



普通高等教育“十五”国家级规划教材

新世纪

全国高等中医药院校规划教材



# 推拿手法学

供针灸推拿学专业用

主编 王国才

43

中国中医药出版社



责任编辑 华中健

封面设计 谢璇

# 普通高等教育“十五”国家级规划教材

## 新世纪 全国高等中医药院校规划教材

### 中医学专业

中国医学史  
医古文  
中医各家学说  
中医基础理论  
中医诊断学  
内经选读  
伤寒学  
金匱要略  
温病学  
中药学  
方剂学  
中医内科学  
中医外科学  
中医妇科学  
中医儿科学  
中医伤科学  
针灸学  
中医耳鼻咽喉科学

中医眼科学  
中医急诊学  
正常人体解剖学  
组织学与胚胎学  
生理学  
病理学  
药理学  
生物化学  
免疫学基础与病原生物学  
诊断学基础  
内科学  
西医外科学

### 针灸推拿学专业

经络腧穴学  
刺法灸法学

针灸治疗学  
实验针灸学  
推拿学  
● 推拿手法学  
针灸医籍选读

### 中药学专业

中医学基础  
药用植物学  
中药药理学  
中药化学  
中药炮制学  
中药鉴定学  
中药药剂学  
中药制剂分析  
中药制药工程原理与设备

中国中医药出版社 出版

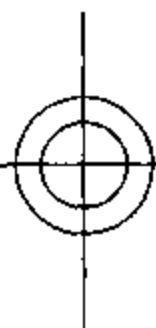
ISBN 7-80156-388-3



9 787801 563880 >

ISBN 7-80156-388-3/R·388

定价 28.00 元



普通高等教育“十五”国家级规划教材

新世纪全国高等中医药院校规划教材

# 推拿手法学

(供针灸推拿学专业用)

主 编 王国才 (山东中医药大学)

副主编 金宏柱 (南京中医药大学)

中国中医药出版社

· 北 京 ·

**图书在版编目 (CIP) 数据**

推拿手法学/王国才主编. - 北京: 中国中医药出版社, 2003.7

普通高等教育“十五”国家级规划教材

ISBN 7-80156-388-3

I. 推 II. 王… III. 按摩疗法 (中医) - 中医学院 - 教材 IV. R244.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 100654 号

中国中医药出版社出版

发行者: 中国中医药出版社

(北京市朝阳区东兴路 7 号 电话: 64151553 邮编: 100027)

(邮购联系电话: 64166060 64174307)

印刷者: 天津蓟县宏图印务有限公司

经销者: 新华书店总店北京发行所

开 本: 850×1168 毫米 16 开

字 数: 543 千字

印 张: 23.25

版 次: 2003 年 7 月第 1 版

印 次: 2003 年 7 月第 1 次印刷

册 数: 5000

书 号: ISBN 7 - 80156 - 388 - 3/R·388

定 价: 28.00 元

如有质量问题, 请与出版社发行部调换。

# 全国高等中医药专业教材建设

## 专家指导委员会

- 主任委员 李振吉 (国家中医药管理局副局长)
- 副主任委员 王永炎 (中国中医研究院名誉院长 中国工程院院士)  
贺兴东 (国家中医药管理局科技教育司司长)
- 委员 (按姓氏笔画排列)
- 王绵之 (北京中医药大学 教授)
- 王明来 (国家中医药管理局科技教育司副司长)
- 王新陆 (山东中医药大学校长 教授)
- 邓铁涛 (广州中医药大学 教授)
- 石学敏 (天津中医学院教授 中国工程院院士)
- 龙致贤 (北京中医药大学 教授)
- 皮持衡 (江西中医学院 教授)
- 刘振民 (北京中医药大学 教授)
- 任继学 (长春中医学院 教授)
- 严世芸 (上海中医药大学技长 教授)
- 李任先 (广州中医药大学 教授)
- 李庆生 (云南中医学院院长 教授)
- 吴咸中 (天津中西医结合医院教授 中国工程院院士)
- 张士卿 (甘肃中医学院院长 教授)
- 肖培根 (中国医学科学院教授 中国工程院院士)
- 陈可冀 (中国中医研究院教授 中国科学院院士)
- 周仲瑛 (南京中医药大学 教授)
- 郑守曾 (北京中医药大学校长 教授)
- 胡之璧 (上海中医药大学教授 中国工程院院士)
- 项 平 (南京中医药大学校长 教授)
- 施 杞 (上海中医药大学 教授)
- 徐志伟 (广州中医药大学副校长 教授)

曹洪欣 (黑龙江中医药大学校长 教授)  
梁繁荣 (成都中医药大学副校长 教授)  
焦树德 (中日友好医院 教授)  
路志正 (中国中医研究院 教授)  
颜德馨 (上海铁路医院 教授)

## 前 言

“新世纪全国高等中医药院校规划教材”是依据教育部《关于“十五”期间普通高等教育教材建设与改革的意见》的精神，在教育部、国家中医药管理局规划指导下，由全国中医药高等教育学会组织、全国高等中医药院校联合编写、中国中医药出版社出版的高等中医药院校本科系列教材。

本系列教材采用了“政府指导、学会主办、院校联办、出版社协办”的运作机制。为确保教材的质量，在教育部和国家中医药管理局指导下，建立了系统完善的教材管理体制，成立了全国高等中医药专业教材建设专家指导委员会、全国高等中医药教材建设研究会，对本系列教材进行了整体规划，在主编遴选、教学大纲和教材编写大纲、教材质量等方面进行了严格的审查、审定。

本系列教材立足改革，更新观念，以新的专业目录为依据，以国家规划教材为重点，按主干教材、配套教材、改革创新教材分类，以宽基础、重实践为原则，是一套以国家规划教材为重点，门类齐全，适应培养新世纪中医药高素质、创造性人才需要的系列教材。在教材组织编写的过程中引入了竞争机制，教材主编和参编人员全国招标，按照条件严格遴选，专家指导委员会审议，择优确定，形成了一支以一线专家为主体，以老带新的高水平的教材编写队伍，并实行主编负责制，以确保教材质量。

本系列教材编写实施“精品战略”，从教材规划到教材编写、专家审稿、编辑加工、出版，都有计划、有步骤实施，层层把关，步步强化，使“精品意识”、“质量意识”贯彻全过程。每种教材的教学大纲、编写大纲、样稿、全稿，都经过专家指导委员会审定，都经历了编写会、审稿会、定稿会的反复论证，不断完善，重点提高内在质量。尤其是根据中医药教材的特点，在继承与发扬、传统与现代、理论与实践、中医与西医等方面进行了重点论证，并在继承传统精髓的基础上择优吸收现代研究成果；在写作方法上，大胆创新，使教材内容更为系统化、科学化、合理化，更便于教学，更利于学生系统掌握基本理论、基本知识和基本技能；注意体现素质教育和创新能力与实践能力的培养，为学生知识、能力、素质协调发展创造条件。

在出版方面，出版社全面提高“精品意识”、“质量意识”，从编辑、设计、印刷、装帧质量，在各个环节都精心组织、精心施工，力争出版高水平的精品教材，使中医药教材的出版质量上一个新台阶。

本系列教材按照中医药专业培养目标和国家中医药执业医师资格考试要求，以国家规划教材为重点，门类齐全，适合全国各高等中医药院校中医学专业、针灸推拿学专业、中药学专业本科教学使用。是国家中医执业医师资格考试、国家中医药专业技术人员职称资格考试的参考书。

本系列教材于2002年年底出版的主要为中医专业、针灸推拿专业、中药专业教材，共计46门，其中34门被教育部评选为“普通高等教育‘十五’国家级规划教材”。

值得提出的是，本系列教材在审定时，专家指导委员会王永炎院士、邓铁涛教授、任继学教授、肖培根院士、胡之璧院士等专家对教材书稿进行了严格把关，提出精辟的意见，对保证教材质量起了重要作用；本套教材的编写出版，得到中国中医药出版社和全国高等中医药院校在人力、物力上的大力支持，为教材的编写出版创造了有利条件。各高等中医药院校，既是教材的使用单位，又是教材编写任务的承担单位，在本套教材建设中起到了主体作用。在此一并致谢！

本系列教材在继承的基础上进行了一定力度的改革与创新，在探索的过程中难免有不足之处，甚或错漏之处，敬请各教学单位、各位教学人员在使用中发现问题，及时提出批评指正，以便我们重印或再版时予以修改，使教材质量不断提高，更好地适应新世纪中医药人才培养需要。

全国中医药高等教育学会  
全国高等中医药教材建设研究会

2002年8月



普通高等教育“十五”国家级规划教材

新世纪全国高等中医药院校规划教材

《推拿手法学》编委会

主 编 王国才 (山东中医药大学)  
副主编 金宏柱 (南京中医药大学)  
编 委 (按姓氏笔画为序)  
于天源 (北京中医药大学)  
王国才 (山东中医药大学)  
刘智斌 (陕西中医学院)  
李亚明 (湖南中医学院)  
沈国权 (上海中医药大学)  
金宏柱 (南京中医药大学)  
季 远 (山东中医药大学附属医院)  
费季翔 (安徽中医学院)  
董洪英 (天津中医学院)  
曾庆云 (山东中医药大学附属医院)  
廖品东 (成都中医药大学)

## 编写说明

推拿手法是中医推拿学科用于防治疾病的主要手段，推拿手法学是研究推拿手法的动作结构、动作原理、训练方法、作用机理及临床应用规律的一门学科。在临床上推拿手法学是推拿医学的治疗学基础，在推拿专业的教学活动中，推拿手法学是一门核心技能基础课程，也是联接各推拿基础课程与推拿治疗学的桥梁课程。通过本课程的学习与手法技能训练，可熟练掌握各种实用手法与功法的操作技能，并熟悉与了解推拿手法技术发展简史及其基础理论、基本知识、实验研究方法和临床辨证应用规律，为学习推拿治疗学与日后从事推拿临床工作，奠定理论与技能基础。

《推拿手法学》在全面继承传统推拿手法理论与实用手法技能基础上，并结合运用现代手法运动生物力学的观点与手段，倡导推拿手法运动生物力学实验教学模式，采用科学的技能训练方法，在理论上力求从运动生物力学的高度，对传统推拿手法的动作结构、动作原理赋以科学内涵，并注意介绍近现代有关推拿手法文献学、运动力学及治疗机制等领域研究的新成果及其今后的发展方向。为培养学生成为既能熟练掌握传统手法技能，又有较高理论水平，且具备一定科研能力的创新型推拿高级专业人才，提供一个高起点的教育与学术平台。

本教材由全国九所高等中医药院校合作编写。第一章绪论由王国才、费季翔、曾庆云编写，第二章推拿手法学基础理论由王国才、刘智斌、费季翔、曾庆云编写，第三章推拿手法学的基本知识由王国才、董洪英、曾庆云编写，第四章手法技能基础——推拿练功由金宏柱、李亚明、王国才编写，第五章单式手法由于天源、季远、李亚明、刘智斌、王国才编写，第六章复合手法由季远、

王国才编写，第七章复式手法由费季翔、曾庆云编写，第八章踩跷法由廖品东编写，第九章手法技能训练由王国才、金宏柱编写，第十章手法运动生物力学实验由沈国权、王国才编写，第十一章手法研究方向与成果简介由费季翔、曾庆云、沈国权编写。绘图董敏诗。

本教材适用于普通中医药院校五年制、七年制针灸推拿学专业的教学使用，由于其中还包含有推拿练功的内容，故可作为推拿手法学与推拿基础学的教材使用，也可作为研究生与进修生的参考教材，各院校可根据教学对象选择教学内容。

在编写期间各参编院校的领导和同仁们给予了极大的支持和帮助，在此表示衷心的感谢。另外，在编写过程中，参考并引用了《推拿学》五版教材与许多近年来问世的综合性手法学专著中的有关内容，并采撷了部分国内学者与编委们长期教学与科研获得的优秀成果，保证了本教材内容的先进性和科学性，对每位为本教材作出贡献的同道们、学者们，在此也一并表示谢意。

本教材全体编委，在工作期间精诚合作，尽了很大的努力，但限于作者水平，疏漏与不足之处在所难免，恳请同道在教学过程中，不断提出宝贵意见，以利于今后进一步修订与完善。

《推拿手法学》编委会

2003年元月

# 目 录

## 上篇 手法学基础

<b>第一章 绪论</b> .....	( 1 )
第一节 推拿手法学概述 .....	( 1 )
第二节 推拿手法学的任务与内容 .....	( 3 )
第三节 推拿手法学在推拿学中的重要地位 .....	( 5 )
第四节 推拿手法、功法与治疗学的关系 .....	( 6 )
第五节 推拿手法技术发展简史 .....	( 6 )
一、殷商时期 .....	( 7 )
二、春秋战国时期 .....	( 7 )
三、秦、汉、三国时期 .....	( 8 )
四、两晋南北朝时期 .....	( 8 )
五、隋唐时期 .....	( 9 )
六、宋金元时期 .....	( 10 )
七、明清时期 .....	( 11 )
八、近现代时期 .....	( 13 )
<b>第二章 推拿手法学的基础理论</b> .....	( 15 )
第一节 手法的定义 .....	( 15 )
第二节 手法的动作结构及其运动学、动力学规律 .....	( 16 )
第三节 手法技能的基本要求 .....	( 17 )
一、动作系统的类别原则 .....	( 18 )
二、动作形式的类型原则 .....	( 19 )
三、作用部位原则 .....	( 20 )
第四节 手法命名 .....	( 20 )
第五节 手法分类 .....	( 22 )
第六节 手法的作用原理 .....	( 25 )
一、手法作用的中医学原理 .....	( 25 )
二、手法作用原理的几种学说 .....	( 28 )
第七节 手法的补泻 .....	( 29 )
一、轻重补泻 .....	( 30 )
二、方向补泻 .....	( 30 )
三、频率补泻 .....	( 31 )
四、时间补泻 .....	( 31 )
第八节 手法的刺激量 .....	( 32 )

2	·推拿手法学·	.....	
	一、手法刺激量的基本概念	.....	(32)
	二、手法刺激量的度量	.....	(32)
	三、手法刺激量的临床应用	.....	(33)
<b>第三章</b>	<b>推拿手法学的基本知识</b>	.....	<b>(35)</b>
	第一节 手法与推拿流派	.....	(35)
	一、一指禅推拿	.....	(35)
	二、揉法推拿	.....	(36)
	三、内功推拿	.....	(36)
	四、指压推拿	.....	(36)
	五、点穴疗法	.....	(37)
	第二节 手法的施术原则	.....	(37)
	一、明确诊断	.....	(38)
	二、辨证施治	.....	(38)
	三、补虚泻实	.....	(38)
	四、因人、因病、因时、因地制宜	.....	(38)
	第三节 手法操作的注意事项	.....	(39)
	一、术者须知	.....	(39)
	二、禁忌症	.....	(40)
	第四节 手法操作的体位与姿势	.....	(41)
	一、患者体位	.....	(41)
	二、医者体位	.....	(42)
	第五节 手的部位与姿势的专用名称	.....	(42)
	一、手之特定部位的专用名称	.....	(42)
	二、拳之特定部位的专用名称	.....	(42)
	三、手姿的专用术语	.....	(43)
	第六节 手法反应与处理方法	.....	(44)
	一、手法良性反应及处理方法	.....	(45)
	二、手法不良反应及处理方法	.....	(45)
	第七节 推拿介质	.....	(45)
	第八节 推拿医师的自护	.....	(46)
	一、力量自护	.....	(46)
	二、肢体自护	.....	(47)
	三、精神自护	.....	(47)
<b>第四章</b>	<b>手法技能基础——推拿练功</b>	.....	<b>(49)</b>
	第一节 推拿练功的目的及其应用	.....	(49)
	一、动作明确, 锻炼全面	.....	(49)
	二、注重“意气”, 强调“内劲”	.....	(49)

三、医练结合，增强疗效 .....	(50)
第二节 推拿功法的特点 .....	(50)
一、推拿练功法的起源和发展 .....	(50)
二、专业训练的要领 .....	(51)
三、推拿练功和传统养生功法的区别 .....	(53)
第三节 推拿练功的姿势、呼吸及意念 .....	(53)
一、推拿练功的基本姿势 .....	(53)
二、推拿练功的呼吸 .....	(53)
三、推拿练功的意念 .....	(54)
第四节 易筋经 .....	(55)
一、基本步势 .....	(55)
站势 .....	(55)
丁字步势 .....	(56)
弓箭步势 .....	(56)
马步势 .....	(56)
二、基本功势 .....	(57)
第一势 韦驮献杵势 .....	(57)
第二势 横胆降魔杵势 .....	(58)
第三势 掌托天门势 .....	(59)
第四势 摘星换斗势 .....	(60)
第五势 倒拽九牛尾势 .....	(61)
第六势 出爪亮翅势 .....	(62)
第七势 九鬼拔马刀势 .....	(63)
第八势 三盘落地势 .....	(64)
第九势 青龙探爪势 .....	(65)
第十势 饿虎扑食势 .....	(66)
第十一势 打躬势 .....	(67)
第十二势 掉尾势 .....	(68)
第五节 少林内功 .....	(69)
一、基本裆势 .....	(70)
站裆势 .....	(70)
马裆势 .....	(70)
弓箭裆势 .....	(71)
磨裆势 .....	(72)
亮裆势 .....	(72)
并裆势 .....	(72)
大裆势 .....	(73)

4	·推拿手法学·	.....	
	悬裆势	.....	(73)
	低裆势	.....	(74)
	坐裆势	.....	(74)
	二、少林内功基本功势	.....	(75)
	前推八匹马	.....	(75)
	倒拉九头牛	.....	(76)
	单掌拉金环	.....	(77)
	凤凰展翅	.....	(77)
	霸王举鼎	.....	(78)
	两手托天	.....	(78)
	顺水推舟	.....	(79)
	怀中抱月	.....	(80)
	仙人指路	.....	(80)
	平手托塔	.....	(81)
	运掌合瓦	.....	(81)
	风摆荷叶	.....	(81)
	顶天抱地	.....	(82)
	海底捞月	.....	(83)
	饿虎扑食	.....	(83)
	力劈华山	.....	(84)
	乌龙钻洞	.....	(84)
	单凤朝阳	.....	(85)
	三起三落	.....	(86)
	第六节 辅助功法	.....	(86)
	一、颈项功	.....	(86)
	哪吒探海势	.....	(86)
	犀牛望月势	.....	(87)
	与项争力势	.....	(87)
	往后瞧势	.....	(88)
	金狮摇头势	.....	(89)
	二、肩臂功	.....	(89)
	幼鸟受食势	.....	(89)
	大鹏压嗓势	.....	(89)
	左右开弓势	.....	(90)
	霸王举鼎势	.....	(91)
	轮转轱辘势	.....	(92)
	三、腰背功	.....	(92)

仙人推碑势 .....	(92)
掌插华山势 .....	(93)
风摆荷叶势 .....	(93)
摇头摆尾势 .....	(94)
双手攀足势 .....	(94)
凤凰展翅势 .....	(95)
青龙腾转势 .....	(96)
白马分鬃势 .....	(96)
<b>四、腿功</b> .....	<b>(97)</b>
罗汉伏虎势 .....	(97)
白鹤转膝势 .....	(98)
行者下坐势 .....	(98)
四面摆莲势 .....	(99)
仙踪徘徊势 .....	(99)

## 中篇 手法技能

<b>第五章 单式手法</b> .....	<b>(103)</b>
<b>第一节 作用于人体软组织类手法</b> .....	<b>(103)</b>
<b>一、含义与施术原则</b> .....	<b>(103)</b>
<b>二、各类作用于人体软组织的手法</b> .....	<b>(105)</b>
<b>(一) 摆动类手法</b> .....	<b>(105)</b>
一指禅推法 .....	(105)
缠推法 .....	(110)
偏峰推法 .....	(111)
跪推法 .....	(113)
滚法 .....	(114)
拨法 .....	(116)
指弹法 .....	(120)
<b>(二) 摩擦类手法</b> .....	<b>(122)</b>
摩法 .....	(123)
擦法 .....	(125)
推盪法 .....	(127)
揉法 .....	(129)
平推法 .....	(132)
搓法 .....	(135)
旋推法 .....	(136)
指推法 .....	(137)



6 ·推拿手法学·	
抹法	(140)
运法	(141)
膊运法	(142)
刮法	(144)
扫散法	(145)
拘抹法	(146)
托摩法	(147)
搔法	(148)
(三) 振动类手法	(149)
抖法	(149)
颤法	(152)
振法	(152)
(四) 按压类手法	(155)
按法	(156)
点法	(157)
掐法	(160)
拿法	(161)
弹筋法	(163)
弹拨法	(164)
抵法	(165)
插法	(166)
拿五经法	(167)
捏法	(168)
挤法	(170)
揪法	(170)
捻法	(171)
勒法	(172)
(五) 叩击类手法	(173)
拍法	(173)
拳背击法	(174)
掌根击法	(176)
掌心击法	(177)
捶法	(178)
小鱼际击法	(179)
啄法	(180)
小指侧击法	(181)
弹击法	(181)

击点法 .....	(182)
第二节 作用于人体骨关节类手法 .....	(185)
一、含义与施术原则 .....	(185)
二、各类作用于人体骨关节的手法 .....	(191)
(一) 关节摇动类手法 .....	(191)
颈椎摇法 .....	(192)
腰椎摇法 .....	(193)
肩关节摇法 .....	(194)
肘关节摇法 .....	(197)
腕关节摇法 .....	(197)
髋关节摇法 .....	(198)
膝关节摇法 .....	(199)
踝关节摇法 .....	(200)
(二) 关节扳动类手法 .....	(200)
颈椎旋转扳法 .....	(202)
颈椎定位旋转扳法 .....	(203)
颈椎侧屈扳法 .....	(204)
仰卧位颈椎旋转扳法 .....	(205)
扩胸扳法 .....	(205)
上胸椎后伸扳法 .....	(206)
下胸椎后伸扳法 .....	(207)
上腰椎旋转扳法 .....	(208)
坐位腰椎旋转扳法 .....	(209)
侧卧位腰椎旋转扳法 .....	(210)
仰卧位腰椎旋转扳法 .....	(211)
腰椎定位旋转扳法 .....	(212)
腰椎后伸扳法 .....	(213)
髋髂关节后伸扳法 .....	(215)
肩关节扳法 .....	(215)
(三) 关节拔伸类手法 .....	(217)
坐位颈椎拔伸法 .....	(218)
低坐位颈椎拔伸法 .....	(219)
仰卧位颈椎拔伸法 .....	(220)
腰椎拔伸法 .....	(221)
背势腰椎后伸牵引法 .....	(223)
肩关节拔伸法 .....	(224)
肘关节拔伸法 .....	(225)

8 ·推拿手法学·	.....	
髋关节拔伸法	.....	(225)
膝关节拔伸法	.....	(226)
踝关节拔伸法	.....	(226)
(四) 关节伸展类手法	.....	(228)
颈椎前俯伸展法	.....	(229)
颈椎后仰伸展法	.....	(230)
颈椎侧屈伸展法	.....	(230)
颈椎旋转伸展法	.....	(231)
肩关节前屈上举伸展法	.....	(231)
肩关节内收伸展法	.....	(232)
肩关节外展伸展法	.....	(233)
肩关节后伸伸展法	.....	(233)
肩关节后伸提腕伸展法	.....	(234)
肘关节屈伸伸展法	.....	(235)
腕关节屈伸伸展法	.....	(235)
髋关节前屈伸展法	.....	(236)
髋关节后伸伸展法	.....	(236)
髋关节水平后伸伸展法	.....	(237)
髋关节外内旋转伸展法	.....	(238)
腰椎前屈伸展法	.....	(239)
腰椎后伸伸展法	.....	(239)
腰椎左右旋转伸展法	.....	(240)
(五) 关节平端类手法	.....	(240)
<b>第六章 复合手法</b>	.....	(242)
<b>第一节 复合手法的含义及操作要领</b>	.....	(242)
一、含义	.....	(242)
二、操作要领	.....	(242)
<b>第二节 常用复合手法</b>	.....	(242)
推摩法	.....	(242)
推揉法	.....	(244)
摩振法	.....	(245)
推振法	.....	(245)
按揉法	.....	(246)
掐揉法	.....	(247)
点揉法	.....	(247)
搓揉法	.....	(248)
提捏搓捻法	.....	(249)

提拿法 .....	(250)
滚摇法 .....	(250)
四指推法 .....	(252)
<b>第七章 复式手法</b> .....	<b>(254)</b>
<b>第一节 复式手法的含义及操作要领</b> .....	<b>(254)</b>
一、含义 .....	(254)
二、操作要领 .....	(254)
<b>第二节 常用复式手法</b> .....	<b>(255)</b>
二龙戏珠法 .....	(255)
凤凰展翅法 .....	(256)
苍龙摆尾法 .....	(258)
黄蜂入洞法 .....	(259)
黄蜂出洞法 .....	(260)
打马过天河法 .....	(261)
水底捞月法 .....	(262)
双凤展翅法 .....	(264)
揉耳摇头法 .....	(264)
老汉扳罾法 .....	(265)
猿猴摘果法 .....	(266)
丹凤摇尾法 .....	(267)
凤凰单展翅法 .....	(268)
孤雁游飞法 .....	(269)
取天河水法 .....	(270)
引水上天河法 .....	(270)
飞经走气法 .....	(271)
飞金走气法 .....	(272)
天门入虎口法 .....	(273)
按弦走搓摩法 .....	(274)
摇肘肘法 .....	(275)
肘肘走气法 .....	(275)
乌龙摆尾法 .....	(276)
双龙摆尾法 .....	(276)
赤凤摇头法 .....	(277)
凤凰鼓翅法 .....	(278)
老虎吞食法 .....	(279)
揉脐及龟尾并擦七节骨法 .....	(280)
捏脊法 .....	(281)

10	·推拿手法学·	.....	
	开璇玑法	.....	(282)
	按肩井法	.....	(283)
<b>第八章</b>	<b>踩跷法</b>	.....	(284)
	<b>第一节 概述</b>	.....	(284)
	一、含义	.....	(284)
	二、特点	.....	(284)
	三、基本器具	.....	(284)
	四、注意事项	.....	(285)
	<b>第二节 踩跷功法</b>	.....	(286)
	一、脚法训练	.....	(286)
	踮脚法	.....	(286)
	鲲鹏展翅法	.....	(287)
	孟女投江法	.....	(287)
	金鸡独立法	.....	(288)
	足蹬火轮法	.....	(288)
	五趾抓地法	.....	(288)
	二、手支撑训练	.....	(289)
	两臂支撑法	.....	(289)
	泰山压顶法	.....	(289)
	<b>第三节 基本脚法</b>	.....	(289)
	一、单式脚法	.....	(289)
	脚揉法	.....	(289)
	脚压法	.....	(291)
	脚点法	.....	(292)
	脚推法	.....	(292)
	脚颠法	.....	(293)
	脚摩法	.....	(294)
	脚搓法	.....	(294)
	足跟击打法	.....	(295)
	二、关节特殊整复法	.....	(296)
	蹬腰提腿法	.....	(296)
	蹬腰拉手法	.....	(297)
	跪腰晃肩法	.....	(297)
	骨盆调整法	.....	(298)
	跪颈仰头法	.....	(298)
	调脊法	.....	(298)
	小步走	.....	(299)

鸡啄米法 .....	(299)
伸筋法 .....	(300)
第四节 治疗脚法 .....	(301)
一、腰背部常用治疗脚法 .....	(301)
二、下肢部常用治疗脚法 .....	(303)
三、腕腹部常用治疗脚法 .....	(306)
第九章 手法技能训练 .....	(309)
第一节 米袋练习 .....	(309)
一、米袋的制作、规格与应用 .....	(309)
二、练习方法 .....	(309)
三、练习要求 .....	(311)
第二节 人体操作练习 .....	(312)
一、单种手法人体定点、定位及循经操作练习 .....	(312)
二、流派手法人体操作常规练习 .....	(313)
三、人体各部操作常规综合练习 .....	(318)
四、常见病操作常规练习 .....	(322)

## 下篇 手法实验与研究方向

第十章 手法运动生物力学实验 .....	(323)
第一节 手法运动生物力学的研究方法 .....	(324)
第二节 手法生物力学实验仪器及应用 .....	(325)
一、推拿手法力学信息测录系统 .....	(325)
二、推拿手法力学信息计算机处理系统 .....	(331)
第十一章 手法研究方向与成果简介 .....	(336)
第一节 手法文献研究与整理 .....	(336)
第二节 手法动作原理与动力型式研究 .....	(338)
一、推拿手法动作原理的研究 .....	(338)
二、推拿手法力学测试系统的研究 .....	(339)
三、脊柱手法动力学测定的研究 .....	(340)
第三节 手法治疗机制与临床应用研究 .....	(341)
一、手法对心血管系统的作用 .....	(341)
二、手法对消化系统的作用 .....	(342)
三、手法对呼吸系统的作用 .....	(342)
四、手法对血液循环系统的作用 .....	(343)
五、手法对运动系统损伤的作用 .....	(344)
六、手法镇痛原理的研究 .....	(345)
七、手法的其他治疗作用 .....	(346)

# 上篇 手法学基础

## 第一章

## 绪论

### 第一节 推拿手法学概述

推拿学是以“手法”作为其防治疾病主要手段的一门中医临床学科。这种在治疗学上极具特色的医学体系，从远古人类出于对自身伤痛的自护与肌肤自慰的需要，本能地用手在体表随意地触摸开始，像一株幼苗，经数千年历史长河的浇灌，在深厚的中华文化与医学背景的沃土中，不断生根发芽分枝，至今已发育成根深叶茂、果实累累的参天大树，成为中医学百花苑中的奇葩，并在世界医学之林独树一帜。

随着推拿学科整体上的学术进步，“手法”作为其基本的核心医疗技术，在手法的门类、操作技术及其训练方法、经验积累、疗效水平、适用范围、理论内涵及科研的深度与广度等方面，也都得到了令世人瞩目的发展。而手法在其各个学术层面上的全面提升，又为不断推动传统推拿学向科学化、现代化方向的发展，构筑了坚实的基础。

然而，现代推拿手法学的形成，经历了漫长的发育、成熟与完善的过程，因为，推拿手法本身，虽然早在隋唐时期就已在官方设置的医学教学机构中，由按摩博士向按摩生进行系统传授，但是，长期以来甚至直到近代，主要还是在民间，在一门一派的范围内以师傅带徒弟的形式，世代相传。特别到了清代末叶与民国时期，由于封建礼教思想的作祟及受西方外来文化传入的影响，推拿被当时的主流社会贬为“雕虫小技”、“究非奉君之道”，而倍受歧视。在这种历史背景下，造成推拿从业人员少且文化素质偏低，及推拿界门派林立、自我封闭的局面，高质量的著述与科学研究也就无从谈起，严重阻碍了推拿医学及其手法技术的学术总结、交流与发展，致使传统手法众多精严的技法技能、丰富的经验及临床应用等学术成果，散落在历史久远的时空与封闭在流派的门户之中，不能汇成大统而成为能代表与涵盖中医推拿手法整体特色的专业学科。

中华人民共和国成立后，在党的中医政策的引领下，自20世纪50年代开始，全国各大综合性医院、中医医院与教学科研单位，吸纳各地推拿名医参加工作，如郑怀贤、曹锡珍、刘寿山、王子平、魏指薪、施和生、李墨林、刘绍南、张汉臣、杜子明、孙重山、骆俊昌、

王雅儒、杨清山、杨宇清、朱金山、杨希贤、冯泉福等一大批对中国近代推拿医学发展作出过重要贡献的推拿耆宿，就是在这个时期，先后从自家开业的小诊所中走出，投身到社会医疗机构的大家庭中，悬壶临诊、带徒授业、执鞭教学及开展科研。1956年上海卫生学校举办首期推拿专业班，1958年又成立了上海中医学院附属推拿学校及其临床基地——上海市推拿门诊部，学校聘请了一指禅推拿传人王松山、王纪松、王百川、钱福卿，撿法推拿创始人丁季峰，内功推拿大家马万龙、李锡九等众多一流推拿名师为骨干教师，申江名医世家六代传人、推拿宗师丁树山先生嫡传弟子朱春霆任首任校长并亲自授课且临床带教。推拿专业教学从此走上了现代化院校教育模式的发展轨道。在这种崭新的医疗、教育体制下发展的推拿专业，在随后的几十年中，封闭的流派门户渐渐被打开，学术隔阂的坚冰慢慢被溶化，高素质的推拿专业人才不断涌现，各具特色的手法技能、学术观点与专业理论开始交流并逐渐融通，有关推拿手法文献、基础、动作原理及临床应用机制等各个层面的科研成果，其涉及的数量、范围与水平得到了全方位的提高。例如，早在1959年，由上海中医学院附属推拿学校编著的《中医推拿学》，就已打破门户之见，将一指禅、撿法、内功三大流派的手法汇集在一起，描绘了中国推拿手法系统的基本框架；1985年出版的高等中医院校教材《推拿学》中的推拿手法篇更是博采众家之长，把一指禅、撿法、内功、点穴、指针、运气推拿以及蹀跷法与大量伤科推拿和小儿推拿等流派的手法都采撷进来，还首次根据手法动作的运动学特征分成摆动类、挤压类、摩擦类、振动类、叩击类与运动关节类等六大类手法，初步构建成中国推拿手法的学术体系。1987年以后，有关手法的专著大量面世，如《中华推拿医学志——手法源流》（骆竞洪主编）、《推拿手法学》（曹仁发主编）、《实用推拿手法彩色图谱》（孙树椿主编）、《按摩手法集锦》（胡晓斌编著）、《按摩手法萃锦》（李茂林编著）、《实用推拿手法图解》（费季翔等编著）、《中国推拿手法学》（李业甫主编）、《按摩推拿手法一百八十种》（宋一同主编）、《推拿手法技巧图谱》（沈国权等编著）、《推拿手法技巧图解》（王金柱主编）等，挖掘、整理与汇集了丰富的古今中外、南北各派的推拿技法，在手法文献学研究及技法资料的积累方面有着重要的学术价值。同时，关于手法的科学研究也从各个侧面大力开展，从1959年开始就有人提出用生物力学原理来研究手法的设想，直至20世纪80年代初，山东中医学院王国才设计了“推拿手法力学信息研究”课题，并主持研究，到1981年创制“TDL-I型推拿手法动态力测定器”，测定记录了国内各推拿流派名医的“手法动态力学曲线图”，并对其力学特征初步分析；1983年10月利用先进的计算机技术开发成“推拿力学信息计算机处理系统”，此系统建成后，先后在上海、济南、杭州等地实测了70多名推拿专家与高年推拿医师的16种手法之360多条单手法资料，并进行了系统的计算分析，得到了大量具有重大研究价值的数据库；1990年又发明了“TDL-II型推拿手法力学信息测定仪”，使可测范围扩大到所有作用于人体软组织类手法。以上成果先后获两项中国专利、三项山东省科技进步奖、一项国家发明奖。在此期间，上海中医药大学在20世纪80年代中期也研制成推拿手法测定仪，1990年严隽陶等开展了“推拿手法深透性与生物组织作用机制研究”，沈国权等“推拿手法测定仪数据处理”研究获国家中医药管理局科技进步二等奖。同时研制成功“FZ-I型推拿手法测力分析仪”。另外，罗志瑜的“推拿手法深透力热效应研究”、严隽陶的“中医推拿摆动类手



法动力学分析”等一大批高水平科研成果的取得，极大地丰富了推拿手法理论，向传统推拿手法经验注入了大量现代科学内涵，为现代推拿手法学的形成提供了充足的养料。可以说，是传统推拿的丰富技法、经验与近代学者从现代科学的各个层面所取得的研究成果相结合，促使了传统推拿手法从其母体——中医推拿学中脱胎、发育，从而成为独立发展的具有现代科学内涵的推拿手法学。所以，现代推拿手法学是一门既古老又年轻的新兴边缘学科，是传统的推拿医学与现代科学相结合的产物，它将古老的手法经验、理论与现代运动生物力学、运动解剖学、生理学、生物物理学、心理学、数学及计算机技术等熔为一炉，使推拿医学这棵参天古木，重新焕发出蓬勃的生机，为培养高层次的推拿专业人才，发展人类健康事业作出更大的贡献。

## 第二节 推拿手法学的任务与内容

推拿手法学是研究推拿临床防治疾病的主要手段——推拿手法的术式结构、技能训练、动作原理、作用机制、临床应用规律及其研究方法与发展历史的一门专业学科。在推拿专业课程中，它是推拿各医学基础课与推拿治疗学之间的一门桥梁课程与专业的核心技能基础课程。推拿手法学所承担的任务是：通过本课程的学习及手法技能训练，要求学员了解、熟悉与掌握推拿手法的发展简史及其基础理论、基本知识、技能基础、操作技能、实验研究方法和临床辨证应用规律，为继续学习推拿治疗学与日后从事推拿临床和研究工作奠定理论与技能基础，以培养学生成为既有较高学术水平又能掌握纯熟的手法技能，且具有一定科研能力的高级推拿人才。

推拿手法学是理论性与实践性都很强的一门应用学科。《推拿手法学》的主要内容以传统推拿手法理论与实用手法技术技能为主线，并与运动生物力学等现代人体科学的理论、观点与实验技术相结合，采用先进的技能训练方法，倡导运动生物力学实验教学模式，既保持了传统中医推拿学术特色，又创造性地汲取了近代研究成果的新概念、新技术与新理论。因此，从整体上保证了教材的权威性、先进性与科学性，从而保证了推拿手法学教学的高起点、高水平和高质量。

本教材的具体内容有手法学基础篇、手法技能、手法实验研究与研究方向等3篇，共11章。上篇有绪论、推拿手法学的基础理论、推拿手法学的基本知识与手法技能基础——推拿练功等4章。在绪论章，首先阐明什么是推拿手法学，它的内涵与外延、形成过程、在推拿专业中的重要地位及技术发展简史，让学员了解学习手法的重要性及手法学的过去、现在及将来发展的方向，以激发他们学习的自觉性与积极性以及承担推动推拿医学不断发展重任的历史责任感，并为之作出贡献。推拿手法基础理论章，首先从运动生物力学的视角给出了推拿手法的科学定义，并进一步阐述了传统推拿手法术式的动作结构及其运动学与动力学特征为核心要素的动作原理以及手法操作技术的基本要求，为学员以后学习与研究手法技能提供指导性的理论。在本章的手法命名与分类的内容中，以传统经验与现代研究相结合的观点，从各个不同的角度，提出了手法命名与分类的方案及其理论依据。本章还简要介绍了

手法的作用原理、补泻原则与刺激量的概念及其辨证应用的规律，为掌握手法的临床应用规律及今后学习推拿治疗学在理论上做了重要的铺垫。推拿手法学的基本知识章，首先介绍了近现代中医推拿的主要流派，使学员在了解手法上下数千年纵向发展脉络的基础上，再进一步横向地弄清本教材中所收集的各种主要手法的流派归属，从而使其全面掌握手法源流的有关知识；其次介绍学员在学习、练习、操作及运用推拿手法时，必须具备的诸如施术原则、注意事项、操作体位姿势、有关专用名称、反应处理方法、推拿介质及推拿医师自我保护等基本知识。手法技能基础章，依次介绍了练功的目的、实用价值、推拿功法的特点，即与一般保健功法的区别，以及调心、调身、调息练功三要素的操作方法，使学员先从整体上了解学习推拿必须练功的道理，并初步掌握功法基本要领及其锻炼方法。本章的主要内容是介绍易筋经 12 势、少林内功 19 个功势和人体各部辅助练功法之 23 个功势的功法、功理与锻炼方法。学员不但从中可以从理论上进一步理解推拿练功在培养专业工作者身体素质、专项体能及临床医疗方面的重要作用，而且作为必练的课目，通过在教师指导下按步骤练功，使自身获得推拿工作者必须具备的身体素质，为下一步进行手法技能训练打好基础。

中篇为手法技能篇，共有单式手法、复合手法、复式手法、踩跷法及手法技能训练五章，是手法学中占篇幅最大的部分。在前 3 个章节中介绍了 102 种单式手法，12 种复合手法与 31 种复式手法，汇集了目前国内几乎所有推拿流派的治疗手法。在每类手法内容的开始，先提出有关该类手法的定义及施术原则，并对每一种手法详细介绍该种手法的定义、动作结构、操作要领、技能训练及临床应用，重要手法还有名医经验及现代研究的内容。其中，单式手法根据其在人体上操作的作用部位及作用力的形式，分成作用于人体软组织与骨关节两大类。单式手法是推拿临床应用最多的治疗手法，又是组合成各式复合手法与复式手法的基本成分与要素，所以是学员必须重点学习与掌握的内容。通过学习，在理论上理解每种手法的动作结构及其运动生物力学原理，即在理论上先理解为什么一定要那样操作，又为什么不能那样操作的问题，并在此正确理论的指导下，通过科学的技能训练，熟练掌握每种手法规范的操作技能，以完成手法学的主要学习任务。踩跷法章，简要介绍一种古老的推拿流派——踩跷法的功法、脚法与临床应用的内容。学员可从中了解中医推拿治疗学丰富多彩的内涵，并初步掌握踩跷法的有关理论与技法。手法技能训练章，主要说明手法技能必须依次经过的米袋练习、人体操作练习与常见病操作常规练习三个阶段的要求、目的与方法，是指导学员进行技能训练的总则。其中，人体各部操作分流派人体各部操作常规练习与人体各部综合操作常规练习两部分，学员对此分别练习、熟练掌握，不仅可以从中领略到各流派的操作风格与治疗经验，还可掌握具有临床实用价值的人体操作技能，此部分的内容可与《推拿治疗学》的相关内容衔接，并为学习《推拿治疗学》打下良好的技能基础。

下篇为推拿手法实验与研究方向，由手法运动生物力学实验和手法研究方向与成果简介两章组成。前者介绍手法运动生物力学的实验方法与专用实验仪器及其在手法教学与力学特征研究中的应用，提出了包括手法技能训练时的实时监测、手法“动力型式”的科学表达方式等内容的运动生物力学实验教学模式；后者介绍近代学者在多个层面的研究成果与发展方向。通过本篇的学习，学员可初步掌握实验仪器的操作应用及手法运动生物力学的研究思路、技术路线、实验方法与科学原理，并了解当前手法研究领域前沿的学术动态及今后的发

展趋势，为培养高层次创新型的推拿专业人才，提供一个高起点的学术平台。

### 第三节 推拿手法学在推拿学中的重要地位

推拿手法学是中医推拿学的有机组成部分，其在推拿学中的重要性，犹如方脉医之中药学、方剂学，针灸医之刺法灸法学。

“推拿……是指在人体一定部位上，运用各种手法和进行特定的肢体活动来防治疾病的一种方法”（《辞海》）；“推拿……是医者视病情施用手法治疗的一门中医学科”（高等医学院校教材《推拿学》）；“推拿，是在人体体表上运用各种手法以及某些特定的肢体活动来防治疾病的中医外治法”（《中国医学百科全书·推拿学》）；“推拿……是在人体一定部位上，运用各种手法和进行特定肢体活动，……以来防治疾病的方法”（《中医大辞典》）。从这些权威性辞书、著作中对推拿的定义，可见推拿手法是推拿医学防治疾病的主要手段，是推拿治疗学的核心医疗技术，故有人认为推拿是一门中医手法医学，自古以来这种手法医学的学科称谓，从一开始有文字记载起，就以其主要治疗手法的名称来命名。例如，殷商时期甲骨文中的“拊”，晚周时的“案摩”，西汉《引书》中的“引”，《五十二病方》中的“安”、“靡”、“捏”，先秦时的“拈引”、“案抚”、“案扞”、“毗媵”、“按蹻”、“矫摩”、“折技”、“抑搔”、“摩掌”等，《黄帝内经》中的“按摩”，直至明代成书于万历己卯年（1579年）的《幼科发挥》中方提出“推拿”一词。这种现象一直延续到现在，当代各著名推拿流派也还都是以其特色手法的名称作为其流派称谓的，如一指禅推拿、擦法推拿、点穴疗法、捏筋拍打疗法、踩跷法、指压推拿、弹筋推拿、捏脊疗法等，可见推拿手法在推拿学中的重要地位。

当然，推拿手法之所以在专业领域内取得如此重要的学术地位，古今医学家与广大人民群众之所以钟爱与推崇这种手法医学，其主要的原由是因为长期的实践证明，推拿手法适用范围广泛，对人体不仅有良好的养生保健作用，而且具有卓著的临床医疗效果。其适应症遍及内、伤、外、妇、五官、小儿各科，在许多方面有着其他任何治疗方法都无法替代的特异医疗作用，从而使推拿医学发展成为可与方脉医、针灸医比肩的现代中医临床专业学科之一。

推拿手法的重要性，还体现在它又是推拿临床的一种诊断技术与确定治疗部位和应取穴位的手段。如《黄帝内经》中提出“病痛者阴也，痛面以手按之不得者，阴也”（《灵枢·终始》）；“以痛为输”（《灵枢·经筋》）；“欲得面验之，按其处，应在中而痛解，乃其输也。”（《灵枢·背腧》）等。这些古人的经验至今在推拿医学中已发展成为一种常用的“经穴触诊法”，也称“经穴切诊法”，即在临诊时，推拿医生以其具有灵敏感知能力的手，在患者经穴分布区域成病变部位的软组织，应用触、摸、按、压等手法，感知诊察其弹性变化的情况，以及是否有痛性筋结、筋索，有无捻发感、弹响感、碾细沙样感等异常触觉，以诊断病痛的性状及确定应取的治疗经穴与部位，并以此指导手法的操作运用。

## 第四节 推拿手法、功法与治疗学的关系

“手法”一词的本义，应释为是一种处理事件的方法，并含有技巧、功夫与作风的意义。所以，“推拿手法”可理解为：以医疗为目的，医者用手在体表经穴与相关部位所进行的、须经过长期训练才能获得的一种具有规范技巧，并带有流派与个人风格的操作方法。可见，一个有志于推拿事业的学员，从一无所知、一无所能开始，到成为一名合格的推拿医生，其间，除了要学习与掌握相关中西医学基础与临床医学课程的理论与技能外，在专业技能与医疗技术方面，一定要经过刻苦锻炼，熟练掌握推拿手法的操作技能及其临床应用规律，才能完成推拿临床赋予的防治疾病的医疗任务，而成为称职的推拿临床医师。

传统推拿学在培养专业人才方面的经验告诉我们，手法技能的获得必须经过练功，而练功的过程包括推拿基础功法（徒手练功）与手法技能训练（米袋练习）及相关人体练习。其目的与任务是：

1. 通过较长时间的徒手练功，使练功者从一个“凡体”达到“精、气、神”三宝合一的境界，在身心素质方面，包括心理、意念的调控能力，脏腑器官的功能水平及肢体的力量、耐力、灵敏性、柔韧性等各方面的素质得到明显提升，为第二阶段的训练准备好身心方面的基本条件。所以，将此阶段的推拿练功，称之为手法技能训练的基础。

2. 手法技能训练阶段，包括米袋练习与人体练习两部分。米袋练习在传统推拿学中又称为米袋功，是在徒手练功之后进行的手法基础练习课目，通过此阶段练习，旨在掌握各种作用于人体软组织类手法动作结构的规范操作技术，并进而练习操作时全身各环节的协调性与增强术手的臂力、指力及提高其灵敏度与柔韧性。在此基础上再进行人体操作练习，目的是进一步获得在人体上进行手法操作的技能与体验，为临床实用奠定坚实基础。

总之，从上述过程可见：练功、手法与推拿治疗学之间的内在联系，犹如建造一座大楼，徒手练功是筑基打桩阶段，手法技能训练是在垒砖盖瓦，待手法练成则好比楼厦落成。然而，大厦建成的终极目标是要充分发挥其各项服务与应用功能，使之转化成明显的社会效益。因此，掌握手法技能的最终目的是为了满足不同推拿治疗学各项医疗任务的需要，为人民的健康事业提供优质的医疗服务。这就要求推拿专业学员脚踏实地、持之以恒、刻苦锻炼、扎扎实实地完成各阶段的练功训练课目，使自己功法与手法依次渐进，最终掌握各种功法与手法的操作技能，圆满完成《推拿手法学》的学习任务。当然，要使手法操作技术具有深厚的功力并形成明显的个人风格，达到精熟的层次，决不是一蹴而就的，而是要以“十年磨一剑”的决心，坚持不懈地在日后长期的临床实践中磨炼，才能功到而自成。





## 第五节 推拿手法技术发展简史

中国推拿手法源远流长，起源于古代人类的生产劳动和生活实践经验，并不断发展总结

至今。从总体上说推拿手法技术的发展经历了由少渐多，由简而繁，由自发到自觉，由单纯使用手推拿到利用肢体其他部位或借助器械操作，由纯手法治疗到借助药物介质提高临床疗效，由笼统的成人推拿到出现小儿推拿、伤科推拿、内科推拿等并自成体系，由分散的不系统的民间手法到形成各具特色的不同推拿流派，其适应范围也相应地由殷商时期用“拊法”治疗腹疾发展到治疗内、外、妇、儿等多科疾病。

恩格斯在《自然辩证法》一书中曾经提到：“摩擦生热在实践上是史前的人就已经知道了的，因为他们也许在10万年前就发现了摩擦取火，而且他们在更早就用摩擦来使冻冷了的肢体温暖。”这种用摩擦取暖的方法类似后来的摩法，原始人在受到外伤时也会本能地抚摸和按压受伤部位，发现这样可以使疼痛得以缓解或消除，当时人与人之间通过互相抚摸的肢体语言得到心灵的安慰和交流。从这种原始的、简单的手部动作中总结出推拿这门古老的非药物治疗法，这就是推拿手法的起源。它比砭刺、艾灸、药物等借助于外在物质的治疗方法要古老得多。可以这样说，自从出现了人类，就产生了推拿手法，只是此时的手法还是一种出于人类自卫防御本能的自发医疗行为，以后才逐步发展成为人类早期的医学方式。据《史记》记载：“上古之时，医有俞跗，治病不以汤液醴酒，鑿石，拊引、案抚、毒熨。”其中“拊引”、“案抚”即按摩与肢体主、被动运动等医疗方法。

## 一、殷商时期

殷商时期，原始巫吏盛行，他们常利用包括按摩在内的一些民间治疗方法的效验来印证其神力，因而巫吏又被称为“神医”或“巫医”。殷代是我国历史上第一个有文字可考的朝代，在现代出土的甲骨卜辞中，反复出现这个象形文字，表示一人用手在另一人的身上抚按；字隶化后写作“付”字，即“拊”字的初文。《说文解字》云：“拊，搯也。”“搯，摩也。”这是一种按摩手法的称谓，主要用于保健或治疗腹部疾病。这也是有关推拿手法最早的文字记载。卜辞中还有一个“殷”字，在钟鼎文中写作，左边是一位袒腹之人，右边是一只手执着形按摩器具（也有人认为是砭石）为其做推拿治疗或保健，是此期推拿手法的应用，除单纯运用手操作外，还有手持器械进行治疗的明证。在出土的殷商甲骨文卜辞中，曾多次提到擅长按摩的巫医“媯”、“拊”的名字，可见当时已有医术高明的专职按摩师。其中有的以“拊”为名，说明当时推拿的主要治疗手法是“拊法”。

## 二、春秋战国时期

在这一时期，巫医流人民间并变成拥有实际医疗技术的医者，从而促进了推拿手法的进一步发展。湖南长沙马王堆汉墓出土的帛画《导引图》，描写各种医疗和保健导引动作，是最早的自我推拿图谱，记载了以双手搓腰、揉膝等自我保健按摩手法。《五十二病方》是马王堆汉墓出土的一部重要医学著作，书中记载的推拿手法有安（按）、靡（摩）、摹、蚤挈、中指蚤（搔）、括（刮）、捏、操、抚、循等；推拿治疗的疾病包括小儿惊风（“婴儿瘕”）、腹股沟疝、癰闭、疣、外伤出血等内、外、伤、儿科的17种病证；书中还记载了我国历史上最早的以车故脂（即用了多年的车轴润滑油）、黍潘（即黍米熬的汤汁）等作介质配合推拿手法的药摩与膏摩方法，这种将按摩与药物外治法相结合的创造，对我国推拿手法的发展

有深远的影响。《五十二病方》中还提到当时运用的多种推拿器械，如木椎、筑、钱币、羽毛等，其中最富有特色的是《养生方》中提到的“药巾”，是将帛浸在药汁中或把药物涂在布上，用以按摩身体进行养生保健。湖北省江陵县张家山发掘出土的《引书》，是一部导引术专著。其基本内容包括自我按摩与肢体被动运动，其中自我按摩的手法有摩法，如“以足摩（摩）”、“摩足跗”、“摩目”、“摩手”；摇法，如“摇指（趾）”、“摇弘（肱）”；举法，如“举颞（即颈椎自我牵引）”等。另外还有多种被动运动类手法，如口内复位法治疗颞颌关节脱位、仰卧位颈椎牵引法治疗颈项强痛、颈椎后伸扳法治疗喉痹、腰部踩踏法及后伸扳法治疗痢疾等。此外，当时成书的许多非医学名著，如《老子》《孟子》《荀子》《墨子》等中都可见到有关推拿手法方面的记载。《孟子·梁惠王上》中有“为长者折枝”之说（折枝即指为老年人而做的一种以四肢关节被动运动为主的保健推拿术）。这说明当时推拿手法作为一种比较成熟的医疗与保健的手段在民间已被广泛应用，手法的形式亦日臻完善，适用范围明显扩大，治疗效果得到了进一步的提高。

### 三、秦、汉、三国时期

秦、汉、三国时期，诞生了我国第一部推拿医学专著——《黄帝岐伯按摩经》10卷（已佚）。与其同时成书的《黄帝内经》中，对推拿的起源、手法、临床应用、适应病证、治疗原理以及推拿教学等各方面内容无所不涉。《黄帝内经》第一次提出了“按摩”一词，将用手抑压和揉抚的疗法称为“按摩”，记载了按、摩、推、扞、循、切、抓、搯、弹、夹、卷等11种手法，而将使患者屈伸手足、呼吸俯仰的疗法称为“导引”、“跷引”；两法合用称为“按跷”或“跷摩”。同时，书中记载了当时使用的一些推拿工具，如九针中用以“揩摩分肉”的圆针、“主按脉勿陷”的鍤针等。书中还精辟地阐述了推拿手法的作用机理，如“按之则血气散，故按之痛止”，“按之则热气至，热气至则痛止矣”。并将推拿手法中的“摸法”作为触诊手法用于疾病的诊断。在推拿人员的选才与考核上，提出“缓节柔筋而心和调者，可使导引行气……爪苦手毒，为事善伤人者，可使按积抑痹”。由此可以看出，这一时期对推拿人才的选拔培养注重先天条件。《汉书·苏武传》中记载了用“蹈”法，即用足轻叩其背救醒苏武的一种推拿方法，这可能是关于踩跷法详细操作过程的最早记载。膏摩疗法在此期有了进一步发展，甘肃省武威出土的《汉代医简》记录了第一张完整的膏摩方——“治千金膏药方”，书中所载的“三指摩”是后世膏摩的基本手法之一。东汉张仲景所著《金匱要略》首先总结了“膏摩”疗法，认为它具有手法与药物的双重治疗作用，不仅提高了疗效，而且扩大了推拿治疗范围。三国名医华佗擅用膏摩治疗伤寒及驱除肌肤的浮淫，创造了“五禽戏”导引法。另外，在《金匱要略》中，还详细记载了用按摩方法救治自缢的胸外心脏按摩术、按腹人工呼吸法、颈椎牵引、四肢关节屈伸法等，其中运用的按摩手法有摩、捋、屈伸、按、揉、踩、牵引等7种，将推拿手法与现代心肺复苏术结合起来。但这些手法大多缺乏具体操作过程的描述，只能从名称中推测其大概操作方法。

### 四、两晋南北朝时期

两晋南北朝时期，膏摩术逐步完善并得到广泛应用。东晋道家葛洪在《肘后备急方》中首次系统总结了膏摩的方、药、证、法和摩膏的制作方法。书中还记载了许多推拿手法，如

掐人中治疗昏厥、大指按胃脘部治疗“卒心痛”、抓脐上3寸或抄举法及捏脊法治疗“卒腹痛”、用背法急救溺死等。书中记载的治疗颞颌关节脱位的口内复位法已较《引书》更完备，目前还被临床广泛应用：“治疗一人以指牵其颐，次以渐推之则复入。推当疾出指，恐误啮伤人指也。”这是将按法、牵引法、推法等按一定次序进行的操作规程。南北朝时期著名医药学家、道家、炼丹家陶弘景在《养性延命录》一书中设有“导引按摩”专卷，详细介绍了琢齿、熨眼、按目四眦、引耳、引发、摩面、干浴、掣脚、梳头、搓头顶、伸臂股等成套导引及自我按摩动作，涉及的手法有摇、指按、摩、授、措摩、振动、推、筑、掣、挽、梳等，将保健按摩与导引、服气紧密结合，为后世自我推拿术的形成奠定了基础。此外，该书还记载了一些检查手法，如指捏、指按、指弹、捻法等，虽未介绍这些手法的操作方法，但可以为研究手法的发展提供启示。另外，在《真诰篇》中记有用“曲折”法治疗“风痹不授”等病证，“曲折”即使患者肢体关节屈伸的被动运动类推拿手法，可能属于骨伤推拿的早期著作。东晋《刘涓子鬼遗方》中记载了用擦法与拓法（以药布为工具在患处反复熨擦）治疗皮肤病及痈疽的具体情况，辨证选用“摩四边”、“摩左右”、“病上摩”、“向火摩”等不同的膏摩手法。南北朝时期成书的《太清道林摄生论》是自我按摩向套路化发展的代表性著作。书中记载了许多导引与自我保健推拿方法，其中“按摩法第四”载有“自我按摩法十八势”和“老子按摩法”，涉及的手法有扭、捺、按、筑、顿、捶、掣、捺、捻、折、拔、摸、振、摇、掘、打、伸等17法。同时，书中还强调了“蹋法”对于全身保健的作用。蹋法又称蹠法，是以足部垂直踩踏为主，适于在背部脊柱部位操作，相当于现代的踩跷法。

## 五、隋唐时期

隋唐时期是推拿发展的盛世。在这一时期，由于受到政府的重视，推拿得到了空前的发展。在隋唐时期开始了有组织的推拿手法教学工作，由按摩博士教导按摩生“导引之法以除疾，损伤折跌者正之”。此期的自我按摩与膏摩疗法亦得到更广泛的应用和进一步地总结。如隋代巢元方的《诸病源候论》在每卷之末都附有导引、按摩等相关的“补养宣导”之法，涉及的手法有指摩、掌摩、捋、拭、捻、按、捺、摇、爪、捺、振、顿、捺、掘等。尤对摩腹法的记载和论述较为详细，这对后世的揉腹法、摩腹运气法、腹诊推拿法等形成有很大的影响。唐代孙思邈的《千金方》将导引与推拿结合用于保健推拿，如《千金要方》中记有“老子按摩法”47式和“天竺国按摩”18式，涉及的手法有按（捺）、摩、摸、捻、掘、振、摇、拍打、扭（捺）、托、抱、顿、挽等13种；并系统论述了用膏摩法治疗小儿疾病，列举了“中客忤强项欲死”、“夜啼”、“腹胀满”等十几种小儿病证的膏摩治疗；载有“小儿虽无病，早起常以膏摩囟上及手足心，甚辟寒风”以及摩小儿心口、脐等，首次将膏摩用于小儿保健推拿；书中还记录了摩眼、叩齿、挽发、押头等自我保健推拿方法及许多特色推拿手法的操作，如治疗急性腰痛的多入牵引（拔伸）法、下颌关节复位法、子宫下垂推纳法、脱肛仰按法、难产（倒产）摩腹法等，以及关于将推拿手法用于诊断与定穴的按背俞、按腰目、定膏肓俞、定阿是穴法等记载。《外台秘要》系唐代王焘所著，书中记载了用于治疗噎症及癆瘵的三指按脊法和屈指推脊法等脊柱推拿的手法，介绍了治疗霍乱转筋的手拗脚趾（扳脚趾）法、授腹通便法、捉筋治噎法等许多按摩治病的经验；该书还辑录了大量膏摩方，并注明出处，有助于后世了解膏摩发展的源流。《仙授理伤续断秘方》由唐代蔺道人所著，是我

国现存最早的骨伤科专著。书中介绍了用于检查诊断的揣、摸、捻、捺4种推拿手法，详细记录了拔伸、搏捺、捺正等正骨手法，指出“凡认损处，只要揣摸，骨头平正不平正便可见。凡左右损处，只相度骨缝，仔细捻捺，忖度便知大概。凡拔伸，且要相度左右骨如何出，有正拔伸者，有斜拔伸者。若骨出向左，则向右拔入；骨向右出，则向左拔入。拔伸，当相近本骨节损处，不可别去一节骨上。拔伸不入，搏捺相近，要骨头归旧，要搏捺皮将就人骨。凡捺正，要时时转动使活。”同时，书中还介绍了利用力学的杠杆原理治疗肩关节脱位的椅背复位法和髌关节后脱位的手牵足蹬法，标志着推拿手法的进一步分化和提高。唐代沈汾在《续神仙记》中记载了唐代杭州县吏马湘以“竹杖打之”治疗“腰、脚曲”等疾病“应手便愈”，是用器械进行拍打手法的最早记载，类似于后世内功推拿流派的桑枝棒击打法。隋唐时期中国的政治、经济、文化与交通均有较大的发展，对外文化交流出现了欣欣向荣的局面，推拿手法也随中医学传到朝鲜、日本等国及阿拉伯地区，促进了这些国家推拿医学的发展。如日本的“大宝律令”中将推拿作为医学生的必修课程之一，这为日本现代盛行的“手技三法”——古典按摩、西洋按摩、指压疗法的形成奠定了基础。

## 六、宋金元时期

宋金元时期比较重视推拿手法的分析，并对推拿手法的理论进行了全面总结。由于此期的推拿疗法主要用于骨伤科和儿科疾病的治疗，这就孕育了后世推拿的正骨推拿与小儿推拿的学科分化，使推拿渐渐向专业化方向发展。北宋末年由政府组织编写的《圣济总录》是一部包括现存最早、最完整的推拿专论的医学著作。书中就按摩的含义及按与摩的区别进行了阐述：“可按可摩，时兼而用，通谓之按摩。按之弗摩，摩之弗按。按止以手，摩或兼以药。曰按曰摩，适所用也。血气形志论曰：形数惊恐，经络不通，病生于不仁，治之以按摩，此按摩之通谓也。阴阳应象论曰：其强悍者，按而收之。通评虚实论曰：痛不知所，按之不应手，乍来乍已，此按不兼以摩也。华佗曰：伤寒始得一日，在皮肤，当膏摩火炙即愈，此摩不兼于按，必资之药也。”本书分析和批判了将按摩与导引混为一谈的现象：“世之论按摩，不知析而治之，乃合导引而解之。夫不知析而治之，固已疏矣，又合以导引，益见其不私也。”书中还对推拿手法的作用机制进行了精辟的概括：“大抵按摩法，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。”这一论断被认为是古代对推拿治疗机制的传统经典论述。另外，该书还对推拿手法的适应范围及禁忌症进行了分析，指出在什么样的情况下可以出现“按之痛止”、“按之无益”、“按之痛甚”、“按之快然”等效应，这是对推拿手法辨证应用理论的一大贡献；该书还将宋代以前十余家养生学派的保健按摩方法各取其长，编成一套完整的养生功法，即“神仙导引”，这套功法共14节，其中11节是自我保健按摩功，后世的“八段锦”、“十二段锦”等保健功法均由此引申而出。宋代张杲所撰的《医说》中记载的搓滚竹管治筋缩法，开创了用器械代替推拿手法促进肌腱、关节功能康复的先河。元代是骨伤推拿这一流派发展和完善的重要时期，无论是危亦林所著《世医得效方》中首创的利用患者自身的重量来牵引整复的各种方法，如肩关节脱位的坐凳架梯复位法、髌关节前脱位的倒吊复位法和脊柱骨折的悬吊复位法；还是李仲南所写的《永类铃方》中记载的用于治疗腰骨折断的多人牵拉下肢配合同步腰部按压法；或是《回回药方》中提到的用“脚踏法”或将“擗面椎于脱出的骨上”治疗脊柱骨折法等，都是正骨手法的史无前例的创新和



发展。

## 七、明清时期

明代是中国推拿发展的第二个盛世。在推拿治疗小儿疾病方面，逐步积累了丰富的临床经验和理论知识。明代徐用宣的《补要袖珍小儿方论》载有现存最早的小儿推拿专篇“秘传看惊掐筋口授心法”，记录的手法有掐、揉、按、推、擦等5种，另有“龙入虎口”、“苍龙摆尾”2种复式手法，这是关于小儿推拿复式手法的最早记载，为小儿推拿学科的独立奠定了基础。1601年，四明陈氏所著《小儿按摩经》问世，它是中国第一部小儿推拿专著，原名《保婴神术》，书中记载的推拿手法有捏、揉、推、按、摩、运、搓、摇、分、合、点、摘、括、捻、扯（挎）、推、拂等17种单式手法，并介绍了黄蜂出洞、水底捞月、凤凰单展翅、打马过河、飞经走气、按弦搓摩、天门入虎口、猿猴摘果、赤凤摇头、二龙戏珠、丹凤摇尾、黄蜂入洞、凤凰鼓翅、孤雁游飞、运水入土、运土入水、老汉扳罍、肘肘走气、龙入虎口、苍龙摆尾等20种小儿复式推拿手法，小儿推拿体系的雏形已基本形成。现存最早的推拿专著单行本《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》，成书于1604年，系由明代龚廷贤所撰，新增滚、笃、打拍、开弹、拿等5种推拿手法，复式推拿手法虽仅提12法，但其中新增乌龙双摆尾、老虎吞食及拿十二经络法，我们今天采用的“推拿”这一学科名称，正是该书首先提出来的。至1605年，周于蕃著《小儿推拿秘诀》，详细地介绍了拿法（身中十二拿法），并阐明了手上推拿法（9种复式手法）、阳掌诀法（15种掌面操作法）、阴掌诀法（7种掌背操作法）以及推法、摇头法、运法等小儿推拿手法。由罗洪先撰写的《万育仙书》，又名《万寿仙书》，专论小儿推拿，在其上卷“按摩目”中首次出现了包括“黄蜂入洞”等16幅手法的操作图，有利于小儿推拿的推广应用。至此，小儿推拿作为推拿学科的一个学术分支已经形成，并在辨证、手法、穴位、治疗等方面形成了独特的体系。在清朝的初中叶，小儿推拿又得到了进一步的发展，一批对后世影响较大的小儿推拿专著问世。如熊应雄编写的《小儿推拿广义》一书介绍了9种单式手法，14种复式手法，包括推攒竹、推坎宫、运耳后高骨等法，并首次提出在小儿推拿治疗中应按“推拿面部次第”、“推拿手部次第”等顺序进行常规操作，另外，该书还附有21幅手法操作图，丰富了小儿推拿学的内容。骆如龙的《幼科推拿秘书》中记载了按、摩、推、拿、掐、揉、运、分、合、点、摇等11种单式手法和42种操作法，复式手法中新增“揉脐及龟尾并擦七节骨”和“总收法”2种，总称为“十三大手法”。清代夏禹铸所撰的儿科专著《幼科铁镜》一书收录了推、拿、掐、揉、运、捻、搓、摇等8种手法，阐述了“用推即是用药”的观点，并作“推拿代药赋”，借助常用的药物说明手法的功用，如“推上三关，代却麻黄、肉桂；退下六腑，替来滑石、羚羊”，从而有利于增进当时医家对小儿推拿的理解和推广。清代徐崇礼所著的《推拿三字经》以三言歌诀的形式介绍小儿推拿和成人推拿，认为根据年龄增加推拿次数，小儿推拿手法也可用于成人。夏云集所撰的《保赤推拿法》介绍了86种小儿推拿常用操作方法，简释了推、拿、掐、搓、摇、捻、扯、运、刮、分、合、揉等12种手法的操作要领，并提出“医者已大指、食指皆不可修留爪甲……医手最宜轻稳，莫致儿皮肤疼痛”等手法操作的注意事项。张振鏊编撰的《厘正按摩要术》一书中，首次将小儿推拿常用手法归纳为按、摩、掐、揉、推、运、搓、摇等8种手法，并认为拿法是诸种手法之统称。明代的《按摩经》是现存最早的一

本成人推拿专著，作者不详，书中总论有“神拿”72法，手法操作从头始，至胸胁、肚腹、背部和下肢。书中详细记载了手法二十四则：“丹凤展翅一……黄蜂出洞二……双龙投海三……催兵布阵四……”包括掐、按、抓、推、拢、摩、揉、踩、拿、振、捻、弹拨、揪等13种推拿手法。此外，正骨推拿手法在明代得到进一步发展，由朱橚等人编撰的《普济方》中记载的正骨手法已有27种，比危亦林的《世医得效方》增加了近一倍。王肯堂编撰的《证治准绳》一书记载了15种骨折脱位的整复手法。由于明代中后叶，按摩科被取消，推拿转向民间发展，流传于当时的浴室和理发业，使保健按摩这一学科分支进一步分化完善。由罗真人撰《净发须知》，又名《江湖博览按摩修养净发须知》《按摩修养歌诀》，详细记载了人体各部保健推拿操作法，仅头部就有“抓动九宫”、“重按百会”等近20法。《摄生要义》系明代王廷相所撰，书中的“按摩篇”除论述自我养生按摩外，还有一套全身保健按摩操作程序——“大度关法”，“凡人小有不快，即须按摩揉擦，令百节通利，汇其邪气”。这是明代关于保健按摩操作过程最完整的记录。明末曹珩所著《保生秘要》中主要论述了各种疾病的自我导引法，其中有许多自我按摩手法，如扳、搓、拿、摩、擦、掐、运、分、击（弹）、指按、掌熨、一指点、指甲捻、擦摩、摩运、搓运、擦搓、分摩、推拂、中指熨搓等单式及复合手法以及双手悬梁自重牵引法等被动运动手法。辅助推拿工具在这一时期得到广泛应用，如明代徐春甫所撰《古今医统》记载了用木梳梳全身和以翎扫头部这两种按摩工具的应用。《韩氏医通》中用“木拐按节法”配合摩、擦、推、拿等手法作保健按摩。龚廷贤的《寿世保元》有关于铁物压止痛法的记载。明代张介宾晚年编撰的《景岳全书》记载了用背部刮痧法治疗痧证，另外还有关于手法助产、阴道手法治疗产后胞衣不下、手法揉乳治疗产后急性乳腺炎、中指按捺及摇动耳窍防治耳鸣耳聋等相关资料。《易筋经》开后世捏筋拍打疗法流派之先河，用木杵、木槌、石袋拍打肢体治疗疾病，并有“揉法”专论。由此可知，明代不仅在小儿推拿方面形成了独立体系，在成人推拿中的正骨推拿、保健推拿与自我保健推拿以及用器械进行推拿方面均有很大发展，为清代某些推拿流派的创立奠定了基础。

清代推拿手法进一步发展分化，治疗范围不断扩大。唐元瑞继承前人推拿手法，结合自己实践编著的《推拿指南》中载有各种眼疾的推拿手法及操作方法61条，是一部眼科推拿专著。此外，清代推拿医师在伤科疾病的治疗方面，取得了令人瞩目的成就。如由吴谦等人集体编辑刊行的《医宗金鉴》一书，将摸、接、端、提、推、拿、按、摩列为伤科8法，并对手法的定义、操作、功用均有明确的解释，如“按者，谓以手往下抑之也；摩者，谓徐徐揉摩之也”。强调推拿手法的好坏对治疗效果有直接的影响，如“伤有重轻，而手法各有所宜，其痊可之迟速，及遗留残疾与否，皆关乎手法之所施得宜，或失其宜，或未尽其法也”；又指出“手法亦不可乱施……设手法再误，则万难挽回矣……既知其病情，复善用夫手法，然后治自多效”；将手法的技术要求概括为“一旦临证，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出”，“法之所施，使患者不知其苦，方称为手法也”，这标志着伤科推拿这一学科分支在此期已基本形成。清代吴尚先所著《理瀹骈文》是一部外治法专著，书中记载的推拿手法有擦、三指擦、揉、抹、推、拍、刮、拿、搓、捏、梳、搓挪、足踏等，对膏摩疗法的理、法、方、药进行了系统的总结，提出推拿时“手势不可过重，令患者难受”的注意事项。另外，该书还载有按摩面部的“按摩补五脏法”。《石室秘录》系清代陈士铎所著，其中“摩治法”篇记载了以多人同时操作的手法治疗“手足疼痛”、“颈项强直”等，而在“动治

法”篇中，不仅介绍了自我竹筒转踏法，还介绍了“反转患者之手在背后，以木槌捶之”和“将其手延拳回不已”的上肢被动运动法。明清时期还形成了许多推拿流派，包括点穴推拿流派、一指禅推拿流派、内功推拿流派等。点穴推拿流派是以点法和按法为主要手法，在有关经穴、奇穴、特定穴和特定线路上进行操作，达到防治疾病目的的推拿流派。其代表人物有明代的异远真人、清代的赵廷海。而清代王文（1840~1927年）口授的《推按精义》中记载的补、泻、调、压、推、拨、分、扣、按9种基本手法属于脏腑点穴推拿流派。一指禅推拿流派系清代同治年间由太医李鉴臣传于扬州丁凤山，该流派最主要的基本手法由一指禅推法，再加按、摩、拿、搓、抄、滚、捻、缠、揉共10种方法组成，后李氏又增加了摇、抖2法，演为12法。该流派手法的特点强调以柔和为贵，但应柔中寓刚，刚柔相济。内功推拿流派是在锻炼“少林内功”的基础上，结合临床治病的经验逐渐形成和发展起来的。流传于北方，至清末传至山东济宁李树嘉，此时该流派已形成一套独具特色的完整的治疗方法。此后，又由李氏传于同乡马万起。该流派最主要的手法是擦法（又称平推法），其余还有五指拿法、扫散法、推桥弓法、掌击法、拳击法、棒击法等。手法的特点是要求在操作时刚劲有力、迅捷连贯，并主张将手法治疗和患者自我锻炼“少林内功”相结合。自明清时期开始，为增强施术者的身体素质，减少职业损伤，各流派从众多武术功法中提炼总结出一系列推拿练功方法，如一指禅推拿流派要求练习的“易筋经”，内功推拿流派要求练习的“少林内功”，点穴推拿流派要求练习的“扎腰功、撞墙功”等，以后逐渐发展成为推拿从业者的必修课程。

## 八、近现代时期

民国时期出版了不少较为详细地记录手法操作过程的小儿和成人推拿著作，如钱祖荫编著的《小儿推拿补正》一书对推、拿、掐、运、揉、拈、搓、摩、按、摇、分、合等12种小儿推拿基本手法的定义、操作方法和机制作了简明扼要的解释，鲜见于既往诸多推拿专著。江苏无锡马玉书编著的《推拿捷径》，采用歌赋体裁写成“推拿代药骈言”、“推拿次序歌”等，使众多推拿手法更易学、易记、易懂，从而易于推广应用。赵熙的《按摩十法》中对摸、推、剝、敲、拿、广、抖、伸、活、意等10种手法的定义、操作、补泻等作了全面论述，总结出“血病宜多摸，气滞宜多剝，筋缩不舒宜多伸，行动不利宜多活，骨节屈伸不利宜多抖，癥瘕积聚诸病宜多推，油膜障碍宜多拿，气道不顺宜多敲，闭结胀满宜多广，神志误用宜多意”的宝贵经验。彭慎编撰的《保赤推拿秘术》，又名《窍穴图说推拿指南》，除介绍推、揉、搓、摇、刮、运、掐、拿、分、和等10种小儿推拿的基本手法并将其编成歌诀外，还介绍了154种单式手法和33种复式手法，并分别称之为实用手术和大手术。另外，民国时期是明清时期产生的诸多推拿流派承上启下、发展完善并形成流派最关键的阶段，而且还出现了一些新的推拿流派，如丁季峰在继承家传一指禅推拿的基础上，于20世纪40年代创立了擦法推拿流派，以擦法为主要手法，揉、按、拿、搓、捻及被动运动为辅助手法。许多近代著名的推拿流派，如一指禅推拿、擦法推拿、正骨推拿、内功推拿、点穴推拿、经穴推拿、腹诊推拿、捏筋拍打推拿等，其主要代表人物如王松山、丁树山、沈希圣、钱福卿、翁瑞午、朱春霖、曹锡珍、郑怀贤、杜自明、黄乐山、刘寿山、杨清山、王纪松、王百川、杨希贤、李墨林等，他们中的绝大多数人，生于清末，而创业于民国时期。随着西方医

学传入中国，国外的一些推拿手法和理论的中译本或编译本的传入，丰富了推拿手法，充实了操作内容，对中西医手法的交流有着积极意义。如由丁福保编译、日本河合杏平原著的《西洋按摩术》，第一次系统地介绍了西方按摩术，详细论述了轻擦法、重擦法、揉捏法、叩打法、关节运动法、分步手法、全身各部的推拿手法及操作程序等，并附有大量的手法插图及4幅人体解剖图。杨华亭所著的《华氏按摩术》，将近代东西洋医学知识与中国传统推拿融会贯通，其中有一套全身各部推拿操作法，包括推撮头部、颈项等，既可分部治疗，又可用于全身保健按摩。

中华人民共和国成立后，新一届政府为中医及推拿医学创造了空前发展的大好环境，推拿学科在临床医疗、手法技能、文献挖掘与利用、科学研究及学术传承等方面得到了全方位的提升。从此，推拿手法学作为一门崭新的学科，开始了新的发展历程。

## 第二章

# 推拿手法学的基础理论

### 第一节 手法的定义

推拿手法（简称手法）是推拿医学藉以防治疾病的基本手段。那么，何谓推拿手法？其基本概念是什么？其概念的内涵与外延如何界定？特别是具有现代推拿手法学意义的比较全面而确切的定义，又如何科学界说？这是古今学者都在努力探索、力求把握的问题。例如：1742年成书的《医宗金鉴·正骨心法要旨·手法总论》指出“夫手法者，谓两手安置所伤之筋骨，使修复于旧也”。这可能是有关推拿手法的最早定义。现代众多学者也都从不同的角度对推拿手法给出了定义，其中较早且具代表性的有：“用手或肢体其他部分，按各种特定的技巧动作，在体表操作的方法，称推拿手法”[《推拿学》高等医学院校教材（1985年）]；“推拿手法，是操作者用手或肢体其他部分刺激治疗部位和活动肢体的规范化的技巧动作”[《中国医学百科全书·推拿学》（1987年）]等。以后，有关推拿手法定义的各种版本，也大都陈陈相因。

以医疗为目的，术者用手或肢体其他部分，或手持器械，在受术者身体特定部位进行的各种具有规范化动作结构的操作技术，为推拿手法。从现代推拿手法学的角度给出的本定义，采纳了古今学者的观点，并汲取了现代运动生物力学对人体运动的研究成果。首先将推拿手法的基本概念界定为是一种具有医疗作用的操作技术，而其内涵包括：操作时所使用的工具——术者的手及其他肢体部分或特制的手式推拿器械；操作的场合——人体体表的特定部位；以及推拿手法本身的技术特征是其所具有的规范化的动作结构。而“技术”则涵盖了操作的动作、方法、技能、技巧以及流派与个人风格的全部内容。

推拿手法的产生与发展，其最根本的原因是因为它具有其他任何医疗技术不可替代的医疗作用，故作为一种具有特色的医疗技术，在养生、保健、临床医疗及康复医学等领域有广泛的用武之地。当然，手法技术是通过术者的手的特定部位来完成的，从广义的“手”的范围来说，可作为手法在人体操作时的着力操作的部位与工具的，按其常用与重要的程度，依次为手的拇指指峰、指面、偏峰及指甲，中指及四指指端、指面，小鱼际肌肌腹及手背外1/2处、四指掌面、手掌面、大鱼际肌肌腹、五指近侧指间关节背侧突起、掌根、肘尖及肘三角平面，拳背、拳尖、拳心、前臂尺侧腕屈肌群肌腹，还可包括膝关节髌骨面及踝跗法所用的足趾、足掌、足跟等着力部位，和特制的手持式推拿器械及工具，如点穴用木拐、击法时用桑枝棒等（机器动力的推拿器械除外）。

在人体运动学看来,推拿医生的手法动作,与任何体育项目的人体运动一样,也是一种人体的技术运动,运动员的技术动作是在一定的运动场地或运动器械上进行的,而推拿手法动作则是在“人体体表特定部位”这样一个特殊的“运动场”上完成的。推拿手法在临床时所取的人体体表特定部位包括:十四经经穴、经外奇穴、阿是穴、各种特效穴、经验穴、十二正经、奇经八脉外行线、十二经筋、十二皮部以及成人与小儿的推拿特定穴,还包括皮肤感受器、神经肌肉运动点、神经节段反射区、皮肤-内脏反射区、肌腱、肌束、韧带,及病理性痛性筋索、筋结等条索样组织,以及人体骨关节。在腹部等柔软体腔的脏腑表面投影区用手法可直接作用到胃、肠、膀胱等内脏本体以调节其运动与腺体的分泌。推拿手法在临床上,对各种刺激部位的辨证应用,可发挥广泛的医疗作用,也是手法取得特异作用的关键之一。

推拿手法的技术特性,强调其自身必须具有严格的技术规范。因为传统推拿学的实践与经验告诉我们,不同的手法动作形式及其技能的优劣,决定了手法的特异作用的性质与疗效的水平,也就是不同术式的手法其主治作用也不一样,而手法技术的功力与质量,会直接影响临床疗效。正如《医宗金鉴》指出的那样:“伤有重轻,而手法各有所宜,其痊可之迟速及遗留残疾与否,皆关于手法之所施得宜,或失其宜,或未尽其法也。”但是长期以来,关于手法因该规范的重要性,除了经验的告诫外,还一直没有客观的衡量标准与科学的表达。因此,推拿手法学根据手法运动生物力学的研究成果,应用人体运动的“动作结构”原理来构建手法技术规范的标准与内涵,以揭示手法动作的运动学、动力学规律和原理,并可通过实验获得由“手法动态力曲线图”表达出来的,按照规范化动作结构操作的手法作用力所特有的“动力型式”,就有可能进而揭开手法治疗机理的奥秘。正是由于规范手法的“动力型式”的作用,决定并保证了手法特异作用的稳定发挥,而手法技术的水平,会影响其“动力型式”的构型质量,从而影响治疗效果。因此,将推拿手法技术规范的标准,建立在人体运动“动作结构”的平台上,总结、确定各种手法规范化的“动作结构”模式,并研究其对临床影响的因果关系,应该是“推拿手法”这个概念的核心内涵,也是推拿手法学要解决的重大课题。

## 第二节 手法的动作结构及其运动学、动力学规律

在运动生物力学的观点看来,推拿手法动作是一个特定的人体动作系统,是由一定数量的单一动作成分组成的。在这个系统中每一类、每一种手法的动作都有着各自的固有特点,而各个动作成分之间又都有着固定的联系,这是一个动作区别于另一个动作的特征,手法动作的这种固有特点和固定的内在联系即谓手法的动作结构。手法的动作结构,具有手法的运动学特征与动力学特征。

手法的运动学特征,是指各种手法动作形式差别的特征,主要指动作的时间特征、空间特征,即时空特征,包括空间、时间、位移、速度、频率、加速度等方面。时间特性主要是指手法运动的先后次序、延续时间、频率、速度、加速度等方面的特征;空间特性是指手法

动作的运动轨迹、路程、着力部位、各动作环节的位角、姿势、摆动幅度、位移等，即表征手法的“运动形式”这一概念。运用运动学方法分析手法动作，主要是研究手法运动的位置变化和时间关系，也就是从空间和时间的观点来描述与表达推拿手法的动作规律。手法运动学只描述动作的外形特征，但没有讨论手法运动状态发生的原因。

手法的动力学特征，是指决定着手法动作形式的诸力相互作用的规律和特点，不同手法动作的运动学特征是由于手法动作时，参与运动的肢体内各部分肌力相互作用的结果。例如：作用于人体软组织的一类手法，受到术者内部参与动作的各部分肢体肌力的相互作用；而作用于骨关节的手法，除了受到术者自身内力的影响外，还要受到来自受术者方面的诸如人体环节质量、重力、关节转动惯量与病理性关节阻力等外力的作用，使手法动作的运动状态发生变化，于是产生了各种具有形形色色运动学特征的推拿手法。动力学特征包括惯性特征、力的特征和能量特征。惯性特征是指质量和转动的惯量；力的特征指力和力矩、冲量和冲量矩；能量特征指功和功率。

推拿手法动作受力学规律制约，肌肉力在手法动作运动中起主导作用，而肌肉力又是受意识支配的。所以，建立推拿手法操作技术的规范化动作结构模式，除了要服从人体运动生物力学原理，及其运动学与动力学规律的指导外，还要十分重视“手随心转、法从手出”的古训，强调诸如呼吸、内脏及意念活动等全身功能的支持、调控与配合。

动作结构是区别不同手法动作正确与否的依据，故学员在学习时，首先要在理论上充分理解每种手法动作规范结构的术式及其力学原理与规律，在此基础上，在意识、意念的调控下按要求反复进行科学的技能训练，逐渐在大脑建立起正确手法动作的条件反射与神经肌肉传导通路，以最后达到操作自动化的熟练程度，现代人体运动学与传统推拿学都十分强调动作结构的规范化，这是因为建立在规范化动作结构基础上的手法技能，不但对人体可产生稳定的具有特定动力型式的作用力，从而发挥良好的医疗效果，而且因为其完全符合人体运动学与工效学原理，为推拿的手法运动提供了科学的生物学基础，所以对预防推拿专业工作者自身的职业损伤，也具有重要意义。

### 第三节 手法技能的基本要求

推拿手法经数千年历代医家的钻研与总结，在有关操作的技术规范方面，积累了丰富的经验，并提出了许多具有重要指导意义的施术要领与原则，有的至今仍被奉为圭臬。但是，这些宝贵的传统理论，在传授时，往往是以其在长期实践及经几代师承相传积累起来的感性经验的心灵体会为基础，用高度概念化的古代语言来表达的，学习者只有在长期随师练习、潜移默化，待渐渐开“悟”后，才能得其精髓；而现代的学员，特别是初学者，在理解时往往会觉得深奥难懂，且会产生诸多歧义，致使人门路遥。

在全而继承的基础上，推拿手法学以现代运动生物力学的观点与方法，整理传统推拿手法操作技术丰富的经验理论，认为推拿手法作为特定的人体动作系统，在整体上要遵循动作系统的合理性与动作行为目的的一致性原理，其操作技术的要求与施术原则，要根据动作系

统的类别、动作形式的类型以及手法作用部位及其医疗作用而提出具体的规范。

### 一、动作系统的类别原则

推拿手法的动作系统大体可分为周期性动作系统、非周期性动作系统、混合性动作系统和不固定性动作系统四类，其操作技术的原则与要求，各具特色，各有重点。

**1. 周期性动作系统手法的结构与施术要求** 手法动作以周期重复循环的规律进行的动作为周期性手法动作系统。如全部摆动类手法、摩法、掌平推法、膊运法、大鱼际揉法、指揉法等单式手法及推摩法、按揉法等复合手法都属此类。其结构特点有：

(1) 动作的反复性、连贯性：手法动作周而复始持续反复进行，其中每个动作周期内所包括的动作数量、性质和排列的顺序都一样。如一指禅推法，在着力指固定支撑的条件下，以肘的伸屈带动前臂、腕及掌指作内外往复摆动，其参与动作的肢体环节数量、大臂带小臂摆动的特性及自上而下依次联动的程序，重复循环周而复始的特点，表明了此类手法每个周期的空间特征相同。

(2) 动作的节律性：此类手法每个动作周期所占的时间都比较固定，同时每个动作周期的各个动作阶段的时间比例也相对固定，这表明了周期性动作系统手法的时间特征相同。如摆动类手法的动作周期及其内、外摆动两个动作阶段之间的时间比例都相对固定。

(3) 动作的交互性：交互性表现为动作的节律性的互相逆转与交替的特性。如摆动类手法内摆与外摆之间达到一定的位置后及时相互逆转；再如振法的振动效应，是术手前臂伸、屈腕肌群的快速、小幅的交替兴奋收缩的结果。

此类手法操作要求：动作持久、均匀、连贯、富有节律，动作交互过渡要自然流畅。

**2. 非周期性动作系统手法的结构与施术要求** 由各不相同的单一动作组合成的成套连续动作，为非周期性手法动作系统。推拿手法中大多数复式手法即属此类。其结构特点有：

(1) 动作具有相对的独立性：复式手法套路动作中，每一个动作都有明显的开始和終了，并相互衔接。

(2) 动作具有复杂性和稳定性：复式手法动作系统由许多特性不同的单一手法动作组成，体现了其复杂性，而动作系统中的动作以及动作阶段所包括的数量、性质、排列顺序和相隔时间都是固定的，显示了其稳定性。

此类手法操作要求：套路动作的严密性，诸如手法、穴位路线组合的成分、数量、特点及先后次序和相互的衔接都要严格按照复式手法的动作结构规范操作。

**3. 混合性动作系统手法的结构与施术要求** 由周期性手法动作成分与非周期性手法动作成分组合而成的手法动作系统，称为混合性动作系统。例如由滚法与摇法复合而成的滚摇法的动作即属此类。其结构特点为：两种动作成分相互配合，如滚摇时，滚法在关节周围操作为周期性动作，而摇法为非周期性动作，在操作时，摇动的范围大小、方向与快慢可根据需要而灵活掌握，不按固定的节律进行。

此类手法操作要求：两种动作成分的协调互补、和谐配合，使两种手法动作紧密联系、浑然一体。因为，两种动作的复合有其复杂性，有一定的难度，如各行其道，则反而相互干扰。



**4. 不固定性动作系统手法的结构与施术要求** 既包含周期性动作系统手法, 又包含非周期性动作系统手法的复杂的组合动作, 为不固定手法动作系统。但与混合性手法动作不同的是, 两种手法动作的组合是复杂多变的, 其动作系统主要特点有:

(1) 手法动作复杂多变: 如在临床实用时, 由于患者生理、病理情况的个体差异, 要求术者在完成动作时要随机应变。

(2) 固定和不固定相结合: 动作系统的一些基本动作比较固定, 而由基本动作组成的动作系统不同, 如四指推法即属此类动作。四指推法既可用四指面着力作周期性的摆动动作, 又可同时或单独作非周期性的提拿、按点及按揉动作。

所以, 此类手法操作时要求: 手法动作在整体上要有固定的程式, 但在不同部位或对不同病情患者的操作时, 要辨证施法, 做到稳中有变、变中有度。

## 二、动作形式的类型原则

根据手法动作形式, 即动作结构的运动学及动力学特征, 可分为摆动类手法、按压类手法、摩擦类手法、振动类手法、叩击类手法与关节运动类手法六类。此类手法的操作技术, 一方面要服从其所属手法系统类别的整体要求, 又要遵循其自身的运动学与动力学原理所规定的技术规范。

**1. 摆动类手法** 此类手法都属周期性动作系统手法, 其形式的特点是往复摆动, 是一种节律性的推、压动作, 故其操作时要求持久、均匀、深透、富于节奏, 并以柔和为贵, 不产生明显的内、外摩擦。

**2. 按压类手法** 此类手法中大多属于非周期性动作系统手法, 也有一部分属周期性动作系统手法。其动作形式的特点是节律性或不规则的推压、提拉动作, 故操作时要求把握好用力的方向是垂直向下还是向上; 以及轻重刺激的作用层次, 在皮肤掐按要有痛感而不损皮肤, 重点时要适度而不超过受术者的耐受程度。

**3. 摩擦类手法** 此类手法多数属周期性动作系统手法, 也有的属非周期性动作系统手法。其动作形式的特点, 是一种对人体体表或其深层组织进行的一种内、外平移摩擦运动。其对人体受术部位除有摩擦或揉动应力的直接作用外, 还有温热效应, 故在操作时, 其技术动作要求准确掌握好操作运行的路线、轨迹 (是沿圆线、弧线还是直线), 发力的方向是单向还是双向往复用力, 以及作用层次与热效应的调控等要领。

**4. 振动类手法** 此类手法属周期性动作系统手法。其动作形式的特点是一种人体的振荡运动。其动作的特点是: 一组对抗肌群之间交替地占优势, 使参与动作的肌群之间在一次短促的振幅終了时, 迅速地逆转。此类手法中如抖法、颤法是术者在意识控制下, 主动用力作节律性的小幅颤动; 而振法则是在意念的引领调控下所产生的一种自动化的振动运动。故其操作技术要求术者在操作时要意念集中, 并用呼吸等全身配合, 控制好动作, 使之均匀、持久、自然流畅地进行, 不可紧张、憋气。

**5. 叩击类手法** 此类手法大多属非周期性动作系统手法, 与不固定动作系统手法, 也有的属周期性动作系统手法。其动作形式的特点是一种鞭打样动作的运动, 对人体的作用是一种连续或不固定的瞬间冲击力。其技术动作要求运用鞭打动作的原理来完成。操作时, 术

手上肢做挥臂击打动作时,好像一条鞭子,发力在“鞭根”,以大关节带动小关节,自肩、肘、腕一直到指关节,自上而下依次发力,每一个环节的最大运动速度都是在前一环节达到最大速度之后获得。因此,“鞭子”的末端——叩击的最后着力部位的运动是一个合速度,它由近端环节动量的依次传递和速度叠加而成,故使末端环节着力部位的击打动作快速有力。

**6. 关节运动类手法** 此类手法的结构可分别属于以上四种类别的系统手法。其特点是通过手法作用,使肢体环节沿关节的轴面方向,在其生理功能允许的范围内产生空间位置的变化。故其操作技术要求按关节运动轴面原理、关节运动位区原理及人体运动解剖结构学原理和省力原理,达到合理、准确、安全、省力与有效的效果。

### 三、作用部位原则

推拿手法动作技术规范的建立,还必须考虑其在人体作用部位的生理、病理性机能状态。既要考虑手法动作所形成的“动力型式”对其作用部位是否适用,又要考虑受术者及其受术部位对手法作用能否接受。因为手法作为一个刺激因素,机体作为接受手法刺激者,在治疗时,首先要有一定的手法刺激的质和量,针对机体原有的功能状态加以正确应用,才能达到理想的功效。否则,手法因素也会成为致病因子,不仅未见疗效,反而加剧病情。所以,据手法在人体的作用部位,其动作技术规范的要求也不尽相同。

**1. 作用于人体软组织的手法** 由于所作用的各层软组织的组织结构、感觉阈值、皮肤感受器的性质及其对手法机械刺激的传导性与作用途径等因素的影响,该类手法的动作技术则要求掌握持久、有力、均匀、柔和及深透的操作要领。

**2. 作用于骨关节的被动运动手法** 由于所作用的肢体环节组成的关节及其附属结构的组织结构,关节的毗邻组织情况,关节的运动范围、方向、自由度以及病理性关节阻力等因素的影响,此类手法要求遵循关节运动位区原则、运动轴原则、人体运动解剖结构学原则与省力原则等操作规范。

总之,每种手法动作的技术规范,是受多方面的因素所制约,既要服从整体上的动作原理,又要准确把握自身的操作特点,才能达到“机触于外、巧生于内”的境界。

## 第四节 手法命名

推拿手法的发展经历了漫长的历史过程,从最初的原始而简单的手部动作到如今门类繁多的手法体系,从人类本能的自发医疗行为至成为现代的一种自觉的科学的医学方式,推拿手法在不断地总结、归纳、提炼、升华中逐步发展和完善。由于历史沿革、地域分割以及师承关系等各种原因,推拿手法的命名较为混乱,同名异法和同法异名现象较为普遍。大致而言,手法命名的依据有以下几个方面:

**1. 依据手法动作的基本形式命名** 大多数单式手法是根据施术时手法的动作形式命名的,如推、拿、捻、搓、背、拧、刮、擦、按、摩、拍、挤、点、揉、抹、振、抖、抵、揪

等均属此类。

**2. 依据手法动作形式及其着力部位命名** 将手法施术时的着力部位, 如指、掌、掌根、小鱼际、大鱼际、肘、足等与手法的动作类型相结合命名, 如小鱼际擦法、掌擦法、大鱼际揉法、指摩法、肘揉法、拳揉法、掌击法、掌根击法、小鱼际击法、拳背击法、指弹法、膊揉法、拳顶法等均属此类命名法。

**3. 依据所用手法及其施术部位与操作方向命名** 将手法的施术部位, 如颈椎、腰椎、髌髁关节、肩关节等, 与作用力的方向, 如前伸、上举、后伸、内收、外展、旋转(斜)、环转、前俯、后仰、侧屈等描述运动方位的词语, 结合手法的动作类型, 如扳、伸、摇等进行命名, 常见手法有环转摇肩法、颈椎旋转(斜)扳法、颈椎侧扳法、腰椎旋转复位法、腰椎后伸扳法、髌髁关节后伸扳法、肩关节前伸上举扳法、肩关节内收扳法、肩关节外展扳法、肩关节后伸扳法、肩关节后伸内旋扳法、肩关节上举牵引法、颈椎前俯伸展法、颈椎后仰伸展法、颈椎侧屈伸展法等。

**4. 依据受术者的体位和施术部位、作用方向及所用手法命名** 根据手法操作时受术者所取的体位, 如仰卧位、坐位、侧卧位、低坐位等, 结合颈椎、腰椎等施术部位, 以及手法的动作类型进行命名, 常见手法有仰卧位颈椎斜扳法、坐位腰椎斜扳法、侧卧位腰椎斜扳法、仰卧位腰椎斜扳法等。

**5. 依据手法动作类型及其施术部位命名** 手法动作的类型多种多样, 包括扳、拔伸、拿、弹、摇等单式手法, 结合施术部位进行命名, 如弹筋法、拿五经法、颈椎摇法、摇肘法、摇腕法、摇腰椎法、摇髌法、摇膝法、上胸椎扳法、下胸椎扳法、上腰椎扳法、捏脊法等。

**6. 依据组成手法的动作结构成分命名** 对于复合手法, 因为由两种或两种以上单式手法复合而成, 故其命名用构成手法的两种或两种以上单式手法的名称组合而成, 如推摩法、推揉法、摩振法、推振法、按揉法、掐揉法、点揉法、搓揉法、提捏搓捻法、提拿法、摇拔法等。

**7. 依据动作形态的取类比象命名** 一些推掌手法, 尤其是流派手法, 在某些部位操作时动作形态富于变化, 美观大方, 较易于与蝴蝶飞舞、双龙嬉戏等形象类比, 故取名时用相应的事物作比喻, 不仅形象生动、惟妙惟肖, 而且易于学习和记忆。如成人推拿手法中的蝴蝶双飞式、双狮舞球式等, 小儿推拿复式手法如二龙戏珠法、凤凰展翅法、苍龙摆尾法、蜜蜂出洞法、打马过天河法、水底捞月法、双凤展翅法、老汉扳缙法、猿猴摘果法、丹凤摇尾法、孤雁游飞法等, 单式手法中的啄法、指针法等也属此类。

**8. 依据所用手法、操作部位及操作程序命名** 常见于小儿推拿复式与套路手法的命名, 这些手法在特定部位操作, 形成相对固定的操作术式, 如运土入水、运水入土、揉耳摇头法、摇肘肘法、按弦走搓摩法、揉脐及龟尾并擦七节骨法。

**9. 依据手法的专项功用命名** 手法的命名与其功效主治有关, 如“总收法”意为“总收一身之气血”, 一般用作推拿手法操作时的结束性动作, 具有通行全身气血之功。其他如飞经走气、开璇玑法、肘肘走气法等。

**10. 依据手法动作形式及其辅助器械的名称命名** 在推拿手法发展过程中, 不仅有肢体

动作的发展,而且还借助于一定的器械或其他手段来增强手法的刺激量和治疗作用,如内功推拿派的棒击法就是手持桑枝棒在患者身体的某一部位进行击打治疗疾病的方法,其他如腰椎器械牵引法、器械点法、膏摩法等。

**11. 依据手法的动作形态和操作的方向命名** 此类手法命名时将所用手法与其操作时施术的方向结合,如拘抹法、拘点法等,对施术者而言,抹、点的方向是自后向前,或自下而上“反向”操作的,故得名。

**12. 借用历史典故并结合手法及其特定动作技术要领命名** 如一指禅推法,一方面借用达摩面壁九年得一指禅的典故,同时以此强调要在高度意念调控下(心念的禅境),运用拇指在治疗部位上进行吸定(动作的禅定力)摆动的推法的特定技术动作要领而得名。

## 第五节 手法分类

在推拿医学几千年的发展过程中,历代医学家在临床实践中创造、发明了许多行之有效的推拿手法流传至今。在古今文献中可见之于文字记载的各式手法就有三四百种之多。这些手法在动作结构、操作技巧、医疗效果、发力方式等方面都各具特点与规律。随着学科水平的不断提高,为了方便学术交流、教学推广与科学研究,学者们分别从各个不同角度将手法加以归纳总结、分门别类。

**1. 依手法动作结构的简繁分类** 本分类法根据手法动作结构的简繁,可将推拿手法分成单式手法、复合手法与复式手法三类。

(1) 单式手法:又称基本手法,是指以单一动作结构成分为基本单元的一类手法,如推法、拿法、按法、摩法、捏法、揉法、点法、拍法、擦法等。

(2) 复合手法:是指由两种或两种以上单式手法动作结构成分相结合而形成的一类手法,如提拿法、按揉法、推摩法、擦揉法、四指推法等。

(3) 复式手法:是指由几种单式手法在一组穴位或特定部位上以约定程序操作的组合型手法,在小儿推拿中又称为“大手法”。这类手法往往根据操作方式和特点,冠以特定的名称,如打马过天河、水底捞明月、猿猴摘果、黄蜂入洞等。

这种分类法可以帮助学生了解手法运用的层次关系,在掌握单式手法的基础上,将其中动作结构相近的可以组合成复合手法应用,在学习复合手法时,可以先将其中的单式手法分解开来再组合,有利于更全面地掌握。复式操作法是经过前人的总结和积累而形成的一种约定俗成的组合型套路手法,必须在熟练掌握单式手法的基础上,按照一定的程序操作。

**2. 依手法的医疗作用分类** 推拿手法在临床应用时,类似于方剂中的中药,根据治疗疾病的虚实阴阳,决定君臣佐使的顺序,手法亦是如此。夏禹铸《幼科铁镜》云:“寒热温平药之四性,推拿揉掐与药同,用推即是用药,不明何可乱推。”这种按手法的医疗作用分类的方法,可以使学生在学习中分清主次,在推拿处方时明确手法的君臣关系,其中主治手法临床应用广泛,多为“君”法,须重点掌握。反之,如搓抖法等辅助手法,临床多配合主治手法应用,发挥放松肢体、减少推拿后不适感的作用,相当于“臣”法。

(1) 主治手法：是指医疗效果比较明显，在推拿临床使用频率最多的一类治疗手法，故又称主要手法。此类手法往往多是各推拿流派中最具代表性的特色手法，也是最具临床医疗实用价值的一类手法，如一指禅推拿流派的一指禅推法，滚法推拿流派的滚法，内功推拿中的掌推法、推盪法，小儿推拿中的指推法，运气推拿中的振法，指针疗法中的按法、按揉法、按点法，点穴推拿中的击点法，四指推拿中的四指推法等等。

(2) 辅助手法：在治疗中起疏理、放松、整理等辅助作用的手法即为辅助类手法，如抖法、拈法、搓法、捻法等。

**3. 依手法的作用部位分类** 推拿古称“案抚”或“案扪”。案即按，是人体经穴按摩治疗手法的代表；抚，指“玩弄身体使调也”；扪，是摇动的意思。可见在几千年前，就有先贤将推拿手法根据其在人体的作用部位分为按（作用于人体肌肉组织的手法）和抚（扪）（作用于人体四肢关节的被动手法）两大类。经数千年的发展，手法种类与技能有了很大的进展，但从现代推拿手法学与运动生物力学的观点来看，这种分类方法对手法作用原理及其定量化研究，至今仍有重要的学术意义。

(1) 作用于软组织类手法：又称软组织类手法或软手法，包括摆动、摩擦、振动、按压、叩击等五类方法。

(2) 作用于骨关节类手法：又称硬组织类手法或硬手法，包括摇动、扳动、拔伸、伸展、平端等五类手法。

**4. 依手法的作用力维向分类** 从现代力学看来，推拿手法的作用力是一个矢量，故可根据手法作用力的维相与方向将手法分为：

(1) 一维力型手法：操作时只沿一个方向发力，所产生的仅是一维作用力的手法，即为一维力型手法，如按法、压法、点法、拍法、击法、振法等。

(2) 二维力型手法：操作时既有垂直方向的压力，又有单向的水平力，所产生的是二维作用力，故称二维力型手法，如擦法、掌或指的平推法、抹法、拨法等手法。其中，如果以手法起始位为参照点，此类手法还可分为二维二向型手法，如指推法、抹法及二维三向力型手法，如擦法、推盪法、弹拨法、搓法等。

(3) 三维力型手法：其动作不但有垂直方向力，而且有纵向与横向的水平力，作用在人体的是一种由二个矢量合成的回旋或旋转力，故称为三维力型手法，如摩法、揉法、滚法等。

不论何种手法，其操作的主力方向一般只有一个或两个，而且绝大多数是垂向力，此垂向力的大小即代表手法操作要求中的“深透性”。如滚法操作时，必须要求垂向力大而纵向和横向作用力小，它产生的作用合力才能主要指向下方，即向作用部位深层传导，直达病所；反之，则手法深透性差，并且容易损伤皮肤表面。认清每一种手法作用的主力方向，有利于学生对手法的深层理解和对动作结构的掌握。

**5. 依手法动作的运动学与动力学特征分类** 依据本分类原则，可将所有基本手法分成摆动类、按压类、摩擦类、振动类、叩击类及运动关节类等六类。由于归属于同一类手法的各种手法之间，从动作的外形看来虽然不尽相同，但是在其运动学与动力学方面的特性有其共同的规律，故这一分类方法有利于从现代运动生物力学着手，来学习与研究手法的动作结

构及其科学原理，是目前多数学者所采用的分类方法之一。

另外，还可以按手法的适用范围，将手法分成适合于在全身各部或多部位经穴操作应用的手法，与仅适合于在人体特殊部位操作的专用手法。前者如一指禅推法、擦法、点法、按法、擦法，此类手法在临床上应用范围广、医疗价值大；后者如插法、击顶法、扫散法、拘抹法等，此类手法在临床上常常应用在特定的部位上，往往具有特效的治疗功能。如插法用于肩胛胸壁间隙，可以升提胃脘治疗胃下垂；捻法用于指趾关节，可以滑利关节；击顶法用于头顶部，可安神定志。

应用以上各分类方法将全书手法分级分类如图 2-1：

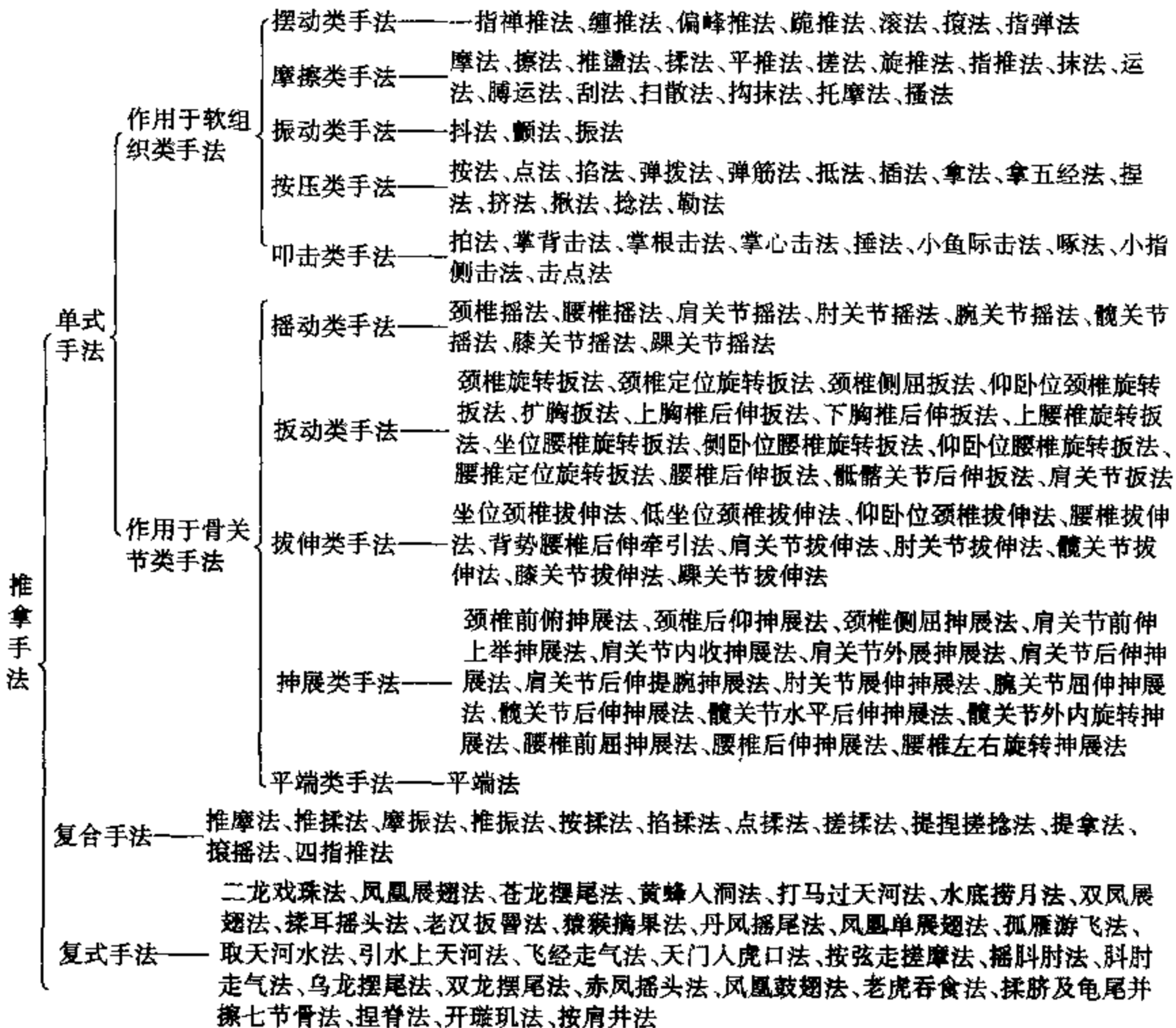


图 2-1 《推拿手法学》手法分类大系表

## 第六节 手法的作用原理

推拿治疗疾病是通过医生在人体体表的经络、穴位、部位上施用一定的手法，以调节人体的生理、病理状况，来达到治疗目的，属中医外治法范畴。它治疗疾病的范围涉及内、外、妇、儿、骨伤与五官、眼等各科中许多病证的治疗。因此，推拿治疗的作用原理是多方面的。推拿疗法是中医学的重要临床学科。它具有鲜明的民族风格和独特的治疗技术，因而也是最能体现中医特色的学科。它既有独立治病之效，又有综合疗疾之功；既能解患者痛苦于顷刻，又能防顽疾发生于未然。

### 一、手法作用的中医学原理

推拿是在人体的特定部位上，运用各种手法（包括特定的肢体被动运动）来防治疾病的一种中医外治疗法。手法产生疗效的主要因素，一是手法的“质量”，二是施行手法部位的经络与穴位的特异作用。因此，从整体上说，推拿的治疗作用是通过手法作用于人体体表特定部位后，一方面其应力的直接作用发挥了活血化瘀、理筋整复、矫正畸形、纠正人体骨关节与软组织解剖位置错位等局部治疗作用；另一方面，手法动态力的波动信号，可通过经穴→经脉→脏腑的传导通道，激发起人体阴阳、五行与经络系统平衡、生克与补泻的整体动态调控作用，反射性地影响营卫、气血、津液、脑髓、脏腑以及精神、情志等生理活动和病理状态，从而起到平衡阴阳，调整经络、气血与脏腑功能等全身性的调治作用（图2-2）。

**1. 平衡阴阳** 阴阳，是中国古代的一个哲学概念。最初，阴阳是指日光的向背，即向日光的地方为阳，背日光的地方为阴，后来，这个概念被进一步引申，用以解释自然界中一切相互对应、相互资生、相互消长、相互转化的事物现象，从而逐渐形成了阴阳学说。早在两千多年前，阴阳学说就被引用到中医学中，成为中医基本理论的一个重要组成部分。中医用阴阳来解释人体的组织结构、生理功能、病理变化等，并指导着临床诊断与治疗。

阴阳学说认为，人体是由两种既对立又统一的物质与功能，即阴和阳构成的。就人体部位而言，体表为阳、体内为阴，上部为阳、下部为阴，背部为阳、腹部为阴。就人体脏腑而言，六腑为阳，五脏为阴。就人体气血而言，气为阳，血为阴。就功能与物质而言，功能为阳，物质为阴。就功能活动的状态而言，兴奋为阳，抑制为阴，活动为阳，静止为阴，增长为阳，减退为阴。就气机运行而言，上升为阳，下降为阴，向外为阳，向内为阴等。当阴阳双方处于相对动态平衡状态时，人体的生命活动便处于“阴平阳秘”的健康状态。如因六淫、七情或跌仆损伤等因素的作用使阴阳的相对平衡状态遭到破坏时，就会导致一系列“阴阳失调”的病理变化，如阳盛则热，阴盛则寒；阴盛则阳病，阳盛则阴病；阳虚生外寒，阴虚生内热等。临床可表现为阴、阳、表、里、寒、热、虚、实等多种不同层次、不同性质的病证。

推拿治病遵循《黄帝内经》“谨察阴阳所在而调之，以平为期”的原则，根据辨证分型，术者采用或轻、或重、或缓、或急、或刚、或柔等不同刺激量的手法，使虚者补之，实者泻之，热者寒之，寒者热之，壅滞者通之，结聚者散之，邪在皮毛者汗而发之，病在半表半里

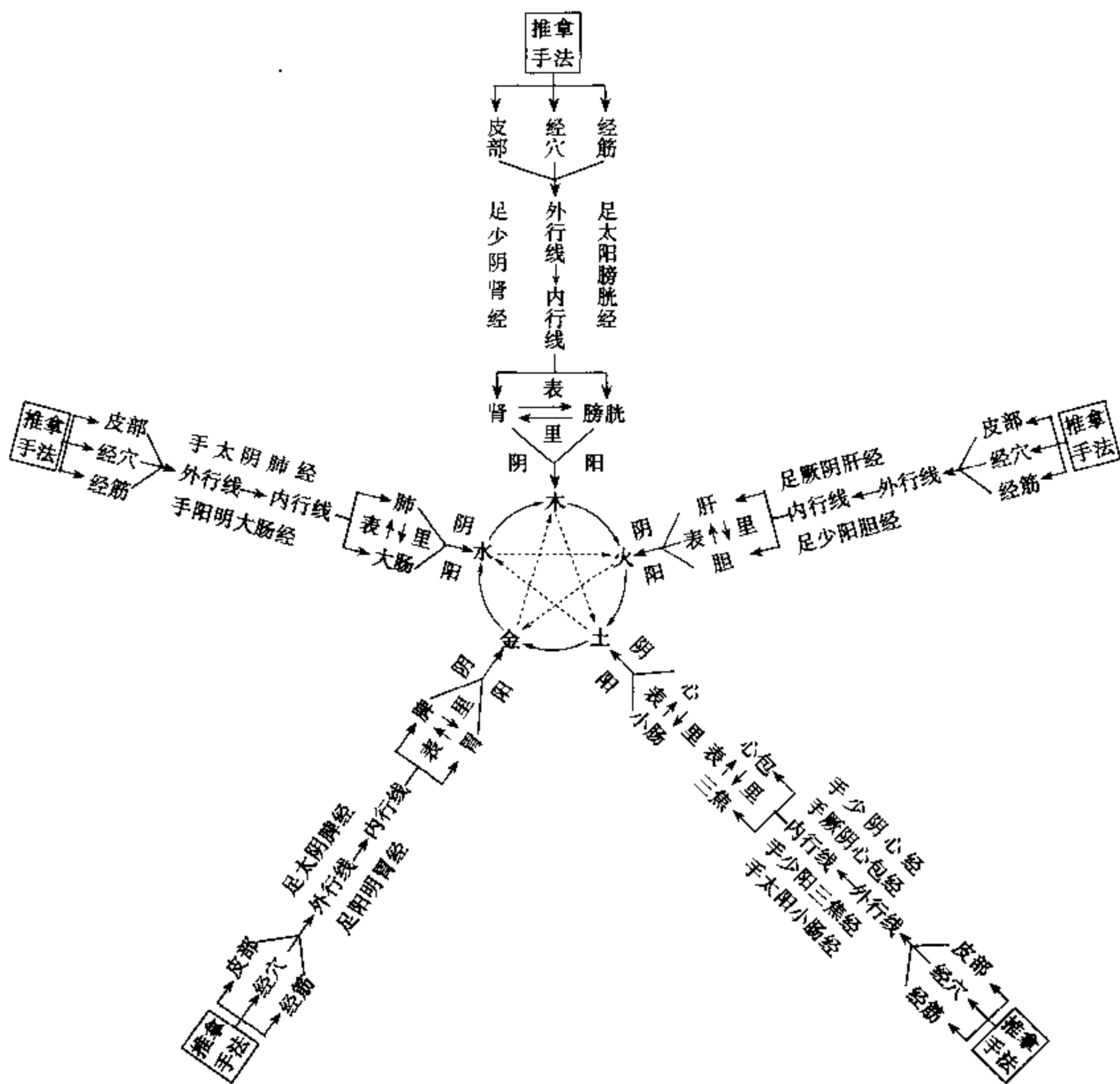


图 2-2 推拿手法作用中医学原理图

者和而解之，以改变人体内部阴阳失调的病理状态，从而达到恢复阴阳的相对平衡、邪去正复之目的。如应用轻柔缓和的一指禅推法、揉法与摩法，刺激特定的募穴、俞穴及其他配穴，能补益相应脏腑的阴虚、阳虚或阴阳两虚，而使用力量较强的摩擦或挤压类手法，则能祛邪泻实；对阴寒虚冷的病证，要用较慢而柔和的节律性手法在治疗部位上进行较长时间的操作，使患者产生深层的温热感，则有温阳益气的作用。此外，轻擦腰部，能养阴泻火，以清血中虚热；自大椎至尾椎轻推督脉，可清气分实热，在同一路线上重推督脉，则能清热凉血，以泻血分实热。

**2. 调整经络、气血与脏腑的功能** 经络有“行气血、营阴阳、濡筋骨、利关节”的生理功能，且内属脏腑，外联肢节，沟通表里，联络全身。人体的五脏六腑、四肢百骸、五官九窍、皮肉筋骨等，只有通过气血的濡养与经络的联络作用，才能充分发挥其各自的生理功



能，并相互协调，形成一个有机的整体。如经络不通，则经气不畅，经血滞行，可出现皮、肉、筋、脉及关节失养而萎缩、不用，或五脏不荣、六腑不运等病理状态。

气的含义有二：一是指构成人体和维持人体生命活动的精微物质，二是指脏腑、经络的生理功能或动力。气有化生、推动、固摄、温煦等作用。人体诸气之中，最基本的气有元气、营气、卫气等。其中，元气又称正气或真气，是人体生命活动的集中体现；卫气分布于脉外，依傍着脉道运行，有温养脏腑和肌肤、保护体表、调节和控制汗孔与抵御外邪等作用；营气运行于脉内，能化生血液，营养全身。气的主要病证有气虚、气滞和气逆三类。

血是循行于脉管内富有营养作用的赤色液体，主要由脾胃化生的水谷精微通过心肺的作用变化而成，它随血脉循行全身，为各脏腑、组织、器官提供营养，以维持它们的正常生理功能。如因某种原因导致血液运行障碍，脏腑、组织、器官等就得不到血液的濡养，其生理功能便会失调、障碍，甚至丧失，从而产生血瘀、血虚或出血等多种血分病证。

推拿调整经络、气血、脏腑的功能是通过手法作用于经络系统来完成的。因为推拿施治时，一是运用各种手法在人体体表“推穴道，走经络”；二是在脏腑投影的相应体表部位施以手法能起到对其“直接”按摩的作用。这样，一方面可由手法的局部作用，对受术部位的经络、气血、脏腑病证起到直接的治疗作用。如外伤所致的局部瘀血肿痛、麻木不仁，以及受寒所致的胃肠痉挛，饮食不节引起的胃脘闷胀等，均可通过手法的局部作用而得到调治。另一方面，由于手法的刺激激发了经穴乃至整个经络系统的特异作用，使手法动态力的波动作用沿着经络传至所属的脏腑及其所过之处的组织、器官，如脑、髓、胞宫等，从而改善、恢复这些脏腑、组织、器官的生理功能。如通过推拿脾经与胃经的有关经穴，可促进人体气、血的生成，同时通过推拿肝经的经穴，可改善肝的疏泄功能，以促进气机的调畅；再如运用较强的拿按法或轻柔的按揉法刺激内关穴，可通过心包经的传导作用，影响心脏的功能，以治疗心动过缓或心动过速；拿按合谷穴，可治疗牙痛、面瘫；推按三阴交穴，可调理妇女的经血等。这都是推拿整体性调治作用的体现。

**3. 恢复筋骨、关节的功能** 中医所说的筋骨、关节，包括筋膜、肌肉、肌腱、腱鞘、韧带、关节囊、滑膜、椎间盘、关节软骨盘等人体软组织。这些组织可因直接或间接外伤或长期劳损而产生一系列的病理变化。其损伤包括局部挫伤、肌肉拉伤、纤维破裂、肌腱撕脱、肌腱滑脱、韧带部分或全部断裂、关节囊撕破、骨缝开错（半脱位）、关节脱位、软骨破裂以及关节或软组织劳损等。推拿对治疗上述诸病证有良好的疗效。其作用原理主要有以下几方面：

(1) 舒筋通络，解痉止痛：损伤后，肌肉附着点和筋膜、韧带、关节囊等受损害的软组织，可发出疼痛信号，通过神经的反射作用，使有关组织处于警觉状态。肌肉的收缩、紧张乃至痉挛，就是这一警觉状态的反映。这是人体的一种保护性反应，其目的在于减少肢体活动，避免对损伤部位的牵拉刺激，从而减轻疼痛。但对此如不及时处理，或治疗不彻底，损伤组织可形成不同程度的粘连、纤维化或疤痕化，以致不断地发出有害冲动，加重疼痛、压痛和肌肉收缩、紧张，继而又可在周围组织引起继发性疼痛病灶，形成恶性疼痛环。不管是原发病灶还是继发病灶，均可刺激和压迫神经末梢及小的营养血管，造成局部血运及新陈代谢障碍。推拿是解除肌肉紧张、痉挛的有效方法。这是因为它不但能放松肌肉，并能解除引起肌肉紧张的原因。其作用机理有三：一是能加强局部的血液循环，使局部温度升高，及时

清除在损伤组织内瘀滞的致痛物质；二是通过适当的刺激，提高了局部组织的痛阈；三是将紧张或痉挛的肌肉充分拉长，从而解除其紧张、痉挛，以消除疼痛。

(2) 理筋整复：运用推拿的牵引、拔伸、伸展、摇扳或弹拨手法，可使关节脱位者整复，骨缝错开者合拢，软组织撕裂者对位，肌腱滑脱者理正，髓核脱出者还纳，滑膜嵌顿者退出，从而消除引起肌肉痉挛和局部疼痛的病理状态，有利于损伤组织的修复和功能重建。

(3) 剥离粘连，疏通狭窄：肌肉、肌腱、腱鞘、韧带、关节囊等软组织的损伤，均可因局部出血、血肿机化而产生粘连，从而引起长期疼痛和关节活动受限。运用局部的弹拨手法和关节平端、伸展、拔伸、摇扳等手法，能起到松解粘连、滑利关节的作用。

在人体具有骨纤维性鞘管的部位，如肱二头肌腱长头腱管，桡骨茎突部腱管，和屈指肌腱鞘，由于骨质增生、慢性劳损或遭受风寒湿三者的侵袭，该处的肌腱、腱鞘肿胀、充血，鞘内渗液，久之纤维化，鞘壁增厚，使肌腱束缚于腱鞘内，影响关节的屈伸活动。轻者腱鞘狭窄，活动时弹响，重者局部粘连硬结，关节丧失运动功能。对病变肌腱、腱鞘，局部运用弹拨手法与持续的节律性一指禅推、指揉或滚法，并配合摇扳、拔伸等关节被动运动类手法，有消肿止痛、剥离粘连、疏通软组织间隙、扩大狭窄、解除弹响等作用，从而恢复肌腱在腱鞘内的正常滑动，使关节的运动功能趋于正常。

## 二、手法作用原理的几种学说

### (一) 闸门控制学说

闸门控制理论，最初由 Malzack 和 Wall 于 1965 年提出。该学说认为在脊髓后角存在有疼痛的闸门控制系统。粗感觉神经纤维、细感觉神经纤维投射至神经胶质细胞 (SG) 及高级中枢传递细胞。神经胶质细胞通过突触前抑制的形式对脊髓感觉神经元发挥抑制作用。SG 对传入纤维末梢的抑制效应因粗纤维的活动而加强，并因细纤维的活动而减弱。细神经纤维兴奋能打开“闸门”，让疼痛信息通过；粗神经纤维兴奋可关闭“闸门”，阻止疼痛信息通过。粗纤维的活动可以抑制细纤维的活动已成为神经生理学的一般原则。按照这一学说，推拿的镇痛原理可能在于手法刺激激发了大量外周粗神经纤维所传导的兴奋信号的传递，关闭了“闸门”，阻止了疼痛信号的经过，从而达到镇痛的目的。这已为推拿的基础实验和大量临床实践所证明。

### (二) 系统内能学说

人体是有机的大系统，这个大系统又包含着许多小系统，每个小系统都需要一定的能量，才能完成它在整个机体和总的生命过程中所担负的特定任务，从而使大系统保持着内外上下的统一与平衡，使人体进行着正常的生命活动。如果某一小系统的能量失调，就可导致该系统出现病变，而某一小系统发生病变也必然引起该系统能量的异常。而推拿手法本身就是一种机械能，以其所产生的机械波传递、深透到受术者体内，进而转换成能被人体吸收、利用的动能或生理电能等各种能量形式，以补充、激发人体有关的系统内能，从而起到治疗作用。如肌肉痉挛者，通过手法使有关肌肉系统内能得到调整，则肌肉痉挛就得到解除；气滞血瘀者，通过手法使气血系统内能增加，加速气血循环，从而起到行气活血的作用，解除

