手指的近端治向远端，手法的动作幅度须大，移动应缓慢。

10. 搓上肢　体位如上，医者以搓法，治疗患者患侧的上肢，自其近端始，逐渐地治向其远端，持续治疗3～5次。

【文献出处】　金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：493－494

【手法操作】

1. 舒筋法　术者用双手掌根部，从头开始，沿斜方肌、背阔肌、骶棘肌的纤维方向，分别向项外侧沟及背部分推。手法由轻到重，再由重到轻，反复8～10次。

2. 提拿法　术者用双手或单手提拿颈后、颈两侧及肩部的肌肉，反复3～5次。

3. 揉捏法　术者立于患者后侧，以双手拇指或掌侧小鱼际置于颈后两侧，着力均匀，上下来回揉捏10～20次。

4. 点穴拔筋法　术者用中指或拇指点按天宗、合谷、阳溪、曲池等穴，以及阿是穴，以有麻窜酸胀感为宜。继之拨腋下的臂丛神经，桡神经和尺神经，以麻窜至手指端为宜。在背部拨脊柱两侧的骶棘肌，沿该肌垂直方向从外向内拨3～5次。

5. 端提运摇法　术者立于患者后侧，双手置于颈项部，用力向上提颈，并慢慢用力使头部向左右两侧旋转各30度～40度，重复8～12次。

6. 旋转法　术者一手持续托起下颏，一手扶后枕部，使颈略前屈，下颏内收。双手同时用力向上提拉，并缓慢地左右旋转头部5～10次，以活动颈椎小关节。最后用力将下颏向一侧作稳妥斜扳，即可听到清脆的响声，立感颈项部舒适。

7. 拍打叩击法　术者分别在项背部及肩胛部用手掌，或双手握拳拍打、叩击，反复3～5次，使组织舒展和缓解。

【文献出处】　薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：278－279

【手法操作】

1. 先用理筋手法　术者站在患者背后用双手食、中指指腹，顺双侧胸锁乳突肌、斜方肌、肩胛提肌的纤维方向揉拿 10～20 次，再用拇指指腹从枕骨粗隆循序向下按摩项棘肌、项韧带、棘上韧带、棘间韧带，以解除肌肉痉挛。然后以助手固定双肩，术者向上提伸颈部并略带旋转，要注意动作的轻柔。点风池、风府、肩井、天宗、缺盆、极泉、曲池、尺泽、内关、外关、合谷穴，牵抖患肢。

2. 对椎动脉型颈椎病眩晕的手法　患者坐位双手下垂，术者先在颈肩部施以按捏等轻手法，减轻疼痛，然后在肩胛骨内侧缘的肩胛提肌、大小菱形肌及前斜角肌作痛点按压、弹拨，缓解肌痉挛。再按揉肩井、风池、天宗等穴各 1～2 分钟，作旋颈及举肩手法 2～3 次，使颈部活动幅度逐渐增加。最后捏肩背及颈部肌肉结束。

3. 斜扳法　患者端坐，将头颈向运动受限侧转动到最大限度，术者一手顶住高起的棘突，其他四指扶住颈部，另一手掌心对准下颌，手指拿住下颌骨，将头向上及受限侧牵提、旋转，另一手拇指用力将棘突高隆处向颈前方顶住，可听到响声，表示轻度移位的下棘突已经对缝。扳上部颈椎时，头后仰，中部颈椎屈颈 30°，下部颈椎屈颈 60°。

【注意事项】　按摩时手法必须轻柔，切忌粗暴。

【文献出处】　栾明拥编. 栾氏正骨[M]. 北京：中医古籍出版社，1999：398

第四节　21 世纪

【手法操作】

1. 基本治法

(1)方法一：

①患者坐位，医者施滚法于颈背部，放松两侧斜方肌和肩胛提肌，操作 3～5 分钟。

②施四指推法于颈项、上背部，配合拇指点按风池、风府、夹脊、曲池、天宗、肩中俞、肩外俞、缺盆等穴，操作 5 分钟。

③施拿法于肩井、风池和两侧项肌，各处操作 10～15 次。

④一手托患者下颌，一手按扶后枕部，拔伸颈椎 30 秒钟。

⑤施掌根揉法于颈背及上背部，操作 2～3 分钟。

⑥施掌振法于大椎穴，以局部透热为度。

(2)方法二：

①患者坐位，医者施滚法于颈项及上背部，配合颈椎前屈、后伸和左右旋转等被动运动，操作 5 分钟。

②施一指禅推法于两侧项肌，自上而下往返 3～5 遍。

③施拇指点按法于风池、风府、肩井、曲垣、天宗、肩中俞、肩外俞、缺盆等穴，以酸胀为度，每穴操作 30 秒钟。

④同方法一之③。

⑤摇颈椎，幅度由小渐大，左右各 8 次。

⑥酌情施颈椎斜扳法、定位扳法或侧扳法。

2. 分型论治 根据颈椎病的不同类型，对相应的穴位进行治疗。

【注意事项】

1. 推拿手法要求轻柔和缓，刺激量中等，忌用粗暴蛮力。

2. 作颈椎扳法时，一定要明确诊断，排除颈椎骨折、肿瘤、骨质疏松及先天性畸形等疾病后方可进行。椎动脉型、脊髓型颈椎病一般禁用扳法。

3. 睡眠时枕头高低适中，可用药枕辅助治疗。

4. 注意颈肩部保暖，避免外感风寒。

5. 患者早晚可做颈椎保健操 3～5 分钟，以加强颈部功能锻炼。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：237－239

【手法名称】 坐位提拉仰推法

【手法操作】 患者端坐，术者站于患者侧后方（依个人习惯而定），用靠后侧手的拇指扶按需复位颈椎的棘突上，靠前方之手屈前臂，用肘弯部勾托患者的下颌，用手、前臂及胸部将患者头部抱好固定，协同将头向上提拉，然后在上提牵拉情况下将头后仰并向后上方提拉，另手的拇指同时将棘突向前上方推，手下颈椎有被推动感，并常伴有“哒”的响声。

【注意事项】 此法可用于颈椎不稳、椎体前后移位者，颈椎生理弯曲反张向后成角者以及寰枢关节前倾型错位者。此法较轻巧，实效。

【文献出处】 赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：50

【手法名称】 坐位拉臂侧推法

【手法操作】 此法与臂丛牵拉试验相似，患者端坐，术者立于一侧，一手握住患者患肢并向外下方牵拉，另手将患者头颈向对侧推，直至最大限度，嘱患者放松，并迅即稍加用力，将头颈向对侧作超限推压。

【注意事项】 可作为颈椎侧屈型或侧倾型移位的复位手法，但存在定位较差的缺点。

【文献出处】 赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：50

【手法名称】 坐位侧扳复位法

【手法操作】 患者取坐位，术者立于患侧（侧弯凸侧），用一手的拇指或叉开拇指，以虎口顶抵患椎颈段的凸侧，另手按于患者头顶及对侧头面部，双手协调相对用力，将头扳向凸侧，动作需用轻巧的“寸劲”，忌用暴力，此时多可听到“哒”的响声。此法可用于颈椎侧屈型或侧倾型者，其定位准确性较拉臂侧推法为高。对颈椎有旋转而引起椎间孔变窄，神经根受压者，需低头 20°～30°，并向凸侧旋转约 30°。此时椎间孔张开且颈椎处于旋转状态，推之可使颈椎复位，椎间孔形态复原，可解除对神经根的影响。

【注意事项】 对颈椎侧屈所引起的椎动脉型颈椎病患者，若低头时转颈无眩晕者，则头稍做前屈即可，无需转头；若转头有眩晕者说明合并有颈椎旋转改变，做此复位手法时需加转头。

【文献出处】 赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：50－51

【手法名称】 俯卧牵颈旋转复位法

【手法操作】 患者俯卧，头颈露于床头之外，双手紧握床边（或一助手扳拉患者双肩作对

抗牵引),以稳定患者身体,免被拉动。术者坐于床头外,面对患者头部。现以颈椎棘突左偏为例,术者用左手扶按于患者枕部,拇指则扶按于偏歪棘突的左侧旁,另手扶托患者下颌,先牵拉拔伸其颈部片刻,嘱放松头颈部肌肉,将头稍拉向前屈并向左旋转,至最大限度时,稍超限度的旋转,同时拇指将偏歪棘突向右侧推拨,使其复位。

【注意事项】 此法适于体弱不能坐起者。不足之处是当头颈前屈时,床边易压迫气管,下颏与床头相碰也不利于操作。

【文献出处】 赖在文主编.实用疗伤手法[M].广州:广东科学技术出版社,2001:51

【手法名称】 高垫胸牵颈旋转复位法

【手法操作】 用2~3个枕头将胸部垫高,去除床头对操作的妨碍,其余操作与上述的俯卧牵颈旋转复位法相同。

【文献出处】 赖在文主编.实用疗伤手法[M].广州:广东科学技术出版社,2001:51

【手法操作】

1.舒筋通络 病人坐位。用轻柔的滚、按、拿、一指禅推等手法在颈椎两侧及两侧及肩部治疗,使紧张痉挛的肌肉放松,从而加强局部气血运行,促进水肿吸收,为下一步手法治疗创造条件,同时,可减轻因肌张力增加而造成的对颈脊柱的牵拉力。

2.拉宽椎间隙 用手法或器械进行颈推牵引,使颈椎间隙增宽,以扩大椎间孔,同时,为纠正颈脊柱力学平衡创造条件。本法适用于神经根型。脊髓型及椎动脉型慎用。

3.理筋整复

(1)病人坐位,头部前屈至适当的角度。医生一手用拇指接住患椎棘突,一手用肘部托住病人颏部,向前上方牵引,同时向患侧旋转头部,此时往往可听到整复的弹响声。

(2)病人仰卧,肩后用枕垫高。医生立于床头,右手紧托病人枕部,左手托住颏部,将病人头部自枕上拉起,使颈与水平面呈45°角,牵引持续1~2分钟。然后轻轻将头向左右旋转和前后摆动。此时往往可听到整复时的弹响声。

4.活血化瘀 用轻柔的一指禅推或按、揉颈椎两侧,上下往返治疗。再用直擦法治疗颈椎两侧,以透热为度。可配合颈部热敷。

【注意事项】

1.推拿治疗本病,除骨性直接压迫外,均有一定效果,其中尤以神经根型、椎动脉型、交感神经型,效果较为显著。目前对颈椎病的治疗,推拿是首选的治疗方法。但对脊髓型和高血压和血管硬化的病人,不宜使用后关节整复手法。

2.颈椎病的推拿治疗,手法宜轻柔,切忌暴力。

3.病人睡眠时应枕较低而松软的枕头。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编.中国手法诊治大全[M].北京:中国中医药出版社,2001:472-473

【手法名称】 杨天鹏治疗颈椎病的手法

【手法操作】 第一步用四指拨络法沿颈椎椎旁两侧由上至下地拨络3~4遍,其拨络面应宽不宜窄,下可沿及冈上肌、冈下肌、大小圆肌、三角肌、骶棘肌、斜方肌等。第二步是术者用

一手之拇指从上至下地顺拨项韧带3~4遍。第三步是用掌根拍击大椎穴3~5次，拍击时手法要刚柔相济，切不可用力过猛。第四步是收功手法，仍用四指拨络法再次疏理颈部的肌肉，此手法可重复作4~6遍。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：474

【手法名称】 吴诚德缓解颈椎病症状的手法

【手法操作】 患者取坐位，医者先用按摩循经按摩使局部组织适当放松，然后根据经络学说，选取肩贞、天宗、肩外俞、列缺、风府、大椎等穴位，先用揉、按、提，后做推拿、点穴、弹拨等手法，最后以拍打、抖搓上肢而结束。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：903－904.

【手法名称】 祝波的提阳旋转手法

【手法操作】 患者取坐位，医者立其背后。①首先拿肩井和点揉肩中俞。②提阳旋转：患者颈部前屈15°~20°，医者双手分别置于患者枕骨两侧，将头部逐渐向上提起，然后轻轻向左右旋转，左右各3次，旋转不超过45°。③搓揉颈肌。④点揉经穴：用拇指点揉双侧合谷、缺盆、天宗穴，伴头晕者点揉风池、风府穴。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：907－908

【手法名称】 施杞治疗颈椎病的手法

【手法操作】 本手法以五字为要领，即摩、揉、点、扳、松。

1. 摩 此为准备起始手法，嘱患者坐于方凳上，全身肌肉尽量放松。术者立于其侧后方，以一手托患者下颏，另一手平摊先摩擦颈部，左右轻柔施法1分钟，继则摩擦后部3分钟，再摩擦肩背部1分钟。

2. 揉 继续上势。以一手拇食指先揉颈部，由上而下，轻揉局部，但手中要有渗透力，再揉肩部，共3分钟。

3. 点 先后逐次点拿风池、风府、颈部及肩、背、上肢、腕下等处压痛点，即夹颈穴、肩井、天宗、肩俞、臂臑、肩贞、极泉、曲池、手三里、内关、外关、合谷等穴，施法时应以拇指腹按压穴上，由轻到重，使力具有渗透性，点穴时要结合施用拿法，拿穴位使行经之血管神经束在一拿一松之中得到开闯，促进经脉气血流通。

4. 扳 完成上述手法后，嘱患者坐稳，术者以一手托患者下颏，一手托后枕部，而后缓缓上提颈部，产生较大的牵引力，每牵一次1分钟，反复牵3次，然后将患者头前倾30°，术者一手托拉患者下颏，一手推其后枕部，使颈项部肌肉在旋转中至最紧张状态，而后医者两手左右配合做一快速、轻巧的扳拉手法，此时可闻及“咯嗒”声，患者顿觉轻松。

5. 松 以双手拇指及其余诸指配合，先对患者面部（重点在眉间、眼眶、额部）做揉摩6次，再揉摩耳廓、耳前耳后诸穴6次，继则再摩百会、枕后、颈、背，反复6次，最后松散、搓揉两侧上肢，由肩至手，反复6次。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：909

【手法名称】 樊春洲治疗颈椎病的手法

【手法操作】 患者坐于凳上，医生立于其后，用一肘前窝托住患者下颌角，用力向上提之，使患者头后顶在医生胸前，加大牵引力。另手拇指按在颈后痛处推顶，若有棘突侧偏，辨明用力方向使其复位，边牵边旋动头部，两手配合，轻重适度，常可听到复位音，患者感到轻松舒适，若效果不显著，医生可改用两手交叉捧住患者下颌角，后头仍顶在医生前胸，用力上提（牵）复做旋头动作，左右各一次，待旋头至痛重时（切忌旋头过度）改为一手推患头侧屈前伸，一手向相反方向扳位下颌角，以牵引颈部侧方肌肉与韧带，松解粘连，解除痉挛。手法毕，多数病人都能感到轻快，但要隔日一次，连做5～7次。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：913

【手法操作】

1. 患者正坐，医者先分别按揉风池、天鼎、缺盆、肩井、肩中俞、肩外俞、曲池、手三里、合谷、小海、内关、外关、神门等穴。

2. 医者站于患者背后用滚法放松颈肩部，上背部及上肢的肌肉，再用拿法拿揉颈项部并配合推桥弓，推肩臂部。

3. 作颈项部拔伸法（图10－22），把颈椎推牵开，边牵引拔伸边使头颅部前屈、后伸及向左右旋转。也可以配合布带牵引，并配合颈项部扳法治疗。

4. 用一手拇指置于患处相应推旁，在压痛点上施按揉法，并拿捏、擦两侧肩井及患肩至前臂反复数次。

【注意事项】

1. 在明确诊断的基础上，用推拿疗法治疗颈椎病方可收到良好的疗效。但手法需轻柔和缓。如需用较大力量的手法时，亦需在有纵轴牵引的情况下进行，决不可粗暴猛烈而急骤地过度旋转或屈曲头颈部。临床上由于不适当的手法治疗而引起的医源性残疾虽然不多，但也偶有发生，因此必须引起临床工作者的高度重视。

2. 术后可配合内服补气血、祛风寒、活血通络的药物。垫枕不宜过高并嘱患者进行适当的颈部功能锻炼，如颈部前屈、后伸、左前伸、右前伸及环转等主动运动。

【文献出处】 李明磊主编. 推拿学[M]. 北京：科学出版社，2002：139－140

【手法名称】 颈椎病推拿治疗的其他手法

【手法操作】

1. 软组织推拿手法

（1）一指禅推拿流派：在风池穴采用“蝴蝶双飞势”配合拿、按、拔伸等手法，手法要求“柔中有刚，刚柔相济”，强调“以痛为腧”和循经取穴相结合。

（2）滚法推拿流派：手法以滚法为主，同时配合患者关节被动运动，被动运动强调“轻巧短促，随发随收”，辅助以按法、揉法、拿法、拔伸，施术部位以手、足、太阳经筋为主。

(3)正骨推拿流派:分为正骨手法和按摩手法两大类。正骨手法发展成为后世的脊柱推拿手法。主要手法为按、摩、推、拿、点、捏、弹、揉等。

2. 正骨推拿手法

(1)斜扳类:患者取坐位,颈部前屈或后伸,术者立于其侧后方,用一手扶住后头部,另一手托起下颏部,两手协同动作,使头向一侧缓慢旋转到有抵抗时,稍做停顿,随即发力作一有控制的,稍增大幅度的快速扳动,常可闻及"喀嗒"的声响。这种手法的定位性较差。

旋转定位扳法:患者取坐位,术者站于其侧后方,用一手拇指顶住偏歪棘突旁,令患者前屈颈部至术者拇指下感到有棘突滑动时,保持此前屈角度,向患侧缓慢旋转,至稍有抵抗时,发力作一个有控制的稍增大幅度的快速扳动,同时抵住棘突的拇指协调用力,向对侧推动,常可听到"喀嗒"声响,拇指下有棘突跳动感。

(2)侧扳法:以右侧为例,患者坐位,颈稍前屈,术者立于其后方,左手食指置于患者左颈项部,右手扶住右侧头部,使颈椎向左侧屈至最大限度时,两手同时用力反向扳动常可听及"喀嗒"声响。

(3)另有卧位下牵引扳颈法等多种改良手法。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:392-393

【手法操作】

1. 患者先取坐位,医者以双手沿督脉之风府、哑门至大推穴反复揉按,然后沿两侧膀胱经用滚法揉按天柱、大杼穴及小肠经之肩中俞、肩外俞、天宗等穴的分布区,手法要求做到因人而异,轻而不浮,均匀有度。

2. 患者然后取仰卧位,术者用双手牵引患者之枕、颌部(图 18-26),牵引时以头略向前倾为 20°~30°,牵引重量通常 4~7 千克、时间数分钟,并可以在牵引下配合头部小范围的左右旋转、屈伸,目的是缓解肌肉痉挛,扩大椎间隙,恢复椎体的正常力线,使其骨正筋柔,气血以流。牵引的重量多少、时间长短,可根据患者当时的反应灵活掌握。

图 18-26

3. 手法牵引后,轻者宜平卧片刻,重者平卧后,起床时须佩穿颈部围领以限制颈椎活动。

【注意事项】 治疗期间,须配合练习防治颈椎病之导引练功。首先要注意颈部的休息体位,工作时避免头部长期处于固定姿势。睡眠时枕头要合适,侧卧时可略高,避免颈椎过长时间侧屈扭曲。注意颈部体位变化。若参加剧烈运动前要注意准备活动,避免强力的突然过屈、过伸及扭动。对颈椎病的防治务求注意整体治疗。不提倡用强力的推扳手法对颈进行旋转"复位",特别是有一种"理发师"式的扳转颈部手法应视为大忌。

【文献出处】 何应华,李主江. 何竹林正骨医粹[M]. 广州:广东科学技术出版社,2003:117-119

(李义凯 鞠晓伟 万 磊 高彦平)

第十九章 颈部疾病的脊柱推拿手法

【摘要】 本章介绍了除颈椎病外的其他颈部疾病的推拿治疗手法。颈部推拿手法所治疗的疾患很多，手法的操作和疗效上也极具学科特色。从手法的操作过程来看，基本上是遵循放松——扳动（旋转）——放松的这一过程。从颈部手法的现代历史发展过程看，早期基本上是按照经络穴位的按揉推拿手法为主，进入20世纪70年代以后旋转（扳法）手法成为主要的治疗手法；进入20世纪80年代以后为完善改良阶段，表现为各种手法的整合和创立。

第一节 颈椎关节错缝和半脱位的治疗手法

【手法名称】 颈椎半脱位的治疗手法

【手法操作】

1. 取穴 风池、风府、大椎、肩井、脑户、大杼、陶道。

2. 手法 推、滚、按、拿。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿医士学校. 中医推拿学[M]. 上海：上海科技卫生出版社，1959：104

【手法操作】

1. 取穴 颈部及肩部，风府、痘门、天柱、大椎、肩井、中俞、肩外俞。

2. 手法 推、拿、滚。

3. 操作：坐势，自风府、天柱用轻拿法至大椎穴，再用轻推法于患侧痛点，直延至肩部；其次用滚法施于肩部、肩井、肩中俞、肩外俞；最后拿颈部、肩井结束治疗。绝对注意颈部不可摇动。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1961：72

【手法名称】 颈椎错位整复术

【手法操作】 在使用手法时，不可暴力扭转，恐有伤骨髓。须叫患者俯卧于床上，头部稍伸出，助手固定双肩。医者双手环扣头部两侧耳下，向前方提（图13－18）。使其筋骨拔直，当时听有滑动声即复位。

【注意事项】 术后处置复位后，须用手法按摩头部肌肉。外敷金黄膏或止痛膏，用布绷带包扎，每隔1～2天换药1～2次。取仰卧位休养，不要枕高枕头，颈部须垫平。

【文献出处】 陈占魁著. 陈氏祖传正骨手法[M]. 哈尔滨：黑龙江人民出版社，1963：105－106

【手法名称】　颈椎复位手法 1

【手法操作】　病人端坐位(以患椎棘突向右偏歪为例)(图 19 -1),首先用单拇指触诊法摸清偏歪的颈椎棘突,医生左手拇指的桡侧面顶住俯歪棘突的右侧,让病人头颈部前屈 35°,再向左侧偏 45°,医生右手掌托扶病人左面颊及颏部。助手站在病人左侧,用左手掌压住病人右颞顶部,按复位的需要向下压头颅。施手法时医生右手掌向上用力使头颈沿矢状轴上旋 45°,与此同时左手拇指向左侧(或左前外方向)水平方向顶推偏歪棘突,可速听一响声,同时觉指下棘突向左轻移。然后,让病人头颅处中立位顺压棘突和项韧带,松动两侧颈肌,手法完毕。

图 19 -1　颈椎旋转手法 1

【注意事项】　在下列情况下要慎用(或禁用)手法治疗。

1. 颈椎骨质破坏性疾病,如结核、肿瘤等为禁忌证。

2. 椎体间骨赘增生已形成骨桥。

3. 椎间孔明显增生性狭窄者。

4. 有高位脊髓压迫症状者。

术后嘱病人酌情限制颈部活动,屈曲型者将枕放颈部或低枕,伸直型者可睡高枕,勿睡硬枕。必要时可配合热疗和醋离子导人,一般急性损伤 1 ~2 天(多者 1 周)可基本恢复正常。

施手法时应轻柔,酌情用力,切忌粗暴,应求稳、准、轻。偶有少数体弱病人,在施手法时刺激了椎动脉,可产生一过性虚脱症状,应立即停止手法,体息片刻即可恢复,必要时酌情对症处理。

【文献出处】　冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京:人民卫生出版社,1977:36

【手法名称】　颈椎复位手法 2

【手法操作】　病人端坐位(图 19 -2,图 19 -3),颈部自然放松,向颈部旋转受限侧,主动旋至最大角度。医生一手拇指顶推高起之棘突,余四指扶持颈部,另手掌心对准下颏,五指握拿住下颌骨(或医生前臂掌面紧贴下颌体,手掌心抱住后枕部)。施术时抱头之手向直上牵提和向受限侧旋转头颅,与此同时另手拇指向颈前方轻微顶推棘突高隆处(若手法熟练,棘突偏歪病人用该法整复时,拇指可向对侧水平方向顶推棘突),多可速听一响声,指下棘突轻度位移,已觉对缝,嘱病人头颈部处中立位,单拇指触诊已属正常,手法完毕。

【注意事项】　施手法时应轻柔,酌情用力,切忌粗暴,应求稳、准、轻。偶有少数体弱病人,在施手法时刺激了椎动脉,可产生一过性虚脱症状,应立即停止手法,体息片刻即可恢复,必要时酌情对症处理。

【文献出处】　冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京:人民卫生出版社,1977:36

【手法操作】　患者坐于小板凳上,术者站立背后。左手拇指按压相邻伤椎旁右侧隆起

图 19－2 颈椎旋转手法 2①

图 19－3 颈椎旋转手法 2②

处，余四指放于左肩部。右臂肘窝钳夹患者下颌，手掌按住健侧头部，右胸靠右侧头部呈三点扶持。操作：使头颈向左前方屈曲；而后术者右臂向右后方渐渐扭转头颈，遇阻力时，瞬间用力快速扭转，拇指同时向前内方施压；闻小关节弹响声与指下跳动感，将头部复正。

【文献出处】 王福根. 常见软组织损伤手法治疗[J]. 北京：人民军医出版社，1981：57－60

【手法操作】

1. 在颈椎棘突两侧用轻柔的滚法、按法、揉法或一指禅推法治疗，以舒筋活血，放松紧张的肌肉。

2. 在颈项部肌肉放松的情况下作牵引复位。病人低坐位，头前屈 10°～15°。医生站于后方，用一侧上肢肘部托住病人颊部，另一手扶住枕部，轻轻提起，作手法牵引 1 分钟左右，再作左右 30°～40°旋转活动各 1～2 次。

3. 理筋：在患部作轻揉的按、揉、弹拨，然后在颈部直擦，以透热为度。

4. 由炎症引起的自发性半脱位，首先要治疗炎症（内服清热解毒药，外敷三色敷药或金黄膏），同时配合颈部轻量的持续牵引。在急性炎症消退后，作上述手法治疗，可起到缩短病程，提高疗效的作用。

【注意事项】

1. 对本病必须高度重视，不可滥用手法，

2. 旋转复位时不可强求有复位的弹响声。如处理不当，后果严重。

3. 对脊髓或脊椎的肿瘤，要有高度的警惕性。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：89－90

【手法操作】

1. 复位

（1）颈椎完全脱位者：使患者俯仰床上，头伸出床外，委专人扶持和保护颈部，勿令颈部扭转屈伸以加大伤势。然后用“枕颏带”牵头，并用两手保持颈部稳定和中立位。另助手用两手扶患者两肩固定躯干。在两人相对牵引下持续 10 分钟，并时时注意病人呼吸和面色。术者由颈按压突起的棘突使之复位，并可同时轻轻旋头以助复位。虽可复位，但预后不佳。

（2）颈椎向前半脱位：复位手法同上。如能复位则上肢麻木无力立即好转或完全恢复，但

有时X线侧位片见复位并不完全。在伤后半年以上者，再拍片检查时，可见病椎前下缘出现增生的骨组织，将脱位的椎体托住，维持关节稳定不再脱位。

(3)颈椎小关节侧方半脱位者：患者坐位，术者立于患者身后，两手捧住患者下颏，使患者头后顶在术者胸前，用力向上提拔，并轻轻旋转其头。待有复位音时，立即轻松，活动功能好转。

(4)颈椎小关节半脱位：用上述手法亦可用一手托患者下颌。另手推侧偏棘突使其复位。

2. 固定　可用寰椎脱位固定法。固定时间4～6周。

3. 功能锻炼　固定时间，局部无需特殊练习。解除固定后，随着日常生活和工作的活动而逐渐恢复功能。

【文献出处】 湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986：220

【手法名称】 第3～7颈椎错骨缝的复位手法

【手法操作】

1. 术前处理　与寰枕错骨缝相同，摩、推、捏拿的重点应是项韧带、胸锁乳突肌、斜方肌、提肩胛肌等处。

2. 复位手法　分嵌夹型和错移型两种。

(1)嵌夹型颈椎错骨缝复位手法：患者坐位，术者立其患侧，以一手前臂压紧患肩峰内侧，拇指放患耳后，余指置健侧颈部，另一手按压患头顶，使向健侧并稍前屈歪斜，先适力晃动，逐渐加大角度，至极度后保持片刻，待患者放松时，乘其不备稍加力迅速顿挫一下，立即松开，常可闻清脆的解脱声响。其中，在侧屈时略加的前屈角度应视不同部位而异，第2～3颈椎错骨缝可稍加或不加，以下诸椎错骨缝则需渐次增加，至第7颈椎加至中度前屈位即可，切不可过于前屈。

(2)错移型颈椎错骨缝复位手法：患者俯卧在诊断床上，胸部垫一枕头，头颈伸出床沿。助手固定患者项部作反牵引。术者与患者头顶相对，屈膝俯身立于适当高度，屈曲双肘，分别用前臂内侧夹住患者两下颌角及下颌体部，双手分别从患耳后扣过，交叉于患者头后枕部。嘱患者放松，头颈呈略前屈位，先沿此前屈方向向远端略旋动着牵拉，然后保持牵拉力逐渐左旋至极度后保持片刻，突然顿挫一下并立即放松。右旋也同法操作。若感手下移动或闻声响，则示复位成功。

【注意事项】 术后处理：与环枕错骨缝相同，另需在1周内每日作如下手法：嘱患者闭口咬牙，术者一手托其下颌，另手托其头后枕部，略加向上提起之力，并轻柔地向各个方向活动颈部，范围由小渐大，徐缓进行。欲正复第5～7椎间关节，必须中度前屈颈部，交锁中、上部颈椎的椎间关节，将复位作用力不分散地集中到第5～7椎间关节。同理，正复第3～5椎间关节时，需略屈曲颈部，以交锁上部颈椎椎间关节，至于第2～3颈椎略屈或不屈即可。为此，适当的前屈角度是复位成功的关键之一。

【主治疾病】 第3～7颈椎错骨缝。

【文献出处】 田纪钧. 错骨缝的诊断与治疗[M]. 太原：山西科学教育出版社，1987：176－179

【手法名称】 樊春洲的颈椎小关节错缝复位手法

【手法操作】 患者坐位，医者立于其后。用一肘窝提挎在患者下倾处，使头后方靠抵在医者胸前，用力上提（牵）。待肌肉放松后，将头向痛侧方向扭转，同时用另手拇指压在椎体痛点下方，逆头的扭转方向推之，听到有弹响音时，即是复位。牵是“离”，而“扭”是合，使其复位。

【注意事项】 治疗原则为逆痛疗法，也就是说手法治疗时，多朝着痛的方向用力，以痛制痛。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：178

【手法操作】 患者坐位，医者施用揉拿项肌法，以松弛肌筋，疏经活络，活血止痛。施用摇头捋颈法（图 19－4），以通经活络，捺正复位，顺理肌筋，缓解痉挛。嘱患者仰卧位，施用牵颈旋转法。

①　　②

图 19－4　摇头捋颈法

【注意事项】

1. 防止突然过度旋转而致伤。

2. 起床或突然体位转动时要精神集中，切勿疏忽大意。

3. 劳累、疲劳后改变体位时应小心，避免意外扭伤。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：552

【手法操作】

1. 关节错移症　合擦风池，扳推揉颈法，拨振叩颈法，使其复位。操作时应闻及复位弹响声。捏拿肩井、颈后大筋部，掐揉列缺、委中，捏拿脊椎法。

2. 筋拘节错症　捏拿风池，扳推揉颈法、拨振叩颈法、拨颈法、鹰爪力法、推捏拿颈法。拿肩井，按推锁窝，掐揉列缺、合谷、委中。

【注意事项】 切忌用力过大，严防过伸性损伤。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：465

【手法名称】　梁铁民治疗颈椎错位的手法

【手法操作】　把颈椎错位分4种：即一侧错位、两侧错位、不全错位及完全错位。整复方法：伤侧俯卧位，术者反牵引，术者两足蹬住患者两肩进行反牵引，术者两手对握头部，顺其伤后姿势向上拔伸牵引，牵引至肌肉拉长后再将头调至中线。一侧错位者，一手食指按定错位下一椎棘突的健侧，另一手食指按错位椎体棘突的伤侧，向中线推之到复位时；两侧错位者，方法同上，在调线同时，两食指下压凸出的棘突，至上下棘突平整，即复位。

【文献出处】　宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：59

【手法名称】　魏氏颈椎旋转手法

【手法操作】　患者坐位，医者站立患者背后，先拿肩井和椎点，揉肩中俞；而后用双手拇指揉按枕下粗隆下方，然后拇指沿项肌及斜方肌向下按揉，；双手捧住患者头部，手掌捧枕骨，手指捧下颈部，缓缓用力上提，当提到最高限度的位置时须停留约30秒钟，而后作左右旋转和左右侧屈活动。一手托住患侧下颌关节，拇指食指夹住患侧耳朵，头向健侧旋转，一手握住患侧手腕，先高举过头顶，颈背部须挺直，而后两手做反向牵引，使手臂向外后方放下，此时患者感到颈肩部一侧有较大牵引力量。手臂放下后再用大鱼际按摩颈部痛点。紧接上述手法后立即做旋转手法。患者坐位，先作局部按摩，而后一手托患侧下颌关节部，拇、食两指夹住患侧耳朵，头向健侧旋转。另一手握住患侧手腕，将患侧手臂上举至超过头顶，再两手作反方向牵引患者颈部，使患侧手臂向外后方放下，此刻患者感到颈肩部一侧有较大的牵引力量；紧接着就用旋转手法，以颈椎右侧落枕为例，术者左手托其右下颌部，右手按住其左侧头角部，使患者头前俯20°～30°，下颌向健侧旋转，嘱患者颈部放松，这时可用适当力量突然使患者头颈部向健侧加大幅度旋转一下，可听到“格嗒”响声，手法结束。若两侧均疼痛则须作左右旋转手法。在调线同时，两食指下压凸出的棘突，至上下棘突平整，即复位。

【文献出处】　宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：62

【手法操作】　准备手法：先取风池、风府、哑门、天柱、肩井、天宗、手三里、合谷诸穴进行点按，揉法操作，然后对颈项紧张的肌肉进行滚、揉、拿捏手法。复位手法如下。

1. 拔伸牵引　患者取低凳坐位，术者两手指掌分别置于两下颌角及耳后（图19－5），或一手托住下颌，另一手托住后枕部（图19－6），或用屈肘肘窝套住下颌，上臂与前臂抱住两腮部，在头微屈的位置下，徐徐向上牵拉头部，另一手拇指指定按压在错位偏歪的棘突的凸出部（图8－53），以病人臀部几乎要离开凳面为度。维持1～3分钟后，缓缓作头部的被动左右旋转动作。再作头前屈、后伸动作。在活动过程中，旋转幅度由小到大。若遇到疼痛或阻力时，暂停片刻，再向对侧旋转。对侧旋转无阻力的情况下，再旋回有阻力一侧。这时若患者无放射性疼痛或麻木感，可以在持续牵引下作3°～5°的旋转扳法，此时有“卡嗒”响声，便为复位，再缓缓放下头部牵引。或者在持续牵引过程中，猛然上提头颅，即可听到“卡嗒”响声，也是为复位成功。而后患者即感到疼痛减轻，颈部活动功能恢复正常。

2. 寰环枕错位的复位手法　患者俯卧在诊断床上，头部出床沿，助手拉住两肩部作对抗牵引，术者站立于患者头顶相对位，一手抱住枕后，另一手抱住下颌，在头颅中立位作沿躯干纵轴

向远端牵引。持续牵引片刻后，再作头颅部缓缓的前屈，后伸和侧屈方向的被动活动。然后仍然在持续牵引下把头转回中立位，猛然沿纵轴方向拔伸一下，或者头侧屈到有阻力时，停留片刻，在持续牵引下作小幅度(3°～5°)侧扳一下。此时手下即感到有移动感，患者即自感症状减轻，头部活动自如，即示复位成功。若动作过程中，患者感到有根性麻痛放射，则即停止扳动以免出现意外。

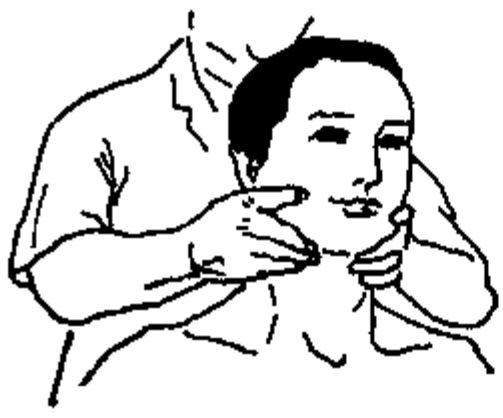


图 19－5

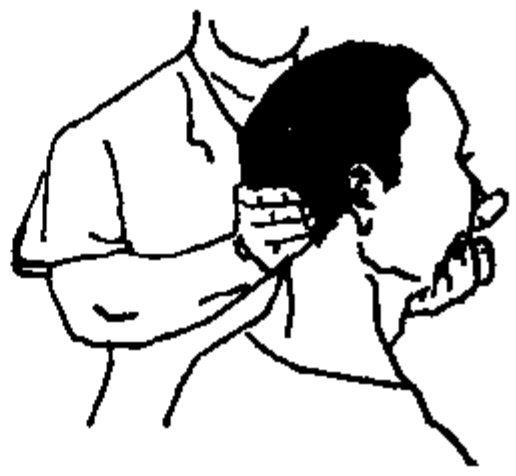


图 19－6

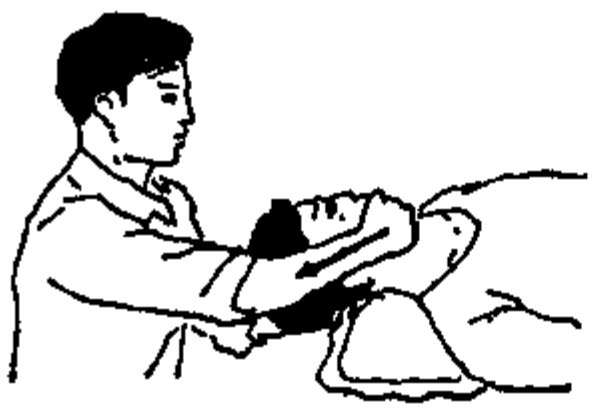


图 19－7　寰枢椎错位复位法

3. 寰枢椎错位复位法　寰枢椎错位多见于儿童。医生一手托住下颌部，另一手托住后枕部。在头颅中立位的方向徐徐托起头部，甚至患儿足离地面，持续托住。如小孩哭闹蹬足，更有利于颈部的牵引拔伸，片刻后手下有移动感，且患孩颈部恢复正常姿态，活动自如，即示复位成功。如患者为成人，嘱其仰卧在诊断床上，医生一手托住下颌部，另一手托住后枕部，助手拉住双肩作躯干纵轴方向对抗牵引，头仍然处于中立位(图 19－7)。片刻后，在持续牵引下作头部的左右旋转被动活动，而后同样在持续牵引下作小幅度的侧扳手法，有“卡嗒”响声或手下有移动感，且患者自觉症状减轻，头项活动自如，即示复位成功。由于炎症引起的自发性寰枢关节错位，则首先要治疗炎症，同时配合颈部轻重量的持续头带牵引。待急性炎症减轻后再作上述手法。

4. C3－7 错位的复位手法　患者俯卧或仰卧于诊断床上，胸部或背部垫一枕头，头颈伸出床沿，医生一手抱住下颌部，另一手抱住后枕部，助手拉住两肩作对抗牵引。患者头略前屈，颈部放松，医生沿前屈方向向远端徐徐牵引头部，缓缓左右旋转，然后在持续牵引下小心作颈椎小幅度的侧扳。若有“卡嗒”响声或有移动感，颈部疼痛减轻，活动自如，即表示复位成功。

【注意事项】　手法复位后处理：复位成功后，虽然疼痛明显减轻，颈部活动改善，但仍然遗留有颈项部不适，肌肉僵硬等症状，此时可以用推、拿、滚、揉、搓、擦等轻手法在颈肩部进行操作。如果医生对复位手法不熟练，最好用头颅牵引的手法来整复，以避免手法整复可能造成的严重并发症。

【文献出处】　李业甫主编. 中国推拿治疗学[M]. 上海：上海中医药大学出版社，1994：203－205

【手法操作】

1. 按揉风池、肩井及阿是穴各 1 分钟。

2. 提拿颈项部 3 ~ 10 次。

3. 术者一手托患者下颏，另手扶其枕部使其颈部略前屈、下颏内收。双手同时用力向上提拉并左右轻转头部 3 ~ 5 次，再骤然用力斜板 1 ~ 2 次。

4. 搓揉颈项部片刻。

【文献出处】 陈敏，陈映辉，连国钦主编. 效验推拿与自我按摩治疗 300 病[M]. 北京：中国中医药出版社，1994：66

【手法名称】 床头复位法

【手法操作】 伤员俯卧位，头伸出床沿，助手固定患者颈部，并与术者作缓慢对抗性牵引；医者立于患者头前，一手扶握其下颌，另一手握住枕部，在徐徐牵引下使患者颈部伸直，亦可复位。

【文献出处】 胡晓斌编著. 运动损伤推拿学[M]. 北京：人民军医出版社，1994：182

【手法操作】 患者取俯卧位，用拇指点按颈部、背部腧穴，每次 1 ~ 2 分钟，再用揉、捏、拿、攘、推等手法在颈、背部反复操作，重点在斜方肌或胸锁乳突肌捏拿、弹拔以缓解其痉挛。然后令患者的头部探出床外，让助手一手托住患者的下颌部，一手托住枕部，稍用力牵引。术者用一手拇指从一侧突出的棘突向对侧推挤，另一手拿放在对侧相对用力，拇指轻轻揉推，不要粗暴用力，以免引起其他的损伤。在拇指推挤的同时，令助手拔伸屈伸颈部，力量也不要过大。在上述过程中侧偏的颈椎即可复原，颈部的疼痛、麻木感亦减轻。有时在整复的过程中可听到复位的弹响声。

【注意事项】 用硬纸壳制成适宜颈部的圆形，前高后低，围于颈部，使颈部略呈背伸位固定头部，以防止头下垂(图 19 - 8)。2 ~ 3 周后除去外固定。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：667 - 668

①复位　　②固定

图 19 - 8 颈椎小关节错缝手法复位及固定

【手法名称】 提牵旋转法和旋转顿推复位法

【手法操作】

1. 若为嵌夹型者，可采用提牵旋转法。患者坐于凳上，术者站于背后，一手托持患者颌部，一手托持枕部，在向上提牵的同时，进行左右旋转即可使嵌夹缓解而复位。

2. 若为错移型或旋转型，采用旋转顿推复位法。患者坐于凳上，术者站于背后，一手托持下颌部稍偏于左，一手托持枕部稍偏于右，使两手相对，先将患者头颈屈向右侧。然后在侧屈情况下，使头向右侧旋转，当旋至最大限度时，再将头稳妥地推动一下，此时可出现弹响复位声或弹动感。然后依上法，再作向另一侧的旋转推动活动。若施术正确，患者术后立即感到轻快，术者再给予作揉摩理筋，以巩固其疗效。

【主治疾病】 颈3～7椎间关节错缝。

【文献出处】 郭维淮主编. 平乐正骨[M]. 北京：中国中医药出版社，1996：611

【手法名称】 颈部关节突关节劳损的治疗手法

【手法操作】

1. 指揉项部 嘱患者取坐位，医者立于患者的身后，以“单手拇指揉法”治疗患者患侧的项部区域，持续治疗数十下。

2. 按扃部 患者及医者的体位如上，医者以“单指按法”治疗患者项部疼痛处，持续数十秒钟。手法的力度应先自小而大，然后再自大而小。

3. 拿项部 体位如上，医者以“单手拿法”治疗患者的项部患病的一侧，持续治疗数十下。手法须柔和，动作应缓慢。

4. 掐一扇门穴，掐二扇门穴 患者仍取坐位，医者立于患者的前方或侧前方，以两手的拇指端分别掐住一扇门穴及二扇门穴，持续掐十余下或二、三十下。手法的力度应适当，不可使患者的皮肤出现破损；动作应缓慢。一侧治毕，再治另一侧。

【注意事项】 手法的力度宜小，动作须柔和。

【主治疾病】 颈部关节突关节劳损。

【文献出处】 金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：411

【手法操作】 患者取坐位，颈部自然放松，向旋转活动受限侧主动旋至最大角度。术者一手拇指顶推高起之棘突，其余四指扶颈部，另一手掌心对准下颏，握住下颌骨，术者抱患者头部之手向上牵提和向受限侧旋转头颅，同时另手拇指向颈前方轻轻顶推棘突高隆处，可听到一响声，感指下棘突轻度移位。然后用拇指点按风池、肩井及痛点各1分钟，以镇痛疏经，再在颈部痉挛肌肉及胸锁乳突肌上分段各弹拨数下，让患者头处中立位，用拇指触摸检查无异常，手法结束。

【文献出处】 薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：270

【手法操作】

1. 对抗复位法 患者俯卧位，头伸至床沿。医者立于患者头前，一手托住下颌角，另一手握枕部，作缓慢的对抗牵引，在牵引下使患者颈部伸直即可复位。或在对抗牵引下，医者用两手拇指分别放在偏歪棘突左右两侧，用力向中间顶压使其复位。

2. 旋转复位法　患者取坐位(以患椎棘突向右偏歪为例),头部前屈35°,再向左偏45°。医者左手拇指顶住偏歪棘突的右侧,右手掌托住患者左面颊及颏部。助手站在患者左侧,左手掌压住患者右颞顶部,据复位的需要按头部。然后,医者右手掌向上用力使患者头颈沿矢状轴旋转15°,同时左手拇指向左侧水平方向推顶偏歪棘突,可听到一响声,并且感到指下棘突向左移动,让患者头部处中立位,顺压棘突和项韧带,松动两侧颈肌,手法结束。或者患者取坐位,颈部自然放松,向旋转活动受限制方向主动旋至最大角度。医者一手拇指顶住患椎高起的棘突,其余四指挟持颈部。另一手掌心对准下颌,握住下颌骨(或用前臂掌侧紧贴下颌体,手掌抱住后枕部)。然后,医者抱住患者头部的手向上牵提和向受限侧旋转头部,同时另一手拇指向颈前方轻顶棘突高隆处,可听到一响声,感指下棘突轻轻移位,让患者头处中立位,用拇指触摸检查无异常,手法结束(图19-1,图19-3)。

【注意事项】　复位后,颈部以环形围颌进行固定制动。严重者以石膏领固定2~3周。去掉固定后应积极锻炼颈部肌肉,使颈部保持在伸直位。睡眠时颈下或肩下垫枕头,使颈处于轻度伸直位。

【文献出处】　韦贵康,张志刚主编.中国手法诊治大全[M].北京:中国中医药出版社,2001:484-485

【手法操作】

1. 单人旋转复位法　多用于上颈段。以颈1横突偏右为例,颈部前屈35°,左偏35°,右侧旋转45°,医者左手拇指触到偏移横突固定之,余四指置于患者右侧头枕部或颞部,右手扶持左面部,在右手向上方旋转的瞬间,左手拇指将横突转推向患者左侧,常听到"咯"的响声,拇指下有轻度移动感,触之平复或改善,手法完毕。

2. 角度复位法　多用于中颈段。以颈4棘突偏右为例,医者左手拇指触到偏移是棘突固定之,右手拇指与其余四指相对置于下颌部,使颈略前屈。以颈4为中心左侧屈30°,此时右手拇指与其余四指同时用力向上方旋转,同时左手拇指稍用力向左下推按,常听到"咯"的一声,拇指下有轻度移动感,触之平复或改善,手法告毕。

3. 侧旋提推法　多用于下颈段。以颈6棘突偏右为例,医者右手拇指触及颈6棘突右侧并固定之,左手扶持患者下颌,使头转向左侧45°,此时左手向上轻提牵,同时,右手拇指迅速向左轻推,常听到"咯"的一声,拇指下有轻移动感,触之平复或改善,手法完毕。

【文献出处】　韦贵康,张志刚主编.中国手法诊治大全[M].北京:中国中医药出版社,2001:632

第二节　寰枕及寰枢椎半脱位的治疗手法

一、寰枕关节半脱位的治疗手法

【手法名称】　枕寰错骨缝的复位手法

【手法操作】

1. 术前处理　患者坐凳上,术者立其后,先在颈项部作摩法、推法和捏拿法。接着点风池、

风府、哑门等穴，每穴1分钟。最后，术者双手指掌分置患颌部及耳后两侧，向上牵拉，以患者臀部几乎要离开凳面为度，维持1分钟。

2. 复位手法　患者俯卧在诊断床上，头颈伸出床沿。助手固定患者颈项部作反牵引。术者与患者头顶相对，屈膝俯身立于适当高度，屈曲双肘，分别用前臂内侧夹住患者两下颌角及下颌体部，双手分别从患耳后扣过，交叉于患头后枕部。嘱患者放松，头颈呈不伸不屈的中立位，先沿其躯干纵轴向远端略旋动着牵拉，然后与助手配合，在患颈部尽量不参与活动的情况下，徐缓地将患头前屈、后仰及侧屈活动，并在拉至极度时略加顿挫一下，若觉手下有移动感，且患者症状减轻，头部活动自如，即示复位成功。

【注意事项】　助手固定部位应尽量向上，最好能达第1颈椎，并在复位中限制颈部活动，使术者手法的作用力完全施于环枕关节。另外，环枕关节的活动除屈伸稍大些外，侧屈活动极微，故术中用力要适中，顿挫要力到即止，切勿用力过猛而造成意外事故。术后处理：复位后，疼痛不适感减轻，活动自如，但仍遗有颈项筋肉僵硬者，可配合牵引及按摩手法，并用“骨科腾药”加地龙、白芷、川芎、片姜黄腾敷。

【主治疾病】　枕寰错骨缝。

【文献出处】　田纪钧. 错骨缝的诊断与治疗[M]. 太原：山西科学教育出版社，1987：169－172

【手法名称】　损伤性寰枕关节交锁症的治疗手法

【手法操作】

1. 旋颈斜扳法

(1)患者坐位，用轻柔的滚法，一指禅推法在患侧颈项及肩部治疗，配合轻缓的头部前曲、后伸及左右旋转活动。再用拿法提拿颈项及肩部或弹拨紧张的肌肉，使之逐渐放松。

(2)患者坐位，主动放松颈项部肌肉，头部略向前曲，医师一手抵住患者头侧后部(大拇指抵住突出的寰椎侧块)另一手抵住对侧下颌部，使头向患侧方向旋转至最大限度时，两手同时用力作相反的扳动。手法要稳而快速，旋转幅度要在病员能忍受的限度之内。

(3)最后用按揉、拿捏等手法施行于患部及颈项两侧，还可在患部加揉法和热敷，以活血止痛。

2. 拔伸按压法

(1)在颈椎棘突两侧用轻柔的滚法、按法、揉法或一指禅推法治疗，以舒筋活血，放松紧张的肌肉。

(2)在颈项部肌肉放松的情况下，做拔伸复位。病人坐低座，头前屈10°～15°。医生站于后方，用一侧上肢肘部托住病人颌部，另一手扶住枕部，轻轻提起拔伸1分钟左右，再作左右30°～40°旋转活动1～2次，同时扶住枕部的另一手拇指置于患处，随颈部的活动在压痛点上施加按压法。

(3)最后用理筋手法在患部作轻柔的按揉、弹拨，还可加用擦法以透热为度。

【注意事项】

1. 推拿为治疗本病的首选方法，适当而温和的扳法有时会达到豁然而愈的治疗效果。但再施术时必须高度重视，不可滥用手法，如处理不当，有很大的危险性。

2. 可因人因地制宜地加用辅助疗法，如局部固定与休息、颈托、牵引、理疗等。

3. 在医务人员的指导下，病人可做一些适当的颈部活动。除选用高低适中的睡枕外，还应使患部和整体颈椎得到支托和固定。

4. 推拿疗法施用前要诊断明确，对有骨折或韧带断裂等合并症者，禁用本疗法。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：738

二、寰枢关节半脱位的治疗手法

【手法名称】 双人复位手法

【手法操作】 病人端坐靠背椅上（以 C2 棘突向右偏为例）。助手站在病人的左侧，左手掌心托拿其下颏部，另手掌心推扶后枕部，使头颈部维持略向前倾位（约成 20°角，不易过大，否则影响椎管的矢状径），然后再根据医生需要变换头颈方向（图 19－9）。医生站在病人身后，左手拇指尖顶推住偏向右侧的 C2 棘突，右手掌心握拿助手之左手，用缓力沿头颈矢状轴向右上旋转（约 30°，个体情况酌定）。已觉左手拇指下有力，即可向左外侧顶椎 C2 棘突，多觉指下棘突轻向左移，随伴一响声。术后检查 C2 棘突已不偏歪。其余手法与颈椎症手法相同。

【注意事项】 术中嘱病人积极配合，不得在施手法时随意活动头颅尤其禁忌头颈过屈，医生手法应轻柔、稳、准、巧。

【文献出处】 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京：人民卫生出版社，1977：42－43

【手法名称】 单人复位手法

【手法操作】 病人端坐靠背椅上（以 C2 棘突向右偏为例）。病人端坐靠背椅上（以 C2 棘突偏左，头颈歪斜，下颏指向左侧为例），医生坐在病人身后，右手掌心扶持病人左面部，使其沿水平方向向右旋转，左手拇指顶推 C2 棘突沿水平方向向右伴随旋转用力顶推，至 C2 棘突已拨正，手法完毕（图 19－10）。

【注意事项】 同上。

【文献出处】 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京：人民卫生出版社，1977：43

图 19－9 寰枢椎半脱位的双人复位手法

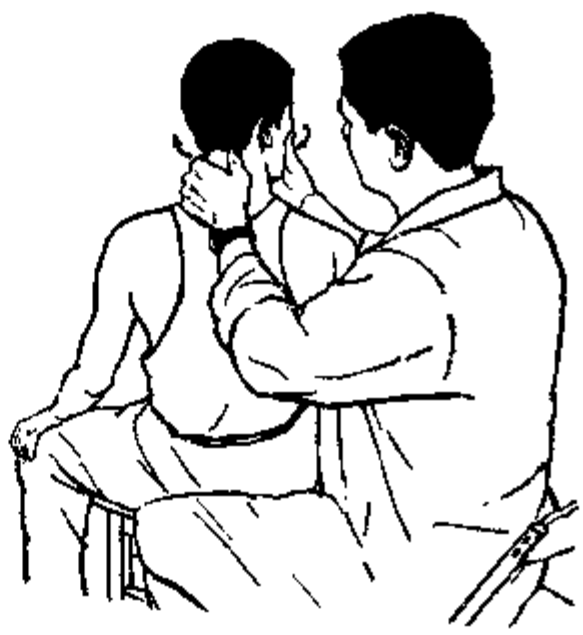


图 19－10 寰枢椎半脱位的单人复位手法

【手法名称】 颈寰枢关节侧脱整复手法

【手法操作】 患者坐靠椅上，术者站立患者患侧背后，以一手掌心（右侧用右手）拖住患者下颌，拇指置于右颧弓下陷处；另一手虎口朝上，拇指与四指相对放在枕骨两侧。操作：双手托起患者头部，用稳力向上拔伸片刻；而后将头颈向患侧沿冠状方向慢慢旋转，遇肌力拉力时向患侧后方瞬间速旋；闻关节弹响声，头部复正。

【注意事项】

1. 操作前须审读颈椎 X 线片，排除颈椎骨折、肿瘤、结核、类风湿与环枢椎畸形。

2. 本症的治疗应侧重于松解颈肌，不必多次扭转颈椎来维持正常颈椎曲线。

3. 急性小关节损伤整复后，需平枕仰卧静息 1 周，始可进行颈部活动。

【文献出处】 王福根. 常见软组织损伤手法治疗[J]. 北京：人民军医出版社，1981：57－60

【手法名称】 寰枢关节脱位的整复手法

【手法操作】

1. 复位 患者仰卧位，头部伸出床外，一助手用两手分别放在患肩者上以固定患者。

术者一手托患者枕后，一手托下颏部，用力拔牵使头过伸，即可复位。

2. 固定 复位后置患者颈部于过伸位，颈后放一特制的小枕，把枕放在枕骨下方，头向后仰之，3～4 周起床。起床后改用“颌托”固定。颌托制法：用硬纸壳或 X 线片胶均可，剪成符合颈部体形，围在颈部一周，颈托要前宽后窄，故能维持颈部于过伸位。再固定 46 周，即可达到损伤的完全愈合。拆除固定，开始颈部活动。

3. 功能锻炼 固定拆除初期，会感到颈部活动不灵活，经过一段自然运动，功能即可恢复。

【注意事项】 对病理性环椎脱位者，因多无脊髓损伤，故预后多佳。仅用上法固定（颈托），内服清热解毒药物，如普济消毒饮、牛蒡解肌汤，以及活血祛瘀、扶正固本等药物治疗。

【文献出处】 湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986：219

【手法名称】 寰枢错骨缝的复位手法

【手法操作】

1. 术前处理 与寰枕错骨缝相同。

2. 复位手法 患者俯卧在诊断床上，头颈伸出床沿，助手固定患者颈项部使之不动，并作反牵引。术者与患者头顶相对，屈膝俯身立于适当高度，屈曲双肘，分别用前臂内侧夹住患者两下颌角及下颌体部，双手分别从患耳后扣过，交叉于患者头后枕部。嘱患者放松，头颈呈不伸不屈的中立位，先沿其躯干纵轴向远端旋动着牵拉，然后与助手配合，在患者第 3 颈椎以下尽量不参与活动的情况下，逐渐加大旋转角度，先左旋至极度，略加力顿挫一下，接着右旋至极度，也略用力顿挫一下，若觉手下有移动感，且患者自觉症状减轻，头颈旋动自如，即表示复位成功。

【注意事项】 必须使患者头颈呈不伸不屈的中立位牵引，因为此时其他颈椎的椎间关节均处于交锁状态，可以使复位作用力完全集中到寰枢关节。如果处于前屈或后伸位，其他颈椎的椎间关节均松弛，一方面分散复位作用力，被其他颈椎吸收一部分，达不到复位目的，另一方

面甚至造成其他颈椎椎间关节不应有的损伤。其次，应严格掌握旋转的角度，一般以一侧转至30°为宜，切勿过度。顿挫之力也宜适中，而且特别要注意瞬间顿挫之后的立即减力回旋，以免造成意外事故。

【主治疾病】 寰枢错骨缝。

【文献出处】 田纪钧. 错骨缝的诊断与治疗[M]. 太原：山西科学教育出版社，1987：172－176

【手法名称】 颈椎卧位复位法

【手法操作】 患者仰卧位于床上，两肩与床边边缘平齐，一助手用两手按压在两肩部位以固定之，医者坐于低凳上一手托住患者后枕部，另一手护在患者下颌部作对抗牵引3分钟后，将患者头左右旋转约45°，一般在复位肘可听到“咯噔”声响后，将头放回至中立位。

【注意事项】 在寰枢椎半脱位行手法整复后用纸板颈围及胶布外固定。固定时间2～3周。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：87

【手法名称】 颈椎坐位复位法

【手法操作】 患者端坐靠背椅上（以C2棘突向右偏为例）。一助手站在患者左侧，右手掌心托住患者下颏部，另一手掌心推扶后枕部，使患者头颈部维持略向前倾位（约成20°角），然后再根据医者需要变换头颈的方向。医者站在患者身后，左手拇指尖顶握住偏向右侧的C2棘突，右手掌心握拿助手之右手，用力沿头颈矢状轴向右上旋转（约30°，个体情况酌定），已觉左手拇指下有力即可向左外侧顶推C2棘突，多觉指下棘突轻向左移，随伴一声响，术后检查C2棘突已不偏歪说明已复位（图19－11）。

图19－11 颈椎坐位复位法

【注意事项】 在寰枢椎半脱位用旋转复位手法时，左右旋转的度数不得超过45°，并且动作要轻，否则会出现新的创伤。另外，在寰枢椎半脱位行手法整复后用纸板颈围及胶布外固定。固定时间2～3周。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：87－88

【手法操作】

1. 患者坐位，医者站后，用双拇指在颈部两侧做揉法、拨法3～5遍，痛点部位多施手法。

2. 用拇指点风池、颈中、颈根、肩井、曲池、外关穴各1分钟。

3. 医者用一拇指按于寰枢椎偏歪的部位上，另一手肘关节屈曲环抱于患者头部，向上用力牵引的同时，向患侧做扳动法，此时可听到复位之响声，并用拇指在复位的部位做理筋法。

【注意事项】

1. 避免过度劳累或长时间伏案工作。

2. 勿受寒冷刺激或感受风寒。

3. 可适当配合牵引治疗。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京:华夏出版社,1993:198

【手法名称】 寰枢关节扳法

【手法操作】 患者坐于低凳上,颈部微屈。术者站于其侧后方。用一手拇指顶按住第二颈椎棘突,另一手以肘部托住患者下颌部,手掌绕过对侧耳后扶住其枕骨部。然后逐渐用力将颈椎向上拔伸,在拔伸的基础上同时使颈椎向患侧旋转至有阻力的位置,随即做一突然的稍增大幅度的扳动,顶推棘突的拇指亦同时协调用力。此时常可听到关节弹响声,拇指下亦有棘突跳动的感觉。

【注意事项】 术者必须具备一定的临床经验和熟练的手法技巧,做到姿势恰当,操作稳妥,定位正确,手法轻巧。对颈椎有可疑骨质病变者,禁用扳法;对高血压或血管硬化的患者,慎用扳法。关于手法操作过程中听到的"喀嗒"响声,一般临床医生都非常重视,认为是手法成功的标志。但在实际工作中不能获得这种响声时,也不要勉强从事,以免使用粗暴蛮力而损伤颈椎。

【文献出处】 王之虹,严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春:长春出版社,1994:425-426

【手法名称】 提牵旋转顿推复位法

【手法操作】 患者坐于凳上,术者站其背后,先在颈部进行揉摩,使筋肉放松,然后用一手托持下颌,一手托持枕部,在提牵头部向上的情况下,使头向左右旋转,当旋到最大限度时,再加以猛且急的旋转力。随之放松,再轻柔地使颈部作侧屈及俯仰活动,症状消除,证明已复位。

【注意事项】 复位后,无需固定。在颈部外贴活血止疼膏药,休息数日即愈。如症状未完全消失,可配服活血舒筋中药。

【文献出处】 郭维淮主编. 平乐正骨[M]. 北京:中国中医药出版社,1996:610

【手法操作】

1. 患者坐位,医者施四指推法于项背部操作5分钟,以松弛痉挛的肌肉。

2. 施点按法于风池、夹脊、肩井、天宗等穴,以酸胀为度,每穴操作30秒,以解痉止痛。

3. 施颈椎拔伸法:医者一手托住下颌部,另一手托扶后枕部,在头部中立位徐徐拔伸颈椎,甚至患者足离地,持续拔伸。若小儿哭闹蹬足,更有利于颈椎拔伸,片刻医者手下有移动感,且患者颈部恢复正常姿势,活动自如,即示手法复位成功。此法多用于儿童。

4. 若患者为成人,嘱其仰卧,医者一手托住下颌部,另一手托住后枕部,助手按住患者双肩作躯干纵轴方向对抗牵引拔伸,头部处于中立位。片刻后,医者在持续牵引拔伸下作头部的左右旋转被动运动,然后做小幅度的颈椎侧扳法,有"卡嗒"声或手下有移动感,且患者自觉症状减轻,头项活动自如,即示手法复位成功。

【注意事项】

1. 本病手法复位难度较高，须在有经验的医生指导下方可操作，手法宜轻巧熟练，忌用暴力蛮劲，否则有致瘫危险。

2. 若关节周围有炎症者，要及时对症治疗。

3. 避免颈部过度活动和过猛用力。

【文献出处】　邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：240

【手法名称】　仰卧牵抖复位法

【手法操作】　患者取仰卧位，放松。术者坐于患者头部一端的床外。双手抱挟患者双侧头面部，使患者头部不发生左、右旋转或左、右侧屈，保持中立位。双手的中、食指扶托于枢椎的棘突，一边轻轻活动头颈部，并逐渐将头部托起，使头颈稍前屈，一边嘱患者放松。当患者完全处于放松无抵抗情况时，迅将患者颈部向上抖起，当抖至最高处时，中、食两指向上顶托枢椎棘突，与此同时手腕后沉，使头向后仰；其力与顶托枢椎的力相反。

【注意事项】　可配合颈椎牵引和理疗等疗法。

【文献出处】　赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：63

【手法名称】　仰卧侧摆复位法

【手法操作】　预备姿势与牵抖法基本相同，不同的是中、食指不是托起棘突，而是扶按于棘突偏向侧。以枢椎棘突偏向左侧为例：术者以左手的中、食指扶按于枢椎棘突的左侧旁，一边轻轻地活动其头颈部，逐渐牵拉其头颈部，并稍将头拉向右侧，使呈右侧屈，一边嘱患者放松。当感觉到患者已全放松时，突然将患颈向右摆动，在摆动至最大限度时，左手的中、食指顺势向右顶推枢椎的棘突（或关节突）。与此同时，双手协同将患者头部稍向左牵拉，使头向左侧屈，当推、拉两个相反方向之力同时作用于寰枢关节时，可使错位之关节复位。

【注意事项】　此手法主要用于侧倾型和侧向偏移型，可配合颈椎牵引和理疗等疗法。

【文献出处】　赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：63

【手法名称】　理筋复位法

【手法操作】　患者坐位，医者立于其后，一手托住患者下颌部，另一手在枕骨后缘颈部筋肉附着处，颈脊柱两侧筋肉皮肩背筋内等处，施以表面抚摩、揉、推、捏、弹拨等理筋手法，点风池、天柱、曲池、合谷等穴，提拿肩井，以舒筋通络，解痉镇痛。然后施以复位手法，医者一手托住患者下颌，另一手握住枕部作拔伸牵引 1～2 分钟，并作头部轻微摇晃，旋转数次，逐渐将头颈畸形旋正，然后术者一手在牵引下先侧向推正偏歪棘突，再矫正移位。

【注意事项】　复位手法宜缓慢进行，禁忌粗暴的旋转等手法。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：452

【手法名称】　牵引、定点旋转复位法

【手法操作】　在手法治疗前先作颌枕牵引带牵引、分坐位和卧位牵引两种。坐位牵引时，牵引角度以前倾 15°～12°为好，重量从 6～8 kg 开始，一般可牵引 1 小时左右。卧位牵引

时，安置牵引带，在床头通过定滑轮，一般用4～6 kg重量，少年用成人的1/2重量，酌情增减，牵引2小时左右。牵引结束后，患者取坐位，医者用一指禅、揉按、捏拿等手法，轻施于督脉之风府至大椎穴，膀胱经天柱、大杼及小肠经肩中俞、肩外俞等处，一般作10分钟左右。再用稍重手法点风池、风府、哑门、大椎、肩井、肩中俞及天宗等穴，然后施以定点旋转复位手法。方法是助手固定患者头部于前倾30°位，并稍向前上方牵引，医者一手托住患者下颌向患侧旋转，另一手拇指顶推偏歪的枢椎棘突，两手同时用力，可感觉枢椎突移至中线，颈活动自如，手法告成。无助手时，医者一侧肘关节半屈曲，从胸前向上托住患者下颌部，维持头颈前倾30°左右，缓缓向上拔伸同时旋转，另一手拇指顶推枢椎棘突，协同用力，同样得到复位。有时可听到"咯哒"复位声。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：452

【手法名称】 罗氏正骨法

【手法操作】 患者端坐位。助手站在患者一侧，一手托住患者的下巴，另一手托住枕骨部，双手向上引拔。医者站在患者背后，一手重叠放在助手手背上，两手同时相对用力推扳，即可复位。但手法要轻巧缓慢，不可用力过猛，也不要急于求成，以免造成不良后果。陈旧性脱位，一人即可操作，但双手须有上拔的引力，操作方法同前。本法稳妥可靠，若用法得当，会有明显的疗效。

【注意事项】 复位后，脖套固定4～6周，每周复诊1次，口服活血止痛药10天，即可痊愈。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：454

【手法名称】 张仲田正骨经验

【手法操作】 令患者取俯卧位，头部伸出床头。助手站在侧方，用两手固定患者两肩。医者站在患者头端，双手环抱患者的耳朵及下颌部，将头部向远端牵拉，同时向上端托。当听到"咔噔"声响，或有滑动之感，便是复位（图19－12①）。若未听到响声或无滑动感，医者在一手维持的同时，另一手拇指指腹置于凸起部位向下挤按，如感指下滑动，便是错位之骨已复正（图19－12②）。

【注意事项】 术后令患者取仰卧位，用凹形沙袋垫于颈部，以防头部左右转动，2～3天后方可除去沙袋（图19－12③）。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：454

【手法操作】

1. 椎棘突两侧用轻柔的滚法、按法、揉法或一指禅推法治疗，以舒筋活血、放松受损的肌肉韧带。

2. 在颈项部肌肉放松的情况下做牵引复位。病人低坐位，头前屈10°～15°，医生站于后方，用一侧上肢肘部托住病人颌部，另一手扶住枕部，轻轻提起，做手法牵引1分钟左右，再作

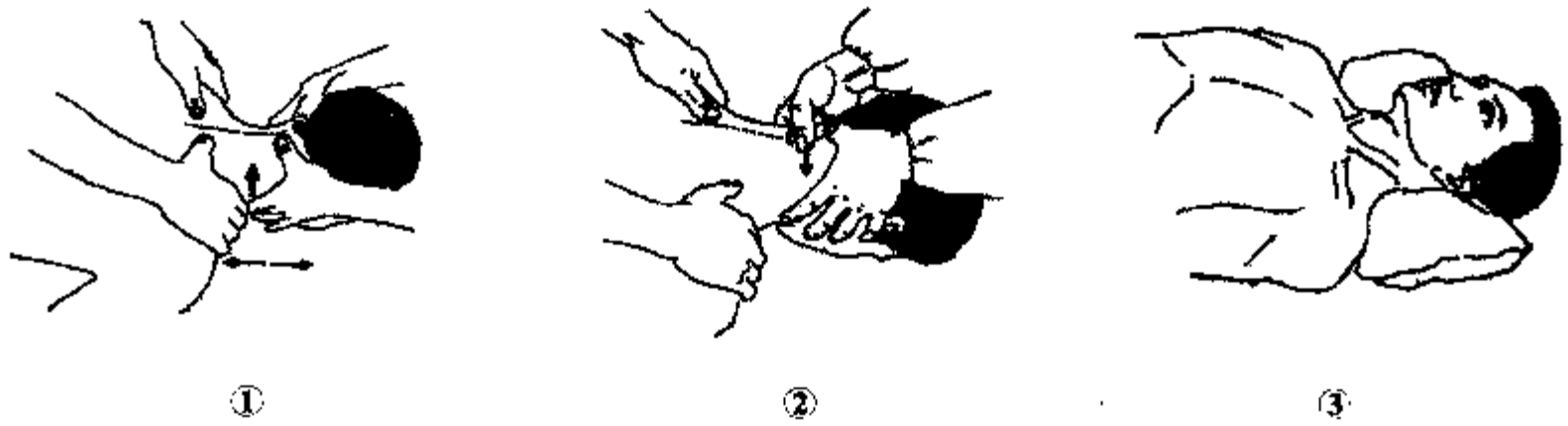


图 19－12　张仲田寰枢椎半脱位复位法

左右 30°～40°旋转活动各 1～2 次。

3. 在患部做轻柔的按、揉、弹拨等理筋手法后，在颈部直擦以透热为度。

【注意事项】

1. 若有明显的炎症史首先要消除炎症，在急性炎症消退后再做推拿手法治疗，可起到缩短病程，提高疗效的作用。

2. 改变不良看书习惯，调整座椅与书桌之间合适的比例，使用颈椎牵引和颈托或石膏的保护是争取早期复位的有效措施。

3. 对急性顽固性儿童“斜颈”应仔细作出诊断，忌随便滥用手法活动。

【文献出处】　伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：746－747

【手法名称】　寰枢椎关节旋转性半脱位的治疗手法

【手法操作】

1. 在颈椎棘突两侧用轻柔的滚法、按法、揉法或一指禅推法治疗。

2. 在颈项部肌肉放松的情况下作牵引复位。病人低坐位，头前屈 10°～15°；医生站于后方，用一侧上肢肘部托住病人颌部，另一手托住枕部轻轻提起，作手法牵引 1 分钟左右，再作左右 30°～40°旋转活动各 1～2 次。

3. 最后在患部做轻揉的按揉、弹拨等理筋手法，还可加用颈部擦法，以透热为度。

【注意事项】

1. 如果有明确的炎症病史，首先就要消除炎症。在急性炎症消退后，才可做推拿治疗。

2. 在进行手法治疗期间，可配合应用缓慢牵引及颈托等支托疗法。切忌乱用手扳动，因用手扳动而导致病重的病例较多，因而在施术时必须适度。

3. 应用早期推拿疗法及颅颈牵引或颅骨牵引只能达到部分复位时，应进行手术寰枢椎融合。

【文献出处】　伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：753

第三节 落枕的治疗手法

【手法名称】 项背强直(落枕)的治疗手法

【手法操作】

1. 取穴 风池、风府、大椎、大杼、肩井、肩髃、天宗、曲池、合谷。

2. 手法 推、拿、滚、摇、擦。

3. 手法之应用和作用 推风池、风府以去风散寒。滚肩部和颈项部,以减轻肌肉的坚强力。摇动其颈,使其关节滑利,拿合谷等以起诱导作用。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿医士学校. 中医推拿学[M]. 上海:上海科技卫生出版社, 1959:52 - 53

【手法操作】

1. 取穴 风池、天柱、大椎、肩井、肩髃、臂臑、天宗、曲池。

2. 手法 推、拿、按、摇。

3. 操作步骤 患者取坐位,在患侧从枕骨下风池沿天柱至大椎施以推法,循环四、五次,再由颈项推至肩井达天宗穴,往返 3 ~ 5 次,然后两手提拿肩井 3 ~ 4 次,接着沿上臂至肘部曲池穴以推、按、摇三法并用。以上诸法在施治肘必须重复一遍,收效甚佳。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校. 简易推拿疗法[M]. 上海:上海科学技术出版社,1960:20

【手法操作】 患者正坐,推拿风府、风池,循大椎分向两肩(肩井)往返 3 ~ 5 次,能开通闭塞,祛风散寒。再在上述部位及风门穴施行滚法,使其肌肉疏松,经络畅通,然后摇动其颈项,活利其关节。最后拿肩井,以达到疏散风邪调和气血的功效。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校. 推拿学[M]. 北京:人民卫生出版社,1960:170 - 171

【手法操作】

1. 通治法 取拧项后的位置,用鸭蛋推。拿肩中。全身转运肩背腹下式,单纯地操作肩背部分。以角梳绿作火上烘温,醮高粱酒于患部推刮之。

2. 落枕整复术 患者正坐,术者站于其对面的位置,以左、右两手扶着患者的头部,轻轻地向左、右转动 10 ~ 20 次,然后出其不意,用力地扶着头部向患侧突然地一转,随即放手,患者自己摇头、摆颈,如已痊愈,不必再操作;如未减轻,可进行 1 ~ 2 遍。

3. 伤科矫正术

(1)舒筋活络:先拿肩井、项后,推肩颈(自颈部用侧掌推法,即利用术者手掌小鱼际推至肩井、肩臂关节的肩岗)。最后作伸腰法(偏重于患侧,详腰痛)。

(2)正复术:舒筋活络操作后,术者一手扶着患者下颌,另一手扶着对侧头角,如落枕整复术乘其不觉,用适当的力量,猛然使颈部转向健侧,此时可听"答拉"响声,手术即告完毕,患者

疼痛常因之消失，颈项转动灵活。

【注意事项】 上述两种落枕整复术，一是转向患侧，一是转向健侧，明显不同，临床上落枕整复术有治愈病例，伤科矫正术有文献记载，故两说并存。推拿后，最好卧床休息或睡眠，用干燥毛巾包裹颈部。

【文献出处】 赵正山. 简易推拿疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1962：48－49

【手法操作】 治疗的按摩方法基本同于颈部扭伤；不同的是，按摩时用药是活络酒。

【文献出处】 郑怀贤. 伤科按摩术[M]. 成都：四川人民出版社，1964：121

【手法操作】

1. 手法 滚、推、拿、摇、平推。

2. 取穴 风池、风府、大椎、风门、肩并。

3. 操作 在整个治疗过程中，患者均取坐势。

(1)用滚法施于两侧肩并穴及颈项部，同时配合头部左右旋转的动作，时间 5～8 分钟。

(2)医者用双手上下分托其头顶后部及下腭部，然后在其活动范围内徐徐摇之，当颈部肌肉放松时，将头左右突然摇转，听到“喀喀”响声即可(如没有响声，也不要勉强使响)。

(3)在颈项部用单手拿法，从风池穴开始，沿颈椎两侧向下至大椎穴旁边往复 4～5 次，最后用双手拿肩并穴结束。

【注意事项】 本病不需要特殊护理，一般只要注意颈部保暖，不使再感受风寒即可。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校. 农村常见病推拿疗法[M]. 上海：上海科学技术出版社，1967：63

【手法操作】

1. 一般推拿手法和顺序

(1)取坐位，医生站其侧后方。先以拇指平推两侧肩及上背部(患侧多推)，使其感到舒适松快。

(2)继以拇、食两指揉拿颈后肌群，起自风池穴顺筋往下，转至患侧肩井(拿肩井 2～3 下，以得气为度)，这样反复揉拿，待患者颈部放松为止。

(3)用摇颈法。摇时切忌引起疼痛，幅度宜小，边摇边嘱患者主动放松颈部。待患者颈部肌群确已放松，摇动时没有阻力时，用巧劲拨动颈部。最后再在颈后肌群揉拿 2～3 遍，即结束。

2. 手法的辨证应用

(1)疑有关节半脱位时，不宜作摇颈法。可在一般颈部推拿放松后，用提颈的手法。此时嘱咐患者盘地而坐，术者站于其身后，双手托住两侧下颌骨，慢慢向上提起，继而将其头部背屈仰天。如估计为滑膜嵌顿者，最适宜用摇颌法。

(2)有明显损伤史，且受伤时暴力甚大者，摇颈时不宜用突然拨动颈部的手法。2～3 天以后，才能使用。

(3)无损伤史，但受风寒而使症状加剧者，宜多推、多拿，拿深、揉重。

【文献出处】 安徽医学院附属医院编. 推拿疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1972：

118－119

【手法操作】

1. 用滚法或推法在项部及肩部往返操作，以患侧为主，配合头前俯后仰及左右旋转活动。

2. 用颈项摇法，先使颈项作徐徐摇转，当感到患者颈项部肌肉放松时，可迅速向患侧加大摇转幅度，此时常可听到“喀嗒”响声（如无响声，也不要勉强使响）。

3. 按拿风池、风府、风门、大椎、肩井等穴，反复数次。

【注意事项】 对某些疼痛较甚，颈项不敢转动的患者，可先用拇指按揉天宗穴 2～3 分钟（以患侧为主）。同时嘱患者缓缓转动头部，在颈项活动幅度逐渐增大后，再用上述方法治疗。也可在颈项及肩部用擦法，并配合热敷法，对提高疗效有一定帮助。

【文献出处】 上海中医学院编. 推拿学[M]. 上海：上海人民出版社，1974：114

【手法操作】 分为 2 型进行手法治疗。

1. 斜方肌型

（1）准备手法：

①术者右手将患者头部向前侧偏 45°，用左手拇指按压“天鼎”穴（图 19－13）。

②术指左手拇指按压“缺盆”穴（图 19－14）。

图 19－13 手法①

图 19－14 手法②

（2）治疗手法：

①术者左手放于患者前额部（右侧为例），右手放于斜方肌上缘的压痛点处（相当第 6～7 颈椎棘突旁开两寸处）。术者用左手按压前额部，使头向后和向患侧屈曲，同时右手拇指用力向前向内侧推滚按压斜方肌上缘。

②术者立于患者健侧的后外方，以右手掌按压病侧肩顶上部，左手扶于患者头顶的病侧，两手向相反方向分离，以牵引其颈部。同法施于健侧（图 19～15）

③术者以两手食、中、无名三指旋转揉按患者颈后部两侧（图 19－16）。

2. 胸锁乳突肌型

（1）准备手法：同斜方肌型准备手法①按压“天鼎”穴及②按压“缺盆”穴，并施于对侧。

（2）治疗手法：

①术者立于患者后侧，以右手食、中、无名三指按揉弹拨胸锁乳突肌中 1/3 部，按揉时左手将头颈部向病侧屈曲。

②同斜方肌型治疗手法②。

③术指立于患者背后，两手抱住患者头部两侧向前上方拨伸牵引（图 19－17）。在轻度牵引下先自健侧徐徐旋转 45°，向患侧徐徐旋转 45°，再回至中立位，继而将头稍前屈，再做左右旋转各 1 次（图 19－18）。

④同斜方肌型治疗手法⑤。

【文献出处】 天津市天津医院和石家庄交通运输医院合编. 按摩[M]. 北京：人民卫生出版社，1974：84－85

图 19－15

图 19－16

图 19－17

图 19－18

【手法名称】 斜方肌痉挛按摩治疗手法

【手法操作】 患者取俯卧位，术者站立一侧。术者以两手掌根向中线耸起皮肤，以屈曲的其他四指将对侧的皮肤亦向中线耸起，然后向对侧旋转挤按，顺延而下；而后患者取坐位，术者左手扶患者头部向后及病侧偏斜，右手拇指向前内侧按压推滚斜方肌上缘。

【文献出处】 天津市天津医院，石家庄市交通运输局医院合编. 按摩[M]. 北京：人民卫生出版社，1974：11

【手法操作】

1. 手法　滚、一指推法、按、拿、摇、擦。

2. 取穴　风池、风府、风门、大椎、肩井、天宗等。

3. 操作

（1）用滚法或一指推法在颈项部及肩部往返操作（以患侧为主），配合轻缓的头项前屈、后伸及左右旋转活动。

(2)颈项部摇法:先使颈项作徐徐、轻缓地旋转,并嘱患者主动地放松颈部,待颈项肌群确已放松时(摇动时没有阻力),可迅速向患侧加大旋转幅度,此时常可听到"喀嗒"响声(若无响声,也不必勉强)。操作此手法时,可令患者头颈微向前屈,防止压伤椎动脉之危险,尤其是老年动脉硬化者更应注意。寰枢关节有严重关节炎的患者,本法禁用。

(3)按拿风池、风府、风门、大椎、肩井、天宗等穴,反复数次。

【注意事项】 对某些疼痛较甚,颈项不敢转动者,可先按揉患侧天宗穴 2~3 分钟,并嘱患者轻缓转动头颈,当颈项部活动幅度逐渐有所增大后,再施用以上手法治疗。手法操作后也可在颈项和肩部配合擦法及热敷,对于提高疗效有一定帮助。

【文献出处】 上海中医学院. 推拿学[M]. 上海:上海人民出版社,1975:50

【手法操作】

1. 抚法:病人坐势,医者立其背后或一侧,左手放于病人头顶上以资固定,右手五指在其强硬之胸锁乳突肌上,自上而下地施以抚法,反复多次。

2. 揉压法:医者以右手着力,从后项部风府穴开始,向下按压至大椎穴;再从风池穴向下按压至肩井穴。反复施术多次以后,再以大拇指在患侧强硬之胸锁乳突肌上揉压 2~3 分钟。

3. 运动法(即头颈扭转法和拔伸仰俯法):先后向患侧再向健侧各扭 1 次。如未听到"嘎吧"之声,病人头颈转侧。仰俯仍不利者,可重复施行相应手法或以挽肘按头法辅助之。

4. 振赶法:医者以右手小鱼际着力,于病人强直的胸锁乳突肌上自上而下地振赶,以消瘀退肿,活血止痛。

5. 如颈椎某节有棘突偏歪时,医者一手托扶下颌,另手置于后颈部,用大拇指肚推偏歪之棘突。再令病人前屈 45°,侧屈 45°,再向患侧旋转 45°后扳拿,当听到有响声时即可。

【文献出处】 乳山县人民医院海阳所分院. 推拿疗法[M]. 济南:山东人民出版社,1976:94-95

【手法名称】 落枕的一般治疗手法

【手法操作】 病人正坐靠背椅上,医生站在背后,一手扶左(或右)头顶部,另一手握下颏部,轻轻搬转头部,觉察疼痛部位,然后在患侧施手法。

双手拇指用分筋、理筋手法,自枕骨始按摩、理顺项韧带及胸段(至 T4、5 节)棘上韧带(方法:按与人体纵轴垂直方向弹拨及顺向按压项韧带及棘上韧带,如发现韧带有压痛、纤细、剥离之条索,用拇指触清原位之沟痕,顺压于其上)。自枕下斜向外下按摩斜方肌肌腹及胸锁乳突肌肌腹至抵止端,以便解除肌痉挛、舒通气血。再自颈内动脉和颈内静脉间向后下方沿副神经走行触摸,多可发觉一纤细条索,高起或迂曲,压之酸、麻、胀、痛,用双拇指左右分拨手法使其复平(图 19-19)。嘱病人将患侧手摸对侧肩胛骨,使患侧肩胛内角翘起,医生双拇指(或拇、食两指)顺肩胛内角的内上方,左右分拨可触及一滚动、高起的绳索样物(提肩胛肌或副神经),比较浮动,有压痛,再用拇指点穴按摩法将之顺正,已不浮动说明已平复(图 19-20)。

【文献出处】 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京:人民卫生出版社,1977:101

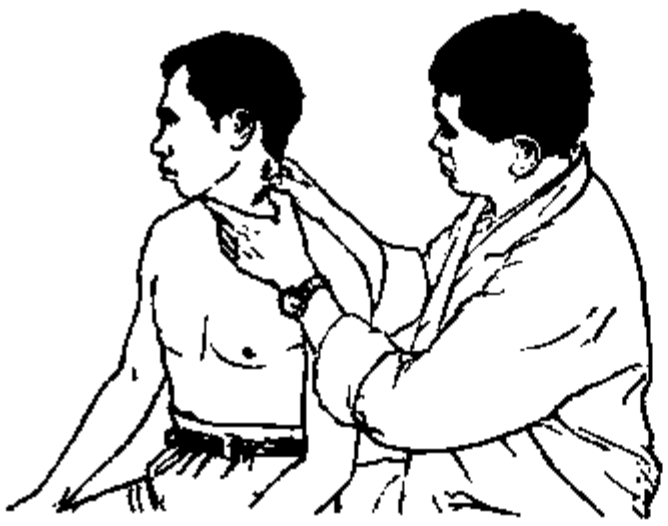


图 19－19 副神经按摩手法

图 19－20 肩胛内角按摩手法

【手法名称】 落枕的按摩理筋手法

【手法操作】

1. 患者取坐位，医者站于患者背后，在伤侧颈部皮肤涂擦舒筋止痛水。

2. 医者双手掌根部在患者两侧颈项部揉筋，并从耳根后向肩部平推。

3. 医者用叠手按压患侧筋部，并用双拇指腹在双侧颈根部按压。

4. 医者一手按住额顶部，另一手进行拿拔筋手法。

5. 医者用一手按住患者头顶后部，另一手托住下颌部。然后将颈部徐徐摇转，从左向右，从右向左，再逐渐将颈部极度后伸，然后扶正。

【注意事项】 根据急性损伤（新伤）和慢性损伤，选用外敷和内服中草药。

【文献出处】 林如高，张安桢，林子顺. 林如高正骨经验[M]. 福州：福建人民出版社，1977：182－185

【手法操作】

1. 先让患者俯卧，施外科基础手法，着重点按跗阳、复溜、绝骨三穴，再让患者脱上衣正坐，医者立于患者身后，用两手轻擦颈项伤处四周数十下。

2. 掐、点、擦后溪、承浆、风池、天柱等穴，然后泻承浆穴。

3. 掐、点、擦、揉、掐大椎、风门、缺盆、肩中俞、肩外俞、肩井、合谷诸穴。

4. 轻擦按拿颈项四周十数下。

5. 摇晃法：趁患者肌肉放松之后，医者一手扶住其眉头部，另手托住下颏部左右缓缓摇摆，然后乘其不备骤然晃头部一下。动作要迅速、敏捷，用力要适中而不猛，以听见关节响声为度（图 19－21）。气弱及肿痛太甚，年老、孕妇及有习惯性昏厥的患者，忌用摇摆法，只可用按摩及点穴治疗。

6. 轻拍扣打肩背颈项四周数十下。

【文献出处】 曹锡珍. 中医按摩疗法[M]. 北京：人民体育出版社，1979：176－177

【手法操作】

1. 手法 点按、滚、拿、提端旋转，搓法等。

2. 手法操作

(1)患者正坐位,术者用大指点按肩井、天宗、曲池、合谷、落枕等穴。

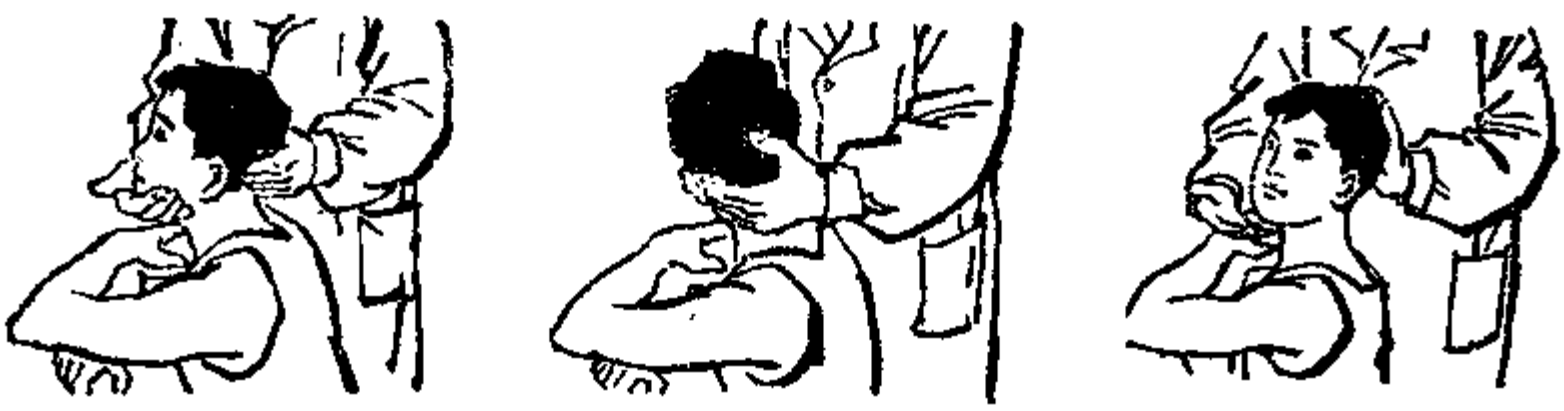
(2)术者站于患者背后,在两肩内侧,菱形肌,斜方肌处用滚法(图 19 - 22)。以放松肌肉,缓解痉挛。

(3)用单手拿捏患侧胸锁乳突肌,由上向下,由下向上反复进行,使其痉挛缓解(图 19 - 23)。

(4)上述手法后,在紧张痉挛的肌肉已初步松解的基础上,再用提端旋转法。术者站在患者一侧,一手托下颌,一手托扶枕后部,头稍后倾。术者双手向上用力沿颈部纵轴向上牵引,边牵引边轻轻向左向右旋转颈椎(放松颈部肌肉不要紧张),在保持牵引力下,突然由患侧向健侧旋转,旋转约 30°时,术者即松手。在旋转时一般能听到小关节弹响声(图 19 - 24)。

(5)最后术者双手平放在患者两肩部,双手向相反方向反复用搓法舒散筋络,祛风散寒(图 19 - 25)。

【文献出处】 季根林. 推拿简编[M]. 北京:人民卫生出版社,1981:47 - 49



① ② ③

图 19 - 21 摇晃法

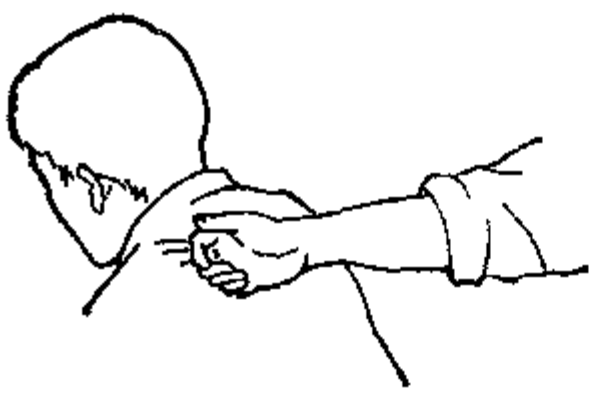


图 19 - 22 上背部滚法

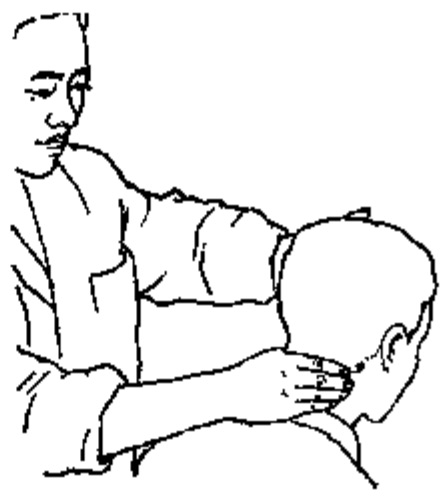


图 19 - 23 拿捏胸锁乳突肌

【手法操作】

1. 患者取坐位,医者站立患者背后,先拿肩井和推点揉肩中俞连续 5 ~ 10 次。而后"压掌掏肩"以放松项肌筋和枕骨筋,改善或解除这些部分的肌肉痉挛。

2. 用两手拇指按揉枕下粗隆下方(风池穴),顺时钟方向和逆时钟方向各按揉 10 次,然后拇指沿项肌及斜方肌向下按揉反复进行 3 遍。

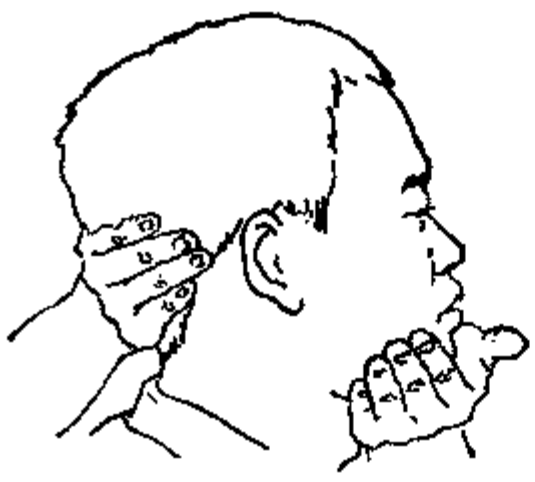


图 19－24 提端旋转法

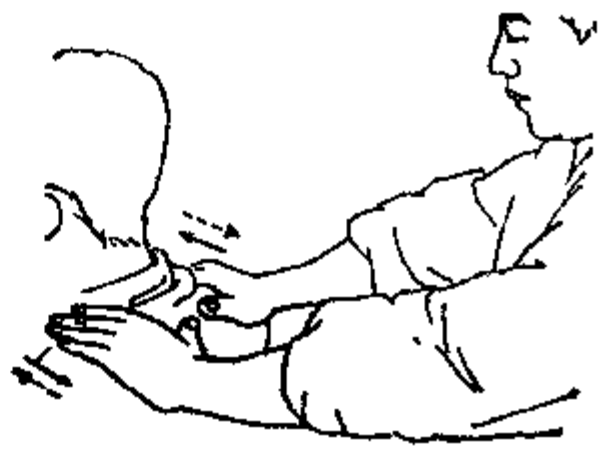


图 19－25 肩部搓法

3.“提阳”。

4.一手托住患侧下颌关节，拇食两指夹住患侧耳朵，头向健侧旋转，一手握住患侧手腕，先高举超过头顶，颈背部须挺直。而后两手做相反方向牵引，再使手臂向外后方放下，患者感到肩部一侧有较大的牵引力量。手臂放下后再用大鱼际按摩颈部疼痛点。

5.紧接上步手法后立即使用旋转手法，以颈椎右侧落枕为例。医者左手托住患者右侧面颊部，右手按住患者左侧头角部，使患者头向前俯，下颌向健侧旋转并告诉患者颈部要尽量放松，可用适当力量突然使患者头颈部向健侧加大幅度旋转一下，这时可听到“格答”响声，如两侧疼痛则左右均须作旋转手法。

6.用搓法作用于两侧的八条筋，一般搓 20～30 次，以便使颈部肌肉完全得到放松，左右平衡。如果上述手法后症状仍未得到改善，加以下手法。①使患者头向后仰，在颈部肌筋松弛状下，按揉项根部疼痛点。操作时，先轻轻幌动颈部，然后适当用力向健侧加大幅度旋转一下。在后仰位置上，拇指按揉疼痛点。②头部由后仰转向前屈，叩击大椎及肩中俞和督脉经循行的部位，可连续扣击 5～10 次。以促使经络气血流通。③扣挤法：如颈背部有广泛疼痛必须加用此法。

【注意事项】

1.颈部如有严重强直，左右毫无旋转幅度，不宜作旋转手法，须先作热敷以使颈部肌肉放松，有旋转幅度出现后，方能作旋转手法。

2.颈椎中线骨节本身有压痛应注意，可能有骨折、结核、肿瘤等病变，必须在明确诊断后才能处理。

3.颈部旋转手法临床应用时须持慎重态度，尤其是年龄较大的患者，在操作时头须置于前俯 30°的位置上，使颈项后侧肌筋处于较紧张状态，颈椎在处于较稳定的情况下，而后再向健侧施行旋转手法，这样比较安全有效。

4.在颈部旋转手法中，有“格嗒”响声发出，症状即可缓解。这种响声为手法成功的重要标志。但有些病由于颈部强直较甚，第一次手法时不能做出响声，这不可勉强，可在第 2 天或第 3 天重复一次手法。

5.在落枕的病例中，有些为颈椎小关节滑膜嵌顿，临床上在发病醒来活动后症状逐渐趋向严重，是由于颈部活动后致使小关节过度分离所致。此种情况，可加重“提阳”手法。提（向上牵引）时头及颈部取前倾位，使作用力集中于颈椎后关节，因为头部前倾时后关节间隙分开，

有利于滑膜自嵌顿的关节腔解脱出来。部分病例经过提阳手法后症状即可解除。

【文献出处】 魏指薪,李国衡.魏指薪治伤手法与导引[M].上海:上海科学技术出版社,1982:56-59

【手法操作】 患者取坐位,自然放松,术者站其侧后方。

1.松颈 与颈椎病手法相似。另取风池穴,并顺筋往下提拿颈后诸肌及胸锁乳突肌,再取肩井穴,提拿斜方肌上缘,使颈部肌肉放松。

2.拔颈 仍于坐位,术者站后。一手托其一侧下颌,另一手按在头顶侧部,双手朝相反方向慢慢地重复拔动颈部,边拔边嘱其放松颈部,同时逐次加大拔动的幅度。当术者确感颈部肌肉已放松时,将头颈拔动到最大可能的幅度,然后回松少许,紧接着用巧劲拔动头颈,使超过原拔动的最大幅度,此时即可听到"咔哒"的弹响声,拔后患者顿觉颈部活动明显改善。

3.动颈 与颈椎病的手法同,摇颈方向侧重于原受限制的方面。

【注意事项】 推拿治疗落枕的手法比较容易,只是拔颈手法有一定的技巧性,其要领是:稳托、按实、顺势巧拔。切忌求花梢、用蛮力。由于不明病理,使蛮力推拿而致恶果者,临床上并不鲜见,应引以为戒。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编.推拿疗法和医学练功[M].北京:人民卫生出版社,1982:130

【手法操作】 患者取坐位,医者立于患者身后,以手出示其侧后,引导患者头部随医生手的移动而运动颈项,前屈、后伸各35°为正常,左右旋转各45°为正常。如果受限并有疼痛者,为病所致。其法如下。

1.患者坐在方凳上,医者立于患者背后,先用双手从项后起分向两肩、背,轻抚几遍,使颈项部肌肉充分放松。

2.医者用单手或双手拿、揉患者肩井穴(俗称"拿肩筋"),用拇指与食指、中指,由轻而重地边拿、边揉肩筋,能消除或减轻颈项部肌肉的挛缩状态。拿、揉次数和时间,以肩、项肌肉放松或比较放松为度(一般拿2~3分钟)。对经常肩挑重担的劳动者的肩部冈上肌高厚者,不应误诊为挛缩,不要勉强去揉,只要不僵硬,有弹性就好。

3.用单手的拇指与其他四指拿揉颈部两侧肌肉,从风池到项的根部,左、右两手交替拿、揉。另一手四指扶住头部,拇指可在翳风穴处按、揉(图19-26)。

4.用拇指按、揉肩外俞(图19-27)、天宗、秉风等穴及其附近的压痛点。

5.让其头稍后仰,放松项后肌肉,医者用捏脊式手法捏提项后肌肉,由大椎逐次捏提到风府。项后肌肉如太紧,可改用由上而下推项后(医者须立在前,患者将头放低),连推若干次。

6.最后用拍、扣法扣打肩部、肩胛部等处,再轻抚几遍结束。这样使颈、项、胸锁、肩胛各部肌腱放松了,落枕病即缓解了,即使还残留点症状,也可不治而愈。

【文献出处】 王甫.大众推拿[M].北京:人民卫生出版社,1984:70-72

【手法操作】

1.按压天鼎、缺盆穴。

2.术者拇指按压缺盆穴后,向外上方约移半厘米处,力量是向下向后,按压30秒钟。

图 19－26

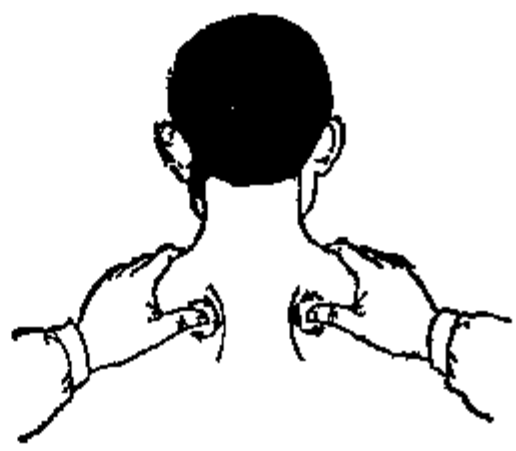


图 19－27

3. 术者拇指本手法 2 按压处向上延伸至肩顶部，相当肩井穴，稍用力按压。由此至颈根部再分两点按压，按压 30 秒钟。

4. 术者左手放于头顶，使头向患侧偏斜。右手拇指由耳下沿胸锁乳突肌向下滑行至颈根部，向内下横压。同时，头逐渐向患侧斜倾。按压 1 分钟。起手时，拇指向后推滚（图 19－28）。

图 19－28

5. 术者立于患者背侧，用两手抱住头部两侧，向前上方牵引颈椎。在轻度牵引下先向健侧徐徐旋转至 45°，继而在牵引下向患侧旋转至 45°，再转回中立位，头前屈后伸，然后在稍前屈位左右旋转各 1 次（图 19－29）。再慢慢放松牵引力量。

6. 术者立于患者健侧后外方，左手扶于患者头顶推向患侧，右手扶住健侧肩顶上部，两手向相反方向分离，以牵拉其左侧颈部。同法施于患侧（图 19－30）。

7. 术者仍在背侧，以右手的食指、中指、无名指三指旋转滚揉患侧颈后部，然后再以右手大鱼际肌搓揉肩根部。也可双手同时使用（图 19－31）。每日按摩一次，1～2 次即可治愈。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：44－46

①　　②

图 19－29

图 19－30

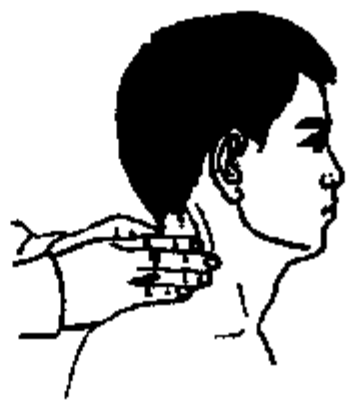


图 19－31

【手法操作】 取坐位，术者立其身后。先用拇指点揉法，点揉颈后上、中、下三脉。再用四指揉法，揉欢跳脉和前膀肾脉。再用拇指点揉后膀肾脉和肩胛暗脉，并逐渐加大用力，促使肌肉痉挛得到缓解，同时边点揉边令患者头部左右转动，直至疼痛症状缓解为止。如仍不能缓解，可按上述手法再做一遍。最后用拍打法，拍打颈项肩背部。如无拍子，可用虚拳打法。点揉脉位时，手法的用力要由轻逐渐加重，使局部产生酸、麻、胀感，以促使其痉挛之肌肉缓解放松。

【文献出处】 葛长海，李鸿江，葛凤麟. 捏筋拍打疗法[M]. 北京：北京科学技术出版社，1986：108－109

【手法操作】

1. 揉摩法 患者端坐，双手背后交叉，两眼平视前方。术者站在病员背后，先用小鱼际肌在患者颈部和肩部肌肉上，依次揉摩 10～15 次。

2. 提拿法 患者体位同上。术者站在患者右侧，用拇指和食指提拿颈部患处。提拿时手指与肌腹垂直，即纵行肌腹施横向提拿，横行肌腹施纵向提拿。双手或单手交替进行，一提一松。手法强度，因病、因人而异，一般以感到患处酸胀、微痛为宜。根据不同部位可采取三指拿法、五指拿法。重复操作 8～12 次。

3. 双手端颈旋转法 患者端坐，双手交叉背后，两眼平视前方，自然放松颈部肌肉。术者站在患者背后，双手持续托起下颌，用力上提，同时缓慢地左右旋转和侧屈各 8～15 次。但左右旋转不得超过 40°，左右侧屈不得超过 30°。

4. 指压穴位 体位同上。术者以右手拇指轻揉风池、肩井、肩中俞、后溪、悬钟、落枕等穴位。每穴连续按压约 30 秒钟。有得气酸胀麻感为度。

【文献出处】 沈跃生，王回新等. 伤科临床推拿法[M]. 北京：金盾出版社，1986：107

【手法操作】 患者取坐位，肌肉放松，颈部处于自然体位。术者立于患侧背后，先用拇、食、中三指分别按在天柱、凤池等穴作按摩手法 3～5 分钟；并以弹提手法捏拿颈后肌肉 2～3 分钟；继则向左右前后旋转和摇摆头颈部 2～3 分钟；然后以一手托其枕骨部，一手托其下颏，使头呈仰位，用两手配合向左右旋转其头，待患者已能主动配合活动，颈部旋转无阻时，可突然

向患侧加大活动范围(使下颏角达到锁骨前缘为度,若活动度过大,能伤及颈椎的内部结构),在活动到一定程度时,会听到发出清脆的弹响音(有无弹响与本病无关)。略停片刻再将下颏角旋向健侧的同一部位,再停片刻将头旋回正常位置。最后再以理筋手法,在颈后徐徐按摩3~5分钟以理顺筋肉,手法即告完毕。手法后患者立即感到舒适,活动范围近正常。有时残留少许活动痛,多在次日清晨经过休息,症状才能完全消失。

【文献出处】 湖北省中医药研究院编.实用骨伤科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,1986:237

【手法操作】 治疗落枕以舒筋通络解痉为主。

1.取穴 夹脊、肩井、天宗、合谷。

2.操作 患者取坐位,医者立于其后侧。

(1)在其夹脊穴施用指按法,上下往返3~5遍。

(2)一手扶其头顶,另一手在其患侧项背用滚法,3~5分钟。并配合颈项部被动活动,如屈伸、旋转等。

(3)一手扶其头顶,一手托其下颏摇颈项,3~6次。

(4)若有颈椎棘突向一侧偏歪者(以右偏为例),用右手手掌托其下颏,向右方旋转,左手拇指按其偏歪之棘突向左侧用力推顶,两手协同动作,可有拇指下棘突向左移之感觉,并可伴有响声,施法后检查棘突偏歪已纠正即可。作摇颈项或旋转复位法时,均不得超出颈椎正常活动范围,亦不得强求听到响声。

(5)在患者项背部用中药湿热敷。

【文献出处】 金义成.推拿自学入门[M].上海:上海科学技术文献出版社,1987:121-122

【手法操作】

1.捏拿、提弹斜方肌法 体位和手法与颈椎病中此法相同。然后一手拇指反复揉压、提弹患侧肩井穴。

2.捏拿、提弹胸锁乳突肌法 体位和手法与颈椎病中此法相同。并以一手食指轻快反复地揉压、弹拨患侧扶突穴和天鼎穴。

3.捏拿、提弹项韧带法 患者正坐,颈部轻度后伸,术者立或坐于后面。一手托住其下颌部,另一手的拇、食、中三指指腹从第2颈椎平面起,自上而下轻快反复地捏拿、提弹项韧带,直至第7颈椎平面。并以一手拇指反复揉压,弹拨患侧肩外俞和天宗穴。

4.顺势搬颈法 患者正坐,颈部前屈10°~20°,术者立或坐于其后面。一手扶住其患侧颞枕部,另一手托住健侧下颌部,令其将头部向患侧旋转至最大角度。与此同时,扶颞枕部的手固定头部的位置,托下颌部的手将下颌部向患侧轻轻一搬,听到颈部有清脆的响声,则手法成功。并以拇、食两指指腹分别揉压两侧天柱、完骨和风池穴。

【注意事项】 上述手法应根据病之缓急,症之轻重,选择使用。凡严重高血压、动脉硬化、肺心病、肝肾功能不全、年老体弱、妊娠期、临床症状重笃和颈椎有器质性病变者,应慎用或禁用搬法。术后一般勿需其他处理。症状严重者,可内服舒筋活血片,云南白药,小活络丹和局部行毛巾或中草药湿热敷,并应注意枕头的高低及睡眠的姿势。屡发病例,应积极进行项背

肌的功能锻炼。

【文献出处】 刘严.按摩疗法[M].西安:陕西科学技术出版社,1987:56-57

【手法操作】

1.病员取坐位,用轻柔的滚法在患侧的远端先作治疗,指揉风池、风府、风门、肩井、天宗诸穴和痉挛的肌肉,两法交替进行3~5分钟。

2.对痉挛的肌肉选用轻柔的拿法,并以压痛点进行弹拨法2~3次。

3.重复1法,并配合颈椎的被动运动。

4.重复2法,按患侧列缺、后溪穴。

5.最后可在局部肌肉痉挛处加用热敷,结束治疗。

【注意事项】

1.推拿治疗手法一定要轻快柔和,颈椎的被动幅度由小到大,不可强求弹响声。

2.对疼痛甚者,可先指揉天宗穴或按列缺、后溪穴,并嘱患者轻缓转动颈项,当疼痛稍减后,再以上法治疗。

3.局部要注意保暖。

【文献出处】 陈忠良主编.推拿治疗学[M].上海:上海中医学院出版社,1988:14

【手法操作】

1.病人取坐位,术者站在病人身后,先用左手固定住病人前额,再用右手拇、食两指的指尖按压并揉动风池穴,以散风通络。然后,再用右手五指的指面捏拿颈后部肌肉,把粗硬的肌肉揉软后松指,以缓解肌肉痉挛。

2.让病人缓慢把头颈转到疼痛的极点,并保持颈部位置,指出最疼处,然后,术者在其痛点处用拇指指面叩按住痛性索条肌肉指拨,直至痛点减轻,再用拇指指面按压天宗穴和肩井穴,以通经止痛。

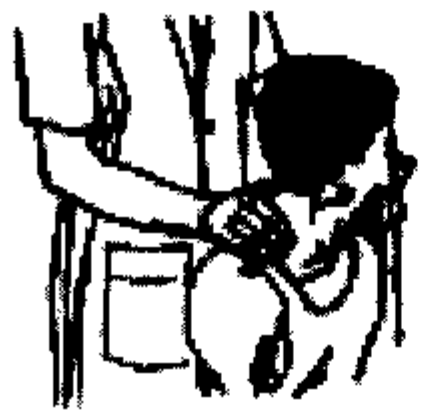


图19-32

3.接下来用一手大鱼际沿病侧胸锁乳突肌或斜方肌处按揉,揉动时用力宜轻柔和缓,然后,再以一手的中指、无名指和小指的掌侧,扳住病侧的下倾角,根据其颈部活动范围尽力伸展病侧肌肉(图19-32),以舒展肌肉。

4.接下来,术者两手拇指与食指相对,捏拿住肩膀上的大筋,相当于肩井穴的位置,然后向内挤捏并用力向上将大筋提起,维持片刻放下,这样连续重复动作3~4次。

【注意事项】 在按摩治疗落枕病的同时,可以辅助热敷法,注意不要趁病人不防,任意扳动病人颈部。对落枕严重者,应去医院作X线检查,诊断清楚后,根据需要方可作按摩治疗。

【文献出处】 孙维良编著.家庭按摩[M].天津:天津科学技术出版社,1989:163-165

【手法操作】

1. 选穴 风池、大椎、肩井、风门、肩外俞、外关。

2. 手法 患者采取坐位。

(1)先用掌平推和揉法施于患者的颈项及肩背部。

(2)拿风池,按大椎,拿肩井,揉风门、肩外俞,拿外关。

(3)施滚法于颈项及肩井部位,揉肩背部。

(4)以指揉肩井附近的阿是穴,得气为度。

(5)摇晃头部三五次。

(6)最后以轻快的揉法施于患部,抖动两上肢,拿肩井而结束。

【注意事项】 若是颈椎半脱位,在手法(1)之后,采用牵引法治之。具体手法:令患者坐于矮凳上,术者站于患者背后,以右腿紧贴患者背部,双手拇指向前,其余四指向下,托住患者头部,在保持颈部垂直的状态下,向上提拔,并轻轻晃动,幅度微手其微,最后再在患部施以轻柔手法。但是,切忌摇晃头部。

【文献出处】 徐裕才,黄为民. 疏通经络点穴法[M]. 北京:科学出版社,1989:131 - 132

【手法操作】

1. 用揉、拿、推、摩法做肌肉痉挛部位按摩,使其发热变软。也可选用前面颈肩部按摩法治疗。

2. 重点做风池穴、肩井穴、合谷穴和落枕穴的按压或揉拿,各穴做 3 ~ 5 分钟。

3. 用拿法做颈椎两侧的斜方肌按摩,由上至下,整个肌肉都应放松。

4. 用双手提牵颈部,使颈部肌肉放松,为下一手法作好准备。持续向上提牵,最好能坚持 1 ~ 2 分钟。注意要缓慢上提,不可用暴力,上提的力量也不要太大(图 19 - 33)。

图 19 - 33

5. 颈椎斜扳治疗:患者坐位,双肩放松下垂,颈部放松微向前屈,躯干直立(不要旋转)。以向右侧斜扳为例:施术者站于病人背后,可用腹部抵住病人的背部偏右侧,以免在扳颈时躯干转动。右手托住患者下颌部,左手扶住患者枕部,让患者自己向右侧转头达最大限度。此时,两手顺势并同时用力向右扳动头部,可听到颈椎发出的响声,表明手法正确(图 19 - 34)。然后变换两手位置,向左侧斜扳,方法相同,方向相反。

6. 用拿、揉、推、捶手法放松颈肩和背部肌肉,治疗结束。

【注意事项】 在做颈椎斜扳时,动作要缓和、准确;用力要轻巧、稳实、恰当;两手配合要协调、一致。不能硬扳,更不能施以暴力,要顺势而行,因势利导。斜扳后病人应有轻松、灵活和症状明显减轻的感觉。通常 1 ~ 2 次即可治愈,若病程过长(1 周以上)或治疗后症状不减甚至加重,应到医院进一步诊治。切不可滥用扳法,若扳不好,不如不扳,不然很可能引起其他变化。年老或骨组织异常者禁用此法。

【文献出处】 王启民. 实用按摩速成[M]. 北京:中国环境科学出版社,1991:211 - 212

【手法操作】 患者取坐位，医生站在患者背后，双手捏揉患者两肩，手法宜柔和，同时轻轻点揉肩井穴。实施手法时，常常感到在肩井穴周围有一条索状痉挛点，要用拇指反复斜推使之散开。接着医生站在患者一侧，一手扶前额，一手轻揉颌部，反复数次，并可点揉风池穴，使肌肉得到充分的松解，然后用端法加以充实。患者取坐位，医生立于身后，双手从颈后侧分别扶住颈部，拇指在后抵住风池，食指、中指略分开端住下颌骨，用稳力向上端提或提晃，使颈部舒展，肌肉痉挛缓解。然后将患者头部向前压低，两侧拇指沿颈部外侧向下捋按，直至大椎穴部，其他四指向上仰。使患者下领仰起，颈部肌肉提到充分松弛，然后用手揉按痛点数次（图19－35）。

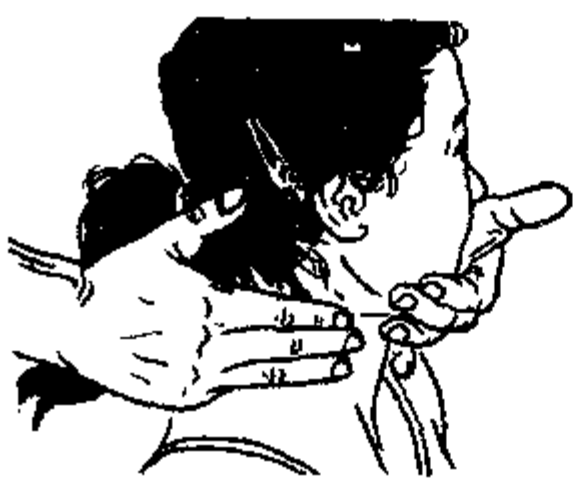


图 19－34

图 19－35 摇法

【注意事项】 实施推拿手法时要柔和，不要暴力，颈推的活动幅度一定要由小变大，指压风池、肩井、后溪、悬钟、落枕等穴位，都应以有酸胀感为度。对疼痛甚者，可先按揉列缺穴、后溪穴、天宗穴或肩井穴，并嘱咐患者轻轻转动颈部，当疼痛症状稍缓后再实施以上手法。

【文献出处】 常健，陶万明，李瑞生. 推拿与运动损伤[M]. 北京：北京科学技术出版社，1991：70－71

【手法操作】 取风池穴、大椎穴、肩井穴。点按风池穴 1 分钟，拿两侧肩井穴 2 分钟，用滚法于患侧颈肩部施治 5 分钟，擦风池穴、大椎穴各 1 分钟，治疗结束。

【文献出处】 黄绍滨，李争鸣. 灵枢易筋经点穴推拿疗法[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1992：130－131

【手法操作】

1. 点穴拔筋 用拇指点按风池、肩井及痛点各 1 分钟，以镇痛疏经，再在颈部痉挛肌肉及胸锁乳突肌上分段各弹拨数下。

2. 提拿法 术者用拇指和食指提拿颈项部患处。提拿时手指与肌腹垂直，一提一松，双手或单手交替进行。重复操作 3～10 次。

3. 颈椎旋转法 令患者自然放松颈项部肌肉。术者一手持续托起下颏，一手扶后枕部，使颈部略向前屈，下颌内收。双手同时用力向上提拉，并缓慢地左右旋转头部 5～10 次，以活动颈椎小关节。最后用力将下颌向一侧作稳妥斜扳，即可听到清脆之响声，立感颈部舒适。

4. 抖臂 以揉捏搓拿手法作用于上臂，放松上臂肌群，然后用牵抖手法抖臂数下结束。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：346－347

【手法操作】

1. 方法1

(1)四指并拢按揉颈后及颈椎两侧30次，至局部发热为准。

(2)拇指与四指相对，捏拿肩筋30次，拍打颈部30次，然后大拇指在颈部自上向下推30次，再按揉颈中、落枕穴、肩中各1分钟。

(3)用手掌小鱼际部着力摩擦颈、肩部，约20次。

(4)侧扳颈部，可由家人或医生进行；以左侧落枕为例，病人取坐位，充分放松，术者站于其后，右手托住颈部的左侧，左手扳于头额的右侧，两手成相反用力方向. 先将头向右侧稍旋转，然后将头向左侧稍加力扳动，使其发出“卡咯”的弹响声，完成后，以同样的方法向右侧扳动，这样两侧扳动，效果更好。

2. 方法2 患者取坐位，施术者立于病者背后。

(1)先用拇指指腹在患侧颈项及肩背部轻揉2～3分钟，用力要柔和。

(2)用拇指峰按压颈肩处痛点1～2分钟，用力由轻到重。

(3)术者一手扶头，另一手拇、食指指腹轻轻按揉风池、风府、天柱、肩井等穴，3～5分钟。

(4)先用双手掌揉肩背部3～5遍，再用虚拳轻轻捶击肩背部数遍。

【文献出处】 王平，徐树楠. 手到病除[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1993：327～328

【手法操作】

1. 患者坐位，用轻柔的滚法、一指禅推法在患侧颈项及肩部治疗，配合轻缓的头部前屈、后伸及左右旋转活动。再用拿法提拿颈项及肩部或弹拨紧张的肌肉，使之逐渐放松。

2. 患者坐位，主动放松颈项部肌肉。用摇法治疗，使颈项作轻缓的旋转，摇动数次后，在颈部微向前屈位时，迅速向患侧加大旋转幅度作扳法，手法要稳而快速，旋转幅度要在病员能忍受的限度内。

3. 患者坐位，按、拿风池、风府、风门、肩井、天宗等穴，手法由轻至稍重。再拿颈推棘突两侧肌肉。最后可在患部加用擦法和热敷，以活血止痛。

【注意事项】 头颈部扳法，不可强求有弹响声。疼痛甚者(颈项不敢转动者)，可先按揉患侧天宗穴2～3分钟，并嘱患者轻缓转动颈项，当疼痛稍减后，再用以上方法治疗。颈项部保暖，不宜睡高枕。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：586

【手法操作】 患者端坐，医生先用轻柔滚法在患侧颈项及肩部治疗，同时配合头部轻而缓的屈伸和旋转活动，然后提拿颈项部及肩部，使肌肉放松。在肌肉放松的基础上，使用摇法治疗(图19－35)，摇动数次后，颈部微向前屈，迅速向患侧加大旋转幅度，手法要稳而快。患

者体位同上，医者按、拿风池、风府、风门、肩井、天宗及阿是穴，手法宜由轻到重。然后再拿颈椎棘突两侧肌肉。最后可在患部加用擦法治疗。

【注意事项】

1. 颈项部注意保暖，防止受凉。

2. 睡眠时枕头要高低适宜。

3. 可配合热敷治疗。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：194－195

【手法操作】

1. 基本操作法 ①患者取坐势，医者立其后侧。用一指禅推或拿或拇指按揉法在颈椎旁开1.5寸的软组织处（以患侧做重点治疗部位）约5分钟。掐法施治于肩胛骨上方（以患侧做重点治疗部位）约3分钟。②仍取上势，医者为患者缓缓地做颈部的被动运动，包括前屈、后伸、左右旋转、左右侧弯，每个方向分别为10遍。在做被动动作时，最好另一手操作滚或按揉法于有关部位。③拿肩井、搓肩背计1分钟。④热敷于有关肌痉挛处。

2. 随症加减法 ①胸锁乳突肌痉挛者：在基本操作法第1、2步完成后，医者用食、中、无名指指腹在患侧上下往返地做指揉法10分钟；按揉风池穴30秒；接着完成其余基本操作法。②斜方肌痉挛：在基本操作第1、2步完成后，医者用拇指指腹按揉患侧的肩井穴1分钟；用掐法或拇指按揉法在患侧肩胛骨内侧缘5钟。随后完成基本操作法第3、4步。③肩胛提肌痉挛者：在完成第1、2步基本操作法后，医者用拇指指腹按揉患侧的上4个颈椎棘突旁的软组织及肩胛骨内上角，分别为5分钟。随后完成其余两步基本操作法。

【注意事项】

1. 推拿治疗本病的疗效确切、迅速。但是，在本病发生后，切忌随意扳动，防止发生意外。

2. 推拿治疗本病过程中，手法宜轻柔，避免施用强手法，以免引起肌肉的更加痉挛。

3. 经常发生落枕的患者，睡卧时垫枕高低要适当，并注意颈项部保暖。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：740－741

【手法操作】 患者取坐位。医生站于其后，先以一手拇指按揉患侧风池、天宗、曲垣、扶突穴，以通络止痛。一般在按揉风池、天宗两穴后，颈部疼痛即可减轻，活动范围也扩大。然后以滚法操作于患侧颈肩部，重点部位是肩胛骨内上角、胸锁乳突肌后缘中点。接法操作时，另一手按住患者头顶做缓慢颈部被动运动。接着医生以一手托住患者下颏，一手托住枕部，令患者放松颈部肌肉，微微向前屈颈，缓缓将患者颈部向患侧旋转，待病人觉旋转受限时，稍维持于此位置片刻，然后迅速而小幅度加大旋转幅度，使痉挛肌群得到适度牵拉，以缓解肌紧张。最后拿颈项，拿肩井，按天宗，结束治疗。如为颈椎错缝者，可按颈椎旋转复位法操作，以正骨复位或辨证加减。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：337

【手法名称】 郑怀贤正骨手法——颈部端法

【手法操作】 一手托下颌，一手扶头枕部，将头颈行左右前后旋转摇晃，在左右旋转放松

筋肉时，骤然向痛处旋转达最大正常活动度，即可听到复位弹响声。然后再向健侧旋转1次。术毕于颈两侧行揉、推、摩擦手法2~3分钟。

【注意事项】 扳法操作时动作必须果断迅速，用力要稳，两手动作配合要协调，扳动幅度不能超过各关节生理活动范围。老年患者慎用，强直性脊椎病、脊椎结核、肿瘤患者禁用。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：57

【手法名称】 棘突旁拇指按摩法

【手法操作】 患者正坐，术者立于背后，以右手拇指在患侧棘突旁2 cm处由上而下按压，当患者感到酸痛难忍时即为神经根嵌压部位，这时应在此部位用右手拇指用力按压并上下弹拨，直至患者感到颈项部疼痛减轻或消失，活动灵活时手法结束。此手法中的按压法可使神经根张力增加，上下弹拨法能使神经根理顺，解除嵌夹，恢复正常解剖位位置。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：33~35

【手法名称】 松颈摇颈法

【手法操作】 病人取坐位，自然放松，医者站其侧后方。

1. *松颈法* 用滚法在患侧颈肩部治疗数遍，拿颈部两侧肩井3~5遍，拇指点按两侧风池1分钟；再用弹拨法施于患侧胸锁乳突肌3~5次，使紧张、痉挛的肌肉得到放松，疼痛得以缓解；再用揉法治疗数遍结束松颈治疗。时间15~20分钟。

2. *摇颈法* 如病变在右侧，则医者站在其侧后方，以右手托下颌，左手按头顶部，双手同时将头部作反方向小幅度慢慢摇动，待颈项肌肉放松后，使头项部尽量向右旋转至最大可能范围，维持片刻后使其回复正中位，重复3~5次；其间作健侧摇颈1~2次，使颈部旋至正常幅度。在向患侧摇颈过程中，应密切观察病人的表情，及时询问病人的疼痛情况，手法以病人能耐受为宜。此时病人颈项强痛多大减，活动幅度趋于正常，再用两拇指同时按压双侧肩井穴，嘱病人颈部顺时针与逆时针交替旋转，动作要缓慢，旋转幅度由小逐渐增大至病人可以耐受的幅度范围，交替3~5次，再用揉法从上至下理顺颈部诸肌，结束治疗。

【注意事项】 在推拿过程中，动作要轻巧，切忌暴力，以免引起病人疼痛加重而产生恐惧心理，从而导致肌肉紧张，降低疗效。一般患者治疗1次后，大多疼痛消失，活动轻松自如。可嘱患者常做有规律的颈部前后左右旋转动作，以巩固疗效，减少复发。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：37~39

【手法名称】 落枕的一指禅推拿

【手法操作】

1. 用一指禅推法，从风池到大杼（膀胱经）来回推3~6次。

2. 滚大椎（督脉）、肩井（胆经）、颈部两侧大筋，拿风池、肩井，按风府、大椎。

3. 转头。用双手分托患者头顶和下腭部，在头颈生理活动范围内行摇法，先轻轻转动，与病人谈话分散注意力，然后把头突然转向健侧，闻及弹响声即可。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：91

【手法操作】 坐位。医者站在患者的疼痛侧，一手的五指扣扶头顶部，往健侧慢慢旋转，另一手拇指触诊，以风池穴开始，用适当的指压力走行下滑至肩胛骨，重复3～4次，由轻到重。把头部转正，手放开。医者一手握患者疼痛的胳膊，往前上举起，用适当的力往上提一下再放下来，一手扶肩部，拇指顺肩胛上角，其余指用适宜的指力顺肩胛骨边缘走行下滑2～3次，内在肌筋神经顺通，再用双拇指从上而下把肌筋及颈副神经拨正，用双手托两侧的面颊部，左右转动，由健侧向疼痛侧速转一下，仰后面转向前，用力轻抬仰面，轻放下。用单拇指再检查一下，肌筋和颈副神经是否已正。手法完毕，再热敷一下效果更好。

【文献出处】 罗金官著.罗氏正骨心法秘诀[M].北京：科学技术文献出版社，1995：169

【手法操作】

1.指掐一扇门、二扇门穴 嘱患者取坐位，医者立于患者的一侧，以两手拇指的远端，同时各作掐法，分别治疗患者一手的一扇门穴及二扇门穴。持续治疗数下后，嘱患者作缓慢的头部旋转运动，先向一侧旋转，持续二三下后，再向另一侧旋转，也持续作二三下。

2.指揉项部 患者仍取坐位，医者立于患者的身后，以“单手拇指揉法”治疗患者的项部，持续治疗数分钟。手法的力度须小，动作应缓慢。

3.局部湿热敷 患者及医者的体位如上，医者以湿的热毛巾，敷于患者的颈项部，待毛巾的热度不足时，即予更换；如此更换，持续2～3次。

【注意事项】

1.经推拿手法治疗后，患者不可立即睡卧，勿立即俯首。

2.睡卧时，须低枕仰卧。

3.注意颈项部保暖，头尽量置于正中位。

4.斜扳法虽对滑膜嵌顿者有效，但不提倡使用。

【文献出处】 金德康，曹仁发.中医推拿临床手册[M].北京：人民卫生出版社，1996：486

【手法操作】 患者端坐，术者站于患者背后，先用小鱼际肌在患者颈项部和肩胛部肌肉上依次揉摩10～15次，揉摩之后，术者用拇指和食指捏拿颈项部患处，捏拿时手指与肌腹垂直，一提一松，双手或单手交替进行，手法强度以患者感到患处酸胀，微痛为宜。重复操作5～10次。上法术毕，嘱患者自然放松颈项部肌肉，术者一手托起下颏，一手扶后枕部，使颈略前屈，下颏内收，双手同时用力向上提拉，并缓慢地左右旋转头部5～10次，以活动颈椎小关节，最后用力将下颏向一侧作稳妥斜板，即可听到清脆之响声，立感颈项部舒适。

【文献出处】 薛传疆，姚红主编.现代推拿学[M].北京：中国中医药出版社，1997：269

【手法操作】

1.旋颈手法

(1)坐位，术者用拇指反复推揉痉挛肌肉，然后按压风池、风府穴。

(2)用鱼际或掌根推揉肩部肌肉，提捏斜方肌，被动运动肩关节，放松肌肉。

(3)按摩两侧颈肌使其放松，在此过程中逐渐按压头部使其屈曲，以放松颈后肌肉。

(4)两手托住头部，慢慢旋转、屈伸，使颈部肌肉放松，然后一手托住下颌部，另一手置于枕部旋转至肌肉相当紧张时，乘其不备，稍稍加速摇转，增加旋转度为10°～15°可放松牵拉紧

张的肌肉。但动作要轻柔、正确，绝不能用暴力硬摇，以免加重损伤引起不良后果。

2. 点穴弹筋法

(1)点穴按摩：用拇指按压压痛点，达到分筋拨络作用。

(2)弹筋：用两手指挟持该肌肉，向上提起后迅速松掉，起到弹拨作用，使气血通畅，肌肉松弛。

(3)理筋：用拇指理顺项韧带及棘上韧带，顺肌肉起止方向，平稳施压。

【文献出处】 栾明拥编. 栾氏正骨[M]. 北京：中医古籍出版社，1999：403－404

【手法名称】 副神经按摩法

【手法操作】 术者立于患者后方，一手轻扶按于患者头上，另手轻按于患者患侧颈部外侧。一边轻轻摇动或转动患者头部，使患侧颈部肌肉随之舒缩活动，易于在体表摸清；一边用另手配合其活动，触摸斜方肌及胸锁乳突肌，探明二者的位置，并在其夹角处，斜方肌的前方找寻副神经。此处可触及一向后下斜行的小纤维索，触压之有较明显的酸胀痛，并影响及颈肩部，此纤维索即为副神经。对副神经进行揉、推、弹拨、按压等手法，此时患者有明显的酸胀麻痛感，再对周围组织进行轻揉的放松手法即可。

【注意事项】

1. 提弹手法对解痉有特别明显效果，操作时一定要摸准、拿稳，提弹时快速有力，1～2 次即可，因其刺激较强，连续多次提弹，易出现虚脱现象。

2. 若疼痛涉及胸锁乳突肌，对其进行按摩时宜用轻柔的揉、推、捻等手法。因胸锁乳突肌较薄弱，过重的手法可使其痛加剧。

【文献出处】 赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：79

【手法操作】

1. 点穴法 用拇指指腹按压压痛点及其邻近穴位如肩中俞、肩井、肺俞、曲池。

2. 拿捏法 用双手拿捏颈肩肌肉，向上提起后迅速松开，起到弹拨作用使气血通畅，肌肉松弛。

3. 搓颈法 用双手掌或双手虎口对置患者颈部两侧，从枕后轻轻对搓至两肩。

4. 理筋法 按摩颈肩部肌肉，用拇指推顺项韧带及棘上韧带，顺肌肉起止方向，平稳推压。

5. 旋转法 术者一手扶住患者后头部，另一手托住下颌部，左右缓缓摇摆，然后乘其不备，骤然将头部向右侧旋转，动作较为迅速，用力要适度不可过猛，以听见关节响声为度。如患者无明显不适，可再作一次向左侧旋转，如有关节弹响声，可增加患者舒适感。

6. 牵引法 患者坐低凳上，术者一手托住患者下领，一手托住患者枕部，两手同时用力向上提。如患者颈部紧张，则有提不动的感觉，此时应嘱患者意念放松颈部肌肉，然后缓慢向上拔伸提拉，此种牵引拔伸手法有理顺筋络、活动关节的作用，1 次牵引 1～2 分钟，可将头部缓缓向左右、前后摆动并旋转 2～3 次。

【注意事项】

1. 注意睡眠姿势，不使用过高、过硬枕头。

2. 加强颈部肌肉锻炼，运动前应做好准备活动。

3. 民间在治疗落枕时用强力猛扳脖子的手法一定要注意，如果遇到先天性颈椎畸形时，用

力过猛有使颈椎脱臼,引起当场致命的危险。

【文献出处】 钟蓝.痛证推拿[M].北京:科学技术文献出版社,2001:309-310

【手法操作】

1.点穴理筋法

(1)点穴:用拇指指腹按压压痛点及其邻近穴位如肩中俞、肩井、肺俞、风池等。

(2)拿捏:用双手拿捏颈肩肌肉,向上提起后迅速松开,起到弹拨作用使气血通畅,肌肉松弛。

(3)搓颈:用双手掌或双手虎口对置患者颈部两侧,从枕后轻轻对搓至两肩。

(4)按摩理筋:按摩颈肩部肌肉,用拇指推顺项韧带及棘上韧带,顺肌肉起止方向,平稳压。

2.颈推摇晃(或旋转)法 术者一手扶住患者后头部,另一手托住下颌部,左右缓缓摇摆,然后乘其不备,骤然将头向右侧旋转,动作较为迅速,用力要适当不可过猛,以听见关节响声为度,如患者无明显不适,可再作一次向左侧旋转,如有关节弹响声,可增加患者舒适感。

3.颈部牵引手法 患者坐低凳上,术者一手托住下颌,一手托住枕部,两手同时用力向上提。如颈部紧张,则有提不动的感觉,此时应嘱其注意放松颈部肌肉,然后缓慢向上拔伸提拉,此种牵引拔伸手法有理顺筋络、活动关节的作用,1次牵引1~2分钟,可将头部缓缓向左右前后摆动并旋转2~3次。

【注意事项】 对单纯肌肉痉挛者,使用理筋手法即可,对伴有颈椎小关节错位者,应配合颈椎旋转复位法。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编.中国手法诊治大全[M].北京:中国中医药出版社,2001:464

【手法操作】

1.患者端坐,双手自然下垂,医者先用双手小鱼际在患者颈部和肩部肌肉上依次由上而下,自内而外按揉,然后用一指禅推法,在患侧颈项及肩部治疗,往返数次。

2.医者用双手交替在患侧颈肩部用滚法治疗,滚时用力相对轻柔,以患者能忍耐为度。

3.医者立于患者后侧,用双手同时拿捏两侧颈肩部,但患侧手法应略重于健侧,拿捏时医者手指与患者肌腹垂直,即纵行肌腹横向拿捏,横行肌腹纵向拿捏。一拿一松,力度以使患者感到肿胀、微痛为宜。

4.患者端坐,自然放松颈部肌肉,医者立于患者背后,双手持续托起下颌,用力上提,牵引拔伸颈部,同时缓慢地在左右前后摇动头顶部,幅度由小到大,并迅速向患侧作扳法,手法要稳而快速。

5.医者以拇指按风池、风府、风门、肩井、天宗、后溪、悬钟、落枕等穴位。有气胀麻感为度。最后用擦疗法以活血止痛结束。

【注意事项】

1.疼痛甚者,可先按揉患侧天宗穴2~3分钟,并嘱患者轻微活动头部,当疼痛稍减后,再用以上方法治疗。

2.注意颈项部保暖,睡枕不宜过高。

3. 平时注意颈项部的活动，切勿一个姿势时间过长。

【文献出处】　李明磊主编. 推拿学[M]. 北京：科学出版社，2002：135－136

第四节　颈部软组织扭挫伤的治疗手法

【手法操作】　取坐位。按摩时使用舒活酒。先于患部作表面抚摩 10 次左右，再治伤肌，从颈上部向下外侧直到肩胛部进行揉捏 6～10 次，先轻后重，揉捏后立即提弹 1～2 次，然后摇晃头颈部，揉按颈后长肌、斜方肌、胸锁乳突肌，揉肩井、肩外俞、大杼、风池，再将头向四方旋转摇晃。在摇晃的同时，可与患者交谈乐事，以转移和分散其注意力。待患者精神舒畅，注意力诱开时，将头向伤侧作快速而敏捷的扳动（伤在右即向右扳，伤在左即向左扳），当时可听到响声，颈肌立即松弛，头颈可马上自行转动。若扳动后还有不适的感觉，可从风池穴向下、外方分推及轻揉，最后抚摩颈后部，不适之感则可迅速消除。

【文献出处】　郑怀贤. 伤科按摩术[M]. 成都：四川人民出版社，1964：121

【手法操作】

1. 依次找到特定压痛区，用指压法点压按揉片刻，如头夹肌乳突后下缘附丽区、前斜角肌第一肋骨附丽区指压。对肩胛提肌、胸锁乳突肌、前斜角肌可施弹拨法，拨动时间在 30 秒钟之内或感觉肌肉松弛即可。斜方肌肌腹采用提捏法宜奏效，其上部肌腹用双手提捏作用而大，效果好。

2. 上法功效不达时，酌情采用侧扳或转颈法。侧扳法用于斜方肌、肩胛提肌的慢性损伤肌痉挛明显者。患者正坐，头颈微前屈。术者一手拿病侧上臂的近端，另一手掌按住头部，将头缓缓推向健侧；遇阻力时，速推头颈使之充分侧屈；然后头部复正；对头半棘肌、胸锁乳突肌可用转颈法。患者正坐，术者以右掌托住下颌，拇指按颧弓下凹处，另手拇指压患侧颈椎棘旁痛点处，头部前屈，向患侧后方扭转颈部；手掌遇阻力时，速扭头颈。按痛点的拇指同时施压；然后头部复正。上述两法操作中均可闻到肌肉弹响声。颈肌损伤急性者手法治疗数次能见功效，慢性损伤一般 10 次为 1 个疗程，有效者间隔 1 周接续治疗。

【注意事项】

1. 操作前须审读颈椎 X 线片，排除颈椎骨折、肿瘤、结核、类风湿与环枢椎畸形。

2. 本症的治疗应侧重于松解颈肌，不必多次扭转颈椎来维持正常颈椎曲线。

3. 急性小关节损伤整复后，需平枕仰卧静息 1 周，始可进行颈部活动。

【文献出处】　王福根. 常见软组织损伤手法治疗. 北京：人民军医出版社，1981：57－60

【手法操作】　患者取坐位，术者立于患者身后，用拿揉法，反复拿揉颈后上、中、下三脉。再拿揉前膀胱脉和后膀胱脉。然后用双手大鱼际反复滚揉颈后上、中、下三脉及肩井脉处，由上至下，使其凝结之气血消散，使扭伤痉挛之肌肉缓解放松。再用双手实拳捶打法，捶打颈肩部。再用拍打法，拍打颈肩部及上肢四面，以促使其肌肉充分放松，用此手法一般 1～2 次即可治愈。

【文献出处】　葛长海，李鸿江，葛凤麟. 捏筋拍打疗法[M]. 北京：北京科学技术出版社，

1986:110－111

【手法名称】 颈背肌扭伤的治疗手法

【手法操作】 患者坐于凳上，着薄衣，将患侧手置背后，肌肉放松。术者立于患者背后（以右侧为例），用左脚蹬在患者坐的凳上，用膝盖托起患侧手臂并用手向上提之，提至患者指尖可触及对侧肩胛骨为度。此时，患侧肩胛骨下角即可由胸壁翘起，术者用右手扶持患肩，固定躯干，用左手拇指伸入翘起的肩胛骨前方（即肩胛与胸壁之间），用力由下向上边推边揉边向上移动，用指尖拨动痉挛的肌肉使其舒展，反复4～5次。然后放下患者前臂：术后患者均能感到疼痛消失并有轻快舒适的感觉。如尚有不适，可在前手法后，术者用一手压紧颈后患侧肌肉与肌腱，另手按在患者头顶，使其强作低头并向健侧旋头活动或在此位置上停留4～5分钟，使颈背肌得到牵引舒展。最后再用手法弹提患侧颈肌数次，多能一次治愈。

【文献出处】 湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986:236

【手法操作】

1. 点按风池、天柱、肩井、阿是穴以镇痛，每穴各1分钟。

2. 以揉捏拿滚手法放松伤部筋肉。

3. 弹拨痛性筋索。

4. 缓缓牵引旋转颈部，以平复关节错缝。需持续缓慢，顺其自然，切忌刚猛粗暴。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993:345

【手法操作】 患者正坐，医者站立于患者背后。

1. 一手扶住患者头部，一手以拇指点按风池、天柱、风府、肩井、肩外俞等穴，而后以拇指在所点之穴由上而下推揉，反复数次。

2. 以拇指与其他四指相对、轻轻捏拿颈项及肩部肌肉数次。

3. 用双手大鱼际按压在颈部肩部疼痛之筋肌上，作前后捻散反复数次。

4. 以右侧伤筋为例，医者在患者背后，用双手拇指放在枕骨后方（相当于风池穴的上方），双手余四指托住下颌，双前臂压住患者双肩。将头向左侧方提起，同时作环转摇晃，逐渐将患者头向右后方旋转。

【文献出处】 陈志敏，陈湘伟. 实用推拿治痛法[M]. 北京：中国医药科学技术出版社，1993:53－54

【手法操作】

1. 患者坐位，医者站其后，在患部做滚法持续3～4分钟。

2. 双手拇指放在患者枕骨后方（相当于风池穴的上方），余四指托住下颌，双前臂压住患者双肩，将头向左侧方提起，同时作环形摇转，逐渐将患者头向右后方旋转。

3. 一手拇指、食指捏住颈部僵硬之筋，反复提捏5次。

4. 双手大鱼际压在颈肩部疼痛之筋肌上，前后捻散反复数次。

【注意事项】 手法要轻重适宜，切忌暴力，一般以患者能忍受为度，以免增加新的创伤。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：195

【手法操作】

1. 点穴法 正坐凳上，医者站在患者背后，逐次点压痛点、百会、风池、天柱、大椎、肩井等穴。

2. 揉捻法 医者用拇指指腹在疼痛处作由上而下的揉捻，反复几次。

3. 滚法 用小鱼际部在肿痛处作滚法 2～3 分钟。

4. 捻转法（以右侧伤筋为例） 患者正坐凳上，医者在患者背后，用双手拇指放在患者双枕骨后方，双手心及四指托住下颌，双前臂压住双肩，将头向左侧方提起，同时作环转摇晃，逐渐将头转正。在保持提起的牵引下，将头做前屈、后仰，各做一次后再转向左侧。医者倒手，用左手托住下颌，左肩与右枕部抵住患者枕部，用右手拇指按压伤筋处，自上而下用揉捻法。揉捻同时，将患者头向右后方旋转。

5. 推按法（以右侧伤筋为例） 患者正坐凳上，医者站在患者右侧，以右手手掌推按住伤处的上方，左手拿住患者右手手指，并使其屈曲，然后双手缓缓用力，向相反方向推按，使颈部肌肉舒展。

6. 提捏法 患者正坐凳上，医者站在患者背后，用一手拇、食两指拿捏住颈部僵硬之筋，提捏数次。

7. 捻散法 患者正坐凳上，医者在患者背后，用双手大鱼际按压在颈部肩部筋肉上，前后捻散之。

8. 旋转复位法 对于有颈椎关节错缝的患者，可以采用此手法。患者坐位，医者站立后侧方，一手托住其下颏向同侧方旋转。另一手拇指顶按住患椎棘突旁，当颈部旋转到有阻力时，用快速的动作突然扳动。与此同时，顶按棘突的拇指要协同使颈向对侧推按，此时常可听到“嗒嗒”响声，同时拇指下有棘突移动感，表示手法成功。应用此手法必须谨慎，颈部旋转幅度不易过大，手法不可粗暴。

【注意事项】 以上手法对颈部扭挫伤效果良好。一般以患者能耐受为度。不可手法过重，以免加重损伤。若损伤较严重，疼痛剧烈，有神经症状，应配带颈托，卧床休息 1 周，也可配合牵引，以减轻肌肉痉挛。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：323－424

第五节 颈椎间盘突出症的治疗手法

【手法名称】 颈椎间盘突出操作方法

【手法操作】

1. 病人取坐位 先用推法施于颈部和肩部（天柱、大椎、肩井），接着用按法施于脑户、大杼、肩井、肩中俞，再用滚法施于上述部位。进行滚法治疗的同时，配合头向扳及左右转侧的被动运动。

2. 病人取仰卧位 用滚法施于患侧上臂内侧及前臂至腕部。

3. 病人取坐位　重复第一法，接着拿肩井、合谷结束之。

【文献出处】　上海中医学院附属推拿学校. 推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：179－180

【手法操作】

1. 取穴　脑户、天柱、肩井、大椎、肩中俞、大杼、合谷。

2. 手法　推、滚、拿、按。

3. 操作

(1)病人取坐位。先用推法施于颈部和肩部(天柱、大椎、肩井)，接着用按法施于脑户、大杼、肩井、肩中俞，再用滚法施于上述部位。进行滚法治疗的同时，配合头向前后及左右转侧的被动运动。

(2)病人取仰卧位，用滚法施于患侧上臂内侧及前臂至腕部。

(3)病人取坐位，重复第(1)法，接着拿肩井、合谷结束。

【文献出处】　上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1961：72

【手法操作】

1. 手法　滚、拿、牵引旋转，提端加压旋转手法等。

2. 手法操作

(1)滚法：拿法操作与颈椎病治疗相同，主要目的在于放松肌肉，为以下手法操作做准备。

(2)牵引旋转法：患者仰卧，头部探出床边外，助手用双手扳住患者的双肩，术者坐在患者头前方，一手托扶枕骨下方，一手抱住下颌体，与助手沿颈椎纵轴稍向后方(轻度仰头)做对抗牵引，力量由小到大，然后在维持牵引情况下，使头做左右旋转动作，左右旋转度数一般不超过45°(图19－36)。

(3)提端加压旋转法：患者正坐位，术者站在患者一侧，一手托下颌，一手扶枕后部，头稍后倾，一助手用大指按紧突出部位，术者用双手沿颈椎纵轴向上牵引，边牵引边左右旋转，在保持牵引及左右旋转的情况下，突然加大旋转角度，将患者头部由患侧向健侧旋转(有时能听到小关节弹响声)，手法使用时要做到有力、灵活、协调(图19－37)。

(4)用点按法按肩髃、曲池、合谷等穴。

(5)用搓法放松上臂及前臂的肌肉。

【注意事项】　可配合其他疗法。

1. 牵引：一般采用坐位枕颌布托牵引，每日1～2次，牵引重量重1.5～2.5 kg。症状严重者，可用卧位持续牵引。

2. 可配合用坎离砂或腾药热敷。颈椎间盘髓核突出症，通过以手法为主的治疗，大多数可以好转和痊愈。只有极少数患者，效果不显，疼痛严重，经久不愈，可以考虑手术治疗。

【文献出处】　季根林. 推拿简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1981：62－63

【手法操作】　取坐位，术者站于患者后面。先用拇指或食指推揉压痛点，从周围至中心，由轻到重地刺激椎间盘突出一侧压痛部位。而后术者一手托住患者一侧下颌，另一手扶住另一侧枕骨部，轻轻左右晃动颈部几下；再将颈部向左旋至颈肌相当紧张时，乘患者不备之际，稍

图 19－36　牵引旋转法

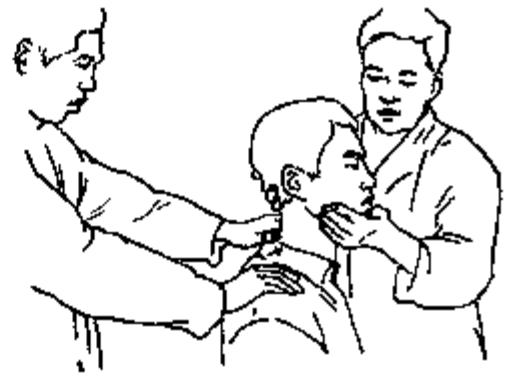


图 19－37　提端加压旋转法

稍加快加重摇转手法，此时可听到响声；同样手法向反方向操作一遍。术毕，第一助手站在患者的后面，两手分别按压患者两肩，两助手作对抗牵引 2～3 分钟。最后医者用双手提捏两肩部肌肉，并指压肩髃、肩贞、曲池、内关、合谷等穴位。

【文献出处】　陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：350

【手法操作】

1. 指揉项部　嘱患者取坐位，医者立于患者的身后，以“单手拇指揉法”治疗患者颈椎棘突的两侧。自上而缓慢地治向下，持续治疗 5～7 次。先治一侧，再治另一侧。手法须柔和。

2. 拿项部　患者及医者的体位如上，医者以“单手拿法”治疗患者的项部，自上而逐渐地治向下，持续治疗 3～5 次。先治项正中线的一侧，再治另一侧。手法须柔和。

3. 滚冈上肌　体位如上，医者以“单手滚法”治疗患者患侧的冈上肌处。先自冈上肌的内侧端始，逐渐地治向其外侧端；然后，再从其外侧端治向其内侧端，如此往返，持续治疗数次。在治疗过程中，勿使患者的躯干有明显的晃动。

4. 滚肩胛间区　体位如上，医者以“单手滚法”治疗患者患侧肩胛骨内侧缘与脊柱之间的区域，持续治疗数分钟。勿使患者的躯干有明显的晃动。

5. 滚上臂　患者仍取坐位，医者立于患者的患侧，以一手托住肘部的前面，使患者患侧上臂的背面朝天；用另一手以滚法，治疗患者患侧上臂的背面。先自其远端始，逐渐治向近端；然后，再从其近端治向远端。如此往返，持续治疗 3～5 次。

6. 滚前臂　患者仍取坐位，医者立于患者的患侧，以一手托住患者患侧前臂的前而，使患者患侧前臂的背侧面朝天；用另一手以滚法，治疗患者患侧前臂的背而。先自其远端始，逐渐地治向近端；然后，再从其近端治向远端，如此往返，持续治疗 3～5 次。

7. 拿腋前　患者及医者的体位如上，医者以居于患者后面的一手，托住患者患侧的上臂；而用居于患者前面的一手以拿法，治疗患者患侧腋前而的区域，持续治疗数下或十数下。手法须柔和。

8. 指拔极泉穴，指拔小海穴　体位如上，医者以“单指拨法”依次治疗患者患侧的极泉穴及小海穴，各持续治疗数下。

9. 捻手指　体位如上，医者以“单手捻法”治疗患者患侧的手指。自拇指始，依次治疗食指、中指、无名指、小指；或自小指始，依次治疗无名指、中指、食指、拇指。

【注意事项】

1. 低枕仰卧于硬板床。

2. 在日常工作及生活中，应经常将头置于正中位，避免屈伸过度或侧屈、旋转过度。

3. 症状严重者，在白天可使用颈托。

4. 应预防呼吸道感染，避免咳嗽、喷嚏。

【文献出处】 金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：418－420

【手法操作】

1. 按揉捏肌法 在牵引之后，患者仰卧治疗床上，术者一手托患者枕部，另一手拇、食指置颈项两侧风池穴，按揉3分钟，自上向下达肩井穴，反复按揉，捏拿颈项部肌肉，以松弛紧张。手法力量宜轻柔，不可过大。

2. 牵引推揉点穴法 患者于颈椎中立位或轻度前屈位用颈椎牵引架牵引，达15分钟，重量以舒适为度，并可逐渐加大重量。牵引完后，患者坐位，两臂自然下垂，放松，术者立于后方，以拇指指腹分别推揉、按摩颈椎两侧，自上而下至两侧肩井穴，3～5分钟，分别点按两侧风池、肩井、天宗、曲池、合谷及大椎穴。

【注意事项】

1. 手法要纯熟，用力均匀持久，柔和，深透。

2. 可选取一定经络穴位，如足太阳膀胱经、足少阳胆经、手太阳小肠经、手少阴三焦经等。

3. 复查拍片，排除其他颈椎器质性病变，如骨质疏松、颈椎结核、颈椎肿瘤等，则不宜施行牵引、推拿手法。

4. 注意力要高度集中，务必求稳、求准，切忌苛求复位弹响等。

5. 临床愈合，应避免颈部活动过度，防止复发。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：999

第六节 其他颈部疾患的治疗手法

【手法名称】 前斜角肌综合征的治疗手法

【手法操作】

1. 在颈项部用轻柔的一指禅推法、按法、揉法、拿法治疗，以放松颈项部紧张的肌肉，重点在颈部的前斜角肌起止点。

2. 先在患侧“桥弓”用推法，手法宜深沉缓和。再沿胸锁乳突肌后缘用拿法、揉法，然后在天鼎穴自前向后按压弹拨，手法要求轻柔而有节律，同时配合头部向健侧侧弯被动活动。

3. 用拇指在锁骨中1/3后缘（缺盆穴）自前上方向后下方（对准第一胸椎前方）按揉弹拨，手法宜轻柔缓和。

4. 在颈项部用滚、按、揉等手法治疗，重点在前斜角肌体表投影区。最后可用擦法沿前斜角肌纤维方向治疗，以透热为度，还可配合热敷，但不宜太烫。

【注意事项】

1. 本病治疗以每日 1 次为佳，直至症状解除为止。

2. 在治疗期间用三角巾悬吊患肢，注意颈部保暖。

3. 本病经推拿治疗，大部分均能解除症状，少数无效者可改用其他方法治疗。

【文献出处】 上海中医学院编. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：88

【手法名称】 前斜角肌综合征的治疗手法

【手法操作】

1. 按压天鼎、缺盆穴。

2. 按压中府穴 30 秒钟，起手时拇指向上压滚。

3. 按压附分、魄户、膏盲、神堂等穴。

4. 术者立于患侧，面向前。以左手前臂自后侧插于患者腋下，前臂紧靠胸壁向上牵引 1 分钟。牵引结束时，术者左前臂在腋下旋前。

5. 按压极泉穴。

6. 术者立于患者后外侧，左手四指搭于肩上部，拇指顶于肱骨颈后侧。①右手持患腕向前外侧呈 45°拔伸，再后伸肩关节至最大限度。反复多次。②继而持腕向前伸，以肩关节为中心，将上肢先作顺时针方向旋转数次。再作逆时针方向旋转数次。③然后，再持腕用力向前外侧呈 45°拽拉。拽拉时，左手四指在肱骨头前侧内缘，拇指在肩胛骨上缘，用力捏压，并随伸拉而滑动弹拨。拽拉 4～5 次。

7. 术者两手掌在患肩前后侧旋转揉按，然后再滚揉上臂之内侧。

8. 术者左手托在肘后，右手持腕旋转肘关节 4～5 次。

9. 患肢伸直位，掌心向上。术者右手持腕，左手从患肘后侧插入，搭于患侧锁骨上，作伸直的杠杆作用，稍用力使肘关节伸直，持续 30 秒钟（图 19－38）。然后再用左手托于肘后侧，右手持腕旋转肘关节。

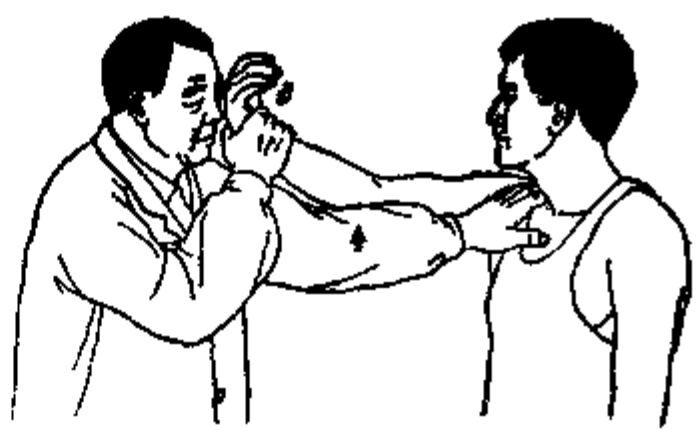


图 19－38

10. 按压阳溪、阳谷穴。

11. 术者两手持握患手掌两侧，掌心向下，进行牵引。在牵引下左右摇摆腕关节，并反复旋转。继面术者两拇指移至患手背侧并齐，并用力向上推耸一下，随即将两拇指横向交叉于手背上，向上横推捋按 3～4 次。再将每个手指捋按 3 次，最后，掌心向上，术者左手托于手背下，右手掌心朝下，顶住患指尖，使四指屈曲 3～4 次。

12. 术者右手放于头顶，使头向健侧偏斜，左手放于患侧肩顶上部，两手向相反方向分离推按，以牵引其患侧斜角肌。最后用食、中、无名三指在前斜角肌上按揉。

13. 术者在患者后侧，以右手掌大鱼际肌揉按患者之颈后下部。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：61－62

【手法名称】 前斜角肌综合征按摩手法

【手法操作】

1. 捏拿、提弹胸锁乳突肌法 患者正坐，颈部轻度前屈并稍向患侧弯曲，术者立或坐于后面。一手扶住健侧颞枕部，另一手的拇、食、中三指指腹从患侧乳突部附近起，自上而下轻快反复地捏拿、提弹胸锁乳突肌、直至锁骨上窝部。并以一手食指复揉压、弹拨患侧天鼎穴和缺盆穴。

2. 提拨前斜角肌法 术者坐于患者前面。一手托住患侧颞枕部，另一手拇指指腹置于患侧锁骨上缘和胸锁乳突肌外缘处，前斜角肌肌腹上反复进行揉拨。与此同时，托患侧颞枕部的手徐徐将头部倾向患侧，如此反复进行多次。并以一手食指反复弹拨患侧小海穴。

3. 肩关节对抗牵引法 患者正坐低凳上，患上肢上举，术者立于其患侧。一手握住其上举的腕部，沿其纵轴方向向上对肩关节进行轻度对抗性牵引。与此同时，另一手拇指指腹反复按放，弹拨患侧极泉穴。

4. 颈椎牵引、旋转法：体位和手法与颈椎病的颈椎牵引，旋转法相同。然后一手拇、食反复揉压、弹拨患侧云门穴。

【文献出处】 刘严. 按摩疗法[M]. 西安：陕西科学技术出版社，1987：54－55

【手法名称】 项韧带劳损与钙化常规按摩手法

【手法操作】 常用的手法为抚摩、揉捏、提拿、点穴等手法。此外，还可用提弹、拨筋、叩击等手法。

1. 提弹法 患者坐位，术者位于后，用拇指与食、中指，或拇指与其余四指，将项韧带提起，然后放开时用手指一弹。

2. 拨筋法 患者体位同前，术者用拇指或食、中、无名指，按于项韧带一侧，顺其走向的垂直方向，用力弹拨，反复进行。

3. 叩击法 用小鱼际或拳叩击项韧带部，自上而下，反复叩击。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：348

【手法名称】 颈椎管狭窄症的治疗手法

【手法操作】

1. 拿法 医者用手指提起颈部、上肢或下肢肌肉丰厚的部位，如上臂内侧、小腿后侧，提拿时方向与肌束垂直，拿起后维持片刻，让肌肉松开复原，以病人不感明显疼痛为度。

2. 抹顺法 患者端坐，医者用手掌由肢体的近端向远端推摩，再由肢体的远端向近端推，多作用于肢体外侧。

3. 深度按摩法 患者俯卧位，医者用手指、掌根或全掌进行按摩，也可双手重叠在一起操作，按摩力量较大，要求用力达深部软组织，用于大腿和小腿肌肉丰富处。

4. 拨络法 患者卧位或医者根据施术部位变换患者体位，用拇指加大劲力用强而快的手法与筋络循行方向横向揉动，或拇指不动，其他四指取与肌束、肌腱、韧带等方向，单向或反复揉拨，类似拨琴弦拨动四肢筋络和筋肉。

5. 擦法 患者取卧位，医者用手拿、大小鱼际、掌根或手指在皮肤上摩擦，用力均匀，颈部、

上肢、下肢均可运用，以皮肤微红为度。

6. 搓法 患者端坐，医生双手掌面夹紧患肢快速搓动，由肩部向腕部移动，连续3遍。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：905

【手法名称】 颈腰综合征的治疗手法

【手法操作】

1. 按揉法 患者俯卧，医者用掌根或拇指自患者上背部沿脊柱两侧足太阳膀胱经循行路线，自上而下进行按摩，下至臀部。

2. 点压法 术者用掌根按压棘突，自上向下，再以拇指点按命门、肾俞、腰阳关、志室、居髎、环跳、承扶、委中等穴。

3. 滚法 术者于足太阳膀胱经及督脉上行滚法。

4. 按抖法 两助手一人握住患者腋下，一人握住患者踝部，两人对抗牵引，医者双手重叠，按压抖动腰部，可按抖20～30次。

5. 蹬腿牵引法 患者仰卧，医者一手托住患肢踝关节，另一手握小腿，使患者屈膝屈髋，双手配合，使髋关节作被动的放置活动，顺时针、逆时针各5圈，然后嘱患者迅速向上作蹬腿活动，术者顺蹬腿方向用力牵引患肢，按作5次。

