

伤科手法疗法

赖镭成

福建中医学院

二〇〇六年二月中旬

目录

第一讲	伤科手法概述·····	1
第二讲	骨折复位手法·····	4
第三讲	脱位复位手法·····	11
第四讲	理筋手法·····	14
第五讲	内伤与杂证手法·····	39
第六讲	内伤点穴基础手法·····	46
第七讲	上肢骨折·····	51
第八讲	下肢骨折·····	98
第九讲	躯干骨折·····	135
第十讲	颞颌关节等脱位·····	145
第十一讲	上肢脱位·····	151
第十二讲	下肢脱位·····	179
第十三讲	内伤杂病	

伤科手法疗法

第一节 手法疗法概述

《医宗金鉴·正骨心法要旨》说：“夫手法者，谓以两手安置所伤之筋骨，使仍复于旧也”。手法疗法即是医者用指、掌、腕、臂的劲力，结合身功或辅以器械，随症运用各种技巧，作用于筋骨，以及通过经络、穴位由表入里，从而达到整复疗伤、祛病强身效果的一种治疗方法。

一、手法应用原则

施行手法治疗以前，必须经过详细的临床检查及必要的辅助检查，明确诊断，全面而准确地掌握病情，特别是对骨折、脱位，医者在头脑中要有一个伤患局部内、外的立体形象，确实了解骨端在肢体内的方位，也就是“知其体相，识其部位，一旦临证，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出”，“法之所施，使患者不知其苦”。概括来说，施行理伤手法，要遵循早、稳、准、巧这些原则。

早：早期恰当而及时施行手法，患者痛苦少，痊愈快，功能恢复好。

稳：施行手法要有力而稳妥，同时要注意体位适当。

准：对局部解剖、伤病的性质、移位方向要熟识准确。运用手法时，动作要准确、实效，用力大小要恰到好处，避免不必要动作。

巧：施行手法时动作要轻巧，达到既省力又有效，切忌鲁莽粗暴，增加患者新的损伤。

施行理伤手法，有时可由术者一人完成，有的则要两人或更多的人共同完成。因此，在施行手法以前，参加人员应经过共同讨论，统一认识，拟出一致方案，以便在进行手法时共同遵循，动作协调；如中途要改变方案，术者应及时说明，相互配合，才能顺利地达到手法治疗预期的效果。总之，手法治疗要早期、稳妥、准确、轻巧，而不增加新的损伤。对骨折、脱位，力争一次手法整复成功。

二、手法适应证

骨伤科疾病中，如骨折、脱位、筋伤等，除了手术适应证外，均可采用手法治疗，故其适应范围比较广泛。

- (1) 大部分骨折可用手法整复。如肱骨髁上骨折、胫腓骨骨折等。
- (2) 各部位关节脱位可用手法还纳。如肩关节脱位、肘关节脱位和髌关节脱位等。
- (3) 周身各处软组织不同程度的损伤都适宜手法治疗。如腰部扭伤、髌部伤筋等。
- (4) 各种损伤后遗症，也可以手法处理。如骨折后关节僵硬粘连。
- (5) 各种软组织劳损、退行性病变而致关节功能障碍、疼痛等。
- (6) 内伤之气滞血瘀，脏腑功能紊乱等。

三、手法禁忌证

- (1) 急性传染病、高热、脓肿、骨髓炎、骨关节结核、恶性肿瘤、血友病等。
- (2) 诊断不明的急性脊柱损伤或伴有脊髓压迫症状，不稳定型脊柱骨折或有脊柱重度滑脱的患者。
- (3) 肌腱、韧带完全断裂或部分断裂。
- (4) 施行手法后疼痛加重或出现异常反应者，不能继续手法治疗。应进一步查明原因。
- (5) 妊娠三个月左右妇女患急、慢性腰痛。
- (6) 手法区域有皮肤病或化脓性感染的患者。
- (7) 精神病患者，患骨伤疾患而对手法治疗不合作者。
- (8) 其他，如患有严重内科疾病等。

四、手法注意事项

因伤有轻重之别，又有皮肉、筋骨、关节之分，解剖部位各有不同，故必须辨证论治，选择相应的手法。手法之轻重、巧拙，直接关系到损伤的恢复，使用正确就能迅速治愈，否则就得不到良好效果。运用手法时应注意以下几点：

1. 手法前要全面掌握病情

- (1) 要认真检查，明确诊断，达到心中有数。
- (2) 对损伤部位做到手摸心会。如对骨折，要了解其性质和移位方向；对脱位，要了解是全脱位还是半脱位，脱出的方向，有无并发骨折以及受伤的时间等；对筋伤，要了解肌腱、韧带有无断裂以及粘连的程度。
- (3) 注意患者全身体质情况，临证只有正确选用手法，才能达到治疗的目的。

2. 手法前的准备工作

- (1) 要充分准备好手法前所需要的一切器材，如夹板、扎带、绷带、敷药以及急救药品等。
- (2) 是否麻醉，以及采取何种麻醉止痛方法。
- (3) 注意调整适合实施手法的患者体位；并保持在一定舒适位置，肌肉充分放松，使手法奏效。
- (4) 确定手法，了解手法步骤，讲明助手应如何配合，医助思想统一，密切合作。
- (5) 做好患者思想工作，将治疗效果及注意事项与患者说明，解除患者的紧张和顾虑，争取患者信赖与合作，达到医患合作，动作协调，方能取得满意效果。

