

无疑是十分巨大的。近代中医药的继承和创新，使中国中医药学【学苑出版社】

中医药资源，本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

按摩治疗卷

本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

深远的意义。本书系统总结，是中医药的精华，也是中医药学发展的基础。具有重

最佳处方

现代中医药文库
临床应用系列

百年

二十世纪
中医药
最佳处方

[illegible]

康历史。主要是，在受精英的恩惠。到二十世纪初医药精英王

本書共分二十卷，其中醫藥精華的三編，博之而收，集之于一，世世相傳，百世不刊，誠之作。有編歷十年，費重介紹了近代各中國醫藥精華的精華和精華，而且集編到一，然歷經三十餘年，費重介紹了近代中醫學精華的精華和精華，而且集編到一，而其中醫藥的精華，還重點吸收了現代中國醫藥精華的精華和精華，而且集編到一，收集不竭，作者出于科學性和安全性的態度，有編歷三十餘年，費重介紹了近代中醫學精華的精華和精華，而且集編到一，它的意義也是前無後繼的。

值四一錢的是，本以輯錄以地方經驗發表的時而宋后雖以爲重要史料而一以爲多矣。疑筆稿的病名作爲本以事七個要目，以各科疾病爲時時發達的形式排列病症，病名的編排方面以舉病名包著其病因出現的方式，目的在使千變萬一病狀，使有約可考，使有在一目了然，書治法附於全方劑和病定的毛刺藥劑，以方見藥，藥見病，其中應分治夜間百中症要病症，而每病病症各爲條目注於方十條以上，附片地書抄收集，二千五百年中產諸醫集最方神，可算是校集中醫藥精華最全面一最良版的大醫工具書之一。

ISBN 7-5077-0421-1



9 787507 704211 >

定价: 38.00 元

责任编辑 陈熙
封面设计 李菲 任红

现代中医药文库·临床应用系列

二十世纪

中医药最佳处方



按摩治疗卷

本卷参加编写人员(以姓氏笔画为序):

丁	丁	马	民	王福生		
王	明	孔	祥	古	愣	
刘	钦	孙	晓	任	远	
李	杨	李	丽	张	瑞	贤
张	欣	张	志	张	诚	
宋	玲	汪	义	陈	中	光
余	正	周	荣	金	素	芳
欧	阳	侯	大	徐	荣	谦
秦	言	高	娃	唐	曼	
梁	伟	章	建	黄	美	霞



学苑出版社

SAB29/07

内 容 提 要

本书为《二十世纪中医药最佳处方·按摩治疗卷》，分别介绍了内科疾病、儿科疾病、妇产科疾病、外科疾病、骨伤科疾病、五官科疾病、皮肤科疾病及其他疾病的按摩治疗成果进行了介绍。

本书是广大临床医师、医疗工作者、中医药院校学生提高诊疗水平，丰富临床经验，搞好教学实践的极佳的参考书；本书也可作为社会各界人士了解祖国近百年中医药事业的发展进程、进行日常保健治疗的参考用书。

图书在版编目(CIP)数据

二十世纪中医药最佳处方/按摩治疗卷…，主编．本书编委会—北京：学苑出版社，2003.1

ISBN 7-5077-0421-1

I. 二… II. 本… III. 中医-方剂-医方汇编 IV. R244.1/R289.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 033230 号

责任编辑：陈 辉

学苑出版社出版发行

北京市丰台区南方庄2号院1号楼 100078

邮购电话/传真：010-68273726/010-68232285

<http://www.book001.com>

E-mail: chenhui706@sohu.com

北京市广内印刷厂印刷 新华书店经销

850×1168 毫米 大32开 21印张 523千字

2003年1月北京第1版 2004年1月北京第2次印刷

印数：2001—4000册 定价：38.00元

现代中医药文库·临床应用系列

二十世纪中医药最佳处方

丛书学术委员会主任委员

吴阶平

丛书编辑委员会主任委员

张文康

丛书编辑委员会副主任委员

余 靖

本书总审校

刘渡舟

董建华

余瀛鳌

本书执行主编

漆 浩

张瑞贤

王发渭

项目总策划

陈 辉

本书编委会委员(以姓氏笔画为序)

于 建	马之平	马立侠	王福生	王启才	过士林
朱晓芳	朱双刚	刘荣勳	刘志军	刘 硕	刘彩霞
闫 迪	李家晔	陆阁才	张英明	张瑞贤	张荣明
吴宗龙	吴 跃	陈 君	周 荣	林伟康	赵银龙
胡玉玲	钟建华	洪维荣	胡 宜	侯大勇	郝爱真
袁宝权	郭 珍	郭长青	徐荣谦	韩新峰	程爱学
漆 浩					

参加编写人员(以姓氏笔画为序)

丁	丁	丁	小	华	于	建	华	马	建	马	民	川	峰
王	平	王	明	心	王	继	承	王	小	方	建	孔	祥
文	旗	田	小	青	包	文	柱	古	愣	冯	莉	刘	林
刘	明	刘	钦		刘	文	强	朱	小	朱	艳	孙	晓
孙	伟	齐	晗		乔	晓	东	任	远	吕	卫	吕	保
吕	成	李	杨		李	雁		李	斌	李	威	李	丽
李	燕	李	山	荣	李	玉	刚	张	欣	张	伟	张	鸿
张	志	张	诚		张	丽		张	玉	张	莉	宋	玲
吴	建	吴	昌	振	吴	正	平	汪	义	汪	东	汪	晓
杜	琳	余	正	旺	何	燕		沈	君	杨	红	陈	中
陈	玉	金	素	芳	金	涛		金	德	林	平	孟	东
欧	阳	赵	轶		赵	凯		赵	西	姜	旭	姚	梅
秦	言	徐	忠	信	徐	来		高	娃	高	志	晓	华
唐	玉	唐	曼		梁	伟	郭	章	建	章	新	黄	蔚
黄	美	黄	小	莉	彭	君		程	琳	薛	谦		

总 序

随着二十一世纪的到来,中医药研究的发展又跨越了一个百年,在此期间,中医药研究所取得的成就无疑是十分巨大的。近代中医药研究的尝试和创新,使得中国中医界在过去的时间里积累了一笔丰富的中医药资源。本书系统地总结这些资源的精华,相信它会作为中医药学未来发展的基础和依据,具有重要而深远的现实意义。

《现代中医药文库·临床应用系列·二十世纪中医药最佳处方》正是一部立足于以上的出发点,本着尊重历史、反复精选的原则,对二十世纪中医药研究成果进行了全面总结的宏篇巨著。它分别对过去一百年来有关中医内科、外科、妇产科、儿科、骨伤科、五官科、针灸科、皮肤科、癌症、男科、急症、中西医结合、小验方、按摩等14个领域中的最佳处方及临床经验进行全面总结。本丛书注重文献的客观性、辨证论治的准确性、中医药处方的科学性、患者使用的安全性和简便性,是一部概括了二十世纪中医药处方精华的实用性强的重要工具书。

本丛书作为二十世纪中医药处方精华的汇编,全面收集从二十世纪初至今一百年内中医药处方的精彩之作,对前五十年着重介绍了近代各中医药临床流派的精华和代表处方,特别吸收各派名家临床实践经验;对后五十年着重介绍了现代中医药临床的杰出成果和临床经验,而且兼顾到港、澳、台及东南亚中医药学发展的临床成果,还重点吸收了现代中西医结合的临床经验。对于本丛书中前后五十年内处方收录不均,作者出于科学性和安全性的态度,有侧重点地选择和录用,因而它的特点是十分突出的,它的立意也是富有创新意义的。

作为二十世纪中医药最佳处方的集大成之作,本丛书的处方入选具有严格而科学的标准,它必须符合以下四个条件:

一、由国内外中医药报刊杂志公开发表的优秀处方。

二、其有效率及治愈率均达到该病种最高治疗水平者,其观察病例数至少在 50 例以上(罕见病种不在其例)。

三、符合以上两个条件,并且治疗效果明显,副作用小,处方科学合理者。

四、一些当代著名医学杂志和著名科研机构推荐和总结的处方也收集在内,对于民间广泛使用并确有疗效者也属本丛书收集范围。

为了帮助读者充分阅读和了解本书内容,本丛书按照中医临床学科的分类编为 14 卷,每卷单独成册,卷前附有本丛书总序和本卷前言。在编写过程中注重文献性和实用性,其基本原则在各分卷中以常见病、多发病、疑难病病名作为各章主纲,以所选最佳处方为各节细目。每一条最佳处方大致按下述几方面叙述:一、处方组成;二、本方功效;三、辨证特点;四、炮制及使用方法;五、主治范围;六、加减应用;七、组方机理;八、临床疗效;九、注意事项;十、本方说明;十一、处方来源。本体例中“组方机理”、“炮制及使用方法”及“本方说明”和“附方及类方”为本丛书重要特点。“组方机理”的目的是为了使读者能够了解和掌握方药的性味、归经、组方法则,而“炮制及使用方法”的意图是为了帮助读者把握处方的原汁原味。“本方说明”的用意在于显现编者画龙点睛式的评说,使读者能够把握本处方的精髓所在,但书中有些处方,未分设以上各条,系本着尊重各老中医的学术观点,未给予补充说明。“最佳代表处方”即精选公开发表的期刊、学术报告等记载的经临床验证,影响较大,应用广泛,尤其以中医辨证治疗为基本原则的传统处方,它的运用以一证一方为原则,“附方”是临床治疗的宝贵经验,注重治疗的实效性,它是以现代中医药学辨病与辨证相结合为

原则,辨病论治,一方一病为主要依据的处方;类方是以民间广泛流传和应用的方药,组方不局限于理法方药,注重临床疗效,实用简便验廉的中医处方为原则。如此三类处方可以帮助读者了解本处方临床应用的规律和精妙之处。在本丛书每卷之后是常见病名、证(症)名、处方方名索引,运用本索引可以简便地查寻到本丛书中所选用的每一个病证(症)、每一个处方,每一条出处,极大地方便了读者查找和使用。

本丛书共计 14 卷,涉及到内科、儿科、妇科、外科、骨伤科、五官科、皮肤科、中西医结合、癌症、小验方、急症、男科、针灸、按摩等临床各科处方两万余条,约 700 余万字。基本每卷收集 50 ~ 100 种重要病症,而每种病症各选择最佳处方 10 种以上。编撰工作自 1998 年 6 月开始启动,至 2002 年 8 月完成,历时 4 年零 2 个月。在编写过程中,得到全国许多著名专家学者的殷切指导,和有关领导同志的亲切关怀,通过编委员全体同志的不懈努力,终于顺利地完成了此部宏篇巨著的编写工作。特别是著名中医学家刘渡舟、董建华教授曾在病中审读了部分稿件,并提出了许多修改意见,值此书出版之际我们谨向这两位中医界的老前辈致以深切的怀念。

《二十世纪中医药最佳处方》编委会

2002 年 10 月

前 言

当人类社会跨入一个崭新世纪之时,我国中医药事业也成功跨越了一个百年。在二十世纪的这一百年里,祖国中医药事业的发展取得了杰出的成就。为了更好地研究、开发、应用这一宝贵财富,进一步推动祖国医学的发展,我们编写了这套由 14 分卷组成的《二十世纪中医药最佳处方》。

《二十世纪中医药最佳处方》收录了近百年中医药临床流派的精华和现代中医药临床杰出的成果和经验,以科分卷,每卷依疾病名称顺序排列。按其中医药处方的疗效,通过归类整理,去粗取精,一病多方,一症多方,同病异方,异病同方加以治疗,并分为最佳代表方和附方及类方等多种形式,以方便读者查阅或择优使用。

本书为《二十世纪中医药最佳处方·按摩治疗卷》,分别介绍了内科疾病、儿科疾病、妇产科疾病、外科疾病、骨伤科疾病、五官科疾病、皮肤科疾病及其他疾病的按摩治疗成果进行了介绍。

本书由我国中医药院校、科研机关和省级以上医院专家共同编写而成,是目前中医药类书籍收集中医药最佳处方较为全面、并颇具权威的工具书之一,更是广大临床医师、医疗工作者、中医药院校学生提高诊疗水平,丰富临床经验,搞好教学实践的参考书之一;本书也可作为社会各界人士了解祖国近百年中医药事业的发展进程、进行日常保健治疗的参考用书。

本书在编写过程中,由于水平所限,可能存在谬误疏漏、偏颇不全之处,敬请广大读者批评指正。

声 明

中医学是一门不断发展的学科,随着临床经验的不断积累,在中药的运用上,也出现了一些新的变化,本书的编者根据他们自己的临床经验,并参考了已发表的各类文献,编成此书。本书所提供的所有资料都是准确、完整、可靠的,但是本书的编者、出版者在此郑重声明:他们对因使用本书资料而引起的任何医疗差错和事故一律不能负责。同时,天然药物的使用,应遵循保障生物物种多样化的原则,对濒危物种在临床上的药用,应遵循国家法律之规定,鼓励使用替代品。

本书在编写过程中,参考和引用了近一百年来我国中医药学术杂志及相关专著中公开发表的部分资料,由于条件所限未能一一通知作者,在此我们郑重表示:欢迎作者与本书编委会取得联系,以处理相关事宜。

本书编委会

目 录

目 录

第一章 内科疾病

第一节 呼吸系统	(1)
咳嗽	(1)
支气管炎	(2)
哮喘	(3)
肺结核	(4)
第二节 循环系统	(5)
冠心病	(5)
心悸	(6)
雷诺氏病	(7)
贫血	(8)
白细胞减少症	(9)
高血压	(10)
中风后遗症	(15)
短暂性脑缺血发作	(21)
第三节 消化系统	(23)
慢性胃炎	(23)
胃下垂	(25)
胃脘痛	(27)
呃逆	(30)
呕吐	(32)

十二指肠球部溃疡	(33)
慢性结肠炎	(35)
肠道易激综合征	(36)
便秘	(38)
慢性非结石性胆囊炎	(41)
第四节 泌尿生殖系统	(42)
慢性肾炎	(42)
肾结石	(43)
肾绞痛	(44)
慢性前列腺炎	(45)
阳痿	(49)
第五节 代谢及内分泌系统	(51)
糖尿病	(51)
甲状腺机能亢进	(53)
第六节 神经系统	(54)
美尼尔氏病	(54)
颈性眩晕	(55)
三叉神经痛	(65)
面神经麻痹	(66)
枕神经痛	(72)
臀上皮神经痛	(73)
桡神经损伤	(74)
坐骨神经痛	(75)
头痛	(80)
神经官能症	(95)
神经衰弱	(96)
癔病	(100)
失眠症	(104)

目 录

郁证	(111)
第七节 其他疾病	(112)
强直性脊椎炎	(112)

第二章 儿科疾病

第一节 呼吸系统	(114)
小儿感冒	(114)
小儿支气管炎	(115)
小儿哮喘	(116)
小儿肺炎	(117)
第二节 消化系统	(118)
小儿腹泻	(118)
小儿泄泻	(119)
先天性巨结肠	(123)
儿童胃石症	(126)
小儿消化不良症	(127)
小儿厌食症	(128)
小儿营养不良	(132)
小儿疳症	(134)
小儿肠套叠	(136)
婴幼儿便秘	(138)
第三节 泌尿系统	(139)
小儿遗尿	(139)
小儿腹股沟斜疝	(143)
小儿面神经麻痹	(144)
肌性斜颈	(144)
小儿神经性尿频	(154)

小儿脑瘫	(155)
小儿惊惕症	(157)
小儿夜啼	(158)
小儿惊风	(158)
第四节 其他疾病	(160)
五迟、五软	(160)
小儿麻痹后遗症	(161)
小儿口疮	(162)
小儿高热	(163)
小儿夏季热	(164)
小儿脱肛	(165)

第三章 妇产科疾病

痛经	(167)
经漏	(172)
更年期综合征	(173)
慢性盆腔炎	(174)
胎位异常	(176)
缺乳	(176)
产后乳汁瘀积	(177)
产后坐骨神经痛	(178)
产后尿潴留	(180)
不孕症	(182)

第四章 外科疾病

乳痈	(184)
急性乳腺炎	(185)
乳腺增生症	(192)

目 录

单纯性肠梗阻	(193)
肠粘连	(194)
急性嵌顿痔	(195)
腹股沟斜疝	(196)

第五章 骨伤科疾病

第一节 骨折	(197)
肩胛盂部骨折	(197)
肱骨干骨折	(198)
肱骨髁上骨折	(200)
前臂双骨折	(204)
儿童 Monteggia 氏内收型骨折	(206)
尺桡远端双骨折	(206)
第一掌骨骨折	(211)
腕舟骨骨折	(212)
指骨骨折	(214)
髌骨骨折	(216)
重度胫腓骨中下段开放性骨折	(221)
踝部骨折	(231)
跟骨骨折	(238)
髌臼骨折	(242)
盆骨骨折	(243)
胸腰椎屈曲型压缩骨折	(246)
鼻骨骨折	(252)
四肢骨折后期关节功能障碍	(253)
第二节 关节脱位	(254)
颞颌关节脱位	(254)
颈椎小关节错位及颈椎失稳	(256)

肩关节脱位	(261)
肘关节脱位	(263)
桡尺远侧关节错骨缝	(264)
桡骨小头半脱位	(266)
腰椎后关节错缝	(267)
骶髂关节错位	(274)
骶髂关节骨折脱位	(284)
髋关节脱位	(284)
第三节 扭挫伤	(286)
腕关节扭伤与劳损	(286)
踝关节扭伤	(287)
跖跗关节扭伤	(296)
外踝韧带损伤及距骨错缝	(297)
大腿挫伤	(298)
梨状肌损伤	(300)
腓肌损伤	(305)
膝关节内侧副韧带损伤	(306)
菱形肌损伤	(308)
急性腰肌扭伤	(310)
棘上棘间韧带损伤	(338)
腰椎关节突紊乱	(339)
腰椎小关节滑膜嵌顿	(341)
脊椎小关节功能紊乱	(343)
肩胛提肌损伤	(347)
急性软组织损伤	(348)
第四节 组织炎症	(352)
肩关节周围炎	(352)
背肌筋膜炎	(405)

目 录

冈下肌肌腱炎	(407)
斜方肌纤维炎	(408)
肱骨外上髁炎	(409)
外伤性髌关节滑膜炎	(419)
增生性膝关节炎	(420)
胫骨内髁炎	(426)
肥大性脊椎炎	(427)
颈椎增生	(428)
肋软骨炎	(430)
外伤性骨化性肌炎	(432)
第五节 关节病变	(432)
颈椎病	(432)
落 枕	(491)
膝关节病	(497)
髌骨软化症	(505)
髌下脂肪垫劳损	(508)
足跟痛	(509)
类风湿性关节炎	(516)
胸腰椎骨质疏松症	(520)
骨质增生	(522)
腰椎间盘突出症	(524)
第三腰椎横突综合征	(586)
腰椎骨质增生症	(587)
腰肌劳损	(590)
腰腿痛	(594)
脊柱侧弯	(602)
急性上背痛	(604)
臀上皮神经损伤	(606)

第六章 五官科疾病

麦粒肿	(608)
颈性视力障碍	(610)
近 视	(612)
中耳炎	(614)
慢性鼻炎	(617)
过敏性鼻炎	(618)
慢性咽喉炎	(619)
急性扁桃腺炎	(622)
喉蛾声门闭合不全	(623)
口 疮	(623)
口 癖	(625)
流行性腮腺炎	(626)

第七章 皮肤科疾病

痤疮	(628)
黄褐斑	(629)
寻常疣	(630)
脱 发	(631)
股外侧皮神经炎	(632)

第八章 其他疾病

肥胖症	(634)
运动性疲劳	(636)
四肢逆冷	(637)
高考怯场	(637)
药物依赖	(638)

目 录

肌注后硬结	(639)
椎源性心血管功能变化	(639)
硬膜外麻醉后遗症	(640)
髂腹股沟神经损伤	(641)
麻将颈	(641)
早期钳闭性疝	(642)
面部美容	(643)
病名索引	(645)

第一章 内科疾病

第一节 呼吸系统

咳嗽

咳嗽，现代医学称为急、慢性支气管炎，是临床常见多发病。

病因有内外，外因以六淫外袭所致，临床所见以风寒、风热为多；内因多因肝火、脾虚、痰湿所致。无论何因，皆与肺有关。外因所致者，多属外感咳嗽；内因所致，多内伤咳嗽，属慢性。临床表现：临床均以咳嗽为主症。兼表症者，多为外感；无表症者，多为内伤。痰多清稀色白为寒，痰多稠黏色黄为热。无论何种咳嗽，且又多互相转

化，急性失治迁延可转化成慢性；慢性复受诱因所致又可急性发作。一年持续咳嗽在3个月以上者，且反复发作，多为慢性咳嗽。

按摩处方（一）

取穴及操作方法：取期门穴：使患者仰卧位，在乳中线上，乳头下二肋，于第六肋间隙处。施术者左右手掌互相推擦对侧的前胸，先左手，后右手，均向外下方用力，按摩约2分钟。

治则：开胸顺气，宣肺止咳。

临床疗效：临床效果较好。

参考文献：刘硕等，常见病单穴按摩自疗法—家庭中医简易自疗丛书之三，2000：（1）：3~4

按摩处方（二）

取穴及操作方法：取太渊穴：太渊穴在掌后陷中，腕横纹桡骨侧，桡动脉外侧，仰掌取之，点擦，施泻法。按摩约2分钟。

治则：泻肺热，除痰饮。

临床疗效：经广泛临床应用，效果可靠。

参考文献：刘硕等，常见病单穴按摩自疗法—家庭中医简易自疗丛书之三，2000：（1）：3~4

支气管炎

支气管炎有急、慢性之分。急性支气管炎是由病毒、细菌的感染或物理与化学的刺激所引起的气管和气管的急性炎症。疲劳、受惊、上呼吸道感染等，是导致本病的诱因。慢性支气管炎多由急性支气管炎反复发作转变而成。

支气管炎发病时很像感冒，表现为刺激性咳嗽，1~2天后

咳痰，开始为白色黏稠痰，后为黏液脓性痰，或痰中带血丝。久治不愈症状可逐渐加重，咳嗽长年持续，痰多，呈泡沫黏液，有的患者有喘息和哮鸣音。常伴胸骨后痛、疲倦、头痛，全身痠痛等症状。本病冬季发病率高，以老年人、小儿为多见。

按摩处方（一）

取穴：列缺穴：在桡骨茎突上方，腕横纹上1.5寸，两手虎口交叉，食指指尖下所至凹陷处。

操作及手法：拇指尖掐对侧的列缺穴。向手指方向用劲。

按摩次数及时间：两侧各约半分钟。

治则：宣肺平喘。

临床疗效：屡试神验。

参考文献：刘硕等，常见病单穴按摩自疗法—家庭中医简易自疗丛书之三，2000：（1）：5

哮喘

喘证是以呼吸困难，甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧为特征；哮证是一种发作性的痰鸣气喘疾患，发作时喉中哮鸣有声，呼吸气促困难，甚则喘息难以平卧。由于哮必兼喘，故又称作哮喘。

按摩处方（一）

取穴：取鱼际穴：在第1掌骨掌侧中点赤白肉际。

操作及手法：两手拇指尖交叉互相掐揉两手的鱼际穴，指力向拇指方向。

按摩次数及时间：各约1分钟。

治则：宣肺平喘。

临床疗效：效果较好。

参考文献：刘硕等，常见病单穴按摩自疗法—家庭中医简易自疗丛书之三，2000：（1）：6

肺结核

本病是由结核杆菌引起的肺部感染，临床分原发型肺结核、血行播散型肺结核、浸润型肺结核、慢性纤维空洞型肺结核及结核性胸膜炎5个类型。

症状：（1）病情轻者无症状，常体检时被发现。部分患者有结核中毒症状如低热、乏力、盗汗、食欲不振、月经失调等，重症患者可有寒战、高热。（2）常有干咳、咯血，咯血量不等，有空洞形成合并感染时出现黏液脓性痰。（3）消瘦、衰弱、贫血、心悸、呼吸困难等症状见于慢性纤维空洞型肺结核。病程迁延多年，多并发肺气肿、肺心病。

体征：部位深范围小的病变无异常体征。范围大者听诊可有细湿啰音，尤其在上叶后段、下叶背段等好发部位，咳嗽后深吸气时听到细湿啰音有诊断意义。当肺部广泛纤维化及胸膜粘连肥厚时，患侧胸廓塌陷、肋间变窄、气管移向患侧。

按摩处方（一）

取穴：取鸠尾穴，在胸骨剑突下。

操作及手法：中指尖点按鸠尾穴，指力向下点住不动。

按摩次数及时间：约半分钟。

治则：宣肺理气，止咳化痰。

临床疗效：经临床研究，效果较好。

参考文献：刘硕等，家庭中医简易自疗丛书之三，2000：（1）：7

第二节 循环系统

冠心病

冠心病即冠状动脉硬化性心脏病。表现为心绞痛和心肌梗塞。心绞痛是心肌急剧的暂时缺血、缺氧引起的阵发性心前区疼痛;劳累、情绪激动、过饱食、受寒等原因均可激发。发作时疼痛多位于胸骨后,呈压迫样或窒息感,可向右臂、肩或颈部放射,持续几分钟,经休息或服用血管扩张剂后消失,疼痛可反复发作。心肌梗塞是冠状动脉的某一分支堵塞时,由该分支血管供血的那部分心肌严重缺血而发生坏死的结果。起病急,心绞痛持续久而剧烈,休息和扩血管药无效,可伴面色苍白或发绀,冷汗,脉数而弱,心音低弱,心律不齐等。

冠心病是由于心脏冠状动脉及其分支因粥样硬化产生管腔狭窄或阻塞,使心肌供血不足,产生心绞痛及心肌坏死,所以也称为缺血性心脏病。临床类型常有心绞痛、急性冠状循环功能不全、急性心肌梗塞、充血性心力衰竭、猝死、心律失常及隐性冠心病等。冠心病是目前国内外最常见和危害最大的疾病之一。

冠心病属于祖国医学“胸痹心痛”、“厥心痛”、“真心痛”等范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:取左侧灵墟、屋翳、天池和心俞穴,采用掌摩法,复合震颤手法,每分钟 200 圈左右,前 3 穴共按摩 12 分钟,心俞按摩 4 分钟。按摩中部分患者感到心前区发热并逐渐延及四肢和腰背;对未出现热传感者宜酌情延长按摩 5~10 分钟,每日按摩 1 次。

治则:宽胸通脉,温心止悸。

辅助治疗:酌加服扩冠药。

临床疗效:临床治疗 150 例,显效率 38.5%,总有效率 65.9%。

参考文献:李广,中国针灸,1984:4(5):4

按摩处方(二)

取穴:取三阴交,定位在小腿内侧、内踝尖上 3 寸。

操作及手法:点揉按摩 30 次。

治则:改善心脏冠状脉血液循环,改善左心功能,促进脑部血液循环。

临床疗效:效果较好。

参考文献:刘硕等,常见病单穴按摩自疗法—家庭中医简易自疗丛书之三,2000:(1):11

心悸

心悸为临床常见疾病,根据病情轻重可分为惊悸、怔忡。惊悸常因惊恐、恼怒或劳累等原因引起,时发时止,病势较浅而短暂,全身症状较好。如治疗不当,日久可发展为怔忡。怔忡则终日自觉心中悸动不安,稍劳更甚,全身情况亦较差。本病以患者自觉心跳急剧,惊慌不安,不能自主,或见脉来参次不齐为主要临床表现。

按摩处方(一)

取穴:取大陵穴,定位在掌后两筋间陷中。

操作及手法:推按大陵穴,施补法,按摩 36 次。

治则:补心养神,清热凉血。

临床疗效:本方效果较好。

参考文献:刘硕等,常见病单穴按摩自疗法—家庭中医简易自

疗丛书之三,2000:(1):15

雷诺氏病

雷诺氏病,又称肢端动脉痉挛症,是周围血管疾病中少见而且难治的病,其病因尚不十分明确。多发生于青壮年,以女性多见,在寒冷的季节里容易发病或使病情加重。多侵犯四肢端(主要是手指),为对称性两手或两足苍白、青紫、潮红、发凉、怕冷、麻木、针扎样疼痛和痠胀不适,病情缠绵不愈。

在祖国历代文献中,对本病没有明确的记载,但从临床分析,雷诺氏病可归属于中医的“血痹”、“寒痹”、“四肢厥寒”证等范畴。

按摩处方(一)

取穴:风池、肩中俞、缺盆、天宗、极泉、臑俞、曲池、少海、内关、阳池、后溪、合谷。

操作及手法:揉按俞穴(自上而下依次揉按以上常用穴位,以局部得气为度),推揉肩臂(掌指,多指拿揉肩臂,离心性反复操作,每侧约操作5分钟左右),弹筋晃拨(以拇食指弹拨腋下大筋;再以一手拇指按压阳池穴,另一手牵拉手指,左右晃拨或旋转腕关节),揉掌疏指(两手握揉患侧手掌,分疏五指,作牵拉抖动动作)。

治则:养心通脉,温阳宽胸。

临床疗效:本组72例中,治愈25例,显效34例,有效13例,总有效率达100%。

参考文献:杨永谦,按摩与导引,1995:(6):16

按摩处方(二)

取穴及操作方法:(1)发作间歇期,坐位,指推头和推两侧背部,每次15~20分钟,使有轻松感,可调节神经功能,防止或减少

发作。

(2)发作时,首先指推和揉捏颈背部5分钟,然后对患肢搓、滚和揉捏,由末端到近端,指端还可用捻动。可以看到肤色由白逐渐变红而止。

(3)取穴推拿:可取背部两侧心俞、膈俞穴,上肢的曲池、尺泽、合谷等穴,用手指按或掐使得气,然后作振动法。每穴1分钟左右。

治则:调节神经功能,扩张血管,恢复末端循环。

辅助治疗:1. 保暖:必须注意保暖,避免寒冷刺激,大风寒冷天气少出门,以减少发作。

2. 情志锻炼:要加强精神的修养,克服急躁情绪,避免不愉快的事,培养乐观愉快的心情,避免不良的精神刺激,以减少发作。

3. 针刺治疗:选穴可参考推拿的取穴。

4. 药物治疗:西药可用交感神经阻滞剂和血管弛张药。如盐酸妥拉苏林每次口服25毫克,每日4~6次。烟酸每次口服50~200毫克,每日3~4次。利血平,每次口服0.25毫克,每日3次。

中药当用活血助阳药,如用温经回阳通瘀汤。主药有桂枝、附片、鹿角、细辛、炮姜、当归、赤芍、红花等,用药量如一般方剂用量,每日1剂,煎2次,分早晚服。

临床疗效:本法效果较好。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982:(7):358~359

贫血

贫血是指单位容积血液内的红细胞数和血红蛋白低于正常而言。临床上分为缺铁性贫血、失血性贫血、溶血性贫血、抗贫血因子缺乏所致的贫血、再生障碍性贫血等。主要表现为面色萎黄或苍白、头晕、耳鸣,甚则困倦乏力、活动后心慌气短。

中医属“黄胖病”、“虚劳”等范畴。

按摩处方(一)

取穴:取血海穴,在髌骨内上缘上2寸两肌腱之间。

操作及手法:两拇指指腹按揉两侧血海穴,按摩次数约1~2分钟。

治则:补血活血。

临床疗效:长期坚持本方,效果极佳。

说明:可有活血、补血的作用。

参考文献:刘硕等,家庭中医简易自疗丛书之三,2000:(1):13~14

按摩处方(二)

取穴:取脾俞穴,定位在第十一椎棘突下旁开1.5寸。

操作及手法:患者端坐,按摩者以一手固定患者肩头,一手以掌根揉脾俞,按摩30次。

治则:补气固血。

临床疗效:经长期临床应用,效果可靠。

参考文献:刘硕等,家庭中医简易自疗丛书之三,2000:(1):13~14

白细胞减少症

白细胞减少症即白细胞总数持续低于4000/立方毫米(4.0×10^9 /升)。主要病因有化学因素(化学药品及化学品)、放射性物质(X线、同位素等)。临床表现为头晕、乏力、食欲减退,低热、失眠等,部分患者易反复发生各种感染。本病属祖国医学“虚劳”的范畴。

按摩处方(一)

取穴:取华盖穴,在胸骨正中线上胸骨角处。

操作及手法:取华盖穴,采用捻、按手法补之,按摩30次。

治则:补气生血。

临床疗效:经本法治疗,收到一定疗效。

参考文献:刘硕等,家庭中医简易自疗丛书之三,2000:(1):

17~18

高血压

本病病因尚不明确,病机复杂尚无定论。目前多认为是以动脉血压升高为主要临床表现的一种疾病,常易引起动脉、心、脑、肾等器官的损害,亦称原发性高血压。由其他疾病引起的高血压称为继发性高血压。临床表现:成人在平静时,收缩压等于或高于21.33千帕,舒张压等于或高于12.67千帕,具有二者中之一者即为高血压。如收缩压为18.67~21.33千帕及/或舒张压为12~12.67千帕。“临界性高血压”。临床分以下二型:

缓进型:起病缓,初期多无症状,体检时才被发现。常先见头痛、头晕、失眠等神经官能症症状,数年后可出现重要器官功能性或器质性损害征象。

急进型:多见于年轻人,发展迅速,血压显著升高,舒张压常持续在17.33千帕以上。多在数月或1~2年内出现严重心、脑、肾的损害。常出现高血压脑病:血压突然显著升高,剧烈头痛,呕吐,抽搐等;高血压危象:血压急剧升高,剧烈头痛、头晕、恶心、心悸、视力模糊、手足颤动等表现。此外,亦常见心力衰竭和肾功能不全。

按摩处方(一)

取穴:取涌泉穴,在涌泉穴在足心中凹陷处。

操作及手法:两拇指指腹在两脚心涌泉穴朝脚趾方向用力推揉。按摩次数及时间:各推揉 100 下。

治则:益肾降压。

临床疗效:涌泉穴降压效果较为可靠。

说明:涌泉穴是肾经穴,主降一切,推揉此穴后,顿时即觉头部轻松,如测量血压,一般可降低 10~20 毫米汞柱。

参考文献:刘硕等,家庭中医简易自疗丛书之三,2000:(1):9

按摩处方(二)

取穴及操作方法:治疗前,病人先休息 15 分钟,记录血压、心率和心阻抗血流图,然后用按、揉、抹、拿、扫散等手法在病人足太阳膀胱经、足少阳胆经及督脉在头面、颈项所循行的路线上进行轻快、柔和地操作,治疗约 15 分钟后,观察即刻的疗效。

治则:通督潜阳,舒筋降压。

临床疗效:临床自觉症状缓解率为 100%;收缩压、舒张压、平均动脉压均有下降;周围总阻力下降率达 80.43%;血管顺应性改善率达 78.2%。

参考文献:潘崇海等,上海中医杂志,1984:(6):18

按摩处方(三)

取穴及操作方法:(1)推头:患者取坐位。头部铺一毛巾,术者立于患者左侧方。一般用左手按住前额部,用右手拇指平推或侧推。先推督脉,从前发际推到后发际,并着重推百会穴;然后推头部两侧足少阳胆经经线,各从前发际推到后发际,并指推太阳和风池穴;最后用双手拇指推前额部,从印堂抹到太阳穴约推 5~10 分钟。推后患者一般立即感觉头痛、头晕减轻,有头脑清醒感。

(2)推背:体位同上。用拇指平推背部足太阳膀胱经线,由上而下,先推左侧两条,再推右侧两条。如有肝肾虚损者,可在肾俞、命门穴用指尖多推,约推拿5分钟左右。

(3)揉腹:如血压较高者可加揉腹。患者取仰卧位,术者用掌根揉、摩整个腹部,顺时针方向转动,患者自然呼吸。约5分钟左右。

(4)取穴:上肢取肩井、少海、内关、神门、合谷等穴。下肢取足三里、三阴交、委中、承山、复溜、行间等穴。用拿、掐法或振法,使有得气感为好。

(5)自我推拿:先用双手手指抹前额;再用手掌擦头部两侧;然后双手交替用手指揉、掐内关、神门、合谷、足三里、三阴交、行间穴等;而后二手握拳擦腰,用掌揉腹;最后二手掌振动大小腿部。自我推拿可以在推拿疗程结束、巩固疗效时进行。

治则:调节阴阳,活血降压。

临床疗效:坚持治疗,效果极佳。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982;(7):343~344

按摩处方(四)

取穴及操作方法:推拿:先在头部风池、百会、太阳、印堂等穴,用一指禅或拨揉法,重点施术于降压点。在两胁作分推法,在小腹部用揉、摩、擦等手法,重点取关元、气海。接着在小腿胫骨面作推法和擦法,点按曲池、行间,擦涌泉。患者俯卧位,用擦法和点法清泻督脉,可配合拇食指揪大椎穴。在肝俞、肾俞、命门等施以揉、擦、摩等手法,点按太溪穴1分钟。取人迎穴,用双拇指轻按人迎穴,感觉动脉波动6次即可放开,反复3次。在四肢部用揉擦法,反复数遍,结束治疗。

治则:滋阴潜阳,通经降压。

辅助治疗:针灸:取风池、百会、大椎、曲池、内关、太冲;痰浊阻络配足三里、丰隆;肝肾阴虚配肝俞、太溪。用28号毫针,常规消

毒,用平补平泻法,留针 30 分钟。日 1 次,10 次为 1 疗程,疗程间隔 5 日。

临床疗效:疗效标准:显效:治疗后,血压降至正常范围,症状基本消失,1 年内未复发。有效:血压有明显下降,但未能稳定于正常范围内,或 1 年内复发者,部分症状得到改善。无效:治疗后血压无明显变化。本组 58 例,显效 25 例,有效 29 例,无效 4 例,总有效率 93%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:孙启轩新疆中医药,2001;19(1): 38 ~ 39

按摩处方(五)

取穴及操作方法:取坐位,用相同的颈肩部推拿手法。本组先以滚法、鱼际揉法放松颈肩部 5 分钟,再拿颈肩部 5 分钟,最后作垂直向上的颈椎拔伸法 5 次,每次持续 10 秒种,力量以能耐受为度。分别于治疗前(安静休息 30 分钟后)、治疗后(即时原位、休息 1 小时后),量血压、心率各 1 次,观察两组推拿前后血压、心率的变化。

治则:通络降压。

临床疗效:诊断标准:参照 WHO 高血压诊断及分期标准。两组血压推拿前后血压均有所下降,1 小时后血压有所回升。本组推拿前后收缩压、舒张压变化有显著性差异($P < 0.01$)。对照组推拿前后收缩压变化有显著性差异($P < 0.05$)。两组推拿前后心率变化不大。

说明:本法可使血压降低并得到控制。

参考文献:孙贵刚按摩与导引, 2000;16(5): 5

按摩处方(六)

取穴及操作方法:用足浴剂:石决明、白芍、磁石、牛膝、当归、桑枝各 9 克,钩藤 20 克,水煎滤出药液,药温 40 ~ 50℃,加入冰片

2 克,浸泡双脚,持续 30 分钟。患者仰卧,全身放松,按揉涌泉、降压、侠溪,及足部全息反应区之心区点、肝区点、肾区点、胆区点;揉擦足部的心区、头区,摆拨各趾、擦足心、足跟,掐或弹中冲、昆仑、束骨、京骨、泉顶、夜静、失眠穴。

治则:舒通经络,调节阴阳,活血降压。

临床疗效:疗效标准:参照卫生部《中药新药临床研究指导原则》的降压疗效及症状疗效标准。本组 40 例,用 4 个疗程,降压显效 20 例,有效 16 例,无效 4 例。用 2~4 个疗程,症状显效 20 例,有效 16 例,无效 4 例。

说明:本法疏通经络,调整脏腑,平衡阴阳,疗效满意。

参考文献:郑成扬中医研究,2000;13(4):55

按摩处方(七)

操作及手法:采用 45 度颈部斜扳法:患者端坐方凳上,医者立于患者背后,用一手自上而下触摸患者颈部棘突及其双侧,发现有棘突偏歪、椎旁凸起、压痛及活动受限,该处就是病变部位。此时,医者用拇指压在偏歪的棘突或椎旁凸起的部位,另一手托住患者下颌弓,将头置于医者胸前,并使患者头向健侧旋转 45 度,然后用托下颌弓之手向上端提,此刻按压偏歪的棘突或椎旁凸起的部位可出现“咯嗒”的响声,随之再触摸偏歪的棘突或椎旁凸起即可消失,颈部活动也恢复正常。如另有棘突偏歪或椎旁凸起,可按上法再行整复。

治则:通络活血,潜阳降压。

临床疗效:本组 106 例中治愈 45 例,占 42.4%;好转 49 例,占 46.2%;未愈 12 例,占 11.3%;总有效率 88.6%。

注意事项:施手法时头部旋转一定不能超过 45 度且应向上端提:患有颈部骨折、脱位者应慎用,合并颈部结核、肿瘤者禁用,小儿也应慎用本法。

说明:在临床诊治中发现血压偏高的患者多见到 C₁₋₃ 椎体或小关节的增生,或在触诊时见到 C₁₋₃ 棘突的偏歪。这种情况需与颈椎病相鉴别,颈椎病是指由于颈项部软组织的急慢性劳损、颈椎退行性改变或者颈椎间盘的变性等所引起的一系列综合征。

本方参考文献:杭柏亚,中国中医骨伤科杂志,1998;6(2):49

中风后遗症

据统计,中风(脑血管病)患者约 80% 以上留有后遗症,主要表现为半身不遂(运动和感觉功能减弱或丧失),可伴有口眼歪斜、舌强言蹇、失语、多笑、呃逆等。临床治疗以活血化瘀为主。

按摩处方(一)

取穴:角孙、风池、缺盆、委中、太冲。**配穴:**百会、哑门、太阳、翳风、颊车、地仓、肩井、手五里、外关、心俞、肝俞、脾俞、肺俞、命门、承扶、殷门、髀关、血海、承山、涌泉。

操作及手法:理筋是指拿、揉、弹、抹、理、提等法复合,拿中兼提,理中带弹。点穴常以食、中、拇指点叩选定穴位,指叩频率 120~150 次/分钟。

治则:醒脑开窍,调理脏腑,舒筋活络,养血开暗。

临床疗效:效果较好。

参考文献:林国明,浙江中医学院学报,1982;(4):27

按摩处方(二)

取穴及操作方法:本组患者均伴有左或右侧偏瘫。导引采用擦掌、熨目、按阳明、转耳轮、鸣天鼓、叩齿、摇天柱、转辘轳、擦肾腰、锤环跳、掌擦脸面、擦涌泉共 12 法,视患者具体情况行之;静坐包括跌坐、立腰、垂廉、抵腭、咽津、调息、正念、内视 8 要点。导引每日上午行 1~2 次,静坐每日下午行 1~2 次,每次 1 小时,并配

合中药二化愈风汤加减。

治则:调理阴阳,补益肝肾,聪耳明目。

临床疗效:38例中结果,基本痊愈(瘫痪肢体功能基本自理)22例,显著进步12例,有效3例,无效1例。

参考文献:吴次仁气功,1988:9(2):56

按摩处方(三)

取穴及操作方法:针刺:取手足阳明经穴为主,辅以少阳、太阳经穴,患者侧卧,取患侧肩髃、肩髃、肩贞、曲池、外关透内关、合谷、环跳、足三里、阳陵泉、解溪,针用补法,留针30分钟,中间行苍龙摆尾针法3次,行苍龟探穴针法1次后出针,有出血者用棉球按压。肝阳上亢型配百会(斜刺)、三阴交、太冲透涌泉,针用泻法;肝火上炎配太冲、足临泣,针用泻法;言语不利者配廉泉、照海;口角歪斜配地仓透颊车。取穴时重按其穴,令气血宣散,持针时势如握虎与擒龙,出针时如拨虎尾之状。

推拿:先以四指扶于侧头部,以拇指点按两风池穴,后以四指曲屈如鹰爪状拇指背伸直为力点的点按法于两侧太阳穴,各1分钟;用五指推法由前发际至后发际10次,最后以掌根为力点扫散法轻柔地施于头部,由前向后9次;患者坐位,先用拿法于颈部两侧的胆经,由上而下往返6次,然后拿两侧肩井穴部,约1分钟;患者坐位,先点按各背俞穴,每穴5秒钟,然后于两侧膀胱经操作,往返6次;患者侧卧位,先点按肩髃、肩髃、肩贞、天宗、曲池、外关、合谷各10秒钟,继以指揉法于小肠经与阳明经、肺经与三焦经,然后按揉肩、肘、腕和如持针状揉五指,最后轻柔地屈伸肩、肘、腕部;患者侧卧位,先点按环跳、足三里、阳陵泉、阴陵泉、血海、委中、承山、解溪、昆仑各10秒钟,然后五指拿法于大腿部,由上而下约2分钟,继则仰卧位,用一指禅法于小腿的脾经、胃经,由上而下约2分钟,最后俯卧位,用滚法于环跳穴至委中穴到承山穴部;肝火上炎者加点按足临泣、太冲穴,肝阳上亢者加点按百会、三阴交、太冲、

涌泉穴。仰卧位,医者以一只手掌贴于患者足根部,一只手小鱼际为力点的拳击法叩击2次(另一侧与之相同),医者用一只手贴于患者百会穴部,一只手小鱼际为力点的拳击法叩击3次。日1次,3日辨证1次为1疗程。

治则:调节阴阳,舒通经络。

临床疗效:疗效标准:痊愈:口眼歪斜、舌强语涩等症状消失,病侧的肢体功能恢复正常,行走自如,肌力达V级,日常生活能自理。显效:瘫痪的肢体、口眼歪斜、流涎、语言蹇涩等症状明显好转,肌力达IV级,日常生活基本自理。有效:瘫痪的肢体、口眼歪斜、语言蹇涩等症状均有好转,肌力达III级,独立行走有一定困难。无效:体征和症状无明显变化。本组176例,治愈76例,显效66例,有效30例,无效4例。

说明:本法疏经通络,疗效满意。

参考文献:王新卷针灸临床杂志,2001;17(1):17~18

按摩处方(四)

取穴及操作方法:推拿按摩:半身不遂,主要推拿督脉,开始于脊柱下端的长强穴,上止于齿龈部龈交穴,刺激脊神经,反射刺激大脑皮层。按压膀胱经,重点对心俞、肺俞、脾俞、肾俞,调五脏六腑之功能。上肢推揉大陵、尺泽、曲池、肩髃等穴,推拿冈下肌、三角肌;下肢推揉梁丘、髀关等穴。按揉十宣穴,重点在大拇指、小拇指和第四拇指。按揉脑垂体反射区及涌泉等穴。头面部可取百会、四神聪、颊车等。用手指反复前后梳头皮,刺激大脑各支配区域皮质,提高皮质兴奋性。

治则:通督活络,调节阴阳。

辅助治疗:针灸治疗:针刺双侧内关,用1~1.5寸毫针提插泻法,三阴交用补法,极泉用提插泻法,合谷用补法。配手三里、足三里、环跳、尺泽、人迎、大椎穴。腹针:选双侧滑肉门、外陵四穴,配大横、归来。

临床疗效:本组 20 例,治愈 15 例,好转 3 例,无效 2 例,总有效率 90%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:杜世成按摩与导引, 2000;16(6): 35

按摩处方(五)

取穴及操作方法:头部按揉法:患者坐位或侧卧位,左侧瘫取右侧头部运动区、感觉区,在施术部位涂以润滑剂,术者用双手拇指指腹沿运动区、感觉区的上点(下肢运动、感觉区)依此向中点(上肢运动、感觉区)、下点(面运动、感觉区)旋转按揉 10 分钟。肢体拍打法:用特制的板子拍打上下肢体及背部瘫侧 30 分钟。

治则:扩张脑血管,改善微循环。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状及体征消失,基本能独立生活。好转:症状及体征好转,能扶杖行动,或基本生活能自理。未愈:症状及体征无变化。本组 50 例,治愈 28 例,好转 20 例,未愈 2 例,总有效率 96%。

说明:本法活血通络,祛风散寒,扩张脑血管,改善微循环,疗效满意。

参考文献:徐贵成中国民间疗法, 2001;9(1): 14~15

按摩处方(六)

取穴及操作方法:取穴:上肢:肩髃、极泉、中府、曲池、手三里、合谷。下肢:环跳、风市、阳陵泉、足三里、委中、丰隆、解溪、涌泉(均患侧)风池、膀胱俞、小肠俞、关元俞、大肠俞、气海俞(双侧)。脑水肿加风府、哑门。语言障碍加廉泉、哑门。精神抑郁加百会、印堂。刺法:用提插捻转相结合,平补平泻,针刺得气后留针 20~30 分钟,1 次/日,12 次为 1 疗程。上述针穴,按摩时轮流选用,配合点穴,1~2 次/日,20~30 分钟/次,12~24 次为 1 疗程。眼针疗法:取上焦区、下焦区。血压高加肝区、心区、与针刺同时进行。

治则:通利关节,通督益肾。

临床疗效:急性期、恢复期和慢性期分别治愈 26 例、35 例、0 例;显效 15 例、47 例、19 例;好转 10 例、16 例、23 例;无效 1 例、2 例、2 例。有效率 98.1%、98%、95.5%。3 组相比 $P > 0.10$,无统计学意义。但急性期与恢复期的愈显相比 $P < 0.05$ 。恢复期与慢性期的愈显率相比 $P < 0.005$,有统计学意义。急性期疗效优于其他两期。

说明:196 例分为急性期(72 小时)52 例,恢复期(3 天以上)100 例,慢性期(3 月以上)44 例。首先按神经内科常规治疗,在 7~10 天开始针刺、按摩疗法。

参考文献:中国针灸,1999;19(7):413~414

按摩处方(七)

取穴及操作方法:推拿:患者坐位或卧位,术者以空心掌法依次从上至下拍打患者周身;头部以空心掌自额往后至颈先轻后重拍打 2 遍,接着以揉法再进行 1 遍,并揉扫一些主要穴位,如太阳、神庭、四神聪、百会、大椎等穴,最后适度左右摇动患者头部,并诱导患者自行摇动头部;背部坐位,医者从颈部到尾椎先轻后重拍 2 遍,右手用一指禅或按、揉、滚、捏脊柱两侧的腧穴及主要穴位,并依次向背部两侧施以同样手法,直至患者感觉背部有一股热流或蚁动感为止;上肢部从大椎穴至手指方向,揉、滚、捏、拿手上主要伸肌和屈肌及重要穴,如肩髃、曲泽、列缺、合谷等穴;并旋转、摇晃或扭动各大小关节,同时鼓励患者尽力握拳运动;下肢部从腰部至足趾连拍 6 次,并按、点、揉重要穴位,如环跳、足三里、三阴交、涌泉等主要穴位,推、拿、揉、滚下肢各 9 次,并让患者尽可能下蹲曲伸运动。尽量让患者自己运动,训练患者行走,每次行走直至患者感觉体力支持不住为主。对照组 30 例,用华佗再造丸 8 克/日 2 次口服。

治则:活血化痰,熄风通络。

辅助治疗:本组 118 例和对照组 30 例,本组 118 例,用加减补中益气汤:黄芪 30 克,当归、人参、白术、牛膝各 15 克,柴胡、升麻、陈皮、川芎、威灵仙、炮附子、独活、羌活、钩藤、红花、酒炒黄柏、竹沥各 10 克,甘草 5 克;加减六味地黄汤:干山药、山茱萸各 12 克,茯苓、牡丹皮、泽泻、炮附子、桂枝、知母各 10 克,牛膝、熟地黄、防己、木瓜、五加皮、杜仲、续断、地龙各 15 克;日 1 剂水煎服,1 方连用 6 剂后,改 2 方连用 6 剂,两方依次轮换煎服。

临床疗效:诊断标准:参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》的诊断标准。疗效标准:显效:症状及体征消失,基本能独立生活。有效:症状及体征好转,能扶杖行动或基本生活能自理。无效:症状及体征无变化。加重:症状及体征加重。两组分别显效 88、9 例,有效 26、11 例,无效 3、6 例,加重 1、4 例,总有效率 96.6%、66.7% ($P < 0.05$)。

参考文献:安徽中医临床杂志, 2000;12(4): 264 ~ 266

按摩处方(八)

取穴及操作方法:取督脉,点捏水沟、印堂、神庭、上星、百会、风府和上下肢。将痹痛酒倒在术者右手心内,然后施于左侧肢体,轻重适宜地用推拿按摩揉擦等操作手法往返治疗五遍。又点颊车、肩髃、合谷、委中、承山、昆仑、足三里(双侧)。每日一次,十天为一疗程,两疗程之间间隔五天。

治则:调节阴阳,通络起痿。

辅助治疗:附痹痛酒(自拟方)方:马钱子 300 克,二乌各 100 克,细辛、麻黄、生大黄、甘草各 50 克,黄连、姜黄、川芎各 30 克,煤油 1000 毫升,白酒 1500 毫升

上药共浸泡一周后备用。

临床疗效:坚持治疗,两疗程即可显效。

注意事项:(1)忌内服。(2)妇女孕期及月经期慎用或忌用。(3)不宜施于新旧皮肤破损部位。

参考文献:余其文,四川中医,1986:(2):49

按摩处方(九)

取穴及操作方法:用棉球蘸止痉擦剂(含川乌、川芎、香附各10克,木瓜、虎杖各20克,红花15克,加75%酒精300毫升浸泡1周后,取滤液)涂擦患肢,用手掌反复涂搓,5~10分钟后行手法推拿。

上肢:患者取坐位,用滚法施于患侧肩胛周围及颈项两侧,配合患肢外展内收及向背后回旋上举的被动活动,然后用拿法自肩部至手部,往返4~5次,待痉挛的肌肉松弛后,再作肩肘腕部摇法,配合肘腕关节活动,最后用搓法自肩部搓至腕部往返2次,手指关节用捻法,时间10分钟。

下肢:患者取仰卧位,用滚法施于下肢自髂前上棘向下沿大腿前面至踝关节,再用拿法施于患肢,以膝部周围为重点,往返3~4次,待肌肉松弛,配合髋关节、膝、踝关节的被动屈伸和下肢内收外旋,着重按揉风市、伏兔、膝眼、阳陵泉、委中、承山、解溪,时间10分钟。20日为1疗程。

治则:活血化瘀,舒通经络。

临床疗效:疗效标准:显效:肌肉柔软、有弹性、被动运动阻力明显减退,关节运动范围基本正常。有效:肌肉稍硬,被动运动阻力减退,关节运动范围较前扩大。无效:较治疗前无进展。本组31例,显效7例,有效24例,总有效率100%。

说明:本法活血化瘀,祛风舒筋通络,疗效满意。

参考文献:中医外治杂志,2000:9(6):35

短暂性脑缺血发作

短暂脑缺血发作系脑组织血管系统(左、右颈动脉或椎基底动脉)短暂供血不足引起的局部脑功能丧失。中医称之为中风先

兆,也有微风、小中风、小中、小卒中、中风先期之称。其病因病机与中风大致相同。其诊断标准为:40岁以上,近来有目眩、头晕、头胀、头痛,或曾有短暂晕厥,或单侧肢体麻木、乏力;或一过性轻瘫者,且临床能排除耳源性眩晕、低血糖、脑炎、颈腰椎病、脊髓病及周围神经炎者。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:本组 147 例,患者取坐位,于颈项部用一指禅推法、滚法,配合颈部被动运动。按揉两侧颈项部,于头部两侧施以扫散法、振法。五指拿顶,按揉风池、人中、百会。高血压者推桥弓、掐太冲、行间;高脂血症按揉脾俞、肝俞、肾俞、足三里、血海;心律失常按揉曲池、内关、心俞、厥阴俞、膻中、关元;日 1 次,15 日为 1 疗程。对照组 105 例,用 5% 葡萄糖液 250 毫升加脑活素针 20 毫升,10% 葡萄糖液 250 毫升加复方丹参针 16 毫升,日 1 次,7 日为 1 疗程。两组均用三七胶囊及脑力宝口服。

治则:活血通络,降逆止眩。

辨证特点:诊断标准:多见于 40 岁以上的中老年人;反复发作眩晕,视朦,肢麻或平衡障碍;每次发作症状多在数分钟至数小时内恢复,最多不超过 24 小时。

临床疗效:疗效标准:显效:眩晕、视朦、肢麻或平衡障碍症状消失。有效:症状发作次数减少,或症状持续时间减少。无效:治疗后症状无改善。两组分别显效 42、16 例,有效 85、38 例,无效 20、5 例,总有效率 86.4%、51.4%,本组疗效明显优于对照组($P < 0.05$);本组治疗前后血压、血脂(TC、TG、LDL、TC/LDL、LDL/HDL)、血液流变学(血压、红细胞压积、全血还原粘度高切、血小板聚集率、红细胞指数)改善情况均优于对照组($P < 0.05$)。

说明:本法疗效显著。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(4):19~20

第三节 消化系统

慢性胃炎

慢性胃炎是以胃黏膜的非特异性炎症为特征的一种全身性疾病。其病因尚未完全明了。发病机理与各种理化物质、细菌或病毒对胃黏膜的刺激、中枢神经功能失调及机体免疫功能紊乱等因素有关,分为浅表性、肥大性和萎缩性三种类型。

按摩处方(一)

组穴及操作方法:(方一)摩腹:患者屈膝仰卧,松衣解带,充分暴露腹部,腹部肌肉宜放松,推拿者坐于患者右侧,用右手掌面或大鱼际部置于中脘穴,作环形抚摩,每次 10~15 分钟,每日 1~2 次。

(方二)按揉足三里穴:患者取仰平卧或坐位,可隔裤推拿。推拿者用两拇指分别按揉患者双侧足三里,至得气后继续按揉约 100 次,每日 1~2 次。

(方三)按揉胃俞穴:患者俯卧位,推拿者用右拇、食两指,同时按揉双侧胃俞穴,至得气后继续按揉约 100 次。然后用少量水杨酸甲酯凡士林油膏,涂于推拿者两侧小鱼际部,紧贴患者背部自肩胛岗下缘至髂嵴,足太阳膀胱经经路的皮肤,直线来回按擦 1~2 分钟,每日 1~2 次。

治则:健脾和胃,消食导滞。

临床疗效:本组 30 例,临床症状改善显效 21 例(70%),有效 9 例(30%),未遇无效病例。推拿次数自 5~114 次,平均 30 次,一般于推拿 2~3 次后症状即开始缓解,1 周后胃脘痛基本消失,食欲增进,精神好转,其他症状也可改善。治疗前后曾行胃肠钡餐

透视检查对比 14 例,显示胃蠕动次数多的可减少、排空延迟 9 例,胃蠕动次数少的可增加、排空加速 5 例。曾行纤维胃镜复查 5 例,炎症明显好转 4 例,无显著改变 1 例。

说明:上述推拿方法,以摩腹为主,可单独应用,亦可与 2 或 3 法结合。可隔日进行,10~30 次为一疗程,隔 1~2 周后可重复。如有症状复发,可再行推拿。对萎缩性胃炎经治疗后无效,应改行其他治疗方法。胃炎并发出血者,不宜采用本法。

参考文献:金庆丰等,中西医结合杂志,1984;4(5):310

按摩处方(二)

取穴及操作方法:胃脘部:患者仰卧位,医者站于患者侧面,行抹腹部,自剑突下至脐上,继而摩腹,然后沿任脉用一指禅推法于上脘、中脘、下脘、神阙、气海、关元等穴,依次往返推之,摩全腹,然后揉足三里。

背部:患者俯卧位或坐位,医者先用一指禅推法沿脊柱两侧足太阳膀胱经由上而下推按,并着重点按脾俞、胃俞,使患者感觉痠胀,手法持续 5~10 分钟,最后提拿肩井并结束手法。肝气犯胃加按揉章门、期门、肝俞、胆俞;脾阳虚加推关元,按摩肾俞、命门,擦督脉至热为主;饮食不节加按摩三焦俞、足三里。日 1 次,10 次为 1 疗程。

治则:宽胸和胃,通督强身。

辅助治疗:并用半夏泻心汤:法半夏 10 克,黄芩、干姜、白参、炙甘草各 6 克,黄连、大枣各 3 克;胃脘胀甚加佛手、青木香;痛剧加元胡、白芍;呃逆加柿蒂、香附;消谷善饥加石膏、知母、生地;心悸、舌红少苔加知母、沙参、淮小麦;干呕加藿香、白豆蔻;日 1 剂水煎服。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状、体征完全消失,停止治疗 3 个月后复查胃肠钡餐摄片或胃镜,无病理改变。有效:症状和体征缓解。无效:症状或体征无改变或加剧。本组 68 例,痊愈 36 例,

有效 28 例,无效 4 例,总有效率 94.1%。

参考文献:王大民,中国民间疗法,2000;8(9):20~21

胃下垂

胃下垂系胃张力减弱,胃小弯切迹移至髂嵴联线以下,十二指肠向左偏移时的一种状态。多见于瘦长体型者。患者可有腹胀(食后加重,平卧减轻)、恶心、嗳气、胃痛或便秘、腹泻交替等现象。胃肠功能多受影响。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:脾胃虚寒型用补中益气法,患者仰卧医者以两手拇指指腹揉中脘至巨阙 4~5 分钟,压放天枢 3 分钟,中指轻揉气海 2 分钟。然后患者俯卧,医者以掌根或鱼际揉、压、搓、颤脾俞和胃俞 5 分钟(以腹部有微热感为度),以拇指揉按膈俞和足三里各 1 分钟。脾肾阳虚型用健脾固肾法,让患者仰卧,医者用掌根逆肠道走行方向推、揉、按、压数遍。然后患者俯卧,医者以掌根揉、搓肾俞和八髎至腹部发热为度。上 2 法各行 4~5 分钟后,按揉大肠俞、百会、公孙、内关各 1~2 分钟,15 天为 1 疗程。

治则:益气温阳,健脾固肾,升阳举陷。

临床疗效:45 例,结果平均治疗 3~4 个疗程后,治愈 33 例,好转 10 例,无效 2 例。

参考文献:浙江中医杂志,1987;22(2):60

按摩处方(二)

取穴及操作方法:(1)患者俯卧,于其脊柱两侧沿膀胱经进行推、按、拨、揉,重点刺激脾胃俞、胃仓等穴,然后于肾俞、志室二带作挤压法。

(2)患者仰卧,于其腹部施行自下而上的推、颤、波型揉捏,

提、拿、拨动腹直肌,小鱼际托胃等手法,并点压三腕、天枢、气海、育俞等穴。

(3)患者取坐姿,先作擦肩法,再用指拨揉胸锁乳突肌,提拿肩部。根据具体情况,手法可有变换,手法的力量要随患者体质好转而增强。

治则:升阳举陷。

临床疗效:结果,73例中痊愈48例,有效22例,无效3例。

说明:作者介绍以不同手法按摩治疗本病的经验。

参考文献:李晶,中医杂志,1980;21(3):50

按摩处方(三)

取穴及操作方法:(1)腹部推拿、取穴中脘、下脘、石门、天枢。手法:右手中指点、揉、振法,同时左手拇、食、中三指持艾条二支配合灸十分钟。

(2)背部推拿,取穴脾俞、胃俞、胃仓。手法:掌揉、捏脊、三指平推足太阳经。

(3)点、按、弹、拨足三里、丰隆。10次为一疗程,隔日一次,每次治疗时间不得低于半小时。

治则:健脾和胃,升阳举陷。

临床疗效:治愈16例,基本治愈9例,好转5例。总有效率100%。

参考文献:黄定泰,黑龙江中医药,1987:(4):18

按摩处方(四)

取穴及操作方法:(1)推背:患者取坐位,术者站于体侧。在脊柱两侧用拇指平推法,从上到下推拿数次。如身体素质较差,房屋保暖条件较好,可暴露背部,擦油剂介质后用掌侧擦法,擦到皮肤发红发热为适。

(2)取穴:用拇指尖推脾俞、胃俞穴,强刺激,要有强烈痠胀得

气感,或感有胃肠蠕动引起暖气为好。腹部取中脘穴,头部取百会穴,上肢取合谷穴,下肢取足三里穴,强度要领与背部取穴同。

(3)推腹:先用手掌根部作顺时针的腹部揉摩,再用全掌随呼吸推腹,呼气时推动内脏几上,吸气时放松,反复推数十次。最后指按中脘穴,如腹胀较重者,加按天枢、气海穴。

(4)推头:如有失眠等神经症状者,可推头部,方法参阅神经衰弱一节。

治则:健脾和胃,升阳举陷。

辅助治疗:可用中药、针灸等方法。如针刺中脘、足三里穴,艾灸百会、足三里穴;也可用补中益气汤加减,内服。

临床疗效:效果较好。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982:(7):371~372

胃脘痛

胃脘痛是指以胃脘疼痛为主要症状,常伴有胃脘部胀满、暖气、吞酸、嘈杂、烧心、呕吐、饮食不佳等临床表现的一种疾病。现代医学的急慢性胃炎,胃、十二指肠溃疡病,胃下垂,胃痉挛,胃神经官能症及部分胰腺、胆道疾病,以上胃脘部疼痛为主症者,均系胃脘痛范围。其病理特点是肝胃气滞,瘀阻伤络,纳运气机失调。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:肝俞、脾俞、胆俞、胃俞,若背部有压痛区,以推压痛区为主。病史较长或饮食欠佳者,另加捏脊治疗。手法以按揉为主,用大鱼际、掌根或前臂附着于穴位或压痛区,用腕关节转动回旋来带动掌根、鱼际,或用肘关节的旋转带动前臂。手法由轻揉而逐渐加重,频率80~100次/分钟,每天治疗2次,10次为1疗程。

治则:调理脏腑,和胃止痛。

临床疗效:治疗50例中,有效(推拿3~10次疼痛完全缓解)

48例,无效2例。为巩固疗效需坚持治疗2~6个疗程。

参考文献:齐传厚等,山东中医杂志,1986;(1):16

按摩处方(二)

取穴及操作方法:随机分两组。本组22例,用自拟气滞胃痛汤1剂,足底按摩每日上、下午各1次。按摩方法:在双足底内侧缘中部长约4厘米,宽约2厘米为胃肠反射区,在此区自内侧向外侧推、揉、点、按,20分钟为1次。对照组14例,用气滞胃痛汤日1剂水煎服。

治则:理气止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:胃痛、胃胀症状完全消失,肠鸣音恢复正常(1分钟3~5次)。有效:胃痛、胃胀症状减轻,肠鸣音活跃(每分钟5次以上)。无效:症状无变化。两组分别治愈15、3例,有效各3例,无效4、8例,总有效率81.82%、42.86%($P < 0.05$)。

说明:两法合用治疗气滞型胃痛较好。

参考文献:按摩与导引,1999:15(4):41

按摩处方(三)

取穴及操作方法:患者俯卧位,用双手拇指偏峰沿脊柱两侧,由上向下或由下向上反复推压3~5次,并沿督脉经及双侧膀胱经用滚法及擦法反复数次。在脊柱两侧找出阳性点或异常敏感区,用点压法,并点揉肝俞、脾俞、胃俞;点揉法:患者仰卧位,依次点揉内关、章门、天枢、关元、足三里、公孙穴各1分钟;摩腹法:接上势,在腹部进行顺时针方向按摩,患者呼气时指力逐渐向深部环行揉动,吸气时轻轻放松,再以脐为中心,用手掌在腹部运摩5~10分钟。日1次,10天为1疗程。

治则:补肾温阳,通督散寒。

辅助治疗:中药寒邪客胃型服温胃苏冲剂或良附丸;饮食伤胃型服保和丸或鸡内金片;肝气犯胃型服气滞胃痛冲剂或胃苏冲剂;

第一章 内科疾病

脾胃虚弱型服附子理中丸或三九胃泰冲剂。

临床疗效:疗效标准:治愈:胃脘痛及其他症状、体征消失,或胃镜、X线钡餐检查正常。显效:胃脘痛明显好转,发作次数减少2/3以上,其他症状、体征减轻,或胃镜、X线钡餐检查基本正常。有效:胃脘痛及其他症状、体征好转,或胃镜、X线钡餐检查基本正常。无效:症状、体征无改善,或胃镜、X线钡餐检查无变化,甚或加重。本组42例,共2个疗程,痊愈21例,显效13例,有效8例,无效0例。

说明:本法疗效显著。

参考文献:河南中医, 1999;19(4):57

按摩处方(四)

取穴及操作方法:(1)摩腹:患者屈膝仰卧,松衣解带,充分暴露腹部并放松。医者坐于病人右侧,右手屈肘松腕,用掌面或大鱼际附着于患者腹部,以中脘穴为中心,作环状抚摩15~20分钟。

(2)按揉足三里穴:医者以右手拇指指面分别按揉患者双侧足三里穴,至得气(患者被按揉部位产生痠、麻、重、胀感)后继续按揉100次左右,以加强刺激。

(3)按揉胃俞穴:患者俯卧。医者以拇指指面分别按揉患者背部双侧胃俞穴,至得气后继续按揉100次左右,以加强使用。

(4)膏擦足太阳膀胱经背段:患者俯卧,暴露背部。医者二手掌尺侧(小鱼际部)涂少许特制药膏,紧贴患者背部,自肩胛岗下缘至髂嵴段的足太阳膀胱经经路上皮肤,直线来回按擦1~2分钟,至局部有红、热反应。

治则:和胃止痛。

临床疗效:每日1~2次。30次为1疗程。症状缓解后,可改为隔日1次。2疗程间休息1周。症状复发,可再行推拿。无效者,应及时改行其他疗法,或者同时配合他法治疗。胃痛患者50例,其中临床痊愈5例,显效31例,好转12例,无效2例,总有效

率为96%。推拿次数自2~114次,平均29次。

说明:本手法适应范围为慢性胃炎,胃及十二指肠溃疡,胃神经官能症,胃肠功能紊乱等所致的胃痛。合并有出血、穿孔、癌变者禁用。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):204

呃逆

呃逆多由于迷走神经、膈神经受到刺激后膈肌痉挛而引起。膈肌周围附近器官有病,或中枢疾患、中毒、严重胃肠道疾病及手术后均可出现呃逆。可持续数小时,甚至数天或数十天。一般健康人在进食时或食后不久,突然受寒或吸入冷空气而发生的呃逆,在数分钟可以消失。临床表现为气逆上冲,喉间呃呃作声,或间断,或连续,甚至昼夜不息,患者气不接续,痛苦异常。

中医属于哕证,其病理特点是胃失和降,胃气上逆。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:取患者小指外侧少泽穴,用拇指指甲按压至局部出现疼痛感,或以按摩方式按压效果更好,重症病人保可双侧同时进行。一般半分钟能见效,1~3分钟即可中止发作。治疗时患者取仰卧位或坐位。

治则:通膈降逆。

临床疗效:650例患者经治疗均痊愈,有效率100%。患者一般无任何不适,仅一例出现头昏、恶心感,停止按压后,自行缓解。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):202

按摩处方(二)

取穴及操作方法:膈神经运动点位于胸锁乳突肌下1/3处,施术时,嘱患者取仰卧位或坐位,施术者用一指禅法于膈神经运动点

第一章 内科疾病

施术,施术时间1~2分钟。每日1次,1至3次为1疗程,每次可单侧或双侧取穴。

治则:顺气宽胸,平膈降逆。

临床疗效:76例顽固性呃逆患者中,74例1次施术后症状完全消失。2例2次消失。本组治疗总治愈率100%。膈神经运动点组76例,有效率100%。足三里、内关组50例,有效率84%。两组疗效经统计学分析处理, $X^2 = 5.056$, $P < 0.05$,两组间疗效差别有显著意义,详见下表。

治疗方法	痊愈	显效	无效	合计
膈N运动点	74	2	0	76
足三里、内关	38	4	8	50
合 计	112	6	8	126

$X^2 = 5.056$. $P < 0.05$

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):202~203

按摩处方(三)

取穴及操作方法:取风池、缺盆、膻中、中脘、足三里、内关。患者取坐位,医者立于其后,双手大拇指按压患者风池穴,手法宜重,同时嘱患者深吸气后屏气。对不能配合的昏迷患者,取仰卧位,医者坐于右侧,按揉缺盆穴、膻中半分钟,用摩法按顺时针方向,以中脘为重点,时间6~8分钟,按揉足三里、内关穴各半分钟。

治则:宽胸顺气,和胃降逆。

临床疗效:本组18例,治愈15例,显效3例。

说明:本法疗效显著。

参考文献:实用中医药杂志,1999;15(2):30~31

按摩处方(四)

取穴及操作方法:患者取坐位或俯卧位,术者站在其背后左

侧,左手放在患者左肩上,右手拇指置于至阳穴,其它四指呈弓型,由轻到重地进行按压,以患者能忍受为度。用力过小达不到疗效,用力过大不仅给患者带来痛苦,而且会将皮肤掐破。每次按压1~3分钟,症状可明显减轻,乃至消除。若症状未完全改善,可适当延长按压时间。

治则:降膈止呕。

临床疗效:效果较好。

参考文献:李俊华,北京中医,1988;(2):63

按摩处方(五)

取穴及操作方法嘱患者仰卧,术者置于患者的右侧。取麝香风油精擦于患者的人中穴位上。用食指由轻到重进行按压,约一分钟内可显效。

治则:宽胸降逆,顺气降膈。

临床疗效:效果较好。

参考文献:陈祥云,北京中医,1987;(1):63

呕吐

呕吐亦可称为“胃反”或“反胃”,是指胃失和降,气逆于上,迫使胃中之物从口中吐出的一种病症。既可以单独发生,亦可伴见于多种急慢性疾病过程中,或是现代医学中的神经性呕吐、胃炎、贲门痉挛或梗阻等病的病变中。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:用线一根,绕手腕部内、外关穴一周,拉紧打结。严重者两手同时进行。松紧度以手指微感麻胀为宜。结后即行服药,以便发挥药力。半小时左右解结。

治则:开关止呕。

临床疗效:在临床上,常常遇见许多疾病伴发呕吐症,重者连服药水也要呕吐,影响治疗。笔者多年来用结扎内、外、关法治疗呕吐,收效确立竿见影。

说明:此法治疗呕吐效如桴鼓。但限于结扎时间内有效。目的主要是协助服药。该治法机理不明,是否能减慢气血运行、镇静胃气,有待研究。

参考文献:朱长义,四川中医,1986:(4):22

按摩处方(二)

取穴及操作方法:天柱骨穴,是指项后中间入发际一寸处直至第七颈椎。以食指或拇指自上向下推 800 次以上,对各种原因引起的呕吐均有很好的止吐作用。

治则:降逆止呕。

临床疗效:1962 年治疗一例 2 岁的患儿,症见反复呕吐,滴水不进,中西药无法投入,靠输液维持生命,加西药滴注无效。云:“本症是胃气上逆,需降逆止呕,推天柱骨一穴可止。”当即推此穴千余次,稍息 10 分钟,以水滴患儿口内,已不恶心,但饮之仍吐。再推千余次,休息 10 分钟,可饮水一小杯。二诊能进少量流汗,共推四次而愈。

说明:临床使用,多以推天性骨配运八卦为主,伤食吐加分腹阴阳、运板门;脾虚吐加补脾经;湿热吐加清天河水、推箕门;寒吐加推三关等辨证施治,都能取得较好的效果。

本方参考文献:卢祥之,名中医治病绝招,1988:(6):77

十二指肠球部溃疡

十二指肠球部溃疡主要是胃酸和胃蛋白酶分泌增加,胃排空过快所致的临床常见病,一般表现为形体消瘦,面色萎黄,胃脘疼痛多出现在中上腹或在脐腹上偏右处。常在两餐之间,或半夜疼

痛,饥则痛甚,得食稍缓,喜温喜按,伴纳少神倦,泛酸干啰,少寐舌淡,苔白,脉沉弱或沉细。

中医属于“胃脘痛”“胃气痛”等范畴。其病理特点为心脾失调,气虚亏损。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:1. 仰卧位

(1)双腿微屈,医者以掌指抹患者腹部自上而下3~4遍,取“苍龙入海”手式走任脉以膻中、中脘、建里、气海、关元等穴为主。

(2)结合肠胃部运用“微风提柳”“投石激水”手式按取面部。

(3)重力转“狮滚绣球”。

(4)点按章门、中脘、天枢、气海、关元等穴。

(5)接掌按十二指肠部,振荡透热、运气。

(6)用“平原收敛”手式,走任脉、足阳明、足太阳等经。

2. 俯卧位

(1)选用“流星赶月”、“水银泻地”手式以膏肓俞、膈俞、脾俞、胃俞、大肠俞等穴为重点,刚柔兼施,循经取线。

(2)转“伯牙抚琴”手式,走足太阴背部以脾俞、胃俞、大肠俞为主,下肢以梁丘、血海、足三里、三阴交、太溪、公孙为主,接揉肩井,再走手阳明和手厥阴,以手三里、内关、合谷为主。

(3)掌揉擦背部和揉搓四肢。头晕,夜寐不安者取坐位,用“蝴蝶丝飞”手式取印堂、太阳、神庭、百会、风池等穴。

治则:补肾健脾,生肌和胃。

临床疗效:治疗64例,痊愈3例,显著好转38例,好转19例,无效4例,总有效率为94%。

说明:钱氏以推拿疗法治疗十二指肠溃疡病64例,采用“据穴取点,循经取线,按部取面”的手法。

参考文献:钱德全,云南中医杂志,1987:(2):40

按摩处方(二)

取穴及操作方法:用整脊疗法治疗,胸椎后突错位用按压法复位。用右手掌根按压患椎棘突,左手叠于右手背上,嘱患者作深呼吸,在呼气末时,用掌根用力向前下压,此时可闻及关节复位响声或手下有复位感,再适当作局部软组织放松手法。颈椎用定位斜扳法复位。复位后,作局部软组织放松手法。每周复查1次,每次复位后用红外线照射20分钟,4周为1疗程。

治则:整督调经,和胃愈疡。

临床疗效:疗效标准:临床治愈:临床症状及阳性体征完全消失,经内窥镜及钡餐检查符合溃疡愈合表现,随访2年无复发。显效:临床症状明显改善及阳性体征部分消失。好转:临床症状有所减轻。无效:临床症状无改善。

本组27例,临床治愈23例,显效3例,好转1例。

注意事项:复位后指导患者自练医疗体操,同时指导患者注意劳动姿势,避免使躯体扭转、屈曲过久的动作,指导饮食,调整作息规律,睡硬板床,注意枕头材料质地和高度的合理选择。

说明:本法疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(6):21

慢性结肠炎

慢性结肠炎是由一种多病因引起的结肠炎之总称,包括溃疡性结肠炎、继发性肠功能紊乱性结肠炎、结肠激惹综合征(过敏性结肠炎)等。发作系与饮食、情志及免疫功能失调等有关。临床主要症状为排便次数增多,粘液便为主,间伴脓血便,阵发性痉挛性腹痛,里急后重,严重患者伴发热,乏力,饮食减少,消瘦等。

中医属于“泄泻”、“肠癖”、“痢疾”等范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者俯卧,医者用双手拇指沿足太阳膀胱经腧穴顺序从膈俞至大肠俞依次按揉,每穴1分钟,反复3次,然后用右手掌根沿督脉腰俞穴至大椎穴连续推20次,再用双手掌心重叠在命门穴按压1~2分钟。患者仰卧。医者立其右侧,以左手食指按右侧天枢穴,中指和无名指分别按中脘和下脘穴,右手食指按左侧天枢穴,中指和无名指分别按关元和气海穴,各以指腹点按2分钟。双手掌心按于神阙、天枢、关元、气海穴,先逆时针后顺时针轻按重揉各20次后,再按2分钟,用拿法拿3分钟。最后按揉双侧内关、足三里、阳陵泉。每日1次,2周为1疗程。

治则:消炎止泻。

临床疗效:76例中结果治愈68例,好转8例。

参考文献:实用中医内科杂志,1991;5(1):47

肠道易激综合征

肠道易激综合征是以结肠运动功能和分泌功能失调所致的非器质性病变。临床表现为腹痛、腹泻、便秘或腹泻交替发生,有时便中有大量粘液,伴胸胁不舒、腹胀、肠鸣、里急后重、乏力、不寐、心悸、恶心等症。

中医属于“腹痛”、“泄泻”、“便秘”等范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:①患者俯卧,医者站其左侧,以一指禅推法推脾俞、胃俞、大肠俞各1~2分钟。

②患者侧卧(棘突偏歪方向或压痛点侧朝上)。医者站其腹侧,以屈曲的左肘(右侧卧为例)及前臂上1/4掌面尺侧抵于患者左肩前部,屈曲右肘及前臂上1/4掌面尺侧抵于患者左臀外上部,

第一章 内科疾病

右拇指按压于偏歪的棘突上,然后右肘向腹侧、左肘向背侧方向反向扭转扳动,拇指向下推按棘突。

③患者俯卧,以拇指按揉原压痛点或偏歪棘突处 2~3 分钟。

④患者仰卧,拇指禅推天枢、关元等穴 2~3 次,以手掌逆时针摩腹 200~300 次,揉神阙 30~50 次,拇指按揉上巨虚穴 2~3 分钟。伴有心悸、乏力、失眠等症者,上述手法后,取坐位以拇指及食、中、无名三指提拿颈项 1~2 分钟,分抹前额、眉弓、迎香 10~15 次;五指拿头顶 3~5 次,平推肩背、上胸部各 30~50 次,提拿上、前臂,理五指,劈指缝,摇抖两上肢。隔日 1 次,3 次为 1 疗程,疗程间隔 2~3 日。

治则:调理脏腑,平衡阴阳,顺气通肠。

临床疗效:31 例,结果:治愈 13 例,显效 7 例,好转 6 例,无效 5 例。

参考文献:按摩与导引,1992;(4):5

按摩处方(二)

取穴及操作方法:分为本组 68 例,取合谷穴,以拇指指腹切按合谷穴,得气后按压半分钟,沿顺时针方向按揉 100 次;取关元穴,以拇指指腹点按得气后,用掌根沿顺时针方向按揉 50 次,再沿逆时针方向按揉 50 次,用力不可过大。日 3 次,饭前 1 小时进行。

治则:调理胃肠功能。

辅助治疗:按摩前 10 分钟用补脾方煎剂:党参 15 克,茯苓、白术、肉豆蔻、白芍各 10 克,淮山药 12 克,吴茱萸、炙甘草各 5 克,日 1 剂水煎分 3 次于每次按摩前服 150 毫升。10 日为 1 疗程。对照组 84 例,用氟哌酸、维生素 B、安定、乳酶生、苯乙胍啉、黄连素、普鲁本辛等治疗。

临床疗效:疗效标准:临床治愈:临床症状消失,大便成形,镜检粘液消失,大便日 1~2 次,随访 2 年无复发。有效:临床症状消失,大便基本成形,大便日 2~3 次或较治疗前减少 2/3 以上,偶有

少量粘液,随访2年上述症状不加剧。无效:症状及体征无明显改善或虽有改善而在随访期间复发。两组分别痊愈36、11例,有效27、32例,无效5、41例,总有效率92.6%、51.2%,本组疗效明显优于对照组。

说明:本法疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,1999;7(9):33~34

便秘

便秘是因肠壁神经感受细胞应激性降低,不能产生正常蠕动和排放反射,使大肠经常秘结不通,排便时间延长的病症,患者表现为有便意而排便困难,多为三五日或七八日才排便1次。临床很多疾病中都可出现便秘腹胀、腹痛、痞满等症。其病理特点是燥热内结,阴虚、血虚、气滞、气虚、血瘀等导致大肠传导功能失常。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者仰卧位,右手掌平按在腹壁上,左手叠在其上,先沿着脐周按顺时针方向环行掌揉2~3分钟,依右下腹、右上腹、左上腹、左下腹方向掌推30次,日2次,疗程同上。

治则:通腑导便。

辅助治疗:结合中药白术50克,枳壳、首乌、火麻仁各30克,大腹皮、厚朴各15克。随症加减,日1剂水煎服,10日为1疗程,用2个疗程。

临床疗效:本组65例,临床痊愈34例,显效17例,有效13例,无效1例,总有效率98.5%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):26

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者平卧,术者站其右侧,以右手平放患者腹部,绕脐周做环形按摩;手掌按压的力量以患者能接受为限,按摩 10 分钟。实证用泻法,按顺时针方向自右下腹到右上腹到左上腹到左下腹,再返回至右下腹,再行顺时针方向旋转;虚证用平补平泻法,按泻法先在腹部做 5 分钟顺时针按摩,然后再用相同的时间做逆时针方向的按摩。

治则:调畅气息,通腑导便。

临床疗效:疗效标准:显效:按摩腹部后 4 小时之内排便者。有效:按摩腹部后 4~12 小时之间排便者。无效:按摩腹部后 12 小时以上才排便者。

本组 33 例,实证、虚证各 11、22 例,分别显效 6、11 例,有效 4、9 例,无效 1、2 例,总有效率 90.9%、90.9%。

注意事项:护理时应注意燥热内结者需忌食辛辣厚味、酒类实物,多食清热生津的寒性实物如香蕉、西瓜、梨等。气机郁滞者多食豆制品、洋葱、萝卜,忌食糯米、油腻实物。虚证者忌食生冷水果,饮食应富有营养。做好饮食调护,保持心情舒畅,坚持锻炼,定时排便。

说明:本法调畅气机,通腑降浊,健脾益气,疗效满意。

参考文献:安徽中医临床杂志, 2001;13(1): 73

按摩处方(三)

取穴及操作方法:随机分为两组。本组 145 例,用大黄膏(大黄、芒硝、火麻仁各 100 克,杏仁、盐、枳实、麻油各 50 克,共为细末,大黄与麻油一起后入,把药末浸泡在 75% 酒精中 24 小时,再加入凡士林,微火加热,至微黄,冷却备用)作介质按摩疗法:揉按法,用蘸少许大黄膏按揉中脘、天枢(两侧)、大横、胃俞、大肠俞,每穴 2 分钟;摩脐、摩腹,涂大黄膏在患者的脐部、腹部,用掌按顺

时针方向摩动8分钟,缓慢柔和,力量由轻至重;推腹,用手自中脘向下推动,推至小腹约2分钟,力量稍大。滚膀胱经,涂摩膏于背部,用滚法滚膀胱经约5分钟;推脊柱,涂膏于脊柱,用掌根从患者颈椎开始,沿脊柱向下推至尾椎,速度稍慢,约推50次。涂膏于患者的手足心,用指摩法,左手、左足为顺时针,右手右足为逆时针,约5分钟。日1次,10次为1疗程,疗程间隔3日。

治则:通腑泻浊,软坚便通。

临床疗效:对照组138例,单用按摩法。疗效标准:痊愈:排便正常,1~2日一行,易于排出。显效:不用依靠推拿及其他治疗方法,可自行排出,排出时间缩短及排便困难减轻。好转:在推拿治疗下可排便,同时自觉症状减轻。无效:各种症状未见减轻。用4个疗程,两组分别治愈102、72例,显效20、13例,好转18、41例,无效5、12例,总有效率97%、91%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:山东中医药大学学报,1999;23(6):453~454

按摩处方(四)

取穴及操作方法:腹部推揉法:患者仰卧,术者立于患者右侧,以右手掌根部推揉腹部3~5次,按右下腹-右上腹-左上腹-左下腹的顺序进行。腹部按摩法:患者仰卧,术者立于患者右侧,右手掌附着于腹壁,左手掌放在右手上,以脐部为中心环摩腹壁12次,按上述顺序进行。指压迎香穴:术者以一手拇指和食指掌面按压两次迎香穴约3分钟,以患者感觉局部痠胀,腹内活动为佳。日1次,7次为1疗程。对能自行活动的患者,可将以上手法教给患者自行按摩;嘱患者养成起居有常,饮食有节,按时排便的习惯,在大便时以左手中指按压左侧天枢穴附近,按至有明显痠胀感处即按住不动,压1分钟左右即可引起便意,然后屏气,增加腹内压,使大便排出。

治则:温阳健脾,行气通便。

临床疗效:疗效标准:显效:按摩后5~15分钟内排便。有效:

按摩后 20 小时内排便。本组 151 例,显效 120 例,有效 30 例,无效 1 例。

说明:本法温阳健脾,疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(10):18~19

慢性非结石性胆囊炎

慢性非结石性胆囊炎临床表现一般为反复发作性右上腹部疼痛,并向右侧肩胛区放射。腹痛常发生于晚上或饱餐之后,常呈持续性疼痛或胆绞痛。伴有反射性恶心、呕吐、发热或低热,黄疸不常见,腹部胀满,纳呆食少,胃有灼热、暖气、进食油腻或受寒、劳累、情绪不安时症状加重。返酸、口苦、便秘、小便短赤、舌红、苔薄腻或薄黄腻、脉弦或弦细数等。此病在中医学多属于“胁痛”、“胃脘痛”等范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:随机分为本组与对照组各 50 例,本组右侧肩胛部胆囊炎疼痛放射区滚法;右侧胆俞或阳性反应物指揉法、弹拨法、点按法、推法、散法交替使用;右上腹胆囊区掌揉法;摩腹,采用顺时针泻法;胆囊穴点按法。以上手法每日 1 次,10 次为一疗程,连治 3 个疗程。对照组口服消炎利胆片,每次 6 片,每日 3 次,连服 1 个月。

治则:舒肝利胆,缓急止痛。

辨证特点:①有慢性胆囊炎的基本症状,如食欲不振、消化不良、右下腹疼痛、腹胀、大便黏腻不成形、排出不爽。②有慢性胆囊炎的基本特征,如莫菲氏征阳性;右侧肩胛部胆囊放射区疼痛,可触及阳性反应物,压痛阳性;双侧胆囊穴压痛阳性。③B 超证实胆囊壁粗糙不平,部分肥厚,但无结石。

临床疗效:疗效标准:痊愈:临床症状及阳性体征消失,B 超检查见增厚的胆囊壁恢复正常。显效:临床症状及阳性体征消失,

B超检查见增厚的胆囊壁变薄,超过50%。好转:临床症状及阳性体征消失,B超检查见增厚的胆囊壁变化不明显,介于50%~20%之间。无效:临床症状及阳性体征未完全消失,B超检查见增厚的胆囊壁变化小于20%。两组分别痊愈12、5例,显效21、8例,好转14、16例,无效3、21例,总有效率94%、58% ($P < 0.05$)。

参考文献:中国中医药信息杂志,1999;6(11):76

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者取俯卧位。术者用拇指指腹或大、小鱼际,或用掌根部在膈俞穴按揉,每次约15~20min,每日治疗2次,5天为1个疗程。部分病人于背部压痛点配合拔火罐。

治则:利胆止痛。

临床疗效:治疗胆囊炎疼痛60例,有效54例,无效6例,总有效率为90%。无效患者均伴有肝胆结石,经按摩后疼痛虽然缓解,但维持时间较短。

说明:推拿背部膈俞穴及压痛点(或区),对急性和慢性胆囊炎均有明显的止痛作用。因止痛迅速、疗效好,故可把推拿背部俞穴作为治疗胆囊炎的一种方法。通过临床观察发现,本组患者均有背部压痛点(或区),其位置多数不在肝、胆俞穴,而居于右侧膈俞穴,个别患者则出现在右肩部。

参考文献:山东中医杂志,1997;16(12):554

第四节 泌尿生殖系统

慢性肾炎

慢性肾炎多由急性肾炎迁延发展而成,但大多数患者无明显的急性肾炎病史,而一开始就呈现慢性过程。主要表现为面部及

第一章 内科疾病

下肢浮肿,小便化验有尿蛋白、红细胞、脓细胞或管型;可出现高血压,同时,还常有腰痠、头晕、神疲乏力,食欲不振,面色苍白或萎黄等全身症状。病程较长,若久治不愈,可发生尿毒症。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:捏脊用双手食指与拇指捏起患者脊柱两侧从尾骨至颈部皮肤,均匀用力,往返10次,日1次,并腰椎两侧按摩。转动踝关节,顺逆时针各转动30次,再按摩涌泉穴各5分钟,日1次。肥胖者可加腰椎拔火罐,隔日1次。针灸:体针取三焦俞、肾俞、水分、气海、复溜、脾俞、中脘、足三里、合谷、三阴交、阴陵泉穴,隔日1次。

治则:补肾温阳,利水消肿。

辅助治疗:用大黄50克,槐花、黄柏、丹参、生牡蛎各30克,随证加减,浓煎汁150毫升,保留灌肠,日1次。

临床疗效:疗效标准:痊愈:尿检3次以上均为阴性,肾功能正常。显效:尿蛋白微量,镜下有红细胞1~2个/HP,肾功能正常。有效:尿蛋白较前减少,尿检有+ ~ ++,镜下有少许红细胞、管型,肾功能不全者较前恢复。无效:实验室检测及病情无明显改善。两组分别痊愈11、6例,显效5、4例,有效各4例,无效0、5例,总有效率100%、73.6%。

说明:患者随机分为本组20例与对照组19例,均用中医辨证治疗。适当体育活动,低脂、低盐饮食,补充维生素及调整电解质平衡,预防感染,应用强的松,稳定血压、血脂及对症治疗。

参考文献:按摩与导引,1999;15(6):26

肾结石

肾结石是指肾盂、肾盏或肾盂输尿管移行部有结石的病症。多为一侧性,双侧者约占8%~17%,可单发或多发。本病好发于

青壮年,男性多于女性。病因尚未完全清楚,但尿石形成过程中有的因素比较肯定,如甲状旁腺功能亢进、尿路梗阻、感染、异物等。临床表现以肋脊角、腰部或上腹部,可向下腹、腹股沟、大腿内侧、阴囊、睾丸、阴唇放散性疼痛。多为间歇性钝痛或绞痛,持续数分钟至数小时,劳累时可诱发。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:按摩前先嘱患者用热水泡足20分钟。随后全足按摩一遍,再重点按肾上腺、肾、输尿管、膀胱、尿道。同时结合按摩足六经的腧穴。如太溪、昆仑、公孙、太白、足三里、解溪、行间、太冲、丘墟、阳陵泉等。手法选推法、点法、揉法等。重点反复按摩,先轻后重,逐渐加大力度,以病人能耐受为度。先左足后右足,每次按摩20~30分钟,15天为1疗程。按摩结束后嘱患者喝磁化水1杯,约200~300毫升。

治则:补肾健脾,利水排石。

临床疗效:本组25例中痊愈3例,显效16例,好转3例,有效2例,无效1例。

参考文献:中医函授通讯,1999;18(2):42~43

肾绞痛

肾绞痛为泌尿外科常见急性痛证之一,是肾结石或输尿管结石的并发症。由于结石在肾盂或在输尿管内下移动,引起肾盂或输尿管痉挛,造成梗阻,而发生阵发性如刀割样剧痛。发作时痛连腰腹,患者翻滚不安,恶心呕吐,甚至面色苍白、出冷汗等,剧痛往往持续几分钟到数十分钟,个别达数小时。在肾结石或输尿管结石患者中,约有15%~50%可发生肾绞痛,多见于中年患者。肾绞痛在祖国医学里多属于“腰痛”、“腹痛”、“石淋”、“血淋”等范畴。其病理特点是湿热久蕴或寒湿内结,气滞瘀阻等。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:取肾俞、大肠俞、膀胱俞、京门、关元、中极、秩边、三阴交、阴陵泉、太溪等穴。患者俯卧,医者用食指或拇指的第一指间关节屈曲突起部分在患者背部肾俞、大肠俞、膀胱俞、三焦俞以及背部膀胱经第一侧线上的阿是穴,进行点揉,每穴1~2分钟;然后用小鱼际擦法横擦腰骶部,以透热为度。患者仰卧,医者先用一指禅推法于关元穴2分钟;然后用中指指端按揉水道、归来、气冲、中极、京门,每穴1~2分钟;用拇指指端按揉三阴交、阴陵泉、太溪、涌泉,每穴1~2分钟;最后拿委阳10~30次。

治则:行气活血,通经止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:疼痛消失,活动如常。好转:疼痛明显减轻,可正常活动。无效:治疗后疼痛无改善,活动受限。本组33例,治愈22例,好转8例,无效3例。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):33~34

慢性前列腺炎

慢性前列腺炎是成年男性生殖系统的常见病,占泌尿外科门诊病人数的10%~15%。20~40岁的男子多发,病因比较复杂,病程迁延治疗上较为困难,故常使患者经常苦恼,影响工作和生活。

中医认为慢性前列腺炎属于血瘀气滞,瘀血化热范畴。故以活血化瘀药物为主,辅以行气、解毒、补肾药物治疗具有较好的效果。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)前列腺按摩:这是传统的方法。患者取胸膝位,抬起臀部。医生带橡皮手套,或食指带指套,蘸石蜡液后

食指插入肛门,在前壁能用指端摸到前列腺,第一次要摸出前列腺的大小、形态、硬度、移动性、有否弹性感和硬结等并做好记载,以便今后对比。然后按摩前列腺,先左后右,再按摩中间,使挤出前列腺液,在尿道口取液作涂片镜检和培养。按摩前列腺左、右、中三条线,由上而下按摩,反复十数遍,有分泌液流出为好。如发现前列腺有硬结的部位要多做按摩。前列腺的直接按摩每周1次或2周1次即可。

(2)腰骶部按摩:患者俯卧,先在下腰部用推和滚法,两侧反复数遍,然后用指推命门、肾俞、关元俞等穴,最后推骶部两侧,再用指推骶部的八髎穴。骶部推的时间要长,约需10分钟左右,排穴位时,每穴都要使有得气感,可反射性地使前列腺收缩,排除炎性分泌物。按摩腰骶部比较简单,病人容易坚持,而且可消除腰痛症状,如与前列腺按摩配合进行疗效更好。腰骶部推拿每日进行1次。

治则:行气活血,益肾排毒。

临床疗效:本法疗效较好。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982:(7):339~340

按摩处方(二)

取穴及操作方法:用手掌在腰及骶部两侧反复按揉数遍,然后用双手拇指从肾俞按揉至八髎穴4~6分钟,最后用手掌横擦腰骶部。用手掌在小腹部按揉3分钟,用多指揉拨两侧腹股沟及耻骨上方。用双手掌沿双下肢内侧分别同时搓揉数遍,最后用拇指依次按揉气海、关元、中极、曲骨、大赫、气冲、血海、三阴交各1分钟。同时按揉腹部及下肢两侧的穴位。用手掌擦足底,用拇指或食指第二指间关节依次顶按足底肾上腺、肾、输尿管、膀胱、尿道、脑垂体、前列腺等反射区,先左后右各5分钟。日1次,15次为1疗程。

治则:补肾活血,益气通络。

第一章 内科疾病

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状及体征完全消失,前列腺液镜检正常。有效:临床症状基本消失,直肠指诊检查仍有压痛。无效:症状及体征均无明显改变。本组 28 例,痊愈 17 例,有效 9 例,无效 2 例,总有效率 92.86%。

说明:本法疗效显著。

参考文献:按摩与导引,1999;15(6):22

按摩处方(三)

取穴及操作方法:滚揉擦腰臀:沿肾俞、关元俞、小肠俞、膀胱俞穴做滚法(约 2 分钟)、揉法(约 3 分钟),以热透、微感痠胀为度;最后横擦腰骶八髎穴。摩按揉小腹:以关元穴为中心,逆时针摩小腹,约 5 分钟。按揉中极、气海、关元穴,每穴约 1 分钟。推摩按箕门:右手掌面涂滑石粉,自患者大腿内侧膝盖上缘至腹股沟韧带做单向中速有力的直推,约 4 分钟;再摩、揉、按脾关、五里穴。肛内指揉法:医者右手戴手套,食指蘸液体石蜡,在患者肛处按揉,使肛括约肌松弛后,插入肛内约 4 厘米处,用食指罗纹面向前,先后左右按揉前列腺;再沿中央沟由上向下轻推之。辨证加减:脾虚湿热证加按脾俞、环跳、足三里、三阴交、阴陵泉;湿热重者不用肛内揉法。肾虚失约证用一指禅推法,沿督脉长强穴、腰俞、腰阳关、命门、悬枢来回推 5 遍,再用拇指点按会阴穴。血瘀内阻证按压志室、三焦俞、水道、血海、三阴交;滚揉环跳、委中穴。7 日为 1 疗程。

治则:补肾利气、通利小便。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状全部消失,前列腺缩小。显效:治疗后症状消失。好转:治疗后症状较治疗前明显好转。本组 96 例,用 2 个疗程,痊愈 30 例,显效 54 例,好转 12 例。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):55

按摩处方(四)

取穴及操作方法:按照足部反射区图,取前列腺、睾丸为主反射区、肾脏、输尿管、膀胱为基本反射区、副甲状腺、上半身和下半身淋巴腺为辅助反射区。每日按摩1次,每次25~35分钟,按摩后即刻饮白开水300~500毫升。15次为1疗程,疗程间隔3~5日,用1~3个疗程。

治则:调节机体内分泌,调理泌尿系统。

临床疗效:疗效标准:前列腺增生症,显效:自觉症状基本消失,前列腺体明显缩小,中央沟存在或变浅。好转:症状改善,前列腺体有所缩小或同前。慢性前列腺炎:治愈:症状体征消失,前列腺液有好转。无效:症状体征、前列腺液无好转。本组前列腺增生症54例,显效45例,好转9例。慢性前列腺炎135例,治愈63例,显效27例,好转36例,无效9例。

说明:本法疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(4):47

按摩处方(五)

取穴及操作方法:患者俯卧位,医者立其旁,先用手掌在腰及骶部两侧自上而下做推、揉、压手法,先轻后重,反复数次,约4~5分钟;用双手拇指分别沿两侧膀胱经内侧线自肾俞至八髎穴重点按揉肾俞、大肠俞、腰阳关、八髎及压痛点,约4~6分钟,最后用掌直擦腰骶部及八髎穴,透热为度;患者仰卧位,医者先用双拳并拢,在小腹部做横向滚法4~6分钟,再用手掌按揉中下腹约3分钟,继以关元穴为中心做摩法约3分钟,最后用拇指依次按揉气海、关元、中极、气冲、血海、三阴交及涌泉穴各1分钟(腹部及下肢两侧相应腧穴可同时按揉)。

治则:补肾助阳,活血通络。

辅助治疗:热水坐浴:患者可自行选择适当大小的坐盆,适当

加热水浸泡会阴部,睡前治疗1次,每次20~30分钟。日1次,15次为1疗程。

临床疗效:疗效标准:痊愈:一切症状及体征完全消失,前列腺液镜检正常。有效:临床症状基本消失,直肠指诊检查仍有压痛。无效:经1疗程治疗,症状及体征均无明显改变。本组25例,痊愈17例,有效6例,无效2例,总有效率92%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:中国民间疗法, 2001;9(2): 47~48

阳痿

正常情况下,性兴奋刺激从高级中枢经脊髓($S_1 \sim S_2$)传导到勃起中枢,勃起神经(盆神经)传导到阴茎海绵体神经丛引起海绵体充血——勃起。阳痿即勃起障碍,一般指性交时阴茎萎缩不起,或勃而不坚的病症。在《内经》中称本病为“阴痿”,或“阴器不用”,或“筋痿”;并谈到阳痿与“气大衰”、“热则筋纵”、“入房太过”等原因有关。因本病主要表现为已婚男子阴茎不能勃起或勃而不坚,不能行房事为本病主要临床表现。故中西医均称此病为“阳痿”。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:均用推拿按摩肾俞、会阴、三阴交、关元、气海,手法先轻后重,刚柔相济,以调和阴阳,疏通气血,补肾益精,缩短疗程,恢复性功能。

治则:补肾壮阳,健脾养心。

辨证特点:青壮年男性,在性生活时阴茎不能勃起或勃而不坚,不能进行正常性生活,常伴有神倦乏力,腰痠膝软,畏寒肢冷,或小便不畅,滴沥不尽等症。

辅助治疗:命门火衰,治以补命火,益肾精,用赞玉丹加减;心脾两虚,治以培补心脾,助阳益精,用归脾汤加减;湿热下注,治以清热化湿,补肾兴阳,用龙胆泻肝汤合二妙散加减。

临床疗效:诊断标准:参照国家中医药管理局医政司《中医内科病证诊断疗效标准》。疗效标准:痊愈:症状消失,性生活恢复正常。好转:阴茎能举,能进行性生活,但时好时差。未愈:症状无变化。本组 48 例,痊愈 34 例,好转 11 例,无效 3 例。

说明:本方疗效满意。

参考文献:黑龙江中医药:2000;(6):41

按摩处方(二)

取穴及操作方法:术前气功师运内气于劳宫穴或剑指处,对准所选穴位,通过推拿、点、压、揉等,同时发气于穴位内,全身放松,配合治疗。患者俯卧位,术者运气点揉肾俞、命门、八髎、华佗夹脊、心俞、肝俞、大肠俞,每穴各 3~5 分钟,透热为度。患者仰卧位,术者运气点揉神阙、中极、内关、大陵、神门、足太阳膀胱经、腹部、天枢、关元、气海、三阴交、足三里各 3 分钟,达局部透热,气感上行至小腹。点会阴 3 分钟,意守会阴穴,点涌泉穴 3 分钟,意守涌泉穴,点命门穴,意想气血集注于命门穴。患者俯卧位,术者运气点揉患者环跳、腰眼、合谷、肩大椎、血海等到穴 1~3 分钟,以透热为度。腹部手法应轻柔、适当。

治则:调和阴阳,交通心肾,固本摄精。

临床疗效:本组 100 例,病种为遗精、早泄、阳痿、前列腺病患,治愈 50 例,显效 10 例,有效 15 例,无效 25 例。

注意事项:治疗期间节制房事,注射饮食,加强锻炼,内裤宜宽松,可取自我穴位按摩。

说明:本法调和阴阳、交通心肾、固本摄精,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):54

第五节 代谢及内分泌系统

糖尿病

糖尿病是一种代谢失常性疾病,以多饮、多食、多尿和形体逐渐消瘦为主要特征,祖国医学称之为“消渴”。其主要病理变化是阴虚燥热,而中焦脾虚在发病中也占有重要地位。因脾胃虚弱,气血津液生化乏源,脾气不能散布上输于肺,肺津无以输布,则口渴多饮;脾虚则土不生金,致使肺气虚,通水道失节,故多尿;脾虚不能为胃行其津液,燥热内盛,消杀水谷,则消谷善饥;水谷精微不能濡养肌肉,故形体日渐消瘦。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)患者取坐位。用拇指平推背部两侧,约5分钟。

(2)用线指推肝俞、膈俞、脾俞穴,每穴1分钟左右,以得气为好。

(3)用两手揉捏四肢肌肉,反复多遍,约5~10分钟。

以上推拿每日1~2次。

治则:调理脏腑,通督舒筋。

临床疗效:本法疗效较好。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982:(7):385

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者仰卧,术者用右手拇指点按膻中穴,左手掌按结肠走行推按数圈。左手指点按巨阙,右手拇、中指分别揉点中脘、气海、带脉、梁门、章门、天枢、期门等穴。两手重叠劳宫穴

对患者的神阙穴进行揉、摩、颤。点双侧足三里、三阴交、隐白、然谷穴。患者俯卧,术者沿两侧膀胱经线,由上背部至腰骶部进行双掌推,单掌交替揉,两拇指交替压。点胰俞、肺俞、胃俞、三焦俞、肾俞。两手握空拳在背腰部进行有节奏叩打。在两下肢后侧运用向心手法进行单掌推揉,双手尺侧掌面交替敲打。点太溪、搓涌泉。患者坐位,术者在前头部用两拇指开天门,点揉太阳穴,两手五指分开,指尖微屈,从前发际至后发际进行交替梳理,点百会、风池、承浆、水沟。在两上肢运用向心手法,进行单掌揉拿,两虎口对叩,理五指。点少商、劳宫、曲泽穴。双手揉拿两肩部,手法结束。

辨证取穴:以上消为主者,重点肺俞、少商、隐白、左梁门、左章门,加心俞,均用泻法。以中消为主者,用泻法点中脘、胃俞、天枢,加补脾俞、阳池、太溪。以下消为主者,重取补肾俞、三阴交,搓涌泉,泻期门加泻小肠俞、补中极。头痛、头晕加率谷、印堂、风池;失眠加神门、内关;嗜睡加睛明、照海(强刺激);多汗、无汗盗汗加合谷、复溜;全身倦怠加曲池、行间、合谷、膏肓;食欲不振加公孙、内关;便秘泻泄加天枢、大肠俞;遗精阳痿加关元、俞门;耳鸣、耳聋加耳门、听宫。日1次,每次40分钟,20~30次为1疗程。

治则:降低血糖,改善机体内糖的代谢状况,减轻症状。

临床疗效:疗效标准:显效:原有三多症状消失,空腹血糖正常或基本正常,尿糖阴性。有效:原有三多症状明显好转,空腹血糖与治疗前明显降低。无效:治疗1个疗程,症状和血糖无明显改善。本组28例,显效14例,有效13例,无效1例。

说明:本法有降低血糖、减少尿糖,改善症状等作用。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):12~13

按摩处方(三)

取穴及操作方法:患者正坐,医者站其侧后,按揉风池、肩井、大椎、肩中俞各1分钟;然后在颈部施滚法,从风池至肩井每侧各5分钟,风府至大椎5分钟;再拿揉两侧颈项部用放松手法。在第

第一章 内科疾病

八胸椎棘突对抗复位法。患者俯卧位,在背部膀胱经用一指禅推法来回 20 次,再按揉胰俞、肝俞、胆俞、肾俞、三阴交、血海、足三里等穴,其中胰俞、三阴交各按揉 3 分钟,余穴 1 分钟,再反复用滚法从胰俞至肾俞,约 10 分钟。直擦膀胱经、横擦腰骶部,再擦足部涌泉穴,以发热为度,再用红花油擦颈部与腰部。手法尚可辨病配用。

治则:调理脏腑,通督降糖。

临床疗效:本组 10 例,病种为并发白内障、视网膜病变、冠心病、高血压、皮肤溃疡,四肢麻木疼痛,临床治愈 3 例,显效 4 例,有效 2 例,无效 1 例。

说明:推拿治疗糖尿病并发症疗效满意。

参考文献:按摩与导引, 1999:15(2): 21

甲状腺机能亢进

甲状腺机能亢进是一种内分泌疾患,是由甲状腺素分泌过于旺盛所致。一般表现为甲状腺肿大,眼裂增宽,四肢震颤,心悸气短,倦怠乏力,烦躁易怒,失眠多梦,目突眼胀,头晕面赤,喜冷畏寒,手足心热,多汗,口干,喜饮,消谷善饥,形体消瘦,大便频多,月经不调等证。

祖国医学称之为“瘰”病。认为由于情志郁结所引起,导致肝脾之气失于条畅,郁而化火,心阴耗伤,痰瘀内结,凝滞于颈部经络,而发生本病。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:以耳穴轮 1、轮 6、耳门、内分泌、甲状腺点为主穴。心动过速配心;多汗配肺、肾;烦躁易怒配肝、交感;易饥配胃;口干配渴点;失眠配枕;眼突配眼。用直径约 1.5 毫米的无尖圆头针,将针头对准所取耳穴,每次按摩 5 秒钟左右,间隔 14 日再

按摩第2次。按摩2次后酌减病情减少原有药剂(如他巴唑)的药量。按摩4次后停止服药。按摩到症状完全消失,T3、T4已达到正常值即可停止按摩。

治则:调节甲状腺机能。

临床疗效:疗效标准:痊愈:临床症状消失,T3恢复到2.2纳克/毫升以下,T4恢复到174纳摩尔/升以下。显效:临床症状消失,T3、T4值接近正常。本组32例,痊愈25例,显效7例。治疗前后T3、T4比较有显著性差异(P值均 <0.01)。

说明:本法疗效满意。

参考文献:中国针灸,1999;19(11):672

第六节 神经系统

美尼尔氏病

美尼尔氏病也称内耳眩晕病(以下简称本病),主要表现为起病突然,呈旋转性剧烈眩晕,及波动性听力减退,临床伴恶心、呕吐、汗出、耳鸣等,并有短暂的水平性眼球震颤。患者常静卧闭目不敢活动,持续数小时至数日,多数1~2日内减轻并自行缓解。本病具有发作性和复发性的特点。确切的病因尚不明确,一般认为可能是由于植物神经功能失调引起迷路动脉痉挛、局部缺氧,导致内淋巴产生过多或吸收障碍,引起膜迷路积水。也有人认为可能与代谢障碍或变态反应等因素有关。

与本病之中医对应病名,曾有“眩晕”、“耳眩晕”等不同名称。耳眩晕是因耳窍有病,功能失调而引起的眩晕,属眩晕的范畴。关于眩晕病,中医文献早有记载。《灵枢·海论篇》云:“髓海不足,则脑转耳鸣,胫痠眩冒,目无所见,懈怠安卧”。《丹溪心法》说:

第一章 内科疾病

“眩者言其黑运转旋,其状目闭眼暗,身转耳聋,如立舟车之上,起则欲倒。”这些论述与本病的临床表现也十分相似。但就目前多数人的观点来看,倾向于以“耳眩晕”称之。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:发作期嘱患者平卧、闭目,放松肌肉,依次自我按揉双侧内关、风池、翳风穴,每次2分钟,日数次,缓解期每日晨起1次。

治则:清耳止眩。

辅助治疗:清眩汤含泽泻30克,白术、石菖蒲、天竺黄各15克,防风12克,半夏、车前子各10克。随症加减,日1剂水煎服,15日为1疗程。症状缓解后,用上方等量研粗末,每日取50克,加生姜5片,睡前用400毫升沸水冲泡于保温瓶中,次日弃渣取汁,日服2次,连用15日。

临床疗效:本组14例,基本治愈6例,好转5例,有效2例,无效1例,总有效率92.85%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:河南中医药学刊,1999;14(3):52

颈性眩晕

按摩处方(一)

取穴及操作方法:点按风池、风府穴及颈部痛点(多位于一侧新设穴附近,相当于斜角肌起点);按其肌肉经脉走行,用分筋理筋法分别疏理疼痛的颈部俞穴;点揉锁骨上窝硬韧的前斜角肌肌腹;屈患肘向后背最大限度,用拇指分别点揉肩外俞、附分、魄门穴,最后用掌根顺其肩胛骨内缘从上到下揉摩数次。

治则:疏通颈部经络,缓解局部肌肉痉挛,改善椎-基底动脉

供血状况。

临床疗效:治愈 29 例,好转 5 例,治疗次数量少 2 次,最多 21 次。

参考文献:王文成,黑龙江中医药,1986;(4):46

按摩处方(二)

取穴及操作方法:揉按拨捋:揉按颈椎棘突、关节突和横突在体表投影的痛点;点按斜方肌、胸锁乳突肌、头夹肌、头半棘肌、肩胛提肌、头上斜肌、头下斜肌、头后大小直肌等肌腱附着处;横拨竖捋推拿按摩项部肌肉韧带、异常硬结,手法不宜过重、按摩力度因人而异。

提端牵引:患者正坐、医者站在患者背后,两前臂尺侧放在患者双肩向下用力作为支点,双手拇指顶住风池、四指及手掌托起下颌、使颈椎向上拔伸,然后做颈部缓慢旋转动作,如此反复 3 次。

定点旋转复位:适用于棘突偏歪,颈椎有旋转表现的患者。以第 5 棘突向右偏歪为例,患者端坐 30 厘米高的凳上,医者立于患者后方,左手拇指抵住颈 5 棘突右侧,令患者屈颈并向后靠于医者之胸腹部,医者右手掌置于患者左侧下颌角部,用力将其头部向右上方方向提拉旋转,用时利用左拇指将棘突推向左侧。在提拉旋转过程中,可听到清脆响声,患者即感症状好转,旋转完毕后按揉放松颈项部。推拿隔日 1 次,12 次为 1 疗程。治疗后适当限制患者颈部活动等。

治则:缓解颈部肌肉痉挛,改善头部供血,止眩晕。

临床疗效:疗效标准:参照国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》。治愈:症状、体征及有关实验室检查(TCD)基本正常。好转:症状及体征减轻,有关实验室检查有改善。无效:症状、体征及实验室检查无改变。本组 120 例,治愈 65 例,好转 51 例,无效 4 例,总有效率 96.7%。本组治疗后左椎动脉、右椎动脉及基底动脉的平均流速均较治疗前显著上升。

说明:本法疗效满意。

参考文献:长春中医学院学报, 2001;17(1): 15 ~ 16

按摩处方(三)

取穴及操作方法:正坐位,医者立其后,一手扶其头部,一手用揉法自上而下在颈部棘突、横突处施术 5 ~ 10 遍,用滚法在肩部施术 5 ~ 10 遍,再用拇指点揉风池、大椎、肩中俞、肩外俞、肩井、天宗、曲池、合谷穴等各半分钟;医患位置不变,四指在前,拇指在后,双掌托起后头部,使其颈部微微前屈,徐徐向上提起,牵引 10 秒钟左右,连续作 3 次;患者端坐,医者立其前,用拇指或食指点揉印堂、太阳、上星、百会、四神聪等穴各 10 秒,由前发际到后发际用五指端行抓挠法 5 ~ 10 遍,行梳理法 5 ~ 10 遍,捏眉弓 3 遍,分抹前额部 5 遍;患者端坐,医者立其后,用双手揉肩井部 10 次左右,用虚拳有节律地轻叩肩背部 5 ~ 10 遍,结束治疗。日 1 次,6 日为 1 疗程,患者不枕高枕,枕头以 10 厘米为宜,常伏案工作的者,要常抬头高瞻远视,活动颈部。

治则:通经活络,柔颈祛邪。

临床疗效:本组 35 例,经 1 次推拿治疗,自觉眩晕明显减轻,1 疗程后眩晕基本消除。2 疗程后,诸症皆除。

说明:本方通经活络,祛逐风寒湿邪,疗效显著。

参考文献:实用中医药杂志, 1999;15(12): 29

按摩处方(四)

取穴及操作方法:患者坐位,术者以左肘托住患者下颌,右手拇指与其余四指叉托住枕部协同用力,慢拔伸颈部并稍颤抖 2 次,在拔伸牵引下,缓慢左右旋转 2 次。力量大小与角度以患者耐受为度,时间约 3 分钟。额前分推:术者以两手拇指掌侧同时从印堂穴向头外侧推摩,经两侧太阳穴向枕后斜摩至后顶穴为止,反复数次约 3 分钟。按百会:以右手拇指掌侧按压百会穴约 1 分钟后,继

以右手拇指掌侧自印堂经神庭、前顶、百会、后顶直摩至风府穴止。同样自左侧络却穴经百会横摩至右侧络却穴,反复数次约3分钟。枕后分推:术者两手拇指掌侧同时自枕后风府穴向再两侧推摩至风池穴,上至脑空穴,反复数次,约3分钟。

治则:理筋活络,活血祛瘀。

辨证特点:诊断标准:患者有长期伏案工作史,头颈外伤史,平素有枕顶部头痛、头晕、上肢痛、麻、有触电样感觉,有猝倒史,且眩晕发作常与头颈转动有关,X线示颈椎生理弧度变直,颈椎呈肥大性改变。

辅助治疗:用补阳还五汤加减:黄芪60克,当归、地龙、川芎、党参各10克,赤芍15克,桃仁、红花各6克,丹参30克,日1剂水煎服,10日为1疗程。

临床疗效:疗效标准:参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》及《江苏省疾病临床诊断、治愈、好转标准》。显效:头痛、眩晕、消失,恢复工作,随访半年以上无复发。好转:头痛、眩晕明显减轻,偶尔不适。有效:眩晕较治疗前明显减轻,易复发。无效:眩晕改善不明显或加重。两组分别显效48、24例,好转11、8例,有效7、14例,无效2、16例,本组疗效优于对照组($P < 0.01$)。

说明:补阳还五汤具有补气活血,疏经通络之功,推拿理筋活血;两法合用,标本兼治,相辅相成,使气血调和,经络通畅,疗效满意。

参考文献:福建中医药,2000;31(5):22

按摩处方(五)

取穴及操作方法:捏脊活血解痉法:患者端坐,医者用双手钳形用力拿捏患者颈部和肩背部,同时用拇指桡侧顺颈肌、胸锁乳突肌、斜方肌以及周围肌腱、韧带与软组织,顺序推、揉、弹、拨、按摩4~5分钟。继用拇指、食指或中指,点按脑空、风池、天柱、陶道、

大椎、肩井等穴,指力由轻到重。端提整脊法:患者端坐,医者用单拇指触诊法,摸清偏歪的颈椎棘突,确定部位,用同侧拇指桡侧顶住偏歪棘突,让患者头颈前屈 35 度,再向对侧偏 45 度。医者另手掌心托患者下颌,头靠在医者胸前,用力向上端提,同时顶住偏歪棘突之手向对侧水平方向顶推,听到响声,已觉对位,让患者头颅处于中立位,顺压棘突和项韧带,松动两侧颈肌。如有数处凸起压痛时,拇指更换位置,按上法再次施行。注意:掌握复位时颈部前屈、侧偏和头颈沿矢状轴上旋的角度。在复位瞬间,医者二手协同动作,一手上旋,另手拇指同时水平拨正偏歪棘突,掌握好一个支点,2 个杠杆力,用轻巧力可使患椎复位。酌情选用复位时拇指放置位置。手法必须轻柔,酌情用力,求稳、准、轻。日 1 次,10 次为 1 疗程。

治则:活血解痉,通络开窍。

临床疗效:疗效标准:痊愈:颈项痠痛、眩晕等症状完全消失,活动恢复正常,1 年内未复发。显效:颈部痠痛明显减轻,功能活动明显改善,眩晕偶有发生,好转 75% 以上。无效:症状与体征,好转小于 25%。本组 124 例,痊愈 73 例,显效 45 例,无效 6 例,总有效率 95.2%。

说明:本法调节阴阳气血,缓解痉挛振奋筋络,松解粘连,对软化血管、增加血管弹性、改善血循环有明显作用。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(5):20~21

按摩处方(六)

取穴及操作方法:患者闭目,缓慢从床上扶起坐立。枕颌带坐位颈椎牵引:重量 7~10 千克,时间 15~20 分钟。开始牵引 1~2 分钟内,多数患者眩晕加重,随即减轻。手法治疗:第一步用拇指触诊法,找到偏歪棘突。第二步拨正偏歪棘突,以 C₄ 棘突向左偏为例,术者用右手拇指顶住 C₄ 棘突左侧面,左手放在患者下颏部,使头部缓慢左旋至最大限度时,左手用腕掌的力量,迅速闪拨一

下,听到咔嚓声同时右手拇指可感到棘突向右侧的移位(患者有短暂眩晕加剧感觉)。第三步前后摇正,术者用双手拇指分别按住 C₄ 棘突两侧椎板及小关节突,其余四指分别固定于颈部两侧,两手同时用力使头部作前后摇动 10~20 次。第四步过伸顶椎,术者以右手拇指顶住 C₄ 棘突,左手托住患者下颏使头过伸,重复 3~5 次。第五步以指揉、理筋、滚手法放松颈肩背部软组织。全部手法在 10 分钟内完成,解除牵引,术毕。

治则:舒筋活络,活血止眩。

临床疗效:本组 37 例,均 1 次治疗解除所有症状。23 例有轻微眩晕发作,均以一般按摩手法得以缓解。

说明:本法有一定疗效。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):22

按摩处方(七)

取穴及操作方法:患者俯卧位,用一枕垫于胸部,双手叠放,掌心向上,前额置于掌心,医者以轻手法,对两侧颈部肌肉按揉,并在两侧肩胛提肌、冈上肌行按揉、弹拨、拿捏等;而后重对两侧风池等穴施由轻至重的点按。患者头转向左侧,医者用右手拇指按在枕后及胸锁乳突肌附着处,左手掌按压右拇指,由轻至重;继患者头转向右侧,如上操作。操作完,患者恢复开始位,在患者两侧太阳至完骨,医者用四指扫散法,并点拨太阳、翳风至完骨、风池 1 分钟。颈椎旋复位法:坐位,以棘突左偏为例,医者让患者脊部紧贴医者,左手掌把住患者下颌部,右手拇指抵住偏歪棘突,使头部中立位,放松后向前低头(如枢椎,低头 10~20 度,C₅~6 可低头 50 度),左手维持牵引力,并使之向左旋转至最大位,突然施力,右手拇指向右顶棘突,可听到“咔嚓”声。术后稍加休息。10 次为 1 疗程。

治则:活血通脉,舒筋止眩。

临床疗效:本组 80 例,头晕头昏消失 71 例,劳累及低头时间

长而复发 6 例,头晕减轻时有加重 3 例,痊愈率 88%。

说明:本法可改善椎动脉的供血流量,疗效满意。

参考文献:实用中医药杂志,2000;16(12):31

按摩处方(八)

取穴及操作方法:患者俯卧,先以轻手法对两侧颈部肌肉按揉,继则在两侧肩胛提肌及冈上肌行按揉、弹拨、拿捏等,而后重对两侧的风池等穴点按。患者头转向左侧,用右手拇指,按在枕后及胸锁乳突肌附着处,左手掌按压右拇指,由轻至重,继则患者头转向右侧,如上操作。最后在患者两侧太阳至完骨,用四指扫散法并点拨太阳、翳风至完骨、风池 1 分钟。颈椎旋转复位法:取坐位,以棘突左偏为例,医者立于患者左后侧,让脊部紧贴医者,左手掌抱住患者下颌部,右手拇指抵住偏歪棘突,根据棘突偏歪的节段上下的水平,使头部中立位,并放松后向前低头,左手维持牵引力,并使之向左旋转至最大位,突然施力,并右手拇指向右顶棘突,可听到“咔嚓”声,但不至强求。10 次为 1 疗程。

治则:活血通络。

临床疗效:本组 80 例,头晕头昏消失 71 例,劳累及低头时间长而复发 6 例,头晕减轻时有加重 3 例,痊愈率 88%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:中医外治杂志,2000;9(5):31

按摩处方(九)

取穴及操作方法:颈椎牵引:用美能全自动牵引治疗仪(日本)行颈椎牵引,重量 6~12 千克,间歇牵引 20 分钟。针刺取风池、安眠穴,接电针治疗仪,间隔波 30 分钟;配风府及大椎、患椎相应两侧夹脊,用平补平泻法,留针 30 分钟。推拿治疗:先沿督脉从印堂至大椎,膀胱经、少阳经从侧头部至颈项部轻柔地推,然后于患椎上下关节突及横突部轻柔地弹拨并顺势将头向相反方向慢慢

侧旋,再点按风池、风府、安眠、肩井、曲垣及压痛点,并作轻柔的关节复位手法,如旋转定位复位或牵引按压复位,最后以散、揉法结束。日1次,10次为1疗程。

治则:舒经通络,活血止眩。

临床疗效:疗效标准:痊愈:治疗后头晕及伴随症状消失,随访1年无复发。好转:治疗后症状明显好转,偶有轻微症状,但不影响工作生活。无效:治疗后症状无明显好转。本组56例,痊愈25例,好转28例,无效3例,总有效率94.6%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:江苏中医,2000;21(7):29

按摩处方(十)

取穴及操作方法:患者取正坐位,用一指禅推法施于面部的百会、四神聪、风池等穴10分钟;用一指禅推法或揉法施于颈项部,放松局部紧张的肌群10分钟;按揉法施于上述部位及肩井、天宗、手三里和合谷等穴;有颈椎棘突偏歪的用拔伸旋转推扳复位法以纠正颈椎小关节紊乱。

治则:活血通络,升清止眩。

临床疗效:疗效标准:痊愈:眩晕及上肢症状完全消失,颈椎活动功能恢复正常。有效:眩晕症状基本消失,但上肢症状偶有改善。无效:经3次治疗症状和体征未见明显减轻。本组50例,用1~2个疗程,痊愈35例,有效12例,无效3例,总有效率94%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):24~25

按摩处方(十一)

取穴及操作方法:头面部:患者仰卧位,第一步按揉百会、四神聪、头维、率谷、四白、攒竹、丝竹空等穴位,每穴1分钟。第二步施以开天门、推坎宫、按揉及运太阳、拿风池等,每种手法1~2分钟。

第一章 内科疾病

第三步用大鱼际按揉额面部,以眼睛为圆心,自额部起按顺时针至太阳、颞部再绕回至额部,每侧1~3次,再将五指分开,以扫散法、梳理法,先向两侧,再由前向后进行操作,1~2分钟。最后以指叩法轻叩头部而结束面部操作。

肩背部:患者俯卧位和坐位,第一步用滚法在颈、肩及背部反复操作10分钟,充分放松局部软组织,然后点按风池、肩井、大椎、天宗等穴位。第二步沿双侧膀胱经循行部位,用指按法、揉法、拿法及搓法反复按揉及推拿施术部位,5~10分钟。第三步用弹拨手法,重点弹拨颈项部韧带、肌肉,以及两侧肩胛骨内侧缘处。配合双手拿肩井,然后以屈肘拨伸法向上牵引颈椎,左右搬伸各1次,最后用拍、散、叩等放松手法结束。

治则:舒通经络,平肝潜阳,活血止眩。

临床疗效:疗效标准:显效:当日眩晕基本消失,恶心呕吐停止,可站立,3日内症状完全消失。有效:5日内症状基本消失,能站立,无恶心呕吐。无效:持续治疗1个疗程,症状未消失。本组26例,显效14例,有效10例,无效2例,总有效率92.3%。

说明:本法疏通经络,平肝潜阳,祛痰化浊,行气活血,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):26

按摩处方(十二)

取穴及操作方法:坐位,颈部肌肉放松,医者立在背后,用一手稳住患者头前额部,用另一手的拇指腹沿颈椎棘突,从上至下,徐徐按揉7~10次,然后沿颈椎两旁肌从筋腱组织从上向下按揉7~10次,最后再以拿肩井、点按风池穴结束。每次20~30分钟,日1次。

治则:活血通络,祛风止眩。

辅助治疗:实证并用镇肝熄风汤加减,痰湿盛加半夏、天南星,气滞明显加香附、枳壳,外感加桂枝、防风;虚证并用六味地黄汤加

减,气虚明显加黄芪、党参;血虚明显加当归、酸枣仁、阿胶,阴虚明显加肉桂、附子;日1剂水煎服。

临床疗效:本组268例,平均治疗13~66次,治愈221例,显效33例,好转13例,无效1例。

说明:本法疗效满意。

参考文献:河南中医药学刊,2000;15(3):31~32

按摩处方(十三)

取穴及操作方法:患者坐位,术者先以摩、揉、按、一指禅推、拿及分拨等手法放松患者头颈肩背部30分钟,其间点揉头维、神庭、上星、百会、太阳、角孙、风池、肩井等穴,然后一手固定其颈部另一手托住其下颌部往上提,缓慢牵引1分钟左右,最后以摩、揉、扣、拍等手法结束。

治则:健脾祛湿,升清止眩。

辅助治疗:半夏白术天麻加味方含半夏、白术、天麻各15克,葛根18克,陈皮、茯苓、丹参各12克,泽泻、生甘草、桑枝、秦艽、钩藤各9克,日1剂水煎服,10日为1疗程,连用3个疗程。

临床疗效:本组35例,用3个疗程,治愈21例,有效12例,无效2例,总有效率94.3%。

说明:本法健脾祛湿,疗效满意。

参考文献:安徽中医临床杂志,2000;12(4):305

按摩处方(十四)

取穴及操作方法:拿肩井穴及按揉两侧肩胛内缘、拿揉两侧颈肩肌肉。用拇指横向推拨颈椎棘突,并用点按手法点揉颈椎两侧横突周围。颈牵引手法:用两手托起患者两侧下颌、使患者头略前倾做自体重量拔伸牵引、每次半分钟,间歇15秒重复做3次,每周2~3次。牵引治疗:用电脑牵引床(日本伊藤公司ITO-TRACTR-200)行卧位颈部牵引,重量6~9千克,每次15~20分钟,日1

次。

治则:调整阴阳,舒经通络。

辅助治疗:肝肾阴虚型,用左归丸方加减:熟地、丹参各 12 克,山萸肉、枸杞子、菟丝子、鹿角霜、牛膝、白芍、丹皮、菊花、葛根、红花、天麻各 10 克,川芎、甘草各 6 克;风寒阻络型,用川芎茶调散方加减:川芎、葛根、防风、羌活、白芍、桃仁、红花各 10 克,薄荷、白芷、甘草各 6 克,细辛 3 克,丹参 15 克;痰浊上蒙型,用半夏白术天麻汤加减:半夏、白术、天麻、茯苓、陈皮、丹参、红花、枳壳各 10 克,川芎、甘草各 6 克,生姜二片;均随症加减。

临床疗效:疗效标准:治愈:眩晕、头痛、恶心、呕吐、上肢窜麻等病症消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作,1 年无复发。好转:眩晕、恶心、呕吐等病症减轻,颈、肩背疼痛减轻;或以上主要病症消失 1 年内复发经治疗好转。无效:症状无改善或经治疗虽有好转但 1 年内多次复发疗效不稳定。本组 86 例,用 1~3 个疗程,治愈 54 例,好转 25 例,无效 6 例,总有效率 91.9%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:中国中医骨伤科杂志, 2000;8(3): 44~46

三叉神经痛

三叉神经痛是指在三叉神经分布区出现阵发性、放射性、电灼样、针刺样、刀割样或撕裂样剧痛,由下向上或由上向下,每次发作十几秒至一、二分钟(疼痛时间长者称为非典型性三叉神经痛),突然发作,突然停止的病症。发作时病人常以手掌或手巾紧按病侧面部或用力擦面部,以期减轻疼痛。本病发作常有一起始点也称扳机点疼痛。本病多发生于 40 岁以上的中年人或老年人,女性较多于男性,大多数为单侧性,少数为双侧性。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:推拿取下关、颊车、太阳、鱼腰、迎香、四白、翳风、合谷。先在下关、翳风、太阳、颊车、迎香等穴位进行点按,要求产生痠麻痛胀感,至患者能忍受为度。针刺根据病变部位取穴:眼支取翳风、太阳、鱼腰、下关、合谷,上颌支取翳风、下关、四白、迎香、合谷,下颌支取翳风、下关、颊车、合谷;常规消毒后,用28号1~3寸毫针,直刺进针后快速提插捻转,使针感强烈,留针30分钟,留针期间每10分钟行针1次,每次行针1分钟,日1次,10次为1疗程。

治则:祛风散寒,活血止痛。

辅助治疗:中药用荆芥、川芎各5克,全蝎、天麻各10克,防风、白芷、蔓荆子6克,双钩15克,日1剂水煎服,10日为1疗程。

临床疗效:疗效标准:治愈:疼痛消失,半年未复发,无任何不良反应及后遗症,能正常工作。好转:治疗后疼痛明显减轻,疼痛次数减少或疼痛间隔时间延长。无效:治疗前后无明显变化。本组45例,治愈42例,好转3例。

说明:本法祛风散寒,理气活血,熄风止痛,疗效显著。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(9):21

面神经麻痹

面神经麻痹是以颜面表情肌群运动功能障碍为主要特征的一种常见病,亦称面瘫,又称贝尔工麻痹。

中医属中风中经络的范畴,称之为“口眼歪斜”,俗称“歪嘴风、吊线风”,认为多因气虚之人经脉空虚,卫外不固,邪气乘虚入中经络,致使气血痹阻运行不畅,经脉失其濡养而发病。临床常见患侧额纹消失,眼裂扩大,眼睑不能闭合,流泪,病侧不能做露齿鼓气、吹口哨等动作,食物滞留颊龈间等。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:在患侧划出经纬线各4行,根据各线的循行穴位进行按压。以食、中、拇三指持针(1~1.5寸的不锈钢针),用针尖直接选定穴位的皮面。运用腕力,由轻而重地按压,以患者能耐受为度。如此按经纬划线逐穴按压约1分钟,每日上、下午各1次。如上午按经线穴位,则下午按压纬线穴位。

治则:活血通络。

临床疗效:76例,结果:除4例属中枢性者无效外,周围性72例全部治愈。疗程8~57天。

参考文献:湖南医药杂志,1982;5(54):1982

按摩处方(二)

取穴及操作方法:选患侧耳背近耳轮处明显的血管1根,揉搓数分钟,使其充血,按常规消毒后,左手拇食指将耳背拉平,中指顶于下,右手用消毒手术刀尖划破血管,放血0.5~3毫升,然后消毒伤口,加盖敷料固定,不愈者可间隔1周,选另1血管再次放血,最多不超过4次。

治则:泻火排毒,通络活血。

临床疗效:治疗60例中,痊愈48例,好转11例,无效1例。

说明:本组年龄9~78岁,单纯口眼歪斜24例,半身不遂伴口眼歪斜的36例。

参考文献:王建阁,新中医,1985;17(11):27

按摩处方(三)

取穴及操作方法:针刺:取头部患侧运动区下 $1/3$,及感觉区下 $1/3$,用透刺法,行捻转手法,留针60~120分钟,每30分钟行针1次,日1次,10次为1疗程;取患侧阳白、瞳子髎透太阳,四白、攒竹、迎香、地仓透颊车;翳风及印堂、临泣、双侧风池及合谷。每次取穴6~8个,得气后不行针,留针30分钟,日1次,10次为1疗

程。

按摩:取双侧阳白、攒竹、瞳子髎、太阳、迎香、地仓、颊车、翳风,以揉法及摩法为主以皮肤微红为度,日1次,10次为1疗程。

治则:祛风散寒,益气通络。

辅助治疗:并结合药物,维生素B₁注射液100毫克、维生素B₁₂500微克,肌注。日1次,10次为1疗程。

临床疗效:本组42例中,治愈24例,显效9例,好转8例,无效1例,总有效率为97.6%。

说明:综合疗法治疗本病疗效较好。

参考文献:湖北中医杂志,1999;21(4):185

按摩处方(四)

取穴及操作方法:取穴分两组,一组取患侧翳风、地仓透四白、下关、鱼腰、健侧合谷;二组取患侧牵正、颊车透地仓、太阳、阳白,健侧足三里,交替使用,日1次,每次留针15分钟,间断捻针,5分钟1次,用平补平泻法,10日为1疗程,疗程间隔3日。本组并用按摩手法:患者仰卧,分四步施术:1、点按垂根:用一手拇指点按垂根部约1分钟,力度以局部痠胀或能耐受为宜。2、按揉面部:以一手食中二指指腹于颊车~地仓、下关~四白,太阳~阳白三对穴位分别按揉120~150次,用平补平泻法。3、刮抹眼眶:以一手手指腹自眉头~上眶~外眶~下眶、内眶环转刮抹30~50次。4、推拿面部:术者先搓热手掌,以大鱼际自上面下快速推擦面部30~50次,自额中线向外至发际推擦30~50次,以局部红润为度。施术均为患侧,病程在2周内者先针刺后按摩,超过2周则相反。

治则:缓解面部痉挛。

临床疗效:诊断标准:参照《中医诊疗常规》(中国中医研究院广安门医院)中面瘫诊断标准。疗效标准:治愈:患者外观正常,症状消失,面部表情肌运动功能完全恢复或仅1项属于基本恢复,而其它各项功能完全恢复者。显效:外观大致正常,症状体征明显

改善,眼睑闭合良好,尚有耸鼻鼓腮稍差。好转:外观有一定变化,症状体征有所改善,尚有不同程度的面肌运动功能障碍者。无效:外观无改变,症状体征无改善者。两组分别为 100 例与 56 例,结果治愈 90、30 例,显效 7、9 例,好转 3、9 例,无效 0、8 例,总有效率 97%、69.7% ($P < 0.001$)。

说明:本组疗程短、见效快,明显优于对照组。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(5): 51~52

按摩处方(五)

取穴及操作方法:取印堂、睛明、阳白、太阳、四白、迎香、下关、颊车、地仓、风池、合谷。手法:一指禅推法、按揉法、擦法、拿法。操作:以患侧为主,健侧为辅,患三健一的治疗方法。患者取仰卧位,医者先用一指禅推法自印堂、阳白、太阳、四白、睛明、迎香、下关、颊车、地仓往返治疗约 10 分钟。用按揉法施术于上述诸穴约 5 分钟。配合擦法治疗患侧面部。

治则:活血通络,温阳益气。

辅助治疗:药物敷贴法:用药:皂荚粉 30 克(在治疗前取大量皂荚,以猪牙皂为优,焙焦,研末,过筛成粉,装瓶备用)。

取穴:患侧颊车、地仓。用法:将 30 克皂荚粉加醋适量,调成糊状,每次推拿治疗后敷于上述两穴之间,外用纱布固定,次日晨起时取下,每日 1 次。

治疗机理:面瘫中医属中风的范畴,为风中经络之证,中医认为脉络空虚,风寒之邪乘虚侵袭阳明、少阳脉络,以致经气阻滞,经筋失养,筋肉纵缓不收而发病。在治疗中多取阳经经穴,有“风邪多犯阳经”之说。另外手足阳明经分布于面部,又“阳明多气多血”,“主润宗筋”,故以阳明经穴为主,施以推拿手法,以行胃经经气,调胃经经血,胃经气血通畅,致使面部受阻之经络功能恢复。此外通过一定的推拿手法,还可使面部血流量加快,经筋、脉络气血旺盛,通过改善局部血循环,来解除面神经受压迫和束缚现象,

使面神经得以恢复正常。

临床疗效:痊愈:恢复与病前一样者为痊愈;显效:两侧面肌对称,患侧偶有异样感,在说话或笑时,口角轻度歪斜者为显效;好转:两侧面肌基本对称,患侧仍有松弛感,口角有轻度斜者为好转;无效:体征无明显改善者为无效。以10天为1疗程,两个疗程为1期,结果痊愈52例,占76.47%;显效13例,占19.12%;好转3例,占4.41%;无效0例。由此可见有效率达100%,痊愈率达76.47%。

说明:强烈的穴位刺激还可通过神经反射激发机体的调节作用,从而使机体的某些抗体形成,提高机体的免疫力。来增强人体的抗病能力。皂荚粉还可通过皮肤渗透到皮下组织,在局部产生药物浓度的相对优势,从而发挥较强的药理作用。同时还可通过微小血管的吸收输送,发挥最大的全身药理效应。

参考文献:甘肃中医,1996;9(2):37

按摩处方(六)

取穴及操作方法:取风池、牵正、地仓、迎香、阳白、瞳子髎、承浆、合谷穴。初期取穴宜少,手法应轻面浅刺;中期中等刺激量,适当深刺,可予透穴,随症加减;后期手法宜轻刺,对症选穴。日1次,每次30分钟。按摩先用手掌大、小鱼际擦患者病侧面部;再用四指抹患侧的面部、额部,手法逆于偏瘫的方向;继用医者的手指循经点穴,以足阳明胃经、手阳明大肠经面部穴位为主线;最后用中指按压地仓、迎香、阳白等穴位,同时嘱患者口角逆偏瘫侧方向作横向牵拉运动,患侧上下眼睑作睁开闭合舒收运动,要求动作有力,快慢适中,做10次后稍停2分钟,再继续进行做3遍,每日做10次。

治则:祛风牵正,活血通络。

辅助治疗:中药热敷用全蝎、白僵蚕、白附子、白芷、防风、羌活、红花、川芎各6克,茯苓、乳香各10克,肉桂、吴茱萸各4克,分

成4份,装入用4~6层纱布做成的口袋,放入水中煮沸10分钟,待药液降温后,用药袋交替热敷翳风、牵正、巨髃、地仓穴位上,共轮换4次,日2次,每剂药可连续用2日。

临床疗效:本组62例,全部有效,总有效率100%。

说明:本法祛风牵正,激发经气,活血通络,疗效满意。

参考文献:中医外治杂志,2000;9(5):11

按摩处方(七)

取穴及操作方法:患者取坐位,用拇指指腹按揉颈部两侧5分钟,然后点按风池、肩井。按揉印堂穴2分钟,然后用拇指指腹点按患侧额肌并向顶部百会、临泣、头维方向推压。向外侧分压、揉抹眼轮匝肌、皱眉肌5~7遍。掐地仓、迎香,揉四白穴,然后按揉、压上唇方肌和下唇方肌,最后用拇指指腹由地仓推至下关穴再由下关穴上行至太阳穴颞肌部位。分别用按揉推法、压点法操作5~7遍。拿肩井、揉合谷。日1次,6日为1疗程。对照组22例,用常规热疗方法,针刺或脉冲电针1~2周,在第3周或第4周开始按摩。

治则:祛风散寒,扶正祛邪,活血固表。

临床疗效:疗效标准:基本治愈:眼睑闭合良好,口角不歪斜,局部疼痛消失。显效:临床主症中额纹和鼻翼部位恢复较晚。好转:主要症状中有一项改善。无效:治疗3个疗程主症中无一项明显好转。用3个疗程,两组分别痊愈21、12例,显效2、4例,好转2、3例,无效0、3例,本组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

说明:本法祛风散寒,活血固表,扶正祛邪,调节筋经,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):28~29

枕神经痛

枕神经痛是指颈椎病、高颈髓肿瘤及类似症等引起的后颈部与枕部的发作性疼痛,类似于中医六经头痛中之太阳经、厥阴经头痛。主要由于血瘀气虚兼风寒之邪夹杂而致病。枕部阵发性跳痛,向头顶部放射。枕部头皮触痛明显。枕神经出口处(风池穴)压痛明显。舌淡红、苔薄白、脉弦浮有力。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:手法分7步:点按风池法、压放颞浅动脉法、推印堂法、侧推前额法、点穴法、按压前额及头顶法并重复第一步手法(点按风池、风府、肩井、列缺、合谷、足三里、三阴交、昆仑、太冲等穴位)。对因颈椎病引起者应加做颈部按摩手法。

治则:补益肝肾,祛风止痛。

临床疗效:本组44例,痊愈40例,显效1例,无效3例。

说明:本法疗效显著,无副作用。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):15~16

按摩处方(二)

取穴及操作方法:坐位,医者立于患者侧后方,用一手或前臂固定住额部;另手先推、摩项部数遍,再用小鱼际部滚或多指揉颈项部数分钟。用多指反复在后枕部及颈项部两侧施以揉、按及拿法,并在枕神经分布区做摩、揉、搓及按压手法,配合按压脑空、完骨、风池等穴。再用拔伸颈椎法:坐位,医者立于其右侧,用右前臂托住下颌部。在拔伸状态下以20~30度幅度左右施转颈部。酌用机械牵引、理疗等。

治则:舒通血脉,缓急止痛。

临床疗效:本组50例,用3周,症状体征完全消失30例,症状

体征明显减轻 15 例,症状体征部分减轻 4 例,无效 1 例,总有效率 98%。

说明:本法缓解局部肌肉,疏通血脉,疗效满意。

参考文献:中医正骨,1999;11(9):30

按摩处方(三)

取穴及操作方法:先以按、揉、滚、推法放松局部肌肉后,再令患者取坐位,术者立于患者右后侧方,用左手拇指向健侧顶住偏歪的棘突,右手拇指及余四指分握患者两颊部,使头前屈 15~30 度,向左侧偏歪 30~40 度,并顺时针旋转至有阻力时,用快速的动作突然扳动,同时,顶按棘突的左手拇指要协同使棘突向对侧推按,将偏歪的棘突拨正,常可听到喀嗒响声,同时左手拇指下有棘突移动感,即表示手法成功。10 次为 1 疗程。

治则:通经活络,缓急局部肌肉。

临床疗效:疗效标准:治愈:自觉疼痛完全消失,局部无压痛,放射痛。好转:疼痛缓解,发作次数减少,局部压痛减轻。无效:症状及体征改善不明显。本组 40 例,用 1 个疗程,治愈 30 例,好转 8 例,无效 2 例,总有效率 95%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:浙江中医杂志,2000;35(12):522

臀上皮神经痛

臀上皮神经是由 1~3 腰神经后支的外侧支组成,在腰部闪扭等软组织损伤中其损伤较多见。其主要表现为一侧或两侧腰臀部剧痛,呈刺痛、撕裂样痛,可自患侧下肢放射,且一般不超过膝关节。急性期过后呈痠胀不适,活动受限。髂嵴中点下方 3~4 厘米处皮下可触及绳索样物,压痛范围固定。舌淡或暗紫,苔薄白或白厚而滑,脉多浮紧、弦沉。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:针刀分离:患者俯卧位,在痛点及条索状物处用2%利多卡因5毫升局部麻醉,出针时皮下做皮丘。然后在皮丘处进针刀,刀口线同臀上皮神经平行,针刀进皮肤后应缓慢,当针刀达臀肌筋膜时,手下有韧感,并向两侧缓慢滑动,当有放射感时,针刀稍向四周滑动0.1~0.2厘米进筋膜,先纵行剥离,刀口线不变再横行剥离,有条索状物者尽量分离切割彻底,3日1次,3次为1疗程。

局部按摩:患者俯卧,先用擦法及滚法放松局部肌肉,然后找到压痛点及条索状物。以拇指用力压迫痛点条索状物。手法先弹拨推拿及拍击,不能只推皮肤,而是着重推条索状物,每次弹拨推拿和拍击60下,然后沿神经方向逐渐向上弹拨至髂嵴下。最后摩法及擦法结束。日1次,10次为1疗程。

治则:活血通经,缓急止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:治疗后疼痛消失,活动自如。显效:治疗后症状体征明显减轻,但未完全消失。好转:治疗后症状减轻,对日常工作学习仍有影响。无效:经治疗症状无明显改善。本组34例,用1个疗程,痊愈27例,显效5例,好转2例。

说明:本法疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):45

桡神经损伤

桡神经发自臂丛后束,为臂丛中最粗大的神经,其分为桡神经浅支、桡神经深支组成。在闪、扭等软组织损伤中较为多见。其主要表现为肱三头肌和肱桡肌部剧烈刺痛、撕裂样疼痛可自患处向臂和前臂背面的皮肤放射,甚放射至手背桡侧半和桡侧两个半指近节背面的皮肤。舌淡或暗紫,舌苔薄白或滑腻,脉多弦沉。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:按摩:第一步,术者沿桡神经行走方向在伸腕长、短肌上进行按揉 15 分钟,同时对前臂的伸肌行轻快的拿捏法上下往返多次约 1~2 分钟。第二步,从腕部桡侧沿外展拇长肌及伸拇短肌的方向到前臂近端用擦抹及一指禅交替治疗 10 分钟。第三步,用湿热毛巾热敷前臂 5 分钟。日 1 次,10 日为 1 疗程。水针:待按摩完毕行药物穴位注射,用维生素 B₁ 100 毫克、维生素 B₁₂ 0.15 毫克、当归注射液 2 毫升抽取混合,用牙科 5 号针尖行患侧臂臑、消泺、曲池、外关、合谷等穴位注射,每穴注射 0.5~1 毫升,隔日 1 次,10 日为 1 疗程,疗程间隔 2~3 日。

治则:疏通经气,柔筋润肌。

辨证特点:诊断标准:有明显外伤或前臂受压迫史,肘腕关节不能伸直,有腕下垂特征,手指第一指节不能伸直,不能用力外展拇指,前臂不能旋后,第一、二掌间皮肤感觉明显障碍。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状消失,功能恢复正常活动范围。有效:症状与体征基本消失,较正常感觉或肌力略有下降。无效:症状与体征无变化。本组 58 例,痊愈 54 例,有效 4 例,总有效率 100%。

说明:本法疏经通气,滋养经筋,濡润皮部,疗效满意。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(6):44

坐骨神经痛

本病是由坐骨神经的腰骶神经根至神经干径路上各种病变引起的沿坐骨神经放射的一种疼痛总称,并非独立疾病。临床表现:1. 急性或缓慢起病,疼痛沿坐骨神经即由腰骶部沿臀部向下肢后外侧放散,咳嗽、弯腰、用力后加重。脊柱常侧弯,卧床时膝部屈曲,以缓解疼痛。2. 牵拉坐骨神经检查时有疼痛,如阳性克氏征