6. 屈膝屈髋法 患者仰卧，医者一手扶住患者双足部，另手扶住膝下部，使双膝、髋关节屈曲，使大腿接近腹壁，用力下压双膝，使腰部极度屈曲，可重复操作3～5次。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：952

【手法名称】 枕大神经痛的治疗手法

【手法操作】 患者取坐位，医者立于其后，用滚法先在颈肩部操作5～10分钟，以患侧为主。再用拇指揉法沿足三阳经自枕后至肩背部反复操作5～7遍，然后点按风府、风池、翳风、天容、天窗穴各1分钟。待疼痛稍有缓解、肌肉充分放松时，医者以右手环抱患者颈部，手搭左肩，肘托下颌，左手掌按于后枕部，缓缓用力向上牵引患者颈项，持续2～3分钟后放手，双手扶头两侧作颈部摇转活动，当向左转至尽处，以巧力猛然使劲，即可听到“喀喀”声响，然后向右作同样动作，结束手法。最后搓颈部及两肩1～2分钟。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：415

【手法名称】 颈部疲劳性疼痛的治疗手法

【手法操作】

1. 揉法 沿颈后由上至下反复揉按数遍，以放松颈部肌肉。

2. 拿法 患者端坐，医者站在患者身后，用拇、食、中指或其他四指，在患者颈部两侧做拿法，从枕部风池穴到大椎穴，由轻而重，再由重而轻，反复3～5次。

3. 推法 医者位置如上，医者用拇指由上至下推数遍，有热感为度。

4. 拨筋法 患者体位同前，医者站在患者身后或侧后身，用单手或双手拇指指腹外侧缘，对患者颈部僵硬的肌筋进行由里向外，由上往下拨3～5次。

【注意事项】 加强颈部功能锻炼，具体方法如下。

1. 颈部前屈后伸：随呼吸，头缓慢后仰望和前俯望地，各 3～5 次。

2. 颈部侧屈：在深呼吸下进行，吸气时头向左偏，呼气时使用头部还原。然后，在深吸气时使头向右偏呼气时头部还原。

3. 颈部旋转：头先向左侧转，继而自右侧旋转，反复 2～3 次，最后使头颈部做大回转动作，先向左侧回转 1 次，再向右侧回转 1 次。

4. 本病须注意工作姿势，尤其对长期从事埋头伏案工作者更为重要。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：307－308

（李义凯　叶淦湖　伍中庆）

第二十章　胸部疾病的脊柱推拿手法

【摘要】 本章介绍了自20世纪60年代以来胸椎疾病的各种推拿手法。从汇集的手法种类来看，治疗胸椎疾病的推拿手法众多。主要有按摩类和各种推、扳、压、旋等手法，其中较为典型的有20世纪70年代出现的冯天有坐位旋转复位、坐位后伸推顶复位及卧位复位等手法。

第一节　胸椎小关节紊乱症的治疗手法

【手法名称】 坐位旋转复位

【手法操作】 病人体位及助手动作同脊柱旋转复位法。医生正坐病人之后（以棘突右偏为例），右手从病人胸前向左伸抓握病人左肩上方，右肘部卡住病人右肩部。左手拇指扣住偏向右侧之棘突。按需要嘱病人作前屈、右侧弯及旋转动作，待脊柱旋转力传到拇指时，左手拇指协同用力把棘突向左上方顶推，立即可感到指下椎体轻微错动，且常伴响声，示复位。其余软组织手法同腰椎后关节紊乱症（图20－1）。

【注意事项】 术中嘱病人积极配合，屈曲角度要适宜，医生手法应轻柔、稳、准、巧。

【主治疾病】 适于有棘突偏歪者。

【文献出处】 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京：人民卫生出版社，1977：47

【手法名称】 坐位后伸推顶法

【手法操作】 病人体位及助手动作同脊柱旋转复位法。医生正坐病人之后，摸清后凸棘突后，以右（左）手掌心沟顶住后凸棘突，嘱病人尽量后伸，使上身重量尽量落在医生手掌上。左（右）手从病人胸前伸过，握拿腋前壁，借病人后伸之力，向后上方提拔，待病人后伸到最大限度，右（左）手掌按关节突关节面方向推顶棘突，可有如一法同样感觉而复位。医生正坐病人之后（以棘突右偏为例），右手从病人胸前向左伸抓握病人左肩上方，右肘部卡住病人右肩部。左手拇指扣住偏向右侧之棘突。按需要嘱病人作前屈、右侧弯及旋转动作，待脊柱旋转力传到拇指时，左手拇指协同用力把棘突向左上方顶推，立即可感到指下椎体轻微错动，且常伴响声，示复位。其余软组织手法同腰椎后关节紊乱症（图20－2）。

【注意事项】 术中嘱病人积极配合，后伸角度要适宜，医生手法应避免暴力。

【主治疾病】 适于单纯后凸者。

【文献出处】 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京：人民卫生出版社，1977：48

图 20－1 胸椎小关节紊乱坐位旋转复位法

图 20－2 胸椎小关节紊乱坐位后伸推顶法

【手法名称】 卧位复位法(适于单纯后凸者)

【手法操作】 病人卧位(或加助手上下牵引),医生站在病人侧方,一手掌心勾按住患椎棘突先徐徐用力,待病人呼气之末,按关节突关节面方向向前下方瞬间用力下压,可有与两法同样复位感觉。术毕后凸棘突可平复。随着棘突的拨正,椎体的位移必然纠正,因而不仅后关节的错位可以纠正,而且肋脊关节、肋骨横突关节的错位也可同时纠正,迅速解除症状。其余软组织手法同腰椎后关节紊乱症(图 20－3,图 20－4)。

【注意事项】 术中嘱病人积极配合,医生按压手法不要过重。

【主治疾病】 适于单纯后凸者。

【文献出处】 冯天有主编.中西医结合治疗软组织损伤[M].北京:人民卫生出版社,1977:48－49

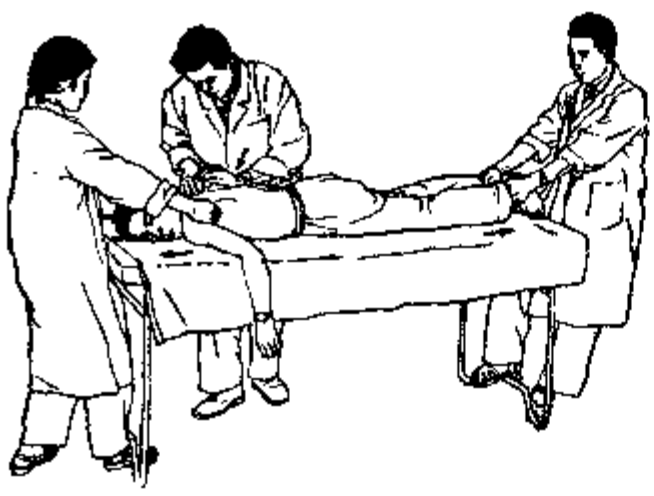


图 20－3 胸椎小关节紊乱卧位牵引下推压复位手法

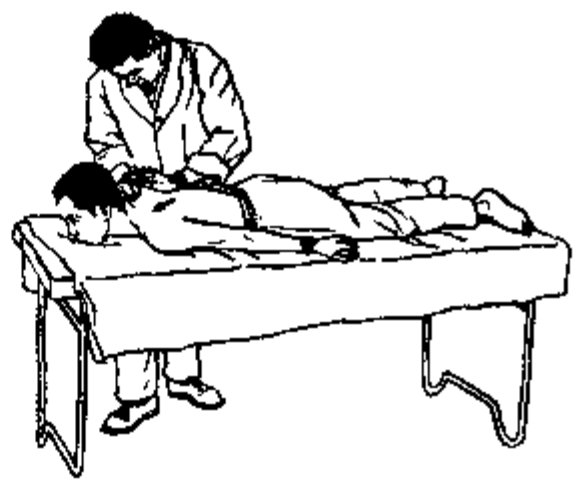


图 20－4 胸椎小关节紊乱卧位推压复位法

【手法操作】

1.背部病变者 患者要采取俯卧位进行手法。

(1)用按摩法,由轻而重按摩疼痛部位,一般 10～20 次,先使局部气血流通。

(2)医者一手掌根置于疼痛部位向下按压,一手握住患者痛侧肩部向上扳拉,两手密切配

合，上下同时操作，使疼痛部位产生前后活动，这时可能听到局部有“格答”响声，从而关节得到复位，或者解除滑膜嵌顿。

(3)推揉背部，推时医者需用掌根或小鱼际自上而下(从肩胛起以至下腰部)推揉。主要是用推法，在痛点上停留加用揉法，一般推揉 10 次左右。

以上三步作为一次手法，在一次手法后，如疼痛仍不减轻，可再重复一次手法，或者于第 2 天及第 3 天继续使用 1 次手法。

2. 前胸部病变　患者宜仰卧位手法。

(1)操作时，医者两手捧住患者两肋，由轻而重地左右晃动，一般晃动 10 次左右，以促使关节复位。

(2)抹推胸部，操作时，医者两手指伸直，沿胸骨边缘自上而下抹推。

(3)而后一前一后，两手交替操作，同样自上而下抹推。一般 10 ~20 次。

【注意事项】 以上手法作为一节，连做三节，作为一次手法。如疼痛缓解，即用药物治疗。根据症状，也可再继续 2 次或第 3 次手法。胸背部小关节错位，几乎均能依靠手法，使错位紊乱的小关节间产生活动，以使关节复位，嵌顿的滑膜解脱出关节。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982

【手法名称】 胸椎后关节整复法

【手法操作】

1. 对抗复位法　病人坐位。双手交叉扣拢于颈项后部，肘关节略朝前方。医生站于背后，双手由病人的腋部伸入，握住其腕部。再用膝关节顶住患侧胸椎棘突，然后作向上，向后方向的突然拔伸牵引，将病人由凳上拉起。这时往往可听到患部有弹响声。

2. 按压复位法　病人俯卧，胸部垫枕。医生站于侧，用手掌在患部用力作向上，向下的瞬间按压。这时往往也可听到患部有弹响声。

【注意事项】

1. 在施行整复手法时往往能听到弹响声，但不可强求一定要有弹响声。

2. 整复时力点一定要在所需脊柱节段。

3. 整复成功后，症状即可消失或显著减轻，但病人在 2 ~3 天内不宜作脊柱旋转活动。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：110

【手法操作】

1. 患者俯卧位。术者两手拇指沿脊柱棘突两侧向中线挤压，向前推按并向上外旋转，自第 1 胸椎平面开始至第十二胸椎平面为止。反复 2 ~3 次。

2. 术者两手手掌与脊柱呈平行位，分别放于扭错平面处背伸肌之上，向上推挤耸起皮肤，同时并用其他四指将耸起的皮肤轻轻抓起。然后两手掌适当用力向上耸推，有时可听到关节突复位的声响。推耸后感觉症状缓解，轻松舒适。

3. 术者用手掌在患处旋转揉按，反复 2 ~3 次。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：69

【手法操作】

1. 复位　让患者俯卧床上，用双手攀住床头，此时两侧肩胛骨向外移动，便于施行手法。一助手握患者双踝上方，缓缓用力向下牵引，待患者肌肉完全放松时，则椎体间隙便会增大。采用两手拇指分别抵在变位上下棘突的侧方，待肌肉松弛时，用力将棘突向中心推挤，在复位过程中，大部分患者可以听到清脆的复位音，即是复位标志。复位后病人立即感到症状明显减轻。如复位力量不够，术者可改用一手的小鱼际用力抵在侧偏的棘突上向中心推挤，用另手用力扭转脱位脊椎的上段使其复位；如侧偏的棘突已被纠正，嘱患者卧床安静休息 30 分钟，再小心的离开床，避免脊柱作扭转活动以防复发。

2. 药物治疗　新伤多不需服药。陈伤，以下方为主方，临症加减。

【注意事项】　本病以手法复位为主，新伤一次可愈。如伤后 3 周以上者，虽经复位仍可再发。时间愈久，则患处周围的软组织维护关节的稳定能力就会越弱，虽然复位，但关节极不稳定。不过伤后半年以内者，亦可采用手法复位。其复位应采用多次复位法，复位后卧位休养，必要时佐以脊柱固定支架固定之，待复位稳定后撤除。

【文献出处】　湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986：221

【手法操作】　准备手法后，即用双掌按压法。患者俯卧位，头偏向一侧，双上肢向后平伸。医者以右手掌大小鱼际肌之间按压在偏歪或后凸之棘突上，左手掌重叠于右手掌上。令患者深吸气，使胸部饱满后，医者双手掌同时向前上方猛然按压，此时可听到“咯嗒”之原位声。

【注意事项】　最后施以散法，使局部肌肉放松。

【文献出处】　张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：471

图 20－5　提顶法

【手法操作】　患者正坐，医者选适当体位。

1. 以手掌揉患者背部。

2. 医者双手握住患者两侧腋下，将其上身向上提同时以膝盖顶患椎（图 20－5）。此时可听到“咯噔”响声，即告复位。

3. 医者以拇指按住胸椎偏歪棘突，另一手扶患者肩部，令患者左右摆动其上身，在摆动过程中，医者寻找机会，两手向相反方向用力扳推，此时亦可听“咔哒”声响，以示手法整复成功。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：199－200

【手法名称】　胸椎对抗复位扳法

【手法操作】　患者坐位，两手交叉扣住抱于枕后部。术者站其后，用一侧膝部顶压住病变胸椎处，两手分别从患者腋下伸入，并握住其前臂下段，此时患者上身应略前俯。然后术者握住前臂的两手用力下压，术者前臂则用力上抬，将患者脊柱向上向后牵伸，与此同时，顶压患椎的膝部要向前向下用力，并稳住患者身体，如此形成对抗牵引。持续片刻，最后上下协同再

做一突发性的用力，常可听到“喀嗒”响声，以示手法整复成功。

【注意事项】　使本法成功的关键在于，三方面的动作即两手下压、前臂上抬和膝部顶压动作要协调一致，同步用劲。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：427－428

【手法名称】　扳肩式胸椎扳法

【手法操作】　患者俯卧，术者站于其健侧。用一手托拉住对侧肩前上部；另一手用掌根或拇指着力，按压住病变胸椎棘突旁。在此姿势下，两手协同做相反方向用力，此时可听到“喀嗒”的响声，表示手法成功。

【注意事项】　动作要协调一致，同步用劲。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：428

【手法名称】　仰卧压肘胸椎整复法

【手法操作】　患者仰卧，两手交叉分别抱住对侧肩部，全身自然放松，术者站于其侧，一手握拳，拳心向上，将拳垫在患者背后患椎处，使胸椎小关节因胸椎过伸而处于松弛状态；另一手按住患者两肘，并缓缓用力下压。然后嘱患者做深呼气，待呼气将尽未尽时，术者突然做一向前下方的按压。此时常可闻及“喀嗒”声，表示小关节错动而整复。

【注意事项】　动作要协调一致，同步用劲。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：428

【手法名称】　关节突综合征的治疗手法

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者站其体侧，用轻快柔和掌根按揉法（以不增加患者疼痛为度）在腰部两侧，重点治疗肌紧张侧约 5 分钟；接着用拇指指面按揉肾俞、命门、居髎、环跳、委中穴各 1 分钟，再在压痛点轻轻按揉 3 分钟。

2. 在两侧腰部肌肉得到充分松解后，令患者卧于健卧位（即棘突偏向侧向上），做腰部斜扳法，听到“咯嗒”声即止。

3. 再嘱患者俯卧位，在两侧腰肌及脊柱腰段做擦法，透热后予以湿热敷。此外，旋转复位法也可运用。其方法是：病人取端坐位，腰部自然放松，术者立于其后外侧，一手拇指按压在棘突的偏向侧旁以定位，另一手穿过腋下挟住对侧的肩部，做腰前屈、旋转侧屈、逐渐伸直的复合动作；这时可以听到一弹响声，同时按在棘突旁的指下有腰椎松动的位移感。然后用拇指在偏歪现已纠正的棘突两旁自上而下地做理筋手法数次即可。

【注意事项】

1. 症情缓解或消失后，要求休息 1～2 天。腰部勿负重，少做腰的过多动作，避免在短期内复发。

2. 平素需卧硬板床。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：752－753

【手法名称】 梁铁民治疗胸椎小关节错位的手法

【手法操作】

1. 攀索整复法 适用于第8胸椎以下至腰骶部的错位。患者双手攀绳索或单杠，双足离地，自身下垂，借以拉长背部肌肉或加宽椎骨的间隙，后以手法整之。

2. 一人整复法 适用于胸椎下段及腰椎错位。患者正坐，术者在一侧，以肩、臂环抱胸部向上抬，同时另一手向正中推错位的棘突整之，或下压凸出的棘突，同时需令患者咳嗽，以便借其气而将错位前的椎骨鼓出。

3. 三人复位法 适用于胸腰椎骨每一错位。患者俯卧，腹部垫以软枕，助手两人行上、下牵引，待牵引到一定程度时，术者以两手拇指向中线推错位的棘突或下压凸起的棘突整之。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：59－60

【手法名称】 李墨林治疗胸椎小关节紊乱综合征手法

【手法操作】 患者取俯卧位，术者以两手拇指沿脊柱棘突两侧向中线挤压，向前推按并向上外旋转，自T1－12平面为止，反复数次。术者两手掌与脊柱呈平行位，分别放于扭错平面处背伸肌之上，向上推挤耸起皮肤，同时并用其他四指将耸起的皮肤轻轻抓起，然后两手掌适当用力向上耸推，有时可听到关节突复位的声响。术者用手掌在患处旋转揉按，可反复数次。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：183

【手法名称】 狄任农治疗胸椎小关节紊乱综合征手法

【手法操作】

1. 推压复位法 适用于棘突单纯后凸者。患者取俯卧位，术者双手重叠按住病变棘突，待患者呼气之末，骤然用力下压，可听到弹响声。

2. 提腿压背法 多用于下胸段棘突单纯后凸者。患者取俯卧位，助手双手握住踝关节并提起，使上腹部离开床面。术者双手重叠，掌根部抵住病变棘突，待病人呼气之末，骤然用力按压，可听到弹响声。

3. 伸髋压背法 适用于下胸段棘突单纯后凸者。患者取俯卧位，助手固定一侧下肢。术者一手按压病变棘突，另一手握住踝关节，缓缓将下肢呈抛物线状拉至最大限度，然后，撤定胸椎棘突的手用力一按，握住踝关节的手顺势用力一拉，可有弹响声。

4. 旋转复位法 适用于棘突有偏歪者。以棘突偏右为例。患者取坐位，术者坐于其后，右手握住其左肩部，左手拇指顶住偏歪棘突，使患者作前屈和向右旋转动作，待脊柱旋转力传达到拇指时，顺势将棘突向左上方推顶，可感到椎体有轻微移动。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：184－185

【手法名称】 张长江治疗胸椎小关节紊乱综合征手法

【手法操作】 患者取坐位或俯卧位，术者以手掌做放松背部肌肉手法。由于本征错位的方向略有不同，因此不同体位的手法可适当交错使用。有下列5种。

1. 按压法 患者取俯卧位，术者以掌根对准患椎棘突，向前下按压，同时令患者咳嗽或深呼吸大出气，配合一致，可听到清脆回声。若患者深呼吸后背痛，以致胸闷、憋气，可再分别以此法按压棘突旁开 2 寸处（胸胁关节），患者经按压后，立即感到后胸背轻松感，疼痛缓解，表示胸椎小关节已复位。

2. 斜扳法 患者取俯卧位，术者立于健侧，一手搬患侧肩部，使脊柱向后旋转，另一手按压患部，双手同时交错用力下压患部棘突或椎肋关节，这时可能听到局部有弹响声，从而关节得到复位或解除滑膜嵌顿。

3. 推肩扭转法 患者坐位，以肩向左侧扭转为例。术者以左腿顶靠患者大腿，右手向左侧推患者左肩，右手推患者胸椎痛点，两手同时将患者肩部向左扭转到一定程度，瞬时两手相继弹性用力使患者肩部继续左旋，局部常能听到小关节整复声。

4. 推顶过伸法 患者取坐位，术者坐于其后，一手以掌心顶住患椎棘突，另一手从患者腋下环抱患者，使之后仰上提，两手一提一顶，即可复位成功，然后顶患椎棘突的手掌分别向棘突两旁约 2 寸推顶椎肋关节处，施以同样手法。

5. 膝顶法 此法与推顶过伸法相似，只是以膝顶患椎双手托扶患者双肘，向后上牵引，手法强度比推顶过伸法大，多用于体重较大的肥胖患者。复位后，可采用分推揉拿等手法。

【注意事项】 手法治疗后注意适当休息。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：185－186

【手法名称】 胸椎后关节紊乱症的整复错位手法

【手法操作】 分 6 步操作。

1. 患者俯卧，胸部垫枕如“T”形，医者先用一指禅推法，后用滚法在背脊部操作。

2. 用拇指按揉上胸段夹脊穴、阿是穴及棘上有韧带剥离之处，然后双掌重叠用掌根部着力自上而下依次按压胸椎棘突，即发生“咔、咔”的响声，此时患者顿感诸症明显缓解。

3. 继之按揉肩井、天宗，在上背部沿督脉及足太阳膀胱经循行部施用擦法。

4. 患者俯卧，医者两手掌分别放在扭错处背伸肌之上，向上推挤耸起皮肤，同时用其他四指将耸的皮肤轻轻抓起，然后两手掌适当用力向上耸推，可明显听到关节复位的声响，推耸后症状缓解，轻松舒适。

5. 患者俯卧，医者立于患者身侧，将病变一侧棘突旁的皮肤抓提起来，运用捏法自中线操作至肩胛部，如此反复 3～5 次。然后在另一侧操作。

6. 患者坐位，两手十指交叉放于枕项部，医者立于其身后，一脚踏在凳子上，用膝髌部顶住胸椎偏歪一侧的棘突旁，双手从患者腋下向上穿出，紧握患者两前臂近腕端，医者两前智背侧托抵住患者腋下部，然后医者两臂在作用力向后向上的提拉动作的同时，膝髌部用力向前向健侧顶推，往往当即可听到“咯噔”一声，随后立即松手，用掌根部轻轻按揉痛处。

【注意事项】

1. 在上胸椎施第 6 法时，应该让患者挺胸，整个上身略向后倾倒，同时由于医者的膝髌骨部不能顶住患椎棘突旁，故医者的一只脚可踏在另外适当高度的凳子上。

2. 在下胸椎施第 6 法时，应该让患者上身略向前屈，患者所坐凳子的高度，应以医者膝部能够顶住患椎为宜。

3. 治疗后最好让患者平卧休息几分钟。

4. 在作第 6 步操作时，医者双臂的拉力与膝髌部的顶力要掌握得当，手法要快，力不宜过大，以防损伤骨周软组织。

5. 在作第 2 步操作时，患者肩背部肌肉要放松，不可屏气，医者手法的作用部位，方向要力求准确。

6. 注意保暖，避免风寒侵袭。

7. 病人经常做扩胸锻炼，对防治此病有一定好处。

【文献出处】 李业甫主编. 中国推拿治疗学[M]. 上海：上海中医药大学出版社，1994：296－297

【手法名称】 上胸椎推顶复位法

【手法操作】 取坐位，微屈颈，全身放松，两手自然下垂；术者站立背后，两臂穿过其两侧腋下，两手在其项部交叉对合，两肘贴靠其肩前侧及锁骨外侧。以右膝推顶为例，术者左下肢独立，提屈右膝，膝盖顶住偏歪棘突和胸段轴线侧弯一侧，以稍下压颈部的两手作为支力点，两前臂紧靠其腋前侧向后偏上方用力牵拉，右膝同时向前对抗推顶，此时常可听到“咔嗒”响声，手法即告结束。再依次弹拨上胸椎两侧疼痛之肌束，揉按两侧心俞穴及内关穴。伴有头痛、头晕者加按风池、百会穴及头部双侧晕听区。胸椎棘突凸出者，只要用力得当，使用推顶手法也可奏效。如不能复位，嘱其俯卧治疗床上，两手置于身体两侧，胸部垫一枕头，全身放松，医者两手掌重叠轻压于后凸棘突上，让其调整深呼吸 2 次，当第 3 次呼气将尽时医者突然用力下压，出现“咔嗒”钝响，说明后凸棘突还原。手法要求柔中有刚，切忌暴力，以免损伤胸廓。整脊及点穴全过程需 15～20 分钟。手法每 3 天 1 次，5 次为 1 个疗程。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：42－43

【手法名称】 拢拉按压法

【手法操作】

1. 推抚膀胱经　患者俯卧位，医者两手拇指指腹横放于脊柱正中两侧，从病人大椎穴开始，沿膀胱经向下理抚至腰部，反复操作 20 次。

2. 小鱼际摩揉　医者以右手掌小鱼际着力，以患处为中心轻轻向周围扩散摩揉数次。

图 20－6　拢拉按压法

3. 拢拉按压　助手位于患者健侧，两手分别置于脊柱两侧胸部前方，相当于患部肋椎关节水平，位于患侧之手用力向后上方拢拉，医者双手拇指交叉，一拇指置于紊乱关节胸椎端，垂直用力，另一拇指置于对侧横突上，斜向外下方用力。在呼气末，两拇指同时猛一用力按压，可闻及“咔哧”复位的响声，无声响可重复 1～2 次。患者立即有轻松感。在无助手时，医者也可单独用拇指交叉按压(图 20－6)。

4. 颤压脊柱　医者双手掌重叠，置于患椎和肋椎关节，带动上下两胸椎，乘患者不备时，用力颤压 1 次，再在上下相隔胸椎部以较小力量颤压各 1 次，最后再轻轻颤压患椎 1 次。

5. 叩击脊背　医者右手半握拳，以尺侧面着力自上而下轻

轻叩击数次，手法结束。

【注意事项】 拢拉按压是治疗的关键，在紊乱关节肋骨胸椎端拇指垂直向下的力和肋手拢拉患侧胸廓的力，能使肋骨结节面和肋骨小头向前下回位；放于对侧横突拇指斜向外下方用力，利用杠杆作用（以下关节突为支点），迫使突关节面向后上方弹拨，两个力同时作用使关节回位，即可矫正紊乱。准确而有节律的颤压，可通过正常脊柱弹性回缩带动肋椎关节，进一步调整紊乱。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：43－46

【手法名称】 侧搬矫正法

【手法操作】

1. 患者俯卧，术者站在患者的健侧。两手掌紧贴背伸肌，行呼推法（即推时让患者出气）自上而下反复推按 2～3 分钟，然后用双拇指按压膀胱经的风门、附分，以解痉止痛。

2. 术者一手掌根抵住椎旁疼痛部位向下按压，另一手握住健侧（取患侧亦可）向上扳拉，两手密切配合，上下同时操作，疼痛部位产生前后活动。这时常可闻及关节复位的弹响声。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：134

【手法名称】 上胸段关节紊乱症整复手法

【手法操作】

1. 准备手法　患者俯卧，术者于患侧背部压痛点做左右方向分筋 1 分钟。

2. 牵拉法　患者取坐位，以左侧患病为例，术者站于患侧。术者用左前臂自患者左腋前插入腋下，将左上肢向后上方牵拉约 2 分钟，并用力做向上提 2～3 次，同时嘱患者深吸气，以右手掌在患侧后背叩击 1～2 次。用力时手掌向前上。

3. 侧搬法　同侧搬矫正法第 2 步。最后用拇指点按；按揉患者食指本节后的三间穴（大肠经）各 2 分钟。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：134

【手法操作】

1. 俯卧推按法：患者俯卧，两上肢置于身旁，自然放松。医者站立于患者左侧，右手掌根按压患椎棘突，左手置于右手背上。嘱患者深呼吸。在患者呼气末时，医者右手掌根用力往前下方推按，此时可闻及关节复位的响声，手法毕。此法适用于中下段胸椎的复位。

2. 端坐顶椎法：患者端坐于矮凳上，双下肢自然屈曲，双上肢下垂或置于胸前。医者端坐患者身后高凳上，双手自患者两肩外侧环抱患者上胸，双掌交叉相握置于患者胸骨上端。嘱患者略后仰，上身背靠医者右膝，头置于医者右肩。医者上身略前俯，右膝顶住患椎棘突，在患者呼气末时，医者双手用力往后下压，右膝往前上方顶推。此时可闻及关节复位响声，手法毕。此法适用于中上段胸椎的复位。

3. 患者双手手指交叉握于颈项部，医者坐于其后，双手自患者两腋下绕过握住患者两腕关节，右膝顶住患椎棘突。嘱患者低头或略挺胸，医者双手和右膝同时用力顶压。此法适用于上段胸椎的复位。

4. 端坐提肩拍打法：以右侧胸痛为例，患者端坐矮凳，挺胸，两上肢自然下垂。医者立于患

者右侧，右肘置于患者右腋下并用力往上提。嘱患者深吸气后憋气，医者用左掌根猛拍患者疼痛部位相应肋间的上下两肋骨角处（背部），然后按压局部数次，手法毕。

5. 旋转复位法。

6. 软组织损伤分筋理筋手法：揉按损伤局部与周围病损的软组织。

【文献出处】 潘之清主编. 实用脊柱病学[M]. 济南：山东科学技术出版社，1996：861

【手法操作】

1. 拔伸法　病员坐于矮凳，术者站在患者前侧，先用拇指推法进行推拿，然后用掌根推擦，以松解肌肉痉挛，减轻疼痛。接着，术者双手置患者两腋下，或用双手推其上臂，骤然向上提拔，使嵌顿得以解脱，使错位得以矫正，疼痛感顿时消失或明显减轻。

2. 旋转法　术者一手拇指抵压在背部压痛点处，一手从患者腋下伸入，绕至其后颈项部，抓扶住患者头项部，旋转 4～5 次后，突然加大旋转角度，并用力上提，在其背部抵压痛点的拇指同时向前下方推挤，有时可听到“咔嗒”声响，疼痛立刻减轻或消失。病员活动或牵拉患侧上肢不发生疼痛或只有轻微的疼痛。

3. 掌击法　患者坐位，术者站于患侧，一手从前向后插于患侧腋下，用力将患侧肩部上抬，嘱患者作深呼吸，趁其不备，用另一手掌掌根自下而上叩击患处。有时重复 1～2 次而取得满意疗效。

【文献出处】 栾明拥编. 栾氏正骨[M]. 北京：中医古籍出版社，1999：412－413

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者施滚法或四指推法于胸背部 5 分钟。

2. 点按阿是穴、胸段夹脊穴，以酸胀为度，各操作 30 秒。

3. 掌根揉胸背部 2 分钟。

4. 施掌根按压法，或胸椎对抗复位法，或胸椎旋转复位法，以整复紊乱的小关节。

【注意事项】

1. 推拿治疗后，患者可适当进行胸背部功能锻炼，但应避免过度活动。

2. 局部注意保暖，避免感受寒凉。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：295－296

【手法名称】 坐位托压复位法

【手法操作】 患者端坐方凳上，术者坐于其后方或稍偏于一侧，用一手（左、右均可，依个人习惯而定）的掌根部卡按于患椎棘突上，嘱患者后仰，术者用此手撑托患者上半身，另手从患者相应的腋下穿过，并横过其上胸前，搭按于患者对侧的肩前。嘱患者放松，乘其放松时，撑托之手突然向上顶托患椎，另手同时将患者上半胸向后压，此时多可听到“咯”的响声，被顶托之棘突有被推动感。让患者恢复至自然体位，检查患椎复位是否完全，复位尚不满意者，可重新操作。

【注意事项】 适用于下半段以后凸为主的胸椎后关节紊乱。患椎位置愈靠上，应用此法的困难就愈大。若患椎的棘突除后凸尚略带有偏歪者，顶托时，用力需由偏歪侧略向对侧

顶托。

【文献出处】 赖在文主编.实用疗伤手法[M].广州:广东科学技术出版社,2001:90

【手法名称】 仰卧垫压复位法

【手法操作】 患者先背向术者侧卧,术者立于其后,摸准患椎棘突,以靠近患者头部一侧的手作为垫托之手,屈拇并内收,使大鱼际肌鼓起,以此大鱼际肌贴按于患椎棘突上,嘱患者转为仰卧,术者此手被压于患者上背之下,大鱼际垫于患椎棘突之下。嘱患者屈肘。掌背靠于颈部双侧,双肘向中相互靠拢,术者用另手及胸部将患者双肘抱压于前,嘱患者深呼气,在其呼气末迅作向下冲压,可听到"咯"地响声,检查复位完全时,手法完成。

【注意事项】 此法适用于上段以棘突后凸为主的胸椎后关节紊乱,常用于 C7 ~ T4 等椎的后凸改变。若棘突合并有偏歪时,患者仰卧时身体稍侧向偏歪侧,冲压时方向也稍压向偏歪侧。上述各类型的后关节紊乱,多合并有棘上韧带损伤,在纠正后关节紊乱之后,对损伤的棘上韧带也必须同时进行复位处理。

【文献出处】 赖在文主编.实用疗伤手法[M].广州:广东科学技术出版社,2001:90

【手法操作】

1.放松手法:以按揉、搓擦、滚捋等手法施于胸椎两侧组织,以缓解肌肉痉挛,疏通经脉,减轻疼痛,有利于下一步手法。

2.复位手法应针对病因病理所提及的不同损伤形式,采用方向相反的力,使错位的关节复位。

3.掌推复位法:患者俯卧位,胸部下置一薄枕,双手紧抓床头,一助手握住患者双踝进行对抗性牵引。对过屈型损伤者,医者双掌相叠,掌根部按压于患椎略后凸的棘突上,另一手掌叠于前掌上;当助手牵引时,两手轻巧施力向下按压。闻及一声脆响或感棘突移动时,复位成功。

4.对过伸位损伤者,患者体位同前。同样在助手牵引下,医者两手分别向头,臀方向斜推,闻及或感到弹响,即示错移之关节已复位。

5.旋转复位法:患者坐方凳上,双足分开与肩部等宽。以棘突向右侧偏为例,助手面对患者站立,两腿挟持住患者左腿,双手压住左大腿根部。医者立于其身后,以右手从患者胸前向左伸扳握患者左肩,右肘部卡住患者右肩,左手拇指用力顶推偏向右侧棘突。然后让患者作前屈、右侧屈及旋转动作,医者拇指顺势用力将棘突向左上方顶推,可感到拇指下椎体棘突有轻微移动,并伴有"喀达"的响声。检查偏歪棘突是否已纠正,上下棘突间隙是否等距。

【注意事项】

1.患者不必做特殊的功能锻炼,可任患者自主活动。但卧床时应使用硬板床,以利于复位后关节的稳定。加强腰背肌肌力,防止复发。

2.可选用热敷,红外线,超短波或中药离子导入等物理疗法。

【文献出处】 钟蓝.痛证推拿[M].北京:科学技术文献出版社,2001:347 - 348

【手法名称】 胸椎扳法

【手法操作】 患者俯卧,医者立其健侧,一手拉住肩前上部,另一手用掌根或拇指着力,按压住病变胸椎棘突旁,在此姿势下,一手扳肩向后,一手推棘突向前内,扳推协调用力,可听

到弹响声，表示手法成功。需要时，可以同样方法施于对侧。

【注意事项】 操作时患者做前俯动作时，医者应尽量将两肘前椎，使其内收；做后仰动作时，将两肘尽量后拉，使其外展，膝部要顶住背部，使患者胸部充分扩展，帮助作深吸气动作。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：100

第二节 胸椎棘上和棘间韧带急慢性损伤的治疗手法

【手法名称】 胸椎棘突间部疼痛的治疗手法

【手法操作】 准备手法治疗后，按照下列步骤进行手法治疗。

1. 患者俯卧位。术者两手拇指沿脊柱棘突两侧向中线挤压，向前推捺，并向上、向外旋转，自第一胸椎平面开始至第十一胸推平面为止，反复 2～3 次。

2. 术者以右手拇指抵住有压痛点之棘突左侧，左手将右侧层部突然斜搬。斜搬时，右手拇指用力向右侧推按棘突或棘间韧带（图 20－7）。然后用两手重叠在压痛点处滚揉。

注：自第四胸均用此法搬按，同法施于对侧。如只有一个压痛点，则只在有压痛点处作推捺斜搬法。

3. 患者俯卧位，一助手站于床头，两手插握于患者腋下，一助手站于足侧，两手持握踝部。两助手做对抗牵引，牵引时术者用掌心自第一胸椎至第十一胸椎自上面下旋转滚揉背伸肌。反复 2～3 次（图 20－8）。

【注意事项】 对棘间韧带劳损的按摩治疗手法，至少每日坚持按摩 1 次，直至疼痛缓解为止。在条件许可的情况下可配合理疗，以采用微波治疗为佳，理疗后随即进行按摩手法更为有效。对急性损伤 1～2 周后即见成效。对慢性劳损，所用疗程较长，且收效亦慢。

【文献出处】 天津市天津医院和石家庄交通运输医院合编. 按摩[M]. 北京：人民卫生出版社，1974：91－93

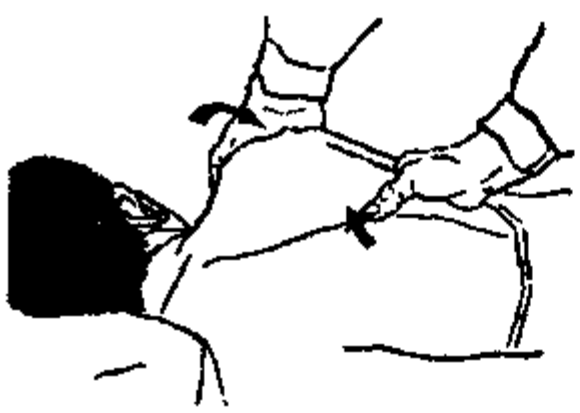


图 20－7

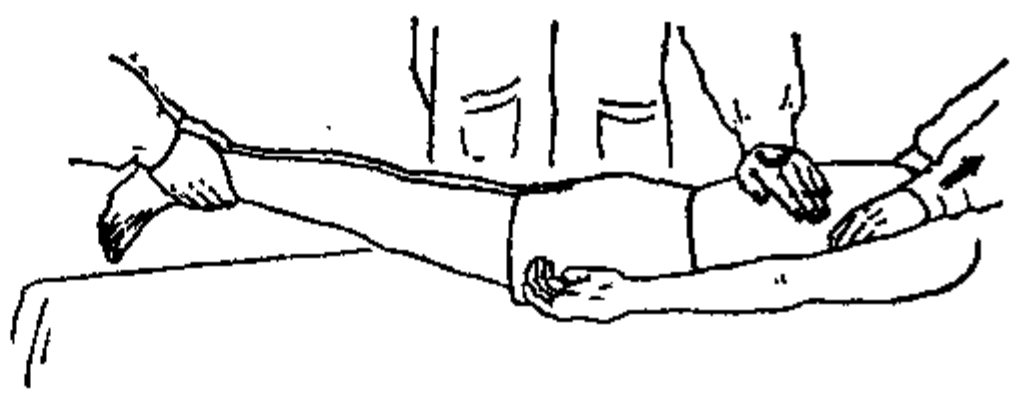


图 20－8

【手法名称】 棘上韧带按压复位法

【手法操作】 病人站立或端坐方凳上。医生坐在病人身后，用双拇指触诊法触摸棘突，找到棘上韧带剥离处，然后嘱病人稍向前弯腰，医生一手拇指按于剥离的棘上韧带上端，向上

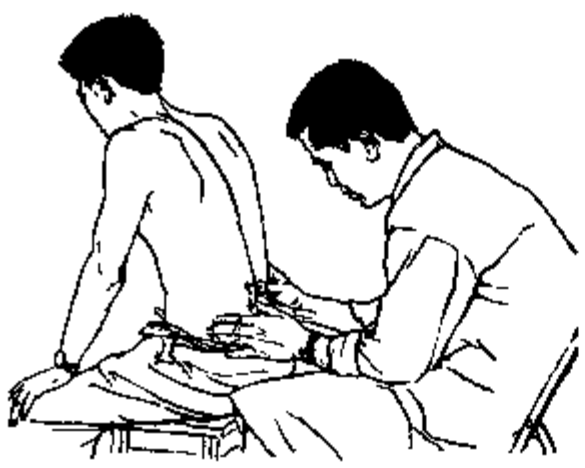


图 20－9 棘上韧带复位手法

推按牵引，另一手拇指左右拨动已剥离的韧带，找准剥离面，然后顺脊柱纵轴方向顺压于原位，之后医生再用其拇指沿脊柱纵轴方向从上而下顺滑按压使其贴妥（图 20－9）。

【注意事项】 找准剥离面，一拇指向上逆向牵引，另一拇指沿脊柱纵轴顺滑按压。效果：急性者，复位后病人可立即觉症状减轻或消失，1～3 天可愈。慢性者，酸痛大多不能根除，但症状减轻，除手法外可外敷中药能明显奏效。缺点是复位后撕裂之韧带易脱位，尤为慢性者多见。嘱病人避免腰部旋转活动，暂不作身体后仰动作。

【文献出处】 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京：人民卫生出版社，1977：66

【手法名称】 椎关节韧带外伤的治疗手法

【手法操作】

1. 用椒盐酒或中药洗剂热熨约半小时。

2. 揉摩和推擦伤处和周围，外加绝骨、承筋、脊中三穴，先泻后补。

3. 用轻手法点委中、承山，揉膏肓、附分，掐申脉等穴。

4. 敷帖伤湿止痛膏。

【文献出处】 曹锡珍. 中医按摩疗法[M]. 北京：人民体育出版社，1979：213

【手法操作】

1. *理筋通络* 病人俯卧位。在患部与棘上韧带成垂直方向用弹拨法治疗，然后沿棘上韧带方向作上下抹法。

2. *活血祛瘀* 在脊柱两侧用按、揉法治疗，再在腰背部督脉直擦，以透热为度。患部可配合热敷。

【注意事项】

1. 本病开始治疗以理筋通络为主，治疗 2～3 次后则以活血祛瘀为主。

2. 本病治疗后应适当制动 2～3 天，在 7～10 天内不宜作弯腰活动。局部注意保暖。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：115

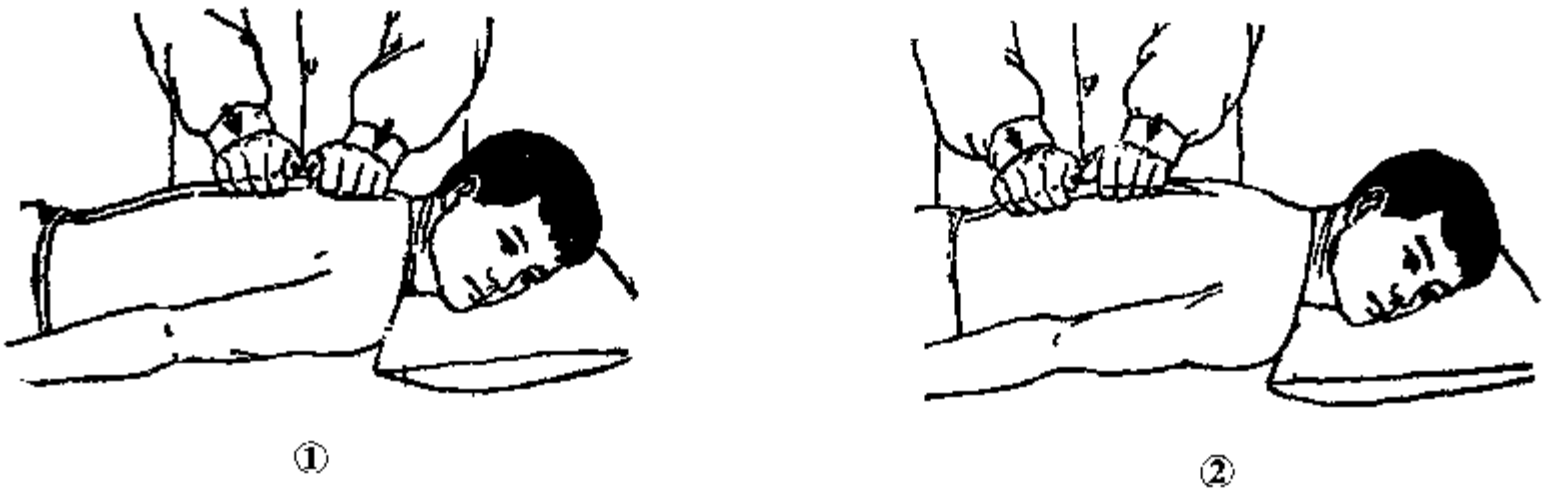
【手法操作】

1. 患者俯卧位。术者两手拇指放于第一胸椎棘突两侧向中线挤压。挤压时，拇指向前推揉，并向上向外旋转，顺按而下，至第十二胸椎平面为止，反复 2～3 次。

2. 患者放松背部肌肉，术者以两手掌根部放于第一、二胸椎棘突旁开 2 cm 处，沿脊柱一侧将皮肤向中线耸起，然后以屈曲的其他四指的远侧指间关节的背侧，将脊柱对侧的皮肤向中线耸起。此时，用掌根和四指将两侧耸起的皮肤抓住，并用掌根向对侧轻轻推滚。同时，提起耸起的皮肤，用力挤按。按上述手法顺延而下，至第十二胸椎平面为止（图 20－10）。

3. 术者用两手大鱼际部，自第一胸椎平面开始，沿两侧背伸肌向外分开推按，至第十二胸椎平面为止。反复 2～3 次。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：66－68



①　　②

图 20－10

【手法操作】

1. 病人取俯卧位，医者双手重叠，按于损伤的棘突上，做轻柔而有力的快速下压，此时往往可听到“咯吱”的响声，这一方法叫做脊椎按压法。注意力量不要过大、过猛，要让病人放松后再按压（图 20－11）。

2. 用拇指做疼痛部位的拨、椎、揉、搓等手法按摩，手法要轻，由上至下反复 10～20 次。一般范围要超出疼痛部位的上、下 3～4 节脊椎。

3. 用手掌轻揉两侧骶棘肌及腰背肌，并按揉相应部位两侧的俞穴和夹脊穴。

【注意事项】

1. 局部痛点封闭，效果很好，或在局封后（1～2 天）配合按摩治疗更为理想。

2. 理疗、磁疗、针灸、热敷、穴位注射等方法均可选用。

3. 适当应用局部外用药，可有一些疗效。

4. 适当休息，并注意改变引起劳损的不良习惯或工作姿势。

5. 增加腰背肌功能锻炼，特别是要多做背伸运动练习。

【文献出处】 王启民. 实用按摩速成[M]. 北京：中国环境科学出版社，1991：240－241

①　　②

图 20－11

【手法操作】 患者先取坐位，术者站于患者身后，点揉局部压痛点。点揉时，患者体位不断做前屈和后伸，使韧带能在紧张和松弛状态下都能得到点揉。一般点揉3分钟后，改为俯卧位，对痛点及脊旁两侧，反复作点揉和按摩。并用小鱼际肌自上而下地沿脊柱中线和两侧作较快的节奏推动。反复操作8～12次。对棘上韧带有严重撕裂伤引起肌腱断裂性错位、卷曲，局部有包块和压痛者，可应用理筋手法，使断裂的软组织铺平、复位。其具体手法是：术者运用双手拇指或一手的拇、食指在受损的肌肉、肌腱、韧带、神经束和偏歪的棘突处，以垂直方向挤压和按摩，使移位的软组织复位，尽快恢复生理功能。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：538－539

【手法操作】 病人站或坐位。医者在患者的后面，在检查出的损伤部位处和剥离面处，用一拇指推动肌筋使其松动，而后用拇指的“八字触诊法”按损伤部位的剥离面的方向给予拨正复正。然后在纵轴方向上从上而下按压使其贴妥，有粘连者把粘连处松动推拨开再进行复位。

【注意事项】 急性患者复位后，一般症状立即减轻或消失，1～3天可愈。患者暂时不要旋转，大弯腰或后仰。慢性患者复位后，要配合药物治疗，还要用醋热敷。

【文献出处】 罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京：科学技术文献出版社，1995：125－126

【手法操作】

1. 急性型

（1）指按棘突旁，指按棘突间旁：嘱患者取俯卧位，胸腹下垫枕。医者立于患者的一侧，以“单手拇指按法或两手拇指叠合按法”治疗患者患病的棘间韧带的上一个棘突旁、患病的棘间韧带旁、下一个棘突旁。自上而治向下，一按一放，缓慢移动，持续治疗数次或十数次。一侧治毕，再治另一侧。

（2）推棘突及棘突间旁：患者及医者的体位如上，医者以“单手拇指推法”治疗患者患病的棘间韧带旁及其上下的区域，上下至少各越过两个棘突。自上而治向下，或自下而治向上，持续治疗十余下或二三十下。手法的力度须适当；动作应缓慢，每分钟不超过20下。一侧治毕，再治另一侧。

（3）局部湿热敷：体位如上，充分暴露患处。医者以湿的热毛巾敷于患者患病的棘间韧带处及其周围区域待毛巾的热度不足时，即更换之；如此更换2～3次。

2. 慢性型

（1）掌揉局部：嘱患者取俯卧位，胸腹下垫枕。医者立于患者的一侧，以“单掌揉法”治疗患者患病的棘间韧带处，持续治疗数百下。手法的动作略缓慢，每分钟不超过70下。

（2）指揉阳陵泉穴：嘱患者取仰卧位，医者立于患者的一侧，以“单指揉法”治疗患者的阳陵泉穴，持续治疗二三十下。一侧治毕，再治另一侧。

【注意事项】 勿弯腰曲背，更不可于弯腰曲背时负重或手提重物；应低枕仰卧于硬板床。

【文献出处】 金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：401－402

第三节　胸背部软组织损伤的治疗手法

【手法名称】 肩胛骨脊柱缘疼痛治疗手法

【手法操作】 准备手法治疗后，按照下列步骤进行手法治疗。

1. 患者俯卧位，将两臂放于躯干两侧，头向一侧斜偏，术者立于患者左侧，两手四指分开搭于两层上部，两拇指与脊柱中线呈垂直位，放于第一胸椎棘突两侧旁开各 2 cm 处，相当背伸肌上部的外缘，两拇指向中线挤压，挤压时拇指向前推揉，并向上向外旋转，顺揉而下至第十二胸椎平面为止，反复 2～3 次。

2. 使患者放松背部肌肉，术者以两手掌根部放于第一、二胸椎棘突旁开 2 cm 处，沿脊柱一侧将皮肤向中线耸起，然后以屈曲的其他四指的远侧指间关节的背侧将脊柱对侧的皮肤向中线耸起。此时用掌根和四指将两侧耸起的皮肤抓住，并用掌根向对侧轻轻地推滚，同时，提起耸起的皮肤，用力挤按，按上述手法顺延而下，至第十二胸椎平面为止。

3. 术者用两手大鱼际部，自第一胸椎平面开始沿两侧背伸肌向外分开推按，至第十二胸椎平面为止，反复 2～3 次。

【注意事项】 对肩胛骨附近肌肉按摩治疗手法，至少每日坚持按摩 1 次，直至疼痛缓解为止。在条件许可的情况下可配合理疗，以采用微波治疗为佳，理疗后随即进行按摩手法更为有效。对急性损伤 1～2 周后即见成效。对慢性劳损，所用疗程较长，且收效亦慢。

【文献出处】 天津市天津医院和石家庄交通运输医院合编. 按摩[M]. 北京：人民卫生出版社，1974：88－91

图 20－12　肋间肌损伤按摩

【手法名称】 肋间肌损伤的治疗手法

【手法操作】 治疗方法是在损伤的压痛点处，沿肋骨方向进行摩法按摩，每日 1 次，每次 3～5 分钟（图 20－12）。

【文献出处】 李桂桐，贾涛. 简易新按摩疗法[M]. 石家庄：河北人民出版社，1975：45

【手法名称】 肩胛脊背肿痛的治疗手法

【手法操作】

1. 先在伤处及其对侧用消毒药酒擦洗并施对侧挤血法（缪刺法）。

2. 揉、摩和推擦伤处及其周围。用力要先轻后重，重后再轻。加以提揪法。

3. 点委中、承山，揉膏盲、附分，掐申脉等穴。

4. 涂椒盐酒或碘酒。重者可外敷骨伤散。

5. 内服中药补筋丸或跌打第一灵丹，或跌打丸。

6. 胸椎以上肩胛脊背的扭闪伤，可加用引伸手臂的整形手法。

【文献出处】 曹锡珍. 中医按摩疗法[M]. 北京：人民体育出版社，1979：212－213

【手法名称】 腰背筋膜损伤治疗手法

【手法操作】 腰肌紧张轻者，仅采用横突背部的点拨法。腰旋椎肌痉挛者，须增加腰部推扳法。伴腰腹痛者，在健侧卧位用双手提捏松解腹外侧肌片刻。对腰方肌痉挛而腰侧弯受限、腰部翻身困难者，运用下肢顿拉手法，往往立见功效。其操作：患者健侧卧位，髋膝屈曲。术者面向患者足侧，双手拇指相对按住第12肋骨下缘腰椎横突。助手双手握拿患侧足踝部，用稳力将屈膝之腿向后下方迅速顿拉拔直，术者指下有肌肉牵动感。此法可重复操作一遍，术毕沿骶棘肌外侧缘顺肌筋数遍，腰肌紧张消失。此法不需反复使用。

【文献出处】 王福根. 常用软组织损伤手法治疗. 北京：人民军医出版社，1981：58－60

【手法名称】 肌萎缩性上背疼痛的治疗手法

【手法操作】

1. 患者俯卧位，按压委中穴。术者以左手掌根沿右侧背伸肌自上而下（由第一胸椎平面至腰椎4－5平面止），旋转揉按。反复2～3次，同法施于左侧（图20－13）。

①　　②

图20－13

2. 术者两手拇指呈水平位，放于第一胸椎棘突两侧旁开2 cm处，向中线挤压，挤压至中线起手时，拇指向上向外旋转，顺延面下至腰5平面为止，反复2～3次（图20－14）。

图20－14

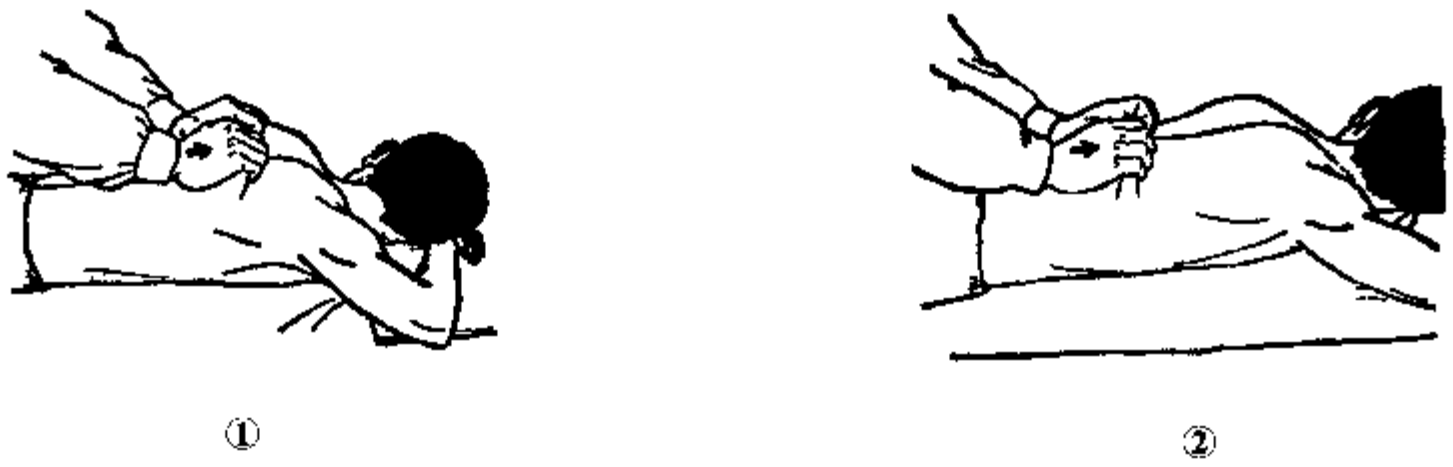
3. 术者两手手掌分别放于两侧背伸肌皮肤之上，与脊柱呈平行位。然后以掌根向上耸起皮肤，用其他四指轻轻抓起（起手后不能见有指痕），用两手掌根向下按紧，并突然向上推耸。沿脊柱自上而下抓推，顺延而下，反复2～3次（图20－15）。

4. 术者以右手拇指抵住有压痛点之棘突左侧，左手将右肩部突然斜扳，扳按时，右手拇指用力向右侧推按棘突。然后以手掌在原处揉按。

5. 患者俯卧位，一助手站于床尾，两手持握患者踝上部，一助手站于床头，双手插于患者腋下，作对抗牵引。牵引时，术者以右手掌心自胸1至胸11平面，旋转滚揉背伸肌，反复2～3次（图20－16）。

【注意事项】

1. 每日按摩1次。



①　　②

图 20－15

图 20－16

2. 嘱患者经常作太阳浴和背伸肌功能锻炼，使萎缩的肌肉恢复生理状态。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：63－66

【手法名称】 背肌扭伤的治疗手法

【手法操作】 让患者取俯卧位，术者用双掌根反复揉背部脊柱两旁的肌肉（图 20－17），再用双手拇指点揉背部脊柱两侧肌肉（图 20－18），再用扳肩法活动背部脊柱（图 20－19），再用跪指揉法，揉背部脊柱两侧肌肉（图 20－20），使其气血消散，经络畅通。然后再拍打背部三条线，由上至下，由轻渐重，反复拍打数遍（图 20－21）。

【文献出处】 葛长海，李鸿江，葛凤麟. 捏筋拍打疗法[M]. 北京：北京科学技术出版社，1986：115－117

图 20－17

图 20－18

【手法名称】 肩胛骨附近肌肉劳损的治疗手法

【手法操作】

1. 术者用右手掌根，自第一胸椎平面开始，沿患侧背伸肌向下旋转揉按至肩胛骨下角下方为止，反复 2～3 次。

图 20－19

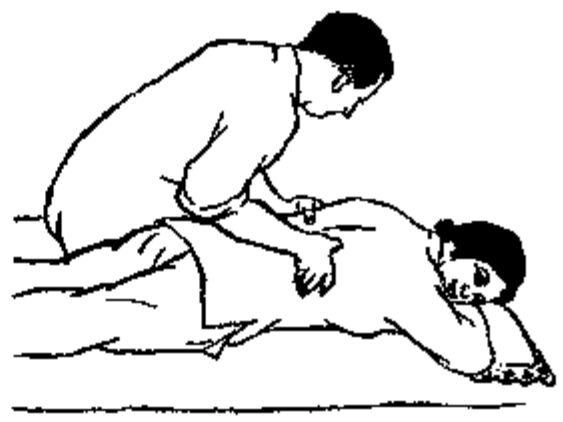


图 20－20

2. 术者拇指在肩胛骨内上角内侧，摸住压痛点（常能触到滑动之小结节），以拇指压痛点上下来回推按至局部发热为止（图 20－22）。

3. 术者以拇指抵住压痛点内缘，左手将右侧肩部突然向后背斜扳。斜扳时，右手拇指用力向肩胛骨的内侧缘推按压滚（图 20－23）。然后用掌根在压痛点处旋转揉按。

图 20－21

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：99－100

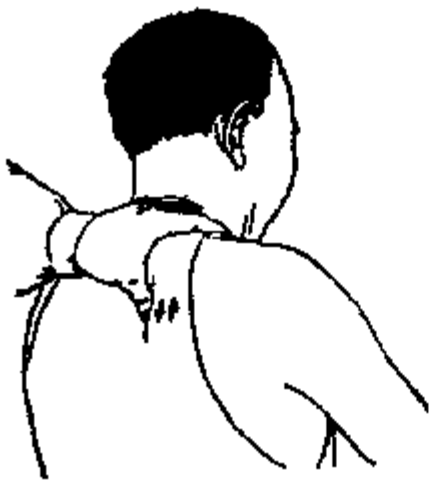


图 20－22

图 20－23

【手法名称】 肩胛骨附近软组织损伤按摩手法

【手法操作】

1. 捏拿、提弹斜方肌法　体位和手法与颈椎病中此法相同。

2. 捏拿、提弹项韧带法　体位和手法与落枕中此法相同。

3. 捏拿、提弹棱形肌法　患者正坐，患侧肩关节后伸且旋内，肘关节屈曲 90°，前臂旋前，置于背后，术者立或坐于其健侧。一手扶住患侧锁骨部，另一手拇指和食指第二节指骨侧面，从下位颈椎和上位胸椎棘突患侧缘附近起，沿菱形肌的走行方向反复进行捏拿、提弹，直至肩胛骨内缘。并以一手拇指指腹反复向外上方推按菱形肌。然后反复揉压、弹拨患侧膏肓穴。

4. 捏拿、提弹骶棘肌法　患者俯卧，患侧肩关节外展，肘关节屈曲，前臂稍旋前，头部转向

健侧，枕于健侧上肢的手背上，术者立于患侧。一手扶住患侧肩部，另一手拇、食、中三指腹从第二胸椎平面起，自上面下轻快反复地捏拿，提弹患侧骶棘肌，直至第十胸椎平面。

5. 揉压、弹拨阿是穴　患者俯卧，患侧肩关节外展，肘关节屈曲，前臂稍旋前，头部向健侧枕在手背上，术者立于其健侧。双手拇指从第二胸椎平面起，沿患侧脊柱缘自上而下的反复向外横行推按骶棘肌，直至第十胸椎平面。并以一手拇指反复揉压、弹拨其压痛点。

6. 捏拿、提弹韧带法　患者俯卧，颈部轻度后伸，术者立于其左侧。左手扶住其左侧肩部，右手拇指指腹和食指的第二节指骨侧面从第二胸椎平面起，自上而下地反复捏拿，提弹棘上或棘间韧带，直至第十胸椎平面。并以右手拇指指腹轻快反复地弹拨患部的棘上或棘间韧带。

7. 搬肩法　患者俯卧，患侧肩关节稍后伸内旋，肘关节屈曲 90°，前臂旋前置于背后，头转向患侧，术者立于其健侧。一手拇指指腹按压于压痛最明显的胸椎棘突患侧缘作为支点，另一手拿住患侧肩部。与此同时，术者可趁其不备，突然用巧力轻轻将患侧肩部向后上方一搬。有时可听到胸椎有清脆的响声。如两侧压痛均明显者，同法可施术于对侧。并以一手拇指反复揉压、弹拨患部。

8. 顺势拉肩法　患者正坐于低凳上，患侧肩关节外展且外旋，肘关节屈曲 90°，术者立在患侧。双手握住患侧上肢的腕部，令其患侧肩关节小幅度顺或逆时针方向转向运动。待患肢肌肉放松，肩关节运动自如时，术者可趁其不备，突然用巧力将患肢向上一拉。必要时可重复进行 2～3 次。

9. 旋转搬颈法　患者正坐，颈前屈 10°～20°，术者立或坐于其后面。一手扶住患侧颞枕部，另一手托着患侧下颌部，令其将头部向患侧旋转至最大幅度。与此同时，扶颞枕部手固定头的位置，托下颌部的手顺势将下颌部轻轻向患侧一搬。听到颈部有清脆的响声，则手法成功。

【注意事项】　上述手法应根据损伤部位、症状缓急，选择使用。术后应嘱患者用毛巾湿热敷局部，并适当休息，避免作加重或诱发症状的活动。按摩疗法治疗本病，可每日 1 次，10～16 次为 1 个疗程。

【文献出处】　刘严. 按摩疗法[M]. 西安：陕西科学技术出版社，1987：62～64

【手法名称】　背痛的推拿手法

【手法操作】

1. 用食、中、无名三指置于肩井部按揉，左右交替进行；然后掌推背部督脉和膀胱经，最后用拇指和其余四指相对用力提拿。

2. 用掌根拨揉背部的肌肉数次。

3. 用拇指在背部脊柱两侧寻找敏感点（压痛点，阳性反应物），置于其上按揉、弹拨数次。

4. 推拨点按风门、天宗和肩胛骨内侧与脊柱外缘区。

5. 双手握空拳，左右手交替叩击背部，重点在压痛部位操作。

6. 用膝关节顶在背部痛处，做上下方向的顶扳揉动数次，并向前稍加用力，可听到胸椎小关节发出的响声。此法适用于胸椎小关节错位。

【文献出处】　陈志敏，陈湘伟. 实用推拿治痛法[M]. 北京：中国医药科学技术出版社，1993：103

【手法名称】 按压肩胛法

【手法操作】 患者俯卧位。医者在按压胸椎法施用完毕后，以单手掌根部置于肩胛骨内缘上角处，自上而下，有节律地进行按压，至肩胛下角处止。反复操作 1～3 分钟。

【注意事项】 本法操作时，要将上体的重量倾注到手臂上，不可单以手臂之力按压。

【主治疾病】 肩胛背痛。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：503

【手法名称】 点穴推拿三步法

【手法操作】

1. 第一步手法 患者取坐位，挺胸，双目向前平视，脚与肩等宽，双手自然伸展放于膝关节上。

(1)捏拿法：医者左手托患者额头部，右手拇指、食指捏拿枕部肌群及风池穴约 2 分钟。

(2)点穴法：点揉大椎、肩井、大杼穴各 3 分钟。

(3)双掌扣击法：两掌心相对、侧握，掌心离开一指距离，力度稍重扣击约 1 分钟。

2. 第二步手法 患者取俯卧位，全身自然放松。

(1)滚法：先用单手滚法，力度稍重从肩颈部两大杼穴至两侧腰眼处，往返施术约 5 分钟。

(2)指拨法：用双手拇指从颈、胸椎交接处拨动两侧筋腱至胸腰椎交接处。

(3)提捏法：以双手提捏筋肉丰厚处。从左右附分穴至志室穴往返 4 遍。

(4)叩击法：同第一步式，从附分穴到志室穴两侧双掌扣击 4 遍。

3. 第三步手法 病者体位同上不变。

(1)点穴法：双手拇指点揉两侧天宗、膈俞、胃俞、肾俞、命门穴各 2 分钟，附阳穴 5 分钟，后以肘尖压脾内穴、脾角穴 2 分钟。

(2)空拳震击法：从大椎穴至腰眼穴左右两侧双手空拳往返震击 4 遍。

(3)定穴法：双手点压承扶、承山穴，提定昆仑穴各 2 分钟。

(4)推摩法：双手掌指稍用力，从大杼穴推摩到关元俞处，两侧同时推 64 次，以热透肌肤为度。再从承扶穴至昆仑穴处往返推摩 4 遍，手法结束。

以上手法可隔日治疗 1 次。

【主治疾病】 菱形肌综合征。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：55－56

【手法名称】 摇摆揉拨滚动法

【手法操作】

1. 轻摩缓揉法 患者正坐，垂手沉肩。医者一手小鱼际或指腹在患部轻摩缓揉 4～5 次，以松解局部肌肉，便于施术。

2. 循序推按法 两手大拇指指腹从第七颈椎旁开 1 寸处由上至下推按兼施，手法由轻到重 3～5 次。

3. 弹拨并济法 一手握住患侧肩部，向后内用力扳拉，另一手拇指在患侧肩胛内侧痛点处弹拨 3～4 次。

4. 摇摆揉拨法 一手握住患侧上肢腕部，拇指点按养老穴进行摇摆，同时另一手拇指或

拇、食、中三指在痛点处快频率拨揉5~6次。

5.提叩滚动法　一手用力上提患侧上臂，另一手小鱼际在痛区叩打滚动反复6~7次。

6.点按法　患侧手臂交叉于健侧肩部，医者双手拇指端在痛点及膏肓俞、肩外俞进行点按，用力要持续，由轻到重，并振颤3~5次，每次2~5分钟。

7.拿抖法　一手或双手拿起肌肉由冈上肌向菱形肌进行快频率抖动3~4次。对于急性扭伤，出现呼吸不畅，痛连胸部者用拿抖呼吸法更为适宜，即患者吸气时由上至下快速拿抖，呼气时施以中等力的按法2~3次。

【注意事项】 对体质较差，症状较轻者，以轻拨、轻滚、慢摇，以免手法过重，体力不支，耗伤正气，影响疗效。体质较强，症状较重者，施以深拨、重滚、快摇，因手法过轻难达病所。对菱形肌扭伤病人通常采用推、按、揉、打等手法，推可疏通经脉，疏散外邪，参以按揉舒展气血，解痉镇痛。提打可使肌纤维充分暴露，松解局部肌肉，加强解痉之功。在施术中后阶段，要加以点按穴位，拿抖肌肉，点按用以激发经气，引源出井，合以拿抖，使气通血运，气血运营，筋肉充养，则贼邪自除。

【主治疾病】 菱形肌综合征。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：57-58

【手法名称】 肩胛提肌损伤的治疗手法

【手法操作】

1.患者坐位，医者施四指推法于患侧上背部，配合拇指点按曲垣、肩井、肩中俞、肩外俞、天宗等穴，操作8分钟。

2.施拇指弹拨肩胛骨内上角肩胛提肌止点处，操作10~15次。

3.施拿法于肩胛提肌、肩井穴，各操作15~20次。

4.摇颈椎，顺逆时针各8~10遍。

5.施掌根揉法、掌振法于病变处，以局部透热为度。

【注意事项】

1.纠正工作姿势，调整工作强度。

2.注意颈背部保暖，以免感受风寒，而加重症状。

3.患者可适当进行颈项部功能锻炼和自我保健推拿。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：241-242

【手法名称】 胸部损伤性疼痛的治疗手法

【手法操作】

1.患者仰卧位，术者先拇指按揉双侧支沟、阳陵泉各1分钟，以酸胀为度。用拿法施术于腋前胸大肌、腋后大圆肌及小圆肌，操作2~3分钟。

2.用拇指按揉膻中、章门、期门、中府、日月、天池穴各1分钟，以得气为度，然后用拇指（或大鱼际）沿患处肋间隙做按揉法，往返3~5遍，以活血消肿，理筋通络。再用一指禅推法施术于患处及其周围，操作约1分钟。

3.对于扭伤患者，完成上述治疗后，再嘱患者坐于治疗床上，两腿分开，跨骑于治疗床两侧。术者站于其后，两臂从患者腋下伸过，两手交叉，抱住胸前，然后将其身体向上提起，并将

身体左右轻轻摇晃，至患者疼痛明显减轻为度。

4. 对于挫伤患者，经上述治疗后，按揉患侧的掌背第三掌骨远侧端及两侧间隙，一般按揉10分钟后，常感疼痛明显减轻。

5. 在患侧胸胁部沿肋骨方向用擦法，以透热为度。

【注意事项】

1. 治疗期间，以休息为主，避免搬拿重物，

2. 因外感咳嗽者，需用镇咳药。

3. 注意保暖，避免风寒。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：336

【手法名称】 背部损伤性疼痛的治疗手法

【手法操作】

1. 拔揉法　患者取端坐位，医者站于其身后，用拇指按压患侧风府、肩井、心俞、天宗及肩胛骨内侧缘，以患者感觉酸麻为主。

2. 按压法　一手将患侧上肢尽量向上抬起，呈垂直状，使肩关节后展，拇指对风府、肺俞、心俞、天宗等穴由上而下，由内向外进行按压，同时在肩胛骨内缘外加大力量按揉，共进行8～10次。

3. 掌揉法　患者坐位，医者站在患侧后方，用患者患侧同侧手扶关节，尽力向对侧肩关节靠拢，上提，另一手同时按压患侧肩胛骨内侧缘，用掌根环行按揉，反复5～10次。

4. 掌推法　医生站于患者身后，用掌根由上向下，由内向外，进行推按其背部肌肉，重点在患侧，反复推按3～5次。

【注意事项】

1. 热敷，用热水袋或寒痛灵，放在患处进行热敷治疗可散寒温经止痛。

2. 加强背部肌肉力量的功能锻炼，如俯卧撑、拱桥式、飞燕式等。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：345

【手法名称】 樊春洲治疗背肌（菱形肌）损伤的手法

【手法操作】 患者端坐凳上，医生立于背后，将患侧前臂置于背后上提其手，此时肩胛骨可由胸臂翘起，医生用一脚踏在患者坐的凳上，用膝盖托着背后的患臂不使下滑，然后一手扳患者肩向后，加大肩胛骨翘起的程度，另手拇指由肩胛下角处用力伸入肩胛胸壁之间，由下向上边推按边上滑，直至肩胛上角处为止，反复3次，即疼痛为舒适而愈。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：913

【手法名称】 颈项背部肌筋膜炎的治疗手法

【手法操作】

1. 常规操作

（1）一指禅推颈项背部：患者坐位，医生站立于患者侧后方，一手扶持患者头项部，另一手大拇指端着力沿手足太阳经、少阳经从上而下，往返移动，做一指禅推法，时间3～4分钟。

(2)滚颈肩背:患者正坐,医生站立于患者侧后方,一手扶患者头项部,另一手小鱼际缘按触患者体表,做滚法,操作约5分钟,然后一手做滚法。同时,另一手配合做颈、肩的被动旋转活动。

(3)轻揉按压患部:患者正坐,医生站立于患者后方,一手扶患者头项部,另一手大拇指轻擦患部2~3分钟,然后轻按压患部,2~3分钟。

(4)重按压患部:患者正坐,医生站立于患者侧后方,一手大拇指找出压痛点,在其上重按压1~2分钟,然后用大拇指在压痛点处做滑动按压1~2分钟。按压时患者有较强烈疼痛酸胀感为佳。若疼痛较剧须嘱患者坚持。

(5)弹拨按揉患部:患者端坐,医生站立其背后,指下有条索,结节状反应物或组织挛缩状,在其上像拨琴弦样弹拨、按揉患部2~3分钟,手法要深沉缓和,力量透达肌筋深层,以患者有强烈的酸胀为佳。

(6)擦患部:患者端坐,医生站立其侧后方,一手扶持患者头项部,另一手侧缘直线来回擦患部,以透热为度,在患部体表可涂擦红花油或其他软膏。

(7)结束手法:用滚法、按揉等轻柔手法施于患部5分钟即可结束治疗。

2. 点穴按摩手法　应用揉、捏、按压、点、震颤、弹拨、叩打等法。取穴可选择手三阳经、手三阴经、足太阳、足少阴经的常用穴位及督脉的后项、风府、大椎等穴。术者站于背后先用轻揉手法在患处或循其经络进行按摩,放松软组织约5分钟,然后用揉捏、点按、弹拨、振颤等手法,先轻后重,消除组织痉挛约10分钟,再按肌纤维行方向理顺约5分钟。

【注意事项】

1. 推拿手法一定轻柔,符合手法基本要求,切忌暴力。

2. 适当休息,注意体位调节及改变工作不良习惯,注意营养,提高机体免疫力,如做一些体疗、太极拳等强身方法,对此病十分有益。

3. 在做推拿治疗期间,可配合针灸、理疗、封闭等其他疗法,往往可收到更为满意的疗效。

4. 颈项背部注意保暖。

5. 对于症状极为严重的经保守治疗后效果不大,以及肌肉本身和附着处已形成挛缩和变性者可施行软组织松解术。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:636

第四节　胸椎间盘突出症的治疗手法

【手法操作】

1. 用椒盐酒或中药洗剂热熨约半小时。

2. 揉摩和推擦伤处和周围,加用按法——用双手拿用力按压。

3. 施整形法(牵卡挤靠)和治脱臼法(屈挺叩捏)。施行仰卧卡法和屈法,然后两手紧握患者一足跟用力向后牵引下肢,两腿交换牵引。

4. 患者俯卧,四肢伸展,抬头去枕。医者两手平掌在伤处附近徐徐由轻而重地下压,然后轻抬,自上而下反复几次。随后施揉捏法和拨筋法。

5. 患者起立。医者背对背立在患者背后,用两肘勾住患者两肘,一俯身将患者背起离地颠

三颠，左右各晃三下轻轻放下。如见好转，可连续治疗。一般轻者1次，重者2～3次，即可痊愈。本法称为背晃法，也可治腰部扭捩伤，但骨伤或脊髓病当慎重。

【注意事项】 上述腰背脊椎扭伤疗法，是治脱臼的挺法，是祖国伤科医学的伟大创造。多年来著者临床曾用此法治好许多患者，非常有效。但在运用时，必须注意下列事项：

1. 孕妇、年老体弱者或同时患其他重病者禁用。

2. 神经过敏或胆怯的患者，要事先向他说明，要他忍痛受治，他同意后才慎重施术。

3. 从背上放下患者时，要扶着他，使他卧床体息，以免患者头晕心跳发生意外。

【主治疾病】 胸椎间盘脱出、腰部扭捩伤。

【文献出处】 曹锡珍遗著. 中医按摩疗法[M]. 北京：人民体育出版社，1979：213－215

【手法操作】

1. 指按棘突旁 嘱患者取俯卧位，医者立于患者的患侧，以“单手拇指按法”治疗患者患侧邻近棘突的疼痛处及其上下区域。自上而逐渐地治向下，持续治疗数次。

2. 滚背部 患者及医者的体位如上，医者以“单手滚法”治疗患者患侧的背部区域，持续治疗数分钟。

3. 掌叩背部：体位如上，医者以一手的掌根部作为接触面叩击患者患侧的背部区域，持续治疗数十下。手法的力度须小，两次叩击法之间所停顿的时间应均匀。

【注意事项】

1. 仰卧或俯卧于硬板床。

2. 勿以手提取重物。

3. 行走时，应尽量使震动减小。

【文献出处】 金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：421－422

【手法操作】

1. 滚背部 患者取俯卧位，医者站立其患侧。松肩，微屈肘，手指自然弯曲，以小鱼际前缘接触患者背部，可从胸，棘突开始滚至腰部，在前臂前摆旋后和后摆旋前的带动下，腕关节屈掌前移或背伸后移，使手背弧面前后滚动。在患处（即有压痛点处）适当放慢向下滚动的速度。滚法手法操作的关键是“松”，不得出现医者的手掌与患者接触的体表之间出现相对的拖动、跳动或空转。滚法的滚动频率为每分钟120～140次，持续操作5～8分钟。

2. 弹拨夹脊穴 患者俯卧位，医者站立病人患侧，单手亦可双手重叠（一手拇指在下，另一手拇指掌面叠加其上拇指背侧横纹处），在患侧华佗夹脊穴（棘突旁开0.5～1寸），行从外向内的弹拨手法。手法要深沉，力度要透达深层，如有条索状物，则应透达其下方。此手法可持续1分钟，务使患者有感到强烈的酸胀为佳。

3. 点按背俞穴 如肺俞、心俞、膈俞，以及肩井、秉风、天宗等穴，以酸胀为度。

4. 横擦背部 患者俯卧位，医者立于其患侧。手法前可在背部皮肤上涂一层软膏，如活络油膏、伤油膏、冬青油膏等，以小鱼际部着力，从棘突向外侧部作直线往返的擦法。注意压力不可过大，鱼际擦动时皮肤不起皱叠为宜。频率每分钟以100次左右为宜，以热透为度。

5. 掌拍背部 患者俯卧位，医者立于其患侧，或患者坐位，医者坐其背后。医者五指并拢

成虚掌，用拍法轻快地拍击患者背部。

6. 胸椎扳法可根据临床实际情况选择下列手法之一 ①胸椎牵引对抗扳法：患者坐位，两手交叉置于枕下，医者立其身后，单足立、地，另一下肢屈膝，并以膝部顶住患者患侧脊柱旁之压痛点，医者两手穿过患者两腋下，反扣于患者两手背上，向后上方用力扳动。本法用于胸椎一侧有明显压痛点，后仰痛重者。②扩胸对抗扳法：基本操作与上法相同。不同点在于医者两手托住患者两肘，向后用力。③胸椎旋转扳法：患者坐位，两手上举，手指交叉。医者立于其身后，以右扳为例，术者左手从前面往患者右上肢肘部向后牵拉，右手推压患处脊柱。本法用于患者单个棘突偏歪者。

7. 最后 用滚、揉、拿、捏等舒筋、理筋而收功。

【注意事项】

1. 推拿结束后，让患者仰卧位休息 15 分钟左右。

2. 中央型胸椎间盘突出者，慎用推拿手法，禁用胸椎扳法。

3. 使用扳法时，要轻巧快速，切勿用暴力。

4. 推拿治疗为首选方法，但可配合硬膜外腔药物疗法、针灸等加强疗效。治疗本病以舒筋通络、滑利关节为原则，通过推拿可纠正胸椎关节解剖位置的异常，从而可以改善胸椎骨软骨病的一系列症状。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：531

第五节 特发性脊柱侧弯和曲度异常的治疗手法

【手法名称】 脊柱侧弯矫形运动

【手法操作】

1. 脊柱左弯矫形运动

(1)两臂平举，头向后仰，深呼吸。

(2)高伸长立式，右手置于颈后，左手叉腰，深呼吸。

(3)样式不变，躯干向左。

(4)箭步，两臂向前平屈，然后右臂向上，左臂膀向下拉。

(5)平衡木试走路；头顶长木一条，对镜走路。

(6)平俯卧于小床上，足部帮助不动，上躯弓起。

(7)投掷篮球，由肩部过头抛。

(8)在肋木或单杠上悬挂吊起。

(9)俯卧于小床上，用绷带绑在床上，稍加侧压。

(10)病人用手膝爬行，肩部向前方用力伸。

(11)重力吊架病人，使足部离地数分钟。

上述锻炼，应教病人在家执行。如果可能，病人应休息于吊床内每日 30 分钟。

2. 右背左腰脊弯运动

(1)大力矫正拉伸姿势，右手压于腋下肋部，左手叉腰，行深呼吸。

(2)仰卧地上，单或双膝屈伸，然后慢慢放下。

(3)足跟提起,屈膝,上肢同时作伸屈运动。

(4)跨步,据木动作数分钟。

(5)盘腿坐,左腿向前屈,左臂向前举,右臂向身后下方伸于右大腿的背后。

(6)悬挂器械上数分钟。

(7)两腿分开站立,上肢两侧平伸后前举。

(8)俯卧于小凳上,足部扣住肋木,两手托头,躯干胸部弓起。

(9)悬吊双环游戏。

(10)悬吊双环,足尖碰地,身躯旋转。

上述锻炼,如遇左背、右腰之弯,将操练方向改变即可。

【文献出处】 黄厚璞.按摩术与体育治疗[M].北京:人民卫生出版社,1954:43-44

【手法操作】

1.指按棘突旁 嘱患者取俯卧位,两手自然地置于躯干的两旁。医者立于患者的一侧,以"两手拇指按法"治疗患者邻近棘突的软组织处。医者的两手拇指相靠,同时用按法治疗,自第二胸椎水平线始,逐渐地治向第二骶椎水平线处止,持续治疗5~7次。一侧治毕,再治另一侧。两手的动作须协调一致。

2.滚背部 患者及医者的体位如上,医者以"单手滚法"治疗患者的背部,先自第二胸椎水平线始,逐渐地治向第二骶椎水平线处,然后从第二骶椎水平线处,逐渐地治向第二胸椎水平线处;如此往返,持续治疗2~3次。一侧治毕,再治另一侧。

3.掌叩背部 患者仍取俯卧位,两手自然地置于躯干的两旁。医者立于患者的一侧,面对患者的头端,以一手的掌根作为接触面,轻叩患者的背部。先叩击背正中线的一侧,再叩击另一侧,最后叩击背正中线处,皆自第二胸椎水平线处始,逐渐地治向第二骶椎水平线处。

4.掌推背部 患者仍取仰卧位,两手自然地置于躯干的两旁,使患者的躯干向脊柱侧弯凸侧的方向侧弯。医者先立于患者脊柱侧弯的凹侧,面对患者的头端,以"单手掌根推法"治疗患者背部脊柱侧弯的凹侧。自第二骶椎水平线处始,缓慢地治向同侧的第二胸椎水平线处,持续治疗数下。手法的力度较大;动作须缓慢。每分钟约治疗两下。此侧治毕,患者仍保持上述体位不动,医者再立于患者脊柱侧弯的凸侧,面对患者的足端,以"单手掌根推法"治疗患者背部脊柱侧弯的凸侧。自第二胸椎水平线处始,缓慢地治向同侧的第二骶椎水平线处。也持续治疗数下。

5.拿肚角穴 嘱患者取仰卧位,医者立于患者的一侧,以右手置于患者左侧的肚角穴处,用左手置于其右侧,、当右手作拿法时,左手放松;面左手作拿法时,右手放松,如此一拿一放,持续治疗十余下或二三十下。

6.环转两肩 嘱患者取坐位,医者立于患者的身后,以右手握住患者右侧的上臂,用左手握住患者的左上臂,患者的两肘关节伸直;两手同时动作,使患者的两肩关节作环转运动,持续作3~5下。两手须协调一致,动作应柔和而缓慢。

7.挺胸抵背 患者仍取坐位,医者居于患者的身后,以单足立地;另一侧下肢的髋关节及膝关节屈曲,用膝部抵住患者的背部;医者用两手分别置于患者两肩的前面,在医者用膝部抵住患者背部的同时,两手向后用力,使患者的两肩胛骨内侧缘互相接近,同时嘱患者抬头,持续十余秒或二三十秒钟。

【注意事项】

1. 患者不可负重，不可提重物。

2. 嘱患者两手握住单杠，两肘关节伸直，悬吊身体，每日数次。但不可作引体向上动作。

【文献出处】 金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：479－480

【手法操作】 采用坐位脊柱旋转复位法复位。复位重点，多为L4，先旋转向凹侧，纠正其侧向成角，再旋向凸侧，以纠其侧弯。辅助手法：对腰背肌进行放松，以解其痉挛，促其行气活血，消其疼痛。

【注意事项】 要配合医疗体操治疗。

【文献出处】 赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：165

第六节 胸椎关节错缝的治疗手法

【手法名称】 胸椎倾倒型错骨缝的复位手法

【手法操作】 复位手法为患者俯卧，胸部垫一个薄枕头，双手搬住床头，两助手分别握患者两侧足踝，向远端牵拉。然后，按不同类型分别施术。

1. 前倾型 术者一手掌根按定伤椎微凸的棘突，另一手重叠其上。嘱患者有节律地鼓力咳嗽，先仅在伤处向背侧顶起时适力下压阻挡之，当觉患者放松、鼓咳自然有力时，待伤处向背侧快顶至最高点而未达到的瞬间，用力迎而压向前下方，多可觉移动，其位已复。

2. 后倒型 术者双手掌根分置陷下胸椎相邻的上椎和下椎的棘突处，嘱患者有节律地咳嗽，先于咳嗽中上手向上，下手向下反向推动，形如分开之势。当觉患者放松、鼓咳自然有力时，待鼓气咳嗽刚刚开始的瞬间，双手迅速分别向上和向下方用力疾推，有如顿挫，在患者鼓咳力至极度时，可觉下陷随之提起。

【主治疾病】 胸椎倾倒型错骨缝。

【文献出处】 田纪钧. 错骨缝的诊断与治疗[M]. 太原：山西科学教育出版社，1987：180－183

【手法名称】 樊春洲的胸椎小关节错缝复位手法

【手法操作】 俯卧位。两助手分别在头足侧相对牵引，使椎间隙松动。医者以两手拇指抵在侧偏棘突上下相对推挤，使其向中线复位。本法是牵以离之，用推挤以合之而使其复位。

【注意事项】 治疗原则为逆痛疗法，也就是说手法治疗时，多朝着痛的方向用力，以痛制痛。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：178

【手法操作】 患者坐位，医者施用搓运夹脊法，以理气活血，通经活络，施用抱项提膝顶法（图20－24），以理筋对位，活血化瘀，通经活络。患者俯卧位，医者于患者背部痛点，施用擅

法，以舒筋活络、通经活络，复平撩正，顾理肌筋；或施用推按腰背法，以顺理肌筋，理气活血。

【注意事项】

1. 防止突然过度旋转而致伤。

2. 起床或突然体位转动时要精神集中，切勿疏忽大意。

3. 劳累、疲劳后改变体位时应小心，避免意外扭伤。

【文献出处】　李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：552

【手法名称】　抱肘提挤法

【手法操作】　患者坐位，两手交叉于颈部，头稍前屈，医者立于其后，两手交叉紧搂抱患者两肘，用力向后搂挤，可听到患者胸椎响声（图 20－25）。

图 20－24　抱项提膝顶法

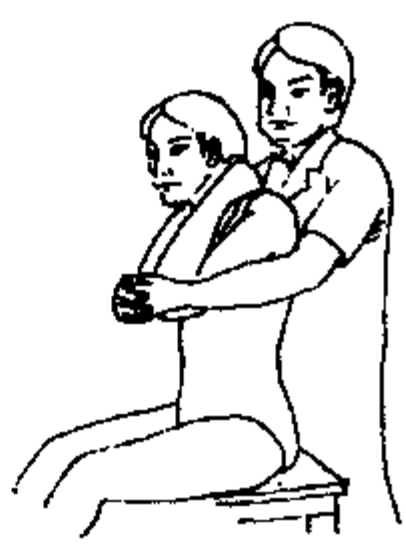


图 20－25　抱肘提挤法

【注意事项】　搂挤时，医者胸部应紧贴患者胸椎，双手向上向后用力。

【主治疾病】　胸椎关节扭挫伤等病症。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：123

【手法名称】　肩胛胸壁关节错缝常规按摩手法

【手法操作】

1. 先以按揉推拿手法放松颈肩胛骨周围筋肉，以弹拨、分筋手法治疗可能有的痛性筋结或筋索。

2. 患者坐位，术者站其侧后方，一手固定患肘并使其屈肘向后内方推，一手按肩胛骨脊柱缘中下部，向前方按压，双手配合，先一松一紧推压数次，并让患者放松肢体，在患者放松后不注意时，突然相对顿挫一下，如此反复 3 次，可能出现复位时的响声。最后以点揉按摩手法放松理顺肩胛周缘筋肉，旋转牵抖肩关节数下结束。

【文献出处】　陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：278

【手法操作】　患者取坐位，术者椎揉其背部片刻，然后一手搭住其患侧肩部，另手掌根顶住痛位，令患者深吸气后，骤然掌根用力向前顶击并令患者同时呼气。此外，尚可用旋转复位、

斜扳法等。

【文献出处】 陈敏，陈映辉，连国钦主编.效验推拿与自我按摩治疗300病[M].北京：中国中医药出版社，1994：89

【手法名称】 屈颈压胸复位法

【手法操作】 患者仰卧位，双手经胸前紧抱双肩（肘贴于胸），屈头。医者右手呈握手枪式（掌心向上），垫于患椎的下椎部位，左手紧抱患者的项部并使上身前屈。此时医者近于患者的一侧胸部下压患者的双肘部，听到“咯达”的复位声，疼痛缓解或消失即示复位。

【主治疾病】 胸椎前移错缝。

【文献出处】 胡晓斌编著.运动损伤推拿学[M].北京：人民军医出版社，1994：192

【手法名称】 旋转复位法

【手法操作】 患者坐位，两脚分开。以棘突向右侧为例。一助手用双腿夹住患者左腿，并用双手分别扶按住左腿的根部，以维持患者的坐位姿势。医者坐于患者背之后，左手拇指按于向右偏突的棘突，以右手从患者右腋下扶握住颈部，用劲使头部低下，上半身向右后旋转，同时医者左手拇指向左侧方推按，此时常可听到复位的响声。也可扳转肩部，同时用手推按复位的方法正复（图20－1）。

【主治疾病】 伴有胸椎棘突偏歪的胸椎小关节错缝。

【文献出处】 胡晓斌编著.运动损伤推拿学[M].北京：人民军医出版社，1994：193

【手法名称】 肩胛胸壁关节错缝推拿按摩手法

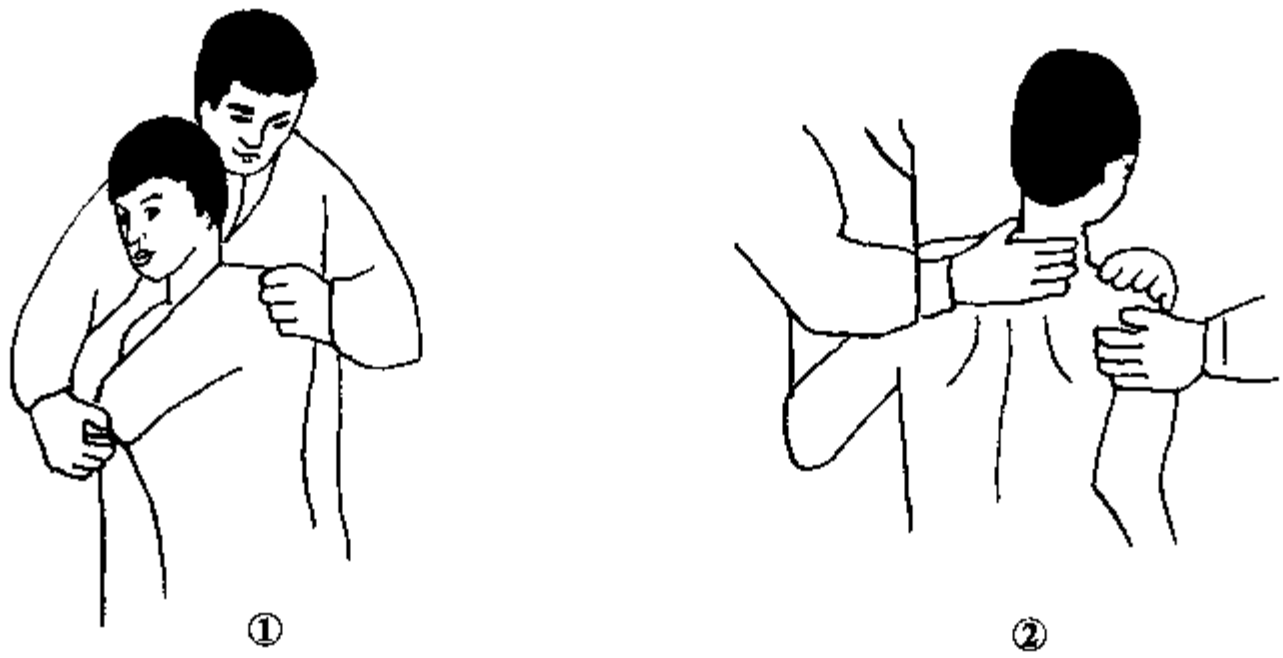
【手法操作】

1.整复法 坐位，患肢手掌放于健侧肩上。医者胸部一侧顶抵其背部，一手扳拉患肘向健侧，另一手按住患者肩胛骨内缘处，同时向前外方推送，两手相互配合有节律地一松一紧推拉数次。待患者放松时，术者突然反向对挤推送顿挫几次，使肩胛胸壁靠紧复合（图20－26）。然后令患肘屈曲，一助手固定患者健侧肩部，医者一手托握患肢肘部，向肩胛内缘方向推挤，同时另一手按住患者肩胛骨内缘，向前方按压。待患者放松时，医者双手突然用力对挤推送顿挫1～2次，使错缝合正。复位手法可视伤情于每日或隔日1次，直到痊愈。

2.按摩法 每次整复后，医者用轻度的摩擦法、叩击法和按揉法治疗患处上下、左右2～5分钟，以活血散瘀、止痛通络为原则。

【文献出处】 胡晓斌编著.运动损伤推拿学[M].北京：人民军医出版社，1994：221－222

【手法操作】 取俯卧位，先用拇指点按上肢、背部的腧穴2～3分钟，再用揉、掖、按、推等手法在背部反复操作。然后令患者双手握住床头，一助手握住两踝作对抗牵引1～2分钟，患者作深呼吸以缓解因错缝引起的肌肉痉挛。术者两手掌重叠，以后突的棘突为中心，沿后中线用掌根部按压脊椎，或用双手掌分别放于前突畸形椎体的上下椎体上，沿脊椎同时向相反的方向用力，反复操作数次，可使错缝的小关节复位；如棘突偏离中线向侧方移位，在作上述掌推手法后，再用双手拇指从侧方向中线推挤棘突，同时令助手左右摇摆下肢，使胸部的小关节有轻微的旋转活动，反复数次，即可使之复位。复位后可再用上述理筋手法进行按摩，使筋骨同时



①　　②

图 20－26　肩胛胸壁关节错缝复位法

得以恢复(图 20－27)。

【注意事项】 不需要特殊固定,1 周内减少胸部的旋转活动。

【文献出处】 王云凯主编.中华推拿大成[M].石家庄:河北科学技术出版社,1995:669

①　　②

图 20－27　胸椎小关节错缝手法复位

【手法操作】 术者正坐患者之后,以手从患者胸前向左伸抱握患者左肩上方,右肘部卡住患者右肩。左手拇指推住偏向后侧偏歪之棘突,然后让患肩前屈,右侧弯反旋转动作,待脊柱旋转力传到左手拇指时,拇指用力将棘突向左上方顶推,可感到指下有椎体轻微错动,并伴有响声,示关节错缝已复位。再用拇指从上至下作理筋动作,将棘上韧带理顺。然后用拇指从上至下顺次按胸椎棘突,检查偏歪棘突是否已纠正,上下棘间隙是否等宽。

【文献出处】 薛传疆,姚红主编.现代推拿学[M].北京:中国中医药出版社,1997:281

第七节　胸壁软组织挫伤及肋骨软骨炎的治疗手法

一、胸壁软组织挫伤的治疗手法

【手法名称】　胁肋挫气治疗手法

【手法操作】

1. 取穴　期门、日月、章门、肝俞、胆俞。

2. 手法　推、摩、揉。

3. 操作步骤　嘱患者仰卧于床，医者首需掌握胁肋挫气的治疗，是以足厥阴、足少阳二经的期门、日月两穴为重点。用推、摩、揉的三种手法轻而行之。然后患者再作坐势，医者用推法循足太阳膀胱经的肝俞、胆俞和足厥阴经的章门穴以作辅助治疗，并在两胁处用揉摩法使气条达。每天1次，每次30分钟，大约2～3次就可痊愈。

【文献出处】　上海中医学院附属推拿学校. 简易推拿疗法[M]. 上海：上海科学技术出版社，1960：22－23

【手法名称】　肋痛的治疗手法

【手法操作】

1. 取穴　章门、期门、日月、膻中、中脘、气海、肝俞、胆俞、膈俞、足三举、阳陵泉等穴。

2. 手法　推、拿、按、摩、分等法。

3. 操作

(1)患者仰卧。医者位于右侧，推摩期门、膻中气海穴等为主要治疗区域，往返3～5遍。配用分法，由上而下至少腹部。后拿按阳陵泉、足三里。

(2)取倒卧势。推胁部章门、日月等穴，手法宜轻快柔和。

(3)患者伏卧。推按背部膀胱经，以肝俞、胆俞、膈俞为重点，由上而下来回3～4遍，最后搓两胁结束。

【文献出处】　上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1961：81

【手法名称】　胁痛治疗手法

【手法操作】

1. 手法　推、摩、平推、揉、按。

2. 取穴　期门、日月、章门、肺俞、膈俞。

3. 操作

(1)患者侧卧，患侧向上，医者坐在病员后面，推摩胁部，以期门、日月、章门穴为重点。时间约8分钟。

(2)患者取坐势，医者站在病员后侧，用拇指按法，按肺俞、膈俞穴，并在患部轻揉，时间约6分钟。然后再在患侧胁部，沿肋骨方向平推，以透热为度。

【注意事项】　局部有红肿剧痛者，可用揉法在患部周围施治，并配合局部平推和热敷，可

帮助消肿止痛。如伤重而有咯血吐血者，系肺络内伤，不宜用推拿治疗。治疗期间不宜作过重的劳动，但可进行一些轻便活动。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校. 农村常见病推拿疗法[M]. 上海：上海科学技术出版社，1967：59

【手法操作】

1. 患者坐位，患侧在右，术者以右前臂自前侧插于右腋下，以右前臂向上提拉肩部，提拉时可将移位的关节和痉挛的肌肉拉顺。

2. 嘱患者用力吸大气，术者用左手掌根部叩击右胸背侧一次，使患者深吸气，则疼痛即可消失。

3. 用右手放于胸前侧疼痛部，左手放于背侧，两手手掌作旋转揉按活动。

【文献出处】 天津市天津医院，石家庄市交通运输局医院合编. 按摩[M]. 北京：人民卫生出版社，1974：145－146

【手法操作】

1. 病人正坐方凳上。

2. 医生坐在病人伤侧，一手将病人患侧上肢拉起，展胸（或助手协助）。另一手（或双拇指）顺肋间肌走行方向舒顺肋骨膜和紧、韧之肌纤维，将剥离和成束高起的肌纤维复平，之后再顺肋间隙顺压两遍即可，晚上睡觉时勿压患侧。

3. 局部在施手法后可配合热醋外敷或硫酸镁湿热敷，醋离子透入理疗等。

【主治疾病】 胸壁挫伤。

【文献出处】 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京：人民卫生出版社，1977：121

【手法操作】 患者取坐位，术者立其身后，先用拇指点揉法，点揉肩胛暗脉。再用四指揉法，揉欢跳脉。然后一手持患侧上肢使之举起，另一手用掌揉法，揉乳侧脉和前、后肾脉。最后用掌推法，先由上向下顺推胸胁部，再由后向前沿着肋间隙横推胸胁部，使气血消散，疼痛缓解。如系胸骨或剑突处挫伤疼痛，再加用四指揉法，揉胸前侧胸壁和反复揉按剑突脉。一般1～2次可痊愈。

【文献出处】 葛长海，李鸿江，葛凤麟. 捏筋拍打疗法[M]. 北京：北京科学技术出版社，1986：111－113

【手法操作】 患者取坐位，医者立于其患侧。

1. 用手掌擦其患侧胸胁部，擦热为度。擦时可让患者患侧上肢上举抱头，侧体展胸。

2. 用大指外侧缘沿其肋间肌方向自后向前进行推抹，3～5遍。其余要求同上势。

3. 用中指端按揉章门、期门、阿是穴。

4. 患者双手上举抱头，医者立于其后，一下肢屈膝以膝尖顶其胸椎，双手拉其双肘手向后拉时膝向前顶，以牵引扩胸（图17－35）。

【注意事项】 患者可作扩胸及侧体展胸活动。锻炼与治疗时均忌进气。

【文献出处】 金义成.推拿自学入门[M].上海:上海科学技术文献出版社,1987:141-142

【手法操作】

1.推、揉肋间神经沟法 患者仰卧,患侧肩关节外展,肘关节屈曲,前臂旋前,虎口叉腰,术者立于其健侧。--手扶住健侧肩部,另一手掌或多指从胸骨的患侧缘附近起,沿肋骨的走行方向,由内向外轻快反复地推、揉胸部,直至腋中线附近。并以一手拇指反复揉压,弹拨患侧云门穴。

2.推、揉骶棘肌法 体位和手法与腰间盘突出症相同。然后一手拇指反复揉压天宗穴。

3.捏拿阿是穴 患者正坐,患侧肩关节外展,肘关节屈曲,前臂旋前,虎口叉腰,术者立于健侧。一手扶住其肩部,另一手拇指指腹和食指的第二节指骨侧面,在患部及其周围进行反复地捏拿。并以一手拇指轻快地揉压,弹拨患部。

4.肩关节牵引法 患者正坐于低凳上患肢上举,术者立于患侧。一手握住患肢腕部,沿其纵轴方向对肩关节进行轻度对抗性牵引。与此同时,令患者深吸气,待闭气1~2秒后,令其张口徐徐呼气。在呼气的同时,术者以另一手虚掌轻快地拍击患部及其周围数次。如此反复2~3次。并以一手食指反复弹拨患侧极泉穴。

5.旋转提肩法 正坐于低凳上,患侧肩关节外展、外旋,肘关节屈曲90°,术者立于患侧。双手握住患肢腕部,反复行肩关节小幅度顺或逆时针旋转运动。待患肢肌肉放松,肩关节旋转运动自如时,术者可乘其不备,突然用巧力将患肢顺势向上一拉。重复进行2~3次。

6.颤抖、按压阿是穴 患者俯卧,颈部轻度后伸,术者立于其左侧。两手大鱼际分别交叉置于病灶胸椎棘突旁开3~4公分处,令患者深吸气、咳嗽,在咳嗽的同时,术者双手大鱼际向下进行颤抖性按压肋椎关节部有清脆的回位声,则手法成功。

【注意事项】 上述手法应根据病情选择使用。

【文献出处】 刘严.按摩疗法[M].西安:陕西科学技术出版社,1987:59-61

【手法操作】

1.患者取坐位,若患侧在右,操作者以右前臂自前侧插于右腋下,面向上提拉肩部;这样可将胸壁肌肉痉挛解除,关节的损伤得以纠正,再用左手掌做损伤部位的按、揉、推、搓等手法按摩。若患侧在左,则操作者以右前臂自后侧插至左腋下操作。

2.嘱患者用力大口吸气,在深吸气同时突然叩击一下疼痛部位。注意力量不要太重,仅适用于肋椎关节损伤患者。一般一次即可消除疼痛。

3.患者取坐位,操作者将左右两手分别按于患者胸前与背后,嘱病人深呼吸;在深呼吸同时有节律地对合挤压与按揉。然后用手掌沿压痛部位做推、摩手法按摩。最后用手指按揉脐下半寸向左旁开半寸处,持续3~5分钟。

4.患者取站立位,施术者用背法治疗,在背起做抖动时,嘱病人用力咳嗽几声。然后按摩损伤部位数遍。最后用对拿按揉的方法,拿揉患侧内、外关穴,同时患者应配合深呼吸锻炼20次左右。

【注意事项】

1.用中、西外用药物做疼痛部位的局部外敷和涂擦。并可结合热敷、理疗等。

2. 根据情况服用活血止痛的中、西药物。

3. 局部适当休息，严重者可配合胸部外固定。避免再度损伤及频繁、剧烈咳嗽。

4. 若痛点固定，而确定是关节、韧带、肌肉等浅层软组织损伤，选用局部封闭或针灸治疗。

5. 多做上肢功能锻炼和深呼吸运动，并配合挺胸扩臂运动。

6. 若病情严重或经治疗后病情加重，应及时送医院治疗，以免延误病情。

【文献出处】 王启民. 实用按摩速成[M]. 北京：中国环境科学出版社，1991：237－238

【手法名称】 刘寿山治疗胸壁挫伤手法

【手法操作】 令患者正坐凳上。助手蹲于前方，用双手分别按住患者两腹股沟部。术者站于患者身后，将双臂穿过患者两腋，抱住患者，一手持毛巾，准备堵住患者口鼻，另一手掌扶按伤处。将患者徐徐提起，轻轻摇晃6～7次（图11－18①）。用端提法将患者向上提起，并使其后仰，令患者深吸气后，用毛巾捂住口鼻（图11－18②），速撤捂口鼻之手，令患者咳嗽一声，同时医者之胸压患者之背，使患者稍前屈，扶按伤处之手，向后戳按之（图11－18③）。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：188－189

【手法名称】 胸部挫伤推拿按摩手法

【手法操作】 端坐，医者立其前面，视伤情于患部涂擦跌打活血膏、速效止痛膏、跌打酒等推伤介质。以手掌（大小鱼际部）于患处及周围作柔和而有节律地揉动1～5分钟；然后作揉推法，由患处向周围推动，推散1～5分钟；继用拇指点按伤处及附近的经穴，同时令患者作深呼吸和咳嗽，以利气血畅通；最后用大鱼际于伤患处作轻度地揉动数次即可。

【文献出处】 胡晓斌编著. 运动损伤推拿学[M]. 北京：人民军医出版社，1994：184－185

二、肋软骨炎的治疗手法

【手法操作】 取膻中、内关、肺俞、心俞、隔俞穴。常用按揉、拿、滚、一指禅推、扳法。

1. 患者坐位，医生先以拇指按揉患侧内关穴，约2分钟，再循手厥心、经拿上肢，拿腋前壁、滚胸大肌、胸小肌，并配合上外展，内收运动，以疏经活血。

2. 医生以一指禅推法在胸骨正中任脉路线上治疗，自天突至中庭，往返3遍，以膻中穴为重点治疗，以宽胸理气。

3. 在肋软骨炎症局部周围用按揉法，以引起患者中度酸痛为度，每处约3分钟。

4. 按揉患侧肺俞、心俞、隔俞，每穴1分钟。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：504

【手法名称】 提端法

【手法操作】 站在患者身后，双手从腋下抱住患者，将患者轻轻上提，按顺时针方向环转摇晃数次，在上提的同时，令患者吸气，使其胸廓隆起，再令患者身体前屈，同时医者之胸压挤患者之背，并以双手戳按患处（图20－28，图20－29）。

【主治疾病】 肋软骨炎、肋骨挫伤等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编.中国按摩全书[M].北京:华夏出版社,1993:126

图 20-28 提端法 1

图 20-29 提端法 2

【手法名称】 拍提法

【手法操作】 患者坐位,医者半蹲位站在患侧后方,手握患者手腕令其屈肘,另一手背置于胸部伤处,轻轻拍打患处数次,然后在医者牵拉上肢快速上提的同时,医者置于胸部之手反转以手掌面拍打患处。

【主治疾病】 肋软骨炎、肋骨挫伤等病症。

【文献出处】 北京按摩医院编.中国按摩全书[M].北京:华夏出版社,1993:126

【手法操作】

1.按摩法 患者仰卧,术者手掌在患处揉摩 3~4 分钟,后用拇指指腹沿肋间疼痛处,来回点揉 5 遍。力量由轻到重,以患者能忍受为宜。

2.摇臂按胸法 患者体位同上,术者一手食中指按于肋软骨之隆起处,另一手握住同侧上肢腕部,使上肢上举,作划圈动作,同时按胸手用力向下按压 3~5 次。

3.按压法 医者以双手掌重叠放于患肋隆起处,令患者深呼吸,待呼气时,手掌有节律地向下按压 3~5 次。

4.点穴振荡法 可点按中府、内关和膻中。然后手掌放于患处作振荡手法。

【文献出处】 陈映辉,陈敏主编.实用临床按摩手册[M].北京:中国中医药出版社,1993:362-363

【手法操作】

1.基本操作法 ①患者坐位,医生先以拇指按揉患侧内关穴,计 2 分钟;再用拿法于患侧的上肢、腋前壁,掐胸大肌、胸小肌,并配合上肢的外展、内收的被动动作,约 3 分钟,以疏经活血。②接上势,医生以一指禅推法在胸骨正中任脉路线上治疗,自天突至中庭,往返 3~5 遍。以膻中穴为重点治疗,以宽胸理气。③在肋软骨炎症处的局部及周围用拇指予以按揉,以中等酸痛为度约 3 分钟。④按揉患侧的肺俞、心俞、膈俞,每穴 1 分钟。

2.辨证加减法 对怀疑有胸肋软骨间关节错位者,可予以手法复位。患者正坐,双手分别上举搭在同侧肩峰处,此时尽量挺胸展肩,医生立其后,两前臂分别从患者的侧腋下穿过,两手

合拢于患者颈后，先做上提、后拉动作数次，然后嘱患者有节律地鼓力咳嗽，在某一鼓咳即将达到高潮的瞬间，突然做一次上提、后拉动作，随即放松。在提拉过程中，常可听到复位声。复位成功后，胸肋软骨间关节两侧高低不平的迹象消失。

【注意事项】

1. 本病无致残之可能，但病人精神负担可较重，对此类病人，除给予必要的局部治疗外，应说明情况，解除病人不必要的精神负担。

2. 寒冷季节做自我保健时，切忌着冷受寒而感冒。因感冒、咳嗽会加剧症状。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：744

第八节　胸胁屏伤的治疗手法

【手法名称】 叉气按摩方法

【手法操作】

1. 点压膀胱经法　凡因气血瘀积于胸胁，伤筋腱而致转侧不利、不敢深呼吸者，须点压脊椎两侧膀胱经 2～4 遍。点压患胸或脊部"阿氏"穴（压痛点）。

2. 扭腰法　先向健侧扭转，再向患侧扭转，左右各一次。可使胸胁痉挛之筋腱得以舒展。

3. 疏理胁肋法　医者两手四指分开，紧贴于病人患侧肋间用力向胸外侧梳理。此法有活血舒络、消除瘀积的作用。

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：143

【手法操作】 中医以手法按摩整复其半脱位，疼痛可立即消除。其手法如下。

1. 患者坐位，患侧在右，术者以右前臂自前侧插于右腋下，以右前臂向上提拉层部，提拉时可将移位的关节和痉挛的肌肉拉顺（图 20－30）。

2. 嘱患者用力吸大气，术者用左手掌根部叩击右胸背侧一次，使患者深吸气，则疼痛即可消失（图 20－31）。

3. 用右手放于胸前侧疼痛部，左手放于背侧，两手手掌作旋转揉按活动（图 20－32）。

其他治疗：对于肌肉劳损、局部肿胀疼痛者可用洗药热敷，促进肿胀消失，嘱患者经常练习两上肢活动以防损伤部位瘀血粘连。胸肋关节半脱位如未经整复者可在局麻下用手巾钳子夹持肋骨端向前提拉整复。

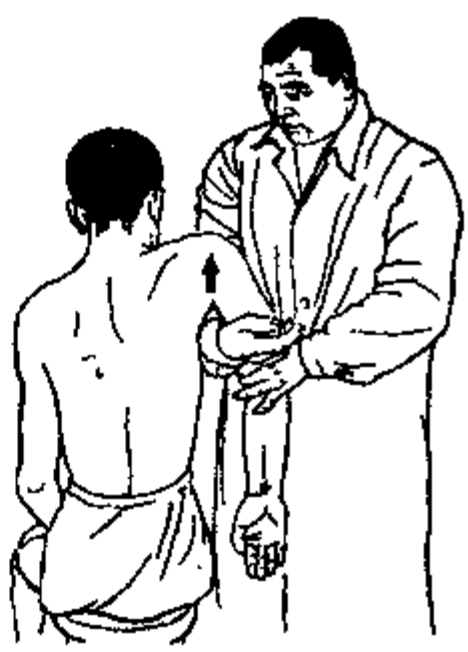
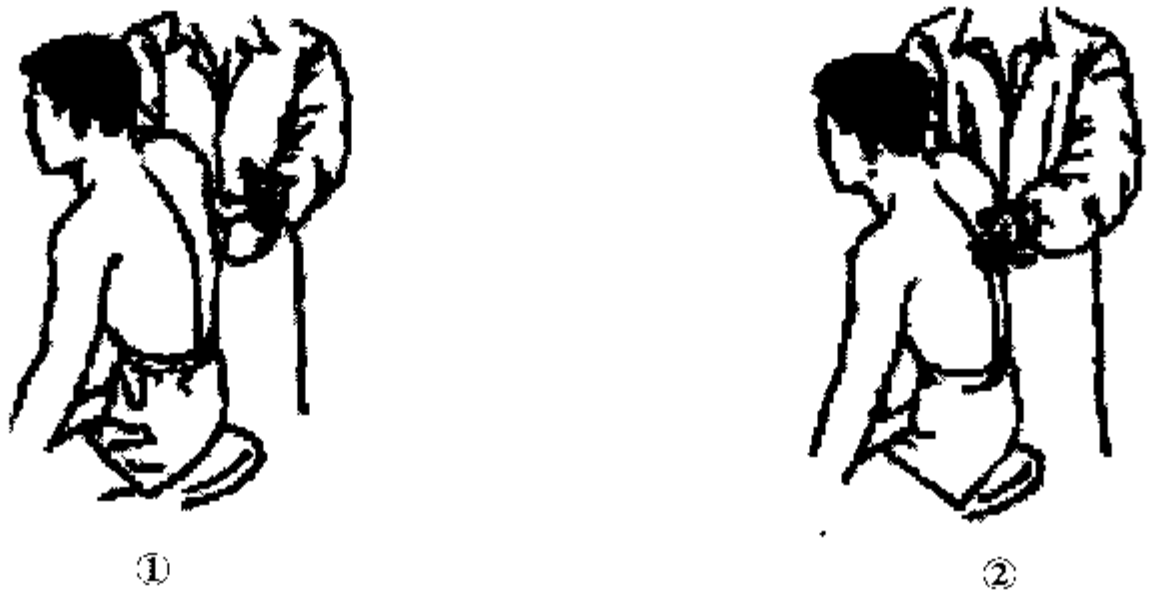


图 20－30

【注意事项】 手法以前，应拍胸片检查有无肋骨骨折。但肋椎关节或胸肋关节半脱位，X 线上不显任何变化。

【文献出处】 天津市天津医院和石家庄交通运输医院合编. 按摩[M]. 北京：人民卫生出版社，1974：145－146



①　　②

图 20－31

图 20－32

【手法名称】　胁肋部伤痛的治疗手法

【手法操作】　点外科基础穴及气户、膻中、内关、公孙、陷谷、解溪、丰隆等穴位。施局部轻擦揉法。在经穴按摩中，公孙穴就是主要治气的穴位。如要内服中药，亦应服治气、调气、顺气、理气之剂。因气行则血行，血瘀方可除。若血管气道能通畅，其伤痛也能消除。

【注意事项】　如果断定肋骨无折断或下陷等伤，即可施治。凡胸腹胁肋部外伤，都因此部位接近心、肺、气管、血管，受伤时，除了伤及皮肤、肌肉外，也易伤及血管和呼吸气道，所以治疗时应注意不可单治血病，必须与气病同时治疗。

【文献出处】　曹锡珍遗著. 中医按摩疗法[M]. 北京：人民体育出版社，1979

【手法操作】

1. 顺筋　患者取坐位，术者居其侧后，操作时沿背部患侧足太阳膀胱经自上而下用拇指推法推拿，手法轻缓，徐徐加重。然后改为掌根推和掌侧擦，以解除肌肉痉挛，顺理筋肉，使患者疼痛减轻，神情平稳。

2. 复位　复位手法不一，介绍以下两式。

(1)拔伸法：患者坐于低凳上或盘地而坐，术者站在患者的患侧前方。术者双手分捏患侧手指，使其手掌向内。然后术者紧握患侧的手，由下向内而上地连续作圆形环转，幅度毋需过大。连续循环数转，待患肢肌肉已放松，运转自如时，趁其不备，术者突然用劲把患肢向上提拔。拔伸后患者疼痛感减轻，呼吸舒畅即成，如尚无好转，可再予拔伸 1 次。

(2)掌击法：患者取坐位，术者站其患侧偏前方，以近患者胸前的前臂，从前向后插于患侧腋下。发力将患侧肩部提起，提足后嘱患者用力吸气。术者趁其不备，用另一手掌根部自下而上地叩击一下患处。此法也可重复 1～2 次。

3. 摇肩　患者取坐位，术者站于患侧偏前。患者的患侧上肢伸直，术者握住患侧手腕部，将患肢从下方经前方绕转到后方，连续作环形转动。并嘱患者随患肢向前上举过程中吸气，绕

后落下时呼气。如此，摇转10次左右即可。

【注意事项】 推拿治疗本症效果较好，一次治疗后患者即有明显好转，再辅以医疗练功则可基本治愈。滑膜嵌顿后一般均引起损伤性病理反应，局部充血、肿胀，故患者在治疗后大多仍有残余症状可继续治疗1~2次，有条件还可配合其他治疗。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民卫生出版社，1982：131－134

【手法名称】 胸胁迸伤的治疗手法

【手法操作】

1. 病人仰卧位（或侧卧位）。医生在其胸胁部用一指禅推法或摩法治疗，配合按揉章门、期门、大包、膻中、日月等穴。

2. 病人坐位。在背部膀胱经施用轻柔的滚法。然后按揉背部两侧膀胱经俞穴，微有酸胀为度。

3. 病人站立位。医生用背法治疗。在背起作颤动时，要病人配合用力咳嗽。

4. 病人坐位。在患部沿肋骨方向用擦法，以透热为度。也可配合热敷。

【注意事项】

1. 本病治疗后症状一般均可立即消失或明显减轻，但病人在1周内不宜再用力过度。

2. 病人宜睡板床。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：187－188

【手法操作】 术者坐位，以右侧为例。按压天鼎、缺盆穴。

1. 术者右前臂自患者右腋前侧插入腋下，向上提拉肩部1分钟。

2. 在提拉下，术者将患侧上肢向下移，用术者身体抵住，然后用左手掌对准疼痛之背侧突然叩击一次。

术者用两手掌在疼痛部位的前后旋转揉按。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：72

【手法名称】 背部拍法

【手法操作】 患者取站立位，医者站其背后，令患者深吸气，用拍法在背部以空掌轻拍之，同时叫患者深呼气，经过反复数次症状可消失或减轻。

【注意事项】 主要适用于上胸部迸伤，而下胸部伤者适用于喷水法。此法对症轻者最为适宜，而且疗效甚佳。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：105

【手法名称】 喷水法

【手法操作】 患者站立位，医者在患者背后，以双手抱住其下腹部，并让患者含一口温水后，身体微向前弯，令患者吸足气后，使劲向前喷水，同时医者双手，双前臂挤压患者腹部（图20－33）。

图 20－33 喷水法

【注意事项】 主要适用于下胸部迸伤，而上胸部伤者适用于拍震法。此法适用于症状较重者。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988，105

【手法操作】

1. 病人取坐位，术者站在病人的患侧偏前，把前臂放在病人腋窝下并向上提起，让病人吸足一大口气，使胸腔有较大的张力，术者即刻用一手掌面拍击与胸痛相对应的部位，随着拍击病人张口出气，然后再重复以上动作 2～3 次，至深吸气疼痛消失为止。此法适合年轻体壮的病人。

2. 病人取仰卧位，术者站在病人床的左侧，左手五指分开与肋间隙等宽，放在病人左侧胁肋处，右手同样放在右侧，然后两手沿肋间隙分推以开胸舒气，随后用拇指指面依次按压膻中、期门、章门、日月穴以舒肝理气。

3. 病人侧卧，术者站在病人胁肋的对侧用一手掌面按摩病患处，对痛点可采用指压法止痛，然后用两手指面在患侧分推。

4. 病人取俯卧位。术者站在病人腰部的旁侧，用捏脊法，提捏背部俞穴，若病人皮下脂肪厚，可改用推脊法，以调整脏腑气机。

【主治疾病】 肋椎关节错位、滑膜嵌顿。

【文献出处】 孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社，1989：174－176

【手法操作】

1. 选穴 内关、外关、期门、章门。

2. 手法

(1)先用掌轻摩推患侧胸肋部，点揉期门、章门穴。

(2)拿内外关穴，同时嘱患者作深呼吸和转腰动作。

(3)术者一手握住患者肘部，另一手插入患侧腋下，向上提拉患侧肩部。

(4)插入患侧腋下的手不动，另一手在患者深呼吸后，用力叩击患侧背部和胸肋部。

(5)用膝腿部顶住患者背部，以巧力向后侧扳肩。

(6)在患侧胸部施以揉法。

(7)擦搓患者胸肋部。在背部沿足太阳膀胱经施以推法。

【文献出处】 徐裕才，黄为民. 疏通经络点穴法[M]. 北京：科学出版社，1989：136

【手法操作】 坐位，医者一手扶患肩，另手施用搓运夹脊法，以理气和血，解除郁闷，施用锁叩开岔法(图 14－25)，以开胸顺气，通经活络，理气祛邪，顺理屏气退纳嵌顿，解除挛痛。嘱患者仰卧位，施用呼吸迎随法，以疏肝解郁，通经活络，散郁除滞，开胸顺气；施用掐点侠溪至阴法，以通经活络，理气止痛，活血化瘀。如痛点集中，胸椎小关节紊乱症者，施用抱项提膝顶法，

以理筋对位，活血化瘀，通经活络，捺正止痛。

【注意事项】 无论举重或提物均有一定准备，不可疏忽大意。劳动时，操作中要思想集中，避免气机阻滞的发生。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：554

【手法操作】 患者仰卧，医生立于一侧。在其胸肋部沿肋骨方向用推法、摩法和擦法，使其局部有热感。然后双手交叉，按压胸部华盖穴位，在其深吸气时猛然向上提起。双手分开，沿肋间隙方向，向外推揉，用力平稳，反复数次，同时点揉阿是穴，使气血消散而疼痛消失。

【文献出处】 常健，陶万明，李瑞生. 推拿与运动损伤[M]. 北京：北京科学技术出版社，1991：98

【手法操作】

1. 胸部迸伤的治疗手法

(1)拍震法：医者用拍法在患者背部以空掌轻拍之，随时令患者深呼气，反复数次症状可消失或减轻。

(2)喷水法：患者站立位，口含一口温水，身体略向前倾，吸足气后用力向前喷水，医者以双臂环抱患者腹部用力挤压。此法适用于症状较重者。

2. 胸部挫伤的治疗手法 使患者上举上臂，展胸，医者以手顺患者肋间肌走行方向进行反复理顺按摩、捋按舒筋，疗效较佳。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：361

【手法操作】

1. 基本操作方法 ①患者坐位，医者先按揉两侧内关穴各 1 分钟，再用拿法于两侧腕前壁、腕后壁各 1 分钟，以疏通手三阴经。然后按揉膻中、肺俞、膈俞穴各 1 分钟，以宽胸顺气舒肺；②用背法将患者背起，再做左右摇晃，排出肺泡残余气体。

2. 辨证加减法 ①伤在上胸部者，基本操作法完成后，令患者取坐位，医者立其后，用虚掌拍打患者背部，拍打同时令患者深呼气，直至气吐不出为止。此法可反复数次，直至症状消失或明显减轻为度，②伤在下胸部者，基本操作法完或后，令患者站立，口中含满温水，身体微向前倾，医者立其背后，用双手抱住其下腹部，再叫患者吸足气后，使劲将口中水向前喷出，与此同时，医者双手、双前臂挤抱患者腹部，使肺中残气排出。

【注意事项】

1. 病未愈期间，应避免重体力劳动。

2. 若遇感冒、咳嗽，需用镇咳药。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：745－746

【手法操作】 患者坐位，双手抱头。术者站立在患者背后，用双手握住患者两侧肘部，使其胸椎轻度后伸，做左右旋转活动；同时让患者咳嗽将患侧臂上举，手放在头上。术者站在患

者背后，一手扶健侧肩部，一手顺肋骨走向，由后向前推理反复数次。

【注意事项】 可内服活血止痛散，外敷伤药Ⅱ号等。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：413

【手法名称】 穴位点按法

【手法操作】

1. 取穴　阳陵泉、内关、章门、期门、带脉、阿是穴、天宗、膀胱经脊俞穴（肺俞、厥阴俞、心俞、督脉俞、膈俞、肝俞、胆俞）。

2. 操作　以右侧为例，患者取仰卧位，医者立于患侧。

（1）左手握患者右手腕部，用拇指点按患者内关穴，右手拇指点按患者阳陵泉，同时逐渐用力，时而左轻右重，时而左重右轻，用力要求深透，持续 1 分钟。

（2）医者右手食、中两指叉开，点按章门、期门或带脉及痛点，持续 1 分钟，并配合揉法治疗，3～5 分钟。

（3）患者取俯卧位，取肺、厥阴、心、督脉、膈、肝、胆等膀胱经背俞穴点按，上下来回 3～5 遍。

（4）患者取坐位，医者立于患者背后，点按两天宗穴，用力逐渐增大，持续 3～5 分钟，在结束时，令患者咳嗽，同时拨动天宗穴。再取内关穴，其操作方法同天宗穴。

【注意事项】 本套治疗手法的关键在于点按膀胱经俞穴和点按天宗、内关穴。胸胁进挫伤患者在背部膀胱经上一般可找到压痛点，这同西医解剖学的观点一致。因肋间神经为胸神经前支，其分支主要分布在胸胁部，故胸胁部的损伤可反映到神经根部，这可能是点按膀胱经背俞穴能止痛的主要理论根据。点按内关、天宗可以达到诱导止痛的作用，在此过程中，患者主动配合咳嗽，可以通畅气机，达到“通则不痛”的目的。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：48－50

【手法操作】

1. 医者用拍法在患者背部以空掌轻拍之，同时令患者深呼气，反复数次症状可消失或减轻。

2. 患者站立法，口含一口温水，身体略向前倾，吸足气后用力向前喷水，医者以双臂环抱患者腹部用力挤压。此法适用于症状较重者。

【文献出处】 陈敏，陈映辉，连国钦主编. 效验推拿与自我按摩治疗 300 病[M]. 北京：中国中医药出版社，1994：94

【手法操作】

1. 患者坐位，医者立于伤员前面，用双手五指于受伤患者的胸部正中作“八”字型分别向左右两肋处分抹推动 10～20 次，然后从背部中心作“八”字型向左右肋分推 10～20 次。继改用单手掌按揉胀疼部位及周围 2～5 分钟。

2. 患者仰卧，医者运用点按法，按揉章门、期门、日月穴及阿是穴各 0.5～1 分钟。

3. 患者侧卧，术者用扳腰法，扳动左右腰部各一次。

4. 患者站立，医者用拍法，有节律地拍打胸部和背部，由上而下再由下至上各 10～20 次，

同时令患者作深呼吸和用力咳嗽数次。

5. 患者坐位，双手抱头枕部，医者用一膝顶其胸椎，双手扳其两肘，作扳肩扩胸动作 2～5 次，然后令患者左右旋转上身 5～10 次即可。

【文献出处】 胡晓斌编著. 运动损伤推拿学[M]. 北京：人民军医出版社，1994：186

【手法操作】 患者处坐位，医者一手自患侧腋下插入，向上提拉患肩，然后将患侧上肢向下移，医者用身体挺住，用另一手对准疼痛部位之背侧突然叩击 1 次，再用两手掌在疼痛部位前后侧旋转揉按。使患者上举上臂，展胸，医者以手顺患者肋间肌走行方向进行反复理顺按摩，揉按舒筋，疗效较佳。

【文献出处】 薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：271－272

【手法操作】

1. 患者坐位，掌摩胸胁部 5 分钟。

2. 掌揉胸胁部 3 分钟。

3. 点按章门、期门、日月等穴，以酸胀为度，每穴操作 30 秒。

4. 重刺激点按对侧阳陵泉 1 分钟，嘱患者深呼吸、咳嗽。

5. 双掌搓胁肋部，上下来回操作 3 遍。

6. 若有肋椎关节错位，滑膜嵌顿者，可施胸椎对抗复位法。

【注意事项】

1. 治疗期间注意休息，避免负重。

2. 功能活动恢复正常后，可配合功能锻炼，如双手平举扩胸等。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：297

【手法名称】 治疗肋间肌损伤的松解手法

【手法操作】 患者坐位或卧位均可。患侧之臂上举抱头，上身稍向健侧屈，使患侧肋间拉开，以利于检查和治疗。术者坐于患侧，在患处用拇指循肋间作检查，确定其伤痛的位置及范围大小，在患部仔细找寻，多可发现较为细小的纤维索。在肋间的纤维索视其深浅和方向，判断其属肋间内肌或是肋间外肌。用双拇指端或指腹略靠桡侧锋交替做分筋、理筋手法，即做与纤维方向相垂直的弹拨分筋，做与纤维方向相同的推刮理顺，反复交替进行，力求将纤维索分解消除。再局部按压片刻以镇痛，对患处及其周围做较轻柔的揉擦放松，手法结束。一般用手法多可解决问题，个别必要时可配合其他治疗。

【注意事项】 个别较轻的旧伤者，其伤痛点难以确定，可令患者咳嗽，增加其对病灶的冲击力，有助于确定病灶之所在。

【文献出处】 赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：95

【手法操作】

1. 患者卧位，医者先用拇指点按章门、期门、大包、膻中、日月及相应背部有膀胱经腧穴，以行气止痛。然后掌揉、摩或擦胸胁部及肩背部患处，以解除肌肉痉挛。

2. 患者正坐，患侧在左，医者以右前臂自前向后插于腋下，以右前臂向上提拉（即拔伸）肩部，将移位的关节和痉挛的肌肉理顺。随后嘱患者用力大口吸气，医者以左手掌根部叩击右胸背侧患处一次。再令患者作深呼吸，则疼痛即可消失。

【注意事项】 因直接暴力造成的胸壁挫伤、肋骨骨折及并发内脏损伤等不在本节讨论之列。

【文献出处】 李明磊主编. 推拿学[M]. 北京：科学出版社，2002：141

第九节 肋椎关节错位的治疗手法

【手法名称】 肋椎关节错骨缝的复位手法

【手法操作】 以右侧为例。

1. 方法 1 患者直腰正坐，双臂交叉抱于胸前，双手分置对侧腋下。助手与患者面对，固定其双膝，使术中患者骨盆保持不动。术者立患者背后，左手从患胸前伸过搬住患者右肩，沿患躯干向左旋转方向牵拉，右手掌根放在伤椎右侧横突处。当患者躯干左旋至极度时，稍停片刻，迅速顿挫一下，右手同时顺势向前推压常可闻复位声响。

2. 方法 2 患者坐凳上，术者立其患侧与之斜对，右前臂从患腋下穿过，嘱患者作深呼吸，每当吸气终了时上提患腋并随即放下，连续数次后，待患者放松，呼吸自然时，仍在吸气终了之际，适力迅速上提患腋并立即放下，常可闻复位声响。此法适于各肋椎关节的中上段，即第七胸椎的肋椎关节以上部分的错骨缝。

【注意事项】 术后处理：术后 1 周内，患者每日需作深呼吸 100～200 次。在方法 1 中，要求患者必须伸直腰部，因为只有这样才能交锁腰椎的椎间关节，使复位作用力全部集中到胸椎的肋椎关节。若过于前屈，部分作用力被腰椎椎间关节吸收，就达不到复位要求的力度，以致复位失败。在方法 2 中，要求术者在患者吸气即将终了时提起腋部，原因是此时胸腔压力和肌肉张力都最大，能增强提腋，亦即提起肋骨的作用力，当术者松手，被提起的肋骨下降时，正是呼气动作中肋骨下降之势，正好又加强了肋骨的下降。这一升一降短暂而有力，将错移的两个关节面先略分离，旋即对位吻合。

【主治疾病】 肋椎关节错骨缝。

【文献出处】 田纪钧. 错骨缝的诊断与治疗[M]. 太原：山西科学教育出版社，1987：185－189

【手法名称】 按压法和端坐顿拉法

【手法操作】 按压法是嘱病人俯卧，术者双手掌重叠压住痛点，嘱病人呼气时随之按压，术者掌下自觉有跳动感即可。端坐顿拉法是嘱病人盘腿坐于地上，术者站于病人前而，右手握住病人左手中指，左手握病人右手中指，用前臂带动患者肩关节环转，在病人不备时，用力向上猛拉，若未成功，可连续数次，直到症状减轻或消除为止。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：474

【手法操作】

1. 压法 患者俯卧位。术者立其左侧，先以拇指用按法，疏理患者两侧背肌数次，以松弛背肌。然后，术者双手交叉，用两手小鱼际部分别置于患者脊柱两侧旁开约 2 寸处，由第一胸椎开始，用压法由上往下依次做颤抖性的快速按压。在按压的同时，令患者咳嗽，使按压动作与咳嗽同时发力，配合一致，此时可听到清脆的回位声。如此反复数次，直至不再出现回位声时，说明错骨全部回位即"入槽"。然后可用轻手法疏理筋肉 2～3 次即可。

2. 搬法 患者仍取俯卧位。术者立于健侧，一手搬患侧肩部，使脊柱向后旋转，另一手按压患部，双手同时交错用力下压椎肋关节，可听有回位声。

【注意事项】 手法后，可服伤药Ⅱ号、回生第一丹等行气止痛药。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：410

【手法名称】 治疗肋椎关节错位或滑膜嵌顿的拔伸和摇法

【手法操作】 患者端坐于低凳上，医者立于患侧前方，双手紧握患手，使患侧上肢作由下向内，向上，向外地连续作圆形环转，幅度由小渐大，以患者能忍受为度，连续环转数次，至患肢肌肉放松，运转自如时，趁其不备，术者突然用劲把患肢向上提拔。或患者坐位，医者以一前臂自前侧插于患腋下，并向上用力提拉以拔伸患侧肩部。而后，接上势，医者用另一手之掌根部自上而下地叩击患侧胸背部一遍，必要时可重复 1～2 遍。

【注意事项】 手法时用一指禅推法和滚法施于背部足太阳膀胱经，有舒筋解痉之功。在背脊和背肋部使用按压法，以整复错位之肋椎关节。擦背部则舒筋活血。环转患侧上肢，叩击患侧胸背部，可涉及肋椎关节运动，使尚有轻微错位的关节得以完全整复，功能恢复。

【文献出处】 李业甫主编. 中国推拿治疗学[M]. 上海：上海中医药大学出版社，1994：292－293

【手法名称】 手法复位法

【手法操作】 患者俯卧位，胸部垫一薄枕；双手自然放直或抓住床头的同时，助手缓缓牵拉下肢，此时医者双手重叠按压向后突凸的椎体（图 20－34）。医者常可感到手下棘突移动。检查疼痛缓解或消失，即告复位。如果因过伸引起的椎体前移，患者可俯卧于鞍马上，医者双手分别置于患椎上下的棘突处（图 13－17），用力向头尾分开下按，可使错缝关节复位。

图 20－34 双掌重叠按压复位法

【主治疾病】 胸肋小关节错缝。

【文献出处】 胡晓斌编著. 运动损伤推拿学[M]. 北京：人民军医出版社，1994：192

【手法名称】 胸肋关节上肢顿拉复位

【手法操作】 患者仰卧，术者双拇指指腹分别按压于凸起的胸骨肋骨切迹上下缘，助手两手捏拿患者伤侧手腕。嘱病人深呼吸，于深吸气末，助手用力向前、外、上方顿拉上肢，术者觉指下有跳动感，触患处胸肋关节变平坦即可。此时让患者深呼吸，胸痛即可锐减。软肋骨联

合部错位整复手法同胸肋关节，术者两手拇指用力按压外凸的肋软骨（或肋骨软骨端），患者深吸气末，助手顿拉患侧上肢，使肋软骨嵌入正常位置。

【注意事项】 助软骨如已复位，于移位的软骨上放一块硬纸垫，内衬棉花，用 8～10 cm 宽胶布固定，胸前背后应超过正中线，胶布松脱时应随时加强固定，3 周后去除胶布。

【主治疾病】 肋软骨错位。

【文献出处】 潘之清主编. 实用脊柱病学[M]. 济南：山东科学技术出版社，1996：903

【手法名称】 肋椎关节错位的治疗手法

【手法操作】

1. 顶背法 患者端坐于凳子上，两手合叉抱头后，抬头挺胸。术者站于其后，双手从其肩上伸过扳住肩前部，以一腿呈屈膝状，足尖蹬在凳面后端，膝盖顶住移位的肋骨后端，于呼气末，膝盖用力前顶，两手后扳肩部，可闻“咔嚓”轻响，感觉肋骨移动后，按揉伤处片刻。

2. 拔伸点压法 仰卧在硬板床上。助手两名，一人扶其腋下肩胛外缘，另一人拿其足踝部，两人用稳力对抗拔伸。术者双手拇指指腹重叠施压于移位的肋骨后端。嘱患者仰头，待深呼气末，术者用力点压。感觉指下肋骨跳动，即告成功。此法对病程较长者仍有较好疗效。

【主治疾病】 肋椎关节错位。

【文献出处】 潘之清主编. 实用脊柱病学[M]. 济南：山东科学技术出版社，1996：903

【手法名称】 俯卧位冲压法

【手法操作】 患者俯卧，手置体侧，放松。术者立于一侧，面对患者，双手掌按于患者脊柱两旁，指尖方向相对，掌心约相距两个胸椎水平位，嘱患者深呼吸，在深呼气之末时，迅做相对用力冲压，即一手在脊柱的一侧向患者前上方冲压，另手则在脊柱的另侧向其前下方冲压。一侧操作完毕，双手换到对侧，做同样的复位操作。有关节紊乱者，可听到“咯”的响声，病者即觉其痛顿消，大有脉通气顺之感。

【注意事项】 由于胸椎后关节紊乱多合并有本病变，故在胸椎后关节紊乱复位后，顺便作此操作，可使治疗更为彻底，提高疗效。

【主治疾病】 肋椎关节紊乱合并胸椎后关节紊乱。

【文献出处】 赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：93

【手法名称】 扳肩压背复位法

【手法操作】 患者俯卧同上。术者立于健侧，面对患者，靠患者头部一侧之手握患者患侧手腕，并用前臂近肘弯部勾于患侧肩前，另手置于患处轻轻向前椎揉患处。另手协调地向后勾起牵拉患侧肩背，边一推一拉，边嘱患者放松深呼气，在其呼气末，双手同时发力，将患侧肩向后向对侧斜扳，另手同时向前上方冲压，其位可复也。

【主治疾病】 此法适用子肋椎关节急性伤，位置较明确者。

【文献出处】 赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：93

第十节 脊椎源性胸痛的治疗手法

【手法名称】 背痛的治疗手法

【手法操作】

1. 持续指压(加颤法)背腹穴,深部持续指压锁上 2 穴(第②种取穴法)。

2. 配穴:背上部痛配背胛 1、2 穴及反应压痛点,背下部痛配背胛 3、4 及反应压痛点。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州:河南科学技术出版社, 1994:514

【手法名称】 脊椎源性胸痛的治疗手法

【手法操作】

1. 胸椎掌推法。

2. 胸椎膝顶法等手法。

3. 端坐提肩拍打法:以左侧胸痛为例。患者端坐矮凳,挺胸,两上肢自然下垂。医者立于患者右侧,右肘置于患者右腋下并用力往上提。嘱患者深吸气后憋气,医者用左掌根猛拍患者疼痛部位相应肋间的上下两肋骨角处(背部),然后按压局部数次。

4. 旋转复位法:患者端坐在双连椅的一椅上,医者坐于患者之后椅上,以拇指顶住侧突棘突边缘,另一手自患者腋下伸上肩,手把握颈肩部,然后医者使患者前屈 60°~90°,侧旋 45°,在拇指推挤棘突向对侧顶推时,另一手向后上方旋提,常听到"咯"的一声,手法毕。

5. 调理法 在病损椎周使用按、揉、提、捏等手法分筋理筋。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京:中国中医药出版社, 2001:648

【手法名称】 王宗强治疗脊椎源性胸痛的手法

【手法操作】

1. 颈部松板揉动法

(1)松颈:患者坐位,术者立于其背后,一手扶持患者前额,以防头部摇晃。另一手拇食指先在颈棘旁肌两侧由上而下推拿 3~5 次,再捏拿颈根部 10 次,最后用双拇指按压风池、肩井、天宗等穴各 1 分钟左右。

(2)扳颈:患者坐位,术者立于患者患侧,一手叉开以虎口或大拇指紧抵病变颈段,另一手置于健侧颞部,两手相对用力,将患者颈部扳向患侧。

(3)动颈:术者一手置头顶部,另一手置颈部,依次将患者颈部做前屈后伸、左右旋转、健侧屈曲及环绕等活动,尽可能达到最大幅度。

(4)揉颈:术者用大鱼际或三指拿法,沿患侧臂丛神经走向的相应部位按揉 3~5 遍。

2. 正骨推拿法

(1)牵搬法:适用于关节前后滑脱或错位。患者取正坐,医者站于患者身后,稍微侧身(以左侧为例),用右肘窝放于患者颌下,左拇指放于偏歪棘突旁,然后上提,牵引头颈部。左手拇指推压偏歪棘突。

(2)定点旋推复位法:患者取坐位(以右偏歪为侧),医者站于患者背后,用右手拇指指端桡侧顶住偏歪的棘突右侧,嘱患者头颈前屈35°,再向左侧偏45°,术中左拇指与其余四指夹住患者下颌,使头向左侧旋转,当旋转力达右拇指时,双手同时向内侧用力,可听到响声。

(3)低头摇正法:患者侧卧,平枕低头位,术者一手轻拿后颈,拇指按于错位横定隆起处于下方作为"定点",另一手托其面颊部为"动点",以枕部作为"支点"。将头转动,当摇至最大角度时,托面颊之手以有限度的"闪动力",定点的拇指同时加大按压,使关节在手下固定点有压力而复位,可重复2~3次。

3.敏感点指压法

(1)找疼痛敏感点:术者立于患者背后,面对患者。患者端坐位,双上肢自然下垂,头后仰,头枕部紧靠术者的咽部,下颌尽量上抬前伸,术者用食指和中指指腹在胸痛同侧的胸锁乳突肌前缘与颈椎体前气管旁处由上至下按压,找出最明显的压痛点。

(2)手法治疗:术者以与患侧相反的手按住患者前额(如患者左侧胸痛,术者用右手),将其头部固定,用另一手的食指和中指指腹按压该疼痛点1~2分钟,此时患者有酸胀感向患外放射。

4.宽胸理气法

(1)点按松解法:患者端坐,术者先用右手拇指点按悬钟、阳陵泉、承山、昆仑等穴,每穴半分钟,再用左手扶着头顶部,右手在背部沿膀胱经从上至下施滚法3~5分钟,并点按风池、颈部华佗夹脊穴,每穴半分钟,双手揉拿摩提双侧斜方肌、头夹肌、颈夹肌,最后用右手臂下方1/2外扶压右侧枕部。

(2)宽胸理气法:病人仰卧,用双手掌扶摩旋揉双侧胸部3~5分钟以宽胸,继而是按乳中、乳根、气户、库房、天池等穴,每穴半分钟以理气。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编.中国手法诊治大全[M].北京:中国中医药出版社,2001:649-650

第十一节 胸廓出口综合征的治疗手法

【手法操作】

1.病员取坐位,为改善颈椎的柔韧性,在项背部斜方肌充分施用滚法,约10分钟。

2.拿风池,按肩井,指揉天鼎、水突、缺盆诸穴3~5分钟。

3.搓肩关节,拿手三阴经、手三阳经,按曲池、列缺,捻手背,抖患肢3~6分钟,重点是拿手三阴经,也可在手三阴经加用擦法,透热为度。

4.端提旋转颈椎3~5次,使椎间孔开大,减少神经根受压,从而减轻对肌肉反射性刺激所造成的痉挛。

5.指揉天鼎、水突、缺盆等穴1~2分钟。以轻柔的拿法拿患侧的胸锁乳突肌、指揉斜角肌2~3分钟。最后以拿肩井结束治疗。

【注意事项】

1.功能锻炼:参考颈椎病的锻炼方法,并可利用单杠做引体向上动作。

2.改变不良的姿势。

【文献出处】 陈忠良主编.推拿治疗学[M].上海:上海中医学院出版社,1988:18-19

【手法操作】

1.患者坐位,医者施四指推法于患侧颈背、肩臂部,配合点按肩井、天鼎、水突、缺盆、极泉、小海等穴,操作8分钟。

2.施指揉法于肋锁间隙及天鼎、水突、缺盆穴,各操作1分钟。

3.拿胸锁乳突肌、极泉,各操作10次。

4.搓揉肩及上肢部,自上而下操作3遍。

5.握腕抖上肢操作1分钟。

【注意事项】

1.改善姿势,减少上肢过度外展动作,避免拎提重物。

2.睡眠时枕头高低适宜,忌用高枕。

3.局部保暖,避免外感风寒而加重症状。

4.可经常双手抱颈做扩胸运动。

【文献出处】 邵铭熙.实用推拿手册[M].北京:人民军医出版社,2000:245

【手法操作】

1.患者取坐位,医者根据卡压点不同施以手法时偏重应有不同。

2.颈部施以轻柔的一指禅推法,按揉法,放松颈部紧张的肌肉。

3.推按井拿揉胸锁乳突肌。

4.按压天鼎、缺盆、曲池、小海、合谷、阳溪穴。

5.弹拨颈肩部肌肉,若卡压在斜角肌间隙,重点为弹拨前、中斜角肌;若卡压在喙突下,则重点弹拨胸小肌。弹拨前中斜角肌时配合头部侧压活动。

6.医者立于患者后外侧,一手按压住患肩,一手持患者手腕向前外拔伸,然后渐后向外展患肢;拔伸后以肩关节为中心,将上肢作旋转活动。

7.颈肩及患肢行滚法或按揉,患肢由远而近行推法。

【注意事项】

1.手法应轻揉。

2.患者应充分放松。

3.对于以血管受压为主的患者按揉手法宜用手掌按揉,患肢推法应从远端推向近端。

4.推拿治疗后患者宜用三角巾悬吊,颈肩部注意保暖。

【文献出处】 伊智雄.实用中医脊柱病学[M].北京:人民卫生出版社,2002:1217

【手法名称】 颈肋综合征的治疗手法

【手法操作】 患者坐位,以右侧为例,按压合谷、后溪、阳谷、曲池、小海穴。

1.按压天鼎、缺盆穴。

2.按压中府穴半分钟,起手时拇指向上压滚。

3.术者立于患侧,面向前,以左手前臂自后侧患者腋下,前臂紧靠胸壁向上牵引1分钟。牵引结束时,术者左前臂在腋下旋前。

4. 按压极泉穴。

5. 术者立于后外侧，左手搭于肩上部，拇指顶于肱骨后侧。右手持患腕向前外侧呈45°拔伸，再后伸关节至最大限度，反复多次。继而持腕向前伸，以肩关节为中心，将上肢先作顺时针方向旋转数次。然后再持腕用力向前外侧呈45°拔伸，再后伸关节至最大限度，反复多次。继而持腕向前伸，以肩关节为中心，将上肢先作顺时针方向旋转数次，再作逆时针方向旋转数次。然后再持腕用力向前外侧呈45°伸拉。伸拉时，左手四指在肱骨头前侧内缘，拇指在肩胛骨上缘，用力捏压，并随伸拉而弹拨，拉伸4～5次。

6. 术者两手掌在患者肩前后侧旋转揉按，然后再滚揉上臂之内侧。

7. 术者左手托在肘后，右手持腕旋转肘关节4～5次。

8. 患肢伸直位，掌心向上。术者右手持腕，左手从患肘后侧插入，搭于患侧锁骨上，作伸直的杠杆作用，稍用力使肘关节伸直，持续约半分钟。然后再用左手托肘后侧，右手持腕旋转肘关节。

9. 按压阳谷穴。

10. 术者两手持握患手两侧，掌心向下，进行牵引。在牵引下左右摇摆腕关节，并反复旋转，继而术者两拇指移止患手背侧并齐。并用力向上推耸一下，随即将两拇指横向交叉于手背上，右手掌心朝下，顶住患指尖，使四指屈伸3～4次。

11. 术者右手放于头顶，使头向健侧偏斜，左手放于患侧肩顶上部，两手向相反方向分离推按，以牵引其患侧斜角肌，最后用食、中、无名三指在前斜角肌上按揉。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：761－762

第十二节　其他胸椎疾患的治疗手法

【手法名称】 胸肋关节扭错和胸肋软骨炎的治疗手法

【手法操作】 患者坐位，以右侧为例。按压天鼎、缺盆穴。

1. 术者右前臂自腋前插入于右腋下，向上提拉肩部。提拉时，尽量使右肩外展后伸，以便拉开错位的胸肋软骨。

2. 嘱患者作深吸气，术者随即用左手掌叩击右胸背侧。

3. 术者右手掌放于右胸第二肋平面，左手掌放于相应的右胸背侧，两手掌同时作旋转揉按。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：70～71

【手法名称】 胸骨柄体错位的复位手法

【手法操作】 患者仰卧，背部垫枕，使脊柱过伸，两手置头后，医者站于患者侧，两手掌相叠，按压于胸骨向前移位端。令其复位，然后在前移端加棉垫，再用绷带固定。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：471

【手法名称】 治疗胸锁关节炎的手法

【手法操作】

1. 气血瘀滞结粘 扳推揉颈法、握臂牵肩法、捏臂掐揉法、扳臂指拨肩周法、抓拿肩节法、旋臂摇抖法、开胸点振法。指揉气舍、气户、云门、中府，按推缺盆，捏拿肩井及天鹅、巨骨及秉风、风池(双)、风府及天牖。

2. 寒湿凝结 拨振叩颈法、提拿肩上双大筋法、按推锁骨窝法、扳臂展肩法、掌摩肩周法、挠背法、宽胸按揉法。指揉天牖、天窗、天鼎、气舍、气户、云门、中府、风府、大椎、风门，捏拿风池、肩井及曲垣、巨骨及秉风。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：504

【手法名称】 治疗胸肋关节错位或损伤的手法

【手法操作】 分4步操作。

1. 患者仰卧，在胸部疼痛部位选用摩法，后用一指禅推法操作。然后按揉膻中、华盖穴，在章门、期门两穴用一指禅推法、按揉法，再以双手重叠，用适当力量按压华盖穴1分钟，而后猛然提起。继用两手捧住患者两胁部，由轻而重地左右晃动数次左右。

2. 以两手十指指面着力，分别沿胸骨两侧边缘自上而下同时擦抹之，然后两手分开，沿肋间隙方向，分别向外下擦之，用力要平稳、缓和。

3. 患者坐位，医者用一手掌面按于胸前壁疼痛部，另一手按于背部，两手掌相对作揉按旋转活动。

4. 患侧上肢作大幅度摇法，在操作时，嘱患者上肢在前上举过程中吸气，落下时呼气，整个操作时间为10～20分钟。

【注意事项】

1. 疼痛消失后，1周内不宜用力过度。

2. 功能活动恢复正常后，要配合作功能锻炼，举扩胸等，如两手前平扩胸等。

3. 宜睡硬板床，以仰卧为宜。

4. 在疼痛部位可配合磁疗、超短波或温水浴等。

【文献出处】 李业甫主编. 中国推拿治疗学[M]. 上海：上海中医药大学出版社，1994：293－394

【手法名称】 胸椎骨软骨病的治疗手法

【手法操作】

1. 用轻柔的按揉、一指掸推法、滚法在肩胛背部治疗5分钟，使紧张的肌肉逐渐放松。

2. 用较重的按压、弹拨、拿法在肩胛背部治疗，重点在肩胛骨之间脊柱两侧的骶棘肌，在其上用拇指作连续性滑动按压、弹拨。

3. 用扳法治疗，有两种操作方法：①扩胸牵引扳法：患者坐位，令其两手交叉扣住，置于项部。医生两手托住患者两肘部，并用一侧膝部顶住患者背部，嘱患者自行俯仰，并配合深呼吸，作扩胸牵引扳动。②胸椎对抗复位法：患者坐位，令其两手交叉扣住，置于项部。医生在其后面，用两手从患者腹部伸入其上臂之前，前臂之后，并握住其前臂下段，同时医生用一侧膝部顶

住患部脊柱。嘱患者身体略向前倾，医生两手同时作向后上方用力扳动。

4. 点按胸夹脊、肩井、秉风、天宗等穴 3 分钟后，滚、按揉、拿捏疼痛的背部，再按肌纤维行走方向理顺约 5 分钟即可结束治疗。

【注意事项】

1. 本病临床症状多种多样，与某些内脏病的临床表现极为相似，因而必须明确诊断。

2. 在应用扳法时要轻巧快速，切忌暴力。

3. 推拿、理疗、椎旁神经根和交感神经节封闭等疗法可综合使用或交替使用。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：543

【手法名称】 肩胛上神经嵌压症的治疗手法

【手法操作】

1. 患者取坐位，医者施滚法，按揉，一指禅推法于患侧颈肩 3～5 分钟。

2. 按揉患者天鼎、缺盆、肩井、秉风、天宗穴 3 分钟，以酸胀为度。

3. 拿颈椎两侧及患肩，重点在冈上肌和冈下肌。之后用重的手法按压、弹拨手法施于患侧颈肩部，重点在患侧肩胛冈上方，相当于肩井穴的部位。

4. 擦颈肩部以热为度，可涂润滑油或配制药膏于患部，通过药物的渗透加强疗效。

【注意事项】

1. 治疗期间患者须休息，避免局部受凉，不肩负，不手提重物。

2. 可选用推拿、理疗、针灸、封闭等疗法综合使用或交替使用。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：777

【手法名称】 肩胛肋骨综合征的治疗手法

【手法操作】

1. 患者取坐位，医者立于其后，用滚法、按揉、一指禅推法施于肩胛骨周围，即冈上部、肩胛骨内上角、菱形肌、斜方肌颈端、背阔肌，用指揉法施于患侧的第 4、5 肋间。

2. 用按揉法按揉肩井、肩外俞、肩贞、肺俞、心俞、膈俞、胸夹脊、辄筋、渊腋 3～5 分钟。

3. 嘱病人双臂作胸前交叉，双手搭在对侧肩上，使肩胛骨向两侧拉开，可找到压痛点或疼痛索条物，在其上用拇指作连续滑动按压、弹拨之后，患处即能感到轻松。

4. 然后医者一手托握患侧手腕部，使其肩略外展。一手用拿法于上肢部，即从肩部起到前臂中段，包括三角肌、肱二头肌、肱三头肌、前臂肌群。

5. 继上势，医者一手托握患者患侧腕关节，肩稍外展，一手用捻摸法在患侧手指操作，每指反复 5～10 次。

6. 继上势，医者对患侧上肢从肩至腕作搓法，由上至下反复 3～5 遍。

7. 患者身体前倾，双肘支持在股骨下端（即上方稍许）。暴露患侧肩胛骨周围皮肤，医者与患者相对而立，用掌擦法（或小鱼际擦法）在肩胛骨周围操作，以透热为度，可加用热敷。

【注意事项】

1. 治疗期间注意休息，并加强局部保暖。嘱病人纠正不良的姿势和不良的工作习惯，避免肩负、手提重物。

2. 可选用封闭、理疗、针灸等疗法与推拿综合使用或交替使用。

3. 在推拿治疗的同时，指导病人进行适当的肩胛背部的主动运动和功能锻炼。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：785－786

【手法名称】 胸椎管狭窄症的治疗手法

【手法操作】

1. 用轻柔的按揉、一指禅、滚法在胸椎部及其两侧按摩，使紧张的肌肉逐渐松弛。

2. 点按胸夹脊、肺俞、心俞等穴，以酸胀为度。

3. 用较重的按压、弹拨、滚法在胸椎部及其两侧治疗，手法要柔和沉稳有力、按压，弹拨时沿肌纤维垂直方向施术。

4. 用轻柔的按柔、拿捏、滚法等施术于胸椎部及其两侧，最后用擦法，透热为度，可涂适量之润滑油或配制药膏，通过药物之渗透加强疗效。

【注意事项】

1. 手法前要对病情有全面了解，选用何种手法，要做到心中有数，周密安排。

2. 在做手法操作时要柔和沉稳，切勿用力过重，以免造成医源性疾患。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：918

（李义凯 查和平 王 军）

第二十一章 腰椎间盘突出症的脊柱推拿手法

【摘要】 本病的治疗手法众多，主要有按摩类和各种推、扳、拉、压、旋手法。20 世纪 60 年代的推拿手法主要是按揉类的手法，少数开始使用侧扳、背法和后伸手法。患者在治疗时候的体位基本是处于后伸位。70 年代出现的麻醉下的大推拿和冯天有的前屈位下旋转手法，对后来治疗手法的发展起到了极大的推动作用。

第一节 20 世纪 60 年代

【手法操作】

1. 取穴：肾俞、命门、腰阳关、上髎、次髎、环跳、承扶、委中、阳陵泉。

2. 手法：推、滚、点、拿。

3. 操作步骤：患者取伏卧位，医者用推或滚法施于腰部肾俞、命门、腰阳关、上髎、次髎，降而向下，经臀部过承扶、委中至承山。下肢后侧的膀胱经路线，均用滚法。

4. 患者侧卧，点环跳，接着用滚法沿下肢外侧的胆经路线，滚至阳陵泉穴。

5. 患者仰卧，将患侧下肢屈膝向胸腹部靠近，即向后拉，作突然的伸膝运动，接着拿委中、承山结束之。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校. 简易推拿疗法[M]. 上海：上海科学技术出版社，1960：31－32

【手法操作】

1. 使病者取俯卧位，胸前及小腿部可垫枕，两手也平放身旁，当在十分舒适并使肌肉放松的体位下进行按摩。

2. 先用单手或双手的拇指、掌根在腰部脊柱两侧和臀部作回旋的摩法，自上而下，自下而上，用力逐渐加重地反复进行 3～4 遍，使腰部肌肉放松，减轻疼痛。

3. 取命门、肾俞、八髎、环跳、委中、承山、昆仑、阳陵泉等穴上，用指掐、指揉的手法，依次进行按摩。同时还在腰以下督脉经、足太阳膀胱经、足少阳胆经的经络上，由上而下地用滚法按摩，这样能使经络疏通，气血畅行。如此反复约进行 10 分钟。

4. 然后作两侧小腿折法（或叠法），各做 10～20 次，至屈膝已觉十分灵活，就可嘱患者自动翻身向健侧卧位（即患侧腿在上），术者站于患者之背后，一手用臂托住患腿，手扶患侧膝盖，另一手用拇指按在脱出部位的脊柱旁（常是椎旁压痛点）轻轻摩动。然后将患侧股、膝关节屈曲，在主动和被动的力量下，作小幅度的屈伸 4～5 次。股关节屈曲程度逐渐增加，当感到

动作已很灵活时，再用巧劲将腿向后拉成后伸位。同时，抵在脊柱旁的拇指也适当用力向下按压，这种动作做 3～4 次。

5. 再嘱病人自动翻身呈仰卧位，做搬腿的动作。搬腿时可叫患者稍用力，但主要应跟随施术者的力量，搬腿的角度先应小于测定直腿抬高试验时的角度。在搬腿的过程中，由施术者细细体会患腿的能动程度，而逐渐搬高。这样搬腿应先做健腿，后做患腿。各做 20 次左右。以上两个手法，有促使脱出的髓核复位的作用。

【注意事项】 一定明确诊断，分清病期以后，选用合适的手法进行施治，才能收效。如若误治，不但无益，甚至对健康有害。病情不同的按摩特点如下。

1. 早期 除了应该按上述顺序进行外，特别要着重在第 4、5 手法上。并且必须细心观察患者能动程度，施以合适的强度和搬腿角度。

2. 晚期 除按一般顺序进行按摩外，上述第 4、5 手法可以少做。如果直腿抬高已接近正常，就可不做该种手法。但应着重应用摩、掐、滚等法。

【文献出处】 安徽医学院附属医院医疗体育科. 中医按摩学简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：76－77

【手法操作】

1. 病人取俯卧位，下肢伸直，自腰部（天应穴、腰阳关、脊中、命门、肾俞、上次髎）沿患侧臀部（居髎、环跳、承扶）大腿后侧、腘窝及小腿部（沿着膀胱径路线至承山穴）用滚法，腰部可配合推法和揉法，臀部可配合点法。在进行手法治疗的前后，配合患肢直腿高举伸展和两髋关节后伸的被动运动。

2. 病人取仰卧位，下肢伸直，自大腿部向下达小腿外侧部和足背部用滚法，接着拿委中、承山。在手法治疗的同时配合髋关节向腹部屈曲及患肢直腿高举伸展的被动运动。

3. 病人取侧卧位，患肢在上，膝部伸直，自患侧腰部、臀部、股后外侧、腘窝及小腿外侧部用滚法。同时配合膝关节向臀部屈曲的被动运动。

4. 病人取仰卧位，下肢伸直，重复第 2 法。

5. 病人取俯卧位，下肢伸直，重复第 1 法。

6. 病人取仰卧位，下肢伸直，重复第 2 法。

7. 病人取坐位，在腰部两侧用滚法，配合推法、按法和搓法。进行滚法的同时，配合腰部俯仰的被动运动。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校. 推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：179

