

现代中医 临床诊治精要 (下)

张 波等◎主编



现代中医临床诊治精要

(下)

张 波等◎主编

中国推拿学

推拿学

第十四章 骨伤科疾病推拿

第十四章 骨伤科疾病推拿

第一节 颈椎病

颈椎病是发生在颈段脊柱的慢性退行性疾病,是由于颈椎骨质增生、椎间盘退行性改变以及颈部损伤等原因引起脊柱内、外平衡失调,刺激或压迫颈神经根、椎动脉、脊髓或交感神经而引起的一组综合征,又称颈椎综合征。多见于中老年人群,男性多于女性,近年来有明显低龄化趋势。本病临床表现为头、颈、肩臂麻木疼痛,肢体酸软无力,病变累及椎动脉、交感神经、脊髓时则可出现头晕、心慌、大小便失禁、瘫痪等症状。

一、病因病理

颈椎间盘退变是本病的内因,各种急慢性颈部损伤是导致本病的外因。

(一)内因

在一般情况下颈椎椎间盘从30岁以后开始退变,退变从软骨板开始并逐渐骨化,通透性随之降低,髓核中的水分逐渐减少,最终形成纤维化,缩小变硬成为一个纤维软骨性实体,进而导致椎间盘厚度变薄,椎间隙变窄。由于椎间隙变窄,使前、后纵韧带松弛,椎体失稳及继发性炎症,后关节囊松弛,关节腔变窄,关节面长时间磨损而导致增生。椎体后关节、钩椎关节等部位的骨质增生以及椎间孔变窄或椎管前后径变窄是造成脊髓、颈神经根、椎动脉及交感神经受压的主要病理基础。

(二)外因

由于跌仆闪挫或长期从事低头伏案工作,平时姿势不良、枕头和睡姿不当,均可使颈椎间盘、后关节、钩椎关节、椎体周围各韧带及其附近软组织不同程度的损伤,从而破坏了颈椎的稳定性,促使颈椎发生代偿性骨质增生。若增生物刺激或压迫邻近的神经、血管和软组织则引起各种相应的临床症状和体征。

此外,颈项部受寒,肌肉痉挛致使局部组织缺血缺氧,也可引起临床症状。

中医学关于颈椎病的论述多记载于“痹证”“痿证”“头痛”“眩晕”“项强”“项筋急”和“项肩痛”等病证中。中医认为颈椎病与人的年龄及气血盛衰、筋骨强弱有关。年过四十肾气始衰,年过五十肝气始衰,年过六十筋肌懈惰,骨骸稀疏。年老体弱,肝肾、气血亏虚,筋肌骸节失却滋养;或被风寒湿邪所侵,气血凝滞痹阻;或反复积劳损伤,瘀聚凝结于脊窍,发为本病。

二、诊断

(一)颈型颈椎病

颈型颈椎病由于颈椎过度运动、外伤或长期不良姿势,而造成椎旁软组织劳损、颈椎活动节段轻度错缝,颈椎的稳定性下降,从而导致椎间盘代偿性退变。这种退变尚处于退变的早期阶段,表现为椎间盘纤维环结构的部分破坏、椎间盘组织的轻度膨出及椎骨骨质的轻度增生,这些膨出及增生的结构尚未构成对神经、血管组织的实质性压迫,但可刺激分布于其间的椎窦神经感觉纤维。后者则向中枢发出传入冲动,经脊髓节段反射及近节段反射的途径,导

致颈项部和肩胛骨间区肌肉处于持续紧张的状态,出现该区域的刺激症状。

(1)表现为患者颈部前屈、旋转幅度明显减小,颈夹肌、半棘肌、斜方肌等出现肌紧张性疼痛。

(2)颈部有僵硬感,易于疲劳。

(3)肩胛肩区有酸痛感和沉重感,劳累后症状加重,休息后症状减轻,经常出现“落枕”样现象。

(二)神经根型颈椎病

神经根型颈椎病由于颈椎钩椎关节、关节突骨质增生、颈椎椎骨之间结构异常及软组织损伤、肿胀等原因,造成对神经根的机械压迫和化学刺激而引起典型的神经根症状。

1. 症状

(1)颈项部或肩背呈阵发性或持续性的隐痛或剧痛;受刺激或压迫的颈脊神经其循行路径有烧灼样或刀割样疼痛,伴针刺样或过电样麻感;当颈部活动、腹压增高时,上述症状会加重。