和 Lasegue 征(卧床直腿抬高不能达到 70 度或小于健侧)等。3. 坐骨神经径路上有压痛,如腰旁点(腰椎 3~5 脊突间或旁开 1~2 厘米处)、髂点(髂髌关节处)、臀点(环跳)、胭点(内外踝后下方)等。4. 坐骨神经支配范围内出现神经损害体征,常见者如足趾背屈力弱,下肢外侧感觉减退,臀肌张力降低,跟腱反射减弱或消失等。5. 由于病因不同,尚有其他特点:(1)腰椎间盘突出。病前常有腰痛史,多因腰部劳损或受寒诱发,直立时疼痛加重。病变所在椎间隙有压痛并可向下放射。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:点穴、按摩法:患者俯卧,在腰眼、肾俞、命门穴先用右手拇食指轻掐并上下提按 7 次;再用中指点按 7 次,然后用右手大鱼际从做左向右旋转 36 圈,再向反向旋转 36 圈。然后在白环俞、环跳、承山、委中、阳陵泉、悬钟、命门、殷门、风市、膝阳关穴位用同样的点揉手法,分别各 7 次。

刮痧疗法:先在刮区涂擦刮痧油,然后在以下部位:在背部督脉命门→腰俞;膀胱经双侧肾俞→白环俞;在下肢胆经患侧环跳→风市→膝阳关→阳陵泉→悬钟;在膀胱经患侧殷门→委中→承山;均匀刮拭。最后令患者自行下床,自行拍打患侧及健侧,并活动腰腿、嘱其深呼吸 1 次成功然后再令其喝 1 杯开水,深呼吸 1 次收功。日 1 次,交替使用,6 日为 1 疗程。

治则:通督止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:疼痛消失,活动正常。好转:疼痛明显减轻,活动基本正常,但运动量稍大或劳累过度,仍有疼痛。无效:症状无改善。本组 7 例,用 1 个疗程,痊愈 5 例,好转 2 例,总有效率 100%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(6):47

按摩处方(二)

取穴及操作方法:取环中、环跳、承扶、委中、承山、昆仑为主,另配手针取同侧腰腿穴位刺激,根据虚实选取补泻法。腰椎间盘突出者每日配合腰椎牵引床牵引腰椎1次,牵引力量逐渐加重;并用一指禅推拿肾俞、环中、环跳、委中、承山等穴,辅以按、揉、捏等推拿手法。

治则:活血化湿,散寒通络。

辅助治疗:用独活、茯苓、乳香、没药、血竭、牛膝、桑椹、菟丝子、制川乌、制草乌、续断、灵仙、木瓜、羌活、黄芪各10克,生甘草6克,随症加减,水煎服。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状、体征消失、无任何不适。显效:疼痛减轻,活动稍微受限。无效:症状体征无任何改善。本组30例,近期临床治愈15例,显效13例,无效2例,总有效率93.3%。

说明:本法散寒化湿,活血通络,疗效满意。

参考文献:安徽中医临床杂志,2000;12(4):311

按摩处方(三)

取穴及操作方法:推拿按摩:可用软组织解痉法,术者用拇指或掌根,垫消毒纱布,在封闭部位按摩,每穴1分钟;沿痛点经患侧臀部大腿后部、腘窝、至小腿及踝部,自上而下,由轻到重按摩3~5遍。点穴:阿是穴、环跳、秩边、委中、承山、绝骨、昆仑,点、按、揉交替使用。最后用滚法、拍打法。日1次,7日为1疗程,按摩30分钟。

治则:通经活络,舒筋止痛。

辅助治疗:用二龙汤(黄芪25克,地龙、穿山甲各10克),加秦艽16克,牛膝7克,双钩藤、薏苡仁、夜交藤、杜仲各15克,木瓜20克,狗脊、枸杞各10克。日1剂水煎服。封闭疗法:用强的松

龙 50 毫升加 1% 普鲁卡因注射液,维生素 B₁₂ 0.5 毫克混合,在穴位或痛点(髂后上棘到股骨大粗隆的连线下 1 寸,再划一条平行线,以内三分之一交叉处),垂直快速进针,有针感后,回抽无血,注入药液。每周 1 次,3 次为 1 疗程。

临床疗效:疗效标准:痊愈:用 1~3 疗程,疼痛完全消失,无任何不适,活动自如。显效:治疗后疼痛基本消失,小腿外侧有痠麻感,活动轻度受限。有效:疼痛减轻有反复。无效:治疗后无明显改善。本组 120 例,痊愈 70 例,显效 37 例,有效 13 例,总有效率 100%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:福建中医药,1999;30(5):34

按摩处方(四)

取穴及操作方法:俯卧位:

(1)循经点穴法:循足太阳膀胱经和足少阳胆经,点揉肾俞、巨髎、环跳、承扶、委中、承山、昆仑等穴,约 10 分钟。

(2)滚揉提拿法:施滚揉法于患侧臀部及下肢约 5 分钟;再用双手提拿患腿 10 遍。

(3)分拨掌推法:双拇指肌纤维方向作垂直分拨法(以臀部为主)约 5 分钟;再用掌推法自臀部向下肢,反复 10 遍。

(4)剝散拍打法:医生用双手侧掌自臀部向下肢施本法,反复 10 遍。

仰卧位:

(1)摇髋抖腿法:医生用双手握住患腿踝部,先向足端牵引 2 分钟后,进行环形摇髋关节,向内、外各摇 10 遍;再用抖法放松患腿。

(2)屈髋蹬足法:医生一手扶按患肢膝部,另一手托住患腿踝部,做屈髋动作;然后嘱患者蹬足。反复 10 次。

治则:活血通络,舒筋止痛。

临床疗效:痊愈 55 例,显效 29 例,好转 13 例,无效 5 例。

参考文献:杨景田等,按摩与导引,1988;(6):11~10

按摩处方(五)

取穴及操作方法:肝俞、肾俞、腰阳关、环跳、殷门、风市、委中、梁丘、阳陵泉、承山、悬钟等。配合局部压痛点,分别顺序贴蟾酥膏(含蟾酥、细辛、丁香、雪上一枝蒿等)。5~7 日换药 1 次,4 次为 1 疗程。

治则:补益肝肾,舒筋活络。

临床疗效:显效(症状体征完全消失,恢复工作或劳动)705 例占 59.1%,有效 439 例占 36.83%,无效 48 例占 4.03%,总有效率 95.97%。

参考文献:蔡德猷,北京中医,1990;(5):20

按摩处方(六)

取穴及操作方法:患者俯卧于床,第一步:腰肌推拿,术者两拇指与四指略分开,拇指靠近脊椎,然后顺轴上下用力推拿 30~50 次;第二步:穴位按摩,用大拇指分别依次按摩腰部的阿是穴、环跳穴。每穴按摩 3 分钟;第三步:下肢推拿,双手呈跨骑式分别推拿双下肢屈侧 30 次左右。第四步:牵拉下肢,术者以左手托其腰固定躯干,右手紧握患者踝部,髋、膝关节,小腿共同组成一个躺卧的“N”字形样,然后用力拉开,反复牵拉 20 次。

治则:活血通脉,柔筋止痛。

临床疗效:疗效较好。

说明:本法简单易行,止痛作用明显,疗效好。

参考文献:针灸临床杂志,1999;15(7):23~24

按摩处方(七)

取穴及操作方法:本组 92 例,患者俯卧位,医者双手拇指与四指分开,环握住患肢,用双手拇指指腹缓慢交替按压承扶至跟腱的

足太阳经,以患者能耐受为度,在承扶、委中、承筋、承山穴重点加压。医者右手大小鱼际及掌根部向下、前用力缓慢推按,同时左手小鱼际部在其后侧击,用力要求深达。医者双手用拿法,在相对拿起的过程中轻颤2~3次,以右手掌根轻揉结束。每次10分钟,日1次。针刺取患侧环跳穴,患者向健侧卧,健肢伸直,患肢稍屈曲,局部常规消毒,用26号3.5~3.8寸毫针,行大幅度提插捻转或捣法,以出现麻电感传至足部为度,不留针,日1次。对照组65例,取大肠俞、秩边、环跳、殷门、阳陵泉、悬钟、昆仑用中等或强刺激,秩边、环跳、阳陵泉针感要向下传导,留针15~20分钟,日1次。

治则:疏经通络,柔筋止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状消失,体征(一),恢复正常工作。显效:症状基本消失,但小腿外侧及足部有时麻木不适,恢复一般工作。有效:症状体征均减轻,但劳累或阴雨天加重。无效:治疗前后无变化。两组分别治愈73、23例,显效各11例,有效5、17例,无效3、14例,总有效率96.74%、78.46%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:现代中西医结合杂志,2000;9(22):2290

头痛

头痛分外感头痛和内伤头痛两大类。外感头痛是因感受六淫之邪,而以风邪为主而发,治疗以祛风止痛为主;内伤头痛则多由肝脾肾三脏的病变及气血失调所致,治疗以调理脏腑气血功能为主。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:以风池穴为主,个别加刺风池或太阳(双)、印堂等穴。每次推拿风池穴(以拇指、中指对拿)10~15分钟,手法由轻渐重或轻重交替,对偏头痛和前额痛者,务使患部有放射

第一章 内科疾病

感。其它穴位用按揉法,共疗 14 天。

治则:祛风通络,活血止痛。

临床疗效:治疗 56 例,痊愈 36 例,好转 19 例,无效 1 例。以偏头痛及高血压患者的颈项部疼痛的效果为佳。

参考文献:齐传厚等,山东中医杂志,1985;(3):11

按摩处方(二)

取穴及操作方法:循经取穴:①阳明头痛取攒竹、阳白、鱼腰、印堂、神庭、内庭、合谷等穴,用一指禅推法、揉法、按法、抹法。②少阳头痛取率谷、头维、悬颅、悬厘、太阳、角孙、曲鬓、中渚、侠溪等穴,用一指禅推法、扫散法、按法、揉法。③太阳头痛取天柱、风池、风府、后溪、足通谷等穴,用一指禅推法、拿法、按法、擦法。④厥阴头痛取百会、后顶、前顶、四神聪、太冲等穴,用一指禅推法、按法、五指拿法、切法。取穴和手法均可随症加减。

治则:通经络、行气血、愈头痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:头痛症状完全消失,其兼症亦随之完全消失。显效:头痛程度减轻 80%,其兼症亦随之明显减轻。有效:头痛程度减轻 40%,其兼症略有减轻。无效:头痛程度不减轻,其兼症同治疗前。本组 1446 例,痊愈 1417 例,显效 24 例,有效 5 例,无效 0,痊愈率 98%。

说明:本法可通经络、行气血、愈头痛,疗效显著。

参考文献:中国中医药信息杂志,1999:6(9):66

按摩处方(三)

取穴及操作方法:阳明头痛取合谷、头维、印堂、四白、上星、太阳、鱼腰,患者坐位,术者用一指禅推法从印堂开始,向上沿前额发际至头维,太阳往返 3~5 遍;配合按印堂,鱼腰,重点在印堂两侧太阳穴,往返 3~5 遍。少阳头痛取风池、太阳、率谷、瞳子髎、阳白、完骨,术者用一指禅推法从阳白、率谷、完骨往返 3~5 遍;用扫

散法在头侧胆经循行部位自前上方向后方两侧交替各3~5遍。太阳头痛取天柱、玉枕、坤柱、后顶、风池、大椎,用推法、揉法从天柱、玉枕、坤柱、后顶往返3~5遍;用一指禅推法从攒竹、鱼腰、太阳往返3~5遍;最后五指拿法从风池至肩井穴3~4遍。厥阴头痛取风池、百会、四神聪、太冲,用推法,揉法从百会、四神聪及经外奇穴的太阳穴往返3~5遍;指按太冲穴3次;双侧颞部用扫散法3~5遍,最后拍打点全头部结束。日1次,每次20分钟,10次为1疗程。

治则:活血通络,开窍止痛。

临床疗效:疗效标准:参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》为依据。本组36例,治愈28例,好转8例,总有效率100%。

说明:本法疗效较好。

参考文献:云南中医中药杂志,2000;21(4):45~46

按摩处方(四)

取穴及操作方法:患者取坐位,术者双手拇指揉振双侧足三里穴1分钟,双侧列缺穴1分钟;再站在患者后,拇指压振百会穴1分30秒,揉振双侧太阳穴2分30秒,后捏拿后颈3分钟,立掌轻击头部、肩胛周围2分钟。日1次,7日为1疗程,用2个疗程。

治则:调理气血,通经活络。

临床疗效:诊断标准:参照《中医内科学》(王永炎,上海科学技术出版社,1997年)。疗效标准:治愈:头痛及伴随症状消失,随访6个月以上未复发者。好转:头痛及伴随症状基本消失,随访6个月发作1~3次者。无效:经治疗2个疗程后头痛症状无明显改善者。本组43例,治愈26例,好转14例,无效3例,总有效率93%。

说明:本法调理气血、通经活络,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):11

按摩处方(五)

取穴及操作方法:坐位,术者立于后侧,一手扶头顶,另手拇指桡侧面触摸颈椎棘突顺位情况,扣按棘上及棘突两旁,发现棘突错缝之处,多为明显压痛点。手法按摩颈部周围肌肉,揉、拿、捏、滚手法使椎旁肌肉充分松弛,施术约10分钟,疼痛减轻后,进一步行屈颈旋压瞬间复位法,使错骨缝得以矫正。再用震颤法点按风池、风府、太阳、印堂、四神聪等穴位,痛侧头皮按摩,视患者能耐受适当加重手法力度,每次约20分钟。治疗后若伴有躯体偏痠痛不适者,配合一般推拿手法治疗患侧局部即可。

治则:祛风通络,活血止痛。

临床疗效:本组56例,治愈19例,好转23例,有效4例。

说明:本法疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):12~13

按摩处方(六)

取穴及操作方法:以通少阳经络,调少阳气血为主。患者坐位,用一指禅推法治项部两侧少阳经及膀胱经,上下往返治疗5分钟,局部产生痠胀感为度,然后揉按风池、风府穴,用一手拇指指腹用力向前上方顶压风池穴,使痛胀感由头侧部传到同侧眼周围,另一手扶住对侧额头部。患者仰卧位,用一指禅推法或指揉法,自印堂向上经前额发际至头维、太阳,往返3~4遍,用大鱼际揉前额、太阳穴2分钟,配合按印堂、鱼腰、太阳、百会,百会一穴实证推按向前,虚证推按向后20次,然后用颤法2分钟,使颤感传到脚心。中指按角孙穴3分钟,着力于筋结处,使痠胀感传至整个侧头部,最后钩拿风池、翳风各半分钟,拿中渚、阳陵泉。肝火盛治以疏肝泻火,点压肝俞、胆俞,拿太冲,擦涌泉;肝胆湿热治以疏肝胆、清利湿热,拿曲池、太冲,下捏脊9遍;痰浊阻滞治以化痰降逆,摩腹3分钟,点揉中脘、天枢各1分钟,拿丰隆,揉足三里、内关各半分钟;

瘀血阻络治以活血化瘀,点压膈俞,擦前额及太阳穴,重按角孙,各1分钟;气血不足治以补养气血,上捏脊9遍,按揉脾俞、关元、气海。操作完毕,再点颤百会、拿风池、扫散两侧颞部半分钟。日1次,5次为1疗程。

治则:通调少阳经气血,开窍止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状消失,随访6个月未复发。好转:症状明显减轻,发作次数明显减少。无效:症状无变化或愈而复发。本组68例,用3个疗程,治愈40例,好转23例,无效5例,总有效率92.65%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:中医外治杂志,2001;10(1):5

按摩处方(七)

取穴及操作方法:患者正坐位,医者立于患者正前侧,五指伸,四指并拢,食指在上与率谷穴平齐,拇指分翘,指尖相对,并放在印堂穴上,用一指禅推法,由印堂穴→天目穴→鱼腰穴→太阳穴→丝竹空穴→率谷穴→玉枕穴→风池穴→风府穴→眉冲穴→五处穴→青龙角穴(在百会穴两旁的高骨,相当于顶结节),每穴30分钟,太阳穴、率谷穴用振法各1分钟。

然后医者以五指分别放置于患者头部的督脉、两侧膀胱经和胆经,由前向后用拿法6~10遍,后以拇指指推两侧位的头维穴、率谷穴、角孙穴、天冲穴等用扫散法1~2分钟,在头面部的印堂穴、睛明穴、迎香穴、承浆穴等依次用分法3~5遍。医者两手掌在患者头顶上,前起神庭、囟门,后至百会,左右齐青龙角,包括督脉三阳经脉循行的经穴在内,做太极圈样的摩法10~20圆为度。用小鱼际揉大椎穴1~2分钟,拿肩并结束。

治则:改善头部血液循环,扩张局部血管。

辅助治疗:对照组23例,用西比灵10毫克/日睡前服。两组均2个月为1疗程。

临床疗效:诊断标准:参照中华人民共和国中医病症诊断疗效标准中风的诊断标准,及头痛分类的诊断标准。疗效标准:参照中华人民共和国中医病证诊断疗效评定标准中的头风的的评定标准。治愈:头痛消失。好转:头痛减轻、发作时间缩短或周期延长。未愈:头痛症状检查无变化。两组治疗后治愈率、好转率、有效率分别 27.45%、17.39%、58.82%、52.17%、86.27%、69.56% ($P < 0.05$)。本组头痛的每月发生次数及每次发作持续时间均少或短于对照组。

说明:手法通过对头皮下血管的按摩,可反射性的改善头部血液循环,扩张血管,解除血管痉挛。

参考文献:长春中医学院学报, 2001;17(1): 16~17

按摩处方(八)

取穴及操作方法:针灸:按头痛部位取穴,毫针泻法,留针。局部取印堂、头维、太阳、率谷、风池、百会及至阴;气血不足型取中脘、气海、关元(齐刺,三针向下有放射感为佳)、足三里、血海、阴陵泉、三阴交、公孙,用补法;痰湿中阻型取中脘、内关、足三里、丰隆、阴陵泉、三阴交,用平补平演法;肝阳上亢型取曲池、合谷、足三里、丰隆、三阴交、太溪、太冲,用泻法。耳穴取神门、肾、肝、内分泌、脑,以磁粒贴压,嘱患者餐前及睡前半小时自行按压约 3 分钟。**推拿:**以头面部按、揉手法及颈项部滚、按、揉手法为主。并嘱患者每日早、晚按顺时针方向各摩腹 200 次,两手按摩足底约 5 分钟。

治则:改善头面血供,缓解血管痉挛。

临床疗效:本组 32 例,显效 16 例,好转 10 例,有效 4 例,无效 2 例。

说明:本法使颈项部肌肉松弛,改善大脑基底部血液循环,缓解偏头痛,疗效满意。

参考文献:上海针灸杂志, 2000;19(5): 22

按摩处方(九)

取穴及操作方法:取患侧太阳、率谷、风池、外关、太阳;用2.5寸毫针向率谷穴透刺,使针感扩散至半侧头部;风池穴向对侧内眼角进针1.5寸,使针感向额颞部放射;外关直刺1寸,使针感上下传导;均用平补平泻法,得气后留针20分钟,5分钟行针1次。针刺后行推拿,患者坐位,全身放松,两臂自然下垂或双手放膝上,术者站其后,一手扶患者额颈部,另一手拇指桡侧面触摸颈椎棘突顺位情况,扣按棘上及棘突两旁,可发现棘突错缝处,且该处亦多有明显的压痛点,然后用轻手法揉、拿、捏、滚使椎旁肌肉充分放松,施术10分钟后用颈椎旋转定位拔伸法使错骨缝得以矫正。以C₃棘突左偏为例,患者坐位,颈前屈20度,医者立后方,用左手肘窝部托住其下颏部,右手掌指紧扶其枕部,按上面前屈角度,医者两手扶患者头部,并令其被动缓慢向左侧旋转至最大限度,左右手突然着力,作向上直线拔伸,这时可闻及“喀哒”声,让头颈恢复中立,顺压棘突,若仍有偏歪可重复施术。最后再用震颤法点按风池、风府、太阳、印堂、百会等穴,病侧头皮用扫散法按摩,若伴有躯体偏麻痠痛不适者,可配合一般推拿手法治疗患侧局部。

治则:行气活血,祛风散寒。

辨证特点:**诊断标准:**发病突然,多有落枕,长期伏案学习工作等诱因;均有头痛及颈部痠痛不适,或伴颈僵,活动受限,肩臂疼痛,甚至半侧躯体麻木痠痛不适等;颈棘突触诊可发现棘突偏歪错缝,颈部棘突偏歪处压痛,尤所属小关节处更明显,且指下多有钝厚,坚韧感,甚至可扪及小关节肥大;排除颈椎间盘突出症,颈椎病,脊髓肿瘤,血管畸形,颅内占位等引起的偏头痛;该病诊断以临床症状及体征为主,X线片及CT等可协诊并排除其它疾病。

临床疗效:**疗效标准:****治愈:**症状及阳性体征消失,能参加正常工作。**好转:**自觉症状明显减轻,颈部活动恢复正常,触诊无棘突偏歪错缝体征,可参加一般工作。**有效:**症状减轻,但易复发。无

效:症状及体征减轻不明显。本组 120 例,治愈 41 例,好转 68 例,有效 11 例。

参考文献:针灸临床杂志,2000;16(7):14~15

按摩处方(十)

取穴及操作方法:取神门、皮质下、颞、胆,患者取坐位,耳穴探侧仪在相应耳穴找出反应点,用王不留行一粒,置于 0.6×0.6 平方厘米的胶布中央贴紧,并加以按压,以至出现痠、麻、胀或发热感,并嘱患者每日按压 5 次,每穴按压 10 下,每次贴压一侧耳穴。两侧耳穴交替贴压 3 日贴压 1 次。

治则:调理气血,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:头痛及各种症状消失,1 年内无发作者;显效:头痛基本消失,偶尔轻微发作,但不须治疗可自行缓解;有效:头痛次数减少,间隔时间延长;无效:经治疗症状无变化者。治疗结果:本组 150 例中,痊愈 91 例,显效 32 例,有效 22 例,无效 5 例,总有效率为 96.67%。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):200

按摩处方(十一)

取穴及操作方法:手法按摩:用滚、按、摩、揉手法放松颈肩背部肌肉,用点按手法在颈椎两侧横突周围及耳后乳突内下及风池穴等处,用拇指食指用力点揉,以轻-重-轻持续深透手法按摩。

头面部按摩:取印堂、头维、太阳、鱼腰、百会等穴及前额部,用一指禅推法、揉法、拿法按摩,患者有头清眼亮耳明之感,日 1 次。

治则:行气活血,通络止痛。

辅助治疗:瘀血阻滞型用颈头痛煎剂 I 号:黄芪、藁本各 20 克,当归、芍药各 12 克,川芎、地龙、桃仁、红花、五灵脂、甘草各 10 克,生地、白芷、延胡索、香附各 15 克,升麻 6 克;肝肾亏虚型用颈头痛煎剂 II 号:制附子、桂枝、甘草各 10 克,山茱萸、白芷、当归、白

芍各 15 克,枸杞子、藁本、菟丝子、鹿角胶、杜仲、熟地、山药各 20 克,地龙 7 克。水煎服。牵引:患者坐位,枕颌吊带机械悬吊牵引,同时颈后用神灯理疗 20~30 分钟,日 1 次。

临床疗效:疗效标准:显效:头痛、耳鸣、眩晕、视物不清、恶心、肢体麻木等症状消失,颈部及肢体功能恢复正常。有效:头痛、耳鸣、眩晕、视物不清、恶心、肢体麻木等症状减轻,颈部肢体功能活动部分受限。无效:症状无改善。本组 182 例,显效 159 例,有效 20 例,无效 3 例,总有效率 98.3%。

参考文献:辽宁中医杂志,2001;28(3):163

按摩处方(十二)

取穴及操作方法:牵引:患者坐在悬挂式牵引架正下方,医者将牵引套戴妥在患者枕颌部并悬挂到牵引架上,酌用 3~8 千克的牵引力,日 1 次,每次 30 分钟,5 次为 1 疗程。

推拿:患者取坐位,医者站于患者前方,以一指禅手法自印堂至神庭穴往返推约 1 分钟,再自一侧太阳穴经阳白至另一侧太阳穴往返推约 2 分钟,后以大拇指偏峰自发际向头维、角孙穴直推各 1 分钟,最后以大拇指偏峰在疼痛区(阿是穴)直推约 5 分钟;医者站于患者后方,一手扶住患者头顶,另一手拇指与其余四指相对用力拿风池穴,并自风池穴向下拿颈肌约 5 分钟,后以拇指桡侧面触摸颈椎棘突顺位情况,若发现棘突偏歪处,且该处往往有明显压缩,则宜以拿、捏等手法于此重点施术约 5 分钟;医者站于患者侧方,一手托住患者枕部,另一手托住患者下颌部,向上拔伸,在拔伸状态下将头向左或右慢慢旋转至较大幅度,当感觉患者无明显对抗用力时即快速扳动,此时常可听到喀喀声,错位的小关节即得到复位;日 1 次,每次 20 分钟,5 次为 1 疗程。

对照组 30 例,用阿司匹林、萘普生等非激素类抗炎制剂,按常规剂量服用,5 日为 1 疗程。

治则:疏通经脉,运行气血。

临床疗效:疗效标准:治愈:头痛及伴随症状消失,半年以上无复发。显效:症状基本消失,半年内复发。好转:症状减轻,工作、生活不受影响。无效:症状未减轻。结果:两组分别治愈 59、5 例,显效 13、7 例,好转 7、8 例,无效 3、10 例,总有效率 96.34%、66.67%。

参考文献:山东中医杂志,1999;18(12):550

按摩处方(十三)

取穴及操作方法:取风池、风府、颈夹脊、大椎、肩井、天宗、攒竹、印堂、太阳、头维、角孙等穴,用推法、揉法、点法、按法、拿法。颈部手法:患者坐位,医者用一指禅推法沿颈项部两侧项肌从风池至大椎推揉 3 分钟,再用拇指沿督脉自风府至大椎按揉 2 分钟,用推滚法施术于患者肩背及肩胛骨内上侧肌肉群 5 分钟,最后按肩井、天宗。颈椎牵引法:医者用两手掌分别托住患者下颌及脑枕部,缓用力向上提头部,左右旋转头部 45 度各 1 次,回中位时,作头部缓慢前屈后伸活动。最后用按揉法反复用于颈肩部肌肉群。头部手法:医者用拇指按揉攒竹、印堂 2 分钟,再用分推法自印堂开始沿前额发际至头维、太阳往返 5 遍,配合按揉太阳 1 分钟。先后用扫角孙法(以拇指偏峰用扫散法在头部两侧胆经循行部位从前上方向后下方作快速往返的推擦约 30 次)、指击法(医者双手合拢,五指分开,用小指、无名指的指端部分按头部,用腕关节的放松摆动,快速叩击头部)、指拿五经法(医者用分开的五指,用力从头顶拿至风池,往返 5 次)。最后点按风池、风府,患者出现向头项及眼眶放射感为佳。按揉大椎穴 1 分钟,快速用力提拿肩井 2 遍。两套手法配合运用,每次约 30 分钟,隔日 1 次,10 次为 1 疗程,用 2 个疗程。

治则:祛风通络,活血止痛。

临床疗效:诊断标准:参照《国家中医药行业中医病证诊断疗效标准》。疗效标准:治愈:头痛头晕及其他症状消失,头部活动

时无症状出现。好转:头痛头晕及其他症状减轻,头部活动时无症状加重。未愈:头痛头晕及其他症状无改善,头部活动时症状加重。本组 200 例,其中椎动脉型 140 例、交感神经型 60 例,两型分别治愈 102、43 例,好转 34、16 例,未愈 4、1 例,总有效率 97.1%、98.3%。

说明:本法可改善脑血管痉挛,促进血流量增加,使脑供血恢复正常,疗效满意。

参考文献:中医文献杂志,2000;(3):34~35

按摩处方(十四)

取穴及操作方法:患者平卧,操作者面对患者,双手拇指重叠固定在印堂穴,并向下按压,同时双手中指按在两侧太阳穴,转圈揉动,先顺时针方向揉 7~8 圈,再逆时针方向揉 7~8 圈。术者双手中指固定在太阳穴,并向下按压,同时双手拇指指面分别贴于印堂穴两侧,稍用力沿眉弓向同侧太阳穴平抹 10 次。术者双手拇指重叠按在印堂穴,并均匀用力向神庭穴作直线推动 10 次。术者双手拇指分别按压攒竹穴,并均匀用力向同侧头维穴作直线推动 10 次。嘱患者左侧卧位,术者面对患者,先用左手拇指及中指指腹按在患者的两侧太阳穴,再用右手拇指及中指指腹按在两侧太阳穴,再用右手拇指及中指指腹按在两侧风池穴,然后在这四个穴位上稍用力的揉压,点按 5~10 分钟,最后自风池穴沿颈脊用力的揉压,点按 5~10 分钟,最后自风池穴沿颈脊旁向同侧大椎穴作直线推动,推动动作要重复做 10 次。患者平卧,用拇指和食指揉捏合谷穴,最后用热毛巾热敷并擦干头部微汗,以缓解重刺激引起的穴位周围的不适。1 次为 1 疗程,必要时可用 2 次。

治则:祛风活血,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:显效:经治疗 1 次,头痛症状消失。有效:经治疗 1 次,头痛症状明显减轻,要求继续按摩者。无效:经治疗多次,头痛无明显改善者。本组 24 例,显效 21 例,有效 2 例,无

效 1 例。

参考文献:实用中医药杂志,2001;17(1):26

按摩处方(十五)

取穴及操作方法:颈部取风池、风府、天柱及项部两侧膀胱经,患者坐位,用一指禅推法沿项部两侧膀胱经上下往返治疗 3~4 分钟,然后按风池、风府、天柱等穴,再拿两侧风池,沿项部两侧膀胱经自上而下操作 4~5 遍。头面部取印堂、头维、太阳、鱼腰、百会等穴及前额部,患者坐位,用一指禅推法从印堂开始,向上沿前额发际至头维、太阳,往返 3~4 遍,按揉、抹太阳、攒竹穴及前额、头侧胆经循行部位,擦前额及两侧太阳穴部位,以透热为度,然后用五指拿法从头顶拿至风池,改用三指拿法,沿膀胱经拿至大椎两侧,往返 4~5 次。日 1 次,10 日为 1 疗程,治疗期间停用它药。

治则:通经络,和气血。

临床疗效:疗效标准:痊愈:头痛及伴随症状消失,复查脑血流图恢复正常,随访半年以上未复发。有效:头痛及伴随症状消失或减轻,但脑血流图未恢复正常,或偶有诱因轻度发作。无效:头痛及伴随症状脑血流图均无改善。本组 60 例,治愈 40 例,有效 18 例,无效 2 例,总有效率 96.7%。

说明:本法可通经络、和气血,使其通则不痛,治疗本病疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(3):26

按摩处方(十六)

取穴及操作方法:患者取仰卧位,在开天门,分阴阳后,将祛痛膏(白芷、木香各 60 克,乳香、没药、冰片、樟脑各 30 克,研末,用蓖麻油调成软膏状)涂沫在前额,太阳穴和痛点,行一指禅推前额三线,眼眶 7 穴,太阳穴和痛点约 5 分钟,再用按揉、旋摩、分抹前额及头颞侧痛区约 10 分钟,日 1 次,15 次为 1 疗程。

对照组用尼莫地平片、谷维素,均30毫克/日3次口服,15日为1疗程。

治则:开窍醒神,疏通经络,理气活血,祛瘀止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:头痛及伴随症状消失,停药后1年内无复发,脑血流图检查正常。有效:临床症状消失或减轻,脑血流图检查改善明显。无效:临床症状和发作次数无明显改善,脑血流图检查无好转。两组各30例中,分别治愈11、8例,有效18、12例,无效1、10例,总有效率96.9%、66.7%,两组疗效比较有显著性差异 $P < 0.05$ 。

说明:本法开窍醒神,疏通经络,理气活血,祛瘀止痛,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(6):13

按摩处方(十七)

取穴及操作方法:患者仰卧,医者用拇指交替推印堂至上星穴,同时分推至头维,然后用抹法从印堂开始沿眉弓上缘抹至太阳穴。医者用拇指自前向后,顺次按、揉督脉经、足太阳膀胱经、足少阳胆经在头部循行部位。重点按揉攒竹、太阳、风池、百会、印堂穴,提拿肩井。用食、中、无名指末节着力,紧贴于患侧颞部、乳突部进行半环形抹、擦并逐渐移动,直到头部。医者两手手指屈曲,以手指指端着力,在患者头发内作快速而有节律之梳抓。医者两手五指分开,贴于患侧头皮,做快速的上下交替弹打。日1次,每次30分钟,酌情给予适当的轻、重手法,10次为1疗程。耳压:主穴取神门、脑干、枕、颞;前额痛配额;伴有头晕、失眠配心、肾;恶心、呕吐配胃、交感。嘱患者每日按压耳穴3~5次,每次3~5分钟,头痛发作可随时按压,隔日或3日更换1次,5次为1疗程。

治则:舒风通络,行气止痛。

临床疗效:本组42例,疗效满意。

参考文献:河南中医,2000;20(5):65

按摩处方(十八)

取穴及操作方法:患者坐位,用4.5号消毒注射针头,在印堂穴向下斜刺,并将针尖按压在颧骨上,使针感传导至鼻尖部,2分钟后出针,放血3~5滴,再在两耳尖各放血5~7滴,隔日1次。按摩:用拇指点印堂穴1分钟,再沿督脉向后推按,并点其经穴位。并用额前分推法(双手拇指自前额正中向两侧分推12遍,点按攒竹、鱼腰、太阳、头维、率谷等穴,其余四指分别置于头颅两侧)、五指拿推法(一手置于患者枕部,另手五指稍分开,自然屈曲,指尖着力各对准一经、胆经,自前额向后拿推15遍;再由双侧太阳穴始,经颞部分推至风池穴处各15遍),颈背部用推拿、揉按手法治疗6~8分钟,点按风池、肩井、曲池、合谷等穴。日1次,7日为1疗程。

治则:平肝潜阳,疏筋活络,散瘀止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:头痛症状完全消失,随访半年无复发。有效:头痛症状明显减轻,发作次数减少。无效:头痛症状无改善。本组48例,痊愈32例,有效16例,总有效率100%。

说明:本法平肝潜阳,疏筋活络,散瘀止痛,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):27

按摩处方(十九)

取穴:常用穴位有百会、太阳、印堂、丝竹空、风池、风府、肝俞、心俞、膈俞、肩井、角孙等。肾虚头痛,以太阳、丝竹空为主,加推心俞、膈俞、肾俞。肝阳头痛,以百会、角孙为主,加推肝俞、肾俞等。

操作及手法:1. 手法:推法、抹(分)法、按法、拿法、勾法等。

2. 常规操作:此为推拿治疗头痛的基本方法。病员取坐位,医者立于患者前,先推太阳穴(左右均可)三分钟,再经眉上至印堂,复由印堂至另一太阳穴,这样往返三四次,接着抹前额;随后医

者转站于患者后面,用两食指之勾法,自太阳穴至风池穴,也同样往返三至四次。然后拿风池,再用推法,推百会穴约数分钟,再以大拇指勾抹头部两侧及后脑部,复拿风池穴,最后拿肩井穴而施术完毕。计时约15~20分钟。

治则:补肾填髓,平肝熄风,通络止痛。

辨证特点:头痛是临床中常见症状之一,其原因颇多。就病程的长短而论,有新久之分;就头痛的部位来说,则有偏、正之别。大凡新病属实,久病属虚;偏者主手少阳,以风淫火郁为多;正者病情不一,有气虚、血虚、痰饮、肾厥、阴伤、阳浮、火亢、邪风等。本文所述,为慢性头痛,往往延至数年或数十年不愈,时轻时重,绵缠不已;属久而深的头痛,故亦称“头风”。其症大多属虚,应属内伤疾病的范畴。

临床疗效:患者均有较长的头痛史。10例中,病程已有半年以上者2例,10年以下者4例,12年以下者4例,年龄一般在20~40岁之间,主要症状为:头痛目眩、耳鸣、神疲、健忘、呕吐、泛恶、睡眠不安等。大多为久经治疗而效果不显转来我部诊治的患者。对于疗效标准的评定是:1.痊愈:症状消失,恢复日常工作量。2.有效:症状显著减轻,接近日常工作量。3.无效:在治疗时,症状有所减轻,但不数日即依然如故,经治疗若干月后,仍无进步者。10例中,经治疗后,痊愈者6例,有效者3例,无效者1例。

说明:倘患者有昏眩感觉,则治疗时,手法应多抹少推,或用抹法,不用推法。

参考文献:朱惠忠,上海中医药杂志,1963:(6):36

按摩处方(二十)

取穴及操作方法:患者坐位,医者用双拇指腹外侧自印堂穴推向发际,自前额正中分推至太阳穴,反复5次;手摩擦前额至皮肤发热;按揉太阳、风池、合谷(均双),以穴位痠胀感为度;自风池沿项部两侧膀胱经循行部位,先用双拇指腹外侧上下往返推3~4分

钟,再施拿、滚手法各3~4遍;最后拍击颈项肩部至皮肤发红,隔日1次。

治则:祛风活血,通经止痛。

辅助治疗:对照组18例,用川芎茶调散加减:川芎15克,羌活、荆芥、白芷、苦丁茶各10克,防风、甘草各6克,细辛、薄荷(后下)各3克,菊花12克,气滞血瘀加香附、丹参;气血亏虚加黄芪、当归。日1剂,水煎服,6例加用去痛片2片/日3次口服。均10日为1疗程,疗程间隔3~4日。治疗2~3疗程。

临床疗效:两组分别完全缓解11、3例,部分缓解8、4例,无效4、11例,总有效率82.6%、38.9% ($P < 0.01$)。

说明:本组肌电频率和波幅均较治疗前明显降低($P < 0.01$)。

参考文献:李涛,中国中西医结合杂志,1995;15(10):622~623

神经官能症

神经官能症多发生于青年和中年人,引起这种疾病的原因是高级神经活动的过度紧张。神经官能症症状多种多样,大多数为主观而比较含糊的自述,可包括任何系统的症状。其中以头痛、头晕、失眠、心悸、健忘、神疲、出汗最为多见。

按摩处方(一)

取穴:取神门穴,穴位定位在腕横纹尺侧端,掌后锐骨之端陷中。

操作及手法:揉擦神门穴,施补法,按摩36次。

治则:补心气,壮心血。

临床疗效:本法经大量临床应用证实,效果确实可靠。

参考文献:刘硕等,常见病单穴按摩自疗法一家庭中医简易自疗丛书之三,2000:(1):25.

神经衰弱

神经衰弱是一种以大脑功能性障碍为特征的疾病,属神经官能症的一种类型。本病多见于脑力劳动者,且多与个体素质有关,病人常常性格内向,脆弱多病,身体虚弱。对一些自身不适感觉过分关切。其发病因素有多种,如过度疲劳、中毒、精神创伤等,以上因素引起大脑功能失调,继而植物神经功能紊乱,从而导致一系列症状的产生。

神经衰弱的主要症状是头痛、失眠、烦躁,记忆力减退,注意力不集中,疲惫乏力,精神萎靡不振等。有些病人由失眠开始,主要是入睡困难,也有表现为早醒,睡眠浅,多恶梦。胃肠道症状如食欲不佳,腹部胀满,大便次数增多等。女性病人可有月经不调,性功能减退。男性病人可有阳痿、早泄、遗精等。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:取穴百会、身柱、至阳、命门、膻中、中脘、气海、心俞、肝俞、脾俞、肾俞、足三里、环跳、三阴交、太冲、涌泉。

以推法、揉法、按法(包括点法、压法)为主。(1)患者俯卧,术者站在病人右侧,术者用双手掌根部在脊柱两侧从肩部开始,由上而下成直线按推至两侧足跟,反复5~6遍;双手掌在脊柱两侧按揉背、腰部5~6遍;双手掌根部相叠,沿督脉路线按揉5~6遍;指压身柱、至阳、命门,指揉压心俞、肝俞、脾俞、肾俞;然后手掌或肘部按揉臀部,指压环跳,揉拿大、小腿后侧,压涌泉。(2)患者仰卧,术者双手掌从患者两侧锁骨下开始,沿足阳明胃经路线向下按推至足尖5~6遍;手掌按揉胸大肌,指压膻中;波形揉捏腹部5~6遍,两手拇指齐压中脘与气海;揉拿大腿内、外侧,指压足三里、三阴交、太冲。(3)患者正坐,术者指压患者百会、风府、风池,拇指与其它四指分开捏肩井数遍,两手拇指齐压曲池与合谷。每次

第一章 内科疾病

治疗 40 分钟,一日一次。施治中,要按以上顺序进行操作。按压每个穴位时,患者要有痠、麻、胀、重或触电样感觉,即所谓“得气”。

治则:益气养血,调理脏腑,补气安神。

辨证特点:神经衰弱是一种比较常见的神经系统功能性疾病。本病症状表现繁多,其中以头晕、头痛、失眠、记忆力差、注意力不集中、精神萎靡等最为常见。属于祖国医学“失眠”、“虚劳”、“郁证”等范围。

治疗机理:祖国医学认为,本病多由于精神过度紧张或大病久病后气血虚弱,或七情(喜、怒、忧、思、悲、恐、惊)伤及脏腑功能所致。按摩具有疏通经络,行气活血,调整机体功能的作用。本病按摩的重点在督脉和任脉。因为督脉总治诸阳经病、神志病,任脉总治诸阴经病、各脏腑病。取此二经脉以调整阴阳,使得大脑皮层的兴奋与抑制达到平衡。

临床疗效:本组 50 例中,男 34 例,女 16 例。最小年龄 19 岁,最大年龄 55 岁。教师 7 人,会计 10 人,学生 3 人,行政干部 13 人,技术人员 6 人,营业员 6 人,文艺创作者 3 人,工人 2 人。病程最短 1 个月,最长 10 年多,多数 1~2 年。本组治愈(症状消失,恢复正常工作)40 例,占 80%;好转(症状大部分消失,能担任一般工作)7 例,占 13.3%;无效(症状无明显好转)3 例,占 6.7%。总有效率为 93.3%。疗程最短 15 天,最长 90 天。

参考文献:周阳,中医杂志,1983;24(12):44

按摩处方(二)

取穴及操作方法:(1)推头:坐位,头部铺毛巾。医生站于体侧,一手按头前额部,另一手用拇指平推正中和两侧经线,由前发际推到后发际。手法要平稳,不宜快。然后用掌根大小鱼际部揉两侧及后枕部,由上而下反复揉摩。头部推拿时,嘱患者思想集中在头部推拿手法的刺激上。推 10 分钟左右,使患者进入朦胧状,

或入睡状为好。推后一般即觉头部轻松舒适感。

(2)取穴:先取风池、风府穴,用指揉法,手法宜平稳,不需强刺激,以轻轻得气感为好。再取下肢两侧足三里和三阳交穴,手法同上,强度可稍大。

(3)辨证应用:如有前额痛,可推印堂、太阳穴。如有耳鸣,可推听宫、听会穴。如有颈背痠痛,可用指推揉颈部,提拿肩井穴处。如有食欲不振,消化道症状,可拇指平推背部两侧,取脾俞、胃俞、大肠俞等穴。根据不同症状,选推不同部位或穴位,对症施治。

治则:祛风通络,醒脑安神。

临床疗效:本法效果确实可靠。

参考文献:赵翔,推拿疗法与医疗练功,1982:(7):413

按摩处方(三)

取穴及操作方法:仰卧,在百会、印堂、心俞、肾俞、内关、神门、三阴交等各施以揉按或一指禅法2分钟,在风池穴施以拿法2分钟,而后在耳上和太阳穴等部位施以扫散法,最后在手厥阴、手少阴经的肘至腕部,足少阴、足太阴膝至踝部施以擦法,以透热为度。并进行心理护理、基础护理、推拿后护理。

治则:交通心肾,醒脑安神。

临床疗效:本组28例,显效21例,有效5例,无效2例,总有效率92.9%。

参考文献:甘肃中医,1999;12(2):37~38

按摩处方(四)

取穴及操作方法:分抹法:医者用两手大拇指指肚着力,从患者两眉弓间印堂穴开始,沿眉弓上前额部分成3条线,分别抹至太阳穴7~8次。

揉眉弓法:从患者两眉弓间印堂穴开始,沿眉毛上缘分别揉至太阳穴2~3次。颜面各穴压迫法:分别按压印堂、攒竹、鱼腰、瞳

第一章 内科疾病

子髎、太阳、睛明、迎香、人中、地仓、承浆、大迎、颊车、翳风、听会、听宫、耳门、下关。

抹眼球法:从睛明穴开始,分别抹至眼外角,20~30次。

压三经法:从印堂穴开始,沿督脉向上压至头顶百会穴,然后再从两眉弓上阳白开始,沿膀胱经和胆经分别压至络却穴和承灵穴,3~4次。

抹擦法:以两手食、中、无名、小指四指之末节着力,紧贴于两颞颥部进行环形抹擦,逐渐向外扩散,至头顶部,40~50次。

提擦法:以两手五指在头部作提球而又滑掉的动作,40~50次。

指梳法:医者两手五指屈曲,在头发内作快速而有节律之梳抓,40~50次。

揉拿项后大筋法:拿住项后大筋之皮肤、肌肉、筋脉,先轻后重20~30次。

勾点风池法:一手按住前额部,另一手中指微屈并用力勾点风池穴,分别施术4~5次。**总收法:**以大拇指指肚着力,分抹前额20~30次,抹眼球50~60次,揉迎香,按人中、地仓,揉运太阳,用两大拇指肚和大鱼际用力从耳前到耳上,推理至耳后,再沿项大筋,理推至肩并部。失眠严重者加按神门、解溪,揉压膀胱经及安眠1、安眠2。

治则:调整脏腑,平衡阴阳,交通心肾,养心安神。

辨证特点:诊断标准:平时易疲乏,休息后不能恢复正常,并且有头昏脑胀头痛,注意力不集中,记忆力减退,失眠,多梦等。

临床疗效:疗效标准:治愈:失眠、头痛头晕、多梦、注意力不集中、记忆力减退、四肢乏力等症状消失。好转:症状基本消失,有轻微的头昏、食欲不振。无效:治疗前后无变化或时轻时重。本组94例,治愈65例,好转26例,无效3例,总有效率96.81%。

说明:本法调整脏腑,平衡阴阳,起到补益气血、壮水制火、安

神等作用。

参考文献:辽宁中医杂志,2000;27(9):423

按摩处方(五)

取穴及操作方法:取双侧风池穴,向同侧眼球方向斜刺0.8~1寸,得气后小幅度捻转1分钟,令针感放散到枕颞部;双侧大陵穴,直刺0.2~0.3寸,泻法,针感要强,每隔5分钟行针1次,留针20分钟;指针刺激神阙穴,双手并拢,掌心相对,利用中指、食指、无名指瞬间点压神阙穴或用掌心贴于此穴,另一手掌心压于手背上随腹式呼吸有节律按压49次,以腹部痠胀热痛感为佳并向整个腹部及会阴部放散;头部按摩,双拇指扶前额3~5次,单手中指快速按揉印堂穴1分钟,双中指擦压由睛明沿眉弓到外眼角至承泣、四白、迎香、人中、颊车、地仓、人迎穴3次,点压头维、百会、四神聪、听宫、听会穴,捻耳廓双龙灌耳2~3次,散扫角孙穴1分钟,双拇指擦头部1分钟,牵拉头发3~5次,指扣头部1分钟,双掌合振头部,最后加按翳风、风府穴。日1次,6次为1疗程,疗程间隔3日。

治则:补气养心,醒脑安神。

临床疗效:疗效标准:治愈:精神症状和躯体症状消失,能恢复病前的工作能力和生活。显效:症状基本消失,能从事脑力和体力劳动。无效:症状与治疗前无明显变化。本组34例,用1~4个疗程,痊愈23例,显效10例,无效1例,总有效率97%。

参考文献:针灸临床杂志,2000;16(7):20~21

癔病

癔病是一种常见的神经官能症,系精神因素或不良暗示引起的一类神经精神障碍。精神创伤常为首次发病的诱因,此后可由暗示或自我暗示发病。临床表现:多见于感情丰富、易受暗示、富

于幻想、好表现自己的青年女性。在精神因素作用下多急性起病,反复发作。情感暴发可嚎啕痛哭、捶胸顿足、撕衣咬物等。或破涕为笑伴戏剧样表情动作,或呈现鬼神附身的姿态。意识障碍表现意识清晰度减低和意识范围狭窄,可呈意识朦胧状态、昏睡状态或木僵状态及假性痴呆(答非所问,每答必错或答案近似),或见癡病性昏厥。精神病状态主要表现自语、语言零乱、盲目奔跑,或伤人毁物、短暂的幻觉和妄想观念。躯体方面常见痉挛发作,但无跌伤、便失禁及咬破唇舌;瘫痪可为单瘫、偏瘫、截瘫等,但瘫痪的肢体在睡眠中能自由移动;不言症和失音症只用手势、表情或书写进行交谈,而阅读和书写完全正常,咳嗽时仍有声音。其他尚可见肢体震颤、肌阵挛和抽搐等。感觉障碍可表现癡病性失明,但走路可避开障碍物;癡病性耳聋,睡中能被叫醒;癡病性疼痛,有“癡钉”、“癡盔”、“癡箍”之称;癡病性感觉缺失或过敏。植物神经和内脏功能障碍可表现神经性呕吐、呃逆、厌食或过度换气(喘息),尚有尿频、尿急、鼓肠、癡病球等。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:指压时医者以右手拇指对准天突穴,施力由轻渐重,并可辅以旋转揉按动作,指压时间以病人的反应不同,可持续数秒钟,边压边给予暗示语言,当察见病人有皱眉、眨眼、转动身体,或想发出哼哼之声时,则放松指压,并同时令其咳嗽,或嘱咐睁开眼睛。若患者能依暗示语言进行咳嗽或睁眼时,继续给予暗示语言,或令其饮茶水、喝稀粥之后,发作即告停止。

治则:调和阴阳,养心安神。

治疗机理:指压天突穴何以有效?据《金匱要略》:“妇人脏躁,喜悲伤欲泣,象如神灵所作,数欠伸,甘麦大枣汤主之”的记载,其症状与癡病相似。脏躁症多由于情志抑制或思虑过度,肝郁化火伤阴,致内脏阴液不足而发。天突穴为阴维、任脉之会,任脉为“阴脉之海”,具有调节全身诸阴经经气的作用。指压天突穴可

能会使足厥阴肝经、手厥阴心包经、手少阴心经经气得调,从而心静神藏、肝疏情安,病乃休止。

临床疗效:笔者在五十年代时,曾经吴翰文医师口授并示范,采用指压天突穴的方法,制止癔病(主要表现为精神障碍者)发作。后用于十多名患者屡试屡验。

说明:此法较通常语言暗示配合药物(如静脉注射糖酸钙等)或其他物理刺激的方法简便易行。

参考文献:张宝林,中医杂志,1983:24(7):32

按摩处方(二)

取穴及操作方法:令患者仰卧于治疗台上,术者站在患者头部一方,以食指尖对准天容穴,向患者对侧耳廓方向按压,用力要均匀,由轻到重,食指可以略作旋转动作,每次按压半分钟至1分钟。如无效,可稍停片刻,再重复进行1~3次。根据病情需要,可以按压单侧,亦可双侧同时进行。

治则:调和阴阳。

临床疗效:一般1次即愈,个别2次,重者3次。

说明:本方主治癔病。本法为南京中医学院中医系项平大夫介绍。笔者认为指压疗法优点是安全方便,不象针刺需要消毒。

参考文献:迟钝编著,民间方,1986:(1):14

按摩处方(三)

取穴及操作方法:手法推拿刺激经络疗法:将患者放于平板床上,家属协助患者双上臂上举,双手内收重叠于枕部下(呈双手抱头势),要求肘部平放于平板床上,暴露腋窝,医者立于患者一侧,双手伸展,放于患者双侧腋窝:

(1)掌心与腋窝中心相对,四指分开朝下,大拇指朝上,扣住大圆肌及背阔肌、胸大肌,以五指抓法(将五指分开满把握拿治疗部位)与搓法(双掌对揉的动作),交替、均匀、柔和(使手法轻而不

浮,重而不滞)刺激腋窝及其周围部位,使腋窝各个神经,尤其是深部神经丛,得到有效的刺激。

(2)用掌擦法、摩法(食、中、无名指指面附着腋窝处,作环形而有节奏的抚摩)及指按法(使手法刚中兼柔,既有力而又柔和),溶于一体,交替、快速、灵活刺激腋窝及其周围部位(摩法及指按法着重刺激渊腋穴、极泉穴、天池等穴),达到经络传导治疗疾病的目的。

此二种手法刺激时间为1~5分钟,刺激时间的长短应与手法轻重紧密联系,以确保深透之功。

治则:调和阴阳,养心安神。

临床疗效:本组39例,全部病例经上述手法治疗,痊愈21例,连续一年未复发者14例,复发2例,无效5例(转第二组),其治疗总有效率80%以上,治愈率约54%;好转17例;无效1例。

说明:此法适用于癔病性精神障碍者及癫痫样痉挛性发作者。推拿手法治癔病,要具备手法技巧,其要点为持久、有力、均匀、柔和、深透。本病因人而治,因病而治,因部位而治。一般说来,治疗成人要比小儿的手法重些,身胖体壮的要比身瘦体弱的手法重些,虚证手法轻些,实证手法要重些,力量与技巧相结合则使手法达到“刚柔相兼”的程度。法是方法,也是技巧。《医宗金鉴·正骨心法要旨》中说得好:“法之所施,使患者不知其苦,方称为法也。”从易感因素和诱因分析,癔病患者的性格特征有情感用事,情绪不稳定,喜欢夸张,易受暗示,心胸狭窄,好表现自己 and 自我中心的倾向,有人称“歇斯底里性格。”此外,中枢神经系统有器质性损害时也可有癔病倾向的释放。因此,癔病症状有时可成为脑器质性病变的早期征象。

参考文献:孟兆学,中医外治杂志,1998;7(1):36

按摩处方(四)

取穴及操作方法:患者平卧,用拇指指腹分别按压人中、百会、膻中、气海、中冲、内关等穴,按压时由轻到重,缓缓按揉,至患者苏醒。

治则:益气养心,开窍醒神。

辅助治疗:同时以良好的语言帮助患者消除恐惧等精神压力,部分患者可用能量合剂类药物辅助治疗。

临床疗效:本组 18 例,疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,1999:7(8):16

失眠症

失眠是临床常见的一个症状,中医称“不寐”症。引起失眠的原因很多,精神方面的刺激,如喜、怒、忧、思、悲、恐、惊;饮食方面不节,胃气不和等,均可导致失眠。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者俯卧位,取心俞、膈俞、肝俞、脾俞、胃俞、肾俞,用推、揉、按手法;患者仰卧位,先推、按、摩膻中、中脘、气海,疏胸及两侧胁部,按足三里;再按、抹太阳、印堂、上星、头维、百会;患者坐位,拿风池、肩井、合谷;搓两肩至两胁。日 1 次,10 次为 1 疗程,疗程间隔 3~5 日。

治则:调理脏腑,平和阴阳,交通心肾,安神定志。

临床疗效:治疗 65 例,痊愈(症状消失,可睡 6 小时以上)23 例,显效(可睡 5 小时左右)25 例,进步(症状减轻,可睡 4 小时左右)16 例,无效 1 例。

参考文献:聂桂兰,新疆中医药,1991:(4):37

按摩处方(二)

取穴:上睛明,此穴位于睛明和攒竹之间。攒竹、鱼腰、丝竹空、太阳、阳白。

操作及方法:医者站立座在病人的床头柱外,先用两手的食指分别按在两侧的上睛明穴上,先轻轻的按摩,后以逐渐加重的手法进行按摩,在按摩术中一定要缓慢有规律进行,不可用力太过及不规律的猛压猛摩,以免患者忍受不了或头昏。并问患者有什么感觉,如患者反应有痠胀或眼胀及头昏,这时手法就不能再加重了。主穴按摩完毕后,可按次序再按摩其它各穴。

治则:宁心安神。

临床疗效:本法效果较好。

说明:进行按摩时,必须要使患者有痠胀沉重的感觉。有部份患者在按摩 15 分钟后即有睡意,有些患者在操作过程中就进入睡眠。当操作进行完毕后,一般均感到眼睛疲倦,想睡觉,大都很快即进入甜睡。其经无任何不良反应。本治疗法必须在下午 7~8 时或睡眠前进行为适宜。

注意事项:医者在术前应剪除指甲,用肥皂水洗手或用 75% 酒精消毒手指,以免掐伤皮肤而引起疼痛和感染。

病人在术前应排空大小便,免在中途大小便而影响治疗和效果。并使病人平卧舒适的床上,房间内要安静。

参考文献:徐学礼,江苏中医,1962:(5):40

按摩处方(三)

取穴及操作方法:取循经于头部的手少阴、足阳明经穴印堂、太阳、百会、神庭、风池、安眠点(乳突后完骨穴旁 0.5 寸,系经验穴)、四神聪、肩井、心俞、脾俞、胃俞、神门、睡眠点(合谷与三间之间,系经验穴)、足三里、三阴交、涌泉、照海、申脉。

手法为点、按、揉、拿、摩、振、拍打、扫散等法。动作宜轻巧柔

和、徐缓均匀,先轻渐重而再轻。仰卧,先头部按摩,约5~10分钟;再点拿四肢穴位,以得气为度,切不可用力过重;然后再作头部按摩10分钟;最后让患者端坐,强刺激按揉肩井、心俞、脾俞、胃俞,并拍打两侧膀胱经,结束治疗。每日1次,15日为1疗程,中间休息7日,继续第2疗程。

治则:滋阴潜阳,宁心安眠。

临床疗效:16例中,5例痊愈(睡眠达6~7小时);5例显效(睡眠延长1~2小时);5例有效(睡眠延长1小时以内);1例无效。治疗中,除3例少量服用养血安神糖浆外,停止安眠药物,随手法进入睡者4例。

说明:治疗时应以徐缓轻柔的手法,使患者进入抑制(睡眠)状态,然后用强刺激,结束时用重力按揉法以兴奋之。经过这种抑制——兴奋训练,通过较长时间的治疗,建立起良好的兴奋与抑制过程,对失眠有很好的疗效。

参考文献:陈千根等,浙江中医杂志,1986;21(7):309

按摩处方(四)

取穴:取足临泣定位在足小趾本节高骨突起后陷中。

操作及手法:每日捻掐足临泣。按摩掐36次。

治则:开肩、颈、耳、颊之气。

临床疗效:效果较好。

参考文献:刘硕等,常见病单穴按摩自疗法—家庭中医简易自疗丛书之三,2000;(1):20

按摩处方(五)

取穴及操作方法:本组32例,取温热中药液(补肾养心、活血通络等药物)1000毫升,温度约40度,放入B2P-1保健足盆内,令患者双脚浸没于药液中。然后启动足盆按摩开关及保温开关。足盆内药液即开始震荡,盆底穴位板振动而按摩足底。中药以补

第一章 内科疾病

肾养心、活血通络为主。每次 30 分钟,一般宜在下午或晚上临睡前进行治疗。10 次为 1 疗程,1~2 日 1 次。对照组 38 例,用枣灵胶囊(主要成分为灵芝浸膏粉和枣仁浸膏粉)2 粒/日 3 次口服。

治则:补肾养心,活血安眠。

临床疗效:用 1 个疗程,两组分别显效 8、12 例,有效 21、22 例,无效 3、4 例。

说明:本法是治疗中老年人失眠证较为理想的方法。

参考文献:上海针灸杂志,1999;18(3):14

按摩处方(六)

取穴及操作方法:揉按风池穴 2 分钟,抖拉小脚趾 2 分钟,自下而下揉捏颈椎全部 3 分钟。手法整脊:坐式,用颈部斜扳法(用于体健者),医者立于侧后方,一手放在颈部后方,另一手托住下颌骨,令患者稍低头,两手相对用力,向一侧旋转颈椎,并用力向上提拉,达到最大限度,再用突出巧力,稍增大其旋转度,使关节发出清脆响声。卧式,用于体弱者,患者胸部垫一枕头,头颈伸出床沿,助手固定患者颈部作反牵引。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下颌角及下颌体部,双手分别从患者耳后扣过,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牵拉,后保持牵拉,逐渐左旋至极度后保持片刻,在患者呼气将尽时,突然顿挫一下,并立即放松。若感手下移动或闻声响,示复位成功。最后自下而上捏揉颈椎 2 分钟,并按肌纤维方向,用大拇指顺按 3 遍。牵引日 1 次,每次 20 分钟。余法隔日 1 次,6 次为 1 疗程。

治则:整脊通督,平衡阴阳,安神定志。

辨证特点:诊断标准:颈部活动受限,后头痛,C1~3 棘突偏歪,伴有压痛点,视力下降,五心烦热,记忆力下降;处于特定睡姿可入睡或不能入睡;X 线示颈椎有退行性改变。

临床疗效:疗效标准:治愈:入睡较快,睡眠时间为 6~8 小时,

其余症状消失。好转:主要症状基本消失,偶因睡姿不当,中途易醒难入睡,总熟睡时间4~5小时。无效:治疗前后无变化。本组86例,治愈71例,好转12例,无效3例,总有效率96.5%。

参考文献:安徽中医临床杂志,2000;12(5):423

按摩处方(七)

取穴及操作方法:头面部:患者端坐,先以食、中、无名及小指指腹轻轻拍击患者头额、项、双颞及后枕部1~2分钟,使之自然放松。然后用一指禅推、点按法、揉法从印堂始到神庭;再由眼眶周围过睛明、攒竹、鱼腰、角孙等穴至太阳;由眶周扩展至鼻两侧至颧部达耳前往返施术3~5次,约10分钟,最后再以抹法放松2次。

颈背部:患者俯卧位,用拿法拿风池、肩井穴,松弛颈后肌群5分钟。用滚法沿督脉经、膀胱经走行区域往返施术大面积背部松解治疗10分钟,再按揉心俞、肝俞、脾俞、肾俞、命门。

胸腹部:取仰卧位,胸部穴位如膻中、章门、期门以点按法治疗,腹部以脐为中心顺时针行分推、摩揉、震颤手法,补虚泻实,治疗10分钟,最后点按中脘、气海、关元。

四肢部:上肢部经络穴位的操作坐位进行,下肢部操作卧位,手法取一指禅推和指针点穴法。日1次,10次为1疗程。

治则:疏通经络,调畅气机,安眠镇静。

临床疗效:诊断标准:依据《中医内科学》及《中医病证诊断疗效标准》确诊。疗效标准:治愈:睡眠正常,伴有症状消失。好转:睡眠时间延长,伴有症状改善。无效:症状无改善。本组35例,治愈26例,好转4例,无效5例,总有效率85.7%。

说明:本法疏通经络,调畅气机,补血滋阴,平衡脏腑,安眠镇静,疗效满意。

参考文献:云南中医中药杂志,2000;21(3):19

按摩处方(八)

取穴及操作方法:按摩先用一指禅推法,从印堂向上至神庭,往返 10 次左右;再从印堂向两侧沿眉弓推至太阳穴,往返 10 次;然后用扫散法自太阳穴经头维、耳后高骨推至风池穴,左右各 3 ~ 5 次;最后按摩百会穴 2 ~ 3 分钟。耳穴取神门、肝、肾、心、内分泌穴,用粘有王不留行籽的 0.5×0.5 厘米大小的胶布贴于耳穴上,日按压 2 ~ 3 次,每次 1 分钟,隔日更换 1 次,两耳交替进行。

治则:补肾滋阴,清心降火,平衡阴阳。

临床疗效:本组 12 例,痊愈 7 例,好转 5 例。

参考文献:按摩与导引, 1999;15(6): 29 ~ 30

按摩处方(九)

取穴及操作方法:本组并用按摩法:仰卧,全身放松,思想集中在头部,术者位于头侧床前,意守于指端。推上星穴(两手拇指由印堂向上交替推至上星)、推头维(由印堂向斜上抹)、抹眉(从攒竹至丝竹空)各 36 次;梳理太阳经 10 ~ 20 次;叩印堂、叩百会各 36 次;揉太阳穴顺时针、逆时针各 10 次;轻拍头部(从前额拍至左右太阳穴,再至头顶百会穴);收功(揉风池、肩井穴各 10 次)。每晚 1 次,10 次为 1 疗程,疗程间隔 3 日。

治则:平衡阴阳,调理气机。

临床疗效:疗效标准:显效:精神好,能较好地入睡,睡梦不多,每日睡眠时间 6 ~ 7 小时,较治疗前睡眠增加 2 小时以上。有效:自觉睡眠明显好转,每日睡眠时间 4 ~ 5 小时,较治疗前睡眠时间延长 1 ~ 2 小时。无效:较治疗前睡眠时间延长不足 1 小时,症状无明显改善。用 2 个疗程,两组分别显效 21、18 例,有效 28、13 例,无效 4、5 例,总有效率为 92.45%、86.11%。

说明:随机分为本组 53 例与对照组 36 例,均中药常规治疗。对照组每晚加服舒乐安定 2 毫克;

参考文献:新中医, 1999;31(12):23

按摩处方(十)

取穴及操作方法:分抹印堂至太阳穴 10 ~ 12 遍;点叩三经 5 ~ 6 遍;疏通面部经穴 3 遍,两拇指从印堂始,止于太阳穴;抹眼球 50 ~ 70 遍;揉拿项后大筋;提拿扫散法,快速提拿头部数次结束手法。

治则:疏经通络,平衡阴阳。

临床疗效:疗效标准:痊愈:睡眠恢复正常,在 7 ~ 8 小时以上,伴随症状消失。显效:连续睡眠可达 5 ~ 6 小时,症状明显减轻。有效:睡眠好转,伴随症状均有不同程度地减轻,病情稳定。无效:治疗前后无变化。本组 93 例,痊愈 55 例,显效 26 例,有效 8 例,无效 4 例,总有效率 95.7%。

参考文献:按摩与导引, 1999;15(5):17

按摩处方(十一)

取穴及操作方法:头部用拇指指腹揉印堂穴 10 次,用双手拇指指腹来回交叉抹前额 10 次,接着分别推至太阳穴,同时按揉 10 次,后推至耳后发际,双手五指并拢下推,止于颈部两侧。用两拇指紧贴额部皮肤交替向头顶方向抹动或推拿,重复 10 次,揉神庭、百会、风池各 10 次。患者俯卧,术者梳理华佗夹脊与督脉,从大椎穴起,沿脊柱及两旁沉缓向下梳理至骶部,重复 6 ~ 8 遍,用擦或轻推手法沿督脉、华佗夹脊和足太阳膀胱经来回擦 8 ~ 10 遍至骶部,再擦骶至发热。患者仰卧,用轻柔、频率较慢手法搓、捏四肢放松,擦足底至热。揉神门、肾俞、心俞、脾俞、三阴交、太溪穴各 10 次。针刺足三里(重者用低频率、低强度电针)。

治则:平衡阴阳,安神定志。

辅助治疗:导引在某环节患者入睡则停止。导引治疗:可通过调心(调整心境,使身心放松,意守丹田)、调身(调整身体姿势,用

侧卧,自感舒适)、调吸(调整呼吸,可用腹式与逆腹式呼吸)达到入睡效应。配合心理治疗。

临床疗效:疗效标准:痊愈:睡眠安稳,症状消失,睡眠率达75%以上。显效:睡眠良好,症状缓解,睡眠率达65%,停药安眠药。有效:睡眠轻度障碍,症状改善,睡眠率达55%以上,勉强停药安眠药。无效:睡眠障碍,症状如前,睡眠率在45%以下,入睡靠安眠药维持。本组56例,痊愈38例,显效14例,有效3例,无效1例,总有效率98.12%。本组治疗后睡眠率比治疗前有明显提高($P < 0.01$)。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):9~10

郁证

郁证是由于情志不舒,导致人体气机郁滞的病证。郁非一病之专名,乃属一病理概念。历代医家对郁证做过较全面的论述,并提出了相应的治则。其中“情志之郁”最为常见,而“理气解郁”法又是常用的治则。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者仰卧,单掌自上而下推胸骨数次,肝气郁结可推至脐部,单掌沿胸腹任脉做轻揉法数遍,点按膻中、中脘、支沟、内关、阳陵泉、足三里各30秒。患者俯卧位,双掌在背部做下行推法或分推及多指分推各数遍,双掌在背部揉法3分钟,拨背部骶脊肌1分钟,掌根按背部俞穴数遍,双拇指按肝俞、胆俞、脾俞、胃俞各30秒,空拳轻叩背部1分钟。患者坐位,拿肩部数遍,双拳轻叩肩部1分钟结束治疗。

治则:行气通络,开胸化郁,疏肝和胃。

临床疗效:疗效标准:痊愈:情绪好转,其他体征消失。好转:情绪仍不舒,其他体征消失。无效:情绪无好转,其他体征依旧。

本组 36 例,痊愈 23 例,好转 9 例,无效 4 例。

说明:本法行气通络,开胸化郁,疏肝和胃,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(5):13

第七节 其他疾病

强直性脊椎炎

本病多发于男性,在某些家族中有遗传倾向。本病病理表现为椎间隙因软骨增殖而桥接,以后外层纤维环进行软骨内化骨,骶髂关节也同样在骨突关节处骨化。其部位无血管供应的软骨代替老软骨,以后逐渐通过关节形成软骨,骨化后强直。病变除波及骨质外,炎症也常发生在棘间韧带及附近的软组织。关节滑膜表现为绒毛性增生。血管翳形成进入关节间韧带以及软骨下组织,关节内出血,血管纤维性肥厚较之类风湿性关节炎更为严重。早期病人有反复发作的腰痛,腰骶部不适,并有间歇性或两侧交替出现的坐骨神经痛,下肢或腰部运动不灵便,或有僵直感,男子红细胞血沉率显著加块,因此应密切注意患者的病理改变,治以补肝肾,活血通络,祛风散寒,清热利湿之法。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:先用中药(伸筋草、透骨草、川乌、草乌、乳香、细辛、制马钱子、樟脑各 90 克,粉碎成末,米醋拌湿)装入布袋,直接放在脊柱及骶髂关节部,用热水袋或电热袋加热,热敷 40 分钟~1 小时,日 1~2 次,3 个月为 1 疗程。

热敷后用手法:患者俯卧,上胸部及其两髂前上分别垫 2~3 个枕头,使前胸及腹部悬空,两手臂屈肘置于头前。医者立于旁,在患者胸腰背部沿脊柱及两侧至骶髂关节,用揉法和滚法上下往

返治疗,同时用手掌或双手重叠在一起在背部沿脊柱按压至骶髂关节及臀部,按压时要配合患者呼吸,呼气时向下按压,吸气时放松。随后一手按压臀部,另一手分别扳左右大腿中下段用力向上扳,每侧5~8次。患者仰卧,用揉法和滚法治疗髋关节前部及大腿前内侧肌肉,使髋关节屈曲、伸展、内收、外展、内旋、外旋被动活动,松解髋关节周围软组织粘连。

治则:益肾通督,温阳散寒,除湿止痹。

临床疗效:诊断标准:参照全国高等医药院校教材《外科学》的诊断标准。疗效标准:痊愈:主要症状、体征消失,功能恢复,能胜任日常工作;实验室检查 ESR、抗“O”恢复正常,HLA - B27 转阴。显效:主要症状、体征基本消失,功能基本恢复,能胜任轻体力工作;实验室检查 ESR、抗“O”恢复正常,HLA - B27 87% 转阴。好转:脊柱及骶髂关节疼痛比治疗前明显减轻,功能有所恢复,实验室检查 ESR、抗“O”恢复正常,HLA - B27 35% 转阴。无效:经治疗症状及体征无明显变化,实验室检查无明显改善。本组 120 例,痊愈 53 例,显效 41 例,好转 19 例,无效 7 例,总有效率 94.2%。

说明:本方温经通络、活血祛风、散寒止痛,合用手法,疗效满意。

参考文献:中医正骨, 2000;12(6): 33~34

第二章 儿科疾病

第一节 呼吸系统

小儿感冒

小儿感冒多因六淫之邪和时行病毒侵袭人体或脏腑功能失调所致,临床多以恶寒发热,鼻塞,流涕,咳嗽、头痛或头目眩晕,肢体困倦,呕吐泄痢,口黏苔腻等病症。多以解表、发汗,消暑避秽,化湿解毒等法治疗。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:随机分两组。本组466例,取百会、内劳宫、涌泉、神阙、脊、足三里等。按揉百会,用拇指蘸少许玉屏风膏(黄芪400克,白术200克,防

第二章 儿科疾病

风 100 克,共研细末,加 75% 酒精浸泡 24 小时,再加入适量凡士林,用微火加热,至色变微黄,过滤,冷却备用)按摩,轻手法,2 分钟;按摩手足心,左手、左足按顺时针方向操作,右手、右足按逆时针操作,约 2 分钟;用捏脊法在脊柱操作 3 遍;按揉足三里,用拇指蘸少许飞屏风膏,在两侧穴位操作 2 分钟。日 2 次,15 次为 1 疗程,疗程间隔 3 d。对照组 431 例,不做治疗。

治则:解表散寒,健脾益气。

临床疗效:用 4 个疗程,两组感冒人次分别为 78、143 次($P < 0.005$)。

参考文献:新中医,1999;31(4):25~26

按摩处方(二)

取穴及操作方法:仅以发热为主要症状者,推拿平肝、清肺、天河水,每穴 10~15 分钟,每日 1 次。同时有鼻塞头痛者加阳池。伴消化功能紊乱或轻度腹泻者加入八卦、清胃,每穴 10~15 分钟。寒热往来,神萎体倦者加分阴阳。发热 39.5°C 以上者去天河水,加六腑,推拿时间延长至半小时。

治则:清肺泻热,解表消炎。

临床疗效:120 例,结果:推拿 1~2 次痊愈者 74 例,3 次痊愈者 26 例,4 次痊愈者 15 例,无效 5 例,治愈率达 96%。

参考文献:山东中医药,1960;(6):69

小儿支气管炎

小儿支气管炎是儿科的一种常见病,多继发于上呼吸道感染之后,本病一年四季皆可发病,但以冬春季节为常见。可分为急性支气管炎、慢性支气管炎和喘息性支气管炎三种。中医学属于“咳嗽”的范畴,病因病机是外邪侵袭或脏腑内伤,引起肺失宣降,气机不畅而发病。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:推拿:补脾土、清肺经、补肾水,推三关,退六腑;按天突、推膻中,揉乳旁、鼻根,擦胸背,分推肩胛骨;按揉肺俞、肾俞、脾俞、捏脊。日1次,连续治疗。

治则:清肺益气,健脾除湿。

辅助治疗:中药:痰多者服祛痰灵口服液;痰少咳重服急支糖浆。

临床疗效:治疗320例全部有效。

说明:综合方法治疗本病优于单纯药物治疗。

参考文献:中国中医药科技,1999;6(2):76

小儿哮喘

小儿哮喘又称小儿哮证,是小儿时期常见的一种病证。以发作性哮鸣、气喘,伴有咳嗽及痰声为特征。哮喘属于过敏性疾病,其病因为吸入异常之物,或感染邪毒,以及气候、运动、精神、饮食和药物等多种因素引起的变态反应,导致支气管痉挛而致哮喘发作。中医学认为本病与遗传及后天失养、反复外感有关,导致肺脾肾三脏气之不足而发病。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:发作期:逆运八卦、清肺平肝、分推膻中、揉肺俞、按弦走搓摩;寒哮加揉外劳,热哮加退六腑。缓解期:清补脾、揉二马、补肺。日1次,每次30分钟,3次为1疗程。

治则:清肝补脾,益气宣肺。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状消失,肺部听诊无哮鸣音。好转:喘憋症状减轻,活动后稍有加重。无效:症状无好转。本组16例,痊愈13例,好转2例,无效1例,总有效率93.75%。

第二章 儿科疾病

参考文献:中医外治杂志,2000;9(5):15

按摩处方(二)

取穴及操作方法:用白芥子、延胡各30克,甘遂、细辛各15克,共研细末,加鲜姜汁调匀,做成药饼6只。临用时在药饼中心点加丁桂散0.3克,贴百劳、肺俞、膏肓。于三伏天,每伏贴1次每次各两穴,约经2小时,见皮肤红而无水泡即可除去。1975年后加用直流感应电疗机点送离子透入,20~30分钟。3年为一疗程。

治则:燥湿化痰,宣肺平喘。

临床疗效:结果显效率:1975年前组43.92%,1975年后组48.45%;有效率:1975年前组87.16%,1975年后组89.69%。少数治疗前后曾做嗜酸细胞绝对计数,治后明显下降;淋巴母细胞转移试验,在显效组中,治前偏低,治后基本恢复正常($P < 0.01$)。

参考文献:上海中医药杂志,1981;(6):26

小儿肺炎

小儿肺炎包括大叶性肺炎、支气管肺炎、间质性肺炎、毛细支气管炎肺炎等。病原体为肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌、腺病毒、合胞病毒、支原体、真菌等。一般以发热、咳嗽、上呼吸道症状为主,甚则喘憋、呼吸困难、唇周发绀、胸痛、痰中血丝等临床表现。

中医属“肺热喘嗽”、“风温闭肺”、“马脾风”等范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:分阴阳、八卦,推肺经、小天心、膻中、风池,勾点天突、定喘,揉大椎穴旁开半寸处、肺俞、肩井。依病情和体质采用推、按、揉、点、拿;总时间约10~15分钟;穴位随证加减。

治则:清热宣肺,化痰平喘。

临床疗效:治疗56例,效果良好。

参考文献:山东医药,1980:1:封底

按摩处方(二)

取穴及操作方法:高热者用天河水、六腑、平肝、清肺。肺炎发热不高者去六腑、天河水。痰多者加入运八卦、分阴阳;烦躁不安者酌用捣小天心,或揉外劳宫。一般每穴推拿15~20分钟,每一患者推拿治疗1次当在1小时以上,否则达不到疗效。

治则:平肝清肺,化痰止咳。

临床疗效:本法经大量临床应用证实,效果较好。

参考文献:山东中医药,1960:(6):87

第二节 消化系统

小儿腹泻

小儿腹泻是由不同病因引起的消化道综合征。如喂养不当、肠道外或肠道内感染、气候因素等。包括急性腹泻、慢性腹泻、迁延性腹泻等。一般多见于3岁以下小儿。表现为大便稀薄,次数增加,每日数次至10余次。大便呈水样或夹有不消化食物及少量粘液。重型腹泻则大便每日数十次至30~40次。常伴呕吐、发热及明显脱水症状。

中医属“泄泻”、“下痢”等范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:直推脾土1000次、推上三关100次、运内卦100次,以益气和血、健脾和胃;推后溪50次,利小便而实大便;推鸠尾到神阙,天枢两旁向下直推,顺逆揉运全腹共10分钟,以调和脾胃、消食除胀;按摩鞋带穴、涌泉穴、足三里各30次,以和胃降

第二章 儿科疾病

逆、健脾柔肝、止呕导滞。寒泻者推上三关次数加倍,手掌擦热按脐3~5次;热泻者加提拿肩井穴10次,上推天河水100~200次;伤食泻者加虎口推出大肠50~100次,从鸠尾直推中极5分钟;脾虚泻者加大补脾土300~500次,揉长强穴50次。

治则:益气和胃,健脾除湿,导滞止泻。

临床疗效:本组99例与西药组91例疗效对比,痊愈92例(94.95%);好转5例(5.05%)。西药组;痊愈72例(76.60%);好转21例(22.34%);无效1例(1.00%)。

参考文献:上海中医杂志,1982;(1):22

小儿泄泻

泄泻,指大便增多,粪便稀薄,甚至泻出如水。古人所谓:“泄者如水泄也,势犹舒缓;泻者,势似直下,泻下较为猛,二者微有不同,但其病则一。故总名之为泄泻。”

泄泻的病因概而言之有外感寒、湿、暑、热等淫邪所致中阳被遏,脾失健运而成。或因饮食所伤,脾胃不和,大肠传导变化失司;或因肝气犯脾;或因脾虚,肾阳不足命门火衰等病变,均可造成泄泻。

现代医学中由胃、肠、肝、胆、胰腺等器官功能性器质性引起的某些病变,如急、慢性肠炎、肠结核、慢性非特异性结肠炎等引起的腹泄皆属此范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:穴位:脾上、大肠穴。术者用拇指侧面在选定的穴位上轻快柔和的直线推动。先推脾上穴600次,再推大肠穴300次,若外感发热烦躁再推天河水穴400次,并轻拿双侧风池穴。每日施手法1次。

治则:健脾和胃,除湿导滞。

辅助治疗:同时予藿香、桂枝、苦参、神曲、茯苓、白术、槟榔各9克,随症加减,日1剂水煎分4~5次温服。

临床疗效:本组50例,均经1次治疗后泄泻减少,2日痊愈。

注意事项:期间减少喂奶,禁食蛋品、鱼类、油腻及生冷食物。

参考文献:陕西中医,1999;20(7):319

按摩处方(二)

取穴及操作方法:(1)捏脊:患儿俯卧,裸露脊背,术者先用手掌按摩背部2~3遍,然后两手半握拳,沿脊柱两侧以屈曲之食指第二节抵推背部皮肤,拇指在食指上方捏起脊旁肌肤,由下而上随推、随捏、随放,共捏3~5遍,先轻后重,最后1~2遍可循脊柱两旁肾俞、胃俞、脾俞、大杼等部位稍用力捏提2~3次。

(2)穴位按摩:一般以拇、食指指腹旋转按揉尾尖、脾俞、足三里、止泻等穴。

(3)每日1次,3次为1疗程。

治则:通督益肾,调理脏腑,健脾止泻。

加减应用:腹泻时间较久加肾俞、天枢;呕吐加中脘、内关并分推膻中,或点刺四缝;腹胀加天枢、胃俞、关元;发热选加合谷、曲池、太阳;烦躁选加内关、涌泉、百会、心俞。

临床疗效:治疗40例中,痊愈29例,有效9例,无效2例。

参考文献:王子龄,中级医刊,1984;(6):49

按摩处方(三)

取穴及操作方法:1. 揉脐腹:小儿仰睡,术者右手4指并拢,中指按在患儿脐中,其余3指均匀地接触腹部,作逆时针方向均匀地按摩300次。

2. 推上七节:小儿俯睡,术者以右手拇指从尾骶骨处沿脊柱自下而下推300次。

3. 揉长强穴:小儿俯睡,术者以右手拇指紧贴长强穴作环行

揉200次。

4. 揉足三里穴:术者用右手拇指重揉小儿足三里穴(双侧)各150次。以上手法每日1剂。

治则:健脾温肠,化湿止泻。

临床疗效:治疗25例,结果:治愈24例,无效1例。

参考文献:蔡金伟,黑龙江中医药,1985:(3):39~40

按摩处方(四)

取穴及操作手法:顺运八卦、补脾土、补大肠、清小肠、运土入水、推上承山、推上七节骨、揉龟尾。伤食加清胃、逆揉巨阙,分推腹阴阳。呕吐加板门;湿热将补大肠改为清补大肠,湿热较重配退下六腑;风寒加揉外劳宫、一窝风;脾胃虚寒加揉神阙,推上三关;脾虚加揉足三里、中脘。

治则:健脾清肠,和胃止泻。

临床疗效:本组228例,结果:治愈210例,占92.1%;好转16例,占2.02%;无效2例,占0.88%;总有效率为99.12%。

参考文献:张俊庭等,当代针灸临床屡验奇术,1995:(6):314

按摩处方(五)

取穴及操作方法:属消化不良者推脾经5分钟,推大肠经5分钟,摩神阙500次,揉龟尾500次,捏脊3~9次;属肠炎者,在上法治疗的同时,辅以TDP照射腹部30分钟;属菌痢者,在推拿加TDP照射的同时,辅以快速点刺合谷、天枢、足三里,中等量刺激,以不出血为度。

治则:健脾清肠,温中止泻,杀菌消炎。

临床疗效:结果;本组292例,用2~10次,治愈率为100%。

参考文献:针灸临床杂志,1999;15(5):18~19

按摩处方(六)

取穴及操作方法:施术部位为患儿左右两手五指尖端罗纹处,

大指到小指分别对应脾、肝、心、肺、肾五经。用左手拇、食二指执所推之手掌,以右手拇、食二指拿住所推指端,以拇指螺纹面在患儿五指尖端螺纹处自大指至小指逐一顺时针方向捏压旋推50次。然后再用右手拇、食二指置各指根内外侧作牵拉引伸20次。反复2遍,日2~3次。

治则:通经活络,调整阴阳。

临床疗效:诊断标准:符合1994年国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》诊断标准。疗效标准:治愈:大便成形,每日1~2次,症状消失。好转:大便次数及水份减少,每日不超过3次,症状改善。无效:大便次数及水份无改善,或症状加重。本组50例,用5日,均治愈。

说明:本法通经活络,运行气血,调整阴阳,恢复功能,疗效满意。

参考文献:中国中医药信息杂志,2000;7(7):78

按摩处方(七)

取穴及操作方法:1. 掌擦十三节(尾骨至第11胸椎),以皮肤温热或红润为度;

2. 拇指腹顺推足脾土的隐白至公孙,以微痛感为度;

3. 拇指腹顺推手大肠的商阳至合谷,以舒适感为度。均反复100~300次。脾胃虚寒者,加顺推足胃腑的冲阳至厉兑,以微痛为宜;脾肾阳虚者,加拇指腹顺推足肾水的涌泉至太溪;尿少者,加拇指腹逆推手小肠经的腕骨至少泽。以舒适感为度,均反复100~200次。轻者治疗单侧,重症双侧。脱水重者可补液。每日1次,5次为1疗程,疗程间隔2日。

治则:健脾和胃,温阳止泻。

临床疗效:痊愈58例,显效7例,好转5例,无效2例。总有效率为97.2%。

参考文献:刘钢,山东中医杂志,1990;9(3):25

第二章 儿科疾病

按摩处方(八)

取穴及操作方法:先搓热手掌,掌揉中腹部,以中脘为中心,顺时针按摩 200 - 300 次,揉得发热后再推三关(从手腕横纹靠大拇指的横纹头向上直达肘弯部,推三关相当于体针少商、列缺、尺泽三穴),用食指、中指两指端,取滑石粉少许直接平推,每分钟 100 次,2 次为 1 疗程。

治则:和胃止泻。

临床疗效:本组 21 例,用 1 个疗程,痊愈 9 例,有效 6 例,显效 5 例,无效 1 例,总有效率 98%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):39。

按摩处方(九)

取穴及操作方法:1. 基本手法:补脾经 500 次,揉百会 100 次,揉脐 3 分,摩腹 3 分,揉龟尾 300 次,推上七节骨 300 次,捏脊 3 遍。再配以口服补液盐,纠正或防止出现脱水之症。

2. 脾虚寒湿型加揉外劳、揉板门各 200 次,以散寒温中。

3. 脾虚湿型加清大肠、清小肠各 300 次,以清利湿热。以上方法每日 1 次。

治则:健脾益气,升清止泻,散寒除湿。

临床疗效:本组患儿 42 例全部治愈。其中 10 例推拿 1 次治愈,5 例推拿 2 次治愈,26 例推拿 3 ~ 6 次治愈,1 例推拿 7 次治愈。总有效率 100%。

参考文献:张俊庭等,当代针灸临床屡验奇术,1995:(6):311

先天性巨结肠

先天性巨结肠症是婴儿常见的消化道畸形疾病之一,是由于受累肠远端结肠壁肌间神经细胞缺如,使肠管产生痉挛性收缩、变

窄、丧失蠕动能力,近端肠段扩张,继发性代偿扩张肥厚。临床表现为顽固性腹胀、便秘,或见腹泻,甚至出现部分或完全性肠梗阻的症状。

中医属“腹胀”、“便秘”、“锁肚”等范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:医者坐在患儿右侧,在右手按腹部某一穴位,或按住两三个穴位,向左旋转为补,向右旋转为泻,往返推按为调。

第一式:患儿仰卧,医者用左食、中二指按于巨阙穴,继用右中指点按阑门(水分、下脘之间)穴、水分穴、建里穴。均用调泻法。

第二式:左手大指按住右侧关门穴,食、中二指按住左侧梁门穴不动;右手中指点按气海穴。用调泻法。然后用右手作半握拳状,按住病儿右下腹(约在气海穴旁开二寸处),缓缓推至腹中线,再自左下腹缓缓推至腹中线,最后,用右手背(半握拳状)缓缓向下推至关元穴。

第三式:左手食、中、无名三指按在腹部(以阑门穴为中心),大指按住腹部右侧带脉;同时,右手食、中、无名三指按住左侧带脉,大指按在腹部(以阑门穴为中心),此时,双手向腹中线方向合拢用力,两手用的力量要一致,所按部位,不可移动。约一分钟时间。

第四式:左手食指按左侧梁门穴,大指按右侧关门穴,不动;右手食、中、无名三指按左章门穴,用调法。

第五式:用双手食、中、无名三指自左章门部位向腹部线方向一手手横推,移推至左小腹止(途径路线基本上向沿降结肠部)。如此一二次。

第六式:左手大指按住巨阙穴不动;右手中指按左侧梁门穴,大指按右侧关门穴,同时点按,用调泻法。

第七式:左手无名指、中指、食指各按住天突穴、璇玑穴、华盖

第二章 儿科疾病

穴不动;右手食、中二指点按巨阙穴。用调泻法。

第八式:左手食指按左侧梁门穴;大指按右侧关门穴不动;右手大指点按右天枢穴;食、中二指点按左天枢穴。用泻法。

第九式:左手捏住建里、阑门部位,右手捏住气海、关元穴,双手同时上提一次。

以上诸穴施治完后,再点按阑门穴及气海穴,用调法,使中焦之气顺利下行。

第十式:患儿俯卧,按背部两侧膈俞、脾俞、胃俞、大肠俞、小肠俞,共约一分钟。

治则:调理脏腑,健脾通肠,益气导滞。

辨证特点:先天性巨结肠通常是在出生后的头几个月中,出现腹部胀满,有明显肠型,生后数月发现面黄、拒食,喂奶后呕吐,不能自行大便,需要定期灌肠或长期用开塞露。有的初生婴儿胎粪量极少或没有,甚至从口中排出胎粪。

治疗机理:先天性巨结肠的病因,从解剖学的角度来看,是由于某段结肠失去正常蠕动,使其处在一种持续收缩的状态,形成功能性狭窄而引起的。这与中医的脏腑功能失调,继而引起气机紊乱而致病的病机是一致的。我们采用按摩疗法治疗此症,是从整体观念出发,以调气为主,将脾、胃、大、小肠之气分调理顺,增强肠胃蠕动,从而使症状缓解。

临床疗效:我们运用按摩疗法对三例婴幼儿进行治疗,其中五岁男孩一例,女孩两例:一例五岁,一例四个半月,获得一定疗效。

说明施治中,要按以上顺序进行操作。每个穴位没有具体的治疗时间,整个施治时间也要因人而异。一般在25分钟左右。主要应以医者指下的感觉为准。

此种病症,患儿腹部胀满、坚硬。初按某穴时,医者指下会有胀、硬的感觉,施治几分钟后,医者指下即感患儿腹部柔和、通顺,与初按时有明显差异。这时,方可施治下一穴位。

一般情况下,每周治疗三次,十次为一疗程。一疗程结束后,连续做第二疗程。中间不间隔。

参考文献:聂淑章等,中医杂志,1981;22(8):44

按摩处方(二)

取穴及操作方法:(1)推按腹部巨阙、阑门、水分、建里、关门、梁门、气海、章门、天突、璇玑、华盖、天枢、关元等穴。

(2)每次25分钟左右,配合按摩背部两侧膈、脾、胃、大肠、小肠俞穴,共约1分钟。每周三次,10次为一疗程,可连作多个疗程。

治则:调理脏腑,健脾通肠。

临床疗效:3例患儿经此法治疗后,腹胀消失,可自行排便,面色红润,食欲、体重增加。

参考文献:聂淑章等,中医杂志,1981;22(8):44

儿童胃石症

胃结石症,是由于小儿在空腹情况下吞食大量黑枣或柿子,因所含果胶和鞣酸等与胃酸凝固沉淀而形成结块。临床多表现为食大量柿子或黑枣后半小时或半天,即感上腹不适,呈持续性轻度疼痛,进食后加重,伴恶心、呕吐,吐出清液或食物残渣,纳差,日渐消瘦、无力。检查时上腹部中部或偏左可触及活动的坚硬块,有轻度压痛,X线钡餐检查,胃内结块显示有充盈缺损,结块周围与胃壁之间也可被钡剂充盈。

中医属“积聚”范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:推拿穴位及手法,主穴包块局部推揉1分钟,摩腹400次,揉脐400次,摩胁肋1分钟,捏脊3-5遍,退六腑

第二章 儿科疾病

100 次。舌淡苔白补脾 200 次,舌苔厚腻泻胃 100 次。恶心呕吐明显者下推天柱 100 次,呃逆明显泻肝 100 次。日 2 次。

治则:和胃降逆,导滞排石。

临床疗效:本组 10 例,疗效满意。

注意事项:流质饮食,忌食生冷油腻、柿子、山楂及其它酸性食物。恶心呕吐者静脉补液及补充能量。

参考文献:中医研究,1999;12(2):46~47

小儿消化不良症

消化不良是指由非感染性及饮食因素引起的胃肠疾患。表现为大便每日 5~6 次,多至 10 余次,蛋花样或水样,黄或黄绿,有白色小块,大便酸臭,不思乳食,腹满胀痛。可有低热、溢奶、精神饮食尚可或略减,体重不增或略降,无脱水。

中医属“积滞”、“泄泻”范畴,其主要病理特点是食滞中脘,气滞不行等。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者平卧,以运全腹,推脾土、大肠、龟尾、按揉双足三里,推揉各穴 5 分钟,继用艾条灸全腹。日一次。连续三次为一个疗程。对照组:次碳酸铋,小儿止泻散。

治则:健脾导滞,温阳益气。

临床疗效:治疗组 300 例中显效 208 例,有效 73 例,无效 19 例,总有效率 93.7%。对照组 150 中显效 68 例,有效 39 例,无效 43 例,总有效率 71.4%。经统计学处理二组有显著性差异。

参考文献:陕西中医学院学报,1999;22(1):12

按摩处方(二)

取穴及操作方法:推拿取逆运内八卦,补脾土,补大肠,补肾

水,推上七节骨,揉龟尾各200~300次。

治则:宽胸利膈,开胃消食。

辅助治疗:针刺取长强、四缝(双),常规消毒后,用28号1寸毫针,点刺四缝穴,挤出少量淋巴液或血液;取30号1.5寸毫针,针刺长强穴,针尖紧靠尾骨前面斜刺0.8~1寸,得气后即可出针。日1次,3次为1疗程。

临床疗效:疗效标准:痊愈:便次、便质正常。好转:大便基本成形,便次较前明显减少。无效:治疗前后便次,便质均无明显改变。本组56例,用1~3次,治愈51例,好转4例,无效1例,总有效率98.11%。

说明:两法合用,宽胸利膈、开胃消食、理气降逆,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):61

小儿厌食症

厌食是指较长时间的食欲减退或消失的病症。是由于饮食不规律,致使消化系统植物神经功能紊乱的一组综合征。因饮食失调使食物中枢由兴奋转为抑制,胃肠功能疲劳,植物神经调节紊乱,肠管蠕动与消化液分泌失调,各种酶分泌减少,小肠吸收功能下降。临床一般状态较好,或有神疲体瘦,绕脐腹痛,手足心热,大便正常,或质粗不化,或秘结。

中医属“恶食”、“厌食”范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:分阴阳(阴重)、逆运内八卦、清天河水、清脾、清胃各200次,平肝、清大肠、清小肠、揉板门各100次,揉中脘、摩腹、按揉足三里各150次

治则:平衡阴阳,健脾导滞。

辅助治疗:配以三棱针点刺四横纹、脾俞、胃俞,溢出淡黄色的

液体,并用拇食指挤捏至出鲜血为止。随症加减。

临床疗效:本组 58 例,经 15 次治疗,痊愈 39 例,显效 16 例,无效 2 例,总有效率 96.55%。

说明:推拿配合点刺放血治疗本病疗效颇佳。

参考文献:吉林中医药,1999;19(3):44

按摩处方(二)

取穴及操作方法:手法为清补脾胃,揉板门、推四横纹、揉中脘、摩腹、揉天枢、捏脊、按揉足三里等。

治则:健脾和胃,通腑导滞。

临床疗效:本组 64 例,显效 34 例,好转 26 例,无效 4 例,总有效率 93.7%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):40

按摩处方(三)

取穴及操作方法:用双手中指、无名指的小指握成半拳状,食指半屈,拇指伸直对食指前半段,后顶住病儿皮肤,拇、食指前移,捏拿皮肉,自尾椎两旁双手交替向前,推动至大椎两旁,为捏脊 1 遍。每次 6 遍,约 3~5 分钟,在推捏第 5、6 遍时,以拇指在腰部用隐力将肌肉提起,每次约提 4~5 下,再以两拇指从命门向肾俞左右推压 2~3 下。捏脊前后半小时内禁食,治疗期间不食不消化食品。

治则:疏通经络、调整阴阳。

临床疗效:**诊断标准:**参照国家中医药管理局发布的《中医病症诊断标准》。**疗效标准:**显效:食欲显著增强,食量增加,体重增加 0.5 千克以上,血红蛋白正常,其它临床症状消失。有效:食欲好转,食量略增,体重增加不足 0.5 千克,血红蛋白比正常值稍低或正常,伴随症状消失或改善。无效:食欲、食量未见改善,体重不增加,血红蛋白未升高。显效 17 例,有效 15 例,无效 1 例,总有效

率96.9%。

说明:本法疏通经络、调整阴阳,疗效显著优于小儿健脾糖浆。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):7

按摩处方(四)

取穴及操作方法:先捏脊5~10遍(依年龄而定,年幼少,年长多),每次均从长强穴开始,捏起皮肤,按推-捏-捻-提-放的先后顺序自下而上捏至大椎穴,重提脾俞、胃俞、肝俞,以脊柱两侧皮肤潮红、微汗出为度,再摩腹150次,先逆时针摩50次,继而顺时针摩100次,日1次,10次为1疗程。对照组50例,用多酶片1~2片(<2岁1片,>2岁2片)及复合维生素片1片,日3次口服,连用10日为1疗程。两组均治疗2个疗程。

治则:健脾和胃,调理气血。

辨证特点:以厌食为主症,伴面色少华,易于出汗,易罹外感,有喂养不当史。

临床疗效:诊断标准:参照《中医儿科学》(汪受传主编,北京人民卫生出版社,1998年)。疗效标准:治愈:食欲显著提高,食量增加。好转:食欲好转,食量略增。未愈:食欲及食量未见改善。两组分别治愈43、6例,好转9、20例,未愈0、24例,总有效率100%、52%($P<0.01$)。

说明:本法调阴阳,理气血,疗效满意。

参考文献:广西中医药,2000;23(4):15~16

按摩处方(五)

取穴及操作方法:理脊:患儿俯卧,用右手食、中、无名指分开,中指按大椎穴。食指和无名指分开各按脊柱旁开1.5寸的两行俞穴,向下擦至尾骨穴,连擦3遍,然后用拇指桡侧顶住皮肤,食、中指捏住皮肤肌肉向上捏至大椎穴,连捏3遍,第4遍开始捏两下,向左右上方提一下,捏到平肩胛骨外膏肓穴位置,连做5~6遍,最

第二章 儿科疾病

后从命门推至肾俞穴,反复 10~20 遍,日 1 次。并顺运八卦穴 2 分钟,清胃 2 分钟,补脾 2 分钟,刮四缝半分钟,运揉巨阙 2 分钟,揉中脘 1~2 分钟,分腹阴阳 1 分钟,揉足三里 2 分钟。小儿腹胀腹痛,揉神阙 2 分钟,推四横纹 1 分钟;恶心呕吐,揉板门穴 1 分钟,推下天柱骨穴 1 分钟;便秘,推下七节骨 1 分钟,逆揉尾骨穴 1 分钟;大便次数多,夹有不消化食物,推补大肠 1 分钟,顺揉神阙 1 分钟,上推七节骨 1 分钟,顺揉长强 1 分钟。推拿介质为滑石粉。

治则:健脾益胃,补气导滞。

临床疗效:本组 232 例,治愈 156 例,显效 40 例,有效 27 例,无效 9 例,总有效率 96.08%。

说明:本法可促进机体新陈代谢,增强免疫功能,提高机体抗病能力,使脾胃健旺,正气康复,疗效满意。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(4): 56~57

按摩处方(六)

取穴及操作方法:本组 82 例,常规手法,补脾经 100~300 次,揉中脘 100~200 次,摩腹 5 分钟,捏脊 3~5 遍,按揉足三里 50~100 次。对症手法:脾运失健型加揉板门 100~300 次,运内八卦 100~300 次;脾胃气虚型加揉外劳 100~300 次,推三关 100~300 次;胃阴不足型加清肝经 100~200 次,补肾经 100~300 次。均日 1 次,7 次为 1 疗程,用 2 个疗程。对照组 40 例,用中成药健儿口服液,1 岁以下 5 毫升、1~3 岁 3 次 8 毫升、5 岁以上 10 毫升,均日 3 次口服,连用 2 周。

治则:调理脾胃,消食和中。

辨证特点:诊断标准:以厌食为主症,无主动进食欲望,食量较同龄健康儿童明显减少;厌食病程在 2 个月以上;排除肝炎、慢性肠炎、菌痢、结核等其它慢性疾病。

临床疗效:疗效标准:痊愈:食欲恢复正常,面色转红润,睡眠安宁,大便正常,体重增加。显效:食欲明显增进,偶有挑食现象。

有效:食欲有所增加,其它症状减轻,时有大便不调。无效:经治2疗程,食欲无增加,全身症状无改善。两组分别痊愈59、21例,显效9、4例,有效9、6例,无效5、9例,总有效率93.9%、77.5% ($P < 0.01$)。

说明:推拿法可调理脾胃,消食和中,疗效满意。

参考文献:江苏中医,2000;21(8):37

按摩处方(七)

取穴及操作方法:主穴取开脏腑、四横纹;实热型配清脾胃,平肝清肺,清天河水;虚寒型配补脾、清天河水;咳嗽配四横纹、小横纹、平肝清肺、肺俞;腹痛及大便溏薄者配一窝风,拿肛角;日推1次,10日为1疗程。

治则:调理脏腑,健脾和胃。

临床疗效:疗效标准:显效:治疗后,纳食明显增加,且不挑食,体重逐渐增加。有效:治疗后,进食量增加,但有时仍有挑食现象。无效:治疗后病情无变化。本组120例,用1~2个疗程,显效99例,有效18例,无效3例。

参考文献:山东中医杂志,2000;19(7):402

小儿营养不良

营养不良是一种慢性营养缺乏症,又称蛋白质、热量不足性营养不良。由于喂养不当或患某些疾病引起蛋白质或热量不足,使体重下降,皮下脂肪减少,表现渐进性消瘦,水肿,严重者伴有各器官的功能低下。

中医属“疳症”范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:1. 一般顺序:

(1) 患儿扶抱。医生用左手拿住患儿的手,用右拇指蘸姜汁,侧推脾土穴,推 300 次左右。

(2) 推揉板门穴,推 200 次左右。

(3) 用拇指掐四横纹穴。该穴位于食指、中指、无名指、小指第一指间关节掌面横纹处,每穴各插 4~5 次,压掐后配合揉法 100~200 次。

(4) 推三关穴。一直推到皮肤发红为度。

(5) 患儿平卧或扶抱,暴露腹部。用指端或掌根按揉中脘 5 分钟。

(6) 在脐旁 2 寸处,用拇指端揉天枢穴 2 分钟,两手拇指可同时进行。

(7) 小儿俯卧,暴露背和腰骶部。在脊柱两侧先用拇指或掌根摩揉数遍,使肌肉放松。然后进行捏脊,即用两手的大拇指及食指捏起皮下组织,从骶部开始向上推动,一直捏到大椎处。一般捏 3~5 遍,再轻轻按揉放松而结束。

(8) 最后用拇指端掐或揉足三里穴 2 分钟。

2. 辨证应用:

(1) 如有食欲不振,腹胀等症状,应多揉板门和中脘穴,多摩腹。

(2) 如小儿体质虚弱,应用推脾土和三关穴,多掐四横纹穴,多捏脊。必要时四横纹可以用针刺,挤出黄色液体。

(3) 如有发热、咳嗽,应多推天河水、肺俞、大椎等穴。烦躁不安可揉小天心穴。

推拿治疗营养不良,疗效较慢,治疗时间较长,一般在半个月以后才能收效。如因喂养不当,消化功能紊乱引起的,则疗效较快,治疗数次,可见小儿精神好转,食欲正常,如果是病期长,已成三度营养不良,则治疗时间更长,效果也差些。但实践证明,不管是什么原因引起的营养不良,推拿几次后,一般均能很快增加患儿

的食欲,经过一段时间推拿后,可见面色渐渐红润,以后体重可逐渐增加而恢复健康。

治则:健脾助运,益气强身。

临床疗效:本法疗效较好。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982:(7):423~425

小儿疳症

祖国医学认为疳积的致病原因虽多,但最主要的原因是喂养不当,饮食失节(如新生儿断奶过早、杂食乱投、过食生冷坚硬之物)以及虫积日久等原因致使脾胃损伤;也有由于哺乳不够、营养不足,或热病、久病之后而致脾胃虚弱。此外,早产婴儿由于脏气未充,脾胃功能不强,也常易发病。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:清补脾经,揉板门,推四横纹,揉中脘,摩腹,揉天枢,按揉足三里,捏脊。清补脾经,患儿仰卧,术者用拇指罗纹面旋推患儿拇指末节罗纹面50次,再从患儿拇指桡侧缘由指尖向指根方向直推50次。揉板门,术者用拇指罗纹面旋揉患儿掌大鱼际平面50次,称揉板门。推四横纹,将患儿掌面食、中、无名、小指并拢,在四指第一指间关节处从食指横纹处推向小指横纹处100次。揉中脘,术者用食、中二指端按揉患儿肚脐正中直上4寸处100次。摩腹,术者用掌指顺、逆时针各摩患儿腹部50次。揉天枢,用食、中指端分别按揉患儿脐旁2寸天枢穴50次。揉足三里,用拇指端按揉患儿侧膝下3寸,颈骨旁开1寸处50次。嘱患儿俯卧,术者先在脊背部轻轻揉2~3遍,使肌肉放松,再以双手拇指指腹自大椎穴(第7颈椎棘突下凹陷处)起自上而下直推至长强穴(尾骨尖下0.5寸)2~3遍。最后用捏脊法,用两手拇指与食指、中指二指自长强穴起将皮下脂肪捏起,交替向上直推至大椎穴,在

第二章 儿科疾病

推捏2~3遍时,每捏3下用力将背脊皮提起1下。5次为1疗程,用2~5个疗程,疗程间隔3~5日。

治则:健脾和胃,消食导滞。

临床疗效:诊断标准:参照《中医病证诊断疗效标准》(国家中医药管理局,南京大学出版社,1994年),辨证属疳气类。疗效标准:参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》。治愈:体重增加,接近正常健康小儿体重,各种症状消失。实验室检查指标恢复正常。好转:体重有所增加,精神、食欲及其他症状改善。未愈:症状及体征均无变化。本组80例,治愈32例,好转38例,无效10例,总有效率87.5%。平均体重由治疗前的7.5千克增加到9千克。

说明:本法健脾和胃,消食导滞,疗效满意。

参考文献:广西中医药,2000;23(6):10

按摩处方(二)

取穴及操作方法:根据临床症状及分型,采用两种推法,同时进行。根据并发症状不同,可随症加减穴位。手法要做到轻而不浮,重而不滞,滑石粉做介质,单侧治疗即可。

(1)积滞伤脾型:每次补脾300次(向心推大拇指桡侧),清大肠300次(离心推食指桡侧),揉小天心(大小鱼际交界凹陷处)150次或掐点50次,揉肾顶(小指顶端)100次或掐捏50次,清心经(离心推中指正面)200次,摩腹揉脐5分钟,按揉足三里50次,每日治疗1次。

(2)脾虚积滞型:补脾800次,揉小天心500次,捏揉肾顶500次,摩腹揉脐5~10分钟,按揉足三里50次,捏脊10次(双手处下而上)。

治则:健脾导滞。

临床疗效:疗效判断标准:治愈:上述症状完全消失。好转:全身症状明显好转,大便稍溏,饮食时好时坏。无效:无明显变化。

治疗结果:153例治愈(73.2%),34例好转(24.2%),4例无效(占2.6%);3~5次治愈55例,5~15次治愈71例。除4例无效外,其余15次以上治愈或好转。

说明:便秘时加推下七节骨500次(从腰5到尾骨端)。腹泻时加推上七节骨500次(从尾骨端到腰5)。呕吐时加推天柱骨(1~7颈椎)300次。腹胀时加推揉天枢3~5分钟(脐旁2寸)。发热时加推天河水(向心推前臂正中至肘)300次。根据患儿年龄大小适当增减次数。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):217~218

小儿肠套叠

肠套叠以1岁以内婴儿最易发生,其发病率占婴儿肠梗阻的首位,是儿科的急腹症。本病因肠蠕动紊乱引起,常在腹泻后发病。根据其腹痛、呕吐、腹胀、大便异常的特征,当属中医“肠结”的范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:捻揉松解法:患儿仰卧,医者一手拇、食两指轻轻捏提硬节部位,作捻珠样原地旋转捻揉数次,至局部痉挛状态解除,套迭之肠管退出,硬结消失。摩揉疏导法:医者一手食中无名三指指腹置于患儿腹部,做逆时针方向旋转摩腹约100次;一拇指指腹轻揉右下腹约200次。

治则:松解痉挛,降气通肠。

临床疗效:本组12例,治疗时间小于3分钟,均治愈。

说明:本法疗效满意,但肠套叠后期不用本法。

参考文献:按摩与导引,1999:15(1):40~41

按摩处方(二)

取穴及操作方法:手法复位前半小时注射镇静解痉剂(复方氯丙嗪 1~2 毫克/千克、硫酸阿托品 0.01 毫克/千克),患儿安静后取半卧位,术者用右手于腹壁轻柔按摩肿物,以触知其套叠肿块大小、硬度,然后双手拇、食指交替缓慢、轻柔挤压套叠部,自远而近,用力持续、均匀,此法反复多次重复进行。在整复过程中,手法切忌粗暴、急于求成。对复位者,留院观察 4~6 小时,观察肿块消失情况、排气、排便情况等。

治则:复位通肠,缓解痉挛。

临床疗效:本组 22 例,治疗 15 分钟~1 小时 20 分钟而愈。

注意事项:手法整复的禁忌为:肿块张力大,有严重的肠梗阻症状;有腹膜刺激征及严重的酸中毒;一般情况差或年龄低于 6 个月者。

参考文献:中国中西医结合外科杂志, 2000;6(6): 429

按摩处方(三)

取穴:外劳宫,清脾胃,清大肠,摩腹(逆时针)。症状缓解后改用外劳宫,八卦,清补大肠,平肝。

操作及方法:摩腹,采用逆时针方向,由横结肠轻轻推向升结肠,周而复始有推摩,手法轻柔以患儿能接受为度,在肿块处可向下反复直推;揉外劳宫 30 分钟;清脾胃 10 分钟;清大肠 10 分钟。

治则:通腑开结,理气止疼。

辨证特点:凡肠套叠以阵发性腹痛,突然哭闹不止,面色苍白,翻滚冒汗。呕吐物为所进食物,继而呕吐胆汁。初有正常大便,继则出现黏液血便。右上腹可扪及腊肠样包块,右下腹空虚感等上述症状均可适用。

治疗机理:小儿脏腑娇嫩,肠胃脆弱,常因乳食不节,热邪郁闭,寒凝气滞等因素影响肠腑传导,或因腹泻、痢疾等消化道疾病

造成肠功能紊乱,肠蠕动异常而引发本病。一段肠管套入与其相连的肠管内,使肠腔梗阻不通故突然腹痛啼哭;肠管闭阻,胃肠之气上逆则呕吐;气滞于中升降失司,水谷糟粕停聚肠间则腹胀。根据“六腑以通为用”、“腑病以通为补”的原则,确立通腑开结、理气止疼为本病治疗大法。揉外劳宫配摩腹能开结止痛理气和中;清脾胃、清大肠有通腑开结理气止呕之功;清补大肠能调理肠功能,恢复正常肠蠕动;再配八卦、平肝,使脏腑上下气机调畅,清升浊降。诸穴配使用令腑气得通,胃气和降,通则不痛则诸证悉平。

临床疗效:本法在早期使用,疗效满意。

说明:婴幼儿肠套叠是儿科的急腹症,早诊断早治疗预后好,否则将危及小儿生命。推拿治疗本病属保守疗法,只宜在早期使用。在治疗中应密切观察病情变化,若套叠超过24小时,或出现完全梗阻时,不可用推拿治疗,应采取手术治疗。

参考文献:赵鉴秋,中医外治杂志,1997;6(6):24

婴幼儿便秘

婴幼儿便秘是指大便干燥或秘结不通,排便间隔时间比正常延长2~3天以上。可为习惯性便秘,也可因热病之后便秘。或伴有食欲不振。其主要病理特点是脾胃失和,气机失调。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:将大黄与枳实按2:1比例共研细末,每次用3克用醋调成饼状贴于脐部神阙穴,用胶布或纱布固定,每日1次;配合腹部按摩,日2次;同时改善婴幼儿饮食的内容和习惯,训练排便习惯。3日为1疗程。

治则:温肠通便。

临床疗效:本组42例,用1个疗程,显效18例,有效22例,无效2例,总有效率95.24%。

第二章 儿科疾病

参考文献:中医外治杂志, 1999:8(3): 47

按摩处方(二)

取穴及操作方法:摩腹:患儿仰卧位,医者用掌摩法于患儿的腹部,按顺时针方向进行治疗 5 分钟。

推天枢穴:医者用一指禅推法推天枢穴,两侧各 1~2 分钟。

推七节骨穴:患儿俯卧位,医者用指推法于患儿的七节骨穴处治疗,自该穴的顶端推向尾端,持续治疗 200 下左右。

揉龟尾穴:患儿俯卧位,医者用指揉法于患儿龟尾穴进行治疗,持续 100 下左右。

揉八髎穴:患儿俯卧位,医者用指揉法分别治疗患儿两侧的上髎穴、中髎穴、下髎穴,每个穴位处分别持续治疗数十下。

治则:健脾益气,温阳通便。

临床疗效:疗效标准:治愈:2 日内排便 1 次,便质转润,解时通畅,短时无复发。好转:3 日内排便,便质转润,解时欠畅。无效:症状无改善。本组 23 例,治愈 15 例,好转 6 例,无效 2 例。

参考文献:新疆中医药, 2001;19(1):35

第三节 泌尿系统

小儿遗尿

遗尿又称遗溺或尿床,是指 5 岁以上幼童不能自主控制排尿,经常入睡后小便自遗,醒后方觉的一种病证。5 岁以下小儿由于脏腑未坚,智力未全,对排尿的自控能力较差,排尿习惯尚未养成,较大儿童由于睡前多饮或精神激动或疲劳酣睡亦可偶然发生遗尿,这些都不属于病态。

中医属于“遗尿”、“遗溺”、“尿床”等范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:推拿:揉丹田、揉肾俞、柔龟尾、擦八髎、按揉三阴交;肺脾气虚者加按百会、补脾经、补肺经、揉外劳;肝经郁热者加清肝经、清小肠、退六腑。体针取百会、关元、气海、中极、三阴交;肺脾气虚者配足三里、太白;肝经郁热者配合谷、太冲。先推拿,后针刺。每个手法3分钟,然后针刺,不留针。刺关元、气海针感应扩散到阴部。隔日1次,10次为1疗程。

治则:补肾温阳,益气缩尿。

临床疗效:疗效标准:治愈:经治疗后未再遗尿。好转:遗尿次数减少,睡眠中能叫醒排尿。未愈:遗尿无变化。本组23例,用3个疗程,治愈14例,好转7例,无效2例,总有效率91.3%。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):51

按摩处方(二)

取穴及操作方法:取阴陵泉、三阴交、曲骨、关元、气海、神阙、遗尿穴、肾俞、膀胱俞、三焦俞、八髎等。坐位,医者用拇指蘸少许遗尿膏(生黄芪50克,人参、菟丝子、补骨脂、覆盆子、益智仁、金樱子、乌梅、芡实、硫黄各20克,桑螵蛸、煅牡蛎各30克,五味子15克,共为细末,浸泡75%乙醇中约24小时,再加入适量的凡士林,用微火加热,至色变微黄,不出现焦糊,然后过滤,冷却后备用),按揉百会,约2分钟。取仰卧位,医者取少许本品按揉关元、气海、曲骨、阴陵泉、三阴交、遗尿穴约10分钟,涂遗尿膏于腹部,用手掌逆时针摩腹,约100次。取俯卧位,涂遗尿膏于背部及腰骶部,按揉肾俞、膀胱俞、三焦俞约5分钟,直擦督脉,横擦腰骶部八髎穴,以透热度。每次操作30分钟,15次为1疗程,疗程间隔3日。

治则:补肾温阳,收敛缩尿。

辅助治疗:用艾条悬灸阴陵泉、三阴交、关元、气海、肾俞、膀胱

第二章 儿科疾病

俞,每穴灸1分钟,日2次,15日为1疗程,疗程间隔3日。

临床疗效:治疗148例,治愈115例,显效12例,好转16例,无效5例,总有效率97%。

参考文献:山东中医药大学学报,1999;23(2):127~128

按摩处方(三)

取穴及操作方法:捏脊:俯卧位,裸露患儿脊背,用双手拇指和食指捏起皮肤,从长强穴一直沿督脉向上提捏至大椎穴,反复5遍,最后一遍时,每捏推3下将两手之间的皮肤向后提一下,捏脊后再作按揉腰背3~5遍,日1次,10次为1疗程。

治则:补肾益气,固摄下焦,缩尿止遗。

辅助治疗:拔罐:用小号或中号火罐,以95%酒精点燃后,伸入罐内旋转后立即抽出,迅速将罐扣在肾俞穴上,留罐5~10分钟,隔日1次,5次为1疗程。

灸法:取关元、三阴交(双)穴,艾条温和灸各穴10分钟,至皮肤潮红为度,日1次,10次为1疗程。

临床疗效:疗效标准:治愈:治疗后未再遗尿。好转:遗尿次数减少,睡眠中能叫醒排尿。无效:遗尿无改善。本组32例,用3个疗程,治愈27例,好转3例,无效2例,总有效率93.7%。

说明:本法补益肾气,固摄下焦,固肾止遗,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):58

按摩处方(四)

取穴及操作方法:取肾穴(涌泉穴后0.5寸稍偏外处)、膀胱穴(足内侧然谷穴直下0.5寸再往后1寸)、输尿管穴(肾穴与膀胱穴连线中点)。左手握患儿足背,两手共同固定足及穴位,以右手大拇指指腹,由轻到重,按肾穴5分钟,再按输尿管穴,最后按膀胱穴,3穴按毕后,再由肾穴至输尿管穴至膀胱穴推按10余次。按完一足再按另足。

治则:补肾温阳,缩尿止遗。

临床疗效:结果痊愈92例(按摩1次28例、2次43例、3次21例),有效4例,无效2例,总有效率97.96%。

注意事项:本法需在半空腹时进行,进食前后1小时不宜按压。

参考文献:陈昶,湖南中医杂志,1989;5(6):43

按摩处方(五)

取穴及操作方法:患者先排空小便,取仰卧位,术者在右侧先用掌根或多指于脐下腹部作顺时针方向按揉5~10分钟,然后点按气海、关元、中极等穴。接着用拇指或中指在耻骨上缘(曲骨穴)往腹部滑压十数次(每次下压待腹肌松弛后进行),使下腹部有痠胀感为宜。令患者俯卧位,术者用按揉法在患者腰骶部揉按约5分钟,接着点按肾俞、膀胱俞、三阴交等穴,最后用擦法于腰骶部1~2分钟术毕,每天1次,6次为1疗程。

治则:补肾益气,缩尿止遗。

临床疗效:共治4例,经2~6次手法治疗而愈,随访几年未再遗尿。

说明:本治法是河南省郑州市盲人按摩诊所王修义大夫所创。

参考文献:伦洁明,广西中医药,1987;(3):26

按摩处方(六)

取穴及操作:(1)下元虚寒型,点中脘、揉丹田、气海、肾俞、三阴交、百会、四神聪、关元穴各36次,揉龟尾300次,点按龟尾穴36次,揉外劳、夜尿点、会阴、关元穴齐放法,捏脊各3次。

(2)脾肺气虚型,常规手法同上加揉中脘、足三里穴各100次,按神阙、运脾经、揉拨门,运土入水各36次,运腰髂、腹部、点髀关穴各3次。

(3)其它型,综合前二种手法,肝经湿热重加点中脘、足三里,

推坎宫。虫证加按足三里、百虫窝、血海各 100 次。

治则：补肾温阳，健脾宣肺。

临床疗效：按摩 1~4 次后痊愈 12 例，有效 33 例，无效 3 例。

参考文献：刘盛华，湖北中医杂志，1984：(3)：46

小儿腹股沟斜疝

腹股沟疝，男性小儿较为常见。当小儿哭闹、站立或用劲时，肿物在腹股沟或阴囊出现或增大，平卧后即逐渐缩小至完全消失，也可用手指轻轻由下向上推压肿物，协助其回纳入腹腔。由于不能即时还纳，小儿则表现腹痛、局部疼痛。

中医属“气疝”、“狐疝”等范畴。其病理特点是先天禀赋不足，发育不全，加之活动量大，内脏由腹股沟的内环突出至阴囊；或饮食不慎，寒暖失常，肝气郁结不疏，邪无出路，迫小肠坠入阴囊所致；或因其他疾病，导致中气虚衰，内脏下移继发而成。

按摩处方(一)

取穴及操作方法：补脾经，平肝经，揉二马，揉关元、揉百会、擦八髻；便秘加清大肠，退六腑，运水入土。日 1 次，治疗期间戴疝气带。

治则：补中益气，升阳举陷。

临床疗效：疗效标准：痊愈：疝囊回位，半年内无复发。显效：疝囊治疗期间回位，半年内偶有复发。有效：疝囊缩小，不能完全回位。无效：疝囊无变化。本组 16 例，痊愈 10 例，显效 4 例，有效 2 例，总有效率 100%。

说明：本法补中益气，升阳举陷，疗效较好。

参考文献：中医外治杂志，2001：10(1)：50

小儿面神经麻痹

面神经麻痹是以颜面表情肌群运动功能障碍为主要特征的一种常见病,亦称面瘫,又称贝尔工麻痹。

中医属中风中经络的范畴,称之为“口眼歪斜”,俗称“歪嘴风、吊线风”,认为多因气虚之人经脉空虚,卫外不固,邪气乘虚入中经络,致使气血痹阻运行不畅,经脉失其濡养而发病。临床常见患侧额纹消失,眼裂扩大,眼睑不能闭合,流泪,病侧不能做露鼓气、吹口哨等动作,食物滞留颊龈间等。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:坐位或仰卧位,用五指推提法自印堂推捏至百会穴,继之自前额发际,推捏至后发际,反复4~5遍。用拇指禅推法于头维、太阳、丝竹空、下关、颊车、地仓、迎香、承浆等穴,操作约4分钟。用拇指按揉法于攒竹、鱼腰、瞳子髎、四白,再用食指钩揉风池等穴,每穴1分钟。用拇指抹眉运眶自攒竹、鱼腰、瞳子髎、四白,沿眼眶四周进行抹运环绕反复4~5周,以发热为宜。用五指提拿法于面部肌肉,提拿时轻轻上下左右进行摇摆,反复1分钟。用掌擦法于面部患侧,以发热为度。用滚法于颈、肩及大椎、风门等穴,反复操作4~5遍。

治则:通经活络,祛风止痉。

临床疗效:本组31例,均治愈。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):41~42

肌性斜颈

小儿肌性斜颈俗称“歪脖”。是由于一侧胸锁乳突肌挛缩而引起的颈部偏斜,其发病原因尚不太清楚,但多数学者认为,造成

第二章 儿科疾病

肌性斜颈的病因可能是多种因素的综合作用,如胎位不正,血管受压和分娩损伤,使血管痉挛,肌肉缺血,以致胸锁乳突肌纤维化,变性、增生。但有别于骨骼结构异常和神经性外伤造成的斜颈。以颈部一侧有梭形肿块向患侧歪斜前倾下颏旋向健侧,患侧眼面变小及颅骨发育变形,不对称,口角和耳朵下垂,转侧活动功能受限等症状为特点。如不及时治疗,发展下去,可造成终身残废。

中医认为本病发病乃气血不和,瘀血凝滞,经络阻塞所致。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患儿仰卧,医者于患儿患侧涂擦适量润滑药物(如滑石粉、姜汁等)后,依次施法:①用左手拇指在患侧胸锁乳突肌上由轻而重、由上而下地先揉后擦各100次;②于患侧胸锁乳突肌施拿法200次;③一手扶患儿肩部,另一手扶患儿头颈部,使患儿头部逐渐向健侧肩部倾斜,反复20次;④右手托扶患儿下颌部,左手抱扶头枕部,使其头部向顺时针和逆时针方向各旋转20次;⑤在患侧胸锁乳突肌上施推揉法200次。

治则:活血通经,矫斜扶正。

临床疗效:共治疗20分钟,每日1次,10次为1疗程,疗程间隔5天。治疗小儿肌性斜颈20例,痊愈17例,改善2例,无效1例。

注意事项:术者用力须均衡,动作柔和,速度缓慢。

参考文献:王繁宏等,江苏中医杂志,1986;(9):24

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患儿取仰卧位或家长抱患儿坐于膝上。医者用拇指或食指、中指、无名指三指揉法,揉患儿患侧的胸锁乳突肌,手法由轻渐重;再以拇指与中指对拿,对肿块较大,较硬者手法宜稍重,并与胸锁乳突肌肌纤维方向垂直自上而下弹拨,并配合指揉法,反复数次;然后,将患儿头向健侧扳伸数次,用手托其下颌,

将头向患侧旋转,视情况幅度由小到大。每次20分钟,1~2日1次,6日为1疗程。

治则:疏经活络,复位止痛。

临床疗效:治疗小儿先天性斜颈98例,痊愈78例,有效18例,无效2例,总有效率为96%。

参考文献:钱丽芳等,江苏中医,1993:(7):33

按摩处方(三)

取穴及操作方法:①按摩揉捏:先用拇指指腹于患侧肩、颈部轻轻按摩2~3遍,再交替使用揉捏法各2~3遍,以松弛患儿颈肩部肌群。②分筋揉拿:用拇指指尖深压胸锁乳突肌硬结及周围组织,分筋后再揉拿各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施手法2~3遍,以疏通经络。④扳正:交替施侧扳和斜扳3~4次,侧扳即稍用力使患儿头部向健侧肩部倾斜;斜扳系将头部旋向患侧肩以能忍受为度,停留1分钟后再将头部旋向健侧肩。最后在患侧肩、颈部轻轻按揉2~4次。每日推拿1次,10次为1疗程。

治则:疏通经络,恢复正常解剖位置。

临床疗效:共治53例,痊愈44例,好转6例,无效3例,总有效率94.3%。

参考文献:阮初信,按摩与导引,1992:(5):32

按摩处方(四)

取穴及操作方法:①三指推法:用食指、中指、无名指罗纹面在患处与胸锁乳突肌垂直方向进行推动拨离,分离粘连。②揉法:用食指、中指桡侧缘,在患处由上至下按顺序左右旋转揉动。③拿法:以拇指、食指分置于患处两侧,左右弹拨,捻拿。④头肩引伸法:医者双手托住患儿下颌,做头肩起伸,使患儿头渐渐向健侧肩部倾斜。⑤行气法:医者运气作用于患处,使局部气血疏通。每次

15 分钟,日 1 次,10 次为 1 疗程,疗程间隔 3 日。

治则:疏通经络,活血复位。

临床疗效:共治疗小儿肌性斜颈 62 例,痊愈 57 例,显效 4 例,好转 1 例。

参考文献:耿龙山等,江苏中医,1991:(12):33

按摩处方(五)

取穴及操作方法:患儿仰卧位,取膏摩药(含鸡血藤、紫草、红花、伸筋草等)适量,施三指揉法于患侧胸锁乳突肌 2 分钟;施捏揉法于肿块或硬结处半分钟;逐一施拿法、按揉法、弹拔法及理法;患儿取坐位后,按揉双侧项部肌肉,1~2 分钟;最后施斜扳法、旋转扳法于患儿颈项部。隔日/1 次,12 次为一疗程。

治则:疏通经络,复位止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:胸锁乳突肌挛缩消除,颈部活动正常,头端正,肿块消失。好转:上述症状明显减轻。无效:上述症状无改善。本组 60 例,用 2~6 疗程,治愈 54 例,好转 3 例,无效 3 例,总有效率 95%。

说明:推拿配合膏摩治疗小儿肌性斜颈疗效较好。

参考文献:中国骨伤,1999;12(6):62

按摩处方(六)

取穴及操作方法:推拿法:1、松解衣领,滑石粉作介质,医生用拇、食指在患处使用推、揉和拿法治疗 10 分钟。2、以拇弹拔胸锁乳突肌 8~12 次为宜。3、医者一手按住患侧肩部,另一手将患儿头部轻推向健侧 20~30 次,再两手分别固定患儿枕部和颌部,头前屈 5 度左右,旋转引伸向患侧 50~100 次,结束。

足底按摩法:治疗宜先患侧后健侧。医生用拇指在患儿足内侧,自足大趾趾尖轻轻推至足跟部 3 遍,再在足大趾内侧趾跟部轻揉 10 次,左右手拇指分推此部位 10 次,然后在足掌面足大趾跟

部,二趾根部轻揉数次,最后医者用拇指、食指固定患儿大趾顺时针、逆时针旋转各20次。以上两种方法顺序是先推足部,待颈部肌肉放松后,再拿颈部,每30次为1疗程,疗程间休3天,每次以20分钟为宜。

治则:疏通经络,调筋复位。

临床疗效:治疗118例,治愈85例,显效23例,有效10例,愈显率91.5%,效果较好。

说明:推拿加足底按摩治疗本病较好。

参考文献:山东中医杂志,1999;18(5):217~218

按摩处方(七)

取穴及操作方法:临床以下手法治疗:1.按揉推理法,2.捏拿提拉法,3.拨伸旋颈法三步法推拿。拨伸旋颈法每次持续约10~15秒左右,每间隔20秒行法1次,共4次。每日治疗1次,12天为一疗程,疗程间休息2~3天。

治则:疏通经络,调筋复位。

临床疗效:本组46例中痊愈45例,好转1例,总有效率100%。治疗时间平均34.4天。

说明:三步法前后贯通,紧密结合,浑然一体,治疗本病疗效颇佳。

参考文献:湖南中医杂志,1999;15(1):37~38

按摩处方(八)

取穴及操作方法:按摩松解法,抱住患儿或仰卧位,术者面对患儿,用拇指轻轻揉按血肿及肿块3~5分钟。用拇食指指腹捏拿胸锁乳突肌肌腹3~5分钟,用拇指捏拿弹拨胸锁乳突肌5~8分钟。双手抱头扳正头颈并旋转活动,用拇食指按揉捏胸锁乳突肌胸骨头及锁骨头5~8分钟。患儿仰卧,颈、肩垫一枕头,头偏向健侧,颈呈过伸位,充分显露血肿包块。助手固定头部避免活动及压

第二章 儿科疾病

迫气管。常规消毒后,用丹参液 2 毫升,行胸锁乳突肌血肿内注射,每周 1 次,3~5 次为 1 疗程,注射后观察 10~20 分钟。

治则:活血通经,舒筋复位。

临床疗效:治疗 23 例,用 2 个疗程,痊愈 9 例,好转 12 例,无效 2 例,总有效率 91.3%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):25

按摩处方(九)

取穴及操作方法:按揉推捻法:患儿仰卧位,医者先以食、中、无名三指并拢,沿胸锁乳突肌方向自上而下推按数次,再以拇指指端罗纹面及食指桡侧面置于肿物两侧,行按揉法,随之以多指捻揉肿物,最后再用拇指指肚揉胸锁乳突肌的起止端深部。

捏拿拨提法:以拇指和食、中二指指腹捏拿提拉肿物及条索状物,由轻到重,逐渐加大,并以拇指、食指在胸锁乳突肌挛缩部位作前后方向的横向投拨筋法。

扳正摇颈法:患儿坐位,医者双手分别夹捧患儿头部两侧,将面部向患侧旋转;医者一手按压患儿患侧肩部,一手推患儿头倾向健侧;一手扶患儿患侧头枕部,一手扶患儿健侧下颌部,将头枕部转向健侧,面部转向患侧,抬高下颌,逐渐拉长患侧的胸锁乳突肌。三种手法牵拉次数酌情而定,颜面转向健侧明显者多做第一种扳法,歪头明显者多做第二种扳法。第三种扳法必须要做,每种每次治疗牵拉 20~40 次。

滚动疏理法:侧坐位,医者一手将患儿头推向健侧,另一手以小鱼际在患侧颈部做快速滚动,反复施术,以局部皮肤潮红为宜。最后按揉患侧颈、肩、背等部位,以滚法结束操作。

治则:疏通经络,整复移位。

临床疗效:疗效标准:痊愈:头颈部歪斜被纠正,患侧肿物消失,双侧胸锁乳突肌对称,颈部活动自如不受限。好转:诸症明显缓解,但与正常标准稍有差别。无效:治疗后症状无明显改变。治

疗468例,经过1~14个疗程,痊愈422例,好转29例,无效17例,总有效率96.4%。

参考文献:四川中医,2000;18(8):54~55

按摩处方(十)

取穴及操作方法:患儿仰卧,先用拇指来回按揉患侧胸锁乳突肌3~5遍,然后用拇指指腹及食指指腹拿捏弹拨血肿或挛缩部位5~8分钟。固定患儿肩部,术者用双手捧住患儿头,然后患侧手轻轻用力将患儿头推向健侧,感到有阻力后即可放松,重复做3~5遍;捧住患儿头,将患儿颜面部转向患侧,直到有阻力出现,重复3~5次。放松手法:在患侧胸锁乳突肌轻轻按揉3~5遍,然后按揉健侧斜方肌。对胸锁乳突肌未扪及肿块及挛缩的患者,以按揉两侧斜方肌为主,辅以侧扳、侧旋手法。

治则:舒筋活血,缓急痉挛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:颈部姿势正常,头无偏歪,胸锁乳突肌肿块完全消失或挛缩恢复正常,颈部左右转动正常。好转:颈部姿势接近正常,胸锁乳突肌肿块明显缩小或挛缩基本消除,颈部转动接近正常。无效:治疗后症状体征无明显改善。本组28例,痊愈24例,好转4例,总有效率100%。

说明:本法舒筋活血,疏通经络,缓解肌肉痉挛,促进肿块吸收消散,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):51

按摩处方(十一)

取穴及操作方法:患儿坐位或仰卧位,用按捻揉法(用三指指腹揉患侧风池穴,然后沿胸锁乳突肌从上而下反复揉捻按数遍,重点揉按肿块局部)、弹拨提拿法(用三指指腹以拇指为主,在肿块及周围反复弹、拨,再用拇指与食中指相对提拿肿块数次,最后上下来回捻转数遍)、侧扳与斜扳法(侧扳为医者一手固定患侧肩

第二章 儿科疾病

部,斜扳为医者一手扶住患儿下颌部,另一手扶住后头部左右转侧,每次扳3~4遍)、拔伸旋转法(用双手分别托起下颌和后头部,以颈椎为纵轴向上拔伸,并向健侧旋转),用拇指按揉患侧面部数遍,按揉颈肩部肌肉数遍,最后按压风池、缺盆、肩井穴结束。每次20分钟,根据病情及年龄大小10~30日为1疗程。

治则:疏通经络,缓解痉挛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:颈部肿块消失,颈部活动正常。好转:颈部肿块基本消失,颈部活动略受限。本组13例,痊愈11例,好转2例,总有效率100%。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):54~55

按摩处方(十二)

取穴及操作方法:患儿仰卧,用拇、食、中三指,蘸介质在病侧胸锁乳突肌,自乳突至胸锁端,施行轻拿揉法3遍;在肿块处轻重交替地施行揉捏法5分钟;使用错位扭揉法,即拇指和食、中两指不在同一水平位上,而是上下交错位进行扭揉,并与肌纤维呈垂直方向交错位捏拿肌肉扭转2~3次;斜扳拔伸:两手捧住患儿头的两侧,两拇指勾托住下颌,两手的其余四指置于枕骨下缘和枕骨后部,并将患儿面部转向患侧45度,头向健侧倾斜30度,用1.5~2.5千克的力量拔伸半分钟至1分钟。在患侧颈肩部推揉3分钟。日1次,每次15分钟。每日在患处做温热敷,日2次,每次10分钟。

治则:疏通经络,缓解痉挛,整复移位。

临床疗效:本组45例,治愈43例,好转2例,总有效率100%。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):55

按摩处方(十三)

取穴及操作方法:患儿取仰卧位于床头,头稍垂于床头,面旋向健侧,助手固定患儿双肩。医生以与病变同侧的手,拇指在上,

余指在下,持于患儿颈部。另一只手持于颞部后,全手均匀握住头部。医生持患儿颈部的手,拇指在患侧胸锁乳突肌上,手不离开皮肤的推、按、揉。待胸锁乳突肌舒缓,进行矫牵,运用弧形纵牵法、健侧斜扳矫牵法及患者旋转矫牵法。矫牵后,对局部揉按数次后,将头轻轻左右摆动2次结束。

治则:疏通经络,缓解痉挛。

临床疗效:结果治愈405例占95.07%,有效13例占3.05%,无效8例占1.88%,总有效率98.12%。

参考文献:尹丹等,黑龙江中医药,1988;(1):36~37

按摩处方(十四)

取穴及操作方法:(1)患儿取仰卧位,用滑石粉做介质。医生一手托颈后,使头后仰,一手推揉患侧的胸锁乳突肌和附近组织,上下数遍。注意揉时手法要深,手指与患儿皮肤间不要滑动,免伤皮肤。

(2)拿捏患侧胸锁乳突肌的肿块,用拇、食、中三指仔细拿捏。如肿块偏近乳突部,就一直拿到乳突部,如肿块偏近胸锁骨处,应拿捏到胸锁骨的肌肉附着点。用力要深,如肿块捏散,需要捏与轻揉相交替,以免患儿因剧烈疼痛而啼哭。

(3)手法牵引,一手扶住患侧肩部,另一手扶住患儿头顶,使患儿枕部渐渐转向健侧,下颌转向患侧,旋转角度逐渐扩大,使患侧胸锁乳突肌拉长,维持数分钟,重复2~3遍。同时可用手指提拿肌肉,沿肌肉纤维垂直方向上下拉松,或拿住肿块或拿肌腹后面,垂直方向拉松,每次拉3~5下。

(4)最后在胸锁乳突肌处轻轻揉捏而结束。每次治疗约需15~20分钟。病期越短效果越好。当推到肿块变软以后,不应继续推拿一段时间。使两侧肌肉对称为止。治疗后期可教家长进行推拿。

治则:活血通经,缓急痉挛。

第二章 儿科疾病

临床疗效:本法效果满意。

参考文献:赵翔,推拿疗法与医疗练功,1982;(7):437~438

按摩处方(十五)

取穴及操作方法:1. 取仰卧位:在患侧乳突肌处交替使用按揉,推法约20分钟,捏拿肿块物15~20次。

2. 施剥离手法于胸锁乳头肌处自上而下15~20次。

3. 医者一手扶住患侧肩部,一手扶住患儿头顶,同时用力使患儿头部渐渐向健侧肩部倾斜,逐渐拔伸患侧乳突肌,反复进行3~5次。每次20分钟,每日1次。手法时局部皮肤可涂润滑剂(如冬绿油、滑石粉、姜汁等)。

治则:活血通经,缓解痉挛。

临床疗效:本组17例,结果:全部痊愈,其中20天治愈4例,40天10例,60天2例,90天1例。

参考文献:王振,按摩与导引,1988;(5):3~4

按摩处方(十六)

取穴及操作方法:患者仰卧位,医者于患侧,以滑石粉作介质。

1. 医者一手托患儿颈部,使头部后伸,一手上下推揉患侧胸锁乳突肌数次。重点应在肿物周围,作用力要深透。

2. 用拿捏法挤压肿物,手法应具有活力,做到重而不滞。需与揉法交替进行。

3. 一手扶患侧肩部,一手扶头顶,将头部渐渐向健侧肩倾斜,使患侧胸锁乳突肌得以伸展。4. 捏揉患侧斜方肌,以缓解其反射性紧张,并拿肩井穴结束操作。

治则:疏筋活血,散瘀消肿,软坚化瘀。

临床疗效:治疗770例中,痊愈653例,占84.8%;好转98例,占12.7%;无效19例,占2.5%。

说明:本病属中医不内外因损伤所致气滞血瘀范畴。

参考文献:陈志花,天津中医,1985;(5):21~22

按摩处方(十七)

取穴及操作方法:按揉病侧胸锁乳突肌前、后缘3~5分钟;拿胸锁乳突肌3~5分钟;一手按头顶,另一手按肩,同时向相反方向分离,使头部向健侧之后斜倾屈曲,稍停放开,反复3~5次;摇颈3~5次;重复第1步1分钟左右。

治则:疏经通络,缓解痉挛。

临床疗效:本病20例,痊愈11例,明显好转5例,好转3例,无效1例。

参考文献:张春璞,吉林中医药,1981;(3):40

按摩处方(十八)

取穴及操作方法:患儿取仰卧位,医者在患侧胸锁乳突肌作推、揉、拿法:医者一手扶住患侧肩部,另手扶住患儿头顶,使患儿头部渐渐向健侧肩部倾斜,拉长患侧胸锁乳突肌,反复数次后以推揉患侧胸锁乳突肌结束。每日或隔日1次,10~15分钟,10次为1疗程。

治则:缓解痉挛。

临床疗效:治疗357例中,基本治愈292例,好转45例,无效20例。

参考文献:赵红林等,中华理疗杂志,1984;7(3):177

小儿神经性尿频

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患儿取端坐位,分别在右臀上皮神经体表投影处,轻柔地用拇指自后上向前下推按数次,再用食中环指揉法按摩1~3分钟,以小儿能忍受为度,每天1次至愈。

第二章 儿科疾病

治则:刺激神经中枢,缓解紧张。

临床疗效:本组 98 例全部治愈。

参考文献:中医杂志,1999;40(1):19

按摩处方(二)

取穴及操作方法:推拿基本方法:分阴阳 200 次、补脾经 300 次、补肾经 300 次、清小肠 200 次、揉上马 200 次、揉小天心 300 次。肾气不足、下焦虚寒者加揉摩丹田 200 次;脾肺气虚者加补肺经 200 次、揉百会 100 次;湿热下注加推箕门 100 次。日 1 次,疗程:3~5 天。

治则:健脾补肾,升清泌浊,益气缩尿。

临床疗效:治疗 120 例,痊愈 80 例,占 66.7%,好转例,占 27.5%,无效 7 例,占 5.8%,总有效率 94.2%。

参考文献:张俊庭等,当代针灸临床屡验奇术,1995;(6):331

小儿脑瘫

儿童脑性瘫痪是一种进行性的脑损伤综合征。病变主要累及大脑皮质、锥体系、锥体外系以及脊髓等。其临床表现,是以大脑功能发育不全,智力低下,四肢运动障碍为主,有的尚有癫痫、失语、失明等症状。

中医属“五软”、“五迟”、“五硬”的范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:用滚法、揉法、拿法、点压法、擦法、拔伸、摇扳法。头颈部取攒竹、坎宫、百会、风池、哑门、大椎穴,背部取脊椎旁开寸半的足太阳、膀胱经诸俞穴及督脉上的俞穴,上部取肩髃、肩髃、手三里、外关、合谷穴,下肢取血海、委中、承山、足三里、阳陵泉、三阴交、解溪;先用滚法及拿法作用于肢体各部,手法由轻

到重,然后用点压法及拇指按揉法点压四肢及背部诸俞穴,再用拔伸、摇扳法屈伸旋转,活动四肢关节及颈、胸、腰等椎关节,用揉法和擦法作用于肢体各部,最后用拇指按揉头颈部诸穴。

治则:补肾通督,健脾益气。

临床疗效:疗效标准:基本痊愈:肢体各关节能主动运动,基本达到功能位,能独立行走,生活自理。有效:肢体各关节能主动运动,但不能达到功能位,可扶物走动。无效:治疗前后无明显变化。治疗31例,基本痊愈12例,有效18例,无效1例,总有效率96.7%。

参考文献:中国民间疗法,2001;9(1):12~13

按摩处方(二)

取穴及操作方法:头面、颈项部:用五指推法、三指拿法,单指按拿印堂、百会、太阳、风池、大椎穴,双手拿捏肩井。四肢、十二节部:上肢肩外旋伸肘掌旋前位,用拿捏法、滚揉法配合肩前屈、后伸、外展等被动运动。并用四指拿法、搓、抖、捻法及点按手法。下肢用滚、揉、四指推法并配合搓法及抖法,并点按伏兔、风市、膝眼、阳陵泉、解溪穴。配合被动屈曲髋膝踝关节,挟拔足趾。腰背部用滚、掌揉、叩拍法及斜扳法斜扳腰胯,三指点按督脉及两侧膀胱经各穴,重点点按腰阳关、命门、肾俞穴,最后施以捏脊法。3个月为1疗程。

治则:疏通经络,调畅气机,濡养肝肾,补益精髓。

临床疗效:诊断标准:参照1989年全国小儿脑瘫座谈会纪要的诊断标准。疗效标准:显效:患儿能独立行走,智力接近正常儿童,肢体和语言功能在正常范围内。有效:肢体和语言功能在原有的基础上有明显提高,能独自站、走和简单会话,智力有明显提高。无效:肢体和语言及智能较原有基础无明显进步。治疗后显效39例,有效43例,无效4例,总有效率95.3%。

说明:采用Bobath训练法治疗,3个月为1疗程。

参考文献:江苏中医,2000;21(9):33~34

小儿惊惕症

惊惕是一种意识朦胧状态,在开始入睡一段时间后突然惊醒,瞪目起坐,躁动不安,面部表情恐怖,有时喊叫,一般持续十余分钟,清醒后对惊惕发作完全遗忘,偶尔有片断记忆,发作次数不定,可隔几天、几十天发作一次,偶可一夜发作数次,多因精神紧张受惊吓致。此病在中医中属“惊悸”、“梦惕”范畴。其病理特点是肝血不足、湿痰内阻、胆气不舒。治法以安神定志,镇肝潜阳为主。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:开天门、推坎宫各100次,按揉百会150次,推囟门50次,补脾经、清肝经、揉小天心各200次,拿肩井3~5次。夜啼甚者加清天河水300次,食少便溏者加推三关200次,摩腹5分钟,清大肠200次。日1次,3次为1疗程,最多不超过7次。

治则:镇惊醒脑、安神定志。

临床疗效:疗效标准:痊愈:夜寐安稳正常。好转:夜寐较安稳,偶有惊惕发作。无效:症状无改善。本组37例,痊愈28例,好转7例,无效2例,总有效率94.6%。

说明:本法镇惊醒脑、安神定志,疗效较好。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):58

按摩处方(二)

取穴及操作方法:平肝经,清天河水,推脾经,捣小天心,按揉阳池,掐揉五指节。推拿介质用滑石粉。

治则:镇惊安神,解郁除烦。

临床疗效:疗效标准:痊愈:患儿惊证消失,印堂处颜色恢复正

常。好转：患儿惊证大部分消失，印堂处青色隐隐。本组 30 例，痊愈 29 例，好转 1 例。

说明：本法镇惊安神，解郁除烦，疗效满意。

参考文献：按摩与导引，2000；16（4）：57

小儿夜啼

夜啼症，一般见于新生儿或婴儿。表现为白天安静，饮食如常，晚上则整夜呈阵发性啼哭不安，或每夜定时啼哭，甚至通宵达旦，多有规律。

其病理特点是脾胃虚寒则痛而啼，心热上扰则烦而啼，惊恐则神不安而啼。

按摩处方（一）

取穴及操作方法：将朱砂 <1 岁 1.5 克、1 岁~2 岁 2 克、2~3 岁 3 克研末，加入适量白酒摇匀，用食指蘸取混合物外涂双手劳宫穴、涌泉穴、百会穴、印堂穴、太阳穴，在涂抹的同时按揉上述穴位 2~3 分钟，以局部红润温和为宜，每晚睡前 30 分钟 1 次。

治则：温经活血，镇静安神。

临床疗效：疗效标准：痊愈：夜啼消失，且不复发。好转：夜啼时间缩短，或发作次数减少或复发。无效：无改善。本组 25 例，痊愈 18 例，好转 5 例，无效 2 例。

说明：本法温经活血，镇静安神，疗效满意。

参考文献：中医外治杂志，2000；9（3）：48

小儿惊风

惊风，是儿科常见的危重病，好发于 16 岁以下之童，尤以婴幼儿为多见，经云：“诸风掉眩，皆属于肝”，所以惊风之病，与小儿之

第二章 儿科疾病

“肝常有余、脾常不足”的生理特点有关。病因：多因外感六淫之邪、内伤饮食或惊恐等因所致。急惊风发病急骤、变化多端、其症多属热证、实证、阳证；慢惊风多因急惊风失治或没治转变而成。亦可由温热病后，阴津耗损、肝肾阴亏、筋脉失养、阴虚风动。或因大吐大泻后、伤及脾阳、虚风扰动、或因大吐久泻、脾病及肾、阴阳俱衰而致。其证多属寒证、虚证、阴证。无论急慢惊风、若失治或误治，均可能留有变痫、变瘫、失明、失语、失聪等后遗症。证状：惊风之病、急惊急暴、变幻多端；慢惊病缓，见证不一。无论急惊风或慢惊风、临床表现表现总不出“搐、扇、颤、反、引、窜、视”等八候范围。治当辨证，随证而施。

急惊风是惊风的一种，发病较急。又称“惊厥”、“抽风”。由于外感时邪，内蕴痰热所致。临床以突然高热，烦躁不安，面红唇赤，痰壅气促，牙关紧闭，四肢抽搐，神昏项强，甚则角弓反张为主要表现。

中医属“惊风”、“抽风”的范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法：急惊风主穴取十宣、印堂、人中、曲池、太冲，均用泻法。昏厥不醒配劳宫、涌泉；抽搐不止配行间、阳陵泉、昆仑、后溪；高烧不退配大椎（点刺出血）、合谷。推脊柱：用食、中指自大椎推至长强 100 次。慢惊风主穴取中脘、关元、足三里、章门、印堂，均用平补平泻法。推拿用捏脊疗法，每次 3～5 遍。慢脾风主穴取肝俞、脾俞、百会、神厥（灸）、足三里，均为补法，推拿法同上。慢惊风与慢脾风配穴均同急惊风。均 7 日为 1 疗程。