【手法操作】

1. 取穴 根据病变部位、症状所反应的经络路线，结合古今治疗的经验，本病主要取督脉、膀胱及胆经有关穴位。督脉：天应（阿是穴）、腰阳关、脊中、命门。膀胱经：肾俞、上髎、次髎、承扶、委中、承山。胆经：居髎、环跳、阳陵泉。

2. 手法 摄、推、点为主要手法，拿、搓、揉、按为辅助手法。在进行各种手法治疗的同时，必须要根据病情，适当配合有规律的被动运动。

3. 操作

(1)病人取俯卧位,下肢伸直,自腰部(天应穴、腰阳关、脊中、命门、肾俞、上次髎)沿患侧臀部(居髎、环跳、承扶)大腿后侧、腘窝及小腿部(沿着膀胱经路线至承山穴)用滚法,腰部可配合推法和揉法,臀部可配合点法。在进行手法治疗前后,配合患肢直腿高举伸展和两髋关节后伸的被动运动。

(2)病人取仰卧位,下肢伸直,自大腿部向下达小腿外侧部和足背部用滚法,接着拿委中、承山。在手法治疗的同时,配合髋关节向腹部屈曲及患肢直腿高举伸展的被动运动。

(3)病人取侧卧位,患肢在上,膝部伸直,自患侧腰部,臀部,腹盾外侧,腘窝及小腿外侧部用滚法。同时配合膝关节向臀部屈曲的被动运动。

(4)病人取仰卧位,下肢伸直,重复第2法。

(5)病人取俯卧位,下肢伸直,重复第(1)法。

(6)病人取仰卧位,下肢伸直,重复第2法。

(7)病人取坐位,在腰部两侧用滚法,配合推法、按法和搓法。进行滚法的同时,配合腰部俯仰的被动运动。

【文献出处】 上海中医学院.中医推拿学[M].北京:人民卫生出版社,1961:70-71

【手法操作】

1. 用椒盐酒或中药洗剂热熨约半小时。

2. 揉、摩和推擦伤处及其周围。用力要先轻后重,重后再轻,外加绝骨、承筋、脊中三穴,先泻后补。最后用双手掌用力按压。

3. 施整形法(牵卡挤靠)和治脱臼法(屈挺叩捏)。施行仰卧卡法和屈法,然后两手紧握患者一足跟用力向后牵引下肢,两腿交换牵引。

4. 患者俯卧,四肢伸展,抬头去枕。医者两手平掌在伤处附近徐徐由轻而重地下压,然后轻抬,自上而下反复几次。如听到发出声响,即表明脱出部合臼了。随后施叩打法、揉捏法和拨筋法。

5. 患者起立,医者背对背立在患者背后,用两肘勾住患者两肘,一俯身将患者背起离地颠三颠,左右各搀三下。若听到脊椎关节发出声响,即是合臼,轻轻放下。如见好转,可连续治疗。一般,轻者1次,重者2次,即可痊愈。本法是有名的背摆法,也可治腰部扭撮伤(图21-1)。

6. 中医导引疗法:本法选自老子导引法,能治肩胛、肋胁、脊背等部外伤愈合后的后遗症,能预防脊背部受伤,并能增强健康,经常操练,就会收效。

(1)正立,两臂交叉抡打,即左手打右肩时,右手即打左臂,右手打左肩时,左手则打右臂,各打数十下。

(2)正立,两手向背上相提,低身徐徐宛转若干次。这是自我背部按摩,能舒展两肋。

(3)起立,靠床,拔身昂首挺腰,向背后视,左右各若次。

【注意事项】

1. 孕妇、年老体弱者或同时患其他重病者禁用。

2. 神经过敏或胆怯的患者,要事先向他说明,要他忍痛受治,他同意后才慎重施术。

3. 从背上放下患者时,要扶着他,使他卧床休息,以免患者头晕、心跳,发生意外。

【文献出处】　曹锡珍.外伤中医按摩疗法[M].北京:人民体育出版社,1962:159－162

图 21－1

【手法操作】

1.第一疗程　患者伏卧,两手伸直向下。先在背部、腰部、髋部进行大面积的表面抚摩及深度按摩,继在脊椎两侧作推压、推揉,再在突出的局部上下按压,然后直接按压突出物促其还位。以上手法各作 10～20 次。再选择肝俞、胆俞、三焦、关元等穴作掐、运手法的经穴按摩。最后作表面抚摩及轻揉局部,使表皮神经知觉恢复。本疗程作 3～5 次。作后,患者腰痛减轻,腰部活动范围加大,能支持较长时间的坐、站。

2.第二疗程　同样先在背、腰、髋部作大面积的表面抚摩和深度按摩,再施以抖动腰部的手法:患者伏卧,两手抓住床沿,在背伸位下,医者将患者两小腿握着,提起引伸腰背,且向下用力拉,以增加腰椎的活动性,然后在脊椎两侧进行推压、推揉、按压,各作 10～20 次后,并施以经络按摩,揉和运肝俞、胆俞、三焦俞、足三里、昆仑等穴。最后广泛轻揉腰背部,并在腹外侧肌作捻法。操作完后,令患者做收腹抬腿和背桥练习,连作 5～8 次。当时抬腿动作过高,腰部会感到发胀,以后再作以上练习,抬腿时腰胀感便会减轻。

3.第三疗程　按摩手法及操作基本同上一疗程,但每次治疗时间可适当增长,且手法用力略较前减轻。经穴按摩系揉三焦、肾俞和委中,掐关元、环跳、足三里、阳关、昆仑、丘墟,捻承扶,最后广泛轻揉腰背。以后令患者按第二疗程作主动活动:即作仰卧位收腹、抬腿和背桥练习,并作伏卧位背伸练习。本疗程作 8～10 次,一切症状即可消失而痊愈。本阶段的治疗,可每隔 2～3 天作一次,作毕即令患者主动活动腿及腰背,以加强萎缩的肌肉恢复正常及巩固椎间关节的灵活性和牢固性。

【文献出处】　郑怀贤.伤科按摩术[M].成都:四川人民出版社,1964:139－140

【手法名称】　治疗腰椎间盘突出症的改良推拿法

【手法操作】

1.患者仰卧位　由助手将患者两侧腋部握住固定,术者双手握住患者两侧踝关节,待麻醉深度达到一定程度,一般在三期一级麻醉期,因此期麻醉,患者肌肉韧带已全部松弛,然后术者与助手平稳逐渐地向相反方向牵引,一般持续 5 分钟左右。

2.患者仍以仰卧位　术者站在患者左侧或右侧,一手握住患者踝关节,一手按在膝关节

处，然后将患者下肢直腿抬高，使髋关节屈曲到 80°～90°，再将患肢髋膝关节屈曲，使髋关节极度屈曲，接近腹壁，最后将患肢伸直。对侧下肢，按上法同样处理。

3. 患者取侧卧位　下一个髋关节和膝关节伸直位，上一个髋关节和膝关节略呈屈曲姿势，术者站立于患者背部或胸前均可，一手按于患者上一个肩背部，另一手按于患者上一个髂前上棘处，两手在同一时间内，作相反方向旋转患者躯干，使腰椎旋转到最大范围，然后再将患者取另一个方向侧卧位，进行同样的方法，相反方向的旋转，每次做旋转运动时，可以听到腰椎处有“咔嗒”之声。如没有此声，可以反复旋转一次。

4. 患者取俯卧位　患者胸前垫些棉被，使胸前恰当离开台面，术者一手绕过患者两侧膝关节前端，将患者大腿托起，使髋关节及腰椎呈没伸位，以另一手拇指按压患者腰椎棘突旁压痛处，然后逐渐增大幅度，进行弹动式轻揉按摩。

【注意事项】

1. 施术前，先进行 X 线脊柱摄片检查，排除脊柱骨折、结核、畸形、肿瘤等疾患所引起的腰痛，即以此法治疗。

2. 一般都采用硫苯妥钠静脉麻醉，剂量不超过 1 g，或乙醚开放吸人麻醉。我们认为局部麻醉和不用麻醉进行推拿手法，对患者肌肉和韧带松弛不够满意，影响疗效。

3. 经过治疗后，绝对卧床休息 2～3 周，卧床期间，自术后第 3 天开始，每天采用医疗体操，锻炼背伸肌，防止背伸肌废用而萎缩。

4. 为了提高疗效，术后第 3 天开始，应用穴位注射，每日每穴注射 1% 普鲁卡因 0.5～1 ml，加入小量维生素 B_1，进针深度可随患者感到酸、麻、胀、重为度。取穴以两侧肾俞、环跳、承扶、委中、足三里及腰椎旁压痛点，每次取 3～4 穴，交替输用，连续注射 7～10 天。

5. 术后第 3～4 周，以石膏绷带围腰，减少腰椎活动。石膏固定期限为 3 周（石膏围腰部位，自季肋部至耻骨联合处止），拆除后，再用宽阔质略硬的布作束腰带，作为腰部支架，使回纳后的椎间纤维环有良好的修复机会，在石膏围腰及束腰带期间，要坚持作背伸肌锻炼，防止肌肉萎缩，失去脊柱支架作用。

【主治疾病】　腰椎间盘突出症

【文献出处】　郭田华，查守伦，等. 治疗腰椎间盘突出症的改良推拿法介绍[J]. 江苏中医，1965；(10)：25－27

【手法操作】

1. 手法　滚、按、拿、搓。

2. 部位　腰臀部、患侧下肢（以后外侧为主）。

3. 取穴　居髎、环跳、阳陵泉、承扶、委中、承山。

4. 操作

（1）患者俯卧，医者站于患侧方，用滚法施于腰部的病变处，配合按腰部压痛点及患侧下肢后抬腿动作。接着从腰部经臀部至足跟，在患侧下肢的后侧来回用滚法治疗。时间约 8 分钟。

（2）患者健侧卧位，医者站于后方，用滚法从居髎穴经环跳穴向下至足跟，在患侧下肢外侧往返，并配合患侧下肢的屈髋屈膝辅助活动。接着按居髎、环跳、阳陵泉等穴。时间约 5 分钟。

(3)患者仰卧,医者站于患侧,将患肢作直腿抬高的辅助活动。接着滚大腿和小腿前外侧,配合拿承扶、委中、承山穴及跟腱部,搓患肢。时间约5分钟。

(4)患者坐势,上身略向前俯,医者站于旁,一手用滚法在患者腰部施治,另一手扶住患者肩部,配合俯仰动作。最后搓腰部结束。时间3~5分钟。

【注意事项】 在治疗过程中,腰部要作适当的轻微活动,不宜作剧烈的活动和负重工作。治愈后也不宜过早担负繁重的体力劳动,需要经过适当锻炼,逐步增加劳动强度。两侧下肢坐骨神经痛治疗效果较单侧的要差些。如果治疗20余次后未见效果,应考虑作其他方法治疗。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校.农村常见病推拿疗法[M].上海:上海科学技术出版社,1967:53-54

第二节　20世纪70年代

【手法操作】

1.推拿

(1)轻手法:症状较轻,估计用较轻的一般手法就能奏效的。或者症状极重,重手法会引起很大痛苦时,只能先用较轻的一般手法。这种手法的顺序如下。

①准备:患者先取俯卧位,胸腹部垫一个枕头。如果症状极重,不能俯卧时,可在胸腹部多垫几个枕头。两手放于身旁,使肌肉放松。

②松筋:医生先用单手或双手的拇指或掌根,在腰部脊柱两侧和臀部作回旋的揉法,自上而下,再自下而上,用力逐渐加重,反复进行3~4遍。中间可以间隔应用指推、指揉法作穴位推拿,可取命门、肾俞、八髎、环跳、委中、承山等穴。最后在患侧腰和腿部由上而下地作滚法。这样共10分钟左右,使肌肉放松为度。

③引伸:嘱患者改侧卧位,患侧在上。医生站于患者背后,作腰引伸法第一式(图21-2)。患者主动放松肌肉,医生用力使髋、膝关节屈曲,作幅度逐渐增强、带有弹动性推送的屈髋动作。使患者在不大痛的情况下,逐渐加大屈髋程度,而使下段腰椎受到屈曲力量的作用。每当向前推送屈曲4~5次后,托着患腿的手可用巧劲,带有抖动性地将患腿拉向后伸,同时抵在腰部的手可以适当用力向前按压,按压用力要与后伸腿的节律一致。用力强度要以患者能够忍

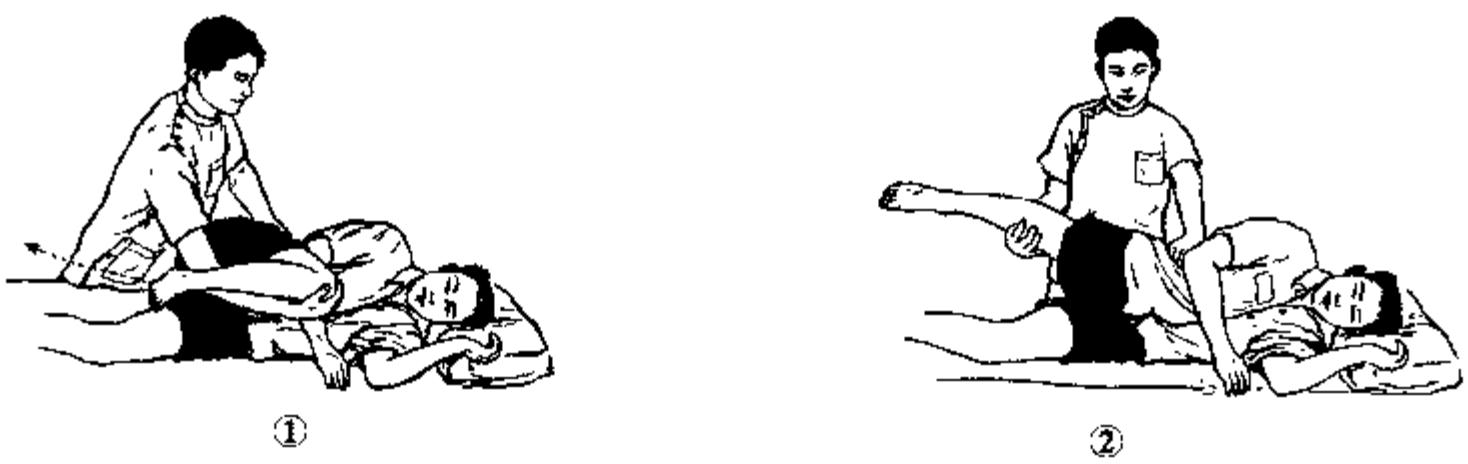


图21-2　腰引伸法第一式

受的强度为合适。所以在做腰引伸动作时，要仔细观察患者活动的可能性和表情。做动作时又要用有节律的巧劲，不宜使用暴力。以上动作可重复进行2～3次。

④搬腿：嘱患者翻身成仰卧位，做搬腿动作，即下肢引伸法（图21－3）。搬腿时嘱患者随着医生的用力，肌肉要尽量放松。腿与床平面的角度，先小于直腿抬高试验时测定的角度。然后在搬腿过程中，仔细观察患腿可能抬高的程度而逐渐搬高。有时需两侧都搬，各搬20次左右。

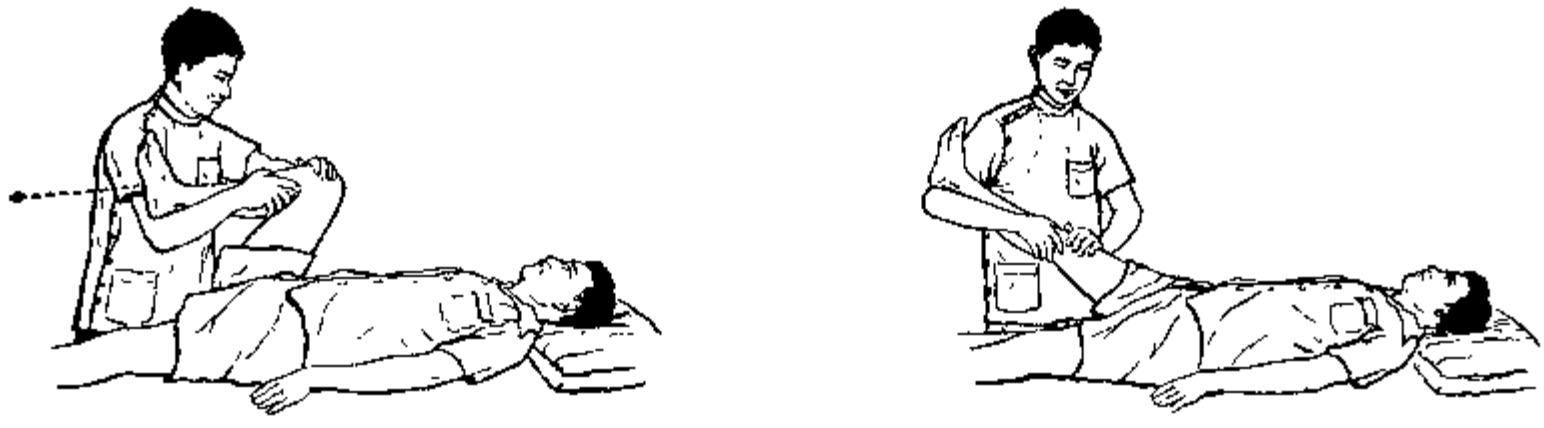


图21－3　下肢引伸法

2、手法的辨证应用

（1）做腰引伸法的动作时，一定要先注意患者腰部前屈疼痛还是后伸疼痛。一般症状重的，大多后伸痛，做手法时就先前屈。前屈的幅度和强度一定要作用到脊柱。渐渐再把患腿抖动性拉到伸直，再渐拉向后伸，最后要使力量作用到脊柱，使脊柱有弹动性地后伸。有少数病例，为前屈时疼痛，做手法时就先做后伸髋的动作，而后做前屈的动作。幅度和强度同前。

（2）数次治疗后，如医生感到后伸动作对患者较有利时，就当继续增加后伸动作的幅度和强度。同时可以加用后搬腿法。方法是：患者取俯卧位，医生一手在病侧腰部做滚法，另手托扶同侧腿部和膝盖处，当一手滚动下压时，另手随手将腿后搬。两手操作的节律要协调一致，后搬幅度要逐渐增力。

（3）数次治疗后，如医生感到前屈动作对患者比较有利时，就当继续增加前屈的幅度和强度。同时可用双屈髋的手法（图21－4）。

（4）对病期较早的病例，要尽量抓紧时间，动作的幅度和强度要尽可能较快地增大。有时还可加扭腰法：患者侧卧位，患侧在上，腰部垫一高枕头。医生站于患者的背后，一手扶肩部，另手扶髂嵴部，向相反方向扭动腰部5～6次。

3. 强力后伸法　患者病期较长，已有数月或更长；患者的疼痛症状已减轻；或者疼痛症状虽仍很重，但患者体质较好，能忍受较重的推拿手法；患者腰部柔软；用过以上一般手法而效果不明显；或重症病人经用上法推拿疼痛症状已有好转的等等，都适用腰部强力后伸法。

（1）患者先俯卧位，揉、滚腰腿部，使肌肉放松，如前一样。

（2）作腰引伸法第三式（图21－5）。在做强后伸时，有时可觉得患者腰部关节闪动的咯喀声，可能收到较好的效果。

（3）作腰引伸法第四式（图21－6）。做此动作时，拉脚和蹬腰要求动作协调一致。猛闪时也有可能觉得腰部关节"咯喀"一声，可能效果较好。拉蹬后，患者安置于俯卧位，用揉、滚

图 21－4　双屈髋法

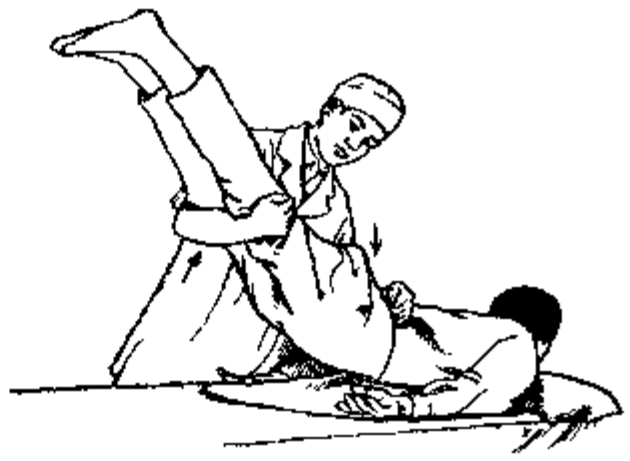
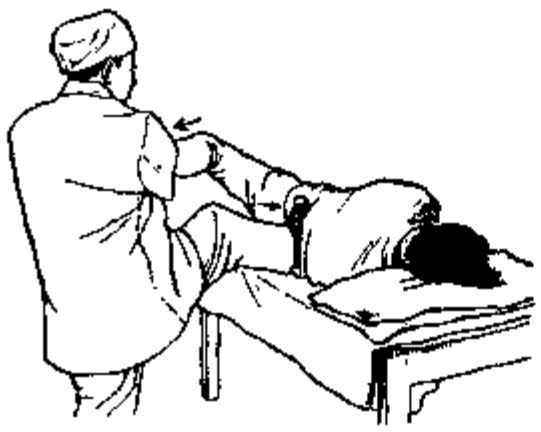


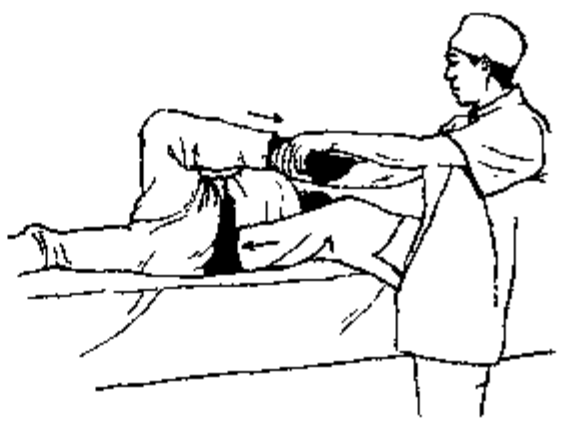
图 21－5　引伸法第三式

法推拿一下腰部。

(4)使患者仰卧位,作搬腿动作如前。



①



②

图 21－6　引伸法第四式

(5)对有些患者,可加用斜后伸法。患者俯卧,医生站于健侧,一手握住患者病腿的踝关节处,另一手抵住腰骶部,把病腿强力拉向内后方。其他要领动作如上。

4.踩法　患者病期已很长,数月或数年;或者体格宽大,腰部比较硬而有力;或者用以上手法不能达到满意的屈腰程度;或者经用以上方法,有好转而仍不够满意,都可应用踩法。作踩法前应对病人做思想工作,消除对踩法的顾虑,使医生、病人互相配合,并要教会病人随踩压用力的起伏用大口呼吸。踩压用力,要以患者腰部的活动可能性,以及患者能够忍受的情况,渐渐加大。一次踩压,由轻到重,一般需在 20～50 次,而一次踩的最后数脚的强度,应该达到尽量大而患者能够忍受的强度。医生在做踩法时,仔细地体察患者可能忍受的强度,由轻渐重地、有节律地、十分柔韧性地进行。决不要用粗暴的动作。每次治疗可踩 2～3 回。而每次治疗中,尽量使能达到足够的强度。每回踩的中间可休息几分钟。踩法不宜每天进行,可休息 1～2天再重复治疗。踩法结束后,嘱患者改为仰卧,再给做搬腿动作,如前。有的 L5 椎间盘突出的患者,单做踩法疗效不好。可以加用牵引后做踩法。方法是两助手,一助手用手或宽带系于病人腋下,另一助手拉脚,向相反方向用力做牵引。对某些敏感病人,在用踩法前,可给予镇痛剂和水针穴位注射等镇静止痛。

【注意事项】　一定要明确诊断,分清病期,检查其腰部活动局限的方位等,根据辨证论治的原则,选用合适的手法,才能收到较好的疗效。

【文献出处】 安徽医学院附属医院.推拿疗法[M].北京:人民卫生出版社,1972:69-72

【手法操作】

1.活络法 以抚、压、揉三法为主,配合叩打法,在病人受损之腰部和沿坐骨神经分布之患肢,自上而下、从内到外地反复操作15~20分钟。以舒经活络,清除患处皮肉筋脉强直。其治疗步骤基本与坐骨神经痛的治法相同,但以腰部为主,下肢次之。

2.整复法(即运动法) 以腰扭转法、旋腰法、腰髋引伸法和腰椎牵引法为主,使其腰椎间隙增大,以便脱出之间盘复位。反复操作1~2次。

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院.按摩疗法[M].济南:山东人民出版社,1972:139

【手法介绍人】 刘柏龄(吉林长春中医学院附属医院骨科)

【手法名称】 腰椎间盘突出症中西医结合治疗的治疗手法

【手法操作】

第一步:仰卧位

1.对抗牵伸法 助手三人固定患者腋部,一人与术者各握持踝关节上部,作对抗性逐渐用力牵伸,此法需重复3次(图21-7)。

2.屈膝屈髋按压法 患者强度屈膝屈髋,术者握膝用力向后外方作顿挫性按压(图21-8)。

图21-7 对抗牵引法

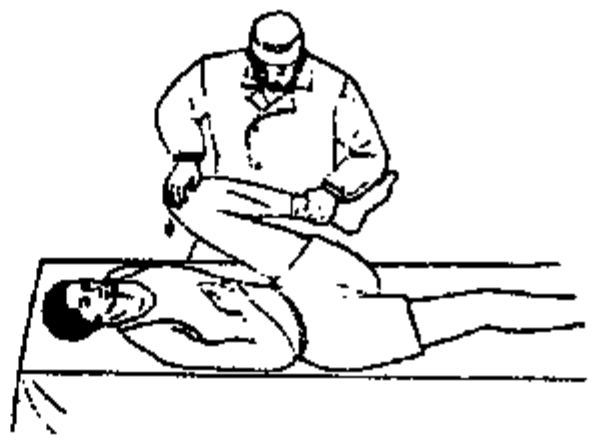


图21-8 屈膝屈髋按压法

3.屈髋牵张法 将患肢作直腿抬高90°左右,助手在抬高的足底前部加压作背屈动作3次。以上两法,双侧交替进行各3次(图21-9)。

第二步:健侧卧位

4.腰部推搬法 患肢在上呈屈曲位,健肢在下呈微曲位。术者在后,双手扶持患者臀部,助手在前,双手扶持胸背部,二人协同向相反方向作椎和搬,使患者腰部获得充分旋转活动,推和搬各重复3次(图21-10)。

5.患侧腰髋引伸法 术者拇指用力按压于患者腰椎旁压痛点。另一手握持患者大腿下端,小腿置于术者肘关节上部,将患肢外展40°,拉向后方,使腰髋过伸30°左右,此时配合拇指在上述部位作顿挫性按压,随后即作屈膝屈髋法,如此交替进行。重复3次(图21-11)。

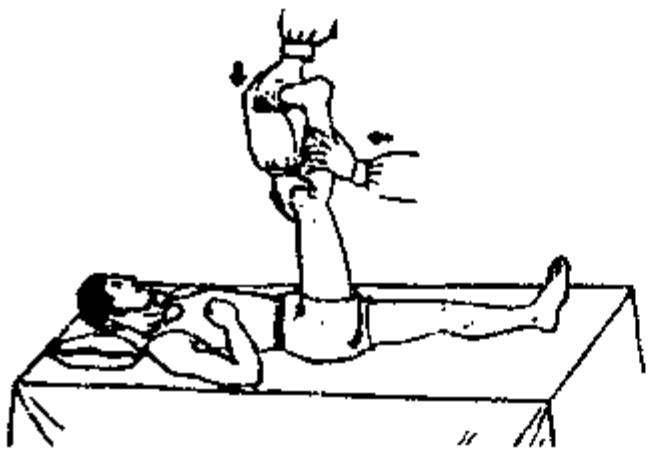


图 21－9　屈髋牵引法

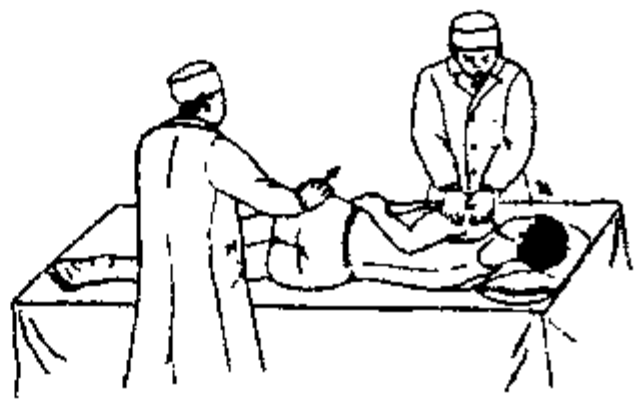


图 21－10　腰部推搬法

第三步：俯卧位

6. 对抗牵伸法　同仰卧牵伸法。当牵伸时，术者在患者腰部压痛点上作揉、按、压等手法此法重复 3 次（图 21－12）。

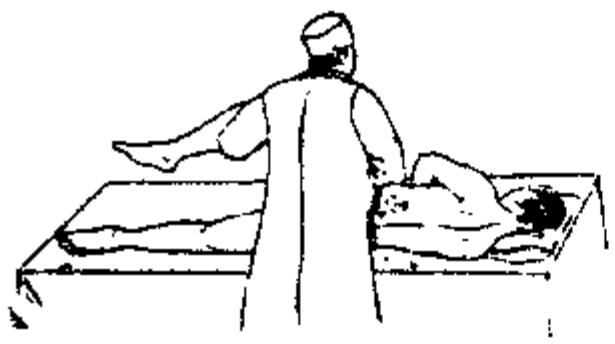


图 21－11　患侧腰髋引伸法

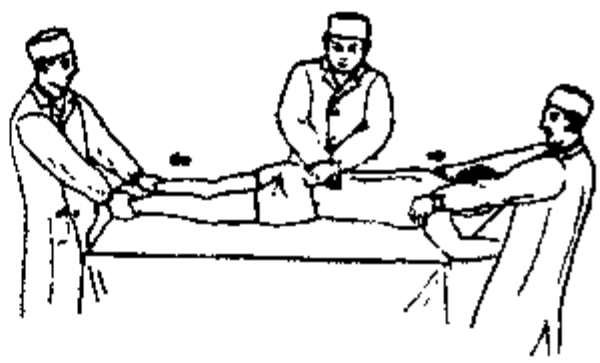


图 21－12　对抗牵引法

7. 双侧腰髋引伸法　助手将患者两下肢抬高 45°，作椭圆形晃动，术者双手按压腰部压痛点，作弹性、顿挫性按压。此手法一次即可（图 21－13）。

8. 单侧腰髋引伸法　术者一手拇指用力按压于腰椎旁压痛点，另一手握持患肢，抬高到腰髋过伸状态，并作髋关节回旋动作，左右交替施行各 3 次。

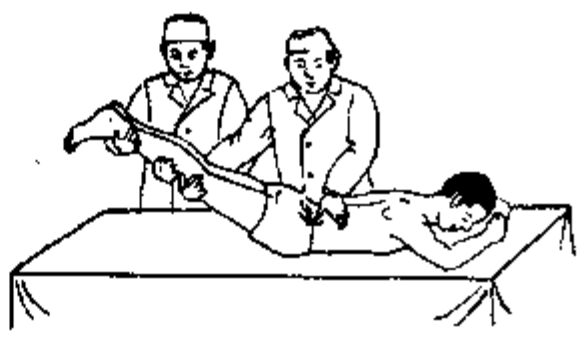


图 21－13　双侧腰髋引伸法

【术后处理】

1. 绝对卧床休息 10～14 天，术后 4 小时内不准翻身活动，4 小时后可以翻身，但不准坐起或离床活动。

2. 卧床 5～7 天后可逐渐作有规律的腰背肌锻炼。

3. 10～14 天后离床活动，做石膏腰围固定 1 个月，继作腰背肌锻炼，拆除石膏后可继续扎宽腰带或戴腰围子以巩固疗效和防止再损伤。

4. 1 个月左右观察疗效不显著，可重复施行推拿术。

5. 术后服活血理气利尿剂，以和营卫、止疼痛。

【注意事项】

1. 术前：禁饮食、排空大小便、准确定位、划好标记。术前半小时皮下注射阿托品0.5 mg。

2. 麻醉：将硫米妥钠1 g溶于40 ml蒸馏水，由静脉缓慢注入，约10分钟注射完毕。在患者达到麻醉三期一级时即可施行推拿术。同时应按患者体质情况，减少麻醉剂用量。由于硫米妥钠静脉麻醉，可能出现呼吸抑制和喉头痉挛等麻醉意外，因此必须严密观察呼吸情况，若一旦发生，推拿应暂停，立即用加压面罩给氧，若自动呼吸仍不能恢复时，可行气管内插管。若有严重喉头痉挛，可加用肌肉松弛剂。待恢复后，是否继续推拿，可看情况决定。

3. 推拿手法要熟练轻巧，处处审慎小心，由轻到重，刚柔结合。必须强调指出：由于全麻下推拿，手法的轻重得失，关系甚大，特别在脊柱过伸的姿势下进行按压顿挫，宜警惕脊柱损伤，甚至严重者造成破裂的纤维环大块突出，压迫神经过重，有引起截瘫的可能。

4. 牵引两下肢时，宜握于踝关节上方，不能牵拉足背，以免过度蹠屈而损伤踝关节及神经。

5. 助手固定患者腋窝时，双手要紧靠腋部内侧，以防止损伤臂丛神经及肩关节。

6. 禁忌证：有严重的重要脏器疾病，高血压、出血性疾病、发热及其他脊柱病变，妇女妊娠、月经期不宜推拿。

【主治疾病】 腰椎间盘突出症。

【文献出处】 刘柏龄. 中西医结合治疗腰椎间盘突出症[J]. 新中医，1974(3)：17－21

【手法操作】 准备手法后，按下列手法进行治疗。

1. 患者仰卧位，术者立于患者右侧，以右腋下夹住患者右足踝部。右肘屈曲位，以前臂背侧托住患侧小腿之背侧，左手掌搭于患肢膝关节的前侧，以右手搭于左前臂中1/3处。此时，用力夹持患肢，向下牵引1～2分钟。

2. 术者右腋下夹住患者右足踝部，以右前臂托住小腿后侧，左手手掌托住大粗隆，以强力屈曲其髋、膝两关节至最大限度为止。继而伸直髋、膝两关节，以左手拇及食指捏住股四头肌联合腱向后推捺，并向前提拉，同时屈曲膝关节，反复2～3次。

3. 患者侧卧位，背向术者，将左侧膝关节放于屈曲位，右下肢放于伸直位，使右臀朝上。此时，术者屈曲右肘，右手握住左上臂作支撑力，左手向后牵拉髂前上棘，将屈曲的右肘后侧鹰嘴尖端放于患者"环跳"穴处，与搬拉右髂前上棘的左手对抗用力，使右肘鹰嘴尖端适当用力挤压环跳穴。患者感右下肢足部均麻木。

4. 患者俯卧位，术者以拇指按压小腿后侧中1/3处"承山"穴半分钟。

5. 术者以拇指按压腘窝上缘，相当"委中"穴平面之上，压半分钟。

6. 术者以拇指按压臀沟下缘中点"承扶"穴约半分钟。

7. 术者以两手食及中指在腰三角处找出髂嵴上缘及骶棘肌外缘，两手拇指分别置于骶棘肌外缘，拇指纵轴与骶棘肌纤维呈垂直位，其他四指环抱两侧髂骨，两拇指同时向中心横行挤压，至骶棘肌肌腹中部"大肠俞"穴处。两拇指向内、向下用力挤压，然后再用力向上推挤。此时用力最大，1分钟后，将两拇指向外旋转，逐渐放松力量，两拇指在原处轻轻按揉。

8. 两手拇指分别放于两侧髂后上棘内缘，即骶棘肌的下端"关元俞"穴处，用力向前按压。

9. 术者以左手掌根沿患者右侧背伸肌自上而下旋转按揉至骶髂关节上缘为止反复2～3次。同法用右手掌根施于对侧。

10. 术者两手拇指放于两侧背伸肌外缘上端与背伸肌呈垂直位，两拇指轻轻地向中线挤压，挤压时拇指向前推捺，并向上向外旋转沿两侧背伸肌顺揉而下至骶髂关节上缘为止反复3次。

11. 患者俯卧位，术者立于患者左侧，右手手指向上与脊柱呈平行位，掌根放于第七颈椎平面以下，左手掌横行放于第五胸椎棘突平面之上，两手呈交叉位。此时，右手以掌根向上推按，左手以小鱼际向下推按，两手向相反方向推按，始终保持一定间距，逐渐向下滑行至腰骶部为止，反复3次。

12. 术者右手手掌放于腰椎4～5平面之背侧，左手掌搭于右手背之上，两手掌在患者腰部作左右摇摆推按，反复4～5次，最后再用力猛然按压一次，以后再滚摇，再按压（图21－14），反复2～3次。

13. 患者俯卧位，以双手攀住床上缘，术者以两手握住患者两足踝上部，向下牵引1分钟，然后放松。

14. 患者侧卧位右侧在上，右上肢放于背后，左下肢髋、膝放于伸直位，右下肢髋膝于屈曲位放于左下肢的上侧。术者立于患者背侧，以右肘放于右髂骨翼的后侧，左肘放于右肩的前侧，两肘呈相反方向推至最大限度。然后，在两肘左右分离，前后相反方向用力下骤然地斜搬（图21－15）。可在腰部听到清脆的响声。同法施行于对侧（注意施行此手法时力量不可过猛过大）。

15. 重复以上手法7、8。

图21－14

图21－15

【注意事项】 对症状严重的体力劳动者，应嘱患者绝对卧床休息，同时可应用腰围绑于患者腰部，将患者放于头低足高位施行牵引。对症状轻微非重体力劳动者，可以适当练习活动。此外，还可辅以物理治疗。倘使经多次按摩无效或按摩后症状消失而屡次复发，且症状与体征均表现为典型的病例，患者痛苦极大者，方考虑手术治疗。

【文献出处】 天津市天津医院和石家庄交通运输医院合编. 按摩[M]. 北京：人民卫生出版社，1974：123－131

【手法操作】

1. 手法　滚、按、扳、拿。

2. 取穴　压痛点、环跳、居髎、承扶、委中、阳陵、绝骨。

3. 部位　腰臀及患侧下肢，以腰部为主。

4. 操作

(1)俯卧。先用滚法或掌按法施于腰部以放松肌肉，再用拇指重按腰部压痛点及居髎、环跳穴。反复数次，时间 5～8 分钟。

(2)侧卧。用腰部斜扳法，左右各一次。先扳患侧，再扳健侧。

(3)仰卧。作屈膝屈髋和直腿抬高动作数次。

【注意事项】

1. 下肢放射痛或主观麻木感严重者，可结合上述各势操作在局部使用滚法，并配合按拿委中、阳陵、绝骨等穴。

2. 对脊柱侧弯明显或时间较久者，在推拿前可配合腰部牵引，有助于矫正畸形。

3. 经多次推拿无效者可考虑手术治疗。

【文献出处】　上海中医学院. 推拿学[M]. 上海：上海人民出版社，1974：183－184

【手法操作】

1. 手法　滚、按、扳、拿。

2. 取穴　压痛点、环跳、居髎、承扶、委中、阳陵、绝骨。

3. 部位　腰臀及患侧下肢，以腰部为主。

4. 操作

(1)俯卧。先用滚法或掌按法施于腰部以放松肌肉，再用拇指重按腰部压痛点及居髎、环跳穴，反复数次，时间 5～8 分钟。接着可用腰部后伸扳法或配合踩跷法。

(2)侧卧。用腰部斜扳法，左右各一次。先扳患侧，再扳健侧。

(3)仰卧。作屈膝屈髋和直腿抬高动作数次。

(4)下肢放射痛或主观麻木感严重者，可结合上述各势操作在局部使用滚法，并配合按拿委中、阳陵、绝骨等穴。

(5)对脊柱侧弯明显或时间较久者，在推拿前可配合腰部牵引，有助于矫正畸形。

【注意事项】　仰卧时腰部垫以枕头。

【文献出处】　上海中医学院. 推拿学[M]. 上海：上海人民出版社，1975：59

【手法介绍人】　浙江省中医院伤科

【手法名称】　腰椎间盘纤维环破裂症手法复位的治疗手法

【手法操作】　本治疗手法是由单腿牵引法、压腿法、脊柱扭转法、双腿后抬法，四个手法组成的一套治疗方法。

1. 单腿牵引法　患者仰卧，双肩用阔布带固定于检查床，患侧下肢踝部用阔布带固定(图 21－16)。顺轴牵引作肢体延伸，约 10 分钟。

2. 压腿法　仰卧位，助手按住健膝及患侧髂嵴前部。术者将患肢作直腿高举至 70°～90°时用力压足掌，作踝关节背屈，如此反复 5～10 次(图 21－17)。

3. 脊柱扭转法　患者仰卧位，胸前患侧肩部用阔布带固定于检查床上，双大腿小腿分别用阔布带一起固定(胸前、膝、踝间置放海棉垫)。此法由 3 个步骤组成。

（1）前屈：术者将固定的双下肢屈膝屈髋，要使臀部离开床面，前屈角度逐渐增大，反复 10 次。

（2）前侧屈：将双下肢屈膝屈髋，分别向左、右两侧前屈，各 10 次。

（3）脊柱扭转：在前屈、前侧屈动作后，由助手帮助作左右旋转盘法 3～5 次，当术者将下肢盘向健侧时，助手双手按住骨盆两侧，协助术者作脊柱 40°～50°（图 21－18）。

（4）双腿后抬法：患者俯卧位，上肢外展自然下垂，作均匀呼吸。术者站于患侧，一手将下肢抱起后抬至 40°，另一肘尖压腰椎患处，上下反复活动 3～5 次，作左右旋转各 3～5 次，然后将下肢向患侧拉离脊柱中线 10°左右，作后抬腿压法一次（图 21－19）。

手法复位后进行检查，若达到临床复位标准（压痛、放射痛消失或明显减轻，直腿抬举 70°以上，脊柱侧弯纠正或明显改善），给予外敷伤膏，腰围固定，送回病房。卧床休息 7～10 天。

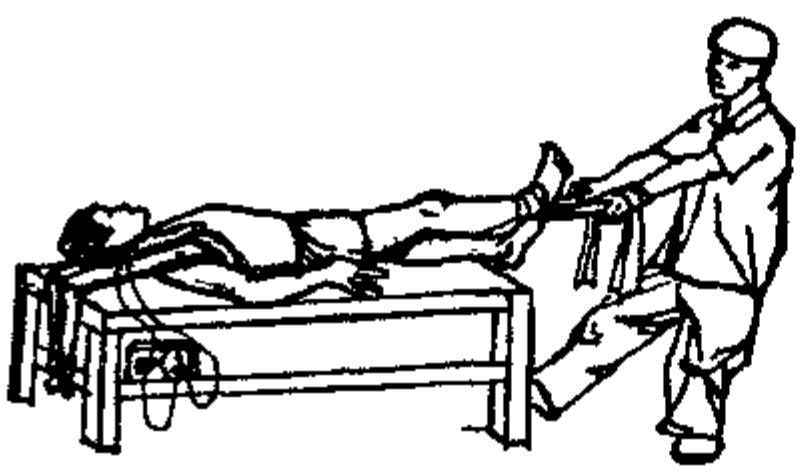


图 21－16　单腿牵引法

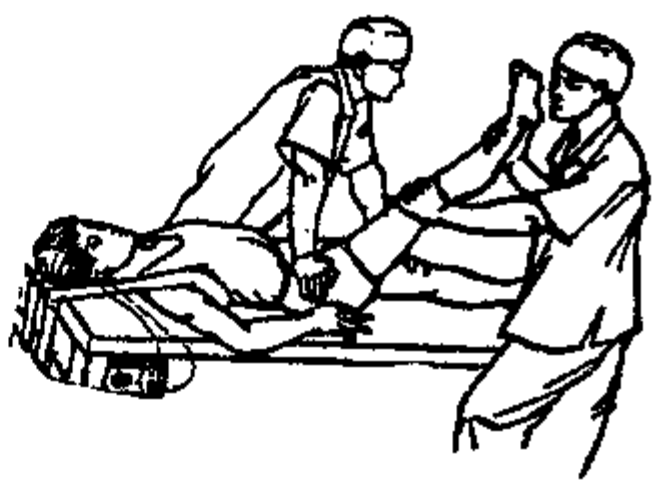


图 21－17　压腿法

图 21－18　脊柱扭转

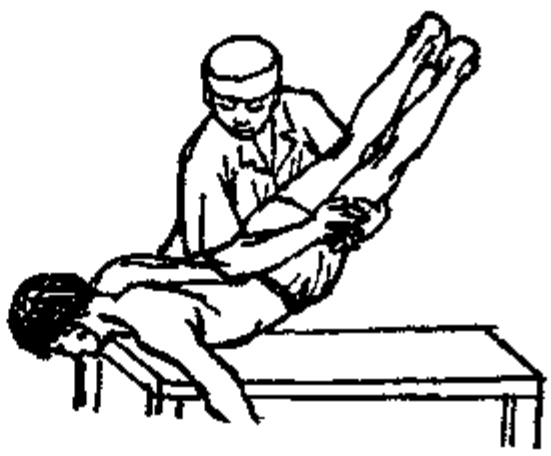


图 21－19　双腿后抬法

【注意事项】

1. 复位前需要准备阶段：①器械：皮腰围一只；电针治疗机、毫针；阔布带 4 条（0.2 m×2 m两条，0.1 m×1 m 两条）、海绵垫 3 块；检查床--只（0.55 m×2 m，上面需有软垫）。②麻醉（耳麻＋基础麻醉）。取患侧耳穴腰椎、坐骨神经透交感，电针治疗机诱导 30 分钟，刺激量逐渐加大。复位前 15 分钟肌注度冷丁 50 mg、非那根 25 mg。③腰部扭转活动。在耳穴下患者取站立姿势，两脚分开，双手按墙，由助手扶住腰部作左右前后迂回旋转，15～20 分钟，活动度渐渐增大，动作均匀，务必使腰部肌肉痉挛松解，以利手法复位。

2. 压腿法旨在通过直腿高举，牵拉神经，这对于陈旧性椎间盘纤维环破裂症由于炎症水肿后的周围组织粘连，特别使神经根的粘连可以起到松解作用。但对急性期，病程短的病人该法次数应减少或者不用。

3. 在施用脊柱扭转法时，应注意：用力不能过猛；脊柱扭转动作时，骨盆拉离检查床外侧；术者助手须动作协调，紧密配合。

4. 复位次数：一般可以采用一次复位方法，若需第二次治疗，则在首次术后的 2 周后进行。对个别病程长，脊柱侧弯严重，神经根粘连的患者，术前作骨盆或俯卧悬吊牵引。及加强被动腰部前屈、后伸、侧屈动作，每日 2～3 次，连续 1 周左右，然后行手法复位。手法复位多次无效，应停止本法而采用手术治疗。

5. 麻醉选择：耳麻与基础麻醉合用比较可靠。病人处于清醒状态，可以充分协作，术中可以随时检查，判断复位情况，并且有利于观察及护理。但术中还有疼痛和肌肉松弛不够的问题。对于体质弱或伴有高血压、心血管疾病等患者，可以选择全麻。有晕针、过敏体质的病人则不作麻醉。

6. 休息与锻炼：术后腰围固定并卧床休息 7～10 天。术后第 3 天可以作抬腿活动及腰背肌练习，由于体位不同，椎间盘承受的压力也不一样，坐位比卧位压力大一倍强，而低姿坐位则更大。因此起床后要掌握少坐、多卧、勤锻炼的原则，不作前屈活动。腰围固定一般为 2～3 个月。随访中发现有一患者，腰围固定长达 1 年之久，并且限制腰部活动，虽腰腿痛消失，但腰肌萎缩僵硬而有碍腰部活动。这一教训，说明限制不利于本病恢复的一些活动，但必须有利于本病恢复的功能锻炼，动与静要有机地结合。

7. 手法复位的反应：腰椎间盘纤维环破裂症经确诊后，如无进行性疾患，均可采用本法。部分病人在术后 3 天内有腹胀、体位性尿潴留、腰痛加重等反应，对症处理即可。单腿牵引后曾出现 3 例腓浅神经牵拉伤，这可能因为牵引时握住足背扳伸而引起，后改用布带固定踝上牵引则未发生。

【主治疾病】 腰椎间盘纤维环破裂症。

【文献出处】 浙江省中医院外科. 310 例腰椎间盘纤维环破裂症手法复位疗效观察[J]. 新医药学杂志，1976；(1)：39－42，44

【手法操作】

1. 活络法　以抚、压、揉、滚四法为主，配合叩打法，在病人受损之腰部和沿坐骨神经分布之患肢，自上而下，从后到外侧，反复施术 15～20 分钟。以舒筋活络，消除患处皮肉筋脉的紧张，其治疗步骤基本与坐骨神经痛相同。但以腰为主，下肢次之。

2. 整复法（运动法）　以腰扭转法、旋腰法、腰髋引伸法及腰椎牵引法为主，使其腰椎间隙增大，以使脱出之椎间盘复位。反复施术 1～2 次。

【文献出处】 乳山县人民医院海阳所分院. 推拿疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1976：96

【手法名称】 腰椎坐姿复位法

【手法操作】 病人端坐方凳上（无靠背），两脚分开与肩等宽。医生正坐病人之后以左旋型棘突向右偏歪为例，首先用双拇指触诊法查清偏歪的棘突，右手自病人右腋下伸向前，掌部

压于颈后，拇指向下，余四指扶持左颈部，同时嘱病人双脚踏地，臀部正坐不准移动（助手面对病人站立两腿夹住患者左大腿，双手压住左大腿根部，维持患者正坐姿势），左手拇指扣住偏向右侧之棘突，然后医生右手拉病人颈部使身体前屈 60°～70°（或略小），继续向右侧弯（尽量大于 45°），在最大侧弯位医生右上肢使其病人躯干向后内侧旋转，同时左手拇指顺向向左上顶推棘突（根据棘间隙不同，拇指可稍向上或向下），立即可觉察指下椎体轻微错动，往往伴随"喀啪"一声。之后，双手拇指从上至下将棘上韧带理顺，同时松动腰肌。最后，一手拇指从上至下顺次压一下棘突，检查偏歪棘突是否已拨正，上下棘间隙是否已等宽（图 20－1）。

【注意事项】 右旋型棘突向左偏歪者，医生扶持病人肢体和牵引方向相反，方法相同。腰部应用脊柱旋转复位法要领如下。

1. 恰当掌握病人腰部前屈、侧弯、旋转的角度。复位时腰部前屈 60°～70°，继续向右（或左）侧弯 45°，再让脊柱沿纵轴旋转，为大角脊柱旋转复位法，腰部前屈 45°～60°，侧弯 30°，再让脊柱沿纵轴旋转为小角脊柱旋转复位法。但在治疗具体病人时还要根据身长、腰部长短、病变部位高低、脊柱生理弯曲变化、患椎偏歪棘突上下棘间隙大小、腰肌松紧程度等决定腰部前屈、侧弯、旋转的角度。

2. 两个旋转力的协调一致。坐姿复位法，医生拉颈部牵引之手与另一顶推腰椎偏歪棘突之拇指，在复位瞬间时协同动作（切忌做分解动作），产生的作用力是两个旋转力的合力（两个杠杆力，一个支点）。

3. 掌握杠杆力复位的要领。

4. 脊柱旋转复位时脊柱要处于失稳状态。为保持复位时脊柱的失稳状态，要求助手和病人做好协同动作。助手需保持病人复位时的正坐姿势（臀部端坐，两下肢屈膝屈髋 90°。下肢不可伸直，屈髋不可大于 90°），病人在复位时臀部不要随医生向同侧旋转或移动。这样医生顺利施手法，容易取得成功。

【文献出处】 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京：人民卫生出版社，1977：80－81

【手法名称】 腰椎俯卧位旋转复位法

【手法操作】 急性较大的髓核突出常使病人不能卧床，站立不安，因为严重的疼痛使病人再无别的办法，非常烦躁，遇到这样的病例，可取俯卧位或趁病人暂时安静之际及时复位。病人体位：俯卧位，两腿稍分开。医生：双拇指触诊腰部，摸清偏歪的棘突（以左旋型棘突向右偏歪者为例）。站在病人的右侧，面对侧方，左臂从右（或左）大腿下面伸进，将右（或左）腿抱起过伸膝、髋，以患椎为支点旋转大腿。右手拇指借大腿摇转牵引之力，将偏向右侧的棘突拨正。棘突向左偏歪则方向相反。其他方法同端坐复位法（图 21－20）。

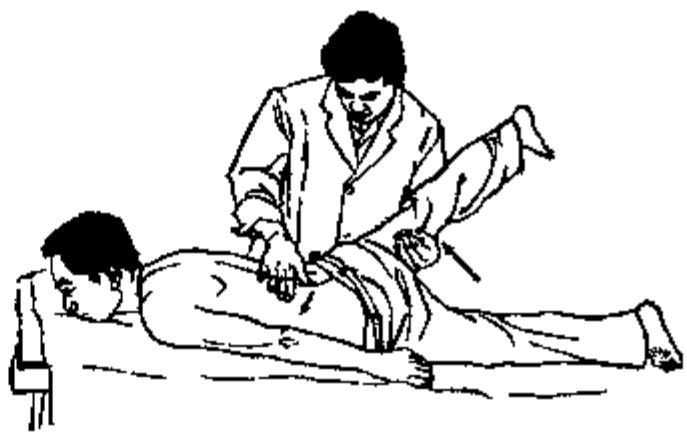


图 21－20　腰椎俯卧位旋转复位法

【注意事项】 恰当掌握伸膝伸髋的角度，避免暴力。在进行腰椎复位时需要注意的是复

位是位移过程的反过程，要根据受伤机理、临床体征与分型，应用与受伤机理相反方向的力使患椎复位，即左旋型者采用右旋手法，右旋型者采用左旋手法，进行复位。如遇个别病例腰肌板硬、剧痛，复位动作不能配合者，可于手法前肌注度冷丁 50 mg，在严格无菌操作下用 2% 奴佛卡因 10～15 ml 行患椎平面脊神经根阻滞或用 0.5%～1% 奴佛卡因 30～40 ml，连续三对椎板和腰肌浸润即可获得满意的麻醉。然后进行手法复位。

【文献出处】 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京：人民卫生出版社，1977：81－82

【手法操作】

1. 用椒盐酒或中药洗剂热熨约半小时。

2. 揉摩和推擦伤处和周围，加用按法——用双手掌用力按压。

3. 施整形法（牵卡挤靠）和治脱臼法（屈挺叩捏）。施行仰卧卡法和屈法，然后两手紧握患者一足跟用力向后牵引下肢，两腿交换牵引。

4. 患者俯卧，四肢伸展，抬头去枕。医者两手平掌在伤处附近徐徐由轻而重地下压，然后轻抬，自上而下反复几次。随后施揉捏法和拨筋法。

5. 患者起立。医者背对背立在患者背后，用两肘勾住患者两肘，一俯身将患者背起离地颠三颠，左右各晃一下，轻轻放下。如见好转，可连续治疗。一般轻者 1 次，重者 2～3 次，即可痊愈。本法称为背晃法，也可治腰部扭挫伤，但骨伤或脊髓病当慎重。

【注意事项】

孕妇、年老体弱者或同时患其他重病者禁用。

神经过敏或胆怯的患者，要事先向其说明，要其忍痛受治，同意后才慎重施术。

从背上放下患者时，要扶着，使其卧床休息，以免患者头晕心跳发生意外。

【文献出处】 曹锡珍. 中医按摩疗法[M]. 北京：人民体育出版社，1979：213－215

第三节 20 世纪 80 年代

【手法介绍人】 吴揭地，祝波等（上海市伤骨科研究所）

【手法名称】 治疗腰椎间盘突出症的重手法

【手法操作】

（一）仰卧位

1. 拔伸脊柱 一人牵引骨盆带，另一人牵引腋下带作对抗持续牵引 2～3 分钟，然后在两人密切配合下，用力猛拉 3 下，以增加椎间隙宽度，有利于髓核的回纳。

2. 压髋旋转 将髋与膝屈曲至极度，然后从内旋内收位掀压，逐步转至外旋外展位。此手法虽与腰椎无关，但腰椎间盘突出病人，由于长期活动受限影响髋膝关节活动，此手法可松解髋膝关节的粘连。

3. 悬足压膝 操作者一手置于患者髌前，一手握住足踝部，先使患者的髋和膝极度屈曲，然后伸直膝关节，同时逐步放松髋关节，待膝关节伸直时，髋关节达到 90°屈曲位，然后再屈髋关节稍超过 90°数次。此手法与直腿抬高试验相似，通过直腿抬高，直接牵拉坐骨神经根，可

使神经根粘连松解，但用力忌猛，以免损伤神经根。

4. 屈腰抱膝　将患者两髋关节与膝关节同时屈曲，操作者用右前臂压于小腿上，左手托住腰骶部，向上扳动，同时压膝至胸壁，连续 10 次。此手法在屈腰时可将腰椎后纵韧带牵伸，同时张开胸椎椎间隙的后方，迫使突出的髓核回纳。

5. 扳正脊柱　助手稳住上腰部，操作者拉住两足，晃向健侧，摇晃 10 次，因腰椎间盘突出症患者大多有脊柱侧突，扳正脊柱以纠正侧突。

（二）侧卧位

1. 斜扳扭腰　患肢在上，髋膝屈曲，健肢在下，保持或牵拉于伸直位，操作者一手环绕肩腋，另一手按臀部，助手在前，两手各向相反方向推拉，此时常听得弹响声，然后用一手按于肩后，另一手置于髂嵴，做与上述相反方向的突然推拉动作，再将患者更换成健侧向上侧卧位，重复上述操作。通过斜扳使脊柱发生旋转，间接牵拉神经根，可能改变了神经根的位置，使神经根避开了突出的髓核。

2. 提腿后扳　患者侧卧，助手牵拉下面的下肢，操作者一手推在患者腰骶部，另一手握住上面的踝部，将该肢向后扳，两手密切配合，一推一拉共 10 次，再将患者更换对侧卧位。重复此手法，扳腿手法使脊柱过伸，其作用与抖腰类似。

（三）俯卧位

俯卧抖腰：在患者的胸前和骨盆前各放两个枕头，使腹部悬空，一助手拉住腋下，另一助手牵引两足，作对抗牵引，操作者两手交叉放在患者腰骶部，向下稳压抖撼 10 次，扳腿与抖腰手法都是在牵引下使脊柱过伸，使椎间隙的前部也扩大，有利于髓核回纳。

【注意事项】　对于巨大型髓核突出、死骨型髓核突出、中央型髓核突出、腰椎间盘突出伴有椎管狭窄症和神经根与腰椎间盘广泛粘连的腰椎间盘突出，重手法疗效差；中央型髓核突出的腰椎间盘突出，本手法有时会加重症状，应考虑手术。

【主治疾病】　腰椎间盘突出症。

【文献出处】　吴揭地，祝波等. 重手法治疗腰椎间盘突出症的疗效与失败病例的分析[J]. 上海中医药杂志，1980(1)：31－32

【手法介绍人】　祝波等

【手法名称】　治疗腰椎间盘突出症的麻醉下重手法

【手法操作】

（一）仰卧位

1. 拔伸牵引　采用自动牵引床施行胸腹对抗牵引 3 分钟，重量为自身体重的 1/2～2/3。根据患者的不同情况还可以使腰部屈曲或过伸。

2. 压髋旋转　医者一手握住患者踝关节，另一手按住患者膝关节前部，使患侧髋膝关节极度屈曲，同时逐步由内收位转为外展位，最后使下肢伸直。范围要逐渐扩大，先作患侧，再作健侧。连续 3 遍。

3. 悬足压膝　助手牵拉健侧踝关节，医者一手按住患侧膝关节前部，另一手握住患侧踝关节，使髋、膝关节极度屈曲，而后使膝关节伸直，并逐渐抬高下肢，一般不超过 70°，不可使用暴力，最后极度背屈踝关节，连续 3 遍。

4. 屈腰抱膝　患者双侧髋、膝关节极度屈曲，医者一手臂放于两膝关节前部用力下压，使

膝关节前部贴紧胸壁，另一手放于尾骶部用力向上扳，使腰骶部极度屈曲。连续 10 次。

5. 扳正侧突　助手按住胸腰部固定，医者两手分别握住患者两踝关节用力向脊柱侧突方向摆动 10～20 次。

（二）侧卧位

1. 斜扳扭腰　患侧向上，下肢微屈。健侧伸直，助手牵拉踝关节。医者一手扳拉患者肩前部，另一手推压髂嵴，使脊柱呈相反方向扭转，到一定角度要突然发力可以听到"咔哒"响声。然后一手按于肩后，另一手扳住髂嵴，两手再作反方向推拉，对侧同时进行。

2. 提腿后扳　两助手分别牵拉腋下和踝部作对抗牵引，患侧向上，医者一手握住患者踝关节，另一手按住腰骶部，两手同时用力，一推一拉，使腰部极度后伸、提拉，最后突然用力，作 30 次；对侧同样进行。

（三）俯卧位

俯卧抖腰：患者胸前和骨盆前各垫两个枕头，使腹部腾空，一助手拉腋下，另一助手牵拉两踝部作对抗牵引，医者两手叠掌在患者腰骶部，向下按压并抖动 30 次，切忌用力过猛。

【注意事项】

1. 麻醉方法：采用静脉或硬膜外麻醉。

（1）静脉麻醉：硫苯妥纳 500～750 mg 加入肌安松 4～6 mg，静脉注射。

（2）硬膜外麻醉：穿刺部位在腰 1～2 或 2～3 之间均可，导管向上插入 2 cm。先注入 2% 利多卡因 5 ml，5 分钟后若无全脊椎麻醉症状出现，即可注入利多卡因 100 mg + 地塞米松 10 mg + 0.9% 氯化钠 3 ml。

2. 治疗后患者需绝对卧床休息 3～7 天。每周推拿 1 次，若推拿 1 次即有明显好转，可不再作第 2 次疗程。一般不超过 2 次。对于复发患者，若症状不严重，仍可采用上法治疗。但对于复发 2 次以上者可考虑手术治疗。

3. 较大的中央型突出、Fajersjia 试验阳性患者，推拿效果大多不满意，故应考虑手术治疗。

4. 如果患者同时伴有结核病、心脏病、肾脏病和骨质疏松症等疾患，则禁忌推拿治疗。

【主治疾病】　腰椎间盘突出症。

【文献出处】　祝波，李国衡等. 麻醉下重手法推拿治疗腰椎间盘突出症 735 例远期疗效观察[J]. 广西中医药，1983；6(4)：17－19

【手法名称】　举摔法

【手法操作】　让患者蹲下，并使患者两手向上抱头成固定姿势；医者从患者后边，用两臂从腋下伸向前方，两手向前向上相搭于患者的颈椎部；这时医者全身力与姿态保持固定，继而起身挺立，患者亦随着医者上举，在这挺立上举的时刻，一定事先告知患者保持蹲地姿势，这样就能使患者两足离地；医者即时上举变为下摔，举摔过程可连续做 1～2 次。在这上举下摔的过程中，患者的腰椎部位就形成牵引过程。

【注意事项】　患者的抱头固定与医者举摔的用力固定，目的是防患者颈椎发生扭闪。

【文献出处】　马秀棠. 点穴疗法[M]. 西安：陕西科学出版社，1981：31－32

【手法操作】

1. 腰部牵引　根据体重，拉伸力可在 50～75 kg，时间 5～10 分钟。以在牵引床上操作

为宜。

2. 拔伸斜扳　患者俯卧，双臂放于躯体两侧。以一条数层宽布带置于中背部，腋窝衬以棉垫，防止布带滑脱压迫腋窝神经血管，布带两端由腋下掏出固定于床头。术者一手拇指按压在病损的椎间棘突旁，此处往往既是椎旁痛点又是腰脊椎侧弯最显处，另一手于健肢膝上搬提使髋过伸。助手1人双手紧握患侧下肢踝上部行对抗拔伸，待术者指下觉牵开感时，提腿的手用力斜扳向患侧过伸并扭转腰部，指下有骨性跳动感伴连续的"咔咔"声响。术毕让病人卧床片刻，再以腰带支持。

【注意事项】

1. 手法要领是术者手指定点准确，助手拔伸的力均匀敏捷，二者默契配合，恰到好处

2. 整复后要以宽腰带（毡棉垫或帆布制）支持2～3个月。卧硬板床2～3周，腰腿窜痛症状基本缓解后始行床上练腰，如俯卧挺腰等。1个月后下地逐步进行腰臀部功能锻炼

3. 并有腰椎管外软组织劳损者，应从患者床上练功起给以手法松解，利于恢复脊柱平衡。

【文献出处】　王福根. 常用软组织损伤手法治疗[J]. 北京：人民军医，1981：3：58－60

【手法操作】

1. 手法　点按、滚、滚床、扳、拔伸掌擀、侧卧按摇、膝顶过伸前屈、足背屈牵拉、屈膝屈髋摇法等。

2. 操作

（1）患者俯卧，术者站在患侧，用双手大指点按肾俞、环跳、承扶、委中、承山。在环跳、承扶、委中穴可用肘尖点按法，以增加刺激力量。

图21－21　点按法

（2）在腰背部及患侧下肢用滚法，以活血通络，缓解痉挛。

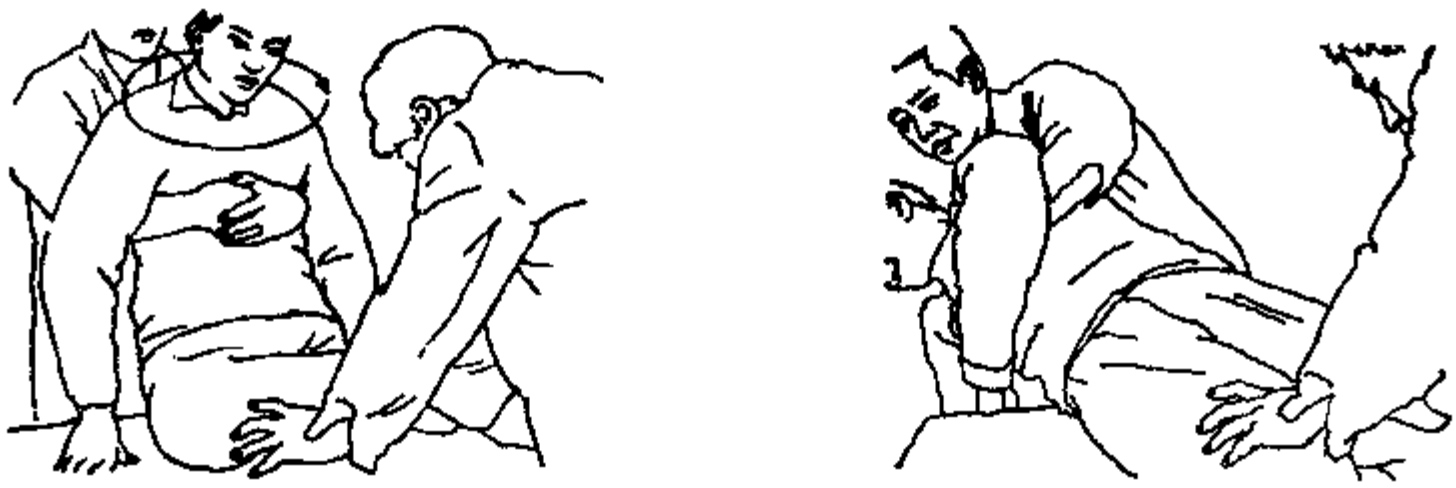
（3）用一手大指按住压痛点，用点散法（图21－21）。术者用一手大指立指用指峰按住痛点，用一定的压力，快速在局部上下往返点散，持续半分钟左右

（4）滚床法：如有脊椎侧弯，可用仰卧按床法。患者正坐床中靠一边，双下肢屈膝自然下垂，用一助手扶住双膝上部，术者站在床对侧患者背后，用双手从腋下穿过抱住患者上胸部（如为女患者双手应抱在乳房上方），先坐位环转摇晃（图21－22①），而后在与助手相对牵引下用力拔伸，术者下蹲使患者腰及身体上部与床面平行，在维持牵引的情况下，将患者身体向脊柱侧弯的对侧旋转（图21－22②）。

（5）患者俯卧，术者站在一侧，扳肩及扳腿（图21－23）。

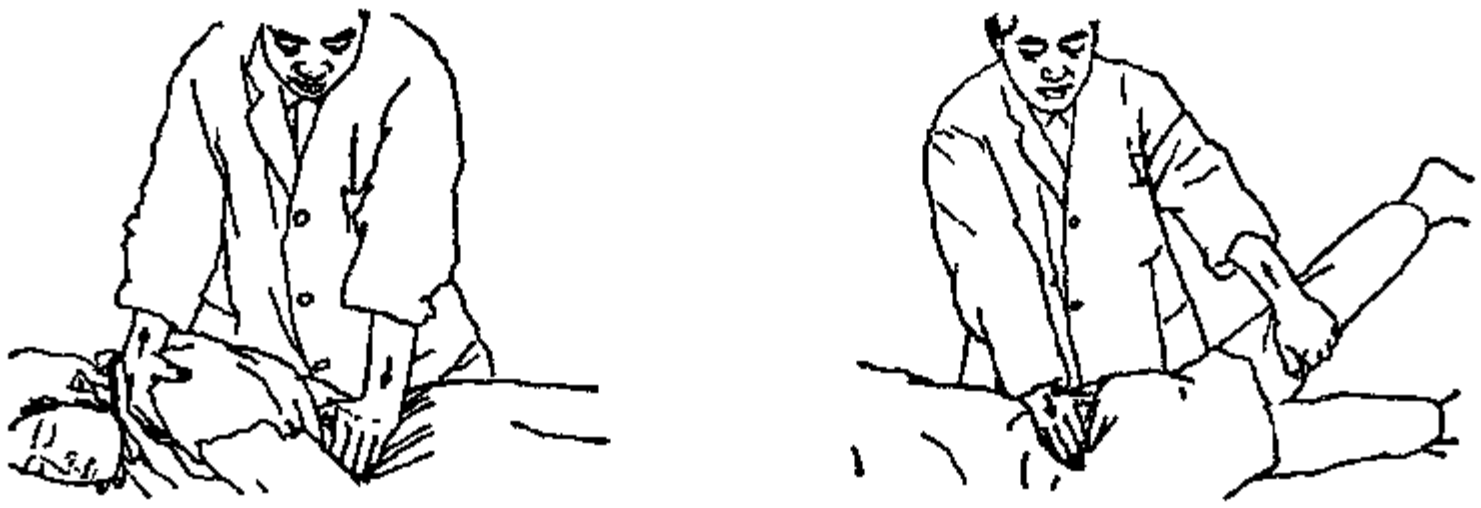
（6）拔伸掌擀法：患者俯卧，在上腹部及双髂前上棘下方分别垫一薄枕头。用助手两人，助手一站在患者头上方，双手分别插在患者背后腋部向上牵引，助手二站在患者双足下方，用双手分别拿住两踝关节，向下用力，两助手做对抗牵引。术者站在患侧，双手掌重叠在腰部压痛点附近，用力向下一矢一纵的上下震颤（图21－24），持续2分钟左右。

（7）侧卧按摇法：患者向健侧侧卧，患侧在上，双膝、髋屈曲。术者站在患者背后，一手用大指按住压痛点，一手从小腿后下方穿过，用前臂托扶伤肢，用手扶膝前部，托扶伤腿之手臂边环转，按在伤处之大指边用力点按痛点（图21－25）。



① ②

图 21－22 滚床法



① 扳肩法 ② 扳腿法

图 21－23 扳肩及扳腿法

图 21－24 拔伸掌颤法

图 21－25 侧卧按摇法

(8)膝顶过伸前屈法:患者正坐位,一助手双手用力按住双大腿根部,术者站在患者背后;双手从腋下穿过抱在患者胸前,向上牵拉,同时术者用一腿膝部顶在患者腰部患处,术者稍下蹲,膝部用力向前顶,使患者腰部过伸(图 21－26)。而后令患者腰部由过伸位改为前屈位,术者此时一手按肩部,使患者被动适度前屈,另一手用擦法由上向下擦之。随后按肩部之手改为

扳肩使患者恢复正坐位，擦背之手改为在患处推按。

(9)足背屈扳腿法：患者仰卧，术者站在患侧，令患者直腿抬高。术者一手从膝部绕过，扶在患者膝前内方，防止膝关节屈曲，一手扶足跟，腕及手掌压在足底部，在扶膝腿之手令患肢抬高的同时，扶足跟之手使踝关节背屈，反复操作。此法可以牵拉坐骨神经，有松解神经根粘连的作用。

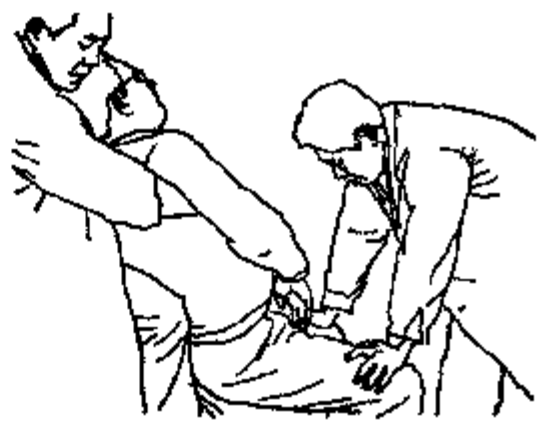


图 21－26 膝顶过伸前屈法

(10)屈膝屈髋摇法：患者仰卧，髋，膝关节尽量屈曲，患者自己用双手抱住膝部。术者站在一侧，一手托扶后背，一手扶膝前方，令患者来回摇动。此法还可以让患者自己在家中卧床时进行锻炼。

【注意事项】 对中央型腰椎间盘髓核突出症慎用推拿手法。还可配合骨盆牵引法、舒筋活血药物，对病程长久，反复发作，推拿效果不显著者，可考虑手术治疗。

【文献出处】 季根林. 推拿简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1981：115－121

【手法操作】

1. 俯卧位手法如下。

(1)点揉背部：用布单一条兜住患者背部和腋部(腋部须衬棉垫以防勒伤)，助手两人，一人从患者胸前拉布单，一人拉住双足，两人作对抗牵引，持续用力，使患者腰椎间隙能够增宽。在牵引下，医者从脊柱自上而下揉棘突两侧。当点揉到所患部位和疼痛点时，点揉的力要加大，向左右摆动患者躯体，以使肌肉骨节松弛。

(2)提拉腰部：提拉时助手两人须将患者一侧保持对抗牵引的直线体位，嘱患者放松，尽力将患肢上提到极度过伸位，然后一松一紧地作提拉活动 10 次。提拉时不一定要求在腰部拉出响声，但要尽量能将腰部活动松开。中央型突出者则两腿均须提拉，力量要轻而柔和。

(3)点、按、揉居髎穴：须由助手一人，将患侧下肢持续牵引，勿使下肢屈缩。医者双手拇指并齐点揉居髎穴疼痛点，由轻而重。当患者感到酸痛不能忍受时，就不能再加重量，这时向前后点揉拨动痛点约 10 次，此时除局部有酸痛外，并有向下放射痛。臀部的肌肉会颤动，有利于髓核复位。点揉之后，用掌根按揉。

(4)点揉腰部椎间盘突出处疼痛点：可用尺骨鹰嘴对准痛点进行点揉。如患者下肢在伸直位置上，点时酸痛不明显，可由助手一人将患者膝部弯屈，并握住踝部尽力上提，使患侧腰髋部过伸，在过伸的位置上点揉。这样，两种力配合，患者酸痛就加重，但点揉的重量与过伸的高度，以患者能忍受为原则，这步手法称“提腿点揉”或“提腿按揉”。对于腰部后伸活动有限制的，尤需要此步手法。

(5)按抖腰部：助手两人，一人握住患者腕部，一人握住患者踝部，两人作对抗牵引，医者两手叠在一起，对准患者腰痛处进行按压抖动，一般要求抖动 30 次左右。经过以前四步手法后，使腰椎间盘能趋向于恢复到良好位置，而后用此步按抖手法，以促使椎间盘的复位。

(6)叩推腰背：用“叩击法”叩击督脉经，而后再用“推法”沿足太阳膀胱经循行路线自上而下推 3～4 次，两侧均须推动。

以上六步手法完毕后作为一节，连做三节，作为一次手法。

2. 在仰卧位置上，主要是作"悬足压膝"法，由低到高，逐渐加重，一般要求 10 次左右即可。

以上俯卧、仰卧两个体位，共七步手法，除俯卧位六步手法作三节外，仰卧位手法只作一节，手法完毕后作为一次手法，每周 3 次，6 周为 1 个疗程。大部分病人在 1～2 个疗程以后症状即渐渐减轻或消失。有些病例由于病程日久，必须增加疗程，才能获愈。如有个别病例，手法后疼痛异常加重，至第二天仍不见缓解者，应停止手法，作进一步检查和诊断。

在实际操作中应适当增加手法，常见的有下列情况。

3. 髋关节外展活动受限制（即 4 字试验阳性）须加"屈膝分腿法"和"挤压胯线法"。但在应用"挤压胯线法"时，医者仅是按住髂部，重点要嘱咐助手在牵引下摇动患肢，左右各摇 5 圈，摇时幅度由小到大。

4. 腰骶部酸痛，可加用"两腿屈髋屈膝法"，挤压的力量要求能集中到腰骶关节的部位。

以上两种加法亦须作三节，作为一次手法。

5. 腰部前屈活动有明显限制，可加用"直膝屈腰法"，此法在每次手法中作一节即可。

6. 如神经根刺激症状解除，而腰部和臀部仍有疼痛点存在，此时可根据痛点，以痛为俞，对局部作点揉按摩手法，以达到消灭痛点，恢复功能。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：109－112

【手法操作】

（一）急性型

该型疼痛较剧，一般不宜用过强的手法，其方法步骤如下。

1. 松腰　取侧卧位，患侧在上，在腰、臀、腿部用推、滚、揉等手法，上下数遍，使之松筋减痛。

2. 屈伸腰　体位同上，术者站于患者身后，一臂托住患腿，做屈伸腰的动作。屈腰动作，是用托腿的手使屈髋并使大腿尽量贴近腹壁，另手推同侧肩部，使身体屈曲，动作需带弹动性，并逐渐加大屈腰的强度，连续屈动几次，再做后伸腰部的动作。伸腰时，术者一手抵住腰部，一手拉腿后伸，做此动作时也需带有弹动性，并逐渐加大后伸腰的幅度。如此伸腰动作连续几次，当感到患者放松时，术者趁机突然用巧劲用力推腰拉腿，使患者腰部突然一闪地向后伸。达到强度，做一次即可。如未达到动作要求，可再重复操作。

（二）迁延型

该型推拿需相当的强度和较长的时间，可选用如下方法。

1. 松腰　俯卧位，腹下垫枕，在腰部用推、滚、揉等手法，反复数遍，使肌肉放松。

2. 压腰　一人或两人协同操作。一人操作时，术者一臂托抱患者大腿膝盖处，另侧前臂压紧患者腰骶部。当抱腿的手臂用力向上一掀时，另臂将腰骶部向下一压。动作要协调一致，用巧劲不用暴力。可先轻轻试压腰部 1～2 次，然后趁患者腰部肌肉放松时，猛然掀压，掀压的强度估计能松动腰椎体间距为合适。两人协同操作时，术者站于患者两侧，各抱患者一侧腿部，其他操作方法和要领与一人操作相同。

3. 蹬腰　取侧卧位，患侧在上，术者站于患者身后，双手握住患肢足踝部，另用一脚抵住患者腰骶部，随后将患腿向后尽量拉紧。嘱患者自然呼吸，肌肉放松，术者感到患者肌肉放松时，

同时脚蹬手拉，使其腰部向后伸突然一闪。一般1次即可。

（三）陈旧型

该型手法宜反复多次，多用松解性手法，可选用以下方法。

1. 扣腰　取俯卧位，腰部大腿处各垫一高枕，腹悬空，术者加重力于腰骶部，用双手压法，或用脚做采法或用器械压腰，要一压一松，使腰部脊柱像扁担一样、一弹一弹地扣动。此时必须要教会患者深呼吸，呼吸频率随踩压的动作一致，每踩20～40次，休息一会，一次治疗可重复3～4回，而每回踩压的强度渐大，使腰部扣动的幅度增大，使其活动到腰椎间距的有效强度为合适。

2. 扭腰　取侧卧位，患侧在上，术者站在患者身后，嘱将患下肢屈膝屈髋，一手扳住膝部向后，另手推住肩背部向前（图8－104），扳推动作协调进行，使脊柱扭动，扳动数次，最后用较大力量扳推一次。然后再呈反方向，扳膝部的手把髋压向前，推肩背的手将肩压向后，脊柱作反方向的扭动，动作要领同前。

3. 搬腿　取仰卧位，术者一臂托住患侧小腿进行搬动，腿搬出时要用足够的牵引力，抬回时不需用力。连续搬动20次左右，腿抬的高度要逐渐加大到患者可以忍受的最大高度。

4. 挤腿　当患肢直腿抬高可达60°左右时，可以加用此法，一人或两人协同操作。方法是术者将患肢强行抬到80°以上，同时挤压足底，使足踝极度背伸。

【注意事项】　在临床实际工作中应当根据辨证施治的原则，细分析病情和病理情况，以及年龄、性别等各种因素，区别对待。如能掌握这个原则，不但疗效好，而且治疗时可减少痛苦。

【文献出处】　安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民卫生出版社，1982：144－146

【手法操作】　一般先采用平补平泻手法，即四指或五指揣揉，使患者注意力分散，肌肉组织放松，压痛点稍有缓解，然后在腰部采用滑滚、鱼际滚、吸定压痛点滚，下肢多用撵滚、循经挤压等法，以祛风散寒，疏通经络，滑利关节，活血止痛。并且有目的地走线，落点，带面，在下肢以膀胱、脾胃经为主，向下挤压，抓提，弹经，重点指点腰部有关俞穴及下肢承扶、殷门、委中、阳陵泉、阴陵泉、承山等穴，以利经络上下窜通，疏利气血运行之渠道，使疼痛得以减轻，再用两手掌心对压痛点处用力下压，助手拉抖疼痛的下肢，其抖动幅度由小到大，力量由轻到重，使患者逐渐适应抖动之法，从而减轻患者痛苦和神经根受压症状。临床上除施用上述手法并可辅以火罐，辨证施用中药。

【注意事项】　在推拿治疗前，应弄清是哪一个腰椎间盘突出，反应症状轻重如何，压痛点有无向下肢反射性疼痛，肌肉抗力及臀部下肢肌肉有无萎缩等情况，以便决定推拿的手法。

【文献出处】　闻正怡，周华龙，刘孔江. 朱金山推拿集锦[M]. 南京：江苏科学技术出版社，1983：89

【手法操作】

1. 患者取俯卧位，医者在其背、腰、臀部的膀胱经，督脉循行线上，施以成人捏脊治本手法，具体操作手法见急性腰痛推拿节。但其中（4）、（5）手法可以不做。此组手法结束后，背、腰部要盖衣、被，以免着凉。

2. 接着在患侧的下肢施以下述手法。

(1)从环跳穴上部到足跟,用单手掌面平推几遍,再用双手掌在患肢内、外侧从上而下同时侧推几遍,以活通下肢气血。

(2)用紧缩拿法由下而上(自踝关节始、上至大腿根部)分别在下肢内、外侧拿几遍,以疏通经络,缓解肌肉痉挛,促进下肢血液回流。还要注意大腿内侧肌肉有无痉挛,或推拿时显著疼痛的情况。如有,适当多拿揉几遍。因股内收肌等挛缩也常是引起腰痛的原因之一。

(3)用滚法在患肢后部滚压几遍,尤在腘窝(膝弯)、腓肠部(小腿肚)多揉滚几下。

(4)用按法在患侧下肢的环跳、承扶、殷门、委中、委阳、承筋、承山等穴上按压,在昆仑穴用力拿。环跳穴处疼痛重者,用拇指按无力时,可用拳尖或肘尖按压。个别患者可出现环跳穴肌肉跳动和按压承山穴时振动全身的观象,此时可在环跳、承山两穴缓缓多按一些时间,疗效则更好。继之用空拳、空掌、侧掌分别由上面下拍击下肢的后面、两侧,然后轻抚两下再结束。接着让患者取仰卧位,用推法、拨法、拿法治疗下肢的前面,再用拇指按压伏兔、血海、阳陵泉、悬钟、风市等穴,后用拍、扣法结束。此外,健侧也可按照治疗患侧的手法,从简施以手法,则有利于患侧康复。

(5)患者仰卧位,医者立于患侧,将患肢作膝胸式回压,即一手扶在屈回胸前的膝盖上,另一手按在患者头侧的床沿上,医者向前探出的胸部,协助腑在患者屈回胸前的小腿前部。如此持继屈压若干分钟。此后,还可将按在床沿上的一手提起,用拇指腹按压突出的臀部环跳穴及其周围的肌肉,寻找阿是穴(疼痛敏感点)。找到突出痛点,可用拇指镇静按压几分钟,还可用拳的拇指背扣打痛点,多能明显减轻疼痛。

(6)对腰不能后弯,后仰腰即疼痛的,不但可作膝胸式回压,即一手扶在屈回胸前的膝盖上,另一手按患者头顶的床边上,向前探出的胸部协助压住患肢小腿部,如此持续屈、压若干分钟。而且还可以在压膝腿不放松的同时,把按在床边的一支手提起来,用拇指在患侧环跳穴的附近按压,发现有显著的痛点时,可以把拳篡起,用拳尖扣打痛点若干下,有较好的减轻或消除疼痛的效果。

(7)对腰不能后弯和弯时疼痛的,可采用医者、患者背靠背站立,肘勾肘的倒背法牵引不仅能提高后伸程度,还能消除疼痛,效果亦佳。

(8)对不适合倒背法的,又需要做牵引而无有设备和助手的,用抱法(图 21 - 27)治疗也有一定效果。

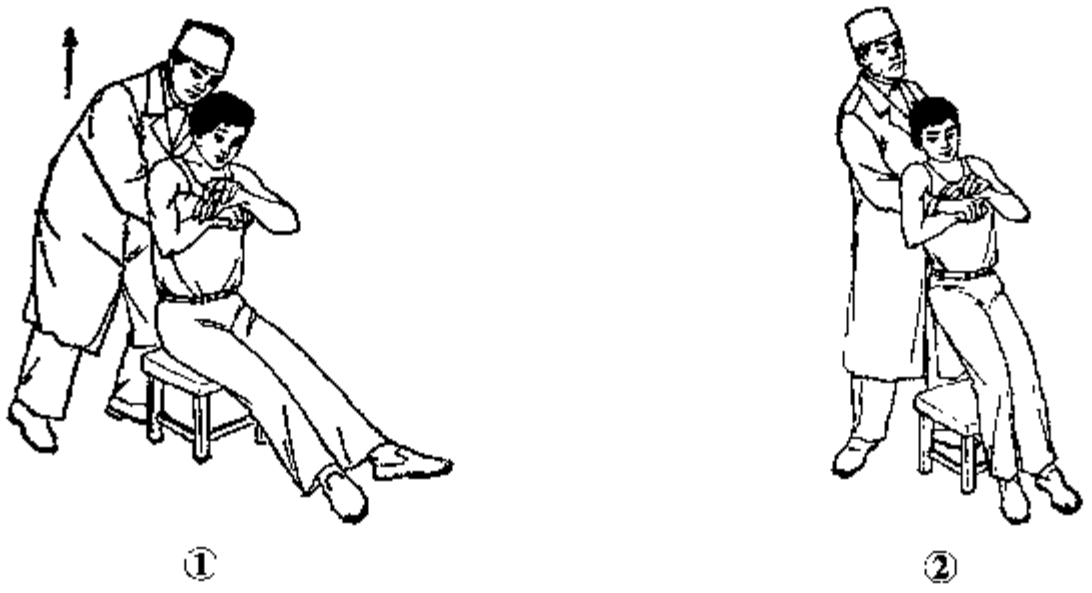
(9)运用上述手法疗效不显的患者,可改用或配合胸、腹部按摩法治疗。以补、泻兼施的方法在腹部揉摩 10 分钟左右,然后用拇指腹按胸、腹部的大横、肓俞、中枢、归来等穴位。

【文献出处】 王甫. 大众推拿[M]. 北京:人民卫生出版社, 1984:105 - 108

【手法操作】

1. 解除臀部肌肉痉挛:病人俯卧。在患侧腰臀及下肢用轻柔的滚、按等手法治疗。促使患部气血循行加快,以加速突出髓核中水分的吸收,减轻其对神经根的压迫,同时使紧张痉挛的肌肉放松,为下一步治疗创造条件。

2. 拉宽椎间隙,降低盘内压力:病人仰卧。用手法或机械进行骨盆牵引,使椎间隙增宽,从而降低椎间盘内压力,甚至出现负压,使突出物回纳,同时可扩大椎间孔和神经根管,减轻突出物对神经根的压迫。



①　　②

图 21－27

3. 增加椎间盘外压力：病人俯卧。用双手有节奏地按压腰部，使腰部振动。然后在固定患部的情况下，用双下肢后伸扳法，使腰部过伸。本法可促使突出物回纳或改变突出物与神经根的位置。

4. 调整后关节，松解粘连：用腰部斜扳或旋转复位手法，以调整后关节紊乱，从而相对扩大神经根管和椎间孔。斜扳或旋转复位时，由于腰椎及其椎间盘产生旋转扭力，从而改变了突出物与神经根的位置。反复多次进行，可逐渐松解突出物与神经根的粘连。再在仰卧位，用强制直腿抬高以牵拉坐骨神经和腘绳肌，这对松解粘连可起一定作用。

5. 促使损伤的神经根恢复功能：沿受损神经根及其分布区域用滚、按、点、揉、拿等法，促使气血循行加强，从而使萎缩的肌肉及麻痹的神经逐渐恢复正常功能。

【注意事项】

1. 治疗期间病人卧硬板床休息，注意腰部保暖。

2. 腰椎间盘突出中央型，不宜进行推拿治疗。

3. 推拿治疗前要排除骨质病变。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：107

【手法操作】

1. 术者立于患者右侧。以右腋下夹住患者右足踝部。左手掌搭于患肢膝关节的前侧，右肘屈曲，以前臂背侧从患肢小腿的背侧插入，搭于左前臂中 1/3 处。此时，术者用力夹持患肢向下牵引 1 分钟。然后以左手拇及食指捏住股四头肌联合腱向后推按，并向前提拉，同时屈曲膝关节，反复 1～2 次。

2. 患者侧卧位。背向术者，将左腿膝关节放于屈曲位，右下肢放于伸直位，使右臀朝上。术者屈曲右肘，右手握住左上臂作为支撑力。左手向后牵拉髂前上棘。术者将屈曲的右肘后侧鹰嘴尖端放于患肢股骨大粗隆尖端的上部，用力按压半分钟。然后术者右肘仍以原式，将右肘后侧鹰嘴尖端放于环跳穴，用力按压半分钟。

3. 患者俯卧位。术者以拇指按压承山、委中、殷门、承扶穴。

4. 术者两手拇指分别置于腰 4～5 平面之两侧骶棘肌外缘，同时向中线挤压。待拇指分别推到骶棘肌肌腹中部（相当大肠俞穴）时，拇指依皮肤之滑动，稍向下滑，即持续用力按压至最

大指力半分钟，再向上推挤，向外旋转，逐渐放松压力。拇指在原处轻轻按揉。

5. 术者将两拇指沿骶棘肌向下移动至骶骨后上内缘，相当腰5骶1平面的关元俞穴，用力向下按压半分钟。此处拇指直压直起，不移动，不旋转。

6. 术者两手拇指置于腰5骶1平面的骶棘肌外缘，稍向内推即用力向下按压，持续半分钟后，拇指向上滑动并旋转放松。

7. 术者以左手掌掌根沿右侧背伸肌，自上而下旋转揉按，至骶髂关节为止，反复2～3次。同法施于对侧。

8. 术者两手拇指呈水平位，放于第一胸椎棘突两侧旁开2 cm处，向中线挤压。挤压至中线起手时，拇指向上向外旋转，顺延而下，至腰5平面为止。反复2～3次。

9. 术者右手手掌放于腰椎4～5平面之背侧，左手掌搭于右手背之上，两手掌重叠在患者作左右摇摆推按，反复4～5次，最后再用力按压一次，再摇滚，再按压，反复2～3次。

10. 患者双手攀住床缘。术者以两手握住患者两足踝上部，向下牵引1分钟，然后放松。

11. 患者侧卧位。患(右)侧在上。左下肢放于伸直位。右下肢髋、膝关节屈曲放于左下肢之上。右上肢放于背后。术者立于背侧，左肘放于患者右肩的前侧，右肘放于右髂骨翼的后侧，两肘以左肘向后、右肘向前，前后相反方向用力突然斜搬。同法施于对侧。注意必须是肩部向后拉，臀部向前推，用力要适中，不可过猛过大。

12. 患者仰卧位，按压冲门穴。

13. 术者以右腋夹持右足踝部，向下牵引。然后以右手持握足踝上部，使患肢作膝关节屈曲活动，反复4～5次。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：150－152

【手法操作】 患者取俯卧位，术者立其身旁，先用掌根揉法，揉腰背部及下肢肌肉，使其肌肉放松，用双拳压法，压脊柱两侧肌肉，用拿揉法，拿揉腰部肌肉，再拿揉下肢部肌肉，再用肘点法，点揉腰眼脉和骶侧上脉，骶侧下脉及臀侧脉，再点揉髂侧上脉、髂侧下脉、臀下脉、股后脉及胫侧双脉的外侧脉，然后继续用肘点法，点揉腘脉腘侧双脉及风门脉。再用斜扳法，一手按住尾肾脉处，另一手扳住膝部做斜扳动作，再以同法做对侧。然后让患者取侧卧位，做侧扳法，即术者用一肘部抵于患者肩前方，另一肘按于臀后方，两肘同时向相反方向用力扳动，可听到响动，再以相同方法做对侧。复让患者取俯卧位，两手抓住床前缘，术者双手握住患者两踝关节处，用力向后略上方牵拉，将下肢及腰臀部提起，并同时进行牵抖，最后用拍打法，拍打腰背后三条线和下肢四面，在腰骶及下肢的重点脉位处，要重拍数下。

【注意事项】

1. 年老体弱患者，点揉脉位时，一般不用肘点法，用拇指点揉法即可。

2. 通过手法治疗，可缓解肌肉痉挛，可促使突出的髓核挤碎吸收，或加速髓核萎缩或还纳，同时也可增加神经根对压迫的适应能力。

3. 通过拍打法，可促使毛细血管扩张，气血循行旺盛，使肌肉放松，调解脊柱两侧肌肉拉力的平衡，促进下肢及小腿肌肉萎缩的恢复，并可调解整个机体的适应能力。

4. 要求患者边治疗边活动，禁止绝对卧床休息。

【文献出处】 葛长海，李鸿江，葛凤麟. 捏筋拍打疗法[M]. 北京：北京科学技术出版社，

1986:133－134

【手法操作】

1. 推拿手法

(1)揉压闪颤法:病员俯卧于推拿治疗硬板床上。术者立于病员左侧,两手重叠,以掌根用力揉压腰骶部两侧肌肉。手法宜先轻后重。反复揉压 8～12 遍。然后,在患者胸部和骨盆下各置一小枕,让腰部悬空。术者两只手重叠用掌根按压腰骶部,并作闪颤动作,连续 8～12 遍(图 21－28)。

(2)提腿闪腰法:体位同上。胸下垫一棉枕,两手握紧床腿。术者立于推拿床头另一端,双手握住病员两下肢踝部,用力向上提拉,并有节律地向上、向下闪抖,使下腰部一起一伏地动作。每次治疗,连续闪动 8～12 次(图 21－29)。

图 21－28　揉压闪颤法

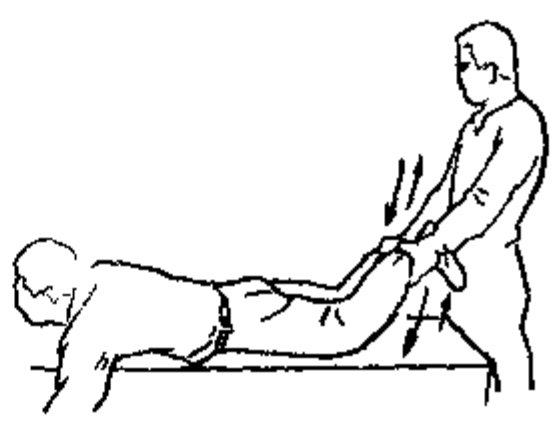


图 21－29　提腿闪腰法

(3)踩法:踩法也称重压法,运用足底踩患部,这是常用的重压法之一。病员俯卧位,在胸及骨盆下各垫一棉枕,尽量使腰部悬空。术者手持木杆或两手抓住推拿床上特制的固定横杆,站稳后,用一足或双足踩于病员的下腰部。先轻后重,逐渐增加踩的重力,并有节奏地一踩一松,使腰部像一根抬重物的扁担一样,一起一降地弹动。踩时嘱病员把口张开,不要憋气,随着踩动的节奏进行呼吸,每次治疗踩压 1～2 分钟。

2. 指压穴位　治疗结束后,可按揉患者肝俞、肾俞、三焦俞、环跳、风市、承山穴位。

【注意事项】　治疗腰椎间盘突出症要进行综合治疗。治疗效果不佳,可行外科手术治疗。

【文献出处】　沈跃生,王回新等. 伤科临床推拿法[M]. 北京:金盾出版社, 1986:162－164

【手法操作】　手法前准备:禁食,排空大小便。

1. 预备手法　患者俯卧床上,两下肢伸直,全身肌肉放松。术者先用右手的拇食两指,分别放在脊柱两侧,由颈至骶反复推按提拿背肌,随之改用两手掌推按上述部位,稳重有力地推按 3 次。然后在下肢用同样手法,由臀至足跟各操作 3 次。

2. 治疗手法

(1)直腿抬高法:患者仰卧,屈患侧髋、膝两关节至最大限度,然后慢慢将膝关节伸直,可充分牵拉坐骨神经,反复伸膝数次,用力柔和,切忌粗暴,疼重则停用手法。然后在屈髋的位置

上作髋关节的内收内旋和外展外旋活动3~5次，以松解神经粘连。

(2)屈腿斜扳法：患者侧卧屈膝。术者一手按在患者膝部，一手按在同侧肩部，向后用力推按肩部，使肩后着床，强力旋转腰部，连作3次。然后再换另侧操作。在第一次斜扳时，常可听到腰部出现弹响音。

(3)后伸挤压法：患者侧卧，背向术者。术者立于背后，一手推腰使之过伸，一手握患腿向后拉，操作3次。

(4)点压推拿法：患者俯卧。术者立于患侧，用拳或肘尖点压腰、臀部的痛处数次，以松解神经根与梨状肌两处的神经粘连。

(5)颤腰过伸法：患者俯卧，用两手攀住床头，一助手将患者两下肢提起，悬离床面，使腰呈过伸位。术者立于其侧，将两手重叠放在患者腰骶关节后方，用力下按－抬手，再下按－再抬手，频率逐渐增加，使腰部呈颤抖状，每次操作3~5分钟。以除肌肉痉挛，松解神经根粘连，促髓核稳定，避免复发。

3. 结尾手法　患者俯卧，肌肉放松。术者立于其侧，用两手掌或小鱼际部叩击患者腰、臀、大腿后方，用力由轻到重5分钟，再由重到轻5分钟，手法即作完毕。

【注意事项】　手法禁忌证如下：

1. 中央型，髓核大块突出者。
2. 椎弓根骨折，伴有脊椎向前滑脱者。
3. 腰椎有严重的骨质增生者。
4. 腰椎有各种器质性病变者。
5. 患有高血压或动脉硬化心脏病者。
6. 伴有严重的内科疾病者。

【文献出处】　湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986：266－267

【手法操作】

1. 取穴　阿是、腰眼、白环俞、环跳、阳陵泉、委中、承山穴。

2. 操作　患者依次取俯、侧、仰卧位，医者立于其患侧。

(1)在患侧腰部施用滚法，以腰椎旁压痛处为主，约5分钟。

(2)滚患侧下肢后侧，按点腰眼、白环俞、环跳穴。

(3)一手按腰脊处，另一手托抱其下肢作腰部背伸，3~5次。或垫枕于患者胸、下腹部，医者立于其腰，用单足或双足足尖着力，进行踩踏。施踩跷法前，患者应排空大小便，踩跻的力量应视患者体质强弱和忍痛程度而掌握，体弱者一般不宜使用本法，且不宜过多施用。亦可垫枕于患者胸及下腹后，在腰脊处采用掌压法。

(4)患者取侧卧位，施滚法于患侧下肢外侧，2~3分钟。然后患肢在上，并屈曲，健肢在下，并伸直，用斜扳法。

(5)患者仰卧，屈患侧下肢后，拿其委中、承山，用大指腹按拨其阳陵泉。

(6)一手按膝上，一手托抱小腿，拉患侧下肢并作抬高。抬高时应视其忍痛程度而逐渐加强。

【注意事项】　患者卧床休息，并配合仰卧腰部垫枕，或俯卧胸及下腹部垫枕锻炼。对腰

椎间盘突出可配合骨盆牵引，或在神经根、硬膜外麻醉下施行推拿治疗。对手法治疗无效者可进行外科手术治疗。

【文献出处】 金义成. 推拿自学入门[M]. 上海：上海科学技术文献出版社，1987：136－137

【手法操作】

1. 揉压、弹拨梨状肌法：患者俯卧，两下肢伸直，术者立于其左侧。以手掌或掌根分别从第十胸椎平面起自上而下轻快反复地推、揉脊柱两侧的骶棘肌直至骶骨背面。然后从掌根或肘尖从髂脊附近起，自上而下揉压，弹拨患侧臀部，直至股骨大转子附近，梨状肌的体表投影部位重点揉压、弹拨。

2. 揉拿、提弹腘绳和腓肠肌法：以双手拇指分别置于其第一腰椎两侧骶棘肌的外缘部，自上而下向中线横行挤压脊柱两侧的骶棘肌，直至第五腰椎平面，然后以一手或两手多指从臀横纹附近起，揉拿、提弹患侧大腿后面的腘绳肌和腓肠肌，直至跟腱附近。再以拇指或肘尖揉压、弹拨秩边、环跳、承扶、委中和承山穴。

3. 腰部旋转法：以左手拇指指腹压其腰部病变部位并作为支点，右前臂置于两膝关节下面，将两下肢轻轻抬起，大腿和下腹部刚离开床面时，使双下肢在同一水平高度进行左右摆动，其摆动幅度应由小到大，然后使腰部顺或逆时针方向旋转运动，在旋转运动的同时，趁其不备，突然用巧力使腰部由健侧向患侧过度旋转一次。如为双侧型突出者，同时可施术对侧。

4. 腰部后伸法：左手拇指指腹按在腰部病变部位，以此作为支点，右前臂置于两膝关节下面，将两下肢轻轻抬起，幅度由小到大反复进行腰部的后伸运动。在后伸运动的同时，趁其不备，突然用巧力使腰部过度后伸一次。

5. 侧卧交错搬腰法和顺势搬腰法。

6. 牵引抖腰法：患者俯卧，两下肢伸直，两手紧抱于床头，全身肌肉放松，术者立于其床的另一端。两手分别握住两踝部，将下肢徐徐抬起，进行腰部对抗性牵引，待续牵引片刻后进行小幅度而高频率的上下抖动，使牵抖之力传递至腰部。如患者体重或术者之力不能达到牵引强度时，可在机械牵引床上进行牵引。

7. 腰部过屈运动法：体位和手法与第四章第一节中此法相同。然后以一手或两手多指从髂前下棘附近起，自上而下轻快反复地捏拿，提弹患侧股四头肌，直至髌骨上缘的腱联合部。然后再以一手拇指反复按放患侧气冲穴，揉压、弹拨患侧阳陵泉和绝骨穴。

8. 推、揉压股内收肌法：患者仰卧，患侧髋关节稍外展、外旋，膝关节屈曲，大腿外侧置于床面上，术者立于其患侧。一手扶住其患侧髂前下棘附近，另一手大鱼际或掌根从股骨内髁附近起，自下而上轻快反复地推、揉、压患肢股内收肌，直至腹股沟附近。并以一手多指反复捏拿，提弹患侧股内收肌，一手拇指反复揉压患侧血海和三阴交穴。

【注意事项】 根据不同的病理变化和临床类型选用相应的按摩手法，施术时既不能删繁就简，也不可千篇一律，草率从事。操作时手法务需刚柔相济，稳、准、轻、柔。过轻达不到应有的疗效，过重易造成新的损伤。长期使用强力而不适当的手法，可造成腰骶水平的截瘫，突出物与神经根粘连等。上述手法应根据不同的临床类型和表现，选择使用。待症状已明显减轻或恢复期进行以腰背肌和下肢肌的功能锻炼，以不引起疲劳或疼痛为原则。

【文献出处】 刘严. 按摩疗法[M]. 西安：陕西科学技术出版社，1987：78－81

【手法操作】

（一）门诊传统推拿治疗方法

第一步：病人俯卧位，医生位于患侧，从下腰部起沿膀胱经而下至小腿选用滚法，反复自上而下往返3～5次。当病人已适应手法推拿治疗后，可分别在胸前、股前加垫枕头使腰部后伸，此时在下腰部除用滚法治疗外，还可配合肾俞、大肠俞、棘旁压痛点、居髎、环跳等穴的按法和点法。继而双手重叠在下腰段病痛部位做5～10次的揿压手法。最后再按压承扶、殷门、委中、承山等穴结束第一步的治疗。

第二步：病人取侧卧位做斜扳法。即医生的一手扶住病人的肩部作向外推的准备，而另一手以肘关节按压在臀部作向内挟的准备。病人放松，医生的双手同时向不同方向用力，使腰部脊椎产生被动旋转运动。在完成这一手法时，常可听到"格"的响声，对于这一响声的出现不要怕，但也不可一味去追求。

第三步：病员取仰卧位，在大腿前侧、外侧、小腿外侧、足背依次由上而下往返采用滚法治疗3～5遍。并可配合掌根按揉股外侧、小腿外侧，被动直腿抬高运动，按压风市、阳陵、解溪，拿委中、承山、昆仑等穴2～3遍。最后以搓下肢结束治疗。

第四步：病人取坐位，医生位于病人的背后，一手扶住病员的肩部，作前俯后仰，左右侧弯和左右旋转的被动运动，而另一手则在下腰部做滚法。如此重复2～3遍。

第五步：仰卧腰部垫枕休息10～20分钟。垫枕的目的是使腰部能再现生理弧度，但也并不需过份高，一般以10～20 cm高度即可。

（二）其他几种推拿治疗方法

1. 反背法　操作比较费力气，但是也有技巧，大体上可分3个步骤来完成。

第一步：医生与病人背靠背站立，屈肘，两肘相互勾紧，医生以臀部对准病员的臀部，然后稍向前弯腰，即可将病人反背起来，以医生的臀部抵住病员的腰部。

第二步：在前一步的基础上，医生逐渐增加腰部前屈的速度和幅度，如此进行有节奏地快速前后来回顶腰30～40次。

第三步：在第二步的基础上病员的腰部已得到一定的持续牵伸，医生再通过躯体的左右晃动，使病人腰部以下亦产生左右的摆动，如此反复20～30次。在整个反背治疗过程中，病员若感疲劳，可适当休息片刻，再继续完成操作。

2. 踩跷法　病员取俯卧位，在胸前及两侧股前分别垫枕，使腹部腾空，医生以单足或双足尖部踩踏腰椎间盘突出的病变处，双手扶住预制好的扶手上，用以控制自身的体重和平衡，以足尖作力点，以医生的体重对病变处进行均匀而有节律的弹跳。弹跳时足尖不要离开腰部皮肤，根据患者体质，可逐渐增加踩踏力量和弹跳幅度，频率也不宜过快，病员的呼吸要自然，切忌屏气。本法刺激量大，应用时必须谨慎，对体质虚弱，或患有心血管疾病、肝脾肿大、强直性脊椎炎、脊椎骨折、脱位、炎症、肿瘤等骨质病变者均属禁忌。

3. 腰椎间盘突出症的解剖学推拿法　病员取侧卧位，患侧居上，在病人的腋窝部位用皮带将病人上身固定，患侧下肢用滑轮牵拉，牵拉重量因人而异，一般为20～40 kg，病员的腰部后面放置一方凳，方凳远侧边缘正对腰带位置，推拿者用双手向后方推动病员大腿上端及骨盆，每分钟推60次左右，每次治疗约10分钟，每天可做1～3次，直到痊愈。

另外还有麻醉推拿法、端提法、脊椎旋转复位法等。

【注意事项】

1. 注意劳动强度和改正不良的劳动姿势，以避免加速腰椎间盘的退变和在腰椎间盘退变基础上的损伤。

2. 注意劳逸结合，开展工间操。

3. 两人以上的同一劳动要配合默契而协调。

4. 注意保暖，卧硬板床。

5. 下床动作要按“侧卧、起坐、再下床”这三步来完成。

6. 腰背肌锻炼：五点支撑法，三点支撑法，鱼跃式（飞燕点水势）。

7. 长期弯腰或腰部负重的工种可用腰围护腰。

【文献出处】　陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：36－39

【手法名称】　刘柏龄治疗腰椎间盘突出症的手法

【手法操作】　两步十法。

1. 第一步　包括按、压、揉、推、滚5个轻手法。

2. 第二步　包括摇、抖、搬、盘、运5个重手法。

（1）摇法：术者将双手掌置于患者腰臀部，推摇患者身躯，使之左右摆动，连续数次。

（2）抖法：术者立于患者足侧，以双手握住患者双踝，用力牵伸与上下抖动，将患者身体抖起呈波浪形动作，连续3次。

（3）搬法：分俯卧搬与侧卧搬。

①俯卧搬腿法：术者以一手按住患者L3－4，另手托着患者对侧膝关节部，使关节后伸至一定程度，双手同时相对交错用力，恰当时可听得弹响声，左右各作1次。

②俯卧搬肩法：术者一手按压患者L4－5，另手搬起对称侧肩部，双手同时交错用力，左右各作1次。

③侧卧搬法：患者健肢在下伸直，患肢在上屈曲，术者立于患者腹侧，屈双肘，一肘放于髂骨后外缘，一肘放于患者肩前，两肘在躯体上相互交错用力，然后换体位，另侧再作1次。

（4）盘法：分仰卧盘腰与侧卧盘腰。

①盘腰：患者仰卧屈膝屈髋，术者双手握双膝，并过屈贴近胸前，先左右旋转摇动，然后推动双膝，使腰及髋膝过度屈曲，反复作数次。继之以左手固定患者右肩，右手向对侧下压双膝扭转腰部，然后换右手压其左肩，左手向相反方向下压双膝，重复1次；

②盘腿：患者侧卧，健腿在下伸直，患肢在上屈曲，术者站在患者腹侧，一手从患肢下方绕过按着臀部，此时前臂即托拢患者患肢小腿。术者腹部在患者膝关节前方，同时另手握住膝部上方，这时术者前后移动自己躯干，使患者骨盆产生前后推拉动作，带动腰椎的活动。然后屈髋，使膝部贴胸，术者一手向下方推屈膝部，另手拢住臀部，以前臂托高患肢小腿，并在内旋的动作下，使患肢伸直。

（5）运法：术者左手握住其膝部，右手握其踝部，运用徐缓加提的运动手法，使患肢作屈伸逐渐升高和略行拔伸的动作，运展的时间稍持久为好。

【注意事项】

1. 让患者排空大小便，脱去外衣，仅着一件单薄内衣，解去腰带，然后俯卧手术床上，小腿部垫枕，两手平放身旁，盖上按摩巾，在十分舒适、肌肉放松的体位下施行手法。

2. 术者的手要擦干，不能有汗，否则影响效果，术者的位置要站在患者俯卧位的左边，运用轻而不浮，重而不滞、稳而且准的手法，循序渐进地旋术。

3. 凡患者有严重的重要脏器疾病，高血压，出血性疾病，发热及其他脊柱疾变，妇女妊娠、月经期均禁忌推拿。

4. 术后处理：①术后卧床休息 30 分钟后再活动；②每天可有规律地做腰背肌锻炼；③避免在腿伸直姿势下搬取重物，以防突然扭闪腰部，引起病情加重或复发；④注意预防感冒，汗后避风寒。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：170－171

【手法名称】 刘柏龄治疗腰椎间盘突出症的麻醉下推拿法

【手法操作】 术前准备：禁食水，排空大小便，准确定位；麻醉划好标准记号。全麻者，术前半小时皮下注射阿托品。全麻采用硫苯妥钠麻醉，患者达到麻醉三期一级时可施行推拿术。硬膜外麻醉采用常规硬膜外麻醉。治疗方法（三步十法）如下。

1. 第一步　包括仰卧牵伸法、屈膝屈髋按压法和屈髋背伸踩关节法。

（1）仰卧牵伸法：以一人双手固定患者腋窝，另两人各握持患者踝部，作对抗性牵伸，逐渐用力，每次牵半分钟，防止暴力。此法重复做 3 次。

（2）屈膝屈髋按压法：患者强度屈膝屈髋，术者握小腿踝上部，另手将膝部用力向后外方作顿挫性按压。

（3）屈髋背伸踩关节法：将患肢屈髋伸膝直腿抬高达 90°左右，助手在抬高的下肢强力背屈踝关节，双侧交替进行各 3 次。

2. 第二步　包括侧搬法和患侧腰髋引伸法。

（1）侧搬法：患肢侧卧位，患肢在上，膝髋屈曲位，健肢在下膝髋稍屈曲，术者在后，双手扶持患者臀部，助手在前，双手扶持胸背部，两人协同向相反方向作推和搬，使患者腰部获得充分旋转活动，此时可听到“咯噔”响声，重复 3 次。

（2）患侧腰髋引伸法：术者拇指用力按压于患者腰椎旁压痛点。另一手握持患者大腿下端，小腿置于术者肘关节上部，将患肢外展 40°拉向后方扩使腰髋过伸 30°左右，此时配合拇指在上述部位作顿挫性按压，随后即作屈膝屈髋法，如此交替进行，重复 3 次。

3. 第三步　包括俯卧牵伸法、腰髋背伸按压法、俯卧伸髋旋转法、俞穴按揉法、弹拨舒筋法等。

（1）俯卧牵伸法：同仰卧牵伸法。当牵伸时，术者在患者腰部压痛点上作揉、按、压等手法。重复 3 次。

（2）腰髋背伸按压法：患者俯卧，助手将患者两下肢抬高 45°，作椭圆形摆动，术者双手按压腰部痛点，作弹性、顿挫性按压。

（3）俯卧伸髋旋转法：患者俯卧，术者一手拇指用力按压于腰椎旁压痛点，另一手握持患肢，抬高到腰髋过伸位，并作髋关节回旋动作，左右交替各 3 次。

（4）俞穴按揉法：患者俯卧位，术者一手虎口张开，以拇、食指置于肾俞穴，快速揉按。

（5）弹拨舒筋法：患者俯卧位，推摇腰臀部约半分钟，然后以双手沿坐骨神经走行进行手法弹拨，重复 3 次。

术后处置：①术后卧床 10～14 天，离床。术后 4 小时内不准翻身运动，过后可以翻身，但不准坐起。②术后 5 天开始有规律的腰背肌功能锻炼。③10～14 天后离床活动，石膏围腰固定 1 个月，拆除腰围后，继续作腰背肌练习。④效果不显著者，1 个月后可重复施术。

【注意事项】

1. 麻醉要充分，但不宜过深。

2. 推拿手法要熟练巧妙，处处审慎小心，由轻到重，刚柔结合。

3. 牵引两下肢时，宜握于踝关节上方，不能牵拉足背，以免过度跖屈而损伤踝关节及神经。

4. 助手固定患者腋窝时，双手要紧靠腋部内侧，防止损伤臂丛神经及肩关节。

5. 中心型椎间盘突出症，不宜用此法。

6. 有严重脏器疾患，高血压、出血性疾病、发热及其他脊柱病变、妊娠、经期不宜推拿。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：171－172

【手法操作】 常规手法后，使用下列手法。

1. *倒搬腿法*　伤员俯卧，以右侧损伤为例，术者站于伤员的左侧，以左手掌紧贴于伤员的腰部疼痛处，术者右臂屈肘围抱伤员的右腿，使伤员右下肢向后抬起，伤侧髂前上棘离床约 10 cm，伤员的腰部和髋关节尽量向后伸，在上述位置下，术者两臂两手密切配合操作，左手掌迅速用力向下闪按，然后迅速收回下压的力量，在左手掌向下闪压的同时，右臂迅速用力向上抬起，使伤员的右腰部再作进一步的超伸动作，发力及收力要快速，用力要适当，有时可在腰骶部听到“喀”的响声，是手法成功的信号。同样的方法可在另一侧操作（图 21－30）。

2. *拔伸闪掌法*　伤员俯卧在床上，一助手拉伤员两腋下作拔伸，另一助手双手握住伤员双踝部用力向下对抗拔伸。术者站在治疗台旁，以重叠的手掌放于伤员的腰部压痛处，以快速的动作向下闪压，发力及收力均要迅速，先在压痛点的部位闪压，然后分别在正中及两侧进行同样操作。可重复 2～3 次（图 21－31）。

图 21－30　倒搬腿法

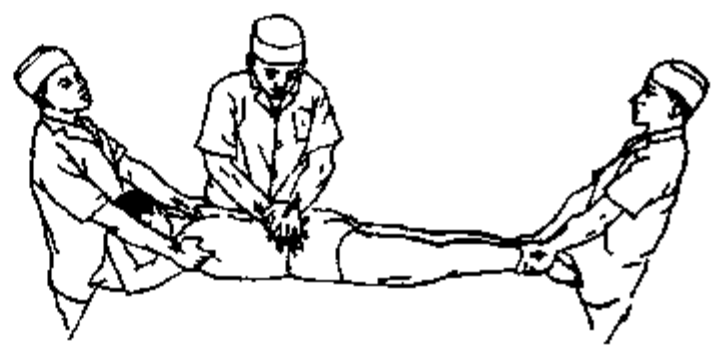


图 21－31　拔伸闪掌法

3. *横推磨法*　伤员面向椅背，分开两腿骑坐，两手十指交扣，抱于后头部。术者站于伤员左后侧，用右手从伤员的右腋窝的下后方穿出，向前、向上搭住右肩的前方，用左手掌推住伤员的左肩后侧。在上述位置下，术者使伤员的躯干尽量向右旋转，待旋转最大限度时，术者两手密切配合，左手向前右方推，右手向后左方拉，使伤员的躯干作更大范围的向右旋转活动。手法成功时，可听到或感觉到有“喀喀”的响声。用同样的手法在另一侧作相反方向操作（图 21－32）。

4. 大分腿法　伤员仰卧，术者站在伤员左，用右手反掌托住伤员的左侧足后跟作直腿高举动作，左手按压并略牵引伤员的右小腿下段以作固定，使伤员的右下肢尽量向上抬高，尽量使髋关节作屈曲的动作。在上述位置中，使髋关节在内收、中立及外层位进行同样方法操作1～2次。在另一侧下肢按同样方法重复上述操作及使用大小打恭法（图21－33）。

【注意事项】　手法的发力及收力要求迅速，用力要适当。

【文献出处】　李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：179

图21－32　横推磨法

图21－33　大分腿法

【手法操作】

1. 病人取俯卧位，术者站在病人的右侧，用右手掌根先在脊柱的右侧，从背部左侧沿脊柱旁肌肉按揉到腰骶部，然后再更换左侧按揉，以缓解腰背肌痉挛。

2. 术者用两手拇指指面分别按压大肠俞穴约1分钟，随后再用两手拇指指面交替捏拿腰肌，痛的一侧可用拇指面重点按揉，直至腰肌松软为止。然后，用一手或重叠的两手拇指指尖依次按压环跳、承扶、风市、委中、承山穴，继而用掌面按揉大腿的后外侧。

3. 病人俯卧，伸直两上肢攀叩住床边，术者在床的另一头握住病人的足腕，拉直病人躯干，然后，放松两手作横“∞”字形晃动，以膝带腰，待周身肌肉放松后，再持紧足腕上下抖动。

4. 病人侧卧，左下肢伸直，右下肢屈曲，术者站在病人腰部的左侧，用右前臂的后侧抵住肩前部，用左肘关节推住髂后上棘处，然后，两肘作相反方向旋转，手法的同时可闻及关节“嗒嗒”弹响声，再更换对侧操作，以矫治关节紊乱，还纳髓核。

5. 病人仰卧，术者站在病人病腿的旁侧，用一手拇指的指面依次按压风市、阳陵泉、足三里，再用两手交替按揉大腿的前外侧，而后指压冲门穴，以行气活血。

【注意事项】　腰椎间盘脱出症病人宜卧平整的木屉床，这样可以减轻椎间的压力，利于髓核的恢复。同时还可辅助针灸治疗，后期病人还可适当地进行功能锻练。

【文献出处】　孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社，1989：179－180

第四节　20世纪90年代

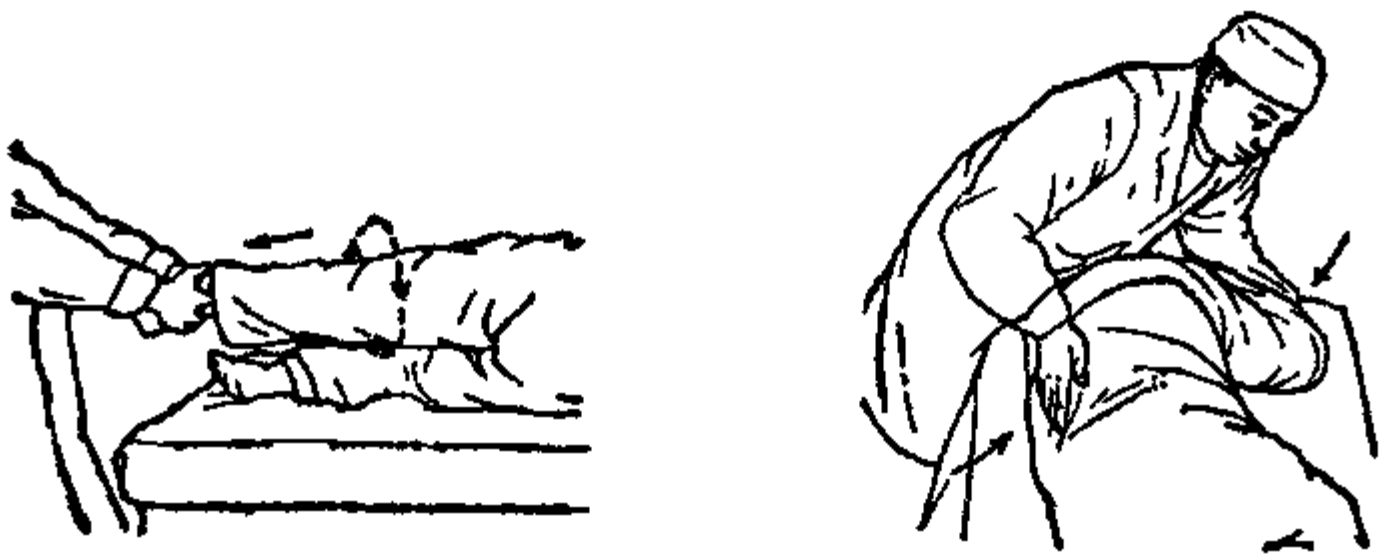
【手法操作】　患者俯卧位，医者施用揉拿腰背肌法、推按腰背法（图15－17），以通经活络，活血散瘀，舒筋活血，施用理腰三击掌跪点双窝法（图14－16），以疏利腰膝，调补肾气，松弛肌筋，疏风定痛，施用颤法，以顺理肌筋复平捺正，还纳髓核。如不应（未达到效果）者，嘱患者侧卧位（患侧在上），医者施用侧牵摇晃，屈膝归合法（图21－34），以回纳捺正，舒展肌筋，理气活血，通利关节。患者俯卧位，医者施用提踝抖腰法，以通利关节，活血散瘀，施用点抹秩跳法，以强健腰脊，缓解肌筋；施用提拿足三阴法、提拿足三阳法，点按委中、承山、承扶、太溪，昆仑、风市等穴。

【注意事项】

1. 防止腰椎的过度牵拉、扭伤。

2. 治疗期间须卧硬板床休息，注意腰部保暖，避免受凉。

【文献出处】　李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：560



①　②

图21－34　侧牵摇晃、屈膝归合法

【手法操作】

1. 两人对抗牵拉法　可做为按摩治疗前的预备手法。牵引后用轻手法做腰背部肌肉放松按摩5分钟。

2. 腰部“三扳”手法　对治疗新鲜的、不完全型的腰椎间盘髓核突出效果较好。

3. 腰部后背法　对于恢复期的病人，用此法治疗较好。

4. 坐位腰椎旋转推拿法（复位法）　此法对于腰椎棘突有明显偏歪，腰部有一定活动范围，能够坐着的病人适用。现以L4棘突向右偏歪为例。病人坐于木凳上，高度是让病人膝关节能保持在90°屈曲位最好。助手站于病人对面，用双下肢夹住病人左小腿和膝部，并将双手按压在病人的左大腿上，以防操作时病人自己左右转动。施术者站在（或坐在）病人后面，将右上肢由后向前从病人右腋下穿过伸向左后方，按于病人的颈后部，左手拇指按于向右偏歪棘

突的右侧，位置不要移动。让病人尽量向前弯腰并向左侧屈，然后扶按病人颈后部的右手带动病人上身向右旋转并尽量向右侧弯曲，与此同时按压偏歪棘突的左手拇指，用力向左推按 L4 棘突（图 9－1①）。操作正确，病人合作，此时可听到“咯噔”一声或指下有棘突滑动的感觉；手法即告成功。其他棘突的偏歪道理相同，若棘突是向左偏歪，操作方法相反。拇指一定要按准偏歪的棘突。

5. 俯卧位腰部牵引抖动法　病人俯卧，双手抓紧床前缘或床头，下肢自然伸直。施术者位于床尾，双手分别握紧病人双踝，用力牵引并使病人身体离开床面。然后连续上下抖动 20～30 次。频率一般是每分钟 1～2 次。注意力量是牵引加向上的抖动，作用力应在腰骶部。不能牵拉起病人后，往床上摔，照这样摔几下病人就忍受不住了，而且也没有治疗效果。

6. 按摇棘突矫正法　病人取俯卧位，施术者手掌根部按于病变的棘突上，在局部用力按、摇、推、压。做几下以后，施术者应感到掌下有棘突的移动，病人有腰及下肢的放射痛。此法操作较难，要求施术者的技巧和力量，做不好病人很痛也无治疗效果。

7. 强迫直腿抬高法　腰椎间盘髓核突出的病人，因有坐骨神经的刺激症状，而抬腿受限。在上述手法治疗后可做患肢的被动直腿抬高，以病人不能忍受时为准，当然也不能太过分。要慢慢的抬高，不能用暴力，如此一抬一放反复，5～10 次（图 21－35）。若病人直腿抬高度数很小，可双下肢一起抬高，这样患侧的疼痛会好些，而且抬高的角度也会大一些。

8. 腰、下肢肌肉穴位按摩　手法的刺激要稍微强一些，重点做坐骨神经沿线的穴位按摩。最后用推、拿、揉、滚的手法，放松腰背肌和下肢伸屈肌群的肌肉。

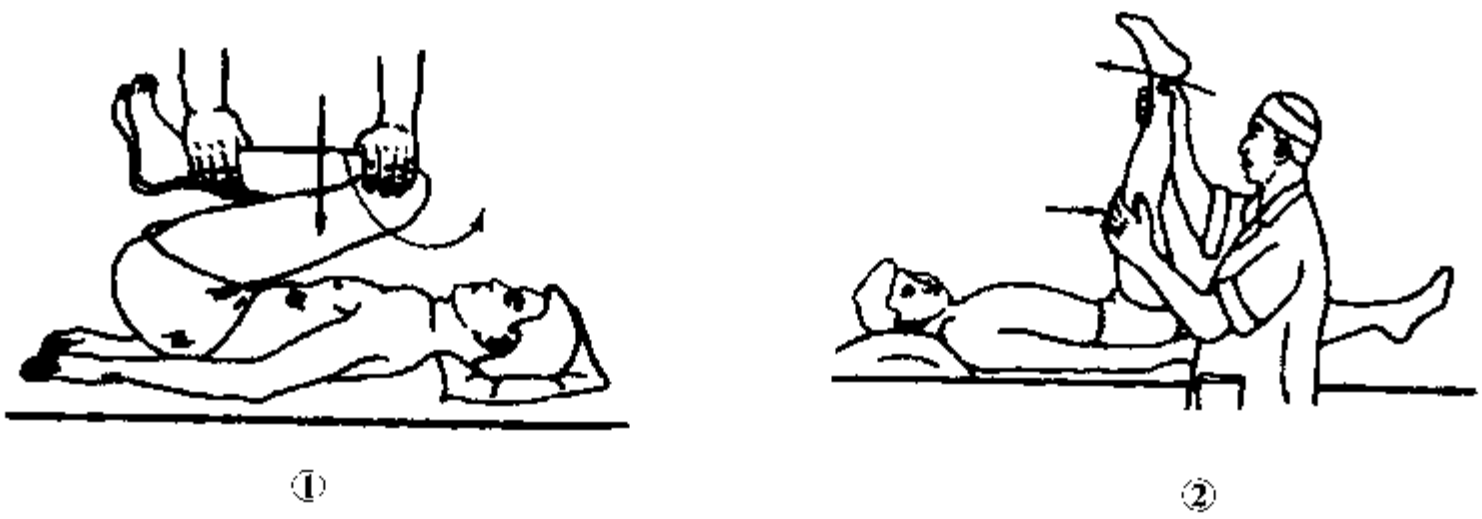
【注意事项】

1. 急性期应卧硬板床休息 2～3 周，尽量不下床活动，卧床方法是仰卧，小腿下用厚的被子或枕头垫起，使双髋关节和膝关节都弯曲成 90°。卧床期间应保证体息，减少活动，避免再受外伤、寒冷、潮湿等外因刺激。不要急于下床，不然会引起复发。

2. 营养神经药和止痛消炎药是治疗必不可少，但要注意是少量应用，切不可滥用。

3. 可配合封闭、牵引、理疗、磁疗、腰背肌和腹肌功能锻炼等。严重者可配戴围腰保护。

【文献出处】　王启民. 实用按摩速成[M]. 北京：中国环境科学出版社，1991：259－264



①　②

图 21－35　强迫直腿抬高法

【手法名称】　坐位提胸牵引法

【手法操作】　病人坐在凳上，牵引者站于病人背后，双手搂住病人胸部，将其提起离凳数寸，这样借本人骨盆和下肢的力量起到牵引的作用（图 21－27）。每天可做 2～3 次，每次反复提起的时间共 10～15 分钟。根据牵引者的体力，尽量长一些更好。

【注意事项】　这种牵引方法虽然操作不难，但要求牵引者身体条件要好。而且病人体重过重，身材较高大，或因腰腿痛不能坐着的病人，都不利于此法操作。

【文献出处】　王启民. 实用按摩速成[M]. 北京：中国环境科学出版社，1991：264－265

【手法操作】　患者取俯卧位，医生立于一侧，用单手或双手在患侧腰臀部及下肢用轻柔的按揉法，反复数遍。同时点按环跳穴、秩边穴、风市穴、足三里、承扶穴、委中穴、承山穴及三阴交等穴，为实施以下手法创造条件。

1. 患者侧卧，患肢朝上并紧贴床边，患者面向里。助手以腋窝相抵，一手扶于患者腰部，腿呈弓箭步。医生一手或双手握其患肢踝部，顺时针或逆时针反复牵引晃腿。然后一手扶臀部，一手推膝部，利用腰背部肌肉，韧带推挤深层组织，使突出间盘复位（图 21－36，图 21－37）。

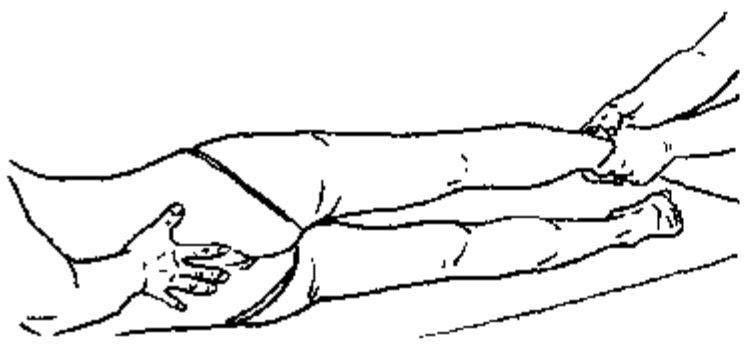


图 21－36

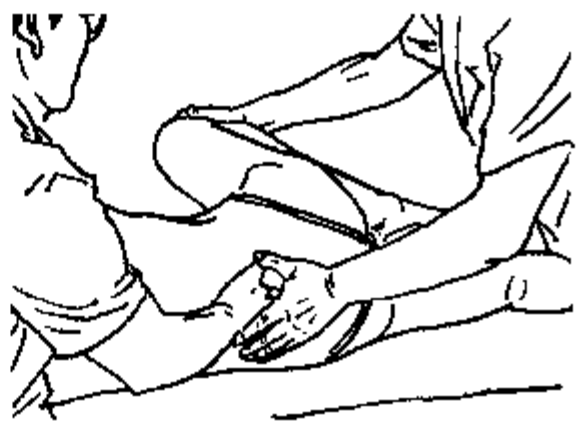


图 21－37

2. 患者俯卧，医生立一侧，一手紧抱其双膝部，一手按于腰部疼点部位，抬起患者双腿超过其腰部，边晃边拔，然后前冲后拉，动作宜快，利用其反作用力使其突出间盘复位。

3. 也可实施压迫提手法。医生立于一侧，双手按在痛处，稳力向下压，再用力压迫，待患者耐受后，猛然上提，利用其肌肉、韧带及软组织的反作用力使间盘突出复位（图 21－38）。

4. 患者取侧卧位，医生立于一侧。患者下边的腿伸直，上边的腿屈曲，全身肌肉放松。医生一手固定上肢，另一手或肘着力于患者臀部，当医生感到有明显抵抗感时，巧力搬动髋部，可听到“咔咔”响声。然后患者反方向侧卧，手法同前。利用腰椎关节的突然变动来使间盘突出复位（图 21－39）。

【注意事项】　手法一定要柔和，切不可暴力或过度搬压，以使症状加重。一般治疗办法如下：

患者先取俯卧位。医生先用常规的手法使其腰部肌肉得到充分松解，主要以捏揉法从腰部至大腿、小腿部，并以指点揉秩边穴、环跳穴、风市穴、委中穴、承山穴、足三里穴、三阴交穴等。然后嘱患者坐起，医生立于患者左侧，左臂绕前抱扶患者腹部，右手虎口顶压在滑椎部，患者放松，上身尽量前屈后仰起，托腰手以肘为支撑点，医生头侧于患者背后，托起时托腰手可同时微作颤动。此方法动作要连续，要求患者合作。如果托顶顺利，可感到或听到腰椎复位的

"咔嚓"声。

【文献出处】 常健,陶万明,李瑞生.推拿与运动损伤[M].北京:北京科学技术出版社,1991:100-104

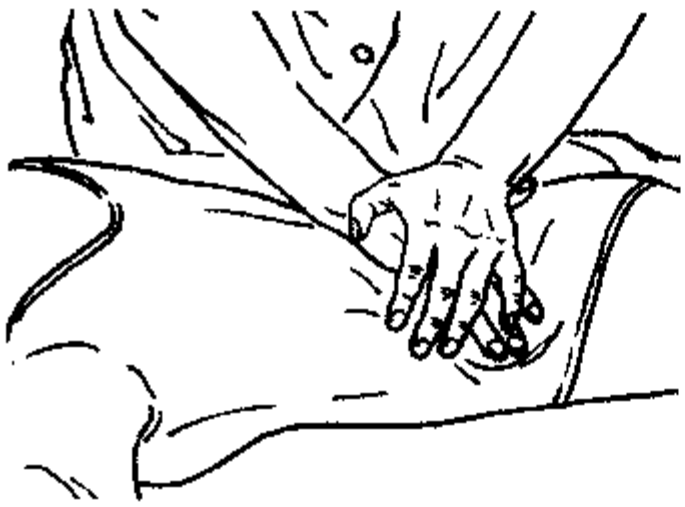


图 21-38

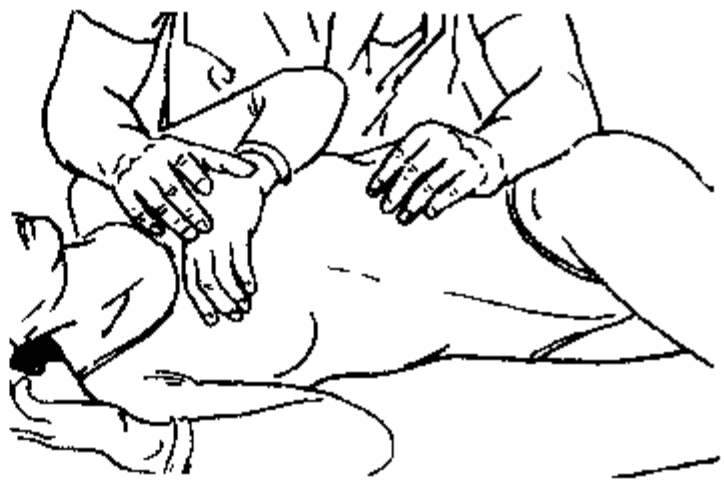


图 21-39

【手法操作】 患者俯卧位,两膝伸直,放松腰肌。

1.点按环跳、承扶、委中、承山、肾俞。

2.体位同上,医者两手平放脊柱两侧,沿足太阳膀胱经走行,由第一胸椎平推至腰骶部,继而两手分别沿一侧臀部、下肢后侧、外侧平推至足跟,反复数遍。手法要深透有力。

3.滚揉腰背部,上下往返数次,然后重点滚揉腰骶部,反复施术,直至患处有温热感、疼痛减轻为宜。

4.用单掌或双掌五指并拢掌指关节微屈曲。在腰部反复拍打。

5.患者两手攀住床头。助手握住患者小腿远端向下牵引1分钟。医者两手重叠对准患者腰部痛点进行按压抖动。手法轻重以患者能忍受为宜。

6.患者侧卧位,患肢在上并屈髋屈膝,健肢伸直。医者站在患者背侧,两肘屈曲,一手肘部放于病人肩前陷窝部,另一手肘部放于髂骨翼的后侧,两肘前后向相反方向突然斜扳,常伴清脆响声。然后再用同法换作健侧。

7.患者仰卧位,点按患侧太溪、解溪、足三里、风市、冲门。

8.一手托住患肢小腿部,另一手握住患肢,髋、膝屈曲,并稍用力按压推送,使患肢大腿尽可能贴近腹壁。然后用巧劲将患肢向外上方牵拉,使膝伸直髋稍屈,在拉腿过程中,嘱患者主动用力蹬腿。如此连续屈伸数次。

9.嘱患者髋膝屈曲,双手抱住膝关节。医者一手托住背部,另一手扶住膝关节,嘱患者来回摇动。

【注意事项】

1.医者手法应根据患者具体情况适当用力,严防因手法施术不当造成纤维环再度损伤。

2.椎体及小关节骨质增生明显者慎用扳法治疗。

3.患者在治疗期间必须卧硬板床休息,以减轻体重压力。待症状、体征有所好转时,在医生的指导下适当进行腰肌功能锻炼。

【文献出处】　陈志敏，陈湘伟. 实用推拿治痛法[M]. 北京：中国医药科学技术出版社，1993：113－114

【手法操作】

1. 按揉法　患者俯卧，术者以手掌或大鱼际部自患者上背部沿脊柱两侧足太阳膀胱经自上而下进行按摩，下至臀部，反复3次。

2. 点压法　术者以双大指点按腰阳关、命门、肾俞、志室、环跳、承扶、殷门、委中、承山、昆仑、太溪等穴，反复3次。

3. 滚揉　术者以手掌背侧近尺侧缘及第3、4、5掌骨背侧沿脊柱两侧骶棘肌自上而下施以滚法。在腰部痛点及其周围应重点施以滚法。

4. 俯卧扳腿法　术者一手按腰，另一手托住患者对侧膝关节部，使该下肢尽量后伸，双手同时交错用力，可听到一弹响声，左右各一次。

5. 斜扳法　患者俯卧，患侧在上。患侧髋膝关节尽量屈曲，健侧髋膝关节伸直。术者立于患背侧，一手前推臀部，一手扳住肩部。双手交错用力，此时可听到清脆的响声。

6. 坐位旋转复位法　患者坐于方凳上，术者坐于患者身后。首先以拇指触检棘突偏歪的位置。以左旋棘突向右偏歪为例。术者以右手自患者右腋下伸向颈后，拇指向下，另四指扶持左颈部。一助手站于患对面，以两腿挟持患左大腿以固定。术者左拇指扣住偏歪之棘突，右手拉患者颈部使其身体前屈60°～90°，持续向右侧弯。在最大侧弯位时术者右上肢使病人躯干向后内侧旋转，同时左拇指顺向向左上推顶棘突，往往可伴有“咯嗒”声。偏歪之棘突即可复位。右旋棘突向左偏歪者，方法相同，方向相反（图9－1）。

【文献出处】　李宜谋，沈志祥. 中医推拿治疗软组织损伤[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：34－35

【手法操作】

1. 方法一

（1）患者俯卧于推拿牵引床上，胸部用固定带固定，两踝关节绑牵引绳，将绳通过滑车，吊75～100 kg重量牵引30分钟。牵引同时，腰部可采用热敷以便松弛腰肌。

（2）术者用肘部鹰嘴按压患者椎旁痛点，由轻到重，反复多次。

（3）患者俯卧，膝、髋关节呈伸直状态，术者左手按其腰部，右臂托住其大腿腰部做过伸动作。左、右腿交替搬动多次。

（4）患者坐于推拿牵引床上，伸直膝关节，将双手沿小腿尽力前伸，摸向足背。术者站在病人背后，双手扶病人双肩，帮助其做腰前屈动作，反复10次。

2. 方法二

（1）病人俯卧位，然后点按环跳、承扶、殷门、委中、承山等穴位，每穴约1分钟。

（2）俯卧位，术者站于病人一侧，两手平放脊柱两侧，沿足太阳膀胱经走行，由第1胸椎平推至腰骶部，继而两手分别沿一侧臀部、下肢后侧、外侧平推至足跟，反复5～7遍。

（3）俯卧位，术者站于病人一侧，用前臂着力，擅揉腰背部，从上背至腰骶部，再从腰部至上背部，往返5～7次。然后重点擅揉腰骶部，反复施术，直至患处有温热感、疼痛减轻为宜。

（4）俯卧位，在患者胸部和大腿部各垫一个枕头，病人两手攀住床头，助手握住病者小腿

远端向下牵引1分钟。术者两手重叠对准腰部痛点进行按压抖动5~7次，手法轻重以病人能忍受为宜。

【文献出处】 王平，徐树楠. 手到病除[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1993：338-339

【手法操作】

1. 俯卧位　医者站于患侧，用手掌或前臂揉压腰骶部脊柱两侧数遍，再用肘尖压按患侧大肠俞。然后用小鱼际或掌指关节滚腰骶部数遍。如有棘突偏歪者，让患者改为坐位施行腰椎旋转复位法。用拇指或肘尖拨梨状肌及臀部条索状物，揉拨按压环跳、承扶、委中、殷门、承筋、承山、昆仑穴，再用手或肘揉压患侧下肢坐骨神经走行路线数遍。患者侧卧位，医者站于前面，肘关节屈曲紧贴腰段棘突及骶棘肌内缘之间，由上至下往返滑按数遍，重点滑按突出部。再用手掌推或前臂压胆经路线数遍，然后用拇指揉拨阳陵泉、绝骨及昆仑穴。患者仰卧位，医者站于患侧，从手掌根压揉髀关至梁丘穴数遍；拇指揉拨小腿前外侧，重压阳陵泉、足三里、解溪穴及健侧扭伤穴，同时令患者抬高或屈伸患肢髋、膝关节数遍，双手压放冲门穴。患者端坐，医者站于其后，用双手拇指或肘按压肩井，拿肩部。复位和矫形手法（称动腰手法）：可根据患者的体质及伤情有选择地交叉应用于常规手法中，也可单独应用。

2. 腰椎旋转复位法　患者骑跨于床上，背对床头，髋、膝关节自然屈曲90°。助手站于健侧，并固定其下肢（以L4棘突向左偏歪为例），医者站于患者背后，令患者右手搭于左肩部（肩井部），先用拇指摸清患椎棘突偏歪的方向，然后用左手自患者左腋下穿过，扶于右侧肩关节下方，右手拇指着重于向右偏歪棘突的左侧，右手牵拉肩部使身体前屈，侧弯及旋转动作的同时，右手拇指向右上方顶腰椎棘突，此时可觉手指下移位或伴有"喀嚓"声即可复位。

3. 扳肩推腰后伸法　正坐于方凳或床边，两腿稍分开，医者站于其后，一手握肩部，另一手掌根部放于同侧腰部，双手协调地后扳前推，将腰部充分扭曲过伸。然后用此法施于对侧，反复3~5次（图21-40）。

4. 正坐牵拉过屈法　患者正坐于按摩床上，两下肢伸直于床头，双手向前平举，医者面对患者而立，双手握住患者两手腕或肩部用力牵拉（医者身前与患者足底之间放一枕头），将患者腰部过屈，反复数次。此法适用于腰椎间盘突出症后期神经根粘连的病例（图21-41）。

5. 悬腹拔伸按颤法　俯卧位，在锁骨缘与髋骨部各垫一枕，将腹部悬空。此时助手两人在两头对患者脊柱进行拔伸牵引，医者站于患侧，双手掌重叠放于病变部位，进行有节奏的、快速垂直的按颤，嘱患者随之呼吸。较重中心型椎间盘突出症不宜采用此法；对幼弱型椎间盘突出症效果更佳（图21-42）。

6. 托腿按腰晃身法　俯卧位，医者用一手掌按压腰部病变部位，另一前臂托住患者两下肢股骨部，将其托平离开床面，双手协调进行晃动推扳按压动作，使腰部过伸。此法适用于一般的腰椎间盘突出症。

7. 斜扳法（以左侧为例）　侧卧位，左侧在上（去枕），患侧下肢屈膝，健侧下肢伸直，医者立于前面，左手置于患者的左肩，右肘屈曲，以手掌根置于患者的臀上部，双手如图21-43所示，向相反方向用力，此时可听到清脆的响声。

【注意事项】 在治疗期间睡硬板床，注意保暖，防止潮湿受凉；按摩前必须排除骨质病变；恢复期注意功能锻炼；可选用理疗、针灸等配合治疗；若按摩无效，患者痛苦难忍而保守疗

法又难以奏效的，应采取手术治疗。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：210－211

图 21－40 扳肩推腰后伸法

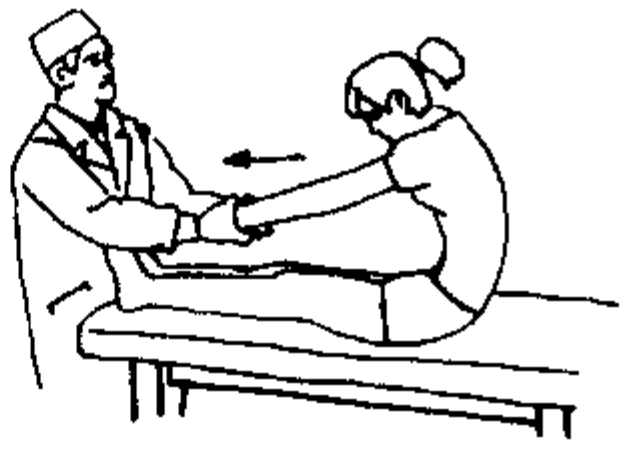


图 21－41 正坐牵拉过屈法

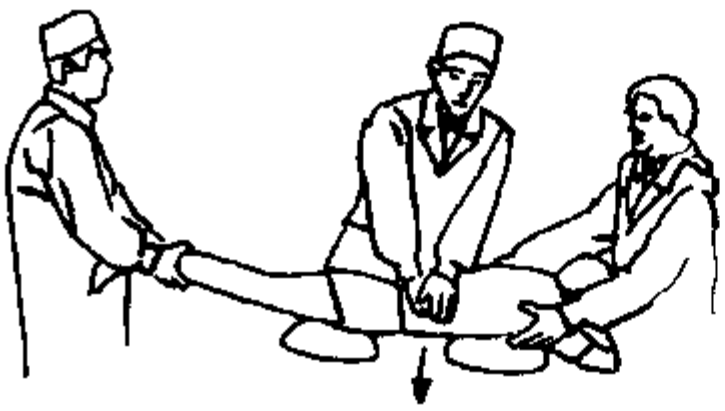


图 21－42 悬腹拔伸按颤法

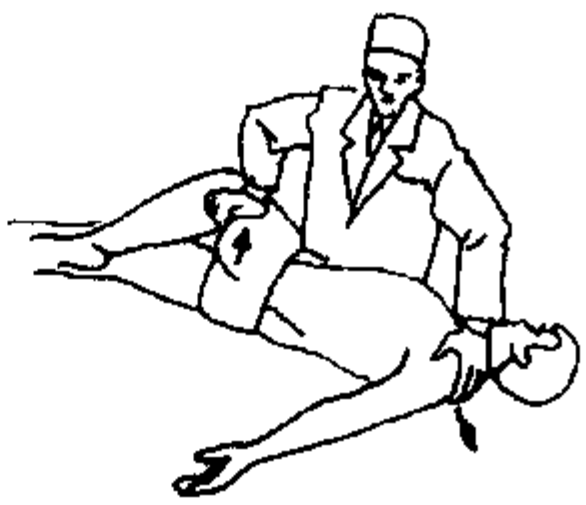


图 21－43 斜扳整复法

【手法操作】

1. 腰胯引伸推按法 侧卧，健侧在下，医者立于患者后方，助手固定患者肩部，医者用一前臂托起患侧小腿，用手握拿膝部，另一手拇指压准椎旁痛点，此时托起小腿至前侧，将膝髋关节屈曲至最大限度，然后伸直下肢，并向后扳，使腰后伸 20°～30°，同时另一手拇指用力推按痛点。可反复操作数遍（图 21－44）。

2. 足蹬手拉牵引法 体位同上，双手分别握住患侧的肩、踝部，同时用一脚掌蹬于患者腰骶部，然后手足协调地蹬拉几次，感到患者腰部放松时突然用力蹬拉一次，将腰部过伸，然后用手背小鱼际侧在腰部施滚法缓解之。此法对于体弱及严重的中心型椎间盘突出症慎用。

3. 下肢牵提法 仰卧位，医者一手或前臂托起小腿，另一手握拿踝部，在 45°～90°的不同角度顺向牵拉患肢。在 80°～90°时可用双手紧握下肢

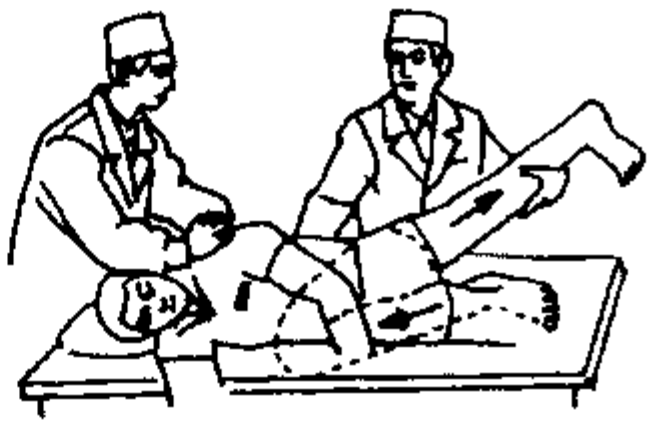
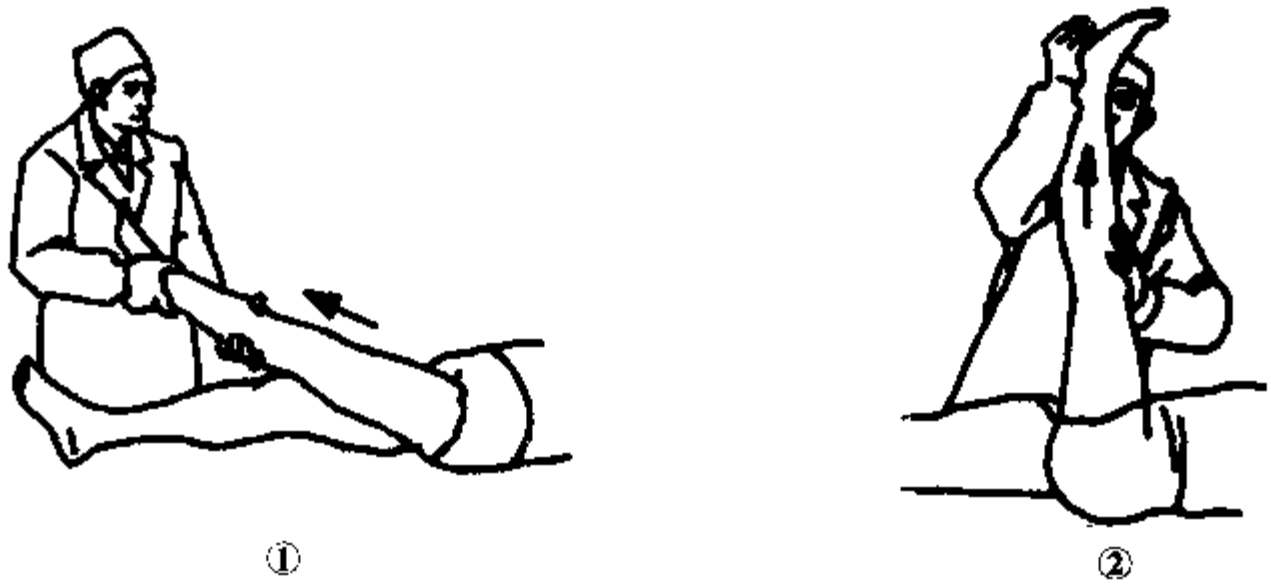


图 21－44 腰胯引伸推按法

远端的适宜部位，向上提牵数次（图 21－45）。



①　②

图 21－45　下肢牵提法

4. 屈膝屈髋动腰法　仰卧位，医者立于右侧，嘱患者两下肢屈膝，以前臂按扶患者膝下，另一手托握双足跟，双手协调有节律地向胸腹部用力按压，并左右旋转腰部（图 21－46）。

5. 扳法　俯卧位，医者以一手掌根按压错缝的腰椎关节一侧，另一手扳对侧的肩部，两手交替用力操作时，先活动腰部，然后猛然用力扳即可复位（图 21－47）。对某些顽固性的腰腿痛，功能性脊柱侧凸或后凸畸形患者，可采用踩法治疗。经过此法治疗后，可起到一定的矫形作用。

【注意事项】　在治疗期间睡硬板床，注意保暖，防止潮湿受凉；按摩前必须排除骨质病变；恢复期注意功能锻炼；可选用理疗、针灸等配合治疗；若按摩无效，患者痛苦难忍而保守疗法又难以奏效的，应采取手术治疗。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：211－212

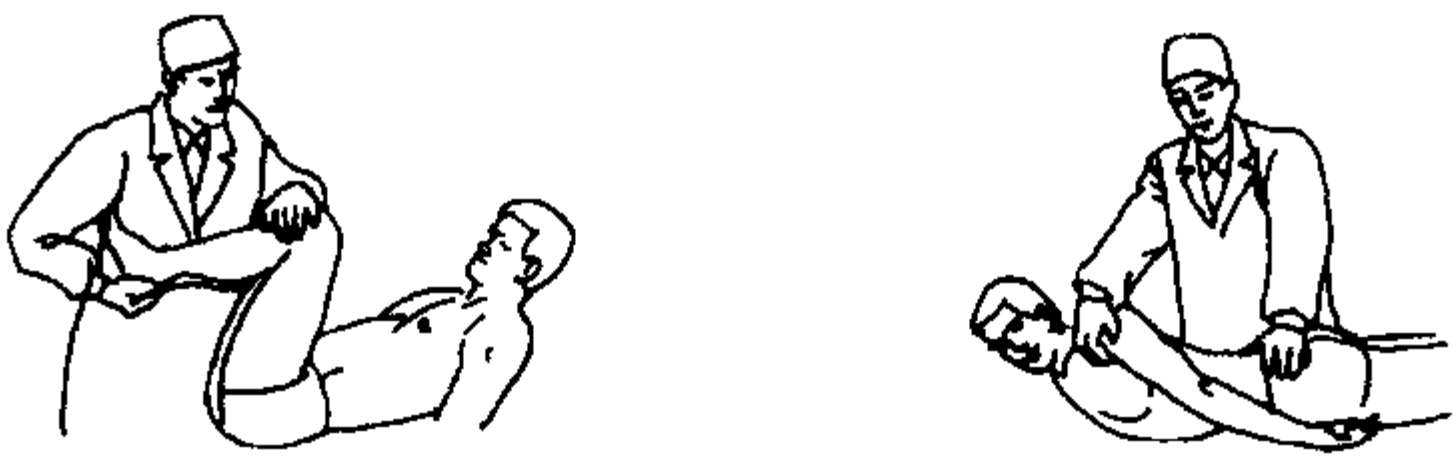


图 21－46　屈膝屈髋动腰法　　图 21－47　扳肩整复法

【手法操作】

1. 急性发作期　患者俯卧牵引床上，做后伸位骨盆牵引，然后在腰脊柱的两侧及病变节段做横擦（透热为度），擦毕给予湿热敷。待急性期症状稍有缓解，按非急性发作期治疗。

2. 非急性发作期　患者俯卧位，医者立其患侧。先以滚法或掌根按揉法施治于腰脊柱两

侧的肌肉5分钟，以松解紧张的肌肉（患侧为重点治疗）；医者一手握拳，以中指指间关节背侧处抵压住腰部的压痛点做前下方的挤压动作。挤压时，向前下方则用力，回收时不用力，挤压10～15次；再用掐法或掌根按揉法施于患侧腰部3分钟，再在压痛处挤压10～15次，如此反复3～4遍；用点法或拇指按揉法施治于患侧秩边、居髎、环跳、委中、承山穴各1分钟；用掐法施治于患侧臀部、大腿后侧及小腿后侧5分钟；患者健侧卧位，用掐法或掌根按揉法治疗臀外侧3分钟；用肘压法顶压坐骨大孔处1分钟；用掌根按压自股骨大结节外侧下缘至膝外侧上方，由上而下缓缓下移计3遍；用拇指弹拨于阳陵泉穴至外踝上缘段，由上而下，计3遍；做腰部斜扳法。患者仰卧位，医者立其患侧，在患侧的大腿前侧和紧张的股内收肌处，分别以滚法、拇指按揉法给予治疗，计5分钟；做患侧下肢的强迫抬腿，按揉解溪穴1分钟；拿法于大腿和小腿，由上而下，计3遍。若腰椎平直、后凸或侧凸畸型者，在患者俯卧位给予治疗，增加垫枕压法，随后完成其他治疗方法。垫枕压法，即在患者俯卧位时，在其胸部下垫两只枕头，在其大腿中段偏下垫两只枕头，医者立其患侧，用掌根顶压在病变节段棘间旁（压痛点处）向患者的前下方按压，按压一次，放松一次；力量及幅度由小到大，一般按压10～15次。

【注意事项】

1. 患者平素要用宽腰带护腰，避免着凉，卧硬板床。
2. 弯腰工作的体力劳动者，最好更换工种，避免加重和复发。
3. 腰背肌功能锻炼对本病的恢复十分有益，应坚持进行。
4. 施行麻醉下推拿，若伴有高血压、心脏病、糖尿病等应禁用。
5. 麻醉下推拿较门诊推拿治疗本病的疗效更为迅速和满意。
6. 确经保守治疗无效者，需手术治疗。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：763－765

【手法操作】

1. *活络法*　以抚、压，揉、滚法为主，配合叩击法，在病人受损之腰部和患肢，自上而下地反复施术15～20分钟。以舒筋活络，减轻局部软组织疼痛、挛急、紧缩状况。如病史长者，则以腰背部及下肢常规为主进行治疗。

2. *整复法*　以腰椎牵引法、旋腰复位法、侧搬法或腰髋引伸法为主，促使脱出之髓核复位。

【文献出处】 栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：144－145

【手法操作】 患者取俯卧位，以阿是穴及其周围，足太阳经筋为重点，在患者的腰部，下肢充分施以滚法，同时配合压痛点按压及循经拿法（沿足太阳膀胱经）直至腰臀部肌肉放松为止。对急性期患者，操作时间可适当长些，手法应由轻渐重。通过上述手法后，患者腰部及下肢肌肉已放松，疼痛也为之减轻，此时应根据患者腰部功能障碍的情况及针对腰椎间盘突出症的特点配合各向被动运动。常用操作步骤如下。

1. *滚法与被动伸腰配合*　患者取俯卧位，医者站于患侧，一手握住患者的大腿并向上提拉，另一手在腰部施用滚法，边使用手法，边进行腰部的后伸动作。

2. *滚法与"4"字动作配合*　患者仰卧位，患侧下肢膝关节屈曲，踝关节置于健膝关节成"4"字动作。医者站于患者患侧，一手按住患膝向下，另一手在患肢大腿内侧（相当于三阴经

筋部位)施用滚法,边使用手法,边进行患膝关节的反复下按动作。

3. 被动屈膝　患者仰卧,双髋膝屈曲,医者双手按于双膝关节,用力使患者髋膝屈曲,尽量使大腿向腹部靠拢。有时,为了加强腰部的屈曲度,医者可一手前臂横架于患者双膝关节,用力向下按压,另一手托住患者尾骶部并向上提拉,从而使腰部被动屈曲。

4. 被动直腿高举　患者仰卧,健侧下肢伸直,患侧髋膝屈曲,医者站于患侧,一手前臂托于小腿部,使患侧踝部搁于医者上臂,双手合抱患膝关节前缘,先使患膝屈曲 90°,然后突然使患膝关节伸直(双手合力下按,前臂及上臂上抬)。反复进行,直至达到或稍超过健膝直腿抬高的高度。