了因气滞血瘀引起的各种病证。又如，对胃肠虚弱所致胃肠蠕动功能降低者，通过摩、揉其中脘、脐中、气海、关元穴，可明显增强其胃肠功能。

### （三）信息学说

疾病，既可能是机体在物质、能量方面的异常改变，也可能是机体信息流的异常改变。近代生理学研究证明，人体的各个脏器都有其特定的生物信息（各脏器的固有频率及生物电等），当脏器发生病变时，有关的生物信息就会发生变化，而脏器生物信息的改变可影响整个系统乃至全身的机能平衡。这一信息学说是推拿治病的理论依据之一。推拿就是在人体体表特定的部位、穴位上视病情而进行各种手法刺激，手法的“动力型式”能够产生某种形式的信息，通过信息传递系统输入到有关脏腑，对失常的生物信息加以调整，从而起到对病变脏器的调整作用。目前从理论上推测，手法刺激产生的信息输送到人体内，可引起人体神经生物电、神经介质、激素及酶系统信息活动的系列变化及增强人体对病痛信息的自我调整能力。中医学在信息疗法方面积累了许多经验，如在缺血性心绞痛患者的有关腧穴，用较轻的按揉等法治疗，输入调整信息，可起到增加冠状动脉血流量的作用，从而缓解症状。

### （四）生物全息学说

生物全息学说认为，人体中局部与整体间的信息传导有一定的规律，即任取人体某一局部，它都完整地排列着全身相关的反应点，是全身各器官的缩影。近年来，随着生物全息学说的提出，医学上又兴起了一种新的诊疗疾病的方法——生物全息诊疗法。鼻针、耳针、耳压、腕踝针、第2掌骨诊疗法、足道养生等，都是根据生物全息理论而出现的具体的生物全息诊疗方法。近年来的医学实践证实，耳部、足部、第2掌骨等处是比较优越的生物全息诊疗部位。因此，中国传统推拿术中的特殊推拿疗法，如手部推拿疗法、足部推拿疗法、耳部推拿疗法等，不仅积累了丰富的经验，而且作为古法新用，越来越受到医学界的公认和重视。

## 第七节 手法的补泻

补虚泻实是中医推拿治疗的基本法则。推拿手法补泻，是通过医者手法作用力的大小、速度的快慢以及方向的不同等给机体一定的刺激，激发机体整体与局部的调控功能，从而达到扶正祛邪目的。古人在长期的医疗实践中，对推拿手法的补泻应用积累了丰富的经验。临床实践证实，推拿对促进机体功能确实有很大的作用。推拿治疗虽无直接补泻物质进入体内，但传统推拿学的经验告诉我们：通过由轻重、缓急、顺逆、上下、左右、刚柔等不同因素组合的手法动力作用的刺激，凡是能产生发汗、散寒、退热、祛邪、软坚化结、破瘀、通便、催吐、排毒、消肿及抑制分解作用的即为泻法；而产生扶正、壮阳、益气、活血、生血、温中暖胃、健脾、降逆、止呕、平喘、强身健体、生津滋养、止泻及兴奋、合成作用的则为补法。形成补泻效应的作用因素主要有以下几方面：

## 一、轻重补泻

就一般规律而言，轻手法为补，重手法为泻。即作用时间较短的重刺激，可抑制脏器的生理功能，可谓之“泻”；作用时间较长的轻刺激可活跃兴奋脏器生理功能，可谓之“补”。

在临床治疗时，对于脾胃虚弱的患者，在脾俞、胃俞、中脘、气海等穴用轻柔的一指禅推法进行较长时间的节律性刺激，可取得较好的效果；胃肠痉挛引起的剧烈腹痛在背部相应的腧穴，用点、按等手法作较短时间的重刺激，痉挛即可缓解；胆绞痛患者在背部肝俞、胆俞作较短时间的重刺激，即可使胆绞痛缓解；对高血压的治疗也是如此，由于肝阳上亢所致的高血压，可在颈项部（桥弓穴）用推、按、拿等手法，作由轻而重的刺激，以起到平肝潜阳的作用而降低血压；对于痰湿内阻所致的高血压，则可在腹部及背部脾俞、肾俞，用推、摩等手法，作较长时间的轻刺激，以健脾化湿，从而使血压降低，等等。大量的临床实践说明轻手法为补、重手法为泻这样一个一般规律。

推拿手法对软组织损伤治疗的补泻作用，既可以加强局部血液循环，改变相应软组织的系统功能，提高该组织的痛觉，起到补的作用；又能促进局部水肿、血肿的吸收，使扭伤、错位等恢复正常，从而消除软组织疾患的致病因素，起到泻的治疗作用。可见推拿手法对软组织的补泻作用是同时存在的，两者相互促进，从而起到较好的治疗作用。一般来说，凡是刺激时间较长，作用部位较浅的轻手法，对肌细胞有兴奋作用，偏重于补；凡刺激时间短，作用部位较深的重手法，对肌肉组织有抑制作用，偏重于泻。

从神经生理学的观点来看，缓和、轻微的连接刺激有兴奋周围神经的作用，但对中枢神经有抑制作用。急速、较重且时间较短的刺激可兴奋中枢神经，抑制周围神经。当中枢神经处于抑制状态时，副交感神经处于优势；而中枢神经处于兴奋状态时，交感神经占优势。这进一步说明轻手法为补、重手法为泻。在推拿治疗中，我们也常根据这一生理特性，针对不同疾病的不同病理变化，采取相应的治疗措施。如对于哮喘的患者，取定喘、风门、肺俞、肩中俞等穴，开始用较轻柔的一指禅推法、按法，使周围组织兴奋性增强，既提高了传入神经的传导功能，又提高了周围软组织对手法的适应性，以后手法逐渐加重，使中枢神经兴奋性提高，周围神经兴奋性抑制，交感神经兴奋性增加，支气管平滑肌舒张，症状得以缓解。

在临床运用时，除遵守上述轻补重泻的经验外，更要因人、因病、因证灵活施法。因为，重手法的刺激量大，从量变到质变的时间短，机体对此反应快，因而治疗效果显示也快，但此手法易耗气、伤精、损及经脉；轻手法刺激量轻，从质变到量变时间长，相对来说机体对此作出反应所需时间也长，因而手法作用后产生的效果就慢。然而，对正虚邪实的患者，选用轻而逆经操作的手法可避免重手法的弊端，也同样可以起到泻实的作用；而对于需要急补的患者，选用重而顺经操作的手法同样可以起到补虚的作用。

## 二、方向补泻

手法方向与补泻的关系，历代文献有较多记载，推拿临床主要是遵循经络迎随补泻与推拿特定穴方向补泻的原则来施术。如《幼科推拿秘书》云：“自龟尾擦上七节骨为补，自七节骨擦下龟尾为泻；运脾土，曲指左旋为补，直推为泻。”“左转补兮，右转泻。”“肾水一纹是后溪，推下为补，上为清。”虽然历代文献大部分记载用于小儿推拿，但在临床也常用于

成人。推拿实践证明，推拿治疗小儿泄泻配合推上七节骨有明显的止泻作用，大便秘结配合推下七节骨则有明显的通便作用，即推上为补，推下为泻。在摩腹时，手法操作的方向和在治疗部位移动的方向均为顺时针方向，有明显的泻下通便作用；若手法操作的方向和在治疗部位的移动方向均为逆时针，则可使胃肠的消化功能明显加强，起到健脾和胃、固肠止泻的作用，即逆摩为补，顺摩为泻。在推拿治疗小儿脱肛时，气虚而致的脱肛在大肠穴由指尖推向虎口有明显的补气升提作用，而实热导致的脱肛从虎口推向指尖则有明显的清理肠腑积热之效，即向心为补，离心为泻，由外向里为补，由里向外为泻。

这些方向补泻的方法和针灸的补泻方法是一致的。《针灸传真》云：“指针无疏于金针，金针补泻，不外上下迎随。指针补泻，亦不外上下迎随。金针之进退补泻法，则为指针之进退补泻法。不过金针之刺入也深，指针之按下也浅。按摩之说见于《内经》，而其法不传。然不传者说，而可据者理。人身上下所有者，阴阳经络耳。阴经气由下而至上，阳经气由上而至下。针芒有向上向下之分，指头也有向上向下之别；针头有左右搓转之殊，指头也有左右推掐之异；行针有提插捣臼之法，用指亦有起落紧缓之势。知用针之诀者，即知用指之诀矣。”但是，推拿方向补泻也有其独特的地方，如《幼科铁镜》云：“于指正面旋推为补，直推指甲为泻。”这里的旋推无左右之分，直推则指从指端罗纹面由指尖向指根推。清天河水是一种泻的手法，其操作也是由腕推向肘，即也是由外推向里、向心方向推等。虽然这些补泻的方法和一般的方向补泻规律不同，但在临床上作为一种特殊的补泻方法还在应用。

另外，小儿推拿手法的方向补泻，传统上还讲究男左女右，如《小儿推拿广意》中说：“男左三关推发汗，推下六腑谓之凉，女右六腑推上凉，退下三关谓之热。”“男由右向左旋手法为补，反之为泻；女由左向右旋手法为补，反之为泻。”在现在的临床治疗中，已不再分男女，都采用统一的操作手法。

### 三、频率补泻

在推拿补泻中，一定的速度是施术部位得气、产生热量、发生传递并维持其效果的基本条件，也是手法作用于机体，产生机体反应，以达到调整阴阳、补虚泻实作用的基本条件。《厘正按摩要术》中说：“缓摩为补，急摩为泻。”手法徐缓，频率低，幅度小，则刺激量小，适合于病程长、病情缓、体质差的患者，有疏通气血、扶正补虚的作用；手法疾快、频率高、幅度大，适合于病势急迫、病情重、体质强壮的患者，有开窍醒脑、活血化瘀、消肿止痛等作用。如频率高的一指禅推法（缠法）常用于治疗痈肿、疮疖等外科疾病，有活血消肿、托脓排毒的作用，即泻的作用；而一般频率的一指禅推法，常用于治疗脏腑虚损类疾病，有补的作用。

### 四、时间补泻

手法持续操作时间的长短，也是调控手法补泻效应的重要因素，一般经验是重而操作时间较短的手法为泻，轻而操作时间较长的手法为补。

当然，在临床治疗时，并不是单凭以上某一个因素就可以达到补泻目的的，而是需要综合应用。在一般情况下，凡用力轻浅、操作柔和、频率舒缓、顺着经络行走方向加力（在腹部为逆时针方向施术），并持续时间较长的操作手法为补法，对人体有兴奋、激发与强壮作

用；反之，凡用力深重、操作刚韧、频率稍快、逆着经络行走方向加力（在腹部为顺时针方向施术），并持续时间较短的操作手法为泻法，对人体有抑制、镇静和祛邪作用。此外，强度、频率与操作时间适中，在经线上来回往复操作（在腹部先顺后逆方向等量施术）的手法为平补平泻法，又谓和法，有平衡阴阳，调和气血、脏腑的功效。但是，必须明确，有关手法的补泻作用的调控方法，还要遵循辨证施治的原则，在临床上灵活应用。如补法又可分缓补与急补两种：急补时，手法较重，顺经刺激经穴；缓补时，手法轻缓，时间较长，循经操作。泻法也有急泻与缓泻之分：急泻时，逆经深掐，力量较重；缓泻时，逆经施法，用力较轻。

## 第八节 手法的刺激量

### 一、手法刺激量的基本概念

推拿手法是推拿治疗的基本手段，属中医外治法与西医理疗学的范畴。与所有种类的物理治疗一样，推拿治疗的特异作用与其能量性质、输出形式及治疗应用剂量有密切的关系。作为推拿治疗的物理因子——手法的能量性质为一种机械能，其输出形式是手法动力作用下产生的机械波，这可通过“手法力学信息测录系统”所描记的“手法动态曲线图”表达，按规范动作结构操作的手法动作，会在三维空间上构建成一相对稳定的“动力型式”，这是关系到手法“质量”的重要指标。所以，临床因人、因病辨证选用“高质量”的治疗手法，对于治疗有着决定性意义。然而，手法治疗的应用剂量则是控制临床效果的关键环节。

推拿临床所谓的刺激量，一是指每种手法对人体可造成的刺激强度以及从手法的阈刺激至伤害刺激之间的强度范围；二是指每次治疗一组“手法-穴位推拿治疗处方”对人体刺激的总剂量；广义的刺激量还应该包括疗程。而在推拿手法学中所指刺激量应是指第一种。

由于手法作用力是指手法动态操作过程中的动态力，故手法刺激量的概念，不单是指手法力值的大小，也并非仅指用力大小，而是包括术手的压力及操作时的加速度、频率与持续刺激的时间等物理量在内的力学综合参数。比如，用力虽轻但持续操作时间较长，同样可以是一种强刺激手法；再如，一指禅推法强调手法操作“以和为贵”，但在一定的条件下，柔能克刚，仍然可以起到强刺激的治疗效果；而有些用大力叩击的手法，由于着力面积大，单位面积上受力小，即压强小，又是在瞬间完成，则亦可以是一种具有安全刺激量的有效手法等。

### 二、手法刺激量的度量

推拿手法是以机械能的形式作为其对人体治疗的因子，此时，术者是施力者，受术者是受力者，互相组成了一个推拿治疗的力学系统，在这个系统中两者相互作用，手法对人体作用力之刺激量，由于手法动作类别的差异，其运动方式、作用形式及作用部位不一，故其动力学的综合参数就不完全相同。例如多数作用于软组织类的手法操作，符合人体平动运动的原理，故其度量应用时间、位移、速度、加速度等有关线量的综合参数；而作用于骨关节类手法与摆动类手法的动作，符合转动运动的规律，则可应用时间、角位移、角速度、角加速

度等角量的综合参数来分析、度量其手法刺激量。例如摆动类手法的作用力是由沿圆弧方向来回摆动所产生的向心力；摩擦类手法的刺激量则来自术手在受术者体表摩擦产生的摩擦力；振动类手法是经过动作起始时的平衡位置附近作来回小幅度的重复运动，其对人体产生的作用受胡克定律的左右；按压类手法，通过对人体软组织反复按压产生形变而做功；叩击类手法的刺激强度，是通过术手鞭打样动作对人体造成的一种冲击力，故可利用动量、冲量与势能等来计算其物理刺激量。而作用于骨关节类手法的动作，除拨伸类手法外，主要是做不同类型的关节绕转运动，故应用角量作为衡量其手法刺激量的标尺；拨伸法则是对术者肢体环节施加的拉伸力，其刺激强度与拉伸力的大小与提拉速度有关。

### 三、手法刺激量的临床应用

正常掌握临床治疗剂量，是取得治疗效果的关键。在上述刺激量度量理论的指导下，临床还要具体把握以下应用规律：

#### （一）临床刺激量一般应用规律

首先，手法刺激应达到一定的阈上刺激强度，以引起机体的回答性反应而产生效应，过轻的阈下刺激则无效。一般来讲在患者生理刺激阈范围内，有量小作用弱、量大作用强的规律。中等刺激量的手法易引起兴奋扩散，使兴奋过程加强；较强的刺激传达到大脑皮质时，其兴奋易集中，形成一个强的兴奋点，并发生负诱导，使其周围的抑制过程加强，这种外抑制能把已有的病理兴奋灶抑制下去，也可以引起抑制过程扩散，故许多大剂量的手法治疗后，可产生镇静作用引起瞌睡或沉睡；当应用强刺激时，冲动传至大脑皮质，兴奋又易于扩散，高级神经系统的兴奋过程加强，解除大脑皮质的抑制状态或病理性抑制，使患者经此类刺激后体力充沛、精神振奋、脑力提高；如果刺激量达到超强刺激的程度，超过了中枢神经系统与全身组织的生理接受能力，就可能会引起手法性伤害。

其次，一般在一个疗程开始阶段，治疗手法宜轻，以后在连续治疗过程中，当皮肤和神经系统有了适应能力，手法的刺激量就要逐渐增加，随着病情的恢复或手法作用的蓄积，其治疗剂量又可逐渐减轻。

#### （二）临床刺激量的辨证应用规律

**1. 病证辨证选用刺激量** 不同的病证需要不同的刺激量，同一病的不同阶段需要不同的刺激量，而针对不同病证以及不同的病理阶段选择合适的手法刺激对提高疾病治疗效果是显而易见的。对软组织损伤一类疾病而言，损伤的早期，刺激量宜小，用柔和的手法如手背侧揉法、擦法、摩法等以活血消肿止痛；损伤后期或关节运动障碍者，刺激量宜大，用较重的手法如弹拨法、运动关节类手法等以舒筋通络、解除粘连。炎症的早期刺激量宜小，用一指禅偏峰推法或鱼际揉法等以消肿排毒；炎症的晚期刺激量宜大，用拨法、扳法以理筋舒筋，松解因炎症渗出日久而导致的软组织粘连。局部疼痛比较尖锐的病证用刺激量小的手法，如揉法等以增加对手法的适应性以及使患者能够接受；而局部肢体麻木者宜用刺激量大的手法如点法、压法、击法等以活血化瘀、疏经通络。对于杂病来说，疼痛剧烈者，宜在某一定穴位选用刺激量大的手法治疗，如胆绞痛，用刺激量大的点法、按法在肝俞、胆俞或

相应痛点重刺激，以缓解胆绞痛；而慢性缠绵疼痛或属于功能低下的病证，选用刺激量小的手法治疗，如胃肠功能虚弱，选用揉法、揉法，用较长时间的轻柔刺激，可使胃肠活动加强，平滑肌张力增高，症状得以缓解。治疗内科及妇科疾病，多采用接触面积小、刺激量小，但深透性强的手法，如一指禅推法，这样可使手法的刺激集中于特定的穴位上，以调整相应的脏腑功能等。经期妇女在腰骶与腹部要慎用或不用重手法，特别对早孕妇女的腰腹要禁用手法刺激。总之，辨病与辨证应选择适当的手法，以形成适应于相应病证的刺激量，从而达到治疗的目的。

**2. 部位辨证选用刺激量** 一般情况下，病变范围较广、部位较深、肌肉比较丰厚的部位，用接触面积大而深沉有力、刺激量大的手法，如腰臀部操作，用按法、肘压法、指节骨擦等；而病变范围虽然较广，但部位较浅、肌肉较薄弱的部位，用接触面积大而柔和、刺激量小的手法，如在胸胁部操作时用擦法、揉法等。头面部操作时，多采用刺激量小而柔和且轻灵的手法，如一指禅偏峰推法，拇指外侧揉法、抹法、扫散法等；四肢关节软组织损伤，可根据伤情的长短以及急慢选择不同的刺激量，如急性关节炎、扭伤等多用柔和的刺激量小的手法，慢性关节炎、扭伤的后期则用较重的刺激量大的手法，并配合运动关节类手法；腹部操作选用刺激量小的手法，如胃下垂、便秘等疾病，在腹部治疗时选用一指禅推法、揉法、摩法等；筋腱部的治疗多选用刺激量较大的手法，如筋腱痉挛、慢性扭伤等疾病多选用拿法、弹拨法等；对陈伤与久痹所致的深层组织的顽固点，可用重点法，以增加痛阈，减轻疼痛，发挥其“以痛止痛”的治疗功能；胃痉挛患者在足三里、胃俞穴用点法强刺激可缓解疼痛；昏迷的患者，在人中用掐法以醒脑开窍等。

在临床应用时，还应根据患者年龄的大小、体质的强弱、性别不同，选用适宜的刺激量。青壮年肌肉发达，骨骼坚固，手法在同一部位的刺激量宜大；老年人肌肉松弛、骨骼松软，手法的刺激量在同一部位则应减小，以免造成损伤；妇女及小儿在相应的部位亦应减小刺激量等。另外，对同一种手法，可利用压强原理来调控手法的刺激量，如在腹部操作，宜选用偏峰推或鱼际揉，因为其着力面积较中峰偏大，故压强小，刺激量就更轻柔；而擦法操作时，其摩擦力的大小与术手的正压力成正比，对热效应来说，摩擦类手法操作时，在正压力相同的情况下，其热效应与着力面积成反比。总之，在手法刺激量的掌握和选择上，要根据患者疾病的性质、病证的部位、选用的穴位以及患者的性别、年龄、体质的强弱和医生操作的习惯、手法的功力等因素综合考虑，灵活运用，才能做到如《医宗金鉴》所说的“一旦临症，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出”。



## 第三章

# 推拿手法学的基本知识

## 第一节 手法与推拿流派

中医推拿在其漫长而曲折的发展过程中，由于其学术渊源、师承关系、主治对象以及社会、地域、人情等复杂原因，逐渐形成了许多各有特色的学术流派与分支。

综观各推拿流派，大多具有以下三个特点：①有较长的发展史，并在一定地域内流传、盛行；②有一定的学术理论指导和丰富的实践经验，并有其擅长的主治范围；③每一种推拿流派各有一种或几种特长手法，或称之为“主治手法”或“流派手法”，并有几种或几十种辅助手法及一套独特的功法，作为医者的专业训练基础与对患者的辅助医疗手段。此外，在手法的术式与治疗风格上，往往带有明显的地域特点、人情色彩。如中国北方各推拿流派，其手法多明快刚健；而南方各推拿流派，其手法则多细腻柔和。当今中医推拿的主要流派与学术分支有一指禅推拿、揉法推拿、内功推拿、点穴推拿、整骨推拿、外伤按摩疗法、按摩疗法、小儿推拿、脏腑经络推拿、保健推拿、养生按摩、胃病推拿、捏筋拍打法、指压推拿、指针疗法、指拨疗法、捏脊疗法、自我推拿、膏摩疗法、动功按摩、运动按摩、美容按摩、经外奇穴推拿、子午流注推拿、经穴推拿、窍穴奇术推拿等。这里仅将影响较大的几种推拿流派简介如下：

### 一、一指禅推拿

自清朝或丰年间以来，一指禅推拿一直流传于江南，特别是在江苏、浙江、上海一带盛行。它以中医的阴阳五行、脏腑经络、营卫气血等基本理论为指导；以四诊八纲为诊察手段，强调审证求因与辨证论治；其手法是以一指禅推法为主治手法，还有拿、按、摩、滚、捻、抄、搓、缠、揉、摇、抖等常用手法，手法要求柔和深透、柔中寓刚、刚柔相济，强调以柔和为贵。由于一指禅推拿的几种主要手法技术难度较大，故非常重视基本技能训练，并有一整套科学的训练方法。训练时，要求学员先练外壮功“易筋经”，并在此基础上再在米袋上练习手法的基本动作。在治疗时，主要选用十四经脉、经穴、经筋、经外奇穴和阿是穴。操作时，要求遵循“循经络、推穴道”的原则。其适用范围比较广，对外感、内伤所致的经络、形体或内脏疾病皆可用之，尤擅长于治疗头痛、眩晕、不寐、劳倦内伤、高血压、月经不调、胃脘痛、久泻、便秘等疾病，对漏肩风、颈椎病、腰痛等运动系统病证以及小儿泄泻、小儿遗尿等病证亦有卓效。

## 二、撥法推拿

撥法推拿是在一指禅推拿的基础上，于20世纪40年代发展起来的一种推拿流派，其主要手法是撥法，其他常用手法有揉、按、拿、捻、搓等。在施术过程中，常须配合肢体的被动运动。术后还应指导患者进行自主性运动，以加强、巩固疗效。临床时，常运用中西医结合的诊断方法，明确诊断，审证求因，辨证论治。施术时，则循经走穴、运动关节、矫正畸形、理顺筋肉、按抚神经，一招一式均以中医的经络学说与西医的解剖、生理、病理等基础理论为指导。其专业训练方法与一指禅相同，强调练功和米袋上的手法基本功锻炼。撥法既保持了一指禅推法对人体具有柔和的节律性刺激这一特点，又有施术面积大和作用力强等优点，故临床上用于治疗运动、神经系统病证效果尤著。撥法推拿的主要适应症有半身不遂、小儿麻痹后遗症、周围神经麻痹、口眼歪斜、各种慢性关节病、腰及四肢关节扭伤、腱鞘炎、肩周炎、颈椎病、腰椎间盘突出症、头痛、胸胁痛等。

## 三、内功推拿

内功推拿是以掌椎法（包括平椎法、大鱼际推法、小鱼际推法）为主要治疗手法的一种推拿流派。施术者须有坚实的少林内功基础，施术时要运功于内，发力于外，手法要刚劲有力，刚中含柔，阴阳有序，温力并行。在学术思想方面，内功推拿以传统中医理论为指导，强调整体观念，遵循扶正祛邪、正邪兼顾的原则，在临床治疗时注重“外治内练”，即要求患者在接受手法治疗的同时，结合锻炼少林内功，以扶正强身。内功推拿的主要手法有平推法（推透法）、掌推（擦）法、大鱼际推（擦）法、小鱼际推（擦）法、拿五经、三指拿、提拿、点、压、分、合、扫散、运、盘、理、劈、抖、搓、拔伸、掌击（震）、拳击（震）、棒击（震）等。全套手法刚健雄劲，明快流畅，力透肌骨，具有典型的中国北方推拿流派风格。其临床操作有一套常规顺序：推桥弓（男先左后右，女反之）、分印堂、分眉棱、扫散少阳、拿五经、三指拿项后大筋、平推或鱼际推前胸与后背、平推两胁（肝区禁推）、推擦与提拿上肢（自腕至肩）、搓上肢（自肩至腕）、运肩关节、理（拊）五指、劈指缝、掌击拳面、搓抖上肢、拍双侧肩井（患者站势，下同）、拍二腿（从大腿根拍至小腿）、再五指拿头顶，最后以三处击法结束，即拳击大椎，以通调一身阳气，拳击命门、八髎，以壮肾阳、补元气，引火归原，掌击头顶百会穴（顽石击水法），以安神定魄。整个常规操作从头面至腰骶、胸腹及下肢，涉及十二经脉和奇经八脉，具有疏通经络、调和气血、强健身体、荣灌脏腑等作用。临床应用时，可在此操作常规的基础上，根据具体病情，辨证分型，随证加减，组合成一治疗处方。本法擅治内科虚劳杂病、骨伤科病证以及妇人经带诸疾。

## 四、指压推拿

指压推拿又称“点穴推拿”或“指针疗法”，系指主要用按法、点法、按揉法或掐法在人体经络穴位上操作以防治疾病的一种推拿疗法。指压推拿的基本手法是“指按法”与“按点法”，主要用手指指端按压穴位，可按而静止不动，亦可按面左右拨动、按而轻轻揉动、按面微微颤动、按而滑行移动、按而起伏用力。此外，还有爪掐、肘压、叩点等治疗手法。

由于上述手法是在施术时给受术者一点状的按压刺激，故施术主要选择经络、腧穴、阿是穴或压痛点等点状部位。指压推拿综合了针刺与推拿两法的治疗原理，故治疗时感应强、作用快、安全舒适，且损伤小。运用时，先以中医脏腑、经络、营卫气血理论为指导，根据辨证分型，选择出有效经穴组成推拿治疗处方，然后再按处方规定的顺序，依次点穴施治。以按点为主治手法的指压疗法是一种古老的推拿术，早在《黄帝内经》中就有“按之则血气散，故按之痛止”，“按之则热气至，热气至则痛止矣”的记载。说明本法具有调和气血、疏通经络、调理脏腑和散寒止痛等作用，能治内、外、妇、儿、五官等各科常见病证。

## 五、点穴疗法

点穴疗法是由中国传统武术中点穴、打穴、拿穴、踢穴和解穴等动作演化而来的一种推拿流派。在中国的青岛、崂山及胶东一带盛行。武术中的上述点穴法，既是一种击技的进攻手段，又是一种治疗损伤的方法。而点穴法则借鉴了武术击技点穴的技术动作，总结了其医疗点穴的实践经验，并在中医经络、气血学说指导下，用以防治疾病的一种推拿学术流派。其主治手法为击点法（详见手法节“击点法”），其他主要手法有拍打法、叩击法、按压法、掐法、扣压法、抓拿法、捶打法和矫形法等。整套手法以各种点、打、拍、捶为基本形式，施术风格峻猛刚健、捷速强劲。由于施术时要求术者有较强的指力、臂力与全身的支持力，故初学者首先要进行点穴练功，主要功法有蹲起功、运气拍打工、对拉功、仰卧功、撞背功、蜈蚣跳、鹰爪功、捶纸功、推山功及扎腰功等。在病理上，认为当人体发生痿痹等病证时，由于邪正相搏、阴阳失调，经络之气随之逆乱，营卫气血运行因而受阻，故在治疗上，要运用较强的点打手法，“从其穴之前导之，或在对其位之穴启之，使其所闭之穴感受震激，渐渐开放，则所阻滞之气血亦缓缓通过其穴，以复其流行矣”。“经脉既行，其病自除。”这说明点穴疗法具有疏通经络、行气活血、调和营卫、鼓舞正气、驱除邪气等治疗作用。本法用以治疗各种瘫痪、麻痹及风湿顽痹，效果显著。

综上所述，各种推拿流派均以其各自的历史源流、学术理论、主治手法、训练方法、医疗风格及适用范围而自成体系，从而构建了当代中医推拿学科丰富多彩而又厚重扎实的学术基础。

## 第二节 手法的施术原则

手法是推拿治疗疾病的主要手段，推拿医师在临床上能否恰到好处地运用手法技术，是一个非常重要的问题。因为人有男女老少之别，病有虚实久暂之分，治疗部位有大小深浅等不同，所以，选用何种手法、施术的部位或穴位、手法力量的大小、操作时间的长短等，都要贯彻辨证论治的精神，因病变个体和时间、地点的不同而灵活运用，充分发挥手法的治疗作用。一般说来，手法的施术原则主要包括明确诊断、辨证施治、补虚泻实和因人、因病、因时、因地制宜等几个方面。

## 一、明确诊断

作为现代临床的推拿医生，施用手法前要对病情作充分了解，并要有明确诊断。诊断应以中医基础理论为指导，并结合西医学的基本理论，通过望、闻、问、切四诊合参，结合必要的西医学检查方法，全面了解患者的全身情况和局部症状，对疾病进行综合分析，从而得出正确诊断，并在此基础上，以辨证施治和辨病施治相结合的原则为指导，选择相应的手法进行治疗。一般要求中西医双重诊断，既要辨证，又要辨病。在诊断未明确之前，不宜随便施术，特别是一些刺激量较大或运动幅度较大的整骨手法和腰背、胸腹部的重按法等，应严格掌握推拿手法的适应症、禁忌症。

## 二、辨证施治

推拿手法的施术与中医内治疗法一样，也应应以中医基本理论为指导，遵循辨证论治的原则。正如《理渝骈文》中云“外治之理即内治之理”，又云“外治必如内治者，先求其本，本者何也，明阴阳识脏腑也”。辨证是治疗的前提和依据，只有明确病变的阴阳、表里、虚实、寒热等属性，才能从复杂多变的疾病现象中抓住病变的本质，把握病证的标本、轻重、缓急，采取相应的手法以扶正祛邪、调整阴阳，使气血复归于平衡，达到治疗疾病的目的。因此，手法的施术不仅是对症的局部治疗，而且始终贯穿着辨证论治的思想。根据手法的性质和作用，结合治疗部位，手法治疗有温、补、通、泻、汗、和、散、清、吐、消十法。例如，“热者清之”是治疗一般热性病的主要法则，但热病的症状极其复杂，治疗时应鉴别里热、表热，病在里者还需辨别是属于气分热还是血分热，是实热还是虚热，然后根据不同情况，采用相应的手法。气分实热者，轻推督脉（自大椎至尾椎），以清泻气分实热；血分实热者，重推督脉（自大椎至尾椎），以清热凉血；表实热者轻推背部膀胱经（自下而上），表虚热者轻推背部膀胱经（自上而下），以清热解表。

## 三、补虚泻实

补虚泻实是中医治病的基本法则之一，也是手法的施术原则之一。推拿治疗疾病，虽然不同于中药、针灸，但同样非常重视补泻。临床施术时，根据患者体质的强弱和证候的虚实，具体分析，区别对待，酌情施法，采取或补、或泻、或兴奋、或抑制等不同手法技术，作用于患者体表特定的部位或穴位，虚者补之，实者泻之，从而起到扶助正气、祛除邪气，或促进机体的生理功能、抑制脏腑组织亢奋的作用。一般情况下，顺着人体经络走向、向心、用力轻柔、速度和缓的推拿手法，适用于虚证；逆着人体经络走向、离心、用力稍重、速度稍快的推拿手法，适用于实证。例如：应用轻柔缓和的一指禅推法、揉法、摩法等，刺激特定的募穴、俞穴及其他配穴，能补益相应脏腑的阴虚、阳虚或阴阳两虚；而使用力量较强的摩擦或挤压类手法，则能祛邪泻实。

## 四、因人、因病、因时、因地制宜

因人、因病、因时、因地制宜是指治疗疾病时要根据不同对象、不同病证以及不同的时

间、地理环境制定相应的治疗方法。

**1. 因人制宜** 由于推拿手法的治疗效果受人体诸多因素的影响,包括患者的年龄、性别、体质、生活习惯、职业特点、痛阈值的大小等,因此,手法的选择及临床具体运用应有所不同。如患者体质强,操作部位在腰臀四肢,病变部位在深层等,手法刺激量可大;患者体质虚弱,操作部位在头面胸腹,病变部位在浅层,或小儿等,手法刺激量较小。

**2. 因病制宜** 在推拿治疗过程中运用什么手法,应视疾病的性质、病变的部位,辨证辨病选择手法。例如:关节运动障碍者,常选用摇法、扳法、伸展法等关节被动运动类手法;关节错位者,应选用扳法、拔伸法、平端法等整复关节类手法;有粘连者,则应使用扳法、弹筋拨络法、理筋法等。此外,对于治疗某一疾病的推拿手法,推拿医师既要掌握一般规律与常法,又要注意临证变通,随着病情的进退,主症与兼症,主要痛点与次要痛点的增减、消失、转化等,综合分析,及时进行手法的加减。

**3. 因时制宜** 这是指手法操作时要考虑到时间和季节因素。如晚间的推拿治疗不宜采用兴奋型手法;又如夏季暑热,患者皮肤多汗粘腻而涩滞,直接在皮肤表面进行手法操作容易使皮肤破损,治疗时可在患者皮肤表面涂一些保护性介质,并注意少用摩擦类手法等。

**4. 因地制宜** 手法的施术亦应根据地理环境的不同而灵活地选择运用。如中国北方寒冷,北方人体格多壮硕,肌肤腠理致密结实,施术时手法宜深重才能有效;而南方多热多湿,南方人体型多瘦小,肌肤腠理相对疏松薄弱,推拿治疗时手法宜相对轻柔。

### 第三节 手法操作的注意事项

手法在临床上作为外治手段,对很多疾病都有良好的治疗效果,但有时个别患者也会出现一些异常现象或不良反应。所以,推拿医师在临床操作过程中必须注意如下几个问题,并严格掌握推拿的禁忌症。

#### 一、术者须知

**1. 事先解释** 推拿医师态度和蔼、严肃,谈吐文雅,且富有同情心。对初次接受推拿治疗和精神紧张的患者,应作好解释工作。治疗前应先与患者讲解在手法治疗过程中的注意事项,以及有可能出现的某些现象或反应,争取患者的信任和配合,消除患者的精神紧张及不必要的顾虑或疑惧心理。对病情比较严重或神经衰弱者应进行解说和安慰,使患者有恢复健康的信心。

**2. 集中精力** 在手法操作过程中,推拿医师要集中精力,避免谈话、说笑,不可漫不经心。在保持推拿诊疗室清洁安静的环境下,推拿医师还要全神贯注,做到手随意动,功从手出,同时还要密切观察患者对手法的反应(如面部表情的变化、肌肉的紧张度以及对被动运动的抵抗程度等),询问患者的自我感觉,根据具体情况随时调整手法刺激的方法与强度,避免增加患者的痛苦和不必要的人为损伤。

**3. 体位舒适** 手法操作要选择适当的体位。对患者而言,宜选择肌肉放松、呼吸自由,

既能维持较长时间，又有利于推拿医生手法操作的体位。对术者来说，宜选择一个有利于手法操作、力量发挥的体位，同时也要做到意到、身到、手到，步法随手法相应变化，保持整个操作过程中身体各部动作的协调一致。

**4. 手法准确** 首先，推拿医师应准确掌握每一手法的动作要领，严格按照规范化的动作结构进行操作；其次，在治疗过程中具体运用什么手法，应根据疾病的性质、病变的部位而定。如对关节运动障碍者，应用被动运动类手法，一定要在正常的生理活动范围内和患者能够忍受的情况下进行，最终使手法刺激准确地传导到相应的组织结构和层次，直达病所，起到相应的治疗作用。推拿手法种类繁多，但是每一个临床推拿医师掌握和习惯使用的手法不一定很多，手法宜精不宜滥，贵专不贵多。

**5. 善用左手** 左、右两手均能规范、熟练、灵活地操作，是专业推拿医师的一项基本功。强调“善用左手”是针对部分推拿医师（特别是初学者）习惯单独用“有力”之右手进行操作而言。推拿手法中，部分手法可以单手操作、独立完成，而部分手法则要求推拿医师必须左、右两手相互配合，动作准确、协调，所以左手操作水平的高低直接影响着手法技术的发挥。此外，善用左手，便于手法操作，术者左、右两手可交替操作、放松，避免单侧肢体因长时间操作而引起的疲劳不适、慢性劳损等。临床应用手法时，应两手交替应用，不可只偏重于一手。

**6. 力量适当** 手法操作必须具备一定的力量，达到一定的刺激阈值，才能激发人体的应答机能，获得良好的治疗效果。力量太过或不及均会影响疗效，故推拿医师在施用手法时，必须根据患者体质、病证、部位等不同情况而灵活地增减，施加适当的力量。如新病、剧痛宜轻柔，久病、痿麻宜深重。力量太过甚或施用蛮力、暴力，有可能加重患者的痛苦或增加人为的损伤，亦不利于推拿医师自身的健康；不及则不会产生良好的治疗作用。

**7. 治疗有序** 手法操作有一定的顺序，一般从头面→肩背→上肢→胸腹→腰骶→下肢，自上而下，先左后右（或男左女右，即男性患者先操作左侧后操作右侧，女性患者则反之），从前到后，由浅入深，循序渐进，并可依具体病情适当调整。局部治疗，则按手法的主次进行。手法强度的控制要遵循先轻后重、由重转轻、最后结束手法的原则。

**8. 时间灵活** 手法操作时间的长短对疗效有一定的影响。时间过短，往往达不到疗效；时间过长，局部组织有可能产生医源性损伤，或令患者疲劳。所以，操作的时间，要根据患者的病情、体质、病变部位、所应用手法的特点等因素灵活确定。每次治疗一般以10~20分钟为宜，对内科、妇科疾病可适当增加。

**9. 操作卫生** 推拿医师应注意保持个人卫生及工作环境的卫生，经常修剪指甲，手上不得佩戴戒指及其他装饰品，以免擦伤患者的皮肤和影响治疗；推拿前后均应洗手，防止交叉感染。天气寒冷时，要注意双手的保暖，以免冷手触及皮肤时引起患者的不适或肌肉紧张。

## 二、禁忌症

推拿手法的应用范围很广，内、外、妇、儿、骨伤等科中的多种病证均可采用，而且对某些病证具有很好的疗效，甚至胜过针药。但是推拿手法的临床运用也有一定的局限性，存在着不适宜施用手法或施用手法有一定危险性等情况，即手法的禁忌症或慎用症。目前，大

多数学者认为以下情况不适宜应用手法：

1. 各种急性传染性（如肝炎等）、感染性疾病，不宜应用手法，以免贻误病情。
2. 诊断不明确的急性脊柱损伤或伴有脊髓损伤症状的患者，使用手法有可能加重脊髓损伤的程度。
3. 恶性肿瘤的患者一般不宜推拿治疗。
4. 结核病（如腰椎结核、髌关节结核等）、化脓性疾病（如化脓性关节炎等）所引起的运动器官病证，不宜手法治疗，以免加重病情。
5. 有血液病或出血倾向的患者，如血友病、恶性贫血、紫癜等，推拿手法有可能导致局部组织内出血，应慎用手法。脑出血的患者，应在出血停止2周后再行手法治疗。
6. 手法治疗部位有皮肤破损（如烫伤、烧伤）、皮肤病（湿疹、癣、疱疹、脓肿）等，患处暂不行手法治疗，以免引起局部感染。
7. 严重心、脑、肺、肾等器质性疾患，禁止单独使用推拿手法。
8. 妇女在妊娠期、月经期，其腰骶部和腹部不宜使用推拿手法（也不宜在四肢感应较强的穴位采取强刺激手法），其他部位需要手法治疗，也应以轻柔舒适手法为宜，以免出现流产和出血过多现象。
9. 患者在剧烈运动后、饥饿或极度劳累时，及体质极度虚弱的患者，亦不宜立即作手法治疗，以免发生晕厥现象。

## 第四节 手法操作的体位与姿势

手法操作的体位与姿势是指在推拿手法的临床应用过程中，推拿医生应根据患者的病情和所选择的治疗部位以及所运用的手法，医患双方各自选择一个恰当的体位与姿势。一方面，使患者肌肉充分放松以能保持较长时间接受治疗；另一方面，有利于推拿医生发力和持久操作，以使手法的治疗作用能得到充分发挥。

### 一、患者体位

患者所采用的体位通常为卧位（仰卧位、俯卧位与侧卧位）或坐位（端坐位、俯坐位），立位较少采用。

**1. 仰卧位** 患者头下垫薄枕，仰面而卧，肌肉放松，呼吸自然，双下肢伸直，上肢自然置于身体两侧。亦可根据治疗需要，上肢或下肢采取外展、内收、屈曲位等。在颜面、胸腹及四肢前侧等部位施用手法时常采取此体位。

**2. 俯卧位** 患者腹侧向下背面向上而卧，头转向一侧或向下，下垫薄枕，或面部向下放在推拿床之呼吸孔上，上肢自然置于身体两旁或屈肘向上置于头部两侧，双下肢伸直，肌肉放松，呼吸自然。在肩背、腰臀及下肢后侧施术时常采用此体位。

**3. 侧卧位** 患者侧向而卧，两下肢均屈曲位，或上侧下肢屈曲，下侧下肢伸直。在臀部及下肢外侧施术时常采用此体位，做侧卧位腰部斜扳法时亦采用此体位。

4. **端坐位** 患者端正而坐，肌肉放松，呼吸自然，患者所坐凳子的高度最好与膝后腘窝至足跟的距离相等。在头面、颈项、肩及上背部施用手法时常采用此体位。

5. **俯坐位** 患者端坐后，上身前倾，略低头，两肘屈曲支撑于膝上或两臂置于桌（或椅背）上，肩背部肌肉放松，呼吸自然。在项、肩部及上背部操作时常用此体位。

## 二、医者体位

推拿医生根据患者被操作的部位与体位及所选用的手法，选择一个合适的位置、步态与姿势，从而有利于手法操作技术的运用。一般来说，患者取坐位，在其头面、颈肩、上背部及上肢选用擦法、一指禅推法、拿法等手法操作时，术者应选用站立位，取丁字步或站势（双脚分开与肩等宽）；患者取仰卧位，在其面部、胸腹部或大腿前侧、小腿前外侧选用一指禅推法、偏峰推、掌振法等手法操作时，术者应选用坐位，面向其头侧，如果在患者大腿、小腿前外侧选用擦法时，则术者应取站位；患者如果取俯卧位，在其腰背部、骶臀部、下肢后侧选用擦法操作时，则术者应取站位，如选用一指禅推法时，亦可取坐位。同时要含胸拔背，收腹蓄臀，自然呼吸，切忌屏气；操作过程中，要全神贯注，思想集中，从容沉着，不要左右观顾、心不在焉，要做到意到手到。此外，推拿医生的体位与姿势应根据手法操作的需要，随时作相应的调整、变换，使之进退自如，转侧灵活，以保持施术过程中全身各部位的动作协调一致，这也是推拿医师的一项基本功。

## 第五节 手的部位与姿势的专用名称

推拿手法学在专指手的特定部位或描述某些有特定姿势的手势、掌势、拳势时，往往使用专门的名词或术语。熟悉与掌握这些专用名称与术语，可以加深对功法与手法的理解，对正确掌握功法与手法的操作技能有重要意义。

### 一、手之特定部位的专用名称

人之手由指、掌两部分组成，当指掌伸开时谓手掌。其内侧面叫手的掌面或掌侧；外侧面叫手背或称手的背侧。手指有5个，自桡侧向尺侧分别是拇指、食指、中指、无名指与小指。各指的顶端叫指端、指端面或指峰，掌侧面叫指面或罗纹面，亦称螺纹面〔图3-1(1)〕，拇指指端正中的端面又称拇指中峰，稍偏向桡侧的指端面称拇指侧峰，而其整个远侧指节的桡侧面则称偏峰或少商面〔图3-1(2)〕。

### 二、拳之特定部位的专用名称

当术手的指掌屈曲握紧时谓拳。规范的基本拳势是：四指屈曲，拇指内收屈曲将其末节指面放在食中二指中节背而，并收拢握紧。此时，拳的桡侧，由屈曲的食指桡侧面与拇指围成的圆孔谓拳眼〔图3-2(1)〕，其尺侧而叫拳尖，背侧是拳背，掌侧是拳心，由四指近侧指节背侧面形成的平面称拳面〔图3-2(2)〕。



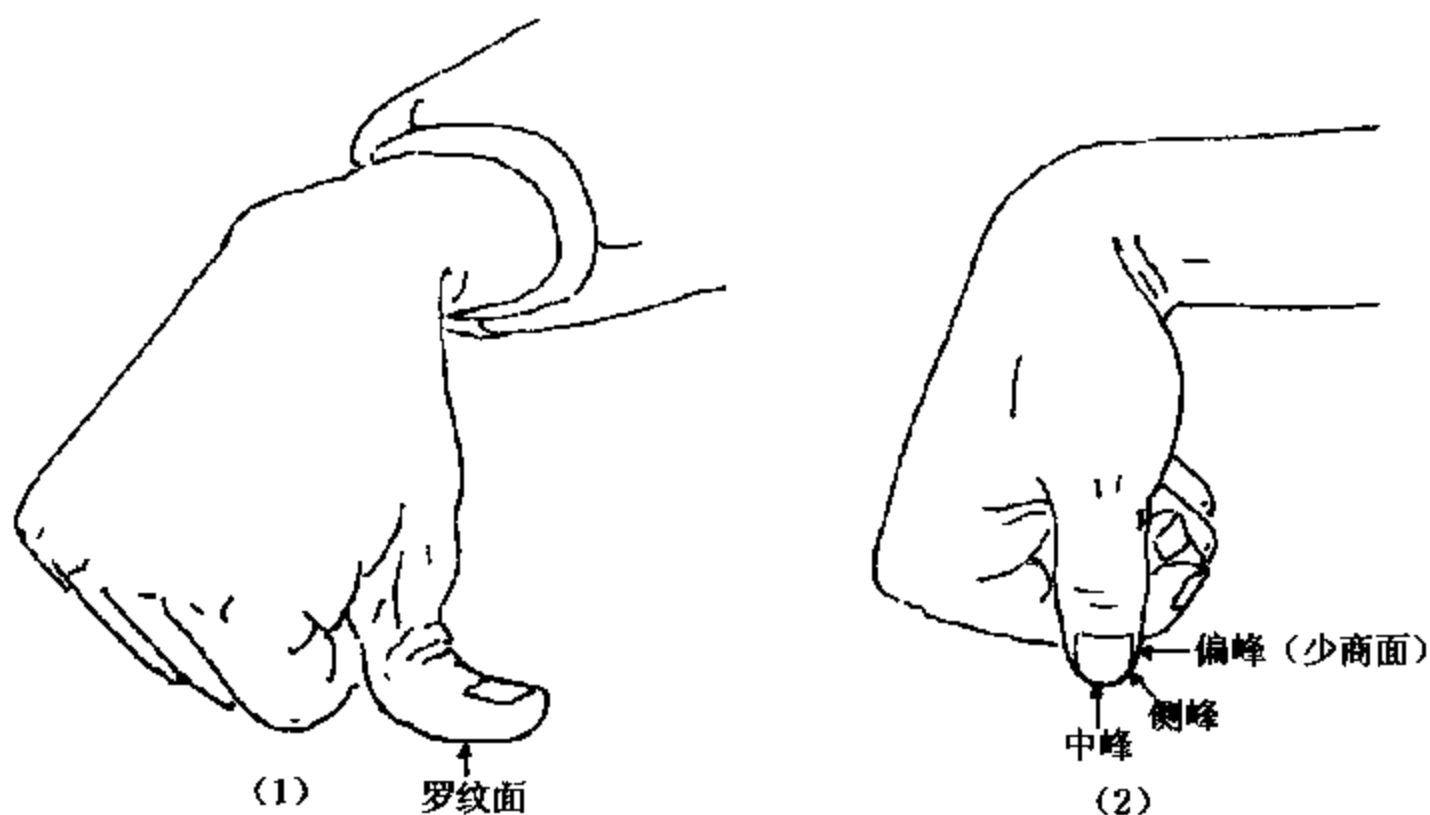


图 3-1 拇指特定部位专用名称

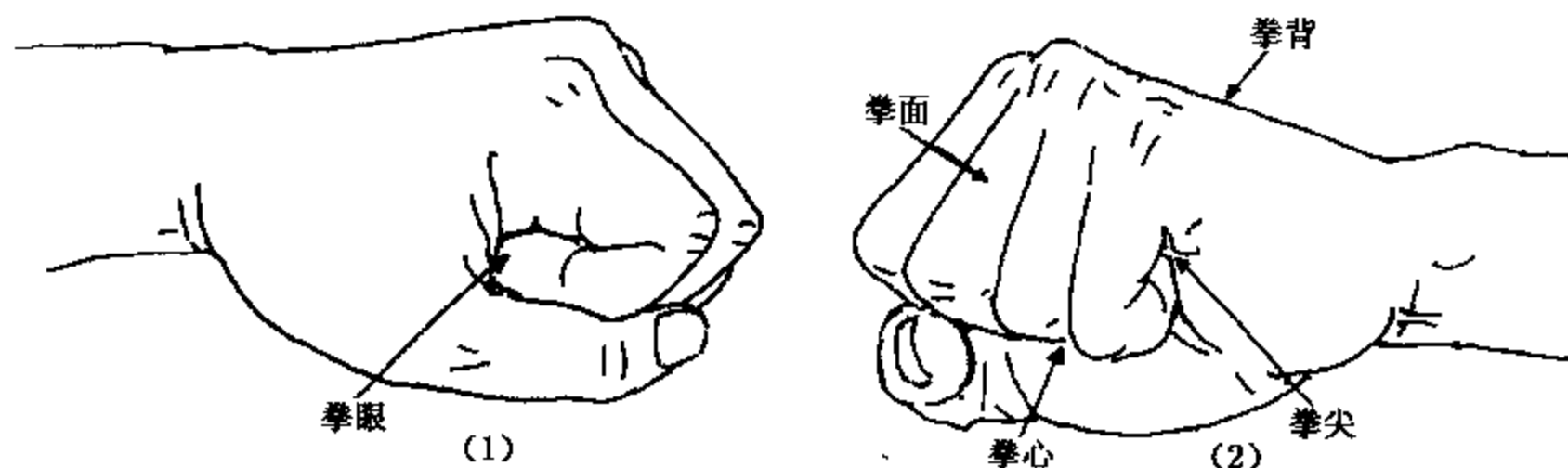


图 3-2 拳之特定部位专用名称

### 三、手姿的专用术语

1. **剑诀指** 是指将食、中二指伸直，无名指、小指屈曲，拇指屈曲内收将指面轻轻扣按在无名指中节背侧的手势。

2. **空掌** 又称虚掌，是指将五指并拢伸直，四指掌指关节略屈，使掌心内凹的掌势。

3. **空拳** 又称虚拳，是指四指屈曲，拇指略屈合拢将拳眼盖住，握成拳形，但不用力捏紧，使掌心尚留有一隙空间的拳势。

4. **实拳** 是指五指屈曲用力捏紧的拳势，可握成基本拳势，也可将拇指放进拳眼，握在掌心。

5. **钩手** 又称“鹤顶手”，是指腕关节屈曲、五指伸直、五指指面捏拢成钩形的手势（图 3-3）。

6. **柳叶掌** 是指将掌与四指伸直，拇指内收屈曲置于掌心的掌势（图 3-4）。

7. **并掌** 是指将五指并拢与手掌一起伸直的掌势。

8. **霸力掌** 是指将四指手掌用力伸直，拇指伸直并用力外展与掌相垂直的掌势。



图 3-3 钩手



图 3-4 柳叶掌

**9. 立掌** 是指在运用并掌或霸力掌时,前臂处于中立位,腕关节伸直,拇指向上,手掌面朝向体侧的掌势。如两掌并运时,则双手掌面相对。

**10. 反掌** 是指在运用并掌或霸力掌时,前臂处于旋前位,腕关节伸直,拇指向下,手掌面朝向外侧,手背面朝向体侧的掌势。如两掌并运时,则双手背面相对。

**11. 竖掌** 是指在运用并掌或霸力掌时,手指指向上面的掌势。此时,手掌面可转向内侧,可转向外侧,亦可转到与面部相对的位置。



图 3-5 仰掌

**12. 仰掌** 是指在运用并掌或霸力掌时,前臂旋外,腕关节伸直,手掌面向上、拇指向外的掌势(图 3-5)。

**13. 俯掌** 是指运用并掌或霸力掌时,前臂旋内,腕关节伸直,手掌面向下、拇指向内的掌势。

**14. 正掌** 五指并拢伸直,指尖向上,掌心朝前(图 3-6)。

**15. 瓦楞掌** 拇指伸直,其余四指并拢微屈。

**16. 仰拳** 是指握成基本拳势时,前臂旋外,腕关节伸直,拳心向上的拳势。

**17. 立拳** 是指握成基本拳势时,前臂处于中立位,腕关节伸直,拳眼向上的拳势。此时,如双手同步运立拳时,两拳心相对。

**18. 俯拳** 是指握成基本拳势时,前臂旋内,腕关节伸直,拳心向下的拳势。

**19. 反拳** 是指握成基本拳势时,前臂处于旋前位,手腕伸直,拳眼向下,拳心向外的拳势。此时,如双手同步运反拳时,两拳背相对。

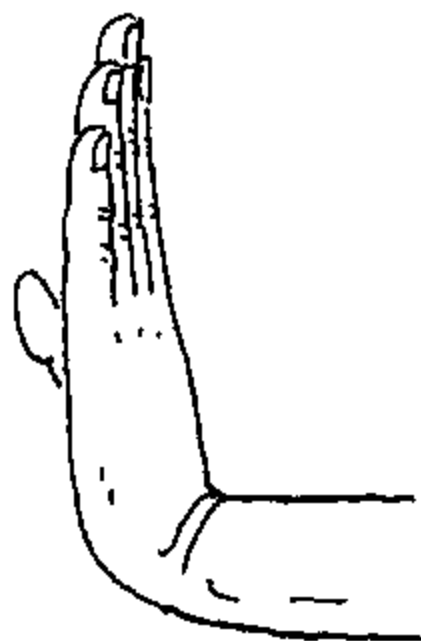


图 3-6 正掌

## 第六节 手法反应与处理方法

一般说来,推拿手法对受术者是一种安全、舒适而有效的物理刺激,多数不会产生任何

不适反应。但是，在某些特定情况下，手法也会使人体出现一定的机体反应。据传统经验与临床观察，手法反应有良性反应与不良反应两类。

### 一、手法良性反应及处理方法

这类反应是指在正常手法刺激下，受术者出现的某些一过性不适反应。这种反应，不会对人体造成任何伤害，也不会留下任何后遗症。有的良性反应甚至是病情好转的迹象与取得良效的佳兆。

良性反应的临床表现，因受术者的个体差异而各不相同，有的在治疗后产生疲劳感，有的嗜睡，有的手脚出汗，有的疼痛由深而浅、由集中而扩散，有的疼痛可暂时加重，有的有饥饿感等等。这些反应一般在开始的第1~3次治疗时发生，以后治疗中就不再出现，并随着病情的好转而消失。

手法的良性反应，一般不需特殊处理，可多喝些开水，增加营养，或任其自然安静入睡，并坚持推拿治疗。一般在2~3天后，各种不适反应会自然消失，并产生明显疗效。

### 二、手法不良反应及处理方法

手法的不良反应是指由于手法操作不当，或刺激过大，或违反手法解剖结构学原则而造成对受术者机体的损伤性反应。

常见的不良反应及手法性损伤，轻则在手法局部造成瘀斑、破皮、擦伤；重则可发生晕厥、神经挤压及损伤、关节半脱位或脱位及骨折，严重的可导致颈脊髓损伤、椎动脉挤压伤而危及生命。故在手法操作技能训练时，学员必须严格按照规范化动作结构的要求，认真进行手法练习，用力先轻渐重，不要用蛮力、暴力随意重压猛拍，尤其要根据解剖结构学原则练习关节运动类手法，把握好操作的安全范围，就可避免以上各种手法不良反应。严重的手法性损伤的救治方法，还将在书中重点介绍。

## 第七节 推拿介质

在推拿过程中有时需要在受术部位先涂搽某种液体状或膏体状的润滑剂或药物制剂，以配合手法治疗。这种涂搽在治疗局部并配合手法操作的药物制剂称为推拿介质。运用推拿介质在我国有着悠久的历史，早在《金匱要略》中就有关于“膏摩”的记载，后经不断发展，出现了名目繁多的膏摩方，广泛地用于预防与治疗疾病中，并沿用至今。

推拿时应用介质，不仅充分利用药物的保健与治疗作用，而且增强润滑作用，保护受术者的皮肤，提高治疗效果。

常用的推拿介质有以下几种：

1. 滑石粉 四季均可应用，夏季多用，有敛汗爽肤的作用。在治疗局部敷以滑石粉可保护患者和术者的皮肤，便于操作。

2. 冬青膏 将冬青油（水杨酸甲酯）与医用凡士林混合成为冬青膏，春秋冬季多用。

配合此膏应用擦法或按揉法可加强手法的透热效果，若加入少量麝香更能增强活血化瘀、搜风通络的功效。也可直接应用冬青油做介质，效果亦佳。

3. **按摩乳** 四季均可应用。擦法和按揉法时用此药，能增强活血化瘀、通经活络的功效。

4. **麻油** 擦法时涂上少许麻油，可增强手法的透热作用。小儿久病成虚也可用麻油配合手法以加强补益作用。

5. **姜汁** 将新鲜的生姜洗净切片，捣烂取汁后，加少许清水即可应用。多用于冬春季，有润滑皮肤、散寒解表、温中止痛、健脾暖胃、固肠止泻的作用。一般用于小儿外感风寒所致发热、咳嗽、腹痛、腹泻等病证。

6. **薄荷水** 取少量薄荷叶，用水浸泡后滤汁去渣，即可应用。多用于夏季，能够润滑皮肤、清热解表、消暑退热。一般用于小儿外感风热或暑热导致的发热、咳嗽。

7. **鸡蛋清** 取鸡蛋一个，去其蛋黄，所剩蛋清即可应用。有润滑皮肤、清热润肺作用，用于小儿肺热咳喘等。

8. **水** 即清水，能增强清凉、退热作用，并能防止手法操作时损伤皮肤。小儿做推法时常蘸水后操作，能够治疗小儿发热。

9. **维生素E按摩油** 即以维生素E为主要成分的一种油剂，有滋润皮肤作用。

10. **其他** 如红花油、松节油、舒筋活络药水等均可应用。

## 第八节 推拿医师的自护

推拿医师的自护是指推拿医师在推拿临床工作中的自我调护，以促进推拿医师的身心健康，适应繁重的推拿临床工作，预防各种职业性损伤或疾病，并提高推拿疗效。推拿医师的临床工作，除一般医务工作者的脑力和体力劳动外，在手法的操作过程中必定要消耗大量的体能，时间一长就易感觉疲劳、肌肉酸痛、烦躁等。鉴于推拿的职业特点，推拿医师必须在力量、肢体、精神等方面进行自我调护。

### 一、力量自护

当前仍有一种倾向，认为推拿治病只要有力气就行，甚至认为力量越大效果越好。对于推拿的这种认识，理论上是片面的，实践中更是有害的，是不懂推拿的一种表现。推拿医师手法有力是手法操作的必备条件之一，但有力并不是单纯指力量大，而是指手法在操作过程中必须具有一定的力度和功力。推拿治病主要是靠手法技术的运用，推拿疗效并非单纯与推拿医师所施用手法力量的大小、操作时间的长短呈正相关。长期过量不当用力则不利于推拿医师的身体健康。所以，推拿医师应该注意以下几点：

1. **自我练功** 推拿医师平时应注意自我练功，使自己具有较强健的身体素质和一定的功力，从而发力柔和而深透，同时又有助于恢复在推拿过程中消耗的体能，缓解疲劳，以改善其职业性久立、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偏颇状

态，维护推拿医师的身体健康。

**2. 准确掌握各种推拿手法技术的原理** 推拿手法是一种技巧，是一种高级的人体运动形态。专业推拿医师应悉心揣摩、研究每一种手法技术的动作要领，全面理解手法技术的力学原理，准确掌握每一种手法的动作结构，巧妙运用各项省力原则，使手法技巧与力量的运用完美地结合在一起，灵活施加恰当的手法力，减少推拿医师自身体能的消耗。

**3. 发力勿泄，量力而行** 推拿医师对形体高大、强壮的患者施术时，若自觉力量相差悬殊，有些手法可不必勉强为之，如扳法、背法，切勿施用暴力、蛮力，强拉硬扳；或灵活选用其他手法，如用肘按法替代指按法，既能使推拿医师尽量消耗较少的能量，又能达到让患者得到足够刺激量的目的。反之，如果一味加重手法的力度，既过度消耗、浪费推拿医师自身的体能，又易引起肌肉紧张、僵硬，使动作生硬而不协调，增加了关节、韧带发生损伤的可能性。

总之，推拿医师在临床实际工作中，用力的基本原则是施用最小的力，消耗最少的体能，既保证身体健康，又取得良好的治疗效果，避免不良反应的产生。

## 二、肢体自护

肢体自护是推拿医师自我保护的一项基本功，只有这样才能避免或减少劳损。

**1. 运用规范化的手法动作** 中医传统推拿十分强调手法动作结构的规范性，这是因为各种规范化手法的肢体动作具有各自的运动学和动力学特点，完全符合正确的运动生物力学原理，不但对人体产生具有特定动力形式的作用力，准确地发挥出各自的治疗作用，而且对预防专业工作者自身的职业性损伤（手指变形、腰椎疾病）具有重要意义。如一指禅推法中的沉肩、垂肘、悬腕，靠腕关节的摆动带动拇指指间关节的屈伸等，只有这样操作，推拿医师上肢的肌肉才处于交替放松的最佳状态，不容易疲劳。又如滚法时，如果长期采用腕关节外摆幅度过大、用力过猛的错误姿势，则易致腕关节韧带损伤、劳损。

**2. 采取正确的身体姿势** 推拿医师在操作过程中，应采取正确的身体姿势，以利于手法操作的进行和力量的发挥。例如，要含胸拔背收腹，不要挺胸凸肚，亦不要塌肩屈背，站立时两足成丁字步或弓箭步，这样使身体进退自如，转侧灵活，保持操作过程中身体各部动作协调一致。

**3. 技术娴熟，双手操作** 高水平的推拿医师，左右手均能娴熟地进行操作。只有在这种状态下，术者的双手才能交替放松、休息，以适应长时间、繁重的临床工作，防止某一侧肢体的过度劳损。

## 三、精神自护

精神自护是推拿医师自我调护的一个重要方面，主要涉及推拿医师的医德修养、呼吸、意念活动等。推拿医师能否在大量而繁重的临床工作中始终保持心平气和，精神集中，呼吸自然，且具有较强的耐疲劳性，是推拿医师身心健康的一个重要表现。

**1. 心平气和，精神内守** 推拿医师在临床操作过程中，最好有一个安静的内外环境，呼吸均匀、平静，全神贯注，不能左顾右盼、心浮气躁、心不在焉。此外，某些手法操作特

别注重推拿医师意念的主导作用，如缠法又有“心劲功”之说，要求术者意念专注，以意领气，以气发力，使人体产生所谓的“内劲”，从而发挥自身最大的潜能。这需要推拿医师经过长期、艰苦、规范的训练和临床实践。

**2. 医德高尚** 推拿医师必须具备医务人员应有的业务素质和医德修养，仪表端庄，谈吐文雅，举止大方，对工作精益求精，具有吃苦耐劳、坚韧不拔的敬业精神，全心全意地为患者服务。

综上所述，推拿医师在临床工作中，既要注意力量、耐力、柔韧性、灵活性等身体素质锻炼和手法操作技能的专门化训练，又要加强心理素质的培养，保持充沛的精力和强健的体力，使手法技术得到充分的发挥，为长期的推拿临床工作创造条件。

## 第四章

# 手法技能基础——推拿练功

推拿练功是推拿学的一个重要组成部分，重点讲述能增强推拿人员临床工作所需的指力、臂力、腰腿力量等各种练功方法的动作要领和姿势。掌握和经常练习这些方法，并注重意、气的蓄练和转换，不但使推拿人员有足够的体力胜任医疗工作，而且也为病员从中选择适合病情的方法练习，促进医疗效果，防治疾病提供了很好的参考。

### 第一节 推拿练功的目的及其应用

推拿练功可以增强人体的素质，并能定向提高动作肢体的特殊机能。除此以外，推拿练功更可以增强临床辅助治疗的作用。具体表现在以下几个方面：

#### 一、动作明确，锻炼全面

推拿医生工作的性质，是推拿医生以主动的方式采用各种手法帮助患者进行被动运动，而达到治疗目的。为达到此目的，推拿医生必须具备良好的身体素质和指力、臂力及腰腿的力量，这也就需要一个自我锻炼的过程。推拿练功法中选取的徒手练功方法如易筋经和少林内功等对人体素质和力量的提高很明显，练功中针对性强。如徒手练功法中，首先强调步势、裆势，要求通过下肢各种屈曲、起伏动作，使下肢肌肉、韧带以及腹肌、腰肌、背肌等都得到一个全面的锻炼，长期练习可使下肢肌肉充实，力量大增，这正如练功家们所谓的“筑其基、壮其体”之说。有了扎实而坚强的下肢力量，即是练功顺利进行的良好基础。徒手练功法中还有许多以运掌为主要的动作基础，掌从胁肋下推出，徐徐发力，两手起落多有回旋翻转，使前臂肌肉产生一个拧转裹抱的过程，形成拧劲、螺旋劲等，通过各部肌肉的伸展收缩、相互争衡，从而使指掌、上肢肌肉力量得到更大的锻炼。

#### 二、注重“意气”，强调“内劲”

根据中医气血学说，“气是生命之本”，人体四肢百骸、五脏六腑无不赖于经脉运行之气血以充养，这样才能维持正常生命活动，而气血畅旺者，身体强盛。推拿临床工作的特殊性质，更要求推拿医务人员具有“阴平阳秘”的健康状态。所以推拿练功法中强调蓄养气机，充实精血，而要达到这种良好的生理机能状态，则需经过诸如推拿练功的“外练筋骨皮，内练一口气”，以及“呼吸精气，独立守神，肌肉若一”等的锻炼过程。进行这些锻炼时，由于高度的意念活动，可有效地促使转化人体“精、气、血”类物质，提高其功能和质量，进而“以意领气，以气贯力”，使人体产生所谓的“内劲”。这种“内劲”的产生，可以说是人

体功能态的最好发挥，不仅有益自身的生命机能，更可以在对他人进行推拿手法治疗时产生积极的康复作用。

### 三、医练结合，增强疗效

古人云：“上工治未病，下工治已病。”推拿临床工作中，正是恪守了这一说法，不仅重视疾病的治疗，而且更加注意预防疾病的发生和发展，这在推拿练功法中亦有很好的体现。推拿练功法中的一些动作，很适合患者练习，有利于消除疾病，是一种扶正祛邪和调动患者积极性的好方法。如少林内功练功法中前推八匹马、倒拉九头牛一类动作，两手自肋肋两侧前推出，使气机蓄行出于中焦，故能健脾和胃，促进胃肠功能，使摄纳增加、化生有源、气血充沛。凤凰展翅一类动作，两臂横向两侧展开，使胸廓扩张，上焦气机得以舒展，可有宽胸利气、平肝健肺的作用，并因而调整了气机，使亢逆之肝阳下降，故能防治高血压、眩晕等疾病。两手托天、霸王举鼎之类动作，两掌向上推出，引清阳之气上行颠顶，荣养脑髓，故能防治头昏、失眠之类疾病。另外，推拿练功过程中，各种徒手功法锻炼，都强调一定的下肢动作，要求下肢运用“霸力”（即用足力气，以五趾抓地、足跟踏实、下肢挺直、两股用力），使下焦气机畅旺，以健肾壮腰，故对泌尿系统、生殖系统疾病有着防治作用。再有其他各种练功动作，都包含了对颈、肩、腰、背各关节及肢体的活动锻炼，既使这些部位功能、肌肉力量有所改善，又能防治这些部位的常见病、多发病。

## 第二节 推拿功法的特点

### 一、推拿练功法的起源和发展

推拿练功法历史悠久，与我国古代的“导引”练功方法有着极深的渊源。早在 2000 多年前，我们的祖先在生产劳动和抗病斗争中，创造出了导引按蹠的防治疾病方法。“按蹠”即沿革至今的推拿、按摩，而“导引”则是练功方法的最早萌芽和雏形。当时“导引”的含义，即“摇筋骨、动肢节、行气血”，具有治疗和强身防病的作用。春秋战国时，著名哲学家庄子在其著作《刻意篇》中就记载了“吹响呼吸，吐故纳新，熊经鸟申，为寿而已矣，此导引之本，养形之人，彭祖寿考者之所好也。”《内经》又云：“中央者其地平以湿……故其病多痿厥寒热，其治宜导引按蹠，故导引按蹠者，亦从中央出也。”由此可知，导引不仅能强身，而且能治病，并且早已为古代医家所重视。1973 年长沙马王堆三号汉墓出土的一批医书中，有两篇“导引”专著，其中《导引图》上绘有 40 余种练功姿势，形象栩栩如生，这是我国历史上所见到的最早的练功图解。汉末名医华佗在继承前人有关“导引”理论和经验的基础上，参照民间流传的一些内容，模仿虎攫、鹿伸、熊匍、猴纵、鸟飞等动物的各种动作形态姿势，创编了“五禽戏”，并总结出“动摇则谷气得消，血脉流通，譬犹户枢不朽耳”的练功体会，为普及练功提供了第一批实际功法和有力的理论依据。隋唐时期，“导引”得到了广泛应用，被官方确定为重要的医疗手段之一。隋唐以后，由“导引”衍化而生的各种练功方法，名目日渐繁多，按类可分为技击练功法、健身练功法等，而“导引”本身则逐



渐被狭义地理解为现今气功练功法的专有名词。推拿练功法属防治结合的健身练功法类，其产生发展是随推拿医术本身的兴衰而起落，其沿革经历了一个漫长的过程。旧时推拿练功法散见于民间而无系统，直到建国后，在党和政府的重视下，才组织力量就这部分内容进行整理和统一。整理后的推拿练功法分为两部分，筛选了“达摩易筋经”和“少林内功”两种功法，作为徒手练功法的功种，又以石担、石锁、抓坛子等民间器械练功方法作为器械练功法的内容，从而在练功的过程中，注重了外形和体力的锻炼。在实践和科研中认识到，在传统的推拿练功方法基础上去芜存精，并以现代科学知识、方法做更进一步的充实和强化，扩充新的内容，突出调整气血和控制意志以及全面的锻炼，这样才能更加密切结合推拿工作的性质，对推拿医疗工作将会有着更大的裨益。

## 二、专业训练的要领

推拿练功法虽是防病健体的一种锻炼方法，但也是一种体力活动。怎样才能适当地进行练功，防止损伤和保证充沛的体力及良好的效果，其要领有以下几个方面：

**1. 练功的运动量** 推拿练功要想取得理想的效果，除了科学地、系统地安排练习内容外，还必须因人而异，安排各自适合的运动量。练功运动量是指人体在练功过程中所能完成的生理负荷量，这是和其他体育运动共同的一个概念。运动量组成的因素应包括强度、密度、时间、数量和练功项目特性等，改变这些因素中的任何一个因素，都会使练功效果受到影响。

(1) 强度：是指练功过程中运动的程度，这个要求以练功者各自体质及生理适应程度而定，不可一概而论。

(2) 密度：是指单位时间内重复练习的次数，体育训练中常以密度作为一个因素来表示运动量的大小，所以密度在运动量中反映时间与次数的关系，也是运动量中一个重要的环节。

(3) 时间：是指在一次练功课中，应考虑练功的总时间、单一功法完成的时间、上一次练习与下一次练习之间的间歇时间以及练习中完全体息的时间等。当代各项体育运动训练广泛采用的间歇训练法，就是建立在运动时间的组合基础上的。

(4) 数量：是指一次练功中，重复练习的量或练习的总量，练功中没有一定的数量就没有一定的质量，也没有良好的练功效果。

(5) 练功项目特性：是推拿练功法中的各种练习方法，如徒手或器械等。运动量概念之所以要包括这个因素，因为不同的练功方法对人体的影响作用也不同，所以在安排练功运动量时也应考虑这个因素。

至于运动量诸因素间的相互关系，这是相互依存和相互支持的，只有在全面考虑这些因素的基础上，才能因人而异地制定适合自身情况的运动量，从而保证良好的效果。

### 2. 练功的准备和结束动作

(1) 准备活动：一般地说，进行准备活动的目的，是在练功前通过各种练习进一步提高中枢神经系统的兴奋性，使它达到适宜水平，加强各器官系统的活动，克服各种机能活动的情性，为正式练功进一步做好机能上的准备。这样做可以使人体在正式练功一开始，就能更

快地进入练功紧张状态而防止肌肉、韧带等损伤的发生。

进行练功前的准备活动往往先采用一些包括走、跑、跳、徒手操和全身活动的游戏，这样能普遍提高中枢神经系统的兴奋性、全身的物质代谢水平、各器官系统的机能活动以及肌肉韧带的柔韧性和弹性，并使体温略微升高，这些都将有助于这类练功效果的提高。由于推拿练功的种类不同，要求的准备活动则不一样，有些练功方法更有特殊要求。

准备活动持续时间的长短、强度的大小应适当，不必做得太久，防止引起疲劳，一般与正式练功之间要有2~3分钟的间隔较为适宜。

(2) 结束活动：结束活动又叫整理活动，是消除疲劳、促进体力恢复的一种良好方法。在进行练功后做整理活动，可使人体更好地由紧张的运动状态过渡到安静状态。事实上，这类练功对身体所引起的生理变化，并不是随练功的停止而同时消失的。练功中能量消耗较大，需要供应大量氧，尤其是一些练功方法的运动较为剧烈，肌肉活动常常是在缺氧的情况下进行的。这样，在练功以后，内脏器官还得继续工作，以补偿练功时缺少的氧气。那么，如果练功结束不做整理活动而突然完全静止下来，身体的静止姿势首先就妨碍了强烈的呼吸动作，影响氧气的补充，同时也必然影响静脉血回流，心脏血液的输出量因而减少，血压必然降低，造成暂时脑缺血现象而产生一系列不良感觉。因此，整理活动不是可有可无的事，而在练功后一定要做。一般来说，整理活动包含一些呼吸运动和较缓和的全身运动，量不可太大，并且逐步由大到小，并尽量使肌肉主动放松，使内脏器官及肌肉等逐渐恢复到安静状态。

**3. 练功的营养卫生** 生命的存在，有机体的生长发育、各种生理活动及体内活动的进行，都有赖于体内的物质代谢的进行过程，体内进行物质代谢必须不断地从外界获得新的物质，主要是从食物中摄取。获得与利用食物的过程，即称为营养。营养是保证人体生长发育的重要因素，并与健康有密切关系，合理的营养能促进健康并是防病强身的手段。应该说，营养和各种体育活动（包括推拿练功）都是维持和促进人体健康的重要因素。营养是构成机体组织的物质基础；练功则可以增强机体的机能，两者科学地配合，可更有效地促进身体发育和提高健康水平。只注重营养而缺乏练功等运动，会使人肌肉松弛、肥胖无力、机能减弱；而进行练功等运动缺乏必要的营养保证，体内的物质能量消耗没有得到补偿，则会对身体健康或体格造成不良影响。科学证明，膳食的质量、摄取量与练功运动量有着密切的关系，即想要获得良好的练功效果，使身体健康、强壮，必须有适当的营养保证。练功后营养缺乏，会使身体机能和运动能力下降，并易出现乏力、疲劳不适等症状。所以，这就要求在练功后注意饮食营养（质量和摄入量），以保证身体的需要和练功的预期效果。

合理营养要求膳食中包含有机体需要的一切营养素，各种营养素含量适当，全面满足身体需要。一般地说，推拿练功训练过程中，要适当提高蛋白质含量高的食物摄入，诸如鸡蛋、鱼、肉等动物性蛋白食物。并要注意练功后进食的时间，练功后应有适当的休息时间才能进食。因为练功时体内血液比较集中于运动器官，胃肠等消化系统相对处于缺血和抑制状态，消化机能减弱。这样，练功结束即进食，尤其富含蛋白质的食物就不能很好地消化。因此，练功结束后一般应休息30分钟以上进食方好。这样合理地摄取营养膳食及掌握适当的进食时间，才会有益于身体，确实保证练功的效果。

### 三、推拿练功和传统养生功法的区别

推拿练功主要是针对推拿专业人员临床工作所需的指力、臂力、腰腿等肌肉力量以及身体素质综合训练的一系列方法。练功中针对性很强，其强调的步型、裆势和肌肉的伸、缩、拧、转相互平衡，以及相对静止性的用力，进而以“以意领气，以气贯力”的形式，达到外强而生精血，充养形体与脏腑的效果。故推拿练功重视动作力度和持久，多采用自然呼吸，可谓是一种由外向内的练功方法。

推拿练功与传统养生功法的区别在于：传统养生功法包括八段锦、太极拳以及古称“行气”、“吐纳”、“坐禅”等现称为气功的一类功法。其动作柔和，强调意念、呼吸，重视养生摄身、内修意气，以充精血，为一种由内向外的练功方法。

但是，推拿练功和传统养生功法都不是孤立存在的。这两类练功方法中诸多动作，既很适合患者练习，有利于消除疾病，是扶正祛邪和调动患者积极性的好方法，同时又能对推拿医师起到保健养生的作用。通过推拿练功和传统养生功法的配合练习，可以健身内壮，使推拿医师神全气足，更好地胜任临床工作；还可通过锻炼，使人随意调节呼吸形式、频率，增加换气量，利于推拿医生在工作中不致造成内伤，并可以较快地恢复疲劳，胜任连续的推拿工作。所以，有条件的情况下，推拿医生亦可选择适当的保健养生功法与推拿练功法一同配合练习。

## 第三节 推拿练功的姿势、呼吸及意念

练功的姿势、呼吸与意念，是中国传统功法锻炼中所强调的调身、调息与调心，即练功三要素的内容。由于推拿专业练功所选练的功法及其要求达到的目的，与一般以养生为主的传统功法不完全相同，故推拿练功时，其三调的具体操练方法，有其自身的特殊要求与规律。学员在正式进行推拿练功锻炼之前，对此必须正确理解并熟练掌握。

### 一、推拿练功的基本姿势

中国传统养生功法所采用的身法，主要有卧式、坐式与站式三种。而推拿练功选练的一般都是以全而强体为目的的“强壮功”一类的功法，如易筋经、少林内功等。此类功法都采取在站立位姿势下，全身摆放成一定的架式，做全身定势练习；或下肢站定，躯体与上肢做特定动作的下定上动势练习。常用的步势有站势、马步势、弓箭步势等多种姿势。推拿练功在实际操练时，在调身的环节要重点注意对步势、掌（拳）势与全身或静或动的姿态、身形的正确调控。然而，调身的方法与要求，每一种功法与每一种功势都不完全相同，故具体的方法应按照下文介绍的易筋经、少林内功及推拿辅助功法的要求进行。

### 二、推拿练功的呼吸

呼吸是生命活动的根本，是推拿练功的重要环节之一。练功中调整好呼吸，方能保证取

得练功效果，有利于增进身体的健康和疾病的好转与恢复。所以，若练功过程中不能很好地调息，就必然会影响练功的正常进行，或更会出现一些副作用，有损身体健康。古人曾形象地比喻为“御气如伏虎”，就说明了这个问题。推拿练功的呼吸，常用的有以下几种方法：

**1. 自然呼吸法** 即练功时保持平常的呼吸形式，但要求柔和一些，这是呼吸锻炼的基础。自然呼吸法具体有三：

(1) 胸式呼吸：即呼吸时胸部随呼吸起伏，多见于女子。

(2) 腹式呼吸：即呼吸时腹部随呼吸起伏，多见于男子。

(3) 混合呼吸：即呼吸时胸腹部都随呼吸起伏，且起伏较为明显，也有称此为全呼吸的，多见于运动员、歌唱家等。

**2. 腹式呼吸法** 这是练功中常用的一种呼吸方法，即在放松的基础上，逐步把自然呼吸改变为腹式呼吸。要求呼吸做到自然的深、长、细、匀。呼吸的方式有顺有逆，顺腹式呼吸即吸气时少腹部缓缓隆起，呼气时少腹部缓缓收进；逆腹式呼吸则相反，吸气时腹部收进，呼气时腹部隆起。

**3. 停闭呼吸法** 这是在腹式呼吸基础上进行的一种呼吸方法，即在一呼一吸之间，或一吸一呼之后，有一停顿闭气时间，或者是适当延长吸气、呼气的时问，或吸长呼短，或吸短呼长。

**4. 提肛呼吸法** 即在吸气时，稍用意念提起肛门；呼气时，自然放松，注意不要以意念鼓肛。可用在各种呼吸方法的基础上。

总之，推拿练功的呼吸方法很多，练功时要根据病情、体质和所练功法的要求，合理地进行选择，这对保证练功顺利进行，获得良好效果具有重要意义。一般地说，自然呼吸多适用于初练者和体质弱者。腹式呼吸法能加强腹肌运动，通过膈肌上下运动及腹壁肌肉的收缩与放松，可产生对腹腔内脏器的“按摩”作用，同时能扩大肺活量，促进新陈代谢，从而有利于内气的聚集、贮存与调动，是练功中一种重要的呼吸方法。现代研究表明，逆腹式呼吸对消化、呼吸系统疾病及高血压病等有较好的疗效；停闭呼吸法和提肛呼吸法，前者对神经系统、胃肠疾患，后者对低血压、内脏下垂等疾患有一定的效果。练功中选用相应的呼吸方法有利于内气的培育，能够促进人体精、气、神的补养，如果患者治疗过程中配合功法锻炼，可辅助治疗各种虚损，对提高身体素质、促进疾病康复具有重要的作用。

### 三、推拿练功的意念

西医学认为，意念是大脑即中枢神经系统的功能活动，起着支配人体一切组织器官功能活动的作用。人的精神情绪、思维活动是多种多样的，但概括起来不外良性和恶性两大类。良性的（指愉悦、快乐、轻松等）意识思维和情绪，可改善、调整大脑皮层兴奋与抑制过程，保持人体健康状态，即中医所谓“正气存内，邪不可干”；恶性的（指悲哀、沮丧、不愉快等）意念和不良情绪，可使大脑机能紊乱，导致内脏功能失调，甚至引起器质性病变。由此即提出了调心练意的主张，并创造出具体的方法，而这种调整和锻炼意念的方法，主要是强调在练功过程中要求意念集中，排除各种思想杂念的干扰，使得意静专一，心与意合，在一种“恬淡虚无”的思想境界中进一步调形顺气，练习形体，使机体的动作与意气结合，

则更可调动人身之内气，促进内气的聚集与运行，进一步调整脏腑功能，更能增强体质，治病强身，达到健康的目的。

## 第四节 易筋经

易筋经是我国古代流传的一种健身方法，易筋经的“易”有改变的意思，“筋”是肌筋（包括肌肉、肌腱、韧带、筋膜、关节等），“经”指方法，即通过锻炼能改变筋骨，使之强健的练功方法。相传为南北朝时达摩所创，但具体年代尚不能考证。明清以后，在民间广为流行，演变为多种功法，较通行的是清代潘霁于1858年整编，并收录于其所撰《卫生要术》中的“易筋经十二图”，该图也为清代的王祖源在1881年摹刻在其所作的《内功图说》中。易筋经流传以来，其练功方法广为气功、武术、医疗所采用，以达到锻炼身体、增力强筋、却病延年的目的。近代的一指禅推拿流派和猿法推拿流派，也都以易筋经作为推拿练功的主要内容，以增强其体魄，达到形神兼备、集功力于指端的境界，如一指禅推拿名家朱春霆所言：“使气得以运周全身，宣达经络，使骨壮筋柔，体强身健。”目前，易筋经不仅为广大推拿和骨伤医生的常用练功方法之一，也是人们防治疾病、延年益寿的常练功法。

易筋经的特点在于“久练内壮外强”，多数动作与呼吸密切配合，并采用静止性用力。呼吸以自然舒适为宜，切忌屏气，呼吸方式有自然呼吸、顺腹式呼吸和逆腹式呼吸。初练者，一般以自然呼吸为宜，待练到一定程度后，可逐渐过渡到腹式呼吸。意念则要求“守此中道”、“勿他想”、“以意领气”。

练功前，须换宽松衣服，穿练功鞋或软底布鞋，做练功前的准备活动，并集中注意力。练功中，要求松静自然、意守丹田、准确柔活。松静自然就是形体和意念自然放松，心平气静；意守丹田即令意念集中于脐下3寸处，内视丹田，并随呼吸仔细体会腹部的起伏变化，但不可用意太过；准确柔活即姿势正确，动作合乎规范，动作尽量舒展、缓慢、柔和、灵活，刚柔相济，用力适度，切不可用蛮力、僵力。练习完毕或中间休息时，注意保暖，不可当风，并做适当肢体放松运动。

易筋经共有十二势，锻炼时可视各人情况而定，可选练其中几势或全套动作，各功势转换可动态练习，亦可选其中几势静态练习，但必须循序渐进，持之以恒。练习的时间、次数和强度，要因人、因时、因地而异，一般每天1次，每次练至微汗出为宜。

### 一、基本步势

易筋经的步势是指练习本功法时，下肢所采用的各种基本步法的静态姿势，主要有站势、丁字步势、弓箭步势、马步势等。

#### 站 势

【步势】并步站立。头如顶物，双目平视前方，舌抵上腭，双唇略开一缝，下颌微收。含胸拔背，收腹直腰，蓄臀提肛。松肩，两臂自然下垂于体侧。

**并步站势** 两脚相靠，足尖并拢。

**开立步站势** 左足向左横跨一步，与肩同宽，两足平行，足尖向前。

二者均要求全脚掌着地，两腿空松不可挺直。心平气定，神态安详。

**【要领】**全身上下放松，初练时采用自然呼吸法，以后慢慢改变成顺腹式呼吸法为主。鼻吸口呼，即吸气时舌抵上腭，令空气从鼻道缓缓而进；呼气时舌尖稍降，让浊气从口缝缓缓呼出。气沉丹田，全神贯注，重心落于两腿之间。

**【应用】**本势全身各部肌肉放松，便于意守调息，是易筋经的基础步势。并步站势用于预备势、出爪亮翅势、掉尾势中；开立步站势用于韦驮献杵势、九鬼拔马刀势、青龙探爪势、打躬势中；若双脚足跟离地，以前掌和足趾着地的开立步站势，则用于横胆降魔杵势、掌托天门势中。

### 丁字步势

**【步势】**一腿屈膝半蹲，足尖向前，全脚掌着地，为支撑脚，支撑约60%~70%的体重，为实步；另一腿斜向前外方移动半步，屈膝半蹲，足跟提起以前脚掌着地，与支撑脚约成45°，足跟距支撑脚足弓处一拳左右，支撑约30%~40%的体重，为虚步。

**【要领】**头微偏，身正直，目视侧前方，舌抵上腭。含胸拔背，收腹直腰，身体不可前倾后仰，蓄臀提肛。沉肩，前腿虚，后腿实。呼吸自然，精神集中。

**【应用】**本势又名前丁后八步势，上松下实。初练时，支撑腿可先浅蹲（即稍微屈膝下蹲），随着功力的长进应渐渐深蹲，以加强腿力的锻炼，并使全身气血得以畅达。主要用于摘星换斗势中。

### 弓箭步势

**【步势】**前腿向前跨出一大步，屈膝前弓，足尖向前，膝与足尖约成一直线；后腿蹬直，足尖斜向外45°~60°。两脚掌全着地。

**【要领】**头正身直，目视前方，舌抵上腭。含胸拔背，收腹直腰，重心下沉。前腿如弓，后腿如箭，两脚踏实，蓄势待发，沉肩、屈肘、握拳、护腰。鼻息调匀，气沉丹田。

**【应用】**本势锻炼下肢的力量，用于倒拽九牛尾势、卧虎扑食势中。

### 马步势

**【步势】**两脚左右分开，略宽于肩，两足平行，足尖向前，脚掌着地，屈膝半蹲，重心落于两腿之间，两膝微微内扣。

**【要领】**头正身直，目视前方，舌抵上腭。前胸微挺，后背如弓，沉腰。屈膝90°，两脚踏实，沉肩。呼吸自然，气沉丹田。

**【应用】**本势为锻炼下肢架力的基础步势，用于三盘落地势中。

此外，在卧虎扑食势中还有上提足跟和双脚呈跟背相叠的特殊步势。以上各种步势都要求自然稳健，虚实分明，以利于意念的集中和各势动作的锻炼及持久。

## 二、基本功势

本篇根据《卫生要术》所载功法，介绍如下：

### 第一势 韦驮献杵势<sup>[1]</sup>

【原文】立身期正直，环拱<sup>[2]</sup>手当胸；气定<sup>[3]</sup>神皆敛<sup>[4]</sup>，心澄<sup>[5]</sup>貌亦恭。

【语释】站立要正直，双手环抱当与胸平；平定气息，精神内守，内心清静，面容端庄坦然。

[1] 韦驮献杵势：韦驮，佛教守护神之一，其像着古代武将服，执金刚杵。该势名称取模仿韦驮敬佛侍卫，进献兵器时的姿势。也称韦驮献杵第一势。

[2] 环拱：拱，拱手。两手在胸前相抱表示恭敬。这里是指双手在胸前如抱球状。

[3] 定：平定，安定。

[4] 敛：收敛。

[5] 澄：本意为水清澈纯净，喻内心清静，毫无杂念。

#### 【功势】

1. 预备 并步站立。头如顶物，两目平视前方，口微开，舌抵上腭，下颌内收。含胸拔背，收腹直腰，蓄臀提肛。松肩，两臂自然下垂于体侧，双膝空松，两脚相靠，足尖并拢。心平气定，神态安详。其他各势的预备均与此相同。

2. 两臂展平 左脚向左横跨一步，与肩同宽，成开立步站势。两臂掌心向下，同时外展至与肩平，肘、腕、指自然伸直。

3. 抱掌合拢 转掌心向前，缓慢收拢合掌，屈肘旋臂，转腕内收，肩、肘、腕相平，十指端向上。在此姿势下做定势练习时，又称童子拜佛势。

4. 旋臂指胸 两臂内旋，以指端对胸（与天突穴平），稍停约1~2分钟。

5. 环拱抱球 两肩向左右缓缓拉开，双手在胸前成抱球状，沉肩垂肘，十指微屈，掌心内凹相对，相距约15cm。身体微向前倾，双目平视，意守丹田，呼吸自然。在此姿势下做定势练习时，又称抱球势（图4-1）。

6. 收势 结束前，先深吸一口气，然后徐徐呼出，两手同时缓慢下落于体侧，收左脚回预备姿势。

【要领】练功时全神贯注，心平气静，沉肩垂肘，脊背舒展，全身各部肌肉放松，腕掌松弛，做到似动非动，似静非静，似实非实，似虚非虚，即“动中静，静中动，实中虚，虚中实也”。使体内气血运行自如，练习日久，自觉气向下行，蓄气于丹田。

【应用】本势为调身、调息、调心的基本功法，是易筋经训练的基础。重点是锻炼三角肌、肱二头肌、桡侧腕伸肌群、前臂旋前肌群、肛门括约肌等，久练增强臂力和肩关节悬吊

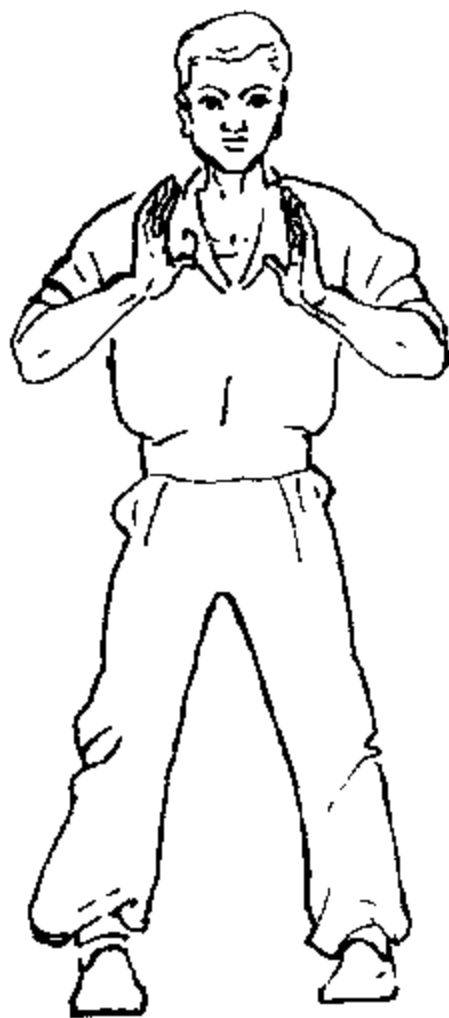


图4-1 韦驮献杵势

力，有利于手法持久力的维持，并可使气机协调、血脉畅达、镇静安神。初练5分钟，1周后，每周延长5分钟，可增至30分钟。体弱久病者酌情而定。

## 第二势 横胆降魔杵势<sup>[1]</sup>

【原文】足指挂地<sup>[2]</sup>，两手平开；心平气静，目瞪口呆<sup>[3]</sup>。

【语释】足趾抓地像木柱一样扎根在地里，两手水平展开；心平气和，保持安静，双目圆睁，闭嘴咬齿。

[1] 横胆降魔杵势：胆，又作担。本势为模仿韦驮护佛降魔，而双手持杵横胆，足趾抓地的姿势。也称韦驮献杵第二势。

[2] 足指挂地：足指，即足趾。挂，通柱，木柱，这里作动词。意为练功者足趾抓地像木柱一样，稳固不可动摇。

[3] 目瞪口呆：瞪，目圆睁。呆，呆滞，这里指闭嘴咬齿。

### 【功势】

1. 预备 同韦驮献杵势。

2. 两手下按 左脚向左横跨一步，与肩同宽，成开立步站势。两手用力下按，掌心朝下，指端向前，腕背伸，肘挺直，两目平视。

3. 提掌前推 两手翻掌心向上，指端相对，上提至胸前。转四指指端向前，以拇指桡侧用力，缓慢向前推出，高与肩平。

4. 两手平开 两手同时向左右水平展开，以拇指桡侧用力为主，至两臂伸直，呈一字分开，肩、肘、腕、掌、指须平。

5. 翻掌提踵 两手同时翻掌，掌心向下，两臂仍与肩平，同时上提足跟，前掌、足趾着地，两膝挺直，身体略微前倾。双目圆睁，闭嘴咬牙（图4-2）。

6. 收势 结束前，先深吸一口气，然后徐徐呼出，同时缓慢落下两手及足跟，收左脚回预备姿势。

【要领】两手平开，与肩相平，足跟上提，以前掌、足趾着地，身体微前倾，保持身体平衡，意念集中于手掌心与趾尖，两肩沉重，如负重担。双目圆睁，闭嘴咬牙，是指不可两目乱视，口动粗气。练习日久，可仅用双脚的足趾着地。

【应用】本势可与韦驮献杵第一势的收势相接，于两手落下后，自然接第二势的两手下

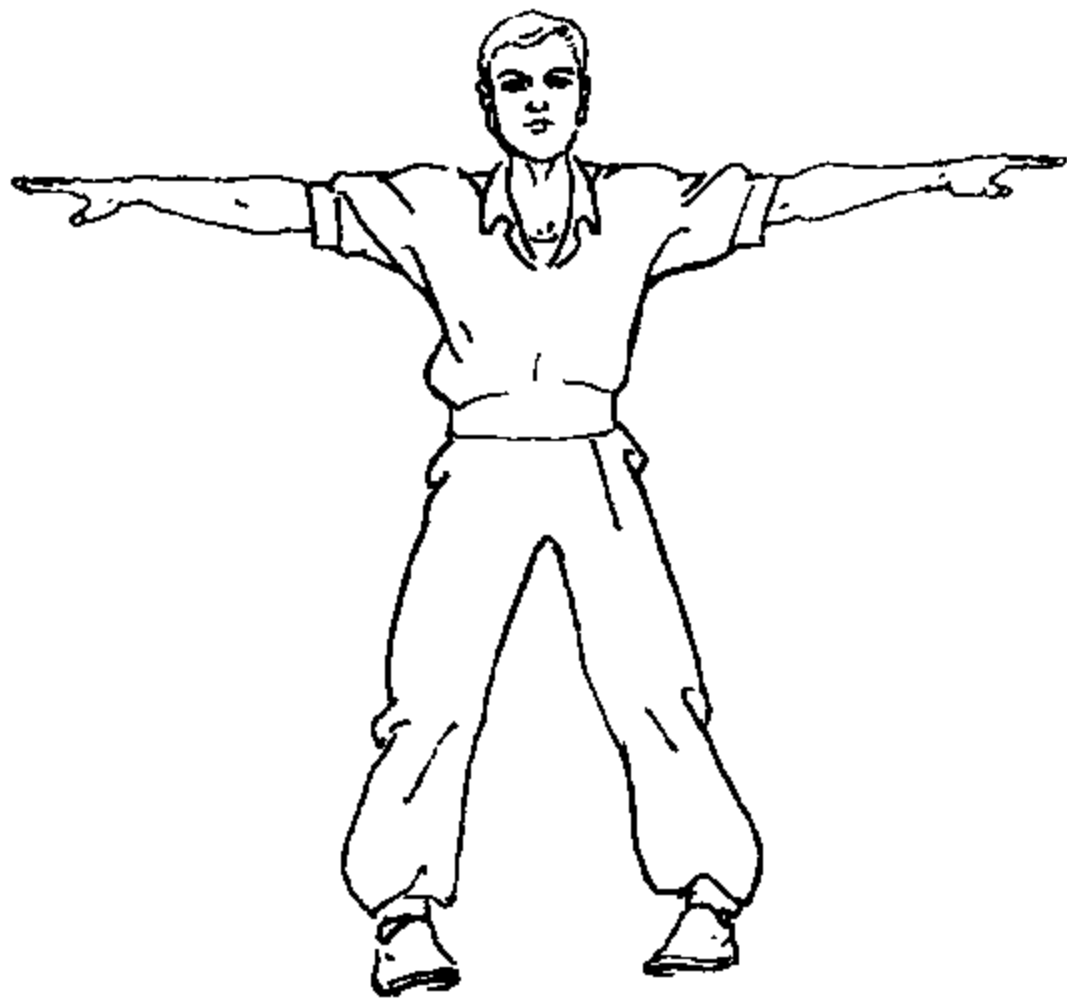


图4-2 横胆降魔杵势



按动作，不收回左脚。锻炼重点是三角肌、肱三头肌、前臂伸肌群、股四头肌、腓肠肌、趾伸肌群、肛门括约肌、眼轮匝肌、咬肌等，久练增强臂力、腿力，有利于需摆动手臂操作的一指禅推法、擦法、揉法的持久训练，协调气机，强壮身体，调节身体的平衡性。初练3分钟，1周后，每周延长2分钟，可增至20分钟。体弱久病者酌情而定。

### 第三势 掌托天门势<sup>[1]</sup>

【原文】掌托天门目上观<sup>[2]</sup>，足尖著地<sup>[3]</sup>立身端；力周髀胁<sup>[4]</sup>浑如植，咬紧牙关不放宽；舌可生津将腭抵，鼻能调息<sup>[5]</sup>觉心安；两拳缓缓收回处，用力还将夹重看。

【语释】掌在天门穴处上托，两目内视掌背，足尖着地，身立端直；腿胁贯力，浑然如大树一样生根，牙齿咬紧，不要放开；舌抵上腭，可以生津，鼻调呼吸，心神安定；两拳收回，缓慢用力，犹如夹持重物一般。

[1] 掌托天门势：天门，天宫之门。言该势形如力托天宫之门。这里还指位于额前正中，从印堂至前发际正中处的天门穴，也称韦驮献杵第三势。

[2] 目上观：指双目通过天门穴，向上内视掌背，不须过分抬头仰目。

[3] 足尖著地：著，着。足趾着地。

[4] 力周髀胁：髀，腿。贯力于腿胁。

[5] 调息：练功时呼吸的调整。

#### 【功势】

1. 预备 同韦驮献杵势。

2. 平步静息 左脚向左横跨一步，与肩同宽，成开立步站势。平心静气，两目平视。

3. 提掌胸前 两手四指并拢，掌心向上，指端相对，相距约5cm，同时上提至胸前，不高于肩。

4. 翻掌托举 两手同时翻掌心向上，托举过头，两肘臂稍屈，腕背伸，四指并拢，掌心向上，指端相对，相距约5cm，拇指外分，对向天门穴，两虎口相对成四边形（图4-3）。

5. 提踵上观 同时上提足跟，前掌、足趾着地，两膝微挺，身体略微前倾。头略后仰，双目通过天门穴，向上内视掌背，呼吸自然。

6. 收势 结束前，先深吸一口气，然后徐徐呼出，同时缓慢落下两手及足跟，收左脚回预备姿势。

【要领】本势两臂向上托举，不宜过分贯力。双目上视掌背，实指内视，通过天门穴观掌背，不须过分抬头仰目。过分仰头，可致头昏目眩，站立不稳。提足跟时微向外分开，使阴跷脉收而阳跷脉开，三阳之脉气血上升，合络督脉，督脉阳气均衡，则背后三关（即玉枕、夹脊、尾闾三关）自然流畅，并有利于姿势的稳定。咬牙、舌抵上腭、提肛，以交通

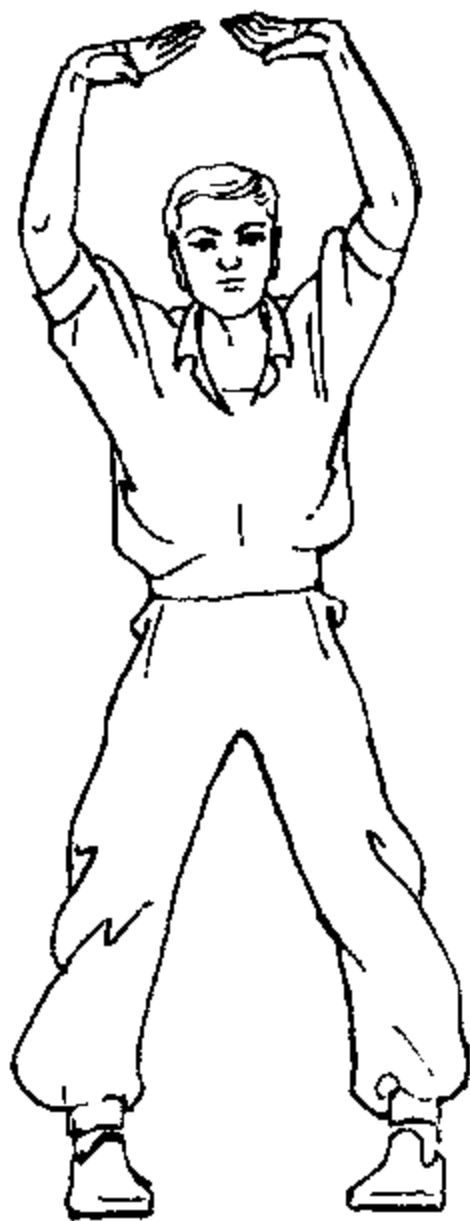


图4-3 掌托天门势

督、任二脉。

【应用】本势可与横胆降魔杵势相接，紧接第二势的收势，于两手落下后，自然接第三势的提掌胸前动作，不收回左脚。锻炼重点是上肢屈伸肌群、斜方肌、背阔肌、腓肠肌、肛门括约肌等，锻炼腕力、臂力、腿力，有利于揉法、抖法、搓法的功力和持久训练，提高整体的稳定协调性。初练3分钟，1周后，每周延长2分钟，可增至20分钟。体弱久病者酌情而定，高血压病患者忌练此功。

#### 第四势 摘星换斗势<sup>[1]</sup>

【原文】只手擎<sup>[2]</sup>天掌覆头，更从掌内注双眸；鼻端吸气频调息<sup>[3]</sup>，用力收回左右侷<sup>[4]</sup>。

【语释】一手托天，覆掌心向下对头，双目凝视掌心；鼻吸口呼频频调节呼吸，收回时用力，左右动作相同。

[1] 摘星换斗势：斗，星的通名。言该势如以手摘取移换天上的星斗。

[2] 擎：举，向上托举。

[3] 调息：练功时呼吸的调整。

[4] 侷：相同。

#### 【功势】

1. 预备 同韦驮献杵势。

2. 握拳护腰 两手握拳，拇指紧握于拳心内，两拳提至腰侧，拳心向上，平心静气。

3. 丁步下蹲 左脚向前跨出半步，屈膝，足跟提起，足尖着地，右脚屈膝半蹲，全脚掌着地，成丁字步势，左虚右实。

4. 按腰钩掌 右手握成虚拳以掌背靠于右侧腰骶处。左手由拳变钩掌（五指并拢屈曲如钩状），屈腕沿胸向上，至头部左侧，距左额约10cm。

5. 目注掌心 指端略向左偏，头同时略向左抬起，双目注视左手掌心（图4-4）。

6. 收势 结束前，先深吸一口气，然后徐徐呼出，缓慢收回两手，身体站直，收左脚回预备姿势。以上为左式，右式换步时，右足向前迈半步，成右虚左实丁字步势，其余动作相同，惟左右相反。

【要领】本势单手高举，五指须捏齐，屈腕如钩状，指端旋向外，肘向胸前，沉肩。头微偏，两目注视掌心是关键，舌抵上腭，口微开，呼吸调匀，身体不可前倾后仰、左右歪斜，臀微收。双脚为丁字步势，前虚后实。

【应用】本势可与掌托天门势相接，紧接第三势的收势，收回左脚，于两手落下后，自然接第四势的握拳护腰动作。该势动作难度较大，在推拿练功中有重要地位。锻炼重点是上

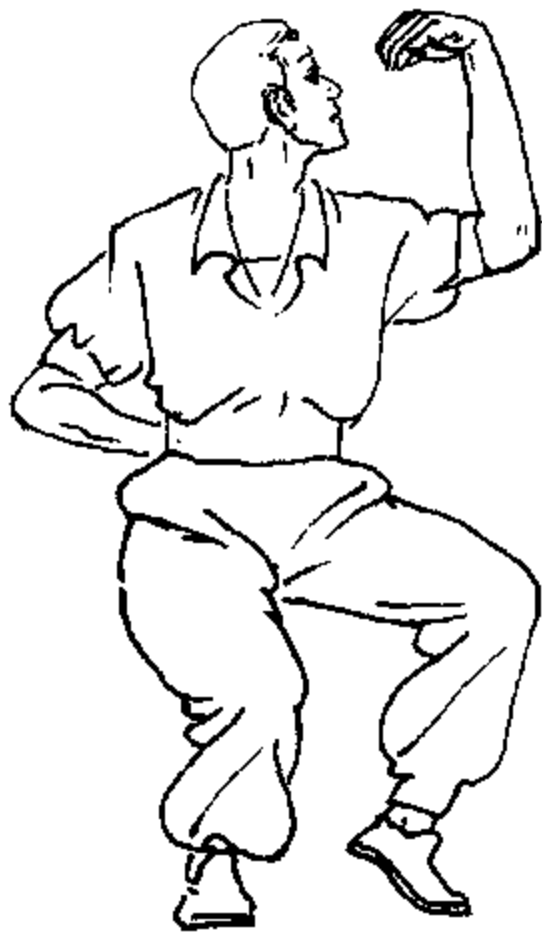


图4-4 摘星换斗势

肢屈伸肌群、下肢屈伸肌群、提肛肌等，自觉掌心发热、发麻，久练增强臂力和腿力，有利于一指禅推法、揉法的腕和前臂功力的训练。初练左右式各2分钟，1周后，每周各延长1分钟，可增至各15分钟。体弱久病者忌练此功。

### 第五势 倒拽九牛尾势<sup>[1]</sup>

【原文】两髀后伸前屈，小腹运气<sup>[2]</sup>空松；用力在于两膀<sup>[3]</sup>，观拳须注双瞳。

【语释】两腿前屈后伸成弓箭步，小腹运气保持空松；两臂膀用力，双目凝视拳心。

[1] 倒拽九牛尾势：本势为模仿拽住九头牛的尾巴，用力拉紧不放松的动作。

[2] 运气：气功术语，在意念的调控下，使气在丹田及全身经络运行。

[3] 膀：臂膀，手臂。

#### 【功势】

1. 预备 同韦驮献杵势。

2. 握拳护腰 左脚向左横跨一大步，较肩为宽，成开立步站势。两手握拳提至腰侧，拳心向上。平心静气，两目平视。

3. 马步提掌 屈膝下蹲成马步势，两拳从体侧上提至胸前，由拳化掌，成抱球状（如韦驮献杵势）。头端平，前胸微挺，后背如弓，沉腰。屈膝90°，两脚踏实，松肩垂肘。

4. 左右分推 两臂拉开，转掌心各向左右，坐腕（腕背伸，四指并拢向上，拇指外分）缓慢用力左右分推，至肘臂挺直，肩、肘、腕相平，沉肩，腕背伸，向两侧用力推紧，该势可保持1~2分钟。

5. 弓步拽紧 身体向左转，屈左腿为弓步，右腿蹬直，成左弓箭步势。两上肢同时动作，握拳在胸前交叉，左手在前，屈肘成半圆状，外旋用力向后拽，以拳心对面，高不过肩，双目注拳，肘不过膝，膝不过足尖；右手后伸屈肘，内旋用力向前拉紧。两手同时用扭劲。上身正直，沉腰收臀，鼻息调匀（图4-5）。

6. 收势 结束前，先深吸一口气，然后徐徐呼出，身体转正，立起，同时缓慢落下两手，收左脚回预备姿势。以上为左式，右式动作相同，惟左右相反。

【要领】本势两腿前弓后箭，前肘微屈，似半圆，呈外旋向后用力，拳高不过肩，肘不过膝，膝不过足尖；后肘微屈，呈内旋向前用力。双手同时作扭转用劲，如绞绳状。肩松，重心下沉。目视拳心，小腹藏气含蓄，运气于丹田。



图4-5 倒拽九牛尾势

【应用】本势可与摘星换斗势相接，紧接第四势的收势，两手落下，收右脚回预备势，自然接第五势的握拳护腰动作。锻炼重点是上肢屈肌群、两臂旋后肌及旋前圆肌、下肢各肌群，增强臂力、指力和下肢力量，有利于一指禅推法、揉法、抖法、振法功力的训练。初练左右“弓步拽紧”势各保持3分钟，1周后，每周各延长2分钟，可增至各8分钟。体弱久病者酌情而定。

### 第六势 出爪亮翅势<sup>[1]</sup>

【原文】挺身兼怒目，推手向当前；用力收回处，功须七次全<sup>[2]</sup>。

【语释】身体挺直，两目圆睁，用力前视，双手向前推；再用力往后收回，整个功法须反复7次。

[1] 出爪亮翅势：本势为模仿鸟类伸爪展翅的动作。

[2] 全：完整。

#### 【功势】

1. 预备 同韦驮献杵势。

2. 并步握拳 并步直立。两手拇指固握于掌心内，呈立拳护腰。

3. 提掌前推 两拳缓慢上提至胸侧，由拳变掌，掌心向上，四指指端向前，拇指桡侧用力外展，缓缓向前推出，至两臂伸直，与肩同宽，高与肩平。

4. 翻掌坐腕 两臂旋内，掌心向下，拇指相对，四指并拢，肩、肘、腕、掌相平。然后两腕尽力背伸，成坐腕翘指，肘挺直，力贯于掌指。目视指端，头如顶物，挺胸收腹，膝挺直，足踏实，气欲沉（图4-6）。

5. 随息收推 随深吸气，双手握拳用力收回至并步握拳势；随深呼气，由拳变掌，双手用力向前推至坐腕翘指势，如此反复收推7次。

6. 收势 于坐腕翘指位，先深吸一口气，双手握拳用力收回胸两侧，随深呼气，由拳变掌，缓慢落下两手，回预备势。

【要领】并步直立，头如顶物，挺胸收腹，膝挺直，脚趾抓地。坐腕翘指时，肘直腕伸，力贯指端。目视指端，意念集中于两掌之间。随息收推时，收推动作圆活而缓慢，吸收呼推，初习者呼吸不可过于用力或屏气。

【应用】本势可与倒拽九牛尾势相接，紧接第五势的收势，回预备势，自然接第六势的并步握拳动作。锻炼重点是上肢屈伸肌群和十指的指力。久练可气随意行，使劲力由肩臂、腕贯于指掌，提高平推法、擦法等手法的功力。初练“翻掌坐腕”势，保持2分钟，1周后，每周延长1分钟，可增至各10分钟。初习者收推动作可稍快，逐渐变缓。体弱久病者酌情而定。

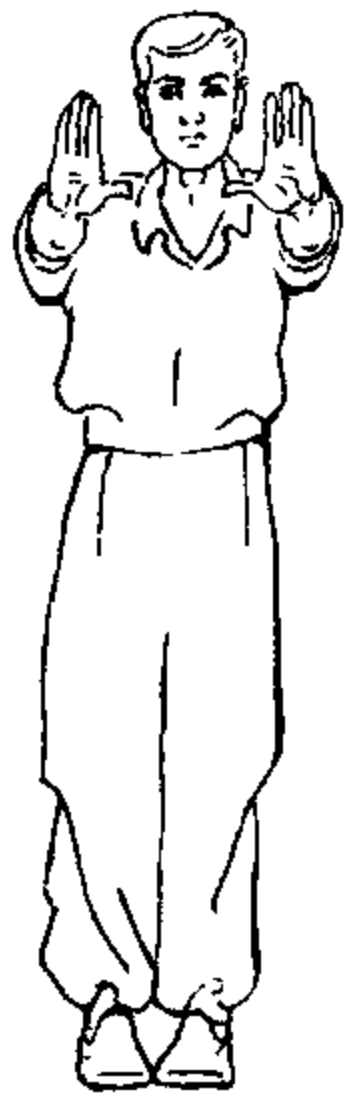


图4-6 出爪亮翅势

### 第七势 九鬼拔马刀势<sup>[1]</sup>

【原文】侧首湾肱<sup>[2]</sup>，抱顶及颈；自头收回，弗嫌力猛；左右相轮<sup>[3]</sup>，身直气静。

【语释】头稍偏向侧旁，屈臂用掌抱住头顶和颈项；从头部收回，不要嫌力量太大，左右手相轮换，身立正直，心平气静。

[1] 九鬼拔马刀势：本势为模仿从颈肩后用力拔刀的动作。

[2] 侧首湾肱：侧，侧旁。湾，同弯。肱，原指上臂，这里也指整个手臂。

[3] 左右相轮：轮，轮换，交换。左右手相轮换。

#### 【功势】

1. 预备 同韦驮献杵势。

2. 提掌胸前 左脚向左横跨一步，与肩同宽，成开立步站势。两手四指并拢，掌心向上，指端相对，相距约5cm，同时上提至胸前，不高过肩。

3. 上举下按 两手同时旋腕，右手掌心向上，上举过头，肘关节伸直，腕背伸，指端向左；左手掌心向下，向身后下按，肘关节伸直，腕背伸，指端向右。

4. 抱颈按背 右手屈肘落下，以手掌抱持头枕及颈项部，头略前俯；左手同时翻掌尽量上提，掌心向前，按紧背部 [图4-7 (1)]。



(1)



(2)

图4-7 九鬼拔马刀势

5. 与项争力 颈部用力上抬，使头后仰，右手掌向前用力，肘臂尽力向后上伸展，使

二力抗争。两目向左平视 [图 4-7 (2)]。

**6. 收势** 结束前，先深吸一口气，然后徐徐呼出，缓慢落下两手，收左脚回预备姿势。以上为左式，右式动作相同，惟方向相反。

**【要领】**上举下按，两手肘直腕伸，指端分别向左右。与项争力，颈部端直，不可歪斜，头后仰，与掌、肘臂对抗用力相争。按背之手，掌心向前，尽量上提按紧后背。两目须平视，胸、肩放松，身直气静。

**【应用】**本势可与出爪亮翅势相接，紧接第六势的收势，回预备势，自然接第七势的提掌胸前动作。重点锻炼颈肌、肱三头肌、肱二头肌、前臂屈肌群、斜方肌、肩胛提肌，增强掌指、手臂和颈部力量，有利于揉法、点按法、抖法、振法、搓法功力的训练。久练可配合上提足跟的步势。初练可定势练习左右式的与项争力各 3 分钟，1 周后，每周各延长 2 分钟，可增至各 8 分钟。体弱久病者酌情而定，高血压病患者忌练此功。

### 第八势 三盘落地势<sup>[1]</sup>

**【原文】**上腭坚撑舌，张眸意注牙；足开蹲似踞<sup>[2]</sup>，手按猛如拏<sup>[3]</sup>；两掌翻齐起，千觔<sup>[4]</sup>重有加；瞪睛兼闭口，起立足无斜。

**【语释】**舌抵上腭，张目咬牙；两足分开下蹲如坐，成马步势，双手猛按如擒拿；两手同时翻掌，有如托起千斤重物；两目睁圆口闭紧，立起来时，双足不要歪斜移动。

[1] 三盘落地势：三盘，是指两手、两膝、两足之间，犹如三盘。本势有两手、两膝、两足用力，欲重坠于地之意。

[2] 踞：蹲坐。这里指下蹲成马步势。

[3] 拏：同拿，擒拿。

[4] 千觔：觔，通斤。千斤重物。

#### 【功势】

1. 预备 同韦驮献杵势。

2. 双手叉腰 左脚向左横跨一步，较肩为宽，成开立步站势。两手同时叉于腰侧。平心静气，两目平视。

3. 马步下蹲 随势屈膝下蹲，成马步势。头端平，前胸微挺，后背如拔，沉腰屈膝，两脚踏实，松肩。

4. 仰掌上托 两手掌心向上，由腰侧缓缓上托至与肩平，两手相距与肩同宽，肘微屈，两掌向上如托重物。

5. 翻掌拿紧 两手翻掌心向下，缓慢下落，五指自然分开，虎口相对，如手握重物，悬于膝部上方。上身正直，两肘向内夹紧。两目平视，呼吸自然 (图 4-8)。

6. 收势 结束前，先深吸一口气，然后徐徐呼出，身体缓慢站直，收回两手，收左脚回预备姿势。

**【要领】**仰掌上托，须向上如托重物。翻掌向下，如



图 4-8 三盘落地势

拿握重物于膝部上方（或虚掌置于膝上）。头如顶物，上身正直，前胸微挺，后背如拔，屈膝 $120^{\circ}\sim 90^{\circ}$ ，松肩，两肘向内夹紧。两目平视，舌抵上腭，口微闭，鼻息调匀，提肛，意守丹田。

【应用】本势可与九鬼拔马刀势相接，紧接第七势的收势，回预备势，自然接第八势的双手叉腰动作。重点锻炼股四头肌、股二头肌及上肢肌群、腰背肌群，为推拿练功的下盘架力的基础功法，增强下肢力量和耐力，并促使全身的气血流通。开始可屈膝 $120^{\circ}$ ，随功力的增长可慢慢屈膝下蹲到 $90^{\circ}$ 。起初可定势练习“翻掌拿紧”势1分钟，1周后，每周延长1分钟，可增至5分钟。体弱久病者酌情而定。

### 第九势 青龙探爪势<sup>[1]</sup>

【原文】青龙探爪，左从右出，修士<sup>[2]</sup>效之，掌平气实；力周肩背，围收过膝；两目注平，息调心谧<sup>[3]</sup>。

【语释】青龙探爪，左爪向右边伸出；修身养性之士仿效这样，掌端平，气实于五指；力贯肩背，收势时手围绕膝关节收回；两目平视，呼吸调匀，心境清静。

[1] 青龙探爪势：探，这里是指伸。本势为模仿青龙伸爪的动作。

[2] 修士：修身养性之士，即指练功者。

[3] 息调心谧：调，调和。谧，安静。呼吸调匀，心境清静。

#### 【功势】

1. 预备 同韦驮献杵势。

2. 仰掌护腰 左脚向左横跨一步，较肩为宽，成开立步站势。两手成仰掌护于腰侧。平心静气，两目平视。

3. 探爪伸指 左手仰掌向右前上方伸出，掌高过肩，左臂充分向右侧伸展，四指伸直，拇指外展。身体随势略向右转，面向右前方，松肩直肘，腕勿屈。双目视于左掌，右手仍仰掌护于腰侧，足踏实勿移 [图4-9 (1)]。

4. 俯身撑地 左手翻掌心向下，俯身弯腰，随势推掌至右足前方及地，掌按紧，膝挺直，足跟勿离地，抬头，目前视，呼吸自然，勿屏气 [图4-9 (2)]。

5. 围收过膝 屈膝下蹲成马步，上身渐起立直，左掌离地，围绕两小腿前至左膝上方，

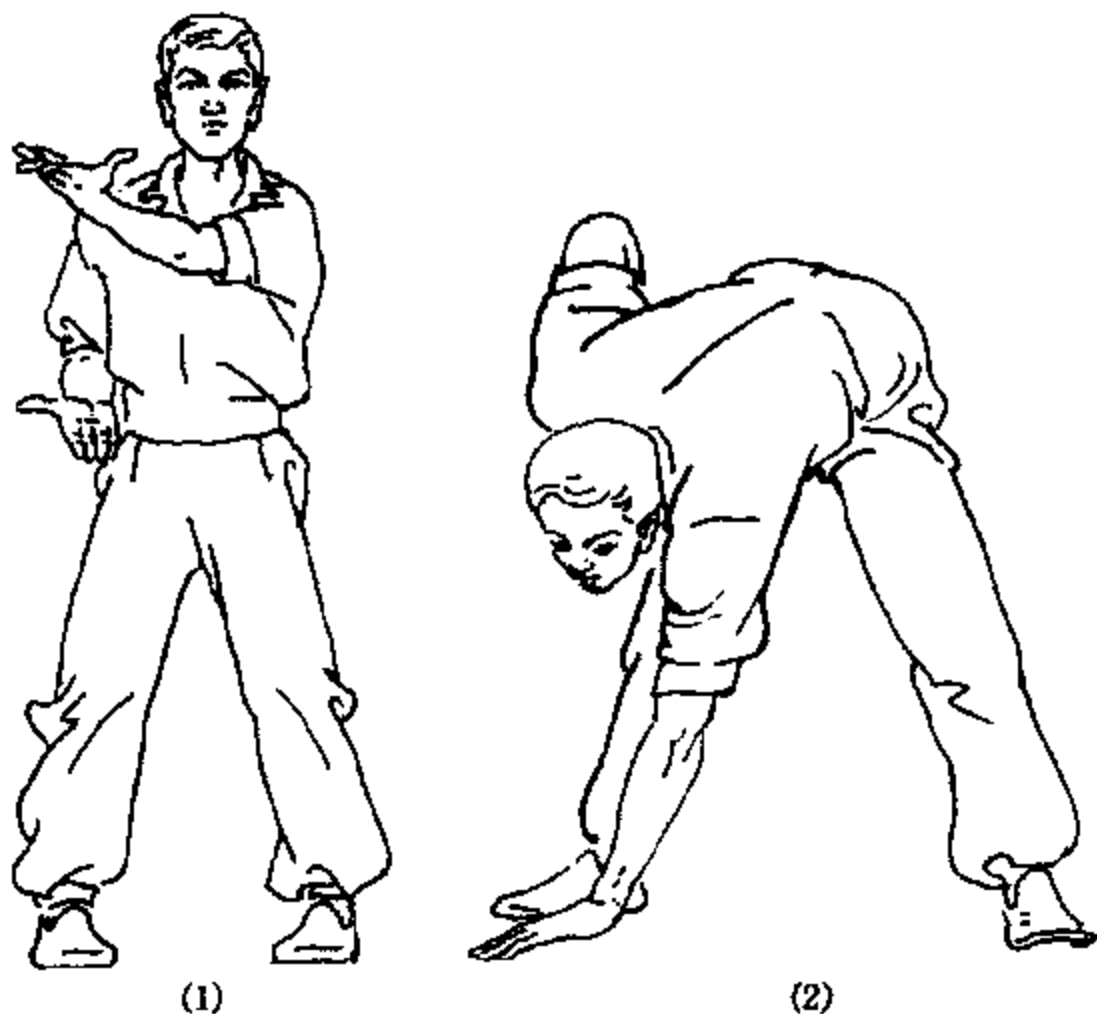


图4-9 青龙探爪势

收回腰侧成仰掌护腰，缓缓起身立直。

**6. 收势** 结束前，先深吸一口气，然后徐徐呼出，缓慢落下两手，收左脚回预备姿势。以上为左式，右式动作相同，惟方向相反。

**【要领】**探爪伸指，须仰掌伸向侧前上方，掌略高过肩，手臂充分伸展，松肩直肘，腕勿屈，力注五指。俯身屈腰，须推掌及地，掌按紧，膝挺直，足跟勿离地，抬头，目前视，呼吸自然，勿屏气。围收过膝，须先蹲成马步，掌离地，围绕两小腿前划弧至膝上方，再收回腰侧，起身直立。

**【应用】**本势可与三盘落地势相接，紧接第八势的收势，回预备势，自然接第九势的仰掌护腰动作。重点锻炼上肢各肌群、肋间肌、腹肌、背腰肌、下肢后侧肌群，为一指禅推拿练功的基础功法，增强上、下肢力量和蓄劲，并起到舒肝利胆、宣肺束带作用，专练肺、肝、胆、带脉。初练左右式“探爪伸指”定势练习各3分钟，1周后，每周延长1分钟，可增至10分钟。体弱久病者酌情而定，高血压病患者忌练此功。

### 第十势 卧虎扑食势<sup>[1]</sup>

**【原文】**两足分蹲身似倾，屈伸左右髁相更；昂头胸作探前势，偃<sup>[2]</sup>背腰还似砥平<sup>[3]</sup>；鼻息调元<sup>[4]</sup>均出入，指尖着地赖支撑；降龙伏虎神仙事，学得真形也卫生<sup>[5]</sup>。