3. 手法操作时的要求

- (1) 术者与助手要思想集中，操作熟练、灵活，刚柔相济，随证施治。
- (2) 施法时应尽量减轻患者的痛苦。
- (3) 手法以患者有舒适、发热、松快、缓痛为宜。
- (4) 要注意解剖关系、经络循行途径、血液循环及淋巴回流的方向等。达到捋顺筋骨、活血散瘀的目的。

4. 手法治疗后的要求

- (1) 手法后需要固定者，应及时夹缚固定。

第二节 骨折复位手法

正骨手法在骨伤科治疗中占有重要地位,是骨伤科四大治疗方法(整复、固定、药物、功能锻炼)之一。具有方法简便、疗效显著等特点,深受广大患者欢迎。

一、骨折复位手法的历史沿革

正骨手法在我国已有悠久的历史。唐代(公元618~907年)骨伤科形成一门专科,太医署曾有“损伤折跌者正之”的记载,可见当时正骨手法已是医治骨折的主要方法。会昌年间(公元846年)蔺道人著《仙授理伤续断秘方》是我国最早的一部很有科学价值的骨伤科专著。本书不但总结了前人骨伤科的经验,而且结合自己的临床心得,比较完整地提出了正确复位、夹板固定、功能锻炼、药物治疗等骨折处理原则。他在该书提出了“相度损处”、“拔伸”、“用力收入骨”、“捺正”等手法,至今临床仍沿用。

元代(公元1279~1368年),危亦林著《世医得效方·正骨兼金镞科》指出:骨折脱位“须用法整顿归元”。该书较详细地记载肘、髋、膝、踝关节脱位以及各种骨折的整复固定方法。他首次创用悬吊复位法治疗脊柱骨折。他不仅发展了隋唐时期的伤科治疗方法,而且认识到骨伤的治疗目的是通过手法正骨,以恢复机体正常的解剖关系和功能。

明清时期(公元1368~1911年),明·王肯堂《证治准绳》中记载了许多整复骨折手法,并有所创新,从而使正骨手法有了较大的发展。清·吴谦《医宗金鉴·正骨心法要旨》载:“手法者,诚正骨之首务哉。”说明了当时骨伤科治疗手法日趋成熟。本书还首次把“摸、按、端、提、按、摩、推、拿”归纳为伤科八法,并详细阐述了手法的适应证、作用及其操作要领。

新中国成立后,中医骨伤科与其他学科一样,欣欣向荣,先后举办了多期骨伤科手法训练班,手法的基础理论、治疗原理及其各流派的研究工作也在进一步深入开展,并运用现代科学方法加以整理提高。近年来,国内外手法学术交流也日益增多,中医骨伤科手法在临床中的良好疗效引起了国际学术界的关注。中医正骨手法正在不断地得到发扬光大,进入一个新的发展时期,并将为人类的健康事业作出更大的贡献。

二、正骨八法

(一) 施行正骨手法注意事项

1. 明确诊断 复位之前,医者对病情要有充分了解,根据病史、受伤机制和X线检查结果作出明确诊断,同时分析骨折发生移位的机制,选择有效的整复手法。

2. 密切注意全身情况变化 对多发性骨折气血虚弱,严重骨盆骨折发生出血性休克,以及脑外伤重症等,均需暂缓整复;可采用临时固定或持续牵引等法,待危重病情好转后再考虑骨折整复。

3. 掌握复位标准 骨骼是人体支架,它以关节为枢纽,通过肌肉收缩活动而进行运动,当肢体受到外力或肌肉强烈收缩造成骨折后,骨折断端发生移位,肢体就失去了的骨骼支架作用,而不能正常活动。因此,在治疗骨折时,首先要进行骨折复位,以恢复骨骼的支架作用,骨折对位越好,支架越稳定,固定也越稳当;骨折才能顺利愈合,功能恢复满意。对每一个骨折,都应认真整复,争取达到解剖和接近解剖学对位。若某些骨折不能达到解剖对位,也应

根据病人年龄、职业及骨折部位的不同,达到功能对位。所谓功能对位,即骨折在整复后无重叠移位,旋转、成角畸形得到纠正,肢体的力线正常,长度相等,骨折愈合后肢体的功能可以恢复到满意程度,不影响病人在工作或生活上的要求。如老年患者,虽骨折对位稍差,肢体有轻度畸形,只要关节活动不受影响,自理生活无困难,疗效还算满意。儿童骨折治疗时要注意肢体外形,不能遗留旋转及成角畸形,轻度的重叠及侧方移位,在发育过程中可自行矫正。

4. 抓住整复时机 只要周身情况允许,整复时间越早越好。骨折后半小时内,局部疼痛、肿胀较轻,肌肉尚未发生痉挛,最易复位。伤后4~6小时内局部瘀血尚未凝结,复位也较易。一般成人伤后7~10天内可考虑手法复位,但时间越久复位困难越大。

5. 选择适当麻醉 根据病人具体情况,选择有效的止痛或麻醉,伤后时间不长,骨折又不复杂,可用0.5%~2%普鲁卡因局部浸润麻醉,如果伤后时间较长,局部肿硬,骨折较为复杂,估计复位有一定困难者,上肢采用臂丛神经阻滞麻醉,下肢采用腰麻或坐骨神经阻滞麻醉,尽量不采用全身麻醉。

6. 作好整复前的准备

(1) 人员准备:确定主治医师与助手,并作好分工。参加整复者应对伤员全身情况、受伤机理、骨折类型、移位情况等,作全面的了解与复习,将X线片的显示与病人实体联系起来,仔细分析,确立整复手法及助手的配合等,做到认识一致,动作协调。