5. 根据病情需要还可选择以下几种方法　①屈伸腰。②卧位旋转:患者侧卧,朝着床缘,上方下肢,膝略为屈曲,下方下肢,膝均伸直。医者站于患者前方,一手紧按住臀部,另一手则紧抓住上方的肩膀,从而将躯干稳住,让患者深吸气及呼气,当患者达到深吸气时,急速猛推按臀部,让腰部旋转。如能听到有"喀嗒"声响为最好。③坐位旋转,患者坐于治疗床上的一端,双手相和于颈后,躯干前倾。术者站于患者背后,左手搂过患者的胸部,握住患者的右臂,使躯干屈曲并向左旋转,然后将右手置于相应棘突(后关节紊乱征之后关节的上位或下位椎骨之棘突,在后关节紊乱征患者常可见到有棘突的偏歪)的左侧,当进一步用左手旋转躯干时,作左手上抬及右手快推动作,此时,能听到腰部有"喀嗒"声响,右手有震动的感觉。有些情况下还需在相反方向重复上述动作。

【注意事项】　除了进行腰肌和腹肌功能锻炼外,腰椎间盘突出症患者在日常生活工作中要注意纠正习惯性姿势不良,劳动中应尽可能地变换姿势,以防止复发。此外,在急性发作期,需卧板床休息。

【文献出处】　丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州:河南科学技术出版社, 1994:346 - 347

【手法名称】　陈正光治疗腰椎间盘突出症手法

【手法操作】

1. 侧扳腰　令患者侧卧位,下腿伸直,上腿半屈。医生面对,弯腰,膝靠床缘,一臂屈肘放于臀部下压,另臂屈肘压于肩前陷窝上推,两力相扭,缓缓锁紧脊柱后关节后,然后脆劲一扳,常可出现响声或响感。

2. 伸扳腰　令患者俯卧位,一手压腰骶,另手超过双股下段前面,抓牢裤腿,向上提拉,达到高度,蓄劲闷力,然后脆劲向下一压向上一拉,两力紧密配合,可发出响声。

3. 斜扳腰　一手压腰骶部,另手超过对侧股下段的前面,亦抓牢裤腿后向怀里提拉,同时左手蹬压右手顿拉,可发出响声。而后用扳腿、点脊铲筋、点压与拨筋和封腰压椎等手法。

【文献出处】　宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社, 1994:227 ~ 228

【手法名称】　章宝春治疗腰椎间盘突出症手法

【手法操作】　患者俯卧位,按摩点穴和拔伸按腰。然后使用如下方法。

1. 摇腿扳腰　术者一手置于患腿的上方,由内向外摇转下肢,尽力将患肢向后扳动的同时,术者另一手掌向下按压腰部病患点,使腰部处于过伸,此时常可闻及弹响声。反复作 3 ~ 4 次,左右腿轮换施行。

2. 旋转扳腰 患者侧卧位，下腿伸直，上腿屈曲，放其自然，术者立于背后，一手扳住上方肩部，另一手掌按在臀部上方后侧，拇指置于棘突偏歪的下方，两手作相反方向用力扳动，使腰部极度旋转活动，拇指同时用力推压偏歪的棘突使其复正，扳动时常可听到响声。最后以轻揉的按摩推揉手法舒松筋络。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：233－234

【手法名称】 沈跃生治疗腰椎间盘突出症手法

【手法操作】 俯卧位，术者立于左侧，以手掌面紧贴腰部皮肤，做放松手法。然后令患者侧卧，两手交叉胸前，上侧肢体伸直，下侧肢体髋、膝屈曲。术者站于病员背后，一手握住病员手腕部，另手拇、食两指紧紧抓住病员裤腰带，用掌根和小鱼际肌紧紧按住病员臀部，双手配合，一手用力将患者肩部向后固定，另一手将臀部推向前方，此时可听到响声。也可以做单腿倒搬法。方法是令患者俯卧位，双下肢伸直，术者立于病员右侧，以左手前臂托抱住病人一侧大腿下1/3处，用力将大腿向后上抱起，并以右手掌根按压病员腰骶部，此时术者两手配合，一手将下肢抬起，另一手向下按压腰骶部，有节奏地使下肢一起一落，每侧做8～12次。可配合做双腿倒搬法、重叠按压腰骶部作闪颤动作、提腿闪腰法和踩法等。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：234－235

【手法名称】 获任农治疗腰椎间盘突出症手法

【手法操作】

1. 伸髋拉腿法 患者俯卧，术者一手按住腰骶部，另手握住踝关节，缓缓将患肢呈抛物线状抬至最大限度，然后撤定腰部的手用力一按，握住踝部的手顺势用力一拉，可以听到“咯嗒”声（图21－48）。

2. 斜扳法 患者侧卧，在上面的下肢屈曲、在下面的患肢伸直，由助手予以固定，术者立于背后，一手向后扳拉肩部、另一手向前推骶髂关节部位，两手同时作相反方向斜扳，可有“咯嗒”声（图21－49）。

3. 提腿压腰法 患者俯卧，助手站于床上，双手握住患者两踝并拉起，使腹部离开床面，术者双手重叠，按住腰骶关节部位，用垂直的力量连续按压腰部10～20下（图21－50）。

4. 悬足压膝法 患者仰卧，助手固定健侧下肢膝关节。术者一手按住患肢膝部，不使膝关节屈曲，另一手以掌根抵住足跟、足掌及足趾部使踝关节背屈，然后徐徐将下肢拉高至最大限度，并维持1～2分钟，甚至感到足趾有搏动感时为止。

5. 牵引压腰法 患者俯卧，上腹及骨盆部各垫一小枕头，助手两人分别握住双侧腋部及踝关节作对拉牵引，术者双手重叠按住腰骶关节处，用垂直的力连续压腰部20～40次（图21－51）。

6. 旋转复位法 以棘突向右侧偏歪为例。患者坐位，两脚分开与肩等宽。助手面对患者，两腿夹住患者左大腿，双手压住左大腿根部，术者正坐患者之后，左手拇指扣住偏歪的棘突，右手自病人右腋下伸出，掌根压于颈后，握病人颈部，使身体前屈60°～70°，继续向右弯至最大限度时，突然用力使其躯干急速旋转，左手拇指同时向左上方顶住棘突。此时，可觉察指

下椎体在轻微错动，并可听到一弹响声。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：235－238

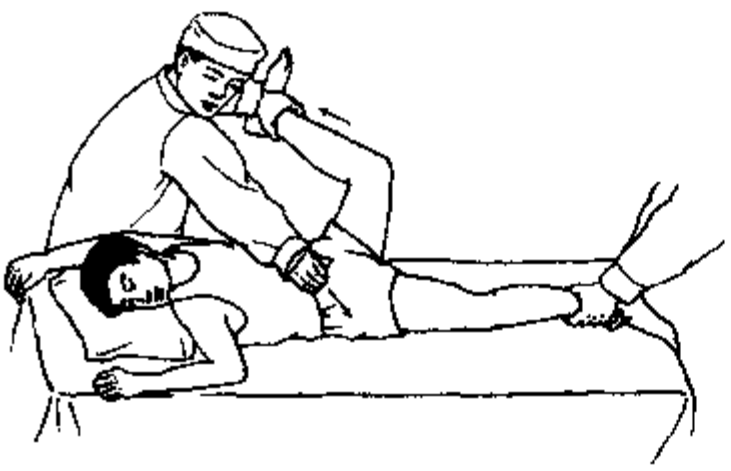


图 21－48 伸髋拉腿法

图 21－49 斜扳法

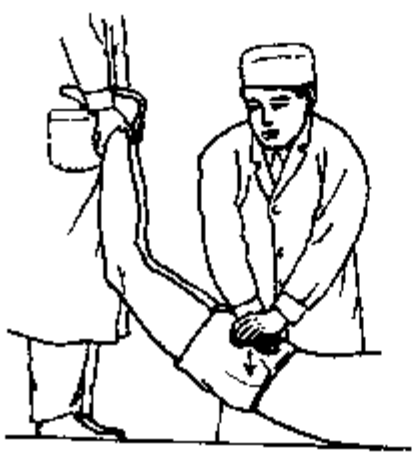


图 21－50 提腿压腰法

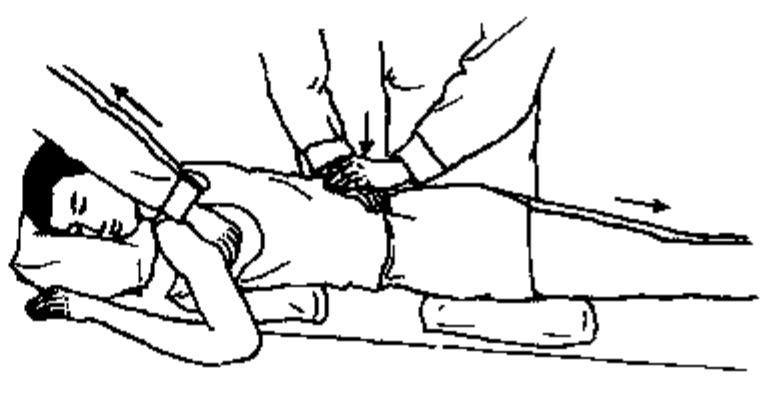


图 21－51 悬足压膝法

【手法操作】 先以推拿法治疗，患者侧卧，用腰部斜扳法、唧筒柄式左右各一次，先扳患侧，再扳健侧。而后患者仰卧，用滚法施于患下肢大腿前侧、外侧，然后微屈膝，按揉阳陵泉、绝骨穴和压痛点，并拿委中、承山、昆仑诸穴。然后做被动屈髋屈膝动作数次，作顺时针和逆时针方向摇髋关节各数次，并作被动直腿抬高动作数次。动作由小到大，力量由轻渐重，以能忍受为度。凡无严重的内脏功能及其他器质性病变的患者，均可运用牵引推拿法治疗。

1. 俯卧牵引法 患者俯卧位，胸部用皮胸围固定于床头，腰部围皮腰围，扣上钢丝牵引绳，固定于床轴上加力牵引。牵引力渐次增加，一般达到超过患者体重 10～20 kg 为宜，并视患者的体质与耐受力而加减牵引力，牵引时间为 15 分钟。

2. 俯卧牵引悬吊下肢压腰法 按上法，助手将患者两下肢被动向后抬高与床面成 20°～30°，使下腹部悬空，离床边 6～12 cm，把牵引力加大至上述范围。此时助手将患者两下肢作左右摆动，医者立于患侧，双掌重叠，用掌根着力于患椎棘突间及两侧，随着下肢的摆动进行有弹性的顿挫性按压 30～60 次，按压的力量应随患者体质的强弱、病情的轻重及耐受力的程度而有所改变。

3. 俯卧牵引跷跷法 患者俯卧，在其胸部与小腹，大腿前根部各垫 3～4 个枕头，使腹部悬离床面 6～12 cm，系上牵引胸腰围，作对抗牵引，牵引力达到上述范围。然后医者用一手扶住

预先设置好的横木、吊绳或竹竿等物，用单足或双足的足趾、足跟、足掌的侧面着力，踩踏在腰部病变处，并运用足弓、膝关节的屈伸弹性，使医者身体一起一落，作顿挫性的踩跷。操作时，足部着力部分不能离开患者腰部病变处。患者张口呼吸必须与医者的弹性起落相协调，弹起时吸气，回落时呼气，切忌屏气；医者两足的位置和利用扶手可调节踩跷的压力，应以患者能忍受为度。踩跷力的传导方向可垂直向床面或根据脊柱侧弯的程度而倾斜。

在以上手法的基础上，可随症加减。

【注意事项】

1. 卧床休息，无论在治疗前后，均宜睡硬板床休息。这是巩固疗效的重要措施，又是防止复发的重要环节。

2. 治疗期间要用皮腰围护腰固定，以巩固疗效。

3. 避免风寒湿邪的侵袭，预防本病复发加重。

4. 进行适当的功能锻炼和体育活动，如拱桥式、鱼跃式、太极拳等。

5. 注意劳动时的姿势。如弯腰、蹲下、起立或提起重物等动作，要保持重力平衡，以防止腰部损伤和本病的复发。

6. 纠正不良的姿势习惯。不要在不正确的姿势下久坐、久立，以免某一部分组织受到过度牵张，造成腰部损伤。

【文献出处】 李业甫主编. 中国推拿治疗学[M]. 上海：上海中医药大学出版社，1994：311－313

【手法名称】 拇指复位法

【手法操作】

1. *右拇指复位法* 此法为最基本方法，占97%。患者取俯卧位，医者右手拇指端按压于患椎棘突上，运气收腹，意念于指端，向下颤动按压，感椎体下移，个别患者有骨响声，归于生理位（棘突顺列平复）即手法完毕。

2. *闪挫顶压法* 适合于腰椎侧弯后凸、小关节错位、棘突尖顺列凹凸不平、棘突偏歪、椎体左右移位者。患者取俯卧位，第5掌骨腕端尖顶于患椎凸之棘突上，手掌压腰部，运气收腹，运劲于掌，突然冲闪推按，劲力方向以向下、向前斜下为主，使巧力，力达腰椎后即收劲。劲力不当，易使疼痛加重。本法多作为拇指复位法处置后的辅助手段。

3. *震击法* 对个别患者棘突隆凸约0.5 cm以上者，经拇指复位不成功，可采用此法，先备一块长10 cm、高与宽各5 cm软硬适度的胶料块，胶料块头平放于隆凸之腰椎棘突上，左手拇食两指挟扶在胶料块两侧，右手握拳，憋住气，敲击胶料块十余下即可复位。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：75－77

【手法名称】 三晃一吊推扳法

【手法操作】

1. *仰卧三晃一吊法* 患者取仰卧位，下肢髋膝关节屈曲，医者用手托起患者骶尾部，左右摆动，达中立位时向上抬起，使腰椎充分屈曲。

2. *俯卧三晃一吊法* 患者取俯卧位，医者一手按于腰部（突出的椎间盘上部），另一前臂托起患者双下肢膝关节的上部，使下肢左右摆晃，到中立位时，向上向后抬起牵拉下肢（使腰

椎充分后伸),同时按压腰骶部的手用力向前下方按压,使腰椎间盘复位。

3. 侧卧推肩扳髋法　患者侧卧,健侧下肢在下伸直,患肢在上屈曲,术者立于病人后方,一手固定肩部,另一手按于髋部,两手同时用力,方向相反,一推一扳,同时可听到"咔嚓"一声,示其复位。

4. 疏筋揉压放松法　患者俯卧,医者先后用拇指或手掌按、揉、压患部,使该处肌肉放松,缓解肌肉痉挛,解除疼痛。

【文献出处】　王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社, 1994:80－82

【手法名称】　指压斜搬复位法

【手法操作】

1. 推腰法　患者取俯卧位,医者站于患者腰部左侧,两掌根着力,分推腰眼处。所用压力以使对方肌肤深层产生感应而体表无不良反应为度。

2. 揉腰法　两手掌根紧贴于患椎,双手同时相对用力,作半环形揉动,手掌与皮肤紧贴不移,使肌肤深层产生舒适感觉,达到柔软深透,肌肉松弛的目的。

3. 拿腰法　医者两手四指重叠在一起,捏住患处,以腕关节摆动带动手指捏拿,使局部肌肉韧带剥离,痉挛缓解。然后采用整复手法。

4. 指压斜搬法　患者侧卧位,屈上腿,伸下腿,医者一手扶着肩部,另一手拇指按推在突出部位,肘部固定髋关节,扭腰到一定程度,手肘及拇指同时向相反方向猛然用力,可闻及响声及指动感,即告复位成功。

【文献出处】　王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社, 1994:82－83

【手法名称】　牵抖斜旋推拿法

【手法操作】

1. 准备手法　患者取俯卧位,医者以滚、揉、平推手法解除腰肌的痉挛。

2. 斜扳法　患者取右侧卧位,医者站于患者背后,一手握持其肩部,另一手握持髂部,两手同时向相反方向斜扳,即可听见"咯当"的响声。然后取左侧卧位,重复上述手法。

3. 患肢后伸顶腰法　医者一手握患肢小腿向后过伸牵拉,一手拇指顶椎间盘突出的部位,两手协调进行,反复数次。

4. 过伸法　患者取俯卧位,助手牵引患者双踝,逐步过伸牵引,至腹部离床 15～20 cm,医者双拇指或掌根部按压突出的腰椎棘突上或棘突旁进行按抖,可听见"咯当"响声。

5. 牵抖法　患者取俯卧位,医者牵引患者的双踝,先将患者腰抛起至一定高度,双手用力牵抖,使呈过伸位着床,力点要刚好落在突出的腰椎上,如此反复进行数次。

6. 旋腰法　患者取俯卧位,医者一手按压突出的腰椎上,一手托起双大腿使腰向后过伸,以患椎为轴心进行顺、逆时针方向旋腰,幅度由小到大,反复数次。

7. 神经根的松解手法

(1)骶神经根的松解手法:术者首先在腰骶关节部,依次在患侧八髎穴处进行点按、弹拨、理顺、按揉等手法,使局部由硬变软痛减为度。

(2)臀上皮神经或臀筋膜松解法:先在臀筋膜,依次在臀上皮神经部位进行点按、弹拨、理顺、平推、按揉等手法,以局部变软痛减为止。

(3)坐骨神经松解手法:在环跳、承扶、殷门、委中、承山、阳陵泉、绝骨等穴位或足太阳膀胱经行走路线行逐个点按、弹拨、理顺等手法,以局部痛减为度。经过上述手法,患肢直腿抬高正常,手法即告结束,如果不正常,还要进行被动直腿抬高法。

【注意事项】 该手法中央型忌用。病程过长、粘连钙化严重者或有严重的椎管狭窄、黄韧带增厚、骨赘压迫等合并症者,疗效欠佳。手法整复后,最好卧床休息 2 ~ 3 周,卧床有利于组织修复和避免复发。手法后配合轻重量牵引。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社, 1994:83 - 86

【手法操作】

1. 患者俯卧,可先在腰部及患肢行揉、按、推、摩、滚等理筋手法,使患者肌肉放松,时间5 ~ 10 分钟。

2. 患者体位同上,医者站在患侧。医者可用拇指指腹或肘部按压腰痛点及腰眼、命门、委中、承山、昆仑等穴,每穴约 1 分钟。

3. 患者体位同上,医者站在患侧,而后在患者的胸部和髋部各垫一枕头,使患者腰部腾空。然后医者双手掌交叉按压其突出部位,力量由轻到重。时间 5 ~ 10 分钟。

4. 患者俯卧,双手拔住床头,医者双手分别握住患者的双足踝部,而后进行缓慢持续牵引 2 分钟,然后进行上下抖动,反复进行 2 ~ 3 次。

5. 侧卧直腿抬高法:患者侧卧,患肢在上,医者一手握膝,一手握踝,被动直腿抬高患肢,以患者能忍受为宜,时间约为 2 分钟。

6. 患者侧卧,患侧下肢伸直;另一下肢屈曲放在对侧小腿上部。而后医者扶住其髋骨,另一手扶住其肩部,同时拉肩向后,推髋骨向前,使腰部扭转,可听到或感觉到"咔嗒"响声。

7. 患者端坐方凳上,两足分开与肩同宽。以右侧痛为例,术者立于患者之后右后侧,右手经患者右腋下至颈后,用手掌压住颈后,拇指向下,余四指夹持左颈部,同时患者双足踏地,术者左拇指按住需扳动的脊柱棘突。一助手帮助固定患肢及骨盆。而后术者右手压患者颈部,使上半身前屈 60° ~ 90°,再继续向右侧弯,侧弯至最大时向患侧旋转。此时可感到指下椎体轻微错动,有"嗒塔"响声。

【文献出处】 陈敏,陈映辉,连国钦主编. 效验推拿与自我按摩治疗 300 病[M]. 北京:中国中医药出版社, 1994:85 - 86

【手法操作】

1. 复位法 有旋转复位法、按压复位法、背伸复位法和斜扳复位法等。

2. 推拿法 以舒筋活络温经散寒、消肿止痛、松解痉挛为主,常用手法有揉摩法、滚法、抖法、点按法、牵引法。常用的穴位有:腰阳关、命门、肾俞、志室、环跳、委中等。

【文献出处】 胡晓斌编著. 运动损伤推拿学[M]. 北京:人民军医出版社, 1994:202 - 203

【手法名称】 放通法

【手法操作】 患者取俯卧位,医者自腰骶部开始按第一步的揉背法衔接而下。先至臀沟(相当于坐骨结节处)反复 3 次,左右同法。然后自臀沟沿坐骨神经走行方向顺揉至足跟后部,反复 3 次,左右同法。在臀部股横纹中线以两拇指按压少顷,然后两拇指再交替移至小腿

后侧，依顺序按压至跟腱的外侧为止。在膀胱经承扶、殷门、委中、承山、昆仑等穴，重点按压。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：721

【手法名称】 搬按法

【手法操作】 患者取俯卧位。

1. 医者左手托住患者右股骨下端前面，右手按住腰骶关节斜行搬按，用顿搓刹那手法，有时可听到下腰椎部关节作响。同法施于左侧。

2. 医者左手搬住患者左肩前上部，右手按住患者腰骶关节，斜行搬按，有时下腰椎部亦可作响。同法施于左肩部。在做此手法时两手搬按时用力要稳、脆、平衡，不宜过猛，免致关节受损伤。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：721

【手法名称】 牵抖法

【手法操作】 患者取俯卧位，以双手攥扣住床头上沿，医者以两手握住患者双足踝部，拉直患者躯干向下牵引然后放松，此时握住两踝上部横摇摆动，使两膝左右旋转，待患者周身肌肉松弛后，持紧足踝突然抖动。然后医者两手向下牵引，以右手锁按住两足踝部，用左手掌按揉下腰部，此手法作用是用对抗牵引与抖颤力量，以拉紧后纵韧带，可能迫使突出之椎间盘被拉紧之韧带还纳归位。

【注意事项】 抖颤时要使躯干呈波浪式活动，切不可用力过猛，以免发生意外。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：721

【手法名称】 滚叠法

【手法操作】 患者取仰卧位，医者自大腿根部向下顺揉至小腿踝部，反复3次，然后自上而下地滚揉（如擀面法），再沿胫骨内侧自上面下地以两大拇指叠压至内踝后窝，压迫少倾，同法施于对侧下肢。在做滚揉时患者必须放松全身肌肉，按压时应于小腿内侧分出上、中、下三点，以两手拇指同时用力按压，患者感觉两下肢轻松舒适，肌肉松弛。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：722

【手法名称】 宣泄法

【手法操作】 患者取仰卧位，屈膝屈髋，医者站在患者右侧，以左手扶住患者右膝，右手扶住患者左膝，先向左侧旋转摇动，继而向右侧旋转摇动各数次。然后医者右手推按患者左膝外侧，使双膝髋关节向右侧极度斜倒，医者左手按压住患者左肩前部，用斜形横扯之法，两手同时用稳劲按压之。同法施于对侧。

【注意事项】 施转摇动时，力量要平均一致，既能宣泄腰部肌肉的紧张度，又能使突出物还纳，斜形横扯使其椎间隙加宽，有可能使突出物的椎间盘向回退缩。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：722

【手法名称】 压牵法

【手法操作】 患者取仰卧位，将双膝强度屈曲接近腹壁，并以两手紧握两侧床沿，医者两

手用力按压患者双膝(往往感觉腰部及患肢剧痛),然后医者再以双手各握其两踝关节上部由上而下用力向下,以免患者过分疼痛。此法可强屈下腰椎及骶椎关节,拉紧后纵韧带加宽椎间隙,突出物有可能向回退缩,随后继续用力牵引两下肢.用力时应突然,即用暴发力,其椎间盘可能自行还纳。

【文献出处】　王云凯主编.中华推拿大成[M].石家庄:河北科学技术出版社,1995:722

【手法名称】　起伏法

【手法操作】　患者取坐位,并屈曲双膝,以双手十指互相交叉锁住,医者站立于患者右侧,以右手扶持患者两小腿胫骨中部,左手扶持患者颈后部,使患者仰面向后倒下,医者两手前后扶按起伏(如不倒翁状),最后乘其倒下时让患者松开自交叉十指,医者拉住患者两足踝部,再次向下稳脆伸拉。在腰部有病者,腰背部肌肉紧张强直如板状,扶按起伏时多不能自如,待腰肌放松,则背部呈圆形,医者扶按时可以旋转、滚动毫不用力。

【文献出处】　王云凯主编.中华推拿大成[M].石家庄:河北科学技术出版社,1995:722

【手法名称】　松旋牵颤法

【手法操作】

1. 松腰　用滚、揉、按压、点穴及镇定手法放松痉挛的腰肌。

2. 旋腰　同坐姿复位法。

3. 旋腰压颤　对部分不能配合作坐位旋转复位法者,或上法疗效不明显者使用本法。方法为患者俯卧,医生先一手向上内侧拉病人肩部,另一手拇指向外上顶推偏歪棘突,两手配合同时向相对方向用力,以纠正偏歪棘突。然后双手掌置于有棘突旁压痛的棘突处,如胸外心脏按摩一样,快而有节律地压颤。每次压颤50~100下,用力太小与次数多少视病人体质与耐受而定,压颤对脊柱有明显后凸或伴有侧弯者很有帮助。

4. 牵引下压颤　对压颤3次无效者,改每次50~60 kg重量骨盆牵引,半小时后同时压颤,常能奏效。

【文献出处】　包来发.百家推拿经验集[M].上海:上海科学技术出版社,1995:155-156

【手法名称】　推揉旋腰过伸法

【手法操作】

1.拇指推揉法:患者取坐位,术者低坐于患者背后的小凳上,用拇指在患者骶棘肌处作有节律的由里向外的回旋运动,用力方向必须与肌纤维呈垂直方向进行。松解腰部肌肉。

2.绞腰法:患者取坐姿,手臂交叉抱肩。助手以两膝用力挟住患者双膝,两手分别撳住患者的髂前上棘,固定骨盆,勿令转动。术者在患者背后,左手拉住患者的右手腕,右手推住其肩后部,瞩其后仰30°~40°,腰部尽量放松,并向左旋转至最大限度,术者用力使患者上身迅速向左旋转,这时往往可以听到小关节转动的响声。然后用同样方法向反方向进行一次。

3.仰扳过伸法:患者取势和助手固定同上。术者于患者后侧方位,右手拉住患者对侧的手腕,让患者逐步后仰靠在术者的前臂上,左手压住患者右侧髂前上棘处,然后右手臂慢慢放下,使患者上身随之放到最低限度(以患者能忍受为限),向左、右各做一次扳压动作。利用前纵韧带的拉力,使腰椎间隙增宽2~3 mm,使髓核回纳。

4. 重复 1 法，对腰臀部压痛明显部位用力较大一点。以上为常规手法，若使用一个疗程后效果不明显，或体胖用 2、3 法困难者加用踏踩法。

5. 踏踩法：用硬板床一张，床的一头两侧各插木棒 1 根，供术者扶手用。患者俯卧于该床上，胸腹下垫以软垫，一助手于患者的头端，用双手拉住其两腋下，另一助手双手拿住患者两踝，作对抗牵引。术者面向患者头侧，双手扶住木棒，一足立于患者骶骨为立足点，另一足跟置于侧突中心的棘突或椎旁压痛点。在两助手牵引下，术者置于腰部的一足跟用力向正中与前下方踏踩，应由轻到重，力足在棘突上。

【注意事项】 体质差或骨质疏松者禁用，忌用暴力，以免造成椎弓根骨折或其他合并症。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：156－157

【手法名称】 定点旋转复位手法

【手法操作】 患者端坐，两腿分开同肩宽。医者坐在患者的背后，首先用双拇指触诊法查清偏歪的棘突、椎体的偏向。向右偏，用右手实用手法，向左偏，用左手实用手法。治疗如下：一手伸入偏歪侧的腋下，掌部压于颈后。患者稍低头，同时臀部不准移动。助手面对患者夹住患者的一腿，双手压其大腿根部，不让腿移动，维持患者的端坐姿势。医者一手拇指扣推偏移的棘突，腋下之手拉患者的颈部使身体前屈 90°，接着向患侧方向纵轴旋转并上提，旋转幅度尽量大于 45°。在患者的躯干向后外侧旋转的同时另一手拇指顺向偏歪的棘突并向斜上方顶推棘突，当觉察到指下椎体有轻微错动并听到响声时，偏歪的棘突即复位。之后，双手拇指从上至下将棘上韧带理顺，同时松动腰肌。最后用一手拇指从上至下顺次压一下棘突，检查一下偏歪的棘突是否拨正，上下棘间隙是否已等宽。手法完毕。

【注意事项】 下列病况禁用定点旋转复位法。

1. 患者有肥大性增生或韧带肥厚。

2. 患者的脊柱有强直性脊椎炎。

3. 椎弓裂有炎症和腰骨骶化。

4. 脊柱和腰部韧带损伤及剥离瘀血。

5. 骨结核和骨瘤症等。

6. 脊柱有骨折。

【文献出处】 罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京：科学技术文献出版社，1995：133－134

【手法名称】 俯卧位复位手法

【手法操作】 患者俯卧，两腿分开同肩宽。医者用“八字触诊法”检查腰部的损伤点和棘突偏歪的方向。查清后让患者放松肌体，两只手把住床头。医者用两手握拿两只脚腕部，用力均衡地拿起再摆动地往下牵拉，然后检查偏歪的棘突是否复位。如没完全复位，则医者站在患者椎体偏歪方向的一边，用一只手把患者的患侧大腿抬起，以患椎为支点高度，向斜后下方拽并旋转大腿，用以拨转牵引之力。另一只手的拇指推住偏歪的棘突借拨转的牵引之力用力往侧下方推，觉指下有轻微的移动或听到响声即为复位。复位后理顺肌筋，用手掌从腰臀部开始推至腿部，推 3～4 遍即可。

【文献出处】 罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京：科学技术文献出版社，1995：135

【手法操作】

(1)第一种手法:患者坐位,利用固定坐凳,采用"腰椎旋转复位法"进行椎间校正。

(2)第二种手法:患者坐位,医生用相反的力点作用于病点,此法叫"功能反向搬扭复位法",适用于腰位上部的复位。方法:患者侧卧于治疗床上,上方上肢向上伸,腿自然伸直,上腿要放在下腿后面。医者站于患者身后,先做上位,后做下位,一手推肩,另一肢肘关节压于髋部内侧,进行反方向搬扭,随后将患者上肢放在背后,医者用左肘关节扒按患者肩胸前,右手推于患者髋部骨盆处,同时用适当力搬扭复位。一般椎体复位时都能听到声音。复位后患者当时就会感到病情减轻。

(3)第三种手法:患者仰卧治疗床上,两下肢自然分开,做抬腿试验检查。而后令患者俯卧位,两腿自然分开,医者用"八字触诊法"从上至下顺腰椎至骶骨手感椎体病变情况。随后,医者一手推压腰部,一手搬患者大腿用适当力向斜上方搬,哪肢腿受压重先搬哪肢腿,而后用同样的手法治疗另一肢腿。再令患者仰卧,比一下患者的腿,看足跟处是否对称,哪条腿痛重就屈哪条腿外旋下拉。手法完毕。

【注意事项】 手法治疗不同于单纯的按摩。单纯的按摩是解除不了椎间盘脱出症的,只有手法治疗与按摩相结合才会消除病痛。

【文献出处】 罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京:科学技术文献出版社,1995:136-137

【手法操作】

1. 俯卧牵引按压法 患者俯卧,两手把住床头,助手用双手握住病员两踝部,作对抗牵引约 10 分钟。术者立于病员一侧,用手掌或指腹按压椎旁压痛点,按压力由轻渐重。此法可使椎间隙增宽、髓核部分还纳。

2. 单腿后伸压腰法 此法可紧接上法进行。病人俯卧,术者站于患者病侧,一手将患肢提起后伸,一手压于腰部压痛点,且将患肢作上下起落数十次。

3. 屈髋、屈膝、伸腿、足背屈法 患者仰卧,术者立于患者病侧,一手扶膝,一手握患者踝部,两下肢分别作屈髋、屈膝,再作髋内收外展,而后将患肢伸直上下起落,直腿抬高接近 90°时,猛将足背屈数次,可松解神经根粘连。

4. 折腰法 取坐位者,一助手固定病员骨盆,术者立于病人背侧,把握病人双肩作腰前屈、后伸、内外旋转等动作,幅度逐渐加大;取侧卧位者,术者一手把握住患者胸壁作后牵动作,一手扶住同侧髂部作前推动作,力宜柔和有节律。此法可使脊柱在不同平面受到扭转,使肌肉解除痉挛及恢复小关节"错缝"。

5. 提捏法 即术者用食指和拇指提捏大腿内侧根部及大腿后侧肌肉,由上而下,揉力由轻到重,反复数次,可起到解除由坐骨神经刺激引起的肌肉痉挛和感觉异常。

【文献出处】 潘之清主编. 实用脊柱病学[M]. 济南:山东科学技术出版社,1996:497

【手法名称】 治疗腰椎间盘突出所致腰痛及坐骨神经痛的按压穴位法

【手法操作】

1. 指按腰部压痛点 嘱患者取俯卧位,医者立于患者的患侧,以"单手拇指按法"或"两拇指叠合按法"治疗患者腰部患侧压痛点处。一按一放,持续治疗数十下。手法的力度不可过

大，否则将使病员的病情加重。

2. 指按居髎穴，指按环跳穴　患者及医者的体位如上，医者以“单手拇指按法”或“两拇指叠合按法”依次治疗患者患侧的居髎穴及环跳穴。一按一放，于每个穴位处各持续治疗数十下。手法的力度须自小而逐渐增大，至患者能忍受为度；若手指按的过程中感到患者患侧的臀肌在收缩，则应使手法的力度减小。

3. 点承扶穴　体位如上，医者以单手的拇指尖端作为接触面，于患者患侧的承扶穴作点法，持续治疗十余秒钟或 20～30 秒钟。手法的力度须自小而逐渐增大，至患者能忍受为度。

4. 指揉殷门穴　体位如上，医者以“单手拇指揉法”治疗患者患侧的殷门穴处，持续治疗数十下或百余下。

5. 指按风市穴　体位如上，医者以“单手拇指按法”治疗患者患侧的风市穴，一按一放，持续治疗数十下。

6. 指拨委中穴　嘱患者取仰卧位。医者立于患者的患侧，以“单手食中指拨法”治疗患者患侧的委中穴，持续治疗数下或十数下。

7. 指揉阳陵泉穴　患者及医者的体位如上，医者以“单指揉法”治疗患者患侧的阳陵泉穴处，持续治疗 20～30 下。

8. 拿承山穴　患者及医者的体位如上，医者以“单手拿法”治疗患者患侧的承山穴处，持续治疗十余下或 20～30 下。手法的动作须缓慢。

9. 指揉昆仑穴　患者仍取仰卧位，医者立于患者的足端，以“单指揉法”治疗患者患侧的昆仑穴，持续治疗数十下。

【文献出处】 金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：424－425

【手法操作】

1. 单纯手法治疗　放松腰骶、下肢肌肉，采用揉、按、拨、拿等法，点按痛点、环跳、承扶、委中、承山、阳陵泉穴，牵抖腰部、压腰抬腿法、屈膝屈髋、双下肢直腿抬高法、腰椎斜扳法。

2. 麻醉推拿疗法　腰麻推拿操作手法如下。

（1）患者仰卧，由术者及助手 2 人分别拉患者两侧腋窝和两足踝部，作对抗拔伸 3 次，分别为 60 秒、45 秒、30 秒，每次之间间隔约 5 分钟。

（2）将病侧下肢屈髋屈膝，作顺时针方向“旋转髋关节”3 圈后将下肢向下拔伸，然后作直腿抬高，在抬高最大限度上，由助手将踝关节充分背伸动作 3 次，继以同法再作健侧下肢。

（3）病人改侧俯卧，患侧向上，术者站于病人背后，以一侧手臂托住患者病侧大腿，另一手推住病人腰部，旋转髋关节 3 圈，再将髋关节在外展 30°位置下作向后过伸 3 次，此时腰部随之向前，即“扳腿”。

（4）病人体位及术者位置同前，术者用双手推住病人上侧臀上部，助手面对病人，用双手推住病人肩部和上胸部，两人同时作突然性对推，动作出手要快、稳。用力防止过大，要刚中见柔。此种使腰部旋转的动作，称为“斜推”，有时可听到腰部有弹响声，共作 3 次。

（5）体位及位置同前，术者用两手扶住上侧髂骨前部，助手扶住上侧肩胛部，两人同时作对扳的动作，亦使腰部旋，此称“斜扳”，共作 3 次。

（6）病人俯卧，术者一手托起病员的两大腿，一手压住腰部，将双下肢摇动 3 圈，然后将腰

部以下作过伸动作，此称“运腰”，共作3次。

(7)病人俯卧，作相似于(1)式中的对抗拔伸，一人用两手拉住病人两侧腋窝部，病人两手拉住床头，另两人分别拉病人两踝，作对抗拔伸3次，时间同前。在拔伸过程中，术者两手掌根或肘部用力按压腰4、5棘部，每次牵引下压3～5次。

(8)病人再侧卧，患侧在下，作(3)、(4)、(5)式的相同手法即可。

【注意事项】 术后按腰麻进行护理，平卧24小时。腰部可垫薄枕，以保持腰部的生理前突。麻醉药效消失后，部分病人有腰痛反应，可适当给以止痛剂。个别病人有腹胀等不适，可用艾条灸气海、关元，或用肛管排气，一般1～2天即可缓解。当全身情况如食欲、睡眠均正常时，即可动员病人在床上做挺腹、直腿抬高等锻炼，1周后在腰围保护下下床活动。

【文献出处】 栾明拥编.栾氏正骨[M].北京：中医古籍出版社，1999：426－428

第五节 21世纪

【手法名称】 仰卧盘膝旋腰复位法

【手法操作】 患者仰卧，屈髋、屈膝。术者立于一侧，一手扶按患者膝部，另手按于小腿远端，双手协同地推摇患者双腿，使膝部按顺、逆时针方向做绕环盘膝活动，幅度由小逐渐加大，使腰也随着做旋转活动，以放松腰部。当患者较为放松时，将膝向腰的一侧推压，使其骨盆扭转，另手按压对肩，固定其上身不动，使扭转力落于下段腰椎，促其复位。

【注意事项】 存在着准确度不高的不足。

【文献出处】 赖在文主编.实用疗伤手法[M].广州：广东科学技术出版社，2001：128

【手法操作】

1.按摩法 患者俯卧。医者用两手拇指或掌部自向下按摩脊柱两侧膀胱经至患肢承扶处改用揉捏，下抵殷门、委中、承山，反复数次。

2.推压法 医者两手交叉，右手在上，左手在下，手掌向下用力推压脊柱，从胸椎至骶椎，反复数次。

3.滚法 医者以滚法作用于背、腰及臀腿部，着重于患者腰侧，调理、松解肌肉。

4.俯卧拔腿法 医者一手按患者腰部，另一手托住患者两腿或单腿，使其下肢尽量后伸。两手相对用力，可听到一声弹响。可做1～2次。

5.斜扳法 患者侧卧，在上的下肢屈曲，贴床的下肢伸直。医者一手扶患者肩部，另一手同时推髂部向前，两手反向用力使腰部扭转，可闻及或感觉到“咔嗒”响声。

6.牵引按压法 患者俯卧。一助手于床头抱住患者肩部，另一助手拉患者两踝，对抗牵引数分钟。术后用拇指或掌根按压痛点部位，按压时由轻到重，使腰后伸，推间隙进一步增宽，回纳突出的椎间盘。

7.旋转复位法 患者端坐于方凳上，两足分开与肩等宽。以患侧是右侧为例。助手面对患者，两腿挟持固定患者左腿。医者立于患者身后，右手经患者腋下绕至颈部，左拇指顶推偏歪的腰椎棘突右侧，右手压患者颈部，使其腰部前屈60°～90°，再向右旋转。左拇指同时发力向左顶推，可闻及或感觉椎体轻微错动弹响。

8. 牵抖法　患者俯卧，两手抓住床头。医者双手握住患者两踝，用力牵抖并上下抖动下肢，带动腰部，再行按摩下腰部。

9. 滚摇法　患者仰卧，双髋双膝屈曲。医者一手扶患者两踝，另一手扶患者双膝，将腰部旋转滚动，持续 1 ~ 2 分钟。后 2 种手法是结束手法。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：611

【手法名称】　杨天鹏治疗腰椎间盘突出症的手法

【手法操作】

1. 第一步　嘱患者俯卧在检查台上。

2. 第二步　先用四指拨络法在腰背上下顺脊柱拨络 4 ~ 5 遍。四指拨络法即以术者二、三、四、五指，手形为四指的掌指关节与指间关节均呈半屈曲，形成如半钩形状，利用其四个指的指腹在局部上下或左右拨动。

3. 第三步　拨络法毕后，采用拍击法 3 ~ 4 次。拍击法又分为八字分拍法与掌根拍击法两种，八字分拍法适用于患者腰椎外观生理前凸增大。操作：术者双手掌指关节微屈曲，指微弯曲，大小鱼际稍内收，使手心成为一个窝状。着力点在大小鱼际，其余指稍辅助。拍击前，将患者腹部垫起。嘱其鼓气增加腹内压力后再拍击部位在病变部旁 2 cm。向左右两个不同方向分拍，尤如“八字形”，而后再换为上下两个方向的分拍。分拍法动作要协调，刚柔相济，快慢适中。如患者腰椎生理前凸消失或后凸，则不且用八字分拍法，应改用掌根拍击法。方法：嘱助手将患者向上下两个不痛方向牵拉，然后再施法。掌根拍击法的手形是：术者五指稍向上，掌根部突出，用突出的掌根在局部有节奏地拍击，要求手法时着力点要准确，用力轻重要根据者体体质，年龄情况而行。体壮者拍击要刚中略带柔；体弱及年高者偏柔中带刚。

【注意事项】

1. 治疗期间病人卧硬板床休息，注意腰部保暖。

2. 腰椎间盘突出中央型，不宜进行推拿治疗。

3. 推拿治疗前要排除骨质病变。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：614

【手法名称】　林如高治疗腰椎间盘突出症的手法

【手法操作】

1. 患者俯卧位，术者站于患者外侧，腰背部皮肤涂擦舒筋止痛水。

2. 术者双手掌心在患者腰背部，从上向下平推理筋，为推筋法。

3. 双手掌根在痛处进行按揉，即为揉筋法。

4. 术者进行叠手掌心按压腰背部痛处，为按筋法。

5. 双手拇指与食、中指向腰背肌两侧，直向拿拨筋，为直向拿筋法。

6. 施行横向拿拨筋手法，为横向拿筋法。

7. 术者一手以环握患者小腿下部，屈腿，另一手掌心按压腰肌，每侧 12 次，两侧分别进行，为屈腿按腰法。

8. 术者双手握住患者踝部，行单侧摔腿，患侧 12 次，健侧 8 次，两侧分别进行。

9. 术者双手同时环握患者双踝部，进行双侧摔腿 12 次。

10. 患者站立，蹬双足尖，背部向后倾，术者虎步站立，左手提托患者左腋下，右手掌心按住骶部，左手将腋部向上举，使患者足尖离地，右手掌从骶部向上平推至背部，进行抬腰上推手法，反复 3 次。

11. 患者站立，双侧下肢分别作踢腿动作，每侧 8 次。

【注意事项】

1. 治疗期间病人卧硬板床休息，注意腰部保暖。

2. 腰椎间盘突出中央型，不宜进行推拿治疗。

3. 推拿治疗前要排除骨质病变。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：614－615

【手法名称】 刘柏龄治疗腰椎间盘突出症的手法

【手法操作】 分两步十法。

第一步：运用按、压、揉、推、滚五个轻手法。

(1)按法：患者俯卧按摩床上，术者立其身旁，以双手的拇指掌面侧自患者的上背部沿脊柱两旁足太阳膀胱经之第二条经线，自上而下地按摩至腰骶部，连续 3 次。

(2)压法：术者两手交叉，右手在上，左手在下，以手掌自第一胸椎开始，沿棘突(即督脉)向下按压至腰骶部，左手于按压中稍向右侧用力，连续 3 次。

(3)揉法：术者单手张开虎口，拇指与中指分别置于两侧肾俞穴。轻轻颤动，逐渐用力。

(4)推法：术者以两手大鱼际自腰部中线向左右两侧分推。

(5)滚法：术者用手背掌指关节的突出部，着于皮肤上，于背部足太阳膀胱经两条经线及督脉，自上而下地滚动(腰部着力，直至患侧下肢足跟部)，反复 3 次。

第二步：运用摇、抖、搬、盘、运五个重手法。

(6)摇法：术者将双手掌置于患者腰臀部，推摇患者身躯，使之左右摆动，连续数次。

(7)抖法：术者立于患者足侧，以双手握住患者双踝，用力牵伸与上下抖动，将患者身躯抖起呈波浪形动作，连续 3 次。

(8)搬法：分俯卧搬与侧卧搬。

①俯卧搬腿法：术者一手按住患者第 3、4 腰椎，另手托患者对侧膝关节部，使关节后伸至一定程度，双手同时相对交错用力，恰当时可听得弹响声，左右各做一次。

②俯卧搬肩法：术者一手按压患者第 4、5 腰椎，另手搬起对侧肩部，双手同时交错用力，左右各做一次。

③侧卧搬肩法：患者健肢在下伸直，患肢在上屈曲，术者立于患者腹侧，屈双肘，一肘放于髂骨后外缘，一肘放于患者肩前与肩平，两肘在躯体上相互交错用力。然后换体位，另侧再做一次。

(9)盘法：分仰卧盘腰与侧卧盘腿。

①盘腰：患者仰卧屈膝、屈髋，术者以手握其双膝，并过屈贴近胸前，先左右旋转摇动，然后推动双膝，使腰及髋、膝过度屈曲，反复做数次。继之以左手固定患者右肩，右手向对侧下压双

膝，扭转腰部，然后换右手压其左肩，左手相反方向下压双膝，重复一次。

②盘腿：患者侧卧，健腿在下伸直，患肢在上屈曲，术者站在患者腹侧，一手从患肢下方绕过按着臀部，此时前臂部即托拢患者患肢小腿，术者腹部在患者膝关节前方，同时另手握住膝部上方，这时术者前后推动自己躯干，使患者骨盆产生前后推拉动作，带动腰椎的活动。然后屈髋，使膝部贴胸，术者一手向下方推屈膝部，另手拢住臀部，以前臂托高患肢小腿，并在内旋的动作下，使患肢伸直，然后换体位，另侧再做一次。

(10)运法：术者以左手握住患者膝部，右手握其踝部，运用徐缓加提的运动手法，使患肢做屈伸逐渐升高和略行拔伸的动作，运展的时间稍持久为好。

【注意事项】 凡患有严重的脏器疾病、高血压、出血性疾病、发热及其他脊柱病变、妇女妊娠、月经期均禁忌手法。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：896－897

【手法名称】 吴诚德治疗腰椎间盘突出症的推拿及麻醉推拿手法

【手法操作】

1. 俯卧推拿法 对症状较轻，脊柱侧弯不重，直腿抬高可达50°者，适宜推拿手法。患者俯卧，医者在腰腿痛处依次做按压、揉摩、拿捏、提腿扳动等手法。

2. 斜扳伸腿法 适于个别症状严重，不能起坐的患者。患者侧卧，术者一手按其髂骨后外缘，一手推其肩前，两手同时向相反方向用力斜扳，这时可在腰骶部闻及弹响声，然后伸直下肢做腰髋过伸动作各3次，术毕换体位做另一侧。麻醉推拿：以硬膜外麻醉较为安全，麻醉后，施行推拿手法。

第一步：患者仰卧，医者及助手2～3人分别拉患者两足踝部及两侧腋窝部，做对抗拔伸。然后将患肢屈髋屈膝，做顺时针旋转髋关节3～4圈后，再将患肢做直腿抬高，并在最高位置时用力将踝关节背伸，共做3次，健侧也作3次。

第二步：患者侧卧，患侧在上，医者站于患者背后，以一侧手臂托起患侧之大腿，另一手压住患侧腰部，先转动髋关节2～3周，再将髋关节在外展30°位置下做向后过伸2次，即“扳腿”。换体位做另一侧。

第三步：用斜扳伸腿法，本法亦可两个人操作。

第四步，患者俯卧，医者将两下肢摇动2～3圈，然后做腰部过伸，共做2次。

第五步：患者俯卧，助手2～3个人再做一次腰部拔伸，同时医者用掌根按压第4、5腰椎棘突部，共做3次，每次约1分钟。

【注意事项】 麻醉推拿术中要注意麻醉反应，术后当天可有腰痛、腹胀等反应，第2天起腰腿痛即逐渐减轻。对个别严重患者，1周后可进行第2次麻醉推拿。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：904

【手法名称】 提拉旋转斜板法

【手法操作】

1. 病人健侧侧卧于诊床上，肩下垫一厚的软枕头，患侧下肢屈膝90°以上，膝部伸出床边，

健侧肢下伸直。

2. 患者的健侧上肢由助手从胸前准备向天花板方向拉提，掌心对患者鼻尖，患侧的上肢环抱在头上。

3. 术者双手掌压住患者患侧臀部的上半部，助手将患者的健侧上肢向天花板方向拉提，使患者保持上身离床悬空，健侧下肢伸直及骨盆贴于治疗床的架势（脊柱与床面的夹角约35°）。这样可使患者躯干旋转作用力于痛点。

4. 此时术者以肘压臀向下有节奏地加大压力，使患者躯干部旋转也逐渐加大，这样扳动约7次，术中也可听到脊柱在扳动时的“咯哒”声。

5. 手法结束后检查椎旁压痛，脊柱侧弯，直腿抬高情况。本法的技术关键为助手拉提用力要求稳健，并注意保护患者，防止跌落到地下；术者双手用力果断，瞬间爆发即收，用力主要考虑体重和年龄两种因素。

【注意事项】 在手法治疗之前要有明确的诊断，确定好病变的部位，患者年龄较大者应注意是否属于禁忌证，不可盲目暴力操作。

【文献出处】 吴山，马友盟，林应强. 提拉斜扳法治疗腰椎间盘突出症75例临床分析[J]. 新中医，2001；33(7)：41

【手法操作】

1. *解除腰臀部肌肉痉挛*　患者俯卧。在患侧腰臀及下肢用轻柔的滚、按等手法治疗。促使患部气血循环加快，从而加速了突出髓核中水分的吸收，减轻其对神经根的压迫，同时使紧张痉挛的肌肉放松，为下一步治疗创造条件。

2. *拉宽椎间隙，降低盘内压力*　患者仰卧。用手法或机械进行骨盆牵引，使椎间隙增宽，从而降低椎间盘内压力，甚至出现负压，使突出物回纳，同时可扩大椎间孔和神经根管，减轻突出物对神经根的压迫。

3. *增加椎间盘外压力*　患者俯卧。用双手有节奏地按压腰部，使腰部振动，然后在固定患部的情况下，用双下肢后伸扳法，使腰部过伸。本法可促使突出物与神经根位置。

4. *调节后关节、松解粘连*　用腰部斜扳法或旋转复位手法，以调整后关节紊乱，从而相对扩大神经根管和椎间孔。由于斜扳和旋转复位时，腰椎及其椎间盘产生旋转扭力，从而改变突出物与神经根的位置。反复多次进行，可逐渐松解突出物与神经根的粘连。再在仰卧位，用强制直腿抬高以牵拉坐骨神经和腘绳肌，对松解粘连可起一定的作用。

5. *促使受损伤的神经根恢复功能*　沿受损神经根及其分布区域用滚、按、点、揉拿等法，促使气血循行加强，从而使萎缩的肌肉及麻痹的神经逐渐恢复正常功能。

【注意事项】

1. 治疗期间病人要卧硬板床休息，注意腰部保暖。

2. 腰椎间盘突出中央型，不宜进行推拿治疗。

3. 推拿治疗前要排除腰椎骨质病变。

【文献出处】 李明磊主编. 推拿学[M]. 北京：科学出版社，2002：150－151

【手法操作】

1. 掌推腰背部、滚腰背部、滚臀部、滚下肢、弹拨夹脊穴、弹拨腰椎横突部、弹拨髂嵴部、弹

拨大腿外侧、掌揉腰背部、肘压环跳穴、肘压承扶穴、弹拨按揉委中穴、弹拨按揉大腿外侧部、弹拨按揉小腿后侧部、拿下肢、拿昆仑及太溪、掌擦涌泉、横擦腰骶部、掌拍腰背部。

2. 斜扳腰椎：患者健侧卧位，患侧在上，健侧下肢伸直，髋关节略后伸，患侧下肢屈髋、屈膝，医生站立其面前，肘部弯曲，用一肘部前臂上端搭在患侧肩前方向外推动，另一肘部上臂下端搭在臀部向内扳动，调整患者肩部与臀部的位置，使患者腰椎逐渐旋转，扭转中心正好落在病变腰椎节段上，当将脊柱扭转至弹性限制位时，医生可感受到抵抗，适时作一突发有控制的扳动，扩大扭转幅度3°~5°，常可听到“喀嗒”声响，一般表示复位成功。注意切不可使用暴力，扳动要“轻巧、短促、随发随收”，关节弹响虽常标志手法复位成功，但不可追求弹响。

3. 腰椎定位旋转扳法：若患者单个棘突偏歪，可采用本方法。以向右扳动为例，患者取坐位，骑跨在治疗床头（或坐于凳上，助手站于患者前方，两腿夹患者左腿，双手压住左侧大腿根部，以稳定其坐姿），医生站立其侧后方，左手拇指抵住偏凸之棘突，右手从患侧腋下穿过，反扣患者颈项部，使患者腰部缓慢前屈，至左手拇指始感觉指下棘突欲动时，控制此前屈角度，反扣颈部之手令患部向右缓慢旋转，至脊柱扭转弹性限制位，感觉到有阻抗时，右手继续右旋，左手拇指向左侧推顶偏凸棘突，作一突发扳动，扩大扭转幅度3°~5°，常可听到“喀嗒”声响，左手拇指可感觉到棘突有跳动感。注意事项同“斜扳法”。

4. 摇腰部：患者仰卧位，屈膝屈髋，双下肢并拢，医生站立其侧，一手固定患者膝部，一手固定两踝部，环转摇动腰部。

5. 被动前屈腰部：患者坐位，双下肢伸直，医生站立其侧，一手推扶其背部，一手托住其伸直的双上肢，协同用力，缓慢使腰部前屈，以所能承受为限，重复3~5次。

【注意事项】

1. 推拿结束后，令患者仰卧位卧床休息15分钟左右。

2. 早期宜绝对卧硬板床休息，可用腰围固定。

3. 减少腰部活动，注意腰部保暖，愈后加强腰背肌功能锻炼。

4. 中央型腰椎间盘突出者，慎用推掌，若轻型可做推拿治疗，但禁止做腰椎扳法。

5. 推拿治疗为首选方法，但可配合针灸、理疗等以加强疗效。

6. 手法正确纯熟，做到均匀、持久、有力、柔和、深透，要“柔中有刚、刚柔相济”。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：452-460

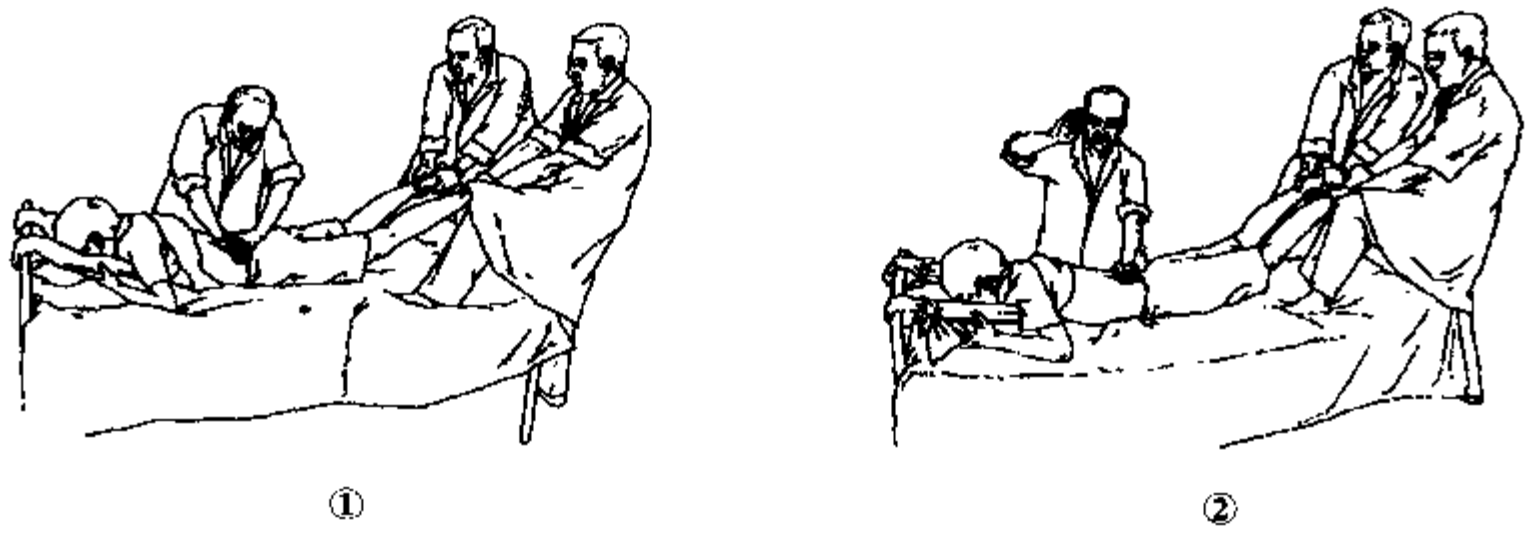
【手法操作】

1. 患者俯卧于治疗床上。术者先用手法柔按腰背肌肉，使腰背肌放松，筋络舒展，然后固定腋下，令助手握患者双下肢踝关节作适度腰背伸牵引。此时术者同时以双手掌按压腰骶部（图21-52①），要求力量重面不硬，深透有力，手法时应与牵引相互配合得当，开合适度。

2. 患者经牵按腰部手法后，须继续卧床治疗3周。此期间忌腰部负重或腰部强烈活动，以静养为主。卧床期间宜配合床上骨盆牵引（每天1~2次）。牵引完后，可以在患者腰背部行拍打等放松肌肉手法（图21-52②）。

【注意事项】 治疗本病最方便实用有效之疗法，当是牵引疗法和卧床休息。慎勿在不明损伤特点的情况下，采用强力扳扭手法整脊。

【文献出处】 何应华，李主江. 何竹林正骨医粹[M]. 广州：广东科学技术出版社，2003：120-123



①　　②

图 21－52

（李义凯　伍中庆　吴宇峰）

第二十二章 腰部疾病的脊柱推拿手法

【摘要】 本章介绍了除腰椎间盘突出症以外的其他腰部疾病的推拿治疗手法。腰部疾患的种类较多，推拿手法具有一定的特色。操作主要是以按、揉、滚法为基础，灵活应用推、扳、挤压、牵抖、拍打、弹拨等手法。

第一节 腰椎管狭窄症

【手法操作】

1. 患者仰卧位。术者立于患者右侧，以右腋夹住患者右足踝部，左手掌搭于右患肢膝关节的前侧。右肘屈曲，以前臂背侧从患肢背侧插入，搭于左前臂中 1/3 处。此时，术者用力夹持患肢向下牵引 1 分钟。然后以右手掌托住小腿后侧，左手掌托住股骨大粗隆，以强力屈曲髋、膝关节至最大限度，继而伸直髋、膝关节，以左手拇及食指捏住股四头肌联合腱向后推捺，并向前提拉。同时屈曲膝关节，嘱患者用力屈伸蹬空，反复 3～4 次。

2. 患者俯卧位。术者以左手掌根沿右侧背伸肌自上而下旋转揉按，至骶髂关节平面为止。反复 2～3 次，同法施于对侧。

3. 术者两手拇指分别置于平腰 4～5 平面之两侧骶棘肌外缘，同时向中线挤压。待拇指分别推到骶棘肌肌腹中部（相当大肠俞穴）时，拇指依皮肤之滑动，向下稍滑，并持续用力向下按压至最大指力半分钟，再用力向上推挤向外旋转，逐渐放松压力。拇指在原处轻轻揉按。

4. 术者两拇指沿骶棘肌向下移动至髂骨后上棘内缘，腰 5 骶 1 平面关元俞穴，用力向下按压半分钟。

5. 术者两手拇指置于腰 5 骶 1 平面骶棘肌的外缘，稍向内推即用力向下按压，持续半分钟后，拇指向上滑动并向外旋转放松。

6. 患者两手攀住床头，一助手站在床尾，持握患者两足踝上部，徐徐向下牵引半分钟。此时，术者右手掌搭于腰 4～5 平面之背侧，左手掌搭于右手背上，两手掌重叠在患者腰部左右滚揉，反复 4～5 次，最后再用力按压一次。再滚揉再按压，反复 3～4 次。

7. 患者侧卧位。患（右）侧在上，左下肢伸直，右下肢髋膝关节屈曲位，放于左下肢之上，右上肢放于背后。术者立于背侧，左肘放于患者右肩的前侧，右肘放于右髂骨翼的后侧，左肘向后，右肘向前，用力向前后相反方向突然斜扳。同法施于对侧。注意用力要适中，不可过猛过大。

8. 患者仰卧位。双膝屈曲，小腿立于床上。术者左手插于两膝腘窝下使双膝并拢。右手持握双侧踝前，术者将两足同时抬起，使膝关节作正反方向之旋转。然后术者左前臂横压于双膝下部，强屈膝、髋关节，然后在强屈下推向外侧，再拉至内侧，再移至正位强屈。最后分别牵

引两下肢，并对两下肢作伸屈活动。同时，患者随手法作自由蹬空动作。

【注意事项】

1. 每日按摩一次，直到症状缓解为止。在按摩期间患者须卧床休息。休息时，最好采用两下肢屈曲半坐位，使腰骶角变小，拉紧黄韧带，减少关节突重叠、扭错，以加大椎间孔间隙，缓解神经压迫。

2. 提醒患者正确使用腰背部，避免用力不当增加劳损，加重症状。睡觉时保持弯腰姿势，放松背肌，减少生理前凸。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：155－157

【手法操作】

1. 病员取俯卧休位，医生位于病员的一侧，在腰骶部施掌根按揉法或滚法，沿膀胱经而下，经臀部、大腿后部、腘窝，直至小腿后部，上下往返 2～3 次。并可按点腰阳关、肾俞、大肠俞、居髎、环跳、殷门、委中、承山等穴。可将按揉法与按点穴位交替使用。若双下肢均有病痛，则需两侧同时作手法治疗。

2. 病员取仰卧体位，医生位于患侧，用掌根按揉法或滚法自股前、小腿外侧达足背，上下往返 2～3 次。并可按点髀关、伏兔、血海、风市、阳陵泉、足三里、绝骨、解溪等穴，拿委中、昆仑等穴。也可将按揉法与按点、拿法交替使用，若双下肢均有病痛者，则需两侧同时作手法治疗。最后以搓下肢结束治疗。

3. 腰骶部两侧骶棘肌处可配合擦法和热敷治疗。

4. 对于周围动脉疾病所造成的间歇性跛行，可用拇指压迫股动脉 1～2 分钟后，再解除压迫，使下肢供血突然增加，迫使血管扩张，从而达到治疗目的。

【注意事项】 推拿对本病的治疗以充分而柔和的手法为主，切忌腰部后伸、斜扳、挤压等不恰当的手法和过猛烈的被动运动。若通过 2～3 个月推拿治疗无效者，应动员作手术治疗。

【文献出处】 陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：71

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者位于其旁，用手掌揉腰部两侧，往返数遍，再以肘擦腰部两则，往返数遍后点按命门、腰阳关、肾俞、志室、大肠俞各约半分钟，以患侧及痛点为主。

2. 拿揉下肢，往返数遍后，重力揉点环跳、拨揉阳陵泉，点按委中、跗阳、三阴交、然谷、照海穴各约半分钟。

3. 患者侧卧位，患侧在上，屈膝屈髋，健肢伸直，医者站于其后，一手扶于患者肩前，另一手扶于髂后部，两手交替用力推扳（图 22－1），反复活动腰部 1 分钟，力量轻柔缓和，不宜太快。使患者腰椎关节来回旋转。然后患者俯卧位，医者用肘按揉腰骶部。

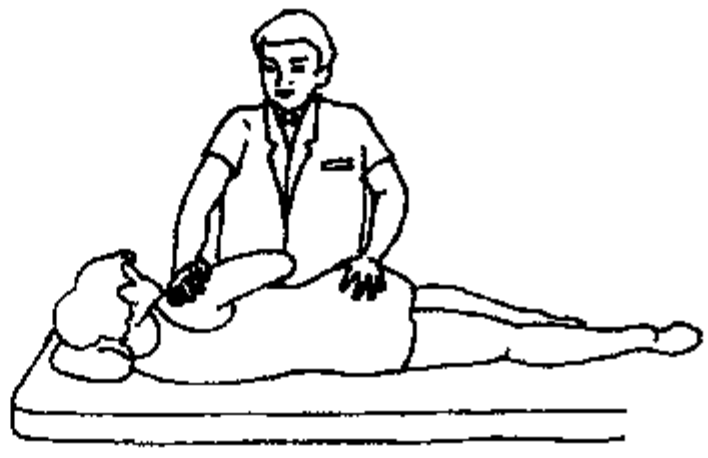


图 22－1　推扳法

4. 患者仰卧位，医者位于患侧，拿揉腹部及下肢一遍，点按患侧天枢、大巨、足三里、太冲约1分钟。

5. 作屈腰法4～5遍，然后作下肢牵抖法。

6. 作牵引松腰法、牵引晃腰法、牵引颤抖法、牵引提颠法、牵引拍打法。

【注意事项】 治疗后卧床休息2小时，缓解期要逐渐增加锻炼腰部功能，不可久行，更不可跑步。可配合中药治疗。腰椎椎管骨性狭窄手法治疗无效，需手术治疗。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：213

【手法操作】

1. 蹬腿牵引法　患者仰卧，术者一手托住患肢踝关节前方，另一手握住小腿后方，使髋、膝关节屈曲，双手配合，使髋关节作被动的顺时针或逆时针方向的旋转活动，各3～5圈，然后嘱患者配合用力，迅速向上作蹬腿活动，术者顺着蹬腿的方向用力向上牵引患肢，操作3～5次。

2. 腰部按抖法　助手二人，一人握住患者腋下部，一人握住患者踝部，两人作对抗牵引，医者两手重叠在第4、5腰椎处进行按压抖动，一般要求按抖20～30次。

3. 直腿屈腰法　患者仰卧，或两腿伸直端坐床上，两足朝向床头端。术者面对患者，尽量用两大腿前侧抵住患者两足底部，后以两手握住患者的两手或前臂。用力将患者向前拉，再放松回到原位，迅速操作，可重复8～12次。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：376～377

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者立其侧。用掐法或掌根按揉法治疗腰脊柱两侧肌肉，再治疗腰骶部、臀部、大腿后侧、小腿后侧，计15～20分钟；用拇指按揉法刺激所选用的穴位，每穴30秒。

2. 病人仰卧位，医生立其侧。在大腿前侧尤为髂腰肌、股四头部位做重点治疗，计5～10分钟，选用掐法或掌根按揉法。

3. 接上势，做被动抬腿式，动作宜缓，牵拉也不必过大。

4. 嘱患者再俯卧，医者在腰脊柱及两侧的肌肉和腰骶部擦热，接着给予热敷。

【注意事项】

1. 推拿治疗本病强调以柔和手法为主，切忌腰部后伸、斜扳、挤压等不恰当的手法和过于猛烈的被动运动。

2. 患者平素要保暖、腰围护腰、卧板床。

3. 经推拿治疗2～3个月后而无效者，应考虑手术治疗。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：767－768

【手法操作】

1. 患者取俯卧位，医者立于患侧，用四指推法或掖法施于腰椎两侧的肌肉，沿膀胱经面下，经臀部、大腿后部、腘窝，直至小腿后部，上下往返3～5次，约10分钟，以达活血化瘀、舒筋通络之效。

2. 患者仰卧位，医者立于患侧，在大腿前侧，尤其是髂腰肌、股四头肌、小腿外侧，施四指推法，约 10 分钟，以舒筋通络。

3. 施点按法于肾俞、命门、秩边、居髎、阳陵泉、阿是穴等处，每穴约 30 秒钟，以达通络止痛之效。

4. 患者俯卧位，医者施擦法于腰骶部两侧骶棘肌处，以局部透热为度，并可配合热敷。

【注意事项】

1. 推拿治疗本病强调以柔和为主，忌用腰部大幅度的后伸、斜扳、挤压等被动运动。

2. 患者平素宜保暖，戴腰围护腰，卧硬板床。

3. 推拿治疗 2～3 个月无效者，可考虑手术治疗。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：316－317

【手法操作】

1. 患者俯卧位，先用擦法或掌根按揉法治疗腰脊柱两侧的肌肉，再治疗腰骶部、臀部、大腿后侧、小腿后侧，操作约 10 分钟；用拇指按揉肝俞、肾俞、命门、秩边、居髎、环跳、委中、阳陵泉、解溪等穴，每穴约 1 分钟，以酸胀为度。

2. 患者仰卧位，用滚法或掌根按揉法治疗大腿前侧，以股四头肌为重点，操作 5 分钟。

3. 患者仰卧位，强迫作直腿抬高，动作宜缓，以病人能忍受为度。

4. 患者俯卧位，直擦脊柱两侧的膀胱及脊柱，横擦腰骶部，以透热为度；掌拍腰骶部及大腿、小腿后侧，以皮肤微红为度。

【注意事项】

推拿治疗本病以柔和手法为主，切忌使用腰部斜扳和过于猛烈的被动运动。

患者平素腰部保暖，腰围护腰，卧床休息。

推拿治疗本病 2～3 个月无效，可考虑手术治疗。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 重庆：科学技术文献出版社，2001：518

【手法操作】

1. 掌按揉法

（1）患者俯卧位：医者立于患者一侧，在腰骶部采用掌根按、揉法，沿督脉、膀胱经向下，经臀部、大腿后部，腘窝部直至小腿后部上下往返 2～3 次，然后点按腰阳关、肾俞、大肠俞、次髎、环跳、承扶、殷门、委中、承山等穴。弹拨腰骶部两侧的竖脊肌及揉拿腰腿部。

（2）患者仰卧位。医者用掌揉法自大腿前、小腿外侧直至足背上下往返 2～3 次，再点按髀关、伏兔、血海、风市、阳陵泉、足三里、绝骨、解溪等穴，拿委中、昆仑。

2. 腰部按抖法　一助手握住患者腋下，一助手握住患者两踝部，两人对抗牵引。医者两手交叠在一起置于第 4、第 5 腰椎处行按压抖动。一般要求抖动 20～30 次（图 22－2）。

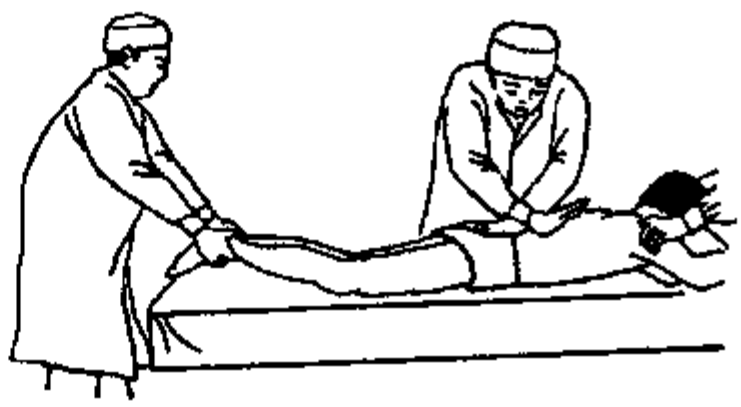


图 22－2　腰部按抖法

3. 直腿屈膝法　患者仰卧或两腿伸直端坐于床，两足朝向床头端。医者面对患者立于床头一端，尽量用两大腿前侧抵住患者两足底部，然后以两手握住患者的两手或前臂，用力将患者拉向自己面前，再放松回到原位。一拉一松，迅速操作，重复 8～12 次（图 22－42）。最后屈伸和搓动下肢，结束手法。

【注意事项】 急性期应卧床休息，一般 2～3 周。减少腰骶后伸。严重者可采用屈曲型石膏背心或支架固定，减少腰骶后伸。病情缓解后应加强腹肌锻炼，还可练习行走、下坐、蹬空、侧卧外摆等动作以增强腿部肌力。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：617

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者立于患侧，用指推和滚法施治于腰椎两侧肌肉，沿膀胱经自上而下，以臀部和小腿后部，直至足跟部。

2. 点按肾俞、命门、秩边、居髎、阳陵泉和阿是穴等处。

3. 助手两人，一人握住患者腋下部，一人握住患者踝部，两人用力对抗牵引，医者两手重叠在一起，置于腰 4、5 椎处进行按压颤动。

4. 医者用擦法在腰骶部两侧骶棘肌处，以透热为度。

【注意事项】 推拿方法治疗本病强调以柔和为主，忌用腰部大幅度的后伸、斜扳、挤压等被动运动。推拿治疗 2～3 个月无效者，可考虑手术治疗。

【文献出处】 李明磊主编. 推拿学[M]. 北京：科学出版社，2002：154

【手法操作】

1. 按揉法　患者俯卧，医者用掌根或拇指自患者上背部沿脊柱两侧足太阳膀胱经循行路线，自上而下进行按摩，下至臀部。

2. 点压法　术者用掌根按压棘突，自上向下，再以拇指点按命门、肾俞、腰阳关、志室、居髎、环跳、承扶、委中等穴。

3. 滚法　术者于足太阳膀胱经及督脉上行滚法。由上而下。手法使患者放松，缓解肌肉痉挛，温经通络，然后可做以下手法。

4. 按抖法　两助手一人握住患者腋下，一人握住患者踝部，两人对抗牵引，医者双手重叠，按压抖动腰部，可按抖 20～30 次。

5. 蹬腿牵引法　患者仰卧，医者一手托住患肢踝关节，另一手握小腿，使患者屈膝屈髋，双手配合，使髋关节作被动的放置活动，顺时针、逆时针各 5 圈，然后嘱患者迅速向上作蹬腿活动，术者顺蹬腿方向用力牵引患肢，按作 5 次。

6. 屈膝屈髋法　患者仰卧，医者一手扶住患者双足部，另手扶住膝下部，使双膝、髋关节屈曲，使大腿接近腹壁，用力下压双膝，使腰部极度屈曲，可重复操作 3～5 次。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：933

第二节　急性腰扭伤

【手法操作】

1. 用椒盐酒、洗剂或揉剂在伤处洗熨揉擦 1 ~2 次，每次约半小时，目的是消毒止痛。

2. 掐、擦、揉和捏申脉、昆仑、复溜、绝骨、承山、承筋、委中、髓骨、承扶、腰俞、八髎、白环俞、肾俞、脊中、筋缩诸穴，先泻后补。

3. 施整形法中的卡法。

4. 施整形法中的屈法。

5. 患者俯卧，伸腿展臂。医者两手平掌在患者胸椎部用力向下循椎骨压按，次第行至尻部。在这过程中，听见关节发出声响，就是扭捩脱离原位的肌腱被挤入原来的本位而愈合了。用力要先轻后重，重后变轻。

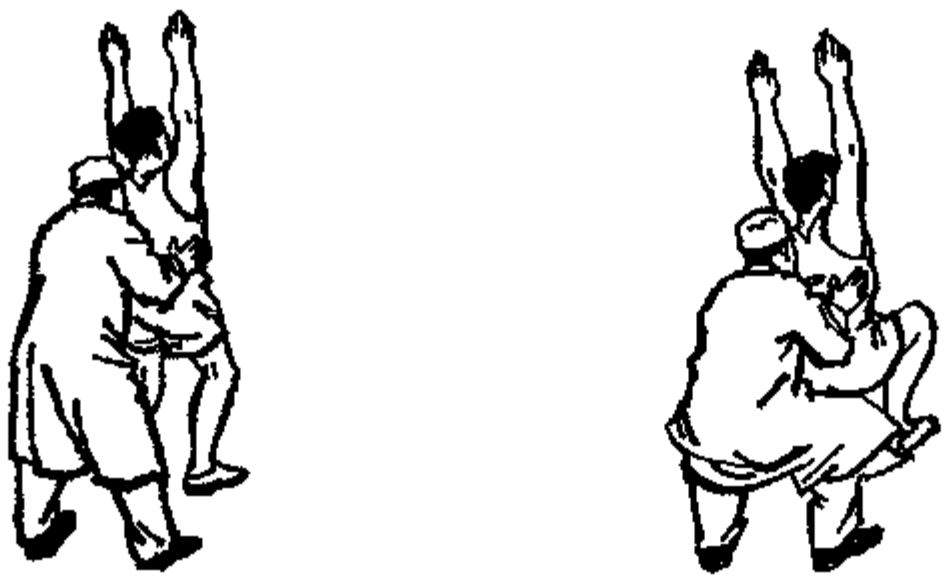
经过本法治疗仍然不见好转，即可施用背晃法，或者继续施用本法。

6. 在患者背部、腰胯部施拨筋法、轻抚法、揉捏法、叩打法，反复 3 次。

7. 施行上述各法如仍未见大效，可施扶墙下蹲法。其法：患者面墙面立，两臂高举，胸部触墙，然后医者用两手抵住其腰眼，再令患者徐徐下蹲。如此 3 蹲 3 起，一般腰部扭扳无不奏效（图22 -3）。

【注意事项】　经过诊查，肯定只是腰膂肋筋扭捩，无骨伤而且是闭合性的，即可施用本疗法。

【文献出处】　曹锡珍. 外伤中医按摩疗法[M]. 北京：人民体育出版社，1962：164 -165



①　②

图 22 -3

【手法操作】　患者取俯卧位，按摩时用舒活酒。先作抚摩，在整个腰部进行，以放松全部腰肌，然后，在伤部用掌根揉，再揉腰俞穴，推筋缩、肝俞穴，捻带脉穴，以通经活络，舒畅气血。最后在背部及臀部施以深度按摩及推压、轻搓等手法。

【文献出处】　郑怀贤. 伤科按摩术[M]. 成都：四川人民出版社，1964：122

【手法操作】 患者取俯卧位，按摩时搽舒活酒。拉伤初期，局部红、热、肿、痛俱重，重力按摩会加重其炎性反应，因此须轻而缓地抚摩较为适宜。取穴在新伤时，多在局部远端上下，掐肝俞、关元、委中、承山，可起通经镇痛作用。待红肿减轻或基本消退时，可在伤部作抚摩，背部和臀部作深度按摩，继而以两手拇指从伤肌两端分别向伤部作按压及揉，此法施力不可过重，应使患者无剧痛感。最后阶段，伤部皮肤正常，但深部组织有粘连或变硬现象，弯腰或转体过大就痛，此时手法宜重，力量应达到组织深部，以松解粘连和瘢痕，在背、腰、臀部进行大面积的磨擦和深度按摩，于伤部用掌根揉，揉时以肌肤微热和深部组织松软为度；接着在背和臀部作搓、揉腰俞，掐委中、承山、肾俞；最后以抚摩结束。

【注意事项】 腰部拉伤若不及时根治，容易遗下慢性腰痛的残疾。为免此弊，医生的精心负责固然重要，但患者更应密切配合，在治疗期间不洗冷水浴，避免腰部受凉，不过分劳累，不大力负重等等，均是提高疗效和不留下后遗症的重要条件。按摩治疗的同时，还应配合外贴膏药，内服中药。在后期，热疗和电疗亦可作为辅助治疗。

【文献出处】 郑怀贤. 伤科按摩术[M]. 成都：四川人民出版社，1964：125

【手法操作】

1. 患者俯卧位，先在腰部作轻摩或拇指推，以放松腰部肌肉，减轻疼痛。

2. 滚腰部两侧，手法宜轻；继用拇指或大、小鱼际揉伤处四周，然后逐渐移向中心。由轻揉慢慢到深揉，以达到舒筋活血、祛瘀生新的目的。以上手法，重复数遍。

3. 穴位推拿：取腰部阿是穴、肾俞、命门、次髎、环跳、承扶、委中等穴，用揉、掐手法。

4. 按搬腰髋。医生右手轻按腰部左手搬起右侧骨盆。一按一搬的动作，协调地自上而下进行。

5. 掌拍腰部。以空凹形的手掌面，拍击腰部十余下或更多。

6. 患者起立，作揉腰及腰部引伸。每日推拿一次，每次 20～25 分钟，直至症状基本消失。

【注意事项】 推拿后患处用中草药湿热敷，每次 10～20 分钟。此外，还可应用物理疗法。民间砖击法，对本病也有效。

【文献出处】 安徽医学院附属医院. 推拿疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1972：94－95

【手法名称】 低平面急性腰扭伤按摩治疗手法

【手法操作】

1. *准备手法* 患者俯卧位，两膝伸直，腘窝向上，术者以两手拇指分别放于腘窝中点“委中”穴平面之上，用力向前向上推压半分钟，患者两下肢有酸胀感。

2. *治疗手法*

（1）术者以两手食及中指在腰三角处，找出两侧髂骨嵴上缘及骶棘肌外缘，两手拇指分别置于两侧骶棘肌外缘，拇指纵轴与肌纤维呈垂直方位，其他四指环抱两侧髂骨（以下为重点治疗手法）。两拇指同时向中心横行挤压，待拇指分别推到骶棘肌肌腹中部（相当于大肠俞穴），两拇指向内向下用力挤压，然后再用力向上推挤，此时用力最大。1 分钟后，将拇指向外旋转，逐渐放松压力，最后两拇指在原处轻轻按揉。

（2）将两拇指分别放于两侧髂骨后上棘的内缘，相当骶棘肌的下端“关元俞”穴，用力向前，向内，向下按压半分钟。

(3)术者右手掌放于腰椎4~5平面的背侧,左手掌搭于右手手背上,两手掌在患者腰部作左右摇摆、推按,反复4~5次。

(4)患者俯卧位,术者以左手掌根沿右侧背伸肌自上而下旋转按揉,骶髂到关节上缘为止。反复2~3次,同法以右手掌根施于对侧。

(5)术者两手四指搭于患者两肩之背侧,两手拇指放于第一胸椎棘突平面在背伸肌的外缘,轻轻向中线挤压,挤压时拇指向前推捺并向上向外旋转,自上而下逐渐滑行至腰骶关节平面为止,反复2~3次。

(6)患者俯卧位,两上肢攀住床头上缘,术者用两手持握患者两足踝关节,徐徐向下牵引约半分钟,然后骤然牵引两下肢一次。

(7)重复治疗手法(1)和(2)。

【文献出处】 天津市天津医院,石家庄市交通运输局医院合编. 按摩[M]. 北京:人民卫生出版社,1974:97-102

【手法名称】 高平面腰扭伤按摩治疗手法

【手法操作】

1. 同低平面腰扭伤治疗手法(1),(2),(3)。

2. 患者俯卧位,术者自肩胛骨脊柱缘最高平面处开始,用两手手掌呈纵行位,分别放于两侧背伸肌之上,向上推挤耸起皮肤,同时并用其他四指将耸起的皮肤稍行抓起,旋转挤按,顺延而下。

3. 术者用两拇指同时放于一侧骶棘肌压痛点平面处(相当腰椎3平面)两拇指向内,向下再向上用力挤压。然后将拇指向外旋转分开放松于原处揉按。

4. 患者俯卧位,两手攀住床头上缘,术者两手持握患者两足踝关节,向健侧偏斜徐向下牵引至最大限度,再猛然一牵,后用手掌揉按其腰部。

【注意事项】

(1)按摩后患者即腰部舒适,休息10分钟后再重复以上手法。

(2)体弱患者,在按压大肠俞穴1分钟后,放松拇指压力时,须随呼吸逐渐放松,不可骤然放松。

(3)如急性症状消失,腰部大范围活动仍有限制或疼痛时,可采用慢性腰扭伤手法继续治疗。

【文献出处】 天津市天津医院,石家庄市交通运输局医院合编. 按摩[M]. 北京:人民卫生出版社,1974:111-112

【手法名称】 闪腰岔气治疗手法

【手法操作】

1. 点压膀胱经法:凡因气血瘀积胸胁,伤及筋膜,转侧不利,不敢深呼吸者,须点压脊椎两侧膀胱经2~4遍。

2. 点压患胸或脊部的压痛点。

3. 扭腰法:先后向健侧和患侧左右各扭转1次。可使胸胁痉挛之筋腱得以舒展。

4. 疏理胁肋法:医者两手四指分开,紧贴于病人患侧肋间用力向胸外侧疏理。此法有活血

舒络，消除瘀积的作用。

【文献出处】 乳山县人民医院海阳所分院. 推拿疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1976：97

【手法操作】

1. 患者俯卧，医者站于患者外侧，腰背部皮肤涂擦舒筋止痛水。

2. 医者双手掌心在患者腰背部，从上向下平推理筋，即为推筋法。

3. 双手掌根在痛处进行按揉，即为揉筋法。

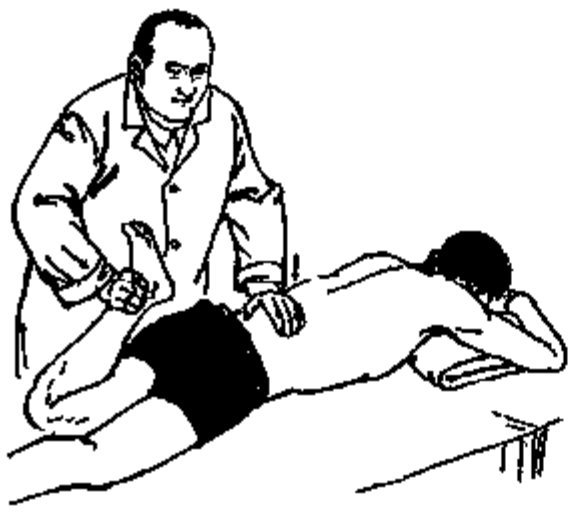


图 22－4 屈腿按腰法

4. 医者进行叠手掌心按压腰背部痛处，即为按筋法。

5. 双手拇指与食、中指向腰背肌两侧，直向拿拨筋，即为直向拿筋法。

6. 继续施行横向拿拨筋手法，即为横向拿拨筋法。

7. 医者一手环握患者小腿下部，继续屈腿，另一手掌心按压腰肌，每侧 12 次，两侧分别进行，即为屈腿按腰法（图 22－4）。

【文献出处】 林如高，张安桢，林子顺. 林如高正骨经验[M]. 福州：福建人民出版社，1977：198－202

【手法操作】

1. 手法 滚、点按、扳、过伸位旋转，侧卧屈髋、骨盆旋转等手法。

2. 手法操作

（1）患者俯卧位，术者用双手大拇指分别点按两侧肾俞、环跳、委中、承山等穴。

（2）点按穴位后，术者站立床侧，用滚法以放松腰背部肌肉，缓解肌肉的痉挛。滚法的操作面积要稍大些，从上背至下腰部，开始时肌肉僵硬明显，手法要稍轻，随着肌肉痉挛的逐渐缓解而逐渐增加滚法的力量。

（3）疗法施行 10 分钟左右后，术者一手按在腰部，一手扳肩，换手扳腿（图 22－5）。然后术者改站在治疗床对侧，再扳患者另一侧肩、腿，使腰部过伸。

（4）患者侧卧；一伤侧在上，术者一手扶髋部，一手拿踝关节，拿踝关节之手先做环转摇晃，面后令患者屈膝，屈髋，同时扶髋之手改按腰部，拿踝关节之手换扶膝前部，双手相对挤按。

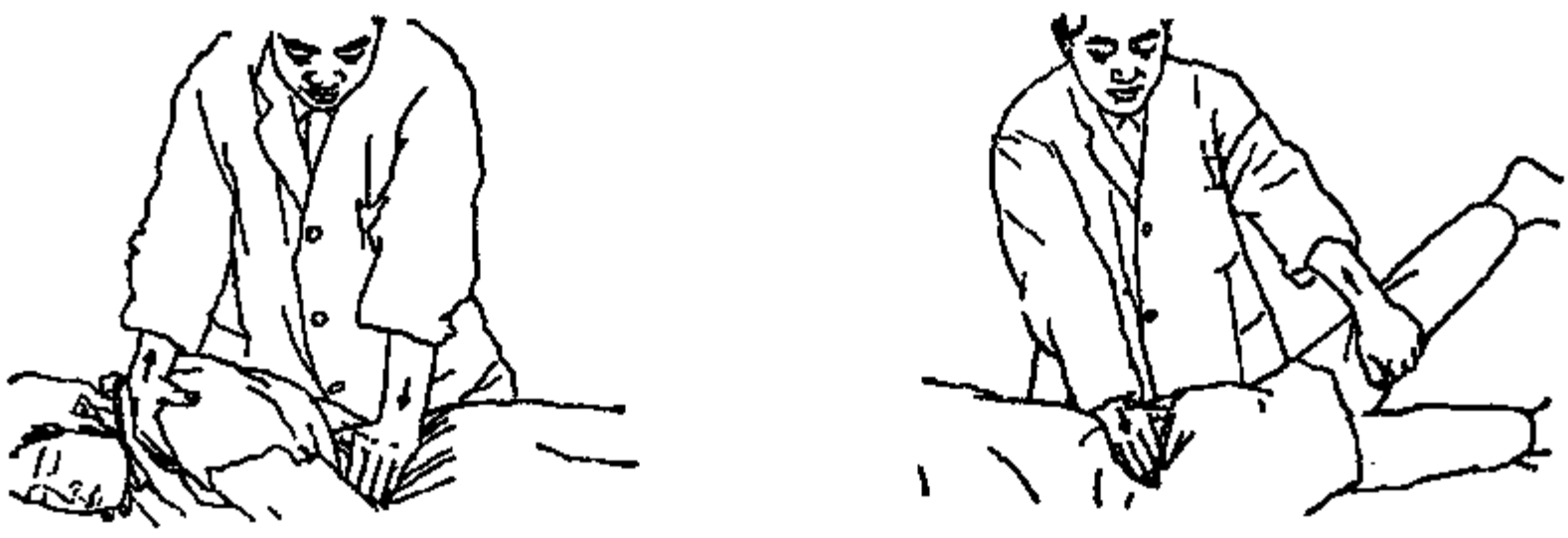
（5）患者仰卧，令患者髋、膝关节屈曲，术者站在一侧，一手扶膝，一手扶踝上方，先行摇晃，而后令膝、髋关节尽量屈曲，使骨盆旋前。

（6）患者仰卧，髋、膝关节尽量屈曲，术者站在一侧，一手扶双膝，一手扶术者对侧患者的肩部，双手向相反方向用力，使骨盆旋转（图 22－6）。

（7）患者改为坐位，双膝并拢，令一助手扶住双膝，术者站其背后一侧，一手从背后扶患者对侧肩部，用臂部扶托患者上背部，一手从胸前拿住患者上臂部，令患者后伸腰部，边过伸术者边下蹲，当患者腰背与地面平行（甚或肩部稍低）时，术者双手一齐用力使上背部旋转。

（8）患者坐位，腰部前屈，术者一手扶患者肩部，一手用掌擦法由上向下擦之。

【文献出处】 季根林. 推拿简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1981：92－96



①扳肩法　　②扳腿法

图 22－5 腰部过伸

【手法名称】 督脉经手法

【手法操作】 这是腰部的常规手法，可以应用于各种损伤性腰痛、腰背痛或腰腿痛。操作步骤如下。

1. 患者俯卧床上，两腿伸直，肢体放松。助手两人，一人抓住两足踝上部，一人握住两腋部，两人作对抗牵引。医者用两手拇指置于患者脊柱两侧点揉，由胸椎 1 起依次向下，经过腰椎 3 两侧的肾俞穴、两侧环跳穴、两腘窝（委中穴）、两小腿肚（承山穴）等处时，须停留加强力量点揉三转，使气血运行，经络舒通。这时患者俯卧体位就可以得到着实，然后手再回至腰部按定患处。

图 22－6 骨盆旋转法

2. 当手回到腰部时，按照扭伤的部位，如伤在右侧，用左手揿住患部，右手提拉其右足。若伤在左侧，用右手揿住其腰部，左手提拉其左足。用“提拉法”尽力向后提拉，使其腰部过伸，先轻轻晃动几下，最后用力猛然一拉，可听到发自腰部的“格嗒”响声，这个响声是手法成功的重要标志。如一次未能拉出响声，可再重复一次。听到响声后即将下肢放平。

3. 以一手伸平垫于下面，一手握拳频击手指背面，沿脊柱中线督脉经循行路线自上而下不断叩击，击至腰部时须停留腰部正中（相当于腰阳关穴），加重力量连续击动三下，称为“震击开泄”。可行气活血，滑利关节。

4. 用手掌从背后脊柱两侧自上而下按推，推到腰部 3 次。第四次可以从肩后沿足太阳膀胱经循行路线推至足跟。两侧相同，推时手要踏实，不可轻浮，否则要影响到效果。

以上手法作为一节。腰部扭伤，一般只做一节即可达到治疗目的。在手法结束后，嘱患者不要翻身，以防再扭伤，下床时须脚先着地站稳，上身再缓缓站起，并嘱两手虎口撑住腰部两侧，竭力向当中卡紧，两目向前平视，大多数患者在保持此种姿势下，即能自动行走。

如扭伤日久，由于有血瘀或水肿的存在。手法后症状虽有改善，但须结合药物治疗，至于棘间韧带急性扭伤，手法的效果就较差。除上述手法外，尚须加用局部按揉等法。

【注意事项】 如果有下列情况存在，手法须谨慎使用或者不用，应在手法前加以注意。

1. 腰椎有压痛，可能有骨折存在者。

2. 素有胸腰椎轻重不同的强直者。

3. 妇女在怀孕期间。

4. 年高气血衰弱或有骨质疏松者。

5. 症状严重，疼痛面广，外用药可用腰脊胸腔洗方，并加擦活络药水，每天 2～3 次，同时须卧硬板床，如果症状较轻，疼痛范围较集小的，可用膏药。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：91－94

【手法操作】

1. 解痉镇痛　患者俯卧位，腹部垫以软枕，两手放在体侧或下垂，使腰部肌肉尽量放松。先在痛点周围和肌肉痉挛处，作掌根轻摩和拇指推法，以解除肌肉痉挛，放松肌肉，减轻疼痛。开始时手法不宜过重，不然会使肌肉痉挛加剧。

2. 舒筋活血　体位同上，滚腰部两侧。选用拇指或大、小鱼际揉法，自伤处四周逐渐移向中心，手法由浅及深。最后用拇指深揉痛点，并沿肌肉、韧带作上、下、左、右推扳拨动，舒理筋肉。

3. 疏通经络　选取腰部阿是穴，以及肾俞、上髎、环跳、委中等穴，用揉、掐手法推拿。

4. 对抗牵拉　体位同上。由两人操作，一人站于床头两手插于患者腋下固定，另一人站于床另一头，两手各握患者小腿下端牵拉。两人相反方向用力，对抗牵拉 1 分钟，重复 2～3 次。此手法适用于后关节扭伤滑膜嵌顿。也可用牵引床牵拉。

5. 动摇关节　伤后 1 周，损伤组织近愈时，可动摇关节，根据病情选用以下手法。①压腰后伸：术者以掌或前臂按压患者腰部，另一手托其大腿，使髋后伸，压与伸的手法同时发力（图 8－2）。两侧各做 6～10 次。②搬腿。③扭腰。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京：人民卫生出版社，1982：170－171

【手法操作】 病员取俯卧位，医者立于右侧，在患者两侧腰眼及腰大肌找到压痛点（大多数患者均有痛点），首先自背部至臀部用五指撤揉，反复几次，待局部肌肉松弛后，用右手的食、中、无名指着于压痛点按揉 5 分钟，以按而散之，揉而和之，达到行气活血，舒经活络之目的。然后用滚法，自腰部的痛点（骶髂关节处）撵指至小腿腓肠肌，并点揉肾俞、大肠俞、环跳、委中、承山穴，约 5 分钟。最后用 2～3 个火罐，以“闪火法”在痛点周围交替吸拔，以局部皮肤红润为度。全过程约 15 分钟。隔日推拿一次，并嘱患者配以弯腰和幌腰两个动作为主锻炼。一般经治 1～3 次，症状可缓解，乃至临床痊愈。

【文献出处】 闻正怡，周华龙，刘孔江. 朱金山推拿集锦[M]. 南京：江苏科学技术出版社，1983：94

【手法操作】

1. 取穴　腰阳关、肾俞、委中。

2. 手法　滚法、按法、揉法、擦法、弹拨法及腰部被动活动。

3. 操作

(1)病人俯卧位。医生用滚法在压痛点周围治疗，逐渐移至疼痛处。然后在伤侧顺骶棘肌纤维方向用滚法操作，往返 3 ~4 遍，配合腰部后伸被动活动，幅度由小到大，手法压力由轻到重。

(2)病人俯卧位。医生按、揉腰阳关、肾俞，拿委中，以酸胀为度。然后在压痛点上、下方用弹拨法治疗，弹拨时手法宜柔和深透。

(3)病人俯卧位。医生在受伤一侧，沿骶棘肌纤维方向，进行直擦，以透热为度。

(4)病人侧卧位，患侧在上。医生作腰部向前、向后的斜扳。若疼痛剧烈者，在上述手法治疗后可加热敷。

【注意事项】

1. 治疗期间，病人卧板床休息，腰部制动 3 ~4 天。

2. 治疗时，病人应根据可能情况选择肢体最放松的位置，不可强求某一体位。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：108

【手法名称】 腰骶关节急性扭伤的治疗手法

【手法操作】

1. 低平面腰扭伤治疗手法

(1)患者俯卧位，术者以两手食及中指找出两侧髂骨嵴上缘及骶棘肌外缘。两手拇指分别置于两侧骶棘肌外缘，拇指纵轴与肌纤维呈垂直方位，其他四指环抱两侧髂骨。两拇指同时向中心横行挤压，待拇指分别推到骶棘肌肌腹中部(相当大肠俞穴)时，两拇指依皮肤之滑动，向下稍滑，并用力向下按压。向下按压时，力量须持续加重到术者最大指力，不可猛压。按压持续半分钟后，再用力向上推挤，同时拇指向外旋转并逐渐放松压力。最后两拇指在原处轻轻揉按。

(2)术者将两拇指沿骶棘肌向下移动，至髂骨后上棘缘，相当腰 5 骶 1 平面关元俞穴，用力向下按压半分钟。此处拇指直压直起，不滑动，不旋转。

(3)术者两手拇指置于腰 5 骶 1 平面骶棘肌的外缘，稍向内推即用力向下按压，持续半分钟后，拇指向上滑动并向外旋转放松。

(4)术者以手掌掌根沿右侧背伸肌自上而下旋转揉按，至骶髂关节为止，反复 2 ~3 次，同法施于对侧。

(5)术者两拇指呈水平位，放于第一胸椎棘突两侧旁开 2 cm 处向中线挤压。挤压至中线起手时，拇指向上向外旋转，顺延而下，至腰 5 平面止。反复 2 ~3 次。

(6)患者两手攀住床头，一助手持握两踝上部，徐徐向下牵引半分钟。此时，术者右手掌放于腰 4 ~5 平面之背侧，左手掌搭于右手背上。两手掌重叠在患者腰作左右摇滚推按，反复 4 ~5 次。

(7)同第二手法(即上述手法 1 ~2，重复一次)。

2. 高平面腰扭伤治疗手法

(1)术者两拇指分别置于平腰 4 ~5 平面之两侧骶棘外缘，同时向中线挤压，待拇指推到骶棘肌肌腹中部(相当大肠俞穴)时，拇指依皮肤之滑动，向下稍滑，并持续用力向下按压至最大指力半分钟，再用力向上推挤并向外旋转，逐渐放松压力。拇指在原处轻轻揉按。

(2)术者两拇指呈水平位,放于第一胸椎棘突两侧旁开 2 cm 处向中线挤压,挤压至中线起手时,拇指向上向外旋转,顺延而下,至腰 5 平面为止,反复 2~3 次。

图 22-7

(3)术者手掌放于患侧背伸肌之上,四指屈曲,以掌根稍按压后,即猛然用力向前推耸,自肩胛骨下角开始,顺延推耸面下,至腰 4~5 平面为止(图 22-7),反复 1~2遍。

(4)术者用两手大鱼际部,自 T1 平面开始,沿两侧背伸肌向外分开推按,至 L4~5 平面为止,反复 2~3 次。

(5)患者两手攥住床头,一助手站在床尾,持握患者两踝上部,徐徐向下牵引半分钟,此时,术者右手掌放于腰 4~5 平面之背侧,左手掌搭于右手背之上,两手掌重叠在患腰部作左右摇滚推按,反复 3~4 次。

【注意事项】

1. 按摩后,患者即感腰部舒适,稍微休息一下。嘱患者在俯卧位两手支住床面,两膝弓起,逐渐坐起,转于床边,下床活动。一般患者均能自己下床走路,疼痛大为减轻。少数病例疼痛不能完全解除时,10 分钟后,可再重复以上手法。如疼痛仍不能解除,应拍片仔细检查。

2. 体质虚弱的患者,在按压大肠俞穴位时,须徐徐放松拇指压力,不可骤然起手。

3. 急性腰痛症状消除后,如腰部仍有活动限制或疼痛,可采用慢性腰痛的按摩手法治疗。

【文献出处】 李墨林,陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京:人民卫生出版社,1986:120-124

【手法操作】

1. 令患者两脚分开站稳,两下肢下垂放松于身体两侧,尽力使腰部挺直。

2. 若患者疼痛较重不能坚持站立时,可由助手扶持,并尽量向上提拢,使患者腰部达到最大程度的挺直。

3. 医者和患者背对背站在患者身后。两肘弯曲由下而上勾挽患者的两肘部,医者的背臀部紧贴患者的腰骶部,然后身向前俯,膝关节微屈,慢慢地将患者反背起,使患者两脚尖离地,并嘱患者呼吸自然,不要迸气。全身肌肉放松。

4. 医者两足分开,距离与肩等宽,两膝屈曲挺臀部,将患者身体从医者背上渐渐滑下至患处对准医者骶尾部。两腿放松下垂。

5. 医者先做屈膝、屈髋、挺臀。作上下震颤 3~5 次,而后用骶尾部作左右摇晃 3~5 次,使患者腰部和肢体随之作左右摆动,此时患者有痛感,故动作宜缓和协调。

6. 医者双膝关节伸直,以髋关节连同腰骶部做前屈后伸动作 3~5 次,动作时令患者全身肌肉放松,在腰脊柱下半身重力的牵拉作用下,使错位得到整复作用。

7. 患者双足着地,慢慢地站起来,根据病情的需要,助手向上托扶患者的腋部,医者用一手掌面向前扶患者的腹部,用另一手掌根部或拇指罗纹面在患处进行按摩数次。

8. 令患者两脚分开约与肩宽,腰部挺直站立,两上肢下垂于体侧,医者用双手拇指与食、中、无名指拿按两侧肩井,继用五指拿法、拍法于脊背部两侧膀胱经、督脉经,自上而下往返

2～3次，再用两手掌根击法，沿两下肢内外侧诸经脉自上而下击打2～3遍，令患者自行走路及活动腰部，观察病情好转情况。

【注意事项】 若效果不满意，再按上法操作一次，绝大多数患者通过1～3次治疗，即可使腰痛症状明显减轻或消失，腰部功能达到正常。辅助手法：此法为整个治疗手法的结束手法，在施术过程中若有的患者还存在有腰、臀、腿部病变或兼有其他并发症者，可配合辅助手法，手法有按、拿、指点、指按、指拔、压顶、拍及理筋法等。

【文献出处】 李业甫. 背法治疗腰扭伤35例临床小结[J]. 按摩与导引，1986；(4)：22

【手法操作】 对于急性腰扭伤患者，首先应使用促使腰背部肌肉放松的手法，解除其腰肌痉挛。让患者取俯卧位，术者用平掌揉法，揉脊柱两侧肌肉；用捏法，捏揉脊柱两侧的肌肉；用双拳压法，按压脊柱两侧肌肉；再用双拳滚法，滚揉脊柱两侧，然后再根据其损伤的部位，分别采用以下手法。

1. 腰背筋膜及骶棘肌损伤时，再用双手拿揉法，拿揉腰部肌肉；用肘点法，点揉腰眼脉和骶侧上脉；用立掌搓法，搓脊柱两侧肌肉；再用手掌推法，推腰背部肌肉。

2. 棘上或棘间韧带损伤时，用跪指揉法，揉棘上和棘间韧带处；用单拳滚揉法，滚揉棘上和棘间韧带处；用肘点法，点拨尾肾脉和尾中脉；再用摆法，摆揉棘上和棘间韧带处。

3. 髂腰韧带损伤时，用双手拇指点揉法，点揉骶侧上脉；用肘点法，点揉骶侧上脉；用斜扳法，一手按于骶侧上脉处，另一手进行斜扳（图22－8）；再用侧扳法，扳动腰部关节（图22－9）。

图22－8　斜扳法

图22－9　用侧扳法（扳动腰椎各关节）

4. 腰骶关节损伤时，应先选用促使腰部两侧肌肉放松的手法，然后用双掌压法，压迫尾中脉及腰骶关节处；用折腰法，活动腰骶关节；用肘点法，点拨尾肾脉和尾中脉；再用斜板和侧扳法活动腰部各关节。

5. 骶髂关节损伤时，除选用揉按腰部肌肉的手法外，用双掌揉法，揉臀部肌肉；用肘点法，点揉骶侧上脉和骶侧下脉；用肘点法，点拨臀侧脉、髂侧上脉与髂侧下脉；然后用腰骶滚摇法，活动腰骶、骶髂等关节。

各种急性腰扭伤，除按其损伤部位分别选用以上手法外，均应再运用以下手法进行治疗。用腰背顺推法和“八”字分推法，推脊柱两侧的肌肉。最后用拍打法，拍打腰背三条线。

【注意事项】

1. 对急性腰扭伤的病人，必须详细地询问负伤经过，仔细观察病人活动姿式。还要细心进行检查，以便准确地判断受伤的部位和损伤的程度，其中最重要的是必须排除骨折、骨瘤、结核等病，才可采用手法治疗。在治疗急性腰扭伤的患者时，必须要严肃认真地施行各种手法，尤其对于比较剧烈的手法更要慎重，以免造成不良的后果。

2. 对急性腰扭伤的治疗适当与否，将对治疗效果和预后产生很大的影响，及时而适当的治疗，不但能很快治愈，而且不留后遗症。如处理不当，多留有后遗症，或转为慢性腰痛，甚至造成不良后果。

3. 本病治疗手法的特点是先用放松手法，然后再以重点突破的手法，作用于损伤的重点之处，最后再以放松的手法调解脊柱两侧肌肉韧带之拉力的平衡。用拍打法使腰背部有一种舒适感。只要手法运用得当，一般多能达到手到病除之功。

4. 对重点手法的选择，要根据损伤性质而定。一般前屈性腰扭伤宜选用斜扳法之类的手法为好；后伸性腰扭伤，要选用驼鞍式压法之类的手法为宜；旋转性腰扭伤，宜选用侧扳法之类的手法更为有益。尤其是对肌腱韧带或椎间小关节的错位，此类手法大多能使之复位。

5. 手法的用力轻重要因人而异，年老体弱者宜轻，青年体壮者宜重，但也要由轻渐重，且不可一开始即用猛烈手法，强行扳拧。各种手法可按病情灵活运用，不可生搬硬套。

6. 一般伤在腰椎处，经此手法 1～2 次即可治好，伤在腰骶和骶髂关节处要经 3～4 次可治愈。一般愈后 3～5 天内不要做扛、抬、担、挑、搬、挪重物等剧烈活动。

【文献出处】 葛长海，李鸿江，葛凤麟. 捏筋拍打疗法[M]. 北京：北京科学技术出版社，1986：118－125

【手法操作】

1. 抚摩腰部 病员俯卧。术者站于其左侧，以手掌紧贴在腰部皮肤上，用腕关节连同前臂做环形而有节律的抚摩。抚摩应从上到下，先健侧后患侧，缓和而协调地进行。每分钟 60 次左右，抚摩约半分钟，其目的是让病员有思想准备，并使腰部肌肉逐渐适应。

2. 提拿腰部诸肌 病员体位同上。术者用双手拇指和其余四指指腹对合用力，提拿腰部诸肌。提拿方向与肌腹垂直。从腰 1 起至腰骶部臀大肌，由上而下、先轻后重、先健侧后患侧地进行。重点要放在腰椎棘突两侧骶棘肌和压痛最明显处。反复提拿约 3 分钟。

3. 推揉舒筋法 病员体位同上。术者以掌根或小鱼际肌着力，在病员腰部病变部位作半环揉压。从上至下，先健侧后患测，边揉边移动，使腰部皮肤感到微热为宜，约 2 分钟。然后术者立于病员右侧，以右手掌根部和小鱼际肌处紧贴病员腰部皮肤，掌根用力，沿脊柱作鱼摆尾式推揉，由下而上，先健侧后患侧，重点要放在患侧。反复推揉 8～12 次。

4. 斜搬腰法 患者侧卧，两手交叉于胸前，上侧肢体伸直，下侧肢体髋、膝屈曲。术者站于病员背后，一手握住病员手腕部，另一手拇、食两指紧紧抓住病员裤腰带，用掌根和小鱼际肌紧紧按住病员臀部，双手配合，先轻轻晃动几下，使病员有思想准备。然后，一手用力将患者肩部向后固定，另一手将臀部推向前方。此时可听到发自腰部的“咯嗒”响声，这是手法成功的重要标志。照此手法重复 2～3 遍（图 22－10）。

5. 单腿倒搬法 病员俯卧位，双下肢伸直。术者立于病员右侧，用左手的前臂托抱住病员一侧下肢大腿下三分之一处，用力将下肢向后上抱起（过伸位），并用右手掌根按压病员腰骶

部。这时术者两手配合，一手将下肢抬起，另一手向下按压腰骶部，有节奏地使下肢一起一落。每侧做 8～12 次。然后以同样手法，做另一侧下肢（图 22－11）。

6. 双腿倒搬法　体位同上。术者立于病员右侧，左手前臂将病员双下肢大腿下三分之一处环抱住，以左手掌作腰骶部按压手式。这时，术者两手配合，左手前臂用力将双下肢向后上抬起（向后过伸位），右手掌根用力按压腰骶部，两手交替用力，一起一落。重复 8～12 次。结束时将双下肢左右摇摆 15°，2～3 次（图 8－2）。

【注意事项】 腰部急性扭伤 24 小时内，可行冷敷，使受伤的血管收缩，以防止和减少继续出血，减轻肿胀和疼痛。在休息 1～2 天后，即可进行推拿治疗。

【文献出处】 沈跃生，王回新等. 伤科临床推拿法[M]. 北京：金盾出版社，1986：146－149

图 22－10　斜搬腰法

图 22－11　单腿倒搬法

【手法操作】 手法原则是：病人疼痛的方向就是医生手法时活动的方向，病人疼痛部位就是医生按摩的重点，称为“逆痛疗法”。

1. 前屈腰部双侧疼痛者，让患者取坐位，术者立于患者背后，用两手环腰抱住（如为女性患者，可以侧抱腰），令患者向前徐徐弯腰，待患者将腰弯至最大限制时，术者两手猛然用力由前向后拉腰，患者会感到剧痛一下，疼痛可立刻消失，运动自如。妊娠患者忌用。

2. 后伸腰部双侧疼痛者，患者站立，术者与患者背靠背站立，用双肘挎住患者双肘窝，弯腰将患者抬起，臀部恰顶患者腰部，使患腰呈过伸位。然后术者旋转上身，使患者下肢左右摆动，一回摆动 5～6 次。稍停再作，三回即可。再让患者自动活动时，疼痛减轻或消失。

3. 侧屈与后伸单侧腰部疼痛者，令患者侧卧，患侧向上，背向术者。术者立于其背后面向患者足侧，用身侧抵在其骶部，用近患者之手拇指压在腰的侧方痛处，用另手握住患侧踝上，先使髋、膝两关节作屈伸活动，待其活动已能主动配合时，术者可突然用力向后牵腿，使腰呈过伸位，此时会出现瞬间的疼痛，1～2 分钟后，其腰痛可大减或完全消失，活动自如。

4. 侧屈与前屈单侧腰部疼痛者，令患者仰卧，助手固定患者双肩勿令摇动，术者将患者双膝、髋两关节屈至极度，然后向疼痛方向旋动双膝，边旋边推直达床面，操作 3 次，腰痛即可减轻或不痛。

【文献出处】 湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986：264－265

【手法操作】 患者取俯卧位，医者立其患侧。

1. 施用滚法或用掌根按揉患侧腰部，3～5 分钟。

2. 用大拇指指端按揉腰眼、大肠俞、肾俞、白环俞、天宗穴，以压痛明显处为主。

3. 在患侧腰部用小鱼际擦法，擦热为度。

4. 用掌按法按其腰脊，2～3 遍。

5. 一手按其腰脊，另一手托抱起下肢，作腰部背伸 3～5 次。

6. 患者改为侧卧位，患侧在上，屈患侧下肢，伸健侧下肢，作腰部斜扳法。

7. 局部配合中药湿热敷。

【注意事项】 治疗腰扭伤采用滚法时，可配合有关腰部被动运动。

【文献出处】 金义成. 推拿自学入门[M]. 上海：上海科学技术文献出版社，1987：134－135

【手法名称】 腰椎摇晃提端法

【手法操作】 患者坐凳上。助手用双手按住腹股沟部。医者用两臂抱住患者躯干，在拔伸下环转摇晃腰部（图 22－12①），再向后上方提端，并向斜后方倾斜，使腰部向健侧做扭转动

①腰部摇法

②拔伸斜扭

③弯腰推散

④提端推按

图 22－12 腰椎摇晃提端法

作(图 22－12②)。嘱患者将两下肢伸直。医者一手按住背部,使患者尽量迅速弯腰,用另一手手掌由上而下沿脊柱两旁推散(图 22－12③)。再用一臂抱住躯干,使腰部伸直,并用力向上提端,另一手掌按在腰部痛处,用力推按(图 22－12④)。

【注意事项】 在治疗时患者应根据可能情况选择肢体最放松的位置,不可强调某一体位。患者一旦发病,应尽可能减少腰部负重 3 天,以免影响治疗效果。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海:上海中医学院出版社,1988:112

【手法名称】 腰椎直立摇晃法

【手法操作】 适用于腰部前屈后伸活动受限者。患者两足分开与肩等宽,直腿站立,腰微前屈,双手伸直扶墙。医者用一手扶在患者腹部,另一手按在腰部疼痛处,将腰部环转摇晃(图 22－13①),扶腹之手向后推使腰前屈,按腰之手随即向前用力推按使腰过伸(图 22－13②),再揉捻痛处。

【注意事项】 在治疗时患者应根据可能情况选择肢体最放松的位置,不可强调某一体位。患者一旦发病,应尽可能减少腰部负重 3 天,以免影响治疗效果。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海:上海中医学院出版社,1988:113

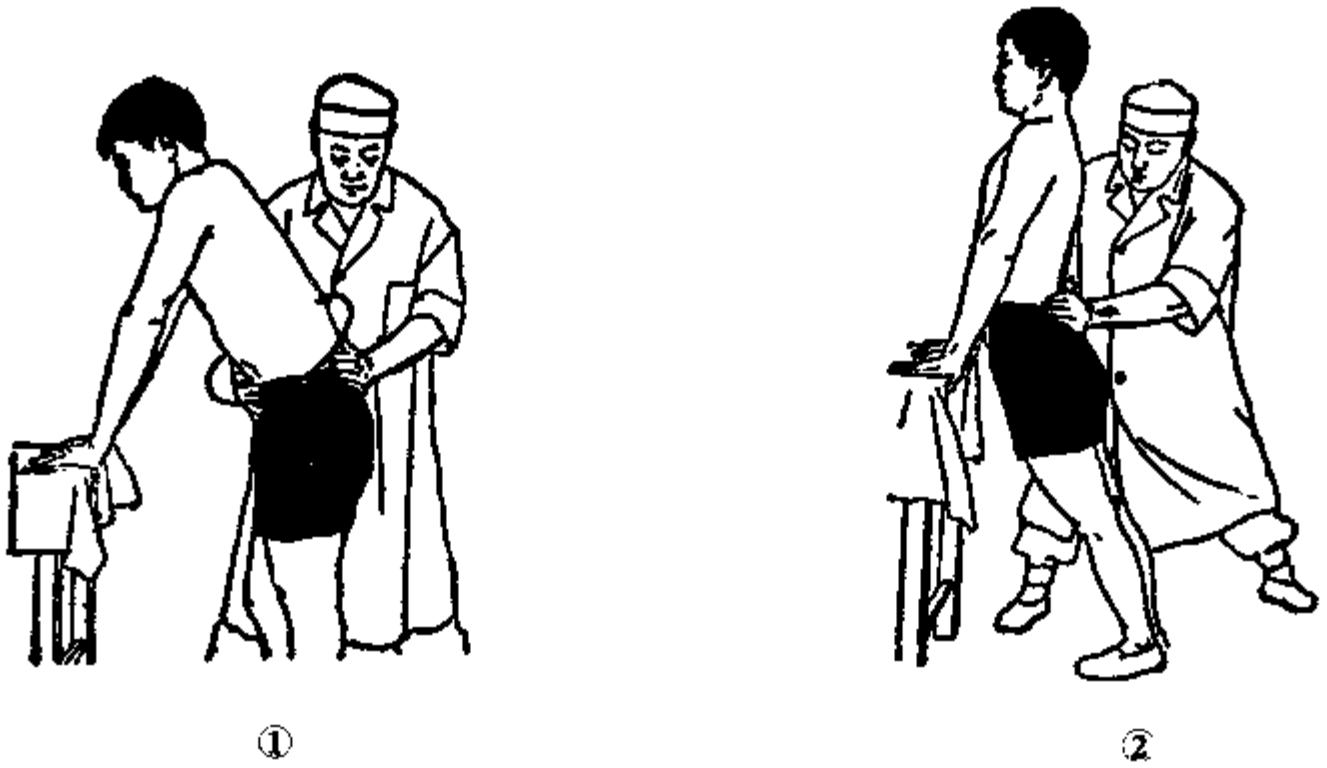


图 22－13 直立摇晃

【手法操作】

1. 病人取俯卧位,先远道取穴治疗,按揉双侧委中穴 10～20 次。可根据病员的耐受度适量重刺激。

2. 继续取俯卧位,在病变侧竖脊肌的远端用轻手法按揉,逐渐向主痛部位接近;亦可从健侧竖脊肌处先用轻手法按揉,逐渐向患侧主痛部位接近;如此往返 5～10 次。手法的刺激量可视病人的耐痛度递增。

3. 继续取俯卧位,在压痛点上弹拨、指揉和掌根按揉,以弹拨法为主。弹拨时指端与患部

肌肉纤维、肌腱成垂直方向来回拨动，因同手指在琴弦上弹拨一般而得名。弹拨后可按揉，亦可用拇指以压痛点为中心向四周作放射状理筋手法。

4. 继续取俯卧位，在患侧沿竖脊肌纤维方向用擦法，以热为度。

5. 可辅以侧卧位（患侧在上）的斜扳法和仰卧位的双下肢屈髋屈膝被动运动。这一组手法均有牵伸竖脊肌的作用，利于痉挛肌肉的松解。

【注意事项】

1. 手法要柔和，因势利导，避免在腰痛部位强行采用重手法刺激。

2. 推拿治疗后，需卧硬床休息，腰部制动 3～6 天。即使立刻缓解的病人也需要有一休息康复过程。

3. 对于重症剧痛病人，治疗后要根据病人的情况选择一个最能放松的位置，一般来说以三曲体位为好。

【文献出处】 陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：42－43

【手法名称】 杜自明的侧扳顺序伸屈腰髋关节法

【手法操作】 病人右侧卧，术者右前臂压臀部，左前臂压肩锁窝陷处，用力右臂压臀向下，左臂抵肩向外，当病人腰部放松时，可发出“嘀嗒”声响，是腰椎间关节达到最大活动范围的表现，谓之侧扳。顺序将大腿屈膝屈髋抵腹部，同时另手抵背使腰部也向前弯曲如对虾状，再一手握踝，另手抵腰使腰及髋关节过伸，左右同势。最后将病人背起，蹲下。

【注意事项】 在脊柱推拿前要在病痛的最主要的损伤之处点穴按摩。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：143

【手法名称】 刘柏龄治疗急性腰扭伤的三搬一牵法

【手法操作】 先于腰痛局部，以按、揉、分、推等手法。

1. 一搬　俯卧位。①搬肩压腰法：术者一手以掌根按压患者第 4、5 腰椎，一手将肩搬起，与压腰的手上下交错用力。对侧再做 1 次。②搬腿压腰法：术者一手以掌根按压患者第 3、4 腰椎，一手将一侧大腿抬起，与压腰的手上下以掌根交错用力，对侧面再做 1 次。③双髋引伸压腰法：术者一手以掌根按压患者第 3、4 腰椎，一手与前臂同时将双腿抬高，先向左右摇摆数圈，然后上抬双腿，下压腰部，双手交错用力。

2. 二搬　侧卧位。①腰部推搬法：患肢在上呈屈曲位，健肢在下呈微屈位。术者在后，双手扶持患者臀部，助手在前，双手扶胸背部，两人协同向相反方向推和搬，使患者腰部获得充分旋转活动，重复 3 次。②单髋引伸压腰法：术者一手用力按压腰部，一手握持患者大腿下端，并外展向后方拉，使腰髋过伸 30°左右，然后再做屈膝屈髋动作，如此交替进行，重复 3 次。

3. 三搬　仰卧位。用屈髋屈膝旋腰运展法，患者屈髋屈膝，术者一手按压双膝，另一手扶着外侧臀部，做左右旋转运动，各 3 次。

4. 一牵　俯卧位。术者立于患者足侧，以双手握住患者双踝，把双腿提起，使腰部后伸，缓缓用力牵伸，重复 3 次（此法应与助手对抗牵引）。

【注意事项】 术后让患者卧床休息 30 分钟再活动。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学（卷四：整骨手法学）[M]. 南宁：广西科

学技术出版社,1989:175

【手法操作】 患者俯卧位,医者施用推按腰背法,以通经活络,理气和血,施用揉拿腰背肌法,以舒筋活血;施用颤法,以顺理肌筋,复平捺正;施用俯撑掌击法,以通理腰脊,活血化瘀,缓解痉挛;施用提拿足三阳法,点按环跳、委中,以强健腰腿,舒筋活络;施用提引理腰法,以解除痉挛,缓解肌筋,活血散瘀。

【注意事项】 工作中思想集中,特别是改变体位时,注意避免扭伤,加强腰背肌功能锻炼。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京:中医古籍出版社,1990:562-563

【手法操作】

1. 两人对抗牵拉法　病人取俯卧或仰卧位,全身放松,自然平卧。一人站在床头,两手插于患者腋下固定;另一人站在床尾,两手各握患者双小腿下端(双踝关节上方)。两人同时用力向相反的方向牵拉,对抗牵引 5~10 分钟,若体力有限,也可间断反复牵拉 10~15 分钟。并在牵拉同时,握双小腿下端者还可将下肢后伸,和左右摇摆,使牵引力量加强。此法相当于徒手牵引法。

2. 腰部"三扳法"　详见腰肌劳损中的"三扳"按摩治疗。此法对于急性腰扭伤的治疗是非常有效果的。

3. 腰部后背法　参见背法。

4. 腰腿部按摩法　先用手掌做疼痛部位的轻柔按摩,再按力随形走的原则顺损伤软组织的生长方向做推、揉、按、滚、擦等手法按摩。并将指下触及到的局部痛性痉挛、硬块、结节等异常感觉按摩变软或消除(严重者可分 2~3 次按揉变软或消除)。

【注意事项】

1. 急性期应卧床休息(最好卧硬板床),并可配合腰椎牵引治疗,各种腰椎牵引方法均可选用。这样可以减轻腰部肌肉的痉挛和疼痛,并能促进损伤组织的修复。

2. 中医辨证,选用中药、针灸、拔罐或磁疗。

3. 理疗和腰部热敷,但最好不要在扭伤的初期做(扭伤后 24~48 小时)。

4. 可内服止痛消炎药、血管扩张药和外敷活血止痛药等。

5. 局部封闭疗法,对于损伤的急性期,痛点明显,肌肉有痉挛的患者效果较好。

6. 在急性期过后,应加强做腰背肌和腹肌的功能锻炼。这一点很多人都不够重视,因腰扭伤的病人做腰背部和腹部的肌肉锻炼,不仅可以加快腰部的功能恢复,而且能够预防组织粘连,改进腰部的内外平衡关系,预防腰部的再度损伤,并能减少以后遗留慢性腰痛的机会。

【文献出处】 王启民. 实用按摩速成[M]. 北京:中国环境科学出版社,1991:248-250

【手法操作】 患者俯卧,医生立于一侧。按揉腰部肌肉,使腰痛部位肌肉放松并有热感。采用按压提法,利用患者肌肉、韧带、软组织反作用力加以调整。而后患者站在床边,医生坐在患者一侧的凳子上或站立一侧。一手绕前扶住患者腹部,一手在后以拇指找痛点,先用点揉使其局部适应后,嘱其前屈,点揉用力,到其完全超过痛区后,再嘱其慢慢直起腰,再后仰,反复数

次，恢复原位。点揉换掌根揉，使局部有舒服感，手法毕（图 22－14～图 22－16）。

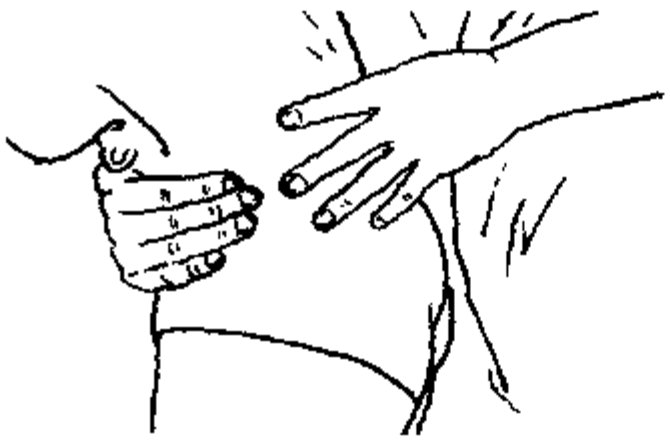


图 22－14

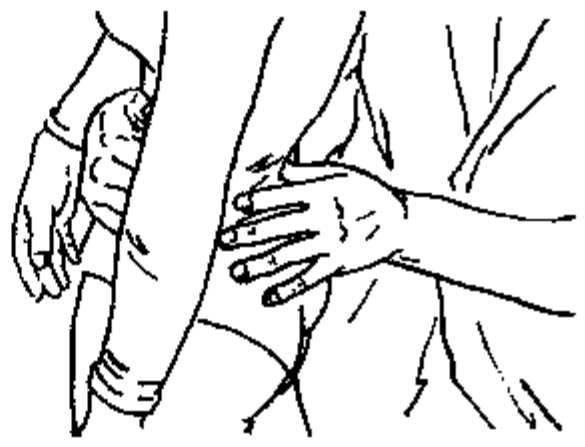


图 22－15

图 22－16

【注意事项】 腰部不能向背弯腰或不能背伸者，可采用痛点点揉法，以“以痛治痛”法来解决问题，临床效果明显。

【文献出处】 常健，陶万明，李瑞生. 推拿与运动损伤[M]. 北京：北京科学技术出版社，1991：144－145

【手法名称】 闪腰、岔气的治疗手法

【手法操作】 取肾俞穴、气海俞穴、承扶穴、环跳穴、委中穴、承山穴。用泻法点按以上配穴各 1 分钟，有下肢牵涉痛的加点环跳穴 2 分钟。滚法施治腰椎两侧及患侧下肢，边施治边将患侧下肢向上搬动。推法沿腰椎两侧自上而下推按，边推按边用拇指点压肾俞穴、气海俞穴。以上手法施治完后，再用掌根揉压痛处及肾俞穴、气海俞穴各 2 分钟，治疗完毕。

【文献出处】 黄绍滨，李争鸣. 灵枢易筋经点穴推拿疗法[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1992：132－133

【手法操作】

1. 患者俯卧位，用滚法在痛点周围治疗，逐渐移至疼痛处，然后在伤侧顺骶棘肌纤维方向用滚法治疗，配合腰部后伸被动活动，幅度由小到大，手法压力由轻到重。

2. 患者俯卧位，医者按揉腰阳关、肾俞，拿委中，以酸胀为度，然后在压痛点上下方用弹拨法治疗，弹拨时手法宜柔和深透。

3. 患者俯卧位，医者在痛侧，沿骶棘肌纤维方向，进行直擦，以透热为度。

4. 患者取坐位或立位，医者任选一特定穴（特定穴 1：在腰痛对侧前臂桡骨茎突至肱骨外上髁两点间连线，近肘侧与靠腕侧 3/4 的交点。特定穴 2：位于双侧足第 1～2 趾趾缝向上约 1 寸相当行间与太冲两穴之间），以指端垂直按压穴位，压至有酸麻胀感为得气，以患者能忍耐为度。与此同时，令患者由小到大作前屈后伸，左右摇摆下蹲起立等动作。

5. 取完骨穴（位于乳突后下方凹陷处），用拇指尖行顺时针方向按压，有酸胀感后再持续片刻并同时配合腰部前屈、后伸、侧弯活动。

6. 患者健侧卧位，屈膝屈髋。医者立于背后，用一手掌按患处肩前部，掌心朝后；另一手向前按于臀上部，虎口朝上。前者向后，后者向前同时反向搬推，使腰段扭转致最大限度，常可听到“咔叭”声响（图 22－17）。

【文献出处】 陈志敏，陈湘伟. 实用推拿治痛法[M]. 北京：中国医药科学技术出版社，1993：104－105

【手法操作】

1. 按揉法　患者俯卧位。术者以双手拇指或掌根，沿脊柱两侧膀胱经从上到下按揉骶棘肌，向下依次揉按点压环跳、承扶、殷门、委中、承山及昆仑等穴位。反复 2～3 次。

2. 捏拿腰肌法　术者以双拇指与其余四指相对用力捏拿骶棘肌，各指用力方向与骶棘肌方向垂直，从腰 1 起至腰骶部臀大肌，由上而下，反复 2～3 次。

3. 滚法　术者以一手手背近小指侧部或 3、4、5 指的掌指关节背侧部，利用手腕的屈伸，内外旋转连续动作，带动手臂沿骶棘肌自上而下反复滚动，重点滚揉腰肌痉挛处。

4. 扳腿按腰法　术者一手按压于腰部痛点，另一手掌托于患肢大腿前下方，向后向上搬动到一定角度时，双手交错用力，常可听到“咯”的响声（图 22－18）。

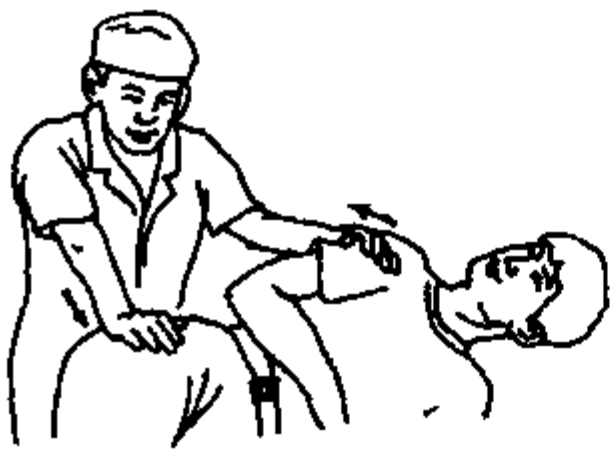


图 22－17

图 22－18　扳腿按腰法

5. 揉摸舒筋法　术者以掌根或小鱼际部在患侧腰部进行揉摸手法。以腰骶部微热为宜。

【文献出处】 李宣谋，沈志祥. 中医推拿治疗软组织损伤[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：31

【手法操作】

1. 按摩

（1）方法一：①患者取坐位，术者用拇指拨揉腰部损伤处 20 次，然后用拇指按揉压痛点、肾俞、环跳、阳陵泉各 1 分钟。在施手法时，嘱患者缓慢活动腰部。②术者一手前臂压住病人腰部痛点，另一手前臂抬高一侧大腿达最大限度，然后再用猛力一抬，如听到弹响声或病人感到松快时即可停止。③病人取仰卧或俯卧位，身体自然伸直，一人用两手插于患者腋下固定，另一人两手握住患者小腿上端，两人同时向反方向用力，对抗牵引 5～7 分钟。④患者和术者背向而立，两人肘部互相用力挽住。术者将患者背起，以臀部顶住患者腰部，先上下抖动数次，再左右晃动 2～3 次，以牵引活动腰部。

(2)方法二:病者俯卧于硬板木床上,右手掌根部或大拇指置腰部压痛点最明显处,左手掌叠或扶在右手背上,做深呼吸。深呼气,患者两手用力向下推按,吸气时,双手随之抬起,反复6~7次。

2. 指压法　首先寻找压痛点。如果明显的压痛点在腰背部的正中线上,属督脉;在腰背正中线两边的,属太阳经。对压痛最明显处在督脉者,可用拇指或食指尖按压人中穴,左右滑动,此时有酸胀感,按压3~5分钟即可。若压痛点最明显处在太阳经者,取手部的腕骨穴,左侧扭伤取右侧腕骨穴,右侧扭伤取左侧腕骨穴,用拇指尖顺时针方向按压,有酸胀感后,3~5分钟即可。属太阳经者,也可以再重压按拔患侧下肢的委中穴1~2分钟,每日数次,对疼痛有效。

3. 点穴法　患者取坐位,术者用大拇指用点按一侧太冲穴,3~5分钟,再点按另一侧。点按时或点按后嘱患者前后左右转动腰部,直至疼痛减轻或不痛为止。一般点按1次即可见效,个别病例须点按2~3次。

【文献出处】 王平,徐树楠. 手到病除[M]. 石家庄:河北科学技术出版社,1993:344~345

【手法操作】

1. 棘上和棘间韧带扭伤

(1)腰部屈伸按压法:患者端坐,医者坐其后方,用双拇指自上而下做揉法、分筋法数遍,然后让患者腰部前屈至最大限度,使棘突间隙变宽,同时医者用双拇指在损伤处按压,再让患者腰部自动直起以形成对抗作用。此法可反复数遍。然后点按第5、6腰椎处的痛点和肾俞、腰俞等穴。继而捏拿中脘周围的腹肌,以达镇痛,松解腰肌,缓解痉挛的目的。

(2)坐式牵引法:患者端坐,医者站在后方,用双手从背后环抱于患者胸前,使其肌肉放松后,摇动腰部,待患者不注意时,猛然将其身体提起,此时患者有一种牵引感,并出现响声(图22-19)。

图22-19　坐式牵引法

2. 棘上和棘间韧带损伤　同时伴有棘突偏歪及小关节错缝者,可采用以下方法。

(1)坐姿推扳法(以右侧为例):患者端坐,医者站其右侧的后方,用左手拇指抵于偏歪的棘突右侧,另一手经其胸前伸向对侧,扳住左肩部,助手固定对侧下肢,嘱患者向右前方扭转腰部至最大限度,两手同时做对抗推扳法,以腰部发生响声为宜。

(2)定位椎挤法(以左侧为例):患者端坐,医者坐其后方,用双拇指推揉腰肌两侧,痛点部位多施术。患者腰部向左侧自动旋转至最大限度,医者用拇指顶住左侧偏歪的棘突,以减少患椎的旋转,同时令患者腰部缓慢向右侧旋转至最大限。患椎处于相对静止状态,其他椎体处于运动状态,以达到错缝的小关节复位,然后再点按肾俞、大肠俞及环跳穴。

3. 腰肌扭伤　患者端坐,医者站于其后方,用双手拇指沿腰椎两侧自上而下做按揉法,在痛点部位多施术。再用拇指沿骶棘肌走行方向施拨筋法,然后再按压肾俞、大肠俞,并向上推。按压关元俞,并向下推,同时做左右拨动法。腰肌僵硬者,用拇指重按腰眼穴。腰肌损伤伴有侧弯:患者端坐,医者坐其后方,用双拇指自腰部骶棘肌由上而下做揉法、分筋法数次。此法是

为了放松腰肌的紧张和缓解痉挛，理顺肌纤维。腰部旋转推扳法，体位同上（以右侧为例），患者左手搭于右肩，医者右手从患者右腋下穿过，握住患者左肘上端，医者用左手根顶住侧弯最高点，使患者自动向右侧旋转至最大限度，肌肉放松，然后医者在右手顺势牵拉的同时，用左手向侧弯突起处用力推按，此时可听到椎体小关节由于扭错而产生的响声，如小关节有错缝者即可回位。此时，有的患者腰部症状明显减轻，侧弯的腰椎亦有明显改善，最后再按阿是穴、肾俞、上环跳及箕门等。

【注意事项】 急性期注意卧床休息，以利损伤组织修复。可配合局部封闭、理疗、针刺疗法和药物治疗。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：214

【手法操作】

1. 患者俯卧，术者仔细寻找压痛点，然后在压痛点及其周围、腰部足太阳经筋部位反复施用滚法，并配合压痛点按压及循经按压，直至腰部肌肉放松为止。操作时，手法应由轻渐重。

2. 被动运动与滚法配合，通过上述手法后，患者肌痉挛缓解，疼痛减轻，此时应根据患者腰部活动功能障碍的情况，适当配合相应的被动运动，如腰部的前屈及后伸等动作。同时，仍以压痛点及其周围和足太阳经筋为重点使用滚法，即边施用手法，边进行被动运动。如为后关节紊乱症，则此时还可根据病情需要选择以下几种被动动作：①卧位旋转（见腰椎间盘突出症）；②坐位旋转（见腰椎间盘突出症）；③卧位伸腰：后关节紊乱症的患者应用以上两法后仍无效，可选用被动伸腰法（具体操作方法见被动运动节）。

3. 上述手法后，患者仍取俯卧位，术者在患者的腰部以两侧足太阳经筋为重点，自上而下反复搓揉数遍。

【注意事项】 对急性腰扭伤，一旦疼痛减轻，就应指导患者进行腰背部肌肉及腹肌的锻炼。早期锻炼应较为温和，后期应增加其强度。急性腰肌或韧带扭伤，在伤后 24 小时内，可冷敷促进止血。待出血停止后，方可应用手法。在工作中注意劳动姿势，两人抬物时动作协调，同时尽量不要作毫无准备的动作，应该说大多数腰扭伤是可以避免的。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：344－345

【手法操作】

1. 按法　患者俯卧。术者立于左侧，用双手拇指由第一胸椎开始，按压两侧骶棘肌至腰骶部，由上往下，反复数次，重点按压腰肌痛点及肌紧张部位。

2. 弹法　用双手拇指横向弹拨紧张拘挛之腰肌。

3. 揉法　以拇指及其余各指分别置于腰两侧痛点，行旋转按揉，主要受力部位在患侧，以使紧张放松，疼痛缓解。

4. 点法　用双手拇指分别点按腰肌痛点，约 1 分钟后颤抖放松，如有臀腿部掣痛者，可以点按环跳、委中、承山等穴位。

5. 摇法　患者仍俯卧。术者立于左侧，一手置腰椎 2 和腰椎 3 部位，另一手压腰骶部，左右滚摇，逐渐加大动作范围。此法多用于下腰部痉挛及小关节嵌入者。

6. 搬法　患者侧卧，上腿屈曲，下腿伸直。术者立于对面，一前臂屈肘置髂骨翼后侧向内扣压，另一前臂屈肘置患者肩前部向外推。逐渐加大脊柱旋转角度，至基本不能再旋转时，双

肘突然交错用力，即可听及响声，侧扳成功。然后更换体位，再做另侧。注意力度适当，发收迅速。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：412－413

【手法操作】 先以一指禅推法或滚法。然后按揉肾俞、大肠俞、阿是穴，手法宜柔和深透，重按居髎、环跳、委中三穴。患者仰卧，作屈膝屈髋、摇髋关节动作，然后作牵拉性被动直腿抬高动作3～5次，再拿委中穴。患者低凳坐位，医者一手轻按患者肩部作被动性的弯腰伸腰动作，一手用滚法在腰部进行操作。然后用擦法于患侧腰骶部，以发热为度。

【注意事项】

1. 治疗时，患者可根据病情，选择最宜肢体放松的位置，不可强求某一体位。

2. 治疗期间，病人需卧板床休息，腰部限制活动3～4天，以免影响治疗效果。

3. 在工作生活中，要注意姿势正确，用力时要有思想准备，避免作无准备的突然动作。

4. 平时进行适当的腰背肌功能锻炼。

【文献出处】 李业甫主编. 中国推拿治疗学[M]. 上海：上海中医药大学出版社，1994：315－316

【手法操作】

1. 滚法 患者俯卧，医者用滚法在局部及周围作大面积地由上而下来回滚动推拿1～5分钟。

2. 揉按法 体位同上，医者用全掌于伤损部位由上至下轻度地揉按1～3分钟，然后用单手或双手拇指自大杼穴开始，由上而下经下肢环跳、委中、承山、昆仑等穴，施行揉按手法治疗。

3. 拿捏法 体位同上。医者用单手或双手拿捏患侧腰背肌，并由上而下再由下至上地来回拿捏（重点在压痛明显的肌筋上）1～5分钟。

4. 分推腰肌法 用双手掌根或拇指按于压痛点处，自棘突旁（骶棘肌）由内向外推开，并自上而下由下至上地反复操作1～5分钟。

5. 旋转扳腰法 患者侧卧，伤侧在上。医者左右手分别推扳肩腰。

6. 后伸扳腿按腰法 患者俯卧，医者一手按其腰部伤痛之处，另一手托其患侧下肢的1/3处，并用力向后上方牵拉，双手同时配合用力，有节律地进行按扳，使下肢一起一落，此时常可听到关节的弹响声。

7. 牵抖屈伸下肢法 体位同上。医者握其患侧下肢或双侧下肢，进行牵引抖动数次，然后令患者仰卧，屈其膝髋作引伸1～5次即可。

【文献出处】 胡晓斌编著. 运动损伤推拿学[M]. 北京：人民军医出版社，1994：195－198

【手法名称】 单腿牵引斜扳法

【手法操作】 患者俯卧，两手抓住床头一根固定的横杠上。术者用拇指压住腰部压痛点，令助手立于患者足后，握住患侧下肢的踝关节稍上方，作水平牵引。术者手托住患者健侧下肢中部，向后上方斜扳，压住痛点的拇指同时加压向健侧推按，若在此时觉得手下有一震动感或滑动感即可。此法适用于腰部损伤。接着行单腿牵引旋转法，助手用拇指按于压痛点处、术者双手握住患侧踝关节稍上方，作水平牵引，约1分钟。然后作外旋内收动作，若在此时听

到腰骶部有弹响声或助手拇指有一种震动感即可。

【主治疾病】 关节型急性腰扭伤，此法适用于腰痛在第五腰椎棘突及两侧，或骶髂关节处，特别是第五腰椎轻度移位或骶髂关节轻度错位者。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：143

【手法名称】 一牵二扳三蹲提腿法

【手法操作】 一牵，患者俯卧，两手攀住床档，医者握住患者两踝部，顺轴牵引 3 分钟（亦可用电子牵引床牵引 20～25 分钟）。二扳，于腰痛处行滚、揉、按手法 10 分钟左右。然后侧卧斜扳，即术者一手肘部放在患者髂后部，另一手肘部放在患者肩前处，以相反方向扭转扳压，左右侧卧位各做一次。若腰部仍痛，且活动困难，，则行俯卧位三蹲提腿法。医生一肘压在腰棘突或椎旁疼痛处，另一名助手握住一侧下肢踝部，嘱其膝部屈曲。然后在医生口令下，助手猛然上提踝部，以腿蹲之。此时医生在患处的肘部有滑动感或闻及弹响声，即可停止。若无，可以再重复 1～2 次。此法对腰椎小关节错位有良好效果。又法：患者俯卧。术者一手按腰，另一手从膝上方抱起双下肢，左右旋转腰部 3～4 次，上半身左右翻滚，以微微出汗为度，亦可整复腰椎小关节错位。

【主治疾病】 关节型急性腰扭伤。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：143

【手法操作】

1. 指按居髎穴 嘱患者取俯卧位，医者立于患者的一侧，以“单手拇指按法”或“两拇指重叠按法”，治疗患者的居髎穴，手法持续 1～2 分钟。一侧治毕，再治另一侧。

2. 指按环跳穴 患者及医者的体位如上，医者以“单手拇指按法”或“两手拇指重叠按法”治疗患者的环跳穴，手法持续 1～2 分钟。一侧治毕，再治另一侧。

3. 拿承山穴 患者仍取俯卧位，医者立于患者的一侧，以一手握住患者一侧小腿的远端，屈曲此侧小腿，使此侧小腿与大腿约成 90°角，即小腿与床面垂直；医者用另一手以拿法治疗此侧的承山穴，手法持续百余下。一侧治毕，再治另一侧。

4. 掌擦局部 患者取俯卧位，使腰部疼痛处及其周围充分暴露。医者立于患者的一侧，先在腰部疼痛处及其周围涂以适量的冬青膏，然后用“单掌擦法”治疗腰痛处及其周围区域。掌擦法须缓慢，以低于每分钟 50 次的速率进行，持续治疗数分钟。

5. 局部湿热敷 患者仍取俯卧位，医者以热的湿毛巾，敷于患者腰部疼痛处及其周围区域，待毛巾热度不足时，即以另一块热的湿毛巾更换之。如此更换 2～4 次。

【注意事项】

1. 应嘱患者低枕仰卧于硬板床体息。

2. 避免坐、走、站立。

3. 咳嗽成喷嚏时，应立即抬头挺腰。

4. 在未完全恢复之前，勿以手提取 2 kg 重以上的物品。

【主治疾病】 腰扭伤、腰部不适、不灵活、疼痛及运动障碍不明显。

【文献出处】 金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：319－320

【手法操作】

1. 急性腰肌、韧带和骶髂关节扭伤，可用推、摩、揉、搓手法。轻手法可疏通气血，解除痉挛；重手法可分解粘连，顺筋复位。在实施手法时，取病员于俯卧位，先用两拇指按压两侧“委中”穴半分钟，待病人下肢有酸胀感后，再用两拇指分别放于髂骨嵴平面的骶棘肌外缘，同时用力向中线横行挤压，再向下向前用力挤按，然后用力向上推挤并旋向外侧，继用小鱼际尺侧缘及3、4、5掌指关节的背侧作局部滚法和两手环抱腰部作搓法，最后两手握住踝部作轻柔地牵抖两下肢。

2. 急性骶髂关节半脱位者：可用拔伸牵引下肢作过屈和过伸骶髂关节手法。

3. 急性骶髂关节扭伤经上述疗法无效的病人，可用侧身旋转推拿法：术者立于患者的前面，令患者侧卧，位于上面的髋关节屈曲，下面的髋关节伸直，术者两手分别扶住患者肩部和髂骨翼，两手同时用力，将肩向后推，将骨盆向前旋转，以达到最大限度，再作一次稳健的冲击动作；更换为另一侧卧位，并用同样手法。推拿时可能有弹响感或弹响声。当小关节滑膜嵌顿被解除，半脱位被整复后，病人疼痛往往能立即消失。

【注意事项】 卧床休息：急性腰扭伤后，应坚持卧床休息，它不仅有利于解除腰肌痉挛，减少活动和减轻疼痛，而且有利于促进损伤组织的修复和愈合。急性腰肌和筋膜扭伤，至少应卧床休息1周以上；急性腰部韧带损伤应在3周以上；急性腰部关节扭伤应为3～4周。在卧床休息的同时尚须配合其他治疗，其中包括腰背肌的锻炼。

【文献出处】 栾明拥编. 栾氏正骨[M]. 北京：中医古籍出版社，1999：417－418

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者施滚法于损伤周围，手法宜轻柔，操作5分钟。

2. 施四指推法于腰及臀上部，配合点按阿是穴、肾俞、大肠俞、居髎、环跳、委中等穴，操作8分钟。

3. 施拿揉法于腰部2分钟。

4. 医者一手拇指按揉承山穴，以酸胀为度；另一手配合患者作屈膝屈髋弯腰被动运动，左右各2次。

【注意事项】

1. 腰肌扭伤后，不宜进行热敷。

2. 治疗期间，患者宜腰围护腰，腰部限制活动3～4天，卧板床休息。

3. 平时适当进行腰背部功能锻炼，局部保暖，避免感受风寒。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：300

【手法操作】

1. 按揉法 患者俯卧位，尽量使肢体放松。医者用两手拇指指腹或掌根，先自大杼穴开始由上而下按揉。再点按环跳、承扶、委中、承山、昆仑等穴，以膀胱经腧穴为主，目的在于舒通经脉。

2. 调理腰肌 患者俯卧位，滚推两侧腰肌，着重于痉挛一侧。由周围逐步向痛点推理，再在痛点上方，将竖脊肌向外下方推理直至髂骨后上棘，反复操作3～4次。

3. 捏拿腰肌 医者以两手拇指和其余四指对合用力，捏拿腰肌。捏拿方向与肌腹垂直，从

腰1起至骶部臀肌。重点是两侧竖脊肌和压痛点处，反复2~5分钟。

4. 按腰扳腿 医者一手按住患者腰部，另一手前臂及肘部托住患者一侧小腿上段，并手反扣大腿下段。双手配合，下按腰部及手提大腿相对用力，有节奏地使下肢起落数次，随后摇晃、拔伸，有时可闻及响声。两侧均做。

5. 揉摸法 医者以掌根或小鱼际着力，在患者腰骶部行揉摸手法。以患侧及痛点处为主，边揉摸边滑动，使局部感到微热为宜。

【注意事项】 损伤早期不宜强行锻炼，应卧硬板床休息，防止进一步损伤，并有利于组织修复。疼痛缓解后宜做背伸锻炼。后期宜加强腰部的各种功能练习，以防止粘连，并增强肌力。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：594

【手法名称】 施杞治疗急性腰扭伤的手法

【手法操作】 患者俯卧，嘱其缓慢呼吸，放松全身肌肉，医者立于其一侧床边，先后做按揉、点拿、三板、背抖、扣腰五法。操作如下。

1. 按揉法 自患者肩背部开始由上向下沿脊柱两旁棘肌，医者以双手掌平按，做到按中带揉，用力均匀深透。按揉腰间后，再继续做臀部、两侧大腿后缘、腘窝及小腿肚等部位的按揉，如此反复3次。

2. 点拿法 医者以双手拇指指腹点按华佗夹脊穴、肾俞、大肠俞、命门、臂上、环跳、秩边、殷门、委中、承山诸穴，按时应运气用力，柔中有刚，使患者有酸麻、得气感。继则拿双侧肩井、肾俞、臂上、殷门、委中、承山、昆仑、太溪等穴，使患者有酸胀麻等感觉。

3. 三扳法 先扳肌肉，即患者俯卧位，术者以双手拇指相对，自L1棘突开始由上向下至腰部，分别向两侧推扳棘肌，要用软硬功将肌肉尽量由脊柱中心线向旁侧推开。如伤后肌肉痉挛，用此法立即可松弛痉挛肌肉，祛除疼痛。再斜扳髂部，即患者侧卧，医者立于其腹侧床边，一手放于患者上侧肩前缘，另一手放于同侧臀上部，做两手对向交叉用力。摇晃绞挤腰部至最大限度，然后做一轻快有力的扳动，此时可闻及“咯嗒”声。嘱患者换一面侧卧，做另一侧斜扳手法如前。最后做扳髋膝动作，即患者俯卧，医者立于床边一手按患者腰部，一手提拿患者一侧足踝部，然后两手做相反方向用力，有弹性地按拿数次，再紧按做快速有力的按拿，此时可闻及“咯嗒”声。医者换至另一侧床边，提拿另一侧足踝部，如上法再做扳髋膝动作。

4. 背抖法 医者缓慢将患者扶起，嘱其双下肢并拢立稳，然后医者与患者背对背而立，并以双肘钩勒住患者双上肢，令患者缓慢地顺术者弯腰姿势仰面躺于医者背上，医者以自己的腰臀部顶住患者腰臀部并背起，使其双足离地。医者缓缓摇晃患者数次，然后以腰部有力快速地抖颤患者，使之在腾空状态下紧张关节和肌肉抖松。

5. 和腰法 患者双足分开立稳，医者立于其一侧，一手按其腹部，一手按其腰部，帮助患者做摇转腰部（风摆荷叶姿势）动作，左右各12次。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：908-909

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者用滚法在压痛点周围治疗，逐渐移至疼痛处，然后沿侧需骶棘肌纤维

方向，往返 3～4 遍，配合腰部后伸被动活动，幅度由小到大，手法压力由轻到重。

2. 点按腰阳关、肾俞、委中等穴，以酸胀为度，再在压痛点上下方用弹拨法治疗，弹拨时手法宜柔和深沉。

3. 患者侧卧位，患侧在上体腰部斜扳，可听到“咯咯”响声。

4. 患者再侧卧位，医者在患者受伤一侧沿骶棘肌纤维方向进行直擦，以透热为度。

【注意事项】 治疗时患者体位要根据其可能情况选择最放松的位置，不宜强求某一体位，治疗期间，患者卧硬扳床休息，腰部制动 3～4 天。

【文献出处】 李明磊主编. 推拿学[M]. 北京：科学出版社，2002：143

第三节 腰椎滑脱症

【手法操作】

1. 手法 令患者俯卧床上，用两手攀住床头。一助手握住患者腋下向上提牵，另助手握患者双足向下牵引，牵引时力量要持续稳定。术者立于患者身旁，用两手扳住骨盆，用力向后反复提之。要每日或隔日操作一次。

2. 固定 初期复位后可卧床休息。治疗 3 周后，可用厚帆布做宽围腰固定，待疼痛消失后，可间断固定或不作固定。

3. 功能锻炼 每次手法后卧床锻炼背肌的功能。锻炼的次数逐渐增多，锻炼的时间逐渐延长，活动范围逐渐加大。直至症状减轻或症状消失为止。

4. 药物治疗 在手法治疗和固定期间，局部应用骨科洗药热敷。

【注意事项】 对腰椎轻度移位或移位虽多而尚无明显症状者，均可采用背肌锻炼、卧床休息和药物治疗而获显效。对脱位较重，腰椎不稳，引起较重症状，经保守治疗无效者，可考虑手术，使推体稳定。

【文献出处】 湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986：223

【手法操作】

1. 推、揉压骶棘肌法 体位和手法与腰部软组织损伤中此法相同。施术后再以两手拇指分别揉压、弹拨两侧志室穴和腰眼穴。

2. 揉压、弹拨髂嵴法 患者俯卧，两下肢伸直，术者立于其左侧。两手大鱼际或掌根分别从两侧髂嵴附近起，自上而下反复揉压、弹拨两侧臀部，直至股骨大转子附近。然后两手多指分别从两侧臀横纹附近起，自上而下轻快反复地揉拿，提弹大腿后面的腘绳肌，直至腘窝附近。最后以一手拇指或肘尖分别揉压两侧环跳和秩边穴。

3. 腰部牵引法 患者俯卧，两手紧抱于床头，两下肢伸直，全身肌肉放松，术者立于其床的另一端。两手分别握住其两下肢的踝部，沿纵轴方向与床面基本平行，徐徐向下进行腰部的对抗性牵引。如患者身强体壮或术者之力不能达到牵引强度时，且有条件者，可在机械牵引床上进行牵引。

4. 腰部过屈运动法 体位与手法与第四章第一节中此法相同。

5. 顺势搬腰法 体位和手法与第四章第一节中此法相同。

【注意事项】 上述手法应根据有无脊椎滑脱和滑脱之程度，选择使用。

【文献出处】 刘严. 按摩疗法[M]. 西安：陕西科学技术出版社，1987：100－101

【手法操作】

1. 病员取俯卧位，医生位于病人的一侧，在腰骶段两侧骶棘肌处用掌根按揉法，手法不宜过重，3～5 分钟。再在局部肾俞、关元俞、小肠、上髎、次髎等穴上分别用指揉法。而且可将掌根按揉法与背俞按揉法交替使用 2～3 遍。

2. 继以上体位，在两侧骶棘肌腰骶段用擦法，以热为度。

3. 病员取仰卧位，作双下肢屈髋、屈膝的被动运动，拿委中结束治疗。

【注意事项】

1. 休息。减少腰部活动量及负重。

2. 对腰痛明显者可用腰围固定。

3. 加强腰、腹肌的锻炼。腹肌锻炼法主要是仰卧起坐。

【文献出处】 陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：66－67

【手法操作】 患者俯卧位，医者位于病人的一侧，在腰骶段两侧骶棘肌处用掌根按揉法，手法不宜过重，3～5 分钟。再在局部肾俞、关元俞、小肠、上髎、次髎等穴上分别用指揉法。而且可将掌根按揉法与背俞按揉法交替使用 2～3 遍。继以上体位，在两侧骶棘肌腰段用擦法，以热为度。患者取仰卧位，作双下肢屈髋屈膝的被动运动，拿委中结束治疗。

【注意事项】 手法时须轻柔，切忌粗暴，切忌按压腰部、后伸斜扳腰部等。若伴有明显马尾神经受压者，不能用推拿疗法。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：474

【手法名称】 错动法

【手法操作】 医者在病变的部位（即错位关节）进行推、压、点、按，使错位关节逐渐复位的方法。患者仰卧位，医者一手按压于滑脱的椎体下端，另一手牵拉患者对侧手，两手交错用力，保持一定角度，活动患椎关节，使之逐渐错动归位，最后再乘其不备，两手用力顿拉 1～3 次，立即放手，往往在动错期间或最后推拉时可听到复位响声（图 22－20）。

【注意事项】 应先动后推，方向、角度要适宜，推按部位要准确，先轻后重，动推协调有力，切忌粗暴。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：122

【手法操作】

1. 第一法 本法是一种新的治疗方法，是以牵引与按摩两种方法相结合同时进行治疗的方法。在普通的按摩床上安装一副简易手摇式“牵引架”代替人力牵引，在牵引下施手法复位。其具体操作方法如下。

（1）牵引晃腰松解法：本法可以拨离粘连，松解腰椎关节。患者俯卧位，以踝部作为对抗

牵引力，绕紧牵引绳，医者手持摇把，一牵一松反复转动，逐渐加力牵引。使患者的腰椎关节一开一合，椎间隙逐渐增宽，连续 1 ~3 分钟，然后摇紧牵引绳，锁住绳轴，这时医者两手重叠，置于患者臀部一侧进行推晃，使臀部左右滚动。腰椎关节来回旋转，左右开合，频率由慢到快，力由小到大。牵引法与甩腰法交替进行。

（2）牵引上提复位法：用于前滑脱复位，在第一种方法的基础上进行。即先用一条毛巾折叠成长方形的毛巾垫，垫在患者的神阙至关元一段部位，扎好腰带。牵引后，锁住绳轴，然后医者用两手持患者腰带向上提拉再放下，反复 5 ~6 次，牵引法与上提法交替进行（图 22 - 21）。

2. 第二法　在无牵引设备情况下，可采用此法。此法还可以用于复位后的巩固治疗。其具体方法如下。

（1）腰部放松法：患者俯卧位，医者站于一侧，从上腰部至腰骶部，用两手掌掌根或拇指按揉腰部，再用肘前臂滚揉两侧腰肌，用拇指揉腰肌外侧缘，然后揉压腰椎两侧，拨揉环跳、委中、承山，以缓解痉挛，放松腰肌。

（2）扳肩推按复位法：用于腰椎后滑脱复位。患者俯卧位，医者站于一侧，用手掌根或肘尖推按后滑脱的腰椎，另一手扳对侧的肩部，令患者呼气，医者两手交错用力，反复 1 ~3 次。先施术于患侧，后施术健侧。要轻稳协调，此时可听到复位响声。

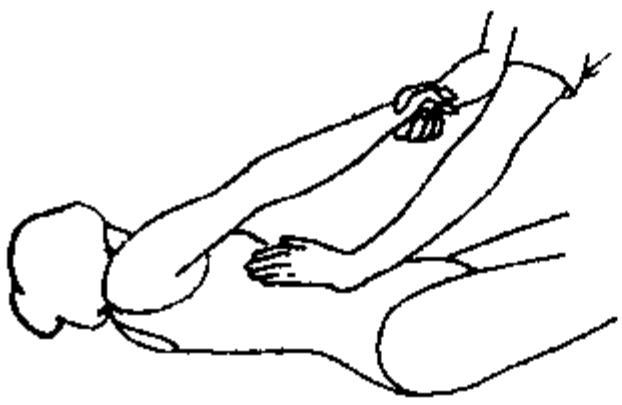


图 22 - 20　错动法

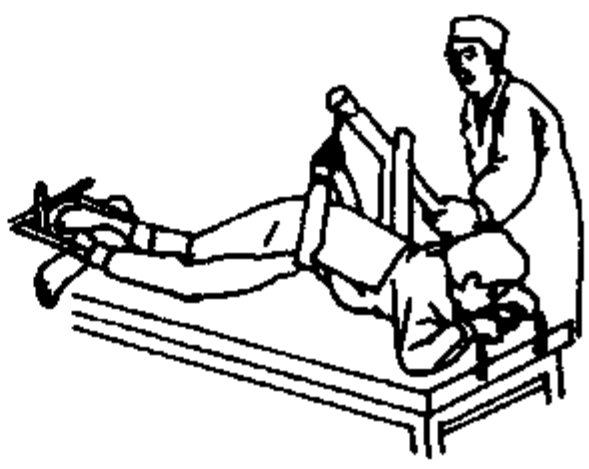


图 22 - 21　牵引上提复位法

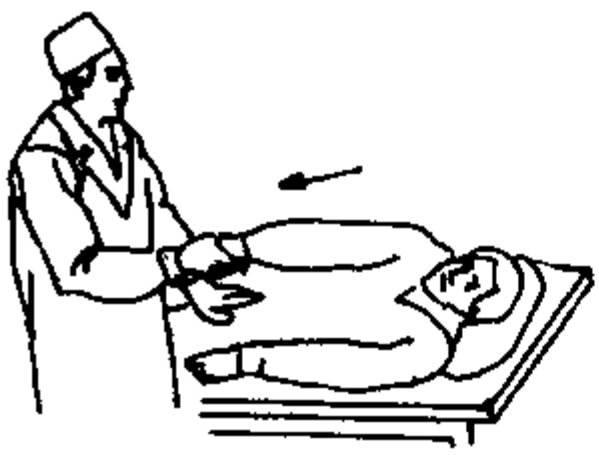


图 22 - 22　拉臂推按复位法

（3）拉臂推按复位法：用于前滑脱复位。患者仰卧位，医者站于一侧，先以手掌掌根按揉患者下腹部，揉点髀关、梁丘、太冲，缓解和放松腹肌。然后以手根紧贴前滑脱的椎体部位进行推按，另一手牵拉对侧手的腕部，令病人护膝，医者交错用力，反复 1 ~3 次（图 22 - 22）。先施患侧，后施健侧。此时可听到响声。然后医者再用两手掌按揉下腹部，并且以手掌由脐向下推，反复数次。防止用暴力操作，以免腹内组织器官受损。此法对身体瘦弱者效果甚佳。