治则：调理脏腑，熄风止痉。

临床疗效：疗效标准：痊愈：经过 1 疗程治疗，临床症状消失。好转：临床症状明显改善，体温降低，抽搐次数减少。无效：临床症状治疗前后无明显变化。本组 50 例，痊愈 36 例，好转 10 例，无效 4 例，总有效率为 92%。

参考文献:现代中西医结合杂志,2000;9(15):1504~1505

第四节 其他疾病

五迟、五软

五迟、五软症是婴幼儿1~4岁时期的常见病,以体弱消瘦,四肢痿软,智力低下,坐立、行走、语言等均较正常小儿迟钝为特征,是生长发育障碍所致的疾患,又称“胎弱”、“胎怯”。其主要病理特点是先天不足,后天失养,肝肾亏损气血虚弱等。表现筋骨无力,不能独坐、独立、行走、翻身,或面色萎黄,形体偏瘦,口流涎沫,可使智力低下,舌质淡,苔薄白或白而腻,脉沉或缓。治法以补肾健脾,益气化湿为主。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)发迟手法:医生掌心抹芥子油,摩患儿头顶,推前额后顶发际,反复7~8遍。均用平补平泻法,以疏通诸阳经,促进头发生长。

(2)齿迟手法:捏脊,揉腰肾,旋摩上唇,下颌,反复3~5遍。

(3)语迟手法:手指点按项后往上入发际,揉按下颌及喉部,循肩背太阳经、阳明经至虎口,反复3~4遍,均用平补平泻手法。

(4)行迟、立迟手法:揉腰骶部5~10分钟,拿、轻推、揉捏下肢,捻趾反复3~4遍,均用补法,以益气血,补肝肾,强筋骨。

治则:补肾填髓,疏通诸阳经。

临床疗效:本法疗效较满意。

说明:五迟与五软多同时并见,故五软也可采用上述按摩手法,一般以十五次为一疗程,暂停一周,再行第二疗程。

参考文献:张大宁,实用中医肾病学,1990;(5):42

小儿麻痹后遗症

小儿麻痹后遗症又名脊髓灰质炎后遗症,是临床上较常见的一种小儿瘫痪,多见于1~5岁的小儿,多流行于夏秋季节,是一种特异性嗜神经性病毒所引起的急性传染病。主要侵犯脊髓前角灰质运动神经细胞,部分患儿表现弛缓性肌肉瘫痪。近年来由于采取口服小儿麻痹活疫苗预防,发病率已大大降低。临床表现其特点为分布不规则、不对称的弛缓性瘫痪,最常见于四肢,尤以下肢为多见,也见于躯干肌肉。瘫痪的肌肉感觉完全正常。可见患肢肌肉萎缩和肢体出现各种畸形,如脊柱侧突、膝后凸或外展、足内翻、外翻、马蹄形足、仰趾足等,部分病人腹肌麻痹。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:以下肢瘫痪为例:

(1)病儿先取俯卧位。以小儿麻痹药酒做介质,用拇指推或掌根揉法,从腰骶部开始,一直推到臀部。然后用滚法。来回滚动。并取肾俞、环跳、八髎等穴,多推多揉,反复进行,约需5分钟。

(2)再从臀部一直到足跟,用摩法及捏法,并选承扶、殷门、委中、承山、落地、昆仑等穴,每次选用2~3穴,每穴推、掐1分钟左右。

(3)仰卧位。从腹股沟向下一直到小腿,用加摩法、揉法及拿法,反复进行,并选迈步、风市、阳陵泉、足三里、解溪、三阴交等穴,每次选用2~3穴,每穴推、掐1分钟左右。

(4)下肢各关节作被动活动,对关节挛缩的部位要用力牵张,活动幅度尽量加大,约3~5分钟。

治则:疏通经络,温阳起痿。

临床疗效:本法疗效满意。

说明:小儿麻痹后遗症的推拿,主要是根据麻痹的部位进行重

点推拿。在肌肉萎缩的部位多揉多推。神经麻痹根据中医经络部位选用穴位,刺激要强。对于畸形部位,可用被动手法来协助进行矫正。每次推拿时间共20~30分钟。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982;(7):433~434

按摩处方(二)

取穴及操作方法:先舒整筋脉,活动关节,后右拇指紧顶鸠尾,左右旋转90度,转时令患者抬高患肢,深按水穴(水分)为开七巧,下按曲骨,左右均下扎、上推、直插。背后上至阳、下命门、中中腕,上推五、下按一,力按白环俞,左右小幅度旋转约1~1.5分钟,其一手掐上环跳(臀部中间上缘),另一手掐压昆仑,同时均匀向上下推三即完。

治则:通阳明,起痿痹,舒筋脉。

临床疗效:治疗57例,痊愈21例,明显好转23例,其余均好转。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998;(1):158~159

小儿口疮

口疮,是口腔黏膜疾病中最常见的溃疡性损害。其特征是在口腔黏膜上出现黄白色如豆大的溃点,具有周期性复发的规律。现代医学认为口疮与某些细菌有关。也有人认为本病与免疫功能减退有关。此外,黏膜角化程度差,则容易患溃疡。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:用推、捏、揉等法。主穴取清心经、清脾经,分阴阳(阴重),揉掌小横纹,捏小横纹,逆揉内劳宫,揉总筋,清天河水,退六腑。辨证配穴。

治则:清热利湿,泻火消疮。

临床疗效:疗效标准:痊愈:溃疡与疮点消失,疼痛消失,进食正常,兼证消失。显效:疼痛减缓,能够进食,疮面基本愈合,兼证消失。有效:疼痛减缓,食时偶有哭闹,部分兼证明显。无效:治疗7次后,主、兼证无大改善。治疗19例,痊愈14例,显效4例,有效1例,总有效率100%。

说明:以清热利湿手法治疗本病疗效满意。

参考文献:吉林中医药,1999;19(4):31

小儿高热

小儿高热主要致病原因是病毒、细菌、支原体、螺旋体、寄生虫等感染,或结缔组织病、变态反应、产热过多或散热过少、体温中枢调节失常等,除发热外还伴有其他疾病症状表现。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:治疗组:清肺经100次,揉小天心100次,清天河水200次,退六腑200次,开天门50次,分推坎宫50次,揉太阳50次,揉耳后高骨头50次,推下天柱骨100次,捏脊6遍。日1次,3次为1疗程。

治则:清热泻火。

辅助治疗:配合抗炎治疗。对照组仅用抗菌输液治疗。

临床疗效:两组比较均有效,但治疗组退热时间最短1天,最长5天,而对照组最短3天,最长8天。

说明:随机分为治疗组48例和对照组24例。

参考文献:四川中医,1999;17(1):54

按摩处方(二)

取穴及操作方法:开天门分阴阳法(又名三功并用)

位置:眉心至发际成一直线;眉心沿眉梢至太阴、太阳穴成一

孤线;前发际至百会穴成一直线。操作:令小儿头微仰,术者两手拇指指腹蘸好选用的介质,先按眉心数秒钟,自眉心至发际发直推24次;自眉心沿眉梢至太阴、太阳穴分推9次,并按揉太阴、太阳穴数秒钟;自前发际至百会穴直推24次,按揉百会穴24次,病重者反复3次。

治则:醒脑安神,清热定惊,发汗解表,止遗尿。

临床疗效:521例中,348例曾以青霉素、磺胺及中成药至宝丹、紫雪丹、安宫牛黄丸等药治疗无明显效果后改用推拿治疗。其中除8例因脱水严重转院治疗外,231例1次治愈,192例2次治愈,90例5次治愈。

说明:本手法适用于感冒发热,头痛,夜啼,惊搐,遗尿,尿频等诸症。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):212

小儿夏季热

本病多见于3岁以下的婴幼儿,又名暑热症,其病因为气温升高而汗腺分泌减少或缺乏之故。表现为:夏季发热不退,肛温在 38.5°C ~ 41°C 之间,气候愈闷热,体温愈高,热程长达1~3个月。秋凉后体温可下降。第二可复发,但症状比第一年为轻。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:掐总筋5次,揉9次,分阴阳100次,清脾土500次,补脾土300次,清肺经400次,清大肠200次,补肾经400次,揉外劳宫120次,推三关80次,退六腑240次,水底捞月9口气,清天河水300次,揉按涌泉、足三里各300次,揉中脘160次,推揉肺俞300次,拿肩井3次。日1次,治疗结束后患儿口服淡盐糖水适量。

治则:清热利湿,退暑解热。

临床疗效:本组 72 例,痊愈 58 例,显效 10 例,有效 4 例。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):42~43

小儿脱肛

小儿脱肛即为直肠脱垂,是指肛管、直肠肛管、直肠、乙状结肠下段的黏膜层或全层肠壁向外脱出于肛门外的病症,好发于老人、妇女和小儿。主要是直肠黏膜下层组织和肛门括约肌松弛,或直肠的发育缺陷和支持组织松弛无力,加上用力大便等促使腹腔内压增高等诱因而致病。其主要临床表现为:大便时肠壁自肛门口脱出,轻症仅觉肛门坠胀、脱出后能自行回纳,重者必须用手推回,甚至在咳嗽、喷嚏、劳动时脱出。常有便意而排便不多,或兼下腹胀痛,腰骶部钝痛,小便频数等。该病属于中医“脱肛”等范畴。其病理特点是气血不足,气虚下陷,固摄失司等。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者随机分成本组 68 例与对照组 66 例。本组用拇指蘸少许本品(由乌梅、肉苁蓉、诃子、赤石脂、枯矾、升麻、人参、白术、黄芪各 20 克,研细末,浸泡于 75% 酒精中 24 小时,加入适量的凡士林,用微火加热,至色变微黄而不焦,过滤,冷却后备用)在百会、中脘、天枢、关元、大肠俞、足三里穴按揉,约 10 分钟;将本品涂于腹部及神阙穴,以手掌按逆时针方向按摩;涂本品于背部脊柱上,行捏脊术 3~5 遍;以指蘸本品推上七节骨 300 次,揉尾骨 200 次,以上按摩术每次 20 分钟,日 1 次,10 次为 1 疗程。另用艾条悬灸百会、长强穴,每穴 10 分钟,日 2 次,10 次为 1 疗程。对照组用单纯按摩治疗,方法同上。

治则:补中益气,升阳举陷。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状消失,直肠黏膜不再脱出肛

外,半年内未有复发。显效:症状明显减轻,直肠偶有脱出,可自行还纳。好转:症状减轻,直肠脱出次数减少。无效:治疗前后病情无改变。两组分别治愈 60、45 例,显效 2、4 例,好转 4、12 例,无效 2、5 例,总有效率 97.06%、92.42%,两组治愈率比较有显著性差异。

说明:本法操作简单,无痛苦,无副作用,疗效显著。

参考文献:中国民间疗法,1999:7(8):23~24

第三章 妇产科疾病

痛 经

痛经是指经期或行经前后,发生下腹疼痛或伴有腹胀、乳房不适以致影响工作及日常生活的一种病症。痛经分原发与继发两种。原发痛经以未婚女青年多见,大部分为先天因素如子宫过度前倾、后屈、子宫发育不良等引起。继发性痛经较已婚妇女多见,常因生殖器官器质性病变所引起,如子宫内膜异位症、盆腔炎、子宫黏膜下肌瘤引起。本病是妇科常见病。

中医认为是因气血运行不畅所致,亦称“痛经”或“经行腹痛”。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:取足反射区脑垂

体、甲状腺、子宫、卵巢、生殖腺、肝脏、肾脏、肾上腺等部位,手法先轻后重,缓缓用力,至全身发热,微微出汗。经前10日开始治疗至月经来潮为1疗程。

治则:促进血液循环,改善反射区,调节阴阳平衡。

临床疗效:疗效标准:治愈:疼痛完全消失,经量及周期正常,随访半年无复发。显效:疼痛基本消失,能坚持正常上课,经量及周期基本正常。有效:疼痛略有减轻或经量及周期趋于规则。本组20例,治愈2例,显效5例,有效3例,无效10例。

说明:目的:观察足部按摩治疗痛经的临床疗效。本法能促进血液循环,改善反射区,调节阴阳平衡,疗效满意。

参考文献:现代中西医结合杂志,1999;8(10):1685

按摩处方(二)

取穴及操作方法:俯卧位,术者站左侧,用单掌推督脉及膀胱经路线数遍,双手由上而下交替按腰骶部多次,叠掌揉八髎部位;双手掌或拇指交替按压督脉及膀胱经数遍,重点取肝俞、三焦俞、肾俞、次髎诸穴;最后按腰骶部数遍。病人仰卧,术者由上而下推任脉及冲脉,掌抹小腹,以热为度,用叠掌揉下腹部,然后,按压任、冲二脉路线,重取劳宫、内关、中脘、天枢、气海、关元、天枢、子宫、血海、足三里、三阴交等手,手法完毕。随症配用其它按摩手法。

治则:健脾养血,行气止痛。

临床疗效:本组63例,治愈47例,有效16例,总有效率100%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):38

按摩处方(三)

取穴及操作方法:取第二掌骨全息穴(第二掌骨远端起点穴的近期起点足穴连线的中点是胃穴,胃穴与足穴连线分为6等份,从足穴起中间5个分点的第二个分点即下腹穴)下腹穴,寻找压

痛点,有胀痛感为得气。得气后用一指禅法,沿第二掌骨侧和足穴方向推,用力以患者能承受为宜,频率 120 次/分,每侧手推按 5 分钟,双手交替,共 10 分钟,日 2 次。

治则:行气活血,通经止痛。

临床疗效:本组 100 例,连用 3 个月经周期,痊愈 82 例,有效 9 例,好转 7 例,无效 2 例,总有效率 98%。

参考文献:辽宁中医杂志,1999;26(1):34

按摩处方(四)

取穴及操作方法:点拨肾俞穴 1 分钟,重拨命门穴 1 分钟,擦或摩八髻,温热后即停,振腹 10 分钟,指点关元穴 2 分钟,点揉合谷穴、三阴交、太冲穴各 2 分钟,运用侧板或定点旋转复位法在 L2 及 L3 之间调整(进一步刺激命门穴)。手法在行经前 1 周开始,连续治疗 3 次,并在来月经前做完,3 个月为 1 疗程。

治则:补肾温阳,散寒止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:临床症状消失。显效:临床症状显著改变,疼痛明显减轻或基本消失。好转:临床主要症状改善,疼痛减轻。无效:临床症状未改善。本组 60 例,痊愈 39 例,显效 18 例,好转 3 例,总有效率 100%。

参考文献:现代中西医结合杂志,2000;9(6):529~530

按摩处方(五)

取穴及操作方法:患者俯卧位,用单手掌或双手掌或掌根,推、揉腰骶部及脊椎两侧数遍,并用掌侧滚数遍,拇指重点在三焦俞、肾俞、气海穴、关元俞、次髋穴按揉以痠胀为度;掌部横擦腰骶部,透热为宜,双手多指拿捏腰骶部两侧,以痠胀舒适为佳。患者仰卧位,用单掌或双掌按抚揉,顺时针摩小腹部;用双拇指在下腹部冲任脉路线施行交替按压法数遍,多指拿捏下腹冲、任脉及两侧 3~5 遍,重点按揉气海、关元、盲俞、子宫各穴 1 分钟。轻揉、推、抚下

腹内侧5~7遍,以脾经为主,柔和地拿捏下肢三阴经3~5遍,按压气海、三阴交、然谷穴各1分钟。并辨证施治:气滞血瘀型按揉膈俞、肝俞、日月、期门、章门,每穴1分钟;双拇指推抚下腹任冲脉,拿捏气海、三阴交,按揉太冲穴。寒湿凝滞型单掌直接擦背部督脉数遍,横擦腰骶部,由至室、肾俞、命门起至胞育止,从一侧向对侧同名穴处,施快速横擦并按揉育俞、血海、阴陵泉、地机、太白,每穴1分钟。气血虚弱型加推、揉、按、滚自第七胸椎以下,至骶部膀胱经路线,按揉膈俞、肝俞、脾俞、胃俞每穴1分钟,横擦脾胃,三焦俞穴,腹部加揉按中脘2分钟,横擦关元、气海穴,下肢揉按足三里、太溪、公孙穴各1分钟。肝肾亏损型按揉肝俞、肾俞、章门、足三里,擦足底有热感后,再按揉涌泉穴,每穴1分钟。自月经来潮前1周开始按摩,5次为1疗程。

治则:补肾健脾,疏肝理气,通经止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:经期及经期前后,疼痛完全消失。有效:疼痛大减轻。无效:治疗3个疗程后症状仍无改变。本组80例,用3个疗程,痊愈63例,显效13例,无效4例,总有效率95%。

说明:结论:本法通调气血,理气活血,祛湿散寒,祛瘀止痛,益气补血,调补肝肾,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):49~50

按摩处方(六)

取穴及操作方法:以拇指掐压“金”(约在膻中穴)20~40秒钟,“木”(约在气海穴),“水”(约在曲骨穴)、“火”(约在天枢、水分穴)、“土”(约在神阙穴)、气穴(约在关元穴),以上均与金的手法同。背后“水”(约在命门穴)上推三、下按二,“木”(约在三阴交)下按三。另在手法上,可酌其病情、部位、体质、年龄等情况,亦应随之而异。

治则:调理脏腑,行气止痛。

临床疗效:治疗痛经 42 例,痊愈 30 例,其余好转(其他诸症未作统计)。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):158

按摩处方(七)

取穴及操作方法:(1)点穴按摩:取次髂、关元、血海、太冲、三阴交、公孙、合谷等穴(寒凝者加气海、腰阳关,气滞者加内关、行间),用拇指尖行点摩、揉、颤复合手法,每穴 3~5 分钟,双侧膻穴可双手同步施术。

(2)摩压小腹:点穴结束后令患者取仰卧位放松,双腿伸直并于足踝上方相交叠(取足三阴经气左右贯通之意),医者立于一侧,双手掌叠加在患者小腹部施掌摩法,顺逆时针各 36 圈,然后令患者放松站立,医者于其右侧坐定,右手呈立掌置于患者小腹部(劳宫穴对准关元穴);左手放在患者腰骶部相对位置上,运用内力,使双掌相互挤压如按弹簧状,用力由轻渐重再由重渐轻,持续 10~20 秒后略停两三秒,再行第二次按压,如此反复 20 次。

治则:补肾活血,通络止痛。

临床疗效:治疗 118 例。结果:94 例痊愈(其中 36 例治疗一个周期症状消失),20 例好转,4 例无效。总有效率 96.6%。

说明:自月经来潮前 4 日始至月经来潮止,每日行手法 1 次,连续治疗 3 个月。

参考文献:按摩与导引,1990:(5):46

按摩处方(八)

取穴及操作方法:仰卧位,自行用双手食、中、无名指自行起于神阙穴,逐次摩气海、关元、中极及双侧的天枢、四满、归来、子宫、气冲,最后摩腹结束。

治则:补肾活血,通经止痛。

临床疗效:治疗 42 例。结果:治疗 2~12 疗程痊愈 29 例,显

效11例,无效2例。

说明:月经前7天至经后3日施术为1疗程。

参考文献:山东中医杂志,1984:(5):22

按摩处方(九)

取穴及操作方法:(1)患者先取俯卧位,在腰、骶部用揉或滚法。然后用指尖推命门、肾俞、八髎、膀胱俞、胞盲等穴,使之得气为度。

(2)再取仰卧位,先用掌揉,后用指推小腹部,要求逐渐深达,如有慢性盆腔炎者,推到患者感觉痠胀为度,在有下坠感的部位要多推。然后用指尖推气海、关元穴,使之得气为好。

(3)取下肢血海、中极、阳陵泉、足三里、三阴交等穴,用指掐、指振等手法,使之得气为度。

治则:活血化瘀,温阳止痛。

临床疗效:本法疗效较满意。

说明:推拿需在经前、疼痛发作前开始。

参考文献:赵鞠,推拿疗法与医疗练功,1982:(7):449

经 漏

经漏是因冲任二脉损伤,不能约制经血,故经血从胞宫非时妄行的一种病症。外感六淫,内伤七情,饮食劳倦等因素皆能引起本病。相当于西医所称“功能性子宫出血”。临床分为:无排卵型子宫出血;有排卵型子宫出血。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:掌揉腹部关元5分钟,双手拇指同时点揉足三里(双)、三阴交(双)、隐白(双)各2分钟。肘揉背部腧穴以肝、脾、肾、大肠俞各5分钟。掌搓八髎穴以发热为度。针上加灸关

元、足三里(双)、三阴交(双)约20分钟。

治则:健脾补肾,通络活血。

临床疗效:本组50例,全部治愈。

说明:本法健脾补肾,通络活血,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):49

更年期综合征

妇女进入更年期后,由于卵巢功能的衰减,使机体内分泌功能失调及植物神经系统功能紊乱,再加上社会、心理等诸多因素的影响而产生的不同表现及不同程度的躯体、精神、神经症状,以及代谢障碍,这种综合病征称为更年期综合征。

《内经·素问·上古天真论》谓:“女子……二七癸至,任脉通,太冲脉盛,月事以时下,故有子。……七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭,地道不通,故形坏而无子也。”充分说明,女子的生长发育,依赖肾气的盛衰,当七七四十九岁时,已无生育能力而绝经,绝经前后8~12年,此期间出现的症候,中医称为绝经前后诸证,也即是更年期综合症。也称为更年期症候群。

更年期症状发生的时间,可分为三个时期,即绝经前期、绝经期、绝经后期。持续时间可由于发病轻重、程度、个性性格及社会环境、家庭情况不同,病程长短有所差异,短者1~2年,长年可达7~10年,更年期症状的特征,除汗出、肥胖是以自觉症状为主外,表现各异,变化多样,情绪改变更为突出,喜怒无常,触之即发。

更年期综合征属心身医学范畴,其发病不但有生理因素,而且与精神心理因素相关。临床许多病人常常在情绪激动或紧张时,症状就会频繁发作,而且有些病人在其开始发病时常有家庭、生活或工作等因素引起情志不快或紧张等诱因。祖国医学认为,心主神明、肝主情志,心肝两脏在调节精神情志中起着主要作用,心属

火、木火之性皆易升发,汗为心液,心火内灼,迫液外泄,肝火上炎,故轰热汗出,且以上半身为主,心火内灼,迫液外泄,肝火上炎,故轰热汗出,心烦易怒,心悸心慌,失眠的病因病理是心肝火旺,针对这一病机及根据中医辨证,从心肝论治,以清心平肝为法。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:推拿用抹头顶部、抹前额及眶周、捏挤眉弓及鼻根、用双手拇指对称按揉穴位(头维、阳白、鱼腰、印堂、四白、颧髎、太阳、完骨、翳风、角孙共6分钟)、用扫散法扫散头颞部2分钟,用振法在百会穴施手法2分钟。揉双侧耳垂及耳穴中的神门、内分泌、肾、肝穴区,时间3分钟。患者俯卧位,在患者背侧沿足太阳膀胱经,用轻柔的滚法上下往返5~6遍,然后用重刺激按揉心俞、肝俞、胆俞、肾俞、大肠俞、气海俞、关元俞等穴,时间为5分钟,拍打腰背部1分钟,最后揉双侧涌泉穴2分钟。

治则:平衡阴阳,疏肝解郁。

临床疗效:本组86例,用1周~2个月,优58例,良20例,可6例,差2例。

参考文献:山东中医药大学学报,1999;23(3):212~213

慢性盆腔炎

盆腔炎一般多发于已婚妇女。其发病原因,或在处理分娩、流产、刮宫时消毒不严,或在月经期、产褥期不注意卫生,或经期不禁房事均可引起感染而发病。慢性盆腔炎,临床主要症状表现为腹痛、腰痛、白带增多,病情顽固而易复发。一部分病人常出现遇劳即发,面色晦暗,畏寒怯冷,腹痛喜按,白带清稀,月经稀发,量少色暗,舌淡苔薄,脉象沉细。妇科检查附件可触及条索状物,局部压痛不明显,偶可伴有轻度低热。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:取穴:关元、中极、归来、肾俞、八髎、三阴交、阴陵泉。操作方法:(1)患者仰卧,医者坐于其右侧,以一指禅法推关元、中极、气海5分钟,继以鱼际揉少腹(顺时针)5分钟,并点压两侧三阴交,阴陵泉各1分钟以活血化瘀。

(2)患者俯卧,医者以平推法推膀胱经3分钟,并点按肾俞、气海各1分钟,再以掌根向下擦八髎穴,透热为度,以清化湿热。

(3)患者坐位,医者坐其背后,以两手小鱼际斜擦两肋并点揉肝俞、章门、日月、期门,共5分钟,以舒肝理气。

(4)摩小腹及擦八髎、肾俞、命门时间延长,以温经散寒,以上手法可视病情随症加减,整个治疗1次/天,每次20分钟,15次为一疗程。

治则:活血化瘀,理气清热,温经散寒。

临床疗效:治疗慢性盆腔炎30例,获得较好疗效,现报告如下。治愈12例(40%),好转16例(53.33%),无效2例(6.67%),总有效率为93.33%。

说明:慢性盆腔炎是妇科常见病,多发病,其症状表现复杂,病情迁延,易复发。现代医学认为慢性盆腔炎大多由急性炎症因治疗不当或延误未治而迁延不愈而来,少数也可没有急性期表现而直接呈现慢性炎症表现。主要病变可局限于输卵管、卵巢和盆腔结缔组织,中医属“带下”、“痛经”、“不孕”等范畴。此症乃肝失条达,气机失畅,加之湿热阻滞下焦,合而致冲任胞宫气血运行失畅,不通则痛。手法治疗此症可舒肝理气,条达气机,清化湿热,温经散寒,而使气血运行通畅。慢性盆腔炎用抗生素、激素治疗效果不满意者甚多,究其原因可能是:1. 耐药者增多;2. 炎性包块形成后,药物难以到达局部发挥其作用;3. 其中不少为非细菌性炎症,抗生素难以奏效。而手法治疗方便易行,在治疗此病中有独特的疗效,治疗过程中宜经常保持外阴清洁,节制房事,情绪平和,则效

果较好。

参考文献:甘肃中医,1998;11(1):41

胎位异常

产科临床上除枕前位为正常胎位外,其余均为异常胎位。胎位异常是造成难产的因素之一。异常胎位有臀位、横位、持续性枕横位、枕后位、颜面位、额先露、前凶先露及复合先露等,其中以臀位及横位多见。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:①孕妇仰卧、膝关节屈曲,医者立于旁侧,先于患者腹部施掌揉法,待腹肌放松后,一手托腰,一手按于腹部施震荡法至腹腰部透热为度,再轻柔地点揉关元、气海、阴交、膻中穴;②孕妇侧卧,医者以掌反复揉腰阳关、命门及双肾俞穴约3分钟,再点压至阴、三阴交、足三里;③孕妇仰卧,医者一手按准胎头,一手按胎儿臀部并施以震荡法,再用按压法徐徐逆转至胎位正常。

治则:补肾益气,通经转胎。

临床疗效:19例转位成功,但其中1例于临产前又逆位,余18例足月顺产。

说明:本组孕妇孕期大于32周,均为膝胸卧位、外倒转术或中药治疗无效者。手法要轻,并随时注意胎心,如心率变慢应停止操作,必要时可待胎音正常后继续治疗。

参考文献:江苏中医,1988;9(9):30

缺乳

本症主要表现为产后乳汁过少或全无,称为缺乳,亦称“乳汁缺少”、“乳汁不足”。此病不仅出现于产褥期,在哺乳期亦可出

现。多因母亲营养不良、过度疲劳、情绪紧张、生活不规律,或哺乳方法不当所致。临床表现:乳房柔软,无乳汁分泌;或产后3天左右有乳房胀痛,体温达 39°C ,局部胀、硬,静脉充盈,但乳汁不能排出。若治疗不当,则易转为乳腺炎。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:用手指按揉膻中、肩井、乳根、内关、合谷等穴,每穴按揉20~30次。用食、中、无名指按摩乳房硬结5~6次后,顺输乳管的方向,从乳根向乳头做向心性按揉3~4次,用食指挤压乳晕部,反复做多次,直到硬结消失,乳汁排出,乳房变软为度。配合热敷及乳头擦洗。

治则:开胸理气,疏通乳络。

临床疗效:疗效标准:痊愈:排乳通畅,乳量充足,婴儿顺利地吸吮出乳汁,吸吮后乳房变软。有效:排乳基本通畅,乳量增多,婴儿顺利地吸吮出乳汁,吸吮后乳房变软。无效:治疗前后病情无变化。本组110例,用3~8次,痊愈68例,有效42例。

说明:本法开胸理气,疏通乳络,消肿散结,疗效满意。

参考文献:上海针灸杂志,1999;18(4):27

产后乳汁瘀积

产后乳汁过少,瘀积不下,乳房肿胀疼痛,伴有体温升高,本症可见于产妇因情绪影响等所致乳汁瘀积于乳腺内,分泌不畅所致乳房肿胀疼痛,伴有体温升高,其病理特点为乳汁运行受阻或来源不足所致。

中医属于“缺乳”范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:坐位或侧卧位,以滑石粉作介质,先在乳房

肿胀处轻轻摩揉2分钟,继而按揉乳根、乳房、屋翳、膺窗穴50~100次,再用拇指按摩乳房肿块100次左右,然后用抹法自乳根部沿输乳管流通方向抹向乳头部,反复数次,并用揉捏法轻轻挤压乳房。反复3~5遍。最后用点揉法在肝俞、脾俞、胃俞、三阴交穴上施治。按摩后,用小口径罐头玻璃瓶,对准乳头处放置,使罐瓶吸住乳房。

治则:补肾疏肝,通瘀排乳。

临床疗效:本组20例,疗效满意。

参考文献:现代中西医结合杂志,1999;8(7):1115~1116

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者取坐位,充分暴露患乳,术者在病人患乳上涂抹少许滑石粉或润滑油,后用双手五指末节在患乳四周从乳房根部轻轻向乳头方向直线滑摩数次,引起病人的泌乳反射,然后术者用左手拇、食指成“八”字形分开,将患乳托在左手掌上,用右手拇、食指上下或左右相对,放在乳晕缘部,作上下或左右起落按摩动作。如此反复有节律地进行按摩,速度1~2次/秒。使瘀积的乳汁频频不断地从乳头的输乳孔溢出,或呈线状喷射而出,直至乳中的积乳排空为止。

治则:通络排乳。

参考文献:孙国杰等,中医治疗学,1990:535

产后坐骨神经痛

妇女在妊娠分娩时,因胎儿过大,产程过长,或产时姿势不良、用力不当等原因,致使骶髂关节和耻骨联合发生分离,或脱位,压迫腰骶神经根至神经干径路上的坐骨神经所致疼痛。临床表现:1. 急性或缓慢起病,疼痛沿坐骨神经即由腰骶部沿臀部向下肢后外侧放射,咳嗽、弯腰、用力后加重。脊柱常侧弯,卧床时膝部屈

曲,以缓解疼痛。2. 牵拉坐骨神经检查时有疼痛,如阳性克氏征和 Lasegue 征(卧床直腿抬高不能达到 70 度或小于健侧)等。3. 坐骨神经径路上有压痛,如腰旁点(腰椎 3~5 脊突间或旁开 1~2 厘米处)、髂点(髂髂关节处)、臀点(环跳)、腓点(内外踝后下方)等。4. 坐骨神经支配范围内出现神经损害体征,常见者如足趾背屈力弱,下肢外侧感觉减退,臀肌张力降低,跟腱反射减弱或消失等。5. 由于病因不同,尚有其他特点:腰椎间盘突出。病前常有腰痛史,多因腰部劳损或受寒诱发,直立时疼痛加重。病变所在椎间隙有压痛并可向下放射。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:1. 髂髂关节复位手法:屈髋屈膝冲压法,适用于髂髂关节错位,患者仰卧位,健侧下肢自然伸直,患侧下肢向胸腹部屈膝屈髋位。医者一手握住患侧踝关节,另一手屈肘,用肘关节部向下压病侧膝关节,使膝关节和髋关节过屈,膝抵胸腹部为度。用肘关节用力向下缓冲 3~5 次,然后固定持续用力,肘部瞬间向下用力冲压膝关节,可听到弹响声或患者痛感减轻或消失。侧卧单髋过伸复位法,适用于髂髂关节后错位,患者侧卧位,患肢在上,健肢在下自然伸直。医者一手掌根顶推患侧髂后上棘,一手握住踝部,慢慢后伸患肢达极限,医者握踝之手使患肢过伸,另一手同时顶推髂后上棘,两手向相反方向瞬时同时用力推拉,可闻及关节复位响声。

2. 分筋理筋手法:复位前医者用拇指分别沿臀上皮神经,臀中肌及患侧髂髂关节局部作分筋手法,反复 6~8 次;复位后用拇指在髂髂关节后面从上向下理推数遍,用揉法揉至局部有透热感。手法均 3 日 1 次,4~6 次为 1 疗程,疗程间隔 1 周。

治则:疏通经络,缓解痉挛,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:患肢坐骨神经痛消失,恢复正常活动功能。有效:患肢坐骨神经痛明显减轻,活动功能改善,有不适

感,但不影响正常生活工作。无效:患肢坐骨神经痛无减轻,活动功能无改善。结论:本组 32 例,痊愈 24 例,有效 7 例,无效 1 例,总有效率 96.88%。

参考文献:广西中医药,2000;23(3):11

产后尿潴留

产后尿潴留是指产后因暂时性排尿功能受到障碍,使部分或全部的尿液不从膀胱排出。临床主要表现为排尿困难,小腹胀急,疼痛,坐卧不安等。

中医属“产后排尿异常”范畴。其病理特点为膀胱气化失职。辨证分为气虚型、气滞型、血瘀型、气血双虚型、气虚兼瘀型。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:先用双手掌及拇指揉按肾区,将手掌置于产妇下腹膀胱膨隆处,向腹部左右轻轻按摩 15 次,促使腹肌松弛,再用手掌自患者膀胱底部向下推移按压,注意用力均匀,不可过猛,以免损伤膀胱,如此持续 1~5 分钟,自尿排出排尽。指压关元穴,双手放于产妇脐下腹部,两拇指重叠置关元穴上,其余四指置髂嵴上向下压,着力点在关元穴,力量逐渐加大,中间勿停止,持续 5~15 分钟可排尿,待尿液排空后再缓缓松手。

治则:活血通经,通闭利尿。

临床疗效:本组 12 例,按摩 1~15 分钟即排尿 11 例,配合温水冲洗外阴诱导法排尿 1 例。

参考文献:现代中西医结合杂志,1999;8(12):2065~2066

按摩处方(二)

取穴及操作方法:嘱患者多饮水,取平卧位,臀下置便盆,双下

第三章 妇产科疾病

肢伸直,用热水袋放在膀胱区部位,轻轻上下推压,时间约 20 分钟,嘱患者自行排尿。若不能排尿,则依次按压气海、关元、中极穴,强度以患者能耐受为度,每穴 0.5 ~ 1 分钟。

治则:补肾温阳,通调气机。

临床疗效:本组 102 例,20 分钟 ~ 12 小时,热摩后排尿 47 例,穴按排尿 55 例,总有效率 100%。

说明:本法通调气机,利小便,疗效满意。

参考文献:实用中医药杂志,1999;15(7):30

按摩处方(三)

取穴及操作方法:嘱产妇平卧,双下肢伸直,精神放松。用 250 ~ 500 毫升盐水瓶中装满热水,用干毛巾包好,置于产妇的下腹部,稍微用力上下滚动,约 10 ~ 30 分钟,热度以能忍受为度。10 分钟左右不能顺利排尿者,肛门注入开塞露 40 ~ 60 毫升,继续滚动盐水瓶子,等产妇有便意且不能控制时,嘱其下床,大小便同时排出。

治则:温经通络,利水启闭。

临床疗效:本组 123 例,有效 121 例,失败 2 例。

说明:本法疗效满意,可防止产后尿潴留。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):37 ~ 38

按摩处方(四)

取穴:双水道穴。

操作及手法:逆时针旋转按、点、揉该穴,由轻至重。

治则:利尿启闭。

临床疗效:治疗 20 例,均痊愈,其中治疗 1 次痊愈 16 例,2 次 3 例,3 次 1 例。

参考文献:按摩与导引,1986;(5):17

不孕症

不孕症是指夫妇同居2年,未采用避孕措施而未妊娠者。分原发不孕和继发不孕。原发不孕为婚后从未受孕者;继发不孕为曾有过妊娠而隔2年未再受孕者。根据不孕的原因又分为相对性不孕和绝对性不孕。祖国医学认为肾主生殖,不孕与肾的关系密切,并与天癸、冲任、子宫的功能失调有关或因脏腑气血不和,影响胞脉胞宫功能而致。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者仰卧,术者坐于患者右侧,用右手掌紧贴腹部,以神阙穴为中心,用轻快柔和的震颤法,治疗4~5分钟,继而将掌根抬起,用中指点按中脘穴,掌根按揉关元穴,往返数次,透热为度。继而用小鱼际轻抚右季肋部,环行抚摩,用大鱼际逆时针方向轻抚右髂部数次,两势往返治疗5分钟左右,继而用右手掌小鱼际侧顺左肋缘往下按压3分钟,以透热为度,继而用右手掌掌根顺时针方向轻抚右髂部,两势往返治疗5分钟。最后用右手全掌环行神阙穴周围,顺时针方向抚摩数次后向下按压2分钟,引气归元而结束治疗手法。脾肾两虚型加按揉血海、三阴交、足三里、脾俞、肾俞;斜擦少腹,直擦背部膀胱经与督脉,以透热为度。肝郁气滞加按揉期门、章门、膻中,掐太冲、行间,令患者感到痠胀为度,再斜擦两侧胁部以透热为度。脾虚痰湿加摩中脘、建里3~5分钟,按揉足三里、丰隆,平推腰背,按揉八髎穴,以痠胀为度。日1次,每次25~30分钟,12次为1疗程,用5个疗程。

治则:调和气血,补益肝肾,调摄冲任。

临床疗效:本组20例,1年内受孕19例,未孕1例。

说明:本法调和气血,补益肝肾,调摄冲任,疏肝解郁,疗效满意。

参考文献:中国民间疗法:2000;8(12):19

按摩处方(二)

取穴及操作方法:手法:以推、按、拿、点、揉、摩、搓、压等为主。

部位:①胸腹部:以气海、关元、中极、天枢、膻中、华盖、子宫穴等为主;②腰背部:以腰阳关、肝俞、肾俞、大肠俞、小肠俞等为主穴。③下肢部:从腹部、背腰部循经逐渐揉、按至下肢部,约3~5分钟,然后再重点按摩三阴交、血海、足三里穴。

治则:补益肝肾,调和冲任。

辅助治疗:辨证加减:肾虚型加三阴交、肾俞、承山、阳陵泉,手法宜轻揉;血虚型加脾俞、气海、足三里;血瘀型加上脘、中脘、水分;肝郁型加气冲、承山、环跳、章门;痰湿型加肩井、风池、中府、中脘。

临床疗效:治疗17例。结果:15例怀孕,占88.2%;2例无效(有器质性病变),占11.8%。

参考文献:按摩与导引,1989:23

第四章

外科疾病

乳 痈

乳痈相当于西医的乳腺炎、乳房炎，是乳房常见的急性化脓性感染性炎症，妇女哺乳期易患此病。临床主要表现：病人初感排乳不畅，乳房肿胀疼痛；患处出现具有压痛的硬块，局部皮肤红热；同时可有高热、恶寒、脉搏加快等全身性表现。炎症继续发展，乳房红肿增大，疼痛呈搏动性，局部变硬，患者出现高热、寒颤等。患侧的腋淋巴结常有肿大，继则变软化脓。白细胞计数增高。

按摩处方（一）

取穴及操作方法：视其乳痈发生的不同部位，灵活采用七组穴位。第一组：用食指按住气户穴，沿乳中线，过库房、

屋翳至膺窗穴止。第二组:天泉穴与手太阴肺经外旁开处对位。第三组:天髻穴与手阳明大肠经对位。第四组:肝俞穴与魂门穴对位。第五组:渊液穴与周荣穴对位。第六组大包穴后旁开与魂门穴外旁开对位。第二组至第六组手法用大拇指和食指对掐后向外一抡。第七组:沿膻中、灵墟、膺窗、天溪、乳根、步廊等穴用食指环乳房按划一周。待施术完毕后用排乳法,先向患者胸壁方向稍将全乳压迫随即再行挤压。

治则:宽胸顺气,疏肝健脾,解毒排痈。

临床疗效:69例。结果:均一次治愈。

参考文献:国医论坛,1986;(1):31

急性乳腺炎

急性乳腺炎是因乳头裂伤或乳汁淤留后,多由金黄色葡萄球菌侵入感染而引起的急性化脓性炎症。绝大多数发生于产后哺乳期,以初产妇多见,好发于产后第3~4周,是常见的乳房疾病。其特点是患乳肿痛焮热,乳汁分泌不畅,可形成乳房脓肿,伴有全身症状。该病中医学称为“乳痈”,因发病时期和病因不同,有发于妊娠期的内吹和发于哺乳期的外吹。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:一手托乳房,另一手以食指指腹由外周向乳头方向反复推按,力度适中,并点按气户、库房、屋翳、膺窗、乳根及膻中穴。以右手拇指、示指指腹按揉乳房肿块部位,并向乳头方向反复推按,以患者能耐受为度。左手四指并拢,示指靠近胸壁托住乳房底部,右手拇指、示指、中指捏住乳头,上下提顿5~10下;再以拇指置于乳晕上,其他手指在对侧向内挤压,手指固定不要在皮肤上移动,重复挤压、松弛数分钟,沿乳头挤压所有乳窦,使乳汁排出,常见欠通畅处乳腺管有线状乳条或浓稠乳汁排出即通,可反复

进行,直至乳汁排净,肿块软化消失或基本消失。弹捏患侧胸大肌肌腱数次,拿双侧肩井穴,点按肝俞、胃俞,伴有发热畏寒、烦渴等全身不适者,点按双侧曲池、合谷穴各1分钟。每次30分钟,日1次,用3次。

治则:疏肝理气,通络散瘀,消炎止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:排乳通畅,乳房疼痛、肿块及全身症状完全消失。显效:排乳通畅,乳房疼痛明显减轻,肿块基本消失,全身症状消失。无效:排乳不畅,肿块无明显变化或伴全身症状。本组67例,痊愈63例,显效4例,总有效率100%。

说明:本法疏肝胃之气,通乳络,散瘀肿,疗效显著。

参考文献:山东中医杂志,2000;19(8):479

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者仰卧或坐位,先按摩患侧天宗穴2例,再在炎症周围找出1~2个压痛敏感点,行针刺,快进针慢推针,有针感后捻转1~2分钟,留针10分钟,同时以轻手法作局部按摩,起针后手法渐加重,并沿乳腺管向乳头方向反复挤压,使乳汁外溢,每日1次,共20分钟。超短波治疗,单侧前后对置,双侧并置法,无热量,15分钟,每日1次。

治则:疏通经络,消炎止痛。

临床疗效:治疗50例中,单侧发病42例,双侧8例,经1~5次治愈者28例,6~9次治愈14例,10次以上治愈5例,无效3例。

参考文献:樊百岭等,中华理疗杂志,1984;7(4):251

按摩处方(三)

取穴及操作方法:患者端坐,脱去上衣。术者立于病人背后,用病乳对侧手置于两肩胛间及心俞、督俞穴处,以循经推运松解疗法向患乳侧腋窝推运,重复3次;继之术者立于病人对侧,双手五

第四章 外科疾病

指呈半握状拟梳,捧持乳房,从乳房基底“梳”向乳头,再以手指轻轻向外牵拉乳头似婴儿吸吮样,最后用双手手指从乳房基底向乳头方向按压。每日治疗1次。伴全身瘀滞、月经黑、量少者,加行循经推运松解疗法的全身治疗。乳房脓肿破溃者按无菌原则换敷料。

治则:疏通经络,通瘀止痛。

临床疗效:全部获愈,其中312例发病1~3日就诊者治疗1次,121例发病后4~10日就诊者治疗3次,75例发病11~25日者治疗4~20次。

参考文献:杨永淑,中医研究,1989;2(1):43~44

按摩处方(四)

取穴及操作方法:患者坐位,术者一手抚肩,一手拇指螺旋形摩乳房结块5分钟;双拇指以乳头为中心向周围放射性分推乳腺3分钟;双手四指来回摩乳腺结块5分钟;拇、食指牵动乳头抖动1分钟;拇指拿提胸大肌外缘3分钟;揉患侧的肩胛区;双手揉搓患侧肩上部及上臂;点揉风门、肺俞、厥阴俞、膏肓、足三里。按摩1日2次。

治则:通络止痛。

临床疗效:本组236例,均治愈。

参考文献:按摩与导引,1999;15(5):42

按摩处方(五)

取穴及操作方法:先用湿毛巾热敷患乳,用右手指由乳房根部按摩至乳头尖,如此反复按摩,直至硬结乳房松软为度,手法边揉边按、边推边挤等,动作要柔和轻巧,勿用力过猛,日2~3次,每次15~30分钟,按摩毕后用木梳顺乳腺管方向反复梳理5~10次。

治则:散结消炎。

辅助治疗:消痈解毒汤含黄芪、蒲公英、金银花各30克,天花

粉、路路通、连翘各15克,柴胡、青皮、桔梗、当归各10克,炮甲珠、白芷、贝母各12克,甘草6克。随症加减,日1剂水煎服。

临床疗效:本组50例,治愈48例,无效2例。

参考文献:云南中医中药杂志,1999;20(3):22

按摩处方(六)

取穴及操作方法:患者外展平伸患侧上肢,医者坐于患侧,脚踏于患侧腋下,双手拉着患侧上肢作大幅度的肩关节前、后旋转运动。再由腋窝处开始作整个上肢的离心性按摩。两套动作交替进行。治疗20至30分钟,至患者上肢皮肤发红有热感。术前嘱患者多作患侧上肢运动,上举、振臂、肩关节前后旋转,动作要有力;轻拉乳头使患乳上下晃动,再用手掌从瘀乳肿块处向乳头方向轻轻反复滑推。同时配合局部热敷,每次20~30分钟,每次3~4次。症状轻者,不必停止哺乳。

治则:解毒通乳,活血消炎。

临床疗效:本组100例中,治愈76例,有效21例,无效3例,总有效率97%。

说明:观察手法治疗早期急性乳腺炎的临床疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,1999;7(5):16~17

按摩处方(七)

取穴及操作方法:先热敷患乳,患者端坐,医者立于患者背后,双手掌均匀涂肥皂后环握乳如抱球状,施以正压,由乳房四周向乳头方向按摩,将瘀滞乳汁逐步推出,日1次。

治则:清热解毒,活血消炎。

辅助治疗:药物直流电导入:将蘸有毛冬青煎剂的药垫置病灶处接阳极,阴极置于病灶对应的背区,电流为0.1~0.2毫安/厘米,每次20分钟,日1次。

临床疗效:本组56例,痊愈54例,无效2例。

第四章 外科疾病

说明:本法清热解毒,活血通脉,抗菌消炎,疗效满意。

参考文献:湖南中医药导报, 2001;7(1): 32

按摩处方(八)

取穴及操作方法:用金银花、蒲公英、赤芍各 30 克,黄柏、防风、白芷、连翘、乳香、没药各 15 克,日 1 剂,放在水壶里,水煮后用热气直接熏蒸患处,每次 30 分钟,日 3 次。热熏完毕,患者取坐位,充分暴露患乳,医者用左手托患乳,右手顺输乳管由乳房四周向乳头部位按摩,采用揉、按、推、挤等方法。同时,轻拉乳头 3~5 次。如此反复至瘀乳将尽,乳房松软为度。每次 20~30 分钟,日 3 次。

治则:解毒散结,活血通络。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状与体征消失,肿块消散,乳汁通畅。显效:肿块明显缩小,乳汁较通畅。无效:治疗前后无明显变化。本组 50 例,治愈 45 例,显效 3 例,无效 2 例,总有效率 96%。

说明:本法清热解毒,散结消肿,疏通气血,通畅乳络,促进瘀积乳汁排出,疗效满意。

参考文献:山东中医杂志, 2000;19(9): 560

按摩处方(九)

取穴及操作方法:患者取坐位,医者用一只手在乳房红肿处轻按摩 2 分钟,再自乳根部向乳头方向推进数次,然后右手拇、食指轻轻捻乳头,同时左手按压乳中穴(乳中线第 4 肋间),再以双手轮换轻按乳房,使乳汁流出。反复进行 3~5 次,使瘀积乳汁充分排出。每日治疗 2 次。

治则:通络排瘀,消炎解毒。

临床疗效:本组患者中瘀乳期 112 例、酿脓早期 34 例。推拿 1 次治愈 62 例,2 次治愈 46 例,3 次以上愈 24 例,14 例加用抗菌

素治愈。

参考文献:赵云芳等,河南中医,1990;10(3):25

按摩处方(十)

取穴及操作方法:双手指掌面紧贴患者乳房,由基底部向乳晕、乳头方向按摩,在乳房四个象限重复按摩15次以上,继面站在患者背后,左右拇指挤压内外上象限,左右四指及掌面挤压内外下象限,再按摩15次以上,促使乳房下部乳汁或脓液排出。

治则:活血通络,解毒排瘀。

辅助治疗:炎症进入浸润期,用按摩加通乳消炎汤(银花、蒲公英各30克,连翘、薏苡仁、路路通、王不留行各15克,赤芍、皂刺、炮甲各12克,陈皮、丝瓜络各9克;局限性脓肿,除服上方外也可按摩。

参考文献:刘云江,护理杂志,1980;(2):84

按摩处方(十一)

取穴及操作方法:患者仰卧,医者用双手大鱼际分推患乳两侧7~10次,多指揉拿胸大肌3~5分钟,双手拇指沿胃经由锁骨下交替揉向膻窗穴;右手空拳叩击患乳周围,以使患者有舒适和热胀感为度,拇指揉压屋翳、膻窗、膻中、气门等穴;左手托患乳,用右手拇指、食指、中指揉拿患乳硬结,或用食指、中指、无名指并拢弯曲并刮梳患乳硬结3分钟左右。手法先轻后重,治疗1次约需30分钟。

治则:开胸顺气,活血通络,消炎解毒。

临床疗效:结果痊愈48例,好转9例(症状缓解后未复诊),无效2例。

说明:本法适用于急性乳腺炎早期及有肿块尚未化脓者。

参考文献:梁乃省,河南中医,1990;10(1):33

按摩处方(十二)

取穴及操作方法:取乳根、膺窗、乳旁、期门、阿是穴;患者坐位,腰部乳房下围扎一塑料布,暴露患乳,在患处涂抹少许滑石粉,以防皮肤损伤,左手扶托乳根,先推拿乳房3~5分钟,然后再揉膺窗3~5分钟,再轻柔乳房硬结,期门各3~5分钟,而后双手拇指交替由腋下向乳头直推3~5分钟,直至奶汁畅通无阻,继续轻揉,硬结柔软,患者感觉乳房舒适轻松,触摸整个乳房柔软,大部分奶汁被挤出。如果1次不能治愈,第2日按上述方法治疗。

治则:清热解毒,通络排瘀。

辅助治疗:穴位局部常规消毒后,用毫针对准乳房、乳根、膺窗快速点刺,不留针。

临床疗效:治愈42例,显效8例,有效12例,无效2例,总有效率96.9%。

参考文献:针灸临床杂志,2001;17(1):11

按摩处方(十三)

取穴及操作方法:本组35例,分3期治疗,瘀乳期用单一按摩(点压法:体温正常者点压双合谷穴、患侧乳根穴、膻中穴;体温高热者加双曲池穴、双风池穴、大椎穴,每穴点压3~5分钟,有痠、麻、胀感为准。揉法:先用左手托起乳房,右手指腹从乳房根部向乳头方向指揉,反复3~5次。再用捧乳法,双手捧乳用小鱼际揉患侧病变部位,由轻到重,重点揉肿块反复5~7次。拨法:左手掐住肿块,右手中指、无名指沿肿块向乳头及四周拨、先轻后重,由浅入深,手法适中。排法:双手捧乳,根据乳腺管走行,从肿块的根部向乳头方向推压,使感染乳汁排净减少为止)治疗1~2次;

治则:清热解毒,通络排瘀。

辅助治疗:炎症浸润期、脓肿期加用小剂量超短波和青霉素钠80~160万单位局部直流电导入,5~10次,日1次,7~10次为1

疗程。对照组 27 例,用超短波、青霉素肌注或静点,日 1 次,7~10 日为 1 疗程。

临床疗效:两组分别痊愈 32、18 例,无效 3、9 例,总有效率 91.4%、66.6% ($P < 0.01$)。

参考文献:天津中医,1999;16(2):50

乳腺增生症

乳腺增生症是乳房部一种非炎症性疾病。常见于中年妇女,接近绝经期者发病率较高。发病原因与卵巢功能的失调有关,可能是黄体素与雌激素的比例失去平衡,黄体素分泌减少,雌激素相对增多所致。临床表现:常同时或相继在两侧乳房内发生多个大小不一、圆形、质韧的结节。结节常分散于整个乳房,也可局限在乳房的一部分,与周围组织分界不清,与皮肤及深部组织不粘连,活动度良好。常有乳房疼痛,经前肿痛加重,经后疼痛减轻。乳头有时可溢出少量黄绿色、棕色或血性液体。腋窝淋巴结不肿大。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:按摩治疗:患者仰卧位,医者用中指蘸乳癖消散膏(含桃仁、王不留行各 12 克,当归、白芍、郁金、香附各 15 克,三棱、莪术、乳香、没药、川贝、穿山甲各 10 克,柴胡 20 克,研细末,浸泡在 75% 的酒精中,加凡士林加热,过滤后冷却)少许,在肿块、乳根、乳旁、天溪、食窦、屋翳、膺窗、膻中穴按揉 10 分钟,再用鱼际在肿块上按揉 10 分钟。患者取坐位,用乳癖消散膏涂于胁肋部,先按揉章门、期门,再用掌搓摩胁肋 5 分钟。患者俯卧位,用本品涂于背部脊柱及两旁,先滚脊柱两旁的膀胱经,按揉肝俞、脾俞、胃俞、肾俞;再直擦督脉,横擦腰骶部。按摩 30 分钟,日 1 次,10 次为 1 疗程。

治则:疏肝止痛,消肿化痰,调经散结。

辅助治疗:患者随机分为本组 264 例与对照组 243 例,均用乳癖消散汤:桃仁、王不留行各 12 克,当归、白芍、郁金、香附各 15 克,三棱、莪术、乳香、没药、川贝、穿山甲各 10 克,柴胡 20 克,随症加减,日 1 剂水煎服,10 剂为 1 疗程。

临床疗效:疗效标准:痊愈:乳腺肿块及疼痛消失,经红外线扫描仪证实,3 个月未复发。显效:乳房肿块明显变小,乳痛明显减轻。好转:乳房肿块变小,乳痛减轻。无效:治疗前后肿块及乳痛未改变。患者随机分为本组 264 例与对照组 243 例,均用乳癖消散汤治疗结果:两组分别治愈 166、102 例,显效 62、51 例,好转 18、61 例,无效 18、29 例,总有效率 93%、88%,本组疗效与对照组比较有显著性差异($P < 0.05$)。

参考文献:中国中医药科技,1999;6(6):358

单纯性肠梗阻

本病为多种原因所致肠道阻塞引起全身紊乱的外科疾患。临床表现为腹痛、腹胀、呕吐,无排便及排气,腹紧张,肠鸣音变异等。

中医属“关格”、“肠结”等范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:推法:患者袒露背部,屈肘伏卧,术者站在患者左侧,右手中指置于督脉之上,食指无名指分别放在两侧背腧穴处,然后用指腹由长强穴向大椎穴连推 3 次。捏脊法—术者双手中指、无名指、小指屈曲,食指半屈,拇指伸直,虎口向前,用拇指和食指自长强穴起,沿督脉自下而上将皮肤边捏、边拿、边推、边放,直至大椎穴为止,连捏 9 遍,每次捏完,用拇指揉按肾俞穴数下,最后在脾俞、胃俞、大肠俞、小肠俞、三焦俞、气海俞等穴位处重提数下。拿法:在脾俞、胃俞、大肠俞、小肠俞、三焦俞、气海俞、关元俞等穴处,用 5 指反复提拿抖动,提拿高度可达数厘米,抖动程度以

患者能忍受为度,直至患者肛门有排气或腹痛腹胀缓解为止,无效者,可休息片刻,再行第2、3次治疗。

治则:调理脏腑,健脾通肠。

临床疗效:12例,结果均获满意疗效。

参考文献:四川中医,1990;8(6):33

肠粘连

肠粘连多发于炎症或手术后,由于腹膜损伤,纤维素渗出,组织供血不足,导致肠襻粘连。本病常见于腹部外科与妇产科手术后,如阑尾、胃、脾、胆囊、子宫、输卵管等术后。临床表现:腹痛、腹胀、嗝气、恶心、呕吐、食欲欠佳、下腹坠痛、腰痛、便秘等。本病属于中医学中“关格”、“肠结症”范畴,中医理论认为,大肠为传化之府,其生理特点是“实而不能满”“泻而不藏”。若因气、血、寒、热、瘀血等造成气血不通,寒热互结,肠道不利,通降失调,即可发病。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:用旋摩法,从下腹开始,沿升、横、降结肠的路线,反复旋转运摩100~120次;用掌托法,依以上旋摩法之路线在患者腹部缓慢推动5次;用扭揉法,把患者腹壁肌扭成“S”型,反复70~100次;用提抖法,将积聚的腹壁肌提起,行高速度上下抖动,然后将手中肌肤勾回另一侧,提起腹壁肌,行提抖70~100次;用疏通法,从剑突处向下推抚至脐下少腹处按住不动,再自脐上向剑突方向振赶,反复7~10次。日1次。

治则:松解粘连,通肠排便。

临床疗效:疗效标准:痊愈:腹部临床症状完全消失,随访半年无复发。好转:临床症状基本消失,偶尔刀口处有轻微腹胀。无效:治疗前后症状无改变。治疗68例,经治6~48次,痊愈49例,

好转 18 例,无效 1 例,总有效率 98.53%。

参考文献:山东中医杂志,2000;19(10):614~615

急性嵌顿痔

直肠下端黏膜下和肛管皮肤下扩大曲张的静脉团称为痔,其病因多由直肠、肛门位于人体躯干低位,肛管部静脉回流,有一定阻力,血流缓慢,加之粪便、腹压及其他因素影响,导致肛门部血液积聚,静脉扩张而形成,脱垂而嵌顿痔,可肿痛、糜烂、坏死。治疗亦可保守治疗、手术及其他治疗。本病属祖国医学“痔疮”等范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者左侧卧位,医者戴手套,沾少许石蜡油,轻揉水肿之痔核,使肿胀逐渐消退,先回纳小痔核,然后再回纳大痔核,待全部痔核回复,用食指作肛管按摩 3~5 分钟,肛内可置入痔疮栓或凡士林纱条,加压包扎。如手法回纳困难,可先行肛门局麻,再行手术回纳。术后卧床休息 2~3 小时。

治则:回肠纳痔。

辅助治疗:术后用消炎止痛汤:当归、泽泻、金钱草各 30 克,苏木、红花、生甘草各 10 克,生地、金银花各 20 克,生槐花 15 克,日 1 剂水煎服,用 3~5 剂。并用三草外洗方:金银草、鱼腥草、豨莶草各 50 克,日 1 剂水煎汤洗用。年长者与体弱者可输液抗炎退肿。

临床疗效:本组 36 例,经 1 次手法复位症状立即改善 32 例,回纳后复出经 2 次复位 3 例,经 3 次复位治愈 1 例。术后 3 日症状全部消失。

参考文献:中国中医急症,2000;9(6):289

腹股沟斜疝

本病患者在腹股沟区有一肿块突出,起初仅在病人站立、负重或腹部用力时出现,平卧后,肿块可自行回纳,消失不见,大多数病人自觉症状较轻,有的在腹股沟部有轻度坠胀感,偶而有胀痛或牵拉痛,肿块开始较小,随着病程的发展,可以逐渐增大,由腹股沟突入阴囊内。斜疝肿块上端小,下端大,如同1只带蒂的梨子。其腹痛明显,常伴阵发性绞痛和恶心、呕吐、便秘、腹胀等肠梗阻症状。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:排除疝肿块绞窄坏死。肌肉注射杜冷丁及654-2(按千克体质量计算),约15分钟后开始整复。健侧卧位垫高臀部25度屈髋屈膝,小儿侧卧于母亲膝上。术者站于患者背侧,以单手自患侧内环口处由内下向外上,以顺腹股沟管方向划弧做下腹部按摩,待腹壁进一步松弛后,另一手对疝肿块按摩,同时加力,但不可强行挤压,力量以患者能忍受为度。整复后须观察4小时以上。

治则:升阳举陷。

临床疗效:本组20例,经治疗后效果较满意。

说明:本法可变急症手术为择期手术,对患者预后有利,特别是处理老年人患本病应首先试用。但须注意出现剧烈腹痛及腹膜刺激征;疝块红肿热痛,张力增高,触痛明显;发热、血压下降者禁用本法。有明显尿潴留者,应先排空膀胱;嵌顿时间不是行本法的硬性指标,一定要结合临床表现。

参考文献:河北中西医结合杂志,1999;8(6):948~949

第五章 骨伤科疾病

第一节 骨折

肩胛盂部骨折

肩胛盂部骨折临床表现为肩关节活动受限,肩部红肿疼痛可触之骨擦音,肩关节屈、伸、内收、外展、旋内、旋外以及环转运动均有活动受限,所致疼痛。以复位手法治疗,予以中医药调理愈后。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:助手将患侧上臂屈肘90度,外展70~90度、外旋70度,双手把住肘部持续用力牵引3~5分钟,术者双手拇指在肩关节前后,2~5指在腋窝处,用力挤压、按摩。肩胛盂窝关节

面不平整的患者,牵引复位后减少牵引量,使肱骨头与关节孟窝轻柔对合,以肱骨头压迫关节面,关节面恢复平整后缓慢用力牵引上臂行尺骨鹰嘴牵引,在尺骨鹰嘴顶点向下3厘米、两侧2厘米作为进针、出针点,局麻后,用手摇钻将2.5毫米克氏针自内侧向外侧打,维持下臂外展70~90度、外旋70度牵引,重量3~5千克,时间4~6周。

治则:疏经通络,整复错位。

临床疗效:疗效标准:按 Hardegger 肩关节功能评定标准。优:肩关节活动不受限,肩周无疼痛,外展肌力V级。良:肩关节活动略受限,肩周有轻度疼痛,外展肌力IV级。可:肩关节活动中度受限,肩周有中度疼痛,外展肌力II级。差:肩关节重度受限,外展缺失大于40度,肩周重度疼痛,外展肌力I级。本组22例,随访19例,优11例,良5例,可2例,差1例,优良率84.2%。

说明:观察尺骨鹰嘴牵引治疗肩胛盂部骨折的临床疗效。本法疗效满意。

参考文献:中医正骨,2000;12(11):39

肱骨干骨折

肱骨骨折表现为肩、肘功能均有障碍,患肢肿胀,可有缩短畸形,可触及骨擦音,甚至有假关节活动。治疗可以手法捺正,外用接骨丹,夹板固定,三角巾悬吊患臂及中药调理愈后。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:本组167例,在电透下手法复位后,分4种不同情况治疗,对无短缩或分离畸形者,用小夹板固定;有短缩畸形者,再予尺骨鹰嘴骨牵引,重量2~3千克,牵引时间7~12日,短缩畸形矫正后改小夹板固定。有分离畸形者用单侧外固定支架固定2~3周,后改小夹板固定。若上肢肿胀严重或首次复位失

败,则先行尺骨鹰嘴骨牵引3~7日,肿胀消退后再在电透下手法复位,矫正畸形后小夹板固定,且继续牵引10~14日,改单用小夹板固定。同时配合中药活血化瘀、续筋接骨、消肿止痛及抗生素预防感染。小夹板固定4~10周,在医生指导下行早期无损伤的功能锻炼。

治则:接骨续筋。

辅助治疗:对照组71例,行手术切开复位,加压钢板或配合钢丝内固定,中西医结合治疗与功能锻炼同本组。两组均观察6个月。

临床疗效:疗效标准:临床治愈:符合骨折愈合标准。有效:骨折延迟愈合,或愈合后伴有关节功能障碍。无效:骨折不愈合,或神经血管损伤,或再骨折损伤。

两组分别临床治愈156、55例,有效10、12例,无效1、4例($P < 0.05$)。

参考文献:湖南中医杂志,2001;17(1):24~25

按摩处方(二)

取穴及操作方法:手法治疗:早期仅作患侧手指被动屈伸活动,以减少粘连形成。拆除外固定后,患者可适当作自动屈肘,被动伸腕活动。医者可适当行扳压、弹筋、弹指、摇揉、拨筋、摆动等手法。

治则:疏解粘连,通络止痛。

辅助治疗:中医治疗:早期内服用自拟筋伤1号方:当归、赤芍、乳香、没药、泽兰、槟榔、木通、地龙各10克,生地15克;中后期内服用筋伤2号方:当归、山茱萸、伸筋草、僵蚕、地龙、路路通、王不留行各10克,熟地、狗脊各15克,血藤20克,甲珠8克;后期外洗用筋伤洗方:海桐皮、透骨草、宽筋藤、五加皮、钩藤各30克,川椒、荆芥各20克。

临床疗效:疗效标准:肱骨干骨折愈合:局部无压痛及纵轴叩

击痛,无异常活动;X线照片外骨痂与内骨痂的密度已与皮质骨无差别,骨折端已相互连接,有骨小梁通过。桡神经损伤疗效:优:S3(+)M4以上,无畸形,功能正常或基本正常。良:S3M3,无畸形或轻度畸形,功能大部分正常。可:S2M2,中度畸形,关节活动度稍减少,功能部分保存,有保护性感觉。差:S1M1以下,畸形明显,关节僵硬,功能丧失。本组85例,随访半年,骨折全部愈合;桡神经功能恢复优58例,良15例,可9例,差3例。

参考文献:湖南中医药导报,2000;6(12):26~27

肱骨髁上骨折

肱骨髁上骨折表现为肘关节功能障碍、肘部肿胀畸形,治疗时应先予分步复位,然后配合中医药愈后调理。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)伸直型的复位方法:由家属抱住小孩,稳定在一个位置上,术者两手环抱患儿患部,复位时,两拇指顶住其肱骨远折端后方,往前下方推挤时,其余两手诸指环抱近折段往后拉,两拇指向下挤时,达到牵引的目的,向前推时,使折端达到复位的目的。

(2)屈曲型的复位方法:由家属抱住患儿,稳定在一个位置上,术者环抱患儿患部,复位时,两手拇指顶住其肱骨远折端前方,往下后方推挤,其余两手诸指环抱近折端往前拉。两拇指向下挤时即达到牵引的目的,向后推时即达到复位的目的,不需助手加大牵引,否则牵引过度也将造成折端的不稳定。

(3)纠正侧方移位:我们认为肱骨髁上骨折,应先纠正前后移位,再纠正侧方移位,肱骨髁上骨折的侧方移位,分尺偏型和桡偏型两类。尺偏型复位方法是:在维持前后位置良好的情况下,术者用一手拇指向外推挤远折端,其余四指向内拉近折端,听到明显的

骨擦音,扪及到侧方无梯型后为达到矫正的目的,可再用力,再轻轻向外推挤一下,然后再固定。

(4)桡偏型复位方法:在维持前后位置良好的情况下,术者可用拇指向内推挤远折端,其余四指向外拉近折端,听到明显的骨擦音,扪及侧方无梯型后,应立即停止手法,不可再推挤远折端,否则又有可能造成肘内翻的后遗症。

(5)固定方法:固定是确保此类骨折不移位的重要措施。其具体固定方法如下:

①伸直型固定法:首先在制作夹板时,要注意将肘后方的夹板屈曲成小于 90° 的角度。这样能加强肘后方骨膜的紧张度,使骨折能保持复位后的位置,前方的夹板其肘弯处应捶软,这样既能达到超关节固定的作用,又能适用肘关节各种角度,且无副作用。

②屈曲型固定法

首先应伸直固定;但我们体会当固定到12天左右时,肿胀基本消退,疼痛明显减轻,折端比较稳定时,应逐步改为屈曲固定,角度由大到小,这样就为恢复功能活动打下了基础。

③桡偏型固定法

应将桡侧夹板超关节固定,而尺侧夹板不宜超关节固定。

④尺偏型固定法

应将尺侧夹板超关节固定,而桡侧夹板不宜超关节固定。

⑤压垫的放置

伸直型骨折,在骨折远端的后方和近折端的前方各放置一块,相对挤压,以便复位。屈曲型骨折,应在骨折近折端的后方和远折端的前方各置放棉压垫一块,达到复位的目的。桡偏型应在桡侧的远折端和尺侧的近折端各置放一棉压垫。尺偏型应在尺侧的远折端和桡侧的近折端各置放一棉压垫,以达到复位的目的。在使用压垫时,我们认为棉压垫优于其它压垫。棉压垫柔软,无副作用,适用患儿特点,棉垫固定后,一般不移动,稳

定性能较好。

治则:顺势牵引,原路返回,牢固固定。

临床疗效:肱骨髁上骨折是儿童常见骨折,亦属不稳定型骨折,如果处理不当,不但对位不理想,还可造成各种并发症,以致永久性功能障碍。“推拉复位法”治疗肱骨髁上骨折是我们在长期临床实践中体会出来的。

说明:这种手法简单,操作方便,动作快,能得到患儿较好的合作,效果好。如果整复时间过长,患儿难于配合,影响治疗效果,故此我们将推拉手法贯穿于整复过程的始终,将这种手法用一种公式来表示即:两拇指推远折端形成一种复位的力量,其余诸指拉近折端形成一种固定的力量。无论前后移位和侧方移位,均符合这个公式。达到复位的目的。在我们治疗的病例中,无一例需要开放复位内固定而达到全部愈合的效果。

参考文献:黄振席,北京中医,1988:(4):29

按摩处方(二)

取穴及操作方法:在局麻或全麻下行前臂骨折手法复位夹板固定,再用无菌大号巾钳作尺骨鹰嘴悬吊滑动牵引,肘关节屈曲80~90度之间,牵引重量1~2千克,每日手法调整。3日后肿胀基本消退,据X线调整牵引重量,纠正侧方移位。共持续牵引1周。复拍X线片去除牵引及夹板,手法矫正髁上骨折,行上肢肘关节屈曲90度、腕关节功能位石膏固定,2~3周去除石膏,功能锻炼。

治则:利于组织水肿消退及骨折复位。

临床疗效:本组16例,除1例并尺神经损伤改行手术神经探查吻合、髁上骨折交叉钢针内固定外,均各关节功能达正常。

说明:本法有利于组织水肿消退及骨折复位,疗效满意。

参考文献:中国骨伤,1998;11(6):85

按摩处方(三)

取穴及操作方法:整复手法:患者坐位或仰卧位,先矫正侧方旋转移位,然后一助手固定患者伤肢上臂,另一助手握患者前臂腕部使其掌心向上,作均匀持续的对抗牵引。术者双手拇指推挤骨折远端,其他四指拉近端向后,以提按折捺手法矫正前后移位,同时牵前臂之助手在保持牵引的情况下屈曲肘关节,骨折即可移位,透视下见复位满意,在骨折远端向肱骨干纵轴用手掌轻叩几下,使骨折端嵌插。

治则:防止关节内粘连、肌肉挛缩,有利于肘关节功能的恢复。

辅助治疗:固定方法:用石膏托屈肘 100 度位固定 14 日,拆除石膏用金黄散外敷,纸夹板固定屈肘 60 ~ 70 度位,7 日后拆除外固定进行功能锻炼。功能锻炼:早期以握拳、屈伸腕关节及肌肉静止性收缩活动为主。外固定解除后,指导患儿循序渐进进行肘关节屈伸活动功能锻炼,同时配合理疗或中药外敷熏洗。

临床疗效:疗效标准:依据中医病症诊断疗效标准。本组 120 例,治愈 101 例,好转 16 例,未愈 2 例。

说明:本法有利于骨折端的稳定,有效地防止关节内粘连、肌肉挛缩和关节僵硬,有利于肘关节功能的恢复,疗效满意。

参考文献:中医正骨,2000;12(2): 31

按摩处方(四)

取穴及操作方法:收治 9 例肱骨髁上骨折合并不同类型的肱动脉损伤病人,肱动脉完全性断裂 4 例;肱动脉被肱骨近端前下缘尖利之骨端刺破 1 例;肱动脉节段性血栓栓塞 1 例;肱动脉痉挛 3 例。所有病人在解除血管压迫,探明血管损伤情况进行骨折牵引复位。

治则:整复移位。

临床疗效:术后 4 ~ 6 周内骨折愈合,8 例前臂血运得以良好

的恢复,仅1例因伤后时间长,术后仍发生晚期前臂缺血性挛缩。

说明:儿童肱骨髁上骨折可造成肱动脉损伤,动脉损伤程度不一,若诊断治疗不及时会引起严重的前臂缺血并发症。应对可疑病人的前臂血循环进行仔细、连续动态观察,一旦确诊,手术宜早期进行。

参考文献:中国骨伤,2000;13(11):645~646

前臂双骨折

前臂双骨折表现为前臂旋转功能丧失,肘及腕关节功能障碍,前臂肿胀、畸形、或有骨摩擦音,治疗以复位手法治疗为主并配合中医药对症处理。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:整复成功后,两助手继续维持牵引,据情包敷活血消肿止痛外用药。分别放置掌、背侧板(超宽二夹板,其宽度较前臂尺、桡径宽1厘米左右,长度略短于肘横纹至腕横纹间距,形如上宽下窄的等腰梯形。并使之塑形向背侧有6.5度左右弧度,以适应前臂生理弧度),用扎带捆扎3~4道。X线证实固定切实后,检查扎带松紧适宜,将前臂固定于带柱中立托板,置中立位悬吊于胸前。

治则:接骨续筋。

辅助治疗:固定后开始做握拳动作,开始功能锻炼。固定4~8周后,去除固定,局部中草药熏洗,加强功能锻炼。

临床疗效:本组51例,有效固定49例,骨折愈合。

说明:本法要点为最大限度地控制骨折断端的相互靠拢和骨折断端的旋转,以保证骨折的整复效果。

参考文献:中国骨伤,1998;11(6):69

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者仰卧位,肩外展90度,屈肘90度,前臂中立位,两助手相对牵引数分钟,纠正重叠移位及成角移位后,令助手前后旋转同时,术者在两骨折断端间作挤压分骨,当旋转至某一角度时,指下骨擦感消失即可。以骨折处为中心,在掌背侧各放置一长约10厘米的分骨垫,四夹板外固定,前臂中立位,三角巾吊于胸前。6周后去夹板,作前臂旋转锻炼。

治则:顺势牵引,原路返回。

临床疗效:本组12例,成功12例,2例失败。

说明:旋转牵引分骨手法治疗前臂双骨折,疗效满意。

参考文献:中国骨伤,1999;12(6):12

按摩处方(三)

取穴及操作方法:常规消毒,用1%利多卡因注射液10~20毫升在骨折端作局部浸润麻醉。患者仰卧,两助手在骨折两端作牵引和对抗牵引,持续数分钟,然后将骨折两端旋至前臂中立位,纠正旋转移位,用横挤等手法纠正下侧方移位,尽量使骨折成为前后重叠移位。在透视下用直径2.5~3.5毫米斯氏针尖端从前臂背侧垂直刺入皮下,针尖到达需要撬拨一侧的骨折端。以另一侧骨折端为支点,撬拨一侧骨折端为力点,术者一手握住针尾撬拨,使骨折间隙增大并过牵,另一手推压凸起的骨折端,至骨折复位。钢针拔出后,要来回旋转钢针,缓慢退出,以免骨折再移位。骨折复位成功后,用无菌纱布覆盖针眼,小夹板或石膏固定。

治则:接骨续筋。

临床疗效:本组21例,优9例,良8例,可2例,差2例。

说明:本法操作简单,患者痛苦少,但应注意适用范围,孟氏骨折及尺桡骨上1/3骨折应选用手术治疗。

参考文献:中国骨伤,1998;11(6):35~36

儿童 Monteggia 氏内收型骨折

按摩处方(一)

取穴及操作方法:整复:可行臂丛麻醉,患者仰卧,患肢前臂置中立位,两助手分别握上臂上段和腕部,在顺势拔伸下术者以折顶法先行尺骨整复,以双拇指对向抵于尺骨向外弯突或成角的顶点,余指握上下段。嘱握腕助手轻度外展前臂,术者两拇指与余指缓缓对向用力,以折顶手法反成角矫正尺骨向外弯突或成角。在维持牵拉下双拇指向内推按桡骨头,准确复其位。维持复位,反复作中度屈伸肘关节2~3次,以利舒筋。

治则:接骨续筋。

辅助治疗:固定:在桡骨头的外侧置一葫芦垫,在尺骨内侧上下端放一平垫,后于前臂的掌背侧与尺桡侧放长度适宜的夹板,以三道布带松紧适宜捆扎,置肘关节于伸直位2~3周,后渐改屈肘90度位固定1~2周。初、中期外敷化瘀消肿止痛药膏。大龄儿童,可按骨折三期辨证内服药物。

临床疗效:疗效标准:优:X线片显示尺骨骨折部力线完全矫正,桡骨纵轴延长线向上通过肱骨小头中心,功能全复,无不适。良:尺骨骨折微存向外弯突或成角,余同优级。差:骨折部轻度向外弯突或成角,桡骨头向外轻微移位,其纵轴延长线向上通过肱骨小头中心偏外部,屈肘活动轻微障碍,长时活动局部则感疲软。本组286例,优264例,良18例,差4例,优良率98.6%。

参考文献:中国骨伤,1999;12(5):60~61

尺桡远端双骨折

尺桡远端双骨折表现为前臂旋转功能丧失,肘及腕关节功能

障碍,前臂肿胀、畸形、或有骨摩擦音,治以复位手法治疗,予以中医药愈后处理。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)整复手法:一助手双手环握患者肘窝,术者双拇指摸准骨折远端,两手其他四指托摸住下陷的折处,形成钳状,术者和助手进行平稳而持续牵引3~5分钟,术者逐步将骨折远端上提,同时双拇指向选定的方向按捺突起的骨折远端,加大骨折断端间成角,待成角至一定程度后,术者可感到所推挤的骨折远端向前移动,待远近两骨折段的同侧骨皮质相接触,两骨折端相对顶住时,术者即可骤然收骨折远端反折,同时掌屈,尺偏,保持患肢掌屈,尺偏位,术者再用推扳手法以纠正断端残余之不足之处(推扳时稍向前处方为好),复位即告成功。如远端有尺侧的残余偏移可辅以分离手法予以解决。

(2)固定方法:整复后,置前臂于中立,掌屈尺偏位,外敷跌打消肿膏(自制),绷带缠绕包所,然后用4块小夹板固定,桡侧、背侧板超过腕关节,以限制手腕的背伸,桡偏活动。及时调整夹板和扎带松紧度并检查骨折生长情况,3~4周后去除外固定。

(3)功能锻炼及药物治疗:2周内可撮爪,握手练习,2周后可作云手练习。药物治疗仍按骨折三期辨证施治。

治则:接骨续筋。

临床疗效:本组95例,其中1例尺桡骨远端双骨折因重叠移位太多整复失败而转院治疗。76例达解剖对位,18例达到基本对位,成功94例。其中一次整复达解剖对位68例,2次者4例,3次者2例。95例患者3周内骨折均有明显骨痂生长,24~40天均达到临床愈合,86例恢复政党腕关节功能及前臂旋转功能,5例达到接近正常,2例腕关节功能轻度受限,1例前臂旋转功能受限;整复总成功率98.8%,总治愈率95.5%。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995;(6):605~

606

按摩处方(二)

操作及操作方法:

1. 新鲜骨折的整复:

(1)准备:伤员取卧位或坐位均可,一助手双手环握上臂,患者肌肉放松屈肘至九十度。

(2)反折:术者左手握患者手部,右手掌跟按放在骨折背侧,左手握患手稍作牵拉,右手掌跟迅速向下用力,加大成角畸形迫使断端嵌插分离。

(3)屈腕:术者右手迅速下移。双手环握其手部,用双手食指从折处掌侧向背侧支顶,双手握患腕极度曲腕,以矫正其重迭及背侧移位。

(4)尺偏:维持屈腕,极度尺偏,以恢复桡骨远端的正常生理角度。

2. 陈旧骨折的整复:

准备同前,术者立在伤者患侧,右足踏凳上屈膝九十度,一手握患者前臂,一手握患者手部,将患者腕背侧靠紧膝前,双手用力反折患腕,膝部用力向前顶捺,加大成角重新折骨,当听到患腕有响声即证明骨已折开。(部份病例折端粘连不牢者,在断开时可没有响声,当以患处出现异常活动为止。)然后按新鲜骨折用反折屈腕尺偏法整复。

治则:接骨续筋,疏经通络。

辅助治疗:早期服加味正骨紫金丹(经验方):丁香、木香、血竭、儿茶、熟大黄、红花、当归、莲肉、云苓、白芍、丹皮、甘草、石燕、象皮、三七、海马等份为末,每日三次,每次1.5克,开水送服。中期服加味虎潜丸或补肾强身片。晚期服用地黄丸或十全大补丸。

夹板固定:用小夹板四块,压垫三块(桡骨远端背侧一块,骨折断端掌侧近端一块,桡骨远端茎突处一块),布带四根固定后加

放带柱托板,悬吊胸前。

临床疗效:采用“反折屈腕尺偏法”治疗伸直型桡骨远端骨折 262 例,其中:男 105 例,女 157 例;5~16 岁 24 例,17~30 岁 25 例,30~50 岁 156 例,50 岁以上者 57 例。粉碎型骨折 35 例;合并尺骨茎突骨折 134 例;单纯骨折 93 例;新鲜骨折 230 例;陈旧性骨折 32 例(半月以上)。符合临床愈合标准者 214 例,占 83.9%;接近临床愈合标准、肿痛消除者 34 例,占 13.3%;肿痛消退缓慢、手部握拳功能受限者 7 例,占 2.5%。

注意事项:在使用本法应注意的是:右手掌根(肌肉丰厚处)要均匀用力,才能使断端完全分离。对陈旧骨折,单靠掌根之力尚嫌不足,还可利用膝顶的巧力使其折骨。另外,对部份嵌插骨折,即使从 X 线片上看到对位对线较好时,也要采用上法复位,否则会引起畸形。

参考文献:钟有鸣等,四川中医,1986:(6):18

按摩处方(三)

取穴及操作方法:手法整复、平板固定并术后处理。在持续牵引下敷消炎散(大黄、归尾、白芷、红花、龙胆草、赤芍等),夹板固定。

治则:活血化瘀,通络止痛。

辅助治疗:中药治疗,初期用桃红四物汤加乳香、没药、三七、桂枝、泽兰;中期前方加续断、自然铜、骨碎补、桑枝、苏木;后期用前方去桃仁、红花加熟地、枸杞、自然铜、续断、骨碎补、木瓜等。解除夹板后,用活血汤:当归、桂枝、五加皮、透骨草、威灵仙、红花、乳香、没药,水煎熏洗,配合功能锻炼。

临床疗效:疗效标准:优:局部症状、畸形消失,患侧腕掌屈、背伸及前臂旋转不受限或受限范围各在 15 度以内,能参加正常工作,X 线检查骨折解剖或近乎解剖对位。良:局部偶有疼痛,畸形不明显,患侧腕掌屈、背伸及前臂旋转受限各在 15~30 度,能参加

正常工作,X线检查桡骨下端关节面掌倾5~9度,尺倾16~20度。尚可:局部轻度疼痛,劳累后加剧,轻度畸形,患侧腕不能适应大强度活动,运动受限明显,患侧腕掌屈、背伸及前臂旋转受限各差31~45度,只能参加一般工作,X线检查桡骨下端关节面掌倾0~5度,尺倾10~15度。差:局部疼痛尚明显,呈持续性,从事正常劳动有困难其他指标低于尚可者。本组110例,优87例,良21例,尚可2例。本法疗效满意。

说明:按高等医药院校教材《中医伤科学》拟定。有明显外伤史,伤后局部肿胀疼痛,手腕功能部分或完全丧失,有压痛及骨擦音,或有典型的餐叉样畸形和枪上刺刀畸形,X线检查即可确诊。

参考文献:湖南中医杂志,1999;15(5):21~22

按摩处方(四)

取穴及操作方法:先手法复位,由助手握住前臂上部,术者握住大小鱼际肌部,在远端旋后10~15度牵引,以纠正重叠,迅速尺偏掌屈。待恢复肘窝凹陷及桡骨茎突比尺骨茎突长约1厘米时,标志复位已成功。用4块小夹板固定,舒筋手法,并行功能锻炼。

治则:接骨续筋。

临床疗效:本组42例,近解剖对位者15例;对线良好,对位3/4者24例。全部病例4~5周均达愈合。

参考文献:湖南中医药导报,1998;4(7):28

按摩处方(五)

取穴及操作方法:手法复位小夹板固定:无明显移位者,不需复位,直接用4块小夹板固定。有移位者根据骨骺损伤的类型采用相应的整复方法,对伸直型损伤用牵抖复位法整复,屈曲型损伤用提按复位法整复,复位成功后再用小夹板固定2~4周。开放性损伤患儿,入院后均在良好麻醉下行清创复位术,骨折稳定,复位后用石膏托固定。骨折不稳定,复位后用克氏针内固定。闭合复

第五章 骨伤科疾病

位失败患儿,手术见骨断端被旋前方肌嵌夹,复位后亦用克氏针内固定。陈旧性损伤患儿,重叠移位严重,行切开复位克氏针内固定,骨折已愈合,但严重成角并桡偏畸形,行截骨矫形克氏针内固定。所有内固定患儿术后均配合石膏托固定,伤口拆线后再改用小夹板固定,固定时间4~5周。

治则:接骨续筋,活血行气。

辅助治疗:初期均用活血行气药内服,中后期则用接骨续筋为主,解除固定或拔针后配合舒筋活络药熏洗。对年龄偏大的儿童,骨折复位固定后即指导患者作握拳及肘、肩关节的活动,去除固定后再逐渐进行腕关节的屈伸锻炼。

临床疗效:疗效标准:参照1975年全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会拟订的“骨折疗效标准草案”的腕关节功能标准(天津医药骨科附刊.骨折疗效标准草案.1978.试刊号)。本组65例,治疗14~35日,随访58例,随访10个月~5年,优49例,良8例,差1例,1例伤后2年出现骨骺早闭致腕关节轻度桡偏畸形,但不影响功能。

参考文献:广西中医药,2001;24(1):27

第一掌骨骨折

第一掌骨骨折其表现为手指的屈、伸、收、展及旋转运动及微小运动均有功能障碍,患肢患处红肿疼痛可有缩短畸形,可触及骨擦音,治疗以手法复位和中医药愈后调理为主。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:局麻或臂丛神经阻滞麻醉,在第一掌骨骨折远近端指背伸肌腱两侧,用直径1.5~2毫米的克氏针2枚,呈60~90度夹角与第一掌骨垂直钻入,至掌骨对侧骨皮质,然后分别将2根针针尾套入固定针座与螺纹杆连接。固定在弧形滑槽架

上,最后根据骨折的移位、重叠方向,对骨折断端进行复位固定,透视下见骨折对位线良好后,调整旋紧各部件,针孔外敷酒精纱布保护。术后给予抗生素3~5日,次日更换敷料,清洁皮肤,针眼处用75%酒精点滴,日2次。进行拇指的主动和被动屈伸锻炼。至确认骨折达到临床愈合后,拔除克氏针,拆除固定架。

治则:复位定骨,疏筋活络。

临床疗效:疗效标准:按孟永生等拟定的疗效标准(中华骨科杂志,1992,12(4):300)。本组18例,优13例,良4例,差1例,优良率为94.4%。有1例术后发生针孔浅表感染,经换药及应用抗生素后消失。经3~42个月随访,骨折均达到骨性愈合,无1例发生掌腕关节再脱位及不稳定现象。

参考文献:中医正骨:2001:13(2):36

腕舟骨骨折

腕舟骨是近排腕骨中最长最大的一块,呈长弧形,分结节、腰、体部三个部分,其腰部相当于两排腕骨间关节的平面。腕舟骨的血液供应较差,仅腰部及结节部有来自背侧桡腕韧带和掌侧桡腕韧带的小血管供应。因此,骨折的位置若在腰部近端或体部,常导致近侧骨折块发生缺血而影响骨折愈合。临床表现为局部肿胀,有明显压痛,叩击痛甚剧烈疼痛。予以复位手法及中医药愈后处理。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:在患侧腕关节桡侧鼻烟窝上放置一纸片做平垫,下垫棉花。用一牛皮纸接近端至腕关节上10厘米,远端至拇指掌关节,中轴线在患腕关节桡侧放置。牛皮纸远端边缘按手掌弧形修剪,远端纵形剪开长约2~3厘米裂口,然后用小绷带缠绕包扎,腕关节尺偏5~10度固定,4周复查1次。

治则:复骨续筋。

第五章 骨伤科疾病

临床疗效:疗效标准:按《中医骨伤科学》中骨折临床愈合标准。本组 18 例,临床愈合 17 例,无效 1 例,总有效率 94.4%。

说明:本法制作简单,固定较稳,疗效满意。

参考文献:广西中医药,1999;22(4):21

按摩处方(二)

取穴及操作方法:撬顶术前,先温水热敷,通过温热作用,改善局部循环,疏松关节筋肉,然后在臂丛麻醉下,一助手配合牵引,作腕关节的被动屈伸活动,松解腕关节的粘连。活动时,术者双拇指抵住月骨的掌侧面,防止在松解活动过程中,由于来自头状骨背侧的推挤,促使月骨向掌侧旋转移位加重,从而进一步导致韧带损伤加重而影响月骨的血运。进针前,先在进针部位用针尖穿破皮肤,形成针孔。然后用针的钝端插入至相应部位进行撬顶。根据损伤的不同性质和类型采用不同的进针方法。月骨掌侧脱位采用掌侧进针,月骨周围腕骨背侧脱位用背侧进针。进针应在 X 线透视下掌握方向和深度。在进针过程中,如感觉有弹性阻碍时,多为组织填充粘连所致,可用钢针轻轻左右推拨,以清除粘连的肉芽和纤维组织,有利于复位。一般月骨掌侧脱位,钢针抵达于月骨背侧的凹面。月骨周围腕骨背侧脱位,钢针抵达于月骨背侧及头状骨之间。在配合牵引下,慢慢屈伸腕关节,使脱位的关节间隙加大,同时利用钢针的推顶力和撬抬力,解除月骨与头状骨的交锁,恢复头月关节的正常关系。复位成功后,腕关节掌屈 45 度位固定,3 周后改中立位,5~6 周后解除固定,练习腕关节的屈伸活动功能。

治则:接骨续筋。

临床疗效:本组 11 例,全部复位成功。

参考文献:江苏中医,2000;21(11):36

按摩处方(三)

取穴及操作方法:骨折手法复位后,患处外敷骨科油布,取 P

型掌侧板(取长度相当于前臂远端2/3至横掌纹、宽度适当的夹板一块,6~8厘米宽的绷带用同等宽度胶布使其整个竖向固定于夹板的远端,制成头部,侧看型似P型)超腕关节固定,其头部置于手掌,推顶手掌使腕处于背伸30度,稍尺侧10度,第1掌骨与前臂纵轴平行固定,每隔2~3日换药1次,固定8~12周及辅以辨证施治的中药内服和功能锻炼。

治则:接骨续筋。

临床疗效:疗效标准:参照《实用骨伤科手册》评定标准。治愈:骨折对位满意愈合,功能完全或基本恢复。好转:骨折基本愈合,对位良好,功能恢复尚可。未愈:骨折不愈合,局部压痛、叩击痛,腕部功能障碍。本组20例,治愈18例,好转2例,总有效率100%。

参考文献:江西中医药,2000;31(6):39

指骨骨折

指骨骨折主要表现为局部疼痛、肿胀、运动功能障碍,手指顶端纵向叩击痛阳性。局部有骨擦音或骨擦感,或伴有假关节活动。临床予以复位手法及中医药愈后护理治疗等方法。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:通过拔伸、捺正、折顶、旋转的手法使指骨复位,X线确认后,于患指的掌侧及背侧各放置支架,开放性骨折应先清创闭合创口。近节指骨骨折固定于指间关节屈位,中节指骨向背侧成角者固定于各指间关节伸指位,向掌侧成角者固定于屈伸位,锤状指的末节指间关节固定于背伸位,近中节指间关节固定于屈伸70度位,拇指骨折定于外展对掌位,各型骨折的掌指关节固定于屈曲位。用布胶将支架固定于患指及掌部。

治则:活血通络,接骨续筋。

辅助治疗:临床愈合后用中药三棱、蓬莪术、红花、川椒、当归尾、海桐皮、伸筋草、寻骨风、续断各 15 克,水煎日 2 次熏洗患指 30 分钟,用 7 剂,患指伸屈功能锻炼。

临床疗效:本组 120 例,用 25 ~ 56 日,均骨性愈合。

参考文献:中国骨伤,2000;13(12): 750

按摩处方(二)

取穴及操作方法:复位:术者一手拇指、食指捏住骨折近段,另手四指握住患指骨折的远段,拇指顶住骨折的掌侧,在牵引下,屈曲其指间关节,同时拇指向背侧挤压骨折部,使成角矫正。如有侧方移位时,在牵引时,使远段左右移位,与近段对合复位。固定:整复后行短臂背侧直角石膏托外固定,石膏托近端在前臂中段,远端超过近侧指间关节达中节指骨中远段。使腕关节固定于背伸 30 度功能位,掌指关节屈曲 90 度,指间关节屈曲 30 ~ 90 度,用绷带缠缚固定 3 周,拆除石膏,练习各关节功能活动。

治则:接骨续筋。

临床疗效:本组 39 例,全部临床愈合。

参考文献:中医正骨,2000;12(2): 41

按摩处方(三)

取穴及操作方法:根据骨缺损应用单纯外固定或外固定加植骨术。手术采用臂丛麻醉,根据不同掌指骨选用不同的外固定支架放置部位,第一、二掌指骨放置于桡背侧,第四、五掌指骨放置于尺背侧,第三掌指骨适当放置于桡背侧或尺背侧,注意进针点以防损伤伸肌腱。不需切开复位者,在 X 线下复位,于骨折远近端皮质良好的皮肤上以尖刀纵行切开皮肤 2 毫米,小直血管钳经切口分离至骨皮质,用钻头与骨干纵轴直钻孔至穿透对侧骨皮质后退出,拧入外固定针,用同样方法打入其它固定针后,安放外固定架,调整至骨折对位线良好。

治则:接骨续筋。

临床疗效:本组 22 例,良好 21 例。

参考文献:江西中医药,2000;31(6):38

髌骨骨折

髌骨骨折多为外伤所致,表现为膝关节肿胀,屈伸不利,局部压痛明显可触及骨擦音,局部可见瘀斑。治疗时应先予手法复位,再以中药内服调理,活血化瘀,续筋接骨,止血理气。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:非手术治疗:无移位骨折(用铁丝托板将膝关节固定在伸直位,用 1 号新伤药膝部外敷;创伤灵、玄胡伤痛宁或消肿止痛汤口服,1 周后练习股四头肌收缩活动,肿痛减轻后用正骨紫金丹口服,4 周后解除外固定进行膝关节屈伸功能锻炼,配合按摩治疗和熏洗);骨折移位在 1 厘米以内,用手法整复。手术治疗:对骨块部分离移位 1 厘米以上的横断型或大部分粉碎型髌骨骨折,用手术疗法。

治则:接骨续筋。

辅助治疗:做手术后处理:如抬高患肢、用消肿止痛汤(1 剂/日口服,连用 4~6 剂)、用抗生素、24 小时更换敷料 1 次等。

临床疗效:疗效标准:优:骨位好,关节面平整或两骨折端前后移位 1 毫米以内,膝关节屈伸功能正常,天气变化无疼痛。良:骨位较好,两骨折端前后移位 3 毫米以内,伸膝正常,屈膝减少 10 度以内,天气变化有轻度痠痛。尚可:骨位尚可,两骨折端前后移位 3 毫米以上,伸膝正常,屈膝减少 20 度以内,行走时有轻度疼痛。本组 50 例,优 29 例,良 20 例,尚可 1 例。中西医结合治疗髌骨骨折的临床疗效满意。

参考文献:中国骨伤,1999;12(6):39~40

按摩处方(二)

取穴及操作方法:两组均于术后将患膝关节屈曲 5 度位石膏后托外固定,按骨折Ⅲ期中药辨证论治。实验组在不负重情况下早、中、晚作膝部周围肌肉等长舒缩练习。12 天伤口 I 期愈合拆除缝线后,保持膝关节伸直位石膏后托固定,病人扶拐下地作 50 ~ 100 米直立行走,日 1 ~ 3 次,卧位时去掉石膏托,伸直膝关节作膝周围肌肉等长舒缩练习,膝关节于过伸 5 度至屈曲 30 度范围内被动屈伸练习,术后 6 周摄 X 片提示髌骨骨折端骨折线模糊时,可完全去掉石膏托扶拐下地增加行走运动量,休息时加强膝周肌肉的舒缩及主被动屈伸练习,范围过伸 5 度至屈曲 90 度,抬腿练习;术后 8 ~ 9 周可随意增加下地扶拐行走的屈膝膝关节练习。对照组拆线后开始膝部肌肉等长活动,术后 6 周开始作膝关节主被动练习,术后 8 周在有石膏后托的保护下开始嘱病人下地扶拐直立行走练习。

治则:接骨续筋,活血通络。

临床疗效:12 周后复查,实验组 28 例,患膝外观无肿胀,局部无疼痛,无叩痛,患健侧软组织丰满对称,关节过伸 5 度,屈曲 110 ~ 130 度不等,屈膝 90 度时内旋达 10 度,外旋达 20 度,下地行走活动自如。对照组 19 例,患肢膝部外观轻度肿胀,局部无叩痛,但下地或活动时疼痛,膝周软组织欠丰满,与健侧不对称,关节过伸 0 度,屈曲过 30 ~ 45 度不等,最大屈曲位时内旋 0 度,外旋 0 ~ 5 度不等,下地行走活动受限。

参考文献:贵阳中医学院学报,1999;21(1): 26 ~ 28

按摩处方(三)。

取穴及操作方法:硬膜外麻醉后,仰卧位,用手法在 X 线监视下将髌骨复位,用 2 把大铺巾钳经皮将髌骨作暂时固定。确定已解剖复位后,于髌骨下极髌韧带两侧作环形 0.4 厘米小切口,用血

管钳潜行分离至髌骨下极。在X线监视下,从髌骨下极小切口钉入2枚克氏针,并确定以横腓骨折线并在髌骨中间。拔出克氏针,旋入2枚松质骨螺钉,适当加压。2个切口各缝1针,伸膝位长腿石膏固定3周,3周后拆除石膏,扶拐下地。

治则:接骨续筋。

临床疗效:本组33例,除1例粉碎性骨折膝关节僵硬外,均达到受伤前水平。

说明:本法方便、有效、经济、损伤小,疗效满意。

参考文献:安徽中医临床杂志,2001;13(1):66~67

按摩处方(四)

取穴及操作方法:取髌骨前横弧形切口,暴露骨折两端,清除瘀血或粘连组织及瘢痕,直视下解剖复位,粗丝线环形固定,修补缝合骨折线撕裂的股四头肌腱扩张部及筋膜,检查骨折复位的稳定性。术后第1周用0度石膏托(伸直位)外固定,第2周用10~15度石膏托,第3周用25~30度石膏托,第4周及以后用50~60度石膏托,骨折愈合后拆除固定。切口拆线后3日外固定时暴露膝前,用中药水煎浸毛巾热敷,每次30分钟,日5次,拆除石膏后并用中药熏洗。

治则:接骨续筋,活血化瘀。

辅助治疗:早期用活血化瘀,续筋接骨中药:当归、桃仁、红花、地鳖虫、自然铜、苏木、千年健、续断、牛膝等;后期用舒筋活血,补肝肾中药:鸡血藤、五加皮、牛膝、桑寄生、续断、骨碎补、千年健、寻骨风、独活等。术后1周开始股四头肌等长收缩,力量较小,以后逐渐增大,在无痛范围内进行锻炼,拆除石膏后下地尽力屈伸曲膝关节活动。

临床疗效:本组56例,切口均I期愈合,平均6.3周。随3个月~3年,功能恢复与年龄相关,最短7周完全恢复正常,16周以后不能恢复正常者以后很难恢复。优43例,良11例,可2例,优

良率达 96.4%。

说明:本法可使骨折愈合时间缩短,有利于功能恢复。

参考文献:安徽中医临床杂志,2001;13(2):113~114

按摩处方(五)

取穴及操作方法:手术方法:硬膜外麻醉,取髌前横形切口,充分显露骨折端,把嵌入折端间的腱膜挑起,清除骨折端及关节内积血。于髌骨骨折块的上下极或下极的髌韧带下零位线偏后和偏前分别作横形钻 4 孔,前 2 孔带进单钢丝,后 4 孔带进双股细钢丝。术者双拇、示指把骨碎片理顺其解剖关系并固定,助手先拉紧后环钢丝固定,然后拉紧前环钢丝固定。当髌骨的形态基本恢复后作屈膝试验数次,此时钢丝有少许松动。调整对位后继续用双拇、示指使髌骨向心靠拢对齐,助手逐一拧紧前后环形钢丝,最后作前 8 字张力带固定。屈膝 90 度数次,直视观察骨折端稳定后,冲洗伤口。用 10 号粗线修补双侧扩张部,用 1 号线缝合髌腱膜以免骨碎片移位,逐层关闭伤口。术后处理:伤肢不需外固定,置脚垫上,屈膝 30 度,应用抗生素预防感染,中药内服按骨折三期辨证论治。术后作踝关节屈伸活动,2 日后作下肢内外旋转及股四头肌收缩活动。2 周伤口拆线后作直腿抬高及足跟不离床屈膝练习,用 TDP 仪照膝部。3 周后嘱患者伤肢置床旁,让小腿自然下垂被动屈膝,12~20 分钟后伤肢置回脚垫保持屈膝 30 度,反复作踝关节屈伸活动,30 分钟后重复上述方法锻炼。局部外用本院跌打镇痛液,骨洗方一号外洗,日 1 次。待股四头肌收缩有力,能直腿抬高,伸膝 10 度以内可下地负重活动,不主张扶拐行走。

治则:接骨续筋,通经活络。

临床疗效:疗效标准:优:无疼痛,膝关节屈伸正常或屈受限 10 度以内;伸受限 3 度以内,肌力正常。良:偶有疼痛,膝关节屈受限 30 度以内;伸受限 5 度以内,行走正常。可:行走时疼痛,屈膝 <90 度,伸膝 >10 度。差:不能达上述标准。本组 35 例,优 23

例,良8例,可4例,优良率88.6%。35例全部骨性愈合。

参考文献:中国骨伤,2000;13(10):608~609

按摩处方(六)

取穴及操作方法:采用手法、手术松解,能屈曲至 110° 左右则不予手术,若屈曲 $<100^{\circ}$ 则行手术松解粘连。手法松解者,当即予关节腔内注入透明质酸酶凝胶~抗粘连阻隔剂2毫升,并予创面涂抹透明质酸酶凝胶。2周后用透明质酸酶凝胶~关节功能改善剂关节腔内注入2毫升,以减少组织粘连。硬膜外镇痛下行下肢CPM功能锻炼,每天4~6小时,应用2~3周。

治则:疏通经络,松解粘连。

辅助治疗:中药熏洗(山奈、制川草乌各10克,川椒目15克,细辛7克,伸筋草、路路通各30克,艾叶、桂枝各20克,上药水煎30分钟,先用蒸气熏,水温降后外洗)每次30~60分钟,洗后即予下蹲功能锻炼。

临床疗效:治疗6周后,本组76例,优($>110^{\circ}$)30例,良($100^{\circ}\sim110^{\circ}$)43例,尚可($90^{\circ}\sim100^{\circ}$)3例,优良率达96.1%。

说明:手法、手术松解及中药熏洗结合治疗本病疗效满意。

参考文献:浙江中西医结合杂志,1999;9(2):113~114

按摩处方(七)

取穴及操作方法:膝前横弧形切口,在髌前腱膜浅层分离,将皮瓣向上翻转,显露髌骨全部。去除血凝块,将骨折碎块大体复位。然后从髌骨外侧开始,用止血钳引导,紧靠髌骨边缘,在腱性组织中环形穿引硅胶弹性带一周,然后逐渐拉紧弹性带两端,使其拉力在6千克左右。用7号丝线紧靠髌骨结扎弹性带两端,剪除多余部分,再次检查关节面,将复位不理想的骨折块用止血钳调拨、归拢,使其解剖复位,关节面平整。用7号丝线间断缝合髌前腱膜,术后患膝伸直 0° 度位,石膏托外固定3周。3周后可扶拐下

地行走,4~8周去石膏托行走。

治则:接骨续筋。

临床疗效:本组54例,用3个月~5年,优41例,良9例,可4例。

说明:观察硅胶弹性带内固定治疗髌骨粉碎骨折的临床疗效。本法操作简单,疗效满意。

参考文献:中国骨伤,2000;13(9):564

按摩处方(八)

取穴及操作方法:对新鲜髌骨软骨骨折11例,施行骨折的游离软骨块复位内固定,术后应用持续被动活动(CPM)装置活动膝关节5周。

治则:接骨续筋,疏经通络。

临床疗效:经平均28个月的随访,11例中,术后膝关节功能优9例,良1例,优良率90.9%。

说明:新鲜髌骨软骨骨折采用游离软骨块复位内固定和CPM治疗是可行的,疗效满意。

参考文献:中国骨伤,2000;13(2):72~74

重度胫腓骨中下段开放性骨折

胫腓骨骨折多因坠落、挤压、打砸而致,主要特征是骨折部位的皮肤或黏膜破裂,骨折处与外界相通,其表现为小腿局部疼痛、肿胀,患肢多呈向前、内侧成角畸形、小腿轴线改变,可有缩短,可触及骨擦音或局部瘀斑。治疗时应根据不同类型,采取牵引、复位、固定、方法,并分期服用中药或熏洗以活血化瘀,消肿止痛,续筋接骨,益气养血。

按摩处方(一)

取穴及操作手法:硬膜外麻醉后,患侧大腿扎止血带。常规消

毒,彻底清创,对游离碎骨块清理干净后生理盐水浸泡备用。沿原伤口顺肌肉间隙分离小腿外侧肌群,暴露腓骨骨折端,取出腓骨骨折片,自骨折近端截取腓骨 10~12 厘米,暴露胫骨肌折端,分别置入骨折远近端之骨髓腔,直视下复位。若为粉碎性骨折,将碎骨片按原位复位,骨块大者可用丝线或钢丝捆扎。

治则:清热解毒、活血化瘀、清肿止痛。

辅助治疗:生理盐水及甲硝唑冲洗,常规在小腿外侧及后内侧做减张切口,皮肤缝合后石膏固定。术后给用抗菌素及脱水剂,并用金银花、连翘、蒲公英、地丁、当归、川芎、桃仁、红花等中药口服。早期常更换敷料,若有表皮坏死,清创后外涂生肌玉红膏。

临床疗效:本组 36 例,随访 6~24 个月,骨折全部愈合,骨折愈合时间为 8~20 周。本方清热解毒、活血化瘀、清肿止痛,加之手术治疗,疗效满意。

参考文献:中医正骨,1999;11(11): 31

按摩处方(二)

取穴及操作方法:仰卧,髌、膝关节屈至 90 度使小腿肌肉放松;助手握住患者大腿,术者面对患者足底,左手握足腰,右手握足跟,用力对抗牵引,尽可能恢复跟距角。然后术者双手指交叉以掌心对准跟骨两侧,边牵引边挤压,纠正跟骨的塌陷侧移,恢复跟骨高度,接着再强力内外翻整复骨碎片及距下关节。复位满意后外敷接骨散,绷带“8”字包扎,6 周后可下地行走。

治则:接骨续筋,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:功能评定按 LETOUNEL 标准,优:跟距关节面平整,恢复了跟骨原有高度和宽度,跟距角大于 25 度,无后遗症。良:接近上述标准。可:跟骨形态未完全恢复,跟距角小于 20 度,在不平地上行走时有不适感但不需进一步治疗。本组 18 例 20 只跟骨,优 14 只跟骨,良 4 只跟骨,可 2 只跟骨,优良率 90%。本法疗效满意。

参考文献:中医正骨,1999;11(11):33

按摩处方(三)

取穴及操作方法:患者肢体抬高,用低分子右旋糖酐注射液500毫升,加尿激酶100万单位静滴,用4日后改为尿激酶30万单位静滴5日。每日测血小板及凝血酶原时间,并用天宝银杏片、小剂量阿斯匹林片、潘生丁片口服,配合高频理疗仪治疗。2周后复查血管彩超,如仍有少许点状回声影,继续用尿激酶10万单位静滴,连用7日。

治则:扩张微循环,活血接骨。

临床疗效:本组45例,自述下肢深静脉栓塞的症状消失,肿胀消退,皮肤张力降低者占99%。随访1年,功能无受限,骨折均骨性愈合,膝、髋关节功能正常。本法疗效满意。

参考文献:中医正骨,1999;11(11):34

按摩处方(四)

取穴及操作方法:A组25例,行切开清除纤维骨痂及纤维疤痕组织,骨髓腔再通,骨折端取髂骨植骨,其中加滑槽植骨7例。植骨后外固定架固定,术中直视下应用外固定架加压1次将骨折端紧密靠拢不留缝隙。

B组23例,切开骨折端切除纤维疤痕组织,骨折两断端纤维骨痂不清除,取髂骨在骨折处做皮质外植骨,术中上外固定架,术后应用外固定架在两星期内逐渐加压使骨折端靠拢。

C组30例,单纯行闭合针加外固定架,在两星期内逐渐加压使骨折端靠拢。加压指标以短斜形骨折两断端靠紧略有重叠1~3毫米即可。横形骨折以两断端靠紧不留缝隙为宜。

治则:接骨续筋。

临床疗效:疗效标准:愈合标准:骨痂形成明显,骨折线模糊,骨折端间纤维骨痂骨化,拆除外固定臂后局部无压痛,无纵向叩

痛,下肢可负重站立及行走。用3~5个月,三组均治愈,但C组4个月愈合27例,明显快于A组及B组。并发症分析,针孔感染明显高于其他并发症。

说明:加压外固定疗效满意。

参考文献:中国中医骨伤科,1999;7(6):34~35

按摩处方(五)

取穴及操作方法:常规清创,切除失活皮肤及肌肉组织。适当延长创口处理骨折端,使骨折复位。粉碎型骨折必要时钢丝螺钉固定骨折块,然后于胫骨内板中心线上下端分别定点,一般离开骨折线2~3厘米,钻孔,拧入骨针4枚至穿出对侧骨皮质,安装好外固定器,并适当加压固定。固定杆与皮肤之间距离一般为1厘米左右,便于稳定骨折端及创口处理。最后根据创口情况直接缝合,减张切口或Ⅱ期修复。

治则:接骨续筋。

临床疗效:本组32例,随访6~12个月,骨折临床愈合时间为5~10个月,均在门诊拆除外固定器。本法手术创伤小,操作简便,固定牢固可靠,有利于开放创口的处理及骨折的早期愈合,有利于早期功能锻炼,疗效满意。

参考文献:时珍国医国药,1999;10(9):696

按摩处方(六)

取穴及操作方法:彻底清创后,显露骨折端,直视下将骨折端复位,较大蝶形碎块以拉力螺钉固定,腓骨中下段或近外踝处骨折短缩及成角移位,则须解剖复位,髓内针或螺钉固定,以恢复腓骨的长度及踝关节的正常间隙。在骨折远、近端穿入4根相平行的固定针,要求在与胫骨内侧面相垂直而且与踝关节的冠状面相平行的位置进行,连接支架再次调整,复位理想后拧紧锁扭固定钢针,伤口张力太大时可做侧旁减张切口,皮肤缺损骨外露时可行局

部旋转皮瓣覆盖。骨折线模糊后适当放松支架处长锁扭。

治则:接骨续筋。

临床疗效:本组 20 例,均一期愈合。

参考文献:江西中医学院学报, 1999;11(3):104

按摩处方(七)

取穴及操作方法:6 小时内麻醉下清创,将深筋膜预防性纵行切开,在远近骨折端各穿入 2 枚直径 5 毫米的钢针,在直视下将骨折端复位,不剥离骨膜,有骨碎片可用小钢针推顶复位,装上连接杆将骨折端固定,缝合伤口。行骨外固定器固定 6~8 周,X 线片上有骨痂形成时可拆除外固定器,换上小夹板外固定,可主动及被动功能锻炼。

治则:接骨续筋。

临床疗效:本组 34 例 36 侧肢体,骨性愈合 34 侧肢。

说明:观察骨外固定器与小夹板固定互补治疗重度胫腓骨开放性骨折的临床疗效。本法疗效满意。

参考文献:现代诊断与治疗,1998;9(3):174~175

按摩处方(八)

取穴及操作方法:手术切开复位后,松质骨螺钉固定 8 例,髌钢板固定 4 例,普通螺丝钉固定 4 例,钢板螺丝钉加骨栓固定 4 例,骨栓固定 3 例,钢板松质骨螺丝钉固定 2 例,松质骨螺丝钉固定骨胶充填 3 例,骨栓固定骨胶充填 1 例,钢板螺丝钉固定骨胶充填 2 例,单纯骨胶充填 4 例。并辨证用中药口服,术后第 3 日行膝关节功能练习,6 周后不复重行走,3 个月后骨折愈合负重练习。

治则:接骨续筋。

临床疗效:本组 35 例,随访 26 例,优 22 例,良 3 例,差 1 例。

参考文献:中医药信息,1999;16(1):40

按摩处方(九)

取穴及操作方法:硬外麻,平卧位,按无菌要求清洗创面周围皮肤,用2%双氧水和1‰新洁而灭液浸泡创口5分钟,常规消毒皮肤后,清除已坏死的组织,检查骨折端,对部分不影响骨折稳定的小碎游离骨块予摘除,对大块受到污染的骨块取出清洗后还纳。在胫骨结节两侧面1厘米处各作纵行切口1.5厘米,剥离至骨面后用骨凿斜向胫骨髓腔远端凿取骨洞,各插入矩形弹性髓内针一枚,自上而下交替击入胫骨远端骨髓腔,目视见针远端达骨折近端后,将骨折复位,再将钢针击入骨折远端骨髓腔至少10厘米,钢针上端留于骨外少许,冲洗创口,如有皮肤张力大可作减张切口缝合或邻近皮瓣转移覆盖创口。

治则:清热解毒,活血祛腐,续筋接骨。

临床疗效:本组62例,骨折按期愈合55例,延期愈合7例。

参考文献:中国骨伤,2000;13(10):614~615

按摩处方(十)

取穴及操作方法:1. 闭合性骨折无移位骨折,用五合一小夹板固定,内服中药,外敷接骨散;有移位的骨折,在局麻下行手法复位加小夹板外固定术。不稳定性骨折,将患肢置于勃朗氏架上,成人行跟骨牵引,儿童行皮牵引,牵引同时加小夹板固定。一般牵引4~6周,并注意掌握骨折端对线、对位情况,及时调整牵引重量,防止过牵。拆除牵引后继续保持小夹板外固定,扶拐早期离床活动。

2. 开放性骨折,多在伤后半小时~4小时内,在局部麻醉下施清创术,创口直接缝合或减张缝合,术后用小夹板固定,其中有2例用钢板螺丝固定,1例克氏针交叉内固定。对创口无污染者用拱桥式甲板固定。

治则:接骨续筋,活血通络。

临床疗效:优:断端接近或达到解剖对位。良:断端侧方移位

不超过骨皮质,成角不超过5度。可:断端侧方不超过胫骨直径的1/2,成角不超过10度。欠佳:断端有严重的成角移位畸形,影响功能。本组113例,随访63例中,1年内恢复正常工作51例,2年内恢复工作9例;3例因伤肢痠痛、活动后肢体肿胀,伤后2年未恢复工作。

参考文献:湖南中医药导报,1999;5(10):33

按摩处方(十一)

取穴及操作方法:开放性骨折先进行严格清创消毒,变开放性为闭合性骨折处理,保护伤口以利愈合。用拔伸、端挤、推拉等手法整复,矫正重叠、前后和侧方移位。若单纯胫骨干骨折或无明显移位的稳定型胫腓骨干骨折,根据部位进行超膝关节、超踝关节和不超上下关节的小夹板外固定;若有明显移位的不稳定胫腓骨干双骨折及创面较大的开放性骨折,须先进行跟骨牵引,配以手法复位,复位满意后改轻重量维持牵引3~4周,加小夹板固定。

治则:接骨续筋。

辅助治疗:同时早期内服通脉丹(麝香、牛黄、熊胆、三七、朱砂、血竭等),中后期用健筋胶囊(八珍汤加三七、鹿角胶、龟板胶等);外敷碎补膏(骨碎补、桃仁、红花、冰片等),开放伤口Ⅰ期不能愈合的外敷生肌膏(儿茶、血竭、象皮、白腊、麻油、冰片等)。定时换外敷药,早期每周进行X线摄片检查,及时矫正,4周后骨折端初步连接稳定,即在维持夹板固定下,进行关节功能锻炼。陈旧性骨折内固定对位尚好者,仅小夹板保护,余均采取腰麻下手法折骨、跟骨牵引术,再小夹板外固定。

临床疗效:疗效标准:参照1975年“全国中西医结合治疗骨折经验交流座谈会”通过的骨折疗效标准评定。本组127例均获痊愈,优良率达95%。

说明:观察中西医结合治疗胫腓骨干骨折的临床疗效。本法治疗本病取得良好疗效。

参考文献:新中医,2000;32(3):28~29

按摩处方(十二)

取穴及操作方法:跟骨牵引:患者平卧,一助手双手环握患肢足部,另一助手双手环抱患肢大腿下段,患肢小腿下方垫一沙袋,使足跟抬高,两助手作对抗牵拉状,使患肢处于中立位,常规消毒踝部及足跟部,选内踝与足跟顶联结之中点作穿针点,用尖刀片在进针点切一约0.5厘米皮肤切口,从该切口水平且垂直于患肢纵轴用锤子向对侧击入斯氏针1枚,酒精纱布敷盖于进针点和出针点,并用橡皮塞由斯氏针两端穿入压迫酒纱,将患肢置于布朗氏架上,装上牵引弓,系上牵引铈,重量为3~5千克,针孔处滴75%酒精,日2次。

小夹板外固定:伤后1周左右,骨折端相对稳定。X光示骨折对位线良好,即用小夹板固定(按骨折端移位方向,适当加用压垫,开放性骨折伤口适当暴露。固定之日起嘱患者不时在小范围内活动足趾,作功能锻炼。2周后复查,有所变化及时调整,至满意为止。4周复查见骨痂生长,去除骨牵引,单纯用小夹板外固定,至骨折达临床愈合时拆除小夹板。

治则:续筋接骨,活血通络。

辅助治疗:并用生骨活血胶囊(含自然铜、鹿茸、黄芪、紫河车、海藻等,研末,装胶囊)5粒/次,日3次口服。

临床疗效:本组94例,61例达解剖复位,14例近解剖复位,11例对线好,对位率90%。

参考文献:辽宁中医杂志,2001;28(2):103

按摩处方(十三)

取穴及操作方法:手法整复适用于稳定性骨折,复位时将患者置于整复床一端,膝关节屈曲,患肢自然下垂,可有一定牵引作用。用轻手法牵引和整复,小夹板外固定或用石膏托固定。对不稳定

性骨折,或闭合复位仍不能达到满意复位,或有较严重软组织损伤的胫腓骨骨折,或合并小腿筋膜间隙综合症的患者,可行跟骨牵引治疗。手术切开复位适用于不稳定的斜形、螺旋形、横断粉碎骨折或手法复位困难者,胫骨用螺钉、安德氏针、钢板、髓内针等固定。闭合手法复位、内或外固定对胫骨中下段骨折,可在电视 CX 光机下进行。

治则:接骨续筋。

辅助治疗:并辨证分期用中药,初期治以活血化瘀,用消肿止痛合剂、复元活血汤、消瘀顺气汤等;中期治以接骨续筋,用损伤散、散瘀活血汤;后期治以补益肝肾,疏通经络,用盖天力、六味地黄丸、蛤蚧大补丸等。

临床疗效:疗效标准:参照《中医病证诊断疗效标准》。本组 500 例,治疗 10 周~6 个月,优 416 例,良 73 例,尚可 8 例,差 3 例。

参考文献:中国骨伤,2000;13(1):44

按摩处方(十四)

取穴及操作方法:闭合性骨折将患肢置于勃朗氏架上,在局麻下行跟骨牵引,牵引重量根据骨折移位的情况,及体重而定,牵引 2~3 天后调整牵引重量,牵引 1 周,待肿胀消失后行小夹板固定,配合中西药治疗。开放性骨折先彻底清创,,再按闭合性骨折处理。

治则:接骨续筋。

临床疗效:观察 47 例全部治愈。

说明:牵引加小夹板固定治疗本病疗效满意。

参考文献:新中医,1998;30(7):42

按摩处方(十五)

取穴及操作方法:常规麻醉手术,放出骨折端积血,进行手法

整复,安装外固定支架,并适当调节至骨折对位、对线满意为止。

治则:活血化瘀,接骨续筋。

辅助治疗:术后用先锋Ⅳ4克/日1次静滴,连用5日。术后2周(初期)用桃仁、赤芍、川芎、连翘各10克,红花、甘草各5克,当归、生地、制元胡、金银花各15克;术后2周~1个月(中期)用当归、熟地、伸筋草各15克,赤芍、骨碎补、儿茶、制乳香、制没药各10克,炙甘草5克,煅自然铜25克(先煎);1个月后(后期)用党参、木瓜各10克,白术、当归、山药、首乌各15克,黄芪35克,熟地25克,牛膝20克,甘草5克。均日1剂水煎服,连用15日。

临床疗效:本组65例,切口均一期愈合,随访5个月,均骨性愈合,愈合时间2.5~4.5个月,2例老年骨折延至1年愈合,并遗有踝关节功能障碍。

参考文献:浙江中西医结合杂志,2000;10(4):216

按摩处方(十六)

取穴及操作方法:清创和处理骨折后,直接缝合伤口时应无张力,否则行减张缝合,创面有软组织,可游离植皮。套状撕脱皮肤可修复成中厚皮片行原位缝合。创面污染重宜延期Ⅰ期闭合。对骨质外露,宜采用筋膜皮瓣,肌(皮)瓣。感染创口需炎症控制后行伤口闭合。

治则:接骨续筋,活血化瘀。

临床疗效:新鲜创口128例伤口闭合,仅皮片原位缝合出现7例坏死,经第二次手术创口闭合。63例感染创面经抗炎、植皮和组织瓣方法闭合。

说明:伤口闭合方法多,方式选择应遵循由简单到复杂的原则。

参考文献:中国骨伤,2000;13(1):16~17

踝部骨折

踝部骨折多因由高空落下或撞击所致,同时伴有不同程度的韧带损伤,临床表现为踝部疼痛、肿胀,并呈翻转畸形,踝部功能障碍,局部压痛可扪及骨擦音,被动活动时疼痛加重,临床予以复位手法及中药愈后处理。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:闭合复位外固定:无移位之骨折患者,用单纯石膏或夹板固定踝关节于曲伸0度(合并后踝骨折者则应轻度背伸)位并内翻(外翻骨折)或外翻(内翻骨折)位4~6周;有移位者,则根据骨折受伤机制及骨折移位情况,采用相应的手法予以整复,固定方法与无移位者相同。

具体手法:平卧位,屈膝;助手牵引并固定膝部或小腿部,术者握足跟部,另一手握踝前部;先作顺势拔伸牵引,然后依其与受伤机制相反的方向,使踝关节内翻或外翻,使内、外踝骨折移位复位。如合并后踝骨折,则可在整复内、外踝骨折移位后,术者一手握胫骨下端向后推,一手握足向前拉,同时慢慢背伸踝关节,利用紧张的后侧关节囊,把后踝拉下。

开放复位内固定:开放性骨折患者,先彻底清创,用适宜的内固定,如有组织缺损或缝合张力过大,用游离植皮或转移皮瓣覆盖创面。闭合性骨折需手术治疗者,应切口、复位,然后选择适宜的内固定方式。

治则:整复移位,接骨续筋,活血化瘀。

辅助治疗:按骨折三期辨证论治,早期以活血化瘀,消肿为主;中期以接骨续筋为主;后期用中药以舒筋活络,通利关节,健脾利湿,补益气血为主。中、早期外用自制伤科镇痛酊搽患处;后期用中药熏洗(海桐皮、透骨草、五加皮、红花、续断、伸筋草、防风、牛

膝、秦艽、当归各 10 克,艾草 20 克)。开放性骨折及手术患者,配合抗生素防治感染。

临床疗效:疗效标准:参照国家中医药管理局制定的《中药病症诊断疗效标准》。治愈:骨折解剖或接近解剖复位,有连续性骨痂通过骨折线,功能完全或基本恢复。好转:对位良好,骨折线模糊,踝部轻微移痛,劳累后加重,内、外踝侧方移位 2 毫米以内,前后移位 2~5 毫米之间。未愈:踝关节功能障碍。本组 72 例,治愈 63 例,好转 8 例,未愈 1 例。

参考文献:湖南中医药导报,1999;5(4):32~33

按摩处方(二)

取穴及操作方法:用手法复位、超踝塑形小夹板固定 21 例,用手法复位 U 型石膏固定 5 例。复位后夹板固定后,注意患肢足趾血循环及肿胀情况,及时调整夹板松紧度,抬高患肢,复位后 1~2 周内注意骨折有无移位,5 周后去除,并加强踝关节功能锻炼。复位后石膏固定者,7~10 日关节肿胀消退后更换石膏,8 周拆除石膏,加强踝关节功能锻炼。骨折移位明显者 30 例,用手术疗法。

治则:活血化瘀,通络接骨。

临床疗效:本组 56 例,非手术组 26 例,优 10 例,良 9 例,差 7 例,总优良率 73.1%;手术组 30 例,优 18 例,良 7 例,差 5 例,优良率 83.3%。

说明:中西医结合疗效满意。

参考文献:中国骨伤,1999;12(2):26~27

按摩处方(三)

取穴及操作方法:随机分为两组。A 组用手法复位合石膏固定,B 组用手法切开复位合石膏固定及中药熏洗。

手法整复:年老体弱者用硬膜外麻醉,余可不麻醉。助手把持小腿中段,术者一手持前足,一手托跟骨顺势徐徐牵引,然后逐渐

改变方向直至与原损伤方向相反,同时使足背伸曲或跖屈数次,纠正骨折的旋转及翻转移位;合并距骨脱位则推后矫正,合并下胫分离注意相对反复扣挤直到恢复踝穴正常。切开复位,从伤后至清创、复位及内固定时间分别为 1.5 ~ 15 小时。固定与练功:石膏固定采用 U 型石膏、石膏托、管型石膏 3 种。U 型石膏固定者,早期即开始踝关节背伸、跖屈活动,石膏托及管型石膏固定者进行肌肉舒缩运动。去除外固定后,指导患者作局部按摩及踝关节各个方向的活动。

治则:活血化瘀,接骨续筋。

辅助治疗:熏洗法:用川牛膝、川独活、川续断、软防风、单桃仁、宣木瓜、五加皮各 15 克,海桐皮 25 克,酒川芎、当归尾各 12 克,无名异 20 克,火勃虫 10 克,水煎浸泡 15 分钟煮沸后加冰片,另加白酒 20 毫升,日 2 次熏洗,每剂用 3 日。

临床疗效:疗效标准:参照青岛会议关节内骨折的疗效标准。优良:固定后以功能锻炼骨折未再移位,可有继续矫正移位作用,关节活动好,行走 5 千米无疼痛及不适。尚可:整复后复位欠佳,但不影响关节功能,行走 2.5 千米无疼痛,关节活动稍受限(5 ~ 10 度)。差:对位不佳,或改用其它方法治疗,踝关节受限超过 10 度,行走 1.5 千米即感不适。两组分别优良 41、46 例,尚可 7、3 例,差 2、1 例。

说明:切开复位配合关节功能活动及中药熏洗疗效满意。

参考文献:福建中医药,2000;31(6):20

按摩处方(四)

取穴及操作方法:根据骨折移位情况,采用拔伸、屈伸、捺正等手法纠正骨折移位,尽可能达到解剖复位,其中距骨移位必须完全纠正,然后用五块小腿夹板超踝关节固定,固定后在小腿侧加用带底板的后托板,后托板与底板间通过绞链相连,分别用弹力带系于后托板与底板间的两侧,调节松紧保持确当的弹力,固定后即嘱患

者做踩底板活动,通过踩底板活动使踝关节屈伸活动。

治则:接骨续筋,通经活血。

临床疗效:疗效标准:参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》。本组 36 例,治愈 20 例,好转 11 例,未愈 4 例。

说明:本法疗效显著。

参考文献:中医药信息,2000;17(6):39

按摩处方(五)

取穴及操作方法:治疗方法采用非手术治疗 22 例,予手法整复加“U”型石膏或夹板固定 4~6 周。手术治疗 43 例,按常规切开复位,钢板或螺丝钉内固定,术后石膏托固定 4~6 周。

治则:活血化瘀,接骨续筋。

辅助治疗:所有病例,治疗期间均给予中药内服,内服方按照中医治疗骨折的“破、和、补”三期分治原则进行辨证施治,并在后期拆除外固定后,均予海桐皮汤加减煎汤趁热熏洗患处,每日 2 次。

治疗机理:中药的作用:根据骨折的三期分治原则而进行辨证施治的内服方药,具有促进瘀血吸收、肿胀消退、气血恢复正常运行、加速骨痂生长的功能。另外,根据古籍《医宗金鉴》中的海桐皮汤熏洗患处,对骨折后期可起到行气活血、舒筋通络、温经止痛之功,从而减轻或缓解局部皮肤、肌肉、肌腱和韧带的紧张度,使局部血气通畅,改善局部组织的营养,从而达到功能恢复,减少损伤性关节炎发生的目的,且不具任何毒副作用。

功能锻炼:恰当的功能锻炼,是踝关节功能恢复的重要措施之一,主张早期开始。固定当日即可鼓励患者做踝关节背屈和趾屈活动,逐渐加大活动量,解除固定后可负重,指导局部按摩活动等。

临床疗效:本组 65 例,男 51 例,女 14 例,年龄 19~58 岁,平均 31 岁。65 例中车祸致伤 31 例,高处坠跌伤 25 例,步行扭伤 9 例。65 例均为闭合性新鲜骨折,伤后 1 小时~9 天就诊。左侧骨

折 28 例,右侧骨折 35 例,双侧骨折 2 例。单踝骨折 14 例,双踝骨折 32 例,三踝骨折 19 例。合并下胫腓联合分离 17 例,合并其他部位骨折 11 例。根据损伤机制分型(即 Louge ~ Hau Sou 分型分类),旋后—外旋型 26 例,旋前—外展型 17 例,旋前—外旋型 14 例,旋后—内收型 8 例。

疗效标准:优:踝关节功能完全正常,步行无痛感。X 线片示踝穴正常,无骨性关节炎改变。良:踝关节功能可,走远路踝关节轻度肿胀。X 线片示踝穴内侧间隙稍加宽,无骨性关节炎改变。差:有负重痛,走路时踝关节肿胀,不稳定。X 线片示踝穴间隙不匀称,一侧间隙大于 2 毫米,并有骨性关节炎改变。经 3 个月~8 年随访 65 例,优 41 例,良 18 例,差 6 例。

说明:手术适应症与手术方法的掌握大多数 I、II 度踝关节骨折,都可以根据其损伤特点进行手法复位而获得成功,如病情达 III、IV 度,手法难以复位时可考虑手术。对单纯的难复型内踝骨折,给予切复松质骨加压螺丝钉或普通螺丝钉固定,三角韧带断裂者给予修补,内踝骨折块较小无法用螺钉固定者则用细克氏针交叉固定。对内外踝骨折伴有胫距关节脱位者,闭合整复失败时行切开复位固定,内踝松质骨加压螺钉固定,外踝用短四孔普通钢板固定。一般在内踝、外踝得以正确复位后,胫距关节半脱位得以自动纠正。对三踝骨折中的后踝处理,我们认为当骨折块超过关节面三分之一,关节面不平整产生台阶且其维持踝关节稳定因素和结构遭到破坏时,则必须行切开复位,后踝固定一般用螺钉或松质骨加压螺钉。

关于三踝骨折处理顺序,张继东等主张依次为后踝、外踝和内踝,我们认为以后踝、内踝和外踝的固定顺序为佳,因为内、后踝的处理可以在同一皮肤切口下进行。4.2 外踝的处理以前骨科学者普遍对外踝的处理不够慎重,对腓骨的重要性也认识不足。一般认为只要腓骨远侧部分保留,就不会影响踝关节功能。

但有学者经实验证明,腓骨缺损时,腓骨处外踝向近端移位,距骨外移,踝穴扩大,踝关节失稳,易导致损伤性关节炎。另外,距骨可伴随外踝移动而移动,实验证明,距骨外移1毫米,胫距接触面减少42%,接触面减少后,关节面单位面积所受负荷增加。而1~2毫米的距骨移位,即可导致踝关节损伤性关节炎的发生。所以,目前越来越多的学者开始重视外踝及腓骨骨折的复位,称之为治疗踝部骨折的关键。下胫腓关节分离的处理:临床上单独胫腓下关节损伤较少见,往往伴有内外踝的骨折,胫腓下关节复位与否,与踝关节后期稳定性,及损伤性关节炎有密切关系。对于下胫腓关节分离的固定问题,倾向于短期螺丝钉固定。方法是在处理内外踝骨折得以满意复位后,外踝用短四孔钢板固定时,在下胫腓联合水平由外向内侧水平方向旋入一枚长螺丝钉,以穿过胫骨对侧皮质为佳,还应注意螺丝钉的松紧度,否则就有可能造成踝关节背屈障碍。

参考文献:张继东等,骨与关节损伤杂志,1999;14(1):34~35

按摩处方(六)

取穴及操作方法:保守治疗:无明显移位骨折用消瘀接骨散外敷(本院自制),塑形纸夹板固定,1周换药1次,4周去固定,后期用中药薰洗,功能锻炼(早期锻炼2~3周内作小腿肌肉舒缩活动及足距伸屈活动,并在踝关节无疼痛范围内作踝关节轻度伸屈旋转活动,但以主动活动为主,拆除外固定后可加强功能锻炼)。移位骨折用手法复位,在局麻下进行,用错位对捺法进行整复,膝下“U”型石膏固定。手术内固定可适用于严重开放性骨折,清创时可将骨折整复固定;内翻骨折,内踝骨折块较大,波及胫骨关节面达1/2以上者;手法复位失效者,怀疑有软组织(骨膜及韧带)嵌入者用切开复位内固定,用松质螺钉进行固定,术后用短腿石膏靴固定4~6周。

治则:接骨续筋,活血通络。

辅助治疗:并按骨折三期内服中药。

临床疗效:本组 46 例,复位、功能分别良好 36、42 例,较好 10、4 例。

说明:本法在骨折的固定、愈合、关节功能恢复上收到良好的效果。

参考文献:黑龙江中医药,2000;(4):20

按摩处方(七)

取穴及操作方法:手法复位:尽早行手法复位,尤其在肿胀未明显之时,常可获得较好的对位。原则先对抗牵引,后与损伤机制相反施手法,并在骨折对位稳定的位置上夹板或石膏固定。肿胀消后更换一次石膏托,3 周后改为功能位固定。切开复位内固定:对于不适宜手法复位或手法复位失败者,可行切开复位内固定。先固定外踝,采用三棱针、斯氏针或钢板固定。跟骨牵引:对于垂直压缩型骨折,胫骨远端关节面粉碎,难以通过手法复位或手术内固定取得满意对位者行跟骨牵引,超踝夹板固定,牵引至少 6 周。

治则:接骨续筋。

辅助治疗:中药熏洗和功能锻炼:手法复位满意者,固定 6 周后即解除,或内固定牢固者,术后 4 周,而骨折稳定性较差者则必须延长至 8~10 周,才开始行中药熏洗和踝关节跖屈背伸活动,练习 4 周左右。接着练习负重下蹲及扶习步架行走,约 5 周,最后独立行走并进行步态练习。中药用红花 6 克,桃仁、苏木各 12 克,伸筋草、透骨草各 15 克,三棱、莪术、牛膝、独活各 9 克,水煎后,将药汁加白醋 4 两,先熏蒸后浸洗,日 1 剂,每日熏洗 2~3 次,每次 30 分钟。

临床疗效:本组 43 例,优良 35 例,可 5 例,差 3 例。

说明:本法疗效满意。

参考文献:中国中医骨伤科杂志,2000;8(3):41~42

跟骨骨折

跟骨骨折是足部常见的严重损伤,其愈后并不理想,一般均由外伤或突发暴力所致,临床表现为伤后局部肿胀、疼痛,患者功能障碍,不能站立,甚骨折部位明显移位、肌腱撕裂、畸形等症状,临床予以复位固定及中医药愈后处理。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:硬膜外麻或腰麻,侧卧位,患足在上。取跟骨外侧扩大入路,自外踝尖向上5厘米处,于腓骨与跟腱之间,向下平行跟腱走行至外踝尖下方1.5~2.0厘米处,弧形延伸至第5跖骨基底部。根据骨折线走向和骨折块形状及大小,对虫形AO型重建钢板进行预弯,酌情用1~3块钢板,2~7孔,然后用松质骨螺钉将其固定于跟骨外侧面,如仍有骨块未被固定好,可于钢板旁加用松质骨螺钉固定。

治则:活血化瘀,接骨续筋。

辅助治疗:中医治疗:早期(1~3周)用当归12克,赤芍、紫荆藤各9克,川芎、乳香、没药、落得打各6克,苏木、红花、陈皮各5克,地鳖虫、三七各3克,配合七厘胶囊或伤科接骨片口服。中期(3~8周)用归尾、自然铜、桑枝、骨碎补各12克,苏木、续断各10克,地鳖虫、丹参、泽兰、延胡索、红花、桃仁各6克,乳香、没药各3克。配合伤科接骨片口服。后期(8周后)用续断、生地各12克,当归、白芍、牛膝、牡丹皮各9克,川芎、杜仲各6克,红花5克。配合本院制剂龙鳖胶囊或骨松安胶囊口服,外用荷桂外洗方(半枫荷、桂枝、海桐皮、生川乌、生草乌、宽筋藤、入地金牛、大黄)水煎外洗。

临床疗效:疗效标准:参照中华骨科杂志(1992.12(3):190~193)分为优、良、中、差4级。本组37例43足,获满意疗效。在手

术疗法的基础上,配合中药,疗效满意。

本方说明:可配合活血化瘀,续筋接骨药物治疗。

参考文献:江西中医药,1999;30(5):48

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者仰卧,患肢屈膝屈髋90度,术者先施舒筋定痛手法或喷洒酒后,迅速对掌挤压使增宽之跟骨得以纠正,助手持圆木杖其中段抵于足后弓靠跟骨处,两手分别握木杖两端,视足底外形将木杖向外倾斜5~10度,令患者足蹬木杖,术者两手分别握住足跟和足背向远侧牵拉,助手对抗向心用力的同时上下擗压足后弓数次,医助配合默契,动作协调快捷,力度适中,视足跟及足弓外形明显改善或接近正常后,行U形短腿石膏绷带足弓塑形固定。X线片复位满意后,垫高患肢,术后便可主动进行跖屈足趾活动,单跟骨骨折7日后扶拐下床,7周后去石膏逐渐负重行走。

治则:活血通经,接骨续筋。

辅助治疗:早期配合活血化瘀剂,中后期口服续筋接骨类药物治疗。

临床疗效:本组25例,骨折接近解剖复位9例,良好14例,差3例,总优良率88.5%。

参考文献:中国民族医药杂志,1999;5(3):18

按摩处方(三)

取穴及操作方法:硬膜外麻醉,由跟骨后面跟腱外缘自后外向前内约倾斜15度左右,不作切口径皮钻入直径3.5毫米骨圆针1支,使针穿入塌陷的骨块内,或紧贴在骨折块的后下方,利用皮外针尾调节针在粉碎跟骨骨体内之上下或左右方向的移动,将塌陷的跟骨后关节面骨块撬起至C臂,机上显示跟骨后关节面得到完全复位后,采用挤压按揉手法恢复跟骨横径,用前足距屈足心折顶手法恢复跟距角,复位成功后,把骨圆针尖固定于骰骨内,维持复

位后位置,由助手行小腿管形石膏固定塑形,在石膏外2~3厘米外剪去骨圆针。皮肤进针处敷以消毒纱布。疗程4~6周。平均5周后拔除骨圆针及拆除石膏固定,开始进行踝关节功能练习及中药熏洗。

治则:接骨续筋。

临床疗效:疗效标准:优:足外形正常,行走、跑跳无跛行及疼痛,跟距角30~40度,跟骨后关节面关节间隙均匀对称。良:足外观无明显畸形,行走、跑跳微有不适发胀感,无跛行,跟距角20~30度,后关节面塌陷<0.2厘米。可:足跟两侧有增宽,足内外侧弓高度变低,行走不适,跟距角15~20度,后关节面塌陷>0.3厘米,起步时有疼痛感,轻微跛行。差:行走明显疼痛,跑跳不能、跛行,跟距角<15度。本组48例,优35例,良9例,可、差各2例,总有效率95.8%。

参考文献:安徽中医临床杂志,2001;13(1):67~68

按摩处方(四)

取穴及操作方法:常规消毒,坐骨神经阻滞麻醉,经皮沿跟骨结节上缘稍外侧处斜向关节面下方钉入直径3.00毫米的骨圆针1枚,达到预定位置后,将钢针向下持续按压,向上撬拨骨折块,同时将前足反复跖屈、背伸,由助手固定钢针,术者用双手小鱼际用力挤压跟骨两侧,并将体外钢针折弯,使针体与足底大致平行,用宽胶布缠绕钢针尾部,适度拉紧,针体保留中立位,尾端黏贴于患肢足背。对骨折粉碎较严重的,可在透视下选择主要骨折块穿针撬拨,经点带面逐步复位。术后观察肢体血运,及时调整胶布松紧度和针体位置,早期足趾及膝关节功能锻炼,5~6周关节活动欠利,可拔除钢针外固定,加强踝关节跖屈及背伸锻炼。

治则:接骨续筋。

辅助治疗:配合中药熨洗,用独活、留行子、苏木、秦艽、五加皮、伸筋草、透骨草、白芷各20克,水煎先熨后洗,每次30分钟,日

3次。8周后可下地行走。内服中药分3期治疗,早期骨断筋伤,治宜活血化瘀,消肿止痛,用桃仁、赤芍各12克,红花8克,川芎、丹皮各10克,生地20克,川牛膝15克,生甘草5克;肿胀甚加苏木、泽兰;痛甚加制乳香、没药、玄胡;局部红肿加山栀、金银藤。中期血瘀经络,气血不畅,治宜和营活血,续骨壮筋,用川牛膝15克,当归、川芎、苏木、炮山甲各10克,赤芍、白芍、续断、骨碎补各12克,生甘草8克。后期肝肾亏虚,经脉失养,治宜补肾壮骨,舒筋活络,用牛膝、伸筋草、广地龙各15克,续断、木瓜12克,熟地20克,炙龟板、鸡血藤各30克,蜈蚣3条。均日1剂水煎服。

临床疗效:疗效标准:优:足跟部外观正常,行走无疼痛,无跛行,贝累氏角30度以上,横径增宽不明显,能胜任正常工作。良:足跟部外观正常,行走时有轻度疼痛或跛行,贝累氏角15~30度以上,横径稍有增宽,踝关节屈伸活动较健侧少10度。差:足跟部外观畸形,持续性疼痛,行走困难,贝累氏角小于15度。本组37例,用9~16周,优28例,良6例,差3例。

参考文献:浙江中医杂志,2000;35(8):341

按摩处方(五)

取穴及操作方法:用硬膜外麻醉,侧卧位,屈髋屈膝各30度,透视下确定进针点,若不波及跟距关节面的跟骨结节横形骨折,宜用1~2枚骨圆针撬拨,若跟骨外侧关节面塌陷骨折,应在跟骨结节外侧进针。跟骨全部跟距关节面塌陷骨折宜在跟骨结节正中进针。粉碎性骨折于大骨折块上以点带面进针。将足跟部皮肤向上拉紧,将骨圆针由跟骨结节穿至骨折线处为止。术者用左手示、中、环、小指握住前足,右手示、中、环、小指握住骨圆针,并向下按压,双手拇指顶住足心,同时用力将足跖屈,使塌陷的骨折块撬起复位,恢复贝累氏角至满意为止。再将骨圆针穿过骨折线固定在骰骨上,术者用双手大、小鱼际间端提挤按足跟骨两侧,纠正足跟增宽的横径,敷料包扎针眼处,石膏托固定,剪短骨圆针。

治则:接骨续筋。

辅助治疗:并用活血接骨胶囊(当归、骨碎补、牛膝、生地各15克,三七5克,乳香、没药、血竭各10克炮山甲18克苏土元、怀山药各20克,黄藤12克,制马前子1克,共研细末,装胶囊)4粒/日3次口服。本组患者均经5~6周后,结合X线片骨折达临床愈合后拔除骨园针,并去除固定,练习踝关节屈伸活动2周,下床活动逐渐负重及行走。

临床疗效:本组28例,于术后4个月从事正常工作,行走及负重时无不适20例;于术后6个月症状基本消失,但长时间行走时有轻度疲困不适感4例;踝关节活动受限15度,行走时有疲困不适感及活动后疼痛明显,对工作影响较明显,于术后1年行三关节融合术各2例。

说明:观察经皮穿针撬拨复位配合中药治疗跟骨移位骨折的临床疗效。结论:本法加速骨折愈合,缩短疗程,有利于功能恢复,疗效满意。

参考文献:中国中医骨伤科,1999;7(5):44~45

髌臼骨折

髌关节是人体最大、最稳定,活动范围较广的杵臼关节。其多因遭受外力撞击所致髌臼骨折,其临床表现患处肿胀疼痛,下肢丧失功能,可有轻度患侧大粗隆部和臀部异常突出,触诊时腹股沟部空虚。临床予以复位手法治疗及中医药愈后护理。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:非手术疗法24例,先牵引6~8周,牵引复位后用中药健脾和胃汤。当归、生地、川芎、白术、茯苓、党参、神曲、炒谷麦芽、枳壳各10克,陈皮、木香各6克,山楂20克。随症加减,日1剂水煎服。早期功能活动锻炼,包括主动被动屈髌活

第五章 骨伤科疾病

动,中药薰洗,按摩理疗并逐渐加大功能活动范围。手术治疗 9 例,术后负压引流 1~3 天,胫骨结节牵引或股骨上牵引制动患肢 3~4 周。动静结合,早期功能活动锻炼,中药薰洗,用中药健脾和胃汤(术后 3 周),3 周后扶拐逐渐负重下地。

治则:健脾益气,活血化瘀。

临床疗效:本组 33 例,优 23 例,良 6 例,差 2 例,优良率 88%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:江苏中医,1999;20(8):25~26

按摩处方(二)

取穴及操作方法:非手术疗法 20 例,用股骨髁上牵引,患髋外展 30 度位。如合并股骨头中心脱位者加粗隆下骨牵引。3 日后床边照 X 线光片,骨位满意后减重维持,6 周后去牵引,三个月后扶拐逐渐负重下地。手术组 19 例,用切开复位、松质骨螺钉内固定。后壁骨折用后外侧切口,前柱骨折用改良 S~P 切口,术后负压引流 2~3 日,胫骨结节骨牵引或皮肤牵引制动患肢 3~4 周。三个月后扶拐逐渐负重下地。

治则:接骨续筋,活血化瘀。

临床疗效:优 22 例,良 10 例,可 4 例,差 3 例,优良率 82%。

说明:中西医结合治疗本病疗效满意。

参考文献:中国骨伤,1998;11(6):34~35

盆骨骨折

盆骨骨折多因突发外力或间接外力所致臀部着地所致,其临床表现多以局部疼痛肿胀和软组织擦伤或皮下血肿,骨盆变形,临床配合 X 线及骨盆挤压实验诊断治疗。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:对未损伤骨盆环完整性的患者,如坐骨结节撕脱性骨折,以手指按压复位,保持伸髋伸膝位卧床3周。髂骨翼骨折、骶骨骨折者,由于骨折移位程度不大,一般不需手法复位,嘱患者卧床休息4周。

治则:活血化瘀,通络止痛。

辅助治疗:配合中医辨证,按三期用药。早期活血化瘀,用复元活血汤;中期和营续骨,用接骨紫金丹;后期强筋壮骨,滋补肝肾,用八珍汤。外洗药用海桐皮汤,并逐步进行功能锻炼。对骨盆环一处断裂者,如一侧耻骨双支骨折或耻骨联合分离,以中医手法按压挤捏整复,多头带固定4周,配合中药治疗及练功同前。骨盆环两处以上断裂者,如髂骨翼外旋并耻骨联合分离者,以两手对挤髂骨部,将其整复,然后用帆布兜悬吊固定6周。骨盆向上移位者,行股骨髁上骨牵引6周,重量为1/7体重。合并有内脏损伤的多发性骨盆骨折,均采用手术切开复位,钢板内固定。辅以中药与练功治疗同前。

临床疗效:本组20例,除1例骨盆多发性骨折合并内脏损伤者延迟愈合外,19例均痊愈。

说明:本法疗效满意。

参考文献:实用中医药杂志,2000;16(10):27

按摩处方(二)

取穴及操作方法:基础麻醉下确定髂前上棘后2厘米处髂嵴为首针入点,矢状面与躯干纵轴呈30度,冠状面呈20度,以一短横棒固定好2枚钢针夹,相距约8~10厘米,一枚钢针夹套入,固定锥形螺纹半针后以一枚锥形螺丝半针插入第二枚钢针夹内调整方向,两针呈30度夹角,与躯干纵轴矢状面平行,冠状面呈20度穿入髂嵴,形成梯形固定,入针约5厘米,固定可靠后以相同方式

固定对侧髂嵴两枚半针和横棒复位及固定,将已预先组合的骨盆梯形环或弧形环通过万向接头与双侧横棒固定为一体,在C形臂X光机监视下通过旋转正反扣螺栓观察骨盆骨折牵伸及加压情况,达到无变形为度,调整加固钢针夹及万向接头固定,术毕伤口消毒,包扎入针针眼。C1型骨折可行股骨髁上牵引术,患侧骨盆向后上移位纠正后,行上述固定,同时以组合式架固定髁上牵引针形成三维超关节固定。C3型损伤患者可在C型臂X光机下,于患侧大粗隆部斜向内上对准小转子上缘打入第一枚半针,第二枚针与第一枚在皮外交叉呈45度角斜向内下进针,两枚针均穿透对侧质,以一横棒固定行外下方双向牵引复位后(一般3~10日),同上组成三维构型固定。