(2)颈部活动有不同程度受限或发硬、发僵,或颈呈痛性斜颈畸形。

(3)一侧或两侧上肢有放射性痛、麻,伴有发沉、肢冷、无力、握力减弱或持物坠落。

2. 体征

(1)颈椎生理前凸减少或消失,甚至反弓,脊柱侧凸。上肢及手指感觉减退,严重时可有肌肉萎缩。

(2)颈部有局限性条索状或结节状反应物,在病变颈椎节段间隙、棘突、棘突旁及其神经分布区可出现压痛。手指放射性痛、麻常与病变节段相吻合。

(3)患侧肌力减弱,病久可出现肌肉萎缩。

(4)臂丛神经牵拉试验、压头试验、椎间孔挤压试验,均可出现阳性。

(5)腱反射可减弱或消失。

3. 辅助检查

(1)X线片检查:可显示颈椎生理前凸变直或消失,脊柱、棘突侧弯,椎间隙变窄,椎体前、后缘骨质增生,钩椎关节变锐及椎间孔狭窄等改变。

(2)CT检查:可清楚地显示颈椎椎管和神经根管狭窄、椎间盘突出及脊神经受压情况。

(3)MRI检查:可以从颈椎的矢状面、横断面及冠状面对椎管内结构的改变进行观察,对脊髓、椎间盘组织显示清晰。

(三)脊髓型颈椎病

脊髓型颈椎病是由于突出的颈椎间盘组织、增生的椎体后缘骨赘、向后滑脱的椎体、增厚的黄韧带和椎管内肿胀的软组织等,对脊髓造成压迫;或由于血管因素的参与,导致脊髓缺血、变性等改变,引起颈部以下身体感觉、运动和大小便功能等异常。本病与颈椎间盘突出症有相似之处。

1. 症状

(1)表现为上肢症状往往不明显,有时仅表现为沉重无力;下肢症状明显,可出现双下肢僵硬无力、酸胀、烧灼感、麻木感和运动障碍,呈进行性加重的趋势。

(2)步态笨拙,走路不稳或有踩棉花感。手部肌肉无力、发抖、活动不灵活、持物不稳、容易坠落。

(3)甚至四肢瘫痪,排尿、排便障碍,卧床不起。

(4)患者常有头痛、头昏、半边脸发热、面部出汗异常等。

2. 体征

(1)颈部活动受限不明显,病变相应节段压痛存在。

(2)上肢动作欠灵活,肌力减弱。

(3)下肢肌张力增高。低头1分钟后症状加重。

(4)肱二、三头肌肌腱及膝腱反射减弱;跟腱反射亢进。

(5)髌阵挛和踝阵挛。

(6)腹壁反射和提睾反射减弱。

(7)霍夫曼征、巴宾斯基征均可出现阳性。

3. 辅助检查

(1)X线片检查:可见病变椎间隙狭窄、椎体骨质增生、节段不稳定等退行性改变。有时可见椎管狭窄、椎间孔缩小。

(2)脊髓造影:脊髓造影可发现硬膜囊前后压迫情况,如压迫严重可呈现不完全性或完全性梗阻。

(3)CT检查:可确切地了解颈椎椎管的大小、椎间盘突出程度、有无椎体后骨刺等情况。

(4)MRI检查:可明确有无颈椎间盘变性、突出或脱出及其对脊髓的压迫程度,了解脊髓有无萎缩变性等。

(四)椎动脉型颈椎病

椎动脉型颈椎病是由于椎间盘退变及上位颈椎错位,横突孔骨性非连续管道扭转而引起椎动脉扭曲,或因椎体后外缘、钩椎关节的骨质增生而导致椎动脉受压,造成一侧或双侧的椎动脉供血不足,或因椎动脉交感神经丛受刺激而导致基底动脉痉挛等。近年来对椎动脉形态学的研究表明,该病存在椎动脉入横突孔位置变异、先天性纤细、痉挛、钩椎关节增生压迫、横突孔内纤维束带牵拉扭曲、血管本身病变及骨质增生压迫椎动脉等病理改变。因此,可以认为,椎动脉形态学改变使椎动脉血流动力学异常,椎动脉供血不足,小脑缺血、缺氧是导致眩晕的主要原因。

《灵枢》有“髓海不足,则脑转耳鸣”,“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩”及“上虚则眩”等记载。

