

封面设计 董黎明

科技新书目: 34 · 200

统一书号: 14119 · 1569

定 价: (科四) 1.05 元

魏指薪治伤手法与导引

李 国 衡 整 理

上海科学技术出版社

第四节 腰部手法	90
一、腰部扭伤	90
二、腰椎小关节紊乱症	96
三、腰部劳损	100
四、腰椎间盘突出症	107
五、腰椎肥大性脊柱炎	116
第五节 上肢手法	122
一、肩关节周围炎	123
二、肱二头肌长头滑脱	133
三、肩关节扭伤	136
四、肩臂风寒湿痛	138
五、肱骨外上髁炎	141
六、肘后血肿	145
七、桡骨茎突处狭窄性腱鞘炎	148
八、腕背侧血肿	151
九、扳机指	153
十、腱鞘囊肿	156
第六节 下肢手法	157
一、髋髌关节错位	158
二、髌上滑囊区血肿	160
三、膝关节粘连	168
四、踝关节扭伤	172

下篇 导 引

第一章 导引总论	179
第一节 导引疗法简介	179
第二节 导引疗法在伤科中的应用	182
第三节 导引疗法的作用	182



图 8 手指掌平放体表，
拳须握紧后叩击

患者二足合并徐徐下蹲，二手抱在膝前。医者立于患者的身后，两手掌按住患者的两肩部，两膝抵住患者两侧的腰眼部位，患者下肢须蹲稳，必要时应由助手固定患者足部以防其足部前后滑动，而后进行下列手法操作〔图 9(1)〕：

(1) 肩膝对拉旋转：一手按住患者右侧肩部，一手扶住左侧膝部，肩部向左前方推，膝部向右后方拉，两手要密切配合，同时用力。先作推拉活动 3~5 次，最后加重力量使腰部产生一次较重推拉旋转活动〔图 9(2)〕。

右肩左腿推拉旋转活动后，稍停片刻，而后左手推左肩，右手拉右膝，方法如前。

(2) 侧屈活动：医者双手按住患者两肩使患者腰部作向右，向左两个方向的侧屈活动。开始作轻轻侧屈，而后使用重力作一次侧屈活动〔图 9(3)〕。

(3) 屈动腰部：双膝仍须顶住患者腰部，双手按住患者肩部，先试作腰部伸屈的活动，最后突然用力向下掀按三次，使腰部作屈腰抖动，而后搀扶患者立即站起，手法完成〔图 9(4)〕。

此法用于急慢性损伤腰痛，前屈、侧屈及旋转活动受限制者，常



图 26(4) 在骑马式位置上，
稍停片刻后

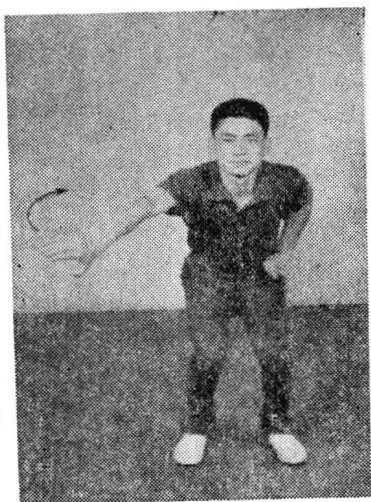


图 26(5) 缓慢而有力由内
向外划圈握拳

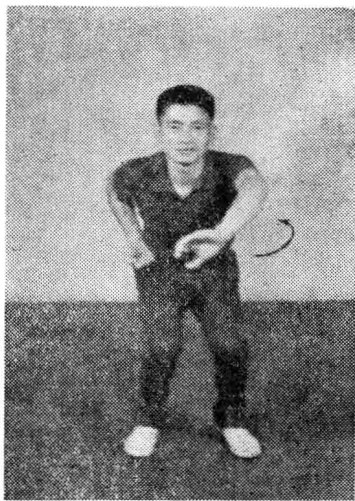


图 26(6) 左右交替锻炼

膝渐渐站起,两手下垂放开。

初练时周身有酸痛感,一般二周后即消失,而后逐渐感到全身关节有一种活动自然和灵敏的体会。

三、提功锻炼的姿势

1. 两足并拢身体要正,沉垂肩时,呼吸自然,上下身要全神贯注,这是定式。

2. 开始锻炼时,或左腿,或右腿屈髋屈膝向上猛提。两手抱住膝部胫骨结节处,向上用力,使上提膝部尽量贴近胸部,全身重量落在站立的腿上。锻炼时呼吸自然,不可屏气。此名“金鸡独立式”〔图 27(1)〕。

