

# 实用中医推拿学

主 编 罗才贵 刘明军 陈 立  
副主编 姜青松 罗 建 周志彬 万 斌  
编 委 (按姓氏笔画为序)  
万 斌 邓国忠 刘明军 陈中熊  
陈 立 余有明 罗才贵 罗 建  
周志彬 姜青松 阎博华 常德贵  
曾 理

## 图书在版编目(CIP)数据

实用中医推拿学/罗才贵主编. —成都:四川科学技术出版社,2004.6

ISBN 7-5364-5536-4

I .实… II .罗… III .推拿学 IV .R244.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 054610 号

## 实用中医推拿学

主 编 罗才贵 刘明军 陈 立  
责任编辑 康利华  
封面设计 霍运熙  
版面设计 康永光  
责任校对 易卫石  
责任出版 李 珉  
出版发行 四川出版集团·四川科学技术出版社  
成都盐道街3号 邮政编码 610012  
开 本 787mm×1092mm 1/16  
印张 31.5 字数 730千 插页 9  
印 刷 成都宏明印刷厂  
版 次 2004年6月成都第一版  
印 次 2004年6月成都第一次印刷  
印 数 1—3 000册  
定 价 58.00元  
ISBN 7-5364-5536-4/R·1181

### ■ 版权所有·翻印必究 ■

■本书如有缺页、破损、装订错误,请寄回印刷厂调换。

■如需购本书,请与本社邮购组联系。

地址/成都盐道街3号 电话/86671039 86672823  
邮 政 编 码 /610012

## 编写说明

中医推拿,是祖国传统医学的瑰宝,长期以来为中华民族的健康做出了巨大贡献。随着人民生活水平的提高,健康意识的加强,作为自然疗法的中医推拿更以其安全、有效、简便,引起了社会的关注,形成了学习“推拿热”。我国推拿专业的技术人员数量较多,但各地区医务人员的专业水准尚有差异。为适合广大渴望学习和掌握这门知识的读者需要,因而编写了一本专门的中医推拿参考书。

在编写本书的过程中,既保持了传统中医学体系的系统性、完整性,突出实用性和针对性,又充分注意基础理论与临床治疗的有机联系,并参阅和吸取国内外大量的有关文献资料与研究成果,经编委们1年多的共同努力,完成了这部医学专著的编写任务。我们希望《实用中医推拿学》能成为读者学习中医推拿的良师益友。

全书共分总论、各论、附篇三部分,16章,70余万字,插图500余幅。前3章为总论,主要介绍了手法、治疗、功法的基本知识;第4章至第13章为各论,全面、系统的介绍了成人手法、小儿手法、部位性推拿手法,骨伤、内、妇、五官、儿科等的推拿治疗,推拿功法等;第14章至第16章为附篇,介绍了推拿流派、手法的现代研究进展、自我保健推拿等内容。

本书主要读者为推拿正骨科、理疗康复科、疼痛科医师,也可供在校医学生和推拿爱好者在学习和工作中参考。

本书内容较丰富,成书时间较快,虽然编委大多是长期从事中医推拿的临床、教学和科研工作,但由于经验不足,水平有限,书中不当之处难免,恳望同道和广大读者批评指正。

编者

## 目 录

## 总 论

绪 言 推拿学发展简史····· 1

第一章 推拿手法基本知识····· 6

第一节 推拿学与推拿手法····· 6

第二节 推拿手法的命名和分类····· 8

第三节 推拿手法的基本技术要求····· 10

第四节 推拿手法操作注意事项····· 12

第五节 推拿介质与热敷····· 13

第二章 推拿治疗基本知识····· 20

第一节 推拿治疗的基本作用····· 20

第二节 推拿治疗的作用机理····· 22

第三节 推拿治疗的原则和治法····· 30

第四节 推拿临床常用检查方法····· 36

第五节 推拿治疗的性质和特点····· 70

第六节 推拿治疗的适应症和  
禁忌症····· 71

第七节 推拿治疗的注意事项····· 72

第八节 推拿异常情况的处理····· 73

第三章 推拿功法基本知识····· 77

第一节 推拿功法和特点····· 77

第二节 推拿功法的分类和作用····· 77

## 各 论

## 上篇 推拿手法

第四章 成人推拿手法····· 79

第一节 摆动类手法····· 79

一、一指禅推法····· 80

▣附· 缠法····· 82

二、揉法····· 82

▣附· 滚法····· 84

三、揉法····· 84

第二节 摩擦类手法····· 86

一、摩法····· 87

二、擦法····· 88

三、推法····· 90

四、搓法····· 92

五、抹法····· 93

第三节 振颤类手法····· 94

一、抖法····· 94

二、振法····· 96

第四节 挤压类手法····· 97

一、按法····· 97

二、压法····· 99

三、点法····· 100

四、捏法····· 101

五、拿法····· 102

六、捻法····· 103

七、踩跷法····· 104

八、拨法····· 105

九、拧法····· 107

十、挤法····· 107

第五节 叩击类手法····· 108

一、拍法····· 108

二、击法····· 109

三、叩法····· 111

四、弹法····· 112

第六节 运动关节类手法····· 112

一、摇法····· 113

二、背法 .....	117	二十二、掐人中法 .....	143
三、扳法 .....	118	二十三、点地仓法 .....	143
四、拔伸法 .....	124	二十四、干洗脸法 .....	143
第七节 复合类手法 .....	127	二十五、振摩百会法 .....	143
一、按揉法 .....	127	二十六、捻耳垂法 .....	144
二、弹拨法 .....	129	二十七、捏鼻根法 .....	144
三、推摩法 .....	130	二十八、叩顶法 .....	144
四、勾点法 .....	131	二十九、梳头法 .....	144
五、扫散法 .....	132	第二节 颈项部 .....	144
六、拿揉法 .....	133	一、掌揉颈项法 .....	144
七、捏脊法 .....	134	二、揉大椎法 .....	145
第八节 其他类手法 .....	135	三、提揉风池法 .....	145
一、理法 .....	135	四、拿揉颈项法 .....	145
二、梳法 .....	136	五、点揉天鼎法 .....	145
三、插法 .....	137	六、一指禅推颈法 .....	145
四、托法 .....	137	七、擦肩颈法 .....	145
五、擦法 .....	138	八、擦颈项法 .....	146
第五章 常规操作手法 .....	139	九、擦颈中法 .....	146
第一节 头面部 .....	139	十、拿风池法 .....	146
一、一指禅推印堂法 .....	139	十一、拿颈项法 .....	146
二、一指禅推神庭法 .....	139	十二、捻捏颈肌法 .....	146
三、一指禅推眼眶法 .....	139	十三、掐点颈中法 .....	146
四、按揉太阳法 .....	140	十四、点揉颈脊法 .....	147
五、揉前额法 .....	140	十五、点完骨法 .....	147
六、按揉四白法 .....	140	十六、掐点风府法 .....	147
七、鼻旁按揉法 .....	140	十七、拨颈项法 .....	147
八、按揉面颊法 .....	141	十八、拨颈侧法 .....	147
九、抹面法 .....	141	第三节 胸腹部 .....	147
十、抹额法 .....	141	一、点揉天突法 .....	148
十一、抹眉弓法 .....	141	二、指揉下腹法 .....	148
十二、按揉下关法 .....	141	三、掌揉下腹法 .....	148
十三、点听宫法 .....	141	四、捻胸肌法 .....	148
十四、对按头侧法 .....	142	五、叠掌按胸法 .....	148
十五、点揉缺盆法 .....	142	六、点揉上腹法 .....	148
十六、分推攒竹法 .....	142	七、点揉下腹法 .....	148
十七、分推头阴阳法 .....	142	八、按髂内侧法 .....	149
十八、指推正顶法 .....	142	九、肋间指推法 .....	149
十九、指推偏顶法 .....	142	十、胸部分推法 .....	149
二十、掐揉睛明法 .....	143	十一、推脾运胃法 .....	149
二十一、点鱼腰法 .....	143	十二、推胃腕法 .....	149

十三、推上腹法	149	二、拿侧腰法	156
十四、推侧腹法	150	三、拿揉腰肌法	156
十五、脐部挤推法	150	四、揉肩背法	156
十六、推下腹法	150	五、揉臀部法	156
十七、推全腹法	150	六、肩背部侧掌击法	156
十八、对振肋助法	150	七、佛手掌叩肩背法	157
十九、横擦胸部法	150	八、屈拳叩肩背法	157
二十、点中府、云门法	151	九、掌根击肩背法	157
二十一、点揉胸骨法	151	十、空拳击肩背法	157
二十二、点压鸠尾法	151	十一、拳背击肩背法	157
二十三、点揉章门法	151	十二、掌背击肩背法	157
二十四、点按带脉法	151	十三、掌揉肩背法	157
二十五、双点天枢法	151	十四、拇指揉膀胱经法	158
二十六、点揉腹中任脉法	151	十五、点揉天宗法	158
二十七、点归来、气冲法	152	十六、双点天宗法	158
二十八、拿腋下法	152	十七、拳揉背部法	158
二十九、拿腹法	152	十八、点揉命门法	158
三十、一指禅推上腹法	152	十九、揉腰眼法	158
三十一、指振中脘法	152	二十、背部直推法	159
三十二、掌振上腹法	152	二十一、背部分推法	159
三十三、掌振下腹法	153	二十二、推肩胛内缘法	159
三十四、掌振神阙法	153	二十三、腰部双掌按揉法	159
三十五、对摩胸背法	153	二十四、背部挤推法	159
三十六、旋摩上腹法	153	二十五、腰部分推法	159
三十七、直摩上腹法	153	二十六、推臀法	160
三十八、横摩上腹法	153	二十七、梳肩胛内缘法	160
三十九、横摩腹直肌法	153	二十八、掌按胸椎法	160
四十、斜摩腹部法	154	二十九、桥按肩胛法	160
四十一、斜摩肋下法	154	三十、叠掌按腰法	160
四十二、合摩侧腹法	154	三十一、点拿环跳法	160
四十三、横摩中腹法	154	三十二、掐点脊中法	161
四十四、直摩脐旁法	154	三十三、点揉夹脊法	161
四十五、摩髌内缘法	154	三十四、双点肾俞法	161
四十六、横摩横骨上法	155	三十五、肘点腰眼法	161
四十七、横摩下腹法	155	三十六、肘点环跳法	161
四十八、斜摩下腹法	155	三十七、背部横擦法	161
四十九、旋摩全腹法	155	三十八、擦肾俞法	162
五十、旋揉神阙法	155	三十九、横擦腰骶法	162
第四节 背腰骶臀部	155	四十、一指禅推臀法	162
一、拿夹脊法	156	四十一、背部团摩法	162

四十二、推摩背肋法 .....	162	十一、擦股前法 .....	169
四十三、腰部横摩法 .....	162	十二、擦股后法 .....	169
四十四、腰部团摩法 .....	163	十三、擦腓肠肌法 .....	169
四十五、横摩八髻法 .....	163	十四、按小腿内侧法 .....	169
四十六、臀部直摩法 .....	163	十五、股外侧推法 .....	169
四十七、拍背法 .....	163	十六、股后推法 .....	169
四十八、拍腰骶法 .....	163	十七、推足外侧法 .....	170
四十九、推搓夹脊法 .....	163	十八、推足底法 .....	170
五十、推搓八髻法 .....	164	十九、点阴廉法 .....	170
第五节 上肢部 .....	164	二十、点承扶法 .....	170
一、双拿肩井法 .....	164	二十一、股内侧踩法 .....	170
二、拿肩上法 .....	164	二十二、股外侧踩法 .....	170
三、拿肩后法 .....	164	二十三、小腿内侧踩法 .....	171
四、拿手三阳法 .....	164	二十四、踏揉股前法 .....	171
五、拿手三阴法 .....	164	二十五、踏揉股后法 .....	171
六、捏揉八邪法 .....	165	二十六、合掌揉股三阴法 .....	171
七、擦肩井法 .....	165	二十七、掌根揉股四头肌法 .....	171
八、擦肩周法 .....	165	二十八、拿揉膝上法 .....	171
九、点按阳明三穴法 .....	165	二十九、刮膝周法 .....	172
十、点极泉法 .....	165	三十、摩髌骨法 .....	172
十一、对点内外关法 .....	165	三十一、掌根揉腓肠肌法 .....	174
十二、捏揉四缝穴 .....	166	第六章 小儿推拿手法 .....	173
十三、擦肘外侧法 .....	166	第一节 小儿推拿常用手法 .....	173
十四、握捏上肢法 .....	166	一、推法 .....	173
十五、捏五指法 .....	166	二、揉法 .....	174
十六、捻五指法 .....	166	三、按法 .....	175
十七、掌揉肩周法 .....	166	四、摩法 .....	175
十八、捏上肢法 .....	167	五、掐法 .....	176
十九、搓揉上肢法 .....	167	六、捏法 .....	176
第六节 下肢部 .....	167	七、运法 .....	177
一、按揉腹股沟法 .....	167	八、捣法 .....	177
二、按揉股四头肌法 .....	167	九、拿法 .....	178
三、按揉股后法 .....	167	十、擦法 .....	178
四、按揉腓肠肌法 .....	168	十一、搓法 .....	179
五、拿股内收肌法 .....	168	十二、捻法 .....	179
六、拿足阳经法 .....	168	十三、刮法 .....	179
七、拿足阴经法 .....	168	十四、摇法 .....	180
八、拿腓内上法 .....	168	十五、拍打法 .....	180
九、拿腓肠肌法 .....	168	十六、按揉法 .....	181
十、擦股外侧法 .....	169	十七、揉捏法 .....	181

第二节 复式操作法	181	六、坎宫	197
一、黄蜂入洞	181	七、天庭(神庭)	197
二、双凤展翅	182	八、天心	197
三、揉耳摇头	182	九、眉心(印堂)	197
四、开璇玑	183	十、山根	198
五、按弦搓摩	183	十一、准头(鼻准)	198
六、揉脐及龟尾并擦七节骨	183	十二、太阳	198
七、龙入虎口	184	十三、瞳子髻	198
八、二龙戏珠	184	十四、迎香	199
九、双龙摆尾	185	十五、人中	199
十、乌龙摆尾	185	十六、牙关(颊车)	199
十一、苍龙摆尾	185	十七、天柱	199
十二、丹凤摇头	186	十八、桥弓	200
十三、凤凰单展翅	186	第二节 上部穴位	200
十四、凤凰展翅	186	一、脾经	200
十五、凤凰鼓翅	187	二、胃经	201
十六、赤凤摇头	187	三、少商	201
十七、猿猴摘果	187	四、肝经	202
十八、孤雁游飞	188	五、心经	202
十九、水底捞月	188	六、肺经	202
二十、打马过天河	188	七、肾经	203
二十一、引水上天河	189	八、五经	203
二十二、大推天河水	189	九、五经纹	204
二十三、飞金走气	189	十、四横纹	204
二十四、飞经走气	190	十一、小横纹	204
二十五、肘肘走气	190	十二、大肠	204
二十六、黄蜂出洞	190	十三、小肠	205
二十七、天门入虎口	191	十四、肾顶	205
二十八、老汉扳辘	191	十五、肾纹	206
二十九、运土入水	191	十六、掌小横纹	206
三十、运水入土	192	十七、板门	206
三十一、老虎吞食	192	十八、内劳宫	207
三十二、总收法	192	十九、内八卦	207
第七章 小儿推拿常用特定穴位	194	二十、天门	208
第一节 头面颈项部穴位	195	二十一、小天心	208
一、百会	195	二十二、大横纹	208
二、前顶门	196	二十三、阳穴	209
三、脑空	196	二十四、总筋	209
四、高骨(耳后高骨)	196	二十五、青筋	209
五、攒竹(天门)	196	二十六、白筋	210





第十一节	第三腰椎横突综合征	260	第五节	中风	333
第十二节	骶髂关节扭伤	262	第六节	眩晕	335
第十三节	肩关节周围炎	264	第七节	胃脘痛	337
第十四节	冈上肌肌腱炎	267	第八节	呕吐	339
第十五节	肱二头肌长头腱滑脱	269	第九节	呃逆	341
第十六节	肱二头肌长头腱鞘炎	272	第十节	泄泻	342
第十七节	肱二头肌短头腱损伤	274	第十一节	胃下垂	344
第十八节	肩峰下滑囊炎	275	第十二节	便秘	346
第十九节	肱骨外上髁炎	277	第十三节	郁证	347
第二十节	肱骨内上髁炎	280	第十四节	不寐	349
第二十一节	尺骨鹰嘴滑囊炎	281	第十五节	胁痛	351
第二十二节	桡骨茎突部狭窄性 腱鞘炎	282	第十六节	头痛	352
第二十三节	腱鞘囊肿	284	第十七节	面瘫	355
第二十四节	下尺桡关节损伤	286	第十八节	面痛	356
第二十五节	腕管综合征	289	第十九节	癃闭	357
第二十六节	腕关节扭伤	292	第二十节	淋证	359
第二十七节	梨状肌综合征	294	第二十一节	遗精	361
第二十八节	髌关节滑囊炎	296	第二十二节	阳痿	362
第二十九节	髌关节扭伤	298	第二十三节	消渴	364
第三十节	髂胫束损伤	299	第二十四节	痹证	366
第三十一节	退行性髌关节炎	301	第二十五节	痿证	367
第三十二节	膝关节创伤性 滑膜炎	303	<b>第十章 妇科病症</b>		<b>369</b>
第三十三节	膝关节侧副韧 带损伤	305	第一节	月经不调	369
第三十四节	膝关节半月板 损伤	308	第二节	痛经	371
第三十五节	髌下脂肪垫劳损	310	第三节	闭经	373
第三十六节	退行性膝关节炎	312	第四节	更年期综合征	374
第三十七节	腓肠肌损伤	314	第五节	慢性盆腔炎	377
第三十八节	踝关节扭伤	315	第六节	产后身痛	378
第三十九节	踝管综合征	319	第七节	乳痈	380
第四十节	跟腱周围炎	321	第八节	乳癖	381
第四十一节	跟痛症	323	第九节	子宫脱垂	382
<b>第九章 内科病症</b>		<b>326</b>	<b>第十一章 五官科病症</b>		<b>384</b>
第一节	感冒	326	第一节	近视	384
第二节	咳嗽	327	第二节	麻痹性斜视	386
第三节	哮喘	329	第三节	眼睑下垂	387
第四节	心悸	331	第四节	溢泪症	388
			第五节	颞颌关节功能紊乱症	388
			第六节	咽喉炎	389
				附·扁桃腺炎	390
			第七节	鼻窦炎	391

第八节	牙痛·····	393	第二节	擦法推拿流派·····	459
第九节	喉暗·····	394	第三节	内功推拿流派·····	459
<b>第十二章</b>	<b>儿科病症</b> ·····	<b>396</b>	第四节	正骨推拿流派·····	461
第一节	腹泻·····	396	第五节	腹诊推拿流派·····	462
第二节	呕吐·····	397	第六节	脏腑经络推拿流派·····	463
第三节	腹痛·····	399	第七节	小儿推拿流派·····	464
第四节	疳积·····	400	第八节	点穴推拿流派·····	465
第五节	便秘·····	401	<b>第十五章</b>	<b>推拿手法研究进展</b> ·····	<b>466</b>
第六节	发热·····	402	第一节	手法的形态学特征	
第七节	咳嗽·····	403		研究·····	466
第八节	哮喘·····	404	一、手法的力学特点研究	·····	466
第九节	惊风·····	406	二、手法的能量转化研究	·····	468
第十节	遗尿·····	407	三、手法的生物电信息研究	·····	469
第十一节	佝偻病·····	409	四、手法的深透性研究	·····	469
第十二节	夜啼·····	410	第二节	手法的力学效应研究	·····
第十三节	小儿麻疹后遗症·····	411	一、旋转类脊柱整复手法的力学		
第十四节	小儿肌性斜颈·····	412	效应研究	·····	469
第十五节	小儿臀肌挛缩·····	413	二、拔伸类脊柱整复手法的力学		
			效应研究	·····	471
			三、屈伸类脊柱整复手法的力学		
			效应研究	·····	471
			第三节	手法的生物学效应	
				研究·····	472
			一、手法镇痛作用的研究	·····	472
			二、手法改善血液循环作用的		
			研究	·····	474
			三、手法对组织损伤修复作用的		
			研究	·····	476
			四、手法调节内脏功能作用的		
			研究	·····	479
			五、手法的其他作用研究	·····	481
			<b>第十六章</b>	<b>自我保健推拿</b> ·····	<b>482</b>
			第一节	概述·····	482
			第二节	各部位自我保健推拿·····	482
<b>下篇 推拿功法</b>					
<b>第十三章</b>	<b>推拿练功</b> ·····	<b>415</b>			
第一节	指力训练八法·····	415			
第二节	易筋经·····	417			
第三节	少林内功·····	426			
第四节	八大劲·····	439			
第五节	站桩功·····	443			
第六节	八段锦·····	446			
第七节	十三太保功·····	451			
<b>附 篇</b>					
<b>第十四章</b>	<b>推拿流派</b> ·····	<b>458</b>			
第一节	一指禅推拿流派·····	458			

# 总 论

## 绪言 推拿学发展简史

中医学是中华民族智慧的集中体现之一,是中国古代劳动人民在长期与疾病作斗争的过程中总结和发展起来的,在漫长的历史过程中,曾经也正在为人类的健康作出巨大的贡献,与现代医学并列为两大医学体系,因其良好的作用和较少较小的副作用越来越受到全世界各国医学界的重视,被称为绿色疗法,在这个完整的中医体系中,推拿学是中医学的一个重要分支。

推拿古代称为按摩、蹠跷、按抃、折技、扶行、摩娑等,是一种很古老的治疗方法。推拿一名首先见于我国的明代,当时的小儿推拿专著如龚云林的《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》、周于蕃的《小儿推拿秘诀》就采用了推拿这一名称。明代儿科专家万全在他的著作中也多次记载了运用小儿推拿治疗小儿惊风等病症。早期的按摩疗法仅仅用于对少数疾病的治疗,手法种类也很少;常用的就是按和摩两种手法。按法是单纯的向下用力,即所谓按而留之,摩法是在体表作环行摩擦,属于平动的范围,随着治病范围的扩大,手法在原来的基础上也相应有了发展,除了按摩手法外,又出现了推法,拿法等等多种手法,在对不同疾病的治疗中,各种不同的手法各有其不同的特点和优点,人们在实践中逐步认识到,手法用力方向的不同,对疗效有一定的影响。这些手法的用力已经从原来的单向发展为多向的合力,随着推拿实践的发展,手法的分类也逐渐合理,适应症也随之逐渐扩大,于是按摩这个名称逐渐被推拿这个更确切的概念所取代。所以从按摩向推拿名称的演变,反映了手法的发展和变化,使推拿疗法更合理,是推拿发展史上的一个巨大飞跃。

推拿既是一种古老的疗法,又是一门年轻有发展前途的医学分支学科。在长期的医疗实践过程中,人们对按摩的作用,不断加以总结、提高,逐渐形成了独特的推拿治疗体系,在两千多年前的先秦两汉时期,当时的两部医学巨著《黄帝内经》和《黄帝歧伯按摩十卷》,第一次完整地建立了中医学的理论体系,确立了按摩作为一门学科在中医学体系中的地位,从现存的《黄帝内经》中推拿所占的篇幅来看,已经足以说明推拿在那个时代在中医学中的重要地位。推拿就是以中医理论为指导,运用一定的手法或借助一定的推拿工具作用于体表的特定部位或穴位来治疗疾病及预防疾病,调节人体生理病理的一种治疗方法,属于中医外治法范畴。推拿学是研究用推拿疗法治疗疾病的一门系统科学,主要研究对象是推拿治疗疾病的作用原理、治疗方法、适用范围。随着人们对以往经验的不断总结,对推拿作用原理认识的不断深入,推拿治疗的适应症在不断扩大,并且,在近些年来已经广泛运用于美容、保健等方面。

## 一、推拿的起源和形成

劳动是人类生存的第一要素,人们通过与大自然恶劣环境的抗争取得必要的生产生活资料,在史前时代,落后的生产生活方式使人类不得不面对身体的损伤,比如外伤出血、跌扑损伤等,因人类本能地以手按以止血,摩以消肿止痛,故经过漫长的日积月累,口传心授以及日后的文字记载,终于总结出流传下一些原始的推拿方法,而使之成为人们治疗疾病的常用方法之一,并且这些早期的临床体会成为中医学发展的基石之一。

从先秦时期的文献记载来看,战国时曾经有不少医术流传于世,后因战火兵灾,大多已经亡佚,百家著述中对医药之论也是一鳞半爪。但从本世纪考古学的两项重大发现,即殷墟甲骨文卜辞和长沙马王堆汉墓医书的记载中,仍能对这一时期的推拿成就的有所了解,在甲骨文卜辞中,有许多字与推拿治疗有关。“𠄎”表示一个人用手在另一个人身上或袒露的腹部扶按。该字隶化后写成“付”即是拊字的初文,意为摩也。“𠄎”,表示一人我并在床,该字隶化以后即为“疔”字,心腹病之谓也。甲骨文卜辞中有多条记载推拿治疗腹部疾患,说明在当时推拿治疗已经广泛应用于治疗某些腹部病痛,而且疗效是肯定的。而“𠄎”字,则象征用手执原始的按摩工具治疗病人。这些都形象地说明了早在殷商时代推拿疗法已被广泛重视和运用。

在长沙马王堆帛简医书中,《五十二病方》涉及推拿治病最多。该书中的推拿疗法有两个显著特点:一是记载了推拿发展史上最早的药摩和膏摩,即我们今天通常所讲的介质推拿。但从其介质制作过程的简单来看,明显处于初创阶段,然而其开创性的重要意义仍不可忽视。二是推拿时运用了许多富有特色的工具,如治疗疝气的木槌,治疗小儿瘰疬用的钱匕等。推拿最早最原始的工具是砭石,砭石有很多种类,不同的砭石其功用也不同,故砭石并非仅仅用于针刺。其他推拿工具的使用,弥补了单纯使用手作为推拿工具的不足,使推拿治疗效果更为显著。

秦汉时期是中医学发展的重要阶段,也是推拿历史发展的重要阶段。据《汉书·艺文志·方技略》记载,我国推拿史上第一部推拿专著《黄帝岐伯按摩十卷》与《黄帝内经》同时问世。从分类来看,此书应以记载保健按摩为主;从医学源流看,此书与《黄帝内经》应同出于一个医学流派。《黄帝内经》以论病为主,将针灸作为治病的主要手段;《黄帝岐伯按摩十卷》则是以养生为主,将推拿作为主要保健方法。但如此的推拿学巨著,未能幸免于战火,早已亡佚。然而,在现存的《黄帝内经》中却记载了大量与推拿相关的文献,如《素问·举痛论》中:“……寒气客于背俞之脉,则脉泣,脉泣则血虚,血虚则痛,其俞注于心,故相引而痛。按之则热气至,热气至则痛止矣。”并且从这段文字的描述中,我们还可以看到“不通则痛,通则不痛”的基本病理变化,并得到“寒者热之”的治法。可以说,古人在推拿疗法的基础上总结出了很多中医学的基础理论,使得推拿成为中医学形成的一个重要基石,反过来说,中医学理论的健全也为推拿的临床实践提供了理论基础,对推拿的发展起到了推动作用,二者相互关系是十分密切的。《内经》中有关推拿的篇章共有九篇,纵观《内经》全书,可以看出,秦汉时期推拿独特的治疗体系已经形成,这部巨著中许多条文是对殷商以来推拿疗法的理论总结。《素问·异法方异论》中记载:“中央者,其地平以湿……,故导引按跷者,亦从中央出也。”指出了我国推拿发源于我国的中央地区,相

当于今天的河南洛阳一带,与甲骨卜辞记载中有关推拿内容是吻合的。望闻问切四诊是中医学也是推拿学中最重要诊断方法,将推拿手法,运用到切诊中,以加强疾病诊断的准确性,在《内经》中有多处记载。《内经》充分肯定了推拿的治疗作用,认为推拿具有活血行气、止痛散寒、疏经通络等作用,同时提出推拿要注意补泻,注重与针灸,药物等其他方法的协同配合。《内经》中记载的手法也很丰富,有按、摩、切、扞、循、拊、弹、抓、推、压、屈、伸、摇等方法,其中以按、摩二法最为常用,故当时以按摩作为统称。《内经》中还推对推拿功法提出了要求,要求推拿医生必须要有健康的体魄和强有力的双手。《内经》中的主要推拿工具是九针中的圆针和鍤针,圆针用于泻法,鍤针用于补法,这些都是比较早期的推拿工具。但是,《内经》对推拿学的贡献和影响,远远不止以上这些,最重要的是《内经》奠定了中医学的基本理论。其中的阴阳五行学说、脏腑经络学说、气血津液学说、诊断方法、治疗原则等,都成为推拿学中最重要指导原则。

在汉代张仲景所著作的《金匱要略》中,第一次将膏摩疗法列入预防保健方法中,还介绍了一首用于推拿治疗头风的摩散,方仅附子与盐两味。凡后世“摩顶膏”之类,皆从此出。仲景还详细记载了推拿救治自缢方法,此法为医学界公认为是世界上最早的救治缢死的科学记载,是推拿史上值得骄傲的杰出成就。名医华佗倡导“五禽戏”,使导引按摩向仿生学靠拢,为后世提供了一套行之有效的保健方法。其治病善用膏摩,是第一位将按摩广泛用于临床的医家。

总之,推拿自本能的治疗、保健按摩行为,在经历了漫长岁月的不断积累后,至《黄帝岐伯按摩》和《黄帝内经》成书,终于发展成一门具有独特治疗体系的临床学科,不仅在理论上得到总结和提高,而且经过当时名医扁鹊、华佗、张仲景等倡导和运用,在临床上也更成熟和广泛,并且富有特色。因此秦汉时期既是推拿独特治疗体系的形成时期,又是推拿发展史上的第一个承前启后的鼎盛时期。

## 二、推拿学的发展

纵观各种学科的发展,在其兴旺繁荣的过程中,其本身的实用价值和官方的重视都是其得以推广的重要因素,推拿这种学科也不例外。推拿治疗体系形成之后,其发展经历了晋隋唐官方的推广普及,宋金元时期对手法分析的重视,明清时代小儿推拿的崛起,各派推拿流派纷纷涌现等重要阶段。

晋唐时期,君主王侯逐渐重视推拿疗法。隋朝太医署首次设立了按摩博士。唐太宗则在隋代已有的基础上,建立了规模更大的,设备更加完善的太医署,并在其中设立了按摩科,将推拿医生分为按摩博士、按摩师和按摩工。按摩博士在按摩师和按摩工的辅助下,教按摩生“导引之法以除疾,损伤折跌者以正之”,开始了有组织的推拿教学。自我推拿在这一时期的到了广泛的重视,在葛洪《肘后备急方》、孙思邈《千金方》中都记载了许多自我推拿的方法,如天竺国按摩法、老子按摩法等,自我推拿的广泛普及,说明当时的人们已经清楚地意识到推拿对防病治病的积极意义。如《千金方》中记载:“小儿虽无病,早起常以膏摩胸上及手足心,甚辟风寒。”在今天的儿童保健中仍发挥着现实的作用;巢元方在《诸病源候论》的每一个章节中,均附有养生导引法,尤其重视摩腹养生之术。在这个时期,膏摩的内容得以丰富,药物与手法相得益彰的按摩疗法有了很大的发展。如晋代

葛洪十分重视膏摩的运用,他是第一位系统论述膏摩,使膏摩证、法、方、药齐备的医家。他说:“病有新旧,疗法不同,邪在毫发,宜服膏及摩之”;强调“摩时宜极力,令作热,乃速效”,“向火以手摩”,“日两三度”,“数百遍佳”等。《肘后方》记载了葛洪常用膏摩方有8首,这些膏方多出于名医之手。《外台秘要》在《刘涓子鬼遗方》膏摩催产的基础上,又增添了盐摩和汤摩两种催产方法。该书中罗列诸多膏摩名方,且多有出处。这一时期推拿治疗范围也逐步扩大,如《唐六典》说推拿可除八疾,即风、寒、暑、湿、饥、饱、劳、逸。《外台秘要》说:“如得伤寒一日,若头痛背强,宜摩之佳。”也正是在这一时期,推拿传入朝鲜、日本、印度、阿拉伯及欧洲。

宋金元时期,推拿运用范围进一步扩大,并且对推拿手法作了一些分析。《圣济总录》首先将按摩作为专论单列,对按摩疗法进行总结和归纳,为现存最早最完整的推拿专著。其中最重要的是,在该书中对按摩的治疗机理作了精辟的阐述;“大抵按摩者,每以开达抑遏为义,开达则壅蔽者以之发散,抑遏则慄悍者有所归宿”,被后世誉为对推拿机理的经典概括。作者以《内经》原文为基础,对推拿疗法的应用范围详细阐发,指出在何种情况下,“按之痛止,按之无益,按之痛甚,按之快然”,这一区分,对于推拿疗法中的几个重要问题分析透彻,结论明确,对推拿疗法的发展的作出了重要的理论贡献。这一时期,膏摩疗法又有了新的发展。《太平圣惠方》记载了六首治疗目疾的摩顶膏,为膏摩治疗眼病的最早记载。该书还首次记载了摩腰膏,是历代医书种记载膏摩方最多的书籍,对后世膏摩发展影响巨大。金元四大家中,对推拿介绍最多的,首推张从正。他在著作《儒门事亲》中,将按摩列为汗法之一,不能不说是一种超越前人的独到见解。《世医得效方》中所载肩关节脱位得坐凳架梯法、髋关节脱位的倒吊复位法和脊柱骨折的悬吊复位法等都可以代替拔伸手法,是推拿史上的重大发明,开辟了中国医学史上以器械牵引治疗骨科疾病的新篇章。

明清时期,是推拿发展史上的有一个鼎盛时期。首先,在小儿推拿方面,推拿专著出现了零的突破,各种小儿推拿专著纷纷面世。如四明陈氏的《保婴神术》是现存最早的推拿专著,为杨继洲之《针灸大成》所收录;太医龚云林的《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》(又称《小儿推拿全书》)属单行本流行最早者;周于蕃的《小儿推拿秘诀》描述小儿推拿八法最为精彩,创造性地将按摩手法归总为按、摩、推、拿、揉、运、搓、摇八法,成为按摩基本手法;熊应雄的《小儿推拿广义》附录儿科常用方药,被誉为清代最善之本;夏禹铸的《幼科铁镜》匠心独运,与诸书存异甚多,更作“推拿代药赋”,将推拿疗效和药物治疗有机统一起来,令人耳目一新,给后世研究、使用提供了一种新的方法;骆如龙的《幼科推拿秘书》,最为详细,条理清楚,读此书是小儿推拿入门之捷径;许谦光的《推拿三字经》朗朗上口,烂熟于胸必临证应手;周于蕃、张振簪的《厘正按摩要术》,博采众长,独创体例,成为一本集光绪十四年之前小儿推拿大成之专著,屡经翻印。该书首次提出小儿推拿八法“按、摩、掐、揉、推、运、搓、摇”,以上诸书说明了小儿推拿独特诊疗体系的形成。其次,成人推拿也有了很大的发展,可谓百花齐放,流派纷呈,诸如正骨推拿、点穴推拿、一指禅推拿、眼科推拿、外科推拿、内功推拿、保健推拿等等,不胜枚举。清代吴谦著《医宗金鉴》,将历史文献进行了全面地总结和整理,在“正骨心法要旨”中明确提出“正骨”一词,并将正骨手法归纳为“摸、接、端、提、推、拿、按、摩”,称为正骨八法,至今仍是推拿正骨的高度概括。

因此,在明清时期,可以说是推拿发展史上的一个较为全面发展、总结、创造的时代。

民国时期,国民党政府推崇西医,不倡导中医及推拿疗法,1929年国民党政府召开的“中央卫生委员会会议”,公开提出废止中医的政策,把中医作为医疗卫生工作的障碍,中医学及推拿学都受到严重的摧残。但在这一时期,由于推拿疗法旺盛的生命力,在民间更加活跃,更为流行。在这个时期,推拿学术流派的发展是以“以师带徒、口授心传”的方式继承和传授,并且有独特的见解。这一时期出版的一些推拿学术著作图文并茂,通俗易懂。1933年出版的黄汉如著作的《黄氏医话》是目前见到的第一部推拿医话。该书记载了作者数十年间运用推拿治疗疾病的验案和心得,介绍了一指禅推拿的来源和特点,可惜未涉及具体手法,使后世学者无法窥得其中奥秘之处。

中华人民共和国成立后,由于党和国家的充分重视,推拿医学进入了一个全面发展的新时期。这一时期推拿学术发展集中在下列五个方面。第一,推拿古籍的到了全面的发掘和整理,并出版了大量的推拿新著作。这一阶段整理再出版的推拿古籍除多部小儿推拿专著外,有内部刊物《二指定禅》、《一指阳春》等,对古代推拿医籍的发掘作出了贡献。推拿新著有以基础理论与临证知识相结合的通俗著作;有以临证专科形式出现;有以流派和独到经验见长;有专论手法,功法;也有集大成之类的巨制,如《中国按摩大全》、《中国推拿》、《中华推拿大成》、《推拿大成》等等。综观这些著作,其共同特点就是推拿理论的科学性和逻辑性增强,在推拿原理方面有所突破,增加现代研究的佐证,在疾病的治疗方面多结合西医学的诊断和解剖知识。第二,推拿实践及临床经验的总结日益科学化。科学文化的进步,医药卫生事业的发展,使推拿实践也日趋科学化。医疗实践方面丰富经验的积累和现代医学知识的教育使推拿医师整体素质大大提高。如诊断方法上,已经不再仅限于中医传统四诊,现代医学的X线诊断、超声波检查、肌电图、CT检查、核磁共振等已为广大推拿医师所掌握。在治疗方面,各派推拿手法相互借鉴,门户之分逐渐消失,推拿医师已掌握了一整套辨证论治的理法方术。全国各类期刊发表了数以千计的推拿论文,对推拿学科各方面进行了学术总结,对推拿临床起到了重要的指导作用。第三,推拿教学体系日益完善。自1956年10月上海卫生学校开办了推拿训练班起,推拿教学就从过去师带徒的方式走上了正规教育的途径。70年代末、80年代初以来,全国各个中医院校相继成立推拿专业,完善推拿专业专科、本科、研究生和外国留学生教育体系,为中医推拿培养了大量的高级人才。推拿教学活动在全国各中医院校全面展开,而且对外交流也日益加强,推拿教材方面也具备了各种不同体例、不同层次的教材。随着推拿学科的发展,学科中也逐渐细化,出现了《推拿学基础》、《推拿治疗学》、《推拿练功学》、《小儿推拿学》等等不同的课程。第四,推拿科研发展迅速。本世纪50年代起,推拿科研人员运用现代科学和现代医学知识对推拿作用机制进行了广泛的临床和实验研究,取得了令人振奋的进展。如运用神经生理学的闸门控制学说较为完善地解释了推拿镇痛原理;推拿前后血液和淋巴循环速度明显的差异,可能是推拿活血化瘀的作用原理之一;推拿降血压,效果恒定;推拿后血液中5-HT含量增加;捏脊疗法明显促进小肠的吸收功能等等。第五,总结和创造出许多的新的推拿疗法,如耳穴推拿、足穴推拿、第二掌骨推拿、推拿麻醉等。总之,中华人民共和国时期是推拿史上前所未有的黄金时期,在这一时期,推拿的临床、教学、科研、推拿著作和刊物的出版以及推拿队伍的建设和发展,都出现了空前的繁荣。



## 第一章 推拿手法基本知识

本章主要介绍手法的学习、训练和应用过程中,必须掌握的一些基本知识,包括与推拿有关的一些基本概念、手法的命名与分类、手法操作的基本技术要求、手法操作注意事项以及与手法操作密切相关的介质与热敷法等。

### 第一节 推拿学与推拿手法

手法是推拿疗法的基本手段之一,本节主要就推拿、推拿手法以及相关的一些基本概念作一概述。

#### 一、推拿与推拿手法

推拿是以中医理论为基础,以辨证论治为原则,运用特定的手法以肢体的某些部位或借助于一定的工具作用于身体表面的部位或穴位,从而达到调节人体生理病理过程,防治疾病目的的中医外治方法。

推拿学是研究推拿方法作用原理与应用规律的一门学科,属中医学的分支学科之一。根据研究目的的不同,推拿学又分为推拿学基础理论、推拿手法学、推拿功法学、推拿治疗学、康复推拿学、骨伤推拿学、养生推拿学、小儿推拿学、实验推拿学、推拿文献学等等分支学科。目前,研究和应用比较集中的是推拿手法学、推拿功法学、推拿治疗学、骨伤推拿学和小儿推拿学。

推拿手法是医生施行推拿治疗时所采用的一种特殊的操作技能,通常以手、腕、肘、前臂、足、膝等部位,按照一定的操作技术要求施加于患者身体,从而达到实现防治疾病的目的。因为以手部操作的手法运用最多,也最富于变化,所以习惯上称之为手法。可以讲,手法是一种约定俗成的说法,并非仅仅对“手”而言,手法即是对这一类操作技能的统称。

大体来说,推拿手法可以分为两类:医疗推拿手法和保健推拿手法,两者之间存在着一定的联系,在某种程度上,二者可以互相借鉴,但二者之间又存在着很大的区别。概括而言主要有以下几点:1. 二者的出发点不同,接受手法的对象不同,前者是以治疗疾病为目的,对象是疾病患者;后者主要是作为消除疲劳、预防疾病的手段,对象是健康人群。2. 技术要求不同,医疗手法技术要求高、难度大,需要经过长期的刻苦磨练才能掌握;保健手法技术要求低,难度小,在较短的时间内就可掌握。3. 医疗手法富于变化,它要求施术者根据病情、证候、体质、施术部位等情况对手法作出相应的调整,保健手法较少,操作多为套路化、程式化。4. 医疗手法在运用的过程中需要有系统全面的医学理论指导,包括现代人体解剖学、生理学和中医学等理论;保健手法往往缺少足够的医学理论指导。5. 医疗手法训练具有一套严格而完备的程序和方法,除了手法本身的训练外,还有进行推拿功法训练;保健手法的训练方法较为简单,没有功法训练的内容。6. 衡量标准不同,在具体操作上,医疗手法以治疗疾病为目的,所以在手法操作中,以疗效为第一位,而手法的舒适性处

在次要地位,力度有时比较重;而保健手法以手法的舒适性为首要要求,一般力度比较轻。

## 二、推拿学与推拿功法

推拿功法学是研究推拿功法的技术内涵、作用原理和应用规律的一门学科,属于推拿学的分支学科,也是推拿学的基础学科之一。

“工欲善其事,必先利其器。”一双灵活有力的手是进行推拿工作的前提。推拿功法是指以提高手法技能(包括手法力量和技巧)和临床应用熟练程度为目的的功能锻炼方法,又称为推拿练功。传统的锻炼方法多为徒手练功法,但近年来也开始引入一些器械和现代运动锻炼的内容,尤其是关于肌肉等长收缩能力的训练。等长收缩指的是肌肉在收缩过程中,张力明显增加,但关节不产生肉眼可见的运动,又称为静力性收缩。这项训练,对提高手法操作的持久性、柔韧性和手法爆发力具有积极作用。此外,在沙袋或米袋上进行的一指禅推法、按法、揉法和揉法的训练,也属于基本功的训练内容,它对于加强手与脑的协调能力、提高腕关节的灵活性和协调性是十分有益的。

## 三、推拿手法学的学习方法

推拿手法是进行推拿治疗的基础,是推拿医师贯彻治疗思想的工具,如果说推拿治疗原则是船的舵手,那么推拿手法就是使这艘船的桨手。手法的熟练与否,将直接关系到推拿治疗效果的好坏。

推拿手法操作往往是施术者的一种复合手法,是在身体内外协调一致的情况下通过手等部位来完成这一操作过程的。要达到对推拿手法的基本要求“均匀、柔和、持久、有力”,需要通过一定的训练方式和较长时间的实践才能掌握。

推拿手法的学习和训练可按以下几个步骤进行:第一、手法基本动作的学习和训练。这是初学的阶段,也是手法学习中最重要阶段,往往在这个阶段形成的一些习惯动作很难纠正,所以一定要准确地从书本和老师处模仿,不能随意发挥,并且仔细体会每个动作中的要领,搞清该手法之所以如此做的内涵,对提高手法的准确性是大有裨益的。第二、推拿功法的练习。推拿是以医生用力作用于患者的治疗方法,必须有一定的力度和时间才能获得较好的疗效,所以,在掌握了基本手法之后,就要加强功法的练习,简单地说就是要增强手法的熟练程度、力度和耐久力。初习者尤其要注意双手的掌握,一定要做到可以“左右开弓”,在这个过程中,注意手法的自然协调、灵活连贯、均匀持久,忌手法的呆板拘泥,在日常生活中应尽量寻找训练的机会,通过长时间的训练达到手法操作有似行云流水的顺畅,可以沙袋练习、自体练习、互相练习为途径,尤其是在人体的操作,因为被施术者可以反馈被操作的感受,更有意义。通过这一阶段的训练,提高自己的手感,为适时调整手法的轻重打下基础。第三、临床使用上的学习和训练。这个阶段,是在熟练掌握各种手法的基础上,在实际运用中融会贯通的过程。是知识细化、深化的过程,在此过程中,可以通过实际的运用,发现不足,并且根据临床实际情况调整手法使之灵活运用,可以根据自己的体会形成自己的风格和特点,所谓“形变神不变”,正是在这个阶段才能得到体现。

总之,因为推拿是一门实践医学,在学习推拿手法学的过程中一定要贯彻科学性与实践性相结合的原则,既尊重普遍真理,也就是要认真学习和运用中医、西医的基础知识,又

要注重实践,多用多练,在实践中得到感性认识,不断总结归纳,掌握其中的规律性,深入理解手法的治疗机理,师古而不拘泥于古,这样,才能为下一步深入学习推拿治疗学,乃至推拿治疗的临床实践打下牢固的基础。

## 第二节 推拿手法的命名和分类

目前对推拿手法的命名和分类方法不是非常的统一的原因是多方面的,大体上有历史的原因,地域的原因和对手法认识和理解的角度不同等等。研究手法命名与分类的原则和方法,目的在于加深对手法技术内涵的理解。

### 一、手法的命名

一是根据手法动作形态用直接描述法来命名。由于推拿手法一般都是由日常生活动作衍化而成,所以绝大多数手法是采用这一命名方法。如按法、摩法、拿法、揉法、捏法、擦法、拔伸法、背法等。二是根据收发动作形态用取类比象法来命名;一些推拿手法在操作过程中,动作形态富于变化,美观大方,栩栩如生,比之于自然界的某一物象,往往惟妙惟肖,形象生动,易学易记。如黄蜂入洞、凤凰展翅、二龙戏珠、双龙摆尾、猿猴摘果等。三是根据手法的功效主治来命名;一些手法在特定的部位操作,形成了相对固定的操作术式,而且,其功效主治也往往比较明确,便于临床选用,尤以小儿推拿手法为多。如运土入水、运水入土、飞经走气、清天河水、推三关、退六腑等。四是将手法动作与操作部位结合起来命名。这类手法从名称上便可以直接了解到其动作形态和适用部位,与前一种命名方法有些相似,但是前者在手法名称上着眼于功效主治的体现,而后者则比较重视手法操作技术要领的表达。如捏脊法、扫散法、拿肚角、分腹阴阳等。五是根据手法的主要技术要领来命名。对于一些动作复杂、应用范围较广的手法,往往是抓住其操作技术方面的某一核心点,并以此来命名。如一指禅推法,即是借助佛家“一指禅”这一术语,表明该手法在操作过程中应始终将注意力集中于大拇指末端。六是根据两种或两种以上的单一手法的复合动作来命名。这类手法主要是复合手法。如弹拨法、按揉法、勾点法、捏揉法等。

### 二、手法的分类

手法的分类主要按其动作形态特点、主要作用机理、用力方向及应用对象等进行划分。

#### (一) 根据手法的动作形态特点分类

1. 摆动类:是指主要以前臂的主动运动带动腕关节左右摆动来完成手法操作过程的一类手法。如一指禅推法、揉法、大鱼际揉法等。

2. 摩擦类:是指手法操作过程中,着力部位与被治疗部位皮肤表面之间产生明显摩擦的一类手法。如摩法、擦法、推法、抹法、搓法等。

3. 振颤类:是指术者以特定的活动方式使治疗者皮下组织产生明显振动感的一类手法。如振法、颤法、抖法等。

4. 挤压类:是指单方向垂直向下用力和两个方向相对用力作用于某一部位的一类手法。如按法、压法、点法、捏法、拿法、捻法、拨法、踩跷法等。

5. 叩击类:是指有节律富有弹性地打击机体表面的一类手法。如拍法、击法、叩法、弹法等。

6. 运动关节类:是指运用一定的技巧在关节生理活动范围内活动被治疗者关节的一类手法。如摇法、扳法、拔伸法、背法、屈伸法等。

以上的各种分类方法主要在于对手法的运动形式进行分析并加以区分,便于理解。一般认为,一定的运动形式是产生手法作用力的基础,而特定的运动形式则可提高手法的技巧性,并赋予手法作用力一定的柔和性,避免手法的粗暴、笨拙及对手法操作者可能造成的损伤。因此,这种分类方式比较适合初学者手法的系统学习。

## (二) 根据手法的主要作用机理分类

1. 松解类:是指以一定的压力作用于软组织的一类手法。这里讲的松解不单纯是指对粘连的软组织的松解,也包括了对紧张痉挛软组织的放松,所以除运动关节类手法以外的绝大多数手法,皆属于松解类手法。

2. 整复类:是指以一定的技巧性力量作用于骨关节,并起到矫正关节错缝作用的一类手法。如运动关节类手法和部分按法皆属于整复类手法。

上述分类方法着眼于对手法基本作用机理的分析,源于《内经》的“按跷”,按照王冰的注解,“按,谓抑按肌肉;跷,谓捷举手足。”《说文解字》曰:“跷,举足行高也。”跷,一般作“举足,举起”解。捷举手足,即巧妙地活动患者的手足、四肢,这样就可以带动关节做被动活动。可见《内经》以按跷两字便将推拿手法进行了高度概括。

## (三) 根据手法作用力的方向分类

1. 垂直用力类:是指手法作用力方向与治疗部位皮肤表面互为垂直的一类手法。如按法、压法、点法、掐法、一指禅推法、滚法、踩跷法、拍法等。

2. 平面用力类:是指在一定按压力的基础上手法移动方向与治疗部位皮肤表面互为平行的一类手法。如摩法、擦法、推法等。

3. 对抗合力类:是指在某一部位两侧呈对称性用力的一类手法。如拿法、捏法、拧法、挤法、搓法、捻法等。

4. 对抗分离类:是指两个相反方向的作用力同时作用于某一部位的一类手法。如拔伸法、扳法等。

5. 复合用力类:是指两个以上方向的力同时作用于某一部位的一类手法。如摇法、脊柱旋转扳法、背法等。

上述分类方法着眼于对手法施力方向的分析,它有助于学习者深入理解手法的技术内涵。

## (四) 根据推拿手法的应用对象分类

1. 成人推拿手法:是指主要应用于成人的一类手法。如摇法、一指禅推法、踩跷法、

压法、扳法等。

2. 小儿推拿手法:是指主要应用于小儿的一类手法。如打马过天河、黄蜂入洞、掐揉二扇门、旋推法、分推法等。

某些手法并无严格的成人与小儿之分,只是在手法的刺激量存在着一定的差别。如揉法、掐法、推法、擦法、捏脊法等。

此外,还有其他一些手法的分类方法,如根据手法流派分为一指禅推拿流派手法,擦法推拿流派手法,内功推拿流派手法;根据手法的组成成分分为单式手法,复式手法和特定操作法;根据手法的组成成分结合应用目的分为单式手法,复合式手法,治疗手法和复式操作法等。

### 第三节 推拿手法的基本技术要求

#### 一、松解类手法的基本技术要求

松解类手法的种类较多,每一种手法都有其特定的技术要求,但一般认为均必须符合持久、有力、均匀、柔和的基本技术要求,从而达到深透的作用效果。

##### (一)持久

是指手法能够严格按照规定的技术要求和操作规范,持久操作足够时间而不变形,保持动作的连贯性。因为不少推拿手法在临床应用时,需要操作较长的时间才能取得预期的疗效,如果缺乏持久性,势必影响疗效。

##### (二)有力

是指手法必须具备一定力量、功力和技巧力。力量是基础,功力和技巧力需要通过功法训练和手法联系才能获得。在力的运用上须根据治疗对象、施治部位、病症虚实而灵活掌握。其基本原则是既保证治疗效果,又避免发生不良反应。

##### (三)均匀

一方面指手法的操作必须具有一定的节律性,不可时快时慢;另一方面指手法的作用力在一般情况下保持相对稳定,不可忽轻忽重。当然,操作时根据治疗对象、部位、疾病的性质不同,手法的轻重应有所不同。

##### (四)柔和

是指手法操作应做到轻而不浮,重而不滞,刚中有柔,刚柔相济。动作稳柔灵活,用力和缓,讲究技巧性,变换动作自然流畅,毫无涩滞。

##### (五)深透

是指手法作用的最终效果不能局限于体表,而要达到组织深处的筋脉、骨肉、功力达

到脏腑。是手法的效应能传之于内,如《小儿推拿广义》所说的“外呼内应”,即是此意。要做到这一点,必须保持上述4个方面技术要求的协调统一。首先,手法操作应具有一定的力量、功力和技巧力,不能失于柔和,一般都是采用逐渐加力的施力方式,同时富于节律性的变化,即要符合举运的要求,然后通过一定时间的积累,最终达到“深透”的作用效果。由此可知,手法是一种技术难度大,技巧性高的操作技能,只有通过刻苦训练,细心体会,才能逐步掌握,娴熟运用。

## 二、整复类手法的基本技术要求

在病理状况,错缝关节周围的肌肉、韧带等软组织多呈痉挛、紧张状态,给手法操作带来一定难度,如果野蛮操作,也会因之造成危险。因此,为了保证手法的安全性和有效性,整复类手法的操作应符合稳、准、巧、快的基本技术要求。

### (一) 稳

是对整复类手法安全性方面的要求,强调在施行手法整复时,首先要考虑到安全问题,它包括排除整复手法的禁忌症和具体手法的选择应用两个方面。就手法操作本身而言,应做到平稳自然、因势利导、避免生硬粗暴。一般来说,某一个关节可以通过多种手法来实现整复目的,可根据具体病情、患者适宜的体位,以及手法的特异性作用而选择安全性相对高的手法,不能过分依赖单一的扳法。此外,也不可一味追求手法整复时“咔哒”声的出现,它并不是判断手法整复成败的唯一标准。

### (二) 准

是对整复类手法有效性方面的要求,强调进行关节整复时,一定要有针对性。首先必须具有明确的手法应用指标,即明确诊断,做到手法与病症相合;其次,在手法操作过程中,定位要准确,如施行拔伸类手法时,通过变换拔伸力的方向和作用点,可以使应力更好地集中于要整复地关节部位,而在施行脊柱旋转扳法时,则可以通过改变脊柱屈伸和旋转的角度以及手指的支点位置,使应力集中于需要整复的关节部位。

### (三) 巧

是对整复类手法施力方面的要求,强调运用巧力,以柔克刚,即所谓“四两拨千斤”,不可使用蛮力、暴力。从力学角度分析,大多数整复类手法是运用了杠杆原理,因此,在施行关节整复类手法时,力的支点选择和力的组合运用十分重要,同时还要考虑到不同体位下的灵活变化,要尽可能地借患者自身之力以完成手法的操作,只有这样,才能符合“巧”的技术要求。正如《医宗金鉴·正骨心法要旨》所说:“一旦临证,机触于外,巧生于内,手随心转,法从手出。”

### (四) 快

是对整复类手法发力方面的要求,强调发力时要疾发疾收。首先,需要对发力时机做出判断,它主要依靠手下的感觉,一般在关节活动到极限位置而又没有明显阻力的时候发

力;其次,术者无论采用哪一个部位发力,一般都是运用自身机理的等长收缩方式进行,即所谓的“寸劲”,极少有形体和关节大幅度的运动;另外,需要对发力的时间和用力的大小进行控制,不能过大过小。

以上4个方面的技术要求应贯穿于每一个整复手法操作的全过程,只有这样,才能确保手法的安全性和有效性。明·张介宾在《类经·官能》中告诫:“导引者,但欲运行气血而不欲有所伤也,故惟缓节柔筋而心和调乃胜是任,其义可知。今见按摩之流,不知厉害,专用刚强手法,极力困人,开人关节,走人元气,莫此为甚。病者亦以谓法所当然,即有不堪,勉强忍受,多见强者致弱,弱者不起,非惟不能去病,而适以增害。用吾辈者,不可不慎。”而《医宗金鉴·正骨心法要旨》则明确指出:“法之所施,使患者不知其苦,方称为手法也。”这里的手法,实则指的便是整复手法。

## 第四节 推拿手法操作注意事项

### 一、体位的选择

手法操作前要选择好适当的体位。对患者而言,宜选择一个操作方法方便,并有利于手法运用、力量发挥的操作体位。同时要做到意到、身到、手到、步法随手法相应变化。在整个操作过程中,术者身体各部分动作要协调一致。

### 二、手法刺激强度的把握

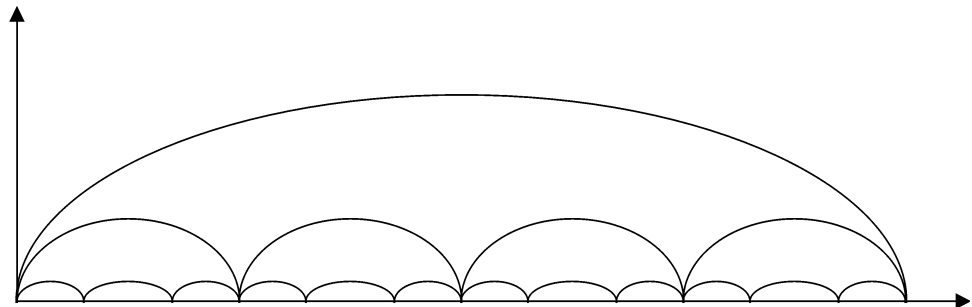
手法刺激强度主要与手法的压力、作用部位、着力面积、受力方式及操作时间有关。

一般而言,刺激强度与手法压强成正比关系,即压强越大刺激越强。手法刺激量与作用部位的敏感性和治疗部位的肌层厚度有关。如有同样压强的手法,在经络、穴位较敏感的部位操作,就显得刺激较强,而在非经络、穴位处应用,则刺激相对较弱。所以,对青壮年肌肉发达者,手法的力量应相对适当地加重,以增强刺激;对老年人或儿童肌肉松软者,手法力量应减轻,以免造成不必要的损伤。软组织损伤的初期,局部肿胀,疼痛较剧烈,手法的压力宜轻;对于陈伤久痛,积年劳损,或感觉迟钝、麻木者,手法刺激宜强。对久病体弱者,用力以轻为宜;而对初病体实者,用力应适当加重。反之,着力面积小,则刺激强度大。如双掌按法,压力较大,但刺激并不强,而掐法和点法的压力并不太大,而刺激非常强。一般冲击力量的施力形式要比缓慢形式的施力刺激强烈得多。如叩击类手法的拳背击法、点穴法以冲击方式作用于人体,此类手法刚劲有力,操作时应特别注意动作的技巧性和选择适当的力度。一般而言,操作时间短,手法刺激强度小,操作时间长,手法刺激量大。故操作时间太短则达不到治疗效果,但操作时间太长也可对局部组织产生医源性损伤。所以操作时间要根据手法和疾病的性质以及操作范围大小而定。

### 三、手法操作过程中的施力原则

就一个完整的手法操作过程而言,一般应遵循“轻-重-轻”的原则,即初始和结束

的阶段手法刺激量要轻一些,中间一段时间的手法刺激量要重一些,体现出一定的轻重节奏变化,大约呈现正弦曲线样变化。而具体到某一部位、每一个手法上的操作时,又要注意到手法操作的轻重交替,以及点线面的结合运用。不可在某一点上持续性运用重手法刺激。其力量变化可以用下图来表示:



#### 四、手法的变化和衔接

一个完整的手法操作过程往往由数种手法组合而成,操作时需要经常变换手法的种类,它要求术者的姿势根据手法的需要而变化,使手法变换自然流畅、连续而不间断,如同行云流水,一气呵成。要做到这一点,一方面要求术者对手法的掌握和运用十分熟练;另一方面,要充分集中注意力,做到意随心到,手随意发。

### 第五节 推拿介质与热敷

利用介质和热敷推拿是推拿临床上常用的两种手段,如摩擦类手法的操作常借助介质来完成,而且,介质和热敷与手法结合使用,可明显提高临床疗效。

#### 一、介 质

推拿时,为了减少对皮肤的摩擦损害,或者为了借助某些药物的辅助作用,可在推拿部位的皮肤上涂些液体、膏剂或洒些粉末,这种液体、膏剂或粉末通称为推拿介质,也称推拿递质。推拿时应用介质,在我国有悠久的历史,早在《内经》时代就有“按之以手,摩或兼以药”的说法。以药物为介质在人体体表的一定部位或穴位施以手法,药物助手法以提高治疗疾病的效果的一种推拿方法称为膏摩。也称为“药摩法”,或称为“药物推拿”。临床运用中,除摩法以外,还可运用于其他手法,如擦法、揉法等也可结合药物施用。由于介质推拿对皮肤的刺激性较小,而且毒副作用较小,所以,在小儿推拿中应用尤为广泛。

##### (一)介质的种类和作用

介质可以是仅作为润滑作用的添加剂,也可以兼有药物作用。

常用的润滑介质滑石粉、爽身粉、润肤油等。现在,一般把润滑剂和药物的作用相结合,有散剂、丸剂、酒剂、锭剂、膏剂、汤剂等不同的剂型,每种剂型各有不同的特点,如散剂制作简单,携带方便;丸剂药力持久,吸收缓慢,存贮方便;汤剂处方灵活,可以适应各种病



情需要等;在临床使用时要综合考虑,酌情使用。现将常用的推拿介质单方和复方,介绍如下:

### 常用单方

1. 葱姜汁:由葱白和生姜捣碎取汁使用,也可将葱白和生姜切片,浸泡于75%的酒精中使用,能加强温热散寒的作用,常用于冬春季节及小儿虚寒证。

2. 白酒:适用于成人推拿(酒精过敏者禁用)。有活血祛风,散寒止痛,通经活络的作用,对发热病人尚有降温作用,一般用于急性扭挫伤,并常用于治疗风寒湿痹和慢性劳损。

3. 薄荷酊:用5%薄荷脑5g,浸入75%酒精100ml内配制而成。具有温经散寒、清凉解表、清利头目和润滑的作用,常用于治疗小儿虚寒性腹泻以及软组织损伤,用于擦法、按揉法可以加强透热效果。

4. 木香水:取少许木香,用开水浸泡,待凉后去渣使用。有行气、活血、止痛的作用。常用于急性扭挫伤及肝气郁结导致的两肋疼痛等症。常用于擦法、揉法等。

5. 凉水:即洁净的自来水或凉开水。有清凉肌肤和退热的作用,常用于外感热证。

6. 麻油:即食用麻油。在使用擦法时局部涂抹少许麻油,可以加强手法的透热作用,而提高疗效,常用于刮痧疗法中。

7. 蛋清:有清凉去热、化积消食作用。常用于小儿外感发热、消化不良等症。

8. 滑石粉:性甘、淡、寒,有清热利窍,渗湿润燥的作用。常用于小儿推拿的摩擦类手法和夏季用于出汗部位,可以保护医患者的皮肤,有利于手法的施行。

### 常用复方

1. 冬青油:由冬青油、薄荷脑、凡士林和少许麝香配置而成,具有温经散寒和润滑的作用,常用于治疗小儿虚寒性腹泻及软组织损伤。

2. 红花油:为骨伤科常用,主要成份有桃仁、红花等,常用于治疗寒痹、痛痹等。

3. 传导油:由玉树油、甘油、松节油、酒精、蒸馏水等配置而成。用时摇匀,有消肿止痛,祛风散寒的作用,适用于软组织慢性损伤和痹证。

4. 按摩乳:市售常用外用药物,为多种药物组成,主要作用为舒筋通络,活血化瘀,消肿止痛。

5. 陈元膏:选自《外台秘要》。药物组成为:当归3两,生地2斤(捣取汁),附子3两,细辛2两,桂心2两,天雄2两,干姜2两,丹砂1两,川芎2两,雄黄2两,乌头2两,苦酒3斤,白芷1两,松脂半斤,猪脂10斤(去滓)。主治湿痹、纳呆、外伤腰痛、心腹积聚、头晕目眩、胸胁背痛、腹痛、闭经痛经、腰膝酸软等。

6. 大补益摩膏:选自《圣济总录》。药物组成为:木香、丁香、零陵香、附子(炮裂)、沉香、吴茱萸、干姜(炮)、硫磺(研末)、桂枝(去粗皮)、白矾(煨研)各1两,麝香、轻粉(研)各1分。主治五劳七伤、腰膝疼痛、肾脏久冷、疝气下坠、耳聋目暗、痔疮肠风、女子子宫久冷、产后诸疾、赤白带下等。

7. 摩腰膏:选自《普济方》。药物组成为陈皮1两(去白),阳起石5钱,干姜、沉香、肉桂(去粗皮)、石硫磺、吴茱萸、雄黄、蛇床子各5钱,白矾1两,杏仁1两(去皮尖),轻粉1钱,麝香1钱半,附子1个(须1两者,炮,去皮、脐),公丁香1两,朱砂1钱2分。主治腰痛痠冷、腿膝痛冷诸证。使用时炙手摩于腰部。

8. 野葛膏:选自《千金要方》。药物组成为:野葛、犀角、蛇舌草、莽草、乌头、桔梗、升麻、防风、蜀椒、干姜、鳖甲、雄黄、巴豆各1两,丹参3两,踯躅花1斤,苦酒3升,猪脂5斤。主治卒中风毒、腹痛、尸厥、宿食不消等。

9. 乌头摩风膏:选自《太平圣惠方》。药物组成为川乌头(生,去皮脐)、防风(去芦头)、桂心、白芷、藁本、川椒(去目)、吴茱萸、白术、细辛、川芎、白附子、黎芦、莽草、羌活各半两,黄脂5两,猪脂1斤,生姜3两。主治风痛、皮肤不仁、筋脉拘急等。在火边炙手趁热摩之。

10. 莽草膏:药物组成为:莽草、乌头、附子、踯躅花、苦酒、猪脂。将前4味药切细,用1升苦酒浸泡一夜,次日放入2000g猪油中煎沸,绞去药渣,倒入瓷瓶内贮存备用。本方有散寒消肿,温热止痛,安神定魄的作用。用于治疗痹症肿痛,精神恍惚等。

11. 青膏:由当归、川芎、蜀椒、白芷、吴茱萸、附子、乌头、莽草组成。将上述药物切碎,用醇苦酒浸泡两天,然后放入2000g猪油内煎至药色发黄,绞去药渣,贮存备用。本方具有祛风散寒、活血止痛的作用。常用于治疗伤寒头痛,项强,四肢烦痛等。

12. 白膏:由天雄、乌头、莽草、羊踯躅组成。将上述药物切碎,用醇苦酒浸泡一夜,次日放入盛有1500g腊月猪油的铜器中,文火煎炼,使药变成焦黄色,绞去药滓,置于瓷器中备用。该方具有解毒、祛风湿、散寒止痛的作用,常用于治疗伤风恶寒,肢节烦痛,目赤,咽喉痛,小儿头疮,牛皮癣等疾患。

13. 丹参赤膏:由丹参、雷丸、芒硝、戎盐、大黄组成。上述药物切碎后,用250g苦酒浸泡一夜,次日再放入猪油内煎沸,绞去药滓,贮存备用。常用于治疗心腹诸痛。

14. 乌头膏:由乌头、野葛、莽草组成。把上述药物切碎后,用适量高度白酒浸泡三日,再放入2500g猪油内煎沸,待药色成焦黄时,滤去药滓,盛入瓷器备用。本方具有祛风散寒、活血通络的作用。常用于治疗伤寒项背强直,偏枯口僻,手足顽麻等病症。

15. 蹉跌膏:由当归、续断、附子、细辛、甘草、通草、川芎、牛膝、蜀椒组成。将上述药物切细后,用1000g猪油先煎取油,然后把药物放入油内煎熬,使药成黄色,绞去药滓,盛入瓷器备用。本品具有活血养筋,消肿止痛的作用,常用于治疗因脱位、挫伤而引起的疼痛。

16. 商陆膏:由商陆根、猪油组成。以上两味合煎,炼至色黄,绞去药滓成膏。具有逐水消肿的作用,用于治疗水肿等症。

17. 乌头摩风膏:由乌头、附子、当归、羌活、细辛、桂心、防风、白术、川椒、吴茱萸、猪脂组成。将上述药物切碎,用醋浸泡一夜,次日放入500g腊月猪油内,用文火煎熬,使药色变黄成膏,盛入瓷器备用。本品具有祛风除湿,温中散寒,活血止痛作用。常用于治疗风湿痹痛,腰腿不遂,四肢拘挛,皮肤不仁等病症。

18. 当归摩膏:由当归、细辛、桂心、生地、天雄、白芷、川芎、丹砂、干姜、乌头、松脂、猪脂组成。将上述药物(除松脂、丹砂、猪脂外)切碎,用500g取汁,浸泡药物过夜,次日放入2500g猪油合120g松脂内,慢火煎熬,使药色变黄。滤去药滓,盛入瓷瓶中备用。具有散寒祛风,活血止痛作用。治疗风湿痹痛等症。

19. 牡丹膏:由牡丹花、芫花、皂荚、黎芦、附子、莽草叶、大黄、蜀椒组成。将上述药物切细,用布包好放入干净容器中,用1500g酒浸泡过夜,次日放入1500g腊月猪油内,文火

煎熬,使药质变为稀稠样,绞去药滓,装入密封瓷器中备用。本品具有清热凉血、活血散瘀作用。治疗脚气,痹痛,鼠漏恶疮,风毒,腹中痛等症。

20. 皂荚摩膏:由皂荚、醋组成。上述皂荚捣细成末,用陈醋调和成膏。本方具有祛痰开窍等作用,治疗中风口癖。

21. 摩脐膏:由杏仁、葱、盐组成。把上述3味同研成糊状成膏。本方具有通便作用,常用于治疗大便不通,腹胀。

22. 杏仁膏:由杏仁、川椒、附子、细辛组成,把上述药物(除川椒以外)切碎,用适量醋浸泡过夜,次日倒入250g猪油内,以文火煎熬,使药色变黄成膏,滤去药滓,盛入瓷器贮存备用。本方具有发散风寒、温通鼻窍的作用。常用于治疗小儿鼻塞,涕流不出等。

23. 摩风膏:由附子、乌头、防风、凌霄花、踯躅花、露蜂房组成。将上述药物研为细末,放入适量猪油文火煎,用柳枝搅匀成膏,滤去药渣,盛进瓷器内备用。具有凉血祛风、散毒消肿的作用。用于治疗白癜风等。

24. 雷丸膏:由雷丸、甘草、莽草、升麻、桔梗、白术组成。将上述药物切成细末,放入适量猪油文火煎,用柳枝搅匀成膏,滤去药渣,盛进瓷瓶备用。具有清热解毒、消肿散结的作用。用于治疗小儿风痛,胸中蓄热等症。

25. 清润黄连膏:由黄连、当归、生地、黄柏、姜黄、生石膏、薄荷组成。将上述药物用水煎,滤去药渣,加少量冰片和蜂蜜,炼膏后备用。具有清热解毒、散风消疮的作用。用于治疗热毒风疮等。

26. 万灵膏:由伸筋草、透骨草、紫丁香根、当归、自然铜、血竭、没药、川芎、赤芍、半夏两钱,红花、川牛膝、五加皮、石菖蒲、苍术、木香、秦艽、蛇床子、肉桂、附子、半夏、石斛、萆薢、鹿茸、虎骨、麝香等组成,除血竭、没药、麝香三味各研细末另包外,其他二十三味将香油十斤微火煨浸三日,然后将诸药入油中,熬黑为度,去滓加黄丹五斤再熬,将至滴水成珠离火,待温度降下后入血竭、没药、麝香,搅匀取出,去火气。用于跌打损伤,有消瘀散毒,舒筋活血,祛寒除湿的功效。

## (二)介质的选择

1. 辨证选择:本法属于中医外治范畴,与其他内治法一样,也要根据中医学理论进行辨证分型,所谓“内治之法即为外治之法,外治之法即为内治之法”。所以,在选择介质时,要依据证型的不同选择不同的介质。总体上以寒热和虚实为总纲。寒证,要使用由温热散寒作用的介质,如葱姜水,冬青膏等;热证用具有清凉退热作用的介质,如凉水、医用酒精等;虚证,用具有滋补作用的介质,如药酒等。实证,用具有清泻作用的介质,如蛋清、红花油、传导油等。其他证型可以根据病情的需要酌情制定相应介质,或使用一些中性介质,如滑石粉、爽身粉等。

2. 辨病选择:根据病情的不同,病位的不同,选择不同的介质。软组织损伤,如关节扭伤、腱鞘炎等选用活血化瘀、消肿止痛、透热性强的介质,如红花油、传导油、冬青膏等;小儿肌性斜颈选用润滑性能较强的滑石粉、爽身粉等;小儿发热选用清热性能较强的凉水、酒精、薄荷水等。

3. 根据年龄选择:对于成年人,一般水剂、油剂、粉剂均可以使用;老年人常用的介质

有油剂和酒剂；小儿皮肤娇嫩，所以常用的介质不能刺激性太大，主要选择滑石粉、爽身粉、凉水、酒精、薄荷水、葱姜汁、蛋青等。

总之，在选择介质时，要本着因人制宜，具体问题，具体分析的方针，综合各方面的情况来选择安全、有效的推拿介质。

### （三）介质推拿操作方法

使用介质推拿，无论是单方或复方，何种剂型，其根本原则有三：一是要方便手法的施行；二是不能损伤皮肤；三要确保疗效。具体说来，可以有以下几个方面：

1. 患者要选取适宜的体位，一是要利于手法的操作，二要令患者感觉舒适。施术部位要充分暴露。如果有皮肤破损，或有严重的皮肤病不能使用。

2. 蘸取或挑取适量推拿介质均匀涂抹于施术部位，不能过多或过少。过多则太湿，使手法浮而无力；过少则太燥，使手法滞涩且容易损伤皮肤。

3. 临床介质推拿常用手法为摩法、擦法、推法、揉法、抹法。无论使用何种手法，均要以轻快柔和，平稳着实为原则，不可使用蛮力。也可以借助于器具，如《圣济总录》载：“以铁熨斗，摩项一二千下。”“以铁匙挑一钱许，涂顶上，细细用铁匙摩之。”现代的刮痧疗法即是其发展，经常使用牛角为推拿器具。大凡借助器具者，以刮为主，用力要适宜，刮至皮下微有出血点为度，有出血倾向者禁用；一般隔日一次。用手法者，可每日一次，每次20~30分钟。

4. 推拿术后要注意局部保暖，防止腠理开邪气乘虚而入而加重病情。

## 二、熏洗与热敷

熏洗法是将药物置于锅或盆中加水煮沸后熏洗患处的一种方法，即先用热汽熏蒸患处，待水温稍减后用药水浸洗患处。具有舒松关节筋络、疏导腠理、流通气血、活血止痛的作用，多用于四肢关节的损伤，近些年来由于熏洗器械的使用，腰背臀部也可以此法治疗。

热敷法在我国已经有两千多年的历史，热敷法古称“熨”，古代的热敷方法很多，诸如药熨、汤熨、酒熨、铁熨、葱熨、土熨等。热熨的主要作用是达到“透热”的目的，即通过热兼之药物所产生的共同治病因素由经入脏，输布全身以达到调节经脉、平衡阴阳的目的，加强温经通络、活血散瘀、散寒止痛的作用，适用于腰脊躯体熏洗不便之处。

热敷可以分为干热敷和湿热敷两种，推拿临床中以湿热敷最为常用。湿热敷一般在手法结束以后进行。湿热敷不仅能提高推拿的治疗效果，还可以减低因手法刺激过度对机体局部引起的不良反应。

### （一）熏洗及热敷的治疗原理

#### 1. 局部的刺激作用

利用具有一定刺激性作用的药物，使局部血管扩张，促进血液循环，改善周围组织的营养，从而起到消炎退肿的作用。如运用温热性药物对局部的刺激有类似灸法的作用，具有温经通络、行气活血、祛湿散寒的效果。另外通过药物作用于局部而引起的神经反射作用来激发机体的自身调节作用，促使某些抗体的形成，借以提高机体的免疫功能。总之，

通过局部的直接作用来达到调整脏腑功能,防止疾病,恢复健康的目的。

## 2. 药物的直接作用

药物通过熏洗熨擦的给药方法,能直接迫近病灶,起到清热解毒消肿、活血止痛、疏通经络、祛风止痒、拔毒祛腐等作用。

## 3. 经络的调整作用

在体表给药,通过经络血脉和信息传递,通过不同的药物之气味,由经脉入脏腑,输布全身,直达病所,以达到补虚泻实,调整阴阳,治疗疾病的目的。

## 4. 皮肤的吸收作用

以药物通过皮肤吸收的方式进入人体,再通过经络、脏腑的调整、输布作用,或直接作用于病灶上的皮肤而起到全身或局部的治疗作用。

# (二) 熏洗及热敷的操作方法

1. 温熨法,又称干热敷,即将所有药物研成碎末,放入锅内炒热(或加白酒、醋等作料拌匀)或隔水蒸热后,装入一布袋中(如系蒸热,宜先装袋后再蒸),取药袋趁势熨摩特定部位或患处,多用来治疗痛经、寒证。使用时要注意药温适度,防止烫伤皮肤。

2. 中药熏洗法,把中药置于床面下的容器并在容器中加入适量的水,然后通过电炉加热烧开,床面的床板上留置可调节大小的空洞,病人仰卧于床面上,使床的空洞对准腰背臀部的软组织病变部位,使含有中药成分的水蒸气通过皮肤达到软组织病变处而发挥治疗作用。

3. 外洗法,辨证选用一些针对病情的药物加清水适量煎煮沸后,待药温适宜时(以不烫手为度),用手或毛巾浸透后擦洗患处。

4. 浸渍法,又称湿热敷。浸,就是将患部(如四肢)浸泡在药液中,一般20~30分钟为宜。渍,就是外洗后,再用毛巾浸药液,稍拧干趁热敷于患处,以利加强疗效,同行也可加以拍打。

# (三) 热敷常用药物

1. 活血化瘀类:当归、乳香、没药、川芎、鸡血藤、桃仁、红花、牛膝、降香、赤芍、苏木、血竭等。

2. 祛风除湿类:独活、威灵仙、防己、秦艽、僵蚕、木瓜、徐长卿、海桐皮、透骨草、海风藤、千年健、松节、伸筋草、忍冬藤等。

3. 散寒止痛类:桂枝、麻黄、生姜、防风、羌活、附子、干姜、肉桂、吴茱萸、花椒、丁香等。

4. 行气通经类:木香、香附、沉香、檀香、橘皮、桑枝、路路通、麝香、冰片、地龙、丝瓜络等。

5. 强筋壮骨类:补骨脂、自然铜、续断、天麻、鳖甲、杜仲等。

热敷方组成时,可在以上各类药物中,每类选取2~4味。一首方剂大约为12~14味药物组成,每味药用量为10~30g。具体用法为:将各味药物先用凉水浸泡30~40分钟,煎沸后,再煎煮20~30分钟,倒出药液约500毫升,以瓶贮存备用,药渣用一20×30厘米

的布袋喷洒高浓度白酒少许,再以干毛巾包裹敷患处,药袋凉后,可隔物在锅内蒸热,如上述喷洒白酒,干毛巾包裹重复使用2~3次。用后置药袋于阴凉处或以塑料袋封好放置冰箱内,再用时先以原贮存药汁少许洒在布袋上,使其湿润,后蒸热洒酒再运用。如此,每袋药可用5~7日。另外,贮存之药汁,亦可每次以30~50毫升入1000毫升热水中浸洗患处,多以手足部适合。

### 熏洗热敷常用方剂

1. 五加皮汤:当归、没药、五加皮、芒硝、青皮、川椒、附子、丁香、麝香、老葱、地骨皮、丹皮 有舒筋和血,定痛消瘀的作用。
2. 海桐皮汤:海桐皮、透骨草、乳香、没药、当归、川椒、川芎、红花、威灵仙、白芷、防风、甘草等。主治一切跌打损伤,筋翻骨错,疼痛不止。
3. 软组织损伤洗方:川芎、续断、川木瓜、红花、艾叶、伸筋草、透骨草均为10~20g,若病变发生在上肢,则改川牛膝为桑枝或桂枝。主治上下肢各种急慢性软组织损伤。

### 使用方法

将上述方中各药置于水中先行浸泡2小时左右,煎煮烧开30分钟左右,滤出药液,药渣再煎煮一次,两次药液混合,用时将药液加温,早晚各浸泡一次,浸泡后药液要放置于阴凉处。药液的使用次数要根据存放条件决定,如果变质要停止使用。

## 第二章 推拿治疗基本知识

长期以来,推拿的临床应用一直以传统的中医学理论为指导,随着医学发展和推拿现代研究的深入,对推拿的作用和机理有了更进一步的认识。本章从中医学理论出发,总结了推拿治疗的四大作用;从现代医学理论出发,总结了推拿对人体各个系统的作用机理,是现代推拿医生必须了解和掌握的基础知识。

### 第一节 推拿治疗的基本作用

推拿治疗的主要手段是手法,手法在推拿治疗中起着关键的作用。规范、熟练、适当的手法,并将其操作的方向、频率的快慢、用力的轻重、手法刺激的性质与治疗的部位、穴位以及具体病情、患者体质强弱等相结合,就能发挥调整脏腑,疏通经络,行气活血,理筋整复等作用,这是祖国医学对推拿治疗作用的基本认识。

#### 一、调整脏腑

推拿具有调整脏腑功能的作用。脏腑是化生气血,通调经络,主持人体生命活动的主要器官。脏腑功能失调后,所产生的病变,通过经络传导反应在外,如有精神不振,情志异常,食欲改变,二便失调,汗出异常,寒热,疼痛以及肌强直等异常表现,即所谓“有诸内,必形诸外”。推拿是通过手法刺激相应的体表穴位、痛点,并通过经络的连属与传导作用,对内脏功能进行调节,达到治疗疾病的目的。如:按揉脾俞、胃俞穴可调理脾胃,缓解胃肠痉挛,止腹痛;一指禅推法在肺俞、肩中俞穴上操作能调理肺气,止哮喘。临床实践证明,不论是阴虚、阳虚,还是阴盛、阳亢,也不论是虚证或实证、寒证或热证,只要在相宜的穴位、部位上选用相宜的推拿手法进行治疗,均可得到不同程度的调整,如肾阳不足可用擦命门穴达到温补肾阳的作用;肝阳上亢者可用强刺激点按太冲穴,达到平肝潜阳的作用。这些说明了推拿不仅可以调整阴阳,补虚泻实,而且对脏腑功能具有良好的双向调节作用,这种作用一是直接作用,即通过手法刺激体表直接影响脏腑功能;二是间接作用,即通过经络与脏腑间的联系来实现。

#### 二、疏通经络

经络是人体内经脉和络脉的总称,是人体气血运行的通路,它内属脏腑,外连肢体,通达表里,贯穿上下,象网络一样分布全身,将人体的脏腑组织器官各部分联系成一个统一协调而稳定的有机整体。具有“行血气而营阴阳,濡筋骨,利关节”之功能。人体就是依赖它来运行气血,发挥营内卫外的作用,使脏腑之间及其与四肢百骸保持动态平衡,使机体与外界环境协调一致。当经络的正常生理功能发生障碍时,外则皮、肉、筋、脉、骨失养不用,内则五脏不荣,六腑不运,气血失调,不能正常地发挥营内卫外的生理作用,则百病由此而生。

经气是脏腑生理功能的动力,经气的盛衰,直接反映了脏腑功能的强弱,推拿手法作用于体表的经络穴位上,可引起局部经络反应,起到激发和调整经气的作用,并通过经络影响到所连属的脏腑、组织、肢体的功能活动,以调节机体的生理、病理状况,达到百脉疏通,五脏安和,使人体恢复正常生理功能的目的。经络包含经脉、络脉、经筋和皮部,因此,推拿具有疏通经络的作用意义非常广泛,在临床各科疾病的治疗作用中均有体现。所谓“经脉所至,主治所及”就是这个道理。如搓摩胁肋可疏肝理气而使胁肋胀痛缓解;掐按合谷穴可止牙痛;按揉角孙穴可治疗头痛。其调整、疏通作用的大小,与推拿时手法操作的经络、穴位(或部位)的准确与否、手法作用时间的长短、刺激量大小等有明显的关系。又如风、寒、湿邪侵入人体,客阻经络,则产生肌肉酸痛,此属经络“不通则痛”,通过推拿手法治疗使风寒湿邪外达,经络疏通而痛消,此属“通则不痛”,故《素问·举痛论》说:“寒气出于背俞之脉则脉泣,脉泣则血虚,血虚则痛,其俞注于心,故相引而痛。按之则热气至,热气至则痛止矣。”《医宗金鉴·正骨心法要旨》说:“……按其经络,以通郁闭之气……”均说明了推拿的疏通经络作用。

### 三、行气活血

气血是构成人体和维持人体生命活动的基本物质,是脏腑、经络、组织器官进行生理活动的基础。气具有温煦和推动作用,血具有营养和滋润作用。气血周流全身运行不息,促进人体的生长发育和新陈代谢。人体一切疾病的发生、发展,无不与气血相关。气血调和能使阳气温煦,阴精滋养;气血失和则皮肉筋骨、五脏六腑均失去濡养,以致脏腑组织等人体正常的功能活动发生异常,而产生一系列的病理变化。《素问·调经论》说:“血气不和,百病乃变化而生。”

推拿具有调和气血,促进气血运行的作用。其途径有三:

第一是推拿对气血的生成有促进作用。推拿通过手法的刺激可调节与加强脾胃的功能,即健运脾胃。脾胃有主管饮食消化和运输水谷精微的功能,而饮食水谷是生成气血的重要物质基础,故有脾胃是“后天之本”和“气血生化之源”之说,推拿可引起胃运动的增强,促进脾的运化功能,进而增强脾胃的升降,有利于气血的化生。

第二是通过疏通经络和加强肝的疏泄功能,促进气机的调畅。气血的运行有赖于经络的传注,经络畅通则气血得以通达全身,发挥其营养组织器官,抵御外邪,保卫机体的作用;肝的疏泄功能,关系着人体气机的调畅,气机条达舒畅,则气血调而不致发生瘀滞。

第三是通过手法的直接作用,推动气血循行,活血化瘀。推拿对气血运行的促进作用,是通过手法在体表经穴、部位的直接刺激,而使局部的毛细血管扩张,肌肉血管的痉挛缓解或消除,经脉通畅,血液循环加快,瘀血消除等来实现的。

### 四、理筋整复

中医学中所说的筋,又称经筋,是指与骨相连的肌筋组织,类似于现代解剖学的四肢和躯干部位的软组织,如肌肉、肌腱、筋膜、韧带、关节囊、腱鞘、滑液囊、椎间盘、关节软骨盘等软组织。因各种原因造成的有关软组织损伤,统称为筋伤或伤筋。筋伤后由筋而连属的骨所构成的关节,亦必然受到不同程度的影响,产生“筋出槽、骨错缝”等有关组织解



剖位置异常的一系列病理变化,出现诸如小关节紊乱、脱臼滑脱、不全脱位、关节错缝、椎间盘突出、肌肉或韧带、筋膜等部分纤维撕裂等病症。筋伤后,通过医生认真检查,从压痛点、形态、位置变化等,可以了解损伤的部位、性质。《医宗金鉴·正骨心法要旨》中说“以手扪之,自悉其情”,同时记载了筋歪、筋断、筋翻、筋转、筋走等各种病理变化。目前对这些病症的治疗,有赖于推拿手法。

肌肉、肌腱、韧带完全断裂者,须用手术缝合才能重建,但部分断裂者则可使用适当的按、揉、推、擦等手法理筋,将断裂的组织抚顺理直,然后适当加以固定,这样可使疼痛减轻并有利于断端的生长吻合。肌腱滑脱者,在疼痛部位能触摸到条索样隆起,关节活动严重障碍,若治疗不当,可转化为肌腱炎,产生粘连,须及时使用弹拨或推扳手法使其恢复正常。

关节内软骨板损伤者,往往表现为软骨板的破裂或移位,以致出现关节交锁不能活动或肢体活动困难。通过适当的推拿手法可使移位嵌顿的软骨板回纳,解除关节的交锁,疼痛明显减轻。

腰椎间盘突出症患者,由于突出物对神经根的压迫,继发无菌性炎症,每见下腰痛与下肢坐骨神经放射痛,致腰部活动受阻,行走不便,运用适当的推拿手法,例如牵引拔伸、一指禅推法、擦法、按法、扳法、摇法等,改变突出物与神经根的位置关系,从而解除或减轻突出物对神经根的压迫或刺激,消除无菌性炎症,使疼痛减轻或消除。

脊柱后关节紊乱患者,棘突常偏向一侧,关节突关节间隙常有宽窄改变,致关节囊及邻近的韧带因受牵拉而损伤,运用推扳、斜扳、脊柱旋转复位及旋转拔伸复位法等,可整复其紊乱。

骶髂关节紊乱患者,因关节排列紊乱,关节滑膜受到嵌顿挤压及局部软组织受到牵拉,继发无菌性炎症而出现骶髂部剧烈疼痛或伴有坐骨神经痛,通过各种扳法及髋膝关节的屈伸等被动活动手法,将错位整复,疼痛便随之减轻或消失。

总之,对筋伤和骨缝错位、紊乱等,可通过手法的作用进行理筋整复,纠正解剖位置的异常;使各种组织各守其位,才能有利于软组织痉挛的缓解和关节功能的恢复。

## 第二节 推拿治疗的作用机理

推拿是通过手法作用于人体体表的经络、穴位、特定部位,以调节机体的生理、病理状况来达到治病目的的。各种手法从表面上看是一种机械性力的刺激,但熟练而高超的手法便产生了“功”,这种功是医生根据具体病情,运用各种手法技巧而操作的,一方面直接在人体起着局部治疗作用;另一方面还可以转换成各种不同的能量和信息,通过神经、体液等系统,对人体的神经、循环、消化、泌尿、免疫、内分泌、运动等系统及镇痛机制都有一定的影响,从而治疗不同系统的疾患。

### 一、对神经系统的作用机理

因手法不同,用力轻重,操作时间长短,施治部位、经穴之不同,都会对神经系统产生各种不同的影响。

推拿对神经系统有一定的调节作用。手法刺激可通过反射传导途径来调节中枢神经系统的兴奋和抑制过程。例如较强的手法刺激健康人的合谷穴和足三里穴后,发现脑电图中“ $\alpha$ ”波增强,说明强手法的经穴推拿能引起大脑皮层的抑制;在颈项部施用有节律性的轻柔手法可使受试者脑电图出现“ $\alpha$ ”波增强的变化,表明大脑皮层的电活动趋向同步化,有较好的镇静作用,可以解除大脑的紧张和疲劳状态;对脑动脉硬化患者的脑电图进行观察,发现治疗后,其波幅增加,流入时间缩短,改善了脑动脉搏动性供血。经研究发现,轻柔的推拿手法可降低交感神经的兴奋性,如颈项部用轻柔手法操作后,脑血流量显著增加;如用肌电图测定颈椎病患者颈部两侧肌肉的放电情况,发现手法治疗后,患者紧张性肌电活动消失或明显减少,故患者常在推拿治疗后感到神清气爽,精神饱满,疲劳消除;用肌电图观察手法治疗急性腰扭伤的患者,其腰部肌肉神经的电生理变化情况,也得出了上述结论。

失眠患者接受推拿治疗时,常常在推拿过程中即可进入睡眠状态;嗜睡患者在推拿后可感头清目明,精力充沛。该现象和推拿手法对神经系统产生的抑制与兴奋作用是分不开的。不同的推拿手法对神经系统的作用也不同,如提、弹、叩击手法起兴奋作用,表面抚摸则起抑制作用。同一手法,若运用的方式不同,如手法频率的快慢,用力轻重,时间长短等,其作用也不同,如轻的、短时间的手法可改善大脑皮层的机能,并通过植物神经反射,调整疲劳肌肉的适应性和营养供求状况;强的、长时间的手法则起相反的效果。

在沿神经走行方向按压时,可使神经暂时失去传导功能,起到局部镇痛和麻醉作用。在缺盆穴处的交感神经星状结处按压,能使瞳孔扩大,血管舒张,同侧肢体皮肤温度升高;按压下腹部和捏拿大腿内侧,可引起膀胱收缩而排尿,尿量增加,机体内的蛋白分解物——尿酸、尿素等同时排出体外,尿中氮的排泄量也随之增加。

各种推拿手法的刺激部位和治疗穴位,大多分布在周围神经的神经根、神经干、神经节、神经节段或神经通道上。手法的刺激作用,可改善周围神经装置及传导径路,可促使周围神经产生兴奋,以加速其传导反射。如振颤法可使脊髓前角炎患者对感应电流不产生反应的肌肉,重新产生收缩反应,已消失的膝腱反射和跟腱反射重新出现。同时手法还具有改善局部血液循环,改善局部神经营养状况,促使神经细胞和神经纤维恢复的作用。另外,手法还具有改变同一节段神经支配的内脏和组织的功能活动,促使其加强或改善的作用,如手法刺激第五胸椎,可使贲门括约肌扩张,而刺激第七胸椎,则其作用相反。

各种手法用力之轻重不同,将对神经产生强弱不同的作用,而引起不同的反应。例如轻度用力的手法,其刺激作用软弱而柔和,可使中枢神经系统产生抑制且产生轻松舒适之感,具有放松肌肉、缓解痉挛、镇静止痛的作用;重度用力的手法,其刺激作用较强烈,可使中枢神经系统产生兴奋,且产生酸麻胀重感,可促使精神振奋,肌肉紧张,呼吸心跳及胃肠蠕动加快,腺体分泌增强等。过强过长时间的重度手法虽易使神经兴奋,但很快可转入抑制状态,故患者可有疲劳思睡的感觉。

## 二、对循环系统的作用机理

推拿治疗具有扩张血管,增强血液循环,改善心肌供氧,加强心脏功能,从而对人体的体温、脉搏、血压等产生一系列的调节作用。

### (一) 对血管的作用机理

1. 扩张毛细血管:各种推拿手法对血管的作用,主要表现在促使毛细血管扩张,使储备状态下的毛细血管开放。实验证明,推拿可引起一部分细胞内的蛋白质分解,产生组织胺和类组织胺物质,使毛细血管扩张开放。说明推拿手法不仅能使毛细血管的开放数量增加,而且直径和容积也扩大,渗透性能有所增强,增加了血流量,改善了肢体循环,因而大大地改善了局部组织的供血和营养。施行大面积的推拿手法治疗可使全身血液得以重新分配,降低血流阻力,减轻内脏瘀血,有助于静脉回流,降低中央动脉的压力,减轻心脏负担。

2. 促进血管网重建:将家兔跟区切断后再缝合,术后进行推拿治疗,发现治疗组跟腱断端间有大量的小血管生成,而对照组家兔仅跟腱周围组织中有一些管壁增厚并塌陷的小血管,血管中还有血栓形成,可见推拿能促进病变组织血管网的重建。

3. 恢复血管壁的弹性功能:推拿手法对人体体表组织的压力和所产生的摩擦力,可大量地消耗和清除血管壁上的脂类物质,减缓了血管的硬化,对恢复血管壁的弹性,改善血管的通透性能,降低血液流动的外周摩擦力,都具有一定的作用。

总之,推拿治疗对血管的作用,除了刺激作用之外,与血管本身的机能状态以及人体整体的机能状态,都有一定的密切关系。

### (二) 对血液循环的作用原理

1. 加进血液流动:推拿手法虽作用于体表,但其压力却能传递到血管壁,使血管壁有节律地被压瘪、复原,当复原后,受阻的血流骤然流动,使血流旺盛,流速加快。但由于动脉内压力很高,不容易压瘪,静脉内又有静脉瓣的存在,不能逆流,故实际上是微循环受益较大,使血液从小动脉端流向小静脉端的速度得到提高。微循环是血清与组织间进行物质及气体交换的场所,而动脉、静脉只是流通的管道,可见促进微循环内的血液流动,对生命具有重要意义。例如用推拿治疗颈椎病,发现椎动脉血流图均有不同程度的波幅升高,说明推拿可缓解椎动脉受压程度,使椎动脉中血液流动的速度加快,从而改善了脑血管的充盈度;推拿在单侧委中穴上操作,可引起双侧小腿血流量增加;通过血流动力流变学参数来测定推拿后的作用,发现推拿能使脉率减慢,每搏输出量增加,从而有节省心肌能量消耗,提高心血管机能,改善血液循环等作用。

2. 降低血液粘稠度:在瘀血状态下,由于血液流速降低,而使血液粘稠度增高,粘稠度的增高又进一步使流速降低,二者如此恶性循环,终使血液凝集、凝固。通过推拿手法有节律的机械刺激,迫使血液重新流动及提高血液流速,从而降低了血液粘稠度,使流速与粘稠度之间进入良性循环状态。

总之,推拿治疗通过放松肌肉,改变血液高凝、粘、浓聚状态,可加快血液循环,改善微循环和脑循环,因此,可广泛地用于治疗高血压、冠心病、动脉硬化等疾病。

### (三) 对心脏功能的作用机理

推拿手法对心率、心律、心功能都有调节作用。研究证实,推拿可使冠心病患者的心

率减慢。由于心率减慢,心脏做功减轻,氧耗减少,同时还可使冠心病患者的左心室收缩力增加,舒张期延长,使冠状动脉的灌注随之增加,从而改善了冠心病患者的心肌缺血、缺氧状态,缓解了心绞痛的症状。手法按揉灵台、神道穴治疗心绞痛,心电图恢复正常者可达 33.30%。手法按揉心俞、肺俞、内关、足三里穴可以治疗心肌炎后遗症,缓解胸闷、心慌等症状。指压腕背阳池穴能治疗房室传导不完全性阻滞而引起的心动过缓。

总之,推拿对心脏功能的作用机理,主要是与降低外周阻力,改善冠状动脉供血,提高心肌供氧,减轻心脏负担,改善心脏功能有关。

#### (四)对血压的作用机理

推拿后人体肌肉放松,肌肉紧张缓解,引起周围血管扩张,循环阻力降低,从而减轻心脏负担,并通过对神经、血管、血流改变的调节作用,从而影响人体的血压。有人对 46 例原发性高血压患者进行推拿后,发现患者的收缩压、舒张压、平均动脉压均有明显下降,与治疗前相比  $P < 0.001$ ,且外周总阻力下降率达 80.43%,血管顺应性改善率达 78.2%,心搏出量增加,射血分数增高,心肌耗氧量减少率达 80.4%,从而达到降低血压和改善临床症状的目的。

研究证实,对高血压病人进行推拿治疗,确能降低其血压,经过多次推拿治疗后,可使血压恒定在一定水平。

此外,推拿合谷穴有明显的升压作用,推拿次数多,其血压上升幅度大且平稳。停止推拿操作,即使血压下降,其速度也较缓慢。

可见,推拿手法对血压的影响(及降压作用机理),与降低周围总阻力,改善血管顺应性,以及通过节段神经的传导反射而起的调节作用等因素有关。

### 三、对消化系统的作用机理

推拿对消化系统有直接作用和间接作用两个方面。

直接作用,是指手法的直接作用力,可促使胃肠管腔发生形态改变和运动,促使其内容物的运动和变化,即促使胃肠蠕动速度的加快和力量的加大,从而加快(或延缓)胃肠内容物的运动排泄过程。

间接作用,是指手法的良性刺激,通过神经、经络的传导反射作用,可增强胃肠的蠕动和消化液的分泌,促进对食物的消化吸收过程,加强消化系统的功能。

#### (一)对胃肠蠕动的的作用机理

推拿的直接作用和间接作用,都可刺激到胃肠,使平滑肌的张力、弹力和收缩能力增强,促进胃肠蠕动。

推拿手法直接刺激穴位,可增强胃壁的收缩能力,如推拿中脘、脾俞、胃俞等穴位治疗胃下垂患者,经钡餐检查,大部分轻、中度患者胃下垂程度均有明显改善,有的甚至恢复正常;如持续用力按压中脘穴,可引起胃壁蠕动加快,甚至痉挛而出现恶心呕吐;直接刺激腹部,可增强肠蠕动,如持续用力按压气海穴,可引起肠蠕动加快,甚至引起肠痉挛,并使肠中气体和粪便迅速排出体外。同时,有的实验还证明,推拿对胃蠕动有双向调节作用,即

原来表现胃蠕动次数多的可以减少,使排空延长;原来表现胃蠕动次数少的能增加,使排空加速。推拿所起的作用,与胃的功能状态有关,穴位有相对的特异性,例如推脾经有明显的促进胃运动作用,而逆运内八卦,对胃运动的调节作用,往往是双向的,即胃肠蠕动处于亢进状态时(如胃肠痉挛),推拿可使其转入抑制状态(即缓解其痉挛);而当胃肠蠕动处于缓慢抑制状态时,推拿则可使其蠕动增强。

## (二)对胃肠分泌吸收功能的作用机理

推拿手法的刺激信号,通过植物神经的反射作用,使支配内脏器官的神经兴奋,促使胃肠消化液的分泌;同时推拿手法能改善胃肠血液淋巴的循环,而加强了胃肠的吸收功能。例如推补脾经后,胃液酸度有明显增加,而胃液分泌量的变化则不明显。运用推拿手法治疗疳积患儿,其尿淀粉酶由治疗前的  $47.0 \pm 32.00\bar{u}$  提高到治疗后的  $57 + 41\bar{u}$ 。捏脊疗法可以提高对蛋白质、淀粉的消化能力,增加小肠吸收功能,促进食欲,增强脾胃功能,对小儿疳积有很好的治疗作用。运用捏脊与按揉足三里相结合的方法,亦可以对脾虚泄泻患儿小肠功能有影响,患儿较低的木糖排泄率经推拿后较前增加。

此外,推拿可促进胆汁排泄,降低胆囊张力;抑制胆囊平滑肌痉挛,从而取得缓解胆绞痛的作用,超声波检查结果可以证实上述病症的手法治疗作用。

## 四、对泌尿系统的作用机理

推拿手法可调节膀胱张力和括约肌功能。如按揉肾俞、丹田、龟尾、三阴交等穴位可以治疗小儿遗尿症,又可治疗尿潴留。动物实验证实,按揉半清醒状态下家兔的“膀胱俞”,可使平静状态的膀胱收缩,内压升高。

## 五、对免疫系统的作用机理

推拿可以调节免疫功能。如对实验性接种肿瘤的小白鼠选取中脘、关元、足三里穴进行手法治疗。发现推拿能抑制实验性小白鼠移植性肿瘤细胞的增殖,且治疗组推拿后其一般状况明显好于对照组;同时又对小白鼠的免疫功能进行了测定,发现治疗组的自然杀伤细胞值明显高于对照组,说明推拿能提高机体的免疫功能,从而发挥抑制肿瘤细胞的作用。又如对健康者背部足太阳膀胱经处施用平推法 10 分钟,可以使白细胞的吞噬能力有不同程度的提高,淋转率、补体效价也增高。对苯污染造成的白细胞减少症患者,选用足三里、“四花穴”等穴进行推拿治疗后,其白细胞总数增加,白细胞吞噬指数升高,患者的临床症状和体征亦得改善。此外,临床上应用推鼻旁、摩面、按揉风池、振四肢等防治感冒的,效果亦很好。

## 六、对内分泌系统的作用机理

对糖尿病患者行按揉脾俞、膈俞、足三里、擦背部足太阳膀胱经并配合少林内功锻炼后,部分患者的胰岛功能增强,血糖有不同程度的降低,尿糖转阴,“三多一少”的临床症状有明显改善。在患者颈 3~5 棘突旁寻找敏感点,施用一指禅推法治疗甲状腺机能亢进患者,可以使其心率较手法治疗前有明显减慢,其他症状和体征都有相应改善。推拿还具

有增高血清钙的作用,治疗因血钙过低所引起的痉挛。对佝偻病患者施用掐揉四缝穴、捏脊等推拿手法治疗后,其血清钙、磷均有上升,有利于患儿骨骼的发育和生长。

## 七、对运动系统的作用机理

人体肌肉、肌腱、筋膜、关节囊、韧带等软组织受到撞击、扭转、牵拉或不慎跌仆闪挫,或劳累过度、持续活动、经久积劳等因素所引起的损伤,而无骨折、脱位、筋断及皮肉破损的,均为软组织损伤,推拿治疗对这一类软组织损伤的运动系统疾病具有以下独特的疗效。

### (一) 改善肌肉的营养代谢

肌组织可因运动过度而发生变性、坏死、结构紊乱等病理改变,推拿手法的直接或间接作用,可促进肌纤维的收缩和伸展活动,肌肉的活动又可促进血液、淋巴等体液的循环活动,从而改善了肌肉的营养状况增强了肌肉的张力、弹力和耐受力。但肌肉的主动运动,会消耗能量、消耗氧,产生乳酸等有害代谢物质;而使组织液变为酸性,可产生局部组织的酸中毒,出现酸胀疲劳。运用推拿手法可促使肌肉得到充分的氧及营养物质,并将组织液中的乳酸等有害代谢产物吸收或排出体外,从而消除肌肉的疲劳,提高肌肉的活力和耐受力。

根据“腰背委中求”的循经取穴原则,在足太阳膀胱经的委中、承山及臀部阿是穴等施以按法、揉法等手法,通过神经——体液因素,改变了体内生化过程和酶系统的活动,改善了神经根及神经纤维的微循环,从而使局部组织的营养代谢得以改善,获得明显缓解患者腰腿痛症状的效果。有动物实验表明,将腓肠肌萎缩型猴子分组观察,发现未经手法治疗的猴子腓肠肌在4~6周后有明显的结缔组织增生,形成纤维条索状组织,手法组则不出现或出现少量病变软组织,其恢复较好。

总之,推拿对这些软组织病的疗效,主要是在手法作用下,通过加快局部血液循环,促使滑液分泌增加,改善组织营养来实现的。

### (二) 促进组织修复

临床上对肌肉、肌腱、韧带部分断裂者采用适当的推拿手法理筋,将断裂的组织抚顺理直,有利于减轻疼痛并与断面生长吻合,因此,推拿手法对损伤组织的修复具有良好的作用。例如将家兔被切断的跟腱缝合后约2周,开始给予推拿手法治疗,发现其能明显促进跟腱的修复,且其胶原纤维排列的方向亦接近正常的肌腱,结构强度亦高。又如对犬作肌腱修补术后,给予持续性制动或保护性被动活动,通过光镜、透射电镜和扫描电镜观察对肌腱组织修复的影响,发现保护性被动活动产生的机械分离作用打断了肌腱修复区域与周围组织之间的粘连,阻止了鞘管组织的内生,刺激了腱细胞本身的再生,并且还能抑制和消除修复肌腱区域内炎症组织的产生,从而使肌腱修复的结构比制动组更接近于正常,鞘管的恢复也更好,肌腱的机械性能和功能恢复也较制动组好。尚有对肌腱损伤后完全制动与早期被动活动的组织学和生物力学进行研究,发现制动组肌腱损伤区域愈合时间延长,肌腱部发生了一定程度的粘连;早期保护性被动活动组的肌腱表面形态接近于正

常,扫描电镜下仅可见少量粘连形成,没有发现瘢痕存在,胶原纤维虽还不成熟,但排列与肌腱纵轴平行,并且比制动组的胶原纤维粗大,损伤区域内的细胞数目和血管都明显少于制动组;同时尚对两组分别进行了肌腱滑动功能,断裂力量、强度,以及能量吸收进行了实验,发现被动活动组的以上各种指标均优于制动组。由此说明推拿手法可以帮助损伤组织的修复。

### (三) 分离、松解粘连

软组织损伤后,瘢痕组织增生,互相粘连,对神经血管束产生卡压,是导致疼痛与运动障碍的重要原因。运动关节类推拿手法可间接松解粘连,而按、揉、弹、拨等手法则可直接分离筋膜、滑囊之粘连,促使肌肉、韧带放松,起到松动关节的作用。如对关节活动障碍的肩关节周围炎患者,在肩髃、肩贞等穴位施以按、揉、拨等手法并配合适当的被动运动,经过一定阶段的治疗后,患者的肩关节活动度均有不同程度的改善,有些患者则完全恢复了正常。有人用肩关节造影观察到手法对肩关节粘连的作用时,发现手法治疗后,肩关节囊粘连松解。由此证明,推拿手法对分离、松解粘连具有一定的作用。

### (四) 纠正错缝(解剖位置异常)

由急性损伤所导致的骨错缝、筋出槽是许多软组织损伤的病理状态,运用各种整复手法,使关节、肌腱各入其位,解除了对组织的牵拉、扭转、压迫刺激,使疼痛消失,故推拿对此有显著作用。例如,脊柱后关节急性错位,其棘突偏歪引起关节囊和邻近韧带损伤,功能障碍,推拿治疗可迅速纠正错位;推拿对脊柱后关节滑膜嵌顿,有立竿见影的效果。有人用X线摄片证实,对环枢关节错位的患者,施用颈椎旋转复位法或旋转拔伸复位法,可以恢复环枢关节的正常解剖结构。临床资料表明,推拿可治疗肱二头肌长头肌腱滑脱、颞颌关节脱位、肩关节脱位、肘关节脱位、小儿桡骨头半脱位、颈椎后关节紊乱、骶髂关节错缝、耻骨联合分离症等病症。一些腰椎滑脱的患者经过推拿手法治疗后,其上下椎体的位置异常情况得到恢复。

### (五) 改变突出物的位置

推拿对改变突出物的位置具有一定的作用。大量的临床资料证明,大部分腰椎间盘突出症患者,在接受推拿手法治疗后,可改变突出物与神经根之间的空间关系,从而使疼痛得到消除或减轻。尸体研究证实,推拿手法可以改变突出物与神经根的相对位置,从而为临床治疗腰椎间盘突出症提供了实验证据。对关节内软骨损伤以致关节交锁不能活动者,通过适当的推拿手法,使嵌顿的软骨板回纳,解除关节交锁。

### (六) 解除肌肉痉挛

推拿手法具有很好的放松肌肉的作用。肌肉痉挛是一种自然的保护机制,但持久的肌肉痉挛可挤压穿行于其间的神经血管,形成新的疼痛源。推拿手法直接放松肌肉,解除肌肉痉挛的机理有三个方面的:一是加强局部循环,使局部组织温度升高,致痛物质含量下降;二是在适当的手法刺激作用下,局部组织的痛阈提高;三是将紧张或痉挛的肌肉通过

手法使其牵张拉长,从而直接解除其紧张或痉挛,也可通过减轻或消除疼痛源而间接解除肌痉挛。由于消除了肌痉挛这一中间病理环节,使疼痛得以减轻,使软组织损伤得以痊愈。例如,急性腰扭伤患者,推拿前在舒适姿势下均有不同程度的紧张性肌电活动,但推拿后绝大部分患者的紧张性肌电活动和疼痛随之消失或减轻;有人报道,对痉挛的肌肉用拉伸手法持续操作2分钟以上,可刺激肌腱中的高尔基体,诱发反射,从而使疼痛减轻或消失,因此临床上治疗腓肠肌痉挛,医生常充分背伸踝关节,并在小腿后侧处用推拿手法,可迅速解除痉挛。这说明推拿确有解除肌肉痉挛的作用。

### (七) 促进炎症介质分解、稀释

软组织损伤后,血浆及血小板分解产物形成许多炎症介质,这些炎症介质有强烈的致炎、致痛作用。在推拿手法作用下,肌肉横断面的毛细血管数比手法前增加40余倍,微循环中血液流速、流态改善,体内活性物质的转运和降解加速,炎性产物得以排泄。如对急性腰扭伤患者观察表明,推拿对肾上腺皮质功能有刺激作用,使白细胞上升,嗜酸性粒细胞减少,并释放较多的17-羟皮质类固醇,这些物质对消除局部无菌性炎症有重要意义。

推拿能促进静脉、淋巴回流,加快物质运转,也促进了炎症介质的分解、稀释,使局部损伤性炎症消退。有人通过对腰椎间盘突出症患者推拿前后血浆中5-羟色胺(5-HT)和5-羟色胺的前体色氨酸(TrP)及其代谢产物5-羟吲哚乙酸(5-HIAA)含量的测定,发现首次推拿后,患者血浆中的5-HT、5-HIAA和TrP的含量呈现非常显著的下降,证明了推拿可促进致痛物质的分解、稀释。另外,动物实验也证明单肢软组织损伤的家兔,其血浆中组织胺含量明显高于损伤前,经推拿“委中穴”1小时,其含量明显低于治疗前,而对照组的组织胺含量此时仍在继续上升( $P < 0.05$ )。

### (八) 促进水肿、血肿吸收

推拿手法具有良好的活血化瘀作用,可加快静脉、淋巴的回流,由于局部肿胀减轻,降低了组织间的压力,消除了神经末梢的刺激而使疼痛消失,有利于水肿、血肿的吸收。实验研究表明,在狗的粗大淋巴管内插入套管,可发现推拿后其淋巴流动比推拿前增快7倍;在颈项部施以按、揉、推等推拿手法,对患者的皮肤微循环进行检测,发现皮肤微循环有明显改善( $P < 0.01$ )。

### (八)、镇痛的作用机理

临床上有许多疾病,尤其是软组织损伤,有一个比较突出的症状,即疼痛。推拿手法对于许多疼痛病症,具有良好的镇痛作用,如腰椎间盘突出症、急性腰扭伤、肩周炎、网球肘、颈椎病、骶髂关节错位、梨状肌损伤综合征、胃脘痛、痛经、胆囊炎及四肢关节伤筋等病症,运用推拿治疗皆能取得良好的镇痛效果。推拿镇痛作用的原理,有以下四个方面:

一是镇静止痛。某些疼痛症状,是由于感觉神经受到恶性刺激,这种恶性刺激的信号传入大脑皮层,表现为异常兴奋状态,而产生兴奋灶。在某些部位或穴位上,使用推拿手法,使之产生一种良性刺激信号,传入大脑皮层的相应部位,产生新的良性兴奋灶,当新的兴奋灶足以抑制原有的兴奋灶时,便起到镇静止痛的作用。



二是解痉止痛。某些疼痛症状,是由于肌肉遭受到恶性刺激产生痉挛而造成的。使用某些手法,可减轻或消除某些恶性刺激,促使肌肉放松,使痉挛得以缓解从而起到解痉止痛的作用。

三是消肿止痛。某些疾病或损伤,造成一定部位的出血或组织液的渗出,而出现肿胀。由于肿胀的压迫刺激,而出现疼痛症状。某些手法,在加强循环的基础上,促使其水肿、水肿的吸收和消散,从而发挥消肿止痛的作用。

四是活血止痛。某些部位的气滞血瘀,也可引起该部位的疼痛。运用某些手法可促使毛细血管扩张,加速血液循环,改善局部营养供给,加速有害物质的吸收、排泄等,通过活血化瘀,而起到活血止痛的作用。

在临床实践中,往往是几种止痛机制相互为用,相互协同而发挥其作用的,因此很难截然分开。推拿的镇痛作用,以往的解释,虽有镇静止痛,解痉止痛,消肿止痛,活血止痛及散风止痛,理气止痛,消炎止痛等,但真正的镇痛作用机理,并非能用“不通则痛,通则不痛”的简单道理所能解释得了的。运用现代生化检查实验方法,研究推拿手法对人体内某些物质的实质性改变,以探求手法镇痛的作用机理,是证实手法镇痛作用机理的重要手段之一。综合国内外的研究情况,主要从推拿促使体内止痛物质内啡肽增加、体内致痛物质的含量减少(调节5-羟色胺的代谢、促使乙酰胆碱分解和失活、促使外周血浆中的儿茶酚胺下降而尿中的儿茶酚胺升高)、恢复细胞膜巯基及钾离子通道结构的稳定性及推拿对神经系统产生的抑制调节作用等方面对推拿镇痛作用进行研究,其结果提示推拿手法能引起、激发神经、体液调节机能等一系列的改变,影响到体内与疼痛相关的神经介质、激素的分泌代谢和化学物质的衍化释放过程,从而起到镇痛作用。

### 第三节 推拿治疗的原则和治法

推拿是中医学的重要组成部分。推拿的治疗原则,是在中医基础理论的整体观和辨证论治原则的指导下,对临床病症制订的具有普遍指导意义的治疗规则。与中医的治疗原则相同,但又具有自身特点。

治疗原则和具体的治疗方法不同,任何具体的治疗方法总是由治疗原则所规定,并从属于一定的治疗原则。如各种病症以邪正关系来讲,离不开邪正斗争、消长盛衰的变化。因此,扶正祛邪即为治疗原则,而在此原则指导下,采取的补肾、健脾、壮阳等法,就是扶正的具体方法;发汗、涌吐、通下等法,就属于祛邪的具体方法。

由于疾病的证候表现多种多样,病理变化极为复杂,且病情又有轻重缓急的差别。不同的时间、地点,不同的个体差异,体质、年龄状况等不同,其病理变化和病情转化不尽相同,故推拿手法亦随之千变万化。有成人推拿手法、小儿推拿手法,有单式手法、复式手法,有兴奋性手法、抑制性手法,有温热法、寒凉法,各具特色和特性。因此,在复杂多变的疾病现象中,必须抓住疾病的本质,并根据正邪虚实、阴阳盛衰、病变的轻重缓急、个体发病时间和地域的不同,因人、因时、因地制宜,并且选择正确的手法操作,辨证论治,才能获得满意的效果。

## 一、推拿治疗原则

### (一) 治未病

治未病的原则是推拿的治疗原则之一,早在《内经》中就有“不治已病治未病、不治已乱治未乱”的论述。《五十二病方》中载药巾按摩法,即先秦时期运用的养生保健和性保健法。华佗创五禽戏,并提出“人体欲得劳动,但不当使极耳,动摇则谷气得消,血脉流通,病不得生。譬犹户枢,终不朽也”的观点。张仲景在《金匱要略》中将膏摩、导引、吐纳、针灸一并列入养生保健方法。葛洪《抱朴子》提出固齿聪耳法。陶弘景《养性延命录》有熨眼、搔目……等养生保健按摩法。巢元方力主摩腹疗病养生。孙思邈注重日常保健,“每日必须调气补泻,按摩导引为佳,勿以康健,便为常然;常须安不忘危,预防诸病也。”《千金要方》指出“小儿虽无病,早起常以膏摩囟上及手足心,甚辟寒风”,将膏摩列为小儿保健方法。

《诸病源候论》中所载自我推拿内容,多是关于养生保健的,说明按摩疗法重视预防,注意发挥病人与疾病作斗争的主观能动性。《金匱要略》说:“夫治未病者,见肝之病,知肝传脾,当先实脾;四季脾旺不受邪,即勿补之。”提出医生治病首先要考虑脏腑传变的疾病变化规律,从而达到“治未病”的目的。临床上多运用五官保健、五脏保健和肢体保健等,以及自我保健推拿以预防疾病。

### (二) 治病求本

“治病必求其本”是中医推拿辨证施治的基本原则之一。求本,是指治病要了解并正确辨别疾病的本质、主要矛盾,针对其最根本的病因病理进行治疗。任何疾病的发生发展,总是通过若干症状显现出来的,但这些症状只是疾病的现象,并不都是反映疾病的本质,有的甚至是假象,只有在充分了解疾病的各个方面,包括症状表现在内的全部情况的前提下,通过综合分析,才能透过现象看到本质,找出病之所在,确定相应的治疗方法。如腰腿痛可由椎骨错缝、腰腿风湿及腰椎间盘突出等原因引起,治疗时就不能简单地采取对症止痛的方法,而应通过病史、症状、体征,综合检查结果,全面分析,找出最基本的病理变化,分别采用不同手法进行治疗。如运用扳法纠正错缝,用疏经通络的擦、摩等手法祛除风湿,及对腰椎间盘突出症的相宜牵扳手法进行治疗,方能取得满意的疗效。这就是“治病必求其本”的意义所在。

在临床运用治病求本这一原则的同时,必须正确处理“正治与反治”、“治标与治本”之间的关系。

#### 1. 正治与反治

所谓“正治”,就是通过对证候的分析,辨明寒热虚实后,采用“寒者热之”、“热者寒之”、“虚则补之”、“实则泻之”等不同的治疗方法。正治法是推拿临床中最常用的治法之一。如寒邪所致胃痛,临床常采用擦法、摩法以达温阳散寒的作用;而胃火炽盛所致的胃痛,即采用挤压类、摆动类手法以达泻热通腑的作用。

所谓“反治”,是顺从证候而治的方法,也称“从治法”。这一治法常应用于复杂的、严

重的疾病。临床中有些疾病往往表现出来的证候与病变的性质不相符合,出现假象,如伤食所致的腹泻,治疗时不能用止泻的方法,而必须用消导通下的方法去除积滞才能止泻,此便是“通因通用”的反治法。又如气虚所致的便秘,虽然症状表现的是“实证”,但在治疗中却不能单用攻下法,必须采用补气泻下的方法治疗,才能使症状彻底消除。因此,临床辨证非常重要,不但要观察疾病的外在表现,而且要认清疾病的本质,在治疗求本原则指导下,有针对性地治疗。

## 2. 治标与治本

在复杂多变的病证中,常有标本主次的不同,因而在治疗上就应有先后缓急之分。一般情况下,治本是根本原则。但在某些特殊情况下,如旅游中或不具备完善的医疗设施时,标症甚急,不及时解决可危及患者生命,或可引起其他严重并发症等,就应该贯彻“急则治标”的原则,先治其标,后治其本,或为其他疗法争取时间,这是推拿治疗急症中的基本原则。如急性胆绞痛发作,在没有确定是急性胆囊炎,或是胆石症时,首先应以止痛为主,采用抑制性手法,以短时、重刺激点按右侧背部痛点及胆囊穴,或用胸椎定位扳法以止痛,为其他治疗争取时间。又如小儿惊风,是中医儿科四大证之一,属来势迅猛的一种危重急症,应治以开窍醒神、镇静止惊的方法,发作时,急则治标,当掐人中、掐老龙、掐十宣、掐威灵等,待缓解后,再审证求因,辨证施治。

综上所述,治标只是在应急情况下,或是为治本创造必要条件的权宜之计,而治本才是治病的根本之图。所以说标本缓急,从属于治病求本这一根本原则,并与之相辅相成。

病有标本缓急,治有先后顺序。若标本并重,则应标本兼顾,标本同治。如骶髂关节错缝,疼痛剧烈,腰肌有明显的保护性痉挛,治疗应在放松肌肉、缓解痉挛的前提下,实施整复手法,可使错缝顺利回复,而达到治愈的目的,这便是标本兼顾之法。

临床上疾病的症状是复杂多变的,标本的关系也不是绝对的,而是在一定条件下相互转化的,因此证时还要注意掌握标本转化的规律,不为假象所迷惑,始终抓住疾病的主要矛盾,做到治病求本。

## (三) 扶正祛邪

疾病的过程,在一定意义上可以说是正气与邪气矛盾双方相互斗争的过程。邪胜于正则病进,正胜于邪则病退。因此治疗疾病就是要扶助正气,祛除邪气,改变邪正双方的力量对比,使之向有利于健康的方向转化,所以扶正祛邪也是推拿治疗的基本原则。

“邪气盛则实,精气夺则虚”,邪正盛衰决定病变的虚实。“虚则补之”、“实则泻之”。补虚泻实是扶正祛邪这一原则的具体应用。扶正即用补法,具有温热等性质的手法为补,如摩丹田、擦命门、推三关、揉外劳宫等,用于虚证;祛邪即用泻法,具有寒凉等性质的手法为泻,如退六腑、清天河水、水底捞月等,用于实证。一般讲,具有兴奋生理功能、作用时间长、手法轻柔的轻刺激,具有补的作用;具有抑制生理功能、作用时间短的重刺激,具有泻的作用。扶正与祛邪,虽然是相反的治疗方法,但也是相互为用,相辅相成的。扶正,使正气加强,有助于抗御和祛除病邪;祛邪则祛除了病邪的侵犯、干扰和对正气的损伤,而有利于保存正气和正气的恢复。如小儿疳积,多由小儿脏腑娇嫩,脾常不足,不识饥饱,内伤乳食或喂养不当,使乳食积滞,损伤脾胃,而致的脾胃运化失司,积聚留滞于中,久积成

疳,从而影响小儿的生长发育。正气不足,积聚难化,积聚不化,正气难复。此时即应以扶正祛邪之法,以健脾和胃,消积导滞。扶正健脾以促运,祛邪消积以恢复脾之功能,气血得以化生,则疳积必除。

临床当中,要认真细致地观察、分析正邪双方相互消长盛衰的情况,根据正邪在矛盾斗争中所占的地位,决定扶正与祛邪的主次先后,或以扶正为主,或以祛邪为主,或是扶正与祛邪并重,或是先扶正后祛邪,或是先祛邪后扶正。并要注意扶正祛邪同时并用时,应采取扶正而不留邪,祛邪而不伤正的原则。

#### (四) 调整阴阳

《景岳全书》曰:“医道虽繁,可一言以蔽之,曰阴阳而已。”察其阴阳,审其虚实,推而纳之、动而伸之、随而济之、迎而夺之,泻其邪气,养其精气。疾病的发生发展,从根本上说是阴阳的相对平衡遭到破坏,即阴阳的偏盛偏衰代替了正常的阴阳消长,所以调整阴阳,是推拿治疗的基本原则之一。

阴阳偏盛,即阴或阳邪的过盛有余。阳盛则阴病,阴盛则阳病。治疗时应采用“损其有余”的方法。阴阳偏衰,即正气中阴或阳的虚损不足,或为阴虚,或为阳虚。阴虚不能制阳,常表现为阴虚阳亢的虚热证;阳虚则不能制阴,多表现为阳虚阴盛的虚寒证。阴虚而致阳亢者,应滋阴以制阳;阳虚而致阴寒者,应温阳以制阴;若阴阳两虚,则应阴阳双补。如高血压,属阴虚阳亢者,除常规手法外,可采用补肾经的方法,即自太溪始沿小腿内侧面推至阴谷穴,或按揉涌泉穴等。又如阳虚致五更泻,应以温阳止泻的方法,即摩揉下丹田,或擦肾俞、命门,或推上七节骨等。

由于阴阳是相互依存的,故在治疗阴阳偏衰的病证时,还应注意“阴中求阳,阳中求阴”,也就是在补阴时,应佐以温阳;温阳时,配以滋阴;从而使“阳得阴助而生化无穷,阴得阳升而泉源不竭”。

阴阳是辩证的总纲,疾病的各种病机变化也均可用阴阳失调加以概括。表里出入、上下升降、寒热进退、邪正虚实,以及有营卫不调、气血不和等,无不属于阴阳失调的具体表现。因此,从广义上讲,解表攻里、越上引下、升清降浊、寒热温清、虚实补泻,以及调和营卫、调理气血等治疗方法,也皆属于调整阴阳的范畴。

#### (五) 因时、因地、因人制宜

因时、因地、因人制宜是指治疗疾病要根据季节、地区及人的体质、年龄等不同而制定相应的治疗方法。全面考虑,综合分析,区别对待,酌情施术。

如秋冬季节,肌肤腠理致密,治疗时手法力度应稍强,推拿介质多用葱姜水、麻油;而春夏季节,肌肤腠理疏松,手法力度要稍轻,夏季可用滑石粉以防汗,介质可用薄荷水等。又如地域不同,北方寒冷,南方潮湿,居住环境等不同,对疾病的影响也不同,治疗时也要区别对待。另外治疗环境也要注意,手法中及手法后患者不可受风,环境要安静而不可嘈杂等。因人制宜最为重要,根据病人的年龄、性别、体质、胖瘦和部位等不同,选择不同的治疗方法。以年龄论,小儿推拿时多用介质。体质强者手法可稍重,体质弱者手法可稍轻;肌肉丰厚部可稍重,头面胸部的肌肉薄弱部手法可稍轻;病变部位浅者手法稍轻,病变

部位较深者手法可稍重。另外,对患者的职业、工作环境、条件,是否来自疫区,有无传染病,有无皮肤破损等,在诊治时也要注意。同时术者和受术者的体位要正确选择。

## 二、推拿基本治法

推拿是医者在医学理论指导下,以手或身体的其他部位,在患者的某些体表部位施行特定的按压动作,以调整人体生理、病理状况而达到防病治病,保健养生,强身健体目的的治疗方法,属中医外治法的范畴。

推拿手法的治疗作用,决定于两个要素,一是手法作用的性质和量;二是被刺激部位或穴位的特异性。手法的性质,指不同的手法性质不同,有温热性质的手法,有寒凉性质的手法。如小儿手法的推三关,性属热;退六腑,性属寒等。手法的作用量,则包括作用力的大小、作用部位的深浅、作用时间的长短、手法频率的快慢等。作用部位和穴位的特异性,则是要根据疾病的性质状况,选择相应的部位和穴位。如诊疗网球肘,要取肱骨外上髁的局部和前臂伸肌群;而穴位的选择则要依据辨证选穴,如运用五输穴,虚则补其母,实则泻其子的选穴原则等。在同一部位或穴位用不同性质和量的手法,作用不同;用同一性质和量的手法在不同部位和穴位操作,作用也不同;二者必须有机地结合运用,才能收到较好的治疗效果。

根据手法的性质和作用量,结合治疗部位和穴位,推拿治疗有温、通、补、泻、汗、和、散、清等八法。

### (一) 温法

温,即温热。温法是用于虚寒证的一种方法。多使用摆动、摩擦、挤压类手法。治疗时手法多缓慢、柔和,作用时间较长,患者有较深沉的温热等刺激感。有温经散寒,补益阳气的作用,适用于阴寒虚冷的病证。推拿手法中,产热最强的应属擦法,尤以小鱼际擦法最甚。临床可用摩揉丹田,擦肾俞、命门等温补肾阳;可按摩中脘、关元,拿肚角等温中散寒止痛。分推肩胛骨,揉肺俞,摩中脘,揉足三里等温肺化饮;摩关元,擦八髻,揉龟尾等温阳止泻。揉外劳宫,温经散寒、升阳举陷效果最佳,用以治疗泻痢、脱肛、遗尿;推三关,性温热,治一切虚寒证等。《幼科铁镜》曰:“寒热温平,药之四性;推拿掐揉,性与药同,用推即是用药。推上三关,代却麻黄、肉桂;退下六腑,替代滑石、羚羊……”

### (二) 通法

通,即流通。通法有祛除病邪壅滞的作用。《素问·血气形志篇》:“形数惊恐,经络不通,病生于不仁,治之以按摩醪药。”指出按摩可治疗经络不通所引起的病证。《医宗金鉴》说:“按其经络,以通郁闭之气……”。《厘正按摩要术》指出“按能通血脉”,“按也最能通气”。故经络不通,按之可解,即通经络、行气血。临床中,在四肢上多用推、拿、搓、揉等手法,以通其穴道;点按背俞穴可调畅脏腑之气血;擦摩胁肋以疏肝气;掐拿肩井,以通气血;手法中以击法最有疏通的效果,可以通调一身阳气,多施用于大椎、八髻、命门、腰阳关等处,故经络不通,气血不畅皆可用击法。

### (三) 补法

补,即滋补,补气血津液之不足、脏腑机能之衰弱。“虚则补之”或“扶正祛邪”,是推拿临床的指导思想。《素问·离合真邪篇》“不足者,补之奈何?……推而按之”。因气不足而患病者可用按摩方法补气,使精神得复。

按经络循行,有“顺经为补、逆经为泻”,“推而纳之、动而伸之、随而济之、迎而夺之”;按手法刺激强度,有“轻揉为补、重揉为泻”;按手法频率,有“急摩为泻、缓摩为补”;按手法旋转方向有“顺转为补、逆转为泻”;按手法操作时间,有“长时为补、短时为泻”;按手法运动方向,有“推上为补、推下为泻”;按手法性质,有“旋推为补、直推为泻”;按血液循环方向,有“向心为补、离心为泻”之说。虚证皆可用补法。临床中补五脏,以督脉、膀胱经背俞穴、腹部特定穴为主;手法以摆动、摩擦类手法为主;多轻柔、长时、弱刺激。气血双补,以健脾益气生血为主,增强脾胃功能,疏理肝气、促进气血生化之源,多采用摩揉中脘、关元、脾俞、胃俞、肾俞,按揉膻中、膈俞等;补脾胃以健脾和胃,加强胃腑功能为主,多采用摩腹、揉脐,按揉足三里等;补肝肾以滋阴壮阳为主,多采用擦命门、腰阳关,揉关元、气海等穴,补肾经,摩揉涌泉穴等。

### (四) 泻法

泻,即泻下。泻法,可用于下焦实证。由于结滞实热,引起下腹胀满或胀痛、食积火盛、二便不通等皆可用本法治疗。推拿之泻,不同于药物峻猛,故体质虚弱、津液不足,气虚无力致大便秘结者,均有较好效果。临床上一般用摆动、摩擦、挤压类手法,力量稍重,治疗方法与补法相反。对胃肠燥热者,多采用推揉中脘、天枢、大横,重揉、时短、逆时针摩腹,推下七节骨,力点向下揉按长强等;对食积便秘者,多采用揉板门,清大肠,揉天枢,运外八卦,摩腹,揉脐等法。如心胃火盛见烦渴、口舌生疮、小便黄、大便干结等,可施揉内劳宫,退六腑,揉总筋,打马过天河,清小肠等法;如肺火盛,见鼻衄、喘咳等,可清肺经,旋揉列缺、大椎,刮推肺俞等穴。

### (五) 汗法

汗法即发汗、发散的方法;可使病邪从汗而解。有祛风散寒解表的作用。

汗法多用于风寒外感和风热外感两类病证。临床以肩井、风池为主穴。外感风寒可用拿法,先轻后重,使汗逐渐透出,达到祛风散寒解表的目的。外感风热用轻拿法,使腠理疏松,微汗解表,施术时,患者感觉汗毛竖起,周身舒适,肌表微汗潮润,贼邪自散,病体则霍然而愈。汗法以挤压类和摆动类手法为主,多配合一指禅推风池、风府以疏风;按拿合谷,外关以祛风解表;推按揉大椎、风门、肺俞以散热通经、祛风宣肺。小儿外感则要配合开天门、推坎宫、掐二扇门及黄蜂入洞法。《幼科推拿秘书》“黄蜂入洞,此寒重取汗之奇法也”。

### (六) 和法

和法即和解、调和之法。凡病在半表半里,且不宜汗,不宜吐,不宜下者,均要运用和解之法。

调和之法,以和阴阳为重。同时,和脏腑、和经络、和气血、和营卫、和脾胃、和肝胃、和脉气、和经血、和筋脉均为常用之法。和法多用摆动、振动、摩擦类手法,操作时平稳柔和、频率较缓,并注意经络的特性,以达到阴阳平衡的目的。推揉膀胱经背俞穴,可和脏腑阴阳;揉板门,可和脾胃,消食化滞,运达上下之气;揉中脘、章门、期门,搓肋肋可和肝胃;揉按关元、中极,搓擦八髎等可和经血;拿揉肩井,运外八卦,可和一身气血。分腕阴阳,可和阴阳、气血,行滞消食,治寒热往来,烦躁不安;分腹阴阳,可健脾和胃,理气消食,治呕吐,腹胀,厌食;推四横纹,和上下之气血,治身体瘦弱不欲饮食;小儿捏脊,有调阴阳、理气血、和脏腑、通经络、培元气的功效。

### (七) 散法

散法,即消散、疏散的方法。推拿的散法很有独到之处,其主要作用是“摩而散之,消而化之”,使结聚疏通,临床中对于气滞、血瘀、积聚均可运用散法。推拿所用的散法,一般以摆动类及摩擦类手法为主,手法要求轻快柔和。如饮食过度,脾失健运所致的胸腹胀满,痞闷,可用摩擦类手法散之。《素问·举痛论》:“寒气客于肠胃之间,膜原之下……小络急引故痛,按之则血气散,故按之痛止。”气郁胀满则施以轻柔的一指禅推、摩法散之;肝气郁滞所致的肋肋疼痛,常以搓抹双肋的方法散之;有形的凝滞积聚,可用一指禅推、摩、揉、搓等手法散之,频率由缓慢而转快,可达消结散瘀的作用。诸如脏腑之结聚、气血之瘀滞、痰食之积滞,运用散法可达气血之疏通、结聚之消散的目的。

### (八) 清法

清法,即清除热邪的方法,具有清热凉血、清热祛暑、生津除烦等作用。推拿用清法,无苦寒伤脾胃之虞。推拿介质多用寒凉之水、滑石粉等。清法以摩擦类、挤压类手法为主,操作时多快速、重施、具有爆发力,但要刚中有柔。施术部位多见皮肤红、紫等郁热外散之象。

临床中热性病的症状极其复杂,必须辨其卫气营血、表里虚实,是表热还是里热,是实热还是虚热,是气分热还是血分热,要根据不同情况采取相应的治疗方法。如病在表者,当治以清热解表,多用开天门、推坎宫手法;表实热者,逆经轻推背部膀胱经,揉大椎等;表虚热者,顺经轻推背部膀胱经,顺揉太阳穴等;病在里且属气分大热者,当清其气分之邪热,逆经轻推脊柱,掐揉合谷、外关等;阴亏虚热者,轻擦腰部,推涌泉,摩下丹田,清天河水等;血分实热者,逆经重推脊柱,退六腑等。

## 第四节 推拿临床常用检查方法

推拿疗法可广泛应用于骨伤、内、外、妇、儿、五官、急诊等临床各科疾病,然而正确的诊断是运用推拿手法进行治疗的前提。在进行临床诊察时须遵循中医诊疗整体概念,结合现代医学基本知识,运用望、闻、问、切、动诊方法,结合病史、影像检查(X线、CT、MRI)、实验室辅助检查等所获得的各项资料,加以综合分析,才能全面了解患者的全身情况和局部症状、体征,得出正确的诊断,为推拿治疗打下基础。本章主要介绍推拿临床诊

断所常用的望诊、触诊和一些特殊检查法。

## 一、头颈部检查

### (一) 头面部检查

#### 【望诊】

头面部望诊主要观察神色和头面部的形态变化。头为诸阳之会,精明之府,中藏脑髓,与脏腑气血关系密切。因此通过头面部望诊可了解机体内部的变化。

1. 望神色:神是人体生命活动的总称,亦是对人体精神意识、思维活动以及气血、脏腑功能外在表现的高度概括。《素问·移精变气论》指出:“得神者昌,失神者亡。”说明察神可判断正气的盛衰在疾病过程中的转化情况。面部的色泽,是脏腑气血的外荣。色与泽两方面的异常变化,是人体不同病理反映的表现。不同的色反映着不同的病证,而泽则反映着机体精气盛衰,所以察颜面肤色的润泽与否,对辨别疾病的性质和推断病情的轻重、病情进退有较重要的意义。

一般而言,神志清楚,反应灵敏,双目灵活,明亮有神,鉴识精明,气色鲜明,面色清润者,说明正气未伤,病变轻浅,脏腑功能未衰,即使病情较重,预后也多良好;反之精神萎靡,反应迟钝,目光晦暗,瞳仁呆滞,面色晦暗枯槁者,为正气已伤,说明病变深重,预后欠佳。若出现神志昏迷、神昏谵语、面色苍白、目暗睛迷、瞳孔散大或缩小、四肢厥冷、汗出如油、形羸色败者,则为危候,提示预后不佳。如久病、重病、精气极度衰弱的患者,突然出现精神转“佳”等虚假现象,称为“假神”,通常比喻为“回光返照”,应予以特别注意。

临床上如见面色晄白、虚浮,多属阳气虚,可见于大失血后及哮喘等症。面色淡白无华,形容消瘦,多属血虚。急性病中突然面色苍白,多属阳气暴脱,可见于各种原因引起的休克。面、目、身俱黄,称为黄疸。色鲜明者为阳黄,多属湿热;色晦暗者为阴黄,多属寒湿。面赤多见于热证。面色青灰、口唇青紫,多为气滞血瘀。小儿蛔虫病,面上可出现灰白色圆形的“虫斑”。小儿惊风或癫痫发作时,面色多为青而晦暗。风寒头痛和受寒腹痛,疼痛剧烈时,面色苍白而带青。午后两颧潮红,多属阴虚阳亢的虚热证。目眶周围见黑色,多见于肾虚水泛的水饮病,或寒湿下注的带下症。

如为创伤患者,通过观察患者面部表情,可初步推知伤情之轻重:轻伤神志清楚,言语如常;重伤则面色苍白,表情淡漠或神智昏迷。

2. 望形态:机体外形的强弱,与五脏功能的盛衰是统一的。一般来说,内盛则外强,内衰则外弱。额骨及颧骨双侧凸出,顶部扁平,呈方形(图2-1),多见于佝偻病患儿,头发稀疏不华。一侧不能闭眼,额纹、皱纹消失,做露齿动作时,口角斜向健侧,鼻唇沟消失,多为面神经麻痹;中枢性的面瘫,主要表现为颜面下半部瘫痪,口角歪向病侧(图2-2)。头部不自主地震颤,可见于震颤麻痹患者或老年人。下颌关节强直,如发生于单侧,则颈部偏斜于患侧,



图2-1



面部不对称,患侧丰满,健侧扁平;如病发生于双侧,自幼得病者,则整个下颌骨发育不良,颞部后缩,形成“鸟面”畸形(图2-3);成年得病者,则畸形不显著,但张口困难。

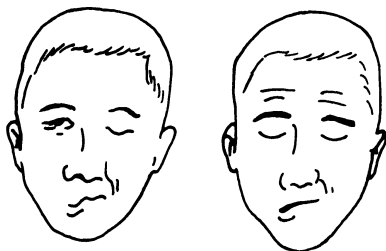


图2-2

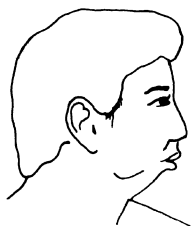


图2-3



图2-4

外伤患者应检查鼻骨有无歪斜或塌陷,鼻部血肿及瘀斑,呼吸道是否有堵塞现象(鼻骨骨折时,局部压痛明显,可触到下陷鼻骨)。两眼有无充血,眶周有无瘀斑及肿胀,视物是否清楚,瞳孔有无散大、缩小或变形,两侧是否对称,对光反射是否存在。若耳漏、鼻漏或咽喉血肿常提示有颅底骨骨折发生。下颌关节脱位的病人,口呈半开状(图2-4),咬合困难。

### 【触诊】

触诊属切诊的范畴,即检查者用手触摸病人体表的一定部位,分辨其寒、温、润、燥、肿、胀、疼痛,并观察病人对按压的反应。

1. 婴儿囟门检查:两手掌分别放在左右颞部,拇指按在额部,用中指和食指检查囟门。正常前囟门可触及与脉搏一致的跳动,囟门与颅骨平齐,稍有紧张感。如前囟隆起,除在小儿哭叫时,多见于高热、颅内出血等颅内压增高的疾病。前囟门应在出生后12~18个月闭合,如迟闭,见于佝偻病等。如前囟凹陷,多见于吐泻后大伤津液的患儿。

2. 张口度测定:张口时,上下颌牙齿之间的距离,相当于自己2~4指三指并拢时末节的宽度。如下颌关节强直,则宽度减小或牙关紧闭。

3. 外伤患者检查:对头部外伤患者,如外观无明显改变要认真细致地触诊,重点要摸清颅骨有无塌陷,特别要注意有皮下血肿者深层是否有骨折存在,有无头皮开放创口,或头皮撕脱伤,有无头皮出血或皮下血肿,其颅骨有无凹陷畸形等。下颌关节脱位时,关节窝空虚,其前方可触到隆起的髁状突(图2-5)。

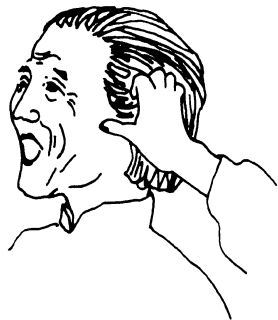


图2-5

## (二) 颈部检查

### 【望诊】

患者宜取坐位,对病情严重不能支撑头部的特殊患者,可卧位检查。由于颈椎疾病多数涉及上肢感觉和运动,所以检查时需要脱去上衣,露出颈部和两侧肩部及上肢,患者两肩放平,两臂下垂,双目前视。

1. 颈部皮肤、软组织:皮肤有无瘢痕、窦道、寒性脓肿(寒性脓肿多为颈椎结核)。高

位者应注意观察咽后壁有无脓肿,低位病变则脓肿多在颈部出现。颈部两侧软组织有无局限性肿胀或隆起。

2. 颈椎的生理前凸是否正常,有无平直或局限性后凸、侧弯、扭转等畸形,如颈椎结核、骨折的患者常出现角状后凸畸形。颈部肌肉有无痉挛或短缩。

3. 颈部有无畸形,颜面是否对称,斜颈患者头部向一侧倾斜,颜面多不对称,一侧胸锁乳突肌明显隆起(图2-6);头轻度前倾位,姿势牵强,多为落枕、颈椎病;颈椎关节紊乱或脱位的患者,下颌偏向一侧,头部不能转动,感觉沉重,需用手扶持头部,加以保护;强直性脊柱炎颈椎强直的患者,垂头驼背,头部旋转不灵,视侧方之物困难,必全身随之转动;颈椎结核椎体破坏较重的患者,头部不能自由转动。

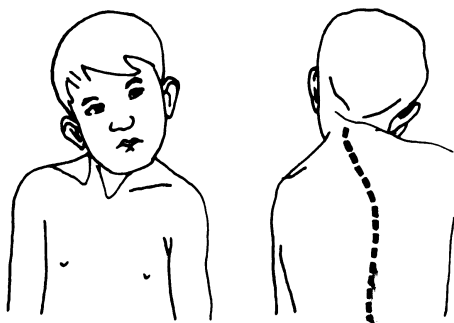


图2-6

**【触诊】**

1. 触诊方法:进行颈部切诊时,嘱患者颈部前屈,检查者用左手扶住前额固定头部,自枕骨粗隆开始向下逐个棘突依次进行触摸,其中第二、六、七颈椎棘突较大,易触摸到。触摸棘突、棘突间隙及两侧肌肉。

2. 主要检查内容:注意检查棘突是否偏歪,压痛是在棘突的中央区还是在两侧,并由轻而重地测定压痛点是位于浅层还是深部,一般浅层压痛多系棘间韧带、棘上韧带或皮下筋膜之疾患。若压痛点在颈椎的横突部位,则表示关节突关节可能有炎症或损伤,如关节突关节紊乱。若在下颈椎棘突旁以及肩胛骨内上角处有压痛,同时向一侧上肢有放射性疼痛,多为颈椎病。在棘间韧带或项肌有压痛,可能为扭伤或“落枕”(图2-7)。若在锁骨上方,颈外侧三角区有压痛,可能有颈肌筋膜炎。落枕、颈椎病患者,常可在颈项部触摸到肌肉强硬痉挛。对于颈椎后凸畸形的病例,触摸时不宜用力过重,如怀疑为颈椎结核时,应配合检查咽后壁,以观察有无咽后壁脓肿形成。颈椎棘突连线上若触摸到硬结或条索状物,可能为项韧带钙化。

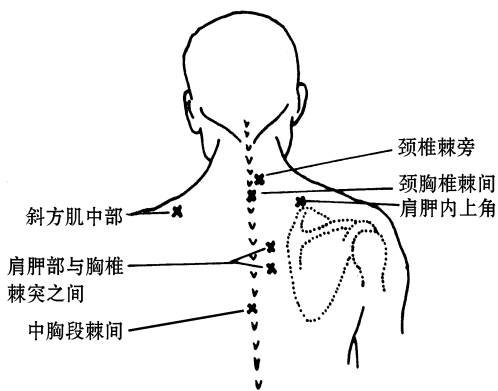


图2-7

**【动诊】**

颈部运动检查时,嘱患者坐位,头正直,固定双肩,使躯干不参与颈椎的运动,然后再做各方向活动(图2-8)。

1. 屈伸运动:嘱患者头尽量前倾,正常时下颌可以触到胸部,大约为 $35^{\circ} \sim 45^{\circ}$ ;检查后伸时,嘱患者头尽量后仰,正常时大约为 $35^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 。

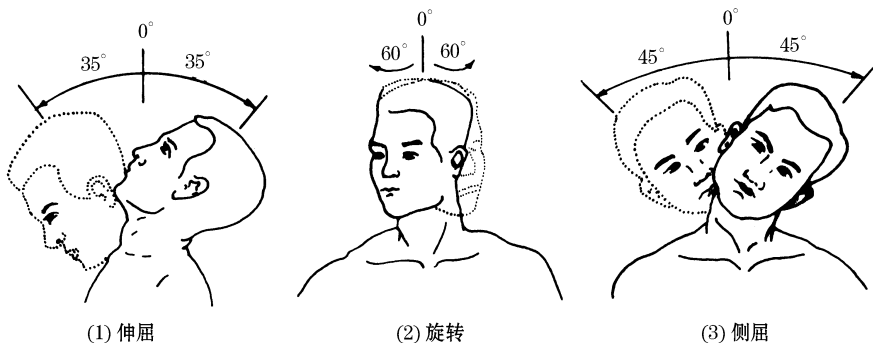


图 2-8 颈部运动检查

2. 旋转运动:嘱患者向一侧转动头部,正常时下颌几乎可以触及同侧肩部,大约  $60^{\circ} \sim 80^{\circ}$ ,然后再转向对侧,双侧对比。

3. 侧弯运动:嘱患者将耳朵向肩部靠近,正常时头部可倾斜  $45^{\circ}$ 。

注意:检查时重点观察运动是否自如,有无运动障碍,要排除代偿动作。对颈椎骨折脱位者,不要做运动检查,防止造成脊髓损伤。

#### 【特殊检查】

1. 椎间孔挤压试验(图 2-9):患者坐位,检查者双手交叉置于患者头顶,并控制颈椎在不同的角度下(如使头部后伸并向患侧倾斜)进行按压。如出现颈部疼痛或上肢放射痛,即为阳性反应。挤压试验的机理在于使椎间孔缩小,加重对颈神经根的刺激,故出现疼痛或放射痛。

2. 叩顶试验:患者正坐,检查者用拳隔手掌叩击患者的头部,如引起上肢串痛和麻木感,提示颈神经根受压,多为颈椎病,颈椎间盘突出症。

3. 分离试验:患者正坐位,检查者两手分别托住患者下颌和枕部,向上牵拉。如患者能感到颈部和上肢疼痛减轻,即为阳性。分离试验的机理是拉开并扩大狭窄的椎间孔,舒展小关节囊,减轻对神经根的挤压和刺激,使疼痛减轻。用于颈椎病、颈椎间盘突出症的检查。

4. 臂丛神经牵拉试验(图 2-10):患者坐位,头微屈,检查者立于患侧,一手置患侧头部,另一手握患腕做反向牵引,此时牵拉臂丛神经,若患肢出现串痛麻木,则为阳性,提示臂丛神经受压,临床多见于神经根型颈椎病。

5. 超外展试验(图 2-11):患者站立或坐位,将患肢被动地从侧方外展高举过头,若桡动脉脉搏减弱或消失,即为阳性。用于检查锁骨下动脉是否被喙突及胸小肌压迫,如有压迫,即为超外展综合征。

6. 呼吸试验:患者端坐,两手置于膝部,先比较两侧桡动脉搏动力量,然后让患者尽力后伸颈部做深吸气,并将头转向患侧,同时下压肩部,再比较两侧脉搏或血压,往往患侧

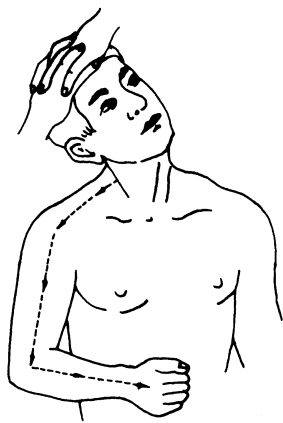


图 2-9 挤压试验



图 2-10 臂丛神经牵拉试验

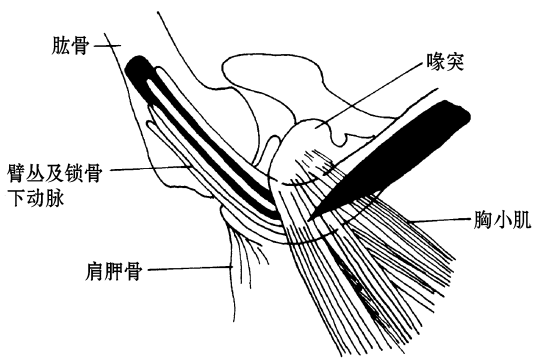


图 2-11 超外展综合征

脉搏减弱或消失、疼痛加重。相反，抬高肩部，头面转向前方，则脉搏恢复，疼痛缓解。主要用于检查有无颈肋和前斜角肌综合征。

7. 颈静脉压迫试验：病人平卧，检查者双手按压其双侧颈静脉，同时嘱患者屏住呼吸，使静脉回流减慢，产生一时性颅压升高，若下肢疼痛加重为阳性，提示脊神经根受压。

## 二、胸腹部检查

### (一) 胸部检查

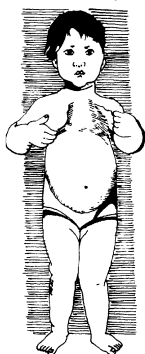
#### 【望诊】

1. 皮肤、软组织：胸部望诊须广泛显露胸廓，注意胸部皮肤有无红肿、包块及皮下青筋暴露。如乳腺炎患者，其乳房红肿变硬，有明显压痛，且多伴有发热。

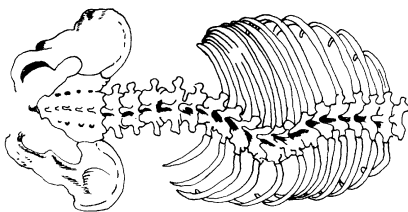
2. 胸廓形态：应注意胸廓的形态。桶状胸多见于肺气肿及支气管哮喘患者，整个胸廓表现为高度扩大，尤其是前后径扩大，外形象桶状(图 2-12-(1))。鸡胸见于佝偻病，表现为胸骨(尤其是下部)显著前突，胸廓的前后径扩大，横径缩小(图 2-12-(2))。胸廓形态变化尚可由脊柱畸形引起，如脊柱结核等疾患造成的脊柱后凸，可使胸部变短，肋骨互相接近或重叠，胸廓牵向脊柱(图 2-12-(3))；如发育畸形、脊柱的某些疾患或



(1) 桶状胸



(2) 鸡胸



(3) 脊柱侧凸引起的胸廓畸形

图 2-12 胸廓畸形

脊柱旁一侧肌肉麻痹,使脊柱侧凸,脊柱突起的一侧胸廓膨隆,肋间隙加宽,而另一侧胸廓变平,肋骨互相接近或重叠,两肩不等高。在肋软骨部,如有局限性高凸,皮色不变,质硬无移动,多是肋软骨炎;如发生在胸壁浅层,质软有波动,则为胸壁结核或局限性脓肿。

3. 外伤患者检查:应注意观察胸式呼吸是否存在,胸部创伤的患者为减轻疼痛,多采用腹式呼吸。此外,多发性双侧肋骨骨折患者,胸部可明显塌陷,形成槌枷胸而出现反常呼吸。

### 【触诊】

1. 压痛点:一般而言,内脏病变按照该脏器的解剖位置,在相应的体表上有疼痛反应及压痛。检查时可令患者指出疼痛的大致部位,以便有的放矢。

2. 外伤患者检查:胸壁有皮下气肿时,用手按压可有握雪感或捻发音,多因胸部外伤后,致肺或气管破裂,气体逸至皮下所致。检查肋骨骨折时,检查者用食指和中指分别置于肋骨两侧,顺着肋骨的走行方向,从后向前下方滑移并仔细触摸,骨折如有移位,能触及骨折断端和压痛,骨折移位不明显时,则可能仅有压痛。

### 【特殊检查】

胸廓挤压试验(图2-13):用于诊断肋骨骨折和胸肋关节脱位。检查分两步:先进行前后挤压,检查者一手扶住后背部,另一手从前面推压胸骨部,使之产生前后挤压力,如有肋骨骨折时,则骨折处有明显疼痛感或出现骨擦音;再行侧方挤压,用两手分别放置胸廓两侧,向中间用力挤压,如有骨折或胸肋关节脱位,则在损伤处出现疼痛反应。



图2-13 胸廓挤压试验

## (二) 腹部检查

### 【望诊】

1. 腹部疾病:站立时如见上腹部凹陷,而脐部及下腹部隆起,多为胃下垂患者。正常腹部不能看到蠕动波,仅极度消瘦者因腹壁较薄而可能看到。幽门梗阻或肠梗阻时,则出现明显的胃或肠蠕动波,且常伴有胃型或肠型。腹部青筋暴露(静脉曲张),伴有腹水、脾肿大者,多为肝病所致的门脉高压症;小儿骨瘦如柴,腹大如鼓,并见青筋暴露,多为积积。

2. 外伤患者检查:对有外伤史的患者,应重点观察腹部有无膨隆,有无局限性包块,腹式呼吸是否存在,局部有无瘀血。此外还要区分损伤在上腹部还是下腹部,骨盆骨折时常出现下腹部血肿和瘀斑。

### 【触诊】

1. 压痛点:阑尾炎压痛点,即麦克伯尼(McBurney)氏点,在右髂前上棘与脐连线的中、外1/3交界处。阑尾炎发作时,阑尾穴(足三里直下2寸)常有压痛或酸胀感,以右侧较明显。胆囊炎压痛点(胆囊点),在右季肋缘与腹直肌右缘的交角处。检查时用四指或拇指压住胆囊点,嘱患者深吸气,当胆囊下移时,碰到手指感到剧痛而突然屏气,即为胆囊压痛试验阳性。胆道蛔虫患者压痛点,在剑突下二指再向右旁开二指处有明显压痛,此为胆总管压痛点。胃溃疡压痛区在上腹部正中或偏左,范围较广;十二指肠溃疡压痛区在上

腹部偏右,常有明显的局限压痛点。胃肠穿孔等急性腹膜炎患者,腹肌紧张。全腹压痛及反跳痛,为腹膜刺激征。触诊时,腹肌紧张程度往往呈“木板样”,称为板状腹。

2. 外伤患者检查:腹部触诊检查重点应注意脏器损伤,无论是肝脾损伤或是空腔脏器损伤,均有明显的腹肌紧张。先触摸肝区、脾区有无压痛;肝浊音界是否消失,有无移动性浊音;肠鸣音是否存在,以及有无亢进或减弱。其他部位触痛应注意有无膀胱损伤、尿道损伤、肾实质损伤等。结合全身情况尽早判断有无活动性出血。如触及腹腔肿物,除创伤血肿外,临床与骨伤科有关的最常见者为腰椎结核寒性脓肿和椎体肿瘤。触诊时还要摸清肿物大小、边界软硬程度、表面光滑度、有无波动、移动度,触痛反应敏感程度等均应仔细区别,以便判断损伤性质。

### 【特殊检查】

腹壁反射:患者仰卧,下肢屈曲,放松腹肌,检查者用钝尖物由外向内,轻而迅速地划其两侧季肋部、脐平面和髂部腹壁皮肤。正常时可见到腹肌收缩。上腹壁反射中心在胸髓7~8;中腹壁反射中心在胸髓9~10;下腹壁反射中心在胸髓11~12。一侧腹壁反射消失见于锥体束损害,某一水平的腹壁反射消失提示相应的周围神经和脊髓损害。

## 三、腰背、骨盆部检查

### (一)腰背部检查

#### 【望诊】

1. 骨性标志及生理弯曲(图2-14):先让患者裸露上身,下部显露出两侧髂嵴。患者直立,背向检查者,头胸部挺直,目向前视,两手下垂,双足并拢。要全面观察患者体形、生理力线和生理曲线。检查者首先从后面观察腰背部骨性标志:正常时两肩平行对称,两肩胛骨内角与第三胸椎棘突同一水平。两肩胛骨下角与第七胸椎棘突同一水平。所有胸腰椎棘突都在背部正中线上,即自枕骨结节至第一骶椎棘突连线上。两髂嵴连线与第四腰椎棘突同一水平。然后从侧面观察腰背部生理弯曲,胸椎正常生理向后弯曲度和腰椎向前弯曲度是否存在,一般青年人胸椎生理后曲较小,而腰椎生理前曲较大。老年人则胸椎后曲度较大,而腰椎生理前曲较小。检查时必须认真观察,注意发现异常改变。

#### 2. 异常弯曲

(1) 后突畸形:胸椎后凸畸形分弧形后凸(即圆背畸形)和角状后凸(即驼背畸形)。由于个体差异很大,应具体分析是否是病态。弧形后凸畸形的发生,都是由于多个椎体病变所形成的,如青年性椎软骨病、类风湿性脊柱炎、老年性骨质疏松症等。角状后凸畸形多是由于单个椎体或2~3个椎体病变所形成(图2-15),如椎体压缩性骨折、脱位、椎体结核和肿瘤骨质破坏等。

临床还常见腰椎生理前凸增大,表现为臀部明显向后凸起,躯干向后仰,这多数是由于骨盆前倾的缘故,如水平骶椎、下腰椎滑脱、小儿双侧先天性髋关节脱位(图2-16)等。在这种姿势下,畸形就会显得明显。

(2) 侧弯畸形(图2-17):从后面观察,脊柱在额状面上应为一条直线,若有左右侧弯,称为侧弯畸形。检查时注意原发性侧弯是发生在胸部或是腰部,侧弯凸向何侧,该侧

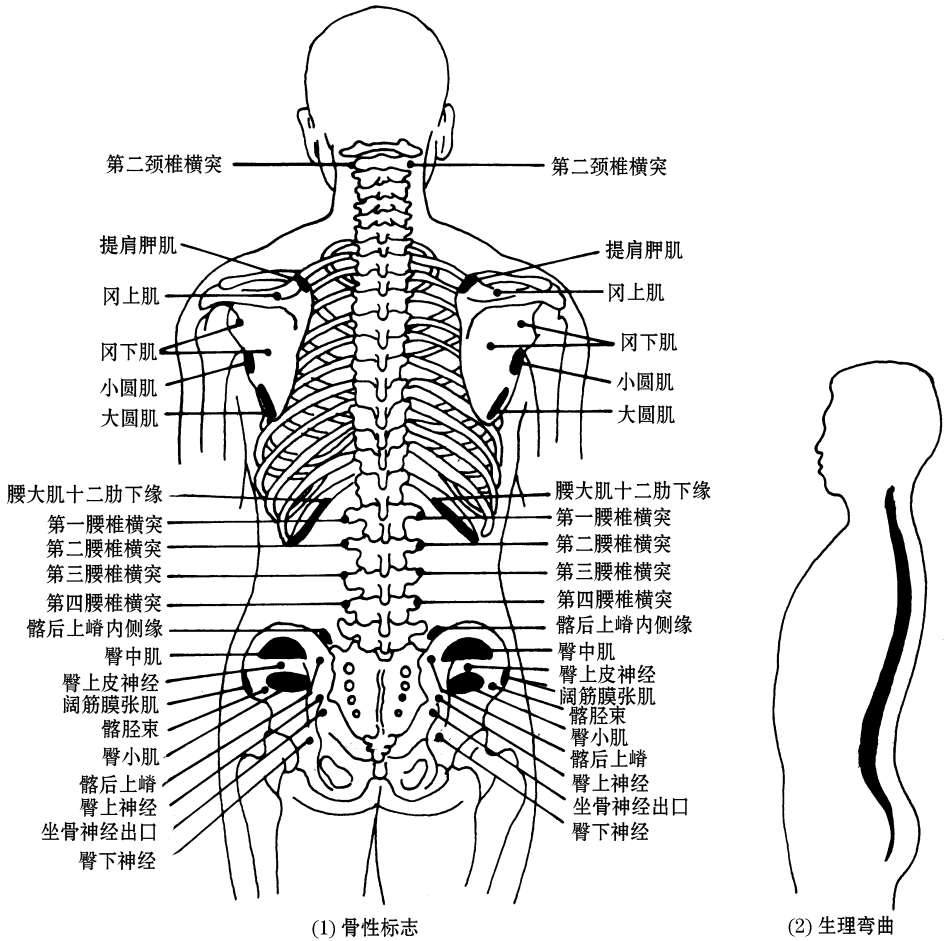


图 2-14 骨性标志及脊柱生理弯曲

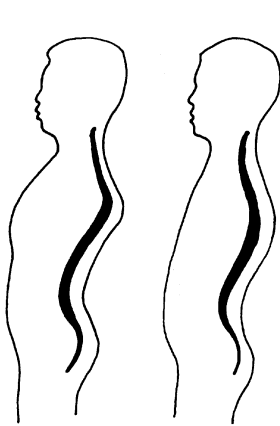


图 2-15 胸椎后突畸形



图 2-16 小儿双侧先天性髋关节脱位

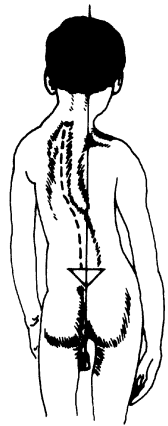


图 2-17 脊柱侧弯畸形

之胸椎有无畸形,是否向后隆突。若侧弯畸形不明显时,可让患者向前弯腰,两上肢交叉置于胸前,双手放于对侧肩上,这种姿势可充分显露侧弯畸形。很多原因都可以引起脊椎侧弯,如姿势不良、下肢不等长、肩部畸形、腰椎间盘突出症、小儿麻痹后遗症及慢性胸腔或胸廓病变等,故侧弯畸形是某一种疾病的体征或后遗症,而并非某一种疾病。下腰椎如果出现侧弯,要鉴别是原发性侧弯还是代偿性侧弯。胸椎出现侧弯畸形时,下腰椎可发生代偿性侧弯。而原发性下腰椎侧弯则多见于腰椎间盘突出症。

根据脊柱的解剖结构是否发生改变,脊柱侧弯分为功能性和结构性两类:功能性脊柱侧弯本身无结构性异常,这类凸出为可逆性的,可用下述方法鉴别之:卧位时侧弯消失者为功能性侧弯;令患者双手悬垂于单杠之上,脊柱侧弯消失者为功能性侧弯;脊柱前屈试验,当患者脊柱前屈时,功能性侧弯可以消失,而结构性侧弯则依然存在(图2-18)。

鉴别二者的临床意义在于:结构性侧弯由于椎骨、韧带、椎间盘、神经或肌肉等组织结构产生病变,为不可逆性,不能用改变姿势体位的办法纠正。此类侧弯较重,曲度皆较固定,侧弯凸侧脊柱旋转突出,脊柱前屈时更加明显,严重的侧弯往往伴有胸廓畸形。

3. 皮肤色泽:腰背部望诊还要注意皮肤颜色、汗毛和局部软组织肿胀情况。如腰背部不同形状的咖啡色斑点,反映了神经纤维瘤或纤维异样增殖症的存在;腰骶部汗毛过长、皮肤色浓,多有先天性骶椎裂;腰部中线软组织肿胀,多为硬脊膜膨出;一侧腰三角区肿胀,多为流注脓肿。

### 【动诊】

脊柱运动的个体性差异很大,一般来说,运动范围朝着年龄增长而减小。不同职业的人,运动范围也不相同,如体操运动员、杂技演员等脊椎活动范围较普通人大,故此类患者在活动轻度受限时,往往在正常活动范围,须注意鉴别。在脊柱不同节段,活动度也有差异,主要与小关节的排列方向有关,胸椎小关节突过长,且为冠状位关节面,同时又受肋骨的影响,故活动度最小,而腰椎近似矢状位关节面,故活动度较大。胸腰段脊椎运动有四种类型(图2-19)。

1. 前屈运动:检查时患者取直立位,嘱患者先低头,然后向前作缓慢弯腰运动,检查者要密切观察脊柱每个棘突的移动,看是否有节律地逐渐形成均匀弧形;是否有骶棘肌紧张或痉挛现象;骨盆是否出现代偿性前倾;前屈运动有无障碍。正常腰椎前屈可达 $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 。如不易测算,也可测手指和足趾间距离,即双手指伸直,中指与足趾间距离。

2. 后伸运动:检查者一手扶住患者骨盆,一手扶住其肩部,防止骨盆前移和下肢弯曲而形成躯干后仰,代替脊柱后伸运动。协助患者作脊柱后伸运动,先让患者向后仰头,再缓慢地使脊柱向后作过伸运动,正常者可达 $30^{\circ}$ 。同时检查者要仔细观察每个节段的变化情况,注意发生疼痛反应和运动障碍的部位,以便分析定位。

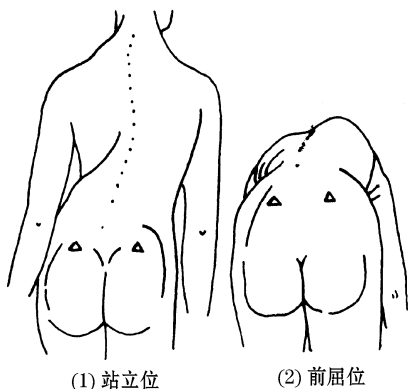


图2-18 脊柱前屈试验



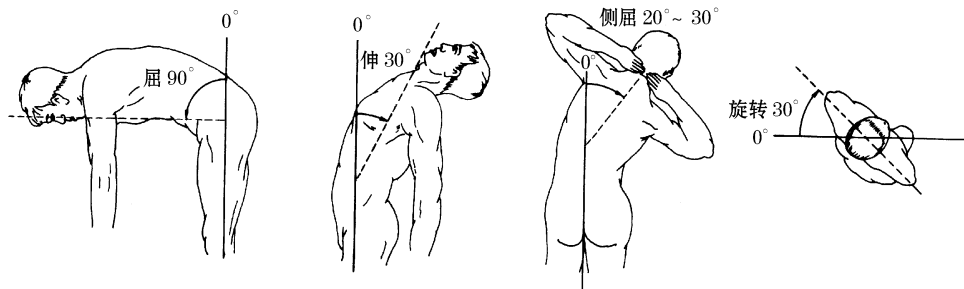


图 2-19 胸腰段脊柱运动检查

3. 侧弯运动:患者取直立姿势,检查者双手固定其骨盆,防止左右倾斜。然后让患者作头胸向侧方弯曲运动,观察有何异常表现、障碍程度,并作双侧对比,正常侧弯可达 $20^{\circ}$ ~ $30^{\circ}$ 。

4. 旋转运动:检查者双手固定患者两侧髂骨翼,保持骨盆平衡,然后嘱患者作左右躯干旋转,注意观察运动范围,并两侧对比,正常者可达 $30^{\circ}$ 。出现运动障碍或有疼痛反应均属异常。

腰椎病变活动时,可使行走步态失去正常姿势,同时双上肢前后摆动也不自然,通过对各种不正常步态的观察,可判断腰椎有无病变及其病变性质。

### 【触诊】

腰背部触诊主要是触摸、叩击腰背部,通过寻找、分析压痛点来判断病变。

1. 触摸棘突:检查者将中指置于棘突尖上,食指、无名指放于棘突两侧,自上而下滑行触摸,注意棘突有无异常隆起或凹陷,棘突间隙是否相等,棘突、棘上韧带及棘间韧带有无增厚肿胀及压痛,棘突的排列是否在同一条直线上,有无侧弯或棘突偏歪。

2. 寻找压痛点:自上而下依序按压棘突、棘间韧带、腰骶关节、关节突关节、横突、椎旁肌、骶髂关节等来寻找并记录压痛点的部位及深浅,压痛点往往是病变或损伤组织的部位。浅表压痛说明病变浅在,多为棘上、棘间韧带、筋膜、肌肉的损伤;深压痛表明可能系椎体或附件有病变或损伤,如横突骨折或横突间韧带撕裂伤的患者,多在骶棘肌外缘局部有深压痛。第三腰椎横突综合征,在横突尖部有明显的深在压痛,并有时沿臀上皮神经向臀部放散。腰4~5椎间盘突出患者,腰4~5椎板间线的部位有明显的深在压痛并向患侧下肢放射至足。中线部位有深在压痛,可能有椎体结核或椎体骨折(图2-20)

3. 肌肉痉挛:检查时患者俯卧位,放松全身肌肉。触摸椎旁肌肉有无痉挛。肌肉痉挛者往往提示局部软组织

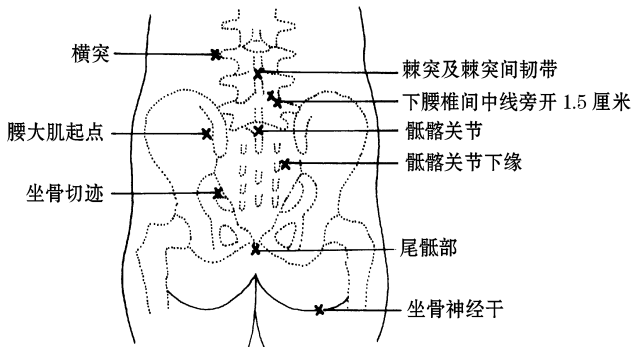


图 2-20 腰部常见压痛点

织损伤或有骨折、脱位等,但亦可继发于他处病损出现保护性肌痉挛。

4. 叩击检查:患者俯卧位,检查者用手指或叩诊锤,以适当的力量,从第7颈椎至骶椎依次叩击各个棘突,注意有无深部叩击痛、放射痛及其叩痛部位。

**【特殊检查】**

1. 拾物试验:本试验主要用于判断小儿脊柱前屈功能有无障碍。当小儿不配合检查时,常用此方法检查。置一物于地面,嘱患儿拾起,注意观察患儿的取物动作和姿势。正常时,应直立弯腰伸手拾起。当脊柱有病变,腰不能前屈时,患儿则屈髋屈膝、腰部板直,扶住腰部下蹲,用另一手拾起该物。此为拾物试验阳性(图2-21)。

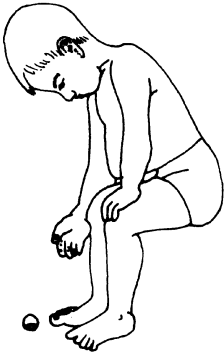


图2-21 拾物试验

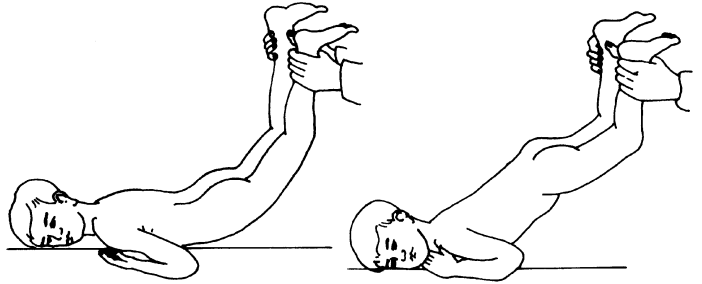


图2-22 俯卧背伸试验

2. 俯卧背伸试验:用于检查婴幼儿脊柱是否有保护性僵硬或脊柱病变,患儿俯卧,两下肢伸直并拢,检查者提起其双足,使腰部过伸。正常脊柱呈弧形后伸状态。有病变者则大腿和骨盆与腹壁同时离开床面,脊柱是强直状态(图2-22)。

3. 髋膝屈曲试验:又称骨盆回旋试验。主要用于检查腰骶部疾患。患者仰卧,双腿并拢,令其尽量屈膝、屈髋,检查者双手扶住膝部用力按压,使大腿贴近腹壁,这时腰骶部呈被动屈曲状态,如有病变则腰骶部出现疼痛反应即为阳性(图2-23)。

凡是腰痛的患者,特别是同时伴有病侧下肢后侧放射痛者,应常规做坐骨神经特殊检查,常用如下试验方法:

1. 直腿抬高试验(Lasegue征)及加强试验(Braggard征):患者仰卧,检查者一手握患者足部,另一手保持关节在伸直位,将两下肢分别作直腿抬高动作(图2-24)。正常时,

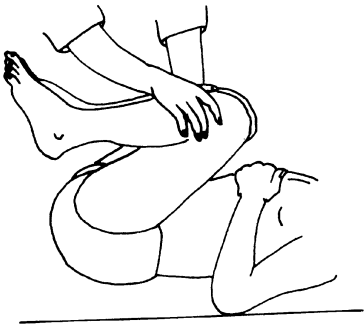


图2-23 腰骶关节试验

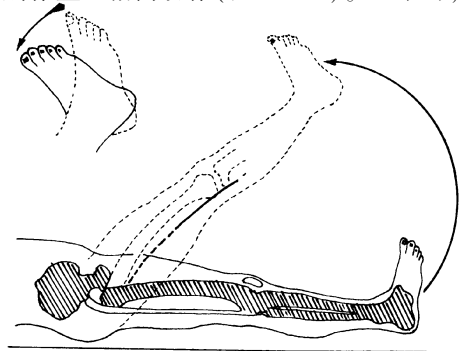


图2-24 直腿抬高及加强试验

两下肢同样能抬高 $80^{\circ}$ 以上,除稍窝部有紧张感外,并无疼痛或其他不适。若一侧下肢或双下肢抬高幅度降低,不能继续抬高,同时伴有下肢放射性疼痛则为直腿抬高试验阳性。应记录其抬高的度数。当直腿抬高到最大限度的角度时将足踝背伸,如引起患肢放射疼痛加剧者,即为加强试验阳性。借此可区别由于髂胫束、腘绳肌或膝关节后关节囊紧张所造成的直腿抬高受限。因为背伸踝关节只加剧坐骨神经及小腿腓肠肌的紧张,对小腿以上的肌筋膜无影响。