1. 症状

(1)持续性眩晕、恶心、耳鸣、重听、记忆力减退、后枕部麻木、偏头痛等。

(2)可伴有视物模糊、视力减退、精神萎靡、失眠、嗜睡等。

(3)头部过伸或旋转时,可出现位置性眩晕、恶心、呕吐等急性发作症状。

(4)可出现猝然摔倒、持物坠落,但摔倒时神志多清醒。

(5)部分患者可同时伴有颈肩臂痛等神经根型颈椎病的表现,以及交感神经刺激症。

2. 体征

(1)病变节段横突部压痛。

(2)当出现颈性眩晕等椎动脉供血不足的症状时,可发作性摔倒。

(3)旋颈试验阳性。

3. 辅助检查

(1) X线片检查:颈椎正位及斜位片,可见颈椎生理弧度减小或消失,可出现侧凸畸形。可见钩椎关节侧方或后关节部骨质增生、椎间孔变小等。

(2) 椎动脉造影:可见椎动脉因钩椎关节骨赘压迫而扭曲或狭窄,可作为确切诊断。

(3) TCD 检查:为目前临床常用的检查项目,可发现椎动脉血流速减慢或增快,可供临床参考。

(4) 3D-CTA 检查:可清晰观察椎动脉及椎—基底动脉全貌,分析椎动脉与椎体、椎间孔及周围软组织的关系,可明确诊断。

(五) 交感神经型颈椎病

1. 症状

(1) 有慢性头痛史,以眼眶周围、眉棱骨等部位明显,疼痛常呈持续性。

(2) 可出现头晕、眼花、耳鸣、恶心或呕吐。

(3) 可有心动过速或减慢、心前区闷痛、心悸、气促等症状。

2. 体征

(1) 两侧颈椎横突前压痛点明显。

(2) 部分患者出现霍纳征。

(3) 有“类冠心病样综合征”征象。

3. 辅助检查

(1) X线片检查:颈椎生理弧度有不同程度的改变,椎体和钩椎关节骨质增生,横突肥厚等。

(2) 心电图检查:无异常或有轻度异常。

(六) 混合型颈椎病

兼具上述两种类型或两种以上类型的诊断要点。

三、鉴别诊断

临床上根据患者的病史、症状和体征,并通过相应检查可明确诊断,并注意同下列疾病相鉴别。

(一) 神经根型颈椎病

1. 风湿性或慢性劳损性颈肩痛

有颈肩、上肢以外多发部位的疼痛史,无放射性疼痛,无反射改变,麻木区不按脊神经根节段分布,该病与天气变化有明显关系,服用抗风湿类药症状可好转。

2. 落枕

颈项强痛,活动功能受限,无手指发麻症状,起病突然,以往无颈肩症状。

3. 前斜角肌综合征

颈项部疼痛,患肢有放射痛和麻木触电感,以手指胀、麻、凉、皮肤发白或发绀为特征。手下垂时症状加重,上举后症状可缓解。前斜角肌痉挛发硬,艾迪森试验阳性。

(二) 脊髓型颈椎病

1. 颈脊髓肿瘤

脊髓压迫症状呈进行性加重,先有一侧颈、肩、臂手指疼痛或麻木,逐渐发展到对侧下肢,

然后累及对侧上肢。X线平片显示椎间孔增大,椎体或椎弓破坏。CT、MRI、脊髓造影可确诊。

2. 脊髓粘连性蛛网膜炎

可有感觉神经和运动神经受累症状,亦可有脊髓的传导损害症状。腰椎穿刺时,脑脊液呈不全或完全梗阻现象。脊髓造影时,造影剂通过蛛网膜下腔困难,并分散为点滴延续的条索状。

3. 脊髓空洞症

好发于20~30岁的青年人,以痛温觉与触觉分离为特征,尤以温度觉的减退或消失较为明显。脊髓造影通畅,MRI检查可见颈膨大,有空洞形成。

此外,还需与颈椎骨折脱位、颈椎结核相鉴别。

(三)椎动脉型颈椎病

1. 梅尼埃病

平素有类似发作症状,常因劳累、睡眠不足、情绪波动而发作。其症状表现为头痛、眩晕、呕吐、恶心、耳鸣、耳聋、眼球震颤等。

2. 位置性低血压

发作于患者突然改变体位时,尤其从卧位、蹲位改为立位时,突然头晕,而颈部活动无任何异常表现。

3. 内听动脉栓塞

突发耳鸣、耳聋及眩晕,症状严重且持续不减。

(四)交感神经型颈椎病

1. 心绞痛

有冠心病史,发作时心前区剧烈疼痛,伴胸闷心悸、出冷汗,心电图有异常表现。含服硝酸甘油片能缓解。

2. 自主神经紊乱症

多见于青壮年,表现为头痛、头晕、睡眠障碍、自制能力差等。X线片显示颈椎无明显异常改变,神经根、脊髓无受累征象。服用调节自主神经类药物有效。对此类患者需长期观察,以防误诊。

四、治疗

(一)治疗原则

消除肌痉挛,纠正椎骨错缝,恢复颈椎内外力平衡。颈型以纠正颈椎紊乱,缓解肌紧张为主;神经根型以活血化瘀,疏经通络为主;脊髓型以疏经理气,温通督脉为主;椎动脉型以行气活血,益髓止晕为主;交感神经型以益气活血,平衡阴阳为主。