**【语释】**两足分开，屈膝下蹲，身体好像要倾倒，屈伸左右腿运动，并相轮换；昂头挺胸作向前探的动作，背腰下沉收紧作收回的动作，像磨刀石一样平坦并带弧线；鼻呼吸，调气均匀，指尖着地全身赖以支撑；降龙伏虎是神仙们的事，要是学得了猛虎扑食的动作，也能防卫护身。

[1] 卧虎扑食势：本势为模仿猛虎扑食的动作，也称饿虎扑食势。

[2] 偃：放倒。这里是指背腰下沉收紧。

[3] 砥平：砥，磨刀石。像磨刀石一样平坦并带弧线。

[4] 调元：原作调兀，应为调元、调气之意。

[5] 卫生：卫，护卫。生，生命。防卫护身之意。

#### 【功势】

1. 预备 同韦驮献杵势。

2. 弓步探爪 左脚向前跨出一大步，屈左腿弓步，右腿蹬直，成左弓箭步势。双手同时由腰侧向前做仆伸动作，手与肩等高，掌心向前，伸腕，十指呈虎爪状，前仆动作刚劲有力。

3. 撑掌叠足 双手指掌撑地，置于左足两侧，指端向前。再左足向后收于右足跟上，两足呈跟背相叠。

4. 后收提臀 身体向后收回提臀，双足踏紧，臀高背低，胸腹收紧，两臂伸直，头夹于两臂之间，蓄势待发 [图4-10 (1)]。

5. 前探偃还 头、胸、腹、腿依次紧贴地面，向前呈弧形推送，至抬头挺胸、沉腰收臀位，双目前视 [图4-10 (2)]；再依次由腿、腹、胸、头紧贴地面，向后呈弧形收回，至臀高背低位，蓄势收紧，如此前后弧形起伏往返。向前探时，配合呼气，向后收时，配合吸气。

6. 收势 结束前，深吸一口气，收成臀高背低位，然后徐徐呼出，左足从右足跟上落下，并向前迈半步，同时收回两手，身体缓慢站直，向前收回右脚，成预备姿势。以上为左



式，右式动作相同，惟方向相反。



图4-10 卧虎扑食势

**【要领】**前探偃还动作，往返呈波浪起伏状，紧贴地面。两肘、两膝伸直时不可硬挺，忌用力过猛。呼气时向前探伸，抬头挺胸，沉腰收臀，双目前视；吸气时向后收紧，臀高背低，胸腹收紧，两臂伸直，蓄势待发。切忌屏气。

**【应用】**本势可与青龙探爪势相接，紧接第九势的收势，回预备势，自然接第十势的弓步探爪动作。重点锻炼上肢各肌群、胸大肌、腹肌、背腰肌、下肢各肌群之绝对肌力与耐力，以增强指力和臂力，并可强壮胸腹、背腰及下肢各部肌力，锻炼全面而效果显著，能强腰壮肾，舒筋健骨。初练时以掌面和五指撑地，经过一段时间锻炼后，在臂力增强的基础上，再用双手五指撑地，掌心悬空，逐渐减为双手拇、食、中三指撑地，双手拇、食二指撑地或仅以双手拇指撑地。对一指禅推法、点法所需之专项指力的培养提高有良效。初练左右式“前探偃还”各往返4次，1周后，每周增加2次，直至10次。体弱久病者勿练此功。

### 第十一势 打躬势<sup>[1]</sup>

**【原文】**两手齐待脑<sup>[2]</sup>，垂腰至膝间；头惟探胯下<sup>[3]</sup>，口更啮<sup>[4]</sup>牙关；掩耳聪教塞<sup>[5]</sup>，调元气自闲；舌尖还抵腭，力在肘双弯。

**【语释】**两手一齐抱住脑后枕部，鞠躬弯腰至两膝之间的前方；头低伸至裆下，闭嘴牙咬紧；掩住双耳以闭塞听力，调匀元气使内心闲适；舌尖抵上腭，用力在两肘臂。

[1] 打躬势：打躬，鞠躬弯腰。本势又称打躬击鼓势。击鼓，指鸣天鼓。

[2] 待脑：持，抱持。抱住脑后枕部。

[3] 胯下：胯，腰的两侧和大腿之间。这里指裆下。

[4] 啮：啮合，牙咬紧。

[5] 掩耳聪教塞：聪，听觉；塞，闭塞。意为掩住耳，闭塞听力。

#### 【功势】

1. 预备 同韦驮献杵势。

2. 展臂抱枕 左脚向左横跨一步，与肩同宽，两膝微挺，成开立步站势。双手仰掌外展，上举至头上，掌心相对，十指交叉相握，屈肘缓慢下落，两手掌抱于枕部，与项争力。

两目平视。

3. 屈膝下蹲 随势屈膝下蹲成马步势。

4. 直膝弯腰 缓缓伸直两膝，向前弯腰，双手用力使头压向裆下，膝挺直，足跟勿离地。两目向后视，呼吸自然（图4-11）。

5. 击鸣天鼓 双手左右移开，分别以掌心轻掩耳廓，四指按于枕骨，示指从中指上滑落弹击枕部，耳内可闻及“咚咚”响声，双手同时击24次，该动作也称鸣天鼓。

6. 收势 结束前，先深吸一口气，缓慢伸直腰部，然后徐徐呼出，两手落下，收左脚回预备姿势。

【要领】双手掌抱紧枕部，两肘臂向后充分伸展，头向后仰，两手向前按紧，与项争力。弯腰时，头尽量压向裆下，膝挺直，足跟勿离地，呼吸自然，切忌屏气。鸣天鼓24次。

【应用】本势可与卧虎扑食势相接，紧接第十势的收势，回预备势，自然接第十一势的展臂抱枕动作。重点锻炼上肢各肌群、肋间肌、背腰肌、下肢后侧肌群，为推拿练功的基础功法，增强臂力、腰力、腿力，可醒脑明目、益聪固肾，增强头部的血液循环，并缓解和消除脊背腰部的紧张、疲劳，初练“直膝弯腰”定势练习保持2分钟，1周后，每周延长1分钟，可增至8分钟。高血压病患者忌练此功。

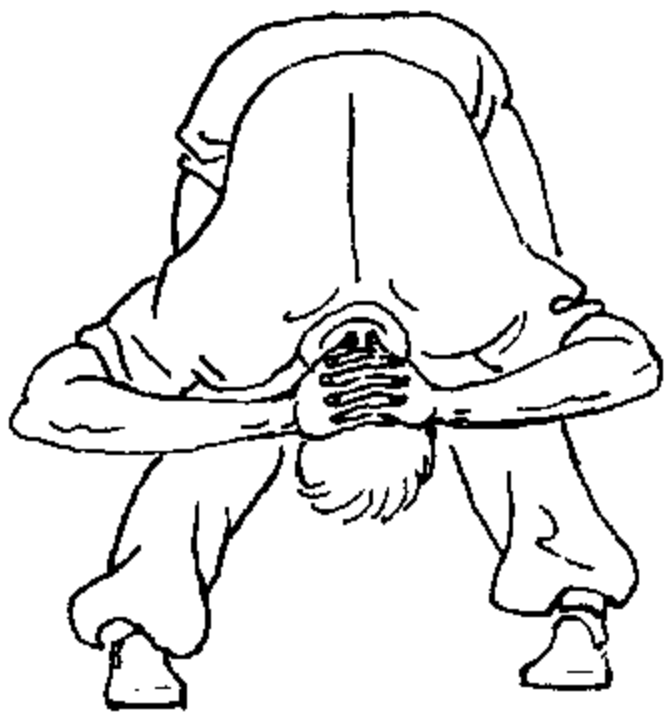


图4-11 打躬势

## 第十二势 掉尾势<sup>[1]</sup>

【原文】膝直膀伸，推手至地；瞪目昂首，凝神壹志<sup>[2]</sup>；起而顿足<sup>[3]</sup>，二十一次；左右伸肱，以七为志；更作坐功，盘膝垂眦<sup>[4]</sup>，口注于心，息调于鼻，定静<sup>[5]</sup>乃起，厥功维备<sup>[6]</sup>。

【语释】膝挺直，臂膀伸展，手掌推到地面上；睁目抬头，凝聚心神，意念集中；起时足跺地二十一次；向左右伸展手臂各七次；再改作盘坐式，盘膝垂帘，口吸清气注于心，鼻均匀呼吸，心境安定清静才起来，其（易筋经）就完备了。

[1] 掉尾势：掉，摇动，摆动。本势为模仿动物摇摆尾巴的动作，也称掉尾摇头势。

[2] 壹志：壹，也作一，一志。意念集中的意思。语出《庄子·人世间》：“若一志，无听之以耳，而听之以心，无听之以心，而听之以气。”

[3] 顿足：足跺地。

[4] 盘膝垂眦：盘膝，指练功的盘坐式。眦，眼睑结合处。垂眦，也称垂帘，意为眼微闭。

[5] 定静：定，安定，平静。指练功时心境安定清静，犹言入定。

[6] 厥功维备：厥，即其，指易筋经；维，乃；备，完备。

### 【功势】

1. 预备 同韦驮献杵势。

**2. 握指上托** 并步直立。双手十指交叉握于小腹前，掌心向上提于胸前，于胸前处旋腕翻掌心向上托，至肘部伸直，腕背伸，手握紧，托举用力，头夹于两臂之间。目平视。

**3. 左右侧俯** 向左转体 $90^\circ$ ，随势向左前方俯身，双掌推至左脚外侧，掌面紧贴地，双膝挺直，足跟勿离地，抬头，目视左前方，由原路返回，身体转正，双手随势上托；再向右转体 $90^\circ$ ，随势向右前方俯身，双掌推至右脚外侧，掌面紧贴地，双膝挺直，足跟勿离地。抬头，目视右前方，由原路返回，身体转正，双手随势上托。

**4. 后仰似弓** 双手臂、头、脊背极力后仰，两膝微屈，足勿离地，全身尽力绷紧，犹如拉紧弓弦。两目上视，呼吸自然，勿屏气。

**5. 前俯推掌** 再俯身向前，随势掌心向下，推掌至两足正前方，紧贴地面。双膝挺直，足跟勿离地。抬头，目前视（图4-12）。

**6. 收势** 配合呼吸，深吸气时，上身仰直，两手交叉握指，掌心仍向下，缓慢向上收至小腹前，身体立直；深呼气时，上身前俯，两手交叉握指，掌心向下，缓慢推掌至地，如此往返4次。最后，随深吸气，起身直腰，深呼气时，双手分开收回于体侧。

**【要领】**十指交叉相握勿松，上举肘须伸直，身体后仰时，全身尽力绷紧，两膝微屈，足勿离地。俯身推掌时，掌须推至地，肘直，膝直，足勿移动，抬头，目前视。收势配合呼吸，吸气起身提掌，呼气俯身推掌。

**【应用】**本势可与打躬势相接，紧接第十一势的收势，回预备势，自然接第十二势的握指上托动作。本势是易筋经的结束功法，主要作用为舒松经络、强健筋骨，增强手臂、背腰、下肢的力量和柔韧性，尚能通调十二经脉及奇经八脉，畅通气血，使练功者在锻炼完后，有轻松愉快的感觉。本势动作难度较大，练功者可依据自身的柔韧性而定。初练“左右侧俯”动作各7次，并保持“前俯推掌”2分钟，1周后，每周延长1分钟，可增至8分钟。体弱久病者酌情面定，高血压病患者忌练此功。



图4-12 掉尾势

## 第五节 少林内功

少林内功是内功推拿的基础功法，原为武术强身的基本功，经历代辗转相传，至清末渐渐被内功推拿流派所采纳与利用，作为该流派培养医者身体专项素质的专业练功功法及临床配合手法治疗的医疗功法。

少林内功的锻炼方法有别于一般功法，它不强调吐纳意守，而是讲求以力贯气，所谓“练气不见气，以力带气，气贯四肢”，在锻炼中要求上下肢及躯干背腰侧肌肉用“霸力”，就是用足力气，以五趾抓地，足跟踏实，下肢挺直，脚尖内收，两股用力内夹，躯干要挺拔，做到挺胸、收腹、含颏。上肢在进行各种锻炼时，要求凝劲于肩、臂、肘、腕、指，呼吸自然，与动作相协调，练时力达于四肢腰背，气随力行，注于经脉，使气血循行畅通，荣灌四肢九窍、五脏六腑，以至阴阳平复，气血充盈，因而能扶正健体，祛除病邪。少林内功

锻炼时，还必须注意的是虽然周身肌肉静止性用劲，但呼吸要自然，不能屏气，即所谓“外紧内松”，运动时要做到刚中有柔，刚柔相济。

少林内功锻炼时全身紧张用力，习练久之，可使食欲增加，睡眠沉实。现代科学认识到这种功法可以促进新陈代谢，增强消化功能，并使神经系统的功能得到调节。

## 一、基本裆势

### 站裆势

#### 【裆势】

1. 立正，左足向左平跨一步，与肩等宽或略宽于肩，足尖略收成内八字，五趾抓地，足跟踏实，用全力向内旋夹双腿，使双下肢形成一股强大的呈外旋趋势的静止性拧旋力，即用霸力站稳，外静内动，呈落地生根之势。

2. 头如顶物、端平，前胸微挺，项背腰脊正直、勿斜，蓄臀收腹，腹肌放松。两肩放平、勿耸，两肩胛骨用力夹紧对拢，上臂后伸，肘伸直，腕背伸，四指并拢，拇指用力外展，双掌展平，两臂内旋，使四指内扣，成“直臂撑掌”势。精神贯注，自然呼吸，或顺腹式呼吸（图4-13）。

【要领】本裆势要求做到三直四平。三直，即用霸力使臀直、腰直、腿直；四平，即头端平、肩平、掌平、脚平。两脚内扣，运用霸力，夹肩、挺肘、伸腕、翻掌、立指。挺胸收腹，舌抵上腭，呼吸自然，两目平视。

【应用】本势为锻炼少林内功的主要基本站桩功，它要求下肢足尖略收成内八字站立，五趾着地，外分，两大腿以内侧肌群，如耻骨肌、股薄肌、长收肌、短收肌以及大收肌等为主收缩夹紧，运用霸力，劲由上贯下注足。上肢以背阔肌、大圆肌、三角肌后束为主使两臂后伸，用力使两肩胛骨内缘靠拢，并通过前臂桡侧肌群如桡侧腕长伸肌等使手腕背伸，拇长伸肌和指总伸肌等使手指伸直，总之要凝劲于四肢，使气贯四肢。四肢末端乃十二经脉之本，练习本势可通调十二经脉气血，使其循行畅通，外荣四肢百骸，内灌五脏六腑，从而调和阴阳、疏通气血、调整脏腑功能，起到扶正祛邪的作用。



图4-13 站裆势

### 马裆势

#### 【裆势】

1. 立正，左足向左平开一步，屈膝下蹲，两足距离略宽于肩，两膝和脚尖微向内扣，两脚跟微向外蹬，成内八字形，用霸力站稳。

2. 两上肢成直臂撑掌势；或两手平放两胯处，虎口朝内。上身挺胸，收腹微微前倾，重心放在两腿之间，头如顶物，目须平视，呼吸自然（图4-14）。

**【要领】**沉腰屈膝，挺胸收腹，两目平视，自然呼吸或顺腹式呼吸。

**【应用】**本势是锻炼下肢的基本功，所谓练“架力”的功夫，它要求以半腱肌、半膜肌、股二头肌、缝匠肌、股薄肌以及腓肠肌为主，使两膝屈曲下蹲并使膝部和脚尖微向内扣，以其拮抗肌即股四头肌收缩，保持马步姿势，并通过骶棘肌和腹直肌、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，从而达到健腰补肾之功。



图 4-14 马裆势



图 4-15 弓箭裆势

### 弓箭裆势

#### 【裆势】

1. 立正，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取其自然；在前之右腿屈膝半蹲，膝与足成垂直线，足尖内扣；左腿在后，膝部挺直，足略向外撇，脚跟必须着地，成前弓后箭之势，用霸力站稳。

2. 上身略向前俯，重心下沉，臀须微收，两臂后伸成直臂撑掌势（图 4-15）。或两手叉腰，蓄势待发，全神贯注，虚领顶颈，呼吸自然。

**【要领】**前腿屈如弓，后腿直如箭，重心下沉，挺胸收腹，呼吸自然。

**【应用】**本势是锻炼裆势的重要“功势”之一。要求成前弓后箭之势，即以髂腰肌、股直肌、阔筋膜张肌、缝匠肌，以及半腱肌、半膜肌、股二头肌、股内侧肌群和腓肠肌为主，使前腿屈髋屈膝；以股四头肌为主使后腿挺直。锻炼时要用劲后沉，使势有待发之态，练至一个阶段就可结合上肢动作。

## 磨裆势

### 【裆势】

1. 右弓步，上身略向前俯，重心下沉，臀微收，两手仰掌护腰。

2. 右手化俯掌屈肘徐徐向左上方推出，掌根及臂外侧运动徐徐向左方磨转，同时身随其向左旋转，右（左）弓步演变成左弓步，左（右）手变仰掌护腰（图4-16）。

3. 再左手化俯掌屈肘徐徐向右上方推出，掌根及臂外侧运动徐徐向右方磨转，同时身随其向右旋转，左弓步演变成右弓步，右手变仰掌护腰。

【要领】前弓后箭，重心下沉，上肢蓄力，徐徐磨转。

【应用】本势下肢要求呈前弓后箭势，上肢要求由仰掌化俯掌，屈肘向右（左）上方推出，以锻炼上肢肌群，尤以三角肌、冈上肌、冈下肌、小圆肌为主，蓄力于掌根、臂外，徐徐向左（右）方磨转，同时身随其转，右（左）弓步演变成左（右）弓步。左右同。



图4-16 磨裆势

## 亮裆势

### 【裆势】

1. 同弓箭裆势。

2. 两手由后向上亮掌，指端相对，掌心朝上，目注掌背，上身略前俯，重心下沉（图4-17）。

3. 换步时向后转，两掌收回由腰部向后，左右同之。

【要领】上举亮掌，目注掌背，换步后转，两掌收回。

【应用】本势预备姿势为弓箭裆，以锻炼冈上肌、三角肌、斜方肌和前锯肌为主，蓄力上举亮掌，当换步后转时，两掌收回后伸。

## 并裆势

### 【裆势】

1. 并足立正，两足跟微微向外蹬，足尖并拢，五趾着实，用霸力站稳。

2. 两上肢成直臂撑掌势（图4-18）。

【要领】同站裆势。

【应用】同站裆势。



图 4-17 亮裆势

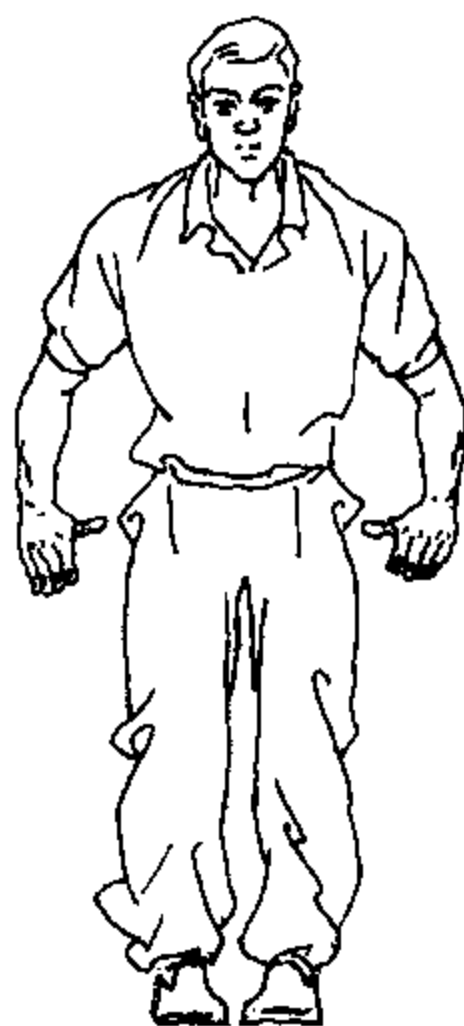


图 4-18 并裆势

### 大裆势

#### 【裆势】

1. 左足向左分开一大步，双足呈内八字、双膝伸直，用霸力站稳。
2. 两上肢成直臂撑掌势（图 4-19）。

【要领】同站裆势。

【应用】同站裆势。

### 悬裆势

#### 【裆势】

1. 左足向左横开一大步，屈膝半蹲，两足距离较马裆稍宽，霸力站稳。
2. 两手动作与马裆相同，故又称大马裆（图 4-20）。

【要领】同马裆势。

【应用】同站裆势。



图 4-19 大裆势

## 低档势

### 【裆势】

1. 立正，足尖并拢，五趾着地，足跟外蹬，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，同时两手握拳上举，肘要微屈，拳心相对，双目平视（图4-21）。

【要领】屈膝下蹲，上身下沉，臀不着地，握拳上举，拳心相对，两肘微屈。

【应用】本姿势以锻炼半腱肌、半膜肌、股二头肌、缝匠肌、股薄肌、腓肠肌以及髂腰肌、股直肌、阔筋膜张肌和缝匠肌为主，屈膝屈髋，使上身下沉，并同时锻炼其拮抗肌，即股四头肌以及臀大肌、股二头肌、半腱肌和半膜肌收缩，使身体保持低裆势。



图4-20 悬裆势



图4-21 低裆势

## 坐裆势

### 【裆势】

1. 两脚交叉，盘膝而坐，脚外侧着地，上身微向前俯，故称之为坐盘功架。
2. 肩关节外展 $30^{\circ}$ ~ $45^{\circ}$ 之间，并略前伸、旋内，双肘屈曲，肘尖向外，前臂内旋，两手掌心朝下，拇指外展，腕背伸，虎口朝里，上身正直，两目平视（图4-22）。

【要领】盘膝而坐，脚侧着地，上身微前俯。

【应用】本势要求在屈膝屈髋的基础上，增强臀中肌、臀小肌的后部肌束以及梨状肌等收缩力量，使髋关节外展，呈坐裆势。



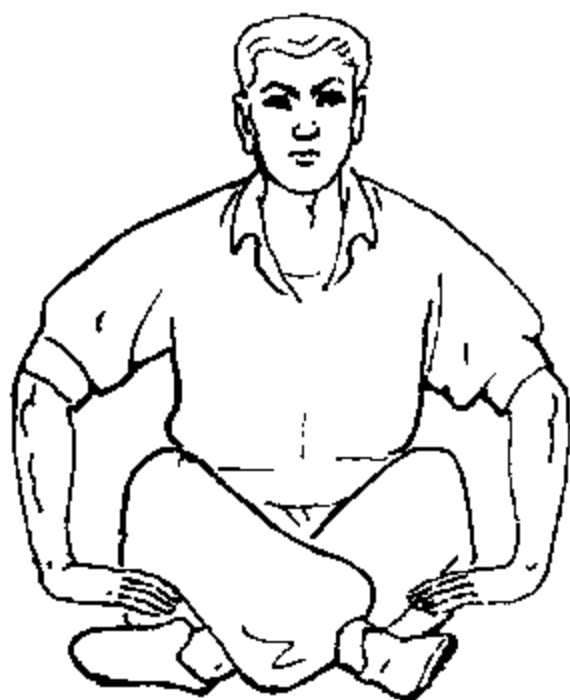


图 4-22 坐裆势



图 4-23 前推八匹马

## 二、少林内功基本功势

### 前推八匹马

#### 【功势】

1. 预备姿势：取站裆或指定裆势，两上肢屈肘，立掌护腰，蓄势待发。
2. 先用力将两上臂后伸（伸臂），使双肘提起、双直掌至两胁部（提肘）。
3. 再用霸力将双掌从胁部向前推出，两掌心相对，拇指伸直，四指并拢，蓄劲于肩臂指端，使两臂徐徐运力前推，以肩与掌成直线为度。胸须微挺，臂略收，头勿顾盼，两目平视，呼吸随意。
4. 手臂运动，拇指上翘，指端力求与手臂成直线，慢慢屈肘，收回于两腰侧稍停，再前伸臂、提肘将两掌从胁部向前推出，反复3~5遍（图4-23）。
5. 收势时，由直掌化俯掌下按，呈直臂撑掌势，或返回预备姿势。

【要领】指臂蓄力，立指运气慢推，两目平视，呼吸自然。

【应用】本势为内功推拿的基础功法，前推时要求蓄力于肩臂指端，两臂运力，其中尤以肱三头肌为主，徐徐向前推动。此势主要以锻炼肱三头肌为主，是练习擦法、平推法、推搡法的主要功法之一。由于两手自肋肋两侧向前推出，使气机蓄行出于中焦，故能健脾和胃，促进胃肠功能。

## 倒拉九头牛

## 【功势】

1. 预备姿势：取站裆或指定的裆势。两上肢屈肘，立掌护腰。
2. 伸臂、提肘，再将两掌沿两肋前推，边推边将前臂渐渐内旋，手臂完全伸直时，虎口正好朝下。四指并拢，拇指用力外展，腕、肘伸直，力求与肩相平。
3. 五指由掌化拳如握物状，劲注拳心，旋臂，拳眼朝上，再用力回收，前臂渐渐外旋，由拳化为立掌于两侧腰眼。身微前倾，臀部微收。
4. 由立掌化俯掌下按，两臂后伸，成直臂撑掌势，或恢复成预备姿势（图4-24）。

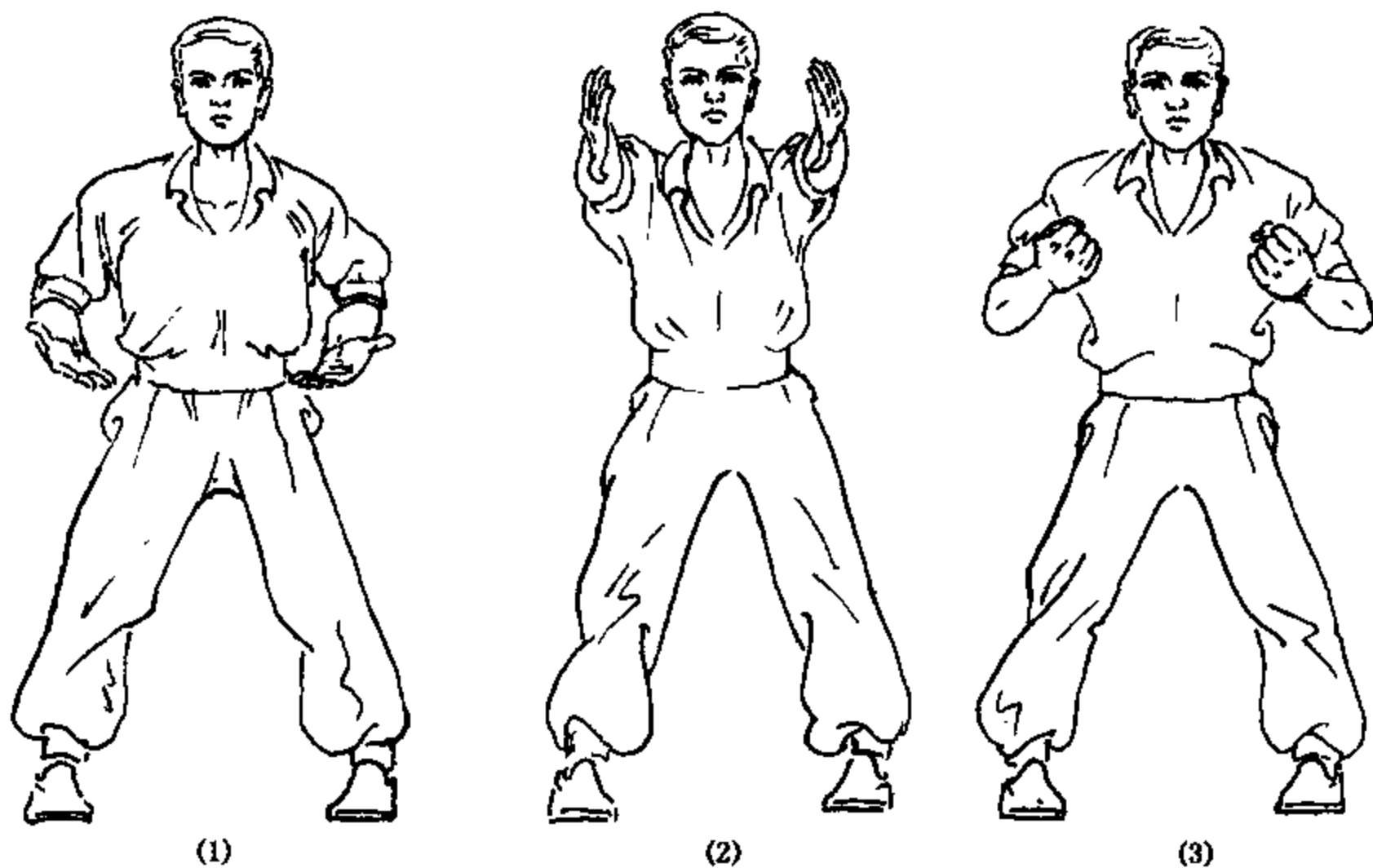


图4-24 倒拉九头牛

【要领】立掌旋推，劲注拳心，肘腕伸直，力求肩平，再化拳紧紧后拉。

【应用】本势前推时，要以肩胛下肌、胸大肌、背阔肌及大圆肌的练习为主，边推边将前臂内旋，当手臂伸直时，虎口正好朝下，再化掌握拳，拳眼朝上，以肱二头肌、肱肌、肱桡肌以及旋前圆肌收缩，劲注拳眼，由前向后紧紧拉回，犹如倒拉九头牛之势。久练可健脾和胃，增强脾胃消化功能。

### 单掌拉金环

#### 【功势】

1. 预备姿势：取站裆或指定的裆势。两手屈肘，立掌护腰。
2. 右手先伸臂，提肘，再将右掌向前推出，边推边将前臂内旋，虎口朝下，掌心朝外，四指并拢，拇指外展，臂欲蓄劲，掌侧着力，肘腕伸直时，右掌由立掌化成反掌。松肩，身体正直，两目平视，呼吸随意（图4-25）。
3. 再由反掌握拳，使劲注掌心，旋腕，渐由反拳化为立拳，拳眼朝上，紧紧内收，化立掌护腰；左手动作与右手相同。
4. 由立掌化俯掌下按，两臂后伸成直臂撑掌势，或恢复原裆势。

【要领】同倒拉九头牛。

【应用】同倒拉九头牛。



图4-25 单掌拉金环

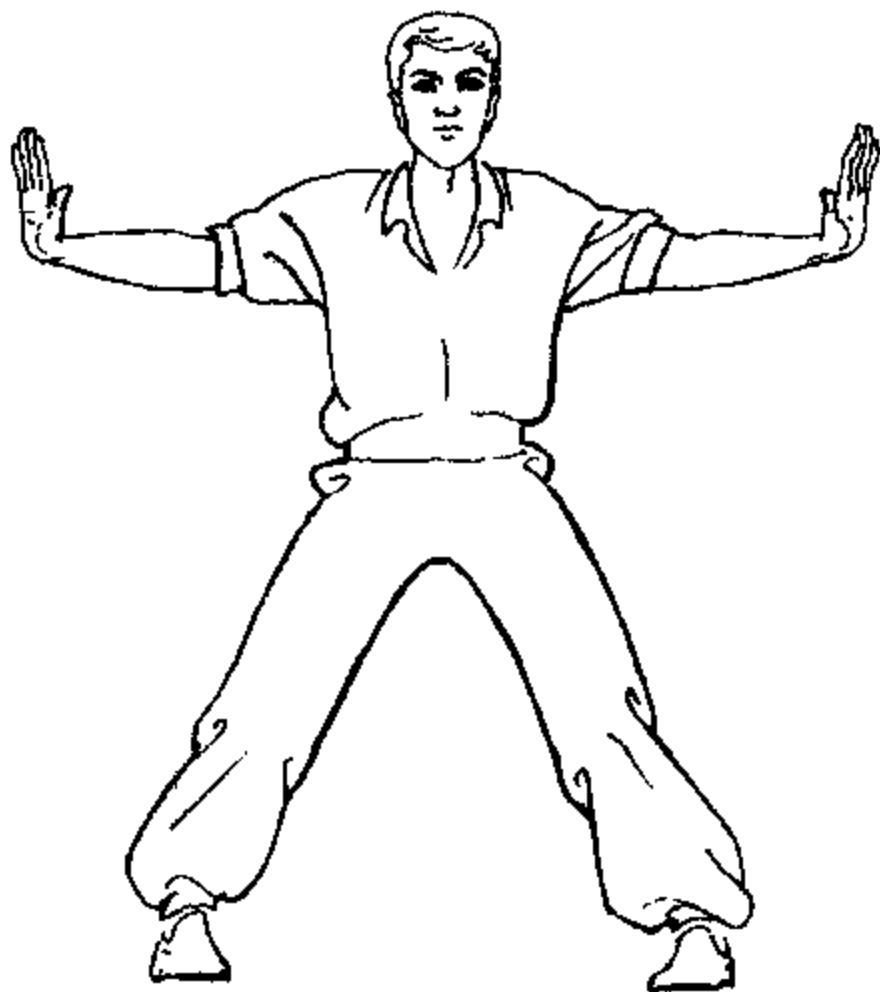


图4-26 凤凰展翅

### 凤凰展翅

#### 【功势】

1. 预备姿势：取弓箭裆或指定的裆势。双上肢屈肘，仰掌护腰。
2. 两手屈肘上行，徐徐至上胸化成立掌交叉。
3. 由立掌渐化为俯掌，缓缓用力向左右外分，两臂尽力伸直，形如展翅，四指并拢，拇指外展，指欲翘，头如顶物，两目平视，上身微倾，切勿抬肩，呼吸随意（图4-26）。
4. 两掌旋腕，屈肘内收，两臂蓄劲着力，徐徐收回，使掌心逐渐相对化立掌，于胸前

交叉。

5. 再由立掌渐渐化俯掌下按，两臂后伸，成直臂撑掌势，或恢复原裆势。

【要领】立掌交叉，用力外展，如飞鸟展翅，肩肘腕平，蓄劲内收。

【应用】本势外展时，以桡侧腕伸肌、尺侧腕屈肌、掌长肌、指浅屈肌和指深屈肌的练习为主，化立掌为俯掌，并通过三角肌、冈上肌等上臂肌群的收缩锻炼，使两臂用力缓缓向左右外分，其形如凤凰展翅。同时，此势使胸廓扩张，上焦气机得以舒展，有宽胸理气、宣肺的作用。调整气机，使亢逆之肝阳下降，故能防治高血压、眩晕等疾病。

### 霸王举鼎

#### 【功势】

1. 预备姿势：取弓箭裆势或指定的裆势。两手屈肘仰掌护于腰部。

2. 仰掌缓缓向前上方托起，臂内旋外翻，掌心朝天，过肩部掌根外展，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，拇指外展，两目仰视手背，呼吸自然（图4-27）。

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。

4. 在腰部之仰掌化俯掌下按，两臂后伸成直臂撑掌势，或恢复成原裆势。

【要领】仰掌上托，过肩旋腕翻掌，指端相对，挺肘上举，回收时旋腕翻掌直下，指端朝上，掌侧相对。

【应用】本势上举时，要求过肩旋腕翻掌，以桡侧腕长伸肌、桡侧腕短伸肌及所有伸指肌收缩锻炼为主，使腕关节尽量背伸，挺肘缓缓上举。练习此势可使大脑的血液灌注量增加，有提神醒脑的作用。

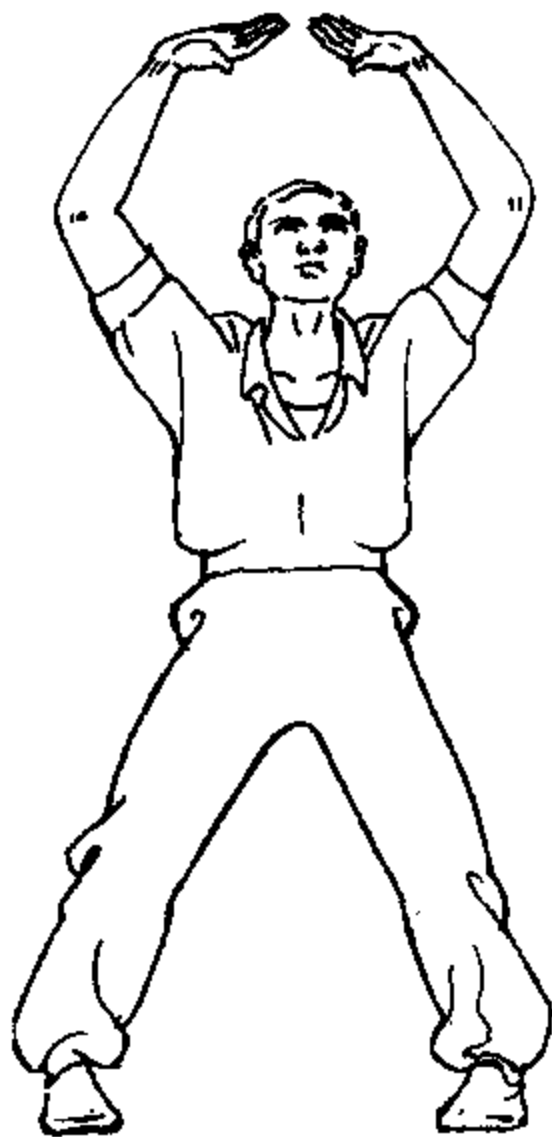


图4-27 霸王举鼎

### 两手托天

#### 【功势】

1. 预备姿势：取悬裆或指定的裆势。两手屈肘，仰掌于腰部。

2. 两手仰掌上托，掌心朝天，缓缓上举。指端着力，肩松肘直，两目上视，头如顶物（图4-28）。

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，两臂后伸成直臂撑掌势，或恢复成原裆势。

【要领】仰掌上托，掌心朝天，指端运劲，松肩挺肘，两目上视。

【应用】本势仰掌上托时，以三角肌、冈上肌、斜方肌、前锯肌等为主，蓄力上举，犹如托天。可增强肩背部的肌肉力量。



图 4-28 两手托天

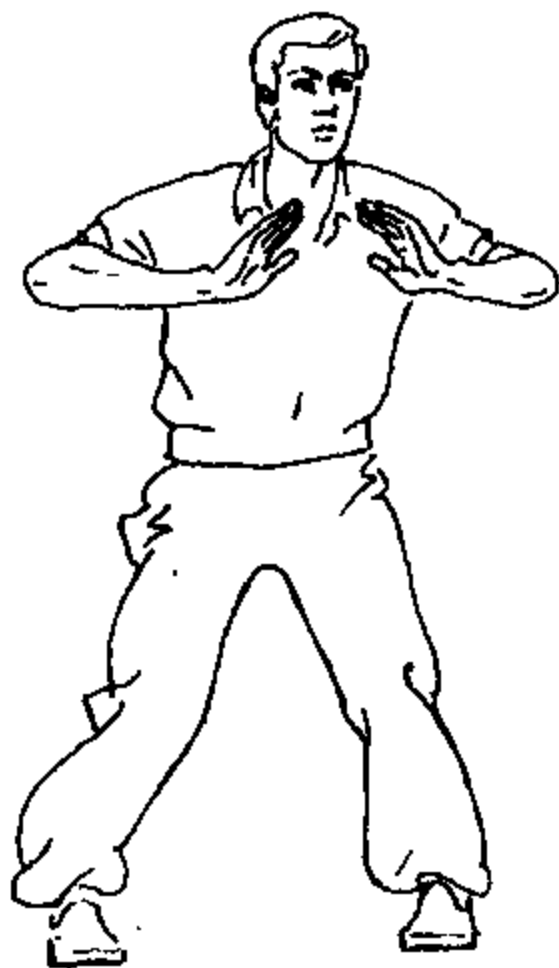


图 4-29 顺水推舟

### 顺水推舟

#### 【功势】

1. 预备姿势：取马裆或指定的裆势。两肘屈曲，立掌护腰。
2. 伸臂，提肘，两立掌徐徐从两肋向前推出，边推边掌根外展，虎口朝下，四指并拢，拇指外展，由微背伸向内旋转，指尖相对，肘渐伸直，腕似环形，头勿低，身勿倾，力求掌肘肩平（图 4-29）。
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，成直臂撑掌势，或恢复成原裆势。

【要领】直掌运劲慢推时，旋腕指尖相对，挺肘状似推舟。

【应用】本势立掌前推时，要求以肩胛下肌、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、尺侧腕伸肌及所有伸指肌的收缩，背伸腕关节，待推足后其形似环。可增强上肢的力量。

## 怀中抱月

### 【功势】

1. 预备姿势：取悬裆或指定的裆势。两手屈肘，仰掌于腰部。

2. 两仰掌由腰部上提，化竖掌在上胸交叉，缓缓向左右外分，肘欲直，指端朝左右，掌心朝前须与肩平。

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（图4-30），由上而下，再由下而上徐徐抄起，仍竖掌回收上胸交叉。

4. 由上胸竖掌化俯掌下按，两臂后伸，成直臂撑掌势，或恢复成原裆势。

【要领】仰掌上提，竖掌交叉，左右外分，掌心朝前，腕肘肩平，指端向下，掌心朝内，上身略向前倾，同时将两臂由下而上徐徐抄起，其势如抱月。

【应用】以胸大肌、背阔肌、大圆肌以及肱二头肌等锻炼为主，可增强肌肉的力量。练之还可通利三焦，疏肝理气。



图4-30 怀中抱月

## 仙人指路

### 【功势】

1. 预备姿势：取并裆势或指定的裆势。两手屈肘，仰掌于腰部。

2. 右仰掌上提至胸前立掌而出，四指并拢。拇指外展伸直，手心内凹成瓦楞掌，肘臂运劲立掌向前推出，力要均匀（图4-31）。

3. 推直后屈腕握拳，蓄劲内收，边收边外旋前臂，仰掌于腰部，左掌动作与右掌相同。

4. 由仰掌化俯掌下按，两臂后伸，成直臂撑掌势，或恢复成原裆势。

【要领】仰掌上提，立掌胸前，手心内凹，如同瓦楞，臂指运劲，用力前推，旋腕握拳后拉。

【应用】本势前推时，要求立掌，并通过骨间掌侧肌、拇长伸肌，以及蚓状肌等，使四指并拢，拇指伸直，手心内凹成瓦楞状，肘臂运力，向前推出。久练之，可增强指力，以使力量能力透指尖。



图4-31 仙人指路

### 平手托塔

#### 【功势】

1. 预备姿势：取大档或指定的档势。两手屈肘，仰掌于腰部。
2. 两仰掌慢慢向前运动推出，边推边拇指向左右外旋，保持掌平运行，犹如托物在手，直至手与肩平。
3. 拇指运动向左右外旋使掌面端平，四指用力伸平，屈肘缓缓蓄劲收回两腰（图4-32）。
4. 由仰掌化俯掌下按，两臂后伸，成直臂撑掌势，或恢复成原档势。

【要领】仰掌运动前推，大指外旋，肘直掌平托物。

【应用】本势前推时，要求以冈下肌、小圆肌为主，使前臂外旋，保持手掌平行，慢慢向前推出。



图4-32 平手托塔

### 运掌合瓦

#### 【功势】

1. 预备姿势：取大档或指定的档势。两手屈肘，仰掌护于腰部。
2. 右手由仰掌化俯掌，运动于臂贯指向前推足，肩欲松开，肘欲伸直，指端朝前，掌心向下，蓄力待发。
3. 右手旋腕变仰掌徐徐收回，待近胸时左仰掌即变俯掌在右仰掌上交叉，掌心相合，慢慢向前推出，掌心向下，右仰掌收回腰部（图4-33）。
4. 左手旋腕变仰掌徐徐收回，并两手化俯掌下按，两臂后伸，成直臂撑掌势，或回同原档势。

【要领】本势需用瓦楞掌式发力运掌，俯仰反转。

【应用】本势前推时，通过旋前圆肌、旋前方肌和肱桡肌的收缩，使仰掌化俯掌，而后再运力向前推出，可增强肌肉的力量。此势还可练习肺、肝胆和带脉，久练可疏肝利胆、宣肺束带。



图4-33 运掌合瓦

### 风摆荷叶

#### 【功势】

1. 预备姿势：取弓箭档或指定的档势。两手屈肘，仰掌于腰部。
2. 两臂后伸、提肘，两仰掌从胁部，向前上方推出，至胸部左掌在右掌上相迭，运动向前推足，然后即缓缓向左右外分，

肩、肘、掌须平，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4-34）。

3. 两仰掌慢慢合拢，右下左上，交叉相迭，再收于腰部。

4. 由仰掌化俯掌下按，两臂后伸，成直臂撑掌势，或恢复成原裆势。

【要领】仰掌交叉前推，外旋挺肘拉开，肩肘腕掌平齐。

【应用】本势仰掌于腰部，通过肱三头肌等的收缩，运劲向前推足，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。久练可增强肩部及上臂的力量。同时有宣肺理气的作用。

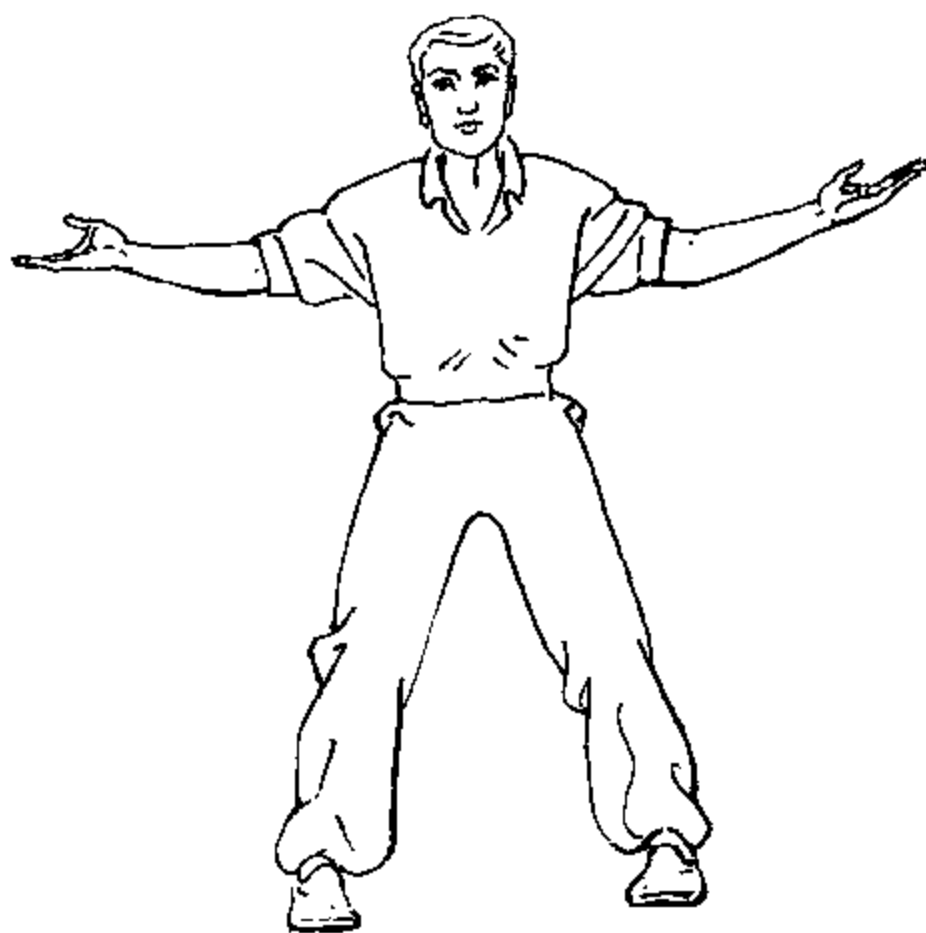


图4-34 风摆荷叶

### 顶天抱地

#### 【功势】

1. 预备姿势：取大裆或指定的裆势。两手屈肘，仰掌于腰部。

2. 仰掌上托，过肩部旋腕翻掌，掌根外翻，指端内旋相对，徐徐上举，待推足后，旋腕翻掌，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，指尖相对，掌背尽量靠底待发（图4-35）。

3. 两掌如抬重物缓缓提到胸部成仰掌护腰，上身随势而直，目须平视。

4. 两仰掌化俯掌下按，两臂后伸，成直臂撑掌势，或恢复成原裆势。

【要领】仰掌上托，过肩旋腕翻掌，掌心朝上，指端相对，两翻掌外分下抄，身向前俯，两掌合拢相迭，如抱物上提。

【应用】本势仰掌上托时，要求过肩旋腕翻掌，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，旋腕翻掌，再徐徐向左右外分下抄，同时身向前俯，两掌合拢相叠，缓缓提起，通过骶棘肌的作用，身体随势而直。此势可强健筋骨，补肾强腰，增强腰、

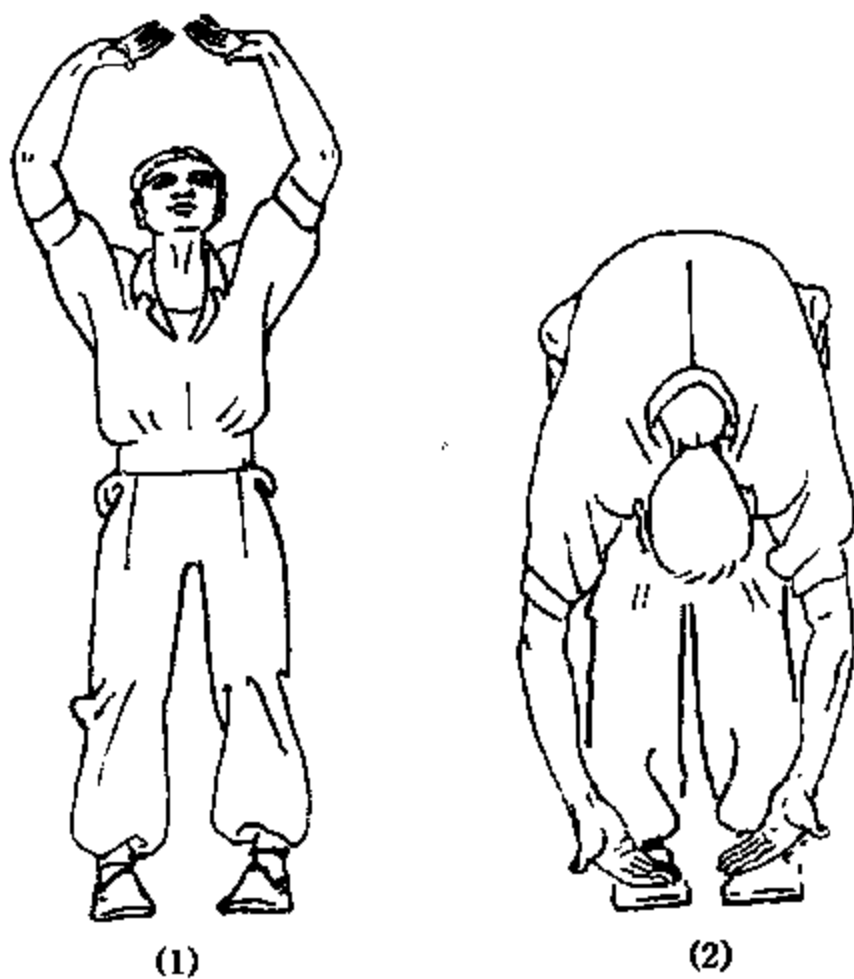


图4-35 顶天抱地



腹和上肢的力量。

### 海底捞月

#### 【功势】

1. 预备姿势：取大裆或指定的裆势。两手屈肘，仰掌于腰部。
2. 两手仰掌上提，经胸徐徐高举，并向左右分开，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4-36）。
3. 两臂运劲，掌心指端着力，慢慢抄起，用抱力缓缓提到胸部成仰掌护腰，上身随势而直，目须平视。
4. 由仰掌化俯掌下按，两臂后伸，成直臂撑掌势，或恢复成原裆势。

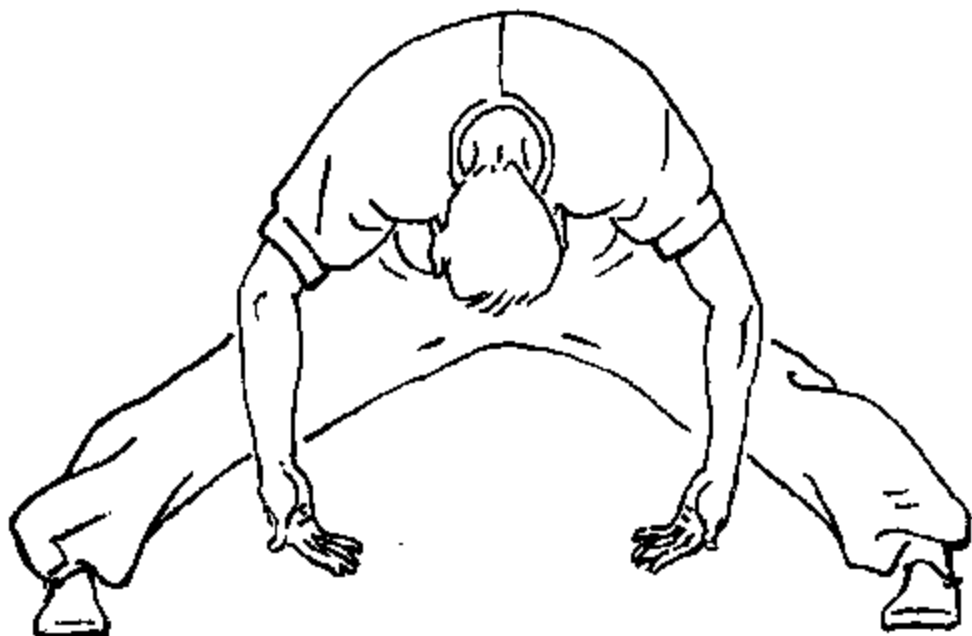


图4-36 海底捞月

**【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，形如抱月，两臂运劲，指端着力，慢慢抄起。

**【应用】** 本势仰掌以冈上肌、三角肌、前锯肌、斜方肌为主，将两臂缓缓上提，并通过三角肌和冈上肌等使两臂向左右分推，旋腕翻掌后以腹肌的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。此势可强健筋骨，增强腰、腹和上肢的力量。

### 饿虎扑食

#### 【功势】

1. 预备姿势：取大弓箭裆。两手仰掌护腰。
2. 两仰掌化竖掌前推，同时两前臂内旋，两腕背伸，掌面向前，虎口朝下，指尖相对，腰随势前俯，前腿待势似冲，后腿使劲勿松（图4-37）。
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，成直臂撑掌势，或恢复成原裆势

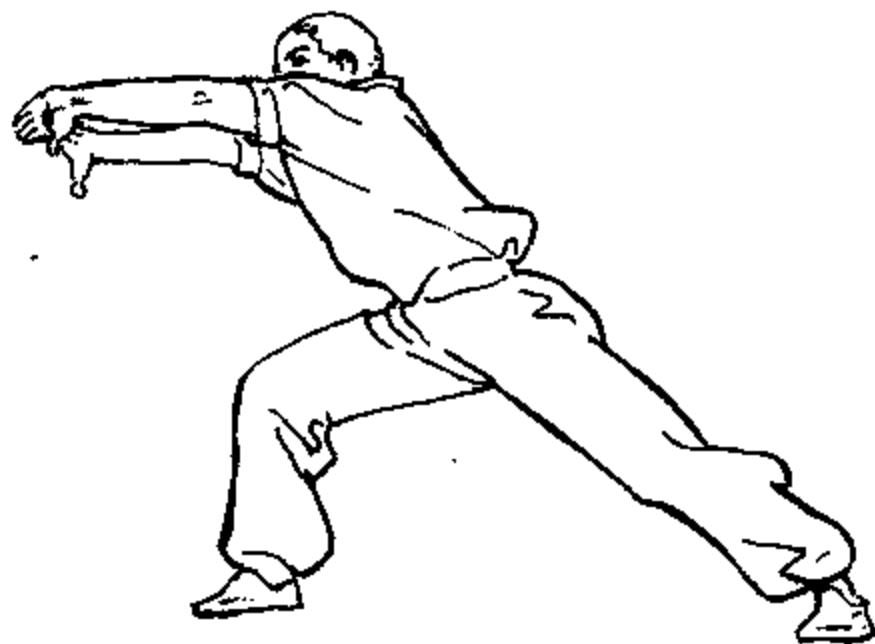


图4-37 饿虎扑食

**【要领】** 仰掌旋推，腰向前俯，劲注拳心，屈肘紧收。

**【应用】** 本势前推时，以旋前圆肌和旋前方肌为主，化仰掌为竖掌，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伸，背、腿、腰也随势前俯。推足后，握拳旋腕，屈肘紧收，身体随势而直。可增强腰背部、上肢和下肢的力量。

### 力劈华山

#### 【功势】

1. 预备姿势：取马裆或指定裆势。
2. 两手屈肘，在上胸部成竖掌交叉（左在右上或右在左上）。
3. 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（图4-38）。
4. 两臂同时用力下劈，连续3次，头勿转侧摇动，两目平视，待劈完最后1次，仰掌护腰。
5. 由仰掌化俯掌下按，两臂后伸，成直臂撑掌势，或恢复成原裆势。

【要领】竖掌交叉，左右分推，用力下劈，两目平视。

【应用】本势竖掌交叉，向左右分推，当两臂成水平线向下劈时，要求使斜方肌、背阔肌、胸大肌、大圆肌、肩胛下肌以及上臂肌群等蓄力，连续用力劈砍3次。使胸廓扩张，上焦气机得以舒展，可有宽胸利气、平肝理肺的作用，调整气机，使亢逆之肝阳下降，可防治高血压、眩晕等疾病。



图4-38 力劈华山

### 乌龙钻洞

#### 【功势】

1. 预备姿势：取大弓箭裆。两手屈肘，立掌于两胁。
2. 两立掌并行，掌心相对，徐徐前推，边推边掌心向下逐渐化成俯掌，指端向前，上身随势前俯。下部两足内扣，用霸力而蓄（图4-39）。
3. 推足后旋腕，蓄力而收，边收边掌心慢慢朝上，由俯掌化仰掌护腰。
4. 由仰掌化俯掌下按，两臂后伸，成直臂撑掌势，或恢复成原裆势。

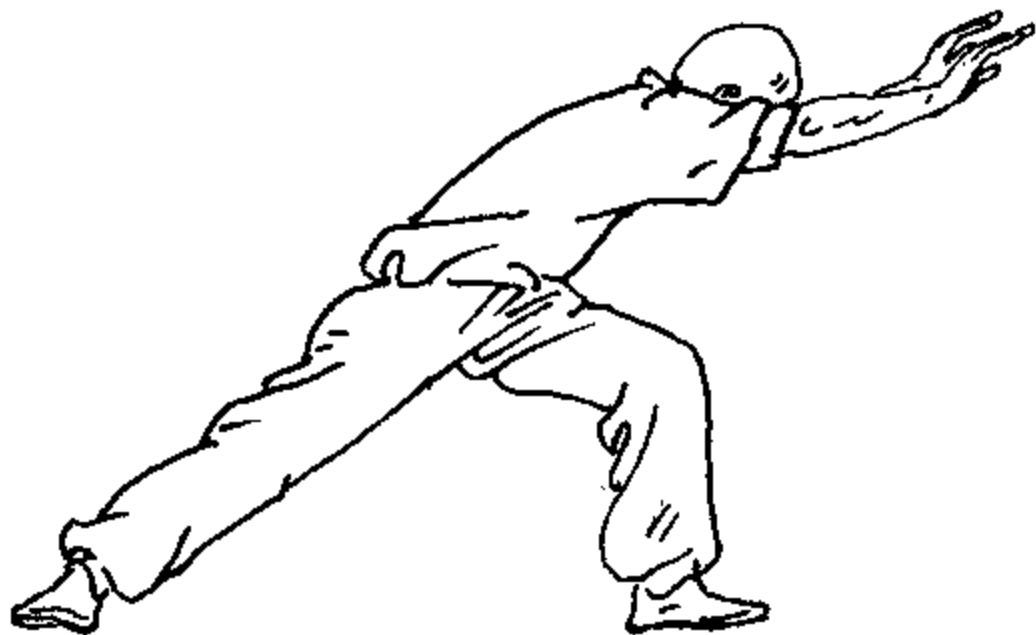


图4-39 乌龙钻洞

【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。

【应用】本势一般多以弓箭裆为主，当掌心相对徐徐前推时，要求以肩胛下肌、大圆肌、旋前圆肌和旋前方肌收缩，边推边掌心向下，由竖掌化俯掌，上身随势前俯。推足后以冈下肌、小圆肌和旋后肌为主，边收边掌心朝上，化俯掌为仰掌护腰，上身随势而直。可增强腰部、上肢的力量。

### 单凤朝阳

【功势】

1. 预备姿势：取并裆或指定的裆势。两手屈肘，仰掌于腰部。
2. 左仰掌旋腕变俯掌。屈肘向胸之左上方运力外展（图4-40）；再缓缓运向右下方，屈肘运劲上抄作半圆形，收回护腰。



图4-40 单凤朝阳



图4-41 三起三落

3. 右手动作与左手相同，惟方向相反。
4. 由仰掌化俯掌下按，两臂后伸，成直臂撑掌势，或恢复成原裆势。

【要领】旋腕化掌，蓄力外展，缓缓下运，形似半圆。

【应用】本势由仰掌化俯掌，以三角肌、冈上肌及手臂肌群运力向左上外展，推足后再以胸大肌、背阔肌、三角肌、肱三头肌长头等为主，缓缓运向右下方，屈肘上抄作半圆形。可增强肩、背、上肢及胸部肌肉的力量。

### 三起三落

#### 【功势】

1. 预备姿势：取并裆或指定的裆势。两手屈肘，立掌护腰。
2. 两膝屈曲下蹲，同时两手前推，掌心相对，四指并拢，拇指运劲外展后伸。须保持原势要求，头勿随势俯仰摇动，两目平视（图4-41）。
3. 两掌向前推足后，再用劲后收，同时慢慢起立，待立直时两掌正好收至两胁，往返3次，用劲应均匀。
4. 由立掌化俯掌下按，两臂后伸，成直臂撑掌势，或恢复成原裆势。

【要领】指臂蓄力，前推下蹲，用劲后收，随之立起。

【应用】本势以前推八匹马为基础，在前推与回收的同时，配合身体的下蹲与站立，连续3次。当屈膝下蹲时，以髂腰肌、股直肌、阔筋膜张肌、缝匠肌（屈髋关节）以及半腱肌、半膜肌、股二头肌、缝匠肌、股薄肌和腓肠肌（屈膝关节）为主，使身体下沉，在此同时要求肩臂运力徐徐前推，当站立时，则以臀大肌、股二头肌、半腱肌、半膜肌（伸髋关节），以及股四头肌（伸膝关节）为主，使身体站立，同时，上肢随蓄劲而收。本势上、下肢同时练习，可强壮筋骨，增强上、下肢肌肉的力量。

## 第六节 辅助功法

辅助功法是相对于前面的推拿练功的基本功法而言，为了增强颈项、肩臂、腰背和腿的功力，更有利于推拿技术的发挥，而形成的一套功法。此功法针对人体各部分编成一系列功法动作，分别对颈项、肩臂、腰背和腿进行练习，具有针对性强、易学、易练的特点。同时，也可以让患者学习，进行功能锻炼，有助于疾病的康复。

### 一、颈项功

#### 哪吒探海势

#### 【功势】

1. 预备姿势：两脚平行开立，与肩同宽，双手叉腰。
2. 头颈前伸并侧转向右前下方，眼看前下方似向海底窥探一样 [图4-42 (1)]。
3. 还原。
4. 头颈前伸并侧转向左前下方，眼看前下方 [图4-42 (2)]。
5. 还原。

【要领】转动时吸气，还原时呼气。头颈前伸时尽量用力向前，使颈部肌肉充分舒展。

【应用】可增强颈项部肌肉力量与柔韧性，并可用于辅助治疗颈部扭挫伤、落枕和颈椎病引起的头颈项背筋络酸痛。

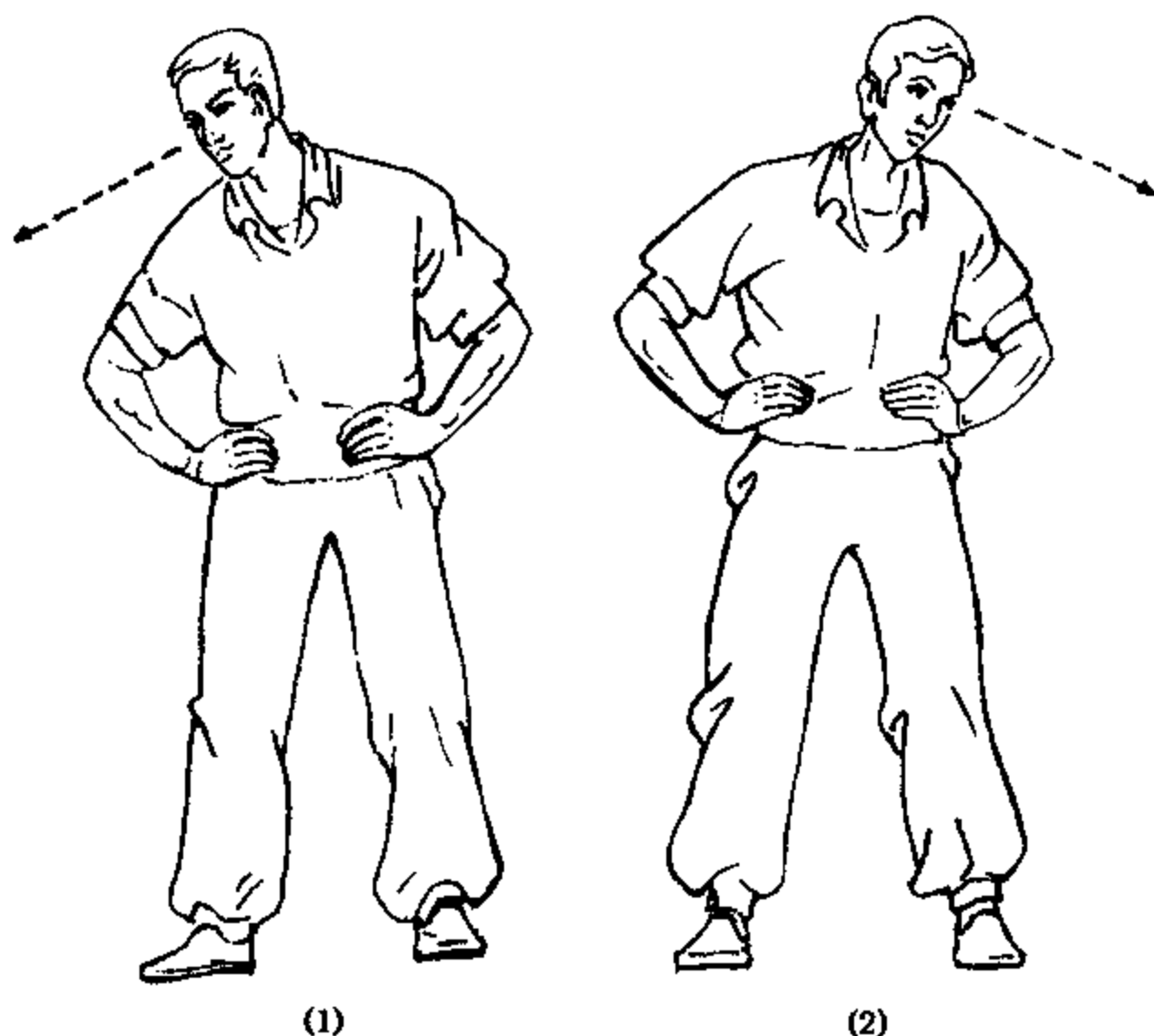


图 4-42 哪吒探海势

### 犀牛望月势

#### 【功势】

1. 预备姿势：两脚分开，距离与肩同宽，双手叉腰。
2. 头颈向右后上方尽力旋转，眼向右后上方看，似向天空望月亮一样。
3. 还原。
4. 头颈转向左后上方，双眼向左后上方注视（图 4-43）。
5. 还原。

【要领】转动时吸气，还原时呼气。头颈转动时不必向前探出。

【应用】同“哪吒探海势”。

### 与项争力势

#### 【功势】

1. 预备姿势：两脚平行开立，与肩同宽，双手叉腰。
2. 抬头望天（图 4-44）。
3. 还原。
4. 低头看地。

5. 还原。



图 4-43 犀牛望月势

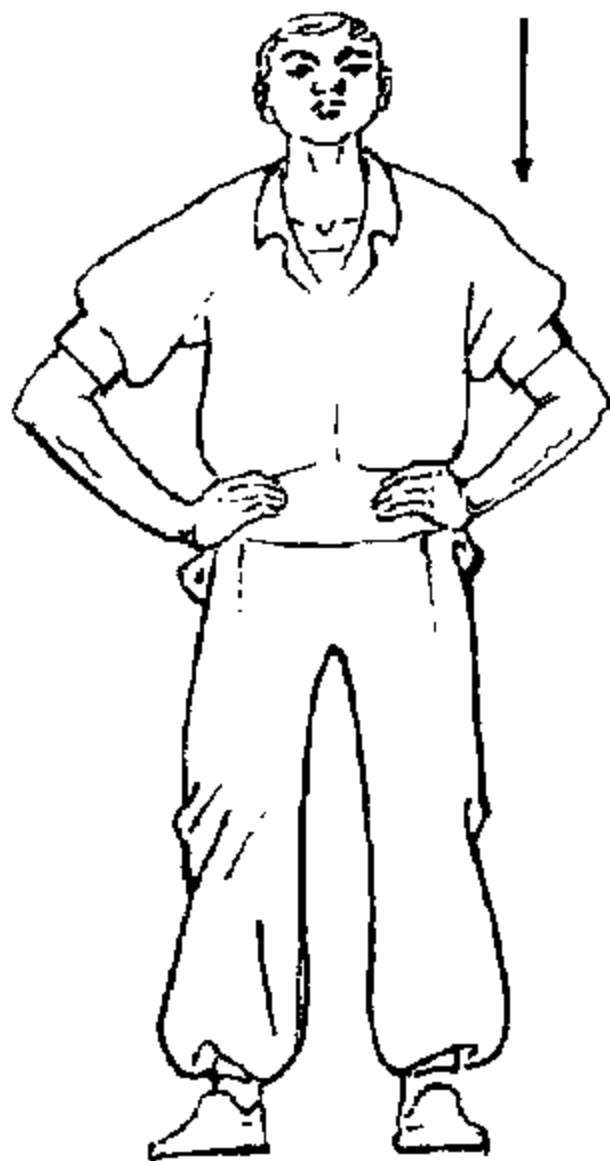


图 4-44 与项争力势

【要领】要求上身腰部不动，抬头时吸气，仰头至功能位后，再尽量用力后伸，低头时呼气。保持自然呼吸，不要屏气。

【应用】同“哪吒探海势”。

往后瞧势

【功势】

1. 预备姿势：同与项争力势。
2. 头颈向右后旋转，眼向右后方注视。
3. 还原。
4. 头颈向左后旋转，眼向左后方注视（图 4-45）。
5. 还原。

【要领】要求上身腰部不动，呼吸自然，头颈向左、右后旋转时尽量用力，使颈部两侧肌肉充分舒展。

【应用】同“哪吒探海势”。

### 金狮摇头势

#### 【功势】

1. 预备姿势：两脚平行开立，与肩同宽。
2. 头颈向左侧屈。
3. 还原。
4. 头颈向右侧屈。
5. 还原。

【要领】转动时吸气，还原时呼气。头颈向左、右侧屈至功能位后再尽量用力，使颈部肌肉充分舒展。

【应用】同“哪吒探海势”。

## 二、肩臂功

### 幼鸟受食势

#### 【功势】

1. 预备姿势：两脚平行开立，与肩同宽，两臂自然下垂。
2. 屈肘上提 [图 4-46 (1)]，两掌与前臂相平，提至胸前与肩平，掌心向上。
3. 再旋臂使两掌向下用力下按 [图 4-46 (2)]，至两臂伸直为度。

【要领】上提时肩部用力，下按时手掌用力，肩部尽量放松，动作宜慢，呼吸均匀自然。

【应用】增强肩关节活动能力，肩部外伤及肩周炎等引起的粘连、疼痛可选练此功。

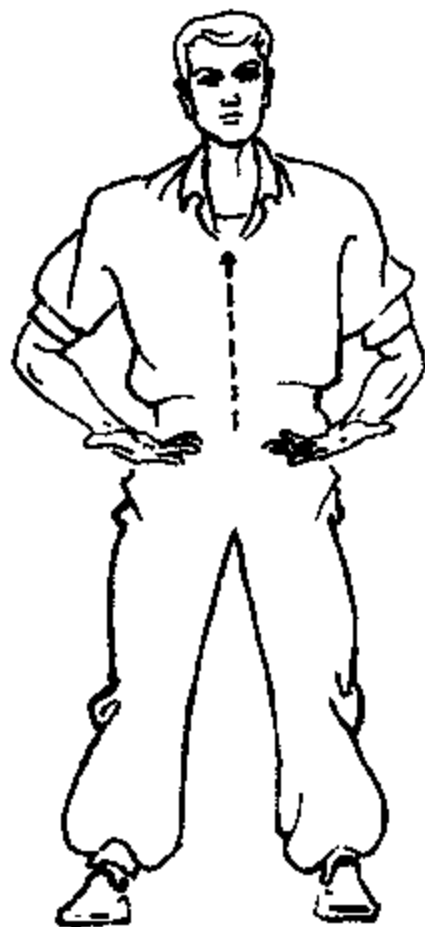
### 大鹏压味势

#### 【功势】

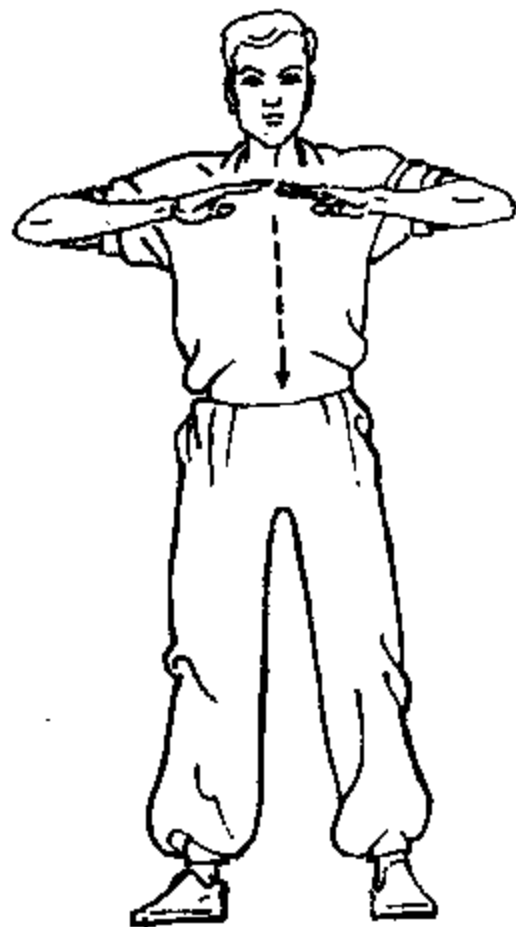
1. 预备姿势：两脚平行开立，与肩同宽，两肘屈曲，两手相叠，掌心向里放在胸前。
2. 自左向右轻按胸部及上腹部、小腹部，上下左右旋转。
3. 两手自右向左按胸部及上腹部、小腹部，上下左右回旋 (图 4-



图 4-45 往后瞧势



(1)



(2)

图 4-46 幼鸟受食势

47)。

【要领】眼稍向上看，每一呼气或吸气，两手轻轻按转回旋一周。

【应用】可增强肩部肌肉力量，恢复肩关节外旋活动的正常功能。

### 左右开弓势

#### 【功势】

1. 预备姿势：自然站立，左脚向左侧横开一步，身体下蹲成马步势，双手握虚拳置于两髋之外侧 [图 4-48 (1)]。

2. 随后自胸前向上划弧提于与乳平高处。

3. 左手向左拉至与左乳平高，与乳距约两拳许，意如拉紧弓弦，开弓如满月；右手向右侧推出，顺势转头向右，视线通过右手食指凝视远方，意如弓箭在手，伺机而射 [图 4-48 (2)]。

4. 稍作停顿后，随即将身体上起，顺势将两手收回胸前，拳而相对，肘尖向外。并同时收回左腿，还原成自然站立。

5. 此为右式，左式反之。

【要领】双拳提于与乳平高处时，拳面相对，拳心向胸，两肘尖分别指向左外与右外方。左右调换练习 10 余次。

【应用】可增强上肢部肌肉力量。



图 4-47 大鹏压喉势

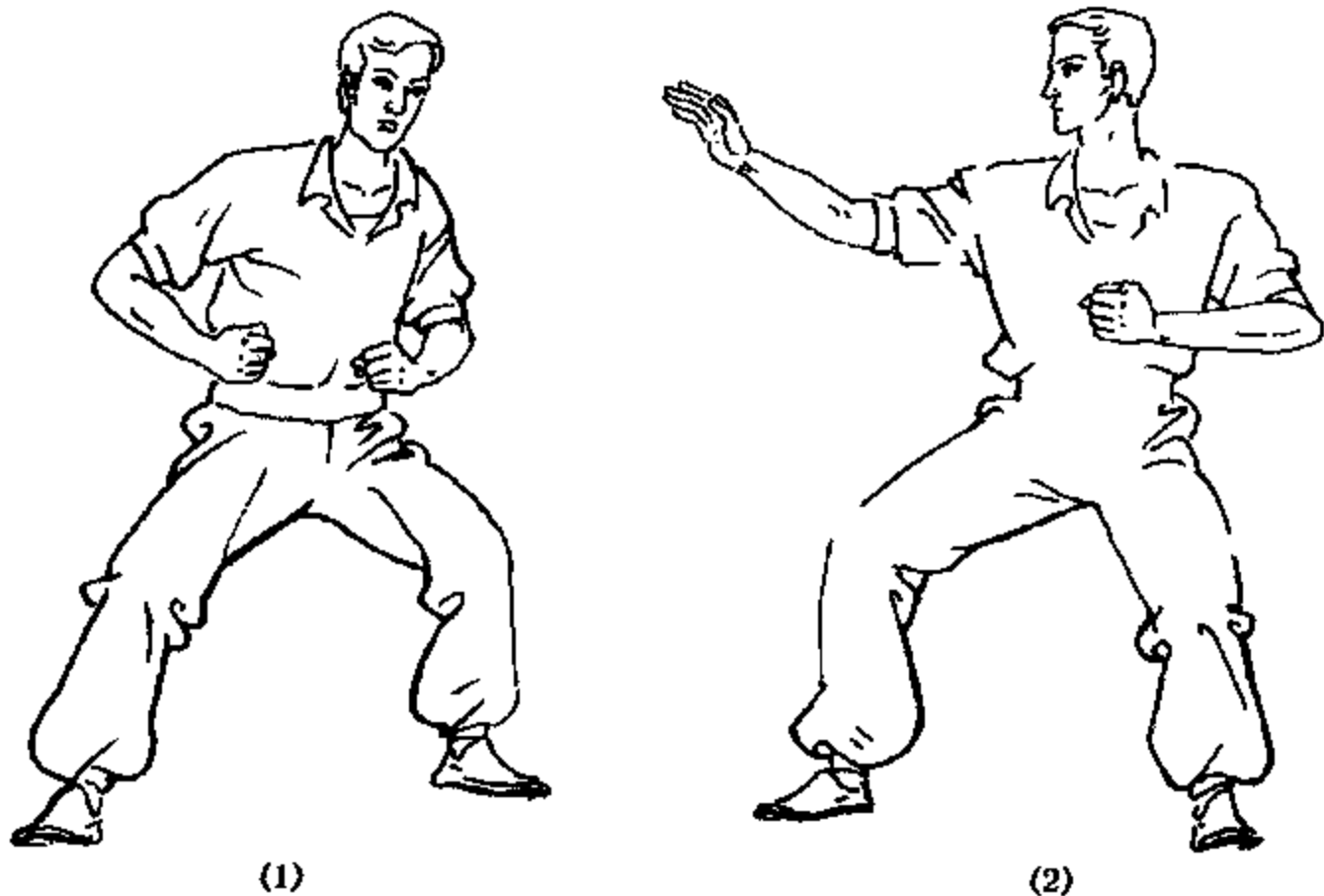


图 4-48 左右开弓势



### 霸王举鼎势

#### 【功势】

1. 预备姿势：两脚平行开立，与肩同宽，双手握虚拳，屈肘上举与肩平高。
2. 两拳松开，掌心向上，两手如托重物，两臂向上用力直举，眼随两掌上举向上看，两掌举过头顶（图4-49）。

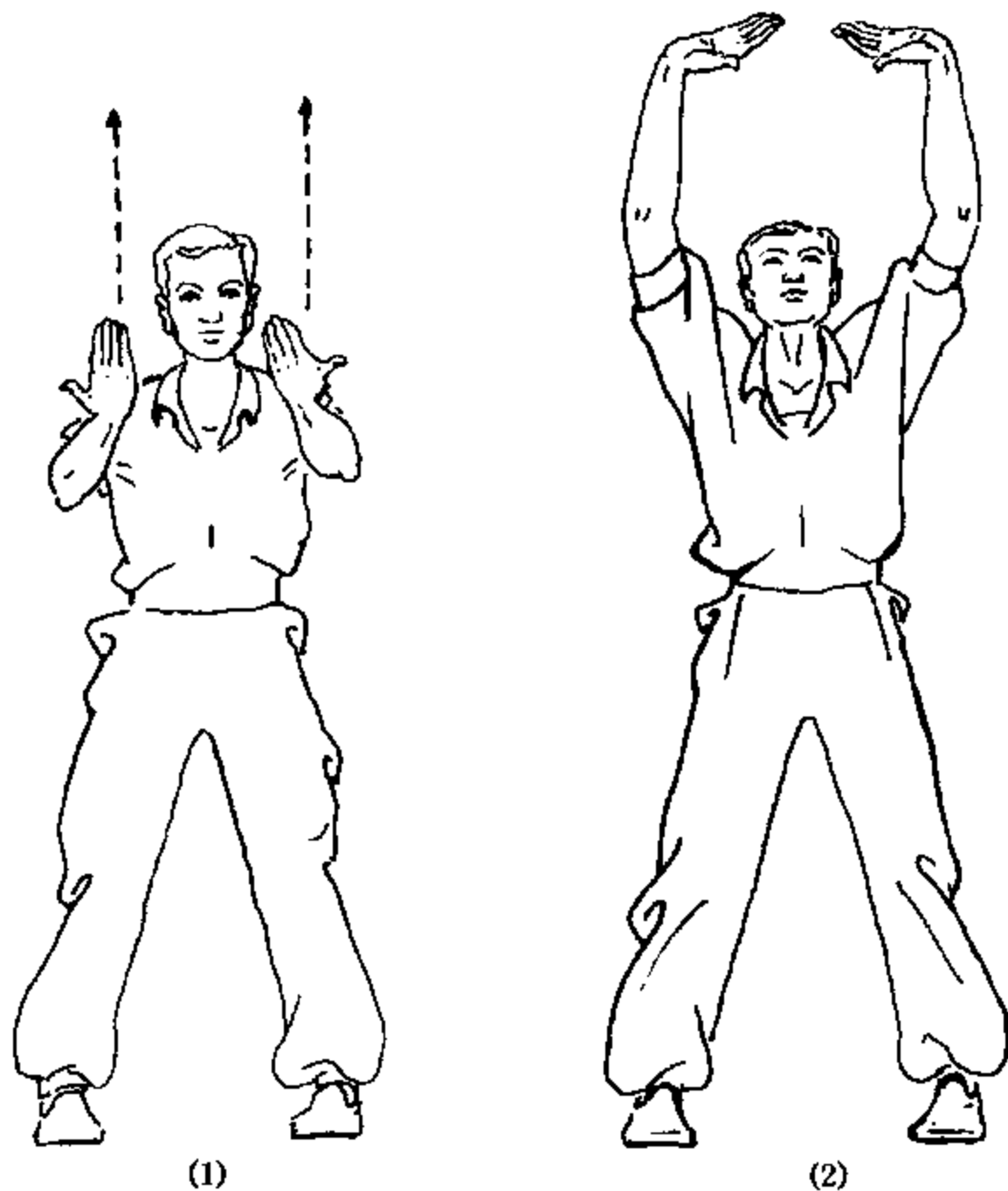


图4-49 霸王举鼎势

3. 两手逐渐下降，恢复预备姿势。

【要领】上举时吸气，下降时呼气，并将掌渐握成虚拳。

【应用】增强上肢上举的肌力。对肩颈部软组织劳损，或因外伤等所致上举功能障碍，通过锻炼有助于恢复上举功能。

### 轮转轳轳势

**【功势】**

1. 预备姿势：取站位，左手叉腰，右手下垂。
2. 右臂伸直自下向前、向上、向后，肩关节大幅度环转一圈。
3. 再右臂自下向后、向上、向前，大幅度关节环转一圈（图4-50）。

**【要领】**可反复进行，用力要轻柔，臂部应放松。左右臂可交替进行轮转。

**【应用】**可防治外伤后肩关节强直及周围粘连。

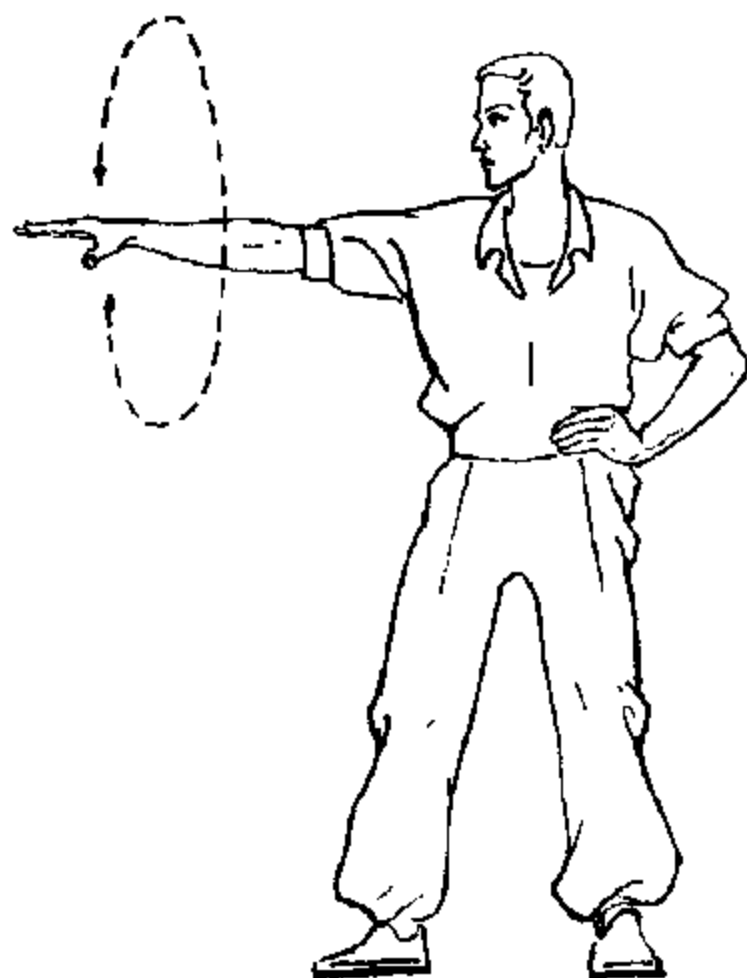


图4-50 轮转轳轳势

### 三、腰背功

#### 仙人推碑势

**【功势】**

1. 预备姿势：两脚平行开立，比肩稍宽，两臂自然下垂。

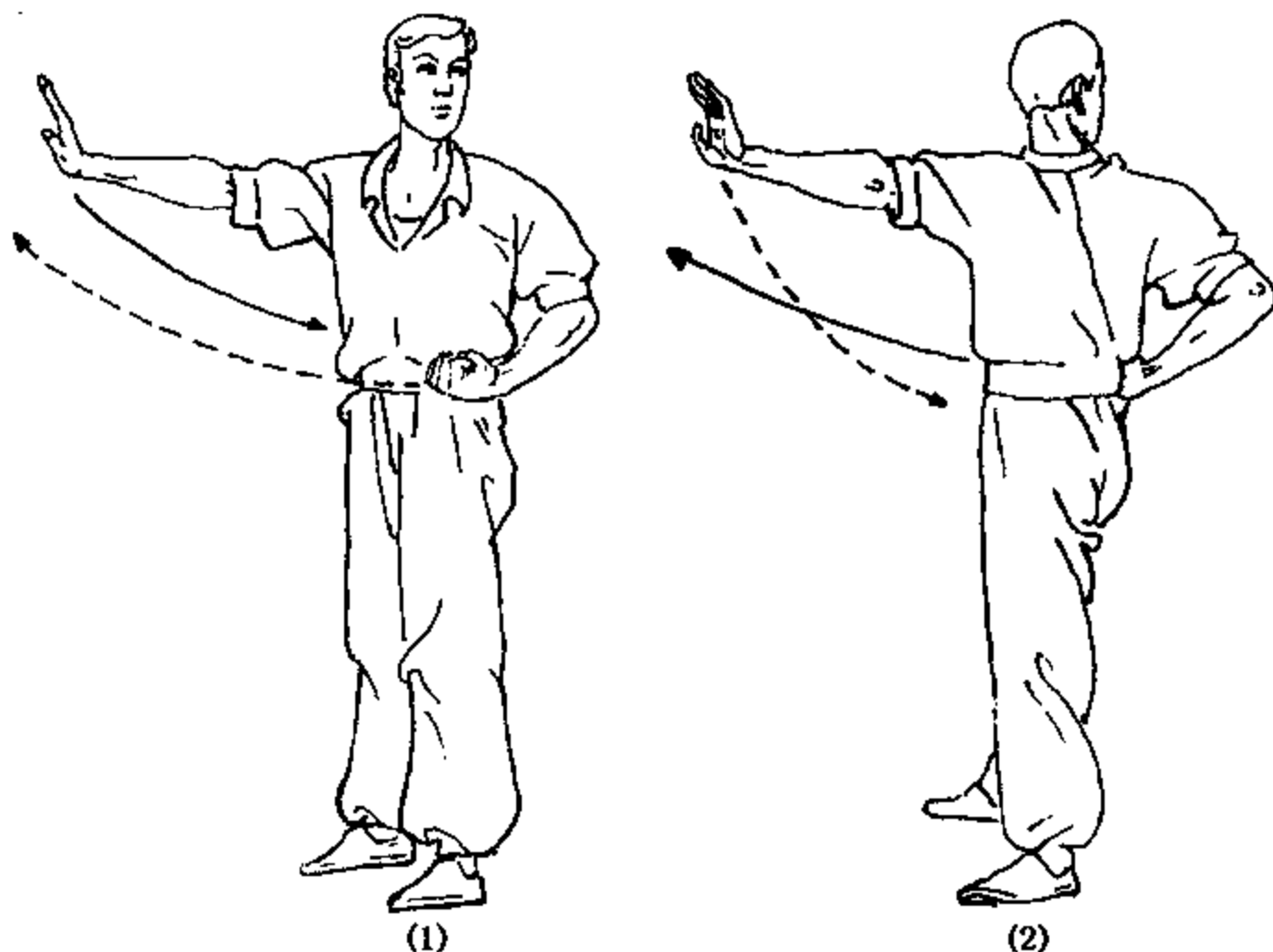


图4-51 仙人推碑势

2. 向左转体，右手成立掌向正前方推出，手臂伸直与肩平，左手握拳抽至腰际抱肘，

眼看左后方 [图 4-51 (1)]。

3. 向右转体，左手成立掌向正前方推出，手臂伸直与肩平，右手握拳抽至腰际抱肘，眼看右后方 [图 4-51 (2)]。

【要领】推掌的动作要缓慢，手腕稍用力，臂部不要僵硬，转体时，头颈与腰部同时转动，两腿不动，推掌与握拳抽回腰间的两臂速度应该一致。

【应用】可增强腰部肌肉的力量，能防治颈椎病、腰椎增生、劳损等引起的颈、腰疼痛。

### 掌插华山势

【功势】

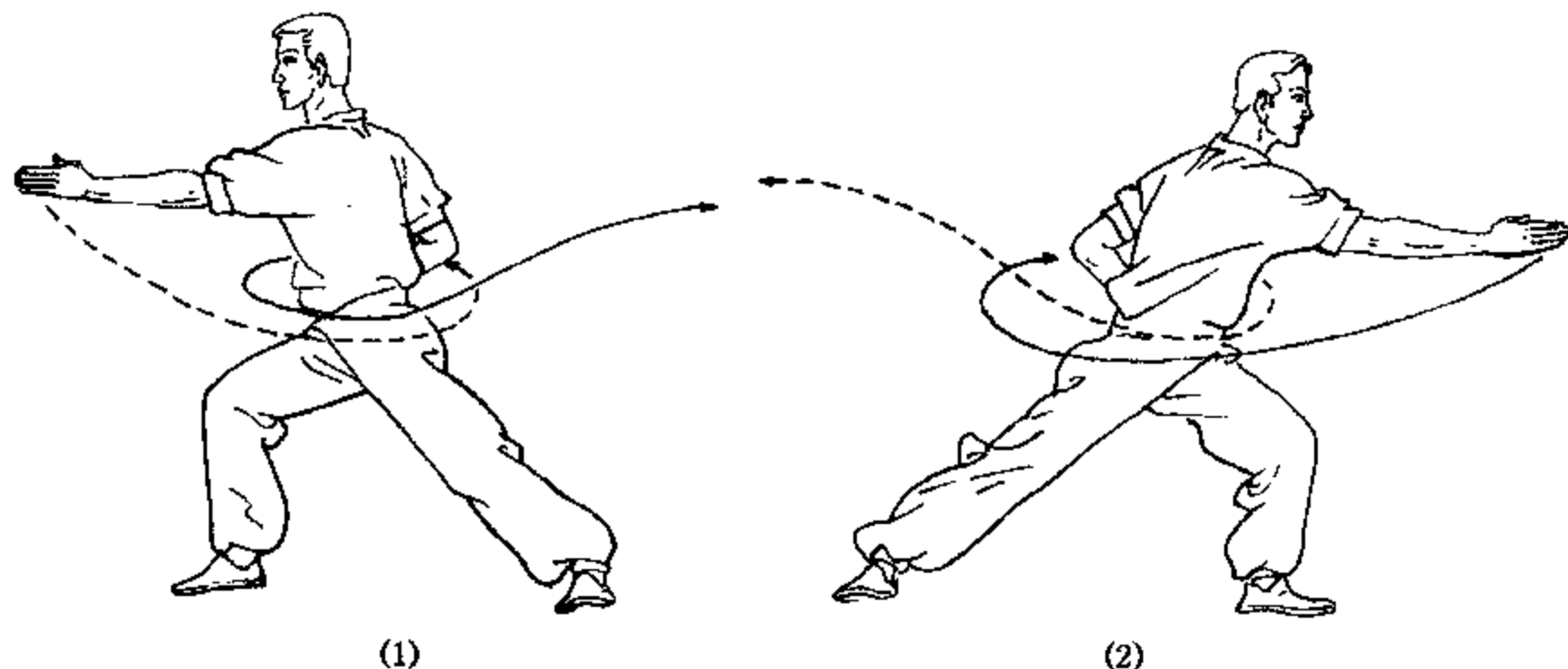


图 4-52 掌插华山势

1. 预备姿势：两脚平行开立，比肩稍宽，两臂自然下垂。

2. 右手伸向前方，右掌向右搂回腰际抱肘，左掌向正右方伸出（如用力插物状），身体向右转，成右弓步 [图 4-52 (1)]。

3. 左掌向正左方平行搂回腰际抱肘，右掌向正左方伸出，身体向左转，成左弓步 [图 4-52 (2)]。

【要领】眼看插出之掌，手向外插出的动作可稍快。

【应用】同“转腰推碑”配合可防治四肢筋络挛缩麻木，可辅助治疗肩部、腰部损伤。

### 风摆荷叶势

【功势】

1. 预备姿势：两脚平行开立，比肩稍宽，两手叉腰，拇指在前。

2. 腰部自左向前、右、后作回旋动作 30~50 次。



图 4-53 风摆荷叶势

3. 再改为腰部自右向前、左、后回旋30~50次(图4-53)。

【要领】两腿始终伸直，膝部勿屈，上身挺直，两手轻轻托护腰部，回旋的幅度可逐渐增大。

【应用】疏通气血，能辅助治疗腰扭伤、腰肌劳损等。

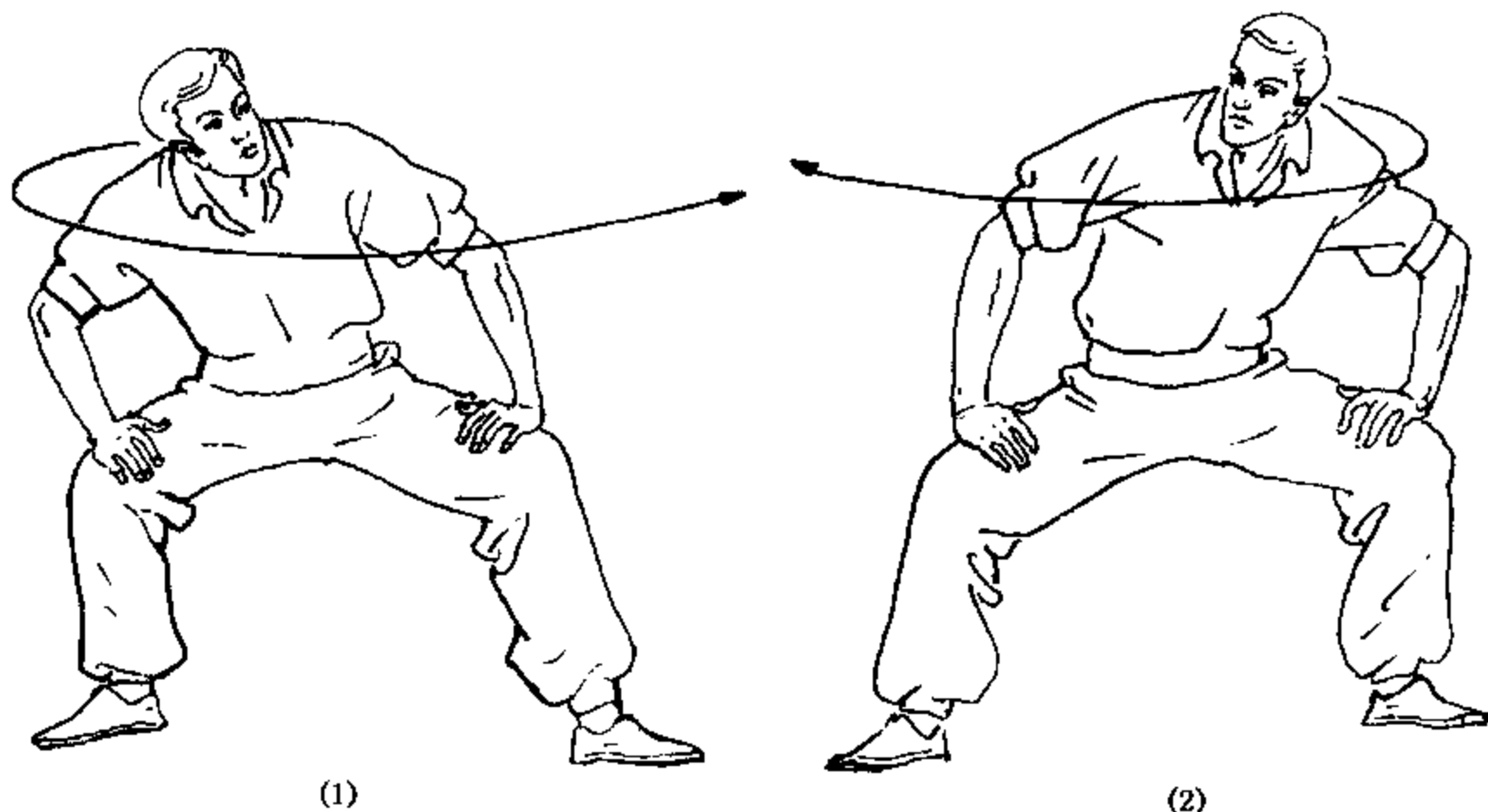


图4-54 摇头摆尾势

### 摇头摆尾势

#### 【功势】

1. 预备姿势：两脚平行开立，比肩稍宽，两膝屈曲成马步势，两手扶膝，臀部后坐。

2. 头向一侧摇转，两眼跟随向后瞧，同时臀部向另一侧摆动，自然呼吸，左右交替进行。意念模仿动物摇头摆尾动作(图4-54)。

【要领】臀部后坐，不能翘起。头颈与臀部同时转动，意念模仿动物摇头摆尾动作。

【应用】能防治颈椎病、肥大性腰椎炎、劳损等引起的颈、腰疼痛。

### 双手攀足势

#### 【功势】

1. 预备姿势：两脚平行开立，两手置腹前，掌心向下。

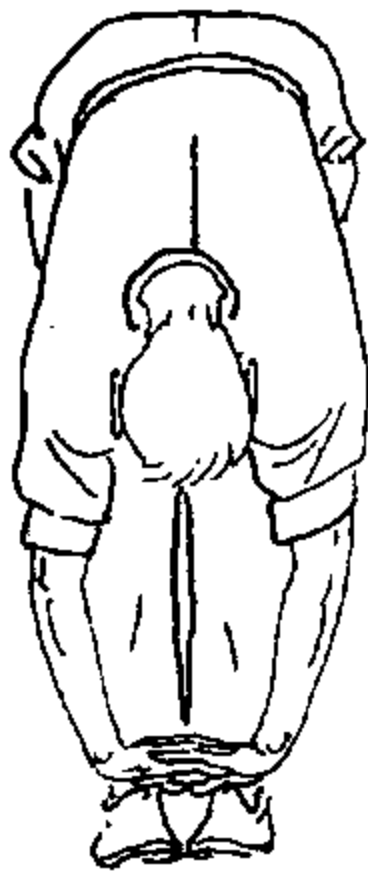


图4-55 双手攀足势

2. 腰向前弯，手掌下按着地（图 4-55）。

3. 还原。

【要领】两腿要挺直，膝关节勿屈曲。

【应用】可增强腰腹部肌肉力量，用于治疗腰部酸痛及腰部前屈功能障碍者。

### 凤凰展翅势

【功势】

1. 预备姿势：两脚平行开立，比肩稍宽，两手自然下垂。

2. 上身前俯，两膝稍屈，右手向右上方撩起，头也随转向右上，眼看右手，左手虚按右膝 [图 4-56 (1)]。

3. 还原。

4. 上身仍下俯，两膝稍屈，左手向左上方撩起，头也随转向左上，眼看左手，右手虚按左膝 [图 4-56 (2)]。

5. 还原。

【要领】头部左或右转时吸气，转回正面时呼气，转动时用力要轻，手臂撩起时动作宜慢，手按膝不要用力。

【应用】可增强腰背部肌力，能治疗腰背部酸痛，且具有固肾及舒展全身筋络。

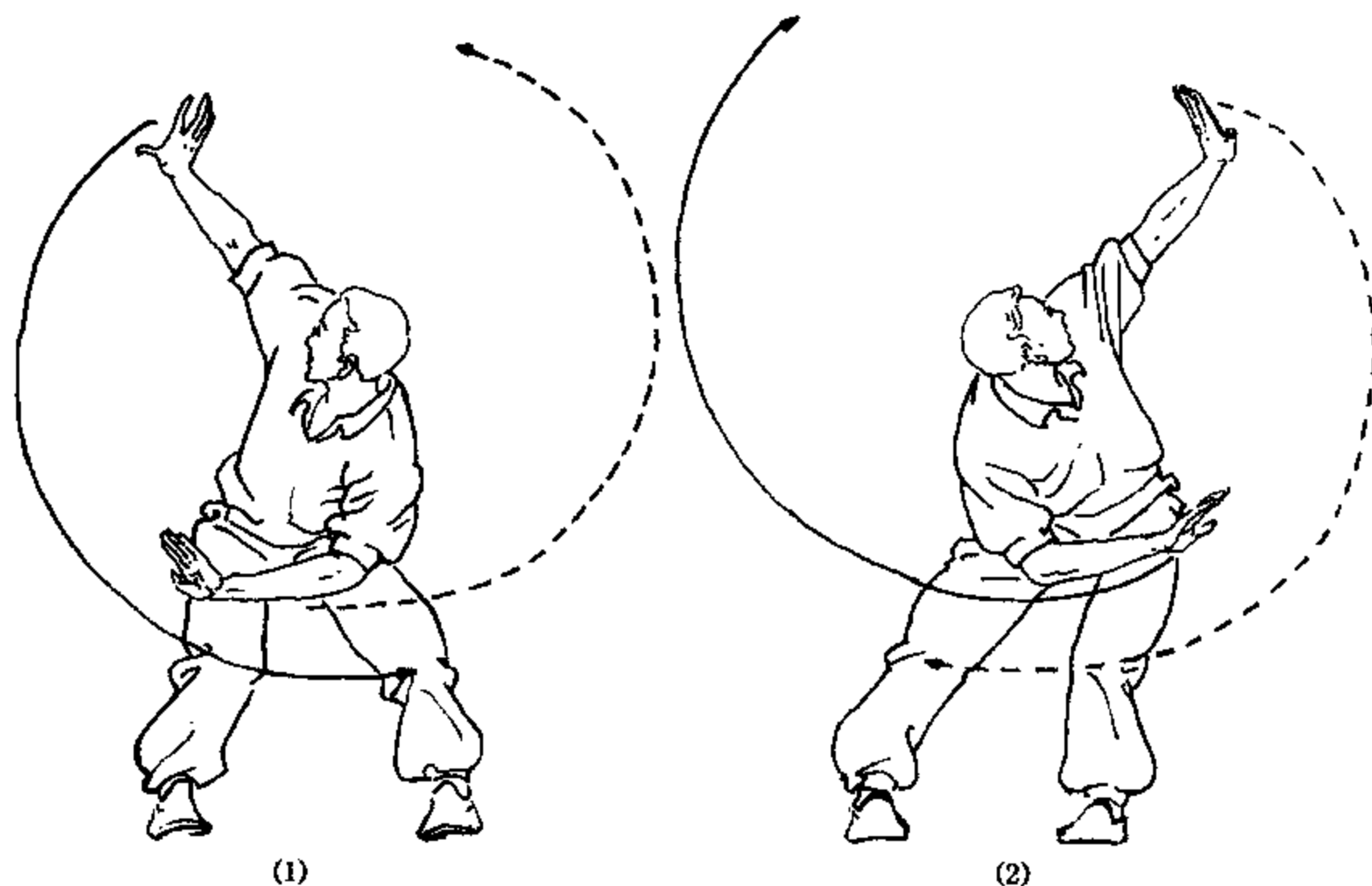


图 4-56 凤凰展翅势

### 青龙腾转势

#### 【功势】

1. 预备姿势：取大八字步站位，双腿直立不移，双臂向前伸直与肩同宽。
2. 以腰为轴心，以臂带动上身做前、左、后、右的连续环旋运动（图4-57）。

**【要领】**以手臂带动腰部环旋，动作连贯，舒缓稳健。避免顿挫起伏，忽快忽慢，胯不要斜扭，双目视手。亦可进行反方向练习。

**【应用】**可增强腰部肌肉的力量，舒展全身筋络。

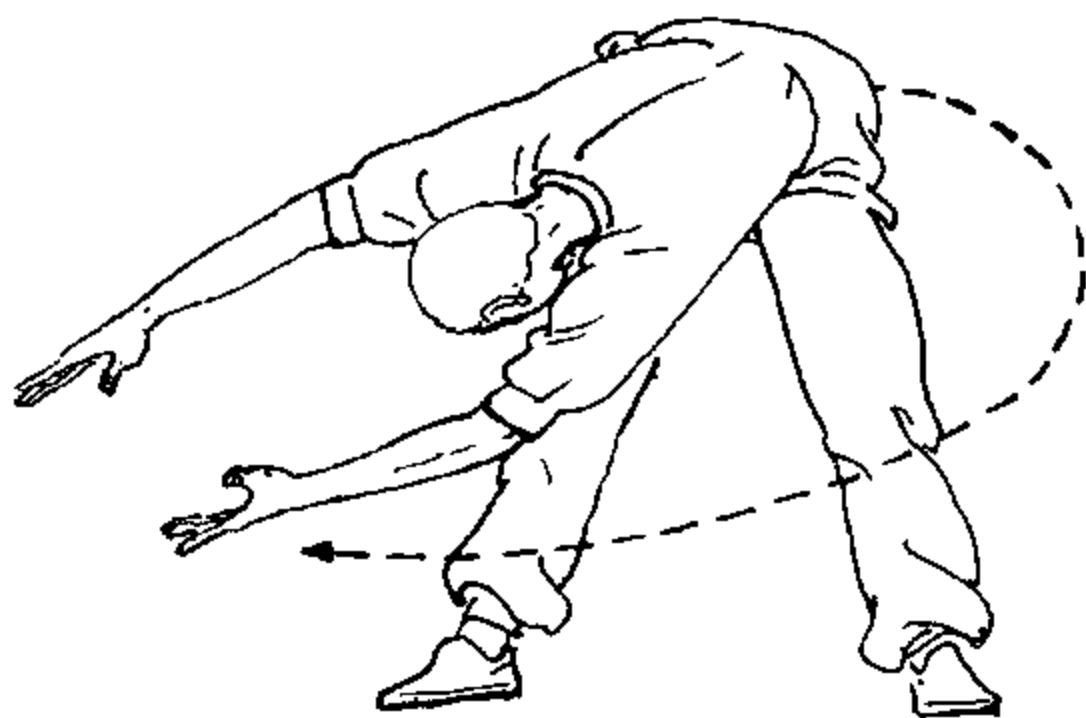


图4-57 青龙腾转势

### 白马分鬃势

#### 【功势】

1. 预备姿势：两脚平行开立，与肩同宽，两臂下垂，两手交叉，如左侧有病，左手交叉在前；右侧伤痛，右手交叉在前 [图4-58 (1)]。
2. 身体向前俯，眼看双手，两手交叉举至头顶上方，身体挺直 [图4-58 (2)]。
3. 两臂上举后向两侧分开。
4. 还原。

**【要领】**上举时如向上攀物状，尽量使筋骨伸展，向两侧分开时掌心向下划成弧线。

**【应用】**本势是肩关节的环转与腰脊柱的屈伸运动，不仅肩部所有的肌肉交替舒展，且腹背肌肉也得到锻炼。有助于消除肩关节活动障碍，防治腰背酸痛、肩背筋络挛缩麻木等，是全身锻炼的方法之一。

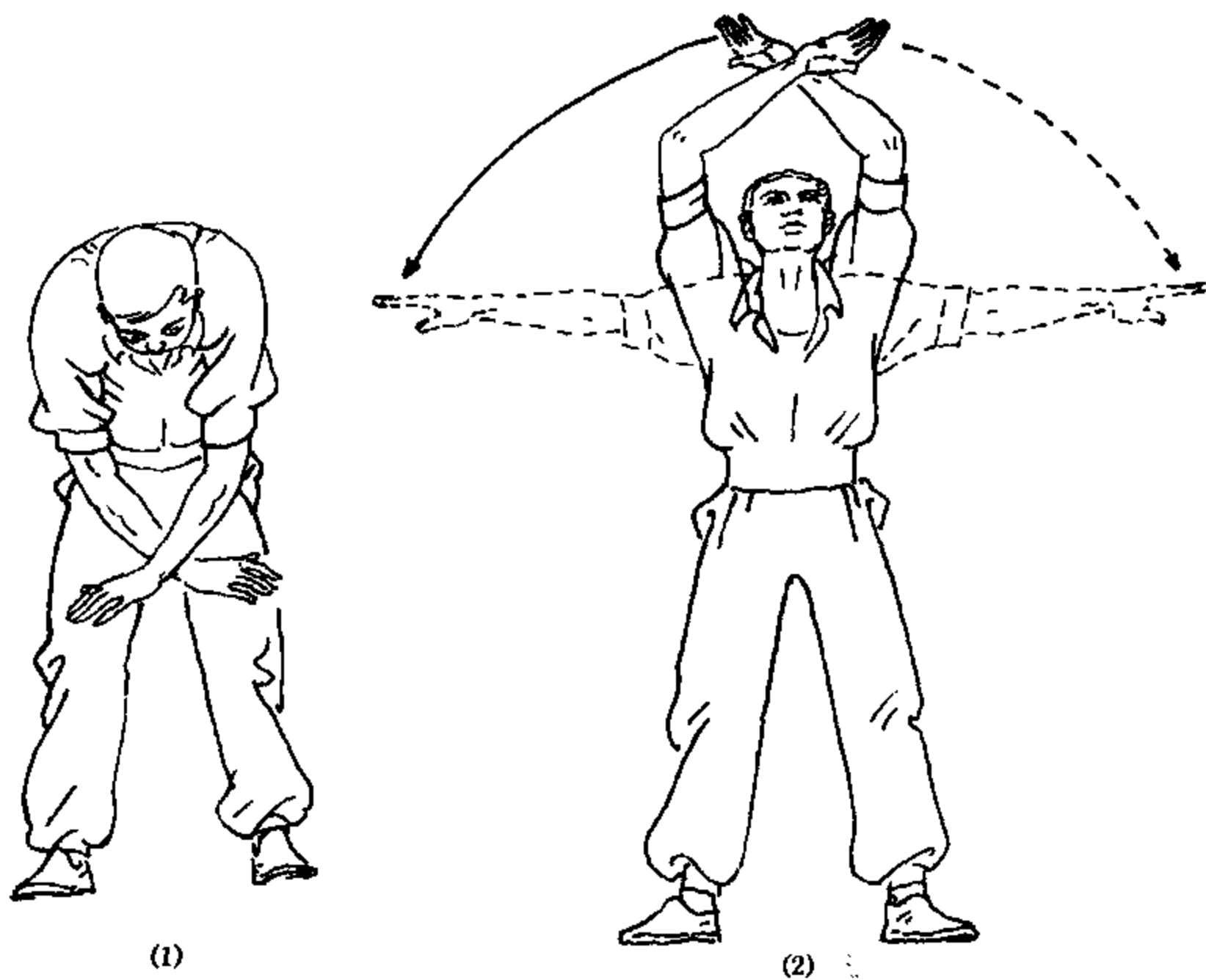


图 4-58 白马分鬃势

#### 四、腿功

##### 罗汉伏虎势

###### 【功势】

1. 预备姿势：两脚平行开立，比肩稍宽，两手叉腰，四指在前。
2. 右腿屈膝，左腿伸直，然后下蹲 [图 4-59 (1)]。
3. 还原。
4. 左腿屈膝，右腿伸直，然后下蹲 [图 4-59 (2)]。
5. 还原。

【要领】要求上身挺直，两眼平看前方，初练时不必过分下蹲。

【应用】可增强腰部、髋部、腿部的肌力，辅助治疗髋关节疾患及肛门内收肌的麻木和萎缩。

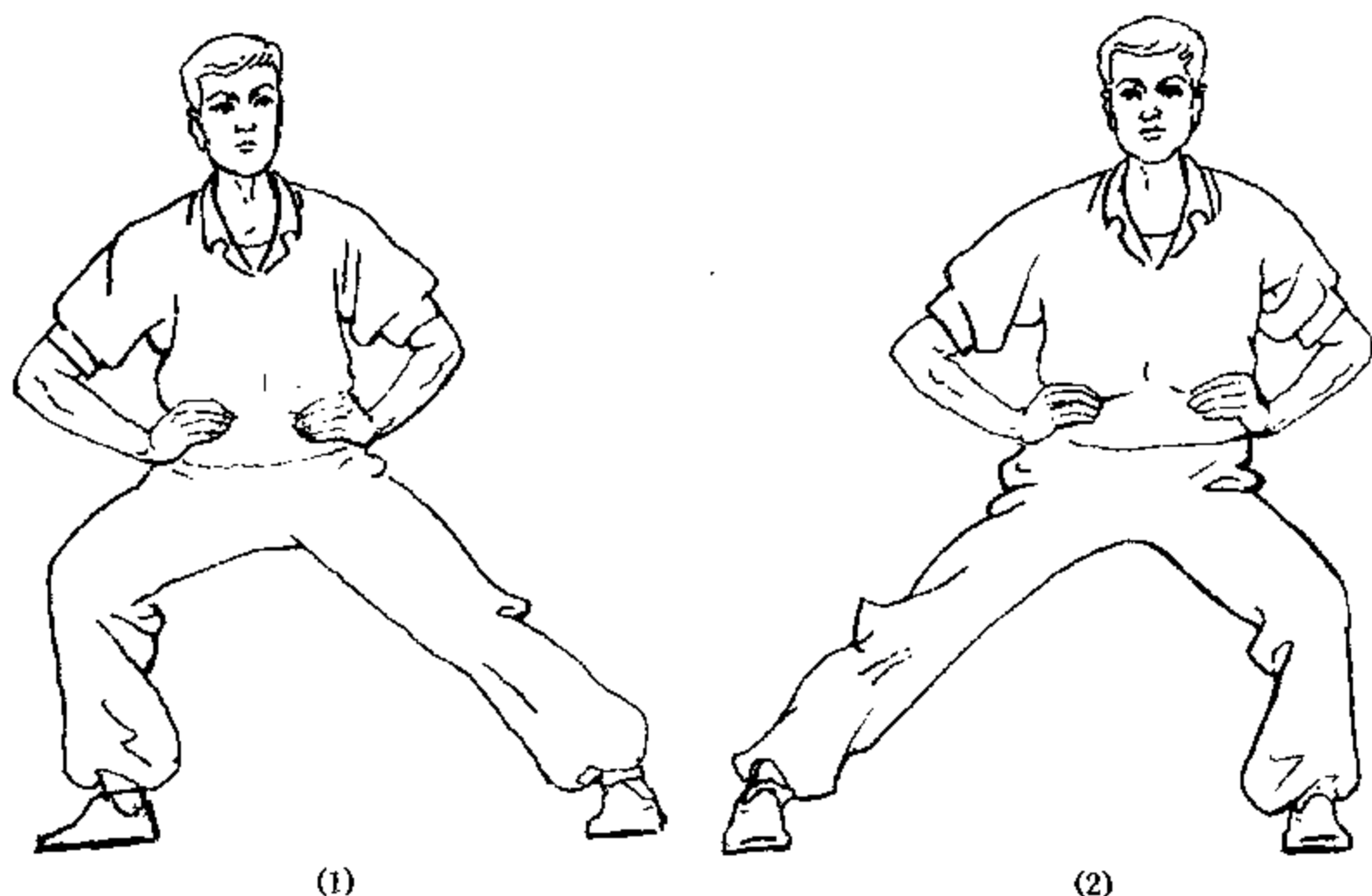


图 4-59 罗汉伏虎势

### 白鹤转膝势

#### 【功势】

1. 预备姿势：两脚立正，脚跟并拢，两膝并紧，身向前俯，双膝微屈，两手轻按于膝上，眼看前下方。
2. 两膝自左向后、向右、向前做回旋动作 30~50 次。
3. 然后自右向后、向左、向前回旋 30~50 次（图 4-60）。

【要领】膝部每回旋 1 周，呼吸 1 次。

【应用】能解除膝关节粘连，促进恢复膝关节的功能，可改善膝部酸痛、行走乏力等病证。

### 行者下坐势

#### 【功势】

1. 预备姿势：两脚平行开立，比肩稍宽，两手抱肘。
2. 脚尖着地，脚跟轻提，随后下蹲，尽量使臀部触及脚跟，两手放开成掌，两臂朝前伸直平举（图 4-61）。
3. 还原。

【要领】下蹲程度应根据患者自身条件，不应勉强，必要时可扶桌椅等进行。





图 4-60 白鹤转膝势



图 4-61 行者下坐势

【应用】可增强大腿伸肌和臀部的肌力。有助于治疗腰、腿、膝疼痛。

#### 四面摆莲势

##### 【功势】

1. 预备姿势：两脚立正，两手叉腰，拇指在后。
2. 右小腿向后提起，大腿保持原位，然后右脚向前踢出，足尽量跖屈 [图 4-62 (1)]。
3. 右腿还原，再屈膝后踢，以脚跟触及臀部为度 [图 4-62 (2)]。
4. 右下肢抬起屈膝，右脚向里横踢，似踢毽子一样 [图 4-62 (3)]。
5. 右下肢抬起屈膝，右脚向外横踢 [图 4-62 (4)]。

【要领】踢腿时，脚背要绷直。练完后换左下肢做相同动作。

【应用】可增强下肢肌力，常练本势可健腿力，强腰膝，防治下肢关节和肌肉挛缩麻木。

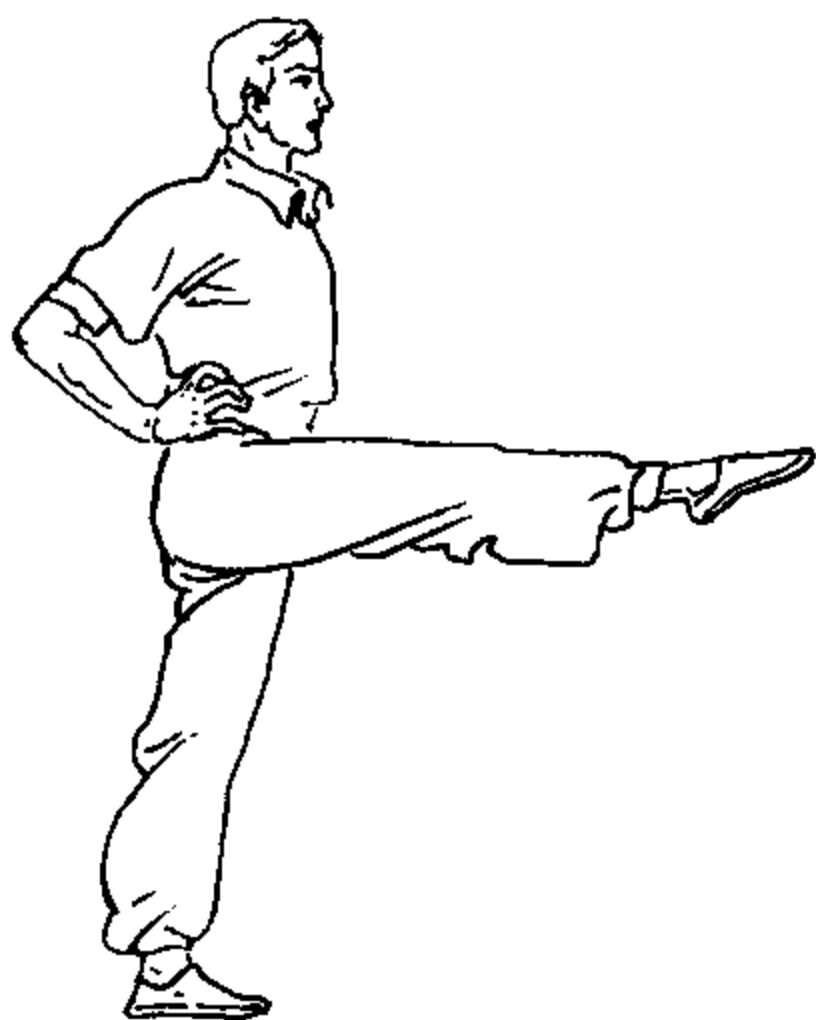
#### 仙踪徘徊势

##### 【功势】

1. 预备姿势：取卧位，腿伸直，两手自然放置体侧。
2. 屈髋屈膝的同时踝关节极度背伸。
3. 然后向前上方进行蹬踏，并使足部尽量跖屈（图 4-63）。

【要领】蹬踏时，由慢至快，可左右腿交替进行各 30~50 次。

【应用】增强下肢肌力，尤其是股四头肌的力量，可防治股四头肌萎缩；可使腿部血液循环通畅，防治下肢肌肉萎缩，消除因踝关节损伤导致的肿胀，改善筋、膝、踝关节的伸屈功能。



(1)



(2)



(3)



(4)

图 4-62 四面摆莲势

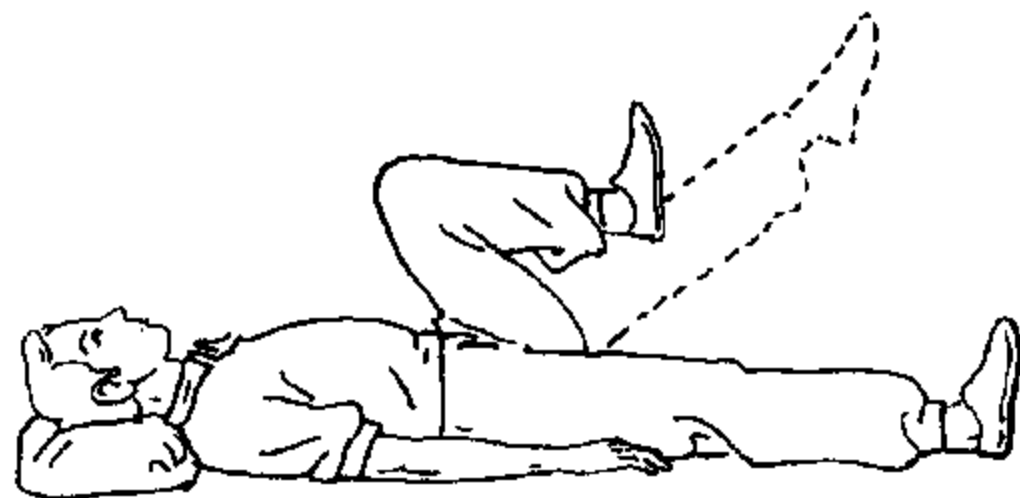


图 4-63 仙踪徘徊势



## 中篇 手法技能

### 第五章

### 单式手法

以单一动作成分为基本结构单元的手法为单式手法，又称推拿基本手法。在推拿手法学中，单式手法的形成与发展年代最久远，数量最多，技法精严，形式多样，也是构成复合手法与复式手法动作的基本成分，是推拿临床防治疾病应用范围最广、最常用的手法，有极高的实用价值。

单式手法可根据其对人体作用的部位及其力学特征，分为作用于人体软组织类手法与作用于人体骨关节类手法两大类。前者手法作用力施加于人体体表，使其软组织发生形变；后者通过手法对人体骨关节的操纵，使其空间位置产生移动，从而发挥广泛的局部与全身的治疗作用。

#### 第一节 作用于人体软组织类手法

##### 一、含义与施术原则

###### (一) 含义

在人体有效的感觉阈值范围内，术者用手及肢体其他部位着力，对受术人体不同层次与结构的软组织所进行的具有摆动、按压、摩擦、振动、叩击等不同动作形式的操作手法总称为作用于人体软组织类手法。据各种手法规范动作结构的运动学与动力学特征与规律，本类手法可分为摆动类手法、摩擦类手法、振动类手法、按压类手法与叩击类手法五类。