2. 健侧直腿抬高试验:检查健侧腿直腿抬高试验时,如引发患肢坐骨神经放射性疼痛者,为阳性,见于较大的腰椎间盘突出症,或中央型腰椎间盘突出症。

3. 坐位屈颈试验:患者取坐位或半坐位,两腿伸直,使坐骨神经处于紧张状态,然后被动或自动向前屈颈(图2-25),如出现患肢疼痛即为阳性。

股神经由腰2、3、4神经根汇集而成,所以腰部疾患也常导致该神经受损,临床常用下列几项特殊检查:

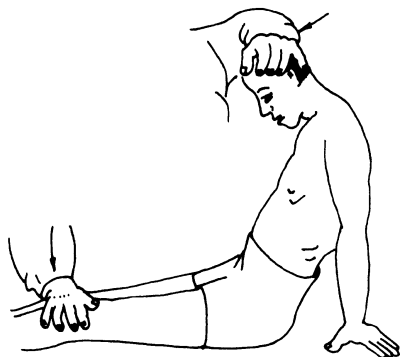


图2-25 坐位屈颈试验

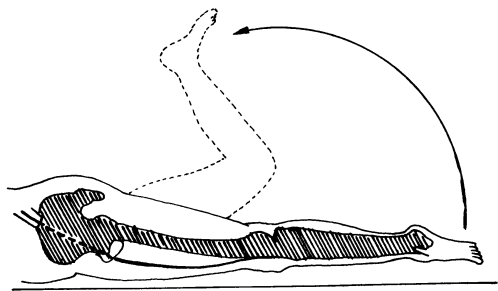


图2-26 股神经牵拉试验

1. 股神经紧张试验:患者俯卧,检查者一手固定患者骨盆,另一手握患肢小腿下端,膝关节伸直或屈曲,将大腿强力后伸(图2-26),如出现大腿前方放射样疼痛,即为阳性,表示有股神经受压。

2. 屈膝试验:又称跟臀试验。患者俯卧位,两下肢伸直。检查者一手按住其骶髂部,另一手握患侧踝部,并将小腿抬起使膝关节逐渐屈曲,使足跟接近臀部(图2-27)。若出现腰部和大腿前侧放射性痛,即为阳性,提示股神经损害,并可据疼痛的起始位置以判断其受损的部位。

## (二) 骨盆部检查

### 【望诊】

检查时一般采取卧位,先观察前面,两侧髂前上棘是否在同一水平线上,有无骨盆倾斜(图2-28)、腰椎侧弯、骨盆骨折移位(陈旧性)、髋关节疼痛以及双下肢不等长均可造成骨盆倾斜,必须仔细观察。此外骨盆环骨折还可出现严重血肿和瘀斑。从后面观察,注意两髂后上棘是否在同一高度,如果向上移位或向后突出,则多是髋关节错位。

### 【触诊】

1. 骨性标志:临床多采用卧位检查,先触及两侧髂前上棘,用来作为触摸其他部位的

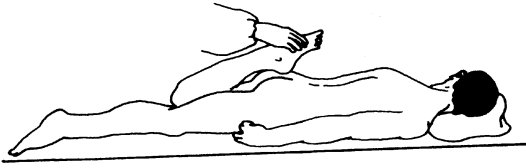


图 2-27 屈膝试验

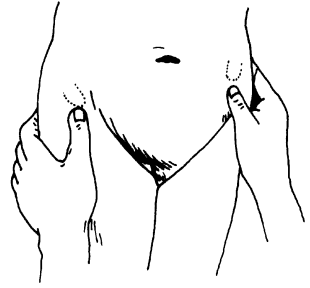


图 2-28 站立位检查两髌前上棘的高低

骨性标志,尤其对肥胖人要认真摸清楚。

2. 压痛及意义:耻骨部位如有压痛,外伤患者多有骨折存在,否则要注意骨肿瘤等骨病存在;外伤后耻骨联合部压痛,且间隙增宽,可能为耻骨联合分离;若无外伤史,见于耻骨联合软骨炎,后耻骨联合结核;髂嵴外缘压痛,多数是臀筋膜炎或臀上皮神经痛;如骶骨背面有广泛压痛,多为骶棘肌起始部筋膜损伤;骶髂关节部压痛,临床多见于骶髂关节炎、骶髂关节扭伤、结核、松动症或早期类风湿;在臀大肌触到纤维条索,则是臀大肌挛缩,或是臀筋膜炎;坐骨结节部压痛常是坐骨结节滑囊炎或坐骨结节结核;骶尾关节部压痛,则是骶尾部挫伤,骶骨下端骨折或尾骨骨折、脱位。上述各压痛点须结合临床病史分析判断。

### 【特殊检查】

1. 骨盆挤压试验:用于诊断骨盆骨折和骶髂关节病变。患者仰卧位,检查者两手分别放于髂骨翼两侧,两手同时向中线挤压,如有骨折则会发生疼痛,称骨盆挤压试验阳性(图 2-29)。或嘱患者采取侧卧位,检查者双手放于上侧髂骨部,向下按压,后法多用于检查骶髂关节病变。

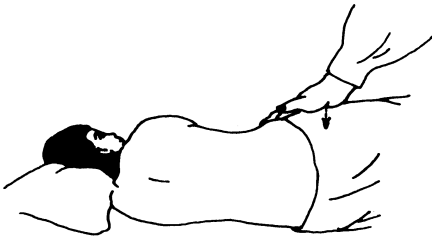


图 2-29 骨盆挤压试验(侧卧位)

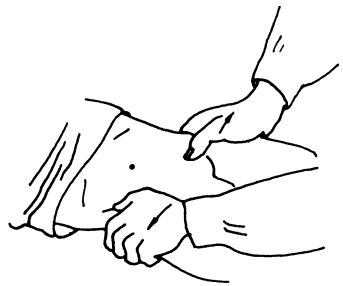


图 2-30 骨盆分离试验(仰卧位)

2. 骨盆分离试验:多用于检查骨盆骨折及骶髂关节病变。患者仰卧位,检查者两手分别置于两侧髌前上棘部,两手同时向外推按髌骨翼,使之向两侧分开。如有骨盆骨折或骶髂关节病变,则局部发生疼痛反应,称为骨盆分离试验阳性(图 2-30)。

3. 斜扳试验:用于诊断骶髂关节病变,患者取仰卧位,健侧腿伸直,患侧腿屈髋、屈膝各 90°,检查者一手扶住膝部,一手按住同侧肩部,然后用力使大腿内收,向下按在膝部,如骶髂关节发生疼痛为阳性(图 2-31)。

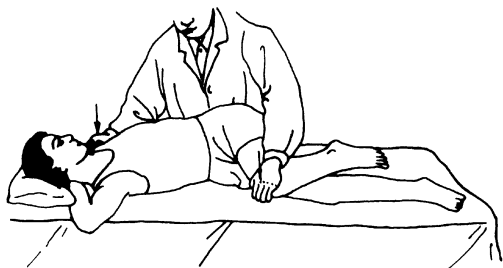


图 2-31 斜扳试验

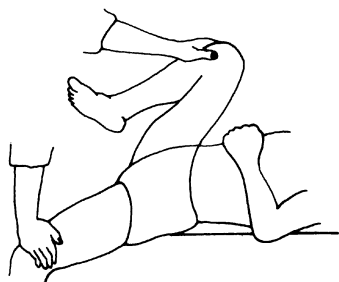


图 2-32 床边试验

4. 床边试验:用于检查骶髂关节病变,患者平卧,患侧臀部置于床边,健侧腿尽量屈膝、屈髋,检查者用手按住膝部,使大腿靠近腹壁,另一手将患腿移至床边外,用力向下按压使之过度后伸,使骨盆沿着横轴旋转,如骶髂关节发生疼痛则为试验阳性(图 2-32)。

5. 单髋后伸试验:又称尤门征(Yeomen 征)。用于检查骶髂关节病变,患者取俯卧位,两下肢并拢伸直,检查者一手按住骶骨中央部,另一手肘部托住患侧大腿下部,用力向上抬起患肢,使之过度后伸,如骶髂关节疼痛则为阳性(图 2-33)。



图 2-33 单髋后伸试验

## 四、上部检查

### (一) 肩部检查

由于神经反射的原因,临床上某些内脏疾病表现为体表某些区域的疼痛,因此遇到肩部疼痛的病人,首先要排除因内脏疾病而引起的疼痛。如左肩疼痛要排除心脏疾病;右肩疼痛要排除肝胆疾病。另外,有些肩痛是由于颈椎病而引起的,称之为“颈肩综合征”。所以对肩部疼痛进行整体检查是十分必要的。

#### 【望诊】

肩部望诊时,双肩必须同时裸露,以便对比检查。

1. 肿胀:观察肩部肿胀时,要注意其皮肤颜色情况,肩部有无窦道、肿块及静脉怒张,对比两侧三角肌的形态,判断有无萎缩。任何一种较严重的肩部外伤,均可能引起不同程度的肩部肿胀,如挫伤、牵拉伤、腱袖破裂等筋腱损伤;肩部骨折脱位时,肿胀更为严重,如肱骨外科颈骨折、大结节骨折等。急性化脓性肩关节炎,肩部肿胀而且局部灼热,触痛敏感。肩锁关节脱位,肿胀在肩上部。锁骨骨折肿胀在肩前部,锁骨上窝饱满。

2. 畸形:要观察双肩部是否对称、是否在同一水平,同侧肩胛骨内线与中线的距离是否相等。锁骨骨折、肩关节脱位等损伤时,患者为缓解肌肉牵拉性疼痛,肩部往往向患侧倾斜。此外,臂丛神经损伤或偏瘫造成的肩部肌肉麻痹,也会出现垂肩畸形。肩关节脱位时,肩峰异常突出而出现“方肩”畸形。肩部肌肉萎缩和腋神经麻痹,可致肩关节发生半脱位,而出现“方肩”畸形〔图 2-34-(1)〕。先天性高位肩胛症出现肩胛高耸〔图 2-

34-(2)],如为双侧则出现颈部短缩畸形。前锯肌麻痹致肩胛胸壁关节松动,肩胛骨向后凸起,如累及双侧则称为“翼状肩胛”。但要注意与脊柱侧弯而引起的肩胛骨后凸畸形相鉴别。

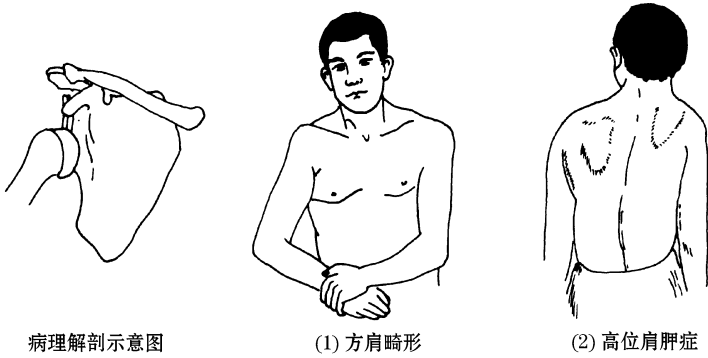


图 2-34 方肩畸形及高位肩胛症

3. 肩部肌肉萎缩:多出现在疾病的晚期,肩部骨折长期固定,肌肉可出现废用性肌萎缩。如有神经损伤而肌肉麻痹,失去运动功能,则出现神经性肌萎缩。肩关节化脓性炎症、结核、肩关节周围炎、肩部肿瘤等疾病,肩关节运动受限,也往往出现肌肉萎缩,检查时要认真进行两侧对比。

**【动诊】**

患者取站立位,检查者立于被检查者一侧(图 2-35)。

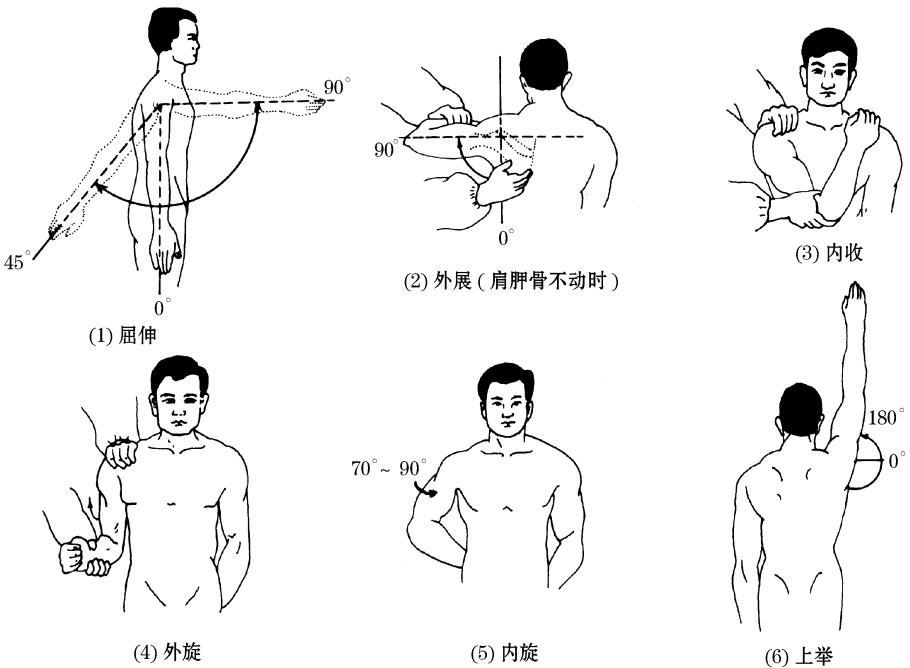


图 2-35 肩关节运动检查

1. 前屈运动:正常可达 $90^{\circ}$ ,检查时一手固定患侧肩部嘱其向前抬起上肢,参与前屈运动的主要肌肉是三角肌前部和喙肱肌。

2. 后伸运动:正常可达 $45^{\circ}$ ,检查时嘱患者将上肢后伸,参与后伸运动的主要肌肉是背阔肌和大圆肌。

3. 外展运动:正常可达 $90^{\circ}$ ,检查时嘱患者屈肘 $90^{\circ}$ ,然后作上臂外展运动,参与外展运动的主要肌肉是三角肌和冈上肌。

4. 内收运动:正常可达 $45^{\circ}$ ,检查时嘱患者屈肘,上臂置胸前向内移动,参与内收运动的主要肌肉是胸大肌。

5. 外旋运动:正常可达 $30^{\circ}$ ,检查时嘱患者屈肘 $90^{\circ}$ ,检查者一手扶肘部,一手扶腕部,使上臂作外旋动作,参与外旋运动主要肌肉是冈下肌和小圆肌。

6. 内旋运动:正常可达 $80^{\circ}$ ,检查时屈肘 $90^{\circ}$ ,前臂内收到胸前,或将前臂绕到背部摸到对侧肩胛下角为正常,参与内旋运动主要肌肉是肩胛下肌和背阔肌。

7. 上臂上举:是肩部所特有的运动。进行上举动作上臂可以沿着冠状面举起或者矢状面举起。在沿冠状面举起的过程中,肱骨头必须随之发生相应的外旋,沿矢状面举起的过程中,则须发生相应的内旋,因此肱骨头外旋或内旋运动的限制,会影响上举动作的完成。上举是一个比较复杂的动作,能够完成此动作就说明肩部功能基本良好。

8. 环转运动:即上臂以肩肱关节为中心作划圈动作。环转运动可以沿着冠状面、矢状面及横断面任何一个面进行。

### 【触诊】

1. 骨性标志:肩部触诊要重点触摸其骨性标志,肩峰、大结节、喙突三点组成三角形,称肩三角。肩峰在肩外侧最高点骨性突出处;其下方的骨性高突处为肱骨大结节;肩峰前方为锁骨外侧端;锁骨外、中 $1/3$ 交界处的下方一横指、肱骨头内上方为喙突。

2. 压痛点(图2-36):上述骨性标志往往是临床疾病的常见压痛点。如肩关节周围炎,其压痛点多在肱骨大、小结节间沟、喙突和冈上窝部,后期形成广泛性粘连而功能发生障碍;肱二头肌长头肌腱炎压痛点多局限于结节间沟,且可触及增粗长头腱;肱二头肌短头肌腱炎,压痛点多局限于喙突;三角肌下滑囊炎,则压痛广泛,但主要位于三角肌区;冈上肌腱炎或冈上肌腱断裂,压痛位于肱骨大结节尖顶部。肩背部肌筋膜炎,可在背部肩胛骨周围,触及多个压痛点和结节。

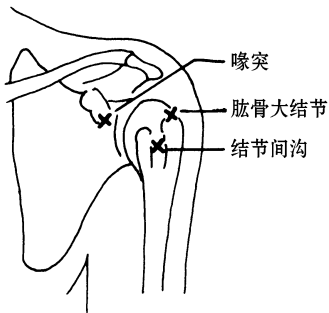


图2-36 肩部常见压痛点

3. 外伤患者检查:触诊尚可用于骨折或脱位的诊断,如锁骨位于皮下,骨折后容易触知,骨折有移位时尚能触及骨擦音和异常活动。肩关节脱位时,肩三角关系改变,并可在肩峰下方触到明显凹陷和空虚感,在腋窝部或肩前方能触到肱骨头。肩锁关节脱位时,在锁骨外端触到突起的骨端,向下按压时,有琴键样弹跳感,并有明显压痛。

### 【特殊检查】

1. 搭肩试验(图2-37):又称杜加(Dugas)氏征、肩肘胸试验。患者屈肘,如手能搭

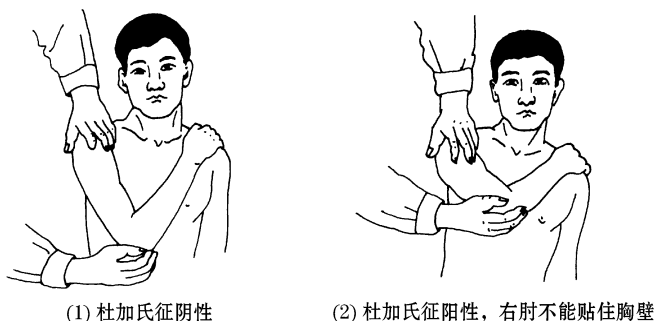


图 2-37 搭肩试验

到对侧肩部的同时,肘部能贴近胸壁为正常,若患者不能完成上述动作,或仅能完成两动作之一者为阳性,提示有肩关节脱位的可能。

2. 直尺试验:正常人肩峰位于肱骨外上髁与肱骨大结节连线之内侧。检查者用直尺边缘贴于患者上臂外侧,一端贴肱骨外上髁,另一端能与肩峰接触则为阳性,提示有肩关节脱位。

3. 肱二头肌抗阻力试验:又称叶加森(Yergason)氏试验。患者屈肘 $90^\circ$ ,检查者一手扶其肘部,一手扶其腕部,嘱患者用力作屈肘及前臂旋后动作,检查者给予阻力,如出现肱二头肌腱滑出,或结节间沟处产生疼痛为阳性征,前者为肱二头肌长头腱滑脱,后者为肱二头肌长头腱鞘炎。

4. 落臂试验:患者站立,先将患肢被动外展 $90^\circ$ ,然后令其缓慢地向下放,如果不能慢慢放下,出现突然直落到体侧,则为阳性,说明有肩袖破裂存在。

5. 疼痛弧试验(图 2-38):又称肩关节外展上举试验。嘱患者肩外展或被动外展,当外展到 $60^\circ \sim 120^\circ$ 范围时,冈上肌肌腱在肩峰下摩擦,肩部出现疼痛为阳性征,这一特定区域的外展痛称疼痛弧。

6. 冈上肌腱断裂试验(图 2-39):又称耸肩试验。嘱患者肩外展,当外展在 $30^\circ \sim 60^\circ$ 时可以看到患侧三角肌用力收缩,但不能外展上举上肢,越用力的耸肩。若检查者被

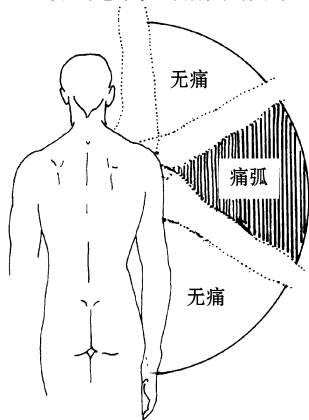


图 2-38 疼痛弧试验

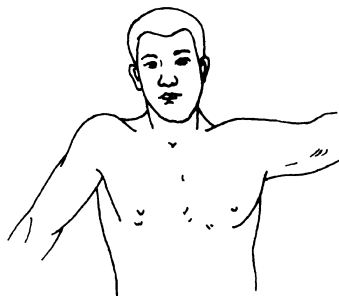


图 2-39 冈上肌腱断裂试验(右肩有病变,左肩正常)



动外展患肢超过  $60^\circ$ , 则患者又能主动上举上肢。这一特定区外展障碍为阳性征, 说明有冈上肌腱的断裂或撕裂。

## (二) 肘部检查

### 【望诊】

肘部望诊需将两髁暴露, 两侧对比检查, 首先观察肘关节的轮廓有无肿胀和变形。

1. 肘部肿胀: 对肘关节有明显肿胀外观的患者, 检查时必须认真区分是关节内肿胀还是关节外肿胀, 是全关节肿胀还是局限性肿胀。对肿胀性质也必须仔细分析, 是外伤性肿胀抑或是病理性(化脓感染、结核等)肿胀。关节内有积液时, 早期表现为尺骨鹰嘴突两侧正常的凹陷消失, 而变得饱满。当有大量积液时, 关节肿胀明显, 且呈半屈曲状态(因此姿势关节内容积最大)。对关节内积液者, 应进一步检查, 明确其性质。

外伤患者如出现局限性肿胀, 常常提示某一局部的损伤。如以肘内侧肿胀为著, 可能为肱骨内上髁骨折; 此时外侧肿胀为著, 则有肱骨外上髁或肱骨小头骨折的可能; 如以肘后方肿胀为主则有尺骨鹰嘴突骨折可能。此外局部软组织挫伤, 肿胀亦较局限。

### 2. 肘部畸形

(1) 肘外翻: 正常的肘关节伸直时, 上臂与前臂之间形成一生理性外偏角(即携带角), 男性  $5^\circ \sim 10^\circ$ , 女性  $10^\circ \sim 15^\circ$ , 携带角大于  $15^\circ$  即为肘外翻畸形(图 2-40)。常见于先天性发育异常、肱骨下端骨折对位欠佳, 或肱骨下端骨骺损伤, 而在生长发育中逐渐形成畸形。肘外翻的病人, 由于尺神经经常受到牵拉或磨损, 晚期常发生尺神经炎, 甚者出现神经麻痹。

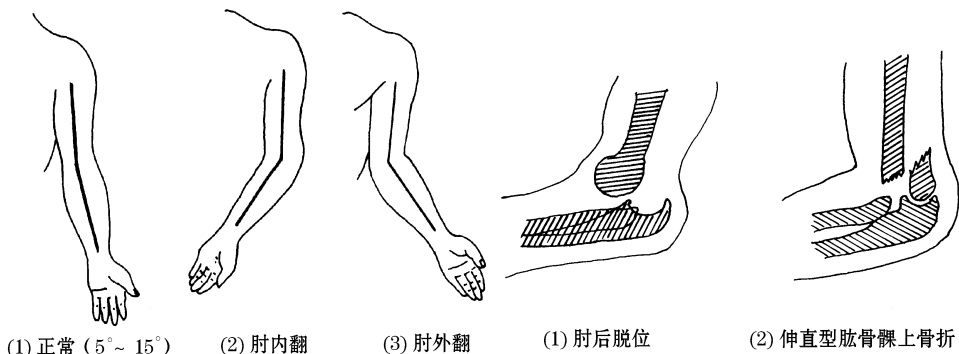


图 2-40 携带角及肘内、外翻

图 2-41 肘部靴形畸形

(2) 肘内翻: 携带角小于  $5^\circ$  者, 称为肘内翻。临床最常见的原因是尺偏型肱骨上髁骨折; 因复位不良或骨髓损伤造成生长发育障碍所致。

(3) 肘反张(槌枷肘): 肘关节过伸超过  $10^\circ$  以上, 称之为肘反张。多由于肱骨下端骨折复位不良, 髁干角过小所致。

(4) 靴形肘: 临床见于肘关节脱位或伸直型肱骨髁上骨折, 由于肱骨下端与尺桡骨上端的关系改变, 于侧面观察肘部时, 状如靴形, 故称“靴形畸形”(图 2-41)。

(5)矿工肘:尺骨鹰嘴突滑囊炎患者,其肘后形成象乒乓球样的囊性肿物,因多发于矿工,故而得名。

### 【动诊】(图 2-42)

1. 屈肘运动:肘关节正常屈曲可达到  $140^{\circ}$ ,主要屈肘肌肉是肱二头肌,嘱患者作屈肘动作,手能摸到同侧肩部为正常,先做主动运动检查,然后进行被动检查。引起屈肘运动障碍的常见疾病有化脓性关节炎、风湿性关节炎、关节滑膜结核、靠近关节的骨折和脱位、骨化性肌炎等。

2. 伸肘运动:肘关节正常伸直为  $0^{\circ} \sim 5^{\circ}$ ,主要伸肘肌肉是肱三头肌,检查时嘱患者作最大限度的屈肘,然后再伸直,观察能否达到正常范围。影响肘关节伸直的疾病最常见于肱骨髁间骨折。尺骨鹰嘴骨折或肘关节长期屈肘固定,致鹰嘴窝被纤维组织充填而阻碍肘关节伸直。或肘前有肌腱挛缩、瘢痕形成、骨性阻挡等,也影响肘关节伸直。

3. 旋转运动:前臂的旋转运动主要是由上、下尺桡关节来完成,肱桡关节则次之,当前臂发生旋转时,主要是桡骨围绕尺骨转。正常前臂旋后可达  $80^{\circ} \sim 90^{\circ}$ ,主要旋后肌肉是旋后肌和肱二头肌。检查时,患者端坐或站立,屈肘  $90^{\circ}$ ,两上臂紧靠胸壁侧面,拇指向上,然后嘱患者作旋后动作,两侧对比检查,判断前臂是否有旋后功能障碍。应当防止患者肘部内收动作,代替前臂旋后运动。正常前臂旋前可达  $90^{\circ}$ ,旋前运动主要由旋前圆肌和旋前方肌完成。检查时体位同前。在前臂中立位做旋前运动,掌心向下为正常。检查时务必防止患者用上臂外展来代替旋前运动。发生旋转功能障碍的原因多见于前臂骨折畸形愈合、下尺桡关节脱位或桡骨小头骨折脱位等。

### 【触诊】

1. 肘后三角触诊及临床意义:肘关节屈曲  $90^{\circ}$ 时,肱骨外上髁、内上髁和尺骨鹰嘴突三点连线构成的等腰三角形,称肘后三角(图 2-43)。当肘关节伸直时,则三点在一条直线上。临床通过检查三点关系的变化判断肘部骨折或脱位。肱骨髁上骨折时,三点关系保持正常;而肘关节脱位,则此三角关系破坏,可以此鉴别肱骨髁上骨折和肘关节脱位。此外,尺骨鹰嘴骨折,近端被肱三头肌拉向上方;肱骨内、外髁骨折移位,肘后三角亦会发生改变。故触摸肘后三角时,先触到尺骨鹰嘴突,然后再摸肱骨内、外髁,对此三点仔细观察,可判断肘部的骨折和脱位。

2. 肘部常见压痛及临床意义:肱骨外上髁为前臂伸肌群的起点,容易造成牵拉性损伤(或劳损)而形成肱骨外上髁炎。尤其网球运动员多发病,故有“网球肘”之称。而肱骨内上髁压痛则为肱骨内上髁炎(图 2-44)。小儿桡骨头半脱位时,压痛点在桡骨小头前方,成人桡骨小头骨折,压痛点在肘前外侧。此外,肱骨内外髁撕脱骨折、尺骨喙突和鹰嘴突骨折,压痛点多在骨折的局部。在肘后部触摸到囊性包块,常见是尺骨鹰嘴突滑囊

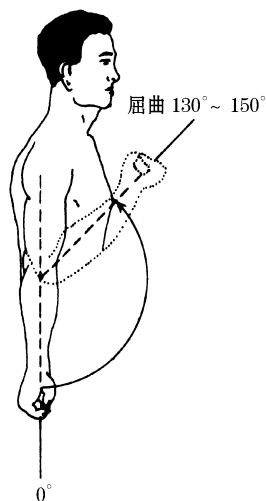


图 2-42 肘关节运动检查

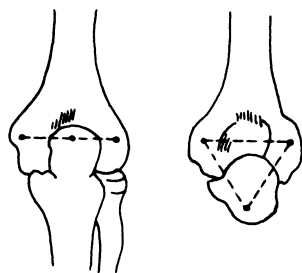


图 2-43 肘后三角

炎,若在鹰嘴突两侧触到黄豆大小的硬性包块,可在关节内移动,多是关节内游离体(或称关节鼠)。损伤后期,如在肘前方触及边界不清,硬度较大肿块,多为骨化性肌炎。

### 【特殊检查】

1. 网球肘(Mill)试验:前臂稍弯曲,手呈半握拳,腕关节尽量屈曲,然后将前臂完全旋前,再将肘伸直。如在肘伸直时,肱桡关节的外侧发生疼痛,即为阳性。

2. 伸、屈肌紧张(抗阻力)试验:令患者握拳、屈腕,检查者按压患肢手背,患者抗阻力伸腕,如肘外侧疼痛则为阳性,提示肱骨外上髁有炎性病灶;反之,如令患者伸手指和背伸腕关节,检查者以手按压患者手掌,患者抗阻力屈腕,肘内侧痛为阳性,提示肱骨内上髁炎或病变。

3. 前臂收展试验:本试验用于判断是否有肘关节侧副韧带损伤。检查时患者与检查者对面坐,上肢向前伸直,检查者一手握住肘部,一手握腕部并使前臂内收,握肘部的手推肘关节向外,如有外侧副韧带断裂,则前臂出现内收运动。若握腕部的手使前臂外展,而拉肘关节向内,出现前臂有外展运动,则为内侧副韧带损伤。

4. 松动试验:检查者一手拇指固定桡骨茎突,另一手拇指捏住尺骨小头上下错动提压,如有浮动感、松动不稳或沙沙作响则为阳性,提示下尺桡关节错缝。

### (三)腕和手部检查

#### 【望诊】

手的自然休息姿势[图2-45-(1)]是:腕轻度背伸(约 $15^{\circ}$ ),拇指靠近食指旁边,其余四指屈曲,从第二至第五指各指的屈曲度逐渐增大,而诸指尖端指向舟状骨。手的功能位是准备握物的位置[图2-45-(2)]:腕背伸(约 $30^{\circ}$ ),并向尺侧倾斜 $10^{\circ}$ 。拇指在外展对掌屈曲位,其余各指屈曲,犹如握茶杯姿势。在这个位置上能快速地握拳和完全伸开手指,表明手的功能正常。

1. 腕和手部肿胀:全腕关节出现肿胀多表明有关节内损伤或关节内病变。如腕部骨

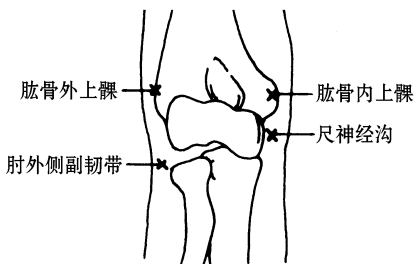
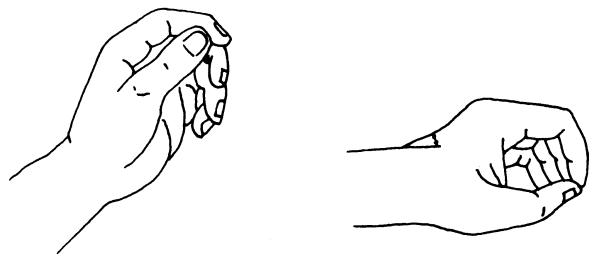


图2-44 肘部常见压痛点



(1) 手的休息位

(2) 手的功能位

图2-45 手的休息位和功能位

折、脱位或韧带、关节囊撕裂。急性化脓性腕关节炎较少发生,一旦发生则全腕肿胀显著。腕关节结核肿胀发展缓慢,关节呈梭形变,不红不热。而风湿性关节炎肿胀发展迅速,时肿时消,且往往是对称性肿胀。腕舟骨骨折时,鼻咽窝部肿胀明显,正常生理凹陷消失。第2~5指指间关节梭形肿胀,多为类风湿性关节炎。沿肌腱的肿胀多为腱鞘炎或肌腱周围炎。整个手指呈杵状指,多为肺源性心脏病、支气管扩张或发绀型先天性心脏病等疾病。腱鞘囊肿多为孤立局限的包块,有明显的界限。

2. 手指震颤:多见于甲状腺功能亢进、震颤麻痹、慢性酒精中毒等。震颤性麻痹患者,运动时震颤或消失,静止时出现。如震颤轻微,可令患者紧闭双目,双手向前平举,在其双手背上放一张纸,可见到纸的抖动。

### 3. 腕和手部畸形

(1) 餐叉样畸形:见于伸直型腕骨远端典型移位骨折,系骨折远端向背侧桡侧移位,致使侧观时手腕部外观呈餐叉样(图2-46)。

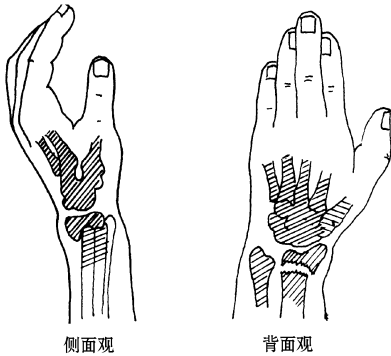


图2-46 餐叉样畸形



图2-47 前臂缺血性肌挛缩手部畸形

(2) 爪形手:畸形若由前臂缺血性肌挛缩形成,则为手的掌指关节过伸,而近位指间关节屈曲,形似鸟爪(图2-47)。若由尺神经损伤或臂丛神经损伤形成,则表现为指间关节半屈,掌指关节过伸,4、5指不能向中间靠拢,且小鱼际肌萎缩(图2-48)。由烧伤形成爪形手,则有明显瘢痕和并指畸形。

(3) 猿手(扁平手、铲形手):正中神经和尺神经同时损伤所致,表现为大、小鱼际肌萎缩,掌部的两个横弓消失,使掌心变为扁平,形如猿手(图2-49)。大鱼际肌萎缩:临床多

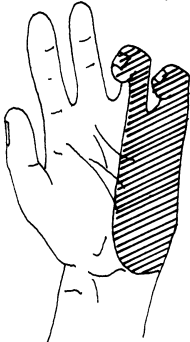


图2-48 尺神经损伤后手部畸形

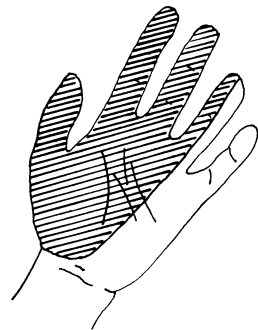


图2-49 猿手

由正中神经损伤的肌麻痹形成,或腕管综合征正中神经长期受压引起。小鱼际肌萎缩:由尺神经损伤、肘管综合征或尺神经炎所引起。骨间肌萎缩:由尺神经麻痹、损伤或受压引起,掌侧骨间肌萎缩由于解剖位置深在,临床表现不明显,而背侧骨间肌因位于手背的掌骨间,萎缩时能够清楚地看到,其中第一、二背侧骨间肌最容易显露。

(4)腕下垂:由桡神经损伤引起,桡神经损伤后,前臂伸肌麻痹,不能主动伸腕,形成腕下垂畸形。此外,前臂伸腕肌的外伤性断裂,亦可形成“垂腕”畸形(图2-50)。

(5)锤状指:因手指末节伸肌腱断裂引起末节指间关节屈曲,不能主动背伸,形似小锤状。

(6)尺骨小头变位:尺骨小头向背侧移位,临床常见于下尺桡关节分离移位、三角软骨损伤等。上述变位往往在前臂旋前位更明显。

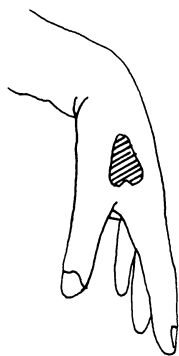


图2-50 垂腕畸形

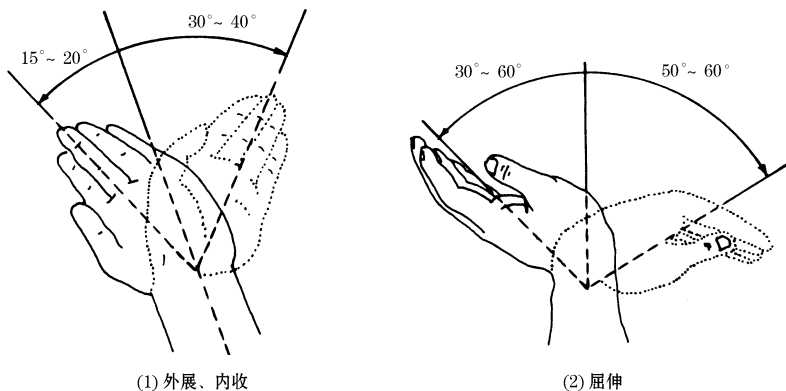


图2-51 腕关节运动检查

### 【动诊】(图2-51)

1. 伸腕运动:主要为桡侧伸腕长、短肌和尺侧伸腕肌的作用,正常伸腕可达 $70^{\circ}$ 。检查时患者屈肘 $90^{\circ}$ ,前臂旋前位,掌心向下,手呈半握拳,医者一手握住前臂下端,另一手握住手掌部,嘱患者做伸腕动作,观察是否有运动受限。

2. 屈腕运动:主要由桡侧屈腕肌和尺侧屈腕肌来完成,正常可屈腕 $80^{\circ}$ 。检查时屈者手位置同前,嘱其做屈腕运动,观察有无运动障碍或肌力不足。

3. 腕桡偏运动:主要是桡侧伸腕肌和桡侧屈腕肌的协同作用,正常时可达 $30^{\circ}$ 。检查体位同前,嘱患者手向桡侧倾斜做侧偏运动,观察运动幅度可判定关节功能。

4. 腕尺偏运动:主要是尺侧伸腕肌和尺侧屈腕肌的协同作用,正常时可达到 $45^{\circ}$ 。检查体位同前,患者手向尺侧倾,观察有无运动障碍。

5. 伸指运动:主要由伸指肌完成。包括指总伸肌、小指固有伸肌。检查时屈肘 $90^{\circ}$ ,前臂旋前位,手掌朝下,嘱患者掌指关节伸直,近节指间关节屈曲,医者用手固定近节指骨,再嘱患者做伸指运动,观察是否有伸指障碍。

6. 屈指运动:手指各小关节的屈曲运动,都是由单独肌肉来完成的,因此必须分别进行检查。掌指关节的屈曲是由蚓状肌完成的,正常可屈曲 $80^{\circ}$ 。近节指间关节屈曲是由指浅屈肌完成的,正常时可屈曲 $90^{\circ}$ ,远节指间关节的屈曲是指深屈肌的作用,正常时可屈 $60^{\circ}$ 。检查屈指时,须固定被检查关节的近端指骨,然后嘱患者屈曲指间关节,观察有无屈指障碍。

7. 手指外展:主要是由骨间背侧肌和小指外展肌完成,检查时嘱患者将手指伸直,并分别以中指为轴线作分开动作,即手指外展,注意观察各指外展情况,正常时均可超过 $20^{\circ}$ 。

8. 手指内收:主要由骨间掌侧肌完成,检查时手指外展位,嘱患者将各指并拢,如不能并拢则为手指内收运动有障碍。

9. 拇指背伸:主要由拇短伸肌和拇长伸肌完成,检查时,拇指在外展位作背伸运动,实际是拇指在伸直位做掌腕关节运动。

10. 拇指屈曲:主要由拇短屈肌和拇长屈肌完成。检查时,患者手心向上,医者固定第一掌骨,嘱患者屈曲拇指,正常时可达 $60^{\circ}$ ,拇指端可能到达小鱼际肌腹部。

11. 拇指外展:主要由拇长展肌和拇短展肌完成,外展运动分桡侧外展和掌侧外展。检查桡侧外展时,患者手心向上,拇指沿着掌平面向外平行运动,正常约 $50^{\circ}$ 。检查掌侧外展时,患者手伸直,拇指离开掌平面向前方运动,与掌平面垂直,约为 $70^{\circ}$ 。

12. 拇指内收:是拇指内收肌作用,检查拇指从外展位再回到解剖位置,或拇指从解剖位置沿着掌面向尺侧移动,达手掌尺侧缘为正常,约 $45^{\circ}$ 左右。

13. 拇指对掌:主要运动肌肉是拇指对掌肌,检查时,先将拇指置于掌侧外展位,然后向各指端作对掌运动,正常时可触到其他指尖和第五掌骨头。

### 【触诊】

1. 腕和手部肿块:月骨脱位时,在腕掌侧中央部能触到向前移位的骨块。腕背侧触得形状大小不一、边界清楚的孤立性囊性肿物多为腱鞘囊肿。桡骨茎突狭窄性腱鞘炎急性炎症期,可触及局部明显高凸。内生软骨瘤发生在指骨者最多,骨体向外肿大变粗,呈梭形,触之质硬,无移动,边界不清。

2. 腕和手部压痛:桡骨茎突部压痛多系拇长伸肌腱、拇短伸肌腱腱鞘炎;腕部损伤,若鼻咽窝部压痛,多为腕舟骨骨折;腕掌侧正中压痛,可能是月骨脱位或骨折;在腕背侧正中压痛,多是伸指肌腱鞘炎;下尺桡关节间和尺骨小头下方,多是腕三角软骨损伤、下尺桡关节脱位;腕管综合征的压痛点,多在腕掌侧横纹正中部大小鱼际之间,且多伴有手指放射痛和麻木感;若掌指关节掌侧面有压痛(即掌骨头部),多是屈指肌腱腱鞘炎。

### 【特殊检查】

1. 腕三角软骨挤压试验(图2-52):判断是否有三角软骨损伤。检查时嘱患者屈腕 $90^{\circ}$ ,掌心向下,医者一手握住前下端,另一手握住手掌部,使患手向尺侧被动偏斜,然后伸屈腕关节,使尺腕关节发生挤压和研磨,如有明显疼痛加重即为阳性。

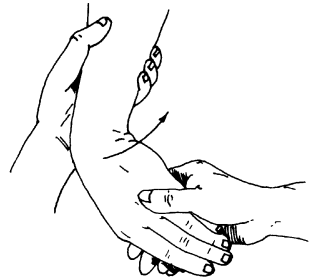


图2-52 腕三角软骨挤压试验

2. 握拳试验(Finkel - Stein 氏)试验(图 2 - 53):常用于诊断桡骨茎突狭窄性腱鞘炎。检查时嘱患者屈肘 90°,前臂中立位握拳,并将拇指握在掌心中,医者一手握住前臂下端,另一手握住患者手部同时使腕关节向尺侧屈腕,如在桡骨茎突部出现剧烈疼痛,则本试验为阳性。

3. 屈腕试验:用于检查腕管综合征,医生将患者伤侧手腕屈曲,同时压迫正中神经 1 分钟,手掌侧麻木加重,疼痛可以放射至拇、食、中指,称为屈腕试验阳性。

4. 霍夫曼(Hoffman)氏征:快速弹压被夹住的患者中指指甲,引起诸手指的掌屈反应为阳性,提示中枢神经损害。

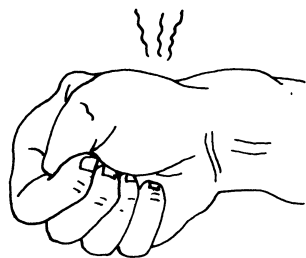


图 2 - 53 握拳试验

## 五、下腿部检查

### (一) 髋部检查

#### 【望诊】

检查时要求患者只穿三角短裤。

1. 前面观察:两侧髂前上棘是否在同一水平线上,即骨盆是否倾斜。腹股沟区是否对称,有无高凸饱满或空虚,前者多系髋关节肿胀,后者往往提示股骨头有严重破坏。

2. 侧面观察:如有腰生理前凸加大,臀部明显后凸,髋部呈现屈曲位,则是髋关节后脱位(陈旧性);或系小儿先天性髋脱位和髋关节屈曲性强直(图 2 - 54)。

3. 后面观察:应注意有无臀大肌萎缩,慢性髋关节疾病由于长期负重量减少和运动障碍,可出现废用性肌萎缩;小儿麻痹后遗症,则有神经性肌萎缩。对比观察两侧臀横纹是否对称,如有单侧横纹皱褶增多、加深,并有升高,为单侧先天性髋关节脱位;若有两侧股骨大转子向外突出,会阴部增宽,为双侧先天性髋关节脱位。

单侧髋内翻畸形,临床多有患肢短缩。髋外翻外旋畸形表现患肢外展,不能内收,比健肢稍长。

#### 【动诊】(图 2 - 55)

1. 前屈运动:正常可达 140°,大腿可触到腹壁,主要是髂腰肌的作用。根据屈髋角度,判定髋关节的屈曲功能。患者仰卧,两下肢中立位,医者一手置于下部腰椎,另一手固定骨盆,然后嘱患者作患肢屈髋运动,当屈到一定角度时,若发生运动障碍,则骨盆出现旋转后倾,腰椎生理弯曲度变直,医者手就会感到腰部落和骨盆旋转。

2. 后伸运动:正常可达 30°,主要为臀大肌的作用。患者取俯卧位,两侧下肢伸直,先主动后伸检查,观察后伸角度,然后医者一手按住骶骨部,固定骨盆,另一手托住大腿下



图 2 - 54 双髋先天性脱位,臀部后凸,腰椎代偿性前凸

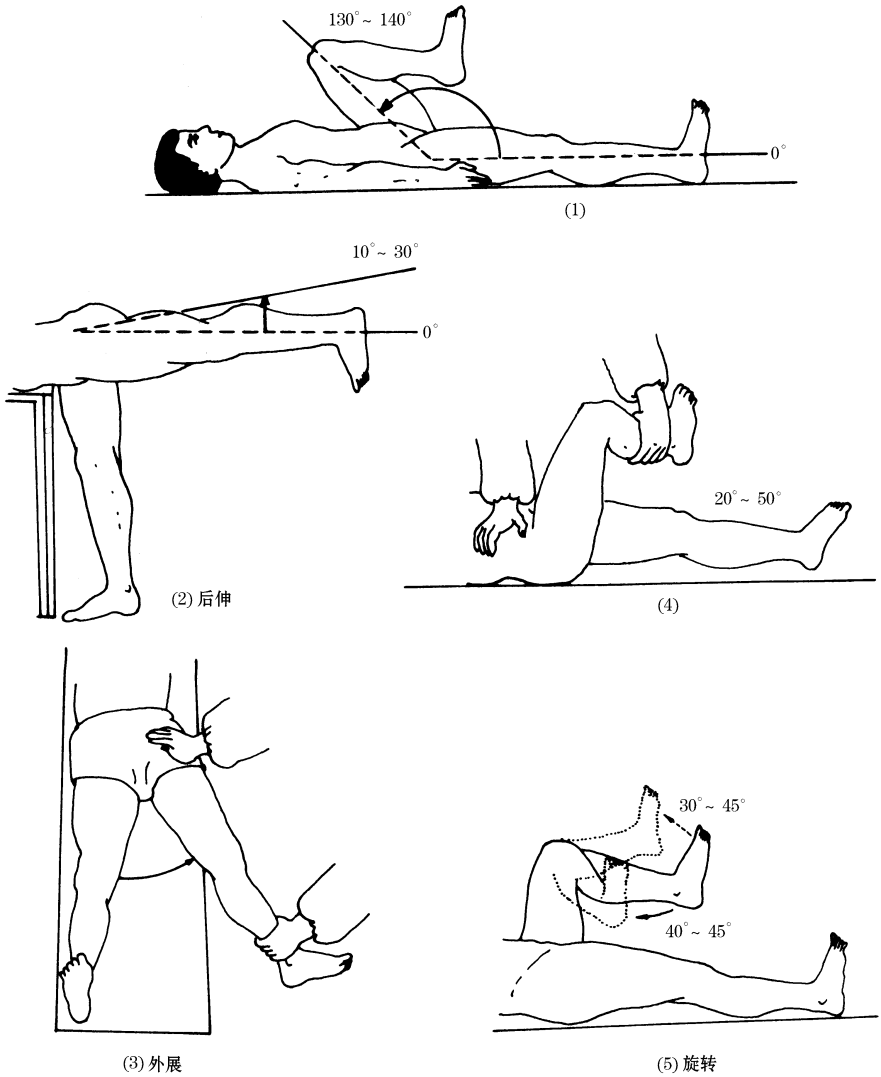


图 2-55 髋关节动诊检查

段,抬起大腿使髋关节后伸,注意骨盆是否会离开床面。

3. 外展运动:正常可达到 $45^{\circ}$ ,主要是臀中肌的作用。患者取仰卧位,两下肢伸直并拢,医者一手按住髌骨,固定骨盆,另一手握踝部缓慢地将患肢向外移动,当移到一定角度或达到最大限度时,骨盆则发生移动。再检查对侧作为对照检查,判断有无障碍。

4. 内收运动:正常可达 $30^{\circ}$ ,是大腿内收肌群的共同作用。患者仰卧位,两侧下肢中立位,医者一手固定骨盆,另一手持踝部使患肢内收,从健侧下肢前方越过中线继续内收,至骨盆发生移动为止,即最大内收限度。要注意肥胖体质患者大腿过粗,会妨碍髋关节内收运动。

5. 外旋运动:正常时下肢伸直位外旋可达 $45^{\circ}$ ,屈膝 $90^{\circ}$ 位可达 $80^{\circ}$ ,主要是梨状肌、



孖上肌、孖下肌、股方肌及闭孔内肌等外旋肌群的作用。伸直位检查时,患者取仰卧位,两侧下肢伸直并拢,医者一手扶足部,嘱患者作下肢外旋运动,再旋转健肢与其对比。屈膝 $90^\circ$ 位检查时,体位同前,屈膝、屈髋各 $90^\circ$ ,医者一手扶住膝部,另一手扶住足部,使小腿和足内收,利用小腿作杠杆使大腿沿纵轴发生外旋(即盘腿动作)。观察小腿内收角度,即是髋外旋角度。

6. 内旋运动:正常可达 $35^\circ\sim 45^\circ$ ,外展、内旋是臀中肌、臀小肌及阔筋膜张肌的作用。伸直位检查时,体位同前,只是患肢向内旋转,观察其运动角度,注意有无障碍。屈膝位检查时体位也同前,只是扶足部的手推其向外移动,而使大腿产生向内旋转的动作,观察其旋转角度,分析判断髋关节有无内旋障碍。

### 【触诊】

髋关节的触诊,首先从前面检查,以两侧髂前上棘为骨性标志。触摸腹股沟部时,注意淋巴结是否有肿大,局部有无饱满肿胀、压痛等。急性化脓性关节炎、髋关节结核、髋部骨折等,腹股沟部均有肿胀和压痛。髋关节侧面触诊主要是触摸大转子,注意两侧大转子顶部,观察是否有大转子向上移位。大转子向上移位多见于股骨颈骨折、粗隆间骨折、髋关节后上方脱位等(图2-56)。大转子部滑囊炎,在局部可触到较大的巨性肿物,质软可移动。“弹响髋”的表现是当髋关节屈伸活动时,可触到在大转子上来回滑动的髂胫束。在髋关节后方触诊时,注意臀大肌肌张力和臀部压痛点,梨状肌下缘是坐骨神经出口处,此体表投影部位如有压痛则多涉及坐骨神经的病变。

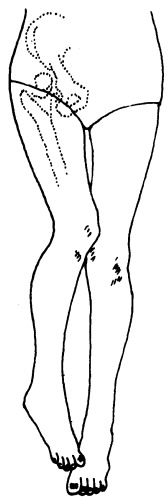


图2-56 髋关节后脱位,大转子向上移位

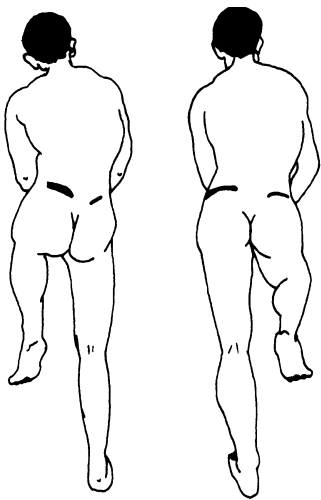


图2-57 髋关节承重机能试验

### 【特殊检查】

1. 川德伦伯(Trendelenburg)氏征(图2-57):又称髋关节承重机能试验,单腿独立试验、臀中肌试验等。用于检查有无臀中肌麻痹和髋关节的稳定程度。检查时患者直立位,背向医者,先将患腿屈膝抬起,用健侧单腿站立,然后再患侧单腿站立,注意观察站立时骨盆的升降变化。正常时单腿站立后对侧骨盆上升,患侧单腿站立时,则对侧骨盆下降低落。常用于诊断小儿麻痹后遗症、小儿先天性髋关节脱位、成人陈旧性髋脱位、股骨颈骨

折后遗症、髌内翻畸形、股骨头坏死等的检查。

2. 托马斯(Thomas)氏征(图2-58):又称髋关节屈曲挛缩试验,用于检查髋关节有无屈曲挛缩畸形。检查时患者取仰卧位,腰部放平,先将健侧腿伸直,然后再将患腿伸直,注意观察,达到一定角度时,腰部是否离开床面,向上挺起,如腰部挺起则为阳性。当患肢完全伸直后,再将健肢屈髋、屈膝,使大腿贴近腹壁,腰部也下降贴近床面,此时患腿自动离开床面,向上抬起,亦为阳性。阳性者说明髋关节有屈曲挛缩,常用于检查髋关节结核、髋关节炎或强直、类风湿性关节炎、髂腰肌炎等。

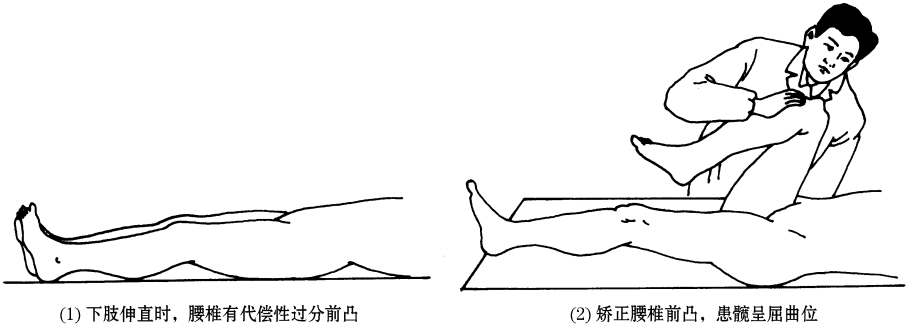


图2-58 髋关节屈曲挛缩试验

3. 艾利斯(Allis)氏征(图2-59):又称下肢短缩试验。用于检查肢体有无短缩。检查时患者取仰卧位,两腿并拢屈髋、屈膝,两足并齐,这时观察两膝高度,如患腿低落为阳性,说明有肢体短缩。临床常见于股骨颈骨折、髋关节后脱位、股胫骨缩短。

4. 望远镜试验:又称套叠征,用于检查婴幼儿先天性髋关节脱位。检查时患儿仰卧位,两下肢放平伸直,医者一手固定骨盆,另一手握住膝部将大腿抬高30°,并上下推拉股骨干,如出现松动感或抽动感,即为阳性。可双侧对照检查。

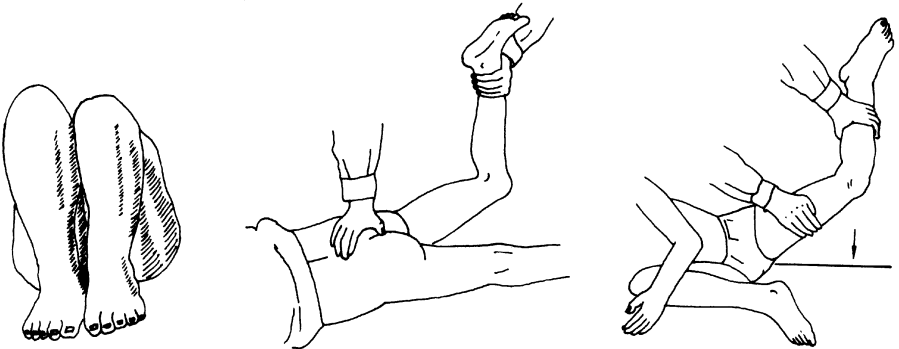


图2-59 下肢短缩试验

图2-60 髋关节过伸试验

图2-61 髂胫束挛缩试验

5. 髋关节过伸试验(图2-60):又称腰大肌挛缩试验。患者取俯卧位,患膝屈曲90°,医者一手握踝部将下肢提起,使患髋过伸。若骨盆亦随之抬起,即为阳性,说明髋关节不能过伸。腰大肌脓肿、髋关节早期结核、髋关节强直,可有此阳性体征。

6. 髂胫束挛缩试验(图2-61):患者侧卧位,健肢在下,医者立于患者背后,一手固

定骨盆,另一手握住患肢踝部,使患膝屈曲 $90^{\circ}$ ,患髋先屈曲、外展,再后伸,最后放松握踝的手,让患肢自然落下,正常时落在健肢的后方;若落在健肢的前方或保持上举外展的姿势,则为阳性,说明髂胫束挛缩或阔筋膜张肌挛缩。

7. 蛙式试验(图2-62):多用于幼儿,检查时,患儿仰卧,使双膝双髋屈曲 $90^{\circ}$ ,医者使患儿双髋作外展外旋至蛙式位,双侧肢体平落在床面为正常,若一侧或双侧肢体不能平落于床面,即为阳性,说明髋关节外展外旋受限,根据临床可考虑为先天性髋关节脱位。

8. 足跟叩击试验:患者仰卧,两下肢伸直。检查者一手将患肢抬起,另一手以拳击其足跟。若髋关节处疼痛为阳性,提示髋关节病变。

9. 股骨大转子位置的测量(图2-63)

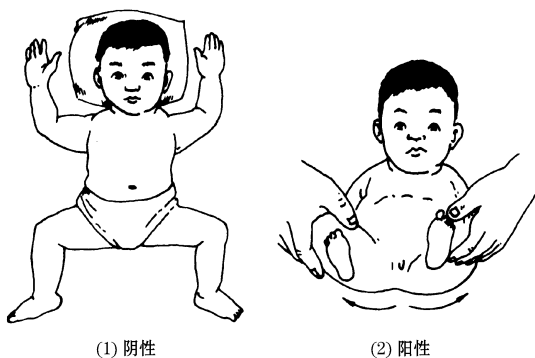
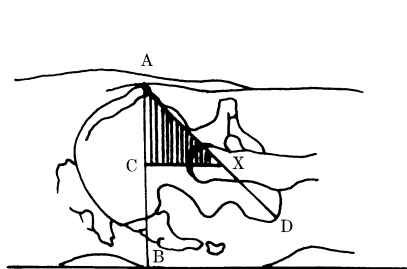
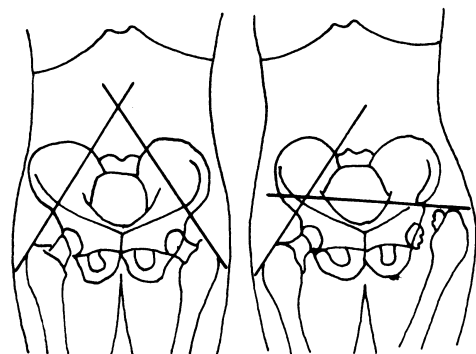


图2-62 蛙式试验



A 髂前上棘 AB 线垂直于床面  
D 坐骨结节 CX 线垂直于 AB 线

(1) 髂坐连线及布瑞安氏三角



正常

不正常

(2) 休梅克氏线

图2-63 股骨大转子位置的测量

(1) 髂坐连线(Nelaton氏线):患者仰卧位,髋部稍屈曲( $45^{\circ} \sim 60^{\circ}$ ),由髂前上棘至坐骨结节划一连线,正常时股骨大转子顶点恰在该连线上,若大转子超过此线以上,说明有大转子上移。

(2) 布瑞安(Bryant)氏三角:患者取仰卧位,自髂前上棘与床面作一垂线,自大转子顶点与身体平行划一线与上线垂直,即构成一直角三角形,称为布瑞安氏三角。医者对比两侧三角形的底边,如一侧底边变短,说明该侧大转子向上移位。

(3) 休梅克(Shoemaker)氏线:患者取仰卧位,两下肢伸直中立位,两侧髂前上棘在同一平面,医者从两侧髂前上棘与股骨大转子顶点分别连一直线,正常时两连线之延长线相交于脐或脐上中线。若一侧大转子上移,则延长线交于健侧脐下,且偏离中线。

## (二) 膝部检查

### 【望诊】

1. 膝关节肿胀: 膝关节轻度肿胀时, 表现为两侧膝眼消失, 肿胀严重则波及腓上囊甚至整个膝周肿大。肿胀最常见原因是外伤, 如膝部扭挫伤、腓骨骨折、胫骨内外髁骨折、髁间棘骨折等。如为急性化脓感染者, 则关节肿胀伴有局部皮肤焮红、灼热而剧痛。此外, 膝关节滑膜炎、风湿性关节炎、膝关节结核、肿瘤等均可出现肿胀。

2. 膝部周围局限性肿块: 腓上滑囊炎、膝关节结核、肿瘤等均可出现局限性肿胀。胫骨结节骨骺炎, 在胫骨结节处有明显的高凸畸形。膝关节后侧有圆形肿块者, 一般为相窝囊肿。囊性肿物、骨软骨瘤, 在股骨下端或胫骨上端的内、外侧均可发生, 局部可见隆突。

3. 股四头肌萎缩: 多见于膝关节半月板损伤、腰椎间盘突出症及下肢骨折长期固定后等。检查时根据肌肉萎缩程度结合病史进行分析。

4. 膝关节畸形: 正常的膝关节有  $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$  的生理外翻角。超过  $15^{\circ}$ , 则为膝外翻畸形。单侧膝外翻称“K”型腿, 双侧膝外翻称“X”型腿。反之若正常生理外翻角消失, 而形成小腿内翻畸形, 如为双侧则称“O”型腿。正常的膝关节伸直可有  $0^{\circ} \sim 5^{\circ}$  的过伸, 如过伸超过  $15^{\circ}$ , 则称为膝反张畸形。上述畸形常见于佝偻病、骨折畸形愈合、骨骺发育异常、小儿麻痹后遗症等(图 2-64)。

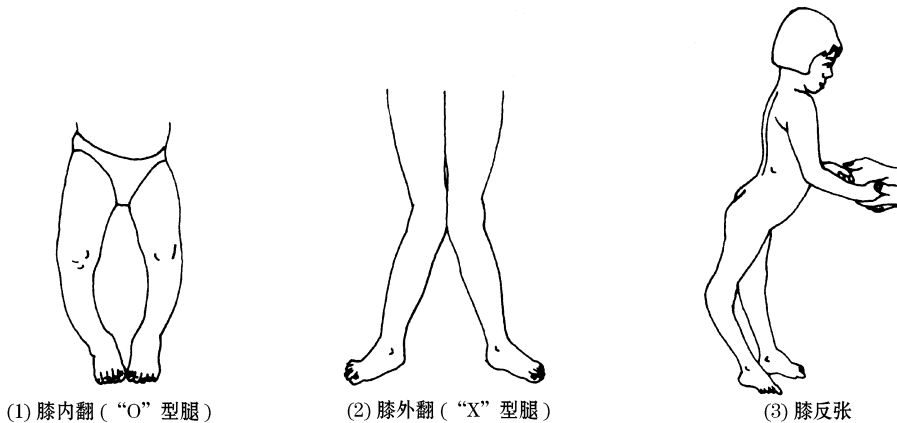


图 2-64 膝部畸形

### 【动诊】(图 2-65)

1. 伸膝运动: 正常为  $0^{\circ}$ , 青少年或女性有  $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$  过伸。伸膝运动主要是股四头肌的作用。检查时, 患者坐于诊察床边, 双小腿下垂, 嘱患者主动伸直患腿, 观察有无运动受限。

2. 屈膝运动: 正常可达  $140^{\circ}$ , 屈膝运动主要由腓绳肌作用。检查时, 患者俯卧位, 两腿并齐, 检查者一手按住

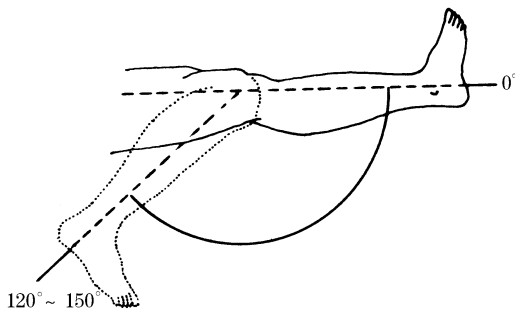


图 2-65 膝关节运动检查

大腿下部,另一手扶住足部,嘱患者作屈膝动作,观察其运动情况。

### 【触诊】(图 2-66)

患者仰卧,两腿伸直,髌上滑囊炎时,在髌骨上方能触到囊性肿块,有波动和轻度压痛。髌骨横形骨折时,在髌骨前面能触到裂隙和明显沟状凹陷,压痛敏感。髌骨软化症向下按压髌骨,使髌骨轻轻移动,可出现明显的疼痛反应。胫骨结节骨骺炎,局部能触到高凸坚硬的包块,压痛明显。髌下脂肪垫肥厚,在髌韧带两侧可触到饱满柔韧的硬性包块。膝关节间隙压痛,可能为半月板损伤。如为稍窝中可触到时,多为囊性包块,有时可有触痛。

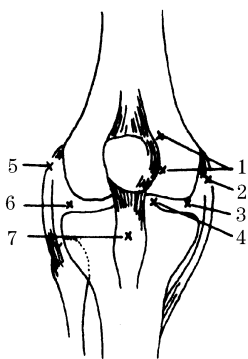


图 2-66 膝部常见压痛点

1. 髌骨压痛 2. 内侧副韧带损伤 3. 内侧半月板损伤 4. 脂肪垫损伤 5. 外侧副韧带损伤 6. 外侧半月板损伤 7. 胫骨结节骨骺炎

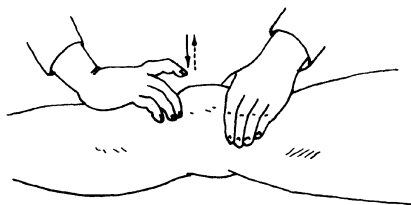


图 2-67 浮髌试验

### 【特殊检查】

1. 浮髌试验:用于检查膝关节腔内积液或积血。检查时患腿伸直,检查者一手压在髌上囊部,向下挤压使积液流入关节腔内。然后用另一手拇、中指固定髌骨内外缘,食指按压髌骨,这时可感到髌骨有漂浮感,重压时下沉,松指时浮起称浮髌试验阳性(图 2-67)。

2. 侧副韧带损伤试验:又称侧向运动试验,膝关节分离试验。用于检查膝关节侧副韧带是否有断裂。患者仰卧位,患腿伸直,检查者一手扶膝侧面,另一手握住踝部,然后使小腿作被动的内收或外展动作。如检查内侧副韧带,则一手置膝外侧推膝向内,另一手拉小腿外展,这时产生松动感和内侧疼痛。若检查外侧副韧带,则一手置膝内侧推膝部向外,另一手拉小腿内收,此时发生膝外侧疼痛和产生松动感亦为阳性征。这表明有膝关节侧副韧带断裂或损伤(图 2-68)。

3. 麦氏征(Mcmurry)试验:又称回旋挤压试验,是临床诊断半月板损伤最常用的试验方法。检查时患者取仰卧位,双下肢伸直,如检查内侧半月板损伤,检查者一手扶



图 2-68 侧副韧带损伤试验

膝,另一手握住足踝部,先将膝关节屈曲到最大限度时,然后使膝外旋、小腿内收,并逐渐伸直膝关节,这样使膝关节内侧间隙产生挤压力和研磨力。如发生弹响和明显疼痛,即为阳性。如使小腿外展膝内旋,可以检查外侧半月板(图2-69-(1))。

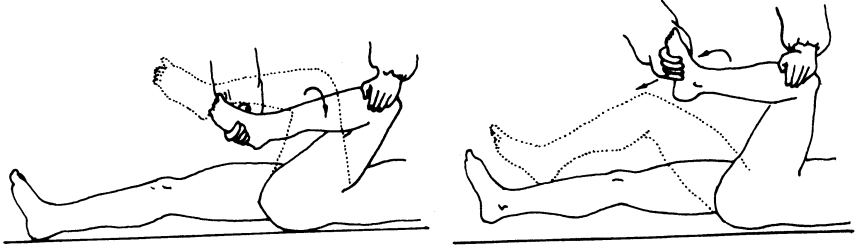
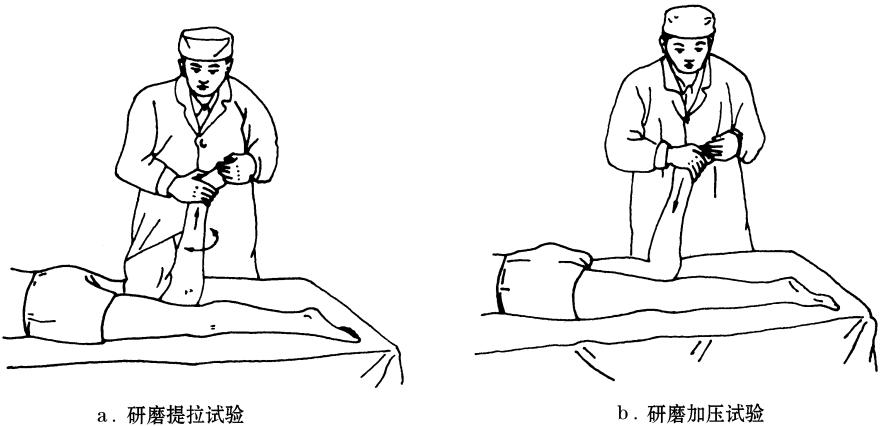


图2-69-(1) 加旋挤压试验

4. 研磨提拉试验:患者俯卧,使患膝屈曲90°,检查者一手按住大腿下端,另一手握住患肢踝部提起小腿,使膝离开床面,作外展、外旋或内收、内旋活动,若出现膝外或内侧疼痛,则为研磨提拉试验阳性,说明有内侧或外侧副韧带损伤。若检查者双手握足踝部,使膝关节在不同角度被动研磨加压,同时作外展外旋或内收内旋活动,如出现膝关节疼痛和弹响为阳性,说明有内侧或外侧半月板损伤。由于该试验有两种临床意义,故研磨和提拉检查又用于鉴别膝关节半月板和侧副韧带损伤(图2-69-(2))。



a. 研磨提拉试验

b. 研磨加压试验

图2-69-(2) 研磨试验

5. 抽屉试验(Drawer征):本试验用于检查十字韧带是否发生断裂。检查时患者取坐位或仰卧位,双膝屈曲90°,嘱患者用双手按住大腿下段,检查者双手握住小腿上段,用大腿夹住患肢的足部防止移动,同时作小腿前后推拉动作,如过度向前移动,则说明是膝关节前十字韧带断裂;若向后过度移动,则说明后十字韧带断裂,注意在检查移动时必须以解剖位置为活动起点,否则容易发生判断错误。如后十字韧带断裂时,小腿上端自然向后移位,检查时可以拉向前移动,这是恢复解剖位置的移动;不要误认为是胫骨向前移动,再向后推出现的移动才是异常活动(图2-70)。

6. 交锁征:患者取坐位或仰卧位,嘱患者作患肢膝关节屈伸活动数次,若突然关节出

现疼痛,不敢屈伸为阳性,说明膝关节被破裂的半月板交锁,但慢慢旋膝以后,可解开交锁,又复能主动屈伸。凡有此试验阳性者,平日上楼下楼或上、下坡时有膝关节交锁史。

7. 膝伸屈试验:又称半月板重力试验。患者侧卧位,患肢离开床面,令患者做膝关节伸屈活动,利用小腿的重力挤压内、外侧半月板,如出现响声或疼痛,提示有半月板损伤。

8. 挺髌试验:患膝伸直,用拇、食二指将髌骨向远端推压,嘱患者用力收缩股四头肌,若引发髌骨部疼痛者为阳性,多提示髌骨劳损(髌骨软化症)。

9. 半蹲试验:病人以患肢单独站立并下蹲,如出现膝痛膝软的感觉为阳性,提示髌骨软化症。

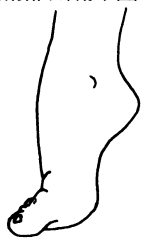
10. 髌阵挛:患者仰卧,下肢伸直,检查者一手按住髌骨上缘,骤然向下推动髌骨,并将推下的髌骨继续保持在这个位置,若股四头肌有节律的阵阵收缩,而使髌骨急速阵阵上下跳动,称为髌阵挛阳性,提示有锥体束损害。

### (三) 踝与足部检查

#### 【望诊】

1. 踝关节肿胀:引起踝关节肿胀的最常见原因是用由外伤,其中以踝部筋伤多见,如有内外踝骨折或胫骨下端骨折,则肿胀更为显著。若为踝关节结核或关节炎等,则肿胀形成缓慢。踝下凹陷消失,跟骨增宽,跟腱止点处疼痛,可能为跟骨骨折;内、外踝下方及跟腱两侧的正常凹陷消失,兼有波动感,可能为关节内积液或者血肿;肿胀局限于一侧,多见于侧副韧带损伤,足后部肿胀多属跟腱炎、滑囊炎、骨质增生等。

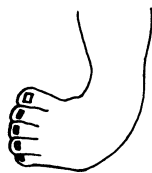
2. 足踝部畸形(图2-71)



(1) 马蹄足



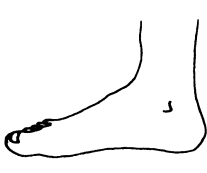
(2) 仰趾足



(3) 内翻足



(4) 外翻足



(5) 扁平足



(6) 高足弓

图2-71 足部畸形

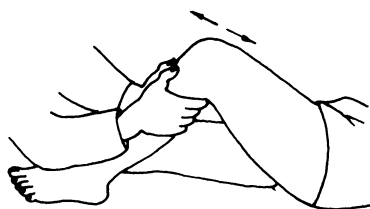


图2-70 抽屈试验

(1) 马蹄足:也称“尖足”或“垂足”。行走时前足着地负重,踝关节保持在跖屈位,足跟悬起(图 2-71(1))。

(2) 仰趾足:也叫“跟足”。行走时足跟着地负重,踝关节保持在背伸位,前足仰起(图 2-71(2))。

(3) 内翻足:足底向内翻转,行走时足背外侧缘着地(图 2-71-(3))。

(4) 外翻足:足底向外翻转,行走时足内侧缘着地(图 2-71-(4))。

(5) 扁平足:足纵弓塌陷变平,足跟外翻,前足外展,足舟骨低平,严重者触地(图 2-71-(5))。

(6) 高弓足:足的纵弓异常升高,行走时足跟和跖骨头着地(图 2-71-(6))。

**【运动检查】(图 2-72)**

1. 踝关节背伸:正常时可达 35°,主要是胫前肌和趾长伸肌作用,检查时患者取坐位,两侧下肢伸直并拢,然后嘱患者两足同时作背伸运动,对比观察患足运动受限情况。必要时作被动背伸检查。

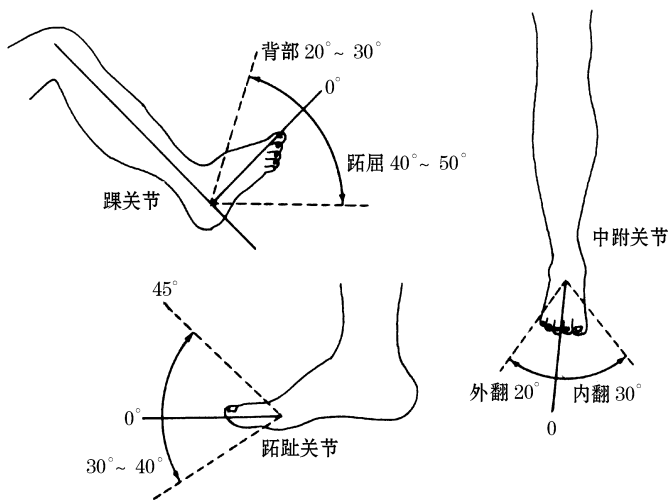


图 2-72 踝部运动检查

2. 踝关节跖屈:正常时可达 45°,主要是腓肠肌作用,检查时体位同前,嘱患者做前足下蹬的动作,尽力跖屈,对比观察是否有跖屈运动受限。必要时可行被动检查。

3. 距下关节(跟距关节)内翻运动:正常可达 45°,正常人的足内翻运动发生于跟距关节,主要是胫后肌的作用。检查时患者坐于诊察床边,双小腿下垂,嘱患者作足内翻运动(即踢毽动作),观察其内翻是否有障碍,然后再作被动检查。

4. 距下关节外翻运动:正常可达 20°,主要是腓骨长短肌作用,检查体位同上,嘱患者做足的外翻运动,观察是否运动受限,必要时作被动外翻检查,并与健侧对比。

**【触诊】**

踝关节全关节肿胀多为关节内严重骨折、脱位、结核、肿瘤。当有积液时,可触之有波动感,关节周围压痛。足踝部局限性肿胀,多见于筋伤、关节外骨折;如拇长伸肌腱鞘炎时,在足背部呈长条状肿胀,并有明显触痛;跖骨骨折时,可顺跖骨轴线肿胀,并能触到骨



折端及压痛;第二跖骨头无菌性坏死,压痛在第二跖趾关节近端。当内踝发生骨折时则压痛点在内踝前下方,内踝尖端部;舟骨内侧向内凸出,可能是副舟骨畸形或胫后肌止点骨质无菌性坏死,上述二者均有压痛。跟距关节间隙压痛可能为跟距关节炎;在第一跖骨头内侧皮下囊性肿块,而压痛明显,常为外翻形成的滑囊炎;外踝骨折时,局部肿胀明显,压痛在外踝部;外侧副韧带损伤,肿胀和压痛都在外踝前下方;第五跖骨基底部骨折,压痛和肿胀在足外侧第五跖骨近端;足跟触痛伴肿胀多见于跟骨骨折、跟骨结核、跟骨骨髓炎等;无肿胀的跟骨周围痛,若在跟骨结节部,则为跟腱炎;跟骨底部痛,不能行走负重,往往是跟骨脂肪垫肥厚、跟骨刺或跟底滑囊炎;青少年如有跟后部痛,多见于跟骨骨髓炎。

### 【特殊检查】

1. 跟腱偏斜症:患者站立位时,跟骨纵轴线与跟腱纵轴线重叠,为正常。当足出现内翻或外翻畸形时,则跟腱轴线向内、外侧偏斜(图2-73)。

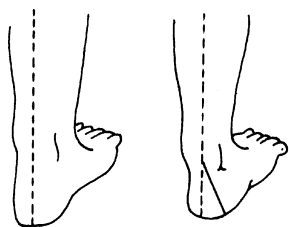


图2-73 跟轴线测量

划跖时的正常反应

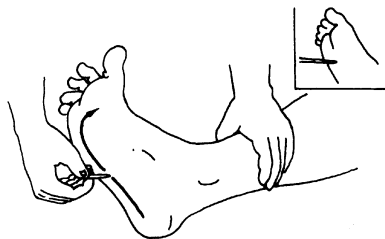


图2-74 划跖试验

2. 跟腱挛缩试验:跟腱挛缩,常由比目鱼肌和腓肠肌挛缩引起,该试验可进行两者鉴别。患者取坐位,使小腿自然下垂,若膝关节屈曲,踝关节下垂的屈畸形为比目鱼肌挛缩。如膝关节伸直位,踝关节屈不能背伸,则腓肠肌挛缩。如膝伸直或屈曲位,均出现跖屈,则为双肌挛缩。

3. 足内外翻试验:检查者一手固定小腿,另一手握足,将踝关节极度内翻或外翻,如同侧疼痛,提示有内外踝骨折可能,如对侧痛则多为副韧带损伤。

4. 踝阵挛:患者仰卧,检查者一手托住稍窝,另一手握足,用力使其踝关节突然背伸,然后放松,可以产生踝关节连续交替的伸屈运动,则视为阳性,提示有锥体束损害。

5. 巴彬斯基(Babinski)氏征:轻划跖外侧,引起拇趾背屈,余趾呈扇形分开的反应为阳性,提示有锥体束损害(图2-74)。

6. 弹趾试验:轻叩足趾基底部或用手将足趾向背面挑动,如引起足趾跖屈为阳性,提示有锥体束损害。

## 第五节 推拿治疗的性质和特点

### 一、推拿治疗的性质

什么叫推拿疗法,前人对此作过许多阐述,如《史记·素隐》:“拈者,谓为按摩之法,

天矫引身,如熊顾、鸟伸也;抚音玩,亦谓按摩而玩弄身体使调也。”《圣济总录》:“可按可摩,时兼而用,通谓之按摩。”张志聪云:“导引者,擎手而引欠也;按蹠者,乔足以按摩也。”总之,推拿疗法是以中医基本理论为指导,运用各种手法或借助一定的器具,刺激患者体表的经络、穴位或特定的部位,加以特定的肢体活动,从而防治疾病的一种外治法。

## 二、推拿治疗的特点

推拿疗法不同于以内服药为主的内治法,和针灸、药物外用等外治法也不完全相同,所以,推拿疗法具有很多不同于内治法和其他外治法的特点。

(一)操作方便:运用推拿疗法治疗疾病,不需要特殊的医疗设备,仅凭医生的双手或肢体的其他部分,运用各种不同的手法技巧进行。因而不受设备条件的限制,使用极其方便。

(二)适应范围广:临床常见的内、外、妇、儿、伤等各科的多种疾病都可以用推拿疗法进行治疗。

(三)疗效显著:推拿疗法对某些病症不仅有独特的疗效,为其他疗法所不及,而且还可以作为一种辅助手段补其他疗法之不足。

(四)施术安全:在运用推拿疗法时,只要手法应用恰当,操作仔细认真,一般不会出现不良反应及副作用,而且患者一般感觉比较舒适,易于接受。

(五)容易推广:推拿疗法的手法内容丰富多彩,而且大多数手法易于操作,便于推广应用。

(六)保健强身:推拿疗法能用于治疗、预防、康复、健美等许多方面,无需服药,不扰乱人体的生理功能,是一种较为理想的祛病强身、延年益寿的自然疗法。

## 第六节 推拿治疗的适应症和禁忌症

### 一、推拿适应症

推拿适应症涉及骨伤、内、妇、儿、五官、神经科疾病,同时亦用于减肥、美容及保健医疗等。

1. 骨伤科疾病:颈椎病、落枕、颈肩综合征、前斜角肌综合征、肩关节周围炎、胸肋进伤、肋软骨炎、腰椎后关节紊乱、急性腰扭伤、慢性腰肌劳损、腰椎滑脱症(轻度)、第三腰椎横突综合征、骶髂关节半脱位、臀中肌损伤、梨状肌综合征、尾骨挫伤。各种常见关节脱位,如下颌关节脱位、肩关节脱位、肘关节脱位、桡尺远端关节分离症、髋关节脱位等。四肢关节扭伤,如肩关节扭挫伤、肘关节扭挫伤、腕关节扭挫伤、半月板损伤、关节脂肪垫劳损、关节内外侧副韧带损伤、踝关节扭伤、跟腱损伤。以及退性行脊柱炎、类风湿性关节炎、肱二头肌长头腱鞘炎、肩峰下滑囊炎、肱骨外上髁炎、肱骨内上髁炎、桡骨茎突部狭窄性腱鞘炎、指部腱鞘炎(掌指关节腱鞘炎)等。

2. 内科疾病:感冒、胃脘痛、胃下垂、胆绞痛、呃逆、便秘、腹泻、肺气肿、哮喘、高血压病、冠心病、糖尿病、尿潴留、眩晕、昏厥以及阳痿等。

3. 妇科疾病:急性乳腺炎、月经不调、痛经、闭经、带下病、产后缺乳、产后耻骨联合分离症、妇女绝经期综合征、慢性盆腔炎、子宫脱垂等。

4. 儿科疾病:脑性瘫痪、咳嗽、发热、顿咳、泄泻、呕吐、疳积、佝偻病、夜啼、遗尿、脱肛、肌性斜颈、小儿麻痹后遗症、臂丛神经损伤、斜视、桡骨小头半脱位等。

5. 五官科疾病:近视、视神经萎缩、慢性鼻炎、慢性咽炎、急性扁桃体炎、耳鸣、耳聋等。

6. 神经科疾病:面瘫、失眠、神经性偏头痛、植物神经功能紊乱、臂丛神经损伤、坐骨神经痛、中风后遗症等。

## 二、推拿禁忌症

以下情况一般不适合选用推拿治疗。

1. 各种急性传染病。
2. 各种恶性肿瘤的局部。
3. 各种溃疡性皮肤病。
4. 烧伤、烫伤。
5. 各种感染性、化脓性疾病和结核性关节炎。
6. 严重心脏病、肝病。
7. 严重的(不能合作、不能安静)精神病。
8. 经期、妊娠期妇女疾病(尤其是腹部严禁推拿)。
9. 胃、十二指肠等急性穿孔。
10. 年老体弱的危重病患者。
11. 诊断不明,不知其治疗要领的疾病(如骨折、骨裂和颈椎脱位等),也应视为禁忌症。
12. 诊断不明确的急性脊柱损伤或伴有脊髓症状患者,手法可能加剧脊髓损伤。

## 第七节 推拿治疗的注意事项

一、推拿医师应经过正规的培训,不仅要有熟练的推拿手法技能,还要掌握中医基础理论、经络腧穴、西医的解剖、生理、病理学等。治疗前应审症求因、辨证辨病,全面了解患者的病情,排除推拿禁忌证。推拿过程中,要随时观察和询问患者的反应,适时地调整手法与用力的关系,做到均匀柔和、持久有力。对老人、儿童应掌握适宜的刺激量,真正做到使患者不知其苦。急性软组织损伤,局部疼痛肿胀较甚,瘀血甚者,应选择远端穴位进行推拿操作,待病情缓解后,再行局部操作。推拿者手要保持清洁,指甲要每天修剪。冬季要保持温暖,要坚持使用介质(加滑石粉等),防止损伤患者的皮肤。推拿中应全神贯注。对于饱餐后、大量饮酒后、暴怒后、大运动量后的患者,一般不予立即治疗。推拿的一个疗程以10~15次为宜,疗程间需休息2~3日。

二、推拿医师在操作时必须选择适当的体位。在进行胸部、腹部、腰背部、四肢操作时均可自然站立位,两腿呈丁字步或呈弓步;在推拿治疗头面部、颈部、肩及上肢部、胸腹部、

下肢部及小儿疾病时,可采取坐姿。

三、患者须采取适当的体位以配合治疗。治疗头面部、胸腹部、下肢前侧部疾病时,患者取仰卧位,即面部向上,双上肢置于身体两侧,双下肢自然伸直;上肢置于面部下方或体侧;治疗肋部、髋部疾病时,患者取侧卧位,双下肢自然屈曲,或下面腿伸直,上面腿屈曲,下面上肢屈肘约 $90^{\circ}$ ,上面上肢自然伸直置于体侧或撑于体前床面;治疗头面部、颈部、肩及上背部、腰部,也可以指导患者取端坐位。

## 第八节 推拿异常情况的处理

推拿是一种外治法,与药物内治是有区别的。临床上,如果手法操作不当,不但达不到应有的疗效,而且能加重患者的痛苦,甚至会导致不良后果,危及生命,故应当积极预防推拿意外的发生。一旦发生,应及时正确处理。

推拿意外涉及有肢体的软组织、骨与关节、神经系统、内脏系统等。

### 一、软组织损伤

软组织包括皮肤、皮下组织、肌肉、肌腱、韧带、关节附件等。皮肤损伤在推拿临床最为常见。其原因有三:第一,初学推拿者,手法生硬不能做到柔和深透,从而损伤皮肤。第二,粗蛮的手法是造成皮肤损伤的另一原因。粗蛮施加压力或小幅度急速而不均匀地使用擦法,则易致皮肤损伤。第三,过久的手法操作,长时间吸定在一定的部位上,局部皮肉及软组织的感觉相对迟钝,痛阈提高,可导致皮肤损伤。

预防及处理:要求医者加强手法基本功的训练,正确掌握各种手法的动作要领,提高手法的熟练程度,并使用适当的推拿介质。

### 二、骨与关节损伤

主要包括骨折和脱位两大类。推拿临床上,由于手法过于粗暴,或对关节的正常活动度认识不足,被动运动超过正常关节活动度,而使骨与关节、软组织损伤。或由于对疾病的认识不足,毫无准备施行手法操作造成病理骨折,甚至医源性骨与关节损伤。

预防及处理:要求施术者对骨与关节的解剖结构和正常的活动幅度有深刻的了解;在推拿治疗时不乱使用强刺激手法及大幅度地超越骨与关节的活动范围,一旦发生意外应及时处理,同时要分辨是局部损伤还是合并有邻近脏器的损伤。

### 三、寰枢关节脱位

第一颈椎又称寰椎,无椎体、棘突和关节突,由前弓、后弓和两个侧块构成;第二颈椎又称枢椎,椎体小而棘突大,椎体向上伸出一指状突起,称为齿突。寰枢关节是由两侧的寰枢外关节和寰枢正中关节构成,可围绕齿突作旋转运动。寰枢外侧关节由寰椎下关节面和枢椎上关节面组成,寰枢正中关节由齿突和寰椎前弓和环椎横韧带组成。正常情况下,进行颈部旋转、侧屈或前俯后仰的运动类推拿手法,一般不会出现寰枢关节脱位。当上段颈椎有炎症或遭受肿瘤组织破坏后,在没有明确诊断的情况下,手法操作者盲目地做

较大幅度的颈部旋转运动或急剧的前屈运动,可导致寰椎横韧带撕裂、寰枢关节脱位;或者有齿突发育不良等先天异常,也可因盲目的颈部手法操作,姿势不当,手法过度,引起寰枢关节脱位。

预防及处理:寰枢关节脱位属高位损伤,多为自发性,可由颈部、咽后部感染引起的寰枢韧带损伤,也可因推拿手法,在外力作用下引起颈椎关节脱位。颈部活动受到年龄限制,年龄过小颈部活动范围的大,年龄越大颈部活动越小。因而在颈部手法操作特别是颈部旋转复位类手法之前,应常规摄X线片,检查血常规、红细胞沉降率等,以排除颈部、咽部及其他感染病灶,了解其疾病的变化和转归,方能行颈部旋转手法,但不宜超过 $45^{\circ}$ ,颈部扳法不要强求弹响声。

#### 四、胸腰椎压缩性骨折

造成胸腰椎压缩性骨折的因素,多由高处下坠或足、臀部着地,其冲击力由下向上传递到脊柱,从而发生腰椎上部或胸椎下部骨折。推拿操作时,当病员取仰卧位,过度地屈曲双侧髋关节,使腰椎生理弧度消失,并逐渐发生腰椎前屈,胸腰段椎体前缘明显挤压,在此基础上,再骤然增加屈髋、屈膝的冲击力量,则容易造成胸腰段椎体压缩性骨折。

预防及处理:正常的双下肢屈膝、屈髋运动是用来检查腰骶部病变的特殊检查方法之一,在临床上也常用此法来解除腰骶后关节滑膜的嵌顿和缓解骶棘肌的痉挛。运用此种方法的时候,只要在正常的髋、骶关节活动范围内,且双下肢屈髋关节的同时,不再附加腰部前屈的冲击力,腰椎压缩性骨折是完全可以避免的。特别是对于老年人,久病体弱或伴有骨质疏松的患者,行此法时更需谨慎。

单纯性椎体压缩性骨折,是指椎体压缩变形小于 $1/2$ ,无脊髓损伤者,可采用非手术疗法,指导患者锻炼腰背伸肌,可以使压缩的椎体复原,早期锻炼不至于产生骨质疏松现象,通过锻炼增强背伸肌的力量,避免慢性腰痛后遗症的发生。对于脊柱不稳定的损伤,即椎体压缩变形大于 $1/2$ ,同时伴有棘上、棘间韧带损伤或附件骨折,或伴有脊髓损伤者,应以手术治疗为主。

#### 五、肋骨骨折

肋骨共有12对,左右对称,连接胸椎和胸骨而组成胸廓,对胸部脏器起着保护作用。肋骨靠肋软骨与胸骨相连,肋软骨俗称“软肋”,能缓冲外力的冲击。造成肋骨骨折的因素主要是直接和间接的暴力。在推拿治疗时,由于过度挤压胸廓的前部或后部,使胸腔的前后径缩短,左右径增长,导致肋骨的侧部发生断裂。如患者俯卧位,医者在其背部使用双手重叠掌根按法或肘压法等重刺激手法,在忽视病人的年龄、病情、肋骨有无病理变化等情况下使用此类手法,易造成肋骨骨折。

预防及处理:目前的推拿治疗床一般是硬质铁木类结构,在上背部俯卧位推拿时,要慎重选用手法。对年老体弱的患者,由于肋骨逐渐失去弹性,肋软骨也常有骨化,在受到外力猛烈挤压时易造成肋骨骨折;对某些转移性恶性肿瘤肋骨有病理变化的病人,此背部及胸部的按压手法极易造成医源性或病理性骨折。

单纯的肋骨骨折,因有肋间肌固定,很少发生移位,可用胶布外固定胸廓,限制胸壁呼

吸运动,让骨折端减少移位,以达到止痛的目的。肋骨骨折后出现反常呼吸、胸闷、气急、呼吸短浅、咯血、皮下气肿时,应考虑肋骨骨折所产生的胸部并发症,应及时转科会诊治疗。

## 六、肩关节脱位

肩关节脱位:肩关节由肩胛的关节盂与肱骨头所构成。其解剖特点是:肱骨头大,呈半球形,关节盂小而浅,约为肱骨头关节面的1/3,关节囊被韧带和肌肉覆盖,其运动幅度最大,能使上臂前屈、后伸、内收、外展、内旋、外旋、上举。由于肩关节不稳定的结构和活动度大,用此它是临床中最常见的受损关节部位之一。对肩部疾病推拿治疗时,如果方法掌握不当,或不规范地做肩部的被动运动,就可能达成医源性的肩关节脱位,甚至并发肱骨大结节撕脱骨折、肱骨外科颈骨折等。

预防及处理:要求施术者对肩关节的解剖结构和关节正常的活动幅度有深刻的了解,在做被动运动时,双手要相互配合,运动幅度要由小到大,顺势而行,切不可急速、猛烈、强行操作;对于肩部有骨质疏松改变的患者,在推拿治疗时不应使用强刺激手法及大幅度的肩关节外展、外旋的被动运动,尤其是操作者的双手不能同时作反方向的剧烈运动。一旦造成单纯性的肩关节脱位,应使用手牵足蹬法复位,完成整复。如肩关节脱位合并肱骨大结节骨折、骨折块无移位者,只要脱位一经整复后,骨折块也随之复位。如推拿肩部时造成肱骨外科颈骨折,应分析其骨折类型,再确定整复手法,必要时须转科手术治疗,以免贻误治疗时机。

## 七、神经系统损伤

由于推拿手法使用不当或外力作用造成神经系统的损伤,包括中枢神经和周围神经损伤两大类。其危害程度之严重,可居推拿意外之首,轻则造成周围神经、内脏神经的损伤,重则造成脑干、脊髓的损伤,造成瘫痪甚或死亡。

腋神经、肩胛上神经损伤:腋神经从属锁骨部分支,由第五、六颈神经前支组成。在腋窝发自臂丛后束,穿过四边孔间隙,绕行于肱骨外科颈至三角肌下间隙部,其肌支支配三角肌和小圆肌;其皮支由三角肌后缘穿出,分布于肩部和臂部的皮肤。肩胛上神经从属锁骨上部分支,由第五、六颈神经前支组成,起于臂丛上干,向后经肩胛骨上缘入冈上窝转至肩峰下方入冈下窝,支配冈上肌和冈下肌。

推拿治疗颈部疾患时,如强行做颈椎侧屈的被动运动,易导致患者的臂丛神经和关节囊损伤,同时对侧关节囊也受到挤压损伤。一般在行手法治疗后,若立即出现单侧肩、臂部阵发性疼痛、麻木、肩关节外展受限,肩前、外、后侧的皮肤感觉消失,应警惕神经损伤的可能性,日久可出现三角肌、冈上肌废用性肌萎缩。

颈椎斜扳法前,忽略了局部骨质检查,如存在骨质的破坏或畸形;患者畏惧不配合;加之,术者对解剖的不熟悉,操作时对手法掌握不好,采用暴力强行超范围的旋扳,导致对脊髓的损害而出现高位截瘫,甚至死亡。

预防及处理:在颈部行侧屈被动运动时,尤其要注意,颈椎侧屈运动的生理范围只有45°,运动时绝对不能超过此界限,同时切忌使用猛烈而急剧的侧屈运动。在行颈椎扳法

时,一定要通过影像学检查去了解患者局部骨质情况,注意手法的力度、角度、幅度和方向,避免暴力旋扳,推拿意外是可以避免的。

## 八、休克

休克是由于感染、出血、脱水、心功能不全、过敏、严重创伤等原因引起的综合征,共同的特征表现为微循环机能障碍,引起组织血流灌注不足,进而导致组织缺氧、酸中毒、血浆成分丢失,器官与组织机能障碍,甚至主要器官损害。临床上根据不同的病因,可将休克分为:心源性休克、低血容量性休克、感染性休克、过敏性休克、神经性休克五类。推拿治疗的过程中,如果使用特殊的手法,持续刺激或在患者空腹、过度疲劳、剧烈运动后行手法治疗,可出现休克反应。休克早期,由于脑缺氧,神经细胞的反应进一步降低,神经细胞功能转为抑制,患者表现为表情淡漠、反应迟钝、嗜睡、意识模糊甚至昏迷,皮肤苍白、口唇甲床轻度紫绀、四肢皮肤湿冷、脉搏细弱而快、血压下降、呼吸深而快、尿量明显减少等休克表现。

预防及处理:为了防止推拿治疗诱发休克意外,临床上必须做到,空腹病员不予推拿治疗,剧烈运动后或过度劳累后的病员不予重手法治疗。使用重手法刺激时,必须在患者能够忍受的范围内,且排除其他器质性疾病。

推拿治疗中,出现休克病症时应立即终止重手法的不良刺激,如仅表现为心慌气短、皮肤苍白、冷汗等症状,应立即取平卧位,或头低足高位,予口服糖水或静脉注射 50% 葡萄糖。如病情较重应立即予以抗休克治疗,补充血容量,维持水、电解质和酸碱平衡,运用血管扩张剂,以维护心、脑、肾脏的正常功能,必要时立即请内科会诊治疗。

## 第三章 推拿功法基本知识

### 第一节 推拿功法和特点

推拿练功包括两种含义,一是指从事推拿工作的医务人员的自身练功,次是指患者本人结合推拿治疗选功锻炼。

对于一名从事推拿工作的医务工作者而言,练功是十分必要的。这是因为,练功一方面可以补充推拿医生每日在推拿临床工作中消耗的体能,改善其职业性、久立、久坐、腕部超负荷运动及持续性弯腰等不良姿势所造成的气血运行的偏颇状况,可以缓解疲劳,加强关节等易劳易损部位的气血运行,可调节五脏六腑、四肢百骸机能,通过平调整体阴阳,迅速恢复身体损伤,以保护推拿医生自身健康。另一方面,推拿医生通过自身练功不断改善自我健康状态,增强自体技能,是自身气血和平,骨正筋柔。这样才能为他人治病时,与收发纯熟的基础上,发力柔和渗透,手下带出一团正气,治疗效果自然提高许多。反之,如果推拿医生之我尚怏怏多病,推拿时焉能有力?手下之气非寒即湿,名为他人治病,实则伤己,或可害人。

对于患者而言,尤其久病久治不愈患者,应在推拿及针药治疗的基础上结合练功,则必能获救。人是万物之灵长,非自我谁能主宰?如有效地发挥自身能动作用从绵绵长病的痛苦深渊中觉醒,振作精神,自勉自励,恰如其分的进行选功锻炼,则恐没有疾病不可治者。

### 第二节 推拿功法的分类和作用

气功是中华民族最宝贵的文化遗产之一,在医、儒、释、道、武等各家学术文化典籍中不乏气功学思想之论述。气功学思想,亦是祖国医学思想之精粹,古老的中医学,辅助中华民族,为炎黄子孙疗疾祛病、健康繁衍历数千年不衰,是为医道之精严。实际上,气功不仅仅是强身健体、治疗疾病的法宝,其本意仍在解释宇宙和人生之真理,使你能真正地认识自我和找到自我,认识生命并使之发挥灵光。人,巨人、真人、至人、圣人,我国古代先哲们孜孜以求探索生命之道的功学学术思想主旨在于此,而疗疾祛病,健身强体不过是气功学术思想的初期目标,亦可谓常人低求小作。古言斯道甚深,老子谓“道可道,非常道,名可名,非常名”,是说气功学术思想精微无比,无超其右者。但本书旨趣在于讨论强身治病之法,故望推拿医生及病患之家,诚能择法习之,以求健身治病,即不罔此篇所置。今择古今各家各派气功法门之要者,与理于法,或妄评说。在气功锻炼中,以肢体的运动为外在表现则称之为动功。古人认为“流水不腐,户枢不蠹,动也,形气使然。形不动者精不流,精不流则气郁”、“动摇着谷气得消,血脉流通,病不得胜”可见动功有行气活血、疏筋活络、解郁消食等作用。实际上,动功是外动内静,即肢体虽处于运动状态中,而大脑却十



分安静,此为动功之要,不可不知。动功是气功的有机组成部分,对于治疗大多数病,非其莫属。许多疾病,皆以疼痛或酸麻胀等为症状表现,以中医学之观点,“通则不痛”及气血在经脉中流行不畅,则经脉就会出现闭阻现象,经脉闭阻,则导致气血壅塞一处,不得周流,此为“不通则痛”。而治之之法,以气功言,救久病重病讲,需用动功对治,因动属阳,动则气血以流,血脉流行一经畅通,则疾病自去,故动功适合于自我保健及治疗多种慢性病和顽疾杂症。

静功与动功相对,是指外在形体不动的一类气功锻炼方法。顾名思义,静功重在一个“静”字,古人称之为“修心”、“炼心”、“清静”、“炼丹”、“禅修”,今人谓之“入静”、“思维修”等等。静功是气功锻炼的主体与核心内容,是一门研究与探索生命奥秘的科学,具有丰富的思想理论基础和实践锻炼方法。静功的特点是以“调心”为主,以“调息”、“调身”为辅,易于培育真气,打通经脉和开发特异功能,适合于治疗各种慢性疾病和疑难杂症,更适合于推拿工作者作为保健强身和发挥自身潜能之用。静功较之动功更为难以习练,以其用心之术,专在悟性。故须潜心于理,依法修习,切不可冒昧妄进或贪恋迷恋,以防走火入魔,甚或偏差失调。

# 各 论

## 上篇 推拿手法

### 第四章 成人推拿手法

推拿治疗疾病时,术者用手或肢体其他部位,按各种特定的技巧和规范化的动作,在人体的体表操作或使人体关节作一定的被动运动的方法,称之为推拿手法。

手法是推拿治疗疾病的主要手段,推拿疗效的好坏与手法的熟练程度及是否恰当的运用有直接的关系。因此,要提高疗效,熟练操作手法及在恰当的穴位或部位上运用恰当的手法是一个关键的环节。

手法要求持久、均匀、有力、柔和,从而达到“深透”。要熟练掌握各种手法并能在临床中灵活运用,操作自如,必须经过长期的手法练习和临床实践,才能逐渐由生到熟,熟而生巧,直至得心应手,运用自如。

正如《医宗金鉴》所言:“一旦临证,机触与外,巧生于内,手随心转,法从手出”,只有手法掌握的纯熟,才能极尽运用之妙。

手法在临床运用中,同样要贯彻辨证施治的精神,才能取得更好的疗效。根据患者的年龄,体质的强弱,病症的虚实及治疗部位的特殊情况,选择恰当的手法和适宜的力度。因此,过与不及都会影响治疗的效果。

成人推拿手法,是与小儿推拿手法相对而言。其特点是手法种类多,治疗范围广。现有的手法已多达百余种,治疗范围包括伤科、内科、妇科、五官科等各种临床学科疾病。

根据手法的动作形态及其作用,推拿手法可归纳为摆动类、摩擦类、振动类、挤压类、叩击类、运动关节类、复合类及其他类共8类,每种各由数种手法组成,就其操作方法、要领、功效、注意事项等予以详细介绍。

#### 第一节 摆动类手法

摆动类手法是指以指或掌、鱼际部作力于体表,通过腕关节协调的连续摆动,使手法产生的力轻重交替、持续不断地作用于操作部位的一类手法。主要包括一指禅推法、缠

法、揉法、滚法和揉法五种。

### 一、一指禅推法

用拇指指端、偏峰或罗纹面着力于施术部位或穴位,通过前臂的主动摆动带动腕关节有节律的摆动,从而产生轻重交替、持续不断的作用力的一种手法,称为一指禅推法。一指禅推法为一指禅推拿流派的代表手法。

#### 【分类及使用部位】

根据着力点的不同分为指端推法、罗纹面推法、屈指推法和偏峰推法。指端推法、罗纹面推法——适用于全身各部俞穴。屈指推法——多用于背部俞穴。偏峰推法——适用于头面部。

#### 【操作方法】

1. 一指禅指端推法的操作方法:以拇指指端着力于体表施术部位、穴位上,拇指自然伸直,其余四指的指间关节和掌指关节自然屈曲。腕关节自然屈曲 $90^{\circ}$ ,腕部放松,悬腕,垂肘 $120^{\circ}$ 、沉肩,前臂的主动摆动带动腕关节有节律的左右摆动,摆动中拇指指间关节自然的伸直与屈曲交替,使产生的功力通过拇指指端轻重交替、持续不断地作用于施术部位或穴位上(图4-1)。摆动频率每分钟120~160次。

2. 一指禅罗纹面推法的操作方法:以拇指罗纹面着力于体表施术部位或穴位上,拇指自然过伸,其运动过程同一指禅指端推法,唯其拇指指间关节在尽量保持在自然的过伸位而不屈曲(图4-2)。

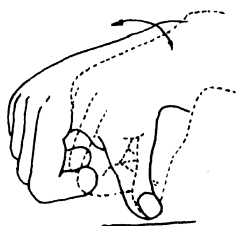


图4-1 一指禅指端推法

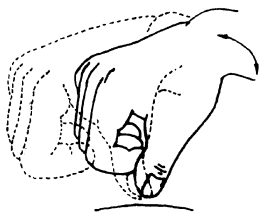


图4-2 一指禅罗纹面推法

3. 一指禅偏峰推法的操作方法:以拇指桡侧缘着力于一定的部位或穴位上,拇指自然伸直并内收,其余指间关节及掌指关节自然伸直,腕关节微屈或自然伸直,其运动过程同一指禅指端推法,仅其腕关节的摆动幅度较小,有时只为旋转(图4-3)。

4. 一指禅屈指推法的操作方法:拇指屈曲,指端压在食指桡侧缘或以罗纹面附于食指指背,以拇指指间关节桡侧或背侧着力于施术部位及穴位上,其余四指屈曲,运动过程同一指禅指端推法(图4-4)。

#### 【操作要领】

一指禅推法要求手法刚柔相济,灵活度大,深透力强,操作时施术者必须姿势端正,神气内聚,肩、肘、腕、指各部位放松,以气御劲,蓄力于掌,发力于指,将功力集中于着力部位,才能形神兼备。

1. 沉肩:肩关节放松,双肩端平,禁止耸肩用力,以腋下能容一拳为宜。
2. 垂肘:肘关节放松,自然下垂,屈曲 $120^{\circ}$ ,肘关节桡侧缘低于腕关节。以肘部为支



图 4-3 一指禅偏峰推法

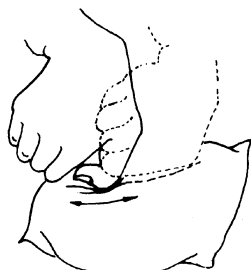


图 4-4 一指禅屈指推法

点,前臂作主动摆动,带动腕部摆动。

3. 悬腕:在腕关节放松的基础上,腕关节自然屈曲 $90^{\circ}$ , (一指禅偏峰推腕关节微屈或自然伸直)腕关节摆动中,大多尺侧缘低于桡侧缘,内摆到最大时,尺、桡侧持平。

4. 指实:拇指指端、偏峰或罗纹面自然着实吸定于一点,使产生的“力”持续地作用于治疗部位上,不能产生跳跃,同时切忌拙力下压。

5. 掌虚:除拇指外,其余四指及掌部自然放松屈曲,呈握空拳状。(一指禅偏峰推四指及掌部自然放松伸直)

6. 紧推慢移:一指禅推法的操作过程中,前臂及腕关节的摆动较快,频率达到每分钟120~160次,但着力面移动(拇指指端、罗纹面或偏峰)的速度缓慢。

### 【功效】

舒经活络、活血祛瘀、调和营卫、解痉止痛。

### 〔适用病症〕

一指禅推法刺激中等,渗透力强,灵活度大,接触面小,适用于全身各部,治疗全身各种疾患。

1. 适用于头面诸疾:头痛、失眠、面瘫、近视、咽喉肿痛等。面部多采用一指禅偏峰推法,头痛、失眠以太阳穴为重点,可由太阳向上至神庭穴,再沿前发际推至太阳,由太阳沿眉弓返回印堂,左右交替,呈“∞”形路线反复数次,以行气活血,镇静安神,常与按揉太阳、抹前额和按揉三阴交等方法配合使用;面瘫,以一指禅偏峰推法始于人中,经迎香、四白、下关、太阳、颊车、地仓,返回至人中,左右交替,呈“∞”形路线反复数次,多与抹面等配合使用;近视,用一指禅偏峰推法推眼眶周围诸穴,呈“∞”形路线反复数次,从而缓解眼肌痉挛,可与按揉法按揉眼周诸穴配合使用;咽喉肿痛,用一指禅指端推法推动下廉泉等穴,使口腔内产生清凉感,唾液增多,或用缠法。

2. 四肢关节酸痛,颈项强痛、落枕、颈椎病,腰痛等痛症。颈项强痛、落枕、颈椎病,用一指禅推法从哑门沿颈椎正中推至大椎穴,再由两侧风池穴沿膀胱经推至颈根部,反复数次以舒经活络、活血祛瘀、解痉止痛,也可用一指禅屈指推法沿上述线路操作,常与拇指按揉穴位及颈项拿法等配合使用;四肢关节疼痛,则常用一指禅推法推关节周围穴位并配合穴位的按揉法、弹拨法治疗。

3. 便秘、泄泻、胃脘痛等胃肠道疾病,冠心病、胆绞痛等胸腹疾患,痛经、月经不调等妇科疾病。便秘、泄泻、胃脘痛等胃肠道疾病,可用一指禅推法推足太阳膀胱经第一侧线,重点推脾俞、胃俞、肝俞、胆俞、大肠俞等穴位,同时推天枢、中脘等穴,常与腹部摩法配合

使用,以健脾和胃,调整胃肠功能;冠心病,用一指禅推法推心俞、膏肓俞、膈俞,多配合拇指按揉法按揉内关及胸部的摩法,达到活血通脉,行气止痛的作用;胆绞痛。则用一指禅屈指推法推背腧穴,以胆俞、膈俞、气海俞为主,常配合胸椎的侧扳法及阳陵泉、胆囊穴拇指按揉法。至于痛经、月经不调等妇科疾病,可根据具体病情随症选穴应用。

### 【注意事项】

1. 一指禅推法操作过程中着力部位的压力变化、摆动的幅度要均匀,动作灵活,使产生的力自然轻重交替,而患者无不舒适感。

2. 一指禅推法操作过程时,着力部位应吸定,不要随腕部的摆动与体表之间产生滑动及摩擦,紧推慢移时应在吸定的基础上缓慢移动。

3. 临床操作中可采用屈伸拇指指间关节和不屈伸拇指指间关节两种术式,一般指端推采用屈伸拇指指间关节,而罗纹面推多采用不屈伸拇指指间关节,前者较为灵活、刺激柔和,后者着力较稳、刺激较强,推拿医师应熟练掌握两种操作方法,以便临床灵活选择使用

### 附·缠法

一指禅推法的频率提高到每分钟 220 ~ 250 次,称为缠法。为提高一指禅推法的频率,使频率达到每分钟规定的次数,用拇指指端或偏峰着力于体表减少接触面,减少腕关节摆动的幅度,同时降低对体表的压力来达到提高摆动的频率。缠法相对一指禅推法而言,每次的刺激量减小,对皮肤的压力减小,但由于频率的加快,每分钟的刺激量并没减少,刺激量的堆积更强的作用于皮下组织,因此缠法具有较强的消散作用,临床常用于实热证及痈疔等外科病症的治疗。本法只有在熟练掌握一指禅推法的基础上才能正确操作。

## 二、揉法

小指掌指关节背侧着力于一定的部位,由腕关节的伸屈和前臂的旋转的复合运动,使小鱼际与手背在施术部位上作持续不断地滚动的手法称为揉法。

### 【分类及使用部位】

根据着力面的不同可分为:小鱼际揉法、掌指关节揉法、拳尖揉法。小鱼际揉法——肩臂部,掌指关节揉法——肩颈部、胸背部,拳尖揉法——腰臀部及下肢后部。

### 【操作方法】

1. 小鱼际揉法的操作方法:拇指自然伸直,无名指和小指的掌指关节屈曲 90°,其余掌指关节及指间关节自然屈曲,手背呈一自然弧形,以第五掌指关节背侧为起始着力点,吸定于体表治疗部位上,以肘关节为支点,前臂主动摆动,带动腕部作伸屈和前臂旋转运动,使小鱼际尺侧部在施术部位上进行持续不断的滚动(图 4-5)。

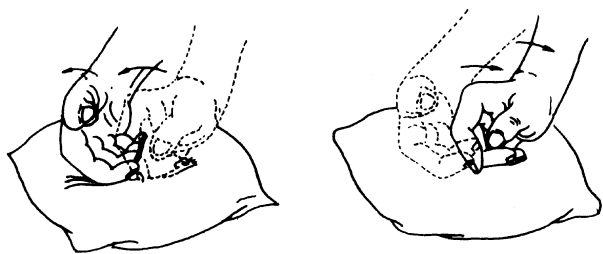


图 4-5 小鱼际揉法

2. 掌指关节揉法的操作方法:仍以第五掌指关节背侧为起始着力点,以小指、无名指、中指及食指的掌指关节背侧为滚动着力面,腕关节稍屈向尺侧,前臂作主动的前后推旋,带动腕关节的小幅度的屈伸活动,其余手法动作同揉法。

3. 拳尖揉法的操作方法:拇指自然伸直,余四指半握空拳状,以小指、无名指、中指及食指的第一指间关节背侧为起始着力点,肘关节屈曲  $100^{\circ} \sim 120^{\circ}$ ,前臂作主动的前后推拉摆动,带动腕关节作无尺、桡偏移的屈伸活动,使小指、无名指、中指及食指的第一指背、掌指关节背侧、指间关节背侧为滚动着力面,在治疗部位上产生持续的滚动(图4-6)。

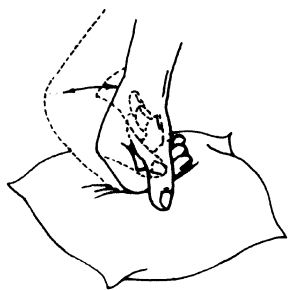


图4-6 拳尖揉法

### 【操作要领】

1. 伸屈腕关节是以第二到第五掌指关节背侧为轴来完成的;前臂的旋转运动是以手背的尺侧为轴来完成。因此揉法的吸定点是上述两轴的交点,即小指掌指关节背侧。(拳尖揉法例外,因该手法没有前臂的滚动)

2. 沉肩,上肢的肌肉及肘关节尽量放松、屈肘、肘关节屈曲  $100^{\circ} \sim 120^{\circ}$ ,肘关节离躯体半尺远,腕关节屈伸范围在  $120^{\circ}$ 左右(即前滚至极限时屈腕约  $80^{\circ}$ ,回滚至极限时伸腕约  $40^{\circ}$ )使掌背部分的  $1/2$  面积(尺侧)依次接触治疗部位。

3. 手法吸定的部位要紧贴体表,不能拖动,辗动或跳动。

4. 滚动时要尽力减小摩擦力,动作协调而有节律,压力、频率、摆动幅度要均匀。

5. 紧擦慢移:滚动的频率每分钟 120 次左右,随腕关节的屈伸作用而作缓慢地向前移动,移动幅度小。

### 【功效】

舒筋活血,滑利关节,缓解痉挛,消除疲劳。

### [适用病症]

本法接触面积大,压力大,刺激量大,渗透性强;广泛应用于颈、肩背、腰臀及四肢等肌肉较丰厚的部位。适用面广,为伤科、内科、妇科的常用手法,常用于:

1. 风湿酸痛、麻木不仁、肢体瘫痪、运动功能障碍等伤科疾患;痹症、半身不遂、颈椎病、肩周炎、腰椎间盘突出等。痹症、半身不遂,多在四肢伸肌群及屈肌群反复使用,常配合各关节的被动运动手法;颈椎病,先以掌指关节揉法于风池穴操作,并配合揉法,再沿颈部后群肌肉从风池至肩井小鱼际揉法反复操作,配合颈肩部的拿法;腰椎间盘突出症,沿脊柱两旁竖脊肌从上至下用掌指关节揉法和拳尖揉法反复施用,再沿臀部顺坐骨神经走行部位从上至下到腓肠上方用此法反复操作,在腰眼、环跳、承扶、承山等处可作重点操作部位;肩周炎,以小鱼际揉法于肩周操作,主要着力于三角肌、冈上肌及肌腱袖等部位,配合肩关节的被动运动;临床上治疗该类疾病常配合按揉法、拿法、扳法、摇法、拔伸法等手法,以共同达到舒筋通络、活血化瘀、解痉止痛、滑利关节、松解粘连等作用。

2. 糖尿病、高血压等内科疾病,常运用拳尖揉法于腰背两侧膀胱经循行的线路、臀部及下肢后侧面上施治。

3. 痛经、月经不调等妇科疾病,在腰骶部的八髎穴上采用掌指关节揉法和拳尖揉法

治疗,常配合八髎、三阴交、阴陵泉等穴位的按揉和点穴手法治疗。

4. 保健推拿常用手法之一,该手法有很好的解除肌肉痉挛、缓解肌肉疲劳、增强肌肉及韧带活力的作用,故常作为保健推拿的常用手法,除头面、腹部、手足外全身都可应用。

### 【注意事项】

1. 该手法操作过程中要充分放松腕关节,腕关节的屈伸活动是由前臂的主动运动带动的自然运动,禁止运用腕关节的拙力而造成腕关节出现折刀样的突变动作,使动作出现打击感、跳动感;并造成腕关节的僵硬,使腕关节的屈伸幅度不够,从而减少了手背部的接触面积,使动作缺乏柔和感。

2. 操作的体表接触面应为肌肉丰厚处,尽量避免掌指关节的骨突部与脊椎棘突或其他关节的骨突处发生猛烈撞击。

3. 揉法对体表产生均匀一致的刺激,前揉和后揉时着力轻重一致,避免出现“有去无回”或“有来无去”而产生顿挫感。

4. 临床使用时常结合肢体关节的被动运动,此时应注意动作的协调性,作到“轻巧、迅速、随发随受”。

### 附·滚法

滚法是以手背吸附在体表进行往返滚动的一种手法。

### 【操作方法】

受术者坐位或卧位,施术者单手或双手自然屈曲似握空拳状,用手背近小指部位或小指、无名指、中指、食指的近节指背面吸定于手术部位,以肘部为支点,前臂作主动摆动,带动腕部作屈伸和前臂旋转的复合运动(图4-7)。

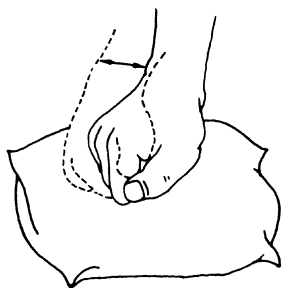


图4-7 滚法

### 【功效】

舒筋活血、镇静安神、健脾和胃、调畅气机。

### 【适应症】

接触面积较大,作用力渗透是一指禅推拿流派的辅助手法,常用于头部和腹部操作,治疗头痛、失眠、腹痛、腹胀、便秘、泄泻等疾病。

## 三、揉法

用手掌大鱼际、小鱼际、掌根、肘尖或手指罗纹面着力吸定于一定部位或穴位,带动该处的皮下组织,一起做轻柔缓和的回旋运动的手法称之为揉法。

### 【分类及使用部位】

根据用力部位的不同可分为:掌根揉法、大鱼际揉法、小鱼际揉法、拇指揉法、中指揉法、多指揉法、迭掌揉法。

大鱼际揉法——适用于头面部、胸胁部等病变部位较浅处;小鱼际揉法——常用于四肢部、腕腹部;掌根揉法——适用于腰背及四肢面积大而平坦的部位;中指揉法、拇指揉法及多指揉法——适用于全身各部的腧穴,皮下脂肪薄处如:头面、胸肋小关节处;迭掌揉法——多用于臀部、腰背等肌肉丰厚处。

**【操作方法】**

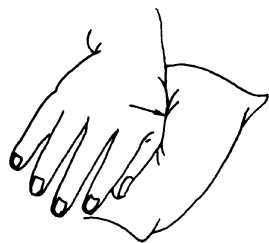
1. 掌根揉法的操作方法:用掌根部自然着力于治疗部位或穴位上,腕关节充分放松并稍背伸,手指自然弯曲,以肘部为支点,前臂作主动摆动带动腕部作轻柔缓和的回旋运动。摆动频率 100~200 次/分(图 4-8)。



图 4-8 掌根揉法



图 4-9 大鱼际揉法



2. 大鱼际揉法的操作方法:以大鱼际自然吸定于治疗部位或穴位上,手指自然伸直,腕关节充分放松,以肘部为支点,前臂作主动摆动带动腕部摆动,使大鱼际和吸定部位的皮下组织一起作轻柔缓和的回旋运动。摆动频率 200 次/分(图 4-9)。

3. 小鱼际揉法操作方法:用小鱼际自然吸定于治疗部位或穴位上,手指自然屈曲,其余操作同大鱼际揉法。

4. 拇指揉法的操作方法:用拇指罗纹面自然吸定于某一部位或穴位上,其余四指自然伸直放于体表,以肘部为支点,前臂作主动摆动带动手及大拇指作轻柔的小幅度旋转运动。摆动频率 120~160 次/分(图 4-10)。

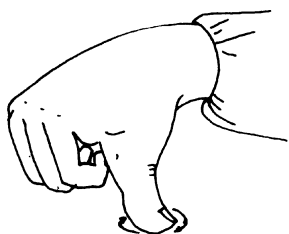


图 4-10 拇指揉法



图 4-11 多指揉法

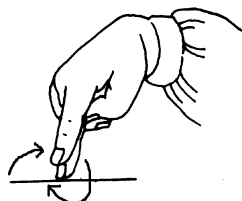


图 4-12 中指揉法

5. 多指揉法的操作手法:用食、中、环指指腹着力于施术部位或穴位上,拇指自然伸直,以肘部为支点,前臂作主动摆动带动三指、腕关节及指下的皮下组织作小幅度的回旋运动。摆动频率 120~160 次/分(图 4-11)。

6. 中指揉法操作方法:用中指指腹着力于施术部位或穴位上,其余手指自然伸直,腕关节微屈,以肘部为支点,前臂作主动摆动带动腕关节、中指及指下的皮下组织作小幅度的回旋运动。摆动频率 120~160 次/分(图 4-12)。

7. 迭掌揉法的操作方法:用两手掌迭掌,下一手掌的掌根按于治疗部位,肘关节伸直,以肩关节为支点,以上身的摆动带动手臂、腕关节及治疗部位的皮下组织作回旋运动。



摆动频率 40~60 次/分(图 4-13)。

### 【操作要领】

1. 肩、肘、手腕充分放松,以前臂的主动摆动带动腕、指的回旋运动(两手揉法则以上身主动摆动带动)。

2. 着力点要带动治疗部位的皮下组织作回旋运动,而皮上组织与着力点保持相对不动,尽量不与皮肤发生摩擦,所谓“肉动而皮不动”。

3. 揉动的动作连续而有节律,做力由小到大,再由大到小才停止。

4. 紧推慢移:在每次揉动吸定的基础上,可逐渐在一定的部位或面上缓慢地移动,回旋的速度快,而移动的速度慢。

5. 揉法的压力要小,着力部位自然放在治疗部位,而没有用力向下按的力量,为加强刺激,临床上常和按法结合使用而成按揉法。

### 【功效】

调和气血、舒筋活络、缓解痉挛、消肿止痛、消积导滞、健脾和胃。

### 【适应症】

该手法用力轻柔和平、深透,可使皮下组织产生摩擦而产生温热作用,适用于全身各部。常用于多种内科杂症、软组织损伤及各种痛症,如:

1. 腕腹胀痛、胸闷胁痛、腰痛、头痛及四肢伤痛等痛症。腕腹胀痛,可采用小鱼际揉法、大鱼际揉法及掌根揉法揉腹,结合腹部穴位的点压;胸闷胁痛,可用小鱼际揉法、大鱼际揉法沿任脉、肋间隙操作;腰痛可用迭掌揉法或掌根揉法揉肾腧、命门、腰阳关等穴;头痛、眩晕,用中指揉法、拇指揉法揉头面穴位;四肢伤痛,多用拇指、大鱼际揉法在疼痛部位或穴位上操作;痛症临床治疗上常配合穴位的按揉法、疼痛部位的摩法、拿法。

2. 便秘、泄泻、食欲不振等内科疾病。常根据不同病情辨证施治,采取顺时针或逆时针的揉动方向,配合腹部的摩法、推法、拿法等手法治疗。

3. 头面部及腹部保健。一般采取低频率的揉法,以每分钟 60 次左右为宜。

### 【禁忌症】

1. 伤筋的急性期(伤后的 24 小时内)不宜采用揉法治疗,以免加重局部的皮下出血,加重肿胀。

2. 局部有皮损或传染性皮肤病者。

3. 局部肿胀较重或关节内积液较多者,不宜用揉法在局部操作。

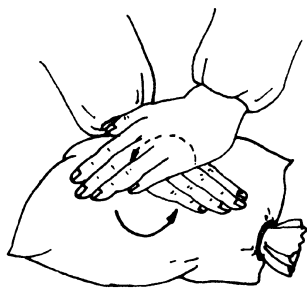


图 4-13 叠掌揉法

## 第二节 摩擦类手法

以掌、指或肘臂部附在体表作直线来回或环旋移动,使之产生摩擦的一类手法称为摩擦类手法。包括摩法、擦法、推法、搓法、抹法等手法。

## 一、摩法

以食指、中指、无名指相并的罗纹面或掌面为着力点,以腕关节为中心使之作环形而有节律的摩动的手法。

### 【分类及使用部位】

分为指摩法和掌摩法两种。指摩法——适用于头面、眼球,掌摩法——胸腹及肋部。

### 【操作方法】

1. 指摩法的操作方法:指掌部自然伸直,食指、中指、无名指并拢,其罗纹面自然贴附在体表,腕关节稍屈并保持不动,以腕关节为中心,三指做轻柔的环旋运动与体表产生摩擦(图4-14)。



图4-14 指摩法

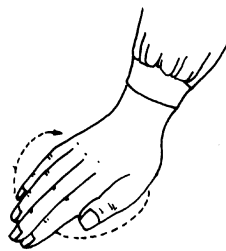


图4-15 掌摩法

2. 掌摩法的操作方法:手掌自然伸直,腕关节自然微微下垂,将手掌贴附在治疗部位,腕关节保持不动,以腕关节为中心,手掌在体表做轻柔的环旋运动与之产生摩擦(图4-15)。

### 【操作要领】

1. 肘关节自然屈曲,沉肩,腕关节放松,指掌自然伸直,动作和缓而协调。
2. 肘、腕、指掌相互协调的运动,运动中腕关节尽量保持不动。
3. 压力轻柔,指掌接触体表部位自然贴附,不要产生向下的拙力,使接触部位产生麻木触电感、温煦感。
4. 指掌部与皮肤产生相对运动,幅度大而不带动皮下组织,所谓“皮动而肉不动”,与揉法相对。
5. 摩动的速度、压力宜均匀。一般指摩法宜稍轻快,掌摩法稍重缓。

### 【功效】

提神醒脑、行气舒肝、温中和胃、消积导滞、温阳益气。

### 【适应症】

摩法刺激舒适和缓,临床应用广泛,常用于治疗胃肠道疾患、呼吸道疾患、生殖系统疾患以及四肢痛症等。如:

1. 脘腹胀痛、消化不良、泄泻、便秘等胃肠道疾患,可配合大、小鱼际揉法于中脘、天枢、神阙及全腹部操作。
2. 咳嗽、哮喘、胸闷气紧等呼吸道疾患,可摩膻中、期门、日月,可配合搓法,搓摩肋

肋,也可配合按揉背部膀胱经上的背腧穴。

3. 痛经、月经不调、阳痿、遗精等生殖系统疾患,可摩下腹部的关元、气海及腰骶部,并配合揉关元、气海及横擦肾俞及腰骶部。

4. 外伤肿痛、风湿痹痛等四肢痛症,可摩患处,常常配合局部的大鱼际轻揉,以行气活血、消肿散瘀。

5. 阳虚、中气不足等症,可摩关元、气海、膻中,有温阳补气之功。

### 【注意事项】

1. 临床应用时,可根据操作时缓急和方向不同而有补泻之分,常以急摩为泻、缓摩为补,摩腹时顺时针方向可消积导滞为泻、逆时针方向可温中健脾为补。

2. 平补平泻时操作速度不宜过快,也不宜过慢;压力不宜过轻,也不宜过重。《圣济总录》:“摩法不宜急,不宜缓,不宜轻,不宜重,以中和之意取之。”

## 二、擦法

用指掌的一定部位附着于体表,稍向下用力,作快速的直线往返运动,于体表发生摩擦产生热感的手法称之为擦法。

### 【分类及使用部位】

根据具体着力面的不同可分为:掌擦法、大鱼际擦法、小鱼际擦法、拇指擦法、四指擦法。掌擦法——应用广泛,可用于全身各部,大鱼际擦法——适用于四肢及面额部,小鱼际擦法——适用于胸背部、腰骶部,拇指擦法、四指擦法——多用于面额部。

### 【操作方法】

1. 掌擦法操作方法:用掌面紧贴皮肤,手掌及腕关节自然伸直,以肩关节为支点,通过肘关节及肩关节的屈伸活动带动手掌作快速的直线往返运动,使体表产生热量(图4-16)。



图4-16 掌擦法

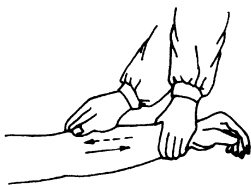


图4-17 大鱼际擦法

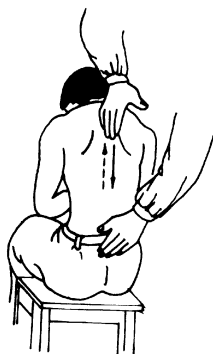


图4-18 小鱼际擦法

2. 大鱼际擦法操作方法:掌指并拢微屈,以大鱼际及掌根部桡侧缘紧贴皮肤,其余操作同掌擦法(图4-17)。

3. 小鱼际擦法操作方法:掌指并拢稍用劲绷直,腕关节伸直稍桡偏,用小鱼际的尺侧缘紧贴皮肤,其余操作同掌擦法(图4-18)。

4. 拇指擦法操作方法:将拇指指腹着力于体表,其余四指自然伸直固定局部,腕关节

屈曲,通过掌指关节及腕关节的屈伸运动带动拇指在体表来回摩擦(图4-19)。

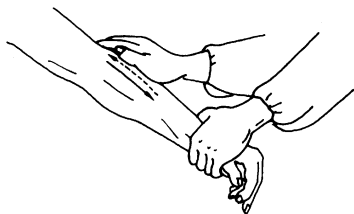


图4-19 拇指擦法



图4-20 四指擦法

5. 四指擦法操作方法:四指并拢伸直,以四指的罗纹面着力于体表,腕关节微屈,以肘关节为支点,肘关节及腕关节的屈伸活动带动手指在体表来回摩擦(图4-20)。

#### 【操作要领】

1. 上肢放松,腕关节平伸,前臂与腕骨处于同一水平,肩关节的屈伸活动为动力源(指擦法例外),带动着力部位作直线运动。

2. 四指擦法应以肘关节为支点,前臂为动力源,摩擦的距离较短;拇指擦法应以腕关节为支点,腕关节的屈伸活动为动力源,摩擦的距离最短。

3. 动作均匀连续,有如拉锯状,不可跳跃跨越,也不可中途停顿;着力部位紧贴体表,压力均匀,不可使皮肤产生皱折。

4. 应在一定的距离内摩擦,摩擦频率从快到慢,距离从长到短,摩擦至透热为度。

#### 【功效】

温经通络、活血止痛、温阳散寒、宽胸理气。

#### 【适应症】

擦法压力轻,摩擦力强,局部有明显的温热感,局部可出现潮红、痧线、瘀点、又有清热、透热之功。可用于治疗以下疾病:

1. 咳嗽、哮喘、肺气肿等呼吸系统疾病,可以横擦胸部和直擦背部膀胱经,以宽胸理气、止咳平喘,配合按揉风门、肺俞、心俞及胸胁部摩法应用。

2. 腹胀、腹泻、消化不良、胃下垂等消化系统病症,直擦背部膀胱经、横擦腰骶部和两下肢足三里,可于腕腹部摩法、揉法配合应用。

3. 四肢伤筋、软组织肿痛、风湿痹痛等运动系统疾病,可采用指擦患部,配合局部摩法以行气活血、消肿止痛。

4. 阳痿、遗精、月经不调、女子不孕等生殖系统疾病,宜用横擦肾俞、腰骶部以温肾壮阳、暖宫调经,可与腰骶部和少腹部的摩法配合使用。

5. 头痛、眩晕、高血压等疾病,可用拇指擦法擦印堂、太阳、迎香等穴位。

6. 外感发热、阳明热证等热证,宜用重擦法擦背部膀胱经,使局部出现潮红、痧线。

#### 【注意事项】

1. 操作中往返用力均匀稳当,操作者呼吸自然,不可屏气,往返频率 120 次/分。

2. 压力方向为前斜下方,压力不大也不小,压力过大则手法重滞,并容易擦破皮肤;压力过小则摩擦力不够,不易生热。

3. 擦动的路线要保持直线不要歪斜,否则不能达到治疗效果。

4. 擦法操作不可隔衣进行,应充分暴露施术部位,擦法的距离宜长不宜短,掌握好手法操作要领,不要擦破皮肤。

5. 为更好地保护好皮肤,擦时应使用一定的介质(如冬青膏、红花油、按摩乳等),既可防止破皮,又可使擦的热度深透,加强疗效。

6. 该手法操作完毕后,在该部位不应再用其他手法,以免导致皮肤受损,故多为结束手法。

### 三、推法

用指、掌、拳、肘部着力于一定的部位或经络上,紧贴体表作单方向的直线运动的手法称为推法,所谓“按而送之,推而行之”。

#### 【分类及使用部位】

根据着力部位的不同分为:拇指推法、多指推法、掌推法、鱼际推法、拳推法、肘推法。拇指推和多指推法——多用于头面、颈项、四肢等部;掌推法——多用于胸胁部、腰背部;大鱼际推法——多用于头面、四肢部;拳推法——多用于腰背、臀部及下肢部;肘推法——适用于肌肉肥厚处或感觉迟钝处。

#### 【操作方法】

1. 拇指推法操作方法:用两手或单手拇指罗纹面着力于体表的一定部位,其余四指自然分开固定于体表,腕关节微屈,拇指向四指的方向作单方向的直线推动(图4-21)。

2. 多指推法操作方法:除拇指外的四指伸直并拢,以第一及第二指骨的指腹着力于施术部位上,腕关节微屈,通过前臂向前斜下方的主动施力,使四指向指端方向作单方向的直线推动(图4-22)。

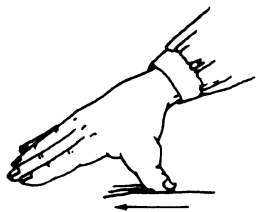


图4-21 拇指推法

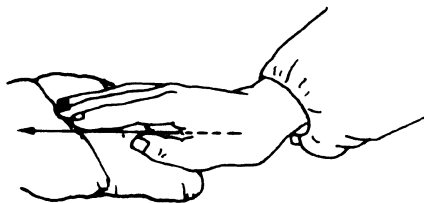


图4-22 多指推法

3. 掌推法操作方法:全手掌按压于施治部位,五指微分开自然伸直,以全手掌的掌指面为着力面,通过前臂向前斜下方的主动施力,带动手掌向指端方向作单方向的直线推动(图4-23)。

4. 鱼际推法操作方法:用掌根和大鱼际着力于体表,腕关节稍背伸,五指微屈自然放于体表,通过前臂向前斜下方的主动施力,带动掌根和大鱼际向虎口方向作单方向的直线推动(图4-24)。

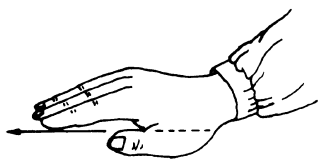


图 4-23 掌推法

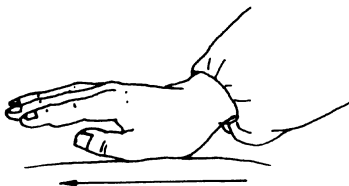


图 4-24 鱼际推法

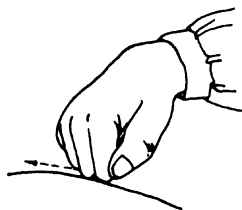


图 4-25 拳推法

5. 拳推法操作方法:手握实拳,以食指、中指、无名指及小指的近侧指间关节的背侧关节突起部着力于体表,腕关节用劲伸直,通过前臂向前斜下方的主动施力,带动背侧关节突起部作单方向的直线推动(图 4-25)。

6. 肘推法操作方法:屈肘,将肘关节鹰嘴部着力于施治部位,以肩关节为支点,通过上臂部向前斜下方的主动施力,带动肘关节鹰嘴部作较缓慢的单方向直线推动(图 4-26)。

#### 【操作要领】

1. 指、掌、肘要紧贴体表,动力着实。
2. 推动的线路呈直线,推动的速度和力量要均匀,不要在体表产生跳跃、歪斜。
3. 推动的压力从轻到重,施术者呼吸自然,不可屏气。
4. 推动的方向一般顺经络、肌纤维及静脉的走行方向。
5. 拇指推法的推动距离较短,其余推法的推动距离宜长。

#### 【功效】

舒经通络、活血化瘀、行气止痛、理筋整复。

#### 【适应症】

该手法灵活多变,可在全身各部位操作,患者常感觉温热舒适,是临床常常采用的推拿治疗方法之一。用于治疗各种痛症及气机阻滞的各类疾患,如:

1. 风湿痹痛、腰腿痛、软组织损伤、局部肿痛等痛症。腰腿痛、风湿痹痛,可用掌推法、拳推法或肘推法推脊柱两侧夹脊穴、背俞穴及肢体外侧。常常配合揉法作推揉法操作,亦常配合按法、揉法、点法、拿法作用于上述部位。

2. 胸肋胀闷不舒,烦躁易怒等气机郁阻病症。用掌推法推胸部,沿胸部正中向下直推,可摩法、擦法配合使用,并按揉背部的肝俞、胆俞等穴,行气舒肝解郁。

3. 高血压、头痛、头昏、失眠等气机上逆病症。常用拇指推桥弓、眉弓,掌推脊柱两侧膀胱经以平肝潜阳、降气逆,常配合按揉太阳、抹前额,拿揉颈项及揉中脘、摩腹等操作手法。

4. 腹胀、便秘、食积不化等气滞中焦病症。可用掌推法推脘腹部,配合脘腹部的揉法、振法、摩法使用。

5. 足疗法中的运用,常采用拇指推法在足部的反射区,按向心方向推动,多用于慢性病的治疗。

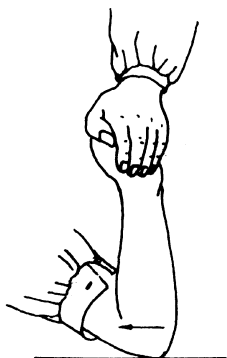


图 4-26 肘推法

### 【注意事项】

1. 常适当运用一些介质以防止皮肤破损。
2. 在关节端部推动时,推得方向应指向肌肉肌腱的起止点,有利于理筋顺筋,在肢体中部推动时,则固定一端推向另一端。
3. 推动的方向不同所起的作用也不同,顺静脉的方向推动有利于消肿,顺动脉的方向推动则加强活血化瘀,顺经络为补,逆经络为泻,向上推为升,下推为降。
4. 推动的速度不可过快,压力不可过重也不可过轻。

## 四、搓法

用双手指、掌或指掌相对紧贴于受术部位或单手、双手掌面着力于体表,作方向相反,自上而下地来回摩擦揉动的手法称为搓法。《厘正按摩要术》云:“搓以转之,谓两手相合而交转也,或两指合搓,或两手合搓,各极运动之妙。”

### 【分类及使用部位】

根据用力方式的不同分为:夹搓法、推搓法。夹搓法——适用于四肢部及肋肋,推搓法——适用于脊柱、躯干部。

### 【操作方法】

1. 夹搓法的操作方法:用双手指、掌或掌指相对用力夹住操作部位,以肩关节为支点,肩关节的主动屈伸运动带动双上肢作快速的相反方向的搓动,同时作上下往返移动(图4-27)。

2. 推搓法的操作方法:用单手或双手迭掌掌面着力于治疗部位,以肘关节为支点,前臂部主动用力,快速的左右搓动时,作较缓慢的推去拉回的动作。

### 【操作要领】

1. 操作者沉肩坠肘,肩肘关节放松,上身稍前屈,双手自然伸开,五指并拢,以手指、掌或掌指着力于操作部位。

2. 夹搓法挟持力均匀柔和,以挟持住为宜,搓动频率快,速度由快到慢,由慢到快,上下移动要慢。

3. 整个操作过程要协调,一气呵成。搓动时掌面在施术部位体表有小幅度的位移,患者有较强的松动感。

### 【功效】

舒经通络、活血止痛、调和气血、祛风散寒、舒筋解痉。

### 【适应症】

该法为临床常用的辅助手法之一,作用温和舒适,可用于治疗:

1. 肢体痹痛、肩背痠痛、关节活动不利等症。肢体痹痛、关节活动不利多用夹搓法;肩背痠痛,腰背强痛,多用推搓法于局部操作。

2. 胸闷、胸肋屏伤、肝郁气滞等症。用夹搓法搓胸肋,可配合擦、摩胸肋。



图4-27 搓法

**【注意事项】**

1. 手法施力要深沉,但不可用暴力,以免损伤皮肤。
2. 施术时双手用力对称,搓动要快,移动要慢。指、掌、腕配合协调,动作要轻快灵活,力量要均匀连贯,快慢适宜,以皮肤发热为度。
3. 施术者不能屏气,呼吸自然均匀。

**五、抹法**

用单手或双手拇指罗纹面或掌面紧贴皮肤,在体表作上下、左右往返抹动或弧形曲线的抹动的手法称之为抹法。

**【分类及使用部位】**

根据着力面的不同可分为拇指抹法、多指抹法、掌抹法。拇指抹法——适用于面部,多指抹法——多用于头顶,掌抹法——适用于面部、腹部以及四肢部。

**【操作方法】**

1. 拇指抹法操作方法:用单手或双手拇指罗纹面着力于操作部位,其余手指置于相应的位置作固定,通过拇指掌指关节的主动屈伸活动,带动拇指作上下或左右、直线或弧形曲线的抹动。可根据施术部位的不同而灵活采取不同的抹动(图4-28)。

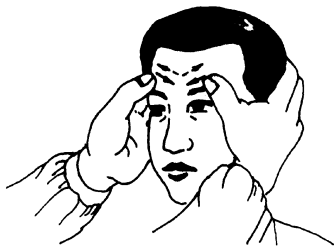


图4-28 拇指抹法



图4-29 多指抹法

2. 多指抹法的操作方法:用双手食指、中指和无名指罗纹面分置于前额部正中线上,以腕关节为支点,通过腕关节的主动屈伸动作,带动手指自前额部向两侧分抹,经太阳穴至耳上角,反复操作数次(图4-29)。

3. 掌抹法的操作方法:以单手或双手掌面紧贴于施术部位,腕关节放松,以肘关节为支点,通过肘关节的主动屈伸动作,带动掌面做上下或左右、直线或弧形曲线的抹动。

**【功效】**

舒筋活络、开窍醒神、舒肝解郁。

**【适应症】**

临床常用于治疗感冒、头痛头昏、失眠、面瘫、高血压以及肢体疼痛等病证,如:

1. 感冒、头痛头昏、面瘫等头面疾病。感冒、头痛头昏宜用拇指抹法抹前额部及两侧太阳穴,可配合按揉太阳、攒竹,分推眉弓,一指禅推法推前额;面瘫,用多指抹法抹面,多在患侧操作,可配合按揉迎香、攒竹、颊车、地仓等法。

2. 肢体酸痛、软组织损伤等痛症。宜用掌抹法在疼痛局部操作,常用推法、按揉法结合使用。



3. 高血压、肝郁气滞、失眠等症。常采用多指抹法在头角两侧反复操作以舒肝解郁，行气安神。

### 【注意事项】

1. 注意抹法与推法的区别，推法是单方向的直线运动，抹法则是或上或下，或左或右，或直线往返，或曲线运转，根据部位灵活变化运用。

2. 抹法操作时用力要求“轻而不浮、重而不滞”，频率宜轻快，动作均匀协调，不可带动皮下组织。

3. 在抹法中掌抹法最重，性平降；多指抹法最轻，性升散，临床应用应有区别，且抹法多用作结束手法。

4. 作为常用的面部保健推拿手法之一，在操作时常用适当的介质以润滑皮肤。

## 第三节 振颤类手法

以较高频率的节律性交替刺激持续作用于人体，使受术部位产生震动感觉的手法称为振动类手法。常用于结束手法，搓法常配伍使用。本类手法包括抖法、振法。

### 一、抖法

用双手或单手握住患者的上肢或下肢远端，静止用力作连续的小幅度的上下颤动，使肌肉、关节有轻松感，达到放松肌肉、关节目的的手法。

#### 【分类及使用部位】

根据抖动的部位不同分为抖上肢法、抖下肢法、抖腰法。

#### 【操作方法】

1. 抖上肢法操作方法：双手握住患者腕关节，牵引上肢向前方抬起  $60^\circ$  左右，通过前臂的强直性静止用力，使肢体产生小幅度的上下抖动，并使抖动所产生的抖动波似波浪般地传递到肩部（图 4-30）；或以一手握住腕部，一手按其肩部，双手作对抗牵拉时，通过一手前臂的强直性静止用力，使肢体产生小幅度的上下抖动，并使抖动所产生的抖动状似波浪般地传递到肩部。

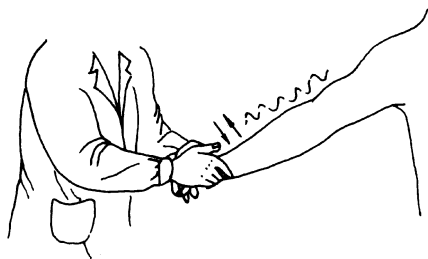


图 4-30 抖上肢法

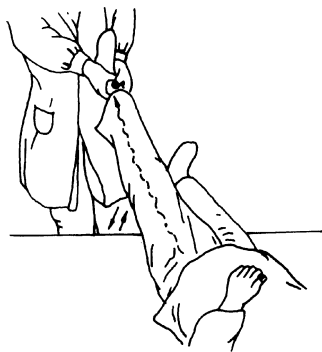


图 4-31 抖下肢法

2. 抖下肢法操作方法:患者仰卧,术者用双手握住患者患肢的踝部或分别握住两踝部,将肢体牵拉的同时抬起,于床面成 $30^{\circ}$ 左右,然后作上下兼有内旋的连续抖动,使抖动从踝部经膝关节传至髌腰部(图4-31)。

3. 抖腰法操作方法:患者俯卧,助手站在患者头侧固定其两腋部,术者站在脚侧,双手分别握住患者两踝部,两臂伸直,与助手相对用力,牵拉其腰部,然后身体前倾,准备抖动,随身体站直起立之势,瞬间用力,作1~3次较大幅度的抖动,使抖动产生较大幅度的波浪状运动,向上传至腰部(图4-32)。

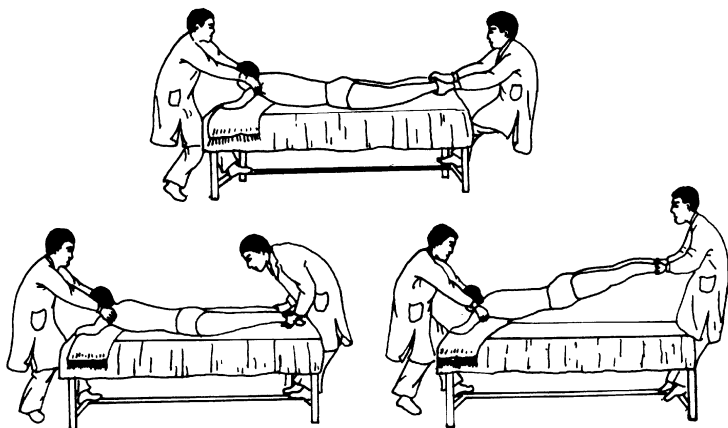


图4-32 抖腰法

### 【操作要领】

1. 被抖动的肢体要放松,自然伸直,使之在抖动时保持伸直的姿态。
2. 抖动产生的抖动波应从肢体的远端传到近端,直接达到关节。
3. 操作者呼吸自然,不可屏气,抖动的幅度小,频率快,动作连续,一气呵成。
4. 操作时不可使肢体产生左右、前后的晃动。
5. 抖动上肢时,手握腕部,牵引向前侧 $60^{\circ}$ 左右,抖动从腕部经肘部传至肩部,频率一般在200次/分左右。
6. 抖动腰部时,双手握住患者的两踝部,将下肢抬至于床面成 $30^{\circ}$ ,作上下兼有内旋的连续抖动,抖动从踝部经膝部传至髌腰部,频率一般在100次/分左右。

### 【功效】

舒筋活络、滑利关节、活血祛瘀。

### 【适应症】

本手法主要用于四肢关节和腰部,常用于治疗四肢以及腰部的疼痛疾患,如:

1. 肩周炎、颈椎病、髌部伤筋等四肢的疼痛疾患。肩周炎、颈椎病等常用上肢的抖法;髌部伤筋、腿部疼痛等则用下肢抖法;常与搓法相配合运用,作为上、下肢部治疗的结束手法。
2. 腰椎间盘突出症及腰扭伤、腰椎下关节滑膜嵌顿等腰腿疼痛性疾病,用抖腰法,可以理筋整复、松解粘连,常配合运腰法及腰部斜扳法。

**【注意事项】**

1. 抖动前要使患肢充分放松,使肌肉处于最佳松弛状态。
2. 抖动时要适当的牵拉肢体,使肢体绷直。
3. 抖动应通过上肢肌肉强直性静止用力产生,使抖动幅度尽量的小,避免使肢体产生大幅度的波动。

**【禁忌症】**

1. 对于有习惯性肩、肘、腕关节脱位病史者,严禁使用本手法。
2. 腰部疼痛剧烈,不能耐受者;腰部肌肉痉挛,不能放松者;以及腰椎滑脱等疾病不适用本手法。
3. 对于有骨质疏松、年老体弱的患者慎用该手法。

**二、振法**

将指端或手掌紧贴体表上,通过前臂和手部的肌肉强力地静止性用力,作持续性快速振动,使治疗部位产生高速振动的手法称为振法。

**【分类及使用部位】**

根据着力部位的不同分为指振法、掌振法。指振法——适用于头面、胸腹及全身各部俞穴,掌振法——多用于胸腹部。

**【操作方法】**

1. 指振法操作方法:以食指或中指指端垂直放与体表治疗部位,其余手指自然并拢,注意力集中于指端,通过前臂屈肌群和伸肌群交替的强直性静止用力,产生快速的振动,使受术部位产生温热感、松动感(图4-33)。

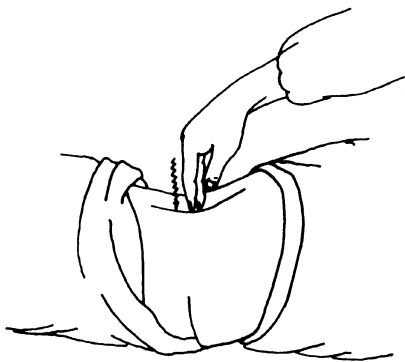


图4-33 指振法

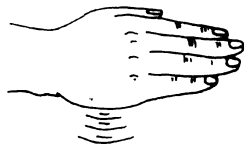


图4-34 掌振法

2. 掌振法操作方法:以掌面紧贴于治疗部位,腕关节自然背伸,注意力集中于掌部,通过前臂屈肌群和伸肌群交替的强直性静止用力,产生快速的振动,使受术部位产生温热感、松动感(图4-34)。

**【操作要领】**

1. 振动通过前臂屈伸肌群的等长收缩产生,其他部位要尽量放松。
2. 注意力要高度集中于掌指部。掌指部自然贴附于体表,不可离开肌表,也不可施

加额外的压力。

3. 要有较高频率的振动,一般认为,振动的频率要达到每分钟 400 ~ 600 次左右。振动幅度要小,不能使肢体产生抖动或摆动。

4. 操作时不能屏气,呼吸自然而有节律。

### 【功效】

镇静安神、温中散寒、行气消积、升举阳气。

### 【适应症】

1. 该手法常用于治疗以下疾病:

头痛、失眠、焦虑等病症,常采用指振太阳、印堂,掌振百会等穴,以镇静安神。

2. 消化不良、胃脘痛、胃下垂等,可采用指振中脘或掌振脘腹部以温中散寒、行气止痛、消食化积,常配合胃脘部的按揉法、摩法。

3. 咳嗽、气喘、胸闷不舒等症,常用指振膻中穴,以宽胸理气,可配合胸肋部的推法、搓法、摩法。

4. 痛经、月经不调、宫冷不孕等症,多用掌振少腹部、腰骶部,常配合横擦腰骶部,少腹部的摩法等治疗,以调经活血、暖宫散寒。

### 【注意事项】

1. 操作时除前臂主动静止性用力外,其余部位不要做故意的摆动及颤动,也不可向施术部位加以压力。

2. 指掌贴附体表自然,既不可离开体表,也不可施加压力。

3. 操作要使治疗部位产生温热感及松动感,并从操作部位向周围扩散。

## 第四节 挤压类手法

用指、掌、肘或肢体的其他部位按压或对称性地挤压体表的一类手法。该类手法有按压类和捏拿类两类。其中按压类手法是最早出现的推拿手法之一,推拿古称按摩,按跷就来源于此。按压类手法是用指、掌、肘或肢体的其他部位垂直用力按压体表的手法。其代表手法为按法,还包括点法、压法、拨法和踩跷法等;捏拿类手法是用指、掌对称性的挤压体表或肢体的手法,此类手法包括捏法、拿法、捻法、拧法、挤法等。

### 一、按法

用指、掌部着力于体表,用力由轻到重逐渐按压,按而留之的手法称为按法。

#### 【分类及使用部位】

根据着力面的不同,可分为指按法、掌按法。指按法——可用于全身各处穴位,掌按法——适用于面积大而平坦的部位。

#### 【操作方法】

1. 指按法操作方法:用拇指指峰、螺纹面或整个指腹按压在体表,其余四指自然伸直置于相应的位置,固定助力,腕关节屈曲 40° ~ 60°,拇指垂直向下用力按压,用力从轻到重,到最大力时停顿片刻,渐减压力,再重复加压,使整个动作过程既平稳又富有节奏性

(图4-35)。

2. 掌按法操作方法:用双手或单手掌掌面紧贴体表,手指自然伸直放于体表,腕关节背伸,肘关节微屈,上半身前倾,将上半身的重量渐通过肩、肘传至手掌面,垂直向下按压,用力方式同指按法(图4-36)。

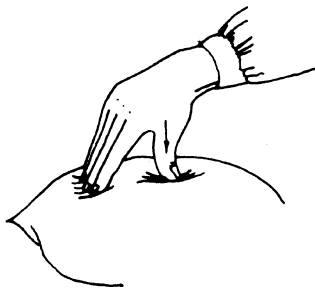


图4-35 指按法

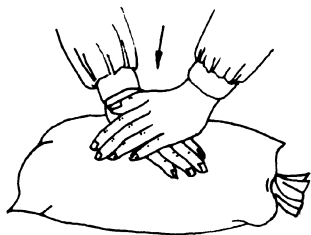


图4-36 掌按法

#### 【操作要领】

1. 手指或掌面着力于体表,用力垂直向下按压,部位固定,用力从轻到重,不可突加暴力。
2. 按压过程用力有一定的节奏性,渐加渐减,使刺激逐步渗透到组织内部。
3. 指按法要悬腕并自然屈曲,拇指按定体表,其余四指固定于相应的位置,使拇指着力更平稳着实。
4. 掌按法用于腰背及胸腹时要病人配合呼吸,呼气时逐渐用力向下按,吸气时逐渐减压。

#### 【功效】

舒筋通络、解痉止痛、温经散寒。

#### 【适应症】

1. 手法特点:该手法是最早出现的推拿手法之一,刺激性较强,尤其指按法常可替代针刺,也常称之为指针手法之一。常用于治疗以下疾病:

2. 头痛、三叉神经痛、腰腿痛、坐骨神经痛、痹症等各种痛症。头痛、三叉神经痛,用指按百会、太阳、鱼腰、风池、下关、合谷等穴位,常常按揉结合,组成拇指按揉法按揉上述穴位,配合头面部的抹法、一指禅推法等治疗;腰腿痛、痹症,多采用掌按法按腰背部、肢体的后侧,以通经活络、温经止痛,可配合擦法、推法等作用于上述部位。

3. 风寒感冒、风湿麻木、颈项强直等症。风寒感冒,可掌按或指按背部膀胱经诸穴,常配合一指禅推法、擦法、推法作用于膀胱经;风湿麻木、颈项强直,常用指按法结合揉法按揉局部穴位,可配合指拨法。

#### 【注意事项】

1. 指按法接触面积小而刺激较大,故临床操作中常与揉法结合应用,边按边揉,有“按一揉三”的说法,即重按一下,轻揉三下,形成有规律的按揉结合连续手法操作。
2. 按法的用力一定要逐渐加压,从轻到重,从重到轻,禁止突发突止,暴起暴落。
3. 掌按法在腰胸部应用时要注意患者的骨质情况,避免造成医疗事故。

**【禁忌症】**

1. 骨质疏松、骨结核、骨肿瘤等骨质病变时禁用掌按法。
2. 严重肺胸疾患禁用掌按法。
3. 有心脏疾患、或严重代谢疾患时禁用按法。
4. 年老体弱、孕妇等禁用按法。

**二、压法**

用拇指螺纹面、掌面或肘关节尺骨鹰嘴部着力于治疗部位持续按压的手法称为压法。

**【分类及使用部位】**

根据着力部位的不同,分为指压法、掌压法、肘压法。指压法——可用于全身各处穴位,掌压法——适用于面积大而平坦的部位,肘压法——主要用于腰臀部等肌肉丰厚部位。

**【操作方法】**

1. 指压法操作方法:用拇指指峰、螺纹面或整个指腹按压在体表,其余四指自然伸直置于相应的位置,固定助力,腕关节屈曲 $40^{\circ} \sim 60^{\circ}$ ,拇指垂直向下用力持续按压。其手法形态同指按法。

2. 掌压法操作方法:用双手或单手掌掌面紧贴体表,手指自然伸直放于体表,腕关节背伸,肘关节微屈,上半身前倾,将上半身的重量通过肩、肘渐传至手掌面,垂直向下持续按压,其手法形态同掌按法。

3. 肘压法操作方法:一手握拳,肘关节屈曲,用肘关节尺骨鹰嘴部的最高点着力于治疗部位,另一手握住该手的拳背面,手臂抬起帮助稳定肘关节,上半身前倾,将上半身的重量通过肩渐传至肘关节尺骨鹰嘴部,垂直向下持续按压(图4-37)。

**【操作要领】**

1. 指压法和掌压法的手形与准备动作、用力的方向同指按法和掌按法。

2. 压法与按法的区别在于用力的方式,压法使持续的向下压,按法则是 有节奏的向下压,可以说按法包括了几个压法的过程,有节奏轻重交替的重复过程,压法则相对静止,压住不动。

3. 压法用力仍从轻到重,然后压住不动,持续一段时间,再逐渐减压。

**【功效】**

舒筋通络、解痉止痛。

**【适应症】**

指压法、掌压法与指按法、掌按法的作用和适应症相同;肘压法多用于治疗腰肌劳损、腰椎间盘突出以及顽固性腰腿痛等疾患。

**【注意事项】**

同按法。

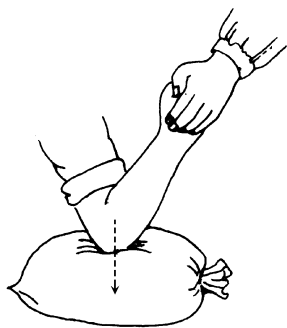


图4-37 肘压法

### 三、点法

用指端、指间关节着力于患者体表,持续的向下进行点压的手法称为点法。点法首见于《保生秘要》,从按法发展而来,可属于按法的范畴。

#### 【分类及使用部位】

根据着力面的不同,可分为指端点法、屈指点法。指端点法——可用于全身各处穴位及痛点,屈指点法——适用于背部及腰臀部俞穴。

#### 【操作方法】

1. 指端点法操作方法:用拇指或中指指端着力患处或穴位,其余手指自然屈曲握空拳,肩肘放松,上臂主动用力下压,通过肘、腕关节传导,使指端持续向下点压(图4-38)。

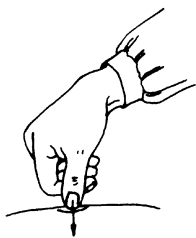


图4-38 指端点法

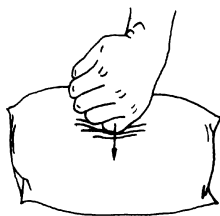


图4-39 屈指点法

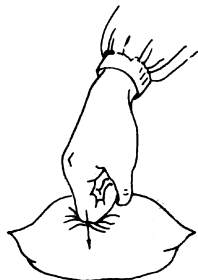


图4-40 屈指点法

2. 屈指点法操作方法:用拇指或食指、中指屈曲的近节指间关节背侧着力于操作部位,其余手指自然屈曲握实拳,肩肘放松,上臂主动用力下压,通过肘、腕关节传导,使指间关节屈曲面持续向下点压(图4-39、40)。

#### 【操作要领】

1. 指端点法宜手握空拳,用相邻的手指固定着力指第一指间关节,如拇指则将第一指间关节紧贴食指第一指间关节的外侧,中指则用拇指及食指螺纹面紧贴其第一指间关节掌侧及背侧,以免用力时损伤指间关节。

2. 屈指点法宜手握实拳,手指自然屈曲握紧以便对用力指起固定和助力作用。

3. 点法操作时,应由肩或前臂发力,并施以身体的重量,意念集中于着力处。

4. 用力要由轻到重,持续而稳定,使刺激逐步渗透到机体的组织深部,使之产生“得气”的感觉,并以患者能忍受为度。

5. 点法的用力方向多与受力面相垂直,点在穴位上时,压力方向常常与针刺穴位的方向相一致。

#### 【功效】

舒筋活络、调经通气、活血化瘀、解痉止痛。

#### 【适应症】

该手法刺激较强,“以指代针,点法是也。”一般认为,点法与按法的区别在于:接触面积大,压力较为缓和的按法;接触面积小,压力较大的则为点法,有以指代针之义。常常用

于治疗各种痛症,如:

1. 头痛、颈痛、落枕等,头痛,点风池、太阳、鱼腰、百会等穴;颈痛、落枕,点风池、华佗夹脊穴、天宗、拇指根部等。
2. 腰腿痛,点肾俞、气海俞、大肠俞、八髎、环跳、阳陵泉、委中、承山等。
3. 牙痛,点合谷、下关、听会、颊车、翳风等。
4. 胃脘痛、腹痛,点脾俞、胃俞、足三里、上巨虚、内关等。

以上各种痛症采用点法治疗,均具有很好的止痛疗效,常和按法、压法和揉法等在上述穴位配合操作。

#### 【注意事项】

1. 点法用力要注意逐渐加力和逐渐减力,禁止使用暴力,并且力量的大小既要产生“得气”感,又要以患者能耐受为度、避免造成局部损伤。
2. 对于年老体弱、久病体虚的患者不可使用点法,犹以有心脏疾病的患者忌用。
3. 在临床上点法常与揉法配合使用,边点边揉,可以避免气血积聚和局部的如组织损伤。

### 四、捏法

以拇指和其他手指相对用力,在操作部位作有节律的、一紧一松的挤捏,并作匀速上下移动的手法称之为捏法。

#### 【分类及使用部位】

根据拇指与其他手指配合的多寡分为:三指捏法、五指捏法。三指捏法——适用于颈部、肩部,五指捏法——适用于四肢、背部。

#### 【操作方法】

用拇指与食、中指的指面,或用拇指和其他手指的指面自然贴附在体表的两侧,相对用力挤捏,随即放松,再用力挤捏、放松,反复重复挤捏和放松动作,并循序匀速移动(图4-41)。

#### 【操作要领】

1. 操作时拇指和其他手指的指面及虎口、掌面自然紧贴体表。
2. 拇指和其余手指要以指面着力,腕关节放松,施力时双方用力对称,用力轻柔,轻重交替。
3. 操作中用力均匀,动作要有节奏性,连续而不间断。
4. 一般顺经挤捏,且随一张一合连续缓慢移动,轻重适度。

#### 【功效】

通经活络、行气活血、解痉止痛、消炎利肿。

#### 【适应症】

本手法刺激中等,轻重适中,常用于治疗以下疾病:

1. 疲劳性四肢酸痛、四肢关节疼痛、颈痛等痛症,四肢部用捏法自四肢的近端捏向远端,可配合四肢部的拿法、揉法治疗;颈椎病、颈痛,以捏法从两侧风池穴向下捏至颈根部,



图4-41 捏法



常配合颈部指按法、指揉法、弹拨法及拿法等手法施用。

2. 水肿、脉管炎、骨折后期四肢肿胀等,常采用向心性挤捏,可配合向心性推法、抹法等使用。

### 【注意事项】

1. 操作中避免指端用力,应用指面着力,腕关节放松。如用指端着力则失去挤压的作用。

2. 挤捏移动的方向不同作用有差异。抬高肢体,向心性移动,能使津血归心、消炎利肿;反之,肢体下垂,离心性移动,可使气血发散、活血化瘀。临床应用应加以区别。

3. 挤捏时不要含有揉、提的手法,如捏中带揉、提,则类是拿法。

4. 挤捏前,可先在腋下或腹股沟处点按、弹拨,从而使经脉畅通。

## 五、拿法

用拇指和其余手指相对用力,提捏或揉捏肌肤的手法称之为拿法。有“捏而提起谓之拿”的说法。“推拿”的说法最早出现于明代,由“按摩”到“推拿”名称的改变也体现了推拿手法运用的飞速发展。后世的“拿坛子”、“抓沙袋”等功法的训练,即主要针对拿法而立,以增加手腕部的力量。

### 【分类及使用部位】

根据拇指与其配合手指的数目,可分为三指拿法、五指拿法。三指拿法——适用于颈、肩部,五指拿法——适用于头部、腰部及四肢部。

### 【操作方法】

用拇指于其他手指相对用力,在挤捏肌肤的同时用腕关节的力量向上提起肌肤,继而放下,并用拇指和其他手指施以揉动,持续有节律的进行以上手法的重复操作(图4-42)。

### 【操作要领】

1. 挤捏和提起时用拇指和其余手指的指面着力,避免使用指端着力。
2. 操作中拇指和其余手指的指面、虎口及掌面尽可能的紧贴体表。
3. 操作中腕关节要放松,动作灵巧、连绵不断,力量柔和,富有节律性。
4. 拿法是一复合手法,提捏中含有揉法的作用,实际上包含了捏、提、揉三种成分。

### 【功效】

舒筋通络、解痉止痛、发散风寒、升举阳气、行气活血、消积导滞。

### 【适应症】

该手法即有力又柔和,患者感觉轻松舒适,临床应用比较广泛。常用于治疗临床各种疾患,如:

1. 落枕、颈椎病、肩周炎、偏瘫、四肢酸痛等症。落枕、颈椎病,可拿颈项部、肩井部及患侧上肢;肩周炎、偏瘫、四肢酸痛、运动性疲劳等,可自四肢近端拿向远端,可配合四肢的捏法、揉法、抖法等手法应用。

2. 感冒、头痛身痛、发热恶寒等症。风寒外感、头痛身痛,常拿风池、颈项部、肩井及



图4-42 拿法

头部,多采用重拿法,以发汗解表;风热外感,可用轻拿法拿肩井、颈项部,轻快柔和以解肌发表。常配合抹头面、颞部扫散等手法治疗。

3. 腹痛、腹胀、消化不良等症。可采用腹部的拿法或拿肚角的方法,配合腹部的摩法、推法、振法等手法。

### 【注意事项】

1. 拿时一紧一松的提起、放下,用力由轻到重,和缓而有节律性,逐步达到渗透的作用,切忌突然的加力、减力。

2. 操作中要注意腕关节的灵活性,动作协调,可双手交替操作或同时操作,避免死板僵硬。

3. 初习者不可用力久拿,避免损伤手指和腕关节。

## 六、捻法

用拇指和食指夹住患者的指、趾或肌腱等部位,作对称、快速的捻线状的搓揉,并上下往返移动的手法。

### 【操作方法】

用拇指罗纹面与食指桡侧缘或罗纹面相对捏住施术部位,稍用力做对称的、快速的捻线状的搓揉动作,并做上下往返移动(图4-43)。

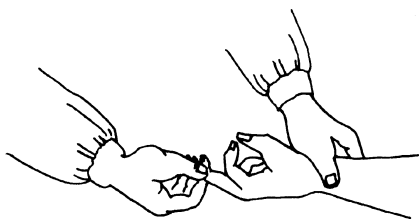


图4-43 捻法

### 【操作要领】

1. 捻动时用力灵活、均匀,不可呆滞,夹持力适中。

2. 捻动的速度要快,上下左右的移动慢而有连贯性。

3. 捻动时着力面于皮肤之间尽量不产生摩擦移动,主要是移动皮下组织。

4. 拇指和食指在捻动时揉劲宜多,搓劲应少,两指捻动的方向相反,是一种相向运动。

### 【功效】

理筋通络、消肿止痛、活血祛瘀、滑利关节。

### 【适应症】

本手法常用于手指间关节、足趾间关节及浅表肌肤、肌腱处,常作为上肢手法治疗的常规手法之一。常用于治疗指间关节扭伤、类风湿关节炎、屈指肌腱腱鞘炎等筋伤疾患。如:指间关节损伤、类风湿关节炎,常捻关节左右两侧处或手指左右两侧从上到下依次捻动,可配合手指的牵拔法;屈指肌腱腱鞘炎,捻患指的腹侧面为主,可配合推法、揉法治疗。

### 【注意事项】

1. 操作时两指夹持力以能夹持住施治部位为宜,太重则捻动呆滞,太轻则摩擦过大,揉动力减少。

2. 捻动时,常常稍同时牵拉施治部位,使之理筋、顺筋作用更好。

3. 捻法与搓法相似,搓法着力部位是手掌,夹持部位较大,用力大,搓动、上下移动幅

度大;捻法着力部位是手指,夹持部位较小,用力小,搓动、上下移动幅度小。

## 七、踩跷法

用单足或双足有节律性踩踏施术部位,称之为踩跷。踩跷法临床应用广泛,踩踏的力量沉稳着实,可深入骨间及脏腑,且施术者因以身体的体重化为手法之力,所以省力并持久。但踩跷法危险度较高,要求准确地掌握适应症及熟练的脚法。传统的踩跷法是在胸部和下肢股部各点2~3个枕头,使腰部悬空,然后在腰部进行踩踏。因其危险性高及副作用较多,故现代临床几乎已废除不用。

### 【分类及使用部位】

常用的踩跷法有蹀步式踩跷法、弓步式踩跷法及摇摆式踩跷法。适用部位具体见各法的操作方法。

### 【操作方法】

1. 蹀步式踩跷法操作方法:受术者采取俯卧位,踩跷者用双手扶在固定的扶手上,通过双手来调节和控制向下踩踏的力量。准备好后,踩跷者将双足平行踏于受术者腰骶部正中,双足以走蹀步的方式,脚尖靠脚后跟一起一落地节律性踩踏,身体的重心随双足的起落而转移。双足依次从腰骶部循脊柱向上踩踏到第7颈椎下缘,再循脊柱退回腰骶部,如此反复多次操作。在踩踏过程中,可作1~2次腰部弹压踩踏,即将双足踩踏于脊柱两侧,用足掌前部着力而足跟提起,身体随膝关节及踝关节的屈伸而一起一落,通过足前掌对腰部作一轻一重的按压,常一次连续弹压15次左右(图4-44)。

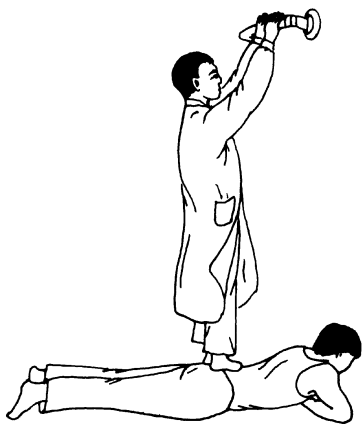


图4-44 蹀步式踩跷法

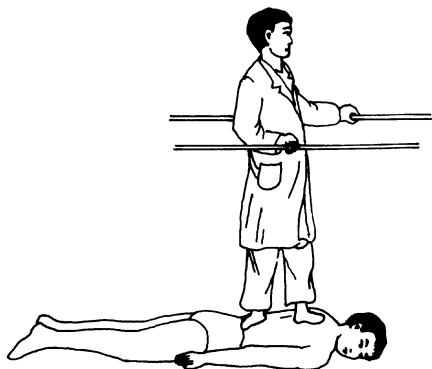


图4-45 弓步式踩跷法

2. 弓步式踩跷法操作方法:受术者采取俯卧位,踩跷者准备动作同蹀步式踩跷法,双足分踏于肩胛部和腰骶部,面部朝向受术者头部,两腿呈弓箭步姿势,一足横踏于腰骶部,与脊柱垂直,另一足踩于肩胛部的内侧,紧扣于一侧肩胛骨内侧缘,而足的内侧缘与脊柱平行。以腰为轴,通过身体的节律性的前倾后移,将重心在两足间交替移动,前倾时重心落在前足,后移时重心落于后足,如此有节律性的一前一后的踩踏(图4-45)。亦可依次法将双足分踏于背部和腰部进行踩踏。

3. 摇摆式踩跷法操作方法:受术者采取俯卧位,踩跷者准备动作同蹀步式踩跷法,双

足呈外八字分踏于双下肢的臀横纹处,身体重心有节律性持续左右摇摆,通过身体重心在双足间的交替移动,使两足进行连续地节律性踩踏,并循大腿后缘下移至稍窝部,再沿原路线返回臀部,如此反复操作多遍(图4-46)。

### 【操作要领】

1. 踩踏时要有节律性,呈轻踏步样,足底离开体表不要太高,以身体重心能移至对侧足部即可。踩踏的速度快慢适中,常以每分钟踩踏60次左右为宜。

2. 弹压踩踏时足尖不可离开受术者体表。

以腰为轴,两腿呈弓箭步踩踏时,两足均不离开被踩踏部位。

3. 踩踏的力量、次数和时间根据受术者的体质状况和病情灵活调节,在操作过程中,如患者难以忍受或不愿配合,应立即停止,不可勉强。

### 【功效】

舒筋通络、理筋整复、解痉止痛。

### 【适应症】

该方法刺激强,其具有省力、易持续、易渗透的特点,具有较强的作用力。常用于腰骶部、背部、肩胛部及下肢后侧肌肉较丰厚处,用于治疗脊柱疾病及某些内科杂症,如:

1. 腰椎间盘突出症、腰背筋膜劳损等腰腿痛疾病,可用踏步式踩跷法反复踩踏腰部、背部,间以外八字踩跷法踩踏两下肢后侧。

2. 颈椎病、菱形肌劳损等症,导致肩背部酸痛者,可用倾移式踩跷法重踩肩胛部,常配合肩颈部其他手法同时进行治疗。

3. 头痛,其痛势悠悠,缠绵难愈者,可用外八字踩跷法较长时间踩踏两下肢后侧,对承受能力较强,亦可踩踏两小腿后侧,结合其他头面部手法治疗,能起镇静安神止痛的作用。

### 【注意事项】

1. 必须严格把握适应症,明确诊断。凡体质虚弱,有心、肝、肾疾患,有骨质疏松或其他骨质病变者禁用。

2. 年老体弱或小儿,以及因病不能受力者禁用。

3. 操作时不可在一处长时间踩踏。如腰骶部及肾区若踩踏时间过久,即可产生肩胛部酸痛、头晕等症状,其机制是由于腰部受力过大,可使椎管和颅内压力增高所致。

4. 推拿医师体重过重者应慎用踩跷法,一般以体重50~75kg为宜。

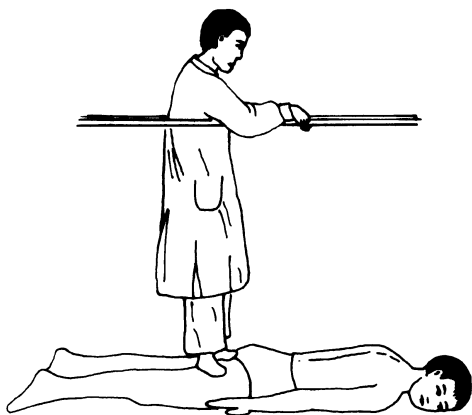


图4-46 摇摆式踩跷法

## 八、拨法

以手指端深按于治疗部位,进行单方向或往返的拨动的手法,称之为拨法。又称为指

拨法、拨络法等。该手法是临床常用的手法之一,其临床应用有“以痛为俞,不同用力”的说法。

### 【分类及使用部位】

根据着力指端的不同可分为拇指拨法、三指拨法。操作部位位于术者同侧时常用拇指拨法,操作部位在对侧时,则可用三指拨法。

### 【操作方法】

1. 拇指拨法的操作方法:五指自然伸直,腕关节自然屈曲,以拇指端着力于治疗部位,其余手指置于相应位置以固定和助力。拇指用力下压至一定的深度,使局部产生酸胀感时,再做与肌腱、韧带、肌纤维或经络成垂直方向的单向或来回拨动。若单手指力量不足时,亦可用双拇指重叠进行拨动(图4-47)。

2. 三指拨法的操作方法:五指自然伸直,腕关节自然伸直,食指、中指和无名指并拢,以其指端着力于治疗部位,下压至一定的深度,使局部产生酸胀感时,再做与肌腱、韧带、肌纤维或经络成垂直方向的单向或来回拨动。在颈部操作时,常用两手相向对称用力下压拨动。



图4-47 拇指拨法

### 【操作要领】

1. 按压力与拨动力方向相互垂直。

拨动时指端应按住皮下肌纤维、肌腱或韧带,带动其一起运动,指端尽量不与皮肤产生摩擦。

2. 拨动的用力应由轻到重,然后由重到轻,不可突加猛力。

### 【功效】

解痉止痛、松解粘连、活血祛瘀。

### 【适应症】

该手法刺激较强,着力面积小,可在全身多处应用,尤多用于阿是穴。该手法有很强的的作用,常用于治疗各种伤筋疾病:

1. 颈椎病、落枕、颈椎小关节紊乱等颈部伤筋,常在颈椎两侧及项背部酸痛点或有筋结、筋聚等处拨动,并配合颈部的俯、仰、侧屈等被动活动。

2. 肩周炎、网球肘、弹响髌等四肢伤筋疾病。肩周炎,常在疾病的后期软组织粘连严重,功能障碍时,拨动肱二头肌长、短头肌腱附着处及三角肌与肱三头肌交接处和肩贞、天宗等穴位,并配合肩关节的被动运动;网球肘,常拨动肱骨外上髁前臂伸肌肌群附着处;弹响髌,则常拨动髌胫束在股骨粗隆上滑动处。

3. 腰肌劳损、腰椎小关节紊乱等腰部伤筋。常在痛点或肌痉挛处拨动,如腰椎横突、髂棘后上缘等处。

治疗以上伤筋疾病时常配合病变处的按揉法、点法等同时使用。

### 【注意事项】

1. 操作中,拨动力要注意掌握“以痛为俞,不痛用力”的原则。先在某一体位于患处找到最痛的一点,用拇指按住此痛点,顺后转动患部肢体,在运动中找到并保持指端

下的痛点由痛变为不痛的新体位,然后再使用拨法。

2. 操作时,要与弹拨法区别,弹拨法力量更强,且拨法对皮肤无摩擦移动,而弹拨法除对肌纤维、肌腱或韧带施以弹拨外,与表皮之间亦有较重的摩擦。

## 九、拧法

用手指捏住皮肤进行急速的一拉一放的手法称为拧法。是广泛流传于民间的一种推拿手法,又称“挤拧疗法”,常和挤法同用,亦有称为“扯法”、“揪法”、“扯痧”、“提痧”等。

### 【操作方法】

用拇指的螺纹面和屈曲的食指桡侧面或屈曲的中指和食指,张开如钳形,挟住受术部位的皮肤,拧紧扯拉又迅速放开,如此反复操作,可闻及“嗒嗒”声。

### 【操作要领】

1. 两指挟持皮肤的力量要适度,既不可过大,也不可过小。过大则易损伤皮肤,过小则不能起作用。

2. 操作时施术的手指要蘸清水或润滑剂,随蘸随拧,保持皮肤的湿润。

3. 拧以皮肤出现红紫色斑痕为度,前人称此为“痧痕透露”。

### 【功效】

发散解表、退热止痛、健脾和胃、清暑解郁。

### 【适应症】

拧法常常适用于治疗:

1. 中暑、外感风寒、音哑等症。暑湿引起的发热、头痛、胸闷等症,可拧印堂、太阳、华佗夹脊穴及胸腹部,以发散解表、清暑解郁;外感风寒,可拧颈项、背部膀胱经等处;心火上炎引起的音哑,可拧颈前部,以清火利咽。

2. 晕车晕船、恶心呕吐、脾胃欠佳等症,可拧胸腹部及华佗夹脊穴等部位,以调节神经和内脏功能。

### 【注意事项】

1. 本法使用时要注意保护皮肤,勿使破损。

2. 操作以皮肤出现红紫色斑痕为度,如连续操作 10 余次后,施术皮肤仍未出现红斑者,则非本法适应症,不宜继续使用。

3. 临床操作中常于挤法配合使用。

## 十、挤法

用单手指端或双手指端、手掌在受术部位进行相对挤压的一种手法称为挤法。

### 【分类及使用部位】

根据着力部位和施术部位所需作用力的不同分为:指与指对挤法、掌与掌对挤法、指与骨对挤法。指与指对挤法——适用于局部皮肤和肌腱处,掌与掌对挤法——多用于胸背、四肢主干等处,指与骨对挤法——多用于骨骼突出处的筋结。

### 【操作方法】

1. 指与指对挤法操作方法:受术者坐位或卧位,术者单手或双手拇指与食指的罗纹

面或指端置于皮肤或筋结处,将皮肤或筋结挤按着实,然后两指对称性用力向中央挤按。

2. 掌与掌对挤法操作方法:受术者坐位或卧位,术者双手掌心相对,着力于受术部位,进行一紧一松的相对挤压,并随一定的路线上下移动。

3. 指与骨对挤法操作方法:受术者坐位或卧位,术者单手或双手拇指与食指的罗纹面或指端置于筋结处,将筋结固定于骨面处,用指端或罗纹面与患者骨骼相对挤压,以挤破筋结。

#### 【操作要领】

1. 挤压时两指或两掌要相对性用力,进行一紧一松的挤压。
2. 指挤法时挤压皮肤要以透出紫色斑痕为度,掌挤法时用力较为缓和,常以肢端有麻木感为度。
3. 挤压筋结时,则以筋结破散为度。

#### 【功效】

疏通经络、活血化瘀、消肿止痛、理筋整复。

#### 【适应症】

该手法常用于治疗如下疾病:

1. 头晕头痛、风寒外感;治疗外感、头晕头痛,民间流行在前额挤“痧点”,多者呈排状,具有清利头目、镇静安神之功。
2. 肢体麻木、关节酸痛、软组织淤血肿痛、肌筋扭错以及小关节紊乱等症;多用掌与掌对挤法在四肢局部操作,常配合揉法、搓法、推法同时应用。
3. 腱鞘囊肿,时间较短暂者可用指与骨对挤法予以挤破,常配合拇指推法施用。

#### 【注意事项】

1. 本法操作时用力须对称而和缓、持续,避免皮肤损伤。
2. 对于时间较久的筋结,不可强行挤破。

## 第五节 叩击类手法

用手掌、拳背、手指或特制的器械叩击体表的手法为叩击类手法。本类手法包括拍法、击法、叩法、弹法等手法。

### 一、拍法

五指并拢,用虚掌拍击体表的手法,称之为拍法。拍法可单手操作,也可双手同时操作。

#### 【操作方法】

五指自然并拢,掌指关节自然微屈,使掌心空虚,沉肩,垂肘,腕关节放松,肘关节主动屈伸运动,带动虚掌有弹性、有节奏平稳地拍击施术部位(图4-48)。用双掌操作时,以双掌一起一落交替拍击施术部位。

#### 【操作要领】

1. 操作时虚掌蓄气拍击治疗部位,使振动感渗透到组织深层。

2. 拍击动作要平稳,使掌周、指周边同时接触体表,从而击打声清脆,拍击部位无痛感。

3. 拍击时腕关节要充分放松,力量从前臂通过腕关节传到掌部,使击打的力量刚柔相济,拍击的动作灵活自如。

4. 拍击时要有弹性、有节奏感,不可拍实治疗部位。

5. 直接接触皮肤拍击时,以皮肤轻度潮红为度。

### 【功效】

活血化瘀、解痉止痛、益气升阳。

### 【适应症】

常用于肩背部、腰骶部和下肢后侧,用于治疗各种痛症、肢体麻木、感觉减退等症,如:

1. 腰背筋膜劳损、腰椎间盘突出症,可用拍法拍背部、腰骶部及下肢后侧,常反复操作,具有很好的活血化瘀止痛的作用,也常配合背部、腰骶部及臀腿部击法应用。

2. 风湿痹痛、局部感觉迟钝及肌肉痉挛等症,常配合患部的揉法、击法、弹拨法使用。

3. 常作为推拿结束手法和保健手法使用。

### 【注意事项】

1. 拍击时应用虚掌,忌平掌拍击。

2. 拍击时用力应与体表垂直,不可偏移,一拍即起,不可拍实,否则易抽击皮肤而疼痛。

3. 拍击的动作干脆利落,不可在体表产生拖、拉等动作。

4. 要掌握好适应症,对有结核、冠心病、肿瘤等症者禁用拍法。

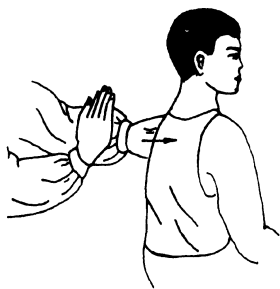


图 4-48 拍法

## 二、击法

用拳背、掌根、掌侧小鱼际、指尖或桑枝棒击打体表一定部位,称为击法。

### 【分类及使用部位】

根据接触体表的部位或使用器械可分为:拳击法、掌击法、侧击法、指尖击法、桑枝棒击法。拳击法——多用于颈背部,掌击法——适用于脊柱及臀部、下肢后侧,侧击法——多用于四肢部、肩颈部,指尖击法——适用于头顶,桑枝棒击法——多用于肩胛区、腰臀部及下肢后侧。

### 【操作方法】

1. 拳击法操作方法:握拳,腕关节稍背屈,不可屈伸,前臂外旋,通过肘关节的屈伸使拳背有节律地平击在施治部位(图 4-49)。

2. 掌击法操作方法:五指微屈,手指自然分开,背伸腕关节,以掌根着力,通过肘关节的屈伸使掌根有节律地击打在施治部位(图 4-50)。

3. 侧击法操作方法:五指自然并拢,掌指部伸直,腕关节伸直稍桡偏,通过肘关节的屈伸使单手或双手小鱼际部有节律地击打在施治部位(图 4-51)。

4. 指尖击法操作方法:拇指伸直,其余四指自然分开屈曲,腕关节放松,通过前臂的主动运动带动腕关节的屈伸,以使四指尖有节律地击打在施治部位(图 4-52)。

5. 桑枝棒击法操作方法:手握桑枝棒一端,通过前臂的主动运动,带动腕关节的反复



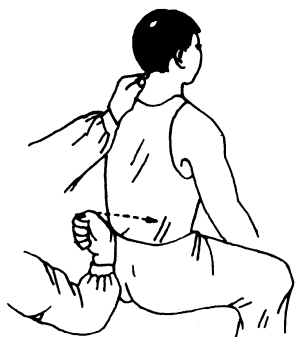


图 4-49 拳击法

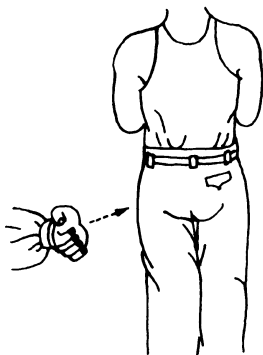


图 4-50 掌击法

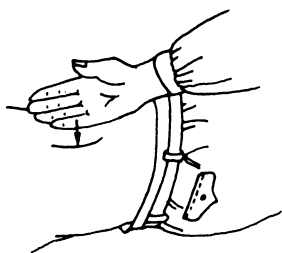


图 4-51 侧击法

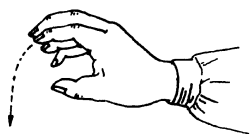


图 4-52 指尖击法

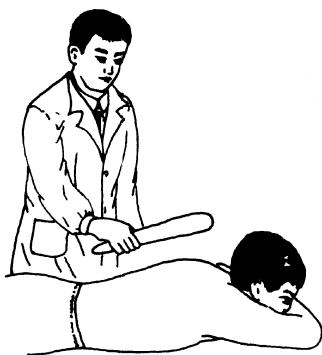


图 4-53 桑枝棒击法

屈伸,使棒有节律地击打在施治部位。(见图:4-53)

#### 【操作要领】

1. 击打时用力要稳,含力蓄劲,收发灵活。
2. 击打时着力短暂而迅速,要有反弹感,即一击到体表就迅速收回,不可有停顿和拖拉。
3. 击打的方向要与体表垂直。
4. 操作时肩、肘、腕放松,用力均匀,动作连续而有节奏感,击打的部位有一定的顺序。
5. 击打的速度快慢适中,击打的力量应因人、因病、因部位而异。

#### 【功效】

舒筋通络、活血祛瘀、行气止痛。

#### 【适应症】

常用于颈椎病、四肢痹痛、腰椎间盘突出症、偏瘫、截瘫等疾病的治疗,如:

1. 颈椎病、腰椎间盘突出症等:颈椎病引起的上肢麻木疼痛,可拳击大椎,操作时患者宜取坐位,颈腰伸直,切不可于颈前屈位时击打,可配合颈项部拿法、拨法、按揉法使用;腰椎间盘突出症引起下肢疼痛者,用掌根击法重击环跳穴,常配合腰臀部、下肢后侧拍法及侧击法治疗。

2. 风湿痹痛、肢体麻木者,用侧击法或棒击法击打患肢的肌肉丰厚处,常配合患处的拿法、拍法使用。

3. 疲劳酸痛、肌肉萎缩、偏瘫、截瘫等症,可用棒击法击打疲劳或萎缩的肢体,常配合患处的拿法、揉法治疗。

4. 头痛、头晕、失眠等症,多用指尖击法于头顶、前额操作。

### 【注意事项】

1. 本手法刺激较强,在头部、心前区、两肾区操作时宜轻,避免造成损伤。
2. 击打要避免使用暴力。
3. 严格掌握各种击法的适应部位和适应症。
4. 有风心病、脑栓塞、高血压病史的患者忌用本法。

## 三、叩法

以小指尺侧或空拳的尺侧缘叩击体表的手法,称之为叩法。叩法刺激程度较击法为轻,有“轻击为叩”的说法,可类同于击法范畴。

### 【分类及使用部位】

常可分为:佛手掌叩法、屈拳叩法,两种叩法没有严格的部位操作差别。屈拳叩法多用于头顶部,而佛手掌叩法可以全身操作。

### 【操作方法】

1. 佛手掌叩法操作方法:双手并拢,十指自然分开,两手手指自然紧贴,掌心空虚,两腕关节背伸,呈拜佛状,指、掌、腕关节放松,前臂主动旋转,使小指尺侧节律性叩击体表,若操作正确,常可发出“嗒嗒”声响(图4-54)。

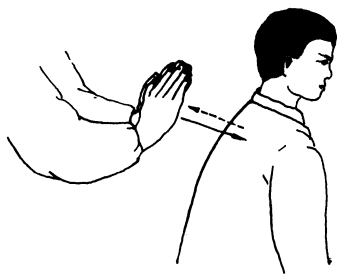


图4-54 佛手掌叩法

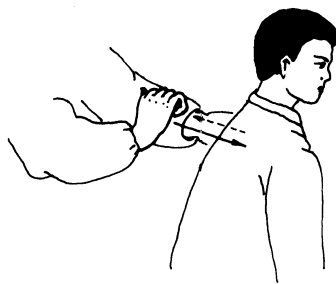


图4-55 屈拳叩法

2. 屈拳叩法操作方法:手握空拳,四指在外包绕在內的拇指,手指及腕关节放松,通过肘关节的主动屈伸,使拳的小鱼际部和小指部节律性地叩击施治部位,操作正确,常可发出“嗒嗒”声响(图4-55)。

### 【操作要领】

1. 叩击时用力适中,患者感觉有轻微的振动,伴随清脆的响声,故觉得轻松而舒适。
2. 叩击时腕关节及手指要放松,不可实力击打施术部位,方可产生空响声。
3. 叩击时要有很强的节奏感,屈拳叩亦常两手同时操作,左右交替,如击鼓状。

**【功效】**

行气活血、舒筋通络、镇静安神、醒脑开窍。

**【适应症】**

常用于治疗头痛、头晕、四肢肌肉疲劳、肩背疼痛等症,如:

1. 颈椎病、颈椎小关节紊乱等病症,对其所引起的肩背痛,常以佛手掌叩法叩击肩背部,可配合拿肩井等治疗。
2. 四指疲劳酸痛、倦怠疲劳等症,可用佛手掌叩法从四肢近端叩向远端,反复施为,常配合四肢部拿法、捏法等治疗。
3. 头痛、头晕、失眠等症,可采用屈拳叩法于头部百会、四神聪、印堂等部位操作,常与手法结束时应用。

**【注意事项】**

1. 叩击时不要施以重力,重力叩击就失去了叩法的作用。
2. 操作时要尽量产生空响声,使局部产生振动感,受术者感觉轻松舒适,而无被实力击打感。

**四、弹法**

用指端背侧着力在施治部位施以弹动的手法,称之为弹法。

**【操作方法】**

用拇指指腹抵住中、食指背侧相对用力,用指的驳动爆发力驳开中指或食指,使食指或中指指甲突然着力于患者体表,一弹即收,着力平稳(图4-56)。

**【操作要领】**

1. 弹击时力度由轻渐重,以不引起疼痛为度。
2. 弹动时用力均匀,着力平稳,快而不急,缓而连贯,弹动富有节奏,频率120~160次/每分钟。

**【功效】**

舒筋通络、祛风散寒、调和气血。

**【适应症】**

本手法可适用于全身各部,尤以头面、颈项部最为常用,用于治疗头痛、项强、呃逆上气等症。



图4-56 弹法

## 第六节 运动关节类手法

使患者关节做生理活动范围内的屈伸、旋转、内收或外展等被动活动的手法,称之为运动关节类手法。本类手法主要包括摇法、背法、扳法和拔伸法,是临床常用的推拿手法之一。其具有很好的理筋整复、松解粘连的作用,对某些疾病常能取得“立竿见影”的疗效。

## 一、摇法

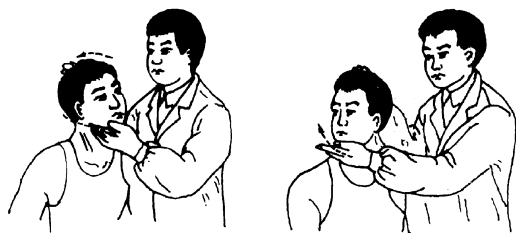
使关节做被动的和缓回旋运动的手法,称为摇法。

### 【分类及使用部位】

根据运动的关节的不同可分为:颈项摇法、腰椎摇法、肩关节摇法、肘关节摇法、腕关节摇法、髋关节摇法、膝关节摇法、踝关节摇法。

### 【操作方法】

1. 颈项摇法操作方法:受术者坐位,颈项部放松,术者用一手扶住患者头顶后部,另一手托住其下颌部,两手臂协调运动,使头颈部做顺时针和逆时针环转摇动,反复摇转数次(图4-57)。



(1) (2)

图4-57 颈项擦法

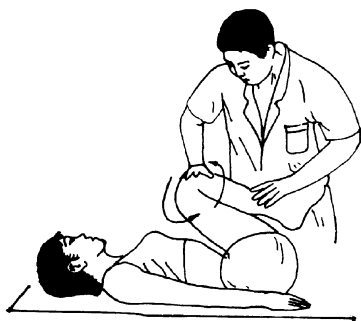


图4-58 仰卧位摇腰法

2. 腰椎摇法操作方法:

1) 仰卧位摇腰法:患者仰卧位,两下肢并拢,自然屈膝屈髋,术者双手分别按住两膝关节,一手按患者膝关节,另一手按住足踝部,双手协同用力,带动腰部做顺时针或逆时针方向的摇转运动(图4-58)。

2) 俯卧位摇腰法:患者俯卧位,两下肢并拢自然伸直,术者一手按压腰部正中,一手从患者双下肢大腿前方穿过,抱起双下肢,做顺时针或逆时针方向的摇动,同时按压腰部的一手适当的施加一定的压力(图4-59)。

3) 站立位摇腰法:患者站立位,双手平伸扶墙,术者一手扶按其腰部,另一手扶按于其脐部,两手做一前一后协调的环转揉动,使患者腰部做顺时针或逆时针方向的摇转运动(图4-60)。

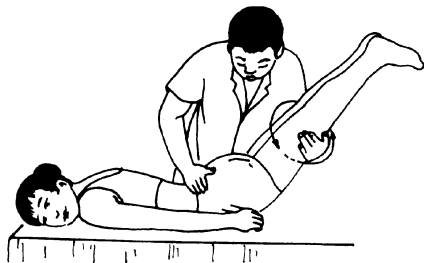


图4-59 俯卧位摇腰法



图4-60 站立位摇腰法

4) 滚床摇腰法:患者左于诊断床上,术者站在其后方,助手按住患者双膝以固定,患者上身仰靠在术者身上,术者用两手臂环抱其胸部并双手交锁固定,适当做向上牵托时,按顺时针或逆时针方向缓慢摇转(图4-61)。

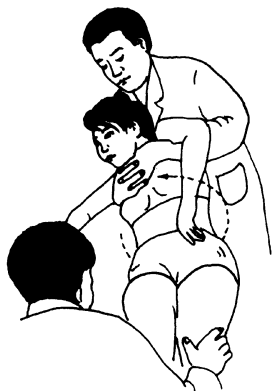


图4-61 滚床摇腰法

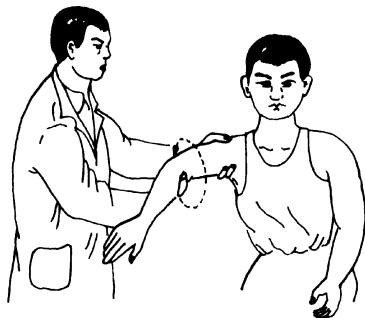


图4-62 托肘摇肩法

### 3. 肩关节摇法操作方法:

1) 托肘摇肩法:患者坐位,肩部放松,患侧肘关节自然屈曲,术者立于受术者患侧,用一手扶按住肩关节上部,另一手从其前臂下方穿过,以手腕托住肘关节,用手拿住肘关节上方,使其前臂放在术者前臂上,然后双手协调用力,让患肩做顺时针或逆时针方向的从小到大幅度的环转摇动(图4-62)。

2) 牵拉摇肩法:患者坐位,肩部放松,术者立于其患侧,用一手扶按住肩关节上方,另一手握住其手部,稍用力做手臂牵拉,待手臂拉直后,保持一定牵拉力的情况下,使其肩关节做顺时针或逆时针方向的环转摇动(图4-63)。

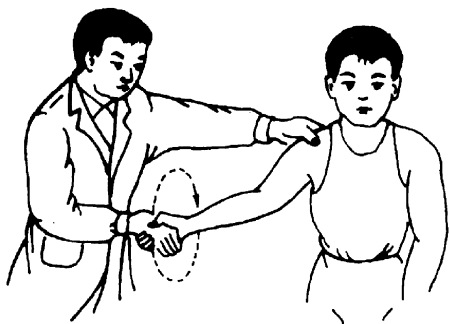


图4-63 牵拉摇肩法

3) 大云手:患者坐位,双上肢放松自然下垂。术者立于其前外方,两足成“丁字步”,面向患者而立,双手掌握住患肢的腕关节,适当牵拉上肢并使上肢内收逐渐上抬,在托起上肢的过程中,位于下方的一手逐渐翻掌,当上举至 $160^{\circ}$ 时,即呈虎口向下位握住腕部,然后另一手顺势由腕部沿前臂、上臂滑移至肩关节上部。稍作停顿,两手协调运动,按于肩部的一手固定肩关节并略向下按,握腕的一手上提,使肩关节上抬,然后使肩关节外展,从后下方摇落回初始下垂位置,下落时扶按肩部的一手随势沿上臂、前臂滑落回腕关节,呈初始时两手掌握住腕部状态。此为肩关节大幅度摇转一周,反复摇转数次(图4-64)。在摇转肩关节的过程中,要配合脚步的移动以调节身体的重心,当使肩关节向上及向后外方摇转时,前足进一小步,身体重心向前;当使肩关节向下及向前外下方复原时,前足退步,身体重心后移。

4. 肘关节摇法:患者坐位,上肢放松,术者用一手托握住其肘关节后部,另一手握住

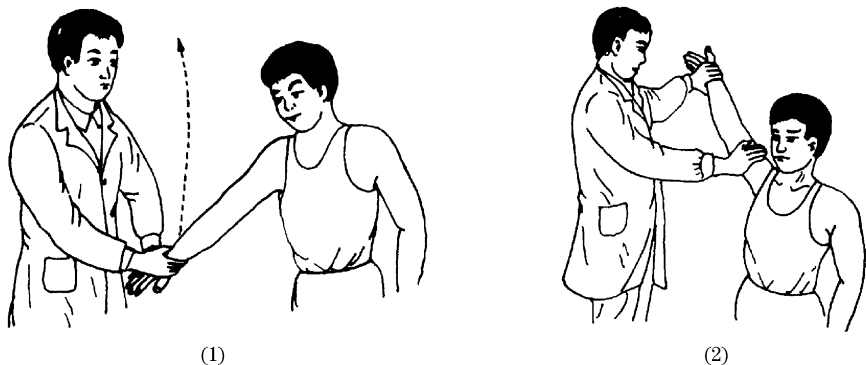


图 4-64 大云手

其腕部,使肘关节做顺时针或逆时针方向的被动环转运动(图 4-65)。

5. 腕关节摇法:患者五指自然伸直,掌心向下,手臂前伸,术者双手合握住其手掌部,用两拇指平按于腕关节背侧,余指分别握住其大、小鱼际部,在适当牵拉的时,术者两手臂协调运动,使患者腕关节做顺时针或逆时针方向的环转运动;或者术者用一手握住其腕关节上部,另一手握住其并拢伸直的四指,两手做背向用力牵拉时,使患腕做顺时针或逆时针方向的环转运动(图 4-66)。

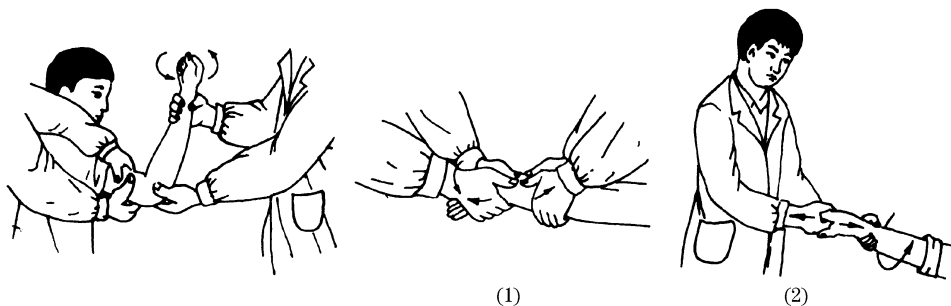


图 4-65 肘关节摇法

图 4-66 腕关节摇法

6. 掌指关节摇法:患者四指自然伸直并拢,掌心向下,手臂前伸,术者用一手握住其掌部一侧,另一手握住其伸直并拢的四指,两手做背向牵拉用力时,使患者掌指关节做被动的顺时针或逆时针方向环转运动(图 4-67)。

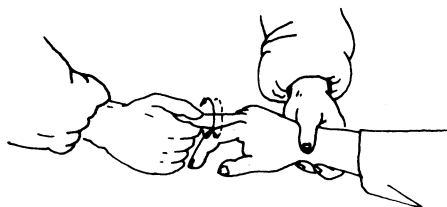


图 4-67 掌指关节摇法

7. 髌关节摇法操作方法:患者仰卧位,一侧髌膝屈曲,术者一手扶按于其屈曲的膝关节前部,另一手握住足踝部或足跟部,将髌、膝关节屈曲的角度维持在  $90^\circ$  左右,然后两手做协调运动,使其髌关节做被动的顺时针或逆时针方向的环转运动(图 4-68)。

8. 膝关节摇法:患者仰卧位,一侧髌膝屈曲,术者一手托扶其屈曲的膝关节后稍窝

部,另一手握住足踝部或足跟部,然后两手做协调运动,使其膝关节做被动的小范围的顺时针或逆时针方向的环转运动。

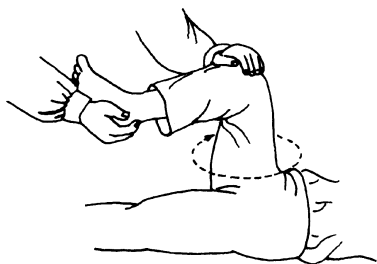


图 4-68 髋关节摇法

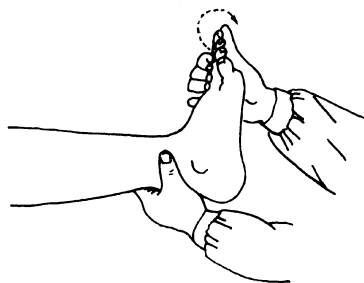


图 4-69 踝关节摇法

9. 踝关节摇法操作方法:患者仰卧位,下肢自然伸直放松,术者用一手握住其足踝部上方,另一手握住足趾部,稍向上牵拉时水平位的顺时针或逆时针方向环摇运动;或患者俯卧位,受术下肢屈膝,术者用一手扶按于其足跟部,另一手握住足趾部,两手协调运动,做垂直方向的顺时针或逆时针环摇运动(图 4-69)。

#### 【操作要领】

1. 两手协调配合,动作柔和,用力稳、准,除被摇动的关节外,其余部位应固定,避免产生晃动。
2. 摇动时切勿使用暴力或蛮力,摇动的速度由慢渐快,尤其刚开始摇动时速度要慢,可随摇转次数的增加和患者的逐渐适应而渐加快速度,但摇动的速度总以慢为宜。
3. 摇动的方向和幅度要在生理许可范围内和患者能耐受力内进行,幅度由小渐大,循序渐进。

#### 【功效】

滑利关节、松解粘连、解痉止痛、行气活血。

#### 【适应症】

该类手法用于全身各关节处,多用于治疗关节及其周围软组织损伤,如下:

1. 落枕、颈椎病、颈项部软组织损伤,可用颈项部摇法摇颈项部,常配合颈项部拿法、揉法、扳法应用。
2. 肩关节周围炎、肩部软组织损伤等,可用肩关节摇法摇肩,可配合肩部拿法、牵抖法、揉法使用,肩关节周围炎早期,应使用小幅度摇法,以患者舒适为度。
3. 急性腰扭伤、腰背筋膜劳损、腰椎间盘突出症的恢复期,常用腰部摇法摇腰。
4. 髋关节扭伤、髋关节滑膜嵌顿、股骨头无菌性坏死,常用髋关节摇法摇髋。
5. 肘、腕、膝、踝关节扭挫伤,骨折后遗症等,可用肘、腕、膝、踝关节摇法。
6. 常作为保健手法使用,各关节摇转时应缓慢,使受术者感觉舒适、轻松。

#### 【注意事项】

1. 摇法使用前应先和缓轻柔的手法如,揉法、拿法等,使肌肉放松,疼痛缓解后才操作摇法。
2. 摇法的幅度要限制在正常的生理范围内及患者能耐受的范围内,禁止使用暴力、

蛮力。

3. 摇转时速度应逐渐加快,不可突然快速摇动。

4. 摇转时其运动轨迹是圆锥形,常用一手固定关节的一端,另一手摇动;或以关节为中心,两手同时做相向的环转运动。

### 【禁忌症】

1. 对于有习惯性脱位病史的患者禁用摇法。

2. 对于椎动脉型、交感型、脊髓型颈椎病慎用摇法。

3. 颈部外伤、腰椎滑脱、脊柱骨折等病症禁用摇法。

4. 对于四肢伤筋疑为肌腱、韧带断裂伤禁用摇法。

## 二、背法

将患者背起以牵伸腰部的方法称之为背法。背法可分为反背法、正背法及侧背法,现临床多用的是反背法,即背靠背所操作的背法,其他两种已非常少用。

### 【操作方法】

术者和患者背靠背站立,双足分开与肩同宽,以两肘关节勾套住患者两肘部,然后弯腰、屈膝、挺臀,将患者反背起,使其双足离地,短暂维持一会儿,以牵引患者腰脊柱;然后术者腰部用力做小幅度的左右摆动或上下抖动,以使患者腰部放松;待其腰部放松后,做快速的伸膝挺臀动作,同时以臀部着力轻度颤动或摇动患者腰部(图4-70)。

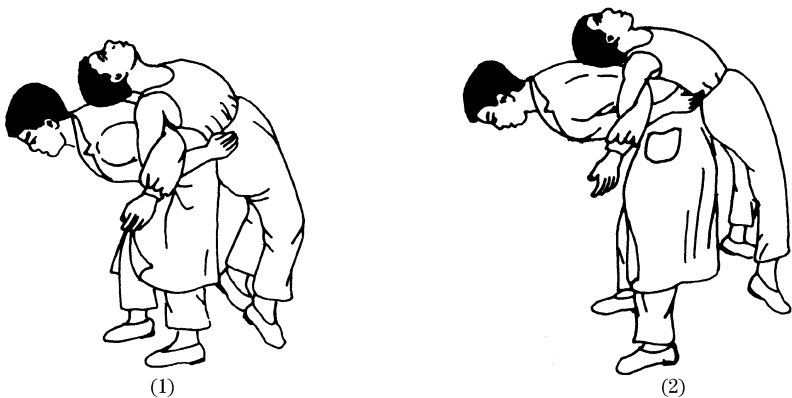


图4-70 背法

### 【操作要领】

1. 医患肘部要相互勾紧,医者两腿成马步,站立稳定。

2. 患者被背起时应充分放松身体,自然呼吸,头向后仰,身躯紧靠在术者背上,两腿自然下垂。

3. 术者做伸膝挺臀动作时,动作协调连贯,要掌握好臀部用力的大小,控制好患者脊柱后伸的幅度。

4. 操作时术者的臀部以能着力于患者的腰骶部为宜,如术者较矮,可以站立在牢固的矮凳上进行操作。



**【功效】**

舒筋通络、滑利关节、整复脱位。

**【适应症】**

本手法常用于治疗腰脊柱的疾病,如:

1. 腰椎后关节紊乱、滑模嵌顿等病症,应用背法常能立即见效,病人症状完全消失,无需使用其他手法。
2. 急性腰扭伤,常先针刺人中或后溪透合谷等治疗使腰部肌肉痉挛缓解,然后采用背法,背后配合腰部的点法、揉法、按法操作。
3. 腰椎间盘突出症,使用背法可使突出物还纳或移位,有利于神经根受压症状的解除,但在腰椎间盘突出症急性期疼痛剧烈时不宜使用,另外,中央型大块突出者也不可施用背法治疗。

**【注意事项】**

1. 操作的时间不宜过长,如操作时间过长,可导致患者脊柱长时间过伸,颅内压升高而出现头晕、头痛、恶心、呕吐等不良反应。
2. 操作时要根据患者的体质、病情、耐受力调整挺臀的力量、速度,避免猛使暴力。
3. 操作完毕后,将受术者缓慢放下时,要注意保护好患者,避免因体位行改变或颅内压的改变而失衡跌倒。

**【禁忌症】**

1. 腰部持续紧张、痉挛者,疼痛较剧烈者禁用。
2. 年老体弱或有较严重的骨质增生、骨质疏松及其他骨病者禁用。
3. 有严重的心胸疾患患者禁用。
4. 有高血压病史,严重眩晕、恶心、呕吐等症状者慎用。

### 三、扳法

用双手同时做相反方向或同一方向协调扳动某关节,使关节产生伸展、屈曲或旋转等运动形式的手法,称之为扳法。扳法是推拿常用的手法之一,也是正骨推拿流派的主要手法,扳法应用于关节,多以“巧力寸劲”使关节做短暂、快速的运动。

**【分类及使用部位】**

根据扳动的关节不同分为:颈椎扳法、胸椎扳法、腰椎扳法、肩关节扳法、肘关节扳法、腕关节扳法、髋关节扳法、膝关节扳法、踝关节扳法。

**【操作方法】**

1. 颈椎扳法:包括颈椎斜扳法、旋转定位扳法、环枢关节旋转扳法。

1) 颈椎斜扳法操作方法:患者坐位,颈项放松,头略前俯或中立位,术者立于其侧后方,用一手扶住其后头顶部,另一手托握住其下颈部,两手协调反向运动,使颈椎做侧方旋转,当旋至最大限度稍有阻力时,略停顿片刻,随即双手用“巧力寸劲”协调、快速扳动,使颈椎过旋,此时颈椎可发出“咔嚓”的弹响声,随即松手。可按同法做另一侧的扳动,(见图:4-71)。亦可在患者仰卧位时操作,患者仰卧位,全身放松,术者用一手托握住其下颈部,另一手扶持住其枕后部,两手协调用力,在适当地做颈椎牵引的同时,使颈椎做侧方

旋转,当旋至最大限度稍有阻力时,略停顿片刻,随即双手用“巧力寸劲”协调、快速扳动,使颈椎过旋,此时颈椎可发出“咔嗒”的弹响声,随即松手。

2) 颈椎旋转定位扳法操作方法:患者坐位,头颈微前屈,颈项放松。术者立于其棘突偏歪侧后方,用一手拇指顶按住患椎棘突旁,另一手兜托住下颈部,在适当地做向上牵引颈椎的同时,将其头部缓慢的旋转,当旋转到有阻力时略为停顿一下,随即用“巧力寸劲”做一相反方向的扳动,即兜托下颈部的一手略向上提,顶按棘突的拇指同时用力向对侧外上方推动,此时颈椎常可发出“咔嗒”的弹响声,同时拇指下亦有棘突弹跳感,随即松手(图4-72)。



图4-71 颈椎斜扳法

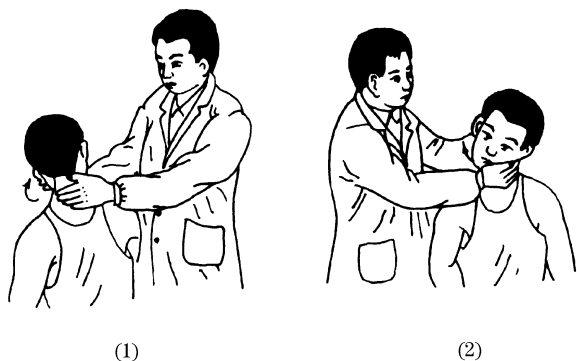


图4-72 颈椎旋转定位扳法



图4-73 寰枢关节旋转扳法

3) 寰枢关节旋转扳法操作方法:患者坐位,头颈微前屈,颈项放松。术者立于其侧后方,用一手拇指顶按住第二颈椎棘突旁,另一手以肘弯部兜托住下颈部,肘臂部协调用力,将颈椎均匀的向上拔伸,在维持牵引的基础上使颈椎旋转,当旋转到有阻力时略为停顿一下,随即用“巧力寸劲”做快速扳动,同时顶住棘突的拇指亦同时做相反方向的推动,此时颈椎常可发出“咔哒”的弹响声,同时拇指下亦有棘突弹跳感,随即松手(图4-73)。

2. 胸椎扳法:包括扩胸前顶后扳法、挺胸对抗复位法、拉肩式胸椎扳法、搂胸膝顶法和仰卧压肘胸椎扳法。

1) 扩胸前顶后扳法操作方法:患者坐位,两手十指交叉扣住并抱于枕后部。术者立其后,用双手分别握住患者两肘部,以一侧膝关节顶在患椎棘突上,同时嘱患者主动向后扩胸至最大限度,并深呼吸,在患者呼气末,术者两手托其肘快速小幅度将两肘向后扳动,同时膝关节前顶,此时胸椎常可发出“咔哒”的弹响声,随即松手(图4-74)。

2) 挺胸对抗复位法操作方法:患者坐位,挺胸双上肢相握上举,术者立其后,用一手扶持住双上臂远端,另一手拇指抵住患椎棘突上,术者顺势向后扳动其双上肢的同时,拇指用力向前推动所按棘突,此时胸椎常可发出“咔哒”的弹响声,随即松手(图4-75)。

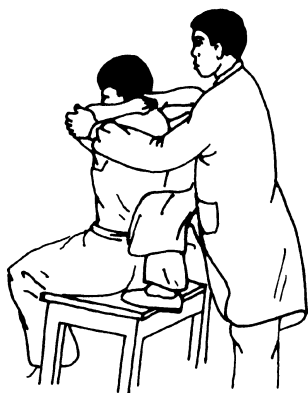


图 4-74 扩胸前顶后扳法

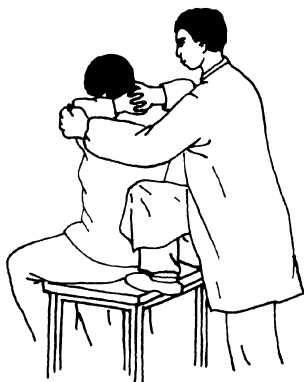


图 4-75 挺胸对抗复位法



图 4-76 挺胸膝顶法

3) 挺胸膝顶法操作方法:患者坐位,双上肢自然下垂,术者双上肢绕过患者肩关节外侧,搂住其胸部,十指于其胸前交叉扣住,以一侧膝关节顶在患椎棘突上,同时嘱患者主动向后扩胸至最大限度,并深呼吸,在患者呼气末,术者双上臂搂住其双肩部向后扳动,同时膝关节前顶,此时胸椎常可发出“咔哒”的弹响声,随即松手(图 4-76)。

4) 拉肩式胸椎扳法操作方法:患者俯卧位,全身放松,术者立于其健侧,用一手穿过对侧腋窝兜托住其肩前部,另一手用掌根按压在患椎棘突旁,兜托住肩部的一手将其肩部拉向后上方,同时按压其患椎的一手将患椎向健侧推动,当有阻力时略为停顿一下,随即用“巧力寸劲”做快速、有控制的扳动,此时胸椎常可发出“咔哒”的弹响声,随即松手(图 4-77)。

5) 仰卧压肘胸椎扳法操作方法:患者仰卧位,两臂交叉置于胸前,两手分别抱住对侧肩部,全身放松;术者一手握拳,拳心向上,将拳垫在其背脊柱的患椎处;另一手按压在其交叠的双肘部。嘱患者做深呼吸,在其呼气时,压肘的一手顺势下压,待呼气将尽未尽时,随即用“巧力寸劲”做快速、有控制的向下按压,此时胸椎常可发出“咔哒”的弹响声,随即松手。

3. 腰椎扳法:包括腰椎斜扳法、腰椎定位旋转扳法、直腰旋转扳法、腰椎后伸扳法。

1) 腰椎斜扳法操作方法:患者侧卧位,在上的下肢屈膝屈髋,在下的下肢自然伸直,术者面对患者而立,用一手或肘部扶按于其肩前部,另一手或肘扶按于患者的髋髂部。两手或两肘协调用力,先使其腰部作小幅度的扭转活动,即扶按于肩部和髋髂部的手或肘同



图 4-77 拉肩式胸椎扳法

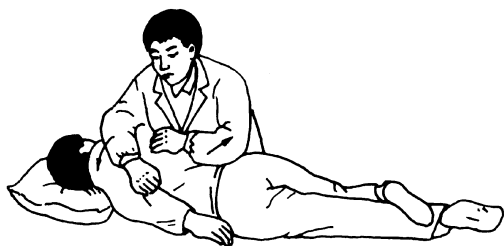


图 4-78 腰椎斜扳法

时用较小的力量向下按压,使肩部向背侧、臀部向腹侧转动,压后即松,使腰部形成小幅度的扭转而放松。待腰部完全放松后,再使腰部扭转至有明显阻力时,略停片刻,然后施以“巧力寸劲”做快速、有控制的扳动,此时腰椎常可发出“咔哒”的弹响声,随即松手(图4-78)。

2) 腰椎定位旋转扳法操作方法:患者坐位,腰部放松,双手扣住放于枕后部,腰前屈到某一需要角度后,以棘突向右侧偏歪,相应做右侧旋转扳动为例:一助手位于其左侧前方,用两下肢夹住其左侧小腿部,双手按压于左侧下肢股上部,固定患者的下肢和骨盆。术者位于患者的右侧后方,用左手拇指顶按住腰椎偏歪的棘突侧方,右手臂从右腋下穿过,并用手掌勾住其颈项后部,右掌缓慢下压,至术者左拇指感觉其棘突活动、棘突间隙张开时停止加压,保持此时的腰部前屈幅度,然后右侧手臂缓慢用力,左拇指顶住腰椎偏歪的棘突为支点,先使其腰部向右屈至一定幅度后,再使其向右旋转至最大限度,略停片刻后,右掌下压其项部,右肘部托住其右肩部向上抬,左手拇指同时用力向对侧顶推偏歪的棘突,双手协调用力,以“巧力寸劲”做快速、有控制的扳动,常可听见“咯”的一声,左拇指可感觉棘突的弹跳感,术者随即松手(图4-79)。

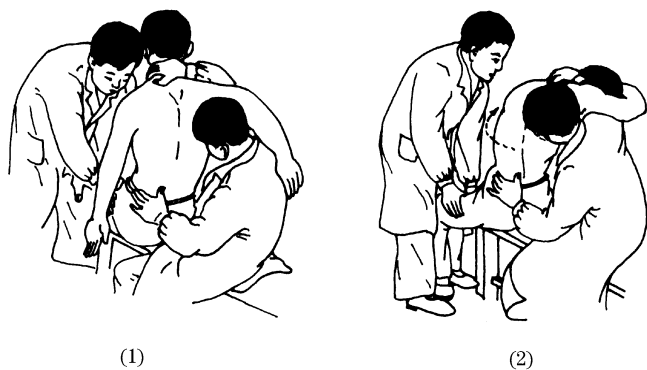


图4-79 腰椎定位旋转扳法



图4-80 直腰旋转扳法

3) 直腰旋转扳法操作方法:患者坐位,两下肢分开,与肩同宽,双上肢自然下垂,腰部放松。以向右侧扳动为例:术者立于患者的左侧,用两下肢夹住其左小腿部及股部以固定,右手从其右腋下穿过,以手掌和腕部勾托住其右肩部,左手掌抵住其左肩部后方,然后两手协调用力,右手腕及掌牵托住患者肩部上提的同时向后拉肩,左手掌则前推左肩后方,使其腰部向右旋转,至有阻力时,略停片刻,以“巧力寸劲”做快速、有控制的扳动,常可听见“咯”的一声,随即松手(图4-80)。另一种操作方法,患者坐位,双上肢自然下垂,腰部放松。术者立于患者对面,用两下肢夹住其双小腿部及股部以固定,以左手掌抵于其肩前,右手掌抵于其肩后,两手协调用力,一推一拉,使患者腰部向右侧旋转,至有阻力时,略停片刻,以“巧力寸劲”做快速、有控制的扳动,常可听见“咯”的一声,随即松手。

4) 腰椎后伸扳法操作方法:患者俯卧位,双下肢并拢,全身放松,术者用一手按压其腰部,另一手臂环抱住其双下肢膝关节上方部,托住其双下肢缓慢上抬,使其腰部后伸,当

后伸至最大限度时,略停片刻,两手协调用力,以“巧力寸劲”做快速、有控制的下压腰部与上抬下肢的相反方向的扳动(图4-81)。

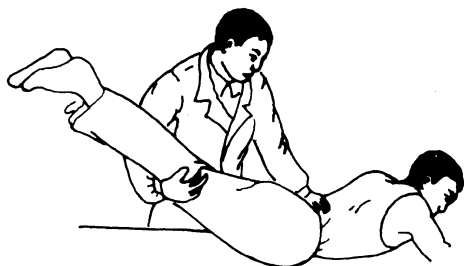


图4-81 腰椎后伸扳法

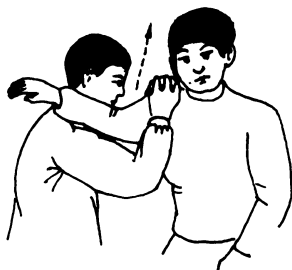


图4-82 肩关节外展扳法

4. 肩关节扳法:包括肩关节前屈扳法、外展扳法、内收扳法、旋内扳法、上举扳法。

1) 肩关节前屈扳法操作方法:患者坐位,上肢放松自然垂于体侧,术者半蹲于患肩前外侧,将患侧上臂放于术者内侧前臂上,双手十指交叉放于患者肩部,从其前后方将患肩扣住。然后术者缓缓起立,双手臂协调用力,将患臂缓缓上抬,至肩关节前屈有阻力时,略停片刻,以“巧力寸劲”,做一增大幅度的快速扳动,随即放下。在做扳动之前,为使肩关节尽量放松,常先使患者肩关节做小幅度的前屈数次或做小范围的环转摇动数次,再做扳动。

2) 肩关节外展扳法操作方法:患者坐位,上肢放松自然垂于体侧,术者半蹲于患肩外侧,将患者患侧上臂的肘关节上部放在术者肩上,双手十指交叉放于患者肩部,从其前后方将患肩扣住。随后术者缓缓起立,双手臂协调用力,使其肩关节缓慢外展,至有阻力时,略停片刻,以“巧力寸劲”,做一肩关节外展位增大幅度的快速扳动(图4-82)。

3) 肩关节内收扳法操作方法:患者坐位,患侧上肢屈肘紧贴于胸前,手搭扶在对侧肩部。术者立于其身后,用一手扶按于患侧肩部以固定,另一手穿过其健侧肩部,托住其患侧肘关节外侧并缓慢向胸前上提,上提时保持肘紧贴胸前,至有阻力时,略停片刻,以“巧力寸劲”,做一增大幅度的快速扳动(图4-83)。

4) 肩关节旋内扳法操作方法:患者坐位,患侧上肢的手和前臂置于腰部后侧。术者立于其身后,用一手按住其患侧肩部以固定,另一手握住其腕部将患肢小臂沿其腰背部缓缓上抬,至有阻力时,以“巧力寸劲”,做一较快速、有控制地上抬其小臂的动作(图4-84)。



图4-83 肩关节内收扳法

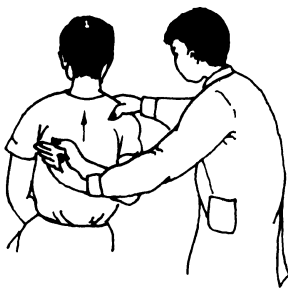


图4-84 肩关节旋内扳法



图4-85 肩关节上举扳法

5) 肩关节上举扳法操作方法:患者坐位,双上肢放松自然下垂。术者立于其患侧后方,用一手握住患侧前臂近腕关节处,将其上肢自前屈外展位缓缓上抬,至 $120^{\circ} \sim 140^{\circ}$ 时,用另一手并排握住其前臂下段,双手协调用力,向上逐渐牵拉其上肢,至有阻力时,以“巧力寸劲”,做一较快速、有控制地向上牵拉动作(图4-85)。

肩关节上举扳法还可在患者卧位时操作:患者侧卧位,患侧在上。术者坐于其头侧端,操作同上。

5. 肘关节扳法操作方法:患者仰卧位,患侧上肢放松平放于床面。术者坐于其患侧,用一手托握住其患肘关节后上方,另一手握住其前臂远端,先使肘关节做缓慢地屈伸和摇动,以使肘关节充分放松,然后根据其关节的功能障碍具体情况决定办法的应用。如是肘关节屈曲功能受限,则在其放松后,使肘关节缓慢屈曲,至有明显阻力时,用握住前臂的一手持续用力加压

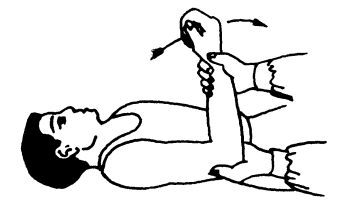


图4-86 肘关节扳法

使肘关节维持屈曲,维持片刻后,双手协调用力,以“巧力寸劲”,做一较快速、小幅度地加压扳动,随即松手(图4-86)。如是关节伸直受限,则以反方向用力施法。

其他如腕关节、髌关节、膝关节和踝关节等处的扳法,均可参照肘关节扳法操作。

#### 【操作要领】

1. 扳法的整个动作要求:“稳”、“准”、“巧”。“稳”一指用力平稳,不可突发暴力、蛮力;一指整个操作过程平稳,分阶段逐步进行,第一步是使关节放松,可采用放松类的手法 and 关节的摇法结合关节小范围的逐步活动,使关节逐步松弛;第二步是将关节极度地伸展、屈曲或旋转;第三步则是保持关节极度地伸展、屈曲或旋转位的情况下,运用扳法。“准”一是指扳动时着力点及发力的方向准确,顺其关节的运动趋势而扳动。二指扳动时发力的时机要准,如发力时机过早,关节还有松弛的运动余地,则未尽其法;如发力时机过迟,关节在极度伸展或屈曲、旋转的状态停留过久,易使松弛的关节紧张,即不易操作,还容易导致损伤。“巧”指的是扳动力要用“巧力寸劲”,“巧力”指的是扳动时发力的技巧性,用力要适当,与蛮力、浊力相对而言;而“寸劲”则指发力迅捷而短促,使关节扳动迅速而又在生理活动范围内,关键在于发力快,收力也快,使关节周围的肌腱、韧带刚一紧张,关节已回复初始位置,即起到扳动的目的又避免了软组织的损伤。

2. 扳动时要顺应、符合关节的生理功能,对于所扳动的关节,一定要认真掌握其解剖结构、生理活动范围、活动方向等特点,顺应关节的运动规律实施扳法,严禁反关节运动扳动。

3. 扳动时双手用力要协调,一般四肢关节扳动常用一手固定关节近心端,另一手扳动,而脊柱的扳动双手用力常相反,动作协调,形成力偶作用,使脊柱围绕其纵轴旋转扳动,避免各小关节的相互碰撞造成损伤。

#### 【功效】

滑利关节、理筋整复、松解粘连、舒筋活络、解痉止痛。

#### 【适应症】

扳法广泛地应用于全身各部关节,治疗各种软组织损伤及神经血管卡压综合征,如:

1. 颈椎病、落枕、寰枢关节半脱位等颈椎疾病:颈椎病、落枕,可使用颈椎斜扳法,对于椎动脉型、脊髓型颈椎病则不适用扳法,颈椎间盘突出早期虽无脊髓受压者,亦应慎用或不用扳法;颈椎后关节紊乱,可用颈椎旋转定位扳法;寰枢关节半脱位,可用寰枢关节旋转扳法,但应密切观察病人的反应,并谨慎操作。

2. 腰椎间盘突出症、脊椎后小关节紊乱等胸腰椎疾病:胸椎或腰椎后小关节紊乱,常采用扩胸前顶后扳法、挺胸对抗复位法、拉肩式胸椎扳法、搂胸膝顶法和仰卧压肘胸椎扳法和腰部斜扳法;腰椎间盘突出症,可使用腰椎斜扳法、腰椎定位旋转扳法、直腰旋转扳法、腰椎后伸扳法及直腿抬高扳法。对于腰椎间盘突出症突出物较大,硬膜囊受压明显者禁用后伸扳法。

3. 肩周炎、四肢关节外伤后功能障碍等病症:肩周炎,可用肩关节前屈扳法、外展扳法、内收扳法、旋内扳法、上举扳法,在肩周炎后期粘连较重时,使用扳法宜从小量分解开始,以患者能耐受为度,循序渐进,逐步分解,切忌一次性分解粘连,造成肩周软组织的大面积撕裂伤。四肢外伤骨折后关节功能障碍者,应用四肢关节扳法,也应以患者能耐受为度,循序渐进,逐步取得疗效为治疗原则。

4. 治疗一些内科杂症,也常采用颈、胸、腰椎的扳法治疗,临床上有“疑难杂症取之脊”的说法。如胆绞痛,可采用胸椎扳法治疗。

#### 【注意事项】

1. 患者被扳动的部位要先放松,再扳动,扳动后再次放松。
2. 操作时医者的姿势要注意既有利于发力,有能顺应关节的运动规律,动作自然协调,避免生硬、机械。
3. 扳动时不可逾越关节运动的生理范围,以免造成关节周围的肌肉、韧带及神经的损伤,扳动要在生理范围和患者能耐受的范围内操作,如患者不能耐受同样易造成损伤。
4. 扳动时禁止使用暴力、蛮力,要充分理解手法操作的“稳”、“准”、“巧”,严防出现医疗事故。
5. 扳动时用力要有控制,不可刻意追求弹响声。在颈、胸、腰椎扳法操作中,常可听到“咯”的弹响声,一般认为是关节复位、手法成功的标志,但操作中未能出现这种声响,不可刻意追求,若为追求声响,反复扳动,易使关节紧张度增大,常是造成不良后果的诱因。

#### 【禁忌症】

1. 椎动脉型颈椎病、脊髓型颈椎病、腰椎间盘突出症有脊髓受压症状及体征者忌用脊椎扳法。
2. 诊断不明确的脊柱外伤及有脊髓症状体征者禁用扳法。
3. 有骨质病变者,如骨关节结核、骨肿瘤等禁用扳法。
4. 对于四肢关节外伤,骨折未愈合者禁用扳法。
5. 有严重骨质增生、骨质疏松症者慎用扳法。

## 四、拔伸法

固定关节或肢体的一端,沿其纵轴方向牵拉另一端,使关节或半关节伸展的手法,称

之为拔伸法。其又称为“牵引法”、“牵拉法”、“拉法”和“拔法”，是正骨推拿流派常用手法，包括全身各部关节、半关节的拔伸牵引方法。

### 【分类及使用部位】

根据拔伸的关节或半关节分为：颈椎拔伸法、肩关节拔伸法、腕关节拔伸法、指间关节拔伸法、腰椎拔伸法、骶髂关节拔伸法、踝关节拔伸法。

### 【操作方法】

1. 颈椎拔伸法：包括掌托拔伸法、肘托拔伸法和仰卧位拔伸法三种。

1) 掌托拔伸法：患者坐位，术者立于其后，双手掌心向上，双前臂尺侧放于患者肩颈部，以双手拇指指端或罗纹面顶住其两侧风池穴，两手掌分置于其两侧下颌部，用两手掌及拇指顶托住患者头部，缓慢向上拔伸，同时两前臂下压，利用杠杆力的作用，使患者的颈椎持续地向上牵引1~3分钟(图4-87)。



图4-87 颈椎掌托拔伸法

2) 肘托拔伸法：患者坐位，术者立于其后，用一手横托住患者的枕后部以固定助力，以另一上肢肘弯部托住其前下颌部，手掌自然扶住一侧面部加强固定，两手协调用力托住患者的头部缓慢地向上牵引，使其颈椎持续地向上牵引1~3分钟。

3) 仰卧位拔伸法：患者仰卧位，术者坐于其头端，面向患者，用一手托扶住其枕后部，另一手托扶下颌部，两手臂协调用力，托扶住患者的头部沿水平线向其头顶端缓慢牵引，使其颈椎持续地水平位牵引。

2. 肩关节拔伸法：包括上举拔伸法、对抗拔伸法、手牵足蹬拔伸法。

1) 上举拔伸法：患者坐位，双上肢自然下垂。术者立于其患侧后方，用一手托握住患肢侧上臂下段，并将其手臂自前屈位或外展位缓慢抬起，至肩关节外展 $120^{\circ} \sim 140^{\circ}$ 时，用另一手握住其前臂近腕关节处，同时托上臂的一手自然上移，握住其前臂，两手协调用力，向上缓慢地拔伸，至有阻力时，以钝力持续进行牵引。

2) 对抗拔伸法：患者坐位，双上肢自然下垂。术者立于其患侧，用双手分别握住其腕部和肘部，保持肩关节外展位持续牵拉。助手协助固定其身体上半部或嘱患者身体向另一侧倾斜对抗用力(图4-88)。

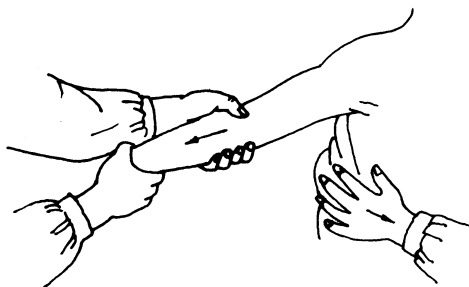


图4-88 肩关节对抗拔伸法

3) 手牵足蹬拔伸法：患者仰卧位，患肩部位于床边。术者立于患者患侧，面向其头面部，以临近患者一侧下肢的脚掌置于其腋下，双手握住其腕部或前臂部，沿水平线斜向外下方缓慢牵拉，同时顶住腋下的脚掌用力与之对抗，手足协调用力，使其肩关节在外展位 $20^{\circ} \sim 40^{\circ}$ 得到持续牵引，牵引一定时间后，再逐渐使肩关节内收、内旋。

3. 腕关节拔伸法：患者坐位。术者面向患者而立，用一手握住患者前臂下端，另一手握其手掌部，两手同时向相反方向水平用力，缓慢地进行拔伸(图4-89)。



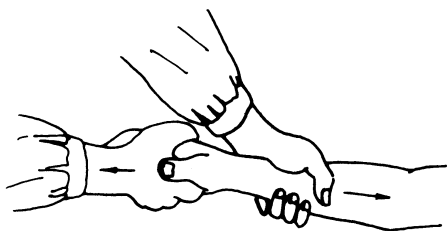


图 4-89 腕关节拔伸法

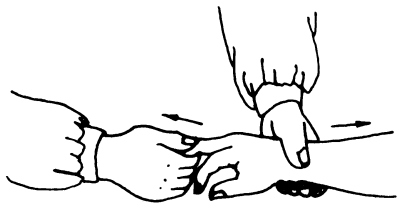


图 4-90 指间关节拔伸法

4. 指间关节拔伸法:用一手握住患侧腕关节,另一手捏住患指末节掌背面,两手同时向相反方向用力,缓慢地拔伸其指间关节(图 4-90)。

5. 腰椎拔伸法:患者俯卧位,双手用力抓住床头,或一助手双手扶住其腋下,帮助固定其身体上部。术者立于患者足端,用双手分别握住其两足踝部,同时向足端斜上方逐渐用力牵拉。在牵拉中,术者可立于矮几上,身体上半部顺势后仰,两肘关节伸直,以加强牵拉的力量。

6. 骶髂关节拔伸法:患者仰卧位,患侧膝关节屈曲,另一侧下肢自然伸直,会阴部垫一软枕。术者立于患侧,面向患者头部,一手扶按其患膝前部,另一手臂穿过其肩窝,握住扶膝一手的前臂,并用腋窝挟住其小腿下段,同时用一足后跟抵住其会阴部软枕上,手足协调用力,将其下肢向下方逐渐拔伸,术者身体亦随之而后仰,以增强拔伸之力。

7. 踝关节拔伸法:患者仰卧位,术者用一手握住其患足掌前部,一手托握住其足后跟,两手协同用力,将其患踝向肢体远端拔伸,助手可握住患者的患肢小腿下段与术者作对抗牵拉,在拔伸过程中,可配合踝关节的屈伸活动。

### 【操作要领】

1. 牵引拔伸时力量应循序渐进,由小逐渐增大,拔伸到一定的程度后,则需维持一个稳定的牵拉力,但总以患者能耐受为度。
2. 拔伸动作要稳而缓,用力均匀而持续,不可突然暴力牵拉。
3. 牵拉时要注意固定好近端,牵拉远端,牵拉的方向应顺应肢体的纵轴线,不可歪斜。
4. 临床操作中,根据病情轻重缓急的不同和施术部位的不同,控制好拔伸的力量和方向。

### 【功效】

理筋整复、松解粘连、滑利关节、顺筋舒筋、解痉止痛。

### 【适应症】

本法广泛用于治疗各种伤筋疾病:四肢各关节粘连、功能障碍,颈椎病,腰椎间盘突出症,四肢关节脱位,骨折等,如:

1. 颈椎病、腰椎间盘突出症等:颈椎病,宜用颈椎拔伸法,操作时注意根据颈椎的正常生理屈度,调节拔伸的角度,避免触及颈部两侧的颈动脉窦;腰椎间盘突出症、腰椎后关节紊乱、急性扭伤,常用腰部拔伸法配合腰部的拿法、扳法。

2. 肩周炎、肘关节强直等四肢关节粘连、关节功能障碍疾病:使用相应的各关节的拔

伸法,配合关节的扳法、摇法等手法。

3. 广泛应用于各部的骨折、脱位的手法复位。

### 【注意事项】

1. 拔伸时要注意顺应关节的生理特点,调节拔伸的力量和方向。
2. 拔伸中禁止突然的暴力牵拉,以免造成神经、肌肉组织的牵拉损伤。
3. 关节复位时不可在疼痛、痉挛较重的情况下拔伸,以免增加患者的痛苦及软组织的对抗反映,造成手法的失败。

## 第七节 复合类手法

复合类手法是指两种或两种以上的手法有机地结合到一起,进而构成另一种新的手法。临床上手法的使用常常不是单一的手法的应用,应用的最多的还是复合类的手法,充分发挥各种手法的优点,增强患者的适应性并加强疗效。

该类手法构成成分比较复杂,有的相结合到一起的两种手法成分均等,有的是以一种手法成分为主,另一种手法成分为辅,有的则是三种或多种手法的复合。因此,该类手法在操作上均有较大的难度,需掌握单一手法的基础上反复练习才能掌握。

临床常用的复合类手法主要有按揉法、弹拨法、推摩法、勾点法、扫散法、揉捏法和捏脊法等。

### 一、按揉法

按揉法是由按法和揉法相结合而成一种复合手法。

#### 【分类及使用部位】

根据着力部位的不同有:单拇指按揉法、双拇指按揉法、掌按揉法、迭掌按揉法等。单拇指按揉法——适用于全身各部经络腧穴,尤以颈项部、头面部、上肢部常用;双拇指按揉法——适用于颈项部、背部、腰部、臀部和下肢部;掌按揉法——适用于背部、下肢后侧和肩部;迭掌按揉法——适用于背部、腰部、臀部、下肢后侧。

#### 【操作方法】

1. 拇指按揉法:分为拇指按揉法和迭指按揉法。

1) 单拇指按揉法:用单手的拇指罗纹面着力于治疗部位,其余四指置于其对侧或相应的部位以助力,拇指主动施力,在对治疗部位按压的同时,带动其皮下组织进行有节律的揉动(图4-91)。单拇指按揉法在四肢及颈项部操作时,手形较似拿法,单拿法拇指与其余四指是对称性用力,捏而提起,而拇指按揉法则主要是拇指用力按压及揉动结合,其余四指其固定、助力的作用。

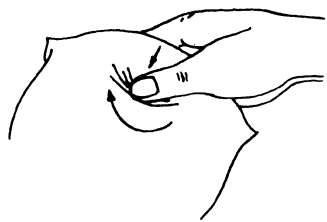


图4-91 单拇指按揉法

2) 双拇指按揉法:用双手拇指罗纹面并列或重叠着力于治疗部位,其余手指置于其对侧或相应的部位以助力,双拇指和前臂主动施力,对施治部位进行有节律的按压揉动(图4-92)。其与拿法的区别和拇指按揉法与拿法的区别相同。



图 4-92 双拇指按揉法



图 4-93 掌按揉法

2. 掌按揉法:分为掌按揉法和迭掌按揉法。

1) 掌按揉法:用单手掌根部着力于治疗部位,其余四指自然微屈,指端贴于体表,上臂和前臂主动发力,带动掌根部对治疗部位作有节律的按压揉动(图 4-93)。

2) 叠掌按揉法:双手掌并列以掌中部着力于施治部位或双手掌重叠以掌根部着力于施治部位,双上肢伸直,以肩关节为支点,上半身小幅度节律性的前倾后移,于前倾时将身体上半部的重量经肩关节、伸直的上肢传至掌中部或掌根部,使之产生节律性的按压揉动(图 4-94)。

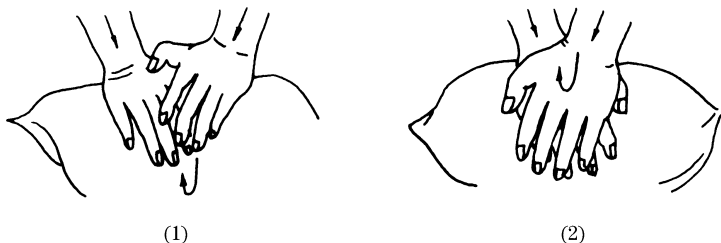


图 4-94 叠掌按揉法

### 【操作要领】

1. 拇指按揉法操作时应微屈腕,腕关节充分放松,通过腕关节的有节律的屈伸微动有利于拇指按压的同时做有回旋动作的揉动。

2. 掌按揉法操作时要沉肩、垂肘,发力的主要部位应是上臂和前臂,向下的压力不可过大,过大则手法僵硬,应以柔和为贵。

3. 迭掌按揉法操作时双上肢要挺直,以肩关节为支点,通过上半身的节律性的前倾后移,巧妙的将上半身的重量传到掌部,切忌手臂部单独用力。身体的前倾后移的幅度不宜过大,手掌部不可离开着力部位,否则易造成顿挫的冲击力,可导致施治部位的损伤或不舒适感。

4. 按揉法是将按法和揉法有机的结合起来,操作时要注意按和揉切忌分开,要按中有揉、揉中寓按,刚柔并济,连绵不断。

### 【功效】

解痉舒筋、活血散瘀、行气止痛。

### 【适应症】

按揉法是刚柔并济的手法,其在临床上极其常用,多用于治疗颈椎病、肩周炎、头痛、腰背筋膜劳损、腰肌劳损、腰椎间盘突出症等病症,如:

1. 颈椎病,用拇指按揉法按揉颈项部三条线路。即从哑门穴沿颈椎正中向下至大椎穴为第一条线路,其余两条线路为从颈部两侧的风池穴直下沿颈肌外缘至颈根部。具有解除颈部肌肉痉挛,缓解疼痛。加强气血循行的作用,可配合颈项部拿法、揉法、扳法等手法使用。

2. 头痛,用拇指按揉法分别按揉太阳、印堂、睛明、百会、风池。肝俞、脾俞、胃俞、太冲等穴,以疏通活血,调肝理脾,升清降浊,镇静止痛,可配合拇指按百会法、大鱼际揉太阳法等手法使用。

3. 肩周炎,用拇指按揉法分别按揉天宗、肩贞、秉风、肩井、肩髃、曲池、手三里、合谷等穴,以活血化瘀、解痉止痛,可配合肩部拿法、揉法、技法、拔伸法、扳法等手法使用。

4. 腰背筋膜劳损、腰肌劳损、腰椎间盘突出症,可根据症状轻重,分别选用单掌按揉法或双掌按揉法,沿脊柱两侧按揉背部或腰部,有下肢疼痛者,按揉下肢后侧,以通调背腰部经脉,活血散瘀,柔筋止痛,可配合背腰部及下肢后侧掌按法、点法、揉法、扳法等手法应用。

### 【注意事项】

1. 操作时要注意节律性,充分体现揉法的柔和性;
2. 按揉法是刚柔并济的手法,操作既不可偏重于按,也不可偏重于揉,充分体现按和揉法的结合。

## 二、弹拨法

弹拨法是弹法和拨法的结合,指在拨法的基础上,施以弹动之力,拨而弹之,弹而拨之。

### 【分类及使用部位】

根据施术的手指分为拇指弹拨和食指弹拨两种。拇指弹拨——适用于操作者的同侧部位,弹而拨出;食指弹拨——适用于操作者的对侧部位,弹而拨回。

### 【操作方法】

1. 拇指弹拨法:用拇指端着力于施术部位,余四指自然伸直,指端置于其对侧以固定,助力。沉肩、垂肘、悬腕,将着力的拇指端插入肌间隙或肌肉韧带的起止点处,拇指主动发力,腕关节微微旋转并轻度摆动,用力由轻而重,速度由慢而快地横向肌纤维走向,由内向外拨而弹之,使肌纤维在指下滑过(图4-95)。

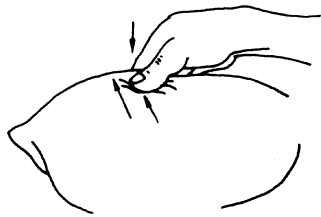


图4-95 拇指弹拨法

2. 食指弹拨法:以拇指端抵于食指远侧指间关节的桡侧缘,中指屈曲,其远端指间关节抵于食指尺侧缘以固定,将被拇指与中指固定好的食指端着力于施术部位,并着力插入肌间隙或肌肉韧带的起止点处。食指用力由轻而重,速度由慢而快地横向肌纤维走向,由外向内拨而弹之,使肌纤维在指下滑过(图4-96)。

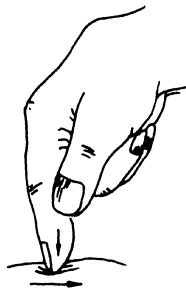


图4-96 食指弹拨法

### 【操作要领】

1. 拇指弹拨法的肩、肘、腕姿势与一指禅推法相似,要沉肩、垂肘、悬腕,腕关节要保持桡侧高于尺侧,以利于

腕关节的微微旋动和轻度摆动。除拇指外的其余四指应自然伸直,固定于体表,起到一个稳定的支架作用。

2. 食指弹拨法关键是要用拇指和中指将食指夹持住,以保证食指稳定而有力,用力着实平稳。

3. 弹拨法弹拨的方向是手指的腹侧面方向并横向肌纤维走行方向,拇指弹拨是弹而拨出;食指弹拨则弹而拨回,用力须由轻而重,速度宜由慢而快,手法操作要轻巧、灵活。

### 【功效】

解痉止痛、松解粘连。

### 【适应症】

该手法常用与各种痛症及慢性筋伤有软组织粘连的治疗。临床上多用于治疗颈椎病、肩周炎、腰背筋膜劳损等病症,特别多用于肌间隙、肌肉韧带的起止点处或结节状物、条索状物等阳性反应物处的推拿治疗,如:

1. 颈椎病,自上而下反复弹拨项韧带和两侧颈肌,以解痉止痛,可与颈项部按揉法、拿法等手法配合应用。

2. 肩周炎,弹拨三角肌与肱三头肌间隙处,以松肌止痛,可与肩部拿法、按揉法等手法配合应用。

3. 腰背筋膜劳损,如背部劳损者,可弹拨肩胛内缘、菱形肌及棘上韧带。如腰部劳损者,可弹拨两侧腰肌,尤其是第三腰椎横突处,以松解肌筋,止痛除酸,可配合背腰部按揉法、揉法、揉法、擦法等手法应用。

### 【注意事项】

1. 弹拨法操作时应尽量拨动其皮下组织,减少与皮肤的摩擦,避免因反复的弹拨导致皮肤的擦伤。

2. 弹拨时用力由轻到重,速度由慢到快,同时要以患者能耐受为度,避免过度的刺激,反而导致患者的不良反应。

3. 对于软组织粘连的弹拨松解要循序渐进,逐渐松解,不可一次强行弹拨开,反而加大组织的损伤。

### 【禁忌症】

1. 急性软组织损伤者、骨折的愈合期禁用。
2. 损伤有明显的肌腱断裂或部分断裂者禁用。
3. 损伤有明显的局部肿胀、局部瘀斑者慎用。
4. 有明显关节积液、积血者慎用。

## 三、推摩法

推摩法是指禅偏峰推法与其余四指的摩动同时操作的一种手法,手法操作比较困难。

### 【适用部位】

适用于胸腹部、肋肋部,由于四指的固定作用,利于一指禅在胸腹部的操作。

### 【操作方法】

以拇指桡侧偏峰着力于一定的部位或穴位上,拇指自然伸直并内收,其余指间关节及

掌指关节自然伸直,将食指、中指、无名指、小指的四指指面着力于相应的施术部位上,悬腕,腕关节放松,自然微屈。前臂的主动摆动带动腕关节有节律的左右摆动,摆动中拇指掌指关节自然的伸直与屈曲交替,使产生的功力通过拇指桡侧偏峰轻重交替、持续不断地作用于施术部位或穴位上,同时使其余四指做环形的摩动(图4-97)。

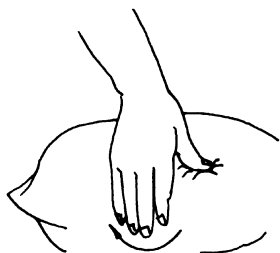


图4-97 推摩法

### 【操作要领】

1. 拇指以桡侧偏峰着力,其余四指自然贴附患者皮肤,不要有主动的下压力。

2. 前臂做主动的摆动带动腕部运动时,腕部的活动要有旋动和摆动两种运动形式。只有腕关节旋动的情形下才能形成四指的环行摩动。

3. 推摩的速度不宜过快,频率以80~100次/分为宜。

### 【功效】

行气活血、宽胸化痰、健脾和胃。

### 【适应症】

推摩法常用于治疗胸腹部疾患,如:

1. 咳嗽,可一指禅推中府、云门穴,同时四指摩胸部,以宽胸理气,化痰止咳,可配合胸部按法、揉捏胸肌法等方法应用。

2. 脘腹胀痛,消化不良,可一指禅推上、中、下三脘,同时四指摩脘腹部,以健脾和胃,行气消胀,可配合胃脘部揉法、振法等方法应用。

3. 月经不调,可一指禅推关元、气海穴,同时四指摩下腹部,以活血调经,可与下腹部揉法、点法、拿法等配合应用。

### 【注意事项】

推摩法较难于操作,操作中要将一指禅的摆动和摩法的节律性的回旋运动有机的结合起来,同时注意动作的连贯性、协调性,要经久练习,才能熟练运用。

## 四、勾点法

将勾法和点法复合而成的手法称为勾点法,可以看作中指指尖压法的变化手法。

### 【适用部位】

适用于人体不显露或较隐蔽的穴位,如天突、廉泉、极泉等穴位

### 【操作方法】

中指掌指关节微屈,指间关节屈曲,使中指形如勾状,其他手指屈曲呈空拳状。以中指端勾住施术部位或穴位,肘关节主动屈曲带动中指端做持续点按。点按方向应视治疗部位而定,多与穴位的针刺方向雷同(图4-98)。

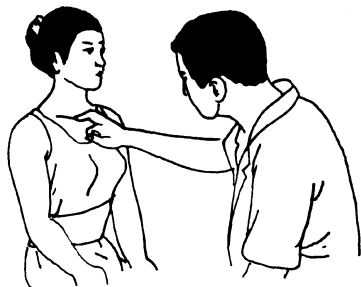


图4-98 勾点法

**【操作要领】**

1. 中指指间关节屈曲形如勾状,其余四指自然屈曲相握。
2. 当所需勾点的力量较小时,仅中指部施力屈曲按压即可,力量较大时,肘关节屈曲带动腕关节及中指勾拉。
3. 勾点时施力的方向随治疗的穴位而定,一般与穴位的针刺方向及得气的方向同。

**【功效】**

行气开窍、通经活络。

**【适应症】**

勾点法多用于治疗呃逆、舌强语塞、失语和喘、咳、喉痹等病症。

1. 舌强语謇,失语,勾点廉泉穴,具有开音利咽的作用,可配合拿喉节、揉颊车、点合谷等手法应用。
2. 呃逆,勾点天突穴,以降气止呃,宽胸顺气,可配合胸部的推摩法,搓摩肋肋等手法使用。
3. 喘、咳、喉痹,勾点天突穴,以宣肺导气,可配合胸部擦法、分推法等手法使用。

**【注意事项】**

1. 勾点法所施的部位或穴位,多是人体不显露的部位或较隐蔽的穴位,点压的方向常不是垂直向下,应根据不同的穴位变更用力的方向,常与穴位的临床针刺方向雷同。
2. 施治的部位或穴位均较敏感,严禁突施暴力,应遵循点按法的施力原则,循序渐进逐渐施力进行勾点。

**【禁忌症】**

1. 年老体弱、久病虚衰的患者忌用。
2. 心、肺功能不全者,尤其是心功能较弱者禁用。

**五、扫散法**

扫散法,是指以拇指偏峰在颞、枕部进行轻快的擦动,其余四指自然分开随之做自由的扫动。实质上是一种应用拇指桡侧缘和其他指端做快速的指擦法。但这种指擦法,必须在颞枕部操作,不可用于他处。

**【操作方法】**

以一手扶按住受术者一侧头部以固定,另一手拇指伸直,以桡侧面置于额角发际头维穴处;其余四指自然分开、微屈,指端贴附于耳后高骨处,食指与耳上缘平齐。肘关节主动屈伸,带动拇指桡侧缘在头颈部做较快的擦动,擦动时去多回少,范围是额角至耳上,同时,其余四指在耳后至乳突范围内快速扫动。左右两侧交替进行,每侧扫散约50次(图4-99),或者双手同时一前一后操作,在头的两侧颞枕部同时交替扫动(图4-100)。

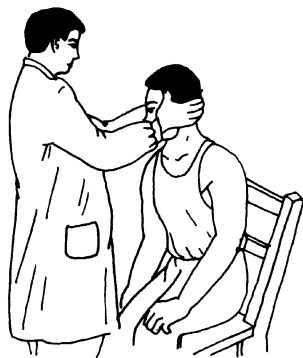


图4-99 扫散法

**【操作要领】**

1. 拇指偏峰与其余四指指端宜自然贴附皮肤,不可主动施用压力。
2. 以肘为支点,肘关节主动屈伸带动腕及手指运动。腕关节要放松,带动五指快速的扫动。
3. 对长发者,须将手指插入发间操作,以避免牵拉头发作痛。



图 4-100 揉捏法

4. 操作既可左右交替进行,也可双手同时操作,但要保持患者头部的相对稳定,不能造成头部的左右、前后晃动。

**【功效】**

平肝潜阳、镇静安神、祛风散寒。

**【适应症】**

扫散法多作为治疗高血压、偏头痛、神经衰弱、外感等病症的辅助治疗手法,如:

1. 高血压,用扫散法,临床治疗常与推桥弓配合应用。
2. 偏头痛,用一侧扫散法,常与按揉太阳、印堂、睛明及拿五经等手法配合应用。
3. 神经衰弱,可与抹面、揉太阳、按百会、拿风池等手法配合应用。
4. 风寒感冒,治疗常与拿肩井、点揉风池、擦膀胱经等手法配合应用。

**【注意事项】**

1. 临床操作可立于患者前面,也可在站在患者后面,但操作的方向是从前向后的单方向擦动,不可来回搓动。
2. 手法刺激不宜过重,要充分体现“扫散”之意。
3. 手法单侧操作时注意固定好患者头部,双侧同时操作时,注意两侧协调用力避免造成头部晃动使患者出现不舒适感。

## 六、拿揉法

由拿法和揉法复合组成的手法称为拿揉法,可单手拿揉,亦可双手操作。

**【操作方法】**

拇指自然外展,掌指关节掌屈,其余四指自然伸直并拢,以拇指与其余四指指腹部或罗纹面对捏于施术部位。应用腕关节的力量向上提起肌肤,继而放下,同时拇指与其余四指对合施力,拿而揉之,揉而拿之,拿中含揉,揉中含拿,从而产生节律性的拿揉动作。

**【操作要领】**

1. 拿揉过程中要以拇指与其余四指指腹或罗纹面为着力面,不可用指端着力。
2. 拿法时应用腕关节提拿起肌肤,随即腕关节放松,通过前臂的有节律的轻微摆动,带动腕关节的回旋动作,在手指拿捏的同时带动手指作有节律的揉动动作,将两者的发力和谐的结合到一起,才会产生协调的拿揉复合动作。
3. 拿揉时手指要紧贴着力部位,带动其皮下组织,尽量减少与皮肤的摩擦。

**【功效】**

舒筋顺筋,解痉止痛、行气活血。



### 【适应症】

该手法临床常作为治疗颈椎病、落枕、运动性疲劳等病症的主要手法之一,如:

1. 颈椎病,宜拿揉两侧颈肌及患侧上肢部,以舒筋活络,化瘀止痛、其中在拿揉患侧上肢的肱三头肌和肱二头肌时,可用手指的罗纹面着力。可配合颈项部按揉法、捏颈项法、颈项部拔伸牵引及扳法等手法使用。

2. 落枕,用拿揉法拿揉胸锁乳突肌和斜方肌,以解痉止痛。在拿揉胸锁乳突肌时,可使用拇指的罗纹面作为揉的主着力面进行拿揉。可配合点按同侧拇趾根部法施治。

3. 运动性疲劳所造成的四肢酸痛,用拿揉法自四肢的近端向远端操作,以舒筋活血,行气除乏,常与四肢部搓揉法、抖法等配合使用。

### 【注意事项】

1. 操作时要将两个发力部位发力的节律性有机的结合起来,切忌将揉和拿的动作分开操作,充分体现揉中有拿,拿中有揉。

2. 操作用力要适中,避免过度轻柔和使用暴力。

## 七、捏脊法

捏脊法由捏法、捻法、提法、推法等多种手法动作复合而成,施于脊柱两侧的一种手法。捏脊法是儿科临床常用手法,对治疗“积滞”一类病症有奇效,故又称“捏积法”。

### 【分类及使用部位】

根据操作的方法不同捏脊法分为食指后位捏脊法和拇指后位捏脊法两种。两者都用于脊柱两侧,使用部位无差异。

### 【操作方法】

1. 拇指前位捏脊法:术者面朝向患者头侧,双手半握空拳状,腕关节略背伸,以食指、中指、无名指和小指的第二指节背侧置于脊柱两侧,拇指伸直前按,食指在后侧。用拇指的罗纹面和食指第二指节的桡侧缘将皮肤捏起,并进行提捻,然后向前推行移动(图4-101)。在向前移动捏脊的过程中,两手拇指要交替前按,同时其余四指第二指节背侧紧贴背部皮肤,食指第二指节桡侧缘推动皮肤前行,两者互为配合,从而交替捏提捻动前行。



图4-101 拇指前位捏脊法

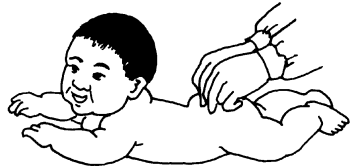


图4-102 拇指后位捏脊法

2. 拇指后位捏脊法:术者面朝向患者头侧,两手拇指伸直,两指端分置于脊柱两侧,指面朝向患者头侧,两手食、中指前按,腕关节微屈。以两手拇指与食指、中指罗纹面将皮肤捏起,并轻轻提捻,然后两手拇指前推,而食指、中指则交替前按,两者相互配合,从而交替捏提捻动皮肤前行(图4-102)。

捏脊法每次操作一般均从龟尾穴水平开始,沿脊柱两侧向上终止于大椎穴水平面为一遍,可连续操作3~5遍。临床操作时,常采用三步一提法,即每捏捻3次,便用力向上

提拉一次。

### 【操作要领】

1. 食指后位捏脊法要以拇指罗纹面同食指桡侧缘捏起皮肤,腕部背伸,利于前臂施力推动前移,推动时食指背侧紧贴背部皮肤,两拇指交替移动捻捏。

2. 拇指后位捏脊法要以拇指和食指、中指的罗纹面捏起皮肤,悬腕、腕关节屈曲,利于拇指的推动前行,两食、中指交替移动捻捏。

3. 捏提皮肤多少和用力适中。捏提皮肤过多,则不易向前推动,过少则疼痛并容易滑脱;捏提力过大则疼痛,太小又会滑脱。

4. 捏脊法包含了捏、捻、提、推等复合动作,动作应灵活协调。在向上捏提皮肤时,常发出较清晰的“咯、咯”声。

### 【功效】

健脾和胃、消痞化积。

### 【适应症】

1. 捏脊法目前在儿科临床应用较为广泛,具有调整阴阳的整体调整作用,可加强人体各脏腑功能,提高机体免疫力,尤其是健脾和胃的作用比较突出。主要用于治疗小儿积滞、疳证以及腹泻、便秘、夜啼、佝偻病等病症。

目前捏脊法已经深入到家庭保健中,小儿常捏脊能增进食欲,改善睡眠,强壮身体。

2. 捏脊法对于成人的胃肠道疾病、神经衰弱及妇科的月经不调、痛经等均有较好的治疗作用。

### 【注意事项】

1. 操作中注意要用手指的罗纹面着力,不可用指端捏挤,以免造成皮肤的损伤。
2. 操作中注意用力的方向。不可将肌肤拧转,以免产生疼痛及不舒适感,影响疗效。
3. 操作中不可刻意追求响声,以免反复局部操作造成皮肤损伤,尤其对成人操作,由于其背部的皮肤较紧,常难以产生明显的响声。
4. 对小儿应用时可以应用一些介质,以增强疗效,保护皮肤。

## 第八节 其他类手法

其他类手法,是指用手法形态及功效难以归类的一些散在的手法,一般多为辅助性治疗手法。主要包括理法、梳法、插法、托法和擦法等。

### 一、理法

有节律性、次序性地握捏肢体的手法称为理法。可以单手操作,亦可双手同时操作。理法临床上常在手法结束时使用。

#### 【操作方法】

患者端坐或俯卧,术者用一手握住其肢体远端,另一手用手掌部及手指指腹握住其近端,有节律性的做一松一紧的握捏,并逐渐向其远端缓慢移动。两手反复交替操作。亦可双手同时操作,即用双手并列同时握住受术者肢体近端,一起进行节律性握捏,并同时向

远端缓慢移动。

### 【操作要领】

1. 操作时充分利用指腹和指掌部环握住肢体,指腹、掌面部均匀着力,应避免指端着力,体现出“握”和“捏”两种力量。
2. 握捏力度要适中,有节律、轻重交替的应用,使患者有轻松舒适的感觉。
3. 操作中要与拿法区别开,拿法有捏而提起之的动作,而该法没有提起的动作,更适宜于四肢末端操作。

### 【功效】

舒筋顺筋、调畅气机。

### 【适应症】

理法多用于四肢部,临床常用作四肢部结束手法使用,缓解其他手法的过重刺激,以调和气血,理筋顺筋。

### 【注意事项】

注意手法操作的节奏和灵活性,使其流畅自然,轻快而不缓慢呆滞。

## 二、梳法

梳法又称疏法,是指用手指或拳背部附于体表作来回往返的梳动的一种按摩推拿手法,形如梳头,故称梳法。

### 【分类及使用部位】

根据着力面的不同分为爪形梳法、掌指梳法、拳骨梳法。爪形梳法——多用于头顶,掌指梳法——多用于胸部,拳骨梳法——多用于腰背部及臀、下肢后部。

### 【操作方法】

1. 爪形梳法:术者单手或双手五指分开略屈曲,形如爪状,以指端及指腹着力作来回往返的梳搔。
2. 掌指梳法:术者单手或双手五指伸直,掌指同时用力于受力部位作持续、缓慢的梳理。
3. 拳骨梳法:术者单手或双手手握空拳,以拳背骨突部着力于受术部位作来回梳理。

### 【操作要领】

1. 爪形梳法、掌指梳法腕部宜松,要以前臂为动力源。前臂所施之力只有通过放松的腕部,才能使手指的滑动梳理动作协调自然,柔和舒适。
2. 拳骨梳法腕部宜挺直,以上臂为动力源,带动前臂和腕部作来回往返的梳理动作。

### 【功效】

疏肝理气、解郁除烦、温经通络、活血止痛。

### 【适应症】

适用于头痛发热、神经衰弱、偏瘫、胸胁胀满、身体酸痛、局部挛急等症。梳法是临床上运用较广泛的按摩手法,常与推法、摩法、运法等配合作用,如:

1. 神经衰弱所致的失眠健忘,以爪形梳法自前额部梳至后发际处,可反复施为,具有安神健脑的作用,可配合揉太阳、按百会、拿颈项等方法应用。

2. 胸肋胀满,以掌指梳法沿各肋间隙由胸骨柄侧梳至脊柱旁,以疏肝理气,宜配合肋肋部擦法、按揉肝俞、胆俞等方法施用。

3. 身体酸痛,局部挛急,可用拳骨梳法沿脊柱两侧梳动,或沿肌纤维的方向梳动。

#### 【注意事项】

1. 操作时用力要深沉、持续、均匀,并按一定的顺序梳理。
2. 避免指部单纯用力。若仅指部用力,力轻则动作幅度小,力重即会变成指擦法。

### 三、插法

以手指插入骨缝间的手法,称为插法。

#### 【操作方法】

一手扶持住患者一侧肩部,另一手以食指、中指、无名指、小指四指伸直并拢,用指端部从同侧肩胛骨内下缘向斜上方插入,两手相对用力,呈合拢之势,使四指指端自肩胛骨与肋骨间插入6~10cm,持续用力半分钟左右,随后将插入一手缓缓收回。可重复操作3~5次,然后插对侧。

#### 【操作要领】

两手应协调相对用力,扶肩一手按向后下,插入一手斜向内上,两力合施,使指端插入达到一定深度。

#### 【功效】

升阳举陷。

#### 【适应症】

插法主要用于胃下垂。

临床操作时,受术者腹部应产生微微上提的感觉,不然则应该延长插入时间。常与托法配合应用。

#### 【注意事项】

施术者应将指甲修齐磨平,以免戳破皮肤。

### 四、托法

用双手或单手将胃脘部托起的手法,称为托法,又称托胃下垂法。

#### 【操作方法】

患者仰卧,屈膝屈髋。术者四指伸直并拢,掌面向上,用四指的罗纹面和手掌的小鱼际部着力于施术部位,腕关节背伸,以肘为支点,前臂部主动发力,使手指罗纹面和手掌小鱼际部向下深按于下垂的胃底部并在患者深呼气时顺势向上缓慢托动,然后随患者呼气结束上托暂时停止,整个上托呈现波浪式用力。

#### 【操作要领】

1. 上托时要配合患者的呼吸进行操作。即当患者深呼气时,开始用力上托,当呼气停止,开始吸气时,停止上托,随即深按片刻,再随深呼气时进行下一次的上托。

2. 要呈逆时针方向托举。所谓逆时针方向托举,是指操作时手掌小鱼际侧向上托举的运行速度较快,而手指罗纹面部分的运行速度相对较慢,因此每一次上托的动作对于操

作一手的指掌部而言,是一个逆时针方向的运动过程。

#### 【功效】

升阳举陷。

#### 【适应症】

主要用于胃下垂的治疗。

临床应用时,先要了解胃的下垂程度,找到胃底部在腹部的体表投影,而后方可应用托法实施治疗,常配合插法应用。

#### 【注意事项】

托法一般宜空腹时应用,注意不要在饱餐后操作。

### 五、擦法

使关节做被动扭转活动的手法,称为擦法。

#### 【操作方法】

术者双手分别握住患者肢体远端和近端,两手相反方向用力扭转,使关节被动扭转,左右各数遍。

#### 【操作要领】

两手同时施力,向相反方向逐渐用力转动,用力要适度,当关节被扭转到一定限度时,即应减力、直至停止用力。

#### 【功效】

滑利关节。

#### 【适应症】

主要用于四肢关节伤筋,腰部僵硬、板滞等病症。

对上述病症,擦法常作为辅助手法应用,可配合四肢关节摇法、屈伸法及腰部扳法等使用。

#### 【注意事项】

1. 擦法操作时不可粗暴,突然用力,用力不可过猛。
2. 操作时发力应由轻到重,由重到轻,逐渐过度。
3. 被操作关节的扭转幅度不可逾越其正常的生理范畴。

## 第五章 常规操作手法

推拿常规操作法即为成人推拿手法具体应用于人体某一部位或穴位的操作方法。其命名原则一般是手法加部位(穴位)或部位(穴位)加手法来进行命名。比如提拿肩井,即拿法在“肩井”穴处的具体运用,称为“提拿肩井法”,按揉太阳,属于按揉法在太阳穴上的具体运用,称为“按揉太阳法”等等。

成人推拿手法未与具体的治疗部位结合时,可视为推拿基础手法。某种单一的推拿基础手法,具体地应用于人体的不同部位上,即产生推拿常规操作法,由于人体的部位或穴位具有不同特点的原因,相应的推拿常规操作法也就发生变化。首先在熟练地掌握基础手法要领的基础上,才能较为顺利地进入手法的人体常规操作,而熟悉了推拿常规操作法才能真正的进入实际的临床手法操作。可见,推拿常规操作法是推拿基础手法的具体体现。掌握推拿常规操作法,是进入临床手法操作的必经之路。熟悉并掌握推拿常规操作法,还有利于临床推拿处方的规范和书写。因此对推拿常规操作法作为手法的实际应用进行论述,具有十分重要的理论意义和临床实际意义。本章按头面部、颈项部、胸腹部、腰背骶臀部、上肢部和下肢部进行常规操作部位的划分,阐述手法的常规操作及适应症。

因为运动关节类手法主要是针对具体部位进行操作,不同部位的手法操作不同,手法与部位对应十分明确,如“腰椎斜扳法”、“肩关节摇法”等,因其在“成人推拿手法”章节中已有详尽论述,故本章不予列入。

### 第一节 头面部

头面部由于骨骼隆起,皮肤组织较为娇嫩,敏感程度高,容易损伤,故临床上常选用较轻快、柔和、冲击量较小的手法,如一指禅推法、揉法、抹法、推法、摩法、扫散法等。

#### 一、一指禅推印堂法

操作:患者端坐。术者立于其一侧,一手扶住患者头部以固定,另一手用拇指罗纹面或偏峰在印堂穴进行一指禅推法操作1~2分钟。

适应症:感冒,头痛,头晕、鼻渊,眩晕,失眠,近视等头面五官诸症。

#### 二、一指禅推神庭法

操作:患者端坐。术者立于其一侧,一手扶住患者头部以固定,另一手用拇指罗纹面或偏峰在神庭穴处作一指禅推法操作1~2分钟。

适应症:感冒,头痛,失眠,心悸,眩晕等头面诸症。

#### 三、一指禅推眼眶法

操作:患者端坐或仰卧位,双眼微闭。术者立于其一侧,一手扶住患者头顶部以固定,

另一手用一指禅偏峰推法从一侧睛明穴推起,沿上眼眶向外推至同侧瞳子髁,再沿下眼眶向内经目内眦推至对侧睛明,再按上眼眶向外,下眼眶向内的顺序做“∞”字形的环推,往返操作5~8遍。

适应症:感冒,近视、视物酸胀、干涩等眼疾以及失眠、眩晕、头痛,头晕,等头面疾患。

#### 四、按揉太阳法

操作:揉太阳法包括单手拇指按揉法、中指按揉法、掌根按揉法及大鱼际按揉法。

单手拇指按揉法:患者取坐位。术者以单手拇指端或罗纹面着力于太阳穴处,其余四指自然散开固定于头侧部助力,拇指先做轻柔的点按法,随即做上下或左右、前后、环转等揉动。按揉结合。

中指按揉法:患者坐位或卧位。术者以双手中指罗纹面着力于其双侧太阳穴处,相对用力先做点按法,随即做轻柔和缓环形揉动,时间约1~2分钟。先点后揉,点法稍重,揉法宜轻。

掌根按揉法:患者取坐位,头略后仰靠在术者前胸部。术者以双手掌根的大小鱼际的交界部着力于患者左右太阳穴处,相对用力做轻力量的按压,随即做轻柔、和缓的揉动,按后即揉,揉后又按,反复操作,时间约2~4分钟。

大鱼际按揉法:患者坐位或仰卧位,头略侧偏。术者以一手扶于头顶侧部,另一手先做拇指的轻柔点按法,随即做轻柔的大鱼际按揉,时间约二分钟。亦可双手大鱼际同时操作,患者端坐,术者双手先做中指的双侧对点法,继而大鱼际同时着力于双侧太阳穴处,相对用力做轻柔的大鱼际环形揉动,时间约二分钟。

适应症:偏头痛,血管神经性头痛,额窦炎,风寒感冒性头痛,外感风热,目赤肿痛、高血压、椎动脉型颈椎病等。

#### 五、揉前额法

操作:患者坐位或仰卧位,头略后仰。术者以一手扶于其头顶侧部,另一手在前额部做轻柔的大鱼际揉法或小鱼际揉法,带动皮下组织,但不可使头部左右摆动,时间约1~3分钟。

适应症:失眠,眩晕,偏头痛,血管神经性头痛,额窦炎,风寒感冒头痛、高血压、神经衰弱等。

#### 六、按揉四白法

操作:患者仰卧位。术者以两手食指端分置于左右两侧四白穴处同时进行食指按揉。操作时两食指用力对称、适中,应以两穴位处有酸、麻、胀感为宜,时间约1~3分钟。可与点法结合操作,先点后揉,或点揉结合。

适应症:夜盲症,内外翳障,鼻渊,三叉神经痛、面瘫、感冒鼻塞、流涕,前额痛等。

#### 七、鼻旁按揉法

操作:患者仰卧位。术者以两手食指端置于鼻外侧的巨髁穴处,先以指压法按压1分

钟左右,然后按揉1~2分钟,再以拇指按揉法自鼻旁迎香穴始边按揉边移动至巨髎穴处止,反复按揉约2~4分钟。

适应症:外感风寒所致的头痛、鼻塞及牙痛等。

## 八、按揉面颊法

操作:患者仰卧位。术者以两手拇指或食指、中指罗纹面同时着力于两侧颊车穴处,作按揉1~2分钟,然后以拇指自听会穴处沿下颌外缘经颊车轻柔按揉至大迎穴,反复操作1~2次。

适应症:虚性牙痛,牙龈肿痛,面瘫,下颌关节功能紊乱,三叉神经痛等。

## 九、抹面法

操作:患者仰卧位。术者坐于患者头端,以双手拇指指腹及大鱼际并列分置于其鼻部两侧,然后顺上颌下缘经颧髎、下关抹至耳门穴,继而经上关回到起始位置,反复抹1~3分钟。抹面法常与摩面法相配合,前者手法重,后者手法轻,可轻重交替使用。

适应症:外感风寒表证,面神经麻痹,三叉神经痛等。

## 十、抹额法

操作:患者仰卧位,两眼微闭。术者以拇指罗纹面并排置于两眉间印堂穴处,自印堂向上直抹至神庭穴止,双手交替进行,反复抹2~3分钟。抹动时用力应均匀一致,和缓而有力,使局部产生轻微酸胀感。抹动后患者应觉头脑清新、眼光明亮。

适应症:感冒风寒表证及风热头痛,额窦炎所致之前额闷痛,失眠、多梦、神经衰弱等。

## 十一、抹眉弓法

操作:患者坐位。术者以双手拇指罗纹面并排,分别着力于两侧攒竹穴处,其余手指扶于头两侧,起固定作用,拇指沿眉弓抹动经鱼腰至丝竹空穴止,反复抹动2~3分钟。本法操作时用力宜均匀,速度和缓,操作顺序是由内向外,切不可反方向抹动。

适应症:目疾,偏正头痛,心神不宁、高血压、面瘫、风热感冒等。

## 十二、按揉下关法

操作:患者侧卧位。术者两手虎口分开,以食指按于其耳后翳风穴处,拇指置于其耳前下关穴处,两手同时相向用力,持续按压2~3分钟。然后分别于两穴处施行指揉法1~2分钟。

适应症:下齿痛、下颌关节功能紊乱,三叉神经痛,面神经炎所致的口眼歪斜等。

## 十三、点听宫法

操作:患者端坐,术者立于其后。以两手中指端分别置于两耳前听宫穴处,相向用力同时点按约2~3分钟。点按用力由渐重,由重到轻,以病人产生可耐受的酸胀感为度,不可暴力戳按,点后可用轻柔的揉法,点揉结合。



适应症:面瘫,三叉神经痛,下齿痛,下颌关节紊乱,耳聋,耳鸣,中耳炎等。

#### 十四、对按头侧法

操作:患者坐位,其头微后仰靠于术者胸前。术者立于患者后,用两手四指分置于其颞前两侧,自两侧前发迹处向头后摩动至后顶穴止,反复摩动1~3分钟,然后将两掌心着力于两侧颞部,用力由轻到重,由重到轻节律性地对按1~3分钟。按压用力缓和适中,以患者产生温热、舒适感为度。

适应症:神经衰弱所致的失眠,心悸,头痛,头昏,低血压,椎动脉型颈椎病等。

#### 十五、点揉缺盆法

操作:患者坐位或仰卧位,头微倾向对侧。术者以拇指端或罗纹面置于缺盆穴处,其余四指自然伸直,靠扶于肩后固定,拇指先用轻柔的揉法,然后逐渐加压点压1~2分钟,点压时可与揉法交替操作。手法操作时应使局部产生可耐受较强烈的酸、麻、胀感并向手臂部放射。

适应症:上肢麻木疼痛,胸廓出口综合征,颈椎病,肩周炎,头痛,脑血栓后遗症等。

#### 十六、分推攒竹法

操作:患者坐位或仰卧位。术者以双手拇指端或罗纹面着力于攒竹穴处,其余手指分别并置于头两侧固定,先局部使用拇指的点压法,使攒竹穴处有较强烈的酸、麻、胀感,然后自攒竹穴沿眉弓向外分推至太阳穴处,反复数次,操作时间约1~3分钟。

适应症:眼红流泪、风热感冒、怕热羞明之目疾初起及前额痛、眉棱骨痛、偏头痛、高血压、颈椎病等。

#### 十七、分推头阴阳法

操作:患者坐位或仰卧位。术者以双手掌大鱼际或拇指指腹着力于其前额正中,其余手指分别并置于头两侧固定,运用分推法,同时着力分别向左右两侧分推至两侧太阳穴处。操作时间约3~5分钟。在分推头阴阳手法中,亦可用双手食指、中指和无名指罗纹面从前额正中向两侧进行分推。

适应症:外感表证致头晕、头痛,高血压,中风后遗症,面神经麻痹,神经衰弱等。

#### 十八、指推正顶法

操作:患者端坐位。术者用一手扶持住患者头顶一侧,另一手拇指罗纹面着力于素髎穴,拇指运用推法经鼻向上沿头部正中线经印堂、神庭、百会、强间推至哑门穴止,反复操作5~8遍。

适应症:前额胀痛,神经性头痛,目赤肿痛,血虚头痛,头晕等。

#### 十九、指推偏顶法

操作:患者坐位。术者以一手扶住头部,用一手拇指罗纹面着力于头部两侧阳白穴

处,运用推法自下而上经本神穴沿头部外侧线推至完骨穴,两侧交替进行,反复操作5~8遍。亦可两手拇指同时操作。

适应症:偏头痛,耳聋,耳鸣,各种鼻疾等。

## 二十、掐揉睛明法

操作:患者坐位或仰卧位。术者以拇指及食指端相对用力轻掐两目内毗睛明穴,然后两指指端使用按揉法轻柔按揉该穴,掐揉交替操作,操作时间1~2分钟。本法操作时睛明穴处有酸、麻、胀的感觉,可向眼球内部放射,治疗后,眼部有轻松舒适的感觉。

适应症:近视,夜盲,外感风热所致的两目红肿、羞明流泪等。

## 二十一、点鱼腰法

操作:患者仰卧位。术者以两手拇指指端着力于鱼腰穴,用力由轻到重,由重渐轻的点压1~2分钟,然后双拇指用抹法,自攒竹穴沿眶上缘经鱼腰、丝竹空至上关穴止,反复抹动2~3分钟。点压时局部应产生明显的酸、麻、胀等感觉。

适应症:头痛头晕,目昏目痛及两目红赤,羞明流泪,面瘫,三叉神经痛等。

## 二十二、掐人中法

操作:患者仰卧位。术者用一手固定其头顶部,另一手以拇指甲掐鼻下人中穴1~2分钟。操作时指下用力稍重,使患者产生较强烈的酸、麻、胀感。

适应症:突然昏倒,不省人事之急症及急性腰扭伤等。

## 二十三、点地仓法

操作:患者坐位或仰卧位。术者以两手拇指指端置于两侧地仓穴处,其余手指自然伸直放于两侧耳后固定,拇指用力向斜上方点按,点后用轻柔的揉法,点揉交替操作,操作时间1~3分钟。操作时局部应产生酸、麻、胀等感觉。

适应症:面神经麻痹,中风后遗症等。

## 二十四、干洗脸法

操作:患者坐位或仰卧位。术者立于其头后侧,双手掌指放松放于其左右面部,先在其整个面部轻轻抚按,至整个面部的皮肤松弛、柔软,然后双手五指略并拢,以指腹与掌心着力于左右面颊,自上而下,推运抚摩,形似洗脸,直至面部的皮肤红润、微热。

适应症:面神经麻痹,中风所致的口眼歪斜,失眠,头晕,神经衰弱等。

## 二十五、振摩百会法

操作:患者端坐。术者一手扶住其前头部以固定,另一手以掌心置其头顶百会穴处,先进行顺时针各半的环旋摩动1~2分钟,使局部产生温热、舒适感,继而使用掌振法半分钟。使用振法时注意力要高度集中,高血压等肝阳上亢患者忌用。

适应症:眩晕,头痛,失眠,低血压,内脏下垂,脱肛等气虚下陷诸症。

## 二十六、捻耳垂法

操作:患者坐位。术者立于其背后。用两手拇指与食指指罗纹面分别捏住两耳垂,拇、食指相向用力同时做捻法,操作时间约1~2分钟。捻动时指罗纹面用力由轻到重,由重渐轻,捻后可捏住耳垂稍用力垂直向下方揪扯3~5次。

适应症:肾虚所致的水肿、形寒肢冷,气逆于上所致的头重、头昏及偏头痛,牙痛,三叉神经痛,面神经麻痹,神经衰弱,口、眼、鼻疾等。

## 二十七、捏鼻根法

操作:患者坐位或仰卧位。术者用一手固定其头顶部,另一手拇指、食指端及罗纹面轻捏其两睛明穴,然后使用捏法沿鼻两侧边捏边向下移动,捏至迎香穴处,反复操作1~2分钟,可配合指端按揉法操作。操作时使鼻根处有酸、麻、胀的感觉,并向鼻内、前额及眼球内部放射,鼻部产生似流清涕感时效尤佳,治疗后,鼻及眼部有轻松舒适的感觉。

适应症:外感所致鼻塞、流涕,鼻炎,鼻窦炎,近视,夜盲,外感风热所致的两目红肿、羞明流泪等。

## 二十八、叩顶法

操作:患者坐位,两眼微闭,术者立于其后,一手握空拳小鱼际部放于头顶正中,使用屈拳叩法,使之产生清脆的响声,也可两手交替操作,反复操作1~2分钟。也可双手合掌使用佛手掌叩法沿头正中线从神庭叩至后顶穴处。

适应症:头晕、头痛、神经衰弱等。

## 二十九、梳头法

操作:患者坐位或仰卧位,两眼微闭。术者两手手指自然伸直分开,指端及罗纹面着力于两侧颞前侧,使用梳法,从前发际沿头两侧梳至后发际处,反复操作2~4分钟。患者如头发长者,操作时手指指端伸入头发中,避免牵扯头皮。

适应症:头晕、头痛、失眠健忘、神经衰弱等。

# 第二节 颈项部

颈项部有向前的生理曲度,加之肌肉韧带较为发达,上与发际相连,下接背部,皮肤活动度小,部位较为隐蔽,临床上常采用较稳定、渗透力较强,操作部位要求适中,不要求长距离操作的手法进行治疗,如揉法、弹拨法、一指禅推法、拿法、捏法、按法、按揉法等

## 一、掌揉颈项法

操作:患者坐位。术者一手扶住其头顶,另一手掌根部着力于一侧颈枕部,先自风府穴而下,缓慢有节律性地揉至大椎穴处,既而从一侧风池穴揉至同侧肩井穴,反复操作3~5分钟,两手可交替操作。操作过程中,根据患者的耐受力调节力量的大小,在痛点明

显的部位,宜做重点揉动。

适应症:颈椎病,落枕,高血压,肌源性头痛,感冒项背强痛等。

## 二、揉大椎法

操作:患者坐位。术者以屈曲的食、中、环、小指的第二节指骨指背或掌根部、大鱼际部等着力于大椎穴处,缓慢揉动3~5分钟,使局部有热感为度。

适应症:颈椎病,背肌劳损、形寒肢冷、外感风寒项背强痛等。

## 三、提揉风池法

操作:患者坐位。术者一手掌扶其前额部,另一手以拇指和食指指端或罗纹面分别置于两侧风池穴处,两指与另一手掌相对用力提住头部,由轻到重向上拨伸,随即食、中二指按揉风池穴1~3分钟,提和按揉交替操作,使风池穴产生可耐受的强烈的酸、胀、热感。

适应症:风寒感冒,头项强痛,肌源性头痛、颈椎病等。

## 四、拿揉颈项法

操作:患者坐位。术者以单手或双手拇指端或罗纹面着力于颈肌外侧缘,自风池穴而下,有节律性地按揉至颈根部,其余四指则均置于颈项的另一侧,拇指按揉时,同时使用拿法,从上而下反复操作2~4分钟。本法在操作过程中,拇指在痛点明显的部位,可在局部做重点、反复按揉或配合弹拨法。

适应症:颈椎病,落枕,肌源性头痛、风寒感冒,高血压,颈背肌劳损等。

## 五、点揉天鼎法

操作:患者坐位。术者一手拇指端或罗纹面着力于一侧天鼎穴处,其余四指自然靠扶于颈项后侧固定,另一手扶住其对侧头顶,着力的拇指由轻而重、轻重结合的点揉1~2分钟,使局部产生强烈的酸、麻、胀的感觉,用力以患者能耐受为度。(天鼎穴位于胸锁乳突肌中点的后缘,肌下为颈丛神经的出口,为治疗颈椎病、偏头痛等的要穴之一。)

适应症:颈椎病,偏头痛,落枕,前斜角肌综合症等。

## 六、一指禅推颈法

操作:患者坐位,术者立于患者侧后方。以一手扶住其头顶,另一手先以拇指端或罗纹面着力于风府穴处,用一指禅推法逐渐向下推至大椎穴处,然后再从一侧风池穴处沿膀胱经向下推至颈根部,再推另一侧,反复操作6~10分钟。

适应症:颈椎病,落枕,头痛,失眠,眩晕,高血压等。

## 七、揉肩颈法

操作:患者坐位,头偏转向操作侧的对侧,术者立于其操作侧。一手托住患者肘关节,使肩关节外展80°,另一手以大鱼际揉法自一侧三角肌下缘始揉至颈根部,再沿颈肌上行至风池穴处,反复操作3~5分钟。左侧肩颈部用右手揉动,右侧肩颈部用左手揉动。

适应症:颈椎病,落枕,肩颈综合症、肩周炎,头痛等。

## 八、滚颈项法

操作:患者坐位。术者立于其后,用一手扶住其头顶,另一手以大鱼际滚法自一侧风池穴始滚至颈根部,再从颈根部滚至肩井穴处,反复操作2~4分钟,两侧可交替操作,左侧颈部用左手滚动,右侧颈部用右手滚动。亦可两手同时操作,从上至下,从中向两边分滚。

适应症:颈椎病,落枕,感冒,头痛等。

## 九、滚颈中法

患者坐位,术者立于其后方。以一手扶住其头顶部,使其头前屈,另一手用滚法从风府滚至大椎穴,在大椎穴处改用拳滚法,反复操作2~4分钟。

适应症:颈椎病,落枕,感冒等。

## 十、拿风池法

操作:患者坐位或俯卧位,术者站于其侧后方或侧方。一手扶其前额部,另一手拇指和食指、中指罗纹面分按于左右两侧风池穴上,手指相对用力,提拿风池半分钟。操作时用力要适当,逐渐深入,和缓而有节律,可配合风池穴的拇指弹拨法。

适应症:头痛,感冒,眩晕,落枕,颈椎病,失眠等。

## 十一、拿颈项法

操作:患者坐位或俯卧位,术者站于其侧后方或侧方。一手扶其前额部,另一手虎口分开,拇指和食指、中指指面分置于左右风池穴处,虎口紧贴颈项皮肤,然后沿颈椎两侧提拿,并一边提拿,一边慢慢向下移动,提拿至颈根部,反复操作5~8遍。常与拿风池法配合应用。提拿的力度可轻可重,随病情而异,但总以患者能耐受为度。

适应症:头痛,感冒,眩晕,落枕,颈椎病,失眠等。

## 十二、捻捏颈肌法

操作:患者坐位。术者以两手拇指和其余手指相配合,将颈椎一侧斜方肌捏起,自风池穴始,由上而下一边捏拿、捻动,一边移动,至肩中俞穴止,反复操作5~8遍,一侧做完后再做另一侧。捻捏的力度以捏捻时微感酸胀,放下时舒适为度。

适应症:感冒,头昏头痛,高血压病,颈椎病,落枕等。

## 十三、掐点颈中法

操作:患者坐位。术者以一手扶住其头顶部,使其头前屈,另一手拇指端或指甲着力于颈椎棘突间隙处,自哑门穴始,自上而下掐点每一棘突间隙,至大椎穴处止,反复操作3~5遍。

适应症:头痛头晕,心烦失眠,颈项痛等。

#### 十四、点揉颈脊法

操作:患者坐位。术者以一手扶住其头顶部,使其头微前屈,另一手屈曲食指、中指,用第一指间关节背面分别置于第二颈椎夹脊穴处,沿颈椎各棘突旁开0.5寸处下行,至第七颈椎夹脊穴处止,有节律地自上而下进行边点边揉,反复操作5~8遍。点时用力由轻渐重,点揉结合。

适应症:颈椎病,落枕,颈椎小关节紊乱,颈背肌劳损等。

#### 十五、点完骨法

操作:患者俯卧位或颈前屈坐位。术者以两手拇指端或罗纹面着力于枕后完骨穴处,其余手指分放于两侧耳前面部固定,两拇指相对用力节律性点压1~2分钟,然后以拇指分推法自完骨穴起推向耳后翳风穴处,反复推5~8遍。

适应症:面瘫,风寒感冒,头枕部疼痛,耳聋,耳鸣,落枕,颈椎病等。

#### 十六、掐点风府法

操作:患者坐位,术者立于其后方。以一手扶住其前额部,另一手以拇指端或指甲置于风府穴处,其余手指放于颈项一侧固定,拇指端或指甲由轻到重的掐点5~10遍。

适应症:颈椎病,落枕,头痛,失眠,眩晕等。

#### 十七、拨颈项法

操作:患者坐位,术者立于其侧后方。用一手轻扶其前额部,另一手以拇指端按于一侧项韧带旁,自上而下缓慢拨动,拨动方向垂直于韧带走行方向,始于风府穴水平,止于大椎穴水平处,反复操作5~7遍。做完一侧后再做另一侧,操作时用力要适当,动作要缓和、深沉,使局部产生热感。

适应症:头痛,感冒,眩晕,落枕,颈椎病,失眠等。

#### 十八、拨颈侧法

操作:患者坐位,术者立于其侧后方。用一手轻扶其前额部,另一手以拇指端置于一侧颈肌外缘上部,沿横突与棘突之间由上而下进行拨法,起于乳突部,止于缺盆穴处,反复操作5~8遍。做完一侧后再做另一侧。

适应症:心悸,呃逆,头痛,感冒,眩晕,高血压病,落枕,颈椎病,失眠等。

### 第三节 胸腹部

胸腹部肌肉较松软,皮肤活动度大,腹腔甚至可从体表直接触及其内的内脏器官,故临床上常选用用力平稳,冲击量较小,刺激温和的手法,如一指禅推法、揉法、摩法、拿法、按法、推法等。

## 一、点揉天突法

操作:患者坐位。术者以食指或中指端置于天突穴处,先行点揉1~2分钟,然后再持续勾点1分钟,或点揉与勾点交替操作,反复操作2~3分钟。

适应症:呃逆、咳嗽、哮喘,慢性支气管炎,急、慢性咽炎等。

## 二、指揉下腹法

操作:患者仰卧位,术者以一手或两手的食指、中指、无名指指腹并置于下腹部的阴交、中注穴处,从上往下按揉,经关元、气海至曲骨、横骨穴止,反复操作2~4分钟。

适应症:小腹拘急疼痛,腹胀肠鸣,头胀头昏,四肢酸重,月经不调,闭经,痛经,阳痿,遗精,早泄等。

## 三、掌揉下腹法

操作:患者仰卧位,术者以一手掌根置于下腹部的阴交、中注穴处,按揉并以关元为中心做顺时针或逆时针移动,反复操作2~4分钟。

适应症:小腹冷痛,腹胀肠鸣,腹泻,便秘,头胀头昏,月经不调,闭经,痛经,阳痿,遗精,早泄等。

## 四、捻胸肌法

操作:患者坐位或仰卧位。术者以拇指和食指、中指罗纹面提捏起两侧胸肌挟持住,使用捻法并顺肌肉方向移动,反复操作2~4分钟。

适应症:胸痛,胸闷,咳嗽,心悸怔忡,烦躁失眠等。

## 五、叠掌按胸法

操作:患者仰卧位。术者双掌重叠,置于胸骨正中上端,随患者呼吸,依次下按至胸骨正中下端(吸气时上抬,呼气时按压,呼气末沉肩顿挫下压),反复操作2~4分钟,注意不可按压在剑突上,以免引起损伤。

适应症:胸肋屏伤,胸腹胀痛,肋间神经痛,肝气窜痛等。

## 六、点揉上腹法

操作:患者仰卧位。术者以一手或两手的食指、中指、无名指指腹并置于幽门穴处,先用指揉法,在患者呼气时逐渐用力持续点压,患者吸气时上抬继用揉法,每穴操作1分钟,自上而下逐步按压幽门、阴都至育俞穴止。

适应症:食少纳呆,胃脘痛,恶心呕吐等。

## 七、点揉下腹法

操作:患者仰卧位。术者以一手或两手食指、中指、无名指罗纹面并置于脐旁的育俞穴处,先用指揉法,在患者呼气时逐渐用力持续点压,患者吸气时上抬继用揉法,每穴操作

1 分钟,自上向下逐步按压,经四满、大赫至横骨穴处止。

适应症:小腹疼痛,腰骶部疼痛,下肢瘫痪,月经不调,痛经,闭经,阳痿,遗精,早泄等。

## 八、按髂内侧法

操作:患者侧卧位。术者先以一手的食指、中指、无名指指腹自髂上五枢穴起,沿髂缘自外向内下方按至气冲穴止,两侧交替反复操作 1~2 分钟。然后再以两手食指、中指、无名指并置于髂内侧的府舍、归来、气冲穴处,由轻到重,从重渐轻有节律的向下按压,持续操作 2~4 分钟。

适应症:下肢痹痛,下肢瘫痪,腰背部疼痛,小腹胀痛等。

## 九、肋间指推法

操作:患者仰卧位。术者以两手拇指相对,分置于胸骨柄两侧,余四指自然伸直放于肋间隙,食指放于第一肋间隙,余指并排下列,抱定胸部沿肋间隙由内向外分推至腋中线止,由上而下,分推各肋间隙至食指于第六肋间隙时止,反复操作 5~8 遍。

适应症:胸闷气短,肋间神经痛,胸肋屏伤,胸部挫伤等。

## 十、胸部分推法

操作:患者仰卧位。术者以双手并排,拇指并列放于胸骨上,其余手指放松,自然微屈,手掌贴附于胸肋部,双手掌面从胸骨正中始自上而下依次分推至两侧腋中线,反复操作 5~8 遍。本法多用于男性患者。

适应症:胸闷胸痛,胸肋胀满,咳嗽,胸肋屏伤等。

## 十一、推脾运胃法

操作:患者仰卧位。医者以左手掌根于上腹部自鸠尾穴始,经巨阙至右幽门、期门推运之,称为推脾。然后右手掌指自上腹部鸠尾穴始,向左下循胃脘呈勾形推运之,称为运胃。此为左手推脾右手运胃,称为推脾运胃法。本法操作时用力要均匀和缓,左右交替持续连贯,推运力度不浮不滞。

适应症:消化不良,脘腹胀满疼痛,胃肠神经官能症,胃痉挛等。

## 十二、推胃脘法

操作:患者仰卧位。术者以单掌小鱼际及掌根部着力于剑突下,循胃之钩形从上向下,由中向左推而运之,推动的过程中前臂主动摆动,带动手掌边推边左右摆动,反复操作 3~5 分钟。

适应症:消化不良,胃脘痛,头痛,胸肋胀痛,胸背疼痛等。

## 十三、推上腹法

操作:患者仰卧位。术者以两手拇指罗纹面并排着力于剑突下鸠尾穴处,拇指端相对,余四指分别置于腹部两侧,两拇指同时或交替进行直线推动,自鸠尾穴处始经上、中、



下三腕至水分穴止,反复操作2~4分钟。亦可用双掌迭掌,以大鱼际及掌根部进行直线推动,则推动力更加沉稳着实,面积亦较广。

适应症:胃脘痛,呕吐,呃逆上气,头昏头胀,胸闷胁胀,心悸易惊等。

#### 十四、推侧腹法

操作:患者仰卧或略侧卧。术者以单手掌根置于腹部一侧的腹哀、京门穴处,缓慢向下直推,经大横、天枢、腹结、外陵至归来穴处止,反复操作2~4分钟。

适应症:腹胀腹痛,头胀头痛,泄泻便秘等。

#### 十五、脐部挤推法

操作:患者仰卧位。术者以两手大鱼际分置于患者脐上两侧的滑肉门穴处,拇指端向下肢方向,余四指放松分置于腹壁两侧,向下正中进行挤推。本法操作时挤推两侧力量均等,使脐周肌肉产生酸胀温热感为宜,操作时间约2~4分钟。

适应症:腹胀腹痛,消化不良,脐周痛,腹部术后肠粘连,轻度麻痹性肠梗阻等。

#### 十六、推下腹法

操作:患者仰卧位。术者以单手掌根置于脐下阴交穴处,指端向下肢方向,自上而下缓慢用力推动,经石门、关元、中极至曲骨穴止,推动力量以使下腹部产生酸胀温热感较佳,反复操作2~4分钟。

适应症:小腹胀痛,月经不调,痛经,闭经,遗精,阳痿,早泄等。

#### 十七、推全腹法

操作:患者仰卧位。术者以一手掌的大鱼际和掌根部着力,从上腹部缓推至下腹部,先推中间,后推两边,依次推遍全腹,也可双掌迭掌操作,反复推动8~10分钟。

适应症:腹胀满,胁胀胸闷,食积,腹痛,便秘,轻度肠梗阻,尿滞留,腹水,水肿,少腹冷痛,腰痛等。

#### 十八、对振肋肋法

操作:患者坐位或仰卧位。术者两手掌心分别置于两侧大包穴处,两手相对用力按压肋肋,配合患者呼吸,吸气时双掌放松,呼气时双掌对按,呼气末两手相对使用振法,尽量排除胸中余气,反复操作2~4分钟。

适应症:胸肋苦满,肋间神经痛,头晕目眩,腕腹胀闷,恶心呕吐等。

#### 十九、横擦胸部法

操作:患者仰卧位。术者以手掌小鱼际或大鱼际、全掌放于胸骨正中,以胸骨为中心横擦胸部,透热后渐向下移动,从华盖水平擦至中庭。

适应症:咳嗽,胸闷气短,心悸怔忡,胸肋满闷等。

## 二十、点中府、云门法

操作:患者坐位或仰卧位。术者以中指指端先按揉中府、云门穴,再点按,按揉与点按交替操作,力量由轻到重,从重渐轻,反复操作2~4分钟。

适应症:咳嗽,气喘,胸闷,胸痛,肩背痛,肩臂痛等。

## 二十一、点揉胸骨法

操作:患者仰卧位。术者以拇指或中指指端置于胸骨上璇玑穴处,先用指端揉法,然后逐渐用力点压,点揉交替,每穴操作半分钟,并沿胸骨正中渐向下移动,至中庭穴止,反复操作2~3次。

适应症:胸闷胸痛,咳逆喘急,胸背疼痛,心悸怔忡,呃逆等。

## 二十二、点压鸠尾法

操作:患者仰卧位。术者先以拇指端按揉鸠尾穴1~2分钟,然后逐渐加压持续点压鸠尾穴1~2分钟。点压方向斜向上,使患者产生较强的酸、胀感为度。临床常与点按足三里穴配合使用。

适应症:胃痛,呕吐,呃逆,消化不良,神经衰弱,高血压等。

## 二十三、点揉章门法

操作:患者仰卧位。术者用双手拇指端同时相对用力持续点压两侧章门穴1~2分钟,点后使用指端揉法,也可点压与揉法一轻一重交替使用。

适应症:胸胁胀满,肋肋疼痛,腹胀腹痛,咳嗽气喘,心烦失眠等肝郁气滞病症。

## 二十四、点按带脉法

操作:患者仰卧位。术者先于带脉穴处以拇指持续点压1~2分钟,然后使用按揉法按揉1~2分钟,或者点压与揉法同时交替使用。

适应症:三叉神经痛,偏头痛,胸胁满闷,肋痛,胃痛,腹痛,腰痛,疝气,闭经等。

## 二十五、双点天枢法

操作:患者仰卧位。术者以两手中指指端分别置于脐旁的天枢穴处,先行指端按揉法1~2分钟,然后逐渐加力持续点按2~4分钟。使患者产生较强的酸胀感,以患者能耐受为度。临床操作常配合指振法。

适应症:腹胀腹痛,肠鸣泻泄,倦怠乏力,食欲不振等。

## 二十六、点揉腹中任脉法

操作:患者仰卧位。术者一手拇指或食指、中指伸直并拢,指端着力于上脘穴处,向腹内垂直点揉,边点揉边缓慢向下移动,经中脘、下脘、水分、气海、关元,至曲骨穴止,穴位处重点点压,往返操作4~6分钟。

适应症:胃脘痛,腹胀腹痛,消化不良,食欲不振,阳痿,遗精,早泄,月经不调,闭经等。

## 二十七、点归来、气冲法

操作:患者仰卧位。术者以两手拇指或食指、中指伸直并拢,指端着力于双侧小腹部归来、气冲穴处,触及动脉搏动处逐渐向骨面加压,使动脉搏动消失后持续点压1~2分钟,感双下肢发凉、发麻时突然放开,此时常有较强的温热感向下肢部走窜。

适应症:腹胀满,胸胁胀痛,头胀头昏,小腹胀痛,下肢瘫痪,遗精,阳痿,早泄,痛经,月经不调等。

## 二十八、拿腋下法

操作:患者坐位或站立位。术者用两拇指掌侧并置于一侧腋下渊腋穴处,其余手指靠扶于肩前助力,手指对称用力提拿腋下肌肉,操作时两手虎口要紧贴肩前皮肤,反复操作2~4分钟,一侧拿过再拿另一侧。

适应症:胸闷胸痛,胸胁苦满,口苦咽干,头目眩晕,心悸怔忡,上肢麻木,胸廓出口综合征,肩周炎等。

## 二十九、拿腹法

操作:患者仰卧位,屈膝屈髋。术者以两手拇指置于腹直肌上部一侧外缘,余指置于其对侧肌外缘,双拇指和余指相对用力,反复提拿腹直肌,并逐渐向下移动,提拿到腹直肌下部,反复操作4~6分钟。

适应症:腹胀腹泻,胃脘痛,消化不良,食欲不振,便秘,轻度肠梗阻,尿潴留等。

## 三十、一指禅推上腹法

操作:患者仰卧位。术者以一手拇指端置于上腹部的上脘穴处,四指自然伸直放于一侧腹壁,使用一指禅靠推法,从上向下沿任脉推至神阙穴止,反复操作4~6分钟。

适应症:胃脘痛,上腹部胀满,食少纳呆,呃逆,消化不良等脾胃虚弱之证。

## 三十一、指振中脘法

操作:患者仰卧位。术者一手中指伸直,其余手指自然屈曲,或屈曲拇指和食指,拇指罗纹面及食指罗纹面分置于中指远端指间关节前后,以中指指端着力于中脘穴,持续振动约1~2分钟,以产生温热感和舒松感为佳。

适应症:胃下垂,胃脘痛,消化不良,食欲不振等。

## 三十二、掌振上腹法

操作:患者仰卧位,术者坐其身侧。用手手掌面着力于上腹部,掌心对中脘穴,斜向上方持续振动约1~2分钟,以产生温热感和舒松感为佳。

适应症:胃下垂,胃脘痛,消化不良,食欲不振,胃肠功能紊乱等。

### 三十三、掌振下腹法

操作:患者仰卧位,术者坐其身侧。用手掌掌面着力于下腹部,掌心对关元穴,斜向上方持续振动约1~2分钟,以产生温热感和舒松感为佳。

适应症:肠痉挛,胃肠功能紊乱,低血压,痛经,月经不调,遗精,阳痿,早泄等。

### 三十四、掌振神阙法

操作:患者仰卧位,术者坐其身侧。用手掌掌面着力于腹部正中,掌心对神阙穴,垂直向下持续振动约1~2分钟,以产生温热感和舒松感为佳。

适应症:消化不良,腹胀腹痛,便秘,轻度肠梗阻,肠粘连等。

### 三十五、对摩胸背法

操作:患者坐位。术者以一手掌心置于其胸前璇玑穴处,另一手掌心横置于后背大椎穴处,两手掌相对交错摩动,并沿躯干正中线逐渐向下移动,分别至中庭穴及至阳穴处止,反复操作2~4分钟。

适应症:胸闷胸痛,胸胁苦满,呃逆,头昏目眩等。

### 三十六、旋摩上腹法

操作:患者仰卧位。术者以一手五指自然伸直并拢,掌面置于患者上腹部,以中脘、建里为中心,顺时针方向环形轻柔、和缓的摩动4~6分钟。

适应症:食积,胃脘部隐痛,食欲不振,形瘦体弱等。

### 三十七、直摩上腹法

操作:患者仰卧位。术者以一手或两手的食指、中指、无名指和小指并拢置于其上腹部的巨阙、幽门穴处,沿腹部正中自上而下呈直线摩动,摩至神阙穴止,在神阙穴稍停片刻摩而按之,反复摩按4~6分钟。

适应症:食少,纳呆,腹胀腹痛,呕吐吞酸,头昏头痛,心悸怔忡,胸闷气短等。

### 三十八、横摩上腹法

操作:患者仰卧位。术者以一手或两手掌面或食指、中指、无名指和小指掌侧面并置于腹部一侧的腹哀、章门穴处,横向摩动经关门、太乙、商曲至对侧的腹哀、章门穴处止,再经原路返回,反复横摩4~6分钟。

适应症:形寒肢冷,腹中冷,胃脘痛,腹部胀满,食少纳呆,胸闷胁痛等。

### 三十九、横摩腹直肌法

操作:患者仰卧位。术者以一手或两手掌面或食指、中指、无名指和小指掌侧并置于一侧腹直肌上缘,从一侧横向摩向对侧,来回摩动,并缓慢向下移动,自幽门穴水平高处摩至归来穴处止,反复摩动4~6分钟。

适应症:食少纳呆,脘腹胀满,气逆上喘,头昏头痛,溲清腰痛等。

#### 四十、斜摩腹部法

操作:患者仰卧位。术者以一手或两手掌面或食指、中指、无名指和小指掌侧置于一侧腹哀穴处,斜向对侧内下方摩动,经太乙、水分、神阙、四满、水道至归来穴处止,两侧交替操作,反复摩动6~8分钟。

适应症:腹胀腹痛,胸胁胀痛,小儿消化不良,腰痛及月经不调等。

#### 四十一、斜摩肋下法

操作:患者仰卧位。术者以两手掌面或食指、中指、无名指和小指掌侧分别置于患者两侧季肋下不容、承满穴处,然后从中间向两边沿肋缘摩动,经腹哀至京门穴止,反复摩动4~6分钟。

适应症:胸胁胀满,咳嗽气喘,心烦胸闷,腹胀腹痛等。

#### 四十二、合摩侧腹法

操作:患者侧卧位。术者以两手的食指、中指、无名指和小指掌侧分别置于上侧腹部的不容、承满穴和相对的魂门穴处,掌心相对对称用力,两手合摩侧腹部,缓慢自上向下摩动,腹侧经大横、腹结至府舍穴止,背侧经意舍至志室穴处止,反复操作4~6分钟。

适应症:腹胀腹痛,肠鸣泻泄,身体沉重倦怠,腰骶部疼痛,腰肌劳损,腰扭伤等。

#### 四十三、横摩中腹法

操作:患者仰卧位。术者以一手或两手掌面或食指、中指、无名指和小指掌侧置于腹部一侧的大横、腹结穴处,横向对侧摩动,经天枢、外陵、神阙、阴交至对侧的大横、腹结穴处止,反复摩动4~6分钟。

适应症:腹胀肠鸣,食欲不振,头目眩晕,腹中冷痛,腰背酸痛等。

#### 四十四、直摩脐旁法

操作:患者仰卧位。术者以两手的食指、中指、无名指和小指掌侧分别置于脐旁两侧的天枢穴处,指端朝下,由上而下摩动经外陵、大巨至水道穴处止,往返上下摩动4~6分钟。

适应症:胃脘痛,恶心呕吐,食欲不振,腹胀腹痛,便秘等。

#### 四十五、摩髌内缘法

操作:患者仰卧位。术者以两手拇指或两手食指、中指指腹分别置于两侧髌上缘维道穴处,顺腹股沟自外上斜向内下摩动,经府舍至气冲穴处止,反复摩动4~6分钟。

适应症:腹胀腹痛,月经不调,痛经,胎动不安,遗精,阳痿,早泄等生殖系统疾患。

#### 四十六、横摩横骨上法

操作:患者仰卧位。术者以一手食指、中指和无名指伸直并拢,手指罗纹面并置于小腹部一侧的归来、气冲穴处,沿横骨上横向摩至对侧的归来、气冲穴处止,往返摩动4~6分钟。

适应症:月经不调,痛经,闭经,阳痿,早泄,遗精,腰骶部疼痛,下肢瘫痪等。

#### 四十七、横摩下腹法

操作:患者仰卧位。术者以一手掌面置于患者下腹部一侧髂骨内缘的五枢处,横向对侧摩动,经大巨至对侧的五枢穴处止,反复横摩,并逐渐向下移动,摩至府舍穴水平高处止,往返来回摩动6~8分钟。

适应症:小腹胀痛,小便困难,疝气痛,月经不调,痛经,闭经,阳痿,遗精,早泄,腰骶酸痛等。

#### 四十八、斜摩下腹法

操作:患者侧卧位。术者以一手扶住患者髂前上棘处固定,另一手置于上侧髂内上缘维道穴处,自上向对侧下方摩动,经归来、中极至对侧气冲穴处止,反复斜向摩动4~6分钟,摩完一侧,患者变换体位,再做另一侧。

适应症:小腹胀满,气逆上冲,尿潴留,下肢瘫痪,慢性盆腔炎,附件炎,月经不调,阳痿,遗精,早泄等。

#### 四十九、旋摩全腹法

操作:患者仰卧位。术者两手掌相互擦热,以一手掌面,先盖于脐部上轻摩1~2分钟,然后以脐为中心,做顺时针环形摩动,范围逐渐扩大,直至摩遍全腹,至结束时再逐渐缩小摩动范围,最后复盖于脐部,停留1分钟,整个操作时间约6~8分钟。

适应症:腹胀腹痛,便秘,腹泻,食欲不振,消化不良等消化系统疾病;头昏重疼痛,气窜胸胁,胁肋胀痛等气机紊乱诸症;月经诸症,阳痿,遗精,早泄等生殖系统疾病。

#### 五十、旋揉神阙法

操作:患者仰卧位。术者在腹部用其他手法充分按摩后,最后用单手拇指罗纹面或掌心着力于神阙穴,做环行揉动,动作和缓而有节律,持续操作2~4分钟。本法常作为腹部手法操作的收功手法,顺时针旋揉为补,逆时针旋揉为泻。

适应症:食积,胃下垂,脱肛,脐周痛,腹冷痛,腹胀,腹泻,久泻久痢,便秘等。

### 第四节 背腰骶臀部

背腰骶臀部肌肉丰厚,面积较大,耐受力强,故临床上常选用冲击力较大,能产生较强刺激和渗透力较强的手法,如击法、推法、揉法、拿法、按法、点法等。

## 一、拿夹脊法

操作:患者俯卧位。术者以单手或双手拇指指腹及掌根部与其他四指指腹对挤之力,将夹脊拿起,提拿放下的同时逐渐向下移动,自上而下,从颈椎到腰骶椎,反复操作4~6分钟。本法操作时,禁止指端或指甲抓拧,避免损伤皮肤。

适应症:腰背酸痛,各脏腑所属诸证。

## 二、拿侧腰法

操作:患者坐位或站立位。术者立于其后,以两手拇指指腹分置于两腰部京门穴处,余四指指腹置于季肋下章门穴处,手指对称性用力,反复提拿两侧腰部肌肉2~4分钟。

适应症:肋肋胀痛,腰肌劳损,慢性腰腿痛,腹胀痛,腹泻等。

## 三、拿揉腰肌法

操作:患者俯卧位。术者以单手或双手拇指腹部着力于腰部竖脊肌一侧,以食指、中指、无名指和小指掌侧着力于另一侧,诸指的指腹对称性用力提拿腰肌,提拿的同时使用指揉法,持续操作4~6分钟。

适应症:腰背肌劳损,腰椎间盘突出症,腰扭伤等。

## 四、揉肩背法

操作:患者坐位或俯卧位。术者使用揉法,从肩部自外向内揉至颈根部,沿肩胛内缘和脊柱间下行,揉至肩胛下角平齐处,从肩部由上而下至肩胛下角揉肩胛部,反复操作4~6分钟,最后于两肩胛内缘间横向揉动,并逐渐下移,起于大椎穴,下至两肩胛下角平齐处,反复操作4~6分钟。本法是治疗颈、肩、背部疾病及某些内科疾病的常用手法,临床应用十分广泛,应熟练掌握。

适应症:颈椎病,肩周炎,背肌劳损,颈肩综合征,慢性支气管炎等。

## 五、揉臀部法

操作:患者俯卧位。术者使用掌指关节揉法于其一侧臀部操作,自臀上关元俞穴起,逐渐向下移动,揉至臀下纹中央的承扶穴处止,环跳穴为中心,上下往返揉动4~6分钟,两侧臀部可交替操作。

适应症:腰椎间盘突出症,梨状肌损伤综合征,臀上皮神经炎,腰椎轻度滑脱,骶椎裂,头昏头痛,心悸怔忡,失眠健忘等。

## 六、肩背部侧掌击法

操作:患者坐位。术者以双手掌尺侧部着力于肩背部,使用侧击法同时交替击打两肩背部,反复操作2~4分钟。该手法常常作为肩背部治疗的结束手法。

适应症:颈椎病,背肌劳损等。

## 七、佛手掌叩肩背法

操作:患者坐位。术者双手并拢,十指自然分开,两手手指自然紧贴,掌心空虚,指、掌、腕关节放松,使小指尺侧节律性叩击肩背部2~4分钟。本法作用力小但渗透力强,可间接作用于心、肺等内脏器官。

适应症:颈椎病,背肌劳损,慢性支气管炎等。

## 八、屈拳叩肩背法

操作:患者坐位。术者双手手握空拳,四指在外包绕在内的拇指,手指及腕关节放松,以小鱼际部和小指尺侧部节律性地叩击两肩部、背部2~4分钟。手法操作时动作熟练正确,常可闻及“叭……”清脆的响声。

适应症:颈椎病,背肌劳损等。

## 九、掌根击肩背法

操作:患者坐位。术者以单手掌根反复有节律性地击打其肩部、背部2~4分钟。本法击打力量较大,一般多用于肩胛内缘处酸痛不适者。

适应症:背肌劳损,颈椎病等。

## 十、空拳击肩背法

操作:患者坐位。术者两手握空拳,腕关节放松,以肘关节的屈伸带动两手,两手手指的中节、末节及掌根部着力于肩背部,反复击打3~5分钟。本法作用力主要作用于肌表,放松较浅层的肌肉。

适应症:颈椎病,背肌劳损等。

## 十一、拳背击肩背法

操作:患者坐位。术者两手握实拳,腕关节挺直,以肘关节的屈伸带动掌背部有节律的击打肩背部,击打时一打即起,不可打实,反复操作2~4分钟。

适应症:背肌劳损,颈椎病等。

## 十二、掌背击肩背法

操作:患者坐位。术者双手指放松自然屈曲,掌心如握鸡蛋状,腕关节放松,以肘关节的屈伸带动腕关节的一屈一伸自然摆动,使掌背部或小指、无名指背及第五掌指关节背侧处击打肩背部,反复操作2~4分钟。

适应症:背肌劳损,颈椎病等。

## 十三、掌揉肩背法

操作:患者坐位。术者立于其侧后方,用一手托扶住患者一侧上肢,另一手掌根部由一侧肩峰端经肩井穴揉至颈根部,然后向下顺揉脊柱侧的膀胱经第一侧线和第二侧线,至



肩胛下角平齐处,再经天宗穴揉至肩井穴返回肩峰端,反复操作4~6分钟。

适应症:颈椎病,颈肩综合征,背肌劳损,心悸怔忡,失眠健忘,骨蒸潮热,咳嗽吐血,食少纳呆,脘腹疼痛等。

#### 十四、拇指揉膀胱经法

操作:患者坐位。术者以双手拇指端或罗纹面,并列分置于背部两侧膀胱经大杼穴处,其余手指自然分放两侧,由上而下,经风门、肺俞、厥阴俞、心俞揉至膈俞穴,再从附分穴起,由上而下,经魄户、膏肓、神堂揉至膈关穴处止,反复操作4~6分钟。

适应症:颈椎病,背肌劳损,心悸气短,咳嗽气喘,潮热盗汗,咳嗽吐血,饮食不下,呕吐,暖气,脘腹疼痛等。

#### 十五、点揉天宗法

操作:患者坐位或俯卧位。术者以单手拇指罗纹面或食指、中指罗纹面等着力于一侧背部天宗穴处,先行持续按揉1~2分钟,随即逐渐用力持续垂直向下点压1~2分钟。亦可使用跪指点法。

适应症:肩周炎,肩胛痛,颈背肌劳损,颈椎病,慢性疲劳综合征等。

#### 十六、双点天宗法

操作:患者坐位。术者立于其后,双手分放于患者肩上,双拇指指端或罗纹面置于两侧天宗穴处,先使用指揉法,随即使用点按法,点揉结合,点按时其余手指向后拉动患者双肩,使患者做扩胸动作。反复操作2~4分钟。

适应症:慢性疲劳综合征,颈背肌劳损,颈椎病,胸闷不舒等。

#### 十七、拳揉背部法

操作:患者坐位。术者立于其一侧,用一手扶持住患者一侧肩部,另一手握实拳,用拳面四指的第一指节背着力于大椎穴,沿脊柱正中从上向下揉至脊中,再从一侧的大杼穴起,沿膀胱经向下揉至胃俞穴止,两侧交替反复操作5~8分钟。

适应症:颈椎病,颈背肌劳损,各脏腑诸症等

#### 十八、点揉命门法

操作:患者俯卧位。术者双手握拳,用拇指指端或食指第一指间关节背侧面分别着力于脊柱两侧命门穴,先持续揉1~2分钟,再逐渐向斜上方用力点压,持续操作1~2分钟。

适应症:腰椎间盘突出症,腰骶部酸痛,腹胀腹痛,脐周痛,阳痿,早泄等。

#### 十九、揉腰眼法

操作:患者俯卧位。术者双手握拳,用拳面关节突起部着力于脊柱两侧腰眼穴,持续用力揉动2~4分钟。亦可采用坐位双侧交替操作。

适应症:腰肌劳损,腰脊冷痛,腹痛腹泻,阳痿,遗精,早泄。月经不调,痛经,闭经,盆

腔炎,水肿,遗尿等。

## 二十、背部直推法

操作:患者俯卧位。术者立于其头端,用单手或双手掌根部着力于大椎穴,从上向下直推至脊中,然后两手掌分置于两侧大杼穴处,向下直推至胃俞,再从两侧附分穴向下推至胃仓穴处止。反复操作5~8遍。

适应症:颈项强痛,项背拘急,胸胁胀闷,腰背酸痛,尿黄及脏腑所属诸症。

## 二十一、背部分推法

操作:患者俯卧位。术者立于其一侧,用双拇指螺纹面并列分置于两侧大杼穴,其余手指分置于背部两侧助力,拇指沿背部肋间隙从中向两侧分推至腋中线,并沿诸肋间隙逐渐下移,分推至胃俞穴水平高处止,反复操作2~4分钟。

适应症:肋间神经痛,胸胁屏伤,颈椎病,颈背肌劳损等。

## 二十二、推肩胛内缘法

操作:患者坐位。术者用一手按住患侧肩部固定,并使患者稍向对侧侧前屈,另一手掌根部着力于患侧肩中俞,沿肩胛骨内缘向下外方推动,推至腋中线止,反复操作2~4分钟。

适应症:肩胛背痛,肩周炎,颈椎病,胸胁屏伤,胃下垂,慢性疲劳综合征等。

## 二十三、腰部双掌按揉法

操作:患者俯卧位。术者先用一手掌根着力于一侧腰眼穴处,另一手着力于骶髂关节处,两手同时做有节律的按揉法,随即双掌迭掌,并置于腰骶部,以四、五腰椎为中心做节律性的按揉法,反复操作5~8分钟。操作时部位可以根据病情灵活变化,同时常配合擦法操作。

适应症:腰肌劳损,腰椎间盘突出症,肾虚腰痛,腰扭伤,退行性脊柱炎,腰椎后小关节紊乱,慢性盆腔炎等。

## 二十四、背部挤推法

操作:患者俯卧位。术者用两拇指螺纹面分置于两侧大杼穴,指尖相对,其余手指放于背部两侧助力,或十指屈曲,腕关节及掌指关节背伸,用掌根分置于大杼穴,两拇指或掌根相对用力向脊柱挤推竖脊肌,并逐渐向下移动,推至膈俞穴水平高处止,反复操作4~6分钟。

适应症:腰背肌劳损,胸胁屏伤,胃痛,腹胀腹泻,消化不良等。

## 二十五、腰部分推法

操作:患者俯卧位。术者立于其头端,用两手掌根分别置于腰部脊柱两侧肾俞穴下缘处,两手呈外八字形附于腰际,指尖朝向下外,然后两手掌根自内向外下方分推至带脉穴

处,反复操作3~5分钟。

适应症:腰背酸痛,腰椎间盘突出症,腰肌劳损,食少纳呆,倦怠乏力,腹痛腹胀等。

## 二十六、推臀法

操作:患者俯卧位。术者以一手掌根着力于患侧臀部上方的小肠俞穴处,另一手掌按压于对侧肩胛骨上固定不动,两手同时下压,着力于臀部的一手向下经胞育斜推至环跳穴处,并按压停留于该穴,两侧交替操作,反复操作3~5分钟。

适应症:腰椎间盘突出症,梨状肌损伤综合征,骶髂关节炎等。

## 二十七、梳肩胛内缘法

操作:患者俯卧位,患侧肩关节极度旋内。术者单手握空拳,以拳背骨突部着力于患侧肩胛内缘上角始,沿肩胛内缘到脊柱正中之间至肩胛下角作来回梳理,反复操作2~4分钟。

适应症:肩胛痛,心悸气短,胸闷胸痛,胃下垂等。

## 二十八、掌按胸椎法

操作:患者俯卧位。术者双掌相叠,手指屈曲相扣,掌根置于第一胸椎处,自上而下,有节律地进行按压,始于第一胸椎,经2、3、4、5、6胸推至第7胸椎处止,反复按压1~3分钟。临床操作中,常配合患者呼吸,吸气时抬手,呼气时下压,呼气末沉肩顿挫下压,常可闻及“嚓、嚓”弹响声。

适应症:背部软组织劳损、粘连,颈项肩背痛,胸闷气短等。

## 二十九、桥按肩胛法

操作:患者俯卧位。术者以一手掌根部置于一侧肩胛骨内缘上角处,另一手掌置于对侧臀部,两手同时有节律地进行分别斜向上、下的分压,按肩胛骨的一手逐渐自上而下移动,至肩胛下角处止,两侧交替操作,反复操作2~4分钟。本法操作时,要将身体上半部的重量倾注到手臂上,不可单以手臂之力按压。

适应症:肩胛背痛,腰肌劳损,腰椎间盘突出症等。

## 三十、叠掌按腰法

操作:患者俯卧位。术者两掌相叠,手指屈曲相扣,掌根置于腰部脊柱正中的腰阳关穴处,肘关节伸直,利用上半身的前屈后仰有节律地垂直向下按压2~4分钟。按压时手掌不可离开患者皮肤。

适应症:腰椎间盘突出症,腰肌劳损,阳痿,早泄,遗精,月经不调,痛经,闭经,盆腔炎,附件炎等。

## 三十一、点拿环跳法

操作:患者俯卧位。术者立于其患侧,以两手拇指端叠指并置于患侧环跳穴处,其余

手指伸直放于臀上,相对拇指用力提拿臀肌,同时拇指有节律地进行点压,反复操作 2~4 分钟。本法操作时用力由轻到重,逐渐深入。

适应症:腰椎间盘突出症,梨状肌损伤综合征,脑血栓后遗症等。

### 三十二、掐点脊中法

操作:患者俯卧位。术者以一手拇指端或指甲着力于大椎穴处进行掐点,自上而下,每一棘突间隙均掐点 2~4 次,至腰阳关穴处止,反复操作 3~5 遍。

适应症:头痛头晕,心悸失眠,颈项痛,背腰痛等。

### 三十三、点揉夹脊法

操作:患者坐位或俯卧位。术者以一手扶住其一侧肩部,另一手屈曲食指、中指,用第一指间关节背面分别置于第一胸椎棘突下旁开 0.5 寸处,沿脊椎各棘突旁开 0.5 寸处下行,至第五腰椎棘突下旁开 0.5 寸处止,有节律地自上而下进行边点边揉,反复操作 5~8 遍。

适应症:腰背疼痛,脊柱屈伸不利,各脏腑所属诸症等。

### 三十四、双点肾俞法

操作:患者俯卧位。术者以双手拇指端分置于腰部脊柱两侧的肾俞穴处,同时用力向内上方点压肾俞穴,由轻渐重持续点压 1~2 分钟,使产生明显的酸、胀感,临床操作可配合指揉法同时应用,以加强疗效。

适应症:腰肌劳损,腰椎间盘突出症,肾虚腰痛等。

### 三十五、肘点腰眼法

操作:患者俯卧位。术者以一手肘尖部置于一侧腰部京门穴下方的腰眼处,另一手扶住操作一手的腕部稳定手臂,将身体上半部的重量集中于肘尖部逐渐加压持续点压 1~2 分钟。用力稳定着实,由轻到重,严禁突发暴力。

适应症:腰肌劳损,腰椎间盘突出症等。

### 三十六、肘点环跳法

操作:患者俯卧位。术者以一手肘尖部置于一侧环跳穴处,另一手扶住操作一手的腕部稳定手臂,肘尖部逐渐加压持续点压 1~2 分钟。操作中可配合揉法,点压力度以产生强烈的酸、胀、麻感而患者能耐受为度。

适应症:腰椎间盘突出症,梨状肌损伤综合征,偏瘫等。

### 三十七、背部横擦法

操作:患者俯卧位,暴露背部皮肤。术者用一手的全掌或掌根、大鱼际、小鱼际部着力于大椎穴处,以脊柱正中为中心横向擦动,透热后逐步下移,至筋缩穴水平高处止。擦后除拍法外禁用其他手法。

适应症:风寒感冒,项背强痛,胸闷不舒,咳嗽气喘等。

### 三十八、擦肾俞法

操作:患者俯卧位。术者双掌相合搓热,用双手掌面分置于腰部两侧的肾俞穴处,以肾俞穴为中心,平行于脊柱的方向纵向擦腰,透热为度。

适应症:腰肌劳损,腰椎间盘突出症,腰痛引腹,腹冷痛,泄泻,阳痿,遗精,早泄,月经不调等。

### 三十九、横擦腰骶法

操作:患者俯卧位。术者以一手扶按住腰部,另一手小鱼际或掌面着力于其腰骶部,进行横向快速擦动,以透热为度。

适应症:腰痛,腰骶部酸痛,阳痿,遗精,早泄,盆腔炎,附件炎等。

### 四十、一指禅推背法

操作:患者俯卧位。术者以一手拇指端着力于脊柱左或右侧膀胱经大杼穴处,用一指禅推法自上而下,循膀胱经推至膀胱俞穴处止,或两手拇指同时分两侧操作,反复操作5~8遍。

适应症:冠心病及各脏腑所属诸证。

### 四十一、背部团摩法

操作:患者俯卧位。术者立于患者左侧,以两手食指、中指、无名指和小指掌侧并置于右侧背部肩外俞处,向下沿脊柱右侧经附分、神堂等穴,至膈关穴处,横摩至左侧膈关穴处,再自下而上沿脊柱左侧直摩至左侧背部肩外俞处,仍横摩回右侧,反复摩动5~8分钟。或起于左侧,依上次序团摩。

适应症:心悸气短,咳嗽气喘,潮热盗汗,骨蒸劳热,腰背酸痛,肩胛痛等。

### 四十二、推摩背肋法

操作:患者俯卧位,两手相叠置于前额下。术者两手的食指、中指、无名指和小指自然伸直,指腹部分别置于脊柱两侧肋间隙处,指尖朝外,自风门穴水平高处沿背部肋间隙自内向外下方推摩至腋下线止,由上而下,依肋间隙顺序推摩,至膈俞穴水平高处止,反复操作2~4分钟。

适应症:胸闷胸痛,心悸气短,胸肋胀痛,肋间神经痛等。

### 四十三、腰部横摩法

操作:患者俯卧位。术者用一手扶持住患者背部,另一手掌置于患者腰部一侧的肾俞、气海俞及大肠俞穴处,先横摩至同侧带脉穴处,然后再反向横摩至对侧的带脉穴处,往返反复操作4~6分钟。操作时摩动手掌放松,使全手掌贴附于患者腰部。

适应症:腰腿酸痛,腰背部疼痛,腰扭伤,腰肌劳损,腰椎间盘突出症,腹胀,泄泻,遗

精,阳痿,早泄,盆腔炎,附件炎等。

#### 四十四、腰部团摩法

操作:患者俯卧位。术者以一手或两手的食指、中指、无名指和小指掌侧并置于背部的右侧胃俞穴处,由上而下直摩,经肾俞、大肠俞等至小肠俞穴处,然后横向摩动至左侧小肠俞穴处,再由下而上直摩,经大肠俞、肾俞等至左侧胃俞穴处,仍横向摩动至右侧胃俞穴处,反复摩动5~8分钟。

适应症:腰椎间盘突出症,腰肌劳损,急性腰扭伤等。

#### 四十五、横摩八髎法

操作:患者俯卧位。术者用两手食指、中指、无名指和小指及掌部着力于右侧胞育穴处,经八髎穴摩至左侧胞育穴处,然后顺原路摩回至右侧胞育穴处,反复摩动5~8分钟。

适应症:腰背部酸痛,骶髂关节炎,月经不调,盆腔炎,附件炎,阳痿,早泄,遗精等症。

#### 四十六、臀部直摩法

操作:患者侧卧位,患侧居上。术者用一手扶持住患者肩部,另一手食指、中指、无名指及小指并置于臀部上方关元俞穴水平高处,向下直摩,经胞育穴处转向外下方,至环跳穴止,反复摩动3~5分钟。

适应症:腰椎间盘突出症,梨状肌损伤综合征等。

#### 四十七、拍背法

操作:患者俯卧位。术者以虚掌拍击背部脊柱正中,由大椎至胃俞穴,自上而下反复拍打1~3分钟,临床操作可单手操作或以双掌分置脊柱两侧,两手交替拍打。以患者感觉全身震动,微热而舒适为度。

适应症:胸闷喘急,胸胁胀满,腰背酸痛,腰背肌筋膜炎,头痛,慢性疲劳综合症等。

#### 四十八、拍腰骶法

操作:患者俯卧位。术者以虚掌拍打患者腰骶部,可单掌或双掌交替操作,反复拍打1~2分钟,以患者感觉腰骶部振动、松弛,舒适而有轻微的热感为度。

适应症:腰骶部疼痛,腰腿痛等。

#### 四十九、推搓夹脊法

操作:患者俯卧位。术者以单掌或双掌重叠,用掌根部着力于脊柱一侧夹脊穴,做平行于脊柱纵轴方向的推搓,至施术部位红软微汗为止,推搓完一侧,再推搓另一侧。

适应症:风寒感冒,腰背酸痛,慢性腰背软组织疾病,偏瘫,中风后遗症,胸胁胀闷,烦躁不安等。

## 五十、推搓八髎法

操作:患者俯卧位。术者以一手掌面或掌根着力于患者八髎穴,作平行于脊柱纵轴方向的持续推搓2~4分钟,以患者感局部发热发烫为度。

适应症:肠风下血,痔疮,睾丸炎,前列腺炎,带下黄稠等下焦湿热症及腰骶部酸痛,肾阳虚亏等。

## 第五节 上部

上部肌肤薄弱,感觉敏锐,故临床上多用柔和轻快的手法,如拿法、按揉法、擦法、揉捏法、点法,搓揉法等。

### 一、双拿肩井法

操作:患者坐位,术者立于其后面。以双手拇指掌侧分置于两侧肩井穴肩后处,余四指并置于相对的肩前部,双手着力提而拿之,或同时提拿,或交替提拿,反复操作3~5分钟。

适应症:颈椎病,肩周炎,落枕,头目昏重,失眠,四肢倦怠乏力,慢性疲劳综合症,偏瘫及其他多种慢性疾患。

### 二、拿肩上法

操作:患者坐位,双上肢自然下垂。术者立于患者背后,以双手拇指掌侧并置于患肩后部,余指置于肩前部,反复拿患肩2~4分钟。或一手拿住患者患肢前臂抬起上肢,另一手在肩部使用拿法,反复操作2~4分钟。

适应症:肩周炎,颈椎病等。

### 三、拿肩后法

操作:患者坐位。术者一手握住其患侧小臂部上举,另一手以拇指置于肩贞穴处,余四指置于腋下,有节律性地拿肩后(肩胛骨外缘)肌肉3~5分钟。

适应症:肩臂痛不能后伸,胸胁痛,头枕部疼痛等。

### 四、拿手三阳法

操作:患者坐位或仰卧位。术者一手握住其腕部,另一手食指、中指、无名指和小指掌侧置于肩外侧循手三阳经,拇指放于相应的臂内侧上部,依次拿揉至腕部,反复操作3~5分钟。

适应症:颈椎病,肩周炎,偏瘫及手三阳经病变等。

### 五、拿手三阴法

操作:患者坐位或仰卧位。术者一手握其患侧腕部,另一手食指、中指、无名指和小指

掌侧置于患侧臂腋下手三阴经脉,拇指放于相应的臂外侧上部,依次拿揉至腕部,反复操作3~5分钟。

适应症:颈椎病,肩周炎,手三阴经病变等。

## 六、捏揉八邪法

操作:患者坐位。术者以一手握其腕部,另一手拇指与食指指腹相对用力捏住掌指间隙处,依次捏揉两手的八邪(即大都、上都、中都、下都,每手四邪,两手合为八邪),反复操作2~4分钟。

适应症:手指疼痛、麻木,头项强痛,中风偏瘫,落枕等。

## 七、滚肩井法

操作:患者坐位。术者以滚法施于一侧肩井部,由外向内反复操作2~4分钟,两侧交替操作或两手同时操作,由内向外滚2~4分钟。

适应症:颈椎病,肩周炎,颈部扭伤,落枕,肌源性头痛,头目昏重,四肢倦怠乏力,偏瘫,乳汁不下及各种慢性疾病。

## 八、滚肩周法

操作:患者坐位。术者一手扶持患侧上臂,随手扶持的方向改变和不断改变患肢体位,两手相互配合,另一手相应地以滚法施于患肩的前、后、上、外部,反复操作4~6分钟。

适应症:颈椎病、肩周炎、牙痛,耳鸣,小便赤痛等。

## 九、点按阳明三穴法

操作:患者坐位或仰卧位。术者一手握住患者手掌部,另一手握住其手臂,以拇指端或罗纹面分别点按揉肩髃、曲池与合谷3穴,每穴1~2分钟。

适应症:颈椎病,肩周炎,肘、腕部疾患,大肠病变,上齿痛,三叉神经痛等。

## 十、点极泉法

操作:患者坐位。术者一手握其患侧腕部,使其手臂外展或上举,另一手以拇指罗纹面置于腋窝极泉穴处,持续点按1~2分钟。或拇指罗纹面按住其动脉搏动处,使其动脉停止搏动1分钟,然后突然放开,常可感觉如有热流窜向上肢末端。

适应症:颈椎病,肩周炎,中风偏瘫,胸胁胀痛,心悸怔忡,胸闷胸痛、胃痛等。

## 十一、对点内外关法

操作:术者以拇指和食指指腹分别置于前臂屈侧内关穴处及伸侧外关穴处,两指同时相对用力逐渐加压点压,持续操作1~2分钟。

适应症:心悸怔忡,胸闷胸痛,失眠多梦,胃脘痛,恶心呕吐,晕车、船,颈、肩、肘、腕部疾患,手指麻木、无力等。



## 十二、捏揉四缝穴

操作:患者坐位。术者一手握住其腕部,另一手以拇指指腹与食指指腹或桡侧缘相对,捏住近端指间关节,拇指指腹依次着力于掌面各指第一、二指间关节横纹处四缝穴处,两手指捏而揉动,反复操作2~4分钟。

适应症:手指疼痛、麻木、肿胀,关节屈伸不利,中风偏瘫等。

## 十三、擦肘外侧法

操作:患者坐位。术者一手拿住其腕关节,另一手用大鱼际着力于手三里穴处,经曲池擦至手五里,往返操作,以局部透热为度。

适应症:网球肘,肘关节肌性强直,上肢肌萎缩、麻木等。

## 十四、握捏上肢法

操作:患者坐位。术者一手扶持肩部,另一手握腕,将患肢外展 $45^{\circ}$ ,扶肩一手顺势而下,环握上臂,握而捏之,随捏随松,松而下移,移而再握,直捏至腕部,然后两手交替,反复操作5~10遍。

适应症:颈椎病,肩周炎,中风偏瘫,上肢肌萎缩、劳损等。

## 十五、捏五指法

操作:患者坐位。术者一手握住患侧腕关节,另一手以拇指罗纹面与食指桡侧或指腹部捏住患侧手的指根部,从指根部起采用捏法,从上至下直捏至指端。按拇指、食指、中指、无名指、小指的顺序依次操作,反复操作2~4分钟。

适应症:手指麻木、疼痛、肿胀、关节功能障碍,畏寒怕凉,胸闷气短,心悸失眠,胃脘痛,便秘等。

## 十六、捻五指法

操作:患者坐位。术者一手握住患侧腕关节,另一手以拇指罗纹面与食指桡侧或指腹部捏住患侧手的指根部,从指根部起采用捻法,从上至下直捻至指端,每根手指上下反复操作1~2分钟。按拇指、食指、中指、无名指、小指的顺序依次操作。

适应症:手指麻木、疼痛、肿胀、关节功能障碍,手指疲劳。

## 十七、掌揉肩周法

操作:患者坐位。术者以一手掌小鱼际部自患侧风池穴始,经肩井、肩峰揉至天宗穴,反复操作2~4分钟,然后自肩峰揉肩前、肩后并沿三角肌揉至肘贖,反复操作2~4分钟。或用双掌合掌,两手掌一前一后放于患者肩前和肩后,相对用力作环形揉动,包绕整个肩部反复操作4~6分钟。

适应症:肩周炎,颈椎病等。

## 十八、捏上肢法

操作:患者仰卧位或坐位,患侧上肢略外展。术者以一手掌心握住患者上臂外后侧,拇指掌侧置于上臂外侧,余四指置于上臂内侧腋窝下,采用捏法自上而下,节律性捏至腕部,反复操作6~10遍。

适应症:颈椎病,肩周炎,中风偏瘫,寒湿痹痛,头目眩晕,胸闷胸痛等。

## 十九、搓揉上肢法

操作:患者仰卧位或坐位,患侧上肢略外展。术者双手呈虚掌,握持住患者上肢上部近端,从上到下、快慢交替搓揉整个上肢,反复操作2~4分钟。

适应症:颈椎病,肩周炎,中风偏瘫,寒湿痹痛,网球肘等。

# 第六节 下肢部

下肢部肌腱韧带力量强劲,肌肉丰厚,感觉较上肢迟钝,承受力较强,故临床上常选用力量较大能产生较强刺激,渗透性较强的手法,如踩跷法、按揉法、揉法、拿法、推法、点法等。

## 一、按揉腹股沟法

操作:患者仰卧位,两下肢伸直。术者以一手拇指罗纹面置于左或右侧腹股沟外上端,自外上向内下反复按揉2~4分钟,然后将拇指端置于腹股沟中点,触及动脉搏动点处持续点压,尽量将动脉压向骨面,使其停止搏动,1~3分钟后突然放开。本法操作时无论是按揉还是点压,用力均须由轻至重,不可突施暴力。

适应症:股骨头无菌性坏死,下肢瘫痪等。

## 二、按揉股四头肌法

操作:患者仰卧位,两下肢伸直。术者以单掌着力于股前上方髌关节下,沿大腿前正中按揉股四头肌至膝关节上,反复操作2~4分钟,本法亦可用两手拇指指腹部置于股前上方的髌关穴处,余指置于股前内上方助力,沿足阳明胃经经伏兔、梁丘至膝关节外侧止,经穴处做重点按揉,以局部有酸胀感为度。

适应症:股四头肌损伤,偏瘫,腹胀,腹痛等。

## 三、按揉股后法

操作:患者俯卧位,两下肢伸直,踝关节前侧垫一软枕。术者以两掌叠掌着力于一侧下肢的股后方承扶穴处,自上而下沿大腿正中,由承扶按揉至委中穴,反复操作3~5分钟。适应症:腰椎间盘突出症,梨状肌损伤综合征,下肢痿痹,偏瘫,风湿痹痛等。

#### 四、按揉腓肠肌法

操作:患者俯卧位,两下肢伸直,踝关节前侧垫一软枕。术者以单掌或双掌根部着力于一侧下肢的腓窝下方,沿小腿后侧正中按揉腓肠肌至跟腱上,可反复操作3~5分钟。

适应症:腰椎间盘突出症,梨状肌损伤综合征,偏瘫,下肢肌肉萎缩,风湿痹痛,腓肠肌痉挛等。

#### 五、拿股内收肌法

操作:患者仰卧位,两下肢略外展。术者以一手拇指置于股内侧上方股内收肌起点处,余四指置于与其相对应的股内侧后方,由上而下至膝关节内侧上方,缓慢移动,反复提拿股内收肌2~4分钟。

适应症:股内侧牵痛,髋关节韧带损伤,腹痛,月经不调,痛经等。

#### 六、拿足阳经法

操作:患者仰卧位。术者以双手食指、中指、无名指和小指并置于患侧下肢外侧的上部,两拇指则放于其股部相对应的内侧,由上而下循足少阳胆经和足阳明胃经线路经膝关节拿至足踝及足背处,反复操作5~8遍。

适应症:腰椎间盘突出症,梨状肌损伤综合征,偏瘫,下肢肌肉萎缩,风湿痹痛,胸胁胀痛,气逆头痛等。

#### 七、拿足阴经法

操作:患者俯卧位,两下肢伸直,踝关节前侧垫一软枕。术者以双手食指、中指、无名指和小指掌侧并置于患侧下肢内侧上部,两拇指放于相应的股外侧上部,自上而下循足阴经循行线路经膝关节拿至内踝处止,反复操作5~8遍。

适应症:风寒湿痹,偏瘫,腰腿痛,胸胁胀痛,食少纳呆,月经不调,遗精,阳痿等。

#### 八、拿腓内上法

操作:患者俯卧位,两下肢伸直,踝关节前侧垫一软枕。术者以一手拇指指腹部置于腓内上侧的阴谷穴处,余四指置于患侧下肢腓窝的委中穴稍上方,反复提拿2~4分钟。

适应症:腰椎间盘突出症,偏瘫,膝关节肿痛等。

#### 九、拿腓肠肌法

操作:患者俯卧位,两下肢伸直,踝关节前侧垫一软枕。术者以两手拇指着力于阴陵泉穴水平高处小腿外侧,其余手指置于小腿内侧阴陵泉穴处,自上而下提拿小腿腓肠肌,至跟腱处止,反复操作2~4分钟。

适应症:小腿腓肠肌痉挛,偏瘫,腰椎间盘突出症,梨状肌综合征,胸胁胀满,头昏头重,脘腹胀痛,腰背痛,痛经,月经不调,痔疮、肌肉疲劳等。

## 十、擦股外侧法

操作:患者侧卧位,患侧下肢在上,屈髋屈膝,健侧下肢在下伸直,患侧下肢内侧及膝关节部垫上软枕。术者以擦法自患侧下肢的股骨粗隆上经风市穴擦至膝关节外侧,反复操作5~7分钟。

适应症:腰椎间盘突出症,股外侧皮神经炎,弹响髌,偏瘫,胸胁胀痛,口苦咽干等。

## 十一、擦股前法

操作:患者仰卧位,双下肢伸直。术者以擦法施于患侧下肢股前的股四头肌处,沿股四头肌正中由髌下至膝关节上,往返操作2~4分钟。

适应症:股四头肌挛缩,股骨头无菌性坏死,偏瘫,腹胀,腹痛等。

## 十二、擦股后法

操作:患者俯卧位,两下肢伸直,踝关节前侧垫一软枕。术者以拳擦法起于臀部,经承扶穴至委中穴,反复操作2~4分钟。

适应症:腰椎间盘突出症,梨状肌综合征,臀肌劳损,腰腿痛,下肢痿痹。

## 十三、擦腓肠肌法

操作:患者俯卧位,双下肢伸直,踝关节前侧垫一软枕。术者以擦法自患侧下肢的委中穴处起,沿小腿后侧正中下行,擦至跟腱处止,再按原路线返回,反复操作2~4分钟。

适应症:腰椎间盘突出症,小腿腓肠肌痉挛,小腿后侧痛,风湿性关节炎,痔疾等。

## 十四、按小腿内侧法

操作:患者仰卧位,患侧下肢屈髋屈膝在下,健侧下肢伸直在上。术者一手握住患侧下肢足踝部以固定小腿,另一手掌根部置于膝内侧阴陵泉穴处,沿胫骨内缘逐步向下按压,至足踝处止,操作过程中尽量不要按压在骨突上,反复操作2~4分钟。

适应症:小腿内侧痛,腰椎间盘突出症,胸胁胀痛,腹胀腹痛,头昏头重等。

## 十五、股外侧推法

操作:患者侧卧位,患侧下肢屈髋屈膝在上,健侧下肢伸直在下,患侧下肢的内侧及膝关节部垫一软枕。术者以两手指指腹部或一手掌根部着力于股骨粗隆下方,经风市穴推至膝关节外侧上方止,反复操作2~4分钟。

适应症:腰腿痛,腰椎间盘突出症,弹响髌,臀上皮神经炎,寒湿痹痛,偏瘫等。

## 十六、股后推法

操作:患者俯卧位,两下肢伸直,踝关节前侧垫一软枕。术者以一手掌根部着力于一侧承扶穴处,自上而下经股门、委中、承山推至跟腱处止,反复操作5~8遍。推动时的速度宜稍缓,不可粗暴速推。

适应症:偏瘫,腰椎间盘突出症,梨状肌综合征,弹响髋,肌肉疲劳,风湿性关节炎,头目昏重,尿黄等。

### 十七、推足外侧法

操作:患者侧卧位,患侧下肢在上,微屈膝屈髋,脚掌放于健肢上或放于一软枕上。术者以一手拇指桡侧缘着力于患侧下肢足踝外下方的仆参穴处,余四指自然放于足背以助力,沿足背外侧经金门、京骨、束骨、通谷推至至阴穴处止,推动用力着实稍缓,反复操作5~10遍。

适应症:腰背痛,腿痛,踝关节扭挫伤,落枕,颈项痛等。

### 十八、推足底法

操作:患者俯卧位,两下肢伸直,踝关节前侧垫一软枕。术者一手握住一侧足踝部以固定,另一手以掌根着力于足底跟部,向足趾方向推整个足底部,用力缓慢着,使以足底部红软温热为宜。