(二)手法

揉法、一指禅推法、按法、拿法、拔伸法、扳法、旋转法、按揉法、擦法等。

(三)取穴与部位

1. 五线

(1)督脉线自风府穴至大椎穴连线。

(2)颈夹脊线自天柱穴至颈根穴(大椎穴旁开1寸)连线,左右各一线。

(3)颈旁线自风池穴至颈臂穴(缺盆穴内1寸)连线,左右各一线。

2. 五区

(1)肩胛区冈上肌区域,左右各一区。

(2)肩胛背区冈下肌区域,左右各一区。

(3)肩胛间区两肩胛骨内侧缘区域。

3. 十三穴

风府穴、风池穴(双)、颈根穴(双)、颈臂穴(双)、肩井穴(双)、肩外俞穴(双)、天宗穴(双)。

(四)操作

1. 基本操作

(1)督脉线:用一指禅推法、按揉法、擦法,累计2~3分钟。

(2)颈夹脊线:用一指禅推法、按揉法、拿法、擦法,累计3~5分钟。

(3)颈旁线:用一指禅推法、按揉法、擦法、抹法,累计2~3分钟。

(4)肩胛区:由肩峰端向颈根部施滚法、拿法、擦法,累计3~5分钟。

(5)肩胛背区:用滚法、按揉法,累计1~2分钟。

(6)肩胛间区:用一指禅推法、按揉法、拨揉法,累计2~3分钟。

2. 辨证推拿

(1)颈型颈椎病:①有椎间关节紊乱者,用颈椎定位扳法、旋转扳法等,纠正颈椎生理弧度、侧弯和关节紊乱。②根据症状累及部位,选择相应的五区、十三穴,用一指禅推法、按揉法、拨揉法,累计3~5分钟。③有偏头痛者,同侧风池穴按揉,手法作用力向上,时间2~3分钟。④有眩晕者,用一指禅推风池穴(双),用拇指的尺侧偏峰沿寰枕关节向风府方向推,左手推右侧,右手推左侧。每穴2~3分钟。

(2)神经根型颈椎病:①有椎间关节紊乱者,用颈椎定位扳法、旋转扳法等,纠正颈椎生理弧度、侧弯和关节紊乱。②相应神经根节段治疗。放射至拇指根麻木者,取同侧 $C_5 \sim C_6$ 椎间隙,用一指禅推法、按揉法治疗,累计时间3~5分钟;放射至拇、示、中指及环指桡侧半指麻木者,取同侧 $C_6 \sim C_7$ 椎间隙,用一指禅推法、按揉法治疗,累计时间3~5分钟;放射至小指及环指尺侧半指者,取同侧 $C_7 \sim T_1$ 椎间隙,用一指禅推法、按揉法治疗,累计时间3~5分钟。③根据症状累及部位,选择相应的五区、十三穴,用一指禅推法、按揉法、拨揉法,累计3~5分钟。

(3)脊髓型颈椎病:①根据症状所累及部位,选用相应的五区、十三穴,用一指禅推法、按揉法、拨揉法,累计3~5分钟。②根据所累及的肢体,选用相应穴位操作,以缓解肢体相应症状。时间3~5分钟。

(4)椎动脉型颈椎病:①一指禅推风池穴(双),用拇指的尺侧偏峰沿寰枕关节向风府方向推,左手推右侧,右手推左侧。每穴3~5分钟。②取颈臂穴(双),用一指禅推法、按揉法,每穴1~2分钟。③有椎间关节紊乱者,用颈椎定位扳法、旋转扳法等,纠正颈椎生理弧度、侧弯和关节紊乱。④用鱼际揉前额,拇指按揉印堂、睛明穴、太阳穴,分抹鱼腰穴;用沿足少阳胆经头颞部循线行扫散法治疗。时间约5分钟。

(5)交感神经型颈椎病:①有椎间关节紊乱者,用颈椎定位扳法、旋转扳法等,纠正颈椎生理弧度、侧弯和关节紊乱。②颞部、前额部、眼眶等部位,用抹法、一指禅推法、按揉法、扫散法等治疗,累计时间3~5分钟。③视物模糊、眼涩、头晕者,一指禅推风池穴(双),用拇指的尺

侧偏峰沿寰枕关节向风府方向推,左手推右侧,右手推左侧。每穴 3~5 分钟。④头痛、偏头痛、头胀、枕部痛者,取同侧风池穴按揉,手法作用力向上,时间约 3 分钟。⑤耳鸣、耳塞者,取风池穴(同侧),用一指禅推法、按揉法向外上方向操作,累计时间 2~3 分钟。⑥胸前区疼痛,心动过速或过缓者,取颈臂穴(双),用一指禅推法、按揉法操作,累计时间 3~5 分钟。

(6)混合型颈椎病:按证型症状的轻重缓急,综合对症处理。

五、注意事项

(1)对颈椎病的推拿治疗,尤其在被动运动时,动作应缓慢,切忌暴力、蛮力和动作过大,以免发生意外。

(2)低头位工作不宜太久,避免不正常的工作体位。

(3)避免头顶、手持重物。

(4)睡眠时枕头要适宜。对颈椎生理弧度变直、消失的,枕头宜垫在颈项部;弧度过大的,宜垫在头后部;侧卧时枕头宜与肩膀等高,使颈椎保持水平位。

(5)治疗后可选用合适的颈围固定颈部,并要注意保暖。

(6)本病可以配合颈椎牵引治疗。重量 3~5kg,每次 20~30 分钟。

(7)对脊髓型颈椎病,禁用斜扳法。推拿治疗效果不佳,或有进行性加重趋势,应考虑综合治疗。

六、功能锻炼

(一)颈肌对抗锻炼

(1)双手交握,置于额前(枕后),颈部向前(后)用力与之对抗,每次持续 10~20 秒,每组 8~10 次,每天 1~3 组。

(2)将手掌置于头同侧,颈部用力与之对抗,每次持续 10~20 秒,每组 8~10 次,每天 1~3 组。

(3)左右侧分别进行。

(二)颈部关节活动度锻炼

头向前缓慢、用力屈至极限,停顿 3 秒钟后缓慢、用力抬起,向后伸至极限,停顿 3 秒钟后缓慢回到中立位,每组 8~10 次,每天 2~3 组;头向左缓慢、用力屈至极限,停顿 3 秒钟后缓慢、用力向右屈至极限,停顿 3 秒钟后缓慢回到中立位,每组 8~10 次,每天 2~3 组。