3. 当站立到不能支持时,即更换姿势,左式须与右式交替锻炼,在交替时,抱膝部的两手松开,上提的腿,猛向前方跨出落地,同时站立的腿屈膝下蹲。如练左式,左腿向前跨出,右腿下蹲,两手握拳,左手附于左侧足背上,右手附于腰部,此名“探海式”〔图 27(2)〕。练过左式再练右侧时,左腿原位不动,右腿猛然上提,全身重量落于左腿上,双手抱右膝,然后右腿向前跨出,左腿下蹲,如此轮换。一般每次左右各锻炼二次,共练四次,如感到气力不够,当中可以少停,如果气力充沛可以加倍锻炼。

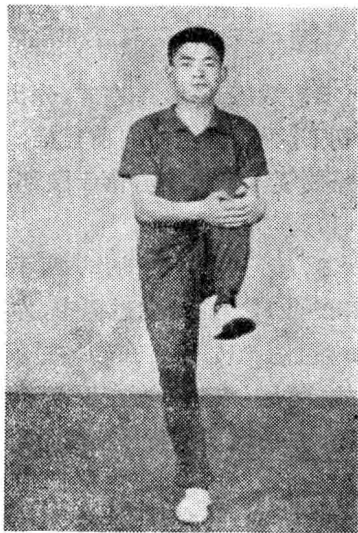


图 27(1) 下肢站直抱膝贴紧
胸腹部,两目向前平视

四、降功锻炼的姿势

1. 两足并拢站立,双手抱拳附于两腰间,头要正,双目向前平视,呼吸自然。

法治疗同时外用洗方,内服活血通络,安神熄风药物。

附病例二: 孙×× 男 22岁 门诊号: 77-20534

初诊日期: 1979年1月11日

病情摘要: 跌伤起因,已有28天,当时昏迷约几分钟,苏醒后左侧下颌关节肿胀,张口活动限制。经过其他医院拍片检查,骨与关节未见明显异常,因无特殊治疗,而肿痛不退,食物不便,并感到左眼视物有复视现象,而来我科治疗。

检查诊断: 患者左侧面颊与右侧对比有明显肿胀,张口最大时直径为3厘米。左颞颌关节周围有瘀凝僵硬,并有明显压痛。除张口活动限制外,下颌骨左右摆动亦困难,不能用力嚼物。经诊断为左侧颞颌关节挫伤伴有错位局部瘀血凝结,以致关节动作失灵。

治疗经过: 先用活血化瘀洗方局部外洗。三天后开始手法治疗并配合导引,每周三次。经过三次手法后张口能达到3.5厘米,以后至1979年3月6日第16次手法时,外形肿胀基本消退,张口达4厘米(我们选择二位与患者年龄相当的男性正常人作了张口直径测定,均在4.5厘米左右)。痠痛、复视等自觉症状完全消失,能咬嚼各种食物,无任何不适而终止治疗。

【按语】

颞颌关节的扭错,一般可分为两种情况,一是张口限制,二是张口无明显限制,在张口闭合时有弹响声。手法治疗前者效果较快。后者效果较慢,疗程必须延长,同时须注意结合内服外用药物和导引。

关于颞颌关节脱位或习惯性脱位,中医认为患者多因气虚而不能收束关窍,或肾虚劳倦,一时无神不能连接而脱位。复位后,关节酸痛,活动限制要结合全身情况而辨证施治,除药物治疗外,可使用力量较轻的手法治疗对于防止再脱有一定的帮助。在治疗期间应避免嚼食硬物。

锁乳突肌下部、斜方肌上部,或项肌等部位可出现肌肉痉挛。

3. 摸触会厌部是否松弛灵活,呼吸和饮食有否影响,以防咽喉部有其他疾病。

4. 用拇指摸触颈椎 1 至 7 棘突有否压痛点,特别是有扭伤史者更须仔细,如有明显压痛,防有骨折、脱位或半脱位。

落枕病变的部位,有单侧,双侧,或一侧轻一侧重的不同。痛点一般均在颈椎两侧的肌筋部位,肩关节被动运动一般无限制,手臂无放射痛和麻木感。如有肩关节被动运动限制,手臂有放射疼痛颈部经常掣痛的现象,除落枕外,颈椎可能有其他病变,必要时须作进一步的检查。有扭伤史者,应排除骨与关节病变。其症状与落枕相类似者,为颈部扭伤,治法与落枕基本相同。