适应症:腰腿痛,跟痛症,偏瘫,高血压,心悸怔忡,失眠健忘,五心烦热等。

### 十九、点阴廉法

操作:患者仰卧位,双下肢自然伸直或屈膝屈髋。术者以一手拇指罗纹面置于股内上方阴廉穴处,余四指置于股后侧固定助力,持续点压2~4分钟。

适应症:腰痛,髋关节炎,股骨头无菌性坏死等。

### 二十、点承扶法

操作:患者俯卧位,两下肢伸直。术者以一手拇指端或一侧肘尖部着力于股后的承扶穴处,充分利用上身的体重持续点压2~4分钟。

适应症:腰椎间盘突出症,梨状肌综合征,慢性臀肌劳损,慢性疲劳综合症等。

### 二十一、股内侧踩法

操作:患者侧卧位,健肢在上,屈髋屈膝90°,患侧下肢在下,微屈髋屈膝。术者手扶横木等以控制身体的平衡和踩踏力,以一足踏于股内侧,另一足踏于小腿内侧,两脚掌长轴分别与股骨和胫骨平行,两足缘分别与股骨和胫骨内缘相接,利用身体的前后倾移,使身体的重量交替地落于两足所踏的下肢内侧肌肉上。

适应症:风湿痹痛,腰椎间盘突出症,股骨头无菌性坏死,股内收肌损伤,肌肉疲劳,头痛头晕,头胀头重等。

### 二十二、股外侧踩法

操作:患者侧卧位,患肢在上,微屈髋屈膝,健侧下肢在下伸直。术者手扶横木等以控制自身的平衡和踩踏力量,双足脚跟与脚尖相接平行踏于股外侧正中,脚掌长轴与股骨平行,自髋关节外侧下方经风市至膝关节外侧止,进行节律性踩踏,双足一起一落,一上一

下,用力平稳着实,不偏不倚。临床操作时,将患侧下肢的内侧及膝关节部垫上2~3个枕头,使股部放平,体弱及有骨质病变者忌用。

适应症:腰椎间盘突出症,弹响髌,梨状肌损伤综合征,偏瘫,风湿麻木,偏头痛,胸肋胀痛等。

### 二十三、小腿内侧踩法

操作:患者侧卧位,患肢在下,微屈髋屈膝。术者手扶横木等,一足踩踏于患肢小腿内侧,脚掌长轴与胫骨平行,足外缘与胫骨内缘相邻,另一足横踏于足踝部,脚掌长轴与胫骨垂直。身躯有节律性地前倾、后仰,使重力点交替经两足落于施术部位,持续操作2~4分钟。本法操作时要控制好身体的平衡和下踏力,年老体弱者慎用。

适应症:腰椎间盘突出症,偏瘫,头昏头痛,胸肋胀闷,腹胀腹痛,足踝痛,足跟痛等。

### 二十四、踏揉股前法

操作:患者仰卧位,两下肢伸直,踝关节前侧垫一软枕。术者以一足掌置于一侧下肢股上方髌关节处,自上而下,经伏兔、阴市至膝上梁丘穴止反复揉动2~4分钟。

适应症:骨性关节炎,股四头肌挛缩,偏瘫,头昏头痛等。

### 二十五、踏揉股后法

操作:患者俯卧位,两下肢伸直,踝关节前侧垫一软枕。术者以一足掌踏于一侧股后上部承扶穴处,自上向下经股门揉至髁窝上,反复操作2~4分钟。

适应症:偏瘫,腰椎间盘突出症,寒湿痹痛等。

### 二十六、合掌揉股三阴法

操作:患者仰卧位。术者双掌相对,分别放于股内侧和股外侧,从股内侧上方阴廉、五里穴处揉起,自上而下逐步下移,经阴包至膝下阴陵泉穴处止,反复揉动3~5分钟。本法操作时,自上向下的移动要缓慢,内侧揉动三阴经力量沉着实。

适应症:股内侧挛痛,月经不调,痛经,阳痿,早泄,遗精,腹胀腹痛等。

### 二十七、掌根揉股四头肌法

操作:患者仰卧位,两下肢伸直。术者以一手掌侧置于一侧下肢股前髌关节平高处,沿股四头肌正中以掌根揉法自上而下经伏兔、梁丘揉至膝关节上,反复操作2~4分钟。

适应症:股四头肌损伤,偏瘫,寒湿痹痛等。

### 二十八、拿揉膝上法

操作:患者仰卧位,两下肢伸直。术者以一手拇指及余四指置于患侧下肢股部的股四头肌上部,自上而下至膝关节上方行拿揉2~4分钟,然后以拳的指间关节突起部置膝上阴市、梁丘穴处,反复拳揉3~5分钟。

适应症:膝关节肿痛,偏瘫,胃脘痛,恶心,呕吐,胸闷,心烦等。

## 二十九、刮膝周法

操作:患者坐位,两下肢屈膝 $90^{\circ}$ 。术者以一手或两手拇指指腹部分别或同时在下肢的一侧或双侧膝部髌骨上、下、左、右、内上、内下、外上、外下处行刮法。

适应症:风湿性膝关节炎,半月板损伤,膝关节扭挫伤,骨性膝关节炎。

## 三十、摩髌骨法

操作:患者仰卧位,患侧膝关节屈曲。术者以单手掌心置于患侧下肢的髌骨上,整个手掌环而抱之,施以内动之力,左右上下进行团揉,持续操作3~5分钟。

适应症:骨性膝关节炎,膝关节冷痛等。

## 三十一、掌根揉腓肠肌法

操作:患者俯卧位,两下肢伸直,踝关节前侧垫一软枕。术者单手掌根或双手重叠,以掌根置于患侧下肢腓窝处,自上而下沿腓肠肌正中进行节律性揉动,至三阴交穴水平高处止,反复操作30~50次。

适应症:腰椎间盘突出症,小腿腓肠肌痉挛,偏瘫,头昏头重,胸胁胀痛,腕腹疼痛,恶心呕吐,月经不调,痔疾等。

## 第六章 小儿推拿手法

小儿推拿手法既有与成人推拿手法相同之处,又有其独立于成人推拿手法之外的特殊的操作方法,是推拿手法学的重要组成部分。小儿推拿常用手法与某些成人推拿手法在名称、操作;动作要领等方面并无严格的区分,如揉法、掐法、擦法、捏脊法等,只是在手法运用时,其刺激强度、节律、速率等方面存在差异。由于小儿的生理病理特点决定了小儿推拿手法除要遵循成人推拿手法的基本要求外,还必须做到轻快柔和,平稳着实。小儿推拿手法与成人推拿手法的最大区别在于复式操作法。复式操作法是一种组合式操作手法,为小儿推拿所特有,其理论基础源于小儿特定穴。小儿穴位具有点、线、面三方面特点,因此决定了小儿推拿手法中复式操作法的产生和运用,同时也决定了小儿推拿手法和小儿穴位二者密不可分的关系,故小儿推拿谈手法就必论穴位,反之亦然。本章就小儿推拿常用手法和复式操作法予以介绍。

### 第一节 小儿推拿常用手法

小儿推拿手法的种类较少,清·张振箐在《厘正按摩要术》中首次将“按、摩、掐、揉、推、运、搓、摇”列为小儿推拿八法。随着小儿推拿的发展,许多成人推拿手法也变化运用到小儿推拿疗法中来,成为小儿推拿的常用手法。

#### 一、推法

推法是指用拇指或食指、中指的罗纹面着力,附着在患儿体表一定的穴位或部位上,做直线或旋转推动的手法。临床上根据操作方向的不同,可分为直推法、旋推法、分推法、合推法四种。

##### 【操作】

1. 直推法:以拇指罗纹面或桡侧缘,或食、中二指罗纹面在操作部位做单方向的直线推动(图 6-1),频率约每分钟 220~280 次左右。

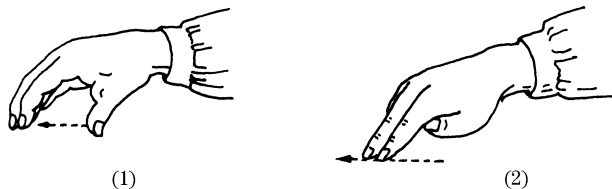


图 6-1 直推法

2. 旋推法:以拇指罗纹面在一定的穴位上做顺时针或逆时针方向的旋转推动(图 6-2),频率约每分钟 160~200 次左右。

3. 分推法:以双手拇指罗纹面或桡侧缘,或食、中二指罗纹面,自穴位或部位的中间向两旁作反方向直线推动或“八”形推动(图 6-3),又称为分法。一般可连续分推 20~



50 次左右。



图 6-2 旋推法

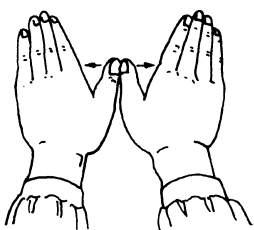


图 6-3 分推法

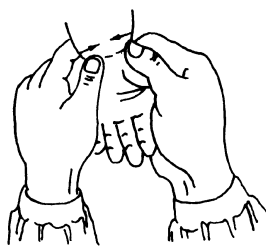


图 6-4 合推法

4. 合推法:以双手拇指罗纹面或双掌,自穴位或部位的两旁向中间作相对方向的直线或弧线推动。本法又称合法或和法(图 6-4)。

#### 【动作要领】

1. 操作时,上肢放松,肘关节自然屈曲,直推拇指或食、中指指间各关节自然伸直,旋推拇指接触面用力要均匀。肩、肘、腕、指活动要协调。

2. 直推操作时,着力指面要与操作穴位或部位贴紧,用力要着实,而又不可滞涩,动作要轻快连续,一拂而过,如帚拂尘状,以推后皮肤不发红为佳。

3. 操作时,动作要轻快连续、协调、有节律,用力均匀、柔和、有深透感。

#### 【适用部位】

直推法适用于小儿推拿特定穴中的线状穴位和五经穴,多用于头面部、四肢部、脊柱部,旋推法主要用于手部五经穴及面状穴位,分推法适用于头面部、胸腹部、腕掌部及肩胛部等,合推法适用于头面部、胸腹部、腕掌部。

## 二、揉法

以手指的指端或罗纹面、手掌大鱼际、掌根着力,吸定于一定的治疗部位或穴位上,作轻柔和缓的顺时针或逆时针方向的环旋运动,并带动该处的皮下组织一起揉动,称为揉法。揉法是小儿推拿的常用手法之一,根据着力部分的不同,可分为指揉法、鱼际揉法、掌根揉法三种。

#### 【操作】

1. 指揉法:以拇指或中指的指面或指端、或食指、中指、无名指指面着力,吸定于治疗部位或穴位上,作轻柔和缓的、小幅度、顺时针或逆时针方向的环旋揉动,使该处的皮下组织一起揉动。根据着力部分的不同,可分为拇指揉法、中指揉法、食指中指揉法和食指中指无名指三指揉法。

2. 鱼际揉法:以大鱼际部着力于施术部位上,稍用力下压,腕部放松,前臂主动运动,通过腕关节带动着力部分在治疗部位上作轻柔和缓、小幅度、顺时针或逆时针方向的环旋揉动,使该处的皮下组织一起揉动。

3. 掌根揉法:以掌根部分着力,吸定在治疗部位上,稍用力下压,腕部放松,以肘关节为支点,前臂作主动运动,带动腕部及着力部分连同前臂作轻柔和缓的、小幅度的、顺时针

或逆时针方向的环旋揉动,使该处的皮下组织一起揉动。

### 【动作要领】

同成人推拿手法的揉法要领,但动作宜轻柔。

### 【适用部位】

拇指与中指揉法适用于全身各部位或穴位,食指中指揉法适用于肺俞、脾俞、胃俞、肾俞、天枢等穴位,三指揉法适用于胸锁乳突肌及脐、双侧天枢穴。鱼际揉法适用于头面部、胸腹部、肋肋部、四肢部。掌根揉法适用于腰背部、腹部及四肢部。

## 三、按法

以拇指或中指的指端或罗纹面、或掌面(掌根)着力,附着在一定的穴位或部位上,逐渐用力向下按压,按而留之或一压一放地持续进行,称为按法。根据着力部位不同分为指按法和掌按法。

### 【操作】

1. 指按法:分为拇指按法和中指按法。

(1)指按法:拇指伸直,其余四指握空拳,食指中节桡侧轻贴拇指指间关节掌侧,起支持作用,以协同助力。用拇指罗纹面或指端着力,吸定在患儿治疗穴位上,垂直用力,向下按压,持续一定的时间,按而留之,然后放松,再逐渐用力向下按压,如此一压一放反复操作。

(2)中指按法:中指指间关节、掌指关节略屈,稍悬腕,用中指指端或罗纹面着力,吸定在患儿需要治疗的穴位上,垂直用力,向下按压。余同拇指按法。

2. 掌按法:腕关节背伸,五指放松伸直,用掌面或掌根着力,附着在患儿需要治疗的部位上,垂直用力,向下按压,并持续一定的时间,按而留之。余同拇指按法。

### 【动作要领】

1. 操作时,按压的方向要垂直向下用力。

2. 按压的力量要由轻到重,力量逐渐增加,平稳而持续。

3. 按压时着力部分要紧贴患儿体表的部位或穴位上,不能移动。

### 【适用部位】

指按法适用于全身各部的经络和穴位。掌按法适用于面积大而又较为平坦的部位,如胸腹部、腰背部等。

## 四、摩法

以食指、中指、无名指、小指的指面或掌面着力,附着在患儿体表一定的部位或穴位上,作环形而有节律的抚摩运动,称为摩法,分为指摩法与掌摩法两种。

### 【操作】

1. 指摩法:食指、中指、无名指、小指四指并拢,掌指关节自然伸直,腕部微悬屈,以指面着力,附着在患儿体表一定的部位或穴位上,前臂主动运动,通过腕关节作顺时针或逆时针方向的环形摩动。

2. 掌摩法:指掌自然伸直,腕关节微背伸,用掌面着力,附着在患儿体表一定部位上,腕关节放松,前臂主动运动,通过腕关节连同着力部分作顺时针或逆时针方向的环形摩擦。

#### 【动作要领】

1. 肩、肘、腕均要放松。
2. 操作时,前臂要主动运动,通过放松的腕关节而使着力部分形成摩擦。
3. 动作要和缓协调,用力轻柔、均匀。

#### 【适用部位】

指摩法和掌摩法主要适用于胸腹部。

## 五、掐法

以拇指爪甲切掐患儿的穴位或部位,称为掐法。又称“切法”、“爪法”、“指针法”。

#### 【操作】

医者手握空拳,拇指伸直,指腹紧贴在食指中节桡侧缘,以拇指指甲着力,吸定在患儿需要治疗的穴位或部位上,逐渐用力进行切掐。

#### 【动作要领】

操作时,应垂直用力切掐,可持续用力,也可间歇性用力以增强刺激,取穴宜准。

#### 【注意事项】

掐法是强刺激手法之一,不宜反复长时间应用,更不能掐破皮肤。掐后常继用揉法,以缓和刺激,减轻局部的疼痛或不快感。

#### 【适用部位】

适用于头面部和手足部的穴位。

## 六、捏法

以单手或双手的拇指与食指、中指两指或拇指与四指的指面作对称性着力,夹持住患儿的肌肤或肢体,相对用力挤压并一紧一松逐渐移动者,称为捏法。小儿推拿主要用于脊柱,故又称捏脊法。

#### 【操作】

1. 患儿俯卧,被捏部位裸露,医者双手呈半握拳状,拳心向下,拳眼相对,用两拇指指面的前1/3处或指面的桡侧缘着力,吸定并顶住患儿龟尾穴旁的肌肤,食指、中指的指面前按,拇指、食指、中指三指同时用力将该处的皮肤夹持住并稍提起,然后双手交替用力,自下而上,一紧一松地挤压,向前移动至大椎穴处。

2. 患儿俯坐位或俯卧位,被捏部位裸露,医者双手呈半握拳状,拳心相对,拳眼向上,食指半屈曲,用其中节的桡侧缘及背侧着力,吸定并顶住患儿龟尾穴处的肌肤,拇指端前按,拇指、食指同时用力将该处的皮肤夹持住并稍提起,然后双手交替用力,自下而上,一紧一松地挤压,向前移动至大椎穴处。

3. 患儿坐位或卧位,以一手的拇指与食指、中指的指面前1/3处相对着力,或用拇指指面与食指中节掌侧的桡侧相对着力,稍用力将治疗处的肌肤夹持住,然后一紧一松挤压

被治疗的肌筋,并在该肌筋上下端之间作缓慢移动挤压。

### 【动作要领】

1. 肩、肘关节要放松,腕指关节的活动要灵活、协调。
2. 操作时既要有节律性,又要有连贯性。
3. 操作时间的长短和手法强度的轻重及捏挤面积的大小要适中,用力要均匀。

### 【适用部位】

脊柱。

## 七、运法

以拇指罗纹面或食指、中指的罗纹面在患儿体表作环形或弧形移动,称为运法。

### 【操作】

以一手托握住患儿手臂,使被操作的部位或穴位平坦向上,另一手以拇指或食指、中指的罗纹面着力,轻附着在治疗部位或穴位上,作由此穴向彼穴的弧形运动(图6-5);或在穴周作周而复始的环形运动(图6-6),频率为每分钟60~120次。

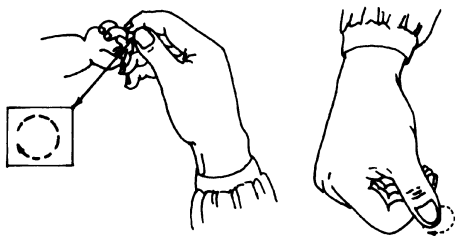


图6-5 拇指运法

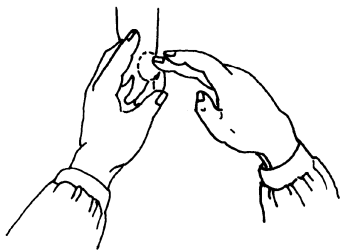


图6-6 中指运法

### 【动作要领】

1. 操作时,医者着力部分要轻贴体表。
2. 用力宜轻不宜重,作用力仅达皮表,只在皮肤表面运动,不带动皮下组织。运法的操作较推法和摩法轻而缓慢,幅度较旋推法为大。运法的方向常与补泻有关,操作时应视病情需要而选用。
3. 操作频率宜缓不宜急。

### 【适用部位】

多用于弧线形穴位或圆形面状穴位。

## 八、捣法

以中指指端,或食指、中指屈曲的指间关节着力,有节奏地叩击穴位的方法,称为捣法。实为“指击法”或“叩点法”。

### 【操作】

患儿坐位,以一手握持住患儿食指、中指、无名指、小指四指,使手掌向上,用另一手的中指指端或食指、中指屈曲后的第一指间关节突起部着力,其他手指屈曲相握,前臂主动运动,通过腕关节的屈伸运动,带动着力部分有节奏地叩击穴位5~20次左右(图6-7)。

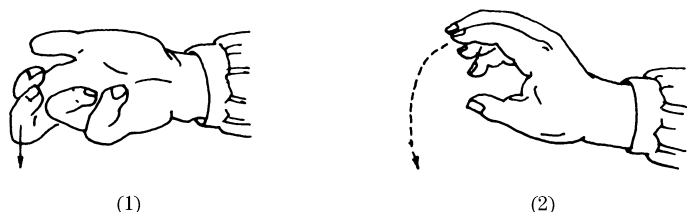


图 6-7 捣法

**【动作要领】**

1. 前臂为动力源,腕关节放松。
2. 捣击时取穴要准确,发力要稳,而且要有弹性。

**【适用部位】**

适用于手部小天心穴及承浆穴。

## 九、拿法

以单手或双手的拇指与食指、中指相对夹捏住某一部位或穴位处的肌筋,逐渐用力内收,并作一紧一松的拿捏动作,称为拿法。有“捏而提起谓之拿”的说法。

**【操作】**

以单手或双手的拇指与食指、中指罗纹面的前 1/3 处相对着力,稍用力内收,夹持住某一部位或穴位处的肌筋,并进行一紧一松的、轻重交替的、持续不断的提捏动作。

**【动作要领】**

1. 肩、肘、腕关节要放松,手掌空虚,着力部分要贴紧患儿被拿的部位或穴位处的肌筋。
2. 操作时要蓄劲于掌,贯注于指,拇指与余指主动运动,以其相对之力进行捏提揉动。
3. 用力要由轻而重,缓慢增加,逐步渗透,使动作柔和而灵活。

**【适用部位】**

主要适用于颈项、肩部、腹部、四肢部。

## 十、擦法

以手在患儿体表作直线往返摩擦运动,称为擦法。分为掌擦法、大鱼际擦法(也称鱼际擦法),小鱼际擦法(也称侧擦法),指擦法等。

**【操作】**

以拇指或食指、中指、无名指的指面、手掌面、大鱼际、小鱼际着力,贴附在患儿体表一定的经络循行线路上或特定穴,或治疗部位的皮肤上,稍用力下压,肩肘关节放松,以肩关节为支点,上臂前后摆动,肘关节作屈伸运动,带动前臂使着力部分在患儿体表作上下或左右方向的直线往返摩擦运动,使之产生一定的热量。

**【动作要领】**

同成人推拿手法中的擦法。

**【注意事项】**

1. 不可擦破皮肤。
2. 操作时不可屏气。
3. 擦后所擦部位不可再使用其他手法。

**【适用部位】**

掌擦法多用于肩背、胸胁部,大鱼际擦法多用于四肢、肩胛骨上部,指擦法多用于头面、四肢穴位等。

## 十一、搓法

以双手掌侧作对称性夹持或托抱住或平压住患儿肢体的一定部位,交替或同时相对用力作方向相反的快速搓揉,并在原部位或同时作上下往返移动,称为搓法。

**【操作】**

患儿坐位,以双手的指掌面着力,附着在肢体的两侧,相对用力夹持住患儿肢体作方向相反的快速搓揉,并在原部位或作上下往返移动。

**【动作要领】**

1. 医者肩、肘、腕关节要放松,双手着力部位要对称。
2. 操作时,用力要对称而均匀,柔和而适中
3. 搓动要快,移动要慢,灵活而连续。

**【适用部位】**

主要用于胁肋部。

## 十二、捻法

以拇指、食指罗纹面捏住一定部位,作相对用力往返捻动,称为捻法。

**【操作】**

患儿坐位,以拇指与食指罗纹面或拇指罗纹面与食指中节的桡侧缘相对着力,夹捏住患儿需要治疗的部位,稍用力作对称性的往返快速捻动,并可作上下往返移动。

**【动作要领】**

1. 着力要对称,捻动时要灵活、快速,状如捻线。
2. 用力要均匀、柔和,上下、左右移动要慢,要有连贯性。做到紧捻慢移。

**【适用部位】**

手指、足趾小关节部与浅表肌肉、皮肤筋结处。

## 十三、刮法

以手指或器具的光滑边缘蘸液体润滑剂后直接在患儿一定部位的皮肤上作单方向的直线快速刮动,称为刮法。

**【操作】**

患儿坐位或卧位,以拇指桡侧缘或食指、中指罗纹面,或食指第二指节背侧尺侧缘着力,或手握汤匙、铜钱等器具,用其光滑的边缘着力,蘸清水、麻油、药水等液体润滑剂后,直接在患儿一定部位或穴位的皮肤上,适当用力作由上向下或由内向外的直线、单方向的快速刮动(图6-8)。

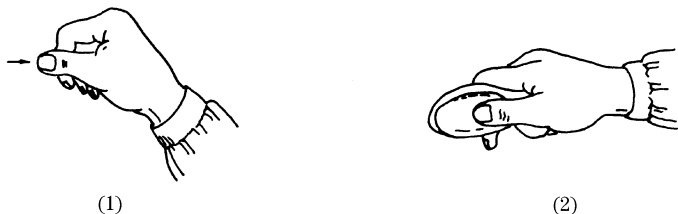


图6-8 刮法

**【动作要领】**

1. 着力部分要紧贴皮肤,压力要轻重适宜,宜使用介质。
2. 操作时,要以肘关节为支点,腕关节的活动要放松灵活,节奏要轻快,用力要均匀。
3. 以皮肤出现紫红色瘀斑为度。

**【适用部位】**

主要适用于眉心、颈项、胸背、肘膝凹侧等部位。

**十四、摇法**

将患儿肢体关节作被动性的环形旋转运动,称为摇法。

**【操作】**

以一手托握住患儿需摇动关节的近端肢体,用另一手握住患儿需摇动关节的远端肢体,作缓和的顺时针或逆时针方向的环形旋转运动。

**【动作要领】**

医者两手要协调配合,动作宜缓不宜急,宜轻不宜重,用力要稳。

**【适用部位】**

适用于肩、肘、腕关节及膝关节等。

**十五、拍打法**

以虚掌拍打患儿体表的一定部位,称为拍打法。

**【操作】**

患儿坐位或卧位,医者右手五指并拢,掌指关节微屈,腕关节放松,前臂主动运动,用虚掌反复地拍打患儿治疗部位的体表。

**【动作要领】**

1. 肩肘放松,掌心穹空,手腕灵巧,以臂带腕,以腕带掌。
2. 用力平稳、轻巧而有弹性,虚掌蓄气拍打,以患儿皮肤出现微红充血,舒适为度。

**【适用部位】**

适用于小儿肩背和下肢部。

## 十六、按揉法

将按法与揉法有机结合应用的手法,称为按揉法。

**【操作】**

以拇指或中指罗纹面、掌根部着力于患儿体表施术部位或穴位上,指或前臂主动施力进行节律性按揉。

**【动作要领】**

同成人推拿手法中的按揉法。

**【适用部位】**

适用于全身各部位或穴位。

## 十七、揉捏法

将揉法与捏法的动作结合运用,称为揉捏法。

**【操作】**

医者拇指外展,其余四指并拢,将手掌平放,紧贴在治疗部位上,拇指与其余四指紧贴在治疗部位的两旁或肢体的两侧,然后前臂与腕关节作主动摆动,带动拇指与掌根部做揉的动作,而其余四指做捏的动作,从而形成节律性的揉捏,边揉捏边缓慢作上下往返螺旋形移动。

**【动作要领】**

同成人推拿手法中的揉捏法。

**【适用部位】**

颈项、肩背、四肢部。

## 第二节 复式操作法

复式操作法是小儿推拿疗法中的特定操作方法,它是用一种或几种手法在一个或几个穴位上按一定程序进行特殊的推拿操作方法。复式操作法在历代医家著作中记载不一,名称有异。《窍穴图说推拿指南》称之为“大手术”;《小儿推拿疗法新编》则称之为“复合手法”等。说法不一,有的名同法异,有的名异法同。然而,有些复式操作法在临床中仍有其应用价值,因此,要求学习者认真练习,熟练掌握。本节选择黄蜂入洞、双凤展翅等32种复式操作法予以介绍。

### 一、黄蜂入洞

**【操作】**

以一手轻扶患儿头部,使患儿头部相对固定,另一手食指、中指的指端着力,紧贴在患儿两鼻孔下缘处,以腕关节为主动,带动着力部分做反复揉动50~100次(图6-9)。



**【作用】**

发汗解表,宣肺通窍。

**【主治】**

外感风寒,发热无汗,急慢性鼻炎,鼻塞流涕,呼吸不畅等。

按:从各家文献摘要中可知,黄蜂入洞的操作法计有7种,它们的经穴位置与操作方法相去甚远,但作用相同。本书所选用的经穴位置与操作方法源自《幼科推拿秘书》。本法操作要均匀、持续、用力要轻柔和缓。



图 6-9 黄蜂入洞

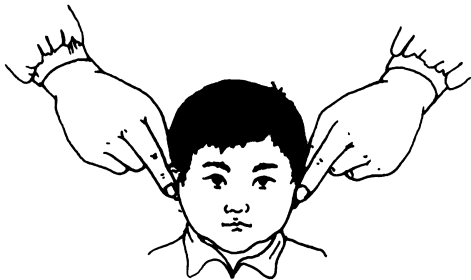


图 6-10 双凤展翅

## 二、双凤展翅

**【操作】**

医者先用两手食指、中指夹患儿两耳,并向上提数次后,再用一手或两手拇指端按、掐眉心、太阳、听会、人中、承浆、颊车诸穴,每穴按、掐各3~5次,提3~5次(图6-10)。

**【作用】**

祛风寒,温肺经,止咳化痰。

**【主治】**

外感风寒,咳嗽多痰等上呼吸道疾患。

按:本法操作有提、掐、捏、按诸法,穴位又多,故要求有序进行。

## 三、揉耳摇头

**【操作】**

以双手拇指、食指罗纹面着力,分别相对捻揉患儿两耳垂后,再用双手捧患儿头部,将患儿头颈左右轻摇。揉耳垂20~30次,摇儿头10~20次(图6-11)。

**【作用】**

开关镇惊,调和气血。

**【主治】**

惊风。

按:本法又称捧耳摇头。操作时,医者两手用力要对称,捻、揉、摇三法结合运用,力量要均匀。

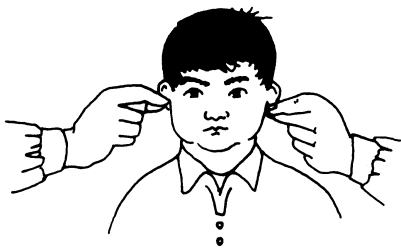


图 6-11

#### 四、开璇玑

##### 【操作】

医者先用两手指自患儿璇玑穴处沿胸肋分推,并自上而下分推至季肋部,再从胸骨下端鸠尾穴处向下直推至脐部,再由脐部向左右推摩患儿腹部,并从脐部向下直推至小腹部,最后再作推上七节骨。上述各法各操作 50~100 次。

##### 【作用】

宣通气机,消食化痰。

##### 【主治】

痰闭胸闷,咳喘气促,食积腹胀、腹痛、呕吐、泄泻,外感发热,神昏惊搐等。

按:本法包括分推璇玑、腹中,直推中脘,摩脐、腹、直推小腹,推上七节骨等 5 种操作法的联合有序运用。操作时,要避风寒,室内要暖和;医者在操作前要搓热双手,尤其是在天冷时,更要注意。

#### 五、按弦搓摩

##### 【操作】

患儿坐位或由家长抱坐怀中,将患儿两手交叉搭在对侧肩上,医者面对患儿坐其身前。用两手掌面着力,轻贴在患儿两侧肋部,呈对称性地搓摩,并自上而下搓摩至肚角处 50~500 次(图 6-12)。

##### 【作用】

理气化痰,健脾消食。

##### 【主治】

痰积,咳嗽气喘,胸肋不畅,腹痛、腹胀、饮食积滞、肝脾肿大等。

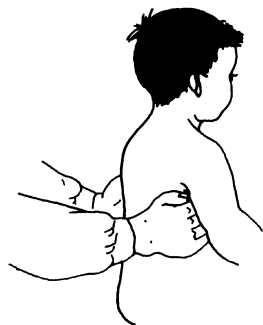


图 6-12 按弦搓摩

按:本法的操作方法,历代医家意见不一,计有三种操作法。《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》同《按摩经》,《小儿推拿直录》、《厘正按摩要术》、《推拿指南》同《小儿推拿广意》。

#### 六、揉脐及龟尾并擦七节骨

##### 【操作】

患儿仰卧位,医者坐其身旁。用一手中指或食指、中指、无名指三指罗纹面着力揉脐;患儿俯卧位,医者再用中指或拇指罗纹面揉龟尾穴。最后用拇指罗纹面自龟尾穴向上推至命门穴为补,或自命门穴向下推至龟尾穴为泻(图 6-13)。操作 100~300 次。

##### 【作用】

通调任督,调理肠腑,止泻导滞。

##### 【主治】

泄泻、痢疾、便秘等。

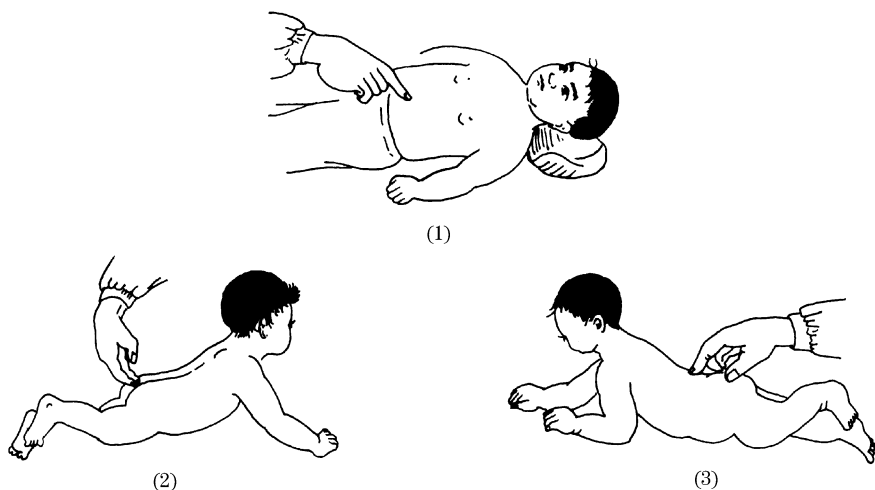


图 6-13 揉脐及龟尾并擦七节骨

按:本法的补泻主要取决于推擦七节骨的方向,推上七节骨为补,能温阳止泻;推下七节骨为泻,能泻热通便。

## 七、龙入虎口

### 【操作】

患儿仰卧位或由家长抱坐怀中,医者坐其身旁。用一手托扶住患儿掌背,使掌面向上,用另一手叉入虎口,拇指罗纹面着力,在患儿板门穴处按揉或推 50~500 次。

### 【作用】

退热,泌别清浊。

### 【主治】

发热,吐泻,四肢抽搐。

## 八、二龙戏珠

### 【操作】

患儿坐位或由家长抱坐怀中,医者坐其身旁。用一手拿捏患儿食指、无名指的指端,用另一手按捏患儿阴池、阳池两穴,并由此边按捏边缓缓向上移动按捏至曲池穴,如此 5 次左右。寒证重按阳穴,热证重按阴穴。最后一手拿捏阴、阳两穴 5~6 次,另一手拿捏患儿食指、无名指的指端各摇动 20~40 次(图 6-14)。

### 【作用】

调理阴阳,温和表里,通阳散寒,清热镇惊。

### 【主治】

寒热不和,四肢抽搐,惊厥等。

按:本法有五种操作法,《小儿推拿直录》、《厘正按摩要术》同《小儿推拿广意》中的记载。临床常用

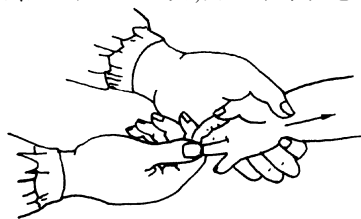


图 6-14 二龙戏珠

《小儿推拿广意》与《幼科推拿秘书》所载之法。另《小儿推拿直录·二龙戏珠图》有“此法性温,能治慢惊”的记载。

## 九、双龙摆尾

### 【操作】

患儿仰卧位或坐位,医者坐其身前。用一手托扶患儿肘处,用另一手拿住患儿食指与小指,向下扯摇,并左右摇动,似双龙摆尾之状。扯摇5~10次(图6-15)。

### 【作用】

行气,开通闭结。

### 【主治】

气滞,大小便闭结等。

按:双龙摆尾又名二龙摆尾。《窍穴图说推拿指南》中的操作法同《幼科推拿秘书》中的“又或似……亦似之”之操作法。故本法计有三种操作法。

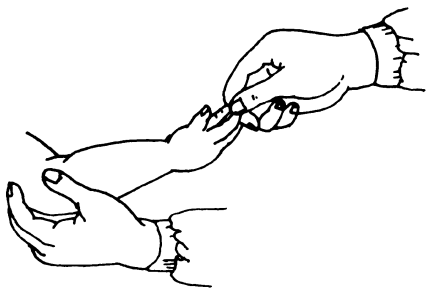


图6-15 双龙摆尾

## 十、乌龙摆尾

### 【操作】

患儿仰卧位或坐位,医者坐其身前。用一手拿住患儿肘,用另一手拿住患儿小指摇动20~30次(图6-16)。

### 【作用】

开闭结,通二便。

### 【主治】

大便秘结,小便不利等。

按:《增图考释推拿法》称本法为“乌龙双摆尾”。

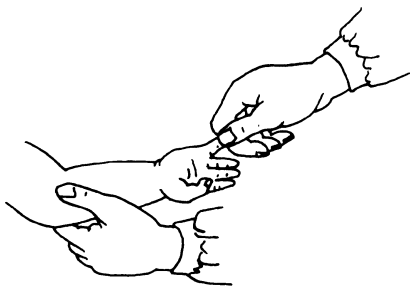


图6-16 乌龙摆尾

## 十一、苍龙摆尾

### 【操作】

患儿仰卧位或坐位,医者坐其身前。用一手拿住患儿食指、中指、无名指三指,另一手自患儿总筋穴至肘穴来回搓揉几遍后,拿住肘处,前手拿儿三指摇动,如摆尾状,摇动20~30次(图6-17)。

### 【作用】

开胸顺气,退热通便。

### 【主治】

胸闷发热,躁动不安,大便闭结等。

按:《小儿推拿直录》、《厘正按摩要术》中的操作法同《小儿推拿广意》中的操作法。

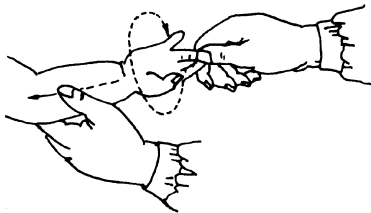


图6-17 苍龙摆尾

## 十二、丹凤摇尾

### 【操作】

患儿仰卧位或坐位,医者坐其身前。用一手拇指、食指按捏患儿内外劳宫穴,另一手先摇患儿中指端,然后再拿捏中指摇动10~20次(图6-18)。

### 【作用】

调和气血,镇惊。

### 【主治】

惊证。

按:本法操作时,以患儿手心微汗出为度。本法有清心镇惊之功,多用于热盛攻心,风火相煽之惊风、抽搐。《万育仙书》中的“苍龙摆尾,和气生血,治惊。……”其操作法同《按摩经》之“丹凤摇尾”法。



图6-18 丹凤摇尾

## 十三、凤凰单展翅

### 【操作】

患儿仰卧位或坐位,医者坐其身前。用一手拿捏住患儿内、外一窝风穴,用另一手拿捏住患儿内、外劳宫穴并摇动100~300次(图6-19)。

### 【作用】

顺气化痰,温经补虚。

### 【主治】

虚热,寒痰,肺虚胸闷短气等。

按:以《秘传推拿妙诀》中的操作法为常用。

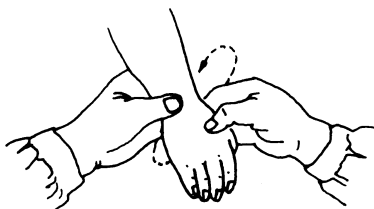


图6-19 凤凰单展翅

## 十四、凤凰展翅

### 【操作】

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用双手握住患儿腕部,两手拇指分别按捏在患儿阴、阳穴上,然后向外摇摆腕关节;再用一手托拿患儿肘处及肘后部,另一手握住患儿手背部,上下摆动腕关节;最后一手托住肘,另一手握住手背,大指掐住虎口,来回屈曲,摇动腕关节(图6-20)。

### 【作用】

祛寒解表,调气消食,行痰散结。

### 【主治】

感冒身热,咳喘痰多,胃寒呃逆,呕吐腹泻等。

按:《小儿推拿直录》、《厘正按摩要术》中的操作法同《小儿推拿广意》。

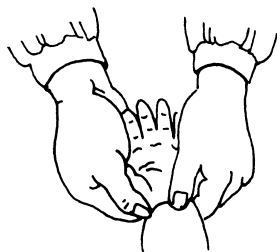


图6-20 凤凰展翅

## 十五、凤凰鼓翅

### 【操作】

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用一手托住患儿肘部,另一手握住患儿腕部,并用拇指、食指分别按捺住患儿腕部桡、尺骨前头陷中,同时摇动患儿腕部 20 ~ 30 次(图 6-21)。

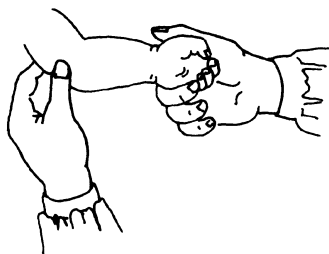


图 6-21 凤凰鼓翅

### 【作用】

调和气血,豁痰醒神,除湿消肿。

### 【主治】

风火相煽,痰蒙清窍,神昏惊搐,喉间痰鸣,或湿困脾土之肌肤黄肿等。

按:《厘正按摩要术》中将本法称为“凤凰转翅”。

## 十六、赤凤摇头

### 【操作】

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用一手握患儿肘处,另一手依次拿患儿五指摇动,然后摇肘(图 6-22)。



图 6-22 赤凤摇头

### 【作用】

通关顺气,补血宁心,定喘。

### 【主治】

上肢麻木,惊症,心悸,胸满胀痛,喘息短气等。

按:本法又称“丹凤摇头”,“赤凤点头”,计有 5 种操作法,临床以《小儿推拿广意》中的操作法为常用。

## 十七、猿猴摘果

### 【操作】

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用两手拇指、食指捏患儿螺蛳骨上皮,一扯一放,反复多次(图 6-23)。

### 【作用】

健脾胃,化痰食。

### 【主治】

食积,寒痰,疟疾,寒热往来等。

按:本法计有 6 种操作法,临床以《按摩经》中记载的方法为常用。螺蛳骨的位置在尺骨小头桡侧缘上方缝隙处,相当于手太阳小肠经之“养老穴”处;据《按摩经·命门部位歌·女子右手正面之图》所示,螺蛳骨在腕横纹两侧端。

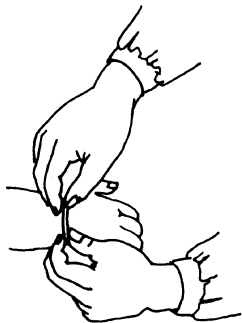


图 6-23 猿猴摘果

## 十八、孤雁游飞

### 【操作】

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用一手握住患儿一手,使其掌面与前臂掌侧向上,另一手大拇指罗纹面着力,自患儿脾经穴推起,经胃、三关(沿手掌外缘、前臂桡侧至肘部),向下经六腑推至内劳宫穴,再推至脾经穴为一遍,推10~20遍(图6-24)。

### 【作用】

和气血,消肿胀。

### 【主治】

脾虚不运,水湿泛滥,黄肿,虚胀等。

## 十九、水底捞月

### 【操作】

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用一手握住患儿四指,将掌面朝上,用冷水滴入患儿掌心,用另一手拇指罗纹面着力,紧贴患儿掌心并作旋推法,边推边用口对其掌心吹凉气,反复操作4~5分钟(图6-25)。

### 【作用】

本法大凉,有清心、退热、泻火之功。

### 【主治】

一切高热神昏、热入营血,烦躁不安,便秘等实热病症。

按:本法又称为“水底捞明月”、“水里捞明月”、“水中捞月”,计有6种操作法,临床以《厘正按摩要术》载夏禹铸的操作法为常用。

## 二十、打马过天河

### 【操作】

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用一手捏住患儿四指,将掌心向上,用另一手的中指指面运内劳宫后,再用食指、中指、无名指三指由总筋起沿天河水打至洪池穴,或用食指、中指沿天河水弹击至肘弯处,弹击约20~30遍(图6-26)。

### 【作用】

清热通络,行气活血,

### 【主治】

高热烦躁,神昏谵语,上肢麻木抽搐等实热病症。

按:本法又称“打马过河”、“打马过天门”,计有6种操作法,但临床以《万育仙书》中

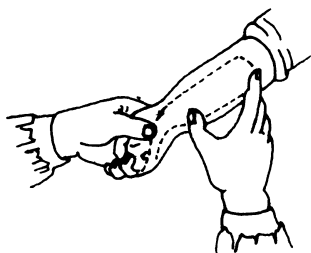


图6-24 孤雁游飞

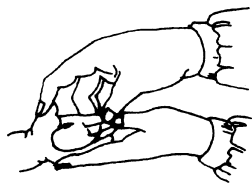


图6-25 水底捞月

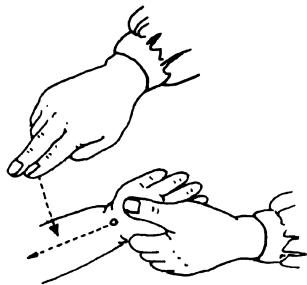


图6-26 打马过天河

记载的方法为常用。

## 二十一、引水上天河

### 【操作】

患儿坐位或仰卧位，医者坐其身前。用一手握住患儿四指，将患儿前臂掌侧向上，将凉水滴于腕横纹处，用另一手食指、中指从腕横纹中间起，拍打至洪池穴止，一面拍打一面吹凉气，约20~30遍(图6-27)。

### 【作用】

清火退热。

### 【主治】

一切热病发热。

按：本法操作须边吹边拍，吹拍结合，单方向操作，去而不返。凉水滴于腕横纹中点处，而且吹气与拍打中，天河水均要沾湿。本法首见于《幼科铁镜》，《保赤推拿法》中的“引水上天河”实为“清天河水”法。

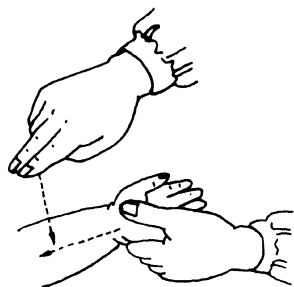


图6-27 引水上天河

## 二十二、大推天河水

### 【操作】

患儿坐位或仰卧位，医者坐其身前。用一手握住患儿四指，使患儿掌面与前臂掌侧向上，另一手食指、中指罗纹面并拢，蘸水自内劳宫穴经总筋沿天河水穴向上直推至洪池穴止，呈单方向推100~200次左右(图6-28)。

### 【作用】

大凉，清热。

### 【主治】

热病发热。

按：自内劳宫穴至洪池穴，因操作范围与操作方向不同，名称不一。清天河水用大指桡侧缘或食指、中指罗纹面，蘸冷水自总筋推向洪池穴处。《保赤推拿法》：“天河水穴，在内间使穴上，先掐总筋，用新汲水，以手浇之，从此穴随浇随推至洪池上。洪池穴在肘湾，为清天河水。”《万育仙书》：“清天河水，此大凉法。医人左大指捏小儿小天心穴用右手中指背曲转，自总筋上推至曲池止，或用大指推亦可。”取天河水以大指或食指、中指罗纹面蘸冷水自洪池穴沿天河水推至内劳宫穴。

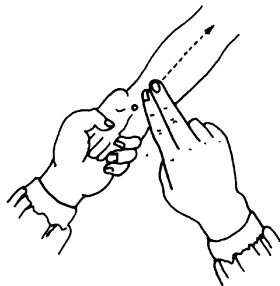


图6-28 大推天河水

## 二十三、飞金走气

### 【操作】

患儿坐位或仰卧位，医者坐其身前。用一手握住患儿四指，使掌面与前臂掌侧向上，将冷水滴于内劳宫处，用另一手中指罗纹面着力，自内劳宫穴始，用中指将冷水引上天河穴，复用口吹气，跟水上行，直至洪池穴，为一次，一般可操作20~40次(图6-29)。



**【作用】**

清肺泻火,顺气消胀。

**【主治】**

失音,咽痛,臌胀等。

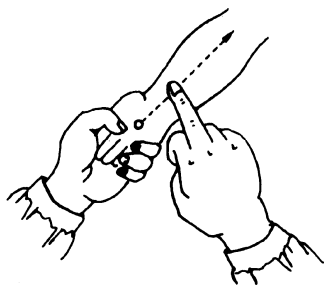


图 6-29 飞金走气

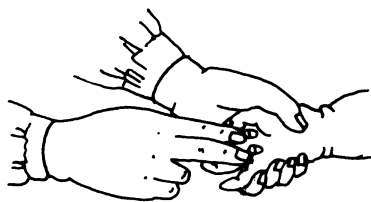


图 6-30 飞经走气

## 二十四、飞经走气

**【操作】**

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用一手拿住患儿四指,使掌面与前臂掌侧向上,用另一手的食指、中指、无名指、小指四指罗纹面着力,从曲池穴起向下弹击至总筋穴处,如此反复数遍,然后拿住患儿阴池、阳池二穴,前手将患儿四指屈伸摆动数次(图 6-30)。

**【作用】**

行气,通窍,化痰。

**【主治】**

外感寒证,气逆,咳喘,痰鸣等。

按:本法计有 5 种操作法,临床以《小儿推拿广意》中的操作法为常用。

## 二十五、肘肘走气

**【操作】**

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用一手拿住患儿之手摇动,另一手托拿住患儿肘,两手协同,运摇肘关节(图 6-31)。

**【作用】**

行气消滞。

**【主治】**

痞证。

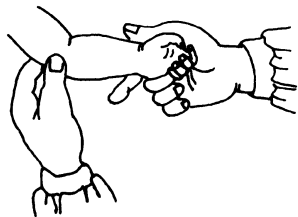


图 6-31 肘肘走气

## 二十六、黄蜂出洞

**【操作】**

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用一手拿住患儿四指,使掌面向上,用另一手拇

指甲先掐内劳宫穴、总筋穴,再用两拇指分手阴阳,然后再用两大拇指在总筋穴处一撮一松上至内关穴处,最后用拇指掐坎宫、离宫穴(图6-32)。

**【作用】**

发汗解表。

**【主治】**

外感,腠理不宣,发热无汗等。

按:本法有两种操作法,基本相同,但操作顺序有所区别。《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》中的“黄蜂入洞”实为《按摩经》中的“黄蜂出洞”。

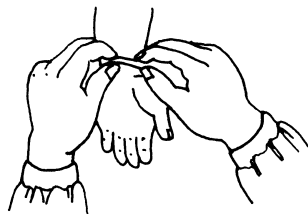


图6-32 黄蜂出洞

## 二十七、天门入虎口

**【操作】**

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用一手捏住患儿四指,使食指桡侧向上,另一手拇指罗纹面的桡侧着力,蘸葱姜水自指尖的桡侧命关处直推向虎口处,然后再用大拇指端掐揉虎口穴约数十次左右(图6-33)。

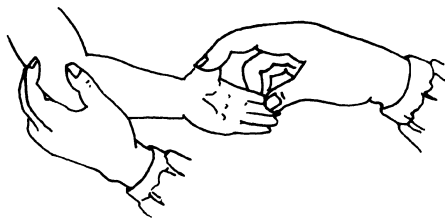


图6-33 天门入虎口

**【作用】**

健脾消食,顺气生血。

**【主治】**

脾胃虚弱,气血不和,腹胀、腹泻、食积等。

按:本法计有4种操作法,临床以《秘传推拿妙诀》中的操作法为常用。

## 二十八、老汉扳辘

**【操作】**

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用一手拇指掐住患儿拇指根处,另一手拇指端掐捏患儿脾经穴并摇动患儿拇指20~40次左右(图6-34)。

**【作用】**

健脾消食。

**【主治】**

食积痞块,脘腹痞满,纳呆,疳积等。



图6-34 老汉扳辘

## 二十九、运土入水

**【操作】**

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用一手握住患儿食指、中指、无名指、小指四指,使掌面向上,另一手拇指外侧缘着力,自患儿脾土穴推起,沿手掌边缘,经小天心、掌小横纹,推运至小指端肾水穴止,呈单方向反复推运100~300次左右(图6-35)。

**【作用】**

滋补肾水,清脾胃湿热,利尿止泻。

**【主治】**

小便赤涩、频数,小腹胀满,泄泻痢疾等。

按:本法是小儿推拿疗法中的一种操作方法,《按摩经》、《幼科推拿秘书》、《保赤推拿法》等列入复式操作法中,但也有将其作为“穴位”者,有误。根据文献记载,本法有三种操作法:

一是从拇指根至小指根,二是从拇指脾土穴推至坎宫(小天心穴处),三是从大指尖脾土穴推至小指尖肾水穴止。临床以第三种操作法为常用。

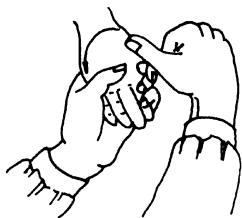


图 6-35 运土入土

### 三十、运水入土

**【操作】**

患儿坐位或仰卧位,医者坐其身前。用一手握住患儿食指、中指、无名指、小指四指,使掌面向上,另一手拇指外侧缘着力,自患儿肾水穴推起,沿手掌边缘,经掌小横纹、小天心,推运至拇指端脾土穴止,呈单方向反复推运 100~300 次左右(图 6-36)。



图 6-36 运水入土

**【作用】**

健脾运胃,润燥通便。

**【主治】**

脾胃虚弱,消化不良,食欲不振,便秘,腹胀,泻痢,疳积等。

按:本法是小儿推拿疗法中的一种操作方法,《按摩经》、《幼科推拿秘书》、《保赤推拿法》等列入复式操作法中。根据文献记载,本法有两种操作法:一是从肾经穴推运至脾土穴止,二是从肾经穴推运至板门穴止。临床以第一种操作法为常用。

### 三十一、老虎吞食

**【操作】**

患儿坐于家长怀中,医者坐或蹲于患儿足旁。用双手握住患足与小腿部,将干净丝绢盖在患足昆仑穴与仆参穴上,以嘴隔绢咬之,以苏醒为度。

**【作用】**

开窍醒神,镇惊定志。

**【主治】**

急惊风,癫痫发作,高烧惊厥等。

按:本法现已少用或不用。

### 三十二、总收法

**【操作】**

患儿坐位,医者坐其身前。用一手食指或中指罗纹面着力,先掐、后按揉患儿肩井穴;用另一手拇指、食指、中指三指拿捏住患儿食指和无名指,屈伸患儿上肢并摇动其上肢 20

~30次左右(图6-37)。

**【作用】**

通行一身之气血,提神。

**【主治】**

久病体虚,内伤外感诸证;推拿操作结束之前用本法收尾。

按:本法有两种操作方法:一是如《幼科推拿秘书》所述;二是仅用双手掐、按、揉双肩井穴代之。但不论何病,推拿治疗均可以此作为结束手法,故称总收法。



图6-37 总收法

## 第七章 小儿推拿常用特定穴位

小儿推拿穴位除了经穴、奇穴、经验穴、阿是穴之外,有相当部分穴位是小儿推拿学特有的,称为小儿推拿特定穴。小儿推拿特定穴不同于经络学说中的特定穴位,具有以下特点:不仅具有孔穴点状,还有从某点至另一点成为线状和部位(面)状;大多数分布在头面和四肢(特别是双手);前人对小儿推拿特定穴位中部分穴位归属提出了独特的见解,但不象十四经穴那样有线路相连成经络系统。小儿推拿穴位中有部分穴位属于十四经穴,但其作用受小儿生理、病理特点的影响而与成人经穴作用有所不同。其作用原理受经络学说指导。小儿推拿穴位呈面状分布为多,操作大部分是直接作用于皮肤,因此与十二皮部的关系密切。

小儿推拿特定穴的命名依据是:根据脏腑命名,如心经、大肠、膀胱等;根据人体部位,如五指尖、腹、脊等;根据作用功能,如端正、精宁等;根据五行学说,如脾土、肝木等;根据山谷河流,如山根、洪池等;根据建筑物体,如天庭、三关等;根据动物名称,如老龙、龟尾等;根据哲学名词,如阴阳、八卦等。小儿推拿特定穴位的取穴方法同经络学说中取穴方

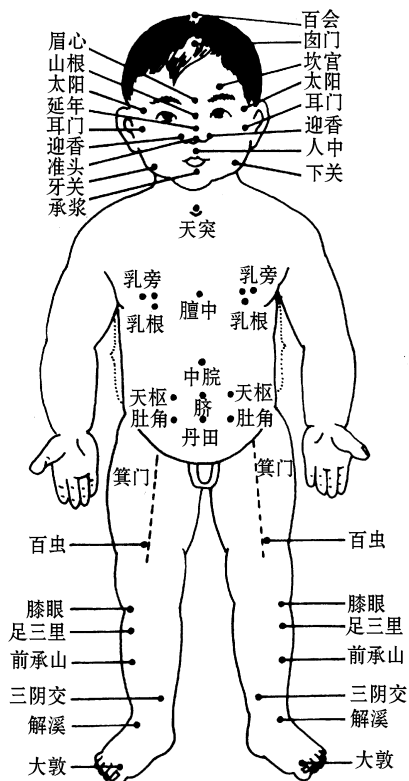


图 7-1 正面穴位图

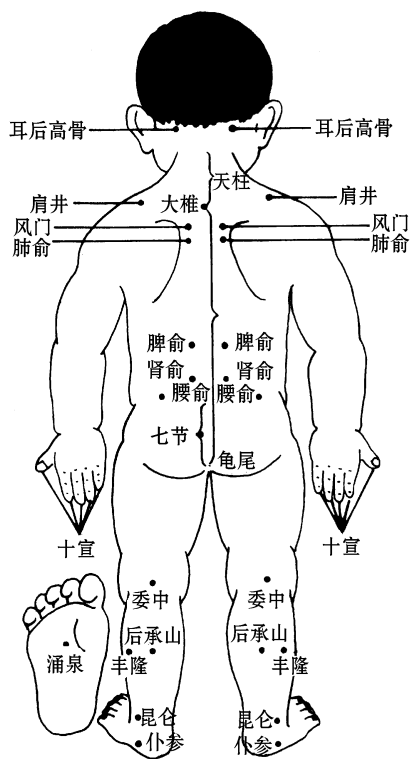


图 7-2 背面穴位图

法一样,即按体表标志、折量分寸、指量法取穴。《幼科推拿秘书》中说,“屈小儿中指节,度之为寸,折半为五分,非分寸之谓也。”小儿推拿穴位有其特殊的位置及特殊的作用,决定了在推拿操作时有特殊的操作手法。大多数穴位有其固定的操作过程,以手法名称加穴位名称构成小儿推拿特定的“操作名”。如“旋推脾经”,“按揉足三里”等。小儿推拿特别强调手法的治疗量及补泻。故小儿推拿非常重视手法的次数(时间)、疗程、强度(轻重)、频率(速度)及方向等因素。

本章按人体部位就小儿推拿的常用经穴、奇穴、特定穴等予以介绍。

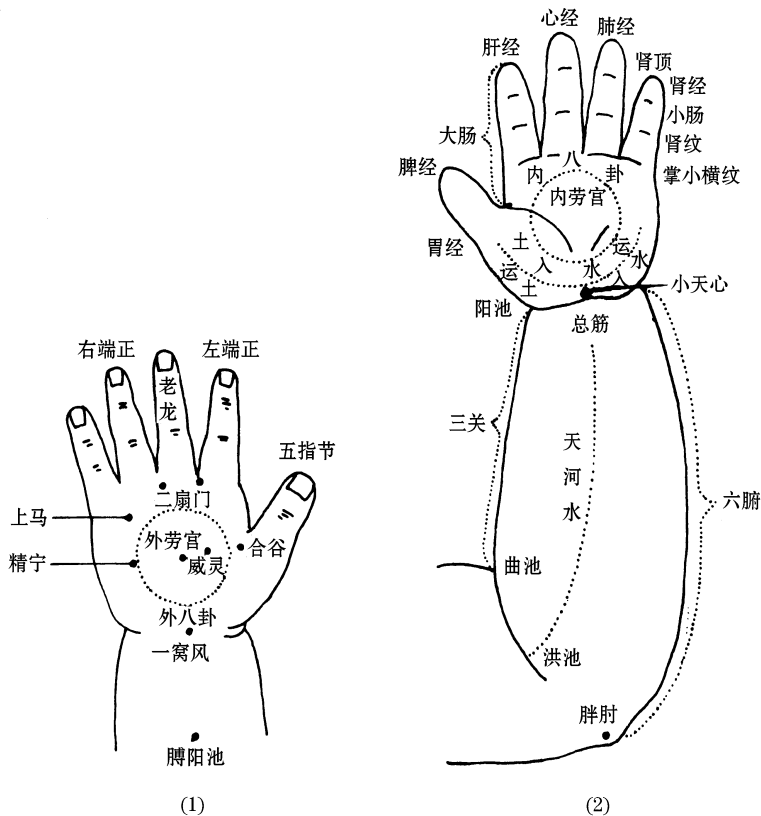


图 7-3 上肢掌面穴位图

### 第一节 头面颈项部穴位

本节以经穴为主,介绍百会、前顶门等 28 个穴位。

#### 一、百会

**【位置】**

头顶正中线与两耳尖连线的交点处。后发际正中直上 7 寸。

**【操作】**

术者用拇指端按或揉,按 30~50 次,揉 100~200 次,称按百会或揉百会(图 7-4)。

**【作用】**

按揉百会:安神镇惊,升阳举陷。治疗惊风、惊痫、烦躁等症,多与清肝经、清心经、掐揉小天心等合用;用于遗尿、脱肛等症,常与补脾经、补肾经、推三关、揉丹田等合用。



图 7-4 按揉百会

**二、前顶门****【位置】**

头正中中线,入前发际 3.5 寸,或于百会前 1.5 寸取穴。

**【操作】**

术者用拇指甲掐 3~5 次,揉 20~30 次,称掐揉前顶。

**【作用】**

掐、揉前顶:镇惊安神通窍,多用于头痛、惊风、鼻塞等症。

**三、脑空****【位置】**

后头部,风池穴直上 1.5 寸为脑户穴,此穴旁开 3 寸与枕骨粗隆相平处为脑空穴,属足少阳胆经。

**【操作】**

术者用两拇指指端揉,揉 20~30 次,称揉脑空;或用拇指甲掐之,掐 3~5 次,称掐脑空。

**【作用】**

掐脑空:镇惊安神。治疗惊风、癫痫。揉脑空:祛风通络。治疗头痛。

**四、高骨(耳后高骨)****【位置】**

耳后入发际,乳突后缘高骨下凹陷中。

**【操作】**

术者用拇指或中指指端揉,揉 30~50 次,称揉高骨(图 7-5)。或用两拇指推运,运 30~50 次,称运高骨。

**【作用】**

揉高骨:疏风解表。治感冒头痛,多与推攒竹、推坎宫、揉太阳等合用。亦能安神除烦,治神昏烦躁等症。



图 7-5 揉高骨

**五、攒竹(天门)****【位置】**

两眉中间至前发际成一直线。

**【操作】**

术者两拇指自下而上交替直推,推 30~50 次,称推攒竹,亦称开天门。若自眉心推至囟门,推 30~50 次,则称为“大开天门”。

**【作用】**

开天门:疏风解表,开窍醒脑,镇静安神。常用于外感发热,头痛等症,多与推坎宫,推太阳等合用。若惊惕不安,烦躁不宁多与清肝经、按揉百会等同用。对体质虚弱出汗较多,佝偻病患儿慎用。

## 六、坎宫

**【位置】**

自眉心起至眉梢成一横线。

**【操作】**

术者用两拇指自眉心向两侧眉梢作分推,推 30~50 次,称推坎宫,亦称“分阴阳”。

**【作用】**

推坎宫:疏风解表,醒脑明目,止头痛。常用于外感发热、头痛,多与推攒竹、揉太阳等合用;若用于治疗目赤痛,多和清肝经、掐揉小天心、清河水等同用。

## 七、天庭(神庭)

**【位置】**

头正中线,入前发际 0.5 寸。

**【操作】**

术者用掐法或捣法自天庭掐(捣)至承浆;或揉约 30 次,称掐揉天庭。

**【作用】**

掐天庭:祛风通络,镇惊安神。治疗口眼歪斜,常与揉瞳子髁合用;治疗头痛、癫痫与掐眉心、山根、年寿、人中、承浆等法合用。

## 八、天心

**【位置】**

前额中部,天庭与眉心连线中点处。

**【操作】**

术者用拇指甲掐天心 30 次,或用罗纹面揉天心约 30 次,称掐揉天心。

**【作用】**

掐天心:醒脑安神。治疗惊风,常与掐人中、承浆等合用。治疗头痛、鼻塞伤风常用掐揉天心,与掐眉心、山根等同用。

## 九、眉心(印堂)

**【位置】**

两眉内侧端连线中点处。



**【操作】**

术者用拇指甲在眉心处掐,掐3~5次,称掐眉心。或用拇指端揉,揉20~30次,称揉眉心。

**【作用】**掐眉心:醒脑安神。治疗惊风,常与掐十王、人中、承浆等法合用。揉眉心:祛风通窍,治疗感冒,头痛,常与推攒竹、推坎宫、揉太阳等相配合。

## 十、山根

**【位置】**

两目内眦中间,鼻梁上低凹处。

**【操作】**

术者用拇指甲掐,掐3~5次,称掐山根(图7-6)。

**【作用】**

掐山根:开关窍,醒目定神。治疗惊风、昏迷、抽搐等症,多与掐人中、掐老龙等合用。

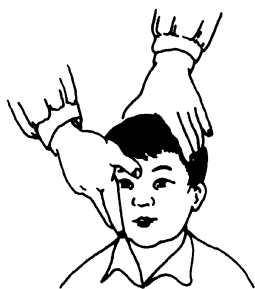


图7-6 掐山根

## 十一、准头(鼻准)

**【位置】**

鼻尖端,属督脉。

**【操作】**

术者用拇指甲掐,掐3~5次,称掐准头(图7-7)。

**【作用】**

掐准头:祛风镇惊。治疗惊风,与掐天庭至承浆同用;治鼻出血,与掐上星,掐迎香合用;治昏厥与按揉内关、足三里合用。



图7-7 掐准头

## 十二、太阳

**【位置】**

眉后凹陷处。

**【操作】**

术者两拇指桡侧自前向后直推,推30~50次,称推太阳。用中指端揉该穴,揉30~50次,称揉太阳或运太阳,向眼方向揉为补,向耳方向揉为泻(图7-8)。

**【作用】**

推揉太阳:疏风解表、清热、明目止头痛。推太阳主要用于外感发热。若外感表实头痛用泻法;若外感表虚、内伤头痛用补法。



图7-8 揉太阳

## 十三、瞳子髻

**【位置】**

目外眦后0.5寸,眶骨外侧凹陷中。

**【操作】**

术者用两拇指掐或揉,掐3~5次,揉30~50次,称掐揉瞳子髻。

**【作用】**

掐瞳子髻:醒脑镇惊。揉瞳子髻:祛风通络。治疗惊风常与掐人中、眉心等合用;治疗目赤肿痛,常与揉四白、揉睛明、按揉太阳等同用。

## 十四、迎香

**【位置】**

鼻翼旁0.5寸,鼻唇沟中。

**【操作】**

术者用食中二指按揉,揉20~30次,称揉迎香(图7-9)。

**【作用】**

揉迎香:宣肺气、通鼻窍。治疗感冒或慢性鼻炎等引起的鼻塞流涕,呼吸不畅,效果较好,多与清肺经、拿风池等合用。



图7-9 揉迎香

## 十五、人中

**【位置】**

人中沟正中线上1/3与下2/3交界处。

**【操作】**

术者用拇指甲或食指指甲掐之,掐5~10次或醒后即止,称掐人中(图7-10)。

**【作用】**

掐人中:醒神开窍。常用于急救,对于人事不省、窒息、惊厥或抽搐,多与掐十宣、掐老龙等合用。



图7-10 掐人中

## 十六、牙关(颊车)

**【位置】**

下颌角前上方一横指,用力咀嚼时,咬肌隆起处。

**【操作】**

术者用拇指按或中指揉,按5~10次,揉30~50次,称按牙关或揉牙关(图7-11)。

**【作用】**

按牙关主要用于牙关紧闭,具有开窍之功用;若口眼歪斜,则多用揉牙关,具有疏风止痛的作用。

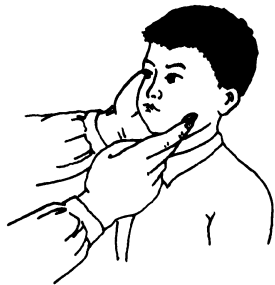


图7-11 揉牙关

## 十七、天柱

**【位置】**

颈后发际正中至大椎穴成一直线。

**【操作】**

术者用拇指或食中指指面自上向下直推,推 100 ~ 300 次,称推天柱。或用汤匙边缘蘸水自上向下刮,刮至皮下轻度瘀血即可,称刮天柱(图 7-12)。

**【作用】**

推、刮天柱骨:降逆止呕,祛风散寒。治疗呕恶多与横纹推向板门、揉中脘等合用。治疗外感发热、颈项强痛等症多与拿风池、掐揉二扇门等同用;用刮法多以汤匙边缘蘸姜汁或凉水自上向下刮至局部皮下有轻度瘀血,可治暑热发痧等症。

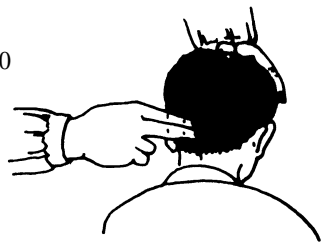


图 7-12 推天柱

## 十八、桥弓

**【位置】**

在颈部两侧,沿胸锁乳突肌成一线。

**【操作】**

术者在两侧胸锁乳突肌处揉、抹、拿。揉 30 次,抹 50 次,拿 3 ~ 5 次(图 7-13)。

**【作用】**

揉抹拿桥弓:活血化瘀消肿。用于治疗小儿肌性斜颈,常与摇颈项法同用。



图 7-13 揉抹拿桥弓

## 第二节 上肢部穴位

本节以小儿特定穴为主,介绍脾经、胃经等 51 个穴位。

### 一、脾经

**【位置】**

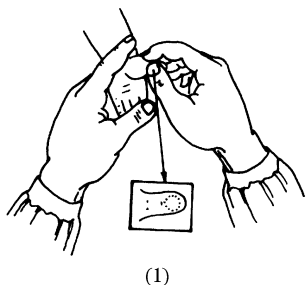
拇指末节罗纹面。

**【操作】**

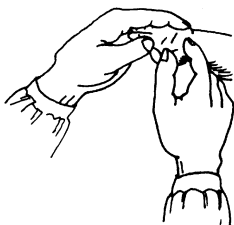
有补脾经与清脾经、清补脾经之分。补脾经:术者以一手持儿拇指以固定,另手以拇指罗纹面旋推儿拇指罗纹面;或将儿拇指屈曲,以拇指端循儿拇指指尖桡侧缘向指根方向直推 100 ~ 500 次。清脾经:术者一手持儿拇指伸直以固定,另手以拇指指端自患儿指根方向直推至指尖 100 ~ 500 次;往返推为平补平泻,称清补脾经。补脾经和清脾经、清补脾经统称为推脾经(图 7-14,图 7-15)。

**【作用】**

补脾经:健脾胃,补气血。清脾经:清热利湿,化痰止呕。补脾经常用于脾胃虚弱,气血不足所致食欲不振,肌肉消瘦,消化不良等,常与补胃经、揉中脘、摩腹、按揉足三里等合用。清脾经常用于湿热熏蒸,皮肤发黄,恶心呕吐,腹泻痢疾,食积等实症,多与清胃经、揉板门、清大肠、揉中脘、揉天枢等合用。清补脾经能和胃消食、增进食欲,常用于治疗饮食



(1)



(2)

图 7-14 旋推脾经

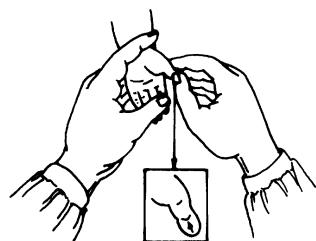


图 7-15 清脾经

停滞,脾胃不和而引起的胃脘痞闷,吞酸纳呆、腹泻、呕吐等病症,多与运八卦、揉板门、分腹阴阳等相配合。但小儿脾胃薄弱,不宜攻伐太甚,一般多用补法,体壮邪实者方能用清法。

## 二、胃经

### 【位置】

拇指掌面近掌端第一节。

### 【操作】

有补胃经与清胃经之分。补胃经:术者一手持儿拇指以固定,另手以拇指罗纹面旋推儿近掌端第一节,推 100~500 次。清胃经:术者一手持儿拇指以固定,另手以拇指端自掌根推向指根方向直推 100~500 次。补胃经和清胃经统称推胃经(图 7-16)。

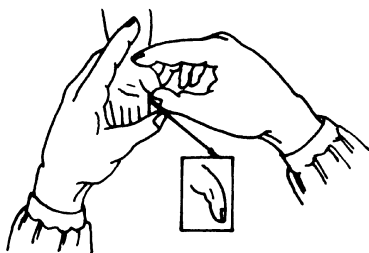


图 7-16 清胃经

### 【作用】

补胃经:健脾胃,助运化。清胃经:清中焦湿热,和胃降逆,泻胃火,除烦止渴。补胃经常用于脾胃虚弱,消化不良,腹胀纳呆等症,常与补脾经、揉中脘、摩腹、按揉足三里等合用。清胃经常用于上逆呕恶,脘腹胀满,发热烦渴,便秘纳呆,衄血等实症,多与清脾经、清大肠、推天柱骨、退六腑、揉天枢、推下七节骨等同用。

## 三、少商

### 【位置】

拇指桡侧指甲角约 0.1 寸。属手太阴肺经。

### 【操作】

术者一手持儿拇指以固定,另手以拇指指甲掐穴位处,掐 3~5 次,称掐少商(图 7-17)。

### 【作用】

掐少商:清热利咽,开窍。治疗发热、咽喉肿痛、心烦、口渴、疟疾、痢疾、感冒、昏迷等症。

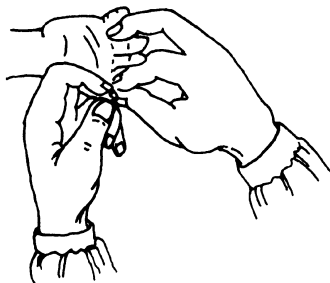


图 7-17 掐少商

## 四、肝经

### 【位置】

食指末节罗纹面。

### 【操作】

由补肝经和清肝经之分。补肝经：术者以一手持儿食指以固定，另手以拇指罗纹面旋推儿食指罗纹面 100~500 次。清肝经：术者一手持儿食指以固定，另手以拇指端自指尖向指根方向直推 100~500 次。补肝经和清肝经统称为推肝经(图 7-18)。

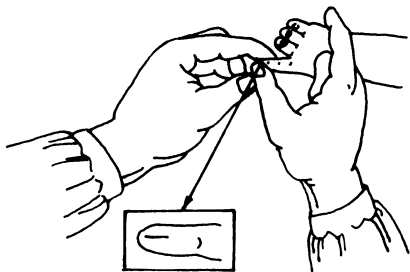


图 7-18 清肝经

### 【作用】

清肝经：平肝泻火，熄风镇惊，解郁除烦。

肝经宜清不易补，若肝虚应补时则需补后加清，或以补肾经代之，称为滋肾养肝法。清肝经常用于惊风、抽搐、烦躁不安、五心烦热等实证。多与掐人中、掐老龙、掐十宣、揉小天心等合用。

## 五、心经

### 【位置】

中指末节罗纹面。

### 【操作】

由补心经与清心经之分。补心经：术者以一手持儿中指以固定，另手以拇指罗纹面旋推儿中指罗纹面 100~500 次。清心经：术者一手持儿中指以固定，另手以拇指从指端向指根方向直推 100~500 次。补心经和清心经统称为推心经(图 7-19)。

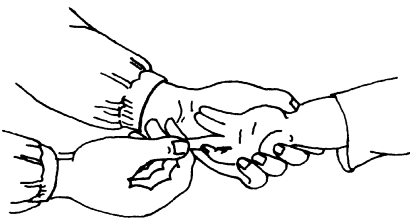


图 7-19 清心经

### 【作用】

清心经：清热退心火。补心经：本穴宜用泻法，不宜用补法，恐动心火之故。若气血不足而见心烦不安，睡卧露睛等症，需用补法时，可补后加清，或以补脾经代之。清心经常用于心火亢盛所致高热神昏，面赤口疮，小便短赤等，多与清天河水、清小肠等同用。

## 六、肺经

### 【位置】

无名指末节罗纹面。

### 【操作】

有补肺经和清肺经之分。补肺经：术者以一手持儿无名指以固定，另手以拇指罗纹面旋推儿无名指末节罗纹面 100~500 次。清肺经：术者一手持儿无名指以固定，另手以拇

指从指端向指根方向推 100~500 次。补肺经和清肺经统称为推肺经(图 7-20)。

### 【作用】

补肺经:补肺气。清肺经:宣肺清热,疏风解表,止咳化痰。补肺经常用于虚性咳喘、遗尿、自汗、盗汗等,常与补脾经、揉二马、推上三关等合用。清肺经常用于脏热喘咳,感冒发热,便秘等实症。多与清天河水、退六腑、推揉膻中、运内八卦等同用。

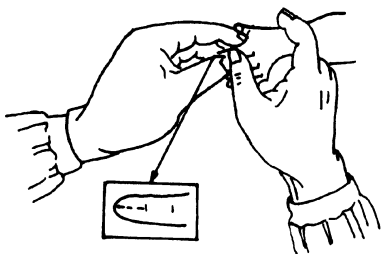


图 7-20 清肺经

## 七、肾经

### 【位置】

小指末节罗纹面。

### 【操作】

由补肾经和清肾经之分。补肾经:术者以一手持儿小指以固定,另手以拇指罗纹面由儿指根直推向指尖 100~500 次。清肾经:术者一手持儿小指以固定,另手以拇指自指端向指根方向直推 100~500 次。补肾经和清肾经统称为推肾经(图 7-21)。

### 【作用】

补肾经:补肾益脑,温养下元。清肾经:清利下焦湿热。补肾经常用于先天不足、久病体虚、肾虚久泻、多尿、遗尿、虚汗、喘息等症,多与补脾经、补肺经、揉肾俞、擦命门、捏脊等合用。清肾经常用治膀胱蕴热,小便赤涩,腹泻等病症,多与掐揉小天心、清小肠、推箕门等相配合。肾经穴临床上多用补法,需用清法时,多以清小肠代之。

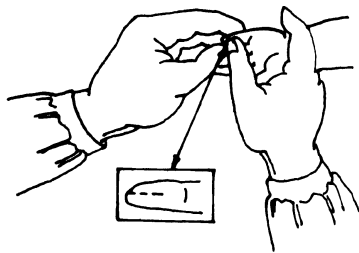


图 7-21 清肾经

## 八、五经

### 【位置】

拇、食、中、无名指末节罗纹面,即脾、肝、心、肺经;小指末节罗纹面稍偏尺侧至阴池穴,即肾经。

### 【操作】

术者以一手夹持儿五指以固定,另手以拇指或中指端由儿拇指尖至小指尖作运法,或用拇指甲逐一掐揉,运 50~100 次,掐揉各 3~5 次,称运五经和掐揉五经。患儿俯掌且五指并拢,术者一手持儿掌,另手拇指置儿掌背之上,余四指在儿掌下向指端方向直推,推 50~100 次,称推五经。

### 【作用】

与相关脏腑经穴相配,以治疗相应脏腑病症。推五经治疗 6 个月之内的婴儿发热。

## 九、五经纹

### 【位置】

五指掌面第二指间关节之横纹。

### 【操作】

术者以一手夹持儿五指以固定,另手以拇指或中指端由儿拇指第一节至小指第一节作运法,运 50 ~ 100 次,称运五经纹。以拇指或中指端推 50 ~ 100 次,称推五经纹。

### 【作用】

运五经纹与相关的脏腑经穴相配,治疗相关脏腑病症,以和脏腑之气机。

## 十、四横纹

### 【位置】

掌面食、中、无名、小指第一指间关节横纹处。

### 【操作】

有掐四横纹与推四横纹之分。术者一手持儿四指尖固定,另手拇指甲自食指至小指依次掐揉,掐 3 ~ 5 次,称掐四横纹;一手将患儿四指并拢用另手大指罗纹面从儿食指横纹处推向小指横纹处,推 100 ~ 300 次,称推四横纹。

### 【作用】

掐四横纹:退热除烦,散瘀结。推四横纹:调中行气、和气血、清胀满。用治胸闷痰喘,多与运八卦、推肺经、推膻中等合用;治疗疳积、腹胀、气血不和、消化不良等症,常与补脾经、揉中脘等合用。亦可毫针或三棱针点刺出血治疗疳积,为治疳要穴。

## 十一、小横纹

### 【位置】

掌面食、中、无名、小指掌指关节横纹处。

### 【操作】

有掐小横纹和推小横纹之分。术者一手指儿四指固定,另手拇指甲由儿食指依次掐至小指,掐 3 ~ 5 次,称掐小横纹;用另手拇指桡侧推 100 ~ 150 次,称推小横纹。

### 【作用】

推小横纹:退热,消胀散结。推小横纹:治肺部干性罗音。掐小横纹:治疗脾胃热结,口唇破烂及腹胀等症。因脾虚作胀者,兼补脾经;因食损者,兼揉脐,清补脾经,运八卦;口唇破裂,口舌生疮者,常与清脾经、清胃经、清天河水合用。

## 十二、大肠

### 【位置】

食指桡侧缘,自食指尖至虎口成一直线。

### 【操作】

有补大肠与清大肠之分。补大肠:术者以一手持儿食指以固定,另手以拇指罗纹面由

儿食指指尖直推向虎口 100~500 次,称补大肠。清大肠:术者一手持儿食指以固定,另手以拇指指端由儿虎口推向食指指尖 100~500 次,称清大肠。补大肠和清大肠统称为推大肠(图 7-22)。

### 【作用】

补大肠:涩肠固脱,温中止泄。清大肠:清利肠腑,除湿热,导积滞。补大肠常用于虚寒腹泻,脱肛等病症,常与补脾经、推三关、补肾经、揉脐、分腹阴阳、推上七节合用。清大肠常用于湿热、积食滞留肠道,身热腹痛,痢下赤白,大便秘结等症。常与清天河水、退下六腑、分腹阴阳、清脾经、清肺经、推下七节、揉龟尾等同用。大肠亦称三关,可用于小儿望诊。

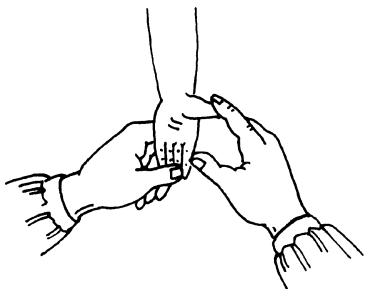


图 7-22 补大肠

## 十三、小肠

### 【位置】

小指尺侧边缘,自指尖到指根成一直线。

### 【操作】

有补小肠和清小肠之分。补小肠:术者以一手持儿小指以固定,另手以拇指罗纹面由儿指尖推向指根 100~500 次。清小肠:术者以一手持儿小指以固定,另手以拇指罗纹面由儿指根推向指尖 100~500 次。补小肠和清小肠统称为推小肠(图 7-23)。

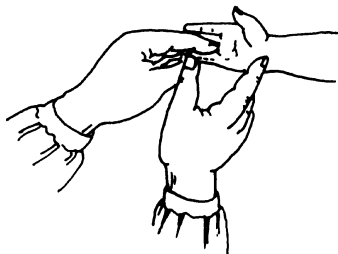


图 7-23 补小肠

### 【作用】

补小肠:温补下焦。清小肠:清利下焦湿热,泌别清浊。补小肠常用于下焦虚寒、多尿、遗尿,常与补脾经、补肺经、补肾经、揉丹田、揉肾俞、擦腰骶部合用。清小肠多用于小便短赤不利、尿闭、水泻等症,若心经有热,移热于小肠,配合清天河水,可加强清热利尿的作用。

## 十四、肾顶

### 【位置】

小指顶端。

### 【操作】

术者一手持儿小指以固定,另手中指或拇指端按揉儿小指顶端,揉 100~500 次,称揉肾顶(图 7-24)。

### 【作用】

揉肾顶:收敛元气,固表止汗。常用于自汗、盗汗或大汗淋漓不止等症,阴虚盗汗,多与揉肾经、揉二人上马、补肺经等同用。阳虚自汗配补脾经。

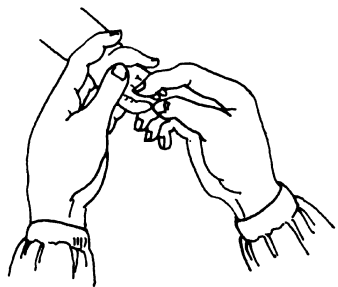


图 7-24 揉肾顶



## 十五、肾纹

### 【位置】

手掌面,小指第二指间关节横纹处。

### 【操作】

术者一手指儿小指以固定,另手中指或拇指端按揉儿小指第二指间关节横纹处,揉 100~500 次,称揉肾纹(图 7-25)。

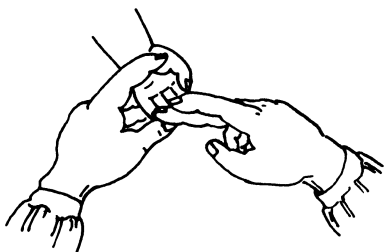


图 7-25 揉肾纹

### 【作用】

揉肾纹:祛风明目,散瘀结。治疗目赤肿痛,常与清心经、清肝经合用。治疗口舌生疮、弄舌,常与清胃经、清心经、清天河水同用。治疗高热,呼吸气凉,手足逆冷等症,常与清肝经、清心经、清肺经、揉小天心、退六腑、清天河水、推脊同用。

## 十六、掌小横纹

### 【位置】

掌面小指根下,尺侧掌纹头。

### 【操作】

术者一手持儿手,另手中指或拇指端按揉儿小指根下尺侧掌纹头,揉 100~500 次,称揉掌小横纹(图 7-26)。

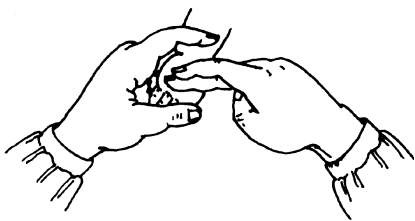


图 7-26 揉掌小横纹

### 【作用】

揉掌小横纹:清热散结,宽胸宣肺,化痰止咳。此穴是治百日咳、肺炎的要穴,可治疗肺部湿性罗音。揉掌小横纹经常用于喘咳、口舌生疮等,治喘咳常与清肺经、推六腑、开璇玑同用。治疗口舌生疮常与清心经、清胃经、清天河水同用。

## 十七、板门

### 【位置】

手掌大鱼际平面。

### 【操作】

有揉板门、板门推向横纹和横纹推向板门之分。术者以一手持儿手以固定,另手拇指端揉儿大鱼际平面,揉 50~100 次,称揉板门或运板门(图 7-27);用推法自指根推向腕横纹,推 100~300 次,称板门推向横纹;反向推 100~300 次,称横纹推向板门(图 7-28)。

### 【作用】

揉板门:健脾和胃、消食化滞。板门推向横纹:健脾止泻。横纹推向板门:和胃降逆。揉板门常用治乳食停积,食欲不振或噎气、腹胀、腹泻、呕吐等症,常与运五经纹、推小横纹合用。板门推向横纹止泻,常与推脾经、推大肠、推上七节合用。横纹推板门止呕吐,常与清胃经同用。

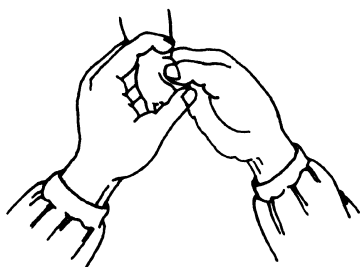


图 7-27 揉板门

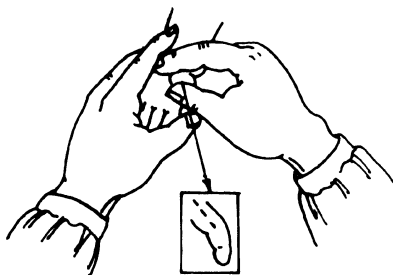


图 7-28 板门推向横纹

### 十八、内劳宫

#### 【位置】

掌心中,屈指时中指端与无名指端之间中点。

#### 【操作】

有揉内劳宫与运内劳宫之分。术者一手持儿手以固定,另手以拇指端或中指端揉,揉 100~300 次,称揉内劳宫;用拇指指腹自小指根掐运,经掌小横纹,小天心至内劳宫止,运 10~30 次,称运内劳宫(水底捞明月)(图 7-29)。

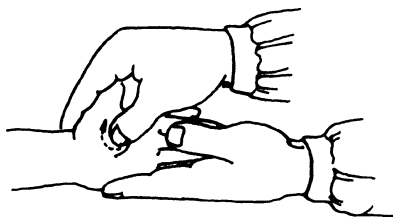


图 7-29 揉内劳宫

#### 【作用】

揉内劳:清热除烦。运内劳:清心、肾两经虚热。揉内劳常用治心经有热所致口舌生疮、发热、烦渴等症,常与清小肠、清心经、清天河水、揉小天心等同用。

### 十九、内八卦

#### 【位置】

手掌面,以掌心为圆心,从圆心至中指根横纹的 2/3 处为半径,所作圆周,八卦穴即在此圆周上(对小天心者为坎,对中指者为离,在拇指侧离至坎半圆的中心为震,在小指侧半圆的中心为兑)。共八个方位,即:乾、坎、艮、震、巽、离、坤、兑。

#### 【操作】

运八卦有顺运、逆运和分运之分。术者一手持儿四指以固定,掌心向上,拇指按定离卦,另手食、中二指夹持儿拇指,拇指自乾卦运至兑卦,运 100~500 次,称顺运内八卦;若从兑卦运至乾卦,运 100~500 次,称逆运内八卦(运至离宫时,应从拇指上运过,否则恐动心火)。根据症状,可按部分运,运 100~200 次,称分运八卦(图 7-30)。

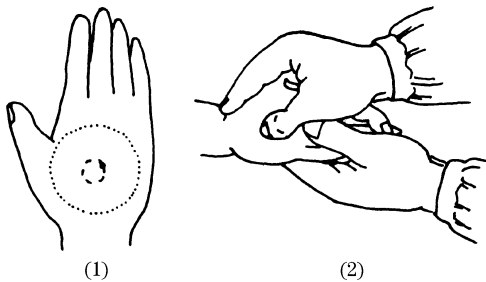


图 7-30 八卦方位

**【作用】**

顺运内八卦:宽胸理气,止咳化痰,行滞消食。逆运内八卦:降气平喘。分运:乾震顺运能安魂,巽兑顺运能定魄,离乾顺运能止咳,坤坎顺运能清热,坎巽顺运能止泻,巽坎逆运能止呕,艮离顺运能发汗。顺运内八卦主要用于痰结喘嗽,乳食内伤,胸闷,腹胀,呕吐及纳呆等症,多与推脾经、推肺经、揉板门、揉中脘等合用。逆运内八卦主要用于痰喘呕吐等,多与补脾经、补肺经、推三关、推天柱骨、推膻中等同用。

**二十、天门****【位置】**

手掌心内侧“乾宫”处。

**【操作】**

术者以一手持儿手之四指,使掌心向上,以另手中指端或拇指端由穴处推向拇指尖,推 50 次,称天门入虎口。由食指指尖推向虎口或反之,推 50 次。一手拿天门穴,一手摇肘,3~5 次。

**【作用】**

天门入虎口:健脾消食。拿天门摇肘:和气血。推向虎口常用治食积,消化不良,常与补脾经同用。

**二十一、小天心****【位置】**

大小鱼际交接处凹陷中。

**【操作】**

有揉、掐、捣小天心之分。术者一手持儿四指以固定,掌心向上,另手中指端揉 100~150 次,称揉小天心(图 7-31);以拇指甲掐 3~5 次,称掐小天心;用中指尖或屈曲的指间关节捣 10~30 次,称捣小天心。

**【作用】**

揉小天心:清热、镇惊、利尿、明目。掐、捣小天心:镇惊安神。揉小天心主要用于心经有热而致的目赤肿痛、口舌生疮、惊惕不安,或心经有热移于小肠而见小便短赤等症,常与清心经、清天河水、清肝经、按揉精宁等同用。揉小天心还可用于新生儿硬皮病、黄疸、遗尿、水肿、痘疹欲出不透等。掐捣小天心常用于惊风抽搐、夜啼、惊惕不安等症。若惊风眼翻、斜视与掐老龙、掐人中、清肝经等合用。眼上翻者则向下掐、捣;右斜视则向左掐、捣;左斜视则向右掐、捣。

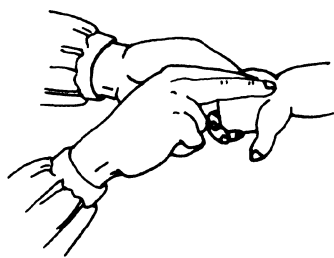


图 7-31 揉小天心

**二十二、大横纹****【位置】**

仰掌,掌后横纹。近拇指端称阳池,近小指端称阴池。

**【操作】**

有分阴阳与合阴阳之分。术者两手相对挟持儿手,两拇指置儿掌后横纹中央。由总筋向两旁分推,推 30~50 次,称分推大横纹,亦称分阴阳;自两侧向总筋合推,推 30~50 次,称合阴阳(图 7-32)。

**【作用】**

分阴阳:平衡阴阳,调和气血,行滞消食。合阴阳:行痰散结。分阴阳多用于阴阳不调、气血不和所致寒热往来,烦躁不安以及乳食停滞、腹胀、腹泻、呕吐等症,多与开天门、分推坎宫、揉太阳、掐总筋合用。如实热证重分阴池,虚寒证重分阳池。合阴阳多用于痰结喘嗽,胸闷等症,与揉肾纹、清天河水同用。

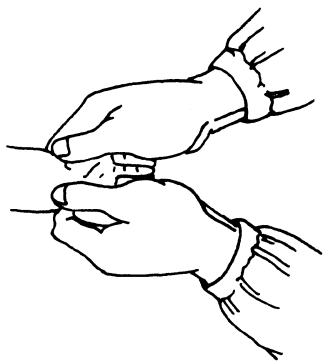


图 7-32 分推大横纹

### 二十三、阳穴

**【位置】**

在腕横纹桡侧端,相当于手太阴肺经太渊穴。

**【操作】**

以一手握住患儿掌指,使掌面向下,用另一手拇指甲着力掐约 3~5 次,称掐阳穴。

**【作用】**

调和气血。主要用于治疗感冒、寒热往来,咳嗽、气喘等病症,临床上多与推攒竹、推坎宫、推膻中、推脾经、分推肺俞等相配合。

### 二十四、总筋

**【位置】**

掌后腕横纹中点。

**【操作】**

有揉总筋和掐总筋之分。术者一手持儿四指以固定,另手拇指端按揉掌后腕横纹中点 100~300 次,称揉总筋;用拇指甲掐 3~5 次,称掐总筋(图 7-33)。

**【作用】**

揉总筋:清心经热,散结止痉,通调周身气机。掐总筋:镇惊止痉。揉总筋治疗口舌生疮、潮热、夜啼等实热证,常与清天河水、清心经合用。掐总筋治疗惊风抽搐,常与掐人中、拿合谷、掐老龙等同用。

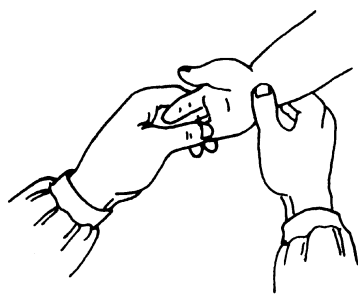


图 7-33 掐总筋

### 二十五、青筋

**【位置】**

总筋与阳池(阳穴)连线的中点。

**【操作】**

术者一手持儿四指以固定,另手拇指甲掐揉,掐3~5次,揉30~50次,称掐揉青筋。

**【作用】**

掐揉青筋:清肝利胆,明目。治疗目赤,多泪,常与按揉四白、揉瞳子髻、揉睛明、揉太阳合用。

**二十六、白筋****【位置】**

总筋与阴池连线的中点。

**【操作】**

术者一手持儿四指以固定,另手拇指甲掐揉,掐3~5次,揉30~50次,称掐揉白筋。

**【作用】**

掐揉白筋:宣肺,涤痰。治疗胸闷、痰喘。常与清肺经、推揉擅中、揉天突、搓摩肋肋、揉肺俞等同用。

**二十七、列缺****【位置】**

在桡骨茎突上方,腕横纹上1.5寸。属手太阴肺经。

**【操作】**

术者一手持儿手,掌背向上,另手用拇指甲掐穴处,或拇、食指拿穴处,掐3~5次,拿5~10次,称掐揉列缺。

**【作用】**

掐揉列缺:宣肺散邪,醒脑开窍。治疗感冒、无汗,常与开天门、推坎宫、揉太阳等合用。治疗惊风、昏厥,常与掐人中、掐老龙、掐十王等同用。

**二十八、三关****【位置】**

前臂桡侧缘,阳池(太渊)至曲池成一直线。

**【操作】**

术者一手握持儿手,另手以拇指桡侧面或食、中指腹自腕横纹推向肘,推100~500次,称推三关;屈儿拇指,自拇指外侧端推向肘称为大推三关(图7-34)。

**【作用】**

推三关:温阳散寒,补气行气,发汗解表,主治一切虚寒病症。常用于治疗气血虚弱,命门火衰,下元虚冷,阳气不足引起的四肢厥冷,面色无华,食欲不振,疳积,吐泻等症。多与补脾经、补肾经、揉

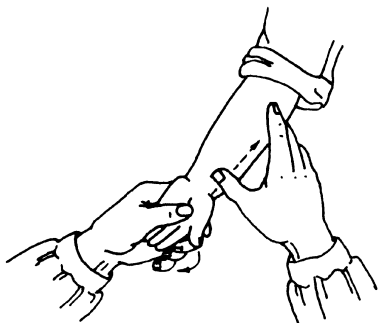


图7-34 推三关

丹田、捏脊、摩腹等合用,治疗感冒风寒,怕冷无汗或疹出不透等症,多与清肺经、推攒竹、掐揉二扇门等合用。

### 二十九、天河水

#### 【位置】

前臂正中,自总筋至洪池成一直线。

#### 【操作】

术者一手持儿手,另手食、中指腹自腕横纹推向肘横纹 100~500 次,称清(推)天河水(图 7-35)。

#### 【作用】

清天河水:清热解表,泻火除烦。本法性微凉,清热力平和,善清卫、气分热,清热而不伤阴。治一切热症,多用于五心烦热,口渴咽干,唇舌生疮,夜啼等症,常与清心经、退六腑同用。若用于外感风热所致感冒发热、头痛、恶风、汗微出、咽痛等症,则多与推攒竹、推坎宫、揉太阳等同用。



图 7-35 清天河水

### 三十、六腑

#### 【位置】

前臂尺侧,阴池至肘肘成一直线。

#### 【操作】

术者一手持儿腕部以固定,另手拇指或食、中指面自肘横纹推向腕横纹,推 100~500 次,称退六腑或推六腑(图 7-36)。

#### 【作用】

退六腑:清热凉血解毒。退六腑性寒凉,适用于一切实热病证。治疗温病邪入营血,脏腑郁热积滞,壮热烦渴,腮腺炎及肿毒等实热证。与补脾经合用止汗。脾虚腹泻者慎用。常与推三关同用,能平衡阴阳,防止大凉大热,清热而不伤正气。若寒热夹杂,以热为主,则可以退六腑三数,推三关一数之比推之;若以寒为重,则可以推三关三数,退六腑一数之比推之。

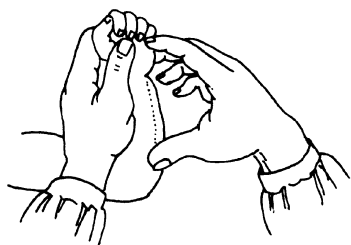


图 7-36 推六腑

### 三十一、洪池(曲泽)

#### 【位置】

仰掌,肘部微屈,当肱二头肌腱内侧。属手厥阴心包经。

#### 【操作】

术者一手拇指按穴位上,一手拿儿四指摇之,摇 5~10 次,称按摇洪池。

#### 【作用】

按摇洪池:调和气血,通调经络。主要用于关节疼痛、气血不和,多与按、揉、拿局部和邻近穴位配合应用。因穴属心包经,按之能泄血热,可与清河水同用,清心热。

### 三十二、曲池

#### 【位置】

屈肘成直角,肘横纹外侧纹头与肱骨外上髁连线的中点。属手阳明大肠经。

#### 【操作】

掐揉曲池:先使患儿屈肘,术者一手托住其腕部不动,另手握住患儿之肘部,以拇指指甲掐之,继以揉之,掐揉30~50次,称掐揉曲池(图7-37)。

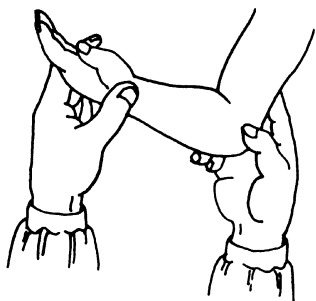


图7-37 掐揉曲池

#### 【作用】

掐揉曲池:解表退热,利咽。主治风热感冒、咽喉肿痛、上肢痿软、抽掣、咳喘、暖气、腹痛、呕吐泄泻等症。常与开天门、推坎宫、推太阳、清天河水等同用。

### 三十三、十王(十宣)

#### 【位置】

十指尖指甲内赤白肉际处。

#### 【操作】

术者一手握儿手,使手掌向外,手指向上,以另手拇指指甲先掐儿中指,然后逐指掐之,各掐3~5次,或醒后即止,称掐十王(图7-38)。

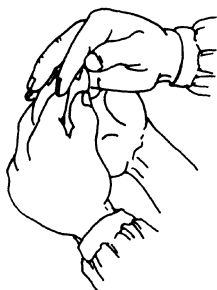


图7-38 掐十王

#### 【作用】

掐十王:清热、醒神、开窍。主治高热惊风、抽搐、昏厥、两目上视、烦躁不安、神呆等症。多与掐人中、掐老龙、掐小天心等合用。

### 三十四、老龙

#### 【位置】

中指甲后一分处。

#### 【操作】

术者一手握持儿手,另手以拇指指甲掐儿中指甲后1分处,掐3~5次,或醒后即止,称掐老龙(图7-39)。

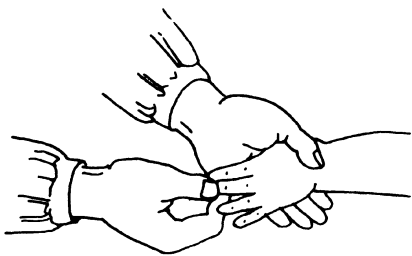


图7-39 揉小天心

#### 【作用】

掐老龙:醒神开窍。用于急救,主治急惊风、高热抽搐、不省人事。若急惊暴死,掐之知痛有声者易治,不知痛而无声者,一般难治。

### 三十五、端正

#### 【位置】

中指甲根两侧赤白肉处,桡侧称左端正,尺侧称右端正。

**【操作】**

术者一手握持儿手,另手以拇指指甲掐或用拇指罗纹面揉,掐5次,揉50次,称掐揉端正。

**【作用】**

揉右端正:降逆止呕。揉左端正:升提中气,止泻。掐端正:醒神开窍、止血。揉右端正常用于胃气上逆而引起的恶心呕吐等症。常与清胃经、横纹推向板门合用。揉左端正用于治水泻、痢疾等症。多与推脾经、推大肠合用。掐端正常用于治疗小儿惊风,常与掐老龙、清肝经等同用。并可于中指第3节横纹起至端正处用线绕扎中指(不可太紧),以止衄。

### 三十六、五指节

**【位置】**

掌背五指第一指间关节。

**【操作】**

有掐五指节和揉五指节之分。术者手握儿手,使掌面向下,另手拇指甲由小指或从拇指依次掐之,继以揉之,各掐3~5次,揉30~50次,称掐揉五指节;以拇、食指揉搓之,揉搓30~50次,称揉五指节(图7-40)。



图7-40 掐揉五指节

**【作用】**

掐揉五指节:安神镇惊、祛风痰、通关窍。掐五指节主要用于惊惕不安,惊风等症,多与清肝经、掐老龙等合用;揉五指节主要用于胸闷、痰喘、咳嗽等症,多与运内八卦、推揉膻中等合用。经常搓捻五指节有利于小儿智力发育,可用于小儿保健。

### 三十七、后溪

**【位置】**

轻握拳,第五掌指关节尺侧后方横纹头凹陷中,赤白肉际处取穴。属手太阳小肠经。

**【操作】**

有掐揉后溪和推后溪之分。术者一手持儿手,握拳,另手拇指指甲掐揉穴处,掐3~5次,揉20~50次,称掐揉后溪。或上、下直推穴处,推50次,称推后溪。

**【作用】**

掐揉后溪:清热、利小便。推后溪:上推清热,下推补肾虚。掐揉、上推后溪治疗小便赤涩不利;下推后溪治疗肾虚遗尿。

### 三十八、二扇门

**【位置】**

掌背中指根本节两侧凹陷处。

**【操作】**

有掐、揉二扇门之分。术者一手持儿手,另手食、中指端揉穴处,揉100~500次,称揉



二扇门(图7-41)。术者两手食、中二指固定儿腕,令手掌向下,无名指托其手掌,然后用两拇指甲掐之,继而揉之,掐3~5次,称掐二扇门。

#### 【作用】

掐、揉二扇门:发汗透表,退热平喘,是发汗要法。治疗体虚外感常与揉肾顶、补脾经、补肾经等合用。揉二扇门要稍用力,速度宜快,多用于风寒外感。



图7-41 揉二扇门

### 三十九、二人上马

#### 【位置】

手背无名及小指掌指关节后陷中。

#### 【操作】

有掐二人上马与揉上马之分。术者一手握持儿手,使手心向下,以另手拇指甲掐穴处,掐3~5次,称掐二人上马(图7-42)。以拇指端揉之,揉100~500次,称揉上马。

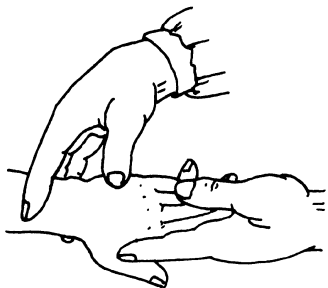


图7-42 掐二人上马

#### 【作用】

揉上马:滋阴补肾,顺气散结,利水通淋,为补肾滋阴的要法。临床上用揉法为多,主要用于阴虚阳亢,潮热烦躁,牙痛,小便赤涩淋漓等症。揉上马常与揉小横纹合用,治疗肺部感染有干性罗音,久不消失者。湿性罗音配揉掌小横纹,多揉亦有效。

### 四十、威灵

#### 【位置】

手背二、三掌骨歧缝间。

#### 【操作】

术者一手持儿四指,令掌背向上,另手拇指指甲掐穴处,继以揉之,掐5次,或醒后即止,称掐威灵(图7-43)。

#### 【作用】

掐威灵:开窍醒神,主要用于急惊暴死,昏迷不醒时的急救,常与掐精宁同用,加强开窍醒神作用。

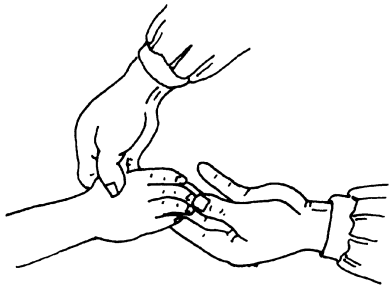


图7-43 掐威灵

### 四十一、精宁

#### 【位置】

手背第四、第五掌骨歧缝间。

**【操作】**

术者一手持儿四指,令掌背向上,另手拇指甲掐穴处,继以揉之,掐5次,称掐精宁(图7-44)。

**【作用】**

掐精宁:行气、破结、化痰。多用于痰食积聚,气吼痰喘,干呕,痞积等症。体虚者慎用,若应用则多与补脾经、推三关、捏脊等同用。



图7-44 掐精宁

**四十二、外劳宫****【位置】**

掌背中,与内劳宫相对处。

**【操作】**

有掐外劳宫与揉外劳宫之分。术者一手持儿四指令掌背向上,另手中指端揉穴处,揉100~300次,称揉外劳宫。以拇指甲掐之,掐3~5次,称掐外劳宫(图7-45)。

**【作用】**

揉外劳宫:温阳散寒,升阳举陷,兼能发汗解表。本穴性温,用于一切寒症。临床上以揉法多用。治疗外感风寒,鼻塞流涕,脏腑积寒,完谷不化,肠鸣腹泻,寒痢腹痛,疝气等症多揉。治疗脱肛、遗尿常与补脾经、补肾经、推三关、揉丹田等合用。

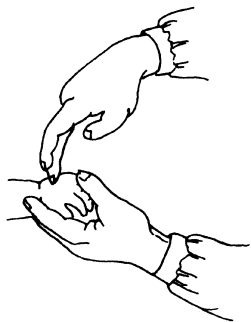


图7-45 揉外劳宫

**四十三、虎口(合谷)****【位置】**

手背第1、2掌骨之间,近第二掌骨中点的桡侧。属手阳明大肠经。

**【操作】**

术者一手持儿手,令其手掌侧置,桡侧在上,以另手食、中二指固定儿腕部,用拇指甲掐穴处,继而揉之,掐揉5~20次,称掐揉虎口(图7-46)。

**【作用】**

掐揉虎口:清热、通络、止痛。治疗发热无汗、头痛、项强、面瘫、口噤、便秘、呕吐、暖气呃逆、鼻衄等。常与推大肠、推脾经、拿肚角等同用。

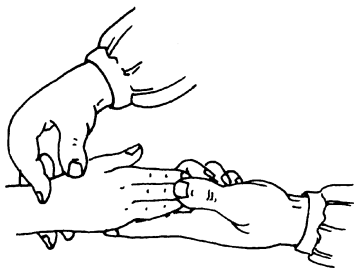


图7-46 掐揉虎口

**四十四、甘载****【位置】**

手背合谷后,第1~2掌骨交接处凹陷中。

**【操作】**

术者一手持儿手,令其手掌侧置,桡侧在上,以另手食、中二指固定儿腕部,用拇指甲

掐穴处,继而揉之,掐3~5次,称掐甘载。

#### 【作用】

掐甘载:开窍醒神。主治昏厥,不省人事,惊风,抽搐,常与掐人中、掐老龙、掐十王等合用。

### 四十五、外八卦

#### 【位置】

掌背外劳宫周围,与内八卦相对处。

#### 【操作】

术者一手持儿四指令掌背向上,另手拇指做顺时针方向掐运,运100~300次,称运外八卦。

#### 【作用】

运外八卦:宽胸理气,通滞散结。治疗胸闷、腹胀、便秘等症,多与摩腹、推揉膻中等合用。

### 四十六、一窝风

#### 【位置】

手背腕横纹正中凹陷处。

#### 【操作】

术者一手握持儿手,另手以中指或拇指端按揉穴处,揉100~300次,称揉一窝风(图7-47)。

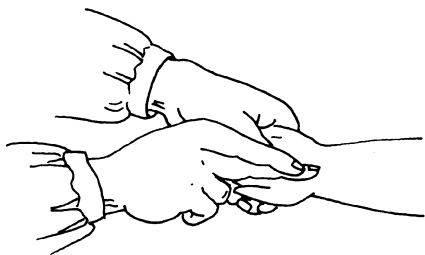


图7-47 揉一窝风

#### 【作用】

揉一窝风:温中行气,止痹痛,利关节。常用于受寒,食积等原因引起的腹痛等症。多与拿肚角、推三关、揉中脘等合用。多揉治疗寒滞经络引起的痹痛。

### 四十七、螺蛳骨

#### 【位置】

屈肘,掌心向胸,尺骨小头桡侧缘骨缝中。

#### 【操作】

术者拇指、食指捏提该处皮肤10~20次。

#### 【作用】

主要治疗消化不良,潮热,惊悸。

### 四十八、阳池

#### 【位置】

在第3、4掌骨直上腕背横纹凹陷处。属手少阳三焦经。

**【操作】**

有掐阳池和揉阳池之分。术者一手托儿手,令掌面向下,另手拇指指甲掐穴处,继而揉之,掐3~5次,称掐阳池;以中指端揉之,揉100~300次,称揉阳池(图7-48)。

**【作用】**

掐揉阳池:止头痛,通大便,利小便。治头痛常与开天门、分推坎宫、揉太阳等合用。治疗大便秘结多与推下七节骨、摩腹等合用。治疗小便赤涩短少多与清小肠同用。

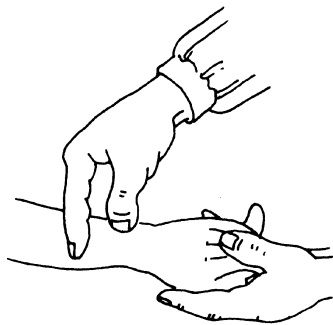


图7-48 掐揉阳池

**四十九、外关****【位置】**

腕背横纹上两寸,尺、桡骨之间。属手少阳三焦经。

**【操作】**

术者用拇指指甲掐或揉,掐3~5次,揉100~200次,称掐揉外关,还可用拇指或中指端向上直推50~100次,称推外关。

**【作用】**

揉推外关:解表清热,通络止痛。治疗小儿腹泻、感冒、腰背疼痛。

**五十、外间使(膊阳池、支沟)****【位置】**

前臂,尺骨与掌骨之间,与内间使相对处。属手少阳三焦经。

**【操作】**

术者一手持儿腕,另手拇指指甲掐穴处,掐3~5次,继而揉之,称掐外间使。用拇指端或中指端揉100~500次,称揉外间使。

**【作用】**

掐、揉外间使:解表清热,通络止痛,治疗小儿感冒头痛、腹泻、腹痛。

**五十一、肘肘****【位置】**

在肘关节、鹰嘴突处。

**【操作】**

有掐、揉肘肘和摇肘肘之分。术者一手固定儿臂肘,另手拇、食二指叉入虎口,同时用中指按小鱼际中心(天门穴),屈儿之手,上下摇之,摇20~30次,称摇肘肘。或用拇指端掐、揉穴位处,掐3~5次,揉20~30次,称掐、揉肘肘。

**【作用】**

掐、揉肘肘,摇肘肘:通经活血,顺气生血,化痰。治疗上肢痿痹与揉曲池、拨小海同用。治疗痞积时与补脾经、运四横纹同用。本穴一般不单用。

### 第三节 胸腹部穴位

本节以经穴、面状穴为主,介绍天突、膻中等 11 个穴位。

#### 一、天突

##### 【位置】

胸骨上窝正中,正坐仰头取穴。

##### 【操作】

有按揉天突、点天突、捏挤天穴之分。

术者一手扶儿头侧部,另手中指端按或揉该穴 10 ~ 30 次,称按天突或揉天突(图 7-49)。以食指或中指端微屈,向下用力点 3~5 次,称点天突。若用两手拇、食指捏挤天突穴,至皮下瘀血成红紫色为止,称捏挤天突。

##### 【作用】

按揉天突:理气化痰,降逆平喘,止呕。常用治气机不利,痰涎壅盛或胃气上逆所致之痰喘、呕吐,多与推揉膻中、揉中脘、运内八卦等合用。若中指端微屈向下,向里按,动作要快,可催吐。若由中暑引起的恶心、呕吐、头晕等症,捏挤天突,再配合捏挤大椎、膻中、曲池等穴,亦有良效。



图 7-49 揉天突

#### 二、膻中

##### 【位置】

两乳头连线中点,胸骨中线上,平第四肋间隙。

##### 【操作】

有揉膻中与分推膻中、推膻中之分。患儿仰卧,术者以中指端揉该穴 50 ~ 100 次,称揉膻中(图 7-50)。术者以两拇指指端自穴中向两侧分推至乳 50 ~ 100 次,称为分推膻中(图 7-51)。用食中指自胸骨切迹向下推至剑突 50 ~ 100 次,名推膻中。



图 7-50 揉膻中

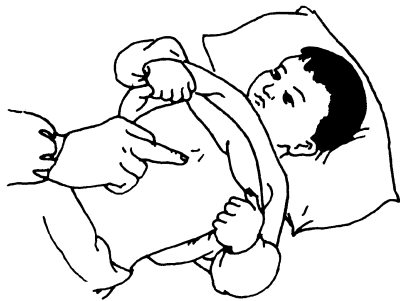


图 7-51 分推膻中

**【作用】**

推揉膻中:宽胸理气,止咳化痰。治疗呕吐、呃逆、嗝气,常与运内八卦,横纹推向板门、分腹阴阳等合用;治疗喘咳常与推肺经、揉肺俞等合用;治疗吐痰不利常与揉天突、按弦走搓摩、按揉丰隆等同用。

**三、乳根****【位置】**

乳头直下0.2寸,第五肋间隙。

**【操作】**

术者以两手四指扶患儿两肋,再以两拇指于穴位揉30~50次,称揉乳根。

**【作用】**

揉乳根:宣肺理气,止咳化痰。治疗咳嗽、胸闷、痰鸣等症,临床上常与揉乳旁、推揉膻中合用。以食、中二指同时按揉,称揉乳根、乳旁。

**四、乳旁****【位置】**

乳外旁开0.2寸。

**【操作】**

术者以两手四指扶患儿两肋,再以两拇指于穴位处揉30~50次,称揉乳旁。

**【作用】**

揉乳旁:宽胸理气,止咳化痰。治疗胸闷、咳嗽、痰鸣、呕吐等症。

**五、胁肋****【位置】**

从腋下两肋至天枢处。

**【操作】**

患儿正坐,术者两手掌自儿两肋腋下搓摩至天枢处,称搓摩胁肋,又称按弦走搓摩。搓摩50~100次(图7-52)。

**【作用】**

搓摩胁肋:性开而降,可顺气化痰,除胸闷,开积聚。用治小儿食积、痰壅、气逆所致的胸闷、腹胀等症。治疗肝脾肿大,须久久搓摩。中气下陷,肾不纳气者慎用本穴。

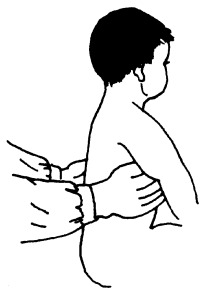


图7-52 搓摩胁肋

**六、中脘****【位置】**

前正中线,脐上4寸处。

**【操作】**

有揉、摩、推中脘之分。患儿仰卧,术者用指端或掌根按揉中脘100~300次,称揉中

腕(图7-53)。术者用掌心或四指摩中腕5分钟,称摩中腕;术者用食、中指端自中腕向上直推至喉下或自喉向下推至中腕100~300次,称推中腕,又称推胃腕(图7-54)。

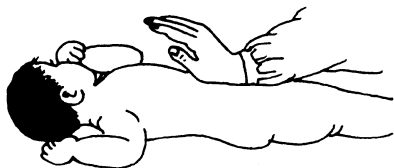


图7-53 揉中腕

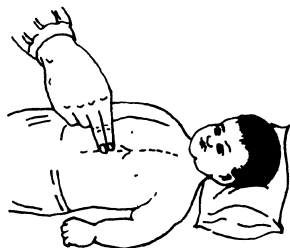


图7-54 推中腕

### 【作用】

揉、摩中腕:健脾和胃、消食和中,用治泄泻、呕吐、腹胀、腹痛、食欲不振等症,多与按揉足三里、推脾经等合用。推中腕自上而下操作,有降胃气的作用,主治呕吐恶心;自下而上操作,有涌吐的作用。

## 七、腹

### 【位置】

腹部

### 【操作】

有摩腹与分推腹阴阳之分。患儿仰卧,术者用两拇指端沿肋弓角边缘或自中腕至脐,向两旁分推100~200次,称分推腹阴阳(图7-55)。术者用掌面或四指摩腹5分钟,称摩腹(图7-56)。逆时针摩为补,顺时针摩为泻,往返摩之为平补平泻。

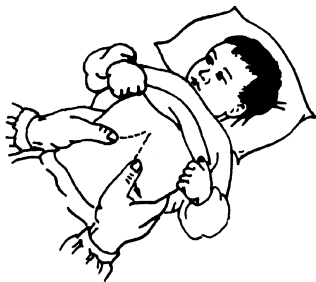


图7-55 分推腹阴阳

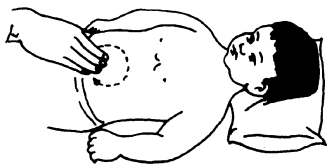


图7-56 摩腹

### 【作用】

摩腹能消食、理气、降气。治乳食停滞,胃气上逆引起之恶心、呕吐、腹胀等症,临床上多与运八卦、推脾经、按揉足三里等相配合;治小儿厌食症多与滑板门、运八卦、摩腹、捏脊等相配合。分推腹阴阳:健脾和胃,理气消食。补法能健脾止泻,用于脾虚、寒湿型的腹泻;泻法能消食导滞、通便,用于治疗便秘、胀腹、厌食、伤乳食泻等,多与分腹阴阳同用;平补平泻则能和胃,久摩之有消食食,强壮身体的作用,常与补脾经、捏脊,按揉足三里合用,为小儿保健常法。

## 八、脐

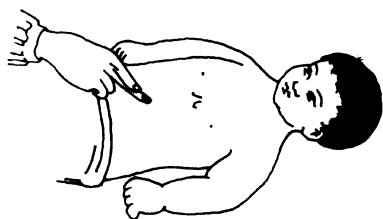
### 【位置】

脐中。

### 【操作】

有揉脐与摩脐之分。患儿仰卧，术者用中指端或掌根揉 100~300 次；用拇指和食中二指抓住肚脐抖揉 100~300 次，均称为揉脐。术者用掌或指摩，称摩脐（图 7-57）。

图 7-57 揉脐



### 【作用】

揉脐、摩脐：温阳散寒，补益气血，健脾和胃，消食导滞。常用治小儿腹泻、便秘、腹痛、疳积等症，多与摩腹、推上七节骨、揉龟尾同用，简称“龟尾七节，摩腹揉脐”。

## 九、天枢

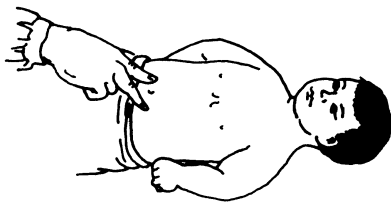
### 【位置】

脐旁 2 寸。

### 【操作】

患儿仰卧位。术者用食、中指端按揉二穴 50~100 次，称揉天枢（图 7-58）。

图 7-58 揉天枢



### 【作用】

揉天枢：疏调大肠，理气消滞。用治急慢性胃肠炎及消化功能紊乱引起的腹泻、呕吐、食积、腹胀、大便秘结等症，常与摩腹、揉脐、推上七节、揉龟尾等同用。可用中指按脐，食指与无名指各按两侧天枢穴同时揉动。

## 十、丹田

### 【位置】

小腹部，脐下 2 寸与 3 寸之间。

### 【操作】

有摩丹田与揉丹田之分。患儿仰卧，以掌摩穴处 2~3 分钟，称摩丹田（图 7-59）；用拇指或中指端揉 100~300 次，称揉丹田。

### 【作用】

揉、摩丹田：培肾固本，温补下元，分清别浊。用治小儿先天不足，寒凝少腹及腹痛、疝气、遗尿、脱肛等症，常与补肾经、推三关、揉外劳等合用。用治尿潴留常与推箕门、清小肠等同用。

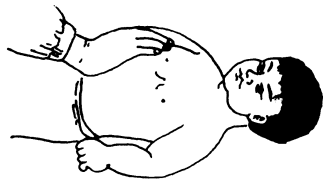


图 7-59 摩丹田

## 十一、肚角

### 【位置】

脐下 2 寸（石门）旁开 2 寸，大筋。



**【操作】**

有拿肚角与按肚角之分。患儿仰卧,术者用拇、食、中三指深拿3~5次,称拿肚角;术者用中指端按穴处3~5次,称按肚角(图7-60)。

**【作用】**

按、拿肚角:健脾和胃,理气消滞,为止腹痛的要法。可治疗各种原因所致腹痛,以寒痛、伤食痛为佳。因本法刺激强度较大,拿3~5次,不可多拿,拿后向内上做一推一拉一紧一松的轻微动作一次。拿肚角一般在诸手法完成后进行,以防小儿哭闹影响治疗。



图7-60 拿肚角

## 第四节 背腰骶部穴位

本节以经穴和线状穴为主,介绍肩井、大椎等11个穴位。

### 一、肩井

**【位置】**

肩井又名膊井,在肩上,督脉大椎穴(第七颈椎突亥高点)与肩峰连线之中点,肩部筋肉处,属足少阳胆经之经穴,系手足少阳、阳维之交会穴。

**【操作】**

有拿肩井、按肩井和揉肩井之分。拿肩井:患儿坐位,以双手拇指与食中两指相对着力,稍用力作一紧一松交替提拿该处筋肉3~5次,称拿肩井(图7-61);以拇指指端或中指指端着力,稍用力按压该处10~30次,称按肩井;以拇指罗纹面或中指累纹面着力,揉动10~30次,称揉肩井;以拇指爪甲着力掐该处3~5次,称为掐肩井。若一边揉肩井,一边屈伸其上肢,即为复式操作法中的总收法。

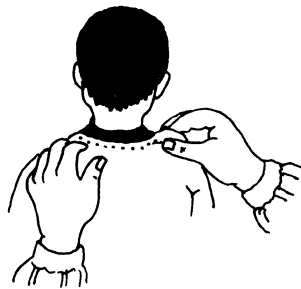


图7-61 拿肩井

**【作用】**

宣通气血,解表发汗,通窍行气。常用于治疗感冒、惊厥,上肢抬举不利,肩背痛,项强等病症。常与推攒竹、分推坎宫、运太阳、揉耳后高骨等相配合,多用于治疗外感发汗无汗,肩臂疼痛,颈项强直,肌性斜颈等病症。还可作为治疗的结束手法。

### 二、大椎

**【位置】**

又名百劳,在后正中线,当第七颈椎棘突与第一胸椎棘突这间凹陷处,属督脉之经穴,系手足三阳与督脉之交会穴。

**【操作】**

有按大椎、揉大椎、捏挤大椎、拧大椎、刮大椎之分。用拇指或中指指端按压大椎 30 ~ 50 次,称按大椎(图 7-62);用拇指、中指指端或罗纹面、或掌根着力,揉动大椎 30 ~ 50 次,称揉大椎;用双手拇指与食指对称着力,用力将大椎穴周围的皮肤捏起,进行挤捏,至局部皮肤出现紫红瘀斑为度,称捏挤大椎;用屈曲的食中两指蘸水,在大椎穴上提挤其肌肤,至局部皮肤出现紫红瘀斑为度,称拧大椎;用汤匙或钱币之光滑边缘蘸水或油,在大椎穴上下刮之,至局部皮肤出现紫红瘀斑为度,称刮大椎。

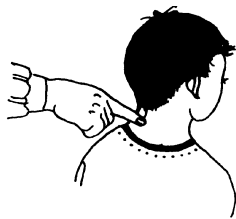


图 7-62 按大椎

**【作用】**

清热解表,通经活络。按揉大椎常用于治疗感冒发热,项强等病症。捏挤、提拧大椎对百日咳有一定的疗效。刮大椎用于中暑发热。

### 三、风门

**【位置】**

风门又名热府,在第二胸椎棘突下,督脉旁开 1.5 寸处,属足太阳膀胱经的经穴,系足太阳与督脉之交会穴。

**【操作】**

攻者用拇指端或罗纹面、或食中两指的指端与罗纹面着力,在一侧或两侧风门穴上作按法或揉法 20 ~ 50 次左右,称按风门、揉风门(图 7-63)。

**【作用】**

解表通络。多与清肺经、揉肺俞、推揉膈中等相配合,用于治疗外感风寒,咳嗽气喘等病症;与揉二马、揉肾顶、分手阴阳等相配合,用于治疗骨蒸潮热,盗汗等病症;与拿委中、拿承山、拿昆仑等相配合,用于治疗背腰肌肉疼痛等病症。

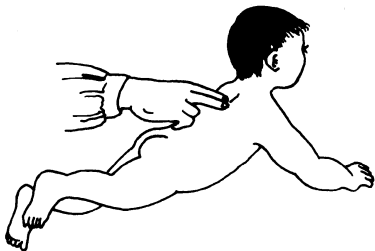


图 7-63 按风门、揉风门

### 四、肺俞

**【位置】**

肺俞别名肩中俞,肺念,在第三胸椎棘突下,督脉身柱穴旁开 1.5 寸处,属足太阳膀胱经的经穴,系肺之背俞穴。

**【操作】**

有揉肺俞、推肺俞(分推肩胛骨)之分。以两手拇指或一手之食、中两指的指端或罗纹面着力,同时在两侧肺俞穴上揉动 50 ~ 100 次左右,称揉肺俞;以两手拇指罗纹面着力,同时从两侧肩胛骨内上缘自上而下推动 100 ~ 300 次左右,称推肺俞或称分推肩胛骨。以食、中、无名指三指指面着力,擦肺俞部至局部发热,称擦肺俞。

**【作用】**

益气补肺,止咳化痰。揉肺俞、分推肩胛骨能调肺气,补虚损,止咳嗽,多与推攒竹,分

推坎宫、运太阳、揉耳后高骨等相配合,常用于治疗呼吸系统疾病,如外感发热、咳嗽、痰鸣等病症;如久咳不愈时可加推脾经以培土生金,或揉肺俞时可加少许盐粉,以增强效果。风寒咳嗽、寒喘用揉肺俞或擦肺俞;风热咳嗽、热喘用分推肺俞。

## 五、脾俞

### 【位置】

在第十一胸椎棘突下,督脉脊中穴旁开 1.5 寸处。属足太阳膀胱经的经穴,系脾之背俞穴。

### 【操作】

以拇指罗纹面着力,在一侧或两侧脾俞穴上揉动 50~100 次左右,称揉脾俞。

### 【作用】

健脾和胃,消食祛湿。常用于治疗呕吐、腹泻、疝积、食欲不振、黄疸、水肿、慢惊、四肢乏力等病症。常与推脾经、揉揉足三里等相配合,多用于治疗脾胃虚弱,乳食内伤,消化不良等病症。并能治疗脾虚所引起的气虚、血虚、津液不足等。

## 六、肾俞

### 【位置】

在第二腰椎棘突下,督脉命门穴旁开 1.5 寸处。属足太阳膀胱经的经穴,系肾之背俞穴。

### 【操作】

以拇指罗纹面着力,在肾俞穴上揉动 50~100 次左右,称揉肾俞(图 7-64)。

### 【作用】

滋阴壮阳,补益肾元。常用于治疗腹泻、便秘、哮喘、少腹痛,下肢痿软乏力等病症。多与揉二马、补脾经或推三关等相配合,以治疗肾虚腹泻,阴虚便秘;与揉肺俞、揉脾俞等相配合,以治疗肾虚腹泻,阴虚便秘;与揉肺俞、揉脾俞等相配合,以治疗肾虚气喘;与揉腰俞、拿委中,按揉足三里等相配合,以治疗下肢痿软乏力,慢性腰痛等病症。

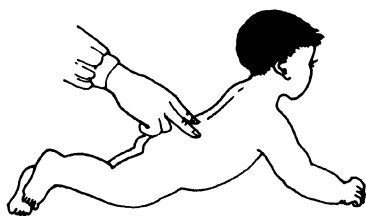


图 7-64 揉肾俞

## 七、腰俞

### 【位置】

腰俞又名腰眼,在第三、四腰椎棘突间旁开 3 寸~3.5 寸凹陷处。又说在第四腰椎棘突下旁开 3.5 寸~4 寸凹陷处。属经外奇穴。

### 【操作】

以双手拇指端或罗纹面着力,按揉两侧腰俞穴 15~30 次左右,称按腰俞或揉腰俞。

### 【作用】

通经活络。多用于治疗腰痛,下肢瘫痪,泄泻等病症。

## 八、中枢

### 【位置】

在第十胸椎棘突下,属督脉的穴位。

### 【操作】

有按中枢与揉中枢之分。以拇指端着力,按压中枢穴3~5次,称按中枢;用拇指或中指罗纹面着力,在中枢穴上揉动30次左右,称揉中枢。

### 【作用】

健脾和胃,舒筋活络。常用于治疗胃痛,腰痛,胆囊炎等病症。

## 九、七节骨

### 【位置】

在第四腰椎(督脉腰阳关穴)至尾椎骨端(督脉长强穴)成一直线。又说自第二腰椎(督脉命门穴)至尾椎骨端(长条强穴)成一直线。

### 【操作】

有推上七节骨与推下七节骨之分。以拇指罗纹面桡侧或食、中两指罗纹面着力,自下向上作直推法100~300次,称推上七节骨;若自上向下作直推法100~300次,称推下七节骨(图7-65)。

### 【作用】

温阳止泻,泻热通便。推上七节骨多用于治疗虚寒腹泻或久痢等病症,临床上与按揉百会、揉丹田等相配合,还可用于治疗气虚下陷、遗尿等病症。若属实热证,则不宜用本法,用后多令儿腹胀或出现其他变症。推下七节骨多用于治疗腰热便秘或痢疾等病症。若腹泻属虚寒者,不可用本法,以免滑脱。

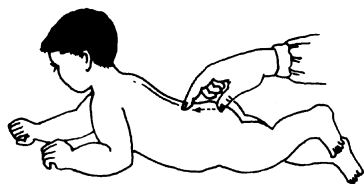


图7-65 推上七节骨

## 十、龟尾

### 【位置】

龟尾又名长强,在尾椎骨端,属督脉的经穴,在尾骨端与肛门连线之中点处,系督脉络穴。但小儿推拿习惯取尾骨端。

### 【操作】

有揉龟尾与掐龟尾之分。以拇指端或中指端着力,在龟尾穴上揉动100~300次左右,称揉龟尾(图7-66);用拇指爪甲掐3~5次,称掐龟尾。

### 【作用】

通调督脉,调理大肠。治疗泄泻、便秘、脱肛、遗尿等病症。龟尾穴性平和,既能止泻又能通便,多与揉脐、推七节骨等相配合,以治疗腹泻、便秘等症。

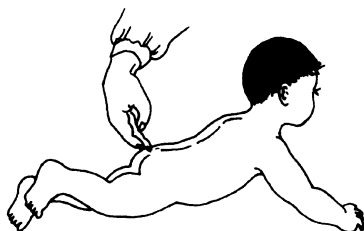


图7-66 揉龟尾

## 十一、脊柱

### 【位置】

在后正中线上,自第一胸椎(大椎穴)至尾椎端(龟尾穴)成一直线。穴呈线状,属督脉,系小儿推拿之特定穴。

### 【操作】

有推脊、捏脊、按脊之分7。以食中两指罗纹面着力,自上而下在脊柱穴上作直推法约100~300次左右,称推脊(图7-67);以拇指与食中两指呈对称着力,自龟尾开始,双手一紧一松交替向上挤捏推进至大椎穴处,反复操作3~7遍,称捏脊(图4-90,图4-91);以拇指罗纹面着力,自大椎穴向下依次按揉脊柱骨至龟尾穴3~5遍,称按脊。

### 【作用】

调阴阳、和脏腑、理气血、通经络。常用于治疗发热、惊风、夜啼、疳积、腹泻、腹痛、呕吐、便秘等病症。

脊柱穴属督脉循行路线,督脉贯脊属脑络肾,督率阳气,统率真元。临床上捏脊多与补脾经、补肾经、推三关、摩腹、按揉足三里等相配合,治疗先天和后天不足的一些慢性病症均有一定的效果。

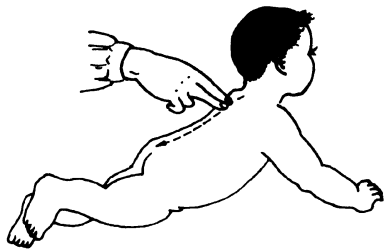


图7-67 推脊

捏脊法单用称捏脊疗法,不仅可用于治疗小儿腹泻、疳积等病症,还可用于治疗成人的失眠、肠胃病,月经不调等病症。捏脊法操作时亦旁及足太阳膀胱经脉,临床应用时可根据不同病情,重提或按揉相应的背部俞穴,能加强疗效。因此,捏脊法具有强健身体的功能,是小儿保健推拿常用的主要手法之一。推脊柱自上而下,有清热的作用,多与清天河水、退六腑、推涌泉等相配合,用于治疗发热、惊风等病症。按脊法多与揉肾俞、按揉腰俞、拿委中、拿承山等相配合,用于治疗腰背强痛,角弓反张,下焦阳气虚弱等病症。

## 第五节 下肢部穴位

本节以经穴为主,介绍箕门、百虫等16个穴位。

### 一、箕门

#### 【位置】

箕门又名足膀胱,在大腿内侧,膝盖上缘至腹股沟成一直线。足膀胱属小儿推拿的特定穴,穴呈线状;足太阴脾经的箕门穴为点状,位置在血海穴上6寸,当缝匠肌的内侧缘处。有左为膀胱,右为命门之说。

#### 【操作】

有推足膀胱与拿足膀胱之分。以食中两指罗纹面着力,自膝盖内侧上缘向上直推至腹股沟处100~300次左右,称推足膀胱或称推箕门(图7-68);以拇指与食中两指相对着力,提拿该处肌筋3~5次,称拿足膀胱或称拿箕门(图7-69)。



图 7-68 推箕门



图 7-69 拿箕门

**【作用】**

利尿、清热。常用于治疗癃闭,小便赤涩不利,尿闭,水泻及该处痿软无力等病症。推箕门性平和,有较好的利尿作用,多与揉丹田、按揉三阴交等相配合,用于治疗尿潴留等病症;与清小肠等相配合,用于治疗心经有热的小便赤涩不利等病症;治疗尿闭则自上往下推或拿;治疗水泻无尿,则自下向上推,有利小便,实大便的作用;治疗股内痛或该处痿痿无力,则轻拿足膀胱穴处的肌筋。

**二、百 虫****【位置】**

百虫又名血海,在膝上内侧肌肉丰厚处,当髌骨内上缘 2.5 寸处。属足太阴脾经的经穴。

**【操作】**

有按揉百虫与拿百虫之分。以拇指指端或罗纹面的前三分之一处着力,稍用力按揉百虫 10~30 次左右,称按揉百虫(图 7-70);用拇指与食中两指指端着力,提拿百虫 3~5 次,称拿百虫。

**【作用】**

通经活络,平肝熄风。常用于治疗四肢抽搐,下肢痿痹不用。多与拿委中、按揉足三里等相配合,以治疗下肢瘫痪、痹痛等病症;若用于惊风抽搐,则手法刺激宜重。

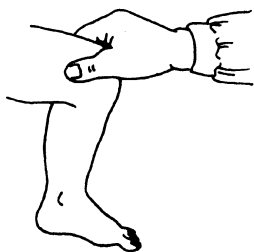


图 7-70 按揉百虫

**三、膝 眼**

膝眼又名鬼眼,在髌骨下缘,髌韧带内外侧凹陷中。外侧凹陷称外膝眼,又称犊鼻,属足阳明胃经;内侧凹陷称内膝眼,又名膝目,属经外奇穴。

**【操作】**

有按膝眼、揉膝眼与掐膝眼之分。以拇指端着力,或用拇食两指端同时着力,稍用力按压一侧或内外两侧膝眼穴 10~20 次左右,称按膝眼(图 7-71);以一手或两手拇指罗纹面着力,揉动一侧或两侧膝眼穴 50~100 次,称揉膝眼;若用拇指爪甲掐一侧或两侧膝眼穴 3~5 次,称掐膝眼。

**【作用】**

通经活络,熄风止搐。常用于治疗下肢痿软无力,惊风抽搐,膝痛等病症。临床上按、掐膝眼多用于治疗惊风抽搐;揉膝眼配合拿委中多用于治疗下肢痿软无力,并能治疗膝关节软组织扭挫伤及膝部证。

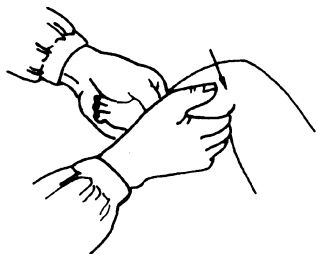


图 7-71 按膝眼

**【位置】**

足三里又名三里,在外膝眼下 3 寸,距胫骨前嵴约一横指处,当胫骨前肌上。属足阳明胃经,系本经合穴。

**【操作】**

以拇指端或罗纹面着力,稍用力按揉 20~100 次左右,称按揉足三里(图 7-72)。

**【作用】**

健脾和胃,调中理气,导滞通络,强壮身体,常用于治疗腹胀、腹痛、呕吐、泄泻等消化系统疾病及下肢痿软乏力等病症。多与推天柱骨、分推腹阳阳相等配合,以治疗呕吐;与推上七节骨、补大肠等相配合,以治疗脾虚泄泻;常与捏脊、摩腹等相配合,以作小儿保健。

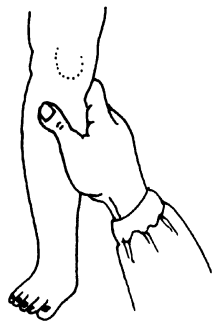


图 7-72 按揉足三里

**五、前承山****【位置】**

又名条口,在前腿胫骨旁,与后承山相对处,约当膝下 8 寸,上巨虚穴下 2 寸。在足阳明胃经的循行线上,系小儿推拿的特定穴位。

**【操作】**

有掐前承山与揉前承山之分。以拇指爪甲掐该穴 3~5 次,称掐前承山;用拇指罗纹面揉该穴 30 次左右,称揉前承山。

**【作用】**

熄风定惊,行气通络。常用于治疗惊风,下肢抽搐,下肢痿软无力等病症。但掐、揉本穴主要治疗惊风抽搐。多与拿委中、按百虫、掐解溪等相配合,以治疗角弓反张,下肢抽搐;揉前承山能通经络,行气血,纠正畸形,与揉解溪等相配合,用于治疗下肢痿软无力,肌肉萎缩,足下垂等病症。

**六、三阴交****【位置】**

三阴交穴在内踝高点直上 3 寸,当胫骨内侧面后缘处,属足太阴脾经的经穴,系足三阴经之交会穴。

**【操作】**

有按三阴交和推三阴交之分。以拇指或食指、中指的罗纹面着力,稍用力按揉 20~

50 次左右,称按揉三阴交(图 7-73);用拇指罗纹面着力,作自上而下或自下而上的直推法约 100~200 次左右,称推三阴交(图 7-74)。

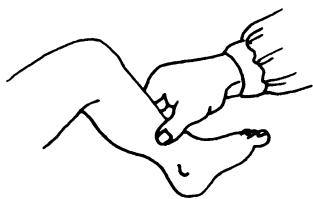


图 7-73 按揉三阴交

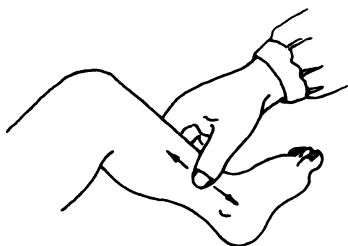


图 7-74 推三阴交

### 【作用】

通血脉,活经络,疏下焦,利湿热,通调水道,亦能健脾胃,助运化。主要用于治疗泌尿系统疾病,多与揉丹田、推箕门等相配合,以治疗遗尿、癃闭等病症;亦常用于治疗下肢痹痛、瘫痪、惊风、消化不良等病症。

## 七、解溪

### 【位置】

又名解谷。在踝关节前横纹中点,当趾长伸肌腱与拇长伸肌腱两筋之间的凹陷中。属足阳明胃经的经穴,系本经五输穴之经穴。

### 【操作】

有掐解溪与揉解溪之分。以拇指爪甲掐解溪 3~5 次,称掐解溪(图 7-75);用拇指指端或罗纹面着力,揉动 50~100 次左右,称揉解溪。

### 【作用】

解痉,止吐泻,常用于治疗惊风,吐泻,踝关节屈伸不利,足下垂等病症。

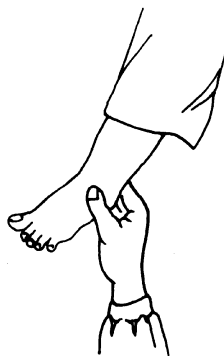


图 7-75 掐解溪

## 八、大敦

### 【位置】

名水泉,在足大趾外侧,距趾甲根角 0.1 寸处,属足厥阴肝经的起始经穴,系本经井穴。

### 【操作】

以拇指爪甲着力,掐大敦穴 5~10 次左右,称掐大敦(图 7-76)。

### 【作用】

解痉熄风。常与掐十宣、掐老龙等相配合,以治疗惊风,四肢抽搐等病症。



图 7-76 掐大敦



## 九、丰隆

### 【位置】

丰隆在外踝尖上 8 寸(当外膝眼与外踝尖连线之中点),胫骨前缘外侧(距胫骨前嵴约二横指,即 1.5 寸),胫腓骨之间。属足阳明胃经之经穴,系本经络穴。

### 【操作】

以拇指或中指端着力,稍用力在丰隆穴上揉动 50 ~ 100 次左右,称揉丰隆。

### 【作用】

和胃气,化痰湿。临床上多与揉膻中、运内八卦等相配合,用以治疗痰涎壅盛,咳嗽气喘等病症。

## 十、内庭

### 【位置】

内庭在第二跖趾关节前方,当第 2 ~ 3 趾缝间的纹头处。属足阳明胃经的经穴,系本经荥穴。

### 【操作】

以拇指爪甲着力,稍用力在内庭穴上掐 3 ~ 5 次,称掐内庭。

### 【作用】

开窍、止搐。主要用于治疗惊风。

## 十一、太冲

### 【位置】

太冲在足背第 1 ~ 2 跖骨结合部之前方凹陷处(趾缝间上 1.5 寸),当拇长伸肌腱外缘处。属足厥阴肝经的经穴,系本经输穴,肝之原穴。

### 【操作】

以拇指爪甲着力,稍用力在太冲穴上掐 3 ~ 5 次,称掐太冲。

### 【作用】

平肝熄风。主要用于治疗惊风。

## 十二、委中

### 【位置】

在腘窝正中央,横纹中点,股二头肌腱与半腱肌腱的中间。属足太阳膀胱经的经穴,系本经合穴。

### 【操作】

以食中指的指端着力,稍用力在委中穴扣拔该处的筋腱约 3 ~ 5 次,称拿委中(图 7-77)。

### 【作用】

疏通经络,熄风止痉。拿委中多用于治疗惊风抽搐;

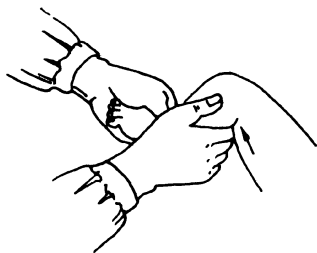


图 7-77 拿委中

若与揉膝眼、揉阳陵泉等相配合,以治疗下肢痿软无力;若用挤捏法或扯法至局部出现痧痕瘀斑,则多用于治疗中暑痧症等。

### 十三、后承山

#### 【位置】

又名承山,在委中穴直下八寸,即委中穴与平昆仑穴处跟腱连线之中点,当腓肠肌交界之尖端,人字形凹陷处,属足太阳膀胱经的经穴。

#### 【操作】

以食、中指指端着力,稍用力在后承山穴按拨该处的筋腱约3~5次左右,称拿承山。

#### 【作用】

通经活络,止痉熄风。拿后承山常与拿委中等相配合,有止抽搐,通经络之作用,以治疗惊风抽搐,下肢痿软,腿痛转筋等病症。

### 十四、仆参

#### 【位置】

在昆仑穴下,外踝后下方,跟骨外侧下赤白肉际凹陷中。属足太阴膀胱经的经穴,系足太阳与阳跷脉的交会穴。

#### 【操作】

有拿仆参和掐仆参之分。以拇指与食中两指相对着力,稍用力在仆参穴上拿捏3~5次,称拿仆参;以拇指爪甲着力,稍用力在仆参穴上掐压3~5次,称掐仆参(图7-78)。

#### 【作用】

益肾健骨,舒筋活络,安神定志。主要用于治疗腰痛、足跟痛、晕厥、惊风、足痿不收等病症。拿仆参有益肾、舒筋之功,常与拿委中等相配合,以治疗腰痛;与按揉或拿后承山等相配合,以治疗霍乱转筋,足痿不收;掐仆参用于晕厥、惊风。



图7-78 掐仆参

### 十五、昆仑

#### 【位置】

又名上昆仑。在跟腱与外踝尖中点之凹陷处。属足太阳膀胱经的经穴,系本经五输穴之经穴。

#### 【操作】

以拇指爪甲着力,稍用力在昆仑穴上掐3~5次,称掐昆仑。

#### 【作用】

解肌通络,强腰补肾。掐昆仑主要治疗头痛、惊风,多与拿委中、拿承山等相配合,用以治疗腰痛,下肢痉挛、跟腱挛缩等病症;与拿仆参相配合,用以治疗足跟痛,足内翻等病症。

## 十六、涌泉

### 【位置】

在足掌心前三分之一与后三分之二交界处的凹陷中。属足少阴肾经的起始经穴,系本经井穴。

### 【操作】

有推涌泉、揉涌泉和掐涌泉之分。以拇指罗纹面着力,向足趾方向作直推法或旋推法 100~400 次左右,称推涌泉;以拇指罗纹面着力,稍用力在涌泉穴上揉 30~50 次左右,称揉涌泉(图 7-79);以拇指爪甲着力,稍用力在涌泉穴上掐 3~5 次左右,称掐涌泉。

### 【作用】

滋阴、退热。推涌泉能引火归元,退虚热,多与揉上马、运内劳宫等相配合,以治疗五心烦热,烦躁不安,夜啼等病症;与退六腑,清天河水等相配合,可用于退实热。揉涌泉能治吐泻,左揉止吐,右揉止泻;掐涌泉能治惊风。

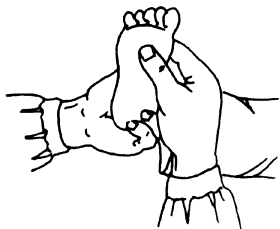


图 7-79 揉涌泉

## 中篇 推拿治疗

### 第八章 骨伤科病症

#### 第一节 颈椎病

颈椎病又称颈椎综合症,是由于颈椎间盘退行性改变,颈椎骨质增生以及颈椎部损伤等原因引起脊柱内外平衡失调,刺激或压迫颈椎神经根、椎动脉、脊髓或交感神经而引起的一组综合症。本病是中老年人的常见病、多发病。属中医学“项筋急”、“项肩痛”、“眩晕”等范畴。

##### 【解剖生理】

颈椎共有七个,椎间盘六个,椎管和椎间孔由椎体和椎弓组成。除第一、第二颈椎外,第三至第七颈椎都有基本相同的结构(图 8-1)。

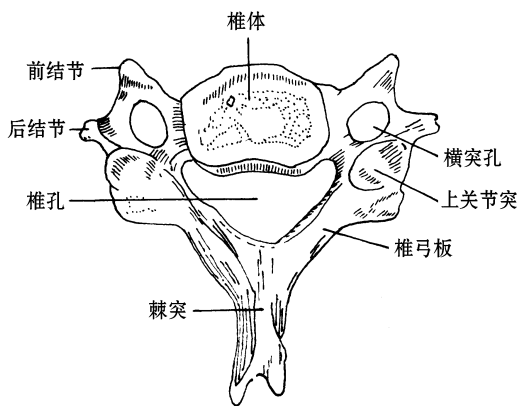


图 8-1 颈椎(上面)

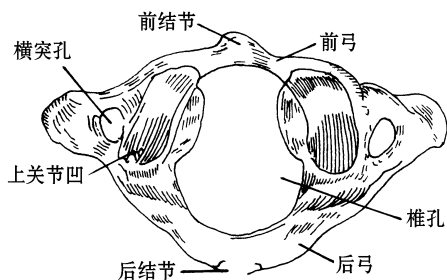


图 8-2 寰椎(上面)

(一)寰椎:即第一颈椎,上连枕部,组成寰枕关节。寰椎无椎体,也无棘突,适宜头部做环转运动。寰椎由前后弓和两个侧块组成,前弓较短,与枢椎的齿状突构成寰齿关节。后弓较长,有向后上方的结节,是项韧带和头后小直肌的附着处,侧块上方与枕骨构成枕寰关节,侧块下方与枢椎构成寰枢关节(图 8-2,8-3)。

(二)枢椎:即第二颈椎,在椎体上方有一齿状突起,称为齿突,与寰椎构成寰齿关节。头做旋转运动时,齿突为枢轴,故又称枢椎。第二颈椎棘突长而粗大,横突较小,下垂不交叉,便于头向左右运动(图 8-4)。

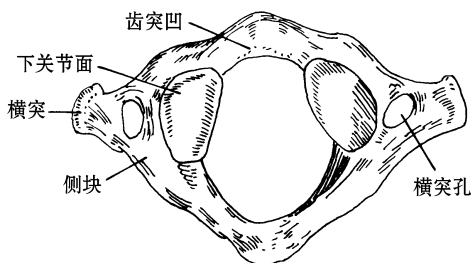


图 8-3 寰椎(下面)

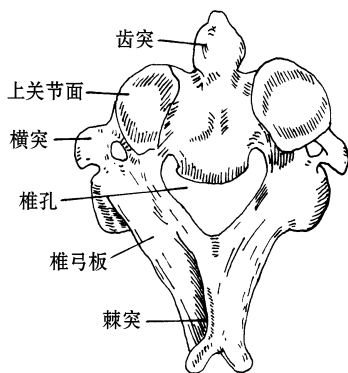


图 8-4 枢椎(上面)

(三)第三至第七颈椎:基本结构大致相同,每节椎骨均包括椎体、椎弓及突起等。前面椎体的连接,主要是钩椎关节,后缘是关节突关节。第三至第七颈椎椎体上缘成左右方向的凹陷,在椎体两侧后方有向上的嵴状突起,称为钩突,左右两侧的钩突呈臼状包绕上方的椎间盘,并与上上椎体形成滑膜性关节,即钩椎关节。此关节从左右增强了颈椎的稳定性,防止椎间盘向侧方脱出,当椎间盘退化变薄时,上下椎体缘往往发生碰撞而磨损,因而极易产生骨质增生,导致椎间孔缩小。

(四)颈椎的椎弓根较短而细,因此椎骨的上、下切迹较为狭窄,两者深浅也近似。相邻椎骨的上、下切迹组合形成椎间孔,颈椎的椎间孔为斜位的骨性管,呈卵圆形,其纵径大于横径。由于椎间孔的前后径小,若后关节突和椎体向前、后移位或骨赘形成,则可使前后径进一步缩小,临床上易出现神经根和椎动脉受挤压。

(五)关节突间关节:位置接近水平,因此稳定性较差,脊神经根位于此关节的前方,一旦椎间盘发生萎缩性退变,椎间隙变窄,关节突间关节囊松弛,就容易发生椎体滑脱,从而使椎间孔变窄而产生神经根刺激症状。

(六)颈椎横突:由椎弓和椎体相连合成,其根部有一圆孔,称为横突孔或椎动脉孔。椎动脉从颈总动脉的后上方上升,进入第6颈椎的横突孔,向上于寰椎横突孔上方穿出。

### 【病因病机】

颈椎病是一种颈椎退行性疾病,颈椎间盘及颈椎附件退变是本病的内因,各种急、慢性颈部外伤和受寒是导致本病的外因。

(一)内因:在一般情况下颈椎椎间盘从30岁以后开始退变,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,后关节囊松弛,关节腔变小,关节面易发生磨损而导致增生。由于以上因素使颈段的脊柱稳定性下降,椎体失稳,故椎体前后形成代偿性骨质增生。总之,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:颈椎的急性外伤或慢性劳损是引起颈椎病的外因。由于跌、扭、闪或长期低头伏案工作均可使颈椎间盘、后关节、钩椎关节、颈椎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,促使颈椎椎体及附件发生代偿性骨质增生。若增生物刺激或压迫邻近神经、血管和软组织就会出现各种症状。此外,颈项部受寒,肌肉痉挛,使局部缺血缺氧,也可引起临床症状或诱发各型颈椎病。

### 【临床表现】

#### (一)神经根型颈椎病

1. 肩背或颈枕部呈阵发性或持续性的隐痛或剧痛。
2. 受刺激或压迫的颈脊神经其走行方向有烧灼样或刀割样疼痛,伴针刺样或过电样麻感。
3. 当颈部活动、腹压增高时,上述症状会加重。
4. 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。
5. 患侧上肢发沉、无力,握力减弱或持物坠落。

#### (二)脊髓型颈椎病

1. 四肢麻木、酸胀、烧灼感、僵硬无力。
2. 头痛、头昏、大小便改变(如排尿、排便障碍,排便无力或便秘等)。
3. 重者活动不便、走路不稳,甚至出现瘫痪。

#### (三)椎动脉型颈椎病

1. 每当头部取过伸位或转向某一方位时,即出现位置性眩晕、恶心等,体位改变后清醒。
2. 猝然摔倒,而此时神志大多清楚。

#### (四)交感神经型颈椎病

1. 头痛或偏头痛,头沉或头晕,枕部痛。
2. 心跳加快或缓慢,或有胸前区疼痛。
3. 肢体发凉、局部皮温降低,肢体遇冷时刺痒感,继而出现红肿、疼痛加重,也有指端发红、发热、疼痛或痛觉过敏。
4. 伴有耳鸣、耳聋等。

### 【检查】

#### (一)神经根型颈椎病

1. 压痛:在病变节段间隙、棘突旁及其神经分布区可出现压痛。
2. 生理前凸减少或消失,脊柱侧凸。
3. 颈部肌肉张力增高,棘突旁有条索状或结节状反应物。
4. 椎间孔挤压、叩顶试验阳性。
5. 臂丛神经牵拉试验阳性。
6. X线片示椎间隙变窄,斜位片见椎间孔有骨刺突出并狭小等。

#### (二)脊髓型颈椎病

1. 肢体张力增高,肌力减弱。
2. 肱二、三头肌肌腱及膝、跟腱反射亢进,同时还可出现髌阵挛和踝阵挛。
3. 腹壁反射和提睾反射减弱。
4. 霍夫曼氏征和巴彬斯基征阳性。

5. X线片示椎体后缘骨质增生,脊髓造影可见异常。

6. CT或MRI检查示颈椎段硬脊膜受压变形。

### (三)椎动脉型颈椎病

1. 病变节段横突部压痛。

2. 颈椎旋转到一定的方位即出现眩晕,改变位置时,症状多可消失。

3. X线片示钩椎关节侧方或后关节部骨质增生,斜位片可见椎间孔变小。

4. 椎动脉造影可见椎动脉扭曲、狭窄或中断状。

5. TCD(经颅彩色多普勒超声)检查示椎—基底动脉供血不足。

### (四)交感神经型颈椎病

1. 颈5椎旁压痛。

2. X线片示椎体和钩椎关节骨质增生。

3. 根据临床体征排除其他疾患。

### 【诊断】

根据患者的病史、症状体征及相关检查,可明确诊断。

### 【鉴别诊断】

#### (一)神经根型颈椎病

1. 颈部风湿病:有颈肩 upper 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,服用抗风湿类药物症状可好转。

2. 落枕:起病突然,颈项强痛,无手指发麻症状,以往无颈肩症状。

3. 前斜角肌综合征:颈项部疼痛,前斜角肌痉挛发硬,患肢有放射痛和麻木触电感;肩部下垂时症状加重,肩上举时症状可缓解,艾迪森氏试验阳性。

#### (二)脊髓型颈椎病

1. 颈脊髓肿瘤:颈、肩、枕、臂手指疼痛或麻木,同侧上肢为下运动神经元损害,下肢为上运动神经元损害。症状逐渐发展到对侧下肢,最后到达对侧上肢。压迫平面以下显示椎间孔增大、椎体或椎弓破坏。造影片示梗阻部造影剂是“倒杯状”。

2. 脊髓粘连性蛛网膜炎:可有脊神经感觉根和运动根的神症症状,亦可有脊髓的传导束症状。腰椎穿刺,脑脊液呈有不全或完全梗阻现象。脊髓造影,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岁的年轻人,痛觉与其他深浅感觉分离,尤以温度觉的减退或消失较为突出。

#### (三)椎动脉型颈椎病

1. 梅尼埃氏病:平时可无症状,常因劳累、睡眠不足、情绪波动而发作,多为女性。其症状有发作性眩晕、头痛、恶心、呕吐、耳鸣、耳聋、眼球震颤等症。

2. 位置性低血压:病人突然改变体位时,尤其从卧位改为立位时,突然头晕,而颈部缓慢活动都无任何表现。

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,伴胸闷气短、出冷汗,心电图有异常

表现。含服硝酸甘油片有效。

2. 神经官能症或植物神经紊乱症：X 线片示颈椎无改变，神经根、脊髓无受累现象。使用调节植物神经类药物有效。对此病人需长期观察，以防误诊。

### 【治疗】

(一) 治疗原则：舒筋活血、解痉止痛、整复错位。

(二) 取穴与部位：风池、缺盆、肩井、天宗、曲池、小海、合谷等穴，颈肩背及患肢。

(三) 主要手法：揉、拿捏、点揉、拔伸、屈伸旋转、搓、牵抖、拍打法等。

(四) 操作方法

1. 准备手法：患者取坐位，医者站其后。先用揉法放松患者颈、肩背部的肌肉 3 分钟左右；接着，用拇指与食中三指拿捏颈项两旁的软组织由上而下操作 10 遍。

2. 治疗手法：接着，用拇指指腹点揉风池穴 1 分钟，以酸胀感向头顶放散为佳，再点揉太阳、百会、风府、天宗、曲池、合谷等穴，约 3 分钟，以局部酸胀为度；弹拨缺盆、极泉、小海等穴，以手指有触电样感为宜；医者两前臂尺侧放于患者两肩部并向下用力，双手拇指顶按在风池穴上方，其余四指及手掌托住下颌部，嘱患者身体下沉，术者双手向上用力，前臂与手同时向相反方向用力，把颈牵开，持续 20 秒；接上势，边牵引边使头颈部前屈、后伸及左右旋转，其动度由小逐渐加大，当达到最大限度结束，反复 5 次。

3. 结束手法：最后，拍打肩背部和上肢，约 2 分钟；揉搓患肢肌肉，往返 4 次；牵抖上肢 20 次。

以上手法治疗用于颈椎病的神根型、椎动脉型、交感性等三型，对早期脊髓型颈椎病应慎用。

### 【其他疗法】

头颈牵引、小针刀、针灸、理疗、封闭、中药和手术治疗等。

### 【注意事项】

(一) 在使用被动运动手法治疗时，动作应缓慢，切忌暴力、蛮力和动作过大，以免发生意外。

(二) 低头位工作不宜太久，需坚持做颈保健操。

(三) 注意颈肩部保暖，预防感冒。

(四) 睡眠时枕头高低和软硬要适宜。

(五) 神经根型颈椎病炎性反应重者，可配合静脉滴注消炎脱水药物治疗。

(六) 对脊髓型颈椎病，推拿治疗效果不佳，或有进行性加重趋势，应考虑外科手术治疗。

### 【按语】

颈椎病是由颈椎退行性病变引起，除脊髓型外，其他各型预后都较好。脊髓型颈椎病若出现痉挛性瘫痪和排便障碍时，以及骨质增生严重使椎间孔狭小神经根受压不能缓解者，应采用手术治疗为好。

## 第二节 落 枕

落枕是在睡眠后出现以急性颈项部肌肉痉挛、强直、酸胀、疼痛以致活动受限为主要



症状的病症,因而命名落枕、失枕。是颈部软组织常见的损伤之一,多见于青壮年。轻者2~3天可自愈,重者疼痛严重并向头部及上肢部放射,迁延数周不愈。此病推拿疗效确切、迅速。成年人若经常出现落枕,常系颈椎病的前驱症状。

### 【解剖生理】

颈部的肌群有颈阔肌、胸锁乳突肌、斜方肌、头夹肌、半棘肌、肩胛提肌、斜角肌等。这些肌群主管头和颈肩部各种活动。如受到外力牵拉或劳损,致使颈部肌肉群张力平衡失调,便可产生颈部肌筋损伤性痉挛和疼痛。颈部的筋膜位于浅筋膜及颈阔肌的深面,各处厚薄不一,围绕颈项部的肌肉、器官,并在血管和神经周围形成纤维鞘,以维护其完整性而起保护作用。若受外力牵拉过久,受到损伤,颈项部的相应部位便可出现疼痛不舒的感觉。

### 【病因病机】

落枕多因睡眠时枕头高低或软硬不宜,以及躺卧姿势不良等因素,致使颈部一侧肌群在较长时间内处于过度伸展牵拉位,在过度紧张状态下而发生的静力性损伤,使伤处肌筋僵硬不舒,动作活动受限;临床中也有少数患者因颈部突然扭转或肩扛重物,致使颈部软组织损伤,小关节错缝而致病者。

中医认为,本病的发生多由素体亏虚,气血不足,循行不畅,舒缩活动失调,或夜寐肩部外露,颈肩复受风寒侵袭,致使气血凝滞,肌筋不舒,经络痹阻,不通则痛,故而拘急疼痛,活动失灵。

### 【临床表现】

- (一)颈项僵硬,相对固定在某一体位,甚至用手扶持颈项部,以减少颈部活动刺激。
- (二)患者多在睡眠后出现颈项部疼痛,动则痛甚,可牵扯到肩背部。
- (三)颈部某一方向活动明显受限,如左右旋转、左右侧弯、前屈与后伸等活动。

### 【检查】

(一)颈活动受限:颈部呈僵硬态或歪斜,活动受限往往限于某个方位上,强行被动活动,则加重疼痛。

(二)肌痉挛伴压痛:临床中主要是胸锁乳突肌、斜方肌及肩胛提肌发生痉挛。胸锁乳突肌痉挛者,在胸锁乳突肌处有压痛明显的结节或条索状物;斜方肌痉挛者,在锁骨外1/3处或肩井穴处或肩胛骨内侧缘有压痛明显的结节或条索状物;肩胛提肌痉挛者,在上四个颈椎横突上和肩胛骨内上角处有明显压痛的结节或条索状物。

(三)颈椎X线检查,多无特殊,偶可见颈椎呈“双突征”。

### 【诊断】

依据患者的病史、症状体征及相关检查而确诊。

### 【鉴别诊断】

(一)寰枢关节半脱位:临床表现为颈项疼痛、僵直,颈椎旋转活动严重受限。往往有外伤史,可摄颈椎张口位片证实。

(二)颈椎病:反复落枕,起病缓慢,病程长。因颈椎退变和劳损受凉而引起,常伴有椎间隙狭窄,骨质增生。可摄颈椎X线片证实。

(三)颈椎结核:有结核病史和全身体征,如低热、消瘦、盗汗等,多发于儿童及青壮年,

可摄颈椎正侧位片证实。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋活血,温经通络,理筋整复。

(二)取穴与部位:风池、风府、肩井、天宗、肩外俞、阿是穴等。

(三)主要手法:揉、点揉、拿捻、推、牵引法、旋转法、擦法等。

(四)操作方法:

1.准备手法:患者取坐位,医者站其后,用轻柔的揉法在患侧颈项及肩部施术约2~3分钟。

2.治疗手法:接着,拿颈椎棘突旁的软组织,以患侧为重点部位,往返5次;再点揉风池、风府、肩井、天宗、肩外俞等穴,约3分钟,以酸胀为度;用拇指拿捏紧张的肌肉的压痛点或结节状物10次,使之逐渐放松;掌根推患侧斜方肌,反复5遍;用小鱼际缓慢地推患侧桥弓穴(胸锁乳突肌),反复5遍。嘱患者自然放松颈项部肌肉,术者一手持续托起下颌,另一手扶持后枕部,使颈略前屈,下颌内收。双手同时用力向上提拉,维持牵引力量20秒,并缓慢左右旋转患者头部8~10次。继上,在颈部微前屈的状态下,迅速向患侧加大旋转幅度,左右扳动各1次。

3.结束手法:最后,以小鱼际擦患部,以透热为度。

### 【其他疗法】

痛点封闭、针灸、理疗、小针刀疗法等。

### 【注意事项】

(一)推拿治疗本病过程中,手法宜轻柔,忌用强刺激手法,旋转颈椎时注意力度和幅度,不可强求关节弹响,防止发生意外。

(二)经常发生落枕的患者,睡卧时垫枕高低要适当,并注意颈项部的保暖。

(三)加强体育锻炼,尤其做颈保健操。

(四)必要时采用综合疗法,可用痛点封闭治疗,或冰块按摩患部。

### 【按语】

落枕是一个常见症状,往往因睡眠时头部姿势不良,加之受寒而发病。推拿治疗本病,大多数疗效迅速确切。但临床不少患者,局部热敷不见减轻,反见加重,多用封闭收效。

## 第三节 前斜角肌综合征

前斜角肌综合征是指经过第一肋骨上缘部或颈椎横突前缘的锁骨上窝部臂丛神经和锁骨下动脉的血管神经束,受前斜角肌压迫而产生的一系神经血管压迫症状。本病多因外伤、劳损、先天颈肋、高位肋骨等刺激前斜角肌,使斜角肌痉挛、肥大、变性而引起。本病好发于年轻妇女。

### 【解剖生理】

前斜角肌起自颈椎第3~6节的横突前结节,其肌纤维斜向前下方,止于第一肋骨的内上缘和斜角肌结节上(图8-5)。斜角肌有抬高第一肋骨的作用,受臂丛发出颈5~8

神经根所支配,斜角肌的抵止部附近比较坚韧而缺少弹性,故该肌异常时,易压迫此处的周围组织。前斜角肌抵止部的后侧与第一肋骨形成锐角,锁骨下动脉从该角处通过,而锁骨下静脉则从前斜角肌抵止部的前侧经过,神经根自椎间孔发出后,沿颈椎横突前侧的浅沟呈斜位向下走行于每个椎体的前侧,至前斜角肌抵止部的后侧,即从前、中斜角肌间隙中穿出,紧贴于锁骨下动脉的后侧,呈水平位或稍向上方绕过出第一肋骨。

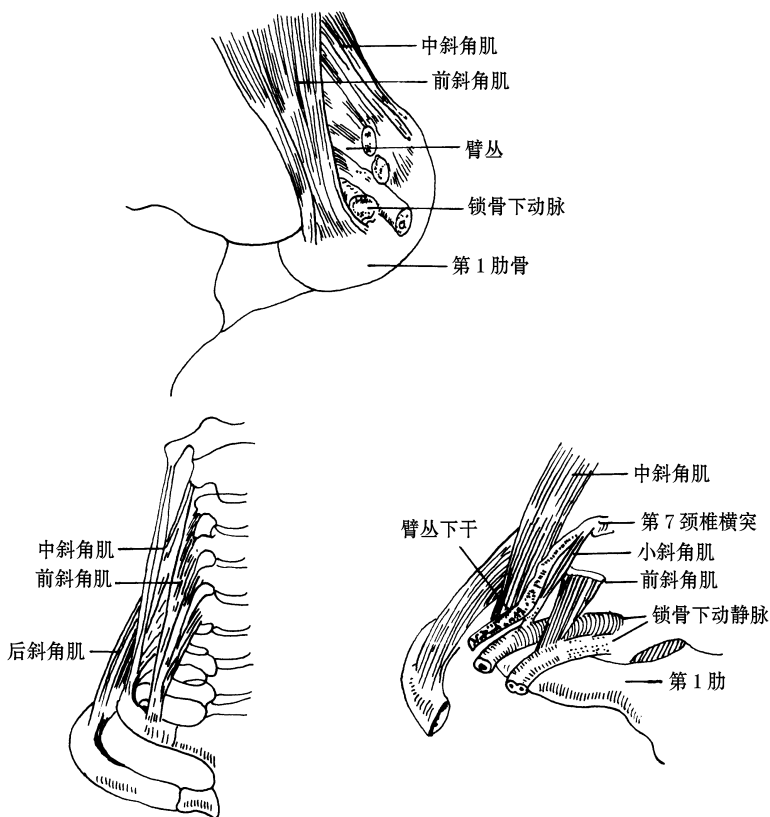


图 8—5 斜角肌间隙

### 【病因病机】

当颈部处于后伸侧屈位时,头部突然向对侧和侧屈方向旋转,使两侧前斜角肌的上部和下部受到牵拉扭转而损伤痉挛,或斜角肌发生肥厚和纤维化时,可牵拉第一肋骨抬高而间接压迫臂丛和锁骨下动脉,引起神经血管压迫症状,而肩下垂、高位胸骨、高位第一肋骨或臂丛位置偏后等先天畸形患者,其第一肋骨可长期慢性刺激臂丛神经而引起前斜角肌痉挛、肌肉肥大。此肌痉挛又进一步抬高第一肋骨而加重对臂丛神经的刺激,形成神经血管束压迫症状的恶性循环。

另外,前、中斜角肌的肌腹,由于解剖的变异而相互合并,神经血管束经过肌腹,或穿过前、中斜角肌某一肌腹,在这两种异常的情况下,神经血管束可受痉挛的斜角肌的束缚,也可造成神经血管的压迫症状。

### 【临床表现】

颈部前斜角肌局部疼痛,锁骨上窝稍显胀满,可摸到紧张肥大而坚韧的肌腹,患肢有放射性疼痛和麻木触电感,以肩、上臂内侧、前臂和手部的尺侧及小指、无名指为明显,有的患处有麻木、蚁行、刺痒感等,高举患肢以减轻上肢下垂时重力的影响,其症状可减轻并感觉舒适,如用力牵拉患肢则症状感觉明显加重,因此患者多以健手托住患肢,借以减轻下垂的重量,从而使疼痛减轻。少数病人偶有交感神经刺激症状,如瞳孔扩大,面部出汗,患肢皮温下降等,甚至出现霍纳氏征。前斜角肌综合征的早期由于血管痉挛,致使动脉供血不足而造成患肢温度降低,晚期出现血管阻塞症状,如患肢发凉,肤色苍白,甚至手指发生溃疡而坏死。神经长期受压,患肢小鱼际肌肉萎缩,握力减弱,持物困难,手部肿胀及有笨拙感。

### 【检查】

(一)在颈前锁骨上窝处可摸到紧张、肥大而硬韧的前斜角肌肌腹,局部有明显压痛,并向患侧上肢放射。

(二)局部及患肢的疼痛症状,即高举患肢症状减轻,向下牵拉患肢症状明显加重。

(三)神经牵拉试验及艾迪森氏试验阳性。

(四)摄颈、胸段正侧位片,可见颈肋或颈7横突过长。

### 【诊断】

依据症状、体征及影像学检查,可诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)肋锁综合征:在锁骨上窝摸不到痉挛的斜角肌。

(二)喙突胸小肌综合征:臂丛神经牵拉试验阴性。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋活络,解痉止痛。

(二)取穴与部位:肩井、缺盆、大椎、肩中俞、肩外俞、曲池、小海、合谷等穴,颈肩及上肢部。

(三)主要手法:按揉、提拿、点揉、牵引、揉拨、牵抖、擦法等。

(四)操作方法:

1. 准备手法:患者坐位,医者站其后,双手多指自内向外提拿两肩,以斜方肌为重点,反复10次。

2. 治疗手法:患者正坐位,头向对侧倾斜,医者站其患侧,先用拇指按揉法在患侧斜角肌自上而下施术10遍,以患者能忍受为度;接着,用拇指揉拨斜角肌下部及锁骨窝,以硬结处为重点,拇指自内而外沿锁骨下反复揉拨,反复10次;以拇指点揉风池、肩井、大椎、肩中俞、肩外俞、曲池、小海、合谷等穴,约5分钟,以局部酸胀为度;然后,嘱患者自然放松颈项部肌肉,术者以一手持续托起下颌,另一手扶持后枕部,使颈略前屈,下颌内收。前后同时用力向上提拉,维持牵引力量20秒,并缓慢左右旋转患者头部10次。

3. 结束手法:最后,擦颈肩部,以热为度;牵抖患臂,约20次,治疗结束。

### 【其他疗法】

针灸、封闭、小针刀、物理疗法和手术治疗等。

**【注意事项】**

- (一)不宜睡过高枕头,患部注意保暖。
- (二)避免肩负重物或手提重物,以免加重病情。
- (三)嘱患者配合扩胸锻炼,每日1~2次,可缓解症状。

**【按语】**

前斜角肌综合征,属中医肩臂劳损的范畴,此乃积累性劳损或感受风寒而诱发,使经络受阻,气血不行,为肿为痛。推拿手法治疗本病有一定疗效,一般在短期内即可使症状得到缓解。如遇顽固性证候,如颈肋、高位肋骨,严重影响该部的神经、血管时,可用手术切除。

## 第四节 胸肋迸伤

胸肋迸伤是指胸肋部岔气迸伤,为临床常见多发病之一。本病多由外伤、暴力的撞击或挤压,导致胸壁软组织损伤所形成的胸肋部气机壅滞,胸部扳紧掣痛,胸闷不舒的一种病症,俗称“岔气”。

**【解剖生理】**

胸廓包括胸段脊柱、肋骨、肋软骨与胸骨及其连接组织。胸廓诸骨的连结比较复杂,胸廓大部分由12对肋骨构成,另外,还有一部分骨骼与软骨和结缔组织直接连结,包括肋椎关节、胸肋关节、肋软骨间关节、肋骨与肋软骨的连结和胸骨间的连结。此外,还有胸壁固有肌和肋间肌,其功能有保护胸腔内的脏器不受伤害,协助运动和支持身体等功能。

**【病因病机】**

胸肋部迸伤,多因外伤或迸气用力提拉托举、搬运重物、扛抬负重时,姿势不良,用力不当,旋转扭挫,筋肉过度牵拉而产生损伤,导致胸壁固有肌肉的断裂伤、痉挛或肋椎关节半脱位,滑膜嵌顿,从而使气机阻滞,经络受阻,不通则痛。迸伤多以伤气为主,严重者可由气及血,产生气血两伤。

**【临床表现】**

患者一般都有明显的外伤史,受伤后即出现一侧胸肋部疼痛或肩背部疼痛、闷胀,咳嗽或呼吸时疼痛加重,疼痛范围较广而无定处。

临床上属伤气者,痛时走窜不定,局部无明显压痛,呼吸、说话时有牵掣性疼痛,甚者不能平卧,不敢俯仰转侧。由气及血,痛有定处,局部瘀肿。肋椎关节半脱位的患者,其受累关节处可有小范围的压痛。胸壁固有肌群撕裂或痉挛,在相应的肋间隙可见肿胀、压痛,肋间隙稍窄等现象。若胸壁附着肌拉伤、劳损,亦可出现损伤部位的明显肿胀,局部明显压痛。