治则:整复移位,接骨续筋。

临床疗效:本组11例,骨折均愈合。

说明:本法效果满意。

参考文献:中国骨伤,2000;13(9):523

按摩处方(三)

取穴及操作方法:中间型:患者仰卧位,用大床单叠成布带(10厘米宽)环绕会阴部,一助手握带两端向上牵引,另一助手分别推两侧踝关节上方向下牵引,术者双手置于侧髂骨翼向下向内挤压,三方同时用力,可听到骶髂关节复位的弹响声,表示复位成功。牵引下做患侧股骨髁上骨牵引术,重量8~10千克,健侧下肢置托马斯架或作足蹬木板,床尾抬高,作对抗牵引,维持8~12周。分离型:患者仰卧位,助手握患侧下肢屈髋屈膝内收,术者双手同时向内挤压髂前上棘,使耻骨联合复位。术毕用阔胶布作骨盆环行拉紧固定,患侧做皮肤牵引,重量3~4千克,维持4周。

治则:整复移位,活血通络。

临床疗效:本组12例(中间型10例,分离型2例)随访分别9、1例,骨折均愈合,双下肢等长,步态正常。

说明:本法疗效满意。

参考文献:广西中医学院学报,2000;17(3):68

按摩处方(四)

取穴及操作方法:纠正休克,脏器损伤妥善处理,病情稳定后,仰卧位,腰麻,助手按压固定健侧髂前上棘,术者将患髌屈曲外展,膝屈曲置于健侧膝关节前面,两腿交叉呈“4”字形。术者一手按患膝向下,另一手扳拉患侧髂前上棘向外用力,直至两侧脐棘距相等,透视显示双髌骨等宽,闭孔等大,双髌髌关节间隙等宽,然后对抗牵引患肢矫正向上移位。复位成功后患者卧硬板床,患侧髌髌关节处略垫高,患肢外展外旋各30度位牵引4~6周。8~16周后方可负重行走。

治则:整复移位,接骨通络。

临床疗效:本组29例,移位完全纠正23例,基本纠正6例。

说明:本法疗效满意。

参考文献:中医正骨,2000;12(9):54

胸腰椎屈曲型压缩骨折

胸腰椎脊柱骨折与脱位较为常见,脊柱骨折发病率占全身骨折的6%左右,而其中70%发生于腰段。其中椎体压缩性骨折多因间接屈曲暴力所致,如站立位或坐位自高空坠落,双足或臀部着地;或因弯腰工作时重物自高处坠落,砸于患者的肩、背部,外力使脊椎过度前屈,暴力传达至胸腰椎段,椎体互相挤压,造成一个或数个椎体被压缩使受累椎体的前部压平而呈前窄后宽的楔形骨折。其临床表现有剧烈的疼痛和功能障碍甚至休克,予以确诊后对症治疗及中医药护理。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:仰卧,用20×40厘米的吊带绕过骨折部位,吊带上的牵引绳通过牵引床上的滑轮,牵引绳的长度以患者的双上肢伸直位能握住为宜。令患者屈肘牵引绳,使胸腰部离床高20~30厘米,首次牵引复位时间10~15分钟,年老体弱者助手可用手托住骨折部位以维持胸腰椎过伸位。次日患者即自身牵引悬吊治疗,日4次,每次牵拉50~100次,医生床旁指导。疗效标准:优:椎体压缩高度恢复2/3以上,后突畸形消失,症状体征消失。良:椎体压缩高度恢复1/3~2/3,后突畸形消失,症状体征消失。可:椎体压缩高度恢复1/3以下,后突畸形消失,遗留轻度腰背痛。差:椎体压缩高度无恢复,遗留后突畸形及腰痛。

治则:舒筋通督,接骨续筋。

辨证特点:诊断标准:明确的外伤史;胸腰椎疼痛、压痛;胸腰椎后突畸形;胸腰椎活动障碍;X线照片可明确骨折部位及压缩程度。

临床疗效:本组36例,优12例,良20例,可4例。本法疗效满意。

参考文献:成都中医药大学学报,1999;22(4):50

按摩处方(二)

取穴及操作方法:急性损伤的老年单纯胸腰椎压缩性骨折均绝对卧床,骨折处垫枕协助复位。对不稳定性骨折加皮制胸围或腰围外固定带固定,卧床1个月左右。伤后2周用活血祛瘀止痛药,后用壮腰健肾、养血强筋药。用中华跌打丸及正骨水混合制成药膏外敷。伤后24小时加用频谱、电磁疗、药物电熏等理疗。

治则:接骨续筋。

辅助治疗:伤后2~3日在局部症状好转后可进行腰背肌及腹肌功能锻炼。可用五点式锻炼法:平卧,屈膝、屈髋、屈肘,陪练者

(医生、护士或陪人)立于患者一侧或双脚跨过患者骨盆,双手插入患者腰骶部,用力将患者腰骶部抬起,使患者双足、双肘及头部五点接触床面)。飞燕点水式:患者俯卧,陪练者一手伸入患者胸前,一手托起双膝关节,两手一齐向上收拢抬起,锻炼腹肌及腰背肌,并逐步过渡到患者主动锻炼。四肢锻炼:平卧或俯卧,做四肢关节伸屈活动,双上肢扩胸运动,双下肢直腿抬高运动等。功能锻炼日3~5次,每次10~30次不等,以老年患者能够坚持为度。做完锻炼后给予按摩理疗,促进腰背肌恢复,起床后,先在胸腰围外固定带的保护下进行腰背肌及腹肌锻炼,逐步去除胸腰围固定。

临床疗效:本组25例,均恢复了脊柱的支持负重功能,生活能自理。

参考文献:中国骨伤,2000;13(9):553

按摩处方(三)

取穴及操作方法:先用手法复位或跟骨牵引,骨折位置对位良好后常规用孟和氏小腿外固定器固定。西药用大剂量有效抗生素,并用输血、蛋白、输液等支持治疗。中药以清热解毒、活血化瘀为法,用五味消毒饮、仙方活命饮等方药;中晚期用补气益血、托里透脓为法,用萸芸汤、透脓汤。创面处理:急性炎症期外敷用金黄膏、甲硝唑、双氧水冲洗;创面坏死组织形成的,彻底切除坏死组织,并用抗感染洗剂外洗:黄柏、蚤休、苦参、花椒、艾叶等组,水煎每日外洗4~6次,每次不少于半小时。严重者将小腿浸泡于药液中。部分患者用植皮。

治则:抗炎、抑菌、改善局部微循环、增强免疫力。

辅助治疗:进行功能锻炼。

临床疗效:本组43例,优32例,良6例,尚可1例,欠佳3例,优良率为90%。

参考文献:陕西中医学院学报,1999;22(3):25

按摩处方(四)

取穴及操作方法:叠枕持续复位法,患者仰卧于硬板床上,以患处为中心,垫一软枕,使骨折部位处于胸腰段仰卧过伸位弧度的顶点。并根据患者全身状况、耐受力和骨折压缩程度,逐渐增加软枕数目,一般在2周左右达到垫枕高度10~15厘米。软枕间用塑料扣带相连防止滑动。拱桥练功复位法:以头、双肘、双足为支撑点,每于坚持五点拱桥式锻炼,时间和程度上以不引起患者感到疲劳和疼痛为原则,循序渐进,持之以恒。

治则:补养肝肾,强壮筋骨。

辅助治疗:中药辨证施治,早期用桃红四物汤;中后期以六味地黄汤加减,随症加减,日1剂水煎服。

临床疗效:本组70例,优48例,良17例,可5例。

说明:观察叠枕拱桥法治疗胸腰椎衰竭骨折的临床疗效。本法补养肝肾,强壮筋骨,疗效满意。

参考文献:浙江中医学院学报,1999;23(2):50

按摩处方(五)

取穴及操作方法:在行复位前2日开始用大承气汤加减。全麻或单次硬膜外麻醉。

体位复位:先于手术台上放置改良 Hall ~ Rdelton 翻身复位架(本院自制),患者翻身俯卧位置于复位架上,腹部悬空使胸腰椎呈过伸位维持5分钟。

手法复位:复位后仍在复位架上由医者两人徒手作对抗牵引约2分钟,一人双手钩肩后腋部牵引并维持,另一人双手握住患者双踝作对抗牵引,此时脊柱由过伸变为水平中立位。医者以单掌或双掌按放在病椎棘突部施震颤手法,频率在100~120次/分,约1分钟。继以单掌或双掌按压病椎部使加大过伸,常见高凸处复平,生理度过伸即止。术毕X线侧位成像以了解椎体复位情况。

骨折经复位成功后在复位架上予以自行设计的石膏围腰进行固定,将患者翻身取俯卧位。卧硬板床期间早期作腰背肌功能锻炼,1月后允许作侧身活动,2月后可带石膏下地行走,3月后可拆石膏围。每次增加活动程度均需要通过X线摄片复查后可再决定。

治则:强筋壮骨,接骨续筋。

临床疗效:疗效标准:优:压缩椎体达正常高度,生理弧度自然,腰部活动自如,无腰背痛,正常生活及工作。良:椎体高度大部分恢复,生理度接近正常,腰部活动自如,无腰背痛,正常生活及工作。可:椎体高度较复位前有部分改善,生理度有轻微后凸畸形,久坐久站有腰背痛,能参加轻工作。差:椎体高度及生理度较复位前无改变,腰背痛常发生,需接受其它治疗,影响生活及工作。本组28例,优12例,良13例,可2例,优良率92.5%。

参考文献:中国骨伤,2000;13(9):548

按摩处方(六)

取穴及操作方法:平卧于硬板床上,在骨折部位垫一宽为7厘米左右,高为4~5厘米的厚枕,如为两椎体骨折,宽度可为10厘米左右,使脊柱过伸,安置腰椎牵引带。上部分固定于胸廓,两侧牵引绳分别与床头固定,下部分固定于骨盆,两侧牵引绳经过床尾的床头牵引架与牵引砣连接,每侧牵引砣5~6千克左右,给予持续水平牵引。在1~2日后即可逐渐进行背伸锻炼,牵引2~3日后骨折部位的后凸畸形多有明显的改善,此时根据情况进一步加高垫枕,嘱患者继续背伸锻炼,根据复位情况适当调整牵引重量,维持牵引。3周后停止牵引,维持垫枕,避免侧卧或半卧睡姿,根据情况用仰卧法或俯卧法,嘱患者近期内避免做弯腰及旋转动作。

治则:活血通络,舒筋接骨。

临床疗效:本组43例,复位良好者41例,欠佳者2例(均为粉碎性骨折)。

参考文献:中国骨伤,2000;13(9):552~553

按摩处方(七)

取穴及操作方法:急救处理:绝对卧硬板床,严密观察生命体征,先抢救危及生命的合并伤,如肝破裂急行肝修补术,脾破裂急行脾切除术,肠穿孔行修补术,肾挫伤予以止血、护肾、B超监测,必要时手术,暂缓脊柱复位,以免震动导致肾破裂出血的危险。

椎管探查减压:对合并有脊髓损伤致截瘫的患者,力争在6小时之内行椎管探查减压。**手法复位:**患者俯卧,将并拢如粗绳的大床单自患者背后绕至两腋下,两端自腋窝前引出,一助手向头侧牵引。另一床单自患者腰骶部绕至下腹,两端均自大腿间引出,第二助手用力上提使脊柱过伸,第三助手双手把住患者双踝用力牵引。术者以手掌按压骨折部位,使骨折在牵引、过伸下复位。对合并有附骨骨折的屈曲型骨折,可按压骨折上、下椎管。对合并有椎体侧方或旋转移位的椎体骨折,可借助侧方椎板棘突或旋转躯干的手法进行复位。不稳定型和合并截瘫的屈曲型慎用。伤椎后方外敷药物垫高维持,用大黄20克,白芥子、陈皮、生地、黄柏、乌药、血竭、白芨、骨碎补、红花、自然铜、桃仁、广香、当归、乳香各10克,栀子30克,研细末调白酒和蛋清作成泥团,敷伤处。**功能疗法:**伤后1~2日帮助患者做仰卧功能锻炼,五点支撑法(即头枕部、双肘后部、双足着床面弓起)、三点支撑法、弓桥支撑法。3~4周后仰卧位和俯卧位(飞燕点水法)交替进行以锻炼腰背伸肌。6~8周后下地活动,保持脊椎伸展位,3个月后练习弯腰活动。

治则:活血化瘀,通络止痛。

辅助治疗:早期用当归、赤芍、续断各12克,秦艽、木通各15克,延胡索、枳壳、厚朴各10克,桑枝30克,木香5克。中期用续断、杜仲、熟地、当归各12克,独活、牛膝、威灵仙各10克,白芍5克,桑寄生30克,炙甘草6克。后期用独活、防风、川芎、牛膝、秦艽、白芍各10克,桑寄生18克,杜仲、当归、茯苓、党参各12克,熟地15克,细辛、肉桂各5克。均日1剂水煎服。15~20日为1疗

程。

临床疗效:疗效标准:治愈:临床症状完全消失,脊柱运动功能恢复。好转:临床症状减轻,伤处反复隐痛,伤椎轻度后突畸形。无效:没有达到好转标准。本组 70 例,治愈 65 例,好转 5 例。

参考文献:湖南中医杂志,2000;16(5): 36

鼻骨骨折

鼻骨骨折是由突发外力所致,两块位于两眶之间的鼻骨损伤造成局部红肿、疼痛、呼吸不畅,甚至流血不止的病症,临床治疗予以对症处理及中医药愈后治疗等方法。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:随机分两组各 62 人次。治疗组用手法复位,患者取坐位,取出鼻腔填塞地卡因、麻黄素棉片。双侧骨折可用鼻骨复位钳伸入双外鼻腔至鼻骨骨折部位的后下方,向前上轻轻用力抬起鼻骨,用另一手的拇指和食指在鼻外协助复位,如鼻骨骨折合并有鼻中隔骨折,脱位和外伤性偏曲,可先用鼻骨复位钳的两叶,伸入到两侧鼻腔置于鼻中隔偏曲处的下方,挟住鼻中隔,垂直上移动钳的两叶,脱位、偏曲的鼻中隔将或恢复到正常位置。再按上述方法复位鼻骨骨折。如单纯鼻骨骨折,可将鼻骨复位钳一叶伸入到一侧鼻腔,另一叶置于鼻外,稍加拧动,并用另一手指在鼻外协助复位,复位双鼻腔填塞凡士林纱条,24 小时后逐步取出。

治则:活血化瘀,接骨续筋。

辅助治疗:并用复元活血汤:柴胡、瓜蒌、红花、穿山甲、桃仁、甘草、大黄等组成,日 1 剂,水煎服,用 3~7 日。对照组用手法复位后,用先锋霉素 IV 0.25 克/日 3 次口服,用 3~7 日。

临床疗效:两组分别显效 55、53 例,显效 2、3 例,有效 3、2 例,无效 2、4 例,总有效率 97%、93%。

参考文献:中国中医骨伤科,1999;7(2):41~42

四肢骨折后期关节功能障碍

四肢骨折后期关节功能障碍多因复位治疗不当或机体功能未完全恢复所致,主要表现为关节活动受限,临床予以功能锻炼及对症处理治疗以帮助患者愈后恢复。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:将荆芥 60 克,藿香、桂枝、乳香、牛膝、泽兰、川断、防风、当归、四方藤、海风藤、独活、木瓜、姜黄各 30 克,大黄、没药、红花、泽泻、羌活各 20 克,川芎、细辛各 10 克剪碎和匀,均分成 2 份,每份装 25×20 厘米布袋内封口。将药袋在冷水内浸 2~4 小时,取出后蒸 30~40 分钟,稍冷后把药袋热熨在关节及其四周,温度以患者能耐受为度,可用毛巾外裹药袋,热熨 30~40 分钟,两袋交替进行,日 1 次。每次用后将药袋拆开,晾干药袋,下次用时装入。热熨后行推拿手法:先将患肢关节及周围用推、摩捏、揉法,进行摇、摆、出伸、牵拉等,也可交替进行。

治则:行气血、消肿痛、通经络、利关节。

辅助治疗:配合功能锻炼。

临床疗效:疗效标准:治愈:关节功能恢复正常,局部无肿痛。显效:关节功能明显改善,局部无明显肿痛。好转:关节功能有所改善,局部肿痛较治疗前减轻。无效:关节功能及局部肿痛较治疗前无任何好转。本组 63 例,治愈 41 例,显效 16 例,好转 4 例,无效 2 例,总有效率 96.83%。

本方说明:诸药合用共奏行气血、消肿痛、通经络、利关节之功,与推拿配合,疗效显著。

参考文献:广西中医学院学报,2000;17(4):33~34

按摩处方(二)

取穴及操作方法:先施点穴、推拿手法,再用中药热敷、做关节屈伸功能锻炼。手法:在肩关节、肘关节、腕关节、膝关节、踝关节各穴位点穴,每穴按揉20~30秒,以局部出现酸麻胀感为佳。点穴后循经按肌纤维走向推拿,用拇指推、掌根揉、五指捏、滚等手法,分筋理筋,松解肌肉粘连,每次10~15分钟。

治则:消肿止痛,活络关节,强筋壮骨。

辅助治疗:中药热敷用大黄、丹参各100克,制马钱子、白芷、路路通、乳香、没药、千年健、千斤拔、海桐皮、姜黄各50克,宽筋藤80克,两面针、络石藤各60克,伸筋草、红花、艾叶各30克,水煎后将棉毛巾同煮15分钟后,热敷患处,每次热敷20~30分钟。功能锻炼:药敷后作关节伸屈功能锻炼,每次必须屈伸到最大限度,每次20分钟。

临床疗效:疗效标准:治愈:关节活动度正常,症状消失。显效:关节活动度达到正常范围的80%,症状明显减轻。好转:关节活动度达到正常范围的60%,症状改善。无效:关节活动度无变化,症状无改善。本组582例,用5~35日,治愈417例,显效96例,好转66例,无效3例。

说明:本法消肿止痛,活络关节,强筋壮骨,疗效满意。

参考文献:中医外治杂志,2000;9(6):8~9

第二节 关节脱位

颞颌关节脱位

颞颌关节脱位又称“关节脱臼”,是指关节失去了正常的连接。主要表现为关节形态的异常,关节功能的障碍,同时伴有疼

痛、肿胀。

中医认为“诸筋者，皆属于节。”说明骨关节系由关节囊、韧带等“诸筋”连结起来，为肢体活动的枢纽。关节脱位所造成的损伤，在五体主要关乎筋骨，在五脏则主要关乎肝肾。

按摩处方(一)

取穴及操作方法：以手法复位为主，包括口内复位法 14 例及口外复位法 8 例。复位后用多头带兜住下颌部，在头顶上打结，固定时间 1~2 周，习惯性脱位固定时间为 1~2 月。

治则：整复关节，通络活血。

辅助治疗：固定期间配合药物治疗，如初期用活血舒筋的桃仁四物汤口服；中后期以补肾肝、强筋骨的八珍汤等。

临床疗效：本组 22 例，全部用手法复位成功。

说明：复位中注意掌握方法，复位成功后注意固定，加强功能锻炼及配合中药治疗，可增加疗效。

参考文献：新中医，2001；33(1)：56

按摩处方(二)

取穴及操作方法：患者坐位，先取翳风、下关、颊车、合谷、痛点等穴位，行揉、点按等手法，后在颞颌关节及痛点处用一指禅推及弹拨手法，再行局部揉法，点按法。有半脱位者用摇揉及复位手法，推拿每次约 25 分钟，日 1 次。后行五官超短波治疗，患者侧卧，患面朝上，将五官超短波两级板分别置于颞颌关节及耳后翳风穴上，治疗 15 分钟，日 1 次。

治则：疏通经络，理筋整复。

临床疗效：疗效标准：临床治愈：疼痛及功能障碍等症状完全消失，活动自如。显效：疼痛基本消失，功能活动基本正常，但用力咀嚼及张大口时有轻度不适感。有效：疼痛及功能障碍均有一定改善。无效：治疗前后无明显变化。本组 30 例，临床治愈 21 例，

显效6例,有效2例,无效1例。

说明:推拿可舒筋通络、解痉止痛、理筋整复,配合超短波治疗,可改善局部血液循环,加速组织代谢和组织修复,疗效满意。

参考文献:湖北中医杂志,2000;22(11):45~46

按摩处方(三)

取穴及操作方法:患者坐位,以左侧为例,术者右手掌面放于下颌关节周围处,旋转按摩,直至面部发热为止。术者右手四指放于枕后部,拇指放于髁状骨前侧,颧骨弓下的凹陷部下关穴,向内向后按压半分钟,使颞颌关节周围有痠胀感,反复3~4次。用中指指尖用力点按听宫、颊车、翳风、合谷等穴,使之有痠、胀、麻感。术者两手四指放于两侧下颌,稍用力向前拉,两手拇指分别用消毒纱布包裹,令患者张口至最大限度,双拇指呈水平位沿两侧上下齿列之间隙逐渐伸入,尽量扩大上、下齿列的间隙。术者把伸入齿列间隙中的拇指做90度内旋,使双手掌心朝外,拇指横径竖起,使口裂开至最大,最后将拇指自内口退出。术者左手挟住头顶,用右手掌大鱼际部在关节周围旋转揉摩,反复数次。

治则:疏通经络,整复脱位。

临床疗效:疗效标准:痊愈:自觉症状完全消失,疼痛完全解除,开口度正常,关节弹响消失。显效:疼痛完全消失,仅留轻度关节弹响,或张大口有不适感。好转:症状、体征有所改善,但未能全部消失。无效:症状、体征前后无改变。本组18例,痊愈15例,显效2例,好转1例,总有效率100%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:中医外治杂志,2000;9(6):45

颈椎小关节错位及颈椎失稳

颈椎小关节错位是指颈椎小关节在扭转外力的作用下,发生

侧向微小移动,且不能自行复位而导致颈椎功能障碍的病症。本病多发生在颈椎的椎间关节。临床表现颈部僵硬发胀疼痛,转侧不利,部分患者伴头晕、后枕痛、牵扯项肩上背部不适等。棘突旁压痛,一处或多处,多为单侧侧屈。旋动或屈伸颈部时疼痛且轻度活动受限,项部肌肉板紧。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:放松手法:以掌揉法、拇指揉法为主,放松颈部的软组织。

正骨手法:对枕环、环枢关节错位者,以仰头摇正法;对于颈椎2~6椎后关节旋转式错位者,施于低头摇正法;对于颈椎2~6椎勾椎关节旋转式错位者,施于侧头摇正法;对于颈椎前后滑脱式错位或颈轴反张者,施以侧卧位推正法。

点穴法:点按患者印堂、攒竹、睛明、丝竹空、太阳、悬颅、上星、百会、四神聪、风池等穴,均中等强度刺激。

治则:整复错位,通督清窍。

临床疗效:疗效标准:痊愈:头痛完全消失或偶有不适,能够参加正常工作,随访1年以上无复发。好转:头痛基本消失,偶尔情绪激动,睡眠欠佳等情况有复发,但休息后勿需治疗即可消除。无效:治疗5次后无改善。本组260例,痊愈186例,好转48例,无效26例。

说明:本法疗效满意。

参考文献:河南中医,2000;20(4):46

按摩处方(二)

取穴及操作方法:用仰卧后伸牵引法,时间约20分钟。用拇指推法、揉法及三指捏法、拿法交替在颈部两侧,重点在患侧推拿,使颈部肌肉放松。交替推揉印堂,分推抹至瞳子髎、太阳穴,点按双侧太阳穴、角孙穴、率骨穴,然后拿风池、肩井穴。日1次,10次

为1疗程。

治则:通督活络,舒筋止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:头痛及其他症状消失,失稳患椎得以纠正。显效:头痛及其他症状基本消失,偶有轻微发作,失稳患椎得以纠正。有效:头痛及其他症状有所好转,但易复发。无效:头痛及其他症状仍然存在,改用其他方法或停止治疗。本组158例,痊愈123例,显效28例,有效6例,无效1例,总有效率99.3%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:河南中医,2000;20(4):60~61

按摩处方(三)

取穴及操作方法:手法力度、按摩以患者能耐受为宜,以手法松解为重点,用扳旋复位法、拨弹牵引法、点提拿等法。患者坐位,术者立于背后,用拨伸牵引法松动颈椎各关节,使拨伸牵引力度达最佳时才能改变各关节椎体脱位、椎间孔狭窄压迫髓核关节囊神经根所致的刺激症。用手腕、肘托患者下颌部及后枕部,轻托、端提、行慢旋扳摇复位法,运动2~3次。嘱患者放松颈部肌丛,使颈部前屈后仰约10度,左右旋转运动约35度,可听到弹响声为佳。

治则:舒筋活络,整复脱位。

临床疗效:疗效标准:痊愈:自觉症状、体征完全消失,活动功能恢复正常。显效:体征消失,自觉症状基本消失,颈部轻度不适感。无效:体征及症状无变化。本组121例,痊愈103例,显效16例,无效2例,总有效率98.5%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:河南中医药学刊,2000;15(3):32~33

按摩处方(四)

取穴及操作方法:本组38例,均先用常规坐位牵引下上石膏,

术后 X 线显示颈椎复位不良,用仰卧位牵引下上石膏颈胸石膏固定(颈椎骨折前脱位的治疗,需卧床行颅骨牵引术 2 周。患者仰卧于手术床上,头颈胸部悬空。用梯形不锈钢板沿脊柱纵行放于背部,一助手牵拉颅牵引弓并扶正头部,时间 5~10 分钟,牵引力为 2~3 千克力;另一助手压住双下肢,满意后下颈胸石膏)。

治则:整复脱位。

临床疗效:治愈:颈椎骨折前脱位复位好,向前滑脱之颈椎恢复正常位置,颈部生理弯曲正常。38 例均成功。用仰卧位牵引下上头颈胸石膏固定治疗颈椎骨折前脱位伴不全瘫者,获得成功。

参考文献:中国骨伤,1999;12(6):37~38

按摩处方(五)

取穴及操作方法:(1)单人侧旋提推法:以颈 2 棘突偏左为例。患者取低端坐位,颈部中立位或患部被动体位,医者站于患者后侧,左手拇指触及颈 2 棘突左侧并固定之,右手扶持患者下颌部,使头向右侧转至不能自行再转为度但下巴不过肩,并嘱患者头稍向前屈曲,此时右手向上向右轻轻提牵,同时左手拇指迅速向右轻推颈椎,常可听到“咯”的一声,拇指下有轻移动感,触之患处平复或改善,手法告毕。

(2)单人旋转复位法:以颈 1 横突左移为例。患者取低端坐位,颈部前屈 30 度,右侧偏 15~30 度,左侧旋转 40 度,医者站于患者后侧,右手拇指触到偏移横突固定之,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,右手拇指将横突轻推向患者右侧,亦常听到“咯”的一声,拇指下有轻移感,触之患处平复或改善,手法告毕。

(3)分筋理筋:通过手法分筋理筋,可达到消瘀退肿,理顺筋络,舒筋活血作用,具体做法是:用指头尖或指腹或手掌在颈局部沿肌纤维垂直或平行的方向推、拿、揉、捏等。

(4)颈部功能锻炼,具体做法是:站立位,双脚与肩同宽,双手叉腰,头后伸并缓慢左右旋转,每日1~2次,每次5~10分钟,坚持1~2个月。

治则:活血舒筋,整复脱位。

临床疗效:18例中,男5例,女13例,年龄最大54岁,最小21岁,平均年龄39岁。

有外伤史1例,无明显外伤史17例,病程最短者20天,最长者7年,平均1年6个月。转头受限18例,颈部痠痛17例,头晕9例,头痛10例,手麻9例,眼胀4例,心慌心跳2例,咽喉异物感1例。治疗后显效10例,好转6例,无效2例。

说明:近年来,我们在应用传统的中医正骨手法和学习冯氏、陈氏、韦氏手法治疗环枢椎半脱位经验基础上,结合我们的临床体会,总结出单人侧旋提推法和单人旋转复位法,并治疗成人环枢椎半脱位病人18例,取得较好疗效。

参考文献:刘兆宁,广西中医药,1987;10(4):22

按摩处方(六)

取穴及操作方法:(1)病人取坐位,医者于其颈肩部施用滚法、拿法10分钟。

(2)病人仰卧,头部探出床边,双肩与床边平齐,医者两手分别托持病人后枕部和下颌部,助手用双手托住病人双肩,并与医者保持相对持续有力的牵引约半分钟,医者慢慢地将病人的头部向左或右旋转30度角(以听到响声效果为佳,但不可因此而任意加大旋转角度。

(3)于病人前额部施用一指推法和抹法、头顶部施用梳理法各3分钟,点揉百会、太阳穴各1分钟,最后以拿风池穴2分钟收功。每周推拿3次。

治则:活血通络,理筋整复。

临床疗效:经3~18次治疗,痊愈15例,好转5例。

参考文献:臧福科等,中医杂志,1987;28(11):21

按摩处方(七)

取穴及操作方法:点按压痛点:垂直接压,力度>9 千克,每点按压 30~60 秒,每点按压时间分 3 次完成,按压时适当的揉动。
针刀松解术:手法难以松解者,以痛性硬结物为进针点,刀口方向与颈部纵轴平行,用朱氏四步进针法,针刀直达病灶时,针刀难以通过,患者有强烈的痠胀感,行纵行切割,横行铲剥各 2~3 下,至刀下有松动感即出针刀,术后常规按压创口 5 分钟,创可贴外敷;每次酌情施术 2~6 个部位,5 日 1 次,用 1~3 次。手法复正:枕寰关节、寰枢关节错位用仰头摇正法,2~6 颈椎关节错位用卧位成角定点复位法。

治则:舒筋通络,活血整复。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状体征完全消失,X 线检查正常,随访半年以上无复发。显效:症状缓解,体征基本消失,X 线检查明显改善。好转:症状及体征均有不同程度改善。无效:症状体征无改善。本组 30 例,治愈 13 例,显效 14 例,好转 3 例。

说明:本法疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(9):22

肩关节脱位

肩关节是由肱骨头与肩胛骨关节盂构成的,亦称肩肱关节或盂肱关节,它是人体活动最大、最广泛的关节。肩关节脱位的临床表现为局部疼痛、轻肿,头倾向患侧,局部触诊除肩峰的空虚感外,常可在喙突下、锁骨下、腋窝下处触到脱出的肱骨头。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:整复手法:病人端坐靠椅上,以右肩为例,术

者立于患者对面。第一步:术者用左手握住患者右手2~5指(医生手的虎口部放在患者手的尺侧,并使拇指在患者手背侧)。患肢肘关节屈曲 90° ,上臂外展 90° 中度外旋位。术者左肘关节屈曲,放在患肢肘窝上。术者左足踏在坐椅上,膝关节屈曲 90° ,放在患肢腋窝下,右手放在患肩上,固定肩关节。第二步:术者用肘部沿患者上臂方向向外牵引3~5分钟。待肱骨头牵至关节盂前下部时,术者肘关节在持续牵引下,慢慢下压肱骨远端(即患者肘部),并用膝部向上推挤肱骨近端(肱骨头部),肱骨头即可滑入关节盂内,复位即告结束。

治则:理筋整复。

临床疗效:应用本法只限于新鲜肩关节前脱位。其中15例脱位在12小时以内,最长时1例脱位已8天。有5例合并大结节骨折。孟下型12例,喙突下型8例。

注意事项:对于老年人或骨质明显疏松者,用本法时应慎重,以防复位时发生骨折。复位时要着重牵臂,避免因牵引力量不足而强力压肘复位时造成骨折等不良后果。

说明:笔者治疗的20例,在复位时,均未遇到较大的困难。但我们估计,如果病人肌力较发达或术者体弱无力时,复位可能遇到困难。遇此情况时,如能配合高位臂丛(肌间沟)麻醉后同时复位,是可以获得成功的。

本方参考文献:郭长发等,中医杂志,1983;24(12):23

按摩处方(二)

取穴及操作方法:肩关节半脱位手法:用一指禅推法自肩胛下肌、肱二头肌上缘、孟肱韧带、冈上肌、喙肱韧带,至三角肌后部及冈下肌。并用掌揉、指揉10分钟。反复拍打肱骨头及肩关节周围肌肉,拿肩关节。最后两手掌夹持肩关节作前后及上下旋转,推拉肩胛骨下端使其充分前屈、上旋、外展。达到纠正肩胛骨位置,使肩关节半脱位得以纠正。

第五章 骨伤科疾病

肩痛手法:按、揉肩髃、肩贞、肩井、肩髃、天宗。施拍、揉、拿法于肩胛骨及肩关节周围肌群。然后夹持并上下、左右活动肩胛骨,使其前屈、外展、上旋。最后施以抖法,并间断性作患肢无痛范围的旋转运动。对肩-手综合征患者,加用患肢自远端至近端的擦法、搓法,并活动指关节。日1~2遍,每遍40分钟。

治则:舒筋活血,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:肩关节半脱位:痊愈:垂直坐位,上肢不被支撑时,肩峰与肱骨头之间间隙小于1/2横指。无效:无明显变化。肩痛:痊愈:自发性及活动时疼痛消失,掌指关节肿胀消退。有效:自发痛消失,活动时疼痛减轻。无效:自发性或活动时疼痛无明显改变。本组106例,痊愈100例,有效3例,无效3例,总有效率97.1%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(6);24~25

肘关节脱位

肘关节是由肱骨下端和桡尺骨上端构成的复合关节。肘关节脱位多因直接暴力击在肘关节后方,或暴力的持续时间不同、方向不同,以及旋转情况不同而引发,临床表现为患肘疼痛,肿胀明显,功能障碍,予以复位手法及中医愈后治疗。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:1. 前后脱位:患者取坐位,患肢下垂,掌心向前。术者背对患者,弯腰呈左弓步式立于患者前面,左手握患肢肘部(后脱位者握肱骨下端,前脱位者握尺、桡骨上端),右手握前臂下端,将患肢置于大腿上(后脱者将尺骨鹰嘴置大腿上,前脱者将肱骨下端与大腿相抵)。复位开始时,令患者咳嗽一声,术者乘势进行相对拔伸牵引,待肘关节拔直后,再迅速将其屈曲,听到入

白声响后,若患手指能触及同侧肩部,即表示复位成功。复位后用三角巾悬吊患肢于胸前即可。

2. 侧方脱位:患者和术者的位置和姿式与上相似,不同的是(以左侧为例,右侧相反),术者以左手握肱骨下端和尺桡骨上端(外脱者拇指抵肱骨内上髁,余指握桡骨外侧,内脱者拇指置尺骨内侧,其余四指握肱骨外髁)。复位开始时令患者咳嗽一声,依次行牵引、屈肘手法,在屈曲的同时,利用右手的力量使患肢前臂略带外展(外脱)或内收(内脱)运动,左手则用力相对挤压协助复位。听到入臼响声后,患者手指能触及同侧肩部,表明复位成功。复位后用三角巾悬吊患肢于胸前即可。

治则:理筋复位。

临床疗效:疗效满意。

注意事项:1. 患肢下垂,手心向前,完全顺应肌肉的自然方向,采用本法拔伸,弯屈肘关节复位,可以减少病人痛苦,同时,对肘部血管、神经及肌肉也无损伤,有利于肘关节的生理功能恢复。

2. 在手法复位过程中,需要注意手的位置,用力方向及掌握用力的时机。

3. 肘关节脱位如属单纯性肘关节脱位无并发骨折,整复后可不用夹板固定,仅用三角巾悬吊胸前即可,同时鼓励患者尽早行功能锻炼,以避免肘关节僵硬强直。

4. 本法不需助手和局麻,在几秒钟之内即可复位。

说明:肘关节脱位可分为前脱位、后脱位、侧方脱位等三种,其中以以后脱位最多见。

参考文献:朱瑞林,四川中医,1986:(6):19

桡尺远侧关节错骨缝

桡尺远侧关节错骨缝,是因过度旋转前臂,或因外伤所致,临

床在局部有压痛,偶可触及硬而厚的软组织改变,加压旋转时可有弹动感,并疼痛,无力平举重物,切感疼痛不适,临床治疗予以手法复位,固定疗法及药物治疗。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:放松手法:患者坐凳上,医者对面而立,一手握患腕,一手拇食指从肘至手来回按揉、推、摩。拔伸,医者一手环握患腕上部,一手握患者手,顺患者桡尺骨纵轴相对拔伸,以患者承受为度,拔伸中下面一手稍旋动,持续3分钟,后拔伸患腕的5指各1下。环旋:以左手为例,患者左手掌心向下,臂伸直,医者左手拇食二指捏住桡骨远端的背侧和掌侧,余三指按在手掌桡侧鱼际处,右手拇指按住尺骨小头背侧,食指半屈曲,以末节的桡侧顶住尺骨小头掌侧。医者两手腕关节活动带动患者腕关节顺时针或逆时针旋转。旋转中,背移型(21例)左手拇指下按尺骨小头,掌移型(15例)右手食指向上托顶尺骨小头;难区分型(6例)可用拇、食指按托尺骨小头,后再用两手左右挤靠尺桡骨。检查下压尺骨小头无浮动感时,手法结束。抽取地塞米松磷酸钠注射液5毫克、维生素B₁₂注射液0.5毫克,混合后用4.5号针,在腕背尺桡骨间,垂直进针,深度为针的1/2,注射。术后用弹力绷带固定1周,反复者可戴护腕1个月。

治则:活血通络,理筋复位。

辨证特点:诊断标准:腕部有强力扭转、拧物过猛或长期频繁旋动腕关节工作劳损史;腕部桡骨尺骨深层疼痛,旋动前臂时尤甚,压痛主要在桡尺远侧关节的背侧,尺骨小头的掌侧,肿胀不明显;患腕无力,平端重物最甚;比健侧尺骨小头略高(背移型)或略低(掌移型);松动试验阳性;X线示桡尺远侧关节间隔增宽,尺骨向背外侧移位;软骨盘挤压试验,腕部极度背伸,尺偏,并加压捻动,在尺骨小头远侧出现疼痛阳性者为三角纤维软骨损伤;阴性者为错骨缝。

临床疗效:疗效标准:治愈:体征消失,腕关节活动正常。显效:体征明显减轻,腕关节活动稍受限。无效:体征无明显改善,腕关节仍无力。本组42例,用1~8次,治愈34例,显效7例,无效1例,总有效率98%。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):47~48

桡骨小头半脱位

桡骨小头半脱位多发生于2岁至6岁儿童,亦称牵拉肘,或延长性脱位。临床表现为局部疼痛,肘部功能障碍,患处拒绝别人触动,临床治以复位手法及愈后处理。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:家长抱患儿正坐,术者与患儿相对,以右侧为例,术者左手拇指放在桡骨头外侧,右手握其腕上部,稍加牵引,使肘关节伸直旋后位,同时左手拇指在桡骨小头处加压,屈曲肘关节,即可听到或感到轻微入臼声。复位后肘疼痛立即消失,能上举取物,功能恢复,勿需固定。同时嘱家长1周内勿牵拉患肢,防止形成习惯性脱位。

治则:理筋复位。

临床疗效:本组23例,痊愈22例,好转1例,总有效率100%。

参考文献:吉林中医药,1999;19(3):42

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者取坐位或由家长抱正坐,术者面对患儿,一手握住患肢腕部,一手握住患肢肘部,将拇指按放在桡骨小头处,握住腕部的手将前臂旋后,按放在桡骨小头处的拇指可感到一种弹跳感,一般在旋后过程中可复位。若不能复位,握住腕部的手稍加牵引至肘关节伸直并旋后位,另一手拇指压于桡骨小头处,

然后轻屈曲肘关节,常听到或感到轻微入臼声,即已复位。未能复位,可重复1次以上手法,至复位。

治则:理筋复位。

临床疗效:本组43例,均1次复位成功。

注意事项:患儿有摔伤史,在X线排除骨折后再行手法复位,复位时不能用力过大,略拔伸即可。复位成功后,避免用力牵拉患肢。

说明:本病多发于6岁以下儿童,因此家长多注意避免用力牵拉儿童,以免造成习惯性脱位。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):46

按摩处方(三)

取穴及操作方法:一手握持患腕部,另一手拇指从肘前轻轻按压桡骨头,使其不能继续向前外滑脱,逐渐屈伸肘关节,同时前臂尽量旋前旋后,反复活动数次,使上肢肌群相对有所放松,较快速的屈曲肘关节,前臂旋后,拇指适当加压,即可有弹响感觉,也有个别无任何感觉。如一次未成功,待患儿休息片刻再进行第二次。

治则:理筋复位。

临床疗效:本组34例,用本法1~2次均复位,无弹响感觉6例。

参考文献:中国骨伤,2000;13(5):312

腰椎后关节错缝

腰椎后关节错缝临床表现为疼痛,功能受限等症状,该症多见于青壮年,慢性者以背部痠痛、沉重感为主,治疗以复位手法及其它理疗方法并配合中医药处理。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:斜搬复位法:使病人将有压痛的一侧向上而侧卧,靠床的腿伸直,另一腿屈曲,放松腰部,术者立于患者的对侧,左手抚于肩部,右手拇指放在有压痛的棘突之上,再将前臂贴于臀部,在病人不注意的时候,拇指压棘突的同时进行左手推,右前臂向后拉压的动作,可听到“咔”或“哗”的响声,病人立即感到腰部疼痛显著减轻而能活动。再令病人转向对侧作1次斜扳松腰,令病人俯卧,点揉棘突之痛点,或按揉紧级、有压痛之腰肌,手法即告完毕。

治则:理筋通络,活血止痛。

临床疗效:治疗132例中,治愈115例,显效17例。复发5例。

参考文献:张德祥,新中医,1985:17(7):30

按摩处方(二)

取穴及操作方法:(1)一般按摩手法:用揉、滚、推、按法在腰骶部以脊柱为中心作较大范围按摩。

(2)用侧卧斜扳或旋转正骨复位法。

(3)加用其他手法:如穴位点按法、弹拨法、分筋理筋法等,最后以轻揉按手法结束。每次20分钟,隔日1次,10~15次为1疗程。

辅助治疗:酌情选用1~2种。

(1)红外线或TDP幅射器直接照射腰部,距离以患者局部有温热感为度。每次20~40分钟,每日1次,10~15次为1疗程。

(2)电兴奋:每次用主穴:阿是穴、阳关、腰眼、委中、承山。电流强度以患者能耐受为度,每次10~15分钟,每日1次,10~15天为1疗程。亦可选用磁疗、干扰电疗等。交替配用肝俞、脾俞、气海俞、秩边、承扶、昆仑。

治则:疏通经络,理筋止痛。

临床疗效:治疗 150 例,痊愈 48 例,占 32%,好转 80 例占 53%,无效 22 例占 15%,总有效率 85%。

参考文献:王化余,按摩与导引,1989:(4):15~16

按摩处方(三)

取穴及操作方法:腰椎后关节封闭法:患者俯卧位,确定注射部位,小关节位置在棘突下旁开 1~1.5 厘米,一般错位关节突处压痛明显。常规消毒后,用 7 号封闭针垂直刺入皮肤,直到接触小关节囊为止,此时术者可觉针刺处有坚韧组织的感觉,回抽无血注入药液(0.5%利多卡因 10 毫升,强的松龙 12.5 毫升),向关节及其四周徐徐注入。封闭后 10~15 分钟行手法复位:用冯天有的腰椎定点旋转复位法,先用拇指触诊法摸清偏歪的病变椎体棘突,然后用旋转手法整复错位的关节,松解滑膜嵌顿。5 日 1 次,治疗后注意卧床休息。

治则:活血通络,理筋止痛。

临床疗效:本组 28 例,用 1~3 次,治愈 24 例,好转 4 例。

参考文献:针灸临床杂志,1999:15(5):17~18

按摩处方(四)

取穴及操作方法:1、放松:俯卧位,术者用拇指点按患侧肾俞、大肠俞、秩边、环跳、委中穴各 1 分钟,后在腰骶椎两旁及棘突上做推、按、揉手法,先患侧后健侧。

2、复位:端坐,双手交叉抱头枕部,固定大腿,术者坐其背后。以棘突向左偏歪为例,术者左手自患者腋下穿至其颈部或右肩部,右手拇指置于偏歪棘突左侧,令患者尽量前屈腰部并向左旋转,达极限后,术者左手向左上方牵引并旋转用力,同时右拇指向右推顶偏歪棘突。听到清脆响声或指下轻微滑动时,提示手法成功。

治则:补肾强腰,通络止痛。

临床疗效:本组 65 例,临床治愈 58 例,好转 6 例,无效 1 例,总有效率为 98.46%。

说明:本病应尽早明确诊断,及时采用此法,方可收到满意效果。

参考文献:中国民间疗法,1999;7(1):22~23

按摩处方(五)

取穴及操作方法:手法用松解法(俯卧位,用手掌的大小鱼际或掌根部位在两侧腰部按揉;用滚法在损伤部位连续滚 3~5 分钟,用拇指指腹在两侧竖脊肌行分筋手法,约 3 分钟,最后用拇指指腹在患椎歪侧痛点行镇定手法,半分钟)、定点旋转复位法(患者端坐在双连椅的前椅上,两脚分开,双手指交叉后置于头枕部,医者正坐于后椅上,右手自患者右腋下伸向前,掌部轻压颈后下部,手指扶颈肩部,左手拇指顶住偏向右侧棘突之后下角,然后令患者前屈 60~90 度,同时医者右手往右拉,使患者身体向右侧弯,在最大侧弯位时,医者右手迫使患者上半身向后上方旋转,同时左手拇指将偏歪的棘突向左内上方推按,可听到咯的响声)。每周 2~3 次,10 次为 1 疗程,疗程间隔 5 日。

治则:疏经通络,理筋整复。

辅助治疗:用中药治疗,损伤初期用当归、川芎、白芍、红花、元胡、桃仁、香附等;损伤中期用当归、川芎、赤芍、牛膝、川断、威灵仙、宽筋藤、七叶莲等;损伤后期用熟地、当归、牛膝、川断、杜仲、山萸肉、五加皮、桑寄生、鹿含草等;均随症加减,水煎服。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状体征完全消失,恢复正常工作。显效:症状和体征基本消失。有效:症状和体征好转。无效:手法治疗 10 次以上症状及体征无变化。本组 150 例,痊愈 78 例,显效 42 例,有效 27 例,无效 3 例。

参考文献:中国骨伤,2000;13(6):370

按摩处方(六)

取穴及操作方法:患者俯卧,于腰椎棘突旁压痛明显处深部注射(0.5%利多卡因5~8毫升加曲安缩松注射液1毫升),痛点按揉2~3分钟后,患者侧卧位,医者右手拇指推按偏歪棘突的左侧,右肘按压患侧左臀髂骨处用力向前,左手按位患者左肩用力向后,当腰部被旋转至最大角度时,双手骤然向相反方向用力,同时右手拇指推挤病椎的棘突向右,听到清脆响声,指下有移动感,为手法成功。按同法左侧再斜扳1次。手法后患者卧床休息3日。

治则:理筋整复,通络止痛。

临床疗效:诊断标准:参照《痛症的诊断与治疗》(郑光亮,北京人民军医出版社,1997年)中腰椎后关节紊乱症的诊断依据。
疗效标准:痊愈:腰部疼痛消失,椎旁无压痛,腰部活动自如,恢复原工作。显效:腰部疼痛消失或明显减轻,椎旁无压痛,腰部活动功能基本正常。有效:腰部疼痛症状减轻,椎旁无压痛或轻压痛,腰部活动度改善。无效:症状、体征无改善。本组62例,痊愈47例,显效10例,有效5例,总有效率100%。

参考文献:广西中医药,2000;23(3):10

按摩处方(七)

取穴及操作方法:侧扳复位法:俯卧位,嘱患者全身放松,医者站患侧一方,一手放在健侧肩部,另一手放在错位的棘突旁,用掌根根部或拇指顶住向健侧推的同时,放在健肩的手成相对方向推扳,如手感腰中滑动及喀嗒声响,即已复位,如1次未复位,可再扳1次。在施法的前后均要用手法松解患部周围紧张的肌肉,以减轻疼痛,提高复位成功率。手法应由轻到重,不可用力过猛。后伸牵力手压法:俯卧位,助手牵引患者双踝1~2分钟,术者双手重叠颤动性下压,由轻到重,以能忍受为度。重者重复2~3次,如手感腰部有滑动感或喀嗒声即表明复位。

治则:理筋整复,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:腰痛消失,活动自如,恢复正常工作。好转:腰痛减轻,活动功能基本恢复,劳累后仍觉痠胀不适。未愈:腰痛无明显减轻,活动受限。本组 142 例,治愈 127 例,好转 15 例,总有效率 100%。

参考文献:江西中医药, 2001;32(1): 34

按摩处方(八)

取穴及操作方法:旋转复位法:以右侧明显疼痛为例,坐位,医生位于患者的右侧,右臂从患者腋下穿过,扣住患者颈后部,左手按于右侧偏之棘突,然后右臂用力使患者上身顺势尽量前屈的同时,使其上身向右后方旋转至最大限度,左侧弯旋转过程中,左手用力向左推棘突,听到腰部有弹响声,示复位成功。扭转复位法:坐位,医生双手分别固定患者的双肩部,同时用力扭转,听到关节响声,示复位成功。推拉复位法:仰卧位,医生左手固定患者的肩部,右手固定患者的臀部,然后用力向相反方向推拉,听到关节响声,示复位成功。

治则:理筋复位,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状体征完全消失,腰部活动恢复正常,未留有后遗症。显效:症状体征基本消失,基本能活动自理。有效:症状明显改善,但留有轻微后遗症。无效:症状体征及腰部活动情况均无改善。本组 30 例,治愈 7 例,显效 11 例,有效 9 例,无效 3 例,总有效率 86.6%。

参考文献:中医正骨, 2000;12(9): 39~40

按摩处方(九)

取穴及操作方法:患者俯卧位,医者用双环式揉法由上而下推揉背部督脉及两侧膀胱经,并依次按揉身柱、至阳、中枢、肺俞、心俞、肝俞及压痛点,以解除局部肌肉痉挛,为手法整复作准备。整

复手法:用旋转法:以左侧为例,患者坐位,双手交叉抱于后枕部,尽力弓背,医者位于患者左侧,左手从患者左臂孔穿入扶在颈部,右手拇指偏峰点压住患椎棘突左侧,做扭转动作,待脊柱旋转力传到拇指时,右拇指协同用力向对侧顶推,可感到指下棘突轻微移动。**膝顶法:**患者端坐于方登上,双手交叉抱于颈部,医者站在患者背后,两手穿向患者两腋下紧握上臂,同时用膝关节紧抵于患椎棘突旁,双手牵拉患者上臂向后用力,嘱患者自然胸式呼吸,当吸气到最大限度时,用膝关节施以爆发性弹力,随后更换另一侧做重复动作。**整理手法:**患者俯卧位,医者用手掌根在患椎两侧由上而下推揉膀胱经数遍,随后拿肩井穴,按揉章门、期门穴,斜擦两肋结束治疗。手法治疗后若局部疼痛基本消失,功能活动无影响,但局部仍有不适感者可配合外敷活血化瘀药物,如活血膏、消肿膏等。

治则:理筋通络,复位止痛。

临床疗效:本组 65 例,1 次整复成功 49 例,2 次整复成功 16 例。

参考文献:现代中西医结合杂志, 2000:9(6): 531

按摩处方(十)

取穴及操作方法:俯卧位,术者两手拇指分别按压肾俞、环跳平面之上,重压 2~3 分钟,患者感到腰部及双下肢足部均麻胀时,即停止按压。然后患侧向上侧身卧位,使上侧腿屈曲,术者站在患者背后,一手按臀部,一手按肩前部,两手相反方向摇摆、晃动,待患者肌肉放松后,两手突然大幅度的摆动 1 次,可听到腰部有“格答”声响。术者用拇指重压痛点 1 分钟,患者立即感到腰部舒适、疼痛消失,活动自如。嘱休息 3~5 日或近日内不做旋转和过屈运动。

治则:理筋复位,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:经 1~3 次斜扳手法治疗,自觉症状消失,检查腰部及 X 线片无阳性体征,恢复正常工作,随访 3 个

月无复发。好转:自觉症状减轻,检查腰部及X线平片无阳性体征,可参加正常工作,但劳累后感觉腰部有轻微疼痛。无效:自觉症状及腰部检查无变化。本组1669例,痊愈1492例,好转133例,无效44例。总有效率97.4%。

参考文献:河南中医药学刊,2000;15(2):32~33

骶髂关节错位

骶髂关节错位亦称骶髂关节半脱位。它系指骶骨与髂骨的耳状关节在外力的作用下,造成其周围韧带肌肉损伤和超出生理活动范畴,使耳状关节面产生微小移动而不能自行复位者。此为腰腿痛常见病因之一,若治疗不当,或延误治疗,可引起持续性的下腰痛。多由于外伤、长期卧床、腰麻或全麻后,以及妊娠妇女,产后妇女,均可引起骶髂关节韧带松弛,导致本症发生。伤后下腰部或臀部疼痛剧烈,可伴有下肢放射痛,活动受限,坐立位及上床等姿势异常。自觉患肢有延长或缩短。本病好发于青壮年女性。

按摩处方(一)

取穴及操作手法:1. 屈髋屈膝冲击法:适用于骶髂关节前错位的复位。患者仰卧,两手置于枕部,术者立于患者右侧(助手按压健侧大腿),术者右腋下夹住患者右足踝部,以右前臂托住小腿后侧,右手掌心朝下,虎口顶住腘窝,左手掌按膝关节的前侧。以强力过屈髋膝关节,可连续冲击2~5次(患侧下肢稍外展以免引起季肋部挫伤)。

2. 侧卧斜搬伸髋法:适用于骶髂关节后错位的复位。患者侧卧,病侧在上,术者立于患者后侧右手持握患者右踝上部,向后细呼牵拉患肢过伸;左手按压患者右肩前侧,使患者躯体旋转贴向床面(双人法:术者左手的作用可由助手代替)。整复时术者左、右手,左脚同时瞬间用力“蹬,拉,按旋”可连续2~3次,此时可以腰

骶部听到弹响。

3. 骶髂关节错位型治疗手法:用骶髂关节前、后错位整复手法交替进行(或者右侧用后错位手法,右侧用前位手法)。

4. 按摩骶髂后韧带,术者双手拇指自上而下弹拨舒顺骶髂后韧带。

局部热醋外敷。手法后可配合理疗或药物封闭骶髂关节和骶髂后韧带,以促进炎症消退与组织修复。内服中药以活血化瘀行气止痛为主。

治则:理筋复位,通络止痛。

临床疗效:治愈:主要症状及体征完全消失,恢复原工作;近愈:主要症状及体征基本消失,恢复工作,但劳累后局部有轻微痠痛;好转:主要症状及体征部分好转;无效:症状及体征未见改善者。每4天作手法治疗1次,直到复位完全为止,本组病例手法最多7次,平均2.5次。本组144例中治愈87例,占60.4%;近愈18例,占12.5%;好转34例,占23.6%;无效5例,占3.5%。近期总有效率为96.5%。来院复查者92例,占63.9%。观察疗效最长者4年,最短者3个月,平均18.9月。随访结果:治愈70例,占76.1%;近愈14例,占15.2%;好转5例,占5.4%;复发3例,占33%。远期总有效率为96.7%。

说明:有急慢性腰腿痛史或外伤史。患侧骶髂关节压痛,髂后上棘较健侧凹陷与位置上移(示前错位);反之隆起与位置下移(示后错位)。骶髂关节的试验检查,有一项以上阳性。复位时从该关节发出响声,症状在整复后迅速消失。骶髂后韧带钝厚或有条剥离、压痛明显者(如髂后上棘无明显凹陷或隆起与位置改变,但具有上述几项者示为错位型)。排除骶髂关节其它疾患如髂骨致密性炎、强直性脊柱炎、结核、肿瘤。如合并有腰椎间盘突出症(必要时X线片或椎管内对比造影检查)者应分清主次,辨证施治。

1. 骶髂关节系软骨结合,有滑膜附贴,且有坚强的骨间韧带,可作轻微的上下及前后运动,于前后运动伴随关节的旋转运动。妊娠妇女关节运动范围可增加。骶髂关节是脊柱与下肢重力传递的枢纽,其关节面较垂直,骶骨呈楔形,构成了物理学上“劈力”的存在(髂骨向上、向外移位)。腰骶关节面向前倾斜产生前滑剪力(髂骨向后旋转)。韧带不同程度的退行性变化或关节积累性劳损均成为该关节损伤的发生基础,也是许多患者无明显外伤史的原因之一。错位使关节面发生扭错状态导致关节间隙相应的加宽,关节滑膜可发生嵌顿,关节周围韧带也受到牵拉均相强起剧烈疼痛。

2. 骶髂关节附近的韧带肌肉或其它软组织受4、5腰神经和骶神经支配(骶1~5神经前支与副交感神经的节前纤维,从骶前孔发出,参与骶丛及盆丛的组成),而这些神经的前支和其少数的后支组成坐骨神经、股后侧皮神经等,其位置上紧贴骶髂关节和梨状肌的前侧,当该关节挫伤或周围软组织损伤出血、肿胀等均可直接或间接刺激神经束,引起下肢放射性神经痛或伴有盆腔脏器功能紊乱。

3. 某些梨状肌损伤综合症的患者久治不愈,经手法治疗骶髂关节错位后,常获治愈。本组病例约有半数患者合并有其它软组织损伤,均应同时施治才能提高疗效。

4. 整复手法是使髂骨移动,移动的方向与原来引起错位的暴力方向相反。手法整复时用力要恰当,用力过小不能使之复位,用力过大易造成损伤。复位时疼痛较甚是本法不足之点,但治疗手法简单,能立即取效。

本方参考文献:李焕然,中医杂志,1981;22(11):41

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者俯卧位,在患侧用滚、揉等手法使腰骶部肌肉放松。术者一手置于患侧骶髂关节部,另一手搬住患侧大腿前侧,缓缓用力至推扳受阻,在患者肌肉放松的情况下,突然一

第五章 骨伤科疾病

次性爆发施力推扳,使腰背过伸。此时可听到清脆的响声或关节移动感,表示手法复位成功。术者两手交叉用手掌分别按在两侧髂后上棘部,分别向外推按3~4次,以稳定复位后的骶髂关节。

治则:活血通络,整复止痛。

临床疗效:本组65例,全部治愈。其中1次治愈37例,2次治愈20例,3次以上治愈8例。

参考文献:河南中医药学刊,2000;15(6):68~69

按摩处方(三)

取穴及操作方法:骨盆旋转复位法:根据损伤部位、骨盆外形的改变、患者症状的特点进行骨盆旋转复位治疗。骨盆顺时针旋转,逆时针复位,骨盆逆时针旋转,顺时针复位。以左侧骶髂关节错位为例,患者坐方凳上,两脚分开踏地与肩等宽,医者在患者背后,右手自右腋下伸向前,掌部压于颈后,拇指向下,余指扶持左颈部,嘱患者双臀部不移位。医者左手掌心顶住左骶髂关节骨部。然后右手拉患者颈部,使患者身体前屈,同时向右后旋转,在患者前屈旋转过程中,医者左手掌用力向左顶推左髂骨,使骨盆轻微旋转。可听到“喀嗒”一声,复位结束。右骶髂关节错位治疗方向相反,方法相同。复位后嘱患者卧硬板床3~5日,5~7日可重度手法治疗,配合短波透热理疗。

治则:整复通络,舒筋止痛。

辨证特点:诊断标准:有急慢性腰腿痛病史或外伤史,腰骶部及臀部疼痛明显,可牵涉到腿部,自觉双下肢长短不一,行走困难,坐时患侧臀部不敢用力,腰部活动受限,个别患者出现尿频、尿急、肛门下坠感等;检查脊柱轻度侧弯,两臀不等大,两侧髂嵴不等高,双侧菱形窝不对称,单侧负重,试验阳性,骨盆分离和挤压、直腿抬高患侧、俯卧、伸髋试验均阳性,膝、跟、腱反射患侧减弱或消失。X光正位片见两侧骶髂关节腔宽窄不一,髂后下棘下缘高低不在同一水平上。

临床疗效:疗效标准:痊愈:腰骶臀部疼痛、异感等症状消失,站立姿态、腰部活动范围正常,体征消失,恢复原有工作。显效:腰骶臀部疼痛、异感基本消失,但骶髂部仍有不适感受,体征基本消失,可恢复轻工作。无效:症状、体征无改善,难以恢复原工作。本组 28 例,痊愈 24 例,显效 4 例,总有效率 100%。

说明:本法操作简单,患者无痛苦,复发率低,无后遗症。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(5): 44 ~ 45

按摩处方(四)

取穴及操作方法:复位手法:前错位型用屈髋屈膝按压法,患者仰卧位,医者一手扶患者踝部,一手按压小腿上端近膝关节处,屈髋屈膝使膝关节指向对侧季肋,极力屈髋并用力颤压。后错位型,用足蹬过伸法,患者俯卧位,用双手提患肢踝部使患肢极力后伸并使患侧髂部离床 10 厘米,同时足跟用力下蹬,用力迅速即发即收。

调整手法:复位手法完毕,患者仰卧,健肢伸直,一手握患肢踝部,一手扶膝部,令患肢尽量屈膝屈髋,然后于髋外展位,在患者主动伸腿配合下,将患肢骤然牵抖伸直,重复 3 次。手法完毕,置患者于仰卧患肢外展位,制动 3 日,共卧床 1 周。

治则:理筋通络。

辨证特点:诊断标准:骶髂关节部疼痛,有放射痛或反射痛,局部深压痛及叩击痛存在。

临床疗效:疗效标准:优:症状体征完全消除。良:症状基本消除,遗留有骶髂关节部轻微不适,重压重叩可引出轻微疼痛,其它体征消失,不影响功能。可:骶髂关节处疼痛明显减轻,但仍有较明显压痛叩击痛,其它体征基本消失,行走正常。差:症状体征改善不肯定。本组 31 例,优 19 例,良 8 例,可 3 例。

参考文献:中国中医骨伤科杂志, 2000;8(3): 37 ~ 39

按摩处方(五)

取穴及操作方法:按摩点穴法:患者俯卧位,医者先用双手拇指在髂嵴平面分别置于两侧骶棘肌外缘,用力向中线横向挤按至骶棘肌肌腹中部,再向下用力挤按,然后用力,进一步双拇指按关元穴,最后用双掌在腰部作左右摇摆推按动作要缓和深透,反复4~5次。腰部扳转法:患者侧卧,患侧在上,屈髋屈膝,健侧在下伸直,如髂骨向前移位,术者站于患者腹侧,一手扳在肩后部,另一手抵髂前上棘处,双手同时用短促而快速的推扳力,使髂骨和脊柱作相反方向的旋转运动,听见响声,反之,髂骨向后移位时,一手向后推肩部,向前扳髂骨。

牵引抖动法:如髂骨向前脱位,患者仰卧,术者用手分别握住患者两踝部,令患者用双手抓住牵引床头,以形成对抗,将患者抬高床面25厘米左右,牵引双下肢后作双下肢抖动。3~5次。如髂骨向后脱位,患者俯卧,余法同前。

治则:理筋通络。

临床疗效:疗效标准:治愈:骶髂关节处疼痛消失,骨盆挤压、分离、旋转试验均阴性,腰部活动无障碍,直腿抬高90度。好转:仅骶髂关节稍有疼痛,腰部活动略有障碍,骨盆挤压、分离、旋转试验阴性。本组38例,治愈23例,好转15例。

参考文献:中医药学报,1999;27(4):54

按摩处方(六)

取穴及操作方法:患者取俯卧位,先用推抚法,从患者的腰部沿腰骶椎两侧进行推抚至双臂部3~5分钟,使局部血管扩张,肌肉松弛,再旋掌揉法,以患处为中心反复施术3~5分钟,解除局部肌肉痉挛,减轻疼痛。有骶髂关节半脱位者,在上法基础上行整复手法,右侧为例,患者仰卧位,双手紧握床沿,术者立于患者右侧,用右腋夹住患侧足踝部,右肘屈曲位以前臂背侧托住患侧小腿之

背侧,左手搭于患肢膝关节的前侧,再把右手搭于左手前臂 1/3 处,用力夹持患肢并向下牵引半分钟;髌髁关节前脱位,术者右腋夹住患侧足踝部,右前臂托住小腿后侧,左手握住大粗隆强屈髌二关节进行整复;髌髁关节后脱位,强伸髌关节,推进髌骨后侧进行整复。施摇髌法,根据患者症状,调整操作幅度,先患侧后健侧,分别做顺时针与逆时针交替施摇 2~3 分钟,以患肢为重点用下肢顿拉法 3~5 次,最后先健侧后患侧施斜扳腰法,推拿后局部拔火罐 10 分钟。日 1 次,7 日为 1 疗程,疗程间隔 1~2 日。

治则:活血通经,舒筋止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状和体征完全消失,活动功能正常。好转:症状和体征基本消失,劳累时有腰髌部痠痛。无效:2 疗程未见好转者。本组 62 例,治愈 53 例,好转 7 例,无效 2 例,总有效率 96.77%。

说明:本法可解除肌肉痉挛,促进组织修复,疗效满意。

参考文献:针灸临床杂志,2001;17(2):11

按摩处方(七)

取穴及操作方法:取肾俞、上髎、关元俞、膀胱俞、居髎、委中;气血不足配脾俞、足三里;血瘀配膈俞、三阴交;肝肾精亏配肝俞、命门、太溪。用补法或平补平泻法,膀胱俞、委中加电针,疏密波,每次 20 分钟,日 1 次。针刺 5~7 次后行手法整复:患者平卧,助手固定骨盆,术者一手握患肢踝关节,一手托小腿外展 25~30 度,持续牵引 1 分钟,后屈髌,可听到一滑动响声。

治则:补肾强腰,益气养血,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:临床症状、体征消失,X 线片正常。显效:症状、体征基本消失,仅在过度劳累时感到不适。有效:症状、体征有所好转。无效:经治疗 1 个月后无变化。本组 48 例,治愈 31 例,显效 11 例,有效 4 例,无效 2 例,总有效率 95.83%。

参考文献:中医外治杂志,2000;9(4):23

按摩处方(八)

取穴及操作方法:侧卧位复位法:患者侧卧,患侧在上方,术者以左手托其左膝,右手托其左踝,两手使患者左腿尽量屈髋、屈膝。待患者肌肉放松时,猛然以左手顺其身体向其足方向推扔其膝,右手顺势拉牵其踝关节,可使其髌骨向前上旋转复位。再两手配合使患腿向下牵拉的同时,术者两腿可顺势成左直右弓,以助其力。可反复作2~3次,术后令患者俯卧于床上。术者两手交叉按于患侧髌髁关节后侧,用力向外下方按压1~3次,可使髌骨向内上移位者得到纠正。俯卧位复位法:患者俯卧,术者用两手重叠推按在患侧髌后上棘之上,助手立于健侧,两手重叠按于健侧坐骨结节处。两者待患者肌肉放松时,同时上下相对用力推按即可复位。

治则:舒筋通络。

临床疗效:疗效标准:治愈:腰骶痛消失,腰腿活动自如。好转:腰骶痛减轻,功能改善。未愈:症状、体征无改善。本组32例,治愈29例,好转2例,无效1例。

参考文献:湖南中医药导报,2000;6(6):29~30

按摩处方(九)

取穴及操作方法:手法整复:一助手固定患者肢体,一助手握住患肢踝部向下牵引并内旋患肢,用双手向下推按髌骨翼,至两侧髌前上棘达同一水平,双手对挤双髌翼及髌部,使骨折整复。用多头带固定,牵引重量为患者体重的 $1/7 \sim 1/5$,牵引时间6~8周。整复后第2周开始进行下肢肌肉收缩及踝关节背伸跖屈活动,第4周开始练习髌膝关节活动,6~8周开始扶拐下地行走,并加强下肢各关节的活动。

治则:理筋复位,通络止痛。

辅助治疗:药物治疗:早期用定痛活血汤加减;中期用续骨活血汤加减;后期用八珍汤加减。

临床疗效:疗效标准:优:关节完全复位,行走正常,无跛行及疼痛,恢复原工作。良:关节复位,行走正常,无跛行,劳累后轻度疼痛。可:关节大部分复位,轻度跛行,行走过多则疼痛,重体力劳动者改作轻工作。差:关节脱位无明显改善,明显跛行,需扶拐活动,不能恢复工作。本组 18 例,优 13 例,良 3 例,可、差各 1 例。

参考文献:中医正骨,1999;11(12):17~18

按摩处方(十)

取穴及操作方法:点穴推拿法,患者取俯卧位,医者立于患侧,先在患侧腰骶部行按揉法约 2~3 分钟;然后点揉肾俞、大肠俞、小肠俞、秩边、环跳、殷门、委中、阳陵泉等穴,每穴 1 分钟;最后弹拨髌髁关节周围结节状的筋结约 2~3 分钟。卧位旋扳法:患者仰卧位,健侧紧靠床沿。医者于床边,一手固定患者肩部,一手握住患侧下肢膝部,置患侧下肢屈膝屈髋内旋位,嘱患者放松、张口、均匀呼吸,医者握膝之手缓慢向下压动患膝至最大范围并感到有抵抗时,轻巧短促地用力闪动 1 次,手法即告完成。以听到或感到髌髁关节部有弹响或活动感为佳。日 1 次,5 次为 1 疗程,疗程间隔 1 日。

治则:补肾强腰,理筋复位。

临床疗效:本组 90 例,治愈 82 例,好转 8 例。本法舒筋活血,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(3):26~27

按摩处方(十一)

取穴及操作方法:仰卧牵引:仰卧在硬板床上,屈膝屈髋,术者前臂托起患足腘窝,使患儿臀部稍离床,持续牵引 1~3 分钟。

环转摇晃:患者在局部放松的基础上,术者立于患侧,手掌按压腹股沟处,一手握踝关节上端,在拔伸牵引下,将患肢拉直,并环转摇晃数次,按压腹股沟之手改放在膝部,使之屈膝屈髋,稍用力

第五章 骨伤科疾病

按压,使膝紧靠近胸部,足跟尽量贴于臀部,握踝之手改用拇指顶住坐骨结节后下方,稍用力戳顶,同时按膝部的手缓慢将小腿伸直,反复2次。对于患肢缩短的要使髌膝屈曲后,将其髌关节外展内旋,然后缓缓把肢体伸直,反复牵拉活动3次。

治则:理筋复位,通络止痛。

辨证特点:诊断标准:有外伤史,患者常以膝关节内上方疼痛不适痠胀,走路跛行。查体可见双下肢不等长,变长则屈髌内收内旋受阻,变短则屈髌外展外旋受限,有部分患者腹股沟处压痛,严重的托马氏征阳性。经化验及拍片一般均正常,局部渗出液多及血肿者,可有白细胞、中性增高,血沉加快征象。偶见关节间隙增宽或变窄,骨质无破坏,骨盆向患侧轻度倾斜。

辅助治疗:内服新癢片和三妙散加减,卧床休息1周。

临床疗效:疗效标准:痊愈:双下肢等长,患肢髌关节内外损伤正常,无肿痛。本组50例,1次痊愈35例,2次痊愈11例,3次痊愈4例。

参考文献:实用中医药杂志,2001;17(3):18

按摩处方(十二)

取穴及操作方法:患儿仰卧位,术者立于患侧,先按摩内收肌、屈髌肌,再按摩臀肌,使紧张痉挛的肌肉松弛。术者一手按住患侧髂前上棘,另手抓握患足踝,将患肢置于外展位牵引,并略带内、外旋动;术者一手扶握患侧膝部,一手握持患足踝,使患肢髌、膝关节屈曲,并于略内收位下压,直至患膝接触腹部,维持5~10分钟后,再外展、外旋、伸进患肢,术中可闻及患髌部“喀吱”声响,查见双下肢等长,疼痛消失,则说明复位成功;未效者可重复手法1次。

治则:通络复位,舒筋止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:功能完全恢复,疼痛消失。本组36例,用1~4次,均治愈。

参考文献:安徽中医临床杂志,2000;12(2):104

骶髂关节骨折脱位

骶髂关节骨折脱位多因外伤或突发暴力所致,临床表现为腰骶部疼痛,甚至神经放射痛,临床多发生于中年以上患者,其放射到股后侧或小腿外侧。发病时躯干向患侧倾斜,患侧下肢不能负重,行路跛行。临床予以对症治疗及愈后处理。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:用股骨髁上骨牵引,1周内将脱位复位。Ⅰ型于第2周行骶髂关节融合术,Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ型于第3周行骶髂关节融合术。手术在硬膜外麻醉下,患者取俯侧卧位,躯干与手术台面成60度角,患侧在上。切口以髂后上棘为中心,上部沿髂嵴的内上缘向外延伸10厘米,下部自中点下方向股骨大转子顶端作一弧形切口长约8厘米。将臀大肌自髂嵴、髂后上棘和骶棘肌筋膜部切开,并将其由髂骨外板向下外方剥离,达坐骨大切迹上方1厘米处。从髂后上棘与髂后下棘间的髂骨上凿下2厘米×3厘米大小的全厚层骨块,将骨块取出后,刮除骨窗内的关节软骨达骶骨关节面的松质骨。咬除取出骨块的皮质骨,将骨块嵌入骨窗内的骶髂关节处。术后维持骨牵引6周。

治则:整复脱位。

临床疗效:本组19例,随访18例,骶髂关节均骨性融合,下肢无缩短移位。

参考文献:中国骨伤,2000;13(10):608

髋关节脱位

髋关节是人体最大、最稳定、活动范畴较广的杵臼关节。髋关节脱位是由于股骨头圆韧带的损坏,伤及营养血管,造成股骨头血

运障碍,以及其他损伤等,或因为治疗不当,所以在后期可发生股骨头无菌性坏死,创伤性关节和骨化性肌炎等合并症。髋关节脱位是较严重的损伤,常合并有严重的软组织损伤,骨折、血管、神经损伤也占有一定数目,病人有时会陷于严重的休克状态,治疗不及时,能引起死亡,因此应积极稳妥的治疗。临床表现为髋关节在外展、外旋位,或髋关节后侧部,被暴力撞击的外伤史。患髋关节部、肿胀、疼痛,下肢负重功能丧失。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:1. 施术前的准备治疗

(1)适应症的选择:外伤性髋关节后上脱位超过2周末复位成功者,关节轮廓尚清晰,无合并骨折或神经损伤,无明显骨质增生和骨质疏松者。

(2)有效的麻醉:保证施术在无疼痛、肌肉松弛情况下进行。

(3)活筋松解粘连及肌肉萎缩,通过揉按及髋关节多方面活动。其手法由轻到重,次数由少到多,活动范围从小到大,直至松解到腱伸直牵位时,内收肌不呈弓弦样紧张,缝匠肌不呈沟样凹陷,股骨头能下降2~3公分。腿屈曲时股骨头下降至坐骨结节处膝关节接近腹部上。

2. 整复方法

(1)患者仰卧整复床上,一助手两手按髂前上棘处固定骨盆,两助手把持腋窝向上牵拉,两助手牵小腿向下牵拉。

(2)术者用直径4厘米长1.5米左右木棒一根经过患腿腘窝,越过健膝前,棍端放在健肢外侧一支点上(支点高15厘米)。术者一手扶患膝防止滑动及内旋,另一手屈肘抬棍端向前上,当患膝离床大约35~60厘米时即可复位。

3. 术后处理

(1)仰卧硬板床,沙袋固定患肢外展30度中立位或牵引,防止髋及下肢内收内旋。1周后开始髋膝关节30度内的伸屈活

动;2周后开始髌膝关节省主活动;3周解是除固定开始功能活动。

(2)整复后内服活血祛瘀消肿止疼中药3剂,继服活血舒筋通络利节中药10剂;继服加味益气丸活血壮筋,外用活血舒筋中药温洗,自主功能锻炼,原则为早活动。

治则:行气活血,理筋复位,通络止痛。

参考文献:郭维淮,中华名医特技集成,1993:(8):465~466

第三节 扭挫伤

腕关节扭伤与劳损

腕关节可作屈伸、桡偏、尺偏、环绕等运动。由于各种运动不慎或用力不当,均可造成腕关节损伤。轻者腕部疼痛、无力;重者肿胀、疼痛、压痛,活动功能受阻或障碍,或有瘀斑。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:1. 急性损伤:由于疼痛与肿胀较为显著,手法宜轻。先在伤处附近选一个常用穴位以“开窍”,如内关、外关、阳谷、阳池、神门、阳溪等穴,用指掐和指振的手法,使有较强的瘀胀反应,约1分钟。再在伤处的周围向上、下、左、右用推、摩、揉、分等手法推拿,约2分钟,使凝滞消散,改善伤处周围的血液循环。然后在伤处中心用拇指平面或掌根,作轻揉法,以不增加疼痛为变,约3~5分钟。最后轻轻被动地使患手作侧偏、背伸、掌屈及绕环动作,放松而结束。每日推拿1次,每次10~15分钟。如患者伤后肿胀明显或有出血倾向,推拿后用中药损伤散(可参照大腿挫伤用药)调成糊状外敷包扎。

2. 急性损伤后期和慢性劳损:由于疼痛与肿胀较轻,手法可稍

重,并同时运用摇动与牵拉手法,以解除挛缩、松解粘连,改善关节活动。先在伤处附近选一个常用穴位以“开窍”,用指掐与指振法推拿,使其“得气”,然后一手在伤处周围与中心用推、摩、滚、揉等手法推拿,另一手握住患手作腕的各个方向的摇动,摇动的幅度由小渐大,并要适度。最后再作牵拉手法:术者一手固定患者前臂远端,另一手握住患手抖动性地向远端牵拉,用力要适度。对急性损伤后期及慢性劳损患者,尚可在牵拉过程中作腕关节的摇动,也可作双手握住患手牵拉、摇动、抖动。每日治疗1次,每次约15~20分钟。

3. 三角软骨盘扭挫伤与下尺桡关节松弛;局部推、揉,方法如上。同时再着重用拇指尖蘸药酒,在尺骨茎突周围、腕骨间隙内、下尺桡关节间隙内作深在的推、揉、掐法,注意不要损伤皮肤。早期不用牵拉及摇腕手法,伤后三周可逐步加用,摇腕方向及幅度均需适度。

急性期可用去瘀散包扎、加压固定,同时内服伤药。慢性期可用中药熏洗、理疗、强的松龙局封等。对于有三角软骨盘轻度扭挫伤和下尺桡关节松弛者,每次推拿后,均需用护腕保护固定。对于三角软骨盘完全破裂者和下尺桡关节脱位者,需手术治疗。

治则:舒通经络,活血柔筋,行气止痛。

临床疗效:本法疗效满意。

说明:推拿治疗腕部软组织损伤,因损伤部门和损伤时间的不同,在手法的具体应用上,略有不同。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982;(7):313~315

踝关节扭伤

踝关节扭伤是一种常见多发的损伤,当行走或下台阶不慎时,足处于跖屈内翻,外侧副韧带过度牵拉,极易造成损伤,严重者可

并发骨折或骨折脱位。临床表现:有明显扭伤史,跛行、局部疼痛、肿胀、功能障碍,急性期有瘀斑。外侧副韧带损伤时,足内翻将加重疼痛。完全撕裂时内翻角度增加,临床以外侧副韧带的扭伤和撕裂多见,外踝骨突有明显压痛。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)开窍移痛:取绝骨(悬钟)穴,用拇指按、掐法持续1分钟左右,使其得气而感痠胀沉重。患者经此手法推拿后,顿感伤处舒展、疼痛减轻,达到开窍移痛的目的。

(2)活血去瘀:用轻摩、轻推、轻揉的手法,由踝的远端向近端推拿。以达到活血去瘀的作用。

(3)指切消肿:在肿胀、瘀血的部位用连续密集的指切挤推手法,自肿胀瘀血的远端挤向近端,并挤过踝部的小腿十字韧带和小腿横韧带。指切从肿胀瘀血的中线开始,经过第一次指切,沿着中线形成一条凹陷的浅沟,把肿胀瘀血分割为左右两半。然后再从浅沟两侧逐次指切,切到整个肿胀的边缘为止。经过一次指切,肿胀瘀血则明显消退,如消退不理想,可重复指切1次。指切时患者有痛感,应嘱其配合。

(4)理筋疏络:用指揉、指推及小幅度摇动踝关节的手法梳理筋络,使断离的软组织得以复们。

(5)压迫固定:用中药活血去瘀散(可参照大腿挫伤用药),以温水调成厚糊状,涂在纱布垫上敷于伤处,再用4寸绷带由足背向上包扎固定。包扎时使损伤部位处于稍稍松弛的体位,如为距腓前韧带扭伤,足应处于轻度背屈外翻位。

急性踝关节扭伤经上处理后,次日或间隔一日后复诊,再按上法处理。以后每日治疗1次,一般经过推拿2~3次,肿胀已基本消退,则不必再敷药包扎,同时推拿治则:应以松解肌痉、散瘀结、除粘连、动关节为主。其手法如下:

①松筋:用拇指推法及滚法,对小腿各肌群进行推拿2~3分

钟。推拿过程中,术者应检查其肌肉痉挛的部位和情况。以在治疗过程中有所侧重。

②散瘀:在压痛点及有瘀结的疙瘩处,用拇指指尖推、指揉及拨络法以消散。手法需深在,患者有痛感,需配合。

③摇动关节:术者一手在伤处揉、滚,另一手握住患足前部,摇动关节,两手同时操作,边揉滚、边摇动,然后用揉滚的手握住小腿下端的后面,以固作踝穴,另一握足前部的手摇动踝关节。摇动幅度由小渐大,根据病情达到最大可能范围。

推拿治疗踝关节扭伤疗效显著。在急性期,推拿的关键是要达到消肿彻底,固定妥贴,两者不可缺一。肿不消、瘀不除则气血不畅,不通则痛。而且瘀血及组织液滞留局部,不利于损伤组织的修复,更可残留形成瘀结、粘连。推拿手法虽能消肿,但由于损伤组织继续出血及组织液渗出,故其消肿的效果只是一时性的,必须予以加压包扎固定,以免复现肿胀。待急性损伤反应已过,肿胀消退时,推拿的关键则侧重于恢复关节的功能,改变推拿手法,即可取得满意的疗效。

治则:疏通气血,去瘀生新。

辅助治疗:1. 中药熏洗:一般在伤后2~3日,即可加用中药熏洗(可参照膝关节创伤性滑膜炎用药),以利组织修复。如配方不便,用温水熏洗也可。每日1~2次,每次15分钟左右。熏洗完毕后,患足应擦干穿袜保暖。

2. 理疗:一般在伤后2~3天,局部可用红外线治疗。

3. 局封:对陈旧性病例,在损伤局部的痛点可用强松龙0.5毫升加0.5%普鲁卡因2.0毫升作局部封闭,每周1次,封闭3~4次。

4. 石膏固定:对三度扭伤可上小腿石膏靴或托固定2~3周。

5. 手术修补:对运动员或舞蹈演员的三度扭伤可用手术修补,以期恢复运动能力。

临床疗效:本法疗效满意。

参考文献:赵鞠,推拿疗法与医疗练功,1982;(7):268~272

按摩处方(二)

取穴及操作方法:取丘墟、解溪、昆仑(以压痛点的面积为主),以抹、揉、摩、滚、擦,配合足背伸屈动作。治疗程序:

(1)夏季:患者取仰卧位,患侧下肢膝关节微屈平伸,以枕头或其他软物垫于微屈的膝下;医者坐于患者的痛侧足前,如系扭伤左侧足,医者就先取洁净毛巾或治疗巾盖于患足趾上(勿盖伤处),以左手握住患足五趾,右手涂抹传导油于患处,用右手拇指鱼际在患处作“揉”法,大约3~5分钟后改用“摩”法,使患处发热后,以小指鱼际(手掌外侧)在患处作轻轻的“滚”动;由轻到重,由重到轻,接着续以传导油抹患处,用“擦”法使患处发热、发赤,再以掌心贴于患处“摩”,继以小鱼际“滚”患处,同时左手配合足踝伸屈动作,最后以“擦”法和“揉”法结束治疗手术。如系扭伤右踝,则医者以右手握患者的右趾,用左手使行手法,程序与治左侧同。

(2)冬季:患处应先“热敷”,以温暖伤处皮肉,至发赤后,再用与夏季相同的方法施术。

治则:疏通经络,消肿止痛。

辅助治疗:热敷:热敷药处方为:羌活、防风、续断、白芍各15克,当归18克,桂枝、甘草各6克。共研末,等分三包。用时取一包装入纱布袋内,将口扎紧,放入锅中,加水5升毫升左右,浸一夜(不浸也可),次日晨煮沸备用。此煎液可连用3~5日。传导油:配制成分为:樟脑5克,松节油50毫升,蓖麻油50毫升。

临床疗效:24例患者经治疗1次即痊愈有2例,治疗2次而愈的5例,3次而愈的10例,4次而愈的6例,8次而愈的1例。

1. 各种手法,均须由轻到重,但在手法加重的过程中,应注意患者面部表情,有疼痛难忍者,则手法须停止加重,甚至相应的减轻。总之,手法的轻重,必须根据患者忍受程度而定。

2. 热敷时,温度应适当,切忌烫伤皮肤。在施行“擦”法时,传

导油不宜涂得太多,否则过分的滑利,反而不利于“擦”法的施治;但太少了“擦”时会使掌心与皮肤表面产生过大的阻力,往往会擦破皮肤。

3. 在治疗期间,特别是第一次治疗后,必须嘱患者避免过度活动,否则会影响疗效。

4. 患处须注意保暖,尤其是冬季,每天可自行热敷 1~2 次,或以温水浸踝至发赤,最好再自己轻轻的按摩几下。

参考文献:苏柳余,上海中医药杂志,1963;(2):38

按摩处方(三)

取穴及操作方法:仰卧位,暴露患部,医者用一瓷碟放入 95% 酒精 200 毫升点燃,用手把火拿起快速放入患处,用四指推、按、揉法,自小腿外侧至踝外侧上下数遍,并配以轻巧灵活的手法,如拇指推、揉法,拇指弹拨法、四指拿捏法等。并按揉解溪、昆仑、丘墟、足三里等穴。再在损伤的局部用轻柔缓和的揉捏法,迅速把火拿起拍到疼痛点上,接连 5~6 次,以透热为度,疼痛稍缓解后可配合轻度的踝关节摇法、抖颤法。

治则:活血通络,消肿止痛。

临床疗效:本组 40 例,用 2 次均痊愈。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):18

按摩处方(四)

取穴及操作方法:用摩法、揉法、滚法按摩患肢,由肢远端向近端操作,以放松足部和小腿的肌肉群;点揉太冲、太溪、解溪、丘墟、昆仑、绝骨、三阴交、阳陵泉、足三里等穴,约 7~10 分钟;患者仰卧,医者一手握患肢足跟,一手握足前部,向足底方向牵引,并作足内翻、外翻、背屈、跖屈等运动;用摩法、揉法、滚法按摩患处;常规消毒,在其最肿胀的部位或压痛点最明显处,用梅花针叩刺,由轻到重,直至出血,除梅花针叩刺外(隔日 1 次),均日 1 次。

治则:疏经通络,行气活血。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状消失,局部功能恢复正常。好转:症状基本消失,局部功能改善。无效:症状未改善,功能受限。本组 56 例,治愈 49 例,好转 6 例,无效 1 例,总有效率 98%。

说明:本法舒筋通络,行气活血,简便易行,疗效满意。

参考文献:湖北中医杂志,2001;23(1):46~47

按摩处方(五)

取穴及操作方法:取太冲、阴包(肝经),涌泉、复溜(肾经),太白、血海(脾经),后溪、阳陵泉(胆经),通谷、委中(膀胱经),内庭、足三里(胃经)。每次选一组穴位,用双手拇指指腹各按一次,成 60 度角向顺经方向发力;一指自皮部缓缓发力至骨部,另一指同时自骨部缓缓松开至皮部,如此反复持续按压约 5 分钟。再依次按压其他五组穴位,以顺经传导产生痠麻热胀感为宜。3 次为 1 疗程,巩固治疗 1~2 疗程。

治则:疏通经络,消肿止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:踝关节周围肿胀消失,背伸跖屈功能恢复正常,不遗留任何后遗症。显效:踝关节周围肿胀基本消失,背伸跖屈功能基本恢复正常,走路久后感觉踝关节疼痛。好转:踝关节周围肿胀减轻,背伸跖屈功能有所改善,走路时踝关节疼痛。无效:关节周围肿痛和背伸跖屈功能较初无改变。本组 35 例,治愈 28 例,显效 4 例,好转 2 例,无效 1 例。

参考文献:中国骨伤,2000;13(7):403

按摩处方(六)

取穴及操作方法:患者站立,将健侧的手上牵高于头部,在大陵穴孔上针,让患者抬起患侧的腿、膝关节和髋关节成一条线,不穿鞋赤着脚上下落地运动,反复 100 次,中间休息 3 分钟。结束后休息 5 分钟上床取俯卧位,在全身放松的同时点环跳、委中、承山、

昆仑、涌泉,然后进行常规按摩,以蠕动式的握推、弹打为主要手法。10 分钟后患者成仰卧位,第一步按摩整个下肢,握推法 10 分钟;第二部重点按摩踝关节和脚趾部,手法推拉法,最后把整个下肢贯通按摩至脚趾,同时抬腿活动几下。加用活血化瘀、消肿止痛的中药口服及外洗,效果更好。

治则:疏经通络,活血止痛。

临床疗效:本组 80 例,全部治愈。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):46

按摩处方(七)

取穴及操作方法:扭伤的踝关节冷敷 20 分钟,然后用手法治疗:以拇指按局部肿胀之处及邻近穴位,在足太阳膀胱经取委中、承山、昆仑等穴进行点按,每穴 20 秒;沿肿胀处以拇指向上推反复 10 次,扳摇扭伤踝关节 10 次。

治则:温阳通络,消炎止痛。

临床疗效:本组 38 例,治疗 1~3 次,全部治愈。

说明:本法通经活络,消炎止痛,滑利关节,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):47

按摩处方(八)

取穴及操作方法:患者随机分为两组各 47 例。本组患肢伸直,健侧肢屈髋屈膝 90 度,助手将患足与小腿固定成 90 度位置,医者用双手叠掌,掌心按住患踝的外踝,保持医者双上肢与患肢足小腿垂直,然后用力下压,约 3~5 次即可达到目的。然后医者用左手握住患足跟,右手握住前足,在助手抱住小腿固定患肢后,以顺时针、逆时针方向摇转各 36 次以上,时间不少于 2 分钟。固定方法:在保持患侧小腿与足成直角 90 度位置上,以 8 字型将踝关节捆绑,第 3 日解开绷带。对照组用常规方法治疗。

治则:疏经活络,消肿止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:踝关节活动功能恢复正常,关节稳定,无肿痛。好转:踝关节活动功能有所改善,关节欠稳,步行乏力,有轻微的疼痛。无效:踝关节功能及症状无明显改善。治疗10次后,两组分别治愈32、16例,好转15、24例,无效0、7例,总有效率100%、85.1%,本组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

参考文献:新中医, 2000;32(7): 31

按摩处方(九)

取穴及操作方法:以右足为例,术者立于患侧,左手握住足前部,右手拇指以一指禅徐徐揉推患处,理顺筋脉并点穴(商丘、解溪、丘墟、昆仑、太溪、足三里穴)。以左手将足作极度内翻,以拔拉筋络,右手仍轻揉患处。左手握足跟部,右手握足趾部,轻摇踝间关节后牵拉。接上步突然用力使足跖屈,用右手掌轻击足心,可闻及喀啦声,将足复至中位约2分钟,手法完毕。

治则:疏通经络,活血止痛。

辅助治疗:并用红花、艾叶、川椒、透骨草各40克,土鳖虫、地龙、防风、桂枝各20克,水煎开后凉至适温加入酒100毫升,熏洗患处30分钟。

临床疗效:本组68例,用上法治疗40例,痊愈32例,显效6例,好转2例;单用熏洗9例,痊愈5例,显效3例,好转1例;单用手法9例,痊愈、显效各4例,好转1例。

说明:手法配合熏洗疗效较好。

参考文献:黑龙江中医药, 1999;(5): 48

按摩处方(十)

取穴及操作方法:随机分为两组。本组95例,用手法理伤:患者平卧,术者对扭伤部位进行轻柔按压,并由上而下理顺筋络,反复进行2~3次;然后一手托住足跟,一手握住足尖,缓缓活动踝关节,趁患者不注意时,按照扭伤方向做踝关节旋转,此时可听到弹

第五章 骨伤科疾病

响声,手法理伤只在初诊时施治1次,不作重复。

本组与对照组48例,均用田七膏(青黛粉、泽兰、三七、地丁各2份,薄荷1份,打成粉末,加入适量白蜡,凡士林加温调成膏剂)适量外敷伤处,日1次。

治则:通经活络,消肿止痛。

辅助治疗:并用桃仁四物汤:桃仁、生地各12克,川芎8克,归尾、赤芍、泽兰、木通、黄柏、香附、田七头各10克,红花6克,按患者体质强弱适当加减,日1剂水煎服。均3日为1疗程。

临床疗效:疗效标准:优:治疗1个疗程后,局部疼痛消失,肿胀消退,功能恢复正常。良:治疗2个疗程后,局部疼痛消失,肿胀消退,功能恢复正常。一般:治疗3个疗程后,肿胀消退,疼痛消失,功能基本恢复正常,扭伤局部仍有压痛。差:治疗3个疗程以上,肿胀、疼痛大部分消失,功能活动恢复缓慢。两组分别优38、7例,良47、12例,一般10、23例,差0、6例,优良率89.5%、39.6% ($P < 0.01$)。

说明:观察综合疗法治疗踝关节扭伤的临床疗效。本法疗效满意。

参考文献:实用中医药杂志,2001;17(2):6

按摩处方(十一)

取穴及操作方法:患者仰卧位,左足为例,术者立于患者前侧,左手托握住踝部,右手拇指徐徐按揉患处来回顺筋数处,使僵硬肿胀得到放松。继用左手将足作极度内翻以拔拉筋络,右手轻轻推揉患处。再将足部恢复至正中直角位,端正足部,(踝关节与小腿呈90度)作极度背曲。将处于背曲位之足部向跖屈位突然用力牵拉,此时可闻及轻微咯拉声。

治则:松解粘连,活络关节,恢复功能,解除张力,改善血循环。

辅助治疗:手法完毕后用中药(伸筋草、透骨草、五加皮、泽兰叶各12克,紫草、苏木、乳没各10克,扞扞活30克)水煎熏洗患

部,日2次。嘱患者双手扶住桌子边,作缓缓下蹲动作,日2~3次,每次蹲下站起约20下左右。

临床疗效:疗效标准:优:踝关节跖屈背屈活动,两足对比度与健侧一致,恢复正常行走,肿胀消退,疼痛基本消失。良:踝关节跖屈背屈活动度数增加10度以上,能恢复行走,肿胀基本消退,疼痛减轻或改善。可:踝关节跖屈背屈活动度增加5~10度,行走能力改善,行走时稍有跛行,仍有肿胀,但疼痛减轻。差:跖屈背屈活动度数无明显增加,步行仍有疼痛肿胀未消失,自觉症状无改善。本组20例,优11例,良7例,可、差各1例,优良率达90%。

参考文献:中国骨伤,1999;12(5):62~63

跖跗关节扭伤

跖跗关节是第1、2、3楔骨、骰骨的前端和第1~5跖骨基底形成的关节。临床上多因遭受外来扭转应力,发生1~5跖骨向外上方,或5个跖骨同时向外上方脱位。临床表现肿胀、疼痛明显,功能受限,甚至足部的畸形;血管损伤时,足部皮肤苍白,末梢循环障碍,临床治以复位手法及愈后治疗。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者平卧于治疗床上,患足伸于床边,医者先分别点按轻揉患肢阳陵泉、足三里、承山、太冲、解溪、悬钟、商丘、冲门、昆仑、申脉等穴位约2分钟,使患肢局部有痠麻热胀之感,伤处痛痛减轻。即令助手双手固定踝部。

①骰骨及第四五跖跗关节离位伤筋者(内翻内收损伤型),医者立于伤肢内侧,双手指指按在骰骨处,或第四五跖骨基底部,余四指在足跖部,轻轻摇晃后与助手相对拔伸,双手拇指向下按在骰骨处,或第四五跖骨基底部,余四指在足跖部,轻轻摇晃后与助手相对拔伸,双手拇指向下按以使关节合缝复位,之后,再用理筋手法,揉捻、

第五章 骨伤科疾病

按、摩理顺肌筋,术后外敷伤药消肿止痛膏(本院自制,加味如意金黄散加蜂蜜、凡士林软膏、猪胆汁等调敷而成),包扎固定。

②第一楔骨,足舟骨关节骨缝离位伤筋(足外翻、外展损伤型),其具体复位手法为:医者一手扣住足跟,拇指按在伤处,另一拇指在足底,余四指在足背,拿住跖部,环绕摇晃6~7次,再向足趾方向拔伸,双手大鱼际用力下压,双手食指用力上托,便关节分离,拿住跖部之手,拇指改按足舟骨或第一楔骨,在使足尽力内翻的同时,向下按骨缝,使之骨合,再用理筋手法,揉捻按摩法理顺肌筋,术毕外敷伤药包扎固定。其中损伤较重者,用压力垫加绷带固定,或用石膏绷带外固定;较轻者外敷伤药,后用8字绷带包扎。伤药外敷,手法理筋,隔日一次。损伤早期可内服中成药三七伤药片、四七跌打丸或伸筋丹等,汤剂以活血化瘀、消肿止痛为主,可用桃红四物汤治则:疏通经络,理筋止痛。

临床疗效:疗效评定标准:优:症状完全消失,活动功能恢复正常,负重或跑步时无不良反应;良:症状完全消失,功能恢复正常,负重或跑步后足背时有痠胀感;尚可:症状完全消失,功能恢复正常,负重或跑步活动不能持久,且有痠胀感;差:症状功能改善,但达不到上述标准。疗效评定:按上述标准评定,118例中优78例,良35例,尚可5例。优良率占95.8%,总有效率达100%。

说明:损伤后期,可内服大活络丸,并配合骨科腾洗药、下肢伤科洗剂外洗。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):198~199

外踝韧带损伤及距骨错缝

外踝韧带损伤及距骨错缝多因从高处跌下,足强力背伸发生韧带损伤或距骨位置发生变动,其临床表现为疼痛、活动患踝关节时疼痛加重,其局部肿胀明显,出现瘀斑,踝部关节活动功能障碍

可有骨擦音,临床予以复位及中医药愈后护理。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:单纯性拉伤,用活血理筋牵引、理顺等轻柔手法,用中药外敷,2~3日换药1次,敷药后用绷带行足外翻、背屈位、“8”字包扎固定。韧带断裂,宜手术修复。伴有距骨错缝,整复(患者侧卧,伤肢在下,伤足伸出于治疗床底端边沿,外踝部贴于床边沿部,内踝在上,健膝屈曲于胸腹前,医者双前臂尺侧分别压住内踝两侧,用适当巧力下压伤足,同时向左右两侧分压伤足的足趾部和足跟部,用床边的反方向顶压之力矫正内翻错缝的距骨,使其与踝穴恢复正常解剖位置。复位后用“8”字绷带包扎于中立位)。患者延误治疗,活动后疼痛加重,可点、按、揉关节周围压痛点,活动踝关节,拔伸牵引。

治则:理筋复位,通络止痛。

辅助治疗:用血竭20克,骨碎补、羌活、独活、透骨草、乳香、没药各120克,当归、川续断、防风、海桐皮、大青盐各60克,大黄50克,川牛膝150克,研末装袋500克为1剂,水煎5分钟,加白酒60毫升,浸泡伤足,每次20~30分钟,日1~2次,每剂可用3次。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状完全消失,能进行正常工作,关节活动后亦无红肿、疼痛,外观正常。好转:症状大部分消失,站立、行走过久易引起关节肿痛。无效:治疗后症状、体征无改善。本组83例,治愈32例,好转43例,无效8例,总有效率90.35%。

参考文献:河北中医,2000;22(11):849~850

大腿挫伤

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)开窍移痛:仰卧位,患肢以软枕衬垫妥

帖。选取绝骨、足三里、血海诸穴,用指按或指掐法,按压1分钟左右,以开窍移痛。

(2)消肿除瘀:体位同上。用掌摩、掌根揉、掌根推等手法,自大腿远端向近端推拿。急性期手法要轻柔,从外围逐步移向伤处,反复操作约5分钟左右。如伤后3天仍有瘀血肿胀,则手法可加重,边挤按边推揉以达到消肿散瘀的目的。

(3)散瘀法:三五天后挫伤局部已有瘀结,承上体位下用拇指平推、分推、指尖推、缠、拨络等手法在瘀结处推拿。手法仍要柔和,强度和时间要渐渐增加。即使如此,患者还常感到疼痛难忍,要取得患者的协作。

(4)动关节:体位同上。术者稳托患肢作膝、髋关节的屈伸,活动幅度需根据伤情而定。急性期勿使伤处受到过度牵拉,要在其可动范围内屈伸。三五天后,则可加摇髋,活动幅度应达到其最大可能范围,并逐次加大超过其可动范围。后期,则应加轻巧的外力摇动关节以增大其活动范围,恢复正常机能。

推拿每日1次,连续次为1个疗程。伤情较轻者1~2个疗程即可,重者则需要3~4个疗程。

治则:活血化瘀,通络止痛。

辅助治疗:1. 中药外敷加压包扎:适用于急性期,用药:血竭100克,栀子100克,大黄50克,蒲公英200克,土鳖虫100克,乳香100克,没药100克,共研细末备用。

2. 理疗:伤后三五天即可用红外线治疗,后期可加用超声波治疗。

3. 手术治疗:对三度挫伤,如加压包扎仍不能达到止血目的,患者疼痛剧烈,可予手术清除积血,结扎止血,修补断裂组织。

4. 对并发骨化性肌炎者,暂不做推拿和医疗练功,可先用小剂量深度X线照射治疗,待骨化性肌炎稳定后,再做推拿和医疗练功治疗。

临床疗效:本法疗效显著。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982;(7):233~237

梨状肌损伤

梨状肌损伤是临床多见病,多因外伤所致,临床表现为患侧呈放射性疼痛,局部可触及到痉挛、肥厚的条索肌,局部压痛明显,可伴有肌束痉挛,直腿抬高、梨状肌紧张试验均为阳性。临床予以疏筋活血、解肌止痛等法治疗及其他手法。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者取俯卧位,两下肢伸直贴床,两上肢向后平伸,术者一拇指压梨状肌起始部,余四指放臀部,另一手提托健肢膝关节上部,先缓后速向患部后侧斜扳,同时拇指用力按压,随即肌肉松软,再以拇指深压病部约2分钟。点揉、推拿法:点揉委中、承山等穴有压痛处各5~6次,并自上而下对患肢施以推拿手法8~10次。屈曲髋法:患者仰卧使患腿屈曲触及胸部并作内外旋转运动1~2次,然后作被动伸屈髋关节运动3~5次。

治则:理筋复位,通络止痛。

辅助治疗:并内服药物:黄芪、葛根各30克,当归、川芎、赤芍、牛膝各15克,独活12克,制川乌、桂枝、地龙(研末冲服)各10克,蜈蚣(研末冲服)3条。水煎,日1剂。

临床疗效:治疗100例中,痊愈66例,显效21例,好转10例,无效3例。

参考文献:陈其程,广西中医药,1984;7(1):11

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者取俯卧位,身躯尽量躺平,全身肌肉放松,术者站在患侧梨状肌损伤处先用右手掌大小鱼际处在患侧臀

部顺梨状肌走行轻柔按摩,了解梨状肌损伤程度,有否肿块、条索、结节。再用右手大拇指顺梨状肌走行予以弹拨、按压,使肿块、条索、结节散结开,最后用右肘部压在梨状肌条索处、由轻至重弹拨3~5下。然后轻轻将筋复平紧张的梨状肌。以上手法要得心应手,恰当好处往往会收到立竿见影的奇效,能达到散瘀化结,行气通络、调和阴阳,祛邪止痛之功效。

治则:活血化瘀,通络止痛。

辅助治疗:治疗梨状肌损伤虽然以手法治疗为主。但病变本身与柔、按、压、弹、拔手法治疗产生一些副损伤(肌酸代谢产物)。所以提以辅助的药物治疗也属必要。药物以消肿止痛,活血化瘀为主。

临床疗效:疼痛消失者:85例占44.2%。疼痛明显减轻显效者:72例占37.5%。疼痛减轻者:34例占17.7%。无效、治疗前后无变化者:1例占0.52%。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995;(6):685

按摩处方(三)

取穴及操作方法:弹拨法:患者俯卧位,用拇指指腹于梨状肌纤维方向垂直深按,当触及梨状肌条索状物时,沿肌纤维方向垂直来回拨动1~2分钟,再沿全部肌腹拨动1遍,以上手法可重复3~5次。按揉法:术者双手重叠,用手掌根沿梨状肌纤维行走方向由内上方向外下方按揉,先轻后重,逐渐向深层反复按揉1~3分钟。点压法:术者用拇指尖或肘尖在梨状肌局部重压病变部位1分钟。日1次,7次为1疗程。

治则:疏通经络,消肿止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:臀腿痛消失,梨状肌无压痛,恢复正常功能。显效:臀腿痛基本消失,梨状肌压痛减轻,但长时间行走仍感痠胀。好转:臀腿痛减轻,梨状肌压痛减轻,长时间行走疼痛加重。无效:症状、体征与治疗前无改善。本组56例,治愈41

例,显效9例,好转4例,无效2例,总有效率96.4%。

说明:本法疏通经络,止痛,恢复关节肢体活动功能,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):44

按摩处方(四)

取穴及操作方法:双手重叠用手掌根顺梨状肌肌束方向,从内向外按压1~3分钟,掌力由轻到重,待掌下感觉肌腹压平,再用拇指深压病变部位1分钟,以解痉定痛。

辅助治疗:局部封闭:0.5%利多卡因8~10升,醋酸舒松—A注射液1.5毫升,摇匀后备用。先摸准压痛处,局部常规消毒,针头垂直刺入,患者有痠麻或向下肢放射感,将针头略向外捏,抽吸无回血,此时可将药液全部推入,每停5~7天封闭一次。三次为一疗程。中药治疗:内服加减桃红四物汤,以舒筋活血。

治则:疏经活血,解痉定痛。

临床疗效:疗效标准:(1)痊愈:梨状肌部位疼痛消失,患肢功能恢复正常。

(2)好转:疼痛基本消失或减轻,患肢功能改善。

(3)无效:症状和患肢功能无改善。

治疗结果:本组47例,治愈41例(占87.2%),好转6例(占12.8%),总有效率为100%。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995:(6):739

按摩处方(五)

取穴及操作方法:患者俯卧位,用一指禅手法在梨状肌处用力推拿5分钟,再沿梨状肌纤维方向反复弹拨和按摩10分钟,治疗2次以上症状仍未消除者,加围刺治疗。取30号毫针5~7枚,常规消毒后,于隆起的梨状肌周围各0.5厘米处向中心刺入,各进针2~3寸,泻法,5分钟施术1次,留针20分钟。

治则:活血消肿,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状体征消失。显效:症状体征基本消失。有效:主症缓解,但偶有不适。无效:症状体征无改变。本组 108 例,痊愈 43 例,显效 57 例,有效 7 例,无效 1 例。

参考文献:实用中医药杂志,2001;17(3):32

按摩处方(六)

取穴及操作方法:用滚法按揉法:患侧取俯卧位,医者立于患侧,从臀部往下沿坐骨神经循行路线施滚法,往返 3 遍;在臀部行掌根按揉法 3~5 分钟,手法力量由轻至重,以患者局部痠胀为宜。

弹拨法:医者用一拇指或双拇指重叠,自骶骨外缘至股骨大转子顺序,作与梨状肌纤维方向垂直的来回拨动 1~2 分钟。此间,多可触及条索状硬物,伴压痛。选择最明显压痛点行弹拨手法 3~5 分钟,手法力量由轻至重,再由重至轻。

捋顺法:医者在梨状肌纤维走行方向施捋顺手法 3~5 次。

擦法:在梨状肌走行方向行大鱼际擦法,以透热为度。日 1 次,10 次为 1 疗程,疗程间隔 3 日。

治则:疏经通络,活血消肿。

临床疗效:本组 50 例,治愈 38 例,显效 8 例,好转 3 例,无效 1 例。

参考文献:按摩与导引,1999;15(3):28

按摩处方(七)

取穴及操作方法:患者俯卧,医者立于左侧,先在患者臀部、腰部,以掌根先轻后重按摩 3~5 分钟,后用右手拇食指触压摸梨状肌,用弹拨法在梨状肌纤维垂直方向左右拨动 15~30 次,弹拨力量适宜,后沿该肌起止点方向反复理筋数次,并用肘尖按揉肾俞、秩边、环跳、承扶、殷门、风市、委中穴及压痛点。最后仰卧位,用运摇法按顺逆时针方向运摇患侧髋关节数次。对急性期患者手法宜

轻,慢性者宜重。每次15~20分钟,每周3次,10次为1疗程。按摩2~3次后,在患侧臀部梨状肌投影中点或压痛明显处,用22号长针头,抽取醋酸强的松龙25毫克、2%普鲁卡因6毫升作注射封闭,抽出针头后稍施以掌揉法结束治疗,每周3次,10次为1疗程。

治则:疏通经络,消肿止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:臀部及坐骨神经痛消失,梨状肌局部无压痛,步态正常,恢复工作。显效:轻微的臀部及坐骨神经痛,梨状肌局部微压痛,恢复工作。有效:轻度臀部及坐骨神经痛,梨状肌局部有压痛,不能完全恢复工作。无效:治疗前后症状体征无改变。本组45例,痊愈29例,显效9例,有效6例,无效1例,总有效率97.8%。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):43

按摩处方(八)

取穴及操作方法:患者俯卧位,自然放松,术者以拇指按揉法、点法及分捋弹拨法为主。对病程1周以上的患者,可按梨状肌体表投影区顺其肌纤维方向用拇指指腹(或肘尖)作纵向和横向大力弹拨各3次。

治则:疏通经络,消肿止痛。

辨证特点:诊断标准:主诉大腿后侧至小腿足外侧有放射性疼痛及麻木感,患肢无力、跛行,但腰痛不明显;臀肌可有萎缩,坐骨神经切迹处压痛,Thiele, Freiberg, Pace 试验可为阳性,其中 Thiele 试验可较好判断卡压位置,直腿抬高试验阳性,超过60度后疼痛可减轻;经作X线、CT、MRI、脊髓造影等有关检查,排除可并发梨状肌损伤之其它腰臀部疾患。

辅助治疗:针灸:按梨状肌体表投影,将4~6根4~6寸银针扇形刺向软组织病灶,并以艾灸及电针隔日交替治疗,8~10次为1疗程。枝川注射疗法:患者侧卧位,按梨状肌体表投影,指压法

定位,选取穿刺点,常规消毒后,用长针垂直刺入,向下肢传导或局部痠胀感后(深约6~8厘米),回抽无血即可注入枝川液10毫升(10毫升生理盐水加0.3毫克氟美松),3日1次,3~5次为1疗程。

临床疗效:疗效标准:参照《中华人民共和国中医病证诊断及疗效标准》。本组100例,痊愈82例,有效16例,无效2例,总有效率96.9%。

参考文献:中国骨伤,2000;13(9):551

腓肌损伤

腓肌损伤是临床常见腿疼病因之一,其主要临床表现不在腓肌处,而以膝关节周围、小腿前后和足跟等处疼痛为主,表现为走路时小腿不能弯曲,不能盘腿坐或不能下蹲或小腿抽筋,临床予以对症及辅助治疗。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:①治疗损伤的腓肌:患者俯卧,术者用右手第2、3手指远节通过按压找到压痛点并进行按摩,按摩方向与腓肌纤维方向垂直,即自外下向内上方向以约60次/分钟的速度揉擦5~10分钟,手指要用力,用力要匀称,使手指力量达到腓肌本身。②推拿膝关节:患者仍俯卧,术者双手握住患侧踝关节并向尾侧牵拉小腿,同时作小腿旋转运动,反复操作3~5分钟。第1~3周每日治疗1次,以后隔日1次。

治则:活血通络,消肿止痛。

临床疗效:150例,结果:疗效优130例,良8例,可8例,差4例。疗程1~12周。

参考文献:中国中医骨伤科杂志,1991;7(2):15

膝关节内侧副韧带损伤

膝关节内侧副韧带损伤多因外展暴力的作用所致,其临床表现为膝关节内侧局限性疼痛,关节外翻疼痛加重。膝关节内侧肿胀,有时出现膝关节内侧皮下瘀斑。损伤严重时可出现全关节肿胀,浮髌试验阳性,穿刺可抽出关节内血性积液。有不同程度的膝关节活动功能障碍,膝内侧局限性压痛,并可扪及膝内侧组织缺损。摄膝关节外展位正位片可见膝内侧关节间隙增宽。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:取血海、内膝眼、阳陵泉、气冲、委中。患者仰卧位,医者站其旁,先揉捏患肢2~3分钟,再用手掌轻揉患处,点血海、内膝眼、阴陵泉、气冲等穴。然后用双手掌对称揉膝周围,接着在内侧副韧带区域做拿揉法,以患者能耐受为度。患者侧卧位,医者站其后,揉腘窝部,点按患肢委中穴1~2分钟。患者仰卧位,医者一手扶患膝,另一手握足膝关节屈伸活动20~30次。

治则:养血柔筋,活血化瘀,通络止痛。

临床疗效:本组33例,用1~2个疗程,症状消失26例,症状明显减轻7例。

参考文献:按摩与导引,1999;15(3):30

按摩处方(二)

取穴及操作方法:分筋为主的按摩法,患者仰卧或坐位,医者位于患膝同侧。先以五指或三指合拢在患膝周围相关穴位如四强、风市、鹤顶、血海、内外膝眼、委中、阳陵泉、阴陵泉、绝骨、昆仑等,由轻渐重用叩刺以促进经气传导;接着在患处轻揉按以减轻痛点;然后用分筋法松解韧带与周围组织;再用拍法与平推法交替进行;最后被动屈伸旋转膝关节,以拉松韧带及膝关节囊腔,尽快恢

第五章 骨伤科疾病

复关节正常活动功能。闭合性手术治疗:在胫侧副韧带上找到压痛点,患处常规消毒,然后用朱氏手术刀刀口线和韧带纵轴平行垂直加压分离刺入,当刀口接触到结节物或骨面时开始剥离。如果在韧带附着点时,再纵行疏通剥离法;不在附着点用横行铲剥法,将韧带从骨面上铲下。出刀后用消毒药棉压刀孔片刻止血,纱布贴于伤口。5日不愈,再做1次。

治则:养血柔筋,通络止痛。

临床疗效:本组31例,用2~23次,治愈23例,好转8例,总有效率100%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(3):32~33

按摩处方(三)

取穴及操作方法:患者侧卧位,患部朝上并微屈,先在患处及其上下用拿揉法,继用强力弹拔手法在痛点上弹拔3~5下,后用点、按手法按片刻,再用捋、顺、揉、捻等法按摩舒筋,并配合被动屈伸患膝,5日为1次,连续3次为1疗程。

治则:疏通经络,柔筋止痛。

辅助治疗:每个疗程手法期间用腾药(刘寿山经验方:红花、当归、羌活、白芷、防风、制乳香、制没药、骨碎补、续断、宣木瓜、透骨草、川椒、牛膝各20克,研粗末,加盐、白酒各60克,装入两个布袋中)蒸热轮换外敷患处,每次1小时,日1次,每付药可连用5日。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状、压痛点均消失,恢复正常工作。显效:症状消失,压痛点存在,劳累后局部不适。好转:症状减轻,压痛点存在,日常活动时时有不便。无效:治疗前后无明显变化。本组35例,用1~2个疗程,痊愈18例,显效10例,好转6例,无效1例,总有效率97.14%。

说明:本法散风除湿、舒筋活络、消肿定痛,疗效满意。

参考文献:中医外治杂志,2000;9(4):封三

按摩处方(四)

取穴及操作手法:稳定型用三七片、壮骨关节丸等口服;外敷展筋活血散与公英膏,并指导患者进行股四头肌锻炼。失稳型用牵引治疗:局部肿胀严重时用跟骨牵引;伤后6周左右或肿胀较轻者,用Russell氏牵引,边牵引边进行伸屈膝关节的锻炼。同时配合活血化瘀、强筋壮骨的中药内服、外敷,或用手法治疗。关节结构严重损伤型:行手术恢复膝关节正常结构。骨折移位严重者和骨质缺损者,手术切开复位内固定,并适当的植骨修补缺损骨及关节面;修补韧带断裂。术后6~8周去除内固定,开始进行Russell氏牵引。其他治疗同第2型。

治则:活血化瘀,通络止痛。

临床疗效:本组12例,经6~12周治疗,治愈4例,好转8例。本法疗效满意。

本方参考文献:中医正骨,1999;11(11):26

菱形肌损伤

菱形肌位于背上部斜方肌深层,为菱形扁肌,可使肩肋骨向脊柱靠拢。临床多因突发暴力直接或间接作用于肩部而致。该病症导致的肌腱损伤及上肢运动功能障碍,常使得局部疼痛不能近指。

中医属于“伤筋”范畴。其病理特点经脉损伤,气血凝滞所致。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)轻摩缓解法:令患者垂手放肩,用一手小鱼际或多指在患部轻摩缓揉4~5次。

(2)循序推按法:用两大拇指指腹从第7颈椎旁开1寸由上至下推按兼施,由轻到重3~5次。(3)弹拨并济法:用一手握住

第五章 骨伤科疾病

患侧肩部,向后内用力扳拉,另一手拇指深入患侧肩胛内侧痛点处进处弹拨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,另一手拇指或三指在痛点处快频率的拨揉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,用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,并予振颤3~5次,每次2~5分钟。

(7)拿抖法:一手或双手拿起肌肉从冈上肌向菱形肌进行快频率的抖动3~4次。对新发型急性扭伤用拿抖呼吸法。

治则:疏通经络,柔筋止痛。

临床疗效:本组307例,结果痊愈267例,好转35例,复发3例,无效2例,总有效率为98.56%。

参考文献:王历雷等,按摩与导引,1988;(1):7~8

按摩处方(二)

取穴及操作方法:先用滚法及推揉手法将斜方肌及骶棘肌等背肩部肌肉放松,以利于施行理筋手法。以右侧菱形肌损伤为例,患者坐于凳上,将右手置于背后,以指尖触及左侧肩胛骨为度,术者立于患者背后,将右脚踏在患者坐凳上,用膝盖托起右前臂,同时用右手向后扳住右肩,使肩胛下角翘起,用左手拇指伸入翘起的肩胛骨前方,用力由下向上边推边揉边移动,拨动痉挛的菱形肌,使其舒展,治疗时感疼痛难忍,同法操作2~3次后,放下前臂,患者均能感到轻松、疼痛大减或消失。若尚有轻度不适,可让患者低头,以拉紧颈后肌肉,术者一手托下颌,一手托头顶,拉下颌向侧方下压头顶,持续牵引片刻,至无痛为止,左右各1次,最后牵抖患肢,手法完毕。术毕配合肩胛间外敷复方南星止痛膏,药膜与痛点相对,隔日换药。

治则:疏通经络,消肿止痛。

辨证特点:诊断标准:有明显外伤史,多为单侧,伤后颈背部痠痛,以上背部为主,有板滞沉重感,疼痛可向颈肩部放散,头部旋转或后伸时疼痛加重,肩胛骨脊柱缘及其下角压痛;新伤重症者肩胛间区可触及肿胀痉挛的肌肉,深呼吸、咳嗽或打喷嚏时诱发疼痛加重,颈部呈轻度强直。

临床疗效:疗效标准:治愈:背部疼痛消失,局部无压痛,触诊无条索,颈肩背活动正常。好转:背部疼痛基本消失,遇阴雨天有痠胀感,局部有轻压痛,但无条索感。无效:背部疼痛依然,局部压痛明显,条索仍然可触及。本组 36 例,治愈 24 例,好转 12 例,总有效率 100%。

参考文献:中医外治杂志, 2000;9(6): 20

急性腰肌扭伤

急性腰肌扭伤亦称为“闪腰岔气”。多因姿势不正,或用力过度,腰部活动时患者没有思想准备而使腰部肌肉用力失调,产生急性腰肌扭伤。

中医认为急性腰肌扭伤多为跌仆闪挫,致气滞血瘀,经脉受阻,不通则痛。若走窜疼痛,痛无定处,乃气滞为主;若痛有定处,如针刺刀割,乃血瘀为主。若疼痛迁延反复,经久不愈,可能为慢性腰痛,最终致气血损伤,肾气亏损。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)揉推法:患者取俯卧位,医者以大小鱼际在腰背部,重点在压痛点上,并沿足太阳膀胱经循行部位缓缓向双下肢揉推,呈菱形慢速用力,反复数次。

(2)按法取肾俞、环跳、昆仑;拿法取委中,双掌重叠按压腰阳关。

(3)斜扳;

(4)重症先施用腰椎旋转复位手法。

治则:补肾强腰,舒筋通络,复位定痛。

临床疗效:治愈 88 例,有效 4 例,无效 1 例。

参考文献:田先华,陕西中医学院学报,1989:12(1):33

按摩处方(二)

取穴及操作方法:(1)术前准备:令病人反骑坐在靠椅上,双手扶住靠背。施术前嘱病人排空二便。并松开腰带。

(2)步骤:①术者用一手的大小鱼际肌按揉脊柱两旁的足太阳膀胱经线上二至五遍。重点是腰大肌处。②术者用双手点按肾俞穴一分钟。③摇腰:嘱病人双手交叉环抱胸前。术者双手扶在病人双肩上,一手向前推肩,一手向后扒肩。如此连续动作即形成有节律的摇腰。④侧扳:在摇腰手法的基础上完成侧扳。术者双手慢慢下移,一手从病人腋下绕过前胸拉住对侧手腕,而另一手按在病人腰部,趁病人不注意之际,突然用相反力量一推一拉。此时常可听到腰部一响声,这不碍事。注意先扳患侧后扳健侧。⑤颤腰:术者一足蹬在靠椅的木撑上。并利用此腿的膝关节顶在病人腰部,进行有节律的震颤即为颤腰。先患侧后健侧。

治则:疏通经络,活血定痛。

临床疗效:为了进一步提高疗效,总结工作经验。对治疗过的 1043 例病人进行了随访观察:痊愈:腰部无任何不适,活动自如,并恢复原来工作者 993 例。占总例数的 95.16%。

好转:在一般情况下腰部无任何不适,但逢过劳,着凉则感到腰部活动欠利、痠胀不适。但能坚持工作者 34 例,占总例数的 3.27%。

无效:经多次治疗症状改善不明显或少有好转但仍不能坚持工作者 16 例,占总例数的 1.56%。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995:(6):589~

按摩处方(三)

取穴及操作方法:患者随机分为两组。本组 60 例,两脚分开与肩同宽,双手分开伸直扶树或墙壁,慢慢下蹲,然后术者用双手拇指指端按住患者两侧的环跳穴,其余手指固定臀部的两侧,嘱患者慢慢站起来,并且双手慢慢上扶,同时术者双手拇指开始在环跳穴弹拨,至患者站直为止。同法在关元俞、气海俞、肾俞治疗。对照组 56 例,用一指禅、滚、揉等手法治疗 15 分钟,然后用腰部斜扳手法。日 1 次,4 次为 1 疗程。

治则:疏通经络,通畅气血,消除病痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状及体征完全消失,腰部活动自如,并经随访无不良反应。显效:症状及体征明显减轻,无明显活动障碍与压痛,仍觉局部有痠胀感。无效:症状及体征无明显改善。用 1 个疗程,两组分别痊愈 52、28 例,显效 8、24 例,无效 0、4 例,本组疗效明显优于对照组($P < 0.01$)。

说明:本法疏通经络,通畅气血,消除病痛,疗效显著。

参考文献:浙江中医杂志, 2000;35(12): 523

按摩处方(四)

取穴及操作方法:(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、上髂、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和滑膜嵌顿。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。两侧各做6~10次。

②搬腿。

③扭腰。

以上推拿每日1次,每次约20分钟左右。

治则:疏通经络,活血消肿,解痉止痛。

辅助治疗:1. 腰椎牵引:此法对小关节滑膜嵌顿或交锁有显效。往往一经牵引,症状大减,几次牵引即可痊愈。其他几种情况,只要运用合适的牵引力量也有使痉挛的肌肉松弛的作用。我们常先行腰椎牵引,而后进行推拿治疗。

2. 局封:常用强的松龙0.5~1.0毫升,加0.5~1.0%普鲁卡因2~10毫升,在痛点局注。不仅可以消炎止痛,减少疤痕反应,还可以作为诊断的辅助手段。尤其对于棘间、棘上韧带损伤,效果更好。每周1次,2~3次为一疗程。

3. 中药内服:我科自制伤药:三七、苏木、白芷、白术、白芍等分,研末,装胶囊,每日2次,每次4粒。或用云南白药,三七粉等内服。

4. 中药湿热敷:可参照腰椎间盘突出症的用药。

5. 理疗:选用红外线、中波、短波、超短波、微波等疗法。我科应用红外线加涂渗透药(生草乌1两,延胡索4两,洋金花4两泡入75%酒精500毫升,1周后滤过得350毫升左右,加二甲基亚砷至500毫升备用。)有一定疗效。亦可用坎离砂或将粗盐炒热,用

布包裹后作局部热敷。

临床疗效:本法疗效显著。

说明:损伤部位不再出血,肿胀不再继续发展,即可进行推拿治疗。通过推拿,使伤处血管扩张,血液循环加快,有利于活血散瘀,消肿止痛,并使痉挛的肌肉松弛。通过推拿还可使伤处局部温度增高,代谢旺盛,有消炎作用。对于病程较长的病例,推拿有使疤痕变软、粘连松解的作用。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982:(7):204~206

按摩处方(五)

取穴及操作方法:第一搬:(1)伸髋搬单腿压腰法:患者俯卧位,令患者放松腰部,先于腰背部作轻微的揉按手法,为三搬手法做好松腰准备。术者一手掌按压腰骶部,另一前臂托患者一侧膝部把腿向上抬高到最大限度固定,此时按压腰骶部之手突然用力下压,使腰部呈过伸状,连压三次。用同法施治对侧。

(2)伸髋搬双腿压腰法:患者俯卧位,术者一手掌按压腰骶部,另一前臂托患者双膝上部把双腿同时抬起,并左右各摇转三圈,继而将双腿抬高到最大限度固定,此时按压腰骶部之手突然用力下压,连压三次。

第二搬:(1)推臀搬肩脊柱连动法:患者侧卧位,下腿伸直,上腿屈曲。术者站在患者后侧,一手将患者肩部向后搬,另一手将臀部向前推,发推搬到最大限度时,术者双手突然向相反方向推搬脊柱,使腰脊柱呈旋扭状,连续三次,此时往往可听到有一响声然后用同法于对侧施术。

(2)推腰搬腿伸腰法:患者侧卧位,下腿伸直,术者站在患者后侧,一手推患者腰部向前,另一手拿上侧小腿下部,将下肢做最大限度屈髋屈膝,使膝关节屈到同侧胸前,尔后突然把下肢伸直后搬,使腰部过伸状,连做三次,动作要连贯。再用同法于对侧施术。

第三搬:(1)压肩搬膝法

第五章 骨伤科疾病

患者仰卧位,双髋膝屈曲并拢,术者一手向外按压患者一侧肩部,另一手逆时针方向旋转膝关节数次后,突然猛向内侧搬倒膝关节,连搬三次。然后用同法在对侧施术。

(2) 屈压双膝搬骶法

患者仰卧位,双髋、膝部屈曲并拢,术者一手扶压双膝部,另一手扶拿双小腿,做左右旋转腰部各三圈后,随即按压双膝靠近胸前,此时扶拿双小腿之手改换扣提骶骨,双手分别同时突然按压双膝和扣提骶骨,双手分别同时突然按压双膝和扣提骶骨,使腰部呈过度屈曲状,连压提三次。然后将患者双腿伸直拉平。

治则:疏经通络,理筋复位。

临床疗效:疗效标准:腰痛消失,腰部活动恢复正常,已能参加原工作者为治愈。腰痛基本消失,腰部活动范围显著增加,恢复工作后腰部尚有轻微不舒者为显效。腰痛有所减轻为有效。50 例中,男 38 例,女 12 例,年龄最小 18 岁,最大 65 岁,以青壮年居多。扛抬致伤者 18 例,搬运物品致伤者 12 例,提携重物致伤者 4 例,运动闪岔伤者 16 例。急性扭伤 33 例,慢性扭伤 17 例。病程最短 1 小时,最长 35 天,平均 11 天。治疗结果:50 例中,其中急性扭伤者 33 例,治愈 20 例,明显好转 8 例,有效 5 例。陈旧性扭伤者(病程两周以上)17 例,治愈 6 例,明显好转 4 例,有效 5 例,无效 2 例,总有效率 96%。临床实践证实,伤后就诊时间越早,临床疗效越佳。伤后一周内就诊者一般手法施治 2~3 次即可痊愈;伤后两周内就诊者一般手法施治 3~4 次即可痊愈;一个月以上者需治疗 5~6 次。

说明:腰部扭伤是常见病、多发病。好发于青壮年劳动者。多因用力过猛或工作姿势不当所致。重者受伤后立即出现腰部剧烈疼痛,不能转侧,卧床不起;轻者腰胀痛而活动不灵,给工作、生活带来不便。或当时腰痛轻微,过半天至一天后才出现剧烈腰痛。1978~1985 年,笔者用三搬手法治疗腰部扭伤 50 例,取得较满意

的效果。

参考文献:钟立恭,广西中医药,1987;10(5):3

按摩处方(六)

取穴及操作方法:取肾俞、大肠俞、殷门、委中、中腕、光明等穴。中腕穴治腰不能前屈有效,光明穴止痛效果甚佳。在手法操作前,先推拿揉摩或滚揉腰骶部软组织5分钟。点按以上穴位5分钟。然后再根据不同症型施以不同的手法。

(1)坐位屈腰旋扳法:适用于腰椎后关节紊乱及腰椎滑膜嵌顿症。

以棘突向右侧偏歪为例。患者坐位,助手于患者前方,双腿夹住患者左大腿,双手按住左大腿根部以固定下肢。医者坐于患者身后,右手从患者右腋下绕到左肩后方,右手拇指按于向右偏歪的棘突右侧,令患者全身放松缓缓屈腰至100度左右,以拉开腰椎后关节。然后医者右手用力使躯干上部向前向右旋转,右手拇指稍用力向左前方推按偏歪的棘突,此时医者手下常感到椎体滑动,并出现“咯噔”声响。患者腰痛常立即消失或明显减轻,腰部功能随之恢复。此法成功的关键在:①消除患者的紧张情绪使医患合作。②手法操作要稳妥正确,用力巧妙,因热利导。③找准棘突偏歪的部位和方向。

(2)摇晃提端法:适用于腰骶关节及骶髂关节扭伤。特别是腰骶关节一侧疼痛疗效最佳。

患者坐于方凳上,助手用双手按住腹股沟部,医者用双臂环抱住躯干,在拔伸下环转摇晃腰部,然后再向上方提端并向斜后方倾斜,使腰部向健侧做扭转动作,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,用一手掌由上而下沿脊柱两旁推散,再用一臂抱住躯干,使腰部伸直,并用力向上提推,另一手掌按住腰部痛处用力推按。

(3)坐式咳嗽弹拨法:适用于骶棘肌、棘上、棘间韧带扭伤。

第五章 骨伤科疾病

患者坐于方凳上,术者立于其后,一手拇指放在骶棘肌或韧带损伤处,嘱患者用力咳嗽,同时术者拇指用力左右弹拨剥离的韧带,然后上下顺理按压镇定,如此反复2~3遍。分别应用上法后,最后揉捏或滚揉腰骶切击拍打腰骶部及双下肢后侧3~5分钟,结束治疗,每日治疗一次,3次为一疗程。

治则:疏经通络,理筋复位。

临床疗效:痊愈:临床症状及阳性体征消失。显效:临床症状及阳性体征明显改善。好转:临床症状及阳性体征消失或减轻。无效:治疗1~2疗程后症状无变化。结果痊愈106例,占8%;显效30例,占15%;好转9例,占4.5%;无效1例,占0.5%。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995;(6):666

按摩处方(七)

取穴及操作方法:(1)按掐痛点:先在痛区找到明显压痛点,即用拇指指面按压于痛点上,拇指指面与被压部位呈45~90度角,按时由轻渐重,达到患部感到痠胀,即为得气。得气后持续1~2分钟,将指缓慢放松,减轻压力,稍停片刻,再行按压。如此按压放松,反复5~7次。然后用拇指指尖施以掐法,操作渐渐施劲,由轻到重,切勿突然用力,以防损伤皮肤。得气后,再持续半分~1分钟,指力逐渐减轻,并配合指揉法,以缓解掐后所出现的不适感。

(2)隔姜灸:按掐痛点后,即取铜钱厚的生姜一片,穿刺多孔,置于痛点上,再取黄豆大小的艾炷放在姜片上点燃施灸,若姜片烤干皱缩,可更换姜片。一般灸4~6壮即可。务使温热透入皮肤,局部出现潮红为度。灸毕去掉姜片,用手掌或大小鱼际,在痛点处缓和的回旋揉动片刻,患者即可下床活动。

治则:行气活血,疏经通络,复位止痛。

临床疗效:本组166例中,男133例,女33例。年龄在20~50岁之间,30岁左右者居大多数。发病时间为1~2天。疗效标准:痊愈:腰部痠痛及局部压痛完全消失,功能恢复正常。显效:症状

基本消失,腰部活动正常,但局部仍有轻度痠痛。无效:治疗后症状及功能均无改变。治疗效果:本组共 166 例,痊愈 88 例,占 53%;显效 71 例,占 42.8%;无效 7 例,占 4.2%。总有效率为 95.8%。

说明:急性腰部肌肉扭伤,多因活动时体位不正,或突然用力而致局部气血瘀滞,经络受阻。今病在肌肉,无须毫针深刺,故以指针代之。隔姜灸能使艾火的热力通过姜片透入皮肤肌层,二者结合施治,能改善局部血液循环,解除肌肉紧张状态,从而收到较好的效果。

参考文献:杨金安等,中医杂志,1983;24(9):35

按摩处方(八)

取穴及操作方法:根据扭伤部位的不同和病人腰痛的程度及身体的强弱适当选用,一般选用 1~2 种。

(1)卧位手法:患者俯卧于床上,两上肢紧贴身体两侧,术者右手掌根部放于腰部压痛点处,左手叠于右手背上,令病人深呼吸。深呼气时,术者两手用力向下推按;吸气时,双手随之抬起。反复 4~5 次。此法适用于各种急性腰扭伤,年老体弱或不能站立者。

(2)立位手法:病人面对墙壁,双手举起,双足平立,身体紧贴墙壁,令病人深呼气。术者以双手掌根部或双拇指推压痛点,同时用力向前上方推按,吸气时放松。反复 4~5 次。此法适用于各种急性腰扭伤,年轻力壮或可以站立者。

(3)卧位接腿手法:病人俯卧于床上,术者一手按住痛点,另一手肘部勾扶患侧大腿前下方,手掌托住大腿中部向背侧和远方提拔反拉,随后摇晃拔伸。此法适用于下腰部和骶部急性扭伤者。

(4)蹲位起立手法:患者双足分开与肩同宽,直腰下蹲,术者立其后,双手按压患者双肩,随患者呼气向下用力按压,吸气时随之抬起不用力,重复 4~5 次后,双手托住病人腋下,令其猛然站

起。反复4~5次。此法适用于腰骶部急性扭伤者。

治则:疏通经络,活血消肿,解痉止痛。

辨证特点:急性腰扭伤又称“闪腰”、“岔气”,临床多以腰部胀痛,放射性疼痛或伴有下肢运动障碍等症均可适用。

临床疗效:作者参照有关资料,结合临床体会,总结成四种治疗手法。1979年1~11月我们以手法为主并辅以内服中药和针刺,治疗急性腰扭伤184例,初步认为方法简单,疗效肯定。本组急性腰扭伤184例,年龄50岁以下156例,占85%。受伤部位在腰骶部66例,骶棘肌54例(左18例,右36例),腰大肌45例(左15例,右30例),棘上、棘间17例,骶髂部2例。

本组184例,经上述治疗,症状、体征消失,恢复正常工作者168例;仍有钝疼和不适,局部有轻度压痛者14例;症状和体征无明显减轻者2例。本组大部分病例经1次手法或1次手法后加服3剂中药即显效。临床疗效以病期愈短,施用手法愈早愈好,部分反复扭伤患者,及时再次手法仍可收效。

参考文献:郭焕章等,中医杂志,1980;21(11):43

按摩处方(九)

取穴及操作方法:(1)痛点压放:病人俯卧。医者先在其扭伤局部或痛点周围,施以滚、揉、弹拨手法;自背部向下至双下肢施以滚、揉等手法,各十余次后,以拇、食中指点压于痛点上,令病人作深长、平稳、均匀的呼吸,呼气时,术者用力按压,吸气时放松,15~20次,再令病人努力咳嗽5~6次。或以双掌叠按于病人腰部,随病人呼气时向下按压,吸气时再放松,作15~20次。

(2)屈膝压髋:病人仰卧,屈双膝,深呼吸。医者双手抱住病人双膝,待其呼气时,用力将病人双膝向其胸腹按压,吸气时放松,连续作十余次后结束治疗。

治则:通畅气机,通络止痛。

临床疗效:笔者以穴位压放配合病人深呼吸为主要手法,治疗

急性腰扭伤 75 例,最多治疗 6 次,全部治愈。

说明:1. 穴位的压放,压则深达于营,放而浅至于卫,压放的相结合,直接调节营卫气血。病人的深长呼吸、努力咳嗽或叹息产生的鼓荡推动作用,更可以使局部或全身经络中的气血畅通,改善某些阻塞现象,因而本法有调理气血、疏通经络、止痛、调和营卫的功效。

2. 腰部痛点的压放,是根据“以痛为腧”的原则进行的,痛点乃经络气血不通之处,是疾病的病变根本,在痛点周围施以压放手法,配合病人深长呼吸之鼓荡、推动作用,可使胸部壅滞的经络得到通畅。屈膝压髌法,旨在通利整个腰部枢机,活动腰骶关节,起到通畅气机,通络止痛的效果,故而合用两法,有手到病除之效。

参考文献:彭筱,四川中医,1987;5(3):43

按摩处方(十)

取穴及操作方法:在患者两侧腰眼及腰大肌找压痛点,自背部至臀部用五指散揉,反复数次,等局部肌肉松弛后,用右手食、中、无名指着于压痛点按揉 5 分钟,然后用滚法,自腰部的痛点捻滚至小腿腓肠肌,并点揉肾俞、大肠俞、环跳、委中、承山穴约 5 分钟。继用拔火罐的“闪火法”,用 2~3 个火罐在痛点周围交替吸拔,以皮肤红润为度,时间约 15 分钟,隔日推拿 1 次。

治则:补肾强腰,理筋止痛。

临床疗效:200 例,结果:经 1~9 次治疗均获愈。

参考文献:辽宁中医杂志,1982;(6):44

按摩处方(十一)

取穴及操作方法:(1)按压大肠俞、关元俞。将两拇指分别放于两侧大肠俞上,用力向后向下压按约半分钟;手法由轻到重再而复轻;用上法压按关元俞,以感到胀疼并向下放射为止。

(2)压腰后扳腿,术者以一手手掌压患者腰骶部,另一手抱住

大腿,向后方向扳动2~3次,压腰扳腿动作要同时用力,扳腿幅度当逐渐增加,以患者能耐受为度。

(3)侧身斜扳腰,患者侧卧,健侧向下,术者一手扶患者肩前部,另一手扶臀部,两手同时向相反方向用力,在腰部旋转时常听到喀嗒声。治后卧板床休息,隔日1次。

治则:舒筋通络,消肿止痛。

临床疗效:治疗1205例中,效优1035例占85.9%;效良146例占12.1%;有效23例占1.9%;无效1例占0.1%。

说明:本组病程2小时~7天。

参考文献:徐际生等,浙江中医杂志,1984;19(6):262

按摩处方(十二)

取穴及操作方法:俯卧位,寻找压痛点,取其相应腰椎两侧旁开2横指处为穿刺点。局部常规消毒,用5毫升注射器抽取1%普鲁卡因3毫升(过敏者用利多卡因)、地塞米松5毫克,用7号针头在穿刺点进针,针尖向脊柱方向斜刺约2厘米,每侧注入药液2毫升,按摩痛点及周围组织5~10分钟。1次未愈者2~3日再治疗1次,不超过3次。

治则:疏通经络,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:腰痛消失,活动自如,无复发。好转:症状与体征大部分消失,活动稍有不适。无效:经3次治疗仍有疼痛,活动受限。本组62例,治愈38例,好转19例,无效5例,总有效率91.9%。

说明:本法具有疏通经络止痛的功效,疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(3):19~20

按摩处方(十三)

取穴及操作方法:(1)肾俞、腰阳关、委中、阿是穴等行拇指按压;(2)沿骶棘走向舒筋;(3)轻揉腰部;(4)腰部斜板法。

治则:舒筋通络,消瘀导滞,理气止痛。

临床疗效:总有效率为98%。提示本方法有舒筋通络,消瘀导滞,理气止痛的疗效。

参考文献:陕西中医,2000;21(6):271

按摩处方(十四)

取穴及操作方法:患者俯卧位,患部涂接触剂,用手在疼痛部位做内功按摩,振法点穴牵抖下肢,日1次,5次为1疗程。接着,患者取侧卧位,一侧下肢伸直,另一侧屈曲状,术者一手推上侧髋前上棘后方,向下用牵引力,一手推肩关节上方,向上方用牵引力,同时用力向前、向后方搬牵,可以听到清脆的响声,使患者感到腰部症状明显好转。

治则:活血疏经。

临床疗效:疗效标准:痊愈:腰部无任何不适,活动自如,功能恢复,能正常工作。显效:腰部症状明显减轻,脊柱活动有轻度疼痛感。好转:经5次治疗后症状改善不明显或少有改善。本组106例,痊愈85例,显效15例,好转6例。

说明:本法疏通经络,活血化瘀,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(6):29

按摩处方(十五)

取穴及操作方法:患者俯卧于治疗床上,根据伤情及部位,分别施以按揉法(术者一手掌根置于腰肌最僵硬处,作环形旋转用力按揉,按揉并施,用力强度视患者能耐受为度,操作时间以痉挛的肌肉放松为度)、点穴法(取关元俞、肾俞、大肠俞、腰眼、阿是穴、委中、昆仑等,以单手或双手拇指指端点按穴位,每穴施术2分钟,每次取3~5穴)、背伸法(术者一手按住一侧腰部向下用力,一手托抱住对侧下肢膝上处向上扳提,两手同时向相反方向用力,每侧各5~10次)、分推法(术者用双手掌根部从脊柱旁向两侧作

第五章 骨伤科疾病

八字形分推,由胸背至腰骶部,反复操作3~5次)及抱膝滚腰法(仰卧位,将双髋双膝屈曲,并用双手交叉抱住膝关节,术者一手托扶其枕部,一手放置于膝前,将患者托起放下反复滚动3~5次)治疗。

治则:疏通经气,调和气血,缓急镇痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:疼痛消失,腰部活动功能完全恢复。显效:疼痛明显缓解,腰部活动功能基本恢复。无效:疼痛时轻时重,反复发作,腰部活动功能仍受限。本组52例,痊愈47例,显效3例,无效2例,总有效率96.3%。

说明:本法疏通经气,调和气血,缓急镇痛,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(5):37

按摩处方(十六)

取穴及操作方法:本组针刺取扭伤穴(在曲池穴下2.5寸),患者取坐位,屈肘拱手,掌心向胸,局部消毒后,用28号3寸长毫针快速垂直进针1.5~2寸深,得气针下有上下传导的感觉时,行提插捻转泻法2分钟左右,同时,患者两足分开与肩同宽作腰部左右转动,配合上下蹲起运动,活动量以出汗为度,隔5分钟行针1次,留针15分钟;再用同样的方法操作2次,即可起针。针刺后,根据疼痛的部位用滚、揉肾俞、大功率、肠俞、腰阳关、环跳,拿委中,以痠胀为度,并在伤侧沿骶棘肌纤维方向,用掌根或小鱼际进行直擦,以透热为度,时间20分钟。

治则:活血通经,通络止痛。

临床疗效:本组300例,治愈225例,显效42例,无效3例。

说明:本法简便,见效快,疗效显著。

参考文献:河南中医,1999;19(4):59

按摩处方(十七)

取穴及操作方法:放松法,患者俯卧床上,面部偏向一侧,双手

自然放置枕前,医者右手拇指先寻找到痛点,然后在痛点周围和肌肉痉挛处施以滚、按、揉、一指禅推等手法3~5分钟,后逐渐移往痛点及肌痉挛处,施术5分钟,手法由浅及深。镇痛法:患者体位不变,医者用拇指指腹,在其病痛周围渐至痛点中心,施以按揉法,手法由浅及深,并沿肌肉韧带作上下左右推拨,力度以患者耐受为度,施术5分钟,再在其后背腰骶部涂抹正红花油,用一手全掌自上而下推之督脉及膀胱经脉,使之热度深透到肌腹,随之在患处及腰骶部用拍打叩击法。整复法:患者侧卧位,如右侧卧位则右下肢自然伸直,左下肢屈曲,医者立于患者的腹侧,左前臂抵住患者肩前部,右前臂抵住臀部,做反向旋转运动,当腰被旋转至最大限度时,稍加用力,可闻及腰部咔嚓响声,即达最佳效果。然后换左侧卧位如上施术一遍。

治则:理筋复位,通络止痛。

临床疗效:本组120例,用1~4次,痊愈109例,显效8例,无效3例。

参考文献:按摩与导引,1999;15(4):33

按摩处方(十八)

取穴及操作方法:松解法:患者俯卧位,用轻快柔和的滚法、掌揉、肘揉法松解腰部肌肉。

斜扳法:急性腰扭伤,有腰后小关节错位者,查体见脊柱腰段棘突向左或右侧偏歪;患者体位不变,以向左侧偏歪者为例,术者站在患者左侧,左手拇指顶按在偏歪的棘突左侧,余四指按压住腰部,右手置于患者肘部,左手拇指用力前顶,右手用力后扳,双手协调向相反方向用力斜扳,此时听到患者腰部有轻微的“喀”声即可。然后在腰部作轻柔的滚揉手法2分钟。用3号玻璃罐,用闪火法在棘突双侧旁开1寸腰骶关节处吸住后向上走行至肩胛骨内侧中上段即起罐,重复5~6次,以皮肤潮红为度,然后再腰部痛点处双侧对称留罐3~5分钟。

治则:疏经通络,复位止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:腰部疼痛消失,阳性体征消失,恢复正常生活和工作。显效:腰部仍有轻微疼痛,行走正常,可以正常工作。好转:疼痛缓解,腰部活动功能稍受限。无效:治疗前后无变化或加重。本组 156 例,治愈 143 例,显效 8 例,好转 4 例,无效 2 例,总有效率 98.8%。

参考文献:时珍国医国药, 2001;12(2):126

按摩处方(十九)

取穴及操作方法:患者俯卧,四肢自然伸展。推拿按摩:先推拿按摩双侧骶棘肌及棘上韧带等,手法由轻到重,使骶棘肌、筋膜、韧带由紧张变为松解。

选穴点穴:取阿是穴、腰阳关穴、肾俞、腰眼、环跳、委中等,点按重时可嘱患者用力咳嗽,使点按到位。

击拍法:术者右手五指并拢,手指伸直,掌指关节屈曲 45 度,手掌象倒叩船,以手指及大、小鱼际击拍患者痛点及整个腰部,击重时同样用力咳嗽,使肌肉、筋膜、韧带在咳嗽时绷紧,受击拍后松解使筋复槽。**站立拔伸摇晃法:**患者站立,背对诊床边,一助手固定患者双下肢,术者站在诊床上抱住患者的腋窝拔伸,并左右摇晃及旋转 5~6 下。此法能使腰椎间关节晃动,对解除椎小关节滑膜嵌顿非常有效。

弯腰过伸法:患者两足稍分开站立,一助手立于其前保护,术者站其后,一手向前环抱其腹,另手按其背,先使患者尽量向前弯腰,同时术者按其背,下压 2~3 次。再让患者直腰后伸,术者站在患者右侧,左手推压腰部向前,右手推压胸部向后,使腰部尽量过伸,同时鼓励患者用力咳嗽 2~3 次。此法能使腰椎过度后伸,使棘间韧带扭伤得以纠正。对不耐疼痛的极少数患者可适当助以痛点局部封闭后再行手法治疗。

治则:活血通经,消肿止痛。

临床疗效:本组 122 例,治愈 121 例,转为慢性腰痛 1 例。

参考文献:中医外治杂志, 2000;9(6): 51

按摩处方(二十)

取穴及操作方法:取肾俞、大肠俞、扭伤、殷门、阿是、中脘(拿捏治疗腰不能前屈有特效)、尺泽(按压治疗直腿抬高有奇效)。拿揉或滚腰骶部软组织 5 分钟。点按上穴 5 分钟,后再根据不同病症施以不同手法。后关节紊乱症用腰部三板法(患者仰卧扳肩,俯卧扳腿,侧卧扳腰)。臀上皮神经、中皮神经损伤离位用坐或旋转掖筋法(以右侧为例,患者正坐,术者右手拇指按于患者神经损伤痛点处,嘱患者先向左旋腰 45 度,快到时,术者拇指用力左右弹拨其离位神经,随后上下顺理按压,使其压进神经沟。如此反复 3~4 遍)。骶髂关节损伤用扳腿压髋法:患者俯卧,术者一手压在受伤的一侧腰骶关节处,一手扳位患者同侧的大腿向上用力,一直到患者能忍受为度。静止持续 5 分钟左右,然后压腰骶关节的手轻轻下压 2~3 下,扳大腿的手左右摆动 3~5 下。用手放在棘上韧带、棘间韧带损伤剥离面上,嘱患者用力咳嗽,同时术者的拇指用力左弹拨,然后上下顺理按压,如此反复 2~3 遍。3 日为 1 疗程。

治则:补肾强腰,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:临床症状及阳性体征消失。显效:临床症状及阳性体征明显改善。好转:临床症状及阳性体征部分消失或减轻。无效:治疗 1~2 个疗程后症状无变化。本组 180 例,痊愈 76 例,显效 63 例,好转 33 例,无效 8 例,总有效率 95.56%。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(5):40

按摩处方(二十一)

取穴及操作方法:患者平卧或侧卧,先用五行磁吸针在双侧腰

背肌施针,部位可沿膀胱经走行间隔3~5厘米,N、S极针间隔,在脊柱两侧N、S极对应,沿膀胱经走行上下N、S极对应,在腰背部形成数个垂直磁场,时间15分钟。或10分钟后交替对调N、S极针。治疗后患者平卧,先用抚法轻抚背部皮肤,再用掌推法顺腰背部沿膀胱经走行进行推法治疗,以腰背部推出四条红印为宜,时间约3分钟。用提捏法,沿腰背部肌肉走行进行,先轻后重再轻,时间同上。用屈指揉法和掌根揉法,重点在腰部疼痛剧烈处有腰背筋膜区域,时间同上。用滚法沿膀胱经走行从腰背部到臀部,时间3~5分钟。用拍法或扣法,先轻后重再轻,从上到下从肩部到臀部,时间同上。最后用轻抚法或摩法时间2分钟,结束治疗。少数患者可加用旋髂放松或背法及抱法。1~2日1次。