本类手法的作用特点是：各种类型的手法，在其规范的动作结构下，其手法动作都有一个相对稳定的动力定型，具有固定动力定型的手法动作，其作用力的迟、速、轻、重、方向、频率、节律等各项力学要素，会在三维空间上有一个动力形式的“构型”，形成手法作用力的“动力型式”。临诊时，具有特定“动力型式”的机械波，经皮肤向皮下结缔组织、肌肉、肌腱、韧带、骨膜甚至脏腑传递、深透；同时，各层次的软组织也随之相应地起伏、涨落而发生形变。手法的这种刺激形式，不仅使受术部位与各层次的组织受到应力的直接作

用,而且,各种类型手法对人体所产生的触压、痛痒、冷热、牵拉、冲击等作用,会兴奋与激发分布于各层软组织内的感受器,反射性地引起对全身各功能系统的调控作用;同时,人体软组织在手法一定的“动力型式”的作用下,所产生的动态形变,又可作为一个刺激信息,起到信息疗法的特异作用。另外,手法的机械力本身就是一种能量形式,对人体生物能量的补充有着重要的医疗价值。

## (二) 施术原则

本类手法施术时,除从整体上要服从手法动作系统类别原则与动作形式类型原则外,根据受术人体软组织的生理、病理特性,还要求掌握持久、有力、均匀、柔和与深透等技术要领。

1. 持久 指手法能按其规范动作结构的要求,持续运用一定的时间,亦即在一定时间内手法的动作结构保持不变,且具有稳定的“动力型式”。

2. 有力 是指手法的作用必须具有的刺激量,这种刺激量应该根据受术者的体质、病情、年龄、性别及作用部位等不同情况而增减,使之达到一定的刺激阈值,以激发机体的应答反应。

3. 均匀 是指手法动作要有节律性,操作频率不要时快时慢,用力不能忽轻忽重,要保持一定的节奏。另外,如摆动类手法操作时摆动的幅度,摩擦类手法摩擦的路线长短与范围,在操作时也要注意均匀稳定。

4. 柔和 是指手法的作用力要轻而不浮、重而不滞,要刚中含柔、柔中有刚、刚柔并济。用力不可生硬粗暴,手法动作变换要自然流畅,不得跳动、碾压、损皮。令受术者舒适畅和,做到《医宗金鉴·正骨心法要旨》要求的那样“使患者不知其苦,方称为手法也”。

5. 深透 也作渗透,是指在上述要求基础上,手法施术的作用力还须掌握一定的方向,要使其深入受术者体内,直达病所而发挥治疗作用。

手法因素作用于机体,主要通过经络系统或神经、体液系统,引起应答性反应而获取治疗效果。实验证明,引起以上效应,一般需要具备一定的刺激强度、一定的刺激时间以及一定的强度-时间变化率三个条件。可见推拿之所以有效,是与上述手法动作的各项技术要素密切相关,并有机地组合在一起,形成了有效手法刺激因素的结果。

由于手法种类多,动作结构不完全一样,故对于每一种具体手法来说,其手法操作技术的要求各有侧重。如一指禅推法,要求以“柔和为贵”,要柔中寓刚,突出一个“柔”字;击点法则要求击点准确,用力果敢、快速而刚强,要刚中带柔,强调一个“刚”字;而摩法又要求操作时“不宜急、不宜缓、不宜轻、不宜重,以中和之义施之”,又立意在“中和”。所以,学者不但要从总体上把握好手法技术的基本要求与施术原则,还必须细心揣摩每种手法各自的技术特点,才可能对手法技术的原理与操作原则有全面的理解与掌握,并在此基础上,通过刻苦练习,使手法达到“手随心转,法从手出”的高度境界。

## 二、各类作用于人体软组织的手法

### (一) 摆动类手法

术手以其着力点在治疗部位上作垂直固定支撑的条件下，在动作的起始位的两侧做来回往复周期性摆动的一类手法，总称为摆动类手法。

#### 一指禅推法

用拇指指端（中峰）或罗纹面着力于治疗部位，沉肩、垂肘、悬腕，以周期性地肘关节屈伸，带动前臂与腕关节做内、外摆动以及拇指关节屈伸的联合动作，即谓一指禅推法（图5-1）。其中以拇指中峰着力者谓一指禅中峰推法，以罗纹面着力的称一指禅罗纹推法。

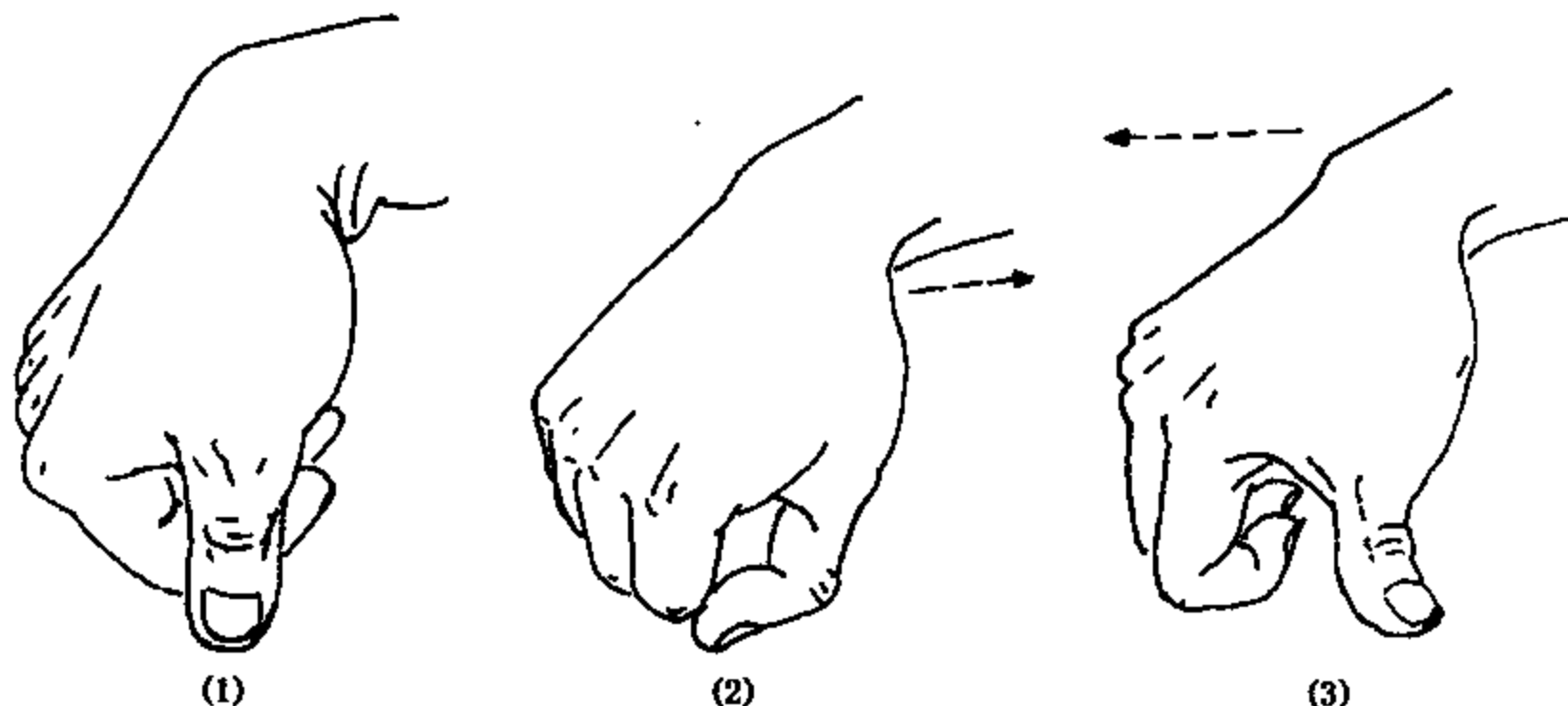


图5-1 一指禅推法

#### 【释名】

一指禅推法，又称一指定禅法，是一指禅推拿流派的主治手法的称谓。“禅”为梵文Dhyana（禅那）的省称，义译作“思虑修”；“定”是其意义的旁译。定禅即禅定，静思息虑之意，谓坐禅时，心于一境，冥想妙理。“一指禅”原本为佛教禅宗用语，喻万法归一。本法借用其名，一是明确指出拇指是本法的主要着力与施术用指；二是以“禅境”要求术者静思敛心，排除杂念，以一念代万念，定心冥想，专注于手法操作，即强调“意念”在本法操作全过程中的调控作用，以增强在持续运用过程中着力点在治疗部位上的“吸定”能力。也有学者认为本法是达摩在嵩山少林寺面壁九年创一指禅与易筋经、洗髓经，故名。

#### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 术者取端坐或直立位。坐势时要含胸拔背，腰部挺起以保持上身正直，不要弓背塌腰。双足放平踏稳，并略分开与肩等宽。站势时取丁字步。

施术上肢沉肩、垂肘、悬腕、拿虚、指实。沉肩：肩部肌肉放松，呈自然下垂，肩关节略向前外方伸出约 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 左右，使腋窝有容纳一拳大小的空间；垂肘：肘关节屈曲 $90^{\circ} \sim$

120°左右，在肩部悬吊与着力指支撑的条件下顺势下沉，使肘尖指向下方，且肘略低于腕，前臂则在旋前位掌面朝下放平；悬腕：腕关节屈曲向下悬垂，使桡骨下端与第一掌骨在腕关节处的夹角在90°~110°之间，并注意腕部的桡侧要稍高于尺侧，而肘尖要略低于腕部；掌虚：食、中、无名、小指呈自然屈曲状，手握空拳；指实：拇指伸直盖住拳眼，以拇指中峰或罗纹面着力，稳定地支撑在治疗部位上，使拇指的纵轴与治疗部位垂直。

**2. 动作姿势** 本法整个操作过程，可分为外摆与内摆两个阶段。动作时，从上述预备姿势起始位开始，先以肱三头肌发力，使肘关节外伸，并带动前臂、腕部与拇指向外摆动30°~45°，即到外摆位；接着肱三头肌放松、肱二头肌收缩，使肘关节由外伸逆转向内屈，并带动前臂、腕部从外摆位向内经过起始位再向内摆动30°左右，即到内摆位。中峰推时，拇指掌指关节与指间关节也随之从外摆的伸直位过渡到屈曲位。罗纹推时，拇指掌指关节随之屈伸摆动，而指间关节始终保持在背伸位。肘关节在整个摆动中的屈伸范围在20°左右。如此往复，以拇指着力面为支撑点，由肱三头肌与肱二头肌交替收缩，所产生的肘关节的屈伸运动，带动腕与拇指在起始位的两侧以均匀的节律内外摆动。其作用于人体的作用力柔韧、均匀而富于节律，可通过其由稳定的振动源所产生的动力波经受术穴点向纵横方向传递，深透到皮、肉、脉、筋、骨、脏腑各组织层次与经络的远端，而发挥广泛的局部与全身治疗作用。

### 【操作要领】

1. 本法用力刚柔并济，以柔和为贵。在操作时强调自然着力原则，由于上肢的重量及动作过程中诸力相互作用的结果，会自然沿拇指纵轴方向由上而下产生足够的作用力，并以波动的形式通过拇指着力点向治疗部位传递与深透，从而发挥治疗作用，故无须主动用力向下按压，以免所产生的作用力僵硬、重滞。

2. 在整个施术过程中，始终注意不要耸肩、夹腋，拇指与屈曲的食指桡侧面不要捏紧，四指不可用力握拳，在摆动的过程中前臂始终要放平，不可旋转，拇指的着力点要始终“吸定”在治疗部位，不得在皮肤表面拖擦或滑移，此即所谓的“端平吸定”。

3. 内外摆动时动作变换要自然、流畅、平稳，不能跳动。

### 【技能训练】

本法应按以下阶段逐步训练，认真练习：

#### 1. 第一阶段——基础功法

(1) 重点练习韦驮献杵、倒拽九牛尾、摘星换斗，以增强腕关节屈伸的柔韧性与肩部的悬吊支持耐力。

(2) 练习卧虎扑食，先练五指着力支撑，再练拇、食、中三指着力支撑，以增强指力。

**2. 第二阶段——米袋练习** 学员正坐，将米袋平放在桌上，上端在上、下端在下靠桌边，使其中轴线与自身的额状面相垂直。

(1) 先在米袋上做双手同步定点练习。双手拇指着力面分别支撑在米袋左右旁中线中点。

(2) 再做双手前后交叉定点练习。

通过此二步练习，主要培养学员的定点操作，即在治疗穴点上吸定的能力。



(3) 定点操作基本稳定,即操作时拇指着力点在治疗面上基本吸定后,再做双手同步走线练习与前后交叉走线练习,双手从米袋的下端沿左右旁中线慢慢推向上端,再从上端,慢慢推向下端,如此往返边推边走,紧推慢移,以培养学员沿线操作的基本技能。

### 3. 第三阶段——人体练习

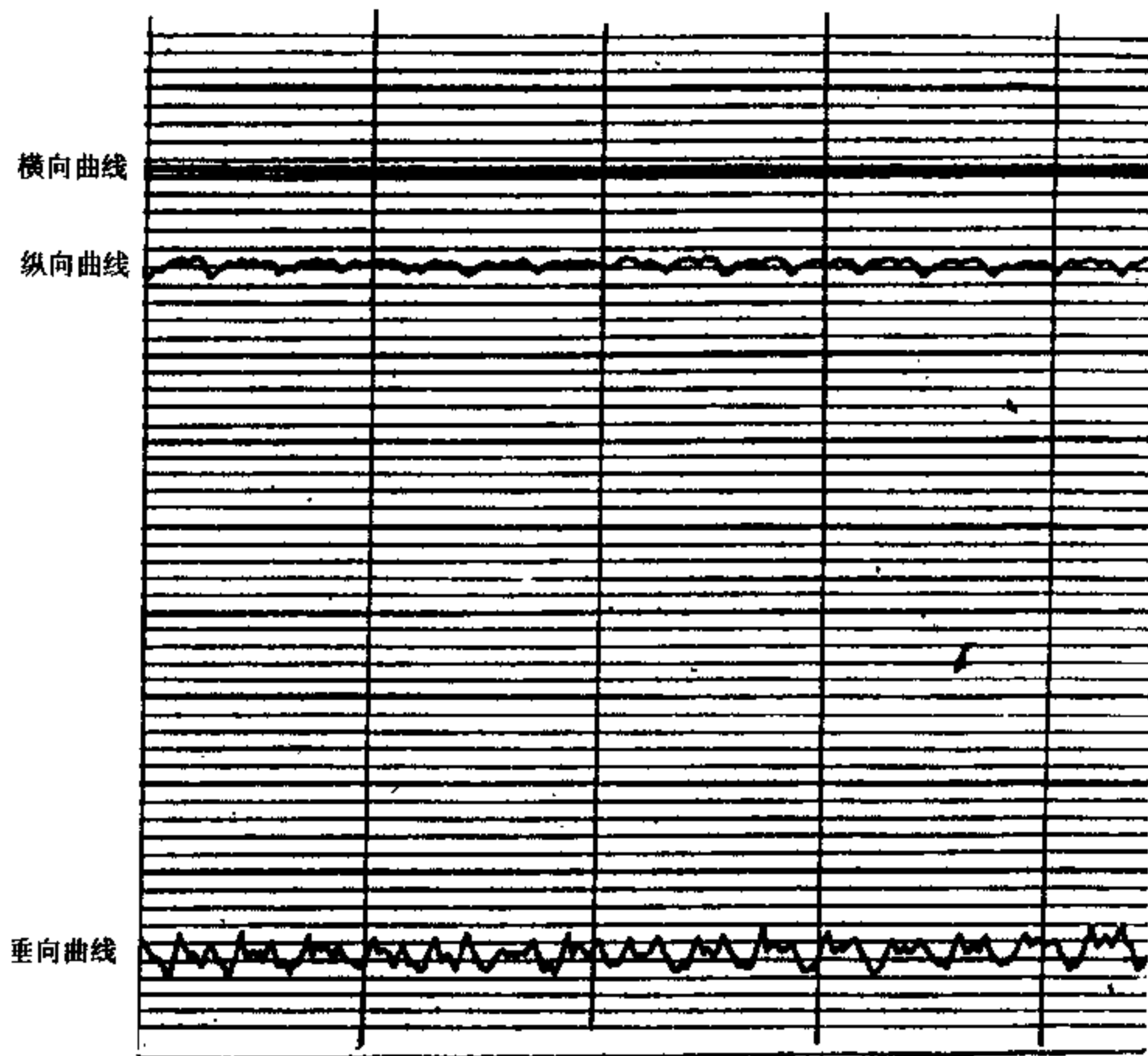
(1) 人体单穴、单手定点练习:可选推百会、推肩井、推心俞、推肾俞、推承山、推足三里等,做单手定点练习。

(2) 沿人体经络外行线,做单手走线练习:可选择在人体经络外行线的某段路线上做单手走线练习,如:

①受术者坐位,术者位于其侧后方,取站位,用右手沿风府至大椎一线自上而下做走线练习。

②体位同上,术者用右手沿大杼到膈俞一线做单手往返走线练习。

③受术者俯卧位,术者取坐位,用右手沿肝俞到肾俞一线做走往返线练习。



周期 0.31 秒; 频率 193 次/分; 垂直强度 1 千克力; 上升角 75°左右

图 5-2 朱春霆一指禅推法动态曲线图

## 【名医经验及现代研究】

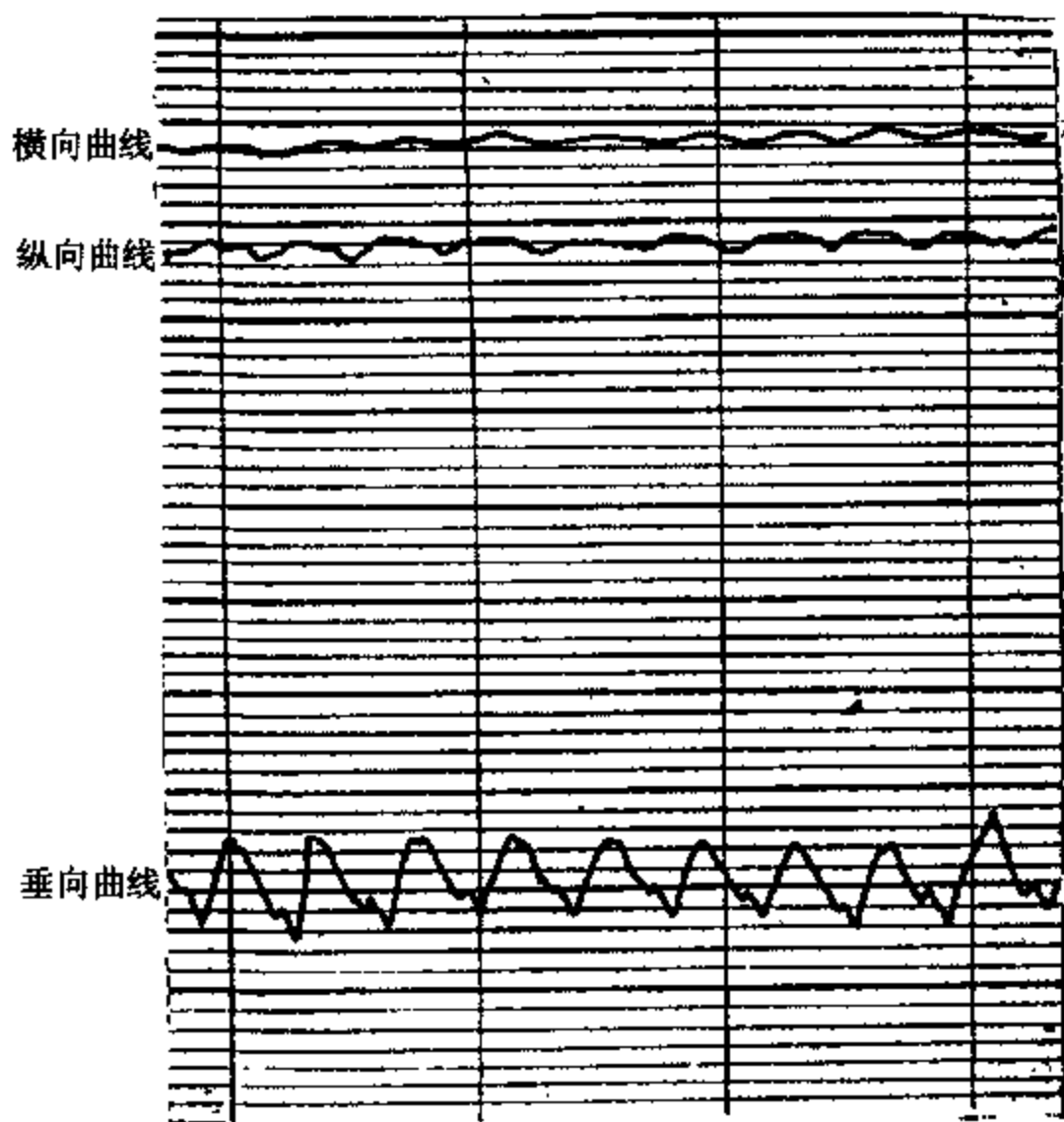
应用“TDL-I型推拿手法力学信息测定系统”对一指禅推拿名医手法经验进行实测及初步分析。

**1. 朱春霆一指禅推法** 朱春霆为原上海中医学院附属推拿学校首任校长，著名一指禅推拿流派传人。朱氏推法的特点是拇指中峰略偏桡侧处着力，悬腕约 $110^\circ$ ，摆动节奏明快，摆幅适中，指力轻柔着实。

朱氏推法动态曲线图（图5-2）示：手法周期短、频率快速。

垂向曲线提示：手法垂向波幅值较低，前摆波与回摆波幅值接近，呈双峰型。横向曲线与基线重合，纵向曲线在基线上呈蠕动形。故朱氏推法的特点是：轻快、平稳、深透、前摆力与回摆力几乎相等。

**2. 王纪松一指禅中峰推法** 王纪松先生为近代推拿名医王松山之子，其拇指末节粗短、指峰浑圆。王纪松一指禅推法的特点是用拇指中峰着力，悬腕约 $100^\circ$ ，摆动时拇指关节自然伸屈，摆幅较大，动作稳健，节律均匀，指力圆匀而重实。



周期：0.37 秒；频率 160 次/分；  
垂直强度：3 千克力；上升角  $67^\circ \sim 70^\circ$

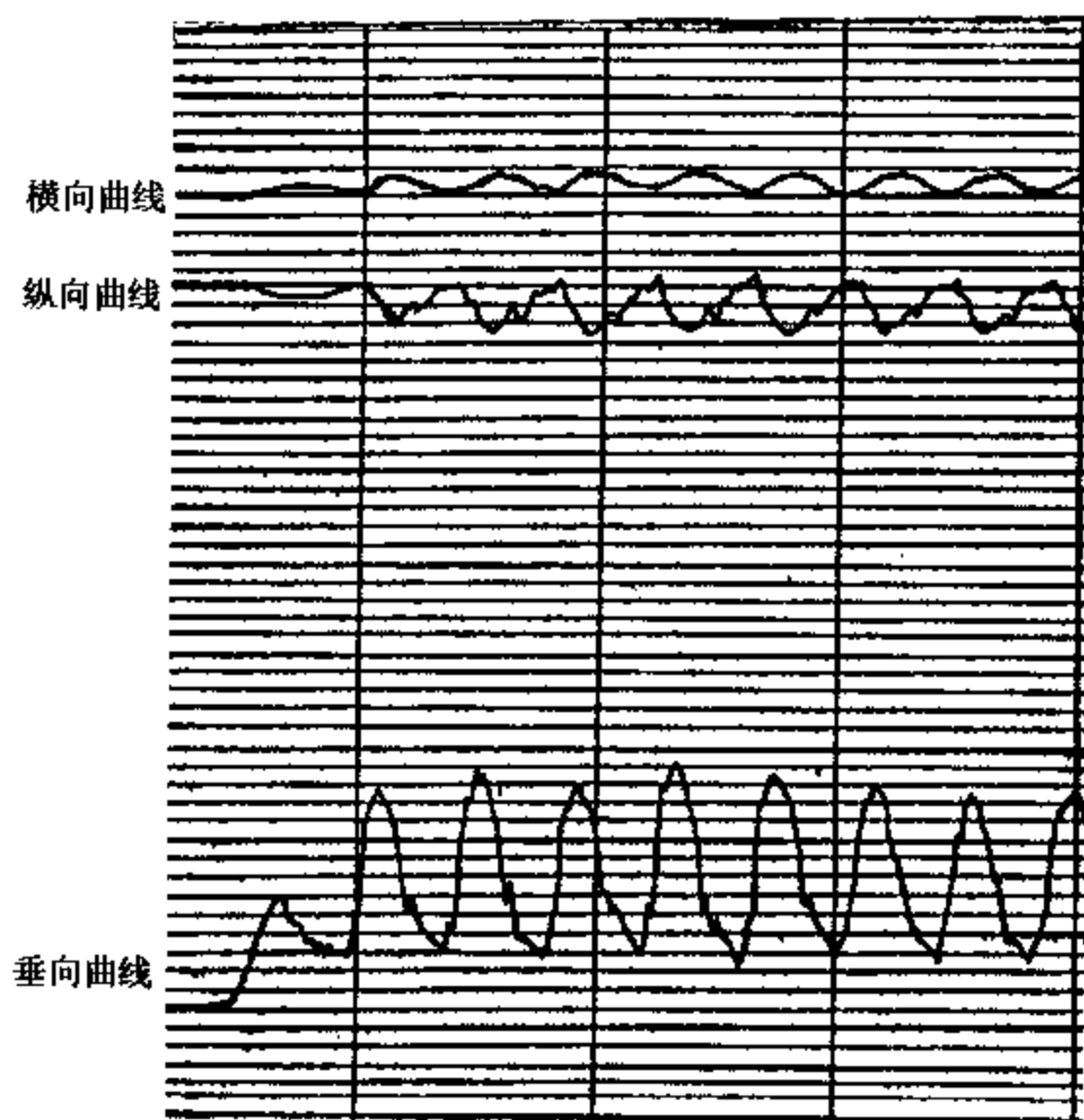
图 5-3 王纪松一指禅中峰推法动态曲线图（中型）

王纪松推法动态曲线图（图5-3）示：手法周期较长，频率适中。垂向曲线舒展流畅，起伏势缓，上升角（上升支与基线的夹角）在 $67^\circ \sim 70^\circ$ 之间，峰顶稍圆呈 $45^\circ$ 左右夹角，在下降支 $1/3$ 处有一低矮光滑的回摆波，纵、横向曲线在基线上呈蠕动形。故王纪松推法的特

点是：稳、圆、着重、柔和、深透。

**3. 王百川一指禅罗纹推法** 王百川先生的拇指指间关节自然背伸度约为 $90^{\circ}$ 。故王百川式推法以拇指罗纹面着力，摆动时拇指掌指关节随之屈伸，但指间关节固定在背伸位，不做屈伸运动，摆幅较大，悬腕约 $100^{\circ}$ 。由于是拇指罗纹面着力，受术者感觉贴面平妥而舒适，且指下压力大而不易跳动，此种推法又称罗纹推。

王式推法动态曲线图（图5-4）示：手法周期较长，频率较慢。垂向曲线示手法波峰值较高，上升支比较陡直，上升角在 $80^{\circ}\sim 83^{\circ}$ 之间，峰顶略圆，回摆波在下降支的中段；纵向曲线提示，前摆力平均弱于0.5千克力；横向曲线与基线几乎重合。故王式推法的特点是：指力刚中有柔，重实而深透。



周期：0.42秒；频率154次/分；垂直强度：4千克力；上升角 $80^{\circ}\sim 83^{\circ}$

图5-4 王百川式一指禅罗纹推法动态曲线图

### 【临床应用】

本法是一指禅推拿流派的主治手法，其特点是着力面小、压强大、深透性强，刺激量的大小可随需要任意调节，是一种持续的、节律性的柔和刺激。既可“吸定”在穴位上做单穴定点操作；又可沿经络外行线边推边走，即所谓的“推穴道，走经络”。可根据疾病的新旧虚实、邪之表里深浅而调节手法的轻重缓急，应用平（平劲在皮肤）、浅（浅劲在肌肉）、深（深劲在筋骨）、陷（陷劲在骨缝内脏）不同的劲力，使作用力渗透到皮肉筋骨以及脏腑各组织层次，发挥相应的治疗作用。故该法适用于全身各经络、穴位及各种线状与点状的刺激部

位，临床时，辨证取穴组成推拿手法——经穴处方可发挥平衡阴阳、调和营卫、疏通经络、通调脏腑、疏筋活血、泻热散寒、消积导滞等广泛的治疗作用，可治疗内、外、妇、儿、骨伤、五官等各科常见病证。其中罗纹推适用于腹部，以治疗消化系统与妇科病证见长；中峰推则擅治头痛、眩晕、失眠、肝郁、痹证等内科杂病。

### 缠推法

用拇指中峰或侧峰为着力点，以快速小幅度摆动为特点的一指禅推法，称为缠推法。亦称缠法或小步子推法。

#### 【释名】

缠(chán)为纏之简体字，或作纏。缠者绕也，有围绕、盘绕之意，如缠绕、缠绵(縣)等。缠法是一指禅推法的术式之一。其名的旨意指明本法在持续操作时，在“心劲”内功的调控下，整体动作连贯流畅，摆动步幅小，频率快，使其劲力似密密盘绕之游丝，环环紧围，缠绵不休，由浅渐深，层层深透而直指病所。

#### 【动作结构】

1. 预备姿势 与一指禅推法相同。

2. 动作姿势 从起始位先向外摆动至 $15^{\circ}$ 左右；再迅速逆转向内摆动，经起始位再向内摆动至 $10^{\circ}$ 左右的内摆位。如此往复快速摆动，从外摆到内摆，整个摆幅在 $30^{\circ}$ 左右。本法在操作时，尤重术者意念的主导作用，要求术者精神集中，意念专注，以意引气，以气发力，手随心转，法从手出。故有缠法施术需用“心劲功”之说。

#### 【操作要领】

1. 摆幅小，在起始位两侧 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 之间，拇指指间关节只有微屈到伸直位之间的运动而无过伸动作。

2. 频率快，本法的操作频率在200~250次/分。

3. 整个动作快速轻巧，连贯流畅，一波未尽又起一波，持久连续，缠绵不休。其余要领同一指禅推法。

#### 【技能训练】

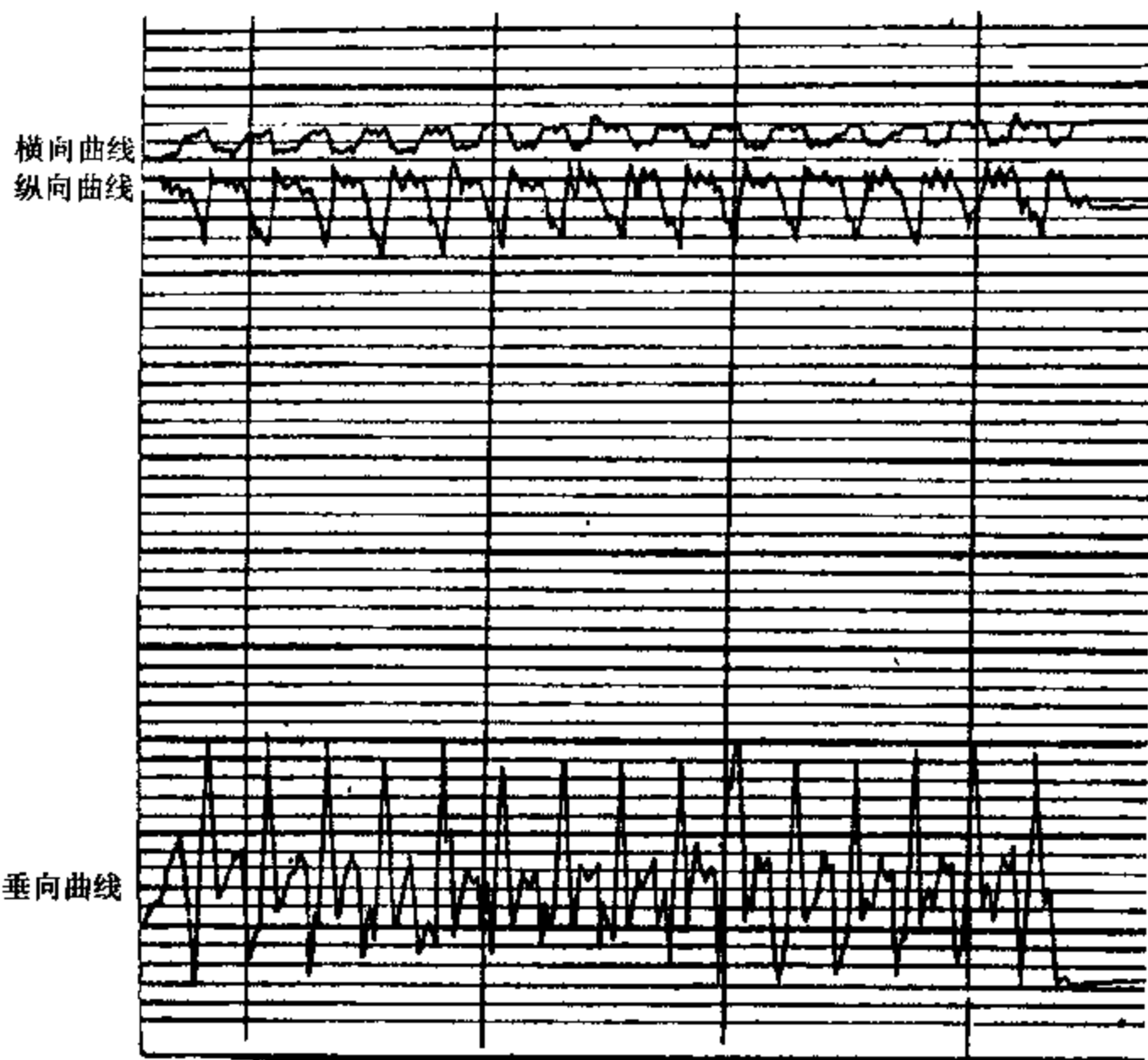
本法技能训练的阶段、步骤及方法与一指禅推法基本相同。但在人体单手定点练习时，可重点选择在廉泉、人迎穴上练习；人体单手走线练习时，可选择在胃经的喉结旁线，即自颌下至人迎再直下至气舍一线做单向或双向的走线练习。

#### 【名医经验及现代研究】

应用“TDL-I型推拿手法力学信息测定系统”对缠推法名医钱福卿手法经验进行实测及初步分析。

钱福卿先生的拇指细长，指间关节自然背伸度非常小。故其缠推法以拇指中峰着力，悬腕约 $100^{\circ}$ ，摆动时指间关节屈伸幅度小，并与拳眼靠近，摆幅小，频率快，快推慢移，整个施术过程心意贯注，快速迅捷，一波未尽又起一波，缠绕连绵，劲力峻达，相贯不断。

钱福卿缠推法动态曲线图(图5-5)示：手法周期短，频率快，垂向曲线上可见手法波上升角大，上升支陡，主峰锐，峰顶夹角 $5^{\circ}$ ，在下降支下 $1/3$ 处有明显的回摆波升起。纵



周期：0.24 秒；频率 255 次/分；垂直强度：4 千克力；上升角 85°

图 5-5 钱福卿式缠推法动态曲线图

向曲线提示，前冲力与回摆冲力均弱于 2/3 千克力。故缠推法的特点是：波波相续，节律明快，指力捷速深透，单位时间内给予人体的刺激信息丰富。

#### 【临床应用】

本法由一指禅推法演化而来，对人体刺激面积小，频率快，轻巧而深透力强，适宜在全身各部经穴操作。由于本法动作幅度小，所以更适合在颈前、颌下、咽喉或骨缝筋壑处及新伤红肿局部和初起疮痈之周围使用。具有活血祛瘀、生肌托毒、消散止痛之功效，常用于治疗乳痈、发际疮、咽喉肿痛、扁桃体炎等外科与喉科疾病。

#### 偏峰推法

用拇指偏峰即桡侧少商穴处着力，做内外摆动的手法，称为偏峰推法，亦称为少商推法。

#### 【释名】

中之两旁曰偏。偏，谓侧、边之义。峰，又作峯，山之顶端。在此可理解为端面的意思。本法是以拇指桡侧而着力的一种一指禅推法，故名。

**【动作结构】**

1. **预备姿势** 术者沉肩，垂肘，腕关节伸直或略屈，拇指内收，以拇指桡侧偏峰（相当于少商穴）着力于治疗部位，食、中、无名、小指向前自然伸开成散手状。

2. **动作姿势** 动作时与一指禅推法的操作一样，以肘关节的屈伸带动前臂、腕关节及拇指掌指关节内外摆动，使拇指少商为着力点在治疗部位做持续、柔和的节律性摆动（图5-6）。

**【操作要领】**

1. 操作时，应注意腕关节要放松，随着前臂的摆动，也要做同步的内、外摆动以使作用力自然地通过着力指传导到治疗部位。

2. 前臂与腕关节要充分放松，不要主动用力。

3. 操作频率为120~160次/分。

**【技能训练】**

1. **第一阶段——基础功法** 同一指禅推法。

2. **第二阶段——人体练习**

(1) **人体单手定点练习**：可在受术者体表选择百会、神庭、太阳、膻中、中脘等穴，做单手定点练习。也可术者正坐，一手手掌平放在米袋上，另一手在其外劳宫穴上，做单手定点偏峰推练习。

(2) **人体单手走线练习**：可选择在额中线，自印堂至神庭一线；或任脉的胸段线，从天突向下经膻中至鸠尾一线，做人体单手走线偏峰推练习。

(3) **人体双手同步定点练习——蝴蝶双飞势**

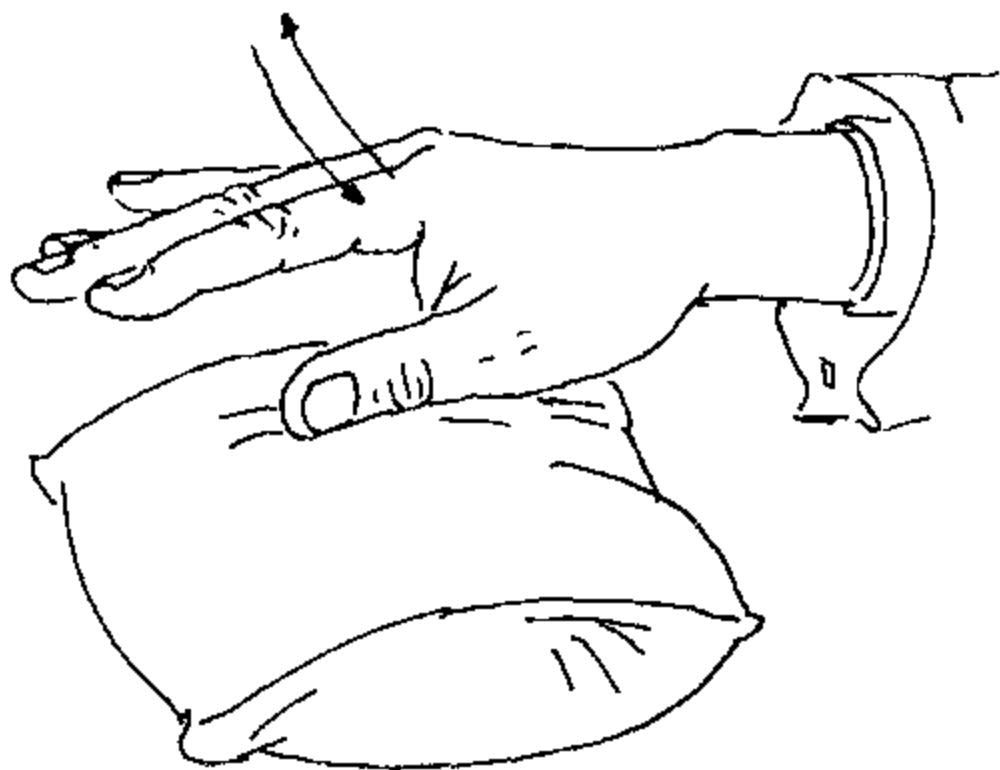


图5-6 偏峰推法

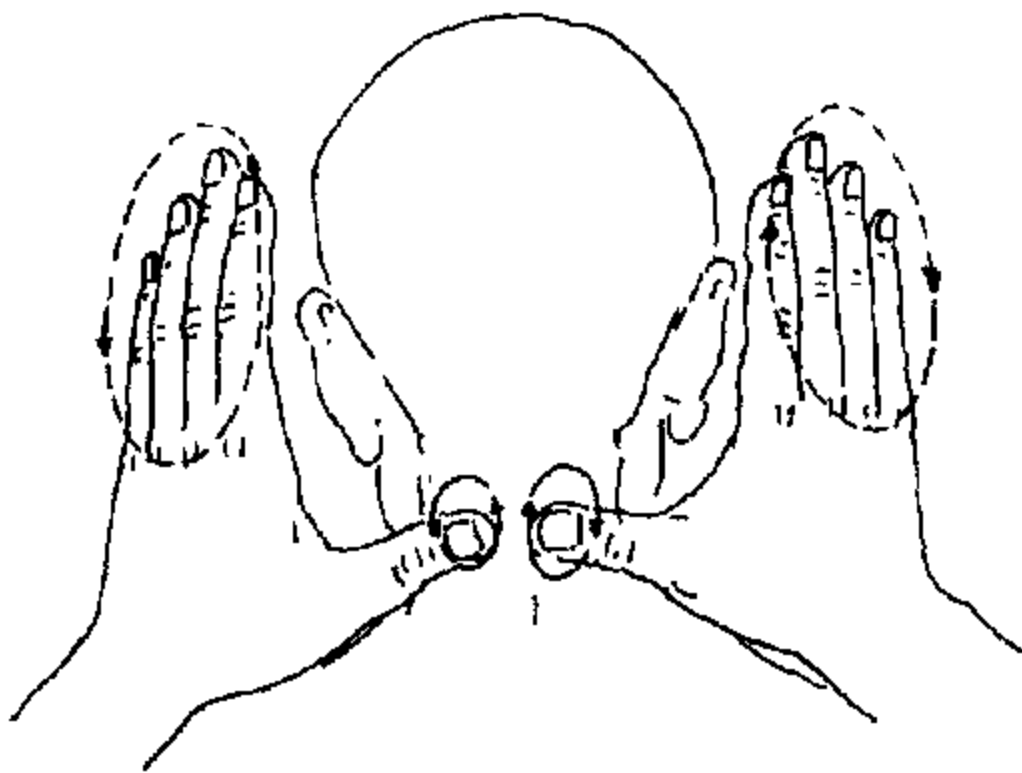


图5-7 蝴蝶双飞势

①受术者仰卧，术者正坐，位于其头侧，用双手拇指偏峰按放在受术者左右攒竹穴上，做人体双手同步定点练习。

②受术者正坐，头略向前倾，术者在其身后取站位或坐位，用双手拇指偏峰按放在其左右风池穴上做双手同步偏峰推练习。本法操作时，双手四指向两侧往复节律性摆动，状如蝴蝶振翅，故名蝴蝶双飞势（图5-7）。

### 【临床应用】

本法是一指禅流派中常用的一种轻刺激手法，其动作结构也是在一指禅动作结构的基础上演变而来的。其着力面积较大，作用力轻浅柔和，具有安神醒脑、祛风散寒、活血化瘀、宽胸理气、健脾和胃等功效。适宜在胸腹部、头面部及损伤红肿处与疮痈初起时使用。主治头痛、外感鼻塞、口眼喎斜、面肌痉挛、失眠、高血压、三叉神经痛等五官和内脏病证。

## 跪 推 法

用拇指指间关节背部突起处着力，做内外节律性摆动的手法，称为跪推法，又称屈指推法。

### 【释名】

跪，言屈膝，使膝关节着地状。一指禅推法时，内摆幅度过大，拇指指间关节过屈，而触及治疗部位的情况，常喻为跪。跪推法是近人根据一指禅推法的动作原理所创的用拇指指间关节背侧突起部为着力点——即使拇指指间关节屈曲跪倒而进行操作的一种摆动推法，故名跪推，又称屈指推法。

### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 术者取坐位，沉肩、垂肘、悬腕，术手拇指和其余四指自然弯曲，呈半握拳状，以拇指指间关节背部突起处的正中或略偏桡侧面为着力点，附着于治疗部位或穴点。

**2. 动作姿势** 操作时，以肘关节为中心，通过肘关节的屈伸带动前臂、腕关节做内外摆动，使拇指指间关节背部突起处着力点在治疗部位做持续、柔和的节律性摆动。

### 【操作要领】

1. 术手轻轻握拳，不要用力捏紧，腕关节应放松，操作时不要故意加力下压。
2. 腕关节摆动幅度宜小而灵活。
3. 着力点要吸定，不要与受术部位产生摩擦，防止损伤皮肤。
4. 操作频率120~160次/分。

### 【技能训练】

1. 第一阶段——基础功法 重点练习摘星换斗势、韦驮献杵势与倒拽九牛尾势。
2. 第二阶段——米袋练习 同一指禅推法。
3. 第三阶段——人体练习

(1) 人体单手定点练习：可选自身或受术者太阳、头维、百会等穴做人体单手定点练习。

(2) 人体单手走线练习：受术者正坐，术者在其侧后方取站位，一手扶持其前额，一手

沿风府穴直下至大椎穴，做上下往返走线跪推法练习。

### 【临床应用】

跪推法操作时因其摆动半径短，重心低，故具有着力稳实、刚劲有力等特点。常用于头面部、颈项部、骨缝小关节间以及肌肤松弛的部位。具有舒筋通络、活血止痛的功效，常用于治疗头痛、失眠、外感、颈项部酸痛、掌指或足背酸麻等症。

## 滚 法

手握空拳，以食、中、无名、小指四指的近侧指间关节背侧的突起部着力，前臂作连续的周期性的内外旋转，并带动着力点在治疗部位上往复摆动的手法，称为滚法。

### 【释名】

滚，音 gǔn，大水奔流貌。滚法是一指禅推拿流派的十种手法之一，操作时摆动流畅自然，如滚滚之水浪，前浪未尽后浪又起，其作用力刚柔互济，层层渗透，故名之为滚。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 术者沉肩、垂肘，前臂在旋内约  $45^\circ$  的位置，腕关节自然屈曲约  $120^\circ$  左右，并略尺屈，使着力部位的 4 个指间关节的突起部全部贴附在治疗部位上。

2. 动作姿势 操作时，前臂在着力点支撑的条件下，在中立位至外旋、内旋位之间做均匀的内、外摆动（图 5-8），动作原理同掇法。

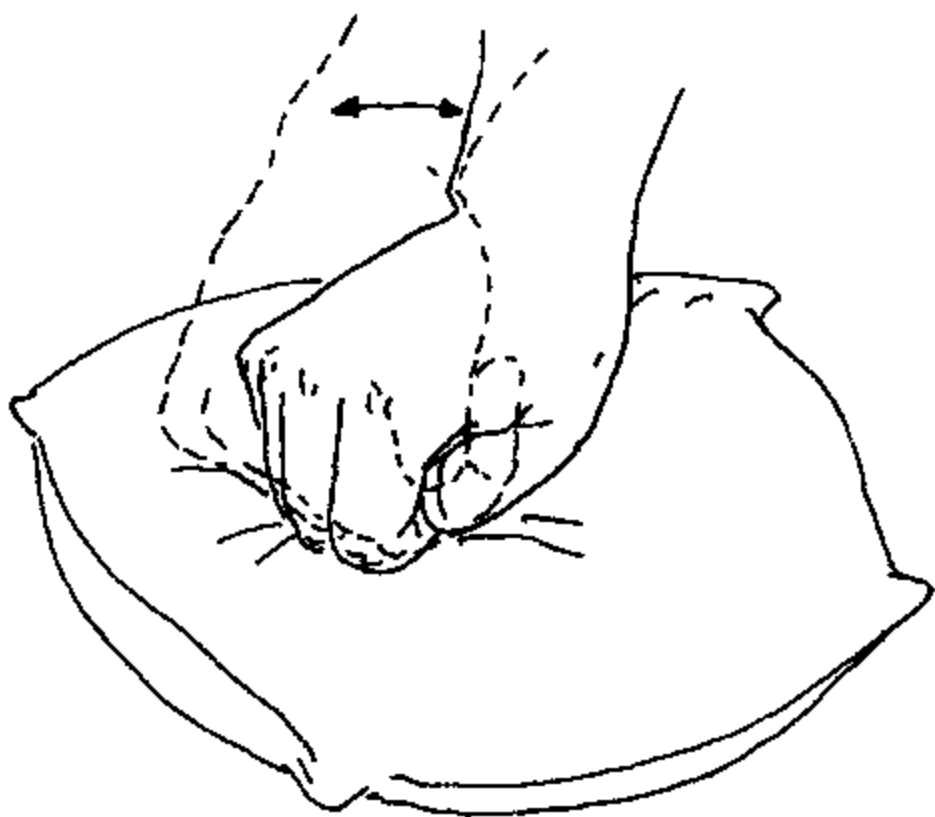


图 5-8 滚法

### 【操作要领】

1. 术手要手握空拳，即掌指关节要略伸约  $100^\circ \sim 120^\circ$ ，四指自然屈曲，不要用力捏紧，拇指盖住拳眼，以免动作僵硬。

2. 操作时着力点要紧贴在治疗部位上，不可离开或在其上摩擦。

3. 用力要灵活，不可用强力按压。

4. 动作频率 140 ~ 160 次/分。

### 【技能训练】

1. 第一阶段——基础功法 重点练习摘星换斗势、倒拽九牛尾势及韦驮献杵势之童子拜佛式，以增强腕关节屈曲的柔韧性和屈腕肌群的初长度及绝对肌力与耐力。

2. 第二阶段——米袋练习 学员正坐，将米袋平放在桌上，使其中轴线与自身的额状面相垂直。

(1) 单手定点练习：双手先后在米袋中轴线中点做单手持持续定点滚法练习。初练时，3



分钟换手一次，以后渐渐增加至每5~7分钟交换一次。

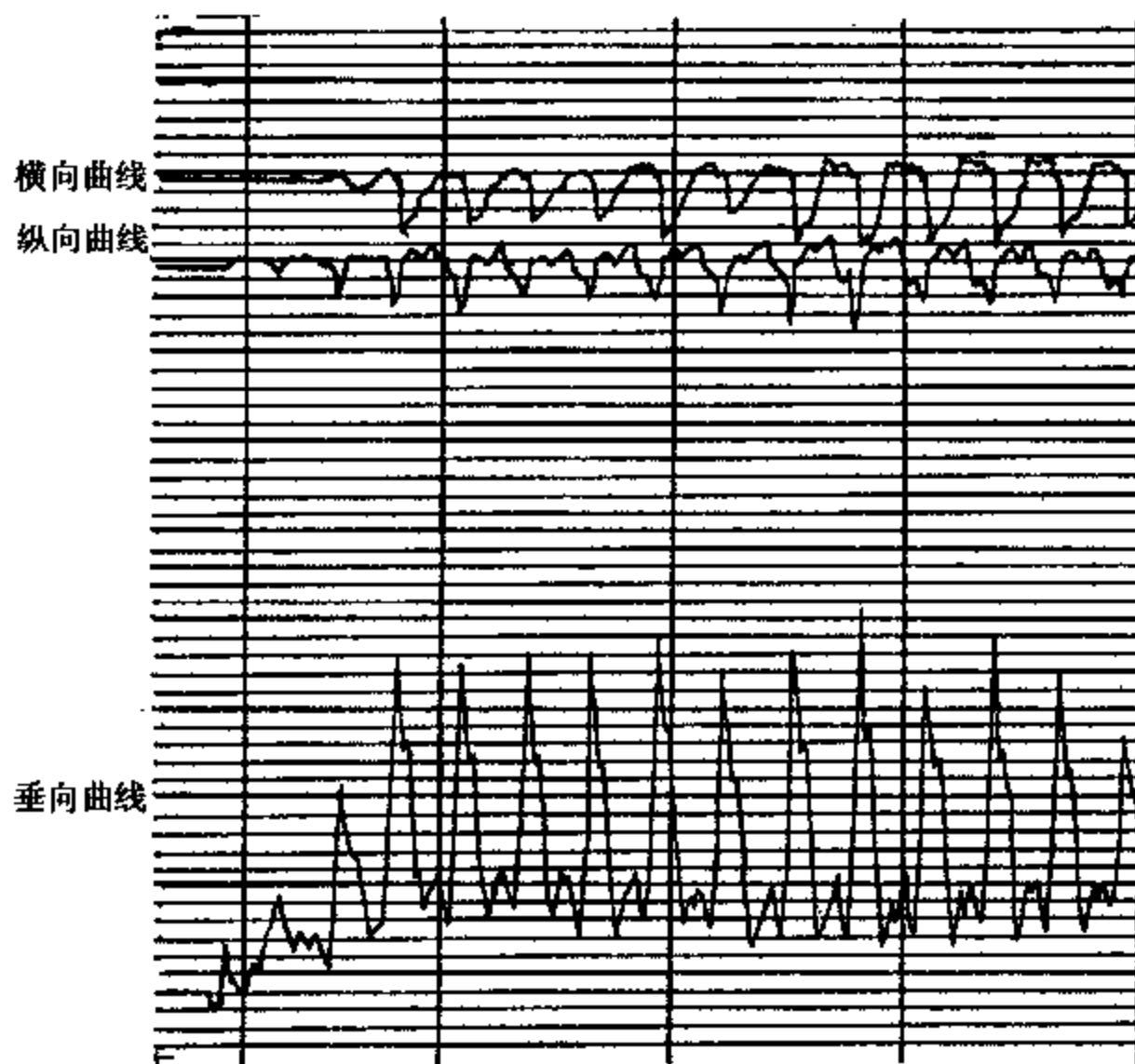
(2) 双手同步定点练习：双手着力面分别放在米袋左右旁中线中点上，做同步定点练习。也可一手放在米袋中轴线的上中段，另一手放在下中段，双手一前一后做同步定点练习。

(3) 单手走线练习：双手分别沿米袋左右旁中线，自下而上，再由上向下，反复往返做单手滚法走线练习。上下移动要缓慢，但滚动频率要保持正常。

### 3. 第三阶段——人体练习

(1) 人体单手定点练习：①可选用百会、率谷、风市等穴做人体单手滚法练习；②亦可在自身选大腿前下段做此练习。

(2) 人体单手走线练习：受术者侧卧，术者站在其大腿前侧。用单手沿受术者大腿外侧中线，自大转子下方经风市穴至股外侧下端止。做人体单手走线滚法练习可由上而下单向走线，亦可上下往返走线练习。



周期0.29秒；频率：207次/分；垂直强度：平均5.7千克力

图5-9 滚法动态曲线图

(3) 人体双手定点练习：术者正坐，双腿分开与肩等宽，双手放在自己大腿下段两侧，做双手同步定点滚法练习。

(4) 人体双手同步走线练习：在以上姿势与体位下，用双手在自身大腿前方的内外侧，做人体双手同步走线滚法练习。

## 【名医经验及现代研究】

应用“TDL-I型推拿手法力学信息测定系统”对滚法实测，其动态曲线图及初步分析如下：

滚法动态曲线图（图5-9）示：手法周期较短，频率稍快。垂向力曲线示：上升角较大，上升支陡直，顶峰锐，波幅高，下降支降至近前谷水平时，又出现明显的内摆波。纵向曲线显示前冲力与回带力均在0.5千克力左右。

## 【临床应用】

滚法是一指禅推拿流派中的一种常用手法。其着力部位面积较大，属中、强刺激量手法，常用于头部、肩背部、腰骶部及四肢肌肉丰厚处。具有舒筋活血、解痉止痛、滑利关节等作用，治疗头痛、偏瘫、肌肉关节疼痛等病证。

## 滚 法

滚法以小鱼际尺侧及手背为着力面，沉肩、垂肘、立臂、竖掌，肘关节做周期性的伸展与前臂内、外旋转的联合运动，并带动腕关节屈伸与手掌内外摆动，使弓成半圆形的手背在施术部位上做来回滚动的手法即谓滚法（图5-10）。



图5-10 滚法

## 【释名】

滚为滚之同源字。《集韵》：“古困切，衮去声。”当读作 gǔn，滚者“转也”，旋转而行之意。滚法是滚法推拿流派的主治手法，为丁季峰先生在继承家传一指禅推拿的基础上，于20世纪40年代所创。以“滚”字为本法冠名，精当地说明了本法以肘关节展伸协调前臂内外旋转摆动与手背着力面在治疗面上往复滚转的动作特点；以及由此而产生的作用力，以一定的节律起伏涨落，轻重有序，浅上深下，回旋翻转，深透皮肉筋脉与骨缝的作用型式。

## 【动作结构】

**1. 预备姿势** 本法在操作时，一般取站位，必要时可用高凳坐位，站势时，两下肢分开与肩等宽，或略宽于肩，双足踏稳，两膈空松；或取丁字步势或弓步势，步势要根据需要随时调节至适当宽度，上身保持正直并略向前倾，以利于发力。

术手沉肩、垂肘、立臂、竖掌。立臂：腕关节伸直，前臂处于中立位；竖掌：手掌冠状面竖起，以小鱼际肌肌腹按贴在治疗部位，手掌冠状面与治疗部位垂直。掌指与手指关节呈自然屈曲状。第1掌骨与拇指略内收，拇指的掌指关节与小指的掌指关节相对，从而使手背

弓成半圆形。

**2. 动作姿势** 本法整个操作过程,可分为外摆与内摆两个阶段。动作时,从上述预备位开始,先以肱三头肌发力,使肘略伸,同时前臂旋后肌与肱二头肌协同收缩,使前臂旋后至约 $45^{\circ}$ 的外摆位。此时,桡骨下端交叉到尺骨前方,并带动腕关节向前折屈,使弓成半圆形的手背沿着其支撑面,从小鱼际到尺侧 $1/3 \sim 1/2$ 处,在施术部位上完成向外半周的滚动;接着肱三头肌、肱二头肌与旋后肌群放松,前臂旋前肌群收缩,使前臂由外向内做旋前转臂,经过中立位再向内摆动至旋前约 $15^{\circ}$ 。此时,桡骨又回旋至尺骨的后方,腕关节亦随之由屈过渡到伸,手背的着力面在施术部位上,也从尺侧 $1/3 \sim 1/2$ 处返回至小鱼际略靠掌侧处,完成了内摆阶段的半周滚动。如此,在操作时,内摆至外摆,外摆又复内摆,周而复始,连绵不断。

### 【操作要领】

1. 手背着力面须始终紧贴治疗部位的皮肤,内外滚动是一种滚动摩擦的运动形式,不能在治疗面上来回拖擦和滑移。

2. 力度与节律要均匀,不能忽快忽慢,时轻时重,或用重力向前硬顶。

3. 在摆动周期之间,术手不要抬起离开治疗部位,以免造成上、下起落的敲击动作。

4. 施术上肢肘关节要高于腕关节,手的掌指与指间关节一直保持自然屈曲的姿势,无任何主动捏拢与伸展的动作。

5. 腕关节的屈伸交替要过渡自然,不要引起跳动。

6. 本法的频率在 $120 \sim 160$ 次/分之间。

### 【技能训练】

**1. 第一阶段——基础功法** 重点练习韦驮献杵一势中的童子拜佛势与旋臂指胸势,及倒拽九牛尾势、摘星换斗势,以增强腕关节屈伸与前臂内外旋转的柔韧性、绝对肌力与耐力,以及肩带肌肉的悬吊支持力。

**2. 第二阶段——米袋练习** 将米袋平放在桌上,使其中轴线与桌边相垂直,学员站位取丁字步,右手操作时,右脚在前,左手操作时,左脚在前。上身略向前倾,并稍侧身,自身的额状面与米袋中轴线约呈 $45^{\circ}$ 角。

(1) 定点操作练习:先将一手小鱼际肌肌腹的中点按放在米袋中轴线中点,此时,术手第5掌骨尺侧的长轴与米袋中轴线的相交角在 $35^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 之间,然后按照本法动作结构与操作要领的要求反复练习,直至熟练为止。

手法在初练时,一手持续3分钟,双手反复交替练习,以后可逐渐加大训练量,最后可达到每手持续操作15分钟。

(2) 走线操作练习:在定点练习的基础上,再进行本阶段的练习。术者一手按上法按放在米袋中轴线中点,然后沿此线一边滚一边慢慢地向下方移动,返回到米袋的下端,再慢慢地向米袋上端滚进,如此在米袋的两端反复往返滚走练习,双手交替。

### 3. 第三阶段——人体练习

(1) 人体定点、单手练习:可选择肩井、脾俞、胃俞、肾俞、大肠俞、环中、殷门、承山、伏兔、足三里等穴点作单手定点练习。

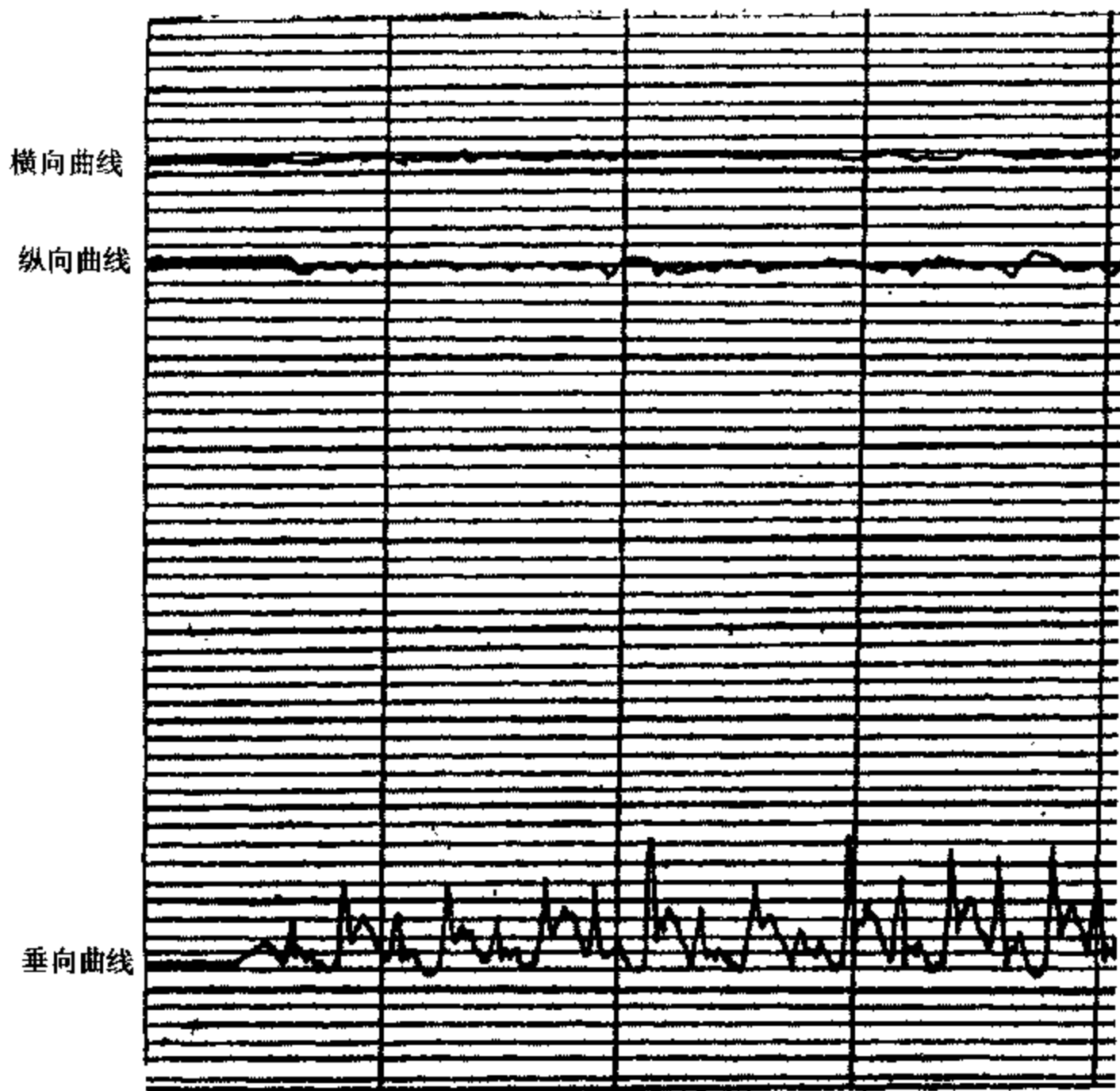
(2) 单手走线练习：可选择在人体经络外行线的某段路线或相关经穴的连线上做本法练习。如：

①受术者坐位，术者位于其左侧后方，取站位，用右手沿其左侧巨骨、肩井、曲垣、大杼、风门直至膈俞一线，作右手单向滚法练习；左手练习时，应在其右侧的上述路线上进行。

②受术者俯卧，术者位于其左侧，用右手沿其左侧肝俞至大肠俞一线，由上向下边滚边走。然后，再由下而上从大肠俞边滚边走，回到肝俞，如此反复往返练习。

在此路线上，也可自上向下时用右手操作，返回时换用左手，做左右手交替走线练习。

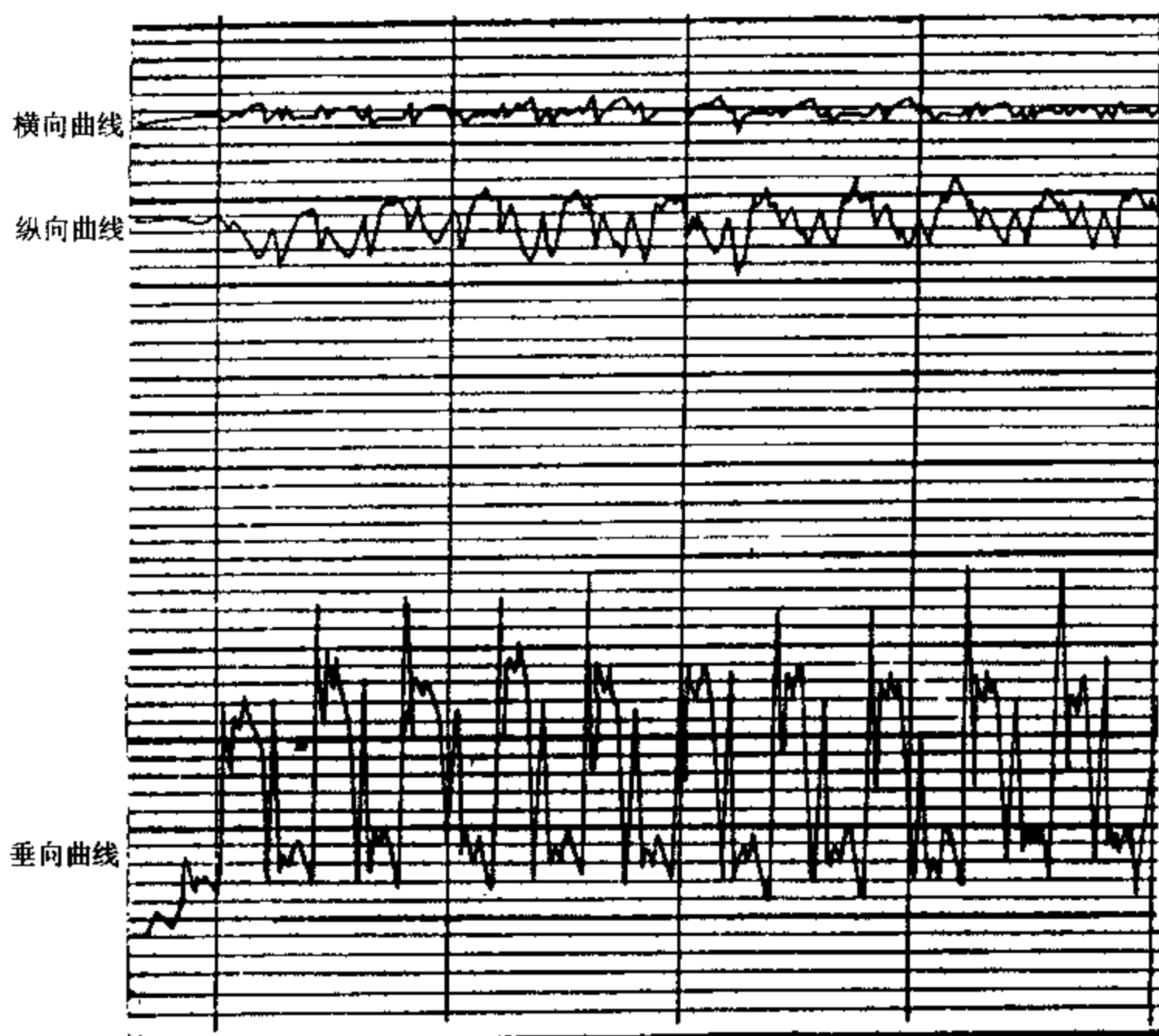
**【名医经验及现代研究】**



周期：0.41 秒；频率：146 次/分；垂直强度：3 千克力；上升角：87°

图 5-11 丁季峰轻型滚法动态曲线图

丁式滚法动态曲线图示（图 5-11、5-12、5-13）：手法周期较一指禅推法长，频率适中。垂直手法波振幅高，上升支陡，上升角大，波峰尖锐，下降支降至前谷水平后，回摆波又明显升起，振幅可高达主波（前摆波）的 2/3 至 3/4，波峰亦锐。轻型滚法之纵向、横向



周期:41秒;频率:146次/分;垂直强度:6千克力;垂直上升角 $87^{\circ}$ ;纵向前冲力:1千克力稍弱。

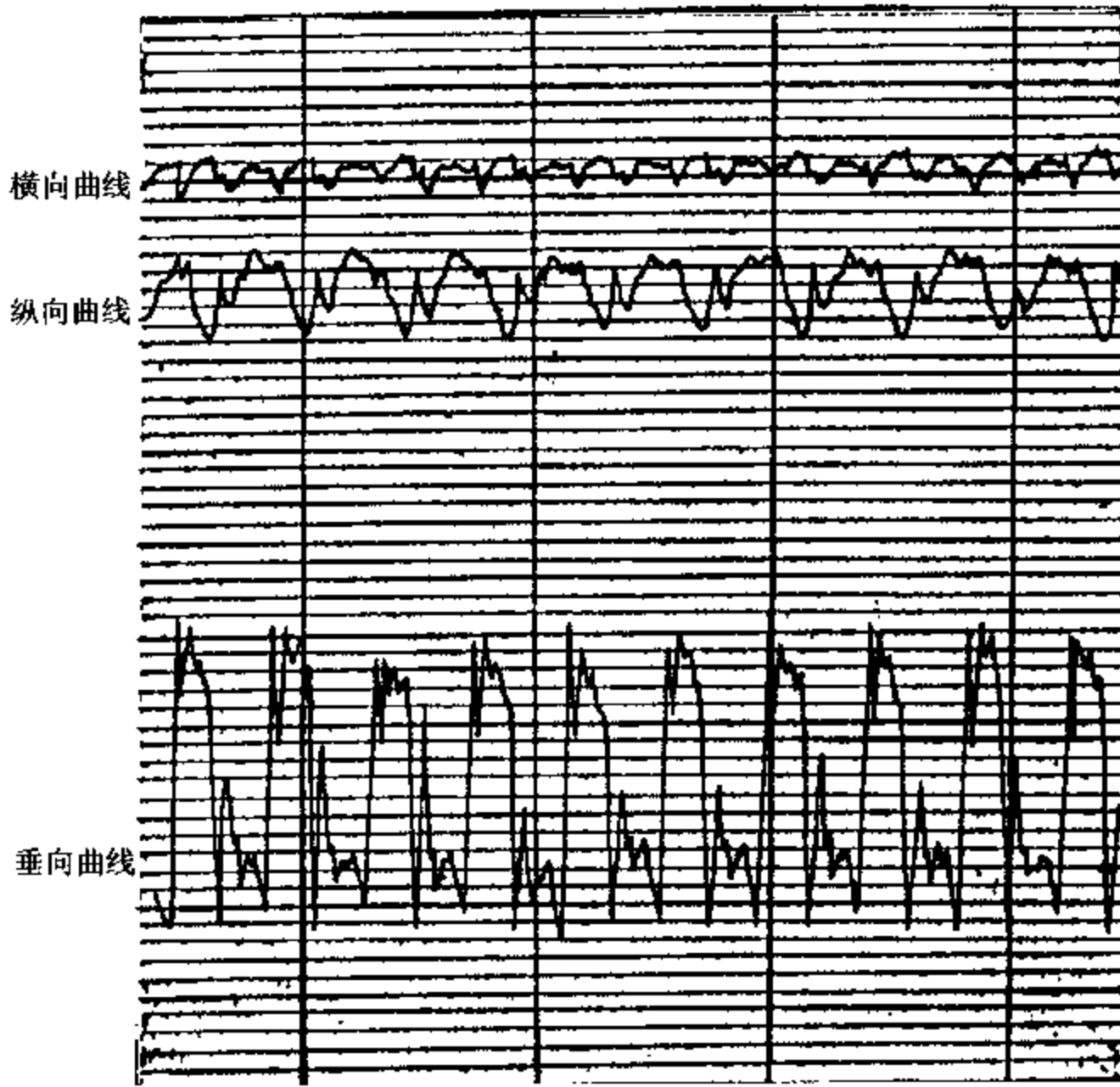
图5-12 丁季峰中型擦法动态曲线图

波在基线上呈蠕动形。中、重型擦法的纵向曲线显示前冲力小，横向曲线接近基线。故擦法的作用力受力面积大、垂向力强、柔和深透。特别是回摆垂向力可达前摆垂向力的 $3/4$ ，在一个手法周期内对人体可形成两次较强力度的刺激，治疗信息丰富。这显然是擦法推拿在治疗痹、痿、麻、瘫等方面具有一定优势的原因。

另外，对比轻、中、重三幅擦法动态曲线图垂向曲线的手法波，可看到除表示力值大小的波峰有高、低的差别外，其波长、波的基本成分与形态大致相同，这种现象说明手法作用力虽有大小之别，但操作者手法技能稳定，动作结构规范，其所产生的手法动力的“构型”可保持不变。在其他种类手法的典型手法图上也有此种规律表现。所以，在临诊时，历代医家都十分重视手法技能的纯熟程度，其意义就在于：不同力值等级的手法，可使作用力透达到深浅不同层次的组织；而手法动作结构的规范与稳定，则可保证输入人体的治疗信息的质量。

#### 【临床应用】

擦法刺激面积大、作用力强、深透作用明显，是临床最常用的手法之一。本法除面部、



周期:0.41秒;频率:146次/分;垂直强度:6.6千克力;垂直上升角:87°;纵向前冲力:1千克力

图 5-13 丁季峰重型揉法动态曲线图

前颈、胸腹部外，其他部位均可应用，特别适用于肩背、腰臀及四肢肌肉较为丰厚的部位。治疗时如需加大刺激量，可将术手立起来，以第2、3、4、5掌指关节处着力来进行操作（图5-14）。具有舒筋通络、祛风散寒、温经祛湿、活血化瘀、解痉止痛、松解粘连、滑利关节等功效，适用于伤科、内科、妇科多种疾病的治疗，尤以治疗运动系统与神经系统疾病见长，如颈椎病、肩周炎、腰椎间盘突出症、偏瘫、高血压、神经衰弱等。

### 指弹法

用中指或食、中、无名三指远侧指间

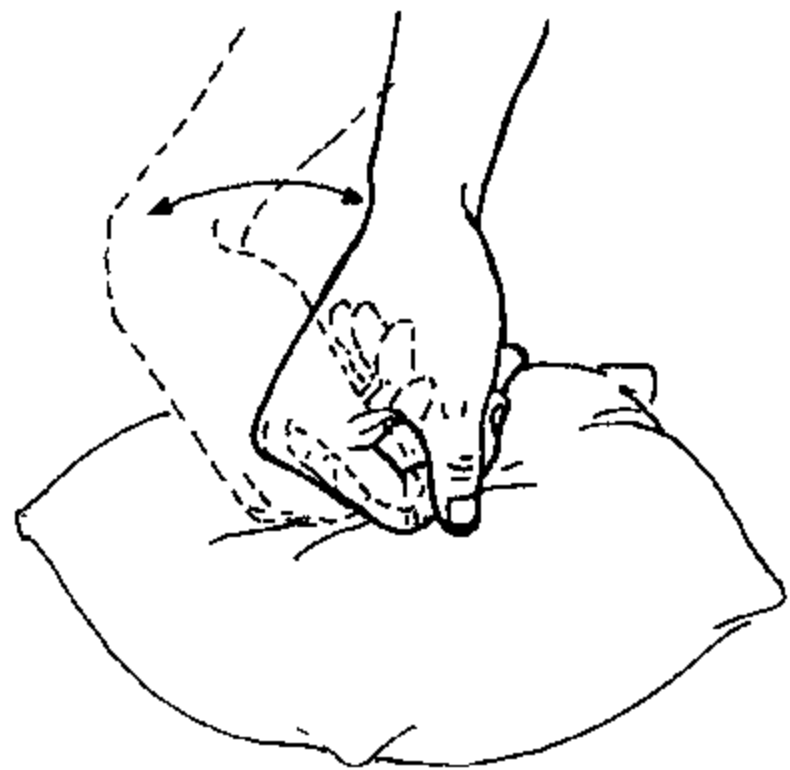


图 5-14 以掌指关节着力的揉法

关节在治疗部位上快速屈伸摆动的手法为指弹法，又称弹法。用中指尖着力者谓中指弹法，以食、中、无名三指指间着力的称三指弹法。

### 【释名】

弹，“彈”之简体字，古文写作“弓”。言用手指弹击、拨弄等动作。物体在外力作用下产生形变，若外力去除后形变恢复原状的作用力为“弹力”。本法通过单指或多指远侧指间关节在治疗部位——即弹性组织上，做持续、快速的屈伸动作，可使之产生一种有较强深透作用的弹击力，从而产生治疗作用，故称指弹法。

### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 术者用坐位或站位，受术者取坐位或仰卧位。术手沉肩、垂肘，前臂视受术者体位或所取穴位，取中立位、旋前位或旋后位均可。手腕略屈或伸直，掌指关节稍屈曲，着力指近侧指间关节屈曲 $90^\circ$ ，远侧指间关节伸直，与治疗部位相垂直。用中指或三指指端稍用力支撑在治疗部位上。

**2. 动作姿势** 术手保持其预加的压力，并做远侧指间关节的快速屈伸，频率在300次/分以上。

### 【操作要领】

1. 术手在治疗部位所预加的压力大小应适中，不能过重也不可太轻，以局部软组织在此预应力的作用下有明显塌陷变形但不感疼痛为宜。

2. 在动作过程中，术手的预应力要保持，不能退让或放松。

3. 术手的指甲不要过长，以不超过指端为宜，并要修剪光滑，以免刺痛皮肤。

### 【技能训练】

**1. 第一阶段——基础功法** 重点练习五指支撑式卧虎扑食势以增加手指关节的刚韧性。

**2. 第二阶段——米袋练习** 学员正坐，米袋在桌上放平。

(1) 中指定点练习：在米袋中点按动作结构的要求用单手反复进行定点中指弹法练习，让学员重点感受在保持预应力的条件下，做中指远侧指间关节快速屈伸时产生弹性力的内在体验。

(2) 三指定点练习：在米袋中点，用单手反复进行定点三指弹法练习。

**3. 第三阶段——人体练习** 人体定点练习：

(1) 取人迎、廉泉穴，做定点中指弹法练习。

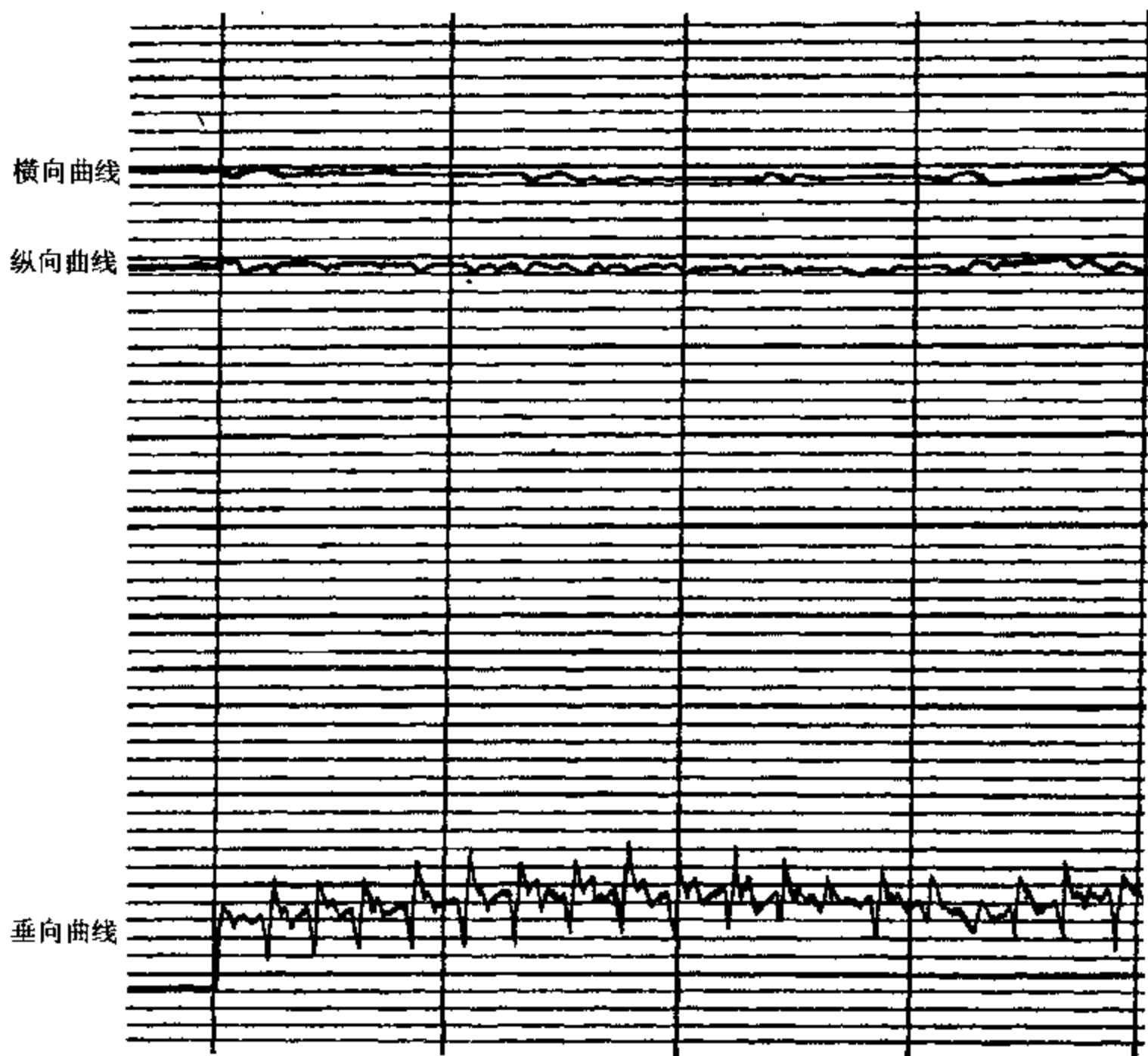
(2) 取喉结旁胃经线，做定点三指弹法练习，此时中指端放在人迎穴上，食、无名指在其两侧并拢。

### 【名医经验及现代研究】

本法是近代著名一指禅缠推法名医钱福卿先生所创的推拿喉科主治手法之一。

应用“TDL-I型推拿手法力学信息测定系统”对钱氏弹法实测，其动态曲线图及初步分析如下：

弹法动态曲线图（图5-15）示：周期短、频率快，垂向作用力轻，但波幅涨落明显，纵横力曲线在基线上呈蠕动形，故深透力强。



周期：0.19 秒；频率：315 次/分；垂直强度：2 千克力

图 5-15 弹法动态曲线图

### 【临床应用】

本法的刺激力量较轻，但对治疗部位能产生短促快速而有力的弹性力，从而可发挥明显的传导与深透作用。主要适用于下颌骨下面、颈部胃经线及分布其上的诸穴，是推拿治疗喉科疾病的主要手法之一。主治急慢性咽喉炎、扁桃体炎、声音嘶哑、声带疲劳、声带闭合不全、声带小结、癭病、梅核气、舌下肿痛、舌强不语、舌纵流涎、吞咽困难等各种病证。

### (二) 摩擦类手法

术者以指、掌、大鱼际等部位着力于受术者体表，循圆周、弧线或直线轨迹，做单向或双向往返用力，使术手与患处皮肤之间产生平移摩擦或带动患处皮肤一起运动，使其皮肤下层组织之间产生内摩擦的一类手法，总称为摩擦类手法。该类手法的特点是：运动形式较为多样，既有单方向的直线推动，又有沿直线双相的往返移动，也有顺弧形或环形轨迹的摩动等；并与皮肤表面及使皮下组织层之间形成摩擦，从而产生温热、温通、舒筋通络、行气活血等主要治疗作用；其作用力相对较轻浅，刺激舒适柔和，操作安全。学习该类手法的术者



要注意动作与呼吸配合的训练，并着重手法的用力与移动的灵活性、协调性和连贯性的训练。

本类手法包括有摩法、擦法、推盪法、揉法、平推法、搓法、旋推法、指推法、抹法、运法、膊运法、刮法、扫散法、拘抹法、托摩法、搔法等。

## 摩 法

术者用食、中、无名指指面或大鱼际肌腹或手掌面，着力于一定治疗部位，通过肩关节在前外方向的小幅度环转，使着力面在治疗部位做有节奏的环形平移摩擦的手法，称摩法。其中据着力面，可分为指摩法、鱼际摩法与掌摩法。

### 【释名】

摩，通磨，抚、摸、擦之义。如摩擦、抚摩、摩挲、摩盪、砥砺。《易·系辞上》曰：“刚柔相摩，八卦相盪。”是说两种相对的事物与力量，相互磨砺激盪，即可使宇宙万象涤旧生新。摩法是最古老的推拿手法之一，在古代文献中多有记载，如《礼记·内则》曰：“濯手以摩之，去其皴。”《素问·病能》曰：“摩之切之。”《素问·至真要大论》曰：“摩之、浴之。”并由此演化出一系列实用手法，正如《厘正按摩要术》所说：“揉法，推、运、搓、摇等法，均从摩法出也。”古代应用摩法时，还常配合使用药膏等，以发挥手法和药物的协同治疗作用，称之为膏摩法。《圣济总录》云：“按止以手，摩或兼以药，曰按曰摩，适所用也。”

### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 术者取坐位，沉肩，垂肘，前臂旋前，掌面朝下。掌摩时，腕略屈以全掌按放在治疗部位；指摩时，屈腕约 $160^\circ$ ，手掌抬起，四指并拢以其掌面着力，为四指摩；或以食、中、无名指掌面着力，称三指摩。鱼际摩时，四指自然伸开，腕略屈，拇指与第1掌骨内收，以隆起之大鱼际肌肌腹着力。

**2. 动作姿势** 操作时，肩关节在上臂前屈、外展各 $30^\circ \sim 45^\circ$ 位下，连续完成前屈→外展→后伸→内收→再前伸的小幅环转，同时肘关节亦随之做由伸到屈再伸的协同动作，带动前臂与着力面在治疗部位上沿圆形轨迹做顺时针方向的旋摩运转（顺摩），做逆时针方向摩动（逆摩）时，肩臂的环转方向相反。周而复始，频率应平稳适中（图5-16）。

### 【操作要领】

1. 肩关节放松，肘关节自然屈曲，以上肢自身重力作为预应力按放在治疗部位。

2. 指摩法时，腕关节略屈并保持一定的紧张度，适合在面积较小的部位操作；掌摩法适宜在面积较大的部位施术，以全掌贴压在治疗部位。各式摩法在做圆周摩转时，要求在四周均匀着力，不能一边重一边轻。

3. 操作时，仅与皮肤表面发生摩擦，不宜带动皮下组织，这是摩法与揉法的主要区别。一般操作频率在 $100 \sim 120$ 周/分，指摩法动作轻快，而掌摩法宜稍重缓。《石室秘录》曰：“摩法，不宜急，不宜缓，不宜轻，不宜重，以中和之义施之。”

4. 根据摩法的操作频率和运动方向，决定手法的补泻作用，例如急摩为泻、缓摩为补，顺摩为泻、逆摩为补，可供临床参考。

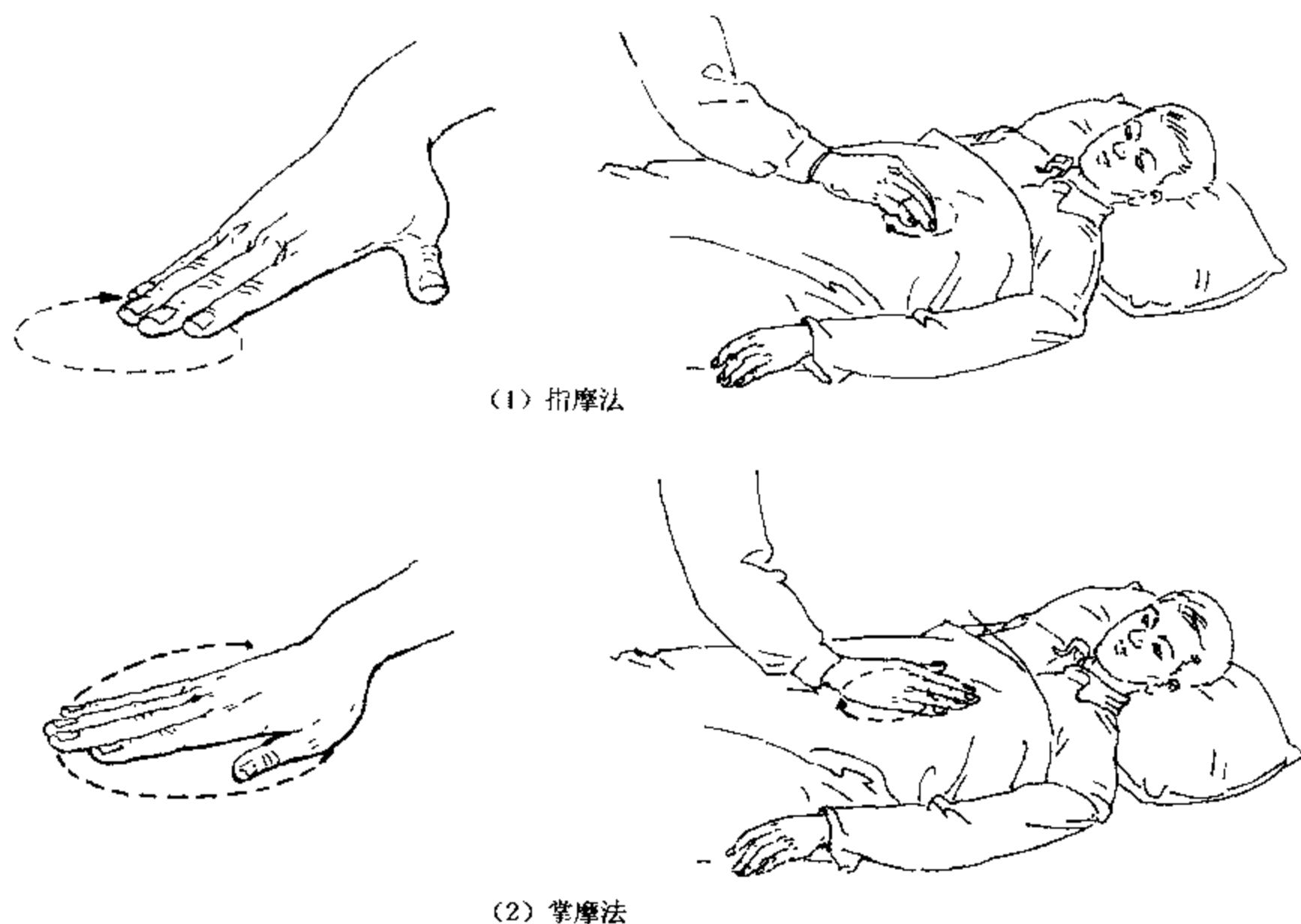


图 5-16 摩法

## 【技能训练】

## 1. 第一阶段——米袋练习 学员正坐，将米袋平放桌上。

(1) 摩法定位练习：先以单手食、中、无名指、小指面着力，或大鱼际肌肌腹着力在米袋上沿中圈圆周线做定位环形摩动，做指摩法与鱼际摩法定位练习。

(2) 掌摩法定位练习：以单手掌面着力，在米袋上沿中圈圆周线做定位环形抚摩。双手交替练习。

(3) 摩法移动练习：以上定位练习基本熟练后，以鱼际摩法、指摩法或掌摩法，由米袋的一端向另一端做缓慢环形抚摩移动，使运动线路呈螺旋形。双手交替练习。

2. 第二阶段——人体练习 根据人体的各部位形态特征和治疗作用，进行分部人体练习。

(1) 面部练习：受术者仰卧位。术者以单手或双手做指摩法（也可用食、中两指面着力），摩额部（印堂、阳白、太阳等）、面颊部，做定位或移动练习。

(2) 胸胁部练习：受术者仰卧位。术者在其一侧取坐位以指摩法、鱼际摩法，摩中府、膻中、期门、大包等；术者用掌摩法，摩胸及肋部，做定位或移动练习。

(3) 腹部练习：受术者仰卧位。术者在其右侧取坐位，用右手操作。

①摩腹：术者用掌摩法，以脐为中心，做顺时针或逆时针方向摩动。

②摩中脘：术者以指摩法或掌摩法或鱼际摩法，以中脘为中心做环形摩动。

③摩神阙、气海、关元：术者以指摩法或掌摩法或鱼际摩法，摩神阙、气海、关元。

④腰骶部练习：受术者俯卧位。术者以掌摩法，摩腰骶部，着力稍重。

⑤膏摩法练习：受术者可按上述摩法练习要求采用相应体位。术者以指摩法或掌摩法，配合一定的推拿介质在上述部位或穴位操作。

### 【临床应用】

摩法主要适用于胸胁、脘腹部，也可用于头面部，具有疏肝理气、温中和胃、健脾助运、消积导滞及调节肠胃蠕动、镇静安神等功效，常用于治疗中焦虚寒、脘腹胀满、肠鸣腹痛、胸闷气滞、胁肋胀痛、胸胁屏伤、泄泻、便秘、下元虚冷、面瘫、面肌痉挛等病证。在少腹部操作时，顺时针方向摩运可通调肠腑积滞，起到泻热通便的作用；而逆时针方向摩运则能温中止泻，发挥温补下元的功效。

## 擦 法

以手掌掌面、指面、小鱼际或大鱼际为着力面，在治疗部位沿直线做往返移动摩擦的手法，谓擦法。根据着力部位的不同，本法可分为指擦法、大鱼际擦法、小鱼际擦法和掌擦法（图 5-17）。

### 【释名】

擦，两物相摩为擦，有摩、揩、拭、抹、蹭、搽之意。在推拿手法中，本法较摩法为重，温热效应也较摩法强，故擦法主要取效于较强的摩盪力与热效应。古时常用于自我保健按摩中，如《诸病源候论·目暗不明候》：“以两手相摩令热，以熨目，……令目明。”《圣济总录·神仙导引上》：“即用两手侧立摩掌如火，开目熨睛数遍。”《韩氏医通》：“令人擦足心、足三里、肾俞，以养病；擦掌心、脐轮，治肾虚腰痛。”《理渝骈文》：“面属阳明胃，晨起擦面，非徒为光泽也，和气血而升阳益胃也。”

### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 本法操作时，术者多取站势，沉肩、垂肘。掌擦时，前臂内侧与治疗部位相对，腕掌与五指伸直，以全掌附着在治疗部位；指擦时与掌擦术式相似，而以食、中、无名指指面着力，紧贴治疗部位；小鱼际擦时，前臂取中立位，腕、掌与手指用力伸直，五指并拢，以小鱼际着力；大鱼际擦时，前臂取旋前位，掌面朝下，拇指伸直与第 1 掌骨内收和食指并拢，以隆起的大鱼际肌肌腹附着在治疗部位。

**2. 动作姿势** 操作时，以往复进行的肩关节前屈、后伸与肘关节伸展、屈曲的联合运动使着力面在治疗部位，沿直线来回摩擦。指擦法，一般以肘关节为支点，前臂做主动屈伸，往返距离宜短。

### 【操作要领】

1. 本法的动作幅度要大，使推擦的距离尽量拉长。

2. 在操作过程中，着力面要始终与受术部位的皮肤贴紧，用力均匀、适中，不可用重力按压。

3. 擦法时，术者呼吸自然，切忌屏气，动作连续不断而有节奏，频率为 100~120 次/

分，每次治疗以局部发热为度，除较轻缓的掌擦法外，其余各式擦法操作次数不宜太多，时间也不应过长，以免造成皮肤损伤。

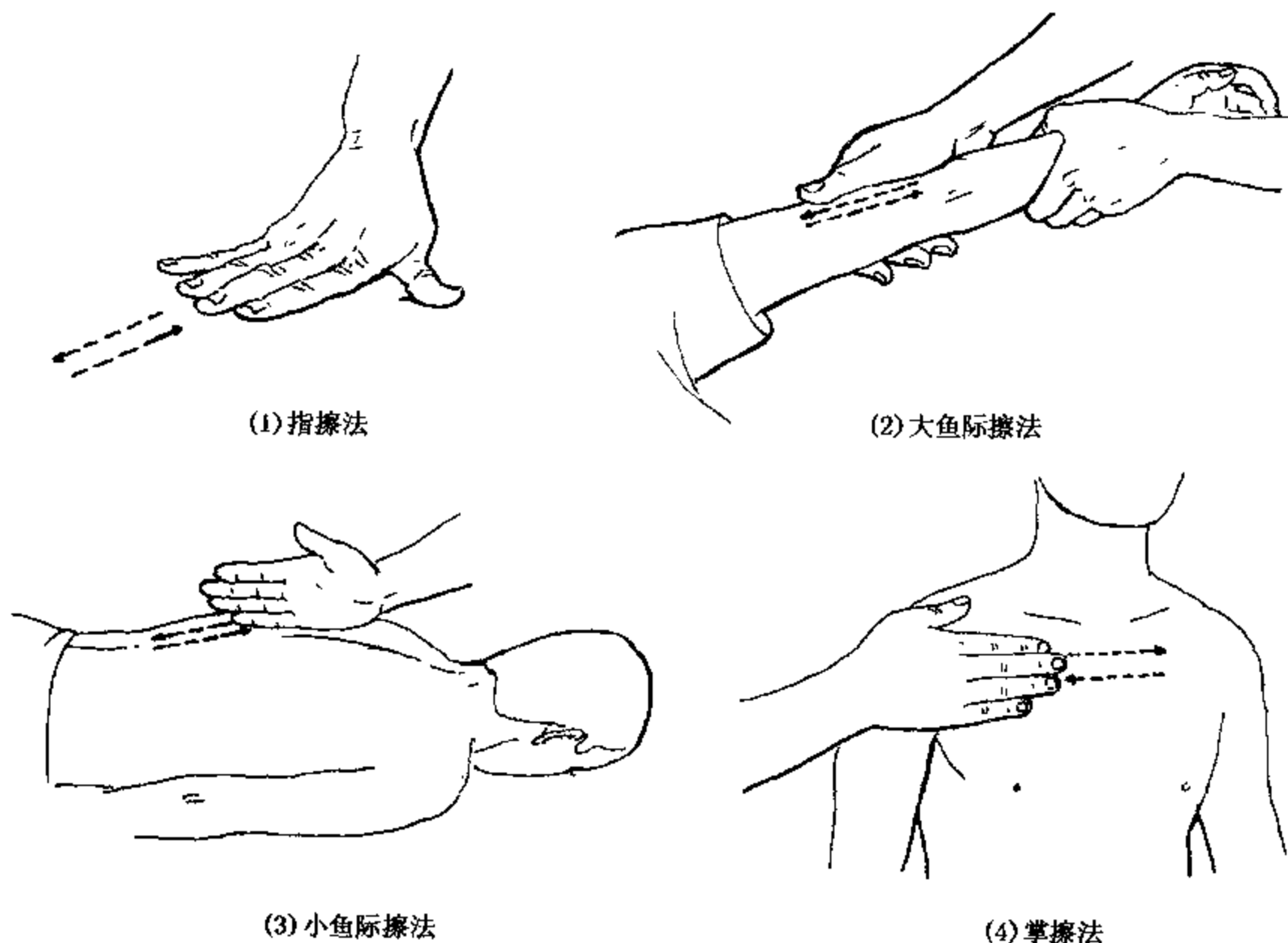


图 5-17 擦法

4. 本法操作时，受术部位要充分暴露，开始几次推擦宜缓和稍慢，以后速度可稍快，一般要使用介质，如冬青膏、麻油、红花油等，有助于产热与增强疗效，并防止擦破皮肤。

#### 【技能训练】

1. 第一阶段——米袋练习 学员取正坐或站立位，米袋置于桌上。

(1) 指擦法练习：术者以食、中、无名指指面着力，先以单手在米袋上沿中轴线做直线往返擦动。指擦法，以肘关节为支点，前臂做主动屈伸，往返距离宜短。双手交替练习。

(2) 大鱼际擦法练习：学员拇指与第1掌骨内收，四指伸直，以大鱼际部位着力，在米袋上沿中轴线做直线往返擦动。双手交替练习。

(3) 小鱼际擦法练习：学员四指并拢，腕部挺直，立掌，以尺侧小鱼际肌腹着力，在米袋上沿中轴线做直线往返擦动。双手交替练习。

(4) 掌擦法练习：学员四指并拢，以全手掌面着力，在米袋上做直线往返擦法，双手交替练习。

2. 第二阶段——人体练习 根据部位特征和治疗作用，进行分部位人体练习。

(1) 擦鼻、耳部：受术者仰卧位。术者以双手中指指面，分别放于鼻部两侧，做上下方向指擦法，以鼻部发红、发热为度；术者以双手食、中指指面分别置于耳前，双手无名指于耳后，在耳前、后做上下方向指擦法，以耳部透热为度。

(2) 擦上肢：受术者站位或正坐位。术者以大鱼际擦法，擦手掌、腕部、前臂、上臂和肩部，以透热为度。

(3) 擦肩背、腰骶部：受术者俯卧位或正坐位。术者以掌擦法，向左右方向横擦背部、腰部、骶部；术者以小鱼际擦法或掌擦法，在背部督脉和脊柱两侧足太阳膀胱经纵向擦法，着重在肩背（大椎、至阳、风门、肺俞、心俞等）、背腰部（脊中、命门、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、肾俞、志室等）；术者以小鱼际擦法，横擦腰骶八髎，或在八髎穴做八字形分擦。均以透热为度。

(4) 擦下肢：受术者仰卧或俯卧位。术者以大鱼际擦法或掌擦法，擦下肢的前面（髌关、伏兔、足三里等）、外侧（风市、膝阳关等）、后面（殷门、委中、承山等）、足部（涌泉），以透热为度。

(5) 擦胸部、腹部：受术者坐位。术者以掌擦法，横擦上胸部，由锁骨下缘移至平剑突处，若受术者为女性，仅作由天突至膻中的指擦法；术者以掌擦法自上面下横擦腹部。均以透热为度。

(6) 擦肋肋：受术者坐位，术者坐或站在其后侧，以双手分别在两侧肋肋处沿肋间隙方向自后上向前下做斜向掌擦法，以透热为度，在受术者右肋肋部操作，用力宜稍轻。

### 【临床应用】

本法的摩擦力强，动作幅度大，故具有明显的温热效应与推荡消散作用，适用于在全身各部位施术。其中，掌擦法宜在胸腹腰背部面积较大的部位操作，可产生缓和的热效应；小鱼际擦法主要用于腰骶部、八髎穴、夹脊穴及骶棘肌，由于其作用面积小，故可产生较为集中的高热效应；大鱼际擦法主要用在四肢部，可产生中等的温热作用；指擦法接触面较小，用于头面、颈项、肋间部。擦法具有宽胸利气、温经止痛、祛风散寒、消肿散结、行气活血、蠲痹胜湿等功效。用于治疗咳嗽、气喘、胸闷、脘腹胀满、胸肋疼痛、消化不良、饮食积滞、风湿痹痛、感冒风寒、四肢伤筋、阳痿、遗精、痛经、遗尿等病证。

## 推 盪 法

拇指外展，与四指垂直，以手掌及拇指桡侧缘着力，在施术部位上沿直线做来回推擦的手法，称为推盪（荡）法，亦称掌推法或平推法。

### 【释名】

推，有推动、推移之意；盪，同荡，有洗涤、冲激之义。本法操作时除有由手掌推擦时所产生的对局部肌肤气血的推动消散作用外，还同时兼有拇指所施加的向前挤压的盪涤效应，故得名推盪。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 术者多取站势，肩带下沉，肩关节外展 $30^{\circ}$ ，并前伸 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ ，屈肘 $90^{\circ}\sim$

120°，前臂取中立位或旋前位，使前臂内侧面与治疗部位相对，腕关节与掌指关节伸直，四指并拢，拇指外展，与掌垂直。以全掌（包括掌、四指掌面与拇指桡侧缘）着力，紧贴在治疗部位上。

**2. 动作姿势** 首先肩向前伸，同时肘关节顺势伸出，使手掌沿直线向前推去，拇指也在所经过的部位上用力向前推荡，并由外展位过渡到向食指桡侧靠拢的位置；然后，肩再后伸，同时屈肘，使手掌沿原来的轨迹轻轻地推擦到起始的位置，并恢复到原来的掌式（图5-18）。

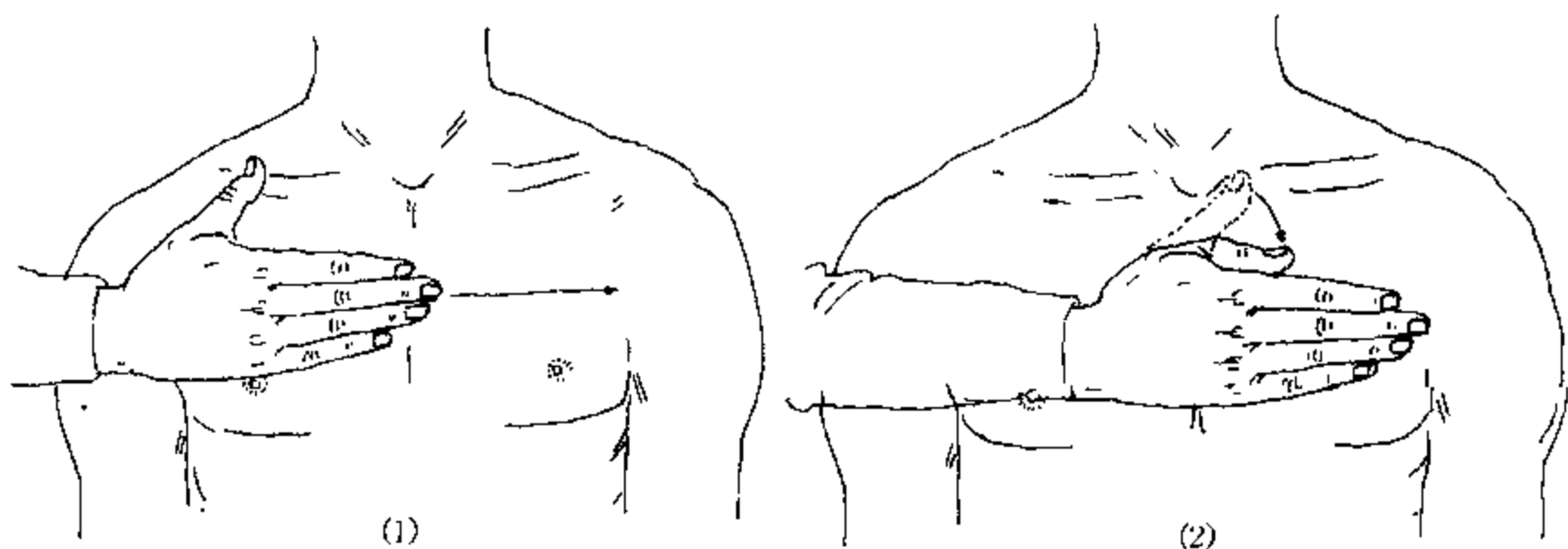


图5-18 推擦法

### 【操作要领】

1. 本法向前推动时用实力，而往回推至原位的过程用虚劲。
2. 动作要舒展，操作路线应尽量拉长。
3. 发力动作时，呼吸自然，切忌屏气。
4. 受术部位要充分暴露，操作时可使用介质，如红花油等，以增强疗效，防止皮肤损伤。
5. 此法频率一般为100次/分。

### 【技能训练】

此法与掌擦法的技能训练基本相同，并注意对拇指推荡时主动展收与加力的动作方法与发力形式的反复练习。

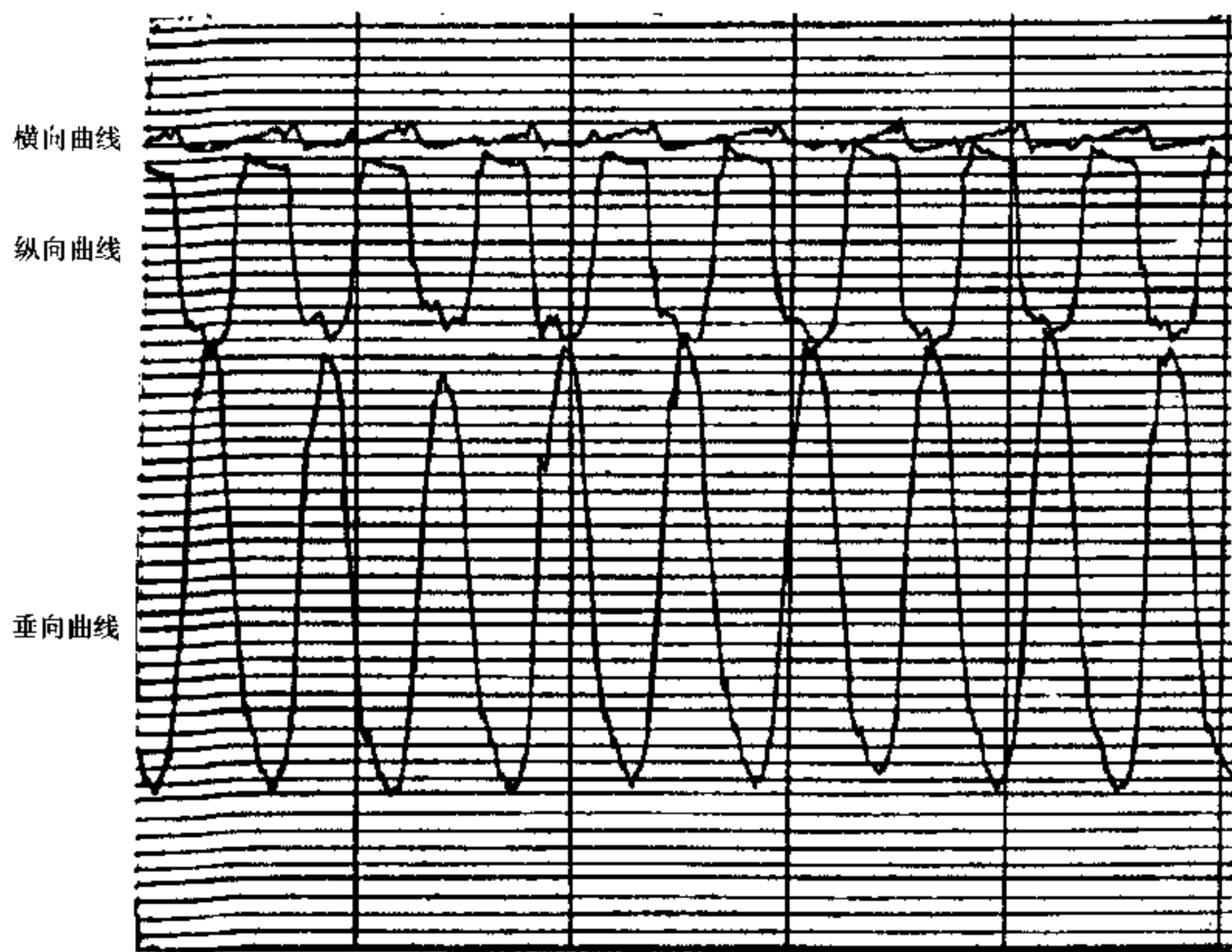
### 【名医经验及现代研究】

内功推拿流派名医李锡九平推法的特点是用手掌及拇指桡侧着力，紧贴在受术者胸、胁、腹等部位，做来回推擦，平推时的一个手法周期，分阴阳两个把位，向前推去时用实力为阳把，向后推回时用虚劲为阴把，操作时一去一回，一阴一阳，有节奏地平稳施术。

应用“推拿手法力学信息测录系统”所记录到的李锡九平推法（重型）动态曲线图（图5-19）示：手法周期较长，频率为104次/分，垂向波呈锥体形，波顶垂线落在前、后谷底连线的中点，上升支与下降支左右对称，波形光滑。其轻、中、重型三种平推法，手法的垂向力与前推力的比值均在3:1左右，说明外观上平推法是水平方向用力移动，但实际是以向

受术者体内垂直用力为主。李锡九平推法的特点是：起伏有序，阴阳分明，连绵流畅，过“自然”，“施术在外而功透其内”。

本法的摩擦力强，动作幅度大，故具有明显的温热效应与推散消散作用，适于在全身各部位施术。



周期：0.58 秒；频率：104 次/分钟；垂直强度：10.6 千克力；  
上升角：80°；纵向前冲力：3 千克力；回复力：0.66 千克力

图 5-19 李锡九推法（重型）动态曲线图

### 【临床应用】

本法是一种“温”、“力”并行的手法，有良好的温经通络、行气活血等治疗作用，适于在胸背及腰腹部操作。施术于胸背部时，有开胸利气、止咳平喘之功；用于上腹与两胁时，具有健脾和胃、疏肝理气之效；用于腰骶及下腹部，则能壮腰健肾，常用以治疗胸闷、胸痛、胸痹、心绞痛、肺气肿、哮喘、气短、久咳、腕腹胀痛、肝气郁滞、腰痛肾虚等病证。

### 揉 法

以指、掌、掌根、大鱼际、四指近侧指间关节背侧突起、前臂尺侧肌群肌腹或肘尖为着力点，在治疗部位带动受术皮肤一起做轻柔缓和的回旋动作，使皮下组织层之间产生内摩擦的手法，即为揉法。其中，根据着力部位的不同，可分为中指揉法、拇指揉法、掌揉法、掌

根揉法、大鱼际揉法、膊揉法、肘揉法、拳揉法等。

### 【释名】

直木使曲，曲木使直，皆为揉。《汉书·公孙新传》注：“揉谓矫而正之也。”揉又通柔，有柔和、柔顺、柔韧等意。揉现读作 róu，《正字通》云：“揉有平、上、去三声，义实相通，不必分属。”揉法是推拿临床常用手法之一，各推拿流派通用此法。其法以“柔和而刚韧为要”；其用以“柔克”制胜。《厘正按摩要术》曰：“揉以和之。……是从摩法生出者，可以和气血，可以活筋络，而脏腑无闭塞之虞矣。”

### 【动作结构】

1. 预备姿势 术者可取坐位或站位，沉肩、垂肘，以中指端、拇指端、掌、掌根、大鱼际、前臂尺侧腕屈肌群的肌腹、肘尖部，或手握空拳以四指近侧指间关节背侧突起部着力，按压在治疗部位。

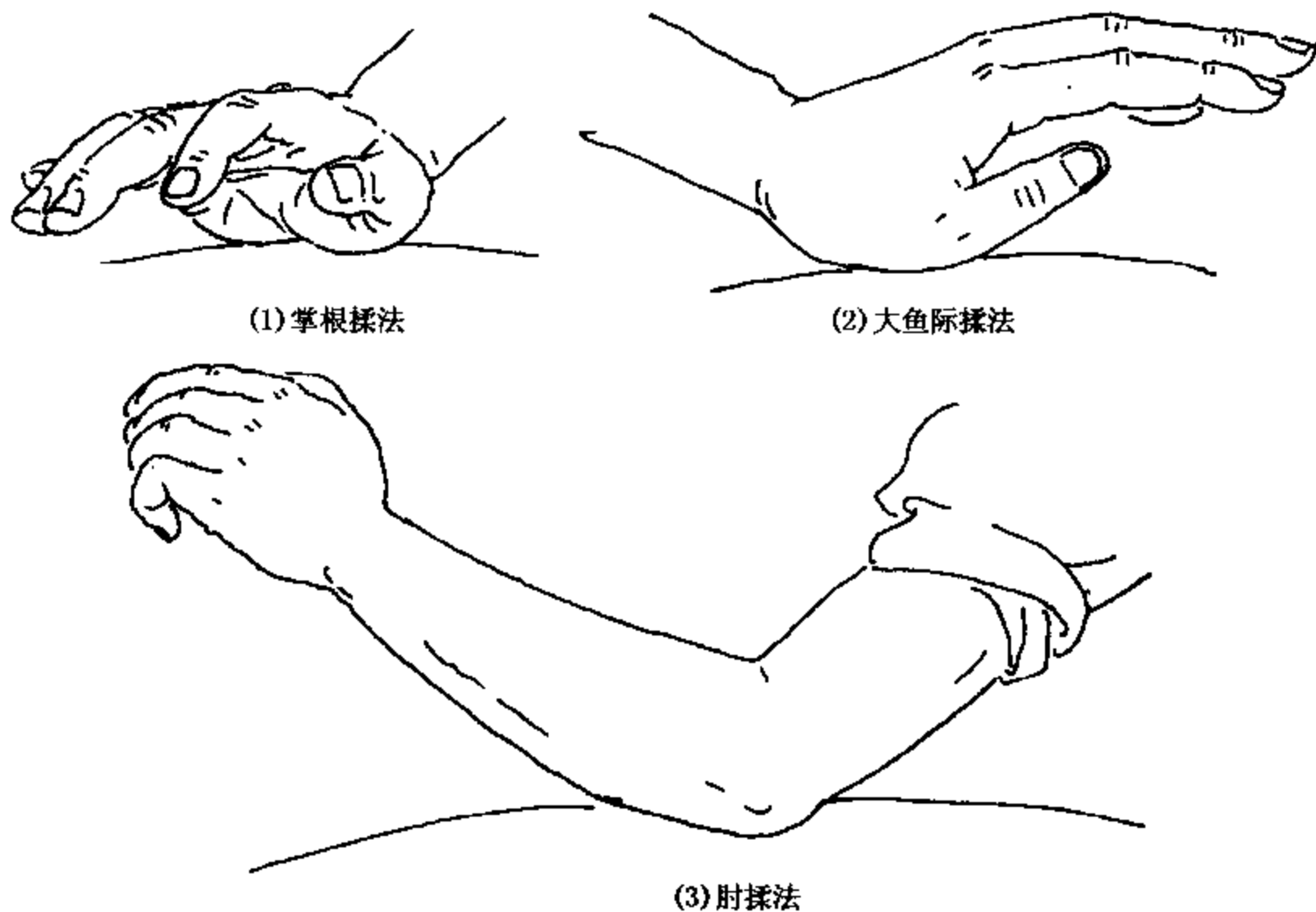


图 5-20 揉法

2. 动作姿势 在肩、肘、前臂与腕关节的协同下，做小幅度的环旋转动，并带动施术处的皮肤一起宛转回环，使之与内层的组织之间产生轻柔缓和的内摩擦（图 5-20）。其中，大鱼际揉法时拇指与第 1 掌骨内收，四指自然伸直，用大鱼际附着于治疗部位，稍用力下压，以肘关节为支点，前臂做主动摆动，带动腕部，使大鱼际在治疗部位上做轻柔缓和的回旋运动或内外摆动，并带动该处的皮下组织一起运动，根据大鱼际在治疗部位运行轨迹和动



作术式，可分为回旋式大鱼际揉法及摆动式大鱼际揉法两种。膊揉法，以前臂尺侧肌肉丰厚处着力，手握空拳或自然伸直，通过肩关节小幅环转发力，并借助上身前倾时的自身重力作用，在治疗部位回旋运动，并带动该处皮肤及皮下组织一起运动。

#### 【操作要领】

1. 揉法操作时整个动作贵在柔和，揉转的幅度要由小而大，用力应先轻渐重。
2. 术手要吸定在操作部位上带动着力处皮肤一起回旋运动，不能在皮肤表面摩擦或滑动。
3. 频率一般为 100~160 次/分。

#### 【技能训练】

1. **第一阶段——基础功法** 重点练习摘星换斗势、卧虎扑食势以增强五指的指力；同时，可经常练习五指空抓、甩手等动作以增进前臂肌肉与五指的灵活性。

2. **第二阶段——米袋练习** 学员正坐，米袋平放在桌上，重点练习摆动式大鱼际揉法。

(1) 单手定点练习：以一手大鱼际肌肌腹，按放在米袋中轴线中点，做摆动式大鱼际揉法定点操作练习。初练 3 分钟，换另手练习，以后渐增至 7~10 分钟交换一次。

(2) 单手走线练习：沿米袋中轴线，自下而上，再由上而下，反复往返进行摆动式大鱼际揉法走线练习，每 3~5 分钟双手交换一次。

3. **第三阶段——人体练习** 其余各种回旋式揉法因主要通过练习，使学员体会术手带动受术部位皮肤产生内摩擦的内在感觉，故可直接在人体进行。

(1) 人体单手定点练习：本练习可首先在术者自己身体上选穴进行，亦可在受术者身上选穴练习。

① 术者正坐，用一手掌贴放在米袋上，另一手在其外劳宫、合谷穴上练习中指揉、拇指揉、大鱼际揉、掌根揉等。

② 术者正坐，选自身的伏兔穴，练习膊揉、掌根揉、拳揉与肘揉法等。

③ 受术者正坐，术者在其侧前方取站位，取印堂、太阳、百会、风池等穴定点练习中指揉、拇指揉与鱼际揉。

④ 受术者仰卧，术者在其腹侧取坐位，取中脘、脐中、气海等穴练习定点掌揉法。

⑤ 受术者侧卧，下腿伸直，上腿屈膝屈髋，术者位于其身后取站位，取环跳穴，练习定点肘揉法、拳揉法等。

⑥ 受术者正坐，术者位于其侧后方取站位，取其肩井穴练习定点膊揉法。

(2) 人体单手走线练习

① 受术者正坐，术者位于其侧前方取站位，沿额中线即印堂至神庭一线，上下往返，做摆动式或回旋式大鱼际揉法走线操作练习。双手交替。

② 受术者仰卧，术者位于其一侧取站位或坐位，双手交替沿髀关至梁丘一线上下往返做拳揉、膊揉法走线练习。

#### 【临床应用】

揉法作用力轻柔缓和而深透，通过揉动产生的内摩擦，可在组织深层产生温热作用，适用于全身各部操作，是推拿临床常用手法之一。其中大鱼际揉适用于头面部、胸腹部及四肢部急性损伤所致的局部肿痛处；掌根揉法多用于腰背、臀部及四肢肌肉丰厚处；指揉法用于

全身各部经穴以及需要做点状刺激的部位；膊揉法用于腰背、臀部及四肢肌肉丰厚处；肘揉法则适用于对深层组织的刺激。揉法具有宽胸理气、健脾和胃、活血散瘀、消肿止痛、祛风散寒、温经通络、安神镇静等功效，常用于治疗头痛、眩晕、失眠、面瘫、腕腹胀痛、胸闷胁痛、便秘、泄泻以及腰背、四肢软组织损伤等病证。

## 平推法

术者用指、掌、拳或肘部着力，紧贴体表，运用适当的压力，做单方向的直线推压移动，称为平推法。平推法是推法中着力较重的一种，包括有指平推法、掌平推法、拳平推法和肘平推法。

### 【释名】

推是指向外用力，使物体顺着用力的方向做直线水平移动。明清以来，推法不仅成为治疗小儿疾患的主要手法，更成为学科发展的标志，现代推拿学学科的名称，都与该手法密切相关。在《灵枢·刺节真邪》中有：“以两手四指夹按颈动脉，久持之，卷而切推，下至缺盆中。”《小儿推拿广意》：“凡推法必似线行，毋得斜曲，恐动别经而招患也。”《幼科推拿秘书》：“推者，一指推而去不返，返则向外为泻，或用大指，或用三指。”这些都反映出了本法是以指、掌等做单方向的直线移动为特点而得名。

### 【动作结构】

1. 指平推法 包括拇指平推法、屈指平推法、三指平推法。

(1) 拇指平推法：术者正坐或取站势。沉肩垂肘，肘关节屈曲 $90^{\circ}$ ~ $120^{\circ}$ ，腕部略偏向尺侧微屈，以拇指桡侧面或罗纹面着力于治疗部位，其余四指置于对侧或相应的位置扶持固定，拇指及腕部主动施力，做短距离的单方向直线擦拭〔图5-21(1)〕。

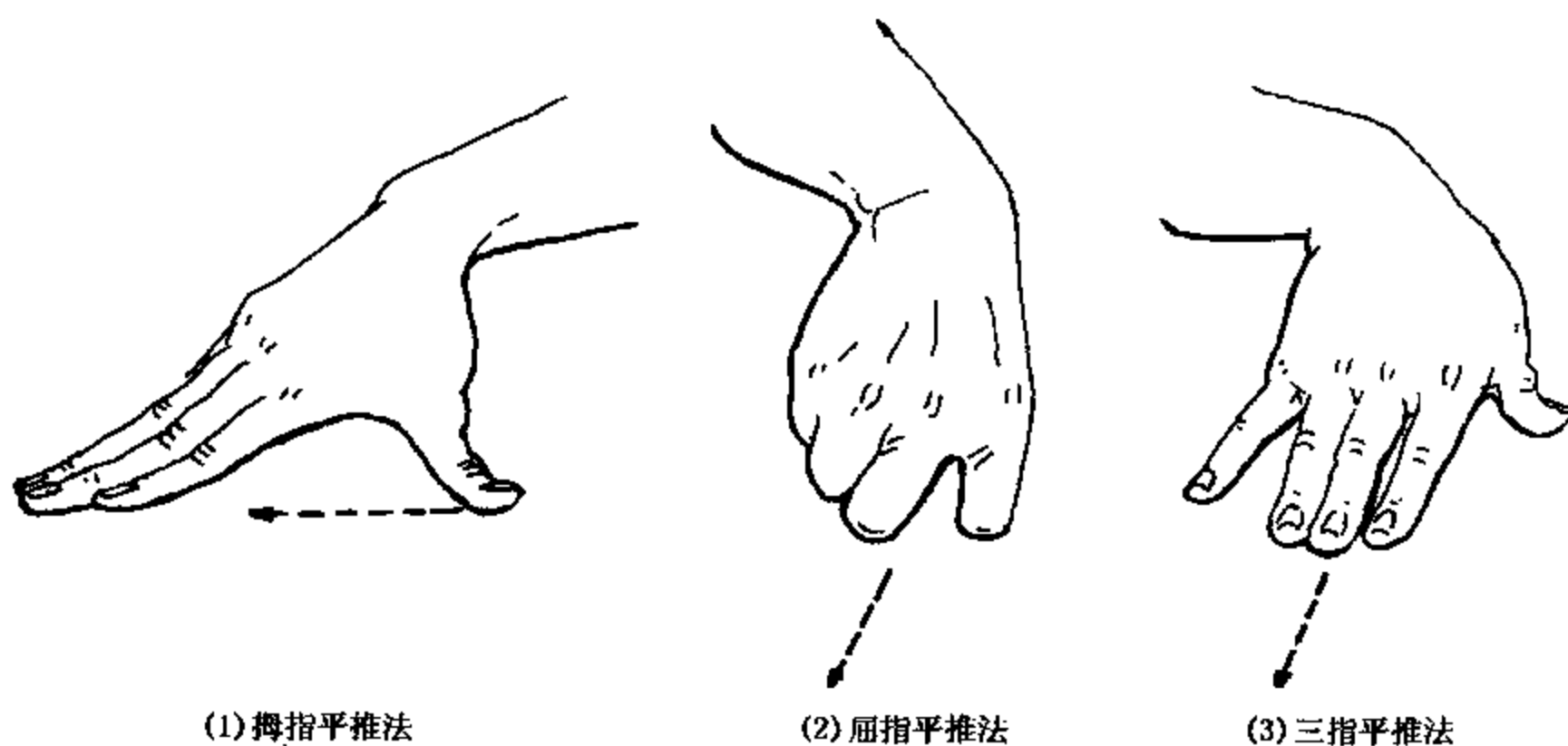


图5-21 指平推法

(2) 屈指平推法：术者取站势。沉肩垂肘，肘关节屈曲  $90^{\circ} \sim 120^{\circ}$ ，腕部挺直，屈拇指时，以拇指的指间关节突起处着力，其余四指于对侧或相应位置固定；屈食、中指时，以食、中指的近侧指间关节突部分着力，手握实拳，以手指及腕部主动施力，做单方向的直线擦拭 [图 5-21 (2)]。