**【检查】**

- (一)伤气患者常不能明确指出疼痛部位,或在局部伤处可有小范围的压痛。
- (二)伤血患者可见损伤部位有青紫瘀斑和肿胀,压痛明显,拒按。
- (三)有肋椎关节半脱位、滑膜嵌顿者可见胸椎侧屈受限,棘突旁小关节处压痛、叩击痛。

(四)胸廓挤压试验阴性和 X 线片检查,可排除肋骨骨折。

### 【诊断】

依据病史、症状、体征及相关检查,可确诊。

### 【鉴别诊断】

(一)胸肋软骨炎:本病的病理特征是胸骨旁肋软骨非化脓性痛性肿胀,多侵犯一、二肋软骨,受累的肋软骨常隆起,并有剧烈疼痛。

(二)肋间神经炎:胸痛的性质为刺痛或灼痛,并沿肋间神经分布。疼痛部位以脊椎旁、腋中线及胸骨旁较明显。

(三)胸膜炎:干性胸膜炎的胸痛呈刺痛或撕裂痛,多位于胸廓下部腋前线与腋中线附近,并可出现胸膜摩擦音;渗出性胸膜炎的胸痛不如干性剧烈,患者可有毒性症状和中、高度的发热现象。X 线胸部检查可证实。

(四)肋骨骨折:肋骨骨折患者则有瘀肿痛显著,胸廓挤压试验阳性,或有肋骨移位畸形,或兼痰中带血,或见呼吸困难等症。胸部 X 线拍片可见单发或多发横断形或斜形肋骨骨折形态;胸片可发现气胸、血胸、皮下或纵隔气肿等病理表现。

### 【治疗】

(一)治疗原则:行气止痛,活血散瘀,理筋整复。

(二)取穴与部位:以患侧胸肋部为主。重点取膻中、中府、云门、章门、大包、日月及背部膀胱经俞穴。

(三)主要手法:按揉、点按、弹拨、背、擦法等。

(四)操作方法:

1. 准备手法:患者患侧在上卧位,医者以掌面按揉胸肋部或肩背患处,着重按揉紧张痠痛的肌肉,约 5 分钟。

2. 治疗手法:接着,医者用拇指指腹点按中府、云门、大包、膻中、日月等穴,约 4 分钟;再用拇指弹拨痠痛的条索状肌索,由内至外横向进行,直至肌索由硬变软,变小;患者正坐位,医者先以拇指按揉胸廓痛相对应的脊柱旁,约 3 分钟,使之温热,再以拇指按揉背部两侧膀胱经俞穴,约 2 分钟。接着,患者站立位,全身放松,不可进气,身体后仰,医者稍屈膝下蹬,背对背地以双臂交挽患者两臂,然后腰贴腰,背起患者身体,让病人双脚离地腾空,再令病人用力咳嗽的同时颤动患者腰背部,最后慢慢地放下患者即可。

3. 结束手法:最后,用鱼际擦热患处。

### 【其他疗法】

内服中药、针灸、外敷中药、封闭、理疗等。

### 【注意事项】

(一)避免重体力劳动。

(二)病人宜睡硬板床。

(三)患部须保暖,预防风寒湿侵袭。

### 【按语】

胸肋迸伤,推拿治疗卓有成效。本病在推拿治疗前首先要明确诊断,须排除骨折、肿瘤等其他疾患引起的胸肋疼痛。推拿对本病的治疗作用主要行气活血,疏经通络,理筋整

复。气行则血行,气血畅通,胸胁舒松;经络疏通,通则不痛;筋脉理则顺,顺则松,松则通;关节不正则痛,正则不痛。

## 第五节 脊柱小关节紊乱

脊柱小关节紊乱,是指因脊椎小关节的解剖位置改变,而导致脊柱机能失常所引起的一系列临床症候群。本病多由脊柱小关节滑膜嵌顿和因部分韧带、关节囊紧张引起反射性肌肉痉挛,致使关节面交锁在不正常或扭转的位置上而致。本病属中医学“错缝”范畴,多见于青壮年,男性多于女性。

### 【解剖生理】

脊柱由椎体、椎间盘及椎旁韧带所组成,三者共同维持脊柱的形态,并构成其功能活动的解剖基础。前、后纵韧带对椎间盘和椎体起保护作用,并对其运动范围加以约束;棘上韧带对棘突的活动有限制作用,保证各小关节活动于正常的范围之内。同时脊柱的正常运动又依赖于肌力的平衡作用。脊柱小关节即关节突关节,由上椎体的下关节突和下椎体的上关节突及关节囊所组成。具有稳定脊柱、引导脊柱运动方向的功能。

颈椎小关节的排列接近水平位,因此比较容易发生错位。胸椎间关节面呈额状位,故胸部脊柱只能做侧屈运动而不能伸屈。腰椎间关节面呈矢状位,因此其活动范围较大,可侧屈和前后屈伸。骶髂关节的小关节面呈斜位,即介于冠状和矢状位之间,关节囊较为松弛,可做屈伸和旋转各种运动。骶髂关节是先天性生理变异的好发部位。

### 【病因病机】

因姿势不良或突然改变体位引起腰背肌肉拉伤或脊柱小关节错位,滑膜嵌顿从而破坏了脊柱的力平衡和脊柱运动的协调性。同时,各种损伤刺激可刺激感觉神经末梢而引起疼痛并反射性地引起肌肉痉挛,肌肉痉挛进而可引起关节解剖位置的改变、发生交锁或扭转。长期的交锁及各种炎性反应的刺激均可导致小关节粘连而影响其功能。

### 【临床表现】

(一)颈椎小关节紊乱:此病多由外伤引起,故起病较急,伤后颈部疼痛,转动不便,活动时疼痛加剧,颈部酸痛无力,肌力减退,持物落地。

(二)胸椎小关节紊乱:患者在突然外力作用下有过度前屈或后伸肩背运动的受伤史,伤后即出现胸背疼痛,痛连胸前,有背负重物之感,坐卧不宁,走路震动、咳嗽、喷嚏、深呼吸等均可引起疼痛加重。常可出现胆囊、阑尾、胃区的疼痛。

(三)腰椎小关节紊乱:患者大都有腰部扭挫、闪伤的病史。伤后即发生难以忍耐的剧烈腰痛,表情痛苦,不敢活动,惧怕别人搬动,轻轻移动下肢则疼痛无法忍受。全部腰肌处于紧张僵硬状态,腰部活动功能几乎完全丧失。待嵌顿解除后,剧痛可自行缓解或转为一般扭伤性腰痛。

### 【检查】

#### (一)颈椎小关节紊乱

1. 颈部僵硬,颈部肌肉痉挛,头歪向健侧或略有前倾。病变颈椎棘突旁有压痛或颈椎棘突有轻度偏移。

2. X线检查,正位片可见颈椎侧弯,棘突偏离中线,椎间隙左右不等宽;侧位片可见颈椎正常生理弧度前凸变小或反弓;斜位片可见病变节段椎间孔形态改变。

### (二)胸椎小关节紊乱

1. 患椎相应小关节处深压痛。患椎棘突略高或偏歪,在棘突上或棘间韧带处压痛,并可摸到患椎处有筋结或条索状物等软组织异常改变。关节滑膜嵌顿者可见胸椎后凸或侧倾的强迫体位。

2. X线片检查,部分患者有患椎棘突偏歪改变。

### (三)腰椎小关节紊乱

1. 患者腰部呈僵硬屈曲位,后仰活动明显受限,损伤的关节突关节及其同节段上的棘突偏左或偏右,并伴有压痛。严重疼痛者可出现保护性腰脊柱的侧弯体征。

2. X线片检查,可见腰椎后关节排列方向不对称,腰椎侧弯和后突,椎间隙左右宽窄不等。

### 【诊断】

本病多有明显的外伤史,根据症状、体征及X线检查等即可确诊。

### 【鉴别诊断】

(一)颈椎病:有慢性劳损或外伤史,颈部板硬,颈、肩背疼痛,上肢麻木,头晕。颈部活动功能受限,可有上肢肌力减弱和肌肉萎缩;臂丛神经牵拉试验阳性,X线检查示颈椎退行性病变。

(二)落枕:一般无外伤史,多因睡眠姿势不良或感受风寒而致。颈部疼痛、酸胀,活动不灵,在肌肉紧张处可触及肿块和条索状物。

(三)肋间神经痛:疼痛沿肋间神经分布区出现,疼痛性质为针刺样、刀割样,疼痛表现为走窜,时发时止,伴有胸部挫伤者多见。

(四)肋间关节与胸肋关节半脱位:主来表现是局部明显肿胀,呼吸受限,痛连胸肋,呈放射性。

(五)急性腰肌筋膜扭伤:腰部各方向的活动均受限,并引起疼痛加剧,在棘突旁骶棘肌处,腰椎横突或髂嵴后部有压痛,压痛点较表浅。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋活络,行气止痛,整复错位。

(二)取穴与部位:

颈椎:风池、风府、肩井、天宗等;胸椎:华佗夹脊穴及背部膀胱经第1、2条线;腰椎:肾俞、命门、环跳、八髎、委中、秩边等。

(三)主要手法:推、按、拿、揉、揉、斜扳法等。

(四)操作方法:

1. 颈椎小关节紊乱:

(1)患者取坐位,颈部自然放松,术者先用揉法施术于颈椎两旁及肩部3分钟左右,以解除肌肉痉挛。

(2)接着,让患者头部处于中立位,医者用拇指指腹按揉风池、风府、肩井、天宗及局部阿是穴,以酸胀为度。



(3)然后,医者站立于患者身后,用左手拇指指腹顶推高起之棘突,其余四指扶持于颈部。右前臂掌侧紧贴下颌体,手掌环绕过下颌抱住后枕部,向上牵提并向受限侧旋转头颈至最大角度,与此同时,左手拇指向颈前轻轻顶推棘突高隆处,在指下有获突轻度移位感时,多可听到“咔哒”声响,表示复位成功。

(4)最后,再用揉法施术于颈椎两旁及肩部2分钟。

### 2. 胸椎小关节紊乱:

(1)患者取坐位,医者立于患者身后,先用揉法施术患椎两旁肌肉3分钟左右。

(2)指按揉偏歪棘突旁的压痛点和上下的阿是穴,以局部酸胀为度。

(3)感到患处紧张的肌肉放松一些后,令患者两手交叉扣住,置于项部;然后,两手从患者腋部伸入其上臂之前、前臂之后,并握住其前臂下段,同时用一侧膝部顶住患部脊柱,同时膝部前顶。若听到“咔哒”声响,则复位成功。

(4)最后,用鱼际擦热患处。

### 3. 腰椎小关节紊乱:

(1)患者取端坐位,腰部自然放松。一助手夹住并固定患者的双腿。医者立于其后外侧,一手拇指按压在棘突的偏向侧旁以定位,另一手穿过腋下夹住对侧的肩部,做腰前屈、旋转侧屈、逐渐伸直的复合动作,这时可以听到一弹响声,同时按在棘突旁的指下有腰椎松动的移位感。

(2)最后,用拇指在患椎的棘突两旁自上而下做理筋手法10次。

### 【其他疗法】

针灸、小针刀、封闭、理疗和内服中药。

### 【注意事项】

(一)在采用活动关节类手法治疗时,要使患者身心放松,术者手下做到稳、准、巧。

(二)症状缓解或消失后,应适当休息,避免劳累,以巩固疗效。

(三)局部注意保暖,防止风寒湿邪侵犯而加重病情。

(四)适当进行功能锻炼,以加强的背、腰背肌的力量,增强保护机制。

### 【按语】

脊柱小关节紊乱,多发于腰椎间关节和骶髂关节,其次为颈椎小关节,胸椎小关节最为少见。新鲜错缝者易于复位而痊愈快,陈旧性错缝者复位较困难,病程越久,恢复越慢。

## 第六节 急性腰肌扭伤

急性腰肌扭伤是指腰骶、骶髂及腰背两侧的肌肉、筋膜、韧带、关节囊及滑膜等软组织的急性损伤,从而引起腰部疼痛及活动功能障碍的一种病症。俗称“闪腰岔气”,是腰痛疾病中最常见的一种,多发于青壮年体力劳动者。如治疗及时,手法运用恰当,疗效极佳。若治疗不当或失治,可致损伤加重而转变成慢性腰腿痛。

### 【解剖生理】

腰部脊柱是一根独立的支柱,其前方为松软的腹腔,附近只有一些肌肉、筋膜和韧带等软组织,而无骨性结构保护,既承受着人体二分之一的重力,又从事着各种复杂的运动,

故腰部在承重和运动时,过度的负重、不良的奇弯腰所产生的强大拉力和压力,容易引起腰段脊柱周围的肌肉、筋膜和韧带损伤。

腰背部的扭伤多发生在腰骶、骶髂关节和腰背两侧骶棘肌。腰骶关节是脊柱运动的枢纽,骶髂关节则是连接躯干和下肢的桥梁,腰部两侧的肌肉和韧带是维持脊柱稳定的重要因素。

腰背部的肌肉一般分为浅、深两层。

(一)浅层:主要有斜方肌和背阔肌(图 8-6)。

1.斜方肌:三角形阔肌,起自颈部上项线,枕外隆凸,项韧带和全部胸椎棘突,肌纤维向外,止于锁骨外侧半、肩峰和肩胛冈外侧半。其上部纤维收缩可上提肩胛骨并使肩胛下角外旋,下部肌纤维收缩可下降肩胛骨,中部肌纤维收缩可使肩胛骨向脊柱靠拢。肩胛骨固定时,单侧收缩可使头颈部偏向同侧而面部转向对侧,两侧同时收缩则使头颈后仰。

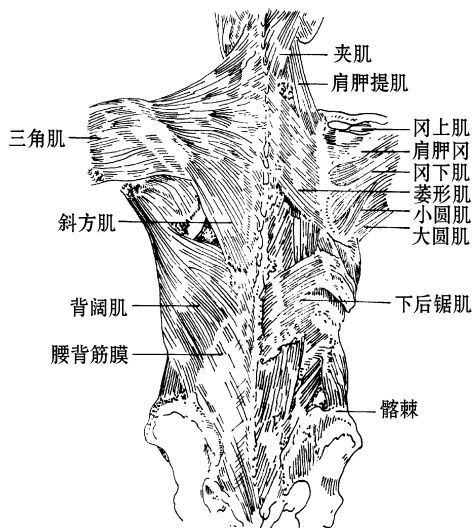


图 8-6 腰背部浅层肌

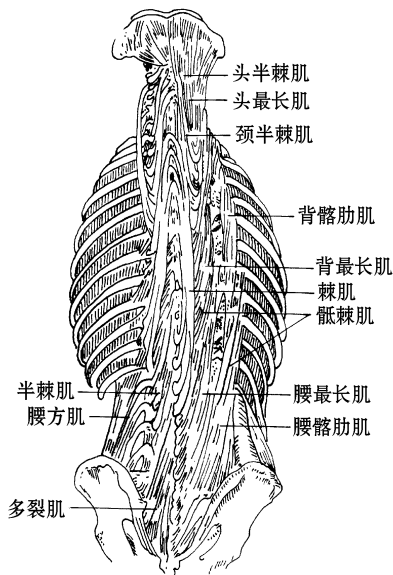


图 8-7 腰背部深层肌

2.背阔肌:三角形阔肌,以用腱膜起自下 6 个胸椎和全部腰椎棘突、骶正中嵴、髂嵴后缘以及腰背筋膜后层。肌纤维向外上止于肱骨小结节嵴。该肌能内收、内旋、后伸肘骨。

(二)深层:包括由浅至深的骶棘肌、横突棘肌和深层短肌(图 8-7)。

1.骶棘肌:为腰背部最深厚的肌肉。该肌以一个总腱起于骶骨背面、骶髂韧带和髂嵴后份,向上纵行排列于脊柱棘突和肋角之间的沟内,分为外、中、内 3 条肌柱。骶棘肌为强大的伸肌,主要作用是后伸躯干和维持直立,一侧骶棘肌收缩也可侧屈躯干。

2.横突棘肌:包括由浅至深的半棘肌、多裂肌和回旋肌 3 层。肌纤维起于各椎骨的横突,向上止于上数椎骨的棘突,愈深层肌纤维力愈短。半棘肌纤维一般向上跨越 5 个椎骨,多裂肌纤维一般跨越 3 个椎骨,而回旋肌纤维仅只跨越 1 个椎骨。

3.深层短肌:指横突间肌、棘突间肌等最深层的,位于相邻椎骨之间的短肌,其作用是协同横突肌维持躯干的姿势。躯干无论位于何种姿势,腰背部肌肉都处于收缩状态,以

抵抗重力。腰背部深肌收缩还可使躯干屈、伸、侧屈和回旋。

### （三）腰背筋膜

腰背筋膜分浅、深两层包绕在骶棘肌周围。其浅层贴于骶棘肌表面，内侧附于棘突和棘上韧带，向外与背后肌腱膜紧密结合，尤其厚韧。深层位于第12肋和髂嵴之间，内侧附于腰椎横突，向外分隔骶棘肌和腰方肌，在骶棘肌外侧缘与浅层会合，再向外成为腹内斜肌和腹横肌的起始部之一。腰背筋膜对骶棘肌起着强有力的保护和支撑作用。

### 【病因病机】

腰部急性损伤，多因卒然感受暴力如跌仆闪挫所致；或由于腰部活动时姿势不正确，用力不当；或搬运抬扛重物时，肌肉配合不协调，使腰部肌肉、韧带受到剧烈地扭转、牵拉等，均可使腰部受伤。《金匱翼》载：“瘀血腰痛者，闪挫及强力举重得之。盖腰者，一身之要，屈伸俯仰，无不由之，若一有损伤，则血脉凝涩，经络壅滞，令人卒痛不能转侧，其脉涩，日轻夜重者是也。”

### 【临床表现】

急性腰扭伤多为间接外力所致，轻者为骶棘肌和腰背筋膜不同程度的损伤；较重者可发生棘上、棘间韧带的损伤；严重者可发生滑膜嵌顿、后关节紊乱等。

（一）腰部疼痛：腰部因损伤部位和性质不同，可有刺痛、胀痛或牵扯样痛。疼痛一般较剧烈，部位较局限，且有局部肿胀，常牵掣臀部及下肢疼痛。

（二）活动受限：腰轻度前屈而不能挺直，俯仰转侧均感困难，甚至不能翻身起床、站立或行走，咳嗽或深呼吸时疼痛加重。

### 【检查】

（一）局部压痛：伤后多有局限性压痛，压痛点固定，与受伤组织部位一致。

（二）腰部肌肉痉挛：多数患者有单侧或双侧腰部肌肉痉挛，多发生骶棘肌、腰背筋膜等处。这是疼痛刺激引起的一种保护性反应，站立或弯腰时加重。

（三）脊柱侧弯：疼痛引起不对称性的肌肉痉挛，可改变脊柱正常的生理曲线，多数表现为不同程度的脊柱侧弯畸形，一般是脊柱向患侧侧弯。疼痛和肌肉痉挛解除后，此种畸形可自行消失。

（四）直腿抬高试验阳性，旋转试验阳性有助于确诊。

（五）X线检查，腰椎生理曲线改变，脊柱侧弯，椎间隙不等宽等，并排除骨质损伤。

### 【诊断】

依据外伤史，症状、体征及相关检查，可明确诊断。

### 【鉴别诊断】

本病应与严重的棘上、棘间韧带断裂，棘突、关节突骨折、横突骨折、椎体压缩骨折及腰椎间突出症相鉴别。除拍正位X线片以外，必要时让患者腰椎屈曲位拍摄侧位和斜位X线片，以显示上述病理改变。如棘上、棘间韧带断裂者，则可见棘突间隙加宽。

急性腰扭伤与腰椎间盘突出症不易鉴别，尤其是未出现下肢放射痛以前，更不易鉴别。可先行治疗观察，待症状明显后方可鉴别。

### 【治疗】

（一）治疗原则：舒筋通络、活血散瘀、消肿止痛。

(二)取穴及部位:肾俞、命门、腰阳关、大肠俞、环跳、委中及腰臀部等。

(三)主要手法:揉、揉、点压、弹拨、推、扳、擦法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者取俯卧位,自然放松。医者站于一侧,用揉、揉等轻柔手法在局部施术3~5分钟。

2. 治疗手法:医者用拇指点压、弹拨等稍重刺激手法依次点压肾俞、阳关、志室、大肠俞、环跳及阿是穴,约4分钟,在点压穴位时应加以按揉或弹拨以产生酸、麻、胀感觉为度;接着,再以双掌根自上而下沿腰骶部直推,反复3~5遍。患者侧卧,医者施腰部斜扳法左右各1次,以听到有“咯嗒”声响为佳。

3. 结束手法:最后,直擦腰部两侧膀胱经,横擦腰骶部,以透热为度。

#### 【其他疗法】

小针刀、针灸、封闭、理疗和外敷中药等。

#### 【注意事项】

(一)损伤早期要减少腰部活动,卧板床休息,以利损伤组织的修复。

(二)治疗时应根据患者的具体情况,选择适宜的手法,以免加重损伤。

(三)疼痛严重者,可予局部痛点封闭,以缓解肌肉痉挛。

(四)注意局部保暖,病情缓解后,逐步加强腰背肌肉锻炼。

#### 【按语】

急性腰扭伤多由间接外力所致,90%以上发生在骶棘肌和腰骶关节,这是由于腰骶关节是脊柱的枢纽,外力集中的支点。骶棘肌是对抗外力的主力军,腰部运动中体重产生的压力和外来的冲击力主要作用于这些部位,故损伤的机会最多。推拿治疗本病效果很好,这是因为手法能舒筋通络,活血散瘀,改善血液循环,使损伤的组织修复,并对小关节紊乱、滑膜嵌顿者,可纠正其紊乱,使嵌顿的滑膜复位,具有显著的效果。轻则2~3天,重则2周左右,症状逐渐消失,基本恢复健康,但尚不能进行负重和腰部剧烈运动。

## 第七节 慢性腰肌劳损

慢性腰肌劳损或称“腰背肌筋膜炎”、“功能性腰痛”等。主要指腰骶部肌肉、筋膜、韧带等软组织的慢性损伤,导致局部无菌性炎症,从而引起腰骶部一侧或两侧的弥漫性疼痛,是慢性腰腿痛中常见的疾病之一,常与职业和工作环境有一定关系。

#### 【解剖生理】

腰部脊柱是一根独立的支柱,其前方为松软的腹腔,附近只有一些肌肉、筋膜和韧带等软组织,而无骨性结构保护,既承受着人体二分之一的重力,又从事着各种复杂的运动,故腰部在承重和运动时,过度的负重、不良的奇弯腰所产生的强大拉力和压力,容易引起腰段脊柱周围的肌肉、筋膜和韧带损伤。

腰背部的扭伤多发生在腰骶、骶髂关节和腰背两侧骶棘肌。腰骶关节是脊柱运动的枢纽,骶髂关节则是连接躯干和下肢的桥梁,腰部两侧的肌肉和韧带是维持脊柱稳定的重要因素。

腰背部的肌肉一般分为浅、双两层。

(一)浅层:主要有斜方肌和背阔肌。

1.斜方肌:三角形阔肌,起自颈部上项线,枕外隆凸,项韧带和全部胸椎棘突,肌纤维向外,止于锁骨外侧半、肩峰和肩胛冈外侧半。其上部纤维收缩可上提肩胛骨并使肩胛下角外旋,下部肌纤维收缩可下降肩胛骨,中部肌纤维收缩可使肩胛骨向脊柱靠拢。肩胛骨固定时,单侧收缩可使头颈部偏向同侧而面部转向对侧,两侧同时收缩则使头颈后仰。

2.背阔肌:三角形阔肌,以用腱膜起自下6个胸椎和全部腰椎棘突、骶正中嵴、髂嵴后缘以及腰背筋膜后层。肌纤维向外上止于肱骨小结节嵴。该肌能内收、内旋、后伸肱骨。

(二)深层:包括由浅至深的骶棘肌、横突棘肌和深层短肌。

1.骶棘肌:为腰背部最强厚的肌肉。该肌以一个总腱起于骶骨背面、骶髂韧带和髂嵴后份,向上纵行排列于脊柱棘突和肋角之间的沟内,分为外、中、内3条肌柱。骶棘肌为强大的伸肌,主要作用是后伸躯干和维持直立,一侧骶棘肌收缩也可侧屈躯干。

2.横突棘肌:包括由浅至深的半棘肌、多裂肌和回旋肌3层。肌纤维起于各椎骨的横突,向上止于上数椎骨的棘突,愈深层肌纤维力愈短。半棘肌纤维一般向上跨越5个椎骨,多裂肌纤维一般跨越3个椎骨,而回旋肌纤维仅只跨越1个椎骨。

3.深层短:指横突间肌、棘突间肌等最深层的,位于相邻椎骨之间的短肌,其作用是协同横突肌维持躯干的姿势。躯干无论位于何种姿势,腰背部肌肉都处于收缩状态,以抵抗重力。腰背部深肌收缩还可使躯干屈、伸、侧屈和回旋。

(三)腰背筋膜

腰背筋膜分浅、深两层包绕在骶棘肌周围。其浅层贴于骶棘肌表面,内侧附于棘突和棘上韧带,向外与背后肌腱膜紧密结合,尤其厚韧。深层位于第12肋和借髂嵴之间,内侧附于腰椎横突,向外分隔骶棘肌和腰方肌,在骶棘肌外侧缘与浅层会合,再向外成为腹内斜肌和腹横肌的起始部之一。腰背筋膜对骶棘肌起着强有力的保护和支撑作用。

### 【病因病机】

(一)慢性劳损:慢性腰肌劳损是一种积累性损伤,主要由于腰部肌肉疲劳过度,如长时间的弯腰工作,或由于习惯性姿势不良,或由于长时间处于某一固定体位,致使肌肉、筋膜及韧带持续牵拉,使肌肉内的压力增加,血供受阻,这样肌纤维在收缩时消耗的能源得不到补充,产生大量乳酸,加之代谢产物得不到及时清除,积聚过多,而引起炎症、粘连。如此反复,日久即可导致组织变性,增厚及挛缩,并刺激相应的神经而引起慢性腰痛。

(二)急性损伤之后未得到及时正确的治疗,或治疗不彻底,或反复多次损伤,致使受伤的腰肌筋膜不能完全修复。局部存在慢性无菌性炎症,微循环障碍,乳酸等代谢产物堆积,刺激神经末梢而引起症状;加之受损的肌纤维变性或疤痕化,也可刺激或压迫神经末梢而引起慢性腰痛。

(三)先天性畸形:如隐性骶椎裂使部分肌肉和韧带失去附着点,从而减弱了腰骶关节的稳定性;一侧腰椎骶化或骶椎腰化,两侧腰椎间小关节不对称使两侧腰骶肌运动不一致,造成部分腰背肌代偿性劳损。

(四)风寒湿邪侵袭:可妨碍局部气血运行,促使和加速腰骶肌肉、筋膜和韧带紧张痉挛而变性,从而引起慢性腰痛。

### 【临床表现】

(一)腰部疼痛:长期反复发作的腰背部疼痛,呈钝性胀痛或酸痛不适,时轻时重,迁延难愈。休息、适当活动或经常改变体位姿势可使症状减轻。劳累、阴雨天气、受风寒湿影响则症状加重。

(二)腰部活动:腰部活动基本正常,一般无明显障碍,但有时有牵掣不适感。不耐久坐久站,不能胜任弯腰工作。弯腰稍久,便直腰困难。常喜双手捶击,以减轻疼痛。

(三)急性发作时,诸症明显加重,可有明显的肌痉挛,甚至出现腰脊柱侧弯,下肢牵掣作痛等症状。

### 【检查】

(一)压痛点:腰背部压痛范围较广泛,压痛点多在骶髂关节背面、骶骨背面和腰椎横突等处。轻者压痛多不明显,重者伴随压痛可有一侧或双侧骶棘肌痉挛僵硬。

(二)X线检查,除少数可发现腰椎先天性畸形和老年患者椎体骨质增生外,多无异常发现。

### 【诊断】

根据病史、症状以及反复发作、时轻时重的特点,本病诊断一般并不困难。

### 【鉴别诊断】

(一)增生性脊柱炎:腰痛主要表现为休息痛,即夜间、清晨腰痛明显,而起床活动后腰痛减轻。脊柱可有叩击痛。X线检查可见腰椎骨钙质沉着和椎体边缘增生骨赘。

(二)陈旧性腰椎骨折:有外伤史,不同程度的腰部功能障碍。X线检查可发现椎体压缩或附近骨折。

(三)腰椎结核:有低热、盗汗、消瘦等全身症状。血沉加快,X线检查可发现腰椎骨质破坏或椎旁脓肿。

(四)腰椎间盘突出症:有典型的腰腿痛伴下肢放射痛,腰部活动受限,脊柱侧弯,直腿抬高试验阳性、挺腹试验阳性、腱反射异常和皮肤感觉障碍等神经根受压表现。可做腰椎CT或MRI检查助诊。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋通络,温经活血,解痉止痛。

(二)取穴及部位:肾俞、腰阳关、大肠俞、八髎、秩边、委中、承山及腰臀部。

(三)主要手法:按揉、点压、弹拨、擦、拍击、扳法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者俯卧位,医者先用柔和的掌根按揉法沿两侧足太阳膀胱经从上向下施术5~6遍。

2. 治疗手法:接着,用掌根在痛点周围按揉1~2分钟;医者以双手拇指依次点揉两侧三焦俞、肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、志室、秩边等穴位,约4分钟,以酸胀为度;并用双手拇指弹拨痉挛的肌索10次;然后,患者侧卧位,施腰椎斜扳法,左右各1次;

3. 结束手法:用掌擦法直擦腰背两侧膀胱经,横擦腰骶部,以透热为度;并用桑枝棒拍击腰骶部,约2分钟,结束治疗。

**【其他疗法】**

小针刀、针灸、理疗和内服中药。

**【注意事项】**

(一)在日常生活和工作中,注意姿势正确,尽可能变换体位,勿使过度疲劳。

(二)宜睡硬板床,同时配合牵引及其他治疗,如湿热敷、熏洗等。

(三)加强腰背肌肉锻炼,注意局部保暖,节制房事。

**【按语】**

慢性腰肌劳损是一种动静力性损伤,主要由于腰肌疲劳过度。大多发生于姿势不良或长期从事弯腰和负重劳动者,引起腰背部肌肉和筋膜劳损。也可因先天畸形和肾虚而致。推拿治疗本病有较好疗效,但关键是要消除致病因素,即改变原来的腰部超负荷现象,才能达到满意的治疗效果。

## 第八节 退行性脊柱炎

退行性脊柱炎又称肥大性脊柱炎、增生性脊柱炎、老年性脊柱炎、脊椎骨关节炎等,是指椎间盘退变狭窄,椎体边缘退变增生及小关节因退变而形成的骨关节病变。以椎体边缘增生和小关节肥大性变化为其主要特征。本病好发于中年以后,男性多于女性,长期从事体力劳动者易患此病。

**【解剖生理】**

腰椎椎体因负重关系,在所有椎骨中,体积最大,呈肾形,上下扁平。椎体的横径及矢径自腰1~4逐渐增大,与椎体负重自上而下逐渐增加相一致。但在第5腰椎椎体下部负荷小于上部,所以下部横、矢径与腰4椎体相应部位相比变小。腰椎椎体前缘高度自腰1~5逐渐递增,而后缘高度则逐渐递减。腰1和腰2椎体前低后高,腰3前后高低大致相等,腰4和腰5却变得前高后低。

腰椎椎体由纵向及横向略呈弧形的骨小梁构成,交织成网,以抵抗压应力及抗应力。随着年龄的增长,骨质逐渐疏松,即单位体积骨量减少,横行骨小梁变细,甚至消失,而纵行骨小梁增粗,周围皮质变薄。椎体由于长期负荷,可逐渐压缩变扁,或呈楔形,髓核也可经软骨板突向椎体,形成许莫氏结节。椎间盘退变后,椎体边缘出现骨质增生。

**【病因病机】**

(一)内因:退行性变是发生本病的主要原因。椎体边缘增生与椎间盘退变有着密切的联系,也与年龄、压力及创伤有关。腰椎间盘在人体直立时是负重最大,活动最多的地方,在日常生活和劳动中受到损伤的机会较其他组织为多。加之椎间盘缺乏直接的血液供应,故损伤、退变后修复较慢。椎间盘退变后,失去其固有的弹性,厚度变薄,椎间隙变窄,从而减弱了椎体对压力的抵抗,椎体和小关节不断受到震荡、冲击和磨损,因而渐渐产生了骨刺。

(二)外因:损伤和劳损是导致本病的外部因素。由于腰部长时期负重和过度活动,因此,损伤和劳损机会增多,进一步加速椎间盘退变,弹性减弱,同时引起周围韧带松弛;关节不稳定,导致椎体不断受到创伤刺激,日久形成骨刺。骨刺发生的部位,多在脊柱生理

曲度的凹侧,这是由于杠杆力学作用。骨刺的产生一般与年龄增长成正比,年龄愈大,增生愈严重。所以。压力和重力对骨刺的产生有密切关系。压力可能是引起骨刺的主要因素,骨刺则是椎体对于压力的反应,是骨组织对压力所产生的代偿性产物。

### 【临床表现】

(一)患者多为40岁以上的体质肥胖者,有长期从事弯腰劳动和负重的工作史或有外伤史,起病缓慢。

(二)早期症状典型,患者常感腰背酸痛不适,僵硬板紧,不能久坐久站,晨起或久坐起立时症状较重,稍加活动后减轻,但过度活动或劳累后加重。

(三)腰部俯仰活动不利,但被动运动基本达到正常。

(四)急性发作时,腰痛较剧,且可牵掣到臀部及大腿,若骨刺压迫或刺激马尾神经时,可出现下肢麻木无力、感觉障碍等症状。

### 【检查】

(一)腰椎生理曲度减小或消失,甚或出现反弓。

(二)局部肌肉痉挛,有轻度压痛,一般无放射痛。

(三)下肢后伸试验常呈阳性,而直腿抬高试验阴性。

(四)X线片检查,可见椎体边缘有不同程度增生,或有椎间隙变窄,生理弧度改变。

### 【诊断】

根据患者的年龄、病史、症状体征及X线片所见,可做出诊断。

### 【鉴别诊断】

强直性脊柱炎:3~4度单侧或2度双侧骶髂关节炎,腰椎活动(前屈、后伸、侧弯)受限及胸腰段曾经痛过,现在仍痛。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋通络,行气活血,解痉止痛。

(二)取穴及部位:肾俞、腰阳关、腰夹脊、气海俞、关元俞、委中、阳陵泉、承山等穴及腰骶部。

(三)主要手法:揉、按揉、点压、弹拨、拿、扳、擦法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者俯卧位,医者用深沉有力的揉法施于腰背两侧骶棘肌,自上而下反复3~5遍,然后用掌根按揉3~5遍,以缓解肌肉痉挛。

2. 治疗手法:接着,点按压肾俞、大肠俞、腰阳关等穴,约3分钟;医者用拇指在腰背痛点上做与肌纤维垂直方向的弹拨,反复10次;再行腰椎后伸扳法扳动3~5次,然后用腰椎斜扳法,左右各1次,以滑利关节。有下肢牵掣痛者,可拿委中、承山,按揉阳陵泉、昆仑等穴,约3分钟。

3. 结束手法:患者俯卧位,医者以红花油或冬青膏为介质,在腰部督脉经及两侧膀胱经施擦法,再横擦腰骶部,以透热为度。

### 【其他疗法】

针灸、小针刀、理疗、内服中药。



**【注意事项】**

- (一)避风寒,卧硬板床,适当进行腰部功能锻炼。  
 (二)劳动时腰部宜用腰围固定,以增加腰椎的稳定性。

**【按语】**

退行性脊柱炎以骨质增生为其特点,增生是不可逆的,所以一切治疗方法只能是减轻症状,缓解疼痛,增加腰脊柱的活动度。推拿治疗的目的是增加腰部的血液和淋巴液的循环,增强腰部肌肉的张力,从而控制脊柱的稳定性而使腰痛症状缓解。

## 第九节 腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症又称腰椎间盘突出纤维环破裂症,是临床常见的腰腿痛疾病之一。有关统计其发病率约占门诊腰腿痛的15%。是由于腰椎间盘的退变与损伤,导致脊柱内外力学平衡失调,使椎间盘的髓核自破裂口突出,压迫腰骶脊神经根或马尾神经而引起腰腿痛的一种病症。本病好发于30~50岁的体力劳动者,男性多于女性。临床以腰4~5和腰5~骶1之间发病最多。

中医对腰椎间盘突出症,很早就有论述。如《素问·刺腰痛篇》说:“衡络之脉令人腰痛,不可以俯仰,仰则恐仆,得之举重伤腰”,又云“肉里之脉令人腰痛,不可以咳,咳则筋缩急。”说明本病由外伤引起,症状为腹痛合并下肢痛,咳嗽时加重。这与西医所说的腰椎间盘突出症的症状基本相似。

**【解剖生理】**

椎间盘是椎体之间的连接部分,除第1、2颈椎之间,骶椎和尾椎之间无椎间盘外,其余椎体之间均存在,成人共有椎间盘23个(图8-8)。

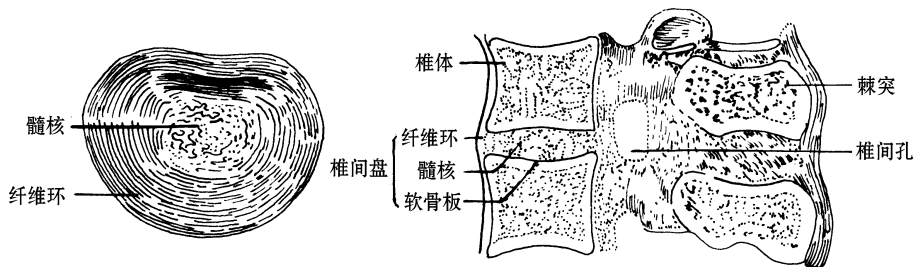


图8-8 椎间盘的构造

椎间盘由髓核、纤维环和软骨板三部分组成,是一个富有弹性的软垫,其长度总和约占脊柱全长的1/4~1/3,它和脊柱后关节构成脊柱运动的基础,同时可承受压力、缓冲震荡。各椎体和椎间盘前后面分别为前、后纵韧带。前纵韧带宽大坚强,后纵韧带较窄,椎弓间则有坚韧而富有弹性的弓间韧带,棘突间有棘间韧带,棘突顶端有棘上韧带。椎体和附件上附着的肌肉、韧带既是脊柱运动的动力,又能对椎间盘起很好的保护作用。

椎间盘的髓核、纤维环、软骨板随年龄的增长,也发生相应的变化,髓核的变性从20岁后即开始,20~30岁之间表现为外形逐渐模糊,与纤维环之间分界不清,30岁后随着水分吸收的加快髓核逐渐出现纤维化,50岁以后可退变为纤维软骨。

## 【病因病机】

### (一)内因

1. 解剖结构的因素:腰椎间盘突出纤维环后外侧较为薄弱,后纵韧带纵贯脊柱的全长,加强了纤维环的后面,但自第1腰椎平面以下,后纵韧带逐渐变窄,至第5腰椎和第1骶椎间,宽度只有原来的一半。腰骶部是承受动、静力最大的部分,故后纵韧带的变窄,造成了自然结构的弱点,使髓核易向后方两侧突出。

2. 椎间盘的退变和发育上的缺陷:椎间盘随年龄的增长,可有不同程度的退变。至30岁以后,退变明显开始,由于负重和脊柱运动的机会增多,椎间盘经常受到来自各方面力的挤压、牵拉和扭转应力,因而容易使椎间盘发生脱水、纤维化、萎缩、弹力下降,致脊柱内外力学平衡失调,稳定性下降,最后因外伤、劳损、受寒等外因导致纤维环由内向外破裂。这是本病发生的主要原因。

### (二)外因

1. 损伤和劳损:尤其是积累性损伤,是引起该病的重要因素。由于腰椎排列呈生理性前凸,椎间盘前厚后薄,人们在弯腰搬运重物时,由于受到体重、肌肉和韧带等张力的影响,髓核产生强大的反抗性张力,在此情况下,如腰部过度负重或扭伤,就很可能使髓核冲破纤维环而向侧后方突出,引起脊神经根、马尾或脊髓的刺激或压迫症状。椎间盘在弯腰活动或受压时则变形,此时,椎间盘吸水能力降低,直至压力解除后,变形和吸水能力方能恢复。若长期从事弯腰工作,或腰部积累性劳损,致髓核长期得不到正常充盈,纤维环的营养供应也长期不足,加之腰背肌肉张力增高,导致椎间盘内压力升高,故轻微的外力也可使纤维环破裂而致髓核突出。

2. 寒冷刺激:长期受寒冷的刺激,使腰背肌肉、血管痉挛、收缩,影响局部血液循环,进而影响椎间盘的营养供应。同时,由于肌肉的紧张痉挛,导致椎间盘内压力升高,特别是对于已变性的椎间盘,更可造成进一步的损害,致使髓核突出。

## 【病理分型】

### (一)根据髓核突出的方向,分为三种类型:

1. 向后突出:一般所指的椎间盘突出,实际上皆属此种类型,为三型中最重要者。
2. 向前突出:一般不会引起临床症状,故无实际临床意义。
3. 向椎体内突出:是髓核经过已闭塞的血管,向软骨板和椎体内突出,形成环状缺口,此型多发生于青年期。

### (二)根据向后突出的部位不同,分为三型:

1. 单侧型:临床最为多见,髓核突出和神经根受压只限于一侧。
2. 双侧型:髓核自后纵韧带两侧突出,两侧神经根皆受压迫。
3. 中央型:髓核自后中部突出,一般不压迫神经根,而只压迫下行的马尾神经,引起鞍区麻痹和大小便功能障碍等症状。

### (三)根据髓核突出的程度,分为三型:

1. 隐藏型(幼弱型):为纤维环不全破裂,其外层尚保持完整,髓核在受压情况下,向破裂部分突出。此时如椎间盘所受的压力大,纤维环破裂多,则髓核继续向外突出,如能适当休息,髓核完全可以还纳,破裂纤维环也可能得到愈合。

2. 突出型(移行型):纤维环裂隙较大,但不完全,外层尚保持完整,髓核突出较大,呈球状,此型可转为破裂型,也可经手法复位而治愈。

3. 破裂型(成熟型):纤维环完全破裂,髓核从破裂的纤维环向外突出。有的突出物上被以薄膜,从而与附近组织隔开,不致发生粘连;有的外无被膜,其突出的断端与附近组织发生粘连,甚至与神经根发生粘连,此种情况,回纳比较困难。

### 【临床表现】

(一)腰痛和一侧下肢放射痛:腰部反复疼痛,逐渐向一侧下肢沿坐骨神经分布区域放射,程度轻重不等。严重者不能久坐久立,翻身转侧困难,咳嗽、喷嚏或大用力时,因腹压增高而疼痛加重。

(二)腰部运动障碍:腰部各方向活动均受限,尤以后伸和前屈为甚。

(三)主观麻木感:久病患者或神经根受压严重者常有患侧下肢麻木,中央型髓核突出可见鞍区麻痹。

(四)患肢温度下降:患者感觉患肢怕冷,不温,与健肢相比,患肢温度确有降低。

### 【检查】

(一)腰椎脊柱姿势改变:脊柱姿势的改变有脊柱侧弯、腰椎前凸增大、腰椎曲线变平或倒转4种形式,尤以脊柱侧弯最多见,占80%以上。

(二)压痛点:在腰4~5或腰5~骶1间隙、棘突旁有明显压痛,用力叩击痛处时,可引起下肢放射痛。且在环跳、委中、阳陵泉等穴处常有不同程度的压痛。

(三)直腿抬高及加强试验阳性,严重者在 $15^{\circ}$ 以下。本试验是确诊本病的重要检查,阳性率可达90%以上。

(四)拇趾背伸或跖屈力减弱或消失。腰4~5突出为拇趾背伸力减弱或消失;腰5骶1突出,出现拇趾跖屈力减弱或消失。

(五)屈颈试验阳性。

(六)挺腹试验阳性。

(七)下肢后伸试验阳性。

(八)腱反射减弱或消失:腰4神经根受压,膝腱反射减弱或消失;腰5神经根受压,跟腱反射减弱或消失。

(九)X线片检查,观察到椎间隙变窄,生理前凸消失,脊柱侧弯等异常改变,同时排除其他疾病,如肿瘤、结核、骨折等。

(十)肌电图检查:可判定受损神经根。

(十一)CT或MRI检查:可显示腰椎间盘突出的大小和部位,神经根受压状况及椎管内情况。

### 【诊断】

根据病史、症状体征及影像学(CT或MRI)检查,对多数腰椎间盘突出症可做出明确诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)急性腰肌扭伤:除有急性外伤史、剧烈腰痛外,偶有臀及下肢的牵扯痛,但此病阳性体征不多,无沿坐骨神经分布区的压痛,无肢体感觉异常,无腱反射异常。直腿抬高及

加强试验阴性。

(二)慢性腰肌劳损:病程长,症状轻,压痛点广泛、腰痛与劳累、休息、风寒湿关系密切,可有骶棘肌僵硬和下肢反射性疼痛,经休息、理疗、推拿易治愈。

(三)梨状肌综合征:因下肢外展、外旋或内旋动作过猛,损伤梨状肌并累及坐骨神经所致,症状与腰椎间盘突出症有诸多相似之处,但无腰痛和脊柱侧弯等表现。疼痛主要在臀部及下肢。检查梨状肌局部压痛明显,直腿抬高试验在 $60^{\circ}$ 以前疼痛明显,超过 $60^{\circ}$ 后疼痛反而减轻,梨状肌紧张试验阳性。

(四)增生性脊柱炎:本病发病年龄大,病程缓慢,腰腿痛受寒湿、劳累后加重,疼痛不受体位改变的影响,压痛点广泛,直腿抬高试验阴性,腱反射无异常。X线检查可见椎间隙变窄,椎体前后缘有明显的骨质增生。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋通络,活血化瘀,松解粘连,理筋整复。

(二)取穴及部位:腰阳关、大肠俞、环跳、委中、承山、阳陵泉、绝骨及腰臀、下肢后外侧。

(三)主要手法:按揉、点压、弹拨、拔伸、顶推、扳、踩跷、背、擦法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者俯卧位,医者用按揉手法在患者脊柱两侧膀胱经及臀部、下肢后外侧施术3~5分钟,以腰部为重点。

2. 治疗手法:接着,医者用双手掌重叠用力,沿脊柱由上至下按压腰臀部,反复2~3遍;再用拇指或肘尖点压腰阳关、肾俞、环跳、承扶、委中等穴,约3分钟,以局部酸胀为度;并用拇指在腰痛点上做与肌纤维垂直方向的弹拨10次;然后,患者仰卧位,用强制直腿抬高以牵拉坐骨神经,反复5次;患者侧卧位,医者用腰椎定点斜扳法,左右各1次;接着,在助手配合持续拔伸牵引的情况下,用拇指顶推或肘尖按压患处(与突出物方向相反),反复3次;患者俯卧位,胸髌下分别垫枕,医者采用趾压踩跷法,持续1分钟;稍后,医者用揉、弹拨手法沿腰部及患侧坐骨神经分布区施术3~5分钟。

3. 结束手法:最后,擦热腰骶部,腰下垫枕仰卧,结束治疗,用宽腰围固定。

### 【其他疗法】

针灸、封闭、理疗、骨盆牵引、熏蒸和手术等。

### 【注意事项】

(一)如患者神经炎性反应严重,疼痛不能忍受者,可酌情静滴消炎脱水药和卧位腰椎牵引。

(二)推拿治疗后可能出现疼痛加重现象,应平卧硬板床休息1~2周。

(三)用宽腰围保护腰部,尽量避免弯腰动作,并注意保暖。

(四)病情好转后,适当进行腰背肌肉功能锻炼,促进康复。

(五)病程长,经多次推拿治疗无效者,影响工作和休息者,可考虑综合治疗。

### 【按语】

腰椎间盘突出症大多引起坐骨神经痛,故在40年代以前本病被坐骨神经痛所代替,以后经临床观察,才认识到腰椎间盘突出和坐骨神经痛的因果关系,尝试手法治疗而取得

较好的效果。其作用有两方面：一是通过手法挤压，迫使髓核回纳；二是通过手法改变髓核和神经根的相对位置，从而解除了突出物对神经根的压迫和刺激。

## 第十节 棘上和棘间韧带损伤

棘上和棘间韧带损伤是指在弯腰时突然遭受外力或负重时，腰肌突然失力或长期劳损而引起棘上和棘间韧带的撕裂性损伤，从而导致腰背急、慢性疼痛和活动功能障碍的一种病症。本病好发于青壮年体力劳动者，男性多于女性。棘上和棘间韧带在弯腰时，位于腰背部的最外层和正中线上，应力最大，容易损伤。据临床统计，棘上和棘间韧带损伤占软组织损伤所致腰背痛患者的18%，因而本病是导致腰背痛的常见疾病之一。

### 【解剖生理】

棘上韧带是一条连接各棘突的坚强韧带，呈连续的细索状突起(图8-9)。上端起于第7颈椎棘突，下端止于骶正中嵴，为纵行的胶原纤维组成。棘上韧带可分为三层，深层纤维与棘突骨质密切相连，中层纤维连接2~3个棘突，浅层纤维越过了3~4个棘突，并与皮下相连。腰椎的棘上韧带较发达，于中线相接而附着于棘突末端的后方及两侧，能控制脊柱过度前屈。

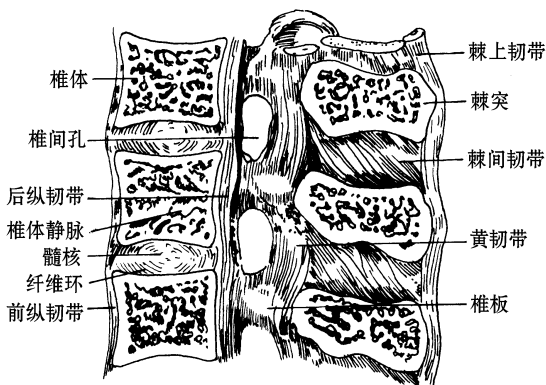


图 8-9 脊柱的韧带

棘间韧带连结于相邻两棘突之间，较薄弱而无力，不如棘上韧带坚强，主要是由致密排列的胶原纤维构成，夹以少数弹性纤维。棘间韧带向下附着于椎弓板之上缘及棘突根部，朝上后附着于上一椎骨的棘突，向前与黄韧带合并，后方移行于棘上韧带。棘间韧带的纤维分三层排列，中层由后上斜向前下，两侧浅层纤维则由前上向后下。三层纤维呈交叉状排列，虽可防止腰前屈时椎骨前移和后伸时椎骨后移，但本身却要受到挤压、牵拉和磨损，以致在30岁以后即开始发生退行性变化，成为棘间韧带易遭受损伤的病理解剖基础。

### 【病因病机】

(一)急性损伤：棘上和棘间韧带在正常情况下受骶棘肌保护，但在弯腰搬运重物时，骶棘肌处于相对松弛状态，臀部及大腿后部肌肉收缩，以腰椎为杠杆将重物提起，其支点在腰骶部，所以力量全落在韧带上，极易造成棘上韧带撕裂伤。或由于弯腰劳动时，突然受外力打击，迫使腰前屈，引起棘上韧带的撕裂。由于棘上韧带大多终止于腰3~4棘突，而腰4以下几乎无棘上韧带，在弯腰时，其应力落在棘间韧带上，棘间韧带受到强力牵拉或外力作用于该韧带上，则容易使之发生损伤或断裂。

(二)慢性劳损：由于长期从事弯腰劳动，其维持腰姿势的应力，主要由棘上和棘间韧带负担，由于韧带经常受到牵拉而超出其弹性限度被拉松，逐渐发生水肿、炎症和粘连，刺

激腰脊神经后支而引起慢性腰痛,或因韧带纤维发生退变时,弹力减弱,这时如弯腰负重,常易发生部分纤维的损伤和劳损。

### 【临床表现】

#### (一)棘上韧带损伤

1. 有弯腰劳动突然受重力牵拉或弯腰负重史。
2. 脊柱中线部位疼痛,轻者酸痛,重者可呈断裂样、针刺样或刀割样疼痛。痛点常固定在1~2个棘突,弯腰时疼痛加重。可向棘突旁甚至臀部扩散。
3. 腰肌张力增高,不能弯腰,弯腰时间稍长,不但出现疼痛,而且无力,腰部不能挺起之感。

#### (二)棘间韧带损伤

1. 往往与棘上韧带合并损伤,疼痛位置主要在棘突之间。单独损伤多在腰4~5及腰5~骶1间隙。
2. 腰痛无力,弯腰时病变部有断裂样感觉,疼痛部位较深在,劳累后可使疼痛加重,休息后疼痛得到缓解。
3. 骶棘肌痉挛,腰部活动受限较棘上韧带重。

### 【检查】

(一)局部压痛明显,主要压痛点在损伤的棘突顶端和棘突间隙部。

(二)急性损伤者,在损伤的棘上韧带处有条索状剥离或有明显钝厚感。局部有时稍隆起,左右拨动时有紧缩感,并感到有纤维束在棘突上滑动。

(三)慢性损伤者,可触及棘上韧带松弛,在损伤处呈片状或条索状与下面剥离,在棘突顶或棘突间有轻重不等的压痛或酸胀感。

(四)陆温氏征阳性:患者仰卧,两手放在胸前,主动作屈颈和仰卧起坐,若此时出现腰部疼痛,即为阳性。

### 【诊断】

根据病史、症状和局部压痛,可以诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)腰椎压缩性骨折:有明显外伤史,损伤椎体、棘突压痛明显,叩击痛明显,X线示椎体变形。

(二)急性腰扭伤:有明显腰部扭伤史,疼痛剧烈,疼痛部位多在骶棘肌及腰骶关节,且有明显的肌痉挛和活动受限,各椎体棘突一般无压痛。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋活血,消肿止痛,理筋整复。

(二)取穴及部位:阿是穴、腰夹脊穴、八髎穴等,患部棘突和间隙。

(三)主要手法:按揉、点、扳、推抹、擦法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者俯卧,医者以按揉法在患处及周围施术3~5分钟,重点按揉结节状或条索状物,使其消散。

2. 治疗手法:用两拇指指腹点按患椎上下夹脊穴,约2分钟;以损伤棘突处为定点,

施用胸腰椎左右斜扳各1次,以手下有椎骨松动感为佳;如有棘上韧带剥离移位时,沿棘上韧带方向作上下推抹5~8次,使其平复。

3. 结束手法:直擦腰背部督脉及两侧膀胱经,以透热为度。可于局部配合湿热敷,以温经通络、活血止痛。

#### 【其他疗法】

封闭、针灸、理疗、熏蒸等。

#### 【注意事项】

(一)本病治疗以理筋整复为主,如无剥离移位,则手法以活血散瘀为主。治疗期间,宜制动1~2周。

(二)本病急性期一般不主张推拿治疗,应卧床休息,减少弯腰活动。并可内服镇痛解痉药,外敷消肿止痛药物。

(三)术后腰部宜用宽皮带护腰,局部保暖,适当休息,以利修复。

#### 【按语】

推拿治疗棘上、棘间韧带损伤,除完全断裂为禁忌外,临床疗效显著。推拿治疗可加速局部血液和淋巴液循环,有助于损伤组织的修复。但在推拿治疗时,一定要注意手法的轻柔,切忌腰部被动运动,如在腰部施用腰前屈的被动运动会进一步增加棘上、棘间韧带的损伤。若采用腰部过伸、挤压等手法可使棘突间距缩短,棘上、棘间韧带则进一步增加挤压性刺激而受损伤。

## 第十一节 第三腰椎横突综合征

第三腰椎横突综合征是指腰三横突及周围软组织的急、慢性损伤及感受风寒湿邪,致腰三横突处发生无菌性炎症、粘连、变性及增厚等,刺激腰脊神经而引起腰臀部疼痛的综合症候群。本病好发于青壮年体力劳动者,男性多于女性,是推拿临床常见的腰腿痛疾病之一。

#### 【解剖生理】

(一)腰椎横突:腰椎横突在发生上由肋部和横突部愈合而成,其前部即代表肋部。横突由椎弓根与椎弓板融合处向外突出。在5个腰椎横突当中,第三腰椎横突最长,弯度大,活动多,所受杠杆作用最大。其上附着的筋膜、韧带及肌肉承受的拉力较大,因此损伤的机会较多。

腰椎横突上附着大小不等的肌肉、韧带及筋膜等软组织,两侧对称相互拮抗,协同作用,共同维持人体重心的相对稳定。横突间韧带附着于相邻两横突之间,腰横突间韧带呈薄膜状,有腰神经后支的外侧支穿过,如韧带损伤或卡压时可产生腰痛。

(二)腰脊神经:腰部的脊神经出椎间孔后,分为前后两支。前支较粗,构成神经丛(腰、骶丛);后支较细,在横突间肌内侧向后走行,分为内侧支和外侧支。内侧支分布于肌肉,外侧支成为皮神经。臀上皮神经发自腰1~3脊神经后支的外侧支,穿横突间隙向后走行,再穿过附着在腰1~4横突上之腰背筋膜的深层,然后入髂棘肌至其背侧与浅筋膜之间向下走行,在骶棘肌的外缘经腰下三角处穿过腰背浅筋膜,在皮下组织分为内、中、外

三支,超过髂嵴的后部,达臀部皮下,称为臀上皮神经。部分神经纤维入臀中肌,其余分布于臀部及大腿后侧的皮肤。

### 【病因病机】

(一)外伤:腰椎具有生理性前凸,第三腰椎位于其前凸顶点的中间位置,为5个腰椎的活动中心,是腰椎前屈、后伸及左右旋转活动的枢纽,第三腰椎横突较其他腰椎横突长,所以此处承受拉应力最大,横突上附着的肌肉、韧带及筋膜等所受到的拉力亦大,故此处构成了最易受到损伤的解剖学基础。

正常时,两侧横突附近的肌肉、筋膜及韧带相互拮抗或协同作用,以维持人体的动态平衡。若因一侧腰部肌肉、韧带和筋膜收缩或痉挛时,其同侧或对侧均可在肌力牵拉的作用与反作用下遭受损伤。尤其是腰部在前屈或侧屈活动时,因外力牵拉,使附着在第三腰椎横突上的肌肉、筋膜超过其承受能力,而致损伤。严重时并可并发腰三横突撕脱性骨折。

(二)劳损:由于腰三横突过长,抵触腰背筋膜后叶在长期弯腰劳动中,肌筋膜产生慢性牵拉性损伤,造成多处小肌疝。或因急性损伤后,未能及时治疗或治疗不当,或因反复多次损伤致横突周围发生水肿、渗出产生纤维变性,或形成疤痕粘连,筋膜增厚,肌肉挛缩等病理改变,致使穿过肌筋膜的血管神经束受到刺激和压迫,影响神经的血供和营养,可使神经水肿变粗而出现腰三横突周围乃至臀部、大腿后侧及臀上皮神经分布区域的疼痛。

### 【临床表现】

(一)腰部有负重或不同程度的外伤、劳损史,从事体力劳动的男性青壮年多见。

(二)腰痛或臀部疼痛:腰部呈持续性酸痛、疲软无力。多数为单侧。部分病人的疼痛范围可波及臀部、股后、膝下及股内侧肌等处。弯腰及旋转腰部时疼痛加剧,劳累后明显加重,稍微活动,疼痛减轻。患者无间隙性跛行。

(三)腰部活动受限:腰部俯仰转侧活动受限,尤以健侧侧屈或旋转时尤甚。

### 【检查】

(一)局部压痛:患侧腰三横突处有局限性压痛,有时可触及一纤维性硬结,常可引起同侧臀部及下肢后外侧反射痛。臀中肌后缘可触及一隆起条索状物,压痛明显。

(二)局部肿胀:早期横突尖端部肥厚,呈轻度肿胀。

(三)直腿抬高试验可为阳性,但加强试验为阴性。

(四)腰椎X线片检查,腰三横突肥大或过长,有时左右不对称。

### 【诊断】

根据症状、体征及腰椎X线片检查,即可做出诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)慢性腰肌劳损:腰骶部酸痛不适,劳动后加重,休息则减轻。压痛范围广泛。而腰三横突综合征压痛常局限于腰三横突处。

(二)梨状肌综合征:疼痛从臀部开始,可沿坐骨神经分布区域出现下肢放射病,但无腰痛症状。自觉患侧下肢短缩,步履跛行,或是鸭步移行。压痛点局限在臀部梨状肌体表投影区。此外,梨状肌紧张试验为阳性,可与之鉴别。

(三)腰椎间盘突出症:腰痛伴下肢坐骨神经放射痛,呈阵发性加剧。腰部活动功能明显障碍,尤以屈伸为主。脊柱侧弯畸形,直腿抬高及加强试验均为阳性,压痛点在棘突旁



或腰骶部,且有叩击痛和反射痛。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋通络,活血散淤,消肿止痛。

(二)取穴及部位:肾俞、大肠俞、秩边、环跳、委中、承山等穴,腰臀部。

(三)主要手法:揉、点按、按揉、弹拨、擦法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者俯卧,医者站于一侧,沿腰部两侧膀胱经施揉法 3~5 分钟。

2. 治疗手法:接着,在患侧腰三横突周围施按揉手法 3~5 分钟,配合点按肾俞、大肠俞,约 1 分钟,以酸胀为度;然后,医者用双手拇指在腰三横突尖端作与条索状硬块垂直方向的弹拨约 10 次,要由轻到重,由浅入深,手法要柔和深透;再沿患侧臀部及大腿后外侧施按揉法 3~5 遍,配合点按环跳、秩边、委中、承山等穴,约 3 分钟。

3. 结束手法:最后,直擦腰背两侧膀胱经,横擦腰骶部,约 3 分钟,以透热为度。可配合湿热敷。

### 【其他疗法】

小针刀、针灸、封闭、理疗等。

### 【注意事项】

(一)腰部束宽皮带护腰,对防止过度损伤有一定作用。

(二)治疗期间,避免腰部过多的屈伸和旋转活动。

(三)注意局部保暖,防止过度劳累。

(四)长期不愈,可尝试小针刀松解术治疗。

### 【按语】

由于该病的特点是病程较长,而且往往是病人一边治疗,一边仍旧从事原有的工作,所以治疗效果欠佳。为了提高疗效,应采取综合措施。推拿治疗可解除腰部肌肉痉挛,松解粘连,消散瘀肿,促进腰腿功能的恢复。

## 第十二节 骶髂关节扭伤

骶髂关节扭伤是指骶骨与髌骨的耳状关节面,因外力而造成该关节及其韧带损伤,以致局部出现充血、水肿、粘连等无菌性炎症,且引起局部疼痛和功能障碍者。近年来有人称为骶髂关节错缝或骶髂关节脱位,实乃本病的并发症。本病临床较为常见,好发于青年女性。若耽误治疗,可引起持久性下腰痛。

### 【解剖生理】

骶髂关节是人体最坚固、最稳定的关节,位于骶骨的侧面与髌骨之间,是由骶骨和髌骨的耳状关节面相贴而构成的。其相吻处的关节面凹凸不平,在组成关节时彼此是凹凸相嵌,紧密相贴。此关节前后均有坚强的韧带加固,借以稳定关节。它的稳定性主要依靠骶髂前后韧带和骶髂间韧带,因此,没有强大的外力,骶髂关节是不易扭伤而发生错位的。脊柱所承负的重量必须通过两侧骶髂关节才能达到下肢,而足底或坐骨结节遭受外力,也必须通过骶髂关节才能达到躯干。正常的骶髂关节只有少许的前后旋转活动,以缓冲弯

腰和负重时脊柱所承担的外力。青春期后的女性,此关节的活动范围增加,故患骶髂关节扭伤者较男性多。

### 【病因病机】

(一)急性损伤:突然滑倒,单侧臀部着地,或弯腰负重时突然扭闪,使骶髂骨间韧带受到损伤,由于韧带被牵拉,使髂骨滑离与其相对应的骶骨关节面,使关节扭错移位并发生滑膜嵌顿。也可发生于胎儿过大的产妇,分娩时扩张骨盆而引起扭伤,甚至出现关节半脱位。

(二)慢性劳损:长期弯腰工作或抬举重物,可促使骶髂关节退行性变,久之发生损伤。妇女妊娠期可使韧带松弛和伸长,常因弯腰和旋转活动而引起扭伤。

### 【临床表现】

(一)下腰部(骶髂关节)疼痛,呈局限性、持续性钝痛,活动及受寒冷时疼痛加重,可有一侧下肢牵扯痛。

(二)腰部活动明显受限,患者躯干微向患侧侧屈,患侧下肢不敢负重,可有跛行。

(三)患侧怕负重而致步履蹒跚,行动缓慢。患侧髋关节外展和外旋受限。

### 【检查】

(一)骶髂关节的投影区有明显压痛,并有深在性叩击痛。

(二)“4”字试验阳性。

(三)骨盆分离和挤压试验阳性。

(四)床边试验阳性。

(五)髋后伸试验阳性。

(六)直腿抬高试验轻度受限。

(七)足跟叩击试验阳性。

(八)X线片检查,可发现骶髂关节面排列紊乱,关节间隙比健侧宽或退行性改变。

### 【诊断】

依据病史、症状、体征及相关检查可明确诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)骶髂关节致密性骨炎:多有劳损史,关节疼痛呈渐进发展,由轻到重,休息后缓解。X线片示关节骨质密度增高。

(二)急性腰扭伤:有腰部外伤史,腰骶部疼痛及活动功能障碍,但压痛点多在骶棘肌,骨盆分离、挤压试验及床边试验等检查均为阴性。

(三)强直性脊柱炎:早期腰骶部疼痛,活动欠利。但以男性青年为多。可有轻度贫血、血沉增高。晚期患者X线片示脊椎呈竹节样改变或骨质破坏等。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋通络,活血散瘀,松解粘连,理筋整复。

(二)取穴及部位:八髎、秩边、环跳、委中等穴,骶髂关节。

(三)主要手法:揉、点按、弹拨、揉、扳、擦法等。

(四)操作

#### 1. 骶髂关节扭伤治疗手法

(1)准备手法:患者俯卧位,医者站其侧,施擦法于骶棘肌和骶髂关节及臀部,约3~5分钟。

(2)治疗手法:接着,点压八髎、环跳、秩边等穴,约3分钟,以酸胀为度;再在患侧骶髂关节处重点施拇指按揉,并弹拨痉挛的条索状物约2分钟;待肌肉痉挛解除后,配合髋关节后伸和外展的被动运动。

(3)结束手法:最后,擦热患处。并配合湿热敷。

## 2. 骶髂关节错位(或半脱位)治疗手法

(1)整复向前错位的方法:

①患者健侧卧位,身体靠近床边,健侧下肢伸直,患侧屈膝屈髋。医者面对患者站立,一手扶住患肩向后固定其躯体,另一手按住患侧臀部向前向下作最大限度按压,借助杠杆作用,可使骶髂关节错动而复位。

②患者仰卧位,医者立于患侧,在作髋膝关节屈曲至最大限度的同时,于屈髋位作快速伸髋伸膝和下肢拔伸动作,反复3~5次。

(2)整复向后半脱位的方法:

①患者健侧卧位,健侧下肢伸直,患侧屈髋屈膝,医者站在身后,一手向前抵住患侧骶髂关节,一手握住患侧踝部,向后拉至最大限度的同时,两手作相反方向的推拉。

②患者取俯卧位,医者立于患侧,一手向下压住患侧骶髂部,一手托起患侧下肢,两手对称用力,使患侧下肢后伸至最大限度,然后两手同时用力作相反方向的骤然扳动,此时,可听到复位关节的响声。

### 【其他疗法】

封闭、针灸、理疗等。

### 【注意事项】

(一)推拿治疗后,症状可立即缓解,但因骶髂关节韧带损伤需要修复过程,故在2周内不宜作下肢大幅度的活动。

(二)治疗期间,宜卧床休息,并注意保暖。

### 【按语】

推拿治疗骶髂关节扭伤效果较好,其作用主要是舒筋通络、活血散瘀,尤以急性期为佳。手法治疗骶髂关节错位,有滑利关节、整复错位的作用。对早期患者,手法治疗可立竿见影,即刻复位。但对后期患者或病情延误,则较难复位,因此,应对该病宜早期诊断,早期治疗,方可达到事半功倍的效果。

## 第十三节 肩关节周围炎

肩关节周围炎是指肩关节及其周围的肌腱、韧带、腱鞘、滑囊等软组织的退行性变和急、慢性损伤,加之感受风寒湿邪致局部产生无菌性炎症,从而引起肩部的疼痛和功能障碍为主症的一种疾病。本病又名“五十肩”、“冻结肩”、“漏肩风”、“肩痹”等名称。本病体力劳动者多见,女性略多于男性。推拿治疗肩周炎有较好的疗效。

**【解剖生理】**

肩关节是人体具有最大活动范围的关节,它是由肩肱关节、肩锁关节、肩胛胸壁关节和胸锁关节四部分组成的关节复合体(图 8-10)。肩关节周围有很多肌肉和韧带附着,以维持肩关节的稳定,及活动肩关节,包括冈上肌、冈下肌、小圆肌、肩胛下肌、三角肌、胸大肌、胸小肌、背阔肌、肱二头肌、肱三头肌以及喙肩韧带、盂肱韧带、喙肱韧带等,同时肩部还有肩肱关节囊和众多的滑液囊,起润滑关节、减少摩擦的作用。肩肱关节的血供靠锁肱前动脉、肩胛上动脉及旋肱后动脉等,肩关节血供丰富。靠近大血管主干,流速较快,细菌栓子不易在局部停留,肩肱关节及周围滑液囊主要受颈 5 和颈 6 神经支配,即肩胛上神经、肩胛下神经、肌皮神经和腋神经的关节支支配。肩肱关节是典型的球窝关节,其运动分为前屈、后伸、外展、内收、外旋和内旋。

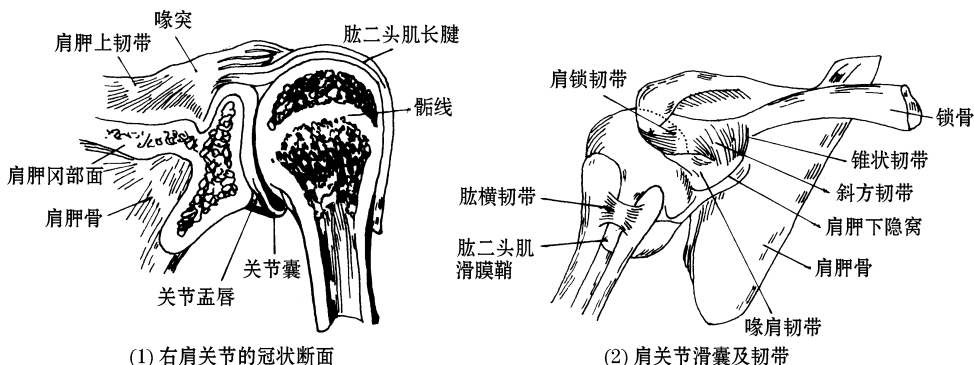


图 8-10 肩关节的冠状断面、滑囊和韧带

**【病因病机】**

本病的病因病机目前尚不十分清楚,主要有以下几种观点:

(一)外伤、劳损:肩关节是人体活动范围最广泛的关节,其关节囊较松弛。维持肩关节的稳定性,多数依靠其周围的肌肉、肌腱和韧带的力量。跨越肩关节的肌腱、韧带较多,而且大多是细长的腱,正常人的肌腱是十分坚韧的,但由于肌腱本身的血供较差,随着年龄的增长,常有退行性改变;另一方面由于肩关节在日常生活和劳动中活动比较频繁。双肩部软组织经常受到上肢重力和肩关节大范围运动的牵拉、扭转,容易引起损伤和劳损。损伤后,软组织的充血、水肿、渗出、增厚等炎性改变如得不到有效的治疗,久之则可发生肩关节软组织粘连形成,甚至肌腱钙化,导致肩关节活动功能严重障碍。

(二)肝肾亏虚,气血不足:中医认为,人到 50 岁左右,肝肾精气开始衰退,气血不足,血脉周流运行迟涩,不能濡养筋骨,筋脉失其所养,血虚生痛,日久,营卫失调,筋脉拘急而不用。

(三)外感风寒湿邪:“风寒湿三气杂至,合而为痹”《素问·痹论》。本病的发生与风寒湿三邪的侵袭有关。其中湿邪长期滞留于关节,是导致关节运动功能障碍的主要原因。因湿性重浊粘滞,使气血运行迟涩,易使肩部诸筋粘连。在日常生活中,患者久居湿地,风雨露宿或贪凉夜寐,露肩当风,以致风寒湿邪客于血脉筋肉,血受寒则凝,使筋脉失养,脉络拘急而疼痛;寒湿之邪淫溢于筋肉关节,则关节屈伸不用。

### 【临床表现】

(一)有肩部外伤、劳损或感受风寒湿邪的病史。

(二)肩部疼痛:初期常感肩部前上方、肱二头肌短头附着点、结节间沟及肩峰下方的三角肌附着点多处疼痛,疼痛可急性发作,多数呈慢性。常因天气变化和劳累后诱发。初期疼痛为阵发性,后期逐渐发展成持续性酸痛,并逐渐加重,昼轻夜重,夜不能寐。肩部受牵拉或碰撞后,可引起剧烈疼痛。肩部怕风,怕冷,不敢向健侧卧。疼痛可持续几月至一年不等。

(三)功能障碍:早期功能障碍多因疼痛所致,后期疼痛减轻而肩关节广泛粘连,致肩关节各方向活动功能受限,尤以外展、内收、内旋及后伸功能受限为甚。特别是当肩关节外展时,出现典型的“扛肩”现象。梳头、穿衣等动作均难以完成。日久,则可发生三角肌等的废用性萎缩。

### 【检查】

(一)压痛点:本病在肩关节周围可找到相应的压痛点。主要在喙突、肩峰下、三角肌附着处、结节间沟及冈下窝(天宗穴)、肩胛内侧缘等处,常有不同程度的压痛。

(二)肩关节功能检查:作肩关节上举、外展、后伸、内收、内旋及外旋活动。观察并记录其活动幅度及粘连程度。

(三)X线检查:一般无异常改变。后期可出现骨质疏松,冈上肌腱钙化,大结节处有密度增高的阴影,关节间隙变窄或增宽等现象。

(四)肩关节造影:可见关节囊有粘连现象。

### 【诊断】

根据发病年龄、典型症状、体征及相关检查,可做出诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)冈上肌肌腱炎:疼痛多在肩外侧冈上肌肌腱止点处,局部压痛,且可触及肌腱增粗、变硬等。肩外展出现典型的疼痛弧是诊断本病的重要依据。

(二)肱二头肌长头腱鞘炎:疼痛部位局限在肩前肱骨结节间沟处。少数患者可触及条索状物。肩关节内旋试验及抗阻力试验阳性。

(三)肩峰下滑囊炎:疼痛部位在肩外侧深部,并向三角肌止点放射。活动受限以肩关节外展、外旋为主,如外展超过 $60^{\circ}$ 反而疼痛减轻。

### 【治疗】

(一)治疗原则:对初期疼痛较敏感者,疏通经络,活血止痛;对后期粘连患者松解粘连,滑利关节,促进关节功能的恢复。

(二)取穴及部位:肩井、肩髃、肩内陵、秉风、天宗、肩贞、曲池、手三里、合谷等,肩臂部。

(三)主要手法:揉、揉、拿捏、点压、弹拨、摇、扳、搓抖等手法。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者坐位,医者立于患侧,用一手托住患者上臂使其微外展,另一手用揉法或拿揉法施术,约3分钟,重点在肩前部、三角肌部及肩后部,同时配合患肢的被动外展、旋外和旋内活动,以缓解肌肉痉挛,促进粘连松解。

2. 治疗手法:接上势,医者用点压、弹拨手法依次点压肩井、乘风、天宗、肩内陵、肩贞、肩髃等穴,约5分钟,以酸胀为度,对有粘连部位或痛点施弹拨手法,以解痉止痛,剥离粘连。接上势,医者一手扶住患肩,另一手握住其腕部或托住肘部,以肩关节为轴心作环转摇动,幅度由小到大,反复10次;然后再作肩关节内收、外展、后伸及内旋的扳动各5次。接上,医者用拿捏手法施于肩部周围,约2分钟,然后握住患者腕部,将患肢慢慢提起,使其上举,并同时作牵拉提抖,反复10次。

3. 结束手法:最后,用搓法从肩部到前臂,反复上下搓动3~5遍,并牵抖患肢15次,结束治疗。

### 【其他疗法】

封闭、针灸、理疗、体育疗法等。

### 【注意事项】

- (一)有条件的地方,在治疗前先拍X线片,以排除骨关节本身病变。
- (二)运用手法要轻柔,不可施用猛力,以免造成骨折或脱位等严重损伤。
- (三)注意局部保暖,防止受凉,以免加重病情,影响治疗效果。
- (四)一定要进行适当的肩部功能锻炼,并遵循持之以恒,循序渐进。

### 【按语】

本病预后良好,一般功能均能恢复,且痊愈后很少复发,但有糖尿病史或结核病史的患者,治疗效果较差。

## 第十四节 冈上肌肌腱炎

冈上肌肌腱炎是由局部外伤、劳损或感受风寒湿邪,使局部产生无菌性炎症,从而引起局部疼痛及活动受限为主要症状的病症。本病又名冈上肌腱综合征、外展综合征。好发于中年以上的体力劳动者、家庭妇女和运动员。

### 【解剖生理】

冈上肌为长三角形双羽状肌,位于斜方肌深面,肩胛骨冈上窝内。冈上肌起于冈上窝骨面及冈上筋膜内面,肌纤维向外行,经肩峰和喙肩韧带的深面,后移行为扁腱,紧密附着于肩关节囊的上部,参与肩袖的构成,最后止于肱骨大结节上部(图8-11)。肌腱的上方隔肩峰下滑囊与喙肩韧带相贴。肩峰下滑囊对冈上肌肌腱起着很好的保护作用。

肩关节外展运动是肩关节运动的主要形式之一,冈上肌是肩关节外展运动的重要肌肉,活动频繁。又是肩部肌肉收缩力量的交叉点,因此是比较容易损伤的肌肉。

冈上肌的血供主要由肩胛上动脉供应。肩胛

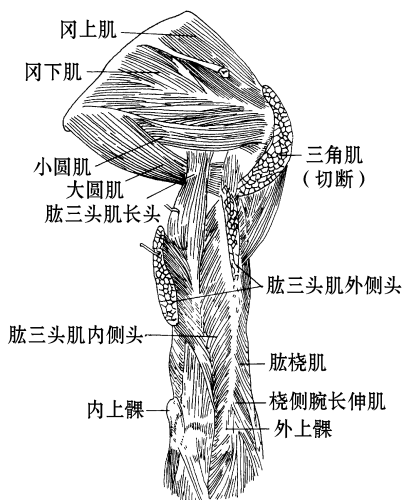


图8-11 肩、臂后部肌肉

上动脉越过肩胛横韧带,入冈上窝,贴冈上窝的骨面走行,发出分支支配冈上肌。冈上肌受肩胛上神经支配。肩胛上神经由臂丛的上干分出,经肩胛横韧带深面,肩胛切迹内入冈上窝,后又绕肩胛颈入冈下窝。

### 【病因病机】

(一)损伤与劳损:冈上肌腱在喙肩韧带及肩峰下滑囊下面,肩关节囊上面的狭小间隙通过。肌腱与关节囊紧密相连,增加了关节囊的稳定性,但也影响了冈上肌的活动。当上臂外展 $60^{\circ}\sim 120^{\circ}$ 时,肩峰与肱骨大结节之间的间隙最小。冈上肌在其间受肩峰与大结节的挤压磨损,因此,频繁的肩部运动势必造成该肌腱的损伤或劳损,从而继发创伤性炎症。

(二)退行性改变:随着年龄的增长,肌腱本身也可发生退行性改变,当冈上肌腱损伤后,可进一步促使冈上肌腱的退行性变化。冈上肌肌腱炎后,肌腱很容易产生钙化,使肌腱变得很脆弱,在跌倒或肌肉突然收缩时,可引起肌腱完全或不完全性断裂。

中医认为,中年以后,由于气血渐衰,易使冈上肌失去濡养而发生劳损。加上肩关节的频繁活动及感受风寒湿邪等,易使冈上肌腱产生损伤。

### 【临床表现】

(一)有急、慢性损伤史或劳损史。一般起病缓慢。

(二)疼痛:肩部外侧疼痛,并扩散到三角肌附着点附近。有时疼痛可向上放射至颈部,向下放射至肘部。

(三)活动受限:肩关节外展活动受限,尤以肩关节外展 $60^{\circ}\sim 120^{\circ}$ 时受限明显,当小于或大于这一范围及肩关节其他活动不受限制。

### 【检查】

(一)压痛:常位于冈上肌肌腱的止点,即肱骨大结节之顶部和肩峰下滑囊区、三角肌的止端。同时,可触及该肌腱增粗、变硬等。

(二)肩外展试验(疼痛弧试验)阳性:即患肢肩外展 $60^{\circ}\sim 120^{\circ}$ 时疼痛加剧,当小于或大于这一范围,则疼痛不明显。这是由于肩外展 $60^{\circ}\sim 120^{\circ}$ 范围时,肱骨大结节与肩峰之间的间隙减小,冈上肌抵止部在其间受肩峰与肱骨大结节的挤压所致。

(三)X线检查,一般无异常发现,少数患者可显示冈上肌腱钙化。

### 【诊断】

根据病史、症状、典型体征及相关检查,可明确诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)冈上肌肌腱钙化:本病与单纯性冈上肌肌腱炎相类似,主要区别是冈上肌腱钙化,X线片上可见到钙化阴影。

(二)肩关节周围粘连症:本病主要表现为肩关节疼痛及各方活动均明显受到限制,而冈上肌肌腱炎只是外展活动受限,即所谓的疼痛弧。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋通络,活血止痛。

(二)取穴及部位:肩井、秉风、肩贞、肩髃、曲池等穴。

(三)主要手法:揉、按揉、点揉、摇、弹拨、擦、搓、抖等手法。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者坐位,医者立于患侧,先用柔和的揉法施术于肩外及肩后部,同时配合肩关节的外展、内收及内旋活动。

2. 治疗手法:接上,医者用双手掌放置患肩前后作对掌挤压、按揉,约2分钟;用拇指点揉肩井、缺盆、秉风、肩髃、肩贞、曲池等穴约3分钟,以局部酸胀为佳;并用拇指弹拨肩部各痛点,以患者能忍受为度;将肱骨头向外上方牵拉,然后摇肩关节5~8遍;再用揉法施术于患肩及上臂,约2分钟。

3. 结束手法:最后,搓臂、抖上肢10次;在肩关节周围施擦法治疗,以透热为度。

#### 【其他疗法】

针灸、封闭、小针刀、理疗等。

#### 【注意事项】

(一)急性损伤,手法宜柔和舒适,适当限制肩部活动。

(二)慢性损伤,手法宜深透,同时适当配合肩部功能锻炼。

(三)无论急、慢性损伤,在运用弹拨手法时,刺激要柔和,不宜过分剧烈,以免加重损伤。

(四)注意局部保暖,并配合局部湿热敷。

#### 【按语】

急性损伤而引起本病者,不能完全排除冈上肌肌腱的不完全断裂。因此,在治疗时,除上述处理方法外,治疗后可用三角巾悬吊患侧上肢。对已明确为部分肌腱纤维断裂者,可作肩外展 $90^{\circ}$ 、前屈 $30^{\circ}$ 、外旋 $30^{\circ}\sim 40^{\circ}$ 位的固定6~8周。

## 第十五节 肱二头肌长头腱滑脱

肱二头肌长头腱滑脱是由长期反复或突然受到外力的牵拉、扭转、磨损以及肌腱的伸缩运动失调等因素,导致肌腱的位置发生移位,从而引起局部疼痛和功能障碍的一种病症。该病属中医“筋出槽”的范畴。为临床常见疾病之一。推拿治疗本病有显著疗效。

#### 【解剖生理】

肱二头肌长头腱起于肩胛骨孟上结节,向下越过肱骨头,穿过肱骨横韧带和肱二头肌腱鞘的伸展部,藏于结节间沟的骨纤维管内。沟的内侧为肩胛下肌,外侧的上部为冈上肌和喙肱韧带,下部为胸大肌覆盖。关节囊伸入结节间沟,肌腱受滑膜包围(图8-12)。

横跨结节间沟的韧带,称肱骨横韧带。肱骨横韧带为肱骨的固有韧带。该韧带有一部分与关节囊愈合。结节间沟与肱骨横韧带围成一纵行管道,管道内有肱二头肌长头腱。肱二头肌长头腱较长,可分为三部分,上部分称关节内部分,由肩胛骨孟上结节至结节间沟上界之间;中间部分称管内部分,走行于结节间沟内,外包裹滑膜鞘;下部分称关节外部分,由结节间沟下界至腱与肌腹的移行部。

肱二头肌长头腱的关节内部分和管内部分表面均覆有一层滑膜层。滑膜层在肱二头肌长头腱孟上结节附着处附近与关节囊滑膜层移行。肱骨横韧带对固定肱二头肌长头腱和其滑膜鞘起着重要的作用。



### 【病因病机】

正常情况下,肱二头肌长头腱在肱骨结节间沟内滑动,并有滑膜保护,沟嵴上有横韧带覆盖。当保护肱二头肌长头腱的胸大肌、肩胛下肌抵止部发生断裂,致使该肌腱在结节间沟的内缘之上滑动,即可发为本病。

(一)外伤性滑脱:肩部经常作过度外展、外旋位活动或突然用力外展、外旋时,胸大肌或肩胛下肌的抵止部发生急性慢性损伤,致使肱二头肌长头腱滑动于结节间沟内缘之上,导致滑脱。因此,外伤性滑脱常为肩关节损伤的并发症,见于肩关节脱位,肱骨大结节或肱骨外科颈骨折后。也可因结节间沟上的肱骨横韧带撕裂,引起肱二头肌长头腱滑脱。

(二)习惯性滑脱:主要因先天性小结节发育不良,结节间沟内侧壁坡度减小,或因中年以后,关节发生退行性变,结节间沟底部骨质增生,沟床变浅等,导致肱二头肌长头腱弛缓或延长,均可引起肌腱经常滑脱。

### 【临床表现】

(一)有先天性肱骨小结节发育不良,结节间沟变浅;或长头腱本身及周围肌腱、韧带松弛、变性,肩部急、慢性损伤病史。

(二)损伤或肌腱滑脱后,局部出现肿胀、疼痛,活动功能受限。上臂无力,上臂呈内旋位,肘关节屈曲。患者多用健手托扶患肢前臂,以减少因活动或上肢重量所造成的疼痛。有时脱位的长腱发生绞锁,致肩关节不能活动。如将在外旋位上举的上臂放下或前屈外展时,可感知长腱在小结节上滑动之弹响。

### 【检查】

(一)肩关节各方向活动受限,尤以肩肱关节为主,仅肩胸关节活动存在。

(二)压痛点:局部压痛明显,主要在结节间沟处有明显压痛。

(三)肿胀:在疾病早期或损伤严重时,可因局部水肿等炎症变化而出现肩前肿胀。

(四)摩擦感:作肩关节被动外展、外旋活动时,可感知或触及长腱在小结节上滑动,且闻及弹响声。

(五)X线片检查,以排除骨折及关节脱位等。

### 【诊断】

根据病史、临床典型体征和相关检查,可做出诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)肱二头肌长头腱鞘炎:由肱二头肌的收缩所产生的肩关节活动受到限制,叶加森(Yergason)氏征阳性是诊断本病的重要依据。

(二)冈上肌肌腱炎:疼痛在肩外侧,肩外展的疼痛弧( $60^{\circ}\sim 120^{\circ}$ )是诊断本病的重要依据。

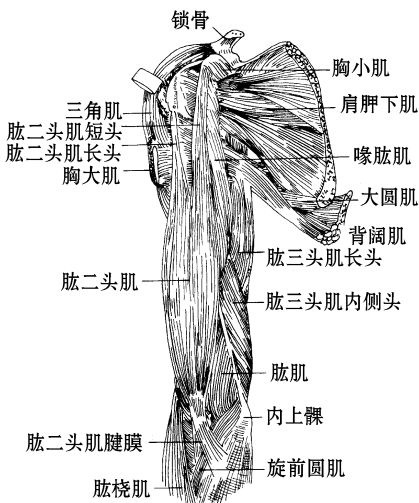


图 8-12 肱二头肌

**【治疗】**

(一)治疗原则:活血散瘀,理筋整复。

(二)取穴及部位:局部及肩内陵、肩髃、肩髃、肩贞等。

(三)主要手法:拿捏、点揉、按揉、弹拨、擦法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者坐位,术者立于患侧,用一手托起前臂,将肩关节轻度外展内旋位;用揉、拿捏等轻柔手法在肩前及肩外侧治疗,约2分钟。

2. 治疗手法:接着,点揉肩内陵、肩髃、肩贞、曲池、手三里等穴,约2分钟;接上势,医者一手握住患者腕部,掌心向前,另一手扶住患肩前内侧,用拇指抵住肱骨小结节内侧缘,两手用力作对抗牵引,同时将患肩外展至 $60^{\circ}$ 左右,前屈 $40^{\circ}$ 左右,即将患肩迅速内旋,同时另一手拇指用力向外上方弹拨滑脱之肱二头肌长腱,重复3~4次,指下有跳动感,即示筋复原位。如肱二头肌长腱向上嵌入于腱管内,则须在肱二头肌长腱联合处弹拨,将嵌入的肌腹向外拨出,再行复位(图8-13)。

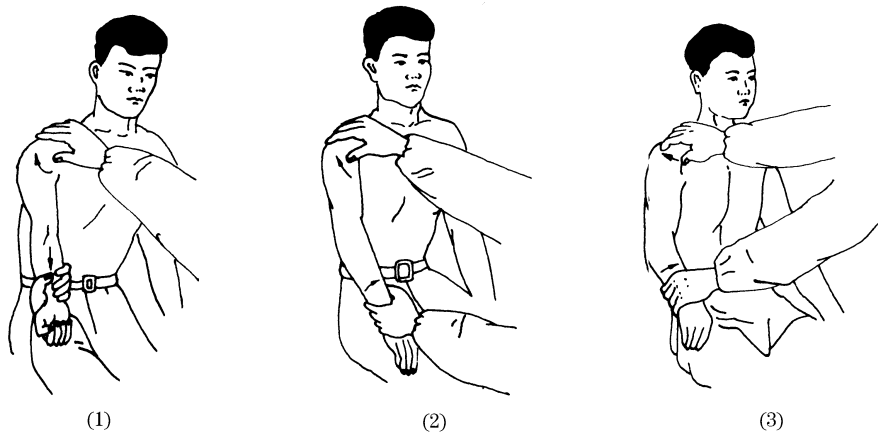


图8-13 肱二头肌长头腱滑脱治疗手法

3. 结束手法:最后,擦热患肩。将患肢内收内旋,用三角巾把前臂固定于胸前2~3周。

**【其他疗法】**

封闭、针灸、外敷中药、理疗等。

**【注意事项】**

(一)在作整复手法时,双手动作要协调,患肩急速内旋与拇指弹拨动作须同时完成。

(二)肩关节脱位或骨折所致的肱二头肌长头腱滑脱,须在脱位或骨折整复后,方可施理筋手法使之复位。

(三)急性损伤致长腱滑脱者,手法复位后应配以冷敷2日(每次3~5分钟,每日2~3次),而后改为热敷。

**【按语】**

肩关节脱位或肱骨外科颈骨折引起本病者,应先做复位和固定,以后选择适当时机进

行手法整复治疗。陈旧性滑脱伴有肩关节功能明显障碍者,也可作手法治疗。

## 第十六节 肱二头肌长头腱鞘炎

肱二头肌长头腱炎是因肩臂急、慢性损伤、退变及感受风寒湿邪等,致局部发生炎症、粘连、增厚等病理改变,引起局部疼痛和功能障碍的一种病症,称肱二头肌长头腱鞘炎。本病是临床常见疾病之一,推拿治疗该病有较好的效果。

### 【解剖生理】

肱二头肌长头腱起于肩胛骨孟上结节,向下越过肱骨头,穿过肱骨横韧带和肱二头肌腱鞘的伸展部,藏于结节间沟的骨纤维管内。沟的内侧为肩胛下肌,外侧的上部为冈上肌和喙肱韧带,下部为胸大肌覆盖。关节囊伸入结节间沟,肌腱受滑膜包围。

横跨结节间沟的韧带,称肱骨横韧带。肱骨横韧带为肱骨的固有韧带。该韧带有一部分与关节囊愈合。结节间沟与肱骨横韧带围成一纵行管道,管道内有肱二头肌长头腱。肱二头肌长头腱较长,可分为三部分,上部分称关节内部分,由肩胛骨孟上结节至结节间沟上界之间;中间部分称管内部分,走行于结节间沟内,外包裹滑膜鞘;下部分称关节外部分,由结节间沟下界至腱与肌腹的移行部。

肱二头肌长头腱的关节内部分和管内部分表面均覆有一层滑膜层。滑膜层在肱二头肌长头腱孟上结节附着处附近与关节囊滑膜层移行。肱骨横韧带对固定肱二头肌长头腱和其滑膜鞘起着重要的作用。

### 【病因病机】

(一)急性损伤:是指外伤导致本病。肩关节的直接外伤或肱二头肌用力不当,造成局部充血、水肿而又未及时恢复。如肩关节脱位或肱骨外科颈骨折,均可导致该肌腱因牵拉、扭转而发生损伤。

(二)慢性劳损:长期从事肩部体力劳动或过度运动,均可引起肱二头肌长头腱的慢性劳损。或由急性损伤失治转变而成。肱二头肌长头腱和腱鞘受结节间沟狭窄粗糙面的机械刺激,加剧了肌腱与腱鞘的摩擦,使局部气血瘀滞,充血、水肿,使肌腱与鞘膜增厚,纤维管腔变窄,肌腱在管腔内滑动困难而产生症状,甚至局部发生粘连,影响关节的活动功能。本病的病理变化是肌腱与腱鞘的损伤性炎症,表现为腱鞘充血、水肿、增厚,肌腱变黄,失去光泽,粗糙与纤维化。在肌腱与腱鞘之间,有时发生粘连形成。

(三)精血亏损:由于中年以后,肾气不足,精血亏损,筋脉失其濡养,则拘急挛缩。临床可见结节间沟粗糙或变窄,肩袖的退行性变等而导致本病。

(四)外感风寒湿邪:“风寒湿三气侵入经络,在骨则重而不举,在脉则血凝不流,在经则屈而不伸,……逢寒则急。”(《三因极一病证方论》)。机体感受风寒湿邪后,局部肌肉痉挛,缺血缺氧,筋脉挛急,从而导致本病的发生。

### 【临床表现】

(一)有急、慢性损伤和劳损病史,多数呈慢性发病过程。

(二)疼痛:开始表现为肩部疼痛,以后逐渐加重,最终出现肩前或整个肩部疼痛,受凉或劳累后加重,休息或局部热敷后痛减,肩部乏力。

(三)肿胀:在疾病初期,除局部疼痛外,可伴有轻度肿胀。主要为急慢性损伤性炎症引起的局部充血和水肿所致。

(四)活动受限:肩关节活动受限,尤以上臂外展向后背伸和用力屈肘时明显,有时向三角肌放射。

### 【检查】

(一)压痛:肱骨结节间沟处压痛明显,少数患者可触及条索状物。

(二)肱二头肌抗阻力试验阳性,即叶加森(Yergason)氏试验阳性。

(三)X线检查,一般无特殊。退行性变者,可发现骨刺,有助于对本病的诊断。

### 【诊断】

依据病史、症状、体征及相关检查,可诊断本病。

### 【鉴别诊断】

(一)肩关节粘连:本病的主要特点是肩部广泛疼痛,且可向上、向下放射,压痛广泛和有肩关节活动受限。早期以疼痛为主,后期以肩关节功能障碍为主(同肩周炎)。

(二)肱二头肌长头腱断裂:多因肱二头肌的急骤强力收缩所引起,多见于青壮年人。主要表现为肩内侧有剧烈疼痛,肘关节屈曲无力。肘屈曲时,在上臂前内侧,因部分断裂的肌纤维收缩时,可有肿物隆起。

### 【治疗】

(一)治疗原则:急性损伤者,宜活血化瘀,消肿止痛;慢性劳损者,宜理筋通络,松解粘连。

(二)取穴及部位:肩髃、肩贞、曲池、手三里等穴及肩臂部。

(三)主要手法:揉、拿、点、按、揉、弹拨、摇、牵抖等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者坐位,医者立于患侧,一手托住患肘将肩部外展,另一手用柔和的揉法施于肩前与肩外侧,约3分钟。

2. 治疗手法:接着,用拿法施于上臂,重点在肱二头肌长腱与三角肌前部,约2分钟;接上,医者用柔和的拇指弹拨法施于肱二头肌长腱的结节间沟段,约1分钟;然后点揉肩内陵、肩髃、肩贞、曲池、手三里等穴约2分钟;接上,医者用双手掌挤按、揉肩关节2分钟;然后作托肘摇肩及大幅度摇肩法10次。

3. 结束手法:最后,牵抖上肢20次,结束治疗。

### 【其他疗法】

针灸、封闭、理疗等。

### 【注意事项】

(一)疼痛较剧者,施手法时应注意轻柔,治疗后应减少肩部活动,尤不宜作外展、外旋活动。

(二)局部注意保暖,勿受风寒刺激,以免加重病情。

(三)症状减轻或消失后,可作适当的肩部功能锻炼,使功能逐渐恢复。

### 【按语】

对因肩关节脱位、肱骨外科颈骨折等引起本病者,应先行复位,整复骨折,待骨痂形成

后,方可进行推拿治疗。在推拿治疗中,切忌发生新的损伤。陈旧性损伤所致本病者,往往可同时发生肩关节粘连,治疗中应两者兼顾。

## 第十七节 肱二头肌短头腱损伤

本病系因急、慢性损伤,致肱二头肌短头腱及喙肱肌局部的无菌性炎症,充血、水肿及粘连等,从而引起局部疼痛及功能障碍的一种病症。若不及时治疗,可诱发肩关节粘连。推拿治疗本病具有较好的效果。

### 【解剖生理】

肱二头肌短头起于肩胛骨的喙突,与喙肱肌并行,然肱二头肌短头靠外,向下与肱二头肌长头在上臂的下部合并成一个肌腹,经过肘关节前方,大部分止于桡骨粗隆。内侧部分移行于前臂深筋膜,称二头肌腱膜。其主要作用是屈肘和屈肩关节,短头还有使上肢内收及前臂的旋后作用。当肩关节外展和后伸时,肱二头肌短头被拉紧,易与大小结节摩擦而发生损伤。

### 【病因病机】

(一)外伤性:人体在劳动或锻炼过程中,肘关节处于屈曲位,肱二头肌则处于紧张状态,当外力将屈曲的上肢过度外展或后伸时,肱二头肌短头附着于喙突部即可能发生撕裂伤,伤后局部出现充血、水肿等病理变化,这种变化可以使肱二头肌短头与其并行的喙肱肌之间发生粘连等无菌性炎症,从而产生疼痛及功能受限。

(二)内损性:中医学认为,人到中年,肾气盛衰,精血不足,筋脉失其濡养,肌腱可发生退行性改变,在此基础上,更易受伤;或复感风寒湿邪,血行受阻,筋脉凝涩不通,则拘紧挛急,发为本病。如不及时治疗,日久可诱发冻结肩。

### 【临床表现】

(一)有肩部急性损伤或(和)劳损史。

(二)局部疼痛:肩前内侧喙突部有明显疼痛,疼痛可因受寒或肱二头肌的收缩等加重。

(三)活动受限:肩关节前屈、外展、外旋及后伸等活动受限,且疼痛加重。病程长者可并发肩关节粘连。

### 【检查】

(一)压痛:肩关节前内侧喙突部有明显压痛,并可触及痉挛、肿胀的肱二头肌短头。

(二)肘关节屈曲,作肱二头肌短头抗阻力试验时,喙突部出现疼痛加剧。

(三)肩关节外展、外旋及后伸位时疼痛加剧。

### 【诊断】

本病的主要临床特点是疼痛部位在喙突部,活动受限则以肩关节前屈、外展、外旋、后伸为主。结合相关检查,可做出诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)肱二头肌长头腱鞘炎:疼痛、压痛部位在肱骨结节间沟,叶加森(Yergason)氏征阳性。

(二)冈上肌肌腱炎:疼痛在肩外侧,可放射至三角肌止点,肩外展疼痛弧( $60^{\circ}\sim 120^{\circ}$ )。

### 【治疗】

(一)治疗原则:活血散瘀,理筋通络。

(二)取穴及部位:肩内陵、肩髃、肩井、曲池等穴。

(三)主要手法:揉、揉、弹拨、点按、摇、牵抖、擦法。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者坐位,医者立于患侧一手托起患肢上臂,使肩关节处于外展位,另一手用揉法施术于肩周及上臂,大约2分钟;然后,治疗重点移至上臂的前内侧至喙突部,施揉法约1分钟。

2. 治疗手法:接上势,医者用轻柔的弹拨法作用于肩前压痛点(喙突处),约1分钟;同时配合点压肩井、肩内陵、肩髃、曲池等穴,以局部酸胀为度。接上势,医者摇肩关节,活动幅度要适当,并配合上举、外展及内收等被动活动,反复3~5遍。

3. 结束手法:搓揉肩臂部,约2分钟,牵抖上肢20次;擦热患肩,结束治疗。

### 【其他疗法】

封闭、小针刀、针灸、理疗等。

### 【注意事项】

(一)急性损伤者,减少肩关节的被动运动手法;损伤时间较长,局部有粘连者,要适当加强功能锻炼,有助于本病的恢复。

(二)注意局部保暖,避免感受风寒。

### 【按语】

肱二头肌短头肌腱损伤多因外伤所致,伤后渗出液产生无菌性炎症,使肱二头肌短头腱与喙肱肌粘连,导致肩关节外展、外旋及后伸受限。因此,肩部损伤后,应及时治疗,避免软组织的粘连。

## 第十八节 肩峰下滑囊炎

肩峰下滑囊炎系因肩部的急、慢性损伤,炎症刺激肩峰下滑囊,从而引起肩部疼痛和活动受限为主症的一种病症。又名三角肌下滑囊炎。推拿对本病具有较好的疗效。

### 【解剖生理】

肩峰下滑囊位于三角肌下面与冈上肌上面,此囊分为肩峰下囊和三角肌下囊两部分。前者位于肩峰下面,后者位于三角肌的深面。两者的底部坚固地附着于冈上肌腱大结节的前方及结节间沟的表面,两者互相连通,应看作是一个整体(图8-14)。

肩峰下部的滑囊位于肩峰下面与冈上肌止端之间。当上臂外展至如 $90^{\circ}$ 时,滑囊几乎完全隐藏于肩峰下面不可见。滑囊将肱骨大结节与三角肌、肩峰突隔开。其主要功能是减少肱骨大结节与肩峰及三角肌之间的磨损。因为滑囊内含有滑液,类似一盛水的囊袋,位于相邻结构之间,起到避免相邻结构接触,并起润滑作用。

肩峰下滑囊的血供主要有旋肱前、后动脉和肩胛上动脉等的分支供应。肩峰下滑囊

的神经支配主要有腋神经、肩胛上神经和肩胛下神经等分支支配。

### 【病因病机】

肩峰下滑囊炎可分为原发病变、继发病变二种,大多为继发病变。常继发于肩峰下滑囊周围邻近组织的外伤、劳损或退变。而以冈上肌肌腱炎与本病的关系更为密切。这是因为冈上肌肌腱在肩峰下滑囊的底部,当冈上肌肌腱发生急、慢性损伤时,滑囊也同时受损,从而继发肩峰下滑囊的非特异性炎症。

### 【临床表现】

- (一)常有肩部急、慢性损伤和劳损史,或继发于冈上肌肌腱炎等。
- (二)肩部疼痛:肩外侧深部疼痛,并向三角肌止点放射。疼痛一般为昼轻夜重,可因疼痛而致夜寐不安。
- (三)活动受限:肩关节活动明显受限,尤以外展、外旋受限更甚。

### 【检查】

- (一)压痛:肩关节外侧肩峰下和大结节处有明显的局限性压痛。
- (二)肿胀:急性期由于滑囊的充血、水肿,在肩关节前方可触及肿胀的滑囊。
- (三)功能障碍:急性期的功能障碍多因疼痛所致;慢性期的功能障碍则因滑囊壁逐渐炎变、增厚,且与腱袖粘连所致。尤以外展、外旋为甚。
- (四)肌肉萎缩:早期出现冈上肌、冈下肌萎缩,晚期则出现三角肌萎缩。
- (五)X线片检查,早期肩关节多属阴性,晚期可见冈上肌腱内有钙盐沉着。

### 【诊断】

本病的主要临床特点是肩外侧深部疼痛,并向三角肌止点放射,肩关节活动受限则以外展、外旋为甚,结合相关检查,可明确诊断。

### 【鉴别诊断】

冈上肌肌腱炎:疼痛部位在肩外侧冈上肌止点处,肩关节外展的疼痛弧( $60^{\circ}\sim 120^{\circ}$ )是诊断本病的重要依据。

### 【治疗】

- (一)治疗原则:舒筋通络,活血止痛。
- (二)取穴及部位:肩井、肩髃,肩峰下方与大结节之间。
- (三)主要手法:揉、按揉、拿捏、弹拨、摇、搓抖、擦法等。
- (四)操作方法
  1. 急性期宜活血化瘀,解痉止痛,手法宜轻柔。
    - (1)准备手法:患者坐位,医者立于患侧,用轻柔而缓慢的揉法施术于肩外侧,重点在肩峰下及三角肌部位,约3分钟。
    - (2)治疗手法:接着,用轻快的拿捏法作用于三角肌约2分钟,再点按肩井、肩髃、肩峰下方痛点约3分钟。

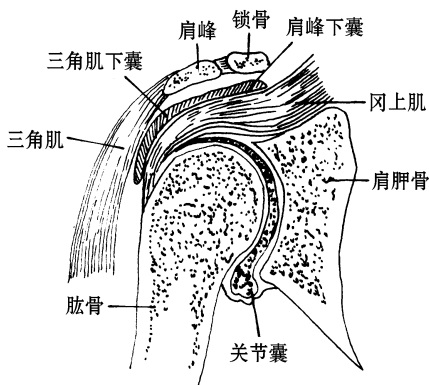


图 8-14 肩峰下滑囊

(3)结束手法:最后,在三角肌及其周围用轻柔的擦法,约2分钟;并配合肩部小范围的外展活动10次。

## 2. 慢性期宜舒筋通络,滑利关节。

(1)准备手法:患者坐位,医者立于患侧,用一手托患肢于外展位,另一手在肩关节周围用擦法治疗,重点在肩外侧,约2分钟。

(2)治疗手法:然后,用深沉而柔和的拿揉、弹拨法对变性、增厚的组织施术3分钟。

(3)结束手法:最后,摇肩10次,搓抖上肢2分钟。

### 【其他疗法】

封闭、小针刀、针灸、理疗等。

### 【注意事项】

(一)急性期手法宜轻柔,切不可用力过重,以免加重滑囊损伤;慢性期手法可稍重,但在用弹拨手法时,用力也不可重滞。

(二)患肩不可过分强调制动,急性期适当减少运动,慢性期则应加强适当的功能锻炼。

(三)注意局部保暖。

### 【按语】

从解剖特点看,冈上肌肌腱在肩峰下滑囊的底部,当冈上肌肌腱发病时,势必累及肩峰下滑囊。当肩峰下滑囊炎发生时,冈上肌肌腱炎事实上早已存在。急性损伤所致的肩峰下滑囊炎,一般伤后数日才出现急性滑囊炎的症状。

## 第十九节 肱骨外上髁炎

因急慢性损伤而致的肱骨外上髁周围软组织的无菌性炎症,以肘关节外侧疼痛、旋前功能受限为主要临床表现,称为肱骨外上髁炎。因网球运动员好发,故又名“网球肘”。本病名称尚有:肱桡关节滑囊炎、桡侧伸腕肌起点损伤、前臂伸肌总腱炎、肘关节劳损、桡侧伸腕肌与环状韧带纤维组织炎等。

### 【解剖生理】

肘关节由肱骨下端和尺桡骨上端包在一个关节囊内所构成,由关节囊、韧带、骨间膜及肌肉等软组织联系和保护。肘部主要依靠肱尺关节的屈伸活动,前臂旋前、旋后活动来满足生活和工作的需要。

肘关节的稳定性,主要靠骨结构来维持肱尺关节的稳定,环肱韧带维持上尺桡关节的稳定,内外侧副韧带及关节囊维持肱桡及整个肘关节的稳定。以上三个关节都包在一个关节囊内。肱骨远端扁平,外侧为外上髁而低小,为前臂伸肌总腱附着。内侧为内上髁而高突,主要是屈腕肌和前臂旋前肌肉的起点(图8-15)。肘关节的功能是前臂屈伸与旋转。

### 【病因病机】

本病可因急性扭伤或拉伤而引起,但多数患者起病缓慢,一般无明显外伤史。与职业工种有密切关系,好发于网球运动员、木工、钳工、泥瓦工等。当需要经常用力屈伸肘关



节,尤其需要使前臂反复旋前、旋后动作,可由于劳损引起前臂伸肌群联合总腱在肱骨外上髁附着部的牵拉、撕裂伤,使局部出现出血、水肿等损伤性反应,进而在损伤肌腱附近发生粘连,以致纤维变性而引起本病,以右侧多见。

病机有以下几点:

(一)桡侧伸腕肌起点的骨膜撕裂,引起骨膜下充血,形成小血肿,血肿钙化、骨化,从而造成肱骨外上髁骨质增生,形成一锐边或小结,使伸腕肌位受到经常性刺激而发生本病。

(二)慢性劳损:由于工作性质,前臂经常处于紧张旋前、伸腕活动,使桡侧伸腕长、短伸肌经常处于紧张状态,牵拉周围软组织引起痉挛,从而挤压肌肉间的血管神经束,引起疼痛。

(三)由于桡侧伸腕短肌起点的炎症作用,刺激与相交织的桡侧副韧带引起炎症,桡侧副韧带止于桡骨小头,并与环状韧带紧紧附着,又造成环状韧带炎症,并减弱维持桡骨小头正常位置的力量。由于桡骨小头位置不稳,表现为沿桡侧伸腕肌的疼痛。

(四)桡侧伸腕肌群深层与肱桡关节间的滑囊炎或肱桡关节滑膜被肱骨与肱骨小头嵌挤引起疼痛。

中医学认为多由气血虚弱,血不荣筋,肌肉失却温煦,筋骨失于濡养,加上前臂伸肌联合总腱在肱骨外上髁处长期反复牵拉刺激所致。损伤后瘀血留滞,气血运行不畅或陈伤瘀血未去,经络不通造成本病。

### 【临床表现】

肘关节外侧,肱骨外上髁处局限性酸痛为主要症状。多起病缓慢,其疼痛在旋转背伸、提拉、端、推等动作时更为剧烈,如拧衣、扫地、端茶壶、倒水等,同时沿伸腕肌向下放射。轻者,轻微症状时隐时现,有的经数日或数月自然痊愈。重者,可反复发作,疼痛为持续性,前臂旋转及握物无力,局部可微呈肿胀。

### 【检查】

(一)压痛点:肱骨外上髁处,环状韧带或肱桡关节间隙处明显压痛,以及沿伸腕肌行走方向广泛压痛。

(二)前臂伸肌紧张试验阳性。

(三)密耳(Mil)氏试验阳性。

(四)X线片检查,多无异常,有的可见外上髁粗糙或钙化阴影。

### 【诊断】

根据病史、症状体征以及相关检查,可做出明确诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)肘关节外伤性骨化性肌炎:以肘关节活动障碍为主要症状,X线片见肌间隙有钙化阴影。

(二)肱骨内上髁炎:肘部疼痛部位在内上髁部,前臂屈肌紧张试验阳性。

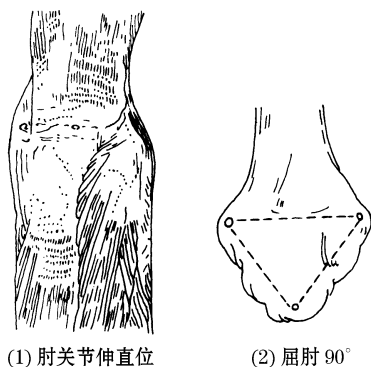


图 8-15 肘后方的三点标志

**【治疗】**

(一)治疗原则:舒筋活血,通络止痛,理筋整复。

(二)取穴与部位:曲池、手三里、少海、合谷穴,前臂桡背侧。

(三)主要手法:揉、点按、揉、拿、弹拨、擦等手法。

(四)操作方法

1. 准备手法:病人坐位或仰卧位,医者坐于病侧,用轻柔的揉法从肘部沿前臂背侧治疗,往返 10 次左右,以舒筋通络。

2. 治疗手法:用拇指点揉曲池、手三里、尺泽、少海等穴 2 分钟,以局部酸胀为度,同时配合拿法沿伸腕肌往返提拿 10 次;医者右手持腕,使患者右前臂旋后位,左手用屈曲的拇指端压于肱骨外上髁前方,其余四指放于肘关节内侧。右手逐渐屈曲肘关节至最大限度,左手拇指用力按压肱骨外上髁的前方,然后再伸直肘关节,同时医者左手拇指推至患肢桡骨头之前上面,沿桡骨头前外缘自后弹拨伸腕肌起点。(或将前臂旋前位,放置桌上,肘下垫物,医者用拇指向外方紧推邻近桡侧腕长、短伸肌,反复 10 次,弹拨范围可上下移动。)

3. 结束手法:用擦法自肘外侧沿伸腕肌治疗 2 分钟,以透热为度,结束治疗。

对需理筋整复者,可在揉法后,医者一手握肱骨下端,一手握腕部作对抗用力,拔伸肘关节。握腕部的一手同时作轻度的前臂旋转,左右扳动活动,握肱骨下端的一手拇指同时推顶肱骨小头。在拔伸过程中再作肘关节屈伸活动,最后作弹拨按揉等手法(图 8-16)。

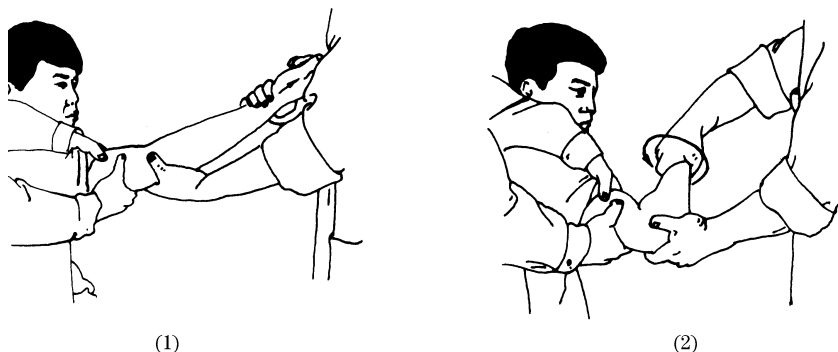


图 8-16 肱骨外上髁炎理筋手法

**【其他疗法】**

针灸、小针刀、外敷中药、封闭、理疗等。

**【注意事项】**

(一)急性损伤起病者,推拿治疗不宜有过强的刺激,以免产生新的损伤。

(二)从事腕力劳动较多的病人,可根据情况改变原有的姿势,可有助于本病的康复。

(三)患者坚持自我推拿和功能锻炼,对本病的康复有益。

(四)局部应注意保暖。

**【按语】**

有人提出相关周围神经通道的病变与肱骨外上髁炎的发生有密切关系,临床上对这

些相关周围神经通道病变与肱骨外上髁炎同时进行治疗,消除导致通道狭窄病变的缺血痉挛、炎症水肿、粘连等因素,可使肱骨外上髁炎反复发作病例的疗效,比单纯治疗有显著地提高。

## 第二十章 肱骨内上髁炎

肱骨内上髁炎是由于急、慢性损伤引起肱骨内上髁部损伤,出现局部疼痛,前臂旋前、主动屈腕受限为主要临床表现的疾病。又称“学生肘”、“高尔夫球肘”。中医学称之为“肘痹”。本病与肱骨外上髁炎相对应,位于尺侧。推拿治疗本病具有较好的效果。

### 【解剖生理】

肱骨内上髁位于肱骨干骺端与肱骨滑车之间的内侧,系肘关节内上方皮下可明显触及的骨性隆起。该髁背面、滑车关节面的内侧有一尺神经沟,有尺神经通过。肱骨内上髁是前臂屈肌总腱附着部。该髁上有尺侧副韧带的起点,同时前臂桡侧屈腕肌、尺侧屈腕肌、掌长肌、指浅屈肌等6条屈肌及旋前肌也起于该髁。内外上髁是关节囊开始移行于骨膜的接壤处,又是很多肌腱的起始点,具有丰富的感觉神经末梢。

### 【病因病机】

(一)由于某种工作需反复屈腕、伸腕,前臂旋前的动作,使前臂屈腕肌群牵拉,引起肱骨内上髁肌腱附着处的积累性损伤,产生慢性无菌性炎症而发病。

(二)在跌仆受伤,腕关节背伸、前臂外展、旋前位姿势时,多引起肱骨内上髁肌肉起点撕裂伤,产生小血肿和局部创伤性炎症、肿胀,挤压尺神经皮支引起疼痛。若治疗不及时,则血肿机化,造成局部粘连,甚至纤维瘢痕化,在屈腕时则可因肌腱牵拉而疼痛。

### 【临床表现】

患者肱骨内上髁处及其附近疼痛,尤其是前臂旋前、主动屈腕关节时,疼痛更加严重,疼痛可放射到前臂掌侧。屈腕无力。

### 【检查】

1. 压痛点:肱骨内上髁处及尺侧屈腕肌、指浅屈肌部有明显压痛。
2. 腕屈肌紧张试验阳性。
3. X线片检查,一般无异常,可排除骨与关节的病变。

### 【诊断】

根据病史、症状体征以及相关检查,可做出明确诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)肘关节尺侧副韧带损伤:外展、外旋应力常伤及本韧带的前束及后束,合并滑膜损伤,关节肿胀,内侧间隙压痛,伸肘、屈肘、外翻痛阳性,X线片检查间隙增大。

(二)肱骨外上髁炎:疼痛部位在肘外侧,网球肘(Mill)试验阳性。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋活血,通络止痛。

(二)取穴与部位:小海、少海、青灵、阿是穴,前臂尺侧。

(三)主要手法:揉、按揉、拿、弹拨、擦等手法。

#### (四)操作方法

1. 准备手法:病人坐位或仰卧位,医者坐于病侧,用轻柔的擦法,从肘部沿前臂尺侧治疗,往返10次。

2. 治疗手法:用拇指缓和按揉肘部内侧的少海、小海、青灵、阿是穴等2分钟,以局部酸胀为度,同时配合拿法沿尺侧屈腕肌往返提拿10次;可将前臂旋后位,放置桌上,肘下垫物,医者用拇指从肱骨内上髁部弹拨屈腕肌腱,反复10次,弹拨范围可上下移动。

3. 结束手法:最后,用擦法自肘内侧沿屈腕肌腱治疗2分钟,以透热为度,结束手法治疗。

#### 【其他疗法】

针灸、小针刀、封闭、理疗等。

#### 【注意事项】

1. 治疗期间,避免用力屈腕。
2. 运用擦法前,先涂以润滑剂,以防止皮肤破损。
3. 嘱患者坚持自我推拿,配合功能锻炼,可作展旋、叉腰、伸屈肘关节、翻掌运臂等动作。

## 第二十一节 尺骨鹰嘴滑囊炎

尺骨鹰嘴滑囊炎是肘部常见的一种病症,多因肘部长期反复摩擦或碰撞,损伤尺骨鹰嘴滑囊,使滑囊有渗液而肿胀,肘后部产生疼痛。该病好发于矿工及用肘部支撑用力的工种,故又称“矿工肘”。

#### 【解剖生理】

在尺骨鹰嘴部位,肱三头肌腱附着于鹰嘴突处有两个滑囊,一个处于鹰嘴突和肌腱之间,称为肱三头肌下滑囊;一个处于皮肤与鹰嘴突和肌腱之间,在肘后皮下,故称鹰嘴皮下滑囊。正常的滑囊有润滑肌腱来回活动及缓冲局部机械冲击、摩擦的作用。

#### 【病因病机】

(一)急性损伤:常因局部受到直接的撞击伤,如跌仆时肘后方直接着地等,产生急性的创伤性炎症反应。滑囊充血水肿,渗出积液使滑囊膨胀隆起明显,液体多为血性。

(二)慢性劳损:鹰嘴突处常因受到反复的机械性的摩擦刺激,如矿工及肘部支撑用力的工种,导致局部产生慢性的创伤性炎症。多表现于皮下滑囊无菌性炎症,可使滑囊肥厚,滑膜充血、水肿、增生、纤维化。

#### 【临床表现】

肘后尺骨鹰嘴部肿胀、疼痛是本病特点。急性损伤多在尺骨鹰嘴部骤起肿物,肿物疼痛,按之痛甚,张力增高,皮温稍高。囊内抽液体多为血性。若损伤合并感染,则局部红肿热痛明显,肘部常处于半伸肘位,同时可伴有全身症状,囊内抽出液体可呈脓血性。

慢性劳损肿物渐起,多在尺骨鹰嘴部位,呈现圆形或椭圆形肿胀,大小不等,小者直径约1~2cm,大者达5~6cm,肿块可以活动,质软,有轻度波动感,伴压痛,皮色不红。囊内抽出液体为无色清亮粘液。患肢无力,屈肘轻度受限。

**【检查】**

1. 在尺骨鹰嘴部位有不同程度的压痛,肘后方有上述之肿物。肘关节活动轻度受限。
2. X线片检查,可排除骨与关节的病变,有时可见肘后软组织肿大阴影。

**【诊断】**

本病有明显外伤史,肘后疼痛,屈伸不利,可在肘后扪及囊性肿物,可做出诊断。

**【鉴别诊断】**

(一)肱三头肌腱炎:疼痛部位在肘尖部,当抗阻伸肘时疼痛加重,局部无软组织肿胀膨隆,触诊也无囊性物,肱三头肌抗阻痛阳性。

(二)尺骨鹰嘴骨折:多有肱三头肌腱强力牵拉所致,有明显的外伤史,局部疼痛剧烈,皮下瘀血,肿胀明显,可触及骨擦音,X线片可确诊。

**【治疗】**

(一)治疗原则:舒筋通络,活血祛瘀。

(二)取穴与部位:曲池、天井、少海、四渎、手三里,肘后部。

(三)主要手法:点按、揉、运肘、擦等手法。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者取端坐位,肩外展,略屈肘,在尺骨鹰嘴部轻揉慢摩,约3~5分钟。
  2. 治疗手法:接着,医者用拇指或中指点按曲池、天井、少海、四渎、手三里等穴约3分钟,以酸胀为度;医者一手握患臂腕部,另一手托其患肘,作肘关节屈伸活动,操作速度由慢而快,再由快而慢,反复操作20~30次。
  3. 结束手法:最后,擦肘后部2分钟,以透热为度。
- 以上方法多用于慢性滑囊炎或急性滑囊炎稳定期。

**【其他疗法】**

封闭、中药外敷、理疗、针灸等。

**【注意事项】**

1. 急性或若局部肿胀疼痛剧烈,可外敷消瘀止痛的药膏,每2~3天换药一次。
2. 若伴有继发感染者,可取用清热解毒的药物。
3. 有积液时,可考虑囊内抽吸液体,加压包扎。

## 第二十二节 桡骨茎突部狭窄性腱鞘炎

桡骨茎突部狭窄性腱鞘炎是因急、慢性损伤所致拇长展肌腱与拇短伸肌腱的腱鞘发生无菌性炎症,在腱鞘部位即桡骨茎突处产生肿胀疼痛为特点的疾病。狭窄性腱鞘炎在指、趾、腕、踝等部均可发生,但以桡骨茎突部最为多见。本病是中青年的易发病,多发于经常用腕部操作的劳动者,如瓦工、木工、家庭妇女等,女性多于男性,属于职业性劳损范围。

**【解剖生理】**

腱鞘是一个模式组成的,它是保护肌腱的滑囊,有内、外两层,内层与肌腱紧密贴附,

外层通过滑液腔与内层分开。在两端,内外两层相互移行而构成封闭的腔隙。内外层之间有滑液,可减少肌腱活动时的摩擦,保证肌腱润滑,使之有充分的活动度(图 8-17)。

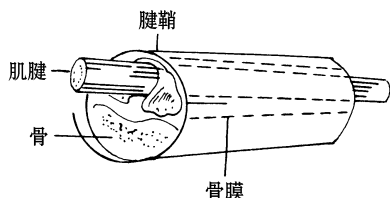


图 8-17 腱鞘模式图

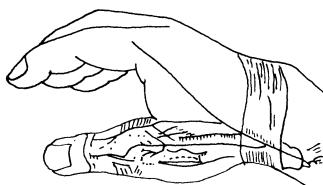


图 8-18 桡骨茎突部腱鞘

在桡骨下端茎突处,有一腱鞘,该腱鞘内有拇长展肌腱与拇短伸肌腱,两根肌腱通过这个腱鞘,长约 7~8cm,进入拇指背侧,腱鞘浅层,被伸肌支持带遮盖;深层为桡骨茎突部之纵沟,形成一个骨纤维性管道,管道的沟浅而窄,表面粗糙不平,两条肌腱被约束在这狭窄又比较坚硬的鞘管内,通过此鞘管后,肌腱折成一定角度,跨过腕关节面附于拇指(图 8-18)。当手腕或拇指活动时,此折角加大,易发生摩擦而受损。

### 【病因病机】

腕部经常活动或短期内活动过度,腱鞘因摩擦而劳损,或寒冷刺激是导致本病的主要原因。

在日常生活和生产劳动中,如果经常用拇指捏持操作,使两条肌腱在狭窄的腱鞘内不断地摩擦,日久可引起肌腱、腱鞘的损伤性炎症,如遇寒则症状加重,其主要病理变化是肌腱与腱鞘发生炎症、水肿,腱鞘内外层逐渐增厚,使本来就狭窄的腱鞘管道变得更加狭窄,以致肌腱与腱鞘之间轻度粘连,肌腱从狭窄的腱鞘内通过变得困难,临床上可产生交锁现象,影响到拇指的功能活动。

由于肌腱的肿胀、受压,腱鞘内的张力增加,在腱鞘部位产生肿胀疼痛。其特点是:腱鞘内不是分泌过多的滑液,而是组织肥厚而疼痛。

### 【临床表现】

(一)起病多较缓慢,一般无明显外伤史。患者自觉腕部桡骨茎突部疼痛,初起较轻,逐渐加重,可放射至手或肩臂部。严重时局部有酸胀感或烧灼感,遇寒冷刺激或拇指活动时痛剧。提物乏力,尤其不能做倒水等动作。

(二)拇指无力,伸拇指或外展拇指活动受限,日久可引起鱼际肌萎缩。

### 【检查】

(一)桡骨茎突部明显压痛,并有肿胀。

(二)桡骨茎突部可触及硬结,拇指运动时有摩擦感或摩擦音。

(三)握拳尺偏试验阳性。

### 【诊断】

本病的主要特征是腕部桡骨茎突部疼痛,肿胀隆起,局部压痛,活动受限等;其中握拳尺偏试验阳性是诊断本病的重要依据。

### 【鉴别诊断】

(一)腕舟骨骨折:腕桡侧深部疼痛,鼻烟窝部肿胀及压痛,第一、二掌骨远端腕部叩击

痛阳性。X线片:外展位,常可早期明确诊断。

(二)下尺桡关节损伤:间接扭拧伤为常见原因。下尺桡关节稳定性减弱,握物无力,有挤压痛、异常错动感,转腕可出现响声。前臂旋前尺骨小头向背侧突出。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋活血,松解粘连。

(二)取穴与部位:手三里、偏历、阳溪、列缺、合谷,桡骨茎突部。

(三)主要手法:揉、点按、揉、弹拨、拔伸、擦法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者坐位或仰卧位。医者于前臂伸肌群桡侧施揉法,上下往返治疗4~5次。

2. 治疗手法:接着,点按手三里、偏历、阳溪、列缺、合谷等穴3分钟,然后医者用拇指重点揉按桡骨茎突部及其上下方2分钟(图8-19);沿前臂拇长展肌与拇短伸肌到第一掌骨背侧,用轻快柔和的弹拨法,上下往返治疗4~5次,重点在桡骨茎突部;医者再以一手握住患腕,另一手握其手指进行拔伸,并使患腕掌屈、背伸,同时缓缓旋腕。



图8-19 桡骨茎突腱鞘炎理筋手法

3. 结束手法:最后,以桡骨茎突为中心用擦法,以透热为度,擦时可配合药物。

### 【其他疗法】

封闭、针灸、小针刀、理疗、外敷膏药等。

### 【注意事项】

(一)狭窄性腱鞘炎的手法治疗,主要是消除水肿、松解粘连及局部之炎性反应,手法刺激量不宜过大。

(二)避免腕关节的过度运动和用冷水洗东西。

(三)嘱患者进行功能锻炼,经常做拇指的外展、背伸活动,可防止肌腱和腱鞘粘连。

(四)局部有酸胀感或烧灼感,遇寒冷刺激或拇指活动时痛剧者,可进行局部封闭治疗。

## 第二十三节 腱鞘囊肿

腱鞘囊肿是指急、慢性损伤后出现在关节囊或腱鞘附近的高出皮面的囊肿,有时可引起局部疼痛和活动受限。中医称之为“聚筋”、“筋瘤”、“筋结”。本病好发于中青年,女性多

见。

腱鞘囊肿易发部位的顺序是：腕关节背部、腕关节的掌侧面、手指背面和掌面、足背部、趾背部、腕关节的侧面和桡窝。其中腕手部腱鞘囊肿占70%左右。

囊肿腔有单房性和多房性之分。囊肿壁的外层由纤维组织构成，内层为白色光滑的内皮膜覆盖，囊内充满胶状粘液。囊肿可与关节腔或腱鞘相通，但也有成封闭状者。

### 【病因病机】

病的发病机制，目前尚不明确。但从临床观察，与各种急、慢性外伤有一定的关系。关节囊、腱鞘及韧带中的纤维结构组织由于急性损伤或慢性劳损，局部血液循环障碍而致局限性营养不良，进而发生退行性粘液样变性，遂呈囊肿。也有人认为是由于关节囊或腱鞘膜向外突出，形成疝状物。

囊肿的外层为较坚韧的纤维结缔组织，内层系类似滑膜白色光滑的内皮膜覆盖，内容为淡黄色澄清的胶状粘液。部分患者的囊肿基底比较广阔，并与关节囊或腱鞘相通。经过长期的慢性炎症刺激，囊壁逐渐肥厚变硬，甚至达到与软骨硬度相似的程度。囊内没有肿瘤细胞，不属于肿瘤范畴。囊肿可嵌顿于关节间隙，突出于关节或腱鞘附近的皮下，形成半球形的隆起，因其外形象瘤，故又称之为“筋瘤”。日久与周围组织发生粘连，经久不愈。

中医认为，本病多为外伤筋膜，邪气所居，郁滞而运化不畅，水液积聚于骨节经络而成。

### 【临床表现】

囊肿多逐渐发生，成长缓慢，一般呈半球状隆起，似蚕豆大，外形一般光滑。患者局部酸痛或疼痛，有时会向囊肿周围放射。若囊肿和腱鞘相连，患部远端会出现软弱无力的感觉。有时囊肿可压迫其周围的神经和血管，从而出现相应的神经压迫症状。如压迫尺神经支或正中神经干，则发生感觉运动障碍等。

### 【检查】

(一)囊肿在皮下，高出皮面，或大或小，一般不超过2厘米，呈圆形或椭圆形；压痛轻微或无压痛。

(二)触诊时质地较软，可有波动感，且周缘大小可能发生变动。日久囊肿可变小、变硬。

### 【诊断】

根据发病部位、症状体征，可做出明确诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)滑膜囊肿：为类风湿性关节炎并发症，或属一个症状。特点是炎性过程广泛，病变范围扩大，基底较宽广。

(二)腕背骨膨隆症：又称腕凸症。多发生于骨性挤压伤、急性或慢性暴力伤、肌肉牵拉或慢性劳损等，主要症状为第二、第三腕掌关节背侧隆突畸形，疼痛无力，压痛明显，过度背伸和抗阻力时症状加重。X线片显示，关节间隙狭窄，不平整，硬化或骨质增生。

### 【治疗】

(一)治疗原则：活血化瘀，理筋散结。



(二)取穴与部位:以囊肿局部为主(以腕背侧为例)。

(三)主要手法:按揉、按压、敲击法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者坐位,患腕伸直,医者在囊肿及周围用按揉法治疗 2 分钟。

2. 治疗手法:接着,将患者腕部固定并掌屈,然后用右指将囊肿用力持续按压,直至挤破囊肿。本法适应于一般囊肿。或者将患腕平置于软枕上,腕背向上并略呈掌屈,术者一手握患手维持其位置稳定。另一手持换药用弯盘或叩诊锤,用力迅速而准确地向囊肿叩击,往往一下即可击破,如囊肿坚硬一次未击破时,可加击一、二下。本法适应于囊肿大而坚硬者。

3. 结束手法:最后,在囊肿及周围用按揉法治疗 1 分钟,用绷带加压包扎固定 2~3 天。

#### 【其他疗法】

小针刀、针灸、理疗、手术等。

#### 【注意事项】

(一)少数囊肿能自行消失,并不再复发。但多数囊肿继续存在,或进行性增大者,必须进行治理。

(二)治疗期间,发生囊肿的关节应避免用力,并用绷带加压包扎固定 2~3 天。

#### 【按语】

1. 腱鞘囊肿与关节腔或腱鞘滑膜腔是密切相关的,但彼此之间是否相连,目前还有争议。

2. 一部分囊肿来自腱鞘,也有一部分来自关节囊,因此腱鞘囊肿这一名称,实质上是一个统称。

## 第二十四节 下尺桡关节损伤

直接暴力的打击或间接暴力扭拧,损伤了下尺桡关节,使尺桡远端关节距离增加,进而造成腕腕关节软骨盘的撕裂及其周围韧带的损伤,出现腕关节上部疼痛、旋转功能障碍、握力减退为主要表现的病症,称下尺桡关节损伤。多发生于青壮年。推拿治疗本病疗效满意。

#### 【解剖生理】

下尺桡关节由桡骨远端半月切迹(尺骨切迹)与尺骨小头的桡侧半环形关节面所构成(图 8-20)。关节间隙正常为 0.5~2cm,在正常活动的情况下,尺骨不动,桡骨的尺骨切迹围绕尺骨小头并以其为轴心作 150°左右的弧形旋前、旋后转动。自桡骨的尺侧缘,至尺骨茎突基部,有尖端伸向尺侧的三角形软骨,称三角纤维软骨盘。其前后两缘有韧带连结,起增强关节的活动性,防止前臂在旋前、旋后时将三角软骨撕裂的

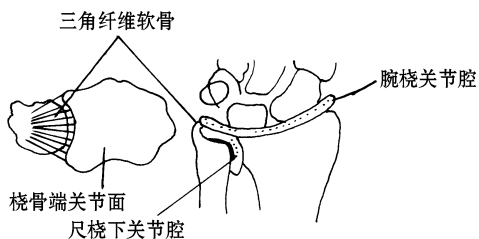


图 8-20 腕关节软骨盘

作用。软骨的上、下方均有滑膜囊,又称囊性隐窝,借以缓冲对三角软骨盘的冲击力。三角软骨中心部分菲薄,其与桡骨连接处较与尺骨连接处薄弱,这样的解剖结构说明三角软骨作用是连接下尺桡关节的重要组成部分,并可限制前臂过度的旋前、旋后动作。

### 【病因病机】

大多数病人有明显的外伤史,如前臂旋转过程中,腕掌部遭到阻力,或掌部固定,而前臂仍继续用力旋转,力量及范围过大,这样首先引起三角软骨盘前后两条韧带的紧张。如旋转暴力继续增加,可引起韧带的断裂。这时暴力若终止,三角软骨盘不受损伤。但下尺桡关节也可松动分离。如旋转力未终止而继续增加,三角软骨盘没有韧带的保护,可由它连结的薄弱部分,即与桡骨相连接处撕裂,造成下尺桡关节松动分离。

如果腕部受到冲击暴力,而囊性隐窝抵消不了时,暴力会损伤三角软骨盘最薄弱的部分,即三角软骨盘的中央,使之破裂,造成下尺桡关节分离。

三角软骨盘损伤可以单纯发生,也可并发于桡骨远端骨折及下尺桡关节脱位。腕部损伤时,若发生桡骨远端的撕脱骨折或尺骨茎突基底部撕脱骨折,这种损伤反而可避免三角软骨盘的损伤。

日常生活中,长期运用前臂旋转劳动而使腕部韧带产生慢性劳损者,更易遭致损伤,发生本病。

### 【临床表现】

急性损伤后,下尺桡关节背侧轻度肿胀。患者腕部疼痛、无力,疼痛以尺侧最为突出。前臂旋前、旋后活动受限,动则疼痛加剧。

急性期过后,腕部尺背侧继续疼痛乏力,握力减退,不能端举重物或用力作腕部扭转活动,如洗衣、拧毛巾等。

### 【检查】

(一)下尺桡关节的背侧或掌侧有明显的压痛。如果推尺骨小头向掌侧或背侧时,出现疼痛及“咯吱”响声。

(二)被动作腕关节旋前或旋后时,腕关节背侧疼痛可加重,出现清脆的响声或交锁现象。

(三)部分患者下尺桡关节松弛,尺骨茎突较正常隆起,容易前后推动,且有松动感。

(四)腕三角软骨盘挤压试验阳性。

(五)X线片检查:

1. 腕部正位片,可明确是否有下尺桡关节分离或尺骨头脱位。

2. 腕关节碘剂造影,对怀疑为三角软骨盘破裂者可选用。正常腕关节,造影剂仅充盈于软骨盘远侧面的桡腕关节腔中。软骨盘破裂者,造影剂即可通过破裂缝隙进入下尺桡关节间隙。

### 【诊断】

依据病史,症状体征、X线片检查,可确诊本病。

### 【鉴别诊断】

(一)舟状骨骨折:有外伤史,鼻咽窝处肿胀且有明显压痛,桡偏腕关节或叩击第2、3掌骨头部,腕部有剧烈疼痛,X线片可明确诊断。

(二)腕月状骨无菌性坏死:有外伤史或慢性劳损史,腕部疼痛,腕背部稍肿,腕关节伸屈受限,以背伸受限较为显著。腕背正中相当于月骨处有明显压痛,X线表现为早期月骨密度增高或囊性改变,但轮廓无明显改变,中期可见月骨变形或碎裂,晚期有腕关节创伤性关节炎。

### 【治疗】

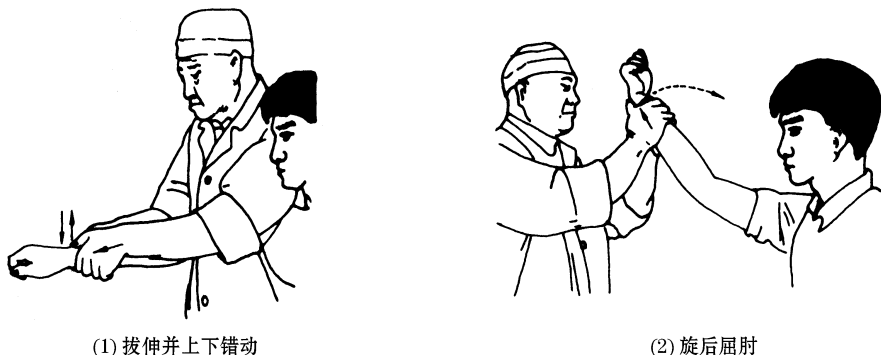
(一)治疗原则:舒筋活血,理筋整复。

(二)取穴与部位:外关、内关、阳池、阳谷、腕骨、神门穴,下尺桡关节。

(三)主要手法:揉、点按、拔伸、按挤、擦、摇法等。

(四)操作方法

1. 急性期复位手法:患者正坐、伸臂、掌心向下。医者与学生并行站立,一手拿住尺骨远端,一手握住桡骨远端,上臂与胸壁夹紧患肢上臂,与拿尺桡骨远端的双手相对拔伸牵引,同时双手前后略错动下桡尺关节,并按挤两骨使其复位;在按挤力量保护下,医者转身使患臂屈肘,前臂旋后,伤手摸肩进行操作(图8-21)。



(1) 拔伸并上下错动

(2) 旋后屈肘

图8-21 下尺桡关节损伤理筋手续

术后,医者仍需在按挤保护桡尺关节的情况下,令患肘伸直,前臂旋前,恢复原位。以上手法反复操作两次后,绷带略加压包绕5~9层,起保护作用。2~3周后可戴护腕,逐渐练习腕部功能活动。

2. 急性期后或陈旧性损伤则用以下手法治疗。

(1)准备手法:患者坐位,略屈肘,自肘至腕用揉法往返操作5次,先伸肌侧,再屈肌侧。

(2)治疗手法:接着,用拇指按揉外关、内关、阳池、阳谷、腕骨、神门等穴,重点在下尺桡关节处约3分钟;然后,摇腕关节10次。

(3)结束手法:最后,用掌擦桡尺远侧关节的掌侧面、背侧面约2分钟,以透热为度;戴护腕固定,时间以3~4周为宜。

### 【其他疗法】

口服中成药、理疗、外敷药物、封闭、针灸等。

### 【注意事项】

(一)对后期患者,可戴护腕保护下尺桡关节3~5周,避免作前臂过度旋转动作。

(二)做下尺桡关节 X 线摄片时,一般要求患侧与健侧同时摄片,以资比较。

(三)对已确诊下尺桡关节间隙增宽或尺骨茎突移位并伴有软骨盘破裂者,不宜用复位手法。

**【按语】**

推拿治疗本病疗效满意,也是现代临床中最主要的治疗方法。在治疗的同时也可配合功能锻炼及药物治疗,功能锻炼主要练习手指的屈伸活动,3~5 周疼痛消失时,练习腕伸屈及前臂旋转活动,但以不增加腕部疼痛为宜。

## 第二十五节 腕管综合征

本病是指由于腕管内组织增生或移位,压力增高,腕管狭窄,使正中神经在腕管内受到压迫所引起的桡侧三个半手指麻木、疼痛等神经症状。又有腕管综合征、腕管狭窄症、正中神经挤压征等名称。临床上较为常见,女性多于男性。

**【解剖生理】**

腕关节掌侧横行韧带(宽 1.5~2.0cm,长 2.5~3.0cm),桡侧附着于舟骨结节及大多角骨结节,尺侧端附着于豌豆骨及钩状骨,该韧带与腕骨连接构成一“腕管”,是一个骨纤维管道,很象一座拱桥,其背面由八块腕骨组成,掌面由坚韧的腕横韧带构成;腕管内部除一根正中神经通过外,还有 9 根指屈肌腱通过(图 8-22),正中神经至腕部以下分出肌支,支配鱼际肌及第一、二蚓状肌。其感觉支,掌侧分布于桡侧三个半手指和鱼际皮肤,背侧分布于桡侧三个半手指的中、末节手指,“腕管”间隙狭窄,易产生腕管综合征。

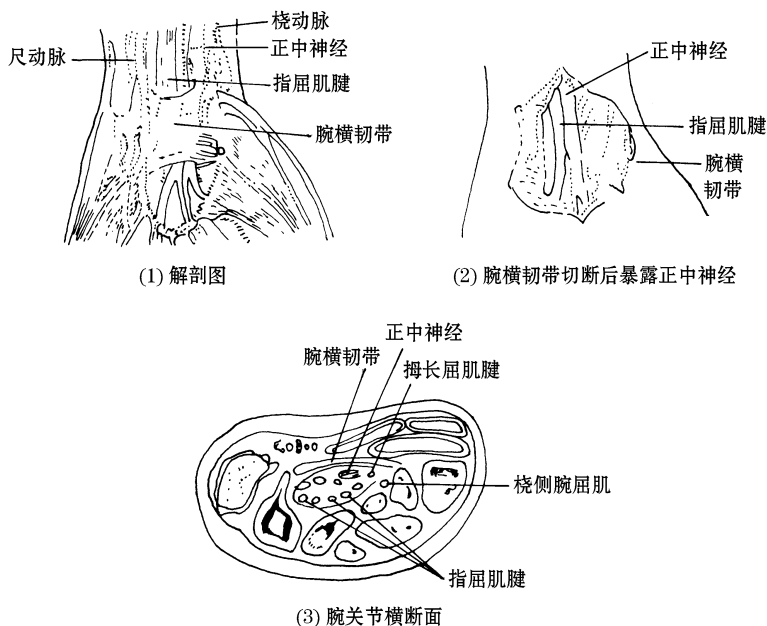


图 8-22 腕管解剖

### 【病因病机】

腕管是一个骨纤维管道,有一定的容积,在正常情况下,指屈浅、深肌腱在腕管内滑动,不会妨碍正中神经。但当局部遭受损伤等原因,使腕管内压力增高,正中神经受到直接压迫,就会产生神经功能的障碍。造成腕管内压力增高,导致腕管综合征的发生原因有以下几种:

(一)腕部外伤:包括骨折、脱位、扭伤、挫伤,改变了腕管的形状,减少了腕管原有的容积。

(二)腕管内各肌腱周围发生慢性炎性病变;如非特异性屈肌肌腱滑膜炎,类风湿性肌腱滑膜炎,急性钙化性肌腱炎等,滑膜鞘增生,体积增大。

(三)占位性病变:腱鞘囊肿,良性肿瘤,恶性肿瘤引起腕管内容物增多。

(四)慢性劳损,如过度的掌屈、背伸,或退行性变,腕骨骨质增生。

(五)与内分泌紊乱有关,因多见于妊娠、哺乳、绝经期的妇女,也见于糖尿病、甲状腺功能低下的患者。

以上因素可致腕管相对或绝对的变窄,腕管内正中神经被挤压而产生神经压迫症状。

中医学认为本病由于急性损伤或慢性劳损,使血瘀经络;或寒湿淫筋,风邪袭肌,致气血流通受阻而引起。

### 【临床表现】

(一)初期主要为正中神经受压症状,患手桡侧三个半手指(拇、食、中、1/2环指)有感觉异样、麻木、刺痛。一般夜间较重,当手部温度增高时更显著。劳累后症状加重。甩动手指,症状可缓解。偶可向上放射到臂、肩部。患肢可发冷、发绀、活动不利。

(二)后期患者出现鱼际肌(拇展短肌、拇对掌肌)萎缩、麻痹及肌力减弱,拇指外展、对掌无力,握力减弱。拇、食、中指及环指桡侧的一半感觉消失;拇指处于手掌的一侧,不能单侧外展(即拇指不能与掌面垂直)。肌萎缩程度常与病程长短有密切关系,一般病程在四个月以后可逐步出现。

### 【检查】

(一)感觉障碍:多数患者痛觉减退,少数患者感觉敏感,温觉、轻触觉不受累。痛觉改变以拇、食、中三指末节掌面为多。

(二)运动障碍:大鱼际肌消瘦,拇指外展、对掌功能受限。

(三)叩击试验阳性:叩击腕部屈面正中时,可引起手指正中神经分布区放射性触电样刺痛。

(四)屈腕试验阳性。

(五)以止血带阻断手臂血循环(其压力应在收缩压与舒张压之间),可使症状重新出现并加剧。

(六)肌电图检查:大鱼际肌出现神经变性。

(七)X线片检查,大多无特殊,偶可有腕部骨质增生,腕骨陈旧性骨折、脱位等骨性改变的征象。

### 【诊断】

本病多见于妇女,腕部有外伤史或劳损史,症状典型,再根据屈腕试验及相关检查,可

确诊。

### 【鉴别诊断】

(一)颈椎病神经根型:神经根受刺激时,麻木不仅在手指,而在颈臂部均有疼痛麻木,臂丛牵拉试验和叩顶试验阳性。尚有颈肩部的症状。

(二)多发性神经炎:症状常为双侧性,且不局限在正中神经,尺、桡神经均受累,呈手套状之感觉麻木区。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋通络,活血化瘀。

(二)取穴与部位:曲泽、内关、大陵、鱼际、劳宫穴等。

(三)主要手法:一指禅推、点揉、拔伸、摇、捻、擦等手法。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者正坐,将手伸出,掌心朝上置放桌上。医者用一指禅推法在前臂至手腕沿手厥阴心包经往返治疗,反复3~4次。在腕管及大鱼际处应重点治疗,手法应先轻,然后逐渐加重。

2. 治疗手法:接着,医者双手握患者掌部,一手在桡侧,另一手在尺侧,而拇指平放于腕关节的背侧,以拇指指端按入腕关节背侧间隙内、在拔伸情况下摇晃腕关节,然后将手腕在拇指按压下背伸至最大限度,随即屈曲,并左右各旋转其手腕2~3次;再用拇指点揉曲泽、内关、大陵、鱼际等穴2分钟,以局部酸胀为度;用摇法摇腕关节及指关节,捻指关节10次(图8-23)。

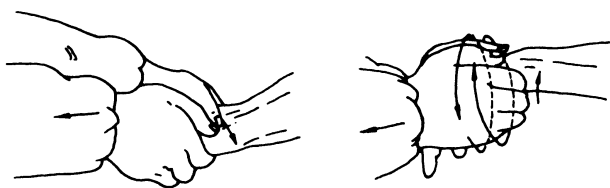


图8-23 摇腕法

3. 结束手法:最后,用擦法擦腕掌部2分钟,以透热为度。术后,用温经通络膏外敷,腕部用纸板固定于休息位。病情缓解后,用中药外洗,或外用舒筋药水擦。

### 【其他疗法】

封闭、针灸、小针刀、手术等。

### 【注意事项】

(一)治疗期间,腕部避免用力和受寒。

(二)因骨折、脱位引起本病者,应在骨折愈合、关节复位后,再考虑给予推拿治疗。

(三)操作治疗中,作腕关节的拔伸牵引和被动运动,切忌强力、暴力,以免发生新的损伤。

(四)内分泌紊乱引起本病者,应结合病因治疗。

(五)嘱患者进行功能锻炼,拇指与各指轮流划圈及拇指压各指第二节,促进功能恢复。

## 【按语】

有人提出,本病 84% 的患者为女性,以中老年女性尤为多见。激素水平的变化、反复强迫性手臂的运动、手腕持续处于不适当的位置,以及其他不同因素与腕管综合征的发病有关。应注意许多病人的不适并非局限于正中神经分布区,感觉检查变化较多且不完全可靠。电生理检查显示为选择性的腕远侧段正中神经感觉、运动传导的异常。故此认为腕管综合征的诊断应根据病史、神经系统检查并结合电生理检查的结果。

病理研究发现腕横韧带下,正中神经的有髓纤维数量明显减少。腕以下段正中神经感觉和运动纤维传导减慢是本病典型的表现。

## 第二十六节 腕关节扭伤

腕关节多因间接暴力而造成的关节周围韧带、肌肉、关节囊等软组织受到过度牵拉而发生撕裂、出血、肌腱脱位的损伤称为腕关节扭伤。

## 【解剖生理】

腕部结构复杂,软组织众多,既有前臂的长肌腱,亦有很多起自腕骨和掌骨处的短小手肌。上有下尺桡关节,下有尺桡韧带(为关节囊加强部分,比较松弛)、三角纤维软骨,中有腕关节,包括桡腕关节、腕骨间关节,腕掌关节。在掌侧有腕掌侧韧带,在背侧有腕背侧韧带,此韧带比较薄弱。在桡侧有桡侧副韧带,在尺侧有尺侧副韧带,各韧带都有加强稳定腕关节的作用(图 8-24)。所以各腕骨不是显露于皮下,而是被韧带、血管和神经覆盖。当然,还有通过腕关节的伸腕、屈腕肌腱和伸屈指肌腱。

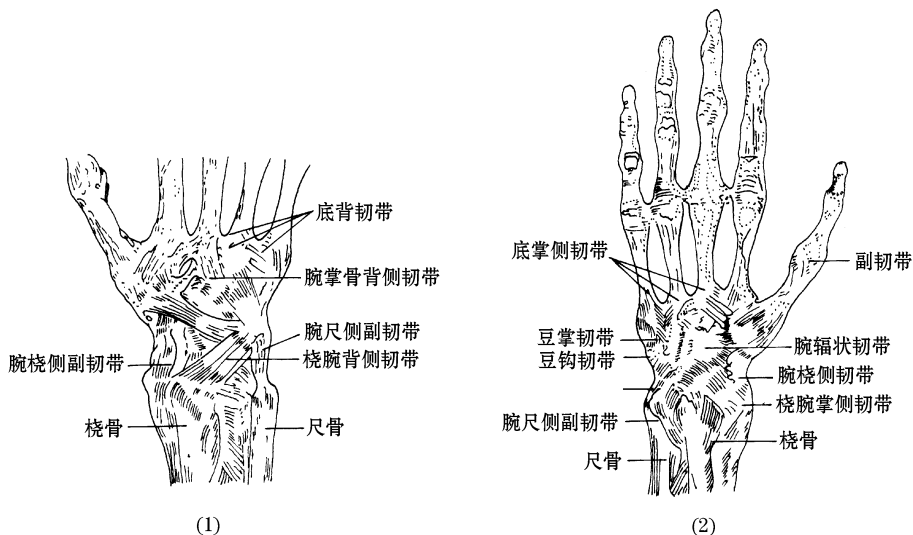


图 8-24 腕部韧带

## 【病因病机】

(一)急性损伤:在生产劳动、体育运动及日常生活中由于不慎跌仆,手掌猛力撑地或因持物而突然旋转或伸屈腕关节,造成关节周围肌腱、韧带的撕裂伤,当暴力过大时可合

并撕脱骨折和脱位。

(二)慢性劳损:腕关节超负荷的过度劳累及腕关节长期反复操劳积累,使某一肌肉、韧带、肌腱处于紧张、收缩状态而损伤。损伤后,软组织撕裂,局部渗出或出血,肌腱移位,日久可致粘连。

中医认为,上述原因致筋脉受损,气血凝滞而致本病。《诸病源候论》说:腕关节损伤“皆是卒然致损,故气血隔绝,不能周荣……按摩导引,令其血气复也”。

### 【临床表现】

(一)急性损伤:腕部疼痛,活动时痛剧,夜间常因剧痛而致寝不安。肿胀、皮下瘀斑明显。腕关节功能受限。

(二)慢性劳损:腕关节疼痛不甚,作较大幅度活动时,伤处可有痛感,无明显肿胀,腕部常有“乏力”、“不灵活”之感。

不管是急性损伤或慢性损伤,依其损伤的部位不同,其疼痛的表现也不一样。

1. 腕背侧韧带与伸指肌腱损伤:腕关节用力掌屈时,在背侧发生疼痛。
2. 腕掌侧韧带与屈指肌腱损伤:腕关节用力背伸时,在掌侧发生疼痛。
3. 桡侧副韧带损伤:当腕关节向尺侧倾斜时,在桡侧发生疼痛。
4. 尺侧副韧带损伤:当腕关节向桡侧运动时,在尺侧发生疼痛。
5. 如果向各种方向运动均发生疼痛,且活动明显受限,则为韧带、肌腱等组织的复合损伤。

### 【检查】

(一)受伤部位有明显的压痛及肿胀。

(二)分离试验阳性:即做受累肌腱、韧带相反方向的被动活动,在损伤部位可出现明显的疼痛。

(三)X线片检查,有局部软组织肿胀阴影,其余无明显发现,并可排除腕部骨折和脱位。

### 【诊断】

本病有外伤史,腕部肿痛,压痛明显,活动受限。根据肌腱、韧带的解剖位置,不难做出诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)腕舟骨骨折:有外伤史,如摔倒时手掌着地,腕关节疼痛剧烈,肿痛以桡侧为主,阳溪穴处压痛明显,叩击第2、3掌骨头部,腕部有剧烈疼痛而牵拉时疼痛不明显,拍腕关节舟状位X片,一般可以确诊。

(二)桡骨远端无移位骨折:腕关节外伤后肿胀、疼痛,皮下瘀肿,压痛点在桡骨远端周围,X线片可以确诊。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋通络,活血祛瘀。

(二)取穴与部位:内关、合谷、阳溪、列缺、养老、阳谷、大陵、阳池等。

(三)主要手法:点、揉、弹拨、拔伸、摇、擦法等。

(四)操作方法



1. 急性损伤:由于疼痛和肿胀较为明显,手法操作时宜轻柔。

(1)准备手法:患者取坐位,腕伸直,医者拇指在伤处周围向上、下、左、右施用轻柔的揉法约2~3分钟。

(2)治疗手法:接着,在伤处附近选用相应经络上的适当穴位,如桡侧背面,可选手阳明经的合谷、阳溪、曲池等穴,用点按法2分钟,使有酸胀得气感;同时沿肌腱作垂直方向的轻柔弹拨约1分钟;在拔伸的情况下,摇腕关节10次。

(3)结束手法:最后,用擦法治疗2分钟,以透热为度。

对肿胀明显者,可在术后用中药外敷。

2. 急性损伤后期和慢性劳损:由于疼痛和肿胀较轻,运用以上手法时,要相应加重,活动幅度逐渐加大,以解除挛缩,松解粘连,改善关节活动。

### 【其他疗法】

封闭、外敷中药、针灸、理疗等。

### 【注意事项】

(一)急性损伤后局部肿胀明显,皮下出血严重者,应及时给予冷敷或加压包扎为宜,一般在损伤后的36小时内不做推拿治疗。

(二)手法操作要注意力度柔和,防止再度损伤。

(三)局部保暖,避免寒冷刺激及腕部过度用力。

(四)治疗期间可戴护腕保护。

(五)嘱患者进行功能锻炼,在疼痛减轻后练习。

### 【按语】

腕部推拿治疗,对骨折愈合后、关节脱位复位后的功能恢复以及肌腱、韧带断裂修复后等所造成的后遗症也是十分有益的。

扭伤要及时治疗,若损伤严重,治疗失误,可引起创伤性关节炎、月骨无菌性坏死及腕关节粘连,影响腕关节功能的恢复。

对非急性损伤者,可让患者进行自我保健推拿,以健侧的拇指指腹或拇、食指指腹按揉或夹住受伤的肌腱、韧带、关节,揉动该处3~5分钟,接着擦热患部,每天1次。

## 第二十七节 梨状肌综合征

梨状肌综合征是由于间接外力使梨状肌受到牵拉而造成撕裂,引起局部充血、水肿、痉挛,而刺激或压迫坐骨神经,产生局部疼痛并向下肢后外侧放射痛和功能障碍等一系列综合征。又称梨状肌损伤,梨状肌孔狭窄综合征。本病为推拿临床常见疾病之一。

### 【解剖生理】

梨状肌位于臀部中层,起自第2~4骶椎前面的骶前孔外侧,肌纤维向外下方穿过坐骨大孔出骨盆至臀部,形成狭窄的肌腱抵止于股骨大粗隆顶部。梨状肌把坐骨大孔分成两部分,即梨状肌上、下孔,在梨状肌上方有臀上神经和臀上动静脉通过;在梨状肌下方有坐骨神经、股后皮神经、臀下神经、阴部神经及臀下动、静脉通过(图8-25)。

梨状肌为髋关节外旋肌,受骶丛神经支配,其功能是使髋关节外展、外旋。

**【病因病机】**

(一)损伤:梨状肌损伤多由间接外力所致,如闪扭、跨越、下蹲等,尤其在负重时,髋关节过度外展、外旋或下蹲猛然直立用力,梨状肌突然过度收缩或牵拉而致撕裂损伤,局部渗血、水肿,引起无菌性炎症,肌肉产生保护性痉挛,从而刺激或压迫周围的神经、血管而产生症状。

(二)变异:在解剖学上,坐骨神经紧贴梨状肌下缘穿出为正常型。梨状肌变异是指坐骨神经和梨状肌的解剖位置发生改变。梨状肌变异有两种类型:一是坐骨神经从梨状肌肌腹中穿出;另一类是指坐骨神经高位分支,即坐骨神经在梨状肌处就分为腓总神经和胫神经,腓总神经从梨状肌肌腹中穿出,胫神经在梨状肌下穿出。在临床上梨状肌综合征好发于上述变异,虽然和这一解剖结构上的异常情况有密切关系。一旦梨状肌因损伤或受风寒湿邪,即可使梨状肌痉挛收缩,导致梨状肌营养障碍,出现弥漫性水肿、炎症而使梨状肌肌腹钝厚、松软、弹性下降等,使梨状肌上、下孔变狭窄,从而刺激或压迫坐骨神经、血管等而出现一系列临床症状。

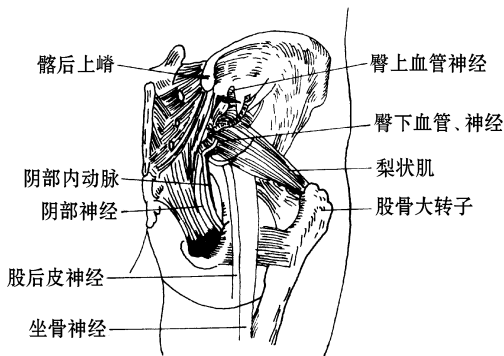


图 8-25 梨状肌与周围血管神经的关系

**【临床表现】**

(一)大部分患者有外伤史,如闪、扭、跨越、负重下蹲,部分患者有受凉史。

(二)臀部深层疼痛,疼痛可呈烧灼样、刀割样或蹦跳样疼痛,且有紧缩感,疼痛逐渐沿坐骨神经分布区域出现下肢放射痛。偶有小腿外侧麻木,会阴部下坠不适。

(三)活动受限:患侧下肢不能伸直,自觉下肢短缩,步履跛行,或呈鸭步移行。髋关节内收、内旋活动受限。

**【检查】**

(一)压痛:沿梨状肌体表投影区有明显压痛。

(二)肌痉挛:在梨状肌处可触及条索样改变或弥漫性肿胀的肌束隆起。日久可出现臀部肌肉萎缩、松软。

(三)患侧下肢直腿抬高试验,在  $60^\circ$  以前疼痛明显,当超过  $60^\circ$  时,疼痛反而减轻。

(四)梨状肌紧张试验阳性。

(五)X 线片可排除髋关节的骨性疾病。

**【诊断】**

根据病史、症状体征、相关检查,可明确诊断。

**【鉴别诊断】**

(一)腰椎间盘突出症:腰椎疼痛伴一侧下肢放射痛或麻胀,当腹压增高(如咳嗽)时会加重麻木。病椎旁深压痛,叩击放射痛,直腿抬高试验和加强试验阳性,挺腹试验阳性。CT 扫描可见腰椎椎间盘膨出或突出像。

(二)臀上皮神经损伤:以一侧臀部及大腿后侧为主,痛不过膝,在髂嵴中点下方 2cm 处有一压痛明显的条索状物,梨状肌紧张试验阴性。

**【治疗】**

(一)治疗原则:舒筋通络,活血散瘀,解痉止痛。

(二)取穴及部位:环跳、承扶、阳陵泉、委中、承山穴,臀部等。

(三)主要手法:揉、按揉、点按、弹拨、擦、运髋关节法等。

(四)操作方法

**1. 急性期治疗手法**

(1)准备手法:患者俯卧,患侧髋前垫枕,使髋、膝关节屈曲内收。医者立于患侧,先用柔和而深沉的揉、掌面按揉等手法施术于臀部及大腿后侧,往返5~8次;

(2)治疗手法:接着,点按环跳、承扶、委中、阳陵泉、承山等穴2分钟,以酸胀为度;用两拇指重叠弹拨痉挛的梨状肌肌腹,反复10次。

(3)结束手法:最后,患者仰卧位,术者一手位于踝关节处,另一手握膝关节,并使膝关节屈曲的同时做髋关节内收外旋运动,由范围小逐渐加大,当达到最大限度时使髋关节向相反方向做外展内旋运动,反复5次。

**2. 慢性期(缓解期)的治疗手法**

(1)准备手法:体位同上,医者用较重的按揉等渗透力较强的手法施术于臀部及下肢,往返5次。

(2)治疗手法:接着,点按环跳、委中、承扶等穴3分钟,以局部酸胀为度;用两拇指或肘尖用力弹拨条索样之梨状肌腹10次,以患者能忍受为度;再做髋关节的后伸、外展及外旋等被动运动,使之松解粘连,解痉止痛。

(3)结束手法:最后,擦热患部。

**【其他疗法】**

针灸、封闭、小针刀、理疗等。

**【注意事项】**

(一)梨状肌位置过深,治疗时不可因位置深而用暴力,避免造成新的损伤。

(二)急性损伤期,应卧床休息1~2周,以利损伤组织的修复。

(三)注意局部保暖,免受风寒刺激。

**【按语】**

推拿治疗梨状肌综合征的主要作用是舒筋通络,活血散瘀,关键是缓解梨状肌痉挛,解除对神经、血管的压迫;同时通过局部手法以加速血液循环,促进新陈代谢,消除局部无菌性炎症,改善局部组织的营养供应,有利于损伤组织的修复。因此,临床上用按揉法和弹拨法以缓解肌肉痉挛,用揉法、擦法以加速血液循环,消除无菌性炎症。只要辨证准确,一般能取得较好的疗效。

## 第二十八节 髋关节滑囊炎

髋关节周围有很多滑囊。凡创伤、感染、化学反应及类风湿病变等,使髋关节周围滑囊积液、肿胀和出现炎性反应者,均称为髋关节滑囊炎。常见的有坐骨结节滑囊炎、股骨大转子滑囊炎、髂耻滑囊炎等。本病多见于小儿和老年人。

### 【解剖生理】

(一)坐骨结节滑囊:坐骨结节滑囊位于两侧坐骨结节部的坐骨突与肌肉之间。滑囊是结缔组织中的囊状间隙,其内壁为滑膜,囊内有少许滑液。

(二)股骨大转子滑囊:股骨大转子位于臀大肌腱移行于髂胫束处与股骨大转子后外侧之间。该滑囊属于不定或附加滑囊,所以并不是每个人的股骨大转子都有滑囊。

(三)髂耻滑囊:髂耻滑囊位于髂腰肌和骨盆之间,其上方为髂耻隆凸,下方为髋关节囊,内侧为股血管和股神经,是髋部最大的滑囊,80%与关节囊相通。

### 【病因病机】

(一)坐骨结节滑囊炎:坐骨结节滑囊炎是一种常见的疾病。多发生于从事久坐工作的中老年人,尤其是较瘦弱的中老年人。由于坐骨结节滑囊长期被压和摩擦,其囊壁渐渐增厚或纤维化引起。

(二)股骨大转子滑囊炎:股骨大转子滑囊炎多是由于慢性损伤引起的。由于该滑囊位置表浅,凡是该部位的直接或间接的外伤或髋关节的过度活动均可导致股骨大转子滑囊的损伤,引起滑囊积液、肿胀和炎性反应的症状。早期主要为囊内浆液性渗出增加,形成局限性肿胀,日久则滑囊壁变厚,渗出液的吸收受到障碍,成为慢性肿块。

(三)髂耻滑囊炎:髂耻滑囊与髋关节囊相通,故凡髋关节的损伤均可引起局部无菌性炎症而影响到髂耻滑囊,从而发生滑囊炎。

### 【临床表现】

(一)坐骨结节滑囊炎:患者坐骨结节部疼痛、肿胀、压痛,久坐不能,坐硬板凳时疼痛加剧,臀肌收缩时可产生疼痛并向臀部放射,坐骨神经受刺激时,可出现坐骨神经痛。检查时可在坐骨结节部较深层摸到边缘较清晰的椭圆形的肿物并与坐骨结节部相连。

(二)股骨大转子滑囊炎:股骨大转子的后方及上方可有压痛和肿胀,患者不能向患侧卧,髋关节内旋可使疼痛加剧;患者为了减轻疼痛常常将患肢放在外展、外旋位以使肌肉松弛。滑囊肿胀明显时,局部可摸到肿块,有时有波动感。

(三)髂耻滑囊炎:股三角外侧疼痛和压痛,髂腰肌收缩、屈曲髋关节或臀大肌收缩、伸直髋关节时疼痛加剧,滑囊过度肿胀时腹股沟的正常凹陷消失或隆起。髋关节活动受阻,疼痛可沿大腿前侧放射至小腿内侧。

### 【诊断】

根据病史、症状、体征及相关检查,可做出明确诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)坐骨结节皮脂腺囊肿:一般多在坐骨结节表浅部可摸到边缘较清楚的肿物,多与皮肤相粘连。

(二)股骨大转子结核性滑囊炎:一般发病较慢,局部压痛较轻,可有肿块,抽出的液体中可见到脓液或干酪样的物质,X光片上可发现股骨大转子有骨质破坏现象。

### 【治疗】

(一)治疗原则:活血化瘀,消肿止痛,舒筋通络。

(二)取穴及部位:髋关节周围及臀部。

(三)主要手法:滚、揉、弹拨、摇、擦手法。

#### (四)操作方法

1. 坐骨结节滑囊炎手法:患者取俯卧位,先按揉坐骨结节部及其周围2分钟;然后弹拨局部8次,最后,患者取侧卧位,患肢屈膝屈髋,医者掌擦坐骨结节部2分钟,以透热为度。

2. 股骨大转子滑囊炎手法:患者取侧卧位,患侧在上,先用滚法2分钟,放松髋部外侧肌肉;然后以弹拨法弹拨滑囊处1分钟;最后,擦患处1分钟,结束治疗。

3. 髂耻滑囊炎手法:患者仰卧位,膝、髋关节稍屈曲,医者用揉法于腹股沟区2分钟,同时配合髋关节屈伸运动10次;在股三角外侧部轻快地进行弹拨1分钟;最后,用擦法,以透热为度。

#### 【其他疗法】

封闭、小针刀、理疗、针灸等。

#### 【注意事项】

(一)治疗期间应注意减少髋部活动。

(二)不宜久坐硬、冷板凳。

(三)对于坐骨结节滑囊炎的患者,可使用较软的坐位或圆形气垫上,以免坐骨结节部继续受压。

#### 【按语】

由于生理上和发育上的原因,滑囊、腱鞘和关节滑膜在发育和功能上很相似,其发病原因也相似。临床上,凡由创伤、劳损、感染、化学性刺激以及类风湿病变等因素均可致滑囊炎。

## 第二十九节 髋关节扭伤

由于外伤或劳损导致髋关节囊和关节软骨损伤,局部产生无菌性炎症或关节粘连,引起髋关节疼痛和功能活动障碍的病症,称为髋关节扭伤。

#### 【解剖生理】

髋关节是人体中最大且最深的关节,它属于杵臼关节。髋臼较深呈倒杯状,股骨头呈圆球形,约占圆球的2/3。髋臼与股骨顶部有较粗的圆韧带相连。从髋臼到股骨颈中、上2/3处有坚强的关节囊包绕,关节囊内有宽阔的滑膜组织,关节前面有坚强的髂股韧带,后面有耻股韧带和坐股韧带,既可稳定关节又可限制关节活动。关节周围有丰富的肌肉,既能控制髋关节的活动,又能起到保护和稳定髋关节的作用。

髋关节的神经主要来自坐骨神经和闭孔神经前支,后者又有一支感觉支分布于膝关节,故髋关节疾患往往反应为膝部疼痛,而被误认为膝部疾患。

#### 【病因病机】

髋关节周围肌肉丰满,韧带坚强,软组织损伤发生率较低。一般多见于以下原因:

(一)急性外伤:由于遭受直接或间接暴力,导致髋关节囊和关节软骨的损伤,产生软骨破裂和囊内渗出、血肿,引起局部疼痛和功能障碍。

(二)慢性劳损:多由于长途行走等使髋关节过度活动,其关节马蹄形软骨受到过多的

摩擦损伤,使髋关节产生无菌性炎症和粘连,从而影响关节的功能活动。

### 【临床表现】

患者多有髋部外伤或劳损史。患侧髋关节和腹股沟处有压痛,或有轻度肿胀,髋关节功能活动障碍,行走困难,急性损伤或发作时,患足不能踩地,不能行走。

### 【检查】

- (一)患侧腹股沟和髂前上棘后缘有明显压痛。
- (二)腹股沟部略有肿胀,患髋呈外展外旋屈曲位,不能伸直。
- (三)髋关节功能活动以外展内收和内外旋障碍明显。
- (四)X线片显示,无明显的骨质异常。

### 【诊断】

依据病史、症状体征及相关检查,可做出诊断。

### 【鉴别诊断】

需与髋关节结核或类风湿关节炎等病相鉴别。

### 【治疗】

- (一)治疗原则:舒筋通络,活血化瘀,消肿止痛。
- (二)取穴及部位:环跳、居髎穴,髋关节周围。
- (三)主要手法:点按、揉、弹拨、摇、髋关节拔伸法等。
- (四)操作方法
  1. 准备手法:患者取俯卧位,医者先用揉法作用于臀部2~3分钟。
  2. 治疗手法:接着,点按居髎、环跳、殷门等穴3分钟,以有明显酸胀感为度;配合髋关节被动后伸和外展运动,反复5次;患者取仰卧位,以掌揉法作用于腹股沟处2分钟,并弹拨患部的痛点10次;作髋关节被动外展、内旋、外旋运动5次。
  3. 结束手法:医者用一手握患肢踝部,另一手扶膝,将患肢尽量屈膝、屈髋后突然将髋关节拔伸,反复2~3次。

### 【其他疗法】

针灸、外敷中药、理疗等。

### 【注意事项】

- (一)髋关节扭伤后应注意适当休息,注意避免上楼、上坡的活动。
- (二)不宜坐冷、硬板凳。
- (三)局部应保暖,避免受寒。

### 【按语】

髋关节扭伤后,应用手法治疗可起到舒筋通络,活血化瘀,消肿止痛的作用,使局部疼痛缓解,无菌性炎症可消除。同时还可配合中药内服和外用。

## 第三十节 髂胫束损伤

髂胫束位于大腿的外侧面,因其受到直接暴力的打击或碰撞而造成损伤,出现局部肿胀、疼痛,大腿内收受限等。

### 【解剖生理】

髂胫束位于大腿外侧面,为阔筋膜张肌的延续部分,止于胫骨的外侧髁,髂胫束本身血管很少且无收缩力,但却有防止髌关节过度内收的作用。

### 【病因病机】

在跌仆时大腿外侧碰撞于其他物体上时,或是暴力直接作用于大腿的外侧面,最先受到损伤的则是髂胫束。由于外力的直接作用可以造成髂胫束部分纤维的断裂,局部炎性渗出,皮下出血等病理表现,日久则可使其增厚变粗或者出现挛缩,重者可影响髌关节的内收活动。

### 【临床表现】

患者有大腿外侧损伤史。局部有肿胀、压痛,大腿内收时疼痛加重;双膝并拢下蹲困难,后期可发展为不能蹲下,必须将大腿处于外展位才可下蹲。

### 【检查】

1. 髂胫束紧张试验(Ober 欧伯试验):患者侧卧,健肢在下并屈膝、屈髋,以消除腰椎前凸的影响,检查者站在患者背后,一手握患肢踝部,屈膝至  $90^{\circ}$ ,另一手固定骨盆,然后将髌关节外展后伸,同时伸直大腿,使之与躯干处于同一直线,放松握踝之手,让患肢自然下落。正常时患肢应落在健肢后侧,若落在健肢前方或保持上举外展姿势,即为阳性。此试验阳性说明髂胫束挛缩或阔筋膜张肌挛缩,并可在大腿外侧摸到挛缩的髂胫束。

2. “弹响髌”的表现是当髌关节屈伸活动时,可触到在大转子上来回滑动的髂胫束。

### 【诊断】

根据病史、症状体征及相关检查,可做出明确诊断。

### 【治疗】

(一)治疗原则:活血化瘀,舒筋通络。

(二)取穴及部位:风市穴,大腿外侧,髌膝关节周围。

(三)主要手法:揉、揉捻、点揉、弹拨、推、擦法等。

(四)操作方法

1. 损伤初期治疗手法

(1)准备手法:患者侧卧,揉阔筋膜张肌沿髂胫束经膝关节,往返 10 次。

(2)治疗手法:轻度揉捻大腿外侧的髂胫束,反复 5 次;用掌根沿髂胫束推下 10 次。

(3)结束手法:最后,擦热局部。

2. 损伤后期治疗手法

(1)准备手法:患者取侧卧位,健肢在下伸直,患肢屈膝、屈髋尽量让膝关节放于床面,医者立于患者背后,拿揉髂胫束部,反复 10 次。

(2)治疗手法:拇指指腹点揉风市、阿是穴约 2 分钟,以局部酸胀为度;弹拨髂胫束部,有酸胀感,约 2 分钟。

(3)结束手法:最后,用手掌沿紧张的髂胫束从上至下推,用力由轻到重,反复 7~10 次。

### 【其他疗法】

封闭、针灸、外敷中药、理疗等。

**【注意事项】**

- (一)若髂胫束挛缩明显,保守治疗无效者,可作髂胫束松解术。
- (二)避免长途跋涉和爬山,注意局部保暖。

**【按语】**

髂胫束挛缩患者初期可内服活血化瘀、消肿通络之中药,外用骨科熏洗药熏洗。后期则以舒筋通络为主,内服舒筋活血片或舒筋丸等。

## 第三十一节 退行性髋关节炎

退行性髋关节炎又称为髋关节骨关节炎,是指由于体重增加,髋关节负重加大而局部血运相对减少,加上髋部积累性劳损等因素,引起髋关节的关节面发生退行性改变后,关节软骨磨损、脱落、增生以及滑膜充血、关节囊变厚、关节间隙狭窄的一种慢性炎症,出现髋关节疼痛,活动受限等临床表现。本病多发于中年以后髋关节活动频繁者。