（4）后滑脱复位法：患者俯卧，医者站于一侧，两手重叠，以手根按压后滑脱的腰椎，患者双手撑床作后伸前俯自动运动。前俯时，患者呼气，医者用力顿压，反复操作数次。前滑脱复位方法：患者仰卧

位，双膝屈曲，医者站于一侧，两手重叠，以手根按压在前滑脱的椎体上，然后患者双肘撑床作前屈后仰自动运动。患者后仰时要呼气并收小腹，医者随患者的呼气用力下按并带有顿压性，反复数次后再揉按下腹部。

【注意事项】

1. 防止活动过量及负重。
2. 对有峡部裂的患者要用钢围腰架保护。
3. 可配合理疗等治疗。
4. 病情严重，保守治疗无效者，可考虑外科手术治疗。如椎板切除减压或脊椎融合术等。
5. 为了巩固其疗效，腰椎滑脱复位后需要坚持腰部功能锻炼。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：123－124

【手法操作】

1. 按摩手法

（1）推理骶棘肌法：患者俯卧位，两下肢伸直，术者立于其左侧，用两手掌或大鱼际，自上而下地反复推理腰椎的骶棘肌，直至骶骨背面或臀部的股骨大转子附近，并以两手拇指分别点按两侧志室和腰眼穴。

（2）拔伸牵引法：患者体位同上，两手紧抱床头，术者两手握住其两下肢的踝部，沿纵轴方向进行对抗拔伸牵引。时间5～10分钟。

（3）腰部屈滚摇：患者仰卧，两髋膝屈曲，使膝尽量靠近腹部。术者一手扶两膝部，一手扶两踝部，使腰部过度屈曲，再将双下肢用力牵拉伸直。

2. 旋转手法　参见“腰椎间盘突出症”。

3. 卧位复位法　对于急性腰椎滑脱患者，或滑脱不久的年幼患者，可在硬膜外麻醉下试行复位。患者仰卧，腰部悬空，双髋双膝屈曲90°，分别在小腿后上侧及腹部悬挂重物，利用躯干下压重力将向前移位的腰椎复位。

【注意事项】 按摩时的手法宜刚柔和缓，轻快稳妥，力度适当，切忌强力按压和扭转腰部，以免造成更严重损害。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：381－382

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者以压痛点及其周围为重点，如无明显压痛点则以足太阳经筋为重点，反复施用滚法，并配合循经按压（沿足太阳膀胱经）。

2. 接法与被动运动配合：患者侧卧，术者站于患者背侧，一手握住患者的一侧小腿，反复作屈膝屈髋动作，另一手则在腰臀部施用滚法。如为双侧下肢痛，则在一侧手法完毕后再进行另一侧的手法。

3. 屈腰。

4. 患者俯卧，术者在患者腰臀、下肢施以轻快的搓揉手法，至下肢反复进行3～5遍。

【注意事项】 除手法外，还要指导患者进行腰脊肌及腹肌的功能锻炼，一般于卧床时进行，动作应柔和，以免增加腰骶部的剪力，加重滑脱倾向，其方法是：①平卧于硬板床上，脚趾向

上，抬头看足趾，或平卧于硬板床上，双直腿向上举，然后慢慢下降。②俯卧，脸朝下，两手放于体侧，随后先抬头和肩胛，然后交替抬腿。每一方向运动应坚持数秒钟，随后放松，每一动作要做 10 次。除了推拿治疗外，对腰椎滑脱患者需配用腰围，以减少疼痛，防止滑脱加重。如经长期的推拿治疗病情仍无明显缓解，或伴有明显的神经功能障碍，或马鞍区感觉下降及泌尿生殖功能障碍者，需手术治疗。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：345－346

【手法名称】 牵引按摩法

【手法操作】 牵引按摩法是用牵引与按摩两种方法结合在一起进行治疗的方法。

1. 牵松晃腰松解法 患者俯卧，以踝部作为对抗牵引力，绕紧牵引绳。医者手持摇把，一牵一松地来回转动摇把，逐渐加力牵引，这时可见患者腰椎关节一开一合，椎间隙逐渐增宽。牵松法可持续 1～3 分钟，然后绕紧牵引绳，锁住绳轴。医者两手重叠，置于患者臀部一侧进行推晃，臀部左右摇晃，腰椎关节来回旋转左右开合，频率由慢到快，力由小到大。牵松法要与晃腰法交替进行。

2. 牵松上提复位法 用于前滑脱复位，在第一种方法基础上，先用一条毛巾折叠成长方形的毛巾垫，垫入患者的神阙至关元一段，将腰带放入突出的椎体上扎好。牵松法后锁住绳轴，然后医者用两手持患者腰带向上提拉再放下，反复 5～6 次。牵松法与上提法交替进行。

3. 牵松按压复位法 用于前后滑脱，在第一法的基础上进行，牵松法后，用较大力量拉紧引绳，锁住绳轴，使腰椎关节尽量松开，椎间隙尽量增宽，再施以复位手法。

（1）前滑脱复位法：患者仰卧牵引，医者双手重叠压在前滑脱的椎体上，先用左右横揉法，使手根逐渐深入，按压在突出的椎体上，逐渐用力蹲压。牵引与蹲压交替进行。注意在病人呼气时下压，可听到复位的响声。

（2）后滑脱复位法：患者俯卧牵引，医者两手重叠，用手根或肘尖在病人呼气时进行蹲压，可听到复位的响声。牵松法与蹲压法交替进行操作。

【注意事项】 手法时，须轻柔，切忌粗暴，切忌按压腰部，后伸斜扳腰部等。若伴有明显马尾神经受压者，不能用推拿疗法。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：458

【手法名称】 手法按摩法

【手法操作】

1. 腰部放松法 患者俯卧，医生站其一侧，从上腰部至腰骶部，用两手掌掌根或拇指按揉腰部，再用肘前臂滚揉两侧腰肌，用拇指拔揉腰肌外侧缘，然后揉压腰椎两侧，拨揉环跳、委中、承山，以缓解痉挛、放松腰肌。

2. 扳肩旋推复位法 用于腰椎后滑脱复位。患者俯卧，医者站于一侧，用掌根或肘尖推按后滑脱的腰椎，另一只手扳对侧的肩部，在患者呼气时，医者两手交错用力，反复 1～3 次，先旋重侧后旋轻侧。操作要轻缓协调，此时可听到复位的响声。

3. 拉臂旋推复位法 用于前滑脱复位。患者仰卧，医者站于一侧，先以手掌按揉患者脐下腹部，揉点髀关、梁丘、太冲，缓解和放松腹肌，然后以手根紧贴前滑脱的椎体进行推按，另一手

牵拉对侧的手腕部，患者呼气时，医者两手交错用力，反复1～3次，先旋重侧后旋轻侧，此时可听到复位的响声，然后医者再用双手掌按揉脐下腹部，并且以手掌由脐上向下推复数次。注意不能用暴力操作，以免腹内受伤。此法对身体瘦弱的患者效果甚佳。

4. 屈伸按压复位法　用于前后腰椎滑脱复位。

(1)后滑脱复位法：患者俯卧，医者站其一侧，双手重叠，以手根按压后滑脱的腰椎，患者双手撑床作后伸前俯自动运动。前俯时，患者吸气，医者用力蹲压，反复操作数次。

(2)前滑脱复位法：患者仰卧，双膝屈曲，医者站其一侧，两手重叠，以手根按压在前滑脱的椎体上，然后患者双肘撑床作前屈后仰自动运动。患者后伸时要呼气并收小腹，医者随患者的呼气用力按压带有蹲压性，反复几次后再揉按脐下腹部。

【注意事项】 手法时，须轻柔，切忌粗暴，切忌按压腰部，后伸斜扳腰部等。若伴有明显马尾神经受压者，不能用推拿疗法。手法整复常常难以使腰椎滑脱完全复位。在临床中，如滑脱伴随较严重症状时，多主张手术治疗。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：458

【手法名称】 假性脊柱滑脱的治疗手法

【手法操作】

1. 用轻柔的按摩、一指禅推法、滚法在腰骶部治疗，使紧张的肌肉逐渐放松。

2. 点按腰夹脊、肾俞、大肠俞、八髎、腰眼等穴，以酸胀为度。

3. 用较重的按压、弹拨、一指禅推法在腰骶部治疗，施术时沿骶棘纤维行走的垂直方向，作连续性按压、弹拨。

4. 用轻柔的滚、按、揉等方法施于腰骶部，按肌纤维行走方向理顺。最后用擦法，以透热为度，可涂适量的润滑油或配制药膏，通过药物渗透加强疗效，或可用热敷。

【注意事项】 可与中药内治、针灸、中药外治法、中药离子导入等配合使用。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：855

第四节　腰椎后关节紊乱症

【手法名称】 点拨法

【手法操作】

1. 选点　每次选压痛点与上位椎板间隙小关节部两个点，约距中线2 cm处。

2. 操作　病人俯卧，术者以拇指指腹末端点压，食指屈曲辅助拇指指间关节掌侧，从轻到重，由浅入深，旋转施压半分钟即可。然后从骶棘肌外侧向中线有节奏地推拨其肌腹，要达到横突末端，为时在半分钟之内。

3. 疗程　每日1次，10次为1个疗程。

【主治疾病】 劳损型腰椎小关节损伤

【文献出处】 王福根. 诊治腰椎小关节损伤的体会[J]. 人民军医，1981；7：57－59

【手法名称】 推扳法

【手法操作】 病人健侧卧位，病侧下肢髋膝屈曲。助手推患侧肩前部，使躯干向后扭转。术者于背后一手拇指顶压棘突旁有压痛的腰椎小关节部，另一手手掌向前按于臀上髂翼处，在助手向后的同时朝前快速推扳，将腰部扭转至最大限度，按痛点的拇指顺势顶推，指下往往有跳动感或同时出现“卡嗒”弹响声。一般腰痛当即缓解，腰部活动改善。整复完毕后卧床数天，避风寒，忌弯腰。

【主治疾病】 扭闪型急性发病的腰椎小关节损伤。

【文献出处】 王福根. 诊治腰椎小关节损伤的体会[J]. 人民军医，1981；7：57－59

【手法名称】 拔伸斜扳法

【手法操作】 病人俯卧，双臂放于躯体两侧。以一条数层宽布带置于中背部，腋窝衬以棉垫，防止布带滑脱压迫腋窝神经血管，布带两端由腋下掏出固定于床头。术者一手拇指按压在棘突旁病损的小关节部，此处往往既是痛点又是腰脊椎侧弯最明显处，另一手于健肢膝上搬提使髋过伸。助手1人双手紧握患侧踝上部行对抗拔伸，待术者指下有松开感觉时，提腿的手用力向患侧过伸并扭转腰部，指下小关节有跳动感伴连续的“咔咔”声响，术毕让病人卧床片刻。此法集腰部牵引与斜扳扭转的长处，松解小关节囊周围粘连及肌痉挛的作用比较强，对于纠正排列紊乱的小关节，改善腰脊柱侧弯，重建脊柱内外平衡较为适宜。一般治疗1～2次，少数为3～4次，每次间歇时间1～2周。每次整复后要静卧1周，避免弯腰与久坐，待腰痛基本消失后始可进行腰背肌锻炼，巩固疗效。

【主治疾病】 扭闪型的腰椎小关节损伤。

【文献出处】 王福根. 诊治腰椎小关节损伤的体会[J]. 人民军医，1981；7：57－59

【手法操作】

1. 背法　背法为治疗脊柱小关节滑膜嵌顿的基本手法，当医者在把患者完全背起时，以医者的骶部抵住患者痛处，依靠患者病变以下的骨盆及下肢重量来达到牵拉目的，当摆动时牵拉力则更加强，并在左右摆动过程中使腰椎过伸，以致小关节活动间隙得到扩大，滑膜交锁得以解除。经过背法应用后，如疼痛已明显改善，腰部能够作后伸动作，此法即已达到治疗的目的。

2. 和腰法　经过背法之后，疼痛稍见改善，后伸活动仍有限制，可加用和腰手法。

3. 转腰法　经过上述两种手法以后，活动有疼痛或腰部动作仍不灵活，腰部旋转受限可加用此法。

【注意事项】 如果症状仍明显或者第一步手法进行得不够好，可再作第二次或第3次手法。背法在应用时要求腰部能产生组织松动感声音，这样就能起到良好效果。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：98

【手法操作】

1. 放松腰臀部肌肉　病人俯卧。医生在两侧腰臀部用轻柔的滚法和按揉法治疗，同时配合下肢后伸被动活动，活动幅度由小逐渐增大，以无明显疼痛为度。

2. 整复后关节错位　病人坐位。医生站于患侧，一手拇指按住偏歪的棘突，另一手勾住病

人的肩项部，嘱病人前屈腰部到错位椎骨活动的角度。然后在助手帮助固定病人下肢及臀部的情况下，使病人腰部向患侧旋转，同时向健侧侧屈。这时常可听到病人腰部有复位的弹响声，同时医生按住偏歪棘突的拇指上有明显的弹跳感，这样整复就成功了。

若病人疼痛剧烈，不能取坐位或坐后不能弯腰，则可改取侧卧位，患侧在上，用腰部斜扳手法整复。

若病人疼痛剧烈，侧卧位斜扳法也无法完成，则可先作腰部拔伸法（或用器械牵引），然后再作侧卧斜扳法。

3. 活血祛瘀　病人俯卧或坐位。医生在腰部两侧用轻柔的滚、按、揉、弹拨等手法治疗。然后直擦腰部两侧膀胱经及督脉，以加强气血循行，促进损伤部位的修复。

【注意事项】

1. 在施行整复手法时往往能听到弹响声，但不可强求一定要有弹响声。

2. 整复时力点一定要在所需脊柱节段。

3. 整复成功后，症状即可消失或显著减轻，但病人在 2～3 天内不宜作脊柱旋转活动。

【文献出处】　上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：110

【手法操作】

1. 掌根按揉法　病员俯卧于治疗床上。术者立于病员左侧，用右手拇指或掌根部，按揉腰部棘突两侧 1.5 cm 的压痛最明显处。按揉时，从腰 1 至骶部，由上而下，先健侧后患侧（重点要放在患侧），往返重复 8～12 次。然后两手重叠，用掌根揉压腰部两侧骶棘肌。此手法可解除腰外肌痉挛，促进血液循环。

2. 端坐旋腰法　病员端坐椅上，两腿分开，面向椅背，两手放于靠背上。术者立于病员背后，右手上臂和肘部置于病员右腋下，前臂手腕绕过左肩上方，手掌按于颈背部，左手拇指前端顶住偏向右侧的棘突。然后，两手配合，右手向右后方旋转，左手拇指用力向左前上方推动。重复操作 2～3 遍。如手法正确，可在拇指下感觉到棘突复位的响声。最后用双手拇指在扶正的棘突两侧和棘上韧带处，作上下挤压、推按，可使棘上韧带和棘间韧带理顺复位（图 22－23）。

图 22－23　端坐旋腰法

3. 反背过伸法　病员站立，腰部尽量挺直。术者与病员背靠背，用两肘弯挽住病员两臂之肘弯，向上慢慢地将病员背起。术者两下肢膝关节屈曲，使骶尾部抵于病员的骶尾部，然后嘱病员放松全身肌肉。术者用骶尾部抵住病员下腰部之患处，两下肢膝关节一伸一屈，用力震动 15～20 次，再向左右摇摆 3～5 次。重复 2～3 遍。此法能使错缝的腰椎后小关节复位，分离神经根粘连。

4. 指压穴位　指压肾俞、承扶、三焦俞、委中、命门、肩外俞、后溪、阳谷、肩中俞。

【文献出处】　沈跃生，王回新等. 伤科临床推拿法[M]. 北京：金盾出版社，1986：182－185

【手法操作】

1. 腰前屈不能伸直者：让患者坐位，术者坐于患者背后，面向患者。双手环扣于患者的下

腹部(耻骨上方),令患者徐徐向下弯腰,待患者的腰前屈近90°时,术者此时用力向后突然牵拉腹部,使腰猛然加大屈曲度,即可复位。复位后功能立即恢复。

2. 腰侧屈不能完全伸直者:患者俯卧床上,肌肉放松。术者立于患者身旁,一手按在患者腰痛部位,另手将患侧腿托起(托起腿即感腰部疼痛者为患侧),向后伸并扳牵,双手同时用力,即可复位。

3. 患者俯卧,两手攀住床头。一助手立于床上握患者双踝部向后提牵,使其腰部呈过伸。待其肌肉放松时。术者双手持患者骨盆,左右旋扭,待患者已不感疼痛时,即是复位。

【文献出处】 湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,1986:222

【手法名称】 腰骶关节慢性损伤的治疗手法

【手法操作】

1. 术者两手拇指分别置于平L4~5平面之两侧骶棘肌外缘,同时向中线挤压。待拇指分别推到骶棘肌肌腹中部(相当大肠俞穴)时,拇指依皮肤之滑动,向下稍滑,并持续用力按压至最大指力半分钟,再用力向上推挤并向外旋转,逐渐放松压力,拇指在原处轻轻揉按。

2. 术者以左手掌根沿右侧背伸肌自上而下旋转揉按至骶髂关节为止,反复2~3次,同法施于对侧。

3. 术者两手掌呈纵行位,分别放于两侧背伸肌之上,向上推挤耸起皮肤,同时并用其他四指将耸起的皮肤抓起,向上推耸。掌根稍按压后,即猛然用力向前推耸。自肩胛骨下缘开始,顺延推耸而下,至L4~5平面为止,反复1~2遍。

4. 术者两拇指呈水平位,放于第一胸椎棘突两侧旁开2 cm处,向中线挤压,挤压至中线起手时,拇指向上向外旋转,顺延面下,至L4~5平面为止,反复2~3次。

5. 术者用两手大鱼际部,自第一胸椎平面开始,沿两侧背伸肌向外分开推按,至L3-4平面为止,反复2~3次。

6. 重复本手法1,按压大肠俞穴。

7. 患者两手攀住床头,一助手站在床尾,持握患者两踝上部,徐徐向下牵引半分钟。此时,术者右手掌放于L4-5平面之背侧,左手掌搭于右手背之上,两手掌重叠在患者腰部作左右摇滚推按,反复3~4次。

【文献出处】 李墨林,陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京:人民卫生出版社,1986:125-126

【手法名称】 拍推弯腰法

【手法操作】 医者先在患者腰部疼痛处施以擦法,或分筋手法使腰部痉挛之肌肉得以松弛,然后方可选用以下旋转复位法或拍推弯腰法等治疗之。

患者直立双手高举站立床前,面向外。医者站在患者前方,扶患者两肩,左右旋转数次后,用两掌轻轻拍患者胸部,在患者不注意时,双手掌猛然推患者双侧髂骨前部,使患者坐于床上(图22-24)。

【注意事项】 本病经复位后最初2~3天内要绝对卧床休息,以免引起复发。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海:上海中医学院出版社,

1988：117

① 准备手法　　② 治疗手法

图 22－24 拍推弯腰法

【手法名称】 腰椎旋转复位法

【手法操作】 患者正坐方凳上，两脚分开与肩等宽。医者正坐于患者之后（以棘突向右偏歪为例），用右手自患者右腋下伸向前，掌部压于颈后，手指扶在颈部，左手拇指扣住偏下右侧棘之后下角。助手面对患者站立，两腿夹住左大腿，双手压住左大腿腹股沟部位，以维持患者正坐的姿势。然后医者右手拉患者颈部使身体前曲 90°（或略小），继续向右侧弯（尽量大于 45°）。侧弯到一定位置时，医者右上肢使其患者躯干向后内侧旋转，同时左手拇指将偏歪之棘突向左上方推顶，使其偏歪棘突恢复常位（图 9－1）。

【注意事项】 本病经复位后最初 2～3 天内要绝对卧床休息，以免引起复发；另外对于有增生性脊柱炎或腰椎后关节炎的患者慎用或禁用旋转复位手法。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：117－118

【手法操作】

1. 病人取俯卧位，医生位于病人的左侧，在腰骶部两侧竖棘肌部位用滚法，并可涂以祛瘀止痛摩膏后局部施用按揉、弹拨等法。手法的力量和压力不要重，特别不可做腰部按压法及腰部后伸的被动运动，对体质瘦弱者，可局部施用一指推法或擦法。

2. 对出现下肢放散痛的病人，可沿膀胱经自腰、臀、股后、腘、小腿后侧而施用滚法或按揉法自上而下，往返 3～5 遍。

3. 按压环跳、委中、承山诸穴，搓两臀、下肢，结束治疗。

4. 病人取仰卧位，医生位于病人的右侧，做双下肢屈髋屈膝的被动运动。这一动作不仅放松竖棘肌，而且还能使原来缩小的椎间孔增大，减少神经根的挤压。

【注意事项】

1. 宽腰带护腰。

2. 为了减少腰椎过度前凸，应加强腹肌的锻炼，如仰卧起坐法及仰卧抱膝摇滚法。

【文献出处】 陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：47

【手法操作】 医者先在患者腰部疼痛处，施以滚法使腰部痉挛之肌肉得以松弛，然后选用以下任一复位法治疗。

1. 拍推弯腰法　患者直立双手高举站立床前，面向外。医者站在患者前方，扶患者两肩，左右旋转数次后，用两掌轻轻拍患者胸部，在患者不注意时，用手掌猛然推患者双侧髂骨前部，使患者坐于床上。

2. 旋转复位　患者坐方凳上，两脚分开与肩等宽。医者坐患者背后，用手触诊患者疼痛部位，寻到棘突偏歪处后，以拇指向需要复位的方向顶住偏歪的棘突，医者另一手从患者同侧腋下向颈后扶持牵拉患者颈项，并向同侧旋转牵拉，一助手站患者对面扶持固定患者的大腿，当旋转到一定程度时，医者双手用力一拉一推，即听到“咯嗒”一声，并且手指下有棘突移动感，患者疼痛迅速缓解，表示手法复位成功（图 9－1）。

3. 反背法　医者以背对背立在患者背后把患者完全背起来（反背），以医者的骶部抵住患者痛处，然后前屈，上下颠动及左右摇晃 3～5 次。经施背法，如疼痛已明显改善，腰部能作后伸动作，此法即已达到治疗目的。

4. 侧扳法　患者侧卧，以患侧在上，患侧腿屈曲、含胸、肩臂后仰，健侧腿在下伸直，令患者全身肌肉放松，医者立患背侧，一手拿压患者肩部，另一手推压髂前上棘处，医者两手相继用力摇动患者腰骶部，5～10 次后当患者腰椎旋转到一定程度时，双手突然交错用力，常听“喀嗒”声，即表示腰椎小关节已恢复到正常生理位置（图 8－1）。

5. 卧位摇晃法　患者俯卧位，肌肉尽可能放松。医者先以手掌压在患者疼痛部位轻轻揉按、缓解局部肌痉挛。然后医者双手扶按患者腰椎痛点两侧反复推摇，或双手压在痛点处压晃腰部，摇晃幅度可逐渐加大，双手按压部位也可以从腰椎痛点分别逐渐向上下移动。

6. 其他　患者俯卧，胸腹部下置一棉垫，两手紧抱于床，两下肢伸直，全身肌肉放松，医者立于其床的另一端，两手分别握住两踝部，将下肢徐徐抬起，进行腰部对抗性牵引，持续牵引片刻后进行小幅度、高频率的上下抖动，使牵抖之力传递至腰部。

【文献出处】 陈志敏，陈湘伟. 实用推拿治痛法[M]. 北京：中国医药科学技术出版社，1993：108－111

【手法操作】

1. 掌根按揉法　病人俯卧于治疗床上。术者立其左侧，用右手拇指或掌根部，按揉腰部棘突两侧 1.5 cm 的压痛最明显处。按揉时，从腰 2 至骶部，由上而下，先健侧后患侧，往返重复 8～12 次，然后两手重叠，用掌根揉压腰部两侧骶棘肌。

2. 端坐旋腰法　病人端坐椅上，两腿分开，面向椅背，两手放于靠背上。术者立于其后，右手上臂和肘部置于病人右腋下，前臂手腕绕过左肩上方，手掌按于颈背部，左手拇指前端顶住偏向右侧的棘突。然后，两手配合，右手向右后方旋转，左手拇指用力向左前上方推动。重复操作 2～3 遍。如手法正确，可在拇指下感觉到棘突复位的响声。最后用双手拇指在扶正的棘突两侧和棘上韧带处，作上下挤压、推按。

3. 反背过伸法　病人站立，腰部尽量挺直，术者与病人靠背而立，用两肘弯挽住病人两臂

之肘弯，向上慢慢地将其背起。术者两下肢膝关节屈曲，使骶尾部抵于病人的骶尾部，然后嘱其放松全身肌肉。术者用骶尾部抵于病人下腰部之患处，两下肢膝关节一伸一屈，用力震动15～20次，再向左右摇摆3～5次。重复2～3遍。

4. 指压穴位　指压肾俞、承扶、三焦俞、委中、命门、肩外俞、后溪、阳谷、肩中俞。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：475－476

【手法操作】

1. 患者侧卧，病侧在上，并屈髋屈膝，健侧腿伸直，医者站于患者前侧，两肘呈屈曲位，一肘顶于患者肩前向后推，另一肘压在臀部环跳处向前扳，两肘交错用力，反复前后推拉，然后猛然用力旋转腰椎关节即可复位。

2. 患者俯卧，揉点委中、承山，以缓解腰部疼痛。

3. 患者体位同上，医者用手掌根部按住错缝的腰椎关节一侧，另一手扳对侧的肩部，两手交错用力（先活动腰部），然后猛然用力扳即可复位。

4. 弯腰旋转复位法：患者端坐，医者站于其后（以棘突向右偏歪为例）。医者一手拇指按住偏歪棘突的右侧，另一手穿过患侧腋下，握住对侧肩部，两手协同用力，在患者弯腰旋转到患侧时，两手猛然用力即可复位（图22－25），此时拇指可有复位感。

图22－25　弯腰旋转复位法

5. 理顺筋腱：复位后，用两拇指沿腰椎两侧进行按压，在患椎关节处，用两拇指用力上下推按。

【注意事项】 以上方法，任意选用；一法未效，再用他法。治疗期间睡硬板床，并进行适当的腰部锻炼，注意保暖，防止潮湿受凉，可配合理疗和药物治疗等。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：218－219

【手法操作】

1. 揉压膀胱经　凡因气血瘀积于胸胁，损伤筋脉而致转侧不利，不敢深呼吸者，均须揉脊柱两侧膀胱经3～5遍。

2. 点压阿是穴　用拇指指腹着力如鸟啄食一样点压痛点，50～100次。

3. 侧搬法　相同于旋转复位法，术后再拔一火罐，一般一次可愈。

4. 扭腰法　先向健侧扭转，再向患侧扭转，可使痉挛之筋腱得以舒展。

5. 疏理胁肋法　如胸胁有疼痛（俗称岔气）情况，可用本法。方法是将两手四指伸开紧贴病人患侧用力向外侧疏理，为了增强力度，两手掌可重叠施术。

【文献出处】 栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：143

【手法名称】 卧位斜扳法

【手法操作】

1. 患者俯卧，医者用轻柔的揉法和按揉法施于两侧腰臀部，同时配合下肢后伸等被动活

动，幅度由小到大，以无明显不适为度。

2. 斜扳法整复后关节错位。先扳患侧，后扳健侧。患者侧卧位，下腿伸，上腿屈。术者一肘放于患者肩部，一肘放环跳穴处，双手交叉来回摇动腰部并令其腰部肌肉放松，后迅速扳至60°，此时腰部常可听到“喀嚓”响声，提示复位成功。如疼痛剧烈，斜扳法无法完成者，可先作腰部拔伸术，然后再行斜扳法。根据棘突偏歪的具体位置，调整斜扳角度，对于下腰部的后关节错位，应加重置肩部的一肘的力量，而环跳穴一肘的力量相对减轻；上腰部错位则反之。

3. 嘱患者俯卧，医者在腰部两侧用轻缓的揉、搓等手法结束治疗。

【注意事项】 在治疗期间应嘱病人睡硬板床，症状减轻时要尽早地进行腰部锻炼，以巩固和提高疗效，防止复发。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：70－72

【手法操作】 先用热水热敷患处 30～40 分钟。令患者俯卧在治疗床上，两腿自然分开同肩宽。参照腰椎间盘脱出症的俯卧位手法治疗的方法，医者将偏歪的棘突向痛重的一侧搬动拨正，把肌筋顺正，将椎体的偏歪位拉正扶正，骶部用手掌压平错位处，滑脱位体用体动手法矫正纳入位体，迫使椎间力恢复，平衡，手法完毕。往往患者的病情立即见轻。

若有风湿，做如下处理。将 2 斤米醋倒入搪瓷盆内后把醋煮开，再倒入 4 两二锅头白酒。用此液热敷腰部 30～40 分钟，再用温水冲洗一下即可。热敷时要避风，用酒醋液只须热敷两次，接用中药外用四号洗药热敷。再查病时患者的腰椎肌筋柔软了，再施手法治疗。术后处理：嘱患者仰卧休息 1 周，每日用外用四号洗药热敷患处。内服中药活血止痛散和过江龙，两药分服。1 周后进行适当的锻炼即可。

【文献出处】 罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京：科学技术文献出版社，1995：141－142

【手法操作】

1. 指按腰背部膀胱经第一侧线　嘱患者取俯卧位，医者立于患者的患侧，以“单手拇指按法”或“两拇指叠合按法”治疗患者患侧腰背部膀胱经第一侧线处。自肝俞穴始，逐渐治向同侧的小肠俞穴，一按一放，持续治疗 3～5 次。手法须着实，动作应略缓慢。

2. 滚腰背部　患者及医者的体位如上，医者以“单手滚法”治疗患者腰背部患侧处，持续治疗数分钟。

3. 掌揉腰背部　体位如上，医者以“单掌揉法”治疗病员腰背部患侧处，待患者的局部有温热感后，再持续治疗数十下或百余下。手法的动作须略缓慢，每分钟不超过 70 下。

4. 指拨委中穴　嘱患者取仰卧位，医者立于患者的一侧，以“单指拨法”治疗患者的委中穴，持续治疗数下或十数下。手法的动作应缓慢。一侧治毕，再治另一侧。

5. 拿承山穴　患者及医者的体位如上，医者以“单手拿法”治疗患者的承山穴，持续治疗十余下或 20～30 下。手法的动作应缓慢。一侧治毕，再治另一侧。

【注意事项】

1. 避免脊柱作长时间的活动。

2. 患者应仰卧于硬板床。

3. 加强锻炼，增强两侧的骶棘肌。

【文献出处】 金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：411－412

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者施滚法于腰骶部及臀上部5分钟。

2. 施四指推法于腰骶部及臀上部，配合点按阿是穴、夹脊、大肠俞、秩边、环跳、委中，操作8分钟。

3. 施掌揉法于腰骶部2分钟。

4. 施腰椎斜扳法、腰椎后扳拔伸法或旋转复位法及髋弯腰被动运动，左右各2次。

【注意事项】

1. 施行整复手法时一般都能听到弹响声，但不可强求，用力宜用巧劲，不可用蛮劲暴力，以免造成新的损伤。

2. 整复成功后，患者症状可明显减轻甚至消失，但患者数天内不宜作重体力劳动和脊柱大幅度旋转活动。

3. 腰围护腰，卧硬板床，腰部注意保暖。

4. 平时可适当进行腰部功能锻炼。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：301－302

【手法名称】 俯卧搬腿推腰法

【手法操作】 患者俯卧，放松。术者立于棘突偏向侧，仍以L4棘突向右偏为例。术者立于患者右侧，用右手拇指扶按于L4棘突右旁，左手从患者左膝上方大腿之前向外穿过，并用肘弯及前臂托抱患者左腿，搬动左腿，做向左上、右下的方向绕环活动，当感到患者较为放松时，突然加大绕环幅度，向上、向右搬腿，使骨盆向左、后方向转动，右手同时向左顶推患椎棘突，同样可起到复位效果。此法操作没有前者轻巧，但有时可作为上法的补充。

【注意事项】 此法适用于患椎位置较低，且腰又较软，坐位复位时力难达于患椎者或受某些因素影响，无法进行坐位复位操作者。

【文献出处】 赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：118

【手法名称】 坐位托压法

【手法操作】 患者端坐无靠背凳子上，放松。术者坐于患者的侧后方，面对患者。现以坐于患者左后侧为例：术者坐于患者左后方，右手掌根扶按于后凸的棘突上，左手从患者左腋下由后向前穿过，经胸前搭按于患者右肩前，嘱患者放松后仰。当患者放松时，术者乘势向后下方向按压患者上半身，使更进一步过伸，右手则同时协同向前上方顶托后突的棘突，多可听到“咯”的响声，棘突复位，紊乱被纠正。此法与搬腿压腰法的机制相同，二者有异曲同工之妙。

【注意事项】 本法更适用于上段腰椎，对下段腰椎则不如上法轻松可靠。

【文献出处】 赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：118

【手法名称】 脊椎关节突间关节错位的治疗手法

【手法操作】

1. 准备手法 患者俯卧位，医生在两侧腰臀部，用轻柔的掖法和按揉法治疗，同时配合下肢后伸被动活动，活动幅度由小逐渐增大，以无明显疼痛为度。

2. 治疗手法 亦即复位手法。治疗本病的关键所在，有以下3种方法选用。

(1)侧卧斜扳法：患者侧卧，患侧朝上，医者面对患者站立，用右肘部固定骨盆，以手掌轻扶患处以下的脊柱，右手用力将肩轻轻向后推，即可听到或触到弹响。

(2)俯卧扳压法：患者俯卧，医者站立在患侧，一手向上扳动一侧肩部，另一手掌抵压患处棘突，两手同时相对用力扳压，操作时可闻及弹响。

(3)坐位旋转法：此法有两种操作形式，以右侧为例。

①患者正坐方凳上，两足分开等宽，医者正坐患者背后，右手自患者腋下伸向前，搭手同侧部，掌部压于颈后，拇指向下，其余四指扶持左颈部(患者稍低头)，左手拇指按压患处，一助手在前方按住患者双腿，以防移动。然后医者右手拉患者颈部，使身体前屈60°~90°，并继续向右侧弯(尽量大于40°)，在最大侧弯位时，医者右上肢使患者躯干向后旋转，同时左手拇指向上顶推棘突，即可感觉指下棘突有弹跳感和闻及弹响声。

②患者正坐，双腿靠拢，双手抱于胸前，医者面对患者站立，用双腿夹持患者双腿，一手扶于肩前，另一手扶于另一侧肩后，相对用力，轻轻旋转躯干至45°时，突然加力(但不可粗暴)。本手法在操作过程中，需嘱患者放松，配合转动。

3. 结束手法 患者俯卧位，医生在腰部两侧用轻柔的掖、按、揉、弹拨等手法治疗。然后直擦腰部两侧膀胱经及督脉，以加强气血运行，促进损伤部位的修复。

【注意事项】

1. 在旋转整复手法时，往往能听到弹响声，但不可强求一定要有弹响声。

2. 整复成功后，症状即可消失或显著减轻，但病人在2~3天内不宜做脊柱旋转活动。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：825

第五节 腰椎后关节滑膜嵌顿

【手法操作】

1. 手法 唧筒式推拿法，坐位旋转法，滚法。

2. 手法操作

(1)患者侧卧，下侧腿伸直，上侧腿屈曲，用唧筒式推拿法能听到响声，手法过后，剧疼会迅速解除。操作时，术者站在患者背后，用一侧前臂按其肩部，一侧前臂按在臀部，准备好向相反方向突然用力错动，按肩部之前臂向后方(背侧)用力，按臀部之前臂向前方(腹侧)用力，在相互错动的瞬间往往能听到滑膜弹出的响声(图22-26)。

(2)坐位旋转法：患者正坐位，双膝并拢，术者面对患者站在其前面，用双腿夹住患者双腿，双手扶患者双肩，先向相反方向轻摇双肩，然后突然用力向相反方向推动患者双肩，这时亦能听到小关节错动滑膜弹出的响声，使疼痛缓解(图22-27)。

(3)再令患者俯卧，用滚法放松腰背部肌肉，使肌肉痉挛缓解。

【文献出处】　季根林. 推拿简编[M]. 北京:人民卫生出版社,1981:97－99

图 22－26　唧筒式推拿法

图 22－27　坐位旋转法

【手法操作】

1. 推、揉压骶棘肌法　患者俯卧,胸腹部下置一棉垫,两下肢伸直,术者立于其左侧。双手手掌或掌根从第十胸椎平面起,自上而下轻快反复地推,揉压脊柱两侧的骶棘肌,直至第五腰椎的平面。然后以双手拇指分别置于第一腰椎两侧骶棘肌的外缘部,自上而下反复向中线横行挤压脊柱两侧的骶棘肌,直至第五腰椎平面。最后以两手拇指分别反复揉压两侧委中和承山穴。

2. 牵引抖腰法　患者俯卧,胸腹部下置一棉垫,两手紧抱床头,两下肢伸直,术者立于其床的另一端。手法与腰间盘突出治疗中牵引抖腰法相同。机械性牵引法:如患者身强体壮或术者之力不能达到牵引程度时,且有条件者,可在机械牵引床上进行牵引。

3. 交错搬腰和顺势搬腰法　体位和手法与腰间盘突出搬腰法相同。

4. 过度伸膝法　患者仰卧,患侧髋膝关节屈曲,健侧下肢伸直,术者立于其患侧。以一手扶住其患侧膝关节的前面,另一手握住踝部,令其反复进行髋膝关节过度屈曲或伸直一次。必要时,同法可施术于对侧。

5. 腰过屈运动法　体位和手法与腰间盘突出症中此法相同。

【注意事项】　上述手法应根据病之缓急,症之轻重,选择使用。术后应嘱患者平卧硬板床休息 2～3 天,局部用毛巾或中草药湿热敷,或口服云南白药、三七片等。

【文献出处】　刘严. 按摩疗法[M]. 西安:陕西科学技术出版社,1987:82－83

【手法操作】

1. 病人取俯卧位,医生位于病人的左侧,先在腰骶部两侧及臀部、股后部用按揉法,重点是腰骶部,使痉挛的腰肌放松。

2. 继上法,另请一位助手握住患者的双踝作牵引准备,医生以掌根按压腰骶部,助手牵引双踝,两人配合,同时完成牵引压腰法。

3. 亦可在 1 法的基础上加侧卧斜扳法或仰卧双下肢屈髋曲膝被动手法,均能使嵌顿的滑膜复位。

【注意事项】　以复位为主,手法不宜过猛,防止腰部软组织损伤。本病无论用何种方法

治疗，都会有些残余的疼痛和僵硬感。所以在治疗后要注意以下几个问题。

1. 湿热敷，可解除疼痛和痉挛。

2. 伸肌训练，可增强竖脊肌的力量。

3. 休息 2～3 天，避免在短期内再复发。

【文献出处】 陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：45

【手法操作】

1. 术者用两手拇指指尖按压病人手臂上的“腰痛点”（手背腕横纹前 4.5 cm，第二伸指肌腱桡侧及第一伸指肌腱尺侧，共两点），待病人腰痛缓解为止。

2. 术者与病人背靠背站立，用两肘挽住病人的肘弯部，然后将病人反背起，使其双脚离地，弯腰屈膝挺臀颤动病人腰部，以牵伸病人腰脊柱，加宽椎间隙，以解除嵌顿的滑膜。

3. 如果术者作背法有困难，也可采用斜搬法，注意此法应在病侧斜搬，其作用与前法相同。

【注意事项】 如以上任何一法解除了滑膜嵌顿，病变周围还有僵硬和疼痛的现象时，此后应在局部作按揉法，以缓解肌肉痉挛，活血止痛。

【文献出处】 孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社，1989：180－182

【手法操作】 患者卧位，医者以双手施用揉拿腰背肌法，以松弛肌筋，解除痉挛，缓解疼痛；施用俯撑掌击法，以缓解肌筋，解除嵌顿，活络止痛。如不应，再施肩髋推拉法（图 22－28），以捺正理筋，理气活血，消肿散瘀，通经活络；施用提踝抖腰法（图 22－29），以通利关节，舒展肌筋，消肿止痛，活血散瘀。

【注意事项】

1. 凡劳累之后，弯腰、扭转或从低坐直立时不宜动作突然、急骤。

2. 加强腰背肌功能锻炼。

3. 发生此症时严禁乱施手法，以防加速损伤程度。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：561－562

图 22－28 肩髋推拉法

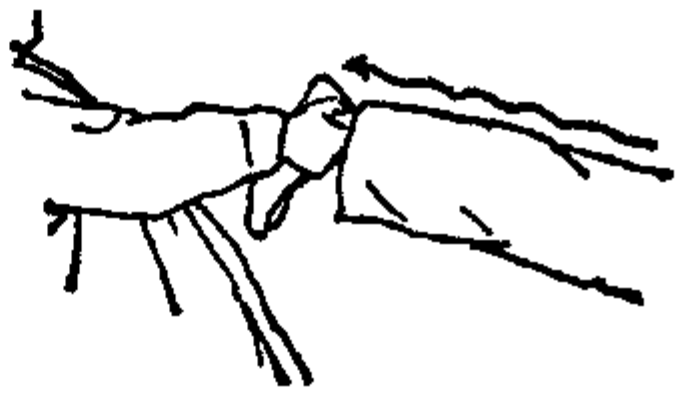


图 22－29 提踝抖腰法

【手法操作】

1. 按摩手法 患者俯卧位，腹下垫枕，在腰自上而下轻柔按摩 3～5 分钟。

2. 牵抖法 患者俯卧位，一助手双手固定于患者腋下。术者握住患者双踝关节。作持续对抗牵引 1 分钟，再慢慢松开。重复数次后用力将下肢快速地上下抖动数次。

3. 斜扳法 患者侧卧，患侧在上。患侧髋膝关节尽量屈曲，健侧髋膝关节伸直；术者立于患者背侧，一手推臀，一手扳肩，双手交错用力，作推扳的动作。此时一般可听到一清脆的弹响声（图 9－1）。

4. 背法 术者与患者靠背而立。术者双手分别挽住患者双肘，术者弯腰用臀部抵住患者的腰骶部，屈髋，以臀部向后顶，使患者腰骶部伸展，同时将患者的身体左右摇摆颠颤几次，使小关节紊乱得以矫正。

5. 上述手法后，使患者俯卧位。术者于患部施以轻柔的滚揉法以促进血液循环。

【文献出处】 李宜谋，沈志祥. 中医推拿治疗软组织损伤[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：33

【手法操作】

1. 牵抖法 患者俯卧，助手双手拉住患者腋下，术者握住双踝关节。持续对抗牵引 1 分钟，再慢慢松开。重复数次后用力将下肢快速的上下抖动数次，使牵引之力传递至腰部。

2. 斜板法 患者侧卧，患者在上，髋、膝关节尽量屈曲，健侧髋、膝关节伸直。术者立于背侧，一手推臀，一手扳肩，两手相对用力，作推扳动作。此时可听到清脆的弹响声。也可用坐位旋转复位或背法。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：367－368

【手法名称】 刘寿山治疗急性腰椎后关节滑膜嵌顿手法

【手法操作】 取俯卧位，术者站于患侧，双手掌背重叠，由上而下按压脊椎棘突和腰背肌肉，重复几次，以使肌肉放松。

1. 一法 患者两腿伸直，两手放在胸侧壁或头前方，术者立于健侧，用一手掌按住腰部痛处，一手依次向背侧搬提患者的两肩及两下肢，搬提的同时，按腰部之手掌用力向下戳按（图 22－30）。

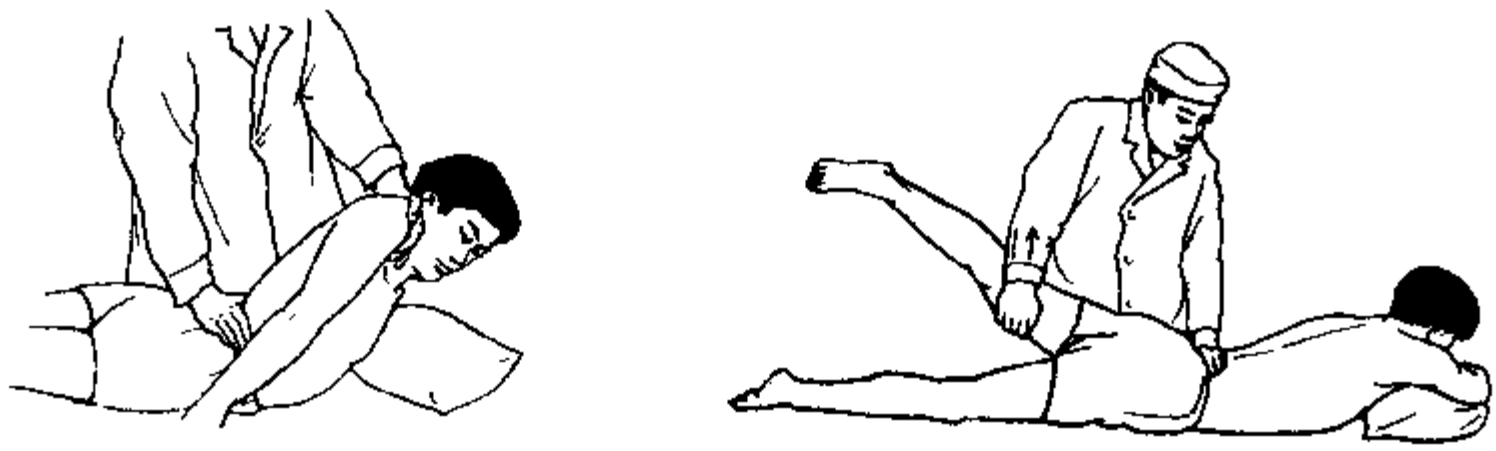
2. 二法 令助手用布巾由患者背部兜住患者两腋，医者握住患者双踝部，与助手协同用力拔直的同时，将臀部抖起，离床面 2～3 寸高，然后将双膝屈曲，助手与术者分别推其双肩及两小腿（图 22－31）。

3. 三法 令患者侧卧，术者站在其背后，一手扳住其肩部，另一手推住臀部，向相反方向进行扳推，使腰部扭转，再推住肩部，扳臀部，同样作相反方向的扳推（图 22－32）。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：208－210

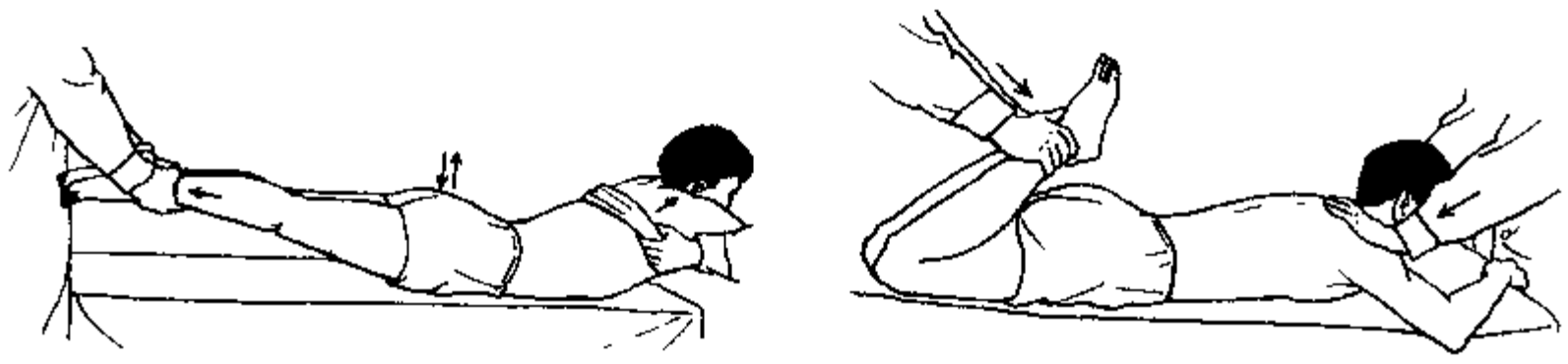
【手法操作】

1. 背法或托法 由于医者与患者的身高有差异，因此，需根据具体情况选择背法或托法。



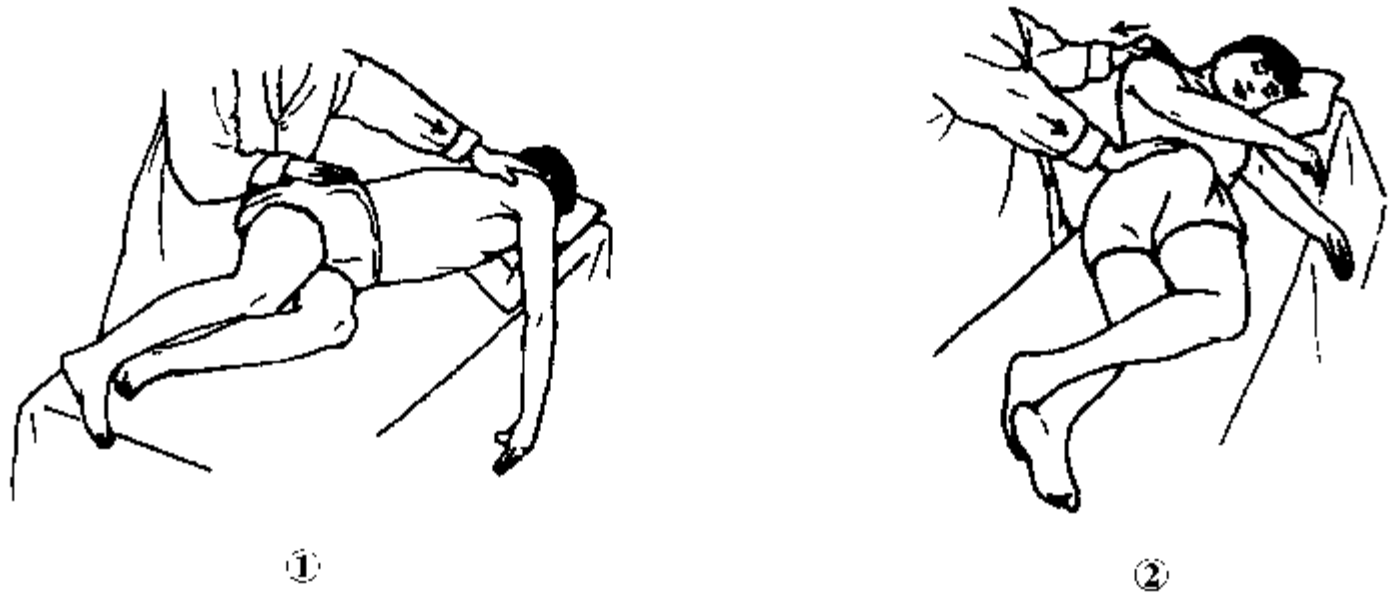
①　　②

图 22－30　急性腰椎后关节滑膜嵌顿手法 1



①　　②

图 22－31　急性腰椎后关节滑膜嵌顿手法 2



①　　②

图 22－32　急性腰椎后关节滑膜嵌顿手法 3

（1）医者的身高与患者相近，医者与患者背对背而立，然后医者略屈膝下蹲，屈肘举臂，两掌心朝天，将两臂分别自患者的双腋下，各自扣住患者的左臂与右臂；接着，医者躯干前倾，伸直两膝，背负患者而使其双足离地：医者向左右方向摇晃身体，使患者的腰以下部分向左右缓慢地摆动数下即止；医者缓缓地屈膝下蹲，待患者两足着地而能平稳地站立时，医者将两臂自

患者腋下收回，并立即转身以手扶持患者的躯干。

（2）医者的身高明显低于患者，医者与患者背对背相靠而立，将两臂后伸、两手背朝向患者的前而，两拇指朝下，两手其余四指的指尖相对而横向放置，自患者的后面经两侧向前反抱患者的腰部。医者的躯干向前略慎，使患者的双足离地而起；再使其腰以下部分向左右摆动数下；然后医者缓缓地伸直躯干，止患者两足着地而平稳站立，医者再转身扶持其腰部。

（3）医者的身高明显高于患者，嘱患者两足分开而立，医者立于患者的背后，面对患者的背部，将一足置于患者的两足之间，两手屈肘，分别置于患者的两腋下，四指在前，拇指在后，医者两臂缓缓用力托举患者，使患者的双足逐渐离地而起，在患者被托起而两足离地的情况下，使其腰以下部分向左右摆动数下，缓慢地将患者放下，使其两足着地而安稳地站立。医者也可根据患者的具体情况采用侧卧位斜扳法、坐位旋转法、卧位牵引法等。

2. 指推督脉腰段及骶段两侧　嘱患者取立位，两足分开。医者立于患者的背后，以“单手拇指推法”治疗督脉腰椎段及骶椎段的两侧。先治一侧，再治另一侧，自头端推向尾端，每侧各持续治疗数十下。

3. 掌揉局部　患者仍取立法，两足分开。医者立于患者的一侧，以一手掌置于患者的腹部，稍用力向患者腹部按压；另一手用掌揉法，治疗患者腰部的疼痛处。持续治疗数分钟。

【注意事项】

1. 症状减轻或消失后，不要立即取卧位。

2. 次日，患者可能出现腰骶部酸痛等，可用掌揉法治之。

3. 短期内，不可负重、疲劳。

【文献出处】 金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：445－446

【手法操作】

1. 牵抖法　患者俯卧位，一助手双手拉住患者腋下，术者握患者双踝关节，作对抗牵引，持续 1 分钟后，再慢慢松开。如此重复数次然后用力将下肢快速地上下抖动数次，使牵引之力传递至腰部。令患者慢慢起床，一般都可使腰部伸直，必要时第 2 天重复牵抖治疗，使腰能全伸。

2. 斜扳法　患者侧卧位，患侧在上，髋膝关节屈曲，健侧髋、膝关节伸直。术者立于背侧，一手推臀，一手扳肩，两手相对用力，使上身旋后，骨盆旋前，令患者腰部放松，活动至最大范围时，用力作一稳定的推扳动作。此时往往可听到清脆的弹响声，疼痛可随之缓解。

【文献出处】 薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：287

【手法操作】

1. 斜扳法：患者侧卧位，患侧在上，髋、膝关节伸直。医者可立于患者前侧或背侧，一手置于肩部，另一手置于臂部，两手相对用力，使上身和臀部作反向旋转（肩部旋后，臂部旋前，同时令患者腰部尽量放松），活动到最大程度时，用力作一稳定推扳动作。此时往往可听到清脆的弹响声，腰痛一般可随之缓解（图 8－1）。

2. 牵拉法：患者俯卧位，一助手抱拉住患者的腋下，或嘱患者两手拉住头侧床沿。医者握住患者两距小腿关节或一侧距小腿关节，作对抗牵引，持续 1～2 分钟，再慢慢松开，重复数次。最后用力将下肢快速的上下牵拉数次，使牵拉力传递至腰部，使其复位。

3. 亦可选用背法、坐位旋转复位法等，具体运用应根据具体条件，选用患者易于接受的方法。合适的体位可使患者腰部肌肉放松，消除恐惧心理。

4. 功能锻炼：早期应适当卧床休息，避免过度腰部活动或负重，必要事可佩戴腰围站立行走。腰痛症状缓解后，应注意逐步加强腰背肌的功能锻炼，以增强腰部抵抗力。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：600

第六节 腰椎关节错缝

【手法操作】 患者坐位，医者施用搓运夹脊法，以理气活血，通经活络；施用旋转复位法，可以捺正复位，顺理肌筋，通经活络，活血止痛，患者俯卧位；医者施用推揉腰背法，以顺理肌筋，通经活络；施用俯撑掌击法，以松弛肌筋，通利腰脊，解除痉挛；施用揉拿腰背肌法，以舒筋活血，散瘀止痛；施用肩髋推拉法，以捺正理筋，理气活血，通经活络。

【注意事项】

1. 防止突然过度旋转而致伤。

2. 起床或突然体位转动时要精神集中，切勿疏忽大意。

3. 劳累、疲劳后改变体位时应小心，避免意外扭伤。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京：中医古籍出版社，1990：552

【手法名称】 屈伸牵拉推按复位法和旋转顿推复位法

【手法操作】

1. 嵌夹型错缝　采用屈伸牵拉推按复位法。患者仰卧板床上，术者先一手推膝，一手持踝关节上方，分别作双腿髋、膝关节的屈伸活动数次，再将双腿的髋膝关节同时极度屈曲，然后再伸直，如此活动数次，直到患者双腿能过伸而不感腰部疼痛为止。此时令患者改为俯卧位，一助手把持双踝部向下牵拉，一助手把持两侧腋窝向上作反牵拉固定。术者站于患侧，以两手掌从骶部开始，沿脊柱两旁由后下向前上推按，一掌错一掌向上移动，直到胸腰联合处为止。术者推按时，令患者张口呼吸，一般推按 3 次。然后双手掌按揉肾俞穴，以调整经气，巩固疗效。

2. 旋转型错缝　采用旋转顿推复位法。患者健侧卧位，术者站于患者背后，一手持患侧肩部，一手持患侧髂前上棘处，两手同时作相反方向的推扳活动，先轻揉地使腰部旋转数次，使腰部筋肉放松，然后再将腰部旋到最大限度时，术者两手同时用力，猛将腰部的旋转再推进一步，若有“卡嘭”响声，或有弹动感出现，患者立即有轻快感，表明骨缝已合，再作局部揉摩，以巩固疗效。若未出现轻快感觉，术者可作向以上相反方向的推扳旋腰活动，手法同上，直到骨缝合好，症状消失为止。

【注意事项】 复位后无需固定，卧床体息数日，亦可外贴、内服药物。

【文献出处】 郭维淮主编. 平乐正骨[M]. 北京：中国中医药出版社，1996：612

【手法名称】 李祖谟的定点推扳法整复腰椎错缝

【手法操作】 选择好手法适应证，令患者右侧卧位，右肩拉向前方，左肩尽量偏后，脸朝

向天，腰部略屈曲，右腿伸直，左腿略屈髋屈膝放在右腿之前方。医者站于患者的前方（腹侧），用手指摸清腰椎右侧隆凸肥厚有压痛之棘突，以左中指自右侧（下方）顶向左侧（上方），医者以左肘抵住患者左侧肩胸部（肘抵指顶），医者右肘内侧按于患者右臀后方，右手指按在术者自己的左中指上，帮助用力，然后术者右肘突然发力，使患者左臀向床面翻转，此时必须以术者中指下有弹动感及响声为宜，另一侧以同样手法操作。

【注意事项】 适应证务必选择好，所摸到之隆凸肥厚棘突必须是患者的痛点，其疗效显著，但也必须注意，不可暴力造成损伤，要使用巧力。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：902

第七节 腰部韧带损伤

【手法操作】

1. 患者取坐位，医者坐于患者身后，点揉局部疼痛点，点揉时使患者体位不断作前屈和后伸，使韧带能在紧张和松弛状态都能得到点揉。

2. 俯卧位，对痛点及棘突两侧作反复多次地点揉、按揉。

3. 平推棘突和棘突两侧，用小鱼际自上而下沿脊柱中线和两侧用较快节奏推动，连续10次左右。

【注意事项】 以上手法各做三节，而后取仰卧体位，采用腰肌劳损的第四步手法作为一次手法的结束，每周2～3次，6周为1个疗程。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：104－105

【手法名称】 髂腰韧带劳损的治疗手法

【手法操作】

1. 俯卧位，医者点揉和按揉疼痛部位，两种手法交替进行均10次左右，而后再按摩疼痛周围，连做三节作为一次手法。

2. 站立位，采用“和腰法”和“转腰法”，在“转腰法”后可将腰部作两侧侧屈活动左右各5次。在转腰手法同时要对腰部痛点作重点按揉和推擦。

3. 如前屈活动不灵活，可再加用“叠挤法”。

【文献出处】 魏指薪，李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海：上海科学技术出版社，1982：105

【手法操作】

1. *理筋复位法* 适用于棘上韧带断裂或从棘突上剥离者。患者坐位，术者坐于患者身后，以双拇指触摸棘突，找到棘上韧带剥离处，然后嘱患者稍弯腰，术者一手拇指按于剥离的棘上韧带上端，向下推按牵引，另一手拇指左右拨动已剥离的韧带，找到剥离面，然后顺脊柱纵轴方向由上而下顺滑按压数次，使剥离之韧带贴附于原位。

2. 理筋通络法　适用于韧带扭伤未发生断裂者。术者先在脊柱两侧采用按揉法，然后以一手拇指在患者棘上韧带方向垂直作弹拨法，并沿棘上韧带方向作上下抹法，然后以手掌直擦腰背部督脉，以透热为宜。

【文献出处】 李宜谋，沈志祥. 中医推拿治疗软组织损伤[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：32

【手法操作】

1. 手法理筋复位　适用于棘上韧带撕裂或从棘突上剥离者。患者站立或端坐，术者坐在患者身后，以双手拇指触摸棘突，找到棘上韧带剥离处，嘱患者稍弯腰，术者一手拇指按于剥离的棘上韧带上端，向上推按牵引；另一手拇指左右拨动已剥离的韧带，找到剥离面后，顺脊柱纵轴方向由上而下顺滑按压使其贴妥。

2. 理筋通络手法　适用于韧带扭伤未发生断裂者。术者先在脊柱两侧采用按、揉法，后一手拇指在患者棘上韧带方向垂直作弹拨法，并沿棘上韧带方向作上下抹法，而后直擦腰背部督脉，以透热为度。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：366

【手法操作】

1. 急性损伤　患者俯卧位，在患处涂上药物性传导油后，用指揉法沿脊柱方向上下按揉，手法宜轻柔，约 10 分钟；按揉肾俞、命门、八髎、委中诸穴，每穴 30 秒；局部使用擦法，透热为度；继用热敷法。

2. 慢性损伤　患者俯卧位，医者先用滚法于腰脊柱两侧的肌肉 10 分钟，使之肌紧张度得以放松；用掌根按揉法于压痛点及其上下，按揉时沿脊柱方向上下按揉动作 5 分钟；用拇指指面按在压痛点部位沿病人左右方向做轻轻的弹拨法 30～50 次；擦法施于腰脊柱两侧的肌肉及压痛点和其上下，继而用湿热敷。

【注意事项】

1. 推拿对棘上、棘间韧带损伤的治疗，旨在加速局部血液循环，有助于损伤组织的修复。

2. 推拿对本病禁用旋转复位法或腰部前屈的被动运动和过伸位的挤压手法，防止病情加重和挤压伤。

3. 尽量避免腰前屈的劳动和负重，平素以腰围护腰。

4. 避免受寒，要卧硬板床。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：758

【手法操作】

1. 手法理筋复位　如属棘上韧带或从棘突上剥离者，可用手法理顺复位。患者站立或端坐方凳上，术者坐在病人身后，以双手拇指触摸棘突，找到棘上韧带剥离处，然后嘱患者稍向前弯腰，术者一手拇指按于剥离的棘上韧带上端，向上推按牵引，另一手拇指左右拨动已剥离的韧带，找到剥离面，然后顺脊柱纵轴方向由上面下顺滑按压使其贴妥。术后卧硬板床休息。避免腰部旋转活动，暂不作身体屈曲动作。

2. 理筋通络手法 如属韧带扭伤未发生断裂者，可用按摩手法理筋通络。患者俯卧位，术者先在脊柱两侧用按、揉手法治疗，用一手拇指在患部棘上韧带做与其呈垂直方向的弹拨治疗，并沿棘上韧带方向作上下抹法，然后在腰背部督脉上直擦，以透热为度。

【文献出处】 薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：285

【手法操作】

1. 急性损伤

(1)患者俯卧位，医者施四指推法于损伤周围，手法宜轻柔缓和，操作 8 分钟。

(2)一指禅推法于棘上或棘间痛点 3 分钟。

(3)点按阿是穴、肾俞、命门、夹脊、委中等穴，以酸胀为度，每穴操作 30 秒钟。

(4)掌揉损伤局部 2 分钟。

2. 慢性损伤

(1)患者俯卧位，医者施四指推法于损伤周围，手法宜稍用力，操作 8 分钟。

(2)一指禅推法于棘上或棘间痛点 3 分钟。

(3)点按阿是穴、夹脊、委中等穴，每穴操作 30 秒钟。

(4)掌揉痛点 2 分钟。

(5)自上而下擦损伤部位，以局部透热为度。

【注意事项】

1. 治疗时慎用或禁用腰椎扳法、被动前屈和后伸挤压，防止加重病情。

2. 避免腰部负重前屈，平时腰围护腰。

3. 卧硬板床，注意腰部保暖。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：303－304

【手法操作】 此法适用于急性棘上韧带剥离的损伤患者。患者坐于无靠背凳上，体微屈，显露腰部。术者坐于其后，用双拇指触诊法查清棘上韧带被剥离上、下端之界限，剥离的韧带向棘突的哪一侧脱位，然后用相应的手法进行复位操作。现以第 4 腰椎的棘上韧带向左侧剥离为例，其复位方法如下：用左手的拇指压住棘上韧带剥离段的上端，并稍向上方拉紧，使剥离的棘上韧带被拉紧；右手的拇指扶按于棘上韧带剥离段上端的左侧旁，然后沿着剥离韧带左侧边缘向下端滑动，边滑动边将剥离的韧带向右侧方顶推，将其推到棘突嵴的剥离面上，当滑推至剥离段的下端时，乘势压住剥离韧带的下端向下方拉紧，使剥离的韧带绷紧于棘突的剥离面上；此时，原来压上端的左拇指也向下滑推，进一步将剥离的韧带舒顺复平于棘突原来的位置上，当推至剥离段的下端时，同样将其向下端拉紧，右拇指松开移到上端顺次向下端按压，将剥离韧带压紧于棘突上。再轻轻作双拇指触诊检查，若韧带已复位，手法完成。

【注意事项】 若复位尚未完成，重复上述手法操作，力求复位完全。若韧带向右侧剥离，则右拇指滑推时在其右侧缘向左顶推。其他操作相同，也可按各人习惯，左、右手可互换操作。

【文献出处】 赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：113

【手法操作】

1. 理筋复位 适用于棘上韧带撕裂或从棘突上剥离者。患者站立或端坐位，医者坐患者

身后，以两手拇指触摸棘突，手摸心会，找到棘上韧带剥离处。嘱患者略弯腰，医者一手剥离面，然后顺脊柱纵轴方向由上而下顺势按压，使其复位。

2. 理筋通络　适用于韧带扭伤而未发生断裂者。患者俯卧位，医者先在脊柱两侧以按揉法调理，然后用拇指在棘上韧带方向垂直做弹拨治疗，并沿棘上韧带方向作上抹法，再于腰背部督脉上作直擦，以透热为度。

3. 功能锻炼　本病损伤早期经治疗复位，应卧硬板床休息或固定，可采用皮腰围保护。腰部疼痛不明显时，应进行积极的腰背肌锻炼，但应避免过度前屈活动。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：598

【手法操作】

1. 急性棘上韧带损伤（棘上韧带撕裂或从棘突上剥离者）

（1）按揉腰背：患者取坐位，医者坐于患者后位。用双手大拇指腹按揉患者棘突两侧竖脊肌，由上到下，由下到上 10～15 遍。力度由轻到重，由重到轻松解肌痉挛。

（2）轻揉点按：医者用一拇指腹轻揉患者棘上韧带由上到下，由下到上 5～6 遍，然后用拇指点按阿是穴、委中穴、承山穴等解痉镇痛。

（3）手法复位：患者端坐方凳上，患者向前稍弯腰，医生坐在患者身后，用双手拇指腹触诊法触摸棘突患部。拇指腹按到剥离的棘上韧带上方，用力向上推按、牵引，同时另一手拇指腹沿脊柱韧带纵轴方向由上而下顺滑、按压棘上韧带剥离段恢复原位。整个操作过程中，手法应轻柔、稳妥，以不增加其损伤为原则。

2. 慢性棘上韧带损伤

（1）滚腰背部：患者俯卧位，腹部垫枕，使其腰部平坦或稍后突，医者站于患者右侧，用滚法在腰背竖脊肌操作 5 分钟，然后重点在患部周围操作 2～3 分钟。

注意：手法操作的关键在一个“松”字，肩关节放松，腕关节手背保持弧形，避免和患者身体之间产生相对拖动，跳动或空转。

（2）按揉患部：患者俯卧位，腹部垫枕，使其腰部平坦或稍后突，医者站于患者右侧，以一手大拇指指腹着力于患部棘突和间隙及患部周围，做按揉 10～15 分钟，手法要深沉缓和，力量透达深层，以患者有强烈的酸胀感为佳。若患者腰背部有结节状或条索状反应物，应重点在此处按揉，使其消散。

（3）弹拨韧带：按上姿势，医者以一手大拇指指腹着力于患部棘突和间隙，像拨琴弦与棘上韧带成垂直方向连续性弹拨 2～3 分钟。手法要深沉缓和，力量透达深层。

（4）抹擦腰背，按上姿势医者用一手拇指罗纹面紧贴棘上韧带患部，作上下往返移动抹法 2～3 分钟，要求轻而不浮，重面不滞，均匀移动；医者用手掌尺侧，用擦法直擦患部及其上下端和两侧骶棘肌以透热为度。

3. 棘间韧带损伤

（1）按揉患部：患者俯卧位，腹部垫枕，使其腰部平坦或稍后突，医生站于患者右侧，以一手大拇指腹按揉患部棘突间，棘突两侧 0.5～1 寸处。手法要深沉，力量深层以患者有较强烈的酸胀感为佳，持续时间 7～8 分钟。

（2）拔伸牵抖：患者俯卧位，医者站于检查床后方，双手握准患者左右踝部，拔伸 2～3 分

钟，要求作用力要均匀而持久，动作要缓和，然后医者双手用力上动3次，要求幅度大，频率小。

(3)腰部后伸扳法：患者俯卧位，医者站于患者右侧，医者用右手掌按压在损处，左手及前臂放在患者双膝关节股部前侧，患者腿伸直，医者将患者双下肢托走将腰部后伸至最大限度，两手同时用力作相反方向扳动2～3次。操作时，动作必须果断而快速，用力要稳，两手动作配合要协调，扳动幅度一般不能超过其生理活动限。

(4)擦棘间韧带：患者俯卧位，腹下垫枕，使其腰部平坦或稍后突。医者立于右侧，用一手掌尺侧在患部棘间做连续不断擦法5～6分钟，频率120～150次让患部透热。

【注意事项】

1. 棘上韧带，棘间韧带完全断裂者禁用手法。

2. 推拿手法要柔和，切忌暴力。术后注意局部保暖，损伤部宜用宽皮带固定。

3. 在进行手法治疗期间要注意休息，适当制动2～3天，要防止弯腰或做负炼。棘上韧带急性损伤，在手法复位后，暂不做腰部后仰动作。

4. 推拿、理疗、封闭、针灸可交替使用。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：676－677

第八节 第三腰椎横突综合征

【手法操作】

1. 病人俯卧。在L3横突处作与条索状硬块垂直方向的弹拨。弹拨要由浅到深，由轻到重，同时配合搓、揉等手法。

2. 经弹拨治疗，在条索状硬块稍柔软后，沿患侧骶棘肌用深沉而缓和的滚法，上下往返治疗，同时配合腰部后伸被动活动，然后再沿骶棘肌纤维方向用擦法治疗，以透热为度。最后可加用热敷。

【注意事项】

1. 在腰部用弹拨法治疗时，病人疼痛较甚，因此必须配合搓、揉法治疗，以缓解治疗时的疼痛。弹拨的疼痛，要以病人能忍受为度，切不可使用暴力。因为疼痛过剧，腰部肌肉非但不会放松，反而会造成新的损伤，增加疼痛。

2. 治疗期间，要避免或减少腰部的伸屈和旋转活动。

3. 注意局部保暖，不可受寒。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：120

【手法操作】

1. 术者两手拇指分别置于平L4～5平面之两侧骶棘肌外缘，同时向中线挤压，待拇指分别推挤到骶棘肌肌腹中部时，拇指依皮肤之滑动，向下稍滑，持续用力向下按压至最大指力半分钟，再用力向上推挤向外旋转，逐渐放松压力。拇指在原处轻轻揉按。

2. 术者两手掌分别放于患者两侧背伸肌之一，四指屈曲，以掌根稍按压后，即猛然用力向前推耸。自肩胛骨下角开始，顺延推耸而下至L4～5平面为止，反复2～3遍。

3. 患者侧卧位，患侧在上，背向术者。将健侧膝关节放于屈曲位，患侧下肢放于伸直位，患

臀朝上。此时，术者屈曲右肘，右手握住左上臂作为支撑力，左手向右牵拉髂前上棘。术者将屈曲的右肘后侧鹰嘴尖端放于患肢股骨大粗隆尖端的上部，用力按压半分钟。然后，术者右肘仍以原式，将右肘后侧鹰嘴尖端放于环跳穴，用力按压半分钟。

4. 患者俯卧位，患侧靠床边，术者左手搭于患者腰腹部，向右推按作为拮抗力量。术者右手拇指放于 L3 横突的外侧肌腹的外缘，由外向下用力向中线推按，起手时拇指向上翻转（图 22－33）。

5. 术者两手掌呈纵行位，分别放于两侧背伸肌之上，向上推挤耸起皮肤，同时用其他四指将耸起的皮肤抓起，向上推滚。掌根稍按后，即猛然用力向前推耸。自肩胛骨下缘开始，顺延推耸而下，至 L4～5 平面为止。反复 2～3 遍。

6. 术者两手拇指横放于患侧骶棘肌条索上，分三处用力向下按压。起手时，用力向前推拨（图 22－34）。然后用手掌部在原处按揉。如患者合并臀部或股内收肌紧张疼痛，可根据症状选用以下两种方法（7、8）。

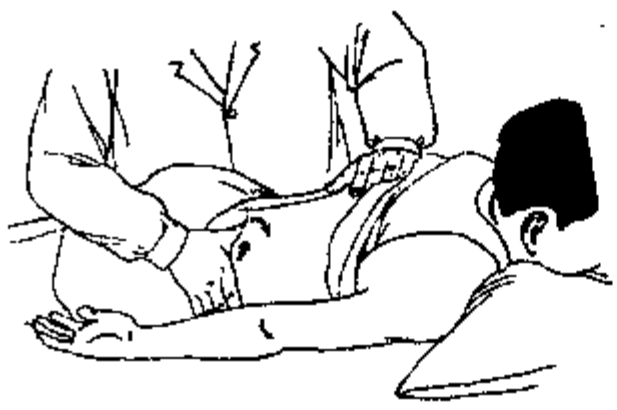


图 22－33

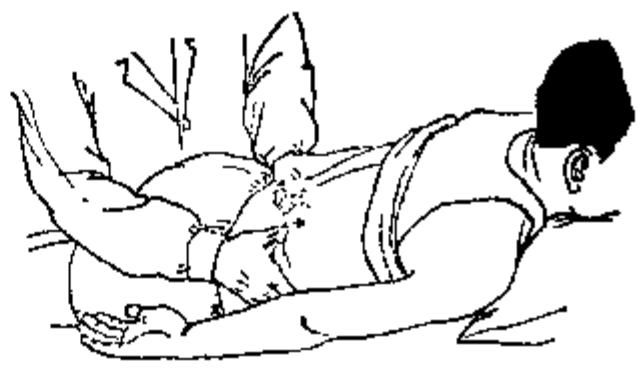


图 22－34

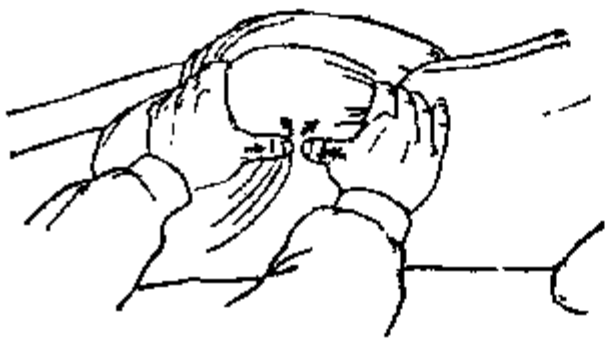


图 22－35

7. 患者侧卧位。术者先以两手四指指端找出臀肌之条索位置，将条索分为三点。术者两手拇指纵轴放于接近平行位，两拇指指尖相对，稍用力（不是大力）按压。起手时，拇指向上拨挑，压向外旋。连作三点。然后以手掌在原处揉按（图 22－35）。

8. 患者仰卧位。患肢髋关节放于外展外旋位。术者将患肢踝部夹持于右腋下，左手掌托住小腿的后上部向下牵引。术者右手拇指放于股内收肌压痛点的后侧，用力向前推滚弹拨1～2次。

9. 按压冲门、风市穴，提拉股四头肌联合腱，按压足三里穴，；然后伸屈下肢 2～3 次。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：136－139

【手法操作】

1. 推、揉压骶棘肌及腘绳肌法　体位和手法与腰间盘突出症中本法基本相同。

2. 揉拿 L3 横突法　患者俯卧，两下肢伸直，术者立于其患侧。一手或两手多指从第一腰椎平面起，自上面下轻快反复地揉拿两侧腰方肌和腰大肌，直至第五腰椎平面（拇指置于患

侧)以患侧 L3 横突部为揉拿之重点。并以一手拇指或肘尖从髂棘附近起,自上而下轻快反复地揉压、弹拨患侧臀部,直至股骨大转子附近。

3. 揉压、弹拨 L3 横突部和阿是穴　一手拇指或肘尖反复揉压,弹拨患侧 L3 横突部和髂脊中点下约 3、4 公分处痉挛的臀中肌条索状硬结,以及患侧的志室和腰眼穴。

4. 揉压、弹拨环跳法　患者俯卧,患侧髋关节外展,外旋,膝关节屈曲,使膝关节内侧置于床面上,健侧下肢伸直,术者立于其患侧。一手拇指或肘尖反复揉压、弹拨患侧髋关节周围的肌腱和环跳穴、秩边穴。

5. 捏拿、提弹股内收肌法　同四法中的体位。一手或两手多指从股骨内髁附近起,自上而下轻快反复地捏拿,提弹患侧股内收肌,直至腹股沟附近。

6. 揉压、弹拨股内收肌肌腱法　同前四法中的体位。一手或两手拇指从股内侧中下各交界处附近起,自下而上轻快反复地揉压,弹拨患侧股内收肌肌腱,直至腹股沟附近,并以一手拇指反复揉压患侧血海和三阴交穴。

7. 过度屈膝法　体位和手法与腰间盘突出症中相同。两手多指从髂前下棘附近起,自上面下轻快反复地捏拿,提弹患侧大腿前面的股四头肌,直至髌骨上缘肌腱联合部。最后再以一手拇指反复按放患侧气冲穴,揉压、弹拨患侧阳陵泉和绝骨穴。

【注意事项】　症状严重者,应平卧硬板床休息,局部用毛巾或中草药湿热敷。

【文献出处】　刘严. 按摩疗法[M]. 西安:陕西科学技术出版社,1987:91 - 92

【手法操作】　病人取俯卧位,医生站在病人的一侧,在病患侧软组织的远端先用掌根按揉法,自上而下往返 3 ~ 5 遍。而后在阿是穴作弹拨法 10 ~ 20 次,力量由轻到重,再以阿是穴为中心向四周作理筋手法。再重复腰部按揉,沿膀胱经而下,经臀、股后,上下往返 3 ~ 5 遍。按压肾俞、环跳,拿委中诸穴。再在阿是穴施弹拨法、理筋法,如此重复 2 ~ 3 次即可。最后以腰部擦法结束治疗。L3 横突弹拨法:对瘦弱病人 L3 横突弹拨法比较容易掌握,对体格较健壮者,就有一定的困难,方法如下。

1. 首先通过定位找到 L3 棘突。

2. 从 L3 棘突向两侧腰肌的外缘探寻,当找到压痛点后,用双拇指重叠向前内方按压,如遇有硬结或条索样的手感后即弹拨之(方法同前)。

【注意事项】　对于腰部急性损伤要及时治疗,并要注意纠正不良姿势。

【文献出处】　陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海:上海中医学院出版社,1988:75

【手法操作】　患者取俯卧位,医生站在患者的患侧,在患侧软组织的远端用按揉法拿法,自上而下往返数遍。平 L3 棘突向两侧腰肌的外缘找其压痛点,用双拇指重叠向内方按压,如遇有硬结或条索状的剥离即弹拨之,较胖者可用肘尖弹拨,力量由轻到重,再由重到轻,反复数遍,同时用指点按肾俞穴,最后以掌擦法对八髎穴施以热感结束手法。

【文献出处】　常健,陶万明,李瑞生. 推拿与运动损伤[M]. 北京:北京科学技术出版社,1991:109 - 110

【手法操作】

1. 推揉法　患者俯卧,术者以双手掌或大鱼际从 T10 平面起,自上面下采用轻快的推、揉、

压按脊柱两侧的骶棘肌，直到骶尾部。然后以双大拇指反复按压双下肢委中、承山穴数次。

2. 弹拨法　术者以一手拇指在 L3 横突处沿与条索状硬块相垂直的方向作弹拨手法。

3. 扳腿法　术者以一手掌按压于患处，用另一手掌勾扶住患侧大腿前下方，向上方扳拉。此时可听到"咯"的撕裂声。

4. 滚擦法　上述手法后，术者以患部为中心反复施以捏拿滚擦手法数分钟。

【文献出处】 李宜谋，沈志祥. 中医推拿治疗软组织损伤[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：34

【手法操作】

1. 急性发作期

（1）患者俯卧位，医者站在其体侧，用轻快而又柔和的掌根按揉在腰部两侧尤为肌紧张侧治疗，约 5 分钟；并在压痛点部用拇指指面作轻轻的按揉，3～5 分钟；随后用小鱼际擦腰脊柱两侧的肌肉及腰骶部。擦法完成后，在被擦部作热敷法。

（2）患者仰卧位，医者站立在其体侧，为患者先做一侧再做另一侧的屈髋、屈膝之被动运动。随后同时做双侧的屈膝、屈髋之动作（均以不增加患者疼痛为度），各自分别 5～10 次。

（3）患者仰卧位，医者站在其体近侧，用中指指面按揉委中穴。随后用抖法于下肢。

2. 慢性持续期

（1）患者俯卧位，医者站在其体侧，用滚法或掌根按揉法于两侧腰肌（肌紧张侧和压痛点作重点治疗），5 分钟，使腰肌得到初步松解。

（2）在 L3 横突尖端，即压痛点处用拇指指面按压并同时作左右方向的弹拨，15～20 次；并擦法于压痛点处。

（3）病人仰卧位，在腹股沟压痛点用拇指按揉，30～60 秒。

（4）病人仰卧位，作患侧的屈髋、屈膝之被动动作，分别为 15～20 次。

（5）患者仰卧位，医者站在其体侧，用中指面按揉委中穴，随后用抖法于下肢，再作双下肢搓法。

【注意事项】 急性发作期治宜活血化瘀、解痉镇痛。慢性持续期治宜解除痉挛、松解粘连。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：581－582

【手法操作】

1. 推揉压按骶棘肌法　术者用两手手掌或大鱼际从第 10 胸椎平面起，自上而下轻快推、揉、压按脊柱两侧的骶棘肌，直至骶骨背面，后以两手拇指分别反复揉压两侧委中、承山穴。

2. 弹拨法　用一手拇指在 L3 横突处作与条索状硬块垂直方向弹拨。

3. 捏拿滚擦腰肌　经上述手法后，在患部用捏拿滚擦等手法，同时配合腰部后伸被动活动。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：371

【手法名称】 五步按摩法

【手法操作】

1. 通法(第一步) 患者取俯卧位,全身放松。医者立于患者一侧,先用大小鱼际肌分别掌揉督脉与足太阳膀胱经部位,指压肾俞、环跳、风市、殷门、委中和承山等穴。以达通经活络,舒筋活血,"以通止痛"的目的。

2. 松法(第二步) 医者双拇指平行或重叠按压 L3 横突病变处,先前后弹拨,再左右分离其结节或条索状物,约 5 分钟。弹拨幅度要小,频率要快,由浅入深,由轻到重,再由重到轻。手法轻重以病人能耐受为度。一般病程长手法宜重,弹拨时间宜长。此步是手法的重点,弹拨部位要准确,手法轻重要适度,真正达到"以松止痛"的目的。

3. 滚法(第三步) 在弹拨局部软组织处施以滚法 3 ~ 5 分钟,手法要深透有力,重而不滞,轻而不浮,频率要快,以使局部温热舒适,肌肉松弛为目的。

4. 扳法(第四步) 患者取侧卧位,医者面对患者,在双肘对抗牵引下(一肘抵住肩前部向后上方牵拉,另肘压住一侧臀部向前下方牵拉),以 L3 横突为轴,分别向左右斜板 1 次,以进一步松解附着在 L3 横突末端痉挛与粘连的组织,整复因肌肉长期痉挛牵拉造成的腰椎后关节紊乱。双肘与拇指三点要同时协调用力,动作要轻巧,勿用蛮劲,以防造成新的损伤。

5. 抖拉法(第五步) 患者取俯卧位,医者双手握拿患者足踝部,分别抖拉双下肢 1 ~ 2 分钟。

【注意事项】 由于 L3 横突特定的解剖及生物力学特点,致使本病发病率甚高,在腰腿痛患者中占有相当高的比例,但至今没有引起医学界的普遍重视,使不少病例误诊为骨质增生、腰肌劳损等病。根据临床症状与体征,尤其是正确的触诊,本病诊断并不困难。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社,1994:94 ~ 96

【手法名称】 液体按摩法

【手法操作】

1. 10% 的葡萄糖 30 ~ 50 ml 痛点或一定穴位注射,每隔 2 天治疗 1 次。

2. 揉捏法:在注射部位顺肌纤维上下揉捏。

3. 压迫法:拇指点压揉按病灶区或经络通过的主要穴位,以舒经通络。

4. 推法:拇指或掌根推足太阳膀胱经、足少阳胆经等,由上至下。

5. 运动法:双手扳腰、扳腿、摇髋、牵拉、抖腰,以滑利关节,若有小关节错位或肌腱滑脱者可使其复位。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社,1994:97 ~ 98

【手法操作】

1. 患者俯卧位,医者施滚法于腰臀部 5 分钟。

2. 施四指推法于腰臀部,配合点按阿是穴、肾俞、志室、气海俞、秩边、环跳、委中等穴,操作 8 分钟。

3. 施掌揉法于腰臀部 2 分钟。

4. 弹拨 L3 横突尖及臀上部,各操作 8 ~ 10 次。

5. 沿骶棘肌走行方向施小鱼际擦法,以局部透热为度。

【注意事项】

1. 治疗期间，避免或减少腰部屈伸和旋转活动。

2. 注意用腰姿势，纠正不良习惯。

3. 可用腰围护腰，卧硬板床，局部注意保暖。

4. 适当加强腰肌功能锻炼。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：305－306

【手法操作】

1. 患者俯卧，先在 L3 横突处施以按揉法，随后作条索状硬块垂直方向的拨法，手法要柔和，并配合揉法以消散瘀结之肿。

2. 在条索状硬块稍柔软后，沿骶棘肌部施以滚法，待肌肉放松后，配合腰后伸被动运动；拇指按揉肾俞、大肠俞、环跳、委中等穴，以酸胀为度。

3. 仰卧位：按揉大腿内收肌，接着施滚法于内收肌，结合“4”字形被动运动。

4. 坐位：最后沿骶棘肌方向施以擦法，以透热为度。

【注意事项】

1. 腰部宽皮带固定。

2. 治疗期间，要避免腰部作屈伸和旋转活动。

3. 注意局部保暖。

4. 适当加强腰背肌肉的锻炼。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 重庆：科学技术文献出版社，2001：515－516

【手法操作】

1. 放松手法　患者俯卧位，双下肢伸直。医者以推、揉、按、滚等手法作用于脊柱两侧的竖脊肌，直至骶骨或臀及大腿后侧，并按揉腰腿部的膀胱经腧穴，施术以患部为主。达到理顺腰、臀、腿部肌肉，解除痉挛，缓解疼痛的目的。

2. 双指封腰法　用拇指及中指分别挤压、弹拨腰 3 横突尖端两侧，以剥离粘连、活血散瘀、消肿止痛。手法应由浅入深，由轻到重。

3. 肘揉环跳法　患者侧卧，患侧在上，患肢屈曲，健肢伸直。医者以肘尖压揉环跳及臀部条索状结节。

4. 扳法　必要时可扳腿使腰部反复后伸或斜扳腰部或采用晃腰手法使腰部肌肉进一步放松。

5. 功能锻炼　患者应配合进行适当的功能锻炼。患者身体直立，两足分开，与肩同宽，两手叉腰，两手拇指向腰 3 横突，揉按局部，然后旋转、后伸和前屈腰部，以利于舒通筋脉、放松腰肌、解除粘连、消除炎症。

【注意事项】　应避免过度或过久的腰部活动，以免加重损伤。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：604

【手法操作】

1. 患者俯卧，两下肢伸直，术者立于其左，两手手掌或大鱼际从第十胸椎平面起，自上而下轻快反复地推、揉、按脊柱两侧的骶棘肌，直至骶骨背面或臀部的股骨大转子附近，并以两手拇指分别反复点按两侧委中穴。

2. 弹拨 L3 横突处，用一手拇指在 L3 横突处作与条索状硬块垂直方向弹拨，弹拨要由浅到深，由轻到重，然后用拇指或肘尖在该处反复按揉。

3. 沿患侧骶棘肌自上而下地拿捏，再用深沉缓和的滚法，上下往返治疗，然后沿骶棘肌纤维方向自上而下的搓擦，同时配合腰部后伸被动活动。

【注意事项】 初起可卧床休息，并用腰围固定，症状缓解后，加强功能锻炼，局部注意保暖。

【文献出处】 李明磊主编. 推拿学[M]. 北京：科学出版社，2002：153

第九节 腰肌及筋膜劳损

【手法名称】 腰背四肢风湿症的治疗手法

【手法操作】

1. 取穴 上肢为肩井、天宗、肩髃、巨骨、臂臑、曲池、小海、手三里、合谷、腕骨。腰背为风府、风池、大杼、膏肓、肾俞、阳关、合门、八髎、长强。下肢有居髎、环跳、承扶、阴阳陵泉、委中、承山、伏兔、昆仑等穴。

2. 手法 推、拿、滚、擦、点、搓、摇、捻等，在临床上根据部位不同，灵活运用。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿医士学校. 中医推拿学[M]. 上海：上海科技卫生出版社，1959：51

【手法名称】 腰肌劳损的治疗手法

【手法操作】

第一阶段：患者俯卧，头勿垫高，放松腰部（在患者腹部可垫一枕头），先于背部至臀部作大面积的表面抚摩，10～15 个来回，再自第十胸椎到盆骨边缘之间作推揉、推压、按压等手法，2～4 分钟。最后对三焦、长强两穴进行对称地掐。如果刺激得正确则患者应有上下通达的感觉。其作用是通经、兴奋机体，以消除久坐久站后疼痛的感觉。以上手法连治 4～6 次。

第二阶段：先广泛地表面抚摩，以后进行推揉、压揉及搓等手法，力量要均匀，应先轻后重，共按摩 15 分钟。按摩着重在腰部及臀部。然后配合经穴按摩，掐、揉肾俞、环跳、白环俞等穴。以上手法有通行经络、补肾强筋、消除疲劳的作用。约连治 6 次后，腰痛可减轻，腰部活动渐趋正常，并可坚持轻度劳动。

第三阶段：手法力量先轻后重，再轻。按摩的面积在开始和结束时最广泛，中段操作宜限于病区局部。从背部到臀部直达大腿外侧，顺肌肉纵轴方向操作，在腰部着重作推揉、推压，沿脊柱和骨盆边缘着重作推揉。经穴按摩缓揉三焦、环跳后结束。须连治 10 次左右。

【注意事项】 在治疗中，应辨证来决定治疗次数，一般轻者 6～8 次，重者 10～15 次。远年陈旧性病患常须连续治疗 20～30 次，始能痊愈。

【文献出处】 郑怀贤. 伤科按摩术[M]. 成都:四川人民出版社,1964:142－143

【手法名称】 腰部风湿治疗手法

【手法操作】

1. 手法 滚、平推、按。

2. 部位 腰背部,以脊柱及其两侧为重点。

3. 操作

(1)患者俯卧,医者站于旁,用滚法施于腰背部脊柱两旁,以疼痛部位为主,手法力量可适当加重,时间约10分钟。接着在脊柱两旁从大杼穴开始,直线向下按压到肾俞穴处,自上至下重复3~4次。感觉麻木的部位可加重按压的力量。

(2)患者坐势,医者站于旁,用平推法沿脊柱两侧直线往返,以透热为度。若症状较重者,可在平推后配合热敷。

【注意事项】 注意保暖,避免再感受风寒潮湿,忌食蟹、柿子等寒性食物。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校. 农村常见病推拿疗法[M]. 上海:上海科学技术出版社,1967:41

【手法名称】 腰部扭伤、腰肌劳损治疗手法

【手法操作】

1. 主穴 腰点、肾筋、连排点、十八转、十八经、肋尖、脊点。

2. 配穴 反点、棘点、环点、灵1、灵3。

3. 治法

(1)急性腰扭伤,先点后心给予止痛,再反复点按主穴。

(2)若遗留腰骶部酸痛加反点、灵1、灵3、棘点。遗留腰背肌酸痛加血筋、肋尖、脊点,同时点按。遗留髂骶关节酸痛加环点、肾筋、反点。遗留腰脊部酸痛,可以上法治疗1~2个疗程。

【文献出处】 福建龙溪地区革委会生产指挥处卫生处. 点穴疗法[M],1972:55

【手法名称】 腰扭伤骶棘肌痉挛的按摩治疗手法

【手法操作】 患者取俯卧位,术者站立一侧。术者以两拇指分别置于两侧骶棘肌外缘成一水平线,用力向中线横行挤按到骶棘肌之肌腹中部,两拇指向内向下用力挤按,然后再用力向上推挤并向外旋转。

【文献出处】 天津市天津医院,石家庄市交通运输局医院合编. 按摩[M]. 北京:人民卫生出版社,1974:12

【手法名称】 腰部软组织扭挫伤治疗手法

【手法操作】

1. 手法 滚、推、按、揉、擦。

2. 取穴 压痛点、肾俞、大肠俞、居髎。

3. 部位 局部疼痛处及其周围。

4. 操作

(1)俯卧位。先在腰部疼痛处及其周围用滚法或推法(如红肿痛剧行可先用轻按揉法),配合按肾俞、大肠俞、居髎及压痛点,根据功能障碍的具体情况,适当配合相应的被动运动。

(2)坐位。用擦法使局部发热,配合热敷法。

(3)对于筋膜嵌顿及小关节错位引起的腰痛,运用腰部斜扳法及背法,常能很快使症状减轻或消失。如病已久可考虑作腰部牵引。

【注意事项】 腰痛发作时宜睡硬板床,适当注意休息,防止着凉。平时用宽皮带束腰。杠抬重物时姿势要正确。

【文献出处】 上海中医学院. 推拿学[M]. 上海:上海人民出版社,1974:129－130

【手法名称】 腰肌劳损的治疗手法

【手法操作】

1. 病人俯卧,医者立其一侧,自上而下地施以离心性抚法。施术于患部应用力,反复施术20～30次。

2. 掌揉法:重点放在患部。

3. 拇指和拐肘压法:主要在督脉和膀胱经上施术。其压力应深透、柔和,不宜过硬过猛。

4. 滚法:医者肘关节微曲,以掌背小鱼际附着于病人患处,以腕关节之灵活转动而带动掌背飞小指、无名指和中指本节进行不间断的滚动。两手可轮流操作。能祛风散寒、疏通经络、活血止痛飞滑利关节。

5. 叩打法:以叩击法为宜。

6. 以运动法结束。

【文献出处】 乳山县人民医院海阳所分院. 推拿疗法[M]. 济南:山东人民出版社,1976:98－99

【手法名称】 腰胯部肌肉肌腱肿痛的治疗手法

【手法操作】 因打压砸轧受伤,经过诊查无骨伤而且是闭合性的,即可用本法治疗。

1. 用椒盐酒、洗剂或揉剂在伤处洗熨擦揉1～2次,每次约1小时,同时施缪刺挤血法。

2. 进行外科基础手法及经穴按摩,取申脉、承山、复溜、腰俞、肾俞、脊中、八髎、五枢、委中诸穴。若有气滞不能起立者,掐横骨、大都两穴。腰连胯痛者,可以一补三泻足三里穴。脊椎痛不得俯仰者,可掐人中穴。

3. 轻擦、重揉、推摩和叩打伤处附近50～100下,以表皮微红和微痛为度。用此法一般轻者1～2次,重者3～5次,即可痊愈。

【文献出处】 曹锡珍. 中医按摩疗法[M]. 北京:人民体育出版社,1979:217

【手法名称】 腰肌劳损治疗手法

【手法操作】 对肌痉挛明显者可采用拔伸推压法。其操作:患者俯卧于硬板床上,两臂分别放于躯体旁侧。宽布带1条置于中背部,两端由腋下掏出栓于床头或于助手牵拉固定,腋窝衬以棉垫。助手1～2名双手紧握患者足踝上部行对抗拔伸,术者自腰胸段向腰骶部用拇指指腹顺棘突旁椎板推压,直至骶髂处,可重复操作1遍。推压路径宜涂抹液体石蜡。每周1

次,4 次为 1 个疗程。术后取上腰部过伸位(以低枕垫高),卧硬板床睡眠为宜。

【文献出处】 王福根. 常用软组织损伤手法治疗[J]. 人民军医,1981;3:58 - 60

【手法名称】 腰肌劳损的治疗手法

【手法操作】 临床上经常所采用的手法为"四步手法",方法如下。

第一步:患者俯卧,医者以两手拇指指腹用点揉方法分别在腰部两侧由外向内(即由横突向脊柱正中方向)进行广泛点揉酸痛点,如遇肌肉丰厚的患者,力量必须要适当加重。

第二步:紧接于点揉之后,用掌根依照上法由外侧向脊柱正中进行按揉,按揉时掌根用力,要求能按在酸痛的部位上。凡是能按准酸痛部位,在掌根下或指端下患处组织有顽厚的感觉。

第三步:提拉腰部,两侧均须提拉,要求能够拉出"格答"响声。

以上三步手法作为一节,连作三节,作为一次手法,而后更换仰卧体位,作第四步手法。

第四步:患者仰卧,双膝合并,屈膝屈髋。医者一手固定其双膝部,一手固定其双踝部,勿使两腿参差移动,医者依靠自己体重,有节奏地向上挤压,连续 10 次左右(如作腰骶关节试验),注意力点放在腰骶部,屈挤放松腰骶骨节。此法只作一节。

【注意事项】 手法应根据体质而适当掌握,在临床操作时一般力量要稍重一些,使患者能得到微汗最宜。上述四步手法完毕后作为一次手法,每周 2 ~ 3 次,4 周作为 1 个疗程。部分患者如原来症状较轻,在 2 周后已感轻松,即可停止手法,用药物治疗。

【文献出处】 魏指薪,李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海:上海科学技术出版社,1982:102 - 103

【手法名称】 腰臀部筋膜劳损的治疗手法

【手法操作】 患者俯卧位。

1. "督脉经"手法一遍。

2. 点揉和按揉腰部或臀部的疼痛点,如臀部肌肉肥厚,拇指点揉力不够,可用尺骨鹰嘴点揉,而后再用按揉法。

3. 点揉和按揉手法后,即用按摩方法对腰部或臀部作大面积按摩。

4. 以上三步手法后换仰卧体位,作"悬足压膝法"。根据情况,或作一侧,或作两侧。

【注意事项】 上述手法完毕后作为一次手法,每周 3 次,4 ~ 6 周为 1 个疗程。

【文献出处】 魏指薪,李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海:上海科学技术出版社,1982:104

【手法名称】 慢性腰肌劳损的治疗手法

【手法操作】

1. 取穴 肾俞、大肠俞、八髎、秩边。

2. 手法 滚法、按法、揉法、拍法、擦法。

3. 操作 病人俯卧。医生站于一侧,在病人腰部两侧膀胱经用较重刺激的滚法上下往返治疗 5 ~ 6 遍。然后,用较重刺激按、揉大肠俞、八髎、秩边等穴。再直擦腰背部两侧膀胱经,横擦腰骶部,均以透热为度。最后拍击腰部背部两侧骶棘肌,以皮肤微红为度。疼痛较甚者可加热敷。

【注意事项】

1. 在劳动中尽可能变换姿势，注意纠正习惯性不良姿势。

2. 用宽皮带束腰，睡板床。

3. 加强腰部肌肉锻炼。

【文献出处】　上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：111

【手法名称】　慢性腰肌劳损的治疗手法

【手法操作】　慢性腰肌劳损的推拿手法，可参看急性腰扭伤治疗 1～6，再加腰椎牵引，每次 20 分钟。一般经 1～2 个疗程的治疗，腰痛可逐渐减轻或消失。对棘上或棘间韧带的劳损，治疗方法有所不同。治疗时，患者先取坐位，术者站于患者身后，点揉局部压痛点。点揉时，患者体位不断做前屈和后伸，使韧带能在紧张和松弛状态，都能得到点揉。一般点揉 3 分钟后，改为俯卧位，对痛点及脊旁两侧反复作点揉和按摩。并用小鱼际肌自上而下地沿脊柱中线和两侧作较快的节奏推动，反复操作 8～12 遍（图 22－36）。

【注意事项】　对于因棘上或棘间韧带有严重的劳损和撕裂伤，引起肌腱断裂性错位、卷曲，局部有包块和压痛者，可应用复位。手法：术者运用双手拇指或一手的拇、食指，在受损的肌肉、肌腱、韧带、神经束和偏歪的棘突处，以垂直方向挤压和按摩。

【文献出处】　沈跃生，王回新等. 伤科临床推拿法[M]. 北京：金盾出版社，1986：154－155

【手法名称】　慢性腰损伤的治疗手法

【手法操作】　适于腰肌紧张，俯仰受限者。令患者俯卧床上，肌肉放松。术者立于其旁，用双手拇指或手掌分别放在棘突两侧，由胸椎下段直至骶后，推、按、提、拿肌肉，手力先轻后重，反复操作 6～10 次。然后停留在固定压痛部位，重压、推揉、弹拨以舒理肌肉，通调血脉。根据需要，可作腰部前屈、后伸、旋转等手法。

图 22－36　腰部痛点点揉法

【文献出处】　湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986：265

【手法名称】　急性腰部软组织损伤按摩手法

【手法操作】

1. 推揉压骶棘肌法　患者俯卧，两下肢伸直，术者立于其左侧。两手手掌或大鱼际从第十胸椎平面起，自上而下，轻快反复地推、揉、压脊柱两侧的骶棘肌，直至骶骨背面或臀部的股骨大转子附近（应以患侧施术为主）。并以两手拇指分别反复揉压两侧委中穴和承山穴。

2. 按压骶棘肌法　双手拇指分别置于其第一腰椎两侧骶棘肌的外缘部，自上而下沿中线横行按压脊柱两侧的骶棘肌，直至第五腰椎平面。并以两手拇指对应揉压两侧环跳穴。

3. 揉压 L2－3 横突法　患者俯卧，两下肢伸直，术者立于患侧。一手或两手多指自上而下轻快揉拿两侧腰方肌和腰大肌，直至 L5 平面（拇指应置于患侧）。重点揉压 L2－3 横突部，再

以两手拇指对应揉压、弹拨两侧志室穴。

4. 按压弹拨阿是穴　一手拇指或肘尖反复揉压，弹拨其腰部或骶骨部或臀部的压痛点。并以双手竖拳自上而下轻快反复地敲腰部。

5. 腰部过屈运动法　患者仰卧，两下肢伸直，两前臂交叉置于腹部，术者立于右侧。左手扶住其上背部，右手按于两膝关节的前面固定下肢，令其腰部前屈的同时，左手可助其一臂之力，使腰部前屈至最大角，如此可反复进行 3～5 次。并以双手拇指反复按压两侧气冲穴，揉压、弹拨两侧阳陵泉和绝骨穴。

6. 顺势旋转搬腰法　患者骑于长凳上，或反向骑在靠背椅上，腰部向患侧前屈 30°～40°，健侧手背置于患侧大腿上，患侧肩、肘关节下垂。术者坐在患者后面，同侧前臂穿过其患侧腋下后，绕过颈项部，手扶于对侧肩部，另一手拇指指腹置于病灶腰椎棘突的患侧缘，令其腰部向患侧旋转至最大幅度。与此同时，拇指指腹用力推按病灶腰椎棘突的患侧缘作为支点，扶肩之手顺势用巧力将腰部轻轻向患侧一搬，听到腰部有清脆的响声，则手法成功。必要时同法可施术对侧。

7. 垂直旋转腰部法　体位和手法与按摩基本手法中的此法相同。

【注意事项】　手法应根据病之缓急，症之轻重，选择使用。可每日 1 次，或隔日 1 次，7～10 次为 1 个疗程。手法务必轻快温柔，和缓稳妥，切勿粗暴蛮干。凡未明确诊断，腰部有器质性病变，严重高血压、动脉硬化、肺心病、肝肾功能不全、临床症状严重、月经期、怀孕期和年老体弱者，上述第 6、7 法，应慎用或禁用。术后应嘱咐患者平卧硬板床休息和避免作弯腰频繁或体力劳动。也可在局部用毛巾或中草药外用或内服，应积极进行腰背肌的功能锻炼。

【文献出处】　刘严. 按摩疗法[M]. 西安：陕西科学技术出版社，1987：67－69

【手法名称】　腰肌劳损按摩手法

【手法操作】

1. 病人俯卧，术者站在床的右侧，用右手的掌根按揉脊柱两侧的肌肉，揉动时力量宜轻柔和缓，以疏通经络，缓解腰背肌肉痉挛。

2. 接下来，用两手拇指指面或肘尖分别按压腰两侧的大肠俞穴，缓缓用力向下作垂直按压，约 1 分钟，以通经止痛。

3. 病人取侧位，在下边的腿伸直，在上的腿屈曲，术者用两肘分别固定在病人肩前和腰髋，然后适当用力作相反方向晃动，晃动至一定限度，再乘其不备，向相反的两侧扳动。此时可听听腰后关节发生的弹响，随后再更换另一侧，未出现弹响者不能再作强力扳动。此法可舒展腰肌，滑利腰关节。

4. 病人取俯卧位，术者用重叠的两手拇指指面按压住僵硬腰肌的外缘，然后进行左右拨动，以指拨时指下有滑动感为好，待腰部肌肉松软后，疼痛可缓解，以解痉散瘀。

【文献出处】　孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社，1989：176－177

【手法名称】　腰肌劳损的治疗手法

【手法操作】　先以痛区为中心用手掌或拇指做局部轻手法按揉，然后根据损伤部位做力随形走的推、摩、滚、揉等手法按摩。再做腰部被动“三扳”运动按摩，即侧扳、屈髋和伸髋。

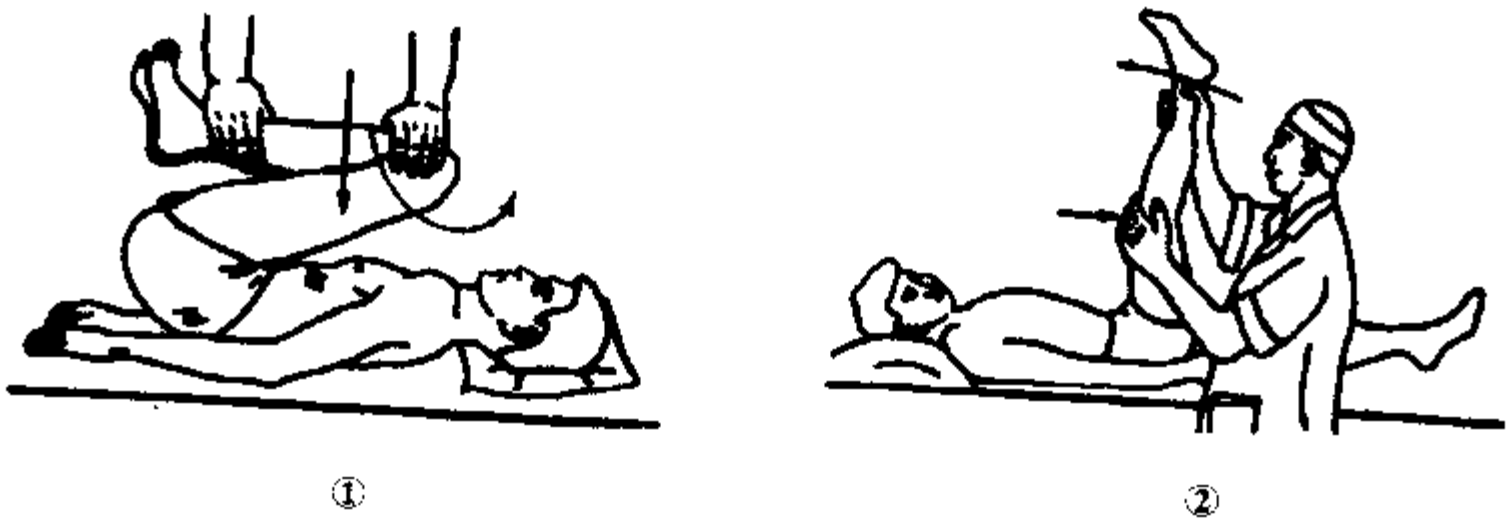
1. 左右侧扳腰椎法　患者先取右侧卧位，右腿在下伸直，左腿在上屈曲。施术者一手（或

用肘部）按于患者左肩，使其向后；另一手（或用肘部）按于左髋使其向前。双手同时用力做前后轻微推动，逐渐增大幅度，当操作者感到有明显抵抗感时，用一急促力量同时向后推肩及向前推髋，此时可听到一“咔嚓”响声（图 22－26）。然后患者取左侧卧位，推按右侧肩和右髋部，方法同上。

2. 屈髋法　患者取仰卧位，双膝和双髋屈曲。施术者双手按于患者双膝部，被动屈髋一松一推反复操作 10～20 次，也可结合摇法同时操作（图 22－37）。

3. 伸髋法　患者取俯卧位，双下肢伸直。施术者一手托住双大腿的前侧向上；另一手按于腰骶部向下按压，如此反复托、压 5～10 次。也可先托一侧大腿，再托一侧，反复后伸（图 22－38）。然后做穴位按摩，按揉肾俞、脾俞、大肠俞、关元俞、八髎、夹脊穴，重按环跳、殷门、风市、委中、承山、阴陵泉、阳陵泉、三阴交、太溪诸穴。接着做棘上韧带、骶棘肌和腰背部两侧肌肉的放松按摩，由上而下，反复 10～20 次。若触到条索状硬块及结节，应做重点按摩。最后搓志室穴和腰骶部，到发热为止。并选用腰背部的按摩方法进行治疗。

若顽固性的慢性腰肌劳损，在上述按摩手法后可做腰部背法，使腰部得到牵引、抖动的治疗作用。



①　②

图 22－37　屈髋法

①　②

图 22－38　伸髋法

【注意事项】

1. 改变不良的劳动姿势，去除可能引起劳损的一切因素。

2. 慢性腰肌劳损的急性发作期间，腰痛严重者可适当卧床休息，但卧床时间不要太久。

3. 坚持腰背肌和腹肌的功能锻炼，非常重要。有些功能性腰痛，只要坚持锻炼，不要任何其他治疗，也能把腰痛治好。这一点对腰肌劳损是非常有意义的，万万不可忽略。

4. 可配合封闭、腰部热敷、理疗、磁疗及外用药外敷。

5. 中医辨证，选用针灸、中药和拔罐疗法等。疼痛严重者可适量内服消炎镇痛药。

【文献出处】 王启民. 实用按摩速成[M]. 北京：中国环境科学出版社，1991：244－247

【手法名称】 腰肌劳损的推拿手法

【手法操作】

1. 点揉上仙、大肠俞、肾俞、委中穴，

2. 患者俯卧位，医者在患者腰部两侧膀胱经用较重刺激的滚法上下往返治疗。然后用较强刺激按、揉大肠俞、八髎、秩边等穴。再直擦腰背部两侧膀胱经，横擦腰骶部，均以透热为度。最后拍击腰骶部两侧骶棘肌，以皮肤微红为度。

3. 两手指着力于腰部至臀大肌，重点放在腰椎棘突两侧、骶棘肌和痛点，反复捏拿，然后配合腰部侧扳法。

4. 用拇指弹拨腰骶部压痛点和委中穴。

5. 患者仰卧位，屈髋、屈膝并两手抱住膝关节。医者一手托住背部，另一手扶住膝关节，嘱患者来回摇动。

6. 掐合谷、额厌、天容、昆仑、申脉。

【注意事项】 加强腰背肌的功能锻炼。

【文献出处】 陈志敏，陈湘伟. 实用推拿治痛法[M]. 北京：中国医药科学技术出版社，1993：106－107

【手法操作】

1. 揉法　患者俯卧。术者以拇指指腹或掌根在腰骶棘肌由外向内进行广泛点揉酸痛点。按揉时掌根用力，要求能按在酸痛最集中的部位上。

2. 夹脊弹拨法　患者俯卧。术者以双大指与另四指沿脊柱两侧骶棘肌，从背部至腰骶部依次弹拨，反复2～3次。

3. 腰背滚法　患者俯卧。术者用滚法沿脊柱两侧、腰背部、腰骶部，对患者肌筋膜、斜方肌、骶棘肌、背阔肌进行广泛的滚动。

4. 卷腰挤压法　患者仰卧，双膝合并，屈膝屈髋。术者一手固定其双膝部，一手固定双踝。利用自己的体重，有节奏地向下挤压，连续10次左右。

5. 腰骶摇晃法　患者仰卧，双膝合并，屈膝屈髋。术者一手托患者臀部，一手扶膝，使患者向左，右旋转摇动，以使腰、骶部两侧软组织广泛受到牵拉，放松。

【文献出处】 李宜谋，沈志祥. 中医推拿治疗软组织损伤[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：35－36

【手法名称】 急性腰肌筋膜扭伤常规按摩手法

【手法操作】

1. 揉按法　术者可用两手拇指或手掌，自大抒穴开始，经下肢环跳、委中、承山、昆仑等穴

自上而下揉按，后用手掌或大鱼际部在脊椎两旁的肌肉进行揉按。

2. 推理腰肌　以双手拇指在压痛点上方自棘突旁将骶棘肌向外下方推开，由上而下，直至髂后上棘。

3. 捏拿腰肌　从腰1起自腰骶部臀大肌，由上而下进行捏拿。重点捏拿腰椎棘突两侧骶棘肌和压痛敏感处。

4. 扳腿按腰法　经上述手法后，术者可行扳腿按腰手法。

5. 揉摸舒筋　术者以掌根或小鱼际肌部，在患部腰骶部行揉摸手法。以腰骶部微热为宜。

【文献出处】　陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：365

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者立其侧。以掌根按揉法治疗腰脊柱两侧的肌肉及腰骶部10分钟，再分用拇指按揉法按揉肾俞、命门、委中穴，每穴1～1.5分钟；随后，将腰脊柱两侧的肌肉及腰骶部擦热。

2. 患者仰卧位，医者立其侧。患者尽量屈膝、屈髋势，医者以前胸顶住患者膝下缘至胫腓端上缘处缓缓下压，使患者的大腿前缘尽量向腹部靠近，另一手托扶在患者的骶尾处缓缓上托。两手动作需协调，即按压与上托动作同步进行，按压、上托一次，放松一次为一遍，如此反复15～20次。

【注意事项】

1. 患者卧板床休息。

2. 对腰背肌力量较差而致本病者，需加强腰背肌力量锻炼，腹部膨出患者，需加强腹肌的锻炼（如仰卧起坐练习）。

3. 对身体虚弱的患者，治疗手法宜轻柔。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：769－770

【手法操作】

1. 抚法　令患者俯卧，在背部施以离心性抚法20～30次。

2. 掌揉法　为了加重力度，可两手重叠用力，重点放在患处。

3. 肘压法　主要在督脉和膀胱经上施术。应注意手法深透、柔和，切忌用力粗暴。

4. 掌滚法　可两手同时或交替操作，要求节律性强、轻快、有力。以达到舒经活络，活血止痛的目的。

5. 叩击法　以叩击法和拳叩法为宜。施行2～3分钟即可。

6. 运动法　选用按腰搬腿法、按腰搬肩法均可，也可各进行一次。

【文献出处】　栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：146

【手法名称】　捏筋拍打法

【手法操作】

1. 摩揉舒筋　患者取俯卧位，双上肢放于体侧，腰部肌肉自然放松。术者立于患者左侧，

以手掌及掌根由胸段脊柱两侧向下至骶部摩腰部肌肉，反复3～5遍，由摩转揉。如伴有臀及下肢牵拉痛者，同时揉臀及下肢。

2. 捏筋理筋　术者站于患者患侧，双手拇指和其余四指对合用力，捏揉腰部肌肉。重点放在骶棘肌和压痛点上，若能摸到条索状痛性硬结，可用拇指尖进行弹拨顺推。

3. 舒筋止痛　用肘点法点按肾俞、大肠俞、秩边、环跳、委中、阿是穴等；重点部位用点揉法。

4. 推臀扳肩　患者侧卧，上腿屈曲旋空，下腿伸直，术者一手扶肩，一手扶臀，轻轻摇晃数次，趁患者不备两手各自向相反方向推扳，以腰部出现"咔嚓"音为妙。

5. 拍打　患者俯卧位，用钢丝、棉垫和胶布做成的具有弹性的拍子，由上而下有节律地拍打腰背、臀部及腰骶，重点拍打痛点，反复3～5遍。手法由轻到重再由重转轻结束。

【注意事项】　首先使用摩法是让病人有一个适应过程，在俯卧位肌肉筋膜松弛情况下利用摩法进一步探索病变所在，以便对下一步手法做到有的放矢。继之由摩转揉，逐渐加重用力幅度。巩固疗效常被忽视，易导致复发。适当的腰背肌锻炼和足够休息是很重要的。

【文献出处】　王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：60－63

【手法名称】　四步推腰法

【手法操作】

1. 松解手法　患者松衣解带，俯卧，全身放松，两手自然前伸。医者以按法、揉法和分扳法在病人腰部疼痛区及其附近和腰部骶棘肌施术。

2. 扳法　四指并拢，以指腹紧按作用部位，指端着力，与肌纤维、韧带成垂直方向进行扳动，称扳法。若两手同时作反向扳动，即为分扳法。在治疗腰痛时，主要对两侧骶棘肌进行分扳。部分患者经松解手法治疗后，腰痛即可消除或减轻。

3. 单腿跪压伸腰法　患者俯卧，姿势如前。医者一腿跪压于患者腰部，两手抓住患者双足踝部，缓缓用力向后上方拉起，使其腰部向后作伸展动作。

4. 左、右斜扳法　患者侧卧，下腿伸，上腿屈。医者一手扶住其肩前部，另一手扶其臀部，两手同时作反方向用力，使患者的腰部旋转，此时可听到"喀喀"声。

5. 前屈卷腰法　患者仰卧，屈膝屈髋。医者一手臂肘按压在患者的膝关节前，另一手托住其骶尾部，两手协调用力向前按压，使腰部卷屈，骶棘肌与棘上韧带等可因之牵伸拉长（图22－39）。棘上韧带撕裂、剥离者，不宜用此法。

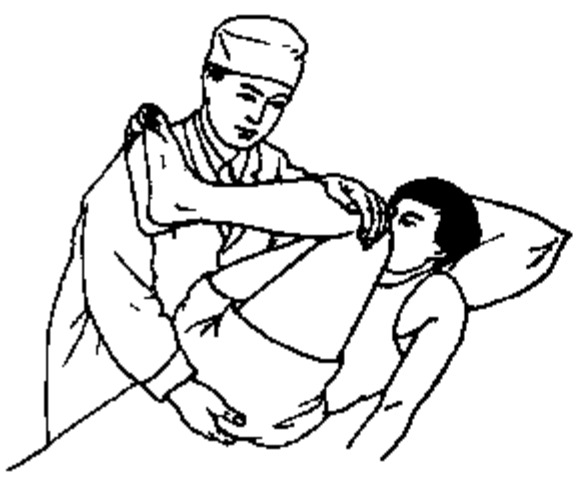


图22－39　前屈卷腰法

【注意事项】

1. 作四步推腰法治疗前，应做好解释工作，争取患者配合。医者和患者的体位要适宜，手法要轻巧、稳妥。施术时应根据不同病症、年龄大小、体质强弱、肌肉厚薄、证之虚实采用相应的手法、力量和时间，同时边做边观察患者的反应，随时作出必要的调整。

2. 骨折、出血、皮肤破损、化脓性炎症、结核、肿瘤、妇女孕期或月经期等禁用本法。剧烈运动后、酒后、饥饿或体弱者，施行本法时要谨慎。

【文献出处】　王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北

京:人民卫生出版社,1994:63 - 66

【手法名称】 点障法

【手法操作】

1. 准备手法 点穴镇痛,消除病因而致的肌紧张,通常根据上病下取的原则,重点点昆仑、承山、委中,三穴交替按压,以达到指压麻醉止痛的目的。而后在腰部施以滚、揉、推拿、按摩等手法。

2. 点障结合手法 是解决腰部功能障碍的主要手法。即根据患者损伤的性质、部位、功能障碍的方向、临床特点,选用以下方法。

(1)俯卧点压法:患者取俯卧位,医者右手拿根部置于患者压痛点,左手叠于右手背上,或拇指按压痛点,令患者深呼吸,同时双手用力向下按压,吸气时双手放开,反复数次。适用于咳嗽及呼吸痛剧者。

(2)斜扳点障法:患者取侧卧位,医者一手放在压痛部位棘突旁,用拇指紧紧顶住棘突向健侧点推,并令患者最大限度侧斜,同时医者另一手把肩部向相对方向推扳。适应腰肌损伤兼有腰椎小关节功能紊乱者。

(3)坐位伸屈点障法:患者坐起,两腿伸直并拢,双手及上身前屈至最大限度。医者站于背后,双手拇指沿肌纤维顺行点拨,同时令其后伸挺起,反复数次。适用棘间或棘上韧带损伤。

(4)立位点障手法:患者站起直立,双手上举,医者坐于患者背后,双手拇指按压痛点,在令患者作深呼吸时医者用力向前方推挤,同时令患者弯腰至最大限度,再后伸。前弯呼气,后伸吸气。适用腰椎横突韧带、骶髂韧带、梨状肌、臀上皮神经损伤。

(5)蹲位起立点障法:患者双足分开与肩同宽,直腰下蹲,医者坐其后,双手拇指按压骶棘下痛点,在患者吸气用力下蹲的同时,双手拇指用力挤推,分离患处肌肉,呼气时放松,再令患者猛然起立,反复数次。适应骶棘肌、梨状肌及臀上皮神经损伤。

3. 舒松手法 实施上述手法后,患者局部往往有一个刺激反应过程,特别是行重猛手法后,故常用拍、叩、滚、揉等舒松手法,以促进气血运行,达到"通则不痛"的治疗目的。

【注意事项】

1. 本手法点压要深透有力,点拨肌腱韧带要敏捷迅速,与患者功能障碍要配合默契,方能见效快,手起症消。尤其是在点拨压痛点的同时,要强力改变患者弯腰功能障碍受限程度。但对局部充血水肿明显者,术者应点压痛点不动,嘱患者以痛为障碍反复强力运动。

2. 推拿手法治疗后,注意休息,禁止坐立,是提高疗效、杜绝和减少腰痛复发的关键。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社,1994:66 - 68

【手法名称】 急性腰肌筋膜伤的效验推拿手法

【手法操作】

1. 术者可用两手拇指或手掌,自大抒穴开始,经下肢环跳、委中、承山、昆仑等穴自上而下揉按,后用手掌或大鱼际部在脊椎两旁的肌肉进行揉按。

2. 以双手拇指在压痛点上方自棘突旁将骶棘肌向外下方推开,由上而下,直至髂后上棘。

3. 从 L1 起自腰骶部臀大肌,由上而下进行捏拿。重点捏拿腰椎棘突两侧骶棘肌和压痛敏感处。

4. 经上述手法后，术者可行扳腿按腰手法。

5. 术者以掌根或小鱼际肌部，在患部腰骶都行揉摸手法。以腰骶部微热为宜。

【文献出处】 陈敏，陈映辉，连国钦主编. 效验推拿与自我按摩治疗 300 病[M]. 北京：中国中医药出版社，1994：86－87

【手法名称】 急性腰肌筋膜损伤的治疗手法

【手法操作】

1. 指按法 患者取俯卧位，医者站立于患者患侧，用同侧拇指按压肾俞、关元俞、膀胱俞、环跳、承扶、殷门、委中、承山、昆仑患侧腰部的压痛点，以患者得气为度。

2. 揉背法 患者取俯卧位，全身舒直，头向左或向右侧旋转，并放松全身肌肉，医者立于患者左侧，以左手掌心根部，自脊柱右侧骶棘肌上端开始，依顺序按揉而下至腰骶部。同法施于病人左侧，均反复 2～3 次。最后自上而下，按压脊柱各关节棘突。施术时旋转揉按，力量轻稳、柔和持久，两手同时顺逐掌叠压而下。在患侧腰部做停留按揉。

3. 封腰 患者取俯卧位，医者站立于患侧。在腰三角处，用双手拇指和中指端徐徐用力按压深处，即由浅至深。用力由轻而重，再由重而轻，由深而浅。大多数患者感觉酸痛舒适。

4. 拨筋法 患者取俯卧位，放松全身肌肉，医者站立于患侧，以双手拇指重叠按压在腰部最疼痛部位，用重手法左右滚动 2～3 遍，以达到舒展筋脉、缓解疼痛之作用。

5. 滚法 患者取俯卧位，医者站立于患侧，从患侧背部沿足太阳膀胱经循行部位施用滚法至小腿后侧，反复 8 次。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：728

【手法名称】 腰椎软组织损伤的治疗手法

【手法操作】 以病点在 L3 右侧软组织损伤，横突突起高于左侧为例。

1. 坐位疗法 患者正坐。医者坐在患者的后面，用左手扶握右肩部，用右手拇指平行置于痛点的 L3 横突部，四指并拢回拇指之力，在左手向后搬动肩部时，腰部也随之晃动后旋，令患者放松腰部，右手拇指借病人旋转之力内推前滑，拇指下感觉有微动即复位。复位后，医者用拇指从上而下理顺肌筋，用手掌斜下方推之疏通气血，手法完毕。

2. 俯卧位 患者俯卧，下肢自然分开，手往头前伸。医者左手掌按于臀部，右手五指分开平放于 T11－12 偏左侧方，左手下压，右手往上方用适当力猛推，手下有微动感后缓手。查右侧 L3 横突是否与左侧横突平行对称，如对称则复位；如横突还高于左侧，再用右肘关节用适当力下压右滑即能复位。手法完毕。用舒筋活血药或用中药热敷即可。

【文献出处】 罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京：科学技术文献出版社，1995：30－31

【手法名称】 急性腰筋膜扭伤治疗手法

【手法操作】

1. 揉按法 患者俯卧床上，肢体放松。术者先用两手大拇指或手掌，自大杼穴开始由上而下，经下肢环跳、委中、承山、昆仑等穴施行揉按，次用手掌或大鱼际部揉按脊柱两旁肌肉，使气血流畅，筋络舒展。

2. 推理腰肌 术者立于患者腰部健侧，以双手拇指在压痛点上方自棘突旁把骶棘肌向外下方推开，由上而下，直至髂骨后上棘，如此反复 3～4 次。

3. 扳腿按腰 术者一手按其腰部，另一手肘关节屈曲，用前臂抱住病员一侧大腿下 1/3 处，用力将下肢向后上抱起，两手配合，一手按压腰骶部，另一手托其大腿向上提拔扳腿，有节奏地使下肢一起一落，随后摇晃拔伸，有时可听到响声。每侧做 3～5 次。

【文献出处】 薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：283

【手法操作】

1. 揉 患者俯卧，胸上部垫枕，两上肢放于枕侧，躺正，肌肉放松。术者立于患者在侧床边，用两拇指指腹按揉膀胱经背部主要穴位，在压痛明显处稍加用力，按揉 2～3 分钟。

2. 滚法 由两助手上下牵引，术者在下腰部和下背部，沿膀胱经和督脉自上而下用滚法，操作 5～10 分钟，疼痛明显及筋肉胀硬部位宜多滚。

3. 推摩 用掌根推摩，沿骶棘肌顺序自上而下推摩数遍，连作 3～5 分钟，疼痛明显处可加按压。

4. 弹拨 腰背筋膜炎用之最宜。两拇指相对，按于条索状硬结上，稍加按压，作左右拨动。如高起明显，可用手指将筋捏住提起放下，连作 3～5 遍，最后再用推摩法推摩数遍。

5. 斜扳 患者侧卧，上腿屈起，下腿伸直。术者一手推臀，一手扳肩，至最大限度时用力扳一下，有时可听到清脆响声。必要时令患者改另一侧卧位，取同法。

6. 牵抖 令患者俯卧，肌肉放松，一助手把住腋窝向上牵拉，术者立于床尾，两手握两踝部牵引，在牵引的基础上抖动数下，连作数遍。

【文献出处】 栾明掘编. 栾氏正骨[M]. 北京：中医古籍出版社，1999：442

【手法名称】 慢性腰肌劳损的治疗手法

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者沿腰部两侧膀胱经用滚法上下往返治疗 8 分钟。

2. 点按肾俞、大肠俞、八髎、秩边、委中等穴，以酸胀为度，每穴操作 30 秒钟。

3. 施掌揉法于腰骶部 2 分钟。

4. 弹拨两侧骶棘肌，自上而下操作 10～20 次。

5. 用虚掌拍击腰部两侧骶棘肌 1 分钟。

6. 用小鱼际直擦腰背部两侧膀胱经，横擦腰骶部，以局部透热为度。

【注意事项】

1. 工作中经常变换姿势，尽量纠正不良习惯。

2. 可用腰围护腰，卧硬板床，局部注意保暖。

3. 加强腰肌功能锻炼。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：308～309

【手法名称】 俯卧深拨法

【手法操作】 患者俯卧，放松，必要时在其下腹处垫一枕头，使腰骶部稍后拱，骶棘肌放松。术者站于患侧，摸准患处，多可触及该处肌肉明显僵硬、压痛。用掌根部或拇指指腹稍做

揉法，其肌稍有放松时，则加力使其达较深一层，仍做揉、分之法，逐渐将肌纤维向其两侧推开，又再加力，使力更达深一层，进行操作和探索。加力和操作过程，若患者因疼痛而紧缩骶棘肌时，则拇指暂不揉动，保持原来力度按压该痛点，按属镇痛手法，这样按住不动，停留片刻，患者的疼痛可逐渐减轻至消失，骶棘肌放松，术者则可乘机又加力达更深层。这样反复几次操作之后，多可于深层触及纵向的小纤维索，此小纤维索有明显触压痛，此为损伤之所在，用指端反复对其进行弹拨、分筋，及顺向推刮、理筋。当此纤维索消散之后，对局部肌肉再做轻柔的揉、推、拍击等手法放松骶棘肌。

【文献出处】 赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：143

【手法操作】

1. 患者取俯卧位，医者站立患者左侧。用拇指指腹按压肾俞、关元俞、膀胱俞、大肠俞、八髎、腰部压痛点，以患者有酸胀感为佳，每穴约 1 分钟。

2. 患者俯卧位，头向左或右侧旋转，并放松全身肌肉，医者站立于患者左侧，以左手掌根部，自脊柱右侧骶棘肌上端开始，按揉而下，至腰骶部，重点按揉肾俞、关元俞、膀胱俞、大肠俞、八髎、腰背部压痛点。同法施于患者左侧，均反复 5～8 次。最后自上而下，按压脊柱各关节棘突，施术时旋转按揉，力量轻稳平均。

3. 患者俯卧位，医者在腰三角处（相当于 4～5 椎间隙，大肠俞穴）用双手拇指和中指端徐徐用力按压深处，即由浅入深。用力由轻而重，再由重而轻，由深而浅，大多数患者感觉酸痛舒适，一般操作 1～2 分钟。

4. 患者取俯卧位医者站立于患者患侧。在患侧背部沿足太阳膀胱经，由上而下施行滚法，重点在肾俞、关元俞、膀胱俞、大肠俞、八髎、腰部压痛点，反复 3～5 次。

5. 直擦腰骶部两侧膀胱经，横擦腰骶部，以透热为度。最后拍腰背两侧骶棘肌，以皮肤微红为度，然后热敷患处。

【注意事项】

1. 劳动中尽可能变换姿势，注意纠正习惯性姿势不良。

2. 用宽皮带束腰，宜睡板床。

3. 腰部要保暖，避风寒入侵。

4. 加强腰部肌肉锻炼。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：504

【手法操作】 先按揉腰腿疗腧穴，如肾俞、腰阳关、八髎穴、阿是穴、委中、承山等。再滚揉两侧竖脊肌，推理腰部肌肉，推拿或弹拨腰肌或韧带，必要时施以过度屈、伸腰部或扳腰手法。应避免长时间过度弯腰工作，同时增强腰背肌的功能锻炼，如行仰卧五点、三点或拱桥式练习，亦可采用俯卧位的飞燕式锻炼。

【注意事项】 手法应轻快、柔和、稳妥，忌用强劲暴力，以免加重损伤。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：602

【手法名称】 林如高治疗慢性腰肌劳损的手法

【手法操作】

1. 患者取俯卧位，术者立于患者外侧在患者腰背部皮肤涂擦舒筋止痛水。

2. 以双手掌心在患者腰背部从上向下平推理筋，再以掌根在痛处按揉。然后叠手掌心按压腰背部痛处，再以双手拇指与食、中指向腰背肌两侧直向掌拔筋，继而施行横向拿拨筋手法。

3. 一手环握患者小腿下部，进行屈腿，另一手掌心按压腰肌，每侧 12 次，两侧分别进行。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：602

【手法名称】 黄乐山治疗慢性腰肌劳损的手法

【手法操作】

1. 按法 患者取俯卧位，术者站于患者左侧，先用双手捏拿两侧肩胛部肌肉数次，再以双手拇指指腹由上往下分别按压脊柱两侧肌肉，自第 1 胸椎至骶部，反复数次，重点刺激痛点、阳性反应物及僵硬紧张部位。

2. 揉法 术者以一手拇指及其余四指分别置于腰两侧痛点处，旋转按揉，或用小鱼际部在患处做旋转按揉。

3. 压法 术者双手交叉，用手掌小鱼际部按压患者脊柱两侧肌肉，由上至下，由轻到重，深透沉实。

4. 推法 用双侧手掌置于患者脊柱两旁，以脊柱为中心向两侧分推。

5. 点法 用双手拇指点按两侧痛点及肾俞、环跳、承扶、委中、承山等穴位。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：602－603

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者沿腰部两侧膀胱经用较重刺激滚法上下压迫治疗 5～6 遍。

2. 较刺激点按大肠俞、肾俞、八髎、秩边等穴，以酸胀为度；弹拨两侧骶棘肌数次。

3. 两虚掌拍击腰部两侧骶棘肌，以皮肤微红为度；最后用小鱼际直接擦腰背部两侧膀胱经，以透热为度。

【注意事项】 在劳动中尽可能变换姿势，注意纠正习惯性姿势不良，并加强腰部肌肉锻炼，平时休息睡硬板床。

【文献出处】 李明磊主编. 推拿学[M]. 北京：科学出版社，2002：144

【手法名称】 腰部肌筋膜炎的治疗手法

【手法操作】

1. 用轻柔的按揉、一指禅推法、滚法在腰部治疗，使紧张的腰肌逐渐放松。

2. 点按揉腰夹背、肾俞、大肠俞、八髎、腰眼等穴，以酸胀为度。

3. 用较重的按压、弹拨、拿法在腰部治疗，再找出疼痛结节或疼痛条索，在其上用大拇指作连续性滑动按压，弹拨。若弹拨时患者有较强烈的酸胀疼感时须让患者坚持，按压，弹拨后患处即能感到轻松。

4. 用轻柔的滚法、按摩、拿捏等手法施术于腰部，再按肌纤维行起方向理顺。最后用擦法以透热为度，可适量地涂润滑油或配制药膏，通过药物的渗透加强疗效。

【注意事项】

1. 推拿手法一定轻柔，符合手法基本要求，切忌暴力。

2. 适当休息，注意休位调节及改变工作不良习惯，注意营养，提高机体免疫力，如做一些体疗、太极拳等强身方法，对此病十分有益。

3. 在做推拿治疗期间，可配合针灸、理疗、封闭等其他疗法，往往可收到更为满意的疗效。

4. 腰部注意保暖。

5. 对于症状极为严重的经保守治疗后效果不大，以及肌肉本身及附着处已形成挛缩和变性者可施行软组织松解术。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：636－637

第十节　退行性脊柱炎(腰椎骨质增生)

【手法操作】

1. 取穴　督脉为主，膀胱经、肾经为辅。

2. 手法　滚、摇、点、擦、推、拿，以及拍打、热敷。

3. 治疗步骤

(1)嘱患者俯卧于床上，医者在其腰部用滚法与抬腿动作，以缓和肌肉的紧张，使气血畅流。然后侧卧，点其环跳、风市，调经脉之不和。再仰卧运腿，拿委中、承山，同时拍打腓肠肌，使膕动脉循环加速，以调节腰部功能。

(2)嘱患者坐起，推风府、风池、大椎，以祛风散寒，再用左手轻按左肩部，嘱患者配合进行弯腰动作，同时右手滚于腰部。由于脊椎受到活动而使深层组织得到营养，随之疼痛减少，可达到控制病情发展之目的。

(3)嘱患者坐于凳上，医者用腿紧夹患者两腿，以两手按住患者左右肩峰，作几次的左右来回摇动，最后拍打腰部。接着嘱患者用两手合抱颈部，医者用膝抵住患者两肩胛骨下方之间，用两手握住患者两肘，嘱患者俯仰作深呼吸运动，使肘、臂、肩、背、腰各部都得到活动，以解除上身各部肌肉的紧张。

(4)以点法重点刺激督脉，使中枢神经反射敏捷，以调整机体的功能，最后以传导油(或红花油)“推”热肌肤，而沿脊椎两旁“擦”之，由轻到重，快慢均匀，使热气深透到内层组织，从而产生抗病能力，以控制肥大的发展。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿医士学校. 中医推拿学[M]. 上海：上海科技卫生出版社，1959：57

【手法操作】

1. 俯卧位

(1)点揉脊柱两侧，疏通背部、臀部和下肢后侧的经络。

(2)提拉。腰部两侧均须提拉，每侧提拉 10 次左右。

(3)点揉两侧腰部、两侧臀部、骶椎两侧边缘、大腿后内侧肌肉、小腿腓肠肌、比目鱼肌的疼痛点(如无疼痛点可以不用)。每次点揉之后,再用按揉方法。

(4)助手一人,牵拉患者两足踝部,医者双手重叠患者腰部,向下抖腰 10 次左右。

(5)扣击督脉经和推足太阳膀胱经循行路线。

以上手法作为一节,连续作三节后更换体位。

2. 侧卧位　患者侧卧,下面腿伸直,上面腿屈曲。医者主要推摩其大腿外侧的疼痛点。先用小鱼际沿大腿外侧股外侧肌及髂胫束自上而下推动,一般推 5 ~ 10 次,然后用掌根或小鱼际摩揉痛点,轻重要适中,摩揉 3 ~ 5 遍,可使局部肌肉由较僵硬或紧张状态下得到松弛和柔软,疼痛也随之而减轻或消失。如两侧均有痛点,两侧均须施行手法。

3. 仰卧位

(1)拿揉大腿两侧的痛点,由上而下拿揉 3 遍,并同时点揉小腿外侧的肌肉痛点。拿揉和点揉均须依据痛点分布,集中疼痛部位施行手法。开始时有疼痛加剧的反应,但经过 3 ~ 5 次手法后,疼痛程度就显著减轻。在拿揉和点揉以后再对大腿的内外侧进行平推,使紧张的肌肉松弛。

(2)扳腿压膝:医者一手心托住患者足跟,另一手压住其膝部勿使屈曲,逐步用力使其直腿抬高,抬高到不能再高时,而后向上做屈膝屈髋活动,连续 10 次左右。手法时由助手一人固定另一侧下肢,保持另一侧处于伸直位置上不动。一侧手法后,再作另一侧,两侧均须进行。此步手法可使患腰臀部粘连拉开,增加关节活动功能。凡是直腿高举时腰臀部有牵拉疼痛感者,均须应用此法。

(3)对拉腰背:患者一腿伸直,一腿屈曲。医者一手置于其膝部,向上、向对侧用力上推,另一手推住对侧的手腕,向下、向对侧后拉(如推左膝则拉右手,如推右膝则拉左手,交叉推拉),推拉时要两手同时用力,一紧一松连续 10 次左右。凡腰背旋转屈伸活动不灵活或腰背酸痛,均须应用此法。

【注意事项】　施行以上手法后作为一节,连做三节作为一次手法。每次手法俯、侧、仰三个体位均须进行。如患者腰部过伸受限制,伴有明显下肢麻木感,可加用过伸旋转手法。患者俯卧,医者一手揿住腰部,一手前臂穿过两膝托住其股骨下端,腰部向下揿紧,膝部用力上抬,并同时来回旋转活动,要求来回 3 ~ 5 次。此法可增加腰部关节灵活性。如有坐骨神经痛症状,则须参考腰椎间盘突出症中的点居髎穴和"悬足压膝"的手法来协助应用。

【文献出处】　魏指薪,李国衡. 魏指薪治伤手法与导引[M]. 上海:上海科学技术出版社,1982:117 - 119

【手法操作】

1. 病人俯卧。医生站于病人一旁,用滚法施于腰部病变处及腰推两侧。配合指按命门、阳关、气海俞、大肠俞、关元俞,或掌根按脊椎两旁夹脊穴,接着用滚法从腰部到臀部治疗。有下肢牵痛时,滚法沿股后面向下至小腿,同时配合下肢后抬腿动作。

2. 病人侧卧。医生站于前方用斜扳法活动腰椎,左右各 1 次。

3. 病人仰卧。医生站于病人一旁。下肢牵痛者,用滚法施于大腿前侧和外侧至小腿外侧,上下往返治疗,随后拿委中、承山,按阳陵泉。

4. 病人坐位,上身略向前俯,两肘撑在大腿上。医生站于一旁,用擦法施于腰椎及两侧,配

合热敷治疗。

【注意事项】 腰部保暖，卧板床，进行适当的腰部锻炼。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：112

【手法操作】

1. 蹬腿牵引法　病员仰卧位，术者立于患肢侧。以右下肢为例，术者一手托住患肢膝关节后部，另一手提住小腿下端，使髋关节呈屈曲位；双手配合，使髋关节作被动的顺时针与逆时针方向的旋转活动。每侧 8～12 圈。然后嘱病员配合用力，迅速向上作蹬腿活动；术者顺着蹬腿的方向用力向上牵引患肢。操作 6～8 次(图 22－40)。

2. 患肢小腿牵引法　病员仰卧位，术者立于病员一侧。以右下肢为例，术者将病员右下肢踝部挟于右腋下，右肘关节屈曲，以前臂背侧托住病员小腿的后侧；术者左手置于病员右侧膝关节前外侧，并以右手握住左手的前臂。此时，用力挟持患肢向上、向下，向内作牵引运动。操作 8～12 次(图 22－41)。此手法有松解粘连的作用。

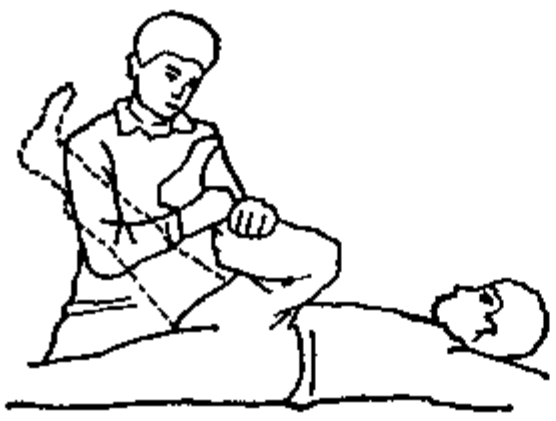


图 22－40　蹬腿牵引法

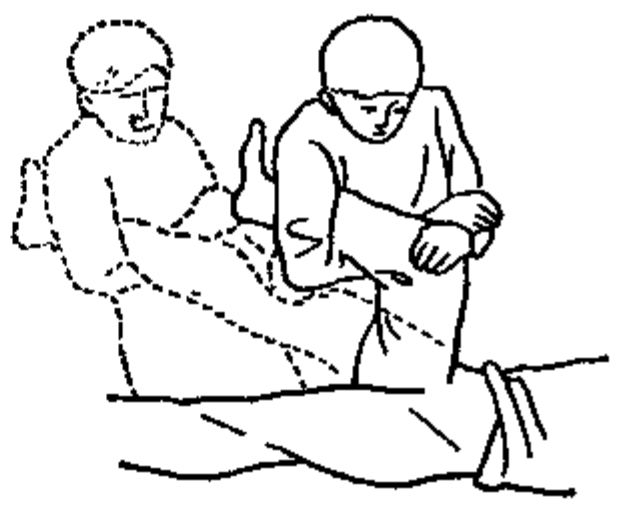


图 22－41　小腿牵引法

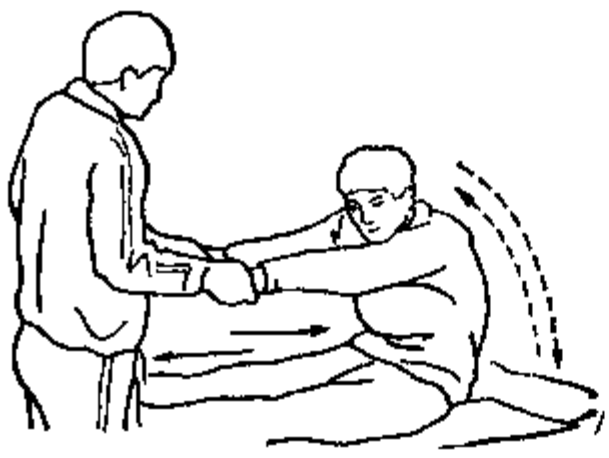


图 22－42　直腿屈膝法

3. 直腿屈膝法　病员仰卧位，或两腿伸直端坐床上，两足朝向床头端。术者面对病员站立于床头一端，尽量用两大腿前侧抵住病员两足底部。然后以两手拉住病员的两手或前臂，用力将病员拉向自己身前，再放松回到原位。一拉一松，迅速操作。重复操作 8～12 次。此手法适用于强直性脊柱炎、急慢性腰背痛和直腿抬高受限者(图 22－42)。

4. 坐骨神经干弹拨法　对下肢麻痛特别严重的病员，术者可用双手拇指，沿坐骨神经干作深在性弹拨，以分离粘连，促进血液循环，促进患肢功能恢复。

5. 指压穴位　指压肾俞、大肠俞、秩边、环跳、殷门、风市等穴位。

6. 腰椎牵引　方法见腰椎间盘突出症治疗节。但对腰椎椎体搭有骨桥的重症病例，应先行牵引 1 周，然后再作按摩治疗。手法宜轻，不要倒搬和斜搬腰部，以防骨刺损伤血管和神经，

给治疗带来困难。至于是牵腰部还是牵下肢，可根据病员腰痛的部位确定。如果腰痛为主，则先牵腰部；以下肢麻痛为主，则先牵下肢。一般每天牵引1次，每次20分钟。

【文献出处】 沈跃生，王回新等. 伤科临床推拿法[M]. 北京：金盾出版社，1986：174－176

【手法操作】

1. 对于因椎间盘退行性改变而产生神经根压迫症状者，可参照腰椎间盘突出症治疗部分。

2. 在一般情况下，病人可取俯卧位，先后在两侧骶棘肌用掌根按揉法，并加用祛瘀止痛摩膏。自上而下反复施行数遍，对有肌肉痉挛的部位作重点的按揉、膏摩法。再结合局部点按压痛点、肾俞、大肠俞、腰阳关、居髎等穴。并重复交替操作3～5遍。此法能有效地缓解痉挛的腰肌。

3. 以祛瘀止痛摩膏为介质，在腰段督脉经及两侧膀胱经施行擦法，以热为度。这是一种透热作用较强的手法，能有效地提高血流量和止痛作用。

4. 远道取穴，按揉委中、昆仑穴左右各10～20次。

5. 对急性发作或腰痛较甚者，可辅以湿热敷结束治疗。

【注意事项】

1. 背伸肌训练。

2. 加强腰部劳动防护。

3. 局部保暖。

【文献出处】 陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：79－80

【手法操作】

1. 病人取俯卧位。术者站在病人腰部的对侧，用一手掌根由背到腰分别按揉脊柱两侧的肌肉，以掌下有肌肉滚动为好，以缓解肌肉痉挛。

2. 接下来，术者用两手拇指指面按压大肠俞穴，若拇指指力不足，可改用肘尖按压，然后用两手五指的指面交替捏拿骶棘肌，以缓解肌肉痉挛。

3. 按下来，用拇指的指面沿下肢的疼痛路线，依次按压环跳、承扶、风市、委中、阳陵泉穴。每穴按0. 5～1分钟。然后，用手掌掌根在大腿后外侧向小腿部按揉，以疏通经筋。

4. 病人下肢一侧有神经压迫者，可在同侧用斜搬法和腰部牵引法，以加宽椎间隙，解除神经压迫。然后再按压两侧冲门穴，以改善下肢血液循环。

【文献出处】 孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社，1989：182－183

【手法操作】 病人俯卧，医者站于其旁。用手掌揉拿腰部、臀部和揉拿下肢后外侧30次。用拇指或肘部在腰部两侧做拨筋法20次。痛点部位多施手法。点穴肾俞、志室、阳关、大肠俞、腰眼穴、环跳、绝骨。同时配合腰部侧扳法、腰椎扳法。在做拨筋法和点按穴位前在腰部用滚法5分钟。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：516

【手法操作】

1. 以术者双手掌或掌根在腰骶部脊柱两侧自上而下反复推压揉按。

2. 术者可用点按法点按肾俞、命门、气海俞、关元俞。伴有腿痛时，点按环跳、委中、承山、阳陵泉。

3. 在腰部病变处及腰椎两侧施用滚法，同时配合下肢后抬腿动作。

4. 施用牵抖法 5～10 次。

5. 用斜扳法活动腰椎，左右各 1 次。

6. 患者仰卧，术者将患肢小腿抱于腋下，用力抱住患肢向上、向下、向内作牵引运动，操作 3～5 次。

7. 患者站立，作腰部屈曲、后伸、左右侧弯和腰部旋转活动。而后用擦法施于腰骶及两侧。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：378－379

【手法操作】

1. 推抚法 采用离心性推抚法，反复操作 2 分钟左右。

2. 膊运法 自上而下施术，力度可适当增加，时间 3～5 分钟。

3. 肘压法 为治疗本病的主要手法。可沿脊椎两侧及棘突间隙各压 3 遍，有明显的解除腰部僵硬发板感觉的作用。

4. 掌擦法 用掌根或掌侧在局部作高频率的推擦，以皮肤出现灼热感为宜。

5. 搬法 可采用斜扳法、按腰搬肩法，或按腰搬腿法、后伸搬法等。

6. 配合疗法 根据病人具体情况，可适当选用牵引、理疗、中药离子导入等综合治疗方法，以增强临床疗效。

【文献出处】 栾长业等. 栾氏推掌法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：140－141

【手法名称】 肘臂揉按法

【手法操作】

1. 手法运用 根据肘臂揉按法的刺激强度和运用部位，可将该手法分为肘按、肘揉、前臂揉和肘臂揉按几种类型。

(1)肘按：肘按又称肘点，是以医者尺骨鹰嘴突部位向下加力压迫病变处的一种治疗方法。力量可轻可重，一般操作时多由轻到重，缓慢加压，待患者不能忍受时，再逐渐放松压迫。此手法多适于腰部、臀部、大腿后侧等肌肉肥厚之处。年老体弱、肌肉菲薄者，压迫力量宜轻，年轻力壮、肌肉发者，刺激力量可适当加重。

(2)肘揉：即用尺骨鹰嘴突和接近尺骨鹰嘴突的前臂部位在患处作反复的揉摩或轮状揉摩，轮状揉摩一般为顺时针方向，其刺激力量可轻可重。

(3)前臂揉：即用前臂内侧在患处作与前臂纵轴横行的揉擦动作。此手法的刺激力量较轻，适用于腰腿部及全身的大部分位置。

(4)肘臂揉按：即以上 3 种手法的综合。根据病变的不同部位和患者肌肉的肥瘦，灵活掌握刺激强度或刺激部位。

2. 操作过程 对于单纯的腰部疼痛，在痛点作反复的肘按、肘揉即可。对于腰、臀及坐骨

神经走向牵扯疼痛者，应以肘臂揉按为主结合肘按点压气海俞、大肠俞、关元俞、秩边、环跳、殷门、委中、承山、承筋等穴，自上而下，点按 3～5 遍，肘臂揉按 10 分钟左右。

3. *治疗加减* 对于急性腰椎后关节紊乱者，在施用手法前，应先点按患者双侧委中穴。施用肘按、肘揉手法后，可配合作腰部斜扳法或屈膝屈髋压腰法。对于坐骨神经痛患者，施用手法前，应先点按患侧京骨、金门、申脉、昆仑、跗阳、承山、承筋诸穴，施用肘臂揉按法后，可配合作抖腰法或屈腿拉伸法。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：100－102

【手法名称】 拇指腰椎小关节复位法

【手法操作】 患者俯卧位，医者立于患者的左侧，右手握拳，以右手拇指端点按于患椎棘突上，深吸气收腹，闷劲，用力向下按压；使腰椎棘突顺列平复，归于生理位置。第 5 腰椎棘突用力方向以向斜下方按压为宜。少数能听到小关节归位的骨响声音，患者可当即下床活动。至于椎体左右移位及棘突偏歪，一般均不用特殊手法处置。术后 2 周内严格限制腰椎活动，躬身弯腰不超过 45°。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：105－106

【手法操作】

1. 以术者双手掌或掌根在腰骶部脊柱两侧自上而下反复推压揉按。

2. 可点按肾俞、命门、气海俞、关元俞。伴有腿痛时，点按环跳、委中、承山、阳陵泉。

3. 在腰部病变处及腰椎两侧施用滚法，同时配合下肢后抬腿动作。

4. 施用牵抖法 6～10 次。

5. 用斜扳法活动腰椎，左右各 1 次。

6. 患者仰卧，术者将患者小腿抱于腋下，用力抱住患肢向上、向下、向内作牵引 3～5 次。

7. 患者站立，嘱其作腰部屈曲、后伸、左右侧弯和腰部旋转活动，而后用擦法施于腰骶部及两侧。

【文献出处】 薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：301

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者立于一侧，施四指推法或滚法于腰部两侧骶棘肌，自上而下反复操作 3～5 遍。

2. 按揉命门、肾俞、腰眼、大肠俞、委中、承山穴，每穴 30 秒。

3. 施弹拨法于阿是穴，以患者能耐受为度，操作 8～10 次。

4. 施擦法于腰部两侧，以透热为度。

【注意事项】

1. 加强腰部保护，可配戴腰围。

2. 局部保暖，卧板床。

3. 加强腰部功能锻炼。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：310

【手法操作】

1. 患者俯卧位。术者位于侧面，先以柔和的滚法从腰部操作至臀部，往返 2～3 分钟，待腰臀部肌肉放松后，结合腰后伸被动运动 5～8 次。如有下肢症状，加滚下肢。

2. 继上势，用一指禅推法施术于腰椎两旁 2～3 分钟；然后用拇指按揉肾俞、命门、腰阳关、气海俞、大肠俞、关元俞等，每穴约 1 分钟；掌推腰脊柱两侧至臀部，从上至下 3～5 遍；最后掌根按压腰脊柱约 1 分钟。

3. 患者侧卧位，术者于患者面对面施行腰部斜扳法，左右各一次。

4. 患者仰卧，术者站于一侧，用滚法施术于大腿前侧、外侧至腿外侧，上下往返治疗 5～8 次，然后半屈膝，拇指按揉阳陵泉、委中、昆仑等穴，每穴约 1 分钟。

5. 患者俯卧位，裸露腰部和骶部，掌擦腰骶部，以透热为度。

【注意事项】

1. 保持日常活动，防止腰部损伤，避免过于疲劳。

2. 腰部注意保暖。

3. 卧硬板床，适当进行腰背肌肉功能锻炼，使肌肉和韧带强有力。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：507

【手法操作】

1. 患者俯卧，医者站于患者一旁，用滚法施于腰部病变处及腰椎两侧。配合指按命门、阳关、气海俞、关元俞，或掌根按脊椎两旁夹脊，接着用滚法从腰部到臀部治疗。有下肢牵痛时，滚法沿后面向下至小腿，同时配合下肢后抬腿活动。

2. 患者侧卧，医者站于前方用斜扳法活动腰椎，左右各一次。

3. 患者仰卧。医者站于患者一旁，如下肢牵痛者，可用滚法施于大腿前侧和外侧至小腿外侧，上下往返治疗，随后用拿法拿委中、承山，按阳陵泉。

4. 患者坐姿。上身略向前俯，两手撑在大腿上，医者站于一旁，用擦法施于腰椎及两侧。可配合热敷治疗。

【注意事项】 注意腰部保暖，卧板床，进行适当的腰部锻炼。

【文献出处】 李明磊主编. 推拿学[M]. 北京：科学出版社，2002：152

第十一节 急慢性腰痛

【手法名称】 风湿腰痛的手法治疗

【手法操作】

1. 取穴 腰眼、肾俞、八髎、居髎、环跳、委中、承山、昆仑。

2. 手法 推、滚、点、擦、摇、按、拍打、拿、热敷等灵活运用。先令患者俯卧于床上，运用滚或推的手法施治，同时将大腿一上一下随之动作，促使腰臀部肌肉疏松，热量深透，然后用擦和拍打，热敷等法使产生高热量透入组织内部（肌肉和神经），使体内引起感应。其次在治疗过程中，配合按、点、拿、摇四法直接或间接地刺激经络（如拿委中等为诱导疗法），滑利腰椎关节。

【注意事项】 手法之轻重，须视患者身体强弱和面部表情来增减。同时患者绝对要节制房事和听从医生之嘱咐，平时须扎软的阔腰带，睡时宜用硬板床等，以防复发和确保疗效。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿医士学校. 中医推拿学[M]. 上海：上海科技卫生出版社，1959：49－50

【手法名称】 外伤性腰痛的治疗手法

【手法操作】

1. 取穴 肾俞、命门、腰眼、上次髎、膀胱俞、委中、承山、昆仑为主穴。

2. 手法 滚、拿、推、擦、摇、按等。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿医士学校. 中医推拿学[M]. 上海：上海科技卫生出版社，1959：101

【手法操作】

1. 取穴 腰阳关、肾俞、秩边、居髎、委中、阿是穴(即压痛部位)。

2. 手法 外伤腰痛和风湿腰痛以滚法为主。肾亏腰痛以推法为主，辅以按法、拿法、搓法。

3. 操作步骤 嘱患者俯卧，先推或滚腰部诸穴，渐向臀部及下肢移动，然后按肾俞、居髎，拿委中，最后搓其腰部。但肾亏腰痛的治疗手法宜轻柔，外伤腰痛和风湿腰痛的手法则可适当加重。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校. 简易推拿疗法[M]. 上海：上海科学技术出版社，1960：26

【手法名称】 寒腰治疗的治疗手法

【手法操作】 病员与医者的位置同腰部损伤。手法操作中一般与腰部损伤大致相同，惟外磨与弹筋手法可适当予以加强。腿部手法是医者坐于患者侧方，将病员之腿搁置医者大腿上，先自膝部向下进行按摩，然后再以同方向沿股外侧线施行理筋与拨络手法，点酸麻穴(大腿外侧下端)、滑囊穴(髌骨上部)、合阳穴及承山穴，然后行按摩法 2～3 次，最后以滚摇、被动弹腿、踝膝镇定以结束之。

【文献出处】 杜自明. 中医正骨经验概述[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：55

【手法名称】 外伤腰痛操作方法

【手法操作】

1. 患者俯卧，以轻快柔和的推法，推腰部肾俞，然后按肾俞、居髎、环跳等穴；接着以轻快的滚法在腰部压痛处作重点治疗。

2. 患者翻身仰卧，作屈膝与抬腿动作，往返 3～5 次再拿委中穴。

3. 患者坐起，医者一手轻按患者肩部随时作弯腰动作，一手以滚法在腰部进行操作，或擦其腰部，并给以热敷。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校. 推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：131

【手法名称】 腰痛的治疗手法

【手法操作】 包括通络法、拍胭窝、按腰膝、刮腰肋、刮背脊、捏脊法。

1. 妇女经带引起腰痛，拍胭窝、全身转运肩背腹下式、按腰眼、刮腰肋、刮背脊、捏脊法。

2. 腰部重坠：①按腰眼、拍胭窝、刮腰肋、刮背脊、捏脊法。②伸腰法：两脚分开（左右相距半步），站稳脚跟，两手合掌，左、右手指交互于指缝，作伸懒腰状，立起足尖，用力由胸前向上，手指在头顶：变成手掌交叉朝天，然后腰部向左转、右转 3～5 次。

3. 风湿腰痛，拍胭窝、推刮腰肋和背脊，按腰眼等。施术前，应蘸些葱、姜炖出液或酒涂搽肌肤。

4. 腰痛背运法：术者和患者背靠背站着，术者两手向后伸入患者的腋下，肘部钩着患者的肘部，把患者仰驮在背上，胸腹朝上，腰酸痛的部位紧靠在术者的臀部，术者摇动自己的腰臀，并叫患者两脚上下、左右摇动踢伸，5～7 分钟后，放下再驮，再操作。

【文献出处】 赵正山. 简易推拿疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1962：44－45

【手法名称】 外伤腰痛治疗手法

【手法操作】

1. 手法 滚、揉、平推、按，可配合热敷。

2. 部位 腰部，以疼痛处及其周围为重点。

3. 取穴 上髎、次髎、居髎、委中。

4. 操作

（1）患者俯卧，医者站于旁，用滚法施于腰部疼痛处及其周围，配合后抬腿伸腰活动。如局部有红肿或疼痛拒按者，改用轻柔的揉法施于患部及其周围，待红肿及疼痛减轻后，再使用滚法治疗。配合按上髎、次髎、居髎、委中等穴。宿伤及劳损腰痛的手法可适当加重，并按其压痛点以止痛。时间 8～10 分钟。

（2）患者坐势，医者一手扶住患者肩部，帮助其作俯仰活动，另一手用滚法施于患处。最后平推腰部透热，并配合热敷。时间 5～8 分钟。

【注意事项】 腰部受损伤后应当暂时停止腰部负重较大或活动较剧烈的劳动，但可作一些适当的轻便劳动。宜睡硬板床，防止腰部受寒湿。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校. 农村常见病推拿疗法[M]. 上海：上海科学技术出版社，1967：50－51