(3) 三指平推法：术者取站势。沉肩，肘关节屈曲  $90^{\circ} \sim 120^{\circ}$ ，腕部略掌屈，食、中、无名指并拢，以三指的指端部位着力，肩关节发力伸肘，带动肘关节由屈而伸，做单方向直线擦拭 [图 5-21 (3)]。

2. 掌平推法 术者取站势或弓步。沉肩，肘关节微屈，腕部略背伸，以全掌着力，按放于治疗部位，以肩关节发力，通过肘关节屈伸带动前臂、腕，使全掌在治疗部位做单方向直线擦拭。如需加大压力，可用另一手掌根部重叠按于掌背上协同用力 (图 5-22)。

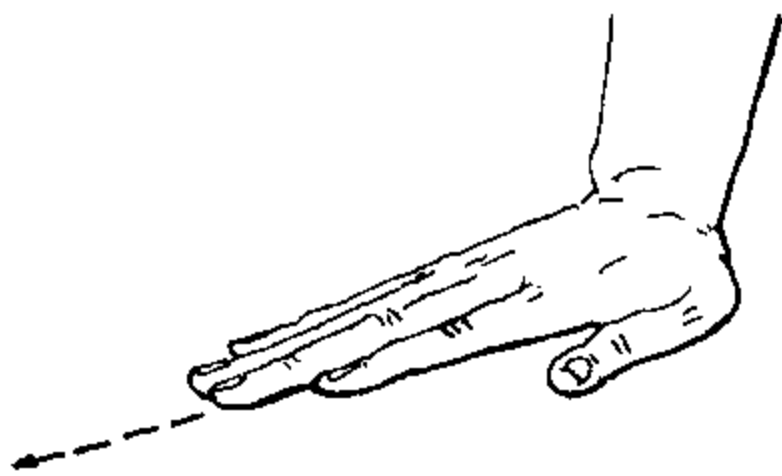


图 5-22 掌平推法

3. 拳平推法 术者取站势。沉肩，肘关节屈曲  $120^{\circ} \sim 150^{\circ}$ ，前臂旋前，拳心向下，腕部伸直，手握实拳，用食、中、无名和小指的近侧指间关节突起部着力，以肩关节发力伸肘，带动肘关节由屈而伸，从而使施术部位做单方向的直线擦拭 (图 5-23)。

4. 肘平推法 术者取站势。沉肩，肘关节屈曲  $45^{\circ} \sim 90^{\circ}$ ，用肘关节的尺骨鹰嘴突起部位着力，术者上身前倾，以自身重力按在治疗部位，以肩关节为支点，使肘尖做单方向的直线擦拭 (图 5-24)。也可用另一只手从上方抵握住施术手握拳之拳面，协同用力下压。



图 5-23 拳平推法

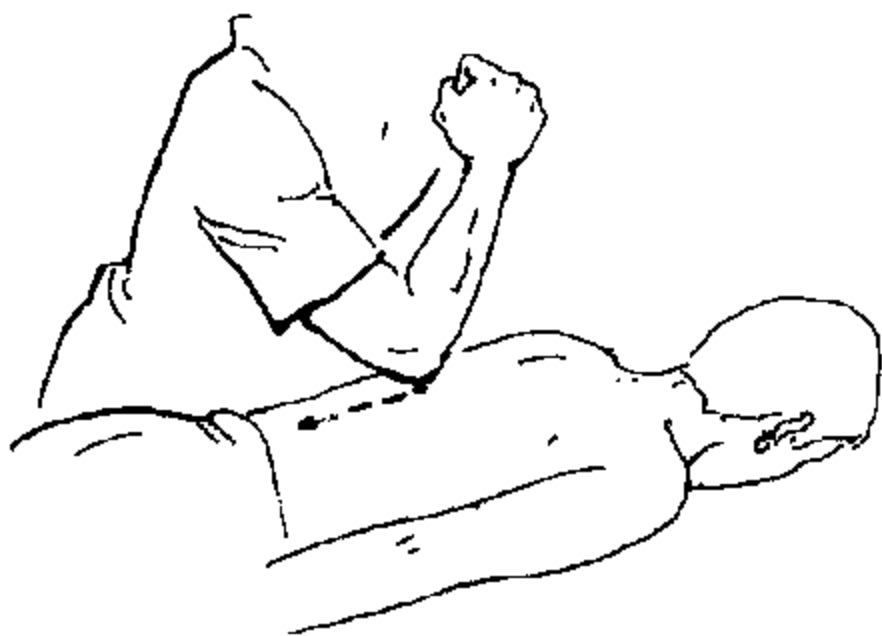


图 5-24 肘平推法



图 5-25 刨推法

5. 刨推法 术者取站势。沉肩，肘关节屈曲  $90^{\circ} \sim 120^{\circ}$ ，腕关节略背伸，拇指分开与四指相对，握持住治疗部位 (图 5-25)，或以虎口向前，拇指与四指分开呈“八”字形，以

全掌面紧贴治疗部位，通过肩关节发力，带动肘关节屈伸，使着力部位在治疗面上做单向直线推动，为掌平推法之变化应用。

### 【操作要领】

1. 平推法操作时，着力部位紧贴体表，压力均匀适中，推进移动宜缓慢。
2. 推法为单方向直线操作，不可歪斜。指平推移动距离宜短，掌平推、拳平推和肘平推移动距离宜长。
3. 屈指平推法、拳平推法和肘平推法宜顺着肌纤维方向移动，要避开骨性突起。
4. 术者操作时，呼吸自然，不宜屏气。
5. 为防止破皮，可配合使用冬青膏、红花油、滑石粉等推拿介质。

### 【技能训练】

#### 1. 第一阶段——米袋练习 学员端坐或站立位，米袋置于桌面上。

##### (1) 指平推法练习

①拇指平推法：学员以拇指指端或罗纹面着力，在米袋上沿中轴线做短距离的单方向直线推动。双手同步或交替练习。

②屈指推法：学员以拇指的指间关节突或稍偏桡侧，或以食、中指的近侧指间关节突部位着力，在米袋上做单方向的直线移动。双手交替练习。

③三指平推法：学员食、中、无名指并拢，以三指的指端部位着力，在米袋上做单方向直线移动。双手交替练习。

(2) 掌平推法：学员以全掌着力，在米袋上做单方向直线移动，也可双手叠掌协同用力。双手交替或叠掌练习。

(3) 拳平推法：学员手握实拳，用食、中、无名和小指的近侧指间关节突部位着力，在米袋上做单方向的直线移动。双手交替练习。

(4) 肘平推法：学员用肘关节的尺骨鹰嘴突起处着力，在米袋上做单方向的直线推动。双手交替练习。

(5) 刨推法：学员先将米袋整理成圆弧状，然后以虎口、五指指面及掌面着力，在米袋上做单向直线推动。双手交替练习。

#### 2. 第二阶段——人体练习 根据部位特征和治疗作用，进行分部位人体练习。

(1) 推桥弓：受术者坐位或仰卧位，头略偏向一侧。术者用拇指平推法，在该侧桥弓穴，做由上至下的推法，两侧桥弓穴交替平推，各推5~10次。

(2) 屈指推华佗夹脊穴：受术者俯卧位。术者用屈指推法，在脊柱两侧华佗夹脊穴，做由上至下的推法。双手交替练习。

(3) 三指平推胸部：受术者仰卧位。术者用三指平推法，做由天突至膻中的推法。双手交替练习。

(4) 掌平推或刨推胸腹、肋部：受术者仰卧位。术者用掌平推或刨推，在胸腹部任脉的天突至关元，或两侧肋部，做由上至下的推法。双手交替练习。

(5) 掌平推或刨推脊柱、背腰、四肢部：受术者俯卧位。术者用掌平推或刨推法，在背部督脉的大椎至长强，做由上至下的掌手推或刨推；术者用掌平推法，在背、腰部两侧的足

太阳膀胱经，做由上至下的推法；四肢部推法，受术者取仰卧位或俯卧位，术者用掌平推或刨推法，在四肢的各部位，做由远端至近端，或由近端至远端的推法。双手交替练习。

(6) 拳平推或肘平推肩背、腰臀、四肢部：受术者俯卧位。术者用拳平推或肘平推法，在脊柱两侧的肩背、腰臀部，做由上至下的推法；四肢部推法，受术者取仰卧位或俯卧位，术者用拳平推或肘平推法，在四肢肌肉的丰厚部位，做由远端至近端，或由近端至远端的推法。双手交替练习。

### 【临床应用】

平推法适用全身各部位。拇指平推法，接触面较小，刺激缓和，适用头面、颈项和四肢部位；屈指推法，刺激深透，适用于颈项、四肢和脊柱两侧肩、背及腰部；三指平推法，刺激缓和，适用胸、腹部位；掌平推法，接触面较大，刺激缓和，适用胸、腹、背、腰和四肢部位；拳平推法，刺激较强，适用脊柱两侧背腰、四肢部位；肘平推法，是平推法中刺激量最强的手法，适用脊柱两侧，及背、腰、臀和下肢肌肉丰厚部位。

头痛、头晕、高血压、失眠等病证，可推五经、推桥弓、掌平推脊柱两侧的足太阳膀胱经，以调和气血、清脑明目、平肝潜阳；胸闷、胁胀、腹胀、便秘、食积等病证，可用掌平推胸、腹、胁肋、背部两侧的足太阳膀胱经，以宽胸理气、消胀除满、通便导滞；风湿痹痛、肩背肌肉酸痛、腰腿痛、感觉麻木迟钝等病证，可屈指推华佗夹脊穴，掌平推脊柱、肩背、腰、四肢部，拳平推或肘平推肩背、腰臀、四肢部，以疏通经络、温经散寒、理筋活血；软组织损伤、局部肿痛、肌肉紧张痉挛等，可在局部用指或掌平推法，以舒筋通络、活血化瘀、解痉止痛。

## 搓 法

用双手掌相对用力，对被夹持的肢体做快速的来回搓揉，并同时做上下往返移动的手法，称为搓法。

### 【释名】

搓，揉搓、扞摸之意，是指两手掌相对反复搓捻绳线样的动作。本法以操作时双掌反复搓揉肢体，状如搓绳而得名。

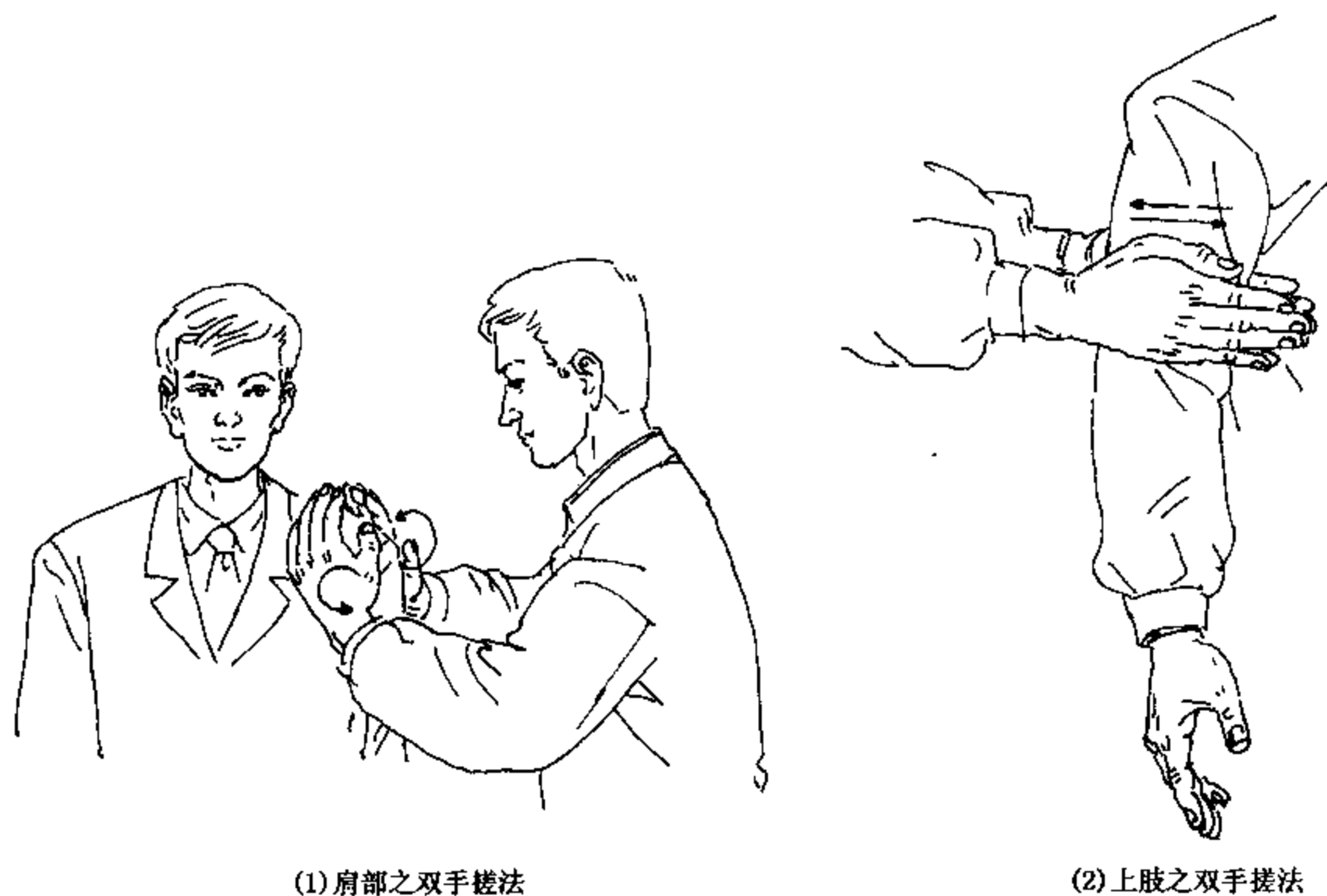
### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 术者取马步，双腿下蹲，上身略向前倾，双手向前伸出。以双手掌根部或掌面对称用力夹持住治疗部位，受术者在搓肩及上肢时取正坐位；搓大腿时取仰卧位；搓小腿时取仰卧屈膝位；搓胁肋及腰眼时，取坐位或仰卧位或俯卧位。令患者肢体放松。

**2. 动作姿势** 搓肩与上肢时，双手相对用力在肩关节前后做一上一下、一前一后、一左一右的回旋揉动，然后以双手掌面着力向下夹持住上臂腋根部做方向相反的来回搓揉，边搓边向下移动直至腕部止（图5-26）。

搓大腿时，以甲手置于大腿根部外侧髀关穴处，乙手掌面紧贴膝关节内上方血海穴处，两手相对用力做快速的来回搓揉，甲手边搓边向下移动至梁丘穴处，乙手在原处不动。

搓胁肋或搓腰眼时，术者位于其后方，或在其体侧取坐位或站位，两手向前伸出，以全掌或指面相对夹持住腋下胁肋两侧，同时做相反方向的前后搓揉，并向下移动至腰眼处。



(1) 肩部之双手搓法

(2) 上肢之双手搓法

图 5-26 搓法

**【操作要领】**

1. 两手掌面对称用力，夹持肢体不可过紧，以能搓动肢体为度，否则容易造成手法呆滞。
2. 搓动时双手来回搓动的频率要快，幅度与力度要均匀，但上下移动的速度则宜稍慢。整个动作要求做到“快搓慢移”。

**【技能训练】**

配合少林内功的练习，进行臂力锻炼，平时可将米袋竖立，在米袋上进行搓法练习。手法基本熟练后，再在人体进行练习。

**【临床应用】**

本法是推拿常用的辅助手法之一，主要用于上肢、肋肋部，也可用于腰与下肢，具有调和气血，理顺组织、舒筋通络与放松肌肉的作用。常用于配合治疗肢体酸痛、关节活动不利及胸肋进伤等病证，临床常与抖法联合使用，作为治疗最后的结束手法。

**旋推法**

术者以拇指罗纹面着力于一定穴位上，通过腕关节摆动及拇指做主动环旋运动，使着力面在穴位上做顺时针或逆时针方向旋摩的手法，称旋推法。

**【释名】**

旋推手法的动作形态特点为环旋移动，是小儿推拿的常用手法之一，临床上一般把旋推作为补法应用。《按摩经》：“脾土，曲指左旋为补，直推为泻。”《幼科铁镜》：“曲者乃旋转而推也，于其指之正面旋推为补，直推为泻。”

**【动作结构】**

1. 预备姿势 术者坐位。沉肩，垂肘，肘关节屈曲 $90^{\circ} \sim 120^{\circ}$ ，腕部放松，以拇指罗纹面着力于一定穴位上，其余手指相对握持固定。

2. 动作姿势 肘关节发力，带动腕关节摆动，同时拇指掌指关节做主动运动，使着力指在治疗穴面上做小幅度顺时针方向的回旋摩动（图5-27）。

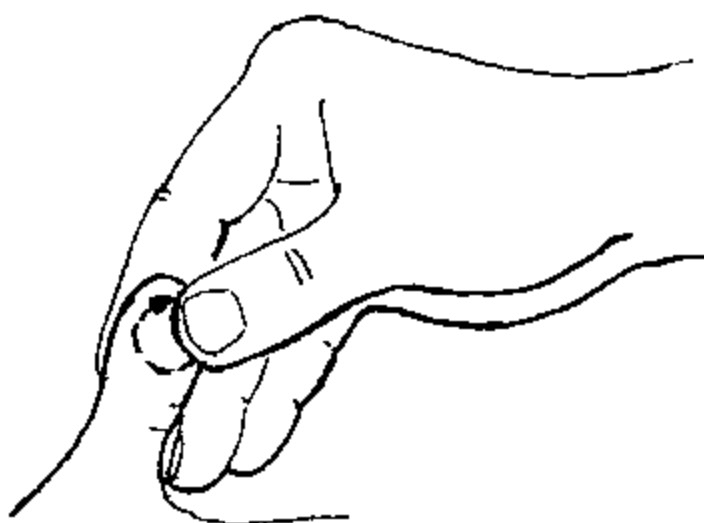


图5-27 旋推法

**【操作要领】**

1. 术者肩、肘、腕、掌指关节放松，以拇指罗纹面着力，做小幅度环旋转动。
2. 操作时，用力轻巧柔和，拇指罗纹面不要带动皮下组织。
3. 动作轻快连续，频率为160~200次/分。
4. 小儿推拿应用时，常配合使用水、滑石粉等推拿介质。

**【技能训练】**

手法可直接结合小儿推拿特定穴进行人体练习。

(1) 补脾经：小儿或受术者坐位。术者在其拇指末节罗纹面上做旋推法，配合使用滑石粉等介质。双手交替练习。

(2) 补肺经：小儿或受术者坐位。术者在其无名指末节罗纹面上做旋推法，配合使用滑石粉等介质。双手交替练习。

**【临床应用】**

旋推法刺激轻柔缓和，为小儿推拿常用手法，一般作为补法应用。如补脾经，治疗因脾胃虚弱、气血不足而致食欲不振、腹痛腹泻、消化不良、肌肉消瘦等病证，有健脾和胃、补益气血的作用；补肺经，治疗因肺气虚损所致咳嗽、虚喘、自汗等病证，有补益肺气的作用。

**指 推 法**

用单手或双手拇指桡侧面或罗纹面，或一手食、中二指指面在体表经穴上，做单向直线擦拭的手法，称指推法，又称直推法。双手指推时，根据其操作方向又分为合推法与分推法。

**【释名】**

指推法操作轨迹的特点为沿直线移动，又称为指直推法，也是小儿推拿的常用手法之一。《按摩经》：“脾土，曲指左旋为补，直推为泻。”《推拿仙术》：“推者，医人以右手大指

面蘸汤水于其穴处向前推也。”指推法用力较轻，且操作频率较快。

### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 术者用一手握持患肢，将所推穴位充分暴露并固定；另一手以拇指桡侧面或罗纹面，或用食、中二指指面着力，按放在线状穴位的一端，双手分推时，两拇指并置于同一起始点，如分推阴阳时，双拇指并放在阴池、阳池穴连线中点之总筋穴处；合推时，双拇指分别放在腕横纹两侧之阴池和阳池穴上。

**2. 动作姿势** 单手直推时，着力指用力沿治疗线的起始一端向终末一端做单向推动，至末端后紧接着迅速返回起端，再向末端推去，如此反复，频率在 150~300 次/分之间。每次返回时术手抬起离开治疗面。

双手直推时，如果在同一治疗线上向同一方向操作，如开天门，则双拇指此落彼起沿同一治疗线自下而上做交替直推。分推时，双拇指自同一起点，一左一右，同步向两侧分开直推；合推时，双拇指自两侧向中间直推合拢（图 5-28）。

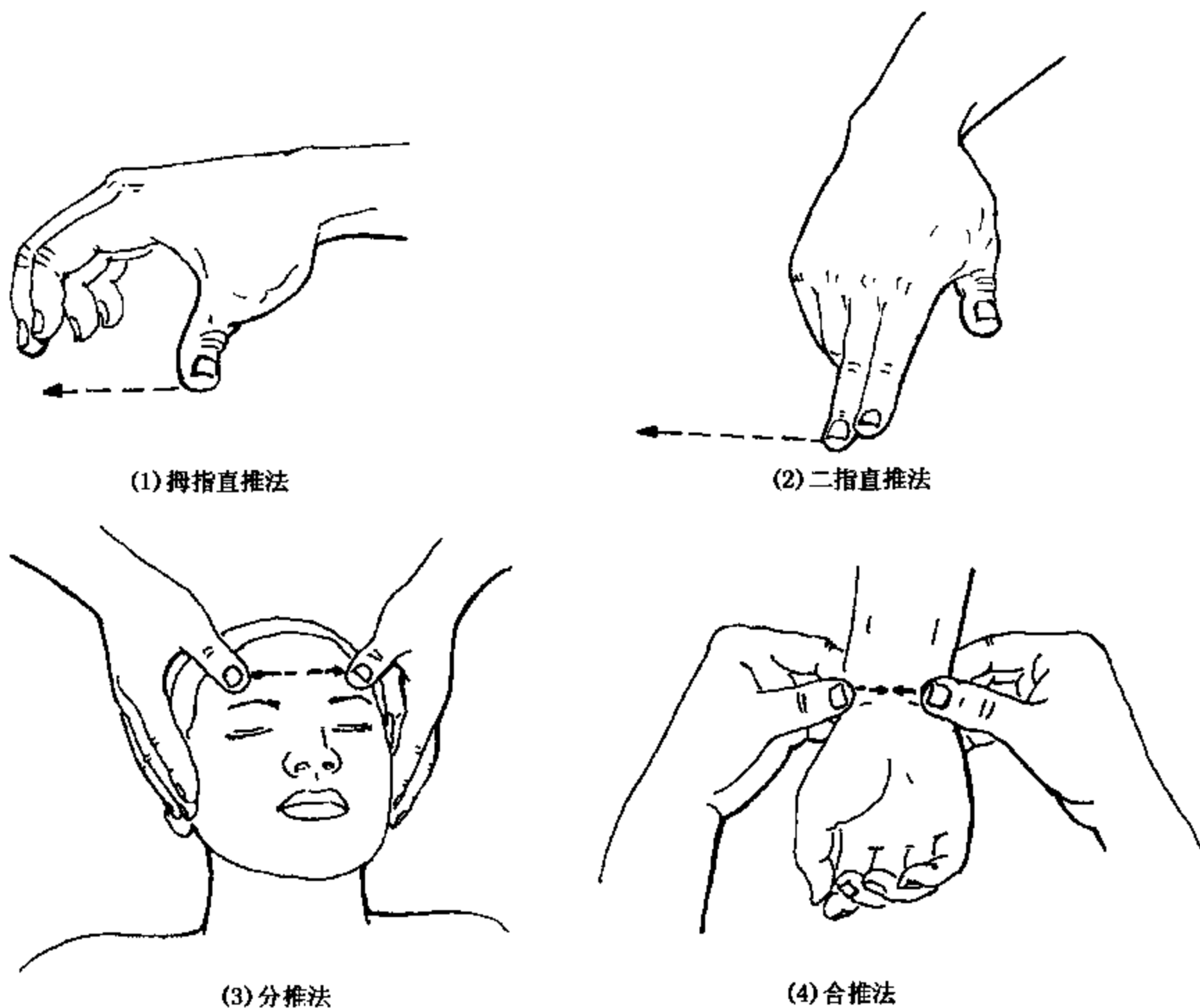


图 5-28 指推法



**【操作要领】**

1. 直推法操作时，要求用力着实。
2. 推拭频率稍快，一般为 200 ~ 300 次/分。
3. 推移的路线可与人体的纵轴平行，也可与其垂直，但操作路线必须取直，正如《小儿推拿广意》所说：“凡推法必似线行，毋得斜曲，恐动别经而招患也。”
4. 推动时仅做由此及彼的单方向操作，不得来回推擦。拇指直推法移动距离较短，食、中指直推法移动距离稍长，适用于较长的线状特定穴。
5. 小儿推拿应用时，常须使用水、葱姜汁、薄荷水、酒精等推拿介质以润滑皮肤免遭擦伤，并能增强疗效，即所谓“推必用汤”。

**【技能训练】**

本法分米袋练习和人体练习两个阶段。

**1. 第一阶段——米袋练习** 学员正坐或站立位，米袋置于桌面上。

(1) 拇指直推法练习：学员以拇指罗纹面或桡侧缘着力，在米袋上沿中轴线做短距离的单方向直线推动。双手同步或交替练习。

(2) 食、中指直推法练习：学员食、中二指伸直，用食、中指罗纹面着力，在米袋上沿中轴线做单方向的直线推动。双手交替练习。

**2. 第二阶段——人体练习** 主要结合小儿推拿特定穴进行练习。

(1) 开天门：又称推攒竹。受术者坐位或仰卧位。术者用双手拇指罗纹面或桡侧缘着力，由其两眉的中间，自下而上，交替直推至前发际。

(2) 推天柱骨：小儿及受术者坐位。术者用拇指桡侧缘或食、中指的罗纹面着力，由其颈后发际正中，自上而下，直推至大椎。

(3) 推三关：小儿及受术者坐位。术者用拇指桡侧缘或食、中指的罗纹面着力，沿其前臂桡侧腕横纹向上直推至肘横纹。

(4) 清心经：小儿及受术者坐位。术者用拇指罗纹面或桡侧缘着力，自中指末节横纹向指尖方向直推。

(5) 清天河水：小儿及受术者坐位。术者用食、中指的罗纹面着力，由其掌后腕横纹正中，经前臂正中，直推至曲泽。

(6) 推脊：小儿及受术者俯卧位。术者用食、中指的罗纹面着力，由其大椎穴，自上而下，直推至龟尾穴。

**【临床应用】**

指推法是小儿推拿中常用的治疗手法之一，多用于小儿推拿特定穴中的线状穴位，如推脾土、推大肠，亦可在两穴之间的连线推拭，如板门推向横纹等。在某些穴位上应用本法时又以推动的方向而分补、泻。如补大肠则在大肠做向心方向的直推，而清泻大肠时则相反。本法亦可用于成人的头面部、腹部，具有安神健脑、消积导滞的作用。

分推法与合推法可用于小儿推拿，如分阴阳、合阴阳等，具有调和阴阳、分理气血、行滞消食之功效，主治寒热往来、腹泻、食积、烦躁不安等病证。亦可用于成人头部与腹部，治疗头痛、失眠、腹胀、腹痛、消化不良等病证。

## 抹 法

术者用双手或单手拇指罗纹面或手掌面着力，轻按于治疗部位，沿直线轻轻地做单向摩擦移动的手法，称为抹法。又可分为指抹法和掌抹法。

### 【释名】

抹为多音字，读 mǒ 时，其义为搽、涂、抹、揩；读 mò 时则有轻按之意；当读 mā 时又表示为用手按着移动的动作。本法之术式是以指掌轻按在治疗部位，并沿直线摩擦移动，故得名。

### 【动作结构】

1. **预备姿势** 术者取站势或正坐位。沉肩，肘关节屈曲  $90^{\circ} \sim 120^{\circ}$ ，腕部放松。指抹法，以单手或双手拇指罗纹面轻按于一定治疗部位，其余手指相对扶持固定；掌抹法，以单手或双手掌面或掌根着力，其余手指自然伸直。

2. **动作姿势** 指抹时，以拇指的掌指关节发力，拇指做主动内收和外展运动，并配合腕部的动作，使着力部位沿直线做单向推摩移动（图 5-29）。掌抹时，肘关节发力，带动前臂使其着力，沿直线做由上而下，或从左到右，或从右到左的单向摩擦移动。



图 5-29 抹法

### 【操作要领】

1. 操作时拇指罗纹面或手掌面紧贴体表。  
2. 用力适中，不可太重以免动作滞涩，又不可太轻而使动作漂浮。

3. 抹法频率为 100 ~ 120 次/分，为防止擦破皮肤，施术时可配合滑石粉等介质。

4. 双手抹时，如果在同一条路线上并向同一个方向操作的，双手要沿直线一起一落交替进行；如果自同一起点向左右两侧分抹时，则双手要同步操作。

### 【技能训练】

1. **第一阶段——米袋练习** 学员正坐或站立位，米袋置于桌面上。

(1) 指抹法练习：学员以单手或双手拇指罗纹面着力，在米袋上沿前后或左右方向，做直线或弧形往返移动。单手交替或双手同步练习。

(2) 掌抹法练习：学员以单手或双手掌面着力，在米袋上向前后或左右方向做直线或弧形往返移动。单手交替或双手同步练习。

2. **第二阶段——人体练习** 主要结合人体各部位进行练习。

(1) 抹头面部：受术者坐位或仰卧位。术者双手轻扶其头侧，以两拇指（仰卧位时亦可用中指）罗纹面着力，由印堂交替向上抹至神庭，反复数次；再由额正中线，分别向两侧抹至太阳（或经太阳至率谷），反复数次；然后再依次分抹眉弓（攒竹→鱼腰→丝竹空一线）、分抹眶上（由内向外沿眶上缘）、分抹双睛（受术者闭眼，从上眼睑抹过）、分抹鼻旁（睛明

经鼻旁至迎香)、分抹双颊(承泣→颧髎→下关→耳前)、分抹人中(人中→地仓→颊车)、分抹承浆(承浆→大迎→颊车)。

(2) 抹后项部:受术者坐位。术者与其对面而立,双手大鱼际或掌根着力,分别由两侧风池至肩井,做抹法。

(3) 抹胸腹部:受术者仰卧位。术者用双手拇指罗纹面或手掌面着力,沿胸腹做自上而下方向的双手交替抹法;或由胸腹正中线,自上而下同时向两侧做分抹法。

(4) 抹手部:受术者坐位或仰卧位。术者用双手握其手掌两侧,以双手拇指罗纹面(也可用大鱼际)着力,分别在其手背或手掌部,做上下、左右方向的往返抹法。

### 【临床应用】

抹法刺激轻柔舒适,主要用于头面、颈项、胸腹和四肢部位。抹头面、颈项部,具有开窍镇静、醒脑明目、疏风通络、安神止痛的作用,治疗感冒、头痛、失眠、面瘫、近视、颈椎病、落枕等病证,临床上治疗头痛,有“虚证多抹少推,实证少抹多推”的经验;抹胸腹部,具有宽胸理气、和胃降逆作用,治疗胸闷、咳喘、脘腹胀满、呃逆等病证;抹四肢部,具有舒筋通络、行气活血的作用,治疗肢体肿痛、麻木。

## 运 法

术者以拇指或中指的罗纹面着力,在经穴之间由此及彼地做环形或弧形轻轻推摩,称为运法。

### 【释名】

运,運之简体字。其义为转动、搬运、运动、运行、运用。故《厘正按摩要求》将运法释为:“运则行之,谓四面旋绕而运动之也。”《推拿仙书》也说:“运者,医人用右手大指推也……周环旋转,故谓之运。”

### 【动作结构】

1. 预备姿势 术者取正坐位。沉肩、垂肘,肘关节屈曲 $90^{\circ} \sim 120^{\circ}$ ,腕部放松,以拇指或中指的罗纹面,着力于一定穴位上。

2. 动作姿势 拇指掌指关节或腕部做主动运动,使着力部位沿着一定的路线向另外一个或几个穴位,轻缓地做环形或弧形的抚摩运动(图5-30)。

### 【操作要领】

1. 术者着力部位紧贴体表。
2. 操作时,用力均匀柔和,宜轻不宜重,指面仅在体表轻摩,不带动皮肤运动,作用力较摩法为轻。正如《厘正按摩

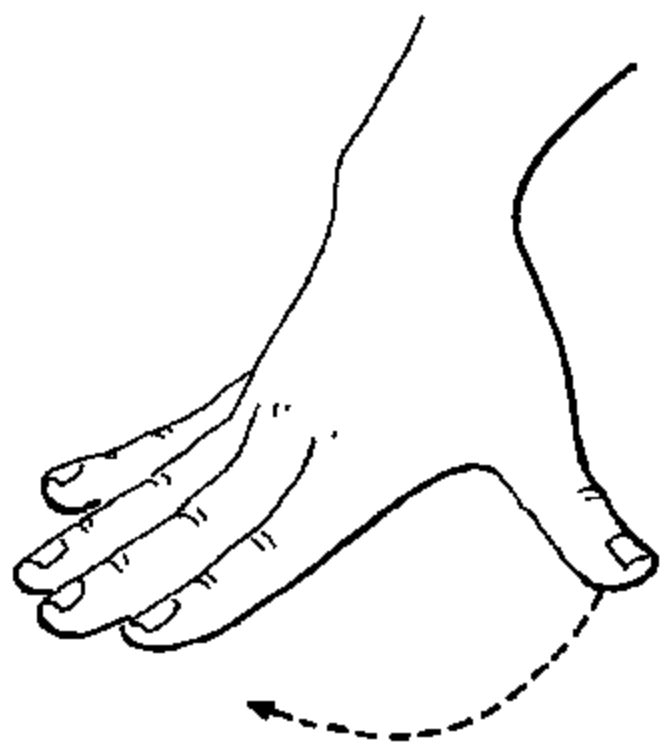


图5-30 运法

要术》所说：“摩法较推则从轻，较运则从重。”

3. 运动方向常与补泻作用有关，需视病情和穴位主治作用选择。
4. 频率较摩法慢，宜缓不宜急，一般为 80~100 次/分。
5. 小儿推拿应用时，局部常须使用水、葱姜汁、滑石粉等推拿介质。

#### 【技能训练】

1. 第一阶段——米袋练习 学员端坐或站立位，米袋置于桌面上。

(1) 拇指运法练习：学员以拇指罗纹面着力，在米袋上，沿中圈圆周线做环形或弧形的移动。

(2) 中指运法练习：学员以中指罗纹面着力，在米袋上，沿中圈圆周线做环形或弧形的移动。

2. 第二阶段——人体练习 主要结合小儿推拿特定穴进行练习。

(1) 运内八卦：受术者坐位或仰卧位。术者用拇指或中指的罗纹面着力，在其手掌面上的内八卦（以掌心为圆心，从圆心至中指根横纹的 2/3 处为半径所作的圆周），做顺时针方向的环转运法。

(2) 运外八卦：受术者坐位或仰卧位。术者用拇指或中指的罗纹面着力，在其手掌背上的外八卦（掌背外劳宫的周围，与内劳宫相对），做顺时针方向的环转运法。

(3) 运土入水：受术者坐位或仰卧位。术者用拇指或中指的罗纹面着力，由其拇指根部，沿手掌边缘，经小天心运至小指根部。

(4) 运水入土：受术者坐位或仰卧位。术者用拇指或中指的罗纹面着力，由其小指根部，沿手掌边缘，经小天心运至拇指根部。

#### 【临床应用】

运法刺激轻柔缓和，有宣通筋络、调和气血的作用。为小儿推拿常用手法。根据所取穴位，其治疗作用有：运内八卦，治疗痰结咳喘、乳食内伤、腹胀、呕吐、纳呆等病证，有理气化痰、行滞消食的作用；运外八卦，治疗胸闷、腹胀、便秘等病证，有宽胸理气、通滞散结作用；运土入水，治疗新病、实病，因湿热内蕴所致少腹胀满、小便赤涩、泄泻等病证，有清脾胃湿热、利尿止泻的作用；运水入土，治疗久病、虚证，因脾胃虚弱而致的消化不良、食欲不振、腹泻、完谷不化、便秘等病证，有健脾助运、润燥通便的作用。

### 膊运法

术者以前臂的尺侧腕屈肌群肌腹着力，在治疗部位上，做环形摩动的手法，称为膊运法。

#### 【释名】

膊，《说文》作“膊”。指胳膊，即肩臂，近肩者为上膊即上臂，近手者称下膊，即前臂。本法以前臂肌肉着力摩运而得名。

#### 【动作结构】

1. 预备姿势 术者站立位。沉肩垂肘，肘关节屈曲 90°~120°，腕部挺直，手握空拳或呈自然散手状，以前臂尺侧腕屈肌群肌腹隆起部位着力，上身略前倾，以部分身体重力下

压。

**2. 动作姿势** 以肩关节为支点，上臂主动施力，在前外方向做小幅环转，带动前臂着力部位，在治疗面上做环形摩动（图 5-31）。亦可用另一只手握住前臂，协同用力。

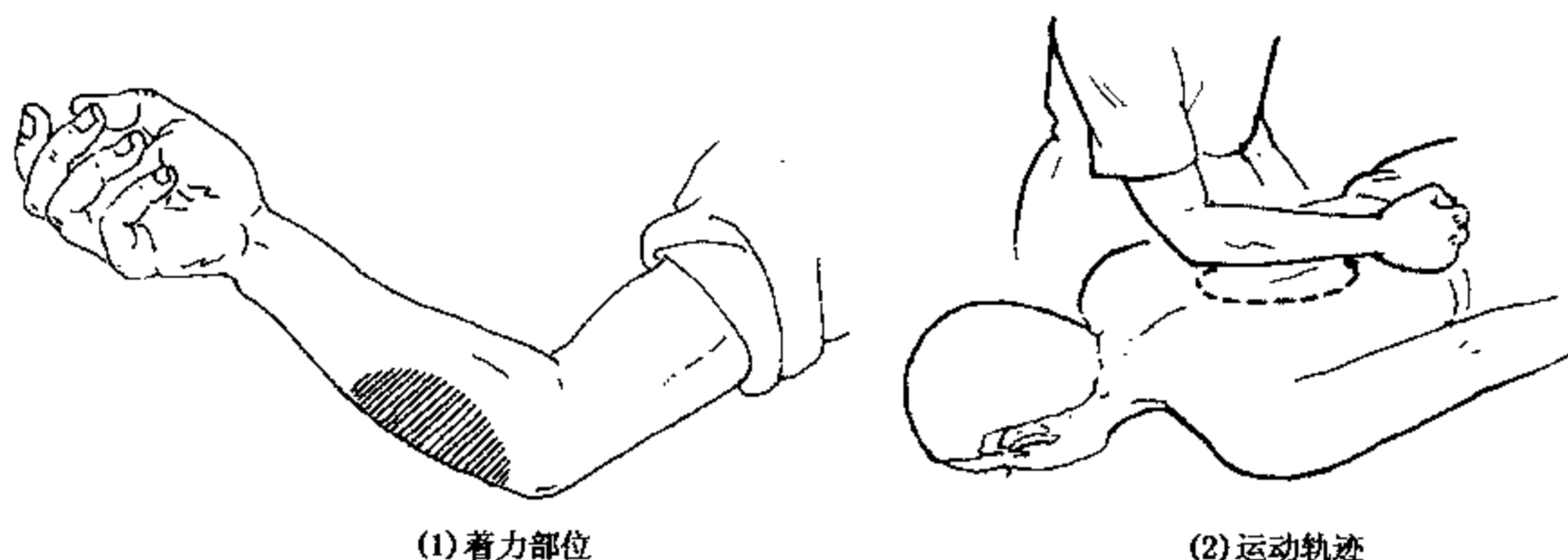


图 5-31 膊运法

#### 【操作要领】

1. 膊运法操作时，术者前臂尺侧的接触面大小，可根据治疗部位和治疗作用确定，一般以前臂尺侧肌肉丰厚处着力为宜，并要求紧贴体表移动。
2. 用力要均匀适中，频率宜稍慢，一般 100 次/分，不带动施术部位皮肤。
3. 操作时，可以配合做膊揉法。

#### 【技能训练】

本法分米袋练习和人体练习两个阶段。

**第一阶段——米袋练习** 术者站立位，米袋置于桌面上。术者屈肘 90°，前臂尺侧肌肉丰厚处着力，在米袋上，做环形的移动。双手交替练习。

**第二阶段——人体练习** 主要结合人体各部位练习。

**1. 背腰、臀部膊运法** 受术者俯卧位。术者用膊运法，在背腰部做环形移动；或沿其脊柱两侧的足太阳膀胱经，边膊运边做上下方向的直线移动，双手交替练习。

**2. 下肢部膊运法** 受术者仰卧位或俯卧位。术者用膊运法，在其大腿的前面、外侧和后面，做上下往返移动。双手交替练习。

**3. 腹部膊运法** 受术者仰卧位。术者用膊运法，在其腹部做环形摩动，下压用力稍轻。双手交替练习。

#### 【临床应用】

膊运法接触面大，作用力深透，可以借用部分身体重力下压，达到节省臂力的效果，主要适用于肩、背、腰、臀、下肢等肌肉丰厚部位，可治疗肩背肌肉酸痛、急性腰肌扭伤、慢性腰肌劳损、风湿痹痛、腰腿痛和肢体麻木、感觉迟钝、运动不利等病证，有疏通经络、活血化瘀、解痉止痛、温经散寒的功效。腹部膊运法用力稍轻，以治疗肝胃不调和、月经不

调、痛经等病证，有疏肝和胃、调经活血的作用。

## 刮 法

术者用手指或刮痧板，蘸上液体介质，在一定的穴位和治疗部位上，做单方向的直线快速推擦，以使局部皮肤充血出现紫红色痧斑、痧点的手法，称为刮法。

### 【释名】

刮法是民间刮痧疗法中的主要手法，因多使用汤匙、铜钱、角质板等工具，在皮肤表面操作，故名之为刮。小儿推拿还多以手指操作，如《保赤推拿法》：“刮者，医指挨儿皮，略加力而下也。”

### 【动作结构】

1. 预备姿势 术者取站势。沉肩，垂肘，肘关节屈曲 $90^{\circ} \sim 120^{\circ}$ ，腕部放松。指刮时，以拇指桡侧面或食、中指罗纹面，或屈食指的近侧指间关节突部或拇指指甲着力；术手握持刮痧板等器具时，须将刮板与治疗面保持 $45^{\circ} \sim 90^{\circ}$ 。

2. 动作姿势 指刮或用刮痧板刮时，均以肘关节做主动屈伸运动，带动腕关节屈伸摆动，使着力部位或刮痧板在受术皮肤上沿直线做单方向的快速推擦移动（图5-32）。

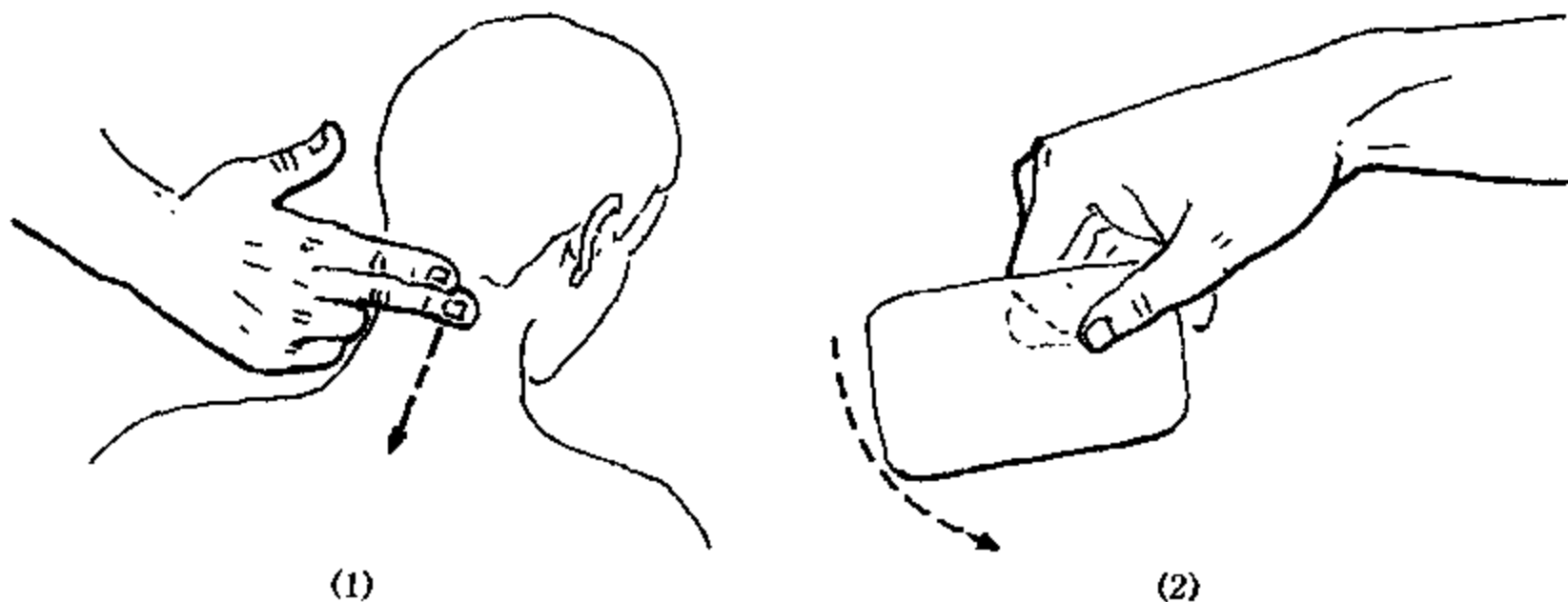


图 5-32 刮法

### 【操作要领】

1. 操作时，着力部位或刮痧板边缘，要紧贴皮肤，压力均匀，轻重适宜。
2. 局部要使用一定的推拿介质，如清水、麻油、葱姜汁、刮痧油等，以保护皮肤。
3. 刮法操作频率宜快，根据穴位和治疗部位不同，应有一定的方向性，操作时须沿直线移动，不宜歪斜。
4. 以局部皮肤充血，或出现紫红色痧斑、痧点为度，不可刮破皮肤。
5. 操作后以酒精棉球将局部擦拭干净，注意避风寒，并嘱患者1~2天内不要用碱性皂液刺激所刮部位。
6. 刮后局部皮肤出现的紫红色痧斑、痧点，称之为出痧，一般3~7天后可自行消退，也称为退痧。重复治疗时，应待局部退痧后，方可进行。

**【技能训练】**

刮法主要结合人体各部位进行练习。

1. **刮天柱骨** 小儿推拿多用，成人推拿又称开痧门。小儿或受术者坐位。术者以拇指或食、中指指面，或手持刮痧板，由其后发际正中至大椎穴，蘸一定推拿介质，如水或麻油，自上而下做刮动，至局部皮肤轻度充血或出现紫红色痧斑、痧点为宜。

2. **刮胸部** 受术者坐位。术者持刮痧板，在其云门、中府穴处，或由其华盖至膻中穴，蘸一定推拿介质后，自上而下做刮法，至局部皮肤轻度充血，或出现紫红色痧斑、痧点为宜。

3. **刮背腰部** 受术者坐位或俯卧位。术者用屈曲食指关节突起部着力或手持刮痧板，沿其脊柱两侧足太阳膀胱经线，由其大杼至肾俞穴，蘸一定推拿介质后，分别自上而下做刮法，至局部皮肤轻度充血，或出现紫红色痧斑、痧点为宜。

4. **刮肘窝、胭窝部** 受术者坐位或俯卧位。术者用拇指或持刮痧板，在其肘窝（尺泽、曲泽穴）、胭窝处（委中、委阳穴），蘸一定推拿介质后，自上而下做刮法，至局部皮肤轻度充血，或出现紫红色痧斑、痧点为宜。

**【临床应用】**

刮法为中等刺激手法，可用于颈项部、胸部、背腰部、四肢部。小儿刮天柱骨，治疗呕吐、恶心、外感发热等病证，具有降逆止呕、祛风散寒作用；成人刮胸部、刮背腰部和刮肘窝、胭窝部，治疗感冒、胸闷、恶心、呕吐、中暑、头晕、腹胀、腹泻、腹痛、晕车晕船、水土不服等病证。刮痧疗法中，与此相类似的，还有挤痧、扯痧、拧痧等，是民间治疗痧证的主要手段。

**扫散法**

术者以拇指桡侧或食、中、无名、小指指面着力，在受术者颞部沿少阳经自前向后，从上到下作来回推擦的手法，称为扫散法。

**【释名】**

扫散法为内功推拿流派的主要手法之一，因用五指指端在颞、枕部做轻快的移动，形似扫尘，并以祛散头风为主要治疗作用，故名为扫散。

**【动作结构】**

1. **预备姿势** 受术者端坐，术者面对受术者站立，沉肩，垂肘，肘关节屈曲 $90^{\circ} \sim 120^{\circ}$ ，腕部放松。用一手扶其一侧颞部，另一手用拇指桡侧面或食、中、无名、小指指端面着力于另一侧发角之头维穴。

2. **动作姿势** 以肘关节为支点，前臂做主动屈伸运动，带动腕关节摆动，使着力指从头维穴处开始，自前向向，从上到下，依次沿头维→目窗→承灵→脑空→风池一线、颌厌、悬颅→率谷→浮白→完骨一线及悬厘→角孙→头窍阴一线，做短距离来回推擦扫散，并边扫散边沿经线向向移动（图5-33）。

**【操作要领】**

1. 操作时，用力稍重，着力部位紧贴头皮，要求轻而不浮，重而不滞。向前推擦时用

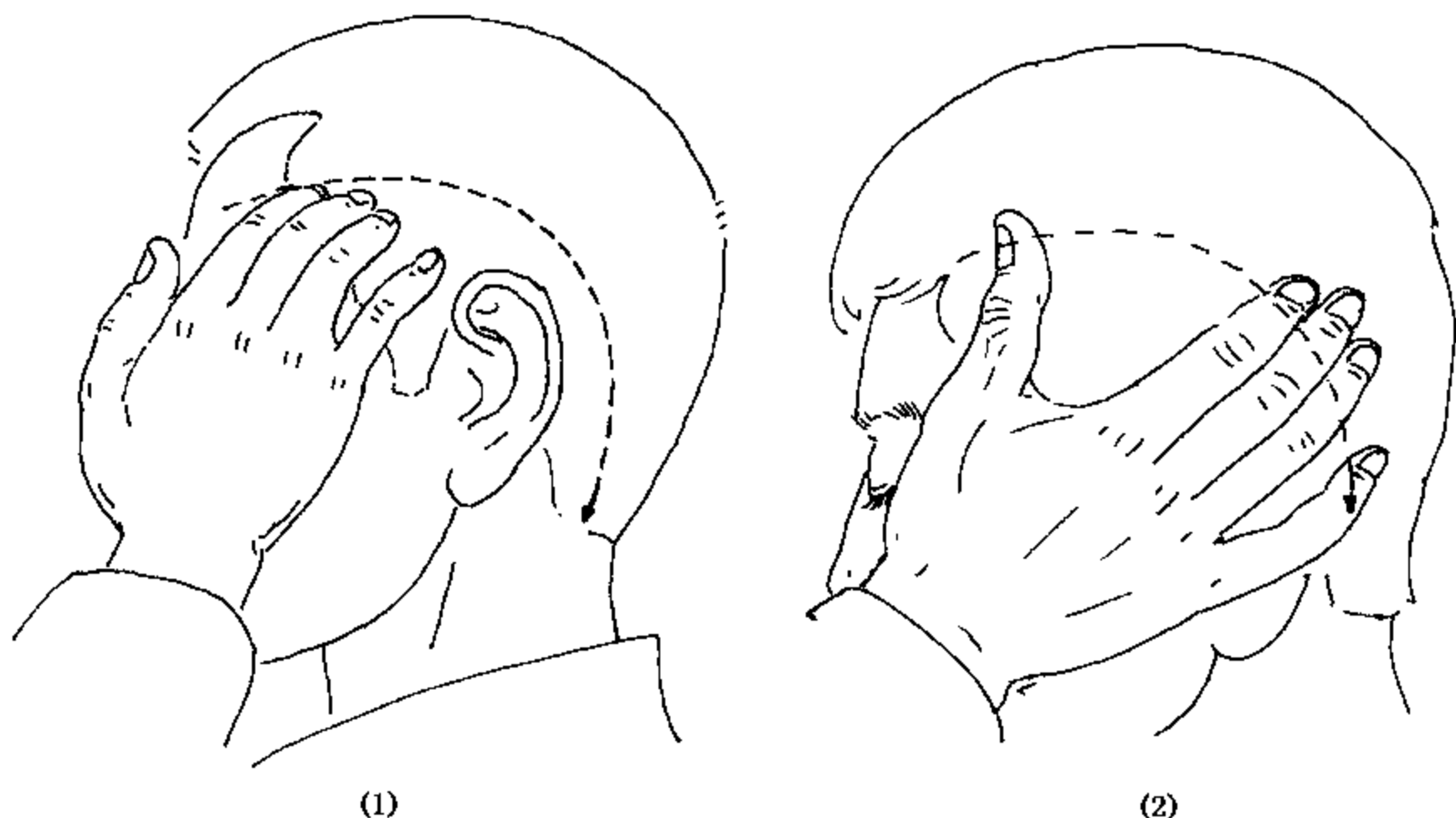


图 5-33 扫散法

力稍重，回来时则稍轻，动作灵巧流畅，上下连贯。

2. 本法施术时，要求遵循自前向后顺经操作的原则。不得自后向前逆经操作。

3. 操作时，要固定好头部，避免受术者的头部随操作而晃动，以防产生头晕不适等症状。

4. 头发较长者，手指应插入发根，紧贴头皮操作，防止牵拉头发而致疼痛。

5. 每次推擦的距离不要拉得太长，可短距离（约 3~4cm）向耳后边扫边向前行进，频率一般为 250 次/分。

6. 本法沿经线操作时，全程可用拇指桡侧操作；也可用四指指端着力操作；也可在耳前经线上用拇指桡侧面扫散，当向后移至耳后经线时，可改用四指端面着力操作。

#### 【技能训练】

本法可直接在头颞侧部位做人体练习。受术者坐位。术者面对受术者站立，以拇指桡侧或四指指端着力，在其头维开始，沿经线做轻快的弧形往返推擦扫散。两侧颞部交替练习。

#### 【临床应用】

本法是内功推拿流派的特色手法，主要用于颞部手、足少阳经线上操作，常配合五指拿法、推桥弓法，具有平肝潜阳、镇静安神、祛风散寒的作用，主要治疗头痛、偏头痛、高血压、失眠、眩晕、感冒等病证。本法在临床施用时，依据男左女右的原则操作，即对男性受术者先扫散左侧颞部经线，再操作右侧；女性则反之。

### 构抹法

术者以双手食指指面与中节的桡侧缘着力，自前向后拭擦两侧太阳穴及颞、枕部的手



法，谓拘抹法，又称拘法。

### 【释名】

拘抹法为一指禅推拿流派的辅助手法之一，其食、中指微屈形似钩状，且在颞、枕侧做推抹移动，故名之。该手法是从抹法演化而来，为抹法在头部的一种运用。

### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 受术者端坐，术者在其身后取站位。沉肩，垂肘，肘关节屈曲 $120^{\circ}$ ，腕部放松，双手张开，拇指在后按抵在其枕骨两侧，余四指在前自然屈曲，以双手食指指面略偏桡侧处着力，按放在其两侧太阳穴，中指紧靠食指或叠放在食指背面助力。

**2. 动作姿势** 操作时，先令食指指面在太阳穴上回旋抹揉3~5次，再逐渐向后上方沿少阳经做弧线推抹，至耳上方时，食指屈曲，着力面渐渐过渡到食指中节桡侧面，并继续向后推抹至枕骨两侧，与拇指合拢（图5-34）。

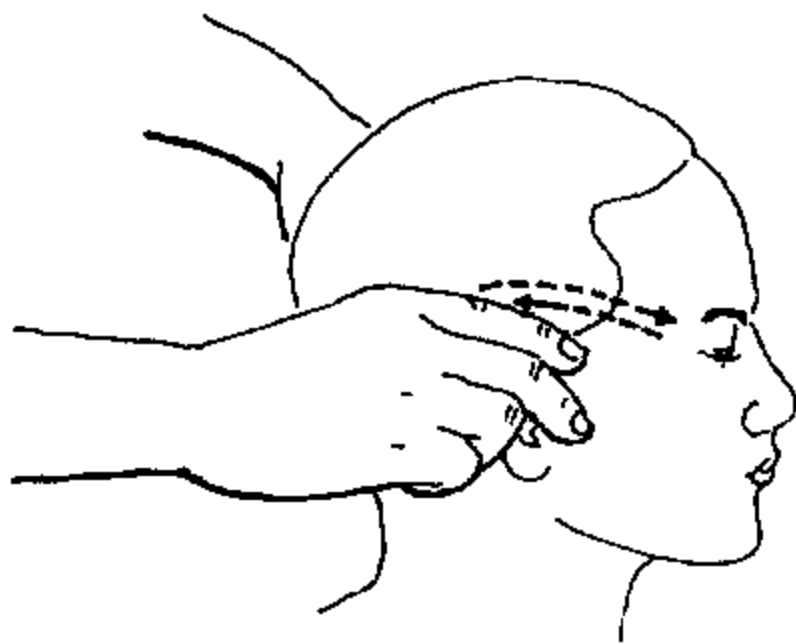


图5-34 拘抹法

### 【操作要领】

1. 操作时，食指的桡侧缘紧贴头皮，用力要缓和面着实，不宜产生疼痛。
2. 食指指面在太阳穴处时，先做运转揉抹。
3. 动作要轻快柔和，着力面过渡的动作要自然连续，中间不要停顿，每次治疗拘抹3~5次即可。

### 【技能训练】

本法可直接在头颞部做人体练习，受术者坐位。术者站立于其身后，按动作结构的要求反复练习本法。

### 【临床应用】

拘抹法刺激较为柔和，为一指禅推拿用于双侧颞部少阳经的特效手法，由抹法与指推法与指揉法演化而成。具有平肝潜阳、醒脑明目、清眩止痛作用，主治头痛、头昏、头胀、头晕、失眠、心烦、耳鸣、高血压等病证。

## 托摩法

五指并拢，以小指及小鱼际尺侧着力，在腹部沿逆时针方向摩动并顺势将下垂之胃腑上托的手法，称为托摩法，又称托法。

### 【释名】

托，指用手掌承举的动作，含有向上兜提下垂之物的意思。本法操作时，在腹部用手掌自下而上边摩边缓缓向上兜托下垂之脏器，故名托摩法。

### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 受术者仰卧，术者于其体侧取坐位，术手五指并拢，掌指关节及指间关

节微屈，使掌心略内凹。

**2. 动作姿势** 先在受术者腹部触诊，当触及下垂之胃大弯轮廓后，以小指及小鱼际尺侧缘紧贴在胃大弯底部，余指顺势兜托住腹部，令受术者深呼吸，当呼气过程中，膈肌缓缓上移，术手随之沿逆时针方向自左下至左上用力摩动，将胃脘向上托起（图 5-35）。继而自右上向右下方用虚力轻摩。如此，左上半周用实力托摩，右下半周用虚力轻摩，周而复始。

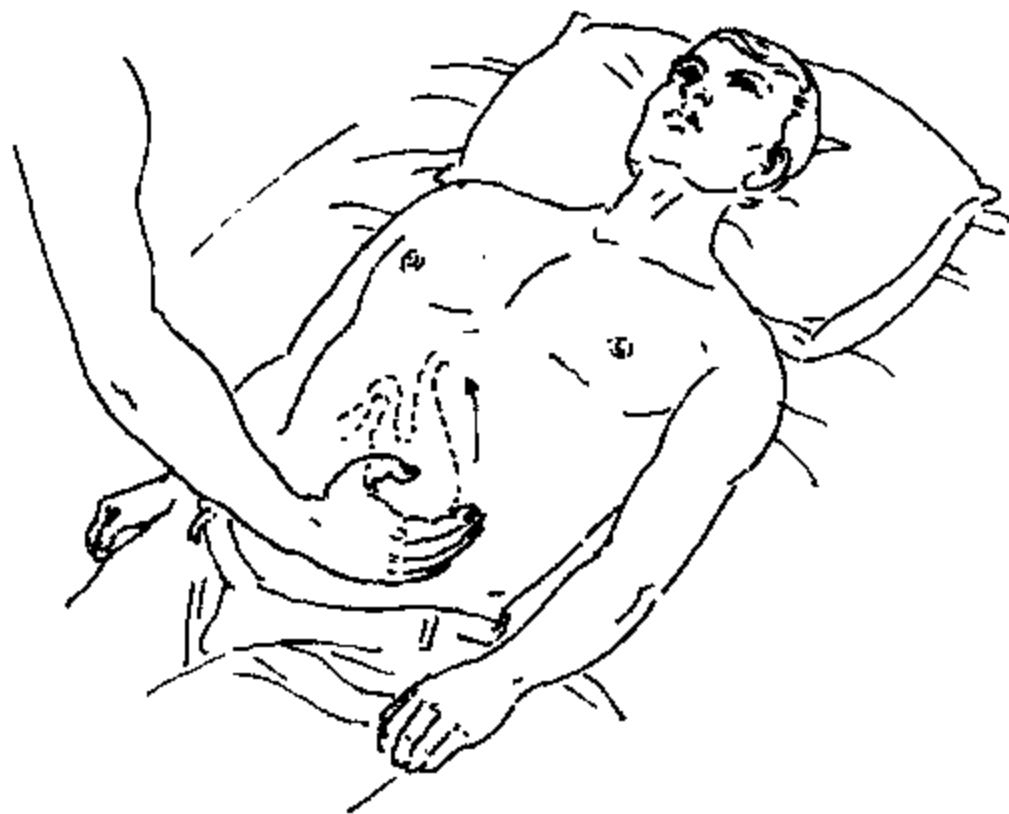


图 5-35 托摩法

#### 【操作要领】

1. 本法施术时必须配合受术者呼气动作进行，呼气时手顺势向上腹托摩。

2. 至胃大弯底部时，宜稍用力下压腹部向上托摩，待摩至上腹部时用力宜轻，不要用力下压。

3. 本法施术频率不宜太快，一般 10~20 次/分。

4. 本法一般在餐后 2 小时再施术，防止胃气上逆而导致恶心、呕吐。

#### 【技能训练】

本法一般可先由学员在自己腹部练习操作，可先练摩法，至下腹部时顺势以术手掌指尺侧缘着力，全指略离开治疗面，如水瓢向上舀水之状，沿逆时针方向托摩。学员也可相互按动作结构的要求练习本法。

#### 【临床应用】

托摩法主要用于腹部，具有升提胃腑、健脾和胃等功效，是临床治疗胃下垂的主要手法。配合插法、一指禅推法、振法、揉法等，可治疗脾胃虚弱、中气下陷所致的脘腹坠胀食后益甚、大便溏薄、气虚乏力、体质羸弱等病证。

## 搔 法

术者用手指端面在头部，做轻柔的抓抚摩擦的手法，称为搔法。

#### 【释名】

搔 (sāo)，用指甲轻刮、抓挠之意。本法是施术于头部的专用手法，其状如搔首，故名。

#### 【动作结构】

1. 预备姿势 肩部放松，肘关节屈曲 120°，腕部放松微掌屈，五指自然屈曲并略分开，以单手或双手手指的指端着力，轻放于头部施术部位上。

**2. 动作姿势** 以掌指关节和指间关节做主动屈伸,使其手指面在头部做小幅度的快速而有节律的抓抚摩擦动作(图5-36),自前而后反复操作。

**【操作要领】**

1. 操作时,以五指指端着力,不宜用指甲抓挠,用力宜轻柔缓和,不可揪扯头发引起不适感。

2. 动作轻快灵活而有节律性,掌指关节和指间关节屈伸幅度小。

3. 可在整个头部搔抓,可按一定顺序自前向后,或两手对称操作,也可沿头部经络外行线循经操作,并做前后、上下方向移动。

**【技能训练】**

**1. 第一阶段——米袋练习** 学员站立位或坐位,米袋置于桌面上。学员用五指指端着力,在米袋上做轻柔搔抓并移动。双手交替或同时练习。

**2. 第二阶段——人体练习** 在头部练习,受术者坐位或卧位。术者以单手或双手的手指指端着力,在其整个头部,做轻柔搔抓,并循前后、上下方向移动。

**【临床应用】**

本法轻柔舒适,适用于头部,具有健脑安神、祛风通络的作用,治疗头痛、头晕、失眠等病证。而且也是头部保健按摩的常用手法。



图5-36 搔法

**(三) 振动类手法**

能使治疗部位产生振动效应的一类手法动作,称为振动类手法。包括振法与抖法。

**抖 法**

用双手握住患者的上肢或下肢远端,用力做连续的小幅度的上下颤动的手法,称为抖法。本法有握手抖法、握腕抖法、抖下肢法与抖腰法四种。

**【释名】**

抖,抖擻、振动、颤动之同义词。又可转释为振作、奋发。抖法是主要适用于四肢(四末)的常用辅助手法。《灵枢·动输》:“夫四末阴阳之会者,此气之大络也。”本法使四肢筋、脉产生由远及近的小幅、快速颤动,使四末之气血顺畅,筋肉舒展,以取荣四末而调阴阳之功也。

**【动作结构】**

**1. 握腕抖法**

(1) 预备姿势:受术者取坐位,术者站在其侧前方,双手拇指在上并拢,四指在下握住

其腕关节 [图 5-37 (1)]。

(2) 动作姿势：操作时轻轻用力将患肢拉直，掌面向下，并牵引至前伸 15°，同时外展 45°左右的位置，再小幅快速地上下抖动上肢 [图 5-37 (2)]。

### 2. 握手抖法

(1) 预备姿势：受术者正坐，术者站在其侧后方，一手扶其肩，一手握其手，使其患肢掌面向外。

(2) 动作姿势：操作时轻轻将其牵拉至向前外侧位置，再用握手的手小幅快速地前后抖动上肢 [图 5-37 (3)]。

### 3. 抖下肢

(1) 预备姿势：受术者仰卧，术者站在其足侧，用双手握住其患肢小腿下端。

(2) 动作姿势：操作时先将其牵引至自然伸直并抬高床面约 30°处，再小幅快速地上下抖动 [图 5-37 (4)]。

### 4. 抖腰法 又称腰部抖拉法。

(1) 预备姿势：受术者俯卧，术者站在其足侧，用双手握其双下肢小腿下端。

(2) 动作姿势：操作时先用力将其双下肢拉直，再将其提起、放下数次，上提度数一次高于一次，最后将其腰腹快速抬高床面，再用大力抖拉下肢。

#### 【操作要领】

1. 操作时动作要连续、轻松，固定患肢的双手不要捏得太紧，否则使动作滞涩。
2. 被抖动的肢体要自然伸直、放松，使其处于充分放松状态，不要将抖动的肢体牵拉得太紧。
3. 颤动的幅度要由大而小，频率要快。
4. 术者呼吸自然，不能屏气。

#### 【技能训练】

1. 第一阶段——基础功法 重点练习韦驮献杵势之童子拜佛势、摘星换斗势。

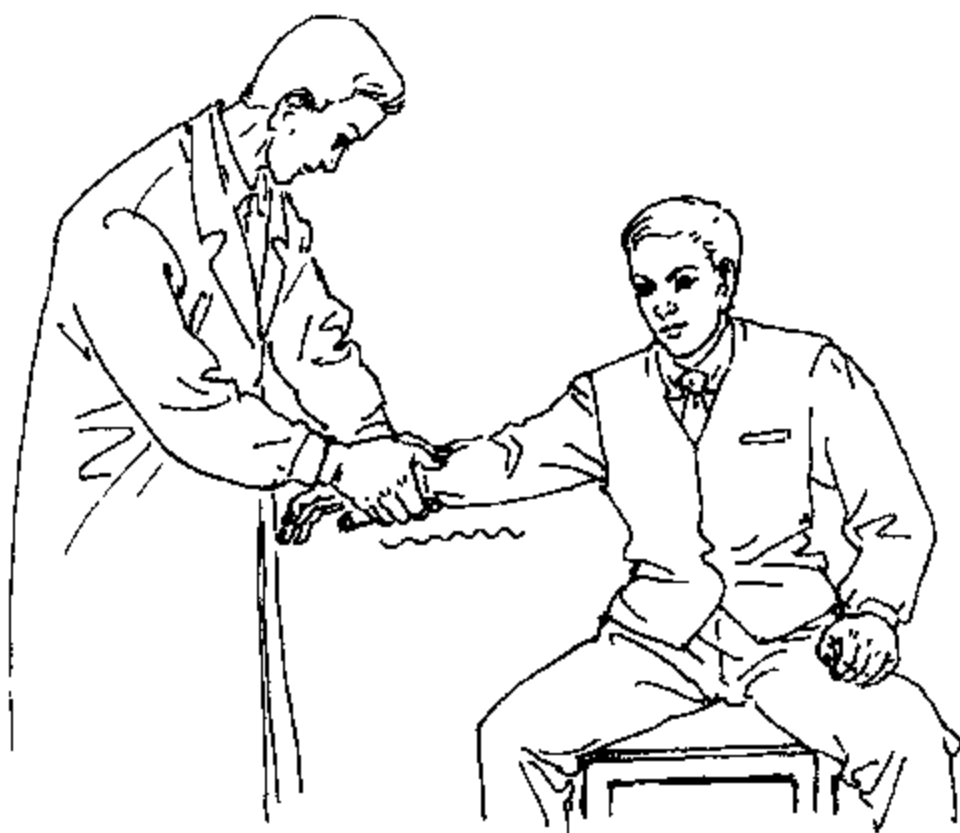
2. 第二阶段——人体练习 按本法动作结构的要求反复练习上肢与下肢的各式抖法动作。练习的要领：一是抖动的方向要掌握好；二是本法起势时抖动幅度要稍大、频率要稍慢，待受术肢体放松后，再渐渐地幅度由大到小，频率由缓到快，形成抖法独有的技术特征。抖腰法练习时，一是要注意如果学员自身的体力小，估计不能完成此动作时，不要勉强，待培养好体力后再练；二是要注意练习时，用力不可过猛，以免造成损伤。

#### 【临床应用】

本法主要用于四肢，常在搓法之后使用，作为治疗的结束手法，具有调和气血、放松肌肉与理顺组织的作用。也可用于腰部，主要用于治疗腰椎间盘突出症，能拉宽椎间隙，促使突出的髓核还纳，松解突出物与神经根粘连，以缓解或解除对神经根的压迫，用抖法抖动肢体，每次操作十几次；抖拉腰椎时，每次治疗做 3~4 次即可。



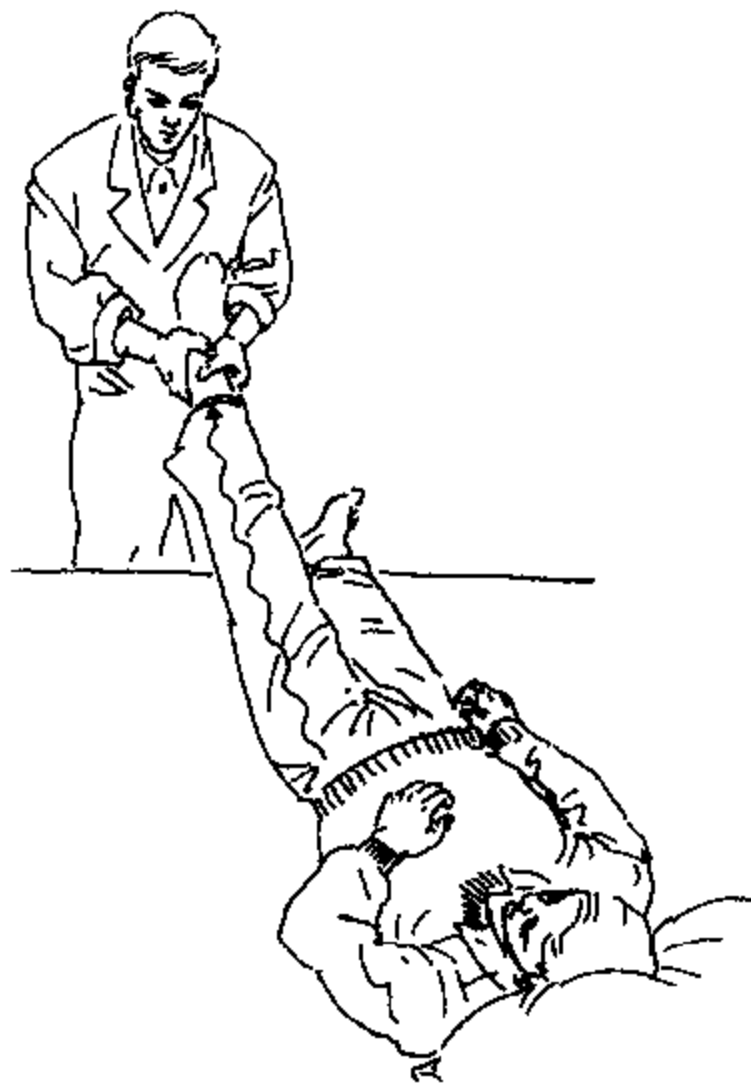
(1) 握腕姿势



(2) 握腕抖法



(3) 握手抖法



(4) 抖下肢

图 5-37 抖法

## 颤 法

术者用单掌或双掌叠起按放在受术部位，有意识地主动用力做反复快速小幅的压放动作谓颤法，又称掌颤法。

### 【释名】

颤，音 chàn，振动、抖动之义。本法操作时，术手在治疗部位所做的主动颤动或颤悠动作，可使受术者躯体产生被动的振动或晃动的效应，故名颤法。颤又音 zhàn，此时音义通战，如颤（战）栗，主要是指因寒冷或恐惧而身体发抖的样子。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者仰卧，术者站在其腰腹一侧，用单掌或双掌一上一下叠起后，用下掌劳宫穴对准受术穴位，如中脘，或脐中，或气海、关元，或丹田穴处。

2. 动作姿势 操作时，术者有意识地主动用力，做反复快速小幅度的一压一放动作，使受术部位持续振颤。

### 【操作要领】

1. 本法是术者有意识地主动用力振颤患处，振幅与压力不宜过大，以免引起腹部过度受压而发生疼痛欲吐的不适反应。

2. 动作时，术者肘关节屈曲  $120^{\circ} \sim 140^{\circ}$ ，用肘关节的节律性小幅度屈伸带动手掌产生颤动动作。不要将肘伸直，用手腕主动发力，容易导致疲劳。

3. 本法可用实掌，也可用虚掌按压受术穴点。

### 【技能训练】

1. 第一阶段——基础功法 重点选练易筋经第一势之环拱抱球式。

2. 第二阶段——人体练习 选择在中脘穴，或脐中穴上反复练习单掌颤法或双掌叠颤法。

### 【临床应用】

本法较振法颤动的幅度大而频率低，刺激温和而舒适，主要用于腹部。具有温中、散寒、止痛、调理脾胃的功效，主要用于治疗寒性腹痛、胃脘胀满、消化不良、食欲不振、便秘、痛经、胃肠功能紊乱等病证。

## 振 法

以中指端或手掌为着力点，用前臂伸、屈肌群小幅度、快速地交替收缩所产生的轻柔振颤，持续地作用于治疗部位的手法，称为振法或振颤法。其中，以其着力部位不同可分为中指振法与掌振法。

### 【释名】

振，有摇动、抖动、震动、挥动、奋起、兴起等义。振，通“震”，如震荡、震颤；亦通“整”，如整治、整顿、整理等。振法是“运气”按摩术的主治手法。本法是术者在一定的功法状态下，术手在人体治疗部位上沿一定方向并经过其平衡位置所做的周期性往复运动。

## 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者仰卧位，术者取坐位，髋膝屈曲 $90^{\circ}$ ，双足分开与肩等宽；受术者取坐位，术者在其左后侧取站位，双足分开与肩等宽，足掌踏实，两膈空松，上身正直，含胸拔背，头如顶物，项肩及全身放松，使身体的重心落在臀部或双足的支撑面内。

2. 动作姿势 操作时，肩关节外展约 $30^{\circ}$ ，上肢肌肉放松并向前外方自然伸出 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 左右，前臂呈旋前位，掌面朝下。将中指或手掌自然地按放在治疗部位上，不要主动加压支撑。肘关节屈曲 $90^{\circ} \sim 100^{\circ}$ ，自然下垂。掌振时，手掌与治疗部位贴平，以掌心之劳宫穴与治疗部位之主穴对准，肘略高于腕〔图5-38(1)〕；指振时，中指伸直，掌指关节屈曲 $100^{\circ}$ 左右，指端与治疗部位垂直，放置于穴点上，腕关节略屈，或自然下垂屈曲 $90^{\circ} \sim 100^{\circ}$ 〔图5-38(2)〕。动作时，将手与人体接触的部位视作一个运动的质点，其振动的原动力源于前臂的腕屈肌群与腕伸肌群快速持续地交替收缩与放松所产生手的来回振颤运动。整个动作可分为以下两个阶段：

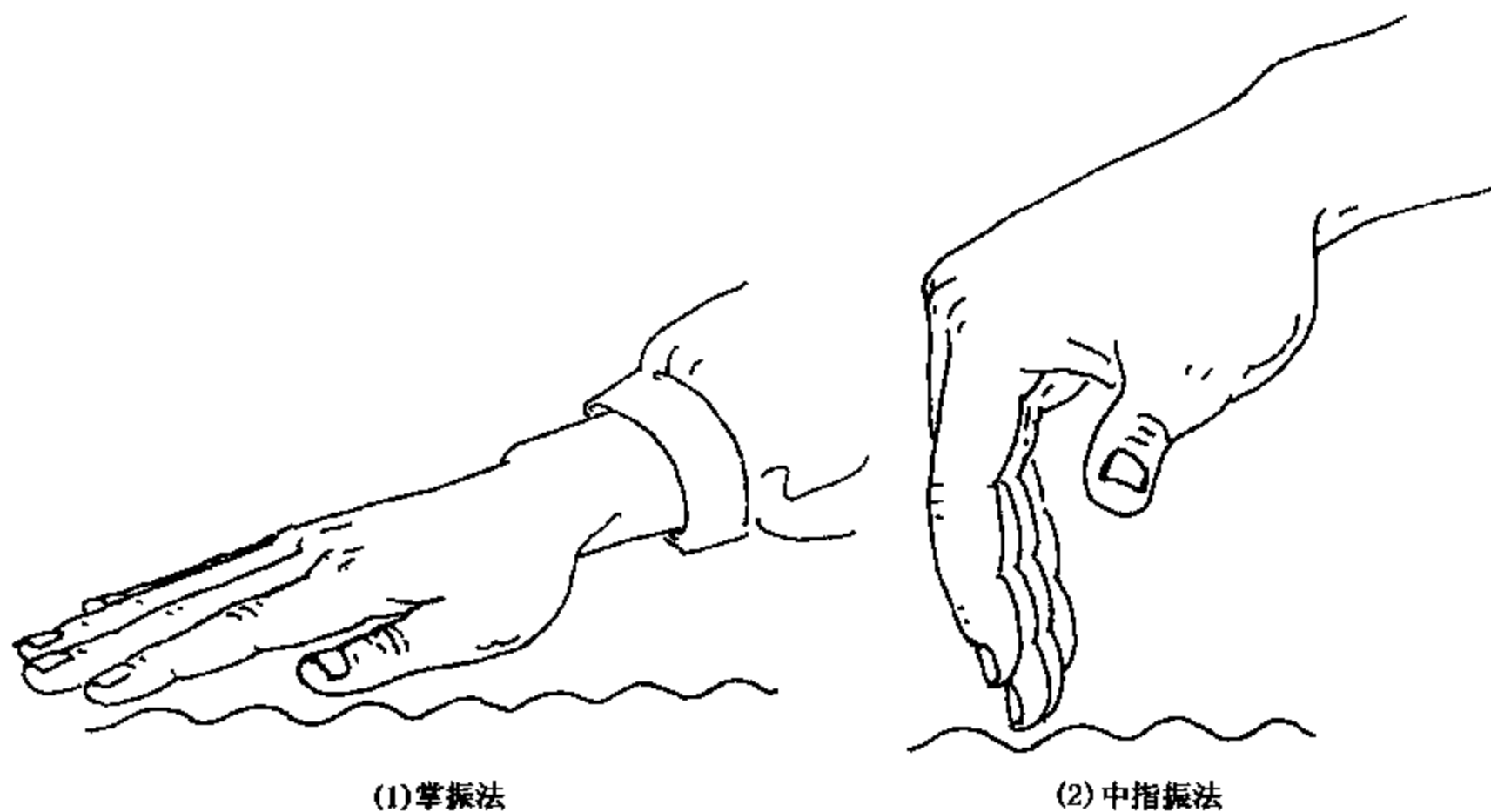


图5-38 振法

(1) 振动的加力阶段：在预备姿势下，首先是前臂腕屈肌群做短促的向心收缩，使手产生一个幅度很小的屈曲运动，由此向受术者被压的体表部位或穴点发出一个瞬间的轻微的下按作用力，并使该局部的组织发生形变，因而完成了振动的加力刺激。

(2) 振动的回复阶段：当上一阶段的动作完成，腕屈肌群随即放松，接着，腕伸肌群立即发生一个短促的向心收缩，使手的运动方向很快地向伸腕方向逆转。此时由于对刺激部位的作用力减弱及组织自身的弹性回复力的作用，组织的变形回复至平衡位置〔图5-39(1)〕。

振法时，由于在一定的时间内，前臂的屈肌与伸肌连续交替占优势，使手的屈、伸动作在每

一次短促的振动终了时,迅速发生逆转,于是产生了振动。根据振法的动作结构及其产生的动力型式可分为平直型振法与起伏型振法两种。当术手振动时,上肢的按压力量保持稳定,为平直型振法;如果同时伴有规则的节律性按压动作的,则为起伏型振法[图5-39(2)(3)]。

### 【操作要领】

1. 振动频率约为8~11次/秒。

2. 本法在操作过程中,术者要精神集中,呼吸调匀,气沉丹田,并用意念将气从丹田提起,沿术手内侧运引至掌中劳宫穴或中指端,做到以意引气、以气生力、以力发振。切不可闭气,用强力“硬屏”而发振,这样不但手法不能持久,而且久之必损正气造成自伤[图5-39(4)]。

3. 本法需要长期训练方能运用自如。技能娴熟者,一次发功可持续振颤半小时乃至更长也能轻松自如。

### 【技能训练】

#### 1. 第一阶段——基本功法

(1) 重点练习韦驮献杵势之环拱抱球势,掌握好丹田开合、贯气、运气等各个环节的意念调控与技术动作的操作要领。

(2) 两上肢或主力侧上肢做抖臂与甩腕练习。

①抖臂练习:学员取易筋经站势,两上肢自然下垂,拇指向前,手背向外,手掌向内,与股外侧相对,肌肉放松,意念、呼吸及身姿进入功法状态。稍站片刻后,双上肢或一主力上肢缓缓发力做内外方向的摆动,幅度由大渐小,频率先慢渐快,动作由摆动渐渐变为抖动,每次练习持续30秒~1分钟。

②甩腕练习:学员取易筋经站势,双上肢或主力上肢向前伸出,肩、肘、前臂与环拱抱球势相同,腕关节自然伸直,掌心向下,五指呈自由散手状。待全身进入功法状态后,用意念使手腕先缓缓发力,做上下伸、屈晃动,幅度由大渐小,频率先慢渐快,动作由有意识的上下颤动渐渐成为一种自动化的小幅度快频率的振动。以上动作从自觉发动至达到自动化状态,需经反复、长期的锻炼方能完成。

#### 2. 第二阶段——人体练习

(1) 受术者正坐,术者位于其侧前方,取其百会、大椎等穴练习中指振法。

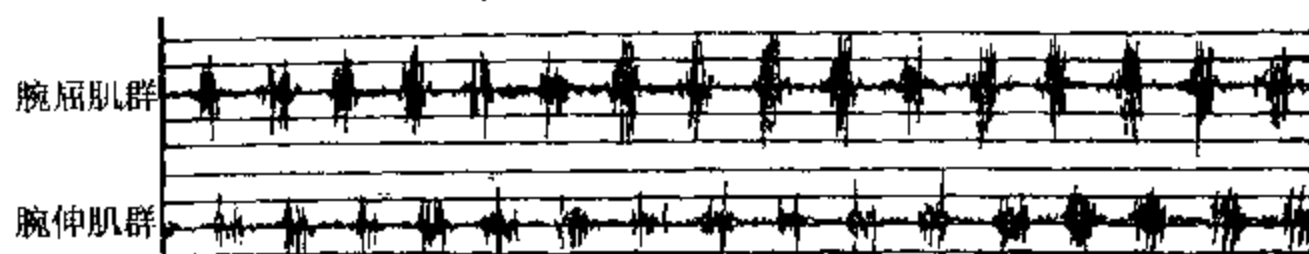
(2) 受术者俯卧,术者坐在其右侧,取其中脘、脐中或丹田穴练习掌振法。

### 【名医经验及现代研究】

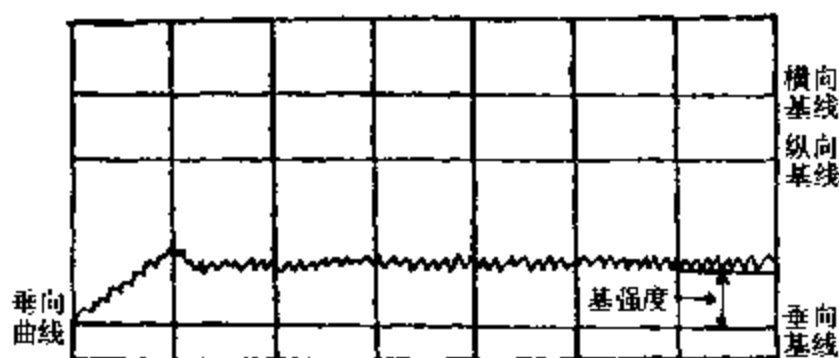
本法的动作类型,据[美]菲利普·J·拉希《运动学和应用解剖学》,属人体整体动作类型中的“振荡动作”。其特点是:一对对抗肌群之间的收缩交替地占优势,因而动作在每一次短促的振动终了后,迅速地逆转。而这种交替动作的最大速度或频率除取决于运动环节的惯量及起作用的肌肉力量外,主要依赖于运动的训练。据研究,人体腕指动作的“最快振荡频率”分别为10~11次/秒与8~9次/秒。

应用“TDL-I型推拿手法力学信息测录系统”对振法实测,所得振法动态曲线图(图5-39)示:垂向力曲线在手法基本作用力下,从基线上行并与之平行。手法波呈规则之锯齿状,频率在11次/秒,而纵向曲线与横向曲线与基线重合,说明振法对人体所产生的是一种单一的垂直方向的振动刺激。另据实验数据统计,振法的振动频率因人而异,大约在8~

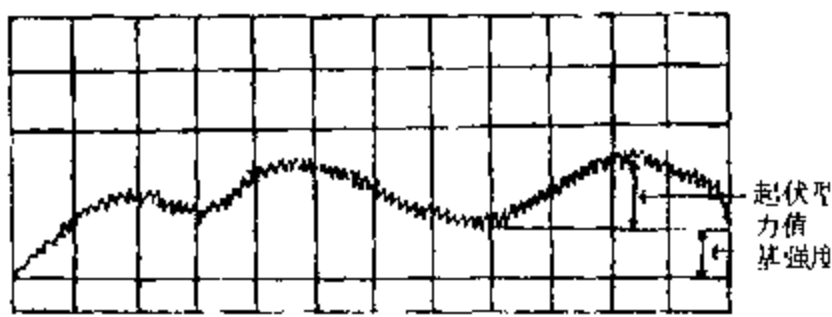




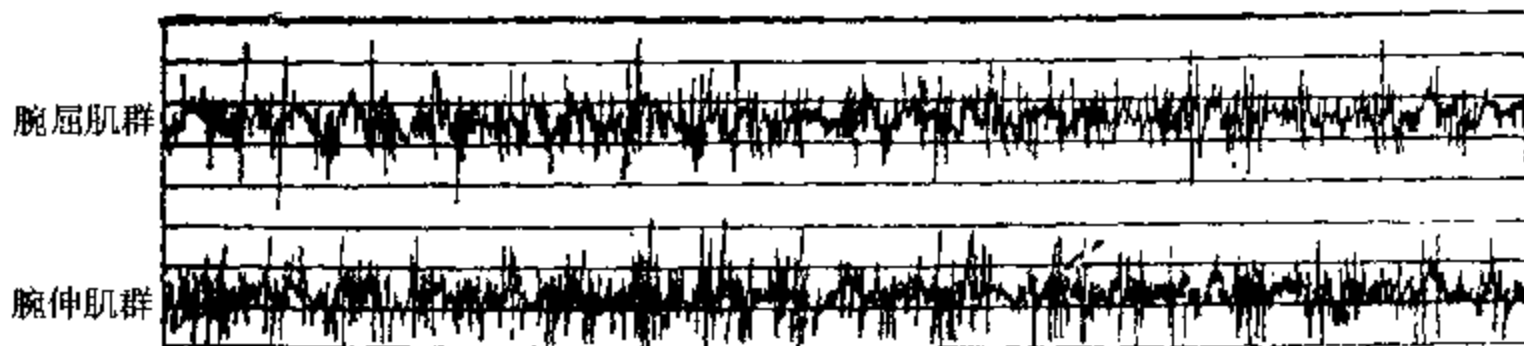
(1)同步记录的平直型振法动作肌电图



(2)平直型振法动态曲线图



(3)起伏型振法动态曲线图



(4)用强力“硬屏”振颤时前臂伸屈肌群之干扰相肌电图

图 5-39 振法动态曲线图及动作肌电图

11次/秒之间。

【临床应用】

本法可用于全身各部经穴，尤其适用于头面部与胸腹部。具有镇静安神、明目益智、温中理气、消积导滞、调节肠胃蠕动等功能，对失眠、健忘、焦虑、植物神经功能紊乱、胃肠功能失调、运动员赛前紧张等有显效。

(四) 按压类手法

用指、掌或肢体其他部位在治疗部位上做反复抑压或对称性挤压体表的手法，称按压类手法。

按压类手法是最早应用于推拿治疗的手法之一。推拿古称按摩，按跷即源于此。此类手法操作可分为垂直用力和对称性用力两大部分。垂直用力时使刺激缓缓透达体内，其作用浅至肌表，深达脏腑，主要包括按法、点法、掐法、弹拨法、弹筋法、抵法、插法等，其代表手法为按法，其他手法皆由此衍化或发展而来。

对称性用力时刺激柔和而深透，舒适自然，主要包括拿法、捏法、捻法、握法、挤法、揪法、勒法等，其代表手法为捏法，其他手法多为拿法衍化或发展而来。

## 按 法

以指、掌或肘尖着力，先轻渐重，由浅而深地反复按压治疗部位的手法称按法，又称抑法。根据其着力部位不同，可分为拇指按法、中指按法、掌根按法、掌按法与肘按法等。

### 【释名】

按，通案，如古之案扞、案摩，亦通按。其义《说文》：“下也”，《广韵》：“抑也”，《尔雅·释诂》：“止也”。据此，《厘正按摩要术》将本法释之谓：“按字，从手从安，以手探穴而安于其上也。”又云：“按而留之者，以按之不动也。”《医宗金鉴·正骨心法要旨》曰：“按者，谓以手往下抑之也。”按是最基本的人体动作之一，故作为一种治疗手法，按法的产生年代最早，应用范围也最广，并由此演化出点、掐、拿、压等一大类按压类手法。

### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 受术者视需要取卧位或坐位，术者取坐位或站位。指按时，以拇指或中指指端或指面着力；双拇指叠按时，一拇指指面在下按放在治疗穴点上着力，另一手拇指重叠按放在其指背上助力。掌根按时，术手腕关节背伸，以突起之掌根部着力；单掌按时，掌心对准主治穴点，以全掌着力；双掌叠按时，一手掌在下按放在治疗部位着力，另一手掌在上按放在其背侧助力，双掌呈相叠之势。肘按时，术手屈肘至功能位，用肘尖在治疗部位上着力。

**2. 动作姿势** 操作时，术者分别以各着力面为支撑点，由浅而深，先轻渐重，缓缓向下用力，至一定深度令受术穴下产生轻或中等强度得气感后，术手在原处稍作停留（即所谓按而留之）约3~10秒钟左右，然后，再慢慢抬手至起始的位置。如此反复操作（图5-40）。

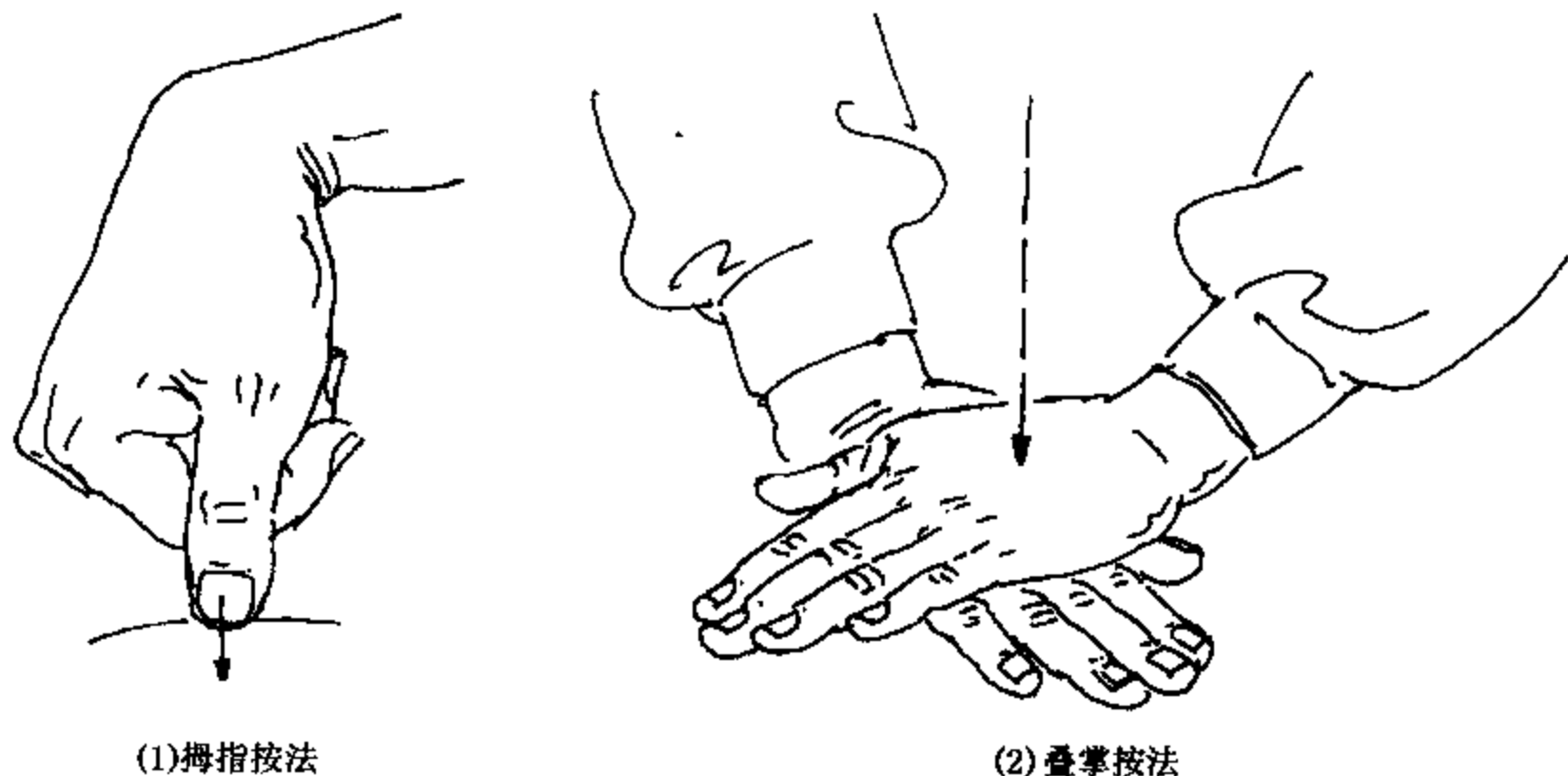


图 5-40 按法

其中，双掌叠按法当用在胸、腰及腰骶部整复其后弓畸形时，在下之着力掌用掌根部按抵在受术棘突上，先双掌向下做小幅度的快速按压，使之产生颤动，待确认其全身放松后，再用“寸劲”快速向下按压一次，旋即抬手。每次治疗可如此反复2~3次。此次又称为擅法。

### 【操作要领】

1. 实用时需根据受术部位及受术者个人体质的强弱与耐痛的程度而辨证选择各种按法。其中指按法较轻，掌按法用于腹部，掌根按法用于面积较大，肌肉较丰厚的部位，肘按法与双拇指叠按法用于深层组织，双掌叠按法或擅法用于整脊。

2. 按压的方向应与治疗面相垂直。

3. 用力要沉稳着实，由轻到重，由浅而深。不可突施暴力猛然按压。

4. 双手按压时可借助自身重力来施加压力，即利用外力替代原则，手或臂无需主动用力，故作用力强而省力。

### 【技能训练】

1. 第一阶段——基本功法 重点练习易筋经卧虎扑食势，先以全掌着力，逐渐过渡至三指着力，以增加前臂支撑力及指力。

2. 第二阶段——人体练习 按法主要采用人体练习，可选择：①百会、颊车、肩井、肩髃、曲池、合谷、肾俞、环跳、殷门、足三里等穴练习指按法、掌根按法、肘按法；②中腕、神阙、关元穴练习掌按法；③腰骶关节练习双掌叠按法、擅法。

### 【临床应用】

本法具有开通闭塞、解痉止痛、舒筋活血、蠲痹通络、壮筋养肌、温阳解表、理筋整骨及矫正脊柱畸形的作用。其中指按法施术面积小，压强大，适用于全身各部的经穴及痛点，“以指代针”发挥针刺样的治疗作用，又有“指针法”之称，一般临床上以拇指按法为常用。治疗范围较广，对软组织损伤、各种退行性病变以及内、妇、五官科等疾病均可用此法辨证取穴进行治疗。掌按法适用于面积大而又较为平坦的部位，如腰背部、臀部、腹部等。在背部使用时，以掌根着力，或用叠掌按压，按压力量较大，按压到一定深度可做缓缓揉动，并循着肌纤维方向慢慢移动；在腹部应用时，以全掌着力，按压的力量不能太大，同时手掌要随着患者的呼吸而起伏。掌按法临床常配合治疗急慢性腰背肌纤维炎、脊柱生理曲度变直或后弓畸形、腹痛等病证，用力不能太大，以患者能耐受为度。本法常与揉法复合成按揉法，有显著的临床实用价值。

## 点 法

以指峰或食、中指近侧指间关节突起部或肘尖部着力，用重力按压人体深层组织的手法，谓点法，又称按点法。其中按其着力部位不同，可分别称为拇指点法、中指点法、指节点法和肘点法（图5-41）。若中指或四指自然屈曲成钩形，以其指端由后向前按点经穴的手法又可称为钩点法。使用木拐点穴的称器械点法或木拐点法。

### 【释名】

点，作名词时，意为细小的痕迹，如斑点，做动词时，又有中（zòng）如中的、着

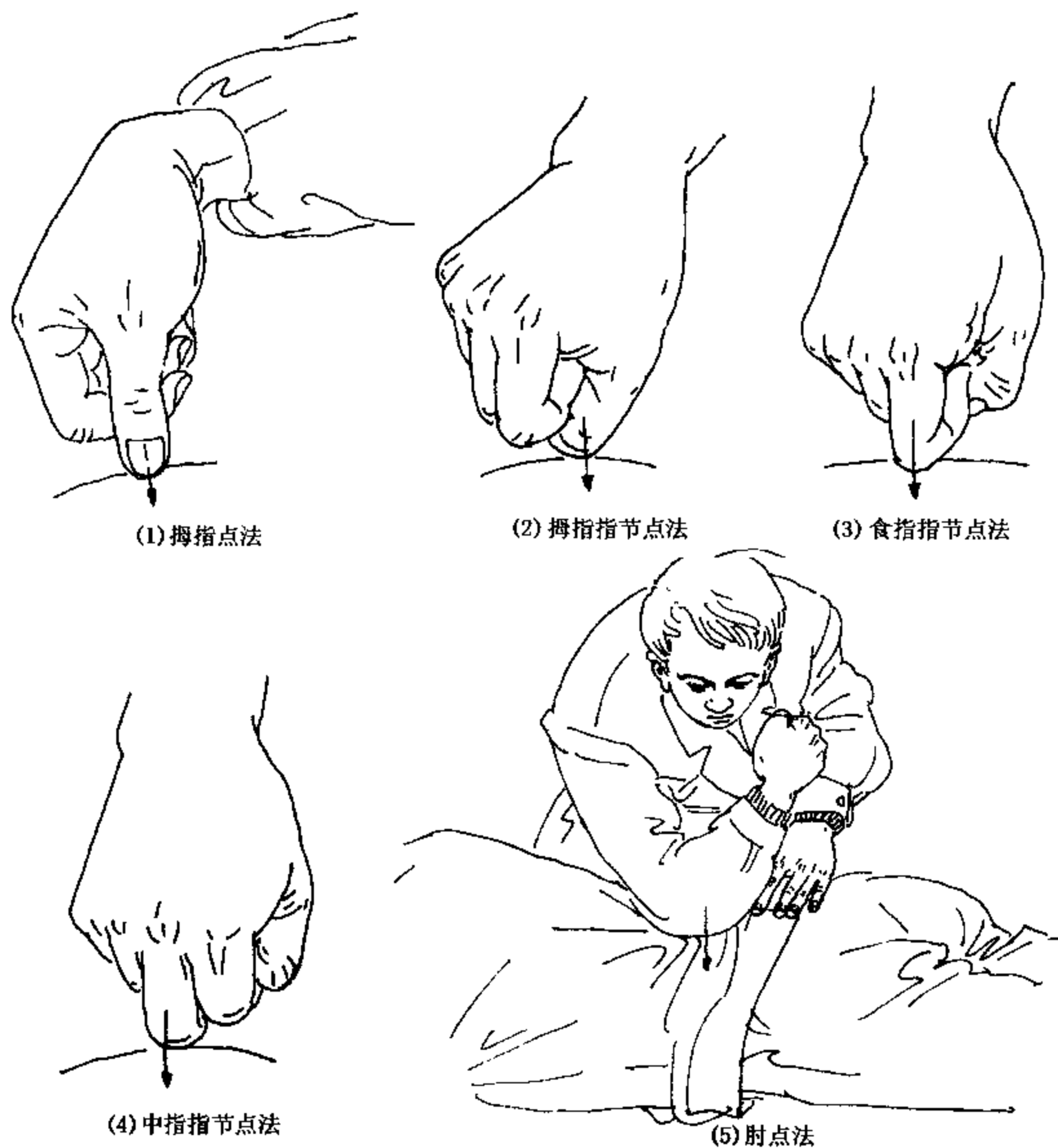


图 5-41 点法

(zhuó) 如着力之义。作为推拿手法，早在明《保生秘要》中即有“一指点”之名。点法从按法出，是一种做点状着力的重按法，故有“重按为点”之说。《韩氏医通》还记载有用木拐按节的方法，以加强按点的力度。

#### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 受术者根据需要取卧位或坐位，但令受术部位放松，不要紧张。术者取坐位或站位。拇指点时，腕关节伸直或屈  $60^{\circ} \sim 90^{\circ}$ ，拇指伸直，四指握拳，拇指内侧紧贴于食指桡侧并用力捏紧，以拇指端着力于治疗穴点 [图 5-41 (1)]；中指点时，腕关节同前，中指伸直，拇、食、无名三指分别用力紧抵在其远侧指间关节四周，以中指指端着力在治疗

穴点；拇指指节点时，术手握成基本拳势，前臂旋前，拳尖向上，以拇指指间关节背侧突起处着力〔图5-41（2）〕；食指或中指指节点时，术手握拳，食、中指掌指关节略伸，并用其两旁手指将其指端夹紧，以其近侧指间关节背侧突起部着力〔图5-41（3）（4）〕；肘点时，术手肘关节屈曲至功能位，以其肘尖部着力〔图5-41（5）〕。

**2. 动作姿势** 操作时，术者分别以各着力点为支撑点，先轻渐重，由浅而深地缓缓向下用力，至相当深度，令受术穴下产生强烈的得气感后，术手在原处稍作停留，或加以小幅回转揉动，约5~10秒钟。然后，再慢慢抬起术手至起始位置。如此反复，每次治疗按点3~5次。

另外，将中指或四指屈曲成钩形，用其端面着力，自后向前或从下向上用力按点治疗穴点的手法，又称为钩点法。

### 【操作要领】

1. 点压的方向宜与受术部位相垂直，以使手法力传递到位，以免导致点压时着力部位在治疗面上滑动拖擦而造成损伤。

2. 用力要由轻到重，刺激由浅入深，再由深而浅，反复操作，使压力充分向下传递至组织深部。

3. 刺激量要在患者能耐受的范围内进行，不可暴力下压，也不可突然收力，以得气为度。

### 【技能训练】

#### 1. 第一阶段——基础功法

(1) 重点练习卧虎扑食势、蜈蚣跳（见击点法技能训练）。

(2) 练习各式点法术势的握法，并在米袋上以中圈圆心为支撑点，反复练习各式点法之规范动作。

#### 2. 第二阶段——人体练习

(1) 大肠俞、环中穴、居髎穴、环跳穴练习指点法、指节点法和肘点法。

(2) 在受术者仰卧位下，用中指端着力在委中穴上练习自下而上用力的钩点委中法。

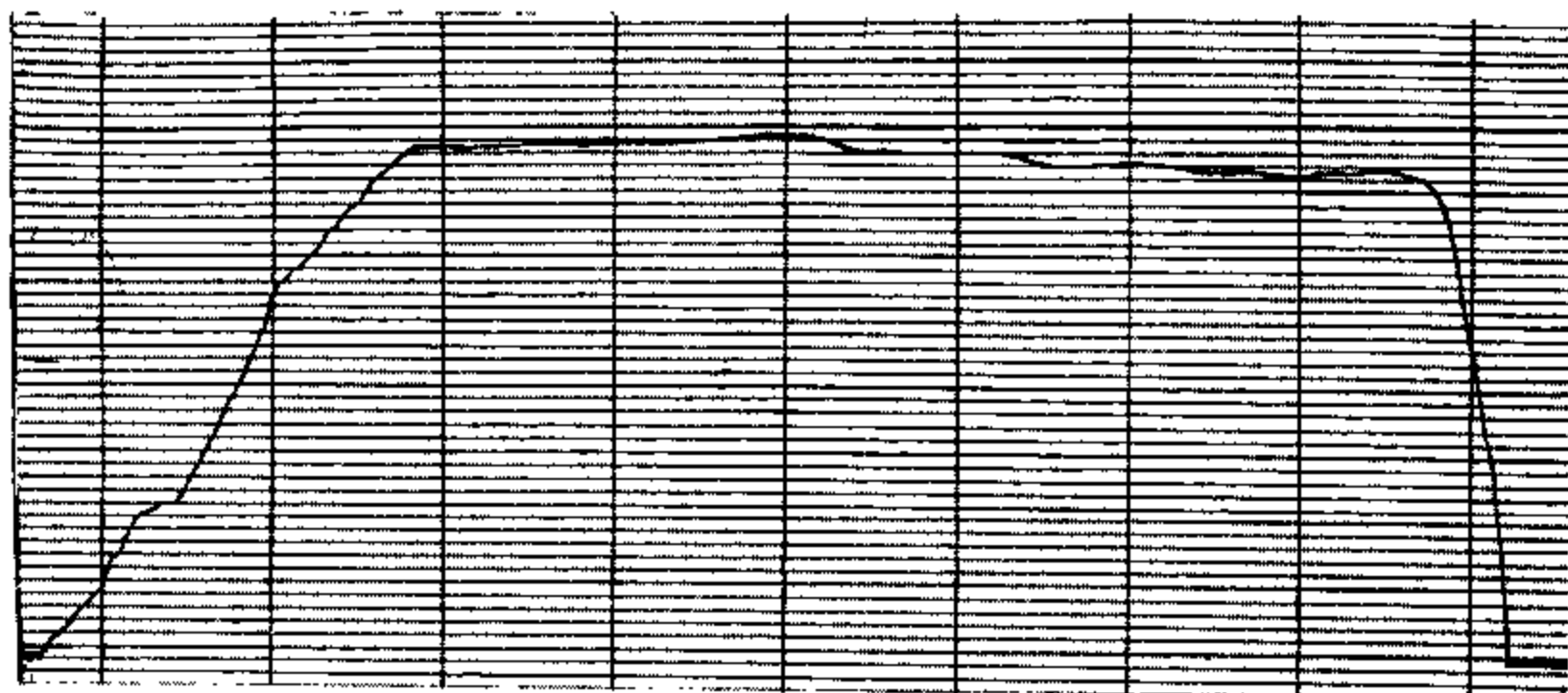
(3) 在受术者仰卧屈膝位下用中指或四指端着力在承山穴上练习由后向前用力的钩点承山法。

### 【名医经验及现代研究】

（按）点法是内功推拿中的常用手法之一，应用“推拿手法力学信息测定仪”实测记录的李锡九重型按点法动态曲线图（图5-42）示：术者用拇指缓缓加力，垂向曲线即从基线开始以 $45^{\circ}$ ~ $55^{\circ}$ 的坡度，在1~2秒钟内上升至峰顶的水平，峰顶几乎呈直线与基线平行，并持续7~8秒钟（按而留之）。纵向、横向曲线与基线重合。

### 【临床应用】

本法作用点小而集中，作用层次深，具有开通闭塞、通经止痛、调整脏腑功能等作用，常用于肌肉或骨缝深处的陈伤或宿痹之顽痛点，具有明显的“以痛止痛”的功效。临床主要治疗腕腹挛痛、风湿顽痹、陈伤疼痛、肢痿瘫痪等病证。



周期：8秒；垂直强度：12千克力；纵向、横向强度：0

图5-42 李锡九（按）点法动态曲线图（重型）

## 掐 法

用拇指指甲着力于人体一定的部位或穴位向下按压的一种手法，称掐法。

### 【释名】

掐，《说文》：“爪刺也”，《玉篇》：“爪按曰掐”。据此，清《厘正按摩要求》释本法曰：“掐法，以大指甲按主治之穴，或轻或重，相机行之。”又云：“掐由甲入，用以代针……掐法从按法出。”

### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者卧位或坐位，术者取坐位或站位。拇指屈曲以指甲中峰对准治疗穴点，四指在一侧扶持助力。
2. 动作姿势 操作时，前臂用力使拇指指甲着力处垂直向下按压，至痛即止，每次操作次数不宜太多。

### 【操作要领】

1. 用力要平稳，逐渐加力，但急救时宜用重力掐按。
2. 掐按方向与治疗面垂直，可在治疗面覆一软布，以防止皮肤破损，掐后加揉。
3. 重掐法次数一般掌握在3-5次，或中病即止，不宜反复长时间应用。
4. 轻掐时，往往与揉法、运法组成复合手法施术，如掐揉法、掐运法等，操作要领分别见该法。

### 【技能训练】

掐法和点法、按法动作结构基本相同，只是着力的部位不同，故技能训练和点法、按法相同，一般在人中穴施术，用于小儿急慢惊风时也可选用掐威灵、精宁、十宣等，也可用在四横纹穴练习掐揉法，在八卦穴上练习掐运法。

**【临床应用】**

本法具有开窍、醒神、镇惊止痛、解除痉挛等功效，由于本法刺激性强，临床用于治疗肢体痉挛、抽搐、昏厥等病证，是一种急救的方法。轻掐或掐揉、掐运，则有发汗解表、温阳散寒、退热散结等作用。

**拿 法**

用拇指与食、中二指，或其余四指，或全掌缓缓地对称用力，将治疗部位夹持、提起，并同时捻搓揉捏的手法，称为拿法。其中，拇指与食指着力者，称二指拿法；与食、中二指操作的，称三指拿法；与其余四指着力操作的，称五指拿法；以全掌着力操作，称握拿法，又称握法。

**【释名】**

拿，拏、拏、舒均为其异体字。在此，其义有牵引、握、持、执、擒等。明·周于蕃《秘传推拿妙诀》曰：“拿者，医人以两手指或大指或各指于病者应拿穴处，或掐或捏或揉皆谓之拿也。”清·张振鋈《厘正按摩要术》曰：“拿，持也……前人所谓拿者，兹则以按易之。以言手法，则以右手大指面直接之，或用大指背屈而按之，或两指对过合按之。”可见拿法从按法演化而来，即所谓“对按为拿。”

**【动作结构】**

1. **预备姿势** 术者多取站势，亦可用坐势。沉肩、垂肘，肩关节外展 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$ ，前伸 $30^{\circ}$ 左右，屈肘约 $90^{\circ} \sim 110^{\circ}$ ，腕关节略屈，拇指与其余二指或四指各指间关节伸直，掌指关节屈曲 $110^{\circ} \sim 120^{\circ}$ 。

2. **动作姿势** 操作时，用指面夹持住治疗部位的筋腱或肌束，然后夹持、提起，并同时捻揉刺激数次后再放下（图5-43），如此反复操作。

握拿时以全掌着力，抓握住受术部位的筋肉条索，掌面紧贴受术部位握持住，相对捻揉一下，然后放松，使筋腱或肌束从手中滑出，如此反复操作。

**【操作要领】**

1. 各动作环节要协调，腕部要放松，动作柔和灵活并富于节律。
2. 提拿的劲力要深重，但加力要缓慢柔和而均匀，用力要由轻到重，再由重到轻。
3. 本法的作用部位主要是人体深层的肌腱、韧带、肌束等各种条索状组织，提拿时不要仅夹持表皮，更不能用指甲着力掐掐治疗部位，以免引起疼痛等不适感，拿后常继以揉摩，以缓和刺激。
4. 各式拿法可顺其筋索、经筋走行方向边拿边移动，也可在局部反复拿揉刺激。

**【技能训练】****1. 第一阶段——基础功法**

(1) 重点练习童子拜佛势，摘星换斗势，卧虎扑食势与少林内功之顺水推舟、仙人指路、运掌合瓦、两手托天等功势。

(2) 抓米袋功：取三盘落地势站稳，双臂在前与肩相平，屈肘，前臂掌面朝下，甲手四指在前，拇指在后，用拿法手势将米袋抓住，乙手同势在一侧待发。练习时，甲手将米袋放开，持米袋下落至膝下时，乙手迅速将其抓住拿紧并提起至前臂与肩相平的高度，随即再将

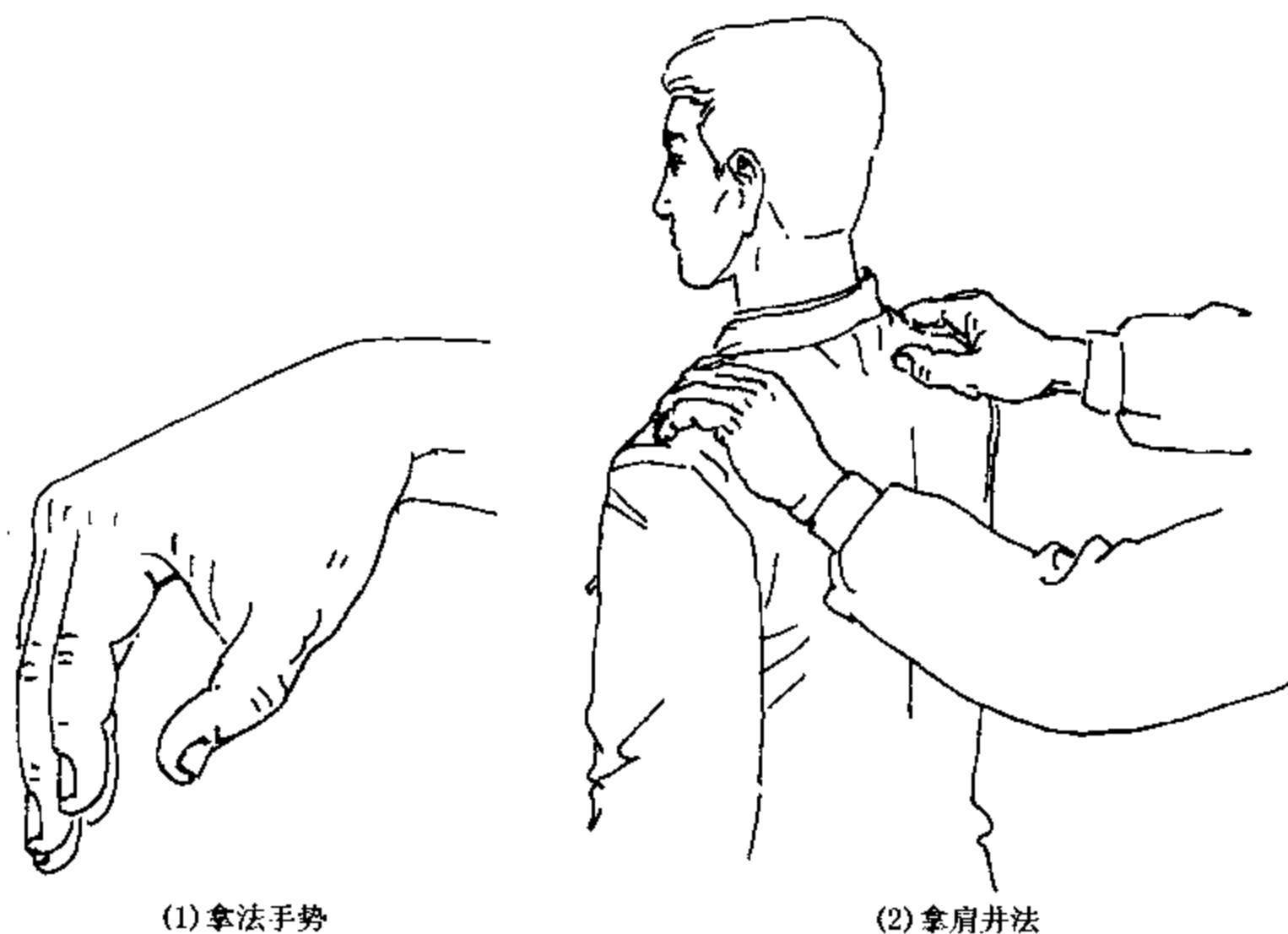


图 5-43 拿法

米袋放开，甲手再如此将其抓住拿紧并提起。如此，双手反复交替抓拿米袋，每次练习 1 分钟，以后再逐步延长练习时间。

(3) 抓坛子功：取三盘落地势站稳，在身前两腿之间放一小口陶质小坛，先用一手五指分开，抓住坛口，再缓缓将其提起至前臂与肩相平之高度，稍待片刻后，再缓缓放下，如此反复至微有疲劳感为止；再换另一手如此练习（图 5-44）。初练习时可用空坛，之后，随功力增长，坛内加水或沙子等物，以提高功量。

## 2. 第二阶段——人体练习

学员可在自己或受术者身上练习：①拿肩井（即拿该穴下之斜方肌肌束）；②拿背筋（即拿位于肩胛骨下角内侧缘之骶棘肌肌束）；③拿腋前筋（即拿腋前壁之胸大肌、胸小肌肌束）；④拿肱二头肌或肱三头肌肌束；⑤拿小腿腓肠肌肌束或跟腱等。

以上练习①可做单手练习亦可做双手拿法练习，此时，双手要一放一拿交替进行。②在以上各部练习时，可做拿法定点练习，也可沿所拿筋索纵轴，边拿边由一端缓缓向另一端移动，做拿法的走线练习。

### 【临床应用】

本法刺激深重而柔和，主要用于颈项、肩背、侧腹部和四肢部肌束、肌腱、痛性筋索等各种生理、病理性条索状软组织部位。临床使用时，根据需要，可用单手或双手拿。双手拿时，两手要交替地做提拿与放松动作。具有疏经通络、祛风散寒、行气活血、解痉止痛、软



坚化结、开窍醒神的功效，临床常和其他手法配合治疗颈椎病、软组织损伤、落枕、肩周炎、外感头痛、腹痛、半身不遂、骨化性肌炎、高血压、运动性疲劳等病证。

### 弹筋法

用拇、食、中三指或拇指与其余四指指腹相对拿紧一定部位的肌束或肌腱，用力向上提拉，当筋肉被提到一定高度后，再迅速放开使其弹回，如拉放弓弦之状，称为弹筋法，又称弹提法。

#### 【释名】

弹(tán)其义有弹奏、弹击、用弹弓发射弹丸等。筋，中医统指大筋、小筋、筋脉、经筋、筋肉、筋膜等，可引申为西医所称之韧带、肌束、肌腱、筋膜、关节囊、血管神经丛、神经干，甚至痛性筋结、筋索等生理、病理性条索状组织。本法将筋喻为弓弦或琴弦，操作时，其术式如拉弓射弹或提弦弹琴之状，故名弹筋法。

#### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者卧位或坐位，受术部位充分放松；术者坐位或站位。

2. 动作姿势 术手拇指与其相对的食、中二指或四指伸直，掌指关节屈曲 $90^\circ$ ，以拇指与其余二指或四指指面着力，将条索状组织夹持，并用力提起，当提拉至一定程度后，夹力稍纵，使该部肌肉和肌腱迅速弹回原位如提拉弓弦之状(图5-45)。

#### 【操作要领】

1. 用力要轻重适度，避免暴力硬拉，使受术者感到强烈而舒适的胀痛感，绝无难忍的不适感。

2. 以手指指面着力，不可用指尖抠掐。

3. 本法刺激性较强，一般一个部位弹提3~5次即可。

#### 【技能训练】

##### 1. 第一阶段——基础功法

可参照拿法之基础功法练习。

##### 2. 第二阶段——人体练习

学员可在自身或受术者身上取腋前壁胸大肌、胸小肌筋，前臂腕伸肌群肌束，肩井穴处



图5-44 拿法练功——拿坛子功

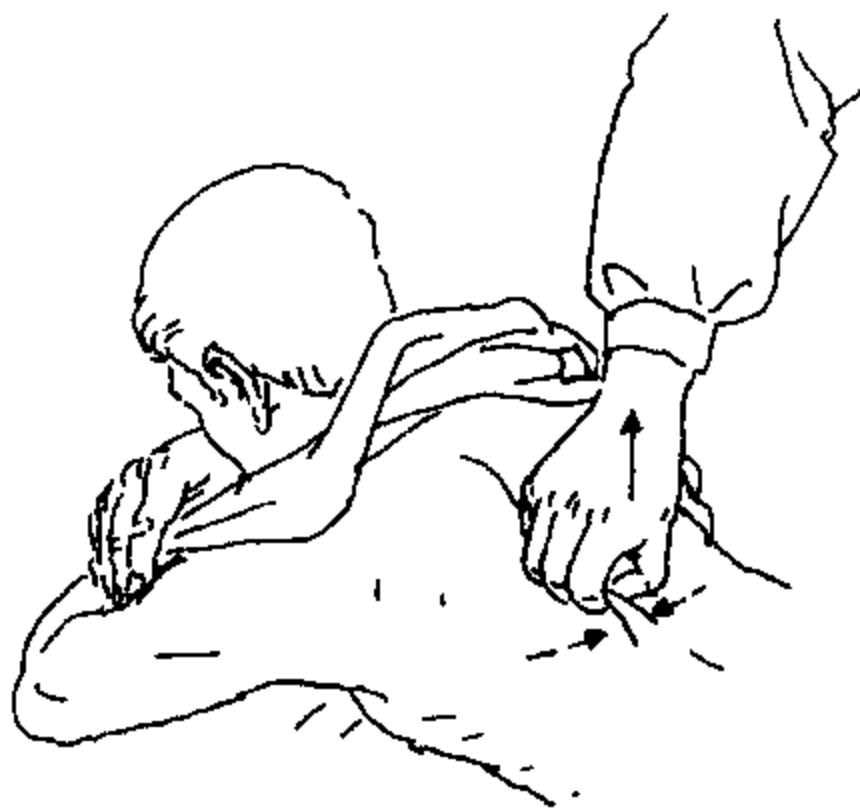


图5-45 弹筋法

斜方肌筋，股二头肌筋，肩胛骨下角内侧之骶棘肌筋等条索状组织练习本法。

### 【临床应用】

本法是一种强刺激手法，有解痉止痛、舒筋散结、松解粘连等功效。适用于呈条索状结构的肌束、肌腱等部位。常与其他手法配合治疗多种运动系统疾病，如弹提胸锁乳突肌、颈项肌肉及韧带，配合揉法、一指禅推法、捻法、颈部旋转扳法等，可以治疗颈椎病、落枕、肌性斜颈、寰枢关节半脱位等病所致颈项酸痛、活动受限等；弹提三角肌、肱二头肌腱、冈上肌等肩部肌群，配合按揉法、肩关节摇法、拔伸法、搓抖法，可用于治疗肩周炎、冈上肌腱炎、肱二头肌长短头肌腱炎、肩峰下滑囊炎等疾病所引起的肩臂酸痛、活动不利等；弹提背、腰、骶部肌肉、肌腱，配合揉法、肘揉法、拔法等，可以治疗风湿性肌炎、紧张性肌炎、腰背筋膜炎、肥大性脊椎炎、腰椎间盘突出症、急慢性腰肌扭挫伤、梨状肌综合征等疾病所引起的腰背酸痛，劳累后加重，伴俯仰屈伸欠利等；弹提四肢肌肉或肌腱，配合提拿法、揉点法以及运动关节类手法，可以治疗四肢肌肉拉伤、扭伤、中风偏瘫、帕金森综合征、创伤性关节炎等多种疾病引起的四肢关节肌肉疼痛、行走不利或筋脉拘急、麻痹萎缩等病证。