(2) 器材准备:根据骨折的需要,准备好一切所需要的物品。如纸壳、石膏绷带、夹板、扎带、棉垫、压垫,以及需要的牵引装置等。还须根据病情准备好急救用品,以免在整复过程中发生意外。

7. 参加整复人员精力要集中 注意手下感觉,观察伤处外形的变化,注意患者的反应,以判断手法的效果,并防止意外事故的发生。

8. 切忌使用暴力 拔伸牵引须缓慢用力,恰到好处,勿太过或不及,不得施用猛力。整复时着力部位要准确,用力大小、方向应视病情而定,不得因整复而增加新的损伤。

9. 尽可能一次复位成功 多次反复地整复,易增加局部软组织损伤,肿胀更加严重,再复位难以成功,而且还能造成骨折迟缓愈合或关节僵硬之可能。

10. 避免X线伤害 为减少X线对患者和术者的损害。整复、固定尽量避免在X线直视下进行,若确实需要,应注意保护,尽可能缩短直视时间。在整复后常规拍摄正侧位X线片复查,以了解治疗效果。

(二) 正骨八法操作应用

1. 手摸心会 为施行手法前的必要步骤。骨折整复前,术者必须用手触摸骨折部位,触摸时先轻后重,由浅及深,从远到近,两头相对,确实了解骨折端在肢体内移位的具体方位,再与X线片所显示的骨折端移位情况结合起来,在术者头脑中构成一个骨折移位的立体形象,正如《医宗金鉴·正骨心法要旨·手法总论》所说:“知其体相,识其部位,一旦临证,机触于外,巧生于内,手随心转,法从手出,……法之所施,患者不知其苦。”以达到良好的治疗效果。

2. 拔伸牵引 是正骨手法中重要步骤,用于克服肌肉拮抗力,矫正患肢的短缩移位,恢复肢体的长度。按照“欲合先离,离而复合”的原则,开始牵引时,肢体先保持在原来的位置,沿肢体的纵轴,由远近骨折段作对抗牵引(图9-1)。然后,再按照整复的步骤改变肢体的方

第二节 骨折复位手法

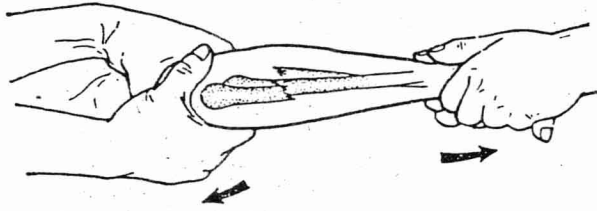


图 9-1 拔伸牵引

向,持续牵引。牵引力的大小以患者肌肉强度为依据,要轻重适宜,持续稳妥。小儿、老年人及女性患者,牵引力不能太大。反之,青壮年男性患者,肌肉发达,牵引力应加大。对肌群丰厚的患肢,如股骨干骨折应结合骨牵引,但肱骨干骨折,虽肌肉发达,在麻醉下骨折的重叠移位容易矫正,如果用力过大,常使断端分离,以致造成不愈合。

3. 旋转屈伸 主要矫正骨折断端的旋转(图 9-2)及成角畸形,某些靠近关节部位的骨

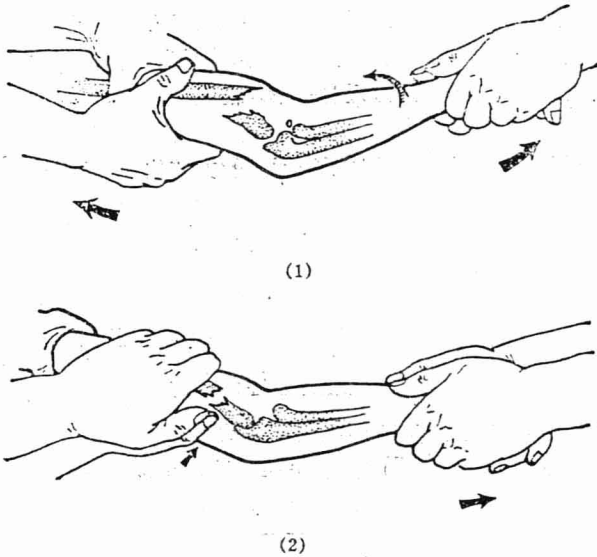


图 9-2 矫正骨折断端间的旋转

(1) 肱骨髁上骨折、下折段旋后 (2) 将前臂旋前到中立位、旋后畸形矫正

折,有时牵引力量越大,成角畸形越严重。这主要是由于短小的骨折段受单一方向肌肉牵拉过紧所致。单轴关节(只能屈伸的关节),只有将远骨折段连同与之形成一个整体的关节远端肢体共同牵向骨折近端所指的方向,成角才能矫正(图 9-3),重叠移位也能较省力地克服。因此,肢体有旋转畸形时,可由术者手握其远段,在拔伸下围绕肢体纵轴向左或向右旋转,以恢复肢体的正常生理轴线;屈伸时,术者一手固定关节的近段,另一手握住远段沿关节的冠轴摆动肢体,以整复骨折脱位。如伸直型的肱骨髁上骨折,须在牵引下屈曲,屈曲型则须伸直。伸直型股骨髁上骨折可以在胫骨结节处穿针,在膝关节屈曲位牵引;反之,屈曲型