【手法操作】

1. 一般推拿手法和顺序

（1）患者取俯卧位，两手置于体侧，在腹下垫枕，使肌肉放松。先用手掌在背部由不痛的部位开始进行平摩法，逐渐摩向疼痛处，手法宜轻，以不引起疼痛而使局部舒适为度。

（2）然后用掌根揉或滚法，逐渐增加力量，可在脊柱两侧自上而下，或自下而上揉滚数遍。

（3）再在疼痛的主要部位用拇指作深揉法。同时可结合穴位推拿，取肾俞、命门、八髎等穴作指掐、指振和指揉法，也可作指尖推法。也可在压痛的主要点作阿是穴推拿。

（4）最后再作揉滚法，同时可作轻度的下肢摇、屈等法而结束。

2. 手法的辨证应用

(1)如属慢性棘突间韧带损伤而成本症，疼痛常局限在脊柱正中某棘突或棘间，表现脊柱前屈或后伸痛，局部有固定的压痛。推拿时应着重用指揉，指尖推疼痛局部，指劲需逐渐深达，再从痛处推向四周。

(2)如属慢性腰部肌肉损伤而形成本症，疼痛多在骶棘肌的下部，或腰肌的上面附着部，常有一侧或两侧性的肌紧张亢进，有脊柱前屈和体侧活动时痛。有的在软组织可摸到肿块或硬结，推拿时当多用对肌肉的揉滚法，以及在疼痛或肿块部用指揉法。后期可以加用拨络法。在揉滚时还应结合下肢的摇和搬腿的被动动作。

(3)如属无外伤史，只因脊柱畸形，或腰部活动过累而引起的腰部肌肉劳损，合并有腰肌筋膜炎症性病变者，多表现为明显腰部酸痛，范围较大的肌肉紧张和压痛。推拿时手法当轻，多在局部用摩、揉、滚法，并可多用取穴推拿，除肾俞、命门、八髎外，尚可取下肢远隔穴位，如承扶、委中、承山、太溪等穴。

【注意事项】 可结合物理、针灸和中药湿热敷等。如因脊柱畸形或腰部肌肉过于软弱的，当结合应用医疗体操，可用矫正性或发展腰背肌力量的医疗体操练习，都有助于提高和巩固疗效。有的病人治好以后可能复发，必须注意预防，特别对职业性腰部劳损更需积极防治。

【文献出处】 安徽医学院附属医院. 推拿疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1972：86－87

【手法操作】

1. 患者俯卧位，胸腹部垫枕头。先用摩法、揉法、滚法，使腰背部肌肉放松。

2. 着重在疼痛部位，用指推法、滚法进行深在的推拿，并取疼痛相应部位的穴位及阿是穴，用指推、指掐、指振法。

3. 腰部被动活动：一般用强力后伸法。强度不需很大，但重复次数要多，10～20 次。如并有坐骨神经痛症状者，还可加用斜后伸法，反复 5～6 次，最后一次用力要大些。

【注意事项】 除推拿疗法外，可同时加用其他物理疗法。推拿疗法的次数也不需太多，10～15 次。待疼痛减轻或基本消除时，就需鼓励病人长期做医疗体操，最少 3～6 个月，以改善脊柱形态和增强腰背部肌肉力量。

【文献出处】 安徽医学院附属医院. 推拿疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1972：89

【手法操作】

1. 外伤腰痛　腰肌劳损、骶椎隐裂、腰椎间盘脱出症和扭闪叉气等，在临床上应对症施术。可以常规按摩为主，适当配合腰部活动，以帮助恢复其正常功能。

2. 风湿腰痛　腰部常规按摩 8～10 分钟。以脊椎两侧膀胱经和两“肾俞”穴为主要治疗部位，适当点按“八髎”和局部“阿氏”穴。活动不便者可配合扭转法。操作手法宜重。

3. 肾虚腰痛　一般以轻手法常规按摩即可。

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：133－134

【手法操作】

1. 准备手法　同急性腰扭伤，按压“委中”穴。

2. 治疗手法

(1)患者俯卧位。术者以左手掌根,沿患者右侧背伸肌,自上而下旋转按揉,至骶髂关节上缘为止。反复2~3次,同法以右手掌根施于对侧。

(2)术者两手拇指放于两侧背伸肌上端的外缘,拇指纵轴与肌纤维呈垂直位,两拇指向中线挤压,挤压时拇指向前推揉,并向上向外旋转,沿背伸肌滑行而下,至骶髂关节平面上缘为止,反复2~3次。

(3)患者俯卧位,术者立于患者左侧,右手手指向上与脊柱呈平行位。掌根放于第七颈椎平面以下。左手掌横行放于第五胸椎棘突平面之上,两手呈交叉位。此时,右手以掌根向上推按,左手以小鱼际向下推按,两手向反对方向推按牵引。两手始终保持一定间距,逐渐向下滑行至腰骶部为止。反复2~3次。

(4)术者以两手食及中指在腰三角处,找出髂骨嵴上缘及骶棘肌外缘。两手拇指分别置于骶棘肌外缘,拇指纵轴与骶棘肌纤维呈垂直位。其他四指环抱两侧髂骨。两拇指同时向中线横行挤压,待拇指推到骶棘肌肌腹中部,相当于"大肠俞"穴,两拇指向内向下用力按压,然后再用力向上挤压,此时用力最大。按压1分钟后,将拇指向外分开,逐渐放松压力,两拇指在原处轻轻按揉。

(5)术者两拇指分别放于两侧髂骨后上棘的内缘,即骶棘肌的下端"关元俞"穴,用力按压半分钟。

(6)术者两手掌根大鱼际部,自第一胸椎平面开始沿两侧背伸肌向两侧分开推按,至腰骶平面为止,反复3~4次。

(7)术者右手手掌放于腰椎4~5平面之背侧,左手手掌搭于右手手背之上,两手掌在患者腰部作左右摇摆推按,反复4~5次。

(8)患者俯卧位,以双手攀床上缘,术者以两手握持患者两足踝部,向下牵引1分钟,然后放松。

【文献出处】 天津市天津医院和石家庄交通运输医院合编. 按摩[M]. 北京:人民卫生出版社,1974:103-105

【手法操作】

1. 手法　点按、滚、擦等手法。

2. 操作

(1)患者俯卧,术者双手大指点按脾俞、胃俞、肾俞、环跳、委中、承山、昆仑等穴。

(2)从上背至骶部用滚法反复操作,手法宜稍重,每次20~30分钟。

(3)术者站在患者的一侧,双手重叠,沿骶棘肌走行,上下反复按压。

(4)术者站在患者肩前方,一手扶肩,一手用大小鱼际由上向下用擦法。

【注意事项】 功能性腰痛是一种较为顽固的慢性疾患,单纯一种治疗方法很难奏效。临床上多用其他疗法配合,进行综合治疗。

【文献出处】 季根林. 推拿简编[M]. 北京:人民卫生出版社,1981:102-105

【手法名称】 急性外伤腰痛的治疗手法

【手法操作】 患者取俯卧位,背部、腰臀部裸露,以便施行手法。

1. 医者先在患者背部、腰部施以 3～5 遍抚摸法，解除无损伤肌肉的紧张，使之舒展放松。

2. 医者用左、右两手分别拿大贯筋即肩井穴，随之用拇指腹沿膀胱经线从大杼穴到白环俞穴，从附分到秩边穴点按，点按一遍后抚摸一遍，左、右相同。第一遍点按用力较轻，第二遍用力较重，第三遍又较轻。

3. 然后用手掌的大鱼际部分，从大杼穴到白环俞，从附分到秩边穴，由上而下按 3 遍，用力也要轻、重、轻。每按完 1 遍，都要插 1 次轻抚（两手由上而下摩擦）。

4. 在痛侧腰脊筋膜处用双手拇指沿腰肌纵轴用分法做相反方向的平抹。抹 5～7 遍后，再用单拇指腹向脊椎方向按压痛点，用镇静压法（即按下后静停一会）。

5. 用双手拇指和食指拿软腰，即一指按在京门穴，一指按在章门穴上，反复地捏拿，放下，连续做 1 分钟，使肌肉放松。

6. 双手捏提督脉，由下而上，边捏边进，在痛点附近穴位上将肌肉捏起向上提一下，连续做 3～5 遍。

7. 将双手拇指摆成“八”字式，在腰脊两侧的肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、八髎穴和腰眼穴等处施按压法，先轻后重。在疼痛明显的部位（如肾俞、气海俞、腰眼穴处等）可以延长按压的时间，并视其需要，配合镇静、振颤、向中心挤按等小手法。

8. 接着分别在左、右大腿后面，内外侧，用手掌由上而下平推几遍，随后用手拇指分别按压环跳、承扶、委中、阴市、风市等各穴，用拇、食两指重拿掐昆仑穴，用空拳从肩背到足跟扣打一遍，再用侧掌扣击一遍，最后轻抚结束。

【注意事项】 根据查体所见，确认是急性腰扭伤，可进行手法治疗。

【文献出处】 王甫. 大众推拿[M]. 北京：人民卫生出版社，1984：102－104

【手法操作】

1. 以局部按揉法、擦法为主，并加用祛瘀止痛摩膏。祛瘀止痛摩膏能活血祛瘀，止痛通络。治疗风湿痹痛，运动损伤，腰肌劳损。忌任何被动运动。

2. 局部湿热敷，拿委中结束治疗。

【注意事项】

1. 腰肌训练。

2. 避免腰部负重、疲劳及弯腰工作。

3. 局部保暖。

4. 卧硬板床，用腰围护腰。

【文献出处】 陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：48－49

【手法操作】 患者取俯卧位，术者首先选用促使患者腰背部肌肉放松的手法，如用四指揉法，揉脊柱两侧肌肉；用掌根揉法，揉脊柱两侧肌肉；用辗转拿法或滑动拿法，拿揉脊柱两侧肌肉。再用双拳滚压法滚压脊柱两侧（图 22－43）。

然后再根据各种慢性损伤的特点，分别选用以下手法。

1. 骶棘肌及腰背筋膜劳损除应用以上手法外，还应用双手拿揉法，拿揉腰眼脉，点揉骶侧上脉和骶侧下脉。如在腰椎两旁有挛缩或粘连的结节，可用拇指点拨。

2. 棘上或棘间韧带劳损可选用跷指揉法，揉棘上和棘间韧带处和用单拳滚法，滚揉棘上和

棘间韧带处。在其明显的压痛处，或有结节处可用拇指点拨法，进行点拨，使之缓解。然后再用双掌压法，压迫腰椎处。

3. 腰骶关节劳损应反复拿揉腰部两侧肌肉，使之放松，再用双手拇指点揉骶侧上脉和用侧扳法及斜扳法活动腰骶关节（图 22－8，图 22－9，图 22－24）。然后再用双掌压法，按压尾肾脉及腰骶关节处。

4. 骶髂关节劳损在使腰肌放松后，应选用拇指点法或肘点法，点揉骶侧上脉、骶侧下脉和臀侧脉、臀下脉，用斜扳法活动骶髂关节处。

因骶髂关节多伴有臀部及下肢反射性疼痛，故也可再用双掌揉法，揉臀部肌肉，用平掌推法，推腰背及臀部和下肢后面。

图 22－43　双拳滚压法

5. 肥大性脊柱炎和腰背部风湿因其主要表现为腰背脊柱两侧的肌肉疼痛，故应多选用充分活动脊柱两侧肌肉的手法。如用双拳压法、双拳滚揉法、立掌搓法、搓揉、滚压脊柱两侧的肌肉，使之放松，解除痉挛，缓解疼痛等。

无论属于哪一种腰痛，最后都要用拍打法，拍打背部三条线和下肢后面。手法要由轻逐渐加重，对腰部和重点脉位处要进行重拍数次。

【注意事项】

1. 慢性腰痛是一种常见病，多发病，在对慢性腰痛的病人进行手法治疗之前，必须仔细检查，明确诊断，排除内科疾病之后，尤其要排除骨结核、骨瘤，以防其扩散、转移或其他不良后果。同时只有诊断明确后，才能更有利于手法的选择和运用。

2. 因慢性腰痛，尤其是骶髂部位的劳损，多伴有臀部及下肢的反射性疼痛，故应选用一些臀部及下肢的治疗脉位和手法，故有“治腰必治腿，治腿必治腰”的说法。

3. 对于慢性腰痛，因常在腰骶部有粘连、结节、肌肉挛缩等现象，必须采取相应手法，使之缓解，才能取效。

4. 对于腰部肌肉发凉、僵硬、萎缩者，不可使之一次强行缓解，更不可过度使用猛烈手法，以防意外。应选用轻柔手法和反复进行拍打，使其气血逐渐恢复，逐渐加重手法，循序渐进，方可取效。

5. 对于先天性畸形或骨质增生等引起的腰痛，用手法治疗也只是促使其气血畅通，加强肌腱韧带功能的恢复，缓解疼痛症状，并不可能解决畸形，也不可能清除其已增生的骨质，只是通过调解脊柱两侧肌腱、韧带拉力的平衡和增强人体对其疼痛的适应能力。

【文献出处】 葛长海，李鸿江，葛凤麟. 捏筋拍打疗法[M]. 北京：北京科学技术出版社，1986：126－131

【手法操作】

1. 治疗　以舒筋通络为主。取穴：腰眼、肾俞、命门、腰阳关、八髎、环跳、居髎、委中、阳陵

泉、阿是穴。

2. 操作　患者取卧位，医者立于其患侧。

(1)施滚法于患侧腰部，以腰眼、阿是穴处为主，3～5 分钟。

(2)用大指指端按点腰眼、肾俞、命门、腰阳关、环跳、居髎等穴。

(3)在腰部用掌擦法，以肾俞、命门、八髎处为主，发热为度。

(4)一手按压腰脊，一手托抱其下肢作腰背伸，3～5 次。

(5)患者改仰卧位，按拨其阳陵泉，拿委中、承山穴。

【注意事项】 对有韧带剥离者，按揉时应避免拨动韧带而应用指抹法，伴有下肢放射痛可加按环跳、居髎穴，对慢性腰痛急发作者可按急性腰扭伤方法处理。患者平时应加强腰部功能锻炼，卧硬板床，局部避免受寒湿等刺激和过度劳累，并可作擦腰、捶腰等自我推拿。

【文献出处】 金义成. 推拿自学入门[M]. 上海：上海科学技术文献出版社，1987：138－139

【手法操作】

1. 选穴　肩井、天宗、肾俞、命门、环跳、殷门、委中、承山、昆仑、足三里、三阴交、关元、气海。

2. 手法　患者采取俯卧位。

(1)急性腰背扭伤：

①施轻揉法于患部，使患者镇静，以便接受下一步治疗。

②双手用按法自肩井穴依次向下按压背腰肌到肾俞，再按殷门、委中、承山、昆仑诸穴。

③施揉法或滚法于疼痛部位，先轻后重按揉压痛点，同时另一手按揉委中穴。

④以拿法拿承山、昆仑穴。

⑤双掌按压疼痛部位，双手用力拖住胯骨向下肢方向牵引。

⑥一手托着大腿，另一手按压骶髂部。

(2)慢性腰背疼痛：

①拿风池、肩井穴，按压背腰肌，按压肾俞、大肠俞、环跳、承扶、殷门、委中、承山、昆仑穴。推背腰肌，推下肢肌肉。重点揉拿背肌或腰肌。

②手推患部，以皮肤潮红发热为度。

③施推，叩法于背腰部。

④换仰卧位，拿下肢大小腿肌肉。

⑤压腿，摇下肢。

⑥坐位，拿肩井，肘或拳推背腰部。

(3)肾虚腰痛症：

①按揉脾俞、肾俞、命门、大肠俞、八髎诸穴，揉阴陵泉、三阴交等穴。

②手推腰眼部位。

③揉委中穴。

④仰卧位，摩中脘、气海、关元、足三里。

⑤坐位，拿肩井，手推背腰部。

【文献出处】 徐裕才，黄为民. 疏通经络点穴法[M]. 北京：科学出版社，1989：139－140

【手法操作】 患者俯卧位，腹部垫以软枕，两手放在体侧或下垂，使腰部肌肉尽量放松。先在痛点周围和肌肉痉挛处，作掌根轻摩和拇指推法，开始手法宜轻柔。体位同上，滚腰部两侧。选用拇指或大、小鱼际揉法，手法由浅及深。最后用拇指深揉痛点，并沿肌肉、韧带作上、下、左、右推扳拨动。选取腰部阿是穴，以及肾俞、上髎、环跳、委中等穴，用揉、掐手法推拿。体位同上，由两人操作，一人站于床头，两手插于患者腋下固定；另一人站于床另一头，两手各握患者小腿下端牵拉。两人相反方向用力，对抗牵拉1分钟，重复2～3次，术者以掌或前臂按压患者腰部，另一手托其大腿，使髋后伸，压与伸的手法同时发力。两侧各做6～10次。患者仰卧，术者右弓步站于患侧，左前臂托住患肢小腿，右手按扶在膝部，将患肢屈曲，并稍用力按压推送，使患肢大腿尽可能贴近腹壁。然后发力，用巧劲将患肢向外上方牵拉，使患肢呈膝伸直髋稍屈的姿势。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：594

【手法操作】 按揉脾俞、揉擦肾俞、揉擦志室、按揉大肠俞、按擦腰骶、拿按委中。腰部冷痛重着，转侧不利，卧后起床时更感不适，逢阴雨天加重者，加按揉风门、风府，拿揉外关，点按风市。如腰痛伴有热感、口苦、烦热、小便短赤，天热或雨天加重者加，拿揉曲池，拿揉内外关，拿按合谷，对拿阴、阳陵泉。腰痛酸软无力，遇劳更甚，卧则减轻者，加揉关元，揉按三阴交，擦大椎。腰痛如刺，痛有定处，拒按，俯仰转侧困难者，加按揉大杼，擦大推，揉按血海，拿按三阴交和悬钟，揉擦腰部痛点。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：595－596

【手法操作】

1. 按法 患者俯卧，去枕。术者立于左侧，先用双手捏拿两侧肩胛部肌肉数次，再以双手拇指指腹，由上往下分别按压脊柱两侧筋肉，自第一胸椎至腰骶，反复数次，重点刺激痛点，阳性反应物及僵硬紧张部位。

2. 揉法 术者以一手拇指及其余四指分别置于腰两侧痛点处，旋转按揉，或用小鱼际部置于患处，做旋转按揉。

3. 压法 双手交叉，用手掌小鱼际部按压脊柱两侧肌肉，由上至下，沉实。

4. 分推法 用双侧手掌置于脊柱两旁，以脊为中心向两侧分推。由轻到重，深透。

5. 点法 用双手拇指点按两侧痛点及肾俞、环跳、承扶、委中、承山等穴位。

【注意事项】 对于慢性腰痛的治疗，不应当只注意药物和手法治疗，练功也是不可缺少的重要方法。积极做腰背肌锻炼，对于病后巩固疗效和防治腰痛是非常必要的。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：413

【手法名称】 腰痛病的踩跷治疗

【手法操作】

1. 双足横踩压脊柱正中，从骶骨至胸椎，双足纵踩压腰两侧肌肉，双足跟踩压、揉腰两侧肌肉，以痛点为主，滑推腰两侧肌肉，于腰两侧肌肉，尤其是痛点处，采用足加压踩压法。

2. 如有坐骨神经刺激征，可采用以下方法。一足踏床，另一足直推患肢后肌肉，搓患肢肌肉，踩压患肢肌肉，足跟踩大腿后侧肌肉，拇趾轻踩压小腿三头肌，足掌轻踩跟腱，拇趾压环跳、承扶、殷门、委中、承山。

【主治疾病】 腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症、腰肌劳损、增生性关节炎等。

【文献出处】 薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：97

【手法名称】 肾虚腰痛的治疗手法

【手法操作】

1. 基本治法

(1)患者俯卧位，医者施四指推法于肾俞、命门、大肠俞、八髎诸穴约 3 分钟，接着按揉肾俞穴，以酸胀为度。

(2)患者仰卧位，医者施摩法于中脘、气海穴约 5 分钟，接着按揉太溪穴和涌泉穴。

(3)坐位，医者施擦法于肾俞、命门、大肠俞和八髎诸穴，横擦自上而下，以透热为度。

2. 辨证加减

(1)肾阳不足：延长腰部擦法时间，按揉命门、腰阳关穴各 1 分钟。

(2)肾阴虚损：加擦涌泉穴，透热为度。按揉三阴交、太溪穴各 1 分钟。

【注意事项】

1. 保持正常生活规律，忌食寒性和酸辣刺激食物。

2. 节制房事。

3. 注意腰部保暖，睡硬板床。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：421～422

第十二节 腰腿痛(坐骨神经痛)

【手法操作】

1. 腰部一侧(命门、肾俞)以滚或推为主，按肾俞为佐。

2. 臀部一侧(居髎、环中、环跳、上次髎)以滚或推为主，或按或点(环跳)为佐。

3. 下肢(承扶、风市、委中、阳陵泉、三里、承山、昆仑等)以滚或推为主，以拿(委中)、按(足三里)、摇、搓为辅。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿医士学校. 中医推拿学[M]. 上海：上海科技卫生出版社，1959：48

【手法操作】

1. 取穴 上髎、次髎、环跳、委中、承山、风市、阳陵泉。

2. 手法 擸、点、拿、搓。

3. 操作步骤

(1)患者取俯卧位，医者踞于侧，用滚法施于膀胱经路线，着手于上、次髎，经过承扶、委中至承山，往返 3～5 遍，作重点治疗。

(2)患者取侧卧位,医者点环跳、风市,并用滚法施于从环跳至阳陵泉的胆经路线上。

(3)患者取仰卧位,拿委中、承山,搓整个人腿部结束。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校.简易推拿疗法[M].上海:上海科学技术出版社,1960:24

【手法操作】

1.手法 滚、平推、拿、按、搓。

2.部位 腰骶部,患侧臀部及下肢,以臀部及腘窝为重点。

3.操作

(1)俯卧位,医者站在侧面,用滚法施于腰骶及臀部,沿大腿后外侧至足跟,重点环跳、居髎、委中穴,往返数次,同时配合后抬腿辅助动作。时间约7分钟。再按或点八髎、承扶穴。

(2)患者取侧卧位,从臀部开始沿大腿外侧用滚法施治。时间约3分钟。然后按或点环跳、居髎、风市穴。

(3)患者取仰卧位,医者将患肢屈膝向胸靠拢,揿压几下,再向后拉,作速度较快的伸膝运动。继之,将下肢放平,用滚法施于患肢前侧。时间约3分钟。

(4)姿势同上,医者用单手拿法施于整个患侧下肢,重点在大腿内后侧。继之用搓法施于该下肢,使肌肉放松。

(5)患者取坐势,医者站在病员后侧,用平推法施于臀部,以透热为度。

【注意事项】 若症状较重,疼痛剧烈者,可在臀部及大腿后侧加用热敷。注意保暖,忌食蟹等寒性食物。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校.农村常见病推拿疗法[M].上海:上海科学技术出版社,1967:44-45

【手法操作】

1.抚法 病人仰卧,医者以两手全掌着力,在其下肢后侧和外侧,自上而下地作离心性抚法,反复操作5~6次。

2.掌揉法 医者以右手掌根部着力,在病人患肢后侧和外侧行环形揉按,反复操作多次。此法有松弛肌肉、缓解疼痛的作用。

3.拐肘压法 医者以肘关节着力,沿病人坐骨神经分布区自上而下施以压迫,对"环跳"、"委中"、"足三里"、"悬钟"、"昆仑"等穴须停留压迫。此法为治疗此病的主要手法。

4.叩打法 以拳叩和切击两法为主,用力叩打病人的腰、臀、腘窝和小腿外侧等部位。

5.运动法 以直腿高举法和膝屈伸法为主,反复操作2~3遍,以松弛其紧缩之筋腱。病人亦应尽量多活动,以助疗效。

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院.按摩疗法[M].济南:山东人民出版社,1972:135-136

【手法操作】

1.第一至第六同上节的急性腰伤筋的按摩理筋手法。

2.医者双手握住患者踝部,行单侧摔腿患侧12次,健侧8次,两侧分别进行。

3. 医者双手同时环握患者双踝部，进行双侧捋腿 12 次。

4. 抬腰上推手法：患者站立，蹬双足尖，背部向后倾，医者虎步站立，左手提托患者左腋下，右手掌心按住骶部。左手将腋部向上举，使患者足尖离地；右手单从骶部向上平推至背部，进行抬腰上推手法，反复做 3 次（图 22－44）。

图 22－44　抬腰上推法

5. 患者站立，双侧下肢分别踢腿动作，每侧 8 次。

【注意事项】　根据急慢期选用不同的中药外用内服。

【文献出处】　林如高，张安桢，林子顺. 林如高正骨经验[M]. 福州：福建人民出版社，1977：203－205

【手法操作】

1. 外用中药洗熨痛处，每日 1～2 次，内服中药。

2. 先用外科基础手法，后掐、捏、揉和点腰俞、八髎、居髎、环跳、承扶、殷门、绝骨、委中、承筋、承山、复溜、昆仑、申脉等穴。

3. 推揉、擦摩、按压伤处及其周围。

用上述各法，轻者 5～6 次，重者 10 数次即可痊愈。愈后也可当常用此法，以预防复发。

【文献出处】　曹锡珍. 中医按摩疗法[M]. 北京：人民体育出版社，1979：220－221

【手法操作】　取肾俞（补）、委中（补）等穴为主，并宜在两穴上下配穴。肾气虚弱者，加补肺经之太渊、命门、关元、足三里等穴，并宜在疼痛部位取穴，以助疗效。风湿性者，加点环跳、腰眼、阿是穴，头几次用泻法，见轻后用补法，另外加循按法。扭伤性者，如果疼痛在足太阳或足少阳经时，则取疼痛处以上的穴，用泻法；疼痛处以下的穴，用补法。如果是足三阴经的穴位，则补泻相反。另外，加循按手法。每穴平揉、压放各 100 次。气虚久病者，加点打法。如腰扭伤或腰椎间盘脱出症，可在相应穴位上点按。

【文献出处】　马秀棠. 点穴疗法[M]. 西安：陕西科学出版社，1981：143

【手法操作】

1. 准备手法

（1）仰卧位。按压太溪、解溪穴，牵引、提拉踝关节，并以拇指用轻手法向前外侧推按、按压足三里穴，并向下滑行至踝上部分三点捏压。提拉股四头肌联合腱。按压风市、冲门穴。

（2）术者立于患者右侧，以右腋下夹住患者右足踝上部。左手掌搭于患肢膝关节的前侧，右肘屈曲，以前臂从患肢小腿背侧插入搭于左前臂中 1/3 处。此时，用力夹持患肢向下牵引 1 分钟。

（3）术者仍夹持患者足踝部，以右手掌托住小腿后侧，左手掌托住股骨大粗隆。以强力屈曲髋、膝关节至最大限度为止。继而以右手持握足踝部，伸屈膝关节 4～5 次。伸屈时，术者要用力向前伸小腿，并嘱患者同时做蹬空动作。

2. 治疗手法

（1）患者侧卧位。在梨状肌肌腹上隆起条索状处，分为三点，在每点上，两手拇指横放于

条索上，稍用力对挤，起手时向上向外旋转。

（2）患者侧卧位，背向术者，将左腿膝关节放于屈曲位。右下肢放于伸直位，右臀朝上。此时，术者屈曲右肘，右手担住左上臂作为支撑力，左手向后牵拉髂前上棘。术者将屈曲的右肘后侧鹰嘴尖端放于患肢股骨大粗隆尖端的上部，用力按压半分钟。然后，术者右肘仍以原式，将右肘鹰嘴尖端放于环跳穴，用力按压半分钟。

（3）患者侧卧位。术者用两手拇指放髂骨后上棘内侧，平腰 4～5 间隙处，相当骶棘肌外缘，对准髂后上棘斜向外下方，按压其附近的软组织，患髋疼痛立即消失。

（4）术者右手掌揉拉患者臀部，并用手掌在下肢背侧从臀下到踝上部捋拉 4～5 次。

（5）患者仰卧位。按压冲门穴。

（6）术者右手持握患肢踝上部，伸屈膝关节。伸屈时稍用力，并嘱患者同时向下蹬空。

【注意事项】 每日按摩一次，直至疼痛消失为止。在治疗期间，患者应卧床休息，以减轻病变组织和神经张力及反应性水肿，从而有助于加速症状的缓解。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：165－167

【手法操作】 患者取俯卧位，术者用肘点法，点揉骶侧上脉和骶侧下脉及臀侧脉，再点揉臀下脉及股后脉腘脉和风门脉。让患者取侧卧位，用肘点法，点揉胫侧双脉的外侧脉。然后再让患者取俯卧位，术者再用平掌推法，推臀部及下肢后侧面肌肉，最后用拍打法，反复拍打腰背三条线和下肢后面，3～5 遍。

【文献出处】 葛长海，等. 捏筋拍打疗法[M]. 北京：北京科学技术出版社，1986：157－159

【手法操作】

1. 病人取仰卧位，术者站在病人腰部的一侧，用一手的掌根分别按揉脊柱两侧的肌肉，由背至腰骶部，随后用两手交替捏拿腰肌，并用两手拇指按压大肠俞穴，以疏通膀胱经经气，缓解腰背肌痉挛。

2. 接下来，术者沿下肢疼痛的部位，用一手拇指指尖依次按压环跳、承扶、委中、承山穴，每穴按压 0.5～1 分钟，以行气通络。然后，用掌根和掌面按揉病人大腿后外侧，随后用五指指面捏拿患肢的内外两侧肌肉，以疏通下肢经气。

3. 病人仰卧，术者站在病人膝关节的对侧，用一手拇指的指尖按压阳陵泉穴和足三里穴。然后，再捏拿股四头肌及小腿的胫前肌，以疏通经络，缓急止痛。

4. 接下来，术者站在患肢足前，用一手托住足根，一手固定住足趾，然后将踝关节背屈，以延伸大腿后侧肌肉，牵拉坐骨神经，继而用一手拇指指面按压痛侧冲门穴，待病人下肢出现麻凉重胀感觉后松指，以活血化瘀，改善下肢血流。

【文献出处】 孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社. 1989：183－185

【手法操作】 患者取俯卧位，医生立于一侧。医生用单手或双手捏揉患者腰部、大腿后侧、外侧，并顺序捏揉至小腿，反复数遍使之有发热感，以疏通经络。接着医生一手扶患者肩背部，一手屈肘，身体前屈，用肘尖点按秩边穴、环跳穴，力量由轻到重，再到轻，缓慢抬起，然后视

病人情况用肘尖或拇指点按承扶穴、风市穴、委中穴、承山穴及足三里穴等。而后患者双上肢前伸，双手扒住床边，腰腿部尽量放松，医生双手握住单踝部，稳稳用力向外牵引，并持续 1～2 分钟，再轻轻松开，可反复进行数次，以掌根擦八髎透热为度。

【文献出处】　常健，等. 推拿与运动损伤[M]. 北京：北京科学技术出版社，1991：108

【手法操作】　取命门穴、肾俞穴、气海穴、环跳穴、委中穴、承山穴。患者取俯卧位，术者双手拇指自患者上背部沿脊柱两侧足太阳膀胱经循行路线，自上而下进行揉按，施治 4 分钟。揉按完毕，泻法点按命门穴、肾俞穴、气海穴，补法点按环跳穴、委中穴、承山穴各 1 分钟。滚法沿腰椎两侧自上而下施治 10 分钟，之后，用振法施治于第四、五腰椎处，施治 2 分钟。术者抓住患者双脚踝部用力拔伸，同时用抖法进行上下抖动。上述治疗完后，患者取仰卧位，术者助其进行屈膝屈髋动作数次，治疗结束。

【注意事项】　随着疼痛的逐步缓解，患者可适当作一些腰部的自我锻炼如抬腿、转动躯体等动作，逐渐增加锻炼时间和运动量，但切忌进行剧烈的活动。另外，每次手法治疗结束后，如患者取仰卧位休息，应在腰部垫上一只枕头。有条件的，治疗结束后，用腰围固定腰部。

【文献出处】　黄绍滨，李争鸣. 灵枢易筋经点穴推拿疗法[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1992：133－134

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者用滚法从腰骶部、臀部沿大腿后外侧至足跟操作，上下往返数次。然后用拇指沿坐骨神经走行路线弹拨数次。阳性反应点处多施术。

2. 点揉、弹拨肾俞、居髎、环跳、殷门、委中、承山，拿昆仑、太溪、阳陵泉。

3. 仰卧位，医者一手握住患腿踝部，一手扶按患侧膝部，做屈膝、屈髋、环形摇髋关节。

4. 握空心拳，用拳心有节律地拍击腰臀部。

【文献出处】　陈志敏，陈湘伟. 实用推拿治痛法[M]. 北京：中国医药科学技术出版社，1993：125－126

【手法操作】

1. 方法一

(1)仰卧，使腿折曲，紧贴腹部，这样可发现某腿折曲有困难。

(2)易折曲的腿伸直，不易折曲的腿尽量推向胸部。

(3)在这种折曲姿势下，发出口令，让患者尽力吸气，用手掌对患者弯腿一侧的臀部，从下向上，以中等力量猛然拍打。如果病轻，用前述方法能止痛，如病重可用下法治疗。

①患者仰卧，两腿折曲。

②两腿一同做屈伸动作，方法是，使腿做上下运动，然后以腰和臀为轴，分别向左右方向旋转，使腰肌、臀肌等已经僵硬的肌肉舒展开。此动作要各做 7～8 次，要耐心地做。

③然后，伸开患者双腿，跨着患者下腹站立。

④用双手托住患者腰部和骶骨，以患者身体的中心部为轴，向左右各摇摆 5～6 次。

⑤上述动作完成，保持原来姿势不动，两手放在髂骨部位的深处，使劲往上托，在紧接着的一瞬间，猛然松开手，使其落下。要领是：患者不抵抗，以其自然的力落下去。抬起高度以

30 cm为宜，此动作做3次左右。

⑥上述动作完了后，使患者的双腿尽量分开，术者半跪半坐，两手大拇指放在患者疼痛的腿外踝位置，两手紧握脚脖子，然后将脚脖子边向内侧扭转，边向下用力拉，重复施行上述方法，几乎所有的坐骨神经痛都能消除，然而如做得过分，则刺激过度，是不好的。如疼痛未完全消除，可于下次再行此疗法。

2. 方法二

(1)拇指或肘点阳关、秩边、环跳、承扶、委中、承山、丘墟、阳陵泉等穴，每穴半分钟。

(2)在腰骶部、臀部、大腿后侧、小腿外侧揉拿数次。

(3)用拇指或肘部沿臀部、大腿后侧，小腿外侧拔筋，反复数次。

(4)患者仰卧，由他人将下肢屈曲，做髋关节的摇动法数次。

【文献出处】 王平，徐树楠. 手到病除[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1993：211－212

【手法操作】 患者俯卧，术者站于一侧，用滚法从腰部脊柱两侧沿足太阳膀胱经自上而下，再自下而上逐渐加重，反复做3～5遍，点按肾俞、腰眼、阿是穴、环跳、委中、承山、昆仑等穴，揉按腰部2～3分钟。急性腰腿痛者，于反应物上以拨法分筋、理筋，后以静压或点按结束。腰椎变形后凸者用牵引按压法。腰椎间盘突出者，用旋转法或牵引、晃法及侧扳法。腰肌痉挛者，用屈膝屈髋压按法。骶髂关节病者用局部点按拨法，并作“4”字压法。髋关节活动障碍者用摇髋法。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：596

【手法操作】

1. 按揉法　在腰、臀、下肢后侧，按揉环跳、居髎、承扶、委中、承山等穴。

2. 牵拉法　作患侧下肢屈伸及抬高绷腿活动。

3. 斜扳法　作斜扳腰部及患侧下肢后伸。

4. 揉摩法　于下肢外侧作揉摩3～5遍。

【注意事项】

1. 作患侧下肢屈伸及抬高活动。

2. 腰部作俯仰、侧弯、回旋活动。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：541

（李义凯　刘又文　鞠晓伟　曹向阳）

第二十三章　骨盆及骶尾部疾病的脊柱推拿手法

【摘要】 本章主要介绍了梨状肌损伤、臀上皮神经损伤、尾骨挫伤、耻骨联合部损伤和内收肌损伤的治疗手法。其中前两者疾病的治疗手法主要源于冯天有的手法，后续变化不大。耻骨联合部损伤的治疗手法主要是针对产后导致的损伤。

第一节　梨状肌损伤

【手法名称】 梨状肌手法复位方法

【手法操作】 病人俯卧位，两下肢贴床，外展、外旋，两上肢后伸，肌肉放松（图 23－1）。医生顺患侧梨状肌表面投影，用一手拇指按压触摸梨状肌肌腹情况，其拇指拨动方向与梨状肌纤维方向垂直。拇指首先深压皮肤，通过皮肤、皮下组织和臀大肌来觉察梨状肌肌腹情况，必要时拇指将指下皮肤、皮下组织和臀大肌一起拨动（拇指不能只在皮肤上揉擦），间接体会梨状肌损伤情况，仔细检查多可触及束状的梨状肌纤维隆起，或弥漫性梨状肌肿胀，压痛十分明显，再触清原位的沟痕，一拇指顺纤维方向上牵，另一拇指将其按压于原位或松解、舒顺肌纤维，指下已感到肌束平复，用单拇指腹深压该病变部位不动，取镇定手法约 10 秒钟，可解痉、镇痛。之后，再行患侧下肢的双手对拢抖动即毕。慢性梨状肌损伤，指触梨状肌成束状变硬，坚韧，弹性减低者施理筋分筋和弹拨手法（顺肌肉纤维垂直方向，左右分拨，再沿纤维方向顺压），使变硬肌束松解，粘连分离，恢复原舒缩机能。手法治疗要领：病人体位要正确（使臀大肌、梨状肌松弛），医生检查部位要准确（按表面投影）；重视梨状肌损伤部位微细解剖位置的变化；施理筋、分筋手法时要深压，指拨舒顺再镇定。

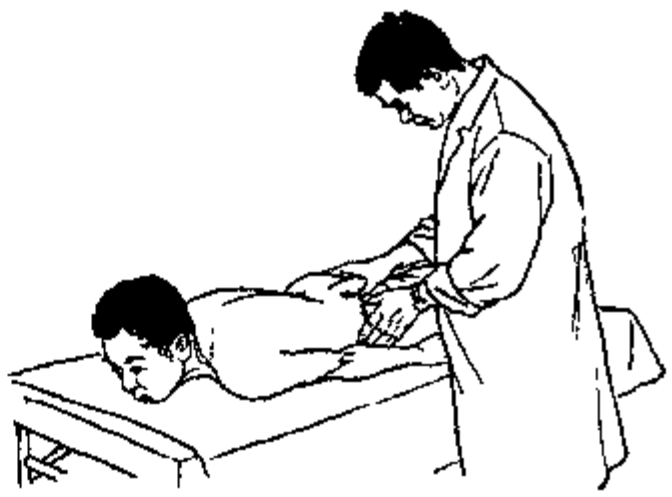


图 23－1　梨状肌损伤手法复位法

【注意事项】 慢性损伤以分筋为主，辅以理筋、镇定手法。

急性损伤以理筋为主，辅以镇定手法。弹拨肌纤维只 1～3 次且忌揉擦。

用力大小根据病情酌定。

遇到下列情况，可疑为解剖变异，不是适应证。

1. 无明显外伤史，一侧臀部伴有小腿胀、麻、痛为主。

2. 梨状肌紧张试验(+)。

3. 直腿抬高试验60°以前受限,60°以后疼痛减轻或消失,抬举不受限。

4. 双拇指触摸梨状肌无明显肿胀,而在表面投影线上1/3与2/3交界处压痛明显,同时小腿伴有胀麻感觉。

【文献出处】 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京:人民卫生出版社,1977:127-128

【手法操作】 除用点压捋顺、回旋顿拉等手法外,尚可用俯卧斜扳法松解该肌。操作:患者俯卧或趴于床边,腹垫软枕。术者一手拇指按压患肢股骨大转子上端梨状肌抵止腱处,余4指放在臀上外侧;另一手向后上方提起健肢膝上部使髋过伸,先缓后速地用力朝患侧斜扳,常可闻弹响声,然后用掌根按揉伤处片刻。

【注意事项】 上述手法交替运用可增强疗效,患肢功能恢复正常而臀痛不减者,要行伤部药物注射,手法无效的病例可做梨状肌松解术。

【文献出处】 王福根. 常用软组织损伤手法治疗[J]. 北京:人民军医出版社,1981:58-60

【手法操作】

1. 松筋 俯卧位。用拇指推法沿患臀的髂嵴,向后、向下经髂后上棘、髂后下棘、骶骨后外侧反复推拿,以放松臀大肌及臀中肌。手法由浅渐深,患者有酸胀感。最后用掌根揉臀部。

2. 理筋 体位同上。用拇指指面沿梨状肌的表面投影位置,透过臀大肌由内向外下捋顺梨状肌肌腹,边捋边按,压痛明显处稍按紧片刻后再下捋按,重复4~5遍。急性损伤者用此手法慢性病例理筋手法在拨络后进行。

3. 拨络 用拇指指尖在梨状肌表面投影部位垂直深按,透过臀大肌指尖触及梨状肌肌腹后,沿外上至内下方来回拨动,边拨动边将指头沿梨状肌肌腹移动,以使全部肌腹拨络一边。然后侧重在压痛明显的局部,再拨络2~3遍。拨络时患者有明显的酸痛或串痛感。

4. 取穴 体位同上。取居髎、上髎、中髎、次髎、下髎、委中诸穴,每次选取2~3穴,每穴指按或指掐1分钟左右。

5. 摇髋 仰卧位。在损伤急性期,摇髋的幅度要小,作为放松性的活动。对慢性病例则幅度要大,特别在摇至髋内收、内旋位时,术者扶膝的前臂用劲压在患者大腿外侧,以加大髋的内收、内旋幅度,使梨状肌受到治疗。

【注意事项】 此拨络手法适用于慢性病例,急性损伤期禁用。

【文献出处】 安徽医学院附属医院运动医学科编. 推拿疗法和医学练功[M]. 北京:人民卫生出版社,1982:195

【手法操作】

1. 放松患侧臀大肌 病人俯卧。用轻柔的滚、按、揉等手法在臀部沿臀大肌肌纤维的方向治疗,配合小幅度的下肢后伸被动活动,使臀大肌的痉挛逐渐松弛。

2. 舒筋通络 在臀大肌痉挛缓解的情况下,用深沉而缓和的滚、按、揉等手法在臀部梨状肌体表投影区,沿梨状肌的方向治疗,配合下肢较大幅度的后伸,外展活动,使深层的梨状肌逐渐松弛。然后在压痛点用深沉而又缓慢的弹拨法,与梨状肌成垂直方向治疗。

3. 活血化瘀 在臀部梨状肌体表投影区沿梨状肌方向用擦法治疗，以透热为度。最后可加热敷，但温度不宜过高。

【注意事项】

1. 梨状肌位置较深，治疗时不能因位置深而用暴力。

2. 在急性损伤时宜卧床休息 1～2 周。局部注意保暖。

3. 急性损伤时局部不宜作深度针刺。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：118

【手法操作】

1. 术者以右腋下夹持患肢足踝上部，向下牵引半分钟，然后以右手持担足踝上部，左手担腘窝部，伸屈髋、膝关节 2～3 次。伸屈时，要嘱患者用力蹬空。

2. 患者侧卧位。在梨状肌肌腹上隆起条索状处，分为三点。在每点上，两手拇指横放于条索上，稍用力对挤，起手时向上向外旋转（图 23－2）。

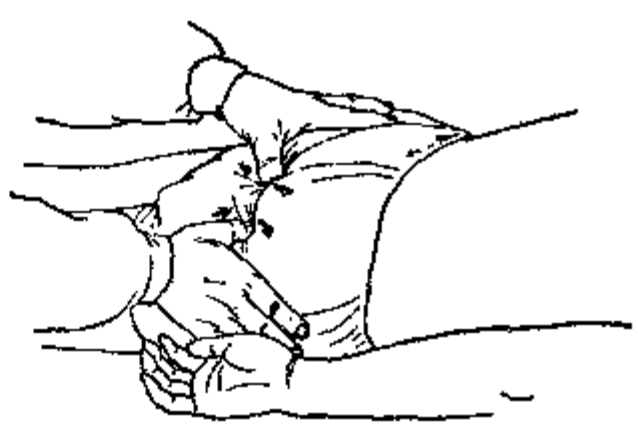


图 23－2 梨状肌损伤手法复位法

3. 患者健侧膝关节放于屈曲位，患侧下肢放于伸直位。术者屈曲右肘，右手握住左上臂作为支撑力，左手向后牵拉髂前上棘，术者将屈曲的右肘鹰嘴尖端放于患者股骨大粗隆尖端上部，用力按压半分钟。然后，术者右肘仍以原式，将右肘后侧鹰嘴尖端放于环跳穴，用力按压半分钟。

4. 患者仰卧位。按压足三里、风市、冲门穴。然后伸屈膝关节 2～3 次。伸屈时，要嘱患者用力蹬空。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：161－162

【手法操作】

1. 梨状肌按揉法：患者俯卧于推拿治疗硬板床上，暴露臀部。术者立于病员左侧或右侧，两手重叠，用手掌根按揉梨状肌，反复按揉 1～2 分钟。

2. 两下肢交叉按揉法：病员俯卧位，以右侧下肢为例，右侧患肢置于左腿上部呈交叉形。术者右手将病员右侧下肢向左方用力推，使左腿最大限度地内收；左前臂肘关节屈曲，用肘尖部按揉右侧环跳穴。

3. 弹拨梨状肌手法：体位同上，患肢交叉到健肢上，弹拨梨状肌有纵横两种手法。用拇指指腹在梨状肌部位垂直深按，在指尖触及梨状肌肌腹后，沿外上方至内下方，来回拨动，并沿全部肌腹拨动一遍。再在压痛部位弹拨 2～3 遍。急性损伤禁用此法（图 23－3）。

4. 以上 3 种手法，为治疗梨状肌综合征的主要手法，如有腰椎间盘突出合并梨状肌综合征者，应同时治疗椎间盘突出。其他手法可参见治疗腰椎骨质增生的蹬腿牵引法、下肢小腿牵引法和治疗急性腰扭伤的斜搬腰法，单腿倒搬和双腿倒搬手法等。

5. 指压穴位：指压下髎、阳溪、秩边、环跳、殷门、阴陵泉等穴位。

【文献出处】 沈跃生，王回新等. 伤科临床推拿法[M]. 北京：金盾出版社，1986：

193 - 195

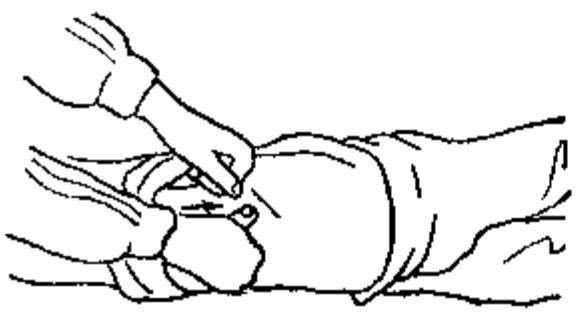


图 23 - 3 弹拨梨状肌手法

【手法操作】 患者俯卧床上，全身肌肉放松。术者立于患侧，用双手拇指或右肘尖按压在相当于梨状肌腹的皮表上，用分筋法上下拨动梨状肌，以分离粘连。然后用镇定手法，按压不动，以解除痉挛，疏理肌纤维，促进血循。每次手法可作 1 ~ 2 分钟，隔日一次，5 次为 1 个疗程。轻者 1 个疗程可愈，重者亦可延长。

【注意事项】 切忌使用暴力手法，以防加重伤势。

【文献出处】 湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986：252

【手法操作】

1. 揉压、弹拨梨状肌法 体位和手法与腰间盘突出症中此法相同。然后以一手拇指揉压患侧委中穴。

2. 捏拿、提弹梨状肌法 患者俯卧，患侧膝关节前面置一棉垫，使髋关节轻度后伸，健侧下肢伸直，术者立于其患侧。一手拇指指腹和食指的第二节指骨侧面沿梨状肌的体表投影部位，自上而下轻快反复的捏拿，提弹患侧梨状肌，直至股骨大转子附近。

3. 揉压、弹拨阿是穴 与一法中的体位相同。一手拇指或肘尖揉压、弹拨患侧梨状肌，体表投影部位上痉挛的肌性条索状硬结。然后以一手拇指或肘尖轻快反复地揉压、弹拨患侧环跳和秩边穴。

4. 髋关节外展、后伸法 患者俯卧，两下肢伸直，术者立于其患侧。一手置于其腰骶部以固定骨盆不动，另一手置于患侧膝关节的前面，将该下肢慢慢抬起，幅度由小到大的反复进行患侧髋关节的外展，后伸运动。在髋关节外展后伸运动的同时，术者可趁其不备，突然用巧力使髋关节过度后伸和外展一次。然后一手或两手多指从臀横纹附近起，自上而下轻快反复地揉拿，提弹患侧大腿后面的腘绳肌，直至腘窝附近。最后再以一手拇指反复揉压、患侧承扶穴。

5. 顺势屈髋法 体位和手法与髋关节扭伤中此法相同。然后以一手或两手多指从髂前下棘附近起，向下轻快反复的捏拿，提弹患侧大腿前面的股四头肌，直至髌骨上缘的腱合部。最后以一手拇指反复按放患侧气冲穴和揉压、弹拨患侧阳陵泉穴。

【注意事项】 上述手法应根据病情选择使用，但必须刚柔相济，深透达里。可每日 1 次，10 ~ 15 次为 1 个疗程。术后可嘱患者用毛巾或中草药在局部湿热敷。症状严重者，应平卧硬板床休息。

【文献出处】 刘严. 按摩疗法[M]. 西安：陕西科学技术出版社，1987：94 - 95

【手法操作】

1. 病员取俯卧位，放松患侧臀部及下肢。在臀部施掌根按揉法或滚法，手法刺激不需很大，其目的是要使臀部肌肉能放松。

2. 继以上体位，放松臀部肌肉后，在臀部梨状肌体表投影区施点法、按法和与梨状肌呈垂直方向的弹拨法。此法可缓解梨状肌痉挛，是治疗中的重点。此法在应用时，常可因臀部肌肉紧张而完成不佳。这时可用屈膝外旋髋的方法来弥补，使手法能顺利完成。再则，在梨状肌弹拨的同时，可配合做髋内旋的被动运动，提高治疗效果。

3. 在臀部梨状肌体表投影区沿梨状肌方向用擦法，以热为度。对疼痛症状较重的病员，可局部加以热敷。

【注意事项】

1. 当急性损伤时，宜卧床休息为主，局部注意保暖。

2. 在推拿治疗时，不能因位置较深而使用暴力蛮干。

【文献出处】 陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：63

【手法操作】

1. 患者俯卧，两下肢伸直，医者立于患侧以手掌或掌根自上而下轻快反复地推、揉腰部两侧直至骶骨背面。然后用掌根或肘尖沿梨状肌的体表投影部位揉压、弹拨。

2. 患者俯卧，两下肢伸直，医者一拇指压梨状肌抵止部，另一手提托健侧膝关节上部，先缓后速向患部后侧斜扳，同时拇指用力后压，然后自上面下推拿患肢，并点揉委中、承山、压痛点。而后患者仰卧，屈曲膝髋作内外旋转运动。

3. 患者侧卧，患侧向上，屈髋屈膝，医者站于患者背侧，用双拇指揉压、弹拨患侧梨状肌体表投影部位上痉挛的肌性条索状硬结，一拇指顺纤维方向上推，另一拇指将其按压拇顺。

【文献出处】 陈志敏，陈湘伟. 实用推拿治痛法[M]. 北京：中国医药科学技术出版社，1993：127

【手法操作】 点穴解痉法是患者取俯卧位。术者一手拇指点按梨状肌抵止腱，手法力量由轻到重后静止 1 分钟。逆时针方向点按金门、申脉、附阳、委中穴。双拇指重叠在腰椎两侧左右弹拨。由腰部至委中穴处上下交替按揉 5 分钟。术者右肘屈曲，肘关节在梨状肌条状物处，深透点按，内动外不动，左手来回滚动患侧下肢（病人自觉有酸、麻、胀感即可）助手握患肢踝部内收拔伸，术者用手掌沿臀部至踝关节上下交替地使用推拿法。点揉归位法是患者取仰卧位，术者站其侧，用大鱼际顺时针方向按揉中极、气冲穴。另一拇指逆时针方向点揉阳陵泉穴，直到患肢有热感为止。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：544

【手法名称】 屈膝压髋法

【手法操作】 患者俯卧位，医者先以按揉、弹拨手法放松其臀部肌肉，再令患者仰卧位，医者一手握踝，一手扶膝，在屈膝屈髋内旋位按压髋关节，以牵拉梨状肌（图 20－30）。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：128

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者站于其旁，双手掌推腰骶部与下肢，自上而下推 10 次，双手根揉腰

部、骶部及臀部，腰部和骶部的骶棘肌和下肢大腿的后侧做揉法；用拇指或肘尖按腰椎和骶椎旁，点环跳穴和承扶穴，时间约 8 分钟。

2. 患者侧卧位，医者立于其后，用手根推髋部和下肢 10 次；双手根揉髋部，双手拿下肢大腿，反复操作；用拇指或肘尖拨髋部和下肢大腿的足少阳胆经路线，反复施术；医者立于患者的前方，一手扶中膝关节，另一手扶拿踝关节，双手同时做髋、膝关节屈伸运动约 10 次（图23－4）。此病施术时间共需 15 分钟左右。

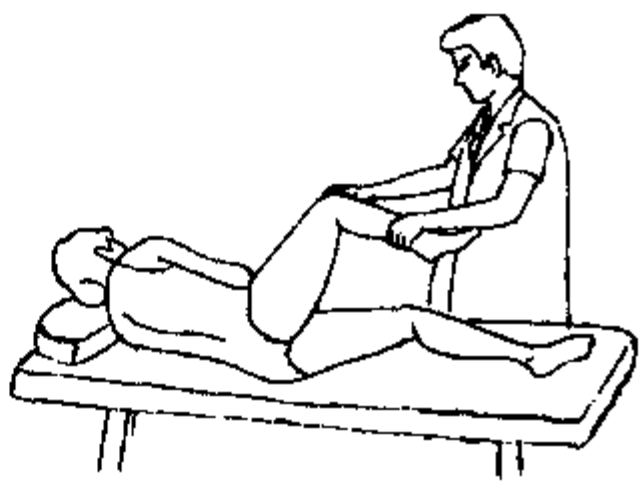


图 23－4 髋膝关节屈伸运动

【注意事项】 注意保暖，防止潮湿受凉、两周内避免负重，可用理疗配合治疗。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：222－223

【手法操作】

1. 掌揉法 在患处反复施术，以产生温热感为好，意在放松肌肉，解除痉挛，促进血液循环，改善局部营养供给。

2. 肘压法 应以环跳、承扶、殷门、委中、承山等穴为重点。

3. 弹拨法 用肘尖或大拇指沿梨状肌肌束的垂直方向进行弹拨，有解除粘连的作用。

4. 叩击法 从病人腰部依次向下肢叩击，一般 3～5 遍即可。

5. 摇髋法 患者改仰卧位。顺时针、逆时针各旋摇 10 圈。

6. 抖法 为结束性手法，连抖 3 次即止。

【文献出处】 栾长业等. 栾氏推拿法[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：148

【手法操作】

1. 病人俯卧，用轻柔的一指禅推法、滚法、按法、揉法，在患侧臀部沿臀大肌肌纤维的方向、大腿后侧、小腿外后侧进行治疗，并按揉法于肾俞、秩边、环跳等穴，反复操作 2～3 分钟。

2. 梨状肌走行的位置上触及高起的条索或束状肌束及钝厚有明显压痛点处，用深沉而缓慢的弹拨理筋法与梨状肌垂直方向，反复操作治疗。

3. 病人仰卧，用拔法在患侧大腿前侧及外侧进行治疗，用按，揉、拿法于殷门、阳陵泉，委中诸穴，并配合髋关节屈伸被动活动。

4. 在臀部梨状肌体表处也可用中药热敷法，以局部皮肤发热，微红为度。

【注意事项】

1. 梨状肌位置较深，治疗时用力要深压，使其力量深达梨状肌，但不能因位置深而用暴力。

2. 急性损伤时宜卧床休息 1～2 周，局部保暖。

3. 嘱患者适当做功能锻练，如反复做患肢的外展、下蹲活动。

【文献出处】 李业甫主编. 中国推拿治疗学[M]. 上海：上海中医药大学出版社，1994：338

【手法名称】 弹拨牵拉复位法

【手法操作】

1. 揉摩患处 患者侧卧，患侧在上，全身自然放松，微屈髋膝，医者立于一侧，用鱼际揉摩患侧臀部，由内向外，反复揉摩，以局部微红发热为度。以改善局部营养供应，散瘀消炎。

2. 弹拨理顺 医者在患侧梨状肌体表投影区，用一手拇指指腹在病变部位顺纤维方向左右弹拨，边弹拨边将拇指着力部位沿梨状肌肌腹的外形轮廓移动，当触及到挛缩的条索状肌隆起时，可适当加大拨动力量。将全部肌腹拨动一遍。再分筋理顺，循序按压 3～5 遍，力量先轻后重，至指下感到原隆起的肌束平复，再用拇指指腹深压病变部位 1 分钟。以拨离粘连，解痉镇痛，疏通脉络。

3. 斜搬复位 医者一手拇指按压梨状肌抵止部（股骨大转子尖处），余 4 指放于臀部，另一手提托健肢膝上部，先缓后速向患部后侧斜搬，同时拇指用力按压。一般 1 次即感患处肌肉松软，说明复位成功。再用拇指点按患侧环跳、殷门、委中、承山、昆仑等穴，用掌叩法从患臀部至足踝部叩击 2 遍，以兴奋神经，活血通络。

4. 屈髋牵拉 医者一手握住患侧踝部，另一手按住屈曲的股骨下方，双手协力将患腿屈曲至触及胸前为止，并作内外旋转运动 1～2 次，然后作被动伸屈髋关节运动 3 遍。

【注意事项】

1. 治疗前，首先明确诊断，并与其他疾病鉴别，如腰椎间盘突出症、骶髂关节病、癔病性肢体疼痛症等。只要诊断明确，手法熟练，取效不难。

2. 手法操作应由轻而重，循序渐进，切忌用蛮力，以防止造成新的损伤，急性期应慎用弹拨、推压等重手法，尽量采取抚摩、按揉等较轻手法，待症状有所缓解再逐渐加力。总之，在临床操作中要辨证施治，因人因症灵活施用手法。力求手法轻而不浮，重而不滞，刚柔相济。严禁粗暴动作，以免因手法过重致软组织水肿加重而影响疾病的恢复和发生其他意外。

3. 可酌情内服活血化瘀的中药。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：121～123

【手法名称】 理筋解痉牵抖法

【手法操作】

1. 手法治疗如下。

（1）牵引理筋法：患者取侧卧位，患臀在上。助手扶患侧踝关节在髋关节后伸姿势下进行牵引。医者一手拇指固定梨状肌起始处，另一手拇指指面沿梨状肌的体表投影位置，顺梨状肌纤维，作点、按、揉，予以分筋理筋各 20 次。

（2）镇痛解痉法：一手拇指指腹深压病变部位持续 1 分钟，以解痉止痛。

（3）提腿牵抖法：患者俯卧位，双手抓住床档，全身放松。医者双手握住患侧踝关节稍提起轻轻抖动 10～15 次。

2. 手法治疗完毕，用复方碳酸氢钠液封闭：抽取 5% 碳酸氢钠液 5 ml，10% 葡萄糖液 5 ml，均匀混合，选用 9 号针头，避开坐骨神经逐渐深刺，当患者主诉局部有酸胀感时，缓慢推入上述药物，用无菌敷料覆盖针孔。

【文献出处】 王宗强. 中国椎拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：125～127

【手法操作】 令患者俯卧，双下肢贴床，放松腰臀部。

1. 医者双手交叉，用力揉推按摩臀部痛点处，使局部有发热的舒适感。

2. 医者以双手拇指相重叠，触及钝厚或变硬的梨状肌，而后双拇指指腹重叠用力深压并来回拨动梨状肌，弹拨方向与梨状肌纤维方向垂直，可反复多次。若指力不够，医者可在屈肘位用鹰嘴部替代。

3. 医者双手交叉按压痛点约 1 分钟。最后采用牵抖手法结束。

【文献出处】 陈敏，陈映辉，连国钦主编. 效验推拿与自我按摩治疗 300 病[M]. 北京：中国中医药出版社，1994：106

【手法操作】

1. 按揉叩击法 患者俯卧床上，放松患肢。医者用手掌于患处作由内向外的按揉 2～5 分钟，然后用掌侧由内向外叩击梨状肌，如此反复治疗 2～5 分钟，以活血行气、止痛消肿。

2. 拿捏弹拨法 接上法改用拇食两指拿捏臀部外侧肌，由上而下反复治疗 2～5 分钟，拿毕用弹拨法治疗梨状肌 2～5 分钟，以理筋通络、松解粘连、止痛活血。

3. 屈伸旋转法 继上法改用屈伸法，屈伸髋关节 5～10 次，然后由内向外或由外向内旋转髋关节 5～10 次，以利肌筋滑润、气血畅通。

4. 点按引伸法 用拇指或肘尖分别点按阿是穴及近于患处的相关经穴数次，然后改用引伸下肢关节 3～5 次，以通经活络、行气消肿、消炎止痛。

【文献出处】 胡晓斌编著. 运动损伤推拿学[M]. 北京：人民军医出版社，1994：242

【手法操作】

1. 按揉法 患者取俯卧位，医者站在患者患侧。用拇指按揉肾俞、膀胱俞、环跳、承扶、殷门、委中、梨状肌上压痛点，继用掌揉法于梨状肌部，以患者觉胀及热感为佳。

2. 弹拨法 患者取俯卧位，医者站立于患者患侧，用双手拇指重叠，按在梨状肌压痛点处，由轻而重，再由重而轻，进行弹拨 5～10 次。

3. 捏拿 患者俯卧，医者站在患侧，用拇指与其他四指对臀部及患下肢进行捏拿 3～5 遍。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：732

【手法名称】 综合按摩法

【手法操作】

1. 揉摩 病人侧卧，患侧向上。术者用鱼际肌由内向外地反复揉摩患侧臀部，以局部微红发热为度。

2. 弹拨理顺 用拇指指腹在病变部位沿梨状肌肌腹的外形轮廓移动，当触及挛缩的条索状肌性隆起时，可适当加大拨动力量。将全部肌腹拨动一遍后，再分筋理顺，循序按压 3～5 遍，力量先轻后重，指下感到原隆起的肌束平复后，再用拇指指腹深压病变部位 1 分钟，以拨离粘连。

3. 斜搬按压 用拇指按压梨状肌抵止部（股骨大转子尖处），余四指放在臀部，另手提托患肢膝上部，先缓后快向患部后侧斜搬，同时拇指用力按压，一般 1 次即感患处肌肉松软。

再用拇指点按患侧胆经环跳，膀胱经的殷门、委中、承山、昆仑等穴，然后从患臀部至足踝

部用掌叩击2遍。

4.屈髋牵拉 术者一手握住患侧踝部,另一手按屈曲的髌骨下方处,双手协力将患腿屈曲触及胸前为止,并作内外旋转运动1~2次,然后作被动伸屈髋关节运动3遍。

【文献出处】 包来发.百家推拿经验集[M].上海:上海科学技术出版社,1995:180

【手法操作】

1.急性期 患者站立或俯卧。医者用单拇指整复。拇指按于离环跳穴内侧一寸的地方深压并往骨盆的内斜上方推动梨状肌,指感梨状肌往盆腔滑动,再深压推进,把梨状肌复于原位。患者感到舒适的胀痛。医者指下感觉梨状肌浮起时索条状消失,说明梨状肌已复位。再做臀部肌筋整复顺正。手法治疗完毕后,患者病痛会立即减轻或消失。术后嘱患者不要做大扭动、弯腰、蹲下等动作。外用洗药热敷和服用云南白药。

2.慢性期 慢性期的手法治疗与急性期的手法治疗不同。患者俯卧,两腿自然分开同肩宽。医者站立用双拇指八字触诊法把臀部病变的肌筋复平、顺正。再用单拇指触摸并拨动梨状肌使其向斜内上方推之下拉,把肌体活动开,再按斜内上方向把梨状肌推进复平。然后让患者侧卧,患侧向上。医者一手拇指按压于梨状肌,另一手扶患膝关节上弓,内收下拉的同时左右拨动,进行压迫性的推进梨状肌。患者再俯卧位,医者用双拇指调正臀部肌筋,下压顺平。顺四点穴位按摩。穴位是环跳、殷门、阳陵透阴陵、承山、提跟腱。再用手掌从臀部下推至小腿。手法治疗完毕,患者的病情立即减轻,体征消失,走路轻松,轻者需治疗一个疗程(五次),重者需治疗两个疗程,每周两次。

【文献出处】 罗金官著.罗氏正骨心法秘诀[M].北京:科学技术文献出版社,1995:143~144

【手法操作】 患者俯卧位,双下肢贴床,两上肢后伸,放松腰臀部肌肉。自髂后上棘到股骨大粗隆的连线中点,并垂直于直线中点下2 cm处,即为坐骨神经梨状肌下孔之部位,在其两侧即为梨状肌部位。施行手法如下:

1.按摩揉推法 医者双手交叉,用力揉推按摩局部,即臀部痛点,使局部有发热的舒适感。

2.弹拨法或点拨法 医者以双手拇指相重叠,触及钝厚或变硬的梨状肌,而后双拇指指腹重叠用力深压并来回拨动梨状肌,弹拨方向与梨状肌纤维方向垂直,一般10~20次即可。若双拇指力量不够,不能达到梨状肌,则医者可在屈肘位用鹰嘴部替代,进行手法治疗。

3.按压法 经上述手法后,进行按压手法。医者双手交叉按压痛点约1分钟。最后医者双手握住患者踝部,微用力作连续小幅度的上下牵抖10~20次结束。手法治疗每周2次,连续2~3周,症状可明显改善或消失。

【文献出处】 栾明拥编.栾氏正骨[M].北京:中医古籍出版社,1999:348

【手法操作】

1.方法一

(1)患者取俯卧位,医者立于患侧,施四指推法于骶1、2周围及臀部,手法宜轻柔,约10分钟,以舒筋活血。

(2)施点按法于阿是穴、环跳、承扶、阳陵泉、承山等穴,每穴约30秒钟,以酸胀为度,以达

通络止痛之效。

(3)施擦法于患侧臀部及骶1、2处,以透热为度,以温通气血。

2.方法二

(1)患者取俯卧位,医者立于患侧,施四指推法于骶1、2周围及梨状肌部位,手法稍重,约10分钟,以活络止痛。

(2)施弹拨法于阿是穴10~20次,手法宜缓慢有力,然后顺着梨状肌走行方向捋按3~5遍,以解痉止痛,舒筋通络。

(3)按揉环跳、阳陵泉、承扶、承山等穴,每穴约30秒,以通络止痛。

(4)患者仰卧位屈髋屈膝,医者轻轻摇摆髋、膝关节,并牵抖下肢3~5次,再被动直腿抬高患肢,同时使足背伸数次。以上两法,分别适合于急性期与慢性期,视具体病情选择运用。

【注意事项】

1.避免手法粗暴,以防加重患者痛苦及造成新的创伤。

2.注意保暖,避免受凉。

3.继发性梨状肌综合征在推拿治疗的同时必须结合治疗原发病。

【文献出处】 邵铭熙.实用推拿手册[M].北京:人民军医出版社,2000:320-321

【手法操作】 患者俯卧放松,双腿分开伸直,足尖向外,此体位最利于患者臀肌放松。医者立于患侧,按上述定位方法,对梨状肌进行准确定位,用拇指进行深层触诊,对触得的肌肉,必需检查其内侧端与坐骨大孔骨环的关系,鉴别所触得之肌是否真为梨状肌。

(1)分筋:用拇指触摸梨状肌表面,找寻隆起的纤维索,此为裂伤离位的小肌束,纤维索数目的多少,因人而异,且随其损伤时间的长短,多与周围组织有不同程度粘连,用指端在纤维索上往返进行弹拨手法,力求使粘连分离;若无此类纤维索者,则用指端的侧锋,对整块梨状肌作横向的推拨,以解其痉挛,放松肌肉,探索肌腹深处有无硬索。因有的裂伤肌束位置较深,肌肉呈保护性痉挛,只表现为肌肉紧张痉挛,在肌表难以触及,就必须先解痉放松周围之肌,方能触及深处损伤的肌束,对此肌束也同样用弹拨手法进行分筋。此时的分筋弹拨,既可使粘连分离,也可因将纤维拉长而解痉。

(2)理筋:用拇指对损伤肌束进行顺其纤维方向的推、刮手法,使损伤的、排列凌乱的纤维,得以舒顺,恢复其整齐有序的排列。同时,通过这样反复的分筋、理筋,也可将已离位的肌纤推纳回正常的解剖位置。

(3)镇痛:用拇指对已复位的肌肉,重按片刻。

【注意事项】 由于梨状肌所处位置较深,周围结构较复杂、密集,故手法需连贯、一气呵成、刚中带柔。要求定点准确、用力深透,直达梨状肌,时短,以免损伤臀大肌。

【文献出处】 赖在文主编.实用疗伤手法[M].广州:广东科学技术出版社,2001:147-148

【手法操作】 病人俯卧,医者先用滚,按,揉等手法放松患侧臀大肌,然后用拇指按压梨状肌部,并用力向下按压片刻,顺梨状肌纤维走行方向反复拨动和按摩。再以两手重叠,着重于痛点上,用力揉推梨状肌,以缓解其痉挛。再用拇指相叠,触摸变硬的梨状肌,用力深压并来回拨动梨状肌,弹拨方向应与肌纤维方向垂直,一般可进行10~20次。

【注意事项】

1. 痛点局部封闭，可缓解疼痛，阻断疼痛与局部循环阻碍的恶性循环。

2. 急性期疼痛严重者，应卧床休息，疼痛缓解后应加强髋关节及腰部活动，以减少肌肉萎缩，促进血液循环。

【文献出处】　钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：545

【手法操作】

1. 按揉法：患者取俯卧位，医者站在患侧。用拇指按揉肾俞、膀胱俞、环跳、承扶、殷门、委中、梨状肌上压痛点，继而用掌揉法于梨状肌部，以患者觉胀及热感为佳。

2. 弹拨法：患者取俯卧位，医者站立于患者患侧，用双手拇指重叠，按在梨状肌压痛点处，由轻而重，再由重而轻，进行弹拨 5～10 次。

3. 捏拿：患者俯卧位，医者站在患侧，用拇指与其他四指对臀部及患下肢进行捏拿 3～5 遍。

4. 梨状肌位于臀大肌的深层，梨状肌损伤部分有明显的坐骨神经疼痛症状，因此臀大肌一般都较紧张，这给治疗本病造成了困难，要使手法的作用达到梨状肌，要先解除臀大肌痉挛。

【注意事项】　注意梨状肌位置较深，治疗时不能因位置深而用暴力，在急性损伤时宜卧休息 1～2 周，局部注意保暖。

【文献出处】　韦贵康，张志刚. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：620

【手法名称】　狄任农的伸髋揉推法

【手法操作】

1. 患者侧卧，助手双手扶住患侧下肢踝关节部位，在髋关节后伸姿势下进行牵引。术者双手拇指揿定梨状肌纤维，作点、按、揉并推之向前。

2. 助手放下患肢，按住健侧下肢踝关节。术者一手按住梨状肌部位，另一手握住患侧肢踝关节，用力向后拔拉，使髋关节过度后伸。

3. 患者仰卧，术者一手握住患侧踝关节，另一手按住膝关节，用力使膝关节和髋关节过度屈曲，膝部须抵至胸前为度。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：620

【手法名称】　刘寿山治疗梨状肌损伤综合征的手法

【手法操作】

1. 患者侧卧床边，伤侧在上。助手蹲在患者背后，一手扶住腋下，另一手掌按在伤处。术者一手掌拿住伤侧下肢的踝部，将伤肢拔直，另一手掌扶在髋部。拿踝部之手由外向里环转摇晃伤肢 6～7 次（图 24－6）。术者将伤侧小腿挟在腋下拔伸，然后将伤肢屈曲，使膝关节靠近胸部，足跟近臀部，同时扶髋部之手改按在伤处助手之手背上，进行戳按。最后将伤伸直。

2. 令患者仰卧。助手固定患者上身，勿使摇动，术者用一前臂抱住下肢，使患者髋膝关节屈曲，并环转摇晃屈伸 6～7 次。再尽量使髋膝关节屈曲，使膝靠近其胸部。另一手掌按在疼

痛部位，用力戳按。然后将腿拔直。

3. 令患者两足分开比肩稍宽站立。术者两足前后分开，右足在患者两足之间的后方，站在患者背后将其右前臂绕过患者少腹，再以手扣拢，抱住患者。施术时，使患者直膝向前弯腰。

待患者手尽可能摸到足尖后，再嘱患者将腰缓缓伸直，并向后背伸，同时抱起患者。此时术者用右侧髋部抵住患者腰部痛处，然后突然放手，使患者落地站稳。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：620－621

第二节 臀上皮神经损伤

【手法名称】 臀上皮神经损伤的手法复位法

图 23－5 臀上皮神经手法复位法

【手法操作】 病人端坐于方凳上，两脚分开与肩等宽，两手扶膝上，医生正坐于病人之后，用双拇指触诊法按到异常滚动或高起的“绳索样”物后，再触及原位的沟、痕。一拇指将其向上牵引，另一拇指使之按于原位，再顺向按压。双拇指触诊已平复，手法即毕（图 23－5）。

【注意事项】 按臀上皮神经表面投影或压痛点行手法复位，必要时辅以药物封闭治疗。嘱病人三日内勿作腰部激烈旋转活动，以防复发，适宜卧床休息。

【主治疾病】 臀上皮神经损伤。

【文献出处】 冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京：人民卫生出版社，1977：130－131

【手法操作】

1. 病人俯卧，在患侧髂嵴纤维鞘处，作与纤维鞘垂直方向的弹拨手法。
2. 在患侧臀部用轻柔的滚、按、揉等手法治疗，使紧张痉挛的肌肉放松。
3. 沿神经、血管方向用擦法，以透热为度，促使血行通畅，瘀血消除。
4. 可加用局部热敷，但不宜过烫。
5. 因骶棘肌痉挛引起的疼痛，可用滚、按、擦法治疗患处，再加热敷。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：113

【手法操作】 患者坐于凳上背向医生，医生用一手扶持患肩，调正体位，一手拇指顶住滑动的索状组织上，用力由内下向外上推送，反复 2～3 次，感到指下平复时再按神经走行方向顺理筋络数次。新伤手法后，患者立即感症状减轻或症状完全消失。也可药物封闭治疗。治疗后嘱病人在 3～5 日内不作腰部的剧烈活动，以防复发，必要时卧床休息。

【文献出处】 湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986：251

【手法操作】

1. 病员取俯卧位，医生位于患侧，先在臀部用按揉法或滚法，手法刺激量不要重，以提高局部血液及淋巴液回流，消除受压因素。

2. 继以上体位，在髂嵴的下方，施与神经血管束呈垂直方向的弹拨法，以解除软组织痉挛。因臀上皮神经解剖部位表浅，弹拨的力量不要过大。

3. 以上1、2法交替施用3～5遍即可。

4. 沿神经血管束的方向用擦法，以热为度，并可配合局部热敷，亦可沿神经血管束方向选用抹法。

5. 对由于髂嵴外翻、发育上缺陷所引起的病损疗效较差。

【文献出处】 陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：57－58

【手法操作】

1. 患者俯卧，医者立其患侧，在患侧臀部用轻柔的按、揉等手法治疗，然后在患侧髂嵴纤维鞘处，作与纤维鞘垂直方向的弹拨手法。

2. 体位同上，医者用拇指在患侧臀上部找到压痛点及条索状物，然后置其上弹拨。按压弹拨条索状物移向空虚处，最后轻按理顺。

3. 患者坐于凳上，两脚分开与肩等宽，两手扶膝上，医者正坐于患者后，用双拇指触诊，按到条索状物后，再触清原位的沟痕，一拇指将其向上牵引，另一拇指使之按于原位，再顺向按压，双拇指触诊已平复，手法即毕（此法用于臀上皮神经偏离原位者）。

4. 因骶棘肌痉挛引起的疼痛，可用按、擦法治疗患处。

【文献出处】 陈志敏，陈湘伟. 实用推拿治痛法[M]. 北京：中国医药科学技术出版社，1993：128－129

【手法操作】

1. 病人俯卧，在患侧髂嵴纤维鞘处，作与纤维鞘垂直方向的弹拨手法。

2. 在患侧臀部用轻柔的滚、按、揉等手法治疗，使紧张痉挛的肌肉放松。

3. 沿神经、血管方向用擦法，以透热为度，促使血行通畅，瘀血消除。

4. 可加用局部热敷。因骶棘肌痉挛引起的疼痛，可用滚、按、擦法治疗患处，再加用热敷。

【注意事项】 局部热敷时不宜过烫

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：408

【手法名称】 点按斜扳弹捏法

【手法操作】

1. 俯卧 医生用双手指点按背部夹脊穴（从督脉的大椎至膀胱经的八髎穴部位），反复数次。再点按腰部数次，以松解腰痛。然后用双手拇指沿髂骨嵴顺按至臀部数次。

2. 斜扳手法 健侧卧位，患肢屈曲在上。医生拇指置于腰部压痛点上向椎体前角方向用力按压，肘关节按住臀部，另一肘关节按住腋下，作斜板手法，常可闻及关节弹响。再在健侧重复斜板动作。

3. 弹捏法　患者双手拉住床头或由一助手双手拉住患者腋下，另一助手握住患者踝关节，由轻渐重地持续牵引下肢，使患者身体轻轻抬离床面 15～25 cm，与床面约呈 10°角。医生于臀部或髂嵴条索状反应物上以拇指作左右弹拨、顺按复平、按压数分钟，并让助手放松患肢。然后提捏患侧股二头肌腱，点按膀胱经外踝后的昆仑穴。

【注意事项】

1. 急性损伤者要卧床休息，三日内腰部勿作剧烈旋转活动。

2. 病程较长病例，多数伴有多处软组织损伤，常有反复发作史，臀上皮神经变得粗大，手法疗效欠佳，部分患者容易复发，宜采用药物封闭、中药内服、热敷、外敷等综合治疗方法。

3. 髂嵴发育有缺陷者，站立或端坐时，髂嵴下方内凹明显，不利于臀上皮神经平复。为了预防复发，在进行腰部剧烈活动前，如用铁锹劳动，搬运重物，割麦插秧、摔跤运动等，应作腰部前屈后伸、侧弯旋转的准备活动。

4. 本病有时合并有腰椎后关节紊乱症或梨状肌损伤，宜同时治疗。

【文献出处】　包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：166－167

【手法操作】　患者端坐，两腿分开同肩宽，手扶大腿膝部向前下方看。医者坐在患者的背后，首先用八字触诊法检查腰部及臀部，明确受损位置，用拇指找准损伤的方向，手法要灵活，按病情的需要采用推或拨，使之恢复到原生理功能的位置上。一般手法是根据病变移位的方向而决定的。臀部病变移位的方向一般是斜上方、外斜内方、斜下外方和斜内方等。以拇指指力的敏感给予修复，顺正复平，归于原位。手法治疗完毕，患者会感到疼痛立即减轻。术后嘱患者不要侧弯腰，不要一手提重物等。内服外用药物。

【文献出处】　罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京：科学技术文献出版社，1995：146

【手法操作】

1. 方法一

（1）患者俯卧位，医生立于患侧，先在臀部用四指推法、滚法从第 2 腰椎棘突以下到患肢膝部作放松手法，时间约 10 分钟，手法刺激量不宜过重，以促进局部血液循环，达到舒筋解痉的目的。

（2）在髂嵴下方，施与神经血管束呈垂直方向的弹拨法以解除软组织痉挛，力量不宜过大。

（3）在患侧阿是穴、腰眼、环跳、秩边、居髎、风市、委中等穴施按揉法，每穴约 30 秒钟，以达到通络止痛之效。

（4）沿臀上皮神经走行方向，一手拇指在上按压，另一手拇指将条索状物按于触摸到的凹陷沟痕之中，再向下顺压几次。

2. 方法二

（1）患者取俯卧位，医生立于患侧，施弹拨法于阿是穴、环跳、秩边、居髎、风市、委中等穴，力量以患者能耐受为度，每穴弹拨 3～5 遍。

（2）沿臀上皮神经分布的方向及神经血管束的方向用擦法，以透热为度，并可以配合热敷。

【注意事项】

1. 推拿手法忌粗暴，以防造成新的损伤。

2. 治疗期间，患者宜休息，避免寒湿侵袭。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：318－319

【手法操作】 患者端坐方凳上，暴露骶臀部，术者坐于其后，触摸检查患处，对皮下触得游离摆动臀上皮神经者，术者一手拇指按住髂嵴缘、臀上皮神经出口处并向上方推提，使游离的臀上皮神经拉紧，利于神经支向剥离的原沟痕靠近，另一拇指从神经出口处沿神经支的一侧将其推向沟痕，并同时向下方滑推，当滑推到离位神经支下端时，压住其下端，向下方拉紧，按压神经出口的拇指顺势向下滑动，并将神经支压向皮下脂肪的深面，直至神经支的下端，也将其压住向下方拉紧，另一手拇指松开，移至上端出口处顺次向下按压已纳回原位的神经支。上述顺推与按压手法可反复交替操作，直至完全复位。

【注意事项】 若难以确认神经在沟痕的哪一侧时，可先试从一侧按法复位，不能复位者从另一方向重新操作。以上操作与棘上韧带复位手法相似。对离位神经尚嵌夹于脂肪层内的类型及只有挫动的较轻损伤者，可用滑推理顺和按压交替操作的方法复位。复位后，有些患者在臀部、腰部或大腿后侧仍存在有不同程度的酸胀痛，可用揉、推、滚、拍击等手法放松腰臀部及腿部的肌肉，更进一步消除其酸痛等不适感。

【文献出处】 赖在文主编. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：152－153

第三节 尾骨挫伤

【手法名称】 骶尾骨错位整复术

【手法操作】

1. 骶骨错位整复手法 患者俯卧，助手固定其身，不使其摇动，医者用手摸准凸出处，以手掌逐渐用力下压（手法要轻），就能复位。

2. 尾骨错位的整复手法 患者俯卧于床上。医生用食指轻轻按住尾骨端，详细检查尾骨是否有变形和颤动，如有向内变形或大便时疼痛症状，可用手法在尾骨尖端向外提之，如有滑动声音，即已复位。如无变形，尾骨也不颤动，则不可使用手法整理。

【注意事项】 从临床观察，尾骨半脱位者不多。一般尾骨受严重挫伤者，从X线照片中常能看到在尾骨不动关节处有骨折线，如有骨折线即不必用手法整复，只要外用消炎膏，内服活血散、接骨散，2～3周便可痊愈，但注意不要端坐。

【文献出处】 陈占魁著. 陈氏祖传正骨手法[M]. 哈尔滨：黑龙江人民出版社，1963：110－111

【手法名称】 尾骨反转法

【手法操作】 患者取坐位或俯卧位，术者用左右手的食指，分别在骶尾骨两旁向上下相反方向点括，如此，交换进行。如图23－6所示。

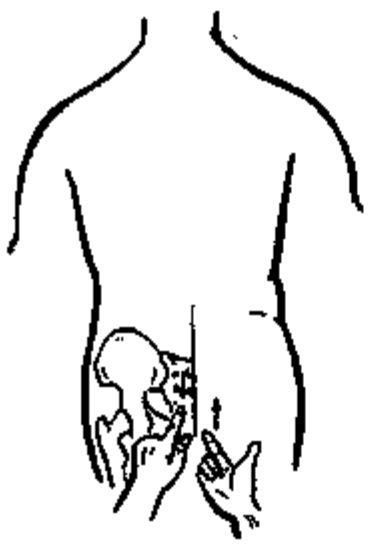


图 23-6 尾骨反转法

【文献出处】 福建龙溪地区革委会生产指挥处卫生处. 点穴疗法[M]. 1972:15

【手法名称】 骶尾错骨缝的复位手法

【手法操作】 患者双腿分开站立于地,上身趴在床上。术者在一旁侧立,一手掌根按压在骶尖背侧,另一手掌尺侧小鱼际置于尾椎背侧,嘱患者有节律地鼓力咳嗽,术者两手先随而迎之,待患者放松,鼓咳有力时,在某一声鼓咳刚刚开始的瞬间,上手压骶尖向腹侧,下手随之推尾椎向上方,若有移动感,且低凹复平,则示复位成功。

【注意事项】

(1)复位后,不少患者仍遗留较长时间的轻微疼痛及坠胀感,用"骨科洗药"加独活、木瓜、地龙坐浴熏洗数周可愈。

(2)此法不是通过直接对局部的提起之力,将向腹侧错移的尾椎提起,而是借助患者咳嗽时,由内向外的鼓动之力,间接提骨归原,这就要求术者熟练地掌握时机,否则往往不易成功。

【文献出处】 田纪钧. 错骨缝的诊断与治疗[M]. 太原:山西科学教育出版社, 1987:198-200

【手法操作】 患者俯卧于床上,骨盆的腹侧垫一枕头,使骨盆抬高,医者两拇指按压骶尾关节的两侧,用揉捻法,揉捻两侧韧带,然后沿韧带纤维上下捋倾。然后,由一助手将患者双下肢抬起,医者一手抱患者双大腿部位,同助手一起向后下方拔伸,另一手大鱼际按压在骶尾关节处,用力向前,上方戳按(图 23-7)。患者仰卧,撤去骨盆部枕头,双腿屈膝屈髋。医者一手大鱼际放在骶尾关节处,另一手放在膝关节处,让助手拿双踝将双下肢向下拉直,同时,医者放在骶尾关节处的手向前上用托法,放在膝关节处的手向下用压法(图 23-8)。

【注意事项】 急性期手法要轻,治疗时间不要过长,以免加重病情。睡眠时要用硬板床,避免用软床,利于软组织愈合。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海:上海中医学院出版社,1988:153

【手法名称】 骶尾骨痛的推拿手法

【手法操作】

1. 患者取坐位,身体稍向前倾,医者先揉骶尾部,然后用手掌自上而下推擦骶尾部。

2. 患者取俯卧位,医者用拇指在臀部寻找主要压痛点,置其处,逐渐用力按揉、推拨,然后点揉长强穴。

3. 点按腰俞、秩边、委中、承山穴。

4. 患者可自行手握空心拳,用掌心拍击两侧臀大肌。

【文献出处】 陈志敏,陈湘伟. 实用推拿治痛法[M]. 北京:中国医药科学技术出版社,1993:121

图 23-7 戳按法

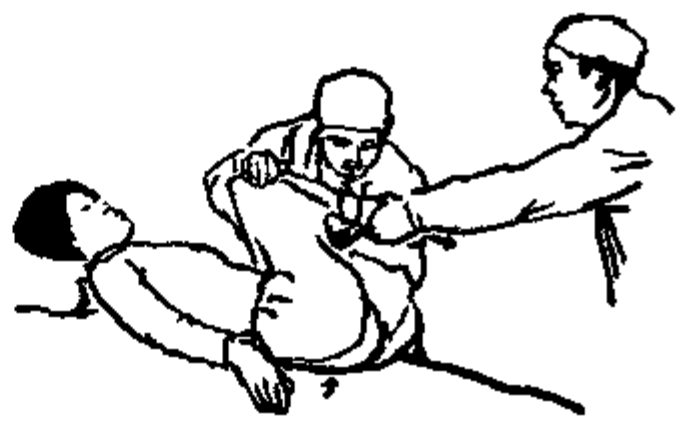


图 23-8 托按法

【手法名称】 骶尾部损伤的治疗手法

【手法操作】 患者俯卧于床上，骨盆的腹侧垫一枕头，使骨盆抬高，医者两拇指按压骶尾关节的两侧，用揉捻法，揉捻两侧韧带，然后沿韧带纤维上下捋顺。再由一助手将患者双下肢抬起，医者一手抱患者双大腿部位，同助手一起向后下方拔伸，另一手大鱼际按压在骶尾关节处，用力向前上方戳按。患者仰卧，撤去骨盆部枕头，双腿屈膝屈髋。医者一手大鱼际放在骶尾关节处，另一手放在膝关节处，让助手拿双踝将双下肢向下拉直，同时，医者放在骶尾关节处的手向前上用托法，放在膝关节处的手向下用压法。

【注意事项】 早期治宜舒筋活血止痛。后期治宜壮筋通络。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：539

【手法操作】 患者俯卧位，骨盆下垫一枕头，医者站于一侧，双手拇指在骶尾部轻轻揉动，以患者能忍受为度，反复多次。然后一助手握踝部牵引，医者一手抱起患者双下肢，一手以大鱼际置于骶尾部，摇晃下肢数次。助手拉直下肢上抬，使腰部过伸，同时医者以大鱼际在骶尾部揉捻戳按，可重复 2～3 次。再令患者仰卧位，助手握住患者双踝，医者在一旁一手按膝前，一手按于骶尾部，两手相对用力按之。最后助手拉下肢伸直，并使患者骶尾部在医者大鱼际上滚过，结束手法（图 23-9）。

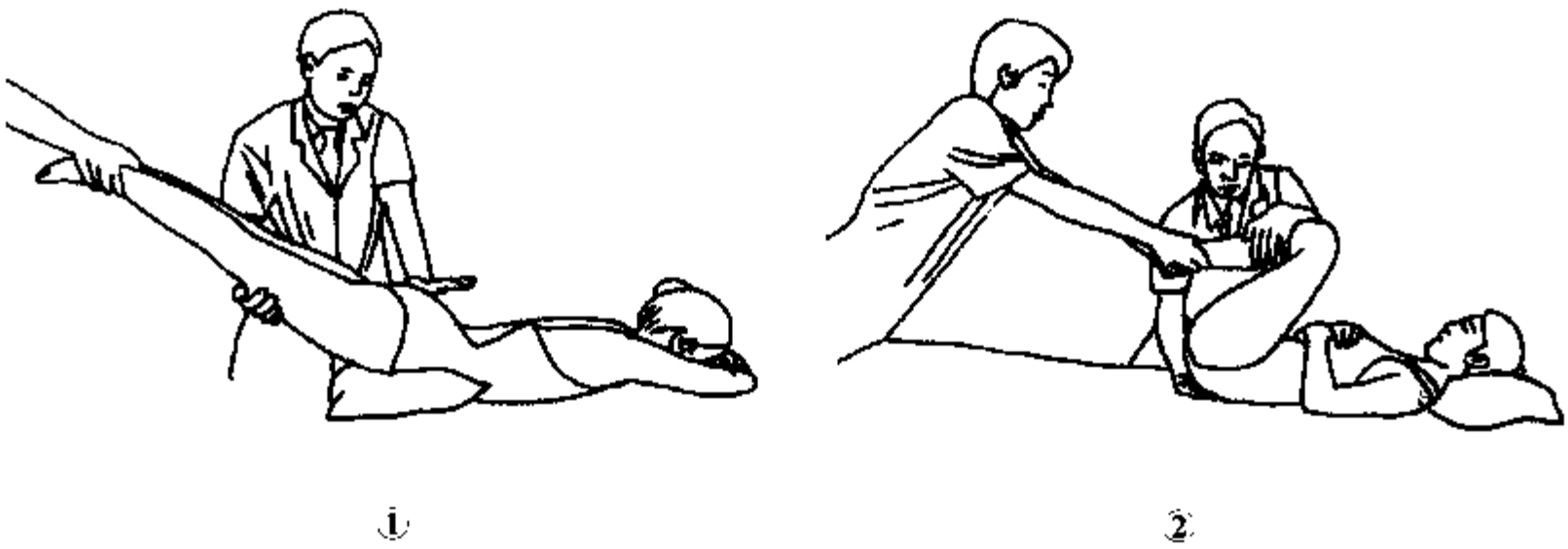
【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：129

【手法操作】

1. 患者俯卧，医者站其旁，用手掌在腰骶部作摩法、揉法数次，然后在大腿后侧做揉法数次。用拇指在尾骨损伤的两侧和坐骨结节处做拨筋法数次（图 23-10）。痛点部位多施手法。点腰俞、秩边、环跳、委中、承山、昆仑。

2. 患者仰卧，医者站其旁，用手掌在下肢前外侧作揉法数次，再点阳陵泉、绝骨。然后分别做髋关节的摇法及下肢屈伸运动法。

【注意事项】 伤后应适当卧床休息，避免久坐，切忌坐硬板凳。如果检查发现患者有骨折、脱位现象，应到骨科及时复位固定。在恢复期也可作按摩治疗。



①　　②

图 23－9　治疗骶尾部挫伤手法

图 23－10　拔筋法

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：223

【手法名称】　尾骨挫伤常规按摩手法

【手法操作】　患者取左侧卧位，髋、膝关节尽量屈曲，术者右手带手套，以右手食指伸入肛门内，直接放至尾骨、骶骨下部。然后手指向左右方向按摩骶尾骨两侧，及附着于尾骨两侧的肌肉。

【注意事项】　按摩手法早期宜轻，以后逐渐加重按摩量。

【文献出处】　陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：387

【手法名称】　尾骨挫伤推拿按摩

【手法操作】

1. 拇食指对捏揉按法　患者取左侧卧位，屈曲膝髋关节，医者右手带消毒皮手套，以右手食指伸入肛门内，贴于尾骨骶下部，然后拇食指轻轻对捏患处（骶尾骨）并作上下左右方向的按揉5～10 分钟。视伤情确定用力大小。

2. 鱼际按揉法　患者俯卧位，医者用大鱼际或小鱼际在局部上下来回轻重适宜地按揉5～10分钟。

3. 点穴法　用拇指于阿是穴及伤处附近的经穴上作缓和的点按法 1～5 分钟，以通经活络、消肿止痛。

【文献出处】　胡晓斌编著. 运动损伤推拿学[M]. 北京：人民军医出版社，1994：205－206

【手法名称】　尾骨痛治疗手法

【手法操作】　患者取左侧卧位，髋、膝关节尽量屈曲，术者右手带手套，以右手食指伸入肛门内，直接放至尾骨、骶骨下部。然后手指向左右方向推拿骶尾骨两侧，及附着于尾骨两侧的肌肉，推拿手法早期宜轻，以后逐渐加重力量。

【文献出处】　薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：

307～308

【手法名称】　尾骨痛的治疗手法

【手法操作】

1. 患者俯卧位，骨盆前方垫高枕，术者以双手拇指指腹在骶尾关节两侧自上而下，由轻到重施以按揉法 2～3 分钟，然后再用拇指指腹从上往下推 3～5 遍，最后拇指点按肾俞、大肠俞、八髎、长强穴，每穴约 1 分钟，以酸胀为度。

2. 患者继上势，将高枕去掉。术者一手抱住患者双大腿向后略拔伸，另一手以大鱼际按压尾部，用力向前下方按揉约 1 分钟。

3. 患者仰卧位，屈膝屈髋，术者一手大鱼际放置于骶尾处，另一手放置于膝部，嘱一助手将双踝关节用力向下拉直，同时术者置于膝部的手用力向下压，放在尾部的手用力向上托。

4. 患者俯卧位，掌擦八髎穴，以透热为度，然后热毛巾外敷。

【注意事项】

1. 患者应卧床休息。

2. 局部保暖，以防风寒入侵。

【文献出处】　钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：522

【手法操作】

1. 患者侧卧位，髋、膝关节屈曲。医者右手戴手套，食指伸入肛门，按摩尾骨两侧，以缓解两侧肌肉痉挛，改善局部血液循环。按摩手法宜轻柔，逐步加重按摩力量。

2. 指揉法：患者取俯卧位，骨盆前方垫以高枕，医者位于患者右侧，用双手拇指指腹在骶尾关节两侧自上而下，由轻而重施以指揉法 3～5 遍，然后再用拇指指腹侧缘从上往下推按 3～5 遍。

3. 掌揉法：医、患者体位同前，将高枕去掉。由一助手握住患者双踝部将患者双下肢抬起，医者一手抱住患者双大腿，同助手一起向后拔伸，另一手大鱼际按压骶尾关节处，用力向前下方按揉 5～10 遍。

4. 托按法：患者仰卧，双腿屈膝屈髋，医者一手大鱼际放在骶尾关节处，另一手放在膝关节处，让助手将双踝关节用力向下拉直，同时医者放在膝关节处的两手用力向下压，放在骶尾关节处的手用力向上托。

【注意事项】　加强臀部肌肉锻炼，作提肛练习。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：628

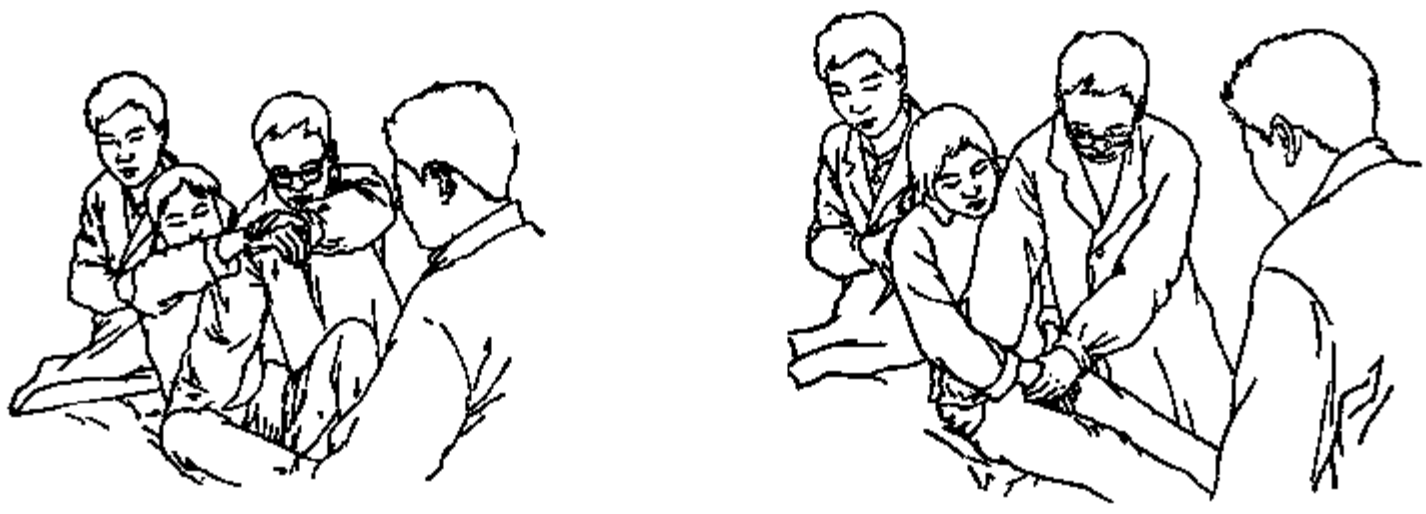
第四节　耻骨联合部损伤

【手法名称】　耻骨联合分离的治疗方法

【手法操作】　患者坐在床边，半坐半卧位，术者坐在患者左侧，用髋部贴紧患者髋部，右手抱住另一侧髋关节。助手二人，助手一从背后扶住患者背后，防止其过分后仰，助手二用双

手分别拿住患者双踝部。让患者屈膝屈髋，双大腿外展外旋，令患者自己用左手按在耻骨联合部位，术者左手拿住患者的右手腕部（图 23－11①）。治疗时以下三个力量同时应用：①术者右手用力抱挤骨盆。②术者拿患者右手向按在耻骨联合的左手背上用力拍按。③助手二将患者双下肢向下拉，并使双下肢内旋拉直（图 23－11②）。这三个力量要配合协调得当，恰到好处。

【文献出处】 季根林. 推拿简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1981：127



①　　②

图 23－11　归挤拍打法

【手法名称】 产后耻骨联合分离症的治疗手法

【手法操作】

1. 放松局部肌肉

（1）病人俯卧。医生站于患侧。在骶髂及腰臀部用滚法治疗。配合按、揉八髎、环跳、大肠俞、关元俞等穴以及下肢后伸活动。手法宜轻。

（2）病人仰卧位。医生立于患侧（以右侧为例），用右腋夹住病人右足踝部，右肘屈曲，以前臂背侧托住病人小腿后面，左手搭于患肢膝关节的前侧，右手搭于左侧前臂中 1/3 处，此时用力夹持患肢，向下牵引 1～2 分钟。

2. 整复错位

（1）整复向前错位的方法：

①病人健侧卧位，健侧下肢伸直，患侧屈髋屈膝。医生站于前面，一手按住病人肩前部向后固定其躯体，另一手按住患侧髋部，向前推动至最大限度，使扭转的作用力集中在骶髂部，然后两手同时对称用力斜扳。

②病人仰卧位，医生站于患侧，一手托住患肢小腿后侧，另一手扶住患侧髋部，作强力髋膝屈曲，至最大限度。然后在屈髋位作快速伸膝和下肢拔伸的动作。

（2）整复向后错位的方法：

①病人健侧卧位，健侧下肢伸直，患肢膝部置于 90°屈曲位。医生站于身后，一手向前抵住患侧骶髂关节，一手握住患肢踝上部，向后拉至最大限度，然后两手作相反方向推拉。

②病人俯卧位，医生站于患侧，一手向下压住患侧骶髂部，一手托住患肢膝前部，两手对称用力，使下肢后伸至最大限度，然后两手同时作相反方向的骤然扳动。在整复时，常可听到关

节复位时的弹响声。

3. *理筋通络，活血祛瘀* 病人俯卧位。在患侧骶髂部用按、揉、弹拨等手法理筋，然后在患侧骶髂部用擦法透热，以活血祛瘀。

【注意事项】

1. 在整复错位时，手法作用力的中心要在患侧骶髂关节。手法要沉着有力，快速而不粗暴。

2. 推拿治疗后，病人症状可立即缓解，但因骶髂关节囊及韧带均有损伤，稍一扭转，易再复发，故在治疗成功后两周内，腰及下肢不宜作大幅度活动，最好在两髋两膝屈曲位卧床休息。并注意局部保暖。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：242

【手法名称】 产后耻骨联合分离的治疗方法

【手法操作】

1. 患者俯卧，术者以滚法配合按揉法，施于腰骶部 5 分钟，以放松骶髂关节周围韧带。

2. 患者仰卧，术者在大腿前内侧施以按揉法以放松大腿内收肌。

3. 复位方法：

(1)不伴有明显的骶髂关节半脱位者，可采用下述方法操作：①患者仰卧，双屈膝屈髋，术者用胸部下压患者膝及小腿，使髋膝关节极度屈曲，臀部离开床面，然后术者双手分别从患者两髋部交叉于腰骶部，两肘内侧挟住患者股骨大粗隆，相对用力向内挤压 3 分钟，使耻骨联合合拢；②患者侧卧，术者立其身后，用一膝关节抵住患者骶骨，一手按压在患者股骨大粗隆上，另一手提托患者两下肢，在向上扳提的同时，按压在股骨大粗隆的手用力向下按压，使分离的耻骨联合合拢。

(2)耻骨联合分离如伴有骶髂关节半脱位，只要整复同侧的骶髂关节半脱位，就可使耻骨联合分离同时整复。

【注意事项】 复位后，用宽布带固定骨盆 2 周左右。固定期间应避免活动。2 周后，可进行下肢的主动活动。

1. 妇女产后应卧板床休息。较轻的耻骨联合分离可用帆布经臀向上悬吊。

2. 手法复位后，不宜马上活动，避免做分腿等下肢外展动作。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：822－823

【手法名称】 耻骨联合分离的整复手法

【手法操作】

1. *复位* 患者仰卧床上，一助手固定骨盆，并用力作骨盆的分离动作、前后移位者借分离骨盆的外力，两侧耻骨间距变大，即可复位；如不能复位，术者根据变位情况，前后移位者，一手按在向后移位侧的髂骨翼向外推之，以加强分离的强度，另手按在突起的骨端向下压之，即可复位。上下移位者，术者用双手提下压上纠正之。

2. *固定* 复位后患者仰卧位，用多头带固定，三周后解除固定。

3. *功能锻炼* 固定时，并不影响上下肢的活动，但在三周内要限制坐起和翻身动作。

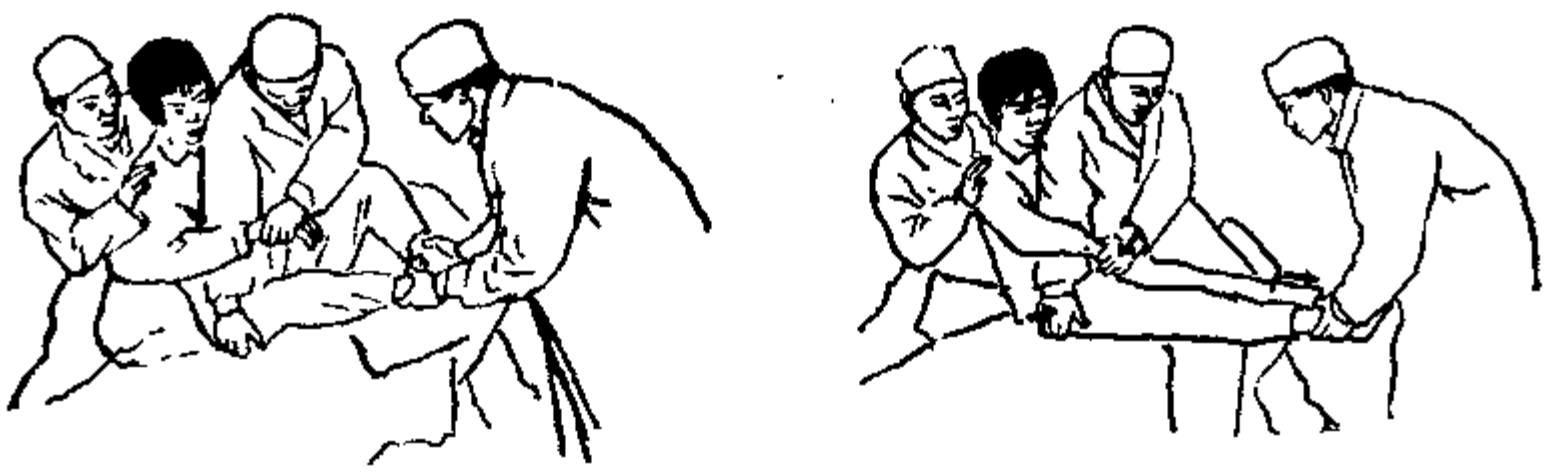
【文献出处】 湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 北京:湖北科学技术出版社,1986:225

【手法名称】 耻骨联合分离的治疗手法

【手法操作】 患者脱去长裤,坐在床边,身体微向后仰,右手按在耻骨联合处,一助手在背后扶其背部,另一助手站在患者前方,面向患者,两手拿住患者双踝部,使双大腿外展外旋,双小腿内收内旋,两足跟靠近臀部。医者坐患者右侧,以左髋部紧贴患者的右髋,左手紧按患者对侧髋部,右手握住患者左手腕部(图 23-12①),准备手法完毕。听医者指挥,令拿踝部的助手迅速将双腿向前拉直,与此同时,术者右手拿患者左手拍打患者置于耻骨联合上的右手,医者的左手拉按患者左髋部,使之向内归合(图 23-12②)。

【注意事项】 局部要保暖防寒,避免外伤和性生活,有利于病变恢复。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海:上海中医学院出版社,1988:150-151



①准备手法　　②治疗手法

图 23-12 耻骨联合分离的治疗手法

【手法名称】 耻骨联合分离的治疗方法

【手法操作】

1. *左右分离者* 患者仰卧位,医者以双手置于髂骨两侧,施用合法,以扶助正气,调和气血,通经活络,施用迭法,以益气固肾,缓解痉挛,疏理肌筋,挤合归位,施用掌根按法,以矫正分离,活血散瘀。

2. *上下错缝者* 患者侧卧位(患侧在上),医者施用足蹬拔抻法,以矫正错缝,捺正复位,或施用仰卧位,足蹬拔抻法。必要时加点中极、关元、气海,以补益下元,通调冲任,活络止痛。

【文献出处】 李茂林编著. 实用按摩推拿大全[M]. 北京:中医古籍出版社,1990:566

【手法名称】 归挤拍打法

【手法操作】 患者坐在床边,起坐半卧位(屈膝屈髋,双大腿外展外旋,并用左手按压在耻骨联合部位),术者坐在患者的左侧并用髋关节部位紧贴患者的左髋部,同时右手抱住患者的右侧髋关节部位,左手拿住患者的右手腕。助手一人从背后扶住患者的背部,防止患者过度

后仰。另一助手分别拿住患者的双踝部位。操作时，术者右手用力抱挤患者的骨盆，拿患者的右手也同时向按压在耻骨联合处的左手背上用力拍打，此时拿患者下肢的助手也同时用力（适当）向下拉牵（使肢体内旋拉直）（图 23－11）。

【主治疾病】 耻骨联合韧带过度松弛和外伤引起的耻骨联合轻度分离。

【文献出处】 胡晓斌. 按摩手法集锦[M]. 北京：中医古籍出版社，1989：151

【手法名称】 产后耻骨联合分离症的推拿手法

【手法操作】

1. 患者取仰卧位，医者立于其旁，两手按压患者双侧髋部，动作要轻柔，力量能够传达到耻骨联合部，再用双手，从髋部向下捋按，直至膝部，反复数遍。而后将患者双膝扶起，移向两膝内侧，顺势将其双腿分开，使两足弓相对。最后双手按患者膝部，顺势将两膝向内、向上推拢，直至胸部，并用力向里收合。动作要连续，力量要稳妥，作用力传达到耻骨联合处，按揉耻骨联合处（本法用于单人操作）。

2. 患者脱去长裤，坐在床边，身体微向后仰，使其右手按在耻骨联合处。一助手在背后扶其背部；另一助手站于患者前方，面向患者，两手拿住患者双踝部，使双大腿外展外旋，双小腿内收内旋，两足跟靠近臀部，医者坐于患者右侧，以左髋部紧贴患者的右髋，左手紧按患者对侧髋部，右手握住患者左手腕部。听医者指挥，令拿踝部的助手迅速将双腿向前拉直，与此同时，术者右手拿患者左手拍打患者置于耻骨联合上的右手，医者的左手拉按患者左髋部，使之向内收合。以上手法重复 2～3 次。轻者一次可愈，重者隔 3 日治疗一次。

3. 有骶髂关节错位的患者，整复错位。

【注意事项】 推拿治疗后，患者症状可立即缓解，但因骶髂关节囊及韧带均有损伤，稍一扭转，易再复发，故在治疗成功后两周内，腰及下肢不宜作大幅度活动。最好在两髋两膝屈曲位卧床休息。注意局部保暖。

【文献出处】 陈志敏，陈湘伟. 实用推拿治痛法[M]. 北京：中国医药科学技术出版社，1993：119－120

【手法名称】 耻骨联合错缝常规按摩手法

【手法操作】

1. 牵拉复位法　此法适用于耻骨联合向上错缝者。患者半仰卧位，助手双手放在髂前上棘处，固定骨盆并作骨盆分离状，术者用一足蹬住健侧的耻骨下部，双手握住患侧下肢踝部，作上蹬下牵引，然后两人同时用力即可复位。

2. 按压复位法　此法适用于耻骨联合前后错缝者，患者仰卧位，助手姿势同前法，术者双手重叠按压在耻骨联合部，作向上按压状，而后两人同时用力，即可复位。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：389

【手法名称】 耻骨联合错缝的效验推拿手法

【手法操作】

1. 牵拉复位法　此法适用于耻骨联合向上错缝者。患者半仰卧位，助手双手放在髂前上

棘处，固定骨盆并作骨盆分离状。术者用一足蹬住健侧的耻骨下部，双手握住患侧下肢踝部，作上蹬下牵引，然后两人同时用力即可复位。

2. 按压复位法　此法适应于耻骨联合前后错缝者，患者仰卧位，助手姿势同前法。术者双手重叠按压在耻骨联合部，作向上按压状，而后两人同时用力，即可复位。

【文献出处】 陈敏，陈映辉，连国钦主编. 效验推拿与自我按摩治疗 300 病[M]. 北京：中国中医药出版社，1994：71

【手法名称】 耻骨联合错缝的复位手法

【手法操作】 患者取仰卧位。先用拇指按腹部及局部腧穴 2～4 分钟，再用揉、按、滚等手法在腹部及耻骨联合附近反复操作。然后再根据不同错缝选用下列手法复位。

1. 牵引法　适用于耻骨联合向上错缝者。助手双手分别放在两侧的髂骨翼，准备向下按压骨盆。术者一足蹬健侧的耻骨降支处，双手握住患侧下肢，作上蹬下牵状，二人同时用力，即可复位(图 23－13)。

2. 按压法　适用于耻骨联合前后错缝者。助手的姿势同前。术者两手重叠按压在耻骨联合部，二人同时用力，待畸形消失即为复位。

【注意事项】 无需特殊固定，卧床休息 2～3 周即可。

【文献出处】 王云凯. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：673

图 23－13　牵引法

【手法名称】 产后耻骨分离症的治疗手法

【手法操作】

1. 患者取俯卧位，医者站于患侧，施四指推法、滚法于腰骶部，重点在八髎、大肠俞及环跳穴，约 10 分钟。

2. 按揉八髎、环跳、大肠俞及内收肌处阿是穴，每穴约半分钟。

3. 施拔伸法于患侧下肢，持续用力向下牵引约 2 分钟。

4. 整复法如下。

（1）向前错位：患者健侧卧位，健侧下肢伸直，患侧屈髋屈膝，医者站于前面，一手按住患肩部向后固定其躯体，另一手按住患侧髋部，向前推动至最大限度，使扭转的作用力集中在骶髂部，然后两手同时对称用力斜扳。继则患者取仰卧位，医者站于患侧，一手托住小腿后侧，另一手扶住患髋部，作强力髋膝屈曲，至最大限度，在屈髋位作快速伸膝和下肢的拔伸动作。

（2）向后错位：患者健侧卧位，健侧下肢伸直，患肢屈曲位，医者站于身后，一手向前抵住患侧骶髂关节，一手握住患肢踝上部，向后拉至最大限度，然后两手作相反方向推拉。继之患者取俯卧位，医者站于患侧，一手向下按压住患侧骶髂部，一手托住患肢膝前部，两手对称用力，使下肢后伸至最大限度，然后两手同时作相反方向的骤然扳动。整复时，常可听到关节复位时的弹响声。

5. 施擦法于腰骶部，以局部发热为度。

【注意事项】

1. 在整复错位时，手法作用力的中心要在患侧骶髂关节。手法要沉着有力，快速而不粗暴。

2. 推拿治疗后，患者症状可立即缓解，但因骶髂关节囊及韧带有损伤，稍一扭转易复发，故在治疗成功后两周内，腰及下肢不宜作大幅度活动。

3. 忌受凉，宜加强局部保暖。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：460－461

【手法名称】 产后耻骨联合分离症的治疗手法

【手法操作】

1. 放松肌肉

（1）患者俯卧，术者以滚法施术于腰骶部及臀部，配合下肢后伸活动，反复操作 3～5 分钟；然后拇指按揉八髎、环跳、大肠俞、关元俞，每穴约 1 分钟，以酸胀为度。

（2）患者仰卧，术者在大腿前。内侧施以滚法或掌揉法，反复操作至大腿内侧肌肉放松，然后拇指按揉中极、髀关、伏兔，每穴约 1 分钟，以酸胀为度。

2. 复位手法

（1）不伴有明显骶髂关节半脱位者，可嘱患者侧卧位，术者站其身后，用一膝关节抵住患者骶骨，一手按压在患者股骨大粗隆上，另一手提托患者双下肢，在向上提托的同时，按压在股骨大粗隆的手用力向下按压，使分离的耻骨联合合拢。

（2）耻骨联合分离伴有骶髂关节半脱位者，只要整复同侧的骶髂关节半脱位，就可使耻骨联合分离同时整复；骶髂关节前脱位者，患者仰卧，健侧下肢伸直，术者立于患侧，一手故置于膝关节上，另一手托住患肢小腿后侧，屈膝屈髋至最大限度，然后做快速的伸膝动作，并向上拔伸，反复操作 3～5 次；骶髂关节后脱位者，患者俯卧位，术者立于患侧，一手按住患侧骶髂关节，另一手托住膝前部，将下肢后伸至最大限度，然后用力向后扳动。

（3）复位后，患者俯卧位，在患侧骶髂部按揉 2 分钟；然后用擦法，以透热为度。

【注意事项】

1. 加强产前检查，注意孕妇有无骨盆异常、胎位异常，胎儿过大等情况。

2. 加强产前锻炼，使关节进一步坚强。

3. 分娩时予以正确处理，阴道手术助产时用力轻柔、细致。

4. 本病发生后注意卧床休息，注意保暖，同时包扎骨盆可使症状减轻。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：463－464

【手法名称】 治疗产后耻骨联合分离症手法

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者站于患侧，在腰臀及骶髂部用滚法治疗，配合按、揉八髎、环跳、大肠俞、关元俞等穴，以及下肢后伸活动，手法宜轻柔。

2. 患者仰卧位，医者立于患侧（以右侧为例）。先在曲骨穴上用一指禅推法及按揉阳陵泉穴，然后医者用右腋夹住病人右足踝部，右肘屈曲位，以前臂背侧托住患者小腿后面，左手搭于患肢膝关节的前侧，以右手搭于左侧前臂中 1/3 处，此时用力夹持患肢，向下牵引 1～2 分钟。

3. 整复前错位：病人健侧卧位，健侧下肢伸直，患侧屈髋屈膝。医者站于前面，一手按住患者肩前部向后固定其躯体，另一手按住患侧髋部，向前推动至最大限度，使扭转的作用力集中在骶髂部，然后两手同时对称用力斜扳。然后病人仰卧位，医生站于患侧，一手托住小腿后侧，另一手扶住患侧髋部，作强力髋膝屈曲，至最大限度，在屈髋位作快速伸膝和下肢的拔伸动作。

4. 整复后错位：患者健侧卧位，健侧下肢伸直，患肢膝部置于 90°屈曲位。医生站于身后，一手向前抵住患侧骶髂关节，一手握住患肢踝上部，向后拉至最大限度，然后两手作相反方向推拉。再嘱患者俯卧位，医者站于患侧。一手向下压住患侧骶髂部，一手托住患肢膝前部，两手对称用力，使下肢后伸至最大限度，两手同时作相反方向的骤然扳动，常可听到关节复位时的弹响声。

【注意事项】

1. 在整复错位时，手法作用力的中心要在患侧骶髂关节处，手法要沉着有力快速而不粗暴。

2. 推拿治疗后，病人症状即可缓解，但因髂髂关节囊及韧带有损伤，稍一扭转易复发，故在治疗成功后两周内，腰及下肢不宜作大幅度活动。最好在两髋两膝屈曲位卧床休息，并注意局部保暖。

【文献出处】 李业甫. 中国推拿治疗学[M]. 上海：上海中医药大学出版社，1994：161－162

第五节 内收肌损伤

【手法操作】

1. 手法 滚、拿、擦法。

2. 手法操作

（1）患者仰卧，从鼠蹊部至膝部沿内收肌群用滚法按摩以缓解痉挛，损伤初期手法宜轻，后期手法稍重。

（2）患者髋、膝关节屈曲，术者用拇、食两指相对用力，与肌纤维走行方向垂直用拿法拿

捏，反复数次，多用于损伤的后期。

（3）患者仰卧，髋关节屈曲90°，膝关节屈曲，足底离开床面，术者一手按在股内收肌群远端，一手扶膝关节，扶膝之手边摇晃髋关节，在伤处之手用大指顺肌纤维走行方向由远端向近端推擦，反复数次。然后在内收肌起点处用大指按摩10分钟左右（图23－14）。

【注意事项】

1. 局部配合用坎离砂热敷。

2. 嘱患者每日练习伤肢的直腿抬高及髋、膝关节的伸屈活动。

3. 早期内服活血止痛散，后期内服舒筋丸。

【文献出处】 季根林. 推拿简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1981：134－136

①推股内收肌群

②按股内收肌群

图23－14　内收肌损伤治疗方法

【手法操作】

1. 病人仰卧位。在大腿内侧用深沉而缓和的滚法、按法，揉法治疗重点在内收肌的附着点，同时配合下肢外展活动。在屈髋位患部作深沉而缓和的拿法治疗。

2. 病人俯卧位。在大腿后侧用深沉而缓和的按法治疗，配合下肢后伸及外展被动活动。再用按，揉法在臀部及坐骨结节处治疗。

3. 病人仰卧，患侧下腰外侧部。用擦法顺肌纤维方向治疗，以透热为度。最后热敷患部。

【注意事项】 病人不宜久立久行，尤其避免下肢外展、内收活动。并注意下肢保暖。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：119

【手法操作】

1. 准备手法　按压太溪、解溪穴，牵引、推按提拉踝关节，按压足三里穴，提拉股四头肌联合腱，按压风市、冲门穴。

2. 治疗手法

（1）骨盆耻骨骨折引起股内收肌损伤的按摩手法：

①患者仰卧位。术者右手拇指放于股内收肌的内缘，找出压痛最明显处，将拇指放于压痛点的后方，向前顶住内收肌内缘，沿其边缘用力向前滚揉一次（图23－15）。继而，术者以左手在大腿外侧扶持，作为对抗力量，右手拇指在大腿内侧压痛点处分为三点，分别依前法弹拨滚

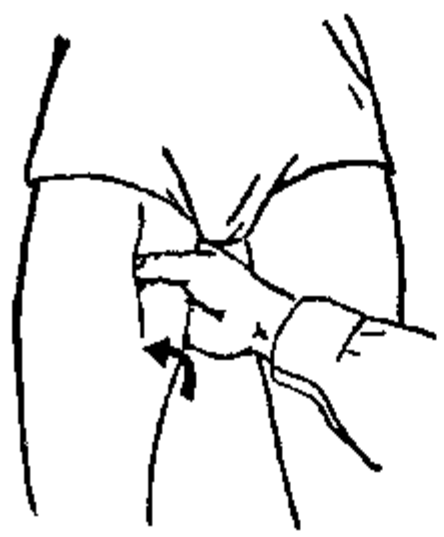


图 23－15　骨盆耻骨骨折引起的股内收肌损伤的按摩手法

揉。亦可用拇指及食指提拉股内收肌，然后弹拨。

②术者右手持握踝关节，伸屈膝。髋关节 4～5 次。

（2）一般扭伤引起股内收肌损伤的按摩手法：

①患者仰卧位。术者右手拇指放于压痛点的后方，向前顶住内收肌的内缘，用力向前滚揉一次，随即在压痛点分为三点，分别弹拨滚揉。

②术者以右手大鱼际旋转揉按内收肌压痛点处 5～6 遍。

③术者右手持握踝关节，伸屈膝、髋关节 4～5 次。

【注意事项】

1. 每日按摩一次，局部可用洗药熏洗。一般按摩 3～4 次，症状即好转。

2. 嘱患者练习患肢伸屈抬高活动。

【文献出处】 李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：170－171

【手法名称】 屈膝分腿法

【手法操作】 患者仰卧位，两膝屈曲外展，两足心相对，医者用两手分别按于两膝内侧向下按压，力量由轻到重振颤性下压。患者髋、膝关节要放松。

【注意事项】 医者下压幅度以患者能耐受为度。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：123

【手法操作】

1. 弹法　患者仰卧，髋膝半屈位。术者用双手中，食指，横向弹拨内收肌（多用于病变范围较广者），也可用拇指弹拨（多用于深部肌肉或局限性粘连者）。

2. 揉法　患者体位如上。术者立于患肢外侧，以一手拇指沿内收肌走行，反复捏揉，然后做髋关节伸屈括动。

【注意事项】 对于病程较短的损伤，应以热敷为主，内服活血止痛散，配合轻手法疏理筋肉。对于陈旧性损伤，则以手法治疗为主。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：414

【手法名称】 内收外展摇动法

【手法操作】

1. 患者取仰卧位，先在患侧大腿内侧根部至膝关节内侧处，施以由轻到重的按揉法、滚法，使紧张的肌肉得以松弛，然后取屈膝屈髋外旋位，再在患侧施以滚法、拿法，以疏通经络，松解粘连，使疼痛得以消除。

2. 患者取俯卧位，在患侧臀部、腰骶部及大腿后侧至腘窝部，施以由轻到重的滚法、按揉法，使紧张肌肉得到松弛。然后令患者再取仰卧位，医者站在患侧，一手扶持患膝，另一手持患踝，使患肢屈膝屈髋达到最大限度时，将患侧髋关节尽可能内收内旋，外展外旋摇动数次，再将患肢伸直。此方法重复活动约 10 次，活动时用力均匀，活动范围由小到大，以患者能够忍受为

度。最后在患侧大腿内侧部，顺肌纤维方向施以擦法，以透热为度。

【注意事项】 临床诊断时应严格掌握诊断标准，并与其他髋关节疾病相鉴别，尤其应当与髋关节骨折、脱位、骨结核、化脓性关节炎、类风湿性关节炎相鉴别，同时在治疗中应注意患腿保暖，配合热敷以提高疗效。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：131－133

【手法名称】 解痉通络镇痛法

【手法操作】

1. 远端取穴镇痛法　患者仰卧于床上，术者立于患侧，用双拇指分别重压足厥阴经的太冲和足太阴经的阴陵泉二穴，时间3分钟。

2. 推揉肌束解痉法　医患姿势不变，患肢屈膝，稍外翻（膝下垫枕），用手掌自膝内侧推扶到气冲穴，而后改用双手掌揉股内侧痉挛之肌束，时间5分钟。

3. 搓揉下肢通络法　患者俯卧，医者仍立于患侧，用双手掌推扶、搓揉下肢后内侧，并按压承扶、殷门二穴，时间5分钟。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：133－134

【手法操作】 患者仰卧，医者坐患侧床旁，将患腿放在医者膝上。医者一手扶患侧膝部，另一手掌根部自上向下滑至大腿下1/3处，用大鱼际背侧进行割法，找到患侧耻骨前上嵴，用拇指指甲铲筋，并向下滑至耻骨端，重点刺激几下。

【文献出处】 陈敏，陈映辉，连国钦主编. 效验推拿与自我按摩治疗300病[M]. 北京：中国中医药出版社，1994：102

【手法操作】

1. 患者仰卧位，医者在大腿内侧施四指推法或滚法，重点在内收肌内缘，5～10分钟，以解除肌肉痉挛。

2. 用深沉缓和的按、揉法作用于阿是穴，3～5分钟，用拇指从痛点的后方向前作弹拨手法，并提拿内收肌之紧张僵硬的肌腱3～5次。

3. 患侧下肢外侧部，用擦法顺内收肌纤维方向治疗，以透热为度。

【注意事项】

1. 不宜久立久行，避免下肢外展、内收活动。

2. 注意局部保暖，避免风寒湿邪侵袭。

3. 后期可适当进行功能锻炼，可做侧压腿和髋外展练习。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：335

【手法操作】

1. 理筋法　患者仰卧位，伤肢屈膝屈髋，轻微旋外位。医者站在伤侧，一手于股内收肌群处用分筋弹拨法，以解除粘连、痉挛。再用一手托腘窝，另一手拇指沿股内收肌群向上顺之，同时将髋关节伸直，如股内收肌群止点部位压捻法。最后，用揉法使痉挛的股内收肌群放松。

2. 股内收肌群扭伤复位法　嘱患者站立，两足跟着地，两脚分开，或由旁人稍搀扶。医者

蹲下，用两手拇指或单手四指按压疼痛的肌肉或隆起的肌束，用分筋法左右分拨，然后顺肌肉走行方向自上而下疏通2次。以达顺筋归位，筋络舒展。

3. 内收肌松弛法　①弹拨法。患者取仰卧位，医者位于患侧，用拇指外侧缘在内收肌肌腱疼痛处左右往复弹拨6～8次。②指揉法。患者体位如前，医者用拇指指腹在阴廉、阴包、曲泉穴及内收肌腱处，从上往下进行指揉法，6～8次。③捏拿法。医患体位如前，双手拇指与其他四指，捏拿股内收肌，捏拿时间为2～3分钟。④滚法。医患体位如前，用滚法从股内收肌起点至止点，施用此法3～5次。

【注意事项】

1. 急性损伤：24小时后，或慢性损伤，患处外敷坎离砂或海桐皮汤热敷。

2. 早期下肢外展位锻炼受伤肌肉，主动练功防止疼痛性瘢痕挛缩形成，促进后期功能恢复。

【文献出处】　钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：553

第六节　产后骨盆环损伤综合征

【手法名称】　产后骨盆环损伤综合征的治疗手法

【手法操作】

1. 单髋过伸、过屈复位法：适用于骶髂关节后，前错位所致者。

2. 侧卧挤压法：适用于耻骨联合分离者。患者侧卧位，下位的髋膝关节伸直，上位的髋膝关节屈曲，助手把握上位的踝关节，医者站于床边，双手置于患者上位的臀部外侧，在嘱助手反复屈髋膝关节时，医者用力往下压，操作数遍后，对侧再按此方法步骤操作数遍，最后嘱患者双手抱住下肢极度屈曲，医者协助起伏动作，反复数次，手法毕。

3. 梨状肌分筋理筋。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：660－661

【手法名称】　李业甫治疗产后骨盆环损伤综合征的手法

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者站于患侧，在腰臀及骶髂部用滚法治疗，配合按、揉环跳、大肠俞、关元俞等穴，以及下肢后伸活动。

2. 患者仰卧位，医者立于患侧（以右侧为例）。先在曲骨穴上用一指禅推法及按揉阳陵泉穴，然后医者用右腋夹住病人右足踝部，右肘屈曲位，以前臂背侧托住患者小腿后面，左手搭于患肢膝关节的前侧，以右手搭于左侧前臂中1/3处，此时用力抓持患肢，向下举1～2分钟。

3. 整复前错位：病人健侧卧位，健侧下肢伸直，患侧屈髋屈膝。医者站于前面，一手按住患者肩前部向后固定其躯体，另一手按住患侧髋部，向前推动至最大限度，使扭转的作用力集中骶髂部，然后两手同时对称用力斜扳。病人仰卧位，医生站于患侧，一手托住小腿后侧，另一手扶住患侧髋部，作强力髋膝屈曲，至最大限度，在屈髋位作快速伸膝和下肢的拔伸动作。

4. 整复后错位：患者健侧卧位，健侧下肢伸直，患肢膝部置于90°屈曲位。医生站于身后，

一手向前抵住患侧骶髂关节，一手握住患肢踝上部，向后拉至最大限度，然后两手作相反方向推拉。再嘱患者俯卧位，医者站于患侧。一手向下压住患侧骶髂部，一手托住患肢膝前部，两手对称用力，使下肢后伸至最大限度，两手同时作相反方向的骤然扳动。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：661

【手法名称】 北京按摩医院治疗产后骨盆环损伤综合征的手法

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者位于其旁，在腰骶臀部揉摩，摇动；按压环跳、小肠俞。

2. 患者仰卧位，医者用双手压患者髂前上棘内下部，动作不要粗暴，力量用于耻骨联合处，有节律地分压数次，再由髋部向下捋至膝部，反复数次。

3. 仰卧位，患肢屈髋90°，医者双手抱按于患肢膝部，胸部微压抱膝双手，令患者放松，左右或环动腿胯，当感到患者真正放松时，趁其不备，以垂直力向下快速按压，如骶髂关节错位，可立即听到“咯噔”响声。

4. 体位同上，双腿屈髋屈膝，医者左前臂压于膝下，左手扶拢双膝，使双膝靠紧，另一手扶托双足跟，两手配合，推动双腿，尽量使腰骶过屈，然后提足推膝，双腿向上伸直90°左右，屈伸活动2～3次。

5. 患者仰卧位，医者站于患侧，将患肢屈膝屈髋，一手扶膝，一手按于耻骨外端，两手配合，使其开合收拢，让扶膝之手内外摇动，按耻骨端之手向内推挤。

6. 术者将患者双膝扶起，按于双膝内侧，将其双腿分开，使两足跟相对，下压双膝，使耻骨联合，然后归合，反复2～3次。注意先开后合。

7. 患者屈髋屈膝，双手自抱双膝，并使其并拢紧贴于胸，医者左右摇动，动作要连贯，然后再左右按压，使骨盆作旋转活动，力度要稳妥适当，能达到耻骨联合部使其归位为原则。

8. 患者仰卧位，屈膝，双足平放于床上，医者站其旁，用手指沿耻骨方面按揉、顺平，再用手掌轻轻按压的情况下归合。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：661

【手法名称】 臧福科治疗产后骨盆环损伤综合征的手法

【手法操作】

1. *归挤拍打法*　患者坐在床边，半坐半卧位，医者坐在患者右侧，用髋部紧贴患者左侧髋部，右手经患者胸前抱住另一侧髋关节。助手两人，助手一从背后扶住患者，防止其过分后仰；助手二用双手分别拿住患者双踝部。让患者屈膝屈髋，双大腿外展、外旋，让患者自己用左手掌按在耻骨联合部位，术者左手拿住患者右手腕部。术者右手用力抱挤骨盆，掌患者右手向按在耻骨联合的左手背上用力拍打。助手二将患者双下肢向下拉，并使双下肢内旋拉直，这三个力量要配合协调得当，恰到好处。

2. *仰卧屈髋法*　患者仰卧。医者站于伤侧，一手拿踝上，令患者屈膝屈髋，另一手按扶在膝前部，用力按压，令患者尽量屈曲髋关节，使膝近其肚。此时可听到骶髂关节复位的响声。另外亦可以在保持髋关节屈曲90°的情况下，突然急骤将小腿伸直，成直腿抬高90°状态，也能

令其复位。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：661－662

第七节 臀部其他疾病

【手法名称】 臀筋膜损伤治疗手法

【手法操作】

1. 点压捋顺法 点压部位为：①臀中肌前部肌腹；②骶骨外缘臀大肌起点；③梨状肌上孔臀上神经点；④阔筋膜张肌。每处约半分钟，最后以4指指间关节呈握拳式顺压臀部肌筋膜。急性期手法宜轻柔，慢性者点拨手法兼用。每遍操作在3～5分钟内完成。

2. 回旋顿拉法 患者仰卧，健侧下肢由助手按膝伸直固定。术者站于患侧，以一手扶患肢膝下部，另一手拿足踝上部，虎口向近端。按如下步骤操作：①髋膝充分屈曲，使膝部靠胸；②髋部内翻，小腿外展；③顺此姿势快速顿拉下肢。

【注意事项】 本病治疗中要避寒湿，勿久坐，逐渐练习仰卧抬腿与抱腿、下蹲起立等臀部功能。对痛点不消失者，可行深层筋膜药物注射。臀肌筋膜挛缩严重者，是松解手术的指征。

【文献出处】 王福根. 常用软组织损伤手法治疗. 北京：人民军医出版社，1981：58－60

【手法名称】 坐骨神经盆腔出口综合征的治疗手法

【手法操作】

1. 按揉臀部：患者俯卧位，医生立于患者患侧，用掌揉整个患侧臀部，用掌根吸定于一定部位，作轻柔缓和的摆动，摆动频率120～160次左右，待局部发热再移别处，从而掌揉整个患侧臀部。此时，用力从轻而重，作深沉的掌揉以放松整个患侧臀部的肌紧张，时间为5～10分钟。注意：操作时应腕部放松，以肘部为支点，肩部不能高耸，从而前臂作主动摆动，带动腕和掌作有协调有节律的摆动。

2. 滚患臀：患者俯卧位，医生立于患者患侧，用滚法施术患臀2～3分钟，顺着梨状肌走向滚动，当触及挛缩的条索状肌性隆起或痛点时，用手掌小鱼际吸附此处，作腕关节掌屈约40°，背伸约20°，小幅度的滚法，以松解整个患臀和梨状肌的痉挛。注意：本法以“松”字为关键，同时术者腕掌不得在患者体表产生相对拖动，跳动或空转。

3. 弹拨或点拨法：患者俯卧位，医生立于其患侧，以双手拇指重叠，在梨状肌的表面投影区触清钝厚或变硬的梨状肌，用弹拨手法沿着肌腹的外形轮廓移动，当触及条索状肌性隆起时，可适当加大拨动力量，弹拨方向与梨状肌纤维方向垂直，一般10～20次即可，若双指力量不能达到梨状肌，则医者可屈肘用鹰嘴部代替，本法要求深沉有力，不摩擦表而皮肤。

4. 按压理顺：用双手拇指重叠按压肌腹深部病变部位或压痛点处约2分钟，让病人有较强烈的酸胀痛感，另按压足少阳胆经环跳，足太阳膀胱经的殷门、委中、承山、昆仑等穴，沿着肌腹循序按压3～5遍，力量由轻到重，理顺肌束。

5. 拍打叩击：医者双手指自然伸直，用双手小鱼际部或空手掌沿着臀部，腿部足太阳膀胱经路线循序拍击4～5分钟。要求：拍击等叩击类手法要求平稳而有节奏，接触体表时不能有

抽拖动作，要有弹性，迅速抬起。

6. 推擦：用掌根沿梨状肌走行方向推擦，以透热为度，或使用膏摩擦之。

7. 提腿牵抖法：病人俯卧，双手抓住床沿，医者双手握住患侧踝关节，稍牵提起轻抖动10～15分钟。

8. 对于肌萎缩和下肢明显发凉的患者，用拇指或食、中指压迫股动脉1～2分钟，然后突然放松。可加速下肢血液循环，促进物质代谢和增强功能活动。

【注意事项】

1. 推拿手法一定要柔和，切忌暴力，符合手法基本要求。

2. 急性期慎用弹拨、重压等重手法，宜采用按摩、抚揉等轻手法，手法由轻到重，切忌蛮力，避免因手法过重导致软组织水肿加重而影响疾病的恢复或引起新的损伤。

3. 手法后嘱患者卧床休息，避免过劳或剧烈活动，注意局部保暖。

4. 患有脑血管硬化冠心病，高血压慎用手法，当先治原发病。妇女因附件炎而产生此症应先治原发病。

5. 病程较长，下肢出现废用性肌萎缩，应加强肢体功能锻炼。方法为站立位或平卧位，患肢内收内旋，外旋外展交替活动。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：709－710

（李义凯 吴宇峰 高彦平）

第二十四章 骶髂关节及髋部损伤的推拿手法

【摘要】 本章节介绍了治疗骶髂关节损伤、髂腰韧带及骶髂部韧带损伤、骶髂关节半脱位、骶髂关节错缝、髋部扭挫伤等，影像学上几乎任何改变的骶髂关节部的疾患推拿手法。此类手法的操作多是在患者卧位下进行，所采用的手法也多是搬（扳）动类推拿手法。

第一节 骶髂关节损伤

【手法操作】

1. 分髋压迫手法 病人仰卧，将其骶部中线与治疗床缘平齐，医生站在床旁，一手固定病人健侧髂前上棘，另一手向下压迫患侧髂前上棘，患侧下肢可以垂在治疗床下边，以增加压迫力量（图 24－1）。

2. 转动大腿法 病人仰卧，将其骶部中线置于治疗床缘，医生站于床旁，用一手固定健侧大腿，用另一手压迫患侧屈曲的下肢。如为两侧损伤，可分别操作（图 24－2）。

以上两法可交替使用，每种方法做 2～5 分钟，每日一次或隔日一次。

【文献出处】 李桂桐，贾涛. 简易新按摩疗法[M]. 石家庄：河北人民出版社，1975：23－25

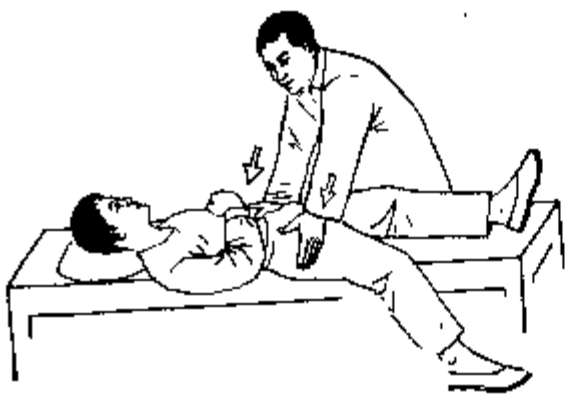


图 24－1 分髋压迫手法

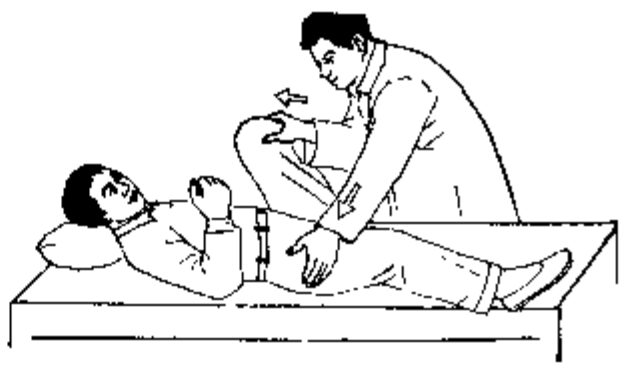


图 24－2 转动大腿法

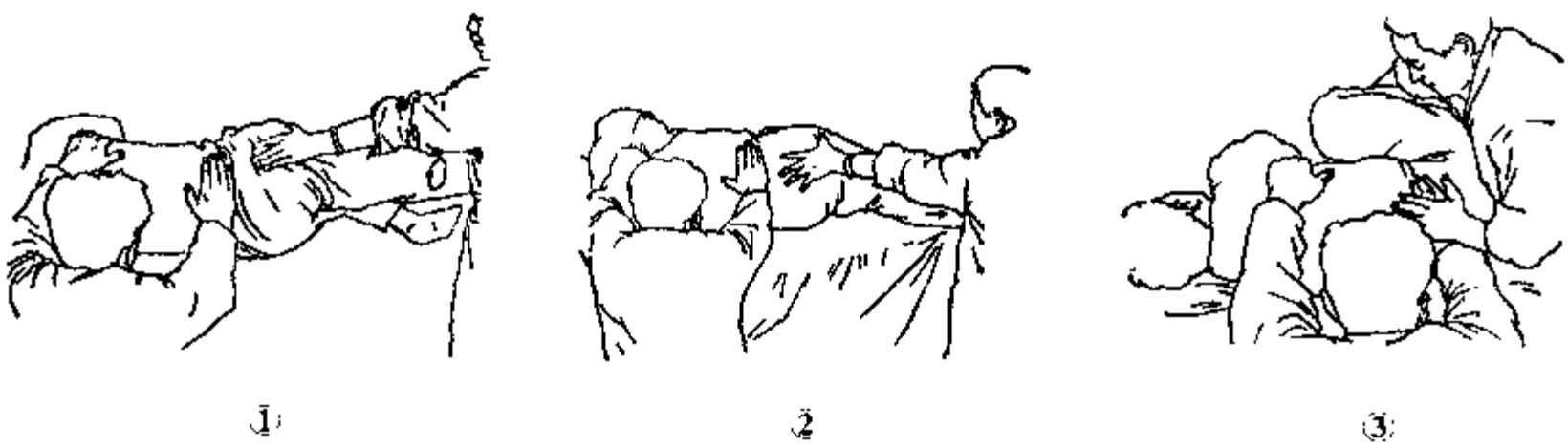
【手法操作】

1. 手法 摇晃屈戳法，摩法等。

2. 手法操作

（1）患者侧卧，伤肢在上。助手蹲在患者背后，一手扶在腋下，一手手掌按在患处。术者站在患者大腿的后方，一手用手掌扶在髋部，一手拿住踝关节上方，拿踝部之手将伤肢拿起进

行环转摇晃6～7次(图24－3①),然后将伤侧小腿挟在术者腋下,用手扶在髋部,向下向后进行拔伸(图24－3②),最后将伤侧下肢屈曲,使膝关节接近胸部,足跟接近臀部;同时扶髋之手改按在助手扶伤处之手背上,与扶膝部之手相对用力戳按(图24－3③)。最后将伤侧肢体缓慢伸直。



①　②　③

图24－3　摇晃屈戳法

(2)术者用一手扶髂骨,一手用掌摩法在局部进行按摩。

【注意事项】　可内服活血止痛散,外用坎离砂热敷。隔日施手法一次,一般2～3次即可痊愈。

【文献出处】　季根林.推拿简编[M].北京:人民卫生出版社,1981:124－126

【手法操作】

1.松筋镇痛　患者俯卧位,腹部及患侧髋部垫软枕,使患者能卧实。在腰部及患侧臀部和大腿用掌根摩、掌根揉、滚等手法推拿,手法由轻徐徐加重,使患者感到疼痛减轻,局部舒适。对某些局部痉挛的肌肉,可用拇指推法使之放松,再取居髎、上髎、中髎、环跳、委中诸穴用指按、指掐法推拿,进一步达到松筋、镇痛的目的。

2.拔伸　患者仰卧位。术者弓步站于患侧,将患侧小腿紧夹于术者腋下,手绕过患者小腿后面,另一手置于患膝关节的髌骨上方,向脚的方向持续牵引1分钟左右后,术者稍稍松劲,待患侧髋部稍有回松时,即紧接用劲拔伸患肢,此时感到患侧下肢有一个弹响震动感传出。根据情况拔伸1～2次。

3.整复　患者健侧卧位,患侧在上。术者站于其身后,做前屈腰髋和后伸腰髋的推拿手法。前屈和后伸各做1～2次。

4.摇髋　患者仰卧位。术者站于患侧,一手握住患侧足踝部,另一手搭在膝关节前方,摇动髋关节,幅度由小渐大,摇动以顺时针方向和逆时针方向交替进行,每个方向摇动4～6转,重复1～2次。

【注意事项】　拔伸手法的要领:"夹稳、牵足、拔实",而"夹"和"牵"是为"拔实"服务的。所谓"拔实"是指劲真正用到了髋部,而又通过髋部作用到骶髂关节。这个手法外观上活动的幅度似乎并不大,但沿着下肢纵轴的牵动力量却不小,可以说是一种外形不显,内在得劲的手法。整复手法是借助腰髋伸屈过程中力量使骶髂关节发生相应的前后和旋转运动。

【文献出处】　安徽医学院附属医院运动医学科编.推拿疗法和医学练功[M].北京:人民

卫生出版社,1982:189－190

【手法操作】

1. 术者立于患者右患侧,以右腋下夹住患者右足踝上部。左手掌搭于患肢膝关节的前侧。右肘屈曲,以前臂背侧从患肢小腿的背侧插入搭于左前臂中 1/3 处。此时,用力夹持患肢,向下牵引 1 分钟。

2. 术者仍夹持患者足踝部,以右手掌托住小腿后侧,左手手掌托住股骨大粗隆,以强力屈曲髋、膝关节至最大限度。继而稍外展伸直髋、膝关节,以左手拇指及食指捏住股四头肌联合腱向后推按,并向前提拉,同时屈曲膝关节,反复 2～3 次。

3. 患者侧卧位。背向术者,将左腿膝关节放于屈曲位,右下肢放于伸直位,使右臀朝上。此时,术者屈曲右肘,右手握住左上臂作为支撑力,左手向后牵拉髂前上棘。术者将屈曲的右肘后侧鹰嘴尖端放于患肢股骨大粗隆尖端的上部,用力按压半分钟。然后术者右肘仍以原式,将右肘后侧鹰嘴尖端放于环跳穴,用力按压半分钟。

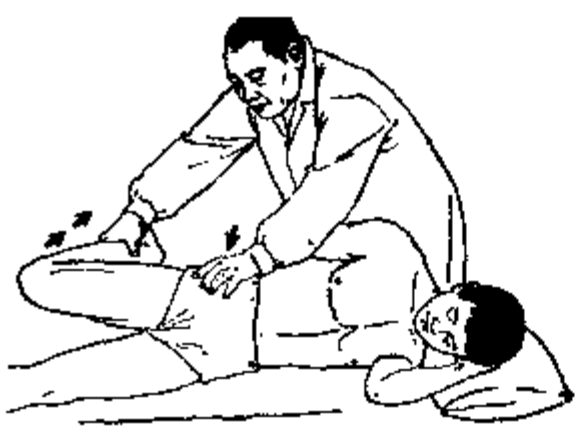


图 24－4 骶髂关节损伤整复

4. 患者侧卧位。患侧在上,健侧在下。术者立于患者背侧,左手推住患侧髂骨翼的后部,右手持握患者足踝部,将膝关节放于 90°屈曲位。此时,术者左手向前推,右手持握足踝部向后徐徐牵拉至最大限度时,突然向后用力牵拉。有时骶髂关节处有弹响感(图 24－4)。

5. 患者俯卧位,按压委中穴。

6. 术者两手拇指分别置于腰 4～5 平面之骶棘肌外缘,同时向中线挤压。待拇指分别推到骶棘肌腹中部相当大肠俞穴时,拇指依皮肤之滑动,稍向下滑,即持续用力按压最大指力半分钟,再向上推挤向外旋转,逐渐放松压力拇指在原处轻轻揉按。

7. 患者侧卧位。患侧在上,左下肢放于伸直位,右下肢髋、膝屈曲位,放于左下肢之上,右上肢放于背后,术者于背侧,左肘放于患者右肩的前侧,右肘放于右髂骨翼的后侧,两肘以左肘向后,右肘向前,前后相反方向用力,突然斜扳(图 21－15)。同法施于对侧。注意必须是肩部向后拉,臀部向前推,用力要适中,不可过猛过大。

8. 患者俯卧位,重复本手法 6,按压大肠俞穴。

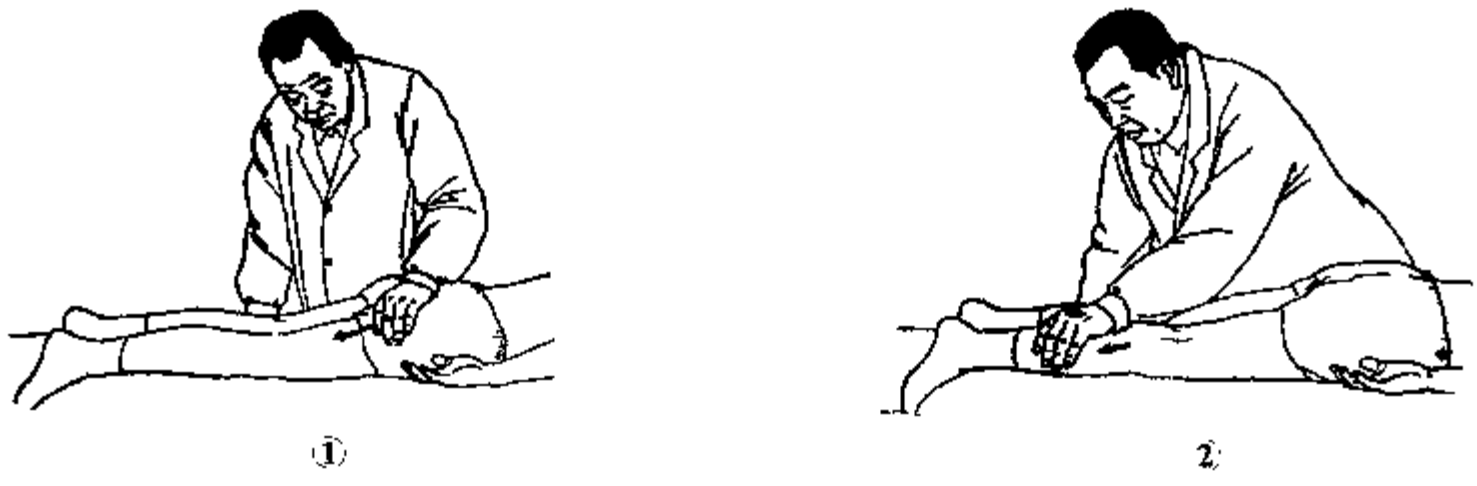
9. 患者两手攀住床头,一助手站在床尾,持握其两踝上部,徐徐向下牵引半分钟。此时,术者右手掌放于腰 4～5 平面之背侧,左手掌搭于右手背之上。两手掌在其腰部作左右摇滚推按,反复 2～3 次。术者左手张开虎口部,对患肢从臀下至踝上部,向下捋按 4～5 次(图 24－5①②)。

【文献出处】 李墨林,陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京:人民卫生出版社,1986:131－134

【手法操作】

1. 推、揉压骶棘肌法。

2. 牵引抖髋法:体位和手法与腰间盘突出症的牵引抖腰法相同,不过其力传导主要在



①　　②

图 24-5 骶髂关节损伤整复

髋部。

3. 过度伸髋法：患者俯卧，患侧髋关节稍外展，健侧下肢伸直，全身肌肉放松。术者立于其患侧，以一手拇指置于患侧骶髂部作为支点，另一手置于膝关节的前面将患侧下肢慢慢抬起，膝关节保持在伸直位，幅度由小到大，反复进行患侧髋关节的后伸运动。在后伸髋关节的同时，趁其不备，突然用巧力使髋关节过度后伸一次。此法适用于骶髂关节后脱位。然后以一手或两手多指从臀横纹附近起，自上而下轻快反复地揉拿、提弹患侧胭绳肌，直至腘窝附近。最后再以一手拇指或肘尖揉压患侧环跳和承扶穴。

4. 交错搬髋法：体位和手法与腰间盘突出症交错搬腰相同。

5. 顺势搬髋法：患者骑在长凳上或反向骑在靠背椅上，腰部向患侧前屈 30°～40°，健侧手背置于患侧大腿上，患侧肩、肘关节下垂，术者坐于其后面。同侧肩臂穿过其患侧腋下后，绕过颈项部，手扶于对侧肩部，另一手拇指指腹置于腰椎棘突的患侧缘，令其腰部向患侧旋转至最大幅度。拇指指腹用力推按病灶腰棘椎突的患侧缘作为支点，扶肩之手顺势用巧力轻轻将腰部向患侧一搬，即可听到腰部有清脆的响声，则手法成功。此法适用骶髋关节后脱位。

6. 顺势屈髋法：患者仰卧，患侧髋关节屈曲稍外展，膝关节屈曲，健侧下肢伸直，术者立于患侧。一手置于其患侧膝关节的前面，另一手握住踝部，幅度由小到大的反复进行患侧髋膝关节的屈伸运动。在屈伸髋膝关节的同时，术者趁其不备，突然用巧力顺势使髋膝关节过度屈曲一次。此法适用于骶髋关节前脱位。

7. 腰部过屈运动法：体位和手法与腰间盘突出症中此法相同。施法后一手或两手多指从髂前下棘附近起，自上而下轻快反复地捏拿，提弹患侧股四头肌，直至髌骨上缘的腱联合部。最后再以一手拇指反复按在患侧气冲穴和揉压，弹拨患侧阳陵泉，绝骨穴。

【注意事项】 上述手法根据症之缓急，脱位方向选择使用，一日或隔日一次。术后应嘱患者平卧硬板床，局部用毛巾或中草药湿热敷。经按摩手法整复后，又立即复发的再行手法整复，并应用 4～5 寸宽医用胶布或布带环状固定骨盆 2～3 周，解除固定后，适当地进行骶髂关节和腰背肌的功能锻炼。

【文献出处】 刘严. 按摩疗法[M]. 西安：陕西科学技术出版社，1987：87－89

【手法操作】 常用理筋手法：患者健侧卧于床上，助手蹲在患者背后，一手扶腋下，另一手按在伤处。医者一手拿患肢踝部，另一手扶髋部，在拔伸下，摇晃患肢（图 24－6①），然后再

将踝部夹在腋下，斜向后下方拔伸牵引。拔伸时，让髋关节过伸，使患侧髂骨旋前，让患者一手扶床沿，作对抗牵引(图 24－6②)，然后将患肢髋、膝关节尽量屈曲，医者一手按膝部，另一手按髂后上棘处，两手相互归合，使患侧髂骨至旋后位(图 24－6③)，然后将伤肢伸直，以上手法再重复一次。

【注意事项】 局部要保暖，有利于损伤愈合。同时要避免新的损伤因素，以免造成习惯性骶髂关节扭伤。

【文献出处】 孙呈祥主编. 软组织损伤治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：140

图 24－6

①摇晃；②拔伸；③屈按

【手法操作】 按揉法、指压法、擦法、拿法，骶髂关节复位法等。取关元俞、小肠俞、膀胱俞、中膂俞、秩边、委中等穴。病人取俯卧体位，医生位于患侧，分别由竖棘肌自上而下，从股后经臀到骶髂关节处用按揉法，最后在病变骶髂关节处重点施行按揉法约 10 分钟。而后再按压关元俞、中膂俞、秩边等穴，拿委中，擦骶髂关节即可。若属骶髂关节软组织损伤，经推拿治疗即可见效，若经数次医治无效，应考虑是否伴有骶髂关节错位的可能。骶髂关节错位的复位方法有以下两种：

1. 单人复位法　病人取俯卧位(以左侧骶髂关节错位为例)，医生面对病员位于足部，以右足跟蹬在健侧的坐骨结节上，双手握住患者踝关节，然后在足跟用力向前蹬的同时，双手用力向后牵拉患肢，即可得以复位。一旦复位成功，病人立即可感疼痛消失，行动如常。若一次未能成功者，可再行第二次复位，或改用双人复位法。

2. 双人复位法　病人俯卧，双手向前拉住病床，医生立于有病变的骶髂关节一侧，双手掌重叠置于骶髂关节，作好向下按压的准备，一助手立于病人的足部，而对病人，以双手紧握患侧的踝关节，作好单腿纵向牵伸的准备。医生双手按压骶髂关节，助手作单腿的纵向牵伸，在一瞬间完成这一复位手法，使错位的骶髂关节得到整复。

3. 若属骶髂关节陈旧性损伤所致的慢性腰痛，可选用祛瘀止痛摩膏为介质在损伤局部以按揉法治疗为主，并可配合擦法和湿热敷。

【注意事项】 对于骶髂关节损伤或错位的病人，经推拿治疗后，虽然消除了病痛，但最好能卧硬床休息一周，有利于损伤组织的修复。

【文献出处】 陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：54－55

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者站其旁，用手掌在患侧腰部、骶髂部及下肢外侧做揉法数次，然后在骶髂部及臀部作拨筋法数次。

2. 体位同上，用拇指或肘尖按压大肠俞、小肠俞、骶髂关节处的痛点、环跳、殷门、委中，然后一手按压骶髂关节痛点，另一手扳住患侧下肢的膝关节向后上方做过伸法 3～5 次。

3. 患者侧卧位，患侧在上，患侧下肢屈曲，医者站其后，用肘部按压居髎、阳陵泉。若骶髂关节向后错位。患者仰卧位，医者站其旁，用手指在下肢前外侧做揉拿法数次，若骶髂关节向前错位，可做患肢屈髋屈膝挤压法。其具体方法是令患者屈髋屈膝至最大限度，肌肉放松，医者用双手掌或肘部压住其膝关节，稍加活动，猛力向下方按压 2～3 次，有时可听到骶髂关节复位的响声（图 24－7）

图 24－7　屈髋屈膝挤压法

【注意事项】　伤后注意休息，避免久坐及长时间行走，可用理疗或药物治疗。

【文献出处】　北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：221

【手法操作】

1. 急性期　患者俯卧位，医者立其患侧。先在患侧压痛的骶髂部用掌根按揉 10 分钟，手法宜轻柔，将压痛的骶髂部擦热后，用湿热敷法在该部。

2. 非急性期　①患者俯卧位，术者立其患侧，先用滚法施治于骶髂部及其周围和患侧臀部 10 分钟；分别按揉八髎、秩边、居髎、环跳、委中等穴，每穴 30 秒；术者一手按压在患侧骶髂部，一手做髋关节的后伸并外展持续 15 秒后放下，再做髋后伸和外展，如此反复 5 遍；将患处擦热，或再加以湿热敷法。②患者仰卧位，利用“4”字试验检查法，做分离骶髂关节动作 8～10 遍；用揉法治疗髂腰肌和股内收肌（均为患侧）；搓法施治于患侧大腿 30 秒，结束治疗。

【注意事项】

1. 临床医师对本病做出诊断时，要严格与早期的强直性脊柱炎做鉴别，避免漏诊或误诊。

2. 患者要注意保暖，卧硬板床。

3. 防止再次“扭伤”，急性期要多加休息，以助症状的缓解或消除。

【文献出处】　王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：772－773

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者重点放在压痛点及其周围、足太阳经筋，足少阳经筋，在患者的腰臀及下肢反复施用滚法，配合压痛点按压及循经按压（治足太阳膀胱经）。同时，拿捏肌痉挛明显处，反复操作，直至肌肉放松为止。手法由轻渐重，使患者感到局部舒适，疼痛减轻。

2. 滚法与被动运动配合，患者仍取俯卧，医者以一手在患者腰臀部（以压痛点为主）施用滚法，另一手则配合做下肢的后抬腿及外展动作。以期腰臀肌肉进一步放松。

3. 拔伸屈腰：（以右侧为例）患者仰卧，术者站于右侧，右前臂托住患者的小腿后侧，左手

置于患肢下方，将患肢踝关节夹于腋下，然后用力夹持患肢向卜牵引，听到骶髂关节有弹响感传出，即将患肢髋关节极度屈曲，并使大腿外展及外旋。

4. 压髋后伸：患者俯卧，医者站于右侧，左手拉住大腿前部，右手则按于患者臀部（髂骨翼部位），相对用力。如（3）法施用后，症情已缓解，则不必再做（4）法，倘若仍无好转，则可加用（4）法。

5. 患者取俯卧，由上至下反复数遍。

【注意事项】 急性骶髂关节扭伤，经过手法整复后，即可指导患者进行自主性运动功能锻炼，主要应加强稳定骶髂关节协调功能的肌肉，如腹肌、腰背肌、臀大肌、股四头肌、腘绳肌及髂腰肌等，锻炼方法同腰椎间盘突出症。通过锻炼，可使萎缩的肌肉恢复正常，脊椎和骶髂关节的平衡得到恢复，避免脱位的复发。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：347－348

【手法操作】

1. 患者俯卧，医者站于患侧，在骶髂及腰臀部用滚法治疗，配合按揉八髎、环跳，大肠俞，关元俞诸穴以及下肢后伸活动，手法宜轻。

2. 患者仰卧位，医者立于患侧（以右侧为例），用右腋夹住病人右足踝部，右肘屈曲位，以前臂背侧托病人小腿后面，左手搭于患肢膝关节的前侧，右手搭于左侧前臂中 1/3 处，然后用力挟持患肢，向下牵引 1～2 分钟。

3. 患者如为前错位，取健侧卧位，健侧下肢伸直，患侧屈髋屈膝，医者站于前面，一手按住病人肩前部向后固定其躯体，另一手按住患侧臀部，向前移动至最大限度，然后两手同时对称用力斜扳。

4. 患者如为前错位，取仰卧位，医者站于患侧，一手托住患肢小腿后侧，另一手夹住患侧髋部，作最大限度的屈膝屈髋，然后在屈髋位作快速伸膝和下肢拔伸牵引动作。

5. 患者如为后错位，取健侧卧位，健侧下肢伸直，患肢膝部置于 90°屈曲位。医者站于身后，一手向前抵住患侧骶髂关节，一手握住患肢踝上部，向后扳至最大限度，然后两手作相反方向推拉。