治则:活血通经,柔筋止痛。

辅助治疗:用止痛药或活血化瘀药口服。

临床疗效:本组56例,用2~3次均痊愈。

注意事项:治疗期间卧硬板床休息,禁止任何腰部活动。

说明:本法可麻醉止痛、缓解腰背部痉挛,改善腰背肌血循环,促进损伤愈合。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):41~42

按摩处方(二十二)

取穴及操作方法:患者卧位,用滚法推拿腰背部肌肉2~3遍,手法由轻到重,压痛点,肌紧张肾俞穴部位应着重施术,时间2~3分钟。用拇指指腹由上到下按揉患侧环跳、承扶、殷门等穴,每穴10余次,然后重点拿委中、承山约3~5分钟,手法由轻到重,以使患者感到较难忍受的痠痛为度。后用腰部斜扳法:患者侧卧,健侧在下,健侧下肢自然伸直,患侧下肢在上屈曲,医者面对患者,一手按压患者肩部,一手按于其髂骨处,并作相反方向推扳,幅度由小到大,当推扳至最大限度时,常可听到“喀喀”声,手法完成,效果不佳者可行对侧斜扳法。推压法:患者俯卧,医者于患者右侧,两

掌重叠,以掌根沿患者两侧骶棘肌纤维方向由上到下,由外向内反复推压5次,结束治疗。

治则:疏通经络,调和气血,解痉止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:手法治疗后腰部症状及体征完全消失,腰部活动自如。显效:腰痛明显减轻,腰部活动基本正常,局部轻压痛,卧床休息3~4日后腰痛消失,活动自如。好转:手法治疗当日腰痛减轻,腰部活动轻度受限,局部有压痛。本组85例,痊愈48例,显效27例,好转10例。

说明:本法疏通经络,调和气血,解痉止痛,疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(10):18

按摩处方(二十三)

取穴及操作方法:针刺人中穴,捻转以流出眼泪为度,留针。芒针透刺损伤部位,患者俯卧位,用28~30号5、7寸针,针尖快速刺入损伤部位皮肤后,呈15~25度角缓慢进针与肌纤维方向一致,小幅度提插捻转3~5次至针下阻力减轻,无僵涩滞感时出针。腰部按摩,患者俯卧位,施滚法、揉法、弹拨法于压痛点及其周围紧张的腰肌处,手法幅度由小到大,压力由轻到重,时间视患者腰肌松弛程度而定。腰部斜扳,患者侧卧位,术者面对患者,一手肘部抵在臀部,手压腰部,另一手抵扶肩前部,把腰被动旋转至最大限度后,双手同时作相反方向拨动左右各1次。压穴运腰,患者仰卧位,双膝屈曲以双足、双肘及头部着力作“五点”式挺腰运腰10次,同时术者用食中二指震颤按压双攒竹穴,以痠胀为度。下地运腰,上述术毕,下地行走、蹲站、运腰,待腰痛消失或明显减轻时将人中穴针拔出,术毕。

治则:疏通经络,消肿止痛,理筋整复。

临床疗效:诊断标准:参照1994年国家中医药管理局发布的《中医病症诊断疗效标准》。疗效标准:一次性治愈:腰部疼痛消失,活动如常。一次性好转:腰部疼痛明显减轻,活动基本正常。

第五章 骨伤科疾病

本组 200 例,一次性治愈 35 例,一次性好转 65 例,再经 1~2 次治疗,全部治愈。

参考文献:吉林中医药,2000;20(5):49

按摩处方(二十四)

取穴及操作方法:患者平卧,暴露腰部皮肤,2% 稀碘酊消毒,用梅花针先在压痛点周围叩刺,先轻后重,并逐渐向压痛点移动,最后在压痛点重叩,7~8 分钟。叩刺完毕用火罐在压痛点外拔吸约 10 分钟,取下罐后擦去罐及皮肤上的血。推拿取阿是、肾俞、大肠俞、秩边、委中、承山,患者俯卧,先用指揉法或掌根揉法在两侧腰肌与压痛点周围轻轻操作 2~3 分钟。点按肾俞、大肠俞、腰阳关及委中、承山穴,每穴 1 分钟,按揉双侧腰肌。患者侧卧,术者行腰椎斜扳法。术者在伤处周围涂以红花油或按摩乳,用掌根擦法将局部擦至热力深透为度。

治则:舒筋活络,祛瘀止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:治疗后症状与体征完全消失。好转:症状与体征完全消失,但因天气变化或劳累后偶有不适。无效:症状与体征无明显变化。本组 200 例,治愈 183 例,好转 17 例,总有效率 100%。

说明:本法舒筋活络,祛瘀止痛,疗效满意。

参考文献:山东中医杂志,2000;19(9):542

按摩处方(二十五)

取穴及操作方法:用苏木、水蛭、虻虫、柴胡、花椒、僵蚕、伸筋草、透骨草、牛膝、乳香、没药、穿山甲、冰片等煮沸,在熏蒸床上熏蒸腰部 30~40 分钟。以抚法抚按腰背部皮肤,再用指推继而用掌根推法顺腰背部沿膀胱经走行进行推法治疗,然后用提捏法沿骶棘肌顺序走行,先轻后重再轻。侧卧位,施以扳法,患侧朝上,操作者一手扳肩、一手按臀,向反方向用力使腰椎旋转至最大程度,然

后突然发力,常可听到弹响声。继而用揉法、滚法、拍法沿膀胱经走行从腰背部按至臀部,最后以轻抚法及摩法结束。

治则:活血逐瘀、舒筋止痛。

临床疗效:本组 72 例,用 2~5 次,均痊愈。

说明:本法活血逐瘀、舒筋止痛,疗效满意。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(4): 60

按摩处方(二十六)

取穴及操作方法:点穴法:患者俯卧位,按揉两侧腰眼、委中、承山、殷门、肾俞各 15 次。

滚法:患者俯卧位,自伤处四周逐渐移向痛处,5 分钟。

推法:患者俯卧位,在痛点四周及肌肉痉挛处施以推法,5 分钟。

分筋法:用双拇指自上而下用分筋法,约 10 次。

斜扳法:患者侧卧位,医者用两手抚按患者的肩部及臀部,并作相反的旋转运动,使腰部被动扭转至最大限度,此时可听到弹响声。

治则:活血散瘀,消肿止痛。

临床疗效:诊断标准:参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》确诊。疗效标准:临床治愈:临床症状完全消失,功能恢复。好转:脊柱活动改善,症状减轻。无效:症状无明显改善。本组 36 例,临床治愈 31 例,好转 4 例,无效 1 例,总有效率 97.22%。

说明:本法活血散瘀,消肿止痛,疗效满意。

参考文献:甘肃中医, 2000;13(4): 29

按摩处方(二十七)

取穴及操作方法:患者俯卧,用双手触摸腰部的压痛点或敏感点,并持续加压 5~10 分钟;令患者侧卧位,患侧朝上,并屈髋、屈膝各 90 度,健侧下肢呈稍微伸直位。术者右拇指顶住压痛点或敏

感区,令患者极度向后旋转,术者右膝顶靠患侧臀部,右跟腿置健肢股四头肌前面,左臀部按压肩关节前部(按指顶压、膝部推顶、前臂下按)同时用力,有时可闻及“咔嚓”声。俯卧休息 3~5 分钟,即可下床活动。

治则:活血通络,舒筋止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状及体征完全消失,腰部活动功能恢复正常。显效:症状及体征基本消失,但局部仍有轻微疼痛,腰部活动基本正常。好转:症状及体征明显好转,腰部活动轻度受限,但仍有不适。无效:症状及体征无改变。本组 60 例,痊愈 49 例,显效 9 例,好转、无效各 1 例,总有效率 98.33%。

参考文献:按摩与导引, 2000:16(4): 39

按摩处方(二十八)

取穴及操作方法:辩证分四型(腰肌肉拉伤型、棘上、棘间韧带损伤型、小关节损伤型、骶髂关节损伤型)治以活血化瘀、消炎止痛:用芬必得、扶他林、妙纳、云南白药、三七片、腰痛灵胶囊等。急性期卧床休息,护腰保护;

手法:用穴位、痛点点按、滚、揉、捏、拿、扳、搓等,由轻到重。**针刺:**腰肌肉拉伤型、骶髂关节损伤型取腰痛 1、腰痛 3、阿是穴、闪腰穴,用大强度、强刺激;棘上、棘间韧带损伤型取阿是穴留针。小关节损伤型用牵引转斜扳复位法:牵开小关节间隙,解除滑膜嵌顿,纠正脊柱侧弯、旋转、滑脱及后关节的错位。

治则:活血化瘀、消炎止痛。

辅助治疗:腰肌拉伤用火罐疗法:先用梅花针叩打痛点,再拔火罐。局封:(腰肌肉拉伤型、棘上、棘间韧带损伤型、骶髂关节损伤型适用本法)曲安舒松 25 毫克加 1% 普鲁卡因 4 毫升封闭。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状及体征完全消失,腰部活动功能恢复正常。显效:症状及体征基本消失,但局部仍有轻弯压痛,腰部活动功能基本恢复正常。好转:症状及体征大部分减轻,腰部

活动功能尚可,运动后仍感不适。无效:症状及体征无改变。本组 59 例,用 3~15 日,治愈 21 例,显效 28 例,好转 6 例,无效 4 例,总有效率 93.2%。

说明:应用活血化瘀、消炎止痛,辨证施治,疗效满意。

参考文献:时珍国医国药,1999;10(12):948

按摩处方(二十九)

取穴及操作方法:患者俯卧于治疗床上,根据伤情及部位,分别施以按揉法(术者一手掌根置于腰肌最僵硬处,作环形旋转用力按揉,按揉并施,用力强度视患者能耐受为度,操作时间以痉挛的肌肉放松为度)、点穴法(取关元俞、肾俞、大肠俞、腰眼、阿是穴、委中、昆仑等,以单手或双手拇指指端点按穴位,每穴施术 2 分钟,每次取 3~5 穴)、背伸法(术者一手按住一侧腰部向下用力,一手托抱住对侧下肢膝上处向上扳提,两手同时向相反方向用力,每侧各 5~10 次)、分推法(术者用双手掌根部从脊柱旁向两侧作八字形分推,由胸背至腰骶部,反复操作 3~5 次)及抱膝滚腰法(仰卧位,将双髋双膝屈曲,并用双手交叉抱住膝关节,术者一手托扶其枕部,一手放置于膝前,将患者托起放下反复滚动 3~5 次)治疗。

治则:疏通经气,调和气血,缓急镇痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:疼痛消失,腰部活动功能完全恢复。显效:疼痛明显缓解,腰部活动功能基本恢复。无效:疼痛时轻时重,反复发作,腰部活动功能仍受限。本组 52 例,痊愈 47 例,显效 3 例,无效 2 例,总有效率 96.3%。

说明:本法疏通经气,调和气血,缓急镇痛,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(5):37

按摩处方(三十)

取穴及操作方法:本穴在俯掌、手背侧第 2、3 掌骨及第 4、5 掌

第五章 骨伤科疾病

骨之间,腕横纹5掌指关节中点处一侧两穴,左右共4穴,针刺0.3~0.5寸,用提插捻转手法,针感要求强烈,5分钟行针1次,留针30分钟。功能锻炼,重点要加强活动受限方向的运动,幅度由小到大,达到正常活动范围,日1次,2次为1疗程。对活动明显障碍,不能站立者,先俯卧,局部施揉拿滚法3~5分钟,点腰部华佗夹脊穴,亦可施扳法,患者能立后,再施上述活动。

治则:解痉止痛。

辨证特点:诊断标准:有明显的暴力外伤或轻微的扭伤。下腰部肌肉痉挛,剧烈疼痛,活动困难。X线照片排除腰椎骨折。压痛区用1%普鲁卡因局部封闭后疼痛明显减轻或消失。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状消失,功能恢复。好转:腰痛症状减轻,脊柱活动仍受限。无效:治疗1疗程后,症状体征无改善。本组198例,治愈135例,好转57例,无效6例。

参考文献:湖南中医杂志,1999;15(5):24~25

按摩处方(三十一)

取穴及操作方法:患者仰卧位,助手双手按住患者肩部,医者双手握住患者双膝下部,使患者尽量屈膝屈髋,缓慢左右旋转,逐渐加大旋转度并向患侧按压,当大腿与治疗床平行时,一手托住腰骶部,一手按住膝部,快速扳压,当听至喀喀声时,手法完成。

治则:活血化瘀,利气消肿。

辅助治疗:并用本方:元胡30克,泽兰25克,川牛膝20克,王不留行、木香、小茴香、地鳖虫各10克,炮甲粉(吞)2克,日1剂水煎服。药渣加水复煎加热,布包热敷腰骶部或髋髂部,日2~3次。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状消失,恢复正常活动。显效:症状明显好转,但遇到劳累过度尚感腰部不适。有效:疼痛减轻,腰部活动尚感不利。无效:症状体征无改变。本组351例,痊愈218例,显效107例,有效26例,有效率为100%,治愈率(痊愈加显效)达92.6%。

说明：本方活血化瘀，利气消肿，合用手法，疗效显著。

参考文献：浙江中西医结合杂志，1999；9（5）：344～345

按摩处方（三十二）

取穴及操作方法：三板法：在腰痛局部用按、揉、分推等手法3分钟。一板，患者俯卧位，扳肩压腰，扳腿压腰，双髋引伸压腰各3～5次；二板，侧卧位，腰部推扳，单髋引伸压腰。对侧同上法，行3～5次；三板，仰卧位，屈髋，屈膝旋腰运展8～10次。

一牵法：俯卧位，术者用双手握住患者双踝部，将双下肢完全提起，使腰部后伸呈弧形，缓缓用力牵伸3次。**一针法：**用三棱针将患者唇系带上的粟粒大小硬结刺破，无硬结者可将龈交刺出血，然后将上唇提起，用毫针向上45度角斜刺入人中，留针15分钟，并嘱患者深吸气，活动腰部。

治则：疏通经络，活血止痛。

临床疗效：疗效标准：优：1次治疗痊愈。良：3次治疗痊愈。差：治疗3次以上无效。本组963例，优819例，良98例，差46例，总有效率95.22%。

参考文献：中医正骨，1999；11（9）：46

按摩处方（三十三）

取穴及操作方法：松筋：患者取俯卧位，胸腹下垫枕，全身放松。医者用掌在背部、腰部、大腿后部轻摩、轻揉、或轻滚法，上下数遍。

推拨：逐渐地结合应用指推法，以预先查好的痛点为准，由不痛处，推到痛处，痛处推拿范围和强度要适当掌握。因炎症的早期，不宜深推和强拨。注意不要使疼痛局部充血肿胀加剧，甚至发生皮下瘀血，如急于求成，手法过重，反会引起炎症反应增加，临床症状加重。如并有皮神经炎时，当在臀上皮神经入臀点处多做推拨手法。

牵拉：对罹患的筋膜和肌肉，做被动性的牵拉动作时，牵拉动

作要缓慢轻揉,并向该组织肌肉的反方向牵拉,注意不要作突然的猛力牵拉或引伸性活动。如对右侧臀部牵拉时,把右下肢屈膝屈髋,使右腿逐渐紧贴腹部,并推动大腿使髋关节内收、内旋;如对腰部牵拉时可作向前屈体,有时可将大腿托起后伸,另手做推腰动作。早期注意做这些动作,防止粘连和挛缩。

治则:活血通络,理筋止痛。

临床疗效:本组 55 例,用 1~4 次,痊愈 48 例,显效 3 例,无效 4 例。

参考文献:中医杂志,1992;(3):22~23

按摩处方(三十四)

取穴及操作方法:患者俯卧位,术者用双手拇指自大椎穴沿督脉从上至下逐节棘突向上推挤,重复 3 遍。再用双手手掌掌面紧按皮肤,沿膀胱经自上而下,以前臂带动腕关节做环形运动,要有节律地抚摩,重复 3 遍。脊柱旋转复位法:患者端坐方凳上,双足与肩同宽,助手固定患者骨盆以下部位。以右侧腰部疼痛为例,术者立于患者右后侧,右手经患者右腋下至患者颈后,用手掌压在大椎穴,拇指向下,余 4 指扶持颈部,左手拇指推住偏歪的腰椎棘突的右侧压痛处,双手协同使患者上半身前屈 60 度~90 度,再继续向右侧弯,在侧弯的过程,双手协调用力,听到“喀喀”弹响声,手法复位完毕。腰椎牵引复位法:患者坐在床边,双臂交叉,双手握肘,双腿伸直。术者坐于患者背后,两腿夹其下腰部以做固定,双手经腋下穿过,于病人胸前紧紧互握,然后用力向后仰做牵拉,同时左右摆动 3 次,即可听到关节复位弹响声,矫正手法完毕。

治则:通络止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:腰部疼痛消失,脊柱活动正常。好转:腰部疼痛减轻,脊柱活动基本正常。未愈:症状无改善。本组 219 例,治愈 128 例,好转 89 例,未愈 2 例,总有效率 99.1%。

参考文献:中国中医药信息杂志,1999;6(8):78

按摩处方(三十五)

取穴及操作方法:取肾俞、大肠俞、殷门、阿是、关元俞、环跳、中脘、尺泽、承山。患者俯卧,术者拿揉或滚压腰骶部软组织5分钟。点按以上穴位5分钟,然后再根据不同病症施以不同的手法。后关节紊乱症用腰部三扳法,臀上皮神经、中皮神经损伤离位者用坐式旋转拔筋法,骶髂关节损伤用扳腿压髋法,棘上韧带、棘间韧带损伤剥离用坐式咳嗽弹拨法。急性损伤期水肿、粘连重者用2%普鲁卡因5毫升、强的松龙10毫克、维生素B12 0.1毫克局封。韧带损伤,特别是慢性损伤可配合火罐疗法、理疗等。软组织充血、损伤较重拒按压者,先外敷跌打活血中草药(虎杖、重楼、叶上花、独定子、紫金龙、岩陀等,研粉调酒或开水外敷)。

治则:补肾强腰,祛风通络。

临床疗效:本组51例,痊愈41例,好转5例,无效5例。

参考文献:甘肃中医学院学报,1999;16(2):44

按摩处方(三十六)

取穴及操作方法:点穴法:俯卧位,先按揉天宗、委中、殷门等穴各10~20次,可适量强刺激。

滚法:先由病变远端或健侧逐渐向主痛部位接近,力量由轻到重,时间7~8分钟。

弹拨法:急性骶棘肌扭伤者继续取俯卧位,在压痛点上双手拇指重叠或并列与患处肌纤维、肌腱成垂直方向来回拨动5~6次。棘间、棘上韧带损伤者用轻手法弹拨。

斜扳法:取侧卧位,患侧在上,着床的一侧下肢自然伸直,上方的下肢尽量屈膝屈髋;医者面对患者站立,用两手(或两肘)分别扶按肩部及臀部,嘱患者放松,作相反方向的用力扳动,使腰部被动扭转,当扭转到有阻力时,再施加一个增大幅度的猛推,此时常可听到响声。此法适于腰椎小关节滑膜嵌顿和急性骶棘肌扭伤。

擦法:俯卧位,以正红花油在患部施以掌擦法,以热为度。酌用 TDP 照射或温针灸、磁疗仪。

治则:活血通络,舒筋止痛。

临床疗效:本组 160 例,用 1 周,治愈 140 例,好转 15 例,无效 5 例,总有效率 96.9%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):26~27

按摩处方(三十七)

取穴及操作方法:患者坐位或俯卧位,在腰部用活络油进行涂抹揉擦。手法由上而下或从上而斜下理筋、揉筋。点揉腰眼、肾俞、劳宫、委中、阿是穴等。双手拇指交叉或食中二指中节背侧沿脊柱棘突两旁自上而下进行挟脊振筋。

用捏腹推顶法:双手抱腰,四指在前,拇指在后,用手指捏腹提弹腹外斜肌并用一定量的刺激。当患者自身反射性鼓腹和身体直立上引时,顺势用双手拇指推顶病椎,常有推动感。再行理筋、按摩手法结束。对病重或年老体弱者并用电针手背腰痛奇穴、肾俞、委中、昆仑等穴,留针 30 分钟。

治则:补肾强腰,活血通络,理筋止痛。

临床疗效:疗效标准:参照国家中医药管理局发布的《中医病症诊断疗效标准》。治愈:经 1 次推拿治疗即刻感觉腰痛消失,屈伸转侧正常。好转:经 1~2 次推拿后腰痛明显减轻,只有轻微不适感。无效:经 3 次以上治疗,腰痛仍无明显改善。本组 40 例,治愈 28 例,8 例配电针治疗后好转,无效 4 例,总有效率 90%。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):39

按摩处方(三十八)

取穴及操作方法:仰卧位,医者握住患者双膝上部,将双下肢屈膝屈髋旋向患侧,当大腿旋到与治疗床平行时,在患者全身放松状态下,医者快速下压,可听到咯哒响声。助手双手按住患者健侧

肩前部,协助医者作旋转动作。日1次,5日为1疗程,并平卧硬板床休息。

治则:通络止痛。

临床疗效:本组87例,用2个疗程,痊愈73例,有效12例,无效2例,总有效率97.7%。

说明:观察改良斜板法治疗急性腰部损伤的临床疗效。本法疗效满意。

参考文献:浙江中医学院学报,1998;22(3):43

棘上棘间韧带损伤

棘上韧带损伤是急性腰部韧带损伤中一种常见的腰部外伤,临床表现为受伤当时有腰部“炸裂”或“闪断”的感觉腰部突然失力,呈断裂样,针刺样,刀割样疼痛,前屈活动明显受限,坐卧困难,偶伴下肢和腰骶部痠痛,祖国医学属于“闪腰”、“岔气”范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:推拿以损伤的棘上、棘间韧带为中心的阿是穴,用分筋法、一指禅推法、按揉法、滚法、指振法、擦法。电针以痛为腧,针前找好疼痛范围,然后采用围刺法包围患处,同时围刺范围内酌情置纳几针,然后将电针仪接在针灸针尾,刺激强度以患者能耐受为宜,留针30分钟,日1次,10日为1疗程。

治则:疏通经络,消炎止痛。

临床疗效:本组150例,治愈103例,显效25例,好转19例,无效3例,总有效率98%。

说明:推拿、电针直接作用于患处,疗效满意。

参考文献:针灸临床杂志,1999;15(6):25

按摩处方(二)

取穴及操作方法:随机分为两组。本组 64 例,用针刺配合推拿治疗。用理筋手法,以拇指指腹贴紧皮肤,轻轻向上挪移,使拇指下方皮肤张力较大时,拇指指腹自 L5 往 S1 方向理顺棘间韧带,先正中后两侧为一次手法,手法力度均匀,以柔为主,柔中带刚,以患者能忍受为度,如患者感觉有痠胀感为主,痛感较少,表明力度适中,反之说明手法过重,反复做 10 次,约 15 分钟,日 1 次,10 次为 1 疗程。针刺用 30 号 1.5 寸毫针,以 L5 棘突下压痛点为穴,局部消毒后,向上斜 30 度快速进针,深度约 1 寸,用平补平泻手法,患者有痠胀感即可;取 29 号 2 寸毫针,于 L5 两侧夹脊穴垂直快速进针 1.5 寸左右,用泻法,患者有明显痠胀感,每次留针 20 分钟;日 1 次,10 日为 1 疗程。对照组 62 例,用消炎痛片 2 片/日 3 次口服,10 日为 1 疗程。

治则:理筋活血,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:腰骶部痠胀痛消失,腰活动自如。好转:腰骶部痠胀痛缓解,腰活动略受限。无效:症状体征治疗前后基本无变化。两组分别治愈 49、12 例,好转 12、31 例,无效 3、19 例,治愈率 76.56%、19.35% ($P < 0.01$)。

参考文献:广西中医药, 2000;23(4): 37

腰椎关节突紊乱

腰椎后关节突紊乱症是引起腰痛的常见病,多发病。临床上用中指触诊法和多指比诊法可发现患椎棘突高隆,偏歪,椎旁坚硬,压痛明显,有的可触及包块。临床多表现为腰椎旁压痛明显,腰棘痉挛,行动困难,疼痛剧烈等临床表现,临床治以纠正棘突高隆、偏歪、缓解肌肉痉挛,消除软组织无细菌性炎症。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:揉按理筋:患者俯卧于治疗床上,医者立于其左侧,用单手或双手在腰部交替运用揉法与按法。先轻揉,后逐渐加力,持续操作约5分钟。

斜搬复位:经揉按手法后,患者腰肌痉挛基本解除。嘱患者侧卧,下方肢体的上肢置于头侧,下肢伸直。上方肢体的上肢肘部屈曲,自然放于体侧,下肢髋、膝关节屈曲,置于对侧肢体上。医者立于患者对面,一手扶肩一手扶臀,嘱患者自然放松,前后摇动患者,趁患者不注意时,医者两手突然作相反方向用力,即推肩向后扳臀向前,使患者腰部旋转,这时听到或感到患者腰部有一轻微响声,即告复位成功。若未闻及响声,则未复位,可嘱患者侧卧于另一侧,依上法再作1次,闻及响声即告复位成功。嘱患者俯卧,用揉按手法理顺腰部筋脉,结束治疗。

治则:活血通络,理筋复位。

临床疗效:本组112例,全部治愈。

参考文献:河南中医药学刊,2000;15(4):69~70

按摩处方(二)

取穴及操作方法:本组145例,先用振法、按揉及点压手法放松腰部肌肉,然后整复后关节错位,用侧卧位斜扳法或仰卧旋转扳法,最后用按揉、弹拨等手法结束推拿治疗。

治则:活血通络,理筋复位。

辅助治疗:中药用柴胡、小茴香、木香、枳壳、延胡索、砂仁、大腹皮、佛手片、三七粉、制大黄等;肾虚加川断、山药、枸杞、杜仲;挫伤加桃仁、红花;后期用疏风养血汤、补肾壮筋汤加减。对照组48例,取命门、腰阳关、肾俞、大肠俞、委中、承山、昆仑穴,每次取3~5穴,用平针法,留针30分钟,局部穴位可温针。

临床疗效:疗效标准:痊愈:腰部疼痛消失,阳性体征基本消

失,恢复正常工作。无效:治疗前后症状无明显变化或治疗后反而加重。两组分别痊愈 104、23 例,显效 37、20 例,无效 4、5 例;本组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

参考文献:浙江中西医结合杂志,2000;10(8):502

腰椎小关节滑膜嵌顿

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者坐于凳上,两助手用双手虎口部分分别卡于患者两大腿根部以固定骨盆,术者双臂从患者背面两腋下环抱于胸前。向上提拉,前屈并向健侧略旋患躯,持续提牵过程中恢复原位,再用膝部顶于患者患侧痛点,然后背伸反折并向患侧旋转患躯,此时可闻及患部清脆弹响声,疼痛锐减,即告手法成功。患者俯卧,局部按摩放松 3~5 分钟。

治则:活血通络,理筋复位。

辨证特点:诊断标准:有明确外伤史;腰部持续性剧痛,呈僵直屈曲位,后伸活动明显受限;可伴同侧臀部和下肢放射痛,但痛不过膝;骨盆旋转试验阳性;X 线检查可显示腰椎小关节排列左右不对称或腰椎后突侧弯,椎间隙左右宽窄不等。

临床疗效:疗效标准:治愈:手法后症状立即消失或基本缓解,腰部活动自如,经外敷药及休息 3~5 日后自觉症状和体征完全消失。显效:手法后症状明显缓解,经外敷药及休息 5~10 日后自觉症状和体征消失。有效:手法后症状减轻,外敷药及休息 10 日以上,症状及体征逐渐消失。无效:手法后症状及体征与治疗前相比无改善。本组 60 例,治愈 45 例,显效 11 例,有效 4 例。

参考文献:甘肃中医学院学报,2000;17(3):46~47

按摩处方(二)

取穴及操作方法:随机分为两组。本组 45 例,患者俯卧位,用

麝香舒活灵或按摩乳作介质,先在紧张僵板的肌肉部分行捻揉、滚法4~5分钟。

然后运用三板法:推腰扳肩:患者俯卧,术者一手推腰部,一手扳肩部,将肩扳到不能抬高的程度时,推腰之手再略用力,向下推之,两侧各做1次;推腰扳腿:患者俯卧,术者一手推腰部,另一手扳大腿下段,将腿扳到不能再后伸的程度时,推腰之手再用力向下推之,两侧各做1次;扳肩推臀:患者侧卧,在上面之腿略屈曲,术者一手推臀部,一手扳在肩前方,微将腰部摇晃数次后推扳之两手相对用力,到躯体不能再旋转时,推臀之手略用力向前推臀部,听到喀喀的清脆弹响声即告手法成功。最后用掌揉法缓解腰肌2~3分钟。对照组30例,用三七伤药片3片/日3次口服,用炎痛喜康片20毫克/日1次口服,用1周。

治则:疏经通络,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:腰痛消失,腰部功能恢复正常,能参加正常劳动和工作,棘突成一直线。显效:腰痛基本消失,但仍弯腰困难,棘突成一直线。好转:腰部疼痛减轻,能下床活动,腰部负重仍疼痛,棘突仍有偏歪。无效:症状、体征无变化。两组分别痊愈31、7例,显效10、7例,好转3、11例,无效1、5例,本组疗效明显优于对照组($P < 0.01$)。

参考文献:中国中医急症,2000;9(3):136

按摩处方(三)

取穴及操作方法:用轻快柔和掌根揉法,揉腰部两侧5分钟。然后用拇指指面按揉肾俞、命门、委中等穴各1分钟,再在压痛点按揉约3分钟。肌肉放松后,用一前臂抵住患者肩部,另一前臂抵住患者臀部,然后相对用力扭动患者腰部至最大角度,再稍加用力轻轻一抖,即可听到关节弹响,再嘱患者俯卧位,在两侧腰肌及脊柱腰段做擦法,以透热为度。

治则:活血疏经,通络止痛。

辨证特点:诊断标准:大多因腰部的闪、扭等体位的突然改变,也可由咳嗽、喷嚏等因素诱发,大多突然发病。腰部疼痛较剧烈,腰部活动受限呈强迫体位,压痛点局限,在腰骶关节部位。拾物试验(+),直腿抬高试验(+),加强试验(-),X光片腰椎多有侧弯。

临床疗效:疗效标准:缓解:症状完全缓解。有效:症状减轻。本组80例,缓解72例,有效8例。

参考文献:辽宁中医杂志,1999;26(11):522

脊椎小关节功能紊乱

脊椎小关节功能紊乱多因腰部扭、闪、挫和受凉等病因所致,其临床表现为腰部疼痛剧烈,行动困难,坐立行走翻身等功能明显受限,咳嗽、喷嚏时疼痛加重,腰部侧弯、上身呈向前侧倾斜状畸形等临床症状,治以疏经通络,缓急止痛等手法治疗。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者取俯卧位,双臂放于躯干两侧,全身放松。术者位于患者左侧,先在背部及脊柱两旁用点、按、推、揉等手法施术10分钟,然后让患者做深呼吸运动3~5次,术者双手重叠,掌根位于紊乱椎体上部,再让患者深吸一口气,然后用全力呼出,在呼气尽时,术者双手用力下压,即可听到咔咔声。之后再用点、按、推、揉等手法推拿5分钟。

治则:活血通经,理筋复位。

临床疗效:本组50例,用1~3次,均痊愈,症状消除,活动自如。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(12):19~20

按摩处方(二)

取穴及操作方法:特殊推拿手法:先用张氏四指禅、丁氏滚法、八卦掌推法、五指散揉法、拿拨极泉、小海、委中、昆仑,结合混元一气、中流砥柱、一指神功、推擦法缓痛后,坐椅脚蹯。再择18法因病而施,辨证选治:抱肩推背扳腰夹腿复位法、抱肩推背扳腰搁腿法、抱肩推背扳腰单夹腿法、抱颈穿腋扳背旋脊法、仰抬抱腰搁腿晃背法、抱颈托肘扳背仰晃法、抱臂扳仰推背法、按胯夹腿拉腋膝顶晃背法、按跨夹腿抱腰推背法、抱颈穿腋扳仰膝顶旋晃法、双举推背托腰法、单举托腰晃背法、按脊推压复位法、推肩扳胸夹腰压腿法、抱腿推抬转背侧按法、拉抬脊背抖晃法、抱肩抬背挤拧推压复位法、晃背按髌法。

治则:活血通经,理筋复位。

辅助治疗:针灸治疗:针刺曲池、内关、环中、足三里、阳陵泉、三阴交、阿是穴,隔姜灸。对证拔火罐。中药用苁蓉接骨汤加减:肉苁蓉、接骨木、补骨脂、熟地、宣木瓜、赤芍各6克,川续断、菟丝子各9克,炙北芪10克;骨痛加骨碎补、羌活、独活;肩臂痛加桑寄生;腰腿痛加怀牛膝、狗脊、芡实;颈痛加粉葛根、明天麻;胸闷加枳壳;腕痛加炒白术、延胡索;神衰加淫羊藿、远志;心率不齐加紫丹参、柏子仁。手法中可配合中药外治热敷。自我康复法:拉杆晃腰背,抱颈挺胸,俯卧抬头脚。每日或隔日1次,10次为1疗程。

临床疗效:疗效标准:痊愈:疼痛消失,恢复工作。显效:疼痛明显缓解,能恢复工作。好转:疼痛明显减轻,勉强能工作。本组172例,痊愈117例,显效45例,好转10例。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):36~37

按摩处方(三)

取穴及操作方法:俯卧硬板床,医者站在患侧,沿胸椎两侧用掌根揉法治疗2~3分钟,然后改用四指推法,使背肌放松,用右手

第五章 骨伤科疾病

掌与脊柱成 45 度角平放在病变的胸椎棘突上,左手掌交叉叠按在右手背上。施术时,嘱患者肩背肌放松,先吸气,再慢慢呼气,至患者呼气之末时,医者两掌在患处胸椎垂直向下方瞬间用力按压,立即可闻及椎体关节轻微错动的响声,示复位成功。再用手法理顺棘上韧带和患椎棘突旁肌束,手法即告完成。

治则:疏经通络,松解痉挛。

临床疗效:本组 98 例,用 1~2 次,均痊愈。

说明:松解手法治疗本病疗效满意。

参考文献:中医正骨, 2000;12(9): 43~44

按摩处方(四)

取穴及操作方法:准备手法,患者坐位或卧位,医者先以拇指指腹点按病变胸椎棘突及棘旁夹脊穴 2 分钟,再在患椎及椎旁软组织反复揉滚,直至发红发热。

坐位复位法,适用于病程较短者;**顶法,**患者坐位,双手指交叉置于头枕部,医者立于患者身后,单膝顶患椎,两手攀患者双肩,令患者挺胸抬头后仰,达最大程度时医者手掌、膝部同时轻巧发力,此时可闻“咔”声,即示胸椎后突整复;**旋法,**以棘突右偏为例,患者坐双连凳上,双手指交叉置于头枕部,医者左手拇指指腹往左推右偏棘突,其余四指支撑患椎周围肌肤,右手穿患者右腋下搭其颈后,令患者放松、弯腰、右旋,当旋至失稳时,医者右手向右前方下压,左手拇指往左前方推压,此时可听到“咔”声,即示胸椎右偏得以纠正,棘突如左偏,则反向施术,如患者胸椎后突兼偏歪,先以顶法整复后突,后以旋法整复偏歪。**卧位复位法,**适用于病程较长者;**压法,**患者俯卧,两手向后平放,医者立于患者身旁,手掌重叠按压于患椎棘突,令患者深呼吸,呼气末医者突然用力向前下方 45 度方按压,此时可闻及胸椎后突复位响声;**牵法,**患者俯卧,两手抓床前缘,助手牵患者双踝徐徐向后牵引,并向上慢慢抛抖,医者在患者腹面将贴近床面时,拇指叠压顶向偏歪棘突,可反复进行

3~5次,此时可闻及偏歪棘突复正响声,如患者胸椎后突兼偏歪,先以压法整复后突,后以牵法整复偏歪。放松手法,施行整复后,行患部手法松解,如为陈旧性损伤,再以加热之拔火罐在涂搽万花油的患椎及其周围软组织上反复刮擦,至现红痧即止。

治则:活血通经,理筋复位。

临床疗效:疗效标准;优:1~3次手法治疗后,症状、体征完全消失,且3个月内无复发。良:经1~3次手法治疗后,症状、体征完全消失,但3个月内有复发,再经1~3次手法后,3个月内无复发。可:经1~3次手法后,症状、体征基本消失,但遇疲劳或恶劣天气,易于复发。差:经多次(3次以上)手法,症状虽缓解,体征仍存在,反复难愈。本组104例,优87例,良12例,可3例,差2例。

参考文献:广西中医药,2000;23(4):12~13

按摩处方(五)

取穴及操作方法:推法:患者俯卧位,术者以手掌或大鱼际在患者两肩胛骨之间由胸背至腰骶方向行单掌平推法,约5分钟。

指揉弹拨法:术者以拇指面在患者两肩胛骨之间进行按揉,触及条索状结节,进行弹拨,5~7分钟。

前臂滚法:以前臂为着点,挥动前臂,在背部进行滚法,约5分钟。

掌振法:术者立于患者左侧,右手掌根按压患椎棘突,左手放置右手背上。嘱患者作深呼吸,呼气末术者右手掌根用力往前下方推按,可以听到关节复位响声。

治则:通络柔筋,活血止痛。

临床疗效:本组41例,急性期28例,用1~2次症状完全消失。慢性期13例,11例症状明显改善,背部偶觉轻微痠痛。

参考文献:时珍国医国药,2000;11(9):832

按摩处方(六)

取穴及操作方法:准备手法:患者俯卧,医者用轻揉按手法在局部及其周围揉按,约5分钟。交错推按法:医者以患椎为中心,双手分别置于患椎两侧,手掌平放,紧贴皮肤,指尖相背,呈同一水平位,手法开始时,嘱患者大口呼气,医者双手掌同时用稳力作相向推按动作,可感到或听到患椎处有轻微响声,即表示复位,可反复数次。结束手法:用拍打法和抚摩法。

治则:通络止痛。

临床疗效:本组25例,治疗1~3次,均疼痛消失,功能恢复正常,局部无压痛,无放射疼,恢复日常工作。

参考文献:河南中医,2000;20(5):52~53

肩胛提肌损伤

按摩处方(一)

取穴及操作方法:拿捏、掌揉:从患侧颈1~4横突处至肩胛骨内上角施以拿捏、掌揉法,约5分钟。弹拨:在肩胛骨内上角处,对硬结和条索状物施以点压及充分弹拨,约2分钟。滚法:沿肩胛提肌起止走向来回用滚法治疗,约8分钟。摇法:分别用两手掌托住患者下颌及枕部作头颈部回旋运动并向健侧用力侧屈,然后用掌揉法在局部操作约3分钟。治疗过程中每日作颈屈伸、侧屈及旋转活动2次,每次5分钟。

治则:活血化瘀,消肿止痛。

临床疗效:本组35例,优25例,良8例,好转2例。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):21

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者端坐位,周身放松,以右肩胛提肌损伤

为例,医者以左手拇指掌面垂直于肩胛提肌,按压其于肩胛骨内上角之附着点处,余四指搭于右肩上,右手持患者右肘部被动旋转活动肩关节,左手拇指随肩胛骨活动顺势弹拨肩胛提肌7~8次,继之揉滚患侧颈椎,按揉各颈椎横突及肩背部肌肉,3日1次,每次10分钟,5次为1疗程。

治则:活血通经,祛瘀止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:肩部疼痛消失,活动工作无影响。有效:肩部疼痛明显减轻,劳累后局部轻度疼痛。无效:仍感疼痛,治疗前后无明显改善。本组86例,治愈60例,有效22例,无效4例,总有效率95.4%。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):43

按摩处方(三)

取穴及操作方法: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。拨颈:患者仍于坐位,术者站其后。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拨动颈部,边拨边嘱患者放松颈部,同时逐次加大拨动的幅度。当术者确感患者颈部肌肉已放松时,将其头颈拨动到最大可能的幅度,然后回松少许,紧接着用巧劲拨动头颈,使超过原拨动的最大幅度,此时即可听到“咔嚓”的弹响声。拨后患者顿觉颈部活动明显改善。动颈:与颈椎病的手法同,摇颈方向侧重于原受限制的方面。

治则:疏通经络,消肿止痛。

临床疗效:本组28例,优15例,良6例,好转7例。

参考文献:陕西中医,1991;13(2):16

急性软组织损伤

急性软组织损伤多因突发外力或局部撞击所致,机体腱鞘和

第五章 骨伤科疾病

肌腱损伤或断裂所出现的局部水肿渗液,表现为疼痛剧烈,压痛明显,治以活血续筋,通络止痛等原则。

按摩处方(一)

取穴及操作手法:医生手握草药(草药露出大部分于外),蘸药酒先涂搽患处,然后再运用一定的手法徐徐进行按摩。在按摩过程中,可配合捏压、弹拨、捋顺、旋转等手法。若损伤部位血肿或炎症较重者,按摩手法宜轻;如血肿、炎症较轻基本消退后,手法可稍重。但在恢复阶段,手法亦宜轻。每次按摩过程中宜先轻后重,结束前轻。其按摩时间一般每次约 15~20 分钟即可,每天一次或隔日一次。

治则:活血化瘀,通经止痛。

辅助治疗:药酒组成:活血莲、小杆子、小血藤根、七叶一枝花各 20 克,生川乌、生草乌各 10 克,八角莲 15 克(鲜用或干用均可)。粮食白酒 5000 毫升、将上药放入酒中浸泡 48 小时,即可备用。按摩草药:万年青或扁竹根叶阴干备和。

临床疗效:我院伤科从 1963 年以来,采用万秋庭老医生(1980 年病故)的祖传治伤方法——药酒按摩,治疗闭合性软组织损伤等多种疾病。

1. 这种药酒按摩疗法主要适用于闭合性急性软组织损伤、骨折、脱位及感染等疾病患后遗症所致的肌肉萎缩、关节强直、筋骨肌肉挛痛、组织粘连等,以及神经功能障碍所致的肢体运动障碍,对肩周炎、颈椎综合症、风湿性关节炎、肥大性脊椎炎等亦可运用。

2. 由于这种药酒按摩疗法的适应范围广,且具有简便易行,无需特殊医疗设备。药源丰富,患者花钱少,疗效可靠,又无任何毒副作用及不良反应,患者乐意接受等特点,故具有推广使用的价值。

参考文献:李序民等,北京中医,1988;(1):55

按摩处方(二)

取穴及操作方法:找准患处后,按肌肉、纤维垂直方向左右弹拨,达到移位的软组织、韧带、肌腱、纤维、神经等位置扶正;再顺纤维方向按压复平,恢复其原解剖位置,以适应于正常的生理功能。然后局部敷贴药膏固定。

治则:通经理筋,消肿止痛。

临床疗效:运用弹拨手法治疗各类软组织损伤 231 例,经 1 ~ 3 次,96% 以上获愈。

参考文献:吴树全,浙江中医杂志,1981;16(3):114

按摩处方(三)

取穴及操作方法:取风府、风池、大椎、肩中俞、天宗、肩井、陶道、肺俞、阿是穴。以按揉、提拿、弹拨、叩打为主;滚、搓、摇、捻、端压等为辅。患者坐位,医者立于后侧,嘱患者肌肉放松。用手掌按揉颈肩背,手法轻柔,2 ~ 4 分钟;两手拿肩井,按天宗,从风府推至陶道,按揉颈项两侧软组织 3 ~ 4 分钟;双手或单手拇指弹拨点按风池、大椎、肺俞、颈肩背部阿是穴,弹拨按揉法交错进行 2 ~ 3 分钟;摇晃摆动,旋转活动颈部,用双手拇食中 3 指以弹筋手法,捏拿颈项两侧及肩背肌肉数次,左右前后旋转和摇晃头颈部数次,继以一手托其枕部,一手托其下颌使头略仰位用两手左右旋转其头,3 ~ 4 分钟;继以叩打搓法 2 ~ 3 分钟,再按揉,表面抚摩。

治则:疏经通络,活血止痛。

临床疗效:显效 138 例,占 75.8%,有效 44 例占 24.2%,总有效率 100%。

参考文献:胡蓉江等,按摩与导引,1990:(1):26 ~ 27

按摩处方(四)

取穴及操作方法:拉伤时即时用冷水或冰块局部冷敷 15 分钟,1 小时后在股四头肌腱压痛最明显处,常规消毒,注射 2 毫升

当归或川芎注射液,休息 24 小时后用下法。揉法:在股四头肌腱及四周用掌揉法,用力宜轻,约 4 分钟。按法:在痛点施以拇指点按法,力度适中约 2 分钟。推法:以痛点为中心,施以拇指向四周中等力度推,其间最好加用活血药酒,约 5 分钟。滚法:在痛点部施以滚法约 5 分钟。被动疼痛揉法:针对被动痛点施以掌揉或指揉法,约 5 分钟。拍法:在上法结束后,用拍法,用力宜轻,约 1~2 分钟。日 1 次,5 次为 1 疗程。

治则:活血化瘀,通络止痛。

临床疗效:本组 37 例,用 1 个疗程,痊愈 34 例,好转 3 例。

参考文献:按摩与导引, 1999:15(1): 32

按摩处方(五)

取穴及操作方法:手术在气囊止血带和手术显微镜下进行,在损伤部位取指腹侧 Bunner's 切口或沿掌纹行 S 型切口,显露伤指的指浅、深屈肌腱两断端,锐性分离周围粘连组织,切除腱端疤痕及变性组织,修整残端;两断端无法直接吻合或交叉吻合者,在腕上部掌侧行 S 型切口,分离出伤指深、浅屈肌腱,根据屈指深腱缺损长度,把浅腱在肌腱移行部切断,形成浅腱段作为肌腱移植供体。牵拉该腱段远端使其向远侧滑动,与伤指深腱远侧残端直接吻合,浅腱段近侧端在腕上与伤指深腱腕上部行编织缝合,缝合时张力以术指呈休息位为宜。术后行石膏托外固定使腕与术指呈屈曲位,术后 3 日在橡皮条保护下行被动屈指、主动伸指锻炼,术后 12 日拆除伤口缝线,术后 21 日拆除外固定,行主动伸、屈指活动。

治则:改善局部血液循环,促进新陈代谢,减轻局部炎症反应。

辅助治疗:术后 12 日伤口拆线后,用续断、牛膝、木瓜、土鳖虫、杜仲、当归、川芎、红花、伸筋草、透骨草、五加皮等水煎,加白酒、陈醋各 200 毫升,熏洗患处,每次 30~60 分钟,日 2 次,熏洗后积极进行主动伸指和被动屈指锻炼。

临床疗效:本组 53 例,Ⅱ区损伤 31 例 52 指,优 12 例 20 指,

良16例28指,可2例2指,差1例2指;Ⅲ区损伤22例37指,优12例19指,良8例14指,可2例4指;总优良率90.1%。

说明:本法能迅速有效的改善局部血液循环,促进新陈代谢,减轻局部炎症反应,促进肌腱早期愈合,减少局部粘连的发生,疗效显著。

参考文献:中医正骨,1999;11(10):26

第四节 组织炎症

肩关节周围炎

肩凝症亦称五十肩,冻结肩或漏风肩。

西医称之为肩关节周围炎(肩周炎)。该症主要表现为肩关节疼痛,活动受限和肩周肌肉萎缩。是骨科临床上常见病多发病之一。男女老少均可罹患,尤为见于四十岁以上的中老年人。其病因很多,概而论之,或肩关节急慢性受损,瘀血凝滞于经络,气血痹阻不通;或年老气衰,劳作伤阳,阳阴经空虚,风寒湿邪乘虚侵袭,阻遏经络,气血受阻;或郁怒伤肝,气血逆乱,凝滞于肩,气滞则血流受阻,经脉不通所致。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)松筋活血:肩周围推、揉、摩、滚等,放松肌肉,解除肌肉紧张与痉挛。

(2)疏通经络:肩周围取穴,用拇指掐、揉、振肩井、肩髃、肩贞、中府、天宗诸穴,使患者有痠、麻、胀感。

(3)弹筋拨络:拨离松解粘连,重点是肩的前内侧与外侧。患者取坐位,医者以拇指尖端垂直紧贴肱二头肌长头肌腱,在三角肌内侧缘所遮盖,拨络手法从下而上移动较好。待移近上部时,拇指

尖端可将皮肤向上推移,以闪开三角肌覆盖的部位,在三角肌内缘的深处拨络。然后再沿喙肱韧带拨络。此条韧带的挛缩,常是造成肩外旋受限的重要因素。对肱二头肌短头,肱三头肌长头,胸大肌止点等处,都可用拇指和食指,中指相对提拿弹筋。以上手法痠胀反应均较重,可依患者的具体情况选用。弹筋拨络手法手,用揉、捏、滚手法放松之。

(4)动摇关节:作此手法前,对患肩各个方位的最大活动范围,要简单地测试一下,做到心中有数,使手法有明确的针对性。做到手法用力适当,不因手法粗暴而使组织损伤,增加病人痛苦。“手从心转,法从手出”,“法之所施,患者不知其苦”,使手法轻巧、省力、有效。做到“刚中有柔,柔中有刚,刚柔相济”。每次推拿各个方位都要动摇,根据患者的具体情况,可对其中一个或二个方位的摇动幅度适当地超过其最大活动范围。在下一次推拿时,再选一个或二个其他方位,做超过其活动范围的活动,这样有计划地使各个活动受限的方位,逐步地解除粘连,恢复功能。动摇手法可参阅(图2~56、57)。其他手法还有:①上下对抗牵引:患者取坐位,医者一前臂托在患者患肩的腋下,另一手握住患手,分别做上下对抗牵引。②按肩绕环:坐位,医者一手按在患者患肩的上方,另一手握住患肢的前臂,由垂直位开始,逐渐由下向前,再由前而上,先前屈后变外展位,尽力牵拉肩部,并稍带抖动。逆时针方向和顺时针方向各绕环3~5次。③托臂摸肩:患者取坐位,医者站在患者的身后,右手托患者患肢的肘部,令患者患肢的手摸对侧的肩,医者左手放在患者患肩的后方,右手向后,左手向前同时用力振动,幅度由小到大,重复10次左右。④摸枕旋肩:患者取坐位,医者站在患者身后,令患者两手在枕后相握,医者两手分别托住患者的两肘,身体紧贴患者的背部,两手尽力向外向后做振动性牵拉,幅度由小到大,以不引起剧烈疼痛为原则,手法切忌粗暴,重复3~5次。⑤旋肩摸背:体位同上。医生站在患者侧方,一手按压患肩,

一手把患肢尽量向后摸背。做完以上手法后,可在肩周围、上臂部用滚法、搓法、疏理筋肉而结束治疗。

治则:活血通经,柔筋止痛。

辅助治疗:缓解期不需要推拿治疗,可根据患肩功能受限情况,部分选用上述医疗练功方法进行自我锻炼。也可配合做些理疗等。

1. 局封:对肱二头肌长头腱鞘有急性炎症,疼痛明显,并有固定压痛者,用醋酸强的松龙 0.5~1.0 毫升,加 1% 普鲁卡因 2~5 毫升,作痛点注射。如痛点找的准确,注射后效果甚好。注射时最好采用卧位,患肢轻度外旋,医者左手拇指消毒后固定痛点,右手持注射器,呈 45 度角刺入,待针尖触到腱鞘后,将针筒放平,徐徐注入药水,每周 1 次,2~3 次为 1 疗程。

2. 理疗:急性期疼痛明显并伴有炎性水肿时,可采用超短波、微波、紫外线等治疗。也可用坎离砂外敷。

3. 针灸:可选肩贞、肩髃、曲池、合谷、条口诸穴,或条口穴透承山穴。

4. 服药:中药可服用姜黄桂枝汤随证加减,用姜黄、桂枝、防风、秦艽、当归、白芷等,需连服 10~30 剂。西药可服消炎痛,地塞米松等,连服 1 周。

预后与随访:

本病有自愈趋势。在我们统计的 766 例之外,另有 71 例因各种原因治疗不满 6 次者,我们进行了随访,结果发现除其中 13 例遗留有患肢向后摸背动作轻度受限外,其余 58 例均恢复正常,只是恢复的时间较长,一般均在半年至一年之间,平均九个月,比治疗组恢复的时间要长得多。

临床疗效:效果较为满意。

说明:此期疼痛已有减轻,但因肩关节周围软组织的粘连,关节的活动范围大大受限。推拿治疗以解除粘连,滑利关节,恢复活

动功能为主,需采用拨络及摇动关节等主动被动性动作,手法强度较大,患者多有痠痛反应。手法必须由轻到重,刚柔结合,切忌粗暴牵拉,以免引起肩周围的软组织的撕裂伤。推拿后可再用其他治疗方法缓解,如理疗法等。另有在全身麻醉下,一次性手法撕开粘连,我们也曾试用过,但此法远期疗效并不理想。我们主张在推拿过程中,逐渐地将粘连撕开、松解,这样由于每次松解的组织面积较小,损伤反应也小,再辅以其他治疗,就会获得较为满意的效果。推拿每日1次,10次为1疗程,一般需3~4个疗程。

参考文献:赵鞠,推拿疗法与医疗练功,1982;(7):289~297

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者坐位,医者立于患侧,先按揉肩关节周围,遇痛点则静压30秒钟,拿肩井、按天宗、揉拿肩部及肩关节周围和上肢(自肩至腕部)往返2遍,以达到缓痛和放松的作用;嘱患者仰卧,用足蹬患侧腋窝,医者双手握住患肢前臂向离心端牵拉,使肩部和上臂各肌肉粘连松解;抬肩法,患者坐位,医者立于患肢侧,略下蹲,将患肢伸直搭于自己肩上,医者双手抱于病肩,两手拇指按于腋下部,其余手指相交于肩上,来回旋转揉动三角肌、腋下诸肌、大圆肌、胸大肌、胸小肌外侧端,并慢慢上抬患臂摇肩法,医者立于患者后侧,一手按压患肩,一手握住患肢腕部,使肩关节从小幅度环转摇动开始,逐渐加大幅度摇动;最后按揉肩髃、肩贞、曲池、手三里、合谷等穴,搓肩部及上肢,理五指,牵抖上肢结束,整个操作约30分钟,每日或隔日一次,6次为一疗程。

治则:疏通经络,松解粘连,柔筋止痛。

辨证特点:肩周炎多发于50岁左右的人,故又称五十肩,中医称为肩凝症、冻结肩、漏肩风,是以肩部疼痛和功能活动障碍为主要症状的临床常见病。

辅助治疗:功能锻炼:(1)蝎子爬墙;(2)体后拉后,(3)吊单杠,(4)外展,外旋为主要运动,每日二次,每次15~20分钟;无论

做那种锻炼,都应循序渐进,不能急于求成。

临床疗效:本组病例均为门诊患者,其中男15例,女29例;年龄36岁至45岁5例,46岁至55岁30例,56岁至65岁9例;病程7天至1年半,3个月以内27例,半年以内10例,半年以上7例;所有病例都做相关检查以排除肩关节骨折(脱位、结核、化脓性炎症和肿瘤等)和肩外病变(颈椎病和肩胛背部病变等)。治疗结果:疗效评定,治愈:肩部疼痛消失,功能完全恢复正常。显效,肩部疼痛基本消失,功能接近正常有效:肩部疼痛有所减轻,功能有所改善;无效:治疗前后症状体征无明显改善。结果:治愈41例占93.2%,显效2例占4.5%,有效1例占2.3%,没有无效病例,治愈显效率为97.7%,治疗时间最短者为半疗程,最长者3个疗程,平均为2个疗程。

说明:选择治法:按1994年6月28日发布的《中医病证诊断疗效标准》分为三型。

(1)风寒湿型,用艾条一支,分为4段,点燃后放入温箱灸治疗肩周围,直至没温度为止,每天1次,5次为1疗程。

(2)瘀滞型,取2至3个痛点用皮肤针刺出血后,局部拔罐留罐8分钟后起罐,用常规消毒,以防感染,隔日1次,5次为1疗程。

(3)气血虚型,取2个阿是穴用江西青峰制药生产的当归注射液2毫升,分2个痛点注射,以痠胀感明显为佳,隔日1次,10次1疗程。

参考文献:欧阳兆龙,中医外治杂志,1998;7(3):46

按摩处方(三)

取穴及操作方法:1. 捏拿法:用拇指与中食指,从上至下取肩井、肩贞、臂臑、手三里、曲池、手五里、合谷、落枕等穴(可依病情每次选5~6穴)。

2. 滚法、揉法:用手掌根或大小鱼际进行,由轻到重再到轻,以

患者能耐受为度,取颈、肩、臂诸部位及其痛点。

3. 扳牵法:(在穴位封闭后施行)患者取仰卧位术中分别施以上举牵拉粘连松解术和内收扳压松解术,背曲拽提松解术(此为侧卧位患肢在上)。以上举牵拉粘解松解术为主:术者一手握患者腕,一手托患者肘,助手两手按住患者肩和胸部,术才依病情在缓而有力牵拉患肢同地逐渐抬患者肩臂至臂伸直的生理位置(如有粘连多可听到粘连撕裂声)患者亦感觉较剧疼痛,(这一点需在施术前与患者讲明)粘连较广泛者可分为三次完成,如粘连较轻则需在抬肩同地,助手给予固定患者肩胛骨,免由肩胛胸壁关节活动代偿臂外展上举,牵开后扶患臂于伸直位10分钟。第二次再施内收扳压松解术,第三次施背屈拽提术。(轻者可一次完成)。

4. 摇、抖、拍臂法(在扳牵固定后进行)令患者稳坐于矮凳上,术者单手或双手握住患者手部,(必要时可令助手扶住患者)做大幅度圆形摇臂拔伸,或快速直臂抖动。(上下抖要随意,交替进行,令患肢放松,不着力主动旋臂)以使肩关节周围残存粘连松解,缓解肌肉痉挛。

辅助治疗:穴位封位法:缓解疼痛,减轻施用松解术的痛苦,促进术后血肿、水肿的吸收,有利于神经恢复。依据病人年龄、体质、疼痛部位、功能受限程度,估计粘连程度,酌用2%利多卡因10~20毫升,维B₁200毫克,醋酸确炎舒松-A20~50毫克,维B₁₂0.25~1毫克进行注射。让病人取坐位,选痛点、压痛点(阿是穴),或取肩贞、肩髃、臑会、秉风、云门、臑俞、肩髃等穴,有时也可取锁骨上和腋路臂丛神经阻滞麻醉注射点,一次取3~5点,注射点5~10分钟,即可施行扳牵松解法。

功能练习:治疗后,令病人主动活动:1. 上臂爬墙法,2. 轱辘旋臂法,3. 上臂攀门框、树枝、单杠等身体悬吊法。每日三遍,每次20~30分钟。不要怕痛,以防关节肌腱重新粘连,这是能否恢复和巩固肩部正常活动的关键。

治则:舒筋活血通络,松解粘连。

临床疗效:治愈:肩部疼痛及压痛消失,肩关节活动恢复正常,能进行体育锻炼和体力劳动,且无不适感。好转:肩部疼痛及压痛均明显减轻,肩部活动亦接近正常,但激烈活动中或过后痠楚疼痛,和不适感。无效:症状减轻不显著者。我们采取隔日门诊治疗,每3次为一疗程,一疗程获愈为180例,占75%;二个疗程为35,占15%,三个疗程以上获好转,痊愈为23,占9%。240例中,治愈203例,占85%。好转35例,占14.6%。无效者仅2例,不足0.5%。总有效率为99.5%以上。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995;(6):679~680

按摩处方(四)

取穴及操作方法:1. 准备手法

- (1)自动摇肩:患肩按顺逆时针方向反复轮转三分钟。
- (2)被动摇肩:术者用手扶持患者手腕。方向同“(1)”式。
- (3)牵引患肢:术者用双手握病者手腕进行间歇性牵拉半分钟。
- (4)点穴:合谷、阳溪、阳谷。
- (5)伸屈腕关节:在牵引状态下反复伸屈腕关节二至三次。
- (6)点穴:手三里、曲池、手五里、肩髃、中府、扶突。
- (7)伸屈肘关节:牵引状态下反复伸屈肘关节二至三次。
- (8)拿捏患臂:术者用右手拿捏整个上肢从上到下从下到上反复拿捏三至一次。

2. 治疗手法:

- (1)揉肩:术者用双手环抱病人肩关节,揉捏肩关节三分钟。
- (2)前屈上举:术者右手握持病人手腕,病人之肘关节在伸直状态下向后向下徐徐按压二至三次。
- (3)改健侧卧位:点按天宗穴。

(4)推肩拉肘:术者持病人肩前推,左手握持其肘关节向后拉,反复三至五次。

(5)改坐在治疗床上,小腿搭在床头下。对肩内收:术者站在病人左侧,右手从病人背后达右肩上拉住病人左手向上徐徐提拉,右手扶住左肘关节向上推。如此反复拉推三至五次。

(6)后伸内旋:术者用右手扶持病人肘关节呈后伸内旋位向后向上徐徐用力推动三至五次。

(7).抗臂压肩:病人前臂伸展舒直平放在术者右肩上;术者双手重叠放在病人左肩上并且下蹲双手向下压肩,同时术者慢慢站起抗臂。

3. 结束手法

(1)搓臂:术者用双手揉搓患肢反复三至四次。

(2)抖臂:术者用双手握住患侧手腕进行波浪式抖动三至五次。

治则:疏通经络,松解粘连。

辅助治疗:功能锻炼要领:自然站立两足分开与肩等宽,两侧上肢伸直舒展下垂,掌心向内。心平气和,全身放松。

(1)甩手:甩动 200 次。

(2)划圈:反复轮转划圈各 100 次。

(3)拍肩捶腰:一手向前拍对侧肩部,另一手和后捶腰,左右交替反复各 100 次。

(4)斜擦背:好像洗澡时擦背一样,健侧上肢向上伸直舒展,患肢呈后伸内旋位。两手之间用一截绳相拉,用健侧上肢带动患侧上肢上来回来斜行拉动 200 次。

(5)横搓腰:倒背双手,两手之间用一截绳相拉,用健侧上肢带动患侧上肢左右横行来回拉动 200 次。

临床疗效:为了总结临床治疗经验,我们对结束治疗两年以上的患才 5000 例进行了随访,经评定结果如下:①治愈:3552 例

(71.03%)。②好转:1284例(占25.69%)。③无效:164例(占3.28%)。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995:(6):726~727

按摩处方(五)

取穴及操作方法:(1)按摩:患者裸露肩部,先在肩部作稍重的抚摩以皮肤发热为度,外擦舒活酒或蜂蜜进行按摩。用蜂蜜按摩黏度比较大,有时把皮肤捏起,经过几次按摩,有利于软组织粘连的松解,或促进氧化有利局部软组织的修复。

(2)被动活动:经上述按摩后局部疼痛有所减轻,活动范围有所增大,这时可在医者的按摩和辅助下加强对患肢的被动活动,这时减轻症状,加速功能恢复有很大的作用,根据患者的个体差异或忍耐疼痛的程度,和功能障碍的程度每次可选作以下被动活动:①握拳伸肘内外施。②屈肘举肩手抱头。③上肢伸肘侧上举。④屈肘内收摸对侧肩。⑤患肢内旋手摸背。

(3)功能锻炼:功能锻炼是在医生的指导下,患者根据自己的病情,有目的,有规律地作一些局部或全身的活动,并且适当配合自我按摩,以加速和巩固疗效,恢复机体和关节的固有的功能。功能锻炼内容比较丰富,自己可用徒手体操的方法和握木棒体操的方法及各种器械方法。

徒手体操:①手臂旋转。②弯腰甩手。③挺胸绕环。④扶椅下蹲。⑤背手上提。⑥单手摸高(爬墙法)。

(4)中药穴位敷贴:用理气及温热,抗风湿中药研在粉末调成糊状用3厘米×5厘米的胶布敷贴中府穴,肩贞穴,肩髃穴。

(5)局部保暖:肩周炎多因年老体弱且受风寒所致,多数患者因受寒冷时病情加剧,为了有利病情治疗及恢复疗效,局部保暖是不可缺少的。患者可自制布包棉花肩垫保护患肩。

(6)中药熏洗:主要用风寒湿痹熏洗药。此方法以由于熏洗

过程稍为麻烦,病人一般不愿多用。

(7)内服中药或西药:中药有成药:小活络丸,铁弹丸,风湿关节炎丸;西药有朴炎痛,强的松(少用为好),抗炎松,维生素 B₁。

治则:疏通经络,松解粘连。

临床疗效:对 50 例用前述方法治疗,治疗次数最少 5 次,最多者 20 次。其中治疗 5 次~10 次 12 例占 24%,11 次~15 次 20 例占 40%,15 次~20 次 18 例占 36%。治疗效果以痊愈,基本痊愈、好转三个标准衡量结果。痊愈:临床症状完全消失,肩关节功能全部恢复,28 例占 56%。基本痊愈:临床症状有所减轻,但功能未完全恢复,生理能自理,基本上可恢复原工作 20 例占 42%。好转:症状有所减轻,但功能未见明显好转,重压仍有压痛 1 例占 2%。过治疗过程的结果来看,有效率为 100%,治疗时间一般为未个月至两个月左右,可见用综合治疗效果比较满意。有待今后再提高。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995:(6):727~728

按摩处方(六)

取穴及操作方法:(1)用 500 瓦碳棒式红外线灯,患肩部照射,时间 20 分钟。

(2)手法:在患肩周围做按、摩、揉、滚、捶等手法由轻到重,使局部发热,肌肉松弛。

(3)分筋、理筋:先分筋,用拇指沿肌纤维走行方向垂直左右弹拨之。后理筋,用双拇指沿肌纤维走向方向按压,复平顺理之。

(4)点按肩俞、臂俞、天宗、肩贞、曲池、手三里、合谷等穴,以患者出现痠胀感为宜,然后按压缺盆穴,使患肢有麻木感或热流放射感。

(5)活筋松解、牵引法:医者一手从患者腋下插过,两手交叉相握,抱住患者肩关节,使患者肩关节做被动旋前、旋后运动,活动范围尽可能大些,以患者能忍受为原则。然后医者一手握住患者

食指、中指和无名指,另一手握住肩关节,牵引并轻轻抖动,抖动频率要快。

(6)合掌挤肩,搓臂舒筋:患者手臂自然下垂,医者合掌挤压患肩,同地以掌根用力微微将肩上提,再双手合掌对称置于患臂,自上而下搓揉,由肩至腕,使患肩肌肉得到充分放松。

辅助治疗:(1)旋转法:患者站弓箭步,以患肩对墙壁,距墙一尺左右,患臂贴墙做顺、逆时针方向各反复旋转数次。

(2)爬墙上举:患者面朝墙壁,距离15厘米,患手由下往上爬墙,逐日递增爬高。

(3)后伸牵拉法:取一条毛巾,患手握住毛巾的一头后伸背后,健手从肩上往下握住毛巾的另一头,牵拉患手,使患手后伸逐步恢复正常。

治则:活血化瘀,疏通经络。

临床疗效:疗效标准:(1)治愈:临床症状消失,肩关节运动范围正常,能进行正常工作。(2)显效:临床症状明显消失,肩关节运动范围接近正常,不影响一般工作。(3)好转:临床症状减轻,肩关节运动范围有进步。(4)无效:临床症状和肩关节运动范围与治疗前无差别。治疗效果:治愈49例,占58%,显效23%,占28%,好转12例,占14%,总有效率达100%。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995:(6):634~635

按摩处方(七)

取穴及操作方法:患者取坐位,医者站于患侧,用手指或掌在肩部揉捏约10分钟,再根据各型按摩主要疼痛肌腹,从上到下,由轻到重,再由重到轻,徐徐进行,然后顺其肌纤维走行方向顺理肌腹3次。

治则:疏通经络。

辅助治疗:被动活动:1. 白蟒吐舌法:以右侧为例(以下同),

医者左手虎口卡着肩峰,四指在前,拇指在后固定肩峰,右手握着患肢腕关节,作屈肘后伸,伸肘前屈上臂活动 20 次。2. 太极磨手法:医者左右手同上,作肩关节前后旋转滚动各 10 次。3. 上举通臂法:医者左手同上,右手托肘使患肢前屈上举至最大限度。4. 屈肘返背翻掌通臂法:医者左手固定肩峰,右手托肘背伸,使手背最大限度地接近健侧肩胛骨。最后行弹胸筋、背筋、海底筋,并点按曲池,合谷等穴位,然后用双手掌分别在肩的前后侧揉动缓解肌肉痉挛而收功。本组病例按摩后,根据辨证服补养气血,滋补肝肾,祛风除湿,活血镇痛等中药。

临床疗效:笔者按压痛和功能障碍的不同分为四型:(一)肱二头肌型(共 164 肩):以肱二头肌压痛明显,主要功能障碍为前屈。(二)大圆肌型(共 80 肩):以大圆肌压痛明显,主要功能障碍为上臂内旋。(三)三角肌型(共 48 肩):以肩峰下、三角肌压痛明显,主要功能障碍为外展。(四)综合型(共 12 肩):肩关节周围压痛均明显,前屈、上举、外展、背伸功能均障碍。疗效评定是中医研究院骨伤科研究所陈正光等在《骨伤科研究》中关于“冻结肩”的标准,结果:优者 284 肩(81.6%),良 40 肩(13.2%)。可 16 肩(5.3%),总优良率为 94.8%。诊疗最多为 23 次,最少为 5 次,平均 7.8 次。

参考文献:徐国洪,四川中医,1987;5(7):42

按摩处方(八)

取穴及操作手法:(1)准备姿势:仰卧位,令病人术前大小便,下述手法以左侧为例。

(2)自动摇肩:左侧上肢伸直在功能位允许的情况下,以顺时针、逆时针方向反复抡转三至五分钟。

(3)被动摇肩:左侧上肢伸直,术者一手扶持病人手腕,以顺时针、逆时针方向反复抡转三分钟。虽然方法和自动摇肩一样,但拿角度、频率来说比自动摇肩要大、快。

(4)牵引上肢:术者双手握住病者在手腕进行间歇性牵拉一分钟。

(5)点合谷穴。

(6)伸屈腕关节:术者右手食指、中指挟持病人左手拇指,同时拇指、食指握持其它四指向下牵引。另以术者左手中指置于病人左腕桡侧,拇指置于尺侧在牵引状态下伸屈腕关节二至三次。

(7)伸屈肘关节:令病人左侧上肢伸直。术者左手握住病人左手腕。其右手拇指、中指分别置于肘关节外、内上髁处。在牵引状态下伸屈肘关节二至三次。

(8)点穴:先后点按病人左侧上肢手三里、曲池、手五里、肩髃、中府、扶突穴。

(9)拿捏患臂:令病人左侧上肢伸直肌肉放松。术者左手托扶腕关节,以右手拿捏病人整个患臂。从上到下,下上到上,反复进行三至四次。

(10).揉肩:术者用双手环抱病人左侧肩关节,同时病人之左前臂夹持在术者左腋下。然后术者利用身躯之前俯后仰之力牵拉揉捏肩关节三分钟。

(11)被动前屈上举:令病人左侧上肢伸直,手心向内。术者右手握住病人手腕,左手扶持病人肘关节向后向下徐徐按压二至三次。

(12)病人改健侧卧位。点按天宗穴。

(13)推肩拉肘:术者右手扶持病人左肩向前推,同时左手握持病人左肘关节向后拉。如此一推一拉谓推肩拉肘反复二至三次。

(14)对肩内收:病人改坐位到床头,小腿下垂床下。术者右手从病人背后达对侧右肩拉住病人左手向上拉,左手则从胸前扶持肘关节往上推。如此徐徐反复操作三至四次。

(15)被动后伸内旋:病人左侧上肢呈后伸内旋位。术者左手

从胸前扶住病人右肩。同时以右手托扶呈后伸内旋位的肘关节徐徐向上推动。切记不可用力过猛。

(16)抗臂压肩:术者呈下蹲式,令病人左前臂放在术者右肩上。而术者双手重叠放在病人左肩上向下徐徐按压,同时术者由下蹲式慢慢站起至病人功能位允许为止。

(17)搓臂:病人左侧上肢下垂伸直,术者用双手掌交叉在患臂上上下下反复搓揉二至三次。

(18)抖臂:术者双手握住病人左侧手腕进选举波浪式抖动三至五次。以松解肌肉痉挛缓解疼痛。

一般手法按摩 15 分钟左右。

治则:疏通经络,松解粘连,活血止痛。

临床疗效:本法疗效显著。

参考文献:常瑞祥,北京中医,1985;(5):30

按摩处方(九)

操作及手法:患者坐位,医者立于患侧,先按揉肩关节周围,遇痛点则静压 30 秒钟,拿肩井、按天宗、揉拿肩部及肩关节周围和上肢(自肩至腕部)往返 2 遍,以达到缓痛和放松的作用;嘱患者仰卧,用足蹬患侧腋窝,医者双手握住患肢前臂向离心端牵拉,使肩部和上臂各肌肉粘连松解;抬肩法,患者坐位,医者立于患肢侧,略下蹲,将患肢伸直搭于自己肩上,医者双手抱于病肩,两手拇指按于腋下,其余手指相交于肩上,来回旋转揉动三角肌、腋下诸肌、大圆肌、胸大肌、胸小肌外侧端,并慢慢上抬患臂摇肩法,医者立于患者后侧,一手按压患肩,一手握住患肢腕部,使肩关节从小幅度环转摇动开始,逐渐加大幅度摇动;最后按揉肩髃,肩贞、曲池、手三里、合谷等穴,搓肩部及上肢,理五指,牵抖上肢结束,整个操作约 30 分钟,每日或隔日一次,6 次为一疗程。

治则:疏通经络,柔筋止痛。

辅助治疗:(1)蝎子爬墙;(2)体后拉后,(3)吊单杠,(4)外

展,外旋为主要运动,每日二次,每次15~20分钟;无论做那种锻炼,都应循序渐进,不能急于求成。

临床疗效:本组病例均为门诊患者,其中男15例,女29例;年龄36岁至45岁5例,46岁至55岁30例,56岁至65岁9例;病程7天至1年半,3个月以内27例,半年以内10例,半年以上7例;所有病例都做相关检查以排除肩关节骨折(脱位、结核、化脓性炎症和肿瘤等)和肩外病变(颈椎病和肩胛背部病变等)。结果:治愈41例占93.2%,显效2例占4.5%,有效1例占2.3%,没有无效病例,治愈显效率为97.7%,治疗时间最短者为半疗程,最长者3个疗程,平均为2个疗程。

本方参考文献:欧阳兆龙,中医外治杂志,1998;7(3):46

按摩处方(十)

取穴及操作方法:取穴前,首先做出明确诊断,均为肩周炎患者,再找出痛点阿是穴及天宗穴、肩髃穴、秉风穴、肩髃穴等为主穴,配穴为曲池、合谷、手三里、手三里、支沟等穴。每次选出3~5个穴位交替使用。手法:以拇指代针,按掐于选定穴位上,由轻到重的强刺激,以患者能忍受为度,点掐30~50秒即停止5秒,再反复施术,直到痠麻痛减轻时嘱患者试做抬肩、举臂、内展、外旋,逐渐无痛感为止。

治则:疏经通络,活血止痛。

临床疗效:痊愈:临床症状消失,活动负重抬举自如,功能恢复正常,随访一年以上无复发者。好转:临床症状基本消失,但有时活动负重抬举尚有轻度疼痛者。无效:临床症状无改善者。经施指针1~3个疗程(7天为1疗程)治疗,痊愈80例,好转18例,无效1例。其中一个疗程治愈39例,二个疗程治愈34例,三个疗程减轻者25例,基本无改善者1例。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998;(1):173~174

按摩处方(十一)

取穴:根据推拿取穴具有点、线、面的特点,故有时每一穴中包含着几个穴,重新组成一个新穴,构成一个面,具有更广的治疗作用。

(1)肩前穴:在肩关节的前面,当手太阴肺经中府、云门平面。

(2)肩后穴:肩关节的后面,当手太阳小肠经肩贞、臑俞穴平面。

(3)肩中穴:在肩前穴与肩后穴之间,当大椎穴与肩俞穴连线。

(4)环转法:即做绕肩关节轴的环转运动。

操作及手法:病人侧卧于治疗床上,患侧向上,上盖推拿巾,术者站于病人背侧。

(1)滚按三穴:在患肩三穴往返操作 3~5 分钟,然后用拇指在三穴按揉 5 分钟。

(2)弹拨三穴:在上法的基础上用拇指体验三穴下的变化,对有硬感或条索状物感的部位用弹拨法,往返操作 20~50 次。

(3)掌根按揉三穴:患者由侧卧位改为仰卧位,术者用掌根按揉肩前穴,做向下、向外的推压运动,使肩关节有上下活动的感觉,然后病人俯卧,以掌根用同样方法在肩后穴做向下、向外的推压运动;两穴各操作 15~30 次。

(4)提拿三穴:病人取坐位,术者立于患者背后,用提拿法拿双侧肩部三穴,每穴 50~100 次。

(5)环转法:病人取坐位,施术者立于患侧,一手固定患肩,另一手握病人手腕,做由小到大的环转运动,直至病人达到最大活动幅度,在最大活动幅度的基础上,反复操作 50~100 次。

(6)搓擦三穴:患者坐位,术者一手握住病人上臂,另一手搓擦三穴,使局部皮肤潮红、透热为度,然后抖拉上臂,结束治疗。

治则:活血通络,疏筋止痛。

临床疗效:本方疗效满意。

说明:合理锻炼肩部骨关节,及上肢肌肉。

参考文献:周自清,中国针灸推拿集成,1998:(1):174~175

按摩处方(十二)

取穴及操作方法:(1)患者坐位,医者立于患侧。先用掌根按揉患部及肩胛部2~3分钟。接着用拇指按揉天宗、肩贞、肩髃、秉风、曲池、合谷诸穴,自上而下往返数次。配合患肢外展,内收、旋转等被动活动。

(2)患者坐位,医者立于患侧。用一指禅推法施于肩前部及上臂内侧到肘部桡骨粗隆。然后按揉天宗、肩井、肩髃、秉风等穴。配合患肢后弯,上抬等被动活动。

(3)患者坐位,医者立于患侧。在患者肩部前外侧及肩胛部施以滚法2~3分钟,配合后伸的被动运动。

(4)患者坐位,医者立于患侧。用摇法摇转肩部,幅度由大到小,顺时针、逆时针各摇转数遍。然后从肩部到前臂往返揉搓数次。

辨证施治:(1)急性发作期:宜以轻巧、柔和的手法为主,加以捏筋拍打以起到松解粘连,滑利关节作用。

(2)慢性缓解期:须以轻重交替结合的手法加以弹拨、牵抖法,以起到松解粘连,滑利关节作用。

(3)僵硬冻结期;要以较强刺激的手法,加以提拉、推扳、弹拨、牵抖法以起到解除冻结,通和关节,恢复关节功能作用。

治则:疏通经络、活血止痛、松解粘连、滑利关节。

临床疗效:疗效标准:痊愈:疼痛完全消失,肩关节功能恢复正常。显效:疼痛明显减轻或消失,肩关节功能基本恢复正常。好转:疼痛减轻,肩关节功能有改善。无效:经治疗后症状体征均无改善。治疗结果:本组564例,经上述推拿手法治疗10~45次后,

痊愈 396 例(占本组 70.2%),显效 112 例(占 19.8%),好转 32 例(占 5.7%),无效 24 例(占 4.3%),总有效率为 95.7%。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):178~179

按摩处方(十三)

取穴及操作方法:(1)滚、拿、击按摩法:术者在患肩处进行,用柔和均匀的手法,由轻到重,达到促进血液循环,放松肌筋,减少疼痛的目的。

(2)推按分理筋法:用拇指指腹在患者痛点处与肌纤维方向左右弹拨,由轻到重,分离粘连,使韧带肌纤维松解,再顺纤维方向按压平推,使肌纤维韧带恢复正常位置,有松解粘连,活血止痛作用。(3)点穴:采用指针法,从上至下取肩髃、天宗、肩髃、臂臑、曲池、手三里、内关、外关、合谷等穴。用中指点拿极泉。用拇指指腹按压扶突穴,使麻木感放射至手指。再用双手掌搓揉,从上至下进行松解,有促进血液循环、疏通经络、松解粘连、止痛等作用。(4)被动摇肩抖动牵引法:术者右手握住患者食、中、无名指,在病人能够耐受的情况下进行摇动、牵引、抖动,适应后再猛向前牵拉一次,接着用双手扶持按压搓揉等法,由上至下反复 3~5 次,有利于解除粘连,松解肌肉痉挛,每次 15 分钟左右,每日 1 次,15 次为 1 疗程。(5)自我保健法:①在肩部从上至下自我按摩。②穴位点、揉、按,从上至下的肩部穴位。③前后甩臂。④手指爬墙。⑤扶手上举。⑥双手叉腰。⑦摇肩划圈。⑧身后拉手。⑨双手对拉滑轮。坚持锻炼是恢复和巩固肩部正常功能关键。

临床疗效:疗效标准:治愈:肩部疼痛及压痛消失,肩关节活动范围正常,能参加工作和体力劳动。好转:肩部疼痛及压痛明显减轻,肩关节活动范围接近正常,能参加工作和轻微劳动。无效:症状无变化或加重。治疗结果:241 例治愈 176 例,好转 63 例,无效 2 例,总有效率为 99.17%。

治则:活血通络,柔筋止痛。

临床疗效:本法疗效显著。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):179~180

按摩处方(十四)

取穴及操作方法:患者取坐位,术者先用两手指针法由轻到重进行患肩的痛点、肩关节的前后及三角肌等穴位按摩,再用理筋法、分筋法、滚法,此后,术者两手握住患肢进行上举、内收、外展、后伸拔伸牵引及环肩旋转。最后对患肢远端进行抖动3~5次,从上臂和前臂进行轻揉3~5遍。日1次。

治则:通络止痛。

辅助治疗:本组并用八仙镇痛散(川乌、草乌、伸筋草、透骨草、乳香、樟脑各90克,制马前子、细辛各30克,研末后加入樟脑,用米醋调外敷加热(热水袋放在袋上加热),可根据关节大小,制成药袋,将湿度(用手一握成团,放下自动散开)适宜的药装入。热敷时间:40分钟~1小时,1~2次/日,两组均10日为一疗程。疗效标准:痊愈:症状消失,功能完全恢复正常。显效:症状基本消失,功能基本恢复正常。好转:肩关节疼痛比治疗前明显减轻,功能活动明显提高。无效:经治疗1~2疗程,症状及体征无明显变化。

临床疗效:两组分别痊愈110、42例,显效76、35例,好转30、19例,无效4、20例,总有效率98.2%、82%。

说明:本组220例与对照组100例,两组均用手法按摩,本方温经通络、活血祛风、散寒止痛,配合按摩,可缩短疗程,巩固疗效。

参考文献:中国医药学报,1999;14(5):78~79

按摩处方(十五)

取穴及操作方法:患者取坐位,用一指禅推法施于肩贞、肩髃、中府、肩前、肩髃、曲池、合谷等穴15分钟,摇动关节5~8次,幅度由小到大,后合掌抚揉,抖搓肩5分钟。

治则:通络止痛。

辅助治疗:结合中药当归、木瓜各 12 克,白术、桂枝、赤芍、莪术各 10 克,羌活、沉香、甘草各 6 克,海桐皮 30 克,随症加减,水煎服。配合每日摇肩、摸肩、伸臂等功能锻炼。

临床疗效:疗效标准:治愈:肩关节功能恢复正常、无疼痛。显效:肩关节功能明显改善、肩周痠痛症状基本消失、能胜任原工作。有效:肩关节功能比原来改善、疼痛减轻。无效:无明显改善。本组 37 例,治愈 24 例,显效 9 例,有效 3 例,无效 1 例,总有效率 97.3%。

参考文献:江苏中医,1999;20(9):26

按摩处方(十六)

取穴及操作方法:按摩:患者坐位,术者立于患侧,在肩关节周围组织行滚法,按揉肩井、天宗、肩贞、肩髃、肩内陵穴。术者握住患肢腕部,以肩关节为轴作环转摇动。术者一手扶住患肩,另一手握住患肘向健侧扳。继之一手扶健侧肩部,另一手握住患侧腕部,从背后将患肢向健侧牵拉。再用双手握住患肢手腕部,慢慢向上提起,同时牵拉抖动。用搓法从肩部到前臂反复上下搓动,放松关节。动作稳定和缓,以患者能忍受为度,切忌动作粗暴造成新的损伤。每次治疗 20 分钟,隔日 1 次,5 次为 1 疗程。

治则:疏通经络,柔筋止痛。

辅助治疗:并用止痛擦剂(生草乌、生川乌、雪上一支蒿、麻黄、细辛、桃仁、红花、羌活、白芷、透骨草、三棱、莪术、三分三各等量,加水浸泡,煎煮后去渣,过滤取汁,加入适量陈醋及防腐剂)直接涂擦患处日 2~3 次。TDP 照射患肩部 30 分钟,日 1 次 10 次为 1 疗程。

临床疗效:诊断标准:符合国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》。疗效标准:根据国家中医药管理局发布《中医病证诊断疗效标准》。治愈:肩部疼痛消失,肩关节功能完全或基本恢复。好转:肩部疼痛减轻,活动功能改善。无效:症状无改善。

本组 49 例,治愈 41 例,好转 7 例,无效 1 例,总有效率 97.96%。

说明:观察按摩、止痛擦剂、TDP 治疗肩周炎的临床疗效。综合疗法疗效满意。

参考文献:中医外治杂志,1999;8(5):27

按摩处方(十七)

取穴及操作方法:取天宗、肩前、肩贞、肩髃、肩髃穴。先在患肩施滚按拿捏等手法 2~3 分钟,用 5 毫升针管 7 号针头,抽取醋酸曲安奈德混悬液 2.5 毫升,2% 利多卡因 2.5 毫升,混匀;用平补平泻手法进针,得气后回抽无血,将药物缓缓推入,每穴 1 毫升。

治则:疏通经络,激发经气,缓急止痛。

辅助治疗:再以苦酒膏(自制)外敷,每周 1 次,患者要加强患部的功能活动。

临床疗效:疗效标准:痊愈:肩部疼痛完全消失,肩关节活动自如。显效:肩部疼痛明显减轻,或无疼痛,关节活动受限明显改善。好转:肩痛减轻,活动受限轻度改善。无效:症状无改善。本组 117 例,用 1~4 次,痊愈 93 例,显效 21 例,好转 3 例,总有效率 100%。

说明:本法疏通经络,激发经气,缓急止痛,疗效佳。

参考文献:针灸临床杂志,1999;15(9):57~58

按摩处方(十八)

取穴及操作方法:本组 103 例与对照组 60 例,均用推拿法:用点、按、揉、推、捏、拿、弹拨、滚、提、抖共十法,每侧肩治疗 15~20 分钟。本组于推拿后并用按摩刀松解法,根据病灶范围大小,每次施术 3~10 个点,刀法结束后再用拇指或掌根、大小鱼际肌轻揉患处及周围 1~2 分钟。

治则:疏经通络,消肿止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:肩痛消失,无压痛,活动范围恢复

第五章 骨伤科疾病

正常。显效:肩痛基本消失,仅在活动时有轻度痠痛或不舒,压痛轻微,活动范围接近正常。好转:肩痛减轻,重按仍有压痛,活动范围有一定改善,不影响工作。无效:症状及体征无改善。本组 103 例 105 肩,治愈 85 肩,显效 15 肩,好转 5 肩;对照组治愈 35 例,显效 12 例,好转 11 例,无效 2 例。

参考文献:中国民间疗法,1999;7(9):25~26

按摩处方(十九)

取穴及操作方法:穴位按摩:取曲池、臂臑、肩髃、少海、肩贞、臑俞、肩外俞、臑会、肩髃、尺泽、侠白、云门等穴。按摩手法:用按法,摩法有节奏、均匀、轻柔的按摩。活动手法:先取患侧一手放在肩上,另一手握其肘部,作划圈活动。继而患肢旋前旋后。或者一手握其腕,另一手扶其肩,将其前臂向前向后活动。功能锻炼:摆箭步,健臂叉腰,患肢上举、外展、内收、后弯、内外旋,反复进行;正立,患肢从前向后环转摇举;正立,患肢屈肘上提,掌心向外,提过头顶,再由前下垂,接着屈肘自背后上提于后腰部。日 3 次,每次 1 小时。10 次为 1 疗程。

治则:疏通经络,柔筋止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:肩关节疼痛基本消失,功能恢复正常。显效:肩关节疼痛基本消失,仅偶有痠痛,活动略有不适。好转:肩关节疼痛减轻,活动有进步。无效:治疗前后症状及体征无变化。本组 64 例,痊愈 52 例,显效 8 例,好转 3 例,无效 1 例。

说明:本法疏通经络,调和气血,开通闭塞,散寒祛湿,疗效显著。

参考文献:浙江中医杂志,1999;34(8):341

按摩处方(二十)

取穴及操作方法:取穴:肩髃、臂臑、臑俞、肩贞、天宗、天泉、少海、曲泽、曲池、内关、外关、合谷,随症选用。先于肩关节周围作掌

揉手法,在肱二头肌肌腱处手指纵向弹拨,并点压相关穴位;再对三角肌施以揉法、拨法、点压相关穴位,然后以掌揉手法放松小圆肌和大圆肌,亦点压相关穴位,共10分钟;最后施以摇、拨、伸、扳等手法,促进肩关节功能活动;以搓法结束。

治则:疏通经络,柔筋止痛。

辅助治疗:并予独活寄生汤加减:桑寄生18克,当归、杜仲、赤芍、生地、牛膝各15克,桑枝、桃仁、防风各10克,黄芪30克,桂枝、红花、川芎、柴胡各6克。日1剂水煎服。嘱患者进行功能锻炼。

临床疗效:诊断标准:以一侧或双侧肩关节疼痛、肩关节功能活动受限,而无其他特殊病史者。疗效标准:痊愈:肩关节疼痛消失,活动功能正常;显效:肩关节疼痛消失,活动功能基本正常;无效:肩关节虽无明显疼痛,但活动功能严重受限而经治疗无改善。本组68例,痊愈62例,显效4例,无效2例。

说明:本法治疗本病早期慎用扳、摇、拨等被动手法;中期应以轻柔手法与被动手法兼施;后期用被动手法辅以轻柔手法。

参考文献:湖北中医杂志,1999;21(7):329~330

按摩处方(二十一)

取穴及操作方法:本组38例,用骨科洗剂:荆芥、防风、乳香、没药、红花、花川椒、木鳖子各10克,苏子、五加皮、卷柏各15克,艾叶、透骨草、海桐皮、白鲜皮、伸筋草各30克。水煎开后加食醋10毫升,熏洗肩部30~40分钟,日1剂中午、晚上各1次。2%利多卡因加强的松龙10毫克,肩部痛点封闭,5天1次。推拿按摩用揉、按、点、压、弹拨、牵抖、扳摇等手法。日1次,15天为1疗程。

治则:活血祛湿,通络止痛。

治疗机理:对照组38例,用肩部痛点封闭、推拿按摩法,方法同本组。

临床疗效:诊断标准:参照全国第二届肩周炎学术研讨会的诊断标准。疗效标准:治愈:肩部疼痛消失,肩关节功能完全或基本恢复。好转:肩部疼痛减轻,活动功能改善。无效:症状无改善。两组分别治愈 32、21 例,治愈 6、16 例,无效 0、1 例,总有效率 100%、97.37%。

参考文献:河南中医,1999;19(4):24

按摩处方(二十二)

取穴及操作方法:推拿按摩,患者取坐位,先对患肢进行持续牵引,振抖约 1 分钟。再以拿捏法对患肢上臂肌群施术,由轻到重,用力均匀,对肩部较僵硬的肌肉可重复拿捏,可配合弹拨手法使肩及上臂软组织放松。然后用拇指指腹点揉肩井、巨骨、肩髃、天宗、臑俞、肩前及阿是穴。再用手掌或大、小鱼际肌对患侧肩、肩胛、上臂软组织作旋转揉法,由上到下,由内向外操作,用自制温经通络酒为介质,约 15 分钟。最后对患肢进行功能性恢复性锻炼。

治则:调肝补肾,温经通络,行气活血。

辅助治疗:中药外敷:用杭巴戟、杜仲、续断、党参、秦艽、海马、血竭、白芍、防风、天麻、三七、葛根、桂枝,调成糊状,均匀敷于肩部及上臂,用纱布绷带包扎。手法及外敷中药隔日 1 次,6 次为 1 疗程。

临床疗效:本组 174 例,痊愈 154 例,好转 20 例,总有效率 100%。

说明:本法调肝补肾,温经通络,行气活血,疗效满意。

参考文献:四川中医,1999;17(6):47

按摩处方(二十三)

取穴及操作方法:患者坐位,术者站于其后,先将四指放于患处轻轻揉按,在揉按过程中,力度逐渐加重(以患者能接受为度),同时嘱患者低头、抬头、左右侧头有规律的活动颈部,使颈部肌肉

逐渐松驰,时间约1~2分钟。若病侧在左侧,术者将右手掌固定于患者头顶部;病位在右侧,则用左手固定患者头顶部,再用另一手的拇指指端反复揉按患侧的阿是穴及风池、肩井、肩中俞等穴位,使患部有痠、麻、胀、痛之感,约8~10分钟。最后放开固定于头部的手掌,用两手的拇指、食指同时沿患者颈部两侧风池至肩中俞穴,反复多遍按揉6~8分钟。日1次。

治则:活血通经,消肿止痛。

临床疗效:本组39例,痊愈32例,显效7例,总有效率为100%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(3):25

按摩处方(二十四)

取穴及操作方法:手法按摩,取坐位,医者站于患者前外侧,与患者成45度的位置。用左手掌将患肢上臂中部内侧固定,右手拇指掌侧和大鱼际向后上方按揉,经肩部向后正中线至肩胛骨下角向前揉至锁骨下窝,将掌后缘以揉力作用于腋下(反复按揉5~8次)。然后患者的患侧胸部靠紧床头,平坐在低凳上,患肢肘关节屈曲近0度,平放在床上。医者站于患侧对面,用全手或实拳由前臂至岗上肌压5~10次,再选用合谷、手三里、曲池等穴点揉2~3分钟。最后患者仰卧位,轻捏或刮喙突、肩峰,压揉三角肌前、中束、肱二头肌胸大肌等4~5分钟。每次按摩15~20分钟,日1次,12日为1疗程。并进行功能锻炼(后伸内旋练习、推肘练习、前压肩练习)。

治则:疏通经络,活血止痛。

临床疗效:本组186例,治愈108例,显效38例,有效26例,无效14例,总有效率92.4%。

说明:本法疏通经络,活血止痛,疗效满意。

参考文献:吉林中医药,1999;19(3):45

按摩处方(二十五)

取穴及操作方法:患者取坐位,医生站于病人的前外侧,用左手掌从患肢上臂中部内侧固定,右手拇指掌侧和大鱼际向后上方按揉,经肩部向后正中line、至肩胛骨下角向前揉至锁骨下窝,以掌后缘将揉力放松于腋下(反复按揉5~8次)。然后患者的患侧胸部靠紧床头,平坐在低凳上,患肢肘关节屈曲近0度,平放在床上,医生站于患者对面,用全手或实拳由前臂至冈上肌压5~10次,再选用合谷、手三里、曲池等穴点揉2~3分钟,最后患者仰卧位,轻捏或刮啄突、肩峰,压揉三角肌前、中束、肱二头肌和胸大肌等4~5分钟,每次按摩治疗15~20分钟,1次/日,12天为1疗程。

治则:疏通经络,活血止痛。

临床疗效:本组128例中治愈74例,显效26例,有效19例,无效9例,总有效率93%。

参考文献:内蒙古中医药,1999;18(2):33

按摩处方(二十六)

取穴及操作方法:根据不同病种,肩关节炎、肩关节粘连、三角肌下滑囊炎与冈上肌腱炎、肩峰下滑囊炎、肱二头肌腱鞘炎等分别用不同的手法按摩。游走推火罐法:在患肩痛点周围均匀涂擦红花油,根据患者形体选择大小合适的玻璃火罐,用闪火法吸住患病部位,然后向前后左右移动,慢慢加快速度,以皮肤出现紫红色为度。

治则:活血通经,通络止痛。

辅助治疗:热敷:取适量药末(红花、钻地风、乳香、没药、血竭各10克,香樟木、苏木各50克,伸筋草、桂枝、路路通、肉桂各15克,共研细末,密封备用)放入盆中加适量开水,摇匀,趁热将毛巾浸透后拧干,并折成方形或长形敷于患部,待毛巾不太热时即用另一块换上。针灸治疗:取穴肩髃、肩髃、肩井、巨骨、肩贞、臂臑、曲

池、阿是穴。用电针法,连续波治疗20分钟。

临床疗效:本组107例,用2~16次,痊愈95例,好转12例。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):36

按摩处方(二十七)

取穴及操作方法:手法用局部松弛法、提拿颈、肩及上臂肌肉,晃法、抖法、收功。中药内服用当归12克,赤芍、威灵仙、金毛狗脊、防己、桑枝各15克,川芎、苏木、炙二乌各10克,土鳖虫6克,鸡血藤、黄芪、忍冬藤各30克。日1剂水煎服。并用白芥子15克研末用食醋调敷患肩,有明显灼痛者用醋洗去药末,以防发泡。

治则:活血化瘀,通络止痛。

临床疗效:本组47例,治愈41例,显效4例,好转2例。

参考文献:中国骨伤,1999;12(2):77

按摩处方(二十八)

取穴及操作方法:用虎口推揉法在肩前、外、后侧来回推揉,再用拇指推揉并按压肱二头肌、冈上肌、冈下肌、三角肌及大小圆肌5~10分钟,同时点按肩髃、肩井、曲池、合谷等穴。将患臂徐徐外展抬高,抬高一定高度时用拇指推揉法推揉弹拨二头肌、大小圆肌5~10分钟。令肘部屈曲并逐渐使臂向上抬高,手拇指推揉肩外侧肌并托住患肘缓用力向健侧方向牵拉,并用拇指推揉点按患肢肩后侧、肩外侧疼痛点。将患肩做前后环转活动,向前向后各环转5~7次。握住腕部慢慢向下拔伸,同时向前向后两个方向旋转各5~10次,再用掌根在肩前后提抖法抖动肩关节。并进行功能锻炼。

治则:疏通经络,活血止痛。

临床疗效:本组300例,治愈260例,显效30例,好转10例。

说明:手法早期宜轻,后期宜深透,注意加强功能锻炼。

参考文献:河北中医药学报,1999;14(1):30~31

按摩处方(二十九)

取穴及操作方法:三维手法松解肩关节粘连:用1%利多卡因10毫升,加40毫克康克宁痛混合液痛点和关节囊、腔内注射。手法操作:医生立于患侧,握住上臂并牵引,使患肩前屈上举、内收上举-矢状面的松解;水平面的旋转-内旋、外旋活动;多维方向环转运动。

治则:疏通经络,松解粘连。

辅助治疗:辅以功能锻炼。前屈上举、后伸上举、外展上举、内收上举、内外旋转及肩关节的环转运动。间隔二周/次。2次为一疗程。

临床疗效:41例中痊愈15例;显效18例;有效7例;无效1例;总有效率为97.6%。

说明:手法加运动,治疗完善彻底。

参考文献:江苏中医,1999;20(1):41

按摩处方(三十)

取穴及操作方法:患者坐位,医者以掌摩法及按揉法和滚法在患侧肩臂部施治5~8分钟,配合患肢被动外展、外旋、上举、内收等活动。拇指点揉合谷、曲池、极泉、缺盆、肩髃、肩贞、肩井、天宗、阿是穴,力度由轻到重到轻,使患肩肌肉群充分放松。于痛点处用拇指和掌根进行弹拨或按揉,以分离粘连。一手扶住患肩,一手托住肘部,以肩关节为轴心作顺时针和逆时针环转,幅度由小到大。将患肢由背后向健侧牵拉,缓用力,并抬高前臂,以患者能耐受为度。双手掌合抱患肩,交替摩擦,使之发热,然后双手握住患侧腕部,慢向上牵抖患肢,幅度、力量由小到大。最后用搓法自肩至前臂交替搓动,结束手法。日1次,15次为1疗程。

治则:疏通经络,松解粘连,活血止痛。

临床疗效:诊断标准:参照国家中医药管理局制定的《中医病

证诊断疗效标准》中有关肩周炎的诊断标准。疗效标准:治愈:肩部疼痛消失,肩关节功能完全或基本恢复。好转:肩部疼痛减轻,活动功能改善。未愈:症状无改善。本组 22 例,用 3 个疗程,治愈 15 例,好转 7 例。

说明:本法结合患者正确锻炼,疗效更佳。

参考文献:河南中医药学刊, 2000;15(5): 28~29

按摩处方(三十一)

取穴及操作方法:局部封闭:用 2% 利多卡因 2 毫升、康宁克通 1 毫升、黄瑞香注射液 2 毫升、胎盘组织液 2 毫升,用 7 号针头抽取上药,取压痛点最明显的两个穴位(无明显压痛点可取肩前、肩后穴位)刺入,捻转提插针头至患处有痠麻胀痛时,回抽无血缓慢注入药液,每周 1 次,为 1 个疗程。

快速松解法:封闭术后,嘱患者手臂抱头,此时术者一手固定患者肘部,一手按住患者手腕,令患者咳嗽,乘患者不备将其肘部猛地抬起,此时可听到一声撕裂声,患者肩部疼痛加重,休息片刻后用轻柔手法按摩数次,前臂悬吊 90 度角,3 日即可,年老体弱或骨质疏松者忌用本法。

治则:松解局部粘连,通络止痛。

辅助治疗:外敷螃蟹泥法:取活小螃蟹 1 个,先在中水泡半日,将腹泥排尽后,取出捣成肉泥,摊于纱布上,贴敷于肩部最疼痛的区域,晚 8 点外敷,晨 8 点取下,一般用 1 次。食疗:经治疗 2 次仍有疼痛者可用玉竹 60 克,姜黄 9 克,枸杞、鹿含草、淫羊藿各 15 克,乌梅 9 枚,桂枝 3 克,白芍 12 克,黄芪 30 克,洗净纱布包好;用一只老母鸡去内脏后将上药缝于鸡腹内,加清水及佐料炖服,吃鸡喝汤,每周 1 次。

临床疗效:疗效标准:痊愈:治疗 3 个疗程后疼痛消失,功能活动正常。显效:症状及体征有明显改善,疼痛缓解,功能活动有明显恢复。有效:治疗后疼痛减轻,肩关节活动较前好转。无效:治

疗前后症状及体征无明显改善,疼痛不能缓解。本组 206 例,轻型 56 例,均痊愈;中型 110 例,痊愈 105 例,显效 5 例;重型 40 例,痊愈 23 例,显效 11 例,有效 6 例。

参考文献:中国民间疗法, 2000;8(12):28

按摩处方(三十二)

取穴及操作方法:三穴为肩前穴、肩后穴、肩中穴。滚、按、揉三穴,在肩前三穴往返滚动 3~5 分钟,然后用拇指在三穴按揉 5 分钟。弹拨三穴,用拇指对有条索状物的部位往返弹拨 10~30 次。掌根按揉,用掌根按揉肩前穴,同时作向下、向外的按压活动,使肩关节有上下错动的感觉,然后用掌根以同样方法在肩后穴治疗,两穴各 5 分钟,上下错动 3~5 次。提拿三穴,患者坐位,用提拿法拿双侧三穴,每穴 30~50 次。

环转法:患者坐位,术者一手固定患肩,另一手握住患者手腕,作由小到大的环转运动,直至达到患肩的最大活动幅度,连续操作 50 次。搓擦三穴,患者坐位,术者一手托住患者上臂,另一手搓擦患肩三穴,以局部透热为度,然后抖拉上臂 3~5 次。

治则:舒筋活络,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:临床疼痛消失,肩关节功能完全或基本恢复。好转:肩部疼痛减轻,活动功能改善。未愈:症状无改善。本组 156 例,治愈 131 例,好转 23 例,未愈 2 例,总有效率 98.6%。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(6):20

按摩处方(三十三)

取穴及操作方法:准备手法:自动摇肩,患肩按顺时针方向反复轮转三分钟。被动摇肩,术者用手扶持患者手腕,方法同上。牵引患肢,术者用双手握持患者手腕进行间歇性牵引半分钟。点合谷、阳溪、阳谷。伸屈腕关节,在牵引状态下反复伸屈腕关节 2~3

次,点手三里、曲池、手五里、肩髃、中府、扶突。伸屈肘关节,牵引状态下反复伸屈肘关节2~3次。拿捏患臂,术者用右手拿捏整个上肢,从上到下,从下到上,3~5次。

治疗手法:揉肩,术者双手环抱肩关节,揉捏肩关节3分钟。前屈上举,术者右手握患者手腕,肘关节在伸直状态下向后下按压2~3次。改健侧卧位,点按天宗穴。推肩拉肘,术者持患者肩前椎,左手握肘关节向后拉,反复3~5次。对肩内收,术者立于患者左侧,右手从患者背后达右肩上拉住患者左手向上徐徐提拉,左手扶住左肩肘关节向上推,反复拉推3~5次。后伸内旋,术者右手扶持患者肘关节呈后伸内旋位向后向上用力推动3~5次。抗臂压肩,患者前臂伸展伸直平放在术者右上肩,术者双手重叠放在患者左肩上并且下蹲双手向下压肩,同时术者慢慢站起抗臂。

结束手法:搓臂3~4次,抖臂3~5次。功能锻炼,甩手200次,划圈100次,拍肩捶腰各100次,斜擦背患肢呈后伸位,健侧上肢带动患侧上肢上下来回斜行拉动200次,横搓腰200次。

治则:疏经通络,活血柔筋,缓急止痛。

临床疗效:本组7324例,对5000例进行了随访,经评定,治愈3552例,好转1284例,无效164例。

参考文献:现代中西医结合杂志,2000;9(22):2287

按摩处方(三十四)

取穴及操作方法:电针诱导,患者端坐,取足三里、丰隆穴,常规消毒后用2.5寸毫针,行捻转手法,得气后接通电脉冲治疗机,刺激强度以患者能耐受为度,诱导20分钟。放松手法,术者立于患侧,一手握住患者前臂固定患肢,一手揉捏患肩井、天宗、压痛点等,继而沿手三阴、手三阳经揉肩部和上肢。被动活动手法,术者一手按住患肩,一手握住上臂,快速被动外展、内收、后伸肩关节。结束手法,术者迅速搓揉患肩,点按肩井、曲池、外关、内关、合谷。隔日1次,7次为1疗程。

治则:疏经通络,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:肩部疼痛消失,肩关节功能完全或基本恢复。好转:肩部疼痛减轻,活动功能改善。未愈:症状无改善。本组 366 例,治愈 320 例,好转 40 例,未愈 6 例。

参考文献:现代中西医结合杂志,2000;9(22):2288~2289

按摩处方(三十五)

取穴及操作方法:肩内痛点:患者坐于方凳上,医者左脚踏在患者坐凳旁,患肩肘部搁在医者膝上部,用右手固定患肩肘部,左手施一指禅推法施于喙突处或肱骨结节间沟处 4~5 分钟,接着用大拇指指腹按压以上部位痛点 1~2 分钟。

肩峰下痛点:患者取坐位,医者用肘按法施于肩峰下痛点 4~5 分钟,接着用肘尖固定按压痛点 1~2 分钟。

肩后痛点:患者俯卧位,用滚法施于冈上肌、冈下肌或大圆肌痛点处 5~7 分钟。

按穴摇肩法:先根据患者不同痛点部位推拿后,再施用本法。若右肩,令患者取弓步站稳前屈弯腰 70~90 度,医者用左手拇、食、中指分别按压患肩肩前、肩髃、肩髃三穴,右手握住患肩上部并往下略带牵引力,顺逆方向摇肩各 5~7 次结束。隔日 1 次。

治则:宣肺经络,活血止痛,滑利关节。

临床疗效:疗效标准:痊愈:肩周痛点消失,肩关节功能正常。显效:肩周痛点明显减轻,劳累或气候变化时仍痛,肩关节功能基本正常。好转:肩周痛点反复,肩关节活动仍感受限。无效:肩周痛,肩关节功能受限。本组 97 例,用 1~3 个月,痊愈 79 例,显效 11 例,好转 5 例,无效 2 例,总有效率 97.93%。

说明:本法宣通经络气血,滑利关节,疗效满意。

参考文献:中国骨伤,2000;13(6):371

按摩处方(三十六)

取穴及操作方法:本组 60 例与对照组 40 例,均取肩髃、肩髃、肩贞为主穴,配曲池、外关、后溪、合谷。用毫针快速进针,得气后行提插捻转手法,留针 20 分钟,每隔 10 分钟施同样手法 1 次。本组起针后再加用推拿治疗 10 分钟,分别用滚法、揉法、摇法、拔伸、抖法,日 1 次,10 次为 1 疗程。

治则:祛风散寒,活血通络。

临床疗效:用 3 个疗程,两组分别痊愈 51、8 例,显效 8、22 例,无效 1、10 例,总有效率 98%、75%,本组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

说明:本法祛风散寒,活血通络,疗效满意。

参考文献:上海针灸杂志, 2000;19(3): 30

按摩处方(三十七)

取穴及操作方法:患者平卧,医者坐于患侧,先以点穴、滚、掌根揉及拇指按揉等手法在肩部由下向上推拿,使肌肉放松,然后医者一手托患肘,一手握其腕部,使患肢伸直,以患肩为支点,由内向上向外作旋转运动,状似划船,幅度由小到大,手法由轻到重,速度由慢到快,以患者能忍受为度,旋转 6 次后以双手握患侧腕部作抖牵手法 10 次,以放松肌肉,最后再以滚散手法在患处作轻柔按摩,如此反复 3 次,每日或隔日治疗 1 次,7 次为 1 疗程。

治则:消散瘀肿。

临床疗效:疗效标准:治愈:患肩无压痛,肩关节活动功能正常。有效:患部压痛不明显,肩关节活动功能改善。无效:治疗前后无变化。本组 78 例,治愈 65 例,有效 10 例,无效 3 例。

参考文献:中国民间疗法, 2000;8(8): 11

按摩处方(三十八)

取穴及操作方法:患者正坐,术者一手托患者肘部于外展位,

另一手虎口分开,用拇指和食中指分别按揉、捏拿肩部疼痛点 2~3 分钟。然后,术者立于患侧身后,一手拉患肢于内收、肘关节旋前位搭于对侧肩上,用另一手掌根按揉、推摩患肩后侧及外侧肌肉 2~3 分钟。再用一手拉患者肘部,使患肢后伸、肘关节屈曲旋前或旋后位,用另一手掌根按揉、推摩患肩前内侧肌肉 2~3 分钟。逐渐加大背伸角度(以患者能忍受为度)。术者按天宗穴、肩井穴,得气 2~3 分钟。术者一手握患侧手腕部或肘部逐渐外展、上举,同时用另一手掌根按揉、推摩患肩的上部和外侧肌肉 2~3 分钟。如患肢活动受限严重,点按内关穴或曲池穴,配合加大外展或上举角度以撕开粘连。再用一手扶患侧肩部,另一手握肘部,自前向后再自后向前转摇肩关节 2~3 分钟。最后,术者用右手握患肢的中指,上下牵抖患肢 3~5 次。隔日 1 次,3 次后改为日 1 次,7 次为 1 个疗程。并嘱患者平时注意做攀高上举及蝎子爬墙等功能锻炼。

治则:活血通络。

临床疗效:本组 56 例,治疗 2~21 次,1 疗程症状完全消失,恢复正常活动者 40 例;2 个疗程症状消失,恢复正常活动者 15 例;3 个疗程内疼痛基本消失,活动范围可外展 90 度、上举 50 度 1 例。

参考文献:中医正骨,2000;12(8):20

按摩处方(三十九)

取穴及操作方法:患者仰卧,肩下垫一薄枕,行臂丛神经阻滞麻醉后观察 15 分钟,在关节腔内分别注射确炎舒松 5 毫升及玻璃酸钠 2 毫升。用和筋手法:助手按住肩部,术者握住上臂,使肱骨头内外旋转,慢慢外展肩关节,可感到关节粘连撕开声。可揉、捏、按、理、多种手法联合运用,反复多次。

治则:活血化瘀,通络止痛。

辅助治疗:用芪葛桂枝汤加减:黄芪、葛根、桂枝、当归、姜黄、

桑枝、羌活、白芍、甘草；风胜者（麻木为著）加防风、威灵仙、白芷等；畏寒者加制川乌、制草乌、细辛或制附子；湿重者（酸困沉重为著）加薏苡仁、苍术、防己；有外伤史者加制乳香、制没药、红花、赤芍等；病程长顽固难愈者加全蝎、地龙、蜈蚣、乌梢蛇等；日1剂水煎服，药渣加水再煎熏洗患部，日2~3次。手法和筋成功后，肢体放置于高举、双手抱头位，第2日开始功能锻炼。

临床疗效：疗效标准：优：肩部疼痛消失，功能正常。良：肩部疼痛消失，关节活动受限小于正常10~15度。可：肩部疼痛轻，关节活动受限大于20度。差：症状及活动无改善。本组72例，经1~2次治疗，中药运用及功能锻炼2~3个月后，优46例，良18例，可8例，优良率88.9%。

参考文献：中医正骨，2000；12（8）：60

按摩处方（四十）

取穴及操作方法：患者卧位或坐位，医者站于患侧，于肩部施滚、按、揉、点、拿、摇、抖等法，重点施于肩部疼痛处，同时作肩关节各方向被动运动，隔日1次，3周为1疗程。用2%利多卡因、当归针各4毫升，急性期加地塞米松5毫升，慢性期及功能恢复期加维生素B₁₂，作痛点注射，每周1次，3次为1疗程。

治则：活血舒筋，通络止痛。

临床疗效：疗效标准：参照国家中医药管理局发布《中医病证诊疗效标准》评定。治愈：肩部疼痛消失，肩关节功能完全或基本恢复。好转：肩部疼痛减轻，肩关节功能改善。未愈：症状无改善。本组66例，用2个疗程，治愈57例，好转9例。

参考文献：广西中医学院学报，2000；17（3）：38

按摩处方（四十一）

取穴及操作方法：依次进行点按法（患者仰卧位，术者左手固定患侧前臂，右手用拇指腹点、按、揉患侧肩胛内侧缘20~30次，

第五章 骨伤科疾病

后沿肩关节周围用同法 5~10 分钟)、旋肘法(术者左手固定患侧前臂,右手拿上臂,按顺时针方向旋转 20 次,逆时针旋转 20 次,旋转时双手同时用力牵拉,由小到大,由慢到快)、牵拉法(术者双手握患侧手腕关节,由下往上垂直牵拉,并抖动,由慢到快,每分钟 30~40 次,治疗 5 分钟。术后左手握拳放于背侧肩胛部,右手拿紧患侧上肢用力向外展位、上举位牵拉 4~5 次)、松肩解冻法(术者用左手压挤患肩部,右手拿住握患侧上肢腕关节,用力向对侧牵拉、挤动 10~20 次,后用左手拿住患侧肘关节,右手握住患侧腕关节,用力按顺时针方向旋转肩关节 10~20 次,并向头侧牵拉 1~2 次;逆时针旋转 10~20 次,用力向下肢方向牵拉 1~2 次)、拿捏拍打法(术者用掌根部在肩胛周围及肩胛内侧缘用轻手法,拿、捏、拍、揉等法,后反复多次进行肌肉、筋腱放松术,治疗 5 分钟)。隔日治疗 1 次,并嘱患者加强功能锻炼。

治则:活血消肿,通络止痛。

临床疗效:本组 62 例,用 2~13 次,治愈率、有效率分别为 80%、95% 以上。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(7):18~19

按摩处方(四十二)

取穴及操作方法:针刀疗法:患者坐于靠背椅上,暴露患肩,常规消毒,在喙肱肌和肱二头肌长短头附着点,冈上肌抵止端、肩峰下、冈下肌和小圆肌抵止端作纵行切开剥离,或横行疏通剥离术,每次 1~3 点,以最痛点为首选,5~7 日 1 次。

手法推拿:运用朱氏肌肉疏导松解手法,将肩周各肌肉逐块疏导松解,接着再做内旋、外旋、前屈、后伸、外展、拍背等被动运动,术毕嘱患者做大小划圈及爬墙主动功能锻炼。

治则:疏通经络,消炎止痛。

辅助治疗:水针疗法:用正清风痛宁液 50~100 毫克分别注入原针刀孔内,每针刀孔 0.5~1 毫升,最后贴创可贴覆盖针孔。

临床疗效:疗效标准:痊愈:疼痛消失,肩关节功能恢复正常。显效:疼痛消失,肩关节功能基本恢复正常,活动幅度必须在正常范围的4/5以上。有效:疼痛及功能活动较治疗前明显好转。无效:疼痛及功能无改变。本组86例,痊愈61例,显效12例,有效8例,无效5例,总有效率94.2%。

说明:本法疏通经络,消炎止痛,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):48

按摩处方(四十三)

取穴及操作方法:患者正坐,先在患肩前、后、外侧按、揉3~5分钟,再于三角肌处用拇、食、中指对握作垂直于肌纤维走行方向拨动5~6次,并拨动痛点附近的冈上肌、胸肌5~6次;术者一手扶住患肢,一手握拳,在患侧肩关节轻轻叩击痛点部位,从肩峰沿三角肌走行方向来回叩击70~100次。同时轻轻外展患肢,逐渐上举、内收、后伸、内、外旋等。最后握患手,轻轻抖动、牵拉、左右摇动,并使患肢作外展、上举、内收、前屈、后伸等活动。1~2日1次,10次为1疗程。

治则:行气止痛,活血化瘀,疏经活络。

临床疗效:疗效标准:优:症状体征完全消失。良:症状消失,肩关节上举150度。好转:症状明显减轻,肩关节上举100度。无效:症状体征无明显改善,或稍有减轻。本组145例,用1~3个疗程,优55例,良72例,好转18例。

说明:本法行气止痛,活血化瘀,疏经活络,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):50

按摩处方(四十四)

取穴及操作方法:在患肩局部明显压痛点,用痛宁克通~A40毫克加0.75%布比卡因5毫升和0.9%氯化钠注射液5毫升,局部注射封闭。第2日开始患肩推拿,用滚、一指禅推、点、按、拿等

手法,放松局部肌肉。患者平卧伸直患臂,上抬至略感疼痛时放下,约10个来回,并反复3次。再患侧向上卧位,伸直患肢外展至略感疼痛为度,约10个来回,并反复3次。最后被动旋转患肢,从小到大约10圈结束。治疗期间,患者做主动运动:弯腰晃肩法、爬墙活动、体后拉手、外旋锻炼、双手在颈后部交叉、甩手锻炼等。日1次,15日为1疗程。

治则:改善局部血液循环,促进关节功能恢复。

临床疗效:疗效标准:痊愈:肩背臂部疼痛及压痛消失,能做各种运动,功能恢复正常。好转:肩背臂疼痛基本消失,压痛明显减轻,活动基本正常,运动稍有障碍。无效:肩背臂部疼痛明显,压痛减轻,活动障碍与治疗前无变化。本组50例,用2个疗程,治愈46例,好转4例,总有效率100%。

说明:本法疏经活血,通络止痛,改善局部血液循环,促进关节功能恢复,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):53~54

按摩处方(四十五)

取穴及操作方法:对有明显移位的单纯性肱骨外科颈骨折及合并大结节撕脱性骨折者,无论外展型或内收型,均令其仰卧位,助手取一大治疗巾,折叠数层后绕过患侧腋下,两端合一后攥紧。另一助手紧握上臂远端,对抗牵引约1分钟后,术者实施闭合整复。复位成功后束以小夹板,并以颈袖吊带悬吊患侧上肢于胸前位。其余无明显移位的肱骨外科颈骨折,单纯性肱骨大结节撕脱性骨折者,不做局部外固定,直接以颈袖吊带悬吊患侧上肢进行治疗。受伤满3周后拆除小夹板,在颈袖吊带保护下行患侧肩部内收、外展及前曲等方向功能练习,部分年老患者配合被动活动。受伤满4周后,去除颈袖吊带,即开始患侧肩部诸方向功能练习。重点练习云手、摸高、梳头及后伸摸脊等动作。部分患者配合手法治疗。

治则:疏通经络,活血消肿。

临床疗效:本组21例,于伤后4~5周X线片均可见断端明显骨痂形成,骨折后6~8周伤侧肩部功能均大部分恢复正常,复查X线片未见断端再次移位。17例经4~6个月随访,患侧肩部无明显不适感,肩功能良好。

参考文献:中国中医药信息杂志,2000;7(10):75

按摩处方(四十六)

取穴及操作方法:本组72例,用手法治疗:用按揉法(患者正坐,术者立于患侧,一手托住患侧肘部,令其屈肘;另一手按揉肩部疼痛点或取肩髃、臂臑、臑俞2~3分钟)、捏拿法(术者拇指与食、中指相对,自内向外捏拿肩部肌肉2~3分钟)、推拿法(术者立于患者背部,一手从患者前面握住患侧腕部使其肩关节尽量内收,另一手用掌根自上而下推拿肩臂外侧、后侧肌肉2~3分钟。再换姿势,一手拉患肢使上臂背伸,另一手如上法推拿肩臂前内方肌肉2~3分钟)、转摇法(术者立于患者背后,一手扶患侧肩部,另一手握腕部,使患肢外展,并向远侧牵拉,同时徐徐做环转运动,范围由小到大,并使患臂逐渐抬高,直至患者不能忍受为止,顺逆时针交替转摇3~5分钟)、搓抖法(术者立于患侧,两手掌心相对,手指向上,用大小鱼际上下交替搓肩臂部,使肩部肌肉充分放松;两手握患侧手腕,使患肢外展伸直,向远侧牵拉,同时快速上下抖动4~6次,在抖动过程中加大外展角度直至患者不能忍受为止),手法用力视患者耐受程度而定,嘱患者作肩关节各向活动数分钟。7日为1疗程,疗程间隔2日,用2个疗程。对照组47例,用0.5%普鲁卡因10毫升、醋酸氢化泼尼松25毫克,作痛点封闭,5日1次,用3次。

治则:补血活血,祛风通络。

辅助治疗:用自拟活血通络汤:川芎、当归、姜黄、延胡索、独活各10克,丹参、桑枝各15克,党参、黄芪各30克,制川乌(先煎)9

第五章 骨伤科疾病

克,大枣6枚,红花6克。肝肾亏虚加杜仲、桑寄生;偏寒重加炮干姜、细辛;湿重加茯苓;痛甚加威灵仙。日1剂水煎服。

临床疗效:诊断标准:参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》(南京大学出版社,1994年)。疗效标准:参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》(南京大学出版社,1994年)。治愈:肩部疼痛消失,肩关节功能完全或基本恢复。好转:肩部疼痛减轻,活动功能改善。未愈:症状无改善。

两组分别治愈61、23例,好转10、15例,未愈1、9例,总有效率98.61%、80.85%($P < 0.01$)。

说明:内外兼治,补血活血,祛风除湿,散寒通络,疗效满意。

参考文献:广西中医药,2001;24(1):25~26

按摩处方(四十七)

取穴及操作方法:患者取端坐位,术者沿肩胛骨的脊柱缘以上至下找到内角、中点、下角三个痛点和上臂后部痛点,然后再找到喙突部和肩峰下痛点。根据痛点疼痛程度不同、施用不同手法。

具体操作是:用单拇指或双拇指在各个痛点部位按照肌肉纤维走行方向垂直左右反复拨离5~10分钟,然后再按肌肉纤维走行方向用单或双拇指将拨离的组织,平复理顺使其恢复正常的解剖位置和生理功能,最后用单拇指在施术部位轻轻的按压片刻,术终患者自觉舒适、肩痛减轻。如果再配合药物治疗,效果更佳。常用药物2%普鲁卡因(或利多卡因)4~6毫升,强的松龙(或醋酸可的松)25毫克、用法;痛点封闭。

治则:疏通经络,活血消肿。

临床疗效:疗效显著的是经过治疗后,肩关节活动时无疼痛,运动范围恢复占14例;疗效好的是经过治疗后,活动肩关节疼痛不明显,运动范围明显增大占31例;疗效欠佳的是经过治疗后,肩部活动疼痛缓解,运动范围较前好转占2例。根据本组病例活动情况看,有效率为95.9%。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995:(6):712

按摩处方(四十八)

取穴及操作方法:用放松法:患者坐位,在患肩周围行滚法治疗20分钟,用拇指指腹在肩关节周围病变的软组织部位按肌腱走行的垂直方向反复弹拨5分钟,行手法时不时将玉真散酒(用天南星、天麻、防风、羌活、桑枝各30克,白附子、细辛各60克,60度白酒2000毫升混合浸泡而成)涂于肩关节周围及其病变的软组织部位。

旋肩法:术者左手按住患者右肩,右手握住患者右上臂远端,牵引并使之作外展位旋转,先反时针后顺时针方向,旋转幅度由小到大,5分钟。**爬墙法:**旋肩法后重复放松法10分钟,让患者面墙而立,令患肢上举撑墙,五指慢慢往上爬,爬到最大限度后用掌撑墙维持数分钟,当维持到不能忍受时再慢慢地滑下来,反复数次。

针刺疗法:患者取坐位,头转向健侧,使胸锁乳突肌隆起,于锁骨内1/3与中1/3交点直上1寸,胸锁乳突肌骨头肌后缘处取颈背穴,用0.5寸31~33号针直刺0.3~0.5寸,用泻法,至患者手指远端产生触电样感时即取针。

治则:疏通经络,活血化瘀。

辅助治疗:除行手法时不时地涂擦玉真散酒外,还应嘱患者每日再配合爬墙法自擦玉真散酒于患肩,边擦边揉。日1次,6次为1疗程。

临床疗效:疗效标准:优:所有症状消失,肩关节功能恢复正常。良:症状基本消失,劳累后有轻微症状,肩关节活动自由,不影响工作。可:症状明显减轻,肩关节功能有所改善,仍能从事原工作。差:症状改善不明显。本组104例,用1个疗程,优42例,良49例,可8例,差5例,优良率86.7%。

参考文献:中医正骨,2000;12(5):41

按摩处方(四十九)

取穴及操作方法:患者取坐位,肩部自然放松。术者站立在患侧,按下述步骤施术:掌揉法,用手掌在患肩部轻揉按,由上而下,由内而外,揉按3分钟。点按法,取肩痛穴(患肢自然下垂贴身躯,腋前横纹尽头上三横指、外一横指处)和肩周穴(患者健肢手掌侧腕横纹对患肢背侧腕横纹,伸直食指,食指尖所指处,在前臂桡侧方),每穴点按3~5分钟。拿捏法,医者以大拇指和食、中、环指拿捏肩部冈上肌、胸大肌、大圆肌、三角肌。日1次,10次为1疗程。牵拉法:一般在麻醉下进行,患者仰卧位,助手固定胸及患肩,医者两手握住患臂,先沿躯干方向牵拉,然后缓缓外展并内外旋转,逐渐牵拉至肩行向上拉至头顶。此过程可听到患肩如撕布样响声。按揉法,牵拉法后医者用手掌在患肩部轻按揉。点压法,点曲池穴、合谷穴。

治则:疏通经络,缓急止痛。

临床疗效:本组673例,用3个疗程,显效418例,良好216例,好转28例,无效11例,总有效率98.37%。

参考文献:中医正骨,1999;11(6):27

按摩处方(五十)

取穴及操作方法:用康力克通针剂1毫升加利多卡因2毫升,注入肩周的疼痛部位,隔日在按摩穴位。患者对椅背骑坐,以右侧为例,术者点按肩井、中府、肩髃、天宗、附分、膏肓、神堂、曲池、合谷等穴。滚揉肩周:术者立于患肩稍下蹲,左臂挟持患臂,右手反复滚揉患肩肱二头肌,胸大肌,三角肌肌腱至微热,然后用右手挟持患臂,左手滚揉患肩冈上下肌,大圆肌、大小菱形肌腱至微热。

拔伸弹拨:术者立于肩侧,左肘屈曲成90度,自后插于患者腋下,右手握患腕上部,术者用右手向下牵拉患臂,左臂在腋窝部用力向上向外提拉,右手握住患腕向下牵引数次,然后将患手挟于术

者两膝间牵引,右手四指搭于患肩上,拇指放于肱二头肌腱头内侧与肌腱平行,用力向外弹拨两次,接着四指附肩,前拇指伸向前后弹拨冈上、下肌,小圆肌肌腱处。

旋臂摇臂:术者立于身后,左手揉按患肩,右手握患者肘部顺时针转摇肩关节,幅度由小到大,以能忍受为度。**搓抖疏松:**术者立于患侧,双手对挟患肢从肩至腕,稍用力对称搓动数次后双手握住患肢手部,微用力作连续的小幅度上下颤抖数次,结束治疗。日1次或2日1次,10次为1疗程。

治则:疏通经络,理筋止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状完全消失,肩关节功能恢复正常。显效:症状基本消失,肩关节活动功能轻度受限。好转:症状减轻,但粘连尚未撕开。无效:治疗前后无明显变化。本组67例,近期治愈51例,显效12例,好转4例。

参考文献:时珍国医国药,2001;12(2):150

按摩处方(五十一)

取穴及操作方法:本组30例与对照组20例,两组均用手法:用滚法或一指禅推法(医者施术于患侧肩部及上臂内侧,往返数次,配合患肢被动外展外旋活动)、环转摇肩法(医者一手扶住患者,一手握腕部或托位肘部,以肩关节为轴心,做环转运动,幅度由小到大,后一手托起前臂使患者屈肘时患臂内收,患侧手搭在健侧肩上,由健肩绕过头顶到患肩反复环绕5~7次,同时拿捏患肩),两法交替使用,1~2日1次。

本组并用针刺治疗:取手太阳小肠经组合穴(七星台):肩贞、臑俞、天宗、秉风、曲垣、肩外俞、肩中俞。上臂前配臂臑、曲池;前伸与外展疼痛配肩髃、臑会、中渚;疼痛引起关节障碍,远取对侧条口、阳陵泉。针刺得气后,行捻转提插平补平泻法,间断行针,每隔10分钟1次,留针30分钟。日1次,疗程间隔2~3日。均10日为1疗程。实证疼痛难忍可在推拿后加刺络拔罐,配合功能锻炼。

第五章 骨伤科疾病

疗效标准:痊愈:临床症状完全消失。好转:患侧肩关节疼痛明显好转,活动自如。无效:症状减轻但间断疼痛。

治则:活血通络,疏经止痛。

辨证特点:诊断标准:早期呈阵发性单侧肩部疼痛(偶见两侧),可向颈部和上臂放散,逐渐加重,昼轻夜重;功能活动受限。

临床疗效:两组分别治愈 19、7 例,显效 10、9 例,无效 1、4 例,总有效率 96.7%、80% ($P < 0.01$)。针刺配合推拿手法,疗效优于单纯推拿手法治疗。

参考文献:河北中医,2000;22(11): 847 ~ 848

按摩处方(五十二)

取穴及操作方法:先在肩关节周围作对三角肌、肱二头肌及滑囊、小圆肌、胸大肌、肩后区等部位行垂直于肌纤维方向的往复按、揉、弹拔等手法,放松肩周筋肉。然后在松肩穴(坐位,双上肢下垂,掌心向前,以喙突顶点为中心向外、向下分别作一直线形成 90 度角,在外下方直角的角平分线向下 2 厘米)由轻至重点压 1 ~ 2 分钟,患者可有痠胀、麻木、疼痛感,或有热流感向面颈部和肘部放射,甚至可放射至手指;停止点压后,肩部疼痛缓解或消失,患部出现轻松感。每周 2 次,2 周为 1 疗程。

治则:疏通经络,活血消肿。

临床疗效:本组 78 例,用 1 ~ 6 次,基本恢复正常 68 例,有改善 6 例,无效 4 例,总有效率 94.9%。

参考文献:中国中医骨伤科,1999;7(2): 18 ~ 19

按摩处方(五十三)

取穴及操作方法:针刺:取对侧外关穴,用 28 号 1 寸毫针快速刺入,行强刺激快速捻转手法,不提插,针向肘部,针感向肘部放射最好。并嘱患者作患肩高举、后背、外展、转肩动作,留针 10 分钟,行患肩推拿手法。推拿:取天宗、肩前、肩贞、肩髃、肩髃,在患肩施

以滚、按、捏、拿、推、抖、摇、揉等手法,推拿20分钟,推拿后起针,加TDP神灯照射,将TDP对准肩髃、肩髃及疼痛点,照射30分钟。日1次,1周为1疗程。

治则:疏经活络,缓急止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:肩部疼痛完全消失,肩关节活动自如。显效:肩部疼痛明显减轻或无疼痛,关节活动受限明显改善。好转:肩痛减轻,关节活动受限轻度改善。无效:症状无改善。本组76例,痊愈70例,显效4例,好转2例,总有效率100%。

说明:本法疏经活络,缓急止痛,疗效满意。

参考文献:辽宁中医学院学报,2000;2(4):298

按摩处方(五十四)

取穴及操作方法:用2%利多卡因、0.5%普鲁卡因,将其等量混合液20毫升做前、中斜角肌肌间沟扇形注射,阻滞臂丛神经上、中干达到肩部镇痛,然后施行手法。提举顿拉:患者仰卧位,头垫低枕。术者立于患侧,助手位于患者头侧。术者一手拇指伸进胸大肌外下缘,扣住肌腹,余四指贴锁骨上方,另一手拇指插入背阔肌外下缘,大鱼际部顶住肩胛骨腋缘下部。助手同时用双手握拿患肢腕部,使掌心向健侧,快速提举顿拉拔直,闻肩部“咯嗒”声响,锁定片刻,使提肩胛肌伸展。内收内旋:术者一手虎口对向头部,做肩内收内旋,另一手同时向后扳住患者。此时,肩后可发出声响。压肩外展:术者一手掌压住患肩上部,另一手拿患肢肘部,做肩外展到90度,听到肩外上部“咯嗒”声响。环转回旋:患者侧卧,患肩在上,术者一手固定肩胛骨,一手执患肘进行顺、逆时针方向大幅度回旋,以充分松解残留粘连。患者各方向活动范围达到正常后,手法结束,稍事休息,无特殊不适,用三角巾悬挂患肢,术后24小时可进行功能锻炼,出现肩部疼痛、微肿可外敷三色三黄膏或用活血止藤片口服。

治则:疏通经络,活血消肿。

临床疗效:疗效标准:优:经麻醉松解术后1月,肩部疼痛消失,肩活动度前屈160度以上,外展75度以上,摸脊至T10以上。良:肩部疼痛明显好转,肩活动度前屈在120~160度,外展60~75度之间,摸脊在L1以上。差:肩痛减轻,肩活动度前屈在120度以内,外展60度以内,摸脊L1以下。无效:肩痛及肩部活动度均无改变。本组310例,优260例,良45例,无效5例,总优良率98.39%。

参考文献:江苏中医,2000;21(12):36

按摩处方(五十五)

取穴及操作方法:取合谷穴、肩三点和臂丛神经,位于锁骨上窝及前斜角肌后侧,以拇指按压为宜,重压臂丛神经,以达到患肢酸软乏力失去知觉为度,此时可抬肩拔伸法进行缓慢地强迫患肢上举,以侧平举为主,使其抬过肩关节时,可听到撕布样响,紧接着改用前举法,医者在完成前法后改用左手握住患者腕部,徐徐向上牵拉,可有响声。再在局部轻揉1~2分钟后,改用后反引伸法迫使患肢后伸,以达到功能位为度,可听到撕布样响声,待到功能位时,迅速将患肢后伸拉屈肘90度向健肩胛骨及肩部牵拉,同时左手护住肩部,以防肩关节脱位。然后回原位,左手护肩,右手持患者肘部,作肩关节活动,活动度由小到大,由慢到快,由轻到重,逐渐加大加快加重,以患者能忍受为度。最后在肩部几个压痛点作弹拨和滚揉按摩5~10分钟。

治则:疏通经络,活血消肿。

辅助治疗:手法完毕,嘱患者作肩部功能锻炼。药物治疗,原发型急性期,用温阳行痹汤:黄芪50克,桂枝、赤芍、白芍、羌活、伸筋草各15克,干姜9克,细辛3克,大枣5枝,随症加减,日1剂水煎服。继发型用加味舒筋饮:全当归、赤芍、海桐皮各15克,沉香(后下)、川芎、桂枝各6克,羌活、甘草、桔梗各10克,细辛3克,丹参20克,生姜3片,日1剂水煎服。

临床疗效:疗效标准:痊愈:肩关节功能活动自如,疼痛消失,恢复正常工作。好转:肩关节功能活动基本恢复正常,上臂前上举可达150~160度,后伸、内旋、可摸健侧肩胛尖,内收搭肩,肘尖可达胸中线,有轻度压痛感。无效:治疗后无明显改变。本组250例,痊愈240例,好转9例,无效1例。

参考文献:时珍国医国药,2000;11(10):925~926

按摩处方(五十六)

取穴及操作方法:两组各43例。本组用推拿法:取肱二头肌长头腱、冈上肌、冈下肌、小圆肌、肩胛下肌、三角肌、背阔肌、胸大肌,进行分筋手法。医者以右手拇指指腹从肌肉的起点至止点左右弹拨肌肉。关节僵硬严重者,医者立于患者患侧,患者上肢搭在医者肩上,医者半下蹲位,用右拇指指腹在腋下有力弹拨肱三头肌腱,力度要渗透、均匀,以患者能忍受为度,每次15分钟左右。

针刺法:取肩髃、肩前、肩后、肩贞、阿是穴,用29号2~3寸毫针,局部消毒后,快速刺入,深度为1.5~2.5寸,捻转幅度可依体质调整,手法以捻转泻法为主,局部有痠胀感,以患者能耐受为度,留针20分钟。日1次,先推拿后针刺,10日为1疗程,疗程间隔2日。

治则:解痉止痛,松解粘连。

辅助治疗:对照组用中华跌打丸2粒/日3次饭后服,10日为1疗程,疗程间隔2日。

临床疗效:诊断标准:参照1991年在湖北召开的全国第二届肩周炎学术研讨会肩周炎诊断标准(郭长发等,《肩周炎的诊治与康复》,北京中国医药科技出版社,1993年)。疗效标准:参照全国第二届肩关节学术研讨会肩周炎疗效标准。用2个疗程,两组分别治愈12、2例,显效16、5例,好转各11例,无效4、25例,总有效率90.69%、41.86% ($P < 0.01$)。

说明:两法具有解痉止痛,松解粘连的作用,疗效满意。

参考文献:广西中医药, 2000;23(6): 32

按摩处方(五十七)

取穴及操作方法:用缓解松弛法:用擦、揉、滚、捏、搓等手法,配肩俞、肩贞、肩髃、曲池、肩髃、肾俞、关元、足三里、合谷等穴。再伤性活动:对患部施以拨筋、弹筋、扳、摇和抖等手法,松解粘连,滑利关节。

治则:松解粘连,滑利关节。

辅助治疗:分离牵引:对痛肩小角度外展牵引、前上举牵、患臂向健侧肩牵引、患臂向后脑方向牵引、屈臂向背部牵引等,牵引3~5次,每次10~20秒。心理训练:用自我暗示训练以及放松训练。医疗体育:采用手臂旋转、弯腰甩手、摆手摸异侧耳、摇膀子、手指爬墙、吊单杠等手法。日1次,10日为1疗程。

临床疗效:疗效标准:痊愈:临床症状消失,肩关节功能恢复正常。显效:主要临床症状消失,前上举大于160度,外展上举大于130度。好转:活动范围较以前增大,夜间疼痛减轻。无效:治疗3日病情无好转。本组62例,痊愈42例,显效13例,好转5例,无效2例,总有效率96.6%。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(6): 8~9

按摩处方(五十八)

取穴及操作方法:本组100例与对照组54例,均采用推拿手法:患者坐位,先用一指禅推法、弹拨法,于肩髃穴、肩贞穴以肩内陵及肩关节周围明显压痛点治疗3~5分钟。左肩关节前侧、外侧及后侧用滚法、拿法、掌揉法,放松5~10分钟,以肩关节周围肌肉张力有所下降为度。以摇法、扳法、拔伸法使肩关节前屈后伸、外展、内收及内外旋转,最后以搓法、抖法结束。

本组并用澳式手法:采用分离牵引、长轴牵引、向头侧滑动、前屈向足侧滑动、外展向足侧滑动、前后向滑动、后前向滑动、外展摆

动、水平内收摆动、后前向转动、前后向转动、内旋摆动、外旋摆动等方法各反复治疗多次。

治则:疏通经络,理筋止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:关节活动度恢复正常,疼痛消失。显效:肩关节活动度明显改善,前屈及外展大于120度,后伸大于30度,内外旋大于70度。有效:疼痛缓解但关节活动度低于显效者。无效:疼痛及关节功能无改善。两组分别治愈54、10例,显效24、16例,有效18、22例,无效4、6例,本组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):10~11

按摩处方(五十九)

取穴及操作手法:1. 患者取坐位,作拔、运手法。拔法:重点在肩前三角肌前部及喙突处拔筋,肩胛冈上及冈下部痛点处拔,一般拔十余次,并做被动内收动作。

运法:重点是活动关节,医生站在病侧,帮助患者做梳头动作十余次,继之将上臂前屈后伸3~5次,再将患臂靠近体侧向背后伸,屈肘屈腕,中指尖触棘突,每次治疗要求活动范围稍高一些,一般要求升高1~2个棘突。

2. 患者取仰卧位,作外旋、外展、上举、梳头和擦汗动作。

外旋:患侧前臂屈肘并靠近体侧,以肘尖为支点,医者一手轻轻固定肘部,一手握住患肢腕部做外旋动作20次左右(如果患者家属能配合患者每天外旋动作,疗效可提高)。

外展:患臂外展,医者一手把握患者腕部,一手推肘部,做外展活动。

上举:在求患肢举时手心向内,上举到当天的最大高度时(发生痛感),医者腹部靠近患侧肘部,使之稳定2~3分钟,疼痛减轻时,或基本消失后,重复手法进入新的高度。

梳头和擦汗动作:这是肩关节的复合功能锻炼,在床上做10

次左右。梳头动作要求患肘屈曲,前臂向前向上,掌心向下,患侧的手逐渐摸到对侧的耳部和头部。擦汗动作在求患肘屈曲,前臂旋前,掌心向上,尽量用肘部擦额部。

治则:疏通经络,化瘀止痛。

临床疗效:疗效标准分优、良、好、差四级。优:肩关节功能恢复正常或接近正常,无疼痛,恢复原工作;良:肩关节功能明显改善,上举 150 度以上,能做到后伸摸棘,有时疼痛,恢复原工作;好:肩关节受限功能有改善,疼痛减轻;差:无变化。本组病例全部有效,优良率为 71.5%。据临床观察,经过 1 个月治疗一般均可见明显好转,治疗 2 个月左右后多数病例可基本恢复正常。本组 158 例中,男 58 例,女 100 例,男:女为 1: 1.7。年龄最大 77 岁,最小 39 岁,其中 45 ~ 55 岁 114 例,占 72.1%。病程 3 ~ 6 个月 103 例,7 个月 ~ 1 年 24 例。1 ~ 2 年的 16 例,2 ~ 4 年的 14 例,5 年者 1 例,左肩 63 例,右肩 77 例,双肩 18 例。

注意事项:1. 通过肩关节造影响发现,有的患者肩关节容量只有几毫升,说明关节囊内粘连严重。如一次暴力推拿,撕裂组织范围广泛,组织反应重,不仅功能恢复差,甚至可完全丧失恢复功能的机会。另应注意全身情况,如果合并内科疾患(如心血管病)更应注意手法的刚柔与简繁适中。对骨质疏松而粘连较重者,亦需多加小心,以免发生骨折。

2. 解除粘连要注意体位。解除上举位的粘连时,患者取仰卧位,医者粘立患侧,助手固定骨盆,患肢上举要顺筋顺脉,伸肘,掌心向内,尽量靠耳侧板压。否则在外上斜位当肌肉放松时,患肩易于发生前下方脱位。上举位功能受限严重者,一般以分 2 ~ 3 次解除为宜,其间隔时间以一周为好。解除内收位的粘连时,患者取坐位,患肘屈曲,医者一手托肘内时收,另手压住掀起的肩胛部,配合一手相对施压。内收位粘连一般解除即可。上举位和内收位的粘连同时存在者,要分次解除。

3. 解除粘连要闻响则止,即在解除粘连时感到或听到响声就停止,这样损伤少、组织反应小、吸收快、功能恢复好、疗效稳定,粘连解除后,必须配合适当的功能练习(主动锻炼与被动手法治疗)能够消除局部肌肉痉挛,改善局部血液循环,促进炎症和粘连组织吸收。从而使患肩的功能逐步得到恢复。

说明:我们用中西医结合的方法治疗冻结肩收到较好的疗效。

参考文献:陈正光等,中医杂志,1981;22(6):44

按摩处方(六十)

取穴及操作方法:患者坐位,术者立于患者后侧,一手扶健肩,摩药丸(生川乌、生草乌、生南星、公丁香各3克,麝香1克,冰片5克,细辛、三棱各10克。诸药研细粉,过200目筛,和黄蜡成丸,每丸3克,密封贮存备用)置另一掌中摩于患肩,至药丸涂尽;取内收内旋法;嘱患者取侧屈肘,术者握持患肢肘部,使其紧贴胸壁,左手将患手拉向左肩,使右肩内收旋;内旋后伸法:先将患肢内旋,屈肘使前臂置背后,术者右手握持患肢肘部,使其紧贴胸壁,左手拉患手向健肩方向;外展外旋法:患肢屈肘,术者左手扶患肩固定,右手拉患手向外向上,使患肩外展外旋;上举外旋法:术者左手握持患肢肘部,右手握患肢腕部,使患肩前屈上举。以上每种手法反复10次,幅度以患者能耐受为度,操作过程中可感到肩关节有清脆的粘连撕裂声。日1次,每次15分钟,1周为1疗程。

治则:疏通经络,活血消肿。

临床疗效:本组74例,治愈53例,好转17例,无效4例。

参考文献:中医外治杂志,1999;8(3):10

按摩处方(六十一)

取穴及操作方法:外展功能明显受限,有扛肩现象者则配合手法治疗,患者仰卧,经肌间沟麻醉下,术者一手固定患肩,另一手握住患肢,先充分外展、上举,然后再前屈、后伸,最后使患肢内外旋

第五章 骨伤科疾病

转。在给患肢作外展、上举等手法时常可感觉到有撕破布样撕裂声,提示粘连已松解。术后第2~7日应指导患者坚持作蝎子爬墙等功能锻炼,防止再次粘连。1周后如果症状没有改善,可重复手法1次。

治则:舒筋活络,松解粘连,活血止痛。

辅助治疗:解冻汤含制川乌、干姜、赤芍各10克,细辛5克,桂枝12克,桑枝、防风各15克,白芍25克,甘草6克。随症加减,日1剂水煎服,7日为1疗程。

临床疗效:本组827例,痊愈695例,好转114例,无效18例。

参考文献:中医正骨,1999;11(4):8

按摩处方(六十二)

操作及手法:(1)弹拨:患者坐椅,如肱二头肌短头肌损伤为例,在喙突肌弹拨,边弹拨边使患臂作被动手伸。

(2)捋顺:在患臂外展后伸位,顺该肌腱捋顺数遍。

(3)顿拉法:右侧为例,医者立于患者斜前方用左手按肩部,拇指按压喙突处,右手拿住患肢腕部,屈肘并高抬,掌心朝后,然后将上同右斜前下方迅速顿拉,重复2至3次。

治则:疏通经络,理筋止痛。

辅助治疗:针灸疗法:(1)处方:肩髃、肩髃、肩前、阿是穴、条口、阳陵泉。

(3)治法:分部近取与远取相结合,用泻法,留针。

(3)随证配穴:上臂痛,配臂臑,曲池;肩胛痛,配曲垣,天宗。

以上治疗方法每日或隔日一次,十次为一疗程。

临床疗效:治愈:局部疼痛,压痛消失或基本消失,肩关节功能活动正常。显效:疼痛基本消失,压痛明显减轻,肩关节功能活动基本正常。好转:疼痛减轻,肩关节功能活动部分改善。无效:症状体征均无改善。本组284例中,治愈174例,占61.3%,显效68例,占23.9%,好转41例,占14.4%,无效1例,占0.4%,总有效

率达99.6%。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995;(6):683~684

按摩处方(六十三)

取穴及操作方法:患者坐位,对风池、天宗、肩髃、手三里、列缺、天应穴点穴按摩,每穴1~2分钟;对肩部肌筋轻柔按摩拍打约5~10分钟;然后轻旋肩关节4~5圈,置臂后伸屈肘,掌心向外,医者握其手腕,快速上提拔筋,常可闻及刷刷之音;最后轻柔按摩肩部,充分放松约5~10分钟。隔日1次,10次为1疗程。手法后肩部疼痛明显者,用炎痛喜康片20毫克/日1次睡前服。

治则:疏通经络,活血消肿。

临床疗效:疗效标准:治愈:肩关节功能恢复正常,肩无疼痛。显效:肩关节功能恢复正常,偶有肩部隐痛。无效:因肌肉萎缩严重,功能无改善。本组57例,用1~3个疗程,治愈42例,显效13例,无效2例,总有效率96%。

说明:本法活血通络,舒展筋脉,疗效显著。

参考文献:浙江中西医结合杂志,2000;10(7):432

按摩处方(六十四)

取穴及操作方法:以运动疗法为主,结合按摩和针灸治疗。令患者耸肩以活动肩胛带;患者仰卧位,医者握住患侧手,手掌相触,腕背伸,另一手持患肘保持伸展,将肱骨头推入关节窝进行挤压,边挤压边将患肢做充分前伸、外展运动;以揉摩、拿捏手法按摩肩胛骨周围的肌肉,手法宜轻,可轻点肩髃、肩髃、肩井、肩贞穴;行肩胛骨活动及肩关节主、被动活动,在不损伤关节及其周围结构前提下,进行肩关节无痛性全范围被动活动;针刺肩髃、肩髃、天宗、曲池、合谷等穴,行手法刺激至出现痠胀感,留针20分钟;平时注意在患者仰卧位时将偏瘫侧上臂紧贴腹部,并在肩部垫一个5~7厘

米高枕头,以保前臂不被压,侧卧位时患侧在上,前臂微屈于胸前,脱衣时应先健侧后患侧,坐位时要将患肢始终置于身前桌上,保持腕背屈。日1次,每次30~60分钟,每周5次,8周为1个疗程。