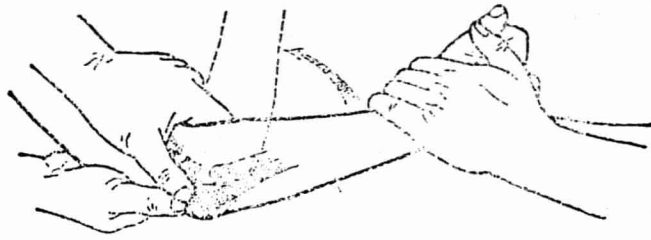


图 9-3 屈肘关节、矫正骨折向前成角畸形

股骨髁上骨折，则需要在股骨髁上处穿针，将膝关节处于半屈曲位牵引，骨折才能复位。

多轴性关节(如肩、髋)附近的骨折，骨折一般在三个平面上移位(水平面、矢状面、冠状面)，复位时需改变几个方向，才能将骨折复位。如肱骨外科颈内收型骨折复位时，牵引方向先在內收、內旋位，而后外展，再前屈、上举过头，最后內旋扣紧骨折面，把上举的肢体慢慢放下来，如此才能矫正骨折断端嵌插、重叠、向外向前成角及旋转移位。总之，骨折端常见的四种移位(重叠、旋转、成角、侧方移位)，经常是同时存在的，在对抗牵引下，一般首先矫正旋转及成角移位，即按骨折的部位、类型，明确骨折断端附着肌肉牵拉方向，利用其生理作用，将骨折远端旋转、屈伸，置于一定位置，远近骨折端才能轴线相对，重叠移位也能较省力地矫正。

4. 提按端挤 重叠、旋转及成角畸形矫正后，侧方移位就成了骨折的主要畸形。对于侧方移位，医者借助掌、指分别置于骨折断端的前后或左右，用力夹挤，迫其就位。侧方移位

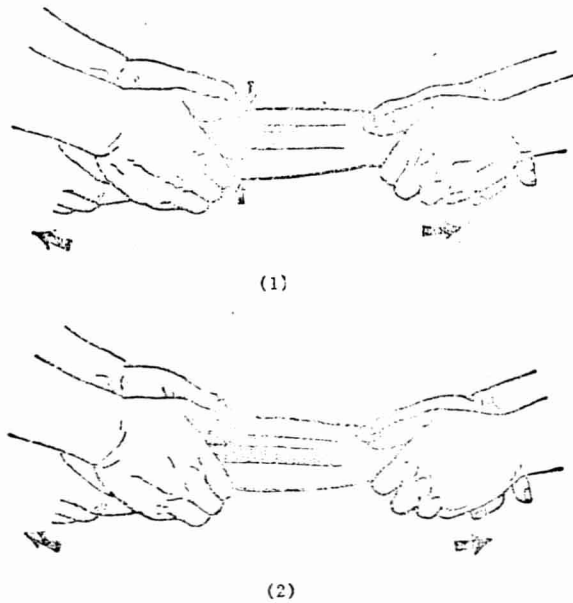


图 9-4 提按手法

(1) 提按手法矫正前后侧(或掌背侧)移位 (2) 反复提按前后侧(或掌背侧)移位矫正

第二节 骨折复位手法

可分为前后侧移位和内外侧移位。前后侧(即上下侧或掌背侧)移位用提按手法(图9-4)。操作时,医者两手拇指按突出的骨折一端向下,两手四指提下陷的骨折另一端向上。内外侧(即左右侧)移位用端挤手法(图9-5)。操作时,医者一手固定骨折近端,另一手握住骨折远端,用四指向医者方向用力谓之端;用拇指反向用力谓之挤,将向外突出的骨折端向内挤迫。经过提按端挤手法,骨折的侧方移位即得矫正。但在操作时手指用力要适当,方向要正确,部位要对准,着力点要稳固。术者手指与患者皮肤要紧密接触,通过皮下组织直接用力于骨折端,切忌在皮肤上来回摩擦,以免损伤皮肤。

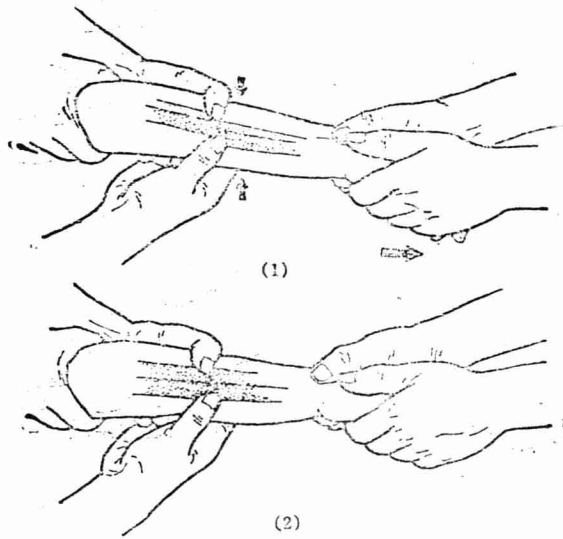


图9-5 端挤手法

(1) 端挤手法, 矫正内外侧(或左右侧)移位 (2) 反复端挤内外侧移位矫正

5. 摇摆触碰 摇摆手法用于横断型、锯齿型骨折。经过上述整骨手法,一般骨折基本可以复位,但横断、锯齿型骨折其断端间可能仍有间隙。为了使骨折端紧密接触,增加稳定性,术者可用两手固定骨折部,由助手在维持牵引下轻轻地左右或前后方向摆动骨折的远段(图9-6),待骨折断端的骨擦音逐渐变小或消失,则骨折断端已紧密吻合。触碰法(叩击手法)用于须使骨折部紧密嵌插者,横型骨折发生在干骺端时,骨折整复夹板固定后,可用一手固定骨折部的夹板,另一手轻轻叩击骨折的远端,使骨折断端紧密嵌插,复位更加稳定(图9-7)。