另有一种急性颈痛,病史与症状颇似落枕但有高热(落枕一般是无高热的),发病年龄较轻,应注意有否咽后壁脓肿等病变。脓肿可以是原发于局部损伤后,也可继发于其他类型的化脓性感染。咽后壁脓肿常同时引起颈椎生理弧度的改变,有时还可出现颈椎半脱位,此种情况禁忌手法的应用。

【治疗】

1. 手法治疗:

(1) 患者取坐位,医者站立患者背后,先拿“肩井”和推点揉肩中俞(见前图 30,31)连续 5~10 次。而后“压掌掏肩”(见前图 17)以放松项肌筋,枕骨筋,改善或解除这些部分的肌肉痉挛。

(2) 用两手拇指按揉枕下粗隆下方(风池穴)顺时针方向和逆时针方向各按揉十次,然后拇指沿项肌及斜方肌向下按揉反复进行三遍。

(3) “提阳”(见前图 11)。

(4) 一手托住患侧下颌关节,拇食二指夹住患侧耳朵,头向健侧旋转,一手握住患侧手腕,先高举超过头顶,颈背部须挺直(图36)而后两手作相反方向牵引,再使手臂向外后方放下,此时患者感到



图 41 持续用力上提,同时向左右旋转和侧屈



图 42 拿揉颈椎二侧

目,另一手按住患者百会穴,嘱患者颈部放松,而后将患者头部从

左到右,再从右到左各摇转五次,以灵活颈椎关节。在摇转时要顺势缓慢地转动,不能强行,如有严重骨刺增生、骨质疏松或颈椎有严重强直者,此法须慎用或不用(图 43)。



图 43 按住大椎,夹紧头部,然后左右摇动

7) 侧屈推颈,医者一手按住患者头部并尽量侧屈,另一手用大拇指沿项肌及胸锁乳突肌自上向下推,当推到颈根时再点揉 3~5 次,左右均须操作〔图 44 (1)(2)〕。可使肌肉舒展,气血流通。

10) 扣挤法的应用(见前图 5)。

以上十步是颈椎病的常规手法,操作完毕后作为一节,连作三节,作为一次手法(其中扣挤法只须作一节)。每周三次,六周为一个疗程。

(2) 不同类型的颈椎病手法加减:

颈痛型者常规手法即可。

颈肩臂痛型: 上臂疼痛和麻木须加用“松活肩部”的手法:

1) 医者手掌紧对患者手掌,将患肢旋后和后伸,以小鱼际从患肢肩部前侧和外侧自上而下按推 5~10 次〔图 46(1)〕。



图 46(1) 尽量将手背屈,肘关节过伸,自上向下推

2) 患肢屈肘放在后面,医者点揉岗上肌和肱二头肌长头的压痛点。而后再用掌根,从肩前侧,肩外侧自上而下贴紧体表向下推五次左右〔图 46(2)〕。

3) 将患臂作上举活动,由轻而重,逐步增高,一般 5~10

次左右〔图 46(3)〕。

上述手法做完后作为一节,(可加在常规手法每一节之后)连作三节作为一次手法。每周三次,每六周作为一个疗程。此手法可使肩关节得到松解,经络气血流通。

第一类颈肩臂痛,肩部痛点多。除常规手法和“松活肩部”手法的运用以外,尚须加下列手法:

(1) 握手揉肩法: 医者立于患者身侧,一手握住患者的手,另一手先用拇指点揉其肩髃穴及其周围,然后再两手上下更换位置,

方法中来选择运用。

颈椎综合征,是一个比较复杂的症候群,患者年龄有大小,体质有差异,病变有轻重,因此,疗程很不一致,大多数病人在一个疗程后症状即有所改善,经过二个疗程后症状基本消失,也有症状消失较快,也有症状消失较慢,甚至有些症状,经久不减,这就须要采取进一步措施。

本节所介绍的颈部各种常用的手法,但在临症时还须根据病情,辨证施治,随证加减,灵活应用。要能够取得较好的疗效就需要我们在临床上不断积累经验,及时分析和总结提高。

2. 药物治疗:

如无明显正虚或邪实的症状,或者疼痛程度还轻,可以不用内服药物,只用外用药物即可。

疼痛严重,伴有全身症状,例如头昏头痛,烦躁不安,睡眠不佳,或有外伤,呼吸不畅,根据症状,进行辨证。

内服药物:如正虚或者外邪侵淫,可采用扶正或祛邪的内服药物,如六味地黄汤、杞菊地黄汤、伸筋活血汤、羌活胜湿汤等加减应用。

外用药物,在治疗颈椎病中,也是一个重要方面,在天热季节经常应用局部洗方或全身洗浴方,再加擦活络药水或舒筋活血膏。在天寒季节可采用局部蒸敷方。

3. 导引:

如颈椎骨与关节无严重病变,在手法的同时或在手法结束以后配合导引锻炼,可以提高和巩固手法的治疗效果。

【临床资料】

病例一:叶× 男 51岁 住院号 168775

病情摘要:双侧颈部,肩部酸痛,右手环指、小指有麻木感,病史已一年多,近来症状加重,同时发作腰痛,活动限制于1972年6月17日住院检查治疗。

检查诊断：颈部活动受限制，两侧斜方肌上部有明显压痛。右肩胛下肌有轻度压痛，局部肌肉稍有扩张，颈部活动时颈椎 5、6 偏于涩滞，看书只能坚持 10 分钟左右，否则颈痛加剧。两肩关节活动佳，握力佳，X 线摄片示：颈椎 5、6 增生变。诊断为颈椎综合征，颈痛型为主。

治疗经过：自 1972 年 6 月 20 日起开始作颈椎病常规手法和第一类颈肩痛手法，并加用右侧“掏点肩井窝”手法（因右肩斜方肌上部疼痛特别明显）每周三次，经过六周治疗后，压痛点基本消失。手指麻木亦不明显，看书能够维持一小时左右，于是结束手法单用药物治疗，经过一年时间观察，情况良好，未见反复。

病例二：张×× 男 59 岁 住院号：186635

病情摘要：右肩 upper 肢及背部疼痛、麻木，已有四个多月，无外伤史，开始发病时是突然感到右上肢疼痛并发麻，呈现上下臂交替发作，手指有麻木，右肩肱二头肌有抽动感，背部亦有疼痛。经过针灸治疗未见好转，并感颈部活动不便，肩胛部亦有痠痛。颈椎向左倾斜微屈时右上肢即出现放射性发麻疼痛。由于症状逐渐加重，于 1974 年 8 月 5 日住院检查治疗。

检查诊断：颈椎无压痛，上肢关节活动佳，两上肢外展时颤动无力，颈椎前屈及向左侧屈有轻度限制。右手鱼际肌萎缩，骨间肌也略有萎缩，握力显著减退，右臂 4~8 颈神经皮区感觉减退。肱二头肌、肱三头肌、肱桡肌反射减弱，头向左侧时疼痛麻木并传至臂部。右肩胛及右臂和手指均有麻木感，肩髃穴、天宗穴和背部两侧菱形肌有压痛。颈椎正侧位及左右斜位 X 线摄片示：颈椎失去正常生理曲度，颈椎 3~4 处略向后凸，诸椎体后缘有骨赘增生，尤以颈椎 3 以下为显著，颈椎 3~4，4~5 间隙变窄。右斜位片亦可见颈椎 3~4 及 4~5 椎间孔狭小。经诊断为：颈椎综合征（颈椎骨赘增生，颈椎 3~4 及 5~6 间隙狭窄）颈肩臂痛型为主，兼有轻度背痛。

白而虚肿,食欲不佳。

X线片复查:显示颈椎5~6半脱位不明显,颈5、6有增生改变。

经诊断为颈椎综合征,颈头痛型。同时全身辨证属于脾肾两虚。

治疗经过:经用颈椎病颈头痛型手法治疗每周二次,同时颈部用蒸敷方局部热敷。内服健脾益肾方剂,如二仙汤合六味地黄汤,或四君子汤加仙茅、仙灵脾、制黄精、淮山药、鹿角胶、桂枝、夜交藤、白芍、砂仁、陈皮、谷麦芽,以及补中益气汤等。至1976年6月症状逐渐好转,颈痛显著减轻,颈部能作左右转动,头晕、头痛亦显著改善。以后又断断续续用过手法及药物治疗,除向左转动稍有限制外其他症状基本消失。

【按语】

现代医学认为,产生颈椎综合征同以下几种原因有关:

一、骨赘:早期在急慢性损伤的基础上软骨细胞增生,沉积于表面,以后骨化而形成骨刺,骨赘可见于:椎体的前后缘,钩椎关节边缘,椎体前的较小骨赘(一般不会引起神经症状)椎体边缘较大的骨赘,当其压迫脊髓,并在椎管相对狭小时,可压迫脊髓引起症状。而小关节及侧缘的钩椎关节骨赘,可以造成神经根管的狭窄,刺激神经根,甚至压迫椎动脉,造成椎动脉压迫综合征,会出现眩晕、昏厥、突然摔倒、耳鸣、重听等一系列症状。

二、小关节囊及关节囊韧带不稳定,颈部损伤后呈关节囊及韧带松弛,小关节过度活动,椎间孔变化更显著,刺激神经根。

三、炎症:当颈椎小关节或钩椎发生关节肥大性病变时,可产生关节囊滑膜充血水肿,导致椎间孔变小而刺激神经根形成继发性炎症。

四、出血:外伤后虽未形成骨折、脱位,仅有小关节损伤、出血,但以后可导致神经根在神经根管内粘连。

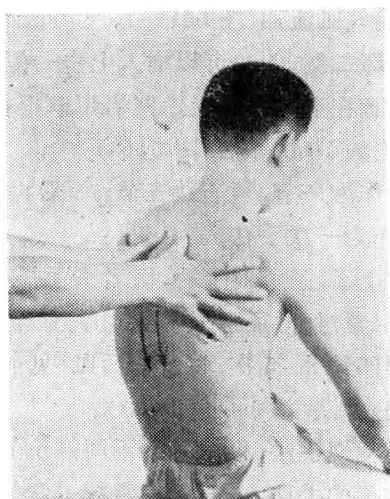


图 54(1) 两手拇指沿脊柱两侧由上向下按推

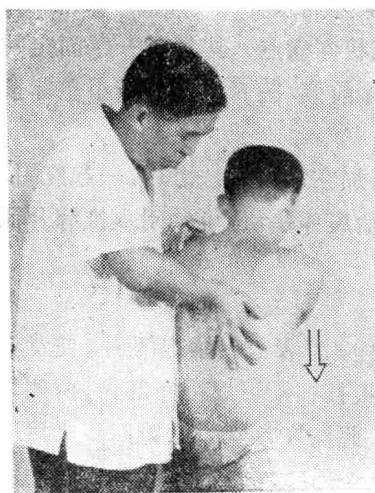


图 54(2) 用手掌根或大鱼际肌贴紧背部下推

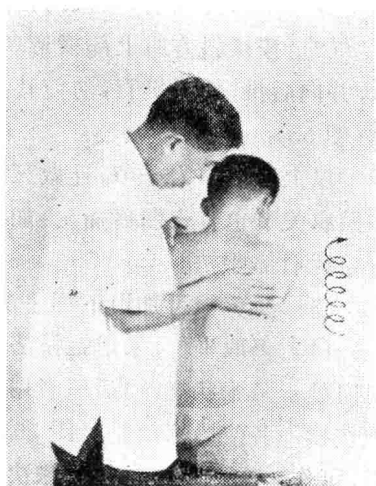


图 54(3) 由腰部横推，按摩至背部

(3) 点揉后,改用掌根作局部按揉。

(4) 使患者双手上举,医者一手托住肘部,使患者背部过伸,待背部肌肉放松后,再同样地用点揉和按揉方法对背部痛点再重复操作一遍,最后用“分臂法”结束〔见前图 10(1)(2)〕。

以上手法做一节即可,如症状未见明显改善,可再加用抱挤法(见前图 56),或采用俯卧位置上运用点揉与按揉法。

2. 药物治疗:

内服药物,肌肉劳损可服四物止痛汤。如伴有风寒湿外邪,可用三痹汤或羌活胜湿汤加减,或在舒筋活血汤的基础上加用祛风化湿药物。扭伤者着重外治,如症状严重者,可加服活血止痛方剂如四物止痛汤或桃红四物汤等。

外用药物,疼痛范围较大,可用洗方或蒸敷方,同时加擦活络药水或舒筋活血膏。疼痛范围集中可用膏药外贴。

【临床资料】

病例一: 孔×× 男 56 岁 住院: 226156

病情摘要: 因心脏疾患住院,患者原有颈、腰、膝部疼痛,但并不严重,过去曾有二次发作,经针灸、理疗后好转。于 1979 年 1 月突感左肩臂疼痛剧烈,如重物压迫,卧平时症状改善,起立约 10 分钟左右后症状即见严重,精神烦躁不安,因针灸、火罐治疗无效而转伤科门诊。