6. 患者如为后错位，医者站于患侧，一手向下压住患侧骶髂部，一手托住患肢膝前部，两手对称用力，使下肢后伸至最大限度，然后两手同时作相反方向的骤然扳动，在整复时可听到复位关节的弹响声。

7. 患者俯卧位，医者站于健侧，在患侧骶髂部用按、弹拨理筋手法，然后再用擦法，以透热为度。

【注意事项】

1. 在整复错位时，手法作用力的中心要在骶髂关节。手法沉着有力，快速不粗暴。

2. 椎拿治疗后，腰及下肢不宜作大幅度活动。最好在两髋两膝屈曲位卧床休息。

3. 注意局部保暖，有利于损伤愈合。要避免新的损伤因素，以防造成习惯性骶髂关节脱位。

【文献出处】 李业甫主编. 中国推拿治疗学[M]. 上海：上海中医药大学出版社，1994：333－334

【手法操作】

1. 按揉法 患者取俯卧位，肢体放松，医者先用两手大拇指或手掌，自大杼穴开始由上而下，经大肠俞至下肢环跳、委中、承山、昆仑穴及腰骶部，施行按揉法，次用手掌或大鱼际部按揉脊柱两旁肌肉，使气血流畅，筋络舒展。

2. 推理腰肌 医者立于患者腰健侧，以双手拇指在压痛点上方自棘突旁把骶棘肌向外下方推开，由上而下，直至髂后上棘，如此反复操作 3～4 次。

3. 捏拿法 医者用两手拇指和其余四指指腹对合用力、捏拿腰部肌肉，捏拿方向与肌腹垂直，从 L1 起至腰骶部臀大肌，由上而下、先轻后重、先患侧后健侧，重点捏拿腰椎棘突两侧骶棘肌和压痛点最明显处。反复捏拿 8～10 次。

4. 搬按法 医者一手按其腰部，另一手肘关节屈曲，用前臂抱住患者一侧大腿下 1/3 处，用力将下肢向后上抱起，两手配合，一手向下按压腰骶部，另一手托其大腿向后上提拔搬腿，有节奏地使下肢一起一落，随后摇晃拔伸，有时可听到响声，每侧做 3～5 次。

5. 揉摩法 医者从掌根或小鱼际肌着力，在患者腰骶部进行揉摩手法。从上至下，先健侧后患侧，边揉摩边移动，反复进行 3～5 次，使腰骶部感到微热为宜。

【注意事项】 可配合固定与练功、药物治疗和封闭等疗法。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：730－731

【手法名称】 骶髂关节损伤与错位的治疗手法

【手法操作】

1. 基本手法 手法复位前需明确患侧髂骨旋转方向。前错位者，采用单髋过屈复位法；后错位者，采用单髋过伸复位法。复位时需固定健侧下肢，防止骨盆旋转，以免影响复位效果。

2. 骶髂关节前错位复位手法 以右侧为例。患者仰卧床沿，两下肢伸直。助手按压左下肢膝关节。医者立于患者右侧，右手握患者右踝或小腿近端，左手扶按右膝。先屈曲右侧髋、膝关节，内收外展 5～7 次。再往对侧季肋部过屈右髋、胯关节，趁患者不备用力下压，此时常可闻关节复位响声或手下有关节复位感。手法完毕。

3. 骶髂关节后错位复位手法 以左侧为例。

(1)俯卧单髋过伸复位法之一：患者俯卧床沿。医者站立于患者左侧。右手托患肢膝上部，左掌根压左骶髂关节。先缓缓旋转患肢 5～7 次。医者尽可能上提患者左侧大腿过伸患肢，左手同时用力下压骶髂关节，两手成相反方向搬按，此时可闻关节复位响声或手下有关节复位感，手法完毕。此法适用于体弱及肌肉欠发达患者。

(2)俯卧单髋过伸复位法之二：患者俯卧，医者站立床上，左足立于患者右侧，面向患者下身，右足跟置于患侧骶髂关节处，然后双手过伸提拉患肢至最大限度(即患侧骨盆距床板 10～15 cm)，并保持这一高度。右足跟猛力下蹬患侧骶髂关节(此时患者腰椎由过伸位恢复至伸直位)，可闻关节复位响声或足下有关节复位感，手法完毕。此法适用于身强体壮、肌肉发达的患者。

(3)侧卧单髋过伸复位法：患者右侧卧位，患肢在上，健肢在下自然伸直。医者立于其后，右手掌根顶推患侧髂后上棘(或医者左足立地，右足跟顶推髂后上棘)，左手握左踝。先小幅度过伸患肢，趁患者不备，医者左手拉左踝使患肢过伸，右手(或右足跟)同时顶推髂后上棘，

两手向相反方向推拉，可闻关节复位响声或手下有关节复位感，最后嘱患者作患肢蹬空动作。

4. 妊娠期患者骶髂关节复位手法　根据患者骶髂关节韧带松弛的特点与腹部不宜加压的特殊情况，采用“患肢牵抖手法复位”。患者仰卧床沿，患肢靠外侧，两手拉住床头（或由助手牵拉其两腋下）。医者右腋夹住患肢踝部，右手绕过患肢小腿后侧搭在左前臂中段，左手紧握患肢小腿中上段，如此对抗牵拉 1～2 分钟，用力往下牵抖即可。

【文献出处】 潘之清主编. 实用脊柱病学[M]. 济南：山东科学技术出版社，1996：863－864

【手法操作】

1. 基本治法　患者俯卧位，医者立其患侧，分别沿竖棘肌、股后经臀到骶髂关节处用四指推法或滚法，然后在病变骶髂关节处重点施行按揉法，约 10 分钟，最后按压八髎、秩边、关元俞等穴。

2. 急性期　患者取俯卧位，双手拉住病床，医者立于患侧，双手掌重叠置于骶髂关节作好向下按压的准备；一助手立于患侧的足部，双手握患侧的踝关节，做好单腿纵向牵拉的准备，医助共同配合使错位的骶髂关节得到整复。

3. 恢复期　在基本治法的基础上，医者一手按压在患侧骶髂部，一手做下肢的后伸并外展 3～5 遍，并选用祛瘀止痛膏为介质在损伤局部按揉 5 分钟左右，以达舒筋通络、解除粘连的效果。

【注意事项】

1. 治疗期间，患者注意休息，局部保暖，并卧硬板床。

2. 戴腰围保护，防止过分劳累。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：325－326

【手法操作】

1. 患者取俯卧位，肢体放松，术者先以柔和的滚法施术于脊柱两侧膀胱经，自大杼穴至骶部操作 3～5 遍；然后掌按揉脊柱两旁肌肉至骶部，操作 3～5 遍；再以拇指按揉大肠俞、八髎、秩边、环跳、委中、承山、昆仑等穴，每穴约 1 分钟，以酸胀为度。

2. 以双手拇指在压痛点上方自棘突旁把骶棘肌向外下方拨开，由上而下，直至骶后上棘，反复操作 3～5 遍。

3. 术者以两手拇指和其余四指指腹对合用力，捏拿腰部肌肉，从第一腰椎起至腰骶部臀大肌，由上而下，先轻后重，先患侧后健侧，重点捏拿腰椎两侧骶棘肌和压痛最明显处。反复捏拿 8～10 次。

4. 术者一手按其腰部，另一手以前臂托起一侧大腿，用力将下肢向后上托起，两手配合，一手向下按压腰骶部，另一手将大腿向后上托起，有节奏地使下肢一起一落，每侧做 3～5 次。擦热患处。

【注意事项】

1. 伤后宜卧床休息，以减轻疼痛，缓解腰肌痉挛，防止继续损伤。

2. 疼痛缓解后，宜做腰部背伸锻炼；后期宜加强腰部的各种功能锻炼。

3. 局部要保暖，避免风寒入侵。

【文献出处】 钟蓝.痛证推拿[M].北京:科学技术文献出版社,2001:520-521

【手法名称】 魏指薪治疗骶髂关节损伤的手法

【手法操作】

1.患者俯卧位,术者点按疼痛部位,反复10次。而后按揉疼痛周围,连作3节为1次手法。

2.患者站立位。令其两足分开,距离与两肩同宽,两手臂上举。助手一手托住其肘部将其肢体尽量上提,术者两手叉住患者腰部,拇指在后紧对肾俞穴,转动患者腰部,反复10次。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编.中国手法诊治大全[M].北京:中国中医药出版社,2001:624

【手法操作】

1.患者俯卧,点按委中、大肠俞、关元俞、阿是穴等处,再用双手掌或大鱼际按揉腰骶两侧肌肉组织。

2.用拿捏法拿捏腰部两侧肌肉,拿捏方向与肌腹垂直,从腰起至腰骶臀大肌,由上而下、先轻后重,重点拿捏腰骶椎棘突两侧的骶棘肌和压痛点。

3.用斜扳法或后伸扳法扳患侧下肢,有时可听到响声。

4.叩击腰骶部,并用擦法治疗,以局部透热为度。

【注意事项】 治疗期间,患者注意体息,局部保暖,并卧硬板床。

【文献出处】 李明磊主编.推拿学[M].北京:科学出版社,2002:155

第二节 髂腰及骶髂部韧带损伤

【手法操作】

1.放松腰骶部肌肉,病人俯卧。在患侧腰骶部及腰部,用滚、按法治疗,手法宜深沉有力并较缓慢,同时配合下肢后伸被动活动。

2.在患部肌肉较放松的情况下,用按、揉法在压痛点处治疗,然后再在压痛点与髂腰韧带成垂直方向作弹拨法。

3.在患部沿髂腰韧带纤维方向及骶棘肌纤维方向作斜向和直向擦法,以透热为度,最后可加用热敷。

【注意事项】

1.腰部避免作过度前屈和侧弯活动,尤其不能作弯腰提重物的活动。

2.睡硬板床,局部注意保暖。

3.髂腰韧带位置较深,在治疗时不能用蛮力,以免损伤体表肌肤。

【文献出处】 上海中医学院.中医推拿学[M].北京:人民卫生出版社,1985:115-116

【手法操作】

1.放松腰骶部肌肉:病人俯卧,在患侧腰骶部及腰部,用滚、按法治疗,手法宜深沉有力并

较缓慢，同时配合下肢后伸被动活动。

2. 在患部肌肉较放松的情况下，用按、揉法在压痛点处治疗，然后再在压痛点与髂腰韧带成垂直方向作弹拨法。

【注意事项】 髂腰韧带位置较深，在治疗时不能用蛮力，以免损伤体表肌肤，腰部避免作弯腰提重物的活动，睡硬板床，局部注意保暖。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：539－540

【手法操作】

1. 患者俯卧，医者用手在患侧腰骶部做揉按法数遍，手法要深沉有力。同时配合下肢后伸被动活动。

2. 用按揉法在患部肌肉放松时施术。

3. 在患部沿髂腰韧带纤维方向及骶棘肌方向作斜向擦和垂直擦法，以透热为度。

【注意事项】 腰部避免做过度前屈和侧屈动作，尤其不能做弯腰提重物的动作。

【文献出处】 北京按摩医院编. 中国按摩全书[M]. 北京：华夏出版社，1993：222

【手法操作】

1. 急性型

(1)指按居髎穴：嘱患者取俯卧位，脐水平线以下的腹部区域垫枕。医者立于患者的患侧，以“单手拇指按法”或“两拇指叠合按法”治疗患者患侧的居髎穴处。一按一放，持续治疗数十次。

(2)指按环跳穴：患者及医者的体位如上，医者以“单手拇指按法”或“两拇指叠合按法”治疗患者患侧的环跳穴。一按一放，持续治疗 30～40 次。

(3)指推局部：体位如上，医者以“单手拇指推法”治疗患者的患侧，沿着与髂腰韧带纵轴相垂直的方向进行，持续治疗数 10～100 次。手法的力度须适当，动作应缓慢，每分钟不超过 30 次。

(4)局部湿热敷：患者仍取俯卧位，充分暴露患侧的髂腰韧带处。医者以湿热毛巾，敷于患者患侧髂腰韧带处及其周围区域。待毛巾的热度不足时，即更换之，如此更换 3～4 次。

2. 慢性型

(1)掌揉局部：嘱患者取俯卧位，于腹下垫枕。医者立于患者的患侧，以“单掌揉法”，治疗患者患侧的髂腰韧带处，待患者的局部有温热感后，再持续治疗 10～100 次。手法的动作应略缓慢，每分钟不超过 70 次。

(2)拿承山穴：嘱患者取仰卧位，医者立于患者的患侧，以“单手拿法”治疗患者患侧的承山穴，持续治疗 10～20 次。手法的动作应缓慢。

【注意事项】 避免长时间地旋转腰部、侧屈腰部，或长时间地向侧前方屈曲腰部。患者应低枕仰卧于硬板床，且于腰下垫枕，其高度约与患者一手的第五掌骨处的中部厚度相等。

【文献出处】 金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：405－406

【手法操作】

1. 指揉中髎俞穴 嘱患者取俯卧位，医者立于患者的患侧，以“单指揉法”，治疗患者患侧的中髎俞穴，持续治疗数 10 次。

2. 指揉白环俞穴 患者及医者的体位如上，医者以“单指揉法”治疗患者患侧的白环俞穴，持续治疗 100～300 次。

3. 指揉秩边穴 体位如上，医者以“单指揉法”治疗患者患侧的秩边穴，持续治疗 10 次。

4. 滚局部 体位如上，医者以“单手滚法”治疗患者患侧骶棘韧带的体表投影处，持续治疗 2～10 分钟。手法须柔和深透。

5. 掌揉局部 体位如上，医者以“单掌揉法”治疗患者患侧骶棘韧带的体表投影处，持续治疗 100～300 次。

6. 滚大腿后侧 患者仍取俯卧位，患侧膝下垫枕，医者立于患者的患侧，以“单手滚法”治疗患者患侧大腿的后侧面。先自其近端始，逐渐治向远端，然后再从其远端，逐渐治向近端；如此往返，持续治疗 2～3 次。

7. 滚小腿后侧 体位如上，医者以“单手滚法”治疗患者患侧小腿的后侧面。先自其近端始，逐渐地治向远端，再从其远端逐渐地治向近端，如此往返，持续治疗 2～3 次。

8. 拿承山穴 嘱患者取仰卧位，医者立于患者的患侧，以“单手拿法”治疗患者患侧的承山穴，持续治疗 10～30 次，手法的动作应缓慢。

【注意事项】 避免作大幅度的躯干前屈或侧屈动作，避免躯干旋转幅度过大。局部疼痛明显时，应嘱患者俯卧于床。

【文献出处】 金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：409－410

第三节 骶髂关节半脱位

【手法操作】 术者右腋夹住患者足踝部，右前臂托住小腿后侧，左手托住大粗隆强屈髋、膝两关节整复骶髂关节前脱位。对于骶髂关节后脱位者，可强伸髋关节，推送髂骨后侧整复骶髂关节后脱位复移位。

【文献出处】 天津市天津医院，石家庄市交通运输局医院合编. 按摩[M]. 北京：人民卫生出版社，1974：17－18

【手法操作】

1. 同急性腰扭伤准备手法，按压“委中”穴。
2. 同低平面腰扭伤治疗手法 2，按压“大肠俞”穴。
3. 同低平面腰扭伤治疗手法 3，按压“关元俞”穴。
4. 同低平面腰扭伤治疗手法 4，两手掌重叠放于腰 4～5 平面之背侧左右摇摆。
5. 同低平面腰扭伤治疗手法 5，以掌根沿背伸肌揉按。
6. 同低平面腰扭伤治疗手法 6，用两手拇指推挤、揉、按两侧背伸肌。
7. 同低平面腰扭伤治疗手法 7，两手持踝向下牵引。

8. 患者仰卧位，术者立于患者右侧（以右侧为例），用右腋下夹住患者右足踝部，右肘屈曲位以前臂背侧托住患者小腿之背侧，左手搭于患肢膝关节的前侧，以右手搭于左手前臂中1/3处，此时用力夹持患肢，向下牵引1～2分钟。有时可听到复位关节的弹响。

9. 术者右腋下夹住患者右足踝部，以右前臂托住小腿后侧，左手手掌托住大粗隆，以强力屈曲其髋、膝关节，至最大限度为止。然后将病侧下肢稍外展再施行牵引。此手法可整复前脱位。

10. 患者侧卧位，患侧在上，健侧在下。术者立于患者后侧，以左手推住患者右侧髂骨翼的后部，右手持握患者右足踝上部，将膝放于90°屈曲位。此时，右手向后猛牵右足踝部，同时左手向前推按右髂骨后上棘，两手呈相反方向推拉，有时骶髂关节处弹响。此手法可整复后脱位。

11. 患者左侧卧位，将右上肢放于背后，左下肢髋、膝放于伸直位，右下肢髋，膝屈曲位放于左下肢的上侧。术者立于患者背侧，以右肘放于右髂骨翼后侧，左肘放于右肩的前侧，两肘呈相反的方向推至最大限度。然后，在两肘左右分离，前后相反方向的用力下骤然地斜搬。可在腰部听到清脆的弹响。此法可整复后脱位。

【文献出处】 天津市天津医院，石家庄市交通运输局医院合编. 按摩[M]. 北京：人民卫生出版社，1974：111－112

【手法操作】

1. 前错位　患者仰卧。术者站于伤侧，用一手大鱼际远侧部按于患侧髂骨前，虎口朝下，4指轻放在腹股沟处，拇指置于股外侧，另一手扶持膝下部，自然屈膝使髋屈曲90°角。步骤：①两手用稳力垂直向髂后方冲击推压；②继而扶膝之手使髋充分屈曲，按髂之手同时向后用力推压，此刻常觉髂骨移动或伴“咔嚓”声响；③按髂之手改为掌心朝健侧，虎口贴近髂骨前侧，于髋外翻位向内上方间断推压髂骨数次。

2. 后错位　患者健侧卧位或俯卧位。术者以手掌的掌根部向前托住伤侧髂后上棘处，另一手拿足踝部，渐渐伸髋至最大限度，然后托髂骨之手用力向前下方速推，使髋过伸，觉髂骨移动。

【注意事项】

1. 关节整复后，须松解臀部肌筋膜和股内收肌群，合并有腰骶部小关节损伤者，待伤情稳定后再予以整复。

2. 需适宜制动，一般至少卧床休息2～3周。前错位者于腘窝部放置厚棉卷垫，维持伤侧屈髋位，避免对髂骨的牵拉。

3. 本症病人骶髂关节囊与韧带受损，不易稳定，3个月内不作负重劳动。

【文献出处】 王福根. 常用软组织损伤手法治疗[J]. 北京：人民军医出版社，1981：58－60

【手法操作】

1. 舒筋活血

（1）病人俯卧。医生站于患侧，在骶髂及腰臀部用滚法治疗大肠俞、关元俞等穴，以及下肢后伸活动。手法宜轻。配合按揉八髎、环跳。

(2)病人仰卧位。医生立于患侧(以右侧为例),用右腋下夹住病人右足踝部,右肘屈曲位,以前臂背侧托病人小腿后面,左手搭于患肢膝关节的前侧,右手搭于左侧前臂中1/3处。然后用力挟持患肢,向下牵引1~2分钟。

2. 整复向前扭转错位的方法

(1)病人健侧卧位,健侧下肢伸直,患侧屈髋屈膝。医生站于前面,一手按住病人肩前部向后固定其躯体,另一手按住患侧臀部,向前推动至最大限度。然后两手同时对称用力斜扳。

(2)病人仰卧位。医生站于患侧,一手托住患肢小腿后侧,另一手扶住患侧髋部,作强力髋膝屈曲至最大限度。然后在屈髋位作快速伸膝和下肢拔伸的动作。

整复向后扭错移位的方法:①病人健侧卧位。健侧下肢伸直,患肢膝部置于90°屈曲位。医生站于身后,一手向前抵住患侧骶髂关节,一手握住患肢踝上部,向后扳至最大限度。两手作相反方向推拉。②病人俯卧位。医生站于患侧,一手向下压住患侧骶髂部,一手托住患肢膝前部,两手对称用力,使下肢后伸至最大限度。两手同时作相反方向的骤然扳动。在整复时,常可听到复位关节的弹响声。

3. 理筋通络　病人俯卧位。医生站于健侧,在患侧骶髂部用按,弹拨等手法理筋,然后在患侧骶髂部用擦法,以透热为度。

【注意事项】

1. 在整复错位时,手法作用力的中心要在患侧骶髂关节,手法要沉着有力,快速而不粗暴。

2. 推拿治疗后,病人症状可立即缓解,但因骶髂关节囊及韧带均有损伤,稍一扭错易再复发,故在治疗成功后两周内,腰及下肢不宜作大幅度活动,最好在两髋两膝屈曲位卧床休息。

3. 局部保暖。

【文献出处】　上海中医学院.中医推拿学[M].北京:人民卫生出版社,1985:117

【手法操作】

1. 复位　令患者俯卧床上。髂骨向上脱位者,一助手立于患者健侧,面向患者头侧,用两手叠按在患者坐骨结节部位,准备向上推之。术者立于患侧,与助手对面站立,两手重叠放在患侧髂骨翼后上缘,准备向下推之。二人准备就绪后,让患者肌肉放松,待病人肌肉松弛后,二人同时用力推,即可复位。如一次未成功,可再作1~2次复位后病人立即感到轻松,活动时疼痛大减或完全消失。复位后,还须作一次稳定关节手法,上述体位不变,术者两手交叉用手掌分别按在患者两侧髂后上棘部,分别向外推按3~4次以稳定复位后的关节。

2. 单人复位法　患者俯卧床上,术者立于患侧(以左侧髂骨向上移位为例,用右跟蹬在患者健侧的坐骨结节上,双手握住患肢踝部,在足跟上蹬的同时,双手向下牵引下肢,借间接外力将向上脱位的髂骨复位,复位后用稳定关节手法操作2~3次即可。如为陈旧性损伤,常好复发,可再予复位。

3. 固定　新伤不需固定,复位后即可正常活动。损伤超过三周,复位后避免负重3~5周。

4. 功能锻炼　除患侧不作负重活动外,其他部位和关节均不限制活动。

【文献出处】　湖北省中医药研究院编.实用骨伤科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,1986:224

【手法操作】 患者俯卧，医生立于一侧。前侧半脱位临床少见，故略之。主要发生在后侧半脱位。医生用单手或双手按揉腰臀部，手法宜轻，使局部肌肉放松。患者变侧卧位，健侧腿在下并伸直，患肢膝部置于90°屈曲位。医生在背后，一手向前抵住患侧骶髂关节，一手握住患肢踝部，向后扳至最大限度，两手作相反方向推位。可听到或触感到复位的声音。有些患者用此法不能达到复位时，可改用下法：患者俯卧位，助手双手握其患肢踝部用力向外牵拉，医生双手重叠放于患侧骶髂关节处实施压迫手法。利用反作用力使半脱位复位或交锁得以缓解，然后用掌根挫其八髎穴透热为度。

【文献出处】 常健，陶万明，李瑞生. 推拿与运动损伤[M]. 北京：北京科学技术出版社，1991：107

【手法操作】

1. 基本治法

（1）患者俯卧。医者立其患侧，在骶髂及腰臀部用滚法治疗。按揉八髎、环跳、大肠俞、关元俞等穴，配合下肢后伸活动。

（2）患者仰卧位。医者立于患侧（以右侧为例）用右腋下夹住患者右足踝部，右肘屈曲位，以前臂背侧托患者小腿后面，左手搭于患肢膝关节的前侧，右手搭于左侧前臂中1/3处。然后用力挟持患肢，向下牵引。

2. 随证加减

（1）向前扭转错位任选一下列方法复位。

①患者健侧卧位，健侧下肢伸直，患侧屈髋屈膝。医者站于前面，一手按住患者肩前部向后固定其躯体，另一手按住患侧臀部，向前推动至最大限度，然后两手同时对称用力斜扳。

②患者仰卧位。医者站于患侧，一手托住患肢小腿后侧，另一手扶住患侧髋部，作强力髋膝屈曲至最大限度，在屈髋位作快速伸膝和下肢拔伸的动作。

（2）向后扭转错位任选一下列方法复位。

①患者健侧卧位，健侧下肢伸直，患肢膝部置90°屈曲位。医者站于身后，一手向前抵住患侧骶髂关节，一手握住患肢踝上部，向后扳至最大限度，然后两手作相反方向推拉。

②患者俯卧位。医者站于患侧，一手向下压住患侧骶髂部，一手托住患肢膝前部，两手对称用力，使下肢后伸至最大限度，然后两手同时作相反方向的骤然扳动（图8-2）。在整复时，常可听到复位关节的弹响声。

【文献出处】 陈志敏，陈湘伟. 实用推拿治痛法[M]. 北京：中国医药科学技术出版社，1993：122-123

【手法操作】

1. 患者俯卧。术者先以滚法在骶髂、腰臀部治疗，按揉次髎、环跳、大肠俞、关元俞诸穴，以舒筋解痉、活血止痛，便于复位操作。

2. 令患者仰卧。术者将患侧踝部夹于腋下，并用此手托住小腿后面，另一手按在患肢髌骨上方，再将夹患侧踝部的手握住另一手腕部，向后拔伸牵引1~2分钟。如为旋前半脱位者，以屈髋伸膝法整复令患者仰卧位，术者站于患侧，一手扶住患侧膝部，另一手强力屈曲患肢膝髋关节至最大限度，然后在屈髋位快速伸直膝关节并向上拔伸，利用大腿后部肌肉的紧张，牵拉

髂骨向后旋转复位。如为旋后半脱位者，以下肢后伸法整复，令患者俯卧，术者站于患侧，以一手用力按住患侧骶髂部，另一手托住膝前部，两手相对用力，将下肢后伸至最大限度，再稍用力作骤然扳动，利用大腿前方肌肉的紧张，牵拉髂骨向前旋转复位。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：481－482

【手法名称】 骶髂关节拔伸法

【手法操作】 患者仰卧，会阴部垫一软枕。术者站于患者足端，用一手按住患者膝部，另一手用腋部挟住小腿下段，前臂穿过其胭后，握住另一手的前臂下部，再以一足跟部抵住患者的会阴部软枕处。准备就绪后，术者身体逐渐后仰，手脚协同用力，将患侧下肢沿纵轴方向进行拔伸牵拉。

【注意事项】 在做骶髂关节拔伸法之前，应先用招法、按揉法等手法将骶髂关节周围的肌肉放松，以利于骶髂关节拔伸法的操作和关节的复位。在骶髂关节复位后，应嘱患者在屈髋屈膝位卧床休息2～3周，以利于关节囊及周围组织的修复。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：439－440

【手法操作】

1. 患者俯卧，术者以掐法配合按揉法施于患侧腰骶部的八髎、环跳、大肠俞、关元俞等穴位，以放松骶髂关节周围的软组织便于复位，约5分钟。

2. 患者仰卧，术者将患侧踝部夹于腋下，并用此手托住小腿后侧，另一手按在患侧髌骨上方，再将夹患侧踝部的手握住另一手腕部，做拔伸牵引1～2分钟。

3. 整复手法

（1）前脱位：患者取健侧卧位，健侧下肢伸直，患肢屈膝屈髋，术者一手按住患者肩前部向后推，另一手（或屈曲的肘）放在臀部，向腹侧用至最大限度，两手做对称的用力扳动，可行数次。另一方面患者仰卧，健侧下肢伸直，术者立于患侧，一手置于膝关节上，另一手托住患肢小腿后侧，屈膝屈髋至最大限度，做快速的伸膝动作，并向上拔伸，反复3～5次。

（2）后脱位：患者卧于健侧位，健侧下肢伸直，患肢屈膝至90°，术者立其身后，一手抵住患侧骶髂关节，一手握住患肢踝部（或勾握患肢的膝部）向后扳至最大限度，两手突然用力做相反方向的推拉动作。另一方面患者取俯卧位，术者立于患侧，一手按住患侧骶髂关节，另一手托住膝前部，将下肢后伸至最大限度，突然用力向后扳动。

4. 复位后，患者俯卧位，术者立于健侧，在患侧骶髂关节部涂以药物性传导油作为介质做擦法，以透热为度。

【注意事项】

1. 骶髂关节半脱位如合并有耻骨联合分离，应适当延长固定时间。

2. 应避免做弯腰、负重物等工作，防止骶髂关节再次损伤。

【文献出处】 王之虹，严隽陶主编. 中国推拿大成[M]. 长春：长春出版社，1994：820－821

【手法名称】 张长江治疗骶髂关节半脱位手法

【手法操作】

1. 膝顶复位法 患者坐位，术者站于背后，双手环抱患者双腋下，向上徐徐持续牵引，然后向骶髂关节患侧一方旋转并使患者身体略向后仰。术者以左腿同时紧紧顶住患者右侧骶髂关节，当患者身体被旋到一定程度时，双手与膝交错用力，可闻及响声。

2. 推拉法 患者侧卧。术者一手撤住骶椎，一手握住患侧踝部，先使膝关节屈曲 90°，而后一手向前推，一手用力使患侧下肢向后过伸，先轻轻晃动几下，再突然用重力向后一拉，使髂骨向后旋转，此时可听到局部有声音发出，此法用于整复髂骨向前半脱位。

3. 屈髋法 仰卧位，术者立其患侧，一手扶抱患者小腿远端，一手按患者膝关节，将患者髋关节过度屈曲，该关节后面软组织牵拉的力量将髂骨向前旋转，即可闻及复位声。此手法多用于髂骨向后半脱位。

4. 拔伸 仰卧位，术者站于患侧，将患侧小腿紧夹于术者腋下，手绕过患者小腿后面，另一手置于患膝关节的髂骨上方，向脚的方向持续牵引 1 分钟后，术者稍稍松劲，待患侧髋部稍有回松时，即紧接用劲拔伸患肢，此时感到患侧下肢有一弹响震动感传出，根据情况拔伸 1～2 次。此法多用于整复骶髂关节上半脱位。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：255－256

【手法名称】 黄乐山治疗骶髂关节半脱位手法

【手法操作】 有 5 法。

（1）患者侧卧，健肢在下伸直，患肢在上。术者立其身后，一手按住患侧骶髂关节部，一手握患侧小腿远端，使患肢屈曲 90°，在髋略外展、后伸位向后牵拉至一定角度，双手突然交错用力，可闻及复位声（图 24－8）。

（2）与第一法近似。患者侧卧，健肢在下屈曲，双手抱膝（以防腰骶代偿活动），其余动作与上法相同。

（3）患者俯卧位，术者立于患侧，一手按患侧骶髂关节处固定，另一手由小腿前侧绕过，托住大腿远端前侧，将患肢提起，在髋关节外展后伸拉向后提拉至适度角度，双手突然交错用力，可闻及复位声（图 24－9）。

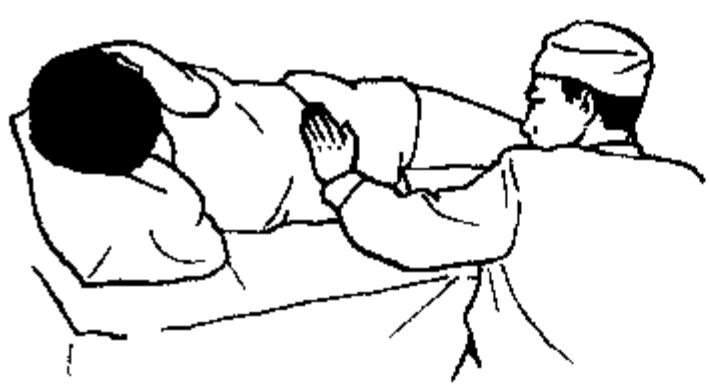


图 24－8 黄乐山治疗骶髂关节半脱位手法之一

图 24－9 黄乐山治疗骶髂关节半脱位手法之二

（4）患者仰卧位，健肢伸直。助手按住髂嵴固定骨盆。术者立于患侧，令患者屈膝、屈髋，

一手握小腿远端，一手按压膝部，向下加压，使其尽量屈曲，然后在髋外展位将患肢骤然伸直。

(5)自行复位法：患者扶墙，健肢负重站立，患肢屈曲，令其咳嗽，在咳嗽同时，患肢用力向下蹬腿、伸直，反复数次，即可自行回位。此法适用于早期及症状较轻者。

【文献出处】 宋一同主编. 当代各家手法治疗软组织损伤荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：256

【手法名称】 侧卧位推按整复法

【手法操作】

1. 准备手法　患者俯卧位，两膝伸直，医者两手拇指分别同时点按双侧跗阳、承山穴各1分钟。再用肘尖分别点按双侧环跳穴各1分钟，点按时要求逐渐加大点按力量，以患者感到较强的酸麻胀感为宜，点按1分钟后徐徐放松，点按后一般会感到下肢发热。

2. 整复手法　以右侧为例，两法可分别选用，也可配合应用。

(1)患者侧卧位，患侧在上，医者立于患者后侧，左手推按右侧髂骨翼后部，并用左膝髌骨顶住患者右侧髂后棘，右肘部穿过患者右膝前方，右手向后猛力牵右膝部，左手及左膝同时向前顶推髂翼的后部及髂后棘，多可听到骶髂关节对位的弹响声，即示复位成功。

(2)患者侧卧位，患侧在上，医者立于患者后侧，左膝顶住右侧髂后棘，左手置于患者右侧髂骨嵴后部向前推按，右手握住患者右踝关节上方向后牵拉，两手同时反方向用力，可听到骶髂关节复位的弹响声。

3. 结束手法　整复手法成功后，嘱患者取俯卧位，双手拉住床头(或嘱助手用双手拉患者双侧腋窝部)。医者双手分别握住患者左右踝关节部拔伸牵引，同时抬高下肢，使患者腹部稍离床面左右摆动10次，再上下抖动10次，最后手掌拍击骶髂关节处10余次。

【注意事项】

1. 手法整复前对腰背部及臀部肌肉韧带的松解是必要的。准备手法中的点穴疗法可使局部肌肉、韧带紧张状态得以缓解，为骶髂关节半脱位的复位奠定良好的基础。根据骶髂关节半脱位的病理特点，整复手法是否成功是其治疗的关键，因此在整复过程中听到骶髂关节弹响声，示复位效果好，患者疼痛当即明显减轻，行走自如。拔伸摆抖和拍击法，可疏通经络，滑利关节。

2. 本病由于解剖，生理特点，易复发。在手法成功后，患者要取仰卧位，休息2～3天，并在1周内避免剧烈活动，以巩固复位效果。

3. 本病在明确诊断后，治疗越早，效果越好，以免组织粘连、变性，导致骨质增生，给治疗带来困难。对患过类风湿性关节炎，骨结核和肿瘤者慎用此法，年纪较大的患者手法宜轻，不可使用暴力。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：107－109

【手法名称】 仰俯卧位选择整复法

【手法操作】

1. 仰卧位整复法：适用于骶髂关节前错位。以右侧为例，患者仰卧位，两手指交叉抱住枕部。助手立于患者左侧，按压住患者健侧下肢。医者立于患者右侧，右手握住患肢踝部，左手扶住膝关节，强力屈膝屈髋至最大限度，在患者呼气末的瞬间向下稍偏内用力(图24－10)。

2. 俯卧位整复法：本法适用于骶髂关节后错位。以右侧为例，患者俯卧位，术者站于一侧（左右均可），一手掌根按压住患侧骶髂关节部，另一手将患侧腿向后上方抬至最大限度，在患者呼气末时两手协同瞬间反方向用力（图 24－11）。

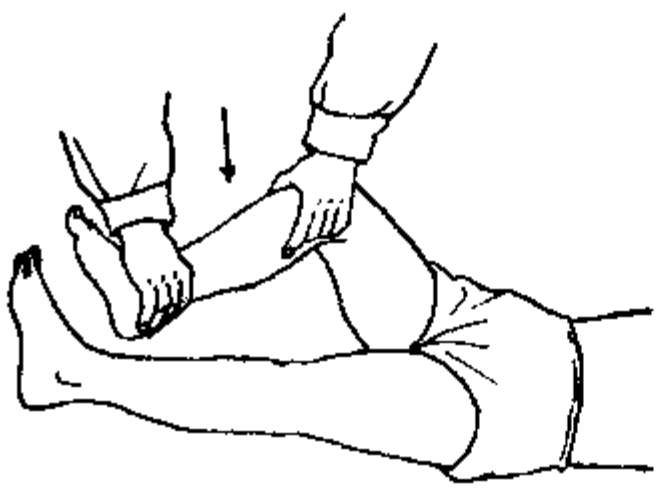


图 24－10 仰卧位整复位

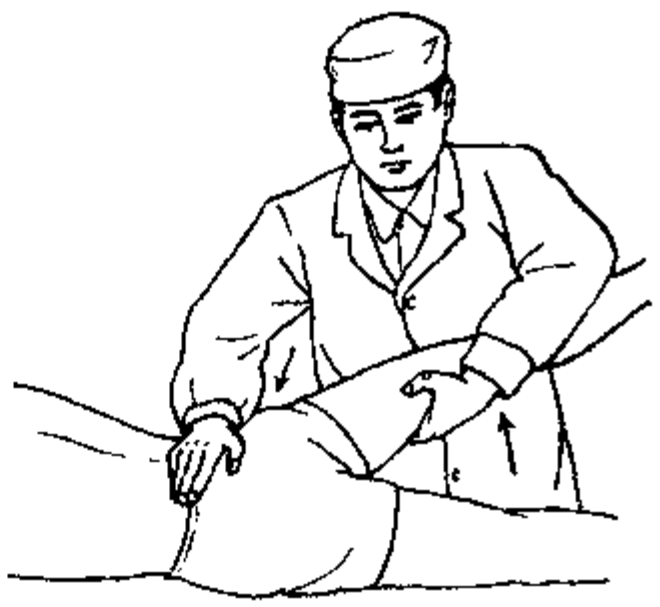


图 24－11 俯卧位整复法

3. 复位完毕，患者俯卧位，医者站于一侧在患者腰骶骶臀及下肢部施以滚、按、揉、推等手法，以患侧为主。最后用肘部按压两侧梨状肌 1～3 分钟，以患者感觉局部酸胀或向下肢放射为宜。

【注意事项】

1. 骶髂关节结构牢固，复位时力度大，必须排除骨质病变，方可复位。对年老体弱、妊娠妇女或其他急性病者慎用。复位时多数可听到关节的“咔嚓”声响或关节轻微的移动感。检查两侧髂后上棘在同一水平线上，方为复位成功。

2. 本手法主要在于纠正骶髂关节的错位，松解局部软组织，使病变组织恢复正常的解剖位置，消除病理因素，从而达到解除或减轻对局部组织的压迫或刺激，使排尿功能紊乱得到纠正。手法的目的在于使错位的骶髂关节复原，疏通周围的经络，使足太阳经等得以正常运行，病变即可痊愈或好转。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：109－112

【手法名称】 俯卧位后伸牵引法

【手法操作】

1. 经穴按摩法 应用外科疾病按摩基础手法。

（1）手法：点、按、揉、拿、推、摩、切、搬、摇等手法。

（2）穴位：主穴：金门、申脉、跗阳、三阴交、公孙、承山。辨证选用委中、承扶、环跳、风市、阳陵泉等穴。此步骤为推拿法的准备阶段。

2. 俯卧位后伸牵引法

（1）牵引推拿法：该手法适用于骶髂关节向前半脱位者。患者取俯卧位，医者站于患侧，右侧肘尖压患侧骶髂关节处，助手握住患侧踝关节处牵引下肢并维持牵引状态约 1 分钟后，再用力向下牵引下肢，同时医者用力向下推压（图 24－12）。双方动作要协调一致，重复 2 次。

（2）后伸推拿法：该手法适用于骶髂关节向后半脱位者。患者取俯卧位，医者站于健侧，

一手掌按压住患侧骶髂关节，另一手托扶患侧大腿前部，同时摇晃患肢，并嘱患者放松下肢，趁其不备用力后伸下肢，同时按压骶髂关节处，手掌可感觉到微动或弹响，证明复位（图 24－13）。有的人感觉不到弹响，但两侧髂后上棘在同一水平线即可视为复位。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：112－115

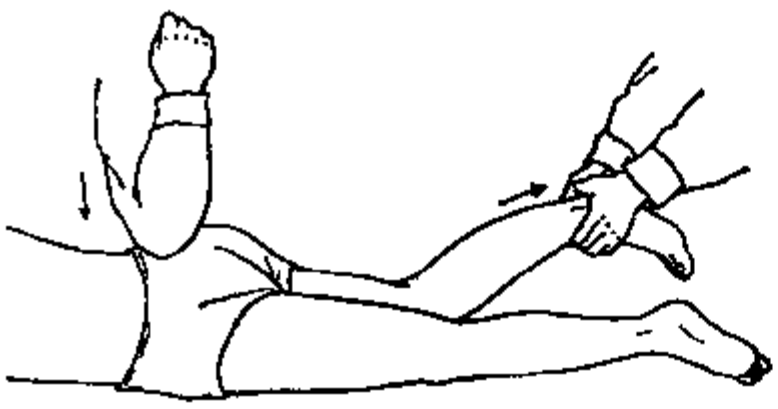


图 24－12 牵引推拿法

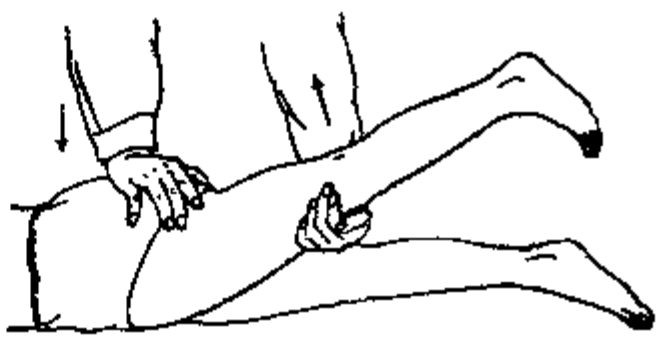


图 24－13 后伸推拿法

【手法名称】 骶髂关节错缝的效验推拿手法

【手法操作】

1. 脚蹬手拉复位法 患者俯卧，术者握住患者踝部，然后用脚用力向上蹬坐骨结节，同时用力牵拉下肢，使其复位。

2. 推送复位法 患者体位同上。一助手双手重叠压住患者坐骨结节，准备向上顶推，术者面对助手重叠压住患侧髂后上棘，准备向下推送。二人同时用力相对推送，使其复位。此外，还可采用伸压推复位法和牵抖法。

【文献出处】 陈敏，陈映辉，连国钦. 效验推拿与自我按摩治疗 300 病[M]. 北京：中国中医药出版社，1994：76

【手法名称】 旋转顿推复位法和顿推复位法

【手法操作】

1. 前错缝，采用旋转顿推复位法。患者仰卧板床上，术者站于患侧，一手按压患侧髂前上棘处以固定，另一手由健侧插入患者背后，扳拉健髋部向前，且向患侧旋转，双手同时用力，猛然将错缝复合，即可听到弹响声或弹动感。

2. 后错缝，采用顿推复位法。患者俯卧于板床上，术者站于健侧，令患肢膝关节屈曲，术者一手托持患肢膝关节使患髋过伸，一手按压患处，推骶髂关节向前，两手同时猛然用力，即可听到弹响声或感到弹动感。患者疼痛消失或大减，表明复位成功。

【注意事项】 复位后无需固定，卧床休息数日即愈，也可局部外贴活血止疼膏药。

【文献出处】 郭维淮主编. 平乐正骨[M]. 北京：中国中医药物出版社，1996：613

【手法名称】 骶髂关节向后半脱位的治疗手法

【手法操作】

1. 指揉背部膀胱经第一侧线 嘱患者取俯卧位，医者立于患者的一侧，以“单指揉法”治

疗患者背部膀胱经第一侧线处，自膈俞穴起，至骶骨白环俞穴止。自上而下，每侧各治疗3次。手法移动须缓慢，力度应适当。

2. 指揉居髎穴，指揉环跳穴　患者及医者的体位如上，医者以“单指揉法”依次治疗患侧的居髎穴、环跳穴，于每个穴位处，各持续治疗数十下。

3. 按腰单腿后伸　患者取俯卧位，医者立于患者的健侧，以居于患者头端较近的一手，用其掌按住患者患侧的腰部，用居于患者足端较近的另一手，握住或托住患者患侧大腿的远端，按住患者腰部的一手向下用力，握住或托住患者患侧大腿远端的另一手将其患侧下肢后伸；两手同时动作。手法须柔和，动作宜缓慢，两手应协调。

【文献出处】 金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：442

【手法名称】 骶髂关节向前半脱位的治疗手法

【手法操作】

1. 指揉血海穴　嘱患者取仰卧位，医者立于患者的患侧，以“单指揉法”治疗患者患侧的血海穴，持续治疗数十下或百余下。

2. 指揉阳陵泉穴　患者与医者的体位同上，医者以“单指揉法”治疗患者患侧的阳陵泉穴，持续治疗百余下。

3. 摇髋关节　患者取仰卧位，医者一手的手指张开，握持患侧膝关节的前面及侧面，另一手握住患侧小腿的远端，两手同时动作，使患者患侧的髋关节在屈膝曲髋的状态下作被动环转运动，沿着顺时针及逆时针方向各做数下。摇动髋关节时，应缓慢柔和。

4. 屈膝曲髋　此动作紧接着“摇髋关节”之后进行。当摇患侧髋关节数下后，使患侧的下肢在屈膝曲髋的状态下置于正中位。医者用握持患侧膝部的手，缓缓地用力下压患侧膝部，使患侧的髋关节缓缓地处于极度屈曲位置，然后使患侧下肢缓慢地伸直。治毕，嘱静卧片刻。

【注意事项】

1. 患者经手法整复后，应休息数日，不可立即负重或作较长距离的行走。

2. 若患者为骶髂关节向后半脱位，患者在一段时间内，应以“下蹲”来替代“弯腰”。

【文献出处】 金德康，曹仁发. 中医推拿临床手册[M]. 北京：人民卫生出版社，1996：442－443

【手法名称】 单人复位法

【手法操作】 令患者俯卧床上，医者立于患侧，面向患者足部，如是左侧，医者用左足跟蹬在患者健侧的坐骨结节上，双手握住患侧下肢，在后用力向上蹬坐骨结节，并向下牵拉下肢使其复位，最后改用两手交叉按压两侧的髂后上棘部位（左手放右侧，右手放左侧），分别向外推按，使向内（脊中线）变位的髂骨得到可靠的复位。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：459

【手法名称】 双人复位法

【手法操作】 患者俯卧床上，助手用两手重叠放在患者健侧的坐骨结节上准备向上推，医者立于助手对面，两手重叠按在患侧的髂后上棘，准备用力下推，二人同时用力相对推之，即

可复位，如一次不行可连作2～3次。最后按单人复位的第二步手法进行复位，即可完复位。

【注意事项】 复位后症状立即大部消失，新伤一次复位即可，一周完全恢复。受伤3周以上者，复位可能再发，再发再治不能拖延，休息3周不再复发者，即为痊愈。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：460

【手法名称】 后扳法

【手法操作】 患者俯卧，医者立于患者健肢侧，一手按压骶髂关节部（髂后上棘处）。另一手握持患肢膝部，上扳患肢，待后伸至最大范围，略施重力，施力方向稍向健侧，手掌下常有滑动感，并可听到“咯嗒”声。

【注意事项】 适用于骶髂关节半脱位（髋骨后上移位型）。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：460

【手法名称】 吴运定治疗骶髂关节半脱位的手法

【手法操作】

1. 解痉手法　患者坐位，医者低坐于病员背面，用拇指推揉法，在患侧骶髂关节周围反复推揉约2分钟，指压八髎、大肠俞、小肠俞、膀胱俞、中膂俞、白环俞。然后自S_1棘起，至尾骶关节处，用拇指端向两侧做抹法，共五遍；患者取侧卧位，患侧在上，指按环跳穴、秩边穴，然后用拇指推揉和掌根推揉法，交替在患侧臀部肌肉上反复交替推揉约2分钟。用拇指按压和指弹拨法。交替反复刺激患侧承扶穴、委中穴，然后用虎口推揉法，提捏法反复交替地施于大腿后侧肌群，约4遍；患者仰卧，患肢微屈髋屈膝位，搁置在医者大腿上，指按髀关穴，沿着大腿股四头肌，自上而下的用虎口推揉法，约五遍。

2. 复位手法

（1）前移型手法令患者斜卧，患侧在上，嘱健侧下肢伸直，患侧下肢取屈髋、屈膝位，以右侧骶髂关节为例，医者用左手的手掌部，抵压在骶骨上向前推，右手勾拉住患侧髂前上棘的前部向后拉，两手作数次相对的推动冲击动作，有时可听到关节的复位声。另一方法是患者取仰卧位，健侧下肢伸直，医者立于患侧用右手（以右侧骶髂关节脱位为例）握住患肢的小腿下端、嘱患者尽量屈髋屈膝，然后医者左手用力按压患肢的膝关节，迫使患肢的膝部向患者胸部靠近，并用力向胸部冲击数次后，迅速将患肢向远端拔伸牵拉数次，促使骶髂关节复位。再一个方法是患者仰卧，健侧下肢伸直，医者立于患侧（以左侧骶髂关节为例），用左手握住患肢的小腿下端，嘱患者屈髋、屈膝，右手虎口按压在患侧髂前上棘处，手掌压住髋关节外侧大粗隆向下推送，医者在用自己左侧胸壁推压患肢极度屈髋、屈膝的同时，医者右手虎口和掌根向下推按髂前上棘和大粗隆，有时能听到复位声。

（2）后移型手法：令患者侧卧位，健侧在下，患肢在上，并屈髋、屈膝。医者立于病员的背侧（以右侧骶髂关节半脱位为例），用右手掌向前推患者右半髂骨翼的后侧，左手掌拉住患者右肩前部向后，使腰部旋转至最大限度，甚至手中感到腰部有弹回的感觉。然后两手骤然用力作相反方向的推、拉动作，有时能听到复位声。另一方法是患者取侧卧位，患侧在上，嘱患者健侧下肢、膝关节、髋关节伸直，医者立于患者的背侧（以右侧骶髂关节半脱位为例），左手掌按

压在右半髋骨翼的后侧，嘱患者屈曲膝关节，医者右手勾握住患肢的膝部，使其后伸，甚至患者感到腹部有板紧感觉。此时，医者的左、右手再骤然用力，作相反方向的扳、推手法，有时能听到关节复位声。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：460－461

【手法名称】 刘寿山的侧卧摇晃屈戳法

【手法操作】 患者侧卧床边，伤侧下肢在上。助手蹲在患者背后，一手扶在腋下，另一手掌按在伤处。医者一手拿住伤侧下肢的踝部，将伤肢拔直，另一手掌扶在髋部。拿踝部之手由外向里环转摇晃伤肢6～7次。医者将伤侧下肢下腿挟在腋下进行拔伸，然后将伤肢屈曲，使膝关节靠近胸部，足跟接近臀部，同时扶髋部之手改按在伤处，在助手之手背上进行戳按，最后将伤肢伸直。再用揉、捻法按摩舒筋。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：461

【手法名称】 程玉来治疗骶髂关节半脱位的手法

【手法操作】

1. 按压法　患者仰卧患侧屈髋90°，医者位于患者健侧。一手按住膝部固定，另一手用掌部触于髂骨外侧方，用力向下按压即可使骶髂关节向前移位获得复位。

2. 推按法　患者侧卧，医者一手握住患者踝部，另一手触于骶髂关节位。操作时用力向后拉踝使下肢后伸，同时用力向前推按髂骨，此时可听到有回位响声，使向后移位之髂骨平复复位。

3. 过伸膝顶法　患者坐位，医者双手扳住患者双侧肩臂并用下肢单侧膝关节顶住患侧骶髂部，操作时双手向后扳肩，同时用膝关节顶撞骶髂部1～2次，即可复位。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：461

【手法操作】

1. 准备手法

(1)患者俯卧，医者站于患侧，在骶髂及腰臀部用滚法治疗。配合按揉八髎、环跳、大肠俞、关元俞等穴，及下肢后伸活动。手法宜轻。

(2)患者仰卧，医者立于患侧(以右侧为例)，用右腋下夹住患者右足踝部，右肘屈曲位，以前臂背侧托患者小腿后面，左手搭于患肢膝关节的前侧，右手搭于左侧前臂中1/3处。然后用力夹持患肢，向下牵引1～2分钟。

2. 治疗手法

(1)整复向前扭转错位的手法：

①患者健侧卧位，健侧下肢伸直，患侧屈髋屈膝。医者站于前面，一手按住患者肩前部向后固定其躯体，另一手按住患侧臀部，向前推动至最大限度。然后两手同时对称用力斜扳。

②患者仰卧位，医者站于患侧，一手托住患肢小腿后侧，另一手扶住患侧髋部，作强力髋膝

屈曲至最大限度。然后在屈髋位作快速伸膝和下肢拔伸的动作。

(2)整复向后扭转移位的手法：

①患者健侧卧位，健侧下肢伸直，患肢膝部置于90°屈曲位。医者站于身后，一手向前抵住患侧骶髂关节，一手握住患肢踝上部，向后扳至最大幅度。然后两手作相反方向复位。

②患者俯卧位，医者站于患侧，一手向下压住患侧骶髂部，一手托住患肢膝前部，两手对称用力，使下肢后伸至最大限度，两手同时作相反方向的骤然扳动。在整复时，常可听到复位关节的弹响声或指下波动感。

3. 结束手法 患者俯卧位，医者站于健侧，在患侧骶髂部用按压弹拨等手法理筋，然后在患侧骶髂部用擦法，以透热为度。

【注意事项】

1. 在整复错位时，手法作用的中心需在患侧骶髂关节，手法要沉着有力、快速而不粗暴。

2. 推拿治疗后，症状可立即缓解，但因骶髂关节囊及韧带均有损伤，稍一扭错，易再复发，故在治疗成功后二周内，腰及下肢不宜做太大幅度活动，最好在两髋两膝屈曲位卧床休息。同时应配合中药外治法，中药离子导入等疗法，消肿止痛，舒筋活血，以利损伤的康复。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：885－886

第四节 骶髂关节错缝

【手法名称】 樊春洲的骶髂关节错缝复位手法

【手法操作】 患者俯卧床上，助手由下向上用双手叠赶推健侧坐骨结节，医者面对助手用两手叠起放在患侧髂骨嵴后侧，由上向下推之，二人相对同时用力，连推3次即可，医者用两手掌交叉分别按在髂骨后上棘处，分别向两侧用力推按3次，即能复位。

【注意事项】 治疗原则为逆痛疗法，也就是说手法治疗时，多朝着痛的方向用力，以痛制痛。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学(卷四：整骨手法学)[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：178－179

【手法操作】

1. 单人复位法：病人取俯卧位(以左侧骶髂关节错位为例)，医生面对病人位于足部，以右足跟蹬在健侧的坐骨结节上，双手握住患者踝关节，然后在足跟用力向前蹬的同时，双手用力向后牵拉患肢，即可得以复位。一旦复位成功，病人立即可感疼痛消失，行动如常。若一次未能成功者，可再行第二次复位，或改用双人复位法。

2. 双人复位法，取俯卧位，双手向前拉住病床，医生立于有病变的骶髂关节一侧，双手掌重叠置于骶髂关节，作好向下按压的准备，助手立于病人足部，面对病人，以双手紧握患侧的踝关节，作好单腿纵向牵伸的准备，医生、助手，共同配合(即医生双手按压骶髂关节、助手作单腿的纵向牵伸)，在一瞬间完成这一复位手法，使错位的骶髂关节得到整复。

3. 若属骶髂关节陈旧性损伤所致的慢性腰痛，在损伤局部以按揉法治疗为主，并可配合擦法和湿热敷。经推拿治疗后，卧硬床休息一周，有利于损伤组织的修复。

【注意事项】 无论采用何种方法复位均需按前法局部按揉，按压俞穴、拿委中，然后方能进行有效的复位。

【文献出处】 金义成，彭坚编著. 中国推拿[M]. 长沙：湖南科学技术出版社，1992：338

【手法操作】

1. 脚蹬手拉复位法 患者俯卧，术者握住患足踝部，然后用力向上蹬坐骨结节，同时用力牵拉下肢，使其复位。

2. 推送复位法 患者体位同上。一助手双手重叠压住患者坐骨结节，准备向上顶推，术者面对助手重叠压住患侧髂后上棘，准备向下推送。二人同时用力相对推送，使其复位。此外，还可采用过伸压推复位法和牵抖法。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：385

【手法操作】

1. 手法复位

第一法：患者侧卧位，健肢在下伸直，患肢在上。术者立其身后，一手按住患侧骶髂关节部，另手握患侧小腿远端，使患膝曲屈90°，患髋略外展、后伸拉向后牵拉至一定角度，两手骤然交错用力，有时可闻响声。

第二法：与第一法近似。患者侧卧位，健肢在下屈曲，双手抱膝（以防腰骶代偿活动），其余动作与上法相同。

第三法：患者俯卧位。术者立于患侧，一手按患侧骶髂关节处固定，另一手由小腿前侧绕过，托住大腿远端前侧，将患肢提起，在髋关节外展后伸拉向后提拉至适当角度，双手骤然交错用力，可听及响声，示已复位。

第四法：仰卧位，健肢伸直。助手按髂脊固定骨盆。术者立于患侧，令其屈膝、屈髋，一手握小腿远端，一手按压膝部，向下加压，使其尽量屈曲，然后在髋外展位将患肢骤然伸直。

2. 自行复位法 患者扶墙，健腿负重站立，患肢屈曲，令其咳嗽，在咳嗽同时，患肢用力向下蹬腿，伸直，反复数次，即自行复位。此法适用于早期及症状较轻者。

【文献出处】 丁季峰主编. 推拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：410－411

【手法操作】 患者仰卧位（以右腿为例）。助手固定患者下肢的健侧，勿令翻动。术者一手握住患肢的踝上，另一手握膝部，先轻轻屈伸摇晃膝、髋关节，待患者肌肉放松时，作由内向外的“反问号形”旋转运动（右腿长者），或由外展向内收的“反问号形”旋转运动（右腿短者），然后屈伸髋关节至最大限度。

【文献出处】 胡晓斌编著. 运动损伤推拿学[M]. 北京：人民军医出版社，1994：243－244

【手法操作】 患者取俯卧位，先用拇指点压腰及骶髂腧穴2～4分钟，再用揉、滚、推、按等手法反复操作，以疏通经络。准备手法结束后，可选用以下手法复位。

（1）牵拉按压法：以右骶髂关节错缝为例。术者用左足蹬在患者坐骨结节上，双手握住患足踝部，然后用力向上蹬坐骨结节，并向下牵拉下肢，同时令助手双手掌交叉按两侧的髂后上

棘部位，分别向外推按，可得到满意的复位效果（图 24－14）。

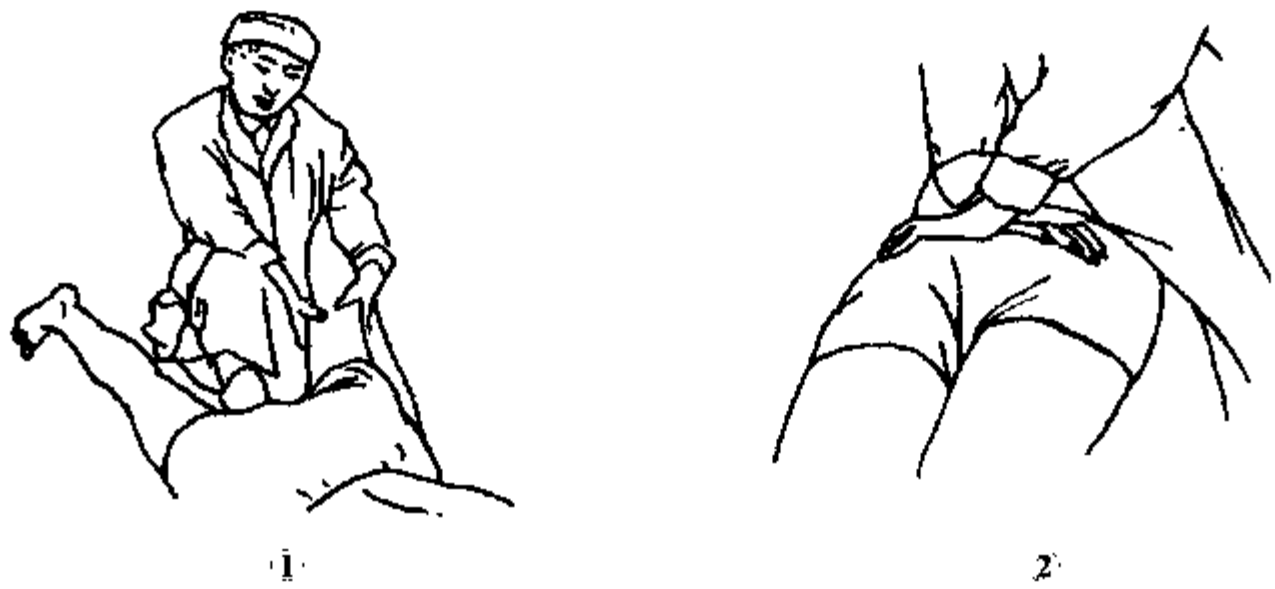


图 22－14　牵拉按压法

（2）推抖法：体位同前。一助手双手重叠顶住坐骨结节，准备向上推挤。术者面对助手，双手分别按住两侧髂骨翼，二人同时相对用力，如整复较困难的可持续用力数分钟，使之回位。令患者双手叩住床头，用力牵引抖动下肢数次，可使错缝的骶髂关节完全复位（图 24－15）。

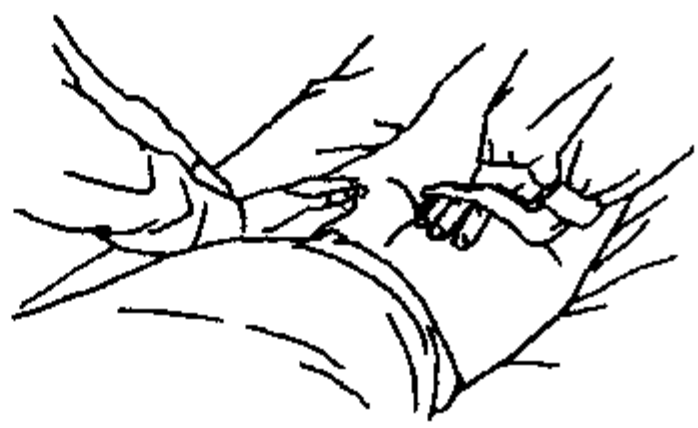


图 24－15　推抖法

【注意事项】　一般不需特殊固定，卧硬板床休息 1～2 周即可。

【文献出处】　王云凯. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：672

【手法名称】　双人复位法

【手法操作】

1. 患者俯卧，术者和助手分别立于患者两侧，双手重叠，掌根用力，一人把手放在患侧髂骨棘上，作向下推的准备，一人把手放在患侧坐骨结节上，作向上推的准备。令患者肌肉放松，然后二人同时用力 1～2 次，即可复位。

2. 牵抖法：患者俯卧，双手拉住头部上端的床缘。术者双手掌根撤压骶髂关节部，助手握住患侧踝部，使下肢外展约 30°左右，并用力抖拉 35 次，在牵抖的同时术者用力往下撤压骶髂关节，若闻及弹响或有髂骨移动感，示复位成功。

3.（摆动按摩法）助手拉患者双侧腋窝部，术者双手分别握住患者双踝，进行拔伸牵引约 1 分钟后，在牵引的同时，抬高下肢，使小腹部稍离床面，进行左右摆动和上下抖动各 15～20 次。

【文献出处】　包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：172

【手法名称】　双手反旋法

【手法操作】　患者侧卧，患侧在上屈髋屈膝，健侧下肢自然伸直。术者立于背侧腰部，一手扶握臀上部髂嵴处前推，另一手扣握同侧腹股沟同时向后拉动，反时针旋动髂骨，双手同时

用力，听到弹响或手感髂骨旋动为佳。术后病减、阳性体征消失为手法成功。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：172

【手法名称】 仰卧屈髋屈膝按压法

【手法操作】 以右侧为例，患者仰卧，双手抱头，患侧躯干及下肢靠近床沿，健侧下肢伸长，令助手将其压住。术者右手握住患者踝关节稍上方，左手扶住膝关节稍下部，患者右下肢屈髋屈膝，先做顺逆时针方向运摇髋关节二十次的准备手法，然后缓慢用劲压向患者腹部，待屈髋同屈膝至最大限度时，术者突用手劲向患者躯干右侧按压，此时闻及关节弹响，即为复位。若未闻复位声，此时再将右下肢的膝部向左侧转，使左肩、右膝及右踝部三点成一直线，用力缓缓下压，至髋膝屈曲最大限度时，术者用瞬间的爆发力，向患者的左上腹部按压，听到弹响声，复位成功。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：172－173

【手法名称】 旋转抬腿法

【手法操作】 患者取站立位，双足成人字形站立，双手扶住桌子边缘。术者双手扶持患者双侧骨盆，双手拇指按压骶髂关节部位。令患者作腰骶部左右弧形旋转数次，幅度由小而大。然后（以右侧为例）术者右手拇指按压骶部，左手握其大腿，用力向后上抬高（即使前屈的髋关节猛向后上过伸），闻响复位。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：175

【手法名称】 俯卧推扳法

【手法操作】 将床尾放下约30°，用高约10 cm的枕头垫于下腹部作为杠杆支点，一助手拉患者腋窝向上，另一助手拉患腿向下，术者两手按压患者两侧髂骨，同时向外分推按压，使髂骨复位。接着行扳顶骶髂，术者一肘部顶压患侧骶髂，另一手握病人患腿向后上方猛提拉，使腰脊过伸，闻及弹响示复位成功。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：175

【手法名称】 双手四步正骶法

【手法操作】 患者俯卧，下肢自然伸直。术者站立于一侧，双手叠加放于骶骨的向后突隆及有压痛处。术者双臂伸直，上身微前倾，运力于双手，用掌根下按，一起一落，轻巧而有节奏、有弹性地按压2～3次。痛减或骶骨突隆处平复为度。

【注意事项】 注意用力适度，切忌用暴力。

【文献出处】 包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：175

【手法名称】 双手压嵴纠翻法

【手法操作】 患者侧卧，病侧向上，下肢自然伸直。术者立于患者背侧腰部，双手重叠或并列，抓握患侧髂嵴部，双肘微屈，上半身微前倾，双手用力向前下方推按髂嵴部2～3次。术毕，嘱患者俯卧，检查患侧阳性体征消失或疼痛减轻为手法成功。

【注意事项】

1. 手法用力要适当，切忌暴力。有腰椎峡部裂，腰椎前滑脱者不宜作后伸法复位。对有习惯性流产、妊娠期禁用屈膝屈髋冲压法和斜扳手法。

2. 骶髂关节错缝的同时，常伴有梨状肌综合征、腰椎间盘突出症、腰扭伤，对有关疾病应作相应的治疗。

3. 骶髂关节错缝整复后，局部要保暖，卧硬板床休息 2～3 周，一周后逐渐开始轻柔和缓的运动，离床活动时可配戴弹力带以固定骨盆，近期内腰及下肢不宜作大幅度活动，避免做跳、跑、踢球等剧烈活动，对于巩固治疗效果，促进扭伤修复，防止复发有积极意义。

患者宜作加强腰背肌功能锻炼，以巩固疗效，减少复发。

【文献出处】　包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：175－176

【手法名称】　旋转顿推复位法和顿推复位法

【手法操作】

1. 前错缝，采用旋转顿推复位法。患者仰卧板床上，术者站于患侧，一手按压患侧髂前上棘处以固定，另手由健侧插入患者背后，扳拉健髋部向前，且向患侧旋转，双手同时用力，猛然将错缝复合，即可听到弹响声或弹动感。

2. 后错缝，采用顿推复位法。患者俯卧于板床上，术者站于健侧，令患肢膝关节屈曲，术者一手托持患肢膝关节使患髋过伸，一手按压患处，推骶髂关节向前，两手同时猛然用力，即可听到弹响声或感到弹动感。患者疼痛消失或大减，表明复位成功。

【注意事项】　复位后无需固定，卧床休息数日即愈，也可局部外贴活血止疼膏药。

【文献出处】　郭维淮主编. 平乐正骨[M]. 北京：中国中医药物出版社，1996：613

【手法操作】

1. 脚蹬手位复位法　患者俯卧床上，术者立于患侧，右侧骶髂关节错缝，术者用右足跟蹬在患者坐骨结节上，双手握住患足踝部，然后用力上蹬坐骨结节，同时用力牵拉下肢，使其复位。

2. 推送复位法　患者俯卧位，一助手双手重叠压住患者坐骨结节，准备向上顶推。术者立于助手对面，双手重叠压住患侧髂后上棘，准备向下椎送。二人同时用力相对推送，使其复位。亦可在推送的同时，让一助手握住患侧踝部向下牵引。

3. 过伸压推复位法　患者侧卧位，患侧向上。术者站于患者背侧，一手按压骶骨，一手握住患肢踝部，先使其膝关节屈曲 90°，然后一手推骶骨向前，另一手拉患肢向后使之呈过伸位，先轻轻推拉数下，再重力向后一拉，使髂骨向后旋转而复位。

4. 牵抖法　患者俯卧位，双手抓住床头。术者站于床尾，两手分别握住患者两踝，逐渐向下牵引身体。在牵引的同时，抬高下肢，使小腹部略离床面。然后左右摆动下肢数次，在摆动下肢的过程中上下抖动数次，使其复位。

【文献出处】　薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：305－306

【手法操作】　以右侧为例，患者仰卧，右下肢靠床沿，医者站立于患者右侧，右手握患者

右踝，左手扶按右膝。助手按压患者伸直的左下肢膝关节处，医者先半屈曲患者的右下肢，内收外展 3～5 次，再过屈患者右髋膝关节，用力往对侧季肋部下压（以免引起同侧季肋部挫伤）。此时常可闻关节复位响声或手下关节复位感。最后协肋患者做患肢蹬空动作，手法完毕。

【注意事项】 本法适用于骶髂关节前错位。有以下情况者要慎用手法治疗：

1. 年老体弱，妇女妊娠期、月经期。

2. 有严重心、肝、肾、肺等器质性疾病者。

3. 伴有传染病急性期，恶性肿瘤及骨与关节结核者。

4. 局部有感染病灶或皮肤病者。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：892

第五节 髋部扭挫伤

【手法操作】

1. 取穴 环跳，承扶、居髎、委中为主穴。

2. 手法 推、拿、搓、摇。治疗时以臀部，腹股沟部为主，下肢后侧为次。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿医士学校. 中医推拿学[M]. 上海：上海科技卫生出版社，1959：103

【手法操作】

1. 重抚法 医者以右手手掌大小鱼际着力，从病人远端开始作向心性推抚，以局部施术为重点，反复操作多次。

2. 掌揉法 医者以右手手掌着力，在病人患部用力揉动。此法有舒筋活络的作用。

3. 点压法 医者以右手大拇指指端着力，在病人疼痛过敏处（阿是穴）进行点压。患处周围之环跳、居髎以及委中等重点穴位，也应反复刺激，以止痛。

4. 运动法 以髋关节牵引法和内外旋转法为主。

【文献出处】 乳山县人民医院海阳所分院. 推拿疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1976：109

【手法名称】 髋关节一过性滑囊炎的效验推拿手法

【手法操作】

1. 患者仰卧，医者站在患侧，一手按髂骨，一手握住患肢踝部，将伤肢抬起离床 30°左右，拿踝之手轻转摇晃伤肢，而后令患者髋、膝尽量曲，医者改用一手扶膝部，一手握拳沿大腿纵轴叩击扶膝之手的手背 2～3 次。而后一手用拇指顶在患侧坐骨结节的内上方，用力向上推拿，一手拿踝关节将伤肢缓缓拔直。

2. 体位同上，医者手提握患侧踝部，伸膝作由内收到外展到内收的划圈动作，晃髋只是做弧形摇摆。

3. 体位同上，患肢屈髋膝、医者斜坐于足侧或站于床端侧，双手指相嵌抱于患者膝上股骨远端，小幅度拉放后骤然一拉使其伸髋，身体向下滑动，重复一遍。

4. 患者俯卧，用一手拇指揉拨股二头肌及坐骨结节处止点数下。

【文献出处】 陈敏，陈映辉，连国钦主编. 效验推拿与自我按摩治疗300病[M]. 北京：中国中医药出版社，1994：97

【手法操作】

1. 患者仰卧位，用点按揉法，点揉髀关、阴陵泉、足三里、阳陵泉、血海。每穴约2分钟，做术前准备，以减轻疼痛，放松肌肉。

2. 用一指禅推法或滚法，滚推足阳明、足太阴、足厥阴经，以及大腿跟部至膝部，重点股内收肌群。反复多次，直至肌肉放松，再用按揉法按揉上述部位，以解除痉挛。

3. 患者仰卧，一助手用两手分别插入患儿双腋下，术者用双手呈前后位持患者下肢踝部，左手在小腿前侧，右手在小腿后侧与助手作对抗牵引。继而强屈患侧髋关节至最大限度。最后将髋置于90°屈曲位，向上提拉牵引，在牵引下外旋外展伸直其髋关节，可反复几次。

4. 最后用擦法擦股内收肌肌群，以透热为度。然后用搓法搓其大腿和小腿，反复几次，做结束手法。

【注意事项】

1. 在理筋整复手法后，要休息3～7天，如一次手法做不好，可再行手法。

2. 少走路，尤其要避免患肢作外展、外旋动作。

3. 一般情况下，三天至两周内患肢可恢复正常，如两周后症状仍不减轻者，要考虑其他疾病，须进一步检查。

【文献出处】 李业甫主编. 中国推拿治疗学[M]. 上海：上海中医药大学出版社，1994：342

【手法操作】

1. *按揉法* 患者取仰卧位，医者立于患者患侧，用拇指按揉或掌揉法于髋部痛点、阴廉、曲泉、阳陵、及股四头肌部位，按揉5分钟，使紧张的肌肉充分松弛。

2. *弹拨、拔伸法* 在按揉法之后，医者用弹拨法施于最痛处，弹拨5～6次，然后再施按揉法，以缓解疼痛，最后一手扶于髋部，另一手拿住踝部，将髋关节屈曲、内收、外展、转摇，继之嘱患者双手抓住床沿，术者双手握患下肢踝部向下牵引、拔伸，以舒顺筋肉，解除肌筋痉挛。

【注意事项】 本病除手法治疗外，还应配合药物治疗，治宜活血祛瘀，消肿止痛。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：733

【手法操作】

1. 患者仰卧位，医者立于患侧，施四指推法、按揉法于患侧髋关节周围约5～10分钟，然后用弹拨法拨理紧张之筋，以解除痉挛。

2. 患者仰卧，助手固定患者两腋下，医者用双手呈前后位持握患侧下肢，左手在大腿前侧，右手在小腿后侧与助手做对抗牵引，继而被动屈曲患侧髋关节至最大限度，最后将髋置于90°屈曲位，向上提拉牵引，在牵引下外旋外展并伸直髋关节。

3. 按揉阿是穴、环跳、殷门、髀关、居髎，每穴约 1 分钟。

【注意事项】

1. 手法宜轻柔，不应粗暴，以免加重损伤。

2. 急性损伤者需卧床休息，儿童宜卧床，并禁止站立和下地行走，患肢不宜负重。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：328－329

第六节 弹响髋及髂胫束损伤

【手法名称】 弹响髋推拿治疗手法

【手法操作】

1. 病人俯卧 在患侧臀部用深沉缓和的滚法沿臀大肌方向治疗，同时配合髋关节后伸外展的被动运动，使臀大肌放松。再用深沉有力的按揉和弹拨沿居髎至风市，同时结合按揉和弹拨骶部。

2. 病人侧卧 患肢在上。从阔筋膜张肌沿髂胫束到膝部，用滚法治疗。在阔筋膜张肌部手法宜深沉而缓和，到大腿外侧髂胫束处手法宜轻快而柔和。再用按揉和弹拨髂前上棘上方的髂嵴部和大转子处的索状物。随后沿髂胫束用肘尖按，手法宜缓和而有力。再用擦法沿大腿外侧髂胫束及臀大肌、阔筋膜张肌顺纤维方向治疗，以透热为度，大转子部可加用热敷。

【文献出处】 陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：118－119

【手法名称】 弹响髋按摩治疗手法

【手法操作】 髋关节外弹响者，医者一手按住股骨大粗隆，另一手握住髁上，将髋关节屈曲、内收、内旋，然后迅速向下牵抖，使下肢伸直，如有弹响则效果较好。最后在股骨大粗隆处作揉推手法。

【文献出处】 陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：311

【手法名称】 弹响髋的治疗手法

【手法操作】

1. 滚法 患者取俯卧位，医者站于患侧，用滚法于臀部施术并结合髋关节后伸和外展的被动运动。

2. 按揉法 患者取俯卧位，医者站于患侧，用拇指按揉法于骶部及髂嵴外缘施术，以酸胀感为度。

3. 拨法 患者仍取俯卧位，医者站于患侧，用拇指拨法于臀部及髂嵴外缘施术 5～6 次。

4. 弹拨法 患者取侧卧位（患侧向上），医者用掖法于阔筋膜沿髂胫束经膝关节外侧至胫骨部施术，而后用拇指弹拨髂前上棘上方的髂嵴部和大转子处的索状物，最后用拇指按揉法于髂胫束部施术，以酸胀为度。

【注意事项】 上述手法施毕，用掌擦法于臀大肌及大腿外侧部施术，以温热为度。

【文献出处】 王云凯主编. 中华推拿大成[M]. 石家庄：河北科学技术出版社，1995：736

【手法名称】　弹响髋的治疗手法

【手法操作】

1. 患者取俯卧位，医者立于患侧，在患侧臀部用四指推法或滚法沿臀大肌及髂胫束的方向治疗，同时配合髋关节后伸外展的被动活动，约 5～10 分钟，使局部肌肉放松。

2. 患者取侧卧位（患侧在上），用滚法在臀外侧及大腿外侧治疗 5 分钟，然后在股骨大转子上条索状物处用弹拨法（弹拨方向与条索状物成垂直方向）10～20 次，再在条索状物处顺大腿方向做擦法，以局部透热为度。

3. 患者取仰卧位，医者一手扶握患侧膝部，另一手握住患侧小腿下端，做患肢的屈膝屈髋运动约 10～15 次；然后自大腿上端至膝部做搓法，上下来回 5 遍。

【注意事项】

1. 向患者解释清楚，解除心理压力。

2. 局部保暖，谨防受寒。

3. 儿童患者可局部制动；成年人应避免髋部过多活动，如长期行走等。

【文献出处】　邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：330－331

【手法名称】　治疗髂胫束损伤的手法

【手法操作】

1. 解痉手法　此是治疗本病的主要手法，特点是采用强手法，强度视患者的耐受度灵活掌握，以患者几乎无法忍受为宜。过轻则难解已有痉挛，效果较差，过强则患者无法接受，也影响疗效。治疗时，先摸准施术点，动作要干脆利落，即准确、快速、深透。手法有分筋、理筋、镇痛 3 种，一气呵成，重点部位为臀中肌、阔筋膜张肌、大腿外侧下、中 1/3 交界处，3 处约于 0.5～1 分钟左右完成即可。因是强手法，若操作时间太长，易造成局部损伤，出现皮下出血或血肿，此是初学此手法者常犯之错，应慎之以避免这类人为损伤的发生。手法 2～3 天 1 次，经 3～5 次治疗，多有明显效果，是否继续，视病情而定。

2. 放松手法　在上述解痉手法完成之后，紧接在该局部作较为轻柔的掌根揉、捶击等手法，以放松局部软组织，促痉挛松解，可去除由于强手法所引起的不适感。

3. 其他手法　上述手法有针对性地解除髂胫束的痉挛，然而由于髂胫束的损伤，也或多或少、或轻或重地影响了腰、臀、下肢的一些组织，故于上述手法后，可对其他的臀肌、腿肌，如臀大肌、梨状肌、股屈肌、小腿肌等肌肉适当进行揉、搓、拍击等放松手法，也可对坐骨神经的几个穴位做点按或点揉、捶击等手法，以助其放松，促其舒筋活络，行气活血进而更全面地消除症状。

【文献出处】　赖在文. 实用疗伤手法[M]. 广州：广东科学技术出版社，2001：157

第七节　髂腹下神经损伤

【手法操作】

1. 舒筋通络　病人仰卧。用摩法在腹部操作，重点在患侧，手法开始宜深沉缓慢，以后稍加快。然后沿腹外斜肌纤维方向用掌振法治疗。再用弹拨法在患部与髂腹下神经循行路线成

垂直方向治疗。最后可在患部加用热敷，但不宜过烫。

2. 理筋整复　病人俯卧。医生先在下胸及上腰部用轻柔的滚法或按揉法治疗。病人侧卧位，患侧在上，作腰部斜扳法，斜扳中心位置在第一腰椎，或病人取坐位，作第十二胸椎、第一腰椎的旋转复位法治疗。最后再直擦患部，以透热为度。

【注意事项】

1. 本病要注意与尿路感染及急腹症相鉴别。

2. 治疗后，病人在一周内不宜作弯腰负重及腰部旋转活动。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：114

【手法名称】 手牵足蹬法

【手法操作】

1. 点按经穴　患者俯卧位，医者以拇指指腹点按环跳、委中、承山、昆仑、箕门、血海及腹股沟部的冲门穴，并反复滚揉臀部肌肉，以改善髋部血液循环松解肌肉，疏通经络。

2. 手牵足蹬法　以患侧在右为例。患者左侧卧位，双手放在胸前，左下肢呈屈髋屈膝位，右下肢伸直。医者站立，以伸直的左足顶住患者的左脚踝部，双手握住患者的右腿远端，作手牵足蹬对抗牵引。在牵引过程中内旋患者右足并用力下拉，可闻响亮的“咯嗒”声，疼痛可明显减轻，最后以轻揉及拍法结束手法。每日或隔日按摩1次。

3. 随证加减法　合并有第5腰椎棘突偏歪者，在点按时加按肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞以及痛点。

4. 斜扳手法　患者侧卧位，健侧在下，下肢伸直，患侧在上，髋膝半屈曲。医者一手按患者肩部，另一手按髂骨处，双手同时反方向推搬，使腰部扭转至最大限度时骤然加力，可闻及响声。

【文献出处】 王宗强. 中国椎拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：117－119

【手法名称】 点按弹拨法

【手法操作】

1. 施治原则　疏通经络，解痉镇痛，理筋整复。

2. 取穴　胃俞、三焦俞、肾俞、腰眼穴、带脉、居髎及阿是穴等。

3. 手法操作　常用推、按压、拨、滚、擦、扳等法。

(1)患者俯卧位，医者站于患侧，先自上而下推数遍，再用拇指按压胃俞、三焦俞、肾俞各1～2分钟，然后在病区施滚法5分钟后，再用擦法使患部透热为度。

(2)掌根沿腹外斜肌纤维方向按压3～5分钟，手指在患部沿神经分布区纵行方向弹拨1分钟，而后用拇指按压带脉阿是穴，最后用手掌在患部施擦法至透热为度。

(3)患者取坐位，医者用拇指按压腰眼穴和居髎穴各1.5分钟，再做腰部旋转摇扳法，摇扳中心位置在第1腰椎上下。最后嘱患者在家自行热敷患处。

【注意事项】 髂腹下神经无论是局部受压还是损伤，临床上多出现单侧大腿内侧及下腹部撕裂样疼痛，易误诊为泌尿系疾病及急腹症。该病在祖国医学中属腰腿痛范畴。从病痛区看主要在膀胱及胆经经络循行路线上。根据中医局部取穴原则，选用膀胱经及胆经上的穴位，以点按弹拨法治疗。

【文献出处】　王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社,1994:119－121

第八节　髋关节损伤

【手法名称】　风湿性髋关节炎的治疗手法

【手法操作】

1. 取穴　上次髎、居髎、环跳、承扶、伏兔、委中、阴阳陵泉、承山、昆仑、解溪等。

2. 手法　推、滚、点、拿、摇、搓。

3. 操作

(1)患者仰卧于床上,医者用双手将病员下肢在可能活动范围内作有力之左右活动,并将膝部向胸前作屈膝动作,后再把大腿直伸抬举,接着用滚法施于腹股沟至大腿前侧。

(2)患者俯卧于床上,用滚法施于腰臀及大小腿后侧。

(3)患者侧卧于床上,在髋关节处重用滚法,并在环跳穴位上用重点法。

(4)患者再仰卧于床上,患腿屈膝,将该腿小腿部分搁置在另一大腿上,医者一手扳住膝部一上一下作活动,另一手滚于下肢内侧,最后拿委中、承山、摇髋关节,搓下肢及臀。

【文献出处】　上海中医学院附属推拿医士学校. 中医推拿学[M]. 上海:上海科技卫生出版社, 1959:56

【手法名称】　小儿髋关节扭伤的治疗手法

【手法操作】　病人取仰卧位,医生站在患侧,面对病人,将患肢夹于医生腋下(或一手捏拿住患肢膝关节),不时外旋或屈膝屈髋,环转髋关节,另一手食、中两指触及股骨大转子及其关节囊,借髋关节内收、内旋或外展、外旋之力,多在大转子内下方(转子窝)可触及肌筋不正或有皱折,使其按原解剖位置顺正,然后自上而下顺压二遍,病人症状多立即消失,行走自如,嘱病人2～3天内勿急跑(图24－16)。

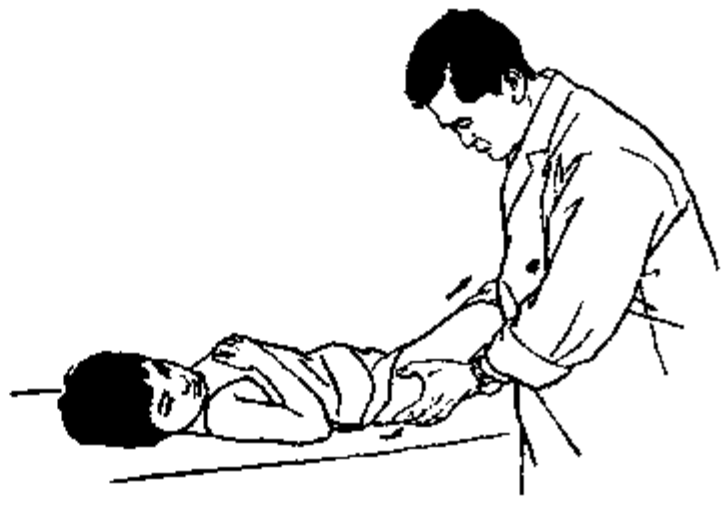


图24－16　小儿髋关节扭伤复位手法

【注意事项】　病程已拖延,症状不缓解,手法检查无明显阳性发现者,应首先除外股骨头无菌性坏死(6～8岁儿童多见),X线片可帮助确诊。

【文献出处】　冯天有主编. 中西医结合治疗软组织损伤[M]. 北京:人民卫生出版社, 1977:133－134

【手法名称】　髋关节暂时性滑膜炎的治疗手法

【手法操作】　本病病程较短,用推拿手法治疗,一般一周左右即可痊愈。

1. 手法　仰卧屈髋法。

2. 手法操作　患者仰卧，术者站在患侧，一手按住髂骨，一手握住患肢踝部，将伤肢拿起离床30°左右，拿踝关节之手轻轻环转摇晃伤肢（图24－17①），而后令患者髋、膝关节尽量屈曲，术者改用一手扶膝部，一手握拳沿大腿纵轴叩击扶膝之手的手背2～3次，或一手拿踝部，单用扶膝部之手稍用力下压（图24－17②）。如为成人，术者可用双手扶膝沿大腿纵轴用力下压。而后术者一手用大指顶在患侧坐骨结节的内上方，用力向上推按，一手拿踝关节将伤肢缓慢拔直（图24－17③）。一次手法后比较两下肢，如伤肢假长未完全消失，可重复使用手法，直至伤肢假长基本消失为止。

【注意事项】

1. 治疗后应嘱卧床休息，避免走路过多。如为小儿需要大人背抱时，只能抱着，不准背负。

2. 有托马氏征阳性者，可在髋部加用热水袋热敷，使痉挛缓解。

【文献出处】　季根林. 推拿简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1981：130－132

①　②　③

图24－17　仰卧屈髋法

【手法名称】　髋关节骨关节炎推拿治疗手法

【手法操作】

1. 病人俯卧位　用深沉有力的滚法在臀部治疗，重点在髋关节，按揉环跳、居髎穴，同时配合髋关节的后伸及外展被动活动，被动活动幅度由小渐大，到病人略感疼痛为止，不可用暴力猛扳。

2. 病人仰卧位　用深沉而柔和的滚法从患侧腹股沟部到膝部，按揉脾关穴，沿大腿内侧到血海穴治疗，同时配合髋关节外展，外旋被动活动，活动幅度亦以病人略感疼痛为度。再作髋关节摇法。

3. 病人侧卧位　患侧在上。在髋关节部位用擦法治疗，以适热为度。

【注意事项】

1. 合适的体育锻炼。

2. 局部保暖。

【文献出处】　陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：117－118

【手法名称】　髋关节损伤的推拿手法

【手法操作】

1. 基本治法

(1)患者仰卧,医者一手扶按患者髋关节痛点,一手拇指揉按患者股内侧上方阳廉穴。

(2)体位同上,医者两手拇指与四指分开分别置于患侧髋翼及股外侧,相对用力将髋外侧及大腿外侧肌肉向上拿起。

(3)体位同上。医者一手依次拿捏患者内收肌。

(4)患者体位同上。医者站患侧一方,将患者小腿挟于腋下,手握其膝腘部,另一手以虎口按压在患者髋关节痛点,两手相对用力拔伸患者髋关节片刻后轻轻环转摇晃。

2. 随证加减

(1)髋关节内侧痛者加用下法

①患者仰卧,一腿屈曲,以足踝放在另一腿膝上形如"4"字,医者一手固定患侧骨盆,另一手按在屈膝的关节处,反复向下震颤按压。

②患者仰卧,医者站在患侧一方,将患者小腿挟于腋下,一手环抱其膝腘处,使患肢外展并极力外旋。医者另一手以鱼际肌揉搓患者大腿外侧及髋关节外侧阔筋膜张肌、臀大肌,然后换手以掌根沿患者大腿内侧内收肌、股薄肌反复向上推动。

(2)髋关节前后侧痛者,加用下法:患者仰卧位。医者站其患侧,一手拿患者膝部,另一手握小腿下端,将患肢屈髋屈膝环转摇晃,将伤肢髋膝关节尽力屈曲,使膝贴胸。然后,拿患肢膝关节的手用虎口转按在患者腹股沟处,另一手仍握小腿下端,将患肢拔直并在拔直拔牵引下环转摇晃。

(3)髋关节广泛性疼痛者,加用下法:患者仰卧,医者立于患侧,一手扶按患肢膝部,另一手握其踝部,使患肢屈曲、内收、内旋、伸直,或屈曲、外展、外旋、伸直、旋转。

(4)髋关节隐隐作痛,经久不愈者,加用下法:点揉八髎、肾俞、环跳、委中,按揉髋周软组织。

【文献出处】　陈志敏,陈湘伟.实用推拿治痛法[M].北京:中国医药科学技术出版社,1993:130－131

【手法名称】　小儿髋关节损伤的推拿手法

【手法操作】

1. 患者取俯卧位。医者用手掌置于患侧髋部广泛按揉,使紧张的肌肉松弛。

2. 患者仰卧,助手按住两髂骨固定骨盆,医者立于患侧,一手扶持膝部,一手握踝部,使髋膝顺势屈曲。患肢变长者,则在髋膝屈曲的基础上,将髋内收,内旋、伸直,反复活动数遍,活动范围由小到大,力量由轻渐重,使髋的屈曲、内收、内旋活动能达到最大限度,至两下肢等长为止。患肢变短者,则在髋膝屈曲的基础上,将髋外展、外旋、伸直、反复活动数遍。

【文献出处】　陈志敏,陈湘伟.实用推拿治痛法[M].北京:中国医药科学技术出版社,1993:132

【手法名称】 增生性髋关节炎的推拿手法

【手法操作】

1. 患者取侧卧位。医者用单手掌根推揉患侧髋关节周围软组织。由轻徐徐加重，反复进行，使患者感到皮肤微热，局部舒适为宜。对某些局部痉挛的肌肉，可用拇指推法使之放松。

然后用拇指按压上髎、中髎、下髎、环跳、委中等穴。

2. 患者仰卧位。医者立于患侧，一手握住患肢足踝部，另一手托在膝关节后方，摇动髋关节。摇动以顺时针方向和逆时针方向交替进行，幅度由小到大。

3. 患者仰卧位。医者立于患侧，一手托住患肢膝关节后部，另一手握住小腿下端，使髋关节呈屈曲位，尽量贴近腹部，然后嘱患者配合用力，迅速向上作蹬腿活动；医者顺着足蹬腿的方向用力向上牵引患肢。

【文献出处】 陈志敏，陈湘伟. 实用推拿治痛法[M]. 北京：中国医药科学技术出版社，1993：133

第九节 髋关节错缝(半脱位)

【手法操作】 患儿仰卧，助手用两手分别插入患儿两腋下，术者用双手呈前后位持握患侧下肢，左手在大腿前侧，右手在小腿后侧与助手做对抗牵引。继而强屈患侧(右)髋关节至最大限度。最后将髋放于90°、屈曲位。向上提拉牵引，在牵引下外旋外展并伸直其髋关节，则半脱位即行整复。复位后患髋疼痛消失，行走立即恢复正常，故不作任何处理。

【注意事项】 对五岁以下幼儿有偶发性髋关节疼痛，走路跛行的患者，应考虑为髋关节半脱位，但必须排除髋关节结核，化脓性关节炎和股骨头骨骺炎等炎性改变之后，再进行手法整复以观察其疗效。凡通过仔细检查无其他病理变化者可试用手法整复，解除嵌入关节间隙的关节囊则疼痛可立即消除，这样做既是治疗又是诊断最有力的依据。

【文献出处】 天津市天津医院和石家庄交通运输医院合编. 按摩[M]. 北京：人民卫生出版社，1974：233－234

【手法名称】 樊春洲的小儿髋关节错缝复位手法

【手法操作】 患儿仰卧，两手交叉枕于头下，一助手压住健腿勿令屈膝。医者一手持膝，一手握足，先在无痛范围内屈伸髋、膝两关节，待患者肌肉放松主动配合活动时，突然屈胯膝两关节至极度。此时患者剧痛，稍停片刻，待痛消减时，腿长者，内收内旋伸直患肢即可复位。腿短者，外展外旋伸直患肢即可复位。

【注意事项】 治疗原则为逆痛疗法，既治疗时，朝着痛的方向用力，以痛制痛。

【文献出处】 李同生，李国衡主编. 中国骨伤科学(卷四：整骨手法学)[M]. 南宁：广西科学技术出版社，1989：179

【手法名称】 小儿髋关节错缝常规按摩手法

【手法操作】 患者侧卧，术者立其患侧，一手按患侧髂前上嵴、另手握患足髁，将患肢置外展位牵拉，并略带旋动，后将患肢髋关节屈曲，于略内收位下压，使患膝接触腹部，镇定片刻

后外展—外旋—伸直患肢。术中可闻“咯吱”声响，此时双下肢已等长，说明复位成功。若不能恢复，可重复1次手法，复位后防止患肢外旋外展，尽量卧床休息。

【文献出处】　陈映辉，陈敏主编. 实用临床按摩手册[M]. 北京：中国中医药出版社，1993：312

【手法名称】　小儿骶髂关节错缝的整复手法

【手法操作】

1. 准备手法　在腰骶部、臀部、股部施以掌揉法、滚法或捏拿法，点压八髎、委中（膀胱经）、环跳（胆经），以疏通经络，放松肌肉。

2. 仰卧位双侧髂嵴按压法　患儿仰卧，下肢伸直并拢。术者两手掌根分别按住两侧髂前上棘，固定骨盆后患侧手迅速用力向后下方按压，闻及或感弹响，患儿步行正常，表示复位成功。如未闻及弹响，再用下法。

3. 俯卧位骶髂关节按压法　患儿俯卧，下肢伸直并拢，术者一手掌根置于患侧骶髂关节，另一手掌叠放其手背，待骨盆稳定后迅速均匀向前下方按压，闻及或手感弹响，患儿步行正常，表示复位成功。术后再施弹、拨、揉、滚等手法，理顺经络，放松肌肉。一次复位不成功者、可隔日再行手法，直至成功。

【文献出处】　包来发. 百家推拿经验集[M]. 上海：上海科学技术出版社，1995：174－175

【手法名称】　小儿髋关节错缝治疗手法

【手法操作】　患者仰卧床上，两手交叉枕于头下。一助手扶持两肘，勿令其由头下将手抽出；另一助手立于健侧，一手压在健侧膝前，勿令屈膝翻身，一手压在健侧髂前上棘部固定骨盆。术者立于患侧，一手握着患肢踝上，一手握膝关节。先轻轻作屈髋屈膝试验，出现疼痛即不强屈，在无痛范围内作伸屈两关节运动，至患者肌肉放松并能主动配合活动时，突然将髋膝两关节屈至最大限度，停留1分钟，待疼痛稍有缓解，再作下步手法。即腿长者作屈髋内收内旋患肢，腿短者作屈髋外展外旋患肢，然后患腿伸直，手法即完毕。待患者肌肉放松后，双下肢即可等长，功能亦可恢复，若不能恢复，可重复1次手法，复位后要防止患肢外旋外展，尽量卧床休息。

【文献出处】　薛传疆，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：237－238

【手法操作】　患者仰卧位，以右为例。术者用右手握右踝平面之上，左手持右小腿上部，先作顺时针方向旋转，然后作逆时针方向旋转，待关节囊松弛后，嘱助手两手分别插入患者两腋下。术者用双手呈前后位持握患者下肢，与助手作对抗牵引。继而强屈患侧髋关节至最大限度。最后将髋关节放于90°屈曲位，向上提拉牵引。在牵引下外展外旋并伸直其髋关节，则平脱位即可整复。

【注意事项】　由于髋关节腔内属于负压，有时不易将嵌顿的关节囊解除，应重复以上手法，至活动恢复正常为止。

【文献出处】　张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：483－484

第十节　致密性骶髂关节炎

【手法操作】

1. 术者以右腋夹持患者右足踝上部，用力向下牵引 1 分钟。然后以右手掌托住小腿后侧，左手掌托住股骨大粗隆，以强力屈曲髋、膝关节至最大限度为止。同法施于对侧。

2. 患者侧卧位。患（右）侧在上，左下肢放于伸直位，右下肢髋、膝关节屈曲放于左下肢之上，右上肢放于背后。术者立于背侧，左肘放于患者右肩的前侧，右肘放于髂骨翼的后侧，两肘以左肘向后，右肘向前，前后相反方向，以轻微迅速动作斜扳。同法施于对侧，注意斜扳时不可用大力。

3. 患者俯卧位。术者两手大鱼际部自肩胛骨下缘开始，沿两侧背伸肌向外分开推按，至骶髂关节为止，反复 2～3 次。然后在腰骶关节处旋转揉按。

【注意事项】　本症经过治疗，适当休息，围腰固定，其症状可逐渐消失，致密的髂骨可吸收好转，自行痊愈。

【文献出处】　李墨林，陶甫. 李墨林按摩疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1986：167－168

【手法操作】　手法：按揉法、擦法、拿法，外加祛瘀止痛摩膏。

取穴及部位：腰阳关、肾俞、膀胱俞、八髎、秩边、委中等穴及下腰部。

1. 病人取俯卧位，医生立于病人的患侧，以祛瘀止痛摩膏为介质作局部按揉法约 10 分钟，这是治疗本病的主要手法。指揉腰阳关、肾俞、膀胱俞，按压八髎、秩边等穴，拿委中。

2. 以祛瘀止痛摩膏为介质作擦法，以热为度，对疼痛较甚者可加用热敷。但不需做任何被动运动。

3. 若双侧病变者，在一侧手法治疗结束后，另一侧再施同样方法。

【注意事项】

1. 尽可能避免站立位负重工作。

2. 局部保暖。

3. 卧硬板床。

【文献出处】　陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：51－52

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者立于患侧，用四指推法或滚法施于患侧压痛点及其周围 10～15 分钟，以达活血化瘀之效。

2. 按揉腰阳关、肾俞、命门、秩边、阿是穴，每穴约 30 秒钟，再对阿是穴进行按揉 2～3 分钟，以达通络止痛之效。

3. 施擦法于腰骶部，亦可配合活血通络膏，以局部透热为度。

【注意事项】

1. 避免站立负重工作，以减轻腰骶部及骶髂关节的负荷。

2. 局部保暖，卧硬板床。

3. 孕妇分娩后，需适当休息，加强营养，并可配合腰围保护，防止腹部肌肉松弛，避免骨盆向前下倾斜和腰骶角增大。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：327－328

【手法操作】

1. 患者俯卧，医者站于旁，在两侧骶髂及腰臀部用滚法治疗，可配合髋后伸及外展的被动运动。下肢疼痛者，可加滚法滚下肢部。

2. 用指按法按压骶髂部及八髎、秩边、环跳、居髎诸穴，以酸胀为度。

3. 用按法、揉法、一指禅推法、弹拨法，施于骶髂部、腰臀部及下肢。

4. 患者仰卧，医生立于一侧（以右侧为例），用右腋下夹住病人右足踝部，右肘屈曲位，以前臂背侧托病人小腿后面，左手搭于患者右膝关节的前侧，右手搭于左前臂中 1/3 处，然后用力夹持患者右下肢，向下牵引 1～2 分钟。

5. 患者坐位，将腰背暴露，上身前俯，直擦背部督脉及两侧膀胱经，横擦骶部，均以透热为度，可加用热敷。

【注意事项】

1. 嘱患者腰及下肢不宜做大幅度运动，注意卧床休息，髋膝关节可取屈曲位姿势。

2. 注意局部保暖。

3. 推拿可与理疗、针灸等疗法综合使用或交替使用。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：877

（李义凯　曹向阳　孙维良）

第二十五章　脊柱骨折脱位的整复手法

【摘要】 对于颈椎骨折脱位的整复手法多采用拔伸牵引或拔伸牵引下的前屈后伸手法，这与颈椎关节错位(缝)常使用的扳动或旋转手法大不相同。胸腰椎骨折脱位多采用牵引下的后伸或按压复位手法或悬吊复位手法。本章还介绍了胸廓、骨盆骨折及髋关节脱位的治疗手法。

第一节　寰枢椎骨折的整复手法

【手法名称】 俯卧位复位法

【手法操作】 患者俯卧位，头探出床头，助手两手扳住两肩固定身体，医者用一手托住枕部，一手托下颏，使头处于俯位，进行拔伸，调整力度，在拔伸情况下缓慢地进行头的轻度前后活动和试探进行旋转活动，活动范围不能太大，以达到骨折和脱位复位。复位后，将患者置于仰卧位，颈后垫一合适的软枕，保持颈后伸位。

【注意事项】 对单纯寰椎前脱位，齿状突骨折合并寰椎前脱位者可试行手法整复，对于大部分颈椎损伤，尤其疑有脊髓或神经根损伤者，或估计手法整复后不能维持稳定状态者，采用牵引复位，以避免在手法整复过程中加重损伤。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：381

【手法名称】 齿突骨折伴寰椎前脱位整复手法

【手法操作】 患者取俯卧位，助手固定双肩，术者一手托枕部，一手托下颏部，缓慢进行牵引，调正力线，使头逐渐后伸，达到骨折脱位整复。整复后，将患者置仰卧位，颈后垫一合适软枕，保持颈后伸位。

【注意事项】

1. 全面掌握病情，认真检查，明确诊断，做到“心中有数”。

2. 对颈部骨折或脱位的性质，移位方向及韧带等损伤应全面了解。

3. 选择合适手法，与助手协调合作，做好患者思想工作，减轻患者的紧张和顾虑，争取患者信赖与合作。

4. 术者思想高度集中，动作轻巧，随证施治。

5. 认真复查，可拍 X 线片观察整复效果。

6. 严格掌握手法禁忌证，如恶性肿瘤、脊髓压迫等病人。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：974

第二节　颈椎骨折的整复手法

【手法操作】 患者俯卧于床上，头向外伸出。助手固定患者双肩，医者用双手把握其头，向外用力提拔（不摇摆，以免损伤骨髓），在提拔的同时，能听到有骨滑动声，颈椎即恢复正常。

【注意事项】 术后按摩局部，使其筋顺血活，外敷止痛膏，再以厚纸片作成较宽之衣领状固定器，外用棉花和绷带包好，再固定于局部不使头颈左右摇摆，内服活血散、接骨散约四五周可开始活动，同时可配合针灸按摩凳治疗。单独颈椎骨折初期，睡眠时可把枕头内装少半袋小米，把米挤在两端，使当中凹陷，颈及头放在当中仰卧位休养，可起固定作用，以防止颈髓损伤，危及生命。

【文献出处】 陈占魁著. 陈氏祖传正骨手法[M]. 哈尔滨：黑龙江人民出版社，1963：199

【手法名称】 颈椎骨折脱位的整复手法

【手法操作】 在保护脊髓不受损伤或不再进一步损伤的前提下，进行充分的复位和有效的固定，使受伤的软组织恢复，骨折脱位获得复位，愈合后不遗留颈部功能障碍及疼痛。

1. 过伸复位法　使颈椎充分伸展，达到复位目的。适用于颈椎楔形挤压骨折无脊髓损伤，颈椎半脱位等屈曲性损伤。患者仰卧在治疗床上，背下方垫一长木板伸出床外，颈部垫以窄枕，使患者头部逐渐下垂，颈部过伸（图 25－1）。此法即古之“提项法”。

2. 牵引复位法

（1）枕领带牵引复位法：适用于颈椎骨折脱位比较轻，无关节绞锁，或有部分神经受压征，但无截瘫者。方法是：将床头垫高 10～15 cm，先在颈部伤后姿势牵引 4～6小时，牵引重量为 5～6 kg，然后逐渐改为后伸位，争取 24～48 小时内复位。复位后改维持量 2～3 kg。

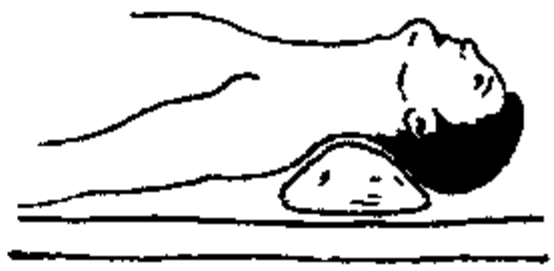


图 25－1　过伸复位法

（2）颅骨牵引复位法：适应于第 3～7 颈椎椎体骨折合并有关节绞锁的病例。患者仰卧于床上，先将头垫高 15～20 cm，牵引重量，按患者肌肉发达情况及骨折脱位和关节绞锁程度而定，一般为 6～10 kg。开始牵引时，颈稍前屈，每 30 分钟床边摄侧位 X 线片 1 次，当关节绞锁牵开后，改为颈后伸位牵引，重量减为 4～6 kg，争取在 12～24 小时内复位。密切观察，一旦复位，即将床头放平，改为维持量 3～4 kg。

【注意事项】 大重量牵引有可能加重颈髓损伤，使患者迅速出现高热和呼吸困难征象。在牵引过程，应有医护人员密切观察体温、呼吸及血压变化。颈椎骨折脱位牵引复位 4～6 周后，解除牵引，换石膏领或头、颈、胸石膏固定 2～4 个月。

【文献出处】 湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986：162

【手法操作】

1. 手法复位

(1)寰椎前脱位及枢椎齿状突骨折合并寰椎前脱位:患者俯卧位,头伸出床头,助手两手扳住患者双肩以固定,术者一手托枕部,一手托下颏部,扣紧缓慢进行牵引,调正力线,并逐步使头后伸,以达到使骨折脱位复位(图 25 - 2)。复位后,将患者置于仰卧位,颈后垫一合适的软枕,保持颈后伸位。

(2)第 3 ~ 7 颈椎半脱位:复位较易,不需特殊麻醉,可肌注杜冷丁 50 ~ 100 mg 以止痛。患者俯卧于整复床上,两肩与床头平齐,如伤重翻身不便可仰卧位。一助手用手托住两肩向下牵引,一助手两手分别扣住枕部与下颏部,缓缓用力拔伸牵引,持续 1 ~ 2 分钟,以便颈部肌肉放松,术者立于一侧,如系双侧半脱位,术者拇指按于伤椎下一棘突上,令上方助手在牵引的基础上将头颈后伸,术者同时两拇指用力下压棘突,即可复位(图 25 - 3)。复位后,患者症状可立即减轻或消失,棘突复平、畸形消失。如一侧半脱位,助手牵引同上,术者一手拇指按于伤椎偏歪之棘突向健侧推,在拔伸按压的同时,上方助手将患者头颈略背伸向伤侧旋转,即可复位。复位后可用颌枕带牵引,重量 2. 5 ~ 3 kg,颈后垫一软枕,保持颈椎轻度后伸位,2 ~ 3 周后去牵引。

(3)颈椎骨折合并脱位:对无合并脊髓损伤者,可试行手法复位。屈曲型骨折,可采用颈部过伸复位,其复位机理与单纯颈椎脱位相仿,患者仰卧于硬板床上,两肩与床头平齐,助手双手扳住患者双肩,术者一手托住病人后枕部,一手托住下颌部,双手扣紧,缓慢地在中立位进行拔伸牵引,并逐步使颈部后伸,使其压缩骨折得以复位。侧屈型骨折亦可用手法矫正侧屈畸形。对于伸直型骨折,整复与屈曲型骨折相反,在牵引过程中,逐步使颈部屈曲,复位后,头后枕一软枕头,持颈部在屈曲位(图 25 - 4①,②)。

2. 牵引复位　对于大部分颈椎损伤,尤其是疑有脊髓或神经根损伤者,或估计手法复位后不能维持稳定状态者,都可采用牵引复位,此法较安全,可避免在手法复位过程中加重损伤。可选用颌枕带或颅骨牵引。牵引时,屈曲型骨折,在伸直位牵引,伸直型骨折,先于中立位牵引,逐渐改为稍屈曲位牵引;纵向挤压造成颈椎裂开时,其前后纵韧带多未损伤,在较大重量牵引下可使韧带拉紧,骨折随之复位,宜采用中立位颅骨牵引。

(1)颌枕带牵引:此带是由两个布带分别托住下颌及枕部,利用合力进行牵引。适用于需要牵引时间短、牵引力较小、骨折移位不多及颈部仅稍需固定的患者。一般重量不超过 4 kg,否则影响张口。牵引期间注意牵引带不能滑脱至颈部,以免压迫颈部血管及气管。同时要保持过伸位,时间为 3 ~ 4 周。去牵引后改为颈托或石膏领固定。适用于无移位的齿状突骨折、3 ~ 7 颈椎半脱位或不伴有脊髓损伤的全脱位及颈椎骨折脱位严重而合并脊髓及神经根损伤不严重而无需快速重量牵引复位者。

(2)颅骨牵引法:颅骨牵引法,适用于在短时间内大重量快速牵引复位者。一般牵引重量应根据患者颈部肌肉发达情况、关节交锁程度及部位而定。从第 1 颈椎开始,重量为 4 kg,每向下一椎体,则加 1 kg,有时颈部肌肉发达者,可增至 15 kg 复位,复位后维持重量为 4 kg。牵引时,一般不采用过伸复位法,以在中立位或轻度屈曲 15° ~ 20°为宜。因过伸复位时,上下关节突嵌顿得较紧,颈椎越伸展,嵌顿就越紧,不但不能达到复位目的,反而加重脊髓损伤的危险。开始牵引后,每隔 1 小时于床边拍摄颈椎侧位 X 线照片一次,至嵌顿的关节突被拉开后,则可在肩后垫一软枕,使颈部逐渐伸直。若无骨折和脊髓损伤,可持续牵引 3 ~ 4 周后再解除

牵引，如有椎体及关节突骨折应延长牵引时间。此法适用于寰枢椎骨折脱位较严重，或伴有脊髓损伤而不能以手法复位者，或第3～7颈椎完全脱位及颈椎骨折合并脱位而无法用手法复位者。在牵引时，应抬高床头作反牵引，并应根据复位情况及时调整牵引方向及重量。

【注意事项】 对单纯寰椎前脱位、齿状突骨折合并寰椎前脱位及第3～7颈椎半脱位者，可试行手法复位，对严重的寰椎前脱位、齿状突骨折合并寰椎前脱位及第3～7颈椎全脱位及骨折合并脱位者，应用牵引复位，以防加重损伤及造成不必要的损伤。

【文献出处】 岑泽波，朱云龙主编. 中医正骨学[M]. 北京：人民卫生出版社，1991：214－215

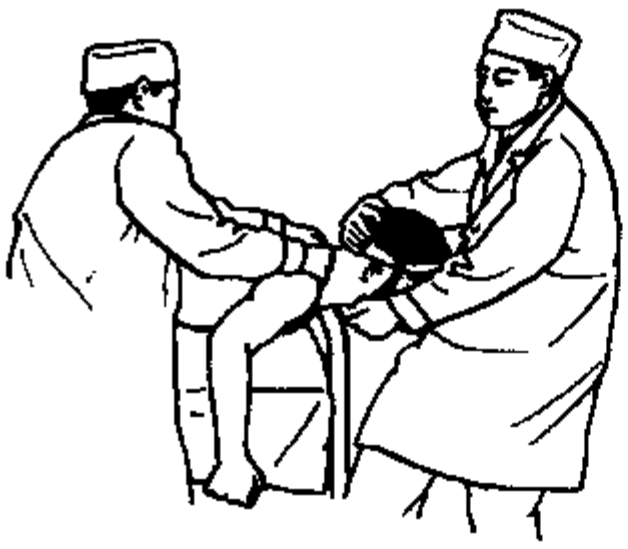
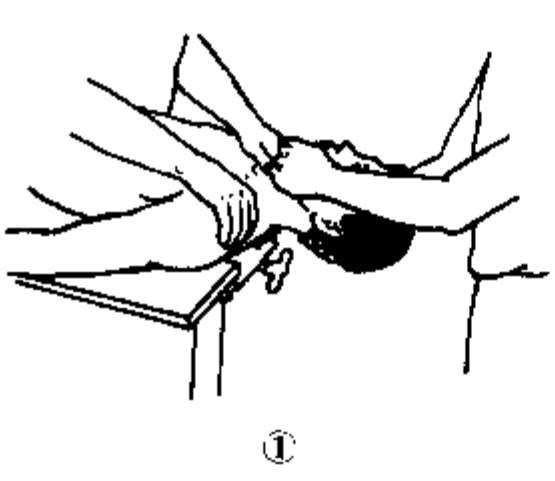
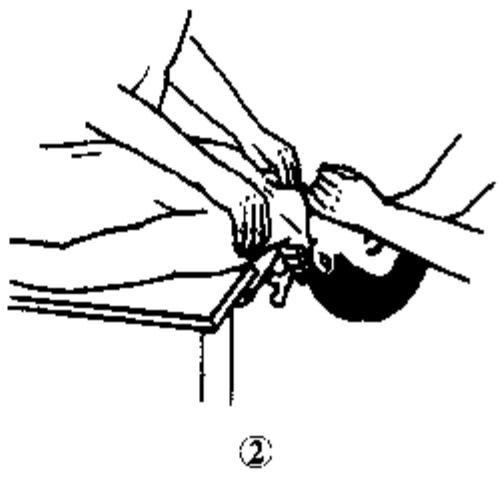


图25－2 寰枢椎骨折脱位复位法

图25－3 颈椎关节半脱位复位法



①



②

图25－4 颈椎压缩性骨折复位法

【手法操作】 患者能坐就坐，不能坐的俯卧位给予整复。

1. 坐位整复 患者坐在靠背椅上。首先给患者喝一杯糖水，叮嘱患者精神不要紧张，询问患者是否头晕。医者站在患者后面，助手站在患者前面。查清骨折情况及错位方向后，医者用两手扶患者的两端面颊适量上提后仰，放手，用拇指沿颈椎两侧副神经下顺至肩部按摩，再以“八字触诊法”将肌筋顺正平复时找准方向，以左移方向为准，一手扶端患者的下巴，一手扶端患者的枕骨上牵左移轻度转动，听到“咔吧”响声即复位，放手。用“八字触诊法”检查复位情况。如复位不完全，助手双手扶患者面颊用适当力上提，医者再以拇指的指力复位。复位后顺通气血舒筋。手法治疗完毕，用硬塑纸壳给予固定。服中药消肿散瘀止痛通络，再用接骨再生

丹膏药外贴于患处固定。

2. 俯卧位整复　俯卧位整复与坐位整复的道理基本相同，患者翻身时要做到均横平稳，要有人托稳其颈部，不要人为扭动再受伤。不同的地方就是助手一手扶头后，一手扶下巴沿直线向牵拉，医者站于患者的侧位用拇指找准方向复位。处理颈椎骨折病人一定要慎重，以免发生以外。

【文献出处】　罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京：科学技术文献出版社，1995：21－22

【手法名称】　持续牵引法

【手法操作】　对于轻度移位、无关节交锁的颈椎骨折，一般采用枕颈布托牵引。将枕颌布托套住枕部与下颌部，通过滑车进行牵引。头颈略向后伸，牵引重量 2～3 kg，持续牵引 4～6 周。若颈椎骨折伴有关节交锁者，需用颅骨牵引。牵引重量应逐步增加，并及时摄片了解复位情况。一般采用 5～10 kg 即可将交锁复位。牵引方向先略加前屈，复位后，牵引方向改为后伸，重量可逐渐减少至 1～2 kg，继续牵引 4～6 周后换带颈托或石膏围颌保护。

【文献出处】　栾明拥编. 栾氏正骨[M]. 北京：中医古籍出版社，1999：267－268

【手法名称】　俯卧位复位法

【手法操作】　患者俯卧位，如伤重不能翻身，亦可仰卧。在给患者翻身活动时，务必保持头身一致转动，勿在活动时扭动患处，以免出现意外。助手一用两手分别托在枕部与下颏，缓缓用力持续拔伸，使头呈过伸位（屈曲型），助手二用两手攀患者两肩向下，呈对牵状，用力持续稳定，待患者肌肉放松时，医者用双手拇指按压后凸棘突，助手一配合轻轻旋动头部以助复位，有的可听到复位音。复位后仍保持牵引，将患者置仰卧位，颈部放在特制的枕头上，使头处于过伸位休养。

【注意事项】　首先应选好手法复位适应证，如已出现全瘫，即不必复位。若尚有部分功能存在或无瘫者，X 线检查显示颈椎脱位，应及时复位，越早越好。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：382

【手法名称】　仰卧位复位法

【手法操作】　患者仰卧于硬板床上，两肩与床头平齐，助手双手扳住患者两肩，医者一手托住病人后枕部，一手托住下颌部，双手扣紧，缓缓地在中立位进行拔伸牵引，并逐步使颈部后伸，使其压缩骨折得以复位，此法适用于屈曲型骨折。对于伸直型骨折，整复与屈曲型骨折相反，在牵引过程中，逐步使颈部屈曲，复位后，头后垫一软枕，保持颈部在屈曲位。

【注意事项】　颈椎骨折与脱位后，患者病情多较重，故复位时应根据患者的自然体位为宜，以免在活动中增加意外伤害。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：383

【手法名称】　坐位复位法

【手法操作】　患者端坐，医者立于其后，用两手交叉捧住患者下颏，患者头后顶在医者的前胸，以头后为支点，上提下颌骨，此时颈呈仰位向上牵引，待患者肌肉放松，此时颈椎间隙必增宽，加之头向后仰可将向前移位的椎体拉回原位。必要时在牵提头部的同时，向侧方旋头，边旋边观察患者表情，适可而止，不可强行。复位后一手托住下颏，一手检查颈棘突是否平复，如还未完全平复，可用拇指顶在突起的棘突上向前推之，边推边提边左右旋头，即可完全复位（图 25－5）。

【注意事项】　颈椎骨折与脱位后，患者病情多较重，故复位时应根据患者的自然体位为宜，以免在活动增加不测。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：383

图 25－5　颈椎骨折坐位复位法

【手法名称】　颈椎骨折合并脱位手法复位

【手法操作】　屈曲型骨折，可采用颈部过伸复位，患者仰卧，助手固定患者双肩，术者一手托住病人后枕部，一手托住下颌部，缓慢在中立位进行拔伸牵引，逐步使颈部后伸，使压缩骨折得以复位。侧屈型骨折亦可用手法矫正。伸直型骨折则在牵引过程中逐步使颈部屈曲，复位后，保持颈部固定于屈曲位。

【注意事项】　适用于无脊髓损伤者。

1. 全面掌握病情，认真检查，明确诊断，做到“心中有数”。

2. 对颈部骨折或脱位的性质，移位方向及韧带等损伤应全面了解。

3. 选择合适手法，与助手协调合作，做好患者思想工作，减轻患者的紧张和顾虑，争取患者信赖与合作。

4. 术者思想高度集中，动作轻巧，随证施治。

5. 认真复查，可拍 X 线片观察整复效果。

6. 严格掌握手法禁忌证，如恶性肿瘤、脊髓压迫等病人。

【文献出处】　伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：974

第三节 胸腰椎骨折的整复手法

【手法名称】 胸椎骨骨折整复术

【手法操作】 患者俯卧于床上，一助手提其腋窝，另一助手用双手把握其踝关节，同时向上提起（图 25－6），使其脊柱成凹形。医者站在侧面，双手用力向下推压骨折突出部，使突出处复平，归还原位。以手按摩局部筋肉，使血液通顺，使被压迫之神经与脊髓得到缓解。

【注意事项】 术后外敷止痛膏，厚棉垫垫在局部，用胶布贴好，再以厚纸片固定，布绷带包裹，使患者仰卧保养。在骨折处要垫一较宽之小薄枕，使患者胸部突起成桥形，保养时要注意防止褥疮、防止尿道感染和消化不良。胸椎单纯压缩性骨折，胸椎处有变形突出肿胀，而无神经症状者，经手法整复后须睡硬板床。在伤处可用一寸厚小棉垫垫起，一般约在四周左右，可在床上开始活动，不可坐起。保养不良，日后在骨折处将有突出佝偻形后遗症。腰椎骨折整复术与胸椎骨折相同。

【文献出处】 陈占魁著. 陈氏祖传正骨手法[M]. 哈尔滨：黑龙江人民出版社，1963：201－203

【手法名称】 站立顶压整复法

【手法操作】

1. 患者站立，双手抱住圆柱（直径约 15～20 公分，外包裹棉花）。

2. 医者站于患者背后的椅子上，膝关节屈曲 70°～80°，用膝盖顶压胸腰椎后突出部位，同时双手拉肩向后挺胸，以达整复。

【注意事项】

1. 患者骨折经过整复后，仰卧于硬板床上，患处垫软枕头，腰部过伸位，绝对卧硬板床。

2. 成年人卧床约 4～5 周。

3. 适用于青年及没有并发症的胸腰椎骨折。

【文献出处】 林如高，张安桢等，林子顺. 林如高正骨经验[M]. 福州：福建人民出版社，1977：122

【手法操作】 对下腰部压缩性骨折的治疗，一般经 2～3 个疗程，损伤部位的疼痛可逐渐消失。

对胸段稳定性单纯椎体压缩骨折的治疗，可选用以下两种推拿手法。

1. 八字分推法　患者俯卧位，胸部下垫一棉枕。术者站于病员头部的床头端，两手拇指呈“八”字状，分推棘旁两侧骶棘肌。从上到下，先轻后重，反复数遍。然后，术者站在病员一侧，顺着肋骨的方向，用拇指向两侧推，每侧各 20～30 次。

2. 卧位斜搬法　病员俯卧位，胸下垫一棉枕。以左侧为例，术者立于病员左侧，用右手拇指抵住棘突痛侧，左手前臂绕过病员右侧腋下，手指紧紧挽住腋后部，用力向右后上方向搬动，右手拇指用力抵住棘突向右侧推动（有时在拇指下感到复位的响声），双手重叠在痛点按揉。此法用于胸椎棘突错缝及棘间韧带损伤（图 25－7）。

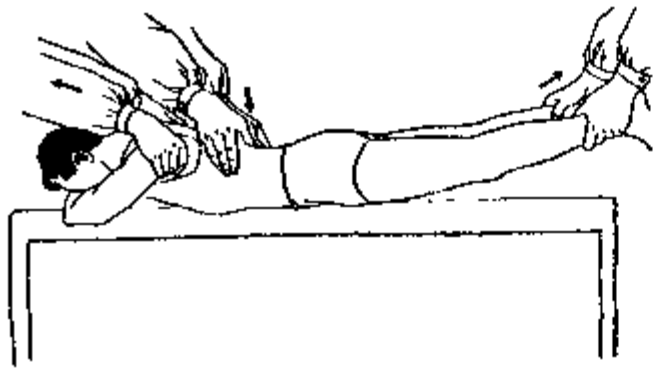


图 25-6 胸椎骨骨折整复法

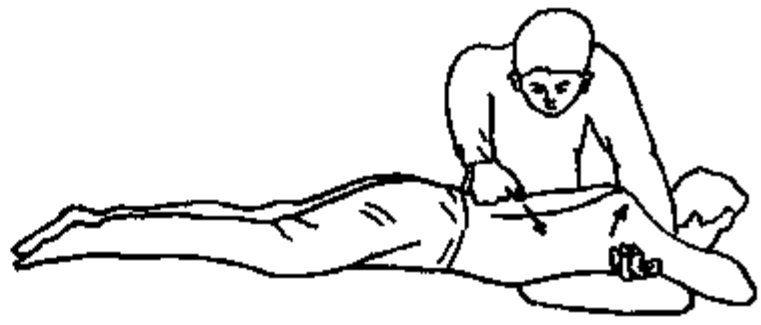


图 25-7 卧位斜搬法

【注意事项】 对稳定性单纯椎体压缩骨折的患者，应先卧硬板床，作 20 天的姿势治疗。待病情稳定后，才可进行推拿按摩、牵引，理疗并辅以医疗体操锻炼。对不稳定性椎体骨折，解剖结构变动较大，并有脊髓损伤的患者，应及时施以复位，用石膏固定或手术治疗，待 1 个月后，辅以医疗体操。

【文献出处】 沈跃生，王回新等. 伤科临床推拿法[M]. 北京：金盾出版社，1986：187-188

【手法操作】 分快速复位与缓慢复位两种

1. 悬吊牵引快速复位法 复位前患者俯卧在治疗床上，肌注杜冷丁 100 mg，再用 1% 普鲁卡因 50 ml 于损伤部位椎体两侧及椎板外缘椎间孔附近注射，10 分钟后即可施术。首先将患者两踝及踝上用厚棉垫包好，再用悬吊带一端缚住患者两踝，慢慢牵拉悬吊带，使两踝渐离床面，下肢和躯干下半身亦渐向上悬吊，使腰呈过度伸展状态(图 25-8)。约 15 分钟，利用患者体重将压缩椎体拉开，同时术者用手掌在患处以稳定的力量推按骨折部使其复位。复体后患者立即感到腰痛减轻，然后用脊柱夹板固定。但在复位过程中，要仔细观察患者的情况，避免虚脱或因复位不当而造成脊髓损伤，如有意外发生，应立即停止操作。

2. 加垫缓慢复位法 适用于合并椎弓或关节突骨折的患者，以及老年体弱有其他并发症和不宜采用上述方法复位者。患者仰卧于有软垫硬板床上，在以骨折部为中心的后面放宽 15~20 cm、长 35~50 cm、厚 6 cm 的软棉垫 1 个。每 2~3 日加垫 1 个，一般垫高 15~20 cm，多能在 10~15 日内获得良好的复位。但必须坚持进行腰背肌功能锻炼。

3. 非稳定型胸腰段压缩骨折脱位的治疗 对于无脊髓压迫症的非稳定型骨折脱位，一般不主张用过伸复位法，以免损伤脊髓，某些极不稳定的患者，宜早期施行脊柱融合术。

4. 固定方法 根据损伤的部位、程度，掌握和运用固定的方法与时间。

【注意事项】 悬吊牵引复位法适用于体质强健的青壮年患者，年老体弱，有椎弓或关节突骨折的患者不宜采用。胸腰段压缩骨折脱位经快速牵引复位后，局部外敷消肿膏或接骨膏，再用胸腰椎制动夹板固定 8 周左右。伸直型胸腰段压缩骨折脱位，应固定于伸直或略屈曲位 8~12 周。辅以功能锻炼。

【文献出处】 湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986：162-163

【手法操作】

1. 牵引过伸按压法　患者俯卧硬板床上，两手抓住床头，助手一立于患者头侧，两手把持腋窝处，助手二立于足侧，双手握双踝，两人同时用力，逐渐进行牵引，至一定程度后，助手二在牵引的基础上，逐渐将双下肢提起，使肢体悬离床面，使脊柱呈现过伸位，得到充分牵引和后伸，使肌肉松弛、椎间隙及前纵韧带被拉开后，术者双手重叠，压于骨折后突部位，用力下压，借助前纵韧带的伸张力，将压缩之椎体拉开，同时后突畸形得以复平（图 25－9）。

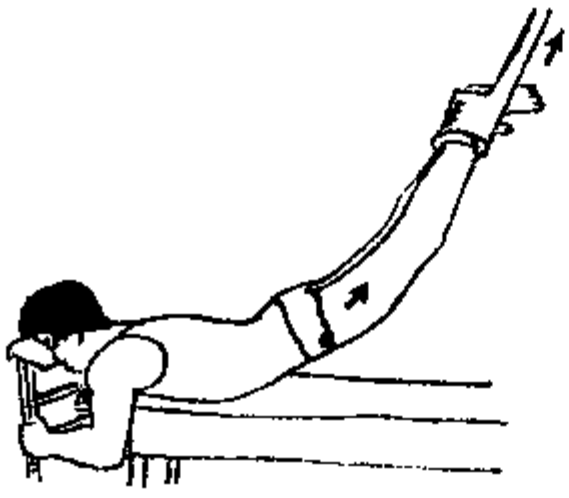


图 25－8　悬吊牵引快速复位法

图 25－9　牵引伸按压法

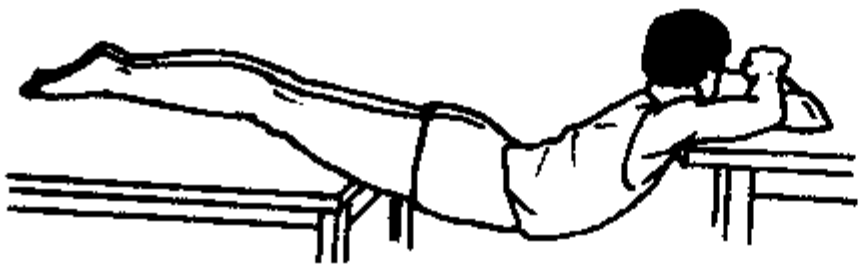


图 25－10　两桌复位法

2. 二桌复位法　用高低不等的二桌，高低差约为 25～30 cm，平排在一起，将病人置于二桌上，患者头部朝高桌，然后将高桌边逐渐移至上臂中段近颏下处，将低桌渐移至大腿中段处，借助病人体重，使胸腰部悬空。此时术者可用手掌托住病人的腹部，慢慢下沉，以减轻疼痛，达到脊柱过伸的目的（图 25－10），2～5 分钟后，脊柱的胸腰部明显过伸，此时前纵韧带被拉紧，被压缩之椎体得以复位后，立即上一石膏背心或金属胸腰过伸支架固定。石膏背心要求上至胸骨上缘，下至耻骨联合。骨突处放一衬垫以防压伤，注意三点（胸骨部、耻骨部、下腰部）的固定和塑形。

3. 两踝悬吊复位法　病人俯卧于复位床上，将两踝悬空吊起。如没有复位床，亦可在屋梁上装一滑轮，将双足向上吊起，徐徐悬空，使胸腰段脊柱过伸，其原理与二桌复位法相同。复位后同样用支架固定脊柱于过伸位。

4. 肾托法　让病人仰卧于手术台上，胸腰段置于肾托上，然后逐渐摇起肾托，将病人的胸腰段挺起呈拱桥形，使脊柱后伸。复位后，可在腰部置软枕，仰卧位体息。

5. 自身复位功能疗法　本法简便安全，效果可靠，患者恢复快，并发症少，同时能发挥患者在复位和治疗中的主动作用，以背伸肌为动力，增加前纵韧带及椎间盘前部纤维环的张力，使压缩的椎体逐渐张开，骨折畸形逐渐得以矫正。背伸肌力的加强，即形成一个有力的肌肉夹板，对脊柱的稳定起重要作用。此法可以免除长期石膏固定的痛苦，避免了骨质疏松。由于坚持背伸肌锻炼，骨折的后遗症也明显减少，同时也可改善全身血液循环。早期消除全身症状，

增加饮食，增加体力，有利于患者的康复。患者仰卧于硬板床上，骨折处垫一软枕，如疼痛者可服中药或给止痛剂，待疼痛缓解后即可进行腰背肌锻炼。

【注意事项】 在整个复位过程中，为了减少病员的痛苦和松弛痉挛的肌肉，可以考虑给适当的止痛药。如肌肉注射哌替啶 50～100 mg，有良好的止痛作用。

【文献出处】 岑泽波，朱云龙主编. 中医正骨学[M]. 北京：人民卫生出版社，1991：219－220

【手法操作】

1. 手法复位　胸腰椎骨折与脱位不合并脊髓神经损伤者，可采用手法复位，其方法与单纯胸腰椎压缩骨折相同。唯在整复时，先在水平位大力牵引，并将脊椎后突畸形按压平正。切忌使用暴力按压。再使脊柱过伸，腰部骨折处垫一软枕，保持骨折处稳定，避免伤及脊髓神经。翻身时应特别注意勿使脊柱扭曲。

2. 自身复位功能疗法　一部分骨折脱位病人，可适当地采用本法逐渐过伸复位，经过 1～2 周后，骨折脱位可获得一定程度的复位。

3. 牵引复位　骨折脱位较严重，手法整复有困难者，可采用骨盆牵引，牵引重量每侧为 10～15 kg。将床尾垫高以作反牵引，每日拍片一次观察复位情况。如已复位则减轻重量，用维持量继续牵引 4～6 周。

4. 固定方法　对于不合并脊髓神经损伤的病人，经过手法复位 5～6 周后，软组织基本愈合，骨折已趋向稳定，可采用夹板腰围固定或腰背“工”形板固定，病人离床下地活动直至骨折愈合。对伸展型损伤患者，应头下垫枕抬高，膝下用枕头垫起，使髋膝关节屈曲，脊柱轻度屈曲位，便于骨折片靠拢，1～2 周急性期过后，可上一石膏背心固定躯干中立位或微屈曲 2 个月。

【文献出处】 岑泽波，朱云龙主编. 中医正骨学[M]. 北京：人民卫生出版社，1991：225－226

【手法操作】

1. 俯卧位复位法整复　患者俯卧在治疗床上。助手一双手拉住患者的双腋下，向上平行拉，助手二双手分别握住患者的双踝部向平行斜上拉。两个助手要听从医者的指挥，用力要适当。医者站在患者的侧方，用双拇指找准对位方向，一只手掌向上推动病变邻近的椎体，另一手同时下拉病变的椎体，借助手之力，对准角度，两手协同一致，用斜下方之力进行复位（不要用力过猛，以防神经受损）。当指下有响声时即复位，畸形消失。然后用双拇指“八字触诊法”再检查一下是否完全复位。如复位不良，再用触诊法进行调节，拨正小骨片及靠近骨折之肌筋韧带，用手掌侧部顺正肌筋，疏通气血，顺至小腿，重提跟腱。手法治疗完毕给予适当固定，让患者仰卧休息。加服中药汤剂，视情况再用接骨膏药。一般患者可愈合行走。如有牵引治疗床治疗胸腰椎骨折更为方便。

2. 单人复位法　患者俯卧在治疗床上，盆骨和腰部下面垫一小枕头，使体位形成后高前低姿势。前身用大纱布在双腋下处固定于治疗床上。医者首先用“八字触诊法”检查脊椎骨折的角度，然后用双手分别握住患者的双踝部平行下拉，拉至适合于手法复位的角度方向，再用双手扶握骨折上端，前推较正，推至有骨擦音的时候用拇指和掌侧进行复位，听到响声即复位。再用八字触诊法复平肌筋，疏通气血。手法完毕后固定，用药同上。

【文献出处】 罗金官著.罗氏正骨心法秘诀[M].北京:科学技术文献出版社,1995:33-34

【手法操作】

1.复位方法 俯卧位,局部麻醉。双踝缚软套并连结绳索,绳索通过吊悬的滑轮用力牵拉。纵向的牵引分力使骨盆离开床面,脊柱由屈曲状逐渐呈过伸状,后突畸形随之消失,骨折脱位复位(图25-8)。复位后换仰卧位,伤椎后侧垫枕。褥疮护理,变换体位时,必须保持过伸姿势,否则容易变位,亦可用石膏背心固定脊柱于过伸位。

2.垂直悬吊复位 把带有绳索的胸围固定在病人胸廓。两条绳索从两侧腋前绕过预先设制八尺高的横杆上,两助手分别拉绳索把患者徐徐吊起,待两足离开地面,术者用手掌推脊柱后突处使之腾空呈过伸状,并作小幅度的荡游(忌屈曲)。推荡数次后可使畸形消失。

3.俯卧牵拉按压复位 该法为郭氏正骨传统手法,适应证同悬吊复位法复位过程。病人俯卧位,局部麻醉。头侧助手3人,1人牵胸部固定带,另2人分别握持两侧腋窝保护肩关节,足侧2人,分握两踝(图25-11①)。术者站立侧方(左右均可),两掌重叠按于后突处(图25-12②)。在术者统一指令下,各助手同时牵拉,徐徐用力,待病人腹侧离开床面约30 cm时,牵拉相持2分钟后,术行用力向腹侧压按,直至畸形消失(图25-11③④)。经X线检查满意,缓慢改换仰卧位,后侧垫枕,翻身时保持过伸位。

【文献出处】 郭维淮主编.平乐正骨[M].北京:中国中医药物出版社,1996:489-490

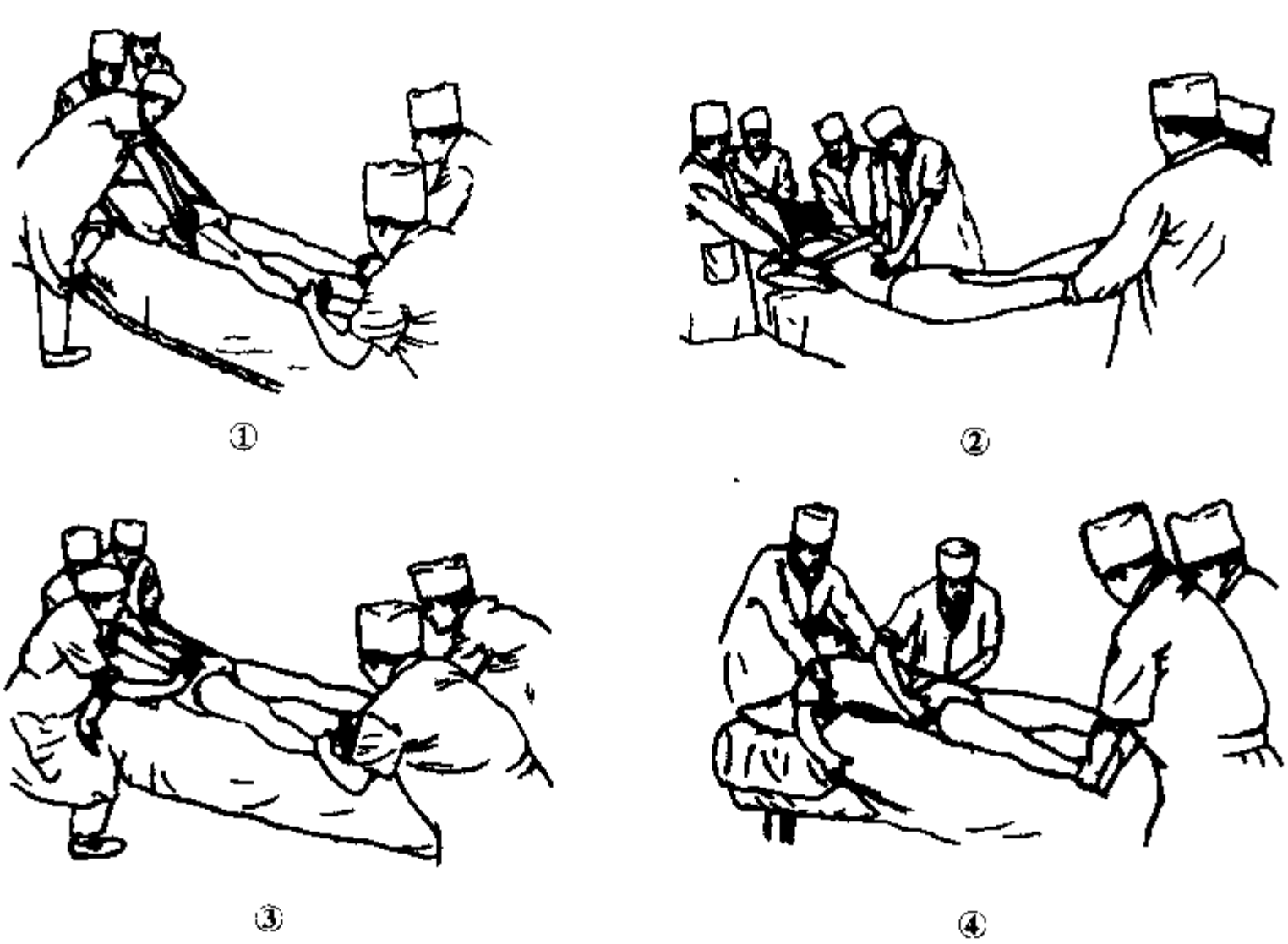


图25-11 俯卧牵拉按压复位

【手法名称】　双踝悬吊法

【手法操作】　用此法复位前可给予止痛剂或局麻剂。患者俯卧，两踝部裹上棉垫后用绳缚扎，将两足徐徐吊起，使身体与床面成45°。术者用手掌在患处适当按压，矫正后凸畸形。复位后患者仰卧硬板床，骨折部垫软枕。

【注意事项】　适用于屈曲型脊椎骨折。

【文献出处】　栾明拥编. 栾氏正骨[M]. 北京：中医古籍出版社，1999：266－267

【手法名称】　攀索叠砖法

【手法操作】　此法是一种过伸位脊柱骨折复位法。先令患者双手攀绳，以砖6块，分左右各叠置3块，双足踏于砖上。然后依次抽去足下垫砖，让身体悬空（足尖触地），脊椎呈过伸位，医者在患者腰后，将后凸畸形矫正。

【注意事项】　适用于体格健壮屈曲型单纯性胸腰椎压缩骨折患者。

【文献出处】　栾明拥编. 栾氏正骨[M]. 北京：中医古籍出版社，1999：267

【手法名称】　垫枕法

【手法操作】　患者仰卧硬板床上，骨折部位垫以软枕。垫枕可逐渐加重，使脊柱过伸。此法配合练功疗法效果更好。

【注意事项】　适用于屈曲型单纯性胸腰椎压缩骨折，以及过伸整复后的效果。

【文献出处】　栾明拥编. 栾氏正骨[M]. 北京：中医古籍出版社，1999：267

【手法名称】　攀门拽伸法

【手法操作】　令胸腰椎骨折患者俯卧硬板床上，患者双手攀住木板上缘，三人在下腰部与双下肢拔伸牵引，医者用手按压骨折部进行复位。这是一种非过伸脊柱骨折复位法。

【注意事项】　适用于不稳定性的屈曲型胸腰椎压缩或粉碎骨折，以及年老体弱的患者。

【文献出处】　栾明拥编. 栾氏正骨[M]. 北京：中医古籍出版社，1999：267

【手法名称】　董万鑫治疗胸腰椎骨折的手法

【手法操作】　取仰卧位，医者站在床上，两脚分别放在患者腹部两侧，面向患者头部，弯腰，双手插入患者腰后，用力上提骨折部位，使脊柱后伸位，持续1分钟放下；患者改俯卧位，第一助手由患者双腋下向前牵拉，第二助手握双踝部往后上方牵引，医者用双手在骨折局部的背侧轻轻向腹侧按压，然后令第二助手轻轻左右摆动即可复位，此手法适用于新鲜骨折。

【注意事项】　对脊髓完全断裂者、老年体弱、骨质疏松者，一般不主张手法治疗。对于非稳定性脊柱骨折的手法复位应有充分的把握。对于年轻患者，功能要求高，就要采用及时复位。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：384

【手法操作】

1. 悬吊法　用软绳一条，将绳缚于双脚，另一点置于支点上，慢慢将双脚吊起，直至身体倒

置垂直。利用身体的重量，过伸复位。

2. 腰背垫枕法　患者仰卧硬板床上，骨折部垫软枕，垫枕逐渐加高，使脊柱过伸，配合练功复位，适用于单纯性腰椎压缩性骨折，以及过伸复位后维持整复效果。

3. 攀索叠砖法　让患者双手攀绳，足下垫砖，然后抽去足下垫砖，让身体悬空（足尖触地），脊柱呈过伸位，医者在患者腰后，将后凸畸形矫正。适用于屈曲型骨折，且体格健壮者。

4. 腹部枕缸法　令患者俯卧于长板凳上，其上、下肢分别缚于凳两端，医者将其腰背躬起，在腹部垫一圆缸，使脊柱屈曲，再按压骨折部位复位。适用于伸直型骨折。

5. 攀门拽伸法　令患者俯卧于门板上，双手攀住门板上缘，双足离地，医者两人握患者双足做对抗牵引，慢慢抬起双下肢，医者按压骨折处复位。此法适用于腰椎屈曲型骨折。

【注意事项】　胸腰椎骨折较稳定，治疗方法较多。但对脊髓完全断裂者、老年体弱、骨质疏松者，一般不主张手法治疗。对于非稳定性脊柱骨折的手法复位应有充分的把握，对于年轻患者，功能要求高，就要采用及时复位。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：384－385

【手法名称】　刘寿山治疗胸腰椎骨折的手法

【手法操作】　患者俯卧床上，第一助手站在患者头前，用布巾一条横在患者项背部，并兜住腋下，第二助手握住患者双足踝部，与第一助手相对用力拔伸，医者站在患者侧方，用布巾一条横在患者腰臀部，并经两腹股沟兜住患者两大腿。用一手手掌按在伤处，另一手握住布巾。嘱两助手缓缓用力相对拔伸，同时医者握布巾之手用力向上提起，使患者悬空，捂住伤处的手掌用力向下按压复位。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：385

【手法名称】　文登医院整复胸腰椎骨折的拔伸牵引复位法

【手法操作】　患者俯卧于硬板床上，两助手分别立于床头两侧，把持患者肩部及腋下，另外两助手分别立于床尾两侧，把持患者两踝，在医者统一指挥下，四助手对抗牵引，先顺伤后畸形方向牵引5～10分钟，然后逐渐改为背伸牵引，此时医者将头、颈及上胸部垫高，使与床面呈凹20°～30°角，再用一侧前臂及肘部托两大腿，协助助手背伸牵引，另手掌基部置于骨折突出处，逐渐向下按压直到畸形消失即可复位。此法适用于屈曲型骨折。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：386

【手法名称】　胸椎稳定型骨折的治疗手法

【手法操作】

1. 稳定型轻微的胸椎骨折，早期卧床休息，疼痛减轻后，做腰背肌功能锻炼，3～4周后可下床活动。

2. 自身复位法：在胸背部垫一软枕，逐渐加高，使脊柱保持过伸位，随之进行五点支撑法，三点支撑法，飞燕点水法等功能锻炼，3～4周后交替进行俯卧位和仰卧位，8～10周后下地，但

仍应坚持活动。

3. 人背人复位法：背靠背地用两手上臂挽住病人两上臂，用腰骶部抵住骨折处，慢慢弯腰达90°，压缩椎体在过伸牵引下复位。保持过伸位姿势，骨折部垫枕，仰卧位功能锻炼。

4. 对抗牵引过伸复位法：患者仰卧，用床单自病人背后绕到两腋下，一人在头部纵向向上牵引；另一床单自病人腰骶部缠绕，第二人用力垂直躯体上提使脊柱牵拉过伸；第三人手握双踝用力向下牵引。以上三人协调用力。骨折复位后，垫枕保持脊柱过伸，并加强功能锻炼。

以上方法，简单经济，安全有效，可选择变通使用。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：1009

【手法名称】 稳定型胸椎脱位或伴有骨折的治疗手法

【手法操作】

1. 对抗牵引　患者仰卧位或俯卧位（视患者脱位的方向而定，一般情况下，屈曲位脱位者适用于仰卧位，剪力所致者，亦可用俯卧位），两助手分别从其两腋下、两踝部对抗拔伸牵引，时间约3～5分钟。对抗牵引时应注意患者的表情和症状，开始时力度宜小，可逐渐加大力度。拔伸时亦应注意角度，开始时，要注意拔伸方向应与脱位所形成的角度相一致，避免因拔伸牵引加重症状。当拔伸牵引至患者脊柱旁肌肉逐渐松弛时，尽量使患者变为俯卧位，继续拔伸牵引，术者可在（俯卧位）脊柱向后凸起的关节突部位用双拇指叠加作适度的按压，使此处的后凸复位。

2. 旋转复位　牵引后，轻轻扶起患者坐于方凳上，两脚分开踏地坐稳。以右侧为例，助手站于患者前方，两腿夹住患者左下肢，两手压住大腿根部，固定骨盆，医者立于患者右后方，用左手拇指顶住有压痛或偏歪之棘突。右手沿病人右侧之腋下伸向腋前，并绕向颈后勾住颈左后部，先用手压颈部使腰部前弯，再旋向右侧到最大限度，然后恢复平坐，往往腰部出现弹响，但不可强求。最后用点穴法以拇指点按棘突两侧穴位至腰骶，反复数次，推法以掌根推脊柱及脊柱两侧。手法后休息2～3天，并避免剧烈活动。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：1019

【手法名称】 腰椎骨折的治疗手法

【手法操作】

1. 牵引过伸按压法：俯卧硬板床上，两手抓住床头，助手立于患者头侧，两手把持腋窝处，一助手立于远侧，双手握双踝，逐渐进行牵引，持双踝者在牵引基础上，将下肢徐徐提起，使脊柱呈过伸位，得到充分牵引，后伸、肌肉松弛，椎间隙及前纵韧带拉开后，术者双手重叠，压于骨折后突部位，用力下压，借助前纵韧带的伸张力，将压缩的椎体拉开，后突得以复平。本法适用于屈曲型腰椎骨折。

2. 垫枕法：仰卧硬板床，骨折部置软枕，垫枕可逐渐加厚，使脊柱过伸，并配合练功疗法效果更好，适用于屈曲型、单纯型腰椎压缩骨折。

3. 对于伸直型骨折，应避免脊柱后伸，依据需要将脊柱安置于伸直或略屈曲位。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：1033

【手法操作】 伤者俯卧，胸前垫软枕，两手攀着床头。助手两人，分坐于床头及床尾，四

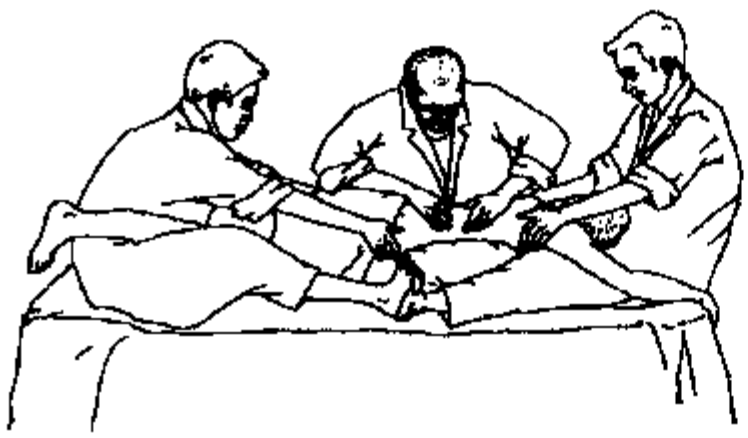


图 25－12　腰椎骨折的治疗手法

足掌相抵，用腿将病人四肢托起。并以手分别拉握住病人腋下及骨盆，对抗牵引。术者站床边，以手法松解腰背部紧张的肌肉，按脊柱生理弯曲揉捏脊椎（图 25－12）。

【注意事项】 适用于胸、腰椎体屈曲型压缩性骨折。整复后，患者于卧木板床，予以胸腰部伤椎垫枕。根据患者高矮和压缩椎体的程度，用被单叠成高度 8～12 cm 的三角形枕（枕长 40 cm，宽 15～20 cm），外裹一层毛巾用针线大距离缝合而成；指导患者配合挺胸，五点支撑法，三点支撑法背伸练功。伤者配穿腰围下地，严禁负重及弯腰。

【文献出处】 何应华，李主江. 何竹林正骨医粹[M]. 广州：广东科学技术出版社，2003：114

第四节　骶尾骨骨折的整复手法

【手法名称】 骶尾骨骨折整复手法

【手法操作】

1. 肛内复位法　患者取膝胸卧位，医者带消毒手套，用食指涂抹凡士林，轻轻插入肛门内，将尾骨向上提，同时矫正歪斜，进行整复。

2. 肛外复位法　患者反坐于靠背椅，肛门露出椅外，双手扶住椅背。医者一手按住患者腰骶部，另一手食指用力将尾骨尖端向上钩，拇指从近段端推挤，可达整复。

【注意事项】

1. 取木板一条长 10 公分，下半段烤成弧形。

2. 近段端放置墨鱼骨垫一个。

3. 取胶布三条（宽 2 公分，长 15 公分），将夹板与两侧臀部粘贴，外用“丁”字带扎紧。

4. 整复后仰卧位，臀部用薄软枕垫高。

5. 成年人两周解除外固定。

【文献出处】 林如高，张安桢，林子顺等. 林如高正骨经验[M]. 福州：福建人民出版社，1977：124－125

【手法操作】

1. 有移位的尾骨骨折，可用手法整复。患者俯卧位，小腹处用枕头垫起，使臀部抬高。术者一手指戴上无菌手套，涂上石蜡油等润滑剂，将食指轻轻插入肛门内，用力由前向后推托，即可复位。复位后卧床休息。

2. 无移位的骨折，无需手法复位，可卧床休息。因尾椎上附着肌肉较多，不易固定，且其血运不良，故愈合时间较长。

3. 尾骨骨折不论复位与否，一般预后较好，但有移位严重压迫直肠者例外。有极少数病例，可因尾骨骨折后不连接或畸形，愈合后发生疼痛。如果疼痛严重，长期不愈，可采用普鲁卡因 8 ml 加氟美松注射液 1 ml（内含 2 mg），行骶管封闭，配合局部按摩 5～10 分钟，超短波理疗 20 分钟，可改善局部血运，一般治疗 3～5 次，效果显著。

4. 指压上髎、中髎、下髎、委中、秩边、长强等。

【文献出处】 沈跃生，王同新等. 伤科临床推拿法[M]. 北京：金盾出版社，1986：200－201

【手法操作】 患者俯卧位，小腹盆骨处放一枕头，两腿自然伸开。医者首先察明骨折处的倒向，再手法治疗。若往内倒向错位，医者一手压臀部，另一手食指戴一指套，掌心向上伸入患者肛门内顺肠壁外上滑动，松动周围软组织，将脱位骨折的尾骨向外上托起。压臀部手下压，两手配合使其对位。若不是往内倒向，医者用手在外捏正复位即可。

【注意事项】 治疗后患者要用食醋烧开热敷两次，不要正坐。服中药接骨散，每日两次。

【文献出处】 罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京：科学技术文献出版社，1995：38

【手法名称】 移位的尾骨骨折整复法

【手法操作】

1. 肛内复位法：患者取膝胸卧位，医者带消毒手套，用食指涂抹凡士林，轻轻插入肛内，将尾骨向上提，同时矫正歪斜，进行复位（图 25－13）。

2. 肛外复位法：患者反坐于靠背椅，肛门露出椅外，双手扶住椅背。医者一手按住患者腰骶部，另一手食指用力将尾骨尖端向上钩，拇指从近段推挤，可达复位（图 25－14）。

【注意事项】 骨盆骨折多合并严重的并发症，死亡率较高。首先应把创伤性出血性休克的抢救放在第一位，若合并盆腔内脏损伤，应先转外科处理。对一些骨盆环稳定的骨折，多不必整复，有移位的骨盆骨折，若病情许可，应采取手法复位。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：387

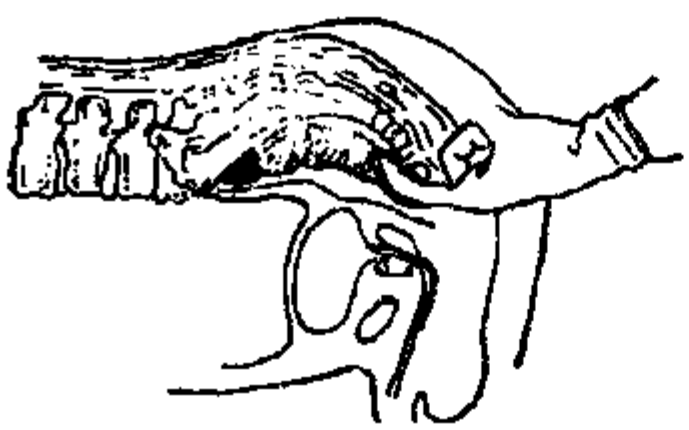


图 25－13 尾骨骨折肛内整复法

图 25－14 尾骨骨折肛外整复法

第五节 颈椎脱位的整复手法

一、寰枢椎脱位的整复手法

【手法操作】

1. 复位 患者仰卧位，头部伸出床外，一助手用两手分别放在患者肩上以固定患者。

术者一手托患者枕后，一手托下颏部，用力拔牵使头过伸，即可复位。

2. 固定 复位后置患者颈部于过伸位，颈后放一特制的小枕，把枕放在枕骨下方，头向后仰之，3～4 周起床。起床后改用“颈托”固定。用硬纸壳或 X 线片胶均可，剪成符合颈部体形，做成“颈托”，围在颈部一周，颈托要前宽后窄，故能维持颈部于过伸位。再固定 4～6 周，即可达到损伤的完全愈合。折除固定，开始颈部活动。

3. 功能锻炼 固定拆除初期，会感到颈部活动不灵活，经过一段自然运动，功能即可恢复。

【注意事项】 对病理性寰椎脱位者，因多无脊髓损伤，故预后佳。仅用颈托固定，内服清热解毒药物，如普济消毒饮，牛蒡解肌汤，以及活血祛瘀，扶正固本等药物治疗。

【文献出处】 湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986：219

【手法操作】 患者取坐位，医生站于其后，先以两手拇指轻柔地按风池、天柱、天宗、翳风、扶突等穴，接着施滚法操作于颈项部，以减轻疼痛、松弛痉挛肌肉。医生手下感觉患者颈项部肌肉松弛以后，用手法或器械作颈椎牵引。颈椎牵引时，应使颈部处于轻度后伸拉，齿突靠近寰椎前弓，有利于纠正复位，防止脊髓受损。伴有旋转脱位者，应在颈椎牵引下予以旋转复位。对于无明显脊髓受压的患者，经颈椎牵引和旋转复位后并不一定需要石膏围领固定或持续颈椎牵引，可仰卧体息，肩部垫枕，使颈部轻度后伸，1～2 天后，即可下床活动。但对于脊髓受压者，必须慎重，应用石膏围领或石膏背心固定 10～12 周。

【文献出处】 丁季峰主编. 椎拿大成[M]. 郑州：河南科学技术出版社，1994：338－339

二、颈椎单纯脱位的整复手法

【手法操作】 C3～7 颈椎全脱位采用牵引复位法，C3～7 颈椎半脱位，可采用手法复位。

1. 颅骨牵引法 在中立位或轻度屈曲位，由第 1 颈椎开始，重量为 4 kg，每向下一椎体，则加 1 kg。在床边定时摄侧位片，至嵌顿的关节突被拉开后，使颈部逐渐伸直位，一般需牵引 3～4周。以颈托或石膏领固定。

2. 颌枕带牵引 适应于颈椎全脱位不伴有脊髓损伤或脊髓及神经根损伤不严重，一般重量不超过 4 kg，时间 3～4 周，牵引复位后改为颈托或石膏领固定。

3. 俯卧复位法 该复位法宜俯卧位，如伤重翻身不便，亦可仰卧。在给患者翻身活动时，务必保持头身一致转动，勿在活动时扭动患处，以免出现意外。第一助手托住两肩向下牵引，第二助手两手分别扣住枕部与下颌部，缓缓用力拔伸牵引，持续 12 分钟，以使颈部肌肉放松，医者立于一侧，颈椎双侧半脱位，医者拇指按于伤椎下一棘突上，令上方助手在牵引的基础上

将头颈后伸，医者同时两拇指用力下压棘突，即可复位（图 25－3）。颈椎一侧半脱位，助手牵引同上，医者一手拇指按于伤椎偏歪之棘突向健侧推，在拔伸按压的同时，上方助手将患者头颈略背伸向伤侧旋转，即可复位，复位后仍保持牵引，将患者置仰卧位，颈部放在特别的枕头上，使头颈部处于过伸位。或可用颌枕带牵引，重量 2.5～3 kg，颈后垫一软枕，保持颈椎轻度后伸位 2～3 周后去除牵引。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：456

第六节 尾骨脱位的整复手法

图 25－15 勾复法

【手法操作】 病人俯卧，暴露患部，医者在其腰骶部施行向心性抚法和揉压点法，以消除紧胀、缓解疼痛。而后使用勾复法治疗，医者立于病人一侧，左手全掌按住病人尾骶部以资固定，以微曲之右手中指勾其“长强”穴，当探至尾椎尖端之下内面时，缓缓用力将其尾椎向外上方托。同时令病人咳嗽一声，趁病人无备，稍用力使脱出之尾椎复位（图 25－15）。术后在其尾骶部相当于“长强”穴处拔一火罐，留罐 10～15 分钟，助其复位。

【文献出处】 乳山县海阳所公社卫生院. 按摩疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1972：141－142

【手法操作】 患者侧卧位，尽量屈髋屈膝。术者带消毒手套，食指涂凡士林油膏后伸入肛门，与外面的拇指配合，托尾骨远端向后，当食指指端感到有松动感时，即已复位。

【注意事项】 复位后卧床休息 2 周，伤部用气圈垫空。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：481

【手法操作】 患者侧卧位，尽量屈髋屈膝、医者站在床的右侧，左手固定骶部，右手带消毒手套，中指涂凡士林油膏后伸入肛门，慢慢摸到尾骨，轻轻地向上勾推 3～5 次，每次 1 分钟，当中指指端感到有松动感时，即已复位。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：462