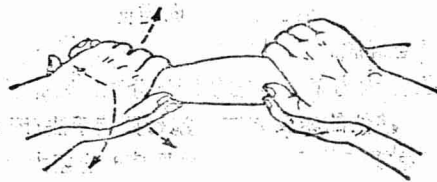


图9-6 摇摆手法

6. 夹挤分骨 是用于矫正两骨并列部位的骨折,如尺桡骨双骨折,胫腓骨、掌骨与跖骨骨折等,骨折段因受骨间膜或骨间肌的牵拉而呈相互靠拢的侧方移位。整复骨折时,可用两手拇指及食、中、无名三指由骨折部的掌背侧对向夹挤两骨间隙(图9-8),使骨间膜紧张,靠拢的骨折端分开,远近骨折段相对稳定,并列双骨折就像单骨折一样一起复位。

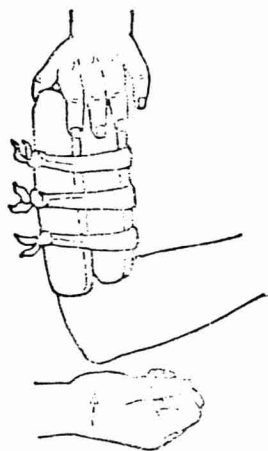


图 9-7 触碰手法

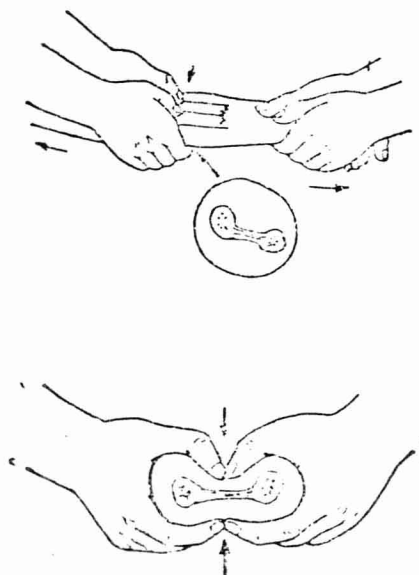


图 9-8 夹挤分骨

7. 折顶回旋 横断或锯齿型骨折,如患者肌肉发达,单靠牵引力量不能完全矫正重叠移位时,可用折顶法(图9-9),术者两手拇指抵于突出的骨折一端,其他四指重叠环抱于下陷的骨折另一端,在牵引下两拇指用力向下挤压突出的骨折端,加大成角,依靠拇指的感觉,估计骨折的远近端骨皮质已经相顶时,而后骤然反折。反折时环抱于骨折另一端的四指将下陷的骨折端猛力向上提起,而拇指仍然用力将突出的骨折端继续下压,这样较容易矫正重叠移位畸形。用力大小,以原来重叠移位的多少而定。用力的方向可正可斜。单纯前后移位者,正位折顶;同时有侧方移位者,斜向折顶。通过这一手法不但可以解决重叠移位,也可以矫正侧方移位。此法多用于前臂骨折。

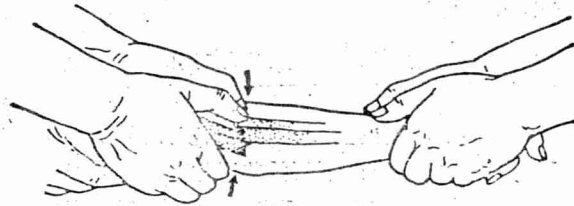
回旋手法多用于矫正背向移位的斜型骨折、螺旋型骨折,或有软组织嵌入的骨折。有软组织嵌入的横断骨折,须加重牵引,使两骨折段分离,解脱嵌入骨折断端的软组织,而后放松牵引,术者分别握远近骨折段,按原来骨折移位方向逆向回转,使断端相对,从断端的骨擦音来判断嵌入的软组织是否完全解脱。

背向移位的斜面骨折,虽用大力牵引也难使断端分离,因此必须根据受伤的力学原理,判断背向移位的途径,以骨折移位的相反方向,施行回旋手法(图9-10)。操作时,必须谨慎,两骨折段须相互紧贴,以免损伤软组织,若感到回旋时有阻力,应改变方向,使背向移位的骨折达到完全复位。

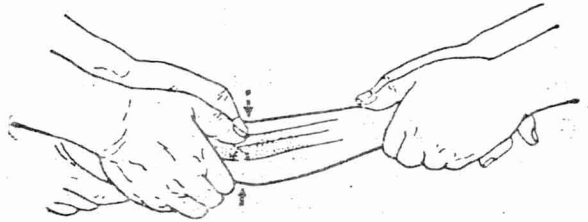
8. 按摩推拿 本法适用于骨折复位后,主要是调理骨折周围的软组织,使扭转曲折的

第二节 骨折复位手法

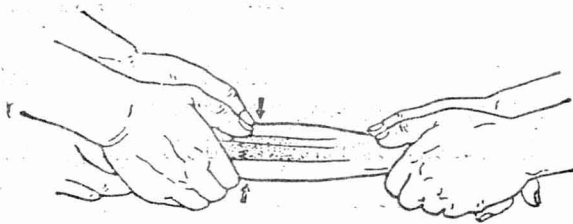
肌肉、肌腱，随着骨折复位而舒展通达，尤其对关节附近的骨折更为重要，操作时手法要轻柔。按照肌肉、肌腱的走行方向由上而下顺骨捋筋，达到散瘀舒筋的目的。