### 弹 拔 法

术者用手指端面沿与筋腱等条索状组织相垂直的方向，做来回揉拨，状如弹拨琴弦的手法，称为弹拨法，又称拨法、拨络法、指拨法等。

### 【释名】

本法实际上由按法与揉法演化而来，在向下按压筋腱的基础上再进行来回拨动，如弹拨琴弦的样子，故名。

### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 受术者视需要取坐位或卧位，但令受术部位放松，术者取站位或坐位，用拇指端面，或桡侧面，或食、中指任何一指端，或食、中二指并拢用其端面，或食、中、无名三指并拢，用三指端面着力，稍用力按压在受术条索样组织的隆起部，如肌腹部。

**2. 动作姿势** 操作时，术手稍用力按压住受术部位皮肤，并带动皮肤，沿与受术条索状组织长轴相垂直的方向来回揉动，使其在术部上下来回滚动如拨动琴弦的样子（图5-46）。用力应先轻渐重，再由重渐轻，呈波浪式起伏涨落。若单手指力量不足时，可将双手拇指重叠弹拨。

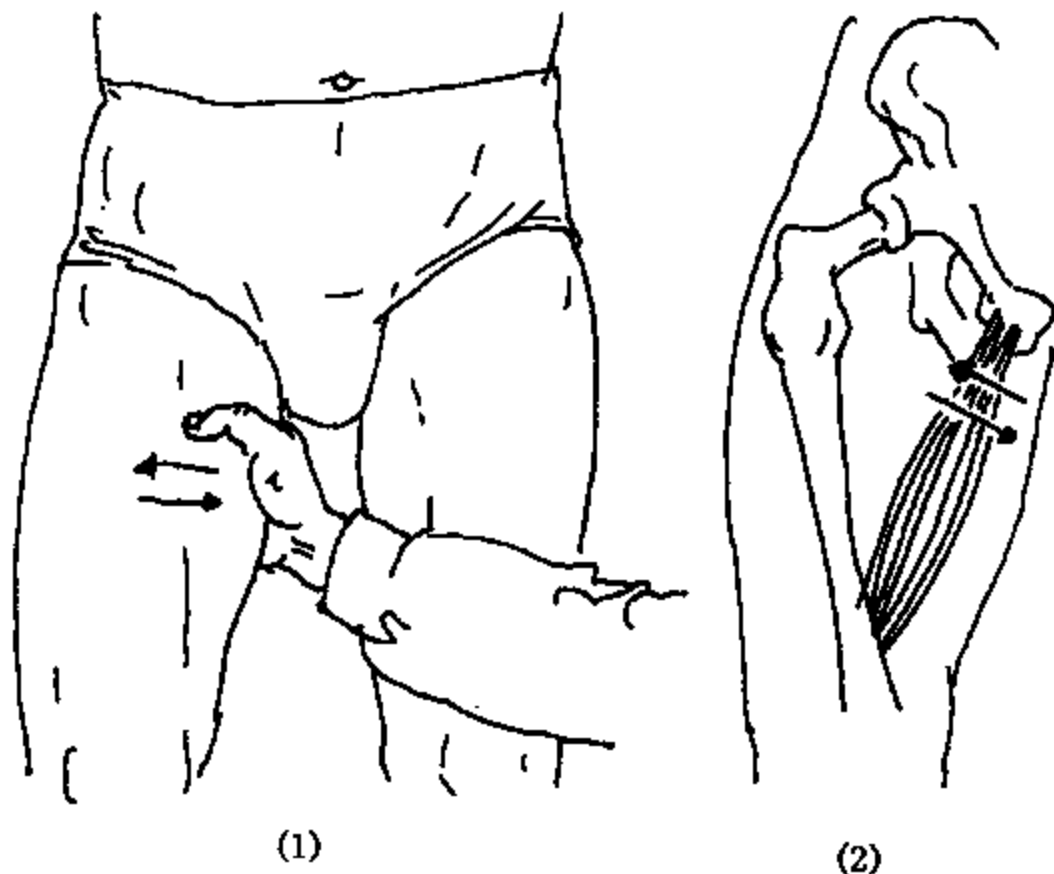


图 5-46 弹拨法

**【操作要领】**

1. 拨动时手指面不能在皮肤表面摩擦移动，应带动皮肤一起来回拨揉运动，不能用指甲着力操作，以免损伤皮肤。
2. 用力要轻重得当，太轻则力浮，只能揉动皮肤，起不到对筋腱的刺激作用；过重则力死，使动作滞涩而产生不适感。
3. 骨折的愈合期、急性软组织损伤者禁用。
4. 拨动的频率要均匀、适中，一般在150~200次/分为宜。

**【技能训练】****1. 第一阶段——基础功法**

- (1) 重点练习卧虎扑食势、抓米袋功、抓坛子功。
- (2) 学员在练习本法时，首先要熟悉有关肌束、肌腱、韧带及较粗大之血管神经丛的起止点和经络、经筋等的走行方向等解剖学及经络学基本知识，并在人体上做扪摸练习，以确保实际操作时，能正确把握好弹拨方向。

**2. 第二阶段——人体练习** 在基本掌握揉法动作结构的基础上练习本法，可选择肱二头肌长头肌腱、背腰部骶棘肌、第3腰椎横突、股二头肌肌腹等部位，分别练习单手单指、双指或三指弹拨法与双手拇指叠指弹拨法。

**【临床应用】**

本法主要适用于颈、肩、背、腰、臀、四肢等部位的肌肉、肌腱、韧带、痛性筋索等生理病理性条索状组织。临症时，可视受术条索组织的长度，分别选择一指、二指或三指弹拨法，可定点弹拨，也可沿条索组织长轴方向边弹拨边向前移动。具有剥离粘连、调理筋膜、消散结聚、解痉镇痛的功效。临床弹拨肩部周围肌群，配合揉法、按揉法、膊运法、肩关节摇法等，可以治疗肩周炎、冈上肌腱炎、肩峰下滑囊炎、肱二头肌长头肌腱炎等疾病所致的肩背疼痛及肩关节活动受限诸证。指拨颈项部肌群，配合提拿法、推法、颈椎扳法，能治疗颈椎病、落枕、颈部外伤等所致颈项酸痛、上肢麻木、疼痛、指端麻木、发凉诸证。弹拨腰背肌群和上下肢肌群，配合揉法、按法、棒击法等，可治疗中风偏瘫、腰背肌筋膜炎、肥大性脊椎炎等。弹拨腰骶及臀、下肢肌群，配合肘点法、斜扳法、拔伸法等，可治疗腰椎间盘突出症、L<sub>5</sub>横突综合征、梨状肌综合征等导致的腰臀及下肢疼痛、行走不便、肌肉萎缩等，亦可用于治疗各种风寒湿痹之证。

**抵 法**

用双手掌或两拇指在治疗部位做对称性按压的一种手法，称为抵法，又称合按法。其中双掌相对按压治疗部位，称掌抵法；用两拇指相对按压，称指抵法。

**【释名】**

因用两手掌或两手指对称性按压，似支撑状，故名抵法。

**【动作结构】**

1. 预备姿势 术者取站位或坐位。
2. 动作姿势 操作时，术者根据受术部位的大小及所需刺激量大小，选择以手掌或手

指操作。以肩关节为例，可以双手指间关节及掌指关节伸直，其拇指以罗纹面分别抵按在受术者肩前与肩贞穴，余四指自然伸直，自前后扶住肩关节呈支撑状，两臂发力相对按压，为指抵法。或以两掌偏掌根处一前一后，相对抵按在肩关节下方凹陷处，五指自然屈曲，相对用力对按肩关节，即为掌抵法的操作。

#### 【操作要领】

1. 用力要由轻到重，不可猛然用暴力，以患者能耐受为度。
2. 两手掌或手指要对称用力，与治疗部位垂直施力，使两力在一条直线上，不宜歪斜。
3. 本法可在四肢关节或躯干相对部位或穴位操作，每次持续按抵数十秒，可反复操作3~5次。

#### 【技能训练】

可在米袋上用双手指或手掌对称性合按练习，也可在自身大腿内、外侧练习本法。

#### 【临床应用】

本法可用于四肢及其他相对的穴位或部位，具有疏通脉络、祛风解表等功效，常用于治疗外感头痛，四肢酸胀、麻木、感觉迟钝等症。

## 插 法

以食、中、无名、小指等四指插入肩胛胸壁间隙的手法，称为插法。

#### 【释名】

插，原意为将长形或片状的物体放进、挤入、刺进或穿入另一物体内部，此处以并拢的四指进入肩胛骨与胸壁间的狭小间隙，如楔子扦插，故称为插法。

#### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 以插左侧肩胛为例，受术者坐位，左臂后伸，曲肘，将手置于腰骶部，肩背部肌肉放松，术者站于其左后外侧，用左手掌心抵住其左侧肩前部（亦可向下紧贴在其背上），右手食、中、无名、小指并拢伸直，掌心向上，指尖从肩胛内下缘之膈关处指向斜上方。

**2. 动作姿势** 左手将其左肩向后推动，此时受术者左肩胛骨向后翘起，肩胛胸臂间隙增大，右手顺势相对用力，与左手呈合拢之势，将右手四指插入5~6cm，并保持0.5~1分钟左右，患者自觉胃腑有上提感，随后将插入之手缓缓收回（图5-47）。如此反复操作3~5次，然后再插对侧。一般右侧用左手插，左侧则用右手



图5-47 插法

插，插入时，掌心向上，也可掌心向下操作。

#### 【操作要领】

1. 两手要配合施力，插入之手斜向上用力，抵肩之手向后下推按用力，两力合拢，使其插入到一定深度。
2. 插入之手食、中、环、小指之指间关节、掌指关节要用力挺直，指甲应修齐磨平。
3. 动作缓和轻柔而连贯，用力由轻到重，再由重到轻，不可突然用力插入或突然放松退回。
4. 患者全身放松，呼吸自然，一般呼气时插入，吸气时随胸腔增大，肩胛胸壁间隙逐渐减小及背部皮肤紧张而慢慢退出。

#### 【技能训练】

除拇指外，余四指伸直反复进行插入练习。

#### 【临床应用】

本法是临床治疗胃下垂的主要辅助手法。仅适用在肩胛胸壁关节间隙，具有升阳举陷、舒筋活血、宽胸理气、疏理中焦等功效。临床常配合摩法、一指禅罗纹推法、掌揉法、托摩法等，用于治疗脾胃气血亏虚、中气下陷导致的脘酸坠胀、食后益甚、大便秘结、四肢乏力、头晕、头痛、心悸、不寐、体质瘦弱等病证。亦常配合揉法、拿法、按法、弹筋法、拔伸法等，用于治疗肩周炎、冈上肌劳损、颈椎病、背肌纤维炎等筋脉痹阻所致肩背疼痛证候群。

### 拿五经法

用五指指面沿前发际到风池穴，抓拿头顶部督脉及左右足阳明经及少阳经的手法，称拿五经法，又称拿顶法、五指抓拿法。

#### 【释名】

本法是内功推拿的一种特殊手法，将手法与治疗部位相结合而定名。头部分布有五条经脉外行线，分别是正中督脉、两侧足太阳膀胱经及足少阳胆经。五指分开如鹰爪按放在上述五条经线上，自前向后以鹰爪力抓拿，故名拿五经。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者坐位，术者站于其侧后方，左手拇食指分开撑扶住其前额部，右手掌指微屈，五指分开指尖朝前，中指指面按放在前发际正中督脉之神庭穴，食指、无名指指面分别按放在左右阳明经，拇指与小指则分别按放在左右少阳经，整个手掌和五指掌面与头部贴紧〔图5-48(1)〕。

2. **动作姿势** 操作时，用力使五指远侧指间关节屈曲，如鹰爪状抓拿头部五经，边拿边向后行进，至枕外隆凸止〔图5-48(2)〕。

#### 【操作要领】

1. 操作时整个手掌应紧贴头皮，与头部扣紧，用五指指面垂直于治疗面着力，自前向后密密抓拿，移行速度不要过快。
2. 动作要稳妥、灵活，不可呆滞，不能牵拉发根，以免引起疼痛。

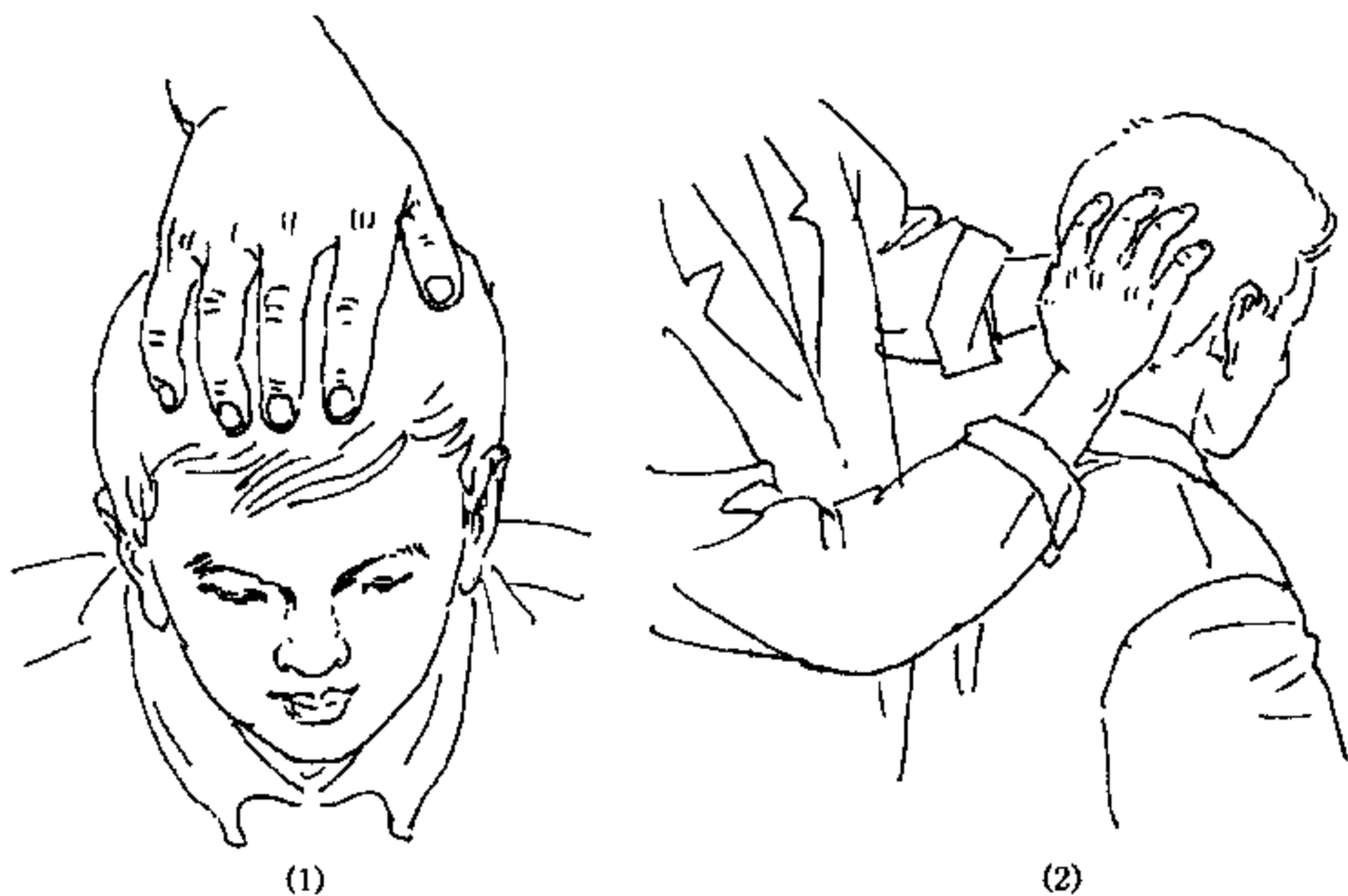


图 5-48 拿五经法

3. 每次治疗如此自前向后循五经经线抓拿 3~5 遍即可。

#### 【技能训练】

同拿法。

#### 【临床应用】

本法主要用于头部，一手同时作用于五条经脉，具有祛风散寒、平肝潜阳、开窍醒神、安神定志、健脑益髓之功效。临床上常和其他头面部的手法配合，治疗外感、高血压、椎动脉型颈椎病、神经衰弱、失眠及各种原因引起的头昏、头晕、头胀、头痛等病证。本法可用于保健推拿，能够消除疲劳。

### 捏 法

用拇指与屈曲成弓状的食指中节桡侧面着力或拇指和食、中、无名指指面用力，将治疗部位的皮肤夹持，提起，并向前捻搓的一种手法，称为捏法。用拇指和食指着力称二指捏法，拇指和食、中指着力称三指捏法，拇指和余四指以全掌着力称五指捏法，又称为挪法。

#### 【释名】

捏，有握、用手指捻聚等义。本法用手指将治疗部位的皮肤聚合提起并捻搓，以直接刺激皮部及皮下腠理之间的经脉、经穴、络脉并反射性地调控全身经络与脏腑系统的功能，故名。

#### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者取俯卧位或坐位，全身放松，充分暴露治疗部位皮肤，术者取站位或坐位。二指捏时，以拇指与屈曲成弓状的食指中节桡侧面着力；三指捏时，以拇指与

食、中二指指面着力；挪法操作时以全掌平放于治疗部位着力。

2. **动作姿势** 施术时可配合滑石粉等介质，拇指与余指或掌根与指面夹持住治疗部位的皮肤，相对用力提捏捻搓，随即放松。如此一捏一放反复施术，亦可循经络外行线或沿肌肉走行方向移动（图 5-49）。

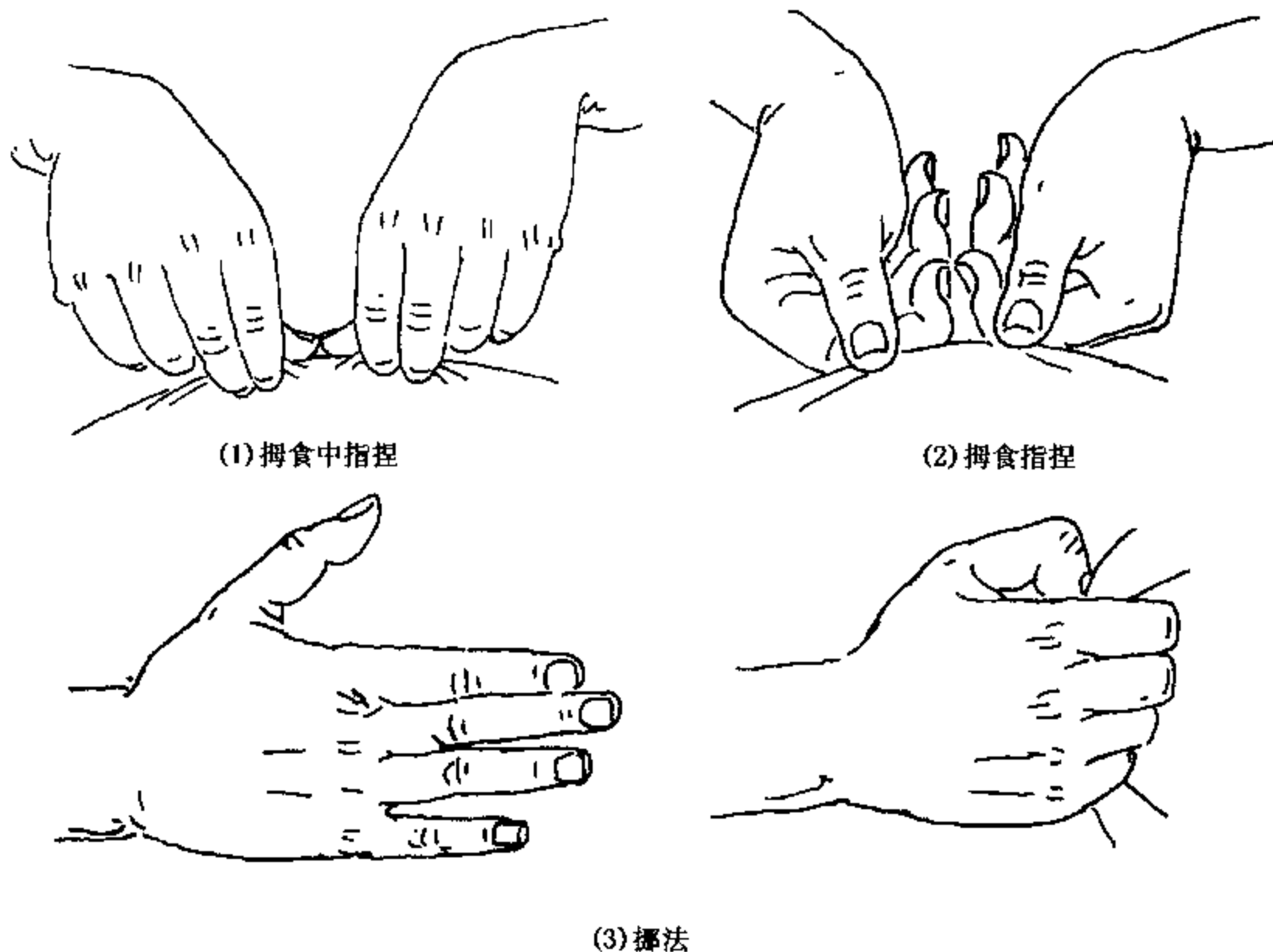


图 5-49 捏法

**【操作要领】**

1. 用指面着力，避免用指端着力抠掐。
2. 夹持的力量要松紧适宜，每次提捏的皮肤要适中，两指相对而不要拧转。
3. 动作要连贯而有节奏性，用力要均匀而柔和。

**【技能训练】**

同拿法。

**【临床应用】**

本法适用于四肢、肩背、颈项部和头部，具有舒筋通络、行气活血、解肌发表、解除疲劳的作用，临床常配合拿法、揉法等治疗颈椎病、肩周炎、四肢酸疼等病证。二指捏法在面部操作时可用于治疗面瘫，面肌痉挛后期肌肉萎缩、麻痹等，也可用于美容保健。挪法适用于肩、背、腰、腹等面积较大的部位，可以治疗肌肉劳损、风湿痹痛、腹胀痞满、饮食积滞、月经不调等，也可用于腹部减肥。

## 挤 法

用单手或双手夹持并挤压治疗穴点处皮肤的手法，称为挤法。

### 【释名】

由捏法变化而来，是民间较为流行的手法，称为挤病。挤，意为用压力使从孔隙中出来。本法操作时以指面相对夹持捏拢治疗部位皮肤，使之从两指或四指间受到挤压，故得名。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者卧位或坐位，治疗部位皮肤充分暴露，因本法操作时稍有痛感，故应先期解释，令其有思想准备，全身放松。术者取坐位或站位。

2. 动作姿势 单手挤压时，先用一手食、拇二指将治疗穴点处的皮肤轻轻夹起，再相对用力挤夹，反复几次，使局部皮肤发红或产生瘀斑；双手挤法，则先用双手拇、食二指，将受术处皮肤夹起，四指相对，向中间对按、挤压，反复数次，使局部产生瘀斑（图5-50）。也可用于腱鞘囊肿，四指自囊肿边缘着力，向中心部对按、挤压，以使囊肿挤破。

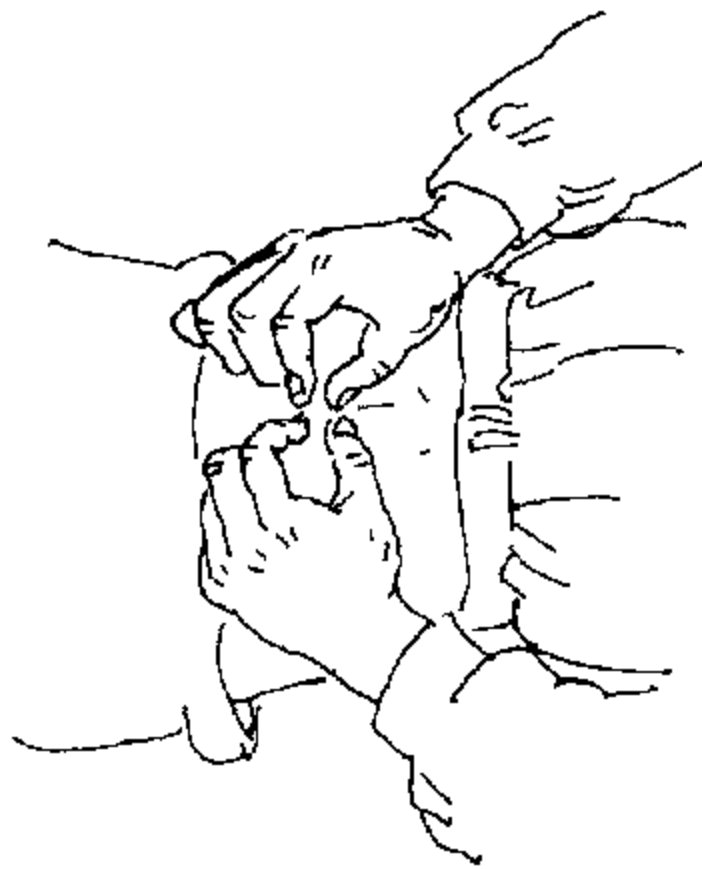


图5-50 双手挤法

### 【操作要领】

1. 双手指用力要均匀对称，不要用力过猛，也不要指尖抠掐。

2. 以受术皮肤发红或产生瘀斑为度；对腱鞘囊肿，应以肿块缩小或被挤破为度。

### 【技能训练】

学员可先在自己身上有关穴点练习单手挤法与双手挤法动作。练习时，挤力由轻渐重，一挤一放反复挤压，直至出现瘀斑。用力不宜太重，并体会微痛而舒适的特殊感觉，待动作熟练后再在他人身上练习。

### 【临床应用】

本法适用于全身各部，常用于前额、颈项、脊背及四肢关节部，具有通经活络、活血止痛、消散筋结等功效。常和其他手法配合用于治疗头痛、关节酸痛、肢体麻木、风寒感冒等病证。治疗腱鞘囊肿，可配合按法、拇指推法施用。

## 揪 法

用拇指与食指指面，或拇指与食指中节桡侧面，或拇、食、中三指指面，或食、中二指屈曲后的相对面对合呈钳形着力，夹撮住治疗部位皮肤，向上扯动，使局部皮肤自指间滑脱而出的一种手法，称为揪法。

### 【释名】

擎，为揪之异体字。其本义为抓、扭，在此有抓提皮肤之意。本法由捏法演化而来，为



民间揪痧疗法之常用手法。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 同挤法。

2. 动作姿势 用拇指与食指指面，或拇指与食指中节桡侧面，或拇、食、中三指指面，或以食中二指屈曲后的相对面着力，用力夹持住治疗部位皮肤向外上方扯拉，并使被夹持的皮肤借助自身弹力向指间滑脱而出，如此一拉一放，反复进行（图 5-51）。



图 5-51 揪法

### 【操作要领】

1. 动作要灵活，应快速扯动皮肤，不可扭转旋拧。
2. 治疗时以局部出现热感及紫红色瘀点为度。
3. 局部可配合使用水等润滑介质。

### 【技能训练】

同挤法。

### 【临床应用】

本法多用于前额、颈项部、背部，具有祛风散寒、疏通经络、引邪外出等功效。常和其他手法配合用于治疗头痛、咽喉肿痛、痧证、肩背酸痛、颈项强痛等病证。

## 捻 法

用拇指和食指夹持住受术者的指、趾等治疗部位，做来回搓揉的手法，称为捻法。

### 【释名】

捻，意为用手指搓转，本法操作时以指面夹持受术指趾，做来回搓揉，如捻线状，故名捻法。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者取坐位，术者在其前方取坐位或站位，一手握其腕部，一手夹持住受术者指（趾）根部，或指（趾）间关节。其夹持的手势有三种：一是用拇、食二指指面着力；二是用拇指指面与食、中二指指面着力；三是用拇指指面与屈曲成弓形的食指中节桡侧面着力。

2. 动作姿势 操作时，着力面夹持住指（趾）根部，从根部向指（趾）端，相对用力做对称性的快速来回搓揉的动作，同时边捻转边由指（趾）根向指（趾）端方向移动。也可夹持在指（趾）间关节，定位在关节周围作反复捻转（图 5-52）。



图 5-52 捻法

**【操作要领】**

1. 动作要灵活连贯，相对指的搓捻动作要配合默契，用力稍重但应均匀适度。
2. 捻动的速度宜快，在治疗部位的移动速度要慢。

**【技能训练】**

本法应着重练习着力指的相对搓捻动作，使搓捻幅度由大而小，速度由慢而快。

**【临床应用】**

本法适用于手指、脚趾及指（趾）间关节及指（趾）端，具有理筋通络、滑利关节、消肿止痛、祛风活血等功效。常用于指、趾间关节疼痛、肿胀、屈伸不利与扭伤，也可作为辅助手法治疗颈椎病、瘫痪、类风湿性关节炎、屈指肌腱腱鞘炎等病证的治疗。本法常与搓法、抖法等手法配合，作为治疗的结束手法。

## 勒 法

以屈曲的食、中两指的近侧指间关节的相对面紧夹住患者的手指（足趾）根部，并用力向指（趾）端方向迅速捋出，称为勒法，又称拮法或捋法。

**【释名】**

勒，为双音字。音 lè 时，为带嚼子的笼头或拉缰绳止住牲口之意；音 lēi 时，义作用绳子等捆住或套住再用力拉紧。拮通钳，为夹东西用的工具，又有夹住、约束之意。捋（luō）释作把条状的东西握住，向一端移动。可见本法各名都以其动作特征为命名依据。

**【动作结构】**

本法操作时，术者一手握住受术者腕（踝）部，以固定患肢；另一手食、中二指屈曲呈“夹钳状”，将患指（趾）根部之上下面或内外侧面夹紧，在向指（趾）端拨时，要保持勒压的力量。当最后滑移至指（趾）端时，还要稍加钳力，以加重对指（趾）端末梢的刺激，并加快滑移的速度，使之迅速通过指（趾）端，此时往往可听到一“嗒”的拨指声（图 5-53）。

**【操作要领】**

1. 力度要适中，若夹持的力量过大会使动作滞涩，以致损伤皮肤；力量太轻则对指（趾）端刺激量不够。

2. 动作要协调灵活，滑移的速度要快，尤其至指（趾）末端速度宜稍快。

3. 指、趾关节损伤 24 小时之内，肿胀明显或有骨折、肿瘤、结核、皮肤破裂及皮肤病患者禁用。

4. 本法操作次数不宜太多，一般每指刺激 3~5 次即可。

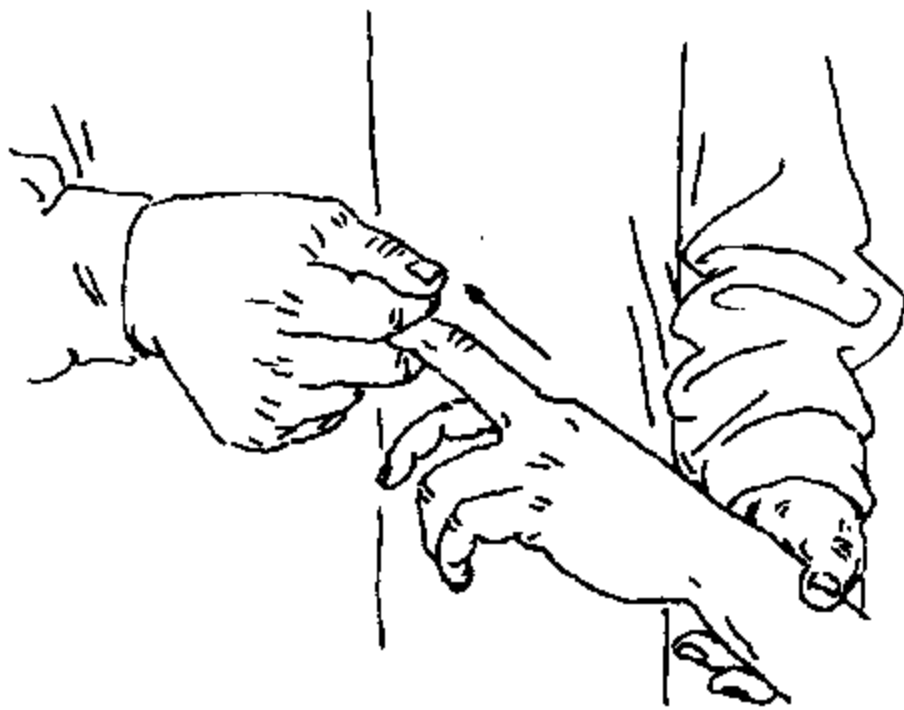


图 5-53 勒法

**【技能训练】**

本法可在学员自身左右两手交替练习，也可在两人之间相互练习。练习时，要特别注意体会术手在其指端加力，迅速捋出产生拔指声时手下的感觉。

**【临床应用】**

本法是一种主要用于四肢指、趾末梢的辅助性治疗手法，具有舒筋活血、调和气血、滑利关节、消麻止痛的功效。临床上常配合揉法、提拿法、捻法、理法等其他手法，以治疗指（趾）关节外伤以及颈椎病、臂丛神经损伤、腕管综合征、胸廓出口综合征、雷诺病、肢端感觉异常症、肩-手综合征、末梢神经炎、类风湿性关节炎、踝管综合征、跗管综合征、坐骨神经痛、中风偏瘫等疾病所致的指趾关节酸痛、肿胀、变形、麻木、发绀或屈伸不利等病证。

**（五）叩击类手法**

术者用术手的特定部位，或用特制的器械，在治疗部位反复拍打叩击的一类手法，称为叩击类手法。

各种叩击法操作时，用力应果断、快速，击打后将术手立即抬起，叩击的时间要短暂，击打时，手腕既要保持一定的姿势，又要放松，以一种有控制的弹性力进行叩击，使手法既有一定的力度，又使受术者感觉缓和舒适，切忌用暴力打击，以免给受术者造成不必要的损伤。

本类手法的技术动作，往往运用鞭打样动作原理来完成，包括的手法有：拍法、拳背击法、掌心击法、掌根击法、捶法、小鱼际击法、小指侧击法、弹击法、击点法等。

**拍 法**

用虚掌拍打体表的一种手法，称为拍法或拍打法。

**【释名】**

拍，轻击。拍法即用虚掌轻轻叩击体表之法。

**【动作结构】**

1. **预备姿势** 术者取坐位或站势，术手用“虚掌”对准治疗部位。

2. **动作姿势** 操作时，先将术手抬起，对准治疗部位以一种富有弹性的巧劲向下拍打后，随即“弹起”，并顺势将术手抬起到动作开始的位置，以便进行下一个拍打动作（图5-54）。本法刺激量有轻、中、重之分，分别以腕、肘、肩关节为中心发力而产生。可用单掌拍打，亦可用双掌拍打。双掌可交替操作，也可在肩背部对称部位同时拍打3次，可起到强的振荡冲击作用。

**【操作要领】**

1. 拍击时动作要平稳而有节奏，要使整个手掌边缘同时接触体表，患者感觉刺激量深透而无局部皮肤的刺痛感。

2. 腕部放松，抬起时腕关节掌屈蓄势，下落过程中逐渐变为背伸。

3. 轻拍以皮肤轻度发红、发热为度，拍动的频率较快；中、重度拍法操作稳定，一般不超过10次。

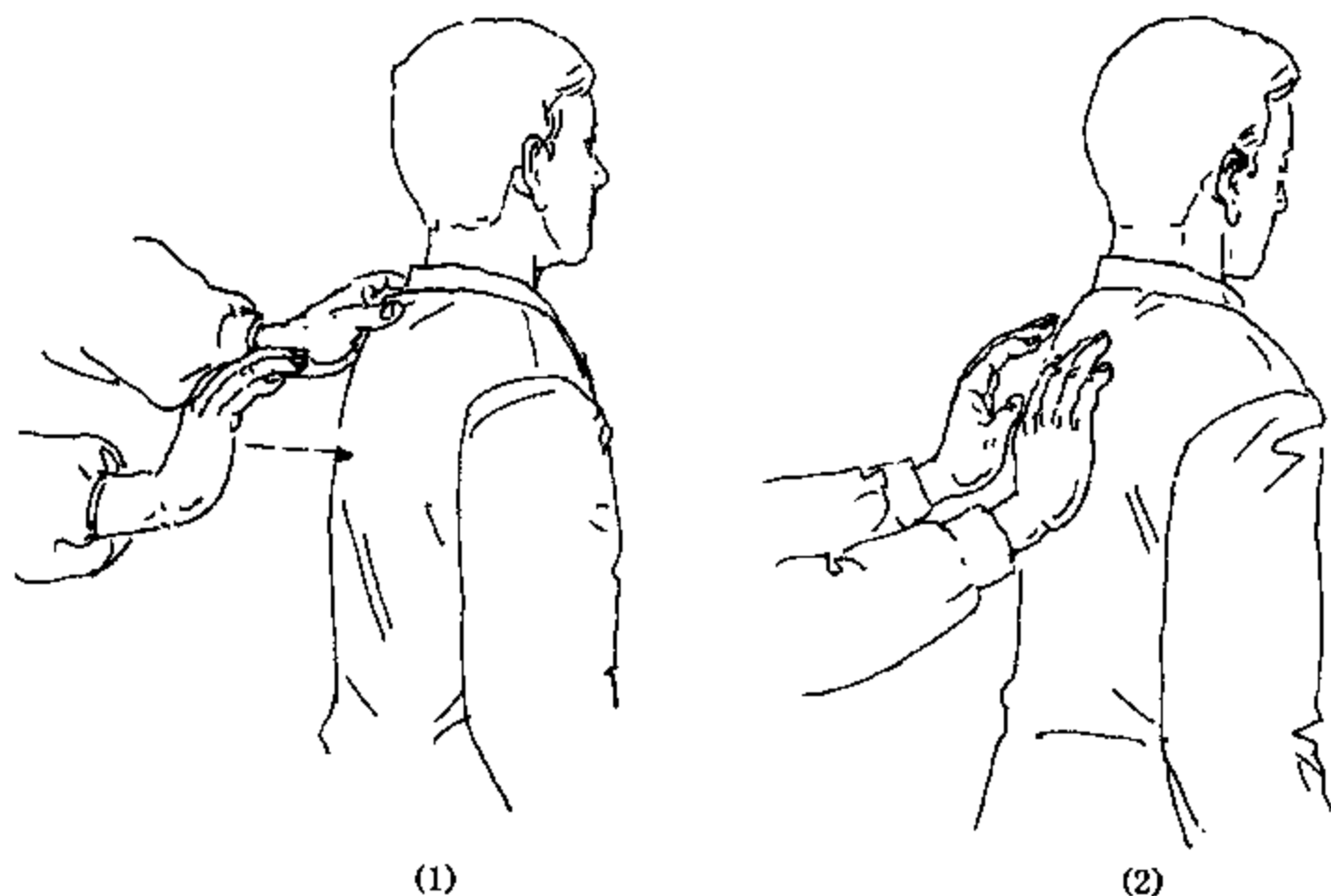


图 5-54 拍法

**【技能训练】**

按其操作要领，可在米袋上进行练习，有的也在软垫或学员自己的大腿等平坦的部位进行练习。待操作熟练后，再选择腰骶部等面积较大及肌肉丰厚处进行人体操作练习。

**【临床应用】**

本法主要用于肩背、腰骶与大腿部，轻拍也可用于上胸部、腹部与头部，强而长时间的拍打具有镇静止痛、活血化瘀、解痉及强壮等作用，轻而短时间的拍打有醒神健脑、兴奋神经、调理肠胃、宽胸理气等功效。本法常用于治疗各种风湿痹痛、陈伤劳损、新伤血瘀、肌肉萎缩，感觉减退、胸闷胸痛、头昏头沉以及气功偏差所致的大动不已等病证。在做湿热敷时，拍打热敷巾，能使药力和热量更加深透。拍法亦常作为推拿结束手法和保健手法应用。

**拳背击法**

用拳背部击打穴位及特殊部位的手法，称为拳背击法，又称拳击法、震击法。

**【释名】**

因用拳背击打体表，故名拳背击法。拳背击法是内功推拿流派常用的辅助手法之一。本法刺激量较大，对局部可造成强劲的瞬间冲击力，故又称震击法。

**【动作结构】**

1. **预备姿势** 术者四指屈曲，拇指内收在拳眼处虚掩合拢，将手握成空拳。腕关节伸直，前臂旋后位，以拳背侧向外对准待击部位。

2. **动作姿势** 操作时先抬臂、屈腕，使拳背离开待击部位一定距离，继而，上肢相继

伸肘，伸腕，以鞭打动作将拳背击打到治疗部位（图 5-55）。务使拳背的弧形凸面与治疗部位的生理前凹相吻合。故震击大椎时要使拳面朝上，用竖拳击打；震击腰骶或八髎穴区时要使拳面向左（右手操作时）用横拳击打。操作时肩、肘、腕各运动环节相继发力，使作用力最后蓄聚到拳背（鞭梢），从面对治疗部位实施富有弹性的重实而巧捷的有效击打。



图 5-55 拳背击法

#### 【操作要领】

1. 击打时，手腕既要保持一定的姿势，又要放松，以一种有控制的弹性力进行叩击。
2. 根据所需击打力的大小，用肩关节或肘关节发力带动前臂及拳背部击打在治疗部位。
3. 要使整个拳背而同时击落到受术部位体表皮肤，用力均匀而有节奏。不可用掌指关节部着力，以免致局部疼痛及损伤。
4. 操作时，用力应果断、快速，击打后将拳背立即弹起，叩击的时间要短暂，使手法既有一定的力度，又使受术者感觉缓和舒适。切忌用暴力击打，以免给受术者造成不应有的伤痛。
5. 一个部位每次击打 3~5 次。

#### 【技能训练】

本类手法练习时，学员首先要在理论上充分理解本技术动作，即鞭打样动作的动作原理。切忌整个上肢僵硬并同时发力，用蛮力像棍子一样击打治疗部位，以免造成不必要的伤痛。按正确的操作方法，在米袋上练习，也可将沙袋吊起，在沙袋上进行练习。动作熟练后，再在人体上进行练习。在大椎穴操作时，患者宜取坐位，颈腰部挺直，用竖拳击打。不可用拳背横打或使患者颈前屈，否则因第 7 颈椎棘突隆起，易致局部疼痛等不良反应。在腰骶部操作，患者宜取坐位或立位，腰部挺直，用拳背做横向击打。

**【临床应用】**

本法为内功推拿流派手法，其震击力重，但着力面积较大，故作用力强而压强小，对作用部位可发挥较强的深透作用，但绝对不会损伤局部皮肤引起不适感。临床主要用于大椎穴与腰骶部命门、阳关、八髎等穴。震击大椎可通调一身之阳气，震击腰骶各穴能壮肾阳、补元气及引火归原，具有振奋精神、激越阳气、活血祛瘀、舒筋通络等作用，常用于治疗颈椎病、肩背部纤维组织炎、肌肉劳损、退行性脊柱炎、腰椎间盘突出症、腰肌纤维组织炎、风湿痹痛及失眠、神经衰弱、植物神经功能紊乱、忧郁症等病证。

**掌根击法**

运用掌根处击打治疗部位的手法，称为掌根击法。

**【释名】**

因用掌根击打体表，故名掌根击法。此法着力面较集中，刺激量较拳击法大。

**【动作结构】**

1. **预备姿势** 施用本法时，术手四指并拢，拇指外展呈自然屈曲状，腕关节背伸约45°，使掌根部突起对准待击部位。

2. **动作姿势** 动作时，先将手臂抬起，腕关节由伸渐屈，使掌根部内凹蓄势并离开治疗部位一定距离，继而上肢顺势下落，肩、肘、腕依次发力，腕关节再由屈渐伸，将臂力聚蓄到掌根部，最后恢复至伸腕45°。将突出的掌根部有力地击打到治疗部位，随即“弹起”，并顺势将术手抬起到刚才的高度，再行下一次击打（图5-56）。

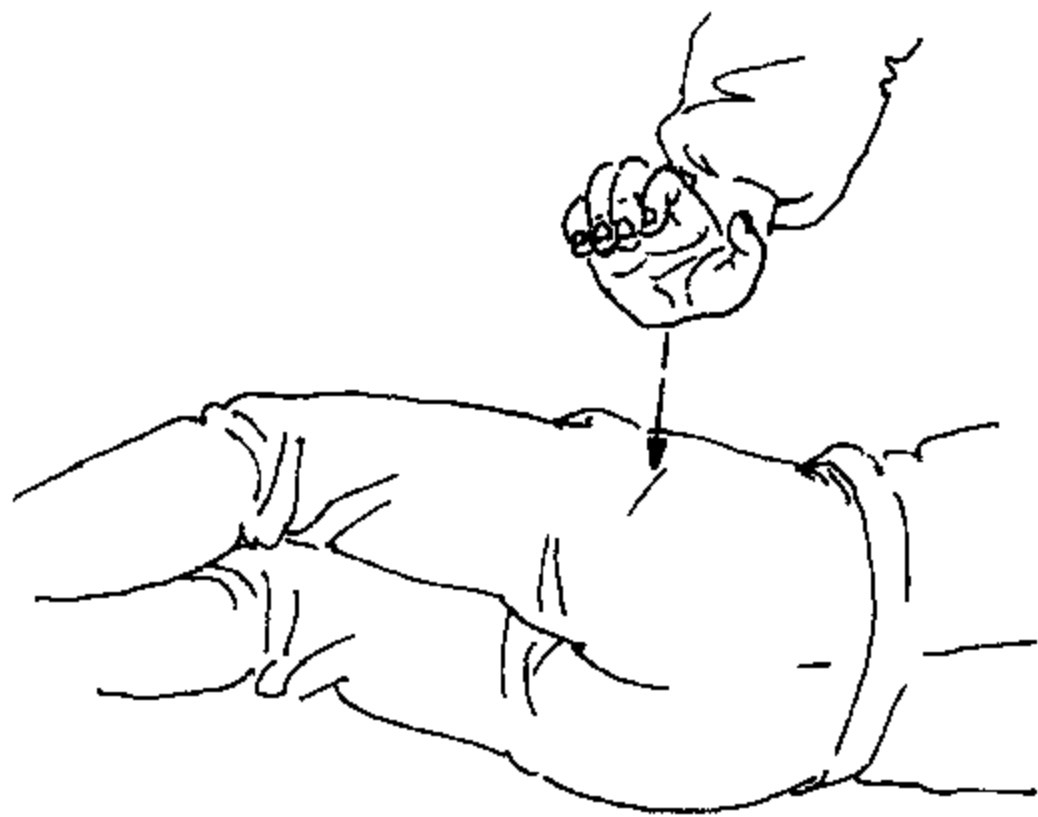


图5-56 掌根击法

**【操作要领】**

1. 其动作要领与拳击法相似，每次治疗在一个部位连续击打10次左右即可。

2. 腕关节在击打过程中由伸渐屈，再由屈渐伸，最后伸腕 45°，使突出的掌根部击打在治疗部位。

#### 【技能训练】

同拳击法。

#### 【临床应用】

本法刺激强度大，击打力量重实而深透，属中强刺激量手法，适宜于在臀部、大腿等肌肉厚实部位，以及像梨状肌等深层组织部位的体表投影区上操作使用。具有活血祛瘀、解痉止痛作用，治疗坐骨神经痛、梨状肌损伤等病证。在临床应用时，掌根击环跳穴，患者宜取侧卧位，患侧在上并屈膝屈髋，健侧在下并伸直，用较大的力量击打。

### 掌心击法

用掌心击打治疗部位的手法，称为掌心击法。本法主要用于击打头顶部百会、囟会等穴位，也可用于击打拳面，前者称掌心击顶法，后者称掌击拳面法。

#### 【释名】

该法将着力面与治疗手法结合命名。因掌心内凹，故要求受术面应具有一定的弧形凸起，以利于拍击时两者充分接触，使作用力向深层传递透达。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 击顶时，令受术者正坐，或用少林内功站势站稳，含胸拔背，双目平视，牙齿咬紧，舌抵上腭或平放于口中（不要放在齿间），头如顶物，术者站于其前方，用左手护握住受术者的后项部，右手四指并拢，拇指外展，腕、掌指与各指间关节略屈曲，使整个手掌弯成一浅凹之弧形，用掌心略靠掌根处的凹陷部对准待击穴位。

2. **动作姿势** 操作时，先将右手掌心凹陷处按放在待击穴位上，整个手掌与头顶密切接触，以使手掌的弯曲程度与受术者头顶的生理弧度相吻合。然后，抬臂、伸腕，使手掌离开待击穴位一定距离，继而右手顺势下落并保持原来的掌形，将掌心击打到治疗穴位，着力的瞬间要使整个手掌同时“落地”，从而接触到头顶部的全部受击部位，使震击作用沿人体脊柱的纵轴垂直向下传导（图 5-57）。掌击拳面时，先令受术者将手握成实拳，术者一手护握住其待击肢体的腕关节，并将其在外展位或前屈位上举拉直（上举 120°左右），使其拳面向上，并与腕、肘、肩在一条直线上；另一手掌心从上而下沿待击肢体的纵轴方向击打拳面，使作用力从拳面顺着整个上肢传递至臂根部。

#### 【操作要领】

1. 施用本法时，要求落点正确，掌面着实。
2. 用力果敢迅捷，不拖泥带水，忌用暴力盲目捶击。
3. 震击力应沿躯干或肢体纵轴方向发力，以确保作用应力由近向远，沿其纵轴正确传递。
4. 每次治疗击打 3~5 次。

#### 【技能训练】

本法应先在米袋或沙袋上练习，注意手掌的形状在整个下落过程中应保持不变。练习初期不需用大力击打，可在学员自己头部及拳面上体会掌心击打到治疗穴位时的感觉，熟练后

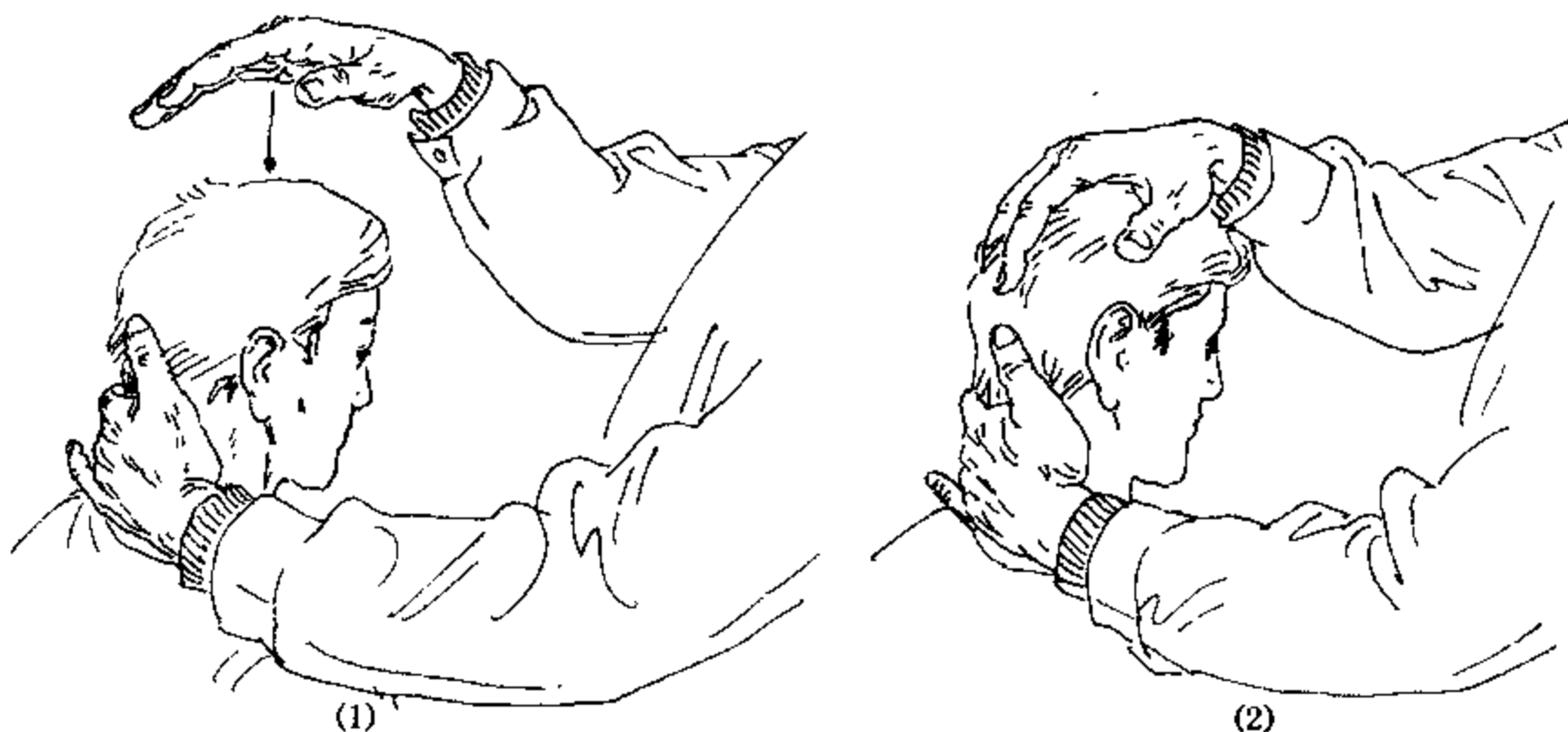


图 5-57 掌心击法

方可用力由轻而重在人体上进行练习掌心击顶法及掌击拳面法。

#### 【临床应用】

本法是内功推拿之特色手法，具有以下特点：作用力重而不滞，实而巧“脆”，如顽石击水，使震击力迅捷地波及头脑、脊髓与任督二脉，直至传贯全身，可使浊阴下降，清阳上升，而产生一种激越振奋的快感。本法具有安神定魄、愉悦精神、宣畅气血、平肝熄风、潜阳降压的功效，可用于治疗头痛、失眠、高血压、神经衰弱、精神萎靡、颈椎病、肢体麻木、痿软等病证。但对身体虚弱及老年患者应慎用。如术者的操作技术不纯熟，也不要轻易使用，以免造成损伤。

### 捶 法

本法是指用单手或双手自然握拳，在施治部位捶击的一种手法。手腕微屈，拳眼向上，用拳尖着力称侧捶法或拳尖捶法（图 5-58）；腕关节伸直，拳心向下，用大、小鱼际，掌根，食、中、无名、小指背侧着力称俯捶或拳心击法。

#### 【释名】

用拳击打即为捶，故命。

#### 【动作结构】

1. 预备姿势 术者取坐位或站位，单手或双手握虚拳，以拳尖或拳心对准待捶部位。
2. 动作姿势 操作时，单手或双手五指松握，虚拳露孔，腕关节放松，以肘关节发力，侧捶时前臂取中立位，以拳尖处着力，俯捶时前臂取旋前位，以拳心处着力，反复持续捶击治疗部位。

#### 【操作要领】

1. 动作要协调灵活，捶击速度均匀而有节律。



2. 用力要由轻到重，舒适而深透。
3. 俯捶时可配合轻度的屈伸腕关节，侧捶时肘腕关节微屈。

**【技能训练】**

同拍法。

**【临床应用】**

本法适用于全身各部，单手捶击时稍重；双手捶击时，用力轻缓而有节律。具有舒筋通络、活血祛瘀、镇咳定喘、放松肢体等功效，临床上常和其他手法配合，用于治疗头痛、肩背痛、腰痛、四肢酸痛、恶心呕吐、咳嗽痰喘、虚损劳损等病证。亦常用于保健按摩，以愉悦精神，缓解疲劳。



图 5-58 侧捶法

**小鱼际击法**

术者用手掌尺侧小鱼际处击打治疗部位的手法，称为小鱼际击法，本法又称“侧击法”、“切法”、“切打法”或“剝击法”。

**【释名】**

因用小鱼际击打体表故名小鱼际击法。小鱼际在掌之尺侧面，其动作时掌指伸直反复上下击打，状如用刀切、剝，故名。

**【动作结构】**

**1. 预备姿势** 本法操作时，术者多取坐位，亦可用站位。术手手指、掌及腕关节伸直，四指并拢，拇指自然外展，前臂与手掌取中立位，以小鱼际的尺侧面对准待击部位。

**2. 动作姿势** 术者以单手或双手小鱼际处着力，有节奏地交替叩击治疗部位(图 5-59)，本法可在治疗部位上持续使用。



图 5-59 小鱼际击法

**【操作要领】**

1. 操作时，手腕放松，不得僵硬，动作富有节律性，缓和舒适，轻柔和缓。
2. 叩击频率在 250 ~ 300 次/分为宜。

**【技能训练】**

米袋练习时，主要练习以肘关节为发力中心，落下时借助上肢自身重力，练习的频率由慢而快，两手一上一下快速交替操作，熟练后可在人体背腰部及下肢膀胱经进行定点及走线

练习。

### 【临床应用】

本法刺激富有节律，缓和而舒适，轻柔而深透，为轻至中等刺激量手法。适用于肩背、腰骶及大腿、小腿各部，具有愉悦精神、放松肢体、解痉止痛、舒筋活血之功效。对运动后身心疲劳、肌肉紧张、肢体酸痛无力等证有明显的缓解恢复作用。

## 啄 法

用双手五指指尖，以轻快节奏交替叩击治疗部位的手法为啄法，又称支（pū）法。

### 【释名】

啄，指鸟用喙取食；支，轻击之义。本法用五指指端着力反复轻击体表，其状如鸡啄米，故名。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 术者双手五指微屈分开成爪形，或轻轻聚拢成梅花形（如五指击点法之指形，但不要用力捏紧），各指间关节呈自然屈曲状。

2. 动作姿势 操作时，沉肩、垂肘，双手五指对准治疗部位，以腕关节为运动中心环节，双手此起彼落，以轻快的节律在治疗部位定点叩击；或在较大治疗面积内做上下、左右移动叩击；或沿着治疗经线做来回往复叩击（图5-60）。

### 【操作要领】

1. 叩击力的方向要与治疗面垂直。

2. 要用腕部与手指轻巧的弹性动作完成手法。

3. 五指着力时，各指间关节既要有一定的挺力，又要保持一定的弹性。不要绷紧僵硬，以使作用力刚中有柔，达到一定的刺激量，而受术者又感到舒适缓和。

4. 叩击频率200~260次/分。

### 【技能训练】

可先在米袋上做基本动作技能训练，再选头顶部或大腿外侧部做定点或移动的走线人体练习。

### 【临床应用】

本法着力面积较大，作用力着实刚劲而轻快柔和，是一种轻至中等强度的叩击法，适合于在较大面积的治疗部位上应用，特别在头部、背部、大腿外侧使用最为适宜。具有安神醒



图5-60 啄法

脑、疏通气血、振奋阳气等作用，能治疗头痛、失眠、健忘、精神萎靡及上背部肌纤维组织炎、劳损、股外侧皮神经炎等病证。

### 小指侧击法

两手掌相合，用两小指尺侧面击打体表一定部位的手法，称小指侧击法。

#### 【释名】

因为用小指尺侧击打体表，故名小指侧击法。此法着力缓和，舒适，刺激量小。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 术者取坐位，术手沉肩、垂肘、屈肘 $90^{\circ}\sim 100^{\circ}$ ，前臂取中立位，两手五指自然分开，两手掌心相合拢，以两小指尺侧面对准待击部位。

2. **动作姿势** 操作时，以双肘关节发力带动腕关节做桡偏、尺偏活动，使两手小指尺侧着力于治疗部位，进行有节律的击打。击打时由于术手四指间的皮肤相互碰击，故可发出有节奏的“啪……”声。

#### 【操作要领】

1. 腕关节放松，尽量减小前臂上下摆动的幅度，腕关节做被动的尺偏、桡偏活动。
2. 频率要适中，一般200次/分，动作要有节律性。
3. 两掌及手指要相对贴实，避免击打时滑脱。

#### 【技能训练】

在米袋上按操作要领练习，也可在自身大腿部位练习，操作熟练后，进行人体练习。

#### 【临床应用】

本法适用于头、项、肩、背、四肢部，具有舒筋通络、行气活血、缓解疲劳之功效，和其他手法配合，用于治疗头昏、头晕、头痛、颈及肩背、腰、四肢酸困疼痛等病证，常作为治疗的结束手法，临床上用于保健推拿较多，亦可用于美容。

### 弹击法

用手指背侧指甲部弹击体表的方法，称弹击法。

#### 【释名】

弹(tán)为彈之简体字，其义一为用手指拨弄，一为被其他手指压住的手指瞬间用力伸开并击打到其他物体的动作。本法因食指或中指挣开拇指的阻力似有弹性一样快速射出，借此力量触击体表，故名弹击法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 术者取坐位或站位。术手用拇指指腹紧压住食指指甲或中指指甲，对准待击部位[图5-61(1)]。

2. **动作姿势** 操作时，食指或中指用力迅速弹出，用食指指甲部或中指指甲部弹击治疗部位[图5-61(2)]。

#### 【操作要领】

1. 动作要灵活自如。

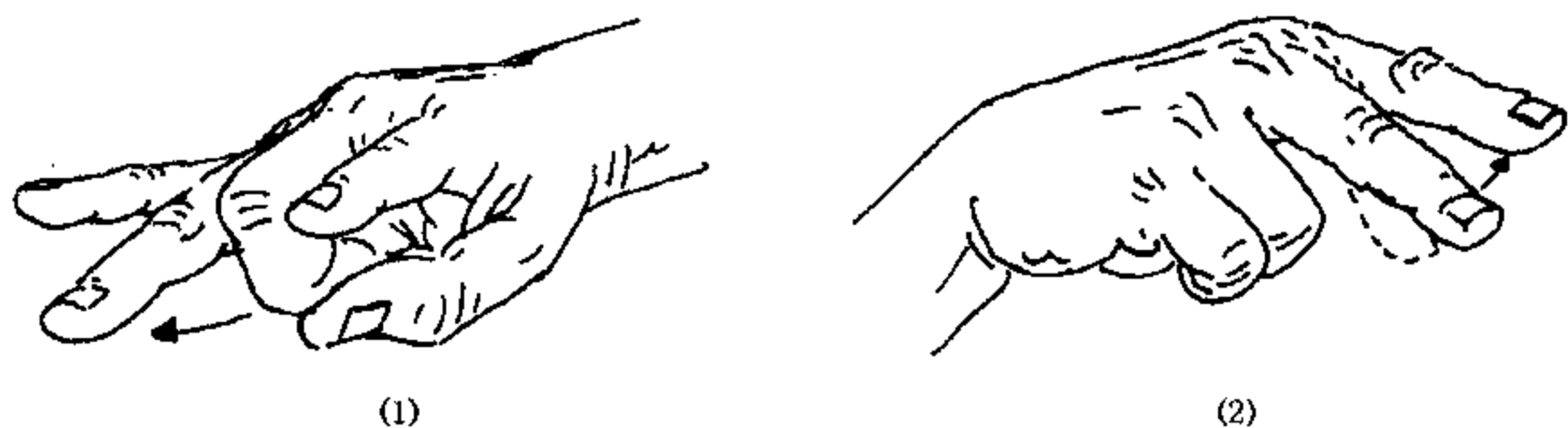


图 5-61 弹击法

2. 持续弹击时，力量要均匀，不能忽轻忽重，弹击的强度以不引起疼痛为度。

#### 【技能训练】

本法操作可先在米袋上进行弹击练习，也可在自身做弹击练习，体会频率的大小、力量的强度，以使手法趋于熟练。

#### 【临床应用】

本法适用于全身各部，以头顶、关节等部位为常用，具有舒筋通络、行气活血之功效。弹法为一种推拿辅助治疗手法，常配合其他手法治疗头痛、颈项强硬、四肢关节酸痛等病证。

### 击点法

以中指端，或拇、食、中三指，或五指捏拢后的指端，在施术部位进行击打点穴的方法，称为击点法或指点法。其中，根据着力部位不同，又分别称为中指点、三指点与五指点。

#### 【释名】

本法是崂山点穴推拿流派的主治手法。由中国传统武术中的点穴、拿穴、打穴、踢穴、解穴等击技性动作演化而来。本法在崂山点穴流派中，原称点法，为与重按为点之按点法有所区别，故在本教材中将其称之为击点法。

#### 【动作结构】

1. 预备姿势 轻点时，术者可取坐势；重点时，术者多取站势。中指击点时的手式与中指按点法相同；三指击点时拇、食、中三指指端对齐并拢捏紧，以三指指端对准待点部位；五指击点时，五指指端对齐并拢捏紧，以五指指端对准待点部位。

2. 动作姿势 轻度点击时，以腕关节为中心，沉肩、垂肘，先伸腕将手抬起，接着腕关节用力顺势下落，以一种富有弹性的力对准施术穴点做点状叩击；以中等力度击点时，整个动作要以肘关节为中心环节，沉肩并屈肘  $90^{\circ} \sim 100^{\circ}$  左右。操作时，先将前臂抬起，并同时伸腕，使前臂与腕用力，快速地顺势下落，以着力指端对准治疗穴点击打；重力型击点时，动作以肩关节为中心，先将整个上肢在肩关节处向上举起，手可高过头上。此时，屈肘  $90^{\circ}$  左右，腕背伸约  $30^{\circ}$ ，接着用力使上肢下落。在这个过程中，前臂在旋前位掌面朝下，腕

关节由伸展位顺势向屈曲位过渡。当着力指击打在受术部位时屈腕约 $30^{\circ}\sim 45^{\circ}$ 左右。在进行上述各式击点时，手指击打到治疗穴点后，要随即“弹起”离开施术部位，状如蜻蜓点水（图5-62）。

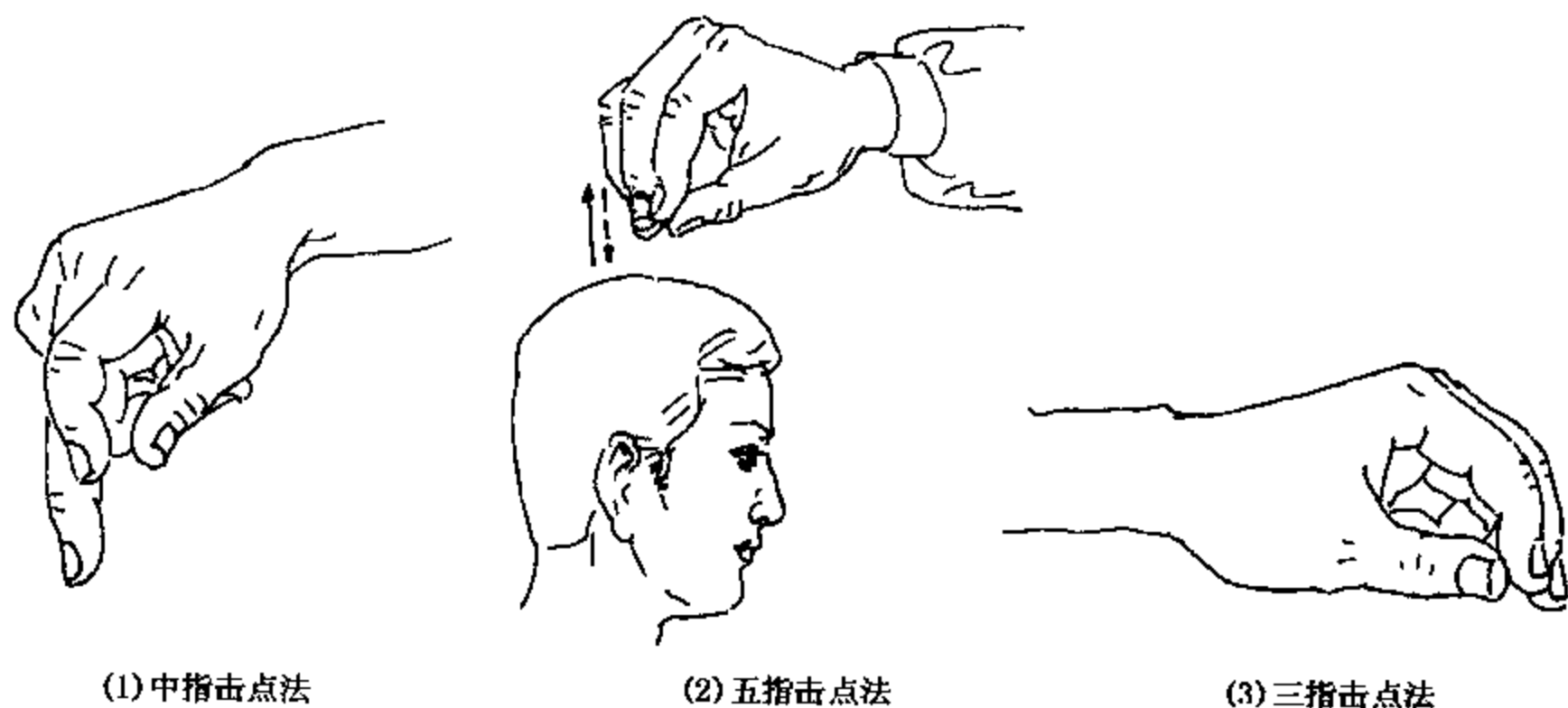


图5-62 击点法

击点法有单点法与节律点法两种。单点法是以一次击点动作为一个刺激单元，一般每次治疗2~3点，每次的力度基本一致；节律点是以一组有固定频率与力度变化的节律性点击为一个刺激单元的手法，常用的有一虚二实、二虚二实、三虚二实或五虚二实等几种型式。虚点时用力轻而速度快，实点时用力重而速度稍慢。

#### 【操作要领】

1. 重力击点时，要注意术指的保护。
2. 操作时要垂直用力，节律点法时，力度由轻渐重，稳定持续，切忌用暴力。

#### 【技能训练】

本法训练时，要求学员在稳（动作技巧稳定）、准（落点准确）、狠（发力快捷峻猛）等方面培养扎实的专项功力。为此，该流派有一套专修的独门功法，称点穴练功，其主要功势有蹲起功、运气拍打工、对拉功、仰卧功、撞背功、蜈蚣跳、鹰爪力、捶纸功、推山功与扎腰功等10种。学员可按以下方法与步骤进行训练：

#### 1. 第一阶段——基本功法

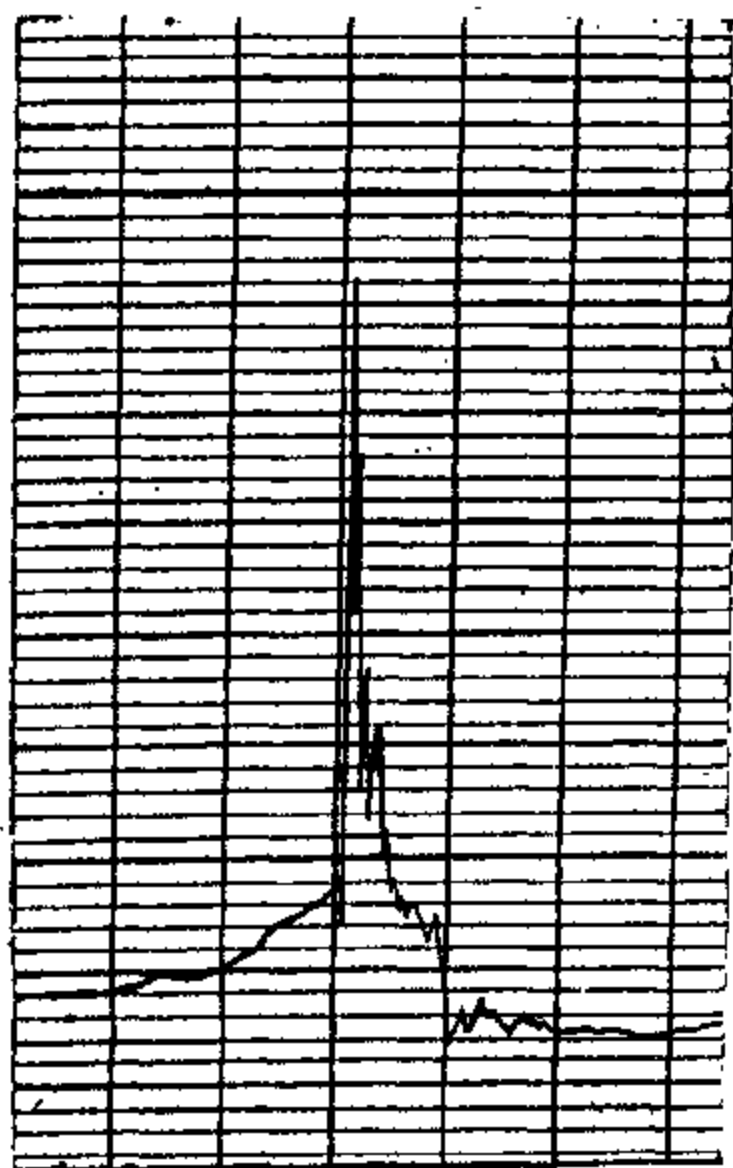
(1) 重点练习易筋经之童子拜佛势、摘星换斗势、卧虎扑食势（此势可与蜈蚣跳势交替练习）及拿法技能训练中的拿坛子功（点穴练功中的鹰爪力功的练法与此相同）。

(2) 练习蜈蚣跳：先取俯卧撑势，两掌与双足尖着力，伏身撑地，再将腰脊中部向上耸起成弓背形，再两掌与双足同时发力撑地，使身体凌空腾起，并顺势向前跃出，如此反复练习，直至能随意进退，并持续一定时间。

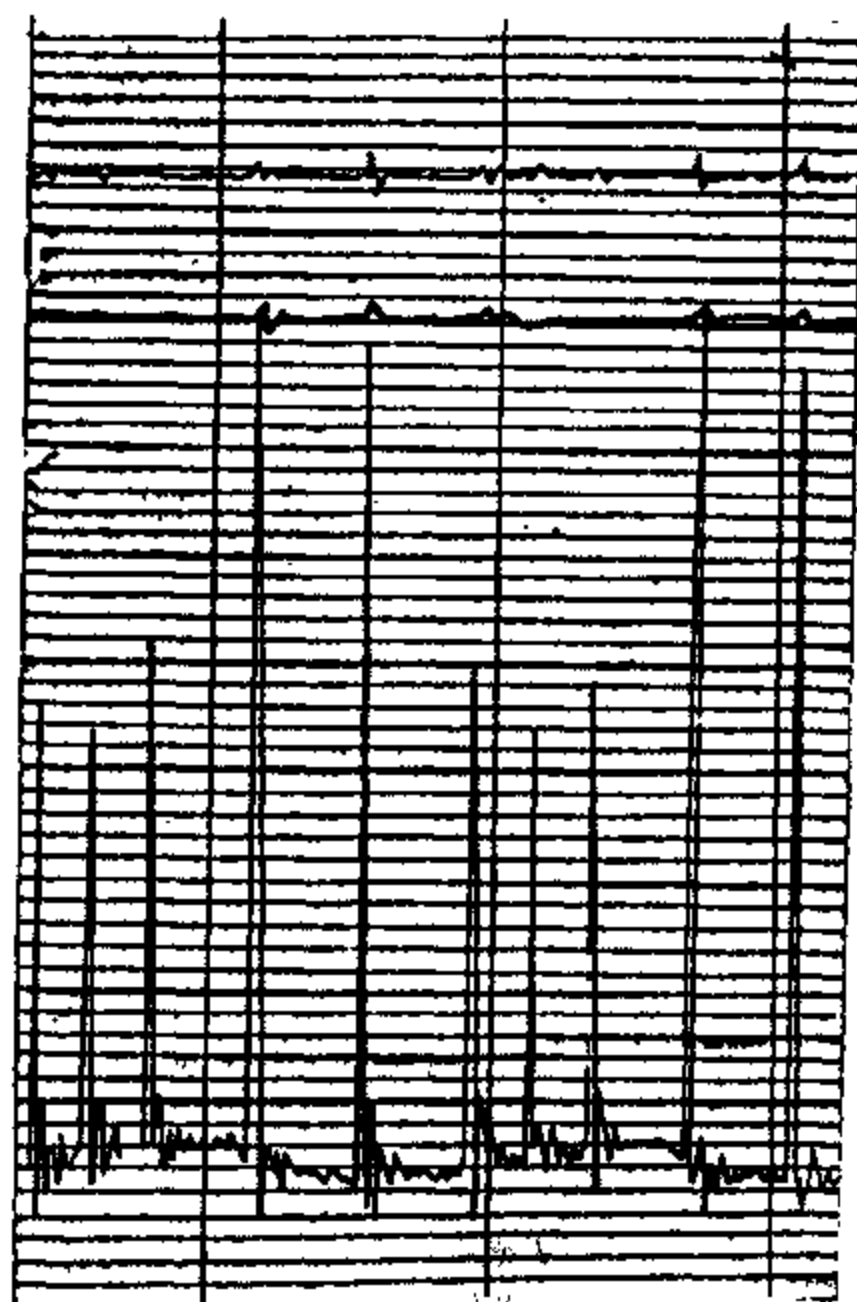
(3) 击点米袋练习：将米袋平放在桌上，学员取站位，分别用中指、三指、五指击法手势，对准米袋中圈中点反复击点，要求每次击中圆心，以练习定点击穴的能力，这是第一步。第二步练习要求分别对准米袋的上、中、下三圈的圆心击点，做到心到、力到、手到，每发中的，则准确点穴的功力成矣。此阶段练习，初期主要是练习本法的规范动作技术，包括稳定的轻、中、重不同量级击点法的发力方式，以及点穴的准确功力，不宜用大力击点，以后逐渐加力，进行指力的强度训练。

## 2. 第二阶段——人体练习

- (1) 百会穴练习轻型单点法。
- (2) 肾俞、大肠俞穴练习中型单点法。
- (3) 环中、环跳穴练习重型单点法。
- (4) 肩井、足三里穴练习定点节律点法。
- (5) 沿膈俞→大肠穴一线，练习走线节律点法。



(1) 单点法



(2) 节律点法

图 5-63 贾立惠点法动态曲线图

### 【名医经验及现代研究】

应用“TDL-I型推拿手法力学信息测定系统”对贾立惠老师所做的击点法实测，其动态曲线图及初步分析如下：

图5-63(1)是贾氏操作的重型单点法动态曲线图，其垂向曲线显示重型的单点脉冲波的周期为0.1秒，冲击力可达60千克力左右。图5-63(2)记录的是贾氏所操作的三虚二实节律点击法动态曲线图，垂向曲线上可看到两组以三快二慢、三轻二重的节律排列起来的尖刺状脉冲波，虚点强度7千克力，实点强度12.5千克力，节律周期1.54秒。其上升角接近90°，纵、横向曲线均与基线重合。

### 【临床应用】

本法动作快捷，劲力迅猛，深透性强，刺激量大，尤其是重型击点法在其施术的瞬间，叩击力可达60~70千克力。故作用力可迅速地传递到人体组织的深层与肢体远端，引起强烈的机体反应。临诊时应注意辨证施术。一般对儿童、妇女、体弱者或初次受术者，宜先选用比较缓和的节律点与轻型单点法，待其适应后，再慢慢加大手法的力度，切不可一开始就用强力猛然点击，以免造成损伤。本法具有振奋精神、开达郁闭、发散壅阻、激发元阳、活跃气机与蠲痹镇痛的功效。主要用于治疗神经衰弱、失眠、外伤性截瘫、脑性瘫痪、癱病性瘫痪、小小儿麻痹后遗症、末梢神经炎、感染性多发性神经炎、偏瘫、腰椎间盘突出症等病证。

## 第二节 作用于人体骨关节类手法

### 一、含义与施术原则

#### (一) 含义

在关节运动解剖学结构及其生理功能允许的范围内，术者沿受术者人体基本轴、面的方向，对构成关节的骨环节所做的轴向绕转、纵向拉伸及横向水平滑动等各种无阻力被动运动手法，总称为作用于骨关节类手法，亦称运动关节类手法或关节被动运动手法。在传统的推拿疗法中，抗、扒、折、盘、运、转、掣、摇、扳、抻、拉、端、拔、伸、牵、引等众多手法皆属此类。

近代学者在全面继承此类传统手法的基础上，应用现代人体科学原理，对其进行了研究总结，以关节结构学特征为生物学基础，根据手法的技术特点、动作原理、作用范围，以及操作时关节的运动方向与幅度等规律，又将本类手法归纳成摇动类、扳动类、拔伸类、抻展类及平端类等五种亚类。

本类手法的特点是：在特定的手法操纵下，作用力克服受术环节的重量，使之产生空间位置的移动与变化，而这种位移具有一定的方向与幅度的量值。所以，合理、定量地控制受术环节的位移方向与幅值，既是本类手法的技术要领，也是区别五种被动运动手法并予以正

确界定与度量的依据。例如：在各个轴向上关节运动生理功能允许的范围内，摇法与扳法都是使受术环节沿其运动轴方向做绕转的被动运动手法。然而，摇法的运动幅度即摇法的摇动区位是在关节运动的起始位至病理位或至功能位之间，扳法的扳动区位则是从病理位到功能位或从功能位至生理位范围内进行；拔伸法是沿关节的纵轴方向施以拉伸力，使相对的关节面做分离运动的被动运动手法；平端法是沿关节的横切面方向施以横向剪切力，使相邻的关节面做水平滑动运动的被动运动手法；伸展法则是对处在上述各个轴、面方向极限位置上的关节环节，施以缓慢、持久并渐渐加强直至受术者最大耐受范围的绕转、拔伸与扳动力，从而使关节产生松弛效应的被动运动手法。

其次，本类手法另一个需要注意的技术特点是：本类手法所完成的是一种无阻力的被动运动，即在施术时要求受术关节处于充分或尽可能的放松状态。术者操作时，在克服受术肢体环节的自身重量与关节的病理性阻力之外，再无其他阻力。故在施术前要嘱咐患者尽量放松受术肢体，不要紧张，更不能主动用力对抗术者的手法操作。若受术关节周围软组织有病理性的痉挛、粘连或僵硬，不能主动放松时，则应先选用具有舒筋解痉、活血止痛作用的手法，在其周围软组织施术治疗，待其舒缓放松后再施行本法，以确保手法动作准确到位，取得预期的治疗效果。

## （二）施术原则

在应用本类手法时，必须掌握并运用人体运动解剖学、运动生理学与运动生物力学原理，遵循关节运动轴面原则、关节运动区位原则、关节运动解剖结构学原则以及省力原则，对各种不同结构类型的骨关节，采用相应的操作技术，以使手法动作合理量化、准确到位、安全无痛及省力、有效。

**1. 关节运动轴面原则** 本原则亦称被动运动类手法的方向原则。因作为关节被动运动的手法作用力是一个矢量，故本类手法在操作时，首先要准确控制与把握手法力的作用方向，而具体到每一个关节来说，其手法力的允许作用方向，又受关节不同结构类型所限定的关节运动轴、面的种类与数目而左右（表5-1），亦即关节运动的自由度受其结构，包括关节本身及其辅助结构与跨关节肌腱等组织的约束。本类手法操作时必须遵循如下原则：

（1）原则上对每个关节只能在其所属轴、面类型允许的维度与方向上做被动运动；禁止做大幅度无轴方向上的被动运动。如指间关节是只有额状轴的单轴关节，故只能做屈伸方向上的摇、扳或伸展法，而不能强制进行较大幅度的展收、旋转或环转。再如第1掌腕关节是具有额状轴与矢状轴的双轴关节，故可做被动屈伸、展收与环转；但无垂直轴，故不能强制做旋转动作。

（2）由于关节面的形状通常不是典型规则的几何形状，因此，在关节中往往不是只有一个转动轴，面是有许多相互更替的瞬时转动轴，亦即人体关节除了三个基本运动轴外，还有在这些基本轴之间的中间轴，故在双轴、多轴关节，除可做多个轴向的绕转运动外，还可绕其基本轴以及它们之间的中间轴做连续的被动环转运动。



表 5-1 全身大关节运动轴分类一览表

关节运动轴分类	关节面结构形态	所属关节	运动轴类型	主、被动运动方向
单运动轴关节	车轴(圆柱)关节	桡尺近侧、远侧关节	垂直轴	回旋(内旋、外旋)
	滑车(屈戌)关节	肱尺关节 指间关节	额状轴	屈伸
双运动轴关节	椭圆关节	桡腕关节	额状轴 矢状轴	屈伸 外展、内收 环转
	鞍状关节	拇指腕掌关节		
多运动轴关节	球窝关节	肩关节	额状轴 矢状轴 垂直轴	屈伸 内收、外展 内外旋转 水平屈伸 环转
	杵臼关节	髋关节		

(3) 人体所有的运动关节(包括微动关节)的关节腔内,其关节面不能完全吻合,它们之间有一定的空隙即关节间隙,故其主动运动的方向虽然仅限定在其运动轴的维向上,但其被动运动的自由度却有大于1的规律,即使是单轴关节也是如此。例如:指间关节除可做额状轴方向较大幅度的主动或被动屈伸外,还可做微幅的被动左右摆动或旋转与环转。

(4) 关节的垂直轴可作为运动轴,但在无此类运动轴型的关节,作为人体的基本轴面,也有垂直轴。此时,一般称其为关节的纵轴或长轴,在长轴的两端施以拉伸力,可使关节的相邻关节面做分离运动,使关节间隙增宽。

(5) 基于关节间隙的存在,在关节相邻的两个骨环节的近关节处,施以与其长轴相垂直的剪切力,可使两个相邻关节面做被动的水平方向的微幅滑移运动。

**2. 关节运动区位原则** 本原则也可称为关节被动运动类手法的幅值量化原则。关节是人体运动系统中骨与骨之间的功能性联接,这种联接的功能,主要体现为人体关节运动功能。人体的主-被动运动在自身肌力或手法作用力的驱动下,关节所联接的两个肢体骨环节之间产生空间位置的移动,这种位移除了方向外,由于受关节自身结构的限定,其沿运动轴方向的绕转运动,不可能无限制地进行下去,所以,还有一个允许的运动范围。这种体现关节运动功能的量化与度量的指标是关节的运动幅值,通常用角度来表示。关节运动幅值的计算方法是:一个运动从开始到结束时某一关节处两个运动环节之间运动范围的极限角度之差。表示关节运动幅值大小的关节运动角度,即是本类手法治疗量的度量单位与评价指标。

为了使关节的运动功能与运动关节类手法的治疗量有一个相对准确的量化与度量标准,本原则提出如下关节运动的位、区概念,作为其运动幅值的度量标尺。

#### (1) 关节的运动位

①起始位:一个在标准系统解剖学直立位下的人体,各关节所处的位置为关节运动的起始位。惟前臂内外旋转运动的起始位为前臂掌侧向内、拇指向前。

②病理位:在伤病态关节条件下,从起始位开始沿着某一运动轴方向,主体做最大的主

动用力，运动环节所能达到的极限位置，为关节运动的病理位。该位是由于关节伤病后，软组织痉挛以及关节粘连、缩窄等各种病理性改变所致。

③最大病理位：当伤病态关节经过手法松解或其他治疗后，再沿某一运动轴方向从起始位开始做最大的主-被动力，运动环节所能达到的极限位置，为关节运动的最大病理位。该位是关节周围软组织痉挛经治疗基本缓解，但尚存关节粘连、缩窄等病理因素的情况下，关节的主-被动运动所能达到的最大位置。其运动幅值略大于病理位。

④功能位：在常态关节条件下，沿着某一运动轴方向，从起始位开始，主体做最大的主动用力，运动环节能达到的极限位置，为关节运动的功能位。

⑤生理位：在常态关节条件下，用外力将处于功能位的肢体环节，继续沿该运动轴的方向向前推进至所能达到的无损伤的极限位置，为关节运动的生理位。达到生理位的标志是：当用力将关节从功能位继续向前推进，逐渐扩大其运动幅度的过程中，会先达到一个阻力点，然后，再稍加用力，使关节运动幅度再扩大 $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$ ，在克服这个阻力点的瞬间往往会产生一个清脆的关节弹响声，或手下有短促的滑动感，之后，再停留在一个有阻力感的位置，即表示达到生理位。此时，即刻将外力撤除，则关节的结构仍保持完整，其主-被动运动功能正常。

⑥损伤位：当关节运动达到其极限生理位后，再用力扩大其运动幅度，致使其达到正常结构遭到破坏损伤的位置，即为关节运动的损伤位。

以上各关节的运动位以关节运动角来度量与定位，即起始位为零度，其余运动位均以其所在位置与起始位的夹角来表示。人体关节在主、被动运动的过程中，其关节运动角从起始位零度开始由小到大逐步展开，在常态关节运动中依次有起始位、功能位、生理位与损伤位等4个运动位；在病态关节运动中依次有起始位、病理位、最大病理位、功能位、生理位与损伤位等6个运动位。

(2) 关节的运动区域：在实际操作的过程中，手法作用力将受术关节从一个运动角较小的运动位转动到另一个运动角较大的运动位的过程中，要经过一定的位间区域，即为关节被动运动的运动区域。其中包括：

①功能运动区：从起始位至功能位之间的区域，为关节的功能运动区。此区域的存在与完整，表示关节运动功能的健全。

②生理运动区：从功能位至生理位之间的区域，为关节的生理运动区。此区域的存在，表示关节的结构与功能的完整。

③病理运动区：从起始位至病理位或最大病理位之间的区域，为关节的病理运动区。该区的出现，表示病态关节功能障碍时所仅存的运动功能，故又可视之为关节运动的功能残存区域。

④功能障碍区：从病理位至功能位或生理位之间的区域，为关节运动的功能障碍区。该区域是关节运动功能区与病理区域之差，临床可提示与度量其关节正常运动功能丧失、障碍的程度与范围。

临诊时，在本原则指导下，一是理论上要求术者建立明确的摇、扳、伸展类手法的运动区位概念，及其定量的界定依据，使之在具体操作时，尽可能定量地把握摇法的摇动区位、

扳法的扳动区位与抻法的抻展区位的幅度与范围，以使手法准确到位；二是在临床具体应用时，首先要确定受术关节运动的病理位，因为具体到某一关节，其起始位、功能位、生理位的位角点是相对固定的。应用被动运动手法的目的是不断扩大病理运动区，逐步缩小功能障碍区，直至其完全消失，最后使受术关节的运动范围从被动功能位逐渐恢复到完全主动功能位。总之，所有具有治疗作用的被动运动手法，均应在生理位以内进行操作。达到损伤位的操作会招致关节正常结构的破坏而成为医疗事故，应当禁止。

**3. 关节运动解剖结构学原则** 本原则即为被动运动手法的安全性原则。由于受术关节被动运动的方向、幅度、体位及可承受的外力负荷，不但受制于它自身的结构类型，而且还受其毗邻组织结构及其相互之间动态关系的约束。所以，必须在整体意义上的解剖结构所允许的自由度内进行被动运动手法操作，才能确保其安全。违之，轻则造成受术关节不同程度的损伤，重则可致肢体瘫痪甚至危及生命。

临诊时，以上关节运动轴、而及区、位原则所指出的禁止做大幅度的无轴方向运动及严禁超生理位的被动手法等，在广义上也属于必须遵循的安全性原则之一。但是，本原则更强调受术关节的毗邻安全性与动态安全性，因为这方面的问题往往容易被忽视，而手法性损伤也多由此而酿成。

例如：在施行颈椎斜扳法时，要强调禁忌在仰头位下旋转颈椎，因为，在此体位下枕骨与寰椎侧块的后相对缘距离靠近，致使骨性椎动脉管沟的间隙变窄，在此条件下再行大幅度的颈椎旋转扳动，则行走在其间的椎动脉易被挤压、碾磨致伤而形成血栓，就有可能造成急性脑梗塞的严重后果。而正确的操作应是在头略向前倾的体位下施术，这样就可以避免以上事故的发生，从而确保手法的安全性。

**4. 省力原则** 对于需要花费较大体力才能完成的被动手法，传统推拿学的经验是：不要用“死力”，而是要用“四两拨千斤”的“巧劲”来完成手法操作。也就是要应用一定的技巧，使术者能做到付出尽量小的自身体力，而做出较大的功，从而能事半功倍甚至数倍地克服来自较大受术环节的重力与受术关节及其周围跨关节软组织由于痉挛、缩窄、粘连等原因形成的强大的病理性约束力，并最终能举重若轻地完成整个手法动作。在传统推拿手法中有许多前人创造的寓含这类技巧的被动手法及施术经验，经过现代运动生物力学原理提炼、总结与整理，在此提出的被动运动手法省力原则主要包括杠杆原则，力矩、力偶原则及力的替代原则三部分。在施术时遵循并应用本原则，术者可节省自身的内力、节约体能，并可达到完善自我保护机制的目的；再者，也可使手法动作更加规范、正确并符合人体运动学与动力学的科学原理。

(1) 杠杆原则：在物理学中，把在力的作用下能绕支点转动的硬棒叫杠杆。在运动生物力学中，依据人体运动器官系统的运动链的结构机能特点，把人体骨环节可以在肌肉拉力作用下绕关节轴转动这一与杠杆的结构与功能相似的系统称为骨杠杆。在骨杠杆系统中，关节轴心是支点，肌肉起止点为力点，骨环节重心或负荷作用点为阻力点。与机械杠杆一样，骨杠杆也可分为省力杠杆、平衡杠杆和速度杠杆三种类型。阻力点在支点与动力点之间的杠杆为省力型杠杆，如踏足站立时小腿与足系统构成的杠杆；支点在阻力点与动力点之间的杠杆为平衡型杠杆，如头颅以寰枕关节为支点所构成的杠杆；动力点在支点与阻力点之间的杠杆

为速度型杠杆，如肘关节屈、髋关节屈时构成的杠杆，这类杠杆费力，但阻力点移动速度大，人体大部分骨杠杆均属此类型。

在施行无阻力关节被动运动类推拿手法时，我们把人体骨环节在手法作用力的驱动下，绕关节轴转动的力学系统称为被动运动类手法的杠杆系统。在此手法杠杆系统中，术者的制动手（或称固定手）握点为支点，关节轴心为阻力点，术者的动力手（或称作用力手、操纵手）握点为力点，支点至作用力线的垂直距离为力臂，支点至关节轴心阻力作用线的垂直距离为阻力臂，作用力点至制动手握点（支点）的距离为杠杆臂，手法作用力与力臂的乘积称手法动力矩，关节阻力与阻力臂的乘积称阻力矩。杠杆的机械利益用力臂与阻力臂的比值表示。应用手法杠杆原则，主要的目的是省力，故在实用时，要充分利用人体骨杠杆原理，巧妙地用术手的两个握点与受术关节轴心点组成省力型杠杆，以获取最大的杠杆机械利益，使手法操作轻巧省力。例如在沿着额状轴、矢状轴施行摇扳类手法时，制动手的握点（支点）要放在关节（阻力点）的近侧近关节处，而动力手的握点（动力点）则要放在关节远侧的远端，以组成阻力臂较小，力臂较大，其机械利益大于1的省力型单臂杠杆。如在施行肩关节外展扳法时，制动手按压固定在肩峰点，动力手则应握在肱骨远端肘关节处比较省力，如握在肱骨中段则费力。

(2) 力矩、力偶原则：力矩与力偶都是表示力对物体产生转动效应的物理量。当术者沿关节垂直轴做各种被动旋转运动手法时，利用力矩、力偶原则能获得省力效应。

①力矩省力原理：在一个有固定转动轴刚体的平面内，力的作用线与轴心的垂直距离，叫力臂。力的大小与力臂的乘积即为力对轴的力矩。力使物体绕轴心的转动效应与力的大小及力臂的大小成正比，因此，力对物体转动效应的度量用力矩。在关节被动运动类手法中，可利用力矩原则通过加长力臂的方法来达到节省体力的目的。例如，在施行以腰椎垂直轴为定轴的腰椎旋转扳法时，仰卧位腰椎旋转扳法的作用力点选择在股骨下端，而侧卧位腰椎旋转扳法的作用点则在髂骨最高点或股骨大转子，由于前者的力臂明显大于后者，故省力。

②力偶与力偶矩省力原理：两个大小相等、方向相反的平行力，其合力为零，但对其作用平面内的任何轴仍有合力矩的力系为力偶。二力间的垂直距离为力偶臂，力偶中的一个力与其力臂的乘积为力偶矩。力偶矩的大小可度量力偶对刚体的转动作用，其转动作用的大小与力的大小及力偶臂的大小成正比。可见，在此力系中加大力偶臂即可获得省力效益。因此，在施行以颈椎垂直轴为定轴的颈椎旋转扳法时，一手的握点在颞骨隆凸，而另一手的握点放在顶骨的后上角较放在枕外隆凸更轻巧省力，就是利用加长力偶臂的省力原理。

(3) 力的替代原则：本原则的使用主要基于以下两个省力原理。

①外力替代内力原理：在被动运动手法的力学系统中，使受术者肢体环节产生被动运动的作用力如果来自术者自身体内肌肉收缩所产生的力，对术者来说用的就是“内力”；而作用力来源于外界环境或物体，如重力、摩擦力、惯性力等，对术者来说用的则是“外力”。在施行被动手法时，可以充分运用本原理，通过一定的技巧，尽量地利用“外力”替代“内力”来完成整个手法动作的操作，以取得明显节省术者体力的效果。

②大力肌替代小力肌原理：对术者来说，其身体内力的大小在各个肢体环节中是有明显差别的，一般来说下肢的肌力大于上肢，腰背的肌力大于手臂。因此，我们把在同一人体中

肌力较大的肌肉称为大力肌，肌力较小的肌肉称为小力肌。在施行被动手法时，当在受术者个体重量及其受术关节周围的病理性约束力较大的场合下，有时往往受操作者上肢肌力的限制不能完成操作，此时，可运用本原理，通过一定的技巧动作，利用大力肌替代小力肌来完成手法操作，从而达到举重若轻的目的。

例如：在施行低坐位颈椎拔伸法时，其对受术颈椎的牵引，向上是利用术者下肢由下蹲而直立时所产生的提升力；向下的拉伸力则来自受术者自身的重力作用，而此时术者双上肢无须主动用力，只要以较小的力保持住其对受术者头部的固定作用即可。再如，在仰卧位颈椎拔伸法中，对颈椎的拉伸力由术者的大力肌——腰背肌替代上肢肌完成，而相反方向的牵引力则依靠受术者身体的重量与床面的摩擦力，从而节约了术者的臂力，并省却了助手的人力参与。

## 二、各类作用于人体骨关节的手法

### （一）关节摇动类手法

沿关节运动轴的方向，在起始位至最大病理位或至功能位的运动区位（即摇动区位）之间，所进行的使四肢关节前后屈伸、内收外展、内旋外旋，脊柱俯仰、侧屈、左右旋转以及环转等被动运动的一类手法称关节摇动类手法，又称摇法。

施行本类手法时，以受术关节为阻力点，术者双手按杠杆原理，一手为制动（固定）手，握点在受术关节近侧的近关节处（支点）；一手为动作（动力）手，握点在关节远侧的远端（作用力点），组成省力型单臂杠杆。而在做颈椎、坐位腰椎及髋关节摇法时，由于脊柱关节链的下端与髋关节的近侧可由受术者自身体重固定，所以，此时术者的双手均为动作手，故要注意双手动作的配合与协调。操作时摇动幅度由小渐大，如受术关节周围病理性约束力较大时，要先行软组织的放松手法，以使本法在最大的可动范围内进行。

关于受术关节的摇动范围与幅度——即摇动区位，术者可依据以下两种情况来准确把握：

1. 当对病态关节施术时，摇动范围一般掌握在从该关节运动的起始位到病理位之间进行，最大可达到最大病理位，不可强行超越。

2. 当病态关节的运动功能不能达到主动功能位，但在手法的作用力下可基本达到功能位，即到达被动功能位时，关节的摇动范围一般可掌握在从起始位到被动功能位之间进行，最大可控制在被动功能位之后的阻力点位，但不可强行超越此阻力点位。

本类手法在技能训练时，首先要取正术者与受术者双方的体位，以便于发力及确保动作的流畅进行。其次，动作时要注意双手的配合、协调，正确发挥其各自的功能作用，特别是在大幅度摇肩的操作过程中，其双手的握点处于动态变化的场合时，尤其要注意握点准确到位。

本类手法的主要治疗作用为舒筋解痉、解除疲劳、滑利关节，以恢复关节在各运动轴方向上的运动功能。

## 颈椎摇法

沿颈椎各运动轴方向，在摇动区位之间摇动颈椎的手法，称颈椎摇法。

### 【动作结构】

1. **俯仰摇颈法** 受术者正坐，术者站在其身后，用双手捧握住其头的两侧，沿颈椎额状轴方向，从其起始位至病理位或到功能位之间，用力使头颈做往返前俯、后仰运动，在矢状面内反复摇动颈椎。

2. **侧屈摇颈法** 体位与双手握法同前，沿颈椎矢状轴方向从其起始位至病理位，或到功能位之间，用力使头颈做往返的左、右侧屈运动，在额状面内反复摇动颈椎。

3. **旋转摇颈法** 受术者正坐，术者立于其侧后方，一手握住颞部，另一手握住枕部或顶骨上方，沿颈椎垂直轴方向，从起始位至病理位或到功能位之间，用力使头颈做往返的左右旋转运动，在水平面内摇动颈椎。

4. **环转摇颈法** 体位与术手握法同前，术者双手反相用力引导其头颈做由右向左的反复环转，或由左向右的反复环转运动，摇动颈椎（图5-64）。

### 【操作要领】

1. 摇动颈部时，幅度要由小渐大，速度要缓慢，并及时注意患者反应，如出现头晕等不适时，应及时停止。

2. 对椎动脉型颈椎病患者使用本法，应避免在其致晕位置摇颈。

3. 对年老体弱及高血压、脊髓型颈椎病患者应慎用或禁用本法。使用本法时，环转的幅度宜小，速度宜缓，应尽量避免摇动到极限位置。

4. 摇颈时，应嘱患者睁开眼睛，以免发生头晕。

### 【临床应用】

本法可恢复颈椎各方向的运动功能，对颈椎椎间关节及颈项部软组织有整理、牵伸与舒展之功效。临床常用于治疗各类颈椎病、落枕、项背部风湿症状、紧张性肌炎、项肌疲劳与劳损、骨化性肌炎、项韧带肥厚与钙化等病证。对椎动脉型颈椎病、脊髓型颈椎病及年老体弱与高血压病患者慎用或禁用。



图5-64 环转摇颈法

## 腰椎摇法

沿腰椎各运动轴方向，在摇动区位之间摇动腰椎的手法，称腰椎摇法。

### 【动作结构】

**1. 俯仰摇腰法** 受术者坐在无靠背的凳子上或治疗床上，术者站在其一侧，用一手掌按扶住其第3、4腰椎棘突处，另一手扶握住其一侧肩后部。操作时，扶肩手缓缓向前推按，引导其上身前俯，到位后再向后牵拉，使其自前俯位慢慢向后仰身，同时扶腰手向前用力顶按住腰椎，如此反复俯仰摇动腰椎。

**2. 侧屈摇腰法** 受术者正坐，术者在其身后取坐位或站位，用右手握住其右侧肩部，左手按扶住其左侧腰眼处。操作时，右手沿矢状轴向左推动肩部，同时左手顶按其左腰眼，使腰椎固定，令腰椎向左侧屈，到位后，右手将肩向右牵拉，使其上身回到起始位，如此反复摇动腰椎。向右侧摇动腰椎时，双手握点与用力方向相反，方法相同。

本法也可一手按放在腰椎后侧以固定腰椎，另一手从前面抱住受术者双肩，引导上身沿矢状轴从左至右，再由右到左，使其腰椎往返左、右侧屈摇动腰椎。

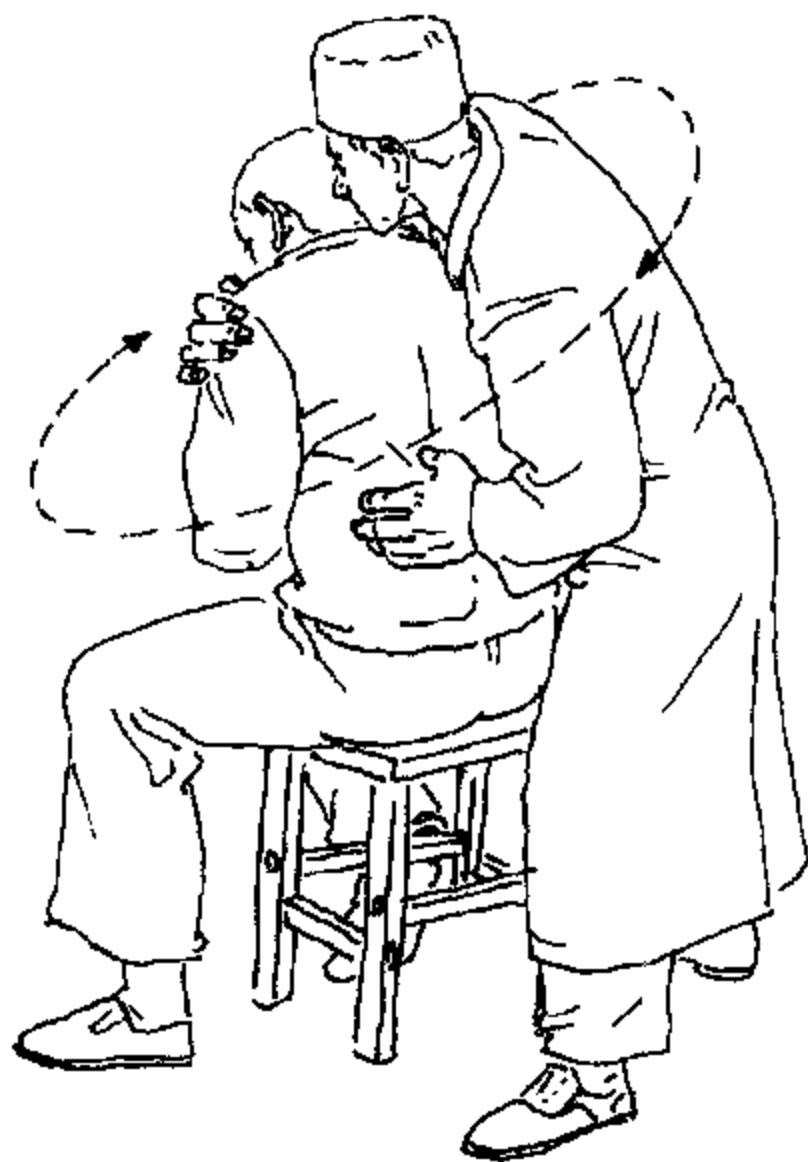


图 5-65 坐位环转摇腰法

### 3. 旋转摇腰法

(1) 坐位旋转摇腰法：受术者正坐，术者站在其身后，用双手分别握住其两肩反向用力，先用右手将其右肩向后牵拉，同时，左手向前推动其左肩，使其腰椎沿其垂直轴向右旋转，到位后，双手再相反用力，使腰椎向左旋转，反复左、右旋转摇动腰部。

(2) 侧卧位旋转摇腰法：受术者左侧卧位（左侧在下，右侧在上），左腿伸直，右腿屈髋屈膝，将小腿下端放在左膝关节内侧，术者在其腰侧站立，一手握其右肩，另一手握其右腿大转子，双手一前一后反向用力，使腰椎沿垂直轴左、右旋转，反复摇动腰椎。此法也可在右侧卧位下进行。

### 4. 环转摇腰法

(1) 坐位环转摇腰法：受术者正坐，术者站在其右侧或左侧后方，一手按扶其腰椎，一手从其胸前绕过握其对侧肩部；或从其腋下穿过握住其项部，牵拉引导其上身自左向右环转摇动腰椎，或自右向左环转摇动腰椎，环转幅度由小渐大（图 5-65）。

(2) 站位环转摇腰法：受术者站位，用双手扶住床边，或椅背，术者站在其后方，用双手扶握住其两侧腰眼处，两手同向、同时用力，使其腰部自左向右，或从右向左反复环转摇

动腰椎。

### 【操作要领】

1. 以上各方向腰椎摇法，操作时幅度由小渐大，速度则宜缓慢均匀。
2. 摇腰时，务必令其肌肉尽量放松，以使摇动充分到位。
3. 对老年体弱的腰椎退行性变患者，如腰椎有明显侧弯、后弓畸形者，摇腰时幅度不宜过大。

### 【临床应用】

本法可恢复腰椎各方向的运动功能，对腰椎椎间关节及腰部软组织有整理、调整、拉伸、舒展的功效。临床常用于治疗腰椎间盘突出症、腰椎小关节紊乱症、腰部软组织急性扭挫伤、劳损、疲劳、紧张性肌炎、强直性脊柱炎、第3腰椎横突综合征等病证所致的腰椎运动功能障碍。

## 肩关节摇法

沿肩关节各运动轴方向，在摇动区位之间摇动肩关节的手法，称肩关节摇法。

### 【动作结构】

#### 1. 托肘摇肩法

(1) 托肘伸屈摇肩法：受术者正坐，术者站在其一侧，固定手按压住其肩关节近侧肩峰处，动作手手掌托握住其肘部，将受术者前臂放在自己的前臂上。操作时，先将其上臂牵引至外展 $30^{\circ}$ 位，再沿额状轴由前向后，再从后向前往返伸屈摇动肩关节。

(2) 托肘环转摇肩法：体位与握手方法同前，动作手将其上臂由前向后，或由后向前反复环转摇动肩关节（图5-66）。



图5-66 托肘环转摇肩法

2. 展收摇肩法 受术者正坐，术者站在其侧后方或侧前方，固定手按压在肩峰处，动作手握其肘后方，先将其上肢牵引至前伸 $15^{\circ}$ ~ $30^{\circ}$ 之间，再沿矢状轴方向，由内向外再从外向内反复做外展、内收运动，摇动肩关节。

3. 水平屈伸摇肩法 受术者正坐，患肩外展 $90^{\circ}$ ，术者站在其侧后方，固定手按压在受术者肩峰处，动作手握托住其肘关节，沿其垂直轴，用力使肩关节做由起始位向前水平屈曲，再由前向后的水平后伸的运动，反复摇动肩关节。

4. 旋转摇肩法 受术者正坐，肩关节处于自然起始位，或前屈 $90^{\circ}$ 位，或外展 $90^{\circ}$ 位，或上举 $180^{\circ}$ 位，并屈肘 $90^{\circ}$ ，术者固定手握其肘关节，动作手握其腕关节，沿肩关节垂



直轴方向，用力内外摆动前臂，使其上臂往返内、外旋转，摇动肩关节。

**5. 握手环转摇肩法** 受术者正坐，肩关节外展  $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$  之间，术者站在其侧后方，固定手按压在其肩峰上，动作手握其手掌，用力引导上肢由前向后，或从后向前反复环转摇动肩关节（图 5-67），幅度由小渐大。本法可在患肩外展位下，做主要向外后方向的环转摇肩；也可在此位置下做前后摇动幅度相等、以肩关节轴心为顶点的圆锥形环转摇肩，也可在肩关节外展  $30^{\circ}$  同时前伸  $30^{\circ}$  左右的位置下，做主要向前内方向的环转摇肩。

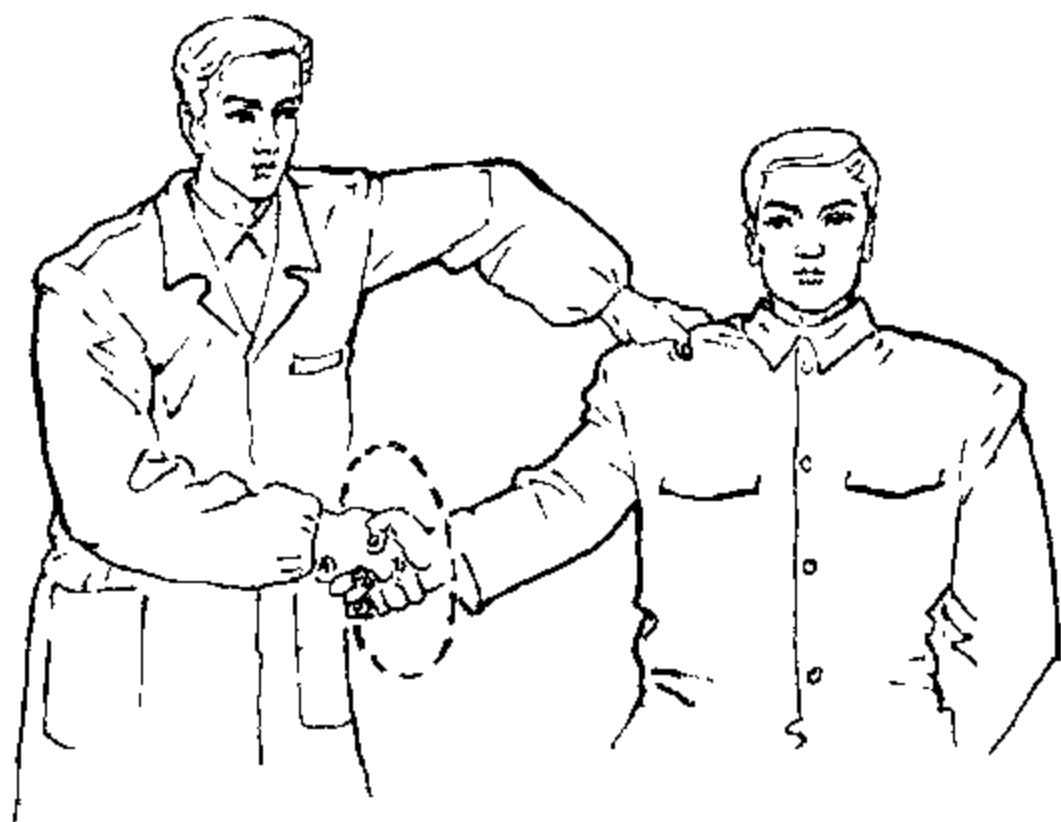


图 5-67 握手环转摇肩法

**6. 大幅度环转摇肩法** 以右肩为例，做由前上向后下方向的大幅度环转摇肩时，受术者正坐，右上肢放松，自然下垂（动作的起始位），术者站在其右外侧略向前方的位置，面向受术者，取左足向前、右足在后的“大丁字步”，双足距离略宽于肩，双拇指在上，屈曲的食指桡侧面在下，将腕关节握住，并轻轻将其右上肢向前下方拉直。操作时，术者右手用力将

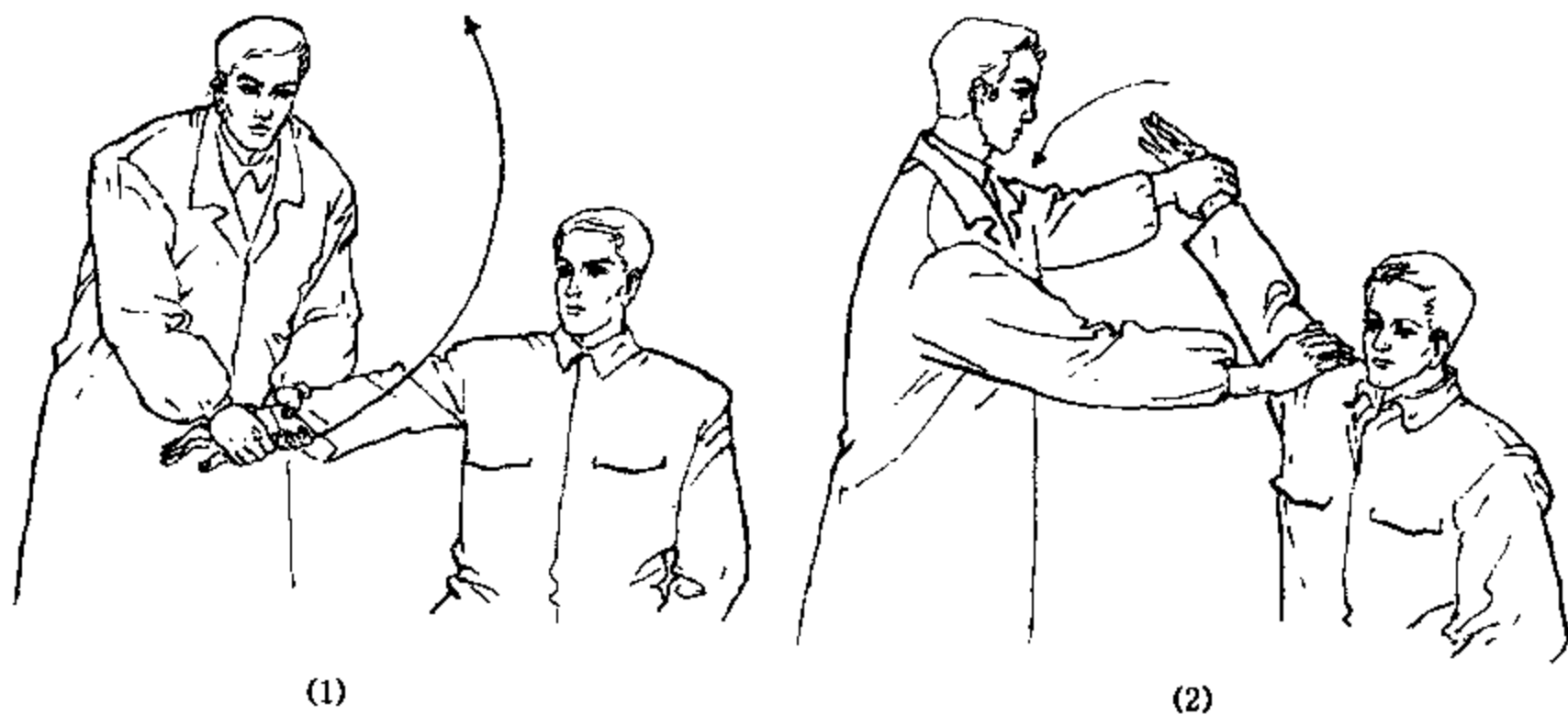


图 5-68 大幅度环转摇肩法

其腕部向前上方牵拉，同时左手协力向前推动，使患肢向前上方环转 [图 5-68 (1)]。在此

过程中左手一面向前推动患肢，一面内旋前臂、转腕、翻掌，至患肢向前上方环转到 $160^{\circ}$ 左右时，左手掌翻向上方抓住患手腕部，替代右手作操作手继续将患肢向前上环转。此时，右手顺势沿患肢外侧，从上向下移动至患肩近侧近关节处，当左手将患肢环转到 $180^{\circ}$ ，要越过患肩顶点的同时，右手握住患肩后上方向前用力，对抗患肢向后上方的转动力，并固定肩关节，使受术者上身不致于向后倾倒，以保证转动力准确传递到受术肩关节中心〔图5-68(2)〕。当左手接着将患肢向后下方转动时，右手顺势从患肩前方沿患肢内侧，从上向下滑移，当由前上向后下方完成 $360^{\circ}$ 的患肩大环转，患肢回到起始位时，右手也正好向下移回到腕部与左手会合，再夹握住腕关节，恢复成起始时的手势。如此，周而复始地大幅度环转摇动肩关节。本法操作时，还须注意下肢动作的配合：当由前下向前上方环转右侧患肢时，术者右下肢膝关节向后屈曲，左下肢在前的膝关节伸直，成右后弓步；当将患肢越过肩顶向后下方环转时，术者左膝关节要随之慢慢向前屈曲，同时右膝关节也渐渐伸直，成左前弓步。双下肢如此前后进退，配合双手的环转动作，以调节自身的体位，使手法动作在整体上自然、流畅、连贯、运用自如。

做由后上向前下方向的大幅度环转摇肩时，受术者与术者的体位、步势与握手方法同前。操作时，术者左手用力将患腕向后上方牵拉，同时，右手协力向后推动，使患肢向后上方环转，在此过程中右手一面向后推动患肢，一面内旋前臂、转腕、翻掌，至患肢向后上方环转到 $160^{\circ}$ 左右时，右手掌翻向上方抓住患手腕部，替代左手作操作手继续将患肢向后上环转，此时，左手顺势沿患肢内侧，从上向下移动至患肩前上方，当右手将患肢环转到 $180^{\circ}$ 位，在越过患肩顶点的同时，左手向后用力，对抗患肢向前方的转动力，并固定肩关节，使受术者上身不致于向前倾倒，当右手接着将患肢向前下方转动时，左手顺势从患肩后方沿患肢外侧，从上向下滑移，当由后上向前下方向完成 $360^{\circ}$ 的患肩大环转，患肢回到起始位时，左手也正好向下移回到腕部与右手会合，再夹握住腕关节，恢复到起始的手势。如此，周而复始地大幅度环转摇肩。下肢配合：当向后上方环转患肢时，左膝关节慢慢向前屈曲，右膝关节随之渐渐伸直，成左前弓步；当向前下方环转患肢时，右膝关节要随之慢慢向后屈曲，同时左膝关节也渐渐伸直，成右后弓步。

大幅度环转摇动左肩之动作结构与右肩相同，环转方向与步势相反。

#### 【操作要领】

1. 肩关节为多运动轴关节，是全身运动范围最大的可动关节。治疗时，要根据患肩运动受限的方向与程度，正确选择有效的摇肩方法，并把握好被摇动肩的幅度与方向。

2. 各种摇肩法操作时，要准确把握好制动手与主动手的握点，特别如大幅度环转摇肩时，术者双手的功能在动态变换，开始时两手都是主动手；当环转到患肩顶点时，一手及时移动到肩部近侧近关节处，起固定手的作用；当肩关节向前下或后下方向回转时，此固定手又下移至腕关节处，又成为下一个周期开始半圈环转动作的主动手。故要注意双手的协调配合，使动作准确到位。

3. 摇肩的幅度由小渐大，速度缓慢均匀。

#### 【临床应用】

本法对肩关节及其周围软组织有滑利关节、解痉止痛、恢复疲劳、祛风散寒、防止其运

动功能障碍的功效，临床常用于治疗肩周炎、肱二头肌长头肌腱炎、短头肌腱损伤、冈上肌肌腱炎及钙化、肩峰下滑囊炎及钙化、肩袖损伤、肩部肌肉急性扭挫伤、慢性劳损、项肩部及三角肌疲劳、紧张等病证。

### 肘关节摇法

沿肘关节各运动轴方向，在摇动区位之间摇动肘关节的手法，称肘关节摇法。

#### 【动作结构】

**1. 屈伸摇肘法** 受术者正坐，肩关节向前伸出，肘关节伸直，术者坐或站在其侧前方，一手为固定手托握住其肘后方，一手为动作手握住其前臂下端。操作时，动作手沿肘关节的额状轴方向，在其运动功能允许的范围内，反复屈伸肘关节，在矢状面内摇动肘关节。

**2. 旋转摇肘法** 本法亦称桡尺近、远侧关节摇法。受术者正坐，患肘屈曲 $90^{\circ}$ ，术者坐在其前方，固定手托握住患肘后方，动作手握住其前臂下端。操作时，动作手沿肘关节的垂直轴反复做前臂的内旋、外旋动作以及肘关节的小幅环转，以摇动肘关节及桡尺近侧关节与远侧关节。

**3. 环转摇肘法** 体位与握手方法同前。操作时，握腕手用力引导前臂由内向外，或由外向内，反复环转，摇动肘关节。

#### 【操作要领】

1. 肘关节由肱尺、肱桡与桡尺近侧三个关节构成，属双运动轴关节。其屈伸运动主要由肱尺关节完成，而内外旋转运动则是由桡尺近侧关节与远侧关节的联合运动完成。所以，在操作时要注意搞清肘关节的运动轴结构及肘关节旋转与桡尺近远侧关节的联动关系，以正确掌握摇肘的方向。

2. 肘关节属双运动轴关节，在理论上可做环转运动。但是，由于肱尺关节结构的限制，当肘伸直时，几乎不能做环转运动；屈肘时，其环转运动幅度也小。较大幅度地摇肘往往还有肩关节的小幅环转参与，故在做肘关节摇法时，固定手不要用大力紧握肘部，只要托住即可。

#### 【临床应用】

本法对肘关节及其跨关节软组织，具有舒筋活血、滑利关节、松解关节囊缩窄和粘连、恢复运动功能的功效。临床常用于治疗肱骨外上髁炎、肱骨内上髁炎、肱骨下端骨折后遗症，及肱骨外上髁撕脱性骨折后遗症，及桡侧、尺侧副韧带损伤等病证。

### 腕关节摇法

沿腕关节各运动轴方向，在摇动区位之间摇动腕关节的手法，称腕关节摇法。

#### 【动作结构】

**1. 屈伸摇腕法** 受术者正坐，屈肘 $90^{\circ}$ ，腕关节伸直，术者坐在其前方用固定手握在其前臂下端近腕关节处，动作手握住其四指。操作时，动作手沿额状轴方向反复做腕关节的掌屈、背伸运动，在矢状面内摇动腕关节。

**2. 收展摇腕法** 体位与握手方法同前。操作时，动作手用力，沿腕关节矢状轴，使其

反复内收（尺侧屈）、外展（桡侧屈）摇动腕关节。

**3. 环转摇腕法** 体位与握手方法同前。操作时，动作手用力引导腕关节做由尺侧向桡侧方向的环转，或由桡侧向尺侧方向的环转运动，摇动腕关节。

#### 【操作要领】

1. 通常所说的腕关节，包括桡腕关节、腕骨间关节和腕掌关节，摇腕法的作用范围是对这3个腕关节成分的整体摇动。故固定手要握在前臂下端、腕关节的近端近关节处，不可握在腕关节，以免限制腕关节的充分摇动。

2. 本法操作时，常在摇腕的同时，稍加拔伸力。

#### 【临床应用】

本法作用于腕关节及其跨关节软组织，有滑利关节、消肿止痛、舒筋活血、恢复运动功能的功效。临床常用于治疗腕关节前后及两侧韧带扭伤及劳损、腕管综合征、桡骨茎突狭窄性腱鞘炎、尺腕间三角软骨盘损伤及骨折后遗症等病证。