治则:抑制屈肌痉挛,提高关节周围肌肉张力,增加关节稳定性。

临床疗效:本组34例,用1~4个疗程,好转25例,明显好转4例,总有效率85.3%。

说明:本法抑制屈肌痉挛,提高关节周围肌肉张力,增加关节稳定性,疗效显著。

参考文献:中国民间疗法,1999;7(10):31

背肌筋膜炎

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者俯卧,抹上万花油或麝香风油精,将大号或中号玻璃火罐扣在双侧风门穴上,待吸定后一手绷紧皮肤,一手扶罐底,由上而下慢慢移至腰部肾俞穴,停留2分钟,再由肾俞由下而上推至风门,两侧交替进行,反复3~5次,至皮肤出现两长条潮红或轻度瘀血为止。拔时以足太阳膀胱经为主,一般两罐,必要时4罐同时进行,即脊柱旁开1.5、3寸处双侧同时进行,待背部呈现4条红色长条潮红时取下。推拿法:用滚法放松背部,点按肩井、天宗穴,掌揉肾脉长强至大椎,用分、顺、按、拨等手法理筋,提拿骶棘肌,揉捏阿是穴,横擦肾俞到产热,辅以锤、叩法,最后以背部密拍法结束。日1次,每次25~30分钟,10次为1疗程。

治则:活血通络,柔筋止痛。

临床疗效:本组18例,用2个疗程,痊愈8例,好转8例,改善1例。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):17

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者俯卧,医者以两手指掌侧并置于背部大椎穴平高处,向下沿脊柱两侧经膏肓穴至膈关穴止,反复直摩5~10分钟。医者以两手四指背屈,置于脊柱两侧自风门穴处沿背部肋间隙自内向外下方推摩至腋后线止,自上向下摩动至膈俞穴止3~5分钟。患者头向后仰,收腹挺胸,医者以两手拇指对置左或右肩胛内侧脊柱缘上方肩中俞穴处,着力点按,并逐步沿肩胛内缘下移经魄户、膏肓至肩胛下角内缘止,3~5分钟。医者用掌根由上向下,由内向外推按背部肌肉(重点在患处)2~3分钟。医者以按揉法沿背部两侧膀胱经脉走向,由上至下到腰骶部来回3~5分钟。医者在背部行拍打法,由上至下3~5遍,以患者感觉轻松且皮肤微红晕为好。

治则:疏通经络,活血止痛。

辅助治疗:用走罐疗法:患者俯卧,取背部膀胱经脉,皮肤敷上液体石蜡油,走罐10余遍,来回均匀,皮肤出现紫黑或红点后,擦去石蜡油,抹上伸筋液(伸筋草、透骨草、生木瓜、生栀子、路路通各40克,五加皮、苏木、樟脑、羌活、独活各30克,三棱、莪术、秦艽、海桐皮、红花、桂枝、赤芍药、威灵仙、川芎、刘寄奴、千年健、胆南星各20克。加白酒4000克、米醋1000克浸泡,严密7日后过滤取液)。隔日1次,7次为1疗程。

临床疗效:疗效标准:痊愈:各种症状及压痛点均消失,功能活动恢复正常。显效:大部分临床症状消失,但仍有轻度的局限性压痛,每遇阴、寒、雨天仍稍有不适。有效:临床症状有所好转,但总体改善不甚理想。无效:治疗前后各种症状及压痛点无明显变化。本组106例,痊愈82例,显效14例,有效9例,无效1例,总有效率99.1%。

参考文献:河北中医,2000;22(9):691~692

按摩处方(三)

取穴及操作方法:患者取舒适体位,以拿、捏、滚、推、点、拍、揉、按等方法,不同部位而择优施之。6~8次为1疗程。

治则:通经活络,活血止痛。

临床疗效:本组30例,痊愈22例,有效8例。

说明:本法可使肌肉整复,增加血液循环,局部温度增加,有通经活络、止痛、恢复功能作用。

参考文献:湖北中医杂志,1999;21(7):305

冈下肌肌腱炎

冈下肌肌腱炎多发生于中青年,多有劳损史,其起病一般较缓慢,尤其在旋外活动时感觉疼痛,且一般局限于肩关节囊后方,在受凉或外伤后疼痛加重,严重时影响睡眠和日常生活,临床予以对症治疗及中医药护理。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:取坐位或卧位,术者双手拇指对置于肩下三角肌下之臂臑处按压,再逐步移动至臑会穴,次移至肩部后方之肩点臑会穴。肩髃下肩井、天宗穴处长按,反复操作3~5分钟。

治则:疏经通络,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:手法按摩后,症状和体征消失,活动自如,恢复正常工作。显效:按摩后疼痛减轻,临床症状明显好转。无效:无变化。本组28例,痊愈25例,显效3例,总有效率100%。

参考文献:吉林中医药,1999;19(4):46

按摩处方(二)

取穴及操作方法:坐位,术者在其背部压痛处进行分筋(用拇

指在患处与纤维方向垂直左右弹拨)、理筋(用拇指将移动的软组织、韧带、肌腱、肌纤维、神经等扶正,再顺纤维方向按压复平)手法,并在冈下肌最痛点常规消毒后封闭强的松龙和2%利多卡因各2毫升,3日1次。封闭后行点穴(对封闭处用拇指点按压,促进药物吸收)、滚法(对冈下肌周围肌肉进行连续滚法按摩),治疗3~5分钟。

治则:疏通经络,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:肩胛部疼痛完全消失,肩、手活动自如,无疼痛痠麻感,随访半年以上未再发作。好转:肩胛部疼痛明显好转,冈下肌按压稍痠痛,但肩手活动如常,不影响工作。无效:连续治疗3次症状无改善。本组196例,痊愈173例,好转21例,无效2例。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(2):14

斜方肌纤维炎

按摩处方(一)

取穴及操作方法:指拨法:用拇指指端用力于病变局部,以压痛点为主,自上而下,自内向外,沿筋内纹理垂直方向做斜形拨动。并配合指拨肩井、天宗、肩外俞等穴,每次5分钟,日1次。揉法:在指拨的同时可交替使用揉法,用拇指指腹或掌根用力,以压痛点或压痛区为中心,做腕关节的回旋运动;手法应轻柔缓和,使患者有放松舒适感,局部感觉发热为佳,每次5分钟,日1次。

治则:活血消肿,通络止痛。

临床疗效:本组80例,临床治愈74例,显效6例,总有效率100%。

参考文献:广西中医药,1999;22(6):43

按摩处方(二)

取穴及操作方法:用掌根、大鱼际、小鱼际按揉肩背部4~6遍,并点按阿是穴、定喘、胸1~10夹脊、风门、肺俞、心俞、膈俞、肩井、天宗、秉风、曲垣、巨骨、风池、天柱等穴,每穴30秒,反复4次;用掌根、大鱼际、小鱼际按揉肩背部痛点,拿颈肩部肌肉5分钟;捏脊法由腰俞至大椎,连续4~5次;最后用整理手法拍击肩背部2分钟。

治则:疏通经络,通督止痛。

辅助治疗:中药熏蒸:用伸筋草40克,透骨草、荆芥、千年健、桂枝各20克,防风、附子、路路通、秦艽、独活、麻黄各15克,威灵仙30克,红花25克,研末装入布袋内,将布袋装入智能熏蒸仪内,并加水5升,加热40分钟后熏蒸患部40分钟。均日1次,10次为1疗程。

临床疗效:疗效标准:痊愈:肩背部疼痛、痠胀、沉重等症状消失,肩背部无压痛点,肩背部活动正常。显效:症状体征基本消失,但劳累、天气变化时偶有痠胀不适等复发。有效:痠胀疼痛症状改善,仍有压痛,气候变化、劳累时肩背部痠痛不适加重。无效:治疗前后临床症状无缓解。本法治疗总有效率97.8%。

参考文献:中国中医基础医学杂志,1999;5(增刊上):157

肱骨外上髁炎

肱骨外上髁炎又称网球肘,是伸腕肌腱起点的慢性损伤。本病的发生,往往与职业工种有关,好发于家庭妇女,木工、砖瓦工及网球运动员等,以右侧多见。是由于长期作旋转前臂和伸屈腕关节的劳动或运动、造成肱骨外上髁部肌腱、肌肉慢性牵拉性损伤,甚则撕裂而引起。临床表现:起病缓慢,一般无急性损伤史,患者肘外侧疼痛,握物无力。握拳、拧毛巾、扫地均能使疼痛加重。检

查时肱骨外上髁到桡骨颈的范围内可找到局限性的压痛点,抗阻力伸腕时疼痛明显。密尔征阳性:伸肘、握拳、屈腕、前臂旋前、肘外侧部疼痛。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者取坐位,患侧肘关节呈半屈曲状放在桌上,在外上髁最疼处用手指压一压迹,用碘酊、酒精消毒后,用2%奴夫卡因局麻,术者左手固定肘下部,右手持针刀在手压压迹处刺入,刀尖达骨质,先纵行疏通剥离,后横行剥离,剥离范围不要过大,退出针刀,针眼处用无菌纱布敷盖。

治则:疏通经络,活血止痛。

临床疗效:治疗54例,结果:一次治愈49例,二次治愈5例,经6个月至2年观察未复发,并未见其它并发症。

参考文献:中国骨伤,1992;5(5):34

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者坐位,用轻柔一指禅推法于肘部肱骨外上髁处反复治疗约5分钟,再沿桡侧伸腕长短肌起点至第二及第三掌骨底背面用一指禅法反复治疗约5分钟。用弹拨法沿桡侧伸腕长短肌起点至止点反复治疗2~3分钟。用滚法及按揉法从肘部至前臂行放松治疗,时间3分钟。术者一手握住患者腕部,使肘关节屈曲45~60度角左右,另一手拇指按揉及弹拨肱骨外上髁前方凹陷处(即桡侧伸腕长肌起点),边治疗边伸直肘关节。配合点按清冷渊、尺泽、曲池、外关、合谷等穴。最后以平推法沿肘部外侧至腕部平推透热后结束。

治则:行经通络,调和气血。

临床疗效:疗效标准:痊愈:肘部疼痛完全消失,前臂旋转及腕关节背伸时无疼痛,手掌向下能负重平举。显效:肱骨外上髁及肱桡关节附近疼痛基本消失,当前臂旋转及腕关节背伸时有轻微疼

第五章 骨伤科疾病

痛。好转:肘部疼痛减轻。无效:症状及体征无改善。本组 72 例,痊愈 48 例,显效 18 例,好转 6 例。

说明:本法行筋通络,调和气血,疗效满意。

参考文献:中国民间疗法, 2000;8(3):19

按摩处方(三)

取穴及操作方法:推拿,在患侧疼痛部位用振法及点按法治疗 2~3 分钟,再用弹拨法,医者以双手食、中指拿住肱桡肌与伸腕肌向外扳,嘱患者患肢前臂旋前,医者用拇指向外方紧推邻近桡侧伸腕长短肌,反复数次,弹拨范围可上下移动。浮针疗法,在距阳性反应点下方或上方 2~5 寸处确定进针点,常规消毒后,用 2 寸毫针,针尖对准阳性反应点,快速平刺进针,透过皮肤后将针身平贴皮下纵向进针,深度为 1.5 寸左右,不行提插捻转,患者应无痠麻胀痛等感觉,进针完毕后,胶布固定,留针 1~2 日后出针,间歇 1~2 日,再行浮针。

治则:活血消肿,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:肿胀、疼痛消失,压痛点索状物消失,手臂活动自如。有效:疼痛减轻 75% 以上,手臂活动基本自如。好转:疼痛减轻不到 50%,其余症状无明显改善。本组 50 例,痊愈 42 例,有效 5 例,好转 3 例。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(3):30

按摩处方(四)

取穴及操作方法:晃开肘:患者坐位,医者立于侧方,一手握患肢手腕,一手拇指点按痛点,屈伸旋转晃开肘关节,使肌肉、关节松弛。

指搭肩:医者一手托住患肢肘部,轻轻屈肘,使患肢手指搭至肩部。

旋肘肩:医者一手托肘,一手握腕,轻轻向内旋转肘、肩关节,

并使患肢保持屈肘位,反复数次。

托挺肘:连续动作,渐渐使肘伸开,至稍屈位时,医者托肘手稍事用力,使肘部挺直,动作连续,用力要稳,切忌用力过猛过大。

拨揉筋:医者一手握腕,一手托肘,用拇指抚摸痛点,并拨揉肌筋,从而松动局部,缓解疼痛,反复数次。

捏揉筋:伸直患肘,一手握腕,一手捏揉疼处,使之有发热感。

搓揉肘:患者肘伸直,医者一手握腕,另一手搓揉肘部,从前臂直至上臂边连续反复数次使局部有发热感。最后一次治疗后,在局部压痛点,用2%盐酸利多卡因2毫升,醋酸氢化泼尼松25毫克,维生素B₁₂500微克做局封治疗,放射状注射。

治则:疏经通络,活血消肿。

临床疗效:本组25例,疗效满意。

说明:观察按摩与封闭结合治疗肱骨外上髁炎的临床疗效。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):19~20

按摩处方(五)

取穴及操作方法:取阿是穴、曲池、手三里,灸前取生姜切成厚约0.3厘米的片,中间穿刺数孔,将姜片贴于穴位上,上置陈艾绒和少量研末的没药、独活,点燃。片刻药气即或透入皮肤。患者觉灼痛难忍时,可将姜片略提起,稍后放下再灸。每穴2壮,日1次,6次为1疗程。灸毕,在肘部痛点及其周围作按摩、揉拿理筋手法,共6~8分钟。后术者一手握住患肢的腕部,另一手托住肘后,先伸屈肘关节数次,再作肘关节顺时针与逆时针旋转活动,日1次,6次为1疗程。

治则:活血祛痹,舒筋通络。

临床疗效:本组50例,痊愈32例,显效10例,好转6例,无效2例,总有效率96%。

说明:本法温经散寒,活血祛痹,舒筋活络,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):32~33

按摩处方(六)

取穴及操作方法:患者正坐,医者立于患者右侧,以左脚踏于另一矮凳上,使患者前臂平放于医者左膝上部,并随手法着力点移动而移动医者膝部,使施术处无悬空感,先沿肱骨外侧髁向前臂伸肌群方向(手阳明大肠经循行路线曲池穴至阳溪穴)依次施以滚法、按揉法,一指禅推法,再右手持患肢腕部,左手用屈曲的拇指指端压于肱骨外上髁前方,其余四指放于肘关节内侧,呈空拳状,医者以右手逐渐屈曲患者肘关节及腕关节至最大限度,并使前臂旋转后位,左手拇指用力按压患者肱骨外上髁前方,然后再伸直肘关节,同时医者左手拇指推至桡骨头之前上面,沿桡骨头前缘向后弹拨腕伸肌起点,如此反复进行10余次,再向远端弹拨至下廉穴,最后用石蜡油擦肘外侧及前臂伸肌群,结束手法。每次约30分钟,日1次,7日为1疗程,疗程间隔3日。

治则:舒筋通络,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:治疗后症状及主要体征消失,功能恢复正常,半年未复发。显效:症状及体征基本消失,功能有较好改善,劳累后稍有不适,休息后症状自动消失或缓解。有效:症状及体征部分消失,功能改善较少。无效:治疗前后症状、体征及功能无改变。本组107例,治愈78例,显效24例,有效5例,总有效率100%。

参考文献:实用中医药杂志,2001;17(2):34

按摩处方(七)

取穴及操作方法:本组54例,以右侧外上髁炎为例,患者坐位,医者左手将患肘托起,右手在痛点进行揉按并用拇指顶部垂直于痛点进行自上而下的刮拨10次左右,然后以右手握其前臂腕部牵拉,并做旋前手法活动3~5次,常可听到解除粘连的响声,患者顿时感到疼痛锐减。每周1次,5次为1疗程。封闭疗法:用2%

盐酸普鲁卡因 4 毫升或 2% 利多卡因 4 毫升,加强的松龙 25 毫克或氟美松 10 毫克,痛点局部封闭,5~7 日 1 次,5 次为 1 疗程。对照组 50 例,用强的松 10 毫克、芬必得 0.3 克,均日 3 次口服,外贴伤湿膏。

治则:疏经通络,活血止痛。

临床疗效:诊断标准:参照全国医学高等教材《外科学》拟定。
疗效标准:治愈:局部疼痛症状消失,无压痛,密尔斯试验阴性。好转:局部疼痛明显减轻,但有轻压痛,密尔斯试验阴性。无效:症状、体征无改善。两组分别治愈 45、27 例,好转 5、13 例,无效 4、10 例,总有效率 92.6%、80%,本组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

参考文献:湖南中医药导报, 2000;6(11): 35

按摩处方(八)

取穴及操作方法:坐位或仰卧位屈肘,在肱骨外上髁找出压痛点并做好标记。用 2% 利多卡因 3 毫升加醋酸强的松龙 25~50 毫克,于压痛点进针到肱骨外上髁后可略退针头,有明显的胀痛感回抽无血后即快速推入药液,拔针后用无菌干棉球压于针孔处。术者一手握患者肘部,拇指在上压于针孔棉球上,余指在下,另手握腕部,快速加压按摩注药处。按摩时两手配合,拇指紧压棉球由外向内反复按摩 2~3 分钟,并沿前臂桡侧施用推拨法反复 10 余次,再用运、摇、旋前旋后,屈伸肘关节 3~5 次。1 周治疗 1 次,3 次为 1 疗程。

治则:疏通经脉,活血消炎。

临床疗效:疗效标准:治愈:经封闭手法治疗后症状完全消失。好转:治疗后症状明显减轻,但活动时仍略感疼痛。无效:疼痛无改变。本组 468 例,治疗 1 次治愈 372 例,2 次治愈 89 例,3 次治愈 4 例,无效 3 例,治愈率 99.4%。

参考文献:山东中医杂志, 2000;19(12): 738

按摩处方(九)

取穴及操作方法:疏筋活血法:患者正坐位,在肘外侧做侧滚,痛点部做指滚和揉捻法,使局部有发热感;然后用点按法,点按曲池、外关等穴位。

弹拨法:将患肢前臂旋后,屈肘置于腹上,于肘下垫一软物,用双手食中指拿住肱桡肌与伸腕肌向外紧扳,嘱患者患肢前臂旋前;再用拇指向外方推邻近桡侧腕长短肌,反复数次上下翻动弹拨。

滚法:用搓滚手法自上而下,自下而上搓腕肘外侧肱骨外上髁及前臂伸肌群,反复搓动数次,日1次,10次为1疗程。

治则:舒筋通络,活血祛瘀。

临床疗效:疗效标准:治愈:疼痛及压痛消失,持物无疼痛,肘部活动自如。好转:疼痛及压痛好转,肘部功能改善。无效:治疗前后症状及体征无变化。本组68例,用2个疗程,治愈51例,好转15例,无效2例,总有效率97%。

说明:本法疏筋通络,活血祛瘀,行气止痛,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):41

按摩处方(十)

取穴及操作方法:(1)松筋解痉:患者取坐位,患肢屈肘放在桌上或治疗台上,肢体下垫以枕头或软物,肢体完全放松。术者坐于患者病侧,先用揉、捏、摩、推等手法放松整个前臂肌肉,解肌轻轻提拿,最后沿肌腹走向由上而下理顺3~5遍。手法宜轻柔,由浅入深,反复多次,约2~3分钟。

(2)松解粘连:用拇指在肱骨外上髁及其周围以及稍下方的肱桡关节间隙、桡骨小头处,做推、摩、拨离等手法,沿肌纤维及垂直于肌纤维的方向,作上下与左右的推、拨。手法要求慢而深在,以拨离、松解粘连。

(3)屈伸拨筋:术者一手握住患者腕部,使掌心向上,另一手

握住患者肘部(右手患病用左手,右肘患病用右手),拇指在肘外侧,按压其肱骨外上髁,其余四指在内侧,推拿时一手使患肢手屈伸,一手用拇指在其外上髁作上下来回拨动。注意拇指要紧贴皮肤,作用深在,不浮于表皮上。患者有痠痛感,手法轻重及重复次数视病情而定,以不加重疼痛为准则。

(4)旋转拨筋:医者一手做患肢前臂的旋前与旋后运动,另一手拇指在患肢桡骨小头处,沿环状韧带方向来回拨动,旋后时内推,旋前时向外拨,协调一致,反复10次。

(5)疏理筋肉:用掌根揉,双手搓上臂、前臂及抖动上肢,以放松整个前臂肌肉而结束。

推拿治疗每日1次,每次10~15分钟,10次为1个疗程,约需2~3个疗程。开始治疗的最初几天,局部疼痛还可能加重。除手法宜轻柔外,可配合用中药熏洗或红外线照射。一般在5~6天后症状逐渐减轻,此时可逐渐减少推拨手法,加用前臂伸肌肌腹的揉、滚法。并嘱患者多做放松性的屈伸肘关节和用健侧手揉、捏、按、摩患肢前臂。

治则:疏经通络,活血消炎。

临床疗效:本法疗效较满意。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982:(7):303~305

按摩处方(十一)

取穴及操作方法:指压痛点法:患者取坐位,肘关节屈曲90度旋前位,使前臂伸肌放松,以拇指按压痛点5分钟,手法宜重,患者以有痛感、局部发热为适度,局部肌肉丰厚者,按压时间适当延长。三指按摩法:用食、中、无名指三指末节指腹按摩痛点及周围软组织5分钟,手法宜轻柔,患者感到痠胀舒适为适度。

治则:疏通经络,调和气血。

临床疗效:疗效标准:治愈:肱骨外上髁压痛消除,前臂抗阻力屈曲和旋转不加重疼痛。好转:肱骨外上髁仍有轻微压痛,前臂抗

阻力屈曲和旋转不加重疼痛,但前臂仍感乏力。无效:肱骨外上髁局限性压痛等症状无改善。

本组 86 例,治愈 73 例,好转 8 例,无效 5 例。

说明:本方疏通经络,调和气血,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(6):28

按摩处方(十二)

取穴及操作方法:于疼痛最明显处,常规消毒,确定进针点,用 2% 的盐酸利多卡因注射液 2 毫升,强的松龙注射液 0.5 毫升混合后注射,5~7 日 1 次,用 2~3 次。局部按摩,于注射部位,以大拇指行局部按摩,以揉按手法为主,先轻后重,逐渐使指力由皮肤渗透到骨膜;继之以剥掐法,以拇指尖对准疼痛部位进行剥离,松解肌腱,再以拇食二指提起局部行掐捏;最后用屈伸旋转法,一手按压疼处,一手拿住患肢腕部,将肘关节进行数次屈伸并前后旋转运动,并以轻揉手法结束。

治则:疏通经络,活血消肿。

临床疗效:本组 30 例,治愈 25 例,好转 5 例,复发 3 例。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):19

按摩处方(十三)

取穴及操作方法:用乳香、没药、红花、延胡索各 60 克,木瓜、栀子、大黄、白鲜皮各 30 克,放入布袋内,水煎,用毛巾蘸药液热敷,日 1 次,10 次为 1 疗程,疗程间隔 3 日。患者坐位,术者一手沾上药液于肘部外上髁处上下循伸腕肌及伸指总肌,用手背小鱼际滚,大拇指揉约 5 分钟;点按曲池、肘髁、阿是穴、手三里等穴,用手掌顺手阳明大肠经揉擦于肘部上下,由慢到快;于肘部病变处循伸腕肌及伸指总肌施以拔伸分离,前后弹拨,左右分离;并在肘部周围,做轻快和轻拍法约 2 分钟,对患者肘关节做被动关节活动术。日 1 次,每次 30 分钟,10 次为 1 疗程。

治则:活血化瘀,消肿止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:疼痛完全消失,功能活动恢复正常。显效:疼痛明显减轻,功能活动基本恢复。好转:疼痛减轻,功能活动有所改善。无效:治疗后未见任何起色。本组 48 例,痊愈 32 例,显效 20 例,好转、无效各 3 例。

参考文献:内蒙古中医药,2000;19(3):35

按摩处方(十四)

取穴及操作方法:初期用轻柔手法:抚、摸、推、揉前臂伸屈肌,弹拨肱二头肌,肱桡肌,牵引 5~10 分钟。

治则:活血化瘀,祛风除湿,通络止痛。

辅助治疗:并用海桐皮、土茯苓各 20 克,伸筋草、舒筋草、木通、黄芩、菖蒲各 15 克,泽兰、红花、透骨草各 10 克,水煎熏洗。成熟期在臂丛神阻滞麻醉下,按上法按摩的同时,松解粘连,滑利关节;并在持续牵引下,突然用发力一摔抖,常可听至骨经性肌炎断裂声及粘连撕裂声;在继续牵引下伸直屈曲肘关节 2~3 次;并用生南星、海藻、昆布、千年健各 20 克,生川乌、生草乌、川芎各 15 克,红花、豆根、白薇各 10 克,桂枝 6 克熏洗,外敷活血消肿中药。L 型活动托板固定,上午屈曲悬吊前臂到最大限度,下午伸直肘关节到最大限度。

临床疗效:疗效标准:优:肘关节无肿痛,关节活动度完全正常。良:肘关节无肿痛,关节活动度 10~130 度。尚可:肘关节微肿或轻度肌肉萎缩,活动度 50~110 度,学习生活无影响。差:肘关节肿胀,僵硬或萎缩,关节活动度少于 40 度。本组 21 例(初期 14 例,成熟 7 例),优 13 例,良 6 例,尚可、差各 1 例,优良率 90%。

参考文献:中国中医骨伤科杂志,2000;8(1):32~33

外伤性髌关节滑膜炎

髌关节滑膜炎多以关节内渗出液体进入关节腔内的反应,其表现为髌关节疼痛、肿胀和关节周围压痛,滑膜有摩擦发涩的声音,局部温度增高,髌关节活动后疼痛加重,血沉可稍增快,偶然白细胞中度增高,治以行气活血,舒筋止痛等之品。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患儿仰卧,先用手掌轻轻按摩髌关节周围,松解软组织痉挛,病程长者准备手法更应充分。复位时助手立于健侧,双手压住健肢膝及髌前上棘固定骨盆,术者立于患侧,一手按髌前上棘固定髌关节,一手握足踝部,先缓慢牵拉患肢,并略带内外旋转。将患侧髌、膝关节屈曲到最大限度,镇定片刻后内旋患肢,最后将患肢外旋、外展、伸直,待肌肉放松后,双下肢即可等长,功能立即恢复。1次手法复位不成功者,可隔日重复,复位后3日内不宜过度活动,以免复发。

治则:理筋通络,消肿活血,通利关节。

临床疗效:本组54例,经1次手法治疗痊愈46例,2次手法治疗痊愈8例。结论:本法疗效满意。

说明:观察手法治疗外伤性髌关节滑膜炎的临床疗效。

参考文献:湖南中医杂志,1999;15(4):56

按摩处方(二)

取穴及操作方法:手法治疗:患者仰卧,术者用一手虎口按在腹股沟处,另一手握小腿下端,将伤肢拔直,环转摇晃伤肢6~7次;然后将患侧小腿夹在腋下,拔伸牵引后,将伤肢髌、膝尽量屈曲,按伤侧腹股沟之手,改按膝部,用力向下按,嘱患者向健侧翻身,同时按膝之手改按臀部,以拇指抵住坐骨结节后下方用力戳

按,同时握小腿下端之手将伤肢拔直,连续操作2~3次。

治则:舒筋活络,行气活血。

辅助治疗:中药用当归、红花、苏木、白芷、羌活、姜黄、威灵仙、川楝子、土茯苓、牛膝、五加皮、海桐皮各15克,乳香6克,花椒9克,透骨草30克,水煎后先用热气熏蒸患处,后用药水浸洗患处,日2次,每次15~30分钟。

临床疗效:疗效标准:痊愈:临床症状及阳性体征完全消失,患肢功能恢复正常。本组40例,均获痊愈。

说明:本法疏筋活络,疏导腠理、疏通气血,活血止痛,疗效满意。

参考文献:中医外治杂志,2000;9(3):5

增生性膝关节炎

增生性膝关节炎多因膝关节滑膜受到骨刺刺激作用,而渗出液体进入关节腔内的反应,临床多表现为膝关节疼痛、肿胀,关节周围压痛,局部温度升高,疼痛以膝关节主动极度伸直,疼痛加剧,治以行气活血,祛邪止痛。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:第1步患者俯卧位,医者立于患侧,先用拇指或肘尖缓缓按压殷门、委中、承山穴各半分钟,以通经活络。在按压委中穴时可辅以缓缓弹拨。然后稍垫高踝部,先用拇、食、中指拿捏并弹拨位于腘窝部的小腿三头肌的内外头及股二头肌、半腱肌和半膜肌肌腱。继之用前臂紧压腘部,另一手握住踝部,尽量屈曲膝关节,以痛者能耐受为度,以增加关节的活动范围。第2步令患者改为仰卧患肢伸直位,医者立于患侧,用推法、掌揉法在膝部治疗2~3分钟,着重于压痛处;接着用拇指按压梁丘、犊鼻、足三里、血海、阴陵泉、阳陵泉等穴,至出现痠重胀感为度。然后一手

固定膝部,另一手多指扣紧髌骨周围作上下左右推动数次,再顺时针、逆时针旋转各 10 次。最后从大腿中部开始至踝部用捋顺手法治疗 10 次结束。3 日 1 次,3 次为 1 疗程。

治则:疏经通络,滑利关节。

临床疗效:本组 68 例,用 10 日~3 个月,痊愈 32 例,显效 34 例,无效 2 例,总有效率 97.06%。

参考文献:中医正骨,1999;11(6):26

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者仰卧或俯卧,术者以点、按、揉、拿等手法,分别在膝关节上下的前侧、后侧、外侧,按摩股四头肌、腘绳肌、腓肠肌等部位约 5 分钟。再进行膝关节的痛点按摩与屈伸牵引。最后用揉、捏、摩等轻柔手法,由上而下,由前而后按摩下肢 4 分钟。全套手法共 30 分钟。日 1 次,10 日为 1 疗程。

治则:疏经通络,滑利关节。

临床疗效:本组 20 例,用 1~3 个疗程,均有效。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):31

按摩处方(三)

取穴及操作方法:膝关节气功加分推法:患者仰卧位,膝关节屈曲或伸直均可,下肢肌肉放松。术者两手内劳宫穴对准患者膝关节发放外气,数分钟后两手拇指横放于膝关节两侧膝眼处,其余手指置于膝关节外后方,两手拇指沿膝眼,用适当力量作向心性推挤,5~10 遍。

捏膝拿股法:膝关节呈伸直位,术者用拇指外展,四指并拢成钳型,五指齐用力拿捏膝部,从上至下揉捏股四头肌 10~15 次,然后用拇指点按膝海穴(血海穴向上 1.5 寸),中指点揉膝外侧膝眼穴同时对合用力向前捏加揉捏 5 次左右,使膝部产生痠胀感或热感。

推髌揉股法:以拇指或掌根部在髌骨上缘股四头肌腱末端,用

横向推揉手法,推揉髌骨使之左右运动30次。

弹筋拨络法:患肢屈膝60度放松体位,用食、中指指腹点按腘窝后面的膕舒(委中穴下1寸)及膝池(委中上1寸)两穴5次左右,然后用捏弹法弹拨后侧筋膜。再在膝灵穴(委中旁内开1.5寸)处捏弹半腱肌。

膝关节引伸法:患者仰卧位,术者一手握住患肢小腿下部,另一手托住膝关节作伸屈及旋转运动,反复5~10次。10日1次,每次10~20分钟,10次为1疗程。

治则:理顺关节,通经止痛。

临床疗效:疗效标准:临床治愈:临床症状消失,关节功能基本恢复正常,能正常工作和生活。显效:各项主要症状基本消失,能基本胜任原工作和生活,但劳累后仍有不适和隐痛感。进步:症状有所减轻,关节疼痛轻微,功能活动有一定恢复。本组68例,用2个疗程,治愈20例,显效22例,进步26例。

说明:本法对理顺关节和止痛有明显的作用,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):40

按摩处方(四)

取穴及操作方法:开窍:血海、阴陵泉、阳陵泉穴,用指陷、指振等法推拿,每穴约1分钟。活血:轻揉大小腿部,由小腿到大腿(膝部不揉),反复数次。消肿:用掌平推法,由小腿经膝到大腿,一直推到腹股沟部,可两手交替操作,约推5~10分钟,使胀痛消减。

治则:滑利关节,通络止痛。

临床疗效:本组18例,用1~1.5个月,均治愈。

参考文献:河北中医杂志,1992;12(3):29

按摩处方(五)

取穴及操作方法:取坐位,医者立于患侧,取血海、阿是穴、内

第五章 骨伤科疾病

外膝眼及膝周,施以点、按、推、拿、揉、擦、屈伸、摇晃等手法,循序渐进,力量适中。并指导患者及家属自我按摩,日1~2次,每次20分钟。并进行功能锻炼。

治则:活血通络,滑利关节。

辅助治疗:内服止骨增生汤:熟地30克,续断、牛膝、当归各20克,鸡血藤、枸杞子、威灵仙、川芎、黄芪各15克,地龙10克,随症加减,日1剂水煎服。中药薰洗:用防风、荆芥各20克,透骨草、桂枝、川椒、海桐皮各15克,伸筋草、牛膝、红花各10克,水煎以蒸气熏患膝,待药液渐温后用药液淋洗患膝,日2~3次,每次20~30分钟。

临床疗效:本组98例,用0.5~2个月,治愈69例,好转25例,未愈4例,总显效率95.9%。

参考文献:中医正骨,1999;11(5):37

按摩处方(六)

取穴及操作方法:对膝关节痛点区域行点揉按摩,用力从轻到重,再由重到轻,每个痛点至少揉60次。将髌骨向各方向推移,被动屈伸膝关节,反复数次。用双手的大小鱼际肌分别推揉膝关节周围组织、股四头肌和膕绳肌等。用手掌将髌骨压在股骨髁软骨面,渐渐加压,然后松开,使受损的髌骨和股骨软骨面互相按压摩擦,反复数次。每次20分钟,每周3次,3周为1疗程。

治则:疏经通络,通利关节。

辅助治疗:中药熏洗用艾叶、透骨草、独活、白芷、防风各10克,桑枝30克,宽筋藤20克,日1剂水煎熏洗患膝,每次20分钟,日2次,3周为1疗程。

临床疗效:本组38例,优16例,良12例,可5例,差5例,优良率74%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):14

按摩处方(七)

取穴及操作方法:患者仰卧,伸膝,先揉按膝关节周围穴位:内膝眼、外膝眼、鹤顶、足三里、梁丘、血海、委中、委阳、阴陵泉、阳陵泉,每穴按揉1分钟。揉按膝部肌肉韧带,解除肌肉痉挛,对膝部肌肉韧带附着点,尤其是明显压痛点重点揉按,治疗10分钟。将髌骨分别向上、下、左、右推动,并用拇、食指扣住髌骨上提几次,如髌下及周缘有痛点重点揉按。依次提拿股四头肌肌腱、髌韧带、腘绳肌、腓肠肌。一助手固定大腿,一助手拉小腿,术者在牵引下弹拨内外侧副韧带在膝部的附着点,同时屈曲摇晃、旋转膝关节。阿是穴给予针刺。理顺膝周肌肉韧带。对关节腔积液者,手法治疗前,膝部给予短波温热量治疗,每次20分钟。

治则:活血通经,理筋通络。

临床疗效:疗效标准:痊愈:患者膝关节活动无受限,无疼痛,随访6个月至1年内无复发。好转:患者膝部活动度增加,但远行偶有不适。减轻:患者膝部活动度增加,疼痛减轻,上下楼仍有不适。本组38例,痊愈32例,好转2例,减轻4例,总有效率100%。

参考文献:新疆中医药,2001;19(1):37~38

按摩处方(八)

取穴及操作方法:手法治疗:患者坐或卧位,稍屈膝,医生一手扶膝上,另一手用拇指指尖点按伏兔、膝眼、阳陵泉、足三里、膝关、鹤顶;再用拇指推揉髌骨,然后双手对掌搓揉膝关节上下部位,手法宜轻柔;嘱患者屈髋屈膝各90度,术者一手扶住膝关节固定患肢位置,另一手握住小腿下端,沿顺时针画圈,然后再做逆时针旋转。

治则:活血通经,滑利关节。

辅助治疗:辨证分型用药:气滞血瘀型用理气化瘀汤加减:当归、地龙、苏木、红花、醋元胡、郁金、枳壳各9克,川芎、牛膝各12

第五章 骨伤科疾病

克,蜈蚣6克;风寒湿痹型用宣痹汤加减:防风、桂枝各6克,苍术、牛膝、络石藤、当归、独活、泽泻、木瓜各9克,薏苡仁30克,制川乌、制草乌各3克;肝肾亏虚型用补肾壮骨汤加减:杜仲、枸杞子、骨碎补、芡实、酒续断、狗脊、鹿衔草、淫羊藿、熟地各9克,煅狗骨15克,菟丝子10克。

中药熏洗:用舒筋活血洗剂加减:制川乌、制草乌、土牛膝、伸筋草、透骨草、桑寄生各15克,威灵仙30克,当归尾、红花、秦艽、五加皮、木瓜各9克,装入纱布袋内煎煮20分钟,取药液500毫升加入食醋250克,膝关节先熏洗15分钟,再热敷10~15次,最后于药液中浸泡至冷,早晚各1次。

远红外线理疗:用小护士生物陶瓷热敷袋放于膝部,热度以能耐受为度,每次30分钟,日2次。

功能锻炼:如左右下伏锻炼、直腿抬高锻炼、搓滚舒筋锻炼及蹬自行车锻炼等。20日为1疗程,疗程间隔5日,用3~5个疗程。

临床疗效:疗效标准:参照《中医病证诊断疗效标准》。优:治疗后1年内无明显复发,关节疼痛不影响正常生活及工作,关节积液消失,膝关节活动基本正常。良:1年内有轻度复发,经服一般止痛药物后可维持正常生活及工作,关节积液消失,膝关节活动稍受限。可:0.5年内出现关节疼痛,关节内仍有少量积液,膝关节活动受限较治前有好转,对日常生活有影响。差:治疗前后无变化。本组63例,经1年观察及随访,优36例,良16例,可8例,差3例。

参考文献:福建中医学院学报,2000;10(2):34~35

按摩处方(九)

取穴及操作方法:通过挤压损伤后肿大的滑囊,使囊壁破损,囊内液渗向周围肌肉组织,充分利用患肢的屈伸和术者手指的杠杆作用。

膝关节屈曲法(用于髌上滑囊、髌前滑囊):患者仰卧,医者一手按在肿胀的滑囊下缘,另一手握住患足踝部,先做伸膝动作,继之强迫患肢屈膝至极,手下如有囊破感则为手法成功。

肘关节屈曲法(用于肘关节):患者坐位,医者一手按于囊肿下缘,一手握住患肢手腕,先作伸肘动作,继之强迫患肘屈曲至极,手下如有囊破感则为手法成功。

侧卧屈膝屈髋法(用于坐骨结节滑囊):患者健侧着床侧卧屈膝屈髋位,医者一手助患者患侧下肢屈膝屈髋至极,另一手从囊肿上缘向下用力挤压,手下可有囊破感。

仰卧屈膝屈髋法(用于髌趾滑囊):患儿仰卧,医者站于患侧,一手握住患肢踝上方,一手按扶患髋,先将患肢伸直,随之医者将按扶之手改按股骨头,并屈膝屈髋至极,使患膝触及腹部,再将患肢伸直,患肢与健侧对比,长短相等即可。瘀血蕴阻型、瘀血化热型,用伤药粉和新瘀粉外敷加压包扎,并用活血药和新瘀片口服,合并感染加用先锋6号胶囊3日。

治则:利水消肿,通经活血,滑利关节。

临床疗效:疗效标准:临床治愈:肿痛消失,功能恢复。显效:肿痛消失,功能趋于恢复,不影响日常生活。好转:肿痛减轻,功能好转。无效:肿痛如前。本组56例,治愈44例,显效8例,好转3例,无效1例。

参考文献:中国骨伤,2000;13(9):568

胫骨内髁炎

胫骨内髁炎是内髁部肌肉的慢性损伤病症,本病的发生,多由于气血虚弱,血不荣筋,肌肉失于温煦,筋骨失于濡养,同时因髁部肌肉遭受慢性牵拉性损伤,甚则撕裂,使局部发生出血、水肿等损伤性严重发炎,进而在损伤肌腱附近发生粘连,以致纤维变性,造

第五章 骨伤科疾病

成经络受阻,气血运行不畅而发病。临床局部微热、压痛等临床表现。治以活血化瘀,疏筋通络等法治疗。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者仰卧位,屈膝 15 度,膝后垫薄枕,寻找压痛点并消毒,用 1% 利多卡因局麻,用小针刀由压痛范围的中点进针,直达骨皮质,纵形松解局部病变组织,可感觉到病变组织较松脆,也可沿骨皮质掀开部分病变组织。感觉松解完全后抽出小针刀,针孔盖以酒精棉球,创可贴固定 3 日,未愈者间隔 7 ~ 10 日可重复上法。

治则:松解组织,消炎止痛。

临床疗效:本组 58 例,优 38 例,良 12 例,可 6 例,差 2 例,优良率 86.2%。

说明:本法松解组织,消炎止痛,疗效满意。

参考文献:浙江中西医结合杂志,1999;9(3): 214 ~ 215

肥大性脊椎炎

肥大性脊柱炎亦称增生性脊柱炎、脊柱退行性关节病,是一种以软骨退变、骨质增生为主的骨关节炎。本病多见于中老年人,男性多于女性,胖人、体力劳动者及运动员等发病较早。常累及负重和活动范围较大的关节,临床上以颈椎和腰椎发病较多。退行性变发生于椎体、椎间盘和小关节。椎体边缘的增生或骨刺形成,是诊断本病的标志和依据。

中医认为,本病为中年后肾气渐亏,复感风寒外邪,邪气留滞经络或复因劳力,气血瘀阻,血脉凝涩不得宣通所致。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:颈椎骨质增生者正坐位,先于颈项部进行滚

法 10 分钟,然后点按肩井、身柱、风池、天宗、合谷穴 5 分钟,最后用双手抱住患者头部,在向上作用力下轻轻旋转颈部,并松解粘连,消除疼痛。接着用捏拿法,捏拿颈项部 2~3 次,提拿肩井,并搓揉颈项两侧。

腰椎骨质增生者:患者俯卧,先用滚法作用腰骶增生部位及症状明显的腰臀及下肢肌群 15 分钟,然后点按腰部夹脊、肾俞、腰阳关、环跳、承扶、殷门、委中等穴,以揉捏擦法整理腰骶及下肢部,最后患者侧卧位,术者用两肘作相反方向用力扳动,使腰部被动扭转,两侧交替各 1 次。隔日 1 次,每次 20~30 分钟,12 次为 1 疗程。

治则:疏经通络,活血化瘀,松解粘连。

辅助治疗:中药离子导入:用 GZ~ⅢA 型骨质增生药物电泳治疗仪,将吸有药物的药垫放置在增生部位,再将正极板放于药垫上,负极板放于疼痛症状明显部位,用砂袋压紧或绷带固定。电流以患者感觉良好为宜,每次 20 分钟,12 次为 1 疗程,疗程间隔 1 周。

临床疗效:疗效标准:治愈:主要症状及阳性体征消失,肢体活动自如,恢复正常工作。好转:症状减轻,肢体活动功能改善,可坚持一般性工作。无效:症状无明显改善。本组 120 例,治愈 63 例,好转 55 例,无效 2 例,总有效率 98%。

说明:本法疏经通络,活血化瘀,松解粘连,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):38~39

颈椎增生

颈椎增生症亦称颈椎病,是颈椎骨质的退行性、增生性改变。其增生部位可见于钩突关节、椎小关节、椎体前后缘、后纵韧带等部位。由于骨质增生,形成对神经、血管及周围软组织直接、间接

第五章 骨伤科疾病

的压迫或刺激,从而出现一系列症状。如:颈部痠楚疼痛,活动不利,一侧肩臂麻木、疼痛,后头部疼痛,头晕等等。

该病属于中医“痹证”、“骨痹”、“骨痛”等范畴,其病理特点是肝肾亏损,正气虚弱,风寒湿乘虚痹阻,致经络不通,气血凝滞等,治疗以补益肝肾、益气养血、祛风散寒除湿、活血化瘀为大法。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:牵引:患者仰卧,枕薄枕,用颈椎牵引带平牵或不超过15度的斜牵,每次30~40分钟,重量7~12千克,日1次,连续牵引14日为1疗程,疗程间隔3日。

按摩:患者正坐于椅上,在患者背部,分别行滚、推、揉、按、提、拨、转、抖等手法,每次25~30分钟,日1次,连续治疗14日为1疗程,疗程间隔3日。

治则:疏经通络,消肿散结。

辅助治疗:中药离子导入:用川芎、草乌、当归、红花、赤芍、川牛膝、防风各20克,葛根、伸筋草、透骨草各30克,桂枝、细辛各15克,水煎后浓缩,用骨质增生治疗机(石家庄无线电厂生产)导入,每次25分钟,日1次,连续治疗14日为1疗程,疗程间隔3日。

临床疗效:疗效标准:临床治愈:症状、体征均消失,随访半年未复发。显效:颈部僵直,疼痛感消失,麻木、头晕明显减轻,臂丛神经牵拉试验阴性,椎间孔压顶试验阴性。好转:颈部疼痛痠困,僵直好转,臂丛神经牵拉试验阳性,椎间孔压顶试验阳性。无效:临床症状和体征无改变。本组牵引、按摩、离子导入、综合治疗各8、12、5、28例,分别痊愈2、3、0、13例,显效3、4、1、10例,好转2、4、2、5例,无效1、1、2、0例,总有效率87.5%、91.67%、60.00%、100%。

参考文献:中医外治杂志,2000;9(6):16

按摩处方(二)

取穴及操作方法:治疗功法用排浊气法、洗髓经功法。颈椎病加练功法:双拇指按摩风池、单手捏拨颈椎、单手揉摩颈椎各36次;左右、上下摇头各9次;从左向右,再从右向左各转头9次。增生性脊椎炎加练功法:五点支撑法、摇摆腰、太极松腰功。

治则:通络止痛。

临床疗效:治疗颈椎病6例,治愈4例,显效、好转各1例。平均练功5个月。治疗增生性脊椎炎25例,治愈20例,显效3例,好转2例。平均练功5.5个月。

说明:本功法对坐骨神经痛、慢性风湿性腰腿痛、腰椎间盘突出症、脊柱畸形、肿瘤、腰肌劳损等疾病都有良效。

参考文献:廖嘉现,中华气功,1988:(1):6~7

肋软骨炎

肋软骨炎通称为泰齐综合征,又称为肋软骨疼痛性非化脓性肿胀,或胸软骨痛。其特点为肋软骨有痛性肿胀。病因尚不清楚,有人认为属病毒感染,或损伤或机械应力所致。本病多见于中年人,以第2~第7肋软骨交接处最为多见。临床表现:肋软骨处有肿胀、疼痛,深呼吸、咳嗽及挤压胸壁时疼痛加重。肋软骨处可摸得痛性硬块,局部温度可升高,但皮肤不红。在胸骨两侧可有一连串肿胀,应与肋软骨瘤进行鉴别。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者面向椅背,两腿分开骑坐在椅子上,双手手指交叉放在头顶部。医者站在患者背后,双臂放在患者腋下,令患者深吸气后停止呼出,此时医者双臂向后上方牵引患者的双肩,使肩关节呈150~160度角时为止。若疗效不佳,隔半个月可

再次手法治疗。

治则:行气活血,通络止痛。

治疗机理:中医认为,本病系由于肋软骨局部受暴力撞击或过度牵拉,造成肋软骨与肋骨接肋骨合处错缝,导致气血瘀滞、肿胀疼痛。根据欲合先离的原则,采用手法在牵引离开后,使其重新对位,错缝对合后,则气血通畅,通则不痛。

临床疗效:本组均经一年以上随访。117例,治愈58例(49.6%),显效24例(20.5%),好转24例(20.5%)无效11例(9.4%)。治愈病例中,1次治疗治愈42例,2次治愈10例,3次治愈3例,7次治愈1例。

说明:肋软骨炎又称肋软骨增殖症,以青壮年多见。自1980年至1985年我们采用手法治疗,取得了较好的疗效。

参考文献:徐笨人等,北京中医,1985;(5):29

按摩处方(二)

取穴及操作方法:取耳穴胸、神门、肾上腺、肝。用拇指将两粒黄豆分别压于两侧耳穴上,两食指放于耳后与耳穴相对应部位进行按摩。用按压法与按揉法(顺时针方向按揉),两法交替使用。日1次,每次20分钟,5日为1疗程,疗程间隔2日。

治则:疏经通络,活血止痛。

临床疗效:本组25例,用2个疗程,疼痛均完全消失,有效率100%。

参考文献:中医正骨,1999;11(9):30

按摩处方(三)

取穴及操作方法:推拿:患者仰卧,先在期门、日月、腹哀、大横、京门、阳陵泉等穴行点揉法,每穴1分钟左右,然后用拇指沿季肋肋间隙进行分推行疏理手法3分钟,后在季肋肋尖处行痛点点揉配合弹拨肋尖附着处肌肉共5分钟,最后医者双手四指分置两

侧季肋下不容、承满穴处沿季肋缘自内向处下方摩动,反复摩动3分钟。2日1次,10次为1疗程。

治则:疏通经络,活血止痛。

辅助治疗:局封:用0.5%利多卡因2毫升配合醋酸曲安缩松2.5毫克行肋尖疼痛处封闭,每5日1次,3次为1疗程。

临床疗效:本组17例,痊愈14例,好转2例,无效1例。

说明:本法可起到舒筋活血、通络止痛,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):16

外伤性骨化性肌炎

按摩处方(一)

取穴及操作方法:随机分为本组20例与对照组12例,均用按摩手法:大拇指及其余四指相对捏拿患处,将患处捏而提起进行一捏一拿的手法。再用拇指或其余四指如同弹琵琶一样来回弹拨患处,后用手掌在患处横向按摩。功能康复锻炼采用分组方法,屈曲受限以屈曲练习为主,伸直受限以伸直练习为主,60次为1组,每日6组。

治则:活血通经,通络止痛。

辅助治疗:本组并用伸筋透骨散:伸筋草30克,透骨草、花椒、海桐皮、红花各10克,桂枝、白芷各15克,乳香6克;上肢重用桂枝;下肢重用川牛膝。水煎用药液蒸汽熏蒸30分钟,然后再将患处用药液烫洗30分钟,日2次,每次1小时。7日为1疗程。

临床疗效:本组用1~4个疗程,均痊愈。对照组用2个疗程,痊愈2例,其余改用本法痊愈4例,无效4例,仍残留部分功能障碍2例。

参考文献:实用中医药杂志,2001;17(3):8~9

按摩处方(二)

取穴及操作方法:用本品(生川乌、生草乌、生南星、生半夏、

第五章 骨伤科疾病

三棱、莪术、昆布、海藻、赤芍、鸡血藤、伸筋草各 30 克,木瓜、桃仁、红花、舒筋草各 20 克,铁脚灵仙 50 克,穿山甲 10 克,白酒 100 毫升,食醋 100 毫升)2 日 1 剂,水煎熏洗患部,日 2 次,每次 30 分钟。熏洗后外擦麝香舒活灵,边擦边按摩,手法由轻到重,随后用捻揉法、弹筋拔络法等治疗。根据患部作适当的功能活动,用放松手法放松治疗部位,1 月为 1 疗程。

治则:活血化瘀,软坚散结,通络蠲痹。

临床疗效:疗效标准:痊愈:局部无肿胀、疼痛、关节功能恢复正常,X 片显示软组织及关节间骨化阴影密度增高消失。显效:局部微肿、无疼痛、关节功能大部分恢复,X 片显示软组织及关节间骨化阴影缩小。无效:治疗前后症状无改变。本组 118 例,痊愈 93 例,显效 21 例,无效 5 例,总有效率 96%。

说明:本法活血化瘀,软坚散结、通络蠲痹,配合手法解除痉挛,松解粘连,消除关节狭窄,疗效满意。

参考文献:中国中医骨伤科,1999;7(5):28

第五节 关节病变

颈椎病

颈椎病又称颈椎综合征。多发生于老年人,发病率随着年龄的增长而明显增高。轻者颈肩部麻木疼痛,重者肌肉无力、眩晕,甚至大小便失禁、瘫痪。

中医认为外伤、劳损及外感风寒湿邪这三大致病因素影响气血的正常运行,气血运行不畅,气滞血瘀,不通则痛。筋肌失养,以致产生“骨错缝”、“筋出槽”。

按摩处方(一)

软手法捏颈(以右侧为例)

械患者正坐位,医者站立于患者背后,医生左手轻托患者下颌为支点,右手轻抚患者右侧颈斜方肌、横突,触觉有硬结、条索、疼痛阿是点,用中指轻按有痛感或放射麻痹感,即以中指指端抵住上述横突或颈肌阿是痛点,其余食指、无名指、尾指为辅助,大拇指对称轻放于左颈,先用轻力捏颈阿是点,再用中等力捏颈阿是点,以松开右颈皮、肉、筋、韧带。

医者此时凝神静气,呼吸柔和,一般呼吸12~16次为1分钟,每个阿是点约按捏3~5分钟即可松解。而医者多在此时化枯燥单调为轻松,默念“般若波罗蜜多心经”,此经260字,每捏一下默念一字,常捏200~300下即可松弛。此法对椎动、静脉受压而颈性眩晕,颈肌炎疗效较佳。

旋转复位法(以右侧为例)

患者正坐略低头,医者右手托扶患者下颌部,左手大指指轻按右颈患椎棘突,余四指轻按于左颈斜方肌上,先以小角度旋颈向右,左手拇指在右颈患椎棘突作揉、按、拨,在拨时左拇指从右外侧推患椎棘突向内,在拨时多觉有棘突微动;继之以中角度旋颈向右,左手拇指如法拨患椎棘突;最后以患者所能作大角度旋颈向右,如法作揉按拨患椎棘突,在拨时多觉有棘突轻移入位或弹动,复位手法完毕后令患者颈部左顾右盼,前俯后仰。

此法源出于冯天有旋转复位法,笔者改1次旋转至最大角度分为3次,改顶推棘突为揉按拨,以符合无痛、轻巧、准确、安全、有效5大特色。

以上软手法捏颈旋转复位法两式,对于颈肩疲劳、落枕、嵌顿性颈肌发炎、鞭抖性颈椎闪伤,颈椎小关节轻度移位等有效。

高胸低头位三点复位法

患者俯卧位,胸部垫双枕,额头或侧头贴床面为支点,托扶患

者颌部为动点,而拇指或大鱼际压于患椎棘突旁下点为定点,三点复位无痛、轻巧、准确、安全、有效。

(1)高胸低头位三点枢椎复位法(以左侧为例)

患者垫双枕于胸,头额贴床面为支点,医者左手扶持患者下颌,而右手大拇指在患侧棘突旁(枢椎)作揉按拨。

继而患者颈向左旋,侧头贴床面为支点,医者左手托扶患者下颌,而右手大拇指放枢椎棘突旁下点(椎3),其余四指轻放头上,将患者头略仰上,使颈3~7椎后关节紧闭成定点,先轻轻摇动,在颈部肌肉放松的情况下,稍加“闪动力”,即可有复位咯声。

(2)高胸低头位三点颈3~7椎复位法(以右侧为例)

患者垫双枕于胸,头额贴床面为支点,医者右手扶持患者下颌,而左手大拇在放患侧棘突旁(颈3~7椎)作揉按拨。

继而患者颈向右旋,侧头贴床面为支点,医者右手托扶患者下颌,而右手大拇指放患椎棘突旁下点,(3~4椎头略前屈20度,5~7椎头前屈约30度左右。)以椎3复位为例,左手大拇指放4椎,使4~7椎后关节紧闭成定点,先轻轻摇动,在颈部肌肉放松的情况下,稍加“闪动力”,即可有复位咯声。

所谓咯声勿定为复位唯一标志,若无咯声而患痛已大为减轻,即视为复位,以免扭伤反为症状加重。

以上①软手法捏颈,②旋转复位法,③高胸低头位三点复位法可配套使用,对于颈椎骨质增生、椎小关节错位、椎间盘突出等出现临床症状有效。

震呼气冲压胸骨法(以左侧为例)

患者胸骨排列紊乱,扪之有弯突,拨之有筋结,近胛骨处有弹响,触按有痛,胸部有闷感,可用冲压正胸骨法纠正。

患者如上高胸低头位,垫双枕于胸,头偏向左侧贴床面为支点,医者双手叠掌由上而下先轻压一遍(胸1~胸7)嘱令患者随下压震声呼气,以熟习讯号,再中等力震声呼气冲压,多会有咯声

正骨复位。所谓冲压即下压时向头部前冲用力,需注意体弱者宜轻力,重病有心脏病者勿用。

眩晕头痛捏勾吸法(以右侧为例)

对于颈性眩晕头痛患者,仰卧位头偏左侧,枕头略向后移使颈悬空,医者左手轻推晕听区及侧头,右手大拇指放患者侧颈,其余四指配合作捏颈,约捏3~5分钟。

继而以右手屈中指成勾状,勾点右颈风池穴1分钟。

最后正头位,医者以右手聚拢五指以指端吸打头额部,或双手合掌以尾指指端击打头额约2分钟。

治则:疏经通络,行气活血,理筋止痛。

说明:其他治颈还有牵引、针灸、吸罐、刮痧等,因不属于手法范畴,故从略。

本方参考文献:陈国富,中华名医特技集成,1993:(8):665~666

按摩处方(二)

取穴及操作方法:松解手法:患者坐位,医者立于患者背后,用双手拇指指腹交替在颈部两侧,自上而下做点、按、揉,每侧10~15分钟。

旋转复位法:以椎体向左旋转移位为例,术者立于患者背后,用右前臂置于患者颌下,右手掌置于后头部,前胸固定枕部,使患者头部稍前倾,然后前臂向右侧旋转头部,在旋转到最大限度,缓慢而均匀向上牵引的同时,术者左手拇指腹向右上方用力按压隆起或压痛处,当听到“咔嚓”声时复位成功。

治则:疏经通络,活血止痛。

临床疗效:本组62例,痊愈42例,显效18例,好转2例。

参考文献:按摩与导引,1999,15(2):31

按摩处方(三)

取穴及操作方法:(1)点按常用穴:合谷、曲池、小海、中府、肩井、天宗等;(2)压按缺盆穴,向下按压1分钟,再向后内侧按压1分钟;(3)压按极泉穴;(4)搓揉患臂;(5)前屈后伸运动;(6)指揉新设穴(风池直下方,后发际下1.5寸);(7)揉压大椎穴;(8)手法牵引;(9)提端旋转法;(10)压颈搬肩;(11)挤压颈后肌;(12)捏拿法。每次15~30分钟,2日1次,10次为1疗程,一般2个疗程。

治则:疏经通络,理筋止痛。

临床疗效:110例,结果:近期治愈89例占80.9%,显效18例占16.4%,好转3例占2.7%,治疗次数最少2次,最多40次,平均13.2次。

参考文献:按摩与导引,1989:(1):10

按摩处方(四)

取穴及操作方法:牵引:患者坐位,用枕颌布带牵引,牵引时间为20分钟,力量以患者能耐受为度,日1次。

推拿:患者坐位,医者主要沿三条路线进行治疗,颈后正中中线到上胸椎、从双侧风池穴沿棘突两侧肌肉至肩井穴附近。手法为一指禅推法、滚法、按法、揉法和拍打法等。同时,配合颈部被动活动,时间15分钟。运动关节类手法操作:患者取仰卧位,双手扶住床沿,医者拇指放在患者额部太阳穴附近,中、食、无名三指放在枕后风池穴处,一边轻微用力进行牵引,一边使颈部作前屈后伸摆动、旋转摆动、侧屈摆动,活动椎间关节。后做颈部斜扳法,最后按压风池、肩井结束。有眩晕、指麻者,需进行头面部及上肢部手法治疗(穴位刺激,手法以一指禅推法、按压法、叩击法为主)。12日为1疗程。

治则:疏经通络,理筋整复,缓急止痛。

辅助治疗:配合功能锻炼;改变不良生活习惯;进行颈部功能活动,前屈后伸、旋转,每日数次;可行自我按摩颈部。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状完全消失,体征基本消失。显效:症状基本消失,体征有改变。无效:症状无明显改善。本组 35 例,用 3 个疗程,治愈 28 例,显效 7 例,总有效率 100%。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(5): 17~18

按摩处方(五)

取穴及操作方法:用传统按摩法使颈部肌肉放松,然后患者仰卧按摩床上,去枕,术者立于患者头端。用左手托患者下颌,右手托起患者枕部,使头略屈约 5~10 角度,向头端拨伸牵引约 1 分钟,用力使患者身体在按摩床上能上移为度。同时在牵引下向左侧旋转颈部达 60~90 角度。同法再向右侧牵引旋转 1 次。日 1 次,10 次为 1 疗程。

治则:松解粘连,柔筋止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状和体征消失。显效:症状和体征明显改善。好转:症状和体征有所改善。本组 256 例,痊愈 49 例,显效 169 例,好转 32 例,无效 6 例。

参考文献:中国民间疗法, 2000;8(3): 17~18

按摩处方(六)

取穴及操作方法:取颈夹脊、大椎、风池、肩井、肩髃、手三里、外关、养老及颈神经根与相应压痛点以及相关肌肉附着的起止点。患者坐位或俯卧位,充分暴露穴位,用注射器抽取当归注射液 5 毫升、维生素 B₁₂ 500 微克,将针头迅速刺入穴位皮下,缓慢推进,待出现痠麻胀重等针感时,抽无回血即可将药液注入 1~1.5 毫升,出针后用消毒干棉球压迫针孔片刻,以防出血或溢液。患者端坐位,医者先用拇指沿督脉风府、哑门穴至大椎反复揉按,再沿两侧膀胱经天柱、大杼的痠痛区,以及小肠经的肩中俞、肩外俞、天宗

第五章 骨伤科疾病

等穴位,行揉按及滚法治疗 5 分钟;在患臂小肠经屈肌群、大肠经伸肌群部位施滚法,并按揉手三里、外关、养老等穴;行颈部摇法,配合颈部拔伸法,操作时左右各摇数次,动作要轻巧,用力大小按患者的耐受度而定,行扳法动作要轻柔,不可用力过猛,最后拿肩井 3 次结束治疗。隔日 1 次,5 次为 1 疗程,疗程间隔 1 周。

治则:消除局部的神经根炎及水肿,促进局部肌肉对药物的吸收。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状消失,功能恢复正常。显效:症状基本消失,功能活动范围尚欠正常。有效:患者的症状有所缓解,功能活动有所恢复。本组 52 例,痊愈 20 例,显效 27 例,有效 5 例。

说明:本法不仅可以消除局部的神经根炎及水肿,而且能促进局部肌肉对药物的吸收,可提高疗效,缩短疗程。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(6):18

按摩处方(七)

取穴及操作方法:先用推揉、滚、拿、压、理、点、弹及虎口滑牵法按摩颈肩背部。再贴耳穴:以颈椎、枕小神经点为主穴,以神门、肾、内分泌、肝穴为配穴,将王不留行籽消毒后用 0.5~2 厘米大小的医用胶布粘在耳廓相应的穴位。每日按 6~7 次,2 日换贴 1 次,两耳交替,8 次为 1 疗程。

治则:活血通经,祛瘀止痛。

辅助治疗:中药用三七、桃仁、防风、伸筋草、透骨草、鸡血藤、杜仲、红花、乳香等,水煎 10 分钟,加细辛再水煎至 6000 毫升,备用,同时加 3000 毫升醋加热;用 GZ-Ⅲ型骨质增生药物电泳治疗仪治疗。

临床疗效:疗效标准:痊愈:麻木疼痛完全消失,恢复日常工作。显效:疼痛麻木消失。有效:症状有所缓解。无效:症状与治疗前无改变。本组 20 例,痊愈 14 例,显效 3 例,有效 2 例,无效 1

例,总有效率95%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(5):20~21

按摩处方(八)

取穴及操作方法:运用滚、按、捏、拿等方法,施术于颈、肩、背部软组织。用大鱼际按揉患者颈、肩、背三角区域,在颈部两侧用指腹压下接近颈动脉,施揉拨法。搓揉颈部两侧项肌、胸锁乳头肌、斜方肌上部,每周5次。颈椎定点旋转复位以棘突右偏为例,医者左手拇指桡侧面推顶歪棘突的右侧,患者头颈部前屈45度,左偏45度,医者右手托住患者左面颊部和颞部,助手以左手掌压住患者右颞部,当医者右手向上用力使头颈沿矢状轴上旋45度,左拇指向左推顶棘突时,助手同时配合下压头部,此刻可听到一清脆的响声,医者手下可感到偏歪棘突向左移动的复位,最后对颈背部软组织施行按摩手法,每周2次,防止使用次数频繁。

治则:疏经通络,活血化瘀。

辅助治疗:并用川芎嗪160毫克加5%葡萄糖500毫升静滴,日1次,均2周为1疗程。

临床疗效:疗效标准:依据《中医病证诊断疗效标准》。治愈:头晕、恶心、头痛、颈项痛症状消失,无明显不适感并恢复原工作。好转:主要症状减轻、好转,并能从事一般工作或半休。无效:症状和体征均无明显改善,或经常反复发作。本组60例,用2个疗程,治愈42例,好转15例,无效3例,总有效率95%。

参考文献:安徽中医学院学报,1999;18(5):41~42

按摩处方(九)

取穴及操作方法:按摩:患者取俯卧式,使用抚、揉、滚、按、拿、拔等手法,在颈部施以治疗,手法需轻柔、和缓、持久,忌使用暴力,按揉取穴:风池、缺盆、肩井及颈胸段夹脊穴,治疗时间20分钟,1次/日,10次为1疗程。

第五章 骨伤科疾病

治则:活血通经,舒筋止痛。

辅助治疗:中药外敷:药用杜仲、天麻、冰片各 10 克,乳香、没药、桑寄生各 20 克,三七、血竭各 15 克,共研细末,加白酒 100 毫升,制成糊,用布包成包,取陈醋 500 毫升放入盆中,将药包置于醋盆中泡 3 天。用时加热至 50 度左右外敷颈部,20 分钟,取下药包重新放回下次再用。1 次/日,5 次后隔日 1 次,10 次为 1 疗程,1 剂可用 5~7 次。

临床疗效:本组 154 例中治愈 85 例,有效 51 例,无效 18 例。

说明:按摩与外敷并用治疗本病疗效较好。

参考文献:中医函授通讯,1999;18(3):47~48

按摩处方(十)

取穴及操作方法:牵引治疗,重量 3~15 千克,日 2~3 次,每次半小时,10 日为 1 疗程,用 2~3 个疗程,疗程间隔 1 周。推拿按摩治疗,正坐位,先分别按揉风池、天鼎、缺盆、肩井、肩中俞、肩外俞、肩髃、曲池、手三里、合谷、小海、内关、外关、神门等穴,而后用揉法、拿法、放松颈肩部、背部及上肢肌肉约 5~10 分钟,然后用颈项拔伸法。术后垫枕不宜过高,并嘱其进行适当的颈部功能锻炼。

治则:疏通经络,活血止痛。

辅助治疗:中药热敷(当归、赤芍、防风、牛膝、桂皮、威灵仙、艾叶、透骨草各 90 克,放入布袋内,加适量的水煎后放置患者能接受的程度)颈项部,日 2 次,每次 10 分钟,20 日为 1 疗程。中药用羌活、当归、赤芍、防风、杜仲、五加皮、山茱萸、威灵仙、桂枝各 12 克,姜黄、熟地黄、牛膝各 9 克,炙黄芪、党参各 20 克,炙甘草 3 克。随症加减,日 1 剂水煎服。

临床疗效:本组 60 例,痊愈 47 例,好转 12 例,无效 1 例,总有效率 98.3%。

说明:本法标本同治、通补兼施,疗效满意。

参考文献:浙江中医学院学报,1999;23(2):49

按摩处方(十一)

取穴及操作方法:俯卧位,医者用一指禅或滚法将患者颈椎的两侧肌肉及肩部两侧肌肉松解后。医者站于患者头顶前,嘱患者的头部为侧面,以左侧为例,医者用左手拉住患者的下颌部,并以肘部压住患者头部,加以固定;医者右手掌部顶住患者左肩部,嘱患者放松,医者双手向对侧反方向用力,使患者颈椎隙宽达到最大限度,然后医者左手用力一拉,使患者颈部发出咯咯的弹响声。

治则:疏通经络,理筋整复。

临床疗效:本组50例,显著好转43例,好转5例,无效2例,总有效率96%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):28

按摩处方(十二)

取穴及操作方法:颈肩肌按摩松解法:坐位,嘱其微低头,双肩臂下垂,自然放松。医者站于患者背部,在胸锁乳突肌、颈直肌、斜方肌施以弹拨、推、揉、点按等多种手法3~5分钟。

自身牵引法:仰卧,医者站于患者头部,一手勾拉患者的下颌部,另一手托其枕部,缓慢向前牵拉,牵拉力要均匀。当拉到患者上1/3的身体脱离床面后,扶起患者坐位,用叩击法在患者的颈背部叩打5~10次,再让患者躺平。反复5~8次,在牵拉的同时,可做颈部的左右旋转功能。

颈肩背肌理顺通络止痛松解法:患者坐位,医者在患者背后,沿颈后斜方肌、冈上肌、冈下肌、肩胛提肌、菱形肌及上肢的肌肉部位的痛点,用弹拨、点按、推揉法反复治疗。再指针点按风池、大椎、肩井、缺盆、内关、合谷、阿是穴,以得气为度。提拿抖动通经活络法:提拿风池、肩井3~5次。

治则:疏通经络,活血舒筋,缓急止痛。

第五章 骨伤科疾病

临床疗效:本组 50 例,优 38 例,良 9 例,较好 3 例,总有效率 100%。

参考文献:按摩与导引;1999;15(2):29

按摩处方(十三)

取穴及操作方法:用颈椎旋转法:以第五颈椎棘突右偏为例,患者端坐,颈部放松,医者用单拇指触摸法摸准向右偏歪的第五棘突,左手拇指的桡侧面顶住偏歪棘突的右侧,让患者头颈部前屈 35 度再向左偏 45 度,右手掌托扶患者下颌体,施术时抱头之手向直上牵提和向右旋转头颈,与此同时左手拇指向左水平方向顶椎棘突多可听一响,指下棘突向左轻移,单拇指触诊已正常,手法完毕。

按摩三法:按摩臂丛神经,患者端坐,取锁骨中点直上 1 厘米锁骨上窝处,用双食指点穴按摩 1 分钟,患侧上肢有触电样感,手法由轻到重,再由重到轻。按摩双风池穴,端坐,医者一手掌心扶持患者前额,另一手拇指、食指分别点穴按摩双风池穴 1 分钟,手法由轻到重,再由重到轻。按摩发际旁枕大小神经、项韧带及棘间韧带,环椎突上肌肉,用分筋、理筋手法。

治则:疏经通络,理筋复位。

临床疗效:本组 25 例,痊愈 18 例,显效 7 例,总有效率 100%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):27

按摩处方(十四)

取穴及操作方法:理筋用推、拿、按、摩四法为主,配以揉、捏、擦、滚等。提旋复位:医者一手固定患者下颌,一手拇指顶住患处棘突,其余四指托住枕部,渐渐将头部上提牵引,当顶棘突处拇指下有失稳感时,将患者头向对侧旋转,拇指将棘突向同侧推,听到响声或拇指感知异动时,一般即可复位,2 日复位一次。项托支撑:佩戴气囊式颈颌带,起到维持、支撑、牵引的作用。复位后即

戴,初始时间为每隔2~3小时佩戴半小时,后可逐渐延长佩戴时间。并用复方丹参注射液,7日为1疗程。指导患者在治疗期间或治疗后进行功能锻炼,如颈项争力、回头望月、前伸探海等。

治则:活血通经,通络止痛。

临床疗效:本组168例,治愈32例,显效89例,可35例,差12例,总有效率93%。

参考文献:中医外治杂志,1999;8(2):4

按摩处方(十五)

取穴及操作方法:用手法(捏揉松颈法、端提旋转复位法),隔日1次,10日为1疗程。手法结束后自我颈部功能锻炼。

治则:活血疏经,通络止痛。

辅助治疗:用活血舒筋酒(威灵仙、葛根、鸡血藤各30克,姜黄、当归、红花、炮山甲、僵蚕、松节、桑枝各10克,蜈蚣2条,甘草6克,共研细末,加白酒1升,浸泡7日)20~30毫升/日2次口服。

临床疗效:本组27例,用2~6个疗程,优10例,良9例,可7例,差1例,总有效率96.3%。

说明:活血舒筋酒配合推拿治疗本病疗效满意。

参考文献:湖南中医药导报,1999;5(3):32

按摩处方(十六)

取穴及操作方法:主穴:颈夹脊穴;配穴:风池、天宗、肩外俞、曲垣、曲池、合谷。操作:医者立于患者左侧后方,左手托患者下颌,右手捏患者颈夹脊穴,拿捏15~20分钟。再以右手拇指、食、中指切掐风池穴;左手托其下颌;行手法牵引颈椎并旋转活动反复3~5次。最后按揉天宗、肩外俞、曲垣穴5分钟。日一次。10次为一个疗程。

治则:疏经通络,活血止痛。

临床疗效:96例中显效54例;有效35例,无效7例。有效率

92.7%。

说明:针刺与推拿的综合效果较好,方法简便。

参考文献:安徽中医学院学报,1999:18(1):46

按摩处方(十七)

取穴及操作方法:颈椎牵引用 QY-2 型手动牵引椅行坐式颌枕牵引,女性老年体弱者 8~10 千克,颈肌强壮者为 10~16 千克。牵引时躯体做前后屈伸运动。牵引角度,头颈前屈 15~20 度,后伸 10~15 度,然后躯体做左右侧摆运动。

推拿手法:动态牵引下,术者用左右手交替在颈部、肩部行拿捏手法,并沿颈椎横突寻找压痛点,用拇指对风池、颈百劳、阿是穴行点按揉法,并沿颈椎、胸椎两侧及斜方肌外缘,经肩井穴至巨骨穴,从完骨穴经胸锁乳突肌后缘至缺盆穴,行点按、弹拨、一指禅等手法。动态牵引与推拿交替进行,反复 2~3 次。牵引结束后,在颈、肩、背、上肢部,施以捏、拿、揉、抖、拍打等法后结束治疗。全过程约 30 分钟,日 1 次,10 次为 1 疗程。

治则:疏通经络,理筋止痛。

临床疗效:诊断标准:参照《1993 年国内颈椎病分型标准》分型。疗效标准:治愈:临床症状和体征消失,半年内未复发。显效:临床症状和体征基本消失。有效:症状明显好转。无效:症状体征均无改善。本组 30 例,治愈 19 例,显效 8 例,有效 3 例。

参考文献:湖北中医杂志,2001:23(4):49

按摩处方(十八)

取穴及操作方法:患者取坐位,术者双手交替揉捏患者枕骨下肌群、颈背部肌群,点按风池、肩中俞、肩外俞、肩井、天宗、手三里等穴位,以患者感痠胀为度。并令低头 10~15 度,用一手肘关节屈曲托住病人下颌,手扶颞枕部,另一手拇指按在病变棘突,缓缓上拔伸,并做左右旋转活动,持续约 2 分钟,再稍用力扳动旋转颈

部,同时大拇指开始用力下压,有时可听到声音,双手揉拍颈背部,揉搓上肢。

治则:疏通经络,理筋复位。

参考文献:江苏中医,1999;20(1):13

按摩处方(十九)

取穴及操作方法:随机分为两组各90例,均用枕颌布托牵引,患者一般取坐位,体弱或病势较重者可用卧式,牵引重量从2千克开始,逐步增至3~7千克,日1次,每次20~30分钟。本组牵引后,用手法正骨推拿按摩治疗,如滚法、推法、揉按拨经法及穴位点按法等,每次30分钟。均2周为1疗程。

治则:通络柔颈,活血止痛。

临床疗效:诊断标准:参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》颈椎病的诊断标准。疗效标准:参照《中医病证诊断疗效标准》。治愈:症状消失,肌力正常,颈、肢功能恢复正常,能参加正常劳动。好转:各型症状减轻,颈、肩背部疼痛减轻,颈、肢功能改善。未愈:症状无改善。治疗1个疗程,两组分别治愈43、22例,好转39、47例,未愈8、21例,总有效率91.1%、77.7%。本组神经根型、椎动脉型、交感型、脊髓型、混合型疗效均优于对照组,其中神经根型疗效显著优于对照组($P < 0.05$)。

说明:本法疗效优于单纯牵引。

参考文献:吉林中医药,2001;21(1):49

按摩处方(二十)

取穴及操作方法:手法先用揉、滚、拿、捏等手法放松颈、项、肩、背部肌肉约10分钟,再用拇指弹拨颈项的痛点、结节,点揉哑门、风池,并按大椎、大杼穴8分钟。然后患者俯卧位,头伸出床头,一助手固定患者双肩,向下牵引,术者一手叩患者下颌,一手扣住枕部,对抗牵引1~2分钟,并最大限度的左右旋转、前屈、后伸

第五章 骨伤科疾病

各2次,拿肩井结束,治疗25分钟,隔日1次。

治则:补益肝肾,疏通经络。

辅助治疗:中药熏洗用二五通痹汤:五加皮、红花各15克,五味子30克,独活、羌活、威灵仙、当归、川芎、桑枝各10克,桂枝9克,装布袋,加水、陈醋,煎20分钟,用蒸气熏颈项部,水温降至不烫时用药袋敷颈项肩、背部30分钟。然后做颈部大幅度的屈伸、旋转活动200次,日2次。2日1剂,15日为1疗程。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状、体征完全消失,疗程结束后,即恢复正常工作。显效:症状、体征基本消失,疗程结束后,基本可从事原工作。好转:症状、体征部分消失或减轻,不能从事原工作,但生活基本能自理。无效:症状、体征无改变。本组158例,治愈44例,显效85例,好转24例,无效5例,总有效率96.6%。

说明:本法补益肝肾,疏通经络,疗效满意。

参考文献:中医正骨,2000;12(12):30

按摩处方(二十一)

取穴及操作方法:推拿:患者坐位,先在后颈部用推揉法治疗5~10分钟,然后自第6颈横突至肩顶部及肩胛区施以推法,并用滚法交替进行,两侧各持续3~5分钟;用擦法沿棘突两侧由上而下直擦到骶骨止,再沿肩胛骨内侧缘由上而下直擦到骶部,用分筋法在棘突两侧由上向下、向外推开,然后提拿双侧肩背部,分筋法、擦法、提拿法交替,重复3~4次;点按双侧风池穴、肩井穴、颈胸夹脊穴及大椎穴,重复3~4次;提颈3次,患者颈椎中立位,术者右肘屈曲托下颌,左手托枕部,沿纵轴向上轻轻拔伸;颈肩部侧击法、拍法收功。牵引:患者坐位,颈椎中立位,用颌枕带作颈椎牵引,重量3~5千克,15~30分钟。

治则:疏经通络,理筋止痛。

辅助治疗:药物治疗:患者受压段脊髓出现水肿,先用20%甘露醇250毫升,日1~2次静滴,用3~5日,必要时加用地塞米松5

~10 毫克;复方丹参 14~16 毫升加 5% 葡萄糖液 250 毫升,日 1 次静滴,用 2 周;维生素 E 0.1 克/日 3 次口服;维生素 B₁ 0.1 克、维生素 B₁₂ 0.5 毫克,日 1 次肌注。

临床疗效:疗效标准:优:症状体征消失,颈椎活动不受限,恢复原工作。良:症状体征基本消除,病理反射仍为阳性。差:症状体征部分消除,病理反射阳性。无效:症状体征无改善。本组 23 例,随访 6 个月~1 年,优 9 例,良 11 例,差 2 例,无效 1 例。

参考文献:中医正骨,2000;12(12):36

按摩处方(二十二)

取穴及操作方法:常规方法:患者坐位或俯卧位,用滚、揉、推、拿、捏、弹、拨、叩击等手法,放松颈及上背部肌肉。

颈部扳法:用坐式定位扳法、仰卧颈椎扳动法、牵拉顶扳法、侧屈扳动法治疗。对症治疗:伴有颈部僵硬者拿捏患者腋后筋与背阔肌结合部位,同时令患者摇动颈部;伴有视物模糊心悸头晕痛者,按揉睛明、太阳、百会、风池、内关、心俞、神门穴,头及躯干部穴位可用振颤法;上臂麻木者,可弹拨臂丛神经点及上臂内侧。日 1 次,10 次为 1 疗程。

治则:缓解局部组织痉挛,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:临床治愈:症状及体征消失,恢复原工作。好转:主要症状及体征基本消失,不影响日常生活。无效:自觉症状及阳性体征治疗前后无变化。本组 45 例,治愈 29 例,好转 13 例,无效 3 例,总有效率 93.3%。

参考文献:中医正骨,2000;12(12):43~44

按摩处方(二十三)

取穴及操作方法:推拿:患者正坐,医者立于患者后侧方,以拇、中指交替点揉百会、风池、天柱、肩井、肩髃、天宗、曲池、手三里、外关、合谷、阿是穴等(以患侧为主);医者立于患者背后,用滚

个月左右。其余日1次,10次为1疗程。

临床疗效:疗效标准:治愈:临床症状和体征消失,功能恢复,随访1年无复发。显效:临床症状和体征明显改善,劳累或受凉后有不适现象。无效:治疗2个疗程无明显改善或因故中断治疗。本组250例,痊愈160例,显效74例,无效16例,总有效率93.6%。

参考文献:河南中医,2000;20(2):58

按摩处方(二十六)

取穴及操作方法:点穴:在攒竹、印堂、上星、太阳、百会、风池、风府、大椎、T1~7的华佗夹脊穴、颈部阿是穴上施以点、按、揉等手法;在双侧合谷、手三里、肩髃、曲池、内关、外关、足三里、上巨虚、两丘等穴上施以点、按、揉、拿等手法。重点在阳明经穴,约10分钟,日1次。

松解:取仰卧位,在头面、颈项、肩背、四肢部上施以一指禅推法及滚、按、揉、拿、摇等法,在有筋结或条索状物的部位以及肌肉萎缩部位重点施术,松解时间约15~20分钟,日1次。

拔伸牵引旋转复位法:松解手法完毕后,嘱患者仰卧位,肩部与治疗床头,前弓后箭步,一手拖住枕颈部,虎口向外,一手屈腕成抱掌,环扣下巴处(小鱼际肌接触下巴),助手双手扶拉患者双肩,术者与助手同时用力,方向相反成拔伸牵引状,力量以术者牵拉患者有移动感为宜。拔伸时,若患者颈生理曲度加深者,宜上抬患者头部10度左右,若患者生理曲度变直或反张者,宜下压患者头颈10度左右。拔伸牵引2~3分钟后,术者力不减,向左向右旋转患者头颈部30度,可闻及“咯噔”声,以患者舒适为宜。每周拔伸旋转牵引复位2~3次,每次复位后,在颈肩背部行拿、揉、按法以巩固复位效果。

窝圆枕:患者颈生理曲度变直或反张者,嘱其自作一圆柱状的枕头,直径8厘米左右,仰卧位,把圆枕放于颈部中段枕卧,开始几

周内可窝圆枕 20 分钟,适应后以能忍受的时限为宜,以恢复颈生理曲度,促进突出的颈椎间盘回纳。颈曲加深者不宜使用。

治则:补肝肾,强筋骨,通经络。

辅助治疗:穴位注射:用当归注射液、人胎盘组织注射液各 2 毫升,维生素 B₁₂注射液 0.5 毫克相混合,在两侧的曲池、手三里、合谷、内关、外关、足三里、上巨虚、下巨虚、承山、委中等穴中任选 2~3 穴进行药物注射。日 1 次,2 周后隔日 1 次,3 周为 1 疗程,疗程间隔 1 周。

临床疗效:诊断标准:参照《中医病证诊断疗效标准》(国家中医药管理局,南京大学出版社,1994 年)中脊髓型颈椎病的诊断标准。疗效标准:参照《中医病证诊断疗效标准》拟定。治愈:症状和体征消失,行走正常,肌力恢复 4 级以上。显效:原有症状大部分消失,行走可,肌力在原有基础上上升 1~2 级,肌肉稍松弛无萎缩,无纤颤,椎体束征(±)。好转:原有症状体征减轻,行走尚可。未愈:治疗前后症状和体征无改变。本组 26 例,治愈 18 例,显效 3 例,好转 4 例,无效 1 例,总有效率 96.15%。

说明:本法滋补肝肾,壮筋骨,健脾胃,祛湿通络,疗效满意。

参考文献:广西中医药,2000;23(6):11~12

按摩处方(二十七)

取穴及操作方法:随机分为两组。本组 45 例,用手法正骨:推拿按揉颈后两侧肌肉 2~3 分钟,使颈部肌紧张及痉挛充分放松,便于手法调整。

侧旋正复法:术者一手放于患者下颌体的一侧,另一手拇指放于枕骨乳突一侧,余四指放于患侧,中指对准病变椎体横突尖部,双手同时轻轻用力向健侧旋转,当剪力到达病变部位的椎体时,突然用力,当即听到复位弹响声,即告复位成功,同法使用于对侧。

后伸正复法:术者左手拇指与余四指分开托住两侧枕骨乳突处,虎口托住枕外隆凸处,另一手肘角托住下颌尖处,两手同时用

第五章 骨伤科疾病

力向上拔伸牵引,同时托下颌的肘角用力使其颈椎后伸,另一手虎口托住后枕外隆凸处,掌根抵住第七颈椎棘突处,做为杠杆支点,双手同时用力,可听到生理曲度变直反曲的复位弹响声。

叩手背伸正复法:术者位于患者背后,从两侧腋下向前伸出向上合手反扣于第七颈椎棘突处,双前臂用力托住腋下向上拔伸,在托双腋处的同时,双手四指即形成反压力,使其颈椎下部椎间隙及曲度改变而纠正之。正骨手法完毕双手轻轻叩打两侧肩井穴及背部肌肉1~2分钟。日1次,10次为1疗程。

治则:疏通经络,活血止痛。

辅助治疗:对照组40例,采用常规按摩手法:按压合谷、曲池、小海、天鼎、缺盆、中府、肩井等穴各半分钟~1分钟。双手拇指放于颈后两侧肌肉上自上而下推挤3遍。术者两手拇指分别按压大椎穴1分钟及风池穴半分钟。拔伸牵引颈椎半分钟,同时左右旋转各1次,回中立位,在轻度牵引下将头前屈、后伸、左右摇摆各1次,放松恢复原位。左右分离颈椎各1次,再将双手四指放于颈部两侧肌肉,指揉3遍,然后按压大椎穴两侧1分钟。在两侧肩背部拿揉3~5遍。日1次,10次为1疗程。

临床疗效:疗效标准:治愈:颈部疼痛加向肩背、上肢放射疼痛等症状消失,功能活动正常,能参加正常的生活和工作。显效:临床症状及体征大部分消失,但低头时间久后及过度劳累后症状稍有加重,但不影响正常生活和工作。好转:临床症状及体征比治疗前有进步。无效:治疗前后无改善。两组分别治愈20、5例,显效15、10例,好转10、22例,无效0、3例,总有效率100%、92.5%,本组疗效明显优于对照组($P < 0.01$)。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):11~12

按摩处方(二十八)

取穴及操作方法:本组45例,用松解法:双手拇指指腹交替在两侧颈部肌肉处自上而下做回旋揉捏,然后用滚法和掌法在斜方

肌、肩胛提肌、菱形肌处按摩,同时用点按法点按风池、肩井、天宗等穴。

旋转复位:患者端坐,以右侧为例,左手拇指顶偏歪的棘突,其余四指紧贴后枕部,右手掌托住患者左面颊及颈部,在颈部微屈并作牵引的姿势下,双手密切配合,用力均匀,使头部向右侧移动,当旋转到有固定感时,双手同时用寸劲,即可听到弹响声,同时左拇指下有移动的感觉。

善后手法:患者端坐,术者用手掌轻搓颈椎后左右侧肌肉,最后用劈法,双手轻轻敲打肩背部。日1次,10日为1疗程。对照组37例,用牵引法,采用坐式或卧式,颈椎牵引处于垂直,每次20~30分钟,10日为1疗程,疗程间隔2~3日。

治则:疏通经络,柔筋活血,缓急止痛。

临床疗效:诊断标准:参照1993年全国颈椎病专题座谈会的诊断标准(中华外科杂志,1993;31(8):472)。两组分别治愈26、11例,显效14、7例,好转5、15例,无效0、4例,本组疗效优于对照组。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):14

按摩处方(二十九)

取穴及操作方法:阻滞操作方法:患者去枕平卧,肩部垫一薄枕,采用气管旁接近法,在胸锁乳突肌前缘和气管旁,胸锁关节上方约2横指处,用左手食指和中指尖端将气管和食管推向内侧,将胸锁乳突肌和颈总动脉推向外侧,用5号眼科针头垂直刺入,针尖抵达颈7横突,退针少许,回抽无血或脑脊液,将局麻药缓慢注入,5分钟左右,被阻滞侧出现霍纳氏综合征,表示穿刺成功,注入0.5~1%利多卡因7~10毫升,左右交替阻滞,日1次,10次为1疗程。

推拿手法:患者坐位,医者一手固定头部,一手自前向后用指尖推督脉经,然后由前向后推两侧,再用掌根部反复擦后枕部两

侧,5分钟左右。揉捏颈项肌和项韧带,推拿、提拿肩背部,并用擦法反复擦肩背部;两拇指由下向上推印堂穴,双手拇指揉太阳穴,达到痠胀为止。指尖推大椎穴100次,拇指和食指提拿两侧肩井穴,最后拇指轻按压内关穴,得气为止。每次15分钟,日1次,10次为1疗程。

治则:疏通经络,活血柔筋,缓急止痛。

临床疗效:疗效标准:优:眩晕等症状消失。良:眩晕等症状基本消失,偶有眩晕。好转:症状减轻。无效:治疗前后无变化。本组86例,用1~2个疗程,优32例,良45例,好转7例,无效2例,总有效率97.7%。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):21

按摩处方(三十)

取穴及操作方法:牵引用上海产JQY-1颈椎牵引椅,一般牵引重量为男6~15千克,女5~10千克,牵引时间15~30分钟。推拿用捏拿颈项法,双手捏拿颈部1~2分钟,拇指上下推揉颈部两侧棘间韧带、斜方肌3~6分钟,揉按椎旁压痛点1~3分钟,滚动颈部两侧肌群及肩部、背部膀胱经和督脉5~10分钟,捏拿上肢、理肢并抖搓上肢,掌叩击背部2遍,提拿肩井3次。用整骨手法,先用单拇指触诊法摸清偏歪的颈椎棘突,施手法向顶推偏歪棘突,同时觉指下棘突轻移。然后让患者头颅处中立位顺压棘突和项韧带,松动两侧颈肌。

治则:疏通经络,缓急痉挛,松解粘连。

临床疗效:疗效标准:痊愈:临床症状、体征完全消失。显效:临床症状基本消失。好转:症状减轻。无效:治疗前后无变化。本组280例,痊愈78例,显效120例,好转73例,无效9例,总有效率96.8%。

参考文献:山东中医杂志,2000;19(12):740

按摩处方(三十一)

取穴及操作方法:以颈5棘突偏左、头颈歪斜、下颌指向左侧为例,医生站在患者身后,左手掌心扶持患者右面部,使其沿水平方向向左旋转,右手拇指顶推颈5棘突,沿水平方向向右伴随旋转用力顶推,至颈5棘突拔正。术中嘱患者放松,不要随意活动头颅,禁忌头颈过屈。4日治疗1次,5次为1疗程。

治则:疏通经络,活血柔筋。

辅助治疗:并用颈康灵内服:葛根、鸡血藤各30克,羌活、独活、荆芥、红花、川芎各10克,防风、全虫各9克,当归、桑枝各15克,三七粉8克,忍冬藤20克,日1剂水煎分3次服,每次150毫升,20日为1疗程。

临床疗效:本组185例,治疗8~60日,临床治愈165例,显效20例。

注意事项:治疗期间避免颈部剧烈活动;中期不要长时间低头工作;后期加强头颈部的功能锻炼,避免突然大幅度地旋转、摆动。

说明:本法活血祛瘀,通经活络,治疗本病疗效满意。

参考文献:中医正骨,2000;12(9):34

按摩处方(三十二)

取穴及操作方法:颈椎牵引:用电动牵引器持续牵引,时间20~30分钟,重量4~6千克,牵引时颈椎椎向前微屈10~15度,日1次,15次为1疗程。在牵引开始后5分钟行手法治疗,一手扶住患者前额以固定头部,另一拇指从颈后抵住患椎棘突间隙(如为颈4神经根受累,则抵住颈3~颈4棘突)。术者拇指逐渐用力向前推顶,使颈椎呈轻度伸展位并维持3~5秒钟,后逐渐放松恢复前屈位,如此重复6~8次。后术者以双手拇、食二指分别抵住患者双侧患椎横突间隙并逐渐用力使颈椎侧屈向一侧,随后放松,再侧屈向另一侧,如此使患者颈椎左右晃动各6~8次。手法宜轻柔

缓慢,幅度由小变大。

治则:疏经活络,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:患者症状、体征消失。好转:症状缓解,臂丛牵拉或颈椎间孔挤压试验阳性。无效:症状体征无改善。本组 78 例,治愈 53 例,好转 24 例,无效 1 例。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(5): 23

按摩处方(三十三)

取穴及操作方法:患者坐位,医者用滚法、一指禅法在颈项及肩部治疗 6~8 分钟,配合轻缓的头部前屈、后伸及左右旋转,再用拿法提拿颈项及肩部 20 次,弹拨 20 次,缓解肌肉痉挛。坐位,患者放松颈项部肌肉,用摇法使颈项部轻缓旋转 10 次,后在颈部微向前屈位时,迅速向患侧加大旋转幅度,手法要稳、快。患者平视前方,双手后背,术者立于患侧,双手持续托起下颌(双手分置下颌及枕后)用力上提 1 分钟。医者按、拿、揉风池、风府、天井、肩井、风门等穴各 10 次,再拿捏脊突两侧各 20 次。颈项部蒸气薰蒸 20 分钟。

治则:疏通经络,激活经气,活血止痛。

辨证特点:诊断标准:多有外伤史或反复发作史;多在熟睡醒后,颈项部痉挛性或痠胀性疼痛,活动时加剧,颈部活动受限,呈强迫体位,偶向同侧头、背部及上肢放射;头部向患侧歪斜,患侧颈部肌肉紧张、活动受限;椎间孔挤压试验及臂丛牵拉试验阴性;颈椎 X 线检查无明显异常。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状完全消失,颈部活动正常,局部无压痛。有效:症状明显减轻,但局部仍有轻微压痛。无效:经 5 次或 5 次以上治疗后,症状和体征仍无明显改善。本组 48 例,痊愈 39 例,有效 7 例,无效 2 例,总有效率 95.83%。

说明:本法疏通经络、激活经气,操作简便、疗效满意。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(5): 24

按摩处方(三十四)

取穴及操作方法:用颈椎定点旋转复位法,配合分筋、理筋等手法:上颈段用单人旋转复位法,中颈段用角度复位法,下颈段用侧旋提椎法。以颈6棘突偏右为例,患者取坐位,颈部稍前屈,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度角,此时左手向上轻提牵,同时右手拇指迅速用力向左推,常可听到“咯”的一声,拇指下有轻浮动感。

治则:疏通瘀结,通利气血。

临床疗效:疗效标准:痊愈:临床症状消失,功能恢复。显效:临床主要症状明显缓解,功能明显改善。有效:临床部分症状减轻,或时有复发。本组150例,痊愈73例,显效62例,有效10例,无效5例,总有效率96.6%。

说明:本法疏通瘀结,通利气血,疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(10):16~17

按摩处方(三十五)

取穴及操作方法:颈椎牵引:患者坐位,颈项背放松,医者站立位,先将自调便携式颈部牵引器的多层气室围在颈项部,压紧搭扣,然后反复充气至患者颈项部有明显牵拉感而无其他不适为止,持续牵引,即挤压气泵12~16次,颈部牵引器拔伸力从2千克开始,逐渐达到3~5千克,日牵引1~2次,每次20分钟,7日为1疗程。

双极疗法:患者体位同上,全身放松,在用上法牵引的同时,将电脑多功能电疗仪调成双极导入制式,将双极电极板紧贴患者皮肤,用松紧带固定好,接好正负极插头,不能松脱,选择具有活血止痛、舒筋通络、松解肌肉、消炎散结等作用 and 处方(一般选2、11、13号处方),至患者能承受的能量即可,一般从15~25毫升,逐渐增

第五章 骨伤科疾病

加到 50 ~ 75 毫升,日 1 ~ 2 次,每次 20 分钟,7 日为 1 疗程。

推拿手法:患者体位同上,医者站于患者背侧,分别用颈项揉捏法、颈项推擦法、颈项拍打法,日 1 ~ 2 次,每次 15 分钟,7 日为 1 疗程。

治则:疏通经络,活血舒筋。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状体征消失,功能活动正常,恢复正常生活及工作。近愈:症状体征消失,功能活动正常,在气候变化及劳累后出现轻度疼痛。好转:症状体征明显减轻。无效:症状体征无明显改变。本组 22 例,治愈 13 例,近愈 6 例,好转 3 例。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(10): 17

按摩处方(三十六)

取穴及操作方法:节拍式牵引:患者平卧,医者面对患者头部而坐,右手托住患者后脑勺,左手扶下颌,沿患者躯体纵轴方向施行节拍式牵拉,每牵拉 3 ± 1 秒与放松与 2 ± 1 秒为 1 次,作 30 次左右。手法定点旋转:医者左右旋转患者头部,以右旋为例,医者左手托住患者下颌,将右手四指指面贴住患者后颈窝,以每秒约 20 度的匀速旋转患者头部于左侧位维持不变后,弯曲右手拇指关节,拇指尖定于患者颈椎右侧后关节,双手合力匀速右旋患者头部至左侧颈肌,拉紧,以此为基点适度冲击式右旋或返回基点后歇息 3 秒钟。最后将患者头部匀速旋转至左侧位,此为 1 次。治疗 1 ~ 10 次。手法后,将患者头部还原中间位置,无改善可重复手法或试行反向旋转手法。颈椎后关节压痛改善后行枕下揉搓:患者俯卧位,医者以双拇指尖在患者枕部发际下双侧风池穴附近揉摩 30 秒后,向下平推约 1 分钟。推压背部:患者颈椎病迁延反应在背部,有疼痛与明显压痛时,可用拇指上下推压揉搓肩胛内软组织疼痛区 2 ~ 3 分钟。每周治疗 1 ~ 3 次。

治则:疏通经络,活血化瘀,柔筋止痛。

临床疗效:疗效标准:显效:症状消失,可正常工作。有效:症

状减轻,头稍感不适,可正常工作。无效:症状无改善。本组 40 例,显效 18 例,有效 20 例,无效 2 例。

参考文献:湖北中医杂志,2000;22(11):47

按摩处方(三十七)

取穴及操作方法:用本品注射液 80 毫克。加生理盐水 250 毫升静滴,日 1 次,15 日为 1 疗程。患者端坐,医者用拇指触摸颈椎偏歪棘突并固定,余四指扶持颈部;另一手掌心抱住枕部,其前臂掌面紧贴下颌体。施术时抱头之手向直上牵提和向左或右旋转头颅,同时固定偏歪棘突之手指指向对侧水平方向顶推偏歪棘突,听到响声,指下棘突轻度移位,使错位骨缝捺正,手法完毕。隔日 1 次,14 日为 1 疗程。

治则:活血通络,缓解痉挛。

临床疗效:疗效标准:治愈:眩晕、头痛、恶心等症状和阳性体征消失,可参加轻体力工作。好转:眩晕、头痛、恶心等症状明显减轻,但有复发。本组 65 例,治愈 51 例,好转 12 例,无变化 2 例。

说明:两者合用,不仅能改善局部血液循环,还能减轻或解除对椎动脉及交感神经丛的刺激、压迫、牵拉,改善临床症状,疗效显著。

参考文献:实用中医药杂志,2000;16(12):10~11

按摩处方(三十八)

取穴及操作方法:先用颈椎定点旋转复位法,纠正偏歪的棘突及横突,然后以分、理、揉、擦为主的分筋理筋法,施于颈项部索条和筋结,以调整被施术之软组织,达到消肿止痛、舒筋活络之目的。最后用点穴法,根据具体情况局部用重手法或轻手法以点、按、压、揉为主点穴,常用穴有风池、风府、肩井、大椎、天宗、落枕、合谷、曲池、阿是穴和背部两侧的夹脊穴,约 5 分钟,以解除软组织痉挛。整套手法需 20 分钟,嘱患者低枕而眠,颈活动不宜过大。以上手

第五章 骨伤科疾病

法除颈椎旋转复位法外,其余手法每周可施治2~3次,10次为1疗程。

治则:疏通经络,消肿止痛。

辨证特点:诊断标准:有不同程度的颈、肩、背、上肢疼痛和放射痛,颈椎棘突或椎旁有压痛,颈部活动障碍,臂丛神经牵拉试验阳性,椎间孔挤压试验阳性,位置性眩晕试验阳性,经X线正侧位摄片诊断为颈椎病。

临床疗效:疗效标准:治愈:临床症状消失,颈部活动功能正常,随访半年无复发。显效:临床症状明显减轻,颈部活动功能基本正常。好转:临床症状减轻,颈部活动功能好转。无效:临床症状治疗前后无改善。本组138例,治愈22例,显效36例,好转76例,无效4例,总有效率97.1%。

参考文献:广西中医药,2000;23(5):8

按摩处方(三十九)

取穴及操作方法:本法又称四步十法,基本程序为:第一步放松类手法,以揉捏法为主,亦可用滚法、按法。第二步正骨手法,在生理范围内施以推摇、搬、牵等法。第三步强壮手法,可用拿、捏、弹拨、拍打等法以松解粘连,解除肌痉挛。第四步痛区手法,在有症状的部位行常规推拿,加速局部症状缓解。

治则:舒筋活络,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:自觉症状和体征消失,颈部活动正常,能正常工作。显效:自觉症状和体征基本消失,颈部活动正常,但劳累后个别症状反复,但不影响工作。有效:自觉症状改善,阳性体征部分消失,颈部活动较差。无效:症状体征均无改变。本组180例,用7~30次,治愈126例,显效40例,有效12例,无效2例,总有效率为98.9%。

说明:本法既治骨又治筋,以生理运动为基础,动中求正,从而解除对周围神经、血管、脊髓的压迫,恢复脊椎稳定性,配合热敷法

疗效更可靠。

参考文献:中华实用中西医杂志, 2000;13(20):1680

按摩处方(四十)

取穴及操作方法:枕颌布带牵引法:患者取坐位或仰卧位,颈前屈10~15度,放置牵引带,牵引重量为砝码锤砣式,日1次,每次15~25分钟,重量逐渐增加到5~20千克力,一般小于20千克力,停止时逐渐减去牵引量。

推拿法:用松(患者端坐或俯卧,胸前垫15厘米的软枕,头向前倾5~15度,颈肩部放松,双上肢下垂,点揉风池肩井穴,捏拿颈根部斜方肌纤维,并弹拨附着于肩胛上角的提肩胛肌,然后拇指将半棘肌自颈椎棘突边缘,由上而下向外侧推,用两手的合力提拿颈部肌肉)、扳(分侧扳、斜扳和旋转扳复法。患者端坐,术者立于患侧,一手推拿患侧上臂之上端,另一手按于患侧头顶顶部,左右晃颈数次后适当侧屈,将头推向健侧,可听到“咯咯”声响。如松弛斜方肌可略向健侧胸前方推扳;如系胸锁乳突肌疾患,可向健侧稍偏近于背部方向推扳)、旋转复位法(以左手虎口或肘对准下颌,右手虎口对准枕后,左右缓慢旋转15~20度,不超过20度,同时用旋转的角度上摆纠正小关节紊乱)、牵(一手虎口托于患者下颌,另一手扶拿枕部,双手合力适当将颈部提起,并多次活动数十次)法。

治则:疏经活络,祛瘀止痛。

辅助治疗:用当归、草乌、鸡血藤各20克,川芎、白芷、桃仁、红花各10克,水煎取液1000毫升,每次用前加温70℃左右,用上海产直流感应治疗机,阳极用8厘米×14厘米电极板外加衬垫,取中药煎剂10毫升,均匀撒在衬垫上,紧贴痛点、痉挛或增生部位。阴极用同样大小温湿衬垫,置于相应部位,电流为0.01~0.02微安,日1次,每次20分钟,10次为1个疗程,疗程间隔3~5日。

临床疗效:疗效标准:显效:症状体征消失,关节功能恢复正常。好转:症状体征基本消失,关节功能基本恢复。无效:症状体征及关节功能无明显改善。本组 1000 例,治疗 4~10 个疗程,临床治愈 900 例,显效 80 例,无效 20 例,总有效率 98%。

参考文献:中国骨伤, 2000;13(9): 557

按摩处方(四十一)

取穴及操作方法:患者端坐,头项正直,医者施滚、按、揉、弹拨等手法于颈项各肌群 10 分钟。患者仰卧位,医者坐于头顶部位按下列各穴:攒竹(双)、太阳(双)、四白(双)、神庭、头维(双)、百会、脑空(双)、风池(双),共点按 15~20 分钟。颈椎牵扳法,患者保持仰卧位,医者双手环托患者下颌及枕部,颈椎轻度前屈向头上方牵引片刻,然后在牵引下将头部旋转向棘突偏歪侧,至弹性限制位时,再作一突发控制扳动,无棘突偏歪者仅作徒手牵引,不用扳法。

治则:疏通经络,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:临床症状与体征消失。好转:临床症状与体征基本消失,但颈项可有不适感或偶有头昏,但不影响日常生活。无效:症状无改善。本组 76 例,痊愈 62 例,好转 14 例,总有效率 100%。

参考文献:广西中医药, 2000;23(4):11

按摩处方(四十二)

取穴及操作方法:随机分为两组。本组 90 例,根据病情选择手法:点、按、揉法天柱、风池、天鼎、大椎、缺盆、肩外俞、肩井、天宗、合谷、阿是穴等;揉捏拨颈肌法、推揉弹理舒筋法、颈部牵引法、按颈侧扳法、肩背及项后滚法或吉庆有余法、托扶枕颌摇摆法、定点施转复位法,每次 20~30 分钟,15 次为 1 疗程。对照组 47 例,用电脑中频电疗(北京翔云电子设备厂生产 K8832-T 电脑多功

能电疗仪)日1次,每次20分钟,20次为1疗程,疗程间隔7~10日。

治则:疏经通络,活血止痛。

临床疗效:诊断标准:参照1995年国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》。疗效标准:根据1994年国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》。治愈:症状体征消失,功能恢复正常。显效:症状体征明显改善,功能接近正常。好转:症状体征有好转,功能有改善。无效:症状体征、功能无进步。两组分别治愈10、3例,显效51、10例,好转27、31例,无效2、3例。两组疗效比较有显著性差异($P < 0.001$)。

参考文献:福建中医学院学报,2000;10(3):33~34

按摩处方(四十三)

取穴及操作方法:本组68例与对照组32例,均用坐姿枕颌带牵引,根据患椎平面高低,用不同牵引角度:上颈段于后伸15度左右,中段于中立位,下颈段于前屈15度左右,牵引重量为体重的10~15%。本组并用坐姿前屈(或后伸)左右旋转顶推法:以颈4棘突右偏为例,术者站患者身后,左手拇指触及颈4棘突右缘,嘱前屈35度、左偏40度,右手掌托扶患者下颌,余指对按上颌部,左右转动几次,等头转至最大范围时突然扳动向右旋转,同时左手拇指顶推颈4棘突向左,多听到“咯卡”声且左手拇指有滑移感。后伸位顶推多用于上颈段,手法相同。复位后对棘突部的腱膜、颈项部、肩及肩胛区软组织分别用分筋理筋手法,按揉、镇定手法。

治则:疏通经络,活血止痛。

临床疗效:疗效标准;痊愈:自觉症状消失,颈部活动自如,X片示偏歪棘突纠正,生理前凸恢复或基本恢复。好转:自觉症状基本消失,颈部活动自如,X片示偏歪棘突纠正,生理前凸基本恢复或无变化。无效:治疗前后无变化。两组分别痊愈22、6例,好转40、16例,无效6、10例,有效率91.18%、68.75%,有效率、无效率

两组有显著差异($P < 0.005$)。

说明:手法结合牵引治疗,见效快、疗程短、治愈率高。

参考文献:中医外治杂志, 2000;9(4):12

按摩处方(四十四)

取穴及操作方法:本组 207 例,患者取坐位,用拇指置于颈部两侧,沿颈夹脊自上而下寻找压痛点,每次取 2~3 个穴位,选择针刺的深度,用小幅度快速捻转方法。针 2~3 次后,根据 X 线片内的动态体征,选择不同手法:前后错位用前后推正法,侧偏侧倾错位用侧向推正法,旋转错位用斜扳推正法。3 次为 1 疗程。对照组 89 例,仅用手法治疗。

治则:活血通络,理筋复位。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状消失,活动功能恢复正常,随访半年不复发。好转:临床症状明显好转,活动功能基本恢复正常。无效:治疗前后无明显变化。两组分别治愈 196、75 例,好转 6、9 例,无效各 5 例,治愈率 94.68%、84.27%,本组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

参考文献:国医论坛, 2000;15(4):32

按摩处方(四十五)

取穴及操作方法:颈椎牵引法用日本产 TC-UI 型间歇牵引装置,头部保持中立位,颈部力量为 15~25 千克,持续牵引时间为 20~30 秒,间歇时间为 15~25 秒,治疗时间为 20 分钟,日 1 次,10 日为 1 疗程。

牵引后休息 10 分钟开始按摩,先用轻柔的点、按、揉及振法、滚法在患者颈部两侧及肩背部施术,后取患侧臂太阳穴(在手阳明大肠经肩髃穴,三角肌上部肩峰与肱骨大结节之间,上臂外展平举时肩前呈凹陷处,稍前下方)、臂后头点(相当于手少阳三焦经,臑会穴)、臂面颊点(相当于手太阴肺经天府穴)、臂胸锁乳突肌相

应点(手五里穴内侧至曲泽穴一段,屈肘取之)、臂斜方肌相应点(肘髁穴至手五里穴一段)、臂风府(曲池上7寸、三角肌后下缘凹陷处)、颈椎线(臂风府穴至天井穴可对应7个颈椎)、臂大椎(前臂外侧面近端尺桡关节间隙上方凹陷中)等,采用轻揉的点、按、揉及轻轻拨离法,头痛、头晕剧烈可在臂风府、臂印堂(肩头前下突起处,肱二头肌腹正中,腋横纹上约二横指处)、臂太阳、臂百会(巨骨穴与肩髃连线的中点)、臂后顶(相当于手少阳三焦肩髃穴)、臂后头点等穴位加强治疗,在按摩臂部穴位的同时,嘱患者配合头部转动及侧屈等,最后可在后背部用滚法及拍法,在头部用振颤法,上臂部用揉捏等结束治疗,时间约为20分钟,10日为1疗程。

治则:疏经通络,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状消失,功能正常,无阳性体征。

显效:症状体征大部分消失,功能基本正常,可引出部分阳性体征。

好转:症状及体征部分改善,功能部分受限。本组60例,治愈38例,显效19例,好转3例。

说明:本法可改善局部血液循环,疗效满意。

参考文献:山东中医杂志,2000;19(8):477

按摩处方(四十六)

取穴及操作方法:颈椎牵引:患者取仰卧位,用一枕颌带套上牵引杆,牵引杆中央系上牵引绳,牵引绳事先穿过固定于床头的滑轮上,且与水平方向约30度左右的角度,使颈部前屈。在牵引绳远端挂上所需要的重量,一般为6千克左右,日3次,每次30分钟。

手法:患者取低端坐位,左手扶持患者头顶使头稍向前屈曲;用右手旋揉颈部,点按风府、风池等穴;用拇指尖从发际开始沿颈椎背侧自上而下弹拨,然后用双手拇指腹顺流而下平推;拿肩井、肩中俞,揉按天宗穴;自上而下滑推颈总动脉,提捏捻揉颈椎旁呈

第五章 骨伤科疾病

条索状软组织;用手掌顺颈肌走向从上至下推按,使局部充血;一手拇指紧抵偏移横突,另一手置于患者下颌部,两手同时相对用力,并向健侧缓慢旋转 30 度。

颈部练功:前俯后仰-左右侧屈-左视右盼-伸颈旋肩,每日早、中、晚各 1 次,每次 10~15 分钟。

治则:祛风除湿,活血通络。

辅助治疗:中药用颈椎 II 号:天麻、半夏、地龙各 10 克,钩藤、白蒺藜、薏苡仁、丹参、葛根各 15 克,黄芪 30 克,当归、白术、茯苓、威灵仙各 12 克,甘草 6 克,日 1 剂水煎服。

临床疗效:疗效标准:治愈:椎动脉供血不全的症状消失,体征消失,椎动脉扭曲试验阴性,6 个月内无复发。显效:椎动脉供血不全的典型症状基本消失,体征 80% 以上消失,椎动脉扭曲试验阴性。有效:症状减轻,椎动脉扭曲试验阳性。无效:症状体征无变化。本组 569 例,治愈 405 例,显效 117 例,有效 36 例,无效 11 例,总有效率 90%。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(4): 23~24

按摩处方(四十七)

取穴及操作方法:随机分为两组。本组 33 例,患者仰卧位,术者以中指、食指指腹着力,沿颈部韧带及其两旁自下而上依次弹拨,对阳性反应点可加强刺激,并结合按揉风府、风池穴个 1 分钟。用食、中、环指指腹着力,自下而上沿直线平推三条线,分别为大椎至风府、椎旁左右各一条定喘至风池,各 3~5 遍。术者双手重叠,自第 4 颈椎下将颈部微微托起,然后徐徐向后拔伸,持续 1 分钟,可反复 3~5 遍。针刺取颈椎夹脊穴、风池、率谷、印堂、风府,用平补平泻法,留针 20 分钟,隔日 1 次。10 日为 1 疗程,疗程间隔 5 日。对照组 30 例,用轻柔的滚法、一指禅推法在患侧颈项及肩部治疗,配合头部前屈、后伸及左右旋转活动 10 分钟。再用拿法提拿颈项及肩部或弹拨紧张的肌肉 5 分钟。患者坐位,按、拿风池、

风府、风门等穴3分钟,日1次,10日为1疗程,疗程间隔5日。

治则:祛风通络,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:头痛、眩晕、耳聋耳鸣、视物不清、体位性猝倒等病症消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常。能参加正常劳动和工作。好转:上述病症减轻,颈、肩部酸痛减轻,颈、肢体功能改善。未愈:上述症状无改善。用2个疗程,两组分别痊愈23、11例,好转6、13例,无效4、6例,总有效率87.9%、80%,本组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

参考文献:浙江中医学院学报,2000;24(4):63

按摩处方(四十八)

取穴及操作方法:枕颌带颈椎牵引,坐位,头部前倾20度,重量5~8千克,每次20分钟,日1次。颈部按摩,重点捏拿,弹拨两侧颈项肌,手法后点压天柱(哑门穴旁1.3寸)、夹脊穴(相应病变颈椎旁0.5寸)、百劳(大椎上2寸,旁1寸)、大椎(第七颈椎棘突下)、天宗(肩胛骨风下窝的中央)、太溪(足内踝后,跟骨上陷中)等,隔日1次。急性发作期椎间紧张,颈部僵滞痉挛,不作颈椎旋板法,用牵引与基础手法放松治疗,待急性期初步缓解后,再进行治疗性手法。练功用与项争力、哪吒探海、犀牛望月、金狮摇头等功式,每式2分钟,日1次。

治则:疏通经络,柔筋止痛。

辨证特点:诊断标准:颈、肩、背疼痛,头痛头晕,颈部板硬,活动受限,上肢麻木等;臂丛神经牵拉试验阳性,椎间孔挤压试验阳性;X线颈椎前凸消失或反张,椎间隙变窄,椎体骨质增生。

辅助治疗:结合中药鹿角胶、龟板胶各12克,穿山甲、蜜虫各9克,地龙、威灵仙、紫丹参各10克;湿重加木瓜、薏苡仁;热重加桑枝、忍冬藤;风胜加乌蛇、防风;寒湿加桂枝、葛根;血瘀加乳香、鸡血藤;气血虚加黄芪、当归;肾阴虚加熟地、枸杞;肾阳虚加淫羊藿、肉苁蓉;隔日1剂水煎服,15日为1疗程,疗程间隔3日。

第五章 骨伤科疾病

临床疗效:疗效标准:治愈:颈肩疼痛及其他症状消失。好转:疼痛减轻,其他症状好转。未愈:临床症状无改善。本组 76 例,治愈 59 例,有效 13 例,无效 4 例,总有效率 94.7%。

参考文献:安徽中医临床杂志, 2000;12(4): 313 ~ 314

按摩处方(四十九)

取穴及操作方法:推拿治疗:松筋法:以捏拿滚揉手法依次放松颈、肩背、患肢部肌肉。

点按弹拨法:在痛点处点按各 1 分钟后,有筋结部施以分筋、弹筋手法数下。

定位旋转:术者一手持患者下颌部,另手拇指稍用力压相应椎体最明显压痛点,而后持下颌之手缓缓旋转患者颈部约 2 分钟。

抖臂法:术者持患腕,双手持续抖动患肢数下,力透肘、肩。然后搓揉患肢。每次 20 分钟,日 1 次。

治则:疏通经络,活血止痛。

辨证特点:诊断标准:符合《实用中西医结合骨伤科手册》的诊断标准。多数在中老年发生,好发于 C5 ~ 7 神经根;颈肩背部酸痛或刀割样痛,可由颈部向肩、臂、前臂乃至手指放射;颈部僵直,活动受限;臂丛神经牵拉征(+),椎间孔加压征(+);受累神经支配区皮肤痛觉迟钝或消失,某些肌力减弱,反射改变;X 线片示颈椎生理前凸消失,椎间隙变窄、椎体骨赘形成。

辅助治疗:用桂枝葛根汤加减:葛根、鸡血藤、丹参、桑枝各 30 克,桂枝、白芍、木瓜、姜黄、威灵仙各 15 克,生姜、炙甘草、大枣各 10 克,随证加减,日 1 剂水煎分 3 次服。

临床疗效:疗效标准:痊愈:疼痛消失,感觉、反射、肌力恢复正常,能参加劳动和工作。好转:疼痛缓解,感觉、反射、肌力有所恢复,只能参加一般劳动和工作。无效:症状及体征无改善。本组 50 例,痊愈 38 例,好转 7 例,无效 5 例,总有效率 90%。

说明:本法祛风通络,疏筋镇痛,温经散寒,调和营卫,疗效满

意。

参考文献:四川中医, 2000;18(7): 49~50

按摩处方(五十)

取穴及操作方法:推拿用一指禅推法(用于颈部督脉及两侧膀胱经)、滚法(用于肩背部)、冯氏定点旋转复位法、拍打项背,搓抖上肢,3日1次,5次为1疗程。

治则:活血通络,解痉止痛。

辅助治疗:补阳还五汤含黄芪、丹参各30克,当归、川芎、桂枝、姜黄各12克,赤芍、桃仁、红花、羌活、地龙、甘草各9克,葛根20克;颈肩疼痛剧烈加制乳香、没药;伴头痛加菊花、蔓荆子;肾虚加杜仲、肉桂;日1剂水煎服,15日为1疗程。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状体征消失,恢复正常工作。有效:症状体征减轻。无效:症状体征无明显改善。本组320例,用2~3个疗程,治愈247例,有效68例,无效5例,总有效率98.4%。

说明:本法活血化瘀,益气通络,解痉止痛,疗效满意。

参考文献:山东中医杂志, 2000;19(7): 416~417

按摩处方(五十一)

取穴及操作方法:气功点穴振颤法:患者坐位,用右手中指运气点百会、上星、印堂、太阳、风池、风府、大椎、肩井、秉风、天宗处,并行振颤法,每穴1分钟。

针刺:取太阳、风池、风府、大椎、肩井、天宗、尺泽、曲池、阳溪,用平补平泻法,留针15分钟。

梅花针点刺拔罐:用梅花针点刺大椎、肩髃、肩贞、肩髃、天宗处,出血后拔罐,留针15分钟。

颈椎旋转扶位及推拿法:患者坐位,施拿点按推摸揉捻弹捏扣拔等手法,平补平泻,由轻而重(从下往上运作为补,反之为泻,轻

第五章 骨伤科疾病

为补,重为泻)推拿 15 分钟。以上四法均日 1 次,10 日为 1 疗程。

治则:活血通络,软化骨赘,散寒止痛。

辅助治疗:中药用葛根、桂枝、血藤各 15 克,川芎、骨碎补各 25 克,当归 20 克,白术、杜仲、牛膝、延胡索、桃仁、红花、三七各 10 克,威灵仙 50 克,日 1 次水煎服。

临床疗效:本组 30 例,治愈 25 例,有效 3 例,无效 2 例。

说明:本法活血化瘀、祛风散寒、软化骨赘、软坚散结、理气通阳,疗效满意。

参考文献:实用中医内科杂志,2000;14(2):封三

按摩处方(五十二)

取穴及操作方法:(1)旋转手法复位:(以颈 5 棘突偏左为例)患者坐矮凳,术者站在其背侧,用右手拇指压颈 5 偏歪棘突处;患者头前屈 15 度,再向左侧偏约 30 度,颈部稍贴靠胸壁;术者左手托住颈部,令患者自己使颈部向左侧旋达一定幅度,术者轻速向上提旋,双手同时朝相反方向用力,可听到“拍”的响声,触局部平复即达复位。

(2)松解肌肉:用两手拇指左右分拨颈项韧带和疼痛的肌肉,注意筋结和压痛点,沿肌纤维顺行方向弹拨顺理为主,重点分 7~8 次,痛点可按压镇定止痛。

(3)按揉风池穴及臂丛神经、星状神经节等处,然后按压镇定 20 秒钟左右。

(4)提拉屈伸上肢及屈伸用力牵拉手指,操作 5~6 次,刺激末梢神经,促进功能恢复。

上述手法每隔 3 天一次,一般施行 3~8 次。手法后一周内,颈部暂不作左右过强转动,睡觉时垫枕不要过高或过低。如因局部炎症、颈痛、转动受限不能复位时,可服强的松,每天 3 次,每次 2 片(10 毫克),连服 3 天;安乃近,每天 3 次,每次 1~2 片;外用米醋温洗,每天 2~3 次。

治则:活血通络,柔颈止痛。

辨证要点:颈椎综合症又称颈椎病,是一种颇为常见的病症。本病临床症状较为复杂,而某些症状又与其他一些疾病的症状有其相似之处,故临床上容易造成误诊。由于诊断失误,治疗效果往往不够满意。

临床疗效:371例中,男122例,女249例;年龄最小8岁,最大78岁;病程最短2天,最长18天;职业:工人224例,农民31例,干部112例,学生4例。分型:神经根型207例,颈动脉型18例,交感神经型53例,脊髓型1例,混合型92例。疗效评定标准:显效:经过3~8次手法治疗,主要症状及体征完全消失或劳累后局部仅有微痠痛者。有效:经过3~8次手法治疗,主要症状及体征部分好转者。无效:经过3~8次手法治疗,症状及体征无任何改善者。

治疗结果:神经根型显效122例(58.94%),有效68例(32.85%),无效17例(8.21%),有效率为91.79%;颈动脉型显效9例(50.00%),有效7例(38.89%),无效2例(11.11%),有效率为88.89%;交感神经型显效19例(35.85%),有效28例(52.83%);无效6例(11.32%),有效率为88.68%;脊髓型1例无效。混合型显效43例(41.74%),有效35例(38.04%);无效14例(15.21%),有效率为84.78%。合计显效193例,有效138例,无效40例,总有效率为89.22%。

参考文献:李逢商等,广西中医药,1981:(1):13

按摩处方(五十三)

取穴及操作方法:手法推拿:(1)一松:即松弛颈背部的项韧带、斜方肌、胸锁乳突肌及副神经的两个分支(一支在胸锁乳突肌后缘中点,一支在肩胛骨内上角上方)。(2)二扳:即用冯天友旋转复位法及端拿手法拨正偏歪的颈椎棘突、纠正椎小关节功能紊乱,恢复颈椎力学平衡,解除或减轻对神经根的刺激与压迫。(3)三拔伸:即徒手牵引头颈部,改善颈部活动。

第五章 骨伤科疾病

治则:活血通络,舒筋解痉。

辅助治疗:并配合中药用葛根、桑枝各 30 克,桂枝、姜黄各 12 克,丹参、鹿含草各 15 克,川芎 10 克,天麻 6 克。日 1 剂水煎服。部分患者加服安络痛片 0.2 克,维生素 B₁ 20 毫克,均日 3 次。

临床疗效:临床治愈 170 例占 85%,显效 20 例占 10%,有效 10 例占 5%,治疗时间:7~21 日,平均 14 日。

本方参考文献:王志月,中西医结合杂志,1989;9(4):249

按摩处方(五十四)

取穴及操作方法:点按常用穴,合谷、曲池、小海、中府、肩井、天宗等;压按缺盆穴,向下按压 1 分钟,再向后内侧按压 1 分钟;压按极泉穴;搓揉患臂;前屈后伸运动;指揉新设穴(风池直下方,后发际下 1.5 寸);揉压大椎穴;手法牵引;提端旋转法;压颈搬肩;挤压颈后肌;捏拿法。每次 15~30 分钟,2 日 1 次,10 次为 1 疗程,一般 2 个疗程。

治则:疏通经络,理筋复位。

临床疗效:近期治愈 89 例占 80.9%,显效 18 例占 16.4%,好转 3 例占 2.7%。治疗次数最少 2 次,最多 40 次,平均 13.2 次。

参考文献:旷时恩,按摩与导引,1989;(1):10~11

按摩处方(五十五)

取穴及操作方法:1. 神经根型

(1) 松颈:患者取坐位,术者用拇指推法、拇指揉法,交替在颈部推拿,并有肩顶部用手提、拿。先使颈部胸锁乳突肌、斜角肌、斜方肌、头颈部夹肌,头颈半棘肌放松,多推颈部患侧,并以拇指揉颈椎横突前、后结节起止的诸肌,手法应由浅入深,患者常感被揉处有痠胀感。操作时术者可用一手扶住患者的前额,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后方,术者一

手叉开,以大拇指的指腹部分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,把患者的头板向健侧,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,不宜暴力,操作成功常常可以听到清脆“卡咯”响声,在扳颈时需令其头部向健侧旋转 $15 \sim 30$ 度。这个体位使椎间孔受到牵张,加上扳颈的力量落在病变部门的交点上,因而使病变颈椎的椎间孔张开。

(3)提颈:患者仍取坐位,术者一手托患者的下颌,一手托患者的枕部,将患者的头向上提起,维持半分钟。

(4)舒筋:沿患侧臂丛神经走向的相应穴位,如天鼎、缺盆、中府、极泉诸穴,用拇指按压法,如取穴准确,有“得气”感,松手后患者常感到松展舒适。最后用滚法、手掌相对挤压法、拍打法结束治疗。

以上四个步骤,均有明确的目的和作用。松颈,可解除痉挛的肌肉以减轻疼痛,为扳颈作准备。

扳颈以松解软组织粘连,改变受压组织和压迫物间的结构关系,是达到治疗效果的重要手法。颈椎病由于退变的病理刺激,引起周围软组织的炎症反应,日久必造成粘连。椎间孔是脊神经根通过的孔道,正常情况下,脊神经根仅占据孔的一小半,其周围由疏松结缔组织充填。由于炎症反应引起的纤维增生,与脊神经根发生粘连,同时脊神经根出孔时带着的脊膜鞘(根袖)也可发生纤维化及增生,扳颈手法能充分牵张椎间孔,因而使粘连得到松解,而达到治疗目的。扳颈手法的技巧性较高,初学者常有两种极端,一是不敢扳,二是用蛮劲硬扳。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,朝相反方向用力,支点在头偏向健侧时紧,在头偏向患侧时松,发力时要顺势而扳。扳颈能否成功,不是在于出力大小,乃是巧劲的运用。故切忌急于求成、硬扳,否则可致损伤。

提颈:既能达到解除颈项肌痉挛的作用,又可松解粘连,但更重要的是使椎间盘内压减低,减少对脊神经根的刺激和压迫。舒筋以疏通经络,舒展筋肉,从而达到减轻症状的目的。

2. 交感型

(1)凝神法:术者用手掌轻按两侧太阳穴片刻,目的使患者情绪安定下来,全神贯注的配合推拿治疗。

(2)分“印堂”穴:术者两手固定患者头部,拇指交替推印堂穴,方法是由下向上,由穴位中央向两侧分开,手法应由轻到重,重复12~16次。目的是“开窍”。

(3)揉“太阳”穴:术者用拇指轻揉患者太阳穴,约1分钟左右,使患者有“得气”感。目的是解除颞动脉痉挛,以达到解痉和改善血循的目的。

(4)推“三把”:这是治疗交感型颈椎病的较为有效手法。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延着足少阳胆经推向头的后方,并在枕部合拢直推到颈部。第三把,是在用拇指分开印堂后,延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经推到后颈部,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,慢慢的分开,用手掌推到头部时同样要用力,术者和患者都要全神贯注,当推完三把时,患者立即感到头部轻松,头晕、头痛大减。

(5)取穴:术者用拇指按如下穴位:风池、内关穴,以达到镇静、理顺的目的。

3. 椎动脉型

(1)头部推拿:患者坐位,头部盖一毛巾,术者站于患者前方或侧方,用左手固定头部,先用右手拇指平推督脉经,由前向后,然

后推两侧的足少阳胆经,接着再用掌根,揉头部两侧和后枕部,取下毛巾后,用两手拇指分推印堂穴,并由前额缓缓的推到太阳穴。患者推完后立即感到头晕减轻,头脑清醒。

(2)颈、肩、背推拿:用拇指在颈部推、揉交替进行并捏、拿肩顶部、颈根部,用拇指或掌根推背部,目的是起到放松的作用。

(3)取穴:用拇指按压风池穴,用手提肩井穴,最后用拇指按压内关穴,以“得气”为标准。

治则:缓解痉挛,松解关节,通络止痛。

辅助治疗:1. 药物:①神经根型:红花 15 克,当归 15 克,三七 15 克,焙干共研成细末,分 18 包,每日 2 次,每次 1 包。布洛芬 200 毫克,每日 3 次。骨刺消痛液 3 毫升,每日 3 次。②椎动脉型:丹参 3 片,每日 3 次。强力天麻杜仲丸 4 粒,每日 3 次。③交感型:谷维素 10 毫克,每日 3 次。维生素 B₆ 10 毫克,每日 3 次。安定 2.5 毫克,每晚 1 次(必要时)。

2. 局封:强的松龙 1 毫升 + 1% 普鲁卡因 4 毫升痛点局封。

3. 理疗:可用超短波、红外线等,也可用直流电醋透入疗法。

临床疗效:本法疗效较好。

说明:推拿疗法:推拿疗法适用于颈椎病的神经根型、椎动脉型、交感型包括以上各型的混合型,对脊髓型一般无效。推拿疗法对本病有消除颈部肌肉痉挛,松解关节囊及韧带等挛缩物神经根的刺激和压迫,调整椎间孔与周围血管关系的作用,一般在颈椎牵引后进行,患者取坐位,根据病型采用不同的推拿方法。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982;(7):143~152

按摩处方(五十六)

取穴及操作方法:(1)预备手法:用于松懈痉挛僵硬的颈肩肌群,促进局部血液循环,起到舒筋通络,宣通气血,解痉镇痛的效果,同时也为下一步手法的运用打好基础。

①揉捻:患者正坐,术者位于患者背后,用双手拇指腹交替在

两侧颈部(肌肉处)回旋揉捻由上而下,力量要均匀渗透,以患者可以忍受为度,速度不宜过快。在压痛点(处)可做重点揉捻,时间应稍长一些。一般每侧行同样手法4~5遍。

②滚动:患者姿势不变,术者手呈半握拳状,第五掌骨头为支点,做腕部运动,完成滚动的动作。此手法用于颈根及双肩部、力量要深入,切忌在皮肤上搓动。一般做2~3分钟即可。

(2)治疗手法:为治疗颈椎病重点手法,包括旋转复位法和提端摇晃法。其目的在于分解颈椎小关节粘连,纠正颈椎关节错缝,并且可以加宽狭窄的椎间隙,扩大狭窄的椎间孔,使颈椎恢复正常的生理曲度,从而缓解由于颈椎病变对神经根、血管及周围软组织的压迫和刺激而引起的症状。具体操作如下:

①旋转复位法(旋复法)。患者正坐,术者站在患者耳后,稍微侧身。以右旋为例,用右手或右前臂置于患者颌下,左手托住枕部,轻提并且做颈部旋转运动2~3次(目的在于使患者颈部肌肉放松)。然后向上牵引颈部,并使其后伸。当在牵引下将患者头颈右旋到固定感时,右臂再稍加用力右旋颈部,此时即可听到一连串的弹响声(以响声清脆疗效最佳)。再以同样手法向左侧旋复一次。手法的全过程都是在轻度牵引下进行。要做到稳、准、柔和、旋转适度。

②提端摇晃法。适用于颈部肌肉痉挛,尤其是胸锁乳突肌痉挛的患者。以左侧为例。患者正坐,术者站在患者背后,双手虎口分开,拇指顶住枕骨后方,其余四指插住下颌部,双前臂用力下压患者肩部,双手腕立起,将头向右侧方提起,利用术者双手腕的活动、使患者头部做回旋运动6~7次,逐渐将头部转旺。在持续牵引下(即提端)将头前屈、后仰、在屈曲时转向右侧,医者倒手,用右手托住下颌,右肩与右枕部顶住患者枕部,用左手拇指指腹沿左侧痉挛之颈肌走向,自上而下捻揉至肩部,同时将患者头部向右侧旋转。相同手法在右侧再做一次,即为完整手法。此手法比较稳

妥、安全,不容易引起不良反应。

(3)善后手法:包括劈法、散法、拿法及归合法等。其目的在于进一步放松颈肩部肌群,增加局部血液循环,消除软组织的炎性反应,具有疏风通络,消炎止痛、调和气血之效。

①劈法患者正坐,术者位于患者身后。以双手掌尺侧,五指分开放松,劈打患者双肩部及背部一分钟。

②散法:用双手掌指桡侧在两侧颈部(肌肉处)交错散之。用力按压之后,散之效果才好。从上至下到肩部时,改用掌侧散之,对两侧肩背部肌肉也要散到,做2~3遍。

③拿法:用拇指与其余四指的指腹相对用力,在颈部拿捏,拇指做环行运动。此法用1~2分钟。

④合法:双手交叉,以两手掌大小鱼际在患者颈部及肩部相对归挤,自上而下,做2至3遍。

⑤根据患者的不同情况,可在上述手法基础上,加用叩法,抖肩法及持顺法等,以肩颈部自觉发热效佳。

治则:活血通络,缓解痉挛。

说明:关于旋复法的作用。我们通过临床体验,认识到旋转复位是治疗颈椎病的关键手法,此手法运用的成功与否,直接影响着临床疗效。曾有人提出旋复法的旋转作用主要在上颈段,而对颈椎病的好发部位下颈段影响甚小,并提出了改进方法。(415例颈椎病临床分析,上海中医学院科研论文汇编,1980,9页。)我们在应用旋复法时,注意到颈椎响声发出的部位大多在C₄~C₇。另外我们运用旋复法时,是将颈部后伸,颈旋转的度数最多只有60~70度,从力学角度看,当颈椎上、下段固定,并有轻微后伸时,旋转的力量是在多个椎体上,而主要在颈椎的中、下段。

临床疗效:1.预备手法要充分,使痉挛的肌肉尽量松弛。对于颈肩部肌肉痉挛严重的患者,不能使用旋复法。否则,容易导致颈部肌肉的再损伤,使病情加重。因而应相应延长做预备手法的时

间,使肌肉尽可能松弛之后,再行旋复法。

2. 旋转复位时,可以听到一连串的弹响声,但由于患者病情轻重不一,其响声也不同。病重时,可只有一声响,而且声音低钝、浑浊,随着治疗的深入,逐渐出现一连串的声响,以出现一连串清脆弹响声为最佳。但切记,不能一味地追求一连串响声而旋转过度,适得其反。旋转度数以 60 度以下最为适宜。

3. 我们从临床观察到,旋转复位方向的先后次序与不良反应的出现有关。前述旋复时虚脱者主要原因之一就是旋复方向次序颠倒所致。所以,我们认为旋复时应先向健侧旋转,后向患侧旋转,可以避免不良反应的出现。

4. 旋复时要在牵引状态下进行,使椎间隙加大,椎体失稳。如果不牵引而强行旋转,则可能造成骨质的损伤和加重软组织的损伤。

5. 对于旋复后出现头晕,甚至虚脱的患者,应仔细检查三步手法中是否应用得当。如果不属于手法应用的问题,可改用提端摇晃法。

6. 整个手法的运用一定要连贯,一气呵成。同时,应根据患者病程的长短,病势的轻重,体质的强弱及个体耐受程度的差异等,在治疗时,因人而异,手法轻重缓急运用要得当,以增强疗效,防止给患者带来不必要的痛苦。

颈椎病是骨伤科常见疾病。目前大多数学者主张以非手术治疗为主。手法治疗颈椎病是保守疗法的主要方法之一,临床应用较为普遍,而且方法简便,疗效确切,易于掌握。根据临床应用体会,我们将本治疗手法分为预备手法,治疗手法和善后手法三部分。包括揉捻法和滚法。

参考文献:孙树椿等,北京中医学院三十年论文选,1986:(8):401

按摩处方(五十七)

取穴及操作方法:以坐位定点施转法治疗 60 例,俯卧位牵旋法治疗 534 例。推拿前行颈部点穴(两侧风池、百劳、肩井穴)并按摩 2~3 分钟,以舒筋活络、消除患者恐惧心理。手法须由轻到重,以患者能忍受为度,范围从局部(点)到全面(面)缓慢施行。行俯卧位牵旋法时,患者头颈部悬空,先牵引 2~3 分钟,再作颈部上下摇晃,然后在牵引下左右旋转头颈部,往往可听到“卡嘎”响声即达整复,再行头颈部背屈及点穴按摩。

治则:舒筋活络,复位止痛。

临床疗效:本组患者中,属于颈型 101 例,神经根型 318 例,血管神经型 175 例。经 2~3 次治疗并随访 2~3 年,结果痊愈 452 例,好转 123 例,无效 19 例,总有效率 96.8%。

参考文献:王忍生,陕西中医,1987;8(12):557

按摩处方(五十八)

取穴及操作方法:主穴以患部为主,如督脉经的陶道、大椎、风府穴,足少阳胆经的风池(双)、肩井(双)为主穴。如兼有手麻者,配其伤经筋之络穴。临证用手阳明大肠经者为多,所以配巨骨、肩髃、曲池等穴。患者坐位,头稍低,使第七颈椎稍显露(也就是大椎穴)。然后医者站患者背后,一手握患者的头前额部,以拇指从下至上点压按陶道、大椎、风府穴各 150 次(其中增生部位多压 10 次,以秒钟计算)。然后又从上至下以拇指揉压双侧风池穴(男左、女右,解剖上没有此说法,但我认为上阳为男,下阴为女而立,此说法有待探讨)至肩井穴 150 次(以患者舒适为主),然后双手分筋于颈肌,上提 30 次(手法是患者坐位,医者手曲 90 度托住患者的下颌骨处上提 10 厘米高;本法适用于椎间孔狭窄的患者)。然后再以患者头和肩部从相反方向拉拔 6 次,再用一手成空心形后打肩背 20 次。这样双侧使用完手法结束治疗。10 天内每日 2

次,10 天后每日 1 次。

治则:活血通络,舒筋止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:临床上出现的颈部疼痛及头晕、胸闷、气短、手麻不能举或多汗等症状消失。44 例(除其中 1 例不按时治疗外)中有 43 例均在 28~35 天痊愈而工作。临床追踪:经治愈的患者到现在最长 4 年,最短的 3 年多。43 例均到现在未见复发现象。临床对比:单纯的骨质增生治愈的时间要比伴有椎间孔狭窄、变直者短 12~15 天时间。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):168

按摩处方(五十九)

取穴及操作方法:1. 常规治疗:

(1)首先做 20 分钟的足穴按摩。主要反射区有肾、肾上腺、输尿管、膀胱、额窦、头部、三叉神经。颈椎、斜方肌、甲状旁腺、上身淋巴腺、肩、肩胛骨、肘、腹腔神经丛。然后斜擦足心涌泉穴,以透热为度。

(2)内功推拿:①头面部,拿五经,分推两侧桥弓,捏拿颈项,分眉弓,点睛明,分迎香,分人中,分承浆,扫散两颞合颞枕至顶部。②躯干,平推胸背两肋肋、上腹、少腹和腰骶部。③上肢,提拿肩和上肢,掌擦上肢手三阳经和手三阴经,拿极泉、小海、曲池、合谷,理五指,劈指缝,掌击拳面,运上肢,搓臂,抖上肢。④重复头面部操作。⑤掌击卤门,拳击大椎。⑥捏拿下肢,点揉髀关、梁丘、血海、足三里、阳陵泉、委中、三阴交、承山、昆仑,从上至下,平推足三阳经和足三阴经,然后从上到下拍击下肢,扳足跖趾关节。

2. 辩证治疗:

(1)颈型:在足穴按摩后加摇双侧踝关节各 100 次,拔伸加摇两足拇趾(左部是跛,去掉皮,右部是蜜)趾关节各 100 次,以感局部弹响声减轻或消失,关节感活动灵活为度,同时配合患者主动活动颈部,然后在颈项部压痛点处弹拨数次,接着用按揉法缓解。到

此阶段,局部疼痛均可见不同程度的减轻,再继续照常规治疗即可。

(2)神经根型:照颈型治疗方法之后,加坐位颈椎牵引,由术者徒手施术。如发现颈椎棘突有偏歪者,宜采用定点旋转整复即可。

(3)脊髓型:重点放在足穴按摩上。避免颈局部扳法以及超幅度的被动运动,其余的常规手法续治。如发现颈椎棘突有偏歪者,根据力学杠杆原理及力传导效应,可以通过调整胸椎、腰椎小关节的位置来纠正颈椎失稳现象。最后配合颈后伸拉牵引,口服安定 10 毫克,每日 3 次,维生素新 B₁ 25 ~ 50 毫克,每日 3 次,注意休息。

(4)推动脉型:基本同脊髓型操作,尤其避免大幅度摇颈等被动运动,幅度宜控制在 30 度以内,手法治疗应加强对颈项部和头部施术。检查重点宜放在 C₆ 和 C₂ 棘突上,如发现有偏歪现象,要定点旋转整复,可明显加速疗效。

(5)交感型:除常规治疗外,应加强颈侧部指揉法,重点指揉或按压缺盆、双内关、心俞、三焦俞、灵台、神门等穴。此型患者多伴有胸椎小关节紊乱,一经发现,应正骨整复,最后按摩足穴腹腔神经丛数分钟结束治疗。

整体推拿疗法每次治疗 40 分钟,隔日 1 次,10 次为 1 疗程。每次治疗后教患者练习少林内功,根据患者不同体质分别选练 3 个档势(站档、马档、箭档)和四个动作(风摆荷叶、凤凰展翅、两手托天、霸王举鼎)以加强治疗效果。

治则:舒筋通络,活血止痛。

临床疗效:临床治愈:临床症状消失,体征消失,正常生活、工作如常人。显效:临床症状明显减轻、重要体征明显改善,一般情况尚可,精神状态明显转佳。好转:临床症状不同程度减轻,局部症状尚存,诱因影响有复发。无效:治疗前后临床症状无任何改

变。60例颈型颈椎病,临床治愈51例,显效4例,好转5例;80例神经根型颈椎病,临床治愈60例,显效8例,好转6例,无效6例;30例椎动脉型颈椎病,临床治愈12例,显效8例,好转6例,无效4例;10例脊髓型颈椎病,临床治愈1例,显效3例,好转4例,无效2例;20例交感型颈椎病,临床治愈6例,显效8例,好转6例。总有效率达94%,治愈率达65%。以上200例患者均为门诊病人,均为单独采用整体推拿治疗,两个疗程作为观察依据。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):169~170

按摩处方(六十)

取穴及操作方法:本组37例,患者正坐,先拿揉风池、天鼎、缺盆、肩井、肩中俞、肩外俞、天宗、肩髃、曲池、手三里、合谷、小海、内外关、大陵、神门等,再用滚法放松颈肩背及上肢的肌肉5~10分钟,再拿颈项部。随后做颈项部拔伸及旋转,最后,提拿患者两侧肩井,并搓患肩至前臂反复几次。椎动脉及交感型要根据病情配合一指禅推及按揉百会、太阳、头维、心俞、脾俞、胃俞、肝俞、肾俞、中脘、关元、气海等穴位。脊髓型配合四肢部的搓拿及点穴。对照组33例,用针刺操作方法:主穴取风池、颈椎夹脊、曲池;神经根型配肩井、肩髃、手三里、合谷、后溪;椎动脉型配头维、百会、太阳、四神聪、三阴交、行间;混合型配天柱、肩髃、肩髃、曲池、合谷、太阳、百会、太冲;交感型配四神聪、百会、大椎、肝俞、心俞、太冲;脊髓型配太阳,上下肢循经取穴。以阳明经穴为主,每次选穴1~5个,交替取穴,得气后,接G-6805型针灸治疗仪,用连续脉波电流,留针30分钟,1~2日1次,10次为1疗程,疗程间隔3~5日。

治则:疏通经络,柔颈止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:各项颈椎病临床主要症状消失,功能恢复正常。显效:各类颈椎病临床症状基本消失,仅在阴雨天或劳累时偶有出现,功能正常。有效:各型颈椎病临床症状有所好转,功能有所改善。无效:治疗后各型颈椎病临床症状及其功能无

改善。两组分别痊愈24、12例,显效8、11例,有效4、8例,无效1、2例,总有效率97.3%、93.9%,本组疗效优于对照组。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):13

按摩处方(六十一)

取穴及操作方法:在颈部取双侧新设穴〔在风池(足少阳胆经)直下方,后发际下一寸五分〕或沿新设穴直下,根据X线在骨质增生的椎旁的压痛点取阿是穴;每穴注入醋酸维生素E油剂50毫克(1毫升),左右共两穴。每周注射两次,10次为一疗程。注射后立即使用手法按摩治疗:

(1)用拇指腹按压“缺盆”穴:在锁骨上窝锁骨中三分之一后侧,用拇指向下垂直按压缺盆穴一分钟,然后再在缺盆穴处向后内侧按压一分钟(正确按压“缺盆”穴时可阻滞臂丛和锁骨下动脉,患肢有痠胀沉重感,松压时患肩胛内缘及上肢有热流感,皮肤温度增高)。

(2)术者站在患者一侧稍后方,一手扶头顶,一手拿捏两侧颈后部肌肉,边拿,扶头之手边使头部做前屈及后伸运动。

(3)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,双手大拇指顶在“风池”穴上方。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,后伸。

(4)提端旋转法:嘱患者放松颈部肌肉不要紧张,术者立于患者的背侧,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度,然后,在轻度牵引下向病侧旋转至45度,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。在旋转时一般能听到小关节弹响声。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。手法要温柔和缓,耐心细致,不

能冒然从事,以免发生意外。

(5)侧搬:术者立于患侧后外方,将一手扶于患者病侧头顶,另一手扶住患侧肩峰上部,两手向相反方向分离,以牵拉其患侧颈部。

(6)拿法: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,用指身部拿提双肩。

(7)搓法:术者站在患侧,双手托抱上臂,左右搓动,上下移动,从患者肩部开始,由上臂部搓至前臂,反复几次。搓动要快,移动要慢,用力均匀,不得间歇。

治则:活血通络,缓解痉挛,软化骨赘。

辨证特点:症状:1. 肩,上臂痛。2. 头皮,手,肩,背发麻。3. 项,背牵引痛。4. 头,颈,上肢活动受限。5. 经常眩晕。

体征:1. 臂丛牵拉试验:患者颈部前屈,术者以一手扶头,一手握患肢腕部,呈反方向牵拉,患肢有疼痛或放射麻木感为阳性。2. 椎间孔压缩试验:患者头部微向病侧偏斜,术者将左手掌放于头顶部,右手叩打左手背部,出现一侧或两侧上肢放射性麻木痛者为阳性体征。3. 颈椎生理前凸减少或消失,颈椎变直,后伸受限。头后仰或侧弯时上肢和手部出现放射性疼痛和麻木者为阳性。4. 颈部牵引试验:患者正坐,检查者站在患者的一侧,一手扶枕后部,一手托下颌,双手同时用力向上牵拉,使神经根受压减轻,当即疼痛可减轻或消失,即为颈部牵引试验阳性。5. 椎旁压痛:相当颈椎4~5,5~6或6~7平面,在颈椎棘突旁开一寸,用拇指压迫,显示疼痛并向上肢放射为阳性。

临床疗效:近四年来用维生素E在颈部作穴注,配合手法按摩治疗颈椎综合征70例。其中颈椎骨质增殖型58例;颈椎骨关节功能紊乱,软组织劳损或混合型12例。

疗效标准:治愈:临床症状消除,阳性体征全部转阴。显著改善:临床症状消失,阳性体征显著好转。无效。

治疗结果,临床治愈 58 例,占 82.9%,显著改善 10 例,占 14.3%,无效 2 例,占 2.8%。

说明:组穴机理:维生素 E 有促进毛细血管扩张,加快人体组织中的养料供应及排除代谢产物。穴注后患者项背有热感,并能减轻疲劳。由于骨质增生,循环阻滞等原因局部组织相对缺氧,引起颈肩部痠胀不适。维生素 E 有加强对人体组织中氧的供应,改善血循环作用,并能消炎止痛,解除对神经的刺激和压迫。

按摩刺激可以使人体内内啡肽升高,从而使持续的疼痛缓解,同时按摩能够激活厚纤维,机械刺激感受器,通过内啡肽的释放,厚纤维冲动占优势就可阻断薄纤维冲动,因此按摩也能增强抗痛的机能。按摩还有消除肿胀,分解粘连,缓解神经根的压迫和减轻对交感神经的刺激,解除肌肉和血管痉挛的机能。在治疗过程中,均未发现副作用。

参考文献:旷时恩等,四川中医,1986:(2):25

按摩处方(六十二)

取穴及操作方法:揉按风池、肩井、肩髃、曲池、合谷,以疏通经络;揉、滚、捏、拿颈部、臂部及上肢周围软组织,以促进局部血液循环、解痉止痛;用肘运法在颈根部、冈上肌等处做环形揉压,力度以患者能承受为宜;施以扭转拔伸法、推挤拍击法,以解除头颈部、肩部肌肉挛急疼痛;根据病变部位,用闪火法拔火罐。推拿日 1 次,每次 20~30 分钟;拔火罐隔日 1 次;共治疗 10 日。

治则:祛风通络,缓解痉挛,活血止痛。

临床疗效:疗效标准:症状、体征完全消失,恢复正常工作。显效:症状、体征基本消失,劳累或遇风寒稍有不适。本组 60 例,治愈 40 例,显效 20 例,总有效率 100%。

参考文献:山东中医杂志,1999:18(12):566

按摩处方(六十三)

取穴及操作方法:先颈椎牵引,用颈椎牵引架,牵引 30 分钟。按揉风池、百会、大椎、天鼎、缺盆、肩井、肩髃、肩髃、曲池、手三里、合谷、阿是穴。拿法:拿揉颈项部,以压痛处为重点,再配合滚法放松颈项部、上背部及上肢的肌肉约 10 分钟。再用颈项部拔伸法,提拿两侧肩井穴,并搓患肩至前臂反复几次。