(三)颈保健操

(1)捏九下:用手掌心放在颈后部,用示、中、环及小指与掌根相对用力,提捏颈部肌肉。左手捏九下,右手捏九下。

(2)摩九下:用手掌放在颈后部,用手指、手掌连同掌根,沿颈项做横向的来回往返摩擦。左手摩九下,右手摩九下。至颈项发热舒适。

(3)扳九下:用示、中、环及小指放在颈后部,做头缓缓向后仰,同时手指向前扳拉。左手扳九下,右手扳九下。使颈后部有被牵拉感。

七、疗效评定

(1)治愈原有各型症状消失,肌力正常,颈、肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作。

(2)好转原有各型症状减轻,颈、肩背疼痛减轻,颈、肢体功能改善。

(3)未愈症状无改善。

(张瑞春)

第二节 肩部伤筋

一、肩关节周围炎

肩关节周围炎是肩关节周围的筋腱发生损伤性、退行性病变,引起以肩关节疼痛、活动功能障碍为主要症状的常见病、多发病;本病好发于 50 岁左右,故又称为“五十肩”,此外还有“漏肩风”等名称。

(一)病因病理

一般认为肩关节周围炎的发生与气血不足、外感风寒湿邪及外伤、劳损有关。

1. 气血不足

年老体虚或因劳累过度而致肝肾精亏,气血不足,筋失所养,久之,则筋脉拘急而不用。

2. 外感风寒湿邪

久居湿地,风雨露宿,夜寐露肩当风,以致风寒湿邪侵袭肩部血脉筋肉,在脉则血凝而不流,经脉拘急而疼痛,寒湿之邪,溢于筋肉则屈而不伸,痿而不用。

3. 外伤筋骨

跌扑闪挫,筋脉受损,瘀血内阻,脉络不通,气血凝滞,不通则痛,久之,筋脉失养拘急而不用。

上述诸因素所造成的韧带、肌腱、关节囊的充血、水肿、渗出、增厚,如得不到有效的治疗,久之发生粘连、腱袖钙化,同时患肩保护性的活动受限或长期固定,促进了粘连的形成,最终导致肩关节活动功能障碍,历时数月,乃至更长时间。虽然一般认为本病有自愈倾向,但一是病程长,增加了患者痛苦,且有研究发现自愈者局部肌腱、关节囊内部已经发生病理性改变,因此积极的治疗是必要的。