【手法名称】 李墨林治疗尾骨脱位的手法

【手法操作】 医者左手拇指及食指捏于第五骶椎两侧。右手带手套，以食指伸入肛门内，拇指在体外捏住尾骨进行牵引。在牵引下，右手拇指及食指捏住向前移位的尾骨，使其略向后成角，然后再伸直使其恢复原位。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：462

第七节 胸廓骨折的整复手法

一、肋骨骨折的整复手法

【手法名称】 气鼓腾骨

【手法操作】

1. 气鼓法 胸腔的骨骼或错或折，整复时医者不能掌握四面，可借伤者自己的气鼓之。伤者仰卧，背部垫高，令其用力咳嗽，可整复胸、肋骨错位及骨折。

2. 腾骨法 病人仰卧，将肋骨塌陷之侧面向外，医者用一手食、中指插入被挤塌之肋骨后侧，托住其拱起突出之处，往上微用力托住，另一手用食、中指之指端轻轻叩敲拍震肋骨塌陷处数次。

【文献出处】 李永昌. 中国按摩术[M]. 合肥：安徽科学技术出版社，1985：77－78

【手法操作】

1. 单纯肋骨骨折

(1)单根肋骨裂纹骨折可外敷接骨膏，用多头带包扎或用宽绷带包扎三周。

(2)有移位肋骨骨折，令患者作深呼气后屏气，用宽绷带沿胸廓下缘(下部肋骨边缘下)环绕包扎3～5圈后，可令患者自由呼吸，再用绷带斜跨左右两肩上，以免环形绷带向下滑落，然后用8～10 cm宽胶布一条，沿肋缘下绷带粘贴，胶布两端交叉贴于胸骨下端部位，用以加强固定力，此名“绷带胶布固定”法。减少肋骨活动，固定2～3周，并可在骨折处外敷弃杖散或接骨膏，中后期可以敷贴膏药，鼓励患者早期活动，咳嗽排痰。

2. 多根多处骨折 如骨折仅1～2根、损伤较轻，仅用厚棉垫垫于伤处，然后用前述绷带胶布固定法固定3～4周，其他内治，外治法均同单纯肋骨骨折。如损伤范围较广，大块胸壁软化，或左右两侧均有多根多处骨折，反常呼吸明显，伴气胸、血胸，气管分泌物增多，血或痰涎阻塞呼吸道，病情危重者，须作气管内吸痰、给氧，保持呼吸道通畅，或作气管内插管或气管切开，并在骨折局部作牵引固定法。

3. 开放性肋骨骨折 应争取及早作清创术，去除游离碎骨及骨折端尖锐处，用钢丝或肠线内固定。

【文献出处】 湖北省中医药研究院编. 实用骨伤科学[M]. 武汉：湖北科学技术出版社，1986：284

【手法操作】

1. 整复手法 有移位的骨折尽量争取复位。患者仰卧位或坐位，一助手双手平按患者上腹部，令患者用力吸气，至最大限度再用力咳嗽，同时助手用力按压上腹部，术者以拇指下压突起之肋骨端，即可复位(图25－16)。若为凹陷骨折，在咳嗽的同时，术者双手对挤患部的两侧，使下陷者复起。

2. 固定方法

(1)宽绷带固定法:骨折复位后,局部肿不甚者,可外贴伸筋膏,肿甚者外敷祛瘀消肿膏,然后覆以硬纸壳,胶布贴于胸壁,再用宽绷带或多头带包扎固定。敷药者 3 ~ 5 天更换,后贴伸筋膏,继续固定 3 ~ 4 周。

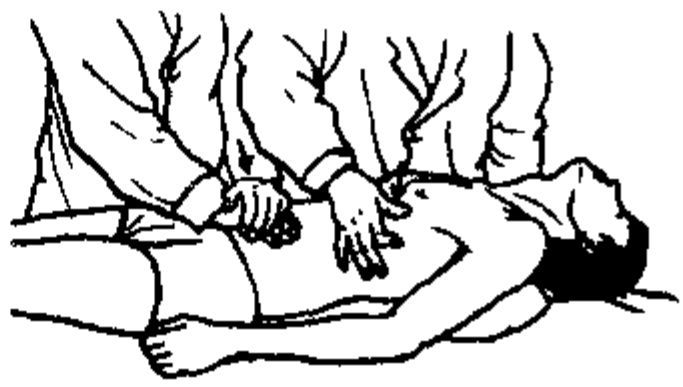
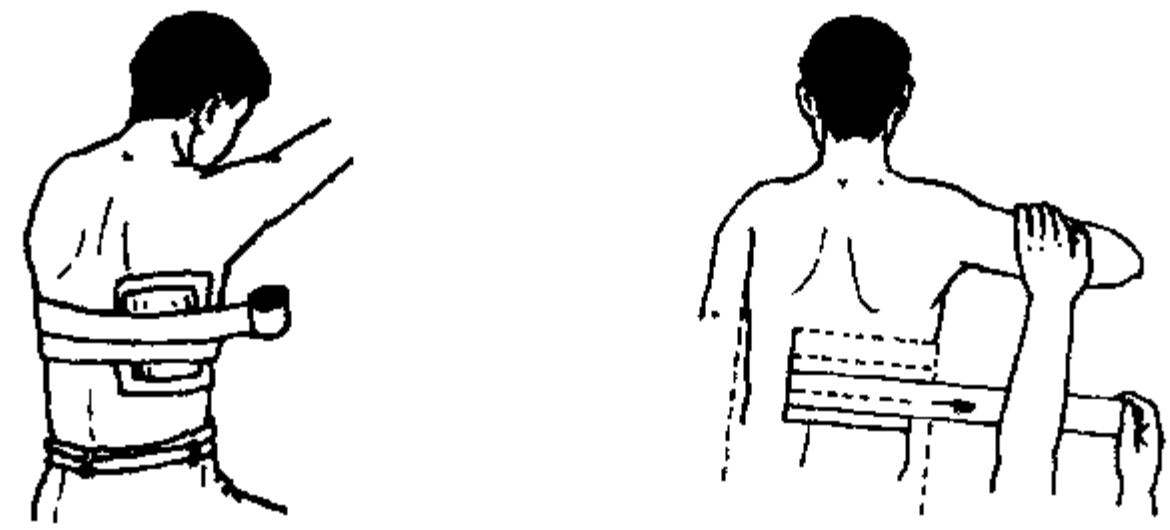


图 25 - 16　气鼓整复法

(2)胶布固定法:适用于第 5 ~ 9 肋骨骨折。每条胶布宽约 7 cm,比病人胸廓半周长 10 cm。病人坐位,两臂外展或上举,在呼气末即胸廓最小时,先在后侧超过中线 5 cm,第一条胶布贴在骨折部下 2 肋,然后以叠瓦状(后一条盖住前一条的 1/2 ~ 2/3)向上增加 4 ~ 5 条,以跨越骨折部上、下各两条肋骨为宜(图 25 - 17)。

(3)肋骨牵引固定法:多根双处骨折,必须迅速固定胸壁,减少反常呼吸引起的生理障碍。可用厚敷料垫于伤处,然后用胶布固定,必要时行肋骨牵引。

【文献出处】 岑泽波,朱云龙主编. 中医正骨学[M]. 北京:人民卫生出版社,1991:206 - 207



① 肋骨骨折固定法　　② 肋骨骨折复位法

图 25 - 17　肋骨骨折整复后固定法

【手法操作】 患者坐位。医者站在患者的患侧方,把患侧的上肢抬起抱头。医者用一手推于患侧腋下,另一手扶于健侧后部展胸,医者依患者姿势顺骨折断处的远端开始向骨折处推压。推压时借患者的杠杆之力转移腾起到断端有骨擦音时,一手顺肋间隙触摸骨折断端,另一手压动对位,听到骨擦音的错动声,肋骨下搭腾起复平时即复位。医者再用双手分拨断端两侧,顺正肋间肌,肋骨膜及软组织。手法完毕后,实施固定。固定时,用硬纸板剪两块与肋骨同样宽的条状(长度超过骨折的 2 ~ 3 寸左右),用热醋或热水浸湿,固定在骨折处,再用纱布或方巾从脊椎开始覆盖顺肋骨至胸部。一般 15 ~ 20 天解除固定。

【注意事项】 多肋骨骨折重伤后,如牵于内伤,治疗时应先把直接刺入肌肉的肋骨起出,进行内伤急救止血,服内伤止血药,当内伤缓和后,再整复多肋骨骨折使其复位并加以固定。如果多肋骨骨折牵于脊椎损伤,应先整复脊椎,后整复肋骨。多肋骨骨折复位后,患者应仰卧休息,以免胸骨柄下塌变形。

【文献出处】 罗金官著.罗氏正骨心法秘诀[M].北京:科学技术文献出版社,1995:35-36

【手法操作】 患者坐位。助手站在患者对面扶患者两侧腋下,医者将患者两手抬起放于脑后,然后从上至下复位。助手按医者复位动作的需要上托提动复位侧,医者顺肋间隙触摸断端前侧压动对位。复位时,不要用猛力搬动,按对位之势的需要酌情移动患者的体位。医者按断端时,助手应上提患者上肢,医者做上错下压动作使骨折处的断端处于同一平行线上,再借展胸之势压于骨断端的远端向骨折处推进使其对位。两侧相同。对位后,用硬纸板剪成两块蝴蝶型在温水中浸湿取出,前胸后背各放一块,用白布包裹,对角包扎,接头在胸部。

【文献出处】 罗金官著.罗氏正骨心法秘诀[M].北京:科学技术文献出版社,1995:35-36

【手法名称】 胸廓肋骨外伤性变形手法治疗

【手法操作】 患者坐位,下肢固定,医者按需要变换体位姿势。用手掌按病变的相反方向挤压胸部和肋骨。挤压时令助手按医者的需要转动患者体位并上提展转,医者借助手上提展转力量挤压推动胸廓肋骨,用杠杆之力和角度方向握弓而成。展胸位,低肋位侧展腾起,高肋位侧斜内下压复平,扭身姿势平度挤压,推动畸形位,然后胸部仰卧平压推动之。手法由轻变重,最主要的是借转动之力,用手法技巧使胸肋恢复原状态。以肋体正常位为准。手法完毕之后,用硬纸板热醋或开水塑形固定,外层用白布固定,睡觉时一定要仰卧位。一周治疗两次,一般三周后体位正常痊愈。

【文献出处】 罗金官著.罗氏正骨心法秘诀[M].北京:科学技术文献出版社,1995:36-37

【手法操作】

1.按压屈凸法 令患者仰卧,背部垫高,医者先施以一般按摩法,伴以药酒,消肿止痛,令其鼓气挺胸,医者一手扶健侧,一手按定患侧,用推按手法将高凸部分按平,使断骨矫正。如肋骨移位较大,可用两手抱住胸部两侧,往中间收缩挤压,使裂缝重合,再用双手按压平整法予以整复。复位后,做局部固定,以方药物贴敷,小夹板顺其肋骨放置,绷带绕过肩部、背部包扎。

2.踏足扛肩法 令患者站立倚墙,医者与患者相对,并用双足踏在患者双足上,双手通过腋下,相交叉抱于背后,然后双手扛起肩部,使患者挺胸,骨折断端即自然整复。

3.按腹整复法 令患者取仰卧位,医者将手掌按于腹部。令患者吸足气,医者用力向下快速按压,使胸腹压力一时突然增大,而使向内移位的骨折段膨出复位。

【注意事项】 单纯肋骨骨折,因有肋间肌固定和其余助骨支持,多无明显移位,较稳定,不需要手法复位;若骨折超过两根以上,且有明显移位者,应做手法复位,对多根多处骨折,应按急症处理。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编.中国手法诊治大全[M].北京:中国中医药出版社,2001:377-378

【手法名称】　刘寿山治疗肋骨骨折的手法

【手法操作】

1. 凹折　患者正坐凳上。助手蹲在患者前方，用双手分别按住两腹股沟部位，医者站在患者身后，双前臂从患者两腋下穿过，双手扶在胸前，并用一手持清洁毛巾，准备堵患者口鼻，将患者轻轻摇晃6～7次；用提端法将患者向上提起，令患者深呼吸后，用毛巾捂住患者口鼻，如左肋受伤，使患者向右侧屈之；如右肋受伤，则向左侧屈之，随即撤捂口鼻之手，两手分别挤按折断处的前后端，同时使患者身体坐正，则凹折可复位。

2. 凸折　所用手法基本同凹折，但不捂患者口鼻，用提端法使患者侧屈后，用手掌按在凸起处，向下戳按，其骼作声，凸起自平。用捋顺法按摩其筋，有助于复位。

【注意事项】　单纯肋骨骨折，因有肋间肌固定和其余肋骨支持，多无明显移位，较稳定，不需要手法复位；若骨折超过两根以上，且有明显移位者，应做手法复位，对多根多处骨折，应按急症处理。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：377－378

【手法名称】　林如高治疗肋骨骨折的手法

【手法操作】

1. 坐位整复法　令患者正坐，助手在患者背后，将一膝顶在患者背部，双手握其肩，缓缓用力向后方拉开，使患者挺胸。医者一手按扶健侧，一手按定患侧，用推挤按压法将高凸部分复平，若骨折在背后，患者双手交插抱在头后，助手扶住患者双肘向后按压，令患者挺胸，医者立在患者背后，用推挤按压手法将断骨矫正。

2. 卧位整复法　一般用于胸前肋骨骨折，且患者身体衰弱时。患者仰卧，背部垫高，双手举高抱头，医者站在外侧，一手拇、食指捏住肋骨骨折起，另一手推挤，矫正侧移位。然后医者双手掌心按在两侧胸部相对推挤复位。

【注意事项】　单纯肋骨骨折，因有肋间肌固定和其余肋骨支持，多无明显移位，较稳定，不需要手法复位；若骨折超过两根以上，且有明显移位者，应做手法复位，对多根多处骨折，应按急症处理。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：377－378

【手法名称】　董万鑫治疗肋骨骨折的抱身旋转复位法

【手法操作】　令患者坐位，一助手固定住患者双腿，医者站在患者背后，双手由腋下抱住患者，把患者双肩架平，右侧肋骨骨折时向左旋转，左侧肋骨骨折时向右旋转，旋转的幅度基本达到90°，折骨就大多能对位，检查是否对位，可使用分肋引线法，即顺着肋骨去摸，如无挡手与凹陷，则证明已复位。

【注意事项】　单纯肋骨骨折，因有肋间肌固定和其余肋骨支持，多无明显移位，较稳定，不需要手法复位；若骨折超过两根以上，且有明显移位者，应做手法复位，对多根多处骨折，应按急症处理。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，

2001:377 - 378

二、胸骨骨折的整复手法

【手法操作】

1. 复位手法　患者仰卧于木板床上，两手上举过头，使两肩向后伸，背部垫一薄枕，全胸部尽量向前突。术者双手重叠下压向前移位的下骨折端，使之平复。按压时，用力不可过猛，以防加重胸腔脏器的损伤。复位时间越早越好。复位时可采用局麻。

2. 固定方法　骨折复位后，患者仰卧木板床上，背部垫一棉垫，骨折处压一小砂袋，并以宽胶布固定于胸壁。2～3 周后骨折处外贴伸筋膏，以毡垫加压，胶布交叉固定，局部作“8”字绷带，保持双肩尽量后伸。6 周后解除固定。无移位骨折可用同上方法固定，但胸前小砂袋可去掉。胸骨体、柄分离，而手法复位不能整复时，或胸骨严重下陷，手法复位难以整复者，可行切开复位，钢针内固定。

【文献出处】 岑泽波，朱云龙主编. 中医正骨学[M]. 北京：人民卫生出版社，1991：202 - 203

【手法名称】 林如高治疗胸骨骨折的手法

【手法操作】 患者仰卧床上，并将两手上举过头，胸背垫一薄枕，使背脊尽量后伸，先嘱患者平静呼吸几次，然后叫患者缓慢深吸气，正当吸气末时，医者两手掌重叠向下按压向前移位的骨断端，使断端平整复位。

【注意事项】 无移位骨折，多不必整复，仅在患处外敷祛瘀消肿药物，患者仰卧木板床上，背后垫一薄枕即可。有移位骨折，则应整复，尽快解除骨折对胸腔脏器的压迫。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：379

【手法名称】 曾传宜治疗胸骨骨折的手法

【手法操作】 令患者仰卧床上，后背垫以薄枕，其胸脯向前挺起，先行触摸确诊其伤处，并用药酒擦抹止痛。用抚摩、推擦、抹揉之法，进一步消肿祛瘀、止痛。医者用双手重叠向下按压，并向前后及往胸中心挤合等正骨手法，使骨折复位。对有肌肉、筋、肋损伤者，再重点按压阿是穴，及常用穴位、穴道。然后再用收束手法，最后敷药包扎。

【注意事项】 无移位骨折，多不必整复，仅在患处外敷祛瘀消肿药物，患者仰卧木板床上，背后垫一薄枕即可。有移位骨折，则应整复，尽快解除骨折对胸腔脏器的压迫。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：379

【手法名称】 刘寿山治疗胸骨骨折的手法

【手法操作】

1. 凹折　患者正坐凳上，助手蹲在患者前方，双手分别按住患者的两腹股沟部，医者站在患者身后，用双臂穿过患者两腋，抱住患者，左手持毛巾，准备堵患者口鼻，右手掌扶按在胸骨伤处，将患者轻摇晃 6～7 次，用提端法将患者向上提起，并使其后仰，令患者深吸气后，用毛巾

捂住患者口鼻。用医者之胸压患者之背，令患者前屈，同时速撤双手，以双手用力挤按患者两肋。自胸骨沿两肋向后，用捋顺法按摩舒筋。

2. 凸折　手法同上。在用提端法将患者提起后，不堵口鼻，速撤左手，用手掌戳按凸起处，同时医者胸部贴于患者背部，使患者向前屈，骨折即可复位。

【注意事项】 无移位骨折，多不必整复，仅在患处外敷祛瘀消肿药物，患者仰卧木板床上，背后垫一薄枕即可。有移位骨折，则应整复，尽快解除骨折对胸腔脏器的压迫。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：379

第八节　骨盆骨折的整复手法

【手法操作】

1. 骨盆边缘骨折　髂前上、下棘骨折，骨折块有移位者，应予以手法复位。患者仰卧，患侧膝下垫高，使髋膝关节呈半屈曲位，术者以挎挤榜压手法将骨折块推回原位。坐骨结节骨折，患者侧卧位，使髋伸直膝屈曲位，术者以两手拇指按压迫使骨折块复位。复位后保持患肢伸髋、屈膝位休养，以松弛腘绳肌防止再移位。

2. 尾骨骨折脱位　复位时，患者侧卧屈髋屈膝位，术者右手戴手套，食指伸入肛门内，扣住向前移位的尾骨下端，同时拇指按压骶骨下端，两指同时用力提按，将骨折远端向后推即可复位。复位后外贴伸筋膏，侧卧休养。

3. 骨盆环单弓断裂无移位骨折　骨盆环虽有骨折但无移位，骨盆环保持完整而稳定，如髂骨翼骨折，一侧耻骨上、下支，或坐骨上，下支单独骨折，骶骨裂纹骨折等，一般无需整复。

4. 骨盆环双弓断裂移位骨折

（1）双侧耻骨上，下支与坐骨上、下支骨折：此骨折致骨盆环前方中间段游离，由于腹肌的牵拉而往往向上向右移位。整复时患者仰卧屈髋，助手把住腘窝向上牵拉，术者双手扣住耻骨联合处，将骨折块向前下方扳提，触摸耻骨联合之两边骨折端平正时，已示复位。整复后，术者以两手对挤髂骨部，使骨折端嵌插稳定。一侧耻骨上、下支与坐骨上、下支骨折伴耻骨联合分离者，触摸耻骨联合处整齐无间隙，则表示复位。

（2）髂骨骨折合并耻骨联合分离：骨块连同伤侧下肢多向外上方移位，并有轻度外旋。患者仰卧，上方助手把住腘窝向上牵引，下方助手握患肢踝部向下牵引，同时逐渐内旋。术者立于患侧，一手扳住健侧髂骨翼部，一手向前下方推按骨折块，触摸耻骨联合平正无间隙，已复位。

（3）耻骨或坐骨上、下支骨折伴同侧骶髂关节错位：伤侧骨块连同下肢常向上移位并有外旋，因骶髂关节错位而不稳定。整复时患者仰卧，上方助手把住腘窝向上牵拉，下方助手握伤肢踝部向下牵引并内旋，术者立于患侧向下推按髂骨翼，测量两侧髂嵴最高点在同一水平时，再以对挤手法，挤压两髂翼及两髋部，使骨折块互相嵌插，触摸骨折处无凹凸畸形，即已复位。耻骨联合分离并一侧骶髂关节错位复位手法亦基本相同。

5. 固定方法

（1）髂前上下棘骨折，复位后可采取屈髋屈膝位休息，同时在伤处垫一平垫，用多头带或

绷带包扎固定。3～4 周去固定，即可下床活动。

(2)骶尾部骨折，一般不需固定，如仰卧位可用气圈保护。4～5 周即可愈合。

(3)骨盆环单弓断裂无移位骨折，可用多头带及弹力绷带包扎固定，4 周解除固定；骨盆环双弓断裂有移位骨折，必须给予有效的固定和牵引。

(4)双侧耻骨上下支和坐骨上下支、一侧耻骨上下支或坐骨上下支骨折伴耻骨联合分离者，复位后可用多头带包扎固定，或用骨盆兜带将骨盆兜住，吊于牵引床的纵杆上，4～6 周即可。

(5)髂骨骨折合并耻骨联合分离、耻骨上下支或坐骨上下支骨折伴同侧骶髂关节错位、耻骨联合分离并一侧骶髂关节错位者，复位后多不稳定，除用多头带固定外，患肢需用皮肤牵引或骨骼牵引，床尾抬高。如错位严重行骨骼牵引者，健侧需上一长石膏裤，以作反牵引，一般 6～8周即可去牵引。

【注意事项】 骨盆周围有坚强的筋肉，骨折复位后不易再移位，且骨盆为松质骨，血运丰富，容易愈合。未损伤骨盆后部负重患者，伤后第 1 周练习下肢肌肉收缩及踝关节伸屈活动，伤后 2 周练习髋膝关节伸屈活动，3 向后可扶拐下地活动。如骨盆后弓损伤者，牵引期间应加强下肢肌肉收缩锻炼及踝关节活动，解除固定后，应抓紧时间进行各方面的功能锻炼。

【文献出处】 岑泽波，朱云龙主编. 中医正骨学[M]. 北京：人民卫生出版社，1991：243～244

【手法操作】 患者仰卧在治疗床上。医者站于伤侧，右手扶摸髋下部，左手放于小腹的盆前部。令助手握拿患侧腿屈曲外旋下拉，在助手外旋下拉的同时，医者的左手下压，右手斜外方推拉，听到骨擦音，骨折处即复位。令患者俯卧位，两腿自然分开，医者检查一下腰骶关节两侧的突出处是否对称，骶骨是否平稳。若腰骶关节两侧的突出处不对称，骶骨不平稳，则医者的双手并拢往下推伤侧，推时能听到复位声，听到复位声后用固定盆骨带固定。令患者仰卧，两腿自然伸开，医者两手分别放于髋上盆骨髂脊处的两边，对称用力下压，由轻变重适量而行。将患者的两腿交叉，按盆骨的正位方向斜内下拉，即左腿往右斜内下拉，右腿往左斜内下拉，使联合处并拢，疏通髋部腿部气血(不包括髋骨有伤)。耻骨一侧骨折的手法治疗是医者的一手握患侧腿曲起向外摆动，另一手借曲动之力用拇食指捏动复位，听到骨擦音后即复位。复位后不需固定，照 X 片查复位是否良好，禁坐硬板凳。

【注意事项】 整复后患者仰卧休息，内服接骨汤药 1 号三付，活血化瘀通络止痛二大便通畅后，再服接骨圣金丹两周。两周后可走路活动锻炼。

【文献出处】 罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京：科学技术文献出版社，1995：44－45

【手法名称】 坐骨骨折的整复手法

【手法操作】 患者仰卧位，两腿自然分开。用毛巾热敷大腿根及骨盆、髋部，热敷二十分钟。医者站于伤侧，由助手把右侧腿曲成 A 形平放床上，用手固定。医者把左腿屈曲，让足跟曲至臀部，然后一手扶膝关节，另一手扶臀部，将臀部往内下方推，扶膝关节之手内收外展，搬动下拉，推臀部之手借腿外展旋下搬动之时，推拿对位，对位时有骨擦音。对位后将腿拉直，比一下两足跟是否长度一致。若长度一致，手法完毕。若长度不一致且伤腿短于健腿，则由助手

固定伸直的右腿，医者手握足腕部将腿外旋盘腿用适当力下拉，一至两次即可，使两腿长度一致。若是盆骨倾斜联合处分离，伤侧高于健侧，则医者先把患者的双腿屈曲，让足跟曲至臀部，将两腿并紧，双手按住双腿膝关节处，用适当的力先向伤侧方歪动，如盆骨有骨动声，说明骨分离处已复正一部分。再用适当的力向健侧方歪动，随后向伤侧方歪动，摆正。用力前曲一下双腿，把双腿放平拉直，再比较足跟是否长度相等。若有差异，再把伤侧腿曲起外旋下拉，比足跟对称后，令患者俯卧位，两腿自然伸开。医者双手掌平放于腰骶（臀）部，用适当的力压骶骨部二至三下，再令患者向健侧方侧卧，两腿屈曲，医者用手以适当的力压坐骨、骨盆以及髋部，骨盆有了错动感，说明联合处复位。让患者仰卧休息片刻，用大纱布或白布折叠成半尺宽的条，在盆骨处十字交叉固定，手法完毕。

【注意事项】 术后服中药活血止痛散，每日两次，每次三克，服一周。服骨折挫伤散二周。一周复查一次。

【文献出处】 罗金官著. 罗氏正骨心法秘诀[M]. 北京：科学技术文献出版社，1995：45－47

【手法名称】 骨盆稳定性骨折的治疗手法

【手法操作】

1. 单纯前环耻骨支、坐骨支骨折　不论单侧或双侧，除个别骨折块游离突出于会阴部皮下，需手法推挤到原位，以免畸形愈合影响坐骑之外，一般不需手法整复。卧床休息，对症服药，3～4 周即可下床活动。

2. 撕脱性骨折　一般移位不大，卧床休息，改变体位以松弛有关骨折块附着的肌肉，减少其对骨折块的牵拉，有利于骨折块的稳定和愈合。如髂前上、下棘骨折，将膝髋关节限制在屈曲位；坐骨结节骨折，将患侧下肢限制在伸髋屈膝位。4～6 周下床功能锻炼。

3. 尾椎骨折　患者取侧卧位，术者戴手套，涂上润滑剂，将食指缓缓伸入肛门，抠住前移的骨折块，拇指在外抵住骶骨，两指同时用力，使骨折块恢复原位。无论能否保持对位，也应鼓励患者及早下床锻炼，预防局部组织粘连挛缩。少数病人遗留疼痛者，可行尾椎切除术。

【文献出处】 郭维淮主编. 平乐正骨[M]. 北京：中国中医药出版社，1996：515

【手法名称】 骨盆不稳定性骨折的治疗手法

【手法操作】

1. 单纯耻骨联合左右分离：分离较轻者用侧方对挤法使之复位，复位后于两髂翼外侧放置沙袋保持固定即可。分离较宽者，用上法复位后再用布兜悬吊以维持对位，或用环形胶布加多头带匀可获得满意复位。

2. 骶髂关节脱位合并附近髂翼骨折或骶骨骨折：半侧骨盆向上移位而无髂翼内翻或外翻变位者，用纵向牵拉，术者向远侧推使骶髂关节复位，并配合同侧大重量牵引维持。

（1）先行伤侧股骨髁上牵引，备好牵引装置。

（2）水平位纵向牵拉复位：助手 4 人，健侧两助手一人持踝，一人用布袋经健侧会阴部兜住坐骨向头侧牵拉，患侧两助手一人握踝，一人固定两腋窝；术者站立患侧，两掌相叠按住髂嵴。在术者统一指令下，各助手徐徐用力对抗牵拉，术者用力推髂嵴向下使之复位。

（3）保持对位，挂上牵引装置，重量 10～15 kg，维持牵引不得少于 8 周，重量不足或减重早

是再脱位的主要原因。

3. 骶髂关节脱位并髂翼骨折外翻变位者(分离型):复位步骤同上,术者注意在各助手相对牵拉的同时,双掌从髂翼的外上方向内下方推挤,使之复位。若有残留移位者,再给予侧方对挤,使折面对合更加严密。为保持复位后稳定,需配合骨盆悬吊牵引,因为单纯下肢牵引;会加重髂翼外翻变位,只有双向牵引,方能保持复位后的稳定。

4. 骶髂关节脱位并髂翼骨折内翻变位者(压缩型):复位步骤同上,唯术者在各助手相对牵拉的同时,用手掌自患侧髂骨翼的前内方向外下方推压使之复位,挂上同侧下肢牵引装置。该型骨折不宜悬吊,因骨盆悬吊会挤压伤侧髂翼内翻,单向下肢牵引,其力量通过髋关节牵拉,不但能防止骶髂关节再脱位,而且能使髂翼自然外翻,有利于纠正髂翼内翻变位。

5. 髂翼骨折外翻变位并耻骨联合左右分离,骶髂关节无后上脱位者,可用骨盆夹架固定。先将每侧两根司氏针插入髂骨翼,用手法复位后,在腹前以框架连接,调节框架连杆之长短及位置,可起到固定作用。变位较轻者,手法复位后单用骨盆夹固定,骨盆夹用宽、长略大于髂骨之木板,内衬以厚垫,后方用帆布连接两侧木板,前方用弹性带结扎调节松紧,亦可起到牢固的固定作用。

6. 陈旧性骨盆骨折并骶髂关节脱位,时间在 1 个月之内者,用手法复位和大重量牵引维持,能够使严重的骨盆畸形得到部分或大部分纠正,亦可在两髂前上棘处穿上司氏针,使之成半环,系绳作交叉悬吊牵引。

【文献出处】 郭维淮主编. 平乐正骨[M]. 北京:中国中医药出版社,1996:515 - 517

【手法名称】 耻骨联合重叠移位的复位手法

【手法操作】 在适当麻醉下,屈膝、屈髋并外展、外旋位(双侧),两助手分别纵向及侧方牵引双下肢,术者两手掌按住双侧髂前上棘,向后、外挤压,可听到或感到耻骨联合复位时的响声,即告复位。立即摄 X 线片检查复位情况。

【注意事项】 复位后,仰卧硬板床 4 周。

【文献出处】 栾明拥编. 栾氏正骨[M]. 北京:中医古籍出版社,1999:276

【手法名称】 耻骨联合上下移位的复位手法

【手法操作】 对于单纯上、下移位者一般用骨牵引即可复位。同时有分离移位者,应在牵引时加用骨盆弹力夹板以利分离移位复位。

【文献出处】 栾明拥编. 栾氏正骨[M]. 北京:中医古籍出版社,1999:277

【手法名称】 双侧耻骨上、下支骨折的复位手法

【手法操作】 此种骨折后骨盆后侧完整,骨折移位不大,对骨盆稳定性及承重功能无大影响,一般卧床休息 4 ~ 6 周即可,卧床期间,膝下垫一软垫,保持髋关节适当屈曲位,以减轻疼痛。如有较大的向上移位者,可牵引复位,复位后用骨盆弹力夹板固定。

【注意事项】 骨盆骨折治疗首先处理危及生命的损伤及并发症,其次及时进行骨折的妥善处置。对骨盆环前后联合损伤、骨折移位、骨盆变形,应尽快予以复位,纠正骨盆变形,并给予持续的固定,以减轻疼痛,减少出血,防止再损伤,预防并发症,为骨折愈合、功能恢复提供良好的条件,防止畸形愈合。

【文献出处】 栾明拥编.栾氏正骨[M].北京:中医古籍出版社,1999:277

【手法名称】 双单侧坐骨上、下支骨折合并骶髂关节脱位或耻骨联合分离的治疗手法

【手法操作】 患者仰卧,两助手分别握住双踝部,然后用一折迭的长布带绕过会阴部(会阴部先垫厚棉垫),后段兜住健侧坐骨结节,经健侧肩后外方,前段经患侧肩前外方固定于床板上做对抗牵引。医者双手将髂骨翼向远侧推压,纠正向上移位和脱位,然后侧卧按压整复耻骨联合分离即可。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编.中国手法诊治大全[M].北京:中国中医药出版社,2001:388

【手法名称】 髂骨骨折合并耻骨联合分离的治疗手法

【手法操作】 患者仰卧,第一助手把住腋窝上牵引,第二助手握患肢踝部向下牵引,同时逐渐内旋。医者立于患侧,一手扳住健侧髂骨翼部,一手向前下方推按骨折块,触摸耻骨联合平正无间隙即已复位。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编.中国手法诊治大全[M].北京:中国中医药出版社,2001:388

【手法名称】 邓福树骨盆移位性骨折整复手法

【手法操作】

1.俯卧位复位法 患者俯卧诊察床上,双手握持床的端缘,第一助手双手放患者腋部向头端牵拉,第二助手双手重叠放在健侧坐骨结节处向头端上推健侧骨盆,第三助手向足端牵拉患侧下肢。术者站在患侧,双手掌部放在患侧髂嵴后半部向前下方推压。整复时,术者、助手、患者之间动作是同步的。

2.侧卧位复位法 患者健侧在下,侧卧在床上,第一助手固定患者肩部以防止躯体前后倾倒,第二助手一手握患肢膝部,另一手握足向头端推,第三助手向足端牵拉患侧下肢,术者双手放在患侧髂嵴的中段,用力向前下方推压复位。

3.仰卧位复位法 适用于牵引治疗有残存移位者。第一助手站在床头双手放腋窝下向头端牵拉,第二助手将健侧下肢伸直向头端推,第三助手将髋关节屈曲45°向足端牵拉,术者在患侧,双手重叠放患侧髂嵴中段向足端用力推。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编.中国手法诊治大全[M].北京:中国中医药出版社,2001:893

第九节 髋关节脱位的整复手法

【手法操作】

1.髋关节后上方脱位

(1)提牵复位法:患者仰卧,一助手以两手按压两侧髂前上棘处,固定骨盆。术者面对患者站于患侧,一手持足踝,一手持膝部。先使髋关节屈曲90°,然后改为一手持小腿下段,一前

臂置患肢腘窝部，将患肢向前上方提牵。同时可配合徐徐摇晃和伸屈髋关节，持小腿的手可同时向下压小腿的下段，以增加提牵力量，使股骨头向前滑动，纳入髋臼内，听到复位响声，逐渐将患肢伸直（图 25－18）。

如患者肌肉发达，用此法不易复位时，可增加助手协助。一助手固定骨盆，助手扶持患肢小腿，将髋膝关节屈曲 90°。术者面对患者，两腿分站于患肢两侧，以两手置于患肢腘窝部相对扣向前上提牵，同时持小腿的助手牵压小腿下段即可复位。

（2）木棒抬牵复位法：患者仰卧，一助手固定骨盆，助手一双手分别置于患者两侧腋下，向上牵拉固定，助手二牵患肢小腿下段，术者面对患者，站于患侧，用特备木棒（即整复肩关节陈旧脱位的木棒）置于患肢膝下腘窝处，经健肢膝前，将木棒的一端放于对侧相应高度的的支点上（一般用椅背作支点）。在上下助手牵拉同时，术者一手扶持患膝，避免患肢内收、内旋，一手托提木棒的另一端，将患肢抬起，一般抬高至 30～50 cm 时，可感到患髋弹动，或听到复位响声（图 25－19）。

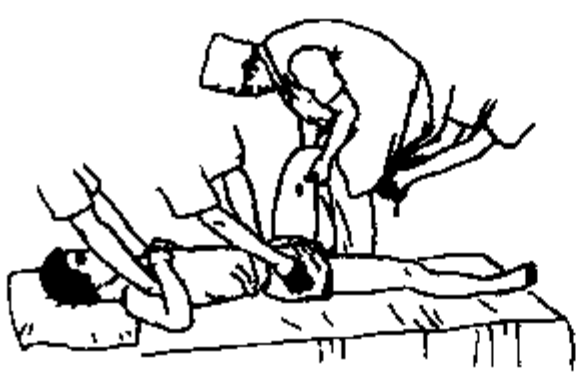


图 25－18　提牵复位法

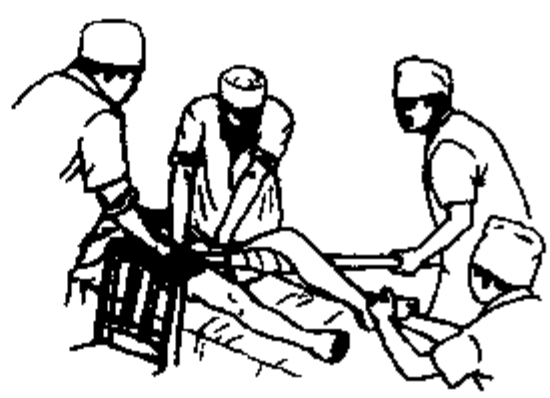


图 25－19　木棒抬牵复位法

（3）旋撬复位法：患者仰卧，一助手固定骨盆。术者一手持患肢小腿下段，一手持患膝，顺势（内收、内旋的畸形姿势）使髋、膝关节尽量曲至腹壁，然后使患肢逐渐外展及外旋、伸直，当伸直 100°左右时，即可听到复位的弹响声，再逐渐伸直患腿即可（图 25－20）。

2. 髋关节后方脱位　采用提牵复位法。患者仰卧，一助手固定骨盆，一助手拉两侧腋窝向上，一助手拉患肢小腿下段向下。术者面对患者站于患侧，一手按患侧髂前上棘，一手从膝内侧，持膝关节，在上下牵拉的同时提牵膝关节使屈曲髋、膝关节，并将患肢外旋，即可听到复位声（图 25－21）。

图 25－20　旋撬复位法

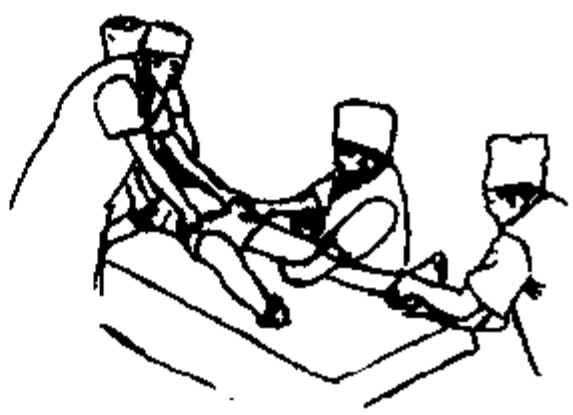


图 25－21　提牵复位法

3. 髋关节后下方脱位 根据患者肌肉的强弱，可选用同髋关节后上脱位的某种手法，进行整复即可，不再赘述。

4. 髋关节前上方脱位 采用牵拉推挤复位法。患者仰卧，一助手固定骨盆，一助手牵拉固定两侧腋窝，一助手持膝部徐徐用力顺势持续向下牵拉患肢，并将患肢逐步外展至30°左右。术者站于患侧，用两手推脱出的股骨头向外向下，同时令牵膝的助手，在保持牵拉力的情况下，将患肢前屈内旋，一般当离床抬高至30～40°时，即可听到复位的响声（图25－22）。

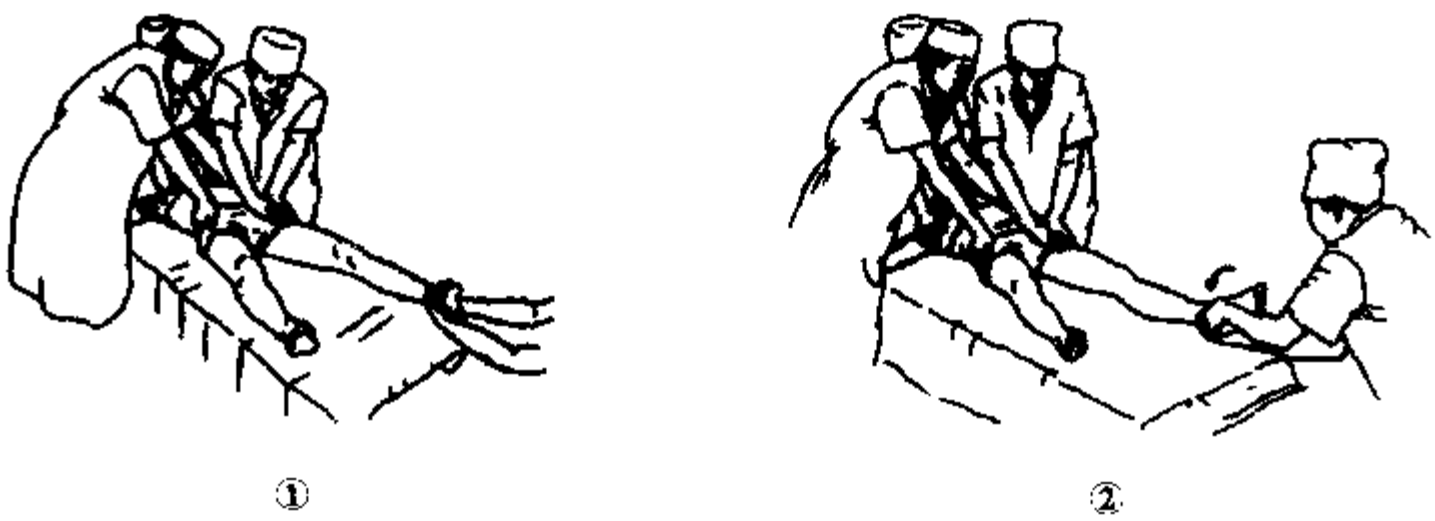


图25－22 牵拉推挤复位法

注意髋关节前上方脱位，股骨头距股动脉、股静脉、股神经等较近，如不小心，可致血管、神经损伤，手法要稳、缓，切忌粗暴。

5. 髋关节前方脱位 采用牵拉推按复位法。患者仰卧，一助手固定骨盆，一助手一手持膝关节，另一手持踝关节。在顺势牵拉情况下，术者站于健侧，两手相叠，压于向前脱出的股骨头上，向外后侧推挤，同时令牵患肢的助手内收、内旋患肢即可复位（图25－23）。

6. 髋关节前下方脱位

（1）旋撬复位法：患者仰卧，一助手固定骨盆，一助手以宽布带绕过患肢大腿根部。术者一手持患膝，一手持踝，顺原外展、外旋畸形姿势，将髋、膝关节尽量屈曲，当大腿部屈至接近腹壁肘，再将患肢内旋、内收至中立位。此时令助手协同将宽布带向后、外、下方牵拉，术者继续将患肢内收、内旋并逐渐伸直。一般伸至髋关节屈曲30°左右位时，即有弹动感或复位声，复位即告成功亦可不用，若关节囊损伤严重，在复位过程中，股骨头在髋臼下缘前后滑动，不易复位，此种类型，亦可待股骨头滑至髋臼后方时，按髋关节后方脱位，采用提牵复位法进行复位（图25－24）。

（2）侧牵复位法：患者仰卧，一助手固定骨盆，一助手用宽布带绕过患肢大腿上端内侧，向外上方牵拉。术者站于患侧，一手持患膝，一手持踝部，连续伸屈患肢，在伸屈过程中，使患肢徐徐内收内旋，即有弹动感及复位声，畸形姿势随之消失而复位（图25－25）。

7. 髋关节中心脱位

（1）牵伸扳拉复位法：适用于脱位较轻者。患者仰卧，一助手固定骨盆，一助手牵拉两侧腋窝，一助手持患肢小腿下段，向远端牵拉，持续5～10分钟。然后术者站于患侧，以两手交叉抱持患肢大腿上段向外扳拉，将内陷的股骨头拉出而复位。亦可用宽布带绕过患肢大腿上段向外牵拉（图25－26）。

图 25－23　牵拉推按复位法

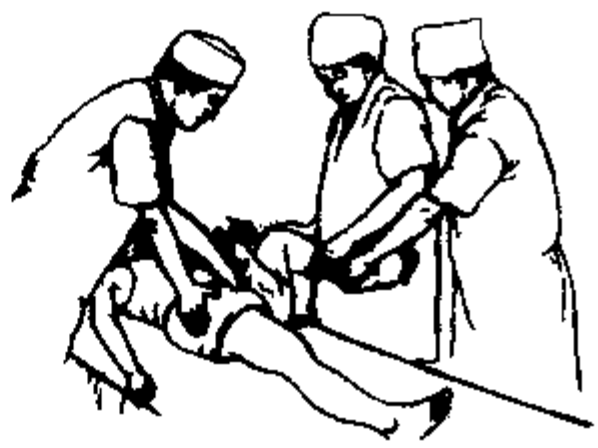


图 25－24　提牵复位法整复

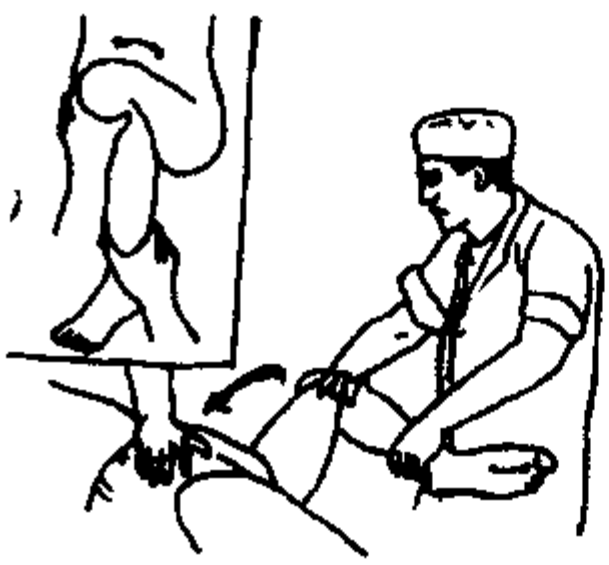


图 25－25　侧牵复位法

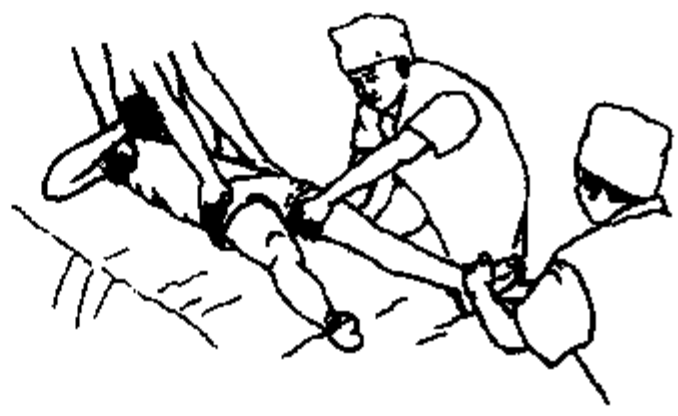


图 25－26　牵伸扳拉复位法

(2)牵引复位法:适用于脱位较严重者。患者仰卧,可采用股骨髁上骨牵引,使其逐渐将脱入髋臼的股骨头拉出而复位。患肢外展 30°,或双向牵引,即在股骨髁上牵引的同时,另用宽布带绕过大腿根部,向外牵引,加以 6～8 kg 重量,2～3 天,复位后,减轻重量至 4～6 kg,维持 6～8 周。也可于大转子部另打入一前后钢针,向外同时牵引。但大转子为松质骨,牵引重量太小不起作用,太大又容易将骨皮质拉裂。再者前后针的外露端,易绊住床单或其他物品,使用不方便,故不如宽布带方便实用。

【文献出处】　郭维淮主编.平乐正骨[M].北京:中国中医药出版社,1996:575－578

【手法名称】　陈旧性髋关节脱位的治疗手法

【手法操作】　以后上方脱位较为常见,前下方脱位次之,现以后上方脱位为例。

1.整复前,先作髋关节的各方向的充分活筋,以剥离粘连。一助手固定骨盆,术者站患侧一手持患膝,一手持踝,先顺其畸形姿势,逐渐适当稳妥的用力,作髋关节的屈、伸、回旋、收、展、摇摆、推拉、拔伸等活动,范围由小到大,力量由轻到重,将股骨头由粘连中解脱出来,使挛缩的筋肉得以充分的松弛,然后再进行手法整复。

活筋是否充分的标准:髋关节可以极度屈曲,股部可接近腹壁,向远端牵拉下肢时,股骨头可下移到髋臼水平,胸前提牵股骨头,可有前后活动。

2. 待活筋达到上述标准后，可进行手法整复，其具体整复方法，与新鲜脱位基本相同，唯力量要大，并尽量选用直接作用于股骨头力量的复位法，避免远距离传导的扭曲力，以免造成合并症和新的损伤。可选用下述手法复位。

(1)旋转提牵复位法：患者仰卧位，一助手固定骨盆。术者站于患侧，一手持小腿下段，一手持膝部，顺畸形姿势，使髋膝关节屈曲至大腿接近腹壁，然后逐渐使髋外旋，外展，当至中立位时，配以向前上提牵，同时缓缓继续外展、外旋患肢，并轻轻伸屈髋关节，使股骨头滑入髋臼。若外旋超过中立位时，因内收肌紧张、挛缩，而影响髋关节继续外展时，可在保持此位置的情况下，反复按摩推拿紧张的内收肌群，使其松展，便于复位。复位后，再逐渐伸直髋膝关节。

(2)侧卧牵拉摇摆复位法：患者健侧卧位，一助手用宽布带绕过大腿根部向后牵拉，一助手持患肢膝关节，使髋膝关节屈曲 90°，向前牵拉，并同时徐缓作髋关节的伸屈、摇摆活动。术者站于患者背后，一手扳拉髂前上棘部向后，另一手掌推脱出的股骨头向前。这样反复操作，直至股骨头滑入髋臼(图 25 - 27)。

(3)杠抬复位法：亦即提牵复位法的原理，不过力量较大。患者仰卧，1 ~ 2 助手固定骨盆，一助手牵扶小腿下段，一助手站健侧。术者站于患侧，以特备的木棒置于患肢膝下窝部，向前抬牵使股骨头复位，具体方法同新鲜脱位的木棒提牵复位法。

【注意事项】

1. 适应证的选择要严格认真，并选择适当麻醉。

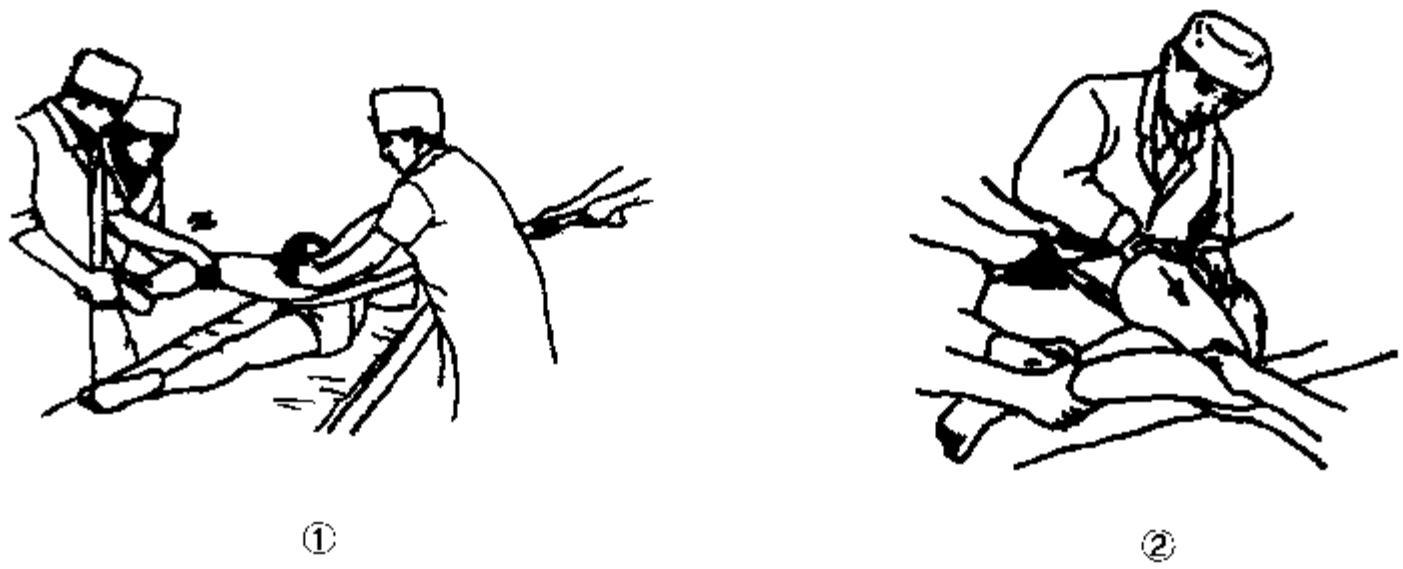
2. 分工明确，配合协调。

3. 手法要稳健有力，避免粗暴，切忌急于求成。

4. 活筋要充分，避免硬扳硬牵、强力旋转，而导致股骨头压缩，减股骨颈骨折。

5. 如手法复位失败，及时改用手术切开复位。

【文献出处】 郭维淮主编. 平乐正骨[M]. 北京：中国中医药出版社，1996：578 - 580



①　　②

图 25 - 27　侧卧牵拉摇摆复位法

【手法名称】 石印玉治疗髋关节后脱位的俯卧推按法

【手法操作】 助手两人分别握住患者两肩腋下和患侧的膝部，行对向牵拽，医者一手按住骶部，另一手将突出的股骨头向下外方用力推按，至两足跟相平齐，于臀髋部可得入骱之声

响，嗣后在牵拽下，令患者由俯卧改为仰卧，医者在稍加牵拽下，将患髋摇转并舒理按揉其关节筋脉，可使股骨纳入更为深着。

【注意事项】 此法先在俯卧位牵拽和推按，其用力方便，能使较大之力达患处，后以仰卧位摇摆其髋，则使骱位深着而筋脉通畅。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：893－894

（李义凯　刘又文　高彦平）

第二十六章 脊椎相关疾病的脊柱推拿手法

【摘要】 国内采用脊柱推拿手法治疗脊椎相关疾病的历史不是很长，虽然早在1952年就有范风源的译作介绍了按脊疗法的部分手法和所要治疗的节段。近几年来，应用脊椎推拿手法来治疗“脊椎相关病”的报道和各种针对性的治疗手法日渐增多，但对各种理论和特异性的治疗手法都缺乏相应的基础研究和理论基础。目前主要是针对支配病变脏器的脊神经所发出的脊椎节段进行治疗。

第一节 强直性脊柱炎

【手法操作】

1. 一般都取俯卧位，胸前和小腿处垫枕，使十分舒适，如疼痛主要在上背部时，可取坐位进行按摩。

2. 在脊柱两侧用拇指平推和回摩背部，或用掌摩、三指掐法等由上而下，由下而上来回操作15～20分钟。

3. 疼痛主要在上背部和颈部时，取风池、风府、肩井、大椎等穴位，用指掐、指振、拇指分推等手法。如疼痛主要在腰部，则取肾俞、命门、八髎、环跳等穴，作指掐、指振、分推等手法。

4. 作颈引伸，上肢引伸和下肢引伸等被动活动手法。如腰部活动障碍，可取坐位作摇腰的被动手法。

【注意事项】 虚症者按摩当少用或不用被动动作手法，多用背部推摩手法，用力也当轻松。而实症者按摩时可用力较重，并可多用被动动作的手法，以改善活动功能。

【文献出处】 安徽医学院附属医院医疗体育科. 中医按摩学简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1960：100

【手法操作】

1. 手法 滚、平推、按、搓。

2. 部位 脊椎及其两旁肌肉为主。

3. 操作

(1)患者俯卧，上胸部和膝部分别垫2～3个枕头，使前胸悬空，两手臂肘关节弯曲，放于枕旁。医者站于旁，在患者腰背部沿脊柱及其两侧用滚法进行治疗，同时用另一手按在患者背部进行撳压动作(当患者呼气时向下撳压，吸气时放松)。然后沿腰部往下到臀部仍用滚法治疗，并配合后抬腿被动活动。时间约8～10分钟。

(2)患者坐势，医者站于后方，用滚法施于颈项两侧及肩部，同时配合颈部左右旋转及俯

仰活动。可配合拿肩井穴。时间约3~5分钟。

(3)姿势同上。嘱患者两肘屈曲,两手指交叉握紧,抱于后脑枕骨部。医者站在后面,以膝部抵住患者背部,再以两手握住患者两肘,作向后牵引及向前俯的扩胸俯仰动作(图20-35)。在进行这种被动活动时,患者要配合深呼吸运动(前俯时呼气,后仰时吸气)俯仰5~8次。

(4)患者坐势,上身前俯(需将背部暴露),医者站于旁,用肘压法施于脊椎两旁,配合平推和热敷。

【注意事项】 锻炼是极为重要的,但不宜过度疲劳,平时注意营养和保暖,节制房事。

【文献出处】 上海中医学院附属推拿学校.农村常见病推拿疗法[M].上海:上海科学技术出版社,1967:48-49

【手法操作】

1. 取俯卧位,胸腹垫适当高度的枕头。如病变主要在上背部,或者强直严重不能俯卧时,可取坐位进行推拿。

2. 先在脊柱两侧用拇指平推和回摩背部,或用掌摩、三指掐法等,由上而下、由下而上,来回操作10分钟左右。

3. 病变主要在上背部和颈部时,取风池、风府、肩井、大椎等穴。如病变主要在腰髋部时,可取肾俞、命门、八髎、环跳等穴。在穴位上作指掐、指振、指尖推等手法。以上推拿主要使舒筋活络,促进血液循环,提高身体抵抗力。

【注意事项】 根据各个病变部位,采用各种摇动法和引伸法。这是治疗本症,使恢复活动功能的关键。做这种手法时,要灵活应用各种合适的体位。如摇颈、摇腰时,可取坐位,按压脊柱时取俯卧位,摇髋和下肢引伸时取仰卧位。做各种动作手法,主要是逐渐摇动和扳动强直的关节。我们在实践中体会到,关节强直,不是绝对的,而犹似绞链生锈活动不灵活的情况。如给以适当的被动力量,是能够把"锈"住的关节,慢慢松开的。但是每次松开的程度不宜过大,要在治疗操作中,掌握适量用力,每次要达到有效强度,使患者能够忍受的情况下,适量松开一些。因为如用量过强,不但患者疼痛不能忍受,同时发生关节处出血肿胀,甚至引起高烧等反应,反而影响治疗进度。另外,不同病情要不同对待。如病变在活动期,患者疼痛利害,有发烧、血沉高现象时,可推摩背部和穴位推拿为主,以增强体质。如病变以强直为主,主要应用各种被动活动性手法,以松动其强直的关节。但是病情往往是复合的,所以方法也需灵活结合使用。有的病例强直十分利害,近似瘫痪的,那在松开其强直关节时,就要有计划分步骤地,一处一处解决。同时如对全身大部关节都强直的病例,又要突出重点,先解决其主要矛盾。一般先要松开髋关节,使患者的行动功能先恢复,然后解决腰背等脊柱关节的活动。

【文献出处】 安徽医学院附属医院.推拿疗法[M].北京:人民卫生出版社,1972:81-82

【手法操作】 取俯卧体位。当病员因疼痛不能俯卧时,可在腹部垫枕,尽可能地使病人体位舒服,有利于手法的治疗。

1. 骶棘肌膏摩法 病人取俯卧体位,医生以祛瘀止痛膏摩为介质,用掌根按揉法,在病变脊椎两侧骶棘肌自上而下反复多次地施行手法,亦可用滚法在两侧骶棘肌作自上而下反复多次地施行,以作放松,诱导治疗。因这两种手法的接触面均较大,尤其是按揉手法,对大面积的

背部疾病最为适用。

2. 背部膀胱经穴及督脉经穴的按揉和弹拨法　对肺俞、膈俞、脾俞、胃俞、三焦俞、肾俞、秩边、大椎、身柱、至阳、筋缩、命门、腰阳关、上髎、次髎、中髎、下髎、居髎、环跳等穴作重点的按压法。

3. 单侧挺胸压脊法　病人继续取俯卧位，医生站在病人的左侧，以左手托住病人的右肩前部作向后的动作，而右手手掌按压病人的胸段棘突作向下的按压动作，双手配合默契，同时施力，这样就可使胸段脊椎产生单侧挺腹为主的伸展运动。右手手掌按压的胸椎部位可有规律地由上逐渐向下移动，这样就可以完成整个右侧挺胸为主的被动伸展运动。

4. 腰、腰骶、骶髂、髋关节被动后伸法　医生位于病人的左侧，左手分别在腰部、腰骶部、骶髂部、髋关节作向下按压的动作，右手握住病人的左腿或右腿作向后伸的动作。双手配合默契。同时用力，完成腰、腰骶、骶髂、髋关节的被动后伸法。

5. 髋关节的被动旋转法　以左侧髋关节为例，病人继续取俯卧位，医生位于病人的左侧，左手以祛瘀止痛摩膏为介质，用掌根在臀部施按揉法；右手握住病人的右踝，被动屈膝后，配合左手的按揉法，作被动的髋关节内旋和外旋被动运动。

6. 擦脊法　同样以祛瘀止痛摩膏为介质，用擦法，分别在督脉及两侧膀胱经上分段（胸段、腰段、腰骶段）施行擦法，透热为度。

7. 仰卧运髋法　病员取仰卧位。医生用掌根按揉法施于股前、股外侧、股内侧，并可按压髀关、伏兔、风市等穴。

8. 扩胸伸脊法　病人取坐位，双手指交叉握紧于后脑枕部，医生位于病人的背后，用膝关节抵住病人的胸段脊椎，双手扶住病人的两肘，做手法前的准备。医生的双手将病人的双肘推向前方，躯体随之前屈，并嘱病人作呼气动作；而后医生双手将病人双肘拉向后方，躯体亦随之后伸，使医生的膝关节抵住病人的胸段棘突，同时尽可能地使肘关节向后过伸，并嘱病员作吸气动作，如此反复 3～5 次。这是一种有效的被动扩胸运动，治疗时如能配合好，又肯坚持锻炼，胸廓扩张运动受限定能得到改善。最后以按揉胸骨、背部，擦两胁肋，拿风池，拿肩井，搓胁结束治疗。

【注意事项】

1. 尽可能坚持正常工作、生活，不宜长期卧床休息。

2. 一定要持之以恒地进行扩胸运动及深呼吸训练，以保待生理的呼吸运动功能和胸廓扩张运动度。另外可双手抱树（柱），作下蹲训练，以保持髋关节的屈伸运动功能。

3. 应坚持仰卧硬板床，低枕，利用躯体的重力促使脊椎逐渐伸直，避免脊椎圆背畸形的发生或控制圆背畸形的发展。

4. 加强营养，尤其是需要补充高蛋白和糖，以提高机体的抗病能力。

5. 注意保暖。

【文献出处】　陈忠良主编. 推拿治疗学[M]. 上海：上海中医学院出版社，1988：24－27

【手法操作】

1. 患者俯卧位，医者站其一侧，施四指推法或滚法于脊椎两侧骶棘肌，自上而下反复操作，手法要求柔和有力，不可粗暴，约 10 分钟。

2. 点按脾俞、胃俞、命门、环跳、八髎、居髎等穴，每穴约 1 分钟，并可在上述穴位施弹拨法，

力量以患者能忍受为度。

3. 患者仰卧位，点按中脘、气海、关元、等穴位，每穴约 1 分钟，然后用掌摩法在腹部治疗，约 10 分钟，以透热为佳。

4. 施四指推法于腹股沟、大腿、膝关节、小腿外侧直至踝关节等处，往返 2～3 次，并配合髋关节的外展、外旋；然后点按足三里、阳陵泉、血海、风市等穴，每穴半分钟。

5. 作腰椎、骶髂关节被动运动，各作 3～5 遍。

6. 患者取坐位，医者立于其后侧，施滚法于患者颈项两侧及肩胛部，并可配合颈部左右旋转与仰俯被动运动，然后施四指推法于双侧颈项肌、项韧带及斜方肌处，约 3 分钟，嘱患者两肘屈曲，抱于后枕部，两手 5 指交叉握紧，医者站于背后，以膝顶住患者脊背，双手分别握住患者两肘，做向后的扩胸牵引 3～5 次。

7. 最后以按揉背部，擦两侧胁肋，拿风池、肩井，搓胁肋结束治疗。

【注意事项】

1. 患者应坚持仰卧位睡硬板床，尽可能从事一些力所能及的活动，不宜长期卧床休息，并注意保暖。

2. 坚持进行扩胸运动和深呼吸锻炼，以保持正常的呼吸和胸廓扩张运动度，并坚持下蹲锻炼，以保持髋关节的屈伸运动功能。

3. 加强营养，尤其是需要补充高蛋白和糖分，以提高机体的抗病能力。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：323－324

【手法操作】

1. 患者俯卧，胸部及大腿前分别垫上 2～3 个枕头，前胸及腹部悬空，两手臂屈肘置于头前。医者站于旁，在患者腰背部沿脊柱及两侧，用滚法上下往返治疗，同时另一手掌在背部沿脊柱按压，按压时要配合病人呼吸，当呼气时向下按压，吸气时放松，充分放松腰背部肌肉。

2. 用指按法按压脊柱两侧膀胱经及臀部秩边穴、环跳穴、居髎穴。

3. 患者仰卧，滚法治疗髋关节前部，配合关节的外展、外旋被动活动，再用拿法做大腿内侧肌肉和搓大腿。

4. 患者坐势，医者站于后方，用滚法施于颈项两侧及肩胛部，同时配合颈部旋转及俯仰活动。然后按揉或一指禅推颈椎两侧，上下往返数次，再拿风池及颈椎两侧到肩井穴。

5. 嘱患者两肘屈曲，抱于后脑枕部，两手指交叉握紧。医者站于背后，以膝部顶住患者背部，再以两手握住患者两肘，作向后牵引及向前俯的扩胸俯仰运动。在进行这种被动活动时，患者要配合呼吸运动（前俯时呼气，后仰时吸气），俯仰 5～8 次。

6. 患者坐势，腰背暴露，上身前俯，医者站于旁，用肘压法施于脊椎两旁。再用双掌直擦背部督脉及两侧膀胱经，横擦骶部，均以透热为度，勿加用热敷。

【注意事项】

1. 在做手法操作时要柔和沉稳，切勿用力过猛过重，以免造成骨折等医源性疾病。

2. 休息以睡平板床为优选，用枕需控制，合适为宜，越低越好，理疗、休疗也可选用，配合推拿能较好地缓解症状。

3. 在整个治疗中，以早期治疗效果较好，采用推拿和配合中药治疗，以控制病情发展，保护脊柱功能。

4. 对晚期发生畸形和脊柱僵硬，骨质疏松的患者，治疗时严防手法粗暴，以免发生骨折。

【文献出处】 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京：人民卫生出版社，2002：1188－1189

第二节 小儿肌性斜颈

【手法操作】

1. 患儿取仰卧位，医者在患侧的胸锁乳突肌施用推揉法。

2. 拿患侧胸锁乳突肌。

3. 医者一手扶住患侧肩部，另一手扶住患儿头顶，使患儿头部渐渐向健侧肩部倾斜，逐渐拉长患侧胸锁乳突肌。反复进行数次。

4. 在患侧胸锁乳突肌施用推揉法。

【文献出处】 上海中医学院. 推拿学[M]. 上海：上海人民出版社，1975：134

【手法操作】 患儿仰卧位。手法操作如下：

1. 术者坐于床头，一手托其颈部，一手用大指在患侧胸锁乳突肌处边揉边捻 5～10 分钟（图 26－1）。

2. 术者一手托其头颈部，一手扶下颌体部，两手相对轻轻用力沿颈椎纵轴拔伸摇晃，并轻轻向患侧旋转，重复两次（图 26－2）。

【注意事项】 以上手法要轻软柔和，用揉、捻手法时术者多采用滑石粉等介质以免擦伤患儿皮肤。亦可教患儿家长经常在患处进行揉捻，每日 2～3 次，并嘱家长注意患儿喂奶，睡眠的姿态，经常热敷患处以配合治疗，可促进疗效。如患儿畸形较重，或年龄过大，推拿效果不佳时，可考虑手术治疗。

【文献出处】 季根林. 推拿简编[M]. 北京：人民卫生出版社，1981：174－175

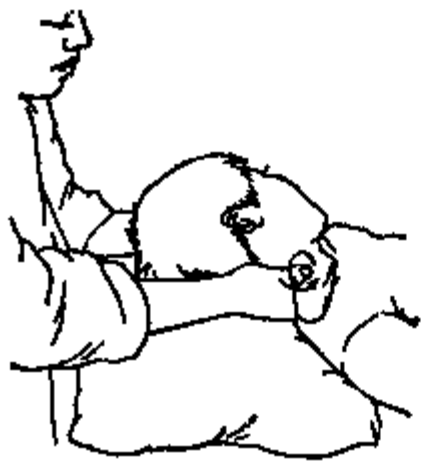


图 26－1 捻胸锁乳突肌

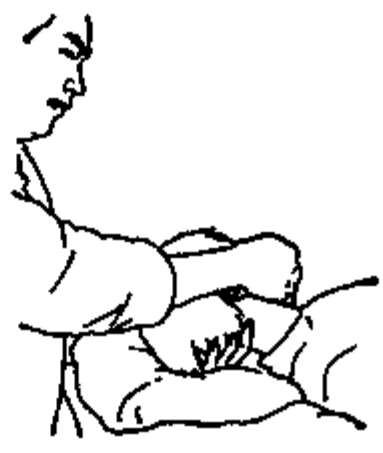


图 26－2 摇晃旋转法

【手法名称】 侧扳旋转法

【手法操作】

1. 推揉法：患儿取坐位或仰卧位，医者用拇指指腹在患侧胸锁乳突肌（即硬肿处），从上至下反复推揉，以局部温热、变红为度，5～10 分钟。

2. 弹拨法：用拇指指腹在患侧胸锁乳突肌的硬肿周围进行反复弹拨 10～15 次（图 26－3①）。

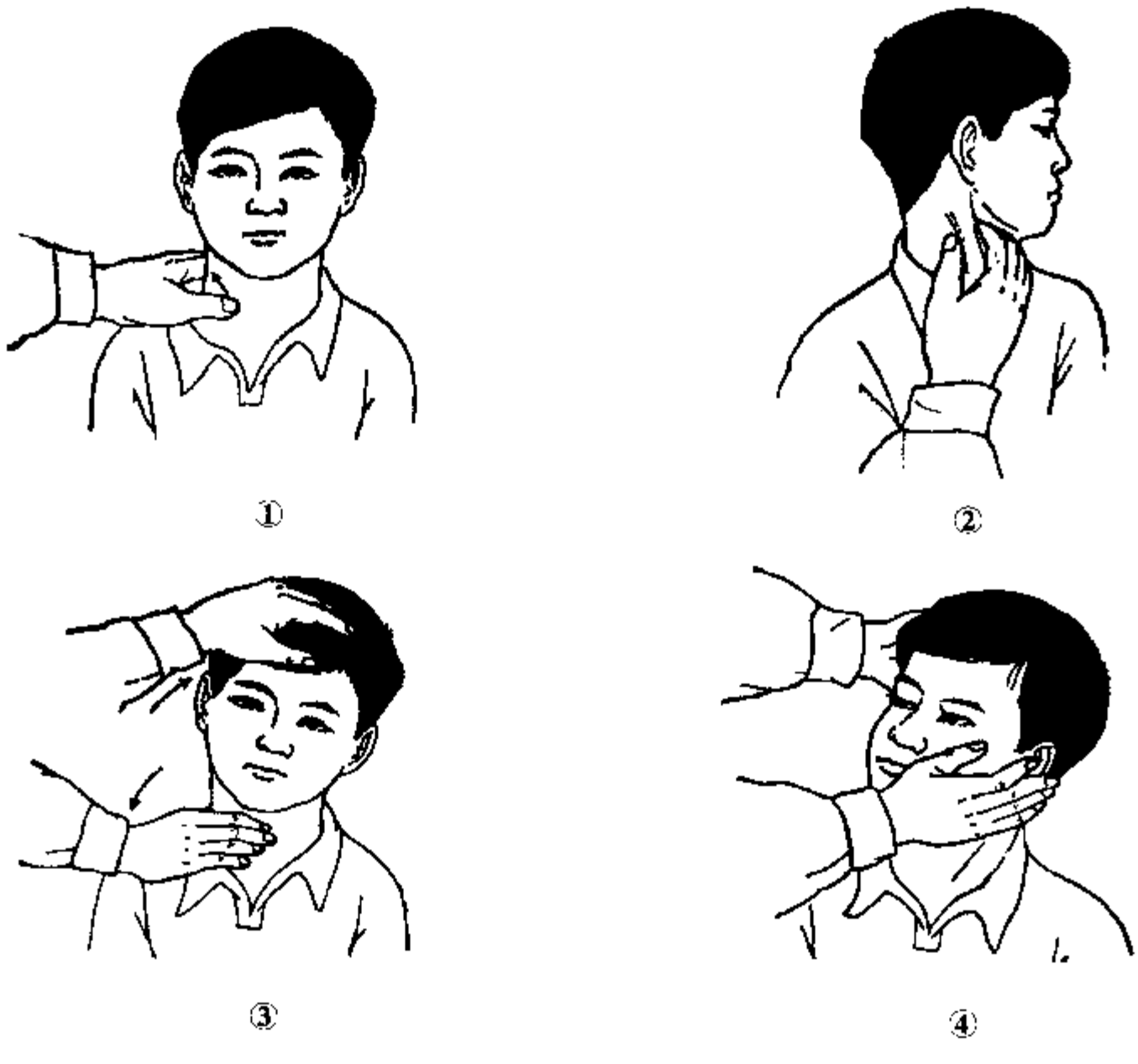
3. 捏拿法：用拇、食、中三指相对同时用均匀的力量捏拿患侧胸锁乳突肌，交替捻动，从上至下反复 15～20 次（图 26－3②）。

4. 侧扳旋转法：医者一手固定患侧的肩部，另一手扳患侧头部，令头部渐渐向健侧肩部倾斜，反复 3 次，使患者胸锁乳突肌逐渐拉长（图 26－3③）。固定患儿身体，用双手分别托其下颌，以颈椎为纵轴尽量向患侧肩部旋转，反复 3 次（图 26－3④）。

5. 揉患侧面部 20 次，最后依次提拿双侧风池、斜方肌、肩井各 3～5 次，全程约 15～20 分钟。

【注意事项】 临床所见，6 个月以内患者的疗效比较显著，故早发现、早治疗具有重要意义。因本病治疗时间较长，医者必须向患者家属作好解释工作，以争取其合作。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：355－360



①　②　③　④

图 26－3　小儿肌性斜颈侧扳旋转法

①弹拨法；②捏拿法；③侧扳旋转法；④侧扳旋扳法

【手法名称】 揉捏分筋扳正法

【手法操作】

1. 按摩揉捏　医者用拇指指腹在患者患侧肩、颈部轻轻按摩 2～3 遍，再交替使用揉捏法各 2～3 遍，以松解患儿颈肩肌群。

2. 分筋揉拿 用拇指指尖深压胸锁乳突肌硬结及周围组织分筋 3 ~ 4 遍，再揉拿 3 ~ 4 遍，以松解肌肉粘连。

3. 弹筋拨络 在患侧颈部、肩胛内缘、胸锁乳突肌、颈肌、斜方肌及菱形肌等处，用弹筋拨络手法拨 2 ~ 3 遍，以疏通经络，改善局部气血运行。

4. 扳正 侧扳，稍稍用力使患儿头顶逐渐向健侧肩部倾斜。斜扳，将患儿头部旋向患侧肩，直至患儿能忍受的极点，停留 1 分钟，再将头部旋向健侧肩。侧扳和斜扳可交替进行 3 ~ 4 次，以疏通经络瘀滞，消除筋肉挛缩，最后在患侧肩、颈部轻轻按揉 2 ~ 4 遍，以松弛局部肌肉。治疗间歇可嘱家长经常利用光线或玩具诱使患儿头部向健侧转动，以作矫正。

【注意事项】 治疗时机以周岁以内为好，治疗愈早，恢复愈快

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：360 - 361

【手法操作】

1. 先天性肌性斜颈 患儿家长一手托患儿颏部健侧，另一手托枕部患侧，双手同时缓缓用力旋推颏部向患侧前上方，头枕部向健侧后下方，直至最大无痛矫正度下维持此矫正度，停留 2 分钟后放松，然后再行第二次。如此周而复始，次数不限，以患儿无不良反应为基准，越多越好。

2. 先天性骨性斜颈 可试行手法治疗，方法同肌性斜颈，必要时手术矫正。

3. 眼性斜颈 及时配戴眼镜矫正视力，治疗初期还可采用暂时遮住健眼，以促使畸形矫正。

4. 脑性斜颈 早期脑性斜颈患者，方用止痉散，严重者可手术。

5. 麻痹性斜颈 可以采用热敷与按摩，先用热水加适量展筋酊，以毛巾湿热敷局部 5 分钟，然后缓缓用力，沿胸锁乳突肌肌纤维走向推按、捏拿，反复 5 ~ 10 次。此法宜每天上午进行，每日 1 次。而后采用功能疗法和针灸治疗，每天应坚持做麻痹侧胸锁乳突肌主动舒缩活动及颈部主、被动反畸形位活动。必要时手术治疗。

【注意事项】

1. 因小儿各组织均脆弱，发育不健全，所以手法一定要轻柔、缓进，以免造成附加损伤。

2. 必须坚持不懈，方能收到良好效果。

3. 施行手法时间必须持续到畸形完全矫正后半年以上，以巩固疗效，避免复发。

4. 教育患儿尽可能置颈部于畸形对抗位（反畸形位），以期自我矫形。

【文献出处】 郭维淮主编. 平乐正骨[M]. 北京：中国中医药出版社，1996：688 - 689

【手法操作】

1. 牵引矫正法 出生两周后即可开始，患儿母亲取坐位，髋与膝各屈曲 90°，两腿并齐，将患儿置于大腿部，头在其右侧，置于腿外，颈部稍后伸。其母左手轻轻扶住患儿锁骨部，右手拇指及其他四指各置于颞部，一面牵引，一面将面部转向患侧，枕部转向健侧肩峰。每日 4 ~ 5 次，持续数月至 1 年左右。

2. 扳动矫正法 先在患侧胸锁乳突肌做热敷或推拿，然后术者以一手托住患者枕骨部，另一手把住下颌，将患儿头部向与畸形姿势相反方向，轻轻进行扳动矫正，每天 1 ~ 2 次。扳动时，颌部要尽量旋向患侧，枕部旋向健侧。

【文献出处】 薛传韫，姚红主编. 现代推拿学[M]. 北京：中国中医药出版社，1997：309

【手法操作】

1. 患儿侧卧位或仰卧位，医者坐于健侧，按揉患侧胸锁乳突肌及肿块处 5～10 分钟。动作要轻柔。

2. 拿捏患侧胸锁乳突肌，顺着肌肉由上而下反复捏拿 3～5 分钟。用力要轻，着力要深。

3. 配合颈部被动运动，以向健侧侧弯、患侧旋转为主，反复进行数次，运动要缓慢。

4. 在患侧胸锁乳突肌处施推抹法约 20 次。

【注意事项】

1. 当与骨性斜颈、姿势性斜颈、神经性斜颈相鉴别。

2. 及时发现，治疗越早，效果越好，一般在 1 岁内治疗。当肿块消失后，应继续推拿，直到活动正常为止。

3. 病程长者，推拿治疗半年无效，可考虑手术治疗。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：513－514

第三节 小儿其他疾患

【手法名称】 小儿腹泻捏脊法

【手法操作】 患者俯卧，背肌充分暴露（天气寒冷时，要注意保暖）。医者站在左侧，用双手掌上下推擦，以皮肤温热，肌肉放松为度。然后，双手呈半握拳状，两手食指中节背紧抵椎旁，用双手的拇、食指从患儿尾骶部（长强穴）开始，将皮肤轻轻捏起，两手交替进行，随推随捏，随捏随进，一直捏到大椎旁止。从腰骶部开始，向上每隔一椎体，利用双手的腕力提捏 1 次。施术半小时后，患儿进食最佳。治疗期间，可嘱家长每隔 2～4 小时喂患儿 1 次淡盐水，每次 2～6 汤勺。

（1）呕吐：捏脊可从第 1 胸椎开始，向下到第 9 胸椎，加揉膻中。

（2）发惊：加分阴阳，揉十宣，揉一窝风。

（3）发热：加开天门，清天河水，分阴阳。

（4）虚寒与湿热泻：可加摩腹与推大肠。前者用补法，后者用泻法。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：328－329

【手法名称】 臀肌挛缩症揉按拿捏弹拨法

【手法操作】

1. 患儿取仰卧位，医者以大拇指或掌根着力，在臀部轻揉颤动，先缓慢旋转，再由慢到快，由轻到重，使揉颤力深透到皮下组织。

2. 点按昆仑、承山、委中、环跳诸穴，每穴半分钟，以疏通足太阳、足少阳经的经气。

3. 拿捏患处 3 分钟。重点是挛缩的臀大肌，拿捏后迅速放开，做到拿捏有节律。

4. 指拨松解挛缩臀肌 3 分钟。医者以拇指腹在臀部挛缩处轻柔，均匀有力地按肌纤维走向来回弹拨滚动。

5. 被动活动髋关节 5 分钟。最后用掌根轻揉患处 2 ~ 3 分钟，还可以配合超短波治疗。以上手法，每日 1 次。治疗期间，嘱家长每天热敷，搓揉患处，上下午各 1 次，每次 10 分钟。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：361 - 363

第四节 各类良性头痛

一、头 痛

【手法操作】

1. 患者取坐位，如不能坐起时，可取仰卧位。医生站于头端。患者头部包一毛巾。

2. 用左手固定其头部，右手拇指平推头部。先在整个头部轻推一遍，然后推头部正中，由前发际推到后发际，着重多推百会穴。用力由轻而重，再由重转轻。再推头部两侧，也由前发际推到后发际，可用拇指侧推法。如诉头部某处最不舒适，可着重多推。以上推法约 10 分钟。

3. 双手拇指推前额部，可从印堂、攒竹推到太阳穴，或用抹法，从印堂分开抹到太阳穴，在太阳穴上，可结合指掐和振法，然后沿头部两侧抹到风池穴。对某些眼、鼻病引起的前额痛，可多做这种推法。

4. 两手拇指摩、揉两侧风池穴。然后用拇、食、中三指捏法，从后头部捏到颈项部，再用两手分捏肩井穴。反复多遍。

5. 可取肢体部穴位，如内关、合谷、足三里、三阴交等，用指掐、指振、指尖推等法作穴位推拿。

【文献出处】 安徽医学院附属医院. 推拿疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1972：140

【手法名称】 头颈部常规推拿手法

【手法操作】

1. *揉拿颈后大筋法* 病人取侧卧体位。医者紧接着以一手拇、中、食、无名四指作对称揉拿用力。在一侧颈项部大筋自上而下施以揉拿(图 26 - 4)，令病人头偏向另一侧，待作完扫散法之后，再行揉拿另一侧颈后大筋。须施术 1 ~ 2 分钟。

2. *勾点风池法* 医者以一手按住病人前额部，另一手中指微曲并用力勾点风池穴，当病人有酸胀感并向前额放散为止(图 26 - 5)。

【注意事项】 适用于各种类型的头痛

【文献出处】 乳山县人民医院海阳所分院. 推拿疗法[M]. 济南：山东人民出版社，1976：44 - 45

【手法操作】

1. 病人取仰卧位，术者坐在病人头前，先用两手中指指尖按在风池穴位上，然后，由穴位向对侧眼区方向按压，病人感到风池穴处有酸胀感觉，有时这种感觉还会串至头的前额。此刻，在持续按压约 1 分钟松指，以醒脑明目，止后头痛。

2. 用右手中指指尖定在印堂穴，食指与无名指分别按在攒竹穴，而后，三指同时用力缓缓

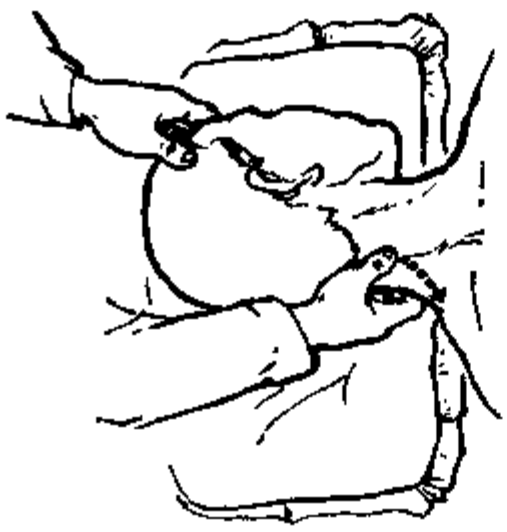


图 26－4 揉拿颈后大筋法

图 26－5 勾点风池法

向下按压，等病人穴位周围有酸胀感后，再持续按压约 1 分钟以明目通窍，止前头痛。

3. 再将两手食指、中指、无名指及小指屈曲并拢对齐，分别按在两侧眉弓（上眼眶的下缘）处，然后，逐渐用力向下按压，当病人眼区周围有明显的酸胀感后，再持续按压约 1 分钟，但不要触压眼球以缓解眼胀。

4. 用两手拇指的指腹，按在两侧太阳穴，持续按压片刻后，继而作环形旋转揉动，同时，触摸颞肌有无肌性条索样物，如果触之有痛感，可用其指面处缓缓拨动，至颞肌柔软为止，以疏风清热，明目去头风，可止偏头痛。

5. 用两手拇指指腹，自前额中线向两侧分抹，至太阳穴处，从上而下由轻到重抹 50 次左右，清脑止痛。

6. 术者站在床的右侧，右手张开成“鹰爪状”，用五指的指尖叩压在前额的头发边上，左手可重叠在右手指间关节上以助力，随后均匀用力向下按压，当所按压之处出现酸胀感后，再向前移动一个指尖的距离，重复按压动作直至头顶，上法由上而下 20 次后，五指伸直张开，如蓖梳样从前发际梳至头顶数次，以醒脑通窍，止头顶痛。

7. 病人慢慢起来，坐在凳子上，术者站立于病人身后，用右手指面在其颈后作捏拿法，最后提拿肩井 2～3 次结束操作。

【主治疾病】 外感、失眠、肌紧张、脑外伤等功能性头痛。

【文献出处】 孙维良编著. 家庭按摩[M]. 天津：天津科学技术出版社，1989：129－131

【手法操作】

1. 选穴 合谷、风池、印堂、百会、头维、太阳、率谷、神门、列缺、内关、照海、攒竹、肾俞、足三里、三阴交、耳门、风府。

2. 手法 病人取坐位，施以头部疏通经络点穴法。

(1)术者左大指按百会穴，右大指按揉印堂穴，并上推至百会穴。

(2)右大指按百会穴，左手大指自百会穴了推至风府穴。

(3)从印堂穴始，双手大指推前额至两侧太阳穴。

(4)轻揉太阳穴，按揉率谷穴，揉按风池穴，并以推法连于三穴。

(5)拿肩并穴，按百会、列缺穴。

(6)血压高加揉涌泉、神门穴。

(7)虚症头痛加按内关、照海、肾俞、足三里、三阴交穴。

(8)偏头痛重治率谷、列缺、耳门、攒竹穴。

【文献出处】 徐裕才，黄为民.疏通经络点穴法[M].北京：科学出版社，1989：105

【手法操作】 患者取坐位，医生先立于一侧，一手扶患者前额，一手按揉颈部，先以拇指为治疗手段，食指和中指为辅助手段，反复交换，使颈部肌肉得到放松，然后用食指和拇指点按患者双侧风池穴、风府穴，稳按片刻，使之有酸胀感。医生立于前，用双手拇指按印堂穴开始，向上推搓至发际，向两侧分开至太阳穴用捻揉法，加重穴位部力量，使之有酸胀感，反复数次。双手屈指引开，沿患者发际，贴紧头皮，向斜上方推搓，力度随患者的耐受而定。使头皮有发热感，反复数次。然后医生立于后，双手提捏两肩井穴及肩部肌肉，反复数次，使肩部肌肉得到充分松弛。若患者两眼发沉，可加点攒竹穴，两眼发昏者，可捏揉外耳廓1/3处，使之有痛麻胀感。头痛耳鸣者，可用双手手掌按住双耳，稍时按压即刻向两侧提起，反复数次。有鼻塞者，可点按迎香穴。口干、口苦者，加点下关穴。

【注意事项】 在实施手法过程中，强度要视患者体质情况、年龄情况及身体耐受程度而定。妇女月经期手法要柔和，妊娠期则不宜推拿。

【文献出处】 常健，陶万明，李瑞生.推拿与运动损伤[M].北京：北京科学技术出版社，1991：72

【手法名称】 提牵搬颈弹拨法

【手法操作】

1.患者取坐位，医者立于患者背后施术，滚揉双侧肩背部。

2.点揉肩外俞穴区(即斜方肌上外缘)，以拇指为着力点，向内向上再向外按顺序进行缓和而深透的点揉。

3.弹拨曲垣穴区(即冈上肌内侧缘附着点)，使患者有较强的酸胀感并向颈部放散。

4.点揉秉风穴(相当于冈上肌肌腹)，多数患者有酸痛感并向侧头部放散。

5.拿肩井穴区，医者双手放于患者双侧肩井穴区用拿法，反复施术于患者双肩部。

6.点拨上肢诸穴，医者一手握持患者手指，另一手分别点拨天宗、臑会、肘髎、天井、手三里、上廉、下廉、合谷等穴。

7.弹拨项韧带，令患者头前屈，医者一手扶持其头部，另一手对项韧带自上而下进行横向弹拨，遇有项韧带剥离或拨之有硬化之条索时可重点弹拨。

8.拿提项肌，医者虎口叉开放于颈部，用拿法自上而下拿提项肌。

9.弹拨棘旁痛点，以右侧为例，令患者头左偏前屈，下颌右旋，医者右手虎口叉开托住患者下颌，以保持颈部姿势，左手自上而下弹拨棘旁肌群，遇有高隆之关节突，也即是痛点所在，可进行重点弹拨。

10.纠正紊乱之后关节，以右侧为例，令患者颈部右旋至适当角度，右手掌根部托住患者下颌，左手托住颈部，指按住高隆之后关节突，双手合力向上做瞬间提牵，在小节松离之瞬间，左手拇指向左顶推高隆的后关节突，拇指下有棘突移动感，再在牵引状态下将头旋至中立位。如手法成功，除高隆的后关节突得到平复外，原来的压痛点消失或明显减轻，患者即感头颈部松

快。再理顺颈项肩背部肌群韧带结束治疗。隔日1次,10次为1疗程。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社,1994:261-263

【手法名称】 线段按摩法

【手法操作】

1. 揉按头顶法 患者仰卧,将患者头顶部分为5条纵行刺激线。

(1)正中线:从神庭穴开始沿头顶直上止于百会穴。

(2)旁线:从曲差穴开始与正中线平行,止于络却穴,左右各一条。

(3)边线:从本神穴开始与正中线平行止于百会穴旁开3寸处,左右各1条。施术时,医者先用一手拇指指端揉按正中线,再用双拇指指端按揉法,其施术线段方向,遍数与前相同。最后按揉百会、四神聪等穴,各半分钟。

2. 揉按前额法 将前额分为2条弧形刺激线。

(1)上缘线:从神庭穴直下1寸开始,沿发际经两侧翼角,至耳门穴划一弧线。

(2)下缘线:从印堂穴开始沿眉弓经两侧太阳穴至听会穴划一弧线。施术时,医者用双拇指指腹依次揉按上缘线和下缘线,从每条刺激线的正中开始,分别向两侧揉按,反复6遍。再施双拇指指腹揉按法,其施术线段、方向、遍数与前相同。最后按揉头维、太阳等穴各半分钟。

3. 揉按后头法 患者端坐,将后头分为3条纵行刺激线。

(1)正中线:从百会穴开始沿后头直下止于风府穴。

(2)旁线:起于百会穴旁开1寸处与正中线平行止于风池穴,左右各1条。施术时,医者用单拇指指端依次揉按正中线和两侧旁线,每条刺激线由上而下反复3遍。然后,再施单拇指指端揉按法,其施术线段、方向、遍数与前相同。最后按揉率谷半分钟。

4. 揉按颈部法 将颈部分为3条纵行刺激线。

(1)正中线:从风府穴开始沿颈脊下行,止于大椎穴。

(2)旁线:从风池穴开始与正中线平行,止于大椎穴,左右各1条。施术时,医者用单拇指指腹依次揉按正中线和两侧旁线,每条刺激线由上而下反复3遍,再施单拇指指腹揉按法,其施术线段、方向、遍数与前相同。最后揉按天柱半分钟。

【注意事项】 经治疗头痛复发者,继续采用此法仍然有效。医者在治疗过程中,手法要轻柔沉稳,补泄得宜。要根据每个患者头痛部位,症状的不同,辨证施法,避免生搬硬套。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社,1994:265-267

【手法操作】

1. 基本治法

(1)患者坐位,医者施一指禅推法于印堂至上星一线,往返3~5遍。

(2)分推印堂穴至头维、太阳、鱼腰、攒竹穴往返3~5遍,配合按揉印堂、攒竹、太阳、百会穴。

(3)推桥弓穴1~2分钟,施扫散法于头部双侧,然后拿五经3~5遍。

(4)用一指禅推法自天柱、风池、肩井穴上下往返3~5遍。

(5)拿风池、天柱、肩井穴,施揉法于项背部约2分钟。

2. 辨证加减

(1)风寒头痛:加按揉肺俞、风门穴,拿两侧风池、肩井穴,以小鱼际直擦背部膀胱经,以透热为度。

(2)风热头痛:加按揉大椎、肺俞、风门穴各 1 分钟,拿风池、合谷、肩井穴,最后施拍法于背部两侧膀胱经。

(3)风湿头痛:重点按揉太阳、头维穴,再按揉大椎、曲池穴,配合拿合谷、肩井穴。

(4)肝阳上亢:加按揉角孙、头维、率谷穴,推桥弓穴 1 ~ 2 分钟,点按两侧太冲、行间穴,擦热两侧涌泉穴。

(5)痰浊上扰:加摩腹 10 分钟,重点在中脘、天枢穴,按揉两侧脾俞、胃俞、大肠俞、足三里、丰隆、内关穴。

(6)瘀阻脑络:适当延长头面部操作时间,施振法于百会穴,透热为度。

(7)气血亏虚:加摩腹约 10 分钟,以中脘、气海、关元穴为重点,按揉双侧脾俞、胃俞、膈俞、血海、足三里、三阴交穴各半分钟。

(8)肝肾阴虚:加按揉血海、足三里、三阴交、太溪、肾俞、肝俞穴,然后擦涌泉穴,透热为度。

【注意事项】

1. 患者应注意保暖,避风寒,注意休息。

2. 注意劳逸结合,节制房事。

3. 忌烟酒及刺激性食物。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京:人民军医出版社,2000:388 - 390

二、紧张性头痛

【手法操作】

1. 风寒凝滞 患者取坐位。术者用一指禅推法,自攒竹穴沿头部足太阳膀胱经分布区推至天柱穴,反复操作 5 ~ 8 次,以头部有热胀感为度。用拇指按揉风池、风府、天柱、百会、肩井、合谷、列缺等穴各 1 分钟,以得气为度,然后用一指禅推法自风府至大椎上下往返操作 3 ~ 5 次,再用一指禅推项部两侧风池至大椎两侧,上下往返操作 3 ~ 5 次。大鱼际按揉法于颈枕部操作 2 分钟,拿风池及项部两侧至肩井,约 2 分钟。最后患者取俯卧位,术者以柔和的滚法在背部操作 2 分钟,拇指按揉风门、肺俞各 1 分钟;以小鱼际直擦背部两侧膀胱经,以透热为度,最后掌拍背部,以皮肤微红为度。

2. 肝郁气滞 患者取坐位。术者用一指禅推法,从印堂至前发际往返操作 3 ~ 5 次,再沿眼眶呈"∞"字推动,反复操作 3 ~ 5 次,推抹前额及眉弓约 1 分钟。以拇指按揉攒竹、鱼腰、太阳、头维、角孙、率谷、百会等穴,各约 1 分钟,以得气为目的。用拇指推头部两侧胆经及膀胱经循行部位约 2 分钟,扫散头部胆经循行部位,操作 1 分钟,五指拿头部及风池穴约 2 分钟,最后患者取仰卧位。术者以两手拇指分推两侧胁肋部,从上而下 5 ~ 8 次,拇指按揉期门、章门、太冲、阳陵泉、外关等穴各 1 分钟,以得气为目的。最后搓胁肋部,以发热为度。

3. 阳虚内寒 患者取坐位。术者以一指禅推法和大鱼际揉法于前额操作约 2 分钟,拇指按揉印堂、太阳、百会等穴各 1 分钟。再以大鱼际揉整个头部,往返 3 ~ 5 次。以一指禅推法从风府至大椎、两侧风池至肩中俞两侧,上下往返各 3 ~ 5 次;拿风池、颈部两侧及肩井部约 2 分

钟;拇指按揉风府、风池、大椎、肩井等穴各 1 分钟。而后患者取俯卧位,术者以柔和的滚法在腰背部膀胱经操作 2 分钟,拇指按揉风门、肺俞、脾俞、肾俞、腰阳关、八髎等穴各约 1 分钟。直擦脊柱两侧膀胱经,横擦腰骶部,均以透热为度。最后患者取仰卧位,术者以拇指按揉气海、关元、足三里、三阴交、太溪等穴,各 1 分钟。

【注意事项】

1. 推拿治疗紧张性头痛有较好的效果。在推拿治疗的同时需注意消除引起情绪紧张的因素,劳逸结合,达到根治的目的。

2. 注意对病人进行心理调节,保持愉快的情绪,有利于疾病的恢复。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京:科学技术文献出版社,2001:244 - 245

三、颈源性头痛

【手法名称】 颈椎摇晃(或旋转)法

【手法操作】 术者一手扶住患者后头部,另一手托住下颌部,左右缓缓摇摆,然后乘其不备,骤然将头部向右侧旋转,动作较为迅速,用力要适度,不可过猛,以听到关节响声为度。如患者无明显不适,可再作一次向左侧旋转,如有关节弹响声,可增加患者舒适感。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京:中国中医药出版社,2001:630 - 631

【手法名称】 颈部牵引手法治疗颈源性头痛

【手法操作】 患者坐于低凳上,术者一手托住患者下颌,一手托住患者枕部,然后两手同时用力向上提。如患者颈部紧张,则有提不动的感觉,此时应嘱患者放松颈部肌肉,然后缓缓向上拔伸提拉。此种拔伸牵引手法有理顺筋络、活动关节的作用,1 次牵引 1 ~ 2 分钟,可重复做 3 ~ 5 次,每次手法牵引时,可将头部缓缓向左右、前后摆动并旋转 2 ~ 3 次。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京:中国中医药出版社,2001:631

【手法名称】 刘寿山治疗颈源性头痛的方法

【手法操作】

1. 摇晃捻转法 术者双手拇指放在患者枕骨后方(风池穴上方),双手四指托住下颌,双前臂压住患者双肩,将头向健侧提起,作环转活动,。再将头向前屈、后伸,向健侧转动。然后一手托住下颌,另一手拇指压住疼痛部位,将头向患侧后方旋转。

2. 拔伸推按法 术者站于患侧,一手用掌推揉伤处上方,一手用手掌压住另手诸指,使患者屈颈,缓缓用力向健侧推按。

3. 提捏法 用一手拇、食两指捏住颈部僵硬之筋提捏数次。

4. 点穴开筋法 点百会、风池、肩井、风府等穴位。

5. 拔筋法 手托肘,在极泉穴弹拨,以使患者五指麻胀为度。

6. 捻散法 用大鱼际按压肩部肌肉。

7. 捋顺法 手拿住腕部,一手由肩部起沿上肢外侧向下捋,直到手指,再由内侧自下向上,直达肩部。反复十余次。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：631

【手法名称】 魏指薪治疗颈源性头痛手法

【手法操作】

1. 常规手法 各种类型的颈椎综合征，均须首先应用。患者取坐位：

(1)拿肩井和点揉肩中俞相互交替操作，先使气血通畅，肩颈部肌肉放松，也可使患者对手法治疗得到初步适应。

(2)提颈使颈椎间隙增宽，在上提的位置上将患者头部作左右轻轻旋转活动，每侧各3次，然后再使头部作左右侧屈活动，每侧各3次。

(3)搓揉颈部两侧项肌、胸锁乳突肌、斜方肌上部。

(4)用大拇指、食指拿、点、揉项部肌肉，上下移动10～20次，左右两侧相同。

(5)放松肩颈部的肌肉和筋络，而后用大鱼际按揉患者颈、肩、背三角区域(相当于肩中俞穴位的周围)，一般按揉约10次左右，两侧都要操作。

(6)医者用一手大拇指按压患者大椎穴，同时嘱患者闭目，另一手按住患者百会穴嘱患者颈部放松，而后将患者头部从左到右，再从右到左各摇转五次，以灵活颈椎关节。

(7)侧屈颈椎，医者一手按住患者头部并尽量侧屈，另一手用大拇指沿项肌及胸锁乳突肌自上而下推，当椎到颈根时再点揉3～5次，左右均须操作。

(8)一手点揉患侧的合谷穴，一手点揉缺盆穴，上下交替操作，随后双手拇指再同时点揉两缺盆穴，一般点揉10次左右。

(9)震击阳池，以加强阳经的血循环。医者左手平放在患者大椎穴，右手握拳击左侧手背，连击5次。

(10)扣击法的运用。

2. 随证加减 颈头痛者，加以下手法。

(1)医者立于患者身侧先用腕部的豌豆骨按揉同一部位，一般10～20次。

(2)点揉合谷、风池、风府。如患者伴有前额疼痛或头昏等症，再加椎"印堂"和按揉"悬颅"等穴位。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：631－632

【手法名称】 郑怀贤治疗颈源性头痛手法

【手法操作】 每日或隔天作一次按摩治疗。先擦舒活酒，作颈肩部按摩，表而抚摸，再与揉捏、提弹、搬动、旋转等方法，使肩部肌肉放松，然后采用推顶法复位。助手一双手握患者双肩，膝顶背部，助手二一手托下颌，一手扶按头枕部，二人持续对抗牵引3～5分钟；术者立于患侧，手臂抱着伤员头部，用肘窝托其下颌，手掌固定对侧头顶，另一手拇指按住患部在维持牵引下，拇指用力向椎间隙推、顶，头部后伸，使之还纳。手法结束后，作表面抚摩放松肌肉。术后伤员卧床休息，必须保持后伸位。

【文献出处】 韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：632

【手法操作】

1. 活筋松解法　患者坐位，医者一手五指分开按拿头顶，转动颈部，同时一手捏拿按摩颈肌，反复数次。

2. 叩击法　适用于椎动脉供血不足引起的头晕、头痛等。四指并拢半屈，用指尖轻扣击头部反应点 20～30 次。

3. 传导法　星状神经节手法，一手扶头部向患侧侧弯 30°，另一手拇指于局部（相当于胸锁乳突肌下 1/4 处前 1 公分）揉按，以胸部出现热感为度，每次操作 1～2 分钟。

4. 反射法　用于颈交感神经型的头痛、耳鸣、高血压等。选反应敏感点，医者一手夹住头部等部位固定之，另一手拇指于反应点用力点按，相应部位出现胀麻等异常感觉，每次操作 1～2 分钟。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：632

第五节　脊椎源性内脏疾病

一、脊椎源性胃脘痛

【手法操作】

1. 胸椎掌推法

2. 一指禅推法　患者俯卧位，医者用拇指分别沿脊柱两旁足太阳膀胱经顺序从大杼穴向下推按至三焦俞，每侧施术 4～5 遍。

3. 调理脾胃法　患者俯卧位，医者用拇指分别按揉脊柱两旁之肝俞、脾俞、胃俞、三焦俞等穴位，每穴施术约 1 分钟。患者仰卧位，医者用拇指分别按揉中脘、气海、天枢、足三里等穴，每穴按揉约 1 分钟。按揉力度以患者觉局部酸胀为宜。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：643

【手法名称】　刘凤方治疗脊椎源性胃脘痛的手法

【手法操作】

1. 旋转搬正法　用于棘突左右偏歪者。以胸椎 6 棘突右偏，6、7 椎间棘上韧带剥离为例，患者面向椅背骑坐，两臂屈肘抱手，术者站于其左后侧，左手拇指按于其胸 7 棘突左旁作为“定点”，右手经病人右腋下伸向左肩紧握其左上臂，令病人弓背低头并放松腰背肌肉，术者轻轻地左右摇动患者上体 2～3 下，后向右旋至 60°～70°时，两手同时用力作一闪动搬按。此时可闻“咯嗒”弹响声。

2. 压法　用于棘突前凹后凸者，患者俯卧，背肌放松，术者用掌根部按于凸起的棘突下方，待患者呼气将尽时用冲压力向前上方冲压复位。

3. 弹筋拨筋法　用于背部软组织粘连、变性、肌痉挛的局部。术者用拇、食两指将“筋结”拿起作提弹法。

4. 按法　用于椎旁压痛点，用拇指在该处按压 1 ~ 2 分钟。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：643 - 644

【手法名称】　管政治疗脊椎源性胃脘痛的手法

【手法操作】　患者仰卧，四肢伸直，全身放松。术者坐其右侧，以轻柔的一指禅推法自中脘穴向上脘穴推至剑突下，往返推 5 ~ 10 分钟。用掌摩法以中脘穴为中心按顺、逆时针各摩 200 ~ 300 次。然后以掌振法振上腹部 3 ~ 5 分钟。按揉右足三里穴 3 ~ 5 分钟。患者俯卧位。术者以一指禅推法按定于脾俞、胃俞及背部阿是穴，各操作 2 ~ 3 分钟。患者侧卧，术者以胃俞穴相应棘突或其邻近有明显压痛的棘突为扭转点，行斜扳法，左右各 1 次。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：644

【手法名称】　胸椎复位法

【手法操作】

1. 鼓咳法　以第 5 胸椎小关节错缝为例。患者取俯卧位，男性在双乳头联线中点（即膻中穴处）上 0.5 寸处垫一枕头。患者自然放松，深吸一口气，使胸腔压力增大及肌肉猛烈收缩，医者在嘱患者咳嗽的同时，双手拇、食两指或手掌在患椎施以下压、上提或分开推运的手法，将凸者压下、凹者提起或解除肌肉、韧带的嵌夹，使错位的小关节复位. 此法特别强调医患的密切配合，必须掌握好压、提、分的时间差，只有如此，才能取效。

2. 弯腰旋转定位扳法　患者取坐位。腰前屈一定角度。助手协助固定患者下肢及骨盆。医者一手拇指按住需扳动的胸腰椎棘突，向左旋转时用右手按，向右旋转时用左手按。另一手勾扶住患者项背部，使其腰部较大幅度前屈位，患椎处于放松状态。医者边旋转腰部边以谈话方式分散患者注意力，在旋转到最大限度时，顶按患椎的拇指快速顶椎，并立即放松，乘其不备完成手法。该法主要用于第 5 胸椎至第 5 腰椎小关节错位引起胃脘痛的治疗。

3. 直腰旋转定位扳法　患者取坐位，第一助手立于患者一侧，用双手和前胸固定患者下肢及骨盆。第二助手立于患者对面，用双膝关节挟住患者双下肢，同时一手按住一侧的肩后部，另一手从患者对侧腋下穿过抵住肩前部向上端提。第一助手利用固定下肢及骨盆向下的压力与第二助手向上端提的作用力形成一个牵引力，使胸椎部肌肉、韧带放松，椎体失稳。医者立于患者身后，一手拇指顶患椎，另一手从胸前抱住患者胸肋形成反作用力。在第二助手的协调指挥配合下，行相反方向的扳动，扳至一定角度可闻及“喀叭”响声，提示复位成功。

4. 结束手法　先用右手的食中指蘸上姜汁或止痛解痉药酒捏提胃俞、脾俞穴，反复几次，以局部紫红为度，再用空拳叩击背部脊椎，最后反复横搓背部、上腹部结束手法。

【注意事项】　术者具有熟练手法和良好的指力。

【文献出处】　王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：192 - 194

【手法名称】　推颤运点捏脊法

【手法操作】

1. 推挤胁肋　患者仰卧，医者用双手掌根分推两侧胁肋部，推时顺肋间隙，由胸部正中推

向两侧，自第7肋开始向下，止于12肋，反复3遍。再用双手掌，向正中挤压两侧肋弓，挤压时须持续有力，起伏适度，从第7肋向下止于12肋，反复7遍。

2. 颤腹　将双手拇指指背靠拢，用指端按压在一侧腹部距肋弓旁开5分处。当患者有得气感时，左手按压不动，右手拇指随时作震颤抖动，约10秒钟，从剑突下开始，沿肋弓下行止于浮肋，反复3遍。

3. 运三门，开三脘　医者一手四指并拢（拇指除外）指尖朝上，用指腹紧贴在胃脘部。从剑突下开始向下缓缓滑行，经上脘、中脘、下脘，止肚脐。另手随即重复此法。如此一手起一手落，交替进行，共7遍。再将双手拇指钩成八字形，指尖朝上，指腹紧贴在胃脘部，从剑突下开始，同时向两侧分开，沿肋弓向下缓缓滑动，经梁门、章门止于期门，反复7遍。

4. 点穴　用双手拇指指端分别同时点按上脘和一侧的梁门穴，中脘和一侧的章门穴，下脘和一侧的期门穴，肚脐两侧的天枢穴、日月穴和期门穴，内关和足三里穴。每组各点半分钟。

5. 按抚腰背　患者俯卧，医者用双手掌根分别从脊背两侧的大杼穴向下，边推边按至腰骶部，反复3遍。

6. 掐华佗夹脊穴　医者将双手拇指并拢，用指端掐揉华佗夹脊穴，从第9胸椎开始至第2腰椎段，先掐右侧，后掐左侧。

7. 捏脊　医者用双手拇、食、中指捏起脊部皮肤。然后，食、中指分别在背脊两侧，屈伸爬行，拇指在后面推挤皮肤。这样一推一爬，由腰阳关穴沿脊直上，止于至阳穴，反复7遍。最后用双手拇、食、中指将脊上皮肤捏起向前、后和正中各提拉1次，这样一捏一提，由腰阳关穴直上至至阳穴止，反复3遍。

8. 揉俞穴　医者用双手掌分别揉背脊两侧肝、胆、脾、胃、肾等俞穴，每穴各半分钟，最后用空拳轻叩腰背部数遍结束治疗。

【注意事项】　在运用本法时，要求医者的手法必须做到轻柔和缓，沉稳透达，不浮不滞。要根据每个患者的寒热虚实等不同表现辨证施治，切忌生搬硬套，并要嘱咐患者保持轻松愉快的精神状态，以利于提高手法的疗效。

【文献出处】　王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：194－196

二、脊椎源性腹痛

【手法操作】

1. 腰椎旋转复位法　以第4腰椎棘突偏右为例。患者坐于双连椅的前凳中，医者坐于后凳上，左手置于第4腰椎偏右的棘突旁，右手自患者腋部上背至对侧肩颈部而把持之，令患者前屈60°～90°，右侧屈45°，在拇指推按棘突向对侧外上方的同时，另一手向上方略旋转，常听到“咯”的一声，拇指下有移动感，手法告毕。

2. 分筋理筋法　患者俯卧位，医者用拇指指腹沿腰椎旁两侧由上而下分别与腰肌纤维垂直或平行方向深按拨，每侧施术3～5遍。

3. 平推腰背肌　患者俯卧位，医者以掌根部顺腰椎两旁肌肉由上而下平推5～10遍。

4. 腹部调理　患者仰卧位，医者以手掌平放在腹部，沿任脉由上而下揉按约10遍。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：651－652

【手法名称】　李坚治疗脊椎源性腹痛的手法

【手法操作】

1. 沿臀上皮神经分筋理筋　施术者用一拇指指腹按压病人髂嵴中点直下 4 cm 处，上下寻找痛麻酸胀敏感点，进行理筋或分筋各 3～5 次，两侧均以同法分别进行。

2. 棘突偏歪旋转复位　患者端坐，助手按压住患者双膝使下肢固定。医者正坐于患者身后，确定偏移的棘突后用一拇指固定，并稍用力推向正常位置，如果向左侧旋转则另一手穿过患者左腋下，以手掌部按压患者颈项部，使患者腰部前屈 60°～90°，或后伸 45°～60°，身体向左侧弯 45°，在拇指推挤棘突向对侧外上方的同时，另一手从左侧向后上旋转，此时即可听到“咯”的一声。

3. 腰椎横突外分筋理筋　在偏移的椎体横突尖端外行分筋或理筋，各施术 3～5 次。

4. 平推腰背肌　患者俯卧或端坐，医者用手掌根部顺腰椎两旁自上而下平推 5～10 次。

【文献出处】　韦贵康，张志刚. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：652

【手法名称】　包来发治疗脊椎源性腹痛的手法

【手法操作】　揉按法：术者站在仰卧的患者右侧，双手掌平放脐上与少腹部，作顺时针旋转环形的揉按活动，至手下微有出汗为度，再按揉左右天枢穴，由轻到重，反复数次，左侧手法略重于右侧。患者俯卧，术者沿督脉位的大推至长强穴，沿膀胱经的大杼至白环穴施用推、摩、转皮、啄拍法，反复操作四次，每穴 1～3 分钟，重点推按膀胱经的脾俞、胃俞、大肠俞、肾俞。并在命门处用一指禅手法，使局部皮肤微红透热为度，继则施用右手鱼际肌紧贴患者腰骶部，在八髎穴上轻轻搓擦 1～2 分钟，最后用手掌根或大鱼际揉长强，可作顺时针旋转环行活动，1～2 分钟。术中用双手拇、食两指捏住皮肤，并将皮肤提起，自尾椎两旁起，沿脊柱两旁的膀胱经循行路线，边提捏边向上推进，直到大椎两旁为止，每捏 3 下，用腕力上提 1 下，凡在脾俞、胃俞、肝俞，肾俞处一定要用力上提，以闻及“咯咯”声为佳。

【文献出处】　韦贵康，张志刚. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：654

三、泄　泻

【手法名称】　尾推按摩法

【手法操作】　患者取膝胸跪卧位，医者带上医用手套（以右手操作为例），站于患者左侧，中指蘸少许医用凡士林，缓缓插入患者肛门内，触摸尾椎，在尾推 1～2 处有较明显触痛感。一部分病例痛感可传导至左下腹患区。术者中指在痛点轻揉地按摩半分钟后，嘱患者身体向前，逐渐由膝胸跪卧位改变为俯卧位，再在尾椎周围软组织扩大范围轻轻按摩半分钟，手法毕，医者中指慢慢退出肛门，脱出手套，最后在骶部及左下腹部分别揉按八髎穴及痉挛性结块各 1 分钟左右。手法要求柔中有力，切忌粗暴。手法每 3 天 1 次，每 3 次为 1 疗程。

【文献出处】　王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：215－216

四、脊椎源性大便异常

【手法操作】

1. 颈椎旋转复位法　适用于颈椎棘突轻度位移者。

2. 腰椎旋转复位法　适用于腰椎关节突关节错位者。

3. 单髋过伸复位法　适用于骶髂关节后错位者。患者俯卧，以左侧为例，患侧靠床沿，医者站立于患侧左侧，左手掌根按压右侧骶髂关节处，右手托起腿膝上部，先缓缓旋转患肢3～5次，医者用力上提大腿过伸，同时左手用力下压，两手向相反方向撤按，此时可听到复位响声或手下有复位感，然后揉按局部，手法毕。

4. 单髋过屈复位法　适用于骶髂关节前错位者。患者仰卧，以右侧为例，右下肢靠床沿，医者站立于患者右侧，右手握患者右踝，左手扶右膝，助手按压患者左下肢膝关节前侧，医者先半屈曲患者髋膝关节，使其向对侧季肋部或同侧季肋部外侧下压，此时常听到复位声，或手下有复位感，揉按局部并协助患者作患肢蹬空动作，手法毕。

5. 梨状肌分筋理筋　患者俯卧，上肢向后伸。医者站于患者的患侧，先找到髂后上棘、尾骨尖并做一连线，在距髂后上棘约 2 cm 处定点，该点至股骨大转子的连线即为梨状肌表面投影。医者在梨状肌边线的中、后 1/3 处先用拇指指腹按压片刻后，再顺肌纤维行走方向理顺3～5分钟，术毕在局部揉按片刻。

6. 调理肠胃功能　按揉双侧足三里，以酸胀为度，施术约 3 分钟。患者俯卧位，沿脊柱两旁脾俞至大肠俞以滚法施治，往返 10 余遍。患者仰卧位，医者以一指禅推法由中脘穴缓慢向下移至气海、关元穴，往返 5～6 遍，然后摩腹，约施术 5 分钟。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：654

五、脊椎源性慢性胆囊炎

【手法操作】

1. 胸椎掌推法。

2. 一指禅推法：用拇指指腹沿胸椎两旁足太阳膀胱经自上而下按推，重复 4～5 次。

3. 调理法：患者仰卧位，医者坐于左侧，先用四指摩法施于右上腹及剑突下 3～5 分钟，再以掌摩法施于两胁，配合指揉章门、期门及两侧太冲等穴各 1 分钟左右。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：645

【手法名称】　金瑛良治疗脊椎源性慢性胆囊炎的手法

【手法操作】　侧颈加力复位法：患者取低头坐位，头颈侧向任何一方，术者站其身后，根据患推（颈段）错位方向，一手扳住或扣住后关节突的隆起处，另一手以掌心轻轻托住患者下颚患者侧颈方向稍加助力，小幅度推或拉，两手同时用力，大多伴随“咯嗒”一响，治疗完毕。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：646

六、颈性冠心病

【手法操作】 病人坐位，用轻柔的滚、按、拿、一指禅推等手法在颈椎两侧及肩部治疗，使紧张痉挛的肌肉放松，从而加强局部气血运行，促进水肿吸收，同时可减轻因肌张力增加而造成的对颈椎的牵拉力。用手法或器械进行颈椎牵引，使颈椎间隙增宽，以扩大椎间孔，同时，为纠正颈椎力学平衡创造条件。然后头部前屈至适当的角度，医生用拇指按住患椎棘突，另一手用肘部托住病人颏部，向前上方牵引，同时向患侧旋转头部，此时往往可听到整复的弹响声。病人仰卧，肩后用枕垫高。医生立于床头，右手紧托病人枕部，左手托住颏部，将病人头部自枕上拉起，使颈与水平面成45°，牵引持续1～2分钟，然后轻轻将头向左右旋转和前后摆动，此时也可听到“喀喀”响声。用轻柔的一指禅推或按、揉颈椎两侧，上下往返治疗。再用直擦法治疗颈椎两侧，以透热为度。揉按膻中，按压内关穴各1分钟。病人俯卧，用按揉法按揉背部膀胱经由上而下反复3～5遍。最后点按心俞、膈俞、厥阴俞，并擦膀胱经和脊柱，以透热微红为度。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：373－374

【手法名称】 颈部松扳揉动法

【手法操作】

1. 松颈 患者取坐位、术者立于其背后。一手挟持患者前额，以防头部摇晃。另一手拇食指先在颈棘旁肌两侧由上而下推拿3～5次，再捏拿颈根部10次，最后用双拇指按压风池、肩井、天宗等穴各1分钟左右，使局部放松止痛。

2. 扳颈 患者仍取坐位，术者立于患者患侧、一手叉开以虎口或大拇指紧抵病变颈段，另一手置于健侧颞部，两手相对用力，将患者颈部扳向患侧。扳颈动作需轻巧适宜，以防暴力。操作成功即可发出“咔咯”清脆响声。

3. 动颈 术者一手置头顶部，另一手置颈部，依次将患者颈部做前屈后伸、左右旋转、健侧屈曲及环绕等活动，尽可能达到最大幅度，但动作宜缓慢。

4. 揉颈 术者用大鱼际或三指拿法，沿患侧臂丛神经走向的相应部位按揉3～5遍。

以上手法每日施行1次，每次10～15分钟，对年迈患者，手法宜轻，以能耐受为度。对65岁以上的患者。不宜作扳颈手法。

【注意事项】 本病的治疗，对临床症状非典型者一时未能确诊，应先按冠心病行药物治疗，并进一步观察及鉴别，以免将非典型的冠心病误诊为颈椎病而造成不良后果，对于心绞痛病人的诊断，须持慎重态度，如有可靠依据除外冠心病，再考虑诊断为“类冠心病征”。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：22－25

【手法名称】 正骨推拿法

【手法操作】

1. 放松手法 以揉、按、推、滚法为主，使椎旁紧张的软组织松弛，为整骨作好准备，约3～5分钟。

2. 正骨手法 根据关节错位形式选择手法复位。如前后滑脱或错位，以牵搬法为主。侧

弯式错位，以定点旋推复位法为主。左右旋转式错位，以低头摇正法结合应用，多关节错位，应先复正上关节，再复正下关节为宜。

(1)牵搬法：患者取正坐位，颈部自然放松，医者站于患者身后，稍微侧身(以右侧为例)，用右肘窝放于患者颌下，左拇指放在偏歪棘突旁，然后上提，牵引头颈部。左手拇指推压偏歪棘突，此时可听到“咯噔”响声，指下有轻度移位感，表示复位。嘱病人头颈处中立位，单拇指触诊已属正常，手法完毕。

(2)定点旋推复位法：患者取坐位(以患椎右偏歪为例)，医者站于患者背后，用右手拇指指端桡侧，顶住偏歪的棘突右侧，嘱患者头颈前屈35°，再向左侧偏45°，术者左拇指与余四指夹住患者下颌，使头向左侧旋转，当旋转力达右拇指时，双手同时向内侧用力，可听到一声响，让病人头颈处于中立，然后对颈棘上韧带分筋、理筋、松解两侧颈肌，手法完毕。

(3)低头摇正法：患者侧卧，平枕低头位，术者一手轻拿后颈，拇指按于错位横突隆起处下方为“定点”；另一手托其面颊部为“动点”，以枕部，作为“支点”。将头转动，当摇至最大角度时，托面颊之手以有限度的“闪动力”，定点的拇指同时加大按压，使关节在动中因定点有压力而复位，可重复2~3次。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：25-27

【手法名称】 敏感点指压法

【手法操作】

1. 找疼痛敏感点　术者立于患者背后，面对患者。患者端坐位，双上肢自然下垂，头后仰，头枕部紧靠术者的胸部，下颌尽量上抬前伸，术者用食指和中指指腹在胸痛同侧的胸锁乳突肌前缘与颈椎体前气管旁处由上至下按压，找出最明显的压痛点，即为敏感点。

2. 手法治疗　先用常规手法推拿，再使患者头后仰，枕部紧靠术者胸部，术者以与患侧相反的手按住患者前额(如患者左侧胸痛，术者则用右手)，将其头部固定，用另一手的食指和中指指腹按压该疼痛点1~2分钟，此时患者有酸胀感向患处放射，疼痛亦随缓解，消失。而后患者头部恢复正常位置，术者用手指轻揉按压局部软组织而结束。

【注意事项】 在按压敏感点时，按压宜由轻到重，直至患者能耐受为度，并持续按压力量均匀，切勿时轻时重。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：27-28

【手法名称】 宽胸理气法

【手法操作】

1. 点按松解法　患者端坐，术者先用右手拇指点按悬钟、阳陵泉、承山、昆仑等穴，每穴半分钟，再用左手扶着头顶部，右手在背部沿膀胱经从上至下施滚法3~5分钟，并点按风池、颈部华佗夹脊穴，每穴半分钟。双手揉拿摩提双侧斜方肌、头夹肌、颈夹肌，最后用右手臂下方1/2处扶压右侧枕部。左手握病者右手臂上方1/3处与坐位垂直方向牵拉(拉左侧肘部以左手扶压右侧枕部)。

2. 宽胸理气法　病人仰卧，用双手掌扶摩旋揉双侧胸部3~5分钟以宽胸，继而点按乳中、乳根、气户、天池等穴，每穴半分钟以理气。患侧胸部用轻手法以补其虚，健侧用重手法以泻其实。最后用双虚拳轻叩胸部，边鼓励病人咳嗽止痛，以增强治疗效果。

3. 辅助治疗 可适当选择针刺、火罐、牵引等疗法配合应用。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社,1994:28-30

【手法名称】 定点旋转复位法

【手法操作】

1. 试验治疗法 患者端坐于45 cm高之方凳上,双手五指交叉置于枕部。术者位于患者正后方,双手从患者腋下向前向上抓住其手腕部,同时嘱患者全身肌肉放松并深吸一口气,术者在其吸气末用前臂向上托抬患者两手臂,并向前推患者手腕部,将患者推离方凳,同时术者用自己的胸腹部推顶患者胸背部,可听到患者的颈、胸等关节发出"嘎嗒"的响声,手法完毕。本法对于颈性冠心病患者的自觉症状,可立即改善,而对于冠心病患者的症状则无变化。此法只限病人第1次就诊时试用1次。

2. 颈椎定点旋转复位法 病人经试验治疗法基本排除冠心病之后再行本法治疗。

(1)确定偏歪之棘突:病人端坐于20~30 cm高的方凳上,颈部前屈,术者双拇指依次自下而上,自上而下触摸颈椎棘突两旁,寻找偏歪的棘突,有时病人皮下脂肪厚而不能摸清时,可借助X线正位片来确定。

(2)手法操作:基本操作如冯天有的旋转手法。手法结束后再让病人仰头,术者一手托住患者枕部,一手握住颊部将头向左侧转至最大限度后再稍用力旋转,听到有"咔哒"声后示复位。然后按揉双侧颈项肌群,并点揉双侧风池穴、风府穴。术者在后方双手抱住病人头部,助手从前方抱住病人头部,待病人双手提住所坐之方凳后,用力上提并左右旋转5~8次。然后术者双手四指托住病人下颌角,双拇指置于风池穴,双前臂于患者双肩上用力上握,再按摩双侧风池、合谷等穴,全部手法完毕。病人术后即感全身轻松、舒适。施行手法时应轻柔,用力适度,切忌粗暴,要求稳、准、轻。

【注意事项】 施行手法治疗时首先要解除患者顾虑,放松颈部肌肉,以利治疗。术者要熟练掌握操作要领,并且要做到动作轻柔、准确,用力适度。对颈部疼痛的患者,整复困难时,宜先用封闭、按摩、牵引或药物等治疗,待痉挛解除,疼痛缓解后再行手法治疗。在治疗时若出现面色苍白、头晕、恶心等症状时,应立即停止治疗,嘱患者平卧床上或对症处理,一般可很快恢复正常。但对于颈椎病伴有骨质破坏性疾病如肿瘤、骨折、结核及骨桥形成等禁用本手法治疗。在施行手法治疗的1周以内,要限制颈部活动,睡眠时以低枕平卧为宜。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京:人民卫生出版社,1994:30-33

七、脊椎源性心律失常

【手法操作】

1. 理筋法

(1)推按法:患者坐位或俯卧。医者以手指或手掌沿脊椎两侧从上颈段至上胸段进行揉推按。

(2)松解法:患者坐位或俯卧。以拇指端沿脊柱两侧从上颈段至上胸段进行深部按压弹拨。

2. 调节法 患者端坐,医者站定患侧前外方,一手扶头部向患侧侧弯30°,另一手拇指于局部(相当于胸锁乳突肌下1/4处前1 cm)揉按,以胸部出现热感为度,每次操作1~2分钟。

3. 颈椎旋转复位法

(1)单人旋转复位法:以颈1横突偏右为例,患者取矮坐位,颈部前屈35°,左偏35°,右侧旋转45°,医者站于患者背后,左手拇指触到偏移横突固定之,余四指置于患者右侧头枕部或颞部,右手扶持左面部,在右手向右上方旋转的瞬间,左手拇指将横突轻推向患者左侧,常听到"咯"的一声,拇指下有轻度移动感,触之平复或改善,手法告毕。

(2)角度复位法:以颈4棘突偏右为例,患者取矮坐位,医者站于患者背后,左手拇指触到偏移的棘突固定之,右手拇指与其余四指相对置于下颌部,使颈略前屈。以颈4为中心左侧屈30°时,右手拇指与其余四指同时用力向上方旋转,同时左手拇指稍用力向左下推按,常听到"咯"的一声,拇指下有轻度移动感,触之平复或改善,手法毕。

(3)侧旋提推法:以颈6棘突偏右为例,患者取矮坐位,颈部稍前屈位,医者站于患者背后,右手拇指触及颈6棘突右侧并固定之,左手扶持患者下颌,使头转向左侧45°,此时左手向上轻提牵,同时,右手拇指迅速向左轻推,常听到"咯"的一声,拇指下有轻移动感,触之平复或改善,手法毕。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编.中国手法诊治大全[M].北京:中国中医药出版社,2001:639-640

【手法名称】 胸椎关节错位整复手法

【手法操作】

1. 掌推法 患者俯卧,胸前垫一软枕,两上肢置于身旁,自然放松。医者站于患者右侧,右手手掌根部按压在患椎棘突,左手放于右手背上,嘱患作者深吸气,在呼气末时,医者手掌(与脊柱呈45°方向)向前上方推按,此时可听到"咯"的一声,手法毕。

2. 膝顶法 患者端坐低凳上,双手自然重放。医者双手自患者两肩外侧环抱患者上胸,双手掌在患者胸骨上端指交之相握,嘱患者略后仰背靠医者右膝前,头置于医者右肩。医者略前俯,右膝顶住患椎棘突,当患者深吸气后呼气时,医者双手用力往后下方压,右膝同时往上顶推,此时可听到"咯"的一声,手法毕。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编.中国手法诊治大全[M].北京:中国中医药出版社,2001:640

【手法名称】 金德康治疗脊椎源性心律失常的手法

【手法操作】

1. 指揉厥阴俞穴:嘱患者取坐位,医者立于患者的身后,以"单指揉法"先治疗患者左侧的厥阴俞穴,持续治疗数下或十数下,然后再治疗患者右侧的厥阴俞穴,也持续治疗数下或十数下。

2. 指揉心俞穴:患者及医者体位如上,医者以"单指揉法"先治疗患者左侧的心俞穴,持续治疗数下或十数下,然后再治疗患者右侧心俞穴。

3. 指揉内关、合谷穴。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编.中国手法诊治大全[M].北京:中国中医药出版社,2001:640

八、脊椎源性咳喘

【手法操作】

1. 胸椎膝顶法　患者端坐低凳上，双手自然垂放。医者双手自患者两肩外侧环抱患者上胸，双手掌在患者胸骨上端相交叉相推，嘱患者略后仰背靠医者右膝前，头置于医者右肩。医者上身略前俯，右膝顶住患椎棘突，当患者深吸气后呼气时，医者双手用力往后下方压，右膝同时往上顶推。

2. 掌推法　患者俯卧，胸前垫一软枕，两上肢置于身旁，自然放松。医者站于患者左侧，右手掌根部按压在患椎棘突，左手放在右手背上，嘱患者作深吸气，在呼气末医者手掌（与脊柱呈45°方向）向前上方推按，此时可听到“咯”声。

3. 调理法　先在胸椎两侧由上而下分筋理筋，每侧3～5次。再用一指禅推法或按、揉法施术于大椎、风门、两侧肺俞、肩中俞，每穴各1～2分钟。施术力度以患者有明显酸胀感为度。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：640－642

【手法名称】　戴俭国治疗脊椎源性咳喘的手法

【手法操作】　病人俯卧。先用分推法以背部督脉为中线，自定喘开始，由上而下渐渐向两侧分推至三焦俞为止，反复操作3～5遍，然后用掌直擦背部，反复操作约2分钟；再用拇指指腹揉按自定喘穴沿膀胱经第一侧线向下至肾俞穴，反复操作2～4分钟，最后分压定喘、肺俞、膈俞穴，每穴约半分钟。病人仰卧。先用分推法，以胸部任脉中线，白天突穴起，自上而下渐渐向两侧分推至整个胸部，反复操作3～5遍，然后擦胸部时间约2分钟；再用中指压膻中及双拇指分压中府、云门穴，每穴约半分钟。

【文献出处】　韦贵康，张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京：中国中医药出版社，2001：642

第六节　高血压

一、颈性高血压

【手法介绍人】　韦贵康等（广西中医学院骨伤科研究组）

【手法名称】　治疗颈性高血压的颈椎旋转复位法

【手法操作】

1. 单人侧旋提推法　以颈5棘突偏左为例。患者低头端坐位，颈中位。医者站在患者后侧，左手拇指触及颈5棘突左侧并固定之，右手扶持患者下颌部，使头转向右侧45°，并稍向前屈曲。此时右手向上轻轻提牵，同时左手拇指迅速用力向右轻推，常可听到“咯”的一声，拇指下有轻移动感，触之平复或改善。

2. 单人旋转复位法　以颈1横突偏左为例。患者取低坐位，颈部前屈30°，右侧偏15～30°，左侧旋转40°。医者站于患者后侧，右手拇指触到偏移横突并固定之，余四指置于患者左

侧头枕部或颞部，左手扶持右面部。在左手向左上方旋转的瞬间，右手拇指将横突推向右侧，亦常听到“咯”的一声，拇指下有轻移动感，触之平复或改善。

3. 分理筋揉按法　用拇指食指头或腹，拔、按、推、压，从轻到重，以病人不感难受且局部略充血为度。

【注意事项】

1. 单人侧旋提推法和单人旋转复位法，适用于颈椎轻度移位者，两种手法可交替使用。

2. 分理筋揉按法，适用于肌痉挛、软组织粘连、无菌性炎症等。

3. 一般 2～3 天做一次，3～5 次为一疗程，一般做 1～2 个疗程。

【主治疾病】　颈椎性高血压。

【文献出处】　韦贵康，贺俊民，陈忠和，等. 旋转复位法治疗颈椎性高血压 104 例远期疗效观察[J]. 中医杂志，1988：53－54

二、原发性高血压

【手法操作】

1. 患者取坐位，头部包毛巾，先用拇指平推头部，后推前额及头部两侧，也可用掌按和掌摩头部，约需 10 分钟左右。然后用指掐、指振两侧风池穴和提拿两侧肩井穴。

2. 在背部两侧用拇指平推，由上到下，面积要广。改取仰卧位，用手掌平摩和深揉腹部。背腹共需 10 分钟左右。

3. 轻推、轻捏两侧下肢，并配合穴位推拿。穴位上肢可取合谷、神门、少海（肘后面骨间隙中）；下肢可取委中、承山、行间、足三里、三阴交、复溜、涌泉等穴。如以头痛、头晕为主时，可指掐、指振行间、神门、少海等穴。如失眠、疲乏、面色萎黄、虚弱等症为主时，可多用指揉足三里、三阴交、神门、涌泉等穴。如小便清长，当多推肾俞、命门等穴。

【文献出处】　安徽医学院附属医院. 推拿疗法[M]. 北京：人民卫生出版社，1972：142－143

【手法操作】

1. 头面颈项部操作　取桥弓、印堂、发际、太阳、百会、风池、风府、头维、公孙、攒竹、大椎等穴。常用一指禅推法、拿法、抹法、揉法、扫散法、分法。病人取坐位，自上而下用推法推桥弓，先推左侧，后推右侧，每侧约 1 分钟。用一指禅推法，从印堂直线向上到发际，往返 4－5 次；再从印堂沿眉弓至太阳，往返 4～5 次；然后以印堂到一侧睛明，绕眼眶治疗，两侧交替进行，每侧 3～4 次，时间约 4 分钟。用揉法在额部治疗，从一侧太阳穴至另一侧太阳穴，往返 3～4 次；再用扫散法在头侧胆经循行部位，自前上方向后下方治疗，每侧约 20～30 次；然后用抹法在前额及面部治疗，配合按角孙、睛明、太阳、时间约 3 分钟。在头顶部用五指拿法，至颈项部改用三指拿法，沿颈椎两侧拿至大椎两侧，重复 3～4 次，配合按拿百会、风池。用一指禅推法，以风府沿颈椎向下到大椎往返治疗；再在颈椎两侧膀胱经用一指禅推法往返治疗，时间约 4 分钟，最后回到面部用分法自前额至迎香往返操作 2～3 次。

2. 腹部操作　取关元、气海、神厥、中脘、大横等穴。常用摩法、揉法、按法。病人取仰卧位。医生坐于右侧，用摩法在病人腹部治疗，摩法按顺时针方向操作，腹部移动也按顺时针方向进行。在过程中配合按揉上述穴位。时间为 10 分钟。

3. 腰部及足底操作 取肾俞、命门、涌泉穴，用擦法横擦腰部肾俞。命门一线，以透热为度。直擦足底涌泉穴，以透热为度。

【注意事项】 推拿适宜于缓进型高血压，急进型高血压则可作配合治疗。

【文献出处】 张雪军，府强主编. 中外独特按摩技法大全[M]. 北京：北京科学技术出版社，1993：368－369

【手法操作】

1. 基本治法

(1)一指禅推法：

①患者坐位，医者用一指禅推法自印堂直线向上至发际，往返3～5遍，再沿印堂穴沿眉弓至太阳穴，往返3～5遍。

②施指揉法于两侧太阳穴约1分钟，按揉百会、头维、太阳、风池、肩井、肩髃、曲池、合谷穴约2分钟。

③在颈椎两侧膀胱经施一指禅推法3～5遍，风府至大椎穴3～5遍。

④患者仰卧位，医者掌摩腹部关元、气海、神阙、中脘、大横穴约5分钟。

⑤患者俯卧位，医者施一指禅推法于两侧肾俞、气海俞、关元俞、大肠俞与命门、腰阳关穴约5分钟。

⑥施擦法于以上各穴，透热为度，最后擦足底涌泉穴，透热为度。

(2)内功推拿法：

①患者端坐位，医者在头部用五指拿法，由前向后3～5次，再至项部两侧膀胱经。

②推桥弓1分钟。

③在头部两侧用扫散法1～2分钟。

④用分推法自印堂、睛明、迎香、人中、承浆穴依次操作。

⑤平推胸腹约2分钟，再平推背腰部约2分钟，然后平推两胁，以温热为度，配合点按期门、章门穴。

⑥接上势，先推手臂手三阴、手三阳，推至温热，再配合按揉肩髃、曲池、合谷穴约1分钟。

⑦施振法，依次振百会、大椎、命门穴。

2. 辨证加减

(1)肝火亢盛：着重推桥弓，按肩髃、曲池、太冲，拿合谷穴，重振百会、大椎、腰阳关穴。

(2)阴虚阳亢：加揉摩气海、关元、肾俞、涌泉穴，时间要稍长。

(3)阴阳两虚：着重施一指禅推法于关元、气海穴，摩腹，揉血海、三阴交、足三里、涌泉穴约5分钟，再施一指禅推法于肾俞、脾俞、气海俞、关元俞穴，擦热脾俞、胃俞、肾俞、命门、腰阳关穴，约5分钟。

(4)痰湿壅盛：加按揉中府、云门、膻中穴，点天突穴，按揉足三里、丰隆穴约3分钟。

【注意事项】

1. 推拿对高血压病有较好效果，但对急进型高血压病及继发性高血压则不宜用推拿治疗。

2. 保持心情舒畅，避免精神刺激。

3. 生活要有规律，不宜过度疲劳，可在医者指导下进行适当的体育锻炼。

4. 饮食宜清淡，少食动物脂肪、内脏及忌烟酒刺激性食物。

【文献出处】 邵铭熙.实用推拿手册[M].北京:人民军医出版社,2000:384-386

第七节 泌尿生殖系统疾患

一、肾推源性性功能障碍

【手法名称】 阳痿的治疗手法

【手法操作】

1. 基本治法

(1)小腹部操作:

①取穴:神厥、气海、关元、中极。

②手法:摩、揉、按。

③操作:病人仰卧。先用掌根按揉神厥,以脐下有温热感为度,手法宜柔和而深沉,时间约3分钟。再用鱼际按揉气海、关元、中极,每穴各约2分钟。然后在气海、关元处用掌摩法治疗约3分钟,以小腹部有温热感为度。

(2)腰背部操作:

①取穴:肾俞、命门、阳关、次髎、中髎。

②手法:按、揉、擦、一指禅推、点。

③操作:病人俯卧。先按揉肾俞、命门,手法不宜过重,在微感酸胀得气后,每穴持续按揉2分钟。再用一指禅推次髎、中髎,每穴1分钟后改用点揉法,刺激要稍重,每穴约半分钟。然后横擦腰阳关,以小腹部透热为度。

2. 辨证加减

(1)心脾亏损者:

①在腹部操作时加摩中脘。

②按揉背部心俞、脾俞、三焦俞,每穴约1分钟。

③横擦左侧背部脾胃区。

(2)恐惧伤肾者:

①分抹前额,同时配合按揉太阳穴。

②在颈椎棘突两侧用一指禅推或按揉法自上而下反复治疗约4分钟。

(3)无全身症状者:

①第二腰椎作旋转扳法,再按揉长强,在酸胀得气后持续2分钟。

②直擦背部督脉,以任脉透热为度。横擦骶部次髎、中髎,以热量透达下肢为度。

【注意事项】

1. 阳痿多数属功能性,因此在治疗同时要认真进行解释工作,消除病人的顾虑,使其正确对待疾病。

2. 推拿治疗阳痿疗效尚佳,但恢复后仍要适当节制房劳。

【文献出处】 上海中医学院.中医推拿学[M].北京:人民卫生出版社,1985:232-233

【手法名称】 脊椎源性性功能障碍的治疗手法

【手法操作】

1. 胸椎掌推法:适用于胸椎棘突后突、压痛、椎旁压痛者。

2. 腰椎旋转复位法:适用于腰椎棘突偏歪者。

3. 斜扳法:适用于腰椎关节突关节有错位者。

4. 单髋过伸、或过逆复位法:适用于骶髂关节后或前错位引起者。

5. 梨状肌分筋理筋。

6. 调理肾、脾、心法:患者坐位,医者以拇指依次分别点按肾俞、腰阳关、横搓命门等穴,每穴施术约 1 分钟。患者仰卧位,医者以拇指指腹依次分别上按丰隆、曲泉、足三里、天枢、中极、关元等穴,每穴施术约 1 分钟。医者以一手握患者手腕部,另一手分别点按内关、大陵、少府、神门等穴,每穴施术约 1 分钟。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京:中国中医药出版社,2001:659

二、痛 经

【手法名称】 推扳腰腿法

【手法操作】

1. 用轻柔的滚法放松腰部,继而寻找痛点(或痛结),用深沉的一指禅或用指拨法推消揉散痛点或痛结。

2. 根据患者体质强弱,分别交替点揉或按揉三组穴位。

(1)阴交、归来、血海、足三里、三阴交、太冲、照海、公孙等穴。

(2)膻中、气海、关元、章门、肝俞、膈俞、肾俞等穴。

(3)肩井、内关、通里、神门、合谷等穴。手法要求:穴位要准,按压要稳,由浅入深,由轻到重,缓缓加力,静中有动,多用轻微快速的震颤、点揉或按揉法来加强感应,以求刚柔相济。

3. 如触及腰椎棘突有偏歪者(大多在第 4 腰椎),弯腰旋转定位扳法或斜扳、背法等纠正棘突偏歪,可听到复位弹响声。

4. 搬单腿压腰法:患者取俯卧位,医者站于一侧,一手将患者对侧腿搬起并拉向自己身边,另一手按压腰痛点,两手协同用力完成,大多可听到复位弹响声。

5. 嘱患者双手拉住床头或助手双手拉患者腋窝部,医者双手分别握住其踝关节部拔伸牵引,在牵引的同时,抬高下肢,使小腹稍离床面,左右摆动 10~20 次,再上下摆动 10~20 次,抖动幅度要小,频率要快。助手在牵引的同时,抬高双下肢使小腹稍离床面,医者双手握成空拳,叩击骶髂关节处 10 余次。用力应轻重适宜,以患者能忍受为度。

6. 拿扯下肢部:患者取仰卧位,全身自然放松,医者握住患者双下肢踝关节稍上方处,作屈膝曲髋动作,施加一定压力使足跟尽量接近臀部,同时采用诸如谈话等方式分散患者注意力,乘其不备,迅速拔伸,并立即放松,以借肌肉韧带的回弹力而不致造或关节损伤或移位。具有放松肌肉、拉宽椎间隙,解除对神经根的压迫等作用。

7. 用双手掌根揉推大腿内外侧,以有温热感为度,再拿捏小腿内外侧,以有酸胀感为度,继自下而上搓揉双下肢,反复数次,使患者受术后轻松愉快。

8. 患者取俯卧位,术者位于患者左侧,双手掌放于腰部两侧,边推边揉直至尾推。再用拇

指指腹顺腰椎横突方向揉至髂腰部，二者往返数遍。并同时弹拨腰筋（腹内斜肌）、背筋（骶棘肌）、胯腿筋（股内收肌）及腘窝部肌。

9. 捏拿腰骶：患者取俯卧位，术者双手拇食指作钳状，自第一腰椎开始至尾椎，沿正中线交替捏拿其皮肤 4～5 遍（多数有弹响声）。

10. 直擦背部督脉及横擦腰骶部八髎穴，斜擦小腹两侧均以透热为度。

【注意事项】 为取得满意疗效必须做到：诊断明确，手法稳妥，力度得当，配穴要精，取穴要准，补泻分明。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：309－314

【手法操作】

1. 基本治法

（1）患者取俯卧位，医者站于一侧，先以四指推法作用于腰部两侧，约 8 分钟，再用按法于肾俞、八髎穴，以酸胀为宜；然后施擦法于腰骶部，以透热为度，重点在肾俞、八髎穴。

（2）患者取仰卧位，医者坐于右侧，先顺时针摩小腹部约 10 分钟，然后施一指禅椎法揉气海、关元穴，每穴约 2 分钟。

（3）患者取侧卧位，施斜板法于腰骶部，以助理筋整复。临床发现，实证痛经患者，往往在腰 1 或腰 4（以腰 4 为多）有棘突偏歪及轻度压痛，即可用斜扳复位手法纠正棘突偏歪，继则直擦督脉及横擦腰骶部八髎穴，以透热为度。

2. 辨证加减

（1）气滞血瘀：加揉章门、期门穴，掐太冲穴，点按肝俞、膈俞、三阴交、阴陵泉穴，约 5 分钟。

（2）寒湿凝滞：加直擦背部膀胱经与督脉，横擦肾俞、命门穴，以透热为宜，再按揉血海、阴陵泉、三阴交穴各 30 秒。

（3）阳虚内寒：按揉肾俞、命门、十七椎下以及三阴交、太冲穴各半分钟，横擦肾俞，直擦腰部督脉经，以透热为度。

（4）湿热下注：患者端坐，医者站于患者右侧，施一指禅推法于大椎穴周围，继按压委中、蠡沟穴 1 分钟。

（5）气血不足：加按揉脾俞、胃俞、肺俞、肾俞、中脘、血海及足三里穴 3 分钟，摩腹 5 分钟；背部督脉及膀胱经，以透热为度。

（6）肝肾亏虚：加按揉肝俞、脾俞、肾俞及足三里穴各 30 秒，施擦法于肝俞至脾俞穴，以透热为度。

【注意事项】

1. 推拿对痛经的治疗，一般多主张在经前 7～10 天时开始，而月经来潮后便停止治疗，待第 2 次月经来潮前 7～10 天时再进行治疗。

2. 腹痛剧烈时，应先点按肝俞、膈俞等穴，待疼痛缓解后再进行腹部操作。

3. 经期注意保暖，切勿受凉，注意经期卫生。

4. 经期痛经，一般腹部不作手法，八髎穴亦不宜用热敷，以防由此导致月经过多。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京：人民军医出版社，2000：441－443

【手法操作】

1. 基本治法

(1)患者仰卧位,用掌摩法在小腹部按顺时针方向操作 3 ~ 5 分钟,用一指禅推法或按揉法在气海、关元治疗,每穴约 1 ~ 2 分钟。

(2)患者俯卧位,用滚法在腰部脊柱两旁及骶部治疗约 3 ~ 5 分钟,掌推脊柱及其两侧膀胱经,自上而下 5 ~ 8 次。再用一指禅推法或按揉法治疗肾俞、八髎,以酸胀为度,最后在骶部八髎穴用擦法,以透热为度。

2. 辨证加减

(1)气滞血瘀:加按揉章门、期门、肝俞、膈俞,每穴 1 分钟。双手拇指分推胁肋部,自上而下 3 ~ 5 次,按揉血海、三阴交各 1 分钟。

(2)寒凝血瘀:加直擦背部督脉,横擦肾俞、命门,以透热为度;按揉血海、三阴交约 1 分钟。

(3)湿热瘀阻:加按揉丰隆、阴陵泉、三阴交,每穴约 1 分钟,横擦八髎穴,以微热为度。

(4)胞宫虚寒:加按揉脾俞、肾俞、命门,每穴 1 分钟,以酸胀为度;横擦肾俞、命门、八髎,以透热为度;掌摩小腹 3 分钟,掌擦少腹,以透热为度。

(5)气血虚弱:加按揉脾俞、肾俞、足三里,每穴约 1 分钟,以酸胀为度;直擦背部督脉,横擦左侧背部,以透热为度;掌摩腹部 3 分钟,按揉中脘 1 分钟。

(6)肝肾亏损:加按揉太溪、照海、三阴交,每穴约 1 分钟,以酸胀为度;直擦背部督脉及膀胱经,以透热为度,按揉肝俞、脾俞、肾俞,每穴约 1 分钟。

【注意事项】

1. 注意经期、产后卫生,忌生冷,勿游泳涉水,防止寒邪入侵,适当休息,注意保持外阴清洁。

2. 饮食清淡而富于营养。

3. 调理情志,忌急躁易怒,克服恐惧心理。

4. 节制房事,防止房劳多产。

5. 对于继发性痛经应着重治疗原发病。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京:科学技术文献出版社,2001:445 - 446

三、脊椎源性月经不调

【手法操作】

1. 腰椎旋转复位法:运用于腰椎关节突关节错位者。

2. 推扳法:患者侧卧床上,使位于上面的下肢膝、髋关节屈曲 80°,医者一手扶持肩部前侧,另一手扶持臀部,两手用力方向相反,力量相等,推拉侧扳(注意两个力的交叉点尽可能在患椎上)当遇到阻力推不动时,突然加大推拉力,常听到"咯"的一声。然后患者改另一侧卧,按上述操作方法进行推拉侧扳,手法告毕。

3. 单髋过屈、过伸复位法:适用于骶髂关节有前或后错位者。施术见有关病症。

4. 梨状肌分筋理筋。

5. 调理法:使用推、按、滚、捏等手法缓解椎周及下肢痉挛的软组织。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京:中国中医药出版社,

2001:657

四、脊椎源性排尿异常

【手法操作】

1. 胸椎膝顶法:运用于因胸椎关节突关节错位引起者。

2. 腰椎旋转复位片:适用于因腰椎关节突关节错位引起者。

3. 单髋过伸、过屈复位法:适用于因骶髂关节损伤引起者。

4. 梨状肌分筋理筋。

5. 椎周肌组织调理法:使用揉、推、按、滚、捏等手法施术于椎旁两侧,由上而下,以放松局部肌肉为度。

【文献出处】 韦贵康,张志刚主编. 中国手法诊治大全[M]. 北京:中国中医药出版社,2001:655-656

第八节 其他脊椎相关疾病

一、近 视

【手法名称】 颈性视力障碍的治疗手法

【手法操作】 以患椎棘突向右为例。患者端坐,医者站在患者背后,右手拇指桡侧顶住患椎棘突右侧,使患者颈部前屈35°,再向左侧偏45°,医者左手拇指与余四指分开托夹病人下额角部,向上用力使患者头颈沿矢状轴上旋约45°,当旋转力达到患椎时,根据患椎倾旋、仰旋位移的不同方向同时右拇指取与位移相反的方向协调地向左侧推动,可听到响声或有回位移动感,然后让患者头颈处在中立位,再检查。防止残留复位不全,影响效果。

【注意事项】

1. 手法一定要准确,而且要整复完全,否则疗效差。

2. 每次手法复位满意后,依次梳理棘上韧带和有关的颈部肌肉,如果在手法治疗前,病人颈部肌肉僵硬、痉挛者,先采用舒筋理筋的方法,松解软组织,缓解痉挛,以便手法复位。如仍不能复位者,不应强行暴力复位,以免造成骨折和截瘫等严重并发症,可应用舒筋活络,解痉止痛的中药外洗或局部理疗,待颈部肌肉痉挛缓解后再行整复手法。

3. 对于颈部肌肉无力、萎缩等原因无力维持正常颈曲或由于一侧颈痉挛的牵拉而易于复发者,以及由于长期颈椎习惯性成角活动和滑移者,往往容易造成整复后的再位移,整复后不合理的颈部活动,枕头不合理,闪扭伤等,对于这类患者,可在整复之后加用软颈围固定,以限制颈部不利的活动,起到制动和保护作用,帮助内外平衡的恢复,达到防止复发。提高疗效的目的。颈软围可用厚约2~3 mm的硬纸片,剪成宽约4 mm,能围绕2/3颈周长的长条状,衬以少量棉花,用纱布包绕,使呈半环形,置于错位棘突的对侧,然后用绷带围绕在脖子周围。固定时间可根据患者颈椎稳定性而定。

【文献出处】 张长江. 颈性视力障碍与推拿[M]. 北京:人民卫生出版社,1987:59-62

【手法名称】　颈椎复位梳筋法

【手法操作】

1. 肾阳虚型　视远昏昏，视近较清，甚则眯眼视物，四肢发凉，腰酸肢软，脉细弱，两尺尤甚。

治则：补肾助阳。

穴位：肾俞、命门、大杼、瞳子髎、太阳、睛明、鱼腰、承泣。

手法：点按、摩、揉、推，抹。用补法。

2. 肝肾阴虚型　证见视远模糊，视近较清，头晕目眩，手足心热甚于手足背，脉细或细数。

治则：滋肾养肝。

穴位：肝俞、肾俞、风池、风府、球后、攒竹、丝竹空、天应、球后、四白、睛明。

手法：按、摩、抹、推、揉法及点穴按摩法。宜平补平泻。

循经按摩：足厥阴肝经用泻法，足少阴肾经用补法。

3. 气滞血瘀型（即颈椎型）　证见视物模糊，视近较轻，视远加重，常伴头晕头痛，失眠，项强，上肢疼痛、麻木，脉多弦涩，舌质紫暗，单手拇指触诊可查到颈椎一节或两节偏歪错位，臂丛神经牵拉试验阳性，椎间孔压缩试验阳性。

治则：手法复位，通络活血。

颈椎复位法：以患椎棘突向右偏歪为例。患者端坐位，医者先用拇指触诊法摸清偏歪的颈椎棘突，并以左手拇挠侧面顶住偏歪棘突的右侧，让患者头颈部前屈 35°，再侧偏 45°，医者右手掌托扶患者左面颊及颊部，施术时，右手掌向上用力使头颈沿矢状轴上旋 45°，与此同时，左手拇左侧水平方向顶推偏歪棘突。可闻及一响声，同时觉手下偏歪之棘突向左轻移，然后让患者端正头颈部，轻力顺压棘突，术毕。

4. 梳筋法　沿颈椎两侧之颈肌和棘上韧带施梳筋法。选风池、大杼、风府、太阳。施推、揉、按法。先用泻法，再用平补平泻法。

【注意事项】　本病在治疗中均宜让患者配合做眼的保健操，并尽祛除致近视之病因。如学习环境的光线要良好，姿势要端正。睡眠姿势正确，枕头勿过高。颈部要经常作适当活动。

【文献出处】　王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：365－367

【手法名称】　分推按揉法

【手法操作】

1. 分推法：患者取仰卧位，将一块干净手帕覆盖于头面部，医者以双手拇指自患者的眶上缘内侧分推至太阳穴，再沿眶下缘推至鼻腔两侧，反复多次。

2. 按揉法：二医者双拇指指腹反复多次轻揉患者眼眶四周，用力不可过重，以患者自感酸胀为宜，对鱼腰、攒竹、睛明、承泣、瞳子髎等穴位处要重点按揉。

3. 点挤法：医者用双手的中指或食指指端，在患者的攒竹、睛明、鱼腰等穴进行点挤，先向下点，再向上挤，一点一挤重复施术，然后揉睛明、太阳、承泣各 1 分钟。

4. 揉眼球法：医者用食、中指的指腹平放于患者的眼睑之上，从内向外交替回旋轻揉眼球，至球结膜轻度充血为止。

5. 提捻法：医者用拇、食、中 3 指轻轻提捻患者眼眶周围皮肤和上、下眼睑，然后用食、中、无名指交替敲打眉弓处。

6. 熨眼法：医者双手掌相贴做快速摩擦运动，使双手掌出现温热感后，迅速熨患者眼眶及上、下眼睑数次。

7. 医者用推、揉、压等法，在患者头部的督脉经、膀胱经、胆经施术，接着用多指揉前发际沿耳后至颈肩部，按风池穴 1 分钟。

8. 嘱患者坐起，医者立于其后，两手拇指指腹抵于患者枕骨下缘处，顺着颈椎棘突两侧进行拨、压、按、揉、并在颈侧穴（第 3 ~ 4 颈椎棘突和横突夹角之间的中点）、肩井穴处重点施术，最后提拿肩井，指压合谷穴数次，全过程约 15 分钟，15 天为 1 疗程。

【注意事项】

1. 寻准眼眶及颈肩部的反应点，并施以适当的手法使出现酸胀、痛及眼球结膜出现轻度充血等效应，是治疗关键。

2. 手法使用正确与否与疗效有密切关系。因眼区范围较小，在施术时，要求做到指法灵巧、有力、深透、频率均匀、柔和；取穴准确、切忌粗暴、马虎，以免影响疗效。

3. 治疗期间及平时，配合做眼的自我按摩保健操，以巩固和提高疗效，并尽量不戴眼镜，不看电影、电视。

【文献出处】 王宗强. 中国推拿妙法荟萃[M]. 北京：人民卫生出版社，1994：368 - 369

二、心　痛

【手法名称】 心肌缺血性心绞痛的治疗手法

【手法操作】

1. 基本治法

（1）取穴：两侧肺俞、心俞、膈俞、内关、颈椎两侧及上背部。

（2）手法：按法，揉法，一指禅推法、滚法、擦法。

（3）操作：病人坐位。按揉肺俞，心俞，膈俞，内关。操作时两侧同时进行，手法宜轻柔面缓和，以病人略感酸胀为度，每穴按揉 2 分钟。再用按揉或一指禅推法在颈椎两侧上下往返治疗约 4 分钟。接着用柔和的滚法在上背部两侧膀胱经往返治疗约 4 分钟。然后直擦上背部两侧膀胱经和背部督脉，均以透热为度。

2. 辨证加减

（1）心率缓慢且有漏搏者，加按揉左侧厥阴俞 2 ~ 5 分钟。

（2）胸闷甚者，加按揉膻中及两侧中府穴各 2 分钟。

【注意事项】

1. 陈旧性心肌梗死或主动脉瓣膜病变的病人，效果不佳。

2. 治疗手法不宜过重，以病人感到酸胀为度，手法过重则症状反而加重。

3. 对心绞痛的治疗应与内科配合进行，临床中要特别注意病情变化。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：227

三、糖尿病

【手法操作】 病人俯卧位。用一指禅推法沿背部膀胱经自膈俞到脾俞上下往返治疗，重点在胰俞穴，时间约 15 分钟。然后按揉胰俞、肝俞、胆俞，肾俞，三阴交等穴。其中胰俞、三阴交各按揉 3 分钟，肝俞、胆俞、肾俞各按揉 1 分钟。再用轻柔而快速的滚法在背部两侧膀胱经

治疗，重点在胰俞穴，时间约5分钟。最后直擦督脉，及足底涌泉穴，横擦腰部肾俞和骶部八髎，均以透热为度。

在临床上观察到本类型糖尿病者绝大部分都有背痛史，背痛常在糖尿病发病前数月到数年出现。临床检查可发现大部分病人有第八胸椎棘突左偏，且有轻重不同的压痛；治疗时先作第八胸棘对抗复位，然后再按上述操作法治疗，能获得更为良好的效果。

【注意事项】

1. 推拿对糖尿病的治疗目前还仅限于原发性成年型无阳性家族史的类型。治疗前病人如已用药物治疗，则药物应继续使用，同时密切注意血糖，尿糖和临床体征的变化，根据症情减轻的程度，逐渐减少用药量，直至完全停用药物，对糖尿病酸中毒病人不宜推拿治疗。

2. 病人要进行适当的体育锻炼，避免感冒。进行适量的饮食控制，饮食控制可随症情的好转而变化。

【文献出处】 上海中医学院. 中医推拿学[M]. 北京：人民卫生出版社，1985：225－226

四、外感性背痛

【手法操作】

1. 滚法 在患者背部沿骶棘肌纤维走行施以滚法，连续滚动3～5分钟，以放松背部肌肉。

2. 掌揉法 医者以大小鱼际着力，在其疼痛部位的软组织上作掌揉动，直上而下，稍加一定的压力，反复揉动8～12分钟，达到温经通络，散寒止痛作用。

3. 擦法 沿脊柱两侧足太阳膀胱经上下反复擦摩皮肤，以达到祛除外邪的目的。

【注意事项】

1. 要注意保暖，预防感冒。

2. 忌食生冷寒性食物。

3. 平时多作适宜的活动。

【文献出处】 钟蓝. 痛证推拿[M]. 北京：科学技术文献出版社，2001：342－343

五、眩 晕

【手法操作】

1. 基本治法

(1)患者仰卧位，医者施一指禅推法自印堂至神庭穴，往返5遍，再从印堂穴向两侧沿眉弓至太阳穴，约3～5遍，然后施一指禅推法于眼眶周围3～5遍。

(2)沿上述部位用抹法治疗3～5遍，同时配合按揉睛明、鱼腰、太阳、攒竹穴，每穴半分钟。

(3)用梳法从前额发际至后颈部，反复操作3～5遍，施扫散法于头两侧面3～5遍。

(4)推桥弓30次

(5)拿五经，拿风池穴，拿肩井穴约5～10次。

2. 辨证加减

(1)风阳上扰：加点按肝俞、胆俞、肾俞、阳陵泉、太冲穴，每穴半分钟。

(2)痰浊上蒙：加摩腹5分钟，按揉脾俞、胃俞、足三里、丰隆、内关穴约3分钟。

(3)气血亏虚：加摩气海、关元穴约5分钟，按揉脾俞、胃俞、足三里、血海、三阴交穴。

(4)肝肾阴虚:加按揉肝俞、肾俞、太溪、三阴交穴各半分钟。施擦法于督脉及两侧膀胱经,以肝俞、肾俞、命门穴为重点,透热为度。

【注意事项】

1. 眩晕可见于多种疾病,临床应注意原发病的诊断和治疗。

2. 保持情绪稳定,避免不良情绪刺激。

3. 少食油腻、油炸食物,保持饮食清淡。

【文献出处】 邵铭熙. 实用推拿手册[M]. 北京:人民军医出版社,2000:394 - 395

(李义凯)

[General Information]
书名=中国脊柱推拿手法全书
作者=
页数=814
SS号=0
出版日期=

封面
书名
版权
前言
目录
正文