(1)



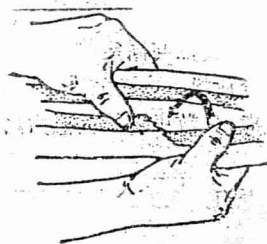
(2)



(3)

图 9-9 折顶手法

(1) 加大成角 (2) 断端相顶 (3) 反折对位



(1)



(2)

图 9-10 回旋手法

(1) 按原来移位向相反方向回旋 (2) 背对背移位矫正

第三节 脱位复位手法

一、脱位复位手法的历史沿革

脱位亦称脱臼、脱骱、脱髌，是指正常的骨端关节之间的相互关系发生分离移位，而不能自行复位者。

脱位的诊治方法，历代积累了丰富的宝贵经验。约在公元640年，唐·孙思邈在《备急千金要方》中首次记录了“失欠颊车蹉”（即下颌关节脱位）口腔内复位手法。这种方法至今仍为中外骨科医生所推崇。唐·蔺道人在《仙授理伤续断秘方》创造了肩关节脱位椅背复位法。该书还记载了关节脱位许多整复方法，如揣摸、捻捺、拔伸、撻捺、转动等。宋·太医院《圣济总录》云：“凡坠堕颠扑，骨节闪脱，不得入臼，遂致蹉跌者，急需以手揣摸，复还枢纽。”主张对脱位患者应早期及时复位。元·危亦林《世医得效方》中记述了肘、腕、膝、踝等大关节脱位以及复位方法。清·胡廷光《伤科汇纂·上髌歌诀》说：“上髌不与髌骨同，全凭手法及身功，宜轻宜重为高手，兼吓兼骗（意即分散转移）为上工，法使蹉然人不觉，患如知也骨已拢。”强调了拔伸牵引力量与手法的灵巧性。其他如钱秀昌《伤科补要》、赵竹泉《伤科大成》、赵廷海《伤科秘旨》以及吴谦《医宗金鉴·正骨心法要旨》等名著，对关节脱位的证治，都各自发挥其特长，为骨科发展作出了突出的贡献。

新中国成立后，在党的政策关怀下，广大医务工作者除继承、整理以前的手法经验外，结合临床在脱位整复手法研究方面更前进了一步。

《刘寿山正骨经验》提出了上髌十法，即拔、摘、扣、握、提、端、屈、挺、捺、正。手法根据“骨错则筋挪”原理，可先用捻揉、捋顺等舒筋手法。若系陈旧性脱位，则需先用药熏洗，并用手法按摩拿筋数日。克服因筋肉的收缩与僵硬而带来的阻力，是关节脱位手法复位成功的关键。

二、脱位复位手法操作

（一）施用脱位复位手法注意事项

（1）施行手法前要全面掌握病情，认真检查，明确诊断，作到心中有数。要了解关节脱位是全脱位，还是半脱位，以及脱出方向；注意有无并发症的存在，如骨折、神经血管损伤等；此外，患者健康情况以及受伤的时间等，亦应详细了解。

（2）整复前要充分准备，选好助手并做好分工，备妥复位与固定的用具，采取有效的麻醉止痛措施，摆好复位时所需要的体位，使肌肉能够充分放松。

（3）作好患者的思想工作，减少患者的紧张和顾虑，分散患者的注意力，须与患者配合默契，才能取得满意效果。

（4）根据病情选择有效的复位方法，原则上要求既有效又安全，切忌运用暴力进行复位，避免增加新的损伤，复位要求一次成功，不应反复整复。

（5）操作过程中，精力要集中，手法要熟练、灵活，动作要轻巧，掌握用力大小和方向，同时在复位全过程，密切注意患者的反应及局部变化。

（6）脱位如伴有骨折时，应先整复脱位，后整复骨折。

(二) 手法操作及适应证

1. 手摸心会 通过手法仔细触摸伤部，
 辨明关节脱位程度及方向，做到胸中有数。

2. 拔伸牵引 这是整复脱位的基本手法，
 要按照“欲合先离，离而复合”的原则进行
 拔伸牵引。在四肢关节脱位时，骨端关节
 面从臼中脱出，发生解剖的异常，有关肌肉
 和韧带必然受到牵拉而紧张，同时由于疼痛
 引起反射性肌肉痉挛，这些紧张痉挛的肌肉
 和韧带牢固地将脱位的骨端关节面固定在异
 常的位置，要想使脱位的关节复位，必须进行
 拔伸牵引克服肌肉痉挛性收缩。牵引时，一
 助手固定脱位关节的近端，另一助手握住伤肢进行牵引(图 9-11)，牵引力量及方向必须
 根据病情而定，在牵引过程中可同时施行屈曲、伸直、内收、外展及旋转等手法。如需长时间