**【解剖生理】****(一)髋关节的组成**

髋关节由股骨头和髋臼构成,为人体中一个完善的杵臼关节,形如马蹄,其主要功能是负重和保证髋关节尽可能多方向、大范围的运动。髋关节外包关节囊,周围有韧带固定。髋臼由髋骨、坐骨和耻骨连结而成,开口斜向前、外、下,其软骨面边缘部分较厚。髋臼缘上有纤维软骨形成的关节孟唇,加深浅髋臼的深度,以便容纳 2/3 的股骨头,同时髋臼与股骨头之间的真空吸引作用则可加强髋关节的稳定性。股骨头呈半球状,以股骨颈和股骨干相连,使股骨干远离髋臼,以适应髋关节大幅度的活动。股骨颈和股骨干之间,形成一个角度,叫内倾角,又称颈干角,其正常范围在  $110^{\circ}\sim 140^{\circ}$  之间。颈干角大于正常为髋外翻,小于正常为髋内翻。

**(二)股骨头、颈的血液供应主要有三个途径:**

1. 来自关节囊的小动脉,供应股骨颈和大部分股骨头的血运。
2. 来自股骨干滋养动脉,供应基底部的血运。
3. 来自圆韧带的细小动脉,仅能供应股骨头内下部的血运。其中,以关节囊和圆韧带的血管最为重要,如股骨头的血液供应遭到破坏,就会引起股骨头缺血性坏死及创伤性关节炎。

**(三)关节囊与韧带**

关节囊起于髋臼周缘,大部分止于股骨颈基底部,将股骨颈包于囊内(只有股骨颈后外侧一小部分在囊外),故股骨颈骨折时,多为囊内骨折。囊的内壁有坚强髋股韧带,前下方有耻骨韧带,后方为坐股韧带,髋臼和股骨头之间有圆韧带相连,可以起到稳定股骨头的的作用,因此髋关节损伤的机会要比其他关节少。

**(四)髋关节的活动**

髋关节是一个多轴关节,可以作屈伸、内收、内旋、外旋、外展活动,其活动主要依靠臀部肌肉的收缩。在正常情况下,髋关节既能在静止时承受整个体重,又能在动态时保证髋关节的稳定。



### 【病因病机】

由于覆盖在股骨头关节面上的关节软骨本身缺少血液供应,为了维持软骨的液体交换与代谢,则需要间歇性压迫以吸收营养及维持其完整。如果局部血运变差,则可使关节软骨发生变性。一次严重的或反复多次的轻度外伤,都可引起关节软骨损伤而变性,日久关节软骨则可逐渐钙化、增生,形成骨赘。关节软骨损坏增生以后,关节的负重受压区则呈现凹陷性畸形,日久可出现股骨头粗短扁平。关节面的扁平,又可进一步影响局部的血运,表现为骨质致密度增高,关节紊乱,促使骨赘形成,并可发生骨赘碎裂、脱落。软骨损伤后,其碎骨因压力关系堆积在关节囊的内下方,即形成关节鼠,刺激关节囊使其变厚,加速其纤维化及瘢痕形成,软骨损坏后的绒毛样增生可引起髋关节粘连,关节腔减小或消失,关节可呈挛缩和内收屈曲畸形。滑膜充血,关节囊变厚,最后关节囊因高度纤维化而短缩,关节活动时则刺激囊内神经而引起疼痛。

### 【临床表现】

本病多发生于40岁以上的中老年人,有髋部外伤史或积累性劳损,发病缓慢,多呈慢性进行性加重,发病时关节疼痛,活动障碍,局部压痛,仍有肿胀,患者多无全身症状。

初期患者多表现为髋关节疼痛、活动不利,以清晨起床时明显,活动后可减轻。当关节囊短缩后由于在步行时可刺激囊内神经而出现疼痛,甚至发生持续性疼痛。骨赘形成早期患者一般无明显症状,但若过度活动,受轻微外伤或局部感受寒冷等刺激,增生的骨刺就可引起周围组织炎性改变,从而引起关节疼痛、活动受限等症状。

### 【检查】

- (一)腹股沟处压痛明显。
- (二)髋关节活动障碍,以屈伸、外展及内外旋转活动明显受限。
- (三)髋关节呈内收屈曲畸形。
- (四)X线片显示,髋关节模糊,髋臼骨赘增生,关节间隙狭窄或消失,晚期股骨头变形,骨质致密。

### 【诊断】

根据病史、症状体征及相关检查,可做出诊断。

### 【鉴别诊断】

类风湿性关节炎:本症患者临床上可出现乏力及体重减轻等全身症状,对称性手指小关节疼痛和肿胀,后期关节强直畸形和邻近肌肉萎缩,可出现典型的皮下结节,血流加快,类风湿因子试验阳性,X线拍片显示关节间隙变窄,骨端骨质疏松等改变。

### 【治疗】

- (一)治疗原则:活血化瘀,通络止痛,滑利关节。
- (二)取穴及部位:环跳、风市、秩边、阿是穴等,髋关节周围。
- (三)主要手法:点、按揉、擦、按压,运髋关节法等。
- (四)操作方法
  1. 准备手法:患者俯卧位,医生用掌根在臀部做按揉法,力量应深沉有力,约2分钟。
  2. 治疗手法:患者侧卧位,医生用两拇指点环跳、点按风市、秩边、阿是穴等约3分钟,以有酸胀感为度;做髋关节后伸和外展的被动运动10次;患者仰卧位,医者用手掌从

腹股沟至膝部施以揉法反复操作 4~5 次;接着,让患者屈膝屈髋,医者一手扶膝部,一手扶踝部作髋关节摇法,配合髋关节外展和内旋、外旋的被动运动 10 次。

3. 结束手法:患者侧卧位,患侧在上,在髋关节部位用掌擦法 2 分钟,以透热为度。

#### 【其他疗法】

针灸、理疗等。

#### 【注意事项】

(一)嘱患者进行适当的体育锻炼,并长期坚持。

(二)局部保暖。

#### 【按语】

推拿治疗退行性髋关节炎有较好的临床效果。推拿手法可加快局部的血液循环,促进新陈代谢,具有延缓退变的作用。对于已形成的退行性关节炎,手法则具有活血祛瘀、滑利关节的作用,对本病初期的无菌性炎症,可使其疼痛消失,活动恢复,症状缓解。而对于本病晚期症状,亦有明显的作用,可以改善症状,防止粘连。

## 第三十二节 膝关节创伤性滑膜炎

膝关节创伤性滑膜炎是以膝关节积血、积液为主症的疾患。由于膝部经常在负重下活动,并且膝关节杠杆作用强,因此易遭受扭挫等外伤,导致关节囊滑膜层损伤,发生充血、渗出,关节腔内大量积液、积血而引起滑膜炎。本病可发生于任何年龄。

#### 【解剖生理】

膝关节囊宽大而松弛,其纤维层的内面由滑膜层覆盖,是人体关节中滑膜面积最大的关节。除关节软骨与半月板表面外,其纤维层、交叉韧带、髁间窝和髁间隆起处均覆盖一层滑膜。在膝关节的前方及两侧,滑膜膨出构成髌上囊,可达到髌骨上缘 7~8cm 处。滑膜富有血管,其血运丰富。滑膜细胞分泌滑液,可润滑关节,以增加关节的活动范围,并能营养无血管的关节软骨,散发关节活动时所产生的热量。

#### 【病因病机】

膝关节囊受突然剧烈的扭挫伤或其他损伤,使关节囊滑膜层受损,出现充血、渗出等改变。关节腔内逐渐积聚大量的液体,其中含有纤维素、血浆、白细胞等。关节内压力的增高,影响了淋巴系统的循环。积液如不能及时吸收,则转为慢性滑膜炎。

当滑膜受到外伤后,其分泌失调则使滑膜腔积液,而滑膜在长期炎症的刺激下逐渐肥厚,纤维素沉着、机化,导致关节粘连、活动受限。久之可继发创伤性关节炎、股四头肌萎缩,严重影响膝关节的功能。

#### 【临床表现】

患者多有明显的外伤史,伤后膝关节肿胀、疼痛、活动困难。膝关节是弥漫性肿胀,且逐渐加重。一般伤后 5~6 小时出现髌上囊处饱满膨隆。

#### 【检查】

(一)局部皮温增高,压痛广泛,但膝关节屈伸受限不严重。

(二)浮髌试验阳性:患者仰卧位,患膝伸直。检查时,医者一手虎口张开压在髌上囊,

将囊内液体挤压到髌骨下方,另一手食指垂直向下按压髌骨,如髌骨有浮动感为阳性,提示关节内有大量积液或积血。

(三)做膝关节穿刺可抽出淡黄色或淡红色液体。

(四)膝关节过伸、过屈活动不能完成,抗阻力伸膝时疼痛尤甚。

(五)X线片检查,骨质无异常发现。

### 【诊断】

根据病史、症状体征及相关检查,可做出诊断。

### 【鉴别诊断】

(一)膝关节血肿:多为较严重的急性损伤如骨折、韧带、半月板等的损伤。一般于伤后立即出现肿胀、疼痛剧烈、关节活动明显受限。早期关节穿刺抽出的液体为血性,进一步拍X片或CT检查即可诊断。

(二)慢性滑膜炎:多为急性创伤性滑膜炎失治转化而成,或由其他慢性劳损导致滑膜的炎症渗出,造成关节积液,临床上多属中医的痹症范围,老年人多见。患者主诉两膝沉重不适,膝部伸屈困难,但被动运动均无明显障碍,疼痛不剧烈,局部不红不肿,膝关节功能检查一般无明显的阳性体征,髌韧带两侧膝眼处隆起,以手触之有松软感甚至有囊性感,关节积液如超过30ml,则浮髌试验呈阳性。

### 【治疗】

(一)治疗原则:活血化瘀,消肿止痛。

(二)取穴与部位:髌关、伏兔、委中、双膝眼、足三里、阴陵泉、三阴交等穴。

(三)主要手法:揉、点按、拿、拔伸、摇、擦法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者仰卧位,略屈膝,在膝部周围施以掌揉法2分钟。

2. 治疗手法:接着,点按髌关、伏兔、委中、双膝眼、足三里、阴陵泉、三阴交等穴约4分钟,以局部酸胀为度;然后,将患肢髌、膝关节尽量屈曲。医者一手扶肩部,另一手握踝上,在牵引下摇晃膝关节6~7次,将膝关节充分屈曲,再将其伸直,反复5次;患者俯卧,医者拿小腿三头肌,往返10次。

3. 结束手法:最后,在膝部周围施以擦法2分钟,结束治疗。

### 【其他方法】

封闭、针灸、理疗、外敷中药等。

### 【注意事项】

(一)创伤早期,嘱患者做股四头肌自主收缩,防止肌肉萎缩;晚期则作膝关节屈伸活动,防止或解除粘连。

(二)治疗时手法宜轻柔,忌用暴力按压髌上囊。

(三)患肢不宜过度活动,局部应保暖。

### 【按语】

治疗过程中,正确处理活动与固定的关系,既要使肌肉不发生萎缩,又要防止关节内积液增加,对严重积液、膝张力过大者,可用关节穿刺法,将液体抽出以减压。

### 第三十三节 膝关节侧副韧带损伤

膝关节侧副韧带位于膝关节的内、外侧,分为内侧副韧带和外侧副韧带。侧副韧带损伤属于中医膝缝伤筋的范畴。膝关节的生理外翻和膝部外侧易受暴力影响,内侧副韧带的损伤机会相当多,严重者可合并内侧半月板或交叉韧带的损伤,从而破坏了膝内侧的稳定性,影响膝关节的功能,必须及时正确地进行治疗。膝外侧副韧带损伤的机会极少。

#### 【解剖生理】

内侧副韧带由深浅两层组成,深层又称为关节囊韧带,呈三角形,扁宽而坚韧,基底向前,尖端向后分为前纵部、后上斜部和后下斜部。前纵部起自股骨内上髁向下移行,抵止于胫骨上端的内面,韧带的内面与内侧半月板边缘紧密相连。后上斜部自前纵部起点后缘开始斜向后下伸展,止于胫骨内侧关节边缘,并同内侧半月板的内缘连接。后下斜部起于前纵部止点的后缘,斜向后下,止于胫骨内髁后缘和内侧半月板后缘。此韧带可随膝关节的屈伸而前后滑动,当膝关节完全伸直或屈曲时韧带紧张,关节固定,而半屈曲位时韧带松弛,关节不稳,易受损伤。

外侧副韧带为条束状坚韧的纤维束,起于股骨外上髁,止于腓骨小头,与关节囊之间有疏松结缔组织相隔,腓肌腱通过外侧副韧带与外侧半月板之间,浅面为股二头肌肌腱,两者之间有滑囊相隔。膝屈曲时该韧带松弛,伸直时则紧张,和髂胫束一起限制膝关节的过度内翻活动。

#### 【病因病机】

##### (一)膝关节内侧副韧带损伤

1. 当膝关节在轻度屈曲位时,如果小腿骤然外展,牵拉内侧副韧带造成损伤。
2. 当膝关节伸直位时,股或腿部外侧受到暴力打击或重物压迫,促使膝关节过度外翻,发生内侧副韧带的一部分撕裂或完全断裂,严重者可合并半月板或交叉韧带的损伤。
3. 内侧副韧带损伤其病理变化为扭伤、部分撕裂伤及完全断裂伤。

##### (二)膝关节外侧副韧带损伤

膝关节外侧面比内侧面受到暴力的机会多,因而受到内翻伤力的机会就少,故外侧副韧带损伤的发生率比内侧低,有时来自膝内侧的暴力作用于膝部或小腿内翻位倒地摔伤,常可引起膝外侧副韧带损伤,多见于腓骨小头抵止部断裂。严重者可伴有外侧关节囊、腓肌腱、腓总神经的断裂,甚者可合并腓骨小头撕脱骨折。

韧带损伤后局部可出血、机化、钙化、粘连,膝关节屈伸活动受限。

#### 【临床表现】

多见于膝内侧副韧带损伤,膝部有明显的外翻位受伤史;伤后膝内侧疼痛、肿胀,时间长者可出现皮下瘀血,小腿外展时疼痛加重,行走跛行;疼痛与压痛点局限于内侧副韧带的起止部或体部;韧带完全断裂者,局部可触及凹陷缺损。膝外侧副韧带损伤,则有相应的病史,症状表现。

#### 【检查】

- (一)膝关节有过度内、外翻活动。

(二)膝内、外侧副韧带牵拉试验阳性:患者仰卧位,下肢伸直。医者一手置膝外侧向内推,另一手握踝上使之外展。如膝内侧出现疼痛为阳性。关节明显松动者为内侧副韧带完全断裂。相反,则为外侧副韧带损伤。

(三)如合并半月板或交叉韧带损伤者,可出现关节内积血,麦氏征阳性,抽屉试验阳性等。关节镜检查可明确诊断。

(四)X线片检查:在膝内、外翻应力下拍摄正位片,若韧带完全断裂者则膝关节内、外间隙明显增宽,在撕脱骨折部位可见条状或小片状游离骨块。

### 【诊断】

根据病史、症状及相关检查,可以确诊。

### 【鉴别诊断】

(一)内侧半月板损伤:患者一般都有典型的膝部外伤史,伤后膝关节肿胀明显,活动障碍,后期膝关节有交锁现象和弹响声,股四头肌多有萎缩,麦氏征阳性。

(二)交叉韧带损伤:患者多有较严重的膝部外伤史,膝关节肿胀严重,疼痛剧烈,抽屉试验阳性。多合并有胫骨棘的撕脱骨折。

### 【治疗】

(一)治疗原则:活血化瘀,消肿止痛。

(二)取穴与部位:血海、阴陵泉、阳陵泉、足三里,膝部。

(三)主要手法:揉、点按、摇、擦、捋顺法、揉捻法等。

损伤初期,可用轻手法在膝关节内、外侧副韧带走行方向理顺断裂的肌纤维,用捋顺法促进消肿;韧带损伤基本愈合后可用手法来解除粘连,帮助关节功能的恢复。

#### (四)操作方法

##### 1. 内侧副韧带损伤治疗手法(图8-26)

(1)准备手法:患者正坐床边,两腿屈膝下垂。助手坐在患者伤侧,双手固定住大腿下端。医者半蹲于患者正前方,一手由股外侧用拇指、食指扣住髌骨,拇指按住内侧副韧带受伤处,余三指在稍窝部拿住伤膝,另一手则由内侧握住伤肢踝部,轻轻环转摇晃6~7次。

(2)治疗手法:医者将伤肢屈曲盘膝,大腿外展、外旋,足跟尽量靠近健侧腹股沟部,用拿膝之手的拇指推揉伤处2分钟;接着,医者站在伤肢外侧,用拿膝之手按住伤处,握踝之手与助手相对用力拔伸约1分钟。

(3)结束手法:最后,将伤肢拔直,用拇指在伤处捋顺2分钟;接着,擦患处1分钟,结束治疗;戴护膝固定。

##### 2. 外侧副韧带损伤治疗手法(图8-27)

(1)准备手法:患者侧卧,患肢在上,医者揉膝外侧2分钟。

(2)治疗手法:接着,一助手固定大腿下端。医者用一手拿膝,拇指按在伤处,另一手拿踝,作小腿的摇法后与助手用力相对牵引1分钟;然后将膝关节屈曲,同时撤去助手,医者尽力使其髌、膝关节屈曲,拿膝之手的拇指用力向股内侧推挤按压,将伤肢拔直。反复10次。

(3)结束手法:最后,医者用拇指在伤处进行捋顺2分钟,结束治疗;戴护膝固定。



图 8—26 内侧副韧带损伤的治疗手法

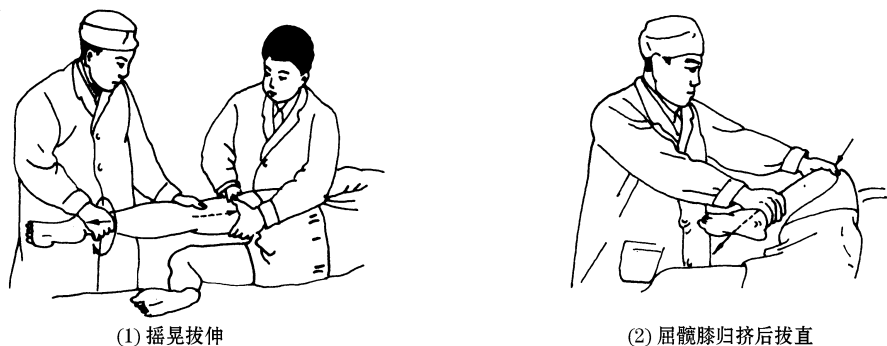


图 8—27 外侧副韧带损伤的治疗手法

**【其他疗法】**

封闭、针灸、外敷中药、理疗等。

**【注意事项】**

- (1) 患膝须戴护膝固定保护至少一个月。
- (2) 伤后早期应练习股四头肌收缩活动,逐渐增加锻炼次数,然后练习直腿抬举,后期作膝关节屈伸活动。
- (3) 应注意防止膝部的重复扭伤,并注意局部保暖。

**【按语】**

手法治疗膝关节侧副韧带损伤效果较好,但若损伤为韧带完全断裂或膝关节损伤三联征(半月板损伤合并交叉韧带损伤、侧副韧带损伤)者则手法治疗无效,应早期手术治疗。

## 第三十四节 膝关节半月板损伤

膝关节半月板损伤是指膝部因急、慢性损伤,导致半月软骨撕裂,从而引起膝关节肿胀、疼痛、关节交锁等一系列综合征。本病青年人多见,常发生在半蹲位工作的矿工、搬运工和运动员等。

膝关节是由一个较平坦的胫骨平台和两个弧形的股骨髁部相连接,其部位表浅,为人体中关节面积最大、结构最复杂、杠杆作用最强、负重最多、最容易损伤的关节。

### 【解剖生理】

半月板是膝关节的缓冲装置,分为内、外侧半月板。半月板是一种纤维软骨组织,本身无血液循环,所以损伤后修复能力极差。每侧半月板又分内、外两缘,前、后两角(图8-28)。

(一)内侧半月板:较大,呈“C”形,如镰刀样,前 $2/3$ 窄,后 $1/3$ 宽,内缘极薄并游离于关节内,外缘增厚,与胫骨平台边缘被冠状韧带相连,其中部与内侧副韧带紧密相连,以限制其过度移动。其前角附着于前交叉韧带的前方,胫骨髁间隆突的前面,并有横韧带与外侧半月板的前角相连;后角附着于后交叉韧带的前方,胫骨髁间隆突的后面。

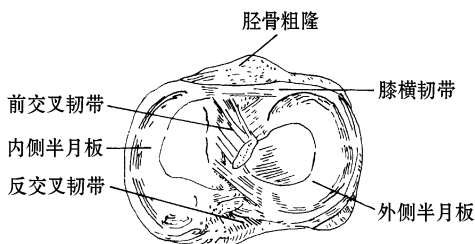


图8-28 膝关节半月板(上面)

(二)外侧半月板:较小而厚,近似“O”形,前后等宽,外缘不与外侧副韧带相连。其前角附着于胫骨髁间隆突之前;后角附着于髁间隆突之间。

半月板填充于膝关节的股骨髁与胫骨平台之间,它增强了膝关节的稳定性,并可避免周围软组织挤入关节内,还可缓冲震荡,分泌滑液。当膝关节伸直时,半月板被股骨髁推挤向前,膝关节屈曲时,半月板则被推挤向后。膝关节半屈曲位时,膝内外翻与扭转活动较大,因此临床上以外侧半月板损伤最多见。

### 【病因病机】

正常运动时,膝关节是由股骨髁软骨面在半月板上滑动或扭动来进行屈伸活动的。在小腿外翻、外旋或内翻、内旋时,半月板上粘住股骨髁并随之活动,而下面与胫骨平台之间的活动则增加。在正常情况下,半月板有一定的移动度,可以代偿,若此时膝关节由屈曲位突然改为伸直位,由于动作突然加上体重的压力,则可造成半月板卡于股骨髁与胫骨平台之间,来不及移动,而导致半月板的破裂。

半月板损伤一般可分为边缘撕裂、纵行断裂、横行断裂、水平撕裂及前、后角撕裂。

由于半月板缺乏血运,只在周缘有血循环,因此除边缘性撕裂外,一般很难有修复的可能。破裂的半月板不但失去了其协助稳定膝关节的作用,而且还影响膝关节的活动功能,甚至造成关节交锁的症状。同时破裂的半月板与股骨髁、胫骨髁之间长期磨损,最后将会导致创伤性关节炎。

### 【临床表现】

由于急性期局部肿胀、疼痛剧烈,临床上多难以做出早期的明确诊断。

患者多有膝关节扭伤史。扭伤时患者自觉关节内有撕裂感,随即发生疼痛肿胀,活动受限,行走跛行。疼痛与压痛多局限于膝关节内、外侧间隙。肿胀则于伤后数小时内关节肿胀显著,而慢性期则无肿胀。损伤时可出现清脆的关节弹响音,转为慢性期后则膝关节伸屈时有弹响音和交锁现象,即患者走路时常出现膝关节突然被卡住,既不能伸直又不能屈曲并伴有疼痛感,如将膝关节稍微伸屈活动,有时可发生弹响音,交锁自解。

### 【检查】

(一)压痛多局限于损伤半月板相应的膝关节内、外侧间隙。

(二)麦氏征试验(Mc. Murry)阳性:患者仰卧位,医者站在患肢外侧,以一手的拇、食指分别按于两侧膝关节间隙,另一手握踝上或足跟部,使髌、膝关节完全屈曲,然后将小腿由内收位逐渐外展、内旋并伸膝时,如手指有冲击感或同时有清脆的弹响音及疼痛,即为麦氏征阳性,提示有外侧半月板损伤;若将小腿由外展位逐渐内收、外旋并伸膝时,如手指有冲击感或同时有清脆的弹响音及疼痛,即为麦氏征阳性,提示有内侧半月板损伤。

(三)半月板研磨试验阳性:患者俯卧位,膝关节屈曲,医者在患足底部用力下压并旋转研磨,出现疼痛则为半月板研磨试验阳性。

(四)如病程长者,可致股四头肌萎缩。

(五)X线片检查:膝部平片不能显示半月板损伤,故直接诊断作用不大,但拍摄平片可以排除膝关节的骨性病变或其他疾患。

(六)必要时可做膝关节造影术以明确诊断。膝关节造影检查分为充气造影、碘水造影及气和碘水混合造影三种。在诊断半月板损伤上有一定价值,且可确定半月板损伤的部位。

(七)膝关节镜检查,对关节内结构可提供直观的观察。一般外侧半月板的观察较为满意,对内侧半月板后角损伤观察不满意。

(八)膝部CT或MRI检查,可以确定半月板损伤的部位。

### 【诊断】

多数患者有膝关节外伤史,局限性疼痛,部分患者有打软腿或膝关节交锁现象。股四头肌萎缩。膝关节间隙压痛,股在过伸或过屈、被动的内收或外展都可引起膝关节间隙的局限性压痛,麦氏征及半月板研磨试验大多数为阳性。

### 【鉴别诊断】

(一)膝关节内游离体:膝关节内游离体也可引起关节活动时突然交锁,但由于游离体在关节内随意活动,因此关节运动受阻之位置也在随意变动,而半月板损伤后关节发生交锁,活动受阻且有固定的角度和体位。由于游离体是骨性,故X线片可以显示“关节鼠”。

(二)创伤性滑膜炎:膝关节肿胀,浮髌试验阳性。损伤后当即出现肿胀者,为瘀血所致;损伤后期出现积液,多为滑膜的炎症引起。

### 【治疗】

(一)治疗原则:活血化瘀,消肿止痛,舒筋通络。

(二)取穴与部位:环跳、风市、血海、委中、阴陵泉、阳陵泉、膝眼,膝关节周围。



(三)主要手法:揉捻、揉、点揉、擦、膝关节摇法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者仰卧位,略屈膝,医者用揉捻法在膝周围作揉捻约5分钟,以酸胀为度。

2. 治疗手法:接着,医者用揉法施于膝关节及周围。特别是髌骨上、下缘及股四头肌部约5分钟;再点揉两膝眼、膝阳关、血海、阴陵泉、阳陵泉等约3分钟,以酸胀为度。

3. 结束手法:摇膝关节约3~5次,再拔伸,持续0.5分钟;在患部用擦法,以透热为度。

必要时,可做膝关节解锁法:患者坐在床边,一助手用双手固定大腿下端,勿使摇晃,另一助手则握住踝部的前足部,医生半蹲在伤肢外侧,一手轻轻握住伤肢小腿,另一手握拳,拳眼向上,准备施术。施术时嘱两助手缓缓用力拔伸,远端助手轻轻向内、向外旋转小腿,医生用握拳之手猛力向上击打稍窝部,随即与近端助手同时撤除。医生握小腿之手与远端助手用力将膝关节屈曲,握拳之手改推伤膝,使之靠近胸部,足跟接近臀部。最后将伤肢拔直,局部用捋顺、揉、捻法按摩舒筋。

#### 【其他疗法】

封闭、理疗、膝关节镜术等。

#### 【注意事项】

(一)关节肿胀明显时,可行关节穿刺术,抽出液体,加压包扎,并行关节制动。

(二)可配合中药活血化瘀,消肿利湿之剂。如桃红四物汤加减。

(三)在确诊后,用非手术治疗1~2个月无效时,宜用膝关节镜作部分切除或探查。

#### 【按语】

半月板损伤早期或术后都应尽早地进行股四头肌收缩活动,以防肌肉萎缩。关节积液吸收后,可进行膝关节屈伸活动,防止软组织粘连。

## 第三十五章 髌下脂肪垫劳损

髌下脂肪垫劳损又称髌下脂肪垫损伤、脂肪垫肥厚及脂肪垫炎。一般认为损伤或劳损是引起本病的主要原因,也可由关节内其他疾病继发引起。多发生于运动员及膝关节运动较多之人,如经常爬山、下蹲或步行者。

#### 【解剖生理】

髌下脂肪垫位于髌骨下方,是髌韧带后方及两侧与关节囊之间的脂肪组织,呈三角形,充填于膝关节前部间隙,有增加膝关节稳定性和减少摩擦的作用(图8-29)。

#### 【病因病机】

本病多是由于膝关节的极度过伸或直接遭受外力的撞击,使髌下脂肪垫受到挤压,引起局部充血、水肿等无菌性炎性改变;或由于膝部其他疾病的炎性刺激、渗出而引起脂肪垫炎症。如病史较长者则脂肪垫肥厚,并与髌韧带发生粘连,从而影响膝

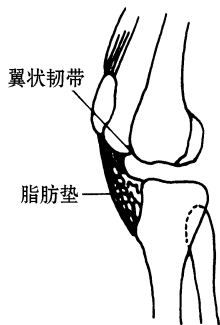


图8-29 正常的跟距角

关节的伸屈活动。

### 【临床表现】

患者站立或运动时,膝关节过伸则发生酸痛无力,髌韧带及其两膝眼部位肿胀、膨隆,有压痛,有时膝痛可放射至胫窝。晚期病人,脂肪垫肥厚并与髌韧带粘连,可影响膝关节的活动。

### 【检查】

- (一)关节前髌韧带两侧有轻度肿胀、压痛。
- (二)脂肪垫挤压试验阳性。
- (三)膝关节过伸试验阳性。
- (四)X线片检查,可排除骨与关节病变。

### 【诊断】

根据病史、症状、体征及相关检查,不难确诊。

### 【鉴别诊断】

(一)髌腱周围炎:多由于外伤或劳损引起,髌腱周围疼痛,膝关节伸屈活动时加重,局部有压痛,有时可触及捻发感。伸膝抗阻时疼痛加重。

(二)髌下滑囊炎:髌腱周围酸楚胀痛,稍活动后则减轻,较大的囊肿可挤压两侧脂肪垫而出现明显的隆起,局部压痛,触压肿胀处可有囊性感,并向髌韧带两侧移动。

(三)髌骨软化症:患者膝部疼痛,上下台阶时加重,有时有打软腿现象,压痛点位于髌骨两侧,屈伸膝关节时可触及粗糙的摩擦感,髌骨研磨试验阳性。

### 【治疗】

- (一)治疗原则:舒筋活血,通络止痛。
- (二)取穴及部位:梁丘、血海、膝眼、阴陵泉、阳陵泉、足三里、伏兔、犊鼻等穴。
- (三)主要手法:点、推、点按、揉捻、摇、擦法等。
- (四)操作方法

1. 准备手法:患者仰卧位,膝关节微屈曲,下垫枕。医生以一手掌根部在患处及周围作揉捻法2分钟,以局部有酸胀热感为度。

2. 治疗手法:医生用一手拇、食二指推按两膝眼处1分钟,以酸胀为度;再点按梁丘、血海、膝眼、阴陵泉、阳陵泉、足三里、伏兔、犊鼻等穴约4分钟,然后在髌骨下缘施以揉捻法约3~5分钟;将髌、膝关节各屈曲90°,医生一手扶膝,另一手握踝部,在牵引下环转摇晃小腿6~7次,然后使膝关节尽量屈曲后再拔直,反复5次。

3. 结束手法:最后,擦小腿及大腿的肌肉约3分钟,结束治疗。

### 【其他疗法】

针灸、小针刀、理疗、封闭等。

### 【注意事项】

- (一)注意膝部保暖。
- (二)加强膝关节功能锻炼,尤其是伸屈膝关节动作。
- (三)对伴有膝部其他疾病者,应同时给予治疗。

**【按语】**

对手法治疗无效者,可行手术切除肥厚的脂肪垫,或局部注射强的松龙 1ml 加 1%普鲁卡因 5~10ml,效果良好。

## 第三十六节 退行性膝关节炎

退行性膝关节炎又称增生性膝关节炎、肥大性关节炎、老年性关节炎。退行性膝关节炎是由于膝关节的退行性改变和慢性积累性关节磨损而造成的,以膝部关节软骨变性,关节软骨面反应性增生,骨刺形成为主要病理表现。临床上以中老年人发病多见,女性多于男性。

**【解剖生理】**

膝关节是人体中最大而且结构最复杂的一个关节,其位置表浅,负重较大,活动量大,其结构复杂且不稳定,特别是在活动过程中由于关节不稳,容易引起损伤。膝关节也是骨质增生的好发部位之一。膝关节的结构由骨关节面、关节腔内容物、韧带以及肌肉等组成。其功能活动为机械运动的过程。

膝关节是由股骨下端与胫骨上端及髌骨组成,膝关节面上附着关节软骨。软骨表面十分光滑,有防止摩擦的作用。

**【病因病机】**

本病的病因目前尚不十分明确,一般认为与年龄、性别、职业,机体代谢及损伤有关,尤其与膝关节的机械运动关系密切。膝关节的疼痛多发生于肥胖的中老年妇女,是由于超负荷等因素反复持久地刺激而引起膝关节的关节软骨面和相邻软组织的慢性积累性损伤,同时使膝关节内容物的耐受力降低;当持久行走或跑跳时在关节应力集中的部位受到过度的磨损,使膝关节腔逐渐变窄,关节腔内容物相互摩擦,产生炎性改变,关节腔内压力增高。异常的腔内压刺激局部血管、神经,使之反射性地调节减弱,应力下降,形成作用于关节的应力和对抗该应力的组织性能失调。

又因中老年人的内分泌系统功能减弱,骨性关节系统随之逐渐衰退。因此营养关节的滑液分泌减少,各种化学成分也逐渐改变,因此出现骨质疏松,关节软骨面变软变薄,承受机械压力的功能随之减低,加上长期的磨损和外伤,于是关节软骨面出现反应性软骨增生,经骨化形成骨刺或骨赘。

另外,中老年人的胫骨髁部呈蝶形,骨质疏松,而股骨髁则呈半球形,且骨质较硬,在站立和行动时特别是肥胖患者,重力通过股骨髁而作用于胫骨髁的髁间嵴上。当形成骨刺后则可对滑膜产生刺激,关节面变形或关节间隙狭窄时,关节活动明显受限且疼痛加剧。

本病的病理变化,早期因关节软骨积累性损伤导致关节软骨的原纤维变性,而使软骨变薄或消失,引起关节活动时疼痛与受限;在后期,关节囊形成纤维化增厚,滑膜充血肿胀肥厚,软骨呈象牙状骨质增生。同时,膝关节周围肌肉因受到刺激而现为先痉挛,后萎缩。总之,其病理改变是一种关节软骨退化变化引起的以骨质增生为主的关节病变,滑膜的炎症是继发的。

中医则认为产生本病的原因,一是因慢性劳损、受寒或轻微外伤,二是由于年老体弱,肝肾亏损,气血不足致使筋骨失养,日久则使关节发生退变及骨质增生而发生本病。

### 【临床表现】

本病患者主要表现为发病缓慢,多见于中老年肥胖女性,往往有劳损史;膝关节活动时疼痛,其特点是初起疼痛为发作性,后为持续性,劳累后加重,上下楼梯时疼痛明显;膝关节活动受限,跑跳跪蹲时尤为明显,甚则跛行,但无强直;关节活动时可有弹响摩擦音,部分患者可出现关节肿胀,股四头肌萎缩,膝关节周围有压痛,活动髌骨时关节有疼痛感。个别患者可出现膝内翻或膝外翻;关节内有游离体时可在行走时突然出现交锁现象,稍活动后又可消失。

### 【检查】

(一)X线片检查:正位片显示关节间隙变窄,关节边缘硬化,有不同程度的骨赘形成。侧位片可见股骨内侧髁和外侧髁粗糙,胫骨髁间嵴变尖,呈象牙状,胫股关节面模糊,髌股关节间隙变窄,髌骨边缘骨质增生及髌韧带钙化。

(二)实验室检查:血、尿常规化验均正常。血沉正常,抗“O”及类风湿因子阴性,关节液为非炎性。

### 【诊断】

本病诊断要点如下:

1. 中老年女性患者多见,发病高峰在 50~60 岁。
2. 有典型的膝关节疼痛症状伴关节活动受限。
3. 有以下典型体征:膝关节周围压痛,关节活动弹响及摩擦音,关节挛缩或股四头肌萎缩。
4. X线片显示,关节间隙变窄,髁间嵴变尖,髌骨边缘骨质增生,胫股关节面模糊及韧带钙化。

### 【鉴别诊断】

应排除风湿及类风湿性关节炎、下肢畸形(如股内外翻及关节感染化脓性关节炎、关节结核等)。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋通络,活血止痛,滑利关节。

(二)取穴及部位:梁丘、血海、双膝眼、阴陵泉、阳陵泉、足三里、委中、承山、太溪,髌周围部等。

(三)主要手法:揉、按揉、点按、拿捏、摇、擦法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者仰卧位,医者以按揉法、拿捏法作用于大腿股四头肌及膝髌周围 2 分钟,直至局部发热为度。

2. 治疗手法:接着,患者俯卧位,医者施揉法于大腿后侧、腘窝及小腿后侧约 3 分钟,重点应在腘窝部;患者仰卧位,再点按以上诸穴 4 分钟,以局部酸胀为度;并用单手掌根部按揉腓骨下缘,反复 10 次;医者站在患膝外侧,用双拇指将髌骨向内推挤,同时垂直按在髌骨边缘压痛点,力量由轻逐渐加重,约 2 分钟;然后作膝关节摇法,同时配合膝关节屈

伸、内旋、外旋的被动活动,反复 5 次。

3. 结束手法:最后,在膝关节周围行擦法 2 分钟,以透热为度。

#### 【其他疗法】

理疗、针灸等。

#### 【注意事项】

(一)膝关节肿痛严重者应卧床休息,避免超负荷的活动与劳动,以减轻膝关节的负担。

(二)患者应主动进行膝关节功能锻炼,如膝关节伸屈活动。

(三)肥胖患者应注意节食减重,以减轻膝关节受累。

#### 【按语】

退行性膝关节炎是中老年人最常见的疾病之一,其发病率比其他负重关节为高。实验表明人体机能的退化、增生是一种代偿性生理现象。X 线观察,同是一种膝关节增生现象,有的人可出现临床症状,而有的人则无临床症状,其原因则是关节局部的软组织机械性积累性损伤所致,特别是膝关节腔内容物过度磨损,关节腔内压升高等在致病因素上起到一定的作用。

## 第三十七节 腓肠肌损伤

腓肠肌损伤是指腓肠肌的急性损伤或慢性劳损导致腓肠肌疼痛和活动受限为主要表现的病症。多见于运动员或长时间站立者。

#### 【解剖生理】

腓肠肌为小腿后之肌肉,有两个头,即内侧头和外侧头,两头均起于股骨两髁的后面,然后下行,与比目鱼肌会合组成跟腱,抵止于跟骨结节处。腓肠肌强大而有力,在人体的站立运动中,起着非常重要的作用。

#### 【病因病机】

腓肠肌损伤,常因肌肉的强力收用,如运动员的强力弹跳,或踝关节过度背伸以及长期慢性劳损而致。损伤分为腓肠肌起点处损伤(多见于劳损所致)和肌肉与腱联合部的损伤,而急性损伤多为跟腱部位和联合部的撕裂伤。

#### 【临床表现】

(一)急性损伤:多有急性受伤史,伤后数小时显示局部肿胀、疼痛、压痛。大多发生在肌腱联合处。患者多以足尖着地走路,而不敢用全足行走,严重者丧失走路的功能。若肌腱断裂,可见有弥漫性的皮下出血,可触及断裂处的间隙,即空虚感。

(二)慢性劳损:多发生于腓肠肌起点附着处或跟腱的部位,局部疼痛、肌肉萎缩,但肿胀不大明显。被动牵拉或主动收缩小腿后部肌肉可使损伤部位疼痛,局部肌肉僵硬痉挛。

#### 【诊断】

根据病史、症状及体征,可确诊。

#### 【鉴别诊断】

跟腱周围炎:跟腱周围炎多发生于春秋季节,尤其是体力劳动者,触诊可有跟腱捻发

音,而腓肠肌损伤者则无捻发音。

### 【治疗】

(一)治疗原则:活血化瘀,消肿止痛。

(二)取穴及部位:委中、承山、足三里、昆仑穴等。

(三)主要手法:揉、点按、侧击、擦、捋顺法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者俯卧位,踝前垫枕,医生用掌揉法在患侧大腿下段至足跟部施术,反复 10 次。

2. 治疗手法:接着,用拇指轻轻点揉委中、承山、足三里、昆仑等穴 2 分钟,以局部酸胀为度;用一手指沿腓肠肌肌纤维及肌腱走行方向施以捋顺的手法,反复 5 次;用拇、食二指在小腿及膝、大腿后侧用揉捻法,反复 5~8 次;然后,将患者的伤腿屈曲 90°,一手按于足跖部位,将足背伸,使跟腱处于紧张状态,然后用一手小鱼际部,侧击跟腱及肌与腱的联合部,侧击时应将手指分开,由轻渐重。

3. 结束手法:最后,擦热局部。

### 【其他疗法】

封闭、针灸、小针刀、外敷中药、理疗等。

### 【注意事项】

(一)急性炎症期要注意适当的休息,以减少炎症的渗出,同时要防寒保暖,促进渗液的吸收。

(二)预防为主,平时要加强体育锻炼,提高肌肉的力量,避免劳损。

### 【按语】

推拿治疗本病,针对性强,疗效显著。揉法能加速血液循环,促进代谢物的排除,同时借以增加局部组织的营养供应,促进损伤组织的修复,具有积极的意义。

## 第三十八节 踝关节扭伤

踝关节扭伤是临床上常见的损伤之一,是由于行走时不慎踏在不平物上或腾空后足跖屈落地,足部受力不均,而致踝关节突然内翻或外翻而造成踝部软组织损伤。中医称为“踝缝伤筋”。包括踝部韧带、肌腱、关节囊等软组织的损伤,但主要是指韧带的损伤。任何年龄均可发生本病,尤以青壮年更多见。

### 【解剖生理】

踝关节是由胫腓骨下端和距骨滑车组成。胫骨下端内侧向下的骨突称为内踝,后缘稍向下突出称后踝,腓骨下端向下突出称外踝。外踝细长,较内踝长约 1cm,且位于内踝后约 1cm。三踝构成踝穴,可容纳距骨。距骨分头、颈、体三部,共有六个关节面。距骨体前宽后窄,其上面的鞍状关节面与胫骨下端的凹形关节面相接,其两侧关节面与内、外踝关节面相嵌合。

胫腓骨下端被坚强有弹性的骨间韧带、下胫腓前、后韧带及横韧带连接在一起,以保证踝关节的稳定。踝关节囊前后松弛而两侧较紧,其前、后韧带薄弱而内、外侧韧带较坚

强。内侧副韧带又称三角韧带,起自内踝,向下呈扇形附着于舟状骨、距骨前内侧、跟骨载距突和距骨后内侧,且十分坚强,故不易损伤。外侧副韧带呈束状,分前、中、后三束。前束为距腓前韧带,起自外踝前缘,向前下方止于距骨颈;中束为跟腓韧带,起自外踝尖端,向下止于跟骨外侧面的隆起处;后束则为距腓后韧带,起自外踝内后缘,水平向后止于距骨后突,外侧副韧带不如内踝韧带坚强,故极易损伤。踝关节周围有许多肌腱包绕,却缺乏肌肉和其他软组织。前面有胫前肌腱和伸拇、伸趾长肌腱,后面主要为跟腱,内侧有胫后肌腱,屈拇和屈趾长肌腱,外侧有腓骨长、短肌腱(图 8-30)。

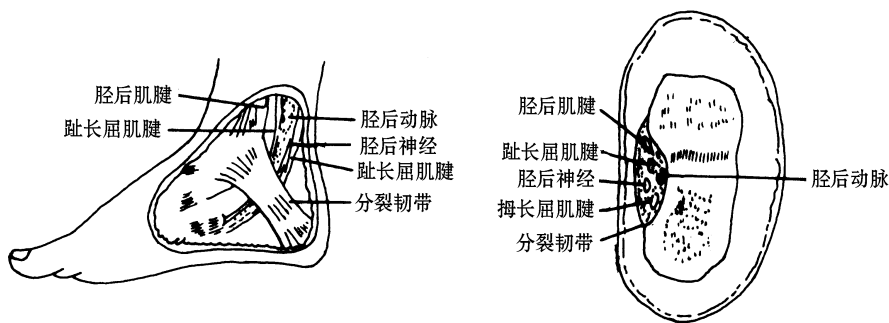


图 8-30 踝管解剖

踝关节的功能主要是屈伸活动和持重。一般背伸可达  $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$ , 跖屈达  $40^{\circ} \sim 50^{\circ}$ 。当踝关节背伸时,腓骨外旋上升并向后移动,踝穴相应增宽  $1.5 \sim 2\text{mm}$ ,以容纳较宽的距骨体前部,同时下胫腓韧带相应紧张,距骨关节面与内、外踝关节面紧密相贴,踝关节较稳定。当足跖屈时,距骨体较窄部分进入到踝穴,腓骨内旋下降并向前移动,踝穴变窄,距骨与两踝关节面虽然相接触,但此时下胫腓韧带松弛,踝关节相对不稳定,则易发生踝部韧带扭伤,尤其是外侧副韧带的损伤。

### 【病因病机】

踝关节扭伤多是由于行走时不慎踏在不平的路面上或腾空后足跖屈落地,足部受力不均,而致踝关节突然过度内翻或外翻而造成踝关节扭伤。

根据踝部扭伤时足所处位置的不同,可以分为内翻损伤和外翻损伤两种,其中尤以跖屈内翻位损伤最常见。

内翻位扭伤时,多造成踝部外侧的距腓前韧带和跟腓韧带损伤,距腓后韧带损伤则少见。

外翻位扭伤多损伤踝部内侧的三角韧带,但由于三角韧带较坚韧,一般不易造成韧带的损伤而常常发生内踝的撕脱骨折。

当踝关节的内、外翻及旋转活动超过了踝关节的正常活动范围及韧带的维系能力时,则首先造成韧带的撕裂伤或韧带附着部位的撕脱骨折。如果将关节附近的脂肪组织及断裂的韧带嵌入关节间隙中,则使关节腔内及皮下发生瘀血,韧带全部断裂时可合并踝关节的脱位。

### 【临床表现】

患者多有急性扭伤史。损伤后局部疼痛,尤以内、外翻活动及行走的疼痛明显。轻者

可见局部肿胀,重者则整个踝关节均肿胀。踝部的软组织较少,损伤后常可引起局部血管破裂,见皮下瘀血明显,尤其是在伤后 2~3 天,皮下瘀血青紫更为明显,主要表现为跛行,走路时患足不敢用力着地,踝关节活动的损伤部位疼痛而致关节活动受限。

### 【检查】

(一)踝关节被动内、外翻并跖屈时,局部疼痛剧烈。如足内翻跖屈时,外踝前下方发生疼痛,且有明显局部压痛。

(二)X 线片检查,可除外踝部的撕脱骨折、脱位等。被动强力使足内翻或外翻位,在此应力下拍摄 X 线片,可见踝关节间隙明显不等宽或距骨脱位的征象,则提示韧带完全断裂。

### 【诊断】

本病有明显外伤史,局部症状典型,加之相关检查,一般不难确诊。

### 【鉴别诊断】

踝部骨折:踝部扭伤更明显,局部肿胀严重,疼痛更剧烈,踝关节功能活动丧失,不能行走。骨折处严重压痛,有时可触及异常活动或骨擦音。X 线片或 CT 检查可确诊。

### 【治疗】

(一)治疗原则:急性期宜活血化瘀,消肿止痛;慢性期宜理筋通络,滑利关节。

(二)取穴及部位:承山、昆仑、足三里、太溪、绝骨、解溪、太冲等穴。

(三)主要手法:新鲜踝关节扭伤宜采用点、踝关节摇、拔伸、捋顺及戳按法等。陈旧性踝关节扭伤宜采用按揉、捋、拔伸、擦及踝关节摇法等。

#### (四)操作方法

##### 1. 新鲜踝关节外侧韧带扭伤治疗手法(图 8-31)

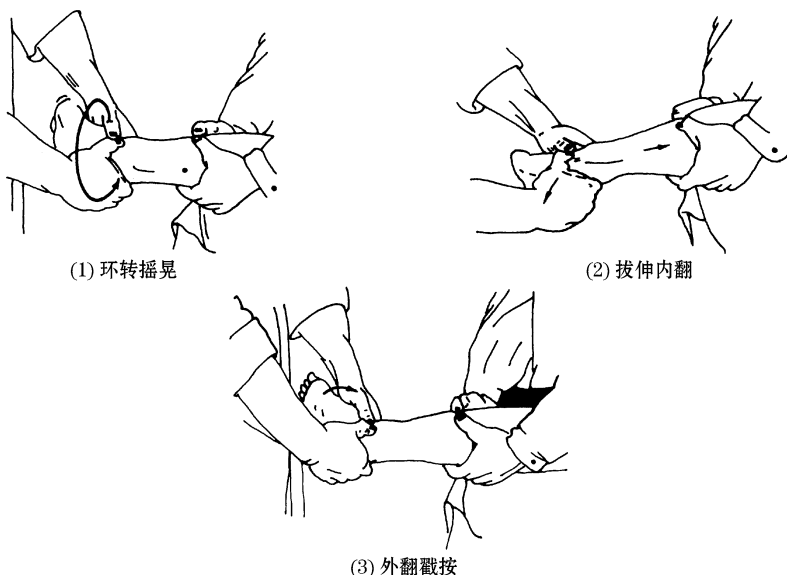


图 8-31 踝关节外侧韧带损伤的治疗手法

(1)患者侧卧,伤肢在上,助手用双手握住患者伤侧小腿下端,固定肢体,医生用双手



相对拿住患足,两手拇指按住外侧伤处,环转摇晃踝关节 8 次;用力将足跖屈并内翻位拔伸,然后将足外翻,拇指在伤处进行戳按,反复 5 次。

(2)患者正坐,医生坐在其对面,用一手由外侧握住患足足踝部,拇指按压于伤处,另一手握住患足足部,作踝关节环转摇法 10 次;在拔伸状态下将足跖屈后背伸,按压伤处的拇指则用力向下戳按,反复 4 次。

(3)点上述各穴约 3 分钟,以有酸胀感为佳,结束治疗。将足外翻位固定一周,可配合外敷消肿止痛中药。

## 2. 新鲜踝关节内侧韧带损伤治疗手法(图 8-32)。

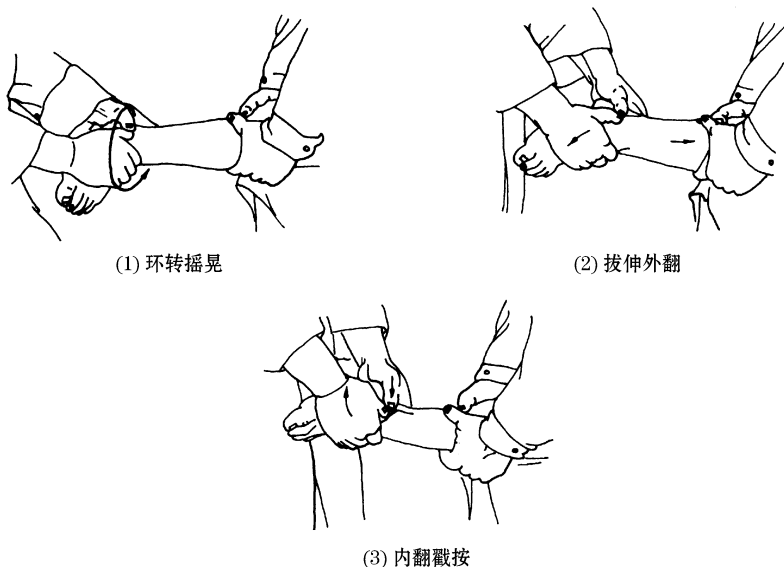


图 8-32 踝关节内侧韧带损伤的治疗手法

(1)患者侧卧,伤肢在下,助手用双手握住患者伤侧小腿下端,固定肢体,医生用双手相对拿住患足,两手拇指按住内侧伤处,环转摇晃踝关节 8 次;用力将足外翻位拔伸,然后将足内翻,拇指在伤处戳按,反复 5 次。

(2)患者正坐,医生坐在其对面,用一手由内侧握住患足足跟部,拇指按压于伤处,另一手握住患足足部,作踝关节环转摇法 10 次;在拔伸状态下将足内翻后背伸,按压伤处的拇指则用力向下戳按,反复 4 次。

(3)点上述各穴约 3 分钟,以有酸胀感为佳,结束治疗。将足内翻位固定 1 周,可配合外敷消肿止痛中药。

## 3. 踝扭伤恢复期(或慢性期)治疗手法

(1)准备手法:患者仰卧,医者用一手由内侧握住患足足跟部,另一手握住患足足部,作踝关节环转摇法数次。

(2)治疗手法:接上,用拇指按揉踝周痛点约 2 分钟,接着双拇指顺肌腱韧带的走向推捋 10 次;然后,患侧膝关节伸直,一助手用双手握住患者伤侧小腿下端,固定肢体,医生用双手相对拿住患足,用力持续拔伸踝关节,并在患踝有松动感时,行顿拉一下,如有弹响声

则更佳。

(3)结束手法:最后,擦热踝部。

#### 【其他疗法】

外固定、封闭、外敷中药、针灸、理疗等。

#### 【注意事项】

(一)如果踝关节韧带损伤轻者可用绷带或胶布将踝关节固定于韧带松弛位。即外侧副韧带损伤将足外翻位固定,内侧副韧带损伤将足内翻位固定。韧带撕裂严重者,也可采用石膏托按上述方法固定之,约3周左右拆除外固定即可。

(二)外固定期间,应练习足趾的屈伸活动和小腿肌肉收缩活动。拆除外固定后,要逐渐练习踝关节的内、外翻及跖屈、背伸活动,以预防粘连、恢复踝关节的功能。

(三)注意踝部保暖,避免重复扭伤。

#### 【按语】

踝关节扭伤多有外伤史,因此在治疗前应排除骨折与脱位以及有无韧带断裂,同时还要观察局部肿胀是否严重,若有上述情况则应暂不作手法治疗,应等肿胀消退或骨折、脱位痊愈后方可采用手法治疗。

## 第三十九节 踝管综合征

踝管综合征是指胫后神经或其分支,经过内踝后面的屈肌支持带下方的骨纤维管时受压而引起的症候群。多是由于踝管内压力过大或组织过多,造成踝关节背屈或跖屈时胫后神经及其分支受压所致。又称跖管综合征、跗管综合征。本病在临床上不易引起注意,故容易误诊。多见于经常运动的青壮年。

#### 【解剖生理】

踝管是一个缺乏弹性的骨纤维管,由内踝后下方与距骨和屈肌支持带构成。由后上向前下方走行,形成一个约 $90^\circ$ 的弯曲。其顶部由屈肌支持带组成,起于内踝尖,向下、向后止于跟骨内侧骨膜,宽约 $2\sim 2.5\text{cm}$ ,厚约 $1\text{cm}$ ,自屈肌支持带发出数个垂直的纤维间隔止于跟骨。

踝管的作用是防止肌腱滑脱。胫后神经在踝管内经常附着于一些纤维间隔,使肌腱和神经血管分隔开,相对固定,因而足部活动时,不易受到牵拉。踝管底部为跟骨内侧面,踝管的内容物由前向后依次分为:胫后肌腱、屈趾长肌腱、胫后神经、胫后动、静脉血管及屈拇长肌腱。胫后神经由小腿后侧下行经过内踝后面,在屈肌支持带下面发出 $1\sim 2$ 个跟支,穿过屈肌支持带,供应足内侧皮肤。胫后神经出踝管后发出跖内侧神经,沿外展拇肌上缘行进,最后在外展拇肌筋膜纤维管通过,支配外展拇肌、5个屈趾短肌、第一蚓状肌、屈拇屈趾肌及内侧3个半足趾的感觉。跖外侧支潜入外展拇肌深面,通过屈拇长肌腱旁纤维弓,然后经过足跖面,支配跖方肌、外展小趾肌和外侧的一个半足趾的感觉。从解剖因素来看,胫后神经在踝管内受压,可产生三个分支的相应症状,出踝管后亦可在外展拇长肌、筋膜纤维弓中使跖内侧和跖外侧神经受压。

### 【病因病机】

#### (一) 踝管管腔缩小

1. 外伤: 胫骨远端骨折、踝关节扭伤或挤压伤之关节固定术后、跟骨骨折、创伤后水肿和后期纤维化造成胫后神经在踝管内粘连。
2. 胫后静脉瘀血、栓塞性静脉炎。
3. 足外翻畸形产生屈肌支持带及外展拇短肌的纤维起点张力增加。

#### (二) 踝管内组织过多

1. 胫后肌、屈拇肌或屈趾肌腱的腱鞘炎、滑膜增生或腱鞘囊肿。
2. 风湿性关节炎、滑膜组织水肿和炎症。
3. 先天性解剖异常, 如增生或肥大的副外展拇肌。
4. 体重增加(脂肪过多积累)。
5. 胫后静脉瘤。
6. 胫神经及其分支的神经鞘瘤。
7. 某些药物引起的踝管内组织增生。

(三) 外展拇肌筋膜纤维弓在跖内侧神经或跖外侧神经进入处产生压迫, 尤其是在足外翻时更明显。

由于胫后神经血管束在踝管中被纵向纤维间隔绕并和肌腱间隔分开, 相对地很少受到踝关节活动的牵拉, 但踝管又是一个缺乏弹性的骨纤维管, 因此胫后神经及其分支在踝管内可因多种原因受到压迫:

首先, 造成局部缺血, 胫后神经有丰富的血液供应, 其神经纤维对缺血十分敏感;

其次, 踝管内、外各种原因引起胫后神经运动、感觉和营养的一系列病理变化, 即胫后神经受压后踝管内压力急剧上升, 导致胫后神经外膜上的小动脉或小静脉的血流减少, 神经缺氧进而毛细血管内皮细胞损害, 蛋白漏出, 产生水肿, 又转而增加踝管内的压力, 进一步压迫神经外膜的血管。因而病变早期, 受压神经的近端肿胀, 而远端则苍白, 触及较硬。由于神经的连续性保持完整, 神经节段在显微镜下呈现水肿, 细胞增殖及纤维化, 轴索无改变, 如及时给予减压, 则神经受损可治愈。

### 【临床表现】

本病好发于男性, 特别是体力劳动者及经常运动的青壮年人, 女性肥胖者亦多发, 单侧者多于双侧。

患者往往主诉患足的跖面烧灼或针刺感, 活动后加重, 但休息时亦可有疼痛, 甚至从睡眠中痛醒, 起立或步行则可加剧症状, 疼痛偶尔可向小腿内侧放射, 但一般不超过膝关节。足底感觉减退或消失, 其范围在跖内侧神经为内侧三个半趾, 跖外侧神经为外侧一个半趾, 跟内侧支则为足跟内侧的两点辨别能力明显降低。

### 【检查】

- (一) 叩击或重压内踝下方的胫后神经可引起疼痛及麻木发作。
- (二) 将足外翻或背屈, 甚至直腿抬高时, 足底的跖面亦可有疼痛及麻木感。
- (三) 内踝后方可触及梭形肿块或小结节。
- (四) 跖内侧神经或跖外侧神经所支配的肌肉发生萎缩, 特别是外展拇肌、小趾外展肌

和第一、二骨间肌。有时足内侧纵弓处可见饱满,提示肌肉肥大或异常。跖内侧神经营养性发生改变,表现为皮肤干燥、不出汗,发亮,脱毛,皮肤青紫,发冷甚至溃疡。

(五)止血带试验阳性:即采用小腿双侧止血带,充气后使压力维持在收缩压以下,阻滞静脉回流,而动脉保持通畅,患肢跖面如出现疼痛与麻木感觉则为阳性。

(六)肌电图可显示:跖内侧神经或跖外侧神经所支配的足小趾肌震颤。

(七)X线片检查,有时可显示造成骨性压迫的原因。

### 【诊断】

根据病史、症状及相关检查,一般不难确诊。

### 【鉴别诊断】

(一)踝关节内侧韧带损伤:有典型的足外翻扭伤史,局部肿胀、疼痛剧烈。压痛点多见于内踝前下方。踝关节活动受限较重。但无神经受压症状,一般不难鉴别。

(二)内踝部的腱鞘炎:多是由于劳损或反复轻微的扭伤而造成内踝部的腱鞘发生无菌性炎症。内踝后下方疼痛、肿胀、行走时加重症状。但症状均较轻且无足部麻木和植物神经功能紊乱的表现。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋活血,散风通络,消肿止痛。

(二)取穴与部位:委中、承山、阴陵泉、足三里、三阴交、太溪、昆仑等穴。

(三)主要手法:点按、推捋、揉捻、摇、拔伸、擦法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者患侧在下,侧卧于床上,足踝部放于床外。医者用一手拿足趾,另一手拿足跟部,将拇指置于内踝后下方,摇晃并拔伸踝关节约2分钟。

2. 治疗手法:接上,使踝关节外翻并背伸,医者用拇指自踝管远端向近端捋顺10次;点按三阴交、照海、太溪、昆仑等穴,以局部酸胀为度;然后施揉捻法患部,约2分钟。

3. 结束手法:最后,用鱼际擦热患部。并可配合局部湿热敷。

### 【其他疗法】

封闭、针灸、理疗、小针刀、手术松解治疗等。

### 【注意事项】

(一)局部手法宜轻柔,避免受风寒湿侵袭。

(二)减少踝关节外翻活动,防止踝关节重复损伤。

### 【按语】

手法对本病效果较好,这是因为手法能加速局部血液循环,促进代谢,使炎症吸收并降低踝管内压力,减少对胫后神经的刺激和压迫,从而减轻或消除临床症状。对症状严重且经保守治疗无效者,可考虑手术治疗。方法可采用切断屈肌支持带,松解胫后神经。距骨内有骨刺形成者,可同时切除。

## 第四十节 跟腱周围炎

跟腱周围炎主要指跟腱周围的脂肪组织、腱膜和跟腱下滑囊,因受到外伤和劳损而引

起的急慢性无菌性炎症。多见于青壮年人。

### 【解剖生理】

跟腱是人体中最长和最强大的肌腱,长约 15cm,起始于小腿中部,由小腿三头肌(腓肠肌与比目鱼肌)肌腱合并而成,形成片状止于跟骨结节。其作用是在胫神经的支配下屈小腿,提跟骨,使足跖屈,是行走和弹跳的主要肌腱。跟腱周围有内外二个鞘,外鞘由小腿的深筋膜形成,内鞘则直接贴附于跟骨上,其结构很像滑膜。当踝关节屈伸时,跟腱在内、外鞘之间互相滑动摩擦而发生运动。若跟腱过度活动,或长期慢性劳损,可引起跟腱周围的无菌性炎症导致本病。

### 【病因病机】

(一)急性损伤:由于挤压、撞击或弹跳、跑步等用力过猛,使跟腱受到突然的牵拉或扭伤,跟腱及其周围出现充血、水肿等炎性改变。

(二)慢性损伤:由于长途跑步或行走,使跟腱和周围组织反复多次地摩擦而形成慢性炎症。

急慢性损伤均可引起肌腱的变性、肌腱周围组织充血、渗出、增生、粘连而发生本病。

### 【临床表现】

患者在用力踏跳时跟腱周围疼痛,严重者走路时亦可疼痛,跟腱周围变粗,呈梭形变,局部有压痛,在踝关节伸屈时跟腱周围可触及捻发音。

### 【检查】

(一)小腿三头肌抗阻力试验阳性:即将患足踝关节背伸后加阻力于患足前掌,并让患者足跖屈,跟腱部位发生疼痛,即为小腿三头肌抗阻力试验阳性。

(二)跟腱韧性减低,挤捏时缺乏弹性,局部增粗或呈梭形。

(三)压痛部位表浅,特别在捻动跟腱或跟腱止点处时疼痛明显。

(四)X线片检查,多无异常发现。

### 【诊断】

根据病史、症状体征及相关检查,可做出诊断。

### 【鉴别诊断】

闭合性跟腱断裂:跟腱断裂多发生于青年人,尤其是肌肉发达的运动员、舞蹈演员,一般发生在骤然运动或劳动时,因足用力跖屈所致。可见跟腱部位骤然疼痛,并有跟腱部位突然受到沉重打击的感觉,此后走路时足跖屈无力。检查时可在跟腱止点上 3cm 左右有压痛,断裂处可摸到凹陷,足跖屈功能丧失,伤腿独立时不能抬起足跟。

### 【治疗】

(一)治疗原则:活血化瘀,消肿止痛。

(二)取穴及部位:昆仑、照海、仆参、丘墟穴及跟腱周围。

(三)主要手法:揉、点按、捋顺、侧击、摇、擦法等。

(四)操作方法

1. 准备手法:患者俯卧位,脚踝部垫枕,医者施揉法自小腿向下揉至跟腱,往返 3~5 次。

2. 治疗手法:患者俯卧屈膝 90°,医者缓慢摇转踝关节 3~5 遍,然后作踝关节跖屈、

背伸运动,反复 5 次;用拇、食二指沿跟腱周围用捋顺法,往返 10 次;将患侧膝、踝关节各屈曲  $90^{\circ}$ ,医生用一手按于用足前掌部,使跟腱处于紧张状态,另一手则用小鱼际在跟腱附着处用侧击法击之,约 15 次。

3. 结束手法:最后,在跟腱及其周围用擦法,以透热为度。

### 【其他疗法】

封闭、小针刀、外敷中药、理疗等。

### 【注意事项】

(一)患者在急性期应注意卧床休息,抬高患肢,避免做踝关节的运动,如严重者可用石膏托将患肢踝关节固定在跖屈位 2~3 周。

(二)急性期后则可逐渐进行足的跖屈背伸活动,预防粘连,但不可操之过急,以免造成再次损伤。

### 【按语】

跟腱周围炎早期推拿效果满意,推拿对本病的治疗作用是促进局部血液循环,加速修复创伤组织。在后期可松解粘连。在推拿治疗的同时,应让患者适当休息,有利于提高疗效。

## 第四十一节 跟痛症

跟痛症是以足跟部疼痛而命名的疾病,是指跟骨结节周围由慢性劳损所引起的以疼痛及行走困难为主的病症,常伴有跟骨结节部骨刺形成。本病多见于中老年及肥胖之人。

### 【解剖生理】

跟骨近似长方形,是人体负重的主要部分,在人体站立时至少有 50% 的体重需要跟骨与距骨来负担。为了行走和吸收震荡,足部形成了内、外二个纵弓和一个横弓,内纵弓较高,由跟骨、距骨、舟骨、楔骨和一、二、三跖骨组成,外纵弓较低,由跟骨、骰骨和四、五跖骨组成。在足的前部,三个楔骨和五个跖骨基底部背宽距窄呈拱桥式排列,组成所谓横弓。足弓能起弹簧作用,以缓冲人在行走、跳跃及跑步时所产生的震荡。

跟骨与距骨组成纵弓的后臂,以负重为主。通过跟距关节可使足有内翻、外翻或外展、外旋的作用,以适应在凹凸不平的道路上行走,跟骨结节为跟腱附着处,其上缘与跟距关节面成  $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$  的结节关节角,为跟距关系的一个重要标志(图 8-33)。此角常因跟骨骨折而减小、消失或成负角,从而减弱腓肠肌的力量及足的弹簧作用。

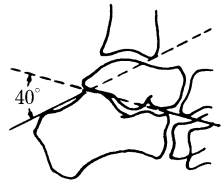


图 8-33 正常的跟距角

足底是三点负重,足跟部负重约 50%,拇趾和小趾球部联合负重约 50%。由于第一跖骨比其他跖骨长,而且还有二个籽骨垫在它的头下,因而拇趾球部的负重比小趾球部为多。

跟骨体的后面呈卵圆形隆起,分上、中、下三部分。上部光滑;中部为跟腱起止部,跟腱止点上方的前方与后方均有小的滑囊;下部移行于跟骨结节,有拇展肌、趾短屈肌及跖腱膜附着,起维持足弓的作用。跟骨结节的下方亦有滑囊存在。足跟部皮肤是人体中最

厚的部位,其皮下组织由弹力纤维和致密而发达的脂肪构成,又称脂肪垫。

跖筋膜呈三角形,后端狭窄,厚约2mm左右。起自跟骨结节内侧突的前方,其深面与趾短屈肌密切结合,向前逐渐增宽、变薄,于跖骨头处分成五束,分别伸向1~5趾,止于足底前端皮肤和移行于各趾腱鞘。跖腱膜有保护足底肌肉、肌腱、支持足弓等作用。

### 【病因病机】

(一)跟腱止点滑囊炎:主要因穿鞋摩擦所致,尤其是女性经常穿高跟鞋,鞋的后面与跟骨结节之间反复摩擦,导致跟骨结节处滑囊发生慢性无菌性炎症,使滑囊增大,囊壁增厚,发生本病。

(二)跟骨脂肪垫炎:一般患者有外伤史,多因走路时不小心,足跟部被高低不平的路面或小石子磕伤,引起跟骨负重点下方脂肪组织损伤,局部充血、水肿、增生。

(三)跟骨骨骺炎:本症只发生于跟骨骨骺出现到闭合这段时间内,跟骨第二骨化中心从6~7岁出现,13~14岁逐渐闭合,所以本病多发生在少年发育生长期。

(四)跖筋膜炎:本病因长期的职业关系站立在硬地面工作,或因扁平足,使跖腱膜长期处于紧张状态,在其起点处因反复牵拉发生充血、渗出,日久则骨质增生,形成骨刺。

(五)肾虚性跟痛症:年老体弱或久病卧床,肾气虚衰,则骨萎筋弛。现代医学认为久病卧床,足跟部因不经常负重而发生退行性变,皮肤变薄,跟下脂肪垫部分萎缩,骨骼发生脱钙变化而致。

### 【临床表现】

(一)跟腱止点滑囊炎:在跟腱附着处肿胀、压痛。走路多时可因鞋的摩擦而产生疼痛。冬天比夏天严重,疼痛与天气变化有关。

检查:在跟骨后上方有软骨样隆起。表面皮肤增厚,皮色略红,肿块触之有囊性感及压痛。

(二)跟骨下脂肪垫炎:站立或行走时跟骨下方疼痛,有僵硬肿胀及压痛,但无囊性感。

(三)跖筋膜炎:站立或走路时,跟骨下面疼痛,疼痛可沿跟骨内侧向前扩展到足底,尤其在早晨起床以后或休息后刚开始走路时疼痛明显,行走一段时间后疼痛反而减轻。

(四)跟骨骨骺炎:多见于6~14岁的儿童。主诉足跟部疼痛,多数患儿双侧足跟部疼痛,走路出现跛行,运动后疼痛加剧,跟骨结节后下部疼痛,有轻微肿胀。X光片显示:跟骨骨骺变扁平,密度呈不均匀的增高,外形不规则,呈波浪状或虫蚀状,骺线增宽。

(五)肾虚性跟痛症:站立或行走时双侧足跟部酸痛乏力,但局部无明显压痛。X光片显示:跟骨本身稍有脱钙,并无明显的异常。

### 【诊断】

本病根据病史、症状及相关检查,可明确诊断。

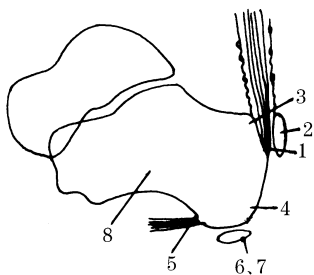


图 8—34 跟痛症常见的压痛点示意图

1. 跟后滑囊炎
2. 跟腱止点撕裂伤
3. 原发性跟痛症
4. 跟骨骨骺炎
5. 跖腱膜起点筋膜炎
6. 跟下滑囊炎
7. 跟骨下脂肪垫炎
8. 肾虚性跟痛症

**【鉴别诊断】**

(一)跟骨骨髓炎:跟骨骨髓炎虽有跟痛症状,但局部可有明显的红肿热痛等急性感染的征象,严重者伴有高烧等全身症状。化验和 X 光片检查可确立诊断。

(二)跟骨结核:本病多发于青少年,局部症状明显,肿痛范围较大,全身情况差,并有低热盗汗、疲乏无力、食欲不振等,实验室及 X 线片检查可鉴别之。

**【治疗】**

(一)治疗原则:舒筋通络,活血止痛。

(二)取穴与部位:三阴交、阴陵泉、太溪、照海、然谷、昆仑、仆参及患部周围。

(三)主要手法:点按、揉捻、捋顺、侧击、擦法等。

(四)操作方法

1. 跟骨下止点滑囊炎:患者俯卧,患肢膝关节屈曲  $60^\circ$ ,医者一手拿住患足作背伸固定,使跟腱紧张,另一手用小鱼际处,对准滑囊用力侧击 10 次。

2. 跖筋膜炎:患者仰卧,下肢伸直。医者先用点按法点按上述诸穴约 3 分钟;然后以拇指或“丁字器”点按、揉捻痛点 1 分钟,以患者能忍受为度;再以擦法及捋顺法沿跖筋膜走行方向进行推擦及捋顺约 2 分钟,并使足底发热。

**【其他疗法】**

封闭、针灸、小针刀、理疗等。

**【注意事项】**

(一)跖筋膜炎患者在急性期间应注意适当的休息,减少负重,控制剧烈运动。症状缓解后,逐渐进行足底部肌肉的收缩锻炼,以增强足底肌的肌力。

(二)注意局部保暖,避免寒冷刺激。

(三)跖筋膜炎患者可采用矫形鞋垫,以垫高跖骨头近端,使跖骨头少持重,并作跖趾关节的跖屈及背伸运动。

**【按语】**

临床跟痛症常伴有骨刺形成,但足跟痛的程度与骨刺的大小不成正比,而与骨刺的方向有关。如骨刺斜向下方则常有疼痛,若骨刺与跟骨平行,可没有症状。引起跟痛症的原因虽有多种,但主要的病因是跖筋膜或跟腱附着处的慢性炎症。推拿治疗本病的机制主要是刺激骨刺部的软组织,促使其增生物引起的炎症消散,而不是使骨刺消失。临床治愈的病人,虽跟痛症完全消失,但骨刺依然存在。



## 第九章 内科病症

### 第一节 感冒

#### 【概述】

感冒是风邪或时行病毒侵袭人体所引起的以恶寒、发热、鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽、头痛、头项僵直、全身不适为主要临床表现的常见外感疾病。感冒的发病在外感病中占首位,一年四季均可发病,以冬、春季节为多,病程一般5~7天。轻者称为“伤风”,能够自愈;重者称为“时行感冒”,须及时治疗。本病不仅与咳嗽的发生、发展及慢性咳喘的急性发作关系密切,而且与心悸、胸痹、水肿等多种疾病的发展与恶化有关,尤其对小儿及老年体弱者危害较大。采用推拿治疗感冒,具有见效快、疗效好、无毒副作用和方便易行等优点。现代医学中流行性感、急性上呼吸道感染,可参照本病辨证治疗。

#### 【病因病机】

中医认为感冒的病因主要是风邪或时行病毒从口鼻或皮毛而入侵袭人体。邪从口鼻而入,则出现一系列肺系的症状。皮毛是人体抵御外邪的屏障,若皮毛防御功能减弱,外邪入侵,则由皮毛而犯肺卫,在临床上就产生一系列肺卫症状。外邪往往随着时令而侵入,如冬季多属风寒;春季多属风热;夏季多挟暑湿;秋季多兼燥气;梅雨季节多挟湿邪。而在四时之中,又有气候异常的情况,如春应温而反寒、冬应寒而反温等等,即所谓“非其时而有其气”。因此,引起感冒虽以感受风邪为主,但并不是单纯的风邪。

西医认为感冒是由细菌、病毒等病原体引起的急性上呼吸道感染。

#### 【临床表现】

感冒在临床上表现为恶寒发热、鼻塞流涕、咳嗽、咽痛头痛、乏力等,一般伤风全身症状轻,少有传变。时行感冒多呈流行性,常突发寒战高热、周身酸楚,全身症状明显。各证型症状又有差异。

1. 风寒束表:恶寒、发热、无汗、头痛、流清涕、喷嚏,舌苔薄白,脉浮紧。
2. 风热犯表:发热、恶风、头痛,鼻塞流黄涕,咽肿痛,咳嗽,舌边尖红,苔微黄,脉浮数。
3. 暑湿袭表:头昏胀重,鼻塞流涕,恶寒发热,热势不畅,无汗或少汗,胸闷泛恶,舌苔黄腻,脉濡数。
4. 阳气不足:重感风寒,症见恶寒重,无发热,无汗,神倦,苔白,脉沉。

#### 【推拿治疗】

(一)治疗原则:宣肺解表。

(二)取穴及部位:太阳、风府、风池、肺俞、风门、大杼、肩井。

(三)主要手法:推法、按揉法、拿捏法、擦法。

(四)操作方法

1. 基本操作

①患者取坐位,医者立其侧。用推法于颈项,由上到下反复 5~10 遍。用大鱼际揉法施于前额部,以印堂和太阳穴为主,时间约 5 分钟。

②捏拿头部五经,反复 5~8 遍。

③医者立于患者前侧,施扫散法于头部两侧约 5 分钟。

④患者俯卧,医者立于右侧,用掌根直擦背部督脉及膀胱经,以透热为度。

⑤按揉背部肺俞、风门、风府、大杼、天柱,每穴各 1 分钟。

⑥患者正坐,拿肩井 1~2 分钟。

## 2. 辨证加减

### (1) 风寒型

①用按揉法在风府、风池、风门重点操作,使项背部有轻松感为度。

②患者俯卧,医者位于患者右侧,用推法、擦法沿膀胱经背部两条侧线操作,以透热为度。

### (2) 风热型

①患者坐位,用一指禅推法沿督脉自印堂推至上星穴,反复 5 分钟。

②按揉百会、曲池穴 1~2 分钟。

### (3) 暑湿型

①按揉心俞、脾俞、胃俞、丰隆 5 分钟。

②摩揉腹部 5 分钟,拿三阴交 3 分钟。

### (4) 阳气不足型

①在肾俞、命门、足三里穴处按揉,每穴 2 分钟。

②重按合谷、太阳、肺俞。

## 【其他疗法】

1. 耳针疗法:取肺、气管、咽喉、额。

2. 水针疗法:用维生素 B<sub>1</sub> 或 5% 当归注射液,注射于风池、风府,每穴 1~2ml。

3. 治疗感冒的成药较多,风寒证用午时茶、通宣理肺丸,风热证用银翘解毒片,暑湿证用藿香正气丸,时行感冒用板蓝根冲剂。

## 【注意事项】

1. 注意休息,多饮开水。

2. 慎起居,避风寒;加强体育锻炼,增强体质。

3. 风寒感冒,寒热不退,邪气化热,见口干欲饮、痰转黄稠、咽痛等症。反复感冒,引起正气耗散,可由实转虚;或在素体亏虚的基础上反复感邪,以致正气愈亏,而成本虚标实之证。

4. 对老年、婴幼儿、体弱患者及时行感冒之重症,必须加以重视,注意有无特殊病情,防止发生传变。

## 第二节 咳嗽

### 【概述】

咳嗽是由外感六淫侵袭肺系或脏腑功能失调,导致肺失宣肃所成,临床以咳嗽、咯痰

为主要表现。若咳与嗽分别言之,则有声无痰为咳,有痰无声为嗽。痰声多并见,难以截然分开,故咳嗽并称。本证有急性、慢性之分,前者为外感,后者属内伤。外感咳嗽调治失当,可转为慢性咳嗽。内伤咳嗽感受外邪,也可急性发作。慢性咳嗽迁延日久或年老体弱,脏气大伤,可并发喘息,成为“哮喘”。咳嗽常见于感冒、上呼吸道感染、急慢性支气管炎等疾病,临证可参考本节辨证治疗。

### 【病因病机】

中医认为咳嗽的病因,一是外感六淫之邪,从口鼻或皮毛而入,肺气被束,肺失肃降。风为六淫之首,其他外邪多随风邪侵袭人体,所以外感咳嗽常以风为先导,或挟寒,或挟热,或挟燥,其中以风邪挟寒者居多;二是肝脾肺等相关脏腑功能失调,引起肺失宣降而咳。外感咳嗽与内伤咳嗽还可相互影响为病。无论外感或内伤,均属肺气上逆所致。

西医认为咳嗽是机体的一种防御性反射。咳嗽的发生是由于炎症或某些理化因素等对呼吸道的刺激,通过迷走神经及吞咽神经传到咳嗽中枢引起的。

### 【临床表现】

1. 风寒袭肺:咳嗽声重,咳痰稀薄色白,恶寒无汗,舌苔薄白,脉浮紧。
2. 风热犯肺:咳嗽声粗,咳痰粘白或黄,咽痛,时有发热,微恶风寒,口微渴,舌尖红,苔薄黄,脉浮数。
3. 痰热壅肺:咳嗽气粗,痰多稠黄,口干烦热,舌红苔黄腻,脉滑数。
4. 痰湿蕴肺:咳声重浊,痰多色白,胸闷脘痞,纳呆,舌苔白腻,脉滑。

### 【推拿治疗】

(一)治疗原则:外感咳嗽,多为实证,治以祛邪利肺。内伤咳嗽,多属正虚邪实,治以祛邪止咳,扶正补虚。

(二)取穴及部位:天突、膻中、中府、身柱、大杼、风门、肺俞,胸骨部。

(三)主要手法:揉法、推法、按法、一指禅推法

(四)操作方法

#### 1. 基本操作

(1)胸背部操作:患者仰卧,医者以中指揉天突、膻中、中府,每穴2分钟。再由胸骨沿肋弓分推肋肋部5~8遍。患者俯卧位,用一指禅推法推身柱、大杼、风门、肺俞,每穴1分钟。

(2)上肢部操作:患者坐位,医者先用一指禅推法推尺泽、太渊穴2~3分钟;后按揉列缺、外关、合谷,每穴1~2分钟。

#### 2. 辨证加减

##### (1)风寒咳嗽

①点按风池、风府两穴,以局部酸胀向周围扩散为宜。擦背部膀胱经,以透热为度。

②拿肩井3分钟,使头部、胸部有轻快感觉为佳。

##### (2)风热咳嗽

①小鱼际推擦大椎、肺俞及背部压痛点3分钟。

②按揉曲池、合谷两穴,使感应扩散到整个上肢。拿肩井2分钟。

##### (3)痰湿咳嗽

①重点在手三里、丰隆两穴按揉，每穴 5 分钟。

②推抹前胸与肋肋部，然后在章门穴按揉，以呼吸道通畅，咳出粘痰为度。

(4)痰火咳嗽

①一指禅推天柱、肩井穴处操作各 1 分钟。

②重按太冲、行间、三阴交，使酸胀感沿经脉向上走行。

#### 【其他疗法】

1. 耳针：取肺、气管穴，针双侧用中等刺激强度，留针 20 分钟，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

2. 拔罐疗法：常取大椎、风门、肺俞、膏肓等穴，2 天 1 次，5 次为 1 疗程。

#### 【注意事项】

1. 咳嗽与天气变化有关，平时应适当锻炼身体，增强体质，注意保暖。避免过度劳累，远烦戒怒。保持室内空气流通。

2. 忌食辛辣刺激，肥甘厚味，不宜吸烟、喝酒。

3. 咳嗽起病急，病位浅，病情轻，推拿取穴以肺经为主，手法宜重，治疗得当较易治愈。内伤咳嗽病程较长，病情复杂，除选肺经穴位外，还应随证选穴，非急性期手法宜轻，从缓图治。

## 第三节 哮 喘

#### 【概述】

哮喘是以呼吸急促，喘鸣有声，甚则张口抬肩，难以平卧为特征的一种疾病。《医学正传》指出：“喘以气息言，哮以声响言”，即哮是喉间痰鸣有声，喘指呼吸困难。二者常相间为病，故一般多哮喘并称。本病一年四季均可发作，尤以寒冷季节及气候剧变发病较多，小儿、老年人尤多。《金匱要略》又名“上气”，并有“咳而上气，喉中水鸡声”的记载，说明喘促之甚者，常哮鸣有声。本病常见于支气管哮喘，哮喘性支气管炎、阻塞性肺气肿、心源性哮喘、矽肺等。

#### 【病因病机】

中医认为人体呼吸功能的正常在于肺、肾两脏的作用。哮喘主要是由于外邪侵袭，痰浊内盛，肺肾虚弱等原因引起，影响正常呼吸功能。本证根据病因病机可分为实和虚两类。实喘为外邪、痰浊等壅阻肺气；虚喘则为精气不足，肾纳失常所致。故实喘在肺，虚喘当责之肺肾二脏。哮喘后期，肺肾两虚，元气虚损，心阳同时受累。因心脉上贯于肺，肾脉上络于心，一旦肺肾俱衰，心阳亦弱，不能鼓动血脉，则心动急促，血行瘀滞；汗为心液，气虚不敛，致汗液外泄，转为心阳虚，发生心阳欲脱的危候。

现代医学认为支气管哮喘是过敏原或其他非过敏因素引起的一种支气管反应度增高的疾病，通过神经体液而导致气道发生可逆的痉挛、狭窄。长期反复发作常并发性支气管炎和肺气肿。外源性哮喘常有过敏性体质，吸入过敏原如花粉、灰尘等，引起支气管平滑肌痉挛，粘膜充血水肿，广泛性小气管狭窄，哮喘发作；内源性哮喘常由于呼吸道感染。

### 【临床表现】

临床常表现为发作性带有哮鸣音的呼吸困难,持续数分钟至数小时,可自行或经治疗后缓解,严重的可延续数日至数周或反复发作。

#### (一)实证

1. 风寒袭肺:喘急胸闷,咳嗽,咯痰稀薄,色白,初起多兼恶寒、头痛、身痛等表症。口不渴,苔薄白,脉浮。

2. 风热犯肺:喘促气粗,甚至鼻翼煽动,咳痰黄稠,口渴喜冷饮,胸闷烦躁,汗出,甚则发热面红。舌质红,苔黄,脉浮数。

3. 痰浊阻肺:气喘咳嗽,痰多而粘,咯出不爽。甚则喉中有痰鸣声,胸中满闷,恶心纳呆,舌苔白腻,脉滑。

#### (二)虚证

1. 肺虚:喘促气短,言语无力,咳声低弱,自汗畏风,舌质偏红,脉象软弱。

2. 肾虚:喘促日久,呼长吸短,动则喘息更甚,气不得续,汗出,心悸不安,舌质淡,脉沉细。

### 【推拿治疗】

(一)治疗原则:肃肺降气平喘。

(二)取穴及部位:风池、肩井、桥弓穴、天突、膻中、中腕、天枢、定喘、大椎、肺俞、脾俞、肾俞,头部、胸部、背部。

(三)主要手法:推法、按揉法、拿捏法、擦法。

(四)操作方法

#### 1. 基本治法

先推一侧桥弓穴,自上而下 10~20 次,再推另一侧桥弓穴。自额至下颌用分推法向左右两侧操作,往返 2~3 遍。按头部胆经循行自前上方向后下方用抹法操作 10 余次;然后再在另一侧治疗。从头顶至枕部用五指拿法,自枕部到项部转为三指拿法,重复 3~4 遍。患者仰卧,一指禅从任脉天突穴推至神阙穴,指按天突、膻中、中腕。横擦前胸部,沿锁骨下缘开始到十二肋,往返 2~3 遍。患者俯卧,从肩背部开始到腰骶部横擦,直擦大椎到腰骶部督脉部位。按揉定喘、大椎、肺俞、脾俞,以酸胀为度。

#### 2. 辨证加减

(1)风寒袭肺

①直擦背部膀胱经,透热为度。

②按揉背部两侧肺俞、膈俞,每穴约 5 分钟。

(2)风热犯肺

①直擦背部膀胱经,以透热为度。

②拿颈椎两侧,往返 5~6 遍。

(3)痰浊阻肺

①横擦左侧背部,透热为度。

②按两侧尺泽、内关、足三里、丰隆等穴,以酸胀为度。

(4)肺虚

①横擦前胸上部及背部心俞、肺俞区域,均以透热为度。

②按揉两侧肺俞、脾俞、肾俞,每穴约1~2分钟。

(5)肾虚

①直擦背部督脉及横擦腰部肾俞、命门,均以透热为度。

②按揉两侧肾俞、肺俞。

(6)哮喘发作较甚者

用一指禅推法或按揉法,在两侧定喘、风门、肺俞、肩中俞治疗。治疗开始时用轻柔的手法,以后逐渐加重,以病人有明显的酸胀感为度。在哮喘缓解后再进行辨证施治。

#### 【其他疗法】

1. 伏灸疗法:取肺俞、膏肓俞、脾俞。灸法:隔姜灸,每穴5壮,以不发泡、皮肤微红为度,每日1次,每年三伏天灸治1次,入冬可不发或减轻发作。

2. 穴位贴药法:将白芥子、元胡各20g,细辛、甘遂各12g,研末加姜汁制成。用于缓解期喘息型支气管炎和支气管哮喘,在伏天贴于背部双侧肺俞、膏肓俞、膈俞,每10天贴敷1次,每年贴3次。

#### 【注意事项】

1. 哮喘病程较长,反复发作,顽固难愈。采用推拿治疗,对轻、中型哮喘疗效较好;对重型哮喘合并感染,应予内科急诊治疗。

2. 长期坚持推拿治疗,可预防其发作。

3. 避风寒,慎起居,节饮食,忌烟酒、辛辣海鲜等刺激性食物。

4. 平素加强体育锻炼,提高机体免疫力。

5. 明确过敏原,尝试脱敏疗法。

## 第四节 心 悸

### 【概述】

心悸是指病人自觉心中悸动,惊惕不安为主要表现的一种病症。发作时常伴气短、胸闷、甚至眩晕、喘促,脉或数或迟,节律不齐。心悸多呈阵发性,不发时如常人,病情较轻者为悸;较重者为怔忡。《素问·举痛论篇》指出:“惊则心无所倚,神无所归,虑无所定,故气乱矣。”凡具有心悸临床表现的,均可参考本节辨证论治,如心动过速、心动过缓、过早搏动、心房颤动或扑动、房室传导阻滞、病态窦房结综合征、预激综合征。

### 【病因病机】

心悸的发病,或由惊恐恼怒,动摇心神,而为惊悸;或因久病体虚,劳累过度,耗伤气血,心神失养,无惊自悸,悸动不已。

心悸的病机主要有虚实两方面。虚者为气血阴阳亏损,心神失养而致。实者多由痰火,水饮,瘀血,致气血运行不畅而引起。虚实之间可相互夹杂或转化。如实证日久,正气亏耗,可分别兼见气、血、阴、阳之亏损,而虚证也可因虚致实,往往兼见实证表现。总之,本病为本虚标实,其本为气血阴阳亏损,其标是气滞、血瘀、痰浊、水饮,临床表现多为虚实夹杂。

1. 心虚胆怯:突然惊恐使心惊神慌不能自主则心悸。大怒伤肝,大恐伤肾,怒则气逆,恐则精却,都可动撼心神而发惊悸;如痰热内蕴,复加郁怒,胃失和降,痰火互结,上扰心神,亦可导致心悸的发生。

2. 心血不足:久病体虚,阴血亏损,心失所养,不能藏神,故神不安而志不宁,发为心悸;若思虑过度,劳伤心脾,耗伤心血,影响脾胃生化之源,渐至气血两亏,不能上奉于心者,发生心悸。

3. 阴虚火旺:久病体虚或房劳过度,伤及肾阴;肾水素亏,水不济火,虚火妄动,上扰心神,亦能导致本病。

4. 心阳不振:大病久病之后,阳气不能温养心脉,故心悸不安。

5. 水饮凌心:脾肾阳虚,水液停聚而为饮,饮邪上犯,心阳被抑,引起心悸。

6. 瘀血阻络:心阳不振,血液运行不畅;风寒湿邪搏于血脉,以致心脉痹阻,营血运行不畅,引起心悸。

### 【临床表现】

心悸的基本证候特点是自觉发作性心慌不安,心跳剧烈,不能自主,或一过性、阵发性,或持续时间较长,或一日数次发作,或数日一次发作。

(一)心虚胆怯:心悸,善惊易恐,少寐多梦,舌苔薄白或如常,脉象数或虚弦。

(二)心血不足:心悸头晕,面色不华,舌质淡红,脉象细弱。

(三)阴虚火旺:心悸不宁,心烦少寐,手足心热,耳鸣腰酸,舌质红,少苔或无苔,脉象细数。

(四)心阳不振:心悸不安,面色苍白,形寒肢冷,舌质淡白,脉象虚弱或沉。

(五)水饮凌心:心悸眩晕,胸脘痞满,形寒肢冷或下肢浮肿,渴不欲饮。恶心吐涎,舌苔白滑,脉象弦滑。

(六)心血瘀阻:心悸不安,心痛时作,或见唇甲青紫,舌质紫暗或有瘀斑,脉涩或结代。

### 【治疗】

(一)治疗原则:养心,安神,定悸。

(二)取穴及部位:印堂、风池、百会、眉弓,头面部,心俞、肺俞、膈俞、膻中、中府、云门,背部。

(三)主要手法:揉法、推法、按法、一指禅推法。

(四)操作方法

1. 基本操作

推印堂、眉弓5遍。自上而下推桥弓,先左侧,再右侧,每侧约1分钟,后按揉百会、风池3分钟。一指禅推法推心俞、肺俞、膈俞3分钟,揉膻中,操作时间约1分钟。

2. 辨证加减

(1)心胆虚怯

①加按巨阙,拿风池、玉枕。

②小鱼际沿胸骨正中分别向左右腋中线推运至两胁部,以心悸减轻为度。

(2)心血不足

①加揉中脘,拿血海、足三里。

②双手掌重叠按揉,施术于心俞、华佗夹脊穴 5 分钟。

(3)阴虚火旺

①加推肾俞,推太阳、听宫、听会、耳门。

②按揉翳风,拿风池,按哑门。

(4)水饮凌心

①按揉章门、期门,搓两胁。

②运腹部约 5 分钟。

(5)阳气衰弱

①摩小腹,按中极,推关元、气海。

②揉八髎、肾俞、命门、三阴交。

(6)心血瘀阻

按揉大包、京门、膈俞,以透热为度。

### 【其他疗法】

1. 耳压疗法:取心、脾、神门、肺、小肠。

2. 水针疗法:心俞、脾俞、足三里,每次选两穴。用黄芪、丹参注射液或黄芪、当归注射液合用,每次各 2ml,每穴 1ml,每日穴注 1 次,10 次为 1 疗程。

### 【注意事项】

1. 心悸常见于多种心脏疾病中,首先应分清疾病的性质,找出原发病,如为功能性疾病,大多呈阵发性,经推拿治疗很快缓解,预后良好。如为器质性病变所致的,或心律失常发作频繁者,在推拿的同时应积极配合药物治疗,以免贻误病情。

2. 治疗期间应尽量避免精神上的刺激。加强生活护理,少食辛辣食物。

## 第五节 中 风

### 【概述】

中风一病,源于《内经》。中风病是由于气血逆乱,风、火、痰、瘀,导致脑脉痹阻或血溢脉外。临床以突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、言语蹇涩、偏身麻木为主症。依据脑髓神机受损程度的不同,有中经络、中脏腑之分,临床表现也有所不同。中脏腑中根据证候表现的不同,又有闭证、脱证的区别。本病多见于中老年人,四季皆可发病,以冬春两季最为多见。

中风病是一个独立的疾病,与西医所称的脑血管病相似。脑血管病主要包括缺血性和出血性两大类型。出血性脑血管病如高血压性脑出血,蛛网膜下腔出血等;缺血性脑血管病变如脑血栓形成,脑栓塞和暂时性脑缺血发作等。不论是出血性还是缺血性脑血管病均可参考本节辨证论治。

推拿疗法主要用于中风恢复期和后遗症期,包括偏瘫、肢体瘫痪、口眼喎斜、语言障碍、吞咽困难,并可伴有颜面麻木、手足麻木、沉重或手指震颤、疼痛等症。

### 【病因病机】

(一)积损正衰:年老体弱,久病气血元气耗伤,脑脉失养。气虚则运血无力,血流不



畅,而取脑脉瘀滞不通;阴血亏虚则不制阳,内风动越,携痰浊、瘀血上扰清窍,突发病。

(二)劳倦内伤:烦劳过度,易使阳气贲张,引动风阳旋动,气火俱浮,或兼挟痰浊、瘀血上壅清窍脉络。

(三)脾失健运,痰浊内生;过食肥甘,致使脾胃受伤,脾失运化,痰浊内生,郁久化热,痰热互结,壅滞经脉,上蒙清窍发为本病。即《丹溪心法·中风》所谓:“湿土生痰,痰生热,热生风也。”

(四)五志所伤,情志过极;七情失调,肝失条达,气机郁滞,瘀结脑脉;暴怒伤肝,则肝阳暴张而发病。

本病病位在脑,与心、肾、肝、脾密切相关。其病因有虚、火、风、痰、气、血六种,多在一定条件下相互影响,相互作用。病机多为本虚标实,上盛下虚。在本为肝肾阴虚,气血衰少,在标为风火相煽,痰湿壅盛,瘀血阻滞,气血逆乱。其基本病机为气血逆乱,上犯于脑。

### 【临床表现】

临床表现以脑髓神经受损的程度及有无神识昏蒙分为中经络与中脏腑两大类。

(一)中经络:中络系偏身或一侧手足麻木,有一侧肢体力弱,或兼有口眼喎斜者;中经则以半身不遂、口眼喎斜、舌强语謇、偏身麻木为主症,中络、中经合称中经络,为无神识昏蒙者。

(二)中脏腑:中腑是以半身不遂、口眼喎斜、舌强语謇或不语、偏身麻木、神识恍惚或迷蒙为主症者。

(三)后遗症:一侧上下肢瘫痪无力,肌肤不仁,口眼喎斜,流口水,面色萎黄,舌强语謇。若不及时治疗,则肢体逐渐痉挛僵硬,产生肢体废用性强直、挛缩,导致肢体畸形和功能丧失等。

### 【治疗】

(一)治疗原则:推拿治疗中风,主要适用于中经络和中风后遗症。治疗大法以疏通经络,调和气血,促进功能的恢复为主。中脏腑的病人应综合抢救治疗。

(二)取穴及部位:印堂、神庭、睛明、太阳、阳白、鱼腰、迎香、下关、颊车、地仓、人中,头侧部。肩髃、臂臑、曲池、手三里、上肢部。环跳、承扶、殷门、委中、承山,腰部、骶部、下肢后侧部。

(三)主要手法:推法、按法、揉法、扫散法、拿法、擦法、一指禅推法、摇法、抖法、搓法、捻法、拍打法。

#### (四)操作方法

##### 1. 基本操作

患者仰卧,先推印堂至神庭,继之用一指禅推法自印堂依次至睛明、阳白、鱼腰、太阳、四白、迎香、下关、颊车、地仓、人中等穴,往返推之2遍。然后推百会穴1分钟,并从百会穴横行推到耳廓上方发际,强度要大,以微有胀痛感为宜。揉风池穴1分钟。同时用掌根轻揉痉挛一侧的面颊部。以扫散法施于头部两侧少阳经,拿五经,擦面部。后搓、抖上肢,捻五指。患者由仰卧位改侧卧位,先拿揉肩关节前后侧,继之揉肩关节周围,再移至上肢,依次揉上肢的后侧、外侧与前侧,往返2~3遍;然后按揉臂臑、曲池、手三里等上肢诸穴,每穴约1分钟;轻摇肩关节、肘关节及腕关节,拿捏全上肢10遍;点按膀胱经夹脊穴及八

贻、环跳、承扶、殷门、委中、承山等穴；拍打腰骶部及背部；擦背部、腰骶部及下肢后侧，拿风池、按肩井，拿患肢外侧、前侧、内侧，往返3遍；后按揉髋关、风市、伏兔、血海、梁丘、足三里、三阴交等穴，每穴约1分钟；轻摇髌、膝、踝等关节。

## 2. 辨证加减

(1) 语言謇涩：重点按揉廉泉、通里、风府、哑门。

(2) 口眼歪斜：抹瘫痪一侧面部轻轻推抹5分钟，然后重按加颧髎、下关、瞳子髎。

(3) 口角流涎：按揉面部一侧与口角部，推摩承浆穴。

## 【注意事项】

1. 由于本病病程的长短与康复有直接关系，所以尽早进行治疗是十分重要的。一般认为，病情基本稳定便可接受推拿治疗。治疗应以“治痿独取阳明”为指导，重点阳明经，其次是膀胱经。其手法操作基本相同，应加强患者肢体关节的被动活动。本病治疗时间较长，故在治疗过程中应视病情的变化而改变手法的刺激量、操作时间和重点部位等。

2. 重视先兆症的观察，并积极进行治疗是预防中风病发生的关键。加强护理是提高临床治愈率，减少合并症，降低死亡率和病残率的重要环节。

3. 患者应保持情绪安定，生活要有规律，禁忌烟、酒、辛辣等刺激性食物和脂肪过多的食品。

## 第六节 眩 晕

### 【概述】

眩晕为目眩头晕之意，如坐车船，旋转不定，二者常同时并见，故统称眩晕。轻者闭目即止，重者可伴有恶心、呕吐、汗出、昏倒等症状。有关本病的发生原因及其治疗，历代论述颇多。《素问·至真要大论篇》有“诸风掉眩，皆属于肝”，《丹溪心法·头眩》偏主于痰，有“无痰则不作眩”的说法，提出“治痰为先”的方法，《景岳全书·眩晕》强调了“无虚不能作眩”，认为“当以治虚”为主。本病在现代医学中，包括内耳性眩晕、动脉硬化、高血压、颈椎病、贫血、脑震荡后遗症以及某些脑部疾患等。

### 【病因病机】

眩晕发生的原因有肝阳上亢、痰浊中阻、肾精不足、气血亏虚、瘀血内阻。以肝阳上亢、气血亏虚多见。

(一) 肝阳上亢：平素阳盛之体，肝阳上亢，发为眩晕。或因情志不舒，长期忧郁恼怒，气郁化火，肝阴暗耗，风阳升动，上扰清空，发为眩晕。或肾阴不足，水不涵木，阴不维阳，肝阳上亢，发为眩晕。

(二) 痰浊中阻：恣食肥甘，脾胃健运失司，以致水谷不化，聚湿生痰，痰湿交阻，则清阳不升，浊阴不降，发为眩晕。

(三) 肾精不足：先天不足，或劳伤过度，导致肾精亏耗，发生眩晕。

(四) 气血亏虚：久病不愈，耗损气血，或失血之后，或脾胃虚弱，不能健运水谷以致气血两虚，气虚则清阳不展，血虚则脑失所养，皆能发生眩晕。

(五) 瘀血内阻：头脑外伤，瘀血内留，阻于经脉，以致气血不能荣于头目；或瘀停胸中，

迷闭心窍,心神飘摇不定;妇人恶露不下,血瘀气逆,并走于上,迫乱心神,干扰清空,皆可发为眩晕。

西医认为眩晕是患者对于空间关系的定向感觉或平衡感觉障碍,是一种运动错觉。发作时伴有眼球震颤、平衡失调以及其他植物神经功能失调的症状。

### 【临床表现】

(一)肝阳上亢:眩晕耳鸣,头胀痛,因烦劳或恼怒而头晕,头痛增剧,面色红,急躁易怒,少寐多梦,口苦,舌红、苔薄黄,脉弦。

(二)痰浊中阻:眩晕,头重,胸脘痞闷,泛泛欲呕,舌苔白腻,脉濡滑。

(三)肾精不足:眩晕,神疲健忘,腰膝酸软,遗精耳鸣,失眠多梦;舌质淡,脉沉细。

(四)气血亏虚:头晕眼花,面色苍白,唇甲不华,心悸失眠,舌质淡,脉细弱。

(五)瘀血内阻:眩晕,面或唇色紫黯,舌有紫斑或瘀点,脉弦涩或细弦。

### 【治疗】

(一)治疗原则:虚补实泻,调整阴阳。

(二)取穴及部位:太阳、攒竹、鱼腰、睛明、四白、肝俞、心俞、肾俞、脾俞、膈俞、腰部、曲池、神门、阳陵泉、涌泉。

(三)主要手法:抹法、推法、按法、揉法、拿法、擦法。

(四)操作方法

1.基本操作:按揉睛明、攒竹、太阳、鱼腰、四白,每穴2分钟;推印堂至发际,抹太阳至颞侧5~10遍;横擦五脏俞及膈俞,以透热为度。直推背部膀胱经5遍。按揉曲池、神门、阳陵泉,擦涌泉,操作8~10分钟。拿上肢,屈侧力量重,伸侧宜轻。

2.辨证加减

(1)肝阳上亢

①重推心俞、肝俞、肾俞。

②拿曲池,按揉三阴交。

③拇指推桥弓,左右各10遍。

(2)痰浊中阻

①推摩膻中、中府、云门。

②推揉中脘,按揉足三里、丰隆。

(3)肾精不足

①推大椎,按揉翳风。

②重推肾俞、命门。

(4)气血亏虚

①推中脘,摩腹,按揉血海、足三里。

②推心俞、脾俞。

(5)瘀血内阻

①揉中脘、章门、期门、云门。

②拿承山。

### 【其他疗法】

1. 针灸疗法:针刺双侧曲池,强刺激,头痛、头晕加风池;失眠加百会、三阴交。
2. 头针疗法:取双侧晕听区,留针 30min。
3. 水针疗法:取足三里、大椎夹脊。每周 2 次,注射天麻注射液,每穴 1ml。

### 【注意事项】

1. 头部推拿治疗时,应固定患者头部,不使晃动,防止头晕加重,治疗时要慎重使用扳法。
2. 操作时,手法力度应适中,采用擦法时,应搽以润滑剂,防止损伤皮肤。
3. 推桥弓穴时,应单侧进行,不能两侧同时操作,以免加重眩晕。
4. 在操作过程中,要随时观察病人的神态、面色,若有不适,应停止操作,防止意外发生。
5. 生活要有规律,避免精神紧张和过度疲劳,可在医生指导下进行适当体育锻炼。
6. 忌烟酒及高脂质、高钠盐食物。饮食以清淡易消化为宜,多吃蔬菜、水果,忌烟酒、油腻、辛辣之品,少食海腥发物。虚证眩晕者应适当增加营养。

## 第七节 胃脘痛

### 【概述】

胃脘痛是以上腹近心窝部发生疼痛为主症的消化道病症,常因饮食不节或精神刺激而发病。历代文献有将其称为“心痛”、“心腹痛”、“心下痛”等,如《素问·六元正纪大论篇》载:“民病胃脘当心而痛。”《灵枢·厥论篇》说:“真心痛,手足青至节,心痛甚,旦发夕死,夕发旦死。”可见真心痛是一危急证候,与胃脘痛的“心痛”绝不相同。本病可包括现代医学的急、慢性胃炎、消化性溃疡、胃神经官能症、胃痉挛等消化道疾患。

### 【病因病机】

脾胃的升降、运化功能,有赖于肝的正常疏泄及肾阳的温煦推动作用。如肝的疏泄功能失调,则会出现肝胃不和;如果肾阳不足,则会出现脾胃虚寒的病理变化。因此脾胃与肝肾是有密切关系的。

(一)病邪犯胃:外感寒邪,邪犯于胃或过食生冷,寒积于中,皆使胃寒而痛。饮食不节,过食肥甘,内生湿热,可以发生热痛或食积痛。此外,虫积也可导致胃脘疼痛。

(二)肝气郁结:郁怒伤肝,肝气失疏泄,横逆犯胃而致胃痛。肝气郁结,进而可以化火,可使疼痛加重或病程缠绵。

(三)脾胃虚寒:脾阳衰微,或劳倦过度,饥饱失常,均可致中气虚寒而痛。

西医主要为急性慢性胃炎、消化性溃疡、胃痉挛及肿瘤等消化道疾病。一般认为反复或长期精神紧张,造成大脑皮质功能失调;或饮食不节,食刺激性食物,除直接损伤胃肠粘膜,产生炎症外,也作用于中枢神经系统,引起功能紊乱,致胃和十二指肠壁的血管痉挛,胃液分泌失常,胃酸过多,侵蚀粘膜。同时又因胃肠壁血管痉挛引起胃痉挛,局部产生营养障碍,粘液分泌减少,保护粘膜的作用低下,从而形成溃疡,其周围组织有炎症渗出物,水肿充血,致局部张力增大,压迫末梢神经引起上腹部疼痛。

### 【临床表现】

上腹部近心窝处疼痛,伴胃脘嘈杂,嗝气,泛酸,或吐清水,纳差大便秘结或溏薄,甚则呕血,便血,病久可出现身体羸瘦,面色少华,精神萎靡,头晕耳鸣,心悸不寐。胃脘痛在临床上分病邪阻滞和脏腑失调两类。

#### (一)病邪阻滞

1. 寒邪:胃脘疼痛暴作,畏寒喜暖,局部热敷痛减,口不渴或喜热饮,苔白,脉紧。
2. 食滞:胃脘胀闷,甚则疼痛,嗝腐吞酸,呕吐不消化食物,吐后痛减,苔厚腻,脉滑。

#### (二)脏腑失调

1. 肝气犯胃:胃脘胀满,攻撑作痛,连及两胁,嗝气,大便不畅,苔多薄白,脉弦。
2. 脾胃虚寒:胃痛隐隐,泛吐清水,喜暖喜按,手足不温,大便溏薄,舌淡,苔白,脉软弱或沉细。

### 【治疗】

(一)治疗原则:以理气止痛为主。

(二)取穴及部位:中脘、天枢、气海、上腹部、季肋部、肝俞、脾俞、胃俞、三焦俞、肩井、手三里、内关、合谷、肋肋部。

(三)主要手法:一指禅推法、摩法、揉法、按法、擦法、拿法、搓法。

#### (四)操作方法

1. 基本操作:用一指禅推法,从背部脊柱两旁沿膀胱经顺序而下至三焦俞,往返5次,然后用较重的按揉法于肝俞、脾俞、胃俞、三焦俞,时间约5分钟。在背部沿膀胱经循行自上而下施擦法,以透热为度。医者用轻快的一指禅推法、摩法在胃脘部治疗,使热量渗透于胃腑,然后按揉中脘、气海,同时配合按揉足三里,时间约20分钟。拿肩井循臂肘而下,在手三里、内关、合谷等穴作较强的揉按刺激。然后搓肩臂使经络通畅,再搓抹其两胁,由上而下往返5次。

#### 2. 辨证加减

##### (1)寒邪犯胃

- ①点、按脾俞、胃俞,时间约2分钟。
- ②擦法背部,以透热为度。

##### (2)食滞

- ①用顺时针摩腹,点按中脘、天枢穴。
- ②按揉脾俞、胃俞、足三里。

##### (3)肝气犯胃

①用柔和的一指禅推或揉法,自天突向下至中脘穴治疗,重点在膻中穴,然后轻柔地按揉两侧章门、期门。时间约10分钟。

②按揉背部肝俞、胆俞。

##### (4)脾胃虚寒

- ①按揉气海、关元、足三里治疗。每穴约2分钟,在气海穴治疗时间可适当延长。
- ②直擦背部督脉、横擦左侧背部及腰部肾俞、命门穴,以透热为度。

**【其他疗法】**

(1)水针疗法:取胃俞、脾俞、相应夹脊、中脘、内关、足三里穴,用当归注射液注射于上述穴位,每次1~2穴,每穴1~2ml,每日1次。

(2)胃痛尚有许多外治法,如针灸、敷贴、穴位压迫等疗法。有时在缓解疼痛方面效果显著,见效快,使用方便。

**【注意事项】**

1. 溃疡出血期的病人,禁忌推拿治疗。
2. 患者要保持心情舒畅,切忌暴饮暴食,或饥饱不匀,一般可少食多餐,以清淡易消化的食物为宜,忌食烈酒及辛辣刺激食物。
3. 胃脘部操作,应于饭后一小时或饭前。
4. 胃痛较重者,应配合药物等多种治疗方法。

## 第八节 呕 吐

**【概述】**

呕吐是因胃失和降,胃气上逆,引起食物从胃中冲逆而出的一种病症。有声有物谓之呕,有物无声谓之吐,统称呕吐。现代医学中神经性呕吐,以及胃肠炎、幽门梗阻、肝胆疾病等均可见呕吐。

**【病因病机】**

胃主受纳,其气以下降为顺,若胃气不降而上逆,则胃内容物必随逆上行,导致呕吐,故呕吐之根本在于胃,治疗呕吐重点于降胃气,一旦胃气下行,呕乃停止。但胃气之逆却与肝、脾等有关,脾与胃互为表里,升降相因,共同调节气机的顺畅;肝主疏泄,肝气横逆,常克脾犯胃,致胃气上逆而病。

(一)外邪侵袭:外邪直犯胃腑,以至胃失和降,水谷随邪气上逆,导致本病的发生,尤其以寒邪凝闭中阻,扰动胃肠多见。

(二)饮食不节:饮食过饱,或进食生冷、油腻、不洁食物,停积不化,致宿食、痰浊上逆而发生呕吐。

(三)肝胃不和:郁怒忧思,情志不遂,肝气不畅,横逆犯胃,胃腑失于和降,胃气上逆,可引起呕吐。

(四)脾胃虚弱:脾胃虚弱,胃腑失养,升降无序,发为呕吐。脾胃素虚者,运化失司,痰饮中阻,胃气挟痰饮上逆,亦发本病。

现代医学认为呕吐受延髓呕吐中枢的控制。引起呕吐的原因很多,其中,反射性呕吐最常见,其病因有胃肠炎、幽门梗阻、肝胆疾病、急性中毒、剧烈咳嗽之后及咽部异物刺激等。其次脑血管疾病及内耳前庭疾病均伴呕吐。部分患者可因呕吐中枢兴奋阈值的降低而导致,称为神经性呕吐。

**【临床表现】**

本病以呕吐为主要临床表现。呕吐前可有胃脘嘈杂、嗝气吞酸、恶心频作等先兆症状。多伴胃脘疼痛、胀满,吐后始觉轻松。部分患者可伴有头晕、汗出、面色苍白、脉缓等

症状。严重呕吐者,可出现血压下降、脱水、甚至食管贲门粘膜撕裂等。

(一)外邪犯胃:突然呕吐,急骤剧烈,有六淫所伤病史,伴发热、恶寒、身痛,呕吐前胸脘满闷,恶心,吐后诸症减轻,舌苔白腻,脉滑。

(二)饮食内伤:饮食后呕吐宿食痰涎,吐后舒适,呕吐物酸臭,噎腐吞酸,胃脘胀满疼痛,大便干结臭秽,舌苔白腻,脉滑。

(三)肝胃不和:呕吐清水痰涎或食物,每因情志刺激而诱发,胸胁胀满,攻撑作痛,烦闷易怒,舌红苔薄,脉滑或弦。

(四)脾胃虚弱:呕吐反复发作,稍有不慎即恶心欲吐,脘痞纳呆,消瘦乏力,面色苍白,大便溏薄,舌淡苔白,脉濡弱无力。

### 【治疗】

(一)治疗原则:和胃降逆

(二)取穴及部位:中脘、脾俞、胃俞、内关、足三里。

(三)主要手法:一指禅推法、摩法、指揉法

(四)操作方法

1.基本操作:患者屈膝仰卧。一指禅推沿任脉从上而下往返治疗,重点在中脘穴,时间约10分钟;掌摩上腹部,时间约5分钟;点按中脘、内关、足三里,每穴2~3分钟。俯卧位。用一指禅推法沿背部两侧膀胱经往返操作5遍。用点按法在脾俞、胃俞治疗,以有酸胀感为度。

2.辨证加减

(1)外邪犯胃

①掌揉上腹部5分钟。

②运脘腹部,以胃脘有热感为度。

(2)饮食停滞

①用掌揉法揉上腹部5分钟。

②用按揉法在足三里、丰隆等穴处操作3分钟。

(3)肝胃不和

①用手掌沿胸骨正中自上而下,向左右顺序推梳至肋部,往返操作15分钟,并按压章门穴1分钟。

②按压肝俞穴2分钟。

(4)脾胃虚弱

①按揉关元、气海穴2分钟。

②按揉三焦俞、脾俞、胃俞诸穴各2分钟。

### 【注意事项】

1.推拿治疗呕吐具有很好的治疗效果,一般在呕吐缓解后,尚需坚持治疗3~5天,以巩固疗效,防止复发。推拿操作应于呕吐基本控制后,或于饭前操作,术前给患者服用少量姜汁效果更佳。

2.呕吐剧烈者应卧床休息。对于急腹症、消化道出血及脑水肿引起的呕吐,应迅速采取其他抢救措施,以防贻误病情。

3.病人应少食多餐,忌食生冷不洁及肥甘厚味,饮食以清淡易于消化为主,避免风寒暑湿之邪或秽浊之气的侵袭,避免精神刺激。

## 第九节 呃 逆

### 【概述】

呃逆俗称“打嗝”,是以喉间呃呃连声,气短而频,不能自制为特征的一种临床表现。本证古称“哕”,又称“哕逆”。如《素问·宣明五气篇》“胃之气逆为哕”。常人因饮食气候等原因偶发呃逆,不治自愈,不属病态。如不能自持,才属于病证。本节所述是属于持续不已的呃逆。本症若在其他急慢性疾病过程中出现,为病势转向危重的预兆。

### 【病因病机】

呃逆的产生,主要由于胃气上逆所致。胃主纳谷,以降为顺,而体虚邪实均可影响胃气。

(一)饮食不节:过食生冷或寒凉药物,则胃气失于和降,气逆而上,复因膈间不利,故呃逆声短而频,不能自制;若过食辛辣煎炒之品,或过用温涩之剂,燥热内盛,气不顺行,亦可发生呃逆。

(二)情志不和:恼怒抑郁,气机不利,若肝气乘胃,导致胃气上逆,亦能动膈而发生呃逆。

(三)正气亏虚:重病、久病之后,或误用吐、下之剂,耗伤中气,或损及胃阴,均可使胃失和降而发生呃逆。

### 【临床表现】

(一)寒气蓄胃:呃声沉缓有力,胃脘不舒,得热则减,得寒则甚,口不渴,舌苔白润,脉迟缓。

(二)胃中燥热:呃声洪亮,连续有力,冲逆而出,口臭烦渴,喜冷饮,面赤,舌苔黄,脉滑数。

(三)气郁痰阻:呃逆连声,胸胁胀闷,由抑郁恼怒而发作,舌苔薄腻,脉弦而滑。

(四)正气虚亏:呃声低沉无力,气不得缓,舌淡苔白,脉细弱无力。

### 【治疗】

(一)治疗原则:和胃降逆。

(二)取穴及部位:缺盆、膻中、中脘、膈俞、胃俞、背部两侧,肋肋部。

(三)主要手法:按法、揉法、摩法、按法、揉法。

(四)操作方法

1.基本操作:患者仰卧位。医者按揉缺盆穴,以胀为度;然后按揉膻中半分钟;推摩中脘穴为重点,时间6~8分钟。患者俯卧位,用一指禅推法,由上而下在背部膀胱经治疗3~4遍,重点在膈俞、胃俞,时间约5分钟;按揉膈俞、胃俞,以胀为度;搓背部及两肋,使之有温热感。

2.辨证加减

(1)胃中寒冷



①摩腹时加按揉气海穴,时间 2 分钟。

②摩擦腹部,以透热为度。

(2)胃中燥热

①横擦膀胱经,以透热为度。

②按揉足三里、大肠俞以胀为度。

(3)气郁痰阻

①按揉胸腹部的膻中、章门、期门;背部的肺俞、肝俞、膈俞,均以胀为度。

②横擦胸上部,以透热为度。

③按揉内关、足三里、丰隆,以胀为度。

(4)正气亏虚

①横擦左侧背部脾胃区域;直擦督脉。均以透热为度。

②按揉足三里 10 分钟。

#### 【辅助疗法】

1. 针刺疗法:针刺膈俞、内关、足三里穴,留针 20min。

2. 对于较轻的呃逆,尚可用一些简便方法治疗。如导引法、取嚏法、指压内关法等。

#### 【注意事项】

1. 呃逆一证,轻重差别极为明显,若见危重疾病出现频频呃逆,推拿效果不佳,预后亦较差,应综合救治。

2. 呃逆的推拿治疗,每日 1 次,连续 5 次为 1 疗程。

3. 忌食辛辣,寒凉食物。保持乐观心态,避免情绪波动较大。

## 第十节 泄 泻

#### 【概述】

泄泻又称腹泻,是指排便次数增多,粪便稀薄,甚至泻出如水样而言。古有“濡泻”、“洞泻”、“飧泻”、“注泻”、“下利”、“泄泻”等名称。亦有根据病因或病机而称为“暑泻”、“大肠泻”等。本病一年四季均可发生,尤以夏秋两季为多见,推拿治疗泄泻效甚佳。

#### 【病因病机】

泄泻的主要病变在于脾胃与大小肠。其致病原因可分为外因和内因两类。外因包括感受外邪和饮食所伤;内因包括情志失调和脾肾阳虚。

##### (一)外因

1. 感受外邪:外邪引起的泄泻,以寒、湿、暑、热邪伤及脾胃为常见,其中尤以湿兼寒、暑、热邪为多见。由于脾喜燥恶湿,外来湿邪,最易困阻脾阳,致脾失健运,脾胃升失司,清浊不分,水食相夹并走大肠而称泄泻。故有“无湿不成泻”之说。

2. 饮食所伤:饮食不节或过食肥甘,致使宿食内停,滞碍肠胃,影响脾胃之运化;或多食生冷,误食不洁之物,则损伤脾胃,致使水谷精微不能输布,水湿内停,而发生泄泻。

##### (二)内因

1. 情志失调:素体脾胃虚弱,复因情志影响,忧思恼怒则伤脾,致使脾胃气机失调;恼

怒伤肝,肝气郁结,横逆犯脾,脾伤则运化失常而成泄泻。

2.脾肾阳虚:脾主运化,全赖阳气之推动,若脾阳不振则运化功能减退,不能腐熟水谷运化精微,以至水谷停滞,并入大肠而泄泻;泄泻日久不愈,损伤肾阳,即所谓“由脾及肾”。肾阳受损又可影响脾阳之不足,致成脾肾阳虚,则泄泻缠绵不止。

西医称本证为腹泻。认为是由于肠道蠕动增快,引起排便次数增多,粪便稀薄或有脓血粘液相杂,是一种临床症状。如仅有排便次数增多,而粪便成形者,称为假性腹泻。腹泻的发病机制主要由于肠粘膜的炎症引起肠道蠕动亢进和肠粘膜分泌功能旺盛,以及消化与吸收功能障碍,水分和营养物质不能充分吸收,粪便稀薄,甚至水样,便次频繁,水泻次数过多可引起脱水,酸中毒等并发症。腹泻可分为急性与慢性两类,急性腹泻多由食物中毒、急性肠道传染病、肠变态反应疾病、药物与化学毒物所致的肠炎以及消化不良引起的肠炎所致。慢性腹泻由于:①肠道慢性感染性疾病。如慢性阿米巴痢疾、慢性细菌性痢疾、慢性血吸虫病、肠结核等。②肿瘤。如大肠癌、结肠腺瘤、小肠淋巴瘤、胃肠道激素细胞瘤。③小肠吸收不良。如消化酶缺乏、小肠吸收面积减少、小肠浸润性疾病等。④非感染性炎症。如克罗恩病、溃疡性结肠炎、放射性结肠炎、缺血性结肠炎、憩室炎等。⑤功能性腹泻。如肠激惹综合征、胃大部切除术后、迷走神经切断后、部分性肠梗阻等。⑥药源性腹泻。如内服泻药、抗生素、降压药等,亦可引起腹泻。

### 【临床表现】

湿盛和脾虚为形成泄泻的主因,而两者又相互影响,互为因果。一般而言,湿盛多为急性泄泻,脾虚多为慢性泄泻。

#### (一)急性泄泻

1.湿邪侵袭:发病急骤,大便稀薄或夹粘液,每日数次或者十余次,腹痛肠鸣,肢体酸痛,苔白腻或黄腻,脉濡或滑数。

2.伤食:有暴饮暴食或不洁的饮食史。发病突然,脘腹胀痛,泻下粪便臭如败卵,泻后痛减,嗝腐吞酸,舌苔垢腻,脉濡或滑数。

#### (二)慢性泄泻

1.脾胃虚弱:大便时溏时稀,完谷不化,反复发作,稍食油腻则大便次数增多,食欲不振。舌淡苔白,脉缓弱。

2.脾肾阳虚:症多发于黎明之前,脐周作痛,肠鸣即泻,泻后痛缓并有腹部畏寒腰酸肢冷。舌淡苔白,脉沉细。

3.肝气乘脾:泄泻每因精神受到刺激、情绪波动而诱发。平时可有腹痛肠鸣,胸胁痞满,嗝气食少。苔薄,脉弦细。

### 【治疗】

(一)治疗原则:健脾和胃,温肾壮阳,疏肝理气。急性泄泻,治以止泻调理,综合治之;慢性泄泻,治以温补扶正,健运肠腑。

#### (二)基本治法

##### 1.腹部操作

(1)取穴及部位:中脘、天枢、气海、关元,中腹部。

(2)主要手法:一指禅推法、摩法。

(3)操作方法:患者仰卧位,用沉着缓慢的一指禅推法由中脘开始缓慢向下移至气海、关元,往返操作5~6遍;用掌摩法逆时针摩腹,时间大约8分钟。

## 2. 背部操作

(1)取穴及部位:脾俞、胃俞、肾俞、大肠俞、长强,腰部、骶部。

(2)主要手法:揉法、按揉法、擦法。

(3)操作方法:患者俯卧位,用揉法沿脊柱两旁从脾俞到大肠俞治疗,每穴约1分钟。按揉脾俞、胃俞、大肠俞、长强,每穴约1~2分钟;再在左侧背部用擦法治疗,以透热为度。

## (三)辨证加减

### 1. 脾胃虚弱

(1)在气海、关元、足三里用轻柔的按揉法治疗;每穴约2分钟,在气海穴治疗的时间可以适当延长。

(2)摩腹,重点在胃脘部。摩法以逆时针方向进行,往下至腹部时,则按顺时针方向进行。

### 2. 脾肾阳虚

(1)用轻柔的按揉法在气海、关元治疗,每穴约3分钟。

(2)直擦背部督脉,横擦腰部肾俞、命门及骶部八髎穴,以透热为度。

### 3. 肝气乘脾

(1)用轻柔的按揉法在两侧章门、期门治疗,每穴约6分钟。

(2)斜擦两胁,以两胁微热为度。

(3)用轻柔的手法按揉背部肝俞、胆俞、膈俞及太冲、行间。

## 【其他疗法】

耳针疗法:取大肠、小肠、下脚端、肺、脾诸穴,每次2~3穴,捻转中、强刺激,留针20~30min,每日1次。

## 【注意事项】

1. 推拿治疗泄泻,不论急慢性,疗效均较佳,一般急性泄泻1~5次可愈,但慢性泄泻,宜长期治疗,甚至可每日治疗1~2次。病情严重者,应配合中药及其他综合治疗。

2. 发生在夏季的急性泄泻,如暴吐暴泄,病情重者,宜综合治疗,输液保津,以防脱水。

3. 泄泻者便后用软纸轻拭,并用温水清洗,防止粘膜破损,引起肛门感染。

4. 推拿治疗的同时,应注意饮食,避免生冷,禁食荤腥油腻之物,给予流质或半流质食物。对胃肠神经官能症患者,尤需注意掌握心理因素,因势利导。

## 第十一节 胃下垂

### 【概述】

胃下垂是指因为胃肌层张力低下及胃周围组织无力而使胃小弯弧线最低点下降至髂嵴连线以下或十二指肠球部左偏的一种疾患。

### 【病因病机】

本病与脾胃的功能密切相关,脾胃为后天之本,生化之源。水谷入胃,必经胃的腐熟

和脾的运化,方能化生气血。脾主升清,使脏腑保持正常位置。只有当脾虚不固,气陷于下,或食积附坠于胃,胃体才会下垂。若经常暴饮暴食或饭后剧烈运动,脾胃损伤;或内伤七情,肝气郁结,横逆犯胃,进而生化之源不足,日久导致中气下陷,升举无力,形成本病。也可因病后、产后气血亏损,脾胃虚弱而致。

现代医学认为腹腔内脏的正常位置,主要靠三个原因维持:一是膈肌的活动力和横膈的位置;二是附近脏器及韧带的固定作用;三是腹内压。由于体质虚弱,体形瘦长及内分泌等因素使膈肌乏力,胃膈韧带、胃脾韧带、胃肝韧带和腹肌松弛、腹内压下降而致胃下垂。

### 【临床表现】

1. 慢性腹痛史。
2. 患者食后即有胀感,自觉胃下垂和肠鸣作声。偶见便秘、腹泻。可伴有眩晕、乏力、心悸、失眠等症状。严重者,可有多个内脏下垂的表现。

### 【检查】

- (一)上腹部可扪及强烈的腹主动脉搏动,下腹部常有振水音。
- (二)X线钡餐检查,可见站立时胃位置下降,小弯弧线最低点在髂嵴连线以下。
- (三)十二指肠球部受胃下垂牵拉,上角尖锐。

### 【治疗】

- (一)治疗原则:健脾和胃,补中益气,升举阳气。
- (二)取穴及部位:中脘、气海、关元、脾俞、胃俞、气海俞、关元俞。
- (三)主要手法:揉法、一指禅推法、托法、振法、摩法。
- (四)操作方法:患者仰卧位。医者坐于其右侧,用轻柔的一指禅推法、揉法以中脘穴为重点治疗。然后循序往下至腹部及少腹部,以脐周及气海、关元为重点治疗,约10分钟。用托法,根据胃下垂的不同程度从胃下缘自下而上托之。同时可以用振法在中脘穴和上腹振动。用摩法在腹以逆时针方向部操作,约10分钟。患者俯卧位,按揉脾俞、胃俞、气海俞、关元俞,每穴约3分钟。

#### (五)辨证加减

1. 肝气郁结
  - (1)按揉章门、期门及肝俞、太冲,每穴2分钟。
  - (2)擦两胁肋,透热为度。
2. 气血不足
  - (1)直擦背部督脉,横擦背部,透热为度。
  - (2)点揉胃俞,足三里,以轻刺激为宜。

### 【辅助疗法】

足部按摩:按摩肾、胃、十二指肠、小肠、大肠、横膈膜等反射区,每次20min,每日1次。

### 【注意事项】

(1)手法应柔和、平稳。同时要注意解剖位置,使手法治疗准确无误。胃下垂的推拿治疗,疗程较长,10次为1疗程,隔日1次。

(2) 平素应加强胸腹肌肉的锻炼,提高肌肉、韧带的强度。同时注意饮食调养,以易于消化的食物为宜,进餐要有规律性,不可过饱,禁食刺激性食物。平时要精神放松,心情舒畅。

## 第十二节 便秘

### 【概述】

便秘是指大便秘结不通,排便时间延长或排便困难,临床可见于多种病证中。本症主要由于大肠传导功能失常,粪便在肠内停留时间过久,水分被过量吸收,使粪质干结。由于推拿的物理作用能震荡胃肠,与胃肠蠕动一致,故推拿对便秘的治疗,疗效肯定无副作用,常为首选治法。

### 【病因病机】

饮食入胃,经脾胃运化,吸收其精微,所剩糟粕由大肠而出,成为粪便。如果脾胃运化和大肠传导功能正常,则大便通畅,若肠胃受损,或其他原因影响肠胃功能,可发生便秘。

(一)胃肠燥热:素体阳盛,或饮酒过度,嗜食辛热厚味,以致胃肠积热;热病之后,津液耗伤,导致肠道燥热,于是大便干结,难于排出。

(二)气机郁滞:忧愁思虑,情志不舒而致肝气郁结,脾气不舒,胃失通降;肺与大肠相表里,肺气不足或壅滞,则肃降无力,致使大肠传导失司。气机郁滞,胃肠传导功能无力,糟粕内停,而成便秘。

(三)气血亏损:劳倦内伤,病后体虚或老年人气血不足,气虚则大肠传送无力,大便排出艰难;血虚则津枯,不能下润大便,而致大便干燥,排便不畅,秘结不通。

(四)阴寒凝结:阳虚体质或年老体衰,阳气不足,温煦无权,寒自内生,凝滞肠胃而致便秘。

西医认为大多数便秘是功能性的,称习惯性便秘。功能性便秘是由于缺乏排便的动力,如提肛肌衰弱,肠道平滑肌衰弱,结肠痉挛使肠蠕动减弱,排便反射迟钝,亦可因滥用泻剂及反复灌肠,损伤肠粘膜而引起。

### 【临床表现】

一般大便干燥,排便困难,经常三、五日或七、八日排便一次;或大便次数正常,但粪质干燥,坚硬难排;少数患者,时有便意,大便并不干燥,但排出艰难。便秘日久,常可引发其他症状。由于腑气不通,浊气不降,可引起腹胀,腹痛,头晕头胀,食欲减退,睡眠不安等。长期便秘,可导致痔疮或肛裂。

(一)胃肠燥热:大便干结,小便短赤,面红身热,口干,心烦,舌红、苔黄,脉滑数。

(二)气机郁滞:大便秘结,欲便不得,暖气频作,胁腹痞满,舌苔薄腻,脉弦。

(三)气血亏损:大便不畅,临便努争,便后汗出,短气,便下并不干结,舌淡、苔薄,脉虚弱,为气虚便秘;大便秘结,面色少华,头晕目眩,心悸,唇舌淡、脉细,为血虚便秘。

(四)阴寒凝结:大便艰涩,难以排出,小便清长,四肢欠温,喜热恶寒,腰脊酸冷,舌淡、苔白,脉沉迟。

**【治疗】**

(一)治疗原则:和肠通便,调理气机

(二)取穴及部位:中脘、天枢、大横、肝俞、脾俞、胃俞、肾俞、大肠俞。

(三)主要手法:一指禅推法、摩法、按法、揉法。

(四)操作方法

1.基本操作:患者仰卧位,以轻快的一指禅推法施于中脘、天枢、大横穴,每穴约1分钟;用掌摩法以顺时针方向摩腹约5分钟。患者俯卧位,用轻快的一指禅推法沿脊柱两侧从肝俞、脾俞往返施术,时间约5分钟;用轻柔的按揉法在肾俞、大肠俞施术,每穴约2分钟。

2.辨证加减

(1)胃肠燥热

①按揉大肠俞、支沟、曲池,以酸胀为度。

②从足三里向下推至下巨虚,5分钟。

(2)气机郁滞

①按揉膻中、章门、期门、肺俞、肝俞、膈俞,均以酸胀为度。

②横擦胸上部,以透热为度;斜擦两胁,以微热为度。

(3)气血亏损

①横擦胸上部,透热为度。

②按揉足三里、脾俞穴各2分钟,可配合捏脊三遍。

(4)阴寒凝结

①横擦肩背部及腰部肾俞、命门及骶部,以透热为度。

②直擦背部督脉,以透热为度。

**【其他疗法】**

1.《伤寒论》中的蜜煎导法,对于各种便秘,均可配合使用。

2.针刺疗法:取大肠俞、天枢、上巨虚、脾俞、胃俞穴针刺,每次留针30min,每日1次。

**【注意事项】**

1.实证以通降为顺,可每日操作1次。虚证手法宜轻,每次治疗时间较长,疗程亦长。

2.养成定时排便习惯。多喝水,平时多食水果蔬菜,忌食辛辣食品。多进行户外活动,避免久坐少动,多做下蹲起立及仰卧动作。同时要指导患者保持精神舒畅,配以食疗,如黑芝麻、胡桃肉等研细加蜜糖冲服,对阴血亏损的便秘颇有功效。

## 第十三节 郁 证

**【概述】**

郁证是由于情志不舒、气机郁滞所引起的一类病证。以心情抑郁、情绪不宁,胁肋胀痛,或易怒欲哭,或咽中如有异物为主要症状。古代文献载有“六郁”之分,即气郁、血郁、痰郁、湿郁、火郁、食郁。郁病由精神因素所引起,气机郁滞为其基本病变,是内科病证中最为常见的一种。郁症主要见于现代医学的神经官能症,尤以神经衰弱多见,也见于绝经

期综合征、反应性精神病等。

### 【病因病机】

郁病的病因是内伤情志。其病机主要为肝失疏泄，脾失健运，心失所养及脏腑阴阳气血失调。郁病初起病变以气滞为主，属实证。病久则由实转虚，随其影响的脏腑及损耗气血阴阳的不同，而形成心、脾、肝、肾的亏虚。总之，郁证的发生主要是由于情志所伤，肝失疏泄，脾失运化，心神失养，脏腑阴阳气血失调而成。

(一)郁怒不畅，肝失条达，肝气郁结，而成气郁。

(二)情志不遂，肝郁抑脾，耗伤心气，营血渐伤，心失所养，神失所藏，可导致心神不安，即忧郁伤神。

### 【临床表现】

(一)肝气郁结：精神抑郁，情绪不宁，胁肋胀痛，痛无定处，脘闷暖气，苔薄腻，脉弦。

(二)气郁化火：性情急躁易怒，胸胁胀满，口苦而干，大便秘结，舌红，苔黄，脉弦数。

(三)气滞痰郁：精神抑郁，胸部闷塞，咽中不适，如有物梗阻，咯之不出，咽之不下，苔白腻，脉弦滑。

(四)忧郁伤神：精神恍惚，心神不宁，悲忧善哭，舌质淡，苔薄白，脉弦细。

(五)心脾两虚：头晕神疲，失眠健忘，食少纳呆，面色不华，舌质淡，苔薄白，脉细。

(六)阴虚火旺：心悸眩晕，少寐多梦，心烦易怒，舌质红，脉弦细而数。

### 【治疗】

(一)治疗原则：疏通气机

(二)取穴及部位：肝俞、脾俞、胃俞、章门、期门、胁肋部、腹部。

(三)主要手法：一指禅推法，按揉法、摩法。

(四)操作方法

1.基本操作：患者俯卧位。医者用一指禅推脊柱两侧膀胱经，时间约5分钟。用按揉法在肝俞、脾俞、胃俞施术，每穴约2分钟。患者仰卧位。医者按揉章门、期门各2分钟左右。用摩法摩胁肋、腹部各约5分钟。

2.辨证加减

(1)肝郁气滞

①点按太冲、行间，每穴约2分钟。

②搓胁肋5分钟左右。

(2)气郁化火

①用点法或按法在胆俞、三焦俞处施术，每穴约2分钟。

②用拿法拿颈项肌肉5分钟左右。

(3)气滞痰郁

①点按肺俞、胆俞、天突，每穴约2分钟。

②掌揉中腕穴3分钟左右。

(4)忧郁伤神

①指按揉心俞，每穴约2分钟。

②用拿法拿下肢内侧和前侧的肌肉，约5分钟。

#### (5)心脾两虚

①指按揉心俞、内关、外关、足三里,每穴约2分钟。

②掌揉中脘穴2分钟左右。

#### (6)阴虚火旺

①指按揉肾俞、三阴交,每穴约2分钟。

②擦涌泉穴,透热为度。

#### 【注意事项】

(1)郁证的疗程较长,可一日推拿一次,10次为1疗程。一般治疗3个疗程。推拿对郁之实证疗效较佳。而郁之虚证,单凭推拿实属困难,常需配合中西药治疗。

(2)适当参加体力劳动,可增加体质,减轻症状。

(3)本病精神治疗极为重要,《临证指南医案·郁证》说:“郁症全在病者能够移情易性。”可见治疗的关键是要做好郁证患者的思想工作,充分调动病人的积极性,使病人能正确认识 and 对待疾病,增强信心。

## 第十四节 不 寐

#### 【概述】

不寐又称“失眠”、“目不瞑”,是指睡着的时间较平常明显减少,且影响人的生活质量,使人的体力与脑力降低为特征的一种病证。轻者难以入寐,或睡中易醒,醒后不能再寐;重者可彻夜不能入寐。本病可单独出现,也可与头痛、健忘、眩晕、心悸等症同时出现。《灵枢·大惑论》认为“卫气不得入于阴,常留于阳。留于阳则阳气满,阳气满则阳跷盛;不得入于阴,则阴气虚,故目不瞑矣。”不寐多见于现代医学的神经衰弱、神经官能症、更年期综合征等病。

#### 【病因病机】

导致不寐的因素与心、脾、肝、肾及阴血不足有密切关系,其病理变化总属阳盛阴衰,阴阳失调。

(一)心脾两虚:思虑劳倦过度,伤及心脾,生化之源不足,营血亏虚,不能养心,以致心神不安而不寐。

(二)阴虚火旺:水不制火,心火独亢,神志不宁而致不寐。

(三)肝郁化火:情志所伤,肝失条达,气郁化火,火性上炎,扰动心神,心神不宁以致不寐。

(四)痰热内扰:饮食不节,伤及脾胃,宿食停滞,痰热内生上扰,以致不得安寐。

#### 【临床表现】

(一)心脾两虚:多梦易醒,面色不华,头晕目眩,心悸健忘,舌质淡,苔薄,脉细弱。

(二)阴虚火旺:心烦不寐,头晕耳鸣,颧红潮热,口干少津,手足心热,舌质红,少苔,脉细数。

(三)痰热内扰:不寐多梦,口苦痰多,胸闷脘痞,不思饮食,舌质红,苔黄腻,脉滑或滑数。



(四)肝郁化火:心烦不能入寐,急躁易怒,头痛面红,目赤口苦,口渴喜饮,便秘尿黄,舌质红,苔黄,脉弦数。

### 【治疗】

(一)治疗原则:调理脏腑,镇静安神。

(二)取穴及部位:印堂、神庭、太阳、睛明、百会、风池、肩井、中脘、气海、关元、心俞、肝俞、脾俞、胃俞、肾俞、命门。

(三)主要手法:一指禅推法、抹法、按揉法、扫散法、拿法。

(四)操作方法

1.基本操作:患者坐位。医者用一指禅推法从印堂穴向上推至神庭穴,往返3遍;再从印堂向两侧沿眉弓推至太阳穴,往返3遍;然后从印堂穴开始沿眼眶周围治疗,往返3遍。沿上述部位用双手抹法治疗5~6遍。指按揉印堂、攒竹、睛明、百会,每穴1分钟。用扫散法在头两侧胆经循行部位治疗,每侧20次。拿五经、肩井,时间2~3分钟。患者仰卧位。医者用掌摩法先顺时针方向摩腹,再逆时针方向摩腹,时间约5分钟。指按揉中脘、气海、关元,每穴1分钟。患者俯卧位。医者按揉心俞、肝俞、脾俞、胃俞、肾俞、命门等部位,时间约5分钟。

2.辨证加减

(1)心脾两虚

①指按揉神门、足三里,每穴2分钟。

②直擦背部督脉,透热为度。

(2)阴虚火旺

①推桥弓20次。

②擦两侧涌泉穴,透热为度。

(3)肝郁化火

①指按揉肝俞、胆俞、期门、章门、太冲,每穴2分钟。

②搓两胁,时间约1分钟。

(4)痰热内扰

①按揉神门、内关、丰隆、足三里,每穴1分钟。

②横擦脾俞、胃俞,以透热为度。

### 【其他疗法】

1.灸法:取涌泉穴,每晚临睡前用艾条温和灸法,施灸15min。

2.头针疗法:常用穴为运动区、感觉区、足运感区,可结合情况配合以其他区相辅治疗。

### 【注意事项】

1.虚证患者在早晨治疗,实证宜于睡前操作。

2.抑制手法较重,兴奋手法较轻,但二者又是相对而言的,临床还应参考病人治前的状态以及治疗过程中的反应而选择。一般而言,推拿后患者感觉舒适、神清气爽,该法只宜白天运用。若推拿后,感头昏沉、萎靡不振,是为抑制,最好于晚间使用。

(3)推拿环境也应安静,光线应柔和,可配以轻音乐。

(4)失眠患者病程大多很长,因此推拿疗程要保证,一般10天为1疗程,连续做3个

疗程。

(5)指导患者睡前不要吸烟、饮酒、喝茶和咖啡,每日用温水洗脚;适当参加体力劳动和体育锻炼;注意劳逸结合,特别是房事要有所节制;平时生活起居要有规律,早睡早起;消除烦恼,解除思想顾虑。

## 第十五节 胁 痛

### 【概述】

胁痛是以一侧或两侧胁肋部疼痛为主要表现的病证,又称胁肋痛、季肋痛或胁下痛。胁,指侧胸部,腋以下至第十二肋骨部的统称。

胁痛的发生主要和肝胆疾病有关。多见于现代医学的肋间神经痛,急、慢性肝炎,肝脓肿,肝硬化,急、慢性胆囊炎,胆道蛔虫症等病。

### 【病因病机】

胁痛主要责之于肝胆。因为肝位于胁下,其经脉布于两胁,又胆附于肝,与肝呈表里关系,其脉亦循于肝。肝为刚脏,主疏泄,喜条达;主藏血,体阴而用阳。所以肝疏泄不及,肝郁气滞,脾土壅滞,湿自内生;气郁日久,瘀血停积;或肝肾亏损,血不荣络等,均可导致胁痛。

(一)肝气郁结:情志抑郁,或暴怒伤肝,使肝失条达,疏泄不利,气阻络痹,而致胁痛。

(二)瘀血停着:气郁日久,瘀血停积,脉络痹阻,而致胁痛。或因外伤,或强力负重,肋肋受伤,瘀血停留,阻塞胁络,而致胁痛。

(三)肝胆湿热:外湿内侵,脾失健运,痰湿中阻,气郁化热,肝胆失其疏泄条达,而致胁痛。

(四)肝阴不足:久病体虚,劳欲过度,各种原因引起的失血,均能导致精血亏损,不能养肝,脉络失养,发生胁痛。

西医认为胆囊炎及胆石症急性发作可引起此症。其机理为:胆道阻塞,胆汁排泄不畅,平滑肌有节律地强烈收缩,同时由于过食油腻等饮食,使胆囊功能亢进,其中胆盐成分的化学刺激可使胆囊粘膜发炎损伤,导致胆道管壁痉挛,胆囊膨胀而引起绞痛。在这基础上继发细菌性感染而使炎症加重,促使胆道阻塞更甚,形成恶性循环,急性胆囊炎不愈可逐渐转化为慢性,促使胆囊结石的生成而致胆道阻塞,促使胆绞痛的发作。

### 【临床表现】

(一)肝气郁结:胁肋胀痛,走窜不定,疼痛每因情绪变化而增减,暖气频作,苔薄,脉弦。

(二)瘀血停着:胁肋刺痛,痛有定处,入夜更甚,胁肋下或见癥块,舌质紫暗,脉沉涩。

(三)肝胆湿热:胁痛口苦,目赤或目黄、身黄,小便黄赤,或发热恶寒,舌质红,苔黄腻,脉弦数或浮数。

(四)肝阴不足:胁肋隐痛,绵绵不休,遇劳加重,头晕目眩,舌质红,少苔,脉细弦而数。

### 【治疗】

(一)治疗原则:疏肝利胆,行气止痛。

(二)取穴及部位:膈俞、肝俞、胆俞、阿是穴、章门、期门、阳陵泉、胆囊穴、太冲、行间。

(三)主要手法:点法、按法、一指禅推法、擦法。

(四)操作方法

1.基本操作:患者坐位。医者用点法或按法在患者背部膈俞、肝俞、胆俞及压痛点处施术,每穴约3分钟,刺激要强。按揉患者章门穴、期门穴,每穴约1分钟。用擦法施于患者两侧肋肋部,透热为度。医者用点法或按法在阴陵泉、胆囊穴、太冲、行间处治疗,每穴约1分钟。

2.辨证加减

(1)肝气郁结

①延长按揉章门、期门的时间。

②点按厥阴俞、脾俞,每穴约2分钟。

(2)瘀血停着

①掌摩肋肋部,约5分钟。

②指摩右上腹及剑突下,约5分钟。

(3)肝胆湿热

①点按脾俞、胃俞,每穴约2分钟。

②一指禅推或指按揉中脘、天枢、大横,每穴约2分钟。

(4)肝阴不足

①指摩气海俞、关元俞每穴约2分钟。

②按揉三阴交、太溪,每穴约2分钟。

### 【其他疗法】

1.耳针疗法:取胸、枕、神门、肝,捻转中强刺激,留针20~30min

2.不少肋痛与胸肋肋椎关系紊乱有关,临床应常规检查脊柱及胸廓,在治疗时运用胸椎扳法,常有奇效。临床发现有些胆绞痛患者,在检查胸7~9后关节可发现紊乱,尤以胸9多见,采用整复手法后症状缓解。具体治疗:用对抗扳法或旋转扳法作用于背部明显压痛点平面的脊椎棘突,整复后关节紊乱。

### 【注意事项】

1.并发严重的感染者不宜推拿治疗。

2.肋痛实证易治,虚证难治;在气易治,入络血瘀难治。可1日1次,3为1疗程。虚证手法宜轻,实证则重。

3.肋痛皆与肝的疏泄功能失常有关,所以,精神愉快,情绪稳定,对预防与治疗肋痛有着重要的作用。

## 第十六节 头 痛

### 【概述】

头痛指由于外感与内伤,致使脉络绌急或失养,清窍不利所引起的以病人自觉头部疼痛为特征的一种常见病证,也是一个常见症状。本病近年来发病呈上升趋势,尤其是偏头痛。头痛在临床最为常见,而备受历代医家重视,文献中有“头风”、“脑风”、“首风”之称。

头痛可见于西医内、外、神经、五官等各疾病中。

### 【病因病机】

头为诸阳之会,凡外感或内伤皆能引起气血不利,经脉不调,清阳不疏而发生疼痛。太阳头痛,多为头后部痛,下连项;阳明头痛,痛在前额及眉棱处;少阳头痛,在头之两侧;厥阴头痛,痛在巅顶部,连及目系。

外感头痛:多因外感风寒,邪袭扰络,气血不和,络脉瘀滞不通而痛;或感风热,风挟热邪,火扰清窍,气血逆乱而痛;或感风湿,风挟湿邪,蒙蔽清阳不升,浊阴不降而致头痛。

内伤头痛:多与肝、肾、脾三脏有关。情志不和,肝失疏泄,郁而化火,上扰清窍而致头痛;髓海不足,肾阳衰微,清阳不展而致头痛;火盛伤阴,肝失濡养,或肾阴虚亏,水不涵木,肝阳上亢而头痛;因于脾者,多因操劳,思虑过度,或病后体虚,生化不足,营血亏虚,不能上荣而致头痛;或脾失健运,痰湿内生,痰浊上扰而头痛。

西医认为颅内外的痛敏结构受到任何病变损害都可引起各种性质的头痛。如颅内血管受肿瘤异物、血块、瘢痕组织、炎性渗出物等刺激均可产生血管性头痛。头颈、肩背诸肌可因外伤、慢性炎症、劳损等引起反射性肌肉痉挛,产生收缩性头痛。功能性或精神性头痛则由患者的精神因素引起,痛阈降低,对疼痛的感受性增高。偏头痛的发病主要与体液的生化改变有关。月经期头痛、绝经期头痛均与内分泌紊乱有关。

### 【临床表现】

头痛的临床症状并不相同,根据头痛的性质可分为持续性痛、胀痛、剧痛、阵发性痛;根据头痛部位,可分为偏头痛、前额痛、后头痛、头顶痛。头痛的病因不同,临床表现各异。

#### (一)外感头痛

1. 风寒头痛:头痛连及项背,恶风畏寒,口不渴,苔薄白,脉浮紧。
2. 风热头痛:头胀痛如裂,发热恶风,面红目赤,口渴喜饮,溲赤,苔黄,脉浮数。
3. 风湿头痛:头痛如裹,肢体困重,胸闷纳呆,苔白腻,脉濡。

#### (二)内伤头痛

1. 肝阳头痛:头痛而眩,心烦易怒,夜寐不安,兼胁痛,舌红,苔薄黄,脉弦有力。
2. 血虚头痛:头痛而晕,面色少华,心悸不宁,舌质淡,苔薄白,脉细弱。
3. 痰浊头痛:头痛昏蒙,胸脘痞闷,纳呆呕恶,苔白腻,脉滑或弦滑。
4. 瘀血头痛:头痛经久不愈,痛处固定不移,如锥刺,或有头部外伤史,舌有瘀斑,脉细或细涩。
5. 肾虚头痛:头痛且空,眩晕耳鸣,少寐多梦,腰膝酸软,遗精带下,舌红少苔,脉细无力。

### 【治疗】

(一)治疗原则:行气活血,疏经通络,镇静止痛。

(二)取穴及部位:印堂、头维、太阳、阳白、百会、肩井、风池。

(三)主要手法:一指禅推法、按揉法、击法、拿法、梳法。

#### (四)操作方法

1. 基本操作:患者坐位。医者先用一指禅推法从印堂穴开始向上沿发际至头维、太阳穴,往返5遍。然后按揉印堂、阳白、太阳、百会,每穴约1分钟。用指尖击法从前额部向

后颈部反复叩击 5 分钟。用拿法从前额发际处拿至风池穴处。用拿法从风池穴拿至大椎穴,反复操作 3 分钟左右。用一指禅推法沿颈部两侧膀胱经、督脉上下往返治疗 5 分钟。用拿法拿风池穴、肩井穴各约 2 分钟。

## 2. 辨证加减

### (1) 风寒头痛

- ① 按揉肺俞、风门,每穴约 2 分钟。
- ② 直擦背部两侧膀胱经,以透热为度。

### (2) 风热头痛

- ① 拿曲池、合谷,每穴约 1 分钟。
- ② 按揉大椎、肺俞、风门,每穴约 1 分钟。
- ③ 用拍法拍击背部两侧膀胱经,以皮肤微红为度。

### (3) 风湿头痛

- ① 按揉大椎、合谷,每穴约 2 分钟。
- ② 提捏印堂及项部皮肤,以皮肤透红为度。
- ③ 用拍法拍击背部两侧膀胱经,以皮肤微红为佳。

### (4) 肝阳头痛

- ① 推桥弓,从上而下每侧各推 30 次左右,两侧交替进行。
- ② 按揉肝俞、阳陵泉、太冲、行间,每穴约 1 分钟。

### (5) 血虚头痛

- ① 按揉三阴交、膈俞,每穴约 1 分钟。
- ② 掌摩腹部 5 分钟。
- ③ 直擦背部督脉,以透热为度。

### (6) 痰浊头痛

- ① 按揉中脘穴、天枢穴,每穴约 2 分钟。
- ② 摩腹部 5 分钟左右。
- ③ 按揉脾俞、胃俞、足三里、丰隆,每穴约 1 分钟。

### (7) 肾虚头痛

- ① 按揉肾俞、命门、腰阳关、气海、关元,每穴 1~2 分钟。
- ② 直擦背部督脉,横擦腰骶部,以透热为度。

### (8) 瘀血头痛

- ① 指按揉攒竹、太阳穴,每穴约 5 分钟。
- ② 指按揉合谷、血海、太冲,每穴约 1 分钟。
- ③ 擦前额部,以透热为度。

## 【其他疗法】

1. 耳针疗法:神门、皮质下,外感头痛取肺,血虚头痛取脾胃等。
2. 水针疗法:用当归注射液 2ml,注入风池、合谷,每日 1 次。

## 【注意事项】

1. 要根治头痛,尤其是内伤头痛,需要一定的疗程。引起头痛的原因很多,应针对其

病因治疗。对头痛剧作,或进行加剧,伴有恶心呕吐者,应防止占位性病变,必须进一步检查。对颅内疾病中的脑脓肿、脑血管疾病急性期、颅内占位性疾病、脑挫裂伤、外伤性颅内血肿等引起的头痛则忌用推拿治疗。

2. 注意平时保暖,以抵御外邪侵袭;保持心情舒畅,避免不良情绪刺激;头痛的急性发作期,应适当休息,不宜食用炸烤辛辣的食物,以防生热助火,有碍治疗,限制烟酒。

## 第十七节 面 瘫

### 【概述】

面瘫亦称面神经麻痹,主要临床表现为口眼喎斜,中医称口眼歪斜。任何年龄均可发病,以青壮年较为多见,男性多于女性,绝大多数为一侧。本病可分为周围性、中枢性两种,周围性面瘫多因面神经在茎乳突孔内急性非化脓性炎症引起,中枢性面瘫多因颅内原因而发生。

### 【病因病机】

中医认为本病是由于正气不足,络脉空虚,风寒之邪侵入经脉,以致经气阻滞,经筋失养,肌肉纵缓不收而发病。西医解剖学证明面神经出脑后,进入狭窄、细长的颞骨神经管,由茎乳孔出颅分布到面部表情肌。大部分患者因局部受风,营养面神经的血管发生痉挛,导致面神经缺血、水肿,引起面神经麻痹。主要病理表现是面神经水肿,髓鞘或轴突有不同程度的变性,以茎乳突孔内部为甚,部分病人的乳突和面神经管壁的骨细胞也有变性。

### 【临床表现】

起病突然,发现一侧面部板滞、麻木,不能做蹙额、皱眉、露齿、鼓颊、吹口哨等动作,皱纹消失,露睛流泪,口角向健侧歪斜,口角流涎,嚼食障碍,患侧鼻唇沟变浅或消失。少数病人初起可有耳后、耳下及面部疼痛。严重者出现患侧舌前 $2/3$ 味觉减退或消失,听觉障碍。

### 【治疗】

(一)治疗原则:活血祛风、舒经通络。

(二)取穴及部位:印堂、阳白、太阳、四白、睛明、迎香、地仓、下关、颊车、听宫、承浆、风池、翳风、合谷。

(三)主要手法:一指禅推法、按揉法、抹法、揉法、拿法。

(四)操作方法

医者用一指禅推法自印堂穴开始,经阳白、太阳、四白、睛明、迎香、地仓、下关至颊车,往返5遍。用抹法自印堂穴交替向上抹至神庭穴,从印堂向左右抹至太阳穴,从印堂穴向左右抹上下眼眶,自睛明穴沿两侧颧骨抹向听宫穴,从迎香穴沿两侧颧骨抹向听宫穴,治疗约6分钟。按揉牵正、翳风,每穴约2分钟。用大鱼际揉面部前额及颊部5分钟左右。在患侧颜面部向眼方向用擦法治疗,透热为度。拿风池、合谷各5分钟。

### 【其他疗法】

1. 理疗:用红外线或超短波配合治疗,每日1次,同时每日可自行热敷数次。

2. 电针:取地仓、颊车、太阳,用疏密波,每日1次。

3. 穴位敷贴:将马钱子做成细粉剂,撒于胶布上,贴于患侧下关穴,2天换1次。

### 【注意事项】

(1)手法不应太重,时间不应太长,20分钟为宜,以免损伤皮肤或导致肌肉疲劳。

(2)避风寒,慎起居,注意局部保暖。配合滴眼药水防止眼部感染。

(3)发生面瘫,应及早去医院就诊。本病发病后若及时接受治疗,则恢复较快。若在半年尚未恢复者,则完全恢复的可能性不大。对少数面神经功能不能恢复者,考虑手术。

## 第十八节 面 痛

### 【概述】

面痛相当于现代医学的三叉神经痛。三叉神经是感觉与运动的混合神经。神经核位于脑桥,它的神经纤维经半月神经节分别支配咀嚼运动与面部浅感觉,在三叉神经分布区内反复发作的剧烈疼痛,称为三叉神经痛。多发于中年以后,女性多于男性,分为原发性和继发性。

### 【病因病机】

中医认为本病是由于感受风寒,经脉痹阻而致。

西医认为继发性三叉神经痛是由于脑桥、延脑、半月节神经节或三叉神经径路等的肿瘤、血管畸形、动脉瘤等血管疾病和带状疱疹等感染所致。原发性三叉神经痛是由于三叉神经半月节行经脑桥的后根,尤其是后根穿越岩峭处受到压迫、牵拉,进一步引起半月节神经元及后根变性,破坏了它对疼痛刺激的调整机制或引起异常的病样放电,产生疼痛。

### 【临床表现】

突然在一侧面部出现阵发性剧痛,痛如烧灼样、刀割样、钻凿样或针刺样,每次疼痛短暂,间歇期无痛,每日发作次数不等,常因触及面部的某一点而诱发。不敢刷牙、洗脸、剃须、漱口和进食,患侧面部可出现抽搐、潮红、灼热感、流泪、流涕、流涎、出汗等症状,部位以上颌支分布区(鼻翼、上唇、下眼睑)最多,下颌支(颊部、下唇、下颌)次之,眼支(上眼睑、前额部)最少见。单侧三支或两侧同时受累极少。原发性三叉神经痛一般无明显的神经系统阳性体征,多呈间歇性。若伴有其他神经系统损害,或疼痛呈持续性、阵发性加剧者,应考虑继发性三叉神经痛。

### 【治疗】

(一)治疗原则:调和气血,疏通经络,解痉止痛。

(二)取穴及部位:睛明、四白、太阳、头维、颊车、上关、下关、听宫、听会、耳门、翳风、外关、合谷。

(三)主要手法:一指禅推法、扫散法、按揉法、点法、揉法、拿法。

(四)操作方法:患者仰卧。医者以一指禅推法从太阳至头维,从太阳到上关和下关,往返6遍。以一指禅推法沿眼眶做“oo”字形操作,往返5遍。指按揉太阳、翳风、颊车、下关、听宫、听会、睛明、耳门、四白,每穴约1分钟。用扫散法在胆经循行路线,自前上方向后下方操作,两侧交替进行,各做30次。用大鱼际揉法在颜面部应用约5分钟。用点法、指揉法在触发点上施用1分钟左右,刺激要强。拿外关、合谷,以麻胀为度。

**【其他疗法】**

1. 针刺疗法:取穴攒竹、阳白、承浆、下关、颊车、合谷、外关,每次取3穴,每日1次,针用泻法,留针30min。

2. 水针:用维生素 B<sub>1</sub>:100mg 或维生素 B<sub>12</sub>:100mg 注射液注射压痛点,每穴0.5~1ml,每隔3d注射1次。

**【注意事项】**

1. 操作手法宜轻柔,以免加重病情。
2. 适当参加体育锻炼,以增强体质;嘱患者慎起居,避风寒,以防御外邪侵袭;调节情志,避免不良情绪的刺激;戒烟酒,避免吃辛辣等刺激性食物。

## 第十九节 癃 闭

**【概述】**

癃闭是指小便量少,点滴而出,甚则闭塞不通为主证的一种疾病。癃是指小便不畅,点滴短少,病势较缓者;闭是指小便闭塞,点滴不通,病势较急。由于二者都是指排尿困难,只有轻重的不同,故合称为癃闭。癃闭包括西医学中各种原因引起的尿潴留和无尿症。如神经性尿闭、尿路结石、尿路肿瘤、尿路损伤、尿道狭窄、膀胱括约肌痉挛、前列腺增生症、脊髓炎等病所出现的尿潴留及肾功能不全引起的少尿、无尿。

**【病因病机】**

小便不畅或闭塞的原因主要有三:一为膀胱气化不利:如湿热流注、热迫、气机不利;或肺为邪困,宣发失司,上闭而下不通,致膀胱气化失调;或因肝郁,疏泄紊乱,膀胱受其影响而气机不利;或脾虚不能升举,阴盛阳衰,阴不化水。二为尿路梗阻,小便不能排出:多为尿道被瘀血、结石等所阻塞,如术后或结石病。三是肾气不足,无力启关,小便不出。

(一)肝气郁滞:七情内伤,肝气郁结,从而影响三焦水液的运行及气化,水道通调受阻,而致癃闭。

(二)肺热壅盛:热壅于肺,肺气不能肃降,津液输布失常,水道通调不利,不能下输膀胱;热气过盛,下移膀胱,上下焦均为热气闭阻,而致癃闭。

(三)膀胱湿热:中焦湿热,下注膀胱,或肾热移于膀胱,膀胱湿热阻滞,气化不利,小便不通,而致癃闭。

(四)肾阳不足:年老体弱或久病体虚,命门火衰,所谓“无阳则阴无以生”,以致膀胱气化无权,而成癃闭。

(五)瘀血凝聚或尿路结石:瘀血或肿块结石,阻塞尿路,小便难以排出,而成癃闭。

总之,癃闭是由于膀胱气化不利而成,与肺、脾、肾、三焦的关系最为密切。另外,肝郁以及各种原因引起的尿路阻塞等也可引起癃闭。

**【临床表现】**

(一)肝气郁滞:情志抑郁,多烦善怒,小便不通或通而不畅,胁腹胀满,舌红,苔薄或薄黄,脉弦。

(二)肺热壅盛:小便不通或不爽,咽干,烦渴欲饮,呼吸短促,苔薄黄,脉数。



(三)膀胱湿热:小便点滴不通或量少而短赤灼热,小腹胀满,口苦口粘,口渴不欲饮,舌质红,苔根黄腻,脉数。

(四)肾阳不足:小便不通或不爽,排出无力,面色㿔白,神气怯弱,畏寒,腰膝冷而无力,舌淡,苔白,脉沉细而迟弱。

(五)尿路阻塞:小便点滴而下或细如线,甚则阻塞不通,小腹胀满疼痛,舌质紫暗或有瘀点,脉涩。

### 【治疗】

(一)治疗原则:疏调气机,通利小便。

(二)取穴及部位:中脘、天枢、气海、关元、中极、足三里、三阴交

(三)主要手法:一指禅推法、摩法、按揉法。

(四)操作方法

1. 基本操作:患者仰卧。医者用掌摩法顺时针方向摩腹,约5分钟。一指禅推或指按揉中极、气海、关元,每穴约1分钟。医者用轻缓的掌摩法和掌揉法摩、揉两大腿内侧,约5分钟。指按揉足三里、三阴交,每穴约1分钟,以局部酸胀为度。

2. 辨证加减

(1)膀胱湿热

①按揉阴陵泉、膀胱俞,每穴约1分钟。

②横擦骶部,以透热为度。

(2)肺热壅盛

①横擦大椎及后背部,横擦骶部八髎穴,均以透热为度。

②按揉中府、云门、曲池、太渊、合谷,每穴约1分钟,以酸胀为度。

③斜擦两肋,透热为度。

(3)肝气郁滞

①按揉太冲、行间,每穴约1分钟,以明显酸胀感为度。

②用擦法顺肋间隙斜擦5分钟,以透热为度。

(4)肾阳不足

①按揉肾俞、命门,每穴约1分钟。

②横擦肾俞、命门,直擦督脉,以透热为度。

(5)瘀血凝聚或尿路结石

①指按揉肾俞、志室、三焦俞、膀胱俞、水道、阳陵泉,每穴约1分钟。

②横擦腰骶部,透热为度

### 【其他疗法】

1. 取嚏或探吐法:打喷嚏或呕吐,能开肺气,通下焦之气,是一种简单有效的通利小便方法。其方法是用消毒棉签向鼻中取嚏或喉中探吐;也可用皂角粉末0.5g,吹鼻取嚏。

2. 足底按摩:选反射区肾脏、输尿管、膀胱、尿道。

3. 外敷法:可用葱白500g,捣碎,入麝香少许拌匀,分2包,先置脐上1包,热熨约10分钟,再换1包,以冰水熨10分钟,交替使用,以通为度。

4. 耳压:选穴肾、膀胱、外生殖器、交感、皮质下。

5. 导尿法:若经过服药、外敷等法治疗无效,小腹胀满特甚,叩触小腹部膀胱区呈浊音,当用导尿法以缓其急。

### 【注意事项】

1. 推拿疗法对膀胱充盈性的尿潴留,效果明显,但对真性无尿,如尿毒症等,目前尚不能治疗。推拿治疗效果不理想或病情紧急者,当行导尿术后,再进一步推拿治疗。

2. 在推拿治疗过程中,医生手法要轻柔、缓和,用劲深沉。病人宜保持镇静,配合医生治疗。部分癃闭患者膀胱胀满膨隆,小腹拘急,腹部手法须注意部位和力度。

3. 锻炼身体,保持心情舒畅,切忌忧思恼怒;消除各种外邪入侵和湿热内生的有关因素,如过食肥甘辛辣及饮酒、忍尿、压迫会阴部、贪凉、纵欲过劳等;积极治疗淋证和水肿等疾患,对防止癃闭有重要意义。

## 第二十章 淋 证

### 【概述】

淋证是指小便频数短涩,滴沥刺痛,痛引腰腹的病证,又称淋漓、五淋。《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》中对本病的症状作了论述:“淋之为病,小便如粟状,小腹弦急,痛引脐中。”该病临床较常见,以已婚女性为多,农村多于城市,男性患此病,多与不洁性交有关,应详查病史。

现代医学的尿路感染、尿路结石等,当临床表现为尿路刺激征,即尿频、尿急、尿痛时,可参考本篇辨治。

### 【病因病机】

(一)膀胱湿热:过食肥甘酒热,脾胃运化失常,积湿生热,湿热下注膀胱;下阴不洁,秽浊之邪上犯膀胱,酿成湿热,发而为淋。

(二)脾肾气虚:久淋不愈,湿热耗伤正气;年老或久病体弱;劳累过度,房室不节,多产,均可导致脾肾亏损,发而为淋。

(三)肝郁气滞:郁怒伤肝,肝气失于疏泄,气郁化火,气火郁于下焦,气化失常,小腹作胀,小便艰涩而痛,发为气淋。

五淋虽独立成病,但它们之间可相互转化:如膀胱湿热所致之热、石、血淋,日久伤津血亏,可损伤脾肾而成膏淋,肝郁气滞,水道受阻,郁而化热,又可成热淋。

### 【临床表现】

(一)热淋:小便频数,点滴而下,尿色黄赤,灼热刺痛,急迫不爽,苔黄腻,脉濡数。

(二)石淋:尿中时夹砂石,小便艰涩,或排尿时突然中断,尿道疼痛,少腹拘急,腰腹绞痛难忍、牵引小腹、连及外阴,尿中带血,舌红,苔薄黄,脉弦或数。

(三)气淋

1. 实证:小便淋漓不畅,余沥难尽,脐腹胀痛难忍,苔薄白,脉沉弦。

2. 虚证:尿频溲清,滞涩不甚,余沥难尽,小腹坠胀,空痛喜按,不耐劳累,舌质淡,脉虚细无力。

(四)膏淋

1. 实证:小便混浊不清,呈乳糜色,置之沉淀如絮状,上有浮油如脂,尿时不畅,灼热疼痛,舌质红,苔黄腻,脉濡数。

2. 虚证:病久不已,反复发作,淋出如脂,涩痛减轻,腰膝酸软,头昏无力,舌淡,苔腻,脉细弱无力。

### 【治疗】

(一)治疗原则:实则清利,虚则补益。

(二)取穴及部位:肾俞、膀胱俞,腰骶部,中极、关元,小腹部。

(三)主要手法:一指禅推法、按揉法、摩法。

(四)操作方法

1. 基本操作:患者仰卧。一指禅推肾俞、膀胱俞,每穴约2分钟。用掌按揉法按揉腰骶部5分钟左右。医者用一指禅推法或指按揉法在中极、关元处施术,每穴约5分钟。用掌摩法在小腹部施术10分钟左右。

2. 辨证加减

(1)热淋

①点三阴交、阴陵泉、足三里,用力以酸胀为度。

②用拿法拿下肢前侧、内侧肌肉5分钟左右。

(2)石淋

①用点法点委阳、照海、足三里,用力以酸胀为度。

②用拿法拿下肢后侧、外侧肌肉5分钟左右。

(3)气淋

①实证

a. 按揉肝俞、天枢、期门、章门处治疗,每穴约1分钟。

b. 点按阳陵泉、行间、丰隆、阴陵泉、太溪各1分钟左右。

c. 用拿法拿下肢前侧、内侧肌肉3分钟左右。

②虚证

推拿治疗方法与膏淋虚证相同。

(4)膏淋

①实证

推拿治疗方法与热淋相同。

②虚证

a. 用一指禅推命门、志室、气海穴,每穴约1分钟。

b. 点按阴陵泉、三阴交、复溜、曲泉,每穴约1分钟。

c. 拿下肢前侧和内侧肌肉3分钟左右。

d. 擦涌泉穴,以透热为度。

### 【注意事项】

1. 增强体质,防止情志内伤,消除各种外邪入侵和湿热内生的有关因素,如纵欲过劳、忍尿、过食肥甘、外阴不洁等,是预防的重要方面。

2. 淋证属热、属实、应多饮水,或配合药物清热利湿排石,疗效更佳。

3.急性发作者,最好卧床休息。

## 第二十一节 遗 精

### 【概述】

遗精是指没有性生活而精液频繁遗泄的病症。有梦而遗精者,称为梦遗;无梦而遗精,甚至清醒时精液流出者,称滑精。正常未婚男子或婚后夫妻分居者,每月遗精1~2次,属正常生理现象。若未婚男子遗精次数频繁,每周2次以上或已婚男子不因性生活而排泄精液,多在睡眠中发生,每周超过1次以上,并伴其他症状,则属病理状态。西医学之神经衰弱、前列腺炎以及某些慢性疾病出现以遗精为主要症状时,可参照本节内容治疗。

### 【病因病机】

正常精液贮于肾,固于肾,调于肾,赖元阳温煦,靠真阴滋润,又与后天水谷之精的充养,心神的主导与情志的疏泄等因素相关。遗精的发病机理,主要责之心、脾、肝、肾等脏,其中与心、肾最为密切。且多由于先天不足、房室不节、用心过度、思欲不遂、饮食不节等原因引起。另外,肾者主蛰,久遗则无不耗精伤肾,肾虚而遗精更甚。

(一)阴虚火旺:心阳独亢,心阴被灼,夜寐则神不守舍,淫梦泄精。心火久动,汲伤肾水,水不济火,于是君火动越于上,肝肾相火内扰精室,阴精失位,应梦而泄。

(二)湿热下注:醇酒厚味,损伤脾胃,湿浊内生,流注于下,蕴而生热,热扰精室,而致遗精。

(三)心脾两虚:思虑劳倦太过,劳伤心脾,心脾气虚,气不摄精,而致遗精。

(四)肾虚不固:先天不足,下元虚惫或青年早婚,房室过度或少年无知,频犯手淫,导致肾虚不藏,精关不固而遗精。

### 【临床表现】

(一)阴虚火旺:少寐多梦,梦则遗精,五心烦热,心悸口干,小溲短赤,舌红,少苔,脉细数。

(二)湿热下注:遗精频作,或尿时有精液外流,小溲热赤混浊,或溺涩不爽,大便溏臭,或脘腹痞闷,或恶心,舌质红,苔黄腻,脉濡数。

(三)心脾两虚:劳则遗精,面色萎黄,倦怠乏力,食少便溏,舌质淡,苔薄白,脉弱。

(四)肾虚不固:遗精频作,甚则滑精,失眠健忘,耳鸣,精神萎靡,夜尿多,舌淡,苔白滑,脉沉细。

### 【治疗】

(一)治疗原则:益肾固精

(二)取穴及部位:肾俞、命门、肩井、合谷、三阴交、太溪。

(三)主要手法:揉法、摩法、擦法、拿法、按揉法。

(四)操作方法

1.基本操作:患者仰卧。先用掌根揉法在神阙穴施术,以脐下有温热感为度。再用掌摩法摩小腹部,约10分钟。然后按揉中极、气海、关元各2分钟。按揉肾俞、命门1~2分钟。用擦法横擦肾俞、命门,以透热为度。用拿法拿肩井、合谷各1~2分钟。按揉三阴

交、太溪各 2 分钟。

#### 2. 辨证加减

##### (1) 阴虚火旺

①指按揉内关、神门、曲池,每穴约 1 分钟。

②擦涌泉穴,以透热为度。

##### (2) 湿热下注

①用掌摩法逆时针摩腹 5 分钟。

②指按揉三焦俞、膀胱俞、阴陵泉各 1 分钟左右。

##### (3) 心脾两虚

①指按揉心俞、脾俞、胃俞、足三里,每穴约 1 分钟。

②直擦膀胱经,以透热为度。

##### (4) 肾虚不固

①指按揉肾俞、志室,每穴约 2 分钟。

②用擦法直擦督脉,以透热为度。

#### 【其他疗法】

1. 针灸疗法:取肾俞、关元、三阴交,用泻法,每日 1 次,每次留针 30min。

2. 耳针:取屏间、耳神门、心、肾。每次选两穴,梦遗用强刺激,滑精用弱刺激,每日 1 次,10 次为 1 疗程。

#### 【注意事项】

1. 加强腰腹及盆底肌肉练习,如主动挺腹收腹、仰卧起坐、缩肛缩阴等。每日早晚各练 1 次,每次半小时左右。

2. 嘱患者积极配合,调摄心神,排除杂念,戒除手淫,节制房事,是配合推拿治疗遗精的关键,否则疗效不佳。睡前用温水洗脚,夜晚进食不宜过饱;睡眠时最好侧卧。进行体育锻炼和体力劳动,避免过度的脑力劳动;少食辛辣刺激性食物。

## 第二十二节 阳 痿

#### 【概述】

阳痿是男子由于惊恐、虚损或湿热等原因,致使宗筋弛纵,阴茎痿软不举或临房举而不坚的病证。《灵枢·经筋》称为“阴器不用”,《太平惠民和剂局方》称为“阳事不举”。《景岳全书·阳痿》说:“阳痿者,阳不举也。”指出阳痿即是阳痿。