检查诊断: 颈部 X 线摄片检查显示颈椎 5、6 有轻度增生,颈部及肩部活动均无明显限制,右斜方肌上部边缘压痛明显,肌肉较左侧僵硬,左侧也有轻度疼痛,腰膝部酸楚,乏力。经诊断为右斜方肌劳损,伴有风寒湿邪。

治疗经过: 经手法治疗,结合理疗,手法每周三次,开始时手法后症状即见改善,但作用不持久,以后又开始疼痛。经过八次手法后症状逐渐减退不再反复,约 12 次手法后症状已不明显,最后二周中,每周进行 1~2 次手法以巩固疗效直至症状消失。

第四节 腰部手法

腰部手法,主要是治疗腰痛的手法,引起腰痛的病因很多,在伤骨科领域里分类也不完全一致。

《素问·脉要精微论》中讲:“腰者,肾之府,转摇不能,肾将惫矣”。由于肾主腰,故不少腰痛常与肾气不足有关,因此在治疗中除局部外治外尚须注意全身辨证施治。有关腰痛的分类,在隋代《巢氏病源》和明代《景岳全书》中,认为腰痛原因有五:一曰阳虚不足,少阴肾虚。二曰风痹风寒,湿着腰痛。三曰劳役伤肾。四曰坠堕损伤。五曰寝卧湿地。要求患者腰痛后宜从速治疗,否则延入脚膝,有成偏枯,冷痹之患。目前一般对腰痛可分为内伤腰痛;外感腰痛;损伤腰痛等三大类。由于病因不同有些腰痛主要依靠药物治疗,故本章不予叙述。

“腰”的部位在《中国医学大辞典》中认为:“身体两侧空处,在肋骨髌骨之间者,统称为腰,以其屈伸之关要,故名。”所以从部位上来讲,身后肋骨以下,髌骨(股骨)以上疼痛,即属腰痛。如果疼痛范围上面超过肋骨为腰背痛,下面超过股骨为腰腿痛。分清疼痛部位可作为手法应用时参考。

中医对于腰痛在时间上讲,有卒然腰痛和久腰痛的区别,卒然腰痛大都为扭伤或急性损伤,治疗较易。久腰痛往往病情比较复杂,治疗较难。

现将伤科临床中,比较多见的腰痛,而魏氏伤科手法也行之有效的,在诊断分类上又比较一致的几种腰痛,分述如下。

一、腰部扭伤

【概述】

腰部扭伤亦称为“闪腰岔气”,是劳动人民常见的一种外伤,病

情有轻重不同。严重的扭伤或称为急性扭伤，症状明显而疾骤，不能动弹。大多数病例在扭伤时可听到腰部有“格答”响声，随即出现腰痛和活动受限等症状。

【症状】

腰部扭伤，可分为急性扭伤(重症)和一般扭伤(轻症)二种类型。急性扭伤者腰部不能挺直，行动不能控制，腰痛剧烈，尤其是在咳嗽时或被别人触碰时即发生痉挛疼痛，身体每固定于一定的位置上，转侧活动困难。一般扭伤，除腰部疼痛外，大都能够坚持行动。有时需人帮助或用拐杖扶持方能行走。

【诊断】

患者有明显扭伤史，然后腰部产生疼痛，这是腰部扭伤的诊断重要依据。

疼痛点与损伤部位有关，如软组织扭伤，压痛点位于脊柱左侧或右侧旁约 1.5～2 厘米。多数位于腰椎 4～5 或腰椎 5 与骶椎节段之间的一侧，即相当于肾俞穴与大肠俞穴。魏氏伤科在扭伤上很重视这四个压痛点。疼痛可向臀部及大腿部放射。少数患者由于扭伤严重，可引起出血，水肿，刺激神经根后支，呈反射性下肢疼痛。

疼痛部位外形常无明显异常。检查压痛点处，肌肉有明显痉挛，前屈活动明显受限。躯干伸直稍作轻微前屈活动，即可引起剧痛。患者站立位时往往以两手撑住腰部，坐位时用两手撑住凳子，以减轻疼痛。部分病人如系前屈位搬重物时扭伤的可损伤棘间韧带，压痛部位多见于腰椎 4～5 或腰椎 5～骶椎 1 之间，疼痛也可向臀部放射。

轻性扭伤，症状大致与急性扭伤相同，惟所受外力和造成损伤较轻，症状也较急性扭伤为缓和，能做一般工作，但不能过度操重，俯仰活动有不同程度的限制。

【治疗】