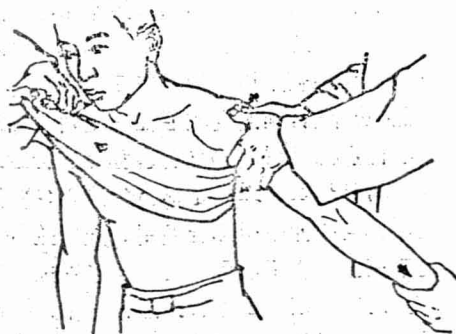


图 9-11 肩关节脱位，拔伸牵引法

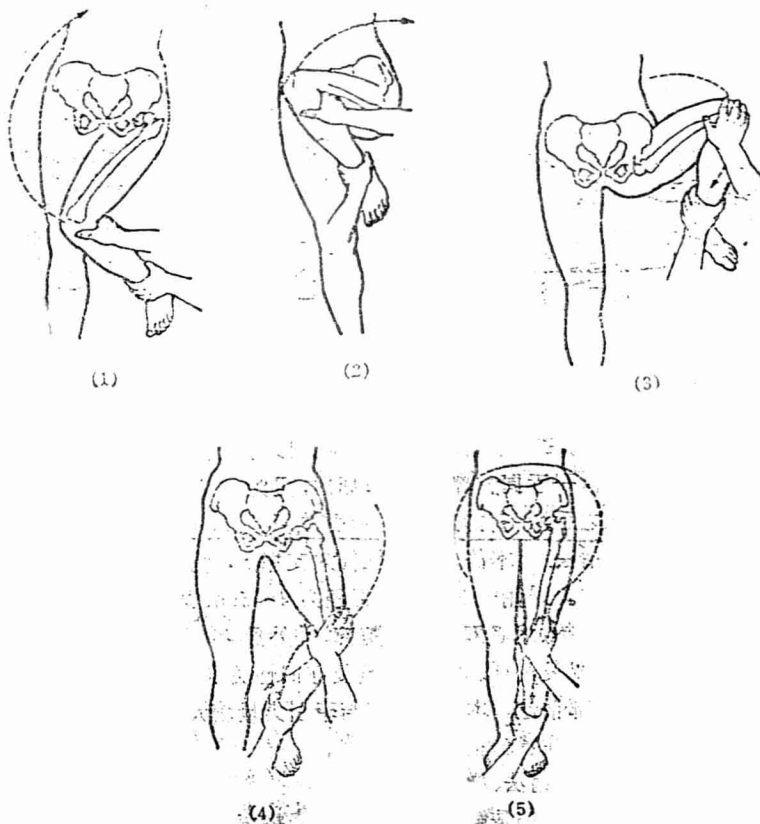


图 9-12 肘关节后脱位整复法

(1)(2) 屈肘屈膝位牵引 (3) 外展 (4)(5) 外旋伸直患肢

拔伸,或牵引力不足时,还可以配合使用宽布带协助牵引。

3. 屈伸回旋 此法临床极为常用,适应于肩关节脱位、髌关节脱位等。当这些关节发生脱位后,脱位的肱骨头、股骨头常被关节周围的关节囊、肌腱、韧带等软组织卡住或锁住,越牵引越紧,必须施用屈伸回旋手法,使其循脱位的原路复位。如髌关节脱位,操作时须在屈髌屈膝位牵引,同时内收屈曲大腿,再外展、外旋伸直患肢(图 9-12)。本法是数种手法有机地联合应用。因杠杆力较大,如伴有骨质疏松症应慎用。

4. 端提捺正 本法是端、提、捺正(挤、按)法的综合应用,或单用其中一法。适用于各种脱位,常与拔伸牵引配合使用。如肩关节下脱位,用手端托肱骨头使其复位。下颌关节脱位,两手四指上提下颌骨。桡骨头半脱位,以拇指向内下按压桡骨头。

5. 足蹬膝顶 足蹬法:通常一个人操作,方法简单,稳妥可靠,常用在肩关节、肘关节、髌关节前脱位。以肩关节为例,患者仰卧床上,术者立于患侧,双手握住伤肢腕部,将患肢伸直并外展;术者脱去鞋子,用足底蹬于患者腋下(左侧脱位用左足,右侧脱位用右足),足蹬手拉,缓慢用力拔伸牵引,然后在牵引的基础上,使患肢外旋、内收,同时足跟轻轻用力向外支撑肱骨头,即可复位(图 9-13)。

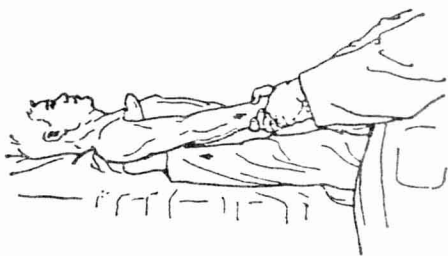


图 9-13 肩关节下脱足蹬复位法

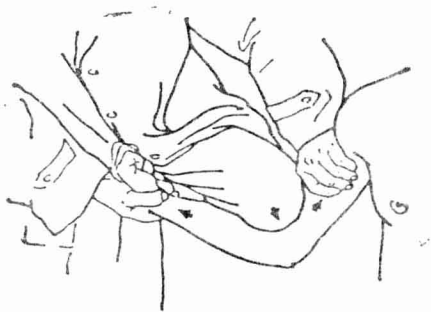


图 9-14 膝顶整复法

膝顶法:也是一人操作,多用于肩、肘关节脱位。以肘关节后脱位为例,患者坐位,术者立于患侧,一手握患肢上臂,一手握腕部,膝关节屈曲,足蹬在患者坐的椅子上,将膝放在患肘前,顶压肱骨下端,握腕之手顺前臂方向用力牵引并屈曲,即可复位(图 9-14)。