治则:疏经通络,消肿止痛。

临床疗效:本组 400 例,颈椎疼痛、肩痛、呕吐、胸痛有效率为 100%,手麻痛、头昏眩、心悸总有效率 99.5%。

说明:本法疏经通络,消肿止痛,疗效满意。

参考文献:时珍国医国药,1999;10(3):214

按摩处方(六十四)

取穴及操作方法:用 0.5% 布比卡因 5 毫升、醋酸氢化泼尼松 75 毫克、维生素 B₁₂100 微克、维生素 B₆200 毫克、川芎嗪注射液 4 毫升,共 20 毫升;颈段用 10~15 毫升,腰段用 20 毫升,行硬膜外阻滞。20 分钟后无异常,当即牵引按摩 1 次,以后隔日牵引按摩 1 次,用广州产 QYC-I 型微机控制全自动牵引床牵引,颈椎牵引力 5~10 千克,时间 10~15 分钟;腰椎牵引力 30~60 千克,时间 15~20 分钟。牵引完毕患者俯卧,医者站于病人一侧,用双掌重叠按摩突出部位 15 分钟。再用捏法,用双手拇、食两指在脊椎或脊椎两旁捏起皮肤,以食指的上下提动作与拇指的配合,共同挤捏皮下组织并向上或向前推进,时间 15~20 分钟。

治则:疏通经络,活血止痛。

临床疗效:本组 180 例,优 69 例,良 102 例,差 9 例。

说明:本法治疗急性颈肩腰腿痛,疗效可靠,经济方便。

参考文献:实用中医药杂志,1999;15(2):26~27

按摩处方(六十五)

取穴及操作方法:推拿手法:用三线九穴两区推拿。三线即颈后线和颈侧线各一,用一指禅按揉各1分钟。九穴:风府、风池(双)、肩井(双)、颈臂(双)、肩外俞(双),用点按、揉法、拨法治疗3分钟。两区:左右肩胛区,用滚法、一指禅推法、按揉法、拿法治疗5分钟。

提项旋转法:一手托住患者下颌,一手托住后枕,让患者头部呈自然位,先轻轻左右摇晃半分钟,然后托提头部向上,使患者臀部有离椅的感觉,持续1分钟,逐渐加大旋转范围,当患者心理上已适应放松后先向一侧旋转,当旋转接近限度时,再以适当力量再继续5~8度,此时可听到颈部小关节弹响声,患者多有一种解除交锁的轻松感。对侧同样方法提项旋转,必要时可重复一次。**牵引:**对伴有上肢放射痛、麻、椎体移位,椎间隙变窄者配以坐式重力牵引,重量5~10千克,持续牵引,每次30分钟。

治则:疏通经络,活血祛风,柔筋止痛。

临床疗效:疗效标准:临床痊愈:活动正常,疼痛或痠痛消失,上肢无麻痛感。显效:活动正常,疼痛痠胀明显减轻或上肢略有麻痛症状。有效:症状部分消失或仅有改善。本组96例,痊愈48例,显效40例,有效8例。

参考文献:中国骨伤,2001;14(2):120~121

按摩处方(六十六)

取穴及操作方法:封闭:患者坐位,医者在枕下三角区找出痛点(或硬结、条索等)后,针头快速刺入痛点,上下提插,得气后回抽无回血可注药(1%利多卡因7毫升、强的松龙25毫克、维生素B₁100毫克),完毕针孔贴创可贴,每周1次,不超过3次。

按摩、弹拨:局部按摩3~5分钟,术者用拇指掌指关节的弹力顺椎枕肌走向及痛点、条索的走向上下或左右旋转弹拨5~10次,

日1次。

治则:活血通络,舒筋止痛。

辨证特点:诊断标准:反复发作的头枕部及枕下项部疼痛、肿胀,伴头晕及短暂性眩晕、眼球发胀;颈部活动不灵,肩背及臂痛;枕下三角区域有深压痛,向枕部、头顶部放射,颈后肌肉痉挛;X线正、侧、斜位片示颈椎生理曲度改变,椎体前缘或有退行性改变。

临床疗效:疗效标准:优:症状、体征全部消失,能恢复原工作。良:主要症状、体征基本消失,残留轻度肩背不适或手麻木,转颈时有轻度头晕,可恢复原工作,或从事较轻工作。可:症状、体征部分消失,平时头晕不明显,转颈时即有轻度头晕,能做轻工作。差:主要症状、体征无好转。本组193例,用1个月,优163例,良9例,可21例,优良率89.1%。

参考文献:河北中医,2000;22(11):851~852

按摩处方(六十七)

取穴及操作方法:患者坐位,术者立于患者身后,一手扶住头顶,另一手沿颈部督脉,患侧膀胱经行滚法,来回4~5次;再沿颈后哑门、风府至大椎穴,风池至肩外俞、肩中俞、肩井等穴位行捏拿法,反复4~5次,继而行患肢滚臂推拿法,然后左手托住患者下颌,右手扶托枕部,向上牵引约1分钟后行斜扳法,最后行颈肩背搓理法,日1次。

治则:通经脉,止痹痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状体征消失,X线片椎体位移消失。显效:症状体征明显改善,X线片示椎体位移基本消失。有效:症状体征部分改善,X线片椎体位移部分纠正。无效:症状体征无改善,X线片椎体位移未纠正。本组48例,治愈18例,显效16例,有效10例,无效4例,总有效率91.67%。

说明:本法通经脉,止痹痛,疗效满意。

参考文献:广西中医药,2000;23(4):10

按摩处方(六十八)

取穴及操作方法:用松、正、点三法,对颈肩头部进行按摩正骨点穴。患者坐于30分钟高的凳上,术者站在患者后侧。松法:拿双肩,揉捏颈各3分钟,滚肩颈各3分钟,左右手拇指分别弹拨分筋对侧颈肌和颈椎棘上韧带3分钟。

正骨:颈椎旋转复位,纠正偏歪之棘突和环枢椎半脱位,仅在发现有棘突移位时才施本法。

点穴:双拇指点按风门、肺俞、厥阴俞、肩井、风池;然后换双中指指腹,点按环揉双侧率谷、听宫、太阳穴。术者转换位置,站于患者前面,拇指点按印堂、头维(双侧)、百会穴,手法结束。点按每一(组)穴位约1~1.5分钟,先轻渐重,根据患者体质,因人施法,患者感觉舒服或痠胀为度。日1次,10次为1疗程。

治则:疏通经络,养血荣筋。

辅助治疗:用自拟补气血荣筋活络汤:熟地黄20克,当归、鹿衔草、地龙、钩藤、夜交藤、党参各10克,白芍、鸡血藤、葛根各15克,丹参9克,黄芪25克,日1剂水煎服,10剂为1疗程。

临床疗效:疗效标准:参照《颈椎综合征》(倪文才,北京人民卫生出版社,1990年)疗效标准。优:症状全部消失,恢复原工作。良:患者眩晕症状明显减轻,平时无症状,劳累时有轻度症状,不影响一般工作。可:患者眩晕症状减轻。差:患者症状不减轻或稍减轻。本组65例,用1个疗程,优30例,良15例,可17例,差3例,总有效率95.37%。

说明:内外兼治,疏通经络,补肝益肾,养血荣筋活血,疗效满意。

参考文献:广西中医药,2001;24(1):38~39

落枕

落枕又称为失枕,多发于青壮年,男多发于女,多因睡眠时枕头过高、过低或过硬,或姿势不良,头枕过度偏转而至,本病多发于春冬两季,临床表现为晨起突然感到颈部痠胀疼痛、颈僵、头部被迫歪斜于一侧,活动明显受限,动则痛。疼痛可扩展到肩部、肩胛部,上臂手臂活动时疼痛亦可加重。临床予以手法治疗及其他疗法。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者倒骑在椅子上,两前臂内收屈曲,两手重叠平放在椅背上,低头弯腰弓背,头侧向患侧。术者站在患者背后健侧,两拇指横行相对,其余4指呈握拳状,以拇指腹桡侧自患侧风池穴开始沿脊柱向下3~4胸椎并由内向外依次用力直推软组织,连续3遍。然后,轻点患侧风池穴和悬钟穴,再以双手掌托住患者的下颈部徐徐用力上提的同时向左右转动颈部即可。

治则:疏通经络,柔筋止痛。

临床疗效:治疗46例,全部治愈。

本方参考文献:张吉武,河北中医,1985:(3):44

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者端坐凳上,术者站在患者后面,左手扶住其前额,右手拇指指端按压患者之风池、天柱、新设、肩中俞、肩井等穴位。按压穴位时,以局部有痠痛感为宜,随即以按压之拇指上下左右推按2~3分钟。按压穴位后再捏拿患侧颈肩部肌肉2~3次。

治则:祛风通络,活血止痛。

辅助治疗:针刺:经上述处理后,加针刺上述穴位,强刺激,留针15分钟,起针前再捻针强刺激1次。出针后,即使患者左右旋

转头部数次。一般每天治疗1次,个别可以治疗2次。

临床疗效:出针后,患者局部疼痛明显减轻,头能左右回顾,治疗2天症状消失者为痊愈;超过3天仍然疼痛,但已减轻大半,头颈能左右旋转者为好转。56例中,痊愈48例,好转8例。

说明:落枕多因睡卧姿势不当,或颈部当风受寒,或外伤引起,是外科临床常见的颈部软组织损伤。笔者从1979年2月~1982年11月,在门诊应用手法加针治疗56例,效果满意。

参考文献:陶子迷,广西中医药,1984;7(3):54

按摩处方(三)

取穴及操作方法:操作前可令患者坐在板凳上,取悬钟穴的脚放在较低的物体上。并嘱咐病人,肩部放松,上肢自然的下垂,心情不要紧张,然后进行操作。

1. 术者先以拇指压(单双指均可)悬钟穴止痛。压迫时伴有揉法,手法宜慢不宜快,不须强加压力,要有节奏,由轻而重,由浅而深。并随时询问病人压痛情况及活动颈部疼痛是否减轻,压至5—7分钟后,压痛逐渐消失减退时方可停止。

2. 接上术,取局部按摩法。

沿着疼痛部位由上而下,颈部宜用双拇指揉捏法和颈根部及肩背部用掌根或掌心揉捏。若在颈部有压痛,可施轻度压迫,以免手法太重发生不舒服的感觉,肩部手法可重些。时间约10—15分钟,整个手法操作方可停止。

治则:疏通经络,补髓强筋。

治疗机理:悬钟,一名绝骨,是足三阳之大络,难经曰:“髓会绝骨”,疏曰:“髓病治此”,落枕是头项强痛、不能转侧、其地位适当延髓部份,内经有“病在上,下取之”之说,故取悬钟穴治之、能获奇效,盖古人早有些体会。

临床疗效:本法效果显著。

说明:病者患侧及悬钟穴(压痛点)属足少阳经,穴在足外踝

第五章 骨伤科疾病

上三寸脉中。用法:压迫、揉捏。每次操作约为20—30分钟。

参考文献:张平,江苏中医,1961:(1):41

按摩处方(四)

取穴及操作方法:操作以舒筋活络、利节止痛为原则,一般取穴风池、天柱、后溪、极泉、小海等,手法以掌拨为主,捏拿点揉为辅。请病人坐于靠背椅上,医生站于病人背后,双手捏拿病人颈肩部的所选穴位;再以双手掌根相合扶住病人后颈部的两侧,将病人面部稍转向患侧,做轻而慢的头前屈运动,以分散病人的注意力,待病人呼气的瞬间双手掌根同时突发用力(即以扶病人健侧之手掌根向前推与扶病人患侧之手掌根往后拉的合力),向病人的患侧拨动其颈椎,立即可闻及清脆的“咔咔”响声,一般向患侧拨一次就可收到明显的效果。但掌拨的角度不能超过头部侧转的35度。用力要轻而快,不宜过猛。每日一次,每次3~5次即可。

治则:解除痉挛,通利关节,活血止痛。

辨证特点:临床以颈项疼痛、强硬,颈棘肌紧张,多数颈部一侧的头半棘肌和斜方肌压痛明显,颈椎3~8的棘突旁有单个菱型索状物,用拇指拨压,疼痛难忍,颈部活动有不同程度的受限者均可适用此法。

临床疗效:50例均临床治愈(颈部疼痛基本消失,压痛及索状物消失,颈部活动功能恢复正常),1次治愈者37例,2次治愈者6例,3次治愈者7例。并对其中35例追踪观察了2~3年,除1例因突然猛力转头而复发外,其余34例疗效巩固。

注意事项:不宜在病人注意力高度集中时强行掌拨术。颈椎结核及颈关节脱位为本疗法的禁忌症。

说明:治疗应以解除痉挛,利节止痛为原则。实施手法要有“柔如捋丝,刚如断瓷”的技巧,才能收“手到病除”之效。

参考文献:刘新华,中医杂志,1984:25(11):16

按摩处方(五)

取穴及操作方法:推拿主方:顺次点、按、揉后溪、腕骨、曲池、天宗、天柱。拿肩井,按天应,摇头项,掐肩背。配方:(1)俯仰困难者加按风府,掐人中、承浆。(2)左右颈困难者,加按天窗。10~20分钟/次。

治则:疏通经络,柔颈止痛。

临床疗效:200例全部治愈,治疗1次者75例,5次者108例,5次以上者17例。

注意事项:手法应适当,忌暴力。

参考文献:郑金美,福建中医药,1981;(3):27

按摩处方(六)

取穴及操作方法:(1)单纯颈小关节错位型:①端坐,先以揉拿等手法松解颈部肌肉。②纠正错位关节,采用患椎定点复位,每次复位相隔3天,期间行按摩治疗。③理肌,即复位后双手拇指在患椎棘突旁将两侧肌肉从中点向两头上下推,理肌2~3次。④嘱患者一天内尽可能控制头颈左右旋转运动,以稳定复位之椎体。

(2)单纯软组织损伤型:①松弛肌肉,先以拿揉滚手法松弛颈部、肩部肌肉,接着拇指或四指轻轻按揉损伤肌腹1~2分钟。②解痉止痛,重按风池、肩井、天宗、落枕穴,嘱患者配合,慢慢活动头颈;接着由轻到重环形点按伤肌之两端及肌腹中点穴1分钟。③分筋理筋,双拇指指端由轻到重分筋弹拨伤肌2~3次,再行挤压2~3次;让病人进行头颈各方位活动,找扳机点,再行扳机点弹拨。

(3)混合型:治法同上。先施软组织治疗手法再行复位,每天1次。对软组织损伤无菌性炎症较重患者,先行其他方法治疗,如超短波、红外线、火罐或轻手法按摩,待肌肉松弛,疼痛缓解,再行弹拨和复位。

第五章 骨伤科疾病

治则:活血通络,松解痉挛,滑利关节。

临床疗效:200 例患者全部治愈,最少治疗 1 次,最多 12 次,平均为 3.1 次。其中单纯性小关节错位平均治疗 1.9 次,单纯软组织损伤型平均 2.7 次,混合型平均 6.4 次。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):171~172

按摩处方(七)

取穴及操作方法:在颈背部用滚、揉、推、点、拿等手法操作 10 分钟,重点在风池、肩井、天宗及痛点处行放松手法治疗。用胸锁乳突肌伸筋法:患者仰卧,术者一手按住患者一侧肩锁关节以固定肩部,另一手扶同侧下颌,并缓慢使患者头部转向对侧,在患者能忍受限度内保持双手位置不动,2 分钟后放松,双侧分别进行,重复操作 3~5 次。斜角肌伸筋法:体位同上,术者一手按住患者一侧肩锁关节,另一手扶同侧颞部,双手反向用力,使患者颈部侧屈向对侧,并在患者能忍受限度内保持颈部侧屈位 2 分钟,随后放松,先健侧后患侧,重复 3~5 次。斜方肌、提肩胛肌伸筋法:患者坐位,术者立其后,双手肘部按住患者双肩以固定肩部,双手指重叠扶在患者颈枕部,逐渐向前下方用力,使患者颈部前屈,并在患者能忍受限度内保持颈部前屈 2 分钟,随后放松,重复 3~5 次。以上方法可单独应用,亦可配合应用,日 1 次,3 次为 1 疗程。

治则:改善局部血液循环,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状及体征消失。好转:颈肌痉挛及疼痛减轻,颈部活动时轻度不适。本组 120 例,用 1~2 个疗程,治愈 118 例,好转 2 例。

说明:本法改善局部血液循环,操作简单,疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,2000:8(11):10

按摩处方(八)

取穴及操作方法:主穴取后溪(直刺 1~1.2 寸)、百劳(斜刺

针尖向督脉方向呈45度角刺入1~1.2寸);配穴取天宗、肩中俞、肩井(直刺0.5~0.8寸,均取患侧)。用提插捻转法,主穴用泻法,配穴平补平泻法,得气后接上海产DG-1型治疗仪,正负两极分别夹住针柄,频率为60~80次/分钟,连续波刺激,以局部肌肉轻微跳动、感觉舒适为宜,留针20分钟。起针后,嘱患者头部前屈后伸及左右慢慢旋转数次,以最大幅度为限。起针后,在穴位上用投火法拔罐,留罐5~10分钟。

拿:患者坐位,医者左手扶患者头顶部,右手对颈部及所牵引的肩胛背肌施按、揉、滚法约5分钟,先轻后重。用单手按拿法,从风池穴沿颈项椎肌及两侧胸锁乳突肌向下至大椎两旁往返推拿理筋约5分钟。左手托患者下颌右手托枕后向上缓提,左右慢慢拨动,前俯后仰,幅度由小到大,反复3~5次,最后双手按拿肩井穴数次,手掌轻轻拍打若干次。5日治疗1次,治愈为止。患者枕头、姿势要舒适,坚持每日做颈椎操。

治则:疏通经络,活血化瘀,缓解痉挛。

临床疗效:疗效标准:治愈:头颈部能大幅度左右旋转及前俯后仰,颈项肌与肩胛背肌无痛感,照常工作,2年内无复发。无效:症状无显著改善。本组97例,治疗1~2次,均治愈。

参考文献:河北中医,2000;22(9):693

按摩处方(九)

取穴及操作方法:患者坐位,术者立于身后,在患侧颈部及背部寻找压痛点,多位于风池、大杼、肩中俞、肩井穴附近。局部皮肤常规消毒,用10毫升注射器6号长针,从压痛点处直接进针,深达肌层2~3厘米,回抽无回血,注入镇痛液(0.5%布比卡因5毫升、醋酸强的松50毫克、维生素B₁100毫克、维生素B₁₂0.5毫克)3~5毫升,每次不超过3点,休息3~5分钟,术者用食指按压患者后溪穴,用拇指按压曲池、天宗、天应、风府、肩井穴,同时患者头部左右前后摆动,再按摩患侧胸锁乳头肌和颈部诸肌肉;术者站在患

者身后,一手撬其一侧下颌,另一手按压头顶侧部,双手向相反方向慢慢拨动颈部,并逐渐加大拨动的幅度,头颈部被动侧屈 35 ~ 45 度,持续 1 ~ 2 分钟,再缓缓放松,而后再用一手置于项部依次做前屈,后仰、左右旋转,侧重于原受限部位。以上每项手法每次 2 ~ 3 分钟,1 次未愈者隔 2 日再行治疗。

治则:祛风通络,活血止痛。

临床疗效:本组 58 例,用 1 ~ 3 次,全部治愈。

说明:本法无痛苦,安全简便,疗效显著。

参考文献:现代中西医结合杂志,2000;9(12):1171

膝关节病

膝关节病由多种病因所致关节肿胀、疼痛或晨起活动受限,运动功能失常,其临床分为类风湿性关节炎、风湿性关节炎、膝关节滑膜炎等均可发病,临床予以对症治疗及其他手法治疗。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者仰卧治疗床上,暴露患膝,敷上醋调祛风除湿、活血止痛中药粉糊剂, TOP 照射半小时取去,进行推拿手法治疗。

(1)患者仰卧,医者立其右侧,先以轻手法推拿、按摩、弹拨、捏揉、滚搓膝关节上下、左右、前后、股四头肌、股三头肌及小腿肌肉、肌腿等组织 4 ~ 5 分钟,使患肢放松。

(2)半握拳,叩击膝关节、髌骨及上下周围组织,叩击力量宜轻重适度。其柔和的振动力可透达肌肉、韧带、关节囊等深部组织。

(3)用拇指点压梁丘、内膝眼、外膝眼、阳陵泉、阴陵泉、血海、阳关、鹤顶、膝关、足三里。患者俯卧位,再点按委中、委阳、承筋、阴谷、承山等穴,每穴点按 20 余下,指力以达到痠麻胀感为宜。

(4)揉髌骨:用掌按揉髌骨,用力应轻重适当,轻柔和缓,以患者能忍受为度。

(5)对患膝作被动屈伸、旋转运动:患者仰卧,医者左手扶患膝,右手握患肢小腿下部,作屈髋屈膝及伸髋伸膝活动4~5次。再作左右顺时针、逆时针旋转髌膝各4~5次,范围由小到大,力量由弱到强。医生用力应柔和适度,使膝关节韧带、关节囊等得到运动、松解。注意不可强拉硬扯,以免造成新的损伤。

上述手法,如单侧膝关节病,只作一侧;双膝关节病,则两侧均按上述方法做。

6. 以10次为1疗程。

治则:祛风活血,通络柔筋,消肿止痛。

临床疗效:痊愈:症状、体征消失,膝关节功能恢复正常,行走无不适感。显效:疼痛轻微,膝关节功能轻度障碍。好转:膝关节功能各相差15度以内,行走轻度疼痛。无效:膝关节功能伸屈各相差15度以上,膝关节疼痛,病情不稳定。疗效:68例患者推拿1疗程者44例,2疗程者17例,3疗程者2例,4疗程者3例,5疗程以上者2例。痊愈22例,显效26例,好转17例,无效3例,总有效率为95.6%。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998;(1):210

按摩处方(二)

取穴及操作方法:松解法:分别采取仰卧、侧卧、俯卧等体位,运用弹拨法、拿法、按法、揉法等手法对膝部周围软组织及股四头肌、缝匠肌等肌肉起止点作深部按摩松解2~3分钟,以掌根或拇指指腹在股二头肌、腓肠肌、髂胫束等作局部推按,反复5~10遍。

揉髌法:患者仰卧,一手拇指置于患者患膝髌骨周围,作髌骨上下左右环揉髌骨20~25遍。扩膝法:患者仰卧,医者一手握踝,另一手前臂垫在腘窝处,令患者膝部被动屈曲,逐渐加大度数,反复数次。然后令患者仰卧,握踝之手不变,另一手改为虎口握住腘

第五章 骨伤科疾病

窝,握踝之手稍用力上提,使膝关节尽量同曲,重复3~5遍。如伴有半月板损伤,采用反麦氏试验手法复位。

治则:疏通经络,松解粘连,滑利关节。

临床疗效:疗效标准:优:症状消失,功能基本恢复。良:偶有轻痛,能参加一般劳动。可:轻度疼痛,生活可自理。差:症状无明显改善。本组36例,治疗5~15次,优11例,良13例,可9例,劣3例,总有效率91.7%。

说明:本法疏通经络,松解粘连,滑利关节,加速局部血液循环,改善关节腔内压力平衡,促进关节腔内容物组织的修复,疗效满意。

参考文献:广西中医学院学报,2000;17(2):23

按摩处方(三)

取穴及操作方法:患者取坐位或仰卧位,膝部伸直,在腘窝垫一薄枕。医者用手在膝关节周围用揉法、滚法各操作2分钟,分理膝缝5~8次,点按血海、膝眼、阴陵泉、阳陵泉、足三里、委中、承山、昆仑穴,每穴10~15秒钟,捋顺患膝8~12遍,搓揉患肢5~8次,直擦膝部至热,最后屈伸患膝5~8次结束。手法力度以患者能耐受为宜。手法后拔罐5~10分钟,起罐后将局部清洗干净,敷贴狗皮膏、万应膏,4日1次为1疗程。

治则:祛风散寒除湿,活血通络化瘀。

临床疗效:本组36例,用1~2个疗程,痊愈22例,显效12例,有效2例。

说明:本法祛风散寒除湿,活血通络化瘀,疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,1999;7(6):19

按摩处方(四)

取穴及操作方法:腰部推拿手法:用于腰椎2~4棘突的病理偏歪斜;一手拇指触诊偏歪棘突后,用拇指指腹顶压在偏歪棘突的外下

缘;另一手前臂跨患者腋下至对侧肩部,向内上方推挤。膝部按压法:环转推挤按压髌骨。拇指腹按压髌骨的前内或前外侧皮肤上,用腕及拇指之力推挤按压髌骨,用力方向始终指向髌骨中部偏后,使髌骨沿顺时针或逆时针近圆形环转挪动,100~120次/分钟;髌骨周缘刮分筋手法:用拇指腹于髌骨的内或外缘、髌股关节面的内或外侧与髌骨边缘线成垂直方向括拨其病变组织及边缘的软骨面。髌腱及脂肪垫手法:触诊病变部位,分别在其上作与之相垂直的分筋手法。以及腓肌手法与挤压髌骨膝关节被动活动手法。

治则:活血通络,理筋止痛。

临床疗效:96例中显效58例,有效30例;无效8例。

说明:手法是治疗老年性膝痛的有效方法之一。

参考文献:江苏中医,1999;20(1):39~40

按摩处方(五)

取穴及操作方法:手法治疗:主要是针对膝关节及其周围的软组织施法,包括髌周痛点的刺激,以及增加关节活动范围等手法,分三步实施。自大腿根部由上至下拿捏股四头肌多次后,改取俯卧位,自大腿根部向小腿施以滚法,再用掌根从腘窝向大腿后侧捋10余次后,反复提捏股二头肌肌腱,内收肌群,腓肠肌内外侧肌腱,手法由轻至重,使皮肤发热,潮湿为度;对髌周及腘窝区压痛点进行按揉,每次1分钟,以患者能耐受为度,反复按揉后,用掌心扣住髌骨上下左右各方向,幅度尽可能由小到大活动髌骨,用力柔和,避免加重患者痛苦;取俯卧位,握住小腿,将小腿压向臀部,最大限度停留2分钟,再尽量伸直膝关节,同时做小腿内外旋活动,如此反复多次,对关节功能受限者,可多次采用被动抗阻法。2日1次,15日为1疗程。

治则:促进局部血液循环,松解粘连。

辅助治疗:功能锻炼:在关节尽量不负重的情况下,患者坐于床边,小腿垂直于床边,于足背上置一重量适中沙袋(一般2.5千

第五章 骨伤科疾病

克左右),嘱患者缓慢地做伸膝,屈膝活动,锻炼至肌肉发痠、发热、发胀为止,再进行肌肉静力性收缩运动以放松,每日多次,于手法治疗后进行。

临床疗效:本组 24 例,术后 1 个月,再次用 Lgsholm 膝关节评分标准评分,术前评分 40~50 分者术后 80~90 分 7 例,70~80 分 3 例;评分 30~40 分者术后 80~90 分 4 例,70~80 分 5 例;评分 20~30 分者 4 例,术后 70~80 分、60~70 分各 2 例;1 例 <20 分者术后 40 分。

说明:本法促进局部血液循环,疗效显著。

参考文献:实用中医药杂志,2001;17(2):32~33

按摩处方(六)

取穴及操作方法:患者仰卧,术者用手触摸患膝部,有结节或条索状物,且压痛明显处,定位(1~3 个)常规消毒铺洞巾,用小针刀从定位处刺入进行松解,术毕局部注射强的松龙及利多卡因。嘱患者术后常规用抗生素口服,48 小时后主动膝关节锻炼。3 日后接受髌骨按摩治疗,手法用揉、推、摇、提、拿、弹拨及分筋法,每次 30 分钟,2 日 1 次,嘱患者适当加强功能锻炼。2 周后可根据情况再次松解治疗。松解部位多在髌骨上囊,髌骨两侧,髌旁支持带,髌下脂肪垫,内外侧膝关节副韧带等处。

治则:活血通络,消化骨赘。

临床疗效:本组 55 例,小针刀最多 3 次,54 例关节屈曲度达 90~130 度,失败 1 例。

参考文献:甘肃中医,2000;13(5):54~55

按摩处方(七)

取穴及操作方法:手法行推拿按摩,点冲门、血海、膝眼、委中、足三里等穴,拿捏弹拨股二头肌腱、内收肌腱、腓肠肌内外侧头及跟腱。轻手法按摩痛点,牵拉膝关节,提拉股四头肌腱,最后点穴

松肌。

治则:补肝肾、强筋骨、通经络、祛风湿、止痹痛。

辅助治疗:用通痹散:赤芍、白芍、淫羊藿各15克,独活、桑寄生、防风、五加皮、炙川乌(另包先煎)、牛膝、秦艽各9克,威灵仙、川断各12克,丹参、熟地各18克,肉苁蓉10克。湿重去熟地,加萆薢10克、薏苡仁12克;热重加黄芩10克;有风寒加苏木10克、细辛6克;肿痛加三七15克g、川芎10克;关节内有积液加苍术、防己各10克、茯苓15克。日1剂水煎服,药渣外敷患处。中药外洗热敷后,应立即进行膝关节功能锻炼。早期以不负重活动为主,后期改用患膝负重作屈伸、内外旋转等锻炼,日10~15次,但避免剧烈的超负荷活动。

临床疗效:疗效标准:优:症状完全消失,关节功能恢复正常,能正常工作。良:症状明显好转,关节功能基本正常,能坚持正常工作。可:症状减轻,关节功能有所改善。差:症状无好转,功能无改善。本组156例,优129例,良15例,可7例,差5例,优良率92.3%。

说明:手法配合中药补肝肾、强筋骨、通经络、祛风湿、止痹痛,疗效满意。

参考文献:陕西中医学院学报,2001;24(2):27~28

按摩处方(八)

取穴及操作方法:采用杜氏[中医正骨,1994,6(4);9]手法,点揉痛点、推揉髌骨、髌骨关节按压摩擦、膝关节被动屈伸等手法,每次20分钟,每周1次。

治则:活血通络,滑利关节。

临床疗效:本组52例88个膝关节,治疗1~16次,治疗后功能计分的均值(包括疼痛、活动范围、步行能力、日常动作四项)与治疗前比较有显著性差异($P < 0.01$);膝关节功能提高的均值与治疗前比较有显著性差异($P < 0.05$);将88个膝关节按X线表现

分成六型,其中,四项功能均有改善的是初期型、外侧型和髌股型;三项功能有改善是全型;两项功能有改善的是内侧型,只有一项功能改善的是混合型($P < 0.05$)。

说明:手法治疗本病对膝关节功能改善效果满意。

参考文献:中国中医骨伤科杂志, 2000;8(5): 46~48

按摩处方(九)

取穴及操作方法:用揉膝法:患者仰卧位,医者以双手掌分别置膝关节内外侧,按而团揉,持续着力,而后用拇指掐内外膝眼及关节缝,揉按3次。点按舒筋法:医者以拇指分别按患侧承扶、委中、承山、内外膝眼、阳陵泉、阴陵泉、足三里等穴,后取患肢大腿至膝部自上而下反复推揉。再用拇指与其他四指分开捏握住髌骨,再点按双膝眼2次。拔伸屈膝法:患者仰卧位,医者一手按住髌骨上缘,一手握患肢踝部,先小幅度缓慢来回屈伸膝关节。松髌法:以右侧为例,医者拿住患肢小腿下端,令患者屈膝屈髌,左拇指半屈位顶住髌骨上缘,患者伸直下肢时,拇指向下顶压髌骨。摇摆揉筋法:医者两手握拢患膝,腋窝夹住患肢踝部,行膝关节摇摆,顺逆各摇摆3次,再揉捏内外侧副韧带。

治则:疏通经络,通利关节。

辅助治疗:患者好转后适当练习腿功,每日早晚各1次。练功前用活络散(含生川乌、生草乌各10克,乳香、红花、地龙各8克,独活、利根香、羌活各12克,赤芍、山甲片、桂枝各9克,研粉布包)热熨患处。2周为1疗程。

临床疗效:疗效标准:治愈:膝部肿胀、压痛、僵硬症状消失,膝关节活动功能恢复正常,行走无疼痛。有效:膝部肿胀、压痛、僵硬症状消失,膝关节活动功能基本恢复正常,行走2公里尚感痠痛。无效:膝关节肿胀、压痛、僵硬,活动功能无明显改善。本组85例,治愈62例,有效21例,无效2例。

说明:本法行气血,散瘀结,疗效满意。

参考文献:中国骨伤,2000;13(3):174~175

按摩处方(十)

取穴及操作方法:患者仰卧,两下肢伸直放平,患侧腘窝下垫一小枕,助手握住踝关节上方,用力向下牵引固定。术者立于患肢外侧,以右手拇指指腹扣压血肿中央,掌心及余指固定于股骨下端外侧。另手拇指重叠于右手拇指末节,于此同时两手拇指合力向下按压研磨或弹拨,当指下突然出现空虚感或扑哧声时,即示囊肿破裂,患者有一种疼痛顿减的感觉,血肿随即消失。令患者屈髋、屈膝已无明显功能障碍或疼痛,即示手法成功。然后用棉片加压包扎固定5~7日,限制患肢活动3~5日;并用云南白药2克/日2次口服,连用7日。

治则:活血化瘀,通络止痛。

临床疗效:本组16例,3日内自觉疼痛消失2例,4~6日内自觉疼痛消失10例,7~10日内自觉疼痛消失4例。

参考文献:中医正骨,2000;12(1):58

按摩处方(十一)

取穴及操作方法:先抚摸、揉捏、弹拨、推拿下肢各经脉至井穴,再点按、拍压、搓摩与膝关节疼痛有关的经脉穴位。滚膝关节周围,摇运膝关节,摇踝关节,作膝关节伸屈活动。推拿疗法能调整阴阳平衡,调和气血,活血散瘀,解除痉挛,消肿镇痛,理筋正骨,滑利关节,分离粘连,促进体液循环和新陈代谢的功能,使机体尽快恢复其正常的生理功能,达到治疗的目的。

辅助治疗:针灸取:血海、阴市、三阴交、太冲、髀关、风市、双膝眼、足三里、阳陵泉、委中、解溪、申脉等穴。三棱针点刺下肢有关井穴。针灸有调和气血,通经活络,活血化瘀,清热利湿,消肿止痛,扶正祛邪的作用。

治则:解除痉挛,消肿镇痛,理筋正骨,滑利关节,分离粘连。

临床疗效:治疗标准:痊愈,临床症状消失,活动自如,恢复正常工作,随访一年未复发者。好转,症状基本消失,比治疗前有明显好转者。治疗结果:125 例患者中,治愈 114 例,占 91.2%,好转 11 例,占 8.8%,总有效率为 100%。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995:(6):621

髌骨软化症

髌骨软化症是膝部常见的一种疾病,多发于中老年人,其发病机理多为反复屈伸扭转活动下摩擦或撞击,致使软骨面部磨损,变得粗糙不平甚至软骨剥脱,骨质外露,其表现为关节不适,膝部疼痛,上下楼梯或蹲下站起疼痛加重,受天气影响,休息后症状能减轻,同时感到膝部无力发软,或行走跌倒,治以补肾壮骨,舒筋活络。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:松解法:仰卧,患膝自然放松伸直,先用揉、拿、滚、搓手法放松膝关节周围软组织,双拇指分别点按三阴交、阴陵泉、阳陵泉,由轻到重,以患者自觉痠胀、麻木为度。

推压法:患膝伸直,术者用张开的拇指和余四指,从膝上紧握住髌骨沿肢体纵轴向上、下推压髌骨,适当用力。

顶刮法:患膝伸直,术者一手握住髌骨,稍用力向前推,暴露软骨面,另一手拇指用力顶刮髌骨内外缘,以患者耐受为度。2 日 1 次,10 次为 1 疗程。手法完毕后,用消炎止痛膏(凡士林 100 克,煅石膏粉 500 克,混匀调和成膏)每日外敷膝关节 1 次。

治则:松解粘连,活血通络。

临床疗效:本组 213 例,优 107 例,良 75 例,有效 26 例,无效 5 例,总有效率 97.64%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):28~29

按摩处方(二)

取穴及操作方法:手法按摩点揉法,患者仰位,医者用掌根在髌骨周围自上而下顺时针方向按揉5分钟,再点压双侧膝眼,委中、足三里、血海等穴各2分钟。推拉法:用双手指抓握髌骨横向或纵向推拉5次。叩击法,医者用掌心轻度叩击患膝髌骨前缘50次。过屈法,患者俯卧位,屈膝关节,压小腿4~6次。

治则:活血通络,理筋止痛。

辅助治疗:中药导入用当归、川芎、桃仁、伸筋草、透骨草、防风、细辛、土鳖虫、血竭、川乌、草乌等各50克,水煎1小时后取液,用直流电药导机,将药垫正极放置髌骨前缘,水垫负极置于腘窝处,先用复合药导(5~10毫安)治疗10分钟,改用速治(10~25毫安)治疗20~30分钟。日1次,10日为1疗程,疗程间隔5日。

临床疗效:疗效标准:显效:疼痛消失,关节活动范围正常,行走自如,体格检查正常。有效:静止疼痛消失,半蹲位疼痛减轻,关节肿胀消退,股四头肌萎缩恢复,髌骨边缘后侧压痛及摩擦或轻度或消失。无效:症状体征无变化。本组68例,均获满意疗效(原文中例数有误)。

参考文献:中国骨伤,2000;13(12):762

按摩处方(三)

取穴及操作方法:点按指振法:患者仰卧屈膝位,医者用拇指指腹点按,指振气冲、血海、足三里、阳陵泉、三阴交、每穴各1分钟。

滚捏推按法:患者俯卧位,患肢小腿垫以枕头,医者在腘窝上下的大腿、小腿,用深透有力的滚法,往返滚动5~8次。患者改仰卧位,医者用腋部持患肢足踝部,持续牵引,一手托住腘窝部,一手用拇指、食指指腹相对捏于股四头肌联合腱,用力向上下推按,并随即向上提拉,如此反复10~15次。

一指禅推法:患者仰卧,胭窝部垫以枕头,医者坐于患侧,先行一指禅罗纹面推法,从髌上囊周围开始,沿小腿胫前肌群,作紧推慢移的往返推动;再行一指禅指端推法,推两侧膝眼穴及髌腱之部位;最后行一指禅偏峰推法,重点施术于髌骨周围,要使拇指偏峰紧紧地吸贴在髌骨周围作推动。要求指力渗透有力而不使髌骨滑动,以患者感觉局部透热为度。手法操作时间不得少于10分钟。

刮髌掐髌法:医者一拇指压于髌骨一侧,将髌骨向对侧及下方推挤,使对侧缘翘起,另一拇指尖反复刮、掐翘起之髌骨缘。**压髌叩髌法:**医者手掌贴于髌骨向下压,力量适度,每分钟压50~60次,再用食指、中指和环指叩击髌骨及髌周数次,最后以表面抚摩结束治疗。

治则:行气活血,舒筋强骨。

临床疗效:疗效标准:治愈:膝关节半蹲痛及其他症状完全消失,关节活动功能恢复正常。进步:膝关节半蹲痛明显减轻,其他症状基本消失,关节活动功能有所恢复。无效:症状、体征无改善。本组23例,治愈8例,进步12例,无效3例。

说明:诸法行气活血,舒筋强骨,疗效满意。

参考文献:湖北中医杂志,2000;22(12):41~42

按摩处方(四)

取穴及操作方法:患者俯卧位,用双手拇指检查患者腰椎棘突排列是否整齐,一般多有腰3棘突向右偏歪;患者侧卧位,以棘突偏歪侧在下,进行腰部斜扳,以棘突复位为原则;医者以拇指按压患侧闭孔神经处2~3分钟,并推、拿腿内侧5~8遍,患膝屈膝屈髋结束操作。

治则:活血祛瘀,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:显效:手法治疗症状全部消失或明显改善。有效:有一定程度的改善。无效:无任何改善。本组36例,显效7例,有效26例,无效3例,总有效率91.6%。

说明:本法活血化瘀,祛瘀生新,疗效满意。

参考文献:针灸临床杂志,2000;16(7):22

髌下脂肪垫劳损

髌下脂肪垫是一个三角形的脂肪组织块,位于髌骨、股骨髌前下部,胫骨髌前上缘及腓韧带后方的椎状间隙中,主要作用是加强膝关节稳定和减少摩擦。髌下脂肪垫劳损是由于慢性损伤而造成膝部疼痛、膝关节功能受限,临床上可见与中医的痹症相兼并存,多发生在中老年人,患者表现为膝部疼痛,疼痛可放射到腘窝、甚至沿小腿后侧肌内窜到足跟,劳累后症状加重。膝关节伸屈活动受限,下蹲困难,蹲下时疼痛加重。患者步行无力且难以持久,突然伸膝时疼痛明显。若脂肪垫嵌夹于关节间隙内,出现跛行和剧痛。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:点压梁丘、血海、内外膝眼,用单拇、双拇或掌根揉按脂肪垫;提拿指脂肪垫,铲刮髌尖处髌韧带附着点及两侧疼痛敏感区,按摩提拉股四头肌,反复伸直膝关节数次,以解除髌下脂肪垫的粘连嵌顿,隔日1次,1周为1疗程。

治则:活血化瘀,散寒止痛,祛风除湿。

辅助治疗:中药熏洗用生川乌、生草乌、生南星、当归、红花各10克,北细辛6克,防风、海桐皮各30克,木瓜、透骨草、伸筋草、川芎各15克,甘松20克,加水适量,浸泡1小时,文火煎30分钟,然后将药液倒入盆中,将患膝置盆口上,用浴巾遮盖,待药液稍凉后擦洗,每剂可用2~3次,日1剂。

临床疗效:疗效标准:痊愈:临床症状及体征完全消失。显效:疼痛完全消失,髌下脂肪垫仍有轻度压痛,能正常工作和生活。有效:疼痛明显减轻,仍有压痛。无效:症状和体征无改善或加重。本组42例,痊愈8例,显效17例,有效15例,无效2例,总有效率

95.2%。

说明:本方活血化瘀,散寒止痛,祛风除湿,疗效满意。

参考文献:实用中医药杂志,1999;15(12):18

按摩处方(二)

取穴及操作方法:先按压患者双侧膝眼,内侧压痛明显压痛点位于股内侧肌和大收肌上。外侧压痛明显重点在股外侧肌群和臀部各肌肉上的压痛点。大多数压痛点分布于股外侧肌、阔筋膜张肌、梨状肌和臀大肌上。痛点为僵硬肿胀的肌肉纤维,呈条索状由结缔组织包裹。医者用手指或肘关节垂直于条索进行弹拨,由轻到重,速度缓慢,时间长。弹拨的顺序从近心端向远心端推进。后用推法沿患者大腿内外侧由近心端向远心端推。

治则:活血通络,柔筋止痛。

临床疗效:疗效标准:显效:膝关节疼痛消失,脂肪垫附丽区压痛消失,大腿和臀部的条索消失,半年内无复发。有效:膝关节疼痛消失,脂肪垫附丽区压痛减轻,大腿和臀部的条索变软变细,半年内有复发。缓解:膝关节疼痛减轻,脂肪垫附丽区压痛、大腿和臀部的条索没有变化。本组 34 例,治疗 5~20 次,显效 8 例,有效 19 例,缓解 7 例。

参考文献:实用中医药杂志,2000;16(9):32

足跟痛

足跟痛是由于足跟部筋骨失养,遭受长期的牵拉刺激而引起的足跟部慢性疼痛性病症。多发生于 40 岁以上的中老年人。有些因足跟底部骨质退变、增生,亦可发生足跟痛。

中年以后,肝血肾精渐亏,肾阳不足,致使筋骨失养,若经常站立工作或长期硬地跑跳行走,跟骨结节部遭受慢性牵拉,致使气血受阻,或兼风寒湿邪内侵而引起。常见原因有跖筋膜劳损、跟下

滑囊炎、跟骨骨刺及跟下脂肪垫损伤。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:按摩:让患者俯卧于按摩床上,患者膝关节屈曲,足心向上,医者用捏、揉法反复捏揉足跟部,跟腱及小腱后侧肌肉5遍,使紧张痉挛的肌肉放松。再用拇指刮法刮足跟压痛处,由轻到重逐渐用力。锤击:让患者患肢屈曲,足心向上,医者左手固定患肢踝部,右手持硬橡胶锤找准跟骨压痛点,开始先轻击其痛点周边,逐渐加重用力,反复数遍,再对准压痛点锤击3~5下。每次约击打5分钟,以患者能忍受为度,不可用力过猛。最后用轻推、捏、揉手法反复作用于小腿及足跟部以缓解疼痛。每日1次,6次为1疗程。

治则:活血化瘀,通络止痛。

辅助治疗:中药用大黄、黄柏、威灵仙、独活、牛膝、透骨草各30克,芒硝50克,山西陈醋250克。将上述6味药用纱布包好,放入锅内,加冷水约3升,煎开30分钟后取出药包,将药液倒入盆内,加入芒硝、醋搅匀。熏洗时先用热气熏蒸,并用毛巾蘸药水交替热敷痛处,待水温降至50~60度时,将患足浸洗,水温下降可加温再洗,每次约1小时,每日洗1~2次,每剂用2日,3剂为1疗程。

临床疗效:疗效标准:治愈:治疗后足跟疼痛消失,站立行走自如,局部无压痛。显效:治后病人站立行走均无痛感,基本症状消失,局部无明显压痛,但劳累后,行立过久仍有痠胀感。无效:治疗后足跟疼痛无明显减轻。本组54例,用1~4个疗程,治愈49例,显效5例。

参考文献:按摩与导引,1999;15(4):40

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者仰卧,患足垫高,用正骨水或正红花油

作介质涂于患部,医者一手握住前脚掌用另一拇指轻抹和推揉患部数分钟。待疼痛不再拒按时,加重力度揉按痛点及周围组织,并分别重刺激点按足三里、承山、解溪和昆仑穴。再用拳或指间关节重击足跟数次,最后用掌心狠擦患足跟部,见微红或灼热感结束手法,每次 20~30 分钟,日 1 次,6 次为 1 疗程。

治则:活血通络,柔筋止痛。

辅助治疗:中药薰洗:用五加皮、丹参、牛膝、伸筋草、当归、艾叶、赤芍、桂枝、羌活、威灵仙、透骨草各 20 克,水煎取液加食醋 500 毫升先薰后洗患足,约 30 分钟,至鼻尖有微汗出为佳。每剂用 3~5 日,每日用 1~2 次。

临床疗效:本组 42 例,优 23 例,良 16 例,无效 3 例,总有效率 92.84%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):33~34

按摩处方(三)

取穴及操作方法:用肉桂、生草乌、苏木、当归、红花、威灵仙、伸筋草、透骨草、细辛、冰片按 1: 2: 3: 2: 2: 4: 4: 4: 2: 0.5 比例,晒干碾成粗末,装入缝制好的小布袋内,制成直径 6 厘米,长 16~18 厘米的药棒(装药时越紧越好)。将药棒加水适量煎沸(首次煎 20 分钟)倒在脚盆中,将患足腾空熏约 3~5 分钟,待药液不烫时将足浸泡于药中 10 分钟左右,最后将药棒取出,用病足在药棒上来回搓动,力度以患者能耐受为限,日 2 次。药棒、药液可反复使用,7 日为 1 疗程,每疗程用药棒 1 根。

治则:软化骨刺,缓解痉挛。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状完全消失,每次起步时亦无痛感,随访 1 年以上未复发。显效:疼痛消失,偶因过分劳累后有轻度疼痛,稍休息后即消失。有效:症状基本消失,能够正常行走,负重劳动后跟部有痠痛感,但能忍受。无效:治疗前后症状无差别。本组 112 例,治疗 1~2 个疗程,治愈 62 例,显效 26 例,有效 20

例,无效4例,总有效率96.4%。

说明:本法利用药、热、足底穴位按摩三位一体,使局部骨质软化,骨刺平坦,筋膜舒展而达到止痛的效果。

参考文献:吉林中医药,2001;21(1):38

按摩处方(四)

取穴及操作方法:推拿手法:患者术前用温水浸浴患足5分钟,俯卧于按摩床上,患足足背垫一高度适中的按摩包,术者坐于患足床侧。一手固定其患足足跟,从足跟部沿跖筋膜揉按数遍,用拇指端或屈曲后的食指或中指第1指间关节突起部(或专用牛角点按手柄)点按承山、昆仑、太溪、照海、然谷、涌泉等穴,每穴点按0.5~1分钟,以有得气感或患者能忍受为度。继之在足跟部、内外踝关节下方、足底部涂抹护肤膏(如凡士林等)后,用屈曲后的食指或中指第1指间关节突起部(或专用牛角点按手柄)推跟腱两侧、足背后下方、足底部,每部3~5遍。接着擦患足足跟腱、足底部、以透热为度。患者改为仰卧位,术者一手托住患足跟部、一手握住患足足趾部,在拔伸下摇踝关节3~5遍。最后分别牵拉各足趾、揉按足跟部数次。日1次,10次为1疗程。

治则:疏通经络,益肾强筋。

辅助治疗:肾阴虚用六味地黄丸,肾阳虚用金匱肾气丸,气滞血瘀用桃红四物汤加减(桃仁、红花、川芎、牛膝、威灵仙各10克,当归25克,赤芍15克,生地30克,海桐皮12克),寒湿侵袭用独活寄生汤加减(独活、茯苓各12克,桑寄生、秦艽、防风、木瓜、伸筋草、白芍、杜仲、牛膝各10克,细辛2克,当归15克,川芎8克,甘草5克)。中成药照说明服,汤剂日1剂水煎服,6剂为1疗程。内服药第3次煎液适量(以浸泡过踝关节为宜)泡患足局部,药水温度以耐受而不烫伤为度,每次泡足15~20分钟,日1次。

临床疗效:疗效标准:参照《中医诊疗常规》。痊愈:跟痛完全消失,恢复正常功能。显效:跟痛明显减轻,行走无困难。有效:跟

痛稍减,行走仍有困难。无效:治疗前后无改善。本组 52 例,痊愈 38 例,显效 10 例,有效 4 例,总有效率 100%。

说明:本法疗效满意。

参考文献:湖南中医杂志,2000;16(5):23~24

按摩处方(五)

取穴及操作方法:在患者足底撒少许滑石粉,术者在足背屈和足跖屈位用握拳的 2~5 掌指关节背面在跟跖底部来回推 6 分钟,其按力由轻到重,以使患者能忍为度,然后用拇指指腹在跟骨结节及周围作顺、逆时针旋转按摩 6 分钟,重复握拳推法,用掌根部按摩跟、跖底部。1~2 日 1 次,可指导患者家属按法施术。手法治疗后用外洗药洗足。

治则:活血通络,柔筋止痛。

辅助治疗:中药辨证论治,湿热壅阻型用泄浊蠲痹汤加减:知母、防己、生薏苡仁、赤芍、赤芍、川贝、藿苏梗、忍冬藤、秦艽、川柏、川牛膝、土茯苓、赤小豆、制草乌等;外敷玉蓉四黄散(芙蓉叶、生大黄、生黄柏、生黄栀、生黄芩,共研细末,加白蜜调敷。寒湿凝滞型用麻桂温经汤加减:麻黄、桂枝、红花、白芷、细辛、桃仁、赤芍、生甘草、制川乌、淡附片、独活、川牛膝、茯苓皮;并用外洗方:透骨草、艾叶、海桐皮、伸筋草、川姜黄、白芷、桂枝、川椒目,水煎 10 分钟加黄酒 100 毫升,食盐 50 克,熏洗患足,日 3~5 次。损伤瘀血型用桃红逐瘀汤加减:桃仁、红花、炮山甲、泽兰、归尾、赤芍、生地、制乳没、紫草茸、青陈皮、路路通、川牛膝;外敷玉蓉四黄散。肝肾亏虚型,肾阴亏虚者用左归丸加怀牛膝,肾阳亏虚者用鹿茸四斤丸。针刺治疗:主穴取下照海(经验穴,即照海下 1 寸)、下申脉(经验穴,即申脉下 1 寸),两穴进针深度达跟骨结节部,实证用泻法,虚证用补法,寒证用温针或灸法(可隔姜灸,每穴 5~7 壮)。湿热壅阻型配阴陵泉、绝骨、昆仑;寒湿阻滞型配三阴交、绝骨;损伤瘀血型配昆仑、丘墟、商丘、照海;肝肾亏虚型配太溪、申脉。

临床疗效:疗效标准:显效:跟底部肿胀消退,无压痛,能照常负重行走,无复发。有效:肿胀、压痛明显改善,能负重行走,但不能过度,过度则感患处痠胀。无效:肿痛有减,压痛存在,时轻时重,不能负重,行走有痛。本组 56 例,显效及有效 52 例,无效 4 例,总有效率 92.8%。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(10):19~20

按摩处方(六)

取穴及操作方法:患者俯卧位,患肢屈膝 90 度,足跟向上,术者左手握患肢踝关节外,右手以摩揉法、劈法施术于足跟周围 6~15 分钟;接着用右手拇指施用推法自跟部沿跖筋膜反复推数遍,后点、按、揉足跗阳、昆仑、丘墟、京门、中封、太冲、照海、申脉穴,每穴 1~3 分钟,后立即针刺上述穴位,留针 15 分钟,取针后用艾团灸,使患者局部感到温热。拔针后用跟后垫和跟下垫(放入当归、川芎、全蝎、三棱粉末按 4:6:1:2 比例做成)固定患部,穿鞋即可。隔 3 日换药 1 次,2 周为 1 疗程。

治则:活血通络,舒筋止痛。

临床疗效:疗效标准:临床治愈:临床症状消失,临床检查正常。显效:临床症状基本消失,临床检查接近正常。有效:临床症状明显改变,但剧烈活动后仍有不适。无效:症状及体征无改善。本组 118 例,治愈 96 例,显效 14 例,有效 5 例,无效 3 例。

说明:本法活血化瘀,通经活络,舒筋止痛,行气消肿,滋阴补肾,补髓壮骨,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):48

按摩处方(七)

取穴及操作方法:临床取肾俞、足三里、阳陵泉、绝骨、承山、昆仑、解溪,使患者俯卧,医者用推、揉、滚、拿、拨、弹手法沿小腿至足跟推拿 5 遍;按压患侧肾俞、足三里、阳陵泉、绝骨、承山、昆仑、解

溪等穴,每穴1分钟,重点刺激患部压痛点。然后令患肢屈曲,足心向上,用叩诊锤捶击跟骨压痛点5次,用力要适当。再擦麝香正骨水(福建中医学院屏山制药厂生产),用轻推、摩、揉法反复按摩小腿及足跟。隔日1次,5次为1疗程。

治则:补肾强筋,通络止痛。

临床疗效:本组60例,结果:显效(治疗1~3个疗程,足跟痛消失,无压痛)54例,好转5例,无效1例,总有效率98.3%。

参考文献:刘献祥等,按摩与导引,1994:(6)19:16

按摩处方(八)

取穴及操作方法:患者取俯卧位,将患肢平放在床边或取坐位,将患肢平放在脚架上。手法:先上下左右推动小腿3~4次,使其皮肤潮红,然后用按摩、理筋、分筋手法施于小腿前后、足跟部及痛点各处2~3分,再选主穴太溪、昆仑。配穴:照海、申脉、承山、解溪等,分别用拇指按压诸穴,或用拇指与食指的合力,分别对太溪和昆仑、照海和申脉进行强刺激的捏拿,以能忍受为宜,每次强刺激1~3分,最后用力向外旋转踝关节,并牵伸小腿以放松肌肉。每2日1次,5次为1疗程。用法:日1剂水煎服,7日为1疗程。

治则:通络止痛。

临床疗效:本组146只足跟痛中,痊愈115只(78.77%),显效25只(17.12%),好转6只(4.11%),有效率为100%。1疗程内治愈者83只,大于1疗程治愈者32只,平均7次治愈。随访曾有4例复发,但症状较轻,再次重复上述手法,症状消失。

参考文献:张俊庭等,当代针灸临床屡验奇术,1995:(6):475

按摩处方(九)

取穴及操作方法:患者俯卧位,患肢屈膝90度,足跟向上,术者左手握患肢踝关节外,右手以摩揉法、劈法施术于足跟周围6~

15分钟;接着用右手拇指施用推法自跟部沿跖筋膜反复推数遍,后点、按、揉足跗阳、昆仑、丘墟、京门、中封、太冲、照海、申脉穴,每穴1~3分钟,后立即针刺上述穴位,留针15分钟,取针后用艾团灸,使患者局部感到温热。拔针后用跟后垫和跟下垫(放入当归、川芎、全蝎、三棱粉末按4:6:1:2比例做成)固定患部,穿鞋即可。隔3日换药1次,2周为1疗程。

· 治则:活血通络,舒筋止痛,补髓壮骨。

临床疗效:疗效标准:临床治愈:临床症状消失,临床检查正常。显效:临床症状基本消失,临床检查接近正常。有效:临床症状明显改变,但剧烈活动后仍有不适。无效:症状及体征无改善。本组118例,治愈96例,显效14例,有效5例,无效3例。

说明:本法活血化瘀,通经活络,舒筋止痛,行气消肿,滋阴补肾,补髓壮骨,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):48

类风湿性关节炎

类风湿性关节炎。是一种病因未明以关节病变为主的慢性全身性免疫性疾病。寒冷、潮湿、感染、外伤、营养不良、精神刺激等可能为本病的诱发因素。临床表现:多起病缓慢,可有疲倦、低热等前驱症状,随之四肢小关节游走性疼痛、僵硬,以后累及腕、肘、膝、踝、肩等大关节,呈对称性多关节炎。关节常呈梭形肿大,有运动痛和僵硬感,晨起为甚。反复发作与缓解,后期出现关节强硬、畸形,邻近肌肉萎缩。少数患者在腕、踝等关节隆突部有橡皮样硬度的皮下小结。亦可有淋巴结、脾脏肿大,角膜炎,巩膜炎,周围神经病变,胸膜炎,心包炎等。特殊类型有强直性脊椎炎,病变主要累及脊椎使之强直、畸形,小关节极少受累。其他尚有干燥综合征、弗耳提氏综合征等类型。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)四肢关节:①在病变关节处,用轻揉抚摩揉捏的手法,从远端到近端进行推拿。以达到放松和镇痛的目的。

②在肿胀关节四周,用指推法和掌根推、揉,目的活血化瘀,促进肿胀的吸收。

③在患者肌肉萎缩,活动障碍关节的四周用指尖推或深揉法,加强韧带的弹性和韧性。并用理筋弹筋的手法剥离粘连,在肌腱的起止端进行揉摩提拿,以刺激本体感受器,利于功能恢复。

④用轻揉的被动手法,使科病变的关系个方面活动达一最大的大限度,但禁用暴力。

⑤取穴:上肢取合谷、内关、外关、曲池,肩井等穴;下肢取解溪、足三里、承山、委中、环跳等穴。

(2)脊柱:①推背:患者取俯卧位。术者先在脊柱两侧用拇指平推或指揉法由上到下,左右各分二、三条顺序推数次。着力要较重,以有痠胀感为好。然后以单手或双手用滚法从肩背部到臀部,来回数次,便之有发热感为好。约需10分钟左右。

②取穴:用拇指或侧推法,取背部俞穴。先取大椎、肺俞、膈俞、膏肓穴,如食欲不振、多推脾俞、胃俞穴,肝肾虚弱多推肾俞、命门穴;另取风池、风府、肩井、足三里等穴。每穴推1分钟左右,使之得气。

③动摇关节:根据各个部位关节病变程度和活动可能性,采取不同体位,动摇关节或做引伸法。如腰部可按压或摇腰,所有摇动手法不可用暴力,要根据解剖和病变后活动的可能性,轻巧而有弹性地做动作,但必须得达到有效的强度,以关节似有松动一下的感觉为好。同时在治疗实践中仔细体察活动的可能性,而逐渐加大强度,才能恰到好处地起松动关节的治疗作用。

④辨证应用:如病期较早并在发作阶段,宜多推背,少动摇关

节,练功暂不做动摇手法,否则可使发热增剧,或低热不退。如刚接受治疗的新病人,也需要多推背,少做动摇手法,待患者慢慢适应推拿治疗后,再逐渐增加动摇手法,如勉强多做动摇手法,往往会引起发热恶寒反应。对病变部位,必须分阶段有侧重的逐渐攻克,如颈部僵硬较甚时,可一般顺序推拿后,改取坐位加做一些颈部的推揉和适量的被动活动。

治则:调节阴阳,疏通经络,滑利关节。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982:(7):380~381

按摩处方(二)

取穴及操作方法:中枢型:患者俯卧,在患者腰、背部沿脊柱及其两侧椎旁肌,从上而下用滚法治疗,指按或肘按脊柱两侧足太阳膀胱经、秩边、环跳。患者坐势,用滚法施于颈项两侧及肩胛部,配合颈部左右旋转及俯卧活动,并配合拿风池、肩井。医者站于患者背后,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,俯仰5~8次。用按法施于脊柱两旁,配合擦法、搓法和热敷。

周围型:患者坐势,用滚法在手臂内、外侧施治,从腕部至肩部,上下往返,可配合关节屈伸、旋转等被动活动。拿曲池、手三里、合谷,按阳池、大陵、捻转指间关节,然后再用搓上肢,摇肩、腕关节各4~5次。患者仰卧,用滚法施于大腿前部及内外侧,向下至小腿外侧,沿至三阳、阳陵泉穴向下,同时配合下肢的外旋揉,外展活动。接着在踝关节及足背用滚法治疗,并配合踝关节屈伸及外翻活动,髋、膝、踝关节病变配合按法和拿法。患者俯卧,用滚法施于臀部,向下至小腿后侧,髋、膝、踝关节作重点治疗,并配合按环跳,居髎、委中、承山、关节周围配合用擦法和热敷。

治则:疏通气血,理顺筋络,扶正祛邪,散寒止痛。

辅助治疗:内服用解痹汤:桂枝、羌活各10克,白芍、鸡血藤各30克,当归、防风各12克,熟地黄、威灵仙各18克,木瓜15克,甘

草 6 克,随症加减,日 1 剂水煎服。

临床疗效:诊断标准:符合 ARA 的类风湿性关节炎的诊断标准(郭焕春,《临床骨科医师手册》,天津科学技术出版社,1994 年)。疗效标准:痊愈:疼痛、肿胀消失,关节活动恢复正常。显效:疼痛、肿胀减轻,关节活动受限或僵直。无效:症状及检查无任何改善。本组 181 例,痊愈 45 例,显效 67 例,无效 6 例,总有效率 90%。

说明:本法疏通气血,理顺筋络,扶正祛邪,散寒止痛,疗效显著。

参考文献:中国中医骨伤科杂志,2000;8(3):30~31

按摩处方(三)

取穴及操作方法:治疗前,先准备 50 克左右豌豆样小顽石,用布包扎紧,再用清油熬制红花、桃仁、血竭、木通等 1 剂草药,做为附型剂外搽患部。治疗时,先将所熬制的药液搽在患部,轻揉片刻,再用包好的石袋在患部进行拍打,频率为每分钟 200 次左右,轻重以患者能耐受力度,颈椎部宜轻拍,腰骶部宜重拍,每次每部位拍打 10 分钟,每疗程为 15 天,间隔 2 至 3 天,再做第 2 疗程,以此反复治疗。

治则:消肿止痛,通络解痉。

辅助治疗:为增强疗效,配服顽痹定痛丸。顽痹定痛丸系根据风、寒、湿三气合而为痹的病因及痹证的临床主要表现,将活络效应丹,黄芪桂枝五物汤、蠲痹汤等方加减化裁而成,通治痹证,具有祛风除湿,温经散寒,活血通络,滋养肝肾之效。对痹证表现关节畸型、疼痛、痠楚、麻木、重着、活动障碍等,外用石拍法,内服顽痹定痛丸,内外合治,效果颇佳。

治疗机理:通过石拍对身体某部的打击、振动以促进血液循环,增强和活跃人体组织的运动能力,调节神经的兴奋抑制状态,从而达到镇静解痉,消肿止痛,活血化瘀,增进各种功能的恢复。

临床疗效:近几年,我将《易筋经》中所记载的“石袋”拍打法运用于临床,对某些顽固性颈椎病,腰椎骨质增生,椎间盘脱离,肩周炎等进行了临床观察,并积累了一定经验,临床疗效较好。

说明:石拍法,本源于《易筋经》原为我国练武者所掌握,拍打的目的在于疏通气血,强筋壮骨,如书中说:“捣打久久则骨缝之膜皆坚矣”。“久锤痛自止”。

参考文献:李永勤,甘肃中医,1995;8(2);5

按摩处方(四)

取穴及操作方法:用单手或双手的拇、食、中三指或五指相对置于肢体或大筋的两侧,用指腹或指捏住的同时上提,使筋在指腹或相对的指间滑揉而下。手法要求:四肢多用拇指及其余四指的二、三节掌侧提拿,其余部位多用指腹由上而下,或由近端至远端提拿,要有节奏,用力均衡,移动均匀,速度每分钟60~100次,反复做3~5次。

治则:通络止痹。

辨证特点:凡颈、背、腰及四肢伤筋不适,风寒湿痹及关节炎、废用性和营养性肌萎缩等均可适用。

临床疗效:屡试神验。

参考文献:武春发,北京中医学院三十年论文选,1986;(8):405

胸腰椎骨质疏松症

胸腰椎骨质疏松是指每个单位内骨组织数量减少,影响骨骼的结构功能,易发生疼痛和骨折,中医认为本病症为肾虚所致。肾主藏精,生髓养骨,肾实则骨有生气,若年老体衰,或久病体虚,累及于肾,肾精亏耗,则骨骼空虚。或因寒湿之邪,乘虚而入,客于骨中,耗伤精血,阻碍气血运行,更加重了肾精的亏耗。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:点穴:取肾俞、三焦俞、气海俞、大肠俞、关元俞、八髎,配委中、承山。每穴点按 10~20 秒种,后拔火罐 4~8 分钟,3~5 日 1 次,并外敷风伤膏。

治则:补肾强腰,通络壮骨。

辅助治疗:熏洗法:用黄芪、陈皮、穿山龙、入骨丹、海桐皮、路路通、桃仁、红花、鸡血藤、桂枝、鱼腥草、甘草,水煎,加米酒 60 毫升,用毛巾浸湿,热敷腰背中,每次 30 分钟,日 2~3 次。内服中药:初期用温胆汤加山楂、麦芽、白芷、黄芪,连用 5~7 剂。中期二陈汤加归尾、鸡血藤、黄芪、山楂、白术、龙骨、巴戟天,连用 5~7 剂。后期有青娥汤加淫羊藿、生地、黄芪、茯苓、鸡血藤、甘草,用 5~7 剂,后用知柏地黄丸,连用 2 个月。

临床疗效:本组 60 例,用 5~15 日,均腰背痛缓解,生活能自理,2 个月后 X 线骨密度均有不同程度的提高。

参考文献:中国骨伤, 1999;12(2):70

按摩处方(二)

取穴及操作方法:按摩疗法:对脾虚型主穴取脾俞、胃俞、天枢、气海、足三里、命门、大肠俞等穴;肾虚型主穴取肝俞、肾俞、三焦俞、命门、委中、绝骨、足三里等穴;随症配穴,分别仰卧位或俯卧位行按摩疗法,手法应轻柔,切忌重压、重扳及粗暴动作。并每日补充够量的钙、蛋白质、磷食物,每日早晚口服钙剂和维生素 A、D 胶丸。适当体育活动、户外日光照射。

治则:补肾强腰,活血通络。

辅助治疗:脾虚型用参苓白术散或补中益气丸为主,肾虚型用六味地黄丸、知柏地黄丸为主,均配服壮骨关节丸,30 日为 1 疗程。外用愈痛壮骨散(杜仲、淫羊藿、狗脊、当归、土鳖虫各 30 克,桑寄生 25 克,自然铜、田七各 10 克,续断、丹参、黄芪各 45 克,红

花20克,制川草乌各15克),在熏蒸床上加热150℃左右进行局部熏蒸,日1剂,每日1~2次,每次40分钟,30日为1疗程。

临床疗效:诊断标准:参照伍贤平等《原发性骨质疏松症的诊断与防治》[家庭医学杂志,1999 10(178);3]。疗效标准:显效:腰背痛等症状消失,能从事原工作及家务活动。好转:腰背痛症状明显减轻,能从事较轻的工作及家务活动。无效:治疗前后腰背痛症状无改善。本组32例,治疗28日~2个月,显效18例,好转12例,无效2例,总有效率93.75%。

参考文献:中医正骨,2000;12(9):28

骨质增生

骨质增生症是指骨或关节软骨发生增生而引起的病症,又称骨刺、骨赘。多发生在负重大、活动多的部位,如颈椎、腰椎及四肢。发病原因为退行性变、外伤、劳损等,同时与患者年龄、体质、生活工作环境有密切关系。临床表现:起病缓慢,最初自觉关节僵硬,隐痛,晨起较明显,活动后减轻或消失,活动多时又加重。后期疼痛持续,并可出现活动受限,关节积液,畸形和关节内游离体,但关节强直较少见。若骨赘压迫神经根或脊髓时,可引起肢体相应部位的感觉和运动障碍。X线摄片结合增生部位及临床表现以明确诊断。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:按摩推拿:服药1周后,用点、切、滚、揉、松筋推拿等补的手法,至患处皮肤稍红后停止按摩。锻炼:进行肌肉、关节的屈伸活动,从推拿日起,根据病情的轻重决定运动量,重者从3~5分钟开始,逐渐加时至50分钟,病情转轻后进入康复期,运动量加时加速,一般控制每次90分钟,锻炼期间部分患者可有局部明显的肿痛感,一般不需加药止痛,10日左右痛感可自行

消失。

治则:疏经活血,软化骨赘,散结止痛。

辅助治疗:用石松、地龙、土鳖虫、南蛇枫、海桐皮、海马、川牛膝、川续断各 10 克,丹皮 5 克,臭子 0.3 克,红花 3 克,服药时加米酒,日 1 剂,根据不同年龄和骨质增生压迫神经的程度来确定疗程,一般青年患者 30~40 日,中年患者 35~60 日,老年患者 50~80 日,1 疗程后观察疗效。

临床疗效:疗效标准:治愈:肿痛症状消失,关节活动正常,能从事正常的生活和工作。好转:疼痛基本消失,压痛感减轻,关节能活动,大关节仍有肿大的症状。本组 37 例,治愈 36 例,好转 1 例。

说明:本法舒筋活血,散瘀散结,疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(8):27

按摩处方(二)

取穴及操作方法:用消骨散(熟地 60 克,鸡血藤、透骨草、补骨脂各 45 克,威灵仙、白芍各 40 克,肉苁蓉、地鳖虫、血竭、防风各 35 克,共研细末过筛)5 克/日 2 次口服,1 个月为 1 疗程。并用推拿手法,以通、和、散法,运用滚、按、揉、拿、拔伸等手法,每周 2~3 次,1 个月为 1 疗程。

治则:补肝肾,强筋骨,化骨赘,止痹痛。

临床疗效:疗效标准:显效:各种症状、体征消失。有效:疼痛减轻,或疼痛范围缩小,功能较前改善。无效:症状、体征无明显改善。本组 221 例,其中膝关节骨质增生 84 例,显效 61 例,有效 23 例,1 疗程继续服药停止按摩 57 例,随访 2 年,4 例在 1 年内复发,再用上法缓解;颈椎骨质增生 137 例,显效 107 例,有效 30 例,1 疗程后继续服药停止按摩 116 例,随访 2 年,7 例因病死亡,17 例 1 年内复发,重用上法症状缓解。

参考文献:河北中医,2000;22(7):503

腰椎间盘突出症

疼痛、特别是腿性疼痛为腰椎间盘突出症的主要症状,应用常规骨科止痛药往往无效,而对于疼痛剧烈或较重的早期病例,手法治疗多难以耐受,有些甚至引起症状加重;另一方面,应用麻醉或激素类药物虽然大部分效果明显,但对其副作用有较大顾忌。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:先卧床休息,用骨盆牵引,重量为20~30千克,日2次,每次40~60分钟。牵引后腰部肌肉松弛,立即施以推拿手法,包括斜扳、旋转复位法,日1次,10次为1疗程。并用针刺治疗:取足太阳膀胱经、足少阳胆经穴为主,日1次,10次为1疗程。

治则:活血通络,理筋止痛。

辅助治疗:结合静滴能量合剂(10%葡萄糖500毫升,普通胰岛素8单位,10%氯化钾10毫升,ATP40毫克,辅酶A100单位,维生素C2克)日1次,10日为1疗程。微针刀剥离术:在腰部、臀部及坐骨神经直行部位,找出明确压痛点,常规消毒后,刺入微针刀,有针感后行顺肌纤维直行纵形切割,横行剥离,松解后,注入普鲁卡因,氟美松局部封闭,用创可贴贴住伤口。手术组38例,常规手术治疗。

临床疗效:两组分别痊愈34、29例,显效17、5例,好转9、3例,无效10、1例。

说明:本病首先应该用规则的保守治疗,无效时再行手术治疗,因为脊柱的任何手术均会影响其稳定。

参考文献:王宝奎等,中国中西医结合风湿病杂志,1998;7(4):235~237

按摩处方(二)

取穴及操作方法:本疗法可归纳为“拔伸踩压法”,主要步骤为:

1. 按摩腰部及患肢,主要以拿、揉、滚、理、点、弹、拍等手法,目的在于促进血液循环,清除肌肉紧张,松解粘连。

2. 拔伸牵引:患者俯卧,医者握住患者双踝关节,将其双下肢提起,在助手协助下,作对抗拔伸牵引,持续3~5分钟。

3. 踩压:助手解除牵引,医者继续保持牵引状态,患者腰部呈过伸后弯曲,并嘱其肌肉放松。医者以足掌前部,在患者腰部椎间盘突出处连续踩压数次。

4. 治疗期间嘱患者自行进行功能锻炼。

治则:活血通络,舒筋止痛。

治疗机理:椎间盘由软骨板、纤维环和髓核三部分构成,纤维环绕在髓核之外,附着在上、下椎体外缘和软骨板上,由多层同心纤维组成,将髓核封闭于软骨板与纤维环之中,外力可造成椎间盘纤维环的破裂,而致椎间盘突出,本法主要作用机理如下:

1. 按摩:通过按摩促进血液循环,松解粘连,促进炎症吸收,缓解疼痛和肌紧张。

2. 拔伸牵引:有研究证明,牵引能使椎间隙增宽1.5毫米以上,牵引状态下,椎间盘承受的压力下降,形成了一种由前后纵韧带和纤维产生的张力,对突出的髓核产生一种强大的还纳回椎间盘中央的作用力。

3. 踩压:本法的主要特征是快速、强力、连续数次,此法能在软组织中产生一种弹性振动。振动通过传导到达突出的髓核,作用力的方向与髓核基本平行。在牵引状态下,突出的髓核同时受前后纵韧带及纤维环产生的张力作用,两力作用形成一种协同的还纳力。

在本法的临床应用中发现,手法治疗腰椎间盘突出症的疗效

与病程相关性极大,发病时间短的,往往一次治疗就立竿见影,一周内可能就痊愈;病程超过一个月的,治疗往往需要一个多月才能达到痊愈或显效标准;而病程为半年以上的,治愈则需2~3个月。其主要原因为,椎间盘突出早期,纤维环的破坏往往单纯,炎症亦处于,还未形成粘连或粘连不严重,所以,经1次或几次治疗髓核不纳后,症状可立即消失或大为缓解,病程长的患者,突出的椎间盘的纤维环破坏情况已较复杂,纤维的弹性已受到必然的影响,故治疗时所产生的张力强度下降,由于病程较长,炎症和粘连都较严重,由踩压所产生的弹性振动的传导受到影响,使这一作用力也受到削弱,同时,在髓核复位后,由于炎症和粘连未彻底消除,也使症状再持续一定时间。

临床疗效:本法效果显著。

说明:使用手法治疗腰椎间盘突出症,在国内刊物上已有较多报道,疗效早已得到充分证明和肯定,这是祖国医学对人类的又一贡献,本法治疗腰椎间盘突出症的主要特点是:

1. 简便、无副作用:本法程序简单,不需要特殊技巧,通过短期学习即能掌握,安全可靠,无太过造成脊髓或其他伤害之虑。

2. 科学合理:本法充分考虑了腰椎间盘突出症的生理病理特征,符合生物力学原理。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995:(6):579~580

按摩处方(三)

取穴及操作方法:(1)电动牵引:间歇或持续牵引30分钟,一般为35~50公斤。

(2)用滚、揉法:作用于两侧腰肌、腰部足太阳膀胱经和督脉,直至下肢承山穴以下,一指禅弹法于痛点处。

(3)压腿法:术者先将患腿屈膝屈髋,再缓慢伸膝,直腿拉高,角度由小到大,以患者能忍受为度,加足底下压。

第五章 骨伤科疾病

(4)屈髋屈膝合以伸膝髁拔伸法:患者仰卧。术者将患腿屈髋屈膝,使大腿接近腹壁,用力下压双膝,屈膝髁旋转,同时,顺纵轴线用力拔伸,伸直患下肢。

(5)斜扳法:仰卧,先患侧,后健侧。

(6)拍击法:用双手小鱼际和虚掌拍、击患腿及臀部,点揉痛点处。

(7)穴位注射:当归合维生素 B₁ 或维生素 B₁₂ 注射液 3 至 4 毫升,常取环跳、委中、大肠俞、秩边、丰隆和足三里等穴,每日一次,7 日为一疗程,一般穴注 2~3 周。

治则:疏经通络,缓解痉挛,滑利关节。

临床疗效:痊愈:腰腿痛消失及体征检查阴性,治疗结果后恢复工作者,38 例(76%)。好转:腰部仍有痠胀不适感,脊柱无畸形,局部无压痛了性体征消失,治疗结束后基本可从事原工作者,10 例(占 20%)。无效:症状及体征无明显改善者 2 例(占 4%)。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995;(6):6616

按摩处方(四)

取穴及操作方法:(1)腰椎牵引法,根据患者体要取重量牵引,一般 20~40 千克,每次 20 分钟,10 次为 1 疗程。

(2)点穴法,常用穴,阿是穴、秩边、环跳、殷门、委中、承山、昆仑等穴、在点穴时要因人而异,刚柔相济、恰到好处,一日一次。

(3)定点旋转复位法、患者坐在方凳上,两腿分开与肩同宽。术者先触摸腰椎偏歪棘突。让病人一手抱头,一手抱腰部,让患者前屈,侧弯或后伸在保持一定拔伸牵引力下沿脊柱纵轴旋转,借助脊柱旋转应力的瞬间拨动或推动偏歪的棘突,术后嘱患者卧床休息,一周 2~3 次。

(4)中药热敷法,主要药物:红花、透骨草、川椒等,诸药装入白布袋内封口,凉水浸泡 30 分钟后放锅内加热至 60~80 度,取出放腰部热敷,每次 30~40 分钟,一日二次。

治则:活血通络,复位解痉,疏利关节。

临床疗效:治愈:症状体征完全消失和基本消失,腰椎生理曲度基本恢复,恢复原工作。显效:症状体征基本消失,活动后腰部不适,可恢复原工作。有效:症状体征部分消失和改善,需进行一些辅助治疗,能做轻工作。无效:症状体征无改善。采用上述方法对209例住院患者经30天治疗,治愈169例占81%,显效21例占10%,有效4例占1.9%,无效15例,占7.1%,总有效率93%。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995:(6):678

按摩处方(五)

取穴及操作方法:(1)术前禁食水常规用药。

(2)患者取患侧卧位,麻醉成功后即可进行手法按摩。

(3)仰卧位,术者两人分别持双下肢伸屈膝关节反复10次,直腿抬高达90°,反复10次。

(4)俯卧位,令助手一手扒住肩关节,一手抗住踝关节用相反力量牵引,同时术者用双手重叠放在病变部位震颤5次。

(5)斜扳:先患侧后健侧。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这上。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,前后相对突然用力斜扳。同法施于健侧。

(6)对于病程长,疼痛较重的病人可选用硬膜外腔注药并置入导管保留3~7天,以便于注药,从而达到止痛、消炎,松解粘连之目的。

治则:通络复位,松解粘连。

临床疗效:痊愈:病人主、客观症状及体征已消失,完全恢复工作者128例(61%)。好转:病人主、客观症状及体征有明显减轻,虽尚能坚持工作,但与变天,劳累之后仍腰腿疼痛不适者59例(28%)。无效:病人主、客观症状及体征治疗前后无明显变化者

23 例(11%)。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995:(6):714~715

按摩处方(六)

取穴及操作方法:(1)准备手法:患者俯卧,术者以全掌或掌根在腰背臀部及下肢后侧作表面抚摩,揉捏叩击5~8分钟,以缓解肌肉痉挛。严重者不能俯卧可在腹部垫枕后按摩。

(2)双侧屈髋屈膝按压法:患者仰卧,屈髋屈膝,术者以一肘部压住患者双膝前下部,另一手扣握骶尾部,双手同时用力,并利用术者重量下压患者膝部,使患者尽量屈髋屈膝呈团身状,反复按压5次。

(3)单侧屈髋屈膝牵拉法:患者仰卧,助手固定骨盆,术者立患侧,一手握其足踝部,另一手扶膝部,逐渐屈髋屈膝同时作髋关节内收内旋,待髋关节屈至不能再屈时逐渐外展外旋髋关节于外展90°位,迅速牵拉下肢伸直,反复5次。

(4)矫正骨盆倾斜(以右侧为例)

①骨盆下移复位法:患者仰卧,双手置于枕部,术者立于患者右侧,在骨盆上移的髂骨上,右掌心朝下,虎口卡住髂脊,左手放在右手上面,双手向下用力推移,反复冲击三次。然后在股骨干中上1/3处有节奏地掌击10~20次,直到短侧下肢与健侧恢复平衡。术者双手握拳在股骨粗隆处对称性用力拳击,最后端正骨盆。

②骨盆上移复位法:患者仰卧,双手置于枕部,医者立于其右侧,在骨盆下移的髂前上棘上,右掌心朝下虎口卡住,左手放在右手上面,双手同时向上用力推移,反复冲击三次;再将下肢长侧屈腿在股骨干上向腹部用推弹力复位,直至双腿平衡。术者最后拳击股骨粗隆端正骨盆。

治则:活血通络,松解粘连,理筋复位。

临床疗效:优秀(症状及体征完全消失能恢复原工作)43例;

良好(症状及体征大部分消失,可恢复原工作)38例;尚可(症状及体征部分消失,可担任较轻工作)13例;无效(症状无明显减轻,不能参加工作)3例。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995:(6):736

按摩处方(七)

取穴及操作方法:(1)循经按摩治督脉:从大椎至长强穴,沿督脉经线揉摩3遍,手法要轻、温和,用力达到皮下肌肉之间,调督脉气血;疏通突出部位的血瘀,消炎止痛,督脉经线皮肤出现发热而红,患者有热,舒适感为宜。

(2)调足太阳膀胱经:从大抒至小肠俞穴,沿足太阳膀胱经揉摩3遍。手法轻软柔和,用力达到皮下,疏导经脉气血,通经活络,突出部位两侧痛点气血消散,疼痛缓解,足太阳膀胱经线皮肤出现浅红,患者有轻热感。

(3)按摩背、腰肌:自上而下推拿3遍,手法先轻后重,用力轻达到肌肉,重至骨部,松弛僵硬的肌肉,皮肤出现大面积深红,患者有火热,胀痛感。

(4)掐足太阳膀胱经五输穴;手法重,强刺激,以患者能忍受为宜,疏通下肢经气,镇痛。

(5)弹、拨、掐背、腋腹侧经筋,手法快而重,疏展和缓解经筋痉挛,患者感到热灼感。

(6)拨、点、按痛点和阳性反应物,手法较重,用力拨动阳性反应物,消软和消除痛点及阳性反应物,患者有胀痛感。施上述手法之后,在患者全身自然放松状态下,行滑按复位,歪斜的椎体立即恢复,椎间盘随之还纳。

治则:疏经通络,缓解痉挛,理筋复位。

辅助治疗:①从腰部往下沿足太阳膀胱经脉传导疼痛者取:秩边、承扶、殷门、委中、承山、昆仑、申脉等穴,根据疼痛轻重取穴多少。手法要重,迅速捻针提插,强刺激,针感传导至足,达到镇痛,

止痛。②腰骶部疼痛者取：悬枢、命门、阳关、长强、肾俞、气海俞、大肠俞、上髂穴手法为强刺激。患者有局部放射感，以消炎止痛，在腰、臀、下肢等部，出现剧痛点和阳性反应物，手触摸准后，用针直刺，上下提插，强刺激，患者有局部胀痛感，目的止痛和消散反应物。上述均采用快速针刺方法，不留针。

临床疗效：118 例患者，一般经 1~5 次，个别经 10~15 次治疗。其中治愈 111 例，占 94%；显效 5 例，占 4%；有效 2 例，占 2%；未见无效者，总有效率 100%。

说明：每日 1 次，好转后隔日 1 次。按摩针灸同时进行。

参考文献：王文良等，中国针灸，1991；11(3)：15

按摩处方(八)

取穴及操作方法：腰椎间隙变窄者，应拉宽椎间隙，为髓核还纳创造有利条件，再用手法达到止痛目的。其手法有屈压、抖拉、背整、指旋、膊运、肘运及挠力等法。常取最痛点(天应穴)、环跳、委中、阳交、绝骨等穴。临床可根据不同症状，采取各种不同的治疗手法，如腰不能前屈者可用屈压法和抖拉法，即先屈后拉，复位后再用膊运法及指旋法；腰不能后伸者，可用背整法，又称对背整复法；腰前后都不能弯者，为短期现象，应先用挠力法(鹰爪力法)。急性者每日推拿一次，慢性者间日一次。

治则：疏通经络，理筋整复。

临床疗效：随访 1~5 年者 149 例，3~6 个月者 54 例；优良率为 56.8%；总疗效为 94.3%。

参考文献：孙承南，新中医，1981；(1)：41

按摩处方(九)

取穴及操作方法：病人俯卧位，术者用滚、揉法使其腰背部肌肉松弛，再用两手拇指分别按压“肾俞”穴，重压 2~3 分钟，使患者感到腰部及双下肢均麻胀。同时病人侧卧于硬板床，患侧在上，

健侧下肢伸直位,患侧下肢屈曲位,术者站立病人对面,一肘向后压肩部,另一肘向前扳臀部;助手站立病人背面,用一拇指点压于腰椎间盘突出部位,向前下方用力,术者当压肩到一定程度,再猛力向前扳拉臀部,助手拇指可觉察棘突轻微错动,并可听到腰部“咯啪”一响声,病人立感腰腿疼痛消失或明显减轻,说明突出髓核已还纳。中央型需变换体位同法再重复一次。病人轴线翻身,取仰卧位下肢伸直,2小时后被动屈髋、膝2~3次,8小时后家属协助翻身,3天后加腰围下地活动。

治则:疏经通络,理筋纳核。

辅助治疗:可配合应用腰腿疼丸、伸筋丹、消炎痛、VitB₁、地、巴唑等药物,复位一周后腰部可应用远红外线灯照射或局部热敷,3周后加推拿,个别病人可应用0.5%利多卡因15毫升加醋酸强的松龙25毫克,做神经根管封闭术。

腰痛肌功能锻炼:安静时症状基本消失,腰部活动明显改善时开始进行,一般术后2周即可开始。方法有五点支撑法、三点支撑法、飞燕点水法。每次动作应保持5~10秒,每遍重复10~30次,每日2遍。

临床疗效:痊愈:麻痛异感等症状消失,体征消失,姿态正常,可恢复一般工作。好转:症状基本消失,但劳累有症状,体征消失,姿态正常,可恢复轻工作。无效:症状、体征明显变化。本组40例中,痊愈36例,好转2例,总有效率占95%。失败2次,改手术治疗。近期原位复发6例,仍按该法再复位治愈。

注意事项:嘱病人1个月内不能坐,不能弯腰及扭腰动作,3个月后可参加轻体力劳动。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):182~183

按摩处方(十)

取穴及操作方法:患者俯卧在牵引床上牵引(牵引力根据患者忍耐程度而决定),然后在牵引下进行腰部推拿按压,15分钟停

第五章 骨伤科疾病

止牵引。用捏脊法,从第一胸椎至骶椎,捏三遍;再用压扳法、倒背拷闪法,最后用拍打法而结束治疗。

治则:通络止痛。

临床疗效:痊愈:临床症状消失,功能恢复正常者 35 例。有效:临床症状基本消失,计 15 例,总有效率为 100%。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):183~184

按摩处方(十一)

取穴及操作方法:牵压:患者俯卧,用腰椎自动牵引推拿综合治疗床进行骨盆牵引。牵引的重量为体重的 $1/3 \sim 2/3$,时间约 20 分钟,在牵引过程中,先牵引 70%,待患者放松后再牵引 30%;牵引放松时,先放松 30%,停 3 分钟后再放松 70%,在牵引及放松 30% 时,医者立于患者一侧,用双手掌重叠按压腰骶部的椎间盘突出部位。

斜扳:患者侧卧,医者先站于病人一侧。医者用右肘顶住病人右肩,左肘压住病人右环跳穴处,并使病人右膝屈曲,全身放松,医者两肘用力往相反方向进行斜扳,然后再用此法做另一侧斜扳。

背伸:斜扳后,嘱病人仰卧,腰部垫垫,高度约为 10~15 厘米,进行背伸,时间约为 30 分钟。在背伸期间,进行足部背伸锻炼,日练 3 次,每次足背伸 50~150 次左右。

治则:疏通经络,理筋止痛。

临床疗效:采用全国统一标准。治愈:腰腿痛消失,直腿抬高 70 度以上,能恢复正常工作。好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善。未愈:症状、体征无改善。250 例腰椎间盘突出症患者中,痊愈 160 例(占 64%),其中中央型 70 例,左侧突出者 58 例,右侧突出者 32 例;好转 84 例(占 33.6%);无效 6 例(占 2.4%)。160 例痊愈者中,最少治疗 30 次,最多治疗 70 次,一般治疗 40~50 次即可治愈。160 例治愈者一年后随访观察,复发 3 例(占 1.87%),其中 2 例用同样的方法治愈,1 例治疗无效而

改手术治疗。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):188~189

按摩处方(十二)

取穴及操作方法:(1)患者俯卧,身体放松。医者用轻柔的揉法、滚法、掌根按法在腰背、臀部及双下肢沿足太阳膀胱经走向操作3~5分钟,然后在患者腰部压5~10次。

(2)以双手拇指点按腰椎棘旁痛点及腰阳关、肾俞、居髎、环跳、承扶、委中、承山、阳陵泉、昆仑等穴,每穴约半分钟,以痠、麻、胀为度。再用弹拨法弹拨痉挛腰肌,以痠、胀为佳。

(3)患者双手抓住床头,医者双手握患者双足踝部,牵引后,作波浪式抖动约2分钟。

(4)患者俯卧,医者一手固定腰部,另一手托患膝,向上抬起,双手同时用力作相反方向扳动,常可听到“咔嚓”声。

(5)患者侧卧,作腰部斜扳法。再作另一侧。

(6)患者仰卧,医者一手握患者踝部,另一手按膝部,屈膝屈髋,作环形摇动数遍,然后突然用力向下顿拉。反复3~5遍。

(7)患者俯卧,暴露腰骶部。医者用擦法在腰骶部操作3~5分钟,以透热为度。

(8)用拍法沿督脉、背部膀胱经至下肢,从上至下,拍3~5遍结束。

整个推拿过程约20~30分钟,每日1次,10次为1疗程。

治则:活血通络,理筋止痛。

临床疗效:痊愈:腰腿痛症状及阳性体征完全消失,患者直腿抬高80度以上或与健侧同。显效:自觉症状基本消失,腰部活动基本正常,仅有轻微腰痛或腿痛,直腿抬高在60度以上。好转:自觉部分症状减轻,较治疗前有好转。无效:症状无明显改善。治疗效果:按上述疗效标准:76例中治愈37例(占48.6%),显效31例(占40.8%),好转6例(占7.9%),无效2例(占2.6%),总有效

率为 97.3%。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):189~190

按摩处方(十三)

取穴及操作方法:(1)抚揉按压:患者取俯卧位,嘱其全身放松,医者立于患侧,用拇指、鱼际、掌根抚揉按压腰部及患侧下肢肌群。腰部以患处,下肢以后外侧为重点,以微红发热为度。再使丹田之气运行于操作之中指,作用于患者病变之处施行点压法。再按压肾俞、大肠俞、环跳、承扶、殷门、昆仑、委中、阳陵泉、足三里、承山、太溪等穴。能使气血顺利运行,缓解痉挛,促使血液循环,加速水肿和病变产物的吸收,而使瘀血得化,疼痛减轻,肿胀消除。

(2)牵拉伸抖:患者仰卧位,双手握住床头(如有助手可固定两腋窝部),医者将患腿弯曲,一手按在被屈的膝盖略向下一点部位,一手握持踝部用力往下按,以患腿紧贴胸前为度。可使髓核变形,产生弹性回缩力,随即拉抖,以促进突出部复位,之后双手握住患侧踝上部往胸前用力回送。趁其不备随即猛拉,用力向后伸抖 5 秒钟左右,可使关节运动,分离神经根周围粘连嵌顿和错位。

为证明复位与否,治疗以后叫病人下床站立,如蹲起自如,说明已复位。若复位不够理想,多半蹲下后站不起来,或根本蹲不下去,这样再进行复位手法。

治则:疏经通络,活血消肿,理筋止痛。

临床疗效:本法效果较满意。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):190~191

按摩处方(十四)

取穴及操作方法:硬膜外封闭:患者侧卧,取腰 3~4 或 4~5 为穿刺点。常规消毒,注射器抽取 2% 利多卡因 5 毫升、曲安缩松 40 毫克、维生素 B₁₂ 1 毫克、注射用水 2 毫升,穿刺进入硬膜外腔后,将药液缓慢注入。注入后平卧 10~20 分钟,20 日 1 次,不超

过3次。

腰椎牵引:封闭后患者仰卧,用牵引套分别固定患者骨盆和胸廓作对抗性牵引,牵引重量为体重的一半或接近体重,牵引30分钟,日1次。**按摩:**牵引后进行点揉、滚推、斜扳手法,日1次。并嘱患者自行锻炼腰背肌,并在腰围保护下离床活动。

治则:活血散瘀,消肿止痛。

临床疗效:疗效标准:优:腰腿痛症状消失,腰部活动正常,直腿抬高 $>75^\circ$ 。良:腰腿痛症状显著减轻,痛肢直腿抬高接近 75° 。好转:腰腿痛症状减轻,腰部活动和直腿抬高试验较治疗前有所好转。差:症状及体征无改善。本组56例,优38例,良16例,好转2例。

说明:本法活血散瘀,消肿止痛,疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(3):18

按摩处方(十五)

取穴及操作方法:推拿手法:用滑推脊椎法(俯卧位,在痛点上揉展筋丹,然后用中食指沿脊柱两旁由上而下的轻轻滑推3遍,改用掌根沿脊柱两侧由上而下(胸至骶部)较用力进行滑推,推时让患者吸气,反复3次;再改用掌根对准压痛点向下按压,同时让患者呼气,反复3次;最后术者握空拳由上而下叩击脊柱两侧各3遍)、穴位点压法(患者俯卧位,先用拇指点按在环跳、秩边、委中等穴,然后握拳中指关节突起对准穴位重按,各3次)、扳肩按腰法(患者俯卧位,术者立于健侧,一手掌按患者腰部L4~5,一手自肩外上方搬住患肩部往内上方牵引,牵到尽度时,按压腰部的手用力向下压,共3遍)、斜扳法(患者侧卧位,患侧在上,患腰尽量贴近床面。术者立于患者背后,一手按患髋骨后外缘,一手按其患肩部,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)、屈膝屈髋法(患者仰卧位,术者两手扶患膝,使患肢屈髋屈膝至极点,尽量使膝关节贴近胸部,使腰部弯曲,共3遍)、患肢滑推

法(患者仰卧位,助手把患下肢抬起,先用空拳叩击大腿后面3遍;后用掌根从上而下由环跳向下滑推至阳陵泉,再由腹股沟推至腓上囊,各操作3遍)。

治则:通络止痛。

辅助治疗:牵引:仰卧位盆骨牵引,重量一般10~20千克,最大重量不超过体重的1/2,日1~2次,每次30分钟。中药治疗:用威灵仙、秦艽、牛膝、杜仲、白芍、茯苓、薏苡仁、车前子、黄芪、益母草、钻地风、海桐皮各15克,防己、防风、白芷、葛根、香附、木瓜、川芎、生地、续断、千年健、延胡索各10克,羌活、独活、当归各12克,桂枝、紫苏各6克,小茴香3克,日1剂水煎服。外敷用郭氏接骨膏药,可用壮骨止痛散撒在膏药上。

临床疗效:疗效标准:临床痊愈:症状体征完全消失,功能恢复正常,直腿抬高试验85度以上,可参加体力劳动并不复发。基本痊愈:症状体征基本消失,功能恢复,腰部曲线稍差,直腿抬高试验75度以上,不影响工作和生活。有效:症状和体征大有好转,功能基本恢复,触诊脊柱有轻度侧弯或后凸,向前弯腰后仰时,患者有轻度痠胀感,不能负重作业,可参加轻工作。无效:症状体征无大改变。本组237例,临床痊愈195例,基本痊愈30例,有效5例,无效6例。

参考文献:中医正骨,2000;12(6):37

按摩处方(十六)

取穴及操作方法:床边牵引:患者仰卧或俯卧位,床尾垫高约10厘米,用骨盆牵引带绑扎骨盆部,与身体作对抗牵引,重量从20千克逐渐加至45千克,每次2~3小时,日2~3次。

手法按摩:俯卧位,先行腰部擦法做预备手法,然后顺序行腰部穴位点按法,骶棘肌推拿捏滚拍击法及下肢牵拉后伸等手法。最后改侧卧位行斜扳手法,左右交替进行,每次20~30分钟。

治则:疏经通络,理筋止痛。

辅助治疗:中药辨证论治:肾虚型用独活寄生汤,湿热型用四妙散,寒湿型用肾气丸,痰湿型用二陈汤,瘀血型用桃红四物汤,随症加减,日1剂水煎服。14日为1疗程。

临床疗效:疗效标准:参照国家中医药管理局《中医病证疗效标准》。治愈:腰腿痛消失,直腿抬高70度以上,能恢复原工作。好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能恢复。未愈:症状体征无改善。本组112例,治愈41例,好转59例,未愈12例,总有效率89.3%。

参考文献:中医正骨,2000;12(6):39

按摩处方(十七)

取穴及操作方法:足部按摩,取肾、肾上腺、输尿管、膀胱、尿道、腹腔、神经丛、大脑、小脑、肝、脾、胸椎、腰椎、骶椎、尾椎、髋关节、坐骨神经等,用棒针在上述穴位上施以点、按、推等手法,再活动各脚趾及踝关节,最后擦热整个足部,抖动双下肢。旋转复位,患者坐于无靠背方登上,双腿并拢,助手坐于患者对面,双腿夹住患者大腿,双手压住大腿根部,医者立于患者背后,用触摸法找到腰椎偏歪棘突(以偏向左侧为例),用左手拇指按抵在患者偏歪棘突右侧,右手从患者右腋下穿过,把握其颈部,使患者身体前屈、侧弯,同时向右后旋转,旋转至最大限度时,医者右手顺势做小幅度的快速牵扳与旋转动作,同时左手拇指顶推偏歪棘突,听到“喀嗒”声,复位即成功。日1次,10次为1疗程。

治则:平衡阴阳,疏通经络,理筋复位。

临床疗效:疗效标准:参照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》中有关标准判定疗效。治愈:腰腿痛消失,直腿抬高70度以上,能恢复原工作。好转:腰腿痛消失,腰部活动功能改善。无效:症状体征无改善。本组136例,用1个疗程,治愈89例,好转44例,无效3例,总有效率97.8%。

参考文献:河北中医,2000;22(6):463

按摩处方(十八)

取穴及操作方法:牵引:患者排便后俯卧牵引床上,系好胸部及骨盆牵引带,接上重约患者体重 1.1 ~ 1.2 倍的牵引锤,行腰椎维持牵引 15 ~ 30 分钟。

推拿:解除牵引后,在患者腰背部及双下肢自上而下进行滚法,反复 3 次;然后双手重叠,以掌根自第 1 胸椎开始,沿督脉向下按压至腰骶部,反复 3 次,患椎适当多按;患者双手抓住床头,术者双手握患者双踝上提,在用力牵引的基础上向上抖动,使腰椎在牵引下有节奏地前屈 3 ~ 4 次,然后患者侧卧,卧侧下肢伸直,另一下肢屈曲置于其上,术者于患者背后一手扳其肩向后,另一手推其骨盆向前,使腰部旋转 2 ~ 3 次。

治则:疏经通络,活血止痛。

辅助治疗:结合中药治疗,寒湿证用羌活胜湿汤,湿热证用加味四妙散,血瘀证用加味活络效灵丹,肾虚型用四物汤合左归丸,偏阳虚者用四物汤合右归丸。

临床疗效:疗效标准:参照《中药新药治疗腰椎间盘突出症临床研究指导原则(草案)》的标准。本组 368 例,治愈 185 例,好转 174 例,未愈 9 例,总有效率 97.55%。

参考文献:湖南中医学院学报, 2000;20(2): 53

按摩处方(十九)

取穴及操作方法:两组各 264 例。本组用骨盆旋转复位法:患者仰卧,术者站在床侧,分左旋与右旋。左旋时使患肢左腿屈曲外旋,左足底朝右膝使小腿垂于床边以外。术者一手按住患者右肩以固定躯干,另一手扶持患者右膝部让患者主动配合,将右腿举起尽量抬高膝关节伸直,并推向左侧,使右膝落在左膝以上的位置,两大腿形成交叉姿势,术者顺势向下压右腿以加大旋转幅度。此时常可发出腰椎解锁的“咯哒”声,然后在术者的扶持下,让患者

把右腿按照相同的轨迹推回到原来的外展位,重复数次后再作右旋法。右旋时姿势与左侧相反。牵引:患者俯卧,固定躯干上部,下端固定于骨盆处。牵引重量视患者病情体质和耐受力而定,一般从20千克开始逐渐增大,以患者能忍受为宜,时间30分钟,日1次,10次1疗程。对照组单纯用牵引法。

治则:活血通络,理筋复位。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状体征完全消失,直腿抬高试验80度以上,能参加正常工作。显效:症状体征大部分消失,直腿抬高60度以上,能参加轻工作。好转:症状体征部分消失或改善。无效:症状体征无改善。两组分别痊愈160、120例,显效78、64例,好转20、50例,无效6、30例,治愈率60.6%、45.5% ($P < 0.05$)。

参考文献:按摩与导引,2000;16(3):23

按摩处方(二十)

取穴及操作方法:侧卧位,患肢在下,硬膜外穿刺点取CT测得的椎间盘突出部位向上两个椎间隙,按正中入路硬膜外穿刺方法进行穿刺,成功后将药物(0.5%利多卡因10~15毫升、地塞米松10毫克、维生素B₁₂500微克)缓慢注入硬膜外腔;平卧休息15分钟后。

治则:活血通络,复位止痛。

辅助治疗:取俯卧位,医者用手掌根部由轻到重按摩患者腰骶部,使腰部肌肉放松,再让患者双手抓住床头,医者双手握住患者双踝作对抗牵引,使椎间隙进一步放松;患者屈患腿伸健腿,医者一手掌按于椎旁压痛点,肘部挺直,另一手握于患侧踝关节上部,将下肢向后上方牵引,使骨盆旋转而带动腰椎旋转,此时多可听到扭错之响声,最后适当用空心掌拍打腰骶部。每周1次,3次为1疗程,疗程间隔2周。

临床疗效:疗效标准:痊愈:腰部活动功能恢复正常,疼痛。

第五章 骨伤科疾病

失,观察半年未见复发。有效:疼痛减轻,症状缓解,功能恢复,但半年内又有复发。结果:本组 52 例,痊愈 28 例,有效 21 例,无效 3 例,总有效率 94%。

注意事项:注意休息,保护腰部,避免负重。

参考文献:中国民间疗法,1999;7(12):20

按摩处方(二十一)

取穴及操作方法:患者俯卧位,前胸及骨盆各垫一硬枕使腹部悬空,行脊柱纵轴上下相反方向牵引,重量为 20~50 千克,首次 30~90 分钟。在牵引状态下,术者双手重叠按压患者腰部,先轻后重,先慢后快,有节律的按抖腰部,频率 80 次/分钟,首次治疗 10 分钟,重复进行治疗 1~3 次,每月治疗 1 次。术者一手扶患肢,另一手握足踝部,引患肢屈膝屈髋,用力使膝贴腹后做外旋动作,连续 10 次,后做内旋动作 10 次,再做拔伸动作,以直腿抬高达 30 度以上为佳,使腰部臀部坐骨神经得到充分牵拉,与周围软组织粘连得到分离,使臀部髋关节周围软组织粘连得到松解。反侧卧位,患侧在上,术者两手分别置于肩、髋部、向相反方向同时搬扭 10~15 次;俯卧位,一手按压第 3~4 腰椎旁位,另一手托住患侧膝关节,使髋关节伸到一定程度,双手同时相对交错用力,左右各 1 次,术中有时可感到腰部有弹响。

治则:活血通络,理筋止痛。

临床疗效:疗效标准:优:症状消失,恢复正常工作和活动。良:症状明显减轻或基本消失,能坚持正常工作。尚可:症状减轻,但不能工作。差:症状无改善,仍影响工作和生活。结果:本组 200 例,优 94 例,良 52 例,尚可 10 例,差 44 例,总有效率 70.2%。

参考文献:中国民间疗法,1999;7(11):29

按摩处方(二十二)

取穴及操作方法:患者取俯卧位,术者站于患侧,先点按腰部

突间隙(用2%利多卡因10毫升及康宁克通A40毫克)行硬膜外穿刺。小推拿术:患者俯卧,助手对抗牵引10分钟,术者放松腰肌后,行抖腰术,抖动5次后,术者一手抱起患者双大腿,下肢与躯体形成角弓样,另一手用力压住病变椎间,在助手的协助下,使腰部呈过伸位并作左右旋转各5次。后行左右扳腰术。最后使患者双下肢抬高90度,反复5次,再屈髋屈膝旋转各5次,再放松下肢肌肉。术后行骨盆牵引术。如无效,二周后可重复治疗1次。

治则:解除粘连,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:优:症状体征消失,腰椎功能恢复,直腿抬高达80度以上,能恢复原工作。良:症状体征基本消失,腰椎功能基本恢复,直腿抬高达70度以上,可恢复原工作。好转:腰痛及双下肢痹痛减轻,直腿抬高达80度左右,腰椎功能尚可,可从事一般性工作。无效:症状无改变。本组71例,优34例,良30例,好转5例,无效2例。

说明:硬膜外封闭加小推拿治疗腰椎间盘突出,可减少疼痛,解除粘连,达到治疗目的。

参考文献:中国骨伤,1999;12(6):41

按摩处方(二十四)

取穴及操作方法:(1)常规手法:在患者的腰背部,腰骶两侧面,下肢的疼痛部位,用轻而柔和地施行推拿、滚、按、搓等手法,松驰腰背部及腰骶、臀部肌肉时间30分钟为宜,每日一次或复位前进行一次,嘱患者放松腰骶臀部肌肉。

(2)背式牵引法:患者取站立位,术者立于患者的背后,双手伸过患者双腋下,背起患者,术者从患者背部开始用双臂抖动,然后用臀部用力抖动,借骨盆与下肢的重力,对腰椎进行牵引,在手法复位前再进行一次。

(3)坐姿复位法:患者坐于无靠之方凳上,两脚分开与肩等宽头稍低,一助手而对患者站立,两腿夹住患者一大腿,双手压住大

腿根部,维持患者正坐姿势,术者坐于患者之后,(以棘突向右偏为例),先用双拇指触诊法查清偏歪的棘突,然后术者将右上肢,自患者右腋下通过,将手掌压于患者颈后,拇指向下,余四指扶持左颈部,同时嘱患者双脚踏地,臀部正坐不准移动,术者此时用左手拇指扣住偏向右侧之棘突,右手拉患者颈部,使身体前屈 60 ~ 90 度,继续向右侧弯,在最大侧弯,术者右上肢使患者躯干向内侧旋转,同时左手拇指顺向左上顶棘突,立即可觉察指下椎体轻微错动,可伴随“喀嗒”一声,复位即成功。

(4)足踩法:患者取俯位,胸部及大腿部上 1/3 处垫枕数只以腹部离床面 10 厘米左右为宜。术者双手攀住扶手,双足掌置于腰骶或臀部,足跟提起,运用膝关节的一屈一伸使身体一起一落,对腰部进行一弹一压的连续刺激,使腰部极度后伸。操作时应嘱患者张口呼吸,一呼一吸,即下压时呼气弹起时吸气,切勿屏气。

治则:活血通络,理筋止痛。

辅助治疗:中药治疗:骨碎补 12 克、狗脊 15 克、川续断 12 克、当归 10 克、丹参 12 克、红花 10 克、桃仁 10 克、姜黄 10 克、炮山甲 10 克、制乳洛各 10 克,土鳖虫 6 克,甘草 3 克,每天一剂,内服。凡引起坐骨神经根性疼痛剧烈,手法复位中配合有困难者,可选用 1% 普鲁卡因 4 ~ 6 毫升,加强的松龙 25 毫克,作骶裂孔或脊神经根封闭,必要时可重复使用。水针穴位注射:采用祖师麻针 40 毫克、维生素 B₁₂ 500 微克、维生素 B₁ 100 毫克,环跳、委中、承山等穴注射。

临床疗效:(1)治愈:症状完全消失或接近消失,直腿抬高试验可达 85 度左右,能恢复原工作。(2)显著进步:症状大部分消失,直腿抬高试验 > 70 度,可恢复原工作。(3)好转:症状部分消失,直腿抬高较治疗前显著改善,可担任较轻工作。(4)无效:临床症及体症改善不明显,或无改善。结果痊愈 201 例(占 75%),显著进步:22 例(占 8.2%),好转:32 例(占 11.9%),无效:13 例

(占4.9%),总有效率达95.1%。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995;(6):594~595

按摩处方(二十五)

取穴及操作方法:仰卧于硬板床上,臀部垫一软枕,系好骨盆牵引带,作上下对抗牵引,重量为20千克(每侧10千克),每次30分钟,并抬高足跟一侧的床架,作对抗牵引。按摩用俯卧推拿法(俯卧硬床上,术者以一手掌根及拇指沿脊柱两侧,自上而下反复按揉、点压,痛点重压,约5~8分钟)、斜扳伸腿法(侧卧硬床上,屈髋屈膝,健肢在下伸直位,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斜扳,然后伸直下肢作腰髋过伸动作各3次,术毕换体位作另一侧)、抖腰拍击法(俯卧,术者两手分别握住踝处,用力上下牵抖10余次,然后以腰部为中心,沿脊柱两侧以空掌上下来回拍击数次)。

治则:活血通络,理筋复位。

临床疗效:诊断标准:腰部外伤史,腰部疼痛及下肢放射性疼痛,腰骶部、臀部有深压痛,并沿患侧的大腿后侧向下放射至小腿外侧,足跟部或足背外侧,直腿抬高试验阳性;病情重、病程长者可见患侧肌肉萎缩;结合腰椎X光片及CT扫描检查确诊。疗效标准:痊愈:临床症状消失,腰骶部无压痛、下肢无放射疼痛,腰段脊柱生理曲度恢复正常,无侧弯,直腿抬高试验阴性。显效:临床症状基本消失,无明显腰骶部压痛及下肢放射痛,直腿抬高试验阴性,但活动量大后,腰骶部有痠胀感,休息后恢复正常。好转:临床症状基本消失,劳累及气候变化时腰骶部痠胀、乏力,时有隐痛,休息后可恢复,易复发。无效:临床症状无明显改善。本组108例,痊愈62例,显效24例,好转12例,无效4例。

参考文献:湖北中医杂志,1999;21(12):572~573

按摩处方(二十六)

取穴及操作方法:俯卧,双手抓紧床头,一助手双手紧握患者双踝上部,做拔伸牵引,并抬高双下肢离床30度左右。医者双手重叠于患者腰部,一压一松,然后站于患侧用手掌根部做腰骶部按摩、揉压、掌侧击、叩击,约5分钟。再以拇指指腹按压委中、承山、昆仑、阳关、大肠俞及阿是穴,并辅以顺时针方向均匀按摩,以局部有得气感,且能忍受为度。并配合理疗、骨盆牵引(机械牵引或床头牵引,日1次,每次30分钟)、功能锻炼。

治则:激发经气、疏通气血。

临床疗效:诊断标准:符合黄家驹主编《外科学》1982年版腰椎间盘突出症诊断标准。疗效标准:痊愈:自觉腰腿痛消失,步履正常,腰脊椎生理曲度恢复正常。好转:自觉症状和体征基本消除,直腿抬高75度以上,行走如常。无效:治疗前后无明显好转。本组200例,痊愈112例,好转80例,无效8例,总有效率96%。

说明:本法激发经气、疏通气血,疗效满意。

参考文献:山东中医杂志,1999;18(9):411

按摩处方(二十七)

取穴及操作方法:按摩、牵引:在腰部以滚、揉、捏等手法按摩10分钟后,让患者躺在牵引床上(石家庄市华行医疗器械厂生产JKF-Ⅲ型脊椎牵引康复床),行持续牵引10分钟,间歇牵引10分钟,斜扳10分钟。

治则:通络止痛,理筋复位。

辅助治疗:内服中药:温经止痛汤,方含威灵仙25克,苍术、桃仁、木防己、元胡、独活各15克,神曲、桂枝各12克,制南星、白芷、黄柏、川芎、红花、羌活各10克,龙胆草6克。随症加减,日1剂水煎服。外敷中药:当归、红花、羌活、桂枝、路路通、虎杖根、络石藤、五加皮各30克,共研末,加入适量食醋,装于布袋,加热至60℃,

趁热外敷于疼痛部位,每日2次。

临床疗效:疗效标准:优:腰腿痛症状完全消失,脊柱恢复正常生理弯曲,直腿抬高试验达80度以上,腰部活动正常。良:腰腿症状显著减轻,直腿抬高达70度以上,腰部活动轻度受限。可:腰腿痛症状有所减轻,直腿抬高试验达60度以上,腰部活动受限。差:腰腿痛症状同前或加重,直腿抬高试验 <60 度。本组88例,优62例,良13例,可8例,差5例。

说明:三种方法合用,相辅相成,临床疗效显著。

参考文献:中国中医药信息杂志,1999;6(8):57

按摩处方(二十八)

取穴及操作方法:患者随机分成本组66例(改良手法)与对照组40例(传统手法)。取穴:气海俞、大肠俞、关元俞、委中、承扶、承山、环跳、阳陵泉、悬钟。用双拇指重叠按压膀胱经俞穴,L3~4以气海俞为主,L4~5以大肠俞为主,L5~S1以关元俞为主,患侧操作为主。按压时间:重点俞穴每3~5分钟,其余穴位每次1~2分钟,按压强度以患者能忍受为度,然后再行腰部斜扳法,左右各1次,两组相同。手法作用力方向:对照组手法作用力方向为垂直向下按压。本组:L3~4、L4~5突出者,手法作用力向脊柱方向呈45度角按压,L5~S1突出者,手法作用力为向脊柱、向下呈45度按压,在其余穴位上操作时均垂直向下按压。日1次,10次为1疗程。

治则:疏通经络,理筋止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:临床症状、体征完全消失,直腿抬高试验 $\geq 85^\circ$ 以上,恢复正常工作1年以上无复发。显效:临床症状、体征基本消失,直腿抬高试验 $\geq 60^\circ$ 以上,劳累或气候变化时腰部稍有痠痛胀感。有效:临床症状、体征部分消失或改变。无效:临床症状、体征无改善。两组分别治愈40、18例,显效19、10例,好转5、7例,无效2、5例,治愈率60.6%、45%,两组治愈率比

较有显著性差异($P < 0.05$)。

参考文献:浙江中医杂志, 1999;34(8): 342

按摩处方(二十九)

取穴及操作方法:硬外封闭,患者取侧卧位,患肢在下,严格按照硬膜外穿刺法常规进行,穿刺成功后注入2%利多卡因10毫升加强的松龙注射液2毫升,麻醉平面出现后改平卧位,个别疼痛剧烈的患者用置管连续用药的方法,每周1次,4次为1疗程。腰椎牵引:用天津市福泰医疗器械公司生产的SS-168型微机控制牵引治疗床进行仰卧床牵引,每日牵引1~2次,每次25~30分钟。男性开始牵引重量为40千克,女性为35千克,每次比前次增重2千克,最大牵引重量增至和体重接近。2周为1疗程。手法按摩:在硬膜外封闭之后进行,一般取大肠俞、环跳、承扶、殷门、委中、承山、昆仑、足三里、阳陵泉等穴,用推、揉、搓、摩、按、牵引、动法等手法。

治则:缓解痉挛,减轻水肿。

临床疗效:本组106例,优63例,良31例,可10例,差2例,总优良率为88.6%。

参考文献:中医正骨, 1999;11(6): 25

按摩处方(三十)

取穴及操作方法:牵引用军事医学科学院生产的QZ80-3型自动牵引床行上、下肢反向牵引,牵引重量50~80千克,每日1次,每次20~30分钟,牵引完毕后平卧硬板床治疗休息3~5分钟行按摩治疗。按摩用点按法(患者俯卧,术者以双大拇指点按肾俞、关元俞、环跳、殷门、委中、阳陵泉等,施术约3~5分钟)、揉按法(患者俯卧,术者以手掌或大、小鱼际在患者背部沿脊柱两侧膀胱经自上而下进行按揉,阿是穴重点按揉,在病变椎体两侧及上下邻近椎体处可双掌重叠按揉数次,约5分钟)、后伸扳腿法(患者

第五章 骨伤科疾病

俯卧,完成上述手法后,术者一手按住腰部,另一手抬起患者一下肢尽量向后抬起,腰部尽量不离开床,使腰后伸,按上法扳另一下肢)、斜扳法(患者侧卧位,令在下的下肢伸直,在上的下肢屈膝,术者一手压住肩部,另一手压住髋部,将腰部活动至最大限度,两手做相反方向同时用力做推扳动作,一般可听到一清脆弹响声,左右各扳1次)、屈膝旋转法(仰卧位令患者屈膝,术者用双手按住患者双膝左右施转数次,同时用力下压双膝,尽量使双膝触及胸部)。并进行功能锻炼。1~2日1次,每次30分钟。

治则:缓解局部痉挛,促使髓核回纳。

临床疗效:本组98例,痊愈77例,好转21例,总有效率100%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(4):27

按摩处方(三十一)

取穴及操作方法:患者俯卧,双手握住床前沿以稳定身体,握住双踝部,拔伸牵引,放松腰部肌肉、筋络。患者俯卧,在两足踝部衬上棉垫,用宽布带包,用牵引架将两足徐徐吊起,使身体与床面约成15~45度角,持续牵引10~15分钟。在悬吊的同时,医者站在患侧,用双手掌重叠,快速向下按压腰椎棘突部4~5次,必要时术者可身躯前倾,用体重加强按压力。医者两手拇指按压腰部痛点,利用悬吊浮力,使患者身体上下回荡,左右旋转,随身体上下活动,拇指用力向椎间隙深处推按,以患椎棘突偏歪侧后关节为支点,拨动偏歪棘突,使该椎体承受一个与损伤机理相反的旋转力而产生位移,使关节突关节对位。悬吊结束,缓放下两下肢,作腰椎两侧斜扳,调整腰椎小关节,增强椎间韧带的张力和椎间关节的张力。最后用腰围固定,平卧体息4小时,嘱患者作直腿抬高或拱桥式腰背肌锻炼。日1次,10次为1疗程。

治则:疏通经络,理筋止痛。

临床疗效:本组38例,用10~100日,优24例,良6例,可5

例,差3例,总有效率91%。

参考文献:中国民间疗法,1999;7(6):13~14

按摩处方(三十二)

取穴及操作方法:先牵引后推拿,患者俯卧于牵引床上,行腰椎骨牵引,牵引力量以患者感觉舒适为度,持续30分钟。推拿部位:腰部两侧骶棘肌、腰部阿是穴、肾俞、腰阳关、承扶、委中、足三里等穴,腰部两侧骶棘肌用掌根推法、滚法,腧穴部位用按揉法,操作时间以透热为度,最后以牵抖法结束。牵抖法:患者俯卧,医者双手握住患者患侧踝部,在拔伸的同时抖动,以力量传至腰部为宜。日1次,12次为1疗程,疗程间隔2~3日。

治则:疏通经络,健肾强腰,舒筋止痛。

临床疗效:本组32例,用2~3个疗程,临床缓解12例,显效14例,有效6例,总有效率81.3%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):33~34

按摩处方(三十三)

取穴及操作方法:1、先行腰椎骨盆牵引。患者俯卧位,在前胸及骨盆各垫一软枕使腹悬空,行脊柱纵轴上下相反方向牵引,重量为20~50千克,每次30分钟~1.5小时,在牵引状态下,术者双手重叠按压病人腰部,先轻后重,先慢后快,有节律的按抖腰部,频率80次/分左右,每次10分钟,重复进行1~3次,1次/日。2、术者一手扶患肢,另一手握足踝导引患肢屈膝屈髋,用力使膝贴腹后做外旋动作,连做9次,然后做内旋动作,连做9次,然后做拔伸动作,以直腿抬高30度以上为佳,使腰部臀部坐骨神经得到充分牵引,与周围软组织粘连得到分离,使臀部髋关节周围软组织粘连得到松解。3、取侧卧位,患侧在上,术者两手分别置于肩、髋部,向相反方向同时扭扳10~15次。4、取俯卧位,一手按压第3~4腰椎旁位,另一手托住患侧膝关节,使髋关节过伸到一定程度,双手同

第五章 骨伤科疾病

时相对交错用力,有时可感到腰部有弹响,左右各1次。

治则:疏通经络,舒筋止痛。

临床疗效:本组100例,优47例,良26例,差22例。

参考文献:河北中医,1999;21(3):135

按摩处方(三十四)

取穴及操作方法:卧床牵引法,常规骨盆牵引,重量稍低于体重,日2~3次,每次50分钟,牵引时间3周。复位按摩法:用松解痉挛、屈膝扳腿、俯卧伸腰颤压、斜扳伸腿、点穴镇静。3日1次,或根据患者情况再进行辨证施治。并进行导引治疗。

治则:松解痉挛,理筋复位。

临床疗效:本组36例,治愈23例,显效8例,好转3例,无效2例,总有效率94.44%。

参考文献:新中医,1999;31(5):25

按摩处方(三十五)

取穴及操作方法:随机分三组各30例。推拿组用滚法、一指禅推拿法、点按法、扳法、拍法等;腰3~5夹脊穴、肾俞、环跳、殷门、风市、委中、阳附泉、绝骨、昆仑、太冲等穴。腰背、患肢常规推拿,加强腰部压痛点及对侧对应点的点按手法,取后用扳法作腰椎斜扳或旋转定位扳法,患肢作屈膝、屈髋、屈髋伸膝法,牵抖法结束治疗。针推组用上法推拿,再用针刺,针刺取穴同推拿组,用毫针刺入穴位,深1.5~2寸,以得气为度,平补平泻,腰3~5夹脊穴接电针仪,负极在损伤的神经根一侧,正极在对侧。双侧损伤,隔日交换电极一次。疏密波,刺激强度以患者能耐受为度。每日1次,每次20分钟。对照组用秋水仙碱0.5毫克/日2次口服。均3日为1疗程。

治则:疏通经络,理筋止痛。

临床疗效:三组分别痊愈8、12、3例,显效18、16、15例,进步

3、2、8例,无效1、0、4例,总有优良率86.67%、93.33%、60%,前两组优于对照组($P < 0.05$)。

说明:推拿加针刺疗效满意。

参考文献:中医药学报,1999;27(2):1

按摩处方(三十六)

取穴及操作方法:患者在牵引床上持续牵引30分钟后,施推拿、按摩行腰部肌肉松解术。松解满意后,患者仰卧在治疗床上,术者双手插入背后环抱腰部,双掌对准突出节段,均匀反复数次向上端提,使腰部尽可能背屈,然后将患者腰部提起均匀抖动3分钟。日1次,2周为1疗程。

治则:疏经活络,通络止痛。

临床疗效:本组132例,用1个疗程,腰腿疼痛消失124例,8例行手术治疗。

注意事项:治疗期间患者绝对卧床休息。

参考文献:安徽中医学院学报,1999;18(2):14

按摩处方(三十七)

取穴及操作方法:用滚、按、揉法等放松腰骶部及腿部肌肉,继以阿是穴为重点,按腰阳关、肾俞、腰眼、环跳、殷门、风市、委中、三阴交、承山、昆仑、太溪等穴。

后伸压腰:俯卧位,术者立于健侧,一手掌用掌根顶住突出椎间盘疼痛一侧腰部,另一手掌从外侧扳起患侧大腿,然后双手相向顿挫用力,连用3次。

抖腰:俯卧位,术者立于床尾,以两手握住患者两踝以上部,拉直患者躯干向下牵引,然后放松,重复数次使肌肉放松,抓住足踝迅速提起患者双腿及骨盆,然后突然下降,等骨盆接近床面时猛力上提使下降突然停止,重复3次。

斜扳蹬腿:患者先患腿(以右腿为例)在下侧卧伸直,另一腿

第五章 骨伤科疾病

屈曲,足背置于患腿腘窝处,作斜扳法。然后右手环抱其左踝上部,左手置于其右膝部,作向上、向右、向下旋腿3周后,猛力向下被动蹬腿,连用3次,同法施术另一侧。

不倒翁:坐床上,令其曲膝曲髋,双手抱于胫前,术者左手扶其双膝,右手从背后抱住患者,做前后滚动3次,术后令患者仰卧,双腿徐徐伸直,平卧3~5分钟。

治则:疏通经络,活血消肿,柔筋止痛。

临床疗效:本组58例,用1~2个疗程,治愈32例,显效19例,好转4例,无效3例,总有效率95%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):24

按摩处方(三十八)

取穴及操作方法:手法:用滚、按、揉法沿腰部两侧太阳膀胱经推拿,力度由轻到重,往返5~6次,重点在于松解腰骶部强直的肌肉,然后用拇指点按环跳、承扶、承山、委中等穴,再沿下肢行滚揉法治疗;斜扳法:术者一手掌按臀部,另一手按住肩前部,用相反的力量进行侧扳旋转,此时可听到“咔嚓”响声,然后再以同样方法在对侧施术;弹压法:患者俯卧位,术者两手重叠按于患椎处,力量适度上下弹压;牵抖法:患者俯卧位,双手紧握床头,术者双手握住患者双踝,先用力牵引1~2分钟,然后有节奏地上下抖动5~10次,再施以按、揉、弹、拨等理筋手法,以解除肌肉痉挛。牵引:患者仰卧位,两小腿下放一支架,屈髋屈膝,臀部及胸部分别用骨盆牵引带与胸肋牵引带固定,牵引重量接近体重,每次20分钟。

治则:缓解肌肉痉挛,通督强腰。

辅助治疗:自制热敷袋热敷治疗:用川乌、草乌、防风、透骨草、鸡血藤、威灵仙、苍术、川芎、牛膝各50克,细辛10克,红花30克,全蝎20克,均加工成粗粉,装入2个布袋中,用陈醋将药袋浸透,放入锅中蒸热,嘱患者俯卧,将蒸热的药袋放于腰骶部,不时翻动,切勿烫伤皮肤,2个药袋交替使用,每次热敷时间为30分钟。均

日1次。

临床疗效:疗效标准:优:症状及体征完全消失,功能恢复,能正常生活与工作。良:症状及体征基本消失,功能基本恢复,但劳累后有轻度症状,可做原工作。可:症状部分改善,体征未完全消失,功能部分受限,可做轻工作。差:体征、功能无改善。本组128例,治疗10~30日,优78例,良25例,可14例,差11例,总有效率91.4%。

说明:本法祛风除湿,散寒止痛,活血通络,疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,2001;9(2):20~21

按摩处方(三十九)

取穴及操作方法:用分筋理筋揉按法:用拇指指腹或肘部在臂上皮神经、臂中肌、梨状肌体表投影点处作拨、按、推、压,由轻至重,以患者不感难受且局部略充血为度。

脊柱定点旋转复位法:用坐位旋转复位法,将拇指置于偏歪棘突一侧,患者前屈30~45度,侧偏(同侧)45度,行定点旋转复位。

深部按压法:用拇指于棘突旁的明显压痛并放射至下肢痛点,由轻至重按压3~5分钟,以下肢麻痛感逐渐减轻为度。

神经根牵拉法:患者仰卧位,术者一手置于患肢膝部,另一手置于患肢踝部,使患肢屈髋屈膝,旋髋3~4圈后,将患肢直腿抬高至90度,并尽力背伸踝关节,然后依同法活动健侧,反复3次。隔日1次,5次为1疗程。

治则:疏通经络,舒筋复位。

辅助治疗:必要时用芬必得胶囊0.6克/12小时1次口服,连用5日;硫酸软骨素片1.2克/日3次口服,连用1~3个月。术后卧硬板床10~14日,腰腿痛已痊愈或明显减轻后可逐渐下地活动,并配合做“拱桥式”和“飞燕式”腰背肌功能锻炼,但避免做腰部屈曲及旋转运动,日2~3次,每次做至患者微感疲劳为止,坚持3~6个月。重症患者3个月内避免从事重体力劳动和剧烈的体

育运动。

临床疗效:诊断标准:参照;国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》(南京大学出版社,1994年)。腰部触诊均发现有病理性棘突偏歪指征。疗效标准:治愈:腰腿痛消失,直腿抬高70度以上,能恢复工作。好转:腰腿痛消失,腰部活动功能改善。未愈:症状、体征无改善。本组328例,治疗6~150日,治愈278例,好转36例,未愈14例,总有效率95.73%。随访7个月~8年,复发12例。

参考文献:广西中医药,2001;24(1):7~8

按摩处方(四十)

取穴及操作方法:患者取俯卧位,不能平卧者可在腹部垫一软枕。医者用较轻柔的滚、按、揉等手法施于腰部及患侧下肢,使痉挛的肌肉得到放松。患者体位同前,医者以较重的手法点、按、推腰椎棘旁以及坐骨神经循经之处,力度以患者有痠、胀、麻的感为度。俯卧位,在胸部及髋部垫上软枕,使腹部稍悬空,医者双手重叠,有节奏地按压腰部,使腰部振动。腰部斜扳,患者侧卧位,医者用一手抵住患者肩前部,另一手抵住臀部,两手用力方向相反,将腰被动旋转至最大限度后,两手同时骤然用力作相反方向扳动。中央型的腰椎间盘突出或骨质增生较为严重、上下椎体已形成骨桥,以及伴有高血压、冠心病的患者不宜用扳法。腰椎骨盆平面牵引,以患者体重的1/2为牵引为力度,日1次,每次30分钟。

治则:疏通经络,理筋复位。

临床疗效:诊断标准:参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》(中国人民解放军总后勤部卫生部,北京人民卫生出版社,1995年)中腰椎间盘突出症的诊断标准。疗效标准:参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》(中国人民解放军总后勤部卫生部,北京人民卫生出版社,1995年)。本组17例,用1~5个疗程,治愈4例,显效9例,有效3例,无效1例,总有效率76.5%。

参考文献:广西中医药, 2001;24(1): 9

按摩处方(四十一)

取穴及操作方法:患者俯卧,从两侧的肩中俞起推至腰骶部,用拇指指面、大小鱼际或掌根反复推拿,改善局部血液循环。拨肌腱、揉肌群、解除肌痉挛。再按肩中俞、肾俞、肝俞、脾俞、秩边、环跳、风市、委中、承山等穴(交替使用)。令助手牵引患者双下肢,持续牵抖同时,行腰骶部叠掌闪掌法2次。其后抬腿过伸、旋转端腰,屈膝屈髋旋转抬腿过伸而结束手法。用电脑骨质增生治疗仪配合药液导入,将纱布垫放入药液(含川乌、草乌、丹参、红花、伸筋草、透骨草、乳香、没药、杜仲、威灵仙、赤芍、血藤、细辛、干姜各40克,水煎取液加入陈醋)中浸湿加温,稍拧干,贴于下腰部连接仪器正极,负极同样方法置于臀部或小腿疼痛点处,开启电疗仪,调节至患者耐受程度,持续25分钟,10次为1疗程。

治则:疏通经络,活血化瘀,理筋复位。

辨证特点:诊断标准:有腰部外伤、慢性劳损或受寒湿病史;下腰部疼痛,腰部倾斜,跛行,持续性或间歇性加重或单侧坐骨神经痛。检查:腰椎侧弯、平扳、后凸畸形,棘间及椎旁压痛、向臀及下肢放射痛、梨状肌压痛、4字试验阳性、直腿抬高试验及加强试验均阳性、腱反射减弱或消失、拇趾背伸肌测定减弱或消失、患肢肌肉松弛或萎缩。X线检查:椎体侧弯、棘突偏斜、生理曲度消失、椎间隙不等宽或狭窄。CT检查示椎间盘突出。

临床疗效:疗效标准:临床治愈:腰腿痛消失,直腿抬高试验阴性,恢复正常工作。显效:腰腿痛部分消失,无明显压痛点,直腿抬高试验阴性,基本恢复正常。有效:轻度腰腿痛,直腿抬高试验阳性,不能胜任工作。本组84例,用3~6个疗程,临床治愈40例,显效30例,有效10例,无效4例。

参考文献:时珍国医国药,2001;12(2):109

按摩处方(四十二)

取穴及操作方法:牵引:患者俯卧于牵引床上,固定腰及双髂部后,用多功能自动牵引机(DZQ-Ⅲ型)牵引,重量12~45千克,间断牵引,日1次,每次15~30分钟。

手法:坐位定点旋转法(以棘突向左侧歪为例),患者坐位,两下肢自然分开,脚面和小腿、小腿和大腿要自然相互成近90度角。一助手面对患者站立,两腿夹住患者右侧大腿,双手压住患者右侧大腿根部,维持患者正坐姿态。术者坐于患者正后面,先用双拇指或单拇指触诊法查清偏歪棘突,然后术者将左上肢自患者左腋下绕出,将手掌压于患者颈后,用手挟持患者右肩部,同时嘱患者双脚踏地,臀部正坐不准移动。在术者用右手拇指扣住偏向左侧的棘突,左手按拉患者颈部,使患者身体前屈的同时,继续向左侧旋转,并用右手大拇指顺势向相反方向顶偏歪的棘突,当听到“啪”的一声响,检查偏歪棘突得以纠正,即为旋转成功。

斜扳法:患者侧卧,患侧在上,上肢自然放于胸前,术者立于患者面前,一手按住患者肩部,另一手按住患者患侧臀部,两手同时向相反方向用力,使患者腰部被动旋转,当听到“啪”的一声响,并且检查脊柱扭转得以纠正,即为斜扳成功。

治则:舒筋活络,活血消肿,复位止痛。

临床疗效:疗效标准:按杨占辉的评价法评定(颈腰痛杂志,1999,(20);20)。优:分值 ≥ 16 分。良:分值15~11分。可:分值为10~6分。差:分值为5~0分。本组165例,随访1~3年,优91例,良32例,可20例,差10例。

参考文献:中医正骨,2000;12(12):34

按摩处方(四十三)

取穴及操作方法:腰背及下肢推拿:术者用双手拇指指腹沿肌肉走向揉按竖棘肌、腰大肌、臀大肌、股二头肌、梨状肌及腓肠肌5

分钟,接着用手指轻轻弹拨以上肌肉;再用双手拇指点揉肾俞、环跳、殷门、委中、承山、阿是穴等,5~10分钟;然后施以华佗夹脊手法2~3遍;最后以右手小鱼际部轻轻揉按腰部及下肢肌肉,充分放松。

定点斜扳(以右侧为例):患者侧卧位,助手于患者肩背后以右臂绕过患者右腋下固定其右侧胸部及肩背部,并以一定的力量向后扳拉形成一个垂直于脊柱纵轴的旋后力,左手掌撑顶患者左肩胛骨处。术者位于患者背后,左拇指指腹按压于突出节段棘突,余四指置于患者右下季肋部,右手置于患者右臂上。当术者右手以一定力量向前旋推患者右髂部,形成一个垂直于脊柱纵轴的前推力的同时,左手拇指向前下推压,余四指与拇指反向旋推至一定程度,突然加大力量,此时可听到“咔嚓”的脆响,同时感觉左手拇指下明显滑动,视为斜扳成功。

牵抖按压(以右侧为例):患者俯卧,术者立于患者右侧,右手掌根部按压于突出节段棘突或棘突旁,左手掌重叠置于右手背上。助手握紧患者双踝部,逐渐加大用力,并在牵引下左右上下轻轻摇摆腰部30余次。在患者腰部充分放松时,突然加大牵引力度,增大上下抖动幅度。术者在突出的椎间隙抖至最高点,椎间隙被拉至最大舒张间隙的瞬间,双手同时使劲向左前下方按压。此时常可听到轻度的咔嚓声及感觉右手掌根部下有助滑动感,视为牵抖按压成功。此时患者自觉腰部及下肢症状减弱或消失。停止牵抖,助手维持牵引5~10分钟,患者卧床休息30分钟。

治则:疏通经络,活血柔筋,复位纳核。

临床疗效:疗效标准:治愈:腰腿痛消失,直腿抬高试验转阴,腰椎活动功能正常,能正常工作。显效:腰腿痛明显减轻或消失,直腿抬高和腰部功能接近正常,遇劳累或天气变化偶有不适,但不影响工作。有效:腰腿痛减轻,直腿抬高及腰椎活动进步,生活能力改善。无效:治疗前后症状、体征无改善。本组58例,治愈22

例,显效 26 例,有效 10 例,总有效率 100%。

参考文献:中医正骨, 2000;12(12): 40

按摩处方(四十四)

取穴及操作方法:牵引:卧硬板床,床脚抬高约 30 度角,牵引重量一般为 10~30 千克,用间断式牵引,牵引总时间每日 3~6 小时,牵引后加用按摩。

推拿按摩:俯卧位,在腰背部及沿膀胱经,臀部、大腿后部至小腿后部,上下往返揉按滚 3~5 次,并适当在肾俞、八髎、环跳、委中、承山、涌泉点按,手法由轻到重,放松按摩。

硬膜外封闭:上法 2~3 日后行硬膜外封闭,患肢在下,屈膝侧卧位,用强的松龙 50 毫克、2%利多卡因 5 毫升、生理盐水 5 毫升、维生素 B₁₂ 500 微克、 α 糜蛋白酶 10 毫克,用硬膜外麻醉方式,将上药注入硬膜外腔内,隔周 1 次,用 1~2 次。封闭后停止 1 日按摩,第 2 日牵引时间可缩短至 1~2 小时。

硬膜外封闭后手法:同前放松按摩法、腰椎旁及骶部由轻到中重的手法揉按、垫枕挤压法、侧卧斜扳法,仰卧位,在大腿前侧、外侧、小腿外侧、足背依次上下往返用掌根揉滚法,点按各 3~5 次,并点按风市、阳陵、解溪,拿委中、承山、昆仑等穴,并做被动直腿抬高运动;屈膝旋髋法;患者仰卧位,双手抓住床头,术者双手抓住患者踝部牵拉抖动;反背法等。日 1 次,10 日为 1 疗程。

治则:疏经活络,消肿止痛,理筋复位。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状及体征完全消失,直腿抬高试验 >70 度角,能恢复原工作。好转:症状大部分消失,体征明显减轻,直腿抬高试验 >60 度角,能参加一般工作。无效:症状及体征无改善。本组 52 例,用 1~4 个疗程,临床治愈 18 例,好转 33 例,无效 1 例,总有效率 98.07%。

参考文献:中国民间疗法, 2000;8(12): 27

按摩处方(四十五)

取穴及操作方法:循经推运:患者俯卧位,医者双手平放于第三、四腰椎处,用掌根或大鱼际着力,由第三腰椎旁开0.5厘米处及腰脊正中,连贯推运4~8次,病位处可推运10~15次,然后沿足太阳膀胱经,从长强穴,经承扶穴、殷门穴,一直推运到承山穴、昆仑穴处,反复5~10次。

点穴通经:右手大拇指与食指捏住中指,呈锥形,用中指的指端处,快速点按督脉的阳关穴,命门穴和足太阳膀胱经的肾俞穴、关元穴、委中穴、承山穴,及足少阳胆经的环跳穴、阳陵泉穴等,每穴1分钟。

揉按疏通:用拇指指腹或手掌根部在腰部两侧及督脉和足太阳膀胱经顺时针方向做圆形或半圆形揉按3~4分钟后,用滚法在腰肌两侧及患侧下肢部,自上而下,施术3~5遍,接着用拇指指锋处或肘尖部,在上述部位按压点穴,反复交替进行3~5次。

捏拿松解:拇指与食中指桡侧相对捏拿腰椎两侧韧带及皮下组织,从第三腰椎一直施术到第五腰椎处,反复操作2~3次,然后用滚法自上而下施术7~10次,在突出部位震颤法施术1~2分钟。

扳按整复:术者两手分别扶按患者的前肩部及臀部,作相反方向的缓缓用力扳动,使腰部被动扭转,当扭到有阻力时,扶臀部之手的中指或食指顶压突出部位,再施一个增大幅度的猛推,先患侧,后健侧,然后俯卧位,牵拉患侧下肢,抖动5~7次。10日为1疗程。

治则:疏通经络,消肿止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:治疗后腰腿疼痛基本消失,肌萎缩明显改变,腰腿活动及抬腿试验正常,可从事正常的工作,随访1年无复发。好转:治疗后腰腿疼痛减轻,腰腿活动基本正常,能从事轻体力工作及正常的生活活动,半年内随访无变化。无效:治疗

后,体征与症状无明显改善。本组 142 例,痊愈 96 例,好转 43 例,无效 3 例,总有效率 98.5%。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(6): 28~29

按摩处方(四十六)

取穴及操作方法:取腰部压痛点、大肠俞、肾俞、环跳、承扶、殷门、委中、承山、昆仑、阳陵泉、足三里、绝骨、解溪、扭伤及耳部的腰痛等为主,每次按摩治疗 30 分钟左右,先轻后重,根据患者耐受程度而定,手法用按、揉、推、抖、挤、拔、理、扳、牵、滚、扣。日 1 次,10 日为 1 疗程。

治则:壮肾强腰,疏通经络。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状完全消失,直腿抬高试验阴性,拇指背伸试验阴性,腱反射无异常,能正常工作、生活、学习。显效:症状基本消失。好转:疼痛缓和。本组 109 例,用 1~4 个疗程,治愈 98 例,显效 11 例。

说明:本法并结合牵引、理疗,疗效满意。

参考文献:新疆中医药, 2000;18(4): 40

按摩处方(四十七)

取穴及操作方法:行手法前先肌注阿托品 0.5 毫克、鲁米那钠 100 毫克,再行腰椎硬膜外麻醉。腰肌松弛后,持续牵引 15 分钟,重量为 50~70 千克。患者俯卧,双手抓紧床头把手,轻手法行腰部推拿按摩,助手握住患者双踝部行腰部的过伸牵引。术者一手拇指按压在病损椎间盘棘突旁小关节之上,另一手在健侧下肢膝上部搬提,使髋过伸。嘱助手加大力度牵引,待术者拇指下感觉小关节有错动时,提健腿之手用力斜扳,使腰部过伸并向患侧扭转 40 度,此时拇指下有骨性跳动感并可闻及“喀哒”声响。术后腰围固定,卧床制动 1 周。指导患者在床上做蹬腿运动,起床活动仍需腰围保护。

治则:疏通经络,活血舒筋,缓急止痛。

临床疗效:疗效标准:优:腰腿痛症状完全消失,体征恢复正常。直腿抬高试验阴性,恢复原工作。良:腰腿痛明显减轻,大部分体征恢复正常,直腿抬高试验阴性。可:腰腿痛症状减轻,体征部分改善。差:腰腿痛及体征无改变。本组 108 例,优 55 例,良 30 例,可 13 例,差 10 例。对 85 例优良效果的患者,随访 2~3 年,复发 6 例。

参考文献:中国中西医结合外科杂志,2000;6(6):422~423

按摩处方(四十八)

取穴及操作方法:取病变部位的夹脊穴为主穴,配以环跳、阳陵泉或承山穴。用丹参注射液或威灵仙注射液 4 毫升,待产生针感并回抽无血时,缓慢注入。一般每次注射选 2~3 个穴位,两种药物交替使用,日 1 次,10 次为 1 疗程。用常规手法对腰骶部及臀腿部行松解治疗后,再重点用仰卧拔伸、俯卧抖腰、侧卧斜扳等法,同时对穴注射点行掌根按、揉、擦、或用指压点揉。采用头低脚高位持续牵引,重量为患者体重的 1/10~1/6,由轻逐渐加码至能承受为度,日 6~8 小时,4~6 周为 1 治疗周期。

治则:活血通络,消肿止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:治疗后腰腿痛消失,直腿抬高试验大于 70 度,能恢复工作。好转:治疗后腰腿痛减轻,腰部活动功能改善。未愈:症状、体征治疗前后无改善。本组 90 例,治愈 37 例,好转 45 例,未愈 8 例,总有效率 91.11%。

参考文献:中医正骨,2000;12(9):24

按摩处方(四十九)

取穴及操作方法:用 2% 利多卡因 5 毫升、维生素 B₁ 100 毫克、维生素 B₁₂ 500 微克、地塞米松 5 毫克、生理盐水 50 毫升,从骶裂孔刺入骶管,回抽无血及脑脊液,有负压时,即可注药,10 日 1

次。取俯卧位,腰骶部局麻,先用滚、按、揉法沿腰部两侧太阳膀胱经治疗;再用斜扳法(一手掌按臀部,另一手按住肩前部,用相反的力量进行侧扳旋转)、摇滚法(两手环抱双膝至胸部,术者施以力量使患者在床上纵向摇滚)、弹压法(患者俯卧位,术者两手重叠按于患椎处,力量适度的上下弹压,频率越快越好)、牵抖法(患者俯卧,双手紧握床头,术者双手握住患者双踝,先用力牵引1~2分钟,有节奏地上下抖动5~10次),再以按、揉、弹、拔等理筋手法。用自制热敷止痛袋(大黄、桂枝、荆芥、羌活、防风、伸筋草、透骨草、乳香、没药、延胡各50克,混匀装入2个布袋中,缝口),用陈醋把药袋浸透,放入锅中蒸热,置于腰骶部,不时翻动,以防烫伤皮肤,药袋交替使用,每次30~40分钟,日1次,10日为1疗程。

治则:活血化瘀,除湿通络,舒筋止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:腰腿部疼痛麻木消失,腰部活动正常,直腿抬高大于70度或与健肢等高,能从事原工作。显效:腰腿部疼痛明显减轻,腰部功能基本恢复,下肢有轻度痠困感,能自主活动和作些轻体力劳动。好转:腰腿部疼痛有所减轻,腰部活动好转,直腿抬高低于70度,不能从事体力活动。无效:治疗前后症状体征无变化。

本组116例,治疗10~20日,治愈90例,显效15例,好转9例,无效2例。

参考文献:中医正骨,2000;12(9):26

按摩处方(五十)

取穴及操作方法:用电动对抗牵引:患者俯卧位,用骨盆牵引作胸、骨盆对抗牵引,由轻到重(第1次从体重的50%开始,视体质等增加至体重20%),每次10~20分钟。

侧踩法:患者牵引10分钟后,医者在治疗床上先用一脚在疼痛一侧用踩震法使力量渗透到髓核突出处,持续5分钟,后用双脚在腰部脊柱的一侧施用踩法,由轻至重,给突出局部以持续强刺

激。

压颤手法:在牵引2~3次后加用,患者在牵引状态下,髋及胸部垫高20厘米左右,术者以双手掌根迭按,压于压痛最明显的棘突处,做有节律的强性按压颤抖,5~10次为限。

斜扳后伸法:术者位于腰部患侧,以大拇指加压患者的脊柱痛点,另一手握住患者膝关节以上部位,向后上方患侧斜扳,可听到弹响。后用屈指点按法点环跳、秩边、委中、承山、肾俞、大肠俞等穴,以局部痠胀为度。

理筋手法:术者用手掌做双侧骶棘肌压推手法,由上而下,从轻到重,每侧3~5次,最后用空手掌由上而下击拍患者腰骶部,2~3遍,继用闪罐法结束。

治则:活血消肿,松解粘连,复位止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状基本消失,腰椎畸形得以纠正或明显改善,腰部活动接近正常(前俯 $>70^\circ$,后仰 $>10^\circ$,直腿抬高双侧双比差 10° 以内)。好转:症状明显减轻,腰椎畸形有较大改善,直腿抬高双侧相比差 20° 以内,能胜任一般工作或生活自理能力同病前。无效:症状体征无明显改善。本组54例,治愈39例,好转12例,无效3例。

说明:本法有利于髓核稳定,促进突出局部水肿的吸收,松解粘连,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):29~30

按摩处方(五十一)

取穴及操作方法:用自动式牵引床,患者仰卧位固定,力量40~60千克,每次20~30分钟。牵引后休息5分钟后施用手法。患者俯卧位,用轻柔的滚、按、弹拨法于腰臀部及患侧下肢反复施术5分钟。侧扳复位法:患者侧卧位,患肢在下自然伸直,上边腿屈髋屈膝,术者肘部抵住臀部,另一肘部固定在肩前部,同时用相反方向力缓缓按压,感到阻力时,突然轻巧地加力,听到“喀”的声

响,按同样的方法施术另一侧。拇指或肘尖点压痛点 2 分钟,然后分别点压环跳、委中、承山、足三里穴各 1 分钟。最后施推、揉法于腰腿及放松下肢肌肉 5 分钟。日 1 次,10 次为 1 疗程,疗程间隔 2~3 日,卧硬板床注意保暖。并用祛风散寒、温经通络、活血止痛的中药水煎后薰蒸患部,每次 40 分钟。

治则:疏通经络,复位止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:腰腿痛消失,功能正常,恢复原工作。显效:腰腿痛消失或残留轻度腰部不适,功能基本正常,能坚持正常工作。好转:症状体征部分减轻或消失,能从事较轻工作。本组 35 例,用 10~60 日,治愈 8 例,显效 18 例,好转 7 例,无效 2 例,总有效率 94.3%。

说明:综合治疗,降低盘内压力,增加盘外压力,改善突出物的位置,松解粘连,疗效显著。

参考文献:按摩与导引, 2000;16(5): 31

按摩处方(五十二)

取穴及操作方法:患者俯卧于牵引床上,胸背部与臀部分别固定于牵引床的上下板上,臀腿部向上或下一角度,病变椎间隙为该角顶点,辅以手法,启动开关,下板左右旋转的同时,上板快速纵向牵引,几秒钟内完成牵引复位工作,松解捆绑带,辅以腰围带固定,患者卧床休息,善后对症治疗。微机数据为牵开椎间隙牵距为 70 毫米,倾角下降角度为 15~20,上升角度 10 度,转角左右交替各相等次数,角度为 16~24 度。