西医学的男子性功能障碍和某些慢性疾病表现以阳痿为主者,可参考本节内容辨证论治。

#### 【病因病机】

(一) 命门火衰:房劳过度或少年误犯手淫,命门火衰,而致阳事不举。

(二) 心脾两虚:思虑忧郁,损伤心脾,气血不足,宗筋失养,而致阳痿。

(三) 湿热下注:醇酒厚味,损伤脾胃,湿浊化热,流注于下,宗筋弛缓,以致阳痿。

(四) 恐惧伤肾:恐则伤肾,渐至阳痿不振,举而不坚。

西医认为其发病原因除了生殖器官的器质性病变,如神经损害、生殖器畸形、海绵体肌损害等之外,多数由于脊髓中枢功能紊乱或大脑皮质对勃起的抑制加强所致。

### 【临床表现】

(一)命门火衰:阳事不举,精薄清冷,面色㿔白,腰膝酸软,畏寒肢冷,舌质淡,苔白,脉沉细。

(二)心脾两虚:阳事不举,夜寐不安,面色不华,食少纳呆,舌质淡,苔薄腻,脉细。

(三)湿热下注:阴茎痿软,勃而不坚,阴囊潮湿臊臭,小便黄赤,余沥不尽,舌质红,苔黄腻,脉濡数。

(四)恐惧伤肾:阳痿不振,举而不坚,心悸失眠,苔薄腻,脉弦细。

### 【治疗】

(一)治疗原则:益肾壮阳

(二)取穴及部位:神阙、气海、关元、中极、心俞、脾俞、肾俞、命门、腰阳关、三阴交

(三)主要手法:揉法、一指禅推法、摩法、振法、擦法、拿法

(四)操作方法

1.基本操作:患者仰卧。先用掌根揉神阙穴5分钟左右;然后用一指禅推气海、关元、中极穴各2分钟左右;再摩下腹,以温热为度;最后掌振下腹部5分钟左右。患者俯卧位。医者按揉心俞、脾俞、肾俞、命门,每穴约1分钟。擦腰阳关穴,透热为度。按揉三阴交穴。拿大腿内侧肌肉3分钟。

2.辨证加减

(1)命门火衰

①按揉肾俞、命门,每穴约5分钟。

②直擦督脉及脊柱两侧膀胱经,横擦肾俞、命门,均以透热为度。

(2)心脾两虚

①按揉内关、足三里、血海,每穴约2分钟。

②按揉心俞、脾俞,每穴约2分钟。

(3)湿热下注

①按揉天枢、丰隆、足三里、阴陵泉、大肠俞、膀胱俞,每穴2分钟。

②摩下腹部,约5分钟。

(4)恐惧伤肾

①分抹前额10次。

②按揉太阳、神门、大陵、胆囊穴,每穴2分钟。

③拿上肢内侧肌肉,约2分钟。

### 【其他疗法】

1. 针灸疗法:取命门、三阴交、关元穴,施补法,每日1次。

2. 饮食疗法:取精羊肉100g、巴戟天10g、肉苁蓉20g、葱白5根,同煮去药,食肉喝汤。

### 【注意事项】

1. 阳痿大多数属功能性病变,经过适当的治疗调养,一般可得治愈,预后良好。除了

治疗,夫妻间的理解与关怀更为重要。所以最好能将病情及有关知识告诉患者妻子,求得支持。

2. 生活应有规律,起居要有常,忌烟酒。
3. 加强身体素质锻炼,进行心理咨询,丢掉思想负担。

## 第二十三节 消 渴

### 【概述】

消渴是以多食、多饮、多尿等“三多”和身体消瘦“一少”为特征的病证。中医消渴在临床较常见,尤以中老年人多为多。因消渴而变生的其他证候可严重影响人的生活质量,如咳嗽、痲痲、水肿、云翳遮睛等,应该积极防治。本病相当于现代医学的糖尿病。

### 【病因病机】

(一)饮食不节:过食肥甘厚味及辛燥刺激食物,损伤脾胃,内蕴积热,化燥耗津,而成消渴。

(二)情志失调:长期过度的精神刺激,肝气郁结,郁久化火,消烁脾胃阴津,而致消渴。

(三)劳欲过度:劳欲过度,肾精亏损,虚火内生,则“火因水竭而益烈,水因火烈而益干”,终至肾虚肺燥胃热俱现,而成消渴。

(四)过服温燥药物:长期服用温燥壮阳之剂,可使燥热内生,阴津亏损,发为消渴。

消渴的病机主要有以下几个特点。

1. 病机主要在于阴津亏损、燥热偏胜,阴虚为本,燥热为标。两者互为因果,燥热愈甚则阴愈虚,而阴愈虚则燥热愈甚。病变的脏腑重在肺、脾、肾三脏,肾为关键。三者之中,虽可有所偏重,但常相互影响。

2. 本证迁延日久,阴损及阳,可见气阴两伤或阴阳俱虚,甚则可见肾阳衰微。

3. 阴虚燥热,多发变证。可并发白内障、雀盲、耳聋、肺癆、疮疖、痲疽、偏瘫、水肿。

4. 消渴发病常与血瘀有关。

### 【临床表现】

(一)上消(燥热伤肺):烦渴多饮,口干咽燥,多食易饥,舌质红,苔薄黄,脉数。

(二)中消(胃燥津伤):可见消谷善饥,大便秘结,口干欲饮,舌质红,苔黄,脉滑有力。

(三)下消(肾阴亏损):可见尿频量多,混如脂膏,头晕目眩,耳鸣,视物模糊,舌红,无苔,脉细弦数。

### 【治疗】

(一)治疗原则:养阴清热,益气补肾。

(二)取穴及部位:膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、肾俞、命门、三焦俞、大椎、中腕、梁门、神阙、气海、关元、曲池、足三里、三阴交、涌泉。

(三)主要手法:一指禅推法、按揉法、振法、擦法。

(四)操作方法

1. 基本操作:患者俯卧。医者用一指禅推法推背部脊柱两侧膀胱经第一侧线,从膈俞至肾俞,往返操作约 10 分钟。按揉膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、肾俞、三焦俞、阿是穴,阿

是穴为重点,每处约1分钟。指振大推穴,约1分钟。用擦法直擦背部膀胱经第一侧线,横擦肾俞、命门,以透热为度。患者仰卧位。按揉中脘、梁门、气海、关元,每穴约2分钟。按揉曲池1分钟左右,点按足三里、三阴交,每穴约2分钟,以酸胀为度。擦涌泉穴,以透热为度。

## 2. 辨证加减

### (1) 上消明显者

①指按揉心俞、肺俞、中府、云门、手三里、阳陵泉,每穴约1分钟。

②掐少商穴,约1分钟。

③拿肩井、上臂、前臂,约5分钟。

### (2) 中消明显者

①指按揉肝俞、天枢、期门、章门、血海,每穴约1分钟。

②搓胁肋2分钟左右。

### (3) 下消明显者

①指按揉肝俞、志室、水分、中极、太溪,每穴约1分钟。

②横擦骶部,以透热为度。

### (4) 三消并存者

在基本治法后,用指按揉法按揉上述上、中、下三消所加用的全部或部分穴位。

## 【其他疗法】

1. 水针疗法:按三消辨证取穴。方法:用当归注射液或小剂量胰岛素,每穴注射0.5~2ml,隔日或每日1次。

2. 皮肤针疗法:主要叩刺胸椎7~10两侧部位,隔日1次。

3. 足底按摩:选胃、十二指肠、胰腺、肾上腺、头、垂体、生殖腺。

## 【注意事项】

1. 上述治疗对本证的轻中型患者在配合饮食控制的情况下,可以起到改善症状和调节胰岛素分泌功能的作用,但对重型病人及胰岛素完全依赖型病人,效果较差。

2. 饮食疗法是治疗糖尿病的基本方法,推拿对轻、中型患者效果较好,必要时视病情需要配合使用降糖药物。适当锻炼,控制体重对治疗有一定的帮助。患者应注意节制饮食,以清淡为宜,不要过饱,忌食肥甘。

3. 嘱患者避免精神紧张,保持心情舒畅;不要过度劳累,节制房事。适当参加体育锻炼和体力劳动,不宜食后则卧,终日久坐。

## 第二十四节 痹 证

### 【概述】

痹证是由于风寒湿热外邪侵袭人体,闭阻经络,气血不畅所导致的以肌肉、筋骨、关节发生痛、木、重、屈伸不利,关节肿大灼热等为主要临床症状的病证。临床上具有渐进性和反复发作的特点。《素问·痹论篇》指出:“风寒湿三气杂至,合而为痹,其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹也。”本病属现代医学“良性风湿性疾病”,包括肢体



关节、韧带、肌肉、滑膜或滑囊等部位出现的疼痛、酸楚、麻木、肿胀等,但一般不出现骨性关节损害、畸形等严重功能障碍的关节炎。

### 【病因病机】

(一)风寒湿邪,侵袭人体:居处潮湿、涉水冒雨、水中作业、汗出入水、气候剧变、劳力感寒受湿等,风寒湿之邪乘虚侵袭人体,注于经络,留于关节,气血痹阻,而成痹证。

(二)热痹:关节疼痛,局部灼热红肿,得寒凉稍舒,痛不可触,可涉及一个或多个关节,多兼有发热恶风、口渴、烦闷不安等全身症状,苔黄燥,脉滑数。

### 【治疗】

(一)治疗原则:祛风散寒、清热除湿、疏经通络。

(二)取穴及部位:病变关节周围腧穴、肩井、曲池、合谷、环跳、风市、阴陵泉、阳陵泉、鹤顶、昆仑、肺俞、膏肓俞、肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、小肠俞。

(三)主要手法:按法、揉法、拿法、搓法、捻法、摇法、擦法、抖法。

(四)操作方法

在病变关节周围用拿法治疗 10 分钟左右,配合该关节的被动活动。病变关节较小者则用一指禅推法或指按揉法治疗,时间 10 分钟左右。指按病变关节周围穴位,用力以酸胀为度,重按阿是穴,以患者能够忍受为度,时间约 5 分钟。病变关节较大者,用搓法治疗;病变关节较小者,用捻法治疗,时间 5 分钟。病变关节活动受限者,用摇法施于该关节。在病变关节周围用擦法治疗,透热为度。最后用抖法结束治疗。

### 【其他治疗】

1. 耳穴按压:肾上腺、皮质下,再视患病部位加相应穴位,如肩痛、腰痛、肘痛可分别加肩痛、腰痛、肘点。

2. 热敷疗法:在病变部位进行热敷,每次 20min,每日 1 次。

### 【注意事项】

1. 痹证因内外合邪而成,经络脏腑,营卫气血多有涉及,病情多错综复杂,其来也缓,其去也缓,宜内外兼治,方能提高疗效。

2. 治疗过程中,特别是最初几次推拿治疗后,病人自觉酸痛加重,属于正常现象。

3. 推拿治疗痹证,疗效较好,但对于疾病发作期,如风湿热发作,需配以药物治疗。

4. 平时注意调摄,增强体质和加强病后调摄护理。调摄之中适寒温最为重要。关节功能障碍者,须加强关节功能锻炼。

## 第二十五节 痿 证

### 【概述】

痿证是指肢体筋脉弛缓,软弱无力,日久肌肉萎缩的一种病症。临床上以下肢痿弱较为多见,故称“痿蹙”。“痿”是指肢体痿弱不用,“蹙”是指下肢软弱无力,不能步履之意。有关痿证的记载,首见于《内经》,《素问·痿论》指出本病的主要病机为“肺热叶焦”,将痿证分为筋、脉、肉、皮、骨五痿。在治疗法则上,提出了“治痿独取阳明”的理论。

本病多见于现代医学的急性脊髓炎,多发性神经炎,重症肌无力,进行性肌萎缩,周期

性麻痹,肌营养不良;瘧病性瘫痪和其他中枢神经系统感染并发轻瘫的后遗症等。

### 【病因病机】

(一)肺热伤津:温热毒邪,高热不退或病后余热燔灼伤津耗气,皆令“肺热叶焦”,不能布送津液,四肢筋脉失养,痿弱不用,而成痿证。

(二)湿热浸淫:久处湿地或涉水淋雨,感受外来之湿邪,郁而生热,浸淫经脉,筋脉弛缓不用,而成痿证。

(三)脾胃虚弱:素体脾胃虚弱或久病成虚,不能濡养五脏、运行气血,以致筋骨失养,关节不利,肌肉瘦削,肢体痿弱不用,而成痿证。

(四)肝肾亏虚:体虚病久,阴精气血亏损,或疲劳过度等,伤及肝肾,筋骨经脉失于濡养,导致痿证。

### 【临床表现】

(一)肺热伤津:两足痿软不用,渐至肌肉消瘦,皮肤枯燥,心烦口渴,呛咳无痰,咽喉不利,舌红,苔黄,脉细数。

(二)湿热浸淫:肢体逐渐出现痿软无力,以下肢常见,手足麻木、顽痒,扪及微热,喜凉恶热,身重面黄,胸脘痞闷,小便赤涩热痛,舌苔黄腻,脉濡数。

(三)脾胃虚弱:肢体痿软无力,逐渐加重,纳少便溏,苔薄白,脉细。

(四)肝肾亏虚:起病缓慢,下肢痿软无力,腰脊酸软,不能久立,甚至步履全废、大肉渐脱,头昏目眩,发落耳鸣,遗精,早泄,遗尿,妇女月经不调,舌红绛,脉细数。

### 【治疗】

(一)治疗原则:益气生津,强筋壮骨。

(二)取穴及部位:中府、云门、膻中、中腕、气海、关元、肺俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、肾俞、命门、曲池、尺泽、手三里、外关、列缺、合谷、阳陵泉、解溪、环跳、承扶、风市、委中、承山。

(三)主要手法:一指禅推法、按揉法、平推法、擦法、拿法、捻法、擦法。

(四)操作方法

1.基本操作:患者仰卧。一指禅推中府、云门、膻中、中腕、气海、关元等穴,每穴约1分钟。医者用擦法在肩及上肢部操作,配合患肢的被动运动,反复操作3分钟左右。按揉臂臑、曲池、尺泽、手三里、外关、列缺等,每穴约1分钟。用捻法在掌指关节、指关节等处施用,约5分钟。施擦法于上肢部,以透热为度。医者施擦法于下肢前内侧、外侧,配合下肢的被动运动,时间约5分钟。用拿法在上述部位治疗,时间约5分钟。用指按揉法按揉阳陵泉、解溪各1分钟左右。患者俯卧位。按揉肺俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、肾俞、命门,每穴约1分钟。拇指平推从肺俞穴开始向下一直推到肾俞穴为止,反复操作5分钟左右。擦背部督脉与膀胱经,以透热为度。医者施擦法于下肢后外侧、内侧,时间约5分钟,配合下肢的被动运动。按揉环跳、承扶、风市、委中、承山,每穴约1分钟。从臀部一直向下平推到足跟部,反复平推1分钟左右。

2.辨证加减

(1)肺热伤津

①按揉中府、云门、膻中、风门,每穴约1分钟。

②拿风池、肩井,每穴约1分钟。

(2)湿热浸淫

①在中脘、脾俞、胃俞,治疗的时间可延长。

②摩腹3分钟。

③按揉足三里、阴陵泉、三阴交各1分钟左右。

(3)脾胃虚弱

①延长在中脘、脾俞、胃俞的治疗时间。

②摩腹部5分钟左右。

③按揉足三里、三阴交、阳陵泉,每穴约1分钟。

(4)肝肾亏虚

①延长在肝俞、肾俞、命门的治疗时间。

②按揉阴陵泉、三阴交、太溪各1分钟左右。

③横擦肾俞、命门,透热为度。

#### 【其他疗法】

水针疗法:选曲池、外关、手三里、髌关、足三里、阳陵泉、绝骨,用维生素 B<sub>1</sub> 100mg,隔日1次,10次为1疗程。

#### 【注意事项】

- 1.本病疗程较长,恢复较慢,坚持长期治疗能改善症状与恢复功能。
- 2.嘱患者平时坚持适度体育锻炼,避免风寒湿邪,防止本病的发生。调节情志,节制房事,禁食辛辣、肥甘之品对痿证的康复极为重要。

## 第十章 妇科病症

### 第一节 月经不调

月经不调是妇科的一种常见病,表现为月经的周期、血量、经质、颜色等发生异常,又称月经失调、经血不调。临床上以周期的改变可分为月经先期、月经后期、月经先后不定期;以血量的改变可分为月经过多、月经过少等。临床常见先期与量多、后期与量少并存。本节主要讨论月经先期、月经后期、月经先后不定期。月经先期为月经周期提前7天,甚至一月两至者;月经后期为月经周期延后7天,甚至四、五十日一至者;月经先后不定期为月经不按周期来潮,或提前或延后7天以上者。

#### 【病因病机】

##### (一)经行先期

1. 血热:素体阳盛或阴虚内热,或忧思郁结、久郁化火,或误服辛辣暖宫之药物,热蕴胞宫,迫血下行,致月经先期而下。

2. 气虚:饮食失节,劳倦过度或思虑过极,损伤脾气,而致中气虚弱,统摄无权,冲任不固,经血失统以致经行先期。

##### (二)经行后期

1. 血寒:素体阳虚,阴寒内盛,或经产之时,感受寒凉、过食生冷,寒邪乘虚搏于冲任,留滞胞宫,血海不能按时满溢,导致经行后期。

2. 血虚:大病久病,耗伤阴血,或病后体虚,饮食减少,化源不足,以至冲任血虚,血海不足而致经行后期。

3. 气滞:情志抑郁,气机不畅,气滞血瘀,血行受阻,血海不能满盈,可发生经行后期。

##### (三)经行先后不定期

1. 肝郁:多因情志抑郁或恼怒伤肝,气郁不舒,以致肝失疏泄,气机逆乱,导致血海蓄溢失常,则经行先后无定期。

2. 肾虚:先天禀赋素弱,或房劳过度,肾气不足,冲任虚损,以致肾气闭藏失职,血海蓄溢失常,可出现经行先后无定期。

#### 【临床表现】

月经不调表现为月经的周期、经量、经色、经质的异常;周期的紊乱表现为先期、后期、先后不定期等;经量的异常表现为月经过多、月经过少;经质的异常可表现为稠粘、清稀、有瘀块等;除此之外,并可兼有少腹胀痛不适,乳房或肋肋胀满疼痛,以及头痛、恶心、呕吐、二便失常等症。

##### (一)月经先期:

1. 血热:月经提前,甚则一月经行两次,量多,色紫,质粘稠或挟瘀块,胸肋、乳房、小腹胀痛,烦躁易怒,口苦便干,舌质红,苔薄黄,脉浮数或弦数。

2. 气虚: 经行提前, 量多, 色淡, 质清稀, 神疲倦怠, 心悸气短, 小腹空坠, 舌质淡、苔薄白, 脉虚细无力。

#### (二) 月经后期:

1. 血寒: 经期延后, 量少, 色淡, 小腹冷痛, 喜暖喜按, 面色苍白, 舌质淡, 苔薄白, 脉沉迟。

2. 血虚: 月经后期, 量少, 色淡, 质清稀, 小腹空痛, 面色萎黄, 皮肤不润, 头晕目眩, 心悸, 舌淡苔薄, 脉虚细。

3. 气滞: 月经延后, 量少, 色黯红, 小腹胀痛, 精神郁闷, 胸胁满闷不舒, 噓气稍减, 舌质暗, 苔黄, 脉弦或涩。

#### (三) 月经先后无定期:

1. 肝郁: 经期或先或后, 经量或多或少, 经行不畅, 胸胁、乳房、小腹胀痛, 精神抑郁, 胸闷不舒, 常叹息, 郁郁不乐, 暖气食少, 舌质淡, 苔薄白, 脉弦。

2. 肾虚: 经期或前或后, 量少, 色淡, 质清稀, 面色晦暗, 头晕耳鸣, 腰膝痠软, 小腹空坠。夜尿多, 大便不实, 舌质淡, 苔薄, 脉沉弱。

### 【治疗】

(一) 治疗原则: 调和气血。血热者宜清热凉血, 气虚者宜补气摄血调经, 血寒者宜温经散寒调经, 血虚者宜养血调经, 肝郁者宜疏肝理气解郁, 肾虚者宜补肾调经。

#### (二) 基本治法

##### 1. 腹部操作

(1) 取穴及部位: 关元、气海、中极。

(2) 主要手法: 一指禅推法、摩法、揉法。

(3) 操作方法: 患者仰卧位。医者先用一指禅推法或揉法于气海、关元、中极等穴操作, 每穴约 1 分钟, 以得气为度; 然后以顺时针方向摩小腹, 时间约 5 分钟。

##### 2. 腰背部操作

(1) 取穴及部位: 脾俞、肝俞、肾俞。

(2) 主要手法: 按法、揉法、一指禅推法。

(3) 操作方法: 患者俯卧位。医者用一指禅推法施术于背部两侧膀胱经, 重点在脾俞、肝俞、肾俞等处, 时间约 3~5 分钟; 然后按揉脾俞、肝俞、肾俞等穴, 每穴约 1 分钟, 以得气为度。

##### 3. 下肢部操作

(1) 取穴及部位: 三阴交、太冲、太溪。

(2) 主要手法: 按法、揉法。

(3) 操作方法: 患者仰卧位。医者用双拇指按揉三阴交、太冲、太溪等穴, 每穴约 1 分钟, 以酸胀为度。

#### (三) 辨证加减

1. 血热: 按揉大敦、行间、三阴交、血海、气冲等穴, 每穴操作约 1 分钟, 以得气为度, 按揉肝俞、脾俞、膈俞、大肠俞, 操作 3~5 分钟。

2. 血寒: 按揉神阙、中脘, 持续按压 3~5 分钟, 使患者下腹部出现发热感, 掌擦背部

督脉、肾俞、八髎等部位,反复摩擦 1~2 分钟,以皮肤透热为度。

3. 气血虚:掌按中脘、气海,每穴持续按压 3 分钟,使腹部出现发热感,按揉足三里、三阴交,每穴约 1 分钟,以酸胀为度,按揉法施术于脾俞、胃俞,每穴操作 1 分钟,掌擦背部脾胃处,以透热为度。

4. 肝郁:按揉章门、期门、膻中穴约 1 分钟,按揉肺俞、肝俞、三焦俞,操作 3~5 分钟。

5. 肾虚:掌按关元,操作 3~5 分钟,以热深透下腹为度,按揉双侧涌泉、足三里、血海,每穴持续 1 分钟,然后沿足底纵轴用掌擦法,反复摩擦,以透热为度,掌擦背部督脉和足太阳膀胱经两侧,反复 5~7 遍,然后擦肾俞、志室、命门、白环俞、八髎等部位,以透热为度。

### 【注意事项】

患者应注意休息,不宜剧烈运动或过度疲劳,注意调节饮食,忌食生冷寒凉或辛辣之品,注意经期卫生,随天气环境变化增减衣物,宜保暖,避风寒,保持心情舒畅,避免情志过极。

## 第二节 痛 经

妇女在经期或行经前后,出现小腹及腰骶部疼痛,严重者可见面色苍白,头面冷汗淋漓,手足厥冷,泛恶呕吐等症,并伴随月经周期性发作,称为“痛经”,又称“经行腹痛”。本病是妇科常见病之一,尤以未婚女性多见。西医学将痛经分为原发性痛经和继发性痛经,前者又称功能性痛经,系指生殖器官无明显器质性病变者,后者指生殖器官的某些器质性病变,如盆腔子宫内膜异位症、慢性盆腔炎、子宫肌瘤等引起的疼痛。推拿治疗适用于原发性痛经,继发性痛经应针对原发病进行治疗。

### 【病因病机】

本病的主要机理,是冲任两经失调、胞宫气血运行不畅,以致“不通则痛”;或冲任胞宫失于濡养,“不荣则痛”,而使痛经发作。由于致病因素往往与经期的冲任气血变化有关,故痛经一般随月经周期发作。

(一)气滞血瘀:素多抑郁,或所欲不遂,致使肝郁气滞、血海气机不利,冲、任经脉不利,经血运行不畅,发为痛经。

(二)寒凝胞中:经期冒雨、涉水,感寒饮冷,或久居阴湿之地,以致风冷寒凉或从外感,或由内伤,寒湿客于冲任胞宫,导致经血滞凝、运行不畅,滞而作痛。

(三)气血虚弱:脾胃素弱,气血不足,或大病久病之后,气血两亏,冲任气血虚少,行经后血海空虚,冲任、胞脉失于濡养而致痛经,或体虚阳气不振,运血无力,经行不畅,导致痛经。

(四)肝肾虚损:先天禀赋不足,肝肾本虚,或因多产、房劳、久病,肝肾亏损,导致精亏血少,冲任不足,经行之后,精血空虚,冲任、胞脉失于濡养,血行涩滞,而致痛经。

### 【临床表现】

痛经的主要临床表现是经期或经期前后一两天小腹疼痛,也可放射至腰骶及前后二阴,并有下坠感。严重者可见面色苍白,冷汗淋漓,手足厥冷,恶性呕吐,甚至昏厥虚脱等

症。

(一)气滞血瘀:经前或经期小腹胀痛、拒按,经行量少,淋漓不畅,血色紫黯伴有瘀块,块下则痛减,常伴有两侧乳房及胸肋胀痛不舒,舌质紫黯、边红,或有瘀点,脉沉弦。

(二)寒湿凝滞:经前或经期小腹冷痛,甚则牵连腰脊痠痛,恶风畏寒,四肢欠温,经行量少,经色黯黑有块,得热则舒,舌苔白腻,脉沉紧。

(三)气血虚弱:经期或经后腹痛隐隐,按之痛减,经色淡,质清稀,伴面色少华,神疲乏力,或纳少便溏,舌淡苔薄,脉虚细。

(四)肝肾虚损:经后小腹绵绵作痛,腰部痠胀,经行量少,经色暗淡、质稀薄,伴有头晕、目眩、耳鸣,或腰骶痠痛,小腹空坠不温,或潮热颧红,舌淡,苔薄白或薄黄,脉沉细。

### 【治疗】

(一)治疗原则:通调气血。如因气滞血瘀者,宜理气活血化瘀;因寒湿凝滞者,宜温经散寒祛湿;因气血虚弱者,宜养气养血,补血止痛;因肝肾虚损者,宜益肝养肾,填精补血。

#### (二)基本治法

##### 1. 腹部操作

(1)取穴及部位:气海、关元、中极。

(2)主要手法:一指禅推法、摩法、按揉法。

(3)操作方法:患者取仰卧位,医者按顺时针方向摩小腹部,时间约5分钟;然后用一指禅推法或按揉法在气海、关元、中极操作,每穴约2分钟。

##### 2. 腰背部操作:

(1)取穴及部位:膈俞、肾俞、八髎。

(2)主要手法:一指禅推法、擦法、按法、擦法。

(3)操作方法:患者取俯卧位,医者用擦法在腰部脊柱两旁及骶部操作,时间约5分钟,然后用一指禅推法或按法在膈俞、肾俞、八髎操作,以酸胀为度,再在八髎用擦法治疗,以透热为度。

#### (三)辨证加减

1. 气滞血瘀:按揉章门、期门、肝俞、膈俞,每穴约半分钟,拿血海、三阴交、太冲,以酸胀为度。

2. 寒湿凝滞:按揉大椎、风池,直擦背部督脉,横擦腰部肾俞、命门,以透热为度,按揉曲池、血海、丰隆、三阴交,每穴约1分钟。

3. 气血虚弱:直擦背部督脉,横擦左侧背部,以透热为度,摩腹时加揉中脘、振关元,按揉脾俞、胃俞、足三里,每穴约1分钟。

4. 肝肾虚损:直擦背部督脉,横擦腰部肾俞、命门,以透热为度,按揉肝俞、肾俞、照海、太溪、涌泉等,每穴约1分钟。

在月经来潮前1周,治疗2次,连续治疗3个月,6次为一个疗程。

### 【注意事项】

在经期注意保暖,避免寒凉刺激,注意经期卫生,适当休息,保持情绪安定,注意调理饮食,忌食寒凉生冷食品。经期禁止房事。

### 第三节 闭 经

女子超过 18 岁月经尚未来潮,或已行经而又中断达 6 个月以上者,称为闭经。西医称前者为原发性闭经,后者为继发性闭经。中医又称“女子不月”、“月事不来”、“经水不通”、“经闭”等。青春期、妊娠期、哺乳期及绝经期后的无月经,均属生理现象。也有妇女由于生活环境变迁、精神因素影响,偶尔出现一两次月经不潮,而又无其他症状者,在机体适应后,月经可自然恢复,亦不属闭经范围。因先天性生殖器官缺如,或后天器质性病变所致无月经者,均需采用其他方法治疗,不属手法治疗范围。

#### 【病因病机】

本病的病因病机不外虚、实两类。虚者多因肝肾不足,精血两亏,或气血虚弱,血海空虚,无血可下;实者多因气滞血瘀,痰湿阻滞,冲任不通,经血不得下行,而致闭经。

(一)肝肾不足:先天不足,肾气未充,精气未盛,肝血虚少,冲任失养,无以化为经血,而致闭经。或房劳多产,损及肝肾,精亏血少,胞宫无血可下,而成闭经。

(二)气血虚弱:脾胃素弱,化源不足,或忧思过度,损及心脾;或大病久病,产后失血伤津,或久患虫积伤血,均可致冲任血少,血海空虚,而成闭经。

(三)气滞血瘀:所欲不遂,郁怒伤肝,肝失疏泄,导致气滞血瘀,或因经期、生产之时,风冷寒邪入侵胞宫,凝滞胞脉,或内伤生冷寒凉,血寒瘀滞,冲任受阻,而致闭经。

(四)痰湿阻滞:素体肥胖,痰湿内盛,或脾失健运,痰湿内生,痰湿、脂膏阻滞冲任,壅滞胞脉,气血运行受阻,血海不能溢满,而致闭经不行。

#### 【临床表现】

本病临床上以虚证为多见。一般以胸胁、小腹胀满者为实证;头晕、肢软、纳差、失眠、心悸、腹无胀痛者为虚证。

(一)肝肾不足:女子超过 18 岁尚未行经,或初潮来迟,或由月经后期,量少,色红或淡,渐至闭经,兼见头晕耳鸣,腰痠腿软,或口干舌燥,五心烦热,潮热汗出,面色黯淡或两颧潮红。

(二)气血虚弱:月经由后期量少,而渐至停经,面色苍白或萎黄,头晕目眩,心悸气短,神倦乏力,纳少便溏,毛发不泽或易脱落,羸瘦萎黄,唇舌色淡,苔少或薄白,脉沉缓或细弱无力。

(三)气滞血瘀:月经数月不行,精神抑郁,心烦易怒,胸胁胀满,少腹胀痛或拒按,舌边紫黯或有瘀点,脉沉弦或沉涩。

(四)痰湿阻滞:月经停闭,形体肥胖,胸胁满闷,呕恶痰多,神疲倦怠,带多色白,面浮足肿,苔白腻,脉滑。

#### 【治疗】

(一)治疗原则:以理气活血为主。按中医补虚泻实的原则,肝肾虚者,宜补肾养肝;气血虚弱者,则补气养血调经;气滞血瘀者,理气活血、化瘀通经;痰湿阻滞者,当用除湿祛痰、理气活血之法通经。

(二)基本治法



### 1. 小腹部操作:

(1)取穴及部位:关元、气海。

(2)主要手法:摩法、按揉法。

(3)操作方法:患者仰卧,医者按逆时针方向摩小腹,手法要求深沉缓慢,同时配合按揉关元、气海,时间约10分钟。

### 2. 下肢部操作:

(1)取穴及部位:血海、三阴交、足三里。

(2)主要手法:按揉法。

(3)操作方法:患者仰卧,按揉血海、三阴交、足三里,每穴约2分钟。

### 3. 腰背部操作:

(1)取穴及部位:肝俞、脾俞、肾俞。

(2)主要手法:一指禅推法、按揉法、揉法。

(3)操作方法:用一指禅推法治疗腰部脊柱两旁,重点在肝俞、脾俞、肾俞,每穴约2分钟,或用揉法在腰脊柱两旁治疗,然后再按揉上述穴位2~3遍,以病人感觉酸胀为度。

### (三)辨证加减

1. 肝肾不足,气血虚弱:横擦前胸中府、云门,左侧背部脾胃区,腰部肾俞、命门,以透热为度,直擦背部督脉,斜擦小腹两侧,均以透热为度。

2. 肝气郁结:按揉章门、期门,每穴半分钟,按掐太冲、行间,以病人感觉酸胀为度,斜擦两胁,以微热为度。

3. 寒凝血瘀:直擦背部督脉,横擦骶部,以小腹透热为度,按揉八髎,以局部温热为度。

4. 痰湿阻滞:按揉八髎,以酸胀为度,横擦左侧背部及腰骶部,以透热为度。

### 【注意事项】

注意饮食调理,勿过食生冷之物,宜保暖,防止风、寒侵袭,调畅情志,保持心情愉快。

## 第四节 更年期综合征

更年期综合征又称绝经期综合征,是指妇女达到一定年龄(45~55岁)时,由于卵巢功能减退、性激素减少而出现一系列与绝经有关的临床综合症候群。其临床表现以植物神经功能紊乱和代谢障碍为主。患者多为40岁后的绝经期或绝经后的妇女,绝经是其重要标志。

### 【病因病机】

本病属中医学“脏躁”范畴,多因妇女年近绝经前后,肾气渐衰,天癸将竭,精血不足,冲任亏虚,脏腑失养,而致阴阳平衡失调,气血逆乱。肾水不足,不能上济心火,导致心肾不交,虚热内生;水不涵木,则致肝阳上亢;肾虚虚惫,火不温土,则脾失健运,内生痰湿。此外,不少患者与情志抑郁、肝气不舒有关。肾为水火之宅,五脏六腑之根本,如阴阳偏衰,气血失和,则出现病变,并可使多脏受累。

### 【临床表现】

中医学根据更年期综合症的临床表现将其分为以下几型：

(一)肝肾阴虚：头晕耳鸣，记忆减退，烦躁易怒，心悸不安，烘热汗出，手足心热，腰膝痠软，或皮肤感觉异常，或阴部干涩瘙痒，口干咽燥，大便干结，月经周期紊乱，经量多少不定，或先期量少，或淋漓不绝，色紫红，质稠，舌质红，苔少，脉细数。

(二)心肾不交：心悸怔忡，失眠健忘，心烦不安，头晕耳鸣，腰痠腿软，口干咽燥，或见口舌生疮，舌质红而干，苔少或无，脉细数。

(三)脾肾阳虚：面色晦黯，精神萎靡，形寒肢冷，腰痠如折，食欲减退，浮肿便溏，小便清长，夜尿频多，带下清稀量多，月经紊乱，崩中暴下，色淡质稀。舌质淡或胖嫩，苔白滑，舌边有齿痕，脉沉细无力或沉迟。

(四)心脾两虚：面色萎黄，神疲体倦，头晕目眩，失眠健忘，心悸气短，少气懒言，脘腹胀闷，纳差便溏，烘热汗出，四肢欠温，经量多或淋漓不断，舌质淡，苔薄白，脉虚细无力。

(五)阴阳俱虚：时或潮热汗出，时或畏冷，眩晕耳鸣，失眠多梦，腰膝痠软，神疲肢肿，手足心热，心悸自汗，纳少便溏或便秘，尿余沥不尽，月经紊乱，或先期量多，或后期量少，或崩中漏下，舌质淡，苔薄白，脉沉细弦。

(六)阴血亏虚：神志错乱，性情异常，喜常人所恶，恶常人所喜，善悲欲哭，呵欠频作，坐立不安，心悸神疲，时有欠伸，神不自主，或沉默少言，多思善虑，舌质淡白，苔薄，脉弦细。

(七)肝郁脾虚：情志抑郁不伸，心烦易怒，暖气频作，胁腹胀痛，食欲不振，腹泻便溏，月经紊乱，经行小腹胀痛，或有血块，舌质淡，苔薄，脉弦。

(八)冲任不固：月经周期紊乱，出血量多，行经时间长，精神恍惚，肢体乏力，腰膝痠软，小腹不适，舌质淡而胖大，苔薄白，脉沉细弱。

(九)气郁痰结：精神忧郁，情绪不稳，善疑多虑，失眠，胸闷，咽中似异物梗塞不适，多咯痰，体胖乏力，暖气频作，腹胀不适，舌质淡，苔白腻，脉弦滑。

### 【治疗】

(一)治疗原则：调和阴阳，补肾安神。肝肾阴虚者宜滋肾柔肝、育阴潜阳，心肾不交者宜滋阴降火、交通心肾，脾肾阳虚者宜温肾健脾，心脾两虚者宜益气养心，阴阳俱虚者宜补肾扶阳、滋养冲任，阴血亏虚者宜养心安神，肝郁脾虚者宜疏肝健脾、调理冲任，冲任不固者宜健脾益肾、固摄冲任，气郁痰结者宜解郁化痰、行气散结。

#### (二)基本治法

##### 1. 胸腹部操作

(1)取穴及部位：膻中、中脘、气海、关元、中极。

(2)主要手法：一指禅推法、揉摩法。

(3)操作方法：患者仰卧位，医者以一指禅推法施治于膻中、中脘、气海、关元、中极穴，每穴2~3分钟，然后按顺时针方向揉摩胃脘部及下腹部，分别为5分钟。

##### 2. 腰背部操作

(1)取穴及部位：厥阴俞、膈俞、肝俞、脾俞、肾俞、命门、背部督脉、背部膀胱经第一侧线。

(2)主要手法:一指禅推法、按揉法、擦法。

(3)操作方法:患者俯卧位,医者用一指禅推法或拇指按揉法施于厥阴俞、膈俞、肝俞、脾俞、肾俞、命门穴,每穴2分钟,然后用小鱼际擦法擦背部督脉经和背部膀胱经第一侧线及肾俞、命门穴,以透热为度。

### 3. 头面及颈肩部操作

(1)取穴及部位:太阳、攒竹、四白、迎香、百会、风池、肩井。

(2)主要手法:拿法、一指禅推法、揉法、抹法、按揉法。

(3)操作方法:患者坐位,医者用拇指与食指对称拿风池及项部2分钟,五指拿顶(由前发际向后发际移动)5~10次,用一指禅推法或鱼际揉法施于前额部5分钟,用分抹法施于前额、眼眶及鼻翼两旁5~10次,两拇指同时按揉太阳、攒竹、四白、迎香穴各半分钟,拇指按揉百会半分钟,拿肩井5~10次。

### (三)辨证加减

1. 肝肾阴虚:按揉志室、血海、阴陵泉、三阴交、太溪、太冲各半分钟,推一侧桥弓穴20次,再推另一侧。

2. 心肾不交:按揉通里、内关、合谷、肺俞、心俞、血海、三阴交、太溪各半分钟,搓擦涌泉,以透热为度。

3. 脾肾阳虚:按揉天枢、曲池、合谷、足三里、阳陵泉、丰隆、悬钟、委中、承山、昆仑各半分钟,掌振关元,横擦八髻,以透热为度。

4. 心脾两虚:按揉劳宫、通里、内关、合谷、心俞、血海、足三里、阴陵泉、悬钟、三阴交各半分钟,搓擦涌泉,以透热为度。

5. 阴阳俱虚:按揉合谷、足三里、阳陵泉、血海、阴陵泉、三阴交、太溪、太冲、悬钟各半分钟,横擦八髻,搓擦涌泉,以透热为度。

6. 阴血亏虚:按揉劳宫、通里、内关、合谷、心俞、血海、足三里、悬钟、三阴交、太冲各半分钟,搓擦涌泉,以透热为度。

7. 肝郁脾虚:按揉内关、足三里、阳陵泉、丰隆、悬钟、三阴交、太冲各半分钟,搓擦涌泉,横擦八髻,以透热为度。

8. 冲任不固:按揉合谷、足三里、阳陵泉、阴陵泉、三阴交、太溪、太冲各半分钟,掌振关元,横擦八髻,搓擦涌泉,以透热为度。

9. 气郁痰结:按揉支沟、合谷、足三里、天突、丰隆、三阴交、太溪、太冲各半分钟,横擦八髻,搓擦涌泉,以透热为度。

### 【注意事项】

更年期是每个妇女都必须经过的生理过程,在这一时期应做好心理调适,以积极、乐观的态度度过更年期。患者宜加强身体锻炼,选择一些自己喜爱的体育活动长期坚持,多与亲朋好友交流谈心,做到劳逸结合,调整神经功能和心理状态,改善睡眠,饮食宜清淡。保持正常、稳定的性生活,亦有助于生理和心理健康,延缓衰老。

## 第五节 慢性盆腔炎

慢性盆腔炎是指女性内生殖器官及其周围的结缔组织、盆腔腹膜发生的慢性炎症。常因为急性盆腔炎未经治疗或治疗不彻底演变而来,是妇科的常见病。炎症可局限于一个器官或局部组织,也可侵犯整个盆腔。中医认为本病属“产后发热”、“腹痛”、“抵痕”、“带下病”等范畴。

### 【病因病机】

中医学认为本病由湿热或感受外邪所致,与肝、脾二脏有关。行经、产后,胞脉空虚,兼之平素体质虚弱,湿热邪毒乘虚内侵,蓄积下焦,客于胞中,与气血相搏,致气滞血瘀;情志抑郁、恼怒,伤及肝脏,肝郁化火,若肝郁气滞则血瘀;因饮食失调,或忧思所伤,使脾运化失调,水湿停滞,郁久化火而导致湿热内蕴,肝脾功能失调均可导致气血郁滞,郁久而形成抵痕。

### 【临床表现】

中医把本病分为肝郁湿热、血虚寒湿、气滞血瘀、抵痕包块四型。

(一)肝郁湿热:时有低热,少腹疼痛或坠痛,腰骶酸痛沉重,神疲乏力,口渴纳差,带下量多,质稠色黄,如脓性或血性粘稠臭秽,阴痒,月经先期量多,色鲜红,尿黄而少,大便秘结,舌质红,苔薄黄腻,脉弦滑或弦数。

(二)血虚寒湿:少腹隐隐作痛,坠胀发凉,喜按喜暖,腰骶酸痛,行经或劳累后加剧,经期延迟,经量少,色紫黯夹块,带下量多,质稀,色白,小便清长,大便溏或正常,舌质淡或有瘀点,苔白腻,脉细缓或沉迟。

(三)气滞血瘀:下腹疼痛或腰骶酸痛,月经前后加重,痛经,经前乳胀,心烦易怒,有时低热,大便秘结,白带增多,少腹部可触及包块,舌质紫黯,有瘀斑,脉弦细。

(四)抵痕包块:少腹疼痛且呈下坠感,腰骶酸胀,月经期或疲劳后加剧,性交疼痛,带下增多,少腹一侧或两侧可触及包块,婚后数年不孕,舌有紫斑,脉细弦。

### 【治疗】

(一)治疗原则:活血化瘀、消炎止痛。肝郁湿热者宜清热利湿、疏肝解郁,血虚寒湿者宜温经散寒、益气活血,气滞血瘀者宜理气活血、软坚散结,抵痕包块者宜舒筋解痉、消痞散结。

#### (二)基本治法

##### 1. 胸腹部操作

(1)取穴及部位:章门、期门、中脘、气海、关元、曲骨、横骨、神阙、水道、带脉。

(2)主要手法:一指禅推法、揉法、摩法、按揉法。

(3)操作方法:患者仰卧位,两下肢微屈,医者立于一侧,用一指禅推法或按揉法沿章门、期门、中脘、气海、关元操作,约5分钟,然后摩腹、揉脐10分钟,按揉曲骨、横骨、神阙、水道、带脉各半分钟。

##### 2. 腰背部操作

(1)取穴及部位:膈俞、肝俞、脾俞、胃俞、大肠俞、小肠俞、关元俞、胞宫、命门、八髎、督

脉。

(2)主要手法:一指禅推法、按揉法、擦法。

(3)操作方法:患者俯卧位,医者用一指禅推法或按揉法施于膈俞、肝俞、脾俞、胃俞、大肠俞、小肠俞、关元俞、胞育各半分钟,然后直擦督脉、横擦命门、八髻,以透热为度。

(三)辨证加减

1. 肝郁湿热:点按血海、三阴交、丘墟、太溪、水泉、太冲各半分钟,轻叩脊柱两侧及骶髂部。

2. 血虚寒湿:点按百会、合谷、府舍、归来、气冲、血海、足三里、三阴交各半分钟,掌振下腹部约2分钟。

3. 气滞血瘀:按揉府舍、归来、气冲、血海、阴陵泉、地机、三阴交、丘墟、太冲各半分钟,弹拨腹部包块5分钟,轻叩脊柱两侧及腰骶部。

4. 抵痕包块:按揉府舍、归来、气冲、血海、足三里、三阴交各半分钟,弹拨腹部包块5分钟,掌振下腹部约2分钟。

#### 【注意事项】

患者应进行适当的体育锻炼,以增强身体素质,提高机体抵抗力,注意增加营养,宜保暖,避风寒。生活要有规律,节制房事。

## 第六节 产后身痛

妇女产褥期间,出现腰背痛或肢体、关节酸痛、麻木、重着者,称为产后身痛,又称“遍身痛”、“产后关节痛”或“产后痛风”。本病是分娩后的常见病症之一。由于产后体质发生变化,使本病具有多虚夹瘀的特点。

#### 【病因病机】

本病的发生与产褥期的生理有关,或因产后失血未复,四肢百骸及筋脉关节失于濡养,或体虚感邪致经脉阻滞而身痛。血虚而气弱,气虚运血无力,又可虚中夹实,迟滞而痛。

(一)血虚:产后失血过多,阴血亏虚,四肢百骸及筋脉关节失于濡养,以致肢体麻木、酸痛。

(二)血瘀:产时恶露不净、胞衣残留,瘀血留滞于经络、筋骨之间,气血运行受阻,筋脉不通,以致肢体、腰腹刺痛抽搐。

(三)外感:产后百脉空虚,腠理不密,气血俱虚,营卫失调,若起居不慎,则风、寒、湿邪乘虚而入,客于经络、关节、肌肉,使气血运行不畅,瘀滞而作痛。风邪偏胜则痛无定处,寒邪独盛则疼痛剧烈,宛如锥刺,湿邪偏盛则肢体肿胀,麻木重着。

(四)肾虚:素体肾虚,或产后精血俱虚,胞脉失养。胞脉虚则肾气亦虚,故腰脊酸痛,腿脚乏力。

#### 【临床表现】

(一)血虚:周身关节疼痛,肢体痠楚、麻木,屈伸不利,面色苍白或萎黄,肌肤不泽,头晕目眩,心悸怔忡,神疲体倦,恶露量多,色淡质稀,舌质淡红,苔少,脉细无力。

(二)血瘀:遍身疼痛,或关节刺痛,按之痛甚,或痛处经脉青紫,恶露量少,色黯,质粘有块,或伴少腹疼痛拒按,舌质紫黯,舌边略青,苔薄白,脉弦涩。

(三)外感:腰背、四肢关节疼痛,活动不利,恶寒拘急,或痛处游走不定,或疼痛剧烈宛如针刺,或肢体关节肿胀,麻木重着,步履艰难,得热则舒,恶露减少,舌质淡,苔薄白,脉细缓。

(四)肾虚:产后腰背酸痛,腿脚乏力,或足跟痛。舌质淡红,苔薄,脉沉细。

### 【治疗】

(一)治疗原则:调理气血,舒筋止痛。血虚者宜补血益气、通络止痛,血瘀者宜活血通络、行瘀止痛,外感者宜祛邪通络、养血益气,肾虚者宜补肾强腰、健筋壮骨。

#### (二)基本治法

##### 1. 颈肩四肢部操作

(1)取穴及部位:风池、大椎、风门、肺俞、肩井、曲池、合谷、血海、足三里、三阴交。

(2)主要手法:按揉法、拿法、擦法。

(3)操作方法:患者坐位,医者先拿风池、按揉大椎、风门、肺俞、曲池、合谷各半分钟,然后拿肩井、横擦大椎。患者仰卧位,点按血海、足三里、三阴交各半分钟,然后屈伸活动四肢各关节。

##### 2. 胸腹部操作

(1)取穴及部位:中脘、气海、关元、神阙。

(2)主要手法:一指禅推法、揉法、摩法、按揉法。

(3)操作方法:患者仰卧位,两下肢微屈,医者用一指禅推法或按揉法沿中脘、气海、关元操作,约5分钟,然后摩腹、揉脐10分钟。

##### 3. 腰背部操作

(1)取穴及部位:膈俞、肝俞、脾俞、肾俞、胞育、命门、八髻、督脉。

(2)主要手法:一指禅推法、按揉法、擦法。

(3)操作方法:患者仰卧位,医者用一指禅推法或按揉法施于膈俞、肝俞、脾俞、肾俞、胞育各半分钟,由下至上捏脊7~10次,然后直擦督脉,横擦命门、八髻,以透热为度。

#### (三)辨证加减

1. 产后血虚身痛:点按百会、神庭、内关、劳宫、太冲各半分钟,轻叩脊柱两侧及腰骶部。

2. 产后血瘀身痛:按揉百会、府舍、归来、阴陵泉、地机、丘墟、气冲各半分钟,掌振下腹部约2分钟。

3. 产后风寒身痛:按揉百会、府舍、归来、气冲各半分钟,轻叩脊柱两侧及腰骶部。

4. 产后肾虚身痛:按揉府舍、归来、气冲、太溪各半分钟,直擦涌泉,以透热为度,然后掌振下腹部约2分钟。

### 【注意事项】

妇女新产后,应注意生活调理,慎起居,注意清洁卫生,冬保暖、夏避暑,衣着厚薄适宜,防止外邪侵入。饮食方面要增加营养,多吃营养丰富而又易消化吸收的食品,补充增强机体抵抗力的物质,忌食肥腻、生冷及辛辣香燥之品。

## 第七节 乳 痈

乳痈多发于哺乳期妇女,尤以初产后3~4周最为多见。初起乳部红肿疼痛,同时伴有发热、恶寒、头痛等全身症状,日久作脓溃烂。乳痈发于妊娠期称为内吹乳痈,发于哺乳期称为外吹乳痈。西医称为急性化脓性乳腺炎。

### 【病因病机】

中医学认为本病多由乳汁瘀积或肝胃不和而致。

(一)乳汁瘀积:外感风热,邪毒壅盛,致乳络不畅,乳汁积滞,或乳头破损、畸形和内陷,哺乳时剧痛,影响充分哺乳,或因乳汁多而婴儿不能吸净,或断乳不当,乳汁壅滞,均可致乳汁瘀滞,日久则败乳蓄积,化而为脓,发为乳痈。

(二)肝胃不和:情志内伤,肝气不舒,或产后饮食不节,脾胃积热,以致肝胃不和,经络阻塞,气滞血瘀,邪热蕴积而成肿块,热盛内腐而成脓。

### 【临床表现】

本病可分三期:

(一)郁乳期:患侧乳房肿胀、触痛,哺乳时尤甚,乳汁排泄不畅,皮肤微红或不红,肿块或有或无,伴有全身不适,恶寒发热,周身骨节酸痛,口渴欲饮,胸闷呕吐,舌苔薄黄,脉浮数或弦数。

(二)酿脓期:数日后,局部乳房变硬,肿块逐渐增大,硬结明显,乳房搏动性疼痛,局部皮肤红肿、透亮,成脓时肿块中央变软,按之有波动感,伴有高热、寒战、全身无力、大便干燥,舌质红,苔黄,脉弦。

(三)溃脓期:再经数日后,破溃出脓,脓液排尽后,肿痛减轻,逐渐愈合。若乳汁自创口处溢出,则可形成乳漏,严重者可发生脓毒败血症。

### 【治疗】

(一)治疗原则:疏肝清热、通乳消肿。

(二)基本治法

#### 1. 胸腹部操作

(1)取穴及部位:乳根、天溪、食窦、屋翳、膺窗、膻中、中脘、天枢、气海。

(2)主要手法:揉法、摩法。

(3)操作方法:患者取坐位,医者以揉、摩法施于乳房及周围的乳根、天溪、食窦、屋翳、膺窗、膻中穴,约2分钟,再自乳根部向乳头方向推进数次,然后用右手拇指、食指轻捻乳头,同时左手按压乳中穴,再以双手轮换轻按乳房,使乳汁流出,反复进行3~5次,可使瘀积的乳汁充分排出。然后患者仰卧,医者按揉中脘、天枢、气海穴,每穴2~3分钟,以顺时针方向揉摩胃腕部及腹部,分别为5分钟。

#### 2. 腰背部操作

(1)取穴及部位:肝俞、脾俞、胃俞。

(2)主要手法:一指禅推法、按法、揉法。

(3)操作方法:患者俯卧位,医者用一指禅推法沿背部膀胱经第一、二侧线反复操作,

然后按揉肝俞、脾俞、胃俞穴,每穴2分钟,以酸胀为度。

### 3. 肩、项及上肢部操作

(1)取穴及部位:风池、肩井、少泽、合谷。

(2)主要手法:按法、拿法、揉法。

(3)操作方法:患者坐位,医者先按揉风池,再沿颈椎两侧向下到大椎两侧,往返按揉30遍,然后拿风池、肩井、少泽、合谷各半分钟。

### 【注意事项】

产妇应做好预防的措施,在妊娠期后期要注意乳头保健,经常用温水或75%酒精棉球擦洗乳头,保持乳头清洁。哺乳时避免露乳当风,注意胸部保暖,哺乳后轻揉乳房,吸尽乳汁。养成良好哺乳习惯,定时哺乳,防止乳汁淤留。

## 第八节 乳癖

乳癖又称为乳腺增生症,是与内分泌相关的非炎症、非肿瘤的腺内组织增生。临床以乳房部出现胀满疼痛,疼痛时轻时重,肿块隐结于乳房内部不容易被发现为特点。乳癖是青中年妇女的常见病和多发病,病程较长,少数病例可发生癌变。

### 【病因病机】

中医学认为乳癖多因情志内伤,肝郁痰凝,痰瘀互结于乳房;或因肝肾不足,冲任失调,痰湿内结所致。

(一)肝郁痰凝:平素情志抑郁,肝失疏泄,气滞不舒,气血蕴结于乳络,不通则痛,而引起乳房疼痛;肝气犯胃,脾失健运,导致气滞血瘀挟痰结聚而成乳中结块。

(二)肝肾不足:肾气不足,冲任失调,气血瘀滞,积瘀聚于乳房,引起乳房疼痛而结块。

### 【临床表现】

本病的临床表现主要有乳房疼痛、乳房肿块、乳头溢液、月经失调、情志改变等。中医学根据乳癖的病因病机,在临床上常分两种证型:

(一)肝郁痰凝:一侧或两侧乳腺出现肿块和疼痛,肿块大小不等,呈结节状或片块状,发展缓慢,不红不热,推之可移,症状随月经来潮而增减,伴有胸胁胀满作痛,情志不舒,心烦易怒,失眠多梦,胸闷暖气,舌质淡,苔薄白,脉细弦或弦滑。

(二)肝肾不足:一侧或两侧乳腺出现肿块和疼痛,肿块较大,好发于乳房内、外侧上方,形态不规则,或圆或扁,坚实较硬,重坠不适,伴有性功能减退,月经不调,经量减少,色淡,或闭经,兼见眩晕耳鸣,腰膝酸软,口苦咽干,神疲乏力等,舌质淡胖,苔薄白,脉沉细或弦细。

### 【治疗】

(一)治疗原则:疏肝解郁、调摄冲任、散结止痛。肝郁痰凝者宜解郁化痰,冲任失调者宜温化痰湿。

### (二)基本治法

#### 1. 胸腹部操作

(1)取穴及部位:乳根、膻中、中脘、天枢、气海。



(2)主要手法:揉法、摩法。

(3)操作方法:患者仰卧位,医者以揉、摩法施于乳房及周围的乳根、膻中穴,约2分钟,然后,医者按揉中脘、天枢、气海穴,每穴2~3分钟,以顺时针方向揉摩胃脘部及腹部,分别为5分钟。

## 2. 腰背部操作

(1)取穴及部位:肝俞、脾俞、胃俞。

(2)主要手法:一指禅推法、按法、揉法。

(3)操作方法:患者俯卧位,医者用一指禅推法沿背部膀胱经第一、二侧线反复操作,然后按揉肝俞、脾俞、胃俞穴,每穴2分钟,以酸胀为度。

## 3. 肩、项及上肢部操作

(1)取穴及部位:风池、肩井、天宗、曲池、内关。

(2)主要手法:按法、拿法、揉法。

(3)操作方法:患者坐位,医者先按揉风池,再沿颈椎两侧向下到大椎两侧,往返按揉30遍,然后拿风池、肩井,点按天宗、曲池、内关各半分钟。

### (三)辨证加减

1. 肝郁痰凝:按揉小腿内侧胫骨后缘(足三阴经)5分钟,按压阴陵泉、蠡沟、太冲,每穴约1分钟。

2. 肝肾不足:按揉肾俞、丰隆、足三里、三阴交各半分钟,横擦腰骶,以透热为度。

### 【注意事项】

患者在治疗期间应保持心情愉快,充分休息,调整生活节奏,减轻各种压力,宜低脂饮食、避免食用刺激性食物,不吸烟、不饮酒,坚持适度的体育锻炼,注意防止乳房部的外伤等,防止疾病进一步发展而成乳腺癌。

## 第九节 子宫脱垂

妇女子宫脱垂,是指子宫从正常位置沿阴道下降至子宫颈外口达坐骨棘水平以下,甚至子宫全部脱出于阴道口外,常伴有阴道前、后壁膨出,中医又称为“阴挺”、“阴茄”、“阴疝”、“阴痔”等。本病多由生育过多、接生不合理、产后过早参加重体力劳动、长时间站立或蹲位劳动等原因引起,多产妇发病率较高。

### 【病因病机】

本病病因与生产有关,因坐产努力、多产而损耗过度,或产后过早操劳持重、房劳等,导致气虚下陷与肾虚不固,使胞络损伤,不能提摄子宫,从而引起子宫脱垂。

(一)气虚:素体虚弱,中气不足,临盆时用力太过,损伤胞络,或产后劳动过早,或长期咳嗽、便秘努责等,致脾虚气弱,中气下陷,提摄无力,而致阴挺下脱。

(二)肾虚:素体虚弱,生育过多,房劳过度,以致肾气虚损,不能维系胞宫,冲任经脉不固,带脉失约,摄纳无力,而致下脱不收。

(三)湿热:子宫脱出阴户之外,摩擦损伤,邪气入侵,湿热下注,以致溃烂。

### 【临床表现】

本病主要表现为阴道自觉有物脱出,有腰骶部疼痛或下坠感,小腹坠胀,屡有便意,小便频数,或大便秘结,小便困难等。行走、负重、久蹲后症状加重,休息后可减轻。中医学根据其病因病机的特点,将本病分为以下三型。

(一)气虚:子宫脱垂或阴道壁膨出,劳则加剧,小腹空坠,精神疲惫,面色少华,体倦乏力,少气懒言,小便频数,淋漓不尽,带下量多,质稀色白,舌质淡,苔薄,脉虚细。

(二)肾虚:子宫下脱或阴道壁膨出,腰背痠痛,腿膝无力,小腹下坠,月经不调,阴道干涩不适,小便频数,夜间尤甚,头晕耳鸣,眼眶发黑,舌质淡红,苔白,脉沉弱或沉迟。

(三)湿热型:子宫脱出或阴道壁膨出,局部灼热肿痛,或溃破流黄水、脓血,小腹坠痛,带下量多,色黄臭秽,心烦口渴,小便热赤,次频而痛,大便秘结,舌质红,苔黄腻或黄厚,脉滑数或弦数。

### 【治疗】

(一)治疗原则:补气升提,固摄胞宫。气虚者宜健脾益气,肾虚者宜温阳补肾,湿热者宜清热利湿。

#### (二)基本治法

##### 1. 胸腹部操作

(1)取穴及部位:中脘、气海、关元、维道、归来、带脉。

(2)主要手法:一指禅推法、揉法、摩法、按揉法、推法、拿法。

(3)操作方法:患者仰卧位,两下肢微屈,医者用一指禅推法或按揉法沿中脘、气海、关元操作,约5分钟,然后在小腹按逆时针方向摩腹、揉脐10分钟,按揉维道、归来、带脉各半分钟,用掌根自耻骨边缘向上推至脐,反复20次,用双手的拇指、食指、中指分别对称用力捏拿两侧的腹外斜肌,3~5次。

##### 2. 腰背部操作

(1)取穴及部位:脾俞、肾俞、大肠俞、小肠俞、关元俞、胞宫、命门、八髎、长强、督脉。

(2)主要手法:一指禅推法、按揉法、擦法。

(3)操作方法:患者俯卧位,医者用一指禅推法或按揉法施于脾俞、肾俞、大肠俞、小肠俞、关元俞、胞宫、长强各半分钟,然后直擦督脉、横擦命门、八髎,以透热为度。

#### (三)辨证加减

1. 气虚型:点按百会、合谷、气冲、血海、足三里各半分钟,掌振下腹约2分钟。

2. 肾虚型:按揉百会、气冲、血海、阳陵泉、足三里、三阴交、太溪、涌泉各半分钟,轻叩脊柱两侧及腰骶部。

3. 湿热型:点按百会、血海、丰隆、足三里、三阴交、丘墟、太溪、涌泉、太冲各半分钟,轻叩脊柱两侧及骶髂部。

### 【注意事项】

本病关键在于预防,故应重视产褥期保健,妇女产后3个月内要注意休息,不宜久行、久蹲及参加重体力劳动,增加营养,增强体质,积极防治咳嗽、便秘等慢性病。患者在治疗的同时,宜坚持进行骨盆肌肉锻炼,以增加骨盆底组织的紧张度,巩固疗效。

## 第十一章 五官科病症

### 第一节 近 视

#### 【概述】

近视眼是指眼睛视近物尚可,视远物费力且模糊不清的证候。在不使用调节器的情况下,5米外的平行光线在视网膜前聚集,而视网膜上的物像模糊不清,这一屈光状态称为近视眼。可分为轴性、屈光性和假性近视。近视按程度又可分为轻度、中度和高度近视。中医称本病为“能近怯远证”。近视眼在临床极为常见,尤以学习负担十分繁重,用目过度的学生为多。据一份调查报告表明,在我国从小学到高中,近视眼的发病呈上升趋势,某中学甚至达到50%。因此,积极开展近视眼的防治,对青少年的健康保健和人口素质的提高有一定的意义。

#### 【病因病机】

##### 1. 轴性近视

由眼球前后径增长所引起的近视。这种近视眼的特征是眼的屈光系统正常,但眼球的前后径较长,聚焦在视网膜前,这是临床最常见的类型。多为各种眼底病变所致。患者常表现为高度近视。

##### 2. 屈光性近视

眼球的前后径在正常范围内,而眼的屈光力过强,致使成像于视网膜前。病解可见角膜和晶体的弯曲度大于正常或眼球的屈光间质密度增大等。临床所见之球形晶体、圆锥角膜、老年性白内障、外伤或内服某些药物及调节痉挛所致的近视均属该类型。

##### 3. 假性近视

凡学龄前儿童或青少年因学习太久、过用目力或不正确地用眼,如目标太近、环境光线太暗、车上看书等使视神经疲劳,睫状肌处于痉挛状态,晶体过凸而致之暂时性屈光过强,称为假性近视,如不及时纠正,会转变成器质性近视眼。

目前,对前两型近视眼的发病原因还不十分清楚。认为可能与内分泌失调、遗传或全身及眼局部病变有关。而后一型则是由于用眼不当所造成,此类近视通过改变学习和工作环境,注意保护视力,完全可以控制其发展或治愈。

中医认为:“五脏六腑之精,皆上注于目而为之精。”视力减退多为先天禀赋不足,后天发育不良;劳心伤神,久视细微,目络瘀阻,光华不得发越而成成本病;久病或产后或房劳过度或素体虚弱,以致肝肾亏虚,精血不充,目窍失养而发本病。

现代医学认为本病与遗传因素和后天因素有关。多因不注意卫生用眼,如学习或工作时,光线昏暗或近距离视物,体位不正,久阅细字,造成睫状肌痉挛,形成假性近视,这种状态如果不及时缓解,近视程度会越来越深,逐渐发展成轴性或屈光性近视。还有外伤或内服磺胺药所致近视者。

**【临床表现】**

(1) 视力:以能近怯远为特征。即看近物清楚,视远物模糊。这是诊断近视眼的主要依据。

(2) 眼疲劳:病人出现视物双影、眼胀、头痛、恶心等症状。

(3) 检查可见玻璃体混浊液化、眼球外观突出,或眼底呈豹纹状改变等。

中医分三型:

(一) 肝肾亏虚:目视昏暗,眼易疲劳,视力减退,进展期则表现为双目疼痛,舌红、脉沉细。

(二) 脾胃虚弱:视物模糊,双目疲劳,眼痛、视力下降,神疲乏力,手足欠温,纳食减少,大便溏薄,舌质淡,脉细弱。

(三) 心气不足:视近清楚,视远模糊,瞳仁无神,视力减退,可伴心悸不宁、气短乏力,舌尖红少苔,脉微弱。

**【治疗】**

(一) 治疗原则:疏经通络,解痉明目。

(二) 取穴及部位:太阳、阳白、印堂、睛明、攒竹、鱼腰、丝竹空、四白、光明。

(三) 主要手法:揉法、一指禅推法、抹法。

(四) 操作方法

一、基本操作:患者仰卧,双目微闭。用一指禅推法从右侧太阳穴处开始,慢慢地推向右侧阳白穴,经过印堂、左侧阳白穴,推到左侧太阳穴处为止。再从左侧太阳穴开始,经左侧阳白、印堂、右侧阳白穴,到右侧太阳穴为止,反复操作 5 遍。用双手拇指端轻揉双侧睛明、攒竹、鱼腰、丝竹空、太阳,每穴 1 分钟。用双手拇指指腹分抹上下眼眶,从内向外反复分抹 2 分钟左右。拇指指端按揉养老、光明穴,每穴 2 分钟。

二、辨证加减

1. 肝肾亏虚

(1) 拿风池穴 5 分钟左右。

(2) 按揉肝俞、肾俞 2 分钟。

(3) 横擦肾俞、命门,透热为度。

2. 脾胃虚弱

(1) 指按揉脾俞、胃俞、中脘 1 分钟。

(2) 点按足三里、三阴交各 1 分钟,以酸胀为度。

3. 心气不足

(1) 按揉心俞、膈俞各 1 分钟。

(2) 点按神门、内关各 1 分钟,以酸胀为度。

**【注意事项】**

(一) 眼部穴位推拿手法不宜过重,操作者要注意手部卫生。

(二) 嘱患者坚持做眼保健操,保持良好的用眼卫生习惯,尽可能不看电视、小说,切不可在暗淡的光线下或连续较长时间的看书,以免眼肌过度疲劳、影响疗效。

(三) 年龄愈小,治愈率愈高,以 12 岁以下患者显著。多数病人一经配镜矫正,效果往

往不如不戴镜者。

## 第二节 麻痹性斜视

### 【概述】

麻痹性斜视相当于中医学的“通睛”和“神珠将反症”。现代医学亦称之为眼肌麻痹，它是以斜视为主要特征的一种眼病。主管眼球运动的肌肉有上、下、内、外四条直肌和上、下两条斜肌组成。六条肌肉中除外直肌由外展神经支配，上斜肌由滑车神经支配外，其余均由动眼神经支配。肌肉、神经及其中枢的病损，表现为相应的眼球运动障碍。

### 【病因病机】

中医学认为本病多因正气不足，卫外失固，风中经络或因脾气虚弱，目系弛缓，约束失权或因头额面部被伤，损伤脉络，血瘀气滞而成。

现代医学认为本病多为继发性损害，如中毒、炎症、血管障碍、内分泌疾患、外伤、脑肿瘤等疾病，造成一条或几条主管眼球运动的肌肉功能障碍，产生斜眼。

### 【临床表现】

主要表现：一眼或双眼黑睛偏向内侧或外侧，转动受限，视一为二。

(一)风中经络：起病突然，伴发热、头痛、苔白腻，脉浮。

(二)脾失健运：起病缓慢，伴头晕目眩、食少纳呆、泛吐痰涎，苔厚腻，脉弦滑。

### 【治疗】

(一)治疗原则：舒筋解痉。

(二)取穴及部位：太阳、睛明、球后、丝竹空、鱼腰、桥弓、合谷、风池、肝俞、脾俞、肾俞。

(三)主要手法：按揉法、一指禅推法、拿法。

(四)操作方法

一、基本操作：患者仰卧，双目微闭。医者用一指禅推法从右侧太阳穴起始，向右头维移动，沿前发际至左头维、左太阳穴，然后沿眶上缘移动推向右太阳，如此反复操作5遍。再用拇指端按揉睛明、球后、丝竹空、鱼腰穴，每穴约1分钟。用一指禅推法从左睛明沿上眼眶向外至目外眦，再沿下眼眶向内至目内眦，推向右睛明穴，沿上眼眶向外至目外眦，再沿下眼眶向内至目内眦，推向左睛明穴，呈“oo”字形环推，往返操作3遍。抹上下眼眶2分钟左右。拇指推患侧桥弓30次。拿合谷穴1分钟左右。患者俯卧，医者拿风池穴1分钟左右；再用按揉法在颈椎两侧缓缓操作，由上至下，往返操作5分钟左右；最后，按揉肝俞、脾俞、肾俞各约1分钟。

二、辨证加减

1. 风中经络者，按揉风府、翳风各1分钟。
2. 脾失健运者，按揉足三里穴2分钟，用力以酸胀为度。
3. 内斜视者，按揉睛明、承泣穴。
4. 外斜视者，按揉瞳子髁穴。
5. 上斜视者，按揉球后穴。
6. 下斜视者，按揉鱼腰穴。

**【注意事项】**

(1)对于小儿,强调早发现、早诊断、早治疗。对于麻痹性斜视,尤其是老年因中风所致者也应尽早予以防治。

(2)积极进行视觉训练:如有意识地让患儿观笔尖、指鼻、看灯光等,纠正其斜视。

(3)治疗前应排除其他病症,确诊为本病者可配合推拿治疗。治疗后宜休养,避免视疲劳。

(4)经推拿治疗 6 月无效者,考虑手术治疗或治疗同时,请眼科会诊。

### 第三节 眼睑下垂

**【概述】**

眼睑下垂是上睑提肌功能不全或丧失,以致上睑不能提起或提起不全,致使下垂的上睑挡住部分或全部瞳孔,发生视力障碍。病人因睑裂变窄,常皱起前额皮肤以提高眉部,常抬头仰视。患者若系儿童,且上睑下垂超过瞳孔,有患眼弱视的可能。本病有单侧和双侧之分。中医称“胞垂”、“上胞下垂”、“睑皮垂缓”、“睑废”等。

**【病因病机】**

中医学认为本病由先天不足,发育不全或脾气虚弱,血不荣筋,睑肌松弛或脾虚生痰,风痰阻络而致胞睑弛缓或外伤所致。

现代医学认为本病可由上睑肌或动眼神经麻痹、第三神经核发育不全、癥病性上睑下垂引起。

**【临床表现】**

本病轻者上睑半掩瞳仁,重者遮盖整个黑睛。病人为了瞻视,常需借额肌之牵引而睁睛,日久则额纹皱槽,眉毛高耸。

先天性下垂者呈双侧性,下垂程度不等。后天性睑下垂者若属麻痹性,则下垂程度较轻;重症肌无力者,则晨起下垂程度轻,劳累后加重,日久可为全身性骨骼肌疲劳,吞咽困难,呼吸障碍等。属癥病性者,发作时两睑同时下垂。

**【治疗】**

(一)治疗原则:通经活络,调和气血

(二)取穴及部位:睛明、印堂、鱼腰、丝竹空、太阳、阳白、完骨、翳风、风池、大椎、大杼。

(三)主要手法:一指禅推法、抹法、点法、按法、揉法、拿法、擦法。

(四)操作方法

1. 局部:患者仰卧,双目微闭。一指禅推从印堂至睛明,然后沿上眼眶经攒竹、鱼腰、丝竹空、太阳,再沿下眼眶至睛明穴,反复操作 5 遍。在额部阳白穴处施抹法,往返操作 3 分钟左右。点按睛明、阳白、鱼腰、太阳、百会,每穴 1 分钟。

2. 项背部:患者俯卧。医者先按揉完骨、翳风穴各 1 分钟;然后拿风池,并沿颈椎两侧向下至大椎两侧,往返操作 5 分钟左右;再在两肩及颈部施擦法约 5 分钟,重点在大椎、大杼穴处;最后拿肩井 1 分钟。

**【注意事项】**

- (1) 眼睑下垂治疗效果较慢,应与医者密切配合,保持乐观情绪。
- (2) 避免眼及面部受寒冷刺激。
- (3) 治疗同时可作患眼的矫正训练,有助巩固双眼视觉。

## 第四节 溢泪症

**【概述】**

溢泪症,是指泪液无制,溢出眼外,为眼科常见病证。多由泪道系统发生障碍,如泪小管、泪小点、鼻泪管等狭窄或阻塞所致,也可由瓣膜、泪点、泪囊等功能不全以及炎症引起。中医学又有“迎风流泪”、“泪出”等名称。一般分为冷泪与热泪,热泪治疗较易,冷泪病程较长,治疗较难。

**【病因病机】**

本病由肝血不足,目窍空虚,风寒侵人泪道或肝经蕴热,复感风邪,风热相搏,上攻于目而发或房劳过度,精血亏耗,虚火上炎或阴损及阳,泪液无制而发本病。

现代医学认为炎症和泪道狭窄、阻塞、功能不全致使泪液外溢。

**【临床表现】**

迎风而流泪者,遇风刺激则引起流泪。泪下无时者,经常流泪,迎风更甚,患眼泪液满眶或溢出睑缘,患者经常拭泪,造成下泪点外翻,由于泪液长期浸渍,睑部皮肤可发生湿疹。

**【治疗】**

- (一) 治疗原则:祛风明日、益气止泪。
- (二) 取穴及部位:睛明、头临泣、目窗、肝俞、肾俞、风池。
- (三) 主要手法:点法、抹法、一指禅推法、按揉法、拿法。
- (四) 操作方法:患者仰卧。点按睛明、头临泣、目窗,每穴约2分钟。再施用抹法5分钟。患者俯卧位。医者按揉肝俞、肾俞各2分钟,然后提拿风池穴3分钟。

**【注意事项】**

推拿时不可乱施挤压泪腺,以保持泪腺之血运。注意眼部卫生,防止细菌、病毒感染。患者擦拭眼泪时,应向上轻轻拭之,不可向下擦拭,防止泪点外翻。

## 第五节 颞颌关节功能紊乱症

**【概述】**

颞颌关节是面部唯一的活动关节,具有转动和滑动运动的联合关节。本病是口腔科常见病。主要表现为关节疼痛、运动障碍、关节区弹响等综合症候群,又称颊车骺痛。其发病原因是关节发育不对称、暴力打击、喜吃硬性食物、习惯性单侧咀嚼、寒冷侵袭、关节周围炎症及有工作紧张咬牙习惯、长时间的张口史等。

**【病因病机】**

本病发病原因目前尚不明确,可能与以下因素有关。

(一)颞下颌关节损伤:因经常的咀嚼硬物或遭受外力,使其周围水肿,日久则形成轻度的瘢痕,致颞颌关节运动障碍。

(二)颞颌关节周围肌肉过度兴奋或抑制:过度的兴奋与抑制,致使周围的肌筋组织产生紧张或松弛,而使颞颌关节功能紊乱。

(三)牙齿咬合功能的紊乱:牙齿相互咬合关系是协调的互动关系,当这种关系出现紊乱时,则会引起颞颌关节周围肌群的痉挛而发生本病。

**【临床表现】**

本病在其发病的过程中,多数有外伤或感寒凉史。颞颌部周围疼痛,其痛以酸痛为主,咀嚼活动、张口刷牙等感疼痛。患者不敢打呵欠、大笑及咬较硬食物。如果是单侧发病者关节活动往往偏向一侧,以患侧最为多见。部分患者还可见有“咯咯”弹响,多由关节盘扭伤后引起肥厚、折叠或撕裂变化,在运动过程中,周围关节结节之间发生摩擦而造成弹响。少数患者可因鼓索神经和颞神经髁状突压迫而发生眩晕、听觉障碍、头痛以及放射性疼痛的症状。

检查可见:张口受限,可有弹响感觉。患侧的颞颌关节部有明显压痛。X线片检查无异常。

**【治疗】**

(一)治疗原则:舒筋活血、理筋整复

(二)取穴及部位:颞颌关节

(三)主要手法:按法、揉法、拨法、振法。

(四)操作方法:用单手指腹按于颞颌关节部,配以揉法,反复操作,至疼痛逐渐缓解,出现麻木等症状,配以拨法和振法缓解解痛麻木等症状。反复治疗,一日一次,直至以上症状消失。

**【注意事项】**

(1)推拿治疗中应忌食生冷、硬性食物。

(2)面部注意保暖,防止外邪。

## 第六节 咽喉炎

**【概述】**

本病包括急慢性咽炎和急慢性喉炎。多因鼻腔感染,扁桃体炎,烟酒过度,用嗓过多,长期接触有害粉尘、气体等引起,属中医学之“喉痹”、“急喉痹”、“慢喉痹”等范畴。皆因肺阴不足、外感风热或胃蕴火热,上扰咽喉所致。症见咽喉干涩疼痛、喉痒有异物感、红肿音哑、干咳痰少,伴有发热头痛、鼻塞口渴、神疲乏力、全身不适等症。

**【病因病机】**

急性咽喉炎常因气候剧变,起居不慎,肺卫失固,风热邪毒乘虚侵犯,直袭咽喉,内伤于肺,相搏不去,致咽喉肿痛而为喉痹。



慢性咽喉炎多由急性咽喉炎失治,邪气传里,加之肺肾亏虚,津液不足,虚火上炎,犯及咽喉最为多见。接触刺激较强、异味较重及嗜食烟酒辛辣之物是本病的诱因。

### 【临床表现】

#### (一)急性咽喉炎

1. 风热外侵,肺经有热:初起时,咽部干燥微痛,吞咽感觉不利,其后疼痛逐渐加重,有异物阻塞感,全身症见发热,恶寒,头痛,咳嗽痰黄,苔薄白,脉浮数。检查:咽部微红,微肿,悬雍垂色红,肿胀,喉底红肿,有颗粒突起。

2. 邪毒传里,肺胃热盛:咽部疼痛逐渐加剧,吞咽困难,言语艰难,咽喉梗塞感。全身症见高热,口干喜饮,头痛剧烈,痰黄稠,大便秘结,小便黄,舌赤苔黄,脉数有力。检查:咽部红肿,悬雍垂肿胀,颌下压痛。

#### (二)慢性咽喉炎

本证病情较缓,症状较轻,自觉咽中不适,干痒,异物感,常有“吭啞”的动作。咽痒之时,常引起咳嗽、恶心、干呕等病状。全身有阴虚火旺症状表现,如盗汗、五心烦热等。检查:咽微暗红,喉底血络扩张,散在的颗粒,少数患者悬雍垂肥厚增长。

### 【治疗】

(一)治疗原则:清利咽喉。

(二)取穴及部位:大椎、风门、曲池、合谷、鱼际、少泽、少商、天突、内庭。

(三)主要手法:点法、按法、揉法。

(四)操作方法:用点、按、揉法施于大椎、风门,使被治疗者有疼痛难忍的感觉;然后按、揉曲池、合谷、鱼际、少商、少泽、天突、内庭等穴位,每穴治疗1分钟,压力由轻至重。

### 【按语】

(1)治疗中应少食刺激性食物。

(2)减少过度的发音、讲话等。

(3)注意休息,坚持锻炼,增强体质。

## 附:扁桃腺炎

### 【概述】

凡咽喉扁桃体肿痛,起病急,恶寒发热者称为扁桃体炎。其发病部位在咽喉部两侧的喉核处,因其形状如蚕蛾,故中医称之为“乳蛾”,有单蛾和双蛾之分。《景岳全书·卷二十八》指出:“盖肿于咽之两旁者为双蛾,肿于一边者为单蛾。”本病多见于青少年和儿童,在气候变化和机体抵抗力下降时容易发病。症见咽部疼痛,疼痛可放射至耳根及颌下,吞咽困难,伴有发热头痛、全身酸痛不适,或咳嗽有痰、口渴心烦等症。小儿可因高热而抽搐、昏睡、拒食。

### 【病因病机】

(一)风热外侵,肺经有热:咽喉为肺胃所属,风热邪毒循口鼻入肺系,咽喉首当其冲,邪毒搏结于咽喉,脉络受阻,喉核红肿胀痛而成本病。

(二)邪毒侵里,肺胃热盛:外邪壅盛,乘势传里,肺胃热盛,火热上蒸,搏结于喉核,灼

腐肌膜,喉核肿大。亦有肺胃蕴热,热毒上攻,搏于喉核而为本病。

### 【临床表现】

(一)风热外侵,肺经有热:咽部疼痛,吞咽不利,吞咽或咳嗽时疼痛加剧,咽喉干、灼热,喉核红肿连及周围咽部。全身症见发热,恶寒,头痛,鼻塞,肢体倦怠,咳嗽有痰,舌边尖红,苔微黄,脉浮数。

(二)邪热传里,肺胃热盛:咽喉疼痛剧烈,痛连耳根及颌下,吞咽困难有堵塞感。全身症见高热,口渴引饮,咳嗽痰稠黄,口臭,腹胀,大便秘结,小便黄,舌质红赤,苔黄厚,脉洪大而数。检查可见喉核红肿,表面有黄白脓点,连成伪膜;甚者咽峡红肿,压痛明显。

### 【治疗】

(一)治疗原则:利咽消肿。

(二)取穴及部位:合谷、曲池、内庭、少泽、鱼际、天突、风池、风府、颊息、天突、曲池、合谷。

(三)主要手法:点法、按法、揉法、刮法。

(四)操作方法

1.基本操作:点、按、揉作用于合谷、曲池、内庭、少泽、鱼际等穴位,其压力由轻至重,逐渐用力,每穴治疗约1分钟;按揉天突穴2分钟左右,压力要轻,不可用重刺激手法;按、揉风池、风府、颊息、曲池、合谷等穴位,压力由轻至重,逐渐用力;咽喉肿痛,提刮风府穴,两耳后的颊息穴,两侧的曲池、间使、太渊等穴位。

2.辨证加减

(1)风热外侵,肺经有热。

①取穴及部位:少商。

②主要手法:掐法。

③操作方法:用掐法治疗少商穴1分钟左右,此穴在治疗的过程中会出现疼痛等感觉。

(2)邪热传里,肺胃热盛。

①取穴及部位:肩井、间使、大陵、太渊等穴位;背部足太阳膀胱经第一侧线。

②主要手法:推、捏、拿、按、揉法。

③操作方法:推、刮足太阳膀胱经从大椎穴至膀胱俞,推、刮10次,治疗部位红或紫均可。

### 【注意事项】

(1)推拿手法在治疗本病的过程中,应注意观察患者的面部表情,不可用力过度。

(2)保持室内空气流通,预防感冒。注意口腔卫生,养成经常漱口的好习惯。避免过食辛辣刺激、肥腻食品。锻炼身体,提高机体抵抗力。

## 第七节 鼻窦炎

### 【概述】

鼻窦炎,中医称之为“鼻渊”,指鼻流浊涕,量多不止为其主要特征的病症。临床常伴

有头痛、鼻塞，嗅觉减退，久者虚眩不已等。鼻渊病名由来已久，《素问·气厥论》篇就有“鼻渊者，浊涕不止也”的记载，明确提出该病的特征为鼻长期流涕。鼻渊在临床上很常见，特别是生活在潮湿地区的人群，因多雨多湿，最易发病，我国的四川盆地、长江流域等为鼻渊的高发地区，还好发于小儿和青年，且以春夏两季为多。

鼻渊之证与现代医学之慢性鼻炎、鼻窦炎相类似，可参考辨之。本病根据发病特点，分实虚证两类。实证起病急、病程短；虚症多数有急性期诊断与治疗不当而逐渐转化而来，病程时间长，缠绵不愈。

### 【病因病机】

#### (一)实证

1. 肺经风热：风寒外侵，郁久化热，风热邪毒，袭表犯肺，邪毒壅遏肺经，失于清肃，循经上犯，灼伤鼻窍而为病。

2. 胆腑郁热：情志抑郁，恚怒失节，肝失疏泄，气郁化火，循经上犯于脑，伤及鼻窍，煽灼气血，腐灼肌膜，热炼津液而为涕。邪热犯胆，胆经热盛，上蒸于脑，迫津下渗而为病。

3. 脾胃湿热：素食肥甘厚味，湿热内生，邪困脾胃，运化失常，清气不升，浊阴不降，湿热邪毒循经上蒸，停聚窦内，灼损窦内肌膜而致。

#### (二)虚症

1. 肺气虚寒：久病体弱，肺脏虚损，肺气不足，卫阳虚弱，易为邪毒所犯。且因正虚，清肃不力，邪毒易于滞留，上结鼻窍，凝聚于鼻窦，伤蚀肌膜而为本病。

2. 脾气虚弱：饮食不节，劳倦过度，思虑郁结，损伤脾胃，致脾胃虚弱，运化失常。气血生化不足，清阳不升，鼻窍失于气血之养，肌膜败坏，而成浊涕，形成鼻渊。或因脾虚生湿，湿浊上犯，困结鼻窍，浸淫鼻窦，腐蚀肌肤而为病。

### 【临床表现】

本病在临床中以鼻流浊涕量多，涕从鼻腔上方向下而流为其特征。伴有头痛、鼻塞、嗅觉减退、鼻内肌膜红赤或淡红肿胀，眉内及颧部有压痛等症状、体征。可结合 X 线辅助诊断，以排除其他疾患。

#### (一)实证

1. 肺经风热：涕黄或粘白而量多，间歇或持续鼻塞，嗅觉减退，鼻内肌膜红肿，眉间及额部有叩击痛或压痛。全身症状可见发热恶寒，痰多，舌质红，苔微黄，脉浮数。

2. 胆腑郁热：涕黄浊粘稠如脓样，量多有臭味，嗅觉差，头痛剧烈。全身症状兼有发热，口苦，寐少梦多，急躁易怒，舌质红，苔黄，脉弦数。检查：鼻粘膜肿胀，眉间及额部叩击痛与压痛明显。

3. 脾胃湿热：涕黄浊而量多，鼻塞重而持续，嗅觉消失。全身症状可见有头晕，脘腹胀闷，食欲不振，小便黄，舌质红，苔黄腻，脉濡或滑数。检查：鼻腔内红肿，尤以肿胀更甚。

### 【治疗】

(一)治疗原则：通利鼻窍。

(二)取穴及部位：迎香、印堂、太阳、合谷、风池、曲池、足三里、百会、上星、合谷、通天、风池。

(三)主要手法：推、点、按、揉、摩、振法。

(四)操作方法:患者取坐位或仰卧位,用推法从睛明开始,沿鼻旁至迎香穴,反复治疗,压力由轻至重,面部肌肤有微红,时间约5分钟左右。然后用拇指指腹点按揉面部的迎香、印堂、太阳;合谷、曲池,风池及足三里穴均以较强刺激的治疗为主,每次治疗的时间以鼻部通气为止。

### 【注意事项】

(1)推拿治疗鼻渊,疗效好,多数患者鼻通涕止。但鼻渊毕竟不同于鼻塞,要根治须较长时间。10日为1个疗程,约需3个疗程为佳。推拿时间,以鼻窍通利,分泌物减少为度。

(2)推拿后,用芳香消炎之中药(如川芎茶调散)外熏,明显提高疗效。

(3)嘱患者坚持体育锻炼,增强机体的抵抗力,防止感冒等。随时注意鼻腔清洁,保持鼻道通畅,改掉搔鼻、挖鼻的坏习惯,多做低头、侧头运动,以利涕液排出。

## 第八节 牙 痛

### 【概述】

牙痛又称齿痛,是各种牙齿疼痛的简称,牙体或牙齿周围的病变均可引起该证。如常见的龋齿、牙宣、牙痛、牙龈痛、骨槽风等都会有不同程度的牙痛。现代医学认为本病是口腔科疾病的常见症状,本身并不独立成病,如龈齿、急性牙髓炎、牙周炎等均可以牙痛为主诉就诊。

### 【病因病机】

(一)风热侵袭:风火侵犯,伤及牙体及牙龈,邪聚不散,气血滞留,瘀阻脉络而为病。

(二)胃火上蒸:胃火素盛,嗜食辛辣或风热邪毒外侵,引动胃火循经伤及龈肉,损及脉络而为病。

(三)虚火上炎:肾阴亏损,虚火上炎,灼烁牙龈,骨髓空虚,牙失营养,致牙齿浮动而痛。

### 【临床表现】

本病在临床中不受任何年龄限制,也无明显的季节差异,凡以牙齿疼痛为主要症状者,均可诊断为牙痛。

(一)风热牙痛:牙齿疼痛,遇冷痛减,遇热则痛甚,牙龈红肿,全身常伴有发热、恶寒、口渴,舌质红,苔白而干,脉浮数。

(二)胃火牙痛:牙齿疼痛剧烈,牙龈红肿较甚,甚至渗血、出脓,肿连腮颊,头痛,口渴引饮,口气臭秽,大便秘结,舌苔黄腻,脉洪数。

(三)虚火牙痛:牙齿隐隐作痛或微痛,牙龈微红、微肿,久则龈肉萎缩,牙齿浮动,咬物无力。全身可见腰背酸痛,头晕眼花,口干不欲饮,舌质红嫩,无苔,脉多细数。

### 【治疗】

(一)治疗原则:消肿止痛。

(二)取穴及部位:下关、颊车、合谷、内庭、太溪、行间、太冲。

(三)主要手法:按、揉、点、捏法。

(四)操作方法:点、按、揉内庭、太溪、行间、太冲等穴,其压力应以重刺激为主,治疗时间约在5分钟左右。面部的治疗则以按、揉手法在面部的下关、颊车等穴处治疗,压力由轻至重,治疗时间约5分钟。按揉合谷穴作为收穴。

### 【注意事项】

(1)牙髓炎、龋齿、根尖炎等疾病属于急性的炎症改变,推拿治疗时配合消炎药物治疗,以提高临床疗效。本病在面部治疗的过程中,手法必须固定一点,不可带有摩擦动作。以防止出现红、肿等改变。

(2)保持口腔卫生,坚持早晚刷牙,养成饭后漱口的习惯。尽量不食生冷,辛辣酸甜性食物,减少冷热对牙齿的直接刺激。

(3)嘱患者于每日早晚进行牙齿锻炼。

## 第九节 喉 暗

### 【概述】

喉暗即声音嘶哑;失音则指发音时失去正常状态的一种症状。常以“毛,沙,哑”来表示声音的程度差别。“毛”指发音时声音嘶哑,出声不亮;“沙”指发音轻微不干净;“哑”指音调低弱沉浊。中医认为肺属金,金者有声。如因邪气痰浊所闭则“金实而不鸣”,反之若肺虚失润或肝火灼肾,日久累及肺叶受损则“金破而不鸣”,出现喉暗之证。

### 【病因病机】

喉暗常由外感风寒风热之邪致肺气壅塞,气机阻滞,开阖不利或因肺脾肾虚损或病久气滞血瘀,痰凝,咽喉失于濡养,声门不利甚则声窍阻滞而成。

#### 1. 风寒外袭

风寒外袭,气机不利,风寒之邪凝聚于喉,致声门不利。

#### 2. 风热外犯

风热邪毒由口鼻而入,内伤于肺,肺气不宣,邪热结于喉咙,脉络闭阻,喉部肿胀,声门不利而致。

#### 3. 肺肾阴虚

素体虚弱,劳累太过,久病失养或肺肾阴虚,阴液亏损不能上滋,虚火上炎,致声门开阖不利。

### 【推拿治疗】

(一)治疗原则:利咽开音。

(二)取穴及部位:风池、人迎、秉风、曲垣、天宗、肩井、合谷。

(三)主要手法:摩法、拿揉法、拔伸法。

(四)操作方法

1.基本操作:患者正坐位,医者一手扶住患者枕部,另一手拇、食指从喉结两旁平面向下轻轻摩揉,约20~30遍,再配合拿揉人迎、水突,每穴约30次,手法力求轻柔舒缓,然后医者一足踏凳上,双手抓住患者肩关节,拇指向前顶住肩胛骨下方,四指抵住肩前,双手用力依次向上、向外、向后抓拿再向外用力拔伸。

2.辨证加减:

(1)风热侵袭:揉拿尺泽、曲池 5 分钟。

(2)风寒外邪:揉按合谷、尺泽,至酸胀为度。

(3)肺肾阴虚:点揉足三里、肺俞穴,揉大椎、天突穴,揉按两侧夹脊穴,横擦腰骶部,至发热为度。

**【注意事项】**

1.如喉暗经推拿治疗疗效不佳,应嘱患者在喉科检查,排除局部息肉、肿瘤等。当喉暗为某些疾病的症状时,应积极针对原发疾病进行治疗。

2.嘱患者减少言语,忌大声呼叫。生活要有规律,以防耗伤气阴。禁食煎炒之品,禁烟酒。

## 第十二章 儿科病症

### 第一节 腹 泻

腹泻是以大便次数增多,粪便稀薄或如水样,带有不消化的乳食及粘液为主症的消化道疾病,是小儿常见的胃肠道病症,多发于夏、秋两季。3岁以下婴幼儿较为多见,年龄愈小,发病率愈高。

#### 【病因病机】

泄泻主要责之脾胃,外感六淫、内伤乳食或素体脾胃虚弱,均可致脾胃运化功能失调而发生腹泻。

(一)感受外邪:小儿脏腑娇嫩,卫外不固,易为外邪所侵。外感六淫之邪,损伤阳气,使清阳下陷,而成泄泻。六淫之中,湿邪更易侵犯脾胃,往往与寒、热、暑合而为病。

(二)内伤乳食:由于哺乳不当,饮食失节,或恣食生冷油腻,使饮食滞于肠胃而不化,脾胃损伤,运化失职,不能腐熟水谷而致腹泻。则水反而为湿,谷反而为滞,水湿滞留,下注肠道而为腹泻。

(三)脾胃虚弱:先天禀赋不足,后天调护不当,或久病迁延不愈,损伤脾胃,则纳运失司,水谷不得运化,精微不运,合污而下,并走大肠而成泄泻。

#### 【临床表现】

(一)寒湿泻:大便清稀多沫,色淡,无臭味,腹痛肠鸣,或伴有发热,鼻塞,流涕,轻度咳嗽,厌食,口不渴,面色淡白,四肢欠温,小便清长,苔白腻,脉濡,指纹色红。

(二)湿热泻:腹痛即泻,急迫暴注,色黄褐而臭,或见少许粘液,身有微热,口渴,尿少色黄,苔黄腻,脉滑数,指纹色紫。严重者可见暴泻黄色浊水,日泻一、二十次不等,壮热烦渴,神情萎顿,眼眶下陷,舌绛,苔干,脉细数,指纹色紫。

(三)伤乳食泻:腹痛胀满,泻前哭闹不安,泻后痛减,大便量多,酸臭如败卵,含有未消化残渣,常伴恶心呕吐,口噤酸气,口臭纳呆,不思乳食,夜卧不安,面黄口渴,舌苔黄腻或微黄,脉滑数,指纹紫红而滞。

(四)脾虚泻:久泻不愈,大便溏薄,夹有奶块及食物残渣或如水样,每于食后即泻,次数频多,面色萎黄,四肢厥冷,精神萎靡,食欲不振,舌淡苔薄,脉濡,指纹色淡。严重者可见泻下不止,完谷不化,神昏,脉微欲绝等危象。

根据腹泻症状的轻重,可将其分为轻型腹泻和重型腹泻。轻型每天大便次数少于10次,无酸中毒症状和明显脱水;重型临床症状较重,每天大便10次以上,便中含大量水分,伴有酸中毒症状或中度以上脱水。患儿食欲低下,常并发呕吐、发热等,体重很快下降,出现脱水者表现为精神萎顿、表情淡漠、口唇干燥、皮肤弹性差、前囟及眼窝下陷等;出现酸中毒者表现为呼吸深快、带果酸味甚至昏迷。若不及时治疗,可危及生命,故在临床中必须严密观察病情变化。

**【治疗】****(一)寒湿泻**

1. 治则:温中散寒,化湿止泻。
2. 处方:补脾经 300 次,推三关 300 次,补大肠 300 次,揉外劳宫 100 次,推上七节骨 200 次,揉龟尾 300 次,按揉足三里 50 次,揉脐、摩腹各 5 分钟。
3. 方义:推三关、揉外劳宫温阳散寒,配补脾经、揉脐、摩腹与按揉足三里能健脾化湿,温中散寒;补大肠、推上七节骨、揉龟尾温中止泻。
4. 加减:腹痛、肠鸣重者加揉一窝风、拿肚角;体虚加捏脊;惊惕不安加清肝经、掐揉五指节。

**(二)湿热泻**

1. 治则:清热利湿,调中止泻。
2. 处方:清脾胃 300 次,清大肠 300 次,清小肠 300 次,清天河水 300 次,退六腑 300 次,揉天枢 50 次,揉龟尾 300 次。
3. 方义:清脾胃以清中焦湿热;清大肠、揉天枢清利肠腑湿热积滞;清天河水、退六腑、清小肠清热利尿除湿;配揉龟尾以理肠止泻。
4. 加减:高热加推脊。

**(三)伤食泻**

1. 治则:消食导滞,和中止泻。
2. 处方:补脾经 300 次,清大肠 300 次,揉板门 100 次,运内八卦 100 次,揉天枢 200 次,揉龟尾 100 次,揉中脘、摩腹各 5 分钟。
3. 方义:补脾经、揉中脘、运内八卦、揉板门、摩腹健脾和胃,行滞消食;清大肠、揉天枢疏调肠腑积滞;配揉龟尾以理肠止泻。

**(四)脾虚泻**

1. 治则:健脾益气,温中止泻。
2. 处方:补脾经 300 次,补肾经 200 次,补大肠 300 次,推三关 100 次,摩腹、揉脐各 5 分钟,推上七节骨 200 次,揉龟尾 100 次,捏脊 9 遍。
3. 方义:补脾经、补肾经、补大肠补脾肾之阳,固肠实便;推三关、摩腹、揉脐、捏脊温阳补中;配推上七节骨、揉龟尾以温阳止泻。
4. 加减:肾虚者加补肾经、揉外劳宫;腹胀加运内八卦;久泻不止加按揉百会。

**【注意事项】**

患儿在腹泻期间宜清淡饮食,少吃粗纤维的蔬菜和难以消化的食品,注意饮食卫生,不吃生冷不洁及油腻之品。平时应注意合理喂养,做到乳食有节,饥饱有度。每次便后用温水洗净肛门,勤换尿布,保持皮肤清洁干燥。

## 第二节 呕 吐

呕吐是指由于胃气上逆,胃或肠道呈逆行蠕动所致食物从口中而吐的症候。临床以有物有声为呕,有物无声为吐,有声无物谓之嘔。由于呕与吐往往同时发生,故一般并称



为呕吐。呕吐是临床中小儿常见的症状,可见于多种疾病中。另外,尚有小儿乳后有少量乳汁倒流口腔,从口角溢出者,此称为溢乳,不属于病态。

### 【病因病机】

胃为水谷之海,以降为和。小儿脾胃薄弱,凡外感六淫,侵扰及胃,或饮食过多,饥饱不节,或恣食生冷油腻食物以致停滞不化,损伤脾胃,运化失司,胃失和降,气逆于上而发病。

(一)乳食积滞:小儿脾常不足,饮食不节,喂养不当,食滞中脘,损伤脾胃,致脾失运化,升降失司,胃气上逆,而发生呕吐。

(二)脾胃虚寒:素体虚弱,而又乳食寒凉,或外感风寒,致脾胃虚寒,中阳不振,寒凝气滞,气逆于上,发生呕吐。

(三)胃中积热:乳食久积胃中,郁而化热,或外感湿热之邪,蕴伏肠胃,火性炎上,胃热上冲,发生呕吐。

### 【临床表现】

(一)伤食吐:呕吐酸臭乳块或宿食,纳呆口臭,嗝腐吞酸,脘腹胀满,大便秘结或泻下酸臭,夜卧不安,吐后症减,舌苔厚腻,脉滑有力,指纹紫滞。

(二)寒吐:饮食稍多即吐,时作时止,吐物多为清稀痰涎,或不消化残余乳食,酸臭不甚,面色苍白,四肢欠温,腹痛喜暖,大便溏薄,小便清长,舌淡苔薄白,指纹色红。

(三)热吐:食入即吐,呕吐物酸臭,口渴喜饮,身热烦躁,面赤唇红,大便臭秽或秘结,小便黄赤,舌质红,苔黄,脉滑数。

### 【治疗】

#### (一)伤食吐

1. 治则:消食导滞,和中降逆。

2. 处方:清补脾经 300 次,清大肠 300 次,揉板门 50 次,横纹推向板门 100 次,运内八卦 100 次,揉中脘 300 次,分腹阴阳 100 次,按揉足三里 50 次。

3. 方义:清补脾经、揉中脘、按揉足三里健脾和胃以助运化;清大肠通便理气;揉板门、运内八卦宽胸理气,消食导滞;分腹阴阳、横纹推向板门以降逆止呕。

#### (二)寒吐

1. 治则:温中散寒,和胃降逆。

2. 处方:补脾经 300 次,横纹推向板门 100 次,揉外劳宫 300 次,推三关 300 次,推天柱骨 300 次,揉中脘 5 分钟。

3. 方义:推天柱骨和胃降逆,祛寒止呕,配横纹推向板门善止一切呕吐;补脾经、揉中脘健脾和胃,温中散寒,降逆止呕;推三关、揉外劳宫温阳散寒以加强温中作用。

#### (三)热吐

1. 治则:清热和胃,降逆止呕。

2. 处方:清脾胃 300 次,清大肠 300 次,退六腑 100 次,运内八卦 100 次,横纹推向板门 100 次,推天柱骨 300 次,推下七节骨 100 次。

3. 方义:清脾胃配推天柱骨清中焦积热,和胃降逆以止呕吐;退六腑加强清热作用;运内八卦、横纹推向板门宽胸理气,和胃止呕;清大肠、推下七节骨泻热通便,使胃气得以

通降下行。

### 【注意事项】

患儿应适当控制饮食,呕吐频繁者,应予禁食,待病情缓解后再增加饮食。平时应注意合理喂养,饮食节制,宜定时定量,冷热适度。起居有节,寒温适宜,随天气变化增减衣物,避免感受外邪。

## 第三节 腹 痛

腹痛是指胃脘以下、脐两旁及少腹以上部位发生疼痛,是小儿常见的病症,可见于多种内、外科疾病,涉及范围较广。凡脏腑、经脉的病变均可引起腹痛,本节所述腹痛主要为腹部受寒,寒邪凝结肠间;或由于乳食停滞,气机不通;或由于虫积腹中,扰乱气血引起的腹痛,而不包括外科急腹症之腹痛,治疗时须特别注意,以免贻误病情。

### 【病因病机】

小儿脏腑薄弱,经脉未盛,外感风寒、乳食积滞等,均易伤及小儿肠胃,引起气机阻滞,经脉失调而发生腹痛。

(一)腹部中寒:由于护理不当,或天气突然变化,小儿腹部为寒冷气所侵袭。寒为阴邪,主凝滞收引,以致气机阻滞,经络不通,发为腹痛。

(二)乳食积滞:乳食不节,暴饮暴食,或恣食生冷食物,留滞中焦,不得运化,致脾胃损伤,气滞不行,引起腹痛。

(三)虫积:感染蛔虫,扰动肠中,或窜行胆道,或虫多而扭结成团,阻止气机而致气滞作痛。

(四)脾胃虚寒:平素脾胃虚弱,或久病脾虚,致脾阳不振,运化失司,寒湿滞留,气血失于温养而致腹痛。

### 【临床表现】

(一)寒痛:腹痛较剧,哭叫不安,常在受凉或饮食生冷后发生,遇冷加重,得温则减,面色青白,或兼大便清稀,小便清长,舌淡苔白滑,指纹色红或青紫。

(二)伤食痛:腹部胀满,疼痛拒按,厌食,恶心呕吐,嗳腐吞酸,矢气频作,腹泻或便秘,便后痛减,夜卧不安,舌苔厚腻,脉滑。

(三)虫痛:腹痛突然发作,以脐周为甚,时发时止,有时可在腹部摸到蠕动之块状物,时隐时现,有便虫病史,形体消瘦,食欲不佳,或嗜食异物;如蛔虫窜行胆道则痛如钻顶,时发时止,伴见呕吐。

(四)虚寒腹痛:腹痛隐隐,喜温喜按,面色萎黄,形体消瘦,食欲不振,易发腹泻,舌淡苔薄,指纹色淡。

### 【治疗】

#### (一)寒痛

1. 治则:温中散寒,理气止痛。

2. 处方:补脾经 300 次,推三关 300 次,揉外劳宫 50 次,掐揉一窝风 50 次,拿肚角 5 次,摩腹 5 分钟。

3. 方义:补脾经、摩腹温中健脾,配推三关、揉外劳宫以助阳除寒;掐揉一窝风、拿肚角散寒理气止痛。

#### (二) 伤食痛

1. 治则:消食导滞,和中止痛。

2. 处方:补脾经 300 次,清大肠 300 次,揉板门 50 次,运内八卦 50 次,揉中脘 100 次,揉天枢 100 次,分腹阴阳 100 次,拿肚角 5 次。

3. 方义:补脾经、揉板门、揉中脘、分腹阴阳健脾和胃,消食导滞,理气止痛;清大肠、揉天枢疏调肠腑积滞;运内八卦宽胸理气,调和气血;拿肚角止痛。

4. 加减:呕吐者加推天柱骨、横纹推向板门;发热者加退六腑、清天河水。

#### (三) 虫痛

1. 治则:温中行气,安蛔止痛。

2. 处方:推三关 300 次,掐揉一窝风 50 次,揉外劳宫 50 次,摩腹、揉脐各 5 分钟。

3. 方义:摩腹、揉脐健脾和胃,行气止痛。配揉一窝风、揉外劳宫、推三关以温中安蛔。

4. 加减:腹痛甚者,加按揉脾俞或背俞穴压痛点。

#### (四) 虚寒腹痛

1. 治则:温补脾肾,益气止痛。

2. 处方:补脾经 300 次,补肾经 300 次,推三关 300 次,揉外劳宫 300 次,揉中脘 100 次,揉脐 5 分钟,按揉足三里 300 次。

3. 方义:补脾经、补肾经、推三关、揉外劳宫温补脾肾,益气止痛;揉中脘、揉脐、按揉足三里健脾和胃,温中散寒止痛。

#### 【注意事项】

患儿宜卧床休息,并加强护理,注意腹部保暖。平时注意合理喂养,宜清淡饮食,给予营养且易消化的食物,饥饱适度,勿暴饮暴食或过食生冷。

## 第四节 疳 积

疳积是指小儿因内伤乳食,停滞中焦,气滞不行所形成的一种慢性消耗性疾病,以不思饮食或食而不化,身长、体重不增,大便不调为特征。积久不消,则转化为疳,所以古人有“积为疳之母,无积不作疳”之说。本病与西医所谓小儿营养不良症相类似。

#### 【病因病机】

中医将本病分为乳食积滞、脾胃虚弱两型,二者互为因果,积滞可伤及脾胃,脾胃虚弱又能产生积滞,故临床上多互相兼杂为患。此外感染虫症和某些慢性疾病也常为本病的原因。

(一) 乳食积滞:小儿乳食不节,饥饱无度,缺乏营养,或恣食肥甘生冷,食滞中焦,伤及脾胃,致受纳运化失职,升降不调,乃成积滞。积滞日久,脏腑之气失于濡养,致形体瘦弱,而成疳证。

(二) 脾胃虚弱:素体虚弱,或伤于乳食、久病、断乳,致脾胃虚弱,健运失司,水谷精微

生化无源,营养失调,不能濡养脏腑肌肉、四肢百骸,久之气血虚衰,发育障碍,而成疳症。

### 【临床表现】

(一)乳食积滞:形体消瘦,精神萎靡,体重不增,腹胀暖酸,食欲不振,夜卧不安,大便臭秽或秘结,尿如米泔,舌苔厚腻,指纹紫滞。

(二)气血两亏:面色萎黄,毛发枯黄稀疏,肌肤少荣,骨瘦如柴,四肢不温,困倦无力,不思饮食,睡卧不宁,啼哭声低,大便溏泄,舌质淡,苔薄,指纹色淡。

### 【治疗】

#### (一)乳食积滞

1. 治则:消积导滞,调理脾胃。

2. 处方:补脾经 300 次,揉板门 50 次,推四横纹 300 次,运内八卦 100 次,揉中脘 100 次,分腹阴阳 100 次,揉天枢 50 次,按揉足三里 50 次。

3. 方义:揉板门、揉中脘、分腹阴阳、揉天枢消食导滞,疏调肠胃积滞;推四横纹、运内八卦加强以上作用,并能理气调中;补脾经、按揉足三里以健脾开胃,消食和中。

#### (二)气血两亏

1. 治则:温中健脾,补益气血。

2. 处方:补脾经 300 次,推三关 300 次,揉外劳宫 300 次,运内八卦 100 次,掐揉四横纹 5 次,按揉足三里 50 次,揉中脘 100 次,捏脊 9 遍。

3. 方义:补脾经、推三关、揉中脘、捏脊温中健脾,补益气血,增进饮食;运内八卦、揉外劳宫温阳助运,理气和血,并加强前四法的作用;掐揉四横纹主治疳积,配按揉足三里调和气血,消导积滞。

4. 加减:若五心烦热,盗汗,舌红光剥,阴液不足者,宜去推三关、揉外劳宫,加清肝经、补肾经、揉上马、运内劳宫;烦躁不安加掐揉五指节、清肝经;口舌生疮加掐揉小横纹;目赤、多眵泪、隐涩难睁者,加清肝经、揉肾纹;若兼见咳嗽痰喘,加推肺经、推揉膻中、肺俞;便溏加补大肠;便秘加清大肠、推下七节骨。

### 【注意事项】

本病宜及早防治,应注意饮食调节,合理喂养,进食要定时、定量,尽量采用母乳喂养,及时添加辅助食品,多吃含维生素丰富的水果、蔬菜,防止挑食、偏食等不良习惯。此外,要保证小儿充足的睡眠,经常带小儿到室外活动和锻炼身体,呼吸新鲜空气,多晒太阳,以增强体质。

## 第五节 便秘

便秘是指排便间隔时间延长,便质干燥、硬结,或虽有便意而艰涩难以排出的一种病症,是小儿常见的症候。便秘可单独出现,亦可见于其他疾病。

### 【病因病机】

便秘主要是由于大肠津液不足,传导功能失常,粪便在肠道停留过久,水分被吸收而过于干燥、坚硬而引起。临床一般有实秘、虚秘之分,分别由饮食不节、气血不足所致。

(一)饮食不节:喂养不当,饮食不调,食物停滞,气滞不行郁久化热,或过食辛辣厚味

之品,以致肠胃积热,或于热病后耗伤津液,腑气不通,以致便秘。

(二)气血不足:先天不足,素体虚弱,或久病之后,气血亏虚。气虚则大肠传送无力,血虚则津少无以滋润大肠,肠道干涩,故大便秘结,艰涩难下。

### 【临床表现】

(一)实秘:大便干结,排出困难,面赤身热,口臭唇赤,小便短赤,胸胁痞满,纳食减少,腹部胀痛,舌质红,苔黄燥,脉沉数有力,指纹色紫。

(二)虚秘:大便秘结,努挣难下,形瘦乏力,神疲气怯,食少纳呆,面色㿔白无华,口唇干淡,舌质淡,苔薄白,脉沉无力,指纹色淡。

### 【治疗】

#### (一)实秘

1. 治则:顺气行滞,清热通便。

2. 处方:清大肠 300 次,退六腑 300 次,运内八卦 100 次,按揉膊阳池 300 次,按揉足三里 50 次,推下七节骨 100 次,搓摩肋肋 100 次,摩腹 5 分钟。

3. 方义:运内八卦疏肝理气,顺气行滞;推下七节骨、按揉膊阳池配退六腑以通便清热。

#### (二)虚秘

1. 治则:益气养血,滋阴润燥。

2. 处方:补脾经 300 次,清大肠 300 次,推三关 300 次,揉上马 300 次,按揉膊阳池 300 次,揉肾俞 100 次,按揉足三里 50 次,捏脊 9 遍。

3. 方义:补脾经、推三关、捏脊、按揉足三里补养气血,健脾调中,强壮身体;清大肠、按揉膊阳池配揉上马、揉脐、揉肾俞滋阴润燥,理肠通便。

### 【注意事项】

患儿应多食用粗糙的食物,如杂粮、蔬菜、带纤维多的食品,平时应养成定时排便的习惯。

## 第六节 发 热

发热,指体温高出正常而言,是小儿常见的一种病症。临床以肌肤热感伴面红、耳赤、口干、便秘、尿黄等为特征,一般可分为外感发热、肺胃实热、阴虚内热三种。外感发热,一般是指感冒而言,但急性传染病初起时也可见到。对于年幼体弱的小儿,发热后容易出现兼症,应予注意。

### 【病因病机】

(一)外感发热:小儿形气未充,卫表不固,加之冷热不知调理,或家长护理不当,易为恶寒外邪所侵,邪气侵袭体表,卫外之阳被郁而致发热;或外感风热,肺卫失和,邪正交争,以致发热。

(二)阴虚内热:小儿素体虚弱,先天不足,或后天失调,或久病耗气伤阴,肺肾不足,阴亏火旺,以致虚热不退。

(三)脾胃积热:饮食不节,损伤脾胃,乳食宿久,停滞不消,久之而生内热。

**【临床表现】**

(一)外感发热:偏于风寒者可见发热恶寒,无汗,头痛,鼻塞,流涕,喷嚏,咽痒,舌质淡红,苔薄白,脉浮紧,指纹鲜红;偏于风热者可见高热,恶风,微汗出,头痛,鼻塞,流浓涕,喷嚏,咽喉红肿疼痛,口干而渴,苔薄黄,脉浮数,指纹红紫。

(二)阴虚发热:低热,日晡尤甚,颧红盗汗,手足心热,形瘦神疲,口唇干燥,食纳减少,夜寐不宁,大便不调,小便淡黄,舌红苔剥,脉细数无力,指纹淡紫。

(三)脾胃积热:高热,腹痛拒按,烦躁不安,噎腐吞酸,恶心呕吐,口渴欲饮,不思饮食,大便秘结,舌质红,苔薄黄腻,脉弦滑而数,指纹深紫。

**【治疗】****(一)外感发热**

1. 治则:疏风解表,发散外邪。
2. 处方:推攒竹 30 次,推坎宫 30 次,揉太阳 30 次,清天河水 200 次。风寒者加推三关 200 次,掐揉二扇门 30 次,掐风池 5 次;风热者加推脊 100 次。
3. 方义:清肺经、清天河水宜肺清热;推攒竹、推坎宫、揉太阳疏风解表,发散外邪;风寒者加推三关、掐揉二扇门、拿风池发汗解表,驱散风寒;风热者加推脊以清热解表。
4. 加减:若兼咳嗽,痰鸣气急者加推揉膻中、揉肺俞、揉丰隆、运内八卦;兼见脘腹胀满,不思乳食,噎酸呕吐者加揉中脘、推揉板门、分腹阴阳、推天柱骨;兼见烦躁不安,睡卧不宁,惊惕不安者加清肝经、掐揉小天心、掐揉五指节。

**(二)阴虚内热**

1. 治则:滋阴清热。
2. 处方:补脾经 300 次,补肺经 300 次,揉上马 300 次,清天河水 200 次,推涌泉 300 次,按揉足三里、运内劳宫。
3. 方义:补肺经、揉上马滋肾养肺,滋补阴液,配清天河水、运内劳宫以清虚热;补脾经、按揉足三里健脾和胃,增进饮食;推涌泉引热下行以退虚热。
4. 加减:烦躁不眠加清肝经、清心经、按揉百会;自汗盗汗加揉肾顶、补肾经。

**(三)脾胃积热**

1. 治则:清泻里热,理气消食。
2. 处方:清胃经 300 次,清脾经 300 次,清大肠 300 次,揉板门 50 次,运内八卦 100 次,清天河水 200 次,退六腑 300 次,揉天枢 100 次,摩腹 5 分钟。
3. 方义:清胃经、清脾经、摩腹清中焦实热,配清大肠、揉天枢疏调肠腑结滞以通便泻火;清天河水、退六腑清热除烦;揉板门、运内八卦理气消食。

**【注意事项】**

患儿应加强护理,随天气变化增减衣物,宜保暖,避风寒,防外感。平时注意饮食调养,以免损伤脾胃。可多带小儿进行户外活动,以增强体质。

## 第七节 咳 嗽

咳嗽是常见的、多发的肺系病症,见于多种呼吸道和肺脏病症中,如感冒、肺炎等均可

引起。一般以有声无痰为咳,有痰无声为嗽,有痰有声为咳嗽。本病一年四季皆可发生,尤以冬春季为多。本节所述的咳嗽仅指小儿以咳嗽为主的急、慢性支气管炎等症。

### 【病因病机】

小儿形体未充,阴阳稚弱,肺脏娇嫩,功能未壮,兼之卫表不固,抵抗力弱,各种因素均易侵犯肺脏而致咳嗽。临床根据病因及症状表现,将咳嗽分为外感与内伤两型。

(一)外感咳嗽:肺为娇脏、五脏之华盖,外感邪气,首当犯肺。当风寒或风热外侵,邪束肌表,肺气不宣,清肃失职,痰液滋生,或感受燥气,气道干燥,咽喉不利,肺津受灼,痰涎凝结,引起咳嗽。

(二)内伤咳嗽:平素体虚,或久病致肺阴虚损,肺气上逆,或脾胃虚弱,健运失司,痰湿内生,上扰肺络,引起咳嗽。

### 【临床表现】

(一)外感咳嗽:风寒者咳嗽声短而重,痰稀色白,鼻塞流涕,恶寒无汗,头身疼痛,舌淡,苔薄白,脉浮紧,指纹色红。风热者咳嗽声高而频,痰少质稠,鼻流浊涕,发热恶风,汗出,口渴,咽肿痛,大便干结,小便黄,苔薄黄,脉浮数,指纹色鲜红或紫红。

(二)阴虚燥咳:久咳,午后较重,身微热或干咳少痰,咽喉痒痛,面色潮红,五心烦热,食欲不振,神疲乏力,形体消瘦,舌质红,苔少,脉细数,指纹紫滞。

### 【治疗】

#### (一)外感咳嗽

1. 治则:疏风散邪,宣肺止咳。
2. 处方:推攒竹 30 次,推坎宫 30 次,揉太阳 30 次,清肺经 300 次,运内八卦 100 次,推揉膻中 50 次,揉乳旁 50 次,揉乳根 50 次,揉肺俞 100 次,分推肩胛骨。
3. 方义:推攒竹、推坎宫、揉太阳疏风解表;推揉膻中、运内八卦宽胸理气,化痰止咳;清肺经、揉乳旁、揉乳根、揉肺俞、分推肩胛骨宣肺止咳化痰。
4. 加减:若风寒者加推三关、掐揉二扇门;风热者加清天河水;痰多喘咳,有干、湿性罗音加推小横纹、揉掌小横纹。

#### (二)阴虚燥咳

1. 治则:养阴清肺,润燥止咳。
2. 处方:补脾经 300 次,补肺经 300 次,运内八卦 200 次,推揉膻中 50 次,揉乳旁 50 次,揉乳根 50 次,揉中脘 100 次,揉肺俞 100 次,按揉足三里 50 次。
3. 方义:补脾经、补肺经健脾养肺;推揉膻中、运内八卦宽胸理气、化痰止咳;揉乳旁、揉乳根、揉肺俞宣肺止咳;揉中脘、按揉足三里健脾胃,助运化。
4. 加减:久咳体虚喘促加补肾经、推三关、捏脊;阴虚甚者加揉上马;痰吐不利加揉丰隆、揉天突。

### 【注意事项】

小儿平时应注意保暖,避免风寒侵袭,少食辛辣香燥及肥甘厚味之品,防止内伤乳食。

## 第八节 哮 喘

哮喘是小儿常见的一种呼吸道疾病,哮指声响,喘指气息。临床上常以发作性呼吸困

难,呼气延长,喉间有哮鸣音,伴有咳嗽、痰涎,严重时张口抬肩,难以平卧为特征。本病于春秋两季发病率较高,常反复发作。西医称之为支气管哮喘。

### 【病因病机】

小儿哮喘病的形成有内因和外因两个方面。内因与伏痰有关,外因则包括天气突变、饮食不当等,如《证治汇补》说:“因内有壅塞之气,外有非时之感,膈有胶固之痰,三者相合,闭拒气道,搏击有声,发为哮喘病。”哮喘的发病是由于外因作用于内因的结果。

(一)内因:先天禀赋不足,或后天失于调养,致肺、脾、肾三脏气虚,痰浊内生,伏于三脏。肺气不足,腠理不充,易为外邪所侵,肃降失常,则气短而喘;脾气亏虚,运化失职,不能行其津液,积湿生痰,上贮于肺,肺失清肃,上逆而喘;肾气不足,摄纳无力,则少气而喘。

(二)外因:天气突变,寒温失宜,风寒外邪袭表犯肺,肺气失于疏泄,壅塞不通,宣降失常,或饮食不当,过食生冷,触动伏痰,痰浊随气上逆,阻塞气道,肺气升降不利,导致哮喘发作。

### 【临床表现】

哮喘在临床上可有发作期和缓解期,发作期又有寒、热之别。

(一)寒性哮喘:初起可见咳嗽、流涕、咽痒等表证,继之哮喘发作,症见气喘,呼吸困难,甚者抬肩欠肚,不能平卧,喘息时间有哮鸣声,痰少色白,清稀多沫,形寒肢冷,无汗,面色皴白或青紫,食欲不振,口不渴,小便清长,大便溏薄,舌质淡红,苔薄白,脉濡数或浮滑,指纹淡红。

(二)热性哮喘:起病可见咳嗽频作,鼻流浊涕,咽红等热象,哮喘发作较急,气促胸闷,呼气延长,不能平卧,喘息时间有哮鸣音,痰稠色黄,发热面红,烦躁不安,汗出,渴喜冷饮,小便黄赤,大便干结,舌质红,苔薄黄或黄腻,脉浮数,指纹深红。

(三)缓解期:平素畏寒自汗,发作前可见喷嚏,鼻塞,流清涕,气短等脾肺虚弱之象,常因饮食不节而引发症状,兼见面色青灰,神疲肢冷,食少纳呆,口不渴,头汗涔涔,小便清长,舌质淡,苔薄白,脉濡而无力,指纹淡白。

### 【治疗】

#### (一)寒性哮喘

1. 治则:温肺散寒,豁痰平喘。
2. 处方:补脾经 300 次,清肺经 300 次,补肺经 300 次,揉掌小横纹 300 次,揉板门 50 次,揉外劳宫 300 次,推揉膻中 50 次,揉乳旁 50 次,揉乳根 50 次,黄蜂入洞 100 次。
3. 方义:补脾经、清肺经、补肺经、揉板门健脾利湿,豁痰清肺、宣肺理气;揉外劳宫加强温肺作用;黄蜂入洞温阳散寒解表;推揉膻中、揉掌小横纹、揉乳旁、揉乳根豁痰平喘。

#### (二)热性哮喘

1. 治则:清肺泻热,降逆平喘。
2. 处方:推板门 100 次,清肺经 300 次,清大肠 300 次,运内八卦 200 次,揉掌小横纹 300 次,推下膻中 50 次,推肺俞 100 次,推下七节骨 300 次,捏挤天突、大椎各 30 次左右,至局部皮肤出现紫红瘀斑。
3. 方义:清肺经、揉掌小横纹清热宣肺,宽胸理气,止咳化痰;清大肠、运内八卦、推下七节骨泻热通便;推下膻中、分推肺俞降逆平喘;推板门、捏挤天突祛痰降逆;捏挤大椎清



热。

### (三)缓解期

1. 治则:扶正固本,调理肺、脾、肾。
2. 处方:补脾经 300 次,推肺经 300 次,补肾经 300 次,运土入水 300 次,揉外劳宫 300 次,黄蜂入洞 100 次,按揉定喘、肺俞、脾俞、肾俞、三焦俞各 100 次。
3. 方义:补脾经、肾经扶元培本;推肺经、揉外劳宫、黄蜂入洞益肺固卫;运土入水清利脾胃湿热;按揉定喘、脾、肺、肾、三焦俞调理肺脾肾三脏,固本培元。

### 【注意事项】

患者应及时增减衣物,避免感冒,适当补充营养,避免可诱发哮喘发作的饮食。发病时应注意休息,平时可加强户外活动,增强体质。

## 第九节 惊 风

惊风又称惊厥、抽风、惊痫、天吊,以颈项强直、四肢抽搐、两目上视和神志昏迷为特征,多见于 5 岁以下小儿,年龄越小,发病率越高,病情变化越迅速,是小儿常见的症候,可见于多种疾病。其病势急骤、凶险,往往危及小儿生命,是小儿科的危重急症。

### 【病因病机】

小儿脏腑娇嫩,气血未充,神气不足,故多种原因均可引起惊风。临床上根据病变情况和临床表现,分为急惊风和慢惊风两种。急惊风多由外感风温时邪所致,暴受惊恐、乳食积滞也是重要因素。慢惊风多由久病体虚,或急惊风久治不愈转变而来。

(一)急惊风:由于外感风温时邪,化热生风,风火相煽,肝风内动,热邪上扰,蒙蔽清窍而发病;或暴受惊恐,心神被扰,精神失守而发病;或饮食不节,损伤脾胃,运化失司,湿浊内生,郁久化热,引动肝风而致病。

(二)慢惊风:因急惊失治或突受惊吓,或久痢久泻、大病后正气亏损,津血耗伤,筋脉失养而致病。

### 【临床表现】

#### (一)急惊风:

1. 高热惊风:高热烦躁,面红唇赤,气急煽鼻,口渴欲饮,继则神志昏迷,颈项强直,四肢抽搐,牙关紧闭,两目上视,舌质红绛,苔黄糙,脉数,指纹青紫。
2. 暴受惊恐:神情紧张,惊惧不安,面色时青时赤,频作惊惕,时有啼哭,睡眠不宁,手足抽搐,轻微发热或不发热,大便色青,舌质淡,苔白,脉多散乱,指纹青滞。
3. 乳食积滞:先见脘腹胀满,呕吐纳呆,腹痛便秘,继而发热,目瞪视呆,迅即出现昏迷惊厥,喉间痰鸣,腹部胀满,呼吸气粗,舌苔黄厚腻,脉弦滑或滑数。

#### (二)慢惊风:

面色苍白,形瘦,纳呆,便溏,嗜睡无神,两手握拳,抽搐无力,时作时止。或在沉睡之中突发痉挛,四肢厥冷,舌质淡,苔薄,脉沉无力。

### 【治疗】

### (一) 急惊风

1. 治疗原则:开窍醒脑,镇惊安神。

2. 基本治法:

(1)开窍:掐人中 5 次,拿合谷 5 次,掐端正 5 次,掐老龙 5 次,掐十宣 5 次,掐威灵 5 次,掐精宁 5 次,清肝经 300 次,退六腑 300 次,掐揉五指节 50 次。

(2)止抽搐:拿合谷 30 次,揉曲池 30 次,揉风池 10 次,拿肩井 10 次,拿委中 5 次,拿承山 5 次。

3. 方义:掐人中、十宣、威灵、精宁等熄风开窍;揉合谷、曲池、风池、拿委中、承山等镇惊止痉;清肝经、退六腑、掐揉五指节清热熄风,镇惊安神。

4. 加减:

(1)邪热炽盛:加清肝经、清心经、清肺经、退六腑、清天河水、推脊。

(2)痰湿内阻:加清肺经、推揉膻中、揉天突、揉中脘、搓摩胁肋、揉肺俞、揉丰隆。

(3)乳食积滞:加补脾经、清大肠、揉板门、揉中脘、揉天枢、摩腹、按揉足三里、推下七节骨。

(4)肝风内动,角弓反张:加拿风池、肩井,推天柱骨、推脊,按阳陵,拿承山。

### (二) 慢惊风:

1. 治则:培补元气、熄风止搐。急性发作时可按急惊风处理。

2. 处方:补脾经 300 次,清肝经 300 次,补肾经 300 次,按揉百会 100 次,推三关 200 次,掐揉五指节 30 次,揉曲池 50 次,揉中脘 300 次,按揉足三里 50 次,拿委中 5 次,摩腹 5 分钟,捏脊 9 遍。

3. 方义:补脾经、补肾经、推三关、揉中脘、摩腹、按揉足三里、捏脊健脾和胃,培补元气;清肝经、按揉百会、掐揉五指节、拿曲池、拿委中平肝熄风、止抽搐。

### 【注意事项】

惊风是小儿急症之一,如处理不及时,可危及患儿生命。如属神经系统病变者,应予以积极治疗原发病。

## 第十节 遗 尿

遗尿又称尿床、夜尿,指 3 岁以上的小儿在睡眠中小便自遗,醒后方觉,反复发作。本病多由肾气不足,下元虚冷,或病后体弱,肺脾气虚不摄所致。本病多见于 3~12 岁的小儿,少数患者持续至成年才消失。

### 【病因病机】

遗尿与肺、脾、肾三脏气化功能失常有关,其中肾与遗尿关系更为密切。肾气不足,膀胱虚冷,关门不利,或脾肺气虚,膀胱失约,或肝经郁热,疏泄失常,均可导致本病的发生。

(一)下元虚寒,温化失职:先天肾气不足,下元虚寒,膀胱失于温养,气化功能失调,关门不固,水道失去制约而发生遗尿。

(二)脾肺气虚:由于各种疾病引起的脾肺虚损,气虚下陷,致上虚不能制下,下虚不能上承,运化无力,节制无权,则水液趋下,以致膀胱失约,关门不固而遗尿。

(三)肝经郁热:湿热之邪,郁于肝经,使肝的疏泄功能失常,肾关开合约束失力,膀胱不藏而发生遗尿。

### 【临床表现】

睡中遗尿,醒后方觉,轻则数日1次,重则每夜1次或数次,久之可见面色无华,精神萎靡,食欲不振等。年龄较大儿童有怕羞或精神紧张感。

(一)肾气不足:睡中不自主排尿,一夜1~2次或更多,小便清长而频数,面色㿔白,神疲乏力,四肢不温,喜暖畏寒,腰腿酸软,或伴有头晕,舌质淡,苔薄白,脉沉细无力。

(二)肺脾气虚:睡中遗尿,尿频量少,面色苍白或萎黄,神疲气短,四肢困倦,头晕懒言,自汗或盗汗,形瘦乏力,胃纳欠佳,大便溏薄,舌质淡,苔薄白,脉弱无力。

(三)肝经郁热:睡中遗尿,小便量少色黄,频数不能自忍,性情急躁,面赤唇红,手足心热,口渴喜饮,舌质红,苔薄黄或黄腻,脉弦数。

### 【治疗】

#### (一)下元虚冷

1. 治则:温肾固涩。

2. 处方:补肾经300次,推三关300次,揉外劳宫300次,按揉百会100次,揉丹田100次,按揉肾俞100次,擦腰骶部50次,按揉三阴交50次。

3. 方义:补肾经、按揉肾俞、揉丹田、擦腰骶部以温补肾气,壮命门之火,固涩下元,按揉百会、推三关、揉外劳宫温阳升提;按揉三阴交以通调水道。

#### (二)肺脾气虚

1. 治则:益气固涩。

2. 处方:补脾经300次,补肺经300次,揉外劳宫300次,按揉百会100次,揉中极100次,按揉膀胱俞100次,按揉足三里50次。

3. 方义:补脾经、补肺经、按揉足三里以补脾肺而益气;按揉百会、揉外劳宫温阳升提;揉中极、按揉膀胱俞以调膀胱气化,固涩水道。

#### (三)肝经郁热

1. 治则:清肝泻热。

2. 处方:泻肝经300次,泻心经300次,补脾经300次,揉上马300次,揉三阴交50次,揉涌泉50次。

3. 方义:泻肝经、泻心经以清热除烦,揉上马、揉三阴交、揉涌泉以壮水制火,引热下行;补脾经以健脾扶正。

大便溏者加补大肠、揉脾俞;食欲不振者加运内八卦;自汗出者加揉肾俞。

### 【按语】

遗尿症必须及早治疗,如病延日久,会妨碍儿童的身心健康,影响发育。患儿应注意休息,适当增加营养,临睡前二小时内不饮水,少吃或不吃流质类食品。夜间入睡后,家长应定时叫其起床排尿,培养良好的生活习惯。

## 第十一节 佝偻病

佝偻病又称软骨病,是婴幼儿时期常见的慢性营养缺乏症,以骨样组织钙化不良、骨骼生长发育障碍、肌肉松弛、易惊、多汗等为特征,严重者致骨骼发育畸形。本病多见于3岁以下的小儿,尤以6~12个月的婴儿发病率为高。北方地区比南方地区发病多。本病属中医“五迟”、“五软”等范畴。

### 【病因病机】

本病与孕妇的健康状况有密切关系,如胎中失养,先天禀赋不足,后天哺养失调,可致脾肾亏虚。肾为先天之本,脾为生化之源,肾主骨髓,脾主运化,脾肾亏损,气血俱虚,骨髓不充,肉痿骨软,而生五迟、五软、鸡胸等症。哺养失调,脾失健运,乳食停滞,易致消化功能障碍,精微不能吸收,五脏六腑、四肢百骸失于濡养,导致营养不良,生长发育迟缓。西医认为本病是由于维生素D缺乏引起的婴幼儿钙磷代谢失常和骨组织钙化不良所致。

### 【临床表现】

(一)脾胃虚弱:形体消瘦或虚胖,神情呆滞,面色少华,皮肤苍白,发稀色黄,肌肉松弛,四肢懈怠,不能挺立,虚弱多汗,胃纳不佳,大便溏薄,头颅骨软,囟门久不闭合,夜寐不安,易惊,舌质淡,苔薄白,脉软无力,指纹红淡。

(二)肾气不足:形体瘦弱,囟门迟闭,头颅方大,表情呆滞,动作迟钝,数岁不语或语言不清,面色皓白,虚烦多汗,夜惊神疲,肋骨串珠,腹膨胀大,下肢弯曲,齿发生迟,甚至秃发,或有鸡胸、龟背,发育迟缓,骨骼明显畸形等,舌质淡,苔少,脉迟无力,指纹淡。

### 【治疗】

#### (一)脾胃虚弱

1. 治则:健脾和胃。

2. 处方:补脾经300次,补胃经300次,运水入土300次,运内八卦100次,推三关300次,揉中脘100次,捏脊9遍,揉脾俞100次,揉胃俞100次,按揉足三里50次,摩腹5分钟。

3. 方义:补脾经、补胃经、运水入土、运内八卦、摩腹、揉中脘、揉脾俞、揉胃俞、按揉足三里以健脾和胃;推三关以温通阳气;捏脊则可调阴阳、理气血、和脏腑、通经络、培元气。

#### (二)肾气不足

1. 治则:补肾益气。

2. 处方:补肺经300次,补肾经300次,补脾经300次,推三关300次,揉百会100次,摩腹5分钟。

3. 方义:补肺经以补益肺气;补脾经、摩腹以健脾和胃;补肾经以补肾益髓;推三关以补气行气;揉百会以升提阳气。

### 【按语】

孕妇、哺乳母亲和婴幼儿宜常晒太阳,婴幼儿平均每日户外活动在1小时以上为宜。体弱多病的孕妇,早产儿和佝偻病高发地区婴幼儿,可在冬春季节补充维生素制剂,多吃富含维生素D的食物,如动物肝脏、牛奶、奶油、鱼卵、蛋黄等。

## 第十二节 夜啼

夜啼是指小儿常在夜间啼哭,间歇发作或持续不止,甚至通宵达旦,而白天如常,民间俗称“哭夜郎”。有的患儿阵阵啼哭,哭后仍能入睡;有的啼哭不已,甚至通宵达旦。患此症后,持续时间少则数日,多则经月,本病多见于半岁以内的婴幼儿,新生儿更为多见。

### 【病因病机】

小儿夜啼可由脾寒、心热、惊恐、食积等所致。

(一)脾脏虚寒:婴儿素体虚弱,脾常不足,至夜阴盛,脾为阴中之阴,寒邪内侵,潜伏于脾,而生脾寒,寒邪凝滞,气机不通,不通则痛,故入夜腹痛而啼哭。

(二)心经积热:乳母孕期恣食辛辣肥甘食炙禽之品,火伏热郁,以致胎中受热,结于心脾,或邪热乘于心,心火过旺,或肝胆热盛,故内热烦躁,不得安寐而啼哭。

(三)惊骇恐惧:小儿神气不足,智慧未充,如偶见异物,或乍闻异声,突受惊吓,致心神不宁,情志不安,神不守舍而惊惕不安,夜间惊哭不已。

(四)乳食积滞:婴儿乳食不节,内伤脾胃,运化功能失司,乳食积滞中焦而胃不和,胃不和则卧不安,因而入夜啼哭。

### 【临床表现】

(一)脾脏虚寒:夜间啼哭,声音低弱,睡喜伏卧,神怯困倦,面色青白相间,四肢欠温,得热则舒,食少便溏,小便较清,唇舌淡白,舌质淡红,苔薄白,脉象沉细,指纹淡红。

(二)心经积热:夜间啼哭,哭声粗壮,睡喜仰卧,见灯火则啼哭愈甚,面赤唇红,烦躁不安,小便短赤,大便秘结,舌尖红、苔薄,脉数有力,指纹青紫。

(三)惊骇恐惧:夜间啼哭,声惨而紧,睡中易醒,呈恐惧状,紧偎母怀,面与唇色时青时白,心神不宁,惊惕不安,舌、脉象多无异常变化,或夜间脉来弦数。

(四)乳食积滞:夜间啼哭,哭声粗大,腹痛胀满,呕吐乳块,嗝腐泛酸,睡卧不安,大便秘结或酸臭,舌苔厚腻,指纹紫滞。

### 【治疗】

#### (一)脾脏虚寒

1. 治则:温中健脾。

2. 处方:补脾经 300 次,推三关 300 次,揉中脘 300 次,摩腹 5 分钟。

3. 方义:补脾经、摩腹、揉中脘以健脾温中,推三关以温通周身阳气。

#### (二)心经积热

1. 治则:清心导赤。

2. 处方:清心经 300 次,清小肠 300 次,清天河水 300 次,揉总筋 300 次,揉内劳宫 300 次。

3. 方义:清心经、清天河水以清热退心火;清小肠以导赤而泻心火;揉总筋、揉内劳宫以清心经热。

#### (三)惊骇恐惧

1. 治则:镇惊安神。

2. 处方:推攒竹 30 次,清肝经 300 次,揉小天心 100 次,揉五指节 50 次。

3. 方义:推攒竹、清肝经、揉小天心以镇惊除烦;揉五指节以安神。

#### (四)乳食积滞

1. 治则:消食导滞。

2. 处方:清补脾经(先清后补)300 次,清大肠 300 次,揉中脘 100 次,揉天枢 100 次,推下七节骨 100 次,揉脐、摩腹各 5 分钟。

3. 方义:清补脾经以健脾利湿;清大肠、推下七节骨以清利肠腑,泻热通便;摩腹、揉中脘、揉天枢、揉脐以健脾和胃,消食导滞。

#### 【按语】

平时应注意居室安静,避免患儿受到惊吓,患儿在患病期间宜食用易消化食物。

## 第十三节 小儿麻痹后遗症

小儿麻痹症又称脊髓灰质炎,以肢体瘫痪,不能站立行走,失去自主活动能力为特征,多见于 1~5 岁的小儿,偶见于成人,常发生于夏秋季节。本病属中医“痿证”范畴。

#### 【病因病机】

风、寒、暑、湿等时行疫毒之邪侵袭脾胃之经,肺失清肃,胃失和降,使津液滋生和输布发生障碍,致使津液亏乏,邪毒流窜经络,涉及四肢百骸,肢体发生疼痛、麻痹,病久损及肝肾,肝肾阴虚则筋骨肌肉失去阴液的滋养润濡,而出现肢体瘫痪、废痿不用及骨骼畸形。西医认为本病是由于感染特异性嗜神经病毒引起的急性传染病,主要损害脊髓前角的运动神经元。

#### 【临床表现】

(一)邪犯肺卫:发热,汗出,咳嗽,周身不适,纳呆食少,或恶心,呕吐,腹泻等,持续 2~3 天,舌质淡红,苔薄白,脉濡数,指纹色红。

(二)邪窜经络:退热后 1~6 天,再度出现发热,肢体疼痛,转侧不利,烦躁不安,易出汗,舌质红,苔腻,脉濡细。之后逐渐出现部分肢体瘫痪,瘫痪的特点呈弛缓型,分布不规则,不对称,以下肢多见。

(三)肝肾亏损,气虚血瘀:瘫痪有自动恢复的趋势,热退 1~2 周后,见口眼喎斜,头向左右倾斜肢体瘫痪无力,日久肌肉明显萎缩,肢体变细,关节纵弛不收,并见脊柱侧突,肩关节松脱,膝反张或外展,足内翻、外翻、马蹄形、仰趾足等畸形。

#### 【治疗】

##### (一)邪犯肺卫

1. 治则:清热解表,利湿通络。

2. 处方:开天门 30 次,推坎宫 30 次,运太阳 30 次,揉耳后高骨 30 次,清天河水 200 次,掐揉总筋 300 次,揉一窝风 50 次,清板门 50 次,清胃经 300 次,清肺经 300 次,清小肠 300 次。

3. 方义:开天门、推坎宫、运太阳、揉耳后高骨配清天河水、清肺经清热解表;清板门、清胃经清胃中之热;清小肠、掐揉总筋利湿通络;揉一窝风止痛缓急。

### (二) 邪窜经络

1. 治则:清热解毒,疏经通络。
2. 处方:清天河水 300 次,退六腑 300 次,推板门 100 次,分手阴阳 50 次,清补脾经 300 次,运内八卦 300 次。
3. 方义:清天河水、退六腑清解脏腑热毒;清补脾经、推板门健脾;运内八卦、分手阴阳安神镇惊,助运化。

### (三) 气虚血瘀,肝肾亏损

1. 治则:补益肝肾,行气活血,温经通络,矫正畸形。
2. 处方:
  - (1) 面部:坐位,用推揉法从攒竹斜向瞳子髎、颊车、地仓穴,往返操作 5~6 次。
  - (2) 颈及上肢部:坐位,用推揉法自天柱至大椎、肩井等处往返数次,再用推揉法施于肩关节周围,然后用拿法和推揉法自三角肌部经肱三头肌、肱二头肌部至肘关节,向下沿前臂到腕部,往返数次。
  - (3) 腰及下肢部:先取俯卧位,用推法和滚法从腰骶部起,向下到臀部,循大腿后侧往下至足跟,往返数次,配合按肾俞、腰阳关,拿委中。接着取仰卧位用推揉法或滚法,从腹股沟向下经股四头肌至小腿外侧,往返数次,配合按伏兔、足三里、阳陵泉、绝骨、解溪等穴。如踝关节有畸形者加摇法,并在畸形部位作重点治疗。
3. 方义:推、拿、滚、揉患肢局部及有关经穴,能疏通经络,行气活血,改善局部血运供给,使经脉肌肉得其濡养,助长肌肉恢复,缓解筋脉的挛缩,配合摇法等被动活动,能改善关节活动功能,矫正畸形。

#### 【注意事项】

患者在发病后宜多卧床休息,避免活动,以减少瘫痪的发生与发展,如有肢体出现瘫痪,宜将患肢放于功能位,可减轻肌肉萎缩。本病疗程较长,应树立信心,坚持治疗。

## 第十四节 小儿肌性斜颈

小儿肌性斜颈又称先天性斜颈、原发性斜颈,民间俗称“斜头”、“歪脖”,以患儿头向患侧倾斜、前倾,颜面旋向健侧,下颌转向健侧肩部为特征。本病早期推拿治疗疗效较佳,但如果病程超过 1 年,且畸形明显者,应考虑外科手术治疗。

#### 【病因病机】

本病主要是由于胸锁乳突肌发生纤维性挛缩所致,与产伤、孕时胎位不正或胎儿过大活动不利以及产时头位不正有关。孕时胎儿在子宫内头部向一侧偏斜,阻碍一侧胸锁乳突肌血液供应,引起该肌缺血性改变,或分娩时胎儿头位不正,阻碍一侧胸锁乳突肌血运供给,引起该肌缺血性改变,导致肌肉挛缩,或分娩时一侧胸锁乳突肌因受产道或产钳挤压受伤出血,血肿机化形成挛缩,从而造成斜颈。此外,还有部分患者与先天性遗传缺陷、肌内感染性炎症等因素有关。

#### 【临床表现】

患儿在出生一周至数周后,可发现其头部向一侧偏斜、面部旋向健侧,颈部一侧可发

现梭形肿物,呈条索状或卵圆形,继而患侧胸锁乳突肌逐渐挛缩、僵硬,头颈活动旋转受限。颈部伸直时出现患侧胸锁乳突肌紧张。

### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋活血,软坚散结。

(二)基本手法:推、揉、拿、扳法。

(三)操作方法

1. 操作部位以局部为主,患儿取仰卧位,医者在患侧胸锁乳突肌硬结处作捏揉法5~10分钟。

2. 自患侧胸锁乳突肌起点至止点作推揉法3分钟。

3. 医者一手扶住患侧肩部,另一手扶住患儿头顶,使患儿头部渐渐向健侧肩部倾斜,逐渐拉长患侧胸锁乳突肌,反复操作数次。

4. 双手托住患儿头部向患侧转动,反复操作数次。

(四)方义:推揉及拿捏患侧胸锁乳突肌,能舒筋活血,改善局部血运供给,缓解肌肉痉挛,促使肿物消散;伸展牵拉患侧胸锁乳突肌,能改善和恢复颈部活动功能。

### 【注意事项】

家长平时可经常用轻快柔和的手法在患侧胸锁乳突肌做按揉、提拿,使其被动牵拉伸展,在患儿睡眠、喂奶和怀抱患儿时,注意头向健侧扭转,并经常用玩具吸引患儿的注意力等,都有利于纠正姿势。

## 第十五节 小儿臀肌挛缩

臀肌挛缩是指发生于臀大肌、髂胫束的纤维性变性导致髋关节的外展外旋挛缩畸形,又称髂胫束劳损、弹响髋。临床除多见于幼儿外,还可见于青壮年。

### 【病因病机】

髂胫束是由大腿的阔筋膜与阔筋膜张肌深浅两层筋膜,以及臀大肌筋膜交织组成,向下越过股骨大转子后方,与大腿外侧肌间隔密切相连,再向下止于股骨外髁。当各种急慢性损伤,使臀大肌与阔筋膜张肌发生痉挛,从而使髂胫束发生紧张而增厚、张力明显增大。小儿多由于长期的臀部肌肉注射和药物刺激,使臀肌造成慢性损伤,致使局部组织肿胀、变性、坏死、粘连,从而引起本病。

### 【临床表现】

患儿有多次臀部药物注射史,下肢不能并拢下蹲,在屈髋过程中的某个固定位置上(90°左右)只能外展外旋髋关节才能继续屈髋,而在此位置时双髋不能内收并拢,常在下蹲时身体后仰跌倒;双膝并拢坐低凳困难,也难以将下肢屈曲内收抬高,坐位时患肢足放不到对侧膝上;行走时,双膝外翻呈外八字步态,快走时更为明显,甚至只能横步行走;侧卧位时,双膝并拢困难,甚至患肢外展。患侧臀肌萎缩,日久严重者臀部大转子处出现凹窝;患儿主动屈髋困难,在髋关节屈曲内收时尤为明显,髋关节屈曲外展时则不明显;在髋关节屈曲或伸展时,在股骨大粗隆外侧可摸到粗而紧的纤维带滑动;作髋关节屈曲并内收被动活动时,可听到髋部有弹响声。



### 【治疗】

(一)治疗原则:舒筋解挛,活血通络。

(二)取穴与部位:臀、髋、环跳、秩边。

(三)主要手法:按、揉、滚、扳法。

(四)操作方法

1. 患儿俯卧位,医者在患侧臀部做滚法,并配合做髋关节被动后伸、外展、外旋活动。滚时应沿臀大肌肌纤维方向进行,反复3遍。然后再按揉、弹拨股骨大转子后方。

2. 患儿侧卧位,患肢在上,用滚法由上向下从阔筋膜张肌沿髂胫束至膝部胫骨外髁操作3~5遍,再用按揉法操作3~5遍。

3. 患儿仰卧,一手握患儿小腿部作髋关节屈曲内收、内旋被动活动,另一手按拨髌前上棘上方的髌嵴部和大转子处的条状物,活动范围和按拨力量均由小到大。

4. 掌揉患侧臀部,以热为度。

### 【注意事项】

患儿应尽量避免长期臀肌注射给药途径,若需注射应注意防止感染、局部肿块等,每注射完毕可用湿毛巾热敷半小时左右。患臀注意保暖,防止急、慢性损伤。家长平时可作小儿患侧髋关节屈曲内收、内旋被动活动,一日数次。

## 下篇 推拿功法

### 第十三章 推拿练功

#### 推拿练功概述

推拿练功是指推拿医生根据推拿操作技能的基本要求,吸收各流派功法之长,将一些传统的练功方法运用于推拿技能的学习、训练和临床之中,以达到锻炼体质、增进内力、提高技能的目的的锻炼方法。

推拿练功是推拿医生的基本功。推拿的疗效,主要取决于手法操作,而手法操作的关键,在于其达到有力、均匀、柔和、持久、深透的要求。为此,推拿医生必须具备良好的身体素质、充沛的工作精力、精深的内力修养以及灵活的关节和敏锐的指感。推拿练功的训练,主要集中在指力、臂力和腰部力量以及对力的感受、把握和运用上。在方法上,尤其重视肌肉等长收缩的训练,以适应手法运用的需要。推拿各流派都很强调练功,许多推拿名家之所以能有所成就,除了医道高明、勤于临证外,与他们刻苦练功、深具内功修养也是分不开的。另外,推拿练功还具有一定的保健作用,可用于某些病证的治疗、康复和预防。

#### 第一节 指力训练八法

指力训练八法是一套指力练习方法,功法操作简单,久练能增强手指、腕关节的力量。

##### 1. 双手擒龙

###### 【预备姿势】

两脚分开站立,与肩同宽,马步蹲桩,含胸拔背,气沉丹田。

###### 【动作】

两手置于腰间,然后两手握拳伸出,小指、无名指、中指、食指依次卷屈握紧,拇指末节压在食指和中指的第二节指骨上,前臂旋后,拳面朝上,肘关节微屈(图 13-1)。



图 13-1 双手擒龙

##### 2. 十指伏虎

###### 【预备姿势】

两脚分开站立,与肩同宽。

###### 【动作】

身体向右转侧,右脚向右前方跨出一步,成右弓步。两手从腰间同时伸出,肘关节微屈 15 度左右,五指自然分开,拇指向外,十指上挑,虎口撑圆,其余三指微屈向上,掌心内

含,呈球面状,五指相向用力,双脚十趾抓地(图 13-2)。每次练功时间为 10~15 分钟。

右式相反,动作同上。



图 13-2 十指伏虎



图 13-4 软打麒麟

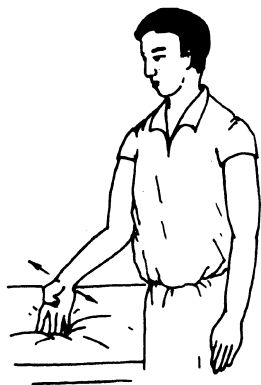


图 13-4 鲤鱼摆尾

### 3. 软打麒麟

#### 【预备姿势】

两脚分开站立,与肩同宽,全身放松。

#### 【动作】

先伸出左手,肘关节微屈,垂腕,十指放松,向左甩 10 次。再伸出右手,向右甩 10 次(图 13-3)。

### 4. 鲤鱼摆尾

#### 【动作】

将右手食指、中指、无名指按在沙袋或枕头上,用指端接触沙袋,摆动腕关节,以带动指间关节,作节律性的摆动,力量要均匀,左右交替练习(图 13-4)。每次练功时间为 5 分钟左右。

### 5. 雄鹰铁爪

#### 【动作】

将拇指、食指、中指、无名指及小指指端叩打在桌子或其他物体上,往下叩打时五指散开,往上提起时五指收拢,左右交替练习(图 13-5)。每次练习时间不限。

### 6. 金刚插指

#### 【动作】

取一桶绿豆、大米、小麦,双手交替往绿豆、大米或小麦里插,插时五指指间关节及掌指关节要伸直,初练时插掌次数要少,逐步适应后,渐次增加插掌次数(图 13-6)。

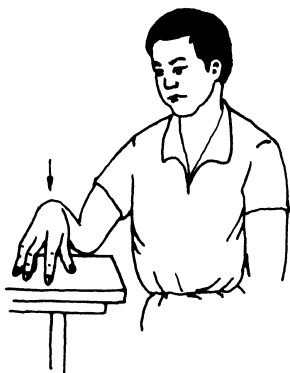


图 13-5 雄鹰铁爪



图 13-6 金刚插指

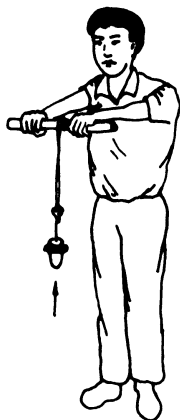


图 13-7 力卷千斤

## 7. 力卷千斤

### 【预备姿势】

两脚平行站立,隔一拳宽。准备一擀面杖粗的木棍,中间用一细绳系一砖头。

### 【动作】

双手平举,握住木棍两端,转动木棍,细绳将砖头提起,然后又将木棍反向转动,放下砖头,如此反复练习。在转动木棍时,肩、肘关节不要活动,仅腕关节作掌屈、背伸运动(图 13-7)。

## 8. 指抓华山

### 【预备姿势】

两脚分开站立,与肩同宽,马步蹲桩。准备一个罐子,罐口直径为 8~14 厘米,罐内盛装适量的砂子。

### 【动作】

以一手抓住罐口,提起然后放下,罐底不要落地,如此反复多次,两手交替练习。然后五指抓住罐口,前臂旋前、旋后,反复多次练习。随着练功时间的增加,不断增加罐中砂子的重量(图 13-8)。



图 13-8 指抓华山

## 第二节 易筋经

易筋经是我国民间流传甚广的一种健身锻炼方法,历来深受练功家的重视,是最为常用的推拿练功方法之一。从字面上看,“易”是改变之意,“筋”指与骨关节相连的肌肉、肌腱等组织结构,“经”指方法,易筋经即是一种强筋健骨、改变肌肉质量、增进内力的锻炼方法。历史上易筋经流派较多,本节介绍的是一指禅推拿流派沿用的易筋经十二势。其

特点是动作与呼吸相配合,始终采用静止性用力,不进气。呼吸方式有自然呼吸、顺腹式呼吸和逆腹式呼吸3种,一般由自然呼吸开始,逐步过渡到腹式呼吸。

## 一、基本要求

练习前,须宽松衣带,穿软底布鞋或胶底球鞋,平心静气,集中注意力。练功过程中,做到刚柔相济,用力适度,切不可用僵力。训练量因人而异,可选择其中若干动作或整套动作进行练习,但总的训练量以微微汗出为度。动功锻炼结束后,还可结合静功练习,一般采用盘坐式,要求松静自然,腹式呼吸,意守丹田,将注意力集中于脐下1寸左右的下丹田部位,两眼内视丹田,随着呼吸运动仔细体会腹壁的起伏变化。但用意不可过度,宜似守非守,循序渐进,否则会适得其反,欲速则不达。值得注意的是,要取得好的练功效果,必须天天坚持练习,持之以恒。对于体质虚弱者,可适当减轻训练量。练习结束后或中间休息时,不可当风,并作适当活动,如散步、活动关节等,但不要做剧烈运动。

## 二、易筋经十二势

### 1. 韦驮献杵(第一势)

#### 【原文】

立身期正直,环拱手当胸。气定神皆敛,心澄貌亦恭。

#### 【预备姿势】

并步站立,头正身直,目视前方,头如顶物,口微开,舌舔上腭,下颌微收,含胸拔背,直腰蓄腹,收臀提肛,松肩虚腋,两臂自然下垂于身体两侧,中指贴近裤缝,两臂不可挺直,两脚相靠,足尖并拢。心平气定,神情安详。

#### 【动作】

(1)左脚向左横跨一步,与肩同宽,两膝微屈,足趾抓地。两臂同时外展至水平位掌心向下。肘、腕自然伸直。

(2)掌心向前,慢慢合拢于胸前,曲肘,两臂与腕徐徐内收,腕、肘、肩相平,十指朝天。

(3)两臂内旋,指尖朝内对胸,与天突穴相平。

(4)两肩徐徐拉开,双手在胸前成抱球状,肘略垂,十指微屈,掌心内凹,指端相对,约距4~5寸,身体微前倾,意守丹田(图13-9)。

(5)结束时,先深吸一口气,然后徐徐呼出,并慢慢放下两手,恢复预备姿势。

#### 【要领】

练习时应全神贯注,心平气静,各部肌肉松紧适度,做到似动非动,似静非静,似实非实,似虚非虚,即所谓“动中静,静中动,实中虚,虚中实”,使体内气血运行自如,练习日久,自觉气向下行,藏气于少腹丹田部。



图13-9 韦驮献杵

**【按语】**

本势是易筋经训练的基础。以韦驮献杵姿势形象地比喻练功时内外两方面的要求,锻炼重点在三角肌、肱三头肌、前臂旋后肌群、伸肌群、肛门括约肌。久练可增强上述肌群的气力,可增加持久力和悬劲,临床进行手法操作时则不觉劳累,达到手随心转,法从手出的境界,从而取得较好的治疗效果。病人锻炼此势则可使气机协调,血脉通畅。初练 10 分钟,一周后每周延长 5 分钟,可增至 30 分钟。久病体弱者酌情而定。

## 2. 横担降魔杵(第二势)

**【原文】**

足趾柱地,两手平开,心平气静,目瞪口呆。

**【预备姿势】**

同韦驮献杵。

**【动作】**

(1)左脚向左横跨一步,与肩同宽,两手用力向下按,掌心朝下,指端向前,肘须挺直,两目平视。

(2)两手翻掌上提至胸,拇指桡侧着力,徐徐向前推出,高于肩平。

(3)两手同时向左右分开,以拇指桡侧着力为主。两臂伸直,一字分开,肩、肘、腕相平,翻掌,掌心向下(图 13-10)。

(4)两膝挺直,足跟提起,前掌着地,两目圆睁,牙齿紧咬。

(5)结束时,先深吸气,然后徐徐呼出,并慢慢放下两手及两足跟,恢复预备姿势,闭目片刻。

**【要领】**

两手平开,与肩相平,足跟提起,脚尖着力是关键。这样就会觉得两肩沉重,如负重担。练习日久,可只用脚趾点地,意念集中于掌心与趾尖,心平气静,其外部征象似目瞪口呆。如两目乱视,口动气粗,就会适得其反,甚至出现站立不稳,徒劳无功。

**【按语】**

本势可与韦驮献杵势相接。锻炼重点在三角肌、腓肠肌、趾伸肌群、股四头肌、肛门括约肌、咬肌、眼轮匝肌等。久练能增强气力,协调气机,强壮身体,调节身体平衡性。初练 3 分钟,一周后每周增加 2 分钟,可增至 20 分钟。体弱者酌情而定。

## 3. 掌托天门(第三势)

**【原文】**

掌托天门目上观,足尖著地立身端;力周腿胁浑如植,咬紧牙关不放宽;舌可生津将腭抵,鼻能调息觉心安;两拳缓缓收回处,用力还将挟重看。

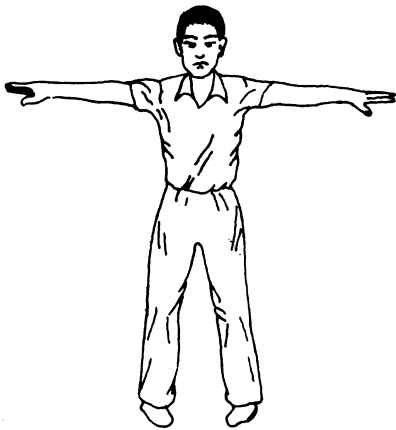


图 13-10 横担降魔杵

**【预备姿势】**

同韦驮献杵。

**【动作】**

(1)左脚向左横跨一步,与肩同宽,平心静气。

(2)两手同时上提至胸前,旋腕转掌,四指并拢,掌心向上,内凹,指端相距1~2寸,不高于肩。

(3)两手手上举过头,同时翻掌,掌心朝上,指端相距约1寸,四指并拢,拇指外分,微触或对着天门(前凶门)处,两虎口相对成四边形(图13-11)。

(4)头略向后仰,两目注视掌背,两膝微挺,足跟提起,前掌着实,咬牙致耳根有振动感。

(5)结束动作同韦驮献杵。

**【要领】**

两目上视掌背,实指内视,不需过分仰头,意从天门观两手背。初学者一时难以做到,需要一个过程。如果不守此意,过分仰头,可致头昏脑涨,且站立不稳。初练者可不抬足跟,练习日久,要求将足跟逐步抬高,直至不能再升为止。足跟抬起时要微微向两侧分开,使阴跷收而阳跷开,三阳脉之气血上升,合络督脉,督脉阳气均衡,背后三关自然流畅,姿势也就平稳了。此外,全身要充分放松,使气血随心所指,两臂切忌贯力,否则不能持久,提肛、咬牙、舌舔上腭以通督、任脉。

**【按语】**

本势可与横担降魔杵相接。主要增强上肢各肌群、腓肠肌、提肛肌的气力,提高整体协调稳定性。高血压患者忌练此功。初练3分钟,一周后每周加2分钟,至20分钟后,每周加1分钟,一般30分钟左右即可。体弱者酌减。

**4. 摘星换斗(第四势)****【原文】**

只手擎天掌覆头,更从掌中注双眸;鼻端吸气频调息,用力收回左右侷。

**【预备姿势】**

同韦驮献杵。

**【动作】**

(1)右足向前跨半步,两足相隔一拳,成前丁后八式。双手同时动作,左手握空拳,靠于腰眼(第二腰椎旁),右手垂于右下肢内侧。

(2)左腿弯曲下蹲,右足尖着地,足跟提起离地约2寸,身体不可前倾后仰,左右歪斜。

(3)右手五指并拢弯曲如钩状,屈腕沿胸上举,至身体右侧,于额右前方约一拳远。

(4)指端向右略偏,头同时略向右侧抬起,双目注视掌心,紧吸慢呼,使气下沉,两腿前虚后实,虚中带实,实中带虚(图13-12)。

(5)结束时,紧吸慢呼,同时还原至预备姿势。左右交换,要求相同。

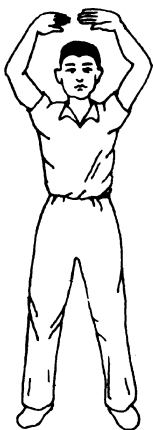


图13-11 掌托天门

**【要领】**

单手高举,五指须微微捏齐,屈腕如钩状。肘向胸前,指端向外,头微偏,松肩。两目注视掌心是关键。舌舔上腭,口微开。呼吸调匀,臀微收。前腿虚中带实,约负担体重的30%~40%,后腿实中求虚,约负担体重的60%~70%。换步时,前足向后退半步,动作左右相同。

**【按语】**

本势可与掌托天门相接。较其他各势为难,在推拿练功中占重要地位。久练能增加腕屈肌群、肱三头肌、下肢屈伸肌群及提肛肌的张力,自觉掌心发热、发麻。初练2分钟,一周后每周增加1分钟,至10分钟后,据具体情况增加,一般15分钟即可。体弱多病者勿练此功。



图 13-12 摘星换斗

## 5. 倒拽九牛尾(第五势)

**【原文】**

两腿后伸前屈,小腹运气空松;用力在于两膀,观拳须注双瞳。

**【预备姿势】**

同韦驮献杵。

**【动作】**

(1)左脚向左平跨一步,距比肩宽,足尖内扣,屈膝下蹲成马裆势,两手握拳护腰。随势上身略前俯,松肩,直肘,昂头,目前视。

(2)两拳上提至胸前,由拳化掌,成抱球势(上身势同韦驮献杵),随势直腰,肩松肘屈,略低于肩,头端平,目前视。

(3)旋转两掌,使掌心各向左右(四指并拢朝天,拇指外分,成八字掌)。随势徐徐向左右平分推,至肘直。松肩,挺肘,腕背伸,肩、肘、腕相平。

(4)身体向右转侧,成右弓步,面向右方。两上肢同时动作,右上肢外旋,屈肘成半圆状,手握空拳用力,拳心对面,高不过肩,双目注拳,拳高约与肩平。肘不过膝,膝不过足尖。左上肢内旋向后伸,作螺旋劲,上身正直,塌腰收臀,鼻息调匀(图13-13)。

(5)结束时,深吸气,徐徐呼气,同时还原至预备姿势。左右交换,姿势相同。

**【要领】**

两腿前弓后箭,前肘微屈,似半弧形,高不过眉,肘不过膝,膝不过足,后肘微屈内旋。两肩松开蓄劲用力内收,作螺旋劲,即如绞绳状,双目注视外劳宫,上身微向前俯,重心下沉,口微开,舌舔上腭,鼻息调匀,少腹藏气含蓄,运气归纳丹田。



图 13-13 倒拽九牛尾



**【按语】**

本势可与摘星换斗相接。久练,可增强两臂旋后肌群、旋前肌群和五指的气力。本着“左阴右阳”的规律,以右手领先,不可反之。两拳空握尽力,心念只想掌中,如同拽着九条牛的尾巴向后拉一样。初练3分钟(即左右各1分半钟),一周后每周增加1分钟,一般至8分钟左右即可。

## 6. 出爪亮翅(第六势)

**【原文】**

挺身兼怒目,推窗望月来;排山望海汐,随息七徘徊。

**【预备】**

同韦驮献杵。

**【动作】**

(1)两手握拳提至腰侧,拳心向上。

(2)两拳缓缓上提至胸变掌,拇指桡侧着力,掌心向上,向前推出,掌侧相距2寸,高与肩平,两手缓缓旋腕翻掌,拇指相接,四指并拢,肩、肘、腕、掌相平。两手十指用力外分,使劲贯于指端,两目平视,头如顶物。

(3)十指用力上翘外分,肘直腕曲,两目视指端,挺胸,足踏实,膝含蓄,气欲沉,握拳7次(图13-14)。

(4)用力收回,恢复预备姿势。

**【要领】**

握拳护腰,伸掌向前,拇指桡侧着力,开始时轻如推窗,继而推到极点则重如排山倒海,这时要挺胸拔背,两目睁开,不许眨眼,集中心念于两掌中,如观明月。练习日久,会感觉有月在前,不可追求。握拳7次,用力收回。收拳时要吸气,推掌时要呼气,犹如海水还潮,落汐归海。

**【按语】**

本势可与倒拽九牛尾自然相接。主要锻炼两臂屈伸肌群和十指功夫,久练之会气行随意,使劲由肩臂循肘腕贯于指端,以增加推拿手法的功力。初练时推收可快一些,逐渐变缓。初练1分钟,一周后每周增加1分钟,至7分钟后酌情增加,一般增至15分钟后即可。

## 7. 九鬼拔马刀(第七势)

**【原文】**

侧身弯肱,抱顶及颈;自头收回,弗嫌力猛;左右相轮,身直气静。

**【预备姿势】**

同韦驮献杵。

**【动作】**

(1)右手上举过头,掌心朝天,肘关节伸直,指端向左,继之下按,指端向前,头略向前

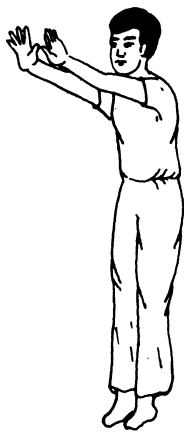


图13-14 出爪亮翅

俯。

(2)左手旋臂向后背下按,掌心朝前,指端向右。

(3)颈部用力上抬,使头后仰,右手掌用力下按,肘弯尽力,二力抗争,两目向左平视,背后五指欲紧按(图13-15)。

(4)结束时,深呼吸,随呼收回。左右交换,要求相同。

### 【要领】

上举下按,肘部欲直,上举之掌,指端向对侧,旋腕翻掌,抱颈用力下按,头后抬用力与之抗争,目须平视对侧,下按之掌,指端向前,掌心朝下。始终气沉丹田,不可升降,自然呼吸,使颈、胸、肩放松,气机平静,意念集中于后背。

### 【按语】

本势可与出爪亮翅自然相接。旨在锻炼肱三头肌、项肌、肩胛提肌及掌指的气力。练习日久,可同时提起足跟。高血压患者勿练此势。初练1分钟,一周后每周加1分钟,至5分钟后可据具体情况酌情增加。一般10分钟即可。

## 8. 三盘落地(第八势)

### 【原文】

上腭撑舌,张眸意注牙;足开蹲似踞,手按猛如拿;两掌翻齐起,千金重有加;瞪睛兼闭口,起立足无斜。

### 【预备姿势】

同韦驮献杵。

### 【动作】

(1)左足向左横开一步,较肩为宽,足尖微向内收。屈膝下蹲,两手叉腰。

(2)两掌心朝上如托物,沿胸徐徐上托与肩平,高不过眉,两手相距1尺左右。

(3)两掌翻转,掌心朝下,慢慢下压,五指自然分开,虎口朝内,如握物状,悬于膝上或虚掌置于膝盖,上身稍向前俯(图13-16)。

(4)上身正直,前胸微收,后背如弓,两肩松开,两肘内裹,两目直视,收腹提肛。

(5)结束时,深呼吸,随呼气恢复预备姿势。

### 【要领】

三盘是指两手、两膝、两足之间犹有三盘。练功时协同用力,勿使三盘坠地。前胸微挺,后背如弓,两肘略内旋,头如顶物,两目直视,舌舔上腭,口微开,鼻息调匀,提肛,重心放在两足,尽量屈膝90°,不过足尖,意守丹田。

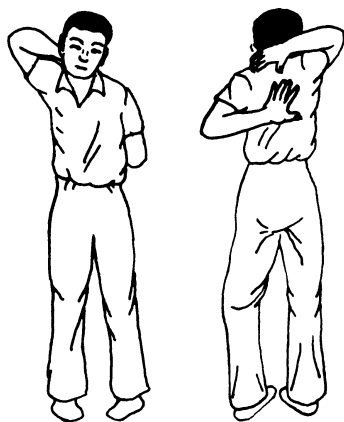


图13-15 九鬼拔马刀

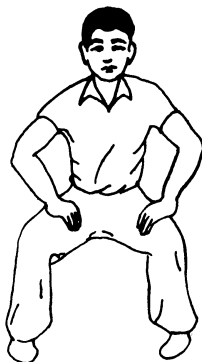


图13-16 三盘落地

**【按语】**

本势可与九鬼拔马刀自然相接。是推拿医生的必修功法之一。锻炼得法能使神贯于顶,气注丹田,全身气血周流不息,使两臂沉静,精力充沛,尤其能使股四头肌、腰背肌气力加强。初练2分钟,一周后增加1分钟,至5分钟后,每两周增加1分钟,至8分钟即可。

**9. 青龙探爪(第九势)****【原文】**

青龙探爪,左从右出,修士效之,掌平气定。力周肩平,围收过膝;两目注平,息调心谧。

**【预备姿势】**

左脚向左平跨一步,与肩同宽,两手成仰拳护腰。头正身直,头端平,目前视。

**【动作】**

(1)左上肢仰掌向右前上方伸探,掌高过顶,随势身略向右转侧,面向右前方,松肩直肘,腕勿屈曲,右拳仍仰拳护腰。目视左掌,两足踏实勿移(图13-17)。

(2)左手大拇指向掌心屈曲,目视拇指。

(3)左臂内旋,掌心向下,俯身探腰,随势推掌至地。膝直,足跟勿离地,昂首,目前视。

(4)左掌离地,围左膝上收至腰,成仰拳护腰。左右交换,要求相同。

**【要领】**

两手握拳在腰侧,左从右出拳化掌,目注掌平勿过眉,拇指内屈四指并。肩松肘直气实掌,俯身探腰推及地,围收过膝足勿移,左右轮换要求同。须意守丹田,神贯拇指。

**【按语】**

本势可与三盘落地自然相接。是专练肺、肝胆、带脉的动作,久练之可起到疏肝利胆,宣肺束带之功效,增加两臂的蓄劲和手指功夫,是一指禅推法的入门功法之一。初练3分钟,每周增加1分钟,至7分钟后,每两周增加1分钟,至10分钟后,可据情况适当增加。

**10. 卧虎扑食(第十势)****【原文】**

两足分蹲身似倾,屈伸左右腿相更。昂头胸作探前势,偃背腰还似砥平。鼻息调元均出入,指尖着地赖支撑。降龙伏虎神仙事,学得真形也卫生。

**【预备姿势】**

同韦驮献杵。

**【动作】**

(1)左足向左跨出一大步,右足稍向左偏斜,成左弓步。

(2)两手向前,五指着地,掌心悬空,后足跟略微提起,头向上抬(图13-18)。

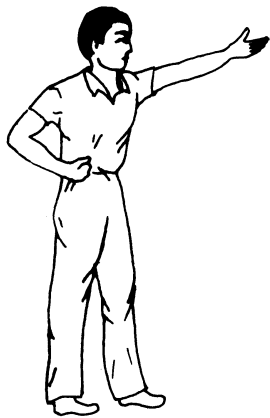


图13-17 青龙探爪

(3)前足收回,足背放于后足跟之上,胸腹微收,抬头。

(4)全身后收,臀部突起,两肘挺直,头昂起,向前运行,约离地2寸。此时两肘弯曲,右足尖着地,全身向前,然后臀部突出,成波浪形往返动作,势如卧虎扑食。

(5)结束时,随呼吸徐徐起立。左右交换,要求相同。

### 【要领】

头向上抬,不可过高或过低,两目注视前方,两肘和两膝伸直时不能硬挺,切忌用力过猛,应蓄力待发,吸气时全身向后收缩,臀部突出,胸腹内收,呼气时将身向前推送,力求平衡,往返动作,切勿屏气,量力而行,紧吸慢呼。

### 【按语】

本势可与青龙探爪相接。练习日久,可增加手指功夫及上肢屈伸肌肉和腰腹肌群的气力。初练时掌心可与五指同时着地,经过一个时期的锻炼,在臂力增强的基础上,再用五指着地,掌心悬空,并逐渐减为拇指、食指、中指三指着地,拇指、食指二指或仅拇指着地。初练左右各起伏4次,以后每周增加2次,至10次即可。体弱者勿练此功。

## 11. 打躬击鼓(第十一势)

### 【原文】

两掌持后脑,躬腰至膝前,头垂探胯下,口紧咬牙关。舌头微抵腭,两肘对平弯,掩耳鸣天鼓,八音奏管弦。

### 【预备】

同韦驮献杵。

### 【动作】

(1)左足向左横开一步,足尖内扣,与肩同宽。两手仰掌徐徐向左右而上,成左右平举势。头如顶物,目向前视,松肩直肘,腕勿屈曲,立身正直,腕、肘、肩相平。

(2)屈肘,十指交叉相握,掌心抱持后脑。勿挺腹凸臀。

(3)屈膝下蹲成马步。

(4)直膝弯腰俯身,两手用力使头尽向胯下,两膝不得屈曲,足跟勿离地(图13-19)。同时鸣天鼓左右各24次。

(5)结束时,直腰松手,两手随呼吸恢复预备姿势。

### 【要领】

两手抱头,十指相握,力与项争,足勿移动,两膝勿屈,两腿下蹲,上身欲挺,打躬前俯,使头向胯,两膝勿挺,力在肘弯,舌舔上腭,不可屏气。

### 【按语】

本势可与卧虎扑食自然相接。本势有并步、八字步、蹲裆步

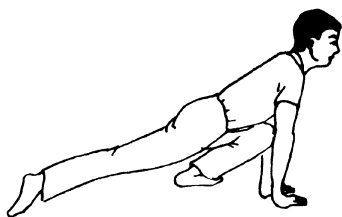


图 13-18 卧虎扑食



图 13-19 打躬击鼓

等数种步法。为锻炼腰、腿、项、臀的基础功,对按法、抖法很有帮助。初练2分钟,一周后每周增加1分钟,至10分钟即可。高血压患者禁练此功。

## 12. 掉尾摇头(第十二势)

### 【原文】

膝直膀伸,推手至地,瞪目昂头,凝神一志,起而顿足,二十一次,左右伸肱,以七为志。更作坐功,盘膝垂眦,口注于心,调息于鼻,定静乃起,厥功维备。

### 【预备姿势】

同韦驮献杵。

### 【动作】

(1)两手仰掌由胸前徐徐上举过顶,双目视掌,随掌上举而渐移,身立正直。

(2)十指交叉相握,旋腕反掌上托,掌心朝天,两肘欲直,目向前平视。

(3)仰身,腰向后弯,上肢随之而往,目上视。

(4)俯身向前,推掌至地,昂首瞪目,膝直,足跟勿离地(图13-20)。

(5)结束时,随呼吸徐徐恢复预备姿势。

### 【要领】

十指交叉相握,上举肘须直,身向前俯,掌须直推至地,以膝直、肘直为要,昂首,瞪目。

### 【按语】

本势可与打躬击鼓自然相接。能舒通经络,强健筋骨,增强腰和手臂的气力,为锻炼易筋经的主要基础功,也是易筋经的结束功法,看似简单,实际上能使全身十二经脉、奇经八脉通达调和,达到舒通气血的作用,使人练功后有轻松愉快的感觉。初练往返3次,每周增加2次,至15次后视具体情况增减。