6. 杠杆支撑(亦称杠抬法) 本法是利用杠杆为支撑点,力量较大,多用于难以整复的肩关节脱位或陈旧性脱位。采用一长 1m、直径为 4~5cm 圆木棒,中间部位以棉垫裹好,置于患侧腋窝,两助手上抬,术者双手握住腕部,并外展 40°向下牵引,解除肌肉痉挛,使肱骨头摆脱盂下的阻挡,容易复位(图 9-15)。整复陈旧性关节脱位,外展角度需增大,各方面活动范围广泛,以松懈肩部粘连。本法因支点与牵引力量较大,活动范围亦大,如有骨质疏松和其他并发症应慎用,并注意勿损伤神经血管。

此外,尚有椅背复位法、肩抬法、梯子复位法等。

综合各种复位方法的机理,一是解除软组织的紧张痉挛,使脱位的骨端关节面摆脱在异常位置的阻挡;二是利用杠杆原理,以医者手足或器具为支点,通过屈伸回旋、端提捺正等法使脱位关节得以复位。

第四节 理筋手法

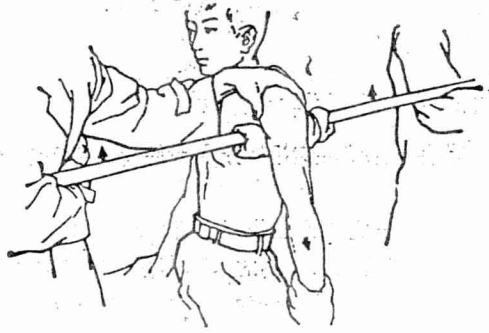


图 9-15 肩关节脱位杠抬整复法

第四节 理筋手法

理筋手法是由推拿按摩手法所组成。手法内容丰富,流派较多,亦不统一,为了便于学习和掌握,将传统的理筋手法结合临床实际,重点加以讲述。

二、手法治疗

(一) 手法治疗的作用

1. 活血散瘀,舒筋通络,消肿止痛 气血瘀阻,经络受滞,则为肿为痛。施以适当的手法有助于气血运行,调畅气机,通顺经络,从而达到气行则血行,血行则肿消,通则不痛的作用。《医宗金鉴·正骨心法要旨》指出:“按其经络,以通郁闭之气,摩其壅聚,以散瘀结之肿,其患可愈。”

2. 调理气血,改善营养,促进组织修复 手法有调顺气血之功能,可促进新陈代谢,改善局部营养,有利于炎症吸收和组织的修复。

3. 宣通散结,松解粘连 外伤或风寒湿邪郁阻,必使患部气血凝滞,软组织粘连。恰当

的手法可宣通闭塞的气血,剥离软组织的粘连,有利于患部功能的恢复和疼痛的消除。

4. 解除肌痉挛,纠正错位,通利关节 手法直接加速气血运行,疏通经络通道,改善肌肉、筋骨、关节等组织营养状态,调整机体内部平衡。在痉挛的肌肉施以不同手法,可将紧张的肌纤维充分拉长,从而解除肌肉痉挛,恢复关节功能。

5. 激发经气,调节功能,平衡阴阳,促进突出物还纳 正确的理筋手法通过合理的外力作用,能将骨关节错缝整复,软组织撕裂复原,肌腱滑脱理正,脱出之髓核还纳,并可排除这些病理变化带来的肌痉挛和疼痛,恢复组织的正常结构和功能。

(二) 手法操作的基本要求

- (1) 施术前充分了解病情,明确诊断。
- (2) 施术过程应有详细的计划。
- (3) 施行手法时指导患者密切配合,尽量放松、协作,需要时随时调整姿势、体位。
- (4) 手法操作应熟练、准确,用力轻巧适度。每次手法先轻后重,活动范围由小渐大,活动速度先慢后快,尽量使患者不受或少受痛苦。
- (5) 手法操作时必须全神贯注。
- (6) 手法操作的强度、时间需视患者形体强壮、瘦弱和治疗的反应随时进行调整。
- (7) 手法操作时需熟悉局部解剖结构与关节正常、异常的活动范围,避免造成不必要损伤。
- (8) 严格掌握手法的适应证和禁忌证。

(三) 手法的适应证与禁忌证

1. 手法的适应证

- (1) 急、慢性闭合性筋伤者。
- (2) 骨关节及筋脉有轻度解剖移位者。
- (3) 急性筋伤失治或误治致关节僵直者。
- (4) 骨折、脱位后期关节僵直或肌肉萎缩者。
- (5) 因风寒湿邪凝结筋骨之间引起的肢节疼痛、活动不利者。
- (6) 筋伤并发其他病证者。

2. 手法的禁忌证

- (1) 急性筋伤早期局部疼痛剧烈或肿胀瘀血严重者慎用手法,肌腱或韧带大部或完全撕裂者禁用。
- (2) 诊断尚不明确的急性脊柱损伤伴有脊髓损伤症状者禁用。
- (3) 恶性肿瘤、骨关节结核、骨髓炎等患者禁用。
- (4) 伴有严重心、肝、脾、肺、肾器质性病变者慎用。
- (5) 有出血倾向的血液病患者禁用或慎用。
- (6) 施法部位有严重皮肤损伤或合并感染者慎用。
- (7) 精神病患者发作期慎用。
- (8) 各种传染病活动期禁用。
- (9) 妇女妊娠期或月经期慎用。
- (10) 对手法有恐惧心理,不愿意合作者,或身体过于虚弱、老年骨质疏松症者慎用。

(四) 常用手法介绍