治则:舒筋活络,理筋复位。

临床疗效:疗效标准:显效:主要症状体征消失。好转:主要症状体征明显好转。无效:主要症状体征无变化。本组 176 例,显效 172 例,好转、无效各 2 例。

说明:用大牵距、分次牵引,上、下成角,左右旋转,配合手法治疗,疗效显著。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):32

取穴及操作方法:牵引法:患者俯卧于牵引床上作骨盆持续牵引约50分钟,由轻到重,以患者能忍受为度。

抖腰法:患者在牵拉同时,术者双手重叠,在腰椎间盘突出之体表投影处抖动30余次。拉法:术者两手分别按住患处及患肢踝部,向上用力提拉20次左右,力量随患者体质、病情及耐受力而定。

旋转复位法:患者坐方凳上,两足分开与肩同宽。以右侧痛为例,术者右手经患者右腋下至患者颈后,用手掌压住颈后,拇指向下余四指扶持左颈部,同时嘱患者双足踏地,臀部正坐不移动,术者左拇指推住偏歪的腰椎棘突右侧压痛处。一助手两腿夹住并用双手协助固定患者左大腿,维持正坐姿势。术者右手压患者颈部,使上半身前屈60~90度,再继续向右侧弯,在最大侧弯时患者向后内侧旋转。同时左拇指向左顶推棘突,可感到下椎体轻微错动,有“喀嗒”响声。最后使患者恢复正坐,术者用指自上而下理顺棘上韧带及腰肌15余遍,手法结束。患者平卧板床休息5日复查。若腰腿放射性疼痛依旧存在再作第2次复位。

治则:舒筋活络,复位止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:直腿抬高试验70度以上,且腰、腿疼痛麻木消失,步行1000米。好转:直腿抬高试验50~70度,腰、腿疼痛缓解,能步行500米。无效:治疗2个月,上述症状无明显改善。本组98例,治愈78例,好转15例,无效5例。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):33

按摩处方(五十三)

取穴及操作方法:椎间松解法:患者仰卧,助手固定腰腹部,术者双手握患者双腿进行左右回旋转动,反复操作1分钟。

旋转加角过伸法:患者坐位,助手按住患者大腿,术者双手从患者腋下穿过,抱其胸背,患者腰部略前屈,在前屈位中逐渐向患

侧加角旋转至一定角度后,用膝部顶住突出部位用力使其向后过伸。

牵引按摩法:患者俯卧,助手3人,一助手双手牵住患者双肩,另外两助手分别牵住患者双侧小腿行对抗牵引2分钟后,术者在牵引下双手叠掌在突出部位用力向下按压2~3次。

屈髋屈腰过屈法:患者侧卧于床,术者将患者双腿屈膝屈髋,另一手托其腰骶部,两手配合极力使腰部得到过屈后,再使腰部伸直,反复操作5~6次。

治则:活血化瘀、舒经活络。

临床疗效:疗效标准:优:治疗后腰腿痛症状完全解除,能参加正常活动和劳动,直腿抬高试验达85度。良:治疗后腰腿痛症状基本解除,能参加正常活动和劳动,但有轻微残余症状,直腿抬高试验达70度。可:治疗后腰腿痛主要症状解除,有残余腰痛腿麻,活动时可加重,直腿抬高试验达60度。差:腰腿痛症状、体征无改善,活动困难。本组450例,随访2~23个月,优269例,良134例,可37例,差10例。

说明:本法活血化瘀、舒经活络,可整复腰椎畸形,疗效满意。

参考文献:甘肃中医,2000;13(5):37~38

按摩处方(五十四)

取穴及操作方法:早期患者卧床30日,后期患者卧床45日。每日牵引3次,按摩1次;牵引重量为患者体重的 $1/4 \sim 1/3$,每次持续牵引2.5~3小时。按摩:患者俯卧,先用滚法在患椎及患肢的后侧进行反复滚推15分钟,然后点按足太阳膀胱经的居髎和秩边穴以及环跳、承扶、阴门、委中、承山穴,反复3~4遍。牵抖患肢,患者俯卧,双手把好治疗床,术者双手把握住患者的踝部,双足蹬住治疗床的下框,臀部后坠后沉,用力作上下波型牵抖患肢1~2分钟,最后以擦法结束,用掌根紧贴患肢后侧皮肤,沿足太阳膀胱经从承扶至足根下快速擦3~4遍。日1次,每次20分钟。

治则:活血化瘀,疏通经络,复位止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:腰腿痛完全消失,体征阴性,恢复原工作。显效:腰痛消失,下肢放射痛明显减轻,体征部分阴性,恢复工作或可做轻工作。好转:腰腿痛有所减轻,部分体征弱阳性,难以胜任本职工作。无效:腰腿痛和就诊时一样。本组 71 例,治愈 50 例,显效 13 例,好转 5 例,无效 3 例,总有效率 95.77%。

参考文献:中医外治杂志, 2000;9(5): 20~21

按摩处方(五十五)

取穴及操作方法:取俯卧位,下腹部加垫,先摸清尾骨尖,沿中线向头方向摸,约 4 厘米处可触及一个有弹性的凹陷,即骶裂孔,两骶角的连线中点为穿刺点。常规皮肤消毒,铺无菌巾,于骶裂孔中心作皮内小丘麻醉,将 20 号穿刺针垂直刺入皮肤,当穿过骶尾韧带时有阻力消失感觉。此时针干向尾侧方向倾倒,与皮肤呈 30~50 度角,顺势推进 2 厘米,即到达骶管腔内,可注入试验剂量,如无蛛网膜下腔阻滞现象,注入药物(2%利多卡因 20 毫升、2%普鲁卡因 20 毫升、强的松龙 125 毫克、0.9%氯化钠液 20 毫升,混合),植入硬膜外麻醉导管约 15 厘米长,退出穿刺针,将导管用宽胶布固定于体侧。

手法推拿:俯卧位,先对腰背肌肉采用揉、拨、滚、压、拿、捏等手法,进行腰背肌按摩,然后点压痛点、命门、腰眼、腰阳关、肾俞、委中、承山、环跳等穴;在胸部及下腹部加垫,在上下对抗牵引下给予按压患椎约 60 次;尔后改为侧卧位给予斜扳手法,左右各 5 次,最后取仰卧位,给予摇髌拔伸法,即先使患肢屈髋屈膝,用力使膝贴腹后内旋或外旋,之后拔伸,拔伸角度以直腿抬高 30 度以上为佳,左右各 10 次。

治则:活血通络,理筋复位。

辅助治疗:骶管滴注:麻醉导管接输液器,将脉络宁针剂 20 毫

第五章 骨伤科疾病

升、 α -糜蛋白酶 40000 单位、维生素 B₆ 0.2 克、复方丹参 12 毫升、维生素 B₁₂ 0.5 毫克、654-2 20 毫克、维生素 C 2.0 毫克、地塞米松 10 毫克,分别加生理盐水 500 毫升内,按顺序持续骶管滴注,一般每分钟滴 15~20 滴(可放慢滴速),60~72 小时内滴完。如过早滴完可继续滴生理盐水 500~1000 毫升,滴完后拔管。嘱患者下地行走,观察 1 日,如症状完全消失可出院。如症状未完全消失则嘱其卧硬板床,1 周后作重复治疗。

临床疗效:疗效标准:优:症状体征完全消失,恢复原工作。良:症状体征基本消失,残留轻度腰部不适或足麻木,可以恢复原工作或更换工作。可:症状体征部分消失,需要进行一些辅助治疗,能做些轻工作。差:症状无改善。本组 58 例,优 12 例,良 38 例,可 6 例,差 2 例。

参考文献:中国骨伤,2000;13(9):555~556

按摩处方(五十六)

取穴及操作方法:患者排除大小便后,仰卧于治疗床上,双侧腿尽量屈曲,松开衣带露出脐部。用大头针或无油圆珠笔芯探查脐周,确定痛点,先行整个下腹部轻轻按摩,以降低腹壁肌群紧张度。嘱患者自然呼吸,排除紧张心理,右手中指按摩,约 1 分钟后对敏感区进行有节律性冲击震动,每次不超过 20 分钟,日 1 次,7 次为 1 疗程。

治则:疏通经络,消肿止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:腰痛及坐骨神经疼痛消失,腰部活动正常,腰椎生理弧度正常,X 光摄片提示各椎体间无异,恢复原来工作。显效:腰痛及坐骨神经痛明显好转,已徒步行走,上班工作。无效:二次治疗后腰椎及坐骨神经痛无大的改善。本组 10 例,痊愈 7 例,显效 2 例,无效 1 例。

参考文献:中国骨伤,2000;13(10):627

按摩处方(五十七)

取穴及操作方法:取阿是穴、肾俞、环跳、腰眼、承扶、委中、承山、足三里、阳陵泉穴,用强的松0.5毫升,加0.5%普鲁卡因5~10毫升混合,取3~4个穴位,进针得气后,每个穴位注射1~2毫升,每周2次。手法治疗:用循经点揉法、腰椎旋转复位法、扳肩推腰后伸法、托腿按腰晃身法、斜扳法、腰膀引伸推按法、盘腿滚腰法等手法,根据部位及病情轻重选择不同的手法,按松、扳、牵、理的顺序组合施治,3日1次,1周为1疗程。

治则:舒筋活络,消肿止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:腰腿痛消失,直腿抬高试验80度以上,生活自理,恢复正常生活。显效:疼痛明显减轻,直腿抬高试验60度以上,一般生活自理。无效:症状、体征无明显改善。本组43例,治愈28例,显效11例,无效1例,总有效率97.7%。

参考文献:贵阳中医学院学报,2000;22(3):37~38

按摩处方(五十八)

取穴及操作方法:患者俯卧于多功能骨科手术台,将手术台前、后连接板分别降低约20度,使患者俯卧时腰部呈弓形轻度凸起,在C型臂X光机的监视下,穿刺点离棘突约8~12毫米,穿刺部位消毒、铺巾,穿刺点局部麻醉后,穿刺针对准病变椎间盘后1/3处进针,正侧位透视证实带套穿刺针进入病变椎间盘内,逐级插入扩张管,再套入工作套管并拔出穿刺针和扩张管,置入切割器切割纤维环,钳取髓核直至无髓核钳出,送入切割器,切吸和冲洗同时进行。若为L₅~S₁椎间盘突出,则视其腰骶角大小,或调整穿刺针角度,或先行髂骨钻孔,再行穿刺。

治则:取出髓核,缓解局部压迫。

临床疗效:疗效标准:治愈:腰腿痛症状消失,直腿抬高70度以上,恢复原工作。好转:腰腿痛症状减轻,腰功能改善。未愈:症

第五章 骨伤科疾病

状、体征无改善。本组 25 例,治愈 21 例,好转、未愈各 2 例,总有效率 92%。

参考文献:新中医, 2000;32(10):26

按摩处方(五十九)

取穴及操作方法:按摩法:用按、压、揉、推、滚手法放松痉挛的腰肌,再分别用揉压闪腰法、提腿闪腰法、斜扳法等重手法,用右手拇指指腹按揉患者的肾俞、环跳、委中、阳陵泉、承山、昆仑等穴。骨盆牵引,日 1~2 次,每次 30~45 分钟,牵引重量视病员体质而定,一般为体重的 $1/3 \sim 1/2$,单侧常为 10~15 千克。硬膜外封闭:腰腿痛特别严重,顽固的腰椎间盘突出症,用强的松龙 50~60 毫克、2% 普鲁卡因(皮试)6 毫克、注射用水 10 毫克、加维生素 B₁200 毫克、维生素 B₁₂500 微克,行硬膜外封闭,每周 1 次,术后行常规大按摩 1 次。10 日为 1 疗程。

治则:舒筋活络,分解粘连,活血止痛。

辅助治疗:气滞血瘀型,用桃红四物汤:桃仁、红花、熟地、当归、川芎、赤芍药、土鳖虫、鸡血藤。风寒湿痹型,用三痹汤:独活、秦艽、防风、细辛、当归、白芍、川芎、熟地、杜仲、牛膝、党参、茯苓、肉桂、黄芪、川断、炙甘草。肾虚型,肾阳虚用右归饮:熟地、山药、枣皮、枸杞子、杜仲、肉桂、制附片、甘草;肾阴虚用左归饮:熟地、山药、枣皮、枸杞子、茯苓、鹿角胶、龟板胶,甘草。水煎服。

临床疗效:疗效标准:治愈:经 4~5 个疗程治疗后,神经根受压迫症状消失或基本消失,患肢直腿抬高试验在 80 度以上,步履正常,能坚持正常工作。好转:经 7~8 个疗程治疗,神经根受压迫症状减轻 $1/3$ 以上,患肢直腿抬高试验在 60 度以上,腰部有轻压痛,不能坚持正常工作。无效:经 8 个疗程以上治疗,腰腿痛减轻 $1/3$ 以下或改善不明显,直腿抬高及加强试验在 60 度以下,不能坚持工作。本组 23 例,治愈 12 例,好转 9 例,无效 2 例,总有效率 91.3%。

参考文献:四川中医, 2000;18(6): 42~43

按摩处方(六十)

取穴及操作方法:患者取俯卧位,术者对其腰臀部和患肢施以推、揉、滚、拿和理筋等手法。用点压和弹拨法作用于疼痛敏感点上,主要部位在腰(棘突旁椎间孔处)和患肢痛点上,用力要大,以患者感到麻胀为度。屈腰斜扳:患者侧卧,患肢在上屈曲位,术者立于背后,先在患肢坐骨神经走行线上施推、揉、滚等手法;再用拇指点揉推旁压痛点和环跳、风市、阳陵泉、足三里等穴;再施腰部屈伸法,术者用一手前臂托起患腿命其屈髋,并使大腿尽量贴近腹部,同时用另一手推其同侧肩部,使身体屈曲,再做腰部后伸动作,连续3~5次,促进突出物回纳。患者侧卧,术者立其前面,用斜扳法,术者两掌分别置于患肩膀后和髂前,在其肩膀和骨盆上施加相反方向力,先轻揉地摇动几次,乘其放松之机,猛然加力,患腰发出“咔嚓”声,证明效果好;若未听到响声,则换手再向相反方向斜扳。患者仰卧,双腿伸直并拢,术者用一手托起双足跟,另一手压于膝盖上方,将双腿牵引抬高,逐步达到屈髋90度,使患肢感到麻胀为度,持续半分钟再放下,反复施术3~5次。患者坐位,术者对其施以背法或托支法。最后整理放松。

治则:活血通络,缓解痉挛,舒筋纳核。

临床疗效:疗效标准:痊愈:腰腿放射性疼痛消失,直腿抬高超过70%或与健肢相等,能恢复原工作。显效:症状和体征明显减轻,功能活动基本正常,可恢复原工作或轻工作。好转:腰腿放射痛和体征比治疗前有不同程度的好转,不能恢复正常工作,需继续治疗。无效:症状和体征依旧,无明显改变。本组150例,痊愈96例,显效27例,好转21例,无效6例,总有效率96%。

参考文献:吉林中医药,2000;20(5): 52

按摩处方(六十一)

取穴及操作方法:腰椎牵引:患者俯卧于牵引床上,固定其腰部和双踝部,进行对抗牵引,重量在40~90千克之间,每次20分钟,日1次,15次为1疗程。推拿手法:患者俯卧,医者以掌推法自上而下分别沿督脉和两侧膀胱经推3~5遍;用按揉法和滚法作用于脊柱两侧,重点在腰骶部,由轻到重;同时点按肾俞、大肠俞、阿是穴等;双手拇指重叠,分别弹拨腰椎两侧骶棘肌,在痛点处力量可稍大,手法要深沉柔和。在患侧臀部施以力度较大的前臂揉法及滚法,并用肘尖点揉环跳穴。以掌推法及拿揉法在患侧下肢施治,拇指点按取承扶、委中、承山、阿是穴等。患者仰卧位,以掌揉法和滚法在患侧下肢治疗,并点按风市、足三里、阳陵泉、解溪、阿是穴等,并做屈膝、屈髋及直腿抬高。最后握其双踝部,轻轻抖动双下肢结束手法。

治则:补肾强腰,通络止痛。

辅助治疗:患者推拿治疗之后即可仰卧于熏蒸床上,用川芎、当归、红花、秦艽、防风、羌活、千年健各15克,附子、骨碎补、乳香、桑寄生、伸筋草、独活、牛膝、海桐皮各20克,没药12克,鸡血藤25克,伸筋草30克,艾叶10克,患者根据自己的耐受情况,自行调节温控旋钮,每次30分钟,日1次,15次为1疗程。熏蒸后卧床休息。

临床疗效:疗效标准:参照国家中医药管理局制定的《中医病症诊断疗效标准》中有关腰椎间盘突出症的疗效评定标准评定疗效。治愈:腰腿痛消失,直腿抬高70度以上,能恢复原工作。好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善。无效:症状、体征无改善。本组39例,治愈18例,好转21例,总有效率100%。

参考文献:河南中医,2000;20(5):61~62

按摩处方(六十二)

取穴及操作方法:硬膜外封闭,突出椎间盘之上一椎间隙为穿刺点,注入2%利多卡因10毫升及确炎舒松40毫克,10分钟双下肢肌张力下降后,行大推拿。用三部作法:患者仰卧,患侧下肢被动屈髋,外展、内收,伸髋,反复数次,直腿抬高至最高点,做加强实验15次,健侧类似推拿。取患侧在上侧卧位,斜扳10次,患肢髋过伸,手掌抵突出椎体弹扳3次,换对侧肢体类似手法推拿。双下肢绑好,骨盆固定,类似直腿抬高状悬吊15分钟。7日1次。

治则:疏通经络,理筋复位。

辨证特点:诊断标准:反复腰腿痛疼痛史,咳嗽等症状加重;下肢放射性疼痛;由臀部沿坐骨神经走向放射至小腿、足部;直腿抬高及加强试验(+),趾背伸肌力下降,小腿、足部皮肤感觉迟钝;X线见椎间隙变窄;CT或MRI见椎间盘突出。

临床疗效:疗效标准:参照《中医病证诊断疗效标准》(国家中医药管理局,1995年)。优:疼痛消失,无运动功能受限,恢复正常工作。良:疼痛减轻,能够做轻工作。差:疼痛无改善或加重。本组36例,优19例,良12例,差5例,优良率86.11%。

参考文献:广西中医学院学报,2000;17(3):75

按摩处方(六十三)

取穴及操作方法:治疗前禁食8小时,用阿托品0.5毫克肌注,行硬膜外麻醉,同时在硬膜外腔内注射地塞米松60毫克。患者仰卧,将患肢抬高90度,用力压足底,使踝关节充分屈曲,分别将双下肢屈膝屈髋10余次,再左右旋转;将下肢转向健侧时,助手协助术者将患者脊柱扭转40度。患者侧卧,用腰部斜扳法,左右各1次,先患侧,后健侧;患者仰卧,用腰部后伸扳法,先单腿,后双腿;仰卧,做直腿抬高和屈膝屈髋数次。术后用腰带固定,绝对卧床休息7日。

治则:疏通经络,理筋止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:自觉症状消失,恢复日常活动无复发。显效:自觉症状大部分消失,恢复日常活动。好转:自觉症状减轻,基本恢复日常活动。本组 106 例,痊愈 46 例,显效 24 例,好转 10 例,无效 26 例。

参考文献:湖北中医杂志,2000;22(8); 50

按摩处方(六十四)

取穴及操作方法:点穴开门疏经治疗:患者俯卧位,用双拇指点按患者背部足太阳膀胱经两排穴位,从大抒穴开始点至白环俞,再点按环跳、承扶、殷门、委中、承山、昆仑穴从上到下点按 3 遍,再重点在患者腰眼疼痛部位多点按 2~3 遍以点开穴位打开门户,后再在背部至腿从上到下推摩 3~5 遍,后用手掌拍打 3~5 遍。重点在腰部、痛点部多拍打 36 下。再用双手带功对腰椎进行上下捋搓。用按压手法复位治疗:患者俯卧位,双腿股部垫一枕头,胸前同样垫一枕头,使腰椎间盘突出部位及整个腰背似悬空而未悬空状态,约 2~5 分钟。特医师用手掌在腰部发功治疗,5 分钟后用双掌左上右下重叠,掌心向下放在腰 4~5 椎上,进行抚摸,上下晃动,同时双掌猛然发力,用爆发力轻巧地向下击压,同时口中大喊一声好。使患者一惊,此时患者突出的椎体间盘已复位,同时可听到椎体处“咔嚓”一声。

治则:活血通络,散寒止痛,理筋复位。

临床疗效:疗效标准:痊愈:各种症状消失,腰腿功能恢复正常,随访至今未复发。显效:治疗后症状均消失,腰腿功能活动正常,只是有时到天气转阴变冷时,腰部有较轻的痠痛及发凉。本组 20 例,痊愈 17 例,显效 3 例。

说明:本法通经络,祛除寒邪、湿邪,培补元气,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4); 34~35

按摩处方(六十五)

取穴及操作方法:急性发病期,睡硬板床2~3周,用芬必得胶囊0.6/日2次口服;20%甘露醇250毫升快速静滴,日1次;10%葡萄糖液500毫升,加三磷酸腺苷40毫克、辅酶A200单位、维生素C2克、维生素B6100毫克、地塞米松10毫克,日1次静滴,连用7日。第2周用推拿按摩及中药离子导入治疗,患者俯卧位,术者自上而下在腰部、患侧臀部及下肢行滚法、揉法、弹拨法、肘压法,配合点穴,再做腰部斜扳法、屈膝屈髋伸腿法、俯卧牵抖法、俯卧压腰法;手法结束后,拍打腰骶部,双手点压两侧肾俞、大肠俞、椎旁压痛点、环跳、承扶、殷门、委中、承山、昆仑,日1次,每次20~30分钟,15次为1疗程,疗程间隔5日。

治则:疏通经络,强腰止痛。

辅助治疗:并用消痹酊(黄藤、生川乌、生草乌、乳香、没药、独活、羌活、玄胡索、川芎、伸筋草、透骨草、木瓜、牛膝等适量,加70%乙醇,浸泡1个月),用上海产ZGL-1型直流感应电疗机离子导入,电流强度10~30毫安,日1次,每次20分钟,15次为1疗程,疗程间隔5日。

临床疗效:疗效标准:痊愈:临床症状体征消失,行走活动自如,恢复正常工作。基本治愈:临床症状体征基本消失,但劳累后有所加重,可以从事正常工作。好转:临床症状体征改善,行走或活动时仍感腰痛或腿痛,可以从事较轻工作。无效:临床症状体征无改善,或虽有改善,行走或活动后症状明显加重。本组128例,痊愈90例,基本治愈20例,好转14例,无效4例。

参考文献:湖北中医杂志,2000;22(7):48

按摩处方(六十六)

取穴及操作方法:两组各45例,均用手法治疗;在硬脊膜外麻醉下,先行腰椎骨盆牵引15分钟,然后用直腿抬高加压法、斜扳

第五章 骨伤科疾病

法、过伸法、旋腰法治疗。术后腰部垫薄枕 8 小时,卧硬板床 3 日。

治则:疏通经络,活血消肿。

辅助治疗:本组并用 20% 甘露醇注射液 250 毫升,静脉快速滴注,每 8 小时 1 次,3 日后改为每 12 小时 1 次,6 日为 1 疗程;休息 2 日后改用双氢氯噻嗪片 25 毫克/日 2 次口服。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状、体征完全消失,直腿抬高试验 85 度,恢复原工作。显效:症状大部分消失,直腿抬高试验 70 度,可恢复原工作。好转:症状部分消失,直腿抬高试验较治疗前有较大改善,可从事轻工作。无效:症状体征无明显改善,不能参加工作。两组分别治愈 26、21 例,显效 10、9 例,好转 4、3 例,无效 5、12 例,总有效率 88.9%、73.3%,本组疗效明显优于对照组($P < 0.05$);本组疗效短于对照组,复发率低(P 均 < 0.05)。

参考文献:浙江中医学院学报,2000;24(4):62

按摩处方(六十七)

取穴及操作方法:取肾俞、阳陵泉;配腰 3~4(腰椎 3~4 椎间旁开 1 寸)、环跳、足三里、三阴交、绝骨等。肾俞用补法,余用平补平泻或泻法,留针 20~30 分钟;如沿坐骨神经走向腿痛严重者,以腰 3~4 为主穴,毫针直刺约 3~4 寸,以患者有触电样感觉沿坐骨神经通路传到足背、足趾为佳,并于针刺部位加拔罐,留针罐 20 分钟;起针后用 VB_1 0.5 毫克、 VB_{12} 0.5 毫克或丹参注射液 2 毫升穴注肾俞或腰 3~4。穴注后用手法推拿:患者取卧位,用按法(以上手拇指循按患者俞穴)、压法(双手掌按压背腰部,重点按压腰骶部)、斜扳伸腿法(患者侧卧,一手按其髂骨后外缘,一手推其肩前,两手同时反方向用力斜扳,时可闻及腰部弹响声)、搬腿(用手掌按压患者下腰部,另一手搬起患者下肢,由内上方提拉,力量由轻到重,幅度由小到大)。隔日 1 次,5 次为 1 疗程。

治则:活血消肿,通络止痛,理筋复位。

辨证特点:诊断标准:腰痛并沿坐骨神经走向出现放射性疼

痛、呈间断性发作或时轻时重持续；脊椎表现侧弯、腰椎前突消失，直腿抬高试验阳性，并伴下肢神经系统症状；X线、CT片示脊椎侧弯，腰椎前突消失，椎间隙变窄，左右不对称，椎体边缘骨质增生椎间盘退化改变。

临床疗效：疗效标准：痊愈：自觉症状及临床体征消失，恢复原工作生活。显效：临床体征大部分消失，自觉仍残留腰痛，恢复原工作生活。好转：仍有部分症状，较治疗前有好转。无效：无明显改善。本组100例，用1~4个疗程，治愈56例，显效32例，好转10例，无效2例，总有效率98%。

说明：本法通调气血，调益肝脾，疗效满意。

参考文献：针灸临床杂志，2000；16（7）：11~12

按摩处方（六十八）

取穴及操作方法：患者随机分为本组70例与对照组50例，均采用骨盆牵引法，每10日为疗程，疗程间隔2~3日。本组第1疗程牵引重量达自身体重，日牵引2次，每次50~60分钟；第2疗程牵引重量达自身体重的1/2，日牵引2次，每次40~50分钟；第3疗程重量同第2疗程，日牵引1次；以后则改为隔日牵引1次直到停牵。对照组同本组第1疗程方法。

推拿：采用一松二压三旋转三步推拿疗法。松：包括滚法、揉法、按压法、弹筋法、劈打法，每次15~20分钟，日1次。压：包括直腿抬高足背伸加压法和俯卧位后伸按压法，各连续操作3~5次。牵引第1疗程后5日每日1次。旋转：屈髋髌旋转摇晃法和腰部三板法，与牵引同步，日1次；坐位定点旋转复位法，在牵引的第1疗程后5日隔日1次。

治则：疏通经络，理筋复位。

临床疗效：疗效标准：优：症状体征消失，直腿抬高试验可达80度以上，恢复原工作。良：症状体征基本消失，直腿抬高试验可达60度以上，可恢复原工作或调换轻工作。可：症状部分消失，腰

部活动,直腿抬高试验明显改善。差:症状体征与治疗前比较无明显改善。两组分别优 50、24 例,良 13、15 例,可 6、8 例,差 1、3 例,总有效率 98.6%、94.0%;随访半年~2 年,本组复发率低于对照组($P < 0.05$)。

参考文献:中国中医骨伤科杂志,2000;8(3):28~29

按摩处方(六十九)

取穴及操作方法:用疏筋通络法(俯卧,术者用双手掌根沿患者脊柱两侧从痛部至腰骶部揉按 3 遍,双手拇指自上而下点按华佗夹脊穴 3 遍)、定点斜扳复位法(侧卧,患侧肢体在上自然屈曲,对侧腰体伸直,术者一手推肩,另一手按臀,向相反方向用力,使突出间盘上下之椎体旋转)、牵引法(俯卧,助手拉其腋下,术者握其足踝,进行拔伸牵引,并快速抖动下肢,以患侧下肢为主)、振颤法(俯卧,术者双手掌叠加于患椎棘突上,做连续振颤动作,用力均匀,以热感从腰部徐徐向上传至颈或背部为宜)、点按法(俯卧,术者双手拇指点按双侧心俞,脉冲式用力,由轻至重,约 2 分钟后用拇指指腹轻轻揉按数次,拇指点按单侧内关穴)、放松法(俯卧,术者自下而下顺序揉滚、击打患者背、腰、臀部,直至下肢足踝 3 遍)治疗,日 1 次,10 次为 1 疗程。

治则:活血通络,理筋止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状完全消失,直腿抬高试验可达 90 度左右,能恢复原工作。显效:症状大部分消失,直腿抬高试验超过 70 度,可恢复原工作。好转:症状部分消失,直腿抬高试验较前显著改善,可担任较轻工作。无效:症状无明显改善,不能参加原工作。本组 60 例,痊愈 29 例,显效 14 例,好转 10 例,无效 7 例。

参考文献:河北中医药学报,2000;15(2):39

按摩处方(七十)

取穴及操作方法:手法:患者仰卧硬板床上,两手紧握床头,胸部垫一枕头,一助手两手固定于患者两腋下,另两助手握住患者两踝关节,牵引前先在患椎周围行分筋、理筋等按摩手法,尽量使肌肉松弛,然后在统一指挥下,向相反方向牵引2~3分钟(注意此时一定让患者的腹部悬空),医者两手拇指在患椎处用力按压7~10次,再用拳头轻轻捶打10数次,然后逐渐放松直至停止牵引。嘱患者仰卧硬板床上,尽量少翻身及屈膝,3日后可下地活动。效果不显,5日后可再行手法治疗。

治则:活血通络,理筋复位。

辅助治疗:用活血祛痛散(桃仁、红花、当归、白芍、大黄、制没药、川牛膝、麻黄、甘草各30克,三七粉20克,全蝎、炮山甲、土鳖虫各40克,共研细末)15克/日2次黄酒冲服,15日为1疗程。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状体征完全消失,能恢复原来的工作。有效:症状体征基本消失,唯残留腰部不适及小腿麻木感。无效:症状体征无改善。本组80例,痊愈41例,有效32例,无效7例,总有效率91%。

参考文献:时珍国医国药,2000;11(7):647

按摩处方(七十一)

取穴及操作方法:用牵引床(天津产SS-124TDYI微机)控制间歇牵引,重量在40~55千克,间歇、持续时间5次/20分钟。推拿手法:用双手在患者腰背部及双下肢施用揉法、推法、点法、按法。并用牵抖法、侧扳法、叩击法、侧牵摇晃屈膝归合法、拢腿运腰法、鲤鱼打挺法治疗。最后用点压法、盘腰法、疏揉法结束治疗。

治则:疏通经络,活血消肿。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状消失或遗有轻度不适,直腿抬高试验75度以上,跛行消失,脊椎侧弯消失,恢复原工作。好转:

腰痛伴腿痛明显减轻,直腿抬高试验 60 度左右,脊椎侧弯消失,能恢复工作。进步:自觉症状消失,脊椎侧弯基本矫正,能坚持工作。无效:治疗后症状、体征无明显改善。本组 230 例,治愈 161 例,好转 32 例,进步 12 例,无效 5 例。

参考文献:中国骨伤, 2000;13(6): 369

按摩处方(七十二)

取穴及操作方法:(1)纠正脊柱侧弯,松解肌肉痉挛。先以轻柔的滚法和按揉法施于腰部,重点在患侧。拇指推按法:以脊柱左侧弯为例,医者站于患者右侧,双拇指重叠按于右侧腰椎旁,向对侧推按,重点在侧凸处,反复 5 次。可加用腰椎斜扳法。

(2)松解臀部肌肉紧张。仍以滚法和按揉法施于臀部,沿臀大肌走行方向。可在痛点行肘按法。弹拨理筋法。沿臀大肌的外侧紧张区行理筋手法,再施于弹拨法,重点在髂嵴处和臀大肌与臀中肌交会处,反复 4 至 6 次。最后在局部施于按揉法,擦法结束治疗。

治则:缓解肌肉痉挛,松解粘连,消肿止痛。

治疗机理:手法具有松解粘连,解除肌肉痉挛,改善局部血液循环,促进组织修复等作用。对本病的治疗,一是通过解除痉挛的软组织对血管、神经的卡压,减少其对神经、血管的刺激或压迫,从而使疼痛减轻或消失;二是改善局部的营养状况,促进损伤后炎症介质的分解、稀释,使损伤后的软组织得以修复。三是通过针对性的手法,消除软组织之间的异常应力,重建力学平衡,恢复软组织的生物弹性。

临床疗效:本文统计 36 例病人,其中男性 24 例,女性 12 例;年龄最小者 18 岁,最大者 60 岁;病程最短 20 天,最长 10 余年;有外伤史者 22 例;腰 4、5 椎间盘突出症 18 例,腰 5 骶 1 椎间盘同时突出者 12 例,腰 4、5、腰 5 骶 1 椎间盘同时突出者 4 例,腰 3、4 椎间盘突出者 2 例。治疗结果

36例病人经以上手法治疗,每日一次。结果治愈26例,好转10例,近期观察治疗有效率为100%。疗程最短者12天,最长者32天,平均治疗次数为18次。

说明:腰椎间盘突出症伴发臀筋膜劳损的特点:①常发生于腰椎间盘突出症的恢复期中,经过常规手法及腰椎牵引等治疗,腰痛及下肢疼痛明显好转,主要表现以臀部疼痛为主。②疼痛与体位有关,弯腰及翻身时痛甚。③晨起时或久行后自觉患臀较紧张,自行用手按揉后自觉痛有所减轻。④体检发现:绝大多数病人都可见患侧骶棘肌、臀大肌紧张,有24例患者脊柱呈不同程度的侧弯畸形。在臀大肌的外侧可触及一片状紧张区(从髂嵴沿臀大肌向外向下),有30例局部触及条索状物。在髂嵴处或臀大肌与臀中肌交会处往往可触及一较明显的压痛点,按压此痛点,有20例病人可牵涉及臀下方及大腿上后侧疼痛。直腿抬高试验致臀部疼痛加重,而下肢放射痛不明显。

参考文献:王春林等,云南中医中药杂志,1996;17(6):51~52

按摩处方(七十三)

取穴及操作方法:先令病人俯卧,行舒筋、展筋手法,使患者放松后分别点按腰部及患肢前、外、后侧穴位(腰俞、肾俞、环跳、承扶、委中、承筋、承山、昆仑、太溪、风市、阳陵泉、阴陵泉、足三里、涌泉穴),最后令患者仰卧放松,用掌根压按股动脉根部1~3分钟,以感至股动脉搏动强烈为准,然后突然抬起掌根,以病人自觉有热气自大腿根部冲向足部为佳,疗程10~20次。

治则:舒筋活络,通脉止痛。

临床疗效:本组50例,治愈35例,显效11例,有效4例。

说明:本法舒筋活络,活血通脉,疗效满意。

参考文献:中国民间疗法,1999;7(7):21

按摩处方(七十四)

取穴及操作方法:患者取患侧卧位, $L_3 \sim L_4$ 或 $L_4 \sim L_5$ 硬膜外穿刺成功后, 注入 2% 利多卡因、确炎舒松, 当归注射液, 维生素 B_1 和 B_2 等混合液 20 毫升, 平卧观察 15 分钟, 等血压、脉搏平稳, 药物发生作用即可行推拿整复。主要用骨盆牵引、斜板腰椎、摇髋旋腰、直腿抬高等, 整复后腰部缚绕腰围, 卧硬板床 1 周, 禁止活动, 定时翻身。3 个月内不得抬举重物及持续弯腰旋转活动。

治则:活血通络, 消肿止痛。

临床疗效:本组 53 例, 治愈 16 例, 显效 23 例, 好转 14 例, 总有效率 100%。

参考文献:中医外治杂志, 1999;8(3): 39

按摩处方(七十五)

取穴及操作方法:先在脊柱康复保健床上做倒立牵引, 每次 15 ~ 30 分钟。牵引后用推拿手法: 放松手法(牵引时或牵引后, 用滚、揉、推等手法, 施治于患者腰背部或患侧下肢, 重点是患处和腰骶部, 以患者紧张的肌肉放松或局部有热感为度)、点穴止痛法(用拇指点按大肠俞、肾俞、腰阳关、环跳、风市、承山等穴和疼痛反应点, 每穴 1 ~ 2 分钟)、矫正手法(对脊柱生理曲度变直、侧弯, 椎后小关节紊乱者, 用肘按法、腰部三扳法、腰椎旋转复位法来矫正畸形和小关节紊乱)、被动运动法(对患者腰骶关节、髋关节、膝关节被动运动 3 ~ 5 次), 再用放松手法结束治疗。日 1 次, 12 次为 1 疗程。

治则:疏通经络, 复位止痛。

临床疗效:疗效标准: 治愈: 腰部活动功能恢复正常, 椎旁及下肢放射性疼痛消失, 恢复工作能力。显效: 症状体征大部分消失, 无反复发作者。好转: 症状体征稍有改善。无效: 治疗后症状体征无改善。本组 52 例, 用 1 ~ 3 个疗程, 治愈 38 例, 显效 11 例, 有效

2例,无效1例。

参考文献:现代中西医结合杂志,2001;10(7):658

按摩处方(七十六)

取穴及操作方法:随机分为两组各25例,均进行中西医结合治疗:腰椎牵引每日2次,持续30分钟;用平补平泻手法针刺秩边、环跳、委中、足三里等穴,日1次;沿神经根及其分布区域采用按、点、揉、拿等方法进行按摩;超短波、电脑中频理疗。本组加强健康教育,包括入院介绍、卧床休息与体位、心理卫生宣教、有关疾病知识和治疗教育、饮食和药物指导、功能锻炼指导以及出院指导等。

治则:活血通络,舒筋止痛。

临床疗效:疗效标准:临床治愈:患者症状及体征消失,直腿抬高试验 $>80^\circ$,患肢功能恢复,能参加正常工作。好转:症状大部消失,症状明显减轻,直腿抬高试验 60° ,能从事较轻的工作。无效:症状及体征无明显改善。两组分别临床治愈16、7例,好转8、13例,无效1、5例,两组疗效比较有显著性差异($P<0.01$)。

说明:采用中西医结合治疗,并加强健康教育,疗效满意。

参考文献:现代中西医结合杂志,2001;10(1):封三

按摩处方(七十七)

取穴及操作方法:坐位,双下肢尽量伸展,两手支撑床面,牵扳者单腿跪于患者背后,膝关节顶住其疼痛明显部位,双手搂抱患者腋下,做好扳牵准备。助手针刺奇功穴(在患肢用左手食指和中指屈曲从髌下沿胫骨嵴向下滑动,当两指下有轻松感或落空感时,于胫骨外侧旁开0.5厘米处,或用内外踝中央连线沿胫骨前嵴垂直上行14厘米,向外侧旁开0.5厘米处),进针1.5~2寸,得气后,并向上传导至腰部疼痛处,提、插、捻、转2~3次,嘱患者深吸一口气,用力咳嗽,牵扳者根据CT片提示的突出部位,上提并旋转患

者腰部,拔针。让患者平卧 15 分,活动下肢,下床行走。日 1 次,治疗 1~3 次。

治则:活血化瘀,通筋活络。

临床疗效:疗效标准:治愈:疼痛消失,行走自如,腰部和下肢可有酸胀,直腿抬高试验正常。好转:腰部及下肢放射痛减轻,可下地行走,直腿抬高试验正常。显效:下肢放射痛明显减轻,但腰部症状无明显改善,直腿抬高试验阳性。无效:症状无改善或加重。本组 62 例,治愈 38 例,好转 12 例,显效 8 例,无效 4 例,总有效率 93.5%。

说明:本法活血化瘀、祛风散结、通经活络、强腰壮肾,疗效满意。

参考文献:中国骨伤, 2000;13(9): 521

按摩处方(七十八)

取穴及操作方法:按摩法:患者俯卧于按摩床上,沿脊椎两侧从背部到腰骶部用双手掌反复按揉数遍,在腰骶椎两侧用手掌根反复按揉 5~6 遍。在病变部位压痛点对侧腰 1~5 椎旁开 5 厘米的骨缝中用双拇指和肘尖部连续按压 5 分钟,再避开压痛点的上下方用双拇指连续按压 5 分钟。然后再在压痛点上用拇指或肘尖交替进行按压和按揉 10~15 分钟,用拇指或肘尖按压肾俞、环跳、承扶、委中、承山、昆仑及臀部、腿部过敏点。按压足三里、阳陵泉、照海等穴位。每次不少于 35 分钟,日 1 次。

牵引法:患者俯卧牵引床上,术者用双手叠掌,沿脊柱两侧推揉数遍后,再加大牵引力,用手掌或掌根推揉健侧腰部重揉患侧腰部,特别是压痛点,然后用拇指或肘尖部拨、压腰部压痛点。再增加牵引力至患者能忍受为度,用双手叠掌以手根部闪按腰 4~5 椎棘突间隙或腰椎间盘突出相应部位数次,停留 30 分钟后,先松解上端布带,用手掌轻推轻揉腰 1~5 椎棘突两侧,再松解下端布带,推揉下肢,用拇指或肘尖按压臀部以下压痛点,日 1 次。

治则:疏通经络,理筋复位。

辅助治疗:中药用强腰壮骨止痛汤:熟地、山萸肉、鹿角胶、炒杜仲、金狗脊、淮牛膝、续断、秦艽、破故纸、制乳没、细辛、生山楂、炙甘草,随症加减,日1剂水煎服;药渣拌醋炒热,装入布袋局部外敷。

临床疗效:疗效标准:优:疼痛消失,行动跑步自如,恢复正常工作。良:疼痛基本消失,行动跑步虽无障碍,但过重活动有轻度疼痛与不适,恢复正常工作。进步:疼痛减轻一半,行走及跑步轻度障碍,仅能做一般轻体力工作。差:无改进,不能恢复原有工作。本组86例,用1~3个月,优47例,良26例,进步11例,差2例,总有效率97.7%。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):32~33

第三腰椎横突综合征

第三腰椎横突综合征是常见的腰背痛疾病之一,是以第三腰椎横突部明显压痛为特征的慢性腰痛,是腰肌筋膜劳损的一种类型。由于第三腰椎居全腰椎之中心,活动度大,其横突较长,抗应力大,劳损机会多,故易产生腰痛和臀部痛。多见于青壮年。尤以体力劳动者为最多见。男性多发,半数以上有外伤史,主要表现为腰痛或腰臀部弥漫性疼痛,可扩散大腿后侧、内收肌处至腘窝平面,很少涉及小腿,晨起或弯腰疼痛加重,有时翻身及步行困难。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)首先在局部用滚法或揉法,自下而下往返3~5次,使局部痉挛肌肉逐渐放松。

(2)按压肾俞、秩边、巨髎、环跳、委中以疏通经气。

(3)在第三腰椎横突处先用指按,弹拨手法,在与条索状硬结相垂直方向上弹拨,与上下按揉手法交替进行,反复3~4次,可根

据情况配合腰部后伸被动运动。

(4)以擦法沿骶棘肌纤维方向治疗,以透热为度,上述手法每日一次。

(5)用2%普鲁卡因5~10毫升加米塞松A5毫升,注射用水5毫升,注射在第三腰椎横突顶端及周围,每周一次。以上治疗一周为一疗程。

治则:缓解痉挛,疏通经气,消肿止痛。

临床疗效:治愈:腰痛消失,腰部活动正常。好转:腰痛基本消失;局部稍有疼痛,乏力,腰部活动正常;差:腰痛减轻,局部仍有压痛,腰部活动不利。结果用上述方法治疗,最短一个疗程,最长5个疗程,34例中,治愈25例,好转8例,差1例,总有效率为97.5%。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995:(6):675

腰椎骨质增生症

腰椎骨质增生症亦称腰椎肥大性脊柱炎、腰椎退行性脊柱炎、腰椎老年性脊椎炎和腰椎骨关节病等。本症可分为原发性和继发性两种。原发性腰椎骨质增生,主要是生理性退行性变,多见于老年人;继发性腰椎骨质增生,大多继发于腰椎损伤,慢性劳损,长期过度运动等,发病年龄相对小些。临床多数病变患者长期可无明显症状,但由于轻微扭伤,过度劳累,搬、提重物而出现腰痛。有的患者开始感觉腰背酸痛、僵硬,夜间、晨起活动过多或劳累以及天气变化时症状加重。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者俯卧,术者用掌跟自尾椎两旁揉按至颈部,往返5~15分钟,然后自长强穴始,用食指及拇指将皮肤提起进行推捏,循脊而上至第3颈椎,每遍捏到患处时重复5~10次,

并揉按片刻,往返10~15遍,每日1次,7日为1疗程,疗程间隔1日。

辅助治疗:药熨:穿山甲、食盐各30克,地鳖虫、白藜、远志、甘松各20克,生半夏、生南星、续断、细辛各15克,生川乌、生草乌、白芥子、阿魏各10克。酒炒研末,用陈醋与童便各半拌湿、炒热熨患处,日1次,每次40分钟。

治则:活血化瘀,散寒止痛。

临床疗效:共治疗本病30例,其中颈椎骨质增生4例,胸椎2例,腰椎24例;病程1~15年。治疗后,症状及体征完全消失、椎体活动正常24例,好转3例,减轻3例。疗程6~29日。

参考文献:黄际群,四川中医,1986;4(6):14~15

按摩处方(二)

取穴及操作方法:主要以推、揉、滚、弹、拨、按压、理顺、滑按及动法;取命门、肾俞、环跳、委中、阳陵泉、气海、足三里穴和腰、臀、腿部长痛点,以腰骶部和受牵连的下肢为主,每次旋术30分钟,刺激量依据患者承受力而定。1~2日1次,15次为1疗程。

治则:疏通经络,宣通气血,活血化瘀,滑利关节。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状消失,腰部活动自如,恢复工作。显效:症状基本消失,腰部活动无不适,但劳累受寒或气候变化,腰仍疼痛。有效:症状改善,腰部活动尚可,能做一般工作。受寒或过劳后疼痛。无效:症状无明显改善。本组51例,治愈17例,显效24例,有效7例,无效3例,总有效率94.2%。

说明:本法疏通经络,宣通气血,活血化瘀,滑利关节,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(5):35~36

按摩处方(三)

取穴及操作方法:取腰阳关、肾俞、大肠俞、腰部阿是穴、承扶、

第五章 骨伤科疾病

殷门、委中、承山、环跳、阳陵泉,手法用滚法为主,以扳、擦法为辅。俯卧,先嘱患者放松腰肌,然后用重滚法施于腰椎及两侧,待患者腰部有轻松舒适感时,再用拇指或肘部按压腰阳关、肾俞、大肠俞、腰部阿是穴。伴有下肢麻木或牵痛等症状,医者在其腰部后侧自上而下继续施用滚法,待症状缓解后,再配合按承扶、殷门、委中、承山诸穴。患者侧卧,医者站于后侧,一手扶住患者肩前部,另一手扶住臀部,然后两手同时向相反方向用力做扳法,左右各1次。有下肢麻木或牵引痛者,沿其腿部外侧自上而下反复施用滚法,并配合按压环跳、阳陵泉二穴。患者坐位,上身稍向前俯,两肘撑在大腿上,医者站于一旁,用擦法施于腰椎及其两侧,待腰部有暖热感后即可。配合腰部热敷法,效果更佳。日1次,每次30分钟,10次为1疗程。

治则:补肾强腰,活血通督,消肿止痛。

临床疗效:本组67例,用10次~7个疗程,基本痊愈23例,好转24例,无效8例,总有效率88%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):17

按摩处方(四)

取穴及操作方法:滚法,患者俯卧位或侧卧位,从骶部开始至第七颈椎下用滚法往返滚动10~13次,再从双侧腰部沿足太阳经膀胱经从大腿至小腿到足跟部滚动5分钟。点按穴位:患者俯卧或侧卧位,术者用拇指点按命门,腰阳关5分钟,再用肘部点按肾俞、大肠俞、环跳(均双),然后在肾俞穴至大肠俞附近寻找有索状或硬结的软组织且压痛明显的部位,用双拇指点按加弹拨治疗约10分钟,在患肢的殷门、委中、承山、阳陵泉、点揉3~5分钟。斜扳法:患者侧卧位,上方下肢屈髋屈膝,下方下肢伸直,术者立于患者前面,将双肘分别放在患者的肩部及臀部,运用肘部将患者肩部向外推的同时将臀部向内侧扳,使脊柱在纵轴上突然旋转,此时可闻及喀嗒声为佳。本法无骨质疏松者可用。叩击法:患者取俯卧

位,不能俯卧者取侧卧位,术者五指并拢成空心掌,叩打肾俞(双)、大肠俞(双),在患肢沿足太阳膀胱经和足少阳胆经的穴位上从大腿至小腿往返叩打3~5分钟。

治则:疏通经络,消肿止痛。

临床疗效:本组111例,优76例,良23例,可10例,差2例,优良率89.2%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(3):36~37

腰肌劳损

腰肌劳损为常见病之一,临床多以腰背肌纤维、筋膜等软组织病变为主,其发病缓慢,腰部疼痛病程缠绵,时轻时重,损伤后局部出现渗液,组织变性水肿,久病肌力下降,组织粘连,压迫和刺激神经而形成腰痛,其临床表现有广泛压痛,甚压痛不明显,劳累后加重,休息后减轻,并与气候变化有关,腰腿活动一般无明显障碍,腰脊柱侧弯后下肢牵掣疼痛,治以补肾强腰,活血化瘀,祛风通络为原则。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:俯卧位:用掌根推、揉、压背腰部膀胱两侧线数遍,拇指挤压腰部两侧,点压三焦俞、肾俞、大肠俞、环跳穴,多指捏掌揉拨腰部两侧肌肉,搬推晃动腰部,掌根揉压推按腰部。下肢:手掌揉,多指揉压及点压殷门、委中、承山穴;多指揉拿与掌推扶结束。仰卧位:手掌推下肢后外侧,再多指揉拿,点足三里、太溪穴,手掌推扶结束。共约20分钟左右。腰部受寒冷潮湿时局部加揉法,腰痠困多用拨法,困痛多用压法。

治则:活血化瘀,益肾强腰,通络止痛。

临床疗效:痊愈41例,显效6例,治疗次数40~120次。

参考文献:刘申,按摩与导引,1986;(2):13

按摩处方(二)

取穴及操作方法:俯卧位:用掌根推、揉、压背腰部膀胱两侧线数遍,拇指挤压腰部两侧,点压三焦俞、肾俞、大肠俞、环跳穴,多指捏掌揉拨腰部两侧肌肉,搬推晃动腰部,掌根揉压推按腰部。下肢:手掌揉,多指揉压及点压殷门、委中、承山穴;多指揉拿与掌推扶结束。仰卧位:手掌推下肢后外侧,再多指揉拿,点足三里、太溪穴,手掌推扶结束,共约 20 分钟。腰部受寒冷潮湿时局部加用揉法,腰痠困多用拨法,困痛多用压法。

治则:益肾强腰,散寒除湿,通络止痛。

临床疗效:47 例,结果:痊愈 41 例,显效 6 例。

参考文献:按摩与导引,1986:(2):13

按摩处方(三)

取穴及操作方法:按摩用大小鱼际在骶棘肌部位行滚、揉法 5 分钟,然后用拇指由背部向臂部行直推法推骶棘肌 3 分钟,再点按肾俞、命门、腰阳关、次髂、委中、腰骶部阿是穴 3 分钟,接着双手掌重叠按压脊柱及腰部 2 分钟,最后以手掌在腰部进行摩法 5 分钟结束。日 1 次,10 次为 1 疗程。

治则:补肾温阳,活血通络,散寒止痛。

辅助治疗:中药热熨:用生草乌、生川乌、续断、桑寄生、白芷、透骨草各 20 克,杜仲、川芎、红花、细辛、麻黄、羌活、木瓜各 10 克,桃仁 15 克。煎煮过滤取汁,加入陈醋 50 毫升。取 15 厘米×15 厘米大小 5 层厚的纱布垫 1 块,放入药液中浸湿后,放置于腰骶部,外盖 1 块塑料薄膜,电热垫放于薄膜上,接通电热药物枕中的电热垫度装置(云南省中医院生产)的电源。每次 20~30 分钟,日 1 次,10 次为 1 疗程。

临床疗效:疗效标准:治愈:腰痛症状消失,腰部活动自如。好转:腰痛减轻,腰部活动功能基本恢复。未愈:症状无改善。诊断

标准:符合国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》。本组 83 例,治愈 70 例,好转 11 例,无效 2 例。

说明:本法益肾壮腰,温经散寒,活血化瘀,祛风胜湿,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(6):30

按摩处方(四)

取穴及操作方法:顶压法:站立位或斜靠、半蹲位,双手反支撑于桌边,使棱角对准病灶部位顶压,力量大小以局部痠、麻、胀、痛为宜,每次 4~8 分钟。按摩法:以痛点为中心,小幅度上、下滑动身体和内、外摇动,或轻旋转上半身,每分钟 40 次左右,一般按摩 5~10 分钟。

门框棱角擦摩法:站立或斜靠位,脊柱对准门框棱角,缓慢进行左右、上下擦摩胸腰背部皮肤,肌肉,尤以胸腰棘突和双侧骶棘肌,时间 5~10 分钟,可重复使用,直局部疼痛缓解为止,每周 1~2 次。撞击法:站立位,利用体重对督脉、膀胱经向桌角反复撞击,约 60~90 次,直腰背部有痠、麻、胀、痛感。

治则:舒筋活络,理筋复位。

临床疗效:本组 56 例中 41 例坚持治疗,随访 6 个月,有效率 73.21%。

参考文献:中国民间疗法,1999;7(3):9~10

按摩处方(五)

取穴及操作方法:用揉按滚拿法(患者俯卧,用手掌揉按脊柱两侧足太阳膀胱经,从上至下 3~5 次,并用滚法施术 2~3 分钟;对腰痛点及腰肌痉挛处用拿法,由上至下 3~5 次)、拨络点穴法(用拇指拨动腰部肌群,以有剥离感的肌腱为主,3~5 遍;用点穴加镇定法点按痛点及肾俞、腰阳关、承扶、委中和腰痛反应点等穴)、斜扳牵引法(斜扳腰椎左右各 1~3 次,双手拿患者双踝向上

第五章 骨伤科疾病

方牵引2~3分钟,再用力抖动3~5次,也可用机械牵引床)、热擦拍打法(用冬青油膏抹于患者腰骶部作直擦,以透热为度),最后用拍打棒拍打腰部和下肢3~5遍。功能锻炼:仰卧起坐连续做20~30次;飞燕式运动(俯卧,上半身和下肢向上同时抬高,每次抬高后停10秒左右再放下)10~20次;站立压腿或仰卧直腿抬高活动,20~30次;旋转腰部活动,并放松腰部肌肉,每日早晚坚持锻炼。

治则:舒筋活血,松解粘连,滑利关节。

临床疗效:疗效标准:痊愈:以腰部疼痛完全消失,功能活动恢复正常。好转:腰部症状基本消失,但劳累后有不适感或活动轻度受限。无效:治疗前后症状无明显改善。本组53例,痊愈40例,好转12例,无效1例,总有效率98%。

说明:本法舒筋活血,松解粘连,滑利关节,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):38

按摩处方(六)

取穴及操作方法:1. 患者俯卧:一助手握住患者一侧腋部,一助手握住足踝,同时用力对抗牵引。术者用双侧大拇指沿脊柱两侧足太阳膀胱经自上而下点揉,在肾俞、大肠俞作重点点揉后,再沿足少阳胆经点揉环跳至昆仑穴。

2. 术者一手按住腰骶关节部位,另一手扳起大腿下端,缓缓将下肢向后上方提拉,然后用力一晃一拉,听到或感到患者腰部有“的答”响声即将患者腿部放平,没有响声不必勉强。

3. 医者用手掌和小鱼际的力量,沿督脉方向路线自上而下按推到骶部,并沿大腿后侧、外侧推到足部,推要深透有力,不能轻浮。

治则:活血通络,舒筋止痛。

临床疗效:痊愈177例占98.3%(1次手法者147例,2次30例),好转3例占1.7%(2次手法者2例,3次1例)。

参考文献:钱忠权,浙江中医学院学报,1985;9(6):25

腰腿痛

腰腿痛不是病名,只是一个症状。中医骨伤科将其归为一类症候,属腰部伤筋范畴。腰腿痛在体力劳动者、运动员和演员中极为常见,有的仅有腰痛,有的合并一侧或双侧下肢痛。产生腰腿痛的原因很复杂,内、外、骨伤、妇产、神经等科疾病均可产生,如腰部的急性或慢性损伤、感染性疾病、非化脓性炎症、退行性变、结构性缺陷、功能性缺陷、内脏疾病等均可表现以腰腿痛为主的症状。临床表现:腰部疼痛,局部肌肉痉挛,腰部活动受限,或出现一侧或双侧下肢反射性或放射性疼痛等,临床诊断须详细询问病史和劳动、生活情况,结合周密细致的检查以及不同系统的特征表现及共性表现,综合作出正确的诊断。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:用掌推腰骶法(患者俯卧位,医者站于其左侧,单掌自上而下重推督脉和两侧膀胱经络线,左侧为主)、拨理腰骶法(双拇指重叠,拨左侧髂腰韧带,大拇指顺韧带理筋数次,并按其中心1分钟)、拍击腰骶法(用弹簧拍或单空掌拍击下腰部2~3分钟)、揉压下肢法(单掌揉左臀部,双手多指揉左下肢后肌群,肘拨承扶穴,双拇指按压环跳、殷门穴及跟腱)、屈腰引伸法(将左下肢尽可能屈膝屈髋到最大限度,用腋窝夹持患者的小腿,尽量向下牵拉引伸抖动,双拇指按压巨髌、髌关穴1分钟后结束手法治疗)。并用髂腰韧带封闭:抽取1%利多卡因4毫升、曲安松2毫升、维生素B₁₂2毫升,混合后于髂腰韧带压痛最明显处作局部浸润注射,必要时5日后重复注射1次。

治则:活血通络,舒筋止痛。

临床疗效:本组26例,1次治愈4例,2次治愈17例,2次以

上治愈 5 例。

参考文献:中医正骨, 2000:12(6):43~44

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患侧向下卧位,硬膜外穿刺成功后用 0.5% 利多卡因 5 毫升,观察 5 分钟后无不良反应再用 0.5% 利多卡因 20 毫升,强的松龙 50 毫克,VB₁100 毫克,透明质酸酶 300 单位,改平卧位观察 10 分钟,硬膜外封闭生效后用手法按摩。先俯卧位,胸部和髋部各垫一约 10 厘米沙袋,术者双手叠压其腰部,每分钟向下冲击按压 30 次左右,按压 50 次左右。再取侧卧位,贴近床面的下肢伸直,另一下肢屈曲,一手按肩,一手按臀,左右斜扳 5~10 次,两侧交替。改仰卧位,患者患侧逐步做直腿抬高试验,左右摇摆 4~5 次,下肢伸直,腰下垫一高约 10 厘米长方形沙袋 10~15 分钟,术后卧床休息 1 小时,再下床活动,出现心悸等对症处理。

治则:活血通络,消肿止痛。

临床疗效:疗效标准:优:症状消失或明显减轻,恢复正常体力活动。良:症状减轻能参加一般体力活动。无效:症状体征均无好转。本组 60 例,近期疗效优 35 例,良 21 例,无效 4 例。

参考文献:黑龙江中医药, 2000:(3):51

按摩处方(三)

取穴及操作方法:弹筋法:患者取下蹲式,头略低,医者左手拉住患者衣领,右手拉住患者背部衣服下端,用力震动 3~4 次。让患者立即站起,再迅速蹲下,然后再站起,用同法震动 3 次。最后将患者的躯干向后仰至最大限度 2 次左右,再弯腰 2 次。作上述治疗时,可配合平推法舒展背部斜方肌、背阔肌等。

滑按法:患者取立姿,医者用食指及中指按住(压痛点处)条索状结节,嘱患者咳嗽、深吸气、转头或弯腰,医者手指用力向左右或上下推按这些结节,反复 3~4 次,以结节逐渐消失,压痛逐渐减

轻为准。

穴位刺激法:取双侧秩边穴、双侧居髂穴和环跳穴。嘱患者站立,找准第1穴,患者一起一落抬腿,抬腿同时用力向下推按,而后三穴轮流或同时进行,直至双腿感觉轻松为止。或者患者俯卧,医者逐点按压,使患者局部有痠、麻、胀和透热的感觉,向下放射至小腿或足跟。日1次,10次为1疗程。

治则:疏通经络,活血止痛。

临床疗效:诊断标准:参照《运动创伤检查法》(北京医学院第三附属医院,北京运动医学研究所编,北京人民体育出版社,1975年)。劳累时疼痛加重,休息后症状缓解,疼痛性质呈隐痛或痠痛;病痛部位自第1腰椎至第5骶椎棘突及骶髂关节处,多数病员牵及髋关节;两侧骶棘肌的下部有明显压痛点;直腿抬高试验和屈颈试验均阴性,X线片无明显阳性发现。疗效标准:参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》(南京大学出版社,1994年)。治愈:治疗后临床症状和体征均消失,经随访观察1年以上无复发。显效:临床症状和体征均消失,但1年之内有复发,经继续治疗仍然有效。有效:主要症状明显改善。无效:治疗后症状无变化。本组118例,治愈61例,显效34例,有效14例,无效9例,总有效率92.4%。

参考文献:中医杂志,2000;41(5):283

按摩处方(四)

取穴及操作方法:I类腰腿痛用腰骶部滚按法、双手拇指揉拨腰部、单手拇食指按揉肾俞、大肠俞、膀胱俞、志室等穴、拳叩腰骶部、点按环跳、委中、承山,拿昆仑、阳陵泉、双掌叠按腰部、斜扳腰部、擦腰骶部,共15~20分钟,日1次。II类腰腿痛用弹拨法,加点按委中、拿昆仑、推抚下肢法,共5~10分钟,隔日1次或日1次。

治则:补肾强腰,活血通络,舒筋止痛。

临床疗效:本组 386 例,痊愈 267,显效 106,好转 10,无效 3,有效率 99.2%。

参考文献:湖北中医杂志,1999;21(1):42

按摩处方(五)

取穴及操作方法:用解疼晃腰法(患者俯卧,术者两手平放于腰骶部,大小鱼际肌抵于一侧腰背肌,进行左右晃腰动作,手法由轻到重,持续 5 分钟)、舒筋止痛法(在腰背肌的全外缘,用双拇指与脊柱矢状切面成 45 度角方向,进行自上而下的柔压动作约 5 分钟)、拇指点穴法(用大拇指进行点穴按压,自环跳、承扶、殷门、委中、承山至昆仑各 1 分钟,再沿足太阳膀胱经循行方向,从承扶开始用两拇指垂直并拢从上到下点揉三遍)、肢体放松法(用手小鱼际和掌面,先后在两下肢的后侧进行劈、揉、滚、抹、拍等手法各数遍)、左右斜扳法(进行腰椎左右侧斜扳法或用大腿后伸斜扳法)、关节松弛法(患者仰卧,两下肢屈髋屈膝,进行逆时针方向旋转运动 3 分钟)。如腰突症致腰腿痛者,先行腰椎机械牵引半小时,后用上法。

治则:活血通络,舒筋止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:腰腿痛消失或明显减轻,腰部侧弯消失或明显改善,腰部活动正常,腰部无明显压痛及下肢放射痛,直腿抬举阴性。好转:腰腿痛减轻,腰部侧弯改善,腰活动度改善,腰部压痛及下肢放射痛减轻,直腿抬举(±)。本组 108 例,治愈 81 例,好转 14 例,无效 13 例。

说明:本法缓解症状、消除病痛,疗效满意。

参考文献:光明中医,2000;15(4):21~22

按摩处方(六)

取穴及操作方法:患者取俯卧位,身体放松,术者立于床边靠近患者臀部,一手按压腰损伤处,另一手伸展五指紧贴大腿内收

肌,做好准备。开始先轻揉活动患者腰部,进行热身约5~10分钟左右,在患者无察觉及防备时,两手同时突然发力,在腰部的手向下按压患处,另一手用力抓提内收肌,然后松手,再轻揉缓解放松局部结束,总约20分钟。

治则:活血通络,理筋复位。

临床疗效:疗效标准:参照《中药新药临床研究指导原则》。临床治愈:腰痛及其相关症状全部消失,不影响活动及工作,随访3个月无复发。显效:腰部疼痛基本消失,仅劳累或天气变化时有轻度疼痛,功能恢复,不影响日常工作,或病情由重度转为轻度。有效:腰痛的症状和体征减轻或改善,但病情不稳定,有复发,对重体力劳动有影响。无效:临床症状和体征无变化,甚或加重。本组90例,显效43例,有效22例,无效25例。

参考文献:陕西中医药研究,2000;4(4):25

按摩处方(七)

取穴及操作方法:取三焦俞、肾俞、气海俞、关元俞、膀胱俞、中膂俞等穴位处涂上凡士林,用闪火法拔罐且可走罐治疗,每次10分钟,隔日1次,10次为1个疗程。

治则:补肾强腰,祛风除湿,通络止痛。

辅助治疗:用独活寄生酒(含独活、杜仲、川芎、秦艽各15克,桑寄生、穿山甲、鸡血藤、茜草各30克,炮附子9克,北细辛、制川乌各6克,当归20克,麻黄、桂枝各10克;腰痛严重加川断、狗脊;下肢痛加牛膝、千年健;下肢挛痛加伸筋草、木瓜;上肢痛加羌活;遇寒痛甚加制草乌、肉桂;阴雨天痛甚加木防己、薏苡仁;瘀血加地鳖虫、红花。1剂置大容器内,加高度白酒1500毫升封口,浸泡,每日摇动1次,10日后开始服用)15~20毫升/日2次口服,酒精过敏及肝病患者不能用此方。20日为1个疗程,用2个疗程,疗程间隔1周。

临床疗效:本组63例,均获效。其中39例自觉症状完全消

失,能够参加日常工作劳动;21 例自觉症状基本消失,能够从事轻体力劳动;3 例自觉症状部分消失,尚不能从事体力劳动。

说明:本法使风寒湿得除,筋骨强健,疗效满意。

参考文献:天津中医,2000;17(5): 24

按摩处方(八)

取穴及操作方法:患者俯卧位,常规消毒,主穴取腰阳关、命门;配穴取阿是穴、昆仑。进针前先按压穴位寻找痛点,使患者局部有痠胀的感觉,用毫针垂直快速刺入上穴,待得气后分别施以不同的手法;腰阳关、命门穴刺入 1~1.5 寸,施以捻转手法,并不断调整针刺方向,使针感传至病所,用“烧山火”手法守气 1 分钟,使腰骶部产生热感并逐步向四周扩散,以达助阳散寒之目的;阿是穴进针得气后,将针徐徐提至皮下,使针身与皮肤呈 45 度分别向上下,左右透刺,每一个方向的针刺都是由浅入深,分 3 次急进入深部,行气后运用手法边提边按边转,强度以患者能够耐受为度,同时施艾条温和灸,留针 30 分钟,间歇 5 分钟如上法行针 1 次。手法按摩,患者俯卧位,两腿伸直,肢体放松,医者先沿患者腰部两侧用拇指指腹轻轻按压放松,然后用双手大拇指沿脊柱两侧足太阳膀胱经用较重刺激的手法自上而下点、揉,在腰阳关、命门、肾俞、秩边、昆仑等穴作重点点揉,再以手掌或小鱼际的力量沿督脉经的路线自上而下反复推按 5~6 次,力度要深透有力,以腰部透热为度,最后拍击腰背部两侧的骶棘肌使皮肤温热为红。日 1 次,5 日为 1 疗程。

治则:温通督脉,强腰止痛。

临床疗效:诊断标准:参照《针灸学》(上海中医学院编,北京人民卫生出版社,1974 年)诊断标准。疗效标准:痊愈:临床症状完全消失,腰部活动自如,恢复正常工作。好转:经 5 次以上治疗症状缓解,但腰部仍有不适感,近期还不能作剧烈运动。无效:经 7 次以上治疗,症状仍未改善。本组 50 例,用 3~8 次,痊愈 43

例,好转7例,总有效率100%。

参考文献:安徽中医临床杂志,2000;12(4):333~334

按摩处方(九)

取穴及操作方法:在疼痛部位寻找最明显的痛点作为主点,在主点附近寻找具有痠胀感觉之副点,一般腰背部损伤的副点多在主点的上方,颈部的副点多在靠肩外下方,用右手拇指平压主点(或副点),其他四指顺时针旋转360度,使周围肌肉松弛,以左手扶患者,右手指对准上述主副点,用力点上。点在副点时,用力比主点要更大些,持续5分钟,然后用弹、拔、滚等放松手法,重复上述手法3~5遍为1次,按摩结束后,可用神灯或红外线局部照射,15日为1疗程。

治则:疏通经络,消肿止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状消失,肌力恢复正常,能参加正常劳动和工作。好转:症状明显减轻,肌力、功能有改善。无效:症状和功能都无改善。本组144例,腰背部疼痛78例中治愈51例,好转27例;颈肩部疼痛53例中治愈30例,好转22例,无效1例;四肢疼痛13例中,治愈7例,好转4例,无效2例。

说明:本法疗效满意,但不宜用于骨折并发感染及周围组织明显肿胀的患者。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(10):16

按摩处方(十)

取穴及操作方法:(1)按压法:用拇指对压痛点进行点按,由轻到重,再用双手掌重叠按压。

(2)滚法:用右手小鱼际沿脊柱及两旁进行滚法,反复数次。

(3)掌推法:用右手掌根沿脊柱及两旁反复推数次。再用双掌向腰部两侧横推数次。

(4)掌揉法:用单掌在腰背部进行揉法。

(5) 三扳法:患者俯卧位,自然放松,术者站在患者健侧,如右侧腰痛。①扳肩推腰:左手扳起患者肩部,右手在腰部痛处推压。②扳腿推腰:右手扳起患者大腿,左手在腰部痛处推压。③扳肩推臀:患者侧卧,患侧在上,上腿屈膝屈髋,下腿伸直,术者一手扳肩向后,另一的扳臀向前,使腰部旋转,推扳数次后,令患者放松,术者再逐渐用力,待有固定感觉时突然用力推之,此时腰部常发出响声。

(6) 仰卧晃腰法:患者仰卧位,术者站在患者侧方。令患者屈膝屈髋,术者双手置于小腿部环转摇,然后用力压小腿,使髋膝极度曲屈。最后伸直下肢。

(7) 抖腰法:快速抖动牵拉,使腰部肌肉放松,松解小关节的交锁、粘连,调整之错位。患者俯卧位,双手抓住床边,助手在前拉拉肩部,术者双手握住患者的踝部,术者与助手作对抗牵引,术者提起踝部先轻轻上下抖动数次,然后突然将患者迅速抖起。

(8) 腰部旋转法:患者坐位弯腰。助手用两腿夹住患者的右膝、踝部,术者坐在病人身后,左手从右腋下绕过放在患者左患颈部,顺手拇指放在脊突左侧,术者右手扳动患者,使患者腰部旋转,同时助手推右肩扳左肩,常可听到响声。

(9) 背挎法:医患背对背站立,双足分开与肩等宽,术者双手通过患者腋下,将患者双臂挽住,术者弯腰将患者背起,轻轻摇动或振颤数次放下。

(10) 虚掌叩击法:沿脊柱及两侧用虚掌叩击数次,使病人感到舒适。

上述各法要根据不同腰痛病而灵活运用。

治则:活血通络,舒筋止痛。

辅助治疗:封闭:无找到压痛点,消毒、每个痛点用强的松龙 25 毫克、0.5% 利多卡因 5 毫升进行封闭,进针深浅由病变部位而定,棘上韧带炎进针较浅,第三腰椎横突综合症进针较深。病变大

者可用伞形封闭。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状及阳性体征消失,劳动后不再复发。显效:症状明显减轻,体征明显好转。劳动后有加重。好转:症状及体征均有减轻,活动略有影响。无效:症状及体征均无明显改善。痊愈者900例,约占76%。显效者250例,约占21%。好转者39例,约占3%。无效者无。7到10天封闭一次,3到5次为一疗程,推拿手法每天或隔日一次。一个疗程多可见效。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995;(6):701~702

脊柱侧弯

脊柱侧弯是骨伤科常见病之一,其病因复杂,有的发病原因不十分清楚,有的长达几年,短的一年半载,往往不易发现,临床多表现为背部突出,胸背部疼痛加重,气短乏力,甚则背部一边高,一边低,肌肉萎缩等临床表现。X线检查,胸椎侧弯。治以“损其有余,补其不足”等法治疗。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:完全用按摩法,先取局部穴位为主,开始以按和推的手法,如胸椎侧弯都有肋骨改变,则以按和压的手法进行纠正。肋骨按摩开始手法要轻,首先把肋骨纠正正常生理曲度。开始按摩时让患者俯卧,按压10分钟后,让患者侧卧,这样坚持按20~30次后,肋骨开始变软,肌肉弹性增强,手法开始加强,以病人感到适应为准,这时要慎重,防止肋骨骨折。按摩时要适应肋骨弹性,不能用力过猛。

按摩胸椎时,病人俯卧,医者可爱和手交叉手法,右手压在患者背右上部,左手压在患才左下背部,这样反复轮按10分钟。医者一手压在肋骨根部(靠脊椎根部)另一手理按筋骨,把凸出肋骨

(突出)推平。这段时间需要1~2个月。然后用手法牵引推压胸椎。每天或隔天按摩一次,10次为一疗程。最长需要1年半,最短需要三个月。

治则:活血通络,理筋复位。

临床疗效:疗效标准:临床症状和体征完全消失,X光拍头侧弯完全恢复正常为临床治愈,临床症状和体征明显减轻,X光拍头侧弯有所改变为显效。临床症状和体征有不同程度减轻为好转。经治疗后临床症状无改变者为无效。治疗结果:11例全部治愈。经一年以上观察均无反复,疗效100%,有一例最重的患者,治疗后还考上大学,毕业后又工作一年未见复发。

参考文献:胡月樵等,中华医道·骨伤专辑,1995;(6):646

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患儿俯卧位,医者用掌根揉法沿脊柱两侧,由上而下,往返治疗约4分钟。然后用拇指指端按揉肩外俞、天宗、腰背部侧凸处的敏感点,每次1~2分钟。接着医者一手置患儿背部脊柱“S”型侧凸的部位上固定,另一手放在与背部相对侧之腰部,固定在背部的一手做向下压的动作,置于对侧腰部的一手做向上拉的动作,进行矫正“S”型侧弯,约5~10次。再用一手虚掌轻轻拍患儿腰背部,由上而下2~3遍。患儿侧卧位,做腰部斜扳法,纠正脊柱的错缝。患儿坐位,做胸椎旋转复位法,纠正胸椎的错缝。隔日1次,每次20分钟,1年为1个疗程。

治则:疏通经络,缓解痉挛,理筋复位。

临床疗效:1年后摄X线片测Cobb's角度,统计推拿治疗脊柱侧凸的平均矫正率。并与目前文献报道的常用治疗方法(池永龙等,池氏经椎弓多钉固定撑压装置矫正脊柱侧凸.中国脊柱脊髓杂志.1997;7(3):109)比较,结果表明Cobb's角50度以下者,推拿治疗与手术治疗疗效无显著差异($P>0.01$),但优于支具疗法($P<0.01$)。50度以上者,手术治疗优于推拿治疗($P<0.01$)。

参考文献:中医正骨,2000;12(6):34

按摩处方(三)

取穴及操作方法:患者俯卧位,捏拿肩井穴,沿督脉各穴行推拿术;对痉挛的经络,紧张的肌肉施弹拨术。患者侧卧,术者一手掌大鱼际紧贴患者错位之脊柱处,另一手掌搭在其上,嘱患者全身放松,医者双手掌垂直脊柱横断面巧力推压,可听“咔嚓”响声,再令患者调换侧卧方向,再施此法,有时也能听到响声,表明错位之脊柱已复位。令患者再次俯卧,再对痉挛的经络及紧张的肌肉施弹拨术,使背部的肌肉和经络进一步得到放松。日1次,每次35分钟,7日为1疗程。

治则:畅通经气,缓解痉挛,复位止痛。

临床疗效:本组16例,用3个疗程,痊愈12例,症状基本消失3例,无效1例。

说明:本法通畅气血,除痛解挛,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4):42

急性上背痛

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者俯卧位,用滚法先在痛点周围按摩,逐渐移至疼痛处,然后在伤处沿肌纤维方向用滚法往返5~6遍。按揉上背部督脉及两侧膀胱经俞穴,然后在痛点及上下与肌纤维方向相垂直用拇指弹拨法治疗。对棘上韧带肌炎患者,取俯卧位,沿韧带纤维方向用拇指平推法2分钟。对胸椎后关节紊乱者,用双手下压及坐位的顶搬扩胸等手法整复。在上背局部沿肌纤维方向,以冬青油为介质施用擦法。

治则:活血化瘀,疏通经络,解痉止痛。

辅助治疗:拔火罐:患者俯卧位,在上背局部痛点及周围拔火罐2~4个,留罐5~10分钟。若痛有定处且疼痛剧烈者,可在痛点用七星针重叩刺10~15下,再以火罐拔之出血。日1次,3次为1疗程。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状体征完全消失,恢复正常工作、生活者。好转:症状体征明显减轻,已不影响工作、生活者。无效:治疗6次以上,症状体征无明显改善。本组98例,治愈70例,好转26例,无效2例,总有效率97.96%。

说明:本法活血化瘀,疏通经络,解痉止痛,疗效满意。

参考文献:中国中医药信息杂志,2000;7(9):78

按摩处方(二)

取穴及操作方法:推拿:用掌推法(由颈根部向上肢推抚,由肩峰向背腰部推抚)、掌揉法(用手掌揉肩峰、背腰部,以手掌带动皮肤,力作用于皮下及深部组织,直到患者感到发热)、膊运法(用上肢前臂在背腰部揉运)、拿法(用手在双侧肩峰处揉拿,反复操作,直到手感肌肉柔软和顺)、弹拨法(用拇指依次弹拨斜方肌、背阔肌、肩胛提肌、菱形肌、竖脊肌、冈上肌、冈下肌、大小圆肌,在痛区或痛点及硬索状变异处可加重手法)。

腧穴应用:俯卧位,拿肩井、揉秉风、天宗,用双手拇指并列且揉且弹拨夹脊穴和足太阳膀胱经,揉压大椎穴。

擦法:用石蜡均匀涂敷在背腰,部位在双肩之间和膀胱经腰背段,每次擦应一气呵成。

拔罐:俯卧位,用10厘米大罐,背腰部涂石蜡油,拔罐固定后,双手握罐,游走于背腰部,留罐大椎穴5~7分钟。另置罐在痛区或痛点及硬结处留至皮肤发紫。整个操作时间30分钟,3次为1疗程。

治则:活血化瘀,行气散结。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状消失,无不适感。显效:症状

基本消失,略有不适。好转:症状明显减轻。无效:症状未见减轻。
本组 180 例,痊愈 155 例,显效 25 例。

说明:本法活血散瘀,行气散结,疗效满意。

参考文献:按摩与导引, 2000:16(6):41

臀上皮神经损伤

臀上皮神经损伤为一种疼痛综合征,故又称臀上皮神经痛,严重者可影响工作和生活,临床多因腰臀部损伤、扭伤、闪挫或劳损所致,其患处疼痛,多呈酸痛或撕裂样痛,急性期疼痛较剧,并可伴有下肢牵扯性疼痛,一般不超过膝关节,弯腰困难,坐位起立,或站位下坐时均感困难,腰部前屈受限,痛则髂脊最高点内侧 2~3 厘米处压痛明显,并可处理痛性缩性硬质调索。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)俯卧位:先在腰背骶棘处反复施用推揉捶、弹拨等放松手法,接着在患侧部痛点运用弹拨、点按、分筋、理筋手法,并在患侧下肢以拇指点按承扶、殷门、委中、承山诸穴,每穴点按 0.5~1 分钟,再行后扳腿腰引伸法。

(2)侧卧法:健侧在下,下肢伸直,患侧下肢屈曲使膝关节 90°置于健腿上,全身放松,施行斜扳法与侧卧位腰引伸法。

(3)仰卧位:屈膝屈髋,直腿抬高,牵拉患腿。合并其他部位损伤加用相应手法辨证施治。每日 1 次,5~7 次为 1 疗程,1 疗程无效改用他法。对照组 43 例应用超短波、红外线、电兴奋等法治疗。

治则:活血通络,消肿止痛。

临床疗效:本组与对照组分别痊愈 55、9 例,显效 39、18 例,好转 4、15 例,无效各 1 例,平均治疗次数分别为 5.8、7.8 次。

参考文献:陈树德,按摩与导引,1989:(2):13~14

按摩处方(二)

取穴及操作方法:在患侧臀上皮神经解剖位置作滚法 10 分钟,接着行弹拨法,将条索状物(臀上皮神经)向外向上弹拨 10 ~ 15 次,然后静按 1 ~ 2 分钟,同时带有向外向上推按,每次治疗 15 ~ 20 分钟,5 日为 1 疗程。

治则:活血化瘀,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:治愈:治疗后症状消失,能从事正常工作和体力劳动。显效:症状明显减轻,但需配合消炎镇痛药的治疗,症状才完全消失。无效:治疗前后无区别。本组 540 例,治愈 483 例,显效 47 例,无效 7 例,总有效率 98% 以上。

参考文献:实用中医药杂志,2000;16(10): 32

按摩处方(三)

取穴及操作方法:患者取坐位,用双拇指触诊法摸清异常滚动或高起的条索样物后,再触摸清楚原位之沟痕,一拇指将其向上牵引,另一拇指使之按于原位,再顺向按压,使之平复。患者俯卧位,在其压痛点处施以揉法、点法 10 分钟,再用平推法推该处。

治则:活血消肿,通络止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状完全消失。本组 56 例,治疗 3 ~ 7 次,全部治愈,总有效率 100%。

参考文献:按摩与导引,2000;16(4): 45

第六章 五官科疾病

麦粒肿

麦粒肿是指眼睑腺体的急性化脓性炎症。病发于睑缘毛囊的皮脂腺者称为外麦粒肿,或称睑腺炎;发于睑板腺者称为内麦粒肿或睑板腺炎。中医学称之为“针眼”,因胞睑属脾主土,故有“土疳”之称。

麦粒肿也称睑腺炎,多为葡萄球菌感染所致。分为外睑腺炎,内睑腺炎。主要表现为局部红肿,继则变软化脓。中医亦称为“针眼”。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:取合谷、少海、印堂穴、神庭、睛明、攒竹、丝竹空、瞳子髎、阳白、四白、风府、风池、拿肩井等穴。手

第六章 五官科疾病

法:以推、拿、揉、按为主。

治则:疏通经络,祛风明目。

辅助治疗:若患部坚硬未溃者,以拇指鱼际揉患部周围,使其硬结消散;若已破溃者,则能促使排脓,祛瘀生新。

在按摩过程中,必要时可配合一些辅助疗法,如热敷,切开排脓,保持创口清洁或包扎患眼,以防止交叉感染。

反之,如病程迁延,局部已成脓者,往往需配合热敷、切开排脓或自行破溃而后治愈,因此,按摩治疗麦粒肿宜早期施治则:疗效确实可靠。

治疗机理:先按患眼对侧合谷、少海,以泻大、小肠之火,解止痛。后在头部印堂穴推向神庭,依次来回数次,以开天门。再推、按百会穴及推睛明、攒竹、丝竹空、瞳子髎、阳白、四白等患眼周围穴位以散热降火。推拿风府、风池以及拿肩井以疏风清热。

临床疗效:60例中,单用按摩治疗者55例,配合切开排脓或自行破溃者5例。其中按摩1~2次获愈者47例;3次获愈者8例;5次以上而获愈者5例。而且本组疗效与就诊时间的迟早有密切关系,如发病在1~3天内就诊者,一般只须按摩1~2次即可取效。

参考文献:高由理等,福建中医药,1966:11(1):15

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者仰卧,用揉按眼周活血法(以手拇指分推眉弓及眼眶周围,往返7~8次,用双手食、中指揉眼眶周围,反复数次,然后按压眼周数遍,同时在攒竹、鱼腰、丝竹空、四白、阳白等穴位上按压后,用拇指指腹由内向外快速抹上、下眼睑数遍)、按颜眼球开瘀法(医者用大鱼际按压眼球上有节律的进行颤抖)、按压俞穴行气法(接上法医者用拇指按压手三里、劳宫、百会等穴)。

治则:活血化瘀,疏通经络,醒脑明目。

临床疗效:本组 45 例,用 3~5 次,均治愈。

说明:本法活血化瘀,疏通经络,醒脑明目,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,1999;15(3):27

颈性视力障碍

按摩处方(一)

取穴及操作方法:以患椎棘突向右为例。病人端坐,医者站在病人背后,右手拇指桡侧顶住患椎棘突右侧,使病人颈部前屈 35° ,再向左侧偏 45° ,医者左手拇指与其余四指分开,托夹病人下颌角部,向上用力使病人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,右拇指取与位移相反的方向同时协调地向左侧推动,当听到响声或有回位移动感后,让病人头颈处在中立位再检查,防止残留复位不全,影响疗效。当复位满意后依次处理棘上韧带及颈部有关软组织以解除痉挛。

手法治疗后 1 周复查。如颈椎棘突位置良好,连续观察 3 次。大部分病人需 1 个半月进入恢复期。

治则:疏经通络,通窍明目。

辨证特点:颈椎病是一种常见病、多发病。它不仅可引起头颈、肩、臂疼痛,还可引起视物模糊、视力下降,甚至造成肢体瘫痪、大小便失禁等,严重地危害劳动人民的身体健康。

治疗机理:本病由于创伤及颈部组织的劳损和退变,使颈椎的排列和曲度改变,刺激或压迫周围的血管和神经出现颈部及眼部症状。本疗法系利用手法,使患椎恢复其原来的解剖位置,促使受损软组织修复,恢复颈椎正常或代偿性内外平衡关系,解除因患椎位移对血管、神经、脊髓的刺激压迫,使临床症状和体征消失或减轻。在接受治疗期间,要求患者停用一切中西药物,每 3 天复查一次视力,治疗结束时,骨科、眼科所检查项目均进行复查。

临床疗效:本组 114 例中,男 50 例,女 64 例。年龄 6~67 岁,年龄中位数 42 岁,41 岁以上者占 2/3。职业农民 1 例,工人 45 例,教师 11 例,学生 15 例,干部 42 例。病程最短 3 天,最长 15 年,病程 1 年以上者 84 例(83.7%)。本组病例中有头颈部外伤史者 54 例(47.4%),有颈部不适、疼痛及反复落枕者 47 例(41.2%),原因不明者 13 例(11.4%)。

主要症状:本组病例颈椎病症状主要为头晕(79.8%)、头痛(74.6%)、恶心呕吐(32.5%)、颈痛(89.5%)、背痛(43.9%)、上肢无力(31.6%)、上肢半麻(58.8%)等;眼部症状主要为视物模糊(99.1%)、眼干涩(45.6%)、眼胀(47.4%)、眼痛(40.4%)、怕光(28.1%)、流泪(27.2%)、眼睑无力(12.3%)等。眼部症状先出现者 3 例(2.6%),眼部症状和颈椎病症状同时出现者 87 例(76.3%),颈椎病症状出现后 1 年内出现眼部症状者 13 例(11.4%),1 年以上出现者 11 例(9.6%)。

疗效标准:1. 显效:主要症状消失,恢复原来工作,X 线片显示颈曲恢复正常或恢复代偿颈曲;视力增进 6 行以上或虽仅增进 3 行以上,但已达 1.0 以上者。

2. 有效:恢复原来工作,劳累后自觉有少许症状,X 线片显示成角消失,颈曲基本恢复正常;视力增进 2 行以上。

3. 无效:症状有改善,视力只增进 1 行,或症状无改善,视力无进步。

治疗结果:按以上标准,本组 114 例 206 只眼经治疗后显效 77 只眼,占 37.4%;有效 94 只眼(其中视力升高 3 行者 56 只眼),占 45.6%;无效 35 只眼,占 17.0%。总有效率为 83.0%。本组病例中有 31 例 59 只眼曾在外院眼科治疗 3 个月以上无效,来院检查诊断为颈性视力障碍,经手法治疗后,显效 14 只眼(23.7%),有效 30 只眼(50.9%),无效 15 只眼(25.5%)。

本组病例手法治疗次数最少 1 次,最多 7 次,以 3~4 次为多。

参考文献:张长江等,中医杂志,1983;24(5):23~24

近视

近视眼是一种最常见的屈光不正,其表现为5米以外的平行光线经过屈折在视网膜前形成焦点,到达视网膜时只能形成一个弥散圈,物像模糊不清。但近视眼于来自近距目标的散开光线,却具有适应能力,如果近外目标恰恰处在近视眼的远点上,它就能在不用调节的情况下,在视网膜下形成清晰的物像。近视的程度越高,远点距眼的距离越近。

中医属于“能近怯远症”、“近觑”、“视近怯远”范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者取坐位,医者立其对面,先用抹法使眼眶及周围部位放松,然后用一指禅推或按点攒竹、鱼腰、丝竹空、瞳子髎、睛明、四白、球后、翳明、完骨、风池、合谷、肝俞、膈俞、肾俞、光明等穴。以一指禅推手足阳明、太阳经头面部的经络数次,并注意敏感点及异常点的探查和治疗,必要时对异常点进行揉拨切等手法。对高度近视病例及已出现头晕、头痛、颈部僵硬感者,用扫散法扫散颞区,颈项部拿揉、弹拨,颈椎拔伸旋转及扳法,每日1次,10次为1个疗程,疗程间隔3日。

治则:疏通经气,活血通络,缓解痉挛。

临床疗效:痊愈220只眼,占78.6%;显效41只,占14.6%;有效17只,占6.1%;无效2只,占0.7%。总有效率为99.3%。

说明:本法能调节眼部经气,加速眼部血液循环,改善眼肌的调节功能,消除眼的疲劳,缓解睫状肌痉挛,使视力提高并保持视力在治疗过程中稳定递增。

参考文献:王存安等,按摩与导引,2000;(1):24

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者取仰卧位,闭双眼,术者将双手指掌面涂少量石蜡油。分8节治疗:1.揉太阳穴,直推肝经,分眉各150次;2.揉攒竹、睛明、鱼腰、丝竹空、阳白穴各50次;3.分推六穴,自攒竹向睛明,承泣、瞳子髎、丝竹空至太阳穴150次;4.刮下眼眶,揉四白、迎香穴各50次;5.揉风池穴150次;6.梅花针轻叩眼周穴(自睛明、承泣、瞳子髎、攒竹、鱼腰至丝竹空)各20次,再叩打上眼皮,肝经来回各3次;7.分推上下眼皮各20次;8.以双手大鱼际部分别紧贴患者外眼角向上提抹15~20次。日1次,10次为1疗程。对照组58例(114只眼),用眼宁或珍视明眼药水滴眼,日3~5次,10日为1疗程。

治则:祛风活血,通络明目。

临床疗效:疗效标准:参照原国际视力表,每行为1级。痊愈:视力增加4级左右,视力达1.0以上。显效:视力增加3级左右。有效:视力增加1~2级。无效:视力未增加。结果用10日,两组分别痊愈99、21只眼,显效63、19只眼,有效112、36只眼,无效23、38只眼,总有效率92.25%、66.66%,两组总有效率比较有显著性差异($P < 0.01$)。结论:本法调和气血,疏通经络,松弛眼肌,解除疲劳,疗效较好。

注意事项:预防眼睛过度疲劳,坐姿视线不正确。

参考文献:陈金凤,中医外治杂志,1999;8(6):18

按摩处方(三)

取穴及操作方法:天应、四白各60拍,睛明、鱼腰、太阳、风池各30拍。

治则:祛风明目,缓解痉挛。

辅助治疗:针刺:主穴选睛明、健明、承泣、球后、攒竹;配穴选鱼腰、太阳、翳明、风池、合谷、手三里、足光明。每次主、配穴各取

2个,留针30分钟,不提插,起针后各穴稍加按压。日1次,按摩与针刺连续进行,10次为1疗程。

临床疗效:本组256例512眼,治1~3个疗程,无效(视力无提高)40眼,提高2~3行303眼,有效472眼,有效率92.2%。

注意事项:预防眼睛过度疲劳,忌食辛辣助火之品。

参考文献:安徽中医临床杂志,1999;11(4):258

按摩处方(四)

取穴及操作方法:患者仰卧于床上,医者用食指勾揉两侧风池穴及风府穴各1分钟,然后用两手点按两侧睛明穴1分钟,再分别指揉攒竹、鱼腰、丝竹空、四白、太阳等穴各1分钟。最后用两手拇指腹擦摩眼轮匝肌2分钟。以上手法反复两遍。

治则:缓解痉挛,活血通络,祛风明目。

临床疗效:疗效标准:治愈:视力恢复正常,视力恢复达到1.0以上,屈光度恢复正常。显效:视力恢复到0.7~0.9,视力恢复达到4行以上,屈光度下降到-1.0D以上。有效:视力恢复到0.3~0.6,视力增进2行以上,屈光度下降到-0.25D~-0.75D之间。无效:视力仅增加1行或视力无增加,屈光度不变或上升。本组106例212眼,治愈136眼,显效48眼,有效26眼,无效2眼。

说明:本法可缓解睫状肌痉挛,改善眼部周围的血液供应,疗效满意。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):15~16

中耳炎

中耳炎多由急性鼻炎、鼻窦炎、扁桃体炎、咽喉炎细菌经咽鼓管侵入耳中所致。急性期可有搏动性耳痛、耳鸣、耳塞感,可伴头痛、发热等全身症状。当中耳腔脓液形成时,耳痛剧增,发热更高,听力明显下降。由于脓液不断增加,耳鼓膜被侵袭而坏死穿孔,此

第六章 五官科疾病

时,脓液从耳腔流出,发热、耳痛等症状可减轻并渐消失。急性中耳炎如未及时并彻底治愈,可蔓延成慢性,反复发作,耳道经常流脓,听力明显减退。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:因感冒、鼻炎、鼻窦炎引起者,应同时在鼻及咽喉部施行按摩。双手中指指腹揉按、一指禅推及振鼻部,从内眼角起,滑行经鼻通至迎香穴止,反复多次进行。单手切叩鼻尖,点按合谷穴等;有咽炎者,可在咽喉部施行按摩。手法:揉及一指禅推人迎、水突穴,按列缺及太溪等穴。

患者仰卧,术者坐于患者头端。如单耳患病则按摩同侧,双耳患病同时按摩两侧。

(1)大鱼际摩揉法:从印堂穴起,沿眉弓经太阳穴至耳前区止,重点摩揉耳前区。

(2)一指禅推及振法:从和髎穴起,沿耳前下行,经耳门、听宫、听会转向翳风穴止,重点推振听宫、听会穴,并向外耳道口方向进行一紧一松地推按。

(3)掌心贴耳吸拔法:术者掌心紧贴于患耳,在患者自行捏鼻鼓气的同时,术者将贴于患耳之手向外速拔,反复10余次。

(4)牵拉抖动耳廓:拇指与食、中指捏住耳廓下半部,向外下方牵拉抖动2~3分钟。

(5)单指滚风池穴:每日按摩1次,每次15~20分钟,20次为1疗程,每个疗程间隔7~10天,一般需治1~4个疗程。

治则:活血消肿,通窍聪耳。

辨证特点:慢性卡他性中耳炎主要表现为耳内胀闷堵塞,低音调耳鸣,听力障碍,鼓膜增厚、内陷、钙质沉着等。

辅助治疗:保健疗法:患者自行以两手拇指分置两耳前,按盖两耳孔后,作深吸气,闭口暂停呼气,并速用两手中指指腹分置鼻孔两侧并按压之,稍停,随即两手中、拇指突然放开,同时用力呼

气,反复操作10余次。再以两手掌心分置两耳孔并按紧,其余两手四指交叉置于枕骨粗隆处,以食指反复轻叩中指关节1~2分钟,此时在耳中有“嗒”之响声,每日进行数次。

1. 在慢性卡他性中耳炎中,以往治疗多采用滴鼻剂、中西药物及咽鼓管通气术等法进行治疗,效果不显。笔者通过临床实践,摸索按摩治疗本病,对中耳粘连程度较轻,捏鼻鼓气鼓膜以有向外鼓动之病例治疗效果较好。但对中耳粘连较重,鼓膜活动丧失则难以见效。

2. 卡他性中耳炎系咽鼓管狭窄或阻塞所引起的非化脓性炎症。由于多次发作或治疗不当而成慢性病理过程,中耳腔发生不同程度粘连。在耳区施以推、振手法和向外耳道口方向进行按摩,使外耳道气压变更,发生鼓膜震动,推振手法所产生的微细振动作用,不仅能加速耳部血循,改善听器神经组织营养,而且能松解鼓膜与听小骨及听小骨之间的轻度粘连。进行捏鼻鼓气和掌心贴耳吸拔法,使空气经两侧狭窄咽鼓管进入中耳腔,调整中耳腔的压力,加以吸拔作用,而使鼓膜内陷减轻或得以矫正,听力随之增进或恢复。除在耳区施行按摩外,同时还需注意病因治疗,进行辨证施法,以减轻或消除咽鼓管充血、水肿、肥厚等病理过程。

3. 卡他性中耳炎属祖国医学耳胀、耳闭范畴。系因外感风邪,挟寒挟热,循经上行壅积耳道而发病。由于情志郁结,肝失疏泄,气滞血瘀,痰火结聚于耳所致。在耳周经穴施行按摩,可达通经活血,疏风泄热,疏肝利胆,行气散瘀及通窍之作用。

4. 在耳区施行按摩时,手法宜轻巧,要以柔克刚,切忌粗暴。施法之后,以患者自觉耳区轻松、症减、微热为宜。在治疗期间或治疗结束后,适当在耳区进行自我保健按摩,有助于提高和巩固治疗效果。

第六章 五官科疾病

临床疗效:1. 一般资料:14 例中,男 11 例,女 3 例;年龄最小 10 岁,最大 63 岁,多数发生在 20 岁左右。病程最短 4 个月,最长 8 年,平均 2.5 年。全部病例均经五官科检查而确诊,按摩治疗前大多经用滴鼻剂、中西药物治疗无效者。

2. 治疗结果:本组 14 例中,痊愈 8 例(耳闷阻塞感及耳鸣消失,听力恢复,鼓膜内陷减轻);显效 5 例(耳闷阻塞及耳鸣明显减轻,听力明显增进,鼓膜内陷稍有减轻);有效 1 例(自觉症状均有所改善,听力稍有增进,鼓膜内陷无变化。)

参考文献:唐振旺,广西中医药,1985;8(5):17

慢性鼻炎

慢性鼻炎是一种常见的鼻腔和黏膜下层的慢性炎症。通常包括慢性单纯性鼻炎和慢性肥厚性鼻炎,后者多由前者发展而来。本病的发病原因很多,但主要是由急性鼻炎反复发作或治疗不彻底转化而来。长期吸入污染的空气,如水泥、烟草、煤炭、面粉等也是致病原因。另外,许多全身慢性疾病,如贫血、糖尿病、风湿病等以及慢性便秘均可引起鼻腔血管长期瘀血或反射性充血而致病。

慢性鼻炎,以鼻塞、嗅觉失灵为特征。单纯性鼻炎,白天、活动时鼻塞减轻,而夜间、静坐时鼻塞加重。侧卧时,居下侧之鼻腔阻塞,上侧鼻腔通气良好,当卧向另侧后,鼻塞又出现于另侧鼻腔。鼻涕呈粘液性,常伴头痛、头昏、嗅觉减退等。肥厚性鼻炎多为持续性鼻塞,鼻涕呈粘液性或粘液脓性,可出现耳鸣、听力减退、头痛、失眠、精神萎靡等。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者坐位,医者立于右侧,用左手扶其头顶,用右手拇指和食、中指在鼻部两侧自上而下做揉捏法,约 4~5 分钟,然后用拇指和中指分别按揉两侧迎香和上迎香穴各 1 分钟。

医者立于患者前,先用双手拇指交替推印堂穴 50 次,用双手拇指自前额中线分抹至太阳穴 1 分钟,用拇指依此按揉中府、尺泽及合谷各 1 分钟。医者立于左侧,左手扶其前额部,用右手拇指和食、中指分别同时按揉两侧风池穴 1 分钟,用拇指和食、中指拿揉颈部两侧膀胱经,自上而下,反复 4~6 次,时间约 3 分钟。医者立于患者身后,先用双手拇指和其余四指分别同时自内而外拿揉两侧斜方肌上缘,重点拿揉肩井穴,时间约 2~3 分钟,用双手拇指分别同时按揉两侧肺俞穴 1 分钟,最后用单手掌直擦上背部,透热为度。日 1 次,10 次为 1 疗程。

治则:疏通经气,消肿通鼻窍。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状和体征完全消失。有效:症状和体征明显减轻。本组 30 例,痊愈 22 例,有效 8 例。

说明:注间保暖,预防复感,结合西药治疗。

参考文献:中国民间疗法,2001;9(1):14

过敏性鼻炎

过敏性鼻炎也称变态反应性鼻炎。分为常年性和季节性两种。季节性过敏性鼻炎是仅在某一季节发病。常年性过敏性鼻炎主要由内分泌、神经系统等因素所致,可随时发作。主要表现为鼻塞、流水样鼻涕、打喷嚏、鼻痒。中医称“鼻鼈”。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:先嘱患者放松颈项部软组织,触摸颈椎棘突是否有偏歪,用颈椎定点旋转复位法纠正偏歪之棘突,然后沿鼻梁上下反复多次揉推,继以大拇指点按上下迎香、夹鼻、印堂、攒竹、睛明、头维、人中、天突、百会、风池、风府等穴位,每穴 1~2 分钟,指力以患者能耐受为度,治疗共 20 分钟。隔日 1 次,5 次为 1 疗程,期间停用一切药物。

治则:行气活血,消炎通窍。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状体征消失。好转:症状体征基本消失,气候变化时尚有轻微症状。本组 28 例,用 1~2 个疗程,治愈 24 例,好转 4 例。

说明:本法行气活血,消炎消肿,补虚泻实,疗效显著。

参考文献:中国民间疗法,2000;8(11):11

按摩处方(二)

取穴及操作方法:首先用双母指掐夺双侧“迎香穴”约 30 秒钟,后向内侧同时旋转 90 度,再掐压 10~20 分钟后复原,再 10 秒钟即行突放,并照此方法对第二穴(鼻通)、第三穴(睛明)施术,然后用双母指甲侧峰,自“睛明到迎香”滑下,并以母指腹从上至下作反复按摩,最后按压双合谷即完。

治则:疏通经气,消炎通鼻。

临床疗效:治疗 65 例,痊愈 51 例,其余好转。

参考文献:周日清,中国针灸推拿集成,1998:(1):158

慢性咽喉炎

慢性咽喉炎为临床常见病,属于祖国医学中“喉痹”、“喉蛾”、“失音”等范畴。临床主要表现咽部干痒、有异物感、微痛、痰少而黏,声音嘶哑。舌质红,苔少,脉细数。检查咽喉部黏膜充血,淋巴滤泡增生,局部血管扩张,声带充血水肿,并可见不同程度肥厚现象。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:1. 揉掐双侧风池、天柱穴 3 分钟;2. 揉风府、翳风、夹廉泉(廉泉穴旁开 1 寸许)各 1 分钟;3. 揉拿、弹拨人迎、扶突、天容、天牖穴 2 分钟;4. 用指震法在夹廉泉穴交替操作 1

分钟;5. 用揉法、弹拨法在合谷、曲池、足三里、鱼际穴各操作1分钟。肺阴虚加用揉压法或指震法,在肺俞、太渊、太溪穴各操作1分钟;肾阴虚加用揉压法,在肾俞、三阴交、命门、志室穴各操作1分钟。用法:日1次。

治则:健脾升清,养阴利咽,活血消肿。

临床疗效:本组25例,治疗5~20次,结果:痊愈17例,好转6例,无效2例。

参考文献:周鹏程,按摩与导引,1995;(1):10

按摩处方(二)

取穴及操作手法:患者正坐(或仰卧位),医者坐于患者对面偏右侧方。医者用右手拇指与食、中二指相对,轻柔着力,拿推夹喉穴(系颈前喉结旁开1.5寸,自上而下的两条线),自上而下往返拿推10~20分钟。然后,医者站立于患者背后,用右手拿推双风池穴2分钟,用拇指点按风府穴10次。喉部疼痛者,双拇指分别点按双侧曲池、合谷穴10次。每周推拿3次,6次为一疗程,一疗程后不愈者,可以连续治疗,不需休息。

治则:通达经气,活血利咽。

治疗机理:祖国医学认为,气血不通达,阴阳不平衡是产生疾病的根源。咽喉部位与胃、任、肺、肾等经脉有着密切的联系。任督二脉调阴阳,肾之脉系舌本,使肾水上达以濡养于喉,胃经过喉旁,大肠经络肺,肺经与喉咙相联。如若以上诸经不调,均能引起喉部的疾病。推拿就是调节阴阳,通达气血,有邪者驱之外出,虚者则能补益之。

夹喉穴位于胃经之所过,拿推此穴能通达气机而利咽喉,从而改善局部症状,促进炎症的消退;合谷、曲池二穴为大肠经穴位,大肠经络肺,肺经与喉相联,按点此二穴,既有调气血、止痛之功效,又能恢复肺之功能,使声音得扬;任督二脉乃为人体气血循环、阴阳升降之道路,二脉通则百脉皆通,故取天突、膻中、风府,调任督

第六章 五官科疾病

二脉,以维持咽喉之正常功能;风池穴可祛风清热以利于喉。选穴精当,配伍得法,疗效尤为满意。

临床疗效:本组 13 例中女性 11 例,男性 2 例;最小年龄 15 岁,最大年龄 50 岁,其中 15 ~ 20 岁 2 例,21 ~ 30 岁 9 例,31 ~ 50 岁 2 例。本组病例均有音哑,间接喉镜检查有喉黏膜弥漫性充血,声带呈浅红色,表面可见舒张血管,重者声带暗红或假声带与声带肥厚。

临床症状消失,间接喉镜检查声无肥厚,黏膜无充血,声门闭合佳者为痊愈,共 9 例;临床症状好转,间接喉镜检查声带轻度肥厚,黏膜充血有改善,声门闭合尚可者为好转,共 4 例,本组治疗 3 次者 3 例,5 次者 3 例,20 次者 4 例,25 次以上者 3 例。13 例慢性喉炎中,有 2 例同时伴有一侧声带麻痹,经推拿治疗均获得较好效果。

注意事项:通过实践笔者认为,在治疗本病的过程中,注意饮食和预防感冒,可以缩短疗程和防止复发。由于例数尚少又限于水平,本文所述有不当之处,请同道批评指正。

参考文献:臧福科等,中医杂志,1983;24(4):60

按摩处方(三)

取穴:风池、风府、天突、曲池、合谷、肩井等。

操作及手法:一指推、拿、揉及按。操作时,患者取仰卧位时,先在喉结两旁及天突穴处推、拿或一指推、揉等手法,上下往返数次。取坐位时,用按揉法在风池、风府、肩井等穴施治,同时配合擒拿。

治则:祛风解表,利咽消肿。

临床疗效:此疗法若应用得当,常取效迅速。

参考文献:孙国杰等,中医治疗学,1990:589

急性扁桃腺炎

急性扁桃腺炎是腭扁桃体的急性非特异性炎症,本病多为乙型溶血性链球菌为主要致病菌。发病率以春秋两季较高,多发于10~30岁的青少年。如治疗不当可导致心肌炎、肾炎等全身的并发症。主要表现为腭扁桃体迅速红肿疼痛。中医称为“乳蛾”、“喉蛾风”。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者端坐,术者将大拇指伏着于患者一侧或两侧角孙穴上(一侧扁桃体炎,按摩患侧即可),施行旋转按摩手法,先轻后重,然后行前后弹拨法,最后施自上而下的顺筋手法。在按摩时可边旋转按摩,边让病人做吞咽动作,当咽痛消失或明显减轻时,再施弹拨和顺筋手法。一般酌情按摩1~5分钟即可止痛,每日按摩1次。

治则:清热解毒,消肿利咽。

临床疗效:共治疗22例均愈(按摩1、2、3次分别为14、6、2例)。

参考文献:樊叙林,中级医刊,1982;(12):34

按摩处方(二)

取穴及操作方法:患者取坐位,术者双手按揉、提拿其两侧风池、肩井、曲池、合谷穴各2分钟。患者取仰卧位,不用枕头,术者以拇指及食指指而在患者喉节两侧按揉3~5分钟,手法轻重以患者无不适感为度。若患者扁桃体脓肿并伴有发热者,应先用三棱针刺穿脓肿,操作过程中适当加重手法。

治则:疏风解表,清热消肿。

临床疗效:笔者运用上述方法治疗本病10余例,均取得满意

效果,一般2~4次即可收功。

参考文献:蒋康平,江苏中医杂志,1986;(11):25

歌喉声门闭合不全

歌喉声门闭合不全是常用嗓音人员,如演员、广播员、教师等的一种常见疾病。这类疾病多为情绪不逐,暴怒伤肝,肝气郁结,郁而化热,以致气滞痰凝热壅咽喉,使声户开合不利而暴暗。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者仰卧、肩背部垫枕,使颈部伸展,头略后仰,用一指(拇指)禅推法和揉双侧人迎、水突穴自上而下往返推揉10~15分钟。随即请患者正坐,医者以一指禅推法,双手推双侧风池穴3~5分钟,随后一指禅推风府和哑门穴3~5分钟,最后拿风池和上下往返揉双侧胸锁乳突肌2~3分钟。

治则:祛风活血,通络开暗。

临床疗效:16例,结果:近期治愈6例,显效3例,好转4例,治疗失败或因推拿后感到喉部疼痛而中止治疗者3例。

参考文献:中医杂志,1980;21(6):40

口疮

口疮,是口腔黏膜疾病中最常见的溃疡性损害。其特征是在口腔黏膜上出现黄白色如豆大的溃点,具有周期性复发的规律。本病以女性为多见,以青少年为多,现代医学认为口疮与某些细菌有关。也有人认为本病与免疫功能减退有关。此外,黏膜角化程度差,则容易患溃疡。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:揉小天心、补肾水、推清板门各5分,揉小横纹、揉总筋、泻小肠各3分,推四横纹4分,清天河水2分,随症加减,1~2次/日。

治则:清心泻火,解毒疗疮。

临床疗效:以清法(重手法)推拿治疗80例,痊愈79例,好转1例,平均每例推拿3.7次。

参考文献:山东中医杂志,1982;(4):221

按摩处方(二)

取穴及操作方法:临床取健心、劳宫、合谷、足三里、内庭、肾俞、太溪、天枢、关元穴,用蛋清,酒精,凉水和成膏剂涂于上穴位以推、揉、按等手法操作20分钟。

治则:实证清热凉血,虚证滋阴补阳,清降虚火。

临床疗效:115例,结果:痊愈107例,显效3例,疗程,实证2~3次,虚证5~8次。

参考文献:中医杂志,1990;31(1):38

按摩处方(三)

取穴及操作方法:用生大黄90克,或野菊花100克,加水5~6升,水煎15~20分钟,水温适宜时泡双脚25~30分钟,擦干后涂擦按摩乳或甘油。按先左后右的顺序进行按摩。从足底的上颌反射区、下颌反射区,由内向外重手法,及肾、输尿管、膀胱、尿道、下身淋巴、上身淋巴、胃、十二指肠、横结肠、降结肠、乙状结肠、升结肠、回盲瓣、脾、肝用中手法,反复按摩3~5遍,打开排污通道(用中手法)。最后搓脚心20~30遍,日1次,每次35~40分钟。

治则:通腑泻浊,清心降火。

临床疗效:本组22例,用1~4次,痊愈21例,无明显好转1

例。

参考文献:按摩与导引,1999;15(1):43

口癖

按摩处方(一)

取穴及操作方法:推拿辨证论治,风寒湿邪侵袭型,治以疏风散寒、除湿蠲痹,推拿用开关通窍法、摩掌益脑法、推扳揉颈法、拨络叩挠法,再掐揉点按风府、风池、缺盆、内关、外关、曲池、合谷等穴。气血虚亏型,治以养血活血祛风,推拿用开关通窍法、摩掌益脑,推扳揉颈法,拨振叩颈法、捏提双耳法,太极摩脑法、鸣天鼓法、理肢法、理指法,再掐揉点按外关、内关、合谷、足三里、三阴交、条口等穴。肝气郁结型,治以疏肝理气、解郁活络,推拿用摩掌益脑法、开关通窍法、按推锁窝法、宽胸按揉法、推腹摩运法、按腹压揉法、肘运环跳法,再掐揉点按完骨、风池、天牖、外关、阳关、阳交、丘墟等。

治则:祛风除湿;养血活血;疏肝理气。

辨证特点:发病急,常为单侧,有明显被风寒湿邪侵袭及气血虚亏和肝气郁结病史。轻者面部感觉异常,伴有头痛、鼻塞、颈部发紧不适,面部有时抽动,眼闭不全,皱纹浅平,畏光淌泪流涎,说话漏气、咀嚼漏饭、不能鼓腮、吹口哨,少气懒语;重者面部患侧表情肌瘫痪,嘴角明显歪向健侧,伴有患侧耳根疼痛,舌前味觉减退,听觉过敏,唾液分泌减少,不欲饮食,胸胁苦满,时悲欲泪等。局部发凉瘫痪,痛觉降低,患侧怕风畏冷,遇冷不适;排除脑神经损害和肢体活动、感觉症状。

辅助治疗:陈氏牵正膏:巴豆3~4粒,斑螫6个,为细末,与老姜5克锤成膏,均匀地摊平在5厘米×5厘米的纱布上,撒上冰片粉1克,在净纱布外侧面放同纱布大小的塑料薄膜。将药膏贴于

牵正穴处,胶布固定,6~8小时除去药膏,局部起水泡,挑破水泡,外涂红霉素软膏或香油。忌风、避风1周。本法每月1次,用3次。

临床疗效:疗效标准:痊愈:症状和体征全部消失,面肌功能恢复正常。显效:症状大部分消失,眼睑闭合良好,其他面肌功能也基本恢复。好转:症状有一定改善,外观看仍有异常,遗留不同程度的面肌功能障碍。本组700例,用1~6个疗程,均治愈(原文中例数有误)。

参考文献:中医外治杂志,2001;10(1):54~55

流行性腮腺炎

流行性腮腺炎是由腮腺炎病毒引起的急性传染病。其临床特征起病较急,发热、单侧或双侧腮腺肿大,腮部疼痛,腮腺管口可见红肿。患儿易并发脑膜脑炎,成人患者易并发睾丸炎或卵巢炎以及其他涎腺的非化脓性炎症。本病好发于儿童。病毒借飞沫传播传染性仅次于麻疹、水痘。预后良好,罕见死亡。并发生殖系统腺体组织炎症者不育症发生率约0.01%~0.02%。

临床表现,潜伏期通常18天左右,约2/3为隐性感染。突然发热起病,多数伴一侧或双侧腮腺非化脓性肿痛,以耳垂为中心,轻、中度触痛,富于弹性。腮腺管口稍红肿,按压无分泌物溢出。脑膜脑炎或胸膜炎、睾丸炎及其他涎腺炎等可于病初或与腮腺炎同时或其后期发生。少数不典型病例可无发热、无腮肿,仅出现某一、二种腺体组织器官的炎症。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:术者用火柴梗卷少许药棉,蘸菜油点燃后,迅速点灼患者角孙穴,然后立即离开,1次即可,不必重复。若是

双侧发病,须点灼双侧角孙穴。

治则:清热解毒。

临床疗效:结果全部治愈,疗程1~4天,平均3天。

参考文献:高振群,安徽中医学院学报,1985;4(4):42

第七章

皮肤科疾病

痤疮

痤疮中医称“肺风粉刺”。本病主要发生于脸部,是影响颜面美容的主要疾病之一。痤疮多在青少年发育期发病,初起多为细小的丘疹和脓疮;严重者伴有结节、囊肿、疤痕、色素沉着。女性多在月经前或月经期间皮疹加重。中医认为痤疮主要是由于素体肾阴不足,相火过盛,加之饮食失调或冲任不调,肺胃火热上蒸头面所致。总的治则是滋阴降火,清肺泻胃,凉血消痤。一般痤疮初起以泻相火,清肺热,凉血解毒为主;痤疮反复发作,肺肾阴虚,痰凝血瘀者则以养阴清热,活血散结为主;伴冲任不调则调理冲任为主。临床亦有认为痤疮是脾胃

素有湿热,肺经外感风邪所致,治疗主张祛风发汗,清热利湿。现代医学认为痤疮发病主要与性腺内分泌失调、皮脂分泌过多及棒状杆菌感染有关,治疗主要采用抗生素或性激素、皮质激素。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:1. 用中药白果,打成浆,或干白果磨成粉,加水调成厚糊状,再加鸡蛋清和淀粉少许调匀做成面膜,涂于患处,只需涂一薄层约1毫米左右,用量以病变范围大小而定。

2. 用消毒纱布一块盖在脸上涂面膜处,用一手的大鱼际作揉摩,来回反复揉摩约10分钟左右,或用电动按摩机的平面的按摩头,作振动性按摩约5~10分钟。

3. 推拿后休息30分钟左右,然后洗去面膜即可,涂面膜和推拿时以仰卧位较好。

以上治疗大约1周见效,2~3周后可见明为疗效并控制病变的发展。

治则:蚀疮生肌,活血润肤。

临床疗效:本法疗效满意。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982:(7):451

黄褐斑

黄褐斑也称肝斑,是发生于面部的一种色素沉着性皮肤病。男女均可发生,以女性较多。发病原因可能与内分泌障碍(如妊娠、月经不调或卵巢、子宫疾患)及某些消耗性疾病(如结核、肝脏疾患、癌瘤、营养障碍)等有关。长期应用某些药物如口服避孕药、冬眠灵、苯妥英钠、抗生素等,亦可诱发本病。损害为黄褐色或咖啡色斑片,形状不同,大小不等,边缘多清楚,表面光滑无鳞屑,亦无自觉症状。有的女性在月经期加重。亦可因情志变化,劳累或晒后加重。好发于颧、鼻、额及口周围,个别患者可累及整个面

部,有时可互相融合,对称分布,状如蝴蝶。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:将白菊花、白茯苓、白僵蚕、当归各等份共研为细粉,用开水按1:6比例冲调成糊状,置凉备用。患者取平卧位,术者以三角巾包其头部,清洁面部皮肤,离子喷雾器蒸面15分钟,将上药代替按摩霜做面部皮肤及穴位(印堂、太阳、迎香、地仓、承浆、颊车)按摩约15分钟,再将此药涂于面部,以纱布遮盖眼、眉、口、将石膏粉400克以温水调成糊状,用小勺将其均匀地覆盖于面部约0.5~1厘米厚,仅留鼻孔,约30分钟后将凝固石膏壳揭去。4次为1个疗程,3~5日1次。

治则:活血祛风,润肤美容。

临床疗效:所治120例中,痊愈72例,占60%;显效24例,占20.0%;好转15例,占12.5%;无效9例,占7.5%;总有效率为92.5%。

参考文献:宝尔础鲁等,皮肤病与性病杂志,1998;20(2):29

寻常疣

寻常疣中医称为千日疮、枯筋箭、瘰子、疣自等。临床表现初起为针头大丘疹、渐增大成圆形或多角形,表面粗糙不平,蓬松枯槁,状如花蕊,触之坚硬,灰黄或污褐色的赘生物。有的呈乳头样、丝状或指状。本病好发于手背、足背、足趾与甲缘,数目在几个或数十个不等,一般无自觉症状,挤压有疼痛,碰撞或摩擦后易于出血,部分疣体可在2年内自行消退。

中医认为本病系因风毒搏于肌肤,或肝失疏泄,气血失和所致,治宜调和气血、活血解毒、软坚消疣。现代医学研究已知本病是由人类乳头瘤病毒所引起,治疗主要是用细胞毒剂或用物理、手术方法治疗。

按摩处方(一)

取穴及操作方法取生石灰 100 ~ 200 克,放入治疗盘内,加少许水后便产生“热化”反应,使之变成干燥粉末即可。根据疣发生的不同部位,让患者采取舒适的体位,局部常规消毒(发际内的疣应将局部头发剃去或剪短,眼周围施治时应注意防护)。医者用左手拇指和食指固定疣周围的皮肤,以右手拇指和食指摄取石灰粉放在疣上,并用食指指尖揉摩,经反复多次的进行,可见疣逐步脱落。揉摩时间,小的疣的需 2 ~ 3 分钟,大的约需 5 ~ 7 分钟。有时大的疣可能有少许渗血,但只要有足够的石灰粉揉摩,渗血即止。一般要求疣根部有明显的石灰粉沉着为好,然后用酒精棉球擦拭,以敷料胶布包扎。在揉摩过程中,患者除感觉极轻微的局部隐痛外,别无不适。

治则:蚀疣生肌。

临床疗效:50 例中,疣长在头部发际内及指(趾)者 11 例,长在手背和指(趾)者 23 例,单纯长于指(趾)者 14 例,长在其他部位者 2 例。每例少者 2、3 个,多者 10 个以上,均于一次处理完毕。一般于治后 2、3 天局部呈石灰样沉着,结成硬痂,5 ~ 7 天硬痂脱落,表面平滑,不留疤痕,在头部发际内的疣脱落部位,毛发生长无影响。所有病例均一次治愈,其中 23 例经随访 1 年未见复发。

注意事项:上述石灰粉必须临用前配制,否则影响疗效。配制时要加水适量,切勿过多,如石灰粉过度潮湿或成粉状、乳状时均无治疗作用。

参考文献:熊新安,中医杂志,1980;21(9):33

脱发

脱发是指头皮部突然发生斑状秃发,呈圆形或椭圆形斑状脱发,头皮光亮,境界清楚。亦称为“油风”、“鬼舐头”。正如《诸病

源候论·鬼舐头候》曰：“人有风邪在头，有偏虚处，则发秃落，肌肉枯死……或如钱大，或如指大，发不生，亦不痒，故谓之鬼舐头。”

按摩处方(一)

取穴及操作方法：指尖击法，用双手指尖自枕部沿督脉缓慢叩击向前额，再从前额至太阳经头侧部叩击至枕后，交替进行，每分钟叩击80~100次，每次5分钟，叩击力度以患者能耐受为度。指梳法：双手十指张开如鹰爪，以手代梳，从枕部开始经头顶至前额，再分开沿头侧部回到枕部作梳头动作，反复进行，每次5分钟。指揉法：用双手食、中指指腹在头皮上划圈按摩，按枕后—头顶—前额—太阳—头侧部—枕后的顺序，呈螺旋式前进，周而复始进行，每分钟60~80次，每次10分钟。日2次，15日为1疗程，疗程间隔5日。

治则：补肾填精，通络生发。

临床疗效：本组120例，临床治愈47例，好转51例，无效22例，总有效率81.6%。

参考文献：按摩与导引，1999；15(2)：23

股外侧皮神经炎

股外侧皮神经炎是以皮肤苔藓化及剧烈瘙痒为特征的慢性皮肤病。病因尚不完全清楚，一般认为本病的发生与神经过度兴奋或抑郁有关。临床表现，本病好发于颈后及两侧、肘窝、腘窝、股内侧、尾骶及腕、踝等部位，初期出现扁平的圆形或多角形丘疹，间歇性瘙痒，丘疹密集成群，日久丘疹融合成片，皮肤增厚，呈席纹状，搔之微有脱屑、阵发性剧痒难忍，因搔抓可在病变周围出现抓痕血痂等，中医学属于“牛皮癣”、“顽癣”等范畴。

按摩处方(一)

取穴及操作方法:(1)患者取俯卧位,点按金门、申脉、承山、承筋穴;

(2)取跪撑位,点委中穴;

(3)俯卧位,点按殷门、承扶、八髎穴;

(4)掌根推揉八髎;

(5)侧卧位,在腰椎1~5棘突两侧旁施掐切法,然后依次点按命门、肾俞、志室穴;

(6)用肘尖点两侧居髎,环跳穴;

(7)重力点按风市穴,后施刮、拨、揪、重力拍打法;

(8)在麻木区先施揉捏法,后用刮法、揪法,再用手掌施重力拍打法,至皮下瘀血呈紫红色为度。除施手法外,亦可在麻木区拔火罐或游走火罐。

治则:补肾强腰,通经活络。

临床疗效:治疗103例中,痊愈54例,好转42例,无效7例,总有效率93%。

参考文献:疣承泽,北京中医,1985;(5):34~35

第八章

其他疾病

肥胖症

当进食热量多于人体消耗量,并以脂肪形式储存体内,使体重超过标准体重的20%时称为肥胖症,引起肥胖的原因不仅仅是单纯性和继发性,从发病机理而论,又可归纳为内因、外因两种,内因多为遗传、神经、精神、物质代谢、内分泌等调节失常所致,外因主要因饮食丰富,运动不多所致。临床表现为患者一般畏热汗多,易疲劳,呼吸短促及头晕,头痛,心悸、腹胀下肢浮肿等严重可导致心肺衰竭、冠心病、高血压、糖尿病等病症。祖国医学认为肥胖的发生多与脾、胃、肾三脏功能失调有关。

按摩处方(一)

第八章 其他疾病

取穴及操作方法:推拿疗法没有明显减肥作用,仅可用为肥胖症的辅助治疗方法。全身可用推和滚法,某些脂肪堆积部位可用揉和捏法,一次推拿约需 20 分钟左右。也能促进新陈代谢,防止肥胖的发展。

治则:促进机体新陈代谢。

临床疗效:疗效尚可。

说明:(1)肥胖症必须注意饮食控制,要减少热量的摄入。要少吃糖和脂肪类食物,多吃蔬菜、瓜果。要使热量消耗大于摄入才能逐渐减肥。

(2)可服用降血脂药和减肥药物。可选择服用各种降血脂的西药。也可服用某些减肥茶或减肥药。如泽楂饮,即用中药泽泻 10 克、山楂 10 克,煎汁代茶饮,有减肥作用。

参考文献:赵翱,推拿疗法与医疗练功,1982;7:387~388

按摩处方(二)

取穴及操作方法:本组 43 例,对腹部、腰背部、臀部脂肪堆积较多的部位进行推拿,仰卧位,摩全腹,以中脘、神阙、关元为核心,先上腹,再脐周,后小腹,顺时针方向急速不停顿摩动 6 分钟,直至发热为度;点按中脘神阙、天枢、关元各 1 分钟;提拿腹部脂肪隆起处,提拿后停留片刻,操作 8 分钟;急速顺时针方向摩腹 5 分钟,至腹部热透为度;俯卧位,先施滚法于背部足太阳膀胱经,使背部皮肤微红,约 5~6 遍;按压脾俞、胃俞、肾俞、大肠俞各 1 分钟;沿背部足太阳膀胱经自下而上捏脊 5 遍;横擦背部两侧肩胛骨之间发热;横擦腰骶部发热;施滚法于臀部和下肢,往返 5~6 遍;按压环跳、秩边、殷门、承山各 1 分钟;拿提臀部及下肢肌肉 7 分钟。日 1 次。

治则:健脾和胃,通腑导滞。

辅助治疗:体针:取天枢、中脘、丰隆为主穴;脾胃俱热者配合谷、内庭、曲池;脾虚湿盛配脾俞、胃俞、足三里;真元不足配关元、命门。常规消毒后,用 28 号 3 寸毫针直刺进针,提插捻转泻法强

刺激,使之有强烈的针感,留针 30 分钟,10 分钟运针 1 次,隔日 1 次。耳穴贴压:主穴取脾、胃、内分泌、肾、神门;食欲旺盛配饥点、渴点;嗜睡配丘脑;汗多配交感。常规消毒,用胶布粘王不留行籽贴于耳穴处,嘱患者饭前和饥饿时按压 3 分钟,5 日换 1 次,两耳交替使用。对照组 24 例,用防风通圣散;脾胃俱热重用石膏、黄芩;脾虚为主加黄芪、党参;湿盛为主加苍术、半夏;真元不足者加补骨脂、附片、肉桂;日 1 剂水煎服。两组均 3 个月为 1 疗程。

临床疗效:诊断标准:参照人民军医出版社 1997 年版《现代临床疾病诊断学》拟订。人体的标准体重(千克) = 身高(厘米) - 100(男性应减 105)。体重超过标准体重 20% 时称为肥胖症,体重超过标准体重 20% ~ 30% 时称为轻度肥胖,超过标准体重 30% ~ 50% 为中度肥胖,当超过标准体重 50% 以上时为重度肥胖。疗效标准:参照中国中西医结合肥胖病研究学会于 1992 年 4 月在北京第三次修订的肥胖病的疗效标准。痊愈:疗程结束时体重下降已达到标准体重或超重范围内。显效:疗程结束时体重下降 5 千克以上。有效:疗程结束时体重下降 3 千克以上。无效:疗程结束时无明显改变。

两组分别痊愈 12、1 例,显效 18、7 例,有效 11、8 例,无效 2、8 例,总有效率 95.3%、66.7% ($P < 0.01$)。

参考文献:湖南中医杂志, 2000;16(5): 24 ~ 25

运动性疲劳

按摩处方(一)

取穴及操作方法:采用中药蒸汽浴设施对运动员进行按摩加中药蒸汽浴浴疗,每次浴疗时间 20 分钟。按摩放松 20 分钟,按摩为向心按摩,沿静脉、淋巴的回流方向,顺肌肉的走向,采用各种手法,针对所需要的部位进行,力量恰到好处,利于运动员的恢复,连

续浴疗4周。

治则:益气通络。

临床疗效:浴疗后运动疲劳症状(头疼、头昏、失眠、烦躁、全身无力、全身痠痛、食欲下降)基本消失,治疗前后比较有显著性差异($P < 0.05$ 和 0.01);按摩加中药蒸汽浴治疗后疗效显著,总有效率93.55%。

参考文献:按摩与导引,2000;16(6):53~54

四肢逆冷

按摩处方(一)

取穴及操作方法:本组60例,用上海产三商日用品保健公司生产的BZP-1型保健足盆,双足洗净后置于足盆内,将伤湿洗方液(桂枝、伸筋草、牛膝、乳香、没药、补骨脂等组成,研细,置于棉纸组成的袋中,用水烧至50度左右)3升左右倒入盆中,以浸没双足为度,打开按摩开关及恒温开关,按摩时间为每次30分钟,日1次,1次为1疗程。对照组40例,取相应部位的八风、太溪、昆仑及天应穴,常规消毒后,用毫针针刺,并用艾条温灸,每次1壮,日1次,1次为1疗程。

治则:促进末梢微循环。

临床疗效:用3个疗程,两组分别痊愈17、4例,显效15、12例,好转22、13例,无效6、11例,总有效率90%、72.5% ($P < 0.05$)。

参考文献:上海针灸杂志,1999;18(2):20

高考怯场

按摩处方(一)

取穴及操作方法:考生入场后,暗示自己放松,自己用右手拇

指按揉左侧的内关、劳宫、神门穴,左手按对侧同穴。再用双手拇指腹指定揉头部太阳穴、风池穴;胸闷者拇指腹按揉膻中穴、中脘穴、气海穴,以感到痠、胀、麻为宜。

治则:益气活血,醒神开窍。

临床疗效:本组 86 例,发下试卷前自我按摩后,56 例症状消失,25 例症状基本消失,还存在心跳加快 5 例,症状无减轻 5 例,总显效率 94.2%。

说明:本法可减轻紧张情绪,使考生尽快进入考试状态。

参考文献:按摩与导引,2000:16(5):65

药物依赖

按摩处方(一)

取穴及操作方法:捏脊用三遍三捏一提法,自腰骶至颈项;点按双侧神门、内关、三阴交穴,每穴 3 次,得气为度;颜面部鱼际揉法,20 分钟;以额顶、眼眶四周为重点,配以点按百会、四神聪、睛明、瞳子髎、四白、巨髎、颧髎等颜面部腧穴,每穴 3 次,得气为度。

颜面部综合手法:平推印堂至神庭,分推印堂至太阳,揉太阳,上至头维,揉头维,沿悬颅、悬厘循前发际胆经经角孙、翳风至耳后安眠穴,揉安眠穴,反复 3~5 遍;反推神庭至印堂,再环眼夹鼻绕唇至地仓,反复 3~5 遍;平推印堂至神庭,分推印堂至太阳,上至头维,揉头维,沿发际直下抹至颊车,再反抹至太阳,反复 3~5 遍。掌颤神阙穴,10 分钟,震幅小而均匀。以上手法日 1 次,10 次为 1 疗程。对照组 50 例,用昆明神衰果素片(云南昆明制药股份有限公司生产)3 片/日 3 次口服,10 日为 1 疗程。

治则:平衡阴阳,疏通经络,镇静安神。

辨证特点:诊断标准:每日入睡前,均需服用安定、舒乐安定、硝基安定、速可眠等镇静类药物,否则不能获得理想睡眠,必须服

后方能入睡,病史 1 年以上。

临床疗效:疗效标准:痊愈:完全停服镇静类药物,自然获得正常睡眠,次日晨起精力充沛。显效:完全停服镇静类药物,但睡眠欠实、多梦,次日晨起有睡眠不足感,但无服镇静剂想法及行为。好转:完全停服镇静类药物后,有时睡眠不佳,需偶尔服用镇静剂,但未形成依赖。无效:不能完全停服镇静剂。用 5 个疗程,两组分别痊愈 21、3 例,显效 18、6 例,好转 7、21 例,无效 4、20 例,总有效率 92%、60%。本组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

参考文献:中国中医药信息杂志,2000;7(8): 81

肌注后硬结

按摩处方(一)

取穴及操作方法:热敷用热水袋装水 2/3 满,温度 50 度,放置于臀部硬结处,每次 15 ~ 20 分钟。热敷后立即进行按摩,将一手五指并拢,放置于硬结部位,做环行按摩,每次 10 ~ 15 分钟。

治则:活血化瘀,散寒止痛。

临床疗效:本组 80 例,治愈 78 例,有效 2 例。

参考文献:陕西中医,1999;20(8):367

椎源性心血管功能变化

按摩处方(一)

取穴及操作方法:关节损变型以牵引法为首选,有骨质疏松者,以伸展运动为宜,关节功能紊乱型以正骨推拿为首选,正骨推拿必须按错位型式而选用正骨手法。

单向冲压法:适用于单椎后凸滑脱或错位和侧摆式脱位,患者

俯卧,胸前平放薄枕,术者单手或双手重叠,掌根置于后凸棘突上,嘱其作深呼吸,呼气时,术者用有限度的冲击力,重复2~4次;

俯卧双向分压法: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;

俯卧旋转分压法:适用于胸椎左右旋转式错位,以T₄棘突偏左,T₅棘突偏右为例,患者俯卧,胸前垫薄枕,双手放于躯干两侧,背部放松,术者立其右侧,右掌根置其T₅棘突右旁,右手掌根置其T₄棘突左旁,配合呼吸,当其呼气时,术者双手用适度的冲压力;

俯卧定向撞正法:适用于体质虚弱的老人,患者俯卧,肩背放松,术者右手握拳,左手食指或中指置于偏歪的棘突旁,用拳捶于食指而且震动其错位棘突。日1次,3次为1疗程,用1~3个疗程。

治则:活血通脉,整脊通督。

临床疗效:疗效标准:痊愈:自觉症状和体征消失,半年内无复发。好转:自觉症状和体征消失,1个月内有复发。无效:症状无改善或加重,但临床检查体征无明显加重者。本组52例,痊愈46例,好转6例,总有效率100%。

参考文献:实用中医药杂志,2001;17(2):33

硬膜外麻醉后遗症

按摩处方(一)

取穴及操作方法:患者俯卧位,先用掌根轻揉患者背部,自上而下由轻到重揉3~5遍。术者以一指禅、滚法沿两侧膀胱经内侧线自上而下反复数遍,重点在肝俞、肾俞、气海俞、关元俞、三焦俞等穴。术者双手互搓发烫,擦两肾俞、命门、八髎,用振法振命门,令患者热透到小腹部。捏脊5~10遍;五指平推沿脊柱而下,使背

部发热,热气下透;点按气冲、足三里、阴陵泉、下巨虚、三阴交、太冲、昆仑穴1分钟。嘱患者自行揉小腹(补法)100次。并行晨炼。

治则:益气活血,滋阴潜阳。

临床疗效:本组25例,痊愈5例,显效11例,好转7例,无效2例,总有效率92%。

参考文献:按摩与导引,1999;15(2):12

髂腹股沟神经损伤

按摩处方(一)

取穴及操作方法:推拿:患者仰卧位,确定疼痛部位,术者用双拇指对压痛明显区(一般在髂前上棘的内侧2厘米处)和索样隆起处施行弹拨、按压手法,分筋、理筋约10分钟。针刺:在疼痛明显区域内,由上而下顺序进针,深度约1寸左右,间隔1寸,平补平泻法,持续5分钟,留针15分钟。穴位注射:在神经损伤部位寻找2个敏感点,直刺皮下肌肉,无回血注入药液(2%盐酸利多卡因注射液2毫升、地塞米松2毫克、维生素B₁0.5毫克)。3日1次。

治则:通络止痛。

临床疗效:疗效标准:痊愈:疼痛消失,活动自如、休息1周后可参加任何劳动。显效:疼痛明显减轻,生活基本正常。好转:疼痛减轻,劳累后仍复发。本组66例,痊愈41例,显效21例,好转4例。总有效率100%。

参考文献:江苏中医,2000;21(1):22

麻将颈

按摩处方(一)

取穴及操作方法:单纯用推拿手法26例,患者坐位,医者站其

后方,先在患部皮肤轻推摩,再从颈上向下直到肩胛部先轻后重进行捏,继捏拿斜方肌、肩胛提肌、夹肌、颈半束肌、胸锁乳突肌,点按肩井、肩俞、大椎、风池及枕骨缘,松解深部肌肉、肌腱粘连,接着在痉挛肌肉处或条索结节处做弹拨、提弹及指针刺激,最后在患部做大面积抚摩结束治疗。每次约30分钟,日1次,10次为1疗程,疗程间隔5日。12例TDP照射后用手法治疗,8例用手法推拿加颈椎牵引治疗。

治则:疏通经络,柔筋止痉。

辨证特点:诊断标准:有麻将娱乐史并出现颈肩部酸困、隐痛等,检查颈部软组织区压痛,肌紧张或摸到条索状硬块,X线未发现椎体后缘及钩椎关节增生,无椎间孔变小或椎间隙变窄,排除各型颈椎病即可。

临床疗效:疗效标准:治愈:症状、体征完全消失,恢复日常工作,观察3~6个月无复发。显效:症状、体征基本消失,可恢复日常工作。有效:主要症状消失,体征部分消失,可坚持工作,低头工作时间较长有不适感,休息后减轻。无效:症状、体征无明显改变。本组46例,治愈16例,显效20例,有效9例,无效1例,总有效率97.8%。

参考文献:按摩与导引,2000;16(5):49~50

早期钳闭性疝

按摩处方(一)

取穴及操作方法:按摩前,可针刺合谷穴或肌注杜冷丁50~80毫克,小儿可用阿托品,作为基础用药,减轻其疼痛和不适。术者应站在病员左侧,用左手托阴囊,使局部皮肤松弛,右手先在肿块上方,由下向上轻柔按摩,约3~5分钟,再用右手食指顺时针方向,间隙按摩,同时右拇指将肿块颈部轻轻推之向上,如此顺序按

摩 10 ~ 30 分钟。

治则:活血通络,益气举陷。

临床疗效:用本法治疗 81 例,均获痊愈。其中 76 例已回复,4 例行修补术。无 1 例发生严重并发症。

注意事项:手法要轻柔,忌用暴力或压力过大,否则造成穿孔或破裂。呕吐频繁,出现中毒症状者不适于本法治疗。此外,患有严重高血压、心脏病、肾炎的年老患者,用按摩方法回复后,可考虑使用疝带较为安全。

参考文献:王重九,新中医,1981:(2):42

面部美容

按摩处方(一)

取穴及操作方法:本组 200 例,油性肤质 60 例,干性肤质 40 例,混合性 80 例。洁肤后用干净的手指沾取 5 分硬币大小的不含特殊成分的按摩膏,均匀涂于面部,避开眼睛、鼻孔及口唇,并顺着面部皮肤的肌肉纹理走向作螺旋状由下而上按摩。点按穴位:太阳穴、睛明、头维、百会、印堂、四白、迎香、地仓、颊车、肩井、翳风穴并配合每穴各按摩 6 ~ 8 次。除拇指外用余 4 指双手沿下颌肌由下而上弹起并顺颈部由上而下推到肩臂部,最后拿五经,拍打关颈部及颈背后,约 15 分钟。

治则:疏通经络,活血养颜。

临床疗效:显效 130 例,有效 70 例,总有效率为 100%。其中油性肤质显效 40 例,有效 20 例;干性肤质显效 20 例,有效 20 例;混合性显效 60 例,有效 20 例。

参考文献:福建中医药,1999:30(3):46

病名索引

二画

儿童胃石症	126
儿童 Monteggia 氏内收型骨折	206
十二指肠球部溃疡	33

三画

口疮	623
口癖	625
小儿夜啼	158
小儿惊风	158
小儿口疮	162
小儿高热	163
小儿脱肛	165
小儿感冒	114
小儿哮喘	116
小儿肺炎	117
小儿腹泻	118
小儿泄泻	119
小儿疳症	134

小儿遗尿	139
小儿脑瘫	155
小儿肠套叠	136
小儿惊惕症	157
小儿夏季热	164
小儿厌食症	128
小儿营养不良	132
小儿支气管炎	115
小儿消化不良症	127
小儿神经性尿频	154
小儿腹股沟斜疝	143
小儿面神经麻痹	144
小儿麻痹后遗症	161
大腿挫伤	298
三叉神经痛	65

四画

心悸	6
不孕症	182
中耳炎	614
支气管炎	2
五迟、五软	160

中风后遗症	15	呕吐	32
冈下肌肌腱炎	407	足跟痛	509
尺桡远端双骨折	206	麦粒肿	608
五画		肘关节脱位	263
		运动性疲劳	636
		坐骨神经痛	75
		更年期综合征	173
		肠粘连	194
头痛	80	肠道易激综合征	36
失眠症	104	八画	
白细胞减少症	9		
甲状腺机能亢进	53		
外伤性骨化性肌炎	432		
外伤性髋关节滑膜炎	419		
外踝韧带损伤及距骨错缝	297	乳痈	184
四肢逆冷	637	乳腺增生症	192
四肢骨折后期关节功能障碍	253	肾结石	43
六画		肾绞痛	44
		肩关节脱位	261
		肩胛盂部骨折	197
		肩胛提肌损伤	347
		肩关节周围炎	352
寻常疣	630	肱骨干骨折	198
肋软骨炎	430	肱骨外上髁炎	409
过敏性鼻炎	618	肱骨髁上骨折	200
肌注后硬结	639	肥胖症	634
早期钳闭性疝	642	肥大性脊椎炎	427
七画		郁证	111
		经漏	172
		贫血	8
近视	612		
呃逆	30		

病名索引

肺结核	4	背肌筋膜炎	405
枕神经痛	72	前臂双骨折	204
美尼尔氏病	54	胫骨内髁炎	426
单纯性肠梗阻	193	类风湿性关节炎	516
股外侧皮神经炎	632	重度胫腓骨中下段开放性骨折	221

九画

胃下垂	25
胃脘痛	27
神经衰弱	96
神经官能症	95
急性乳腺炎	185
急性上背痛	604
急性嵌顿痔	195
急性扁桃腺炎	622
急性腰肌扭伤	310
急性软组织损伤	348
面部美容	643
面神经麻痹	66
便秘	38
咳嗽	1
冠心病	5
胎位异常	176
盆骨骨折	243
指骨骨折	214
药物依赖	638
骨质增生	522

十画

哮喘	3
缺乳	176
高血压	10
高考怯场	637
脊柱侧弯	602
流行性腮腺炎	626
脊椎小关节功能紊乱	343
桡神经损伤	74
桡骨小头半脱位	266
桡尺远侧关节错骨缝	264
胸腰椎骨质疏松症	520
胸腰椎屈曲型压缩骨折	246

十一画

颈椎病	432
颈性眩晕	55
颈椎增生	428
颈性视力障碍	610

颈椎小关节错位及颈椎失稳	256
第一掌骨骨折	211
第三腰椎横突综合征	586
脱发	631
黄褐斑	629
麻将颈	641
梨状肌损伤	300
菱形肌损伤	308
婴幼儿便秘	138
斜方肌纤维炎	408

十二画

落枕	491
痤疮	628
痛经	167
腓肌损伤	305
跖跗关节扭伤	296
强直性脊椎炎	112
棘上棘间韧带损伤	338
短暂性脑缺血发作	21
硬膜外麻醉后遗症	640
椎源性心血管功能变化	639
腕舟骨骨折	212
腕关节扭伤与劳损	286

十三画

腰腿痛	594
腰肌劳损	590
腰椎间盘突出症	524
腰椎骨质增生症	587
腰椎后关节错缝	267
腰椎关节突紊乱	339
腰椎小关节滑膜嵌顿	341
跟骨骨折	238
雷诺氏病	7
腹股沟斜疝	143

十四画

慢性胃炎	23
慢性肾炎	42
慢性鼻炎	617
慢性结肠炎	35
慢性盆腔炎	174
慢性咽喉炎	619
慢性前列腺炎	45
慢性非结石性胆囊炎	41
鼻骨骨折	252
髋髂关节错位	274
歌喉声门闭合不全	623
髋髂关节骨折脱位	284

病名索引

十五画		瘰病	100
		臀上皮神经痛	73
		颞颌关节脱位	254
		臀上皮神经损伤	606
踝部骨折	231	髂腹股沟神经损伤	641
踝关节扭伤	287	髌臼骨折	242
膝关节病	497	髌关节脱位	284
增生性膝关节炎	420	髌骨骨折	216
膝关节内侧副韧带损伤	306	髌骨软化症	505
十六画以上		髌下脂肪垫劳损	508
糖尿病	51		

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]
书名 = 二十世纪中医药最佳处方 按摩治疗卷
作者 =
页数 = 6 4 9
S S 号 = 0
出版日期 =

- 录
- 第一章内科疾病
 - 第一节呼吸系统
 - 咳嗽
 - 支气管炎
 - 哮喘
 - 肺结核
 - 第二节循环系统
 - 冠心病
 - 心悸
 - 雷诺氏病
 - 贫血
 - 白细胞减少症
 - 高血压
 - 中风后遗症
 - 短暂性脑缺血发作
 - 第三节 消化系统
 - 慢性胃炎
 - 胃下垂
 - 胃脘痛
 - 呃逆
 - 呕吐
 - 十二指肠球部溃疡
 - 慢性结肠炎
 - 肠道易激综合征
 - 便秘
 - 慢性非结石性胆囊炎
 - 第四节泌尿生殖系统
 - 慢性肾炎
 - 肾结石
 - 肾绞痛
 - 慢性前列腺炎
 - 阳痿
 - 第五节代谢及内分泌系统
 - 糖尿病
 - 甲状腺机能亢进
 - 第六节神经系统
 - 美尼尔氏病

颈性眩晕
三叉神经痛
面神经麻痹
枕神经痛
臀上皮神经痛
桡神经损伤
坐骨神经痛
头痛
神经官能症
神经衰弱
癔病
失眠症
 郁证
 第七节 其他疾病
 强直性脊椎炎
第二章儿科疾病
 第一节 呼吸系统
 小儿感冒
 小儿支气管炎
 小儿哮喘
 小儿肺炎
 第二节 消化系统
 小儿腹泻
 小儿泄泻
 先天性巨结肠
 儿童胃石症
 小儿消化不良症
 小儿厌食症
 小儿营养不良
 小儿疳症
 小儿肠套叠
 婴幼儿便秘
 第三节泌尿系统
 小儿遗尿
 小儿腹股沟斜疝
 小儿面神经麻痹
 肌性斜颈
 小儿神经性尿频
 小儿脑瘫
 小儿惊惕症
 小儿夜啼
 小儿惊风
 第四节 其他疾病

五迟、五软
小儿麻痹后遗症
小儿口疮
小儿高热
小儿夏季热
小儿脱肛
第三章妇产科疾病
痛经
经漏
更年期综合征
慢性盆腔炎
胎位异常
缺乳
产后乳汁瘀积
产后坐骨神经痛
产后尿潴留
不孕症
第四章外科疾病
乳痈
急性乳腺炎
乳腺增生症
单纯性肠梗阻
肠粘连
急性嵌顿痔
腹股沟斜疝
第五章骨伤科疾病
第一节骨折
肩胛盂部骨折
肱骨干骨折
肱骨髁上骨折
前臂双骨折
儿童Monteggia氏内收型骨折
尺桡远端双骨折
第一掌骨骨折
腕舟骨骨折
指骨骨折
髌骨骨折
重度胫腓骨中下段开放性骨折
踝部骨折
跟骨骨折
髌臼骨折
盆骨骨折
胸腰椎屈曲型压缩骨折

鼻骨骨折
四肢骨折后期关节功能障碍
第二节 关节脱位
颞颌关节脱位
颈椎小关节错位及颈椎失稳
肩关节脱位
肘关节脱位
桡尺远侧关节错缝
桡骨小头半脱位
腰椎后关节错缝
骶髂关节错位
骶髂关节骨折脱位
髋关节脱位
第三节扭挫伤
腕关节扭伤与劳损
踝关节扭伤
跖跗关节扭伤
外踝韧带损伤及距骨错缝
大腿挫伤
梨状肌损伤
腓肌损伤
膝关节内侧副韧带损伤
菱形肌损伤
急性腰肌扭伤
棘上棘间韧带损伤
腰椎关节突紊乱
腰椎小关节滑膜嵌顿
脊椎小关节功能紊乱
肩胛提肌损伤
急性软组织损伤
第四节组织炎症
肩关节周围炎
背肌筋膜炎
冈下肌肌腱炎
斜方肌纤维炎
肱骨外上髁炎
外伤性髋关节滑膜炎
增生性膝关节炎
胫骨内髁炎
肥大性脊椎炎
颈椎增生
肋软骨炎
外伤性骨化性肌炎

第五节 关节病变

颈椎病

落枕

膝关节病

髌骨软化症

髌下脂肪垫劳损

足跟痛

类风湿性关节炎

胸腰椎骨质疏松症

骨质增生

腰椎间盘突出症

第三腰椎横突综合征

腰椎骨质增生症

腰肌劳损

腰腿痛

脊柱侧弯

急性上背痛

臀上皮神经损伤

第六章五官科疾病

麦粒肿

颈性视力障碍

近视

中耳炎

慢性鼻炎

过敏性鼻炎

慢性咽喉炎

急性扁桃腺炎

喉声门闭合不全

口疮

口癖

流行性腮腺炎

第七章皮肤科疾病

痤疮

黄褐斑

寻常疣

脱发

股外侧皮神经炎

第八章其他疾病

肥胖症

运动性疲劳

四肢逆冷

高考怯场

药物依赖

肌注后硬结
椎源性心血管功能变化
硬膜外麻醉后遗症
髂腹股沟神经损伤
麻将颈
早期钳闭性疝
面部美容
病名索引