图13-20 掉尾摇头

## 第三节 少林内功

少林内功原为武术练功方法,内功推拿流派将其引紧入推拿练功之中,逐渐成为推拿练功的重要内容之一。

### 一、基本要求

少林内功锻炼讲求以力贯气,所谓“炼气不见气,以力带气,气贯四肢”,要求运用“霸力”,即肌肉静力性收缩,下肢挺直,两股用力内夹,足跟踏实,五趾抓地,脚尖内收;上肢要求凝劲于肩、臂、肘、腕、指,四指并拢,拇指分开,成八字掌;躯干挺拔,挺胸收腹,下颏内含;呼吸自然,不能屏气,气往下沉,外紧内松,刚中有柔,刚柔相济。动作协调,力达四肢腰背,气随力行,注于经脉,使气血畅通,荣灌四肢九窍、五脏六腑,阴阳平复,而达扶正祛邪之目的。一般先练裆势,待达到要求后,再结合上肢动作进行练习,训练量由弱渐强,循

序渐进,坚持不懈,才可取得较好的练功效果。

## 二、基本裆势

### 1. 站裆势

#### 【动作】

(1) 并步站立,左脚向左横跨一步,稍宽于肩,足尖略收成内八字,五趾着地,运用霸力,劲由上贯下注于足。

(2) 前胸微挺,后臀内蓄,两手后伸,挺肘伸腕,肩腋勿松,四指并拢,拇指外分,两目平视,勿左顾右盼,精神贯注,呼吸随意(图 13-21)。

#### 【要领】

做到三直四平。即保持臂、腰、腿用力伸直;头、肩、掌、脚尽量水平,两脚内扣,运用霸力。夹肩、挺肘、伸腕、翻掌、立指。挺胸收腹,舌舔上腭,呼吸自然,两目平视。

#### 【按语】

本势为少林内功基本功之一,重在锻炼趾骨肌、股薄肌、长收肌、短收肌、大收肌、背阔肌、大圆肌、三角肌后束、桡侧腕长伸肌、拇长伸肌、指总伸肌等。

### 2. 马裆势

#### 【动作】

(1) 并步站立,左脚向左平开一步,屈膝下蹲,足踵距离较肩为宽,两膝和脚尖微向内扣,两脚跟微向外蹬,成内八字形。

(2) 两手后伸,肘直腕伸,拇指分开,四指并拢,或两手平放于两胯处,虎口朝内。挺胸收腹,微微前倾,重心放在两腿之间,头如顶物,目须平视,呼吸随意(图 13-22)。

#### 【要领】

沉腰屈膝,挺胸收腹,两目平视,呼吸自然。

#### 【按语】

本势是锻炼下肢的基本功,所谓练“架力”的功夫,以半腱肌、半膜肌、股二头肌、缝匠肌、股薄肌及腓肠肌为主,并通过骶棘肌、腹直肌、腹外斜肌、腹内斜肌和腹横肌等的作用,以挺胸收腹,将重心放在两腿之间,从而达到健腰补肾的作用。

### 3. 弓箭裆势

#### 【动作】

(1) 并步站立,身向右旋,右足向右前方跨出一大步,距离可根据自己身体高矮调整;在前之右腿屈膝半蹲,膝与足垂直,足尖微向内扣;在后之左腿膝部挺直,足略向外撇,脚跟着地,成前弓后箭之势。



图 13-21 站裆势



图 13-22 马裆势

(2) 上身略向前俯,重心下沉,臀部微收,两臂后伸,挺肘伸腕,掌根蓄劲或两手叉腰,虎口朝内,蓄势待发(图 13-23)。

### 【要领】

前弓后箭,用劲后沉,挺胸收腹,呼吸随意,虚灵顶劲,全神贯注。

### 【按语】

本势锻炼以髂腰肌、股直肌、阔筋膜张肌、缝匠肌、半腱肌、半膜肌、股二头肌、腓肠肌和股四头肌为主,使前腿屈髋屈膝,后腿挺直。

## 4. 磨裆势

### 【动作】

(1) 右弓步,上身略向前俯,重心下沉,臀部微收,两手仰掌护腰。

(2) 左手化俯掌屈肘向右上方推出,掌根及臂外侧运动徐徐向左方磨转,同时身体随之向左旋转,右弓步演变成左弓步,左手变仰掌护腰(图 13-24-1)。

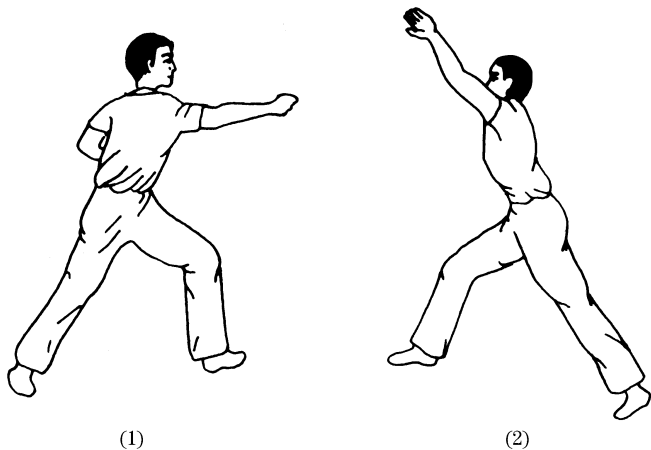


图 13-24 磨裆势

(3) 右手化俯掌屈肘向左上方推出,掌根及臂外侧运动徐徐向右方磨转,同时身体随之向右旋转,左弓步演变成右弓步,右手变仰掌护腰(图 13-24-2)。

### 【要领】

前弓后箭,重心下沉,上肢蓄力,磨转时以腰为轴。

### 【按语】

本势锻炼以三角肌、冈上肌、冈下肌、小圆肌为主,蓄力于掌根、臂外,徐徐向左或右方磨转。

## 5. 亮裆势

### 【动作】

(1) 弓箭步,两手自腰间向前上方推出亮掌,指端相对,掌心朝上,目注掌背,上身略

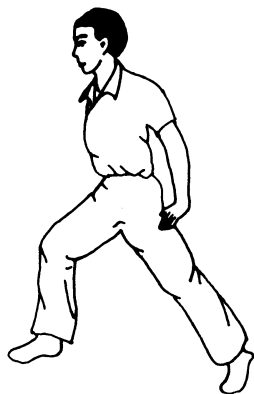


图 13-23 弓箭档势

前俯,重心下沉。

(2)换步时向后转,两掌收回由腰部向后,左右交替练习。

【要领】蓄力上举亮掌,目注掌背,换步后转时,两掌收回后伸。

【按语】

本势锻炼以冈上肌、三角肌、斜方肌和前锯肌为主。

## 6. 并裆势

【动作】

(1)并步站立,两足跟微微向外蹬,足尖并拢,五趾着实,用力宜匀。

(2)两手挺肘伸腕,微向后伸,掌心朝下,四指并拢,拇指外分,目须平视(图 13-25)。

【要领】

同站裆势。

【按语】

本势为少林内功的基本功之一,作用与站裆势类似,运动量稍轻。

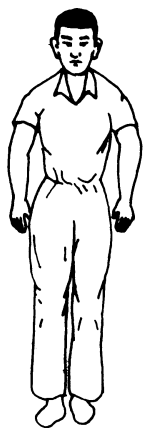


图 13-25 并裆势

## 7. 大裆势

【动作】

(1)并步站立,左足向左横开一大步,膝直足实,成内八字。

(2)两手后伸,肘直腕伸,四指并拢,拇指分开,虎口相对,成八字掌(图 13-26)。

【要领】

同站裆势。

【按语】

本势为少林内功的基本功之一,作用与站裆势类似,运动量较大。

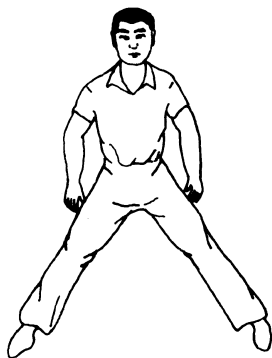


图 13-26 大裆势

## 8. 悬裆势

【动作】

(1)并步站立,左足向左横开一大步,屈膝半蹲,两足距离较马裆势宽。

(2)两手后伸,肘直腕伸,四指并拢,拇指外分,动作与马裆势相同,故又称大马裆。

【要领】

同马裆势。

【按语】

本势为少林内功的基本功之一,作用与马裆势类似,运动量较大。



## 9. 低裆势

### 【动作】

(1) 并步站立,足尖靠拢,五趾着地,足跟外蹬,略呈内八字。

(2) 屈膝下蹲,上身下沉,臀部后坐不可着地,故有蹲裆之称,同时两手握拳前上举,肘要微屈,掌心相对,目须平视(图 13-27)。

### 【要领】

屈膝下蹲,上身下沉,臀不着地,握拳上举,掌心相对,两肘微屈。

### 【按语】

本势锻炼以半腱肌、半膜肌、股二头肌、缝匠肌、股薄肌、腓肠肌、髂腰肌、股直肌、阔筋膜张肌和缝匠肌为主,屈膝屈髋,使上身下沉,同时以其拮抗肌,即股四头肌、臀大肌、股二头肌、半腱肌和半膜肌收缩,使身体保持平衡。

## 10. 坐裆势

### 【动作】

(1) 两脚交叉,盘膝而坐,脚外侧着地,上身微向前俯,故又称之为坐盘功架。

(2) 手掌心朝下,腕背伸,使身体平衡,两目平视(图 13-28)。

### 【要领】

盘膝而坐,脚侧着地,上身微前俯。

### 【按语】

本势锻炼以臀中肌、臀小肌后部肌束、梨状肌等为主,使髋关节外旋,呈坐裆势。

## 三、基本动作

### 1. 前推八匹马

#### 【动作】

(1) 取站裆或指定裆势。屈肘,直掌于两胁。

(2) 两掌心相对,拇指伸直,四指并拢,蓄劲于肩臂指端,两臂徐徐运力前推,以肩与掌成直线为度。胸须微挺,臂略收,头勿盼顾,两目平视,自然呼吸(图 13-29)。

(3) 手臂运动,拇指上翘,指端力求与手臂成直线,慢慢屈肘,收于两胁。

(4) 由直掌化俯掌下按,两臂后伸,恢复原裆势。



图 13-27 低裆势

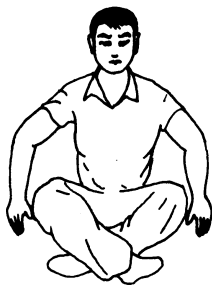


图 13-28 坐裆势

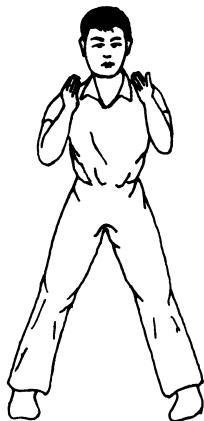


图 13-29 前推八匹马

**【要领】**

指臂蓄力,立指运气慢推,两目平视,呼吸自然。

**【按语】**

本势为内功推拿的基础功法,以练肱三头肌为主。

## 2. 倒拉九头牛

**【动作】**

(1)取站裆或指定裆势。屈肘,直掌于两肋。

(2)两掌沿两肋前推,边推边将前臂渐渐内旋,手臂完全伸直时,虎口朝下。四指并拢,拇指用力外分,腕、肘伸直,力求与肩平。

(3)五指向内屈收,由掌化拳如握物状,劲注拳心,旋腕,拳眼朝上,紧紧内收(图 13-30)。化直掌于两肋,身微前倾,臀部微收。

(4)由直掌化俯掌下按,两臂后伸,恢复原裆势。

**【要领】**

直掌旋推,劲注拳心,肘腕伸直,力求肩平,紧紧后拉,呼吸自然。

**【按语】**

前推时以肩胛下肌、胸大肌、背阔肌及大圆肌用力为主,化掌握拳后拉以肱二头肌、桡肌及旋前圆肌收缩为主。以上两势,两手自肋肋两侧向前推出,使气行于中焦,故能健脾和胃,促进胃肠功能,人体化生有源,气血充沛,对于食滞不化、嗝气、胃脘胀痛、肠鸣等症有较好的防治作用。

## 3. 单掌拉金环

**【动作】**

(1)取站裆或指定裆势。屈肘,直掌于两肋。

(2)右手前推,边推边将前臂内旋,虎口朝下,掌心朝外,四指并拢,拇指外分,臂欲蓄劲,掌侧着力,肘腕伸直,松肩,身体正直,两目平视,呼吸随意。

(3)五指内收握拳,使劲注掌心,旋腕,拳眼朝上,紧紧内收,化直掌护肋(图 13-31)。左右手交替练习。由直掌化俯掌下按,两臂后伸,恢复原裆势。

**【要领】**

同倒拉九头牛。

**【按语】**

在上势的基础上,可加强臂肌的锻炼。

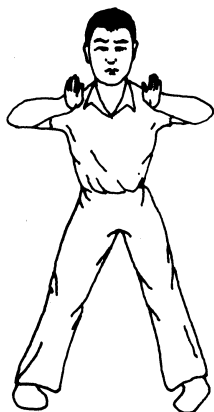


图 13-30 倒拉九头牛



图 13-31 单掌拉金环

#### 4. 仙人指路

##### 【动作】

- (1) 取并裆势或指定裆势。屈肘，仰掌于腰部。
- (2) 右仰掌上提至胸前立掌而出，四指并拢，拇指伸直，手心内凹成瓦楞掌，肘臂运动，掌劲立向前推出，力要均匀(图 13-32)。
- (3) 推直后屈腕握拳，蓄劲内收，边收边外旋前臂，仰掌于腰部，左右掌交替练习。
- (4) 由仰掌化俯掌下按，两臂后伸，恢复原裆势。

##### 【要领】

仰掌上提，立掌胸前，手心内凹，如同瓦楞，臂指运动，用力前推，旋腕握拳后拉。

##### 【按语】

前推时通过骨间掌侧肌、拇长伸肌、蚓状肌等收缩，使四指并拢，拇指伸直，手心内凹成瓦楞掌，肘臂运力，向前推出。以上两势，凝劲于肩、臂、肘、腕、指，旋腕前推，翻掌空抓，可以激发十二经脉经气，有健脑开窍，行气活血，疏通经脉的作用，对神经衰弱，肢体麻木，筋骨不利以及颈、肩、掌、指各关节劳损有较好的防治作用。

#### 5. 凤凰展翅

##### 【动作】

- (1) 取弓箭裆或指定裆势。屈肘，两手徐徐提至胸前呈立掌交叉。
- (2) 立掌化为俯掌，缓缓用力向左右外分，两臂尽力伸直，形如展翅，四指并拢，拇指外分，指欲上翘，头如顶物，两目平视，上身微倾，切勿抬肩，呼吸随意(图 13-33)。
- (3) 旋掌，屈肘内收，两侧蓄劲着力，徐徐收回，使掌心逐渐相对，处于胸前交叉立掌。
- (4) 掌化俯掌下按，两臂后伸，恢复原裆势。

##### 【要领】

立掌交叉，用力外展，劲如开弓，肩肘腕平，蓄劲内收。

##### 【按语】

外展时以桡侧腕屈肌、尺侧腕屈肌、掌长肌、指浅屈肌和指深屈肌用力，化立掌为俯掌，通过三角肌、冈上肌等上臂肌群收缩，使两臂用力缓缓向左右外分，其形如凤凰展翅。

#### 6. 风摆荷叶

##### 【动作】

- (1) 取站裆或指定的裆势。屈肘，仰掌于腰部。



图 13-32 仙人指路

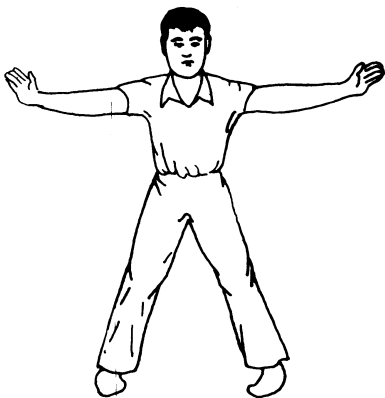


图 13-33 凤凰展翅

(2) 屈肘,掌心向上,四指并拢,拇指伸直,向前上方推出,至胸部左掌在右掌上相叠,运劲向前推足,然后缓缓向左右外分,肩肘掌平,成直线形,拇指外侧着力含蓄,使两手平托成水平线,头如顶物,目欲平视,呼吸自然(图 13-34)。

(3) 仰掌慢慢合拢,右下左上,交叉相叠,再收于腰部。

(4) 仰掌化俯掌下按,两臂后伸,恢复原裆势。

### 【要领】

仰掌交叉前推,外旋挺肘拉开,肩肘腕掌平齐。

### 【按语】

本势通过肱三头肌等收缩,运劲前推,然后以三角肌、冈上肌等上臂肌群为主,缓缓向左右外分,使两手平托成水平线。以上两势,上臂运劲前伸、外屈,使胸廓尽量张开,上焦气机得以舒展,起到宽胸理气,调整气机,强心宣肺的作用,对心肺疾患有一定的防治作用。

## 7. 两手托天

### 【动作】

(1) 取悬裆或指定裆势。屈肘,仰掌于腰部。

(2) 两掌上托,掌心朝天,缓缓上举。指端着力,肩松肘直,两目平视,头如顶物(图 13-35)。

(3) 掌根外旋,四指并拢,分向左右,蓄力徐徐而下至胸部,旋腕变仰掌收回护腰。

(4) 由仰掌化俯掌下按,两臂后伸,恢复原裆势。

### 【要领】

仰掌上托,掌心朝天,指端运劲,松肩挺肘,两目平视。

### 【按语】

仰掌上托时,以三角肌、冈上肌、斜方肌、前锯肌等用力为主,蓄力上举,犹如托天。

## 8. 霸王举鼎

### 【动作】

(1) 取弓箭裆势或指定裆势。屈肘,仰掌于腰部。

(2) 仰掌缓缓上托,掌心朝天,过于肩部,掌根外展,指端由左右向内旋转,虎口相对,犹托重物,徐徐上举,肘部要挺,指端相对,四指并拢,拇指外分,两目平视,呼吸自然(图 13-36)。

(3) 旋腕翻掌,指端朝上,掌侧相对,拇指外分,蓄力而下,渐渐收回腰部。

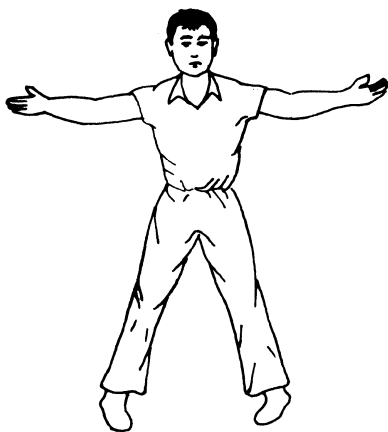


图 13-34 风摆荷叶

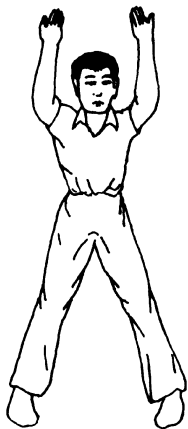


图 13-35 两手托天

(4) 仰掌化俯掌下按, 两臂后伸, 恢复原裆势。

### 【要领】

仰掌上托, 过肩旋腕翻掌, 指端相对, 挺肘上举, 回收旋腕翻掌直下, 指端朝上, 掌侧相对。

### 【按语】

上举时以桡侧腕长伸肌、桡侧腕短伸肌、尺侧腕伸肌及所有伸指肌收缩, 使腕关节尽量背伸, 挺肘缓缓上举。以上两势, 掌臂徐缓向上推动, 引清阳之气上行于巅顶, 营养脑髓。同时发力向上, 振动肌肉、筋腱、体表、脏腑, 故对体虚头晕, 失眠及胃、肾气虚等症有一定防治作用。



图 13-36 霸王兴鼎



图 13-37 平手托塔



图 13-38 顺水推舟

## 9. 平手托塔

### 【动作】

(1) 取大裆或指定裆势。屈肘, 仰掌于胁部。

(2) 两掌慢慢向前运劲推出, 边推拇指边向左右外侧倾斜, 保持掌平, 犹如托物在手, 推至手与肩平(图 13-37)。

(3) 拇指运劲向左右外侧倾斜, 四指着力, 屈肘缓缓蓄劲收回于两胁。

(4) 由仰掌化俯掌下按, 两臂后伸, 恢复原裆势。

### 【要领】

仰掌运劲前推, 大指外下倾斜, 肘直掌平托物。

### 【按语】

前推时以冈下肌、小圆肌用力为主, 使前臂外旋, 保持手掌平行。

## 10. 顺水推舟

### 【动作】

(1) 取马裆或指定裆势。屈肘, 直掌于两胁。

(2) 两直掌运劲徐徐向前推出, 边推边掌根外展, 虎口朝下, 四指并拢, 拇指外分, 由外向内旋转, 指尖相对, 肘欲伸直, 腕欲屈曲, 似环之形, 头勿低, 身勿倾, 力求掌肘肩平 (图 13-38)。

(3) 五指慢慢向左右外旋, 恢复直掌, 四指并拢, 拇指运劲后翘, 指端着力, 屈肘蓄力而收, 置于两肋。

(4) 由直掌化俯掌下按, 两臂后伸, 恢复原裆势。

### 【要领】

直掌运劲慢推时, 旋腕指尖相对, 挺肘形似推舟。

### 【按语】

直掌前推时以肩胛下肌、胸大肌、背阔肌、大圆肌及上臂肌群蓄力, 边推边内旋前臂, 同时通过桡侧腕长伸肌、桡侧腕短伸肌、尺侧腕伸肌及所有指伸肌的收缩, 背伸腕关节, 待推足后其形似环。

## 11. 单凤朝阳

### 【动作】

1. 取并裆或指定裆势。屈肘, 仰掌于腰部。  
2. 左手掌旋腕变俯掌。屈肘由胸之左上方运力外展, 再缓缓运向右下方, 屈肘运动上抄作半圆形, 收回护腰 (图 13-39)。

3. 右手动作与左手相同, 唯方向相反。

4. 由仰掌化俯掌下按, 两臂后伸, 恢复原裆势。

### 【要领】

旋腕化掌, 蓄力外展, 缓缓下运, 形似半圆。

### 【按语】

由仰掌化俯掌, 以三角肌、冈上肌及手臂肌群运力, 推足后再以胸大肌、背阔肌、三角肌、肱三头肌长头等为主运力, 缓缓运向右下方。以上 3 势, 臂、腕平推、外展, 用力柔和、均匀, 劲力俱自胸背而出, 有利于肝、胆之气运行, 对胸胁满闷、气郁脘腹之证有较好的防治效果。

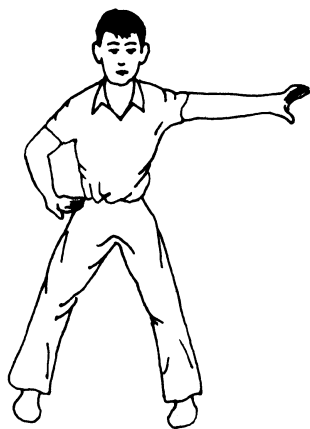


图 13-39 单凤朝阳

## 12. 海底捞月

### 【动作】

(1) 取大裆或指定裆势。屈肘, 仰掌于腰部。

(2) 两手仰掌上提, 经胸徐徐高举, 并向左右分推, 旋腕翻掌, 掌心朝下, 同时腰向前俯, 腿不可屈, 脚用霸力, 两掌由上而下逐渐相拢, 掌心向上似抱物, 蓄劲待发 (图 13-40)。

(3) 两臂运劲, 掌心指端着力, 慢慢抄起, 用抱力缓缓提到胸部或仰掌护腰, 上身随势而直, 目须平视。

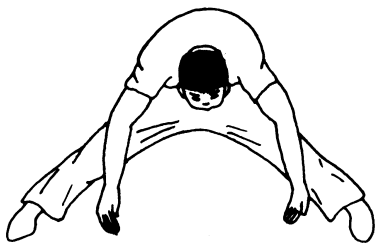


图 13-40 海底捞月

(4)由仰掌化俯掌下按,两臂后伸,恢复原裆势。

### 【要领】

仰掌上提,胸上高举,左右分推,旋腕翻掌,腰俯腿直,掌心向上,似如抱月,两臂运劲,指端着力,慢慢抄起。

### 【按语】

仰掌以冈上肌、三角肌、前锯肌、斜方肌为主运力,将两臂缓缓上提,并通过三角肌和冈上肌等使两臂向左右推分,旋腕翻掌后腹肌收缩,使身体微向前俯,同时以胸大肌、背阔肌、大圆肌等蓄力,将两掌由上而下,再由下而上慢慢抄起,形似海底捞月。

## 13. 顶天抱地

### 【动作】

取大裆或指定裆势。屈肘,仰掌于腰部。

(2)仰掌上托,过于肩部,悬腕翻掌,掌根外展,指端内旋相对,徐徐上举〔图 13-41(1)〕。

(3)悬腕翻掌,慢慢向左右外分下抄,同时身向前俯,两掌逐渐合拢,拇指外分,两掌相叠,右掌在上,掌背尽量靠底待发〔图 13-41(2)〕。

(4)两掌如托重物缓缓提到胸部,成仰掌护腰,上身随势伸直,目须平视。

(5)两仰掌化俯掌下按,两臂后伸,恢复原裆势。

### 【要领】

仰掌上托,过肩悬腕翻掌,掌心朝上,指端相对,两翻掌外分下抄,身向前俯,两掌合拢相叠,如抱物上提。

### 【按语】

仰掌上托时以桡侧腕长伸肌、桡侧腕短伸肌、尺侧腕伸肌及所有伸指肌的收缩,使腕关节尽量背伸,挺肘缓缓上举,推足后以桡侧腕屈肌、尺侧腕屈肌、掌长肌、指浅屈肌、指深屈肌和拇指屈肌等为主运力,旋腕翻掌,通过骶棘肌的作用,身体随势伸直。

## 14. 怀中抱月

### 【动作】

(1)取悬裆或指定裆势。屈肘,仰掌于腰部。

(2)两仰掌由腰部上提,化立掌在上胸交叉,缓缓向左右外分,肘欲直,指端朝向左右,掌心朝前与肩平。

(3)两指端向下,掌心朝内,慢慢蓄劲,上身略前倾,两手势如抱物,由上而下,再由下而上徐徐抄起,仍直掌回收,交叉于胸前(图 13-42)。

(4)立掌化俯掌下按,两臂后伸,恢复原裆势。

### 【要领】

仰掌上提,立掌交叉,左右外分,掌心朝前,腕肘肩平,指端向下,掌心朝内,上身略向

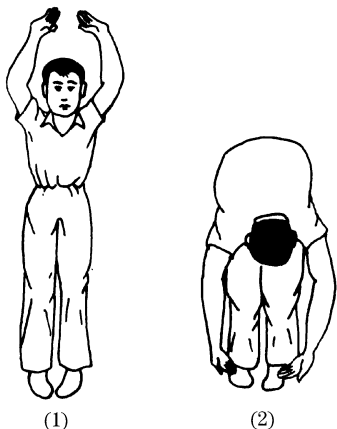


图 13-41 顶天抱地

前倾,呼吸自然。

### 【按语】

以胸大肌、背阔肌、大圆肌及二头肌等为主运力,将两臂由下而上徐徐抄起,其势如抱月。以上3势,蓄劲于腰背,在此基础上,分掌抄包,仰俯曲身,均可激发任、督两脉经气,因任、督脉俱起于胞中,故能益气养血,通调阴阳,对于体虚衰弱、月经不调、闭经、带下及阳痿、遗精症有较好的防治作用。

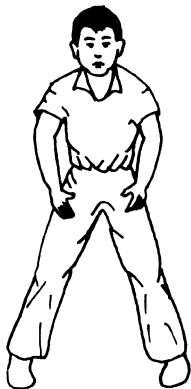


图 13-42 怀中抱月



图 13-43 刀劈华山



图 13-44 三起三落

## 15. 力劈华山

### 【动作】

- (1)取弓箭裆或指定裆势。屈肘,在胸部成立掌交叉。
- (2)两立掌缓缓向左右分推,两肩松开,肘部微曲,四指并拢,拇指后翘,掌心向前,力求成水平线。
- (3)两臂同时用力下劈,连续三次,头勿转侧摇动,两目平视,待劈完最后一次,仰掌护腰(图 13-43)。
- (4)由仰掌化俯掌下按,两臂后伸,恢复原裆势。

### 【要领】

立掌交叉,左右分推,用力下劈,两目平视。

### 【按语】

以斜方肌、背阔肌、胸大肌、大圆肌、肩胛下肌及上臂肌群等蓄力,连续用力劈砍三次。蓄力于腰腿,继而运劲于两臂,自上而下劈动,可利三焦气机,对于胸闷、腕胀及腹部不适等三焦诸症有防治作用。

## 16. 三起三落

### 【动作】

- (1)取并裆或指定的裆势。屈肘,直掌于两胁。
- (2)两膝屈曲下蹲,同时两手前推,掌心相对,四指并拢,拇指运劲后伸。保持原势要求,头勿随势俯仰摇动,两目平视(图 13-44)。



(3) 两掌用劲后收,同时慢慢起立,待立直时两掌正好收至两肋,往返三次,须用劲均匀。

(4) 由直掌化俯掌下按,两臂后伸,恢复原裆势。

### 【要领】

指臂蓄力,前推下蹲,用劲后收,随之立起。

### 【按语】

屈膝下蹲时以髂腰肌、股直肌、阔筋膜张肌、缝匠肌、半腱肌、半膜肌、股二头肌、缝匠肌、股薄肌和腓肠肌为主运力,使身体下沉,同时要求肩臂运力徐徐前推。蓄劲前推,气行中焦,健脾和胃,加强腰腿气血运行,对内脏虚弱等有较好的防治效果。

## 17. 乌龙钻洞

### 【动作】

(1) 取大弓箭裆。屈肘,直掌于两肋。

(2) 两直掌并行,掌心相对,徐徐前推,边推掌心边向下逐渐化成俯掌,指端向前,上身随势前俯。两足内扣(图 13-45)。

(3) 推足后旋腕,蓄力而收,边收掌心边慢慢朝上,由俯掌化仰掌护腰。

(4) 由仰掌化俯掌下按,两臂后伸,恢复原裆势。

### 【要领】

直掌渐化俯掌前推,上身随势前俯,推足渐化仰掌,蓄力而收。

### 【按语】

以肩胛下肌、大圆肌、旋前圆肌和旋前方肌收缩,边推掌心边向下,由直掌化俯掌,上身随势前俯。推足后以冈下肌、小圆肌和旋后肌为主运力,边收掌心边朝上,化俯掌为仰掌护腰,上身随势而直。

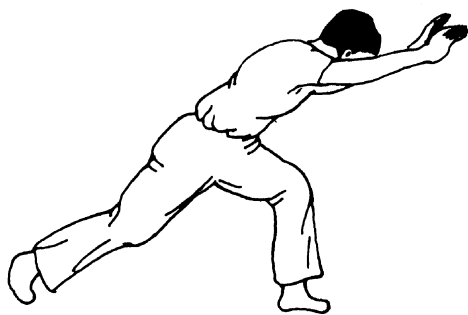


图 13-45 乌龙钻洞

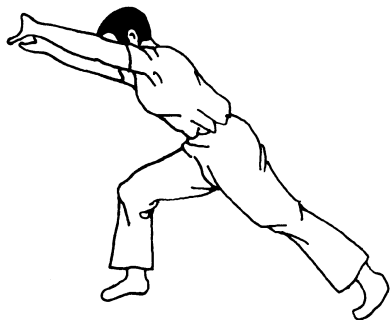


图 13-46 饿虎扑食

## 18. 饿虎扑食

### 【动作】

(1) 取大弓箭裆。两手仰掌护腰。

(2) 两仰掌化直掌前推,同时两前臂内旋,两腕背伸,虎口朝下,腰随势前俯,前腿得势后腿使劲勿松(图 13-46)。

(3)五指内收握拳,旋腕,拳眼朝天,屈肘紧收,成仰掌护腰。

(4)由仰掌化俯掌下按,两臂后伸,恢复原裆势。

### 【要领】

仰掌旋推,腰向前俯,劲注拳心。

### 【按语】

前推时以旋前圆肌和旋前方肌为主运力,化仰掌为直掌,同时以肩胛下肌、胸大肌、背阔肌和大圆肌收缩使前臂内旋,桡侧腕长伸肌、桡侧腕短伸肌、尺侧腕伸肌及所有伸指肌收缩,使两腕、背、腿、腰也随势前俯。推足后,握拳旋腕,屈肘紧张,身体随势而直。以上两势采取弓箭裆势,意取前弓后箭,尽蓄全身之力,配合腰背前俯,伸臂劲推,使意气力相融一致,久练此势对全身伤痛、关节屈伸不利以及各种慢性疾病都有较好的防治作用。

## 第四节 八大劲

八大劲是一套通过动静结合来进行全身锻炼的传统功法,属武当气功中的内功法。演练此功时,要求心与意合,意与气合。久练此功,可使周身轻灵,遍体舒适,气机通畅,精神倍增。其特点是动作简朴实用,不尚浮华,但按要求练习却颇花气力,最能增长功力。

### 1. 双手托天

#### 【预备姿势】

两腿直立,稍宽于肩,肘屈曲,双手自然置于腰间,沉肩坠肘,气沉丹田(图 13-47)。

#### 【动作】

(1)右脚向左脚靠拢,划一弧形,然后挪向前侧,继而左脚向右脚靠拢,划一弧形,然后挪向前侧,两脚尖略向内扣,微呈八字。

(2)腰间两拳变掌,力贯指端,顺两腿前内侧缓缓向下插伸,至两内踝,然后两掌合抱(图 13-48)。



图 13-47 双手托天(1)



图 13-48 双手托天(2)

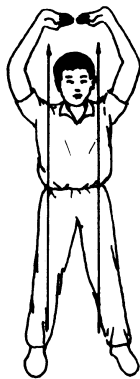


图 13-49 双手托天(3)

(3) 十指略分,呈提物之势,两手如负千斤重物,缓缓上提,至两侧太阳穴处,翻掌(图 13-49)。

(4) 两上臂外旋,同时两手内收回到肩两侧,身体略向左旋,两掌分别向两侧插出,再翻掌,掌心朝下,呈弧线两臂下沉,如抱球状。再顺身体前方提起至腰间,收回两拳。

### 【要领】

两掌推出上举时,两肘关节保持屈曲 20 度,整个动作中,两足十趾抓地,一呼一吸为 1 息,共 60 息后,再行收势。

## 2. 双龙出洞

### 【预备姿势】

同双手托天。

### 【动作】

(1) 两脚站立,与肩同宽,先进右脚,向左划一弧形,再向右前方(同第一节),再行左脚划弧,两膝屈曲,站马步桩。

(2) 先向右侧微侧双肩,再将两拳一起抖击出,将双拳收回约 20 厘米,拳变掌插出(图 8-50)。

(3) 掌指、指间关节屈曲,如握球状,两手缓缓分开,如拔千钧,直至肩关节不能再分为止,腰部略向右侧拧转,收回双拳。

(4) 收势同上式。



图 13-50 双龙出洞

## 3. 铁牛犁地

### 【预备姿势】

同双手托天。

### 【动作】

(1) 两手握于腰间,右脚向前,呈弓步势,先将右手握拳置于地上,再将左手握拳置于地上,右足再移向后,与左脚平行(图 13-51)。

(2) 双拳撑地,双足尖着地后,躯干保持平衡,抬头,目视正前方,自然呼吸默数 60 息(图 13-52)。

(3) 收势:先上右脚,再上左脚,双拳收回,同时双拳向头顶上方击出,双拳变掌插出,

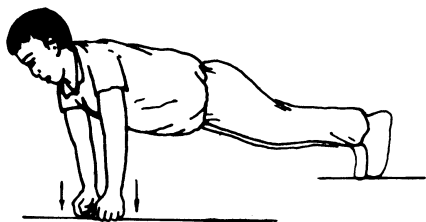


图 13-51 铁牛犁地(1)

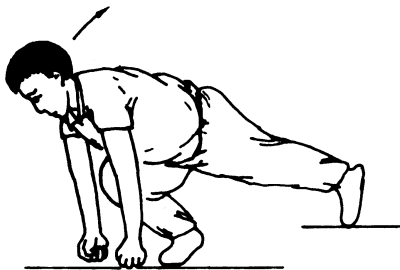


图 13-52 铁牛犁地(2)

双臂呈弧形,向外下方分出,在腰间收势。

### 【要领】

铁牛犁地,是用双拳或手指端支撑在地,双足尖大拇趾支地的练功方式,练功时,要求保持身体笔直,不可腰部后凸或腹部前挺,头尽力上抬,目视前方,要保持呼吸自然。

## 4. 犀牛望月

### 【预备姿势】

同双手托天。

### 【动作】

(1)先出左脚,站立成弓步,出右拳,与肩平行打出,再用左掌插出,左掌抱右拳,头部从右侧向后拧转,目视右足后跟默数 100 息(图 13-53)。

(2)双脚由弓步变为马步,同时左手抱拳移到身体正前方(变马步),然后收到腰间。

(3)再向右站立成弓步,出左拳打出,再将右手掌插出,右手抱住左拳,头从左向后拧转,目视左足跟部,默数 100 息,然后由弓步变马步,左手抱右拳,移于身体前方,双手收回腰间。

(4)收势:同前,双拳变掌叠放丹田部按下(图 13-54)。

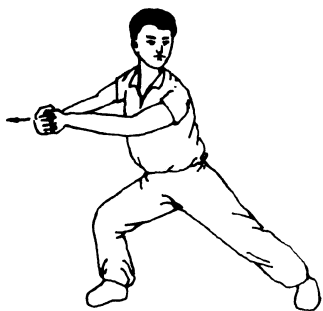


图 13-53 犀牛望月(1)



图 13-54 犀牛望月(2)

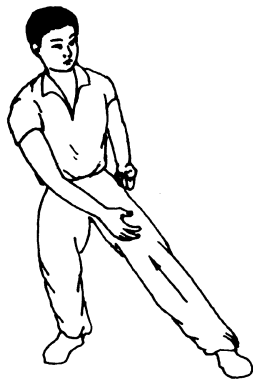


图 13-55 力拔千钧

### 【要领】

犀牛望月是左右转换单掌抱拳的练习方法,头部拧转,目视后足跟部,此势可增加双臂及腰部肌肉的力量,也可使桩基坚固,要求前弓后绷,双手用内劲,全身肌肉绷紧,呼吸自然。

## 5. 力拔千钧

### 【预备姿势】

同双手托天。

### 【动作】

(1)身体向左侧转,脚向左侧站立成弓步,右拳向左下方打出,身体略向前外俯,继而拳变掌插出,然后沿前腿内侧徐徐向腰际拉回(图 13-55)。同时脚步由弓步变为马步,

手收回腰际。

(2) 双足变弓步,再将拳与肩平行向左前方打出,右拳变掌插出,平行分拨,直至不能再分拨为止,将拳拉回,仍变马步。

(3) 再将右拳向左上方打出,变弓步,拳变掌插出,由前上方拉回腰间,仍变马步。

(4) 左右交换,要求相同。

### 【要领】

力拔千钧是左右交替练习两膀的分拨力量,在手掌进行分拨时,脚步随掌一起变动,不是单纯用手臂的力量提拉分拨,而是周身上下浑然一体,应用整体力量,在分拨提拉时要求力贯指端。

## 6. 掌插华山

### 【预备姿势】

同双手托天。

### 【动作】

(1) 两拳置于腰间,右拳变掌,向下插出,收回,再向侧方插出收回,再向头上方插出。

(2) 左掌同右掌,向下方、向侧方、向上方插出(图 13-56)。双掌交替共做 10 次。

(3) 收势同前。

### 【要领】

掌插华山是左右交替练习掌指力量的方法,要求掌指关节、指间关节绷紧,利用肩带及腰部的惯性弹抖力量,将掌插出。

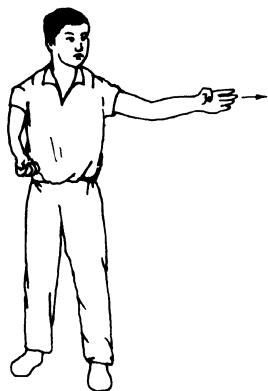


图 13-56 掌插华山

## 7. 鞭击昆仑

### 【预备姿势】

同双手托天。

### 【动作】

(1) 右拳变掌,向左下方甩击,左膝弯曲,右腿绷直,成扫堂步。

(2) 右手掌向右上方打出,同时变马步(图 13-57)。

(3) 右手掌向右后方甩击,再向右侧方甩击。

(4) 左手掌甩击方式同右掌。

### 【要领】

鞭击昆仑的功势,要求肩、肘、腕、指间关节完全放松,上肢松弛,形同软鞭,挥舞打击时利用甩动的惯性,气势雄烈恰如长鞭抽击昆仑山。



图 13-57 鞭击昆仑

## 8. 猛虎抓食

### 【预备姿势】

两脚直立,与肩同宽,距离墙壁 60 厘米远,面对墙壁。

**【动作】**

- (1) 双臂前举,抬起与头部平齐,十指指端紧贴墙壁。
- (2) 两手沿墙壁下抓,同时屈膝、屈髋下蹲(图 13-58)。
- (3) 站立,两手收回,置于腰间再重复抓墙动作。

**【要领】**

猛虎抓食动作时,要求十指指端紧贴墙壁,同时,力贯指头,均匀用力向下抓,开始可选用较光滑的墙壁练习,适应后,再在比较粗糙的墙壁上练习,以避免损伤手指。

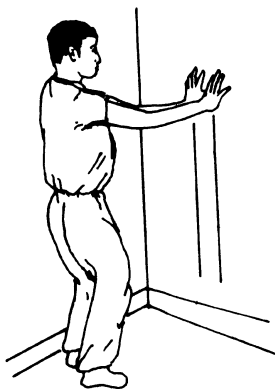


图 13-58 猛虎抓食

## 第五节 站桩功

站桩功是武术气功的代表功法,在漫长的发展过程中,形成了纷繁复杂的流派,但总以站立姿势为其基本姿势,故名站桩功,亦简称站桩或桩功。20世纪50年代,站桩功曾作为医疗练功的主要功法之一在全国推广应用,40多年的医疗实践表明,其作用是肯定的。

站桩功虽以站立姿势作为其基本练功姿势,有时也根据某些特殊需要,辅以坐、卧、行等姿势,每一姿势又可演变出数种甚至数十种变化。现介绍几种临床常用站立姿势的练习方法。

### 1. 提插势

**【动作】**

(1) 以立正姿势做准备,身体保持自然直立,气静神怡。然后左脚向左横跨一步,两脚呈外八字形,相距与肩同宽或稍宽于肩。膝微屈,臀后坐(似坐在一高凳上),膝盖不可超越脚尖。两手垂于体侧,掌心向内,肘关节微屈。十指分开,指骨关节自然微屈,掌心内凹,掌面距身体约15cm。保持头正身直,虚灵顶劲。沉肩虚腋,含胸拔背,直腰蓄腹,扣足展膝。两目微闭或凝视正前方较远处的某一目标,齿轻合,口稍张,舌微卷,颈内收,面部含似笑非笑之意。

(2) 以自然呼吸始,逐步过渡到顺腹式呼吸,可适当配合鼻吸口呼法、提肛呼吸法和开阖呼吸法等练习。呼吸的频率可逐渐减慢,但应以不感到憋气为度。

(3) 开始以放松训练为主。初步放松后,可进行下列意念活动:①意想两掌各抱一球于腕部,此球充满了气体,随着呼吸的节奏,进行着轻微的膨胀和收缩,即吸气向外膨胀,呼气向内收缩,反复练习,手部即有胀感、麻感和热感。②意想身体两侧放置两只米坛,两手用力下插,再用力提起。可与呼吸配合,吸气时上提,呼气时下插。③待有了力感(即气感)后,可改用意想身体两侧放置的是两坛粘稠的胶水,两手用力下插,再用力上提。与呼吸相配,吸气时下提,呼气时下插。进行以上练习时,可首先选择一种方法,待熟练后

再先两种或三种交替练习。初练可以微微露形,以便尽快体会其中的气感,待有气感以后,则逐渐做到不露外形,专心致志地体会内在的感觉。

### 【要领】

- (1)动作姿势应做到位,并保持一定时间。
- (2)呼吸锻炼应遵循循序渐进的原则,避免操之过急引起的气机不畅。
- (3)初练以注意动作要领为主,经常纠正不正确的动作姿势;掌握动作要领后再逐渐结合意念训练。

## 2. 撑抱势

### 【动作】

(1)站姿同“提插势”。两掌自体侧慢慢抬起,合抱于胸前,掌心向内,与肩相对,距肩约30cm;两手十指微屈,自然分开,掌心内凹,指端相距15~20cm。保持沉肩、垂肘、虚腋,掌与肩基本在同一水平面上,肘关节稍低于此平面,两臂围成一椭圆形。其余要求同“提插势”。如将手掌位置下移至腹前,约与脐在同一水面上,即成“撑抱势”,又称“三圆势”。

(2)按“提插势”要求结合呼吸锻炼。

(3)初练时先进行放松训练。初步放松后,可意想两臂之内有一橄榄形的纸球,其内充满了气体,当用力抱住,不使落下或浮起,但又不可用力过大、过猛,否则纸球会破损。练习一段时间后,会感到手臂发胀、发麻、发热,手臂与胸部之间、两手臂之间有一种无形的相引力或相斥力,此时,可意想纸球随呼吸节奏而膨胀和收缩。吸气时纸球膨胀,呼气时纸球收缩。开始练时可稍露形,以增强气感,久之渐含其形,潜心内练。

### 【要领】

注意“撑”和“抱”之间的平衡关系,尤其是随着锻炼时间的延长,气感逐渐增强,更容易体会到这种作用方向相反的力感,应始终注意保持力的平衡。其余要求同“提插势”。

## 3. 俯抱势

### 【动作】

(1)动作姿势除掌心向下外,其余要求均与“撑抱势”相同。

(2)按“提插势”要领结合呼吸锻炼。

(3)初步放松后,可进行以下意念活动:①如“撑抱势”做抱球训练,但其手部的着力部位是虎口,而不是掌声面。②意想两手共按一只气球,此球浮在水中,轻按至球的一半沉入水中,不致浮起,也不要完全沉下,但随着呼吸节奏,可有轻微的上下浮动。③意想球下的水左右流动,冲击着球亦欲左右飘动,两手轻轻用力,意欲保持球的稳定。以上训练要自然舒适,不可求快求猛。可先选择一种方法练习,待熟练后再进行两种或三种方法的交替练习。

### 【要领】

“俯”与“抱”也是两种作用方向相反的力量训练,要求与“撑抱势”类似。

#### 4. 扶按势

##### 【动作】

(1) 站立姿势同“提插势”，两掌抬至身体前方，与正前方成 30 ~ 45 度角，距身体 30cm 左右，掌高比脐略高，掌心向下，指端向前，沉肩、垂肘、虚腋。十指自然分开，指骨间关节微屈，掌心内凹。其余要求与“提插势”相同。此势外形颇似一口钟，故又名“铜钟势”。

(2) 按“提插势”要领结合呼吸锻炼。

(3) 初步放松后，可进行下面的意念活动：① 意想置身于齐腰的水中，两掌按于飘浮的木板上，吸气时两掌下按，身体有微微浮起之感，呼气时两掌放松，身体亦慢慢下落，如此反复锻炼，只需用意，不露其形。练习过程中，可把意念逐渐集中于脚底，意想两脚底各踩着一只蚂蚁，身体上浮时蚂蚁不致爬走；身体下沉时又不会把蚂蚁踩死，仔细体会其中的力感。② 意想身体置于前后流动的水中，随着呼吸的节奏，身体有前后、上下飘移之感，只需缓缓用意，不可显露外形。③ 意想十指指端分别系着一条有弹性的细绳，绳的另一端系在远处的一条树干上，身体下坐时，重心略后移，轻微牵动每一根细绳，重心即刻复原。如此反复练习，用力宜轻且富有弹性。以上方法可依照次序逐步练习，待每一步都熟练后，则可自由交替练习。

##### 【要领】

同“提插势”。

#### 5. 提抱势

##### 【动作】

(1) 站姿同“提插势”，两掌自体侧合于腹前，掌心向上，指端相距 15cm 左右，掌高与脐平，距腹壁 30cm 左右。十指自然分开，指骨间关节微屈，掌心内凹。沉肩、垂肘、虚腋，其余要求与“提插势”相同。

(2) 按“提插势”要领结合呼吸锻炼。

(3) 初步放松后，意想两掌各托一纸球，球内充满气体，在微风的吹拂下，球有前后、左右、上下飘动之意，两掌既要轻轻托住纸球，又要十指微微用力，抓住纸球，不致飘失。用意为主，用力宜轻，细细体会，反复练习。

##### 【要领】

同“俯抱势”。

#### 6. 休息势

##### 【动作】

(1) 站姿同“提插势”，两掌提至腰后，以腕背部轻置于“腰眼”穴处，腕关节微屈，十指自然分开，指骨间关节微屈，掌心内凹。沉肩、垂肘、虚腋，其余要求与“提插势”相同。

(2) 按“提插势”要领结合呼吸锻炼。

(3) 初步放松后，意想两掌各捏一纸球，球内充满气体，在微风的吹拂下有上下、左



右、前后飘动之意,指腹微微用力,抓住纸球,勿使飘失。用意宜轻,似有似无,反复练习。

### 【要领】

锻炼时间渐久,气感增强后,意念主要集中在手掌,其余要领可适当淡化。

## 7. 半伏势

### 【动作】

(1) 选取一齐眉高或齐腰高的物体,面对此物体约 30cm 处站立,两脚分开呈外八字形,距离与肩同宽或略宽于肩,两前臂及肘部搭伏于该物体上,身体呈半伏状。保持头部正直,脊背部自然伸展,臀部稍后靠,重心落于两脚之间,使前臂不致承受过大的重力。

(2) 初练采用自然呼吸,鼻吸鼻呼,随着练功时间的延长,逐步过渡到深、长、细、匀的顺腹式呼吸。

(3) 随着呼吸节奏,重点放松胸腹部,吸气时注意放松部位,呼气时默念“松”字。放松部位由外及内,深达内脏,且吸气时意想内脏紧贴于胸腹内壁。

### 【要领】

躯体前俯角度不可过大,保持腹部放松。其余要求同“提插势”。

## 第六节 八段锦

八段锦是我国古代优秀的健身法之一,是动静结合功法中较有代表性的套路。“八段”,指其动作共有八节;“锦”俗称织锦,有典雅华美之意,古人用瑰丽的锦缎比拟其精美、珍贵,故冠以八段锦之美称。八段锦流传很广,流派众多,近代已发展成很多套路。其体式有坐式和站式两种,本节所介绍的站式八段锦,是由坐式八段锦发展演变而来的。其性属外功,久练能健身祛病、延年益寿。

### 1. 双手托天理三焦

#### 【预备姿势】

两脚并步站立,两臂自然下垂,足趾抓地,全身放松。两眼平视前方,头似顶悬,呼吸自然,意守丹田,精神集中。

#### 【动作】

左脚向左迈出一大步,距离与肩同宽。两臂伸直,徐徐从两侧上抬,平肩时两手翻掌,掌心向上,继续上举,至头顶时两手十指交叉后翻掌,变掌心朝天并用力上托,如托天状,同时抬头注视手背,两脚跟提起,脚掌着地,尽量伸展腰背(图 13-59)。

两手交叉手指分开,两臂经两侧放下至体侧,同时足跟落下,左脚收回呈预备姿势。重复上述动作 5~7 次。

#### 【要领】

(1) 上托时深吸气,放下还原时深呼气。

(2) 两手向上托起时,用力要相等。



图 13-59 双手托天理三焦

(3) 此动作可重复练习。

### 【按语】

此段是八段之首,要求注意力集中,意守丹田,全身放松。呼吸细匀深长。练功时,要使四肢躯干的主要肌肉群充分伸展。这样可以做到动中寓静,血脉畅通。使上、中、下三焦都受一定的影响,使练功者逐步进入练功状态,为进行下段练习作好充分准备。

## 2. 左右开弓似射雕

### 【预备姿势】

并步站立。

### 【动作】

左脚向左迈出一大步,两脚距离约三脚宽,两腿下蹲呈马步,上体正直,大腿与地面平行,同时两臂平屈于胸前,十指尖相对,两手心朝下(图 13-60)。

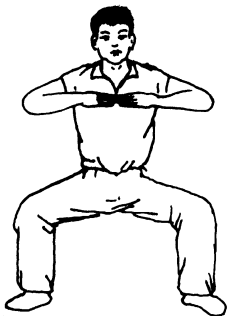


图 13-60 左右开弓似射雕(1)



图 13-61 左右开弓似射雕(2)

左手握拳,翘起食指向上,拇指伸直与食指成八字撑开,然后向左侧缓缓用力推出,头也随着左转,眼看左手食指,同时右手变拳,展臂向右平拉,两手用力如拉弓状(图 13-61)。

(3) 左足收回,两手落下还原成预备式。

(4) 右式动作同上,唯方向相反。左右动作交替练习,每侧各 3~5 次。

### 【要领】

(1) 一脚侧移时吸气,下蹲时呼气;双臂开弓时吸气,复原时呼气。

(2) 开弓时,两眼看伸直臂方向。

### 【按语】

此段在第一段的基础上加强了四肢的活动。上肢的肩、肘、腕、指各关节都参加了活动,同时对胸腔、呼吸肌也有很大影响,增加了呼吸的深度。头部也随开弓姿势转动。可以认为这段的锻炼重点在上焦。此外,马步也加强了下肢的锻炼。

## 3. 调理脾胃臂单举

### 【预备姿势】

两脚并步站立。

**【动作】**

(1) 左手从前侧上抬,过头后继续上举至最高点,五指并拢、翻掌,掌心向上,指尖向右,略下沉后再用力上托;同时右手腕背屈,四指并拢,掌心向下,四指向前,拇指向内,略抬后再下按,与左手配合,上下同时用力(图 13-62)。

(2) 左手从侧方下落,两手还原成预备式。

(3) 右式动作同上,唯方向相反。左右动作交替练习,每侧各 5-7 次。

**【要领】**

手上举时吸气,下沉时呼气;两手争力时吸气,手下落还原时呼气。

**【按语】**

这段的动作是,一手充分上举,一手尽量下按。这个动作在日常生活和劳动中都很难遇到。它不仅使人体两侧肌肉群受到牵引,而且也会牵动内脏各器官。经常练习,可以起到促进消化功能的作用。

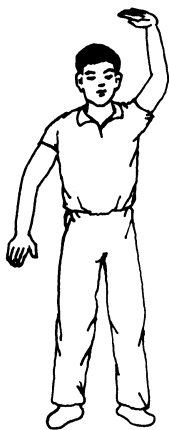


图 13-62 调理脾胃臂单举

#### 4. 五劳七伤往后瞧

**【预备姿势】**

两脚并步站立。

**【动作】**

(1) 左脚向左迈出一大步,距离与肩同宽,同时两手变拳抱于腰间,两眼平视前方。

(2) 以腰为轴向左转动 90 度,两手在转体的同时由拳变掌向左右侧推出,指尖向上,眼看左手推出方向(图 13-63)。

(3) 身体不动,两手放下至腰部交叉,左手背贴于右手掌上,右手背贴于腰部。

(4) 身体向右转动 90 度,两手放下呈预备姿势。

(5) 右式动作同上,唯方向相反。左右动作交替练习,每侧各 5-7 次。

**【要领】**

两臂向两侧推出时吸气,放下在腰部交叉时呼气;头向后转动时吸气,还原时呼气。

**【按语】**

“五劳”是指“久视伤血,久卧伤气,久坐伤肉,久立伤骨,久行伤筋”。“七伤”是指七情(喜、怒、忧、思、悲、恐、惊)对人体的伤害。这一段功的动作虽然简单,但应特别强调在前三段的基础上,进一步做到去除杂念,动中求静,才能收到以逸待劳,排除七情侵扰的效果。



图 13-63 五劳七伤往后瞧

#### 5. 摇头摆尾去心火

**【预备姿势】**

两脚并步站立。

**【动作】**

(1)脚向左迈出一大步,两脚距离约三角宽,两腿下蹲成马步,两手按于大腿部,虎口向内,两眼平视前方。

(2)头和上体前俯深屈,随即向左、向左前、向后、再向右、向右前、向左做大幅度的逆时针摇转,臀部随之摇摆。连续3次后复原成前俯身屈状(图13-64)。

(3)动作同上,方向相反,做大幅度的顺时针摇转,臀部随之摇摆。连续3次后恢复成预备式。

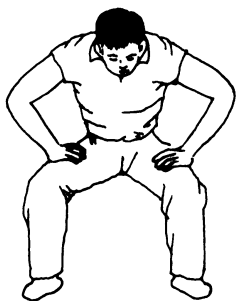


图13-64 摇头摆尾去心火

**【要领】**

(1)上体绕环半周时,可一吸一呼,也可自然呼吸。

(2)摇头时,一定要注意摆尾。

**【按语】**

此段是全身性活动,四肢、躯干的关节和肌肉群都受到一定锻炼,是各段中运动量最大的一段。在一般情况下,连续做32次,可使身体发热,甚至出微汗。所谓去心火,是指除去胸中的烦火躁热。

## 6. 两手攀足固肾腰

**【预备姿势】**

两脚并步站立。

**【动作】**

(1)两膝挺直,两手从前方上举,上身向前深屈,两手垂下握住两脚尖,头略抬(图13-65)。

(2)直腰,恢复站立姿势。

(3)两手握拳,抵于腰脊两侧肾俞穴处,上体尽量后仰,两眼朝天,再直腰(图13-66)。后仰动作连做3次。

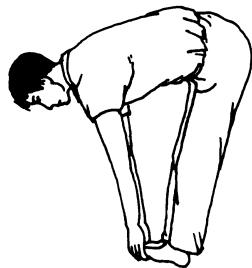


图13-65 两手攀足固肾腰(1)

**【要领】**

手上举时吸气,身前屈握足时呼气;直腰后仰时吸气,再直腰时呼气。

**【按语】**

“肾为藏精之腑”、“先天之本”,肾本身的精气和五脏六腑水谷所化之精气皆藏于此,可见它的重要性。腰部肌肉的增强,对肾脏可以起到保护作用。两手攀足,仅动作而言,类似现代徒手体操的腰部运动,对增加腰部肌肉力量,防止腰肌劳损当然是有益的。



图13-66 两手攀足固肾腰(2)

## 7. 怒目攢拳增气力

**【预备姿势】**

两脚并步站立。

**【动作】**

(1)脚向左迈出一大步,两脚距离约三脚宽,两腿下蹲成马步,同时屈肘、握拳置于腰间,拳心向上,两眼平视正前方(图13-67)。



图13-67 怒目攢拳增气力(1)



图13-68 怒目攢拳增气力(2)

(2)左拳用力向前击出,拳与肩平,拳心向下,双目圆睁,向前虎视。

(3)左拳收回腰间,同时右拳向前击出,动作要求同(2)。

(4)右拳收回腰间,同时左拳向左侧冲击,拳与肩平,拳心向下,双目圆睁,向左虎视(图13-68)。

(5)左拳收回腰间,同时右拳向右侧冲击,动作要求同(4)。

(6)以上动作反复多遍,最后恢复成预备式。

**【要领】**

(1)左拳向前或向左侧冲击时先吸气再呼气,左拳收回而右拳向前或向右侧冲击时再吸气、呼气。收拳复原时缓慢呼气。

(2)冲拳时必须两目怒视。

**【按语】**

用力攢拳,可以促进上肢的血液循环。经常练习,可增加上肢的力量,这是肯定的。怒目不仅有助于练好拳,而且可以锻炼眼肌。《易筋经》的“出爪亮翅势”中说的“挺身兼怒目”、“六字治脏法”中所说的“肝若虚时目瞪睛”,也属于类似练习。

## 8. 背后七颠百病消

**【预备姿势】**

两脚并步站立。

**【动作】**

(1)左脚向左迈出一大步,距离与肩同宽。两臂慢慢向前抬举,掌心向下,两脚后跟提起。两掌轻轻下按,同时两脚后跟落地。

(2)两手向后抬起握拳抵于腰后,两足跟同时提起,离地约1.2寸,上身挺拔,胸部挺出,小腹内收,头尽量向



图13-69 背后七颠百病消(1)

上顶(图 13-69)。

(3) 两足轻轻下落,但不要完全着地。

(4) 以上动作反复 7-14 次,最后恢复成预备式。接着散步数分钟,结束全功。

(5) 若想加大运动量,可在恢复成预备式后,做跑马七颠法。其方法是:左脚向左迈出一步,距离与肩同宽,上体前俯,两手向前平伸,两膝屈曲,脚跟快速颤动(快速呼吸,脚跟抬起时吸气,脚跟落下时呼气),如骑在飞奔的快马上(图 13-70)。

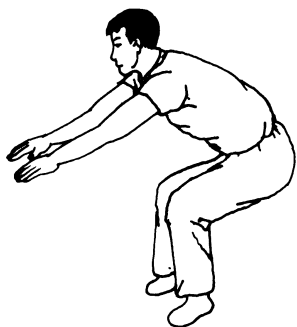


图 13-70 背后七颠百病消(2)

### 【要领】

(1) 向前和向后抬臂时吸气,向下时呼气。

(2) 动作的重复次数为向前抬起 4 次,向后抬起 3 次。

### 【按语】

此段是最后一段,动作的幅度由大渐小,身体各器官、各系统也逐渐恢复到平常状态,即所谓收功。

## 第七节 十三太保功

十三太保功是古代导引术、气功和武术相结合的一种锻炼方法,其特点是以桩法为主体,注重步型,摆定式,在站桩时进行呼吸。练习时要求心静用意,内外相合。

### 1. 南山伏虎

#### 【预备姿势】

立正,抱肘。双手握拳,置于腰间,拳眼向外。

#### 【动作】

(1) 右腿向右侧横跨一大步,呈横裆步(右腿屈膝下弯,脚尖正对身前,左腿伸直,脚尖内扣)。右拳自右腰侧向右上方弧形提起,虎口向上,手臂微屈,左拳同时自腰侧划小弧形置于小腹前,虎口向里,双目平视。姿势摆定后,以均匀缓慢的速度呼吸 3~9 次,呼吸均匀自然(图 13-71)。

(2) 还原,呈立正抱肘式。

(3) 同动作(1),唯方向相反。

(4) 还原。



图 13-71 南山伏虎

### 2. 北海降龙

#### 【预备姿势】

立正,抱肘。

#### 【动作】

(1) 左脚向前一步,脚尖点地,右腿在原地微微屈膝。右手上举在头右侧,左手落下

至小腹前。双手掌心自然张开相对。注视正前方。以均匀缓慢的速度呼吸 3~9 次(图 13-72)。

- (2) 还原,呈立正抱肘式。
- (3) 同动作(1),唯方向相反。
- (4) 还原。



图 13-72 北海降龙



图 13-73 金龙合口

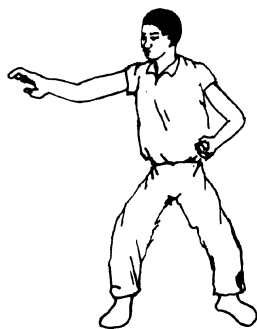


图 13-74 鸱鹰抓食

### 3. 金龙合口

#### 【预备姿势】

立正,抱肘。

#### 【动作】

(1) 右脚向右迈开一步,距离与肩同宽,两手五指相对似合抱球状置于胸前,手指互相用劲抵住。姿势摆定后,以均匀缓慢的速度呼吸 3~9 次。

(2) 将双手移向左侧,头稍向右转,呼吸 3~9 次(图 13-73)。

(3) 然后将双手移向右侧,头稍向左转,呼吸 3~9 次。

(4) 还原,呈立正抱肘式。

### 4. 鸱鹰抓食

#### 【预备姿势】

立正,抱肘。右脚向右侧横跨一大步,两脚分开的距离约三脚宽,呈马步,脚尖正对前方,上身正直,臀部收敛,身体重心落于两腿之间。

#### 【动作】

(1) 右拳变掌,手心向下,自右腰侧向左前方插出,手掌与肩平,然后,从左拐向右前方(图 13-74)。

(2) 反掌,手心向上,五指屈曲。收回右腰侧呈抱肘式。做时眼随手转。

(3) 动作方向相反,共进行 12~24 次。

(4) 还原。要求呼吸自然均匀,不闭气。

## 5. 金刚亮臂

### 【预备姿势】

马步抱肘式。

### 【动作】

(1) 右拳向正前方打出,出拳时手掌向上,在臂伸直的同时,前臂逐渐向内旋转,呈伏拳手掌向下(图 13-75)。

(2) 还原。

(3) 左拳打出,动作同(1)。

(4) 还原。连续进行 6~18 次。眼视前方,注意配合呼吸,打出时吸气,收回时呼气。



图 13-75 金刚亮臂

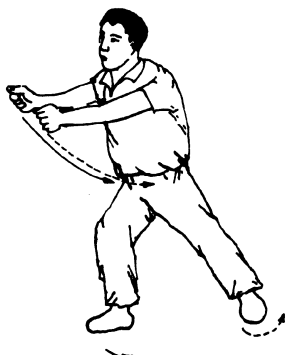


图 13-76 久扎金枪

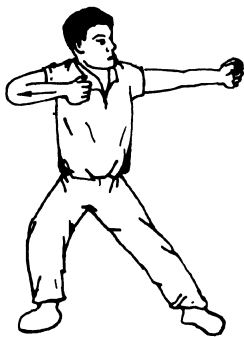


图 13-77 开弓射雕

## 6. 久扎金枪

### 【预备姿势】

立正,抱肘。

### 【动作】

(1) 身体向右转的同时,右腿向右前方跨出一大步,脚尖向前,右腿屈膝下弯,大腿与地面呈水平,左腿伸直,左脚尖斜向前方,脚跟不离地面。呈右弓步式。

(2) 右手握拳向前方平冲出,右臂伸直,左手同时伸出,左肘微屈,两拳前后相隔一拳距离,目视前方。姿势摆定后,以均匀缓慢的速度呼吸 3~9 次(图 13-76)。

(3) 两拳收回腰间,仍呈抱肘式。

(4) 转体还原,呈立正抱肘式。

(5) 向相反方向进行,姿势同上,反复做 3~9 次。

## 7. 开弓射雕

### 【预备姿势】

立正,抱肘。

### 【动作】

(1) 左手握拳向左平伸,成侧手拳。右手握拳置于左臂内侧,头转向内侧,右腿向右



侧跨出一大步,呈横裆步。同时,右臂向右移动,使右拳止于右胸前,目视左前方。姿势摆定后,以均匀缓慢的速度呼吸3~9次(图13-77)。

(2)还原。

(3)同动作(1),唯方向相反。

(4)还原,呈立正抱肘式。两侧交替做3~9次。

## 8. 掌劈华山

### 【预备姿势】

立正,抱肘。

### 【动作】

(1)左手变掌在胸前向前划小弧置于右胸前,右拳变掌,五指并拢,右臂从右后绕上劈落于小腹前(似用斧头劈下)。同时,右足前跨半步,右膝微屈,足跟提起,足尖落地,呈虚步状,左腿原地不动,左膝微屈,呈半蹲,目视右手(图13-78)。



图13-78 掌劈华山(1)



图13-79 掌劈华山(2)

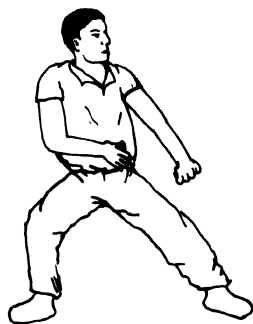


图13-80 夜行飞镖(1)

(2)右腿向右前方跨出一大步,呈前弓步式。右足尖向右前方,右膝屈曲,大腿与地面呈水平。左腿伸直。同时,右手由小腹前伸向右上方,左手由右胸前落向左下方。右手掌心向左,左手掌心向右,停于左髋关节之后方。头向右倾斜,面部转向左后,目视左后方,姿势摆定后,以均匀缓慢的速度呼吸3~9次(图13-79)。

(3)还原。呈立正抱肘式。

(4)同动作(1)、(2),唯方向相反。两侧交替做3~9次。

## 9. 夜行飞镖

### 【预备姿势】

立正,抱肘。

### 【动作】

(1)右腿向右跨出一大步,呈横裆步,左拳下置于左髋旁,右拳变掌置于左腰前,似掏镖状,头向左转,目视左前方(图13-80)。

(2)右手从左腰前向右上方弧形伸展,头向右转(图13-81)。

(3)右手向左屈肘屈腕,似甩镖状。眼神随右手转移,最后目视左前方。姿势摆定后,以均匀缓慢的速度呼吸3~9次(图13-82)。

(4)还原,呈立正抱肘式。

(5)同动作(1)、(2)、(3),唯方向相反。两侧交替做3~9次。

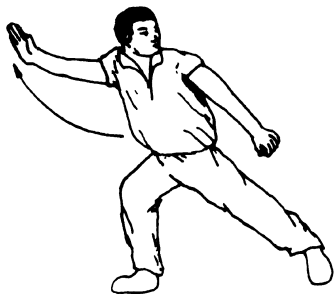


图13-81 夜行飞镖(2)



图13-82 夜行飞镖(3)



图13-83 舟夫背纤

## 10. 舟夫背纤

### 【预备姿势】

立正,抱肘。

### 【动作】

(1)右脚向右跨出一大步,两手握拳向左右分开呈侧平举。

(2)身体向左旋转,头、腰与两脚均协同旋转。右手握拳沿水平方向自右至左划弧置于右耳前。左手收于左腰间抱肘。左足亦同时以足跟为轴足尖离地,向左旋转(图13-83)。

(3)还原,呈(1)姿势。

(4)同动作(1)、(2),唯方向相反。两侧交替做3~9次,呼吸均匀自然。

## 11. 力托千斤

### 【预备姿势】

立正,抱肘。右脚向右跨一大步。

### 【动作】

(1)两拳自腰间向上翻起,高与肩平,拳眼向里(图13-84)。

(2)两臂伸直上举,两腿屈曲呈马步(图13-85)。

(3)两臂落下,两膝伸直还原至动作(1)。

(4)还原成预备式。

(5)同动作(1)。

(6)两手握拳上翻不动,身体向右旋转右腿屈曲,左腿伸直,足跟不离地,呈右弓步(图13-86)。

(7)两手尽量举向上方,胸部挺起,两腿仍呈右弓步(图13-87)。

(8)两臂落下,还原成动作(6)。



图 13-84 力托千斤(1)



图 13-85 力托千斤(2)



图 13-86 力托千斤(3)

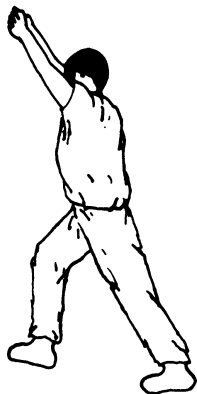


图 13-87 力托千斤(4)

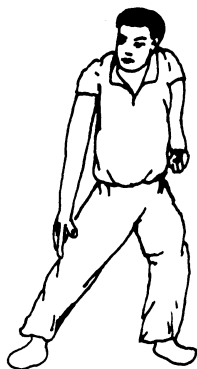


图 13-88 猿手通臂(1)



图 13-89 猿手通臂(2)

(9)还原成预备式。

(10)同动作(6)、(7)、(8),唯方向相反。

(12)还原成预备式。

## 12. 猿手通臂

### 【预备姿势】

立正,抱肘。右腿向右跨一大步。

### 【动作】

(1)右手自右腰间向右外抡转 360 度后,拍打右大腿外侧,连续做 3 次,同时两腿随身体左右摆动,眼神始终随手运转而转移(图 13-88)。

(2)还原成预备式。

(3)同动作(1),唯方向相反。

(4)还原成预备式。两侧交替,共做 3~9 次。

(5)然后双手同时上举在头顶交叉,分别从两边落下,拍打左右小腿外侧(图 13-89)。

## 13. 抡舞石槲

**【预备姿势】**

立正,抱肘,双手握拳,右手侧平举,左手屈肘,左拳置于右胸前。眼看右前方。

**【动作】**

(1)左足向左跨一步,距离稍宽于肩,足尖向左前,足跟离地呈虚步,双膝微屈。左拳自右胸前由前向左抡出呈侧平举,拳眼向上,右拳原位不动,眼看左前方(图 13-90)。

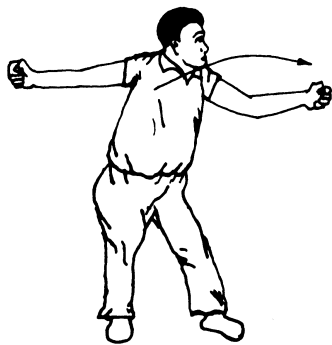


图 13-90 抡舞石槲(1)

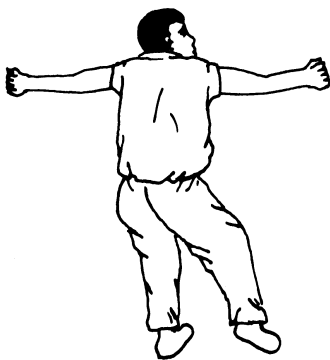


图 13-91 抡舞石槲(2)

(2)身体向左前旋转 180 度,右足同时上跨一步,左足尖随体左转 180 度,足跟不离地。左拳向左下抡至腹前,右拳同时自右方向左下抡 270 度,与左拳交叉于腹前,拳背向外。

(3)右手自腹前向右上抡出,呈侧平举,同时,左手自腹前向左上抡出,呈侧平举,右足尖着地,左膝微屈(图 13-91)。

(4)右手向左下划,停于左胸前,左手向右上至左下抡转 360 度,停于左侧,呈侧平举,两手握拳,拳眼向上。

(5)身体向右后旋转 180 度,同动作(2)、(3)、(4),唯方向相反。

(6)还原成预备式。

# 附 篇

## 第十四章 推拿流派

推拿学的发展历史悠久,特别是在古代其推拿手法多为师徒单脉相传,相互交流甚少,加之地域不同,操作习惯差异,因而形成了具有各自不同特点的推拿流派。今人疏于总结前人的经验,以至于很多宝贵的经验至今散失在民间,为此,本章节就一些有文字记载的推拿流派作一些简要的介绍。

### 第一节 一指禅推拿流派

一指禅推拿流派属于内功手法流派之一,因其以一指禅推法为代表手法而得名。一指禅是佛教禅宗用语,禅即禅那(梵文),意为坐禅或将散乱的意念集中于一个部位,概括的讲,一指禅乃万物归一,不二法门之义。据《景德传灯录》记载:“当宋朝的俱鼻和尚向天龙和尚询问有关佛教的教义时,天龙只竖起一只手指,俱鼻大悟。从此以后,凡是有人来求教,他也经常竖起一个大手指。俱鼻临终前说吾得天龙一指头禅,一生用不尽也。”由此不难看来,一指禅手法的命名与此不无关系。

在我国最早的一指禅推拿流派的代表作是《一指定禅》手抄本,成书于1894年,作者自称为干江钓叟,又名趾禅、趾道人。近期于1996年出版的《推拿名家朱春霆学术经验集》,在很大程度上也反映了一指禅推拿流派的学术思想渊源和发展概况。

一指禅推拿流派中主要代表手法是一指禅推法,辅助手法包括有拿法、按法、摩法、擦法、捻法、抄法、搓法、缠法、揉法、摇法、抖法,共计12法。一指禅推拿流派手法的特点是:①非常重视手法操作的柔和性与深透性,要求柔中有刚,刚柔相济,以柔和为贵,其主要手法和辅助手法配合默契,动作细腻。②强调坚持推拿功法练习,提倡初学者最好首先从锻炼易筋经开始,并结合使用米袋或沙袋苦练基本功,达到强身健体,直至手法达到轻而不浮,重而不滞的基本要求后,就可进行人体操作训练,只有这样手法技术才会日益成熟。③临床治疗要遵守循经取穴的原则。取穴定位要准确,手法操作要灵活、渗透力强。④在阴阳五行学说、脏腑经络学说和营卫气血学说等中医基本理论指导下,依靠四诊八纲为诊查总则,注重审证求因,因人而异、因病而施法、因病位而治。⑤一指禅推拿流派手法适合在头顶、颜面、颈项、肩背、腕腹、胸胁及四肢等部位操作,且无副作用,安全系数高。

一指禅推拿流派以擅长治疗内科杂病为其显著特点,例如头痛、眩晕、不寐、劳倦内伤、高血压以及妇女月经不调等病症;其次是胃肠道疾病,如胃脘疼痛、胃下垂、泄泻、便秘、肠粘连等病症;还可用于骨伤科疾病,如肩关节周围炎、颈椎病、腰腿痛、四肢关节酸痛

等病症;此外该流派的手法也适用于小儿科疾病,比如婴儿腹痛、腹泻、咳嗽、遗尿、小儿疳积、小儿肌性斜颈、近视、斜视、小儿麻痹后遗症等病症。

## 第二节 揉法推拿流派

揉法推拿流派主要是以揉法为其典型的代表手法故而得名。

揉法推拿流派的手法特点是在一指禅推拿流派中揉法的基础上将手背桡侧作为手法操作的接触面,并且适当增加了腕关节的前屈后伸运动,逐步发展并形成的一种新手法。但是为了和一指禅推拿流派中的揉法有所区分,故命名揉法。后来又渐渐融入了揉法、按法、拿法、捻法、搓法,而且常常与关节的被动运动相结合一起使用,遂形成了揉法推拿流派。

揉法推拿流派因为来源于一指禅推拿流派,因此它不可避免的具有一指禅推拿流派手法的某些特点,同时还有本身的一些特点。也就是说揉法操作具有高度的技巧性和严格的技术规范,该手法强调依靠前臂的主动摆动,带动腕关节的前后屈伸运动,从而使手掌及手背部在人体体表部位进行连续不断地往返揉动。因为腕关节屈伸的压力较大,所以对人体的刺激力量相对也较强。同时,在手法操作的过程中,有近二分之一以上的手背部位接触在人体的体表面上,因而刺激力量也较大。再加上配合被治疗部位关节的被动运动,这样就可以有效地使病变组织的粘连得以松解,手法的刺激力量也容易渗透到深层组织。

运用揉法推拿的适应病证比较广泛,主要包括有偏瘫,小儿麻痹后遗症,周围神经麻痹,口眼歪斜,各种急慢性关节疾病,腰痛,腱鞘炎,肩关节周围炎,颈椎病,腰椎间盘突出症,胸胁痛、头痛,以及四肢关节软组织损伤等。此外,对于小儿先天性肌性斜颈,先天性马蹄内翻足等畸形的治疗也有一定的疗效。

## 第三节 内功推拿流派

内功推拿流派是以提倡医者、病人在治疗过程中都必须有选择地练习少林内功而得名。内功推拿流派的手法种类繁多,主要有擦法、拿法、揉法、点法、分法、合法、扫散法、理法、劈法、抖法、搓法、运法、牵伸法、击法等。特别是其中的擦法,也叫掌平推法,堪称其主要代表手法。

在临床治疗方面该流派强调重视整体观念,扶正祛邪,并强调患者以自我锻炼少林内功为主,手法操作治疗为辅,并且制定有一整套从头面到腰骶,涉及到十二经脉和奇经八脉的全身推拿常规操作方法,具有疏通经络、调和气血、协调脏腑阴阳的功效。在临床应用时可以根据不同的疾病适当加以变化,治疗的范围不仅包括骨伤科疾病,还广泛适用于内科的虚劳杂病,妇科经、带诸症等。此外,该流派强调手法轻重,应因人而异;体弱者,手法宜轻柔为主,体壮者,手法可稍稍加重。具体手法的全身常规操作叙述如下:

### 头面部

1. 拿五经:患者正坐位,两眼平视前方。术者站其左侧,用一手的左手扶其前额,另一

手的右手五指分别置于头部五经(中指置于督脉,食指、无名指置于膀胱经,拇指、小指置于胆经),做拿五经手法4~6次。

2. 拿颈部:然后用三指拿法分别轻快地捏拿斜方肌的上部和两侧胸锁乳突肌4~6次。

3. 推桥弓:继之将一手扶头,另一手拇指与其余四指分开成八字形,四指置于颈部后侧起稳定作用,拇指由翳风穴向下沿胸锁乳突肌后缘作直线单方向的轻推手法至同侧的缺盆穴,左右两侧交替进行,分别4~6次。

4. 扫散法:先将一手固定其头侧部,另一手拇指与其余四指分开成八字形并自然屈曲成90度,用拇指偏峰置于率谷穴处,四指置于后脑的脑空与风池穴之间,然后于耳廓上方由前向后下单方向直线推动。左右交替各做30~50次。

5. 分法:两手拇指与其余四指分开,四指分别置于头部两侧以保持头部稳定,两拇指由正中中线向两侧分别抹前额、眉弓、上眼睑、下眼睑、迎香、人中、承浆穴约3分钟。

6. 合法:最后用双手掌根从前向后抹至后脑两侧,然后再将前臂内旋,并分别用小鱼际、掌根、大鱼际紧贴后脑向下转动,抹至两侧颈部,反复6~8次。

#### 躯干部

1. 擦胸腹部:医者站在患者侧面,用掌擦法在胸前由上而下擦至腹部。

2. 擦腰背部:医者先用掌擦法从背部由上而下擦至腰部,然后用小鱼际擦法重点作用于大椎、命门、腰阳关以及八髎穴,以局部透热为度。

3. 擦双肺部:医者站在患者后方。用四指并拢擦两侧肺部,同时用食指指腹点揉膻中、中府、云门等穴,以酸胀为度。

4. 擦胃腕部:医者坐位,手指并拢并且稍稍屈曲,用掌根部横擦胃腕部。

5. 擦肋部:医者站在患者后侧,用双手掌擦两侧肋部。

上述擦法均以透热为度。

#### 上肢部

1. 拿捏上肢:以三指拿法作用在患者的三角肌、肱二头肌、肱三头肌、前臂等处。反复6~8次。

2. 拇指点揉极泉、小海、少海、曲池、手三里、内关、合谷、劳宫等。

3. 然后用掌擦法分别擦手三阴三阳经,以透热为度。

4. 推摩手背,勒手指,劈指缝,叩拳面,捻手指,摇肩、肘、腕关节。

5. 抖肩关节与搓上肢,左右上肢交替进行。

6. 拿肩井,再从肩关节向下推至肘关节,反复4~6次。

#### 下肢部

1. 拿捏下肢:先将患者一侧下肢伸直放在医者大腿上。分别拿捏下肢的内收肌、股四头肌、半腱肌、半膜肌、股二头肌、小腿三头肌。

2. 点揉承扶、髀关、风市、血海、足三里、阴陵泉、阳陵泉、委中、承山、三阴交穴。

3. 掌擦大腿前、后、内、外侧及小腿内、外侧。

4. 摇髋、膝、踝关节。

5. 分别从上向下叩击双下肢,以微热酸胀为度。

6. 分别抖动双下肢,最后以搓法结束手法操作。

上述擦法均以透热为度。

## 第四节 正骨推拿流派

正骨推拿流派主要是以通过手法来矫正骨关节错位,达到治疗疾病的目的而得名。

其中清代的医学巨著《医宗金鉴》在正骨推拿流派的发展过程中,起到了承前启后的作用。此书对正骨手法作了系统全面的归纳,将其总结为摸、接、端、提、推、拿、按、摩 8 种方法。在八法当中,摸法主要用于临床诊断,文中曰:“摸者,用手细细摸其所伤之处,或骨断、骨碎、骨歪、骨整、骨软、骨硬、筋强、筋柔、筋歪、筋正、筋断、筋走、筋粗、筋翻、筋寒、筋热,以及表里虚实,并所患之新旧也。先摸其或为跌扑,或为错闪,或为打撞,然后依法治之。”由此可见摸法的重要性。而接法、端法、提法主要用于骨折的错位整复。对于按法、摩法、推法、拿法则主要用于治疗软组织损伤。文曰:“按者,谓以手往下抑之也。摩者,谓徐徐揉摩之也。此法盖为皮肤筋肉受伤,但肿硬麻木,而骨未断折者设也。或因跌扑闪失,以致骨缝开错,气血郁滞,为肿为痛,宜用按摩法,按其经络,以通郁闭之气,摩其壅聚,以散瘀结之肿,其患可愈。”又说:“推者,谓以手推之,使还旧处也。拿者,或两手一手捏定患处,酌其宜轻宜重,缓缓焉以复其位也。若肿痛已除,伤痕已愈,其中或有筋急而转摇不甚便利,或有筋纵而运动不甚自如,又或有骨节间微有错落不合缝者,是伤虽平,而气血之流行未畅;不宜接、整、端、提等法,惟宜推拿,以通经络气血也。盖人身之经穴,有大经细络之分;一推一拿,视其虚实酌而用之,则有宣通补泻之法,所以患者无不愈也。”此外对于正骨者的要求亦说:“盖正骨者,须心明手巧,既知其病情,复善用夫手法,然后治之多效。诚以手本血肉之体,其宛转运用之妙。可以一己之卷舒,高下疾徐,轻重开合,能达病者之血气凝滞,皮肉肿痛,筋骨挛折,与情志之苦欲也。较之以器具从事于拘制者,相去甚远矣。是则手法者,诚正骨之首务哉。”从以上的内容不难看出手法是正骨的首选方法。

《医宗金鉴》首次明确提出了“骨缝开错”理论,对于正骨推拿具有很大的临床指导意义。文曰:“背者,自后身大椎骨以下,腰以上之通称也。其骨一名脊骨,一名脊骨,俗呼脊梁骨。其形一条居中,共二十一节,下尽尻骨之端,上载两肩,内系脏腑。其两旁诸骨,附接横叠,而弯合于前,则为胸肋也。先受风寒,后被跌打损伤;瘀聚凝结。若脊筋陇起,骨缝必错,则成伛偻之形。”对于脊椎骨的错缝治疗,提倡先用手法放松局部软组织,再行按脊复位手法,然后配合药物内服外用。正如文中所说“当先揉筋,令其和软;再按其骨,徐徐合缝,背脊始直。内服正骨紫金丹,再敷定痛散;以烧红铁器烙之,觉热敷救药,再贴混元膏。”如此操作,必能奏效。

后世对正骨推拿流派的手法和理论,在继承的基础上又有了较大的发展,从而形成了各自不同的特色。



## 第五节 腹诊推拿流派

腹诊推拿流派是将腹部的疾病诊断与推拿手法治疗密切结合因而得名。

腹诊法自古以来就有之,今人在先前的基础上有所发展和创新,依靠腹诊法作为主要辨证手段,再根据病情运用不同的推拿手法对疾病进行对症治疗,于是就形成了腹诊推拿流派。该流派的常用手法有推、拿、按、摩、捏、揉、搓、摇、引、重等,治法有温、通、和、补、汗、吐、下、消八法。

腹诊推拿的显著特点是先用望、闻、问、切的方法在腹部进行辨证诊断,探查和明确气、血、食、水在人体体内分布的状况,然后用适当的手法进行治疗。

临床诊断时,令患者取仰卧位,具体方法如下。

1. 望腹部:首先望腹部的外形,观察是否有隆起或下陷,隆起为实证,下陷为虚症;然后再观察胃肠蠕动情况、腹肌跳动情况以及皮肤的色泽等。

2. 闻腹部:听腹部声音,最好能结合现代医学的听诊法。曾经有文献记载:左、右不容,乘满处痛,按之痛愈甚,或行于胸腹中,咕咕有声,时吐水汁,吐则痛减,是为痈囊,宜温药,宜减饮食。

3. 问腹部:详细询问患者腹部的自觉症状,包括腹胀痛、气上冲、心下满、腹中悸动、胸胁或腹部痞满胀痛、不适感与活动之间的关系、腹痛与按压的关系等。

4. 切腹部:医者先用一手或双手四指紧贴腹壁,或缓慢按压或轻轻摩动。具体的操作顺序是先按任脉,次按脐中、再按脐旁之冲脉,然后循序摩动。比如若在两季肋下用手指沿着肋骨下缘慢慢地向外或向下抚按时,应仔细体会其抵抗力的大小,腹壁肌肉有无肌紧张或松弛,以及范围大小等。若有肌紧张者则属实证,松弛者则属虚证。当在上腹部切诊时要注意听是否有无水响声,抚摩腹壁时,有无肌紧张感,以及范围的大小,肌紧张是否已超过脐部,甚至到达小腹部;其性质是薄而突出、还是深而下沉,有无积聚,其部位、大小、形态如何。在下腹部切诊时,应注意区分肌紧张与脐上部分有无连续,上腹、中腹、下腹至耻骨联合之的肌肉紧张度是否一致,深部按压时注意有无抵抗,包块、压痛、反跳痛等情况,以探查疾病的根源,以便于分辨其阴阳、表里、寒热、虚实等。

在众多的腹诊推拿手法中,推法可以疏经活络,宣通气机,化积导滞;拿法可以松解粘连,退热开窍,补益精气;按法可以行气止痛,消滞开郁;捏法可以舒经活血,开窍醒神;揉法可以活血散瘀,软坚散结,行气止痛;搓法可以疏肝解郁,调和气血;摇法可以疏经活络,滑利关节;引法可以通经活血,舒利关节;重法可以祛痛消肿、清利头目。临床适应病症包括有内科,如感冒、不寐、胃脘痛、腰痛、痹证、痿证、郁证等;妇科,如月经不调、痛经、闭经、慢性盆腔炎、围绝经期综合征等;儿科,如小儿疳积、惊风、遗尿、消化不良、小儿肌性斜颈、小儿麻痹后遗症等;五官科,如近视、斜视、鼻炎、颞颌关节功能紊乱、牙痛等;骨科,如颈椎病、坐骨神经痛、各种肌肉及韧带等软组织的扭挫伤等。

## 第六节 脏腑经络推拿流派

脏腑经络推拿流派是以强调遵循脏腑经络的分布特点施用推按手法而得名。

脏腑经络推拿特点主要是以腹部推拿为主,因为腹位居人体的中部,是联结机体上下部的枢纽,乃全身经脉汇聚之所在,其内含有人体重要的脏腑器官,特别是其中的脾胃为人体后天之本,营卫气血生化之源,因而推拿腹部不仅可以调理脾胃运化功能,而且还可使机体保持阴阳气血相对平衡的状态。此外,脐位居腹部的中央,内连五脏六腑,外为风寒入侵之门户,因此按摩脐腹部,不但对五脏六腑之功能有促进和调整作用,而且还可以提高机体抗病能力,防止外邪的侵袭。

本流派以经络、穴位推拿为主,认为在十二经脉当中,足部经脉与腹部联系最为密切,脾经、胃经、肾经、肝经均行于腹前;胆经行于腹侧;膀胱经行于腰背部;通过背俞穴与腹部各脏器相联系。手部经脉则通过与足部经脉的属络关系同腹部发生联系。因此按摩腹部,可以调整十二经脉的功能。此外,在奇经八脉中,任、督、冲三脉,均起于胞中,故称为“一源三歧”,又称为经脉脏腑之海,是人体气血运行、阴阳升降的通道,故调理通畅任、督、冲三脉,则百脉皆通。所以,腹部推拿能直接调整任、督、冲三脉,并起到治疗全身疾病,养生保健、延年益寿之功效。

脏腑经络推拿的显著特点是主要适用于内科疾病的治疗,如胃肠道疾病、高血压、心脏病、哮喘、感冒、胸部痞满、便秘等病症;对于背部发凉、疼痛、麻木、颈项强痛等病症,也有一定治疗作用。

脏腑经络推拿的基本手法大致上可分为9种,即补、泻、按、压、分、扣、调、推、拨。具体操作方法如下。

1. 补法:用食指或中指按住腹部某一穴位,顺时针转动,或用拇指、中指并按两穴,或以食指、中指、无名指并按三穴,顺时针转动,反复操作数次。

2. 泻法:用食指或中指按住腹部某一穴位,逆时针转动,或用拇指、中指并按两穴,逆时针转动,反复操作数次。

3. 调法:用食指或中指按住腹部的某一穴位,来回转动,或用拇指、中指并按两穴,或以食指、中指、无名指并按三穴,来回转动,反复操作数次。

4. 压法:又称为肘尖压法,即右上肢屈曲,以肘尖按压某一穴位,来回转动,反复操作数次。

上述四法均采用右手操作。补法、泻法、调法适用于背、腰部经脉和腹部的穴位;压法适用于任脉的穴位。

5. 推法:可分为指推法和掌推法两种。根据推动的方向又可分为斜推法、直推法、分推法三种。

6. 扣法:用拇指和食指或拇指和中指,扣住体表相对的两个穴位或两个部位进行一紧一松的扣压。此法适用于胸背部及四肢部的穴位。

7. 按法、拨法、分法的操作要领与常规手法操作基本相同。

脏腑经络推拿流派也包含有一般的常规操作手法,具体方法如下。

1. 胸腹部:①按压气户穴。②按压天突、巨阙穴。③推按肋骨上缘至章门穴平齐处。④推按肋弓下缘。⑤推按幽门穴。⑥推腹直肌外缘。⑦按压建里、天枢穴。⑧推肋间隙。⑨按揉阑门、建里、气海、带脉、章门、梁丘、天枢等穴。⑩点按任脉。

2. 腰背部:①按揉肩井、天宗、风门、肺俞、脾俞、肾俞、八髻等穴位。②分推背腰部,自大杼穴至肾俞穴平高处。③推摩大椎至肩井穴、天柱至肩井穴、肩井至肾俞穴。④揉推大椎至尾骨穴。⑤揉推肩井至肾俞穴。⑥按揉长强穴至肾俞穴。

脏腑经络推拿手法操作的注意事项:①运用脏腑经络推拿手法,首先必须按摩腹部,待气机通畅以后,再根据具体证候情况,配合使用其他方法。②治疗时,该法强调必须首选阑门穴进行转动推揉,因为阑门穴是疏通上下气机之经验要穴。③使用脏腑经络推拿手法治疗疾病时,一般应遵循常规的操作程序进行,方可获得较好的疗效。

## 第七节 小儿推拿流派

由于医者将推拿手法广泛应用于儿科疾病的治疗,于是逐渐形成了独具特色的小儿推拿流派。特别是《小儿按摩经》的出版和一大批小儿推拿专著的问世标志着小儿推拿流派的形成。其他主要代表著作还有《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》、《补要袖珍小儿方论》、《推拿秘旨》、《推拿广意》、《幼科推拿秘书》、《幼科铁镜》、《保赤推拿法》、《厘正按摩要术》等。

在小儿推拿方面,常用的单式手法只有推、拿、按、摩、揉、掐、捏、捣、擦、搓、捻、刮、揉等10余种。但是小儿推拿的显著特点是将单式手法与特定穴位相结合而形成的复式操作法,共有30余种。每一手法动作形态、操作部位相对固定,功效、主治明确,命名形象生动,如黄蜂入洞、双凤展翅、二龙戏珠、乌龙摆尾等。根据小儿的生理特点,脏腑娇嫩,形气未充,肌肤柔弱。因此手法操作时基本的要求是“轻快柔和,平稳着实,补泻分明”。具体操作时应注意下面几点:①操作顺序一般应先上后下,从前到后,即先头面,次上肢,三胸腹,四腰背,五下肢。②刺激量宜先轻后重,先弱后强,如推法、揉法、摩法操作的次数多,时间长,刺激力弱,可以先操作;而掐法、拿法、捏法等手法,刺激力强,手法频率快,次数少,操作时间短,最好放在后面进行操作。③注重手法的补泻作用,如顺经操作为补,逆经操作为泻;轻刺激为补,重刺激为泻;缓摩为补,急摩为泻;旋推为补,直推为泻;左揉为补,右揉为泻;手法操作时间短为补,操作时间长为泻。④适当运用推拿介质,可根据病情、季节之不同,选用不同的推拿介质。如春夏季节宜选用薄荷,秋冬季节宜选用木香,一年四季均可以常用滑石粉、凡士林、麻油、水等;寒证蘸葱姜汁,热证用蛋清入麻油加雄黄,虚证用吴茱萸泡汁,咳嗽痰多入葱姜等。

小儿推拿的穴位除一般十四经穴、经外奇穴外,还有一些是小儿推拿本身所特有的“穴位”,它具有以下特点:①线状穴,如三关、六腑、天河水等;②面状穴,如腹、板门、五指节等;③绝大多数特定穴分布在头面和四肢(特别是在双肘、膝关节以下)暴露部位,因此便于取穴和手法操作;④穴位的归属和属性没有系统的分类。⑤不论男女上肢部穴位以左侧为多用,必要时也可以选用右侧穴位,或者两侧同时选用。

目前采用小儿推拿手法治疗的儿科病症种类很多,疗效较好的主要有:感冒、发热、咳

嗽、哮喘、近视、斜视、惊风、夜啼、腹泻、便秘、伤食、疳积、遗尿、小儿肌性斜颈等。

## 第八节 点穴推拿流派

点穴推拿流派自古以来一直给人们留下了神秘的感觉,它与其他推拿流派的显著区别是非常重视一些特殊穴位与特定手法的结合使用。

一般情况下多数人认为,点穴推拿流派来源于习武者的治伤经验,几千年来一直在民间广泛流传,比如说山东崂山点穴推拿、福建闽南地区点穴推拿等,但由于缺少详细的文字记载,其确切的起源及师承关系目前还无法考证。

点穴推拿流派的手法主要有点、按、压、掐、叩、打、拍等,其中又以点法最具特色。点法操作时通常用中指指腹着力,当点在某一穴位上时,食指和无名指压于中指背侧,拇指顶在中指桡侧,利用腕、肘、肩关节的灵活运动,使中指快速而有节律地叩点治疗部位。根据刺激量的大小轻重可分为轻、中、重3种点穴操作方法。轻点法刺激量小,主要以补为主;中点法刺激量适中,具有平补平泻、调和营卫、疏经活络的作用;重点法刺激量大,可渗透到深部组织,主要以泻为主。

此外,点穴推拿流派的相关辅助手法还包括扣压法、拨按法、扭转挤压腰腿法、整膝法、整足法、按压足背法、按臀法、抓拿法、捶打法等。

点穴推拿流派是在中医学理论指导下逐渐形成和发展起来的,因此要求操作者和患者均要坚持长期练功,以助内气之运行,临床上可广泛用于治疗内科、外科、妇科、儿科、五官等科的一些常见病症。如头痛、头晕、耳鸣、耳聋、牙痛、咽痛、胃脘痛、瘕病、惊厥、月经不调、痛经、闭经、小儿发热、吐泻、惊风、脑震荡后遗症、颈椎病、腰腿痛、肩关节周围炎、软组织损伤、落枕、瘫痪、口眼歪斜等。

## 第十五章 推拿手法研究进展

推拿手法研究进展包括手法的形态学特征研究、手法作用机理研究和手法应用规律研究 3 个方面。手法形态学特征的研究主要目的在于形象、直观、定量、定性描述手法操作过程,从而建立可重复的规范化的手法操作模式,这是所有手法研究的前提和基础。手法作用机理研究则是借助于现代语言进一步阐明手法的作用机制,从而丰富和完善推拿手法的理论内涵,最终形成新的推拿手法学理论框架和体系。手法应用规律的研究是指运用当代通用的方法,将推拿手法在疾病预防和治疗过程中的确切作用和地位进行再评价,这部分内容在推拿治疗学中已做过详细阐述,因此本章主要就前两个方面的研究现状加以介绍。

### 第一节 手法的形态学特征研究

推拿手法作用的基本形式概括起来无外乎是力量、能量和信息三种方式的综合体现。其中,力量是手法的先提条件和基础,只有在一定刺激量的手法作用下,才会产生足够、有效的能量转换和生物电等信息传导,进而方能刺激机体产生各种生物学效应。因此说,手法的形态学特征研究是推拿研究的基础。

#### 一、手法的力学特点研究

##### (一) 推拿手法力学测试系统

运用物理力学方法对手法的形态学特征进行客观描述,最早始于 20 世纪 80 年代初期。其测试原理是先将力学传感器与电阻应变仪相连接在一起,再把手法作用力的变化转换成电信号,然后在长余辉慢扫描示波器上呈现动态显示,并同步输入光线示波器同时打印出来。比如山东中医学院与山东工学院共同研制的“TDZ - I 推拿手法动态测试仪”(图 15 - 1)是国内较早的手法力学测试仪器。在这以后,上海中医药大学运用电子学理论将测试仪进行了改进,把电阻应变仪制作成一块电子集成电路板,使之与推拿手法测试平台形成一体化,这样其输出的信号可以直接进入长余辉慢扫描示波器或光线示波器。

自从 1987 年以来,由于计算机技术开始广泛应用于推拿手法测试仪的数据后处理,在 APPLE - 2 微机上对常用的两种手法“一指禅推法”和“揉法”的动力学数据进行了全面系统的分析。结果显示,推拿手法信号呈现出一种周期性随机振动信号,可以用峰值变异系数、时间变异系数冲量变异系数等统计数据反映手法操作技能的高低,并有效识别手法动力曲线的正确与否。从测试结果显示来看,一些临床经验丰富的推拿医师和推拿教师的手法信号较为稳定,而初学手法的学生和实习医师的手法随机变化的比率较大,稳定性也较差。

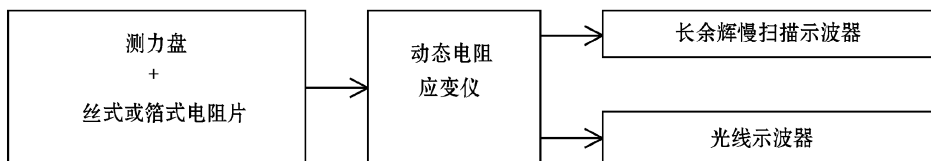


图 15-1 TDZ-I 型推拿手法动态测试仪原理示意图

(引自王国才,毕永升,张素芳等.推拿手法动态曲线的测定及应用.山东中医学院学报,1982;6(1):72~76。略有修改)

1993年,上海中医药大学与复旦大学合作,研制并开发出新一代微机化的FZ-I型推拿手法测力分析仪(图15-2),它采用电阻应变片

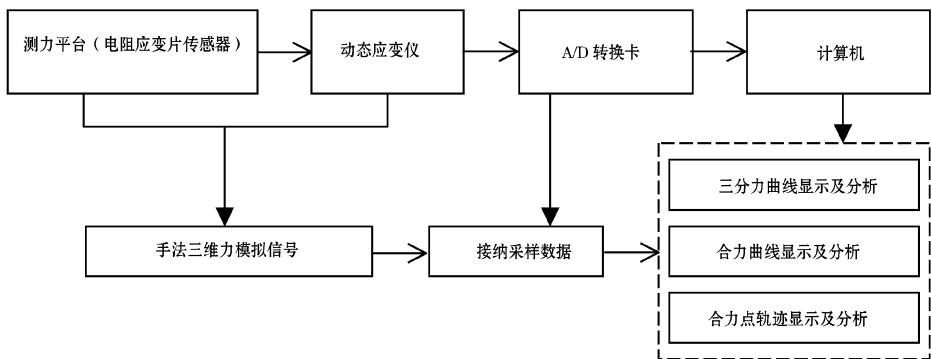


图 15-2 FZ-I 型推拿手法测力分析仪原理示意图

(引自周信文,许世雄,谢志勇等.中医推拿手法测力分析仪FZ-I型的研制及擦法合力作用点轨迹分析.医用生物力学,1996;11(3):179~183。有修改)

传感器,将手法产生的三维方向作用力直接传入动态应变仪当中,经A/D卡转换,然后进入计算机处理。应用该仪器对擦法进行测试分析结果表明,通过形象、直观显示手法合力作用点的几何运动轨迹和三分力曲线,可以鉴别手法动作的正确与否;通过微积分处理,还可对分力、合力进行频域和时域的定量分析。

## (二) 几种推拿手法的力学特征

1. 一指禅推法:采用TDZ-I型推拿手法动态测试仪对4种一指禅推法操作手法进行了测试。  
 ①以拇指端略偏桡侧着力,腕关节悬空,屈曲约 $60^\circ$ ;测试结果显示,手法周期较短,频率较快,纵向波幅较低,后移波与前推波波幅接近,呈双峰相,横向曲线与基线吻合。  
 ②以拇指端着力,腕关节悬空,屈曲约 $80^\circ$ ,摆动时拇指指间关节自然屈伸;测试结果显示,手法节律均匀,纵向前推波振幅较大,峰顶略圆,后移波波幅较小。  
 ③以拇指罗纹面着力,拇指指间关节背伸约 $120^\circ$ ,腕关节悬空,屈曲约 $80^\circ$ ;测试结果显示,手法周期较长,频率较慢,纵向前推波振幅较大,峰顶略圆,后移波位于下降支中段。  
 ④缠法(一指禅推法摆动频率至每分钟200次以上)操作以拇指端着力,腕关节悬空,屈曲约 $80^\circ$ ,摆动时拇指指间关节呈自然的小幅度屈伸;测试结果显示,手法周期短,频率快,纵向前推波振幅较大,峰顶较尖,后移波位于下降支 $1/3$ 处。

2. 揉法:采用 TDZ— I 型推拿手法动态测试仪对揉法操作手法进行了测试。揉法操作的特点是以掌背尺侧近小鱼际部位为着力点,依靠肘关节屈伸、前臂旋转及腕关节伸屈的协调运动,带动着力部位往返滚动。测试结果显示,丁季峰的揉法操作周期较长,频率适中,纵向前滚的波振幅较高,波峰呈尖锐相,其间可出现 2~3 个后移波,波幅达纵向前滚波的高度或相当于其  $1/3 \sim 1/2$ 。

采用 FZ— I 型推拿手法测力分析仪对揉法的测试结果显示,此手法操作的合力作用点轨迹可表现为 4 种几何图形,其中,若出现“心型”和“葫芦型”被认为是按照正确的手法要求操作而得到的。通过计算轨迹图形面积占其最大宽度所构成的正方形面积的百分比(以 R 表示),可定量评定揉法合力作用点轨迹,对 141 位揉法操作者的分析结果表明,心型的 R 值为 28.5%~50.0%,葫芦型的 R 值为 18.2%~28.5%，“8 字型”和“棒槌型”的 R 值分别为 10.0%~13.3% 和 0.0%~8.3%。值得注意的是,R 值只是判断揉法正确性的必要条件而非绝对条件,因为通过模拟动作也同样能获得正确的 R 值,只有将揉法动作形态与 R 值结合分析,才能做出正确的判断。

3. 滚法:采用 TDZ— I 型推拿手法动态测试仪对滚法操作手法进行了测试。手法操作以第 2~5 手指近侧指间关节着力,屈腕约  $140^\circ \sim 160^\circ$ ,腕关节往返摆动。测试结果显示,滚法周期较短,频率较快,前摆波振幅高,峰顶较尖,后移波出现在下降支底部。

4. 大鱼际揉法:采用 TDZ— I 型推拿手法动态测试仪对鱼际揉法操作手法进行了测试。手法操作以大鱼际部位着力,腕关节做灵活自然的屈伸摆动。测试结果显示,大鱼际揉法周期适中,频率较快,波形呈小丘状。

5. 平推法:采用 TDZ— I 型推拿手法动态测试仪对平推法操作手法进行了测试。手法操作以手掌面着力,有节律地往返推擦,向前推时用实力,向回拉时用虚力。测试结果显示,平推法周期较长,频率适中,纵向波呈锥体形,上升支与下降支对称,波形光滑。

6. 振法:采用 TDZ— I 型推拿手法动态测试仪对振法操作进行了测试。手法操作以手掌着力,做自发地小幅度、高频率振动。测试结果显示,振法周期短、频率快,纵向波振幅小而均匀。

## 二、手法的能量转化研究

对于手法的能量转化问题,一直以来始终停留在理论的探讨上,很难用量化的指标去衡量。目前采用精度为  $0.1^\circ\text{C}$  的热电耦测温仪,可以直接检测体表表面和皮下不同深度肌肉的温度变化,从而对手法作用的热能转化进行系统定量研究。实验结果表明,手法的热能转化与手法操作技巧、手法种类、手法作用部位与时间长短等有关,具有丰富经验的推拿医生与初学者的主要差别可体现在皮下组织  $1.0\text{cm} \sim 2.0\text{cm}$  的深度范围内,手法操作后其升温效果可能会相差  $0.07^\circ\text{C} \sim 0.49^\circ\text{C}$  左右。通过比较被检测的几种手法显示,擦法的热能转化效率最高,作用 45 秒即可达到一指禅推法 5 分钟的效果;其次是缠法和一指禅推法,二者相比缠法的作用部位较一指禅推法深一些,热能转化也相对高一些;再次为揉法和按揉法;最低当属摩法其热能转化仅局限于体表皮肤表面。由于手法作用部位的不同,手法的热能转化效果也有显著差异,比如臀部较腰背部的升温效果就明显很多。但是各种操作手法的升温效果却没有显著性差异,提示手法的热能转化可能在手法作用

局部的一定深度范围内有效。此外,随着手法作用时间的延长,局部温度也不会持续性升高,有关研究资料表明,手法作用时间超过5分钟后温度即不再升高。

### 三、手法的生物电信息研究

推拿手法作用于机体的皮肤表面,可以简单理解为一种感觉刺激,对于单一感觉刺激下机体所产生的生物电信息的特征及变化,在神经生理学中早有详细的描述。但是,不同的是推拿手法是一种复合感觉刺激,手法的生物电特征及其效应尚不十分清楚,从目前已知的依靠推拿手法刺激所产生的镇痛作用推测,手法刺激至少可以兴奋两类较粗的感觉性和运动性神经纤维,至于手法刺激所引起的各种神经冲动及对神经系统的作用机制,尚有待于做进一步深入研究。

### 四、手法的深透性研究

推拿的传统手法理论始终认为,深透性是评价手法操作技巧好坏的必不可少的重要条件之一。当代学者对此也十分重视,并且对手法作用力的深透性也进行了一些研究,实验采用充水密闭硅橡胶软管液间间接耦合技术,分别测试了离体生物材料和活体组织在手法作用下的内压三维分布及不同肌张力状态对手法下组织应力分布的影响。实验结果表明,手法压力在皮下脂肪结构和肌肉组织结构中的分布形式不同,提示肌肉组织的封闭筋膜间隔结构是手法深透性的组织学因素。进一步深入分析发现,肌张力的大小是影响手法深透性的生物学因素,肌紧张状态可导致手法的深透性降低,而生理状态下的基础肌紧张状态最有利于手法作用力的深透传导,但低频振动的手法力形式有利于深透到深层组织;值得注意的是,手法压力只能在软组织内传导,不能透过骨结构。

综上所述,手法的形态学特征研究大体包括手法的力量、能量、信息3个方面,在其量的大小、传导方式与路径以及相关的影响因素等几个方面初步进行了理论探讨和实验分析,为今后的深入研究奠定了基础,指明了方向。

## 第二节 手法的力学效应研究

推拿手法力学效应研究主要是揭示手法作用力引起的应力应变规律,属于对手法直接作用的研究。目前的研究重点主要集中在脊柱整复手法的力学效应方面,涉及到手法的安全性和有效性研究。

### 一、旋转类脊柱整复手法的力学效应研究

旋转类脊柱整复手法分为定位整复和非定位整复两种,手法操作过程中,被旋转的椎体节段可分别处于中立位、前屈位或后伸位三种不同的体位,也有人在拔伸牵引状态下使用旋转的操作手法。研究资料显示,操作的体位、手法和施力情况不同,其安全性和有效性也会有很大的差异。

在使用手法操作整复的过程中,通常的情况下往往会伴有一种“咔嚓”样声响的出现,但是也不要过分强求其响声。有人对掌指关节的活动响声做过研究,结果表明,“咔嚓”



嗒”声的出现是由于关节内气体快速流动而导致的,而脊椎关节突关节与之十分相似。曾经做过这样的实验,用定向式微型麦克风直接测试使用旋转整复手法时的声响,结果显示,施行颈椎旋转整复手法时,“咔哒”声主要出现在旋转一侧,做定位旋转手法时仅出现一个“咔哒”声,而不定位的端提旋转手法则可相继出现多个“咔哒”声,由此可以看出,非定位整复手法存在一定的盲目性,而定位整复手法具有较高的准确性。分析结果表明,出现“咔哒”声时常常预示着关节活动达到了最大极限位置,所以,“咔哒”声的出现说明手法作用力传导到了脊椎关节,并引起了脊椎关节发生位移。当然,是否将“咔哒”声作为手法整复成功的必须标准目前仍存在着争议。

根据 X 线平片的观测结果发现,在颈椎处于中立位使用旋转手法时,颈椎位移的幅度从下至上分别依次增大,特别是 C<sub>1</sub> 与 C<sub>7</sub> 棘突偏离中线的距离可以相差高达 3 倍以上,从而说明中立位旋转手法较大的应力主要集中在上位颈椎,而对多发的下位颈椎病变作用不明显。

通过对新鲜尸体的颈椎直接测试,结果表明,当颈椎处于前屈位旋转或过伸位旋转时,其对侧的 C<sub>5</sub>、C<sub>6</sub> 神经根袖出现上移明显,与同一节段的另一侧相比,C<sub>5</sub> 神经根袖分别上移 0.35cm~0.55cm 和 0.3cm~0.4cm,C<sub>6</sub> 神经根袖分别上移 0.3cm~0.4cm 和 0.2cm~0.3cm。提示旋转手法可以调整神经根与其周围软组织的位置关系。进一步分析发现,当颈椎处于前屈位旋转时,C<sub>2</sub>、C<sub>3</sub>、C<sub>6</sub>、C<sub>7</sub> 节段的椎管内截面积和矢状径与自然后伸位旋转或过伸位旋转时相比明显增大;其他节段的椎管内截面积和矢状径在颈椎前屈位旋转、过伸位旋转与自然后伸位旋转的差异并不明显,仅仅当前屈位做旋转手法时椎管矢状径有增大趋势。同时还观察到,当颈椎位于过伸位旋转时各节段纤维环均有轻重不同程度的突出,向中线侧突的髓核增大;而当颈椎位于前屈位做旋转手法时,则未见纤维环的突出,向中线侧突的髓核也明显减小。以上结果提示,颈椎在前屈位使用旋转手法其安全性明显高于在过伸位做旋转手法。

在新鲜的解剖尸体上,通过使用预先埋入的力学传感器可直接检测椎间盘内的压力变化。对颈椎施行旋转手法时,椎间盘内压力普遍增高。但在腰椎施行旋转手法时,随着旋转角度的增加,椎间盘内的压力会逐渐增高,手法完成时椎间盘内压力达到最高,而手法操作停止后,椎间盘内压力又恢复到手法操作前水平,没有发现盘内压力降低的现象。进一步分析显示,不同节段椎间盘内压的变化也会略有差别,L<sub>3-4</sub>、L<sub>4-5</sub> 节段由于受腰椎关节突关节生理结构的限制,后伸幅度较小,髓核内容积增大的范围有限,所以在旋转过程中盘内压力就会不断增高;而 L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 节段的后伸幅度相对较大,加上前纵韧带和纤维环前部的弹性变性范围较大,当外界压力增高时髓核内容积可在一定范围内有所增大,因此椎间盘内压力并不会增高反而呈现下降趋势。对于椎间盘后外缘来讲,在施行脊柱旋转手法时,其两侧的应力变化是不同的,当腰椎做前屈侧弯旋转时,同侧椎间盘后外缘应力增高,对侧却出现降低;但是当手法结束后腰椎位置再次复原时,应力降低的一侧椎间盘会出现较小的应力增高。

综上所述,脊柱旋转整复手法可以有效的调整脊椎关节突关节及神经根与其周围组织结构的位置关系、调节椎间盘内外的压力。在施行脊柱旋转整复手法的过程中,椎间盘内的压力普遍增高,不会使已经突出或膨出的髓核还纳复位,而通过手法对椎间盘内外压

力的改变及对神经根的牵拉,则有可能使髓核与神经根之间的位置关系发生改变,从而使相应的临床症状得以缓解,这可能是手法治疗椎间盘突出或膨出症有效的作用机制所在。从安全性角度出发,最好在前屈位状态下施行旋转手法,并尽可能采用定位整复方法。

## 二、拔伸类脊柱整复手法的力学效应研究

对于拔伸类脊柱整复手法通常可分为持续性拔伸和间断性拔伸两种方式,实际使用过程中,可针对具体情况选用不同的拔伸方式,调节拔伸力量的大小、方向和作用点,以便获得最佳的疗效。

在颈椎拔伸过程中,椎间盘内的压力总体上呈现下降趋势,而且盘内压力的变化与拔伸的力量、持续或间隔的时间长短有关。有人做过这样的实验发现,以5kg的重量在2秒钟内缓慢拔伸,颈椎间盘内的压力出现一定程度的下降,但与拔伸前相比较并无显著性差异,用此重量继续拔伸,则盘内压力不再变化。若以10kg的重量在0.1秒内拔伸,则盘内压力显著性降低,用此重量继续拔伸,盘内压力持续降低,且在拔伸结束后维持一定时间的后效应。对颈椎使用纵向拔伸时,C<sub>4-5</sub>椎间孔由10.5mm×4.0mm扩大到13.0mm×5.0mm,对颈椎进行相对挤压时,椎间孔则缩小为9.0mm×4.0mm。采用光弹方法的研究结果表明,颈椎关节后缘所受牵拉应力的大小与拔伸力的着力点和方向等因素关系密切,位于C<sub>1</sub>和C<sub>2</sub>棘突的拔伸力所产生的应力普遍较高;就拔伸力的方向而言,C<sub>4-5</sub>关节以15°的拔伸力所产生的应力最高,C<sub>5-6</sub>和C<sub>6-7</sub>关节以25°的拔伸力所产生的应力最高,提示临床上施行颈椎拔伸手法时,根据病变关节的部位不同,应选择合适的着力点和拔伸方向,从而体现出手法灵活多变的特点。

与旋转类手法相比较而言,拔伸类手法可以在一定程度上使椎间盘内压力降低,其安全性也较旋转类手法高,是今后手法重点研究的一个方向。

## 三、屈伸类脊柱整复手法的力学效应研究

对新鲜尸体的颈椎直接测试结果显示,颈椎处于过伸位时,脊髓变粗并形成皱褶,硬膜与黄韧带一起形成皱褶并突入椎管,纤维环膨出增大,向中线对侧突的髓核亦增大;而颈椎处于前屈位时则未见上述现象。进一步分析发现,当颈椎处于前屈位时,C<sub>6</sub>、C<sub>7</sub>、T<sub>1</sub>节段的椎管内截面积与过伸位时相比明显增大,其他节段的椎管内截面积在颈椎前屈、过伸和自然后伸位时的变化并不明显。同时还观察到,颈椎前屈位时,椎管矢状径与过伸、自然后伸位时相比可能有增大的趋势。以上结果表明,颈椎处于前屈位时使用手法的安全性相对较高。

脊椎关节突关节的位移会直接影响椎管的容积大小,研究结果显示,施行腰椎后伸手法时,由于生理弯曲的改变,可引起硬膜囊矢状径缩短、椎管长度减小;前屈手法的作用效果则正好相反,从而有利于神经根的减压。坐位下的腰椎屈曲旋转手法,根据旋转的方向不同,可使硬脊膜两侧神经根向上下和内外方向移动,进而可有效地改变神经根与周围组织的位置关系。

由上可以看出,屈伸手法可在一定程度上使脊椎关节突关节发生位移,位移的多少与屈伸幅度大小呈正比,从安全性角度考虑,应当控制屈伸幅度,尤其要避免脊椎关节的

过度后伸,以防发生意外。

众所周知,一定的压应力或拉应力刺激是维持正常椎间盘生长、发育和代谢的必要条件,过度的压应力刺激则有可能加剧椎间盘组织的退变,甚至引起椎间盘膨出或突出。深入研究手法作用力对椎间盘内压的影响,弄清力量大小与应力应变效应之间的关系,则有助于阐明手法作用的力学作用机制,并可进一步提高手法操作的有效性和安全性。脊椎关节突关节的微小错位,中医学认为属于“骨错缝”的范畴。尽管借助于目前的影像学检查方法还无法提供这种关节错位的确切诊断依据,但是,临床上大量病人通过手法整复后病情即刻得到缓解的事实却是目共睹和不容置疑的,上述实验资料从一个侧面证实,手法作用力可以到达脊椎关节部位,并使其发生一定幅度的位移。

### 第三节 手法的生物学效应研究

手法的生物学效应多是通过手法作用力的能量转化或信息传导,以及借助于神经系统或神经—内分泌—免疫网络系统的调控作用来实现的,因此它属于手法间接作用的研究。目前,由于手法操作技术规范的不统一,不同研究者所得到的研究结果很难互相比较,当然也无法得出系统全面的研究结论。本节仅就一部分研究结果作以简要介绍。

#### 一、手法镇痛作用的研究

##### (一) 痛与痛的调制

疼痛既可以作为疾病又可以作为多种病症中的一个症状出现,所以经常是病人去医院就诊的重要甚至是唯一的原因。疼痛常常是由伤害性刺激即对机体组织有损伤性破坏或损伤性威胁而引起,因此可以认为是机体的一种自我保护性机制,也可以作为提供机体正在遭受伤害性因子侵袭的信号。事实上尽管临床医生正是把痛作为诊断疾病的最初依据;但是,往往剧烈的疼痛本身又可能造成对机体的伤害,从而使如何才能止痛镇痛成为临床的重要研究课题。医学上的疼痛,包括“痛感觉”和“痛反应”两层含义,痛总是伴随着程度不等的焦虑、惊慌、恐惧、紧张等心理状态,强烈的情绪反应是痛刺激区别于机体感受非痛刺激的一个最为显著的特点;反之,心理因素对痛也存在着不可忽视的重要影响。因此,对于任何一种镇痛方法的作用进行判定时,应充分考虑到生理性和心理性两方面因素的影响。

研究表明,机体内存在着自身的疼痛调解机制,Melzack 和 Wall 提出的闸门学说首先为外周输入所致的痛抑制作出了解释,推拿手法等所产生的躯体刺激,甚至是某种痛刺激,可引起粗纤维的传入冲动并能激活后角Ⅱ、Ⅲ层的胶质神经元,进而对初级传入纤维末梢造成突触前抑制,即关闭了痛冲动进入脊髓的“闸门”,达到止痛的目的。进一步研究显示,外周输入所致的痛抑制,更可能是脊丘束痛传递细胞上的突出后抑制。在中枢神经系统内,中脑导水管周围灰质—中缝大核及其邻近网状结构—脊髓组成了特异性的脑干下行痛抑制通路,其中,导水管周围的灰质处于中心位置,并接受来自高级中枢(包括丘脑)的影响,就像通过漏斗一样集中到这一部位的脑区,进而影响到脑干和脊髓的痛觉

传递。由于痛觉不仅依赖于伤害性感受器的活动,而且受众多心理学因素的制约,因此,前脑部位各脑区在疼痛调控机制过程中起着十分重要的作用。

同时,许多的递质和脑内其他活性物质参与了疼痛调控机制过程,其中主要的有阿片肽和单胺类。采用免疫组织化学法证实,中脑导水管周围的灰质、尾状核、脊髓后角Ⅱ、Ⅲ层均为脑啡肽的高浓度分布区域,阿片肽受体位于初级传入纤维的末梢,这些末梢进入脊髓后角Ⅱ、Ⅲ层,是脑啡肽神经元的靶部位;在单胺类递质中,主要是5-羟色胺参与了电刺激脑干的镇痛效应,由中缝大核发出的下行轴突多半是5-羟色胺能纤维,这些纤维可作用于脊髓脑啡肽神经元。而这些神经元则可有效地抑制初级传入末梢的输入,从而抑制了痛冲动的传导。

## (二)手法对痛行为的影响

从神经生理学的角度看,在特定的刺激作用下,某种感觉是否出现,常常取决于该刺激的强度,当刺激强度达到某一临界水平,痛感觉就会首次出现,此时的刺激强度称为痛阈(pain th-reshold);一个递增的痛阈以上的刺激,也会导致疼痛的主观感觉逐渐增强,最后终于达到极限,拒绝继续增强刺激,此时的刺激强度则称为耐痛阈(pain tolerance)。目前,已经出现多种测量方法,可以用来定量检测痛阈或耐痛阈。多数学者趋向认为,一个理想的测痛方法至少需要满足以下要求:①所运用的刺激方法能引起明确的痛觉;②这种刺激的大小能以物理单位计量并与痛觉或痛反应的强度相关;③刺激对组织的损伤被限制到最小程度;④刺激能被多次重复使用。

动物实验显示,在家兔耳廓部位进行钾离子透入,测量其首次甩头时的电流强度,是一种常用的实验性测痛方法。研究表明,以轻手法按揉(压力约0.5kg、100次/min)内关穴10min,或者以重手法按压(压力约2.0kg、3次/min)内关穴5min,皆可显著提高动物的耐痛阈,其镇痛效应以手法作用后即刻最为明显,后效应可持续到手法结束后10min左右。如果使用普鲁卡因注射液呈环形封闭内关穴上方的前臂组织,则无论轻、重手法的镇痛效应均会被完全受到抑制,提示手法的镇痛效应首先应该是一种外周输入所导致的疼痛抑制过程。进一步研究表明,阿片受体拮抗剂纳洛酮可翻转轻手法的镇痛效应,而对重手法的镇痛效应则无影响,说明轻手法的镇痛效应有内源性阿片肽的参与; $\beta$ -受体和5-羟色胺受体阻断剂心得安则可同时翻转轻手法和重手法的镇痛效应,提示轻、重手法的镇痛机制存在一定差异,而且,除内源性阿片肽系统之外,手法的镇痛效应还存在其他调制途径,这有待于进一步深入研究。

## (三)手法的镇痛机制研究

综上所述,疼痛调控机制是一个极其复杂的过程,而操作手法的不同其镇痛机制也存在着一一定的差异,因此可以想象,对于手法镇痛机制的系统研究,还需要做相当多的工作,目前的研究结果仅从某些侧面揭示了手法镇痛的可能机制。

1. 手法对内源性阿片肽的影响:内源性阿片肽(endogenous opioid peptides)包括3大类:即脑啡肽类(Enkephalines)、内啡肽类(Endorphins)和强啡肽类(Dynorphins)。在哺乳动物的中枢神经系统内,他们常伴随吗啡受体分布,主要集中在纹状体、杏仁核群、海马、

下丘脑、中脑导水管灰质及中缝核区,在丘脑、皮层和脊髓也有分布。脑啡肽则主要集中在神经末梢。内源性阿片肽参与几乎所有的生理功能的调节,其中,对疼痛的调制是一个极为重要的方面。

有人以腰椎间盘突出症和急性腰扭伤患者为观察对象,采用指按法和旋摩法在委中、承山、昆仑穴及局部阿是穴等部位治疗,在手法作用 20min 时,分别检测到血浆中  $\beta$ -内啡肽的含量显著升高,血浆和脑脊液中 cGMP 含量升高、cAMP 含量变化不明显,cAMP/cGMP 比值显著下降。研究结果表明,在脑室和脊髓内,cAMP 对抗镇痛,而 cGMP 参与镇痛,内源性阿片肽可增加神经母细胞中的 cGMP 含量,而抑制 cAMP 水平的升高,从而发挥其镇痛效应。上述实验结果进一步说明内源性阿片肽系统在手法镇痛调制中的重要作用。

2. 手法对单胺类物质的影响:单胺类(monoamines)物质包括儿茶酚胺(catecholamine, CA)和吲哚胺(indole amine, IA)两大类,前者主要有去甲肾上腺素(noradrenaline NA;或 norepinephrine, NE)和多巴胺(dopamine, DA);后者主要是 5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)。一般认为,中枢内的 NA、DA 和 5-HT 主要表现为抑制性作用,而在外周则主要表现为兴奋性作用。例如,吗啡的镇痛作用主要依赖于中枢 5-HT 的激活,但在外周,5-HT 则是一种强烈的致痛物质,并可引起血管收缩。

目前有关手法对单胺类物质影响的研究,大多集中在外周机制方面。其中较为系统的研究工作是针对腰椎间盘突出症患者,采用骨盆牵引结合腰部按压或踩跷法,观察治疗后患者血浆、血清或唾液中 NA、DA、5-HT 及其代谢产物 5-羟吲哚乙酸(5-hydroxyindole acetic acid, 5-HIAA)的含量都呈现出不同程度的减低,而且,其减低程度与临床疗效之间存在明显的相关性;进一步研究发现,血浆中 DA 的前体酪胺酸和 5-HT 的前体色胺酸在治疗后也显著降低,而尿中的 5-HIAA 却在治疗后显著升高。从而提示手法治疗对外周单胺类物质的合成与代谢具有综合性的调整作用。有人采用按、摩、捏、推、拿、点、扳等手法对颈椎病患者进行治疗,结果发现手法亦可显著降低血中 NA 和 DA 的含量,并使之接近正常人水平。

此外,有人以急性腰部或颈部软组织损伤患者为观察对象并进行研究发现,在病变局部采用推、揉、滚、拿、拨、摇、扳等手法治疗,在治疗后 30min 对血浆检测结果显示,5-HT 的含量呈现一定的升高趋势,5-HIAA 的含量却无变化;而 NA、DA 的含量显著降低,5-HT/NA、5-HT/DA 的比值则明显升高,并且,这种含量的变化与临床疗效之间存在着非常显著的相关性。对急慢性腰肌损伤患者,采用 GUN、肘按、指按和轻揉等手法进行治疗,治疗 15 次后的全血 5-HT 含量亦显著升高,且升高的幅度与临床疗效之间有着成正比的关系。

在理论上通常认为,外周单胺类物质的降低可能会引起中枢单胺类物质的升高,这从一些实验的观察中也证实了手法治疗后脑脊液中 5-HT 和 5-HIAA 的含量均显著升高,而 5-HT 的前体色胺酸的含量明显降低,因而推测出手法镇痛的中枢机制除了内源性阿片肽途径以外,还存在着单胺类物质的作用途径。

## 二、手法改善血液循环作用的研究

### (一)手法对脑部血流的影响

颈椎病中椎动脉型的患者普遍存在脑部供血不足的状况,以此作为研究对象,采用擦、拇指推、按法和颈椎旋转手法在颈、项、肩部治疗 10~20 次,然后做脑血流仪检测,发现脑血流图的波幅明显升高、上升时间缩短、重搏波明显;以推、抹、按、揉、引等手法在前额、头、项、肩部的治疗结果也与之相类似。采用<sup>131</sup>I-邻碘马尿酸钠静脉注射,检测颈椎病患者的脑血流通过时间,首先以提捏、按揉、推擦、拿、端提或旋转复位手法在颈、项、肩、背部治疗 20min,然后检测左右两侧脑血流通过时间发现均出现明显缩短,提示单位时间内通过的血流量有所增加。同时还发现,有些患者也存在着血流通过时间延长的现象,因而有研究者推测手法刺激对脑血流的影响可能存在着双向调节作用。

### (二)手法对椎动脉或椎-基底动脉血流的影响

脑部血流的供应来自于椎动脉和颈动脉,改善脑部血流的推拿手法又多在颈项部操作,因此,检测手法作用下椎动脉或椎-基底动脉血流的变化具有一定的临床意义。采用经颅多普勒超声的检测结果显示,颈椎病和眩晕患者的椎动脉和椎-基底动脉的血流速度明显低于健康人,且以右侧椎动脉最为明显,提示右侧椎动脉的硬化程度较左侧严重且发病率也相对较高。以间歇性重复拔伸手法治疗,可使左右椎动脉、椎-基底动脉、左右小脑后下动脉的收缩峰血流速度和平均血流速度明显提高。特别是对于颈椎病患者,采用揉、按、拿、捏、摩、弹拨、理筋等手法在颈、项、肩、背部治疗后,左右两侧椎动脉的血液收缩流速、舒张流速和平均流速也出现显著提高。

有一点值得注意的是,若因手法操作不正确,也可能导致椎动脉的血流受阻,甚至出现严重的副作用。有研究者在新鲜尸体的颈椎标本上,采用椎动脉滴注方法观察发现,在颈椎极度右旋或极度后伸状态下,双侧椎动脉滴数均明显减少;在极度后伸位复加旋转,则使部分椎动脉完全闭塞。采用经颅多普勒超声对活体的检测结果显示,颈椎极度旋转或极度后伸时,双侧椎动脉血流明显减少,且以右侧最为显著。因此,从上述实验结果可以得出结论,其一,颈椎极度旋转复位手法可能会带有一定的危险性,特别应避免在颈椎极度后伸状态下使用旋转手法,相比较而言,颈椎拔伸手法的安全性较高一些。其二,实施手法治疗前,应对患者椎动脉血流进行必要的检测,若有椎动脉血流异常的改变,在手法操作时应小心谨慎、格外注意。

### (三)手法对外周微循环的影响

经研究实验显示,在手法刺激作用部位的局部和远端,其微循环均有不同程度的改变。例如对于一组颈椎病患者,采用摇抖、捏拿、按压、擦推、点揉和拍击等手法,在颈、肩、及上肢治疗,分别于首次治疗和 10 次治疗后立即检测大椎穴处的皮肤温度和皮肤微循环,结果显示,首次治疗后局部检测皮肤温度和皮肤微循环变化不明显,10 次治疗后再检测即刻皮肤温度升高 0.3℃~0.5℃左右,皮肤微循环也明显改善,表现为管袢数、正常管袢构型显著增加,血流速度加快;输入支和输出支障碍例数、异常管袢构型明显减少。对于手外伤后患指肿胀、关节功能障碍的患者,采用擦、捻、揉等手法治疗 20 次后,手指甲皱

微循环异常积分值显著下降,且与临床疗效之间呈现一定的相关性。采用揉法结合腰部后伸扳法、抖腰、掌推法、掌根按压、掌振、斜扳、弹拨、拔伸牵引、被动运动等手法,对腰椎间盘突出症患者治疗30次以后,其甲皱微循环也呈现出明显改善。另一项研究选取一组颈椎病、第三腰椎横突综合征、梨状肌综合征患者,观察手法治疗前后球结膜和甲皱微循环的变化,结果显示,以一指禅推、拿、揉、捏、按、点、弹拨、理筋、扳、旋转及牵引等手法在特定部位治疗后,微循环总积分值显著升高,后效应可持续3d~7d左右。

#### (四)手法对血液流变学变化的影响

上述手法作用对血流的影响是通过多个途径和环节而实现的,其中,血液流变学的变化可能是一个重要环节。有人采用揉捻、弹拨、拔伸、拿捏、归合、旋转等手法治疗颈椎病其结果显示,手法治疗3~5次后,血沉明显升高,红细胞压积、红细胞聚集指数、血小板聚集率、血浆粘度、低切全血粘度等指标出现不同程度地显著性降低,高切全血粘度变化不明显,提示手法治疗可以明显改善颈椎病患者血液的高粘滞状态。另一项以脑梗塞为研究对象的实验也显示了类似的结果,而且手法治疗后患者已经升高的胆固醇、甘油三酯等指标也出现显著下降。特别是对于腰椎间盘突出症患者,经采用镇痛牵引配合脊柱推拿手法治疗后,不仅患者全血粘度和全血还原粘度显著降低,而且红细胞压积、血浆比粘度、红细胞电泳时间、纤维蛋白原百分比均呈现出不同程度的降低趋势。

由此可以看出,手法刺激对局部或全身、浅表组织或深层组织的血液循环都会产生不同程度地调节或改善作用,而发挥这种作用的前提条件往往取决于手法在治疗部位所产生的热效应。

### 三、手法对组织损伤修复作用的研究

#### (一)手法对肌肉组织损伤的修复作用

推拿手法在运动性肌肉损伤的治疗过程中,一直有着非常广泛的应用和良好的治疗效果。有研究者观察了手法对连续离心运动后延迟性肌肉疼痛及其相关指标的改变,采用特制的仪器装置对上臂屈肌进行离心训练,同时以揉(90次/min)、弹拨(20次/min)、推(0.6m/min)、搓(120次/min)等手法进行治疗15分钟,使手法刺激的力量深达肌肉层,操作顺序由肢体远端到近端。结果显示,手法治疗可有效改善或消除训练后延迟性肌肉疼痛,在首次训练后第4天和第5天的作用最为突出;对于上臂屈肌肌肉硬度和肘关节松弛角度的恢复也具有明显的促进作用;此外,对血清酶的检测结果显示,手法可有效抑制氧自由基产物的生成。采用相同的方法对家兔胫骨前肌进行离心训练,在每次训练结束后做手法治疗,具体手法为向心揉(90次/min)5min、揉捏5min、牵拉1min×5次(每次间隔1min),共计15分钟。研究结果显示,手法治疗使踝关节松弛角度在2d~3d得到恢复,而未经治疗的对照组直到训练结束时也没有恢复正常;使用光镜和透射电镜对组织学进行观察表明,手法治疗可明显减轻血管扩张、降低瘀血、血栓形成及水肿等病理性损害;同时,手法治疗组检测血清细胞色素氧化酶呈显著降低趋势,提示肌肉有氧代谢能力得到良好恢复。

对于周围神经损伤所引起的肌肉病变,使用手法治疗也会产生明显的效果。实验采用机械钳夹方式造成坐骨神经分支损伤,观察了比目鱼肌、胫后肌和跖肌的变化及手法作用的效果,具体手法操作方法首先是局部重手法揉捏(90次/min)5min,提弹(45次/min)10min,强刺激揉(90次/min)委中、复溜穴区5min,然后广泛轻手法揉捏(90次/min)5min。实验结果显示,手法治疗可明显改善肌肉萎缩、失神经肌肉的异常结构和代谢状态。具体表现在,术后手法治疗3个月,被检测的各肌肉出现明显的肥大性改变,经组织学检测证实确为肌纤维肥大,而不是增生的结缔组织;最大肌肉横切面面积的恢复优于对照组。组织学检测结果,在中后期肌肉萎缩和肌纤维变性的恢复、肌纤维间质中脂肪结缔组织增生的减轻、微循环的改善及血管血栓的减少等方面,手法治疗组均明显好于对照组。手法治疗组有氧化代谢酶类活性的降解明显减缓,5个月时线粒体酶活性及I、II型纤维结构和比例的恢复基本接近正常。肌电图检测结果表明,手法治疗5个月时,失神经后比目鱼肌的静息电位、肌肉收缩的神经干刺激阈和运动神经传导速度均恢复到正常或接近正常水平。

## (二)手法对肌腱组织损伤的修复作用

采用手术方法人为造成家兔跟腱断裂,3周时拆除固定开始使用手法治疗,具体操作方法为第1周局部揉、揉捏各3min,第2周开始加弹拨3min,手法频率70次/min。

通过肉眼观察可见,当固定解除时,跟腱断端清晰无分离,其间有新生的结缔组织肉芽组织形成,但结构不清晰,而且跟腱与周围组织广泛粘连。经上述手法治疗3周后,跟腱与屈趾肌腱之间仅有局部粘连存在,跟腱明显增粗,但还可以辨认出断端。而对照组在去除固定3周时形态结构基本无变化。5周后,手法治疗组粘连解除,断端模糊;对照组局部粘连和断端仍十分明显存在。8周后手法治疗组断端已难以辨认;此时对照组粘连依然存在,经仔细辨认还可见到肌腱的断端。提示手法治疗对于损伤组织的恢复作用是明显的。

在光镜下观察显示,固定解除时,跟腱断端间有交错排列的胶原纤维和成纤维细胞连接,炎性细胞较多;腱纤维呈玻璃样变;腱周围结构不清,代之以大量的呈纵横交错排列的胶原纤维和成纤维细胞,有较多管壁增厚并塌陷的小血管。经过上述手法治疗3周以后,断端有大量的成纤维细胞和胶原纤维,胶原纤维部分呈粗大束状连接两个断端,部分呈交错排列,其间有散在的炎性细胞和大量小血管,增生的胶原纤维与断端腱纤维相延续;断端腱细胞增多,核变大呈卵圆形或长梭形,染色淡,有纤细的染色质,偶见核仁;断端腱旁有较大量成熟的成纤维细胞和胶原纤维,多与肌腱纵轴平行排列。而对照组仅在邻近断端处有少量腱细胞增生,腱旁胶原纤维呈间隔细束状,大多与腱纵轴非平行排列,其余基本无变化。5周后,手法治疗组断端间增生的结缔组织逐渐成熟,成纤维细胞减少,胶原纤维增多,其排列大多与肌腱纵轴平行,腱旁增生的结缔组织已较成熟。对照组断端间成纤维细胞仍较丰富,炎性反应明显。8周后,手法组断端增生的结缔组织已较成熟,成纤维细胞很少,胶原纤维致密,与肌腱纵轴平行排列,腱与肌腹连接处肌纤维正常,横纹清晰。此时对照组断端间的胶原纤维排列仍紊乱,未形成粗大束状,部分腱纤维呈轻度玻璃样变,腱与肌腹连接处的肌纤维萎缩。



透射电镜下观察可见,在固定解除3周和5周时,对照组断端之间结缔组织中胶原纤维明显稀少、纤细,分布散在且不均匀,纤维明暗带模糊不清,有较多炎性细胞侵袭。经手法治疗后,3周时断端间增生的结缔组织中胶原纤维增加,多数呈不规则排列,胶原纤维的明暗带依稀可见但较模糊,纤维直径较细;有功能活跃的成纤维细胞,其周围有较多新生成的胶原纤维。5周时,胶原纤维明显增多,排列较规则,纤维明暗带较清晰。8周时,胶原纤维已较成熟,排列紧密、整齐,纤维明暗带清晰可见,胶原纤维直径与正常肌腱接近。而此时对照组的胶原纤维间隙较宽,排列松散,纤维直径较细,明暗带仍模糊不清。

从以上研究结果可以看出,手法治疗对肌腱损伤后组织结构的恢复和生物力学性能的改善均有明显的促进和增强作用,尤其是对其中组织结构的恢复更是肌腱生物力学性能提高的前提和基础。

### (三)手法对椎间盘组织损伤的作用

在背侧做B超探测可获得有关椎间盘的信息,这对于椎间盘突出症的临床诊断和疗效判定具有一定的意义。有人运用镇痛牵引加脊柱推拿治疗的方法,观察了38例腰椎间盘突出症共43个节段突出物的变化,治疗3~5个月的结果显示,有9个节段突出物消失,13个节段明显缩小,8个节段稍微缩小,7个节段无变化,6个节段增大。突出物总体变化呈现一定的缩小趋势。但是,上述突出物的变化与临床疗效之间无显著的相关性。研究者推测推拿手法的作用机制可能是使突出物发生了位移,进而改变了突出物和神经根之间的位置关系。

通过对CT横断面扫描片直接测量,观察了手法治疗前后腰椎间盘突出症患者椎间盘高度和面积的变化情况,治疗方法采用对抗牵引、踩跷、按揉等,半年后的复查结果显示,椎间盘高度和面积均呈现缩小趋势。其中2例完全还纳的患者均为膨出型,病程在半个月以内,提示突出物能否还纳与其突出类型和时间有关。

有研究者对经硬膜外腔注射一次性推拿复位效果欠佳的55例腰椎间盘突出症施行手术治疗,术中观察到,突出物主要是位于侧隐窝部。55例中,中央型突出者1例、中央旁型突出者5例、侧型突出者18例、外侧型突出者30例、最外侧型突出者1例。在手术摘出的椎间盘组织中属于成熟型者50例,其中有钙化倾向者5例。有30例椎间盘组织与神经根、小关节囊均有不同程度的粘连,术中需进行分离操作,其中3例椎间盘组织已游离到椎管内,与神经根、脊髓硬膜、小关节囊形成广泛粘连。黄韧带肥厚、钙化者有48例,黄韧带最厚者达1cm;小关节增生内聚形成骨性神经通道狭窄者有35例,椎间盘摘除后,直视下可见神经根有明显压痕者15例;蛛网膜、硬脊膜变性增厚者8例。55例中,仅有6例为单纯性椎间盘突出,其余病例均有2种以上的病理改变存在。研究者据此认为,单纯性腰椎间盘突出症是手法治疗的最佳适应症,而腰椎间盘突出症合并侧隐窝狭窄者是手法治疗效果差或无效的主要原因。

前文中有关手法的生物力学原理研究结果显示,脊椎整复手法对突出的椎间盘组织的影响主要是使其发生位移或变性,从而改变突出物与神经根之间的位置关系。但是,如果是时间较长的陈旧性突出,粘连组织已经异常坚固,则非推拿手法所能松解;或者合并有骨性椎管狭窄,也非手法治疗的适应症。因此,制定明确的腰椎间盘突出症手法治疗适

应症,是提高手法疗效、避免手法失败或出现副作用的前提和基础。

#### (四)手法对神经组织损伤的修复作用

采用机械钳夹方式人为造成家兔坐骨神经分支损伤,术后7天拆线完毕再进行手法治疗,具体操作方法先是在局部重手法揉捏(90次/min)5min,提弹(45次/min)10min,强刺激揉(90次/min)委中、复溜穴区5min,最后进行广泛轻手法揉捏(90次/min)5min。

光镜下观察结果显示,术后1个月时,将手法治疗组与对照组相比较,损伤远端1cm以外的部位可见较多的血旺氏细胞增生,髓鞘脂肪有轻度变性。3个月时,手法治疗组可见神经干明显增粗,再生的神经纤维呈束状排列,束间有少量脂肪结缔组织,可见少量的轴索脱髓鞘改变;对照组所见则是神经干较细,再生神经纤维数目少,有较多的轴索脱髓鞘改变。5个月时,手法治疗组其神经干进一步增粗,偶见轴索脱髓鞘改变;对照组神经干、增生的神经束和神经纤维仍比较细,再生的神经纤维呈分隔束状,尚有少量轴索脱髓鞘改变。对内髌上方1cm处胫神经再生轴索计数的结果统计发现,1个月、3个月、5个月时,手法治疗组分别为对照组的19.2、1.3和1.5倍,说明手法治疗可在损伤早期有效地促进神经修复和再生。

对于周围神经损伤的修复问题一直以来存在着两种相互对立的观点,一种观点认为,中医推拿等多种康复手段只能延缓或防止神经损伤后肌肉组织功能的丧失,而对神经再生或修复没有意义;另一种则持相反的观点认为,中医推拿等多种康复方法不仅可改善失神经支配肌肉的结构和代谢等功能,而且还有明显促进神经再生和修复的作用。从以上的实验结果中不难看出,在推拿手法治疗过程中,神经纤维的发育程度比较均衡,而且再次发生退变的纤维数量明显减少,可以有效地促进和加快损伤神经的修复和再生,充分显示了推拿手法在神经损伤修复中的独特作用和优势。

### 四、手法调节内脏功能作用的研究

#### (一)手法对消化系统功能的影响

功能性消化不良主要是因为胃动力下降而引起的胃肠蠕动减慢,推拿手法对该病症的治疗具有确切的疗效,其机制之一是手法刺激可在一定程度上改善或提高促进胃动力的各项指标。在临床中,有人采用推拿的方法做过这样的试验:按揉双侧足三里穴5min、一指禅推中脘穴5min、掌振中脘穴区5min,对功能性消化不良患者治疗1个月后进行复查,采用彩色B超对胃排空时间的治疗前后情况进行检测并比较其结果显示,患者治疗前胃窦平均收缩幅度、平均收缩频率和胃窦运动指数都明显低于正常人,手法治疗后则出现不同程度地显著性提高;治疗前患者胃窦半排空时间和全排空时间均较正常人延长,经过手法治疗后均明显缩短,而安慰剂组的各项指标治疗前后变化都不明显。使用多功能胃肠动力测试仪检测的结果表明,相同时间内进食标准流食后,手法组的胃窦收缩幅度、收缩频率和运动指数均显著性升高,安慰剂则无效。

另一项试验是以一指禅推法刺激足三里穴处,操作的频率为120次/min~140次/min,持续5min,强度以受试者出现酸胀感为佳,然后进行胃电图检测其胃体和胃窦的胃

电波变化,结果显示手法对胃体和胃窦的胃电波波幅呈双向调节作用,即治疗前异常降低的胃电波幅治疗后有所升高,治疗前异常升高的胃电波幅治疗后则明显降低;但对胃电波的频率未见明显改变。

还有人观察了2~6岁的脾虚泄泻患者,采用补脾经、补大肠、推三关、推上七节骨、按揉足三里和捏脊等小儿推拿手法治疗,6周后对尿中木糖排泄率的检测结果显示,手法治疗后可使异常降低的木糖排泄率显著升高,与治疗前比较升高了4.34%。并且,与临床症状改善呈明显的相关性。另一项研究结果显示,单纯捏脊治疗也能有效提高患儿已经降低的木糖排泄率。也有研究结果表明,捏脊等手法对于因消化吸收功能障碍所引起的小儿营养不良症具有很好的治疗作用。例如缺铁性贫血、锌缺乏症等,手法治疗后患者血红蛋白、红细胞、网织红细胞、全血胆碱酯酶活性增高,钙摄入量增加,尿氮、磷排出率降低,在蛋白合成方面可有效地调节原有的代谢紊乱。此外,采用捏脊手法治疗疝积症还可使患儿异常升高的促胃液素水平显著降低,进而从另一个侧面证实手法刺激对胃肠功能具有双向调节作用。

有研究者还观察了手法对胃溃疡患者的治疗作用。实验采用结扎幽门方法人为造成大鼠胃溃疡模型,手法治疗采用按揉大鼠脾俞、胃俞、足三里穴区各1min,频率80次/min,力量约1kg。治疗后观察溃疡面的变化情况,结果显示,溃疡面面积、溃疡轻重程度、出血点和红细胞计数等指标,手法组均明显低于模型组。手法组的胃液量和胃蛋白酶活性也显著低于模型组。提示手法治疗具有明显的抗溃疡作用。

此外,还有实验观察显示,以140次/min的频率按揉双侧胆囊穴各5min,可使胆囊体积明显缩小,胆囊收缩率提高48.7%,证实推拿手法对胆囊炎等疾患也具有良好的治疗效果。

## (二)手法对心脑血管功能的影响

一项较为系统性的研究工作是关于脊椎错位与冠心病、心率失常之间的关系,以及手法的治疗效果。对69例冠心病及可疑冠心病或心率失常患者的检查结果显示,均不同程度地存在颈椎和胸椎偏歪错位情况,其中,出现频率较高的节段有胸3、胸4、胸5、颈4、颈5和颈1。治以脊椎整复手法为主,结合水针和局部热疗,结果临床症状和心电图心肌缺血表现得到显著改善,治疗次数最短的3次,最长的61次,平均23次。有研究者采用家兔和犬,通过手术方法人为造成胸1~胸5棘突偏歪,即刻检查则可见心电图出现异常改变,显示心肌缺血,经手法复位后则部分动物心电图又恢复正常,部分家兔因脊椎错位较严重而在术中死亡。由于犬的胸廓稳固,脊椎错位程度较轻,所以部分动物术中或术后即刻未见心电图异常,但在0.5个月至2个月后全部出现心电图心肌缺血表现。

对高血压患者进行手法治疗,具体操作方法采用一指禅推、推、揉、抹、拿、扫散等手法,重点在足太阳膀胱经、足少阳胆经及督脉循行所过的头面部、颈项部、背部治疗,具体穴位有风池、百会、桥弓、率谷、太阳、三阴交、攒竹、睛明、肺俞、心俞、膈俞、内关穴,治疗时间约20min左右,分别在治疗前和治疗后即刻用心脏超声诊断仪进行检测,结果显示,手法治疗可使平均动脉压和二尖瓣关闭速率显著降低,提示手法治疗改善了因高血压造成的左心室舒张功能的低下。

有人在动物实验中采用放血方法人为造成家兔血压下降,然后在合谷穴区施以缠法(240次/min、强刺激)治疗,采取两种治疗方案:方案Ⅰ组每次连续治疗10min,间隔10min再重复下一次治疗,共进行6次;方案Ⅱ组只做1次治疗。结果显示,手法治疗后2min~10min血压开始回升,一次治疗可使升高的血压维持30min~60min左右,多次手法治疗则使血压的回升保持稳定,直至150min后仍维持在一定的升高水平,但始终未能恢复到失血前的血压水平。

### (三)手法对肺活量的影响

有临床病例观察显示,手法作用后可使人体肺活量明显增加,具体操作方法是按揉(100次/min)两侧缺盆、中府、云门穴各2min;小鱼际擦膻中穴、掌擦双侧胸大肌及膀胱经第1侧线,以透热为度;按揉(80次/min)两侧肺俞5min;拿肩井、摇上肢、抖上肢共计5min。对15名健康男性学生的检测结果显示,其中有14名受试者接受手法治疗后肺活量显著升高,1名无变化;而15名对照者中,仅有8名升高,6名降低,1名无变化。统计学处理后显示,两组之间具有显著性差异。

## 五、手法的其他作用研究

有研究显示采用推拿手法配合少林内功锻炼,对治疗糖尿病具有一定的疗效。具体的手法操作方法是按揉胰俞、肾俞穴,以擦法施术于腰背部膀胱经的第一、二侧线上,共计约10min左右;再一指禅推中脘、气海穴,并继之以摩腹,10min;按揉血海、足三里穴5min;拿五经,点按头维、印堂、睛明穴,3min;推手三阴、三阳,拿、点极泉、曲池穴,3min。可根据上、中、下三消之不同而适当加减变化。并分别于治疗20次~80次后进行检测,结果显示,患者空腹血糖、餐后2小时血糖、胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白均较治疗前不同程度的显著降低;尿糖转阴率则明显升高。

另外,推拿手法对于机体的免疫系统也有一定的作用。临床观察发现,手法治疗可使类风湿性关节炎患者的血沉和抗“O”水平降低。特别是对银屑病患者手法治疗可以显著提高血清中IgG、IgA、IgM的水平,降低补体C3的水平,进而提高机体的免疫功能。

有人曾经做过这样的实验,将 $S_{180}$ 肿瘤接种于小鼠前腋下,在接种的前8天,每天使用一指禅偏峰推(120次/min)在中脘、关元穴区手法治疗各1min,按揉(80次/min)足三里穴1min,力量适中。于接种后3周时将动物处死。然后进行检测,结果表明,经治疗后小鼠平均瘤体大小手法组显著低于对照组,手法组的抑瘤率为36.7%,第2次的重复实验结果与第1次相类似。进一步分析还发现,治疗后手法组的NK细胞活性也明显高于对照组。这说明手法对免疫系统的调节作用是肯定的。

总之,以上手法生物学效应方面的研究结果,在一定层次和不同的侧面上反映了手法的内在作用机制,特别是某些研究工作已经从整体水平、器官水平乃至细胞分子水平进行了较为系统的深入探索、分析和整理,为今后的研究工作指明了方向,也提供了一些十分有益的线索和思路。

## 第十六章 自我保健推拿

### 第一节 概 述

自我保健推拿是指人们运用一定的推拿手法在自己身体上的某些部位或穴位上操作,以达到预防和治疗疾病、延年益寿的目的。由于操作方法简单、易学易做、效果显著、老少皆宜,而且不受时间、地点、场合的限制,所以深受人们的喜爱和欢迎。

自我保健推拿具有鲜明的祖国传统医学的特点,在我国不仅具有悠久的历史,而且经历年而不衰。它最早起源于我国的西汉时期,在马王堆3号墓出土的文物中发现了44幅导引图,描述的是自我抚胸、捶背等手法。至隋唐时期,自我推拿已经十分盛行,隋·巢元方《诸病源候论》书中每一适应症候项下,都附有养生方导引法,论述自我推拿的方法。唐·孙思邈在《千金方》中说:“柳公年逾八旬,鹤发童颜,步履轻便,究其由,气海常温耳。”可见,自我推拿作为养生保健的方法在当时是非常有效的。随着时间的推移,自我推拿方法越来越多的受到人们的重视,特别是在现代社会,自我推拿又被叫做自我健康保健疗法,主要是强调自己动手作用于自身的穴位和反射区,通过调节人体的机能状态,从而达到防病治病的目的,是一种既经济又实用的保健方法。根据中医经络学原理和按摩手法中补泻原则,在人体体表的自我推拿方法具有舒筋通络、行气活血,通络止痛,滑利关节的作用。因此,对于机体出现的气血不通、经络闭塞、皮肤弹性减退、循环和基础代谢减慢等状况具有明显的调整和治疗意义。

自我保健推拿的操作方法简便易行,可以以身体的某一局部为重点,如单独的头部保健推拿、单独的四肢保健推拿等,根据每个人的具体情况来应用;也可以以全身为重点,做广泛性的全身自我推拿。每次操作时间为20~30分钟,每日一次。

### 第二节 各部位自我保健推拿

#### 一、头面部

##### (一) 双掌接头

坐位,用双手掌心分别置于头两侧的颞部,用力对按1分钟左右。该手法有健脑、宁神、止痛的作用,常用于治疗神经衰弱、血虚性头痛、低血压病、头晕等症。

##### (二) 按揉脑空穴

坐位,用双手拇指罗纹面分别按揉两侧脑空穴20次左右,以酸胀为宜,其他手指置于旁边以助力。该手法可防治头痛、目眩、颈项强痛等病症。

### (三) 按揉风池穴

坐位,双手拇指罗纹面分别按揉两侧风池穴 20 次左右,以酸胀为宜,其他手指在旁助力。该手法有醒脑开窍的作用,可防治头痛、目眩、目赤肿痛、耳鸣、中风、颈项强痛等病症。

### (四) 拍击头顶

坐位,眼睛平视前方,牙齿咬紧,用一手的手掌心在凶门处做左右节律的拍击动作,约 10 次左右。该手法有醒脑安神、消除大脑疲劳、宽胸理气的作用,常用于头痛、头晕、失眠、胸闷心悸等病症的防治。

### (五) 指叩头部

坐位,双手五指自然弯曲成钩状,手指之间自然分开,双手交替从前的前发际处叩点至后发际处,反复叩点 3~5 遍。其作用和防治的疾病同上法。

### (六) 分抹前额

坐位或仰卧位,以双手食指屈曲成弓状,用第二指节的桡侧面从前额正中向两侧分抹至鬓角发际处,共做 20 次。该手法有醒脑安神、润泽额部皮肤、增强额部皮肤的张力、防止额前出现皱纹的作用,常用于美容和防治头痛、头晕、失眠等病症。

### (七) 指抹眉弓

卧位,用两手中指、食指罗纹面对置于两眉头凹陷处的攒竹穴,由内向外沿眉弓经鱼腰至眉梢处,反复推抹 8~10 次,两手的拇指分置于两侧面颊部以助力。该手法有醒脑明目的作用,可防治头痛和各种眼病。

### (八) 按揉印堂

坐位或仰卧位,用一手的中指按揉印堂穴 30 次,该手法可防治头痛、头晕、失眠健忘、鼻衄、鼻渊等病症。

### (九) 点按攒竹

坐位或仰卧位,用两手的拇指指端对置于两眉的眉头攒竹穴处,稍用力向下点按 30 次,以酸胀为度。该手法有醒脑明目、疏风清热的作用,常用来防治头痛、头晕和各种眼病。

### (十) 点按鱼腰

坐位或仰卧位,以两手的拇指指端对置于两眉的中点鱼腰穴处,稍用力向下点按 20 次,以酸胀为度。该手法可以防治眉棱骨痛、眼睑下垂、眼睑润动、目赤肿痛、目翳等病症。

### (十一) 指掐精明

坐位或仰卧位,用一手的拇指和食指指甲掐两侧的精明穴 30 次,以酸胀为度。该手法有醒脑明目、疏风清热的作用,常用来防治头痛、头晕和各种眼病。

### (十二) 按揉四白

坐位或仰卧位,用两手的食指罗纹面分别按揉两侧的四白穴 20 次,以酸胀为度。该手法可用来防治目赤痛痒,眼睑跳动、目翳等病症。

### (十三) 按揉太阳

坐位或仰卧位,用两手的食指分别按揉两侧的太阳穴共 30 次,以酸胀为度。该手法常用于防治各种头痛、头晕、眼病、感冒等病症。另外,还可增强眼外角皮肤的张力,防止和减缓眼外角出现皱纹。

### (十四) 指抹眼胞

坐位或仰卧位,双眼轻闭,用两手的食、中二指分别置于两眼的上、下胞,由内向外沿眼眶的上、下缘摩动 10 次,该手法常用于防治各种眼病,还有防止眼睑下垂的作用。

### (十五) 掌心压眼

坐位或仰卧位,双眼轻闭,两手掌心搓热后,趁热分别置于两眼球上,慢慢向下压,待眼球有微胀感时将手抬起,反复操作 3~5 次,该手法常用于防治各种眼病。

### (十六) 拿捏鼻根

坐位或仰卧位,用一手的拇指和食指分别置于鼻根的两侧,然后拿捏鼻根部肌肉 10~15 次,该手法具有疏通鼻窍、活络止痛的作用。可用于防治各种鼻病和前额痛。

### (十七) 揉推鼻部

坐位或仰卧位,用两手的食指同时按揉两侧迎香穴 30 次,然后两手的食指和中指伸直并拢,分别从两侧迎香穴向上推抹两侧鼻旁至鼻根部 30 次,使推拿的局部产生轻微的温热感。该手法有疏通鼻窍、增加面部肌肉张力的作用。常用于防治各种鼻病和面神经麻痹。

### (十八) 按揉颊车

坐位或仰卧位,用两手的食指和中指并拢,分别按揉两侧颊车穴 30 次,以酸胀为度。该手法常用于防治牙痛、口眼歪斜、颊肿、口噤不语等病症。

### (十九) 舔摩口腔

坐位或仰卧位,口唇轻闭,以舌在上、下齿及齿龈处依次进行舔摩 3~5 次,该法具有

促进血运、清洁牙齿、消炎镇痛的作用。常用于防治牙龈炎、老年性牙龈萎缩及一切牙病。

### (二十) 轻叩牙齿

坐位或仰卧位,口唇轻闭,上下齿轻轻叩击 30 次,该手法能改善牙床部的血液循环、预防牙疾、常用于防治老年性牙齿松动和脱落。

### (二十一) 击鸣天鼓

坐位,双手掌心紧按两侧耳孔,食、中、无名指三指同时轻轻弹击头后枕骨部 30 次,然后,手指紧按后头枕骨部,掌心用力按耳孔处,再突然两手放开,连续开闭 10 次。该手法具有疏通耳络、开窍益聪的作用。常用于防治耳聋、耳鸣等病症。

### (二十二) 揉捏耳部

坐位,以拇指、食指分别置于耳廓前后,自耳尖起沿耳轮揉捏至耳垂止,反复揉捏 3~5 遍。该手法有开窍益聪、清醒头脑、强身健体的作用,常用于防治耳聋、耳鸣、头晕、脑胀等病症。

### (二十三) 按揉耳部

坐位,两手的中指和食指分开,中指分别置于听宫穴,食指分别置于翳风穴,同时按揉两穴,共 30 次。该手法有清醒头脑、加强听觉的作用,常用于防治头脑闷胀、耳聋、耳鸣的病症。

### (二十四) 捏拉耳垂

坐位,用两手的拇指和食指分别捏住两耳的耳垂,先进行揉捏 10 次后,再稍用力向下牵拉 10 次。该手法有开窍益聪、泻肝明目、滋肾降火的作用,常用于防治目赤肿痛、耳鸣耳聋、耳痒等病症。

### (二十五) 搓手浴面

坐位或仰卧位,先将两手搓热,然后两手掌心紧贴前额,用力由上向下擦到下颌为止,反复操作 10 次。该手法有清醒头目、润泽皮肤的作用,可使面色红润、面部皮肤柔嫩,常用来防治面神经麻痹、面部容颜衰老。

## 二、颈项部

### (一) 按揉颈部

坐位,一手的食指、中指、无名指并拢,用三指的罗纹面按揉同侧的颈项部,从后发际的风池穴起按揉至大椎穴水平面为止,反复操作 5 遍,然后换手按揉另一面的颈项部。最后按揉颈项部后正中线,从风池穴高度至大椎穴高度。该手法可防治颈肌劳损、落枕、颈椎病。



## (二) 横摩颈项

坐位,以一手的手掌掌心置于颈部一侧的风池穴处,着力摩向对侧颈部风池穴处,反复摩动数次。然后,逐渐向下移动,边向下移动边左右反复摩动,至大椎穴高度为止。该手法有温经祛寒、活络止痛的作用,对外感引起的颈项强痛以及落枕、颈椎病、颈肌劳损有较好的疗效。

## (三) 拿捏颈肌

坐位,以一手的拇指和食指、中指相对,分别置于两侧的风池穴处,然后用拿法沿颈肌自上拿提至颈根部止,反复操作3~5遍。该手法有发散风寒、解痉止痛的作用,常用于防治风寒头痛、落枕、颈肌劳损、颈椎病、头晕等病症。

## (四) 推摩桥弓

坐位,头偏向一侧,以一手的拇指桡侧面沿胸锁乳突肌从上至下推抹30次,做完一侧再做另一侧。该手法可降低血压、减慢心律,常用于高血压和心动过速等病症的防治。值得注意的是该手法绝对不能两侧同时操作,也不能用于低血压者和心动过缓者。手法操作时要求缓慢、轻柔。

# 三、胸腹部

## (一) 指点天突

坐位或仰卧位,一手的食指屈曲成钩状,以食指的指端置于天突穴处,沿气管的方向向下点按10次,点按时局部有酸胀感,并沿气管向下放散。该手法可通调气道、清热平喘。常用于防治咳嗽、喘促、胸痛、咽喉肿痛、梅核气等病症。

## (二) 指按胸骨

坐位或仰卧位,一手的食指、中指、无名指三指并拢,从璇玑穴开始逐步向下点按到中庭穴处止,反复操作3~5遍。该手法有宽胸利膈、和胃止呕的作用,常用于胸闷、胸痛、打嗝、嗝气、恶心、呕吐等病症的防治。

## (三) 按揉膻中

坐位或仰卧位,用右手或左手的大鱼际按揉膻中穴20次。该手法有宽胸解郁、行气活血的作用,常用于治疗胸闷、胸痛、咳嗽、气喘、心悸等病症。

## (四) 摩按中府、云门

坐位或仰卧位,以一手的四指并置于一侧胸大肌的胸骨缘,沿肋间隙向外梳摩至中府穴、云门穴,反复数次。然后,以四指置于中府、云门穴处着力指按1分钟。做完一侧再做另一侧。梳摩时要注意用力均匀、和缓,以皮肤微红为度,按压时用力要由轻到重,忌蛮

力。该手法可理气降逆、通络宣肺,常用于防治咳嗽、气喘、肺胀满、胸痛等病症。

### (五) 擦胁肋骨

坐位,以两手掌掌根紧贴两侧胁肋部,做前后往返的快速擦动,擦热为止。该手法有疏肝解郁的作用,对肝气郁结证有较好的防治效果。

### (六) 分摩腹部

坐位或仰卧位,以两手四指分别置于剑突下,自内向外下方沿季肋下缘分摩 20 次。该手法有疏肝解郁、健脾和胃的作用,常用于防治胸闷、胁胀、嗝气、善太息、腹胀、食欲不振、消化不良等病症。

### (七) 掌推腹部

坐位或仰卧位,以一手掌根置于剑突下,由上向下经胃脘部推动至脐下关元穴止,反复操作 20 次。该手法常用于防治腹胀、消化不良、食欲不振等症和腹部减肥。

### (八) 按揉中脘

坐位或仰卧位,用一手的食指、中指、无名指的罗纹面按揉中脘穴,用力要柔和,顺时针方向旋转揉动 1 分钟。该手法有健脾和胃的作用,常用于防治腹胀、腹泻、胃痛、呕吐、吞酸等病症。

### (九) 按揉脐部

坐位或仰卧位,一手掌掌心置于脐部。顺时针方向旋转揉动 1 分钟,用力要柔和。该手法常用于防治腹泻、腹痛、消化不良、脱肛等病症。

### (十) 指按天枢

坐位或仰卧位,以一手的拇指和食指的罗纹面分别置于腹部脐两旁的天枢穴,着力指按 1 分钟。指按用力要由轻到重,以能忍受为度,两指用力要均匀一致。该手法有理气健脾、涩肠止痛的作用,常用于防治腹胀、肠鸣、腹泻、月经不调等病症。

### (十一) 按揉关元

坐位或仰卧位,用一手的手掌掌根部按揉关元 1 分钟,以局部有温热感效果为佳。该手法有培肾固本、补益元气的作用,常用于防治遗尿、小便频数、遗精、阳痿、月经不调、带下、虚劳羸瘦等病症。

### (十二) 掌拍腹部

坐位或仰卧位,两手掌心空虚,用虚掌交替拍击腹部 30 次。该手法有防治腹胀、消化不良、食欲不振等病症和腹部减肥的作用。

## 四、腰部

### (一) 按揉肾俞

坐位,两手握拳,上肢后伸,用两手的拇指掌指关节紧按腰部肾俞穴,做旋转按揉1分钟,以酸胀为度。该手法常用于防治遗尿、遗精、阳痿、月经不调、带下、腰痛、耳鸣、耳聋等病症。

### (二) 掌擦腰部

坐位,两上肢后伸,以两手手掌的掌根分别置于腰部,用力上下擦动,动作要快速有力发热为止。该手法可壮腰健肾、聪耳明目。常用于防治腰肌劳损、腰椎骨质增生、肾虚腰膝酸软、耳鸣、耳聋、视力减退、脱发、遗精、阳痿、早泄、遗尿、前列腺肥大等病症。

### (三) 横摩腰骶

坐位,以一手手掌掌面置于同侧髂后上棘上方,然后,呈横行摩动至对侧,反复操作10次。该手法有引火归元、壮腰安神的作用,对腰骶部疼痛、腰骶关节炎、遗尿、阳痿、早泄、遗精、月经不调、白带增多、前列腺炎、头晕、失眠、痔疮有防治效果。

### (四) 叩击腰骶

坐位,一侧上肢后伸,且手握空拳。以拳背轻轻叩击腰骶部10次。该手法的作用和防治的疾病同横摩腰骶法相似。

## 五、上肢部

### (一) 按揉肩井

卧位,用一手的食指、中指、无名指的罗纹面用力按揉对侧的肩井穴30次,用力要柔和,以酸胀为度,然后做对侧。该手法常用于防治头项强痛、肩背疼痛、上肢不遂、乳痈、乳汁不下等病症。

### (二) 按揉肩髃

坐位或仰卧位,用一手中指的罗纹面紧贴另一侧肩端的肩髃穴,用力持续按揉30次,以酸胀为度,然后做对侧。该手法常用于防治肩臂疼痛不遂。

### (三) 提拿肩部

坐位,用一手的五指提拿对侧肩部的三角肌20次,然后做对侧。该手法具有温通经络、剥离粘连的作用,常用来防治肩关节粘连、肩关节活动障碍、肩部肌肉萎缩等病症。

### (四) 掌擦肩部

坐位,用一手掌心紧贴肩部体表,反复擦动,以透热为度。然后做对侧。该手法具有

温通经络、解痉止痛的作用,对防治肩关节疾病有一定的效果。

### (五) 拿提臂肘

坐位或仰卧位,以一手拇指与其余四指分开置于另一侧上臂上方内外两侧,由上到下提拿到肘部止,反复操作 4~6 次,然后做另一侧。该手法具有疏通经络、理筋止痛的作用,常用于防治肘关节疾病、上肢肌肉萎缩、肩臂疼痛等病症。

### (六) 掌摩上臂

坐位,以一手掌置于另一侧上肢肩峰下方,沿上臂外侧由上向下摩动至肘尖 12 次,再沿上臂内侧由上至下摩动至肘窝 12 次。该手法的作用和防治的病症同拿提臂肘。

### (七) 掌擦肘部

坐位,以一手的掌心擦另一侧上肢的肘关节,由上到下反复操作,以透热为度,然后做另一侧。该手法具有温通气血、活血散瘀、消肿止痛的作用,常用于防治肘关节疾病。

### (八) 点内外关

坐位或仰卧位,以拇、食指指端分别置于另一侧前臂的内、外关穴,对合点按 20 次,以酸胀为度,然后做对侧。该手法具有温通经络、镇静安神的作用,常用于防治腕关节劳损、胸闷、胸痛、胃痛、心悸、腹痛、失眠、多梦等病症。

### (九) 按揉神门

坐位或仰卧位,以一手拇指的罗纹面按揉另一手的神门穴 20 次,以酸胀为度,然后做对侧。该手法对心烦、心悸、失眠、健忘、胸胁痛等病症有一定的防治效果。

### (十) 按揉劳官

坐位或仰卧位,以一手拇指的罗纹面按揉另一手掌心的劳官穴 20 次,以酸胀为度,然后做对侧。该手法具有温通经络、镇静安神的作用,常用于防治心痛、呕吐、口疮、口臭等病症。

### (十一) 捻动手指

坐位或仰卧位,用一手的拇、食二指罗纹面捏住另一手的手指近端,由近端向远端捻动,从拇指到小指,依次进行,反复操作 6 遍。然后做对侧。该手法具有疏通经络、滑利关节的作用,常用于防治类风湿性关节炎、指间关节扭挫伤、屈指肌腱腱鞘炎等病症。

### (十二) 摇动手指

坐位或仰卧位,用一手的拇、食二指罗纹面握住另一手的手指远端,在轻度拔伸下进行旋转摇动,从拇指到小指,依次进行,反复操作 6 遍。然后做对侧。该手法具有疏通经络、滑利关节的作用,常用于防治指部腱鞘炎、掌指关节酸痛、活动不利等病症。

### (十三) 拔伸手指

坐位或仰卧位,用一手的拇、食二指罗纹面握捏住另一手的手指远端,进行相反方向的拔伸,从拇指到小指,依次进行,反复操作6遍。然后做对侧。该手法具有疏通经络、滑利关节、整复移位的作用,常用于防治指间关节半脱位、指间关节扭挫伤、屈指肌腱腱鞘炎等病症。

## 六、下肢部

### (一) 按揉股前

坐位,用一手的掌根紧贴大腿,从髌关穴高度自上而下用力按揉至膝关节上方,反复操作4次,然后做对侧。该手法具有松解肌筋、疏经通络、健脾和胃的作用,常用于股四头肌损伤、偏瘫、风湿性关节炎、腹胀、消化不良等病症。此外,还可用于减肥、大腿肌肉酸痛、无力等。

### (二) 拿捏股前后

坐位,用一手的五指拿法拿捏大腿前后侧的肌肉,从髌关穴高度自上而下用力按揉至膝关节上方,反复操作5次,然后做对侧。该手法具有温经活血、益肾壮腰的作用,常用于防治下肢痿痹、股四头肌损伤、偏瘫、腰腿痛等病症。

### (三) 按揉委中

坐位,屈膝屈髌,以一手的食、中、无名指指腹按揉一侧膝部的委中穴20次,以局部酸胀为度,然后做对侧。该手法可舒筋活络、强健腰膝,对下肢痿痹、腰痛、腹痛、吐泻、小便不利、遗尿等病症有一定的防治效果。

### (四) 按揉足三里

坐位,用一手的拇指罗纹面按揉一侧下肢的足三里穴30次,以酸胀为度,做完一侧再做另一侧。该手法可补脾和胃、调和气血,对下肢痹痛、虚劳羸瘦、胃痛、呕吐、泄泻、腹胀、便秘等病症有一定的防治效果。

### (五) 点按三阴交

坐位,用一手的拇指端点法或屈拇指点法点按一侧下肢的三阴交穴20次,以酸胀为度,做完一侧再做另一侧。该手法有活血化瘀、通经止痛的作用,常用于防治下肢痿痹、月经不调、带下、不孕、子宫下垂、遗精、阳痿、遗尿等病症。

### (六) 点按悬钟

坐位,用一手的拇指端点法或屈拇指点法点按一侧下肢的悬钟穴30次,以酸胀为度,做完一侧再做另一侧。该手法有调和经脉、舒肝理气的作用,常用于防治下肢痿痹、胸胁

胀满、项强、咽喉肿痛等病症。

### (七) 拿小腿后侧

坐位,用一手的拇指和食指、中指、无名指、小指相对,提拿腓肠肌,自上而下,共做5遍,以酸胀为度。做完一侧再做另一侧。该手法有舒筋活络、解痉止痛、通利三焦、调和气血的作用,常用于防治小腿腓肠肌痉挛、偏瘫、坐骨神经痛、胸胁胀满、腕腹胀痛、痛经、月经不调、头昏头重等病症。

### (八) 摇踝关节

正坐位,将一侧下肢的小腿放在另一侧下肢的膝关节以上,一手握住足踝部,另一手抓住足前部,做旋转摇动20次。做完一侧再做另一侧。该手法有疏通经脉、滑利关节的作用,可增加踝关节的灵活性,防治踝关节扭伤、踝关节活动障碍。

### (九) 拔伸足趾

正坐,将一侧下肢的小腿放在另一侧下肢的膝关节以上,一手握住足掌,另一手用拇、食二指捏住足趾的远端逐渐向外拨伸,从大趾开始,依次进行,至小趾为止,反复操作5遍。做完一侧再做另一侧。该手法有舒通经脉、滑利关节的作用,常用于防治指间关节屈伸不利。

### (十) 擦涌泉

正坐,将一侧下肢的小腿放在另一侧的膝关节以上,一手握住踝部,另一手用小鱼际紧贴足心,快速用力擦,以发热为度。两足交替进行。该手法有滋阴降火、镇静安神的作用,常用于防治心悸、失眠多梦、五心烦热、头痛、头昏、咽喉肿痛、便秘等病症。

### (十一) 拍击下肢

坐位,用双手掌根或虚掌,相对用力,从上到下交替拍击下肢,在每侧下肢操作5遍,做完一侧再做另一侧。该手法有舒筋通络,消除疲劳的作用,常用于防治风湿酸痛、皮肤感觉障碍、肌肉紧张或痉挛、肢体疲劳等症。