(二)临床表现

1. 发病年龄多在 40 岁以上。

2. 单侧发病多,可左右交替,双侧发病少。

3. 患肩部疼痛,并自颈项部向上肢放散。早期轻,逐渐加剧,中期疼痛甚,晚上比白天厉害。部分患者有刀割样痛,影响睡眠。

4. 肩部活动功能障碍。

5. 后期出现局部肌肉僵硬、萎缩。

6. 检查

(1)肩周有不同程度压痛(可以提示找到病变的根源,故临床上要仔细寻找压痛点)。

(2)外展时患侧肩峰突起,并带动肩胛骨一起作外展运动。

(3)肩关节活动功能障碍。

(4)肩部肌肉萎缩(晚期产生为废用性肌肉萎缩)。

7. 肩关节平片

一般 X 片对本病无特殊诊断意义,可借作鉴别诊断。

(1)肱骨头及肱骨大结节附近软组织内有钙化阴影(钙斑的形状大小,密度均不定,有为颗粒状,有为斑片状)。

(2)肩部诸骨可显示骨质疏松。

8. 肩关节造影

肩关节的关节囊缩小,腋隐窝变小或消失,肩胛下肌下囊变小或破裂,肱二头肌长头肌腱鞘破裂或不显影,严重者可见冈上肌腱破裂,肩峰下滑囊或三角肌下囊显影。

(三)治疗

1. 治疗原则

疏通经络,活血止痛,活利关节。

2. 常用穴位

肩井、肩髃、肩髃、肩内陵、肩贞、曲池、合谷、阿是穴等。

3. 常用手法

擦法、一指禅推法、按法、揉法、拿法、搓法、抖法、摇法等。

4. 治疗步骤

(1)以疼痛为主者,治疗以活血止痛、疏通经络为主。

1)擦法施于肩周(以阿是穴为重点)→上臂(肱二头肌、肱三头肌)→前臂。

2)一指禅推或屈指推肩髃、肩髃、肩内陵、阿是穴等。

3)大拇指按揉肩井、肩髃、肩髃、肩贞、天宗、肩内陵、曲池、合谷等穴。

4)拿法施于肩部(肩外侧束、内侧束、肩后侧束)→上臂(前,肱二头肌;后,肱三头肌)→前臂(伸肌群、屈肌群)。

5)擦法施于患处(阿是穴处)。

6)湿热敷施于患处(阿是穴处)。

7)搓、抖肩与上肢。

(2)以运动障碍为主者,治疗:疏通经络,活利关节为主。

1)一指禅推或屈指推肩髃、肩髃、肩内陵、阿是穴。

2)擦法施于肩周,同时配合作肩部旋转、外展、内收、后弯等被动运动。

3)大拇指按揉肩井、肩髃、肩髃、肩贞、肩内陵、阿是穴、曲池、合谷等。

4)摇肩关节,幅度由小到大。

5)拿肩部三角肌→上臂(肱二、三头肌)→前臂(伸、屈肌群)。

6)搓、抖肩与上肢。

(3)既疼痛又运动障碍者,治疗宜疏通经络,活血止痛,又应滑利关节,手法操作也介于此二者之间。

(4)高血压、心脏病、体弱者,可采用卧位治疗。

1)仰卧位:手法主要施于肩前部;侧卧位:手法主要施于肩外侧;俯卧位:手法主要施治于肩后部;治疗程序同前。

2)肩关节周围炎患者肩部疼痛甚者,在治疗时不要做过大的被动运动。被动运动操作时应在患者耐受的限度内进行,幅度由小到大逐渐增加,不要突然粗暴,以免增加患者的痛苦。

3)肩关节疼痛,无明显外伤史,年龄在30岁左右,经推拿治疗效果不显著者,要注意排除局部肿瘤、结核。

4)手术后、糖尿病患者以及外伤后引起关节损伤者,以及骨质增生,推拿治疗效果较差。此外,为了提高疗效,患者必须配合肩部功能锻炼,肩部注意保暖。

二、肩峰下滑囊炎

肩峰下滑囊炎是由于各种急、慢性损伤刺激而引起该囊无菌性炎性病变,临床表现主要以肩外侧疼痛,以外展外旋功能受限显著为特征的病症。

(一)病因病理

肩峰下滑囊位于肩峰下与肱骨大结节之间,主要功能为减少肩峰和肱骨大结节之间的摩擦和挤压。

1. 外力

外力直接作用于该囊或肩关节频繁举臂用力,使肩峰下滑囊在肱骨大结节与喙肩之间反复摩擦、挤压、碰撞、嵌夹或牵拉,造成急性或慢性滑囊损伤,引起局部充血、渗出、水肿等创伤性炎症,久之,囊壁增厚,囊内积液增多,临床表现为局部疼痛、肿胀,肩关节活动功能受限。

2. 退行性变

40岁以后滑囊和周围肌肉、肌腱发生退行性病,组织弹性减弱,分泌滑液减少,滑膜增厚,加之慢性损伤与邻近组织退变和炎症,也可促使该囊发生慢性损伤及炎症反应。

(二)临床表现

1. 急性患者常有明显肩部外伤史,如跌扑时上臂外展撑地。

2. 肩部外侧深部疼痛,有时疼痛可向肩峰下放散至三角肌止端。

3. 肩部活动时疼痛加重,尤其以肩外展时更明显。

4. 日久,因粘连和炎症反应,肩关节活动受到限制。

5. 早期肩关节外侧轻度肿胀,晚期可出现三角肌萎缩。

6. 检查

(1)急性期因滑囊积液,可见三角肌前缘出现圆形肿胀,引起肩部轮廓扩大。

(2)肩峰下有明显压痛。

(3)外展试验阳性。

(三)治疗

1. 治疗原则

舒筋活络,消肿止痛。

2. 常用穴位

肩髃、肩髃、臂臑、肩井、为民(三角肌肌腹中点)、曲池、手三里、合谷、阿是穴等。

3. 常用手法

揉法、一指禅推法、点法、按法、揉法、弹拨法、搓法、抖法。

4. 治疗步骤

患者取坐位,上臂外展,放松。

(1)揉法施于肩外侧,时间要求5分钟。

(2)一直禅推或屈指推肩髃、肩髃、为民、阿是穴等,每穴1分钟。

(3)大拇指按揉肩井、肩髃、肩髃、天宗、为民、肩髃、曲池、手三里、合谷等穴,以酸胀为度。

(4)屈大拇指,用大拇指指间关节背部桡侧着力,弹拨阿是穴、肩髃。

(5)拿法施于三角肌前、外、后三束肌纤维。

(6)擦法施于肩外侧,以透热为度。

(7)湿热敷施于上述部位。

(8)搓、抖肩与上肢。

三、肱二头肌长头腱鞘炎

肱二头肌长头腱鞘炎是指因各种因素造成肱二头肌长头肌鞘内急慢性炎症、粘连,鞘内肌腱滑动发生障碍的病症。本病属中医“筋痹”、“伤筋”范畴。

(一)病因病理

肱二头肌腱长头细长,起于肩胛骨关节盂的盂上粗隆,在肩关节上方关节囊内狭窄的结节间沟内滑动。本病症是一个局限性的病变,其病因不外乎内因和外因。

1. 跌扑闪挫

因用力作肩关节外展、外旋等活动,如举重、提重、投掷等动作,使肱二头肌长头肌腱在结节间沟内受到摩擦、牵拉、挤压,造成损伤,产生局部充血、渗出、水肿等损伤性炎症反应。若病程迁延日久,肌腱变性,失去光泽,变粗糙,或腱鞘增厚,鞘内积液不能被迅速吸收,产生纤维性渗出而使肌腱和腱鞘发生粘连,形成狭窄性腱鞘炎。