### 髋关节摇法

沿髋关节各运动轴方向，在摇动部位之间摇动髋关节的手法，称髋关节摇法。

#### 【动作结构】

**1. 屈伸摇髋法** 受术者仰卧位，患肢伸直，术者站在其患侧膝关节外侧，一手托住其膝关节后腘窝处，另一手握住其小腿下端。操作时，沿髋关节额状轴，双手同时用力，使髋关节由伸到屈，再由屈到伸反复屈伸，在矢状面内摇动髋关节。

**2. 收展摇髋法** 受术者仰卧，患侧下肢伸直，术者站在其患侧，固定手按抵在患髋外侧大转子上方，动作手托住其大腿下端膝关节内后侧处。操作时，动作手将患肢稍提高床面，并用力沿髋关节矢状轴，使髋关节由内收位向外伸展，再由外展位向内收拢，反复收展摇动髋关节。

**3. 旋转摇髋法** 受术者仰卧，患侧下肢屈髋屈膝各 $90^\circ$ ；术者站在其一侧，一手按压住其膝关节上方，另一手握住其小腿下端。操作时，按膝手用力将患侧大腿固定在与床面垂直的位置，另一手将小腿由外向内，再由内向外摇动，使髋关节反复内、外旋转，摇动髋关节。

#### 4. 环转摇髋法

(1) 单侧环转摇髋法：受术者仰卧，屈髋 $90^\circ$ 并自然屈膝，术者站在其患侧，一手握住



图 5-69 单侧环转摇髋法

其患膝上方，另一手握住其小腿下端或托握住其足跟。操作时，双手同时用力，推运患肢由内向外环转或由外向内环转，如此反复内外环转，摇动髌关节（图5-69）。

（2）双侧环转摇髌法：受术者仰卧，双下肢屈髌 $90^{\circ}$ 并自然屈膝，一小腿交叉放在另一小腿的上方；术者站在其一侧，用一手掌与前臂将其双侧膝关节拢住，另一手握住放在上面的小腿下端。操作时，双手同时用力，先向下压膝，使髌关节尽量屈曲，然后，双手再同向用力，使双侧髌关节同时自右向左，或由左向右环转，如此反复环转同时摇动双侧髌关节。

#### 【操作要领】

1. 操作时，使双小腿一上一下交叉叠放，用一手握住其放在上面的小腿的下端，即可同时用力控制两侧下肢的环转动作。

2. 环转幅度由小渐大。

#### 【临床应用】

本法对髌关节及髌臀部软组织有伸展、牵拉、改善血液循环、恢复运动功能的功效。临床常用于治疗髌关节炎、弹响髌、臀肌综合征、梨状肌损伤等病证。股骨头坏死者禁用。

### 膝关节摇法

沿膝关节运动轴方向，在摇动区位之间摇动膝关节的手法，称膝关节摇法。

#### 【动作结构】

1. 屈伸摇膝法 受术者仰卧，患肢伸直，术者站在其患侧，一手握住其膝关节外后方处；另一手握住其小腿下端。操作时，术者双手同时用力，沿膝关节的额状轴做由伸而屈，再由屈而伸的膝关节屈伸运动，如此反复屈伸，摇动膝关节。

本法亦可在患者俯卧位下，进行反复屈伸膝关节的摇膝动作。

2. 环转摇膝法 受术者仰卧位，屈髌屈膝各 $90^{\circ}$ ，术者站在其一侧，一手握住其膝上，另一手握住其小腿下端。操作时，握小腿手用力，做自内向外或由外向内环转膝关节的动作，如此反复向内或向外环转摇动膝关节。

#### 【操作要领】

1. 膝关节属于只能沿额状轴做屈伸动作的单运动轴关节，在原则上不宜作环转摇动，但是由于有关节间隙的存在，故仅可做微幅的环转运动。当较大幅度的摇膝时，实际上还有髌关节的环转运动参与。故在做本法时，要注意控制环转的幅度不宜过大。

2. 对膝关节有明显积水、肿胀的患者，施用本法要动作轻缓，在患者可忍受的范围内进行。

#### 【临床应用】

本法对膝关节及其跨关节侧副韧带，具有滑利、整理、拉伸、舒展、消肿止痛、恢复运动功能的功效。临床常用于治疗膝关节滑膜炎、膝关节退行性变、髌骨软化症、内外侧副韧带扭挫伤、劳损等病证。

## 踝关节摇法

沿踝关节各运动轴，在摇动区位之间摇动踝关节的手法，称踝关节摇法。

### 【动作结构】

1. 屈伸摇踝法 受术者仰卧，术者坐在其足侧，一手握住其小腿下端固定，动作手握住其内侧拇趾跖趾关节处。操作时，动作手用力沿踝关节额状轴做由背伸至跖屈，再由跖屈到背伸的踝关节屈伸运动，如此反复，屈伸摇动踝关节。

2. 内外摇踝法 受术者仰卧，患侧踝关节在自然跖屈位；术者坐在其足侧，一手握住其小腿下端固定；另一手握住其足背跖趾关节处。操作时，动作手用力，使踝关节做内翻与外翻动作，如此反复，内翻、外翻摇动踝关节。

3. 环转摇踝法 体位与双手的握法同上。操作时，动作手操纵足部由内向外或由外向内环转踝关节，如此反复，由内向外或由外向内环转摇动踝关节（图 5-70）。

### 【操作要领】

1. 由于距骨滑车前宽后窄，当踝关节跖屈时，较窄的滑车后部进入关节窝内，使其向侧方的内翻、外翻运动范围较大，故在做内外摇踝时，要注意其准确的起始体位。

2. 操作时，可将小腿稍提离床面，以便充分摇动踝关节。

### 【临床应用】

本法对踝关节及其周围的软组织，有调整、伸展、引伸、消肿止痛、滑利关节、恢复其运动功能的功效。临床常用于治疗踝关节扭挫伤、跟腱拉伤、炎症、内外踝骨折或撕脱性骨折后遗症等病证。

其余如掌指关节(图 5-71)、指骨间关节、跖趾关节、趾骨间关节及其周围软组织的扭挫伤、痛风、腱鞘炎、弹响指等病证所致之运动功能障碍亦可运用相应关节的摇动类手法治疗。

## (二) 关节扳动类手法

术者双手握住受术关节两端，沿着关节运动轴的方向，在病理位或功能位之后的“扳机

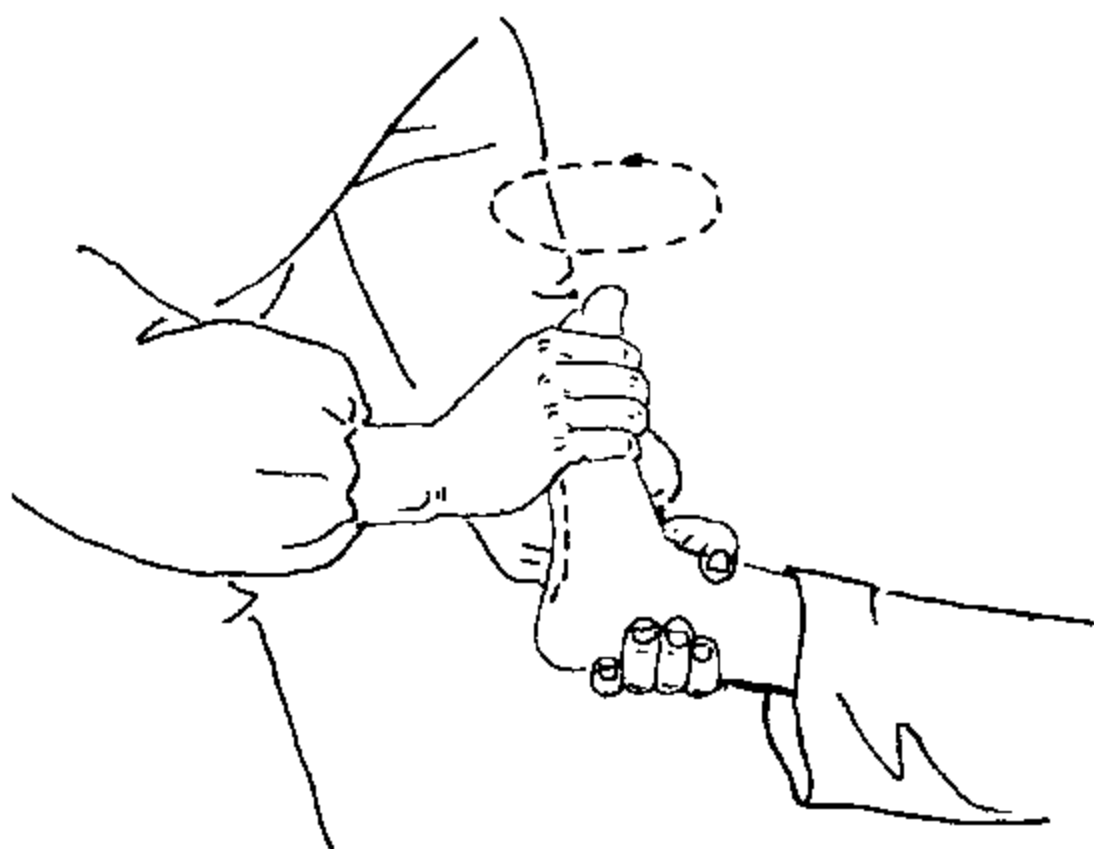


图 5-70 环转摇踝法

点”处，做瞬间、快速、有控制的相反方向用力，将受术关节从最大病理位扳至功能位；或从功能位扳动到生理位，即在扳动区位之间进行的一类被动运动手法称扳动关节类手法，一般又称为扳法。

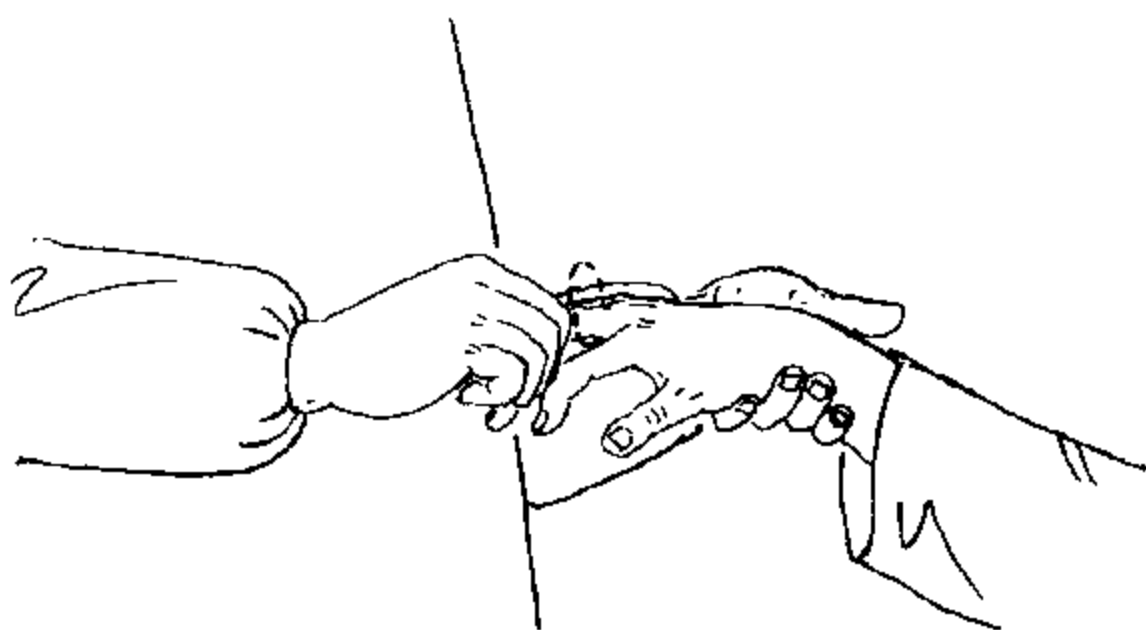


图 5-71 掌指关节摇法

施行本类手法时，其扳动的范围与幅度，即扳动区位，术者可依据以下两种情况来准确把握：①当对病态

关节施行扳法时，其扳动区位一般掌握在从最大病理位至功能位之间进行；②当病态关节在主动运动不能达到功能位，而在手法作用力下可基本达到功能位时，则扳动区位可掌握在功能位至生理位之间进行。

扳法的动作幅度较摇法大，操作要求精确到位。运动幅度不足则治疗无效，过大又易造成关节损伤，严重的手法性损伤可危及生命，故扳法在被动类手法中，动作技术的难度大、要求高，临床时要严格掌握其操作要领：

1. 扳法操作时，术者双手握法的方法、原理及双手的作用与摇法相同，但是由于本法在发力扳动瞬间的扳动作用力较大，故此时作为杠杆系统中支点的制动手不能退让，而是要与动力手做相反方向的用力，使治疗环节牢固稳定，以保证扳动应力准确传递到受术关节。

2. 扳法动作起势时，要稳妥缓和，待受术关节的运动范围达到某一运动轴方向的病理位或功能位之后有一阻挡感的位点，即“扳机点”时，再发力扳动。扳机点又称扳法的“发力点”，是把握与确定扳法发力时机的重要依据。

3. 在扳动时，术者双手配合、协调准确，操纵手必须动作果断，用瞬间快速而有控制的推冲力使受术关节的被动运动幅度控制在安全范围内。一般来说，在常态关节条件下，从功能位之后的“扳机点”开始，再扩大 $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$ 即可到达其生理位；对病态关节，每次可允许的最大扳动幅度，要根据患者的实际情况而定。如果全身情况比较好，无严重慢性疾病，对疼痛的耐受性较高，则每次扳动幅度可大一些；反之，每次扳动幅度要控制在可承受范围。扳动的最大幅度不得超越关节运动的生理位。

4. 扳动的方向，无论是对单运动轴关节或多运动轴关节，在每一次扳动时只能选择一个运动轴所限定的方向施术。

5. 在扳动的瞬间受术关节往往会发出一个响声。这种关节的扳动响声，在病态关节是来自粘连组织被断开时的“撕裂声”或关节错位的“复位声”；而在常态关节则是“关节弹响声”。一般来说，扳动响声的出现表明扳动应力到位，手法整复成功，但是，在实际上不一定每个人每次都会有此反应，特别当关节处于保护性或病理性软组织紧张、痉挛以及无菌性炎症的状态时，由于关节周围病理性约束力等原因，就不一定会产生扳动响声。因此，临

诊时的“到位有效”原则应该是把握扳法治疗效果的依据，即只要扳动方向正确、幅度到位，治疗就会有效，不能以扳动响声作为手法成功的唯一标准，更不能盲目地通过扩大扳动幅度的方法来追求扳动响声，以免因过度牵拉而造成关节损伤。

6. 临床在施行扳法时，应先选用各种具有放松作用的软组织类手法在受术关节周围操作，待痉挛的肌肉放松，挛缩的韧带、筋腱软化以及痛势缓解后，再用扳法整治罹病关节，此时，因为受术关节周围各种病理性约束力的缓解或消除，可提高扳法的成功率与安全性，并使术者省力，受术者也可少受痛苦。

在技能训练时，要求学员重点练习与熟练掌握：①正确选择各种扳法的体位；②杠杆、力矩、力偶、力的替代等各项运动生物力学省力原理的运用；③细心体会并熟练掌握确定“扳机点”的方法及手下的感觉；④注意瞬间扳动时的方向与幅度的控制方法与要领。

本法适用于全身所有运动关节与微动关节，对于脊柱及四肢关节，具有整复关节紊乱及半脱位、松解粘连、矫正畸形、滑利关节、恢复关节运动机能等功效。对于关节周围的筋腱组织，亦有舒展、拉伸、解痉、恢复疲劳及整复“筋出槽”等治疗作用。

### 颈椎旋转扳法

沿颈椎垂直轴左旋或右旋方向，在扳动区位之间扳动颈椎的手法，称颈椎旋转扳法，又称颈椎斜扳法。

#### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者正坐、头略向前屈 $15^{\circ}$ 左右，向左侧旋扳时，术者站在其左侧后方，向右侧旋扳时，术者站在其右侧后方，一手托握住其下颏部，一手抵握住其枕外隆凸或顶骨侧面最高点。

2. 动作姿势 术者双手先轻轻用力将其头部沿颈椎垂直轴方向左右旋转摇动，待其放松后，术者双手再反向用力将其头部向左，或向右旋转至其病理位或功能位后之“扳机点”后，顺势用一个瞬间快速而有控制的推冲力，使颈椎的旋转幅度再扩大 $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$ ，然后再将其头部回旋至起始位（图5-72）。

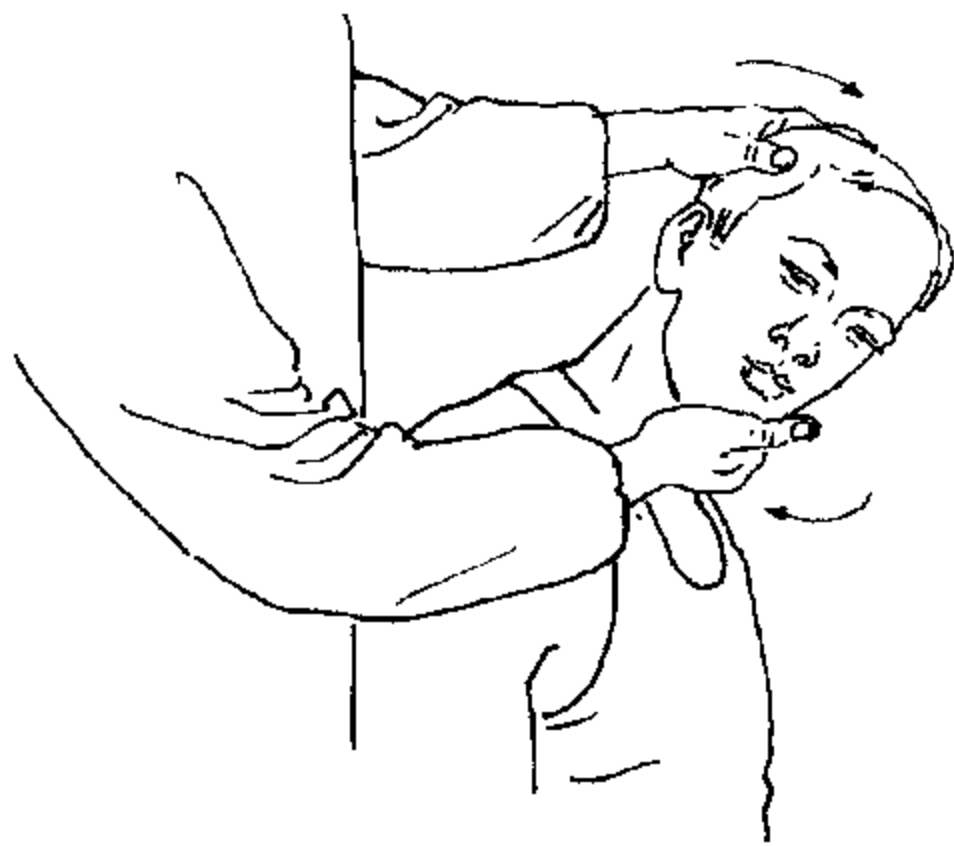


图5-72 颈椎旋转扳法

#### 【操作要领】

1. 施行本法要严格遵循关节运动解剖结构学原则。操作时，要在略低头位下进行，禁止在仰头位下进行大幅度旋转扳颈动作。因在仰头位下，枕骨底面与寰椎侧块后相对缘之间的椎动脉沟间隙会变得狭窄，此时，如果再大幅度旋转头部，就有可能碾压挤伤在此骨性沟管内穿行之椎动脉而形成血栓，导致椎-基底动脉范围内的急性脑梗塞等严重后果。

2. 施行本法时，还要严格遵循“到位有效”的原则，将扳动幅度控制在“扳机点”后



再扩大 $5^{\circ}\sim 10^{\circ}$ 的安全范围。超越生理位的旋扳颈椎动作，会导致寰枢关节周围韧带拉伤、撕裂，重则寰枢关节半脱位、脱位。如果寰枢关节脱位、移位挤压延髓，还会造成危及生命的严重医疗事故。

3. 用瞬间快速的推冲力扳动颈椎到位后，术者不要马上放手，而是仍然要护握住着力部位，以及时阻断推冲旋颈力的惯性作用，将其头部回旋至起始位，以免头部沿惯性力的方向旋转过度而造成损伤。

### 【技能训练】

1. 练习正确的操作体位，准确把握双手的着力部位。
2. 反复练习左右旋颈，寻找“扳机点”的方法，并体会到位后手下的感觉。
3. 反复练习双手配合，瞬间快速而有控制的推冲力的发力方式与操作方法。
4. 反复练习本法各阶段的操作要领，最后要求学员掌握本法全过程连贯的操作技术。

### 【临床应用】

本法可使整个颈椎序列在其左右旋转运动的极限位置上，受到一瞬间的扭转应力，向右侧旋扳时右侧关节突关节间隙增大；向左侧旋扳时，左侧关节突关节之间隙张开，颈椎间盘之纤维软骨环也会因此而得到扭伸、牵拉，而其中腔隙的大小、形态也会随之发生动态的变化。另外，本法对颈椎周围各层次的软组织，包括椎动脉等血管神经丛都有扭转应力的作用。故本法具有整复颈椎各椎间关节间隙变窄、排列紊乱、颈椎周围软组织痉挛，从而平衡颈椎内外应力等功效。临床常用于治疗颈椎病、颈椎失稳症、颈椎小关节紊乱、滑膜嵌顿、颈椎退行性变、椎间盘萎缩、落枕、肌性斜颈、项韧带肥厚、项肌疲劳、紧张、痉挛等病证。

## 颈椎定位旋转扳法

沿颈椎垂直轴左旋或右旋方向，在扳动区位之间做定位性矫正颈椎椎体扭转的旋扳颈椎手法，称颈椎定位旋转扳法。

### 【动作结构】

#### 1. 单人颈椎定位旋转扳法

(1) 预备姿势：受术者正坐，低头 $10^{\circ}\sim 15^{\circ}$ ，术者站在其侧后方，甲手肘关节屈曲用肘窝将其颈部托住，并用上臂与前臂将其头部环抱并夹紧，乙手用拇指面顶按住受术颈椎棘突偏歪侧的后外侧缘。

(2) 动作姿势：操作时，先将受术者头部向左右方向轻轻摇动，待其放松后，乙手用力将其头部沿颈椎垂直轴方向旋转至“扳机点”位，然后再做一个瞬间快速的小幅度旋转牵拉动作，同时，乙手拇指朝相反方向用力推拨棘突，使其归位（图5-73）。

#### 2. 双人颈椎定位旋转扳法

(1) 预备姿势：受术者正坐，低头 $10^{\circ}\sim 15^{\circ}$ ，一助手站在其前方，用一手按扶在其头顶中央，以固定其低头位的姿势，术者站在受术者的侧后方用甲手握住其下颏，乙手拇指按抵在其受术棘突偏歪侧的后外侧。

(2) 动作姿势：术者甲手将其下颏向自己身体一侧旋转至“扳机点”位后，再做一个瞬

间快速的小幅度旋转牵拉动作，乙手拇指同时朝相反方向用力推动，以拨正偏歪的棘突，使扭转的椎体归位。

### 【操作要领】

1. 术者推动棘突的拇指，一定要着实地按抵在棘突偏侧的后外侧，如某一颈椎单个椎体向左侧扭转，则其棘突也随之向右侧偏歪。此时，术者站其右后侧方，用右手环抱住其头部或抓握其下颏向右用力，使其头部沿颈椎垂直轴向右旋转至“扳机点”后，再瞬间发力将下颏扳向右侧，左手拇指同时抵按在受术颈椎棘突的右后外侧，由右向左推动棘突，以拨正其向右偏歪的棘突。

2. 双人操作时，助手将受术者头部固定在低头 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 位，其目的是固定颈椎的转动轴。

3. 在旋扳的瞬间，双手要协调配合，同时相反用力。

### 【技能训练】

1. 练习单人操作之抱头旋颈的方法，练习掌握按抵棘突的正确位置。

2. 反复练习双手同时发力旋扳颈椎的操作方法。

### 【临床应用】

本法为一种可定向、定位矫治单个颈椎椎体扭转的整复手法，主要用于治疗导致单个颈椎椎体发生扭转的各种疾病，如颈椎病、椎间盘萎缩、颈椎失稳症、颈椎小关节紊乱等。

## 颈椎侧屈扳法

沿颈椎矢状轴左右侧屈方向，在扳动区位之间扳动颈椎的手法，谓颈椎侧屈扳法，又称颈椎侧扳法。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者正坐，术者站在其身后，用一手拇指按抵住侧弯颈椎凸侧的横突处，另一手手掌按抵其对侧的颞部。

2. 动作姿势 操作时，术者双手沿颈椎矢状轴同时相反用力，至侧屈方向的“扳机点”后，做一个瞬间、有控制的小幅度推冲动作，使其侧屈运动幅度再扩大 $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$ （图5-74）。

### 【操作要领】

1. 在扳动瞬间，双手要同时相对用力，密切配合。

2. 可用拇指面按抵受术颈椎横突，也可令术手拇指外展，用虎口处卡按。

3. 要掌握好侧屈方向扳动的幅度，不宜过大，要控制在“扳机点”后再扩大 $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$ 的

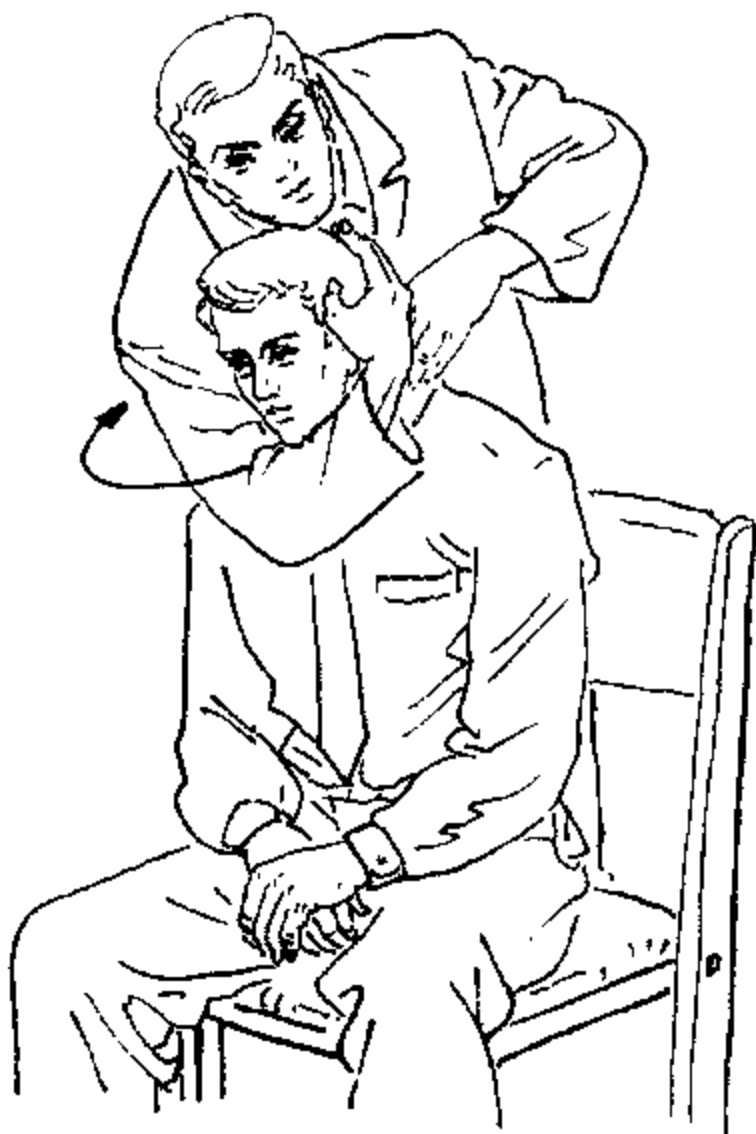


图5-73 单人颈椎定位旋转扳法

安全范围。

### 【技能训练】

1. 练习双手的握法，正确掌握颈椎横突的位置。

2. 反复练习双手配合相对同时发力的方法与各项操作要领。

### 【临床应用】

本法主要用于治疗与整复各种原因所致的颈椎侧弯，如颈椎病、肌性斜颈、落枕、小关节紊乱症等。

### 仰卧位颈椎旋转扳法

在仰卧位下，沿颈椎垂直轴左旋、右旋方向在扳动区位之间扳动颈椎的方法，称仰卧位颈椎旋转扳法，也称为仰卧位颈椎斜扳法。

### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者仰卧位，不用枕头；术者坐在其头侧，一手握住其下颈部，另一手托握住其枕外隆凸。

2. **动作姿势** 操作时，术者双手沿颈椎的垂直轴向左或向右将其头部旋转至“扳机点”后，再用瞬间快速推冲力，使其旋转幅度再增大 $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$ ，然后将其回旋至起始位。

### 【操作要领】

1. 术者托枕手要将其头部稍微托离床面，使颈椎略向前倾约 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ ，再进行旋颈操作。

2. 术者双手要协调配合，扳动瞬间要同时做相反方向的用力。

### 【技能训练】

1. 练习仰卧位时进行旋颈扳法的发力方向与操作技能。

2. 反复练习本法动作结构要求的全过程连贯的操作技术。

### 【临床应用】

本法受术者取仰卧位，全身容易放松，适合年老体弱、颈性眩晕等不宜在坐位操作者。其治疗功能与适应症同坐位颈椎旋转扳法。

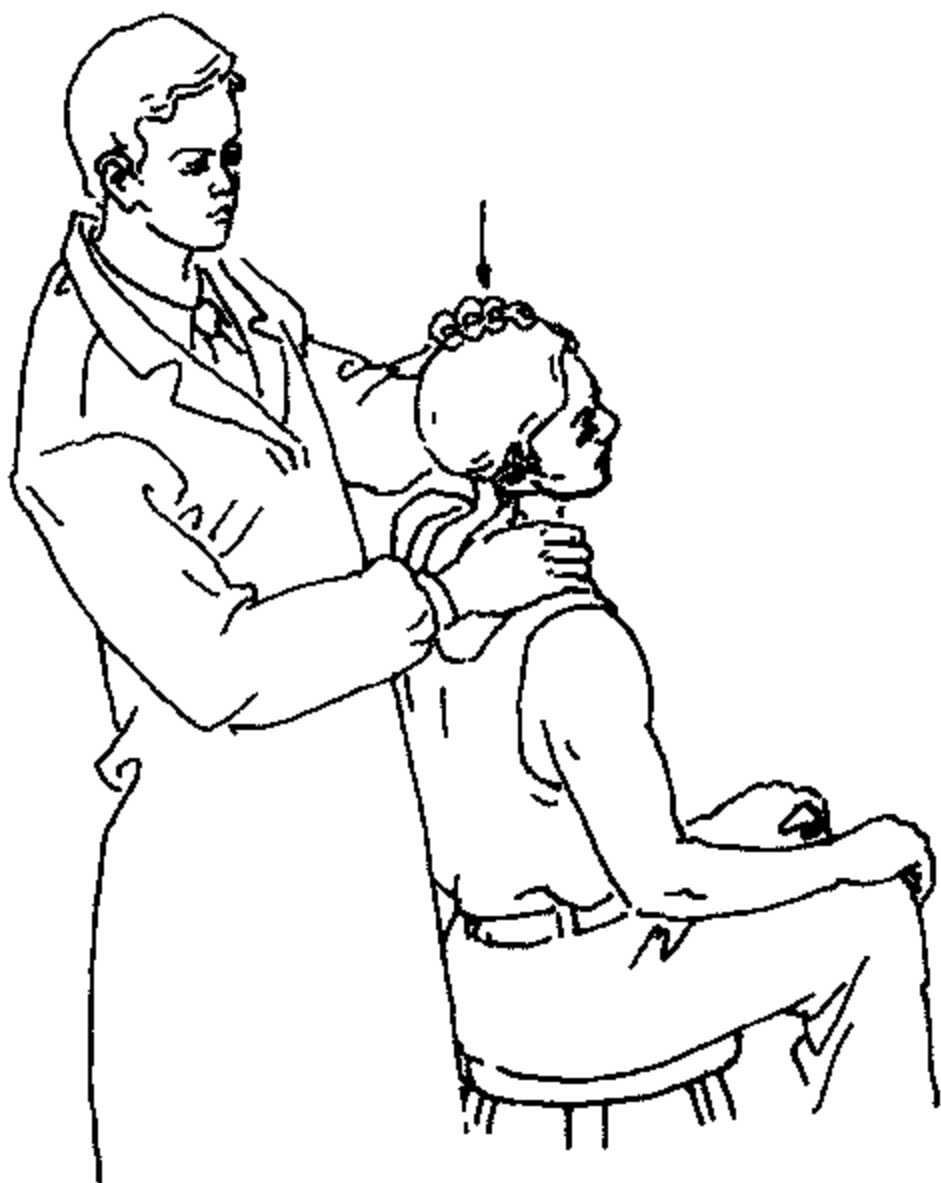


图 5-74 颈椎侧屈扳法

### 扩胸扳法

用被动扩胸动作，向后伸方向，扳动胸肋、肋椎、胸锁、肩锁及肩肱关节的手法，称扩胸扳法。

**【动作结构】**

1. **预备姿势** 受术者正坐，两手手指相交叉，扣置于枕部；术者在其背后一腿站地，一腿足掌踏放在受术者坐凳之后缘，用膝部顶在其两肩胛骨之间第5~7胸椎棘突处，用双手抓握住其两肘部。

2. **动作姿势** 操作时，术者先用两手握住其双肘关节，拉动其双臂，使受术者配合呼吸，反复做前俯时呼气与挺胸时吸气动作，待其放松后，将其两臂向后展拉，使其挺胸及双臂后伸至“扳机点”位后，术者双手同时向后发力，快速小幅度地将其两肘向后扳动，同时，膝部用力向前顶推其后背（图5-75）。



图5-75 扩胸扳法

**【操作要领】**

1. 发力扳动前，先令其配合呼吸，反复做前俯与后仰挺胸动作，使其受术关节充分放松。

2. 向后瞬间扳动的幅度要控制在安全范围内，不宜过大。

3. 扳动瞬间，双手与膝一前一后要反向同时用力。

4. 术者膝部顶按的位置不能太高，也不能太低。

**【技能训练】**

1. 练习本法的操作体位，准确掌握双手的抓握与膝的顶按部位。

2. 反复练习引导受术者前后俯仰的动作。

3. 反复练习双手与膝同时反向瞬间发力的动作。

**【临床应用】**

本法通过被动扩胸动作导引双侧肩肱关节水平后伸，进而向后牵拉胸锁、肩锁关节，胸部肌肉及其在胸肋部的附着点，达到拉动肋骨、扳动胸肋关节与肋椎关节的目的。故本法具有整复胸锁、肩锁、胸肋、肋椎等微动关节错缝及治疗肩关水平后伸运动功能障碍的功能，并对胸大肌、肋间肌等亦有抻拉与舒展的作用。临床常用于治疗岔气、胸痛、胸闷、肋椎关节、胸肋关节、胸锁关节、肩锁关节等微细错位病证。

**上胸椎后伸扳法**

沿胸椎额状轴后伸方向，在扳动区位之间扳动上段胸椎的手法，称上胸椎后伸扳法，又

称胸椎对抗复位法。

### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者取坐位，两上肢上举 180°，两手掌一前一后交叉相叠；术者站在其侧后方，甲手拇指顶按在上胸段受术胸椎的棘突上，乙手在前用前臂按抵在其两上臂下端近肘关节处。

2. **动作姿势** 先令受术者挺胸至“扳机点”后，术者顺势用乙手向后扳动其双上肢，同时，甲手向前瞬间发力推按患椎棘突，使胸椎沿额状轴向后反弓，达到整复胸椎后弓畸形，与使后移的胸椎向前复位的目的（图 5-76）。

### 【操作要领】

1. 本法适用于上段胸椎，故操作时按抵胸椎的拇指要准确定位。

2. 在瞬间发力扳动时，拇指要用较大的力量向前抵按着力部位，要固定患者上身不向后倾，以保证扳动力传递到胸椎。

### 【技能训练】

1. 练习正确的施术体位及双手的着力部位。
2. 反复练习双手反向同时瞬间发力的扳动方式与操作方法。

### 【临床应用】

本法对上段胸椎后弓畸形或椎体后移有整复作用，同时两上肢上举后伸亦能对胸部肌肉有抻拉、舒展功能，具有理筋整复、宽胸利气的功效。常用于治疗青年驼背、青少年姿势不良性胸椎后弓、中年驼背及胸闷、气短、呼吸肌疲劳等病证。



图 5-76 上胸椎后伸扳法

## 下胸椎后伸扳法

沿胸椎额状轴后伸方向，在扳动区位之间，扳动下段胸椎的手法，称下胸椎后伸扳法。

### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者俯卧，术者站在其一侧，甲手手掌按压在下段胸椎棘突，乙手手掌或前臂内侧托住天突穴下胸骨正中。

2. **动作姿势** 操作时，术者乙手用力将其胸部托起离开床面，使下段胸椎沿其额状轴向后伸展，至“扳机点”后，再瞬间快速发力，将其上身再向后托举扳动，甲手同时向下按压胸椎，使其后伸幅度再扩大 5°~10°（图 5-77）。

### 【操作要领】

1. 托胸手要将受术者上身充分举起，双手协调配合准确把握“扳机点”的位置。
2. 本法适用于下段胸椎，故按压胸椎棘突的位置要准确。

## 【技能训练】

1. 练习正确的操作体位，练习准确掌握双手的着力部位及动作起始的用力方法。反复练习托胸手的臂力。

2. 反复练习双手同时反向瞬间发力的方法与操作方法。

## 【临床应用】

本法主要用于下段胸椎及胸腰椎结合部脊柱后弓畸形的整复，临床常用于治疗青少年姿势不良性脊柱畸形等病证。



图 5-77 下胸椎后伸扳法

## 上腰椎旋转扳法

沿腰椎垂直轴左旋或右旋方向在扳动区位之间扳动上段腰椎的手法，谓上腰椎旋转扳法，又称扳肩旋腰法。

## 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者俯卧，术者站在其一侧，甲手握住其对侧肩前部，乙手掌根按压在上腰椎棘突〔图 5-78 (1)〕。

2. 动作姿势 术者甲手用力提起其肩部，使上腰椎沿垂直轴旋转至“扳机点”后，再瞬间快速发力旋扳腰椎，乙手同时反向用力按压上腰椎棘突，使腰椎旋转有小幅度增加〔图 5-78 (2)〕。

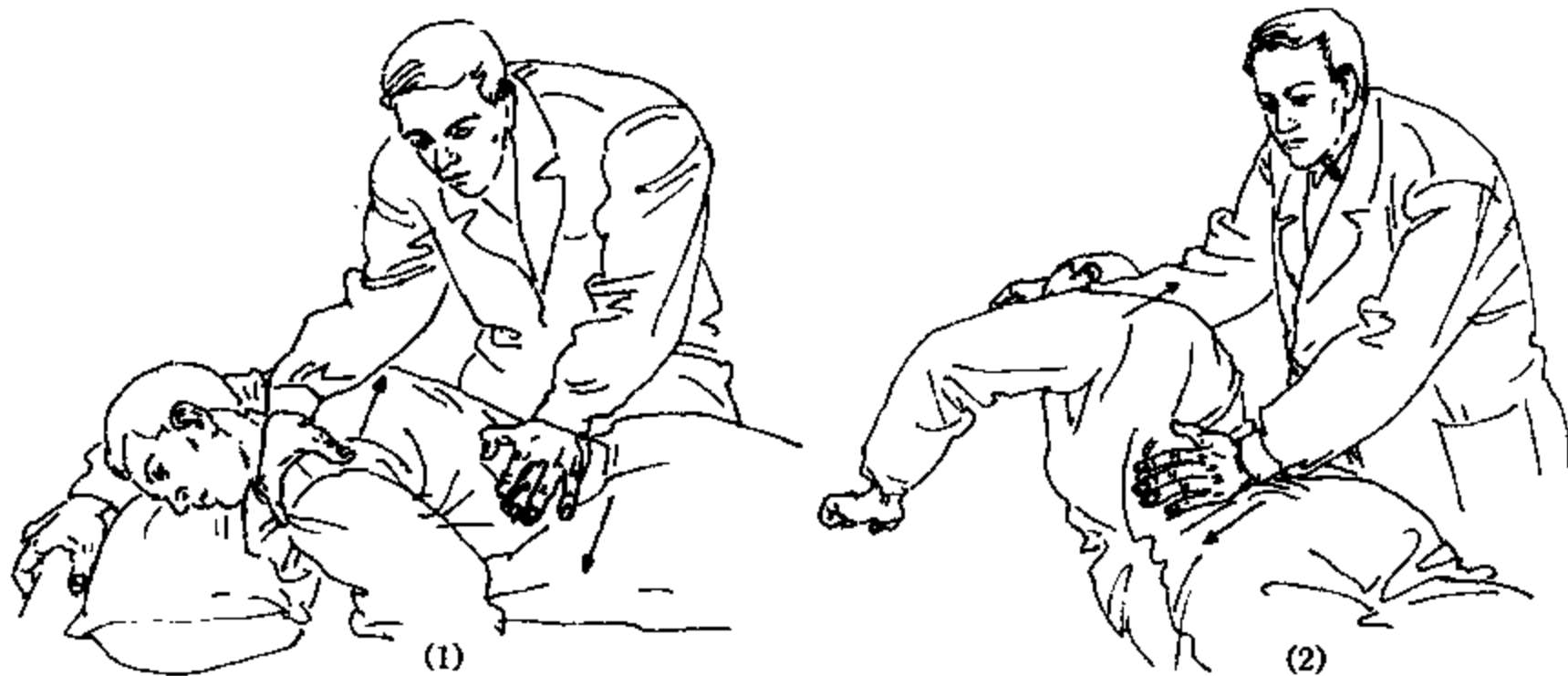


图 5-78 上腰椎旋转扳法

## 【操作要领】

1. 术者按脊手的着力部位在第 1~3 腰椎棘突的侧缘。

2. 瞬间发力时，双手要同时同步，确保手法的旋转应力传递到位。

#### 【技能训练】

1. 练习双手在着力部位准确地抓握与按抵的手势。
2. 反复练习双手配合将腰椎扳至“扳机点”位置的操作要领。
3. 反复练习双手瞬间反向同步发力的操作方法。

#### 【临床应用】

本法主是对第1~3腰椎后弓、侧弯畸形的整复手法，对腰背部的软组织也有抻拉与舒展的作用，临床常用以治疗腰部软组织扭挫伤、腰椎间盘突出症、特发性腰椎侧弯等病证。

### 坐位腰椎旋转扳法

在坐势下沿腰椎垂直轴左旋或右旋方向，在扳动区位之间扳动腰椎的手法，称坐位腰椎旋转扳法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者端坐，两腿分开，术者站在其一侧，用一腿跨在其两腿中间，双手分别抵握住其两侧肩部。

2. **动作姿势** 术者两手同时朝相反方向用力，使其上身沿腰椎垂直轴旋转至“扳机点”位后，再双手同时反向瞬间快速发力，使腰椎旋转有小幅增加（图5-79）。

#### 【操作要领】

1. 术者一腿放在受术者两下肢中间，以固定其身体的垂直转动轴，保证旋转应力准确传递至其旋转轴心。

2. 为操作方便，亦可令受术者两上肢在胸前环抱。

#### 【技能训练】

1. 练习本法操作时双方的体位与预备姿势的动作结构。
2. 反复练习本法连贯的操作技术。

#### 【临床应用】

本法对腰椎的整体序列及各椎间关节有整复理顺的作用，对腰部各层次的软组织亦有扭抻、牵拉与舒展的功效。临床主要用于治疗腰椎间盘突出症、腰椎小关节紊乱、滑膜嵌顿、腰部软组织扭挫伤、劳



图5-79 坐位腰椎旋转扳法

损、疲劳、紧张性肌炎、腰背部风湿痛等病证。

### 侧卧位腰椎旋转扳法

在侧卧位下，沿腰椎垂直轴左旋或右旋方向，在扳动区位之间扳动腰椎的手法，称侧卧位腰椎旋转扳法，又称侧卧位腰椎斜扳法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者取侧卧位，下腿伸直，上腿屈髋屈膝，将内踝处放在下腿膝内侧上方，并将在上面的手放在身后，下面的手自然地放在身体前侧；术者站在其腰部前侧或后侧，用甲手抵握住其肩前部，乙手按抵住髂翼最高点或大转子最高点。

2. **动作姿势** 甲手将其肩部向其身后方向推转；乙手将其髂骨朝其腹侧方向推转，至“扳机点”后，再双手瞬时、反向、同步发力，使腰椎快速越过此阻力点，旋转幅度再扩大 $5^{\circ} \sim 10^{\circ}$ （图5-80）。

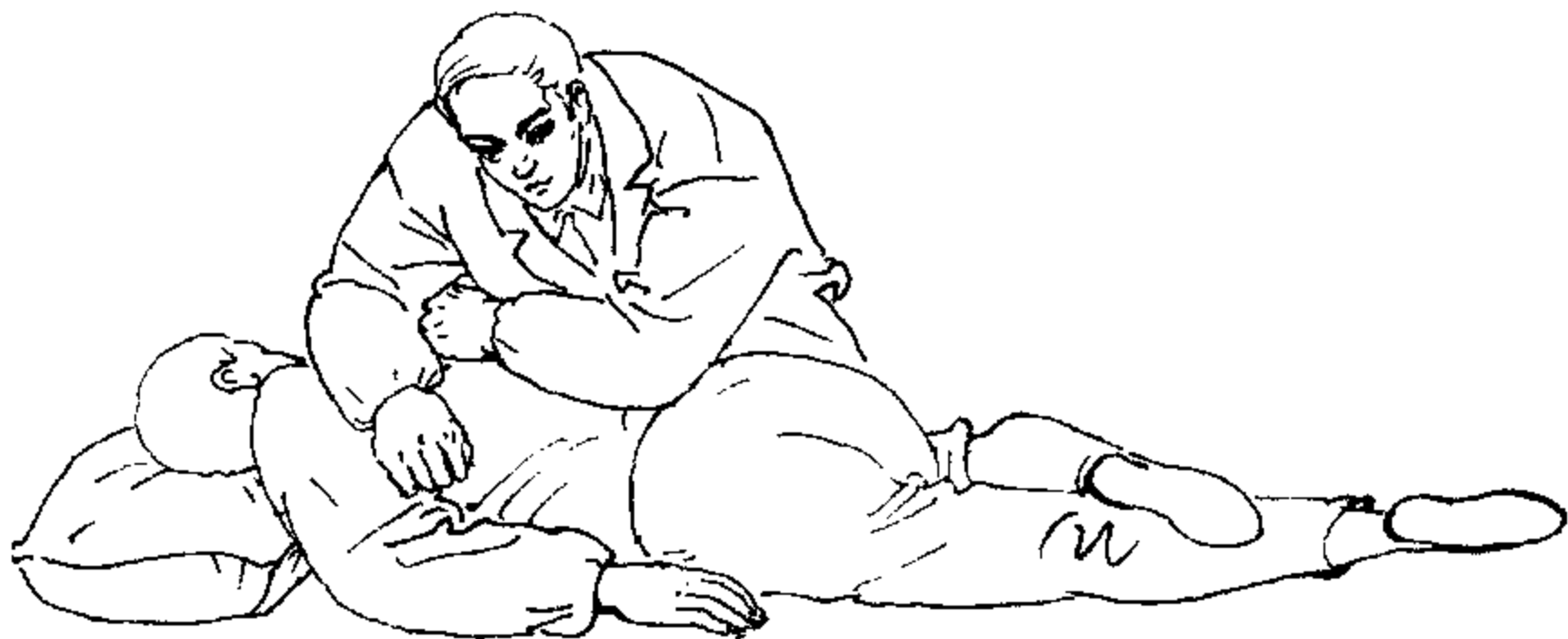


图5-80 侧卧位腰椎旋转扳法

#### 【操作要领】

1. 腰椎右旋扳动腰椎时，取左侧在下、右侧在上之侧卧位；左侧旋扳腰椎时，则反之。
2. 在起始时，术者双手要将其腰椎先后反复缓缓摇动，待腰部肌肉放松后，再用双手协同发力，一前一后将腰椎运动至“扳机点”位。
3. 术者可用双手掌着力，也可用双肘着力操作。
4. 双手瞬间发力时，要相互配合用同步反向快速的推冲力。

#### 【技能训练】

1. 练习双方的操作体位，练习双手在着力部位的正确抓握手势。
2. 反复练习先后摇腰，并逐步寻找腰椎“扳机点”的方法；体会到达“扳机点”时手下的感觉。
3. 反复练习双手瞬间发力，使腰椎快速越过“扳机点”的操作手法，并仔细体会此时



手下的感觉。

4. 反复练习本法全过程连贯的操作技术。

#### 【临床应用】

本法对腰椎的治疗功能和主治范围与坐位腰椎旋转扳法基本相同。但由于取侧卧位，患者的全身比较容易放松，故在临床常用。

#### 仰卧位腰椎旋转扳法

在仰卧位下，沿腰椎垂直轴左旋或右旋方向，在扳动部位之间旋转扳动腰椎的手法，称仰卧位腰椎旋转扳法，又称仰卧位腰椎斜扳法，或仰卧位长柄式腰椎旋转（斜）扳法。

#### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者仰卧，右侧上肢外展，同侧下肢屈髋 $90^{\circ}$ ，自然屈膝，左侧上肢屈肘将手自然搭放在侧腹，下肢伸直；术者站在其左侧，用右手掌按压住其右侧肩部，左手握住其右侧膝部 [图 5-81 (1)]。

2. 动作姿势 术者右手将受术者右肩紧压固定在床面，左手将其右腿向左侧牵拉，使其骨盆随之向左侧旋转，至“扳机点”时，再瞬时发力将其右腿向下做一快速小幅度的推冲动作，使腰椎的旋转幅度扩大 $5^{\circ}\sim 10^{\circ}$  [图 5-81 (2)]。向右侧旋扳时，术者站在受术者右侧，其预备与动作姿势及扳动下肢的方向与此相反。

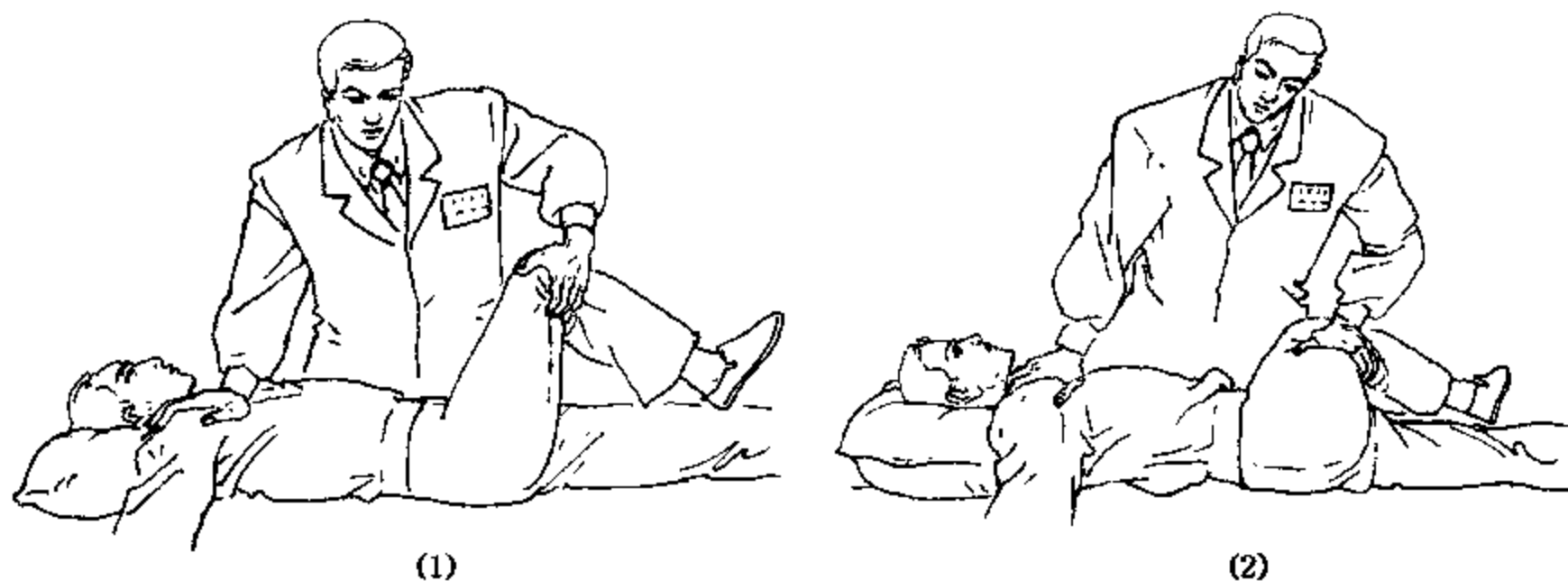


图 5-81 仰卧位腰椎旋转扳法

#### 【操作要领】

1. 在瞬间发力扳动腰椎时，压肩手要同时用力将其肩部压紧，固定在床面，不能让其离开，以起到固定腰椎并使之沿垂直轴转动的作用。

2. 被牵引的下肢，要屈髋 $90^{\circ}$ ，不能过屈也不能伸开，膝关节顺势自然屈曲，不要用力。

3. 本法也可在被牵拉腿在屈髋 $90^{\circ}$ 同时使膝关节伸直的姿势下进行。

## 【技能训练】

1. 练习操作时，双方的体位、术者双手的着力部位要求准确到位。
2. 反复练习压肩手与牵引下肢手旋转骨盆动作时的相互配合。
3. 反复练习双手瞬间发力时动作的互相配合。
4. 反复练习本法全过程的操作技术，要求学员熟练掌握本法动作结构的操作范式。

## 【临床应用】

本法采用在仰卧位下旋转扳腰的操作术式，因动作手的握点放在大腿下端，加大了力臂，故可达到省力的目的；且左右旋扳时，患者不用翻身变换体位，方便了患者。另外，在扳腿旋腰的过程中，对髋关节、骶髂关节也同时产生牵拉、伸展的效应。故在临床上除可用于治疗以上各式腰椎斜扳法的适应症外，对梨状肌综合征、臀肌综合征、骶髂关节扭伤及其微细错位也有良好的治疗作用。

## 腰椎定位旋转扳法

受术者取坐位并弯腰的姿势下，沿腰椎的矢状轴与垂直轴，向侧屈并左旋或右旋方向，在扳动部位之间做定位扳动腰椎的手法，称腰椎定位旋转扳法，又称腰椎旋转复位法、弯腰式腰椎旋转复位法。

## 【动作结构】

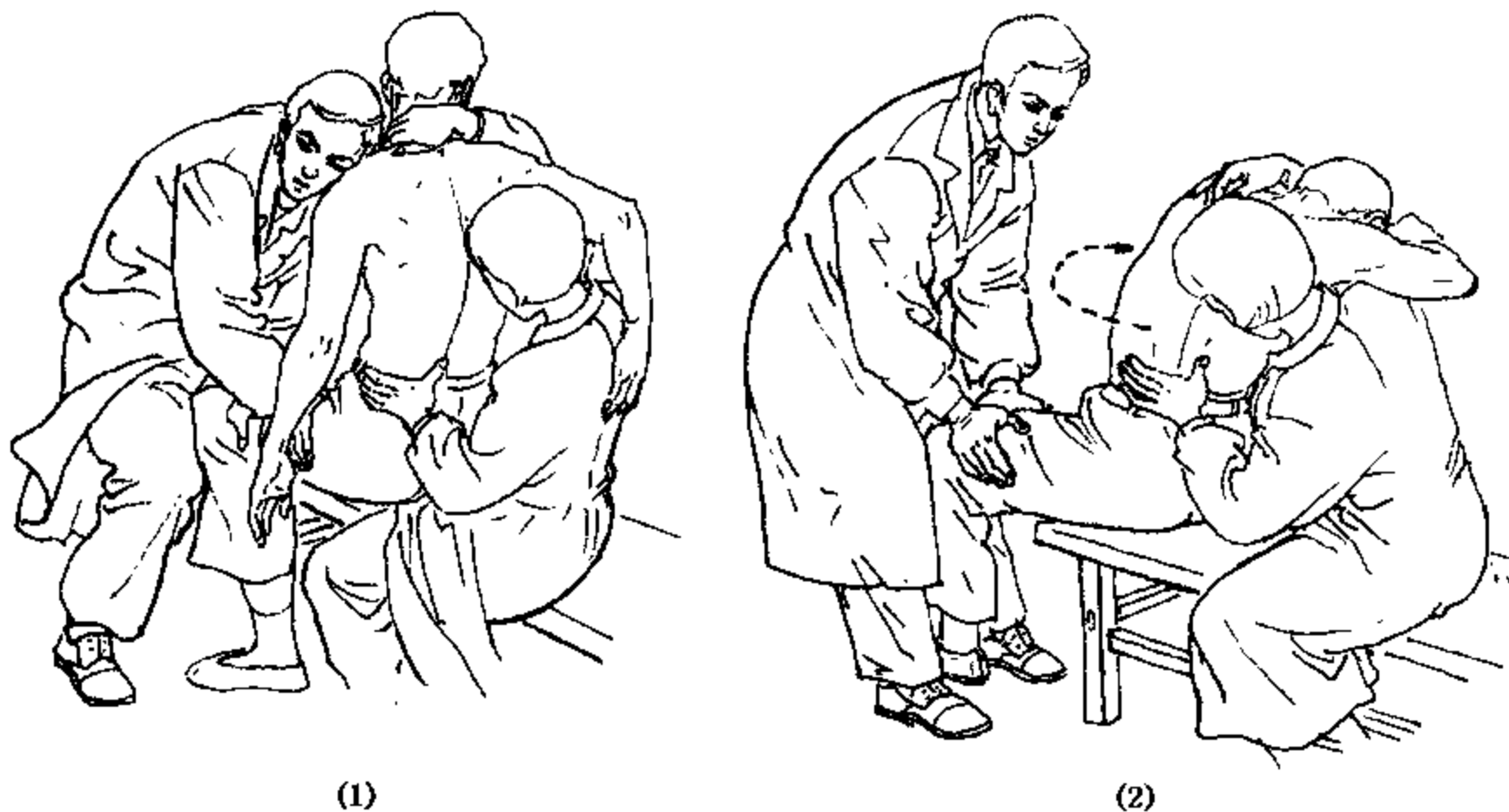


图 5-82 腰椎定位旋转扳法

**1. 预备姿势** 受术者坐在无靠背的方凳上，以向右侧旋扳为例，助手用双膝夹住其左膝两侧，并用双手按压住其大腿根部，将受术者固定在座位上；术者站或坐其右后侧方，用左手拇指抵按在其受术腰椎棘突的右后部，右手从其右侧腋下穿过，把握住其后项部 [图 5

- 82 (1)]。

**2. 动作姿势** 先嘱受术者向前弯腰俯身，同时，术者右手亦顺势下压其上身至最大限度的前俯位后，术者右手再用力将其上身扳向右侧，使其腰椎在前屈位时再向右侧旋转至“扳机点”位后，再顺势发力做一个小幅度的快速牵拉与右旋动作，左手拇指同时发力将受术腰椎棘突向左侧顶推，待手下棘突有松动感或出现扳动响声后，右手立即将其上身扶正至端坐位〔图 5-82 (2)〕。左侧旋扳动作相同，方向相反。

### 【操作要领】

1. 术者与助手之间要默契配合，当术者用力瞬间发力向一侧扳动腰椎时，助手在对侧也要同时用力，将受术者牢牢固定，不能让其身体发生转动。

2. 扳动瞬间，双手要同时反向发力，此时以按脊手着力点为支点，术者在颈部的握点为力点，受术腰椎椎间关节轴心为阻力点，组成省力杠杆。操作时，要充分理解本法的动作原理，以较省力的方式完成对受术椎体的整复。

### 【技能训练】

1. 练习操作时双方的体位及与助手的配合方法。
2. 练习双手在着力点的操作手势，特别要反复练习寻找受术棘突上的着力点的技巧。
3. 反复练习本法弯腰、侧屈并旋转腰椎的操作方法与扳动瞬间的发力技术。
4. 反复练习本法全过程的连贯操作技术。

### 【临床应用】

本法可定位整复腰椎的偏转，并可矫治各种原因引起的腰椎侧弯。临床常用于治疗腰椎间盘突出症、腰椎小关节紊乱症、滑膜嵌顿、腰椎失稳症、腰部软组织扭伤、痉挛等病证。

## 腰椎后伸扳法

沿腰椎额状轴后伸方向，在扳动区位之间扳动腰椎的手法，称腰椎后伸扳法。

### 【动作结构】

#### 1. 单腿式腰椎后伸扳法

(1) 预备姿势：受术者俯卧位，术者站在其一侧，用甲手把握住其对侧大腿下端前方，乙手掌根按压在受术腰椎的棘突上。

(2) 动作姿势：术者握腿手沿腰椎额状轴将所握下肢慢慢抬起，使腰椎后伸至“扳机点”后，再发力向上做一个快速的提拉动作；按腰手同时向下发力快速推压棘突，此时手下有松动感或出现扳动响声〔图 5-83 (1)〕。

#### 2. 双腿式腰椎后伸扳法

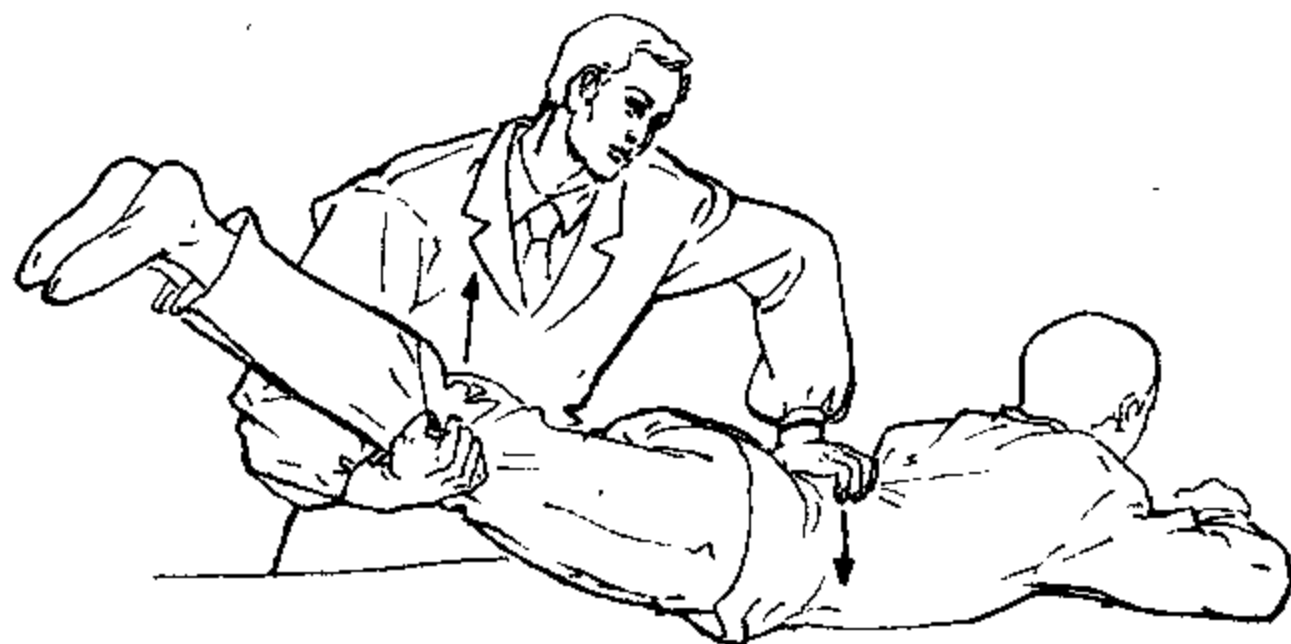
(1) 预备姿势：受术者俯卧，术者站在其一侧，用甲手前臂内侧与手掌托住其两大腿前侧下端近膝关节处，乙手掌根按抵在受术腰椎棘突。

(2) 动作姿势：术者甲手缓缓将其两侧下肢向上托起，使腰椎后伸至“扳机点”后，再发力向上快速地提拉其双腿，乙手同时发力向下快速按压腰椎棘突，此时，手下有松动感或出现扳动响声〔图 5-83 (2)〕。

### 【操作要领】



(1)单腿式腰椎后伸扳法



(2)双腿式腰椎后伸扳法

图 5-83 腰椎后伸扳法

1. 术手向上提拉受术下肢的方向，一般应朝向正后方。而按棘手向下按压的方向也应是正下方，以保证腰椎沿额状轴后伸。

2. 如果患者腰椎有明显侧弯者，则提腿的方向可偏向腰椎侧弯的凸侧，而按棘手的按压方向则要偏向其侧弯的凹侧。

**【技能训练】**

1. 练习操作时双方的体位与双手在着力部位着力的手势。
2. 反复练习本法提拉单腿与双腿的手势并与按棘手的互相配合方法。
3. 反复练习本法全过程的连贯操作技术。

**【临床应用】**

本法主要能矫治各种原因引起的腰椎后弓畸形。临床常用于治疗腰椎间盘突出症、青少年姿势不良性腰椎后弓、侧弯畸形等病证。本法对腰椎滑脱症、椎弓根崩解者禁用。

### 骶髂关节后伸扳法

沿额状轴后伸方向，在扳动区位之间扳动骶髂关节的手法，称骶髂关节后伸扳法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者俯卧位，术者站在其一侧，甲手握住其患侧大腿之前下端，乙手掌根按压在其髂后上棘处。

2. **动作姿势** 术者甲手将其下肢缓缓抬起至“扳机点”位后，再发力将其向上快速提拉，乙手同时发力向下快速按压髂后上棘，此时手下有松动感。

#### 【操作要领】

1. 按压髂后上棘的手要准确到位，以保证提腿时的应力传递至骶髂关节。
2. 其他要领同腰椎后伸扳法。

#### 【技能训练】

同腰椎后伸扳法。

#### 【临床应用】

通过本法可使髂翼向前上方移动，故主要用于整复骶髂关节后下半脱位。

### 肩关节扳法

沿肩关节各运动轴方向，在扳动区位之间进行的肩关节扳动手法，称肩关节扳法。

#### 【动作结构】

1. **肩关节前屈上举扳法** 本法亦可称前屈上举扳肩法，是沿肩关节额状轴向前上方扳动肩关节的手法。

(1) **预备姿势**：受术者正坐，术者在其患侧侧前方取站位，制动手按抵在其患侧肩峰处，动作手握住其上臂下端近肘关节处。

(2) **动作姿势**：动作手沿肩关节额状轴用力，将患肢向前屈或上举方向运动至“扳机点”后，再瞬间快速发力，越过扳机点，使肩关节上举幅度增加 [图 5-84 (1)]。

2. **肩关节内收扳法** 本法亦可称内收扳肩法，是沿肩关节矢状轴向内收方向扳动肩关节的手法。

(1) **预备姿势**：受术者端坐，将患肢放在胸前，术者站在其背后，用甲手握住其患侧肘后，乙手按抵在健侧肩后。

(2) **动作姿势**：术者用甲手用力沿肩关节矢状轴将患肢向内收方向推动至“扳机点”位后，再瞬间发力，让肩关节快速越过“扳机点”，使其内收范围扩大 [图 5-84 (2)]。

3. **肩关节外展扳法** 本法亦可称外展扳肩法。是沿肩关节矢状轴，向外展方向扳动肩关节的手法。

#### (1) 肩扛式外展扳肩法

① **预备姿势**：受术者端坐，术者站在其患侧下蹲，将患肢前臂下端放置于自己的右肩上，用双手按压在患肩上方肩峰处。



图 5-84 肩关节扳法

②动作姿势：术者先慢慢起立，使患肩沿矢状轴外展至“扳机点”后，再瞬间发力站起，使其快速越过此阻力点，同时，压肩双手用力向下按压肩峰，使患肩外展幅度增大 [图 5-84 (3)]。

(2) 手扳式外展扳肩法

①预备姿势：受术者端坐，术者站在其患侧后方，用甲手握住其患侧上肢肘部，乙手按压在其肩峰处。

②动作姿势：术者用甲手用力沿矢状轴将患肢向外展方向扳动到“扳机点”位后，再瞬间发力使肩外展越过此阻力点，同时，乙手用力向下按压肩峰，使肩外展幅度增大。

4. 肩关节后伸扳法 沿肩关节额状轴向后伸方向扳动肩关节的手法为肩关节后伸扳法。

(1) 预备姿势：受术者端坐，术者在其患肩前外侧取坐位或站住，甲手握住其手腕并用

前臂抵住其前臂下方，乙手抵握其患肩后上方。

(2) 动作姿势：术者用甲手用力沿额状轴，将患肢向后缓缓抵推至“扳机点”后，再用瞬间推冲力使其快速越过此阻力点，同时，乙手用力向前顶按住患肩，使患肩后伸运动功能扩大 [图 5-84 (4)]。

#### 【操作要领】

1. 以上各式扳肩法从起始位到“扳机点”的运动手法要缓缓加力，不可用力过大、推进速度过快，以免引起疼痛，激惹患肩，导致软组织保护性痉挛而影响扳动手法的操作。

2. 临诊时，对患肩的扳动动作，一般是以最大病理位为起始位。在越过“扳机点”后运动幅度再扩大的允许范围要根据患者的全身情况、病情及其对疼痛的耐受程度而定，不能一概而论，要在安全与患者可接受的范围内进行。

3. 外展扳肩时，在肩峰处被牢牢固定的条件下，外展运动的生理位仅在  $90^{\circ} \sim 100^{\circ}$  之间，不得超越，以免损伤。

4. 各式扳肩法也可在卧位下进行施术。

#### 【技能训练】

1. 练习各式扳肩法的双方体位及双手在着力部位抓握、抵按的手势，要求做到准确到位。

2. 反复练习各式扳肩法主动手牵引关节运动的方向及双手配合寻找“扳机点”的操作方法。

3. 反复练习双手配合瞬间反向同步发力的操作方式，并体会越过“扳机点”时的手下感觉。

4. 反复练习各式扳肩法全过程的操作程序，以最后达到全面掌握各种扳肩的动作结构范式。

#### 【临床应用】

本法对病态肩关节有分离粘连、开锁解凝、滑利关节、舒筋活血的功效，临床常用于治疗肩关节周围炎、肩袖损伤、冈上肌肌腱炎、肩峰下滑囊炎、肱二头肌长头肌腱炎、肱二头肌短头损伤等病证。

另外，还有肘、腕、掌指、指间、膝、踝、跖趾、趾间等关节的扳法。其施术原则是：在关节上、下端用一对相互对抗的作用力，使关节沿着运动轴的方向，从病理位至功能位，或从功能位到生理位范围内，做瞬间、快速越过“扳机点”的伸、屈、内收、外展方向的扳动动作。

### (三) 关节拔伸类手法

沿组成关节相邻肢体环节的纵轴方向，术者在受术关节两端施以相反方向的拉伸力，使关节的相对面做分离运动，从而使关节间隙增宽的一类被动运动手法，称关节拔伸牵引类手法。通常又可称为拔伸法、牵引法、拉伸法、牵拉法、拽法等。

1. 适应证 本法适用于脊柱与四肢关节，有理筋、整复、增宽关节间隙、解除神经挤压、松解粘连等功效，可治疗颈椎病、腰椎间盘突出症、肌腱韧带错位、关节缩窄、小关节

紊乱及半脱位等病证。

## 2. 施术注意事项

(1) 在对一般由长骨组成的四肢关节拔伸时，术者双手用力握住关节两端，一手向上拉，一手向下拔伸，可由术者独立完成；对颈椎、腰椎、肩关节、髋关节等需要大力牵引的关节施术时，术者的双手可能都是同向牵引手，而另一端的拔伸力则需依靠助手或利用外力来完成。无论运用何种操作方法，关节上下相对的一对拉伸力应该大小相等，同步协调，用力不能一大一小、一先一后。

(2) 施行本法时，双手的握点、受术者及其受术关节的预备姿势、体位要准确，确保上下拉伸力的拉力线通过关节轴心，以达到理想的使受术关节对位对线的良好治疗效果。

(3) 对需用大力牵引的拔伸手法，操作时不要用蛮力、死力，而是要充分利用运动生物学省力原则，使手法轻松完成。

(4) 在大力牵引时，要注意对握力点部位与邻近组织的保护，不要死扳、死掐，以免损伤皮肤、神经。

(5) 要注意掌握四肢关节与脊柱拔伸时不同的操作要领。

## 3. 技能训练重点

(1) 各关节拔伸时双手最佳握点位置的确定。

(2) 各种省力原则应用实例的操作要领。

(3) 发力牵引时，注意术者双手及与助手间的协调配合，并细心体会手下牵动关节时的感觉。

(4) 不同发力形式的操作方法，如瞬间牵引、缓慢牵引、持续牵引等动作的要领。

### 坐位颈椎拔伸法

在坐姿下，沿颈椎垂直轴施加拉伸力，使颈椎间隙增宽的被动运动手法，称坐位颈椎拔伸法。

#### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 受术者端坐，颈肩部放松，术者在其正后方，两足分开与肩等宽，站稳，用双前臂前1/3处按压在其两侧肩峰处，双手拇指在后按抵住其耳后乳突与枕骨隆突之下方，掌指在其耳前捧握住其左右下颌体之侧下方。

**2. 动作姿势** 动作时，先将受术者的头部向前后、左右各方向轻轻摇动，待确认其颈项部肌肉基本放松后，将颈椎保持在略向前倾的位置，以保证颈椎合理的牵引角度。接着，术者双手用力夹持其头部两侧，两臂发力向下压肩，使其头部获得一向上的提升力（图5-85），以完成对颈椎的拔伸方法。

#### 【操作要领】

1. 本法以术者前臂的压肩点为支点，以颈椎椎间关节轴心为阻力点，以胸大肌、背阔肌在肱骨内上段的止点为力点，组成双臂型省力杠杆系统。操作时，双手只需用力保持其对头部的夹持力，并掌握好颈椎略向前倾的牵引角，以确保提升头颈，而对颈椎的提升力，则应用大力肌替代小力肌的省力原理，利用胸大肌等躯干肌肉的收缩发力拉动肱骨，使其下



降、内收，通过此杠杆系统使颈椎的上端获得一个较大的向上的牵引拔伸力。

2. 本法在正式操作前，必须先做颈椎各方向的小幅摇动，并令受术者全身放松，不要紧张，待确认其放松后，再发力施术。

3. 本法操作时，须令受术者自然呼吸，不得憋气。

#### 【技能训练】

1. 先令学员充分理解本法的动作原理。
2. 反复练习双手的握持方法，准确找到握力点的位置。
3. 反复练习本法动作的发力方式与操作方法。

#### 【临床应用】

本法对颈椎间关节及颈项部软组织有增宽间隙、整复与牵引、拔伸、舒展等调治功能。临床常用于治疗颈椎病、颈椎失稳症、落枕、项部肌肉与韧带扭伤、痉挛、劳损、疲劳等病证。

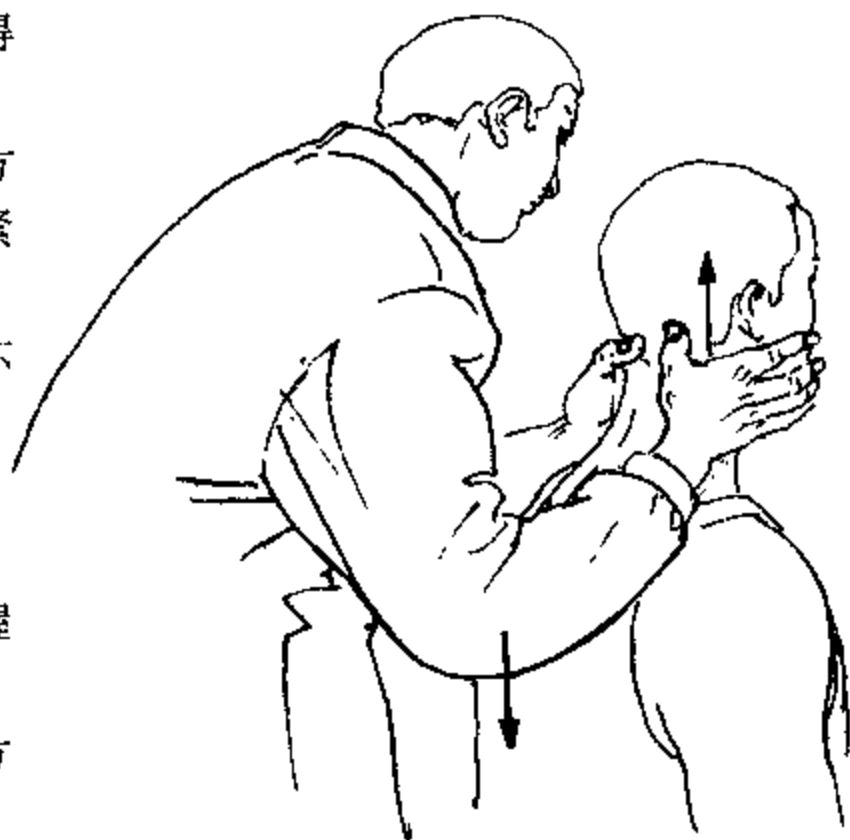


图 5-85 坐位颈椎拔伸法

### 低坐位颈椎拔伸法

在受术者低坐位姿势下进行的颈椎拔伸手法，称低坐位颈椎拔伸法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者端坐在无靠背的矮凳上，颈肩部放松；术者站在其侧后方，取马步势稍蹲，使上身垂直下沉，左肘屈曲用肘窝将受术者的颈部托住，并用上臂与前臂将其头部抱紧，右手手指向上，用掌根托住其枕骨下方。

2. **动作姿势** 操作时，先将受术者头部向前后、左右各方向轻轻摇动，待确认其颈项部肌肉基本放松后，术者两手将其头部夹紧并保持好其牵引角，上身挺直，双下肢发力从下蹲位马步势，渐渐站起至直立势，将受术者提起，使其离开凳面，稍停片刻，完成对颈椎的牵引后，再将其缓缓放回凳面（图 5-86）。

#### 【操作要领】

1. 本法应用力的替代省力原理，在操作时，双手无须主动用力提拉颈椎，而是利用下肢由蹲而起的肌力，来完成对颈椎上端向上的提拉力；面对颈椎下端向下的拉伸力，则利用其自身的重力来完成。

2. 操作时术者的双足间距要略宽于肩，以求得有一个较大的稳定角，并使自己的身体与受术者尽量地靠拢，使两人的重心重合，重力线落在术者的双足之间，使整个动作轻巧稳定而省力。

3. 术者与受术者双方都不能憋气。

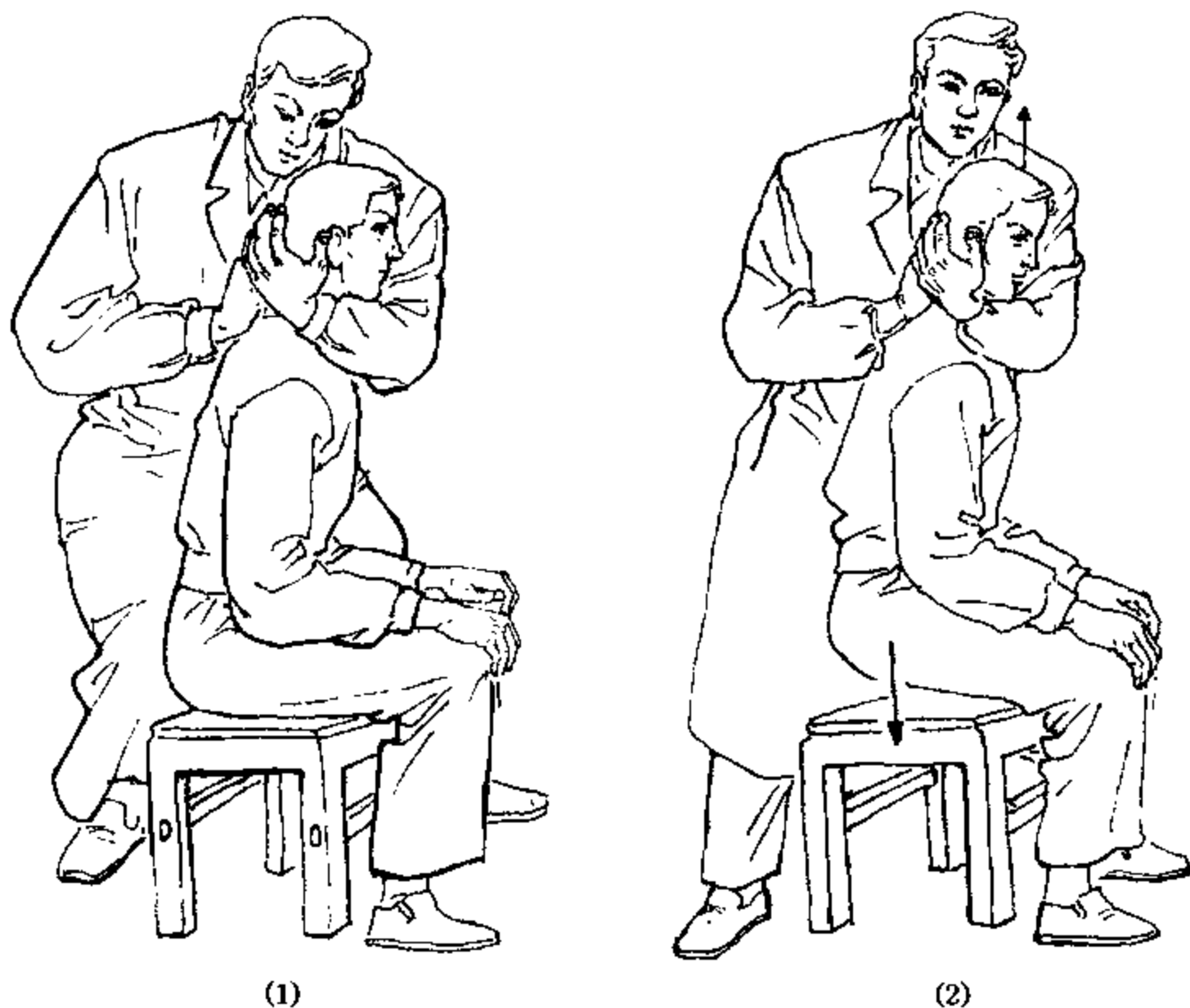


图 5-86 低坐位颈椎拔伸法

**【技能训练】**

1. 先令学员充分理解本法的动作原理。
2. 反复练习双手环抱受术者头部的握持体位、姿势与方法，准确找到握力点的位置。
3. 反复练习下肢先蹲后起的发力方式及其与上肢用力互相配合的操作方法。

**【临床应用】**

本法的功效与治疗范围与坐位颈椎拔伸法基本相同，但本法的牵引、拔伸力较大，主要对受术者个体重量较大、颈项粗短及颈项部软组织痉挛又较明显，需要用较大的拔伸牵引力时适用。

**仰卧位颈椎拔伸法**

在受术者仰卧位姿势下，对颈椎做纵轴方向牵引的被动运动手法，称仰卧位颈椎拔伸法。

**【动作结构】**

**1. 预备姿势** 受术者仰卧，不垫枕头，术者在其头侧取坐位，两足分开踏稳，用双膝顶住两侧床腿，上身略向前倾，腰背挺直。一手在下，垫在受术者的枕部下方并将其托住，另一手在上，托握住受术者的下颏部。

2. **动作姿势** 先使受术者头部向各方向摇动，待其颈项部肌肉放松后，术者的双手分别将受术者的枕部及颈部用力握固，两上肢伸直，由腰背部发力，使上身向后仰，并带动两手将受术者的身体在床面上滑行拖动，完成对颈椎的牵引（图 5-87）。

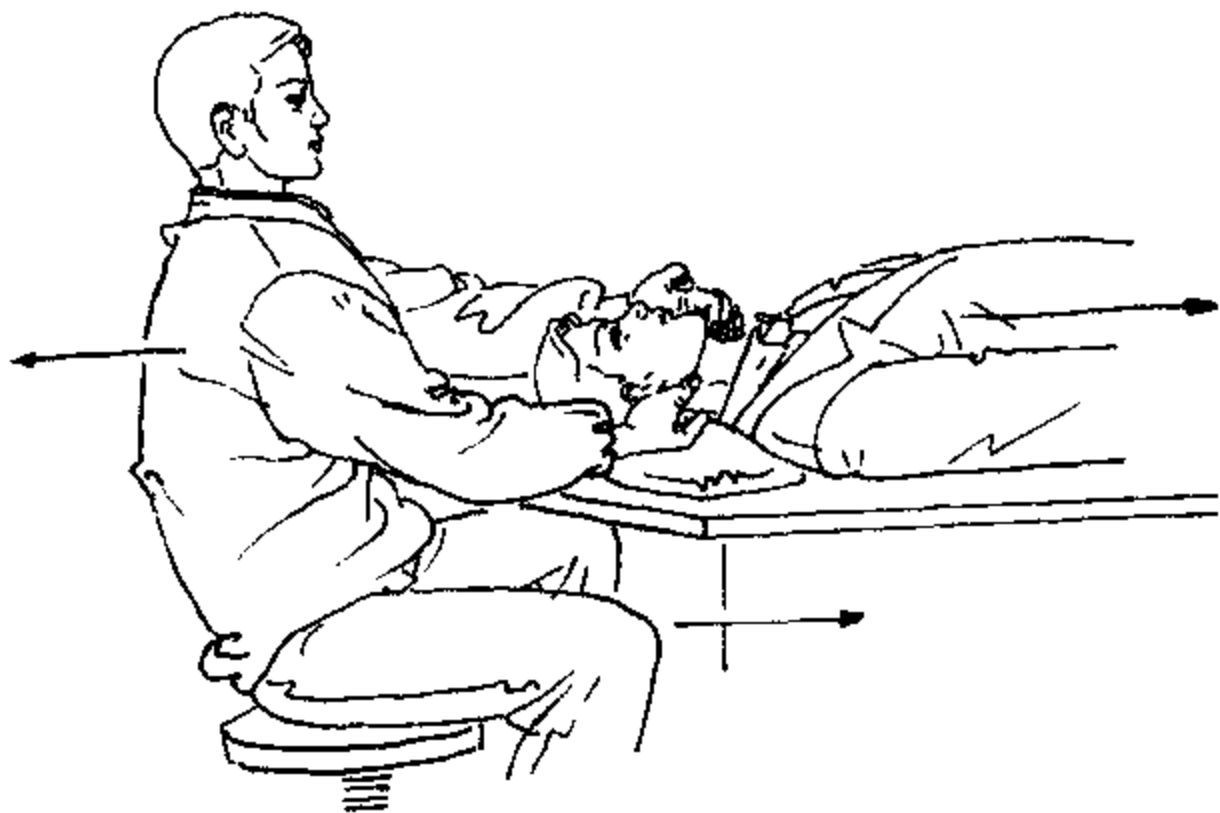


图 5-87 仰卧位颈椎拔伸法

#### 【操作要领】

1. 本法利用大力肌替代小力肌与外力替代内力的省力原理，操作时，双手只要用力保持住其对受术者头部的握固力，托枕手将其头部稍微托离床面维持正确的牵引角度即可。无须用臂力主动牵拉，而是利用腰背肌力使上身后仰来带动术手完成其对颈椎上端的拔伸力；对颈椎向下的拉伸力则是来自受术者自身与床面的摩擦力，省却了助手的参与。

2. 操作时，术者双膝要顶住床边，以固定床体与术者的身体，便于发力。

3. 握颈部的手要与其颈前保持一定距离，不要卡压其气管。

4. 双手的握固力要均匀，以保证手法的牵引力线通过颈椎纵轴。

#### 【技能训练】

1. 先令学员充分理解本法的动作原理。

2. 反复练习双手的握法，准确找到着力部位，并练习控制牵引角度的手势。

3. 反复练习腰背部发力的方式及其与双手配合的整体动作。

#### 【临床应用】

本法的功效与治疗范围与上述二法基本相同。而本法取仰卧位操作，受术者容易放松并有安全感，故对年老体弱患者，对坐位操作有恐惧心理的患者以及椎动脉型颈椎病等眩晕较明显不宜用坐位的患者，适用本法。

### 腰椎拔伸法

沿腰椎纵轴方向施加拉伸力，使其腰椎间隙增宽的被动运动手法，称腰椎拔伸法。

## 【动作结构】

## 1. 腰椎缓力拔伸法

(1) 预备姿势：受术者取俯卧位，两肩略放松，全身放松，一助手用双手托握其双侧腋下，术者双手握住其小腿下端。

(2) 动作姿势：术者双手紧握其双腿，两臂伸直，身体后仰，与助手同步相对用力，沿腰椎纵轴方向缓缓拔伸，力量由小渐大，达到预定拔伸效应后，保持此拔伸力十几秒钟后，再渐渐放松，如此反复拔伸3~5次。

## 2. 腰椎瞬间拔伸法 又称腰椎拉压复位法。

(1) 预备姿势：受术者俯卧，两肩略外展，全身放松；助手甲用双手紧握住其两侧腋窝，助手乙用双手紧握其两小腿下端。术者站在其腰部一侧，用双掌叠按在其腰椎后弓之最高点。

(2) 动作姿势：在上述预备姿势下，术者发令“一、二”，当数到“三”时，令受术者咳嗽一声，同时两助手沿其腰椎纵轴，瞬间反向发力牵引腰椎。术者在此同时，用双掌向下快速用力按压，在腰椎瞬间牵引下完成对腰椎后弓的整复（图5-88）。

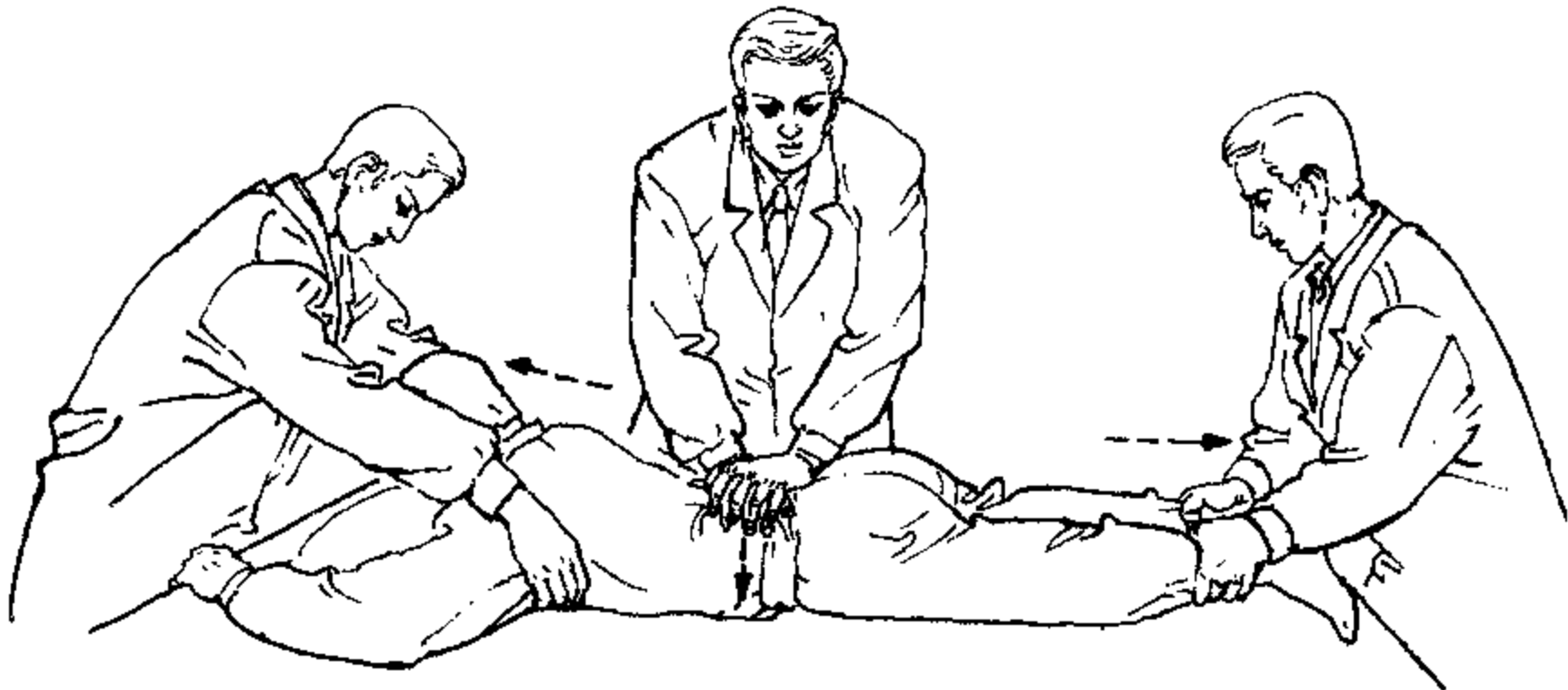


图5-88 腰椎瞬间拔伸法

## 【操作要领】

1. 腰椎缓力拔伸时，助手要用身体后仰，以自身的重力作为其牵引力，以节省臂力。
2. 对腋部的固定手，要注意用全掌托握住其整个上臂的腋根处，即拇指在腋后壁外，四指在腋前壁外，握住整个腋部。不能用四指在腋窝内抠掐住腋窝中间，以免牵引力过大时损伤腋部神经。
3. 腰椎瞬间拔伸时，要注意术者与二助手及受术者之间在瞬间发力拔伸时的密切配合。助手的反向牵拉必须同时进行，术手的按压也应同步进行。

## 【技能训练】

1. 反复练习助手上身后仰并带动上臂拔伸的发力或操作方法。

2. 反复练习术者与助手之间互相配合同时发力的操作方法。

**【临床应用】**

本法对腰椎有增宽椎间隙，矫正侧弯、后弓及对腰部软组织有牵拉、引伸、舒展与解痉的整治功效。临床常用于治疗腰椎间盘突出症，腰椎退行性变，椎间盘萎缩，腰椎小关节紊乱，腰部肌肉韧带扭伤、劳损、疲劳等病证。

**背势腰椎后伸牵引法**

术者将受术者背向背起，使其腰椎在后伸位下沿腰椎的纵轴方向受到自身重力的牵引的手法，称背势腰椎后伸牵引法，又称背法。

**【动作结构】**

1. 预备姿势 术者与受术者相背而立，两上肢后伸，用两肘弯套钩住受术者的肘弯，并用臀部抵住其腰椎中部或腰骶关节处。

2. 动作姿势 术者先向前弯腰，将受术者仰身背离地面，令其全身放松，然后，向左右晃动臀部，使其腰骶亦随之左右摇晃 5~10 次；术者再做有节律的伸屈膝关节与向后上方挺臀的动作，使其腰骶部亦随之上下颠簸；5~10 次后，术者双足踮起，并快速下落使足跟用力顿地，使其腰椎在后伸位下受到一较大的瞬间牵引力（图 5-89）。

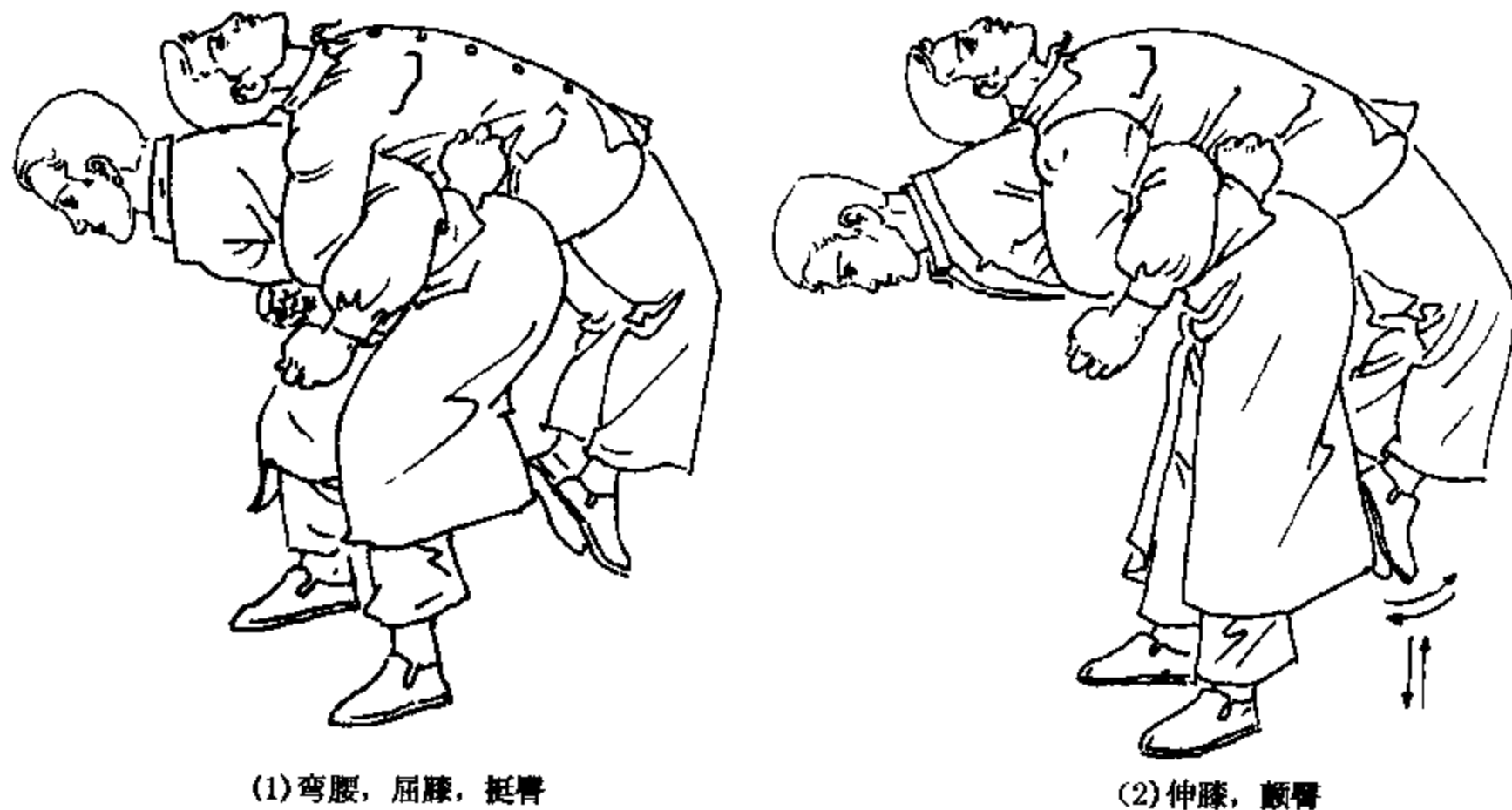


图 5-89 背势腰椎后伸牵引法

**【操作要领】**

1. 本法的动作分背起、摇晃、颠簸与顿地四个步骤，操作时，既要注意每个阶段的动作要准确到位，又要注意互相衔接、连贯，一气呵成。

2. 整个操作要求受术者配合，全身放松不要紧张，在术者用足跟顿地的同时，令受术

者咳嗽一声以使其全身充分放松，从而使顿地时对腰椎的瞬间牵引能得以顺利完成。

### 【技能训练】

1. 先分别练习背、晃、颠、顿四步动作。
2. 再反复练习四个操作步骤的衔接连贯动作，以最后掌握本法完整的操作技术。

### 【临床应用】

本法在腰椎后伸位下，利用其自身的重力，沿腰椎生理曲线的方向对其进行有效的牵引，牵引力线通过腰椎生理前屈的弧度，故可用于矫治各种原因引起的腰椎生理曲线变浅、变直与后弓，并可拉宽腰椎间隙，有使腰椎对线、对位的整复功能。对腰部软组织扭伤、痉挛、紧张亦有良好的治疗作用。

## 肩关节拔伸法

在肩关节不同体位上，沿其纵轴方向施加拉伸力，使其关节间隙增宽的手法，称肩关节拔伸法。

### 【动作结构】

#### 1. 肩关节上举拔伸法

(1) 预备姿势：受术者正坐，患侧上肢上举 180°伸直；术者站在其患侧，用双手握住其肘部或腕部。

(2) 动作姿势：术者双手用力握住其患侧肘部或腕部，用力将患肢向上提拉，待肩关节受力后继续保持提拉力 5~10 秒钟，如此反复 3~5 次。

#### 2. 肩关节外展拔伸法

(1) 预备姿势：受术者正坐，患肩外展 90°伸直；术者站在其一侧，用一手掌跟抵按住其患肩肩峰外侧肩缘，另一手握住其肘上部或腕部。也可术者双手握住其前臂下端，用一助手站在对侧，用双手抱住患者腋下。

(2) 动作姿势：在患肩近侧被固定的条件下，握其前臂下端的手用力向外缓缓拔伸肩关节（图 5-90），待肩关节受力后，再继续保持牵引 5~10 秒钟，如此反复 3~5 次。

#### 3. 肩关节垂直拔伸法

(1) 预备姿势：受术者正坐，患肩自然下垂，受术者站其一侧，用前臂插托其腋下，一手握住其腕部。

(2) 动作姿势：一手前臂在腋下用力将患肩向上提伸的同时，握腕手用力向下牵拉患肢，当肩关节受力后，再继续保持此相对的拉伸力 5~10 秒钟，如此反复 3~5 次。

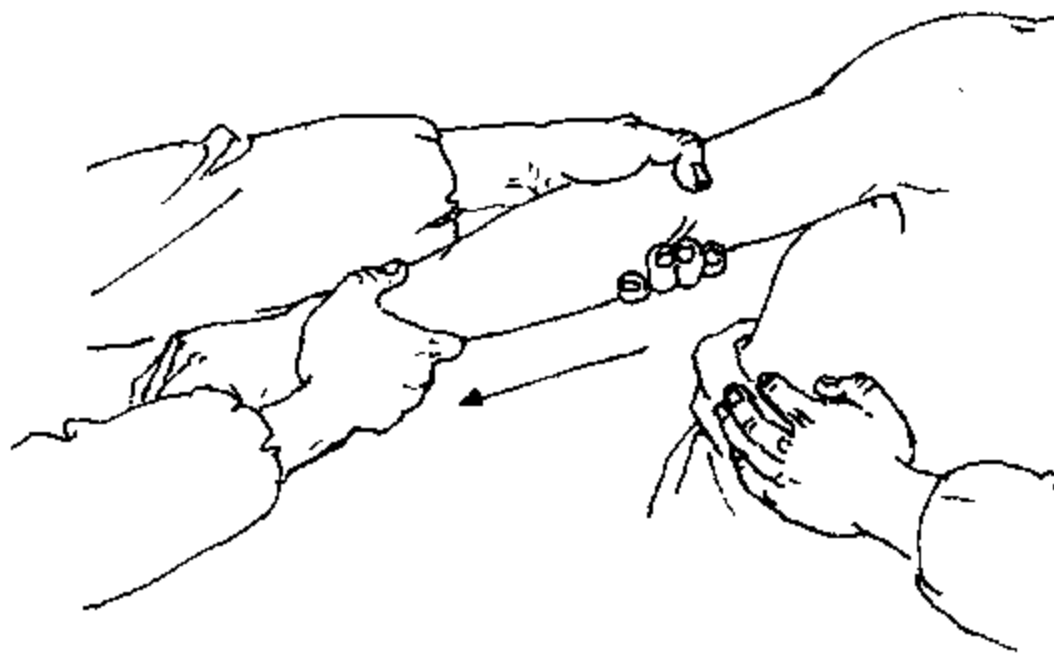


图 5-90 肩关节外展拔伸法

**【操作要领】**

1. 术者操作时要注意双手同时反向用力的配合动作。
2. 选择肩关节在何种体位下拔伸，应根据患肢功能障碍的具体情况辨证应用。如肩关节运动障碍不能上举时，则可选择垂直牵引；或在患肢病理位上，沿其纵轴施行本法。

**【技能训练】**

1. 反复练习肩关节在各种体位下的拔伸法操作技能，准确把握沿患肢纵轴方向的发力。
2. 练习与助手同时发力牵引肩关节的发力方式与操作方法。
3. 认真体会肩关节受到牵引力后间隙拉宽的手下感觉，以准确掌握牵引力的大小。

**【临床应用】**

本法对肩关节及其周围软组织有增宽关节间隙、疏通狭窄、解除痉挛、分离粘连的治疗功能。临床常用于治疗肩周炎及各种肩部伤筋所致的肩关节运动障碍。

### 肘关节拔伸法

沿肘关节纵轴方向施加拉伸力，使肱尺关节、肱桡关节间隙增宽的手法，称肘关节拔伸法。

**【动作结构】**

1. **预备姿势** 受术者坐位，患者肩关节前伸，前臂掌面向上，肘关节伸直，受术者在患者前方取坐位或站位，一手紧握住其肱骨下端、患肘上方，另一手握住其前臂下端。
2. **动作姿势** 握肘上方手用力向肩侧拉伸，握前臂手同时向下方沿前臂纵轴方向牵拉肘关节，使肱尺关节受到拔伸。也可在以上牵引动作下，同时使前臂向尺侧做小幅尺屈拉伸，以牵拉在桡侧的肱桡关节，使其间隙增宽。

**【操作要领】**

1. 由于肘关节有向桡侧偏斜  $163^\circ$  的提携角。前臂的纵轴与上臂的纵轴线不在一条直线上，故在向下牵引前臂时要注意牵引力线的方向要通过前臂的纵轴线，不能沿上臂的纵轴线发力。
2. 主要牵拉肱桡关节时，要在沿前臂纵轴线发力的同时，将前臂向尺侧牵拉。

**【技能训练】**

1. 反复练习并体会拔伸肘关节时的发力方向。
2. 练习牵拉肱桡关节的发力方式与操作方法。

**【临床应用】**

本法对组成肘关节的肱尺关节与肱桡关节有拉伸、舒展与整理的功能，临床常用于治疗肱骨外上髁炎、肱骨内上髁炎、肱骨下端骨折后遗症及桡骨小头半脱位等病证。

### 髌关节拔伸法

沿髌关节的纵轴方向施加拉伸力，以使髌关节间隙增宽的手法，称髌关节拔伸法。

**【动作结构】**

1. **预备姿势** 受术者仰卧，患侧下肢伸直；术者站在其一侧，双手握住患侧小腿下端。

**2. 动作姿势** 术者双手用力先使其屈髋屈膝，然后用瞬间爆发力，向下快速拉直髌膝关节，如此反复，多次治疗可重复3~5次。

本法术者也可用双手向下，沿下肢纵轴方向持续用力牵拉，牵引力由小到大，待髌关节受力后，继续保持5~10秒钟的持续牵引力，如此反复3~5次。

#### 【操作要领】

1. 用屈伸髌膝关节快速牵引时，膝关节同时受到牵引，故膝关节积水、肿痛较甚者不宜使用。此时牵拉部位可改在大腿下端，在髌关节伸直位下，沿其纵轴方向进行牵引。

2. 本法牵引用力较大，必要时可以用助手固定受术者腰部。

#### 【技能训练】

1. 反复练习屈伸快速牵拉髌关节的发力方式与操作方法。

2. 练习髌关节伸直位下，沿其纵轴方向，由小渐大缓缓发力的方式与操作手法。

#### 【临床应用】

本法对髌关节有引伸、舒展、整理的作用，对臀部的肌肉也有解痉舒筋等治疗功能。临床常用于治疗髌关节炎、弹响髌、臀部软组织痉挛、疼痛、疲劳、梨状肌综合征等病证。

### 膝关节拔伸法

沿膝关节纵轴方向施加拉伸力，使膝关节间隙增宽的手法，称膝关节拔伸法。

#### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 受术者仰卧，膝关节伸直，一助手用双手握住其大腿下端，术者站在其足侧，用双手握住其患膝小腿下端。

**2. 动作姿势** 术者双手沿下肢纵轴线，向下牵拉小腿，力量由小渐大，待膝关节受力后再继续保持5~10秒钟的持续牵引力，如此反复3~5次。

本法也可用屈伸快速拔伸髌关节的动作结构操作，使膝关节受到瞬间快速的牵引力。

#### 【操作要领】

1. 本法的牵引力较大，当术者用力向下拉伸小腿时，助手同时要配合用力，固定好膝关节，不要让其随之下移。

2. 当膝关节积水、膝关节滑膜炎致关节伸直明显受限并有剧痛时，拔伸膝关节要在其可忍受的范围内进行。

#### 【技能训练】

1. 反复练习持续牵引膝关节由小渐大的发力方式与操作方法。

2. 反复练习快速瞬间拔伸膝关节的发力方式与操作方法。

#### 【临床应用】

本法能拉宽膝关节间隙，并对膝关节周围韧带有舒展、拉伸的功能。临床常用于治疗各种能引起膝关节间隙狭窄及运动功能受限的病证。

### 踝关节拔伸法

沿踝关节纵轴方向，施加拉伸力，使踝关节间隙增宽的手法，称踝关节拔伸法。



**【动作结构】**

1. **预备姿势** 受术者仰卧，下肢自然伸直，术者站在其足侧，甲手握住其第1跖趾关节内侧，乙手托握住患足之足跟。

2. **动作姿势** 术者先用甲手将患足推向背伸，乙手同时顺势将其足跟向下拉伸，并将其持续保持，接着甲手用力向下将足拉向跖屈，即可使踝关节受力，拉宽其关节间隙（图5-91）。

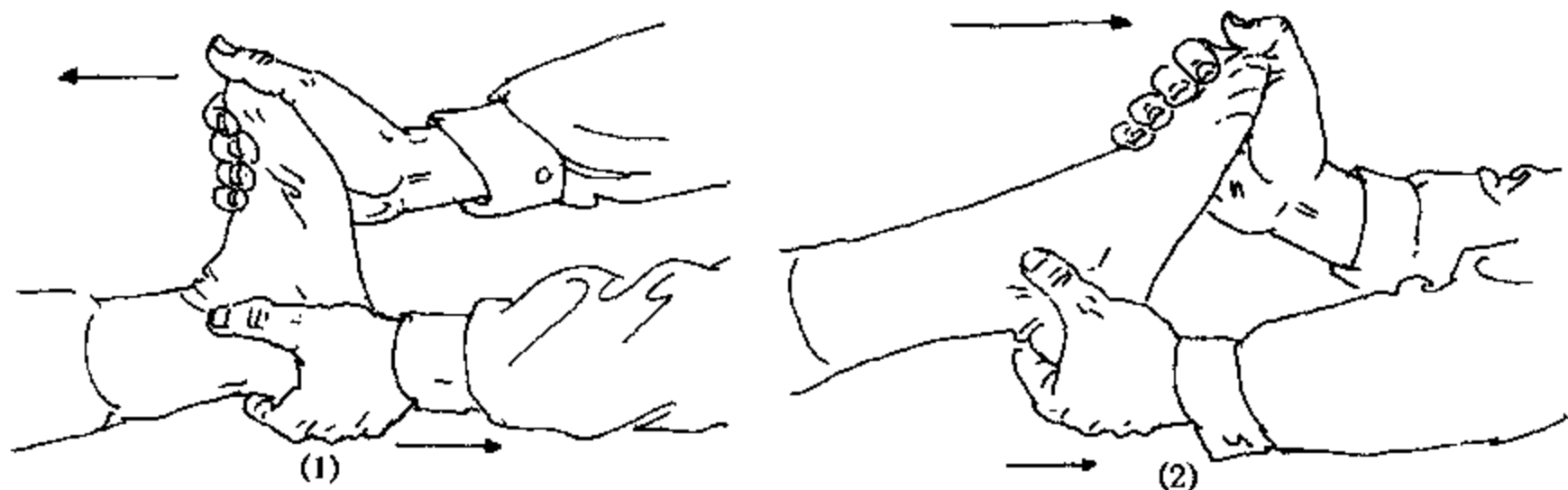


图5-91 踝关节拔伸法

**【操作要领】**

1. 本法应用骨杠杆原理，先利用踝关节自然的省力型杠杆结构，将足推向背伸，使小腿后侧肌肉拉长，然后以乙手掌心为支点，踝关节轴心为阻力点，甲手握点为力点，组成单臂省力型杠杆。用甲手发力使足跖屈，即可利用此杠杆系统获得省力的效果。

2. 本法操作要用“巧力”，不要双手同时向下牵拉足部，此法费力而无效。因为距骨前宽后窄，当踝关节处在起始位时，正好距骨前方在关节腔内，制约了关节的运动，故很难直接用纵向牵引的方法获得拉宽踝关节的效果。

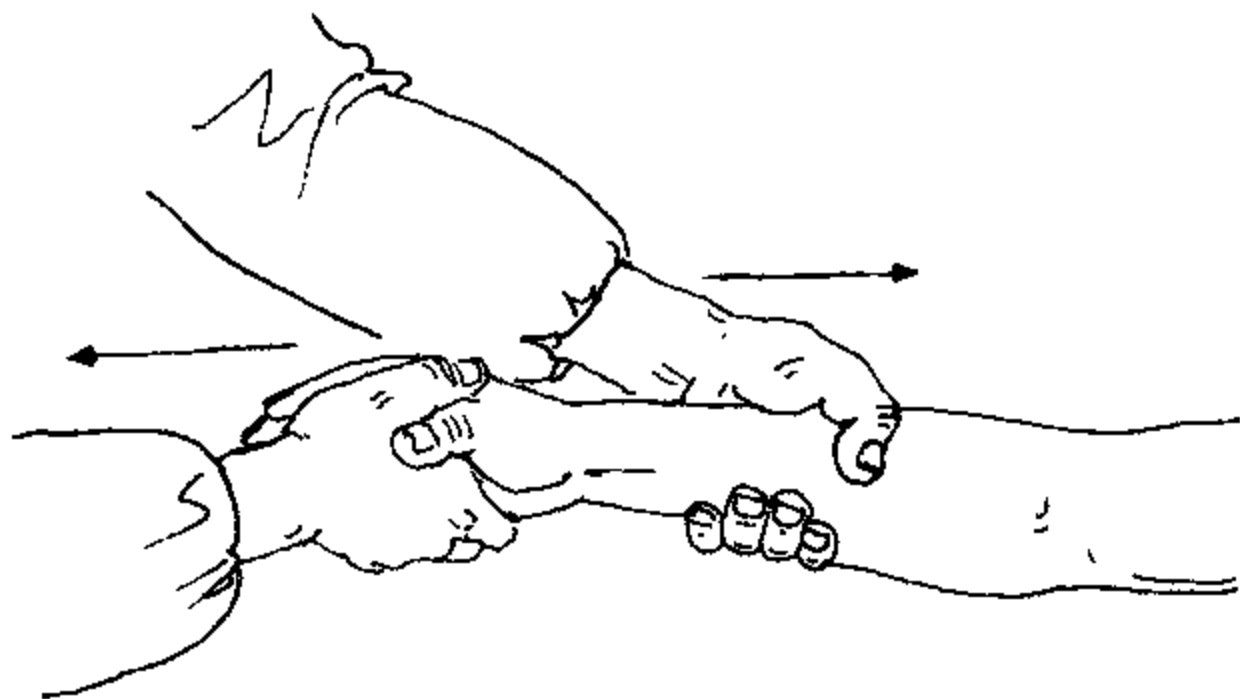


图5-92 腕关节拔伸法

【技能训练】

1. 先令学员充分理解本法的动作原理。
2. 反复练习本法先背伸后跖屈踝关节的动作姿势之间连贯衔接的操作技术，并细心体会踝关节被拉宽时的手下感觉。

【临床应用】

本法对踝关节具有疏通滑利、整复与增宽关节间隙的功效，对踝关节内外侧副韧带具有舒展、拉伸的作用。临床常用于治疗踝关节扭伤、半脱位、韧带劳损、肿痛等病证。

其他诸如腕关节（图5-92）、掌指关节（图5-93）、指骨间关节、跖趾关节、趾骨间关节由于各种原因所致的关节间隙变窄、运动功能障碍，均可用拔伸法治疗，其操作方法与原理可参照以上各式拔伸动作。

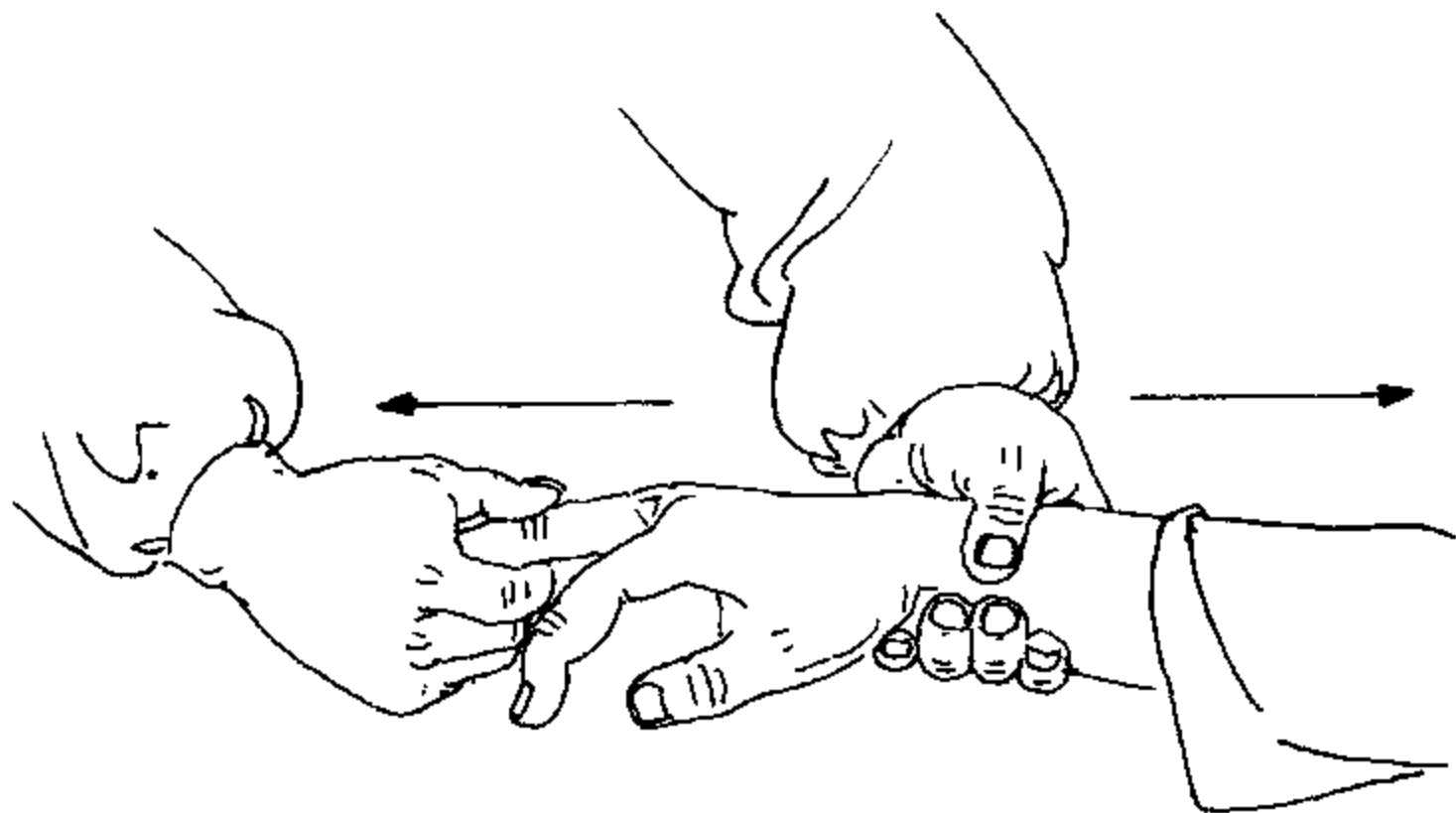


图5-93 掌指关节拔伸法

(四) 关节伸展类手法

伸，即拉长、扯平，展有张开、舒张之义。本法是反复运用缓力扳动病态关节，使其因病理性约束力所致的“紧缩”状态渐渐舒展、伸开，运动范围不断扩大直至运动功能完全恢复的一类被动运动手法，又可称为缓扳法。

本法的术式，在握手、体位及起势阶段的动作结构与扳法基本相同。先将受术关节沿运动轴方向运动至“扳机点”后，患者往往会因疼痛的激惹，使受术关节产生保护性痉挛而对抗术手的扳动；此时，操纵手既不要继续发力使受术关节强行越过此痉挛的阻力点，也不能退让，而是要用力将受术关节停留在此疼痛点的位置上，并保持有轻微的使其继续沿该运动轴方向运动趋势的伸展力；同时嘱患者不要紧张，意念与肢体放松，并做深呼吸配合，稍停片刻后，受术关节会产生松弛效应，痛势亦有缓解。此时，操纵手再缓缓发力扳动关节，使其运动范围再有小幅度增大，如此反复数次，直至患者达到最大耐受程度，及时停止操作。

本法的临床医疗作用与扳法相同，适用于不宜用瞬间快速扳法的年老体弱又特别不耐疼痛的患者。

### 1. 施行本法的注意事项

(1) 在缓力扳动时，一定要先嘱咐患者对手法疼痛反应做好充分的心理准备，同时，随时观察患者的反应；一定要在其能耐受的范围内进行操作，如出现明显的应激反应，应即刻停止操作并及时处理。

(2) 每次治疗可用缓力的大小与反复缓扳的次数，取决于患者对手法疼痛反应的耐受能力。

(3) 手法结束后，对疼痛反应较明显的部位，要及时施行手法放松、止痛。

### 2. 技能训练要求

(1) 至“扳机点”位后，操纵手暂停发力，但应保持对受术关节的扳动力，故应练习双手配合施行反方向缓力的技巧，并仔细体会关节发生松弛效应时手下的感觉。

(2) 在关节松弛效应后，练习再次用缓力小幅度扳动关节的操作技能。各种伸展法的技能训练均需按此要点认真反复练习，以下不再赘述。

## 颈椎前俯伸展法

沿颈椎额状轴前俯方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展颈椎后侧的手法，称颈椎前俯伸展法。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者取正坐位或仰卧位，术者站在其一侧，用制动手扶住受术者上胸部；动作手按扶其枕部或顶骨最高处。

2. 动作姿势 操作时动作手向前缓缓用力使颈椎沿其额状轴前屈至疼痛阻力点时，顺势将颈椎保持在此位置；同时制动手向后用力以固定其上身正直不向前倾，并令患者放松配合，稍候片刻，待颈椎产生松弛效应，动作手再缓缓发力使颈椎前屈的范围小幅度增大；当到达颈椎再次发生疼痛并产生阻力时，再重复以上动作。如此反复数次。

### 【操作要领】

1. 颈椎前屈的生理运动范围为人体正坐时，下颏可轻触前胸。操作时不得过度屈颈，以避免挤压气管而造成受术者憋气、咳嗽等不适感。

2. 当动作中将颈椎屈曲至有疼痛的阻力点时，要顺势用力将颈椎固定在所达到的位置，并保持轻微的有继续使颈椎前屈趋势的伸展力。此时，既不能继续发力强行越过此阻力点，也不能停止用力。

### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展项部软组织紧张、痉挛，并使颈椎后关节纵向伸展、后相对缘间隙增宽的功效。临床可治疗落枕、项韧带肥厚、肌性斜颈、项肌疲劳、劳损、急性扭挫伤、纤维组织炎、风湿病、颈椎小关节紊乱症、颈椎病等病证。

### 颈椎后仰伸展法

沿颈椎额状轴后仰方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展颈椎前侧软组织及整复颈椎后弓的手法，称颈椎后仰伸展法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者取正坐位或俯卧位，术者站在其一侧，用制动手拇指抵按住受术者颈椎后弓的最高点，动作手按扶其前额。

2. **动作姿势** 操作时，动作手向后缓缓用力使颈椎沿其额状轴后仰至疼痛阻力点时，顺势将颈椎保持在此位置；同时制动手向前用力，令患者放松并配合深呼吸；稍候片刻，待颈椎产生松弛效应，动作手再缓缓发力使颈椎后仰的范围小幅度增大；当达到颈椎再次发生疼痛并产生阻力时，再重复以上动作。如此反复数次。

#### 【操作要领】

1. 操作时应注意颈椎后仰的角度，一般至枕部碰触制动手时即为到位，并使头慢慢恢复原位，不得过度后仰颈部。

2. 当动作中将颈椎后仰至有疼痛的阻力点时，要顺势用力将颈椎固定在所达到的位置，并保持一定使颈椎有继续后仰趋势的作用力。此时，既不能继续发力强行越过此阻力点，也不能停止用力。

#### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展颈项前部胸锁乳突肌等软组织紧张与痉挛，并整复各种原因所致颈椎生理曲线变浅、变直及后弓，促使颈椎恢复正常生理曲度的功效。临床可治疗落枕、肌性斜颈、项肌疲劳、急性扭挫伤、纤维组织炎、风湿病、颈椎小关节紊乱症、颈椎病等病证。脊髓型颈椎病、颈椎滑脱、生理曲线过深等病证，应慎用或禁用本法。

### 颈椎侧屈伸展法

沿颈椎矢状轴左右侧屈方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展颈椎两侧软组织及骨结构的手法，称颈椎侧屈伸展法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者取正坐位，术者站在其身后。用制动手拇指抵按住受术者颈椎横突处，动作手用手掌抵按住对侧颈部。

2. **动作姿势** 操作时，动作手向侧方缓缓用力使颈椎沿其矢状轴侧屈至疼痛阻力点时，顺势将颈椎保持在此位置；同时制动手向相反方向用力，并令患者放松配合；稍候片刻，待颈椎产生松弛效应，动作手再缓缓发力使颈椎侧屈的范围小幅度增大；当达到颈椎再次发生疼痛并产生阻力时，再重复以上动作。另一侧亦然，如此反复数次。

#### 【操作要领】

1. 注意操作时不得过度侧屈颈椎，以避免使肌肉或韧带过度拉伸而产生不适感。

2. 当动作中将颈椎侧屈至有疼痛的阻力点时，要顺势用力将颈椎固定在所达位置，并保持一定的使颈椎有继续侧屈趋势的伸展力。此时，既不能继续发力强行越过此阻力点，也

不能停止用力。

### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展侧项部软组织紧张与痉挛，并使颈椎侧向伸展，纠正颈椎侧弯与钩椎关节间隙变窄的功效。临床可治疗落枕、项韧带肥厚、肌性斜颈、项肌劳损、急性扭挫伤、纤维组织炎、风湿病、颈椎小关节紊乱症、颈椎病等病证。

### 颈椎旋转伸展法

沿颈椎垂直轴左旋或右旋方向旋转颈椎，使之从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展颈椎两侧的手法，称颈椎旋转伸展法。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者取正坐位，头略向前屈  $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，术者站在其身后一侧，用制动手抵按住受术颈椎小关节体表投影处或棘突后外侧，动作手握住其下颈部。

2. 动作姿势 操作时，动作手缓缓用力向一侧牵拉下颌，使颈椎沿其垂直轴旋转至疼痛阻力点时，顺势将颈椎保持在此位置；同时制动手反向用力抵按住着力点并向对侧推动，并令患者放松配合；稍候片刻，待颈椎产生松弛效应，动作手再缓缓发力使颈椎向一侧旋转的幅度逐渐增大；当达到颈椎再次发生疼痛并产生阻力时，再重复以上动作。如此反复数次，两侧相同。