2. 退变劳损

当肩外展外旋时,肱二头肌在结节间沟内滑动幅度最大,随年龄的增大,尤其是40岁以上的中老年人筋骨组织发生退变,使结节间沟槽内粗糙、变窄,肌腱腱鞘弹性减弱、变粗、增厚等,从而影响肌腱在鞘内的滑动,再加肱二头肌长头长期反复的劳累,使长头肌腱在狭窄的结节间沟内反复摩擦,逐渐导致肌腱腱鞘炎的发生。

3. 外邪侵袭

因肩部受风着凉等造成了局部供血不足,肌肉痉挛等,导致本病。

(二)临床表现

1. 疼痛

肱二头肌长头处有明显疼痛,可因劳累、受寒加重,夜间疼痛较重。

2. 肿胀

初期除局部疼痛外,可伴有肿胀。

3. 活动受限

主要表现为肱二头肌收缩所产生的肩关节活动受到极大的限制,如上臂极度外展位时的后伸和用力屈肘动作。

4. 检查

(1)肱二头肌长头结节间沟处有明显压痛是本病重要特征。

(2)肱二头肌长头对抗试验阳性是诊断本病的主要依据。

(3)上臂患肩外展外旋试验阳性。

(三)治疗

1. 治疗原则

急性宜活血化瘀、消肿止痛;慢性宜舒筋通络。

2. 常用穴位

肩髃、肩内陵、尺泽、曲泽、曲池、阿是穴等。

3. 常用手法

擦法、按法、揉法、一指禅推法、拿法、擦法、热敷。

4. 治疗步骤

患者取坐位或卧位。

(1) 一指禅推揉或屈指推肩髃、肩内陵、阿是穴、曲泽、尺泽等穴。

(2) 擦法施于肩外侧、肩前部→上臂前侧→肘前侧。

(3) 三指拿肱二头肌肌腹。

(4) 指按揉肩髃、肩内陵、阿是穴。

(5) 久病者，用拇指按揉阿是穴并垂直肌腱方向来回拨动。

(6) 掌根按揉阿是穴处。

(7) 疼痛肿胀者，可局部施于擦法，以及湿热敷。

四、冈上肌肌腱炎、冈上肌腱钙化

冈上肌肌腱炎是指因劳损或外伤造成冈上肌腱挤压、摩擦，导致肌腱急慢性炎症反应的病症。

(一) 病因病理

冈上肌起于肩胛骨冈上窝，通过肩峰，止于肱骨大结节上压迹。主要功能是使上臂外展。

1. 解剖学上的因素

冈上肌腱在附着于大结节之间处有明显的弯曲，尤其是在肩部外展 $100^{\circ} \sim 120^{\circ}$ 时，冈上肌腱必须穿过肩峰下面和肱骨头上方的狭小间隙，因而受到喙肩韧带和肩峰的摩擦，容易造成损伤，产生无菌性炎症，久之，局部缺血缺氧，而使肌腱部变性，纤维软骨化，最后引起钙盐沉着。

2. 损伤

因跌扑、闪挫、过度用力、高举上臂、提重物或支撑等均可引起肩袖的急性扭伤，若损伤失治则可以转为慢性创伤性炎症反应，日久肌腱发生退行性改变而产生肌腱钙化，甚至断裂等变化。

3. 退行性病

40 岁以上的中老年人，因肌肉、韧带弹性减弱变硬、挛缩、增粗，加上长期活动的磨损、挤压，进一步促进肌腱的变性退化，使局部出现渗出、粘连、钙化等变化。

(二) 临床表现

1. 本病急性发作多见于 30 岁左右的青壮年人，有肩部损伤史或过度运动或过度牵张史。

2. 肩外侧、三角肌的前上部、肩峰内下方疼痛，并可向三角肌止点方向以及颈项部放散。

3. 患肩部运动受限，尤其肩外展 $60^{\circ} \sim 120^{\circ}$ 之间疼痛最为剧烈。

4. 若冈上肌肌腱完全断裂，在肩关节外展无力，只能外展 $60^{\circ} \sim 70^{\circ}$ 。

5. 检查

(1) 急性期可见肩峰前外下方局限性肿胀及周围肌肉痉挛。

(2) 压痛点多局限于冈上肌肌腱抵止部，肩峰前外下方肱骨大结节顶端，可随着肱骨头的旋转而移动。

(3) 冈上肌对抗试验阳性。

(4) 疼痛弧试验阳性即上臂外展到达 60° 时开始疼痛，至 120° 以后则疼痛消失，故把 $60^{\circ} \sim$

120°范围内称为“疼痛弧”。检查时,在这个范围出现疼痛者为阳性,反之为阴性。

(三)治疗

1. 治疗原则

舒筋通络,活血止痛。

2. 常用穴位

肩井、秉风、巨骨、肩髃、肩髃、曲池、合谷。

3. 常用手法

揉法、一指禅推法、按法、揉法、拿法、搓法。

4. 治疗步骤

患者取坐位。

(1)揉法施于患侧肩上背部,顺冈上肌腹来回移动。

(2)一指禅推或屈指推肩井、阿是穴、肩髃、肩髃等穴。(图 14-1)

(3)指按揉肩井、天宗、肩髃、肩髃、曲池、合谷等穴。(图 14-2)

(4)弹拨阿是穴以及肩髃等穴。

(5)拿法施于肩井以及冈上肌处。

(6)擦法施于患侧冈上肌处,以透热为度。

(7)湿热敷施于患处,有增加局部血液循环,消炎止痛的功效。



图 14-1

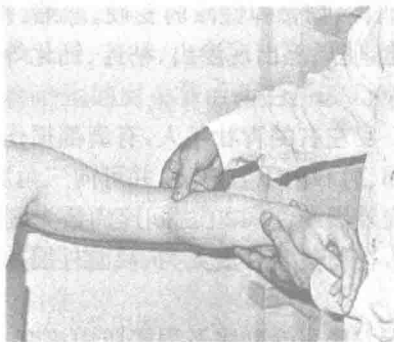


图 14-2

(张瑞春)

第三节 腰部伤筋

一、急性腰扭伤

急性腰扭伤是指劳动或运动时腰部肌肉、筋膜、韧带、椎间小关节、腰骶关节的急性损伤，多为突然承受超负荷牵拉或扭转等间接外力所致。俗称“闪腰”“岔气”。急性腰扭伤是临床中常见病、多发病。多见于青壮年和体力劳动者，平素缺少体力劳动锻炼的人，或偶尔运动时，用力不当亦易发生损伤。男性多于女性。急性腰扭伤若处理不当，或治疗不及时，可造成慢性劳损。

1. 急性腰肌筋膜损伤

是一种较常见的腰部外伤，多因弯腰提取重物用力过猛，或弯腰转身突然闪扭，致使腰部肌肉强烈的收缩，而引起腰部肌肉和筋膜受到过度牵拉、扭挫损伤，严重者甚至撕裂。本病属于中医伤科跌仆闪挫病证。其损伤因受力大小不同，组织损伤程度亦不一样，筋膜损伤，累及血脉，造成局部瘀血凝滞，气机不通，产生瘀血肿胀、疼痛、活动受限等表现。临床以骶棘肌骶骨起点部骨膜撕裂，或筋膜等组织附着点撕裂多见。

2. 急性腰部韧带损伤

主要是指棘上韧带、棘间韧带和髂腰韧带在外力作用下，导致的撕裂损伤，使韧带弹性和柔韧性降低或松弛，是引起腰背痛的常见原因之一。以腰骶部最为多见。

正常情况下，腰部韧带皆由骶棘肌的保护而免受损伤。当腰椎前屈 90° 旋转腰部时，棘上韧带和棘间韧带所承受的牵拉力最大，此时突然过度受力，如搬运重物，或用力不当等，超过了韧带的负荷能力，则出现棘上韧带、棘间韧带或髂腰韧带的损伤。此外，腰脊柱的直接撞击也可引起韧带损伤。轻者韧带撕裂，重者韧带部分断裂或完全断裂。可因局部出血、肿胀、炎性物质渗出，刺激末梢神经而产生疼痛。临床上以 $L_5 \sim S_1$ 间韧带损伤最为多见，其次为髂腰韧带、 $L_4 \sim L_5$ 间韧带损伤。

3. 急性腰椎后关节滑膜嵌顿

亦称腰椎后关节紊乱症或腰椎间小关节综合征。是指腰部在运动过程中，由于动作失误或过猛，后关节滑膜被嵌顿于腰椎后关节之间所引起的腰部剧烈疼痛。本病为急性腰扭伤中症状最重的一种类型。以 L_4 、 L_5 后关节最为多见，其次为 L_5 、 S_1 和 L_3 、 L_4 后关节。其发病年龄以青壮年为多见，男性多于女性。

腰椎后关节为上位椎骨的下关节突及下位椎骨的上关节突所构成。每个关节突是互成直角的两个面，一是冠状位，一是矢状位，所以侧弯和前后屈伸运动的范围较大。腰骶关节，则为小关节面介于冠状和矢状之间的斜位，由直立面渐变为近似水平面，上下关节囊较宽松，其屈伸和旋转等活动范围增大。当腰椎前屈时，其后关节后缘间隙张开，使关节内产生负压，滑膜被吸入关节间隙，此时如突然起立或旋转，滑膜来不及退出而被嵌顿在关节间隙，形成腰椎后关节滑膜嵌顿。由于滑膜含有丰富的感觉神经末梢，受嵌压后即刻引起剧痛，并引起反射性肌痉挛，使症状加重。

(一) 病因病理

造成急性腰扭伤的因素常与劳动强度、动作失误、疲劳，甚至气候、季节有关。大部分患