### 【操作要领】

1. 颈椎旋转时应保持使颈部前屈  $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ ，禁止后仰位下操作，以防止因椎动脉受到碾压刺激而产生血栓。

2. 当动作中将颈椎旋转至有疼痛的阻力点时，要顺势用力将颈椎固定在所达到的位置，并保持轻微地使颈椎由继续旋转趋势的伸展力。此时，既不能继续发力强行越过此阻力点，也不能停止用力。

### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展颈项部软组织紧张与痉挛，并有整复颈椎关节突关节紊乱的功效。临床可治疗落枕、肌性斜颈、项肌劳损、急性扭挫伤、纤维组织炎、风湿病、颈椎小关节紊乱症、滑膜嵌顿、颈椎病等病证。

### 肩关节前屈上举伸展法

沿肩关节冠状轴前屈上举方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展肩关节的手法，称肩关节前屈上举伸展法。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者取正坐位，术者站在其身体一侧，用制动手抵按住受术者肩关节后上方，动作手握住患肢前臂下端或肘部。

2. 动作姿势 操作时，动作手将患肢慢慢前屈，至疼痛阻力点时，顺势将患肢保持在此位置；同时制动手稍用力抵按住肩后部，固定肩部不会向后移动，并令患者放松配合；稍候片刻，待肩关节产生松弛效应，动作手再缓缓发力，使患肢上举的幅度逐渐增大；当达到

肩关节再次发生疼痛并产生阻力的位置时，再重复以上动作。

也可令受术者正坐，术者以半蹲位立于其前侧方，将患肢前臂放于术者肩上，术者双手按放在受术肩关节的上方用力向下按压，同时慢慢起立，使受术肩关节渐渐前屈上举，方法同上。如此反复数次，至患者不能忍受为度。

#### 【操作要领】

1. 肩关节前屈上举时应注意动作手与制动手的协调配合，尤其到达阻力点时制动手要保持一定的反向用力以使手法的伸展应力传递至受术肩关节。

2. 当动作中将肩关节上举至有疼痛的阻力点时，要顺势用力将肩关节固定在所达到的位置，并保持使之有继续上举趋势的轻微伸展力。此时，既不能继续发力强行越过此阻力点，也不能停止用力。

#### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展肩部软组织的紧张、痉挛、粘连，从而恢复正常运动范围的功效。临床可治疗肩关节周围炎，尤其是对前屈上举方向运动功能受限者。另外对于粘连较重，又身体虚弱，并对疼痛耐受性差的受术者，本法尤为有效。

### 肩关节内收伸展法

沿肩关节矢状轴内收方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展肩关节的手法，称肩关节内收伸展法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者取正坐位，使患肩前屈 $30^{\circ}$ 左右，术者站在患肩之侧后方。动作手托握住患臂肘后部，制动手抵按在其对侧肩后方。

2. **动作姿势** 操作时，动作手将患臂向内收方向缓缓用力推进，使患侧肩关节内收至疼痛阻力点时，顺势将患肢保持在此位置；同时制动手相对用力抵住，以固定住受术者身体，不使其转动，并令患者放松配合；稍候片刻，待肩关节产生松弛效应后，动作手再缓缓发力使患肢内收的幅度逐渐增大；当到达肩关节再次发生疼痛并产生阻力时，再重复以上动作。如此反复数次，两侧相同。

#### 【操作要领】

1. 注意肩关节内收伸展时，制动手要配合向对侧用力以保持受术者身体正直，不发生旋转，使作用应力顺利传递至肩关节。

2. 本法在实用时可根据患肩的前屈功能，也可在肩前屈 $90^{\circ}$ 位或上举过伸到头后的位置上，进行指向人体中轴线方向的伸展动作。

3. 其余操作要领同前法。

#### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展肩部软组织的紧张、痉挛、粘连，从而恢复正常运动范围的功效。临床可治疗肩关节周围炎等病证所致内收方向运动受限者。尤其对于粘连较重，又身体虚弱，对疼痛耐受性差的受术者，宜用本法。

### 肩关节外展伸展法

沿肩关节矢状轴外展方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展肩关节的手法，称肩关节外展伸展法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者取正坐位，术者以半蹲位立于其外侧方。将患肢前臂下端放于术者肩上，术者双手交叉，用掌面按压在受术肩关节的上方肩峰处。

2. **动作姿势** 操作时，下肢慢慢起立，使受术肩关节渐渐外展，至疼痛阻力点时，顺势将患肢保持在此位置；同时双手稍用力向下按压固定肩关节，防止“扛肩”动作，并令患者放松配合；稍候片刻，待肩关节产生松弛效应后，再缓缓发力起立，使患肢外展的幅度逐渐增大；当到达使肩关节又出现疼痛并产生阻力时，再重复以上动作。如此反复数次，两侧相同。

#### 【操作要领】

1. 注意肩关节外展时应保持双手向下按压的力量，防止因肩胛骨代偿旋转而导致扛肩动作，使应力不能得到充分传递。

2. 应用本法时要特别注意：当肩上方被充分固定的条件下，其被动外展运动的功能位与生理位在 $90^{\circ}$ ~ $100^{\circ}$ 之间。故操作时术者起立的幅度应控制在此范围内，不得完全起身直立，强行越过生理位。

3. 其余操作要领同前法。

#### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展肩部软组织的紧张、痉挛与粘连，从而恢复肩关节正常运动范围的功效。临床可治疗肩关节周围炎、肩部伤筋等，尤其是外展方向运动受限者。

### 肩关节后伸伸展法

沿肩关节额状轴后伸方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展肩关节前侧的手法，称肩关节后伸伸展法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者取正坐位，术者站在其患肩之侧后方。主动手握住其肘部和前臂下端；制动手顶压在患肩肩峰之后上方处。

2. **动作姿势** 操作时，主动手缓缓将患肢沿额状轴后伸方向运动至疼痛阻力点，顺势将患肩停留在此位置，并继续保持轻微的伸展力；同时，制动手向前方用力抵按着力部位，以固定身体不向后倾，并令患者放松配合；稍候片刻，待肩关节产生松弛效应后，动作手再缓缓发力使患肢后伸的幅度逐渐增大；当达到肩关节再次发生疼痛并产生阻力的位置时，再重复以上动作，如此反复数次。

本法术者也可站在患侧的侧前方操作，主动手握住患肢肘前，制动手握住患肩肩峰后上方处。动作时，主动手由前向后推动患肢，制动手由后向前顶按住患肩，双手反方向用力，向后伸方向伸展肩关节。

**【操作要领】**

1. 注意在做后伸伸展法时，制动手要同时向前抵按着着力点，使受术者上身不至于随主动手的手后伸力而向后倾倒，从而保证应力传递到位。

2. 其余操作要领同前法。

**【临床应用】**

本法具有抻拉与舒展肩部软组织的紧张、痉挛与粘连，从而恢复肩关节正常运动范围的功效。临床可治疗肩关节周围炎，尤其是后伸方向运动受限者。

### 肩关节后伸提腕伸展法

沿肩关节冠状轴后伸方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内做肩关节后伸伸展的同时向上提拉腕关节的手法，称肩关节后伸提腕伸展法。

**【动作结构】**

1. **预备姿势** 受术者取正坐位或站位，术者站在其健侧肩后方，制动手抵按住其肩前方，动作手握住患侧腕关节。

2. **动作姿势** 操作时，动作手使患肢后伸、内收、屈肘并前臂内旋，使患肢紧贴其背部，向上缓缓用力牵拉腕部至疼痛阻力点时，顺势将肩关节保持在此位置；同时制动手稍用力抵按住肩部着力点向后顶按固定，并令患者放松配合；稍候片刻，待肩关节产生松弛效应，动作手再缓缓发力使患肢向上移动的幅度逐渐增大；当达到肩关节再次发生疼痛并产生阻力时，再重复以上动作（图5-94），如此反复数次。

**【操作要领】**

1. 注意在做后伸提腕伸展法时，制动手要保持患者上身不前倾，以保证伸展应力顺利准确传递到位。

2. 本法在开始治疗时，患肢前臂略旋内，使手背紧贴其背部相对的位置上向上提拉腕关节；当患肩在此位置上后伸后背功能明显好转后，提腕拉伸动作可再将前臂旋外，使手掌附贴其背部再向上提拉腕关节，以进一步改善肩关节的后伸与前臂在后背时的旋转功能。

3. 其余操作要领同上法。

**【临床应用】**

本法具有抻拉与舒展肩前部软组织的紧张、痉挛与粘连，从而恢复肩关节正常的后伸后背运动功能的功效。临床可治疗肱二头肌长头肌腱炎、肱二头肌短头肌腱损伤、肩周炎等使肩关节后伸、后背运动功能障碍的各种病证。



图5-94 肩关节后伸提腕伸展法



### 肘关节屈伸伸展法

沿肘关节冠状轴方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内屈伸伸展肘关节的手法，称肘关节屈伸伸展法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者取正坐位，术者坐于或站在其患侧前方，制动手托握住患肘后方，动作手握住其前臂下端或腕关节。

2. **动作姿势** 操作时，动作手缓缓用力使肘关节沿其冠状轴屈曲或伸展至疼痛阻力点后，顺势将肘关节保持在此位置；同时制动手反向用力固定肘关节，并令受术者放松配合；稍候片刻，待肘关节产生松弛效应，动作手再缓缓发力使肘关节屈曲或伸展的幅度稍有增大；当达到肘关节再次发生疼痛并产生阻力时，再重复以上动作。如此反复数次，使肘关节反复屈向或伸向伸展。

#### 【操作要领】

1. 注意肘关节屈伸伸展时应使肘关节保持沿冠状轴屈曲或伸展，从而避免作用力的分散及损伤肘部周围的肌腱或韧带。

2. 本法操作时，受术前臂应保持在旋后位，即前臂内侧面向上的位置，以保证肘关节屈伸充分到位。

3. 其余要领同前法。

#### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展肘关节周围软组织的紧张、痉挛与粘连，从而恢复正常的肘关节屈伸运动范围的功效。用于治疗导致肘关节屈伸受限的各种病证，如肘关节骨折、脱位后期因长期固定导致的肘关节屈伸受限及网球肘、肘关节骨化性肌炎、上运动神经元性瘫痪等引起的肘关节屈伸受限等。

### 腕关节屈伸伸展法

沿腕关节冠状轴方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内屈伸伸展腕关节的手法，称腕关节屈伸伸展法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者取正坐位，术者坐于或站在其患侧前方，制动手从后方握住患侧前臂下端近腕关节处，动作手握住其手掌部。

2. **动作姿势** 操作时，动作手缓缓用力使腕关节沿冠状轴做腕关节掌屈或背伸，至疼痛阻力点时，顺势将腕关节保持在此位置；同时制动手反向用力固定腕关节，并令受术者放松配合，稍候片刻，待腕关节产生松弛效应，动作手再缓缓发力使腕关节背伸或掌屈的幅度逐渐增大，当达到腕关节再次发生疼痛并产生阻力时，再重复以上动作。如此反复数次，使腕关节反复屈伸。

#### 【操作要领】

1. 本法操作时，可配合同时候做腕关节的拔伸手法，以使其获得更加充分的伸展。

2. 其余要领同前法。

#### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展腕关节周围软组织的紧张、痉挛与粘连，从而恢复腕关节正常的屈伸运动幅度的功效。临床实用时，也可沿矢状轴做腕关节的左右侧屈方向上的伸展法。用于治疗导致腕关节屈伸或侧屈功能受限的疾病，如腕关节骨折、腕关节脱位后遗症、腕间关节错缝、腕掌关节错缝、腕关节扭挫伤、腕管综合征、腱鞘炎或腱鞘囊肿等病证，对中枢性痉挛性瘫痪所致的腕关节挛缩也可用本法治疗。

### 髌关节前屈伸展法

沿髌关节冠状轴前屈方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展髌关节的手法，称髌关节前屈伸展法。

#### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者取仰卧位，术者站在其患侧，双手均为动作手。一手握住患侧膝关节上方，另一手握住其小腿下端，使受术下肢屈膝屈髌。

2. 动作姿势 两手同时缓缓用力下压，使髌、膝关节同时屈曲，当髌关节沿其冠状轴屈曲至疼痛阻力点后，顺势将髌关节保持在此位置；同时上身前俯用自身重力轻轻下压，并令受术者放松配合；稍候片刻，待髌关节产生松弛效应，动作手再缓缓发力，使髌关节屈曲的幅度逐渐增大；当达到髌关节再次发生疼痛并产生阻力时，再重复以上动作。如此反复数次，以屈压髌关节。

#### 【操作要领】

1. 本法操作时，髌关节的屈曲运动必须沿其冠状轴在矢状面内进行，不得偏斜或旋转，以保证手法抻展力准确传递到关节轴心。

2. 当髌膝关节屈曲到疼痛阻力点时，使髌关节保持继续向下屈曲的抻展力，可利用术者自己上身前倾时产生的重力来完成，从而达到节省臂力的效果。但下压作用力要有控制，要缓缓发力，不得用瞬间暴力。

3. 其余要领同前法。

#### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展髌关节周围软组织的紧张、痉挛与粘连，从而恢复正常的髌关节屈曲运动幅度的功效。用于治疗各种导致髌关节前屈功能受限的疾病，如髌关节滑囊炎、髌关节周围软组织扭挫伤、髌胫束劳损、梨状肌综合征、髌髌关节前上半脱位、臀肌疲劳、臀上皮神经损伤、股骨颈骨折后遗症等。

### 髌关节后伸伸展法

沿髌关节额状轴后伸方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展髌关节的手法，称髌关节后伸伸展法。

#### 【动作结构】

1. 预备姿势 受术者取俯卧位，术者站在其患侧，制动手向下按压住患侧髌关节，动

作手用手掌托握住大腿前下端。

**2. 动作姿势** 操作时，动作手沿髋关节冠状轴向后牵拉提起患侧下肢，使髋关节后伸至疼痛阻力点后，顺势将髋关节保持在此位置；制动手同时下压固定髋关节，并令受术者放松配合；稍候片刻，待髋关节产生松弛效应后，动作手再缓缓发力使髋关节后伸的幅度逐渐增大；当达到使髋关节再次发生疼痛并产生阻力时，再重复以上动作。

也可令受术者侧卧，患侧在上，术者立于其身后，制动手按抵在患侧腰部，动作手握住患侧踝关节上方或大腿前下端，向术者站立方向牵拉患侧下肢；同时，制动手固定腰部并反向用力前推，如拉弓射箭状，使髋关节后伸，余操作同上。如此反复数次，后伸牵拉髋关节。

### 【操作要领】

1. 注意髋关节后伸伸展时应使髋关节沿冠状轴在矢状面内进行，不得偏斜或旋转。
2. 如果患者个体较大，下肢重量较重时，动作手的着力点应尽量放在下肢远端以增加力臂长度来达到省力的目的。
3. 其余操作要领同前法。

### 【临床应用】

本法具有牵拉与舒展髋关节前侧软组织的紧张、痉挛与粘连，从而恢复髋关节正常的后伸运动幅度的功效。用于治疗各种可能导致髋关节后伸运动受限的疾病，如髋关节滑膜炎、髋关节周围软组织扭挫伤、髂胫束劳损、梨状肌综合征、髋髂关节后下半脱位、股骨头坏死早期及髋关节骨折或脱位后期因长期固定导致髋关节后伸受限等病证。

## 髋关节水平后伸伸展法

沿髋关节水平后伸方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展髋关节的手法，称髋关节水平后伸伸展法。

### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 受术者取仰卧位，健侧下肢伸直，患侧髋关节屈曲 $90^\circ$ 后再稍向后伸，将患肢外踝部置于健侧膝关节上方，术者站在其患侧。

**2. 动作姿势** 制动手按压住健侧髌前上棘处，动作手握住患侧膝关节内侧处，沿水平后伸方向使受术患髋关节至疼痛阻力点时，顺势将髋关节保持在此位置；同时制动手向下按压健侧髌前上棘以固定髋关节不发生旋转，并令受术者放松配合；稍候片刻，待髋关节及股内收肌产生松弛效应后，动作手再缓缓发力，使



图 5-95 髋关节水平后伸伸展法

髋关节后伸的幅度逐渐增大(图5-95);当达到髋关节或股内收肌再次发生疼痛并产生阻力时,再重复以上动作。如此反复操作数次,以水平后伸髋关节。

#### 【操作要领】

1. 注意髋关节向水平后伸方向伸展时患肢大腿向外转动是在人体水平面内进行的,应与髋关节外展运动相鉴别。

2. 其余动作要领同前法。

#### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展髋关节内侧软组织及股内收肌的紧张、痉挛与粘连,从而恢复髋关节正常的水平后伸运动幅度的功效。用于治疗各种可能导致髋关节水平后伸功能受限的疾病,如髋关节滑膜炎、髋关节周围软组织扭挫伤、内收肌痉挛、梨状肌综合征、弹响髋、股骨头坏死早期及髋关节脱位、骨折整复后因长期固定所致髋关节水平后伸功能受限等病证。

### 髋关节外内旋转伸展法

沿髋关节垂直轴内外旋转方向,从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展髋关节的手法,谓髋关节旋转伸展法。髋关节外旋方向伸展时,为髋关节外旋伸展法;反之,称为髋关节内旋伸展法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 施行髋关节外旋伸展法时,受术者取仰卧位,患肢屈髋屈膝各 $90^{\circ}$ ,术者站于其患侧,一手为制动手握住其膝关节上方,以固定大腿使患髋保持在 $90^{\circ}$ 的屈曲位,另一动作手握住其小腿下端。

2. **动作姿势** 操作时,动作手牵引小腿向内,使患髋沿其垂直轴向外旋转,至疼痛阻力点时,顺势将其留在此位置;同时,动作手保持对患髋轻微的外旋伸展力,并令患者放松配合,稍候片刻,待髋关节产生松弛效应后,动作手再缓缓发力,使髋关节外旋幅度渐渐增大;当达到髋关节再次发生疼痛并产生阻力时,再重复以上动作。如此反复数次。

髋关节内旋伸展法时,双手握法与操作方法与髋关节外旋伸展法相同,方向相反。

#### 【操作要领】

1. 注意髋关节内外旋转的幅度应以受术者能耐受为度,操作时注意两手的协调配合。

2. 髋关节内外旋转伸展时,制动手的作用是固定髋关节旋转时的垂直转动轴,故握膝手要保持大腿的稳固,使其纵轴与人体冠状面垂直,不得倾斜与扭转。

3. 其余操作要领同前法。

#### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展髋关节及其周围软组织的紧张、痉挛与粘连,从而恢复髋关节正常的内、外旋转运动幅度的功效。用于治疗各种可能导致髋关节内外旋转运动功能受限的疾病,如髋关节滑膜炎、髋关节周围软组织扭挫伤、髂胫束劳损、梨状肌综合征、髋关节脱位或骨折后期因长期固定所致髋关节屈曲旋转功能受限等病证。

### 腰椎前屈伸展法

沿腰椎冠状轴前屈方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展腰椎的手法，称腰椎前屈伸展法。

#### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 受术者在床上取正坐位，双下肢伸直，如不能伸直者亦可略屈膝；术者站在其一侧，用动作手抵按住受术者大椎穴处，制动手按压住膝关节使其保持伸直位或略屈位。

**2. 动作姿势** 操作时，动作手向前缓缓用力使腰椎沿其冠状轴前屈至疼痛阻力点后，顺势将腰椎保持在此位置；同时制动手向下用力以固定住膝关节，并令受术者放松配合；稍候片刻，待腰椎产生松弛效应，动作手再缓缓发力，使腰椎前屈的范围有小幅增大；当达到腰椎再次发生疼痛并产生阻力时，再重复以上动作。如此反复数次。

#### 【操作要领】

1. 动作手向前推压脊柱的力量要缓缓发力，对严重腰椎退行性变的老年患者腰椎前屈的幅度不要过大。

2. 其余要领同前法。

#### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展腰背部软组织紧张与痉挛，并使腰椎后关节后伸伸展、椎体后相对缘间隙增宽的功效。临床可治疗黄韧带肥厚、腰肌劳损、急性腰肌扭挫伤、棘间与棘上韧带损伤、纤维组织炎、强直性脊椎炎、风湿病、腰椎小关节紊乱症、腰椎间盘突出症等病证。

### 腰椎后伸伸展法

沿腰椎冠状轴后伸方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展腰椎的手法，称腰椎后伸伸展法。

#### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 受术者取俯卧位，术者站在其身体一侧，制动手向下按压在腰椎生理弧度后弓的顶端，动作手从膝外侧握住对侧膝关节稍上方处。

**2. 动作姿势** 操作时，动作手沿腰椎冠状轴向后牵拉提起对侧下肢，使腰椎后伸至疼痛阻力点后，顺势将下肢保持在此位置；制动手同时下压固定腰椎，并令受术者放松配合；稍候片刻，待腰椎后关节产生松弛效应后，动作手再缓缓发力，使腰椎后伸的幅度逐渐增大；当达到腰椎再次发生疼痛并产生阻力的位置时，再重复以上动作。如此反复操作数次。

#### 【操作要领】

1. 注意腰椎后伸的幅度不宜过大。

2. 其余要领同上法。

#### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展腰部软组织紧张与痉挛，并使腰椎后关节后伸伸展、改善腰椎生理弧度的功效。临床可治疗黄韧带肥厚、腰肌劳损、急性腰肌扭挫伤、纤维组织炎、风湿病、

腰椎小关节紊乱症、腰椎间盘突出症、强直性脊柱炎等病证。腰椎生理曲度加深者慎用，椎体滑脱者禁用。

### 腰椎左右旋转伸展法

沿腰椎垂直轴左旋或右旋方向，从病理位至功能位或功能位至生理位范围内伸展腰椎的手法，称腰椎旋转伸展法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者取仰卧位，一侧上肢外展，同侧下肢屈髋屈膝；另一侧上肢自然放在体侧，下肢伸直。

2. **动作姿势** 术者站在下肢伸直一侧，用制动手按压住受术者对侧肩前部；动作手握握住对侧膝关节，缓缓用力将对侧下肢向术者站立一侧牵拉，使其腰椎及骨盆随之旋转至疼痛阻力点后，顺势将腰椎保持在此位置；同时制动手向下用力将对侧肩部紧压在治疗床面上，并令受术者放松配合；稍候片刻，待腰椎产生松弛效应后，动作手再缓缓发力转动下肢使腰椎旋转的范围小幅度增大；当达到腰椎再次发生疼痛并产生阻力时，再重复以上动作。

#### 【操作要领】

1. 腰椎旋转时制动手按压肩部的作用是固定腰椎的垂直转动轴，故当动作手用力伸展腰椎时，制动手要用力按压住肩部，勿使其离开床面。

2. 被扳动的下肢髋关节应保持在屈曲 $90^\circ$ 的位置，不能太大也不能过度屈曲。

3. 其余操作要领同前法。

#### 【临床应用】

本法具有抻拉与舒展腰部软组织紧张与痉挛，并调整小关节紊乱的功效。临床可治疗棘上及棘间韧带急慢性损伤、腰肌劳损、急性腰肌扭挫伤、纤维组织炎、风湿病、腰椎小关节紊乱症、腰椎间盘突出症等病证。

### (五) 关节平端类手法

沿关节的横切面方向施以横向剪切力，使相邻的关节面做各个方向的水平滑移运动的被动运动手法，称关节平端法，或称关节平动法。

#### 【动作结构】

1. **预备姿势** 受术者坐位或卧位，术者取坐位或站位，用双手分别紧握住受术关节相邻肢体环节的近关节处。如在肩、膝关节施术时，关节近端的近关节处由助手用力握定，关节远端的近关节处由术者用双手紧握。

2. **动作姿势** 术者双手沿关节横切面方向做反向用力，对相邻环节施加一个较大的横向剪切力，从而使相邻关节面之间产生一上一下，或一左一右，或内外反向扭转的平移滑动运动。

#### 【操作要领】

1. 本法操作时，双手用力要稍大，务使手下有关节平移滑动运动的感觉。但也不能用力过大，尤其是在小关节操作时，以免损伤。

2. 实际应用时, 如果关节明显缩窄、痉挛或粘连时, 可先行拔伸, 并在保持拔伸力的同时做平端法。

#### 【技能训练】

1. 可先选在掌指关节或指间关节, 反复练习本法。并注意体会关节平移运动时手下的感觉。

2. 选用肩关节练习本法, 肩关节的近端由助手固定, 与助手配合练习相反用力的平端法操作。

#### 【临床应用】

本法主要适用于四肢关节, 具有解锁开凝、分离粘连、滑利关节、增宽关节间隙的功效。临床主要用于治疗导致关节间隙变窄、运动功能障碍的各种病证, 如肩周炎、腕关节韧带损伤、腕管综合征、掌指关节及指间关节扭挫伤、腱鞘炎、弹响指、膝关节滑膜炎等病证。

全身各四肢关节的平端法, 如肩关节平端法、肘关节平端法、腕关节平端法、掌指关节平端法、指间关节平端法、膝关节平端法、踝关节平端法、跖趾关节平端法与趾间关节平端法的动作结构及操作要领基本相同。

## 第六章

# 复合手法

### 第一节 复合手法的含义及操作要领

#### 一、含义

由两种或两种以上单式手法动作结构成分合成的一类手法操作技术，称复合手法。

#### 二、操作要领

本类手法在操作时，由于着力点、作用部位与操作手的应用方法不尽相同，故实用时需掌握以下要领：

1. 本法可用一只手的一个着力点操作，此时的受术部位可同时受到两种单式手法的合成刺激效应，如按揉法、掐揉法等。

2. 本法也可用一只手两个着力点，在受术者体表的两个邻近的部位同时施术。此时，术手的一个着力点在作一种单式手法，另一个着力点同时进行另一种手法的操作，如推摩法等。

3. 本法亦可用双手同步各操作一种单式手法，此时由双手同步操作的两种手法的作用应力，一定是施加在同一个受术部位，如摇滚法等。

以上任何一种操作形式的复合手法，其基本的特征是两种单式手法动作合成的同时性与同步性。不能先操作一种手法后，再做另一种手法，以有别于复式手法。

本类手法是由运动学特征相近或作用部位相同的单式手法动作相互叠加、互相参和而成，故在治疗效用方面，也可使几种手法的作用互补、互用而相得益彰。临床应用时一种复合手法可同时发挥几种单式手法互相协同的治疗作用，以提高疗效并扩大治疗范围，有较高的临床实用价值。

### 第二节 常用复合手法

#### 推摩法

以一指禅推法或偏峰推法与四指摩法相复合操作的手法，称推摩法。



**【动作结构】**

1. **预备姿势** 术者一般取坐位，术手沉肩、垂肘，前臂掌面朝下，腕关节略屈。用拇指罗纹面或侧峰或偏峰着力于治疗穴点；用同一手的四指掌面贴附在一侧的治疗部位上。

2. **动作姿势** 拇指按一指禅推法或偏峰推法之动作结构操作，同时带动四指掌面在一侧的治疗部位上摩动。动作频率可根据需要在一指禅推法与摩法之间变化。

**【操作要领】**

1. 本法是以一手的两个着力部位来操作的复合手法。操作时，拇指一般着力于起主要治疗作用的穴点，四指放在起辅助治疗作用的部位。例如，推摩中腕时，拇指着力于中腕穴，四指贴附于梁门穴或下腕穴。

2. 操作时要兼顾两个着力点的动作配合与协调。

3. 手腕要放松，不能僵硬。

4. 其余注意事项参照一指禅推法、偏峰推法与摩法。

**【技能训练】**

本法在基本掌握一指禅推法、偏峰推法与四指摩法的基础上，按以下步骤反复练习：

**1. 第一阶段——米袋练习**

(1) **推摩定点练习**：术者正坐，将米袋横放在桌上，先用一手拇指着力于米袋中线中点，同时将四指掌面贴附在米袋旁中线中段处，按推摩法的动作结构作定点练习，双手交替操作。

(2) **推摩走线练习**：定点推摩操作基本稳定后，再沿米袋中线自下而上、自上而下，作反复往返的推摩练习，走动时要紧推慢移。

**2. 第二阶段——人体练习**

(1) **人体定点推摩练习**：可选练：①推中腕，摩梁门；②推脐中，摩天枢、大横；③推关元，摩水道；④推身柱，摩肺俞；⑤推神道，摩心俞；⑥推至阳，摩膈俞；⑦推筋缩，摩肝俞；⑧推命门，摩肾俞；⑨推百会，摩少阳；⑩推膻中，摩胸旁等。

(2) **人体走线推摩练习**：可选择推任（脉）摩胃（经）法。受术者仰卧，术者正坐，面向其头侧。用拇指自巨阙穴始用罗纹推法或偏峰推法，沿任脉向下边推边走至脐中穴；同时带动贴附在一侧不容穴的四指，用摩法沿胃经向下边摩边走至天枢穴止。如此自上面下紧推慢移，反复操作练习。

**【临床应用】**

本法推摩结合，既有刚柔相济、深透有力的推法在主穴上发挥主治作用，又有摩法在邻近同效配穴上的协同治疗功效，可适用于面积较大的治疗部位。例如：①在胸部推任脉同时摩胃经、肾经的胸段经穴，具有宣肺化痰、宽胸理气和降肺胃之气的功效，可治疗胸闷、气短、胸痛、咳嗽、痰喘、呃逆、暖气、呕吐等病证。②在腹部推任脉同时摩肾经、胃经、脾经的腹段经穴，具有健脾和胃、温中理气、消食导滞、调经通络、壮阳补气、通利小便的功效，多用于治疗脾胃虚寒、消化不良、脘腹胀满、恶心呕吐、月经不调、痛经、血滞经闭、小便不利、性功能衰弱、下元虚冷等病证。③在肋肋部自上而下，沿腋中线推摩渊腋、辄筋、大包、章门等穴，具有疏肝理气、利胆解郁之功，多用于治疗肋肋胀痛、肝气郁结、胸

胁屏伤窜痛于肋间、胆囊炎等病证。

## 推 揉 法

由一指禅推法等摆动手法与拇指揉法的动作结构相叠加、复合操作的手法，称推揉法。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 术者取坐位或站位，术手用拇指中峰或罗纹面或偏峰或侧峰，或拇指指间关节背侧突起部着力于治疗部位，肩、肘、腕关节及四指的姿势同一指禅推法、偏峰推法及跪推法。

2. 动作姿势 动作时，术手做肩关节在前外方向小幅度的主动环转与肘关节主动屈伸摆动的联合运动，带动腕及着力拇指在受术穴点上进行节律性的旋转摆动，从而产生推与揉的复合效应，频率为120~160次/分。

### 【操作要领】

1. 本法是一指禅推法与揉法的复合手法，兼有摆动与环旋揉动的运动学特征，故在操作时先要理解产生这两种动作运动状态的动力学原理，以及复合动作的动力学结构特征，要使产生肩部在前外方向小幅环转与肘关节屈伸摆动的各主力肌之间的运动相互衔接、配合与协调，以使整个推揉动作自然、流畅而富于节律。

2. 拇指着力点要吸定在治疗部位，反复摩揉回旋，并带动受术点皮肤使之产生内摩擦。

3. 环旋幅度宜小而摆动幅度则要达到一指禅推法规定的摆动度数。

4. 其余要领与一指禅推法和揉法相同。

### 【技能训练】

在基本掌握一指禅推法、偏峰推法、跪推法与揉法的操作要领后，按以下步骤练习推揉法。

#### 1. 第一阶段——米袋练习

(1) 单手定点练习：学员正坐，将米袋竖放在桌上，先用一手在米袋中线中点作推揉定点练习。两手交替操作练习。

(2) 双手定点练习：体位同上。用双拇指在米袋左右旁中线中点，进行同步定点推揉练习。

(3) 单手或双手走线练习：体位同上。沿操作线自下而上、自上而下反复往返，紧推慢移作走线推揉练习。

#### 2. 第二阶段——人体练习

(1) 人体定点操作练习：受术者坐位，术者取站位；或受术者卧位，术者取坐位。可在以下部位选练各式推揉法：①选印堂穴练偏峰推揉法；②在太阳穴或百会穴练跪式推揉法；③在肩井穴练一指禅中峰推揉法；④选中腕穴或气海穴练一指禅罗纹推揉法。

(2) 人体走线操作练习：①可选任脉腹中线巨阙至水分或气海至中极，进行罗纹推揉法走线练习；②可选印堂至神庭一线，自下而上作偏峰推揉法走线练习；③可选膀胱经内侧线，大杼至膈俞（受术者坐，术者站位）；选肝俞至大肠俞（受术者俯卧位，术者坐位）进

行一指禅中峰推揉法走线练习。

### 【临床应用】

本法兼有一指禅推法持久、节律、深透与揉法柔缓温通的作用特点，应用时或轻柔舒缓，或刚劲深透，可根据需要调控。适用于头面、颈项、胸腹、腰背及四肢经穴，具有开窍醒神、舒筋通络、温经祛寒、宽胸利气、消食导滞、破瘀散结等功效。多用于治疗头痛、眩晕、失眠、项强酸痛、腕腹胀满、消化不良、便秘、腹泻、胸部闷痛、脊椎及四肢关节酸痛、运动失灵等病证。

## 摩 振 法

由摩法与掌振法的动作结构叠加而成的复合手法，称摩振法，或称掌摩振法。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 将手掌贴附在治疗部位，掌心对准主治穴点，肩、肘、腕位置同摩法。
2. 动作姿势 动作时，先按掌振法术式，使施术手掌产生振颤，稍待片刻，等动作稳定后，再沿主治穴点四边圆周轨迹，边振边缓缓移动环转，周而复始反复摩振。操作方向可顺时针方向或逆时针方向。振动频率保持在8~11次/秒，摩动速度宜缓慢平稳。

### 【操作要领】

1. 本法术式的运动学特征，是在前臂伸、屈腕肌群交替兴奋，小幅度收缩的同时，肩关节作前外方向上的小幅度缓慢环转而完成的。操作时，术者要充分理解上述的动力学原理，控制、协调好肩臂各主力肌与协同肌之间的互相配合，以使摩、振两种手法的动作结构自然叠加，连贯顺畅。
2. 操作时，手掌的压力不能过大，只须轻轻地贴附在治疗部位上即可。
3. 术者要保持自然呼吸或顺腹式呼吸，不得憋气。整个躯干的姿态应正直挺拔，不能弓腰塌背。
4. 其余操作要领参考振法、摩法。

### 【技能训练】

在基本掌握摩法与振法动作结构的操作要领后，再按以下步骤反复练习本法。摩振法的技能训练可直接在人体上练习，可选练：①摩振中腕；②摩振脐中；③摩振丹田；④摩振膻中；⑤摩振头顶（以百会或前凶穴为主穴）。

### 【临床应用】

本法轻柔缓和、温热舒适，振动力传导深透且广远。主要适用于胸腹部与头部，具有平衡阴阳、镇静安神、温中暖腑、调理脏腑之功效。可用于治疗失眠、神经衰弱、植物神经功能紊乱、脾胃虚寒、肠鸣腹泻、便秘、寒性腹痛、胸闷气短、下元虚冷等病证。

## 推 振 法

由掌平推法与掌振法二法的动作结构叠加而成的复合手法，称推振法或称掌推振法。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 如掌推法，将手掌平贴在受术路线的起始端。

**2. 动作姿势** 动作时，先按掌振法术式，使施术手掌产生震颤，待动作稳定后，再沿直线边振边缓慢向前推进，直至受术路线的终点。可在操作路线上往返推振，也可单向反复推振。振动频率保持在8~11次/秒，推移速度要缓慢，掌面要放平贴稳。

#### 【操作要领】

1. 本法术手的动作方式是由肩关节在外展30°~45°的位置上缓慢前伸的同时做前臂伸、屈腕肌群的交替小幅度收缩而完成。术者要掌握此操作要领，控制、协调好肩、臂两个运动环节，以使推振二法自然合成。

2. 其余要领同摩振法操作要领2、3，并参照掌推法与振法要领。

#### 【技能训练】

在基本掌握推法与振法动作结构的操作要领后，再按以下步骤反复练习本法。推振法的技能训练可直接在人体上练习。可选练：①自巨阙到脐中，推振任脉上腹线；②自脐中至中极，推振任脉少腹线；③自肝俞至大肠俞，推振膀胱经内侧线；④自神庭至百会，推振督脉前顶线；⑤自髌关至膝上，推振胃经大腿线等。

#### 【临床应用】

本法功效同摩振法，适于在全身沿经线操作，作用范围广泛。临床应用时，根据其所取施术经线与部位，可发挥明显的局部与全身治疗作用。

## 按 揉 法

由各种按法与揉法动作结构相叠加的复合手法，称按揉法。常用的有指按揉法、叠指按揉法、掌按揉法、叠掌按揉法、掌根按揉法、大鱼际按揉法、肘按揉法等。

#### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 肩、肘、腕关节的起势位置，同各种按法，如指按揉法，以拇指或中指指端或指面着力；叠指按揉法以一主力手拇指指腹着力，另一手拇指指腹按压在其指背上助力；掌按揉法以手掌着力；叠掌按揉法，以一主力手的手掌着力，另一手的手掌按贴在其手背之上助力；掌根按揉法以掌根着力；大鱼际按揉法时，拇指与第一掌骨内收，以大鱼际肌的肌腹着力；肘按揉法以肘尖着力，按压在受术穴区。

**2. 动作姿势** 动作时，术手着力部位在受术穴区，先轻渐重、由浅而深地向下按压的同时，作或左或右的小幅度回旋揉动，并带动受术皮肤一起环转，使之产生内摩擦，待得气后，稍作停留再继续按揉3~10秒钟，再逐渐边按揉边由深层返回至浅层，如此反复操作，即为按揉。

#### 【操作要领】

1. 本法操作时，回旋揉动的幅度宜小而匀速，使作用力深透而集中。
2. 本法作用力重实而缓和，刺激量控制在轻至中等之间，不宜过重。
3. 其余同按法、揉法操作要领。

#### 【技能训练】

在基本掌握按法与揉法动作结构的操作要领后，按以下步骤练习本法。本法可直接在人

体进行操作练习,可选择以下部位与经穴练习各种按揉法:①风府或风池或合谷穴,练习单指按揉法;②腰眼或足三里穴,练习叠指按揉法;③中腕或脐中穴,练习掌按揉法;④肾俞或八髎穴区,练习叠掌按揉法;⑤臀中或伏兔穴,练习掌根按揉法;⑥下关或颊车穴,练习大鱼际按揉法;⑦环跳或腰骶部夹脊穴,练习肘按揉法。

### 【临床应用】

本法兼有按法之深透及揉法之柔和的作用特点。应用时,刚柔并济,上下进退、回旋徐疾可辨证调控,随证应变,犹如针刺之提插捻转,是指针推拿流派的主治手法。以指代针对经络的气血具有催、运、调的各项医疗功能。操作时,点面结合适用于全身经穴,掌按揉法主要用于腹部,叠掌按揉可用于腰、背、骶及大腿前、外、后侧肌肉丰厚处,掌根按揉适用部位同叠掌按揉,但作用力更偏于深重,大鱼际按揉法适用于头面部操作,肘按揉法专用于腰骶部夹脊穴与臀部需深重刺激的场合。由于本法动作形式多样化,作用范围广泛,且轻重缓急刺激可随证应变,故临证时,可根据辨证施治的原则,选取相关效穴,组成“推拿手法-经穴治疗处方”,按步操作,可取得显著的局部与全身治疗功效。

## 掐揉法

由拇指掐法与揉法同时操作的复合手法,称掐揉法。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 同拇指揉法。用拇指指甲在治疗穴点上着力。
2. 动作姿势 在治疗穴点用拇指指甲掐定后,再边掐边揉,可向左掐揉也可向右掐揉。

### 【操作要领】

1. 本法既有掐法的刺痛效应,又兼有揉法的缓和柔绵之性。故在操作时,掐按的力量不宜太重,揉转的幅度要小面匀速。
2. 如需较重掐揉时,可在受术部位垫上薄绢,以保护皮肤不被掐破。
3. 其余参照掐法与揉法操作要领。

### 【技能训练】

在基本掌握掐法与揉法动作结构的操作技能后,再按以下步骤练习本法,练习时可直接在自己身体的穴点上操作,以体会掐揉时稍痛而又宛转柔和的感觉。

掐揉法人体练习:①外劳宫穴练习掐揉法;②人中或少商或中冲穴练习掐揉法;③百会或印堂或颊车穴练习掐揉法。

## 点揉法

由按点法与揉法动作结构复合操作的手法,称点按法。常用有拇指点揉法、中指点揉法、指节点揉法、肘尖点揉法等。

### 【动作结构】

1. 预备姿势 全身与着力指的姿势同点法,拇指点揉法以拇指指端着力,中指点揉法以中指指端着力,指节点揉法用拇指屈曲后指间关节背侧突起部或中指或食指屈曲后近侧指

间关节背侧突起部着力，肘尖点揉法以肘尖着力。

**2. 动作姿势** 动作时，术手着力部位由浅而深垂直向下用力的同时，作回旋揉动，直至受术者产生强烈得气感时，继续点揉3~5秒钟，然后再慢慢回到起始的位置，如此反复操作。

#### 【操作要领】

1. 本法为重刺激量手法，但要掌握在受术者可忍受的范围内进行。点揉到深层时要随时观察其反应。一般每次治疗点揉1~3分钟，时间不宜过长。

2. 按点力量可稍大，但揉动的范围要小，以使作用力重实宛转而集中。

3. 其余参照点法与揉法操作要领。

#### 【技能训练】

在基本掌握按点法与揉法动作结构操作要领的基础上，进行点揉法人体练习。可选择腰骶部夹脊穴或臀中、环跳、居髎等穴，练习多种点揉法。

#### 【临床应用】

本法的动作结构与按揉法基本相似，是一种重型的按揉法术式，属重刺激量手法，适用于腰骶、臀、腿部肌肉比较丰厚的部位，并需要作深层重刺激的场合。具有破瘀活血、祛风散寒、蠲痹胜湿、以痛止痛的功效。常用于治疗久痹、陈伤、顽痛、肢体萎软、麻痛、木胀及劳损等病证。

## 搓揉法

由搓、揉二法的动作结构同时操作的复合手法，称搓揉法。

#### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 全身预备姿势与双手的着力部位同搓法。

**2. 动作姿势** 动作时，双手用力夹按住受术肢体后，来回搓动肢体并同时带动受术皮肤一起相对运动，使其内层组织之间产生内摩擦。搓揉肩部时，双手一前一后按住肩部作相对搓揉或环转搓揉；搓揉上下肢、胸腹、肋肋及腰背部时，双手一边来回相对搓揉一边自上向下慢慢移动。

#### 【操作要领】

1. 本法动作外形看起来与搓法相同，操作要领是术者双手夹按力要稍大，使受术部位皮肤既与术手产生外摩擦，同时被搓动起来产生内摩擦，以使受术部位在搓动作用下受到内外摩擦的复合作用。

2. 搓揉时，双手用力要对称均匀，幅度先大渐小，频率由慢到稍快，但移动速度要缓慢。

3. 本法操作时，可隔薄层内衣，也可直接在受术皮肤上操作，此时以皮肤潮红、微热为度，以免损伤皮肤。

4. 其余参照搓法与揉法操作要领。

**【技能训练】**

在基本掌握搓法与揉法操作方法的基础上，进行搓揉法人体练习。可选练：①肩部环转搓揉法；②上肢从上臂根部至手腕，自上而下地搓揉练习；③小腿腓肠肌自上而下地搓揉练习；④受术者取坐位，从其双侧腋下沿腋中线至肋下缘，自上而下搓揉练习；⑤俯卧位，在双侧腰眼处，定位搓揉练习。

**【临床应用】**

本法搓揉结合，可产生由表及里的热效应，多用于四肢、胸胁与腰部。具有调和脏腑、开胸理气、活血顺气、祛风散寒之功效，临床常用于治疗上下肢肌肉痉挛、僵硬、酸痛、麻木、发凉、痿软及风寒湿痹、胸胁闷痛、脾胃不和、食积腹胀、腰肌劳损、肾虚腰痛等病证。

**提捏搓捻法**

用拇指与四指相对将受术皮肤捏紧提起，同时加以搓捻的复合手法，称提捏搓捻法。常用有三指提捏搓捻法、四指提捏搓捻法。

**【动作结构】**

**1. 预备姿势** 术者坐位或站位，三指提捏搓捻法用拇指与食中二指指腹相对着力；四指提捏搓捻法用拇指与食、中、无名三指指腹着力。

**2. 动作姿势** 动作时，术者选用三指或四指将受术皮肤夹持捏住再稍用力向上提起，同时，来回反复匀力搓捻。本法可选穴定点反复提捏搓捻；也可沿某段经线或在一穴区内，一边操作一边缓慢移动。

**【操作要领】**

1. 因治疗前皮下组织层之间较紧密，开始应用本法时，可能会引起疼痛，故操作时，用力要先轻缓柔和，待适应后再渐渐加重。

2. 本法是由提、捏、搓、捻多种手法动作的成分复合而成。施术时，要注意复合后的动作结构与其中的各单式手法操作的不同特点。

3. 本法持续搓捻受术皮肤时，既要保持向上的提捏力，但又不宜夹持太紧，以免损伤皮肤。

**【技能训练】**

在基本掌握提、捏、搓、捻等手法动作结构操作要领的基础上，进行本法人体练习：①取攒竹穴或承浆穴，练习定点三指提捏搓捻法；②取沿四白→颧髻→下关→颊车连线，或颊车→地仓一线，练习走线提捏搓捻法；③取中腕穴或关元穴，练习定点五指提捏搓捻法；④取巨阙→中腕→神阙→关元一线，沿任脉自上而下，练习走线四指提捏搓捻法。

**【临床应用】**

本法刺激初有微痛而后又温热舒适。作用力直接作用于全身经络皮部及浅层之络脉、浮络与孙脉，具有祛风邪、通营卫之功效，并可通过皮部→络脉→经脉→脏腑的途径，激发经气而发挥经络系统的联络、调控、防护与祛邪功能。国际流行之结缔组织按摩、神经节段反射疗法、整肤疗法均以此为主治手法。其认为能提高皮肤代谢功能，促进血液、淋巴循环，

通过神经节段反射及体液的调控作用起到广泛的局部与全身的防治作用。临床应用具有美容、健康保健、提高机体免疫功能等多方面的医疗保健作用。

### 提 拿 法

由提、拿二法同时复合操作的手法，称提拿法，又可称为提拿搓揉法。常用有三指提拿法、五指提拿法。

#### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 术者坐位或站位，三指提拿法以拇指与食中二指指面相对着力，五指提拿用拇指与四指着力，对准所选定的治疗部位。

**2. 动作姿势** 动作时，三指或五指指腹着力，先将治疗部位皮下的肌腱、肌束、韧带或病理性痛性筋索、筋结等条索状组织夹持拿定，然后用力提起，并同时搓揉，如此一势终了再接一势反复操作。

#### 【操作要领】

1. 本法可单手操作，亦可双手同步或交替操作，可在局部定点反复操作，也可沿条索组织的长轴，从一端到另一端，一边提拿，一边缓缓移动。

2. 本法操作时，提拿的是条索状组织，搓揉是朝一个方向，一次又一次地重复搓揉；而提捏搓捻法，提捏的是皮肤，而且是来回的反复捻搓，要注意两者动作结构与着力部位的差别。

3. 用力由轻渐重，提拿的着力部是指面，不要用指尖或指甲。

#### 【技能训练】

在基本掌握提拿二法的操作要领后，按以下步骤练习本法：①取承山穴，在其两侧练习单手定点三指提拿腓肠肌束法；②在殷门穴两侧，练习双手同步定点五指提拿肱二头肌肌束法；③取肩井穴，练习双手同步定点或交替定点提拿斜方肌法；④选肱二头肌或肱三头肌，沿其肌束长轴，从上而下，练习单手移动提拿法；⑤选股四头肌，自上而下，练习双手同步或交替移动提拿法。

#### 【临床应用】

本法较拿法的上提力量大，常用于项、肩、腰、背和四肢的筋腱等条索状组织，具有发汗解表、软坚散结、活血破瘀、解痉止痛等作用，临床常用于治疗外感发热、头痛、四肢肌肉酸胀、疼痛、痉挛、麻痹、风湿等病证。

### 揉 摇 法

术者一手在受术关节施行揉法的同时，另一手同步作该关节的摇动手法，使同一受术关节同时受到揉摇二法复合作用的手法，谓揉摇法。

#### 【动作结构】

**1. 预备姿势** 术者取站位，一手在受术关节处作好揉法的预备动作；另一手握住该关节远侧肢体环节的远端。



## 2. 动作姿势

(1) 颈项部滚摇法：受术者正坐，术者站在其侧后方。一手扶握住其前额，另一手沿风府至大椎一线自下而上、自上而下反复缓缓进退滚动；同时扶额手配合使头慢慢前俯或后仰。向上滚移时，使头前俯颈椎前屈；向下返回滚动时，使头向后仰让颈椎慢慢后伸（图6-1）。

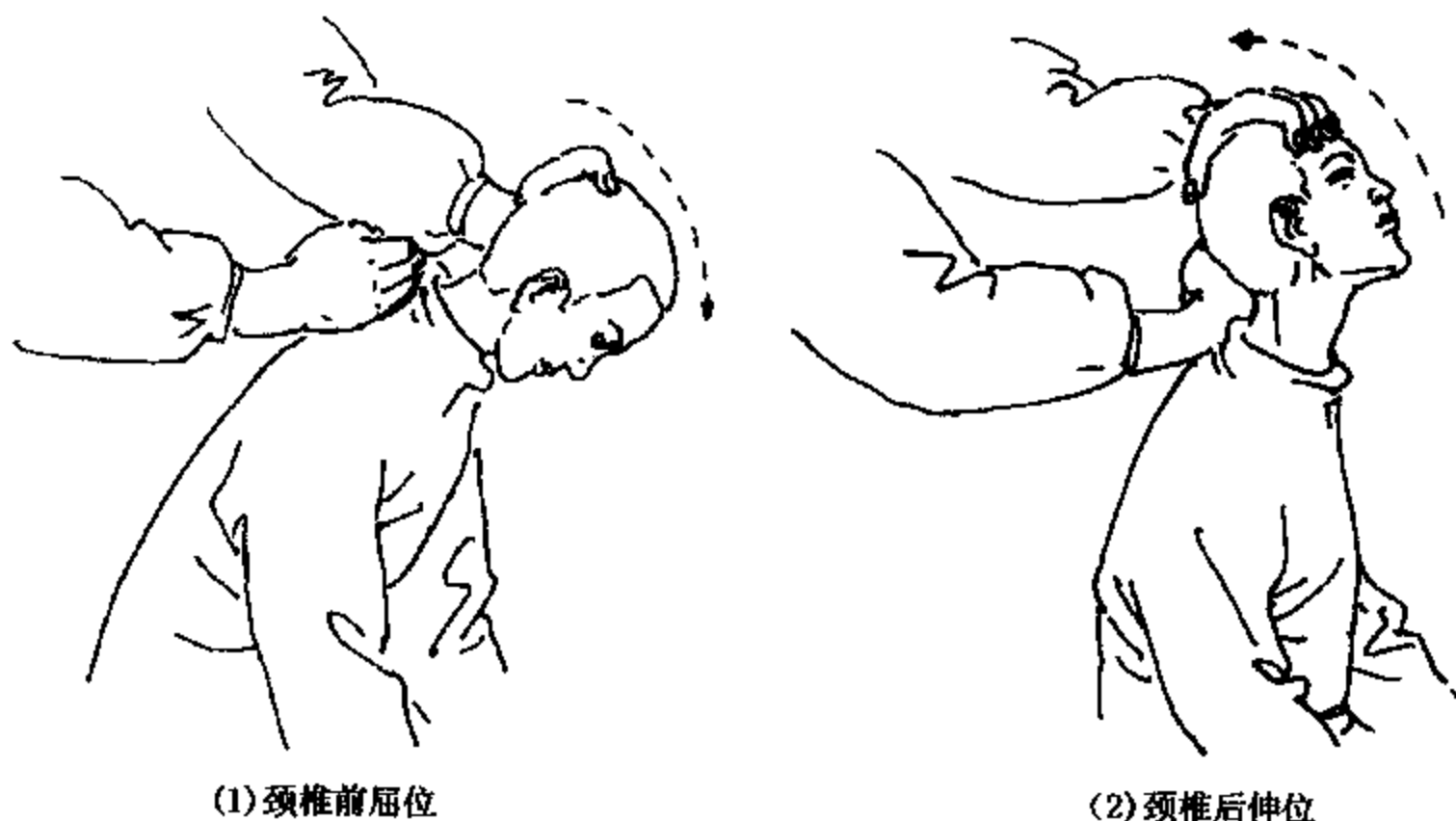


图6-1 颈椎滚摇法

(2) 肩关节滚摇法：受术者正坐，术者站在其一侧，一手握住其腕部，一手在肩部沿肩髃到臂臑一线反复滚动；同时，握腕手将受术肩关节在外展 $45^{\circ}$ ~ $90^{\circ}$ 范围内，上下起落反复缓缓地摇动。

(3) 腰骶关节滚摇法：受术者俯卧，术者站在其一侧，一手托握住一侧大腿远端膝上股前处，另一手在腰骶关节处反复施行滚法；同时，握腿手将大腿抬起至使腰骶关节后伸，然后再放下，如此反复进行（图6-2）。

(4) 髋关节滚摇法：受术者俯卧，术者站在其一侧。一手托握住一侧大腿远端膝上股前处，一手在臀部环中穴处反复施行滚法；同时，握腿将下肢反复做外展、内收运动。本法也可取仰卧位，在其髋关节前方髀关穴处滚动，并同时做髋关节的外展、内收动作。

### 【操作要领】

1. 本法是两手一滚一摇同步操作，使受术关节受到两种手法作用的复合效应，故动作时，一定要注意双手操作的同步协调。

2. 操作时务使受术部位放松，不要紧张，关节的摇动幅度要由小渐大，缓缓进行，滚法的频率要保持在120~160次/分。

3. 双手操作时，要保持自然呼吸，不要憋气。

4. 其余参照滚法与摇法操作要领。



图 6-2 腰骶关节掇摇法

**【技能训练】**

在基本掌握掇法与摇法动作结构的操作要领后，按掇摇法的动作结构反复练习：①肩关节外展掇摇法；②颈椎屈伸掇摇法；③腰骶关节后伸掇摇法；④髋关节前后外展内收掇摇法。

**【临床应用】**

本法是作用于软组织类手法与作用骨关节类手法的复合手法。既有掇法对关节周围软组织的舒筋解痉、活血止痛的治疗功效，又有摇法对关节的滑利松解作用，二者复合相得益彰。本法是掇法推拿流派对关节挛痛的主治手法，临床常用于治疗颈椎病、落枕、腰肌劳损、腰椎间盘突出症、肩周炎、髋关节炎、弹响髋等所致的关节粘连、肌肉痉挛、僵硬、运动障碍等病证。

**四指推法**

以拇、食、中、无名四指指腹着力，将摆动与提拿二法之动作结构叠加而成的复合手法，谓四指推法。

**【动作结构】**

1. 预备姿势 术者取坐位或站位。施术上肢沉肩、垂肘，屈肘约  $150^\circ$ ，前臂与手掌面向下，腕关节自然掌屈，以拇、食、中、无名四指着力在治疗部位。

2. 动作姿势 动作时，前臂内外节律摆动，带动腕关节屈伸和四指来回作摆式推动；同时，掌指关节主动屈伸，相对用力提拿治疗部位，如此反复操作，频率在 150 次/分左右。

**【操作要领】**

1. 四指用力均匀柔和，刚柔相济，手法动作连贯而富有节律。
2. 本法可定点操作，也可用四指沿直线边推边提拿，缓缓移动。
3. 本法在实用时，根据受术部位的不同情况，四指的力量分配和用力方向可随机应变、灵活掌握。一般在腰背、臀部等面积较大且平坦处操作时，应适当增加“推”力而“拿”力次之；在肩颈部及四肢等面积较小且接触面呈弧形或圆柱形部位操作时，则适当增大“拿”力而“推”力次之；在重要穴点或顽痛点操作时，着力指要稍用力向下按压，演变成任何一指或多指的按揉法或指按法；在条索样组织上操作时，拇指或三指可变化成节律性的弹拨法。

**【技能训练】**

在基本掌握一指禅推法、拿法的基础上，按以下步骤与方法练习四指推法：

**1. 第一阶段——米袋练习**

(1) 单手定点练习：学员正坐，将米袋平放在桌上，先用一手，将拇指指面着力于米袋左旁中线中点，食、中、无名三指指面按放在右旁中线，练习单手定点四指推法。双手交替练习。

(2) 单手走线练习：体位与四指着力点与上相同，动作时，由下而上，再由上而下沿直线反复练习。

**2. 第二阶段——人体练习**

(1) 人体定点练习：受术者仰卧，术者在其一侧取坐位，在其股四头肌上之伏兔穴周围作定点四指推练习。

(2) 人体走线练习：①选股四头肌，由下而上、又由上而下反复往返地作四指推法的走线练习；②选膈俞穴至肾俞穴一线，反复往返作四指推法练习。

**【临床应用】**

本法为四指推拿流派的基本主治手法。特点是柔和渗透、柔中有刚，接触面积可大可小，刺激强度可轻可重。适用于全身经穴与各部位操作，具有舒筋活络、温通气血、活血止痛等功用，对各种颈肩、腰骶与四肢病证有显效。

## 第七章

# 复式手法

### 第一节 复式手法的含义及操作要领

#### 一、含义

复式手法是一种按照专用治疗功能组成的“手法-经穴”推拿处方来进行的具有规范化动作结构与操作程式的组合式推拿手法。它具有以下特点：

**1. 专用的医疗功能** 复式手法的“手法-经穴”推拿处方，从临床实用的意义上来说，可以将之视为是古代医家为某种特殊医疗功能而设计的一种推拿验方。故每一种复式手法往往都具有其专用的医疗功效。例如：水底捞月法，专清心经之热；按弦走搓摩法，专司理气化痰、健脾消积之职等。

**2. 规范化的动作结构与操作程序** 复式手法推拿处方，是由几种单式手法和复合手法，及一组由穴位、经络和特殊部位组成的操作路线构成。临诊时，每种手法要注意按其固有的动作结构施术，还要按照严格规定的程序，应用所选定的手法，依次在经穴路线上进行规范的操作。

**3. 冠有专指的名称** 每一个具有规范化操作程序的复式手法套路或操作程式，都冠有一个专指的名称。它们一是如“苍龙摆尾”、“双凤展翅”、“老虎吞食”等根据操作的形象而命名；二是如“运土入水”、“运水入土”等根据操作部位的名称和手法命名；三是根据操作的功用而定名，如“飞经走气”、“总收法”等。

本类手法大都始见于明清时代的小儿推拿专著中，古代医家将其称为“大手法”或“大手术”等，故有“十二大手法”、“十三大手法”之说。由于年代、师承与各家的经验等原因，历代医家总结创造的复式手法，术式繁多，提法也不同，同名异法、异法同名的现象较为普遍，有时一个名下竟有5~6种截然不同的操作术式，往往使后学者莫衷一是。对此，在本章第二节中，采用将具有代表性的古代名著中的复式手法作为主干内容介绍，其余同名而法异者，在该同名手法下的【古今文献辑要】中详尽罗列，以供学员参考。

#### 二、操作要领

本类手法，因为具有手法与经穴路线在操作程序上有严格的约定程式特点，故在操作时要注意以下几点：

1. 手法操作时，先后次序的层次要分明，手法之间的配合或衔接要流畅。

2. 所选定的经络某段路线、穴位连线及部位区域的组合，先后排列要清晰。

3. 本类手法在操作时，往往还有一些动作的配合，如边操作边用口吹气等，以起到与治疗手法的协同作用，故要注意做到协调与适度。

4. 有些复式手法中还有许多应用或配合关节被动运动手法，由于小儿肢体柔弱，故要注意被动手法的应用要宛转顺畅，切不可用暴力。

复式手法，特别是作为小儿推拿中的一种特定操作术式，自明清以来一直沿用至今，经实践证明有较高的医疗价值，并在临床得到广泛应用。在学习复式手法时，要求学员严格遵循其动作结构的要求，规范操作，体位正确，姿势自然顺畅美观，熟练掌握各项操作要领，方能在临床运用自如，取得更好疗效。

## 第二节 常用复式手法

### 二龙戏珠法

#### 【释名】

本法以二指喻二龙，在前臂之正面以二指端交互向前按捏如戏珠之状而得名。

#### 【动作结构】

患儿取坐位，或由家长抱坐怀中，医者坐其身旁。医者一手拿捏患儿食指、无名指的指端，用另一手按捏患儿阴池、阳池两穴，并由此边捏边缓缓向上移动至曲池穴，如此操作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，同时另一手拿捏患儿食指、无名指的指端摇动20~40次（图7-1）。

#### 【操作要领】

本法操作时应注意两手的协调，使动作连贯、均匀，按捏时注意手法力度不要太大，并可配合介质。

#### 【临床应用】

本法功能调理阴阳、温和表里、通阳散寒、清热镇静，

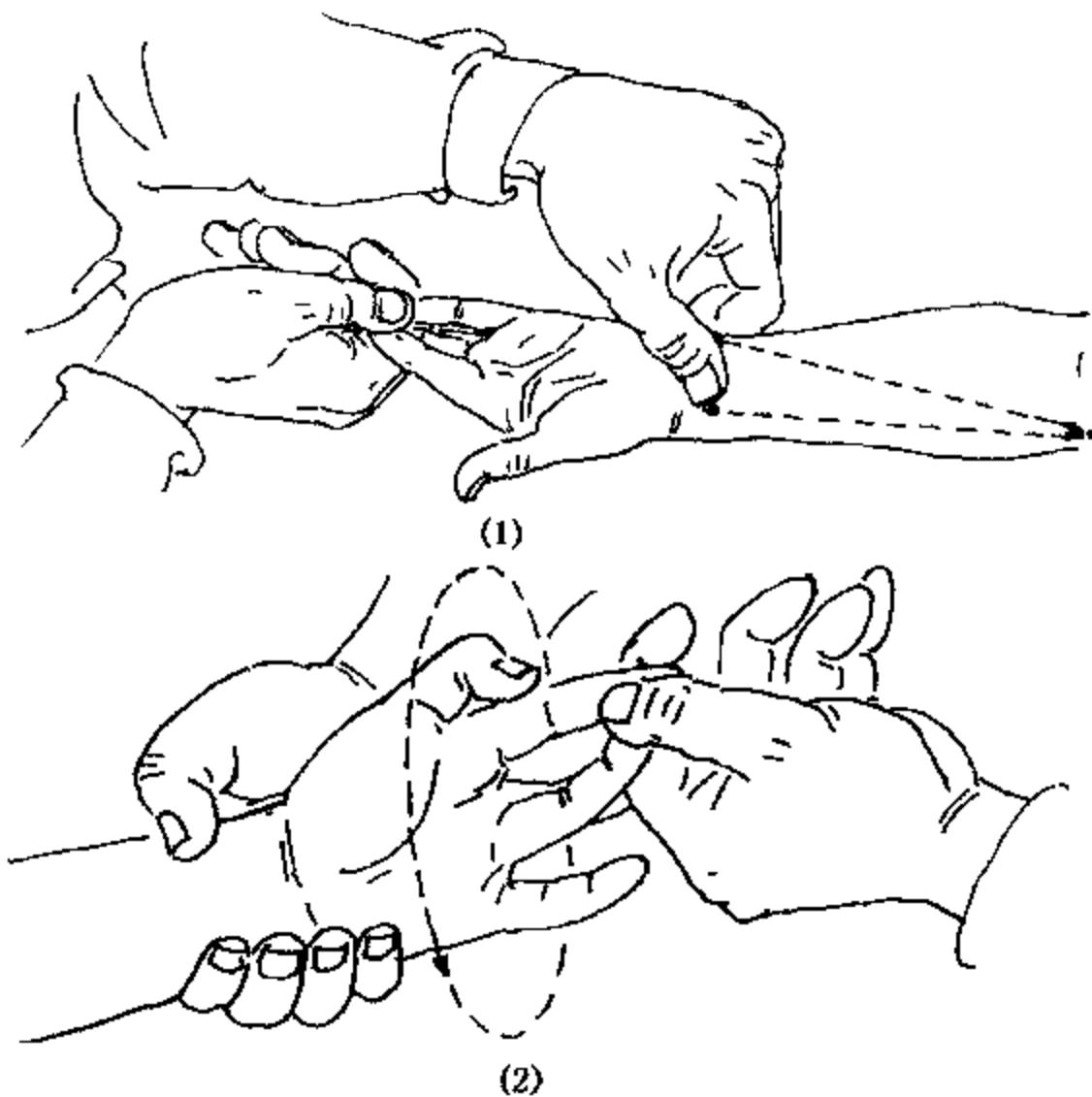


图7-1 二龙戏珠法

用于治疗寒热不和、四肢抽搐、惊厥等病证。

### 【古今文献辑要】

《按摩经·三关·手诀》：“二龙戏珠：以两手撮儿两耳轮戏之，治惊。眼向左吊则右重，右吊则左重；如初受惊，眼不吊，两边轻重如一，如眼上则下重，下则上重。”“二龙戏珠法，温和可用他。”

《小儿方脉活婴秘旨全书·十二手法主病赋》：“二龙戏珠，利结止搐之猛将。”又《十二手法诀》：“二龙戏珠法，用二大指、二盐指（食指）并向前，小指在两旁，徐徐向前，一进、一退，小指两旁掐穴，半表里也。”

《小儿推拿广意·上卷·二龙戏珠法》：“此法性温。医将右大、食、中三指，捏儿肝肺二指，左大、食、中三指捏儿阴阳二穴往上一捏一捏，捏至曲池五次。热症阴捏重而阳捏轻；寒症阳重而阴轻。再捏阴阳，将肝肺二指摇摆，二九、三九是也。”

《幼科推拿秘书·卷三·推拿手法·十三大手法推拿注释》：“二龙戏珠，此止小儿四肢掣跳之良法也。其法性温，以我食将二指，自儿总经上，参差以指头按之，战行直至曲池陷中。重揉，其指头如圆珠乱落，故名戏珠，半表半里。”

《万育仙书》：“二龙戏珠，温和法。医用两手撮儿两耳轮戏之，又用两手指在儿两鼻孔揉之。”

《儿科推拿疗法简编》：“医者用食、中两指指端在患儿前臂屈侧正中做交替向前按揉，自总筋起至肘横纹止。”

按：本法文献记载有5种操作法，《小儿推拿直录》《厘正按摩要术》的操作同《小儿推拿广意》。临床上经常采用《小儿推拿广意》与《幼科推拿秘书》上记载的操作方法。另外，《小儿推拿直录·二龙戏珠图》有“此法性温，能治慢惊”的记载。

## 凤凰展翅法

### 【释名】

该法是以形象命名。操作时一手拿肘肘处，另一手握儿腕部上下摇动，状若凤凰展翅，故得名。

### 【动作结构】

患儿坐位，或由家长抱坐怀中，医者坐其身旁。医者先用双手握患儿腕部，两手拇指分别按捏阴池、阳池穴后，向外摆动腕关节24次；再用左手托患儿肘肘部，右手握住手部上下摆动腕关节24次；最后左手托住肘肘，右手握住患儿腕部，并用拇指掐住虎口，来回屈曲腕关节24次（图7-2）。

### 【操作要领】

施术用力要适当，防止牵拉过度而损伤患儿腕、指关节，摇20~50次。

### 【临床应用】

本法能祛寒解表、和胃止呕，常用于治疗感冒引起的发热、腹胀、食欲不振、呕逆等病证。

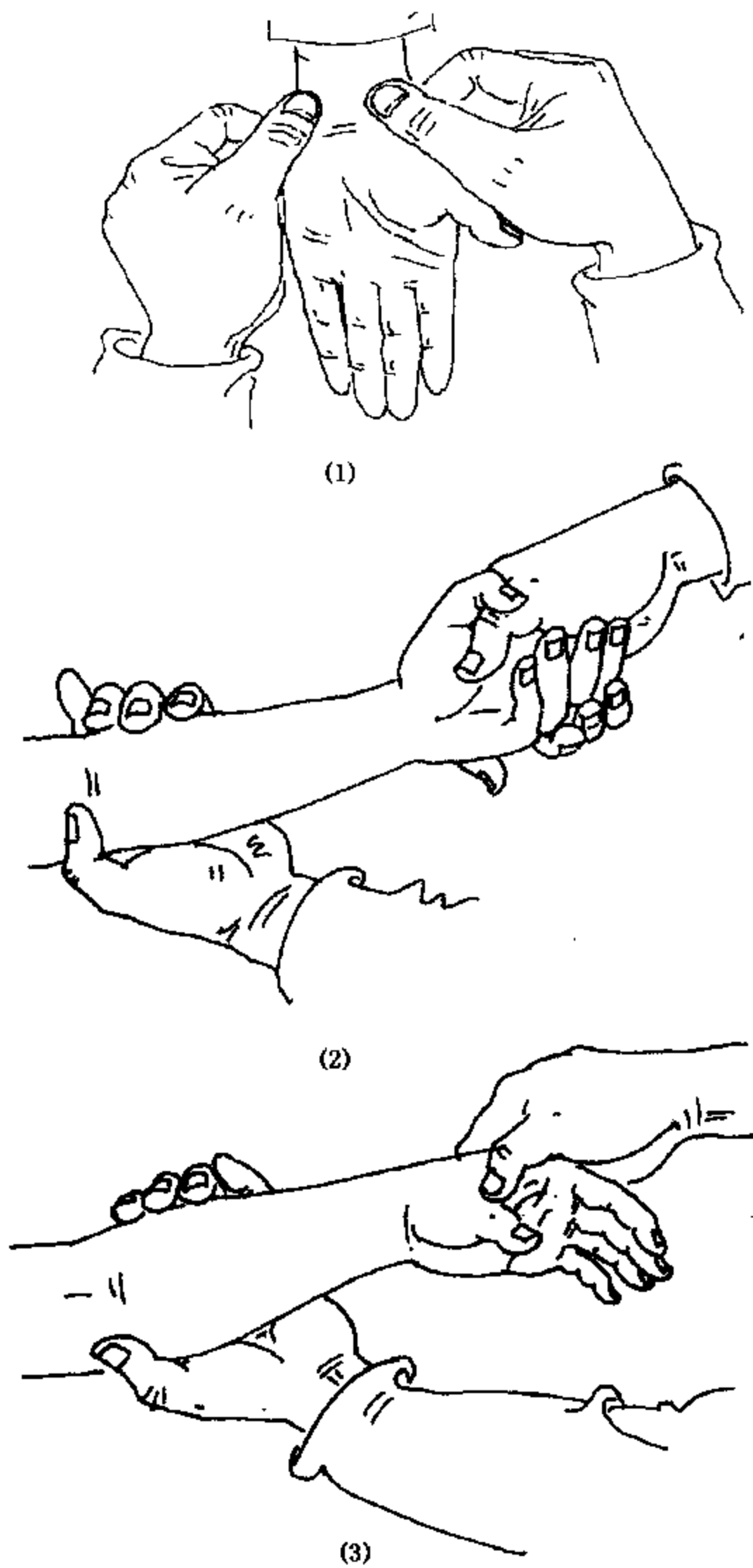


图 7-2 凤凰展翅法

## 【古今文献辑要】

《小儿推拿广意》：“凤凰展翅法：此法性温，治凉。医用两手托儿手掌向上，于总上些，又用两手上四指在下两边爬开，二大指在上阴阳穴往两边爬开，两大指在阴阳二穴，往两边向外摇二十四下，掐住捏紧一刻，医左大食中三指侧拿儿肘，手向下轻摆三四下，复用左手托儿肘肘上，右手托儿手背，大指掐住虎口，往上向外顺摇二十四下。”

## 苍龙摆尾法

## 【释名】

该法是以形象命名，将儿臂喻为龙，手指则为龙尾。操作时，医者一手拿住肘肘处，另一手拿儿三指摇动，如摆尾状，故得名。

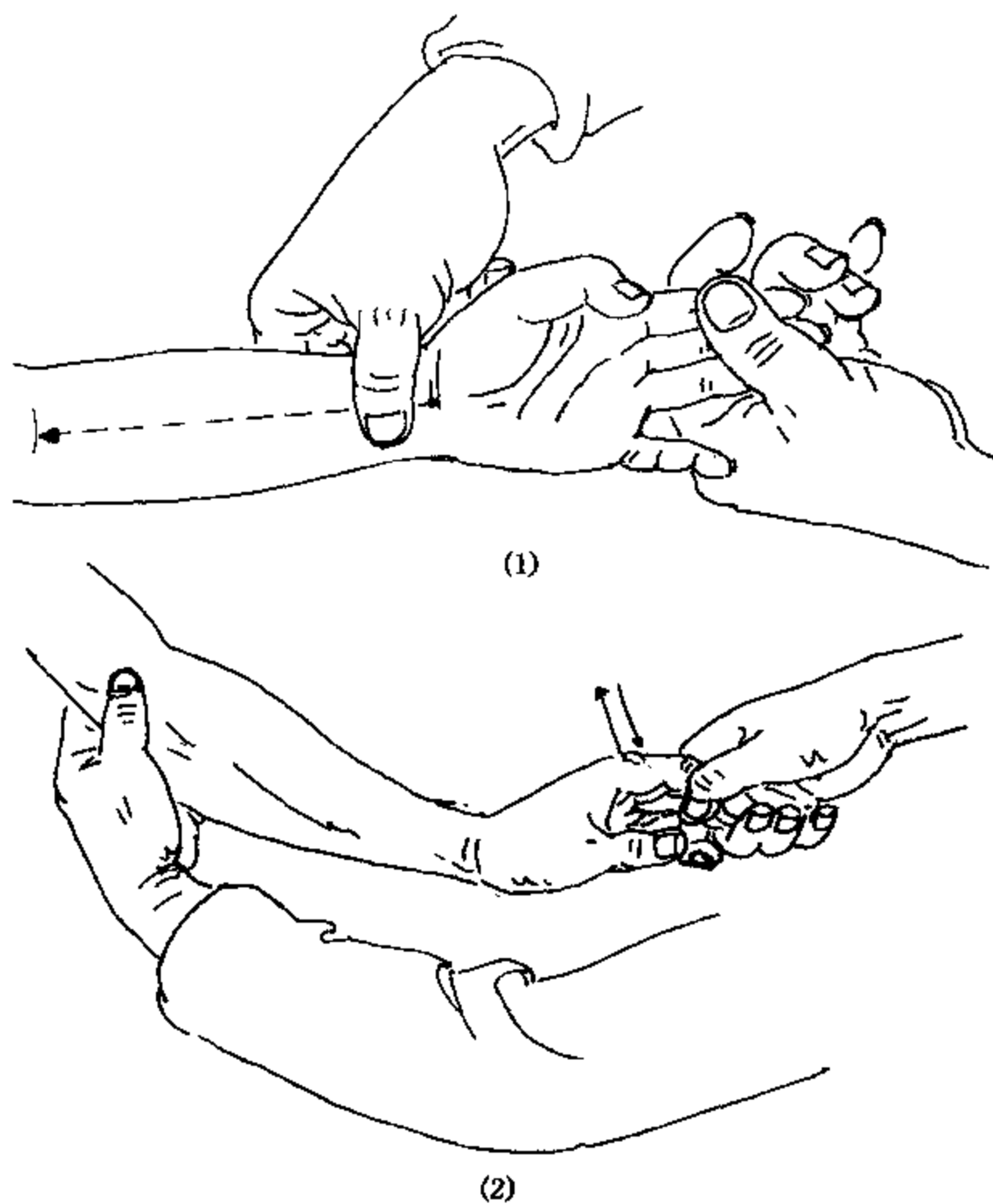


图7-3 苍龙摆尾法

## 【动作结构】

患儿取仰卧位，医者坐其身前旁，用一手捏住患儿食、中、无名三指，手心向上，另一



手自患儿总经穴沿天河水至肘肘穴来回搓揉几遍后，左手拿住肘肘处，右手握住患儿三指左右摇动，手心向下，如摆尾状（图7-3）。

#### 【操作要领】

若因搓揉次数较多，可配合使用滑石粉等润滑介质，防止擦伤小儿皮肤。一般搓揉5~10次，摇动20~30次。

#### 【临床应用】

本法能开胸顺气、退热通便，用于治疗胸闷发热、躁动不安、大便秘结等病证。

#### 【古今文献辑要】

《按摩经》：“……用手拈小儿小指，名曰：苍龙摆尾。”

《小儿推拿广意》：“苍龙摆尾法：医右手一把拿小儿左食中无名三指，掌向上。医左手侧尝从总经起，搓摩天河及至肘肘略重些，自肘肘又搓摩至总经，如此一上一下三四次。医又将左大食中三指担肘肘，医右手前拿摇动九次。此法能退热开胸。”

### 黄蜂入洞法

#### 【释名】

该法是根据操作的形象而定名，将食、中二指的指端喻作黄蜂，以患儿两鼻孔喻作蜂巢，食、中二指指端紧贴在患儿两鼻孔下缘处一进一出作揉动，似黄蜂飞入巢穴。

#### 【动作结构】

医者用一手轻扶患儿头部，使患儿头部相对固定；另一手食、中二指着力，紧贴在患儿两鼻孔下缘处，以腕关节为主动，带动患儿鼻孔下缘皮肤作反复、不间断地上下揉动（图7-4）。

#### 【操作要领】

本法操作要均匀、持续，用力要柔和、缓慢。揉动50~100次。

#### 【临床应用】

本法能发汗解表、宣肺通窍，用于治疗外感风寒、发热无汗及急慢性鼻炎、鼻塞流涕、呼吸不畅等病证。

#### 【古今文献辑要】

《按摩经》：“黄蜂入洞，屈儿小指，揉儿劳宫，去风寒也。”

《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》：“黄蜂入洞法，大热。一指心经，二指劳宫，先开三关，后做此法。将左、右二大指先分阴阳；二大指并向前，众小指随后，一撮、一上，发汗可用。”

《小儿推拿方脉活婴秘旨全书·卷一·十二手法诀主病赋》：“黄蜂入洞治冷痰、阴症第



图7-4 黄蜂入洞法

一。”（此即《按摩经》黄蜂出洞法）

《秘传推拿妙诀》：“黄蜂入洞，医将二大指跪入两耳数十次，能通气如前所云，板门掩耳门俱是，余皆非。”

《小儿推拿广意·卷上》：“黄蜂入洞法：以儿左手掌向上，医用两手中名小三指托住，将两大指在三关六腑之中，左食指靠腑，右食指靠关，中指傍揉，自总经起循环转动至曲池边，横空三指，自下而复上，三四转为妙。”

《幼科铁镜》：“婴儿脏腑有寒风，试问医人何处攻，揉动外劳将指屈，此曰黄蜂入洞中。”

《幼科推拿秘书》：“黄蜂入洞，此寒重取汗之奇法也。洞在小儿两鼻孔，我食将二指头，一对黄蜂也。其法屈我大指，伸我食将二指，入小儿两鼻孔揉之，如黄蜂入洞之状。用此法汗必至。若非重寒阴证不宜用。盖有清天河捞明月之法在。”

《万育仙书》：“黄蜂入洞治阴证，冷气冷痰俱灵应。黄蜂穴在中指边两边，将大指根掐而揉之。”

按：从各家文献摘要中可知，黄蜂入洞的操作法计有6种，它们的经穴位置与操作方法相去甚远，但功效却是一样的。其机理有待研究。

### 黄蜂出洞法

#### 【释名】

该法是以操作时的形象命名的。将左右二拇指喻为黄蜂，医者“以左右二大指从阴阳处起”，“一撮一上”至内关穴，最后用拇指甲掐坎宫、离宫穴，故得名。

#### 【动作结构】

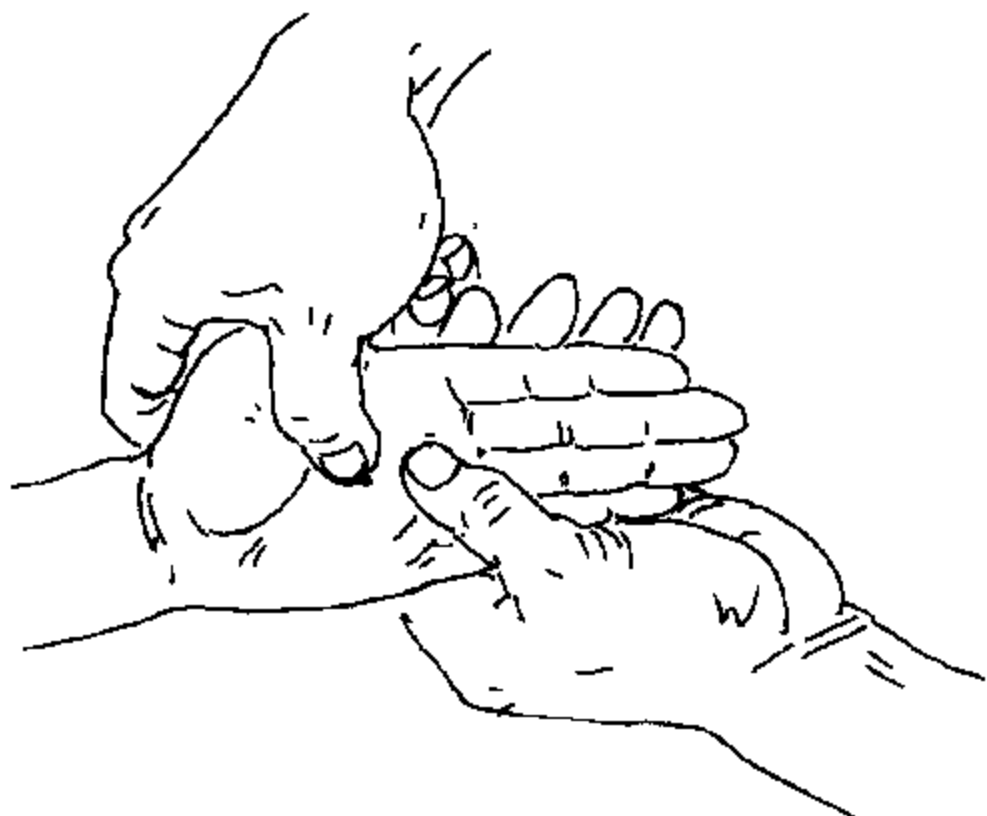
患儿坐位，医者坐其身前，用一手拿患儿四指，使掌面向上，用另一手拇指甲先掐内劳宫、总筋，再用两拇指分手阴阳，然后用两大拇指在总筋穴处一撮一上捏至内关穴处，最后用拇指甲掐坎宫、离宫穴（图7-5）。

#### 【操作要领】

本手法操作时应注意掐内劳宫、总筋等时次数不要太多，掐后加揉，防止损伤患儿皮肤。

#### 【临床应用】

本法能发汗解表，用于治疗小儿外感、腠理不宣、发热无汗等病证。



(1)

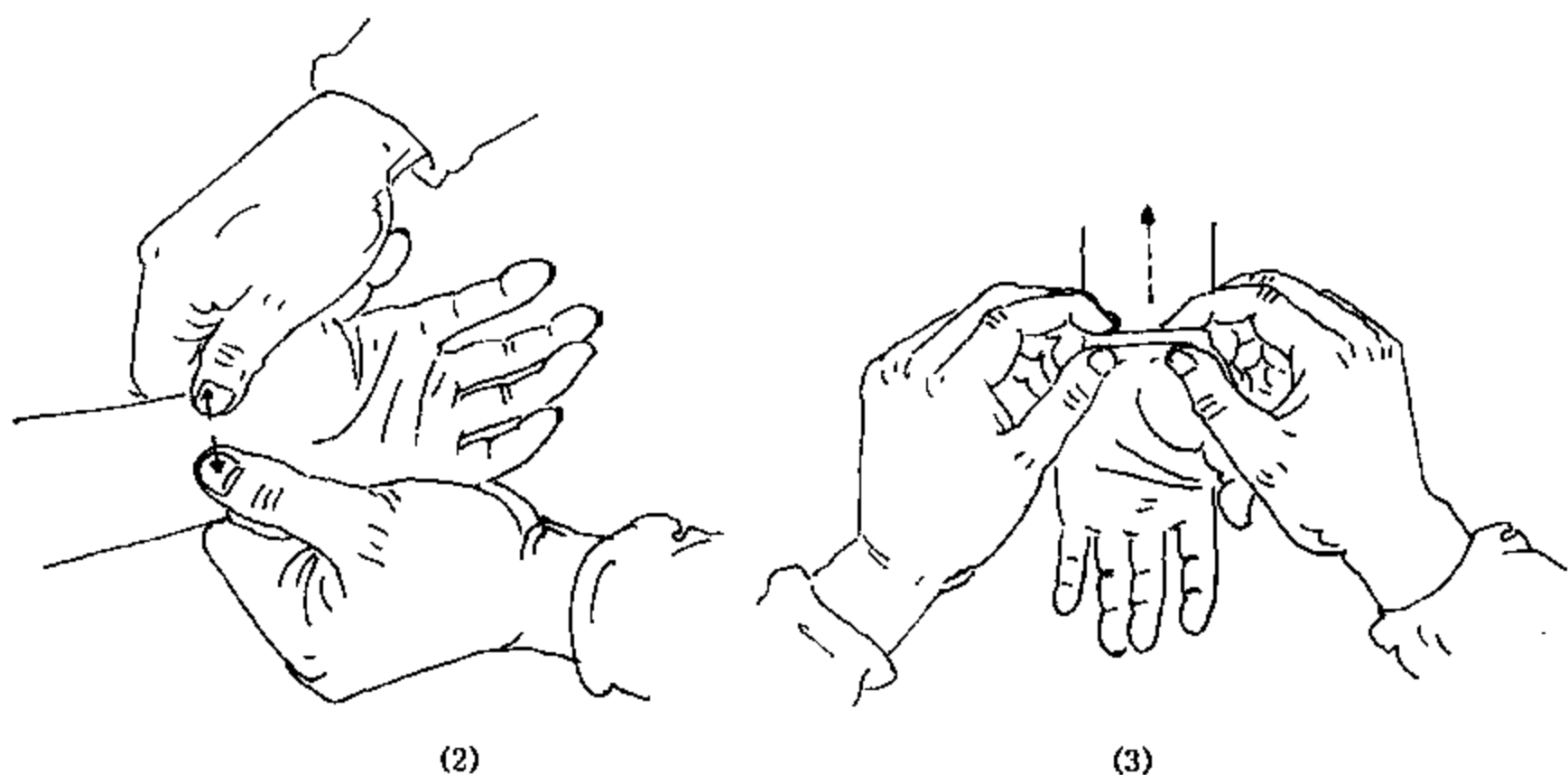


图 7-5 黄蜂出洞法

### 【古今文献辑要】

《按摩经》：“黄蜂出洞：大热。做法：先掐心经，次掐劳宫，先开三关，后以左右二大指从阴阳处起，一撮一上，至关中离坎上掐穴。发汗用之。”“黄蜂出洞最为热，阴证白痢并水泻，发汗不出后用之，顿教孔窍皆通泄。”

《保赤推拿法》：“黄蜂出洞法：先掐总筋，掐内劳宫，分阴阳，次以左右两大指，从阴阳穴正中处起，一撮一上，至内关，又在坎、离穴上掐。此法大热，发汗用之。”

《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》：“黄蜂入洞法，大热。一掐心经，二掐劳宫，先开三关，后做此法。将左、右二大指先分阴阳；二大指并向前，众小指随后，一撮、一上，发汗可用。”

按：本法两种操作方法基本相同，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”。

### 打马过天河法

#### 【释名】

本法应是在天河穴上用“打马”法施术而得名。打者，指弹击点打、拍打等手法。马者其解有三：其一是从“中指午位属马”说；其二是指“二人上马穴”；其三是指操作时在天河穴上自下而上边打边向上行，形似催马加鞭而得名。详见文献记载。

#### 【动作结构】

患儿取坐位或仰卧位，或由家长抱坐怀中，医者而对患儿取坐位，用一手捏住患儿四指，掌心向上，用另一手的中指面运内劳宫后，再用食、中、无名三指由总筋起沿天河水密密弹打至洪池穴，或用食、中二指沿天河水弹击至肘弯处，边弹边轻轻吹凉气，自下而上弹

击 20~30 遍 (图 7-6)。

### 【操作要领】

以指腹密密弹打天河水，用力应轻巧柔和，一般操作 2~3 遍。

### 【临床应用】

本法能清热通络、行气活血，用于治疗高热烦躁、神昏谵语、上肢麻木、惊风、抽搐等实热病证。

### 【古今文献辑要】

《按摩经》：“打马过河：温凉。右运劳宫毕，屈指向上，弹内关、阳池、间使、天河边，生凉退热用之。”

《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》：“打马过天河止呕，兼乎泻痢。”“打马过天河：温凉。以三指在上马穴边，从手背推到天河头上。与捞明月相似（俗以指甲弹响过天河者，非也）。”

《秘传推拿妙诀》：“打马过天河，中指午位属马，医人开食中二指弹病者中指甲十余下，随拿上天河位摇按数次，随用食中二指从天河上密密打至手弯止，数次。”

《小儿推拿广意》：“打马过天河法：此法性凉去热。医用左大指掐儿总筋，右大中指如弹琴，当河弹过曲池，弹九次。再将右大指掐儿肩井、琵琶、走马三穴，掐下五次是也。”

《幼科推拿秘书》：“打马过天河，此能活麻木，通关节脉窍之法也。马者，二人上马穴也；在天门下。其法以我食将二指，自小儿上马处打起，摆至天河，去四回三，至曲池内一弹。如儿辈嬉戏打破之状。此法退凉去热。”

《万育仙书》：“打马过天河，温和法，通经行气。先右运劳宫，后以左手拿儿大、小二指，向后用食、中、无名三指从天河打至手弯止”。

按：本法又称“打马过河”、“打马过天门”，从文献摘要中可知本法有 6 种操作方法，但临床上当以《万育仙书》中记载的方法为常用。

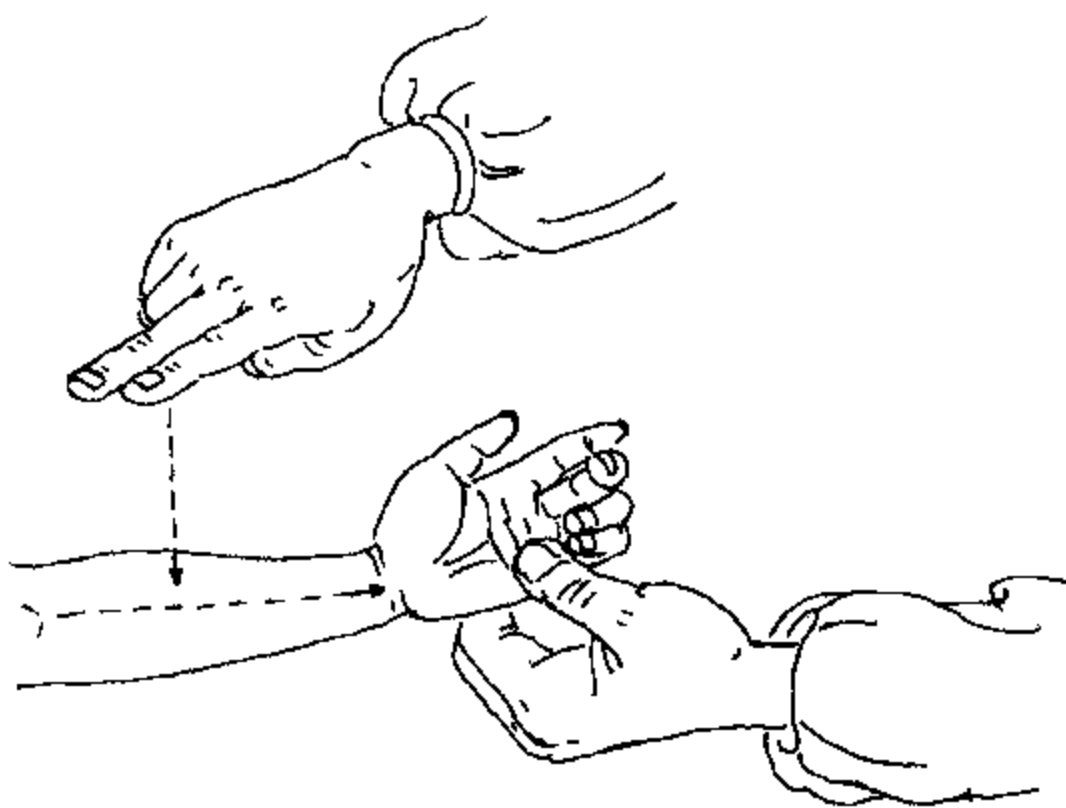


图 7-6 打马过天河法

## 水底捞月法

### 【释名】

水底是指水底穴，“在小指旁，从指尖到乾宫外边皆是”；明月是指掌心内劳宫穴，本法操作时，术手拇指“入内劳轻轻拂起，如捞明月之状”，故得名。

### 【动作结构】

患儿取坐位或仰卧位，医者坐其身前，用一手捏住患儿四指，将掌面向上，用冷水滴入患儿掌心内劳宫穴处，用另一手食、中二指固定患儿的拇指，以拇指罗纹面着力，紧贴患儿

掌心作旋推法，或由小指根处推起，经掌小横纹、水底穴、小天心、坎宫推至内劳宫，再用力揉运掌心 10 余下，再抬手，同时，边推运边用口对着掌心吹凉气（图 7-7）。

#### 【操作要领】

推运与吹凉气应同时进行，操作时用力应均匀有节律，反复操作 3~5 分钟。

#### 【临床应用】

本法大凉，有清心、退热、泻火之功。用于治疗一切高热神昏、热入营血、烦躁不安、便秘等实热病证。

#### 【古今文献辑要】

《按摩经》“水底捞月：大寒。做法：先清天河水。后五指皆跪，中指向前跪，四指随后，右运劳宫，以凉气呵之，退热可用。若先取天河水至劳宫，左运呵暖气，主发汗，亦属热。”“水底捞月最为良，止热清心此是强。”

《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》：“水底捞明月主化痰，潮热无双。”“水底捞明月法，大凉。做此法，先掐总筋，清天河水，后以五指皆跪，中指向前，众指随后，如捞物之状，以口吹之。”

《秘传推拿妙诀·卷上·手上推拿法》：“水里捞明月，凡诸热证热甚，以水置病者手中，医入用食指杵从内劳宫左旋，如播物状，口呵气，随指而转数回，径推上天河，又仍前法行数，此退热之良法也，但女右旋。”

《小儿推拿广意》：“法曰：以小儿掌向上，医左手拿住，右手滴水一点于儿内劳宫，医即用右手四指扇七下。再滴水于总经中，即是心经。又滴水天河，即关腑居中。医口吹上四五口。将儿中指屈之，医左大指掐住，医右手捏卷，将中指节，自总上按摩到曲池，横空二指，如此四五次。在关踢凉行背上，在腑踢凉入心肌。此大凉之法，不可乱用。”

《幼科推拿秘书》：“水底捞明月：此退热必用之法也。水底者，小指边也，明月者，手心内劳宫也。其法以我手拿住小儿手指，将我大指，自小指旁尖，推至坎宫，入内劳轻拂起，如捞明月之状。再一法，或用凉水点入内劳，其热即止。盖凉入心肌，行背上，往脏腑。大凉之法，不可乱用。”“水底明月最为凉，清心止热此为强。”

《保赤推拿法》：“水底捞月法：先掐总筋，清天河水，医人以四指皆屈，随以中指背第二节、第三节骨凸起，浇新汲凉水于儿掌心，往右运劳宫，医人以口气吹之，随吹随推，大凉，治一切热证，最效。”

《厘正按摩要术》：“水中捞月法：一法将儿手掌心，用冷水旋推旋吹，如运八卦法，四面环绕，为水底捞月。夏禹铸主之。”

按：本法又称“水底捞明月”、“水里捞明月”、“水中捞月”，计有 6 种操作方法，《厘正

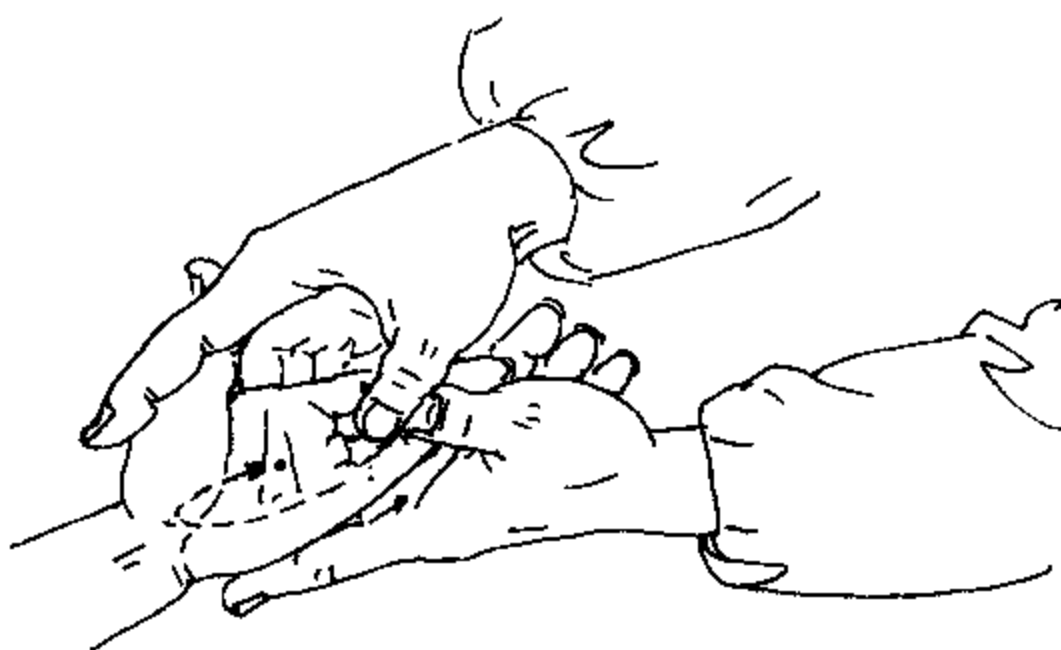


图 7-7 水底捞月法

按摩要术》记载有2种操作方法，其一操作同《小儿推拿广意》，其二所载夏禹铸的操作法为最常用，但《幼科铁镜》中并无此记载，仅有“掌中水底捞明月，六腑生凉哪怕痴。”“水底捞月，便是黄连、犀角。”

### 双凤展翅法

#### 【释名】

该法是以形象命名的，操作时用两手食、中两指夹患儿两耳向上提，若双凤展翅欲飞之状，故得名。

#### 【动作结构】

医者先用两手食、中二指夹患儿两耳，并向上提几次后，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（图7-8）。

#### 【操作要领】

施术手法不要太重，以患儿能够忍受为度。本法操作有提、掐、捻、捏、按诸法，穴位又多，要求按次序进行。向上提3~5次，按掐各3~5次。

#### 【临床应用】

本法能祛风寒、散风热、镇咳化痰，治疗风寒感冒、风热感冒、咳嗽痰喘等病证。

#### 【古今文献辑要】

《小儿推拿广意》：“双凤展翅：医用两手中、食二指，捏儿两耳往上三提毕，次捏承浆，又次捏颊车及听会、太阴、太阳、眉心、人中完。”

《小儿推拿直录》：“提法，凡行是法者，医用两手中、食二指，捏儿两耳，往上三提毕，次捏承浆，又次捏颊车及听会、太阴、太阳、眉心、人中，方完其面部推拿之法也。”

《厘正按摩要术》：“双凤展翅法，专治肺经受寒，医用两手中、食二指，捻儿两耳尖，向上三提毕。次掐承浆，又次掐两颊，以及听会、太阴、太阳、眉心、人中诸穴。”

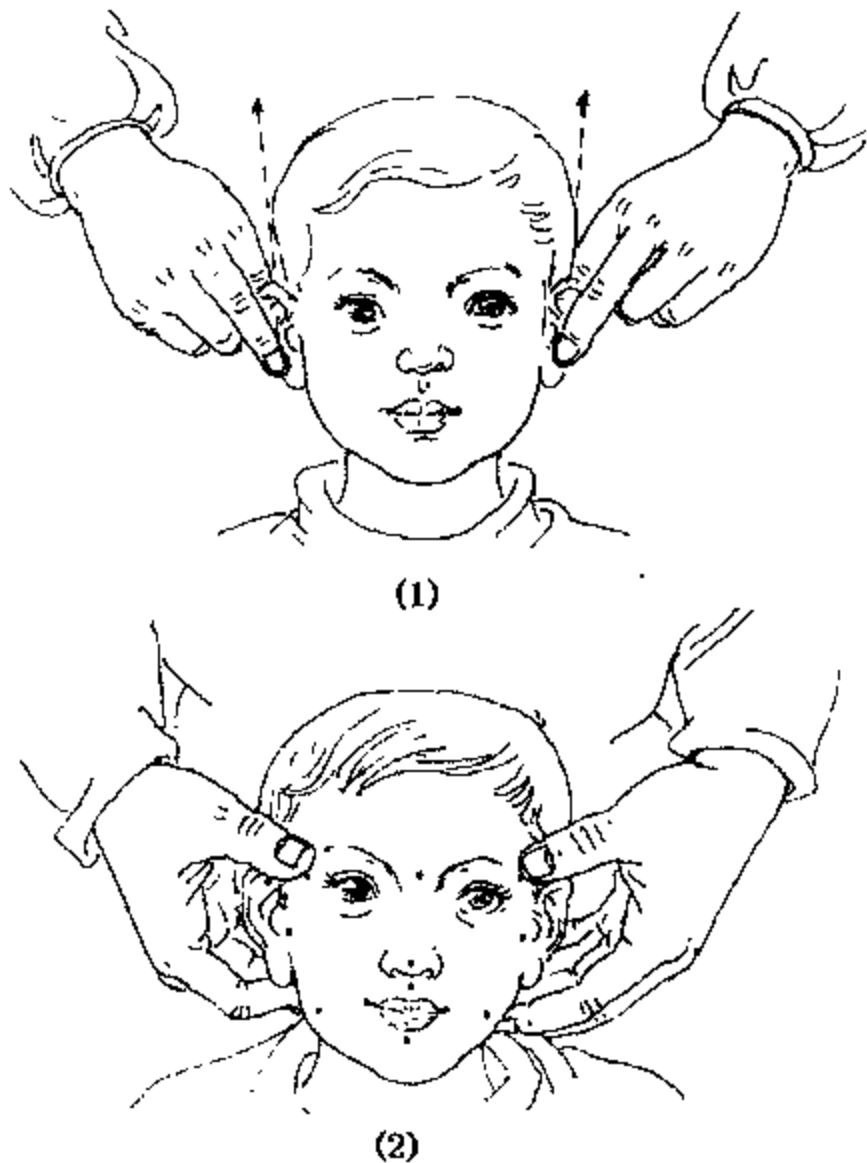


图7-8 双凤展翅法

### 揉耳摇头法

#### 【释名】

该法的命名是将操作手法与治疗部位有机结合，并叙述其操作步骤，医者先捻揉小儿耳垂，再摇动小儿头颈，以开窍通关。

## 【动作结构】

术者先开天门，次分推太阴、太阳穴，然后掐天庭、眉心、山根、延年、准头、人中、承浆各穴。最后用双手拇、食指分别揉捏患儿两耳垂；再用两手捧住其头部轻轻摇动（图7-9）。

## 【操作要领】

操作时应按照顺序次第进行，掐后加揉，摇动患儿头颈部时用力应轻巧，切忌使用暴力，以免引起患儿颈部肌肉或小关节的损伤。揉捏患儿两耳垂20~30次，摇动20~30次。

## 【临床应用】

本法主要用于头部，功能开窍通关、镇惊安神、调和气血，治疗小儿高热惊厥等病证。



(1)



(2)



(3)

图7-9 揉耳摇头法

## 【古今文献辑要】

《保赤推拿法》：“揉耳摇头法，于掐天庭各穴后，将两手捻儿两耳下垂，俗名耳朵铃子，揉之，再将两手捧儿头摇之。”

《幼科铁镜》：“……再将两耳下垂尖捻而揉之，又将两手捧头面摇之，以视其气。”

## 老汉扳罾法

## 【释名】

该法是根据操作时的形象命名的。罾是一种用木棍或竹竿做支架的鱼网，本法操作时以

一手拇指掐儿拇指根部，另一手“掐脾经摇之”，如同渔翁扳动鱼网之状，故得名。也有用老汉扳辮之称，辮是丝织物的总称，又解作丝缕，如辮缴，为绢丝做成的弓弦。

#### 【动作结构】

术者用左手拇指掐住儿左手拇指根部，用右手拇指掐患儿脾经穴，同时摇动拇指数次（图7-10）。

#### 【操作要领】

操作时手法应协调，掐摇结合，力度适中，可掐后加揉。掐揉50~100次，摇动20~40次。

#### 【临床应用】

本法能健脾消食，用于治疗食积痞块、脘腹胀满、食少纳呆、疳积体瘦等病证。

#### 【古今文献辑要】

《按摩经》：“老汉扳辮：以一手掐大指根骨，一手掐脾经摇之，治痞块也。”

《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》：“……老翁绞辮合猿猴摘果之用。”

《保赤推拿法》老汉扳辮法：“……能消食治病。”

#### 猿猴摘果法

#### 【释名】

该法是根据操作时的形象命名的，医者“以我两手大食二指”上提小儿两耳尖若干次，“又扯两耳坠”若干次，如“猿猴摘果”之状，故得名。

#### 【动作结构】

术者用食、中二指分别捏住患儿两耳尖，中指在前，食指在后向上提拉，再用拇、食指指面捏住患儿耳垂，向下扯动（图7-11）。

#### 【操作要领】

拉扯动作均应柔和轻巧，向上提拉10~20次，向下扯动10~20次。

#### 【临床应用】

本法适用于两耳部，具有健脾理气、消食化痰、调整阴阳功效。可用于治疗寒热往来、疟疾、痰痞、食积痞闷、惊悸怔忡等病证。

#### 【古今文献辑要】

《按摩经》：“……猿猴摘果势，化痰能动气。”“猿猴摘果：以两手撮儿螺蛳上皮，摘之，消食可用。”

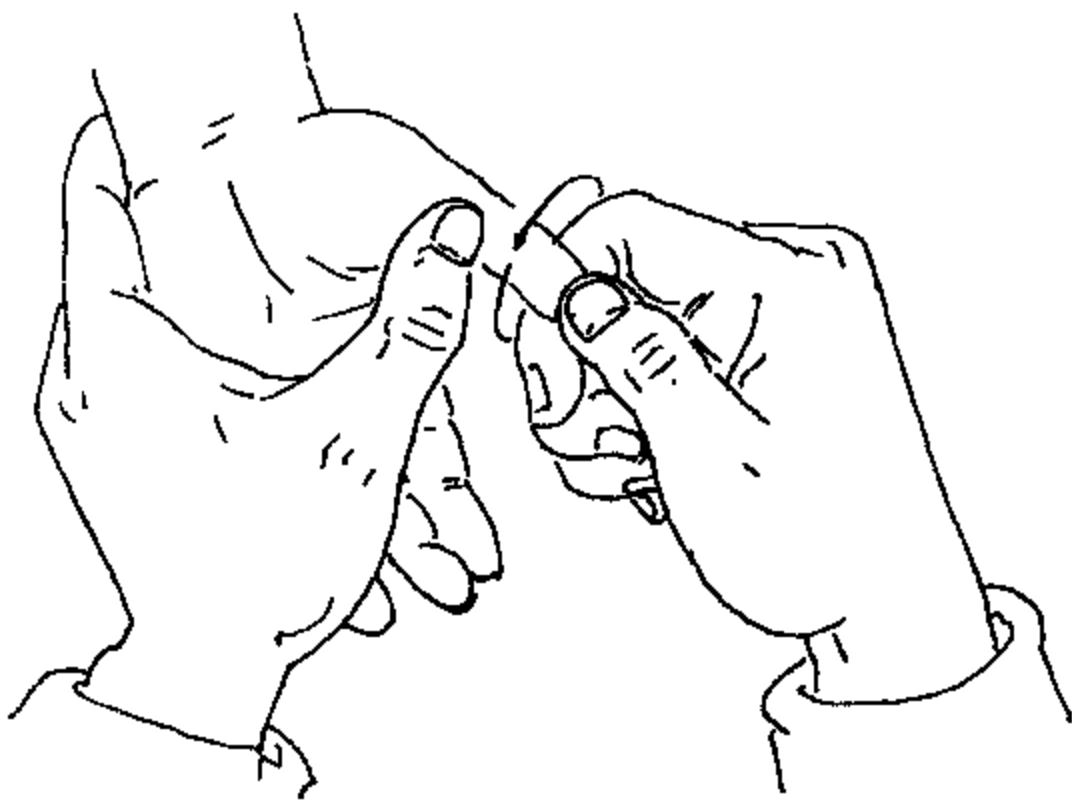


图7-10 老汉扳辮法



《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》：“……猿猴摘果，祛痰截疟之先锋。”  
“猿猴摘果法：左手大指、食指交动，慢动；右手大指、食指，快，上至关中，转至总筋左边，右上至关上。”

《小儿推拿广意》：“猿猴摘果法：此法性温，能治痰气、除寒退热，医用左手食中指捏儿阳穴，大指捏阴穴。寒证，医将右大指从阳穴往上揉至曲池，转下揉至阴穴，名转阳过阴；热证，从阴穴揉上至曲池，转下揉至阳穴，名转阴过阳，俱揉九次。阳穴即三关，阴穴即六腑也，揉毕再将右大指掐儿心肝脾三指，各掐一下，摇二十四下，寒证往里摇，热证往外摇。”

《幼科推拿秘书》：“猿猴摘果：此勤疟疾，并除犬吠人喝之证之良法也，亦能治寒气除痰退热。其法以我两手大食二指提孩儿两耳尖，上往若干数，又扯两耳坠，下垂若干数，如猿猴摘果之状。”

《万育仙书》：“猿猴摘果：消食化痰，医以两指撮儿螺螄骨上皮摘之；又用两手拿儿两手虎口，朝两耳揉之。”

### 丹凤摇尾法

#### 【释名】

因中指属心，色赤，操作时以一手掐患儿心经（即中指端），摇动中指，状若丹凤摇尾，故得名。

#### 【动作结构】

术者用左手拇指、食指掐按患儿的内、外劳宫数次，右手拇指先掐中指端数次，以手心微出汗为佳，同时摇动中指（图7-12）。

#### 【操作要领】

施术中摇指幅度不可过大，防止损伤掌指关节。掐按内、外劳宫5~10次，掐中指端15~30



图7-11 猿猴摘果法

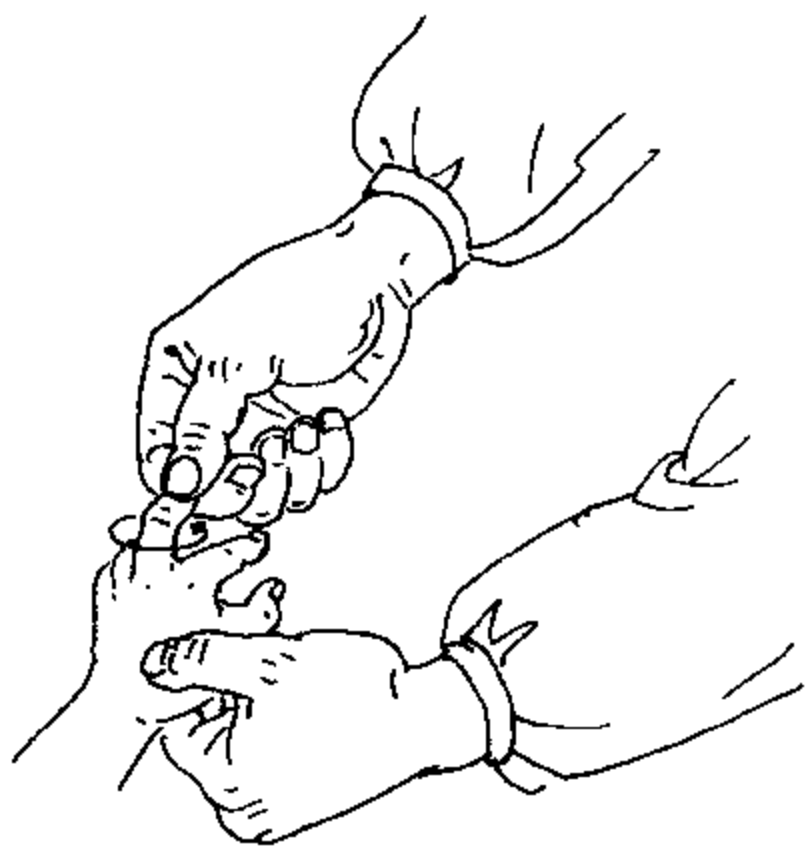


图7-12 丹凤摇尾法

次。

**【临床应用】**

本法能开窍镇惊，治疗热盛攻心、风火相煽、惊风抽搐等病证。

**【古今文献辑要】**

《按摩经》：“以一手掐劳宫，以一手掐心经，摇之，治惊。”

《万育仙书》：“苍龙摆尾：和气生血，治惊，此法以一手掐心经，一手掐点劳宫，摇之。”

凤凰单展翅法

**【释名】**

该法是根据操作时的形象命名的。操作时术者用右手单拿患儿中指，左手按掐患儿肘肘穴，“慢摇如数”，因“似凤凰单展翅之状”，故得名。

**【动作结构】**

术者用拇指先按患儿内、外劳宫，再用左手拇指分别按揉一窝风及总筋，同时右手握持患儿手部摇动手腕（图7-13）。

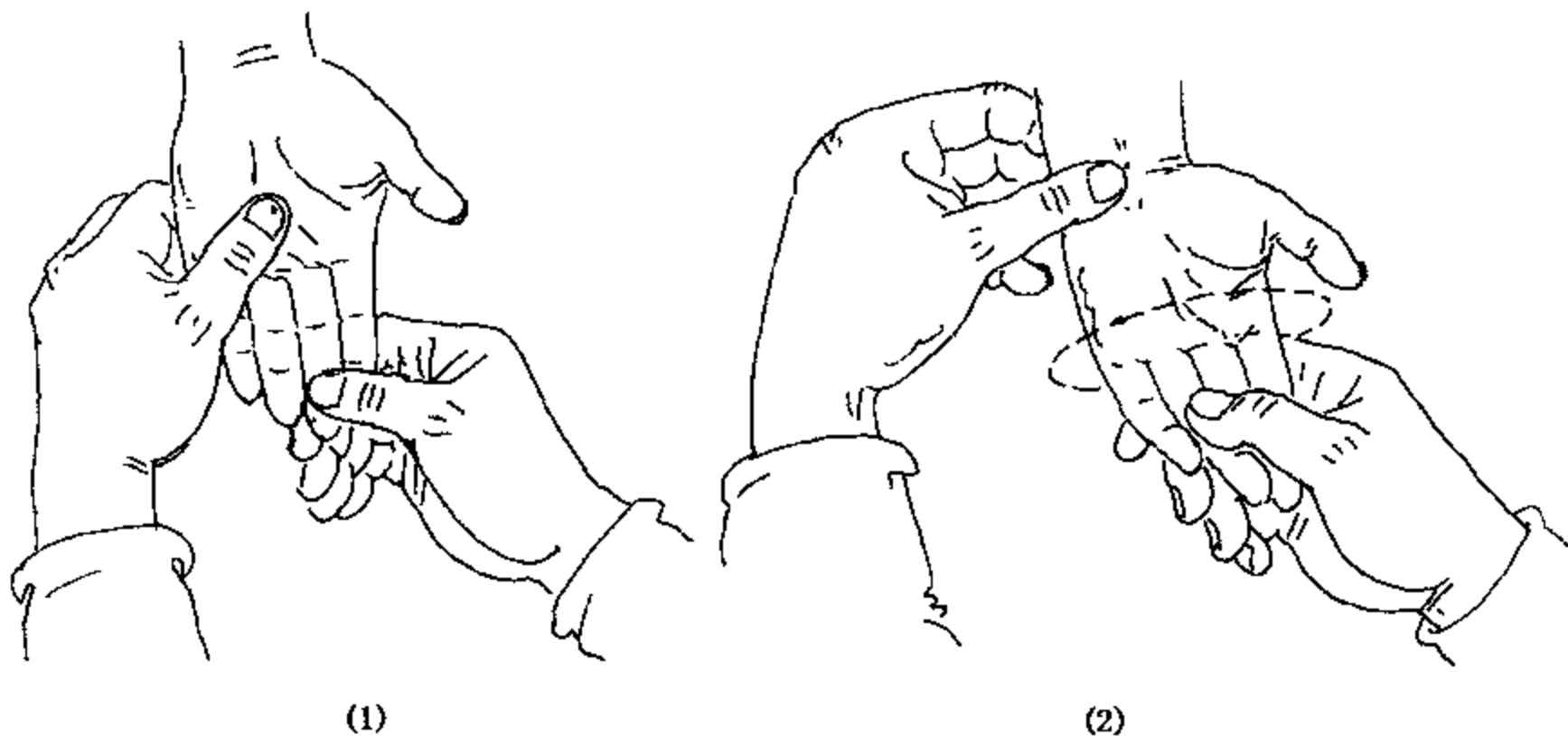


图7-13 凤凰单展翅法

**【操作要领】**

按内、外劳宫50~100次，按揉一窝风及总筋各50~100次，摇动手腕20~30次。施术时动作宜快，稍用力，力度由轻至重，动作要连贯，防止用暴力。

**【临床应用】**

本法能行气消胀、益气补虚，治疗气虚发热、肺虚喘咳、胸闷气短等病证。

## 【古今文献辑要】

《按摩经》：“……凤单展翅：温热。用右手大指掐总筋，四指翻在大指下，大指又起又翻，如此做至关中，五指取穴掐之。”“凤凰单展翅，虚浮热能除。”

《幼科推拿妙诀》：“凤凰单展翅：医人将右手食指拿病者大指，屈压内劳宫，将右手大指拿外劳宫，又将左手大指跪外一窝风，并食中二指拿住内一窝风，右手摆动。”

《幼科推拿秘书》：“凤凰单展翅：此打噎能消之良法也。亦能舒喘胀，其性温，治凉法。用我右手单拿儿中指，以我左手按掐儿肘肘穴圆骨，慢摇如数，似凤凰单展翅之象，除虚气虚热俱妙。”

《保赤推拿法》：“凤凰单展翅法：……治一切寒证。”（按：法同《按摩经》。）

《万育仙书》：“凤凰单展翅：顺气化痰。用右大指掐总筋，四指翻托手肘下，大指又起又翻，如此做至关中。又，用手拿儿脾、肾二经，将手肘活动，摇之。”

## 孤雁游飞法

## 【释名】

该法是根据操作时的形象命名的。根据施术时拇指在脾经、胃、三关、六腑、内劳宫等穴往返操作的动作，将医者拇指喻为一只离群的“孤雁”，仿佛在寻找同伴，彷徨无依，到处“游飞”，故得名。

## 【动作结构】

术者用拇指指端自患儿脾经推起，沿手掌外缘、前臂桡侧至肘部，再沿前臂尺侧，经内劳宫返回脾经，在胃、三关、六腑、劳宫等穴操作（图7-14），如此反复数次。

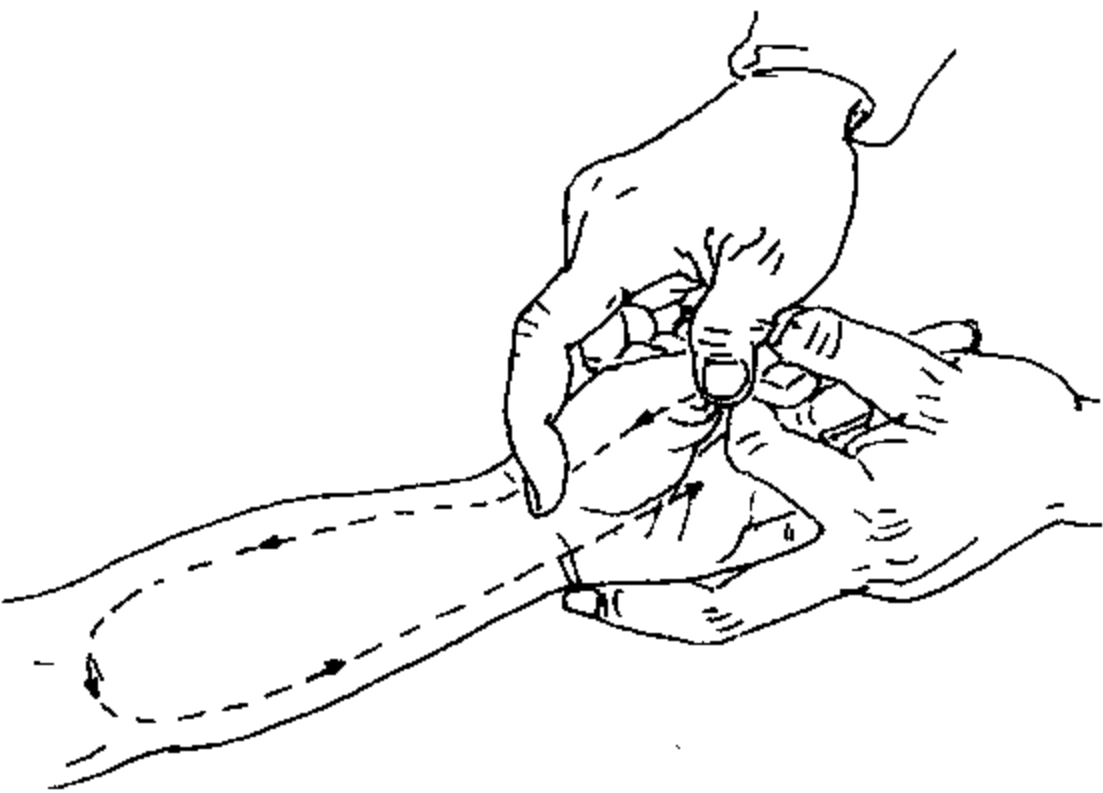


图7-14 孤雁游飞法

## 【操作要领】

在上述穴位上操作时动作应连贯，周而复始，反复施术20~30次。

## 【临床应用】

本法能健脾益气、清化湿热，治疗脾虚不运、水湿泛滥、黄胖虚肿、腹胀腹痛等病证。

## 【古今文献辑要】

《按摩经》：“孤雁游飞：以大指自脾土外边推去，经三关、六腑、天门、劳宫边，还止脾土，亦治黄肿也。”

《保赤推拿法》：“孤雁游飞法：从儿大指尖脾经外边推上去，经肱面左边，至肱下筋大半处，转至右边，经手心仍到儿大指头止，治黄肿虚胀。”

《万育仙书》：“孤雁游飞：亦治黄肿。以大指自脾土外边，推经三关、六腑、天门、劳官还上脾土。”

### 取天河水法

#### 【释名】

本法施术时，自“天河水”取水，推运至掌心内劳宫穴，能够“取凉退热”，故得名。

#### 【动作结构】

术者用大指或食、中指指面蘸凉水自患儿洪池穴沿天河水穴自上而下推至内劳宫穴（图7-15），同时配合向手法操作方向轻轻吹气。

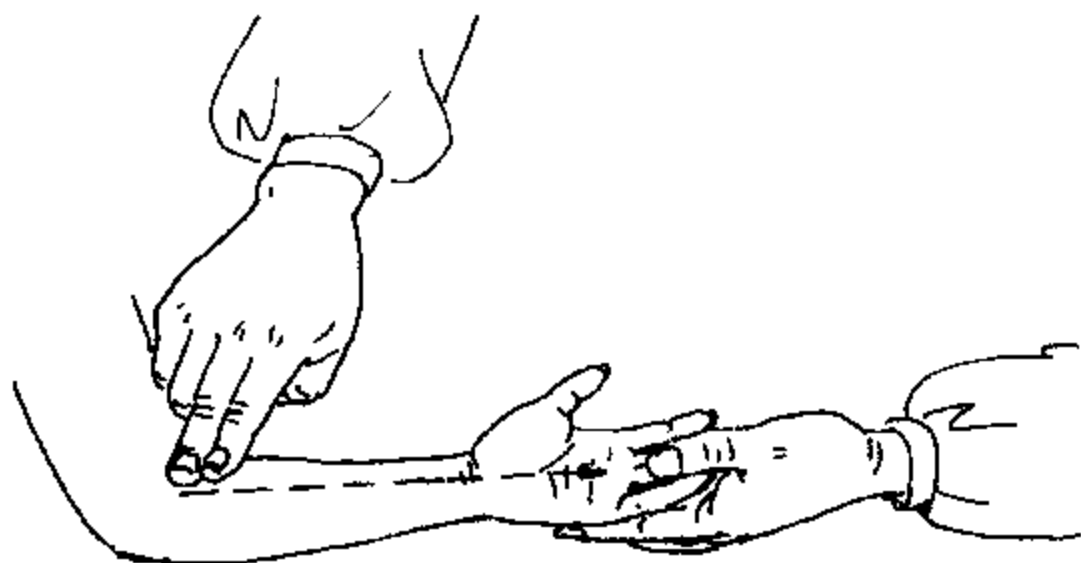


图7-15 取天河水法

#### 【操作要领】

手法操作时，吹气与手法推动的动作要协调，操作次数一般100~300次。

#### 【临床应用】

本法性寒凉，有清热功效，能治疗一切热证。

#### 【古今文献辑要】

《厘正按摩要术》：“取天河水法：法主大凉，病热者用之。将儿手掌向上，蘸冷水由天河水推至内劳宫。如蘸冷水由横纹推至曲池，为推天河水法。蘸冷水由内劳宫直推至曲池，为大推天河水法。”

《推拿仙术》：“天河水向掌心推为取天河。”“向曲尺（泽）推为天河水过人洪池”。

### 引水上天河法

#### 【释名】

该法是根据操作时的形象结合穴位而命名的。医者将凉水滴于腕横纹上，操作时从此处“引水”，配合拍打及吹气动作，从而将水自下而上引入“天河”，故得名。

#### 【动作结构】

患儿取坐位或仰卧位，术者坐其身前侧。用一手捏住患儿四指，将患儿前臂掌侧向上，将凉水滴于腕横纹上，用另一手食中二指从腕横纹中间起，拍打至洪池穴止，一面拍打一面吹凉气（图7-16）。

**【操作要领】**

本法操作须边吹气边拍打，吹拍结合，单向施术，凉水滴在患儿腕横纹中点处，吹气与拍打中，天河水穴均要沾湿。每次施术操作100~300次。

**【临床应用】**

本法能清火退热、镇惊安神，用于治疗一切热病发热，如咽喉肿痛、高热神昏、痰扰神明、昏厥抽搐等病证。

**【古今文献辑要】**

《幼科铁镜》：“用冷水从此（指腕横纹处中点）随吹随拍至洪池为引水上天河。”“心经热盛作痴迷，天河引水上洪池。”“天河引水，连同芩柏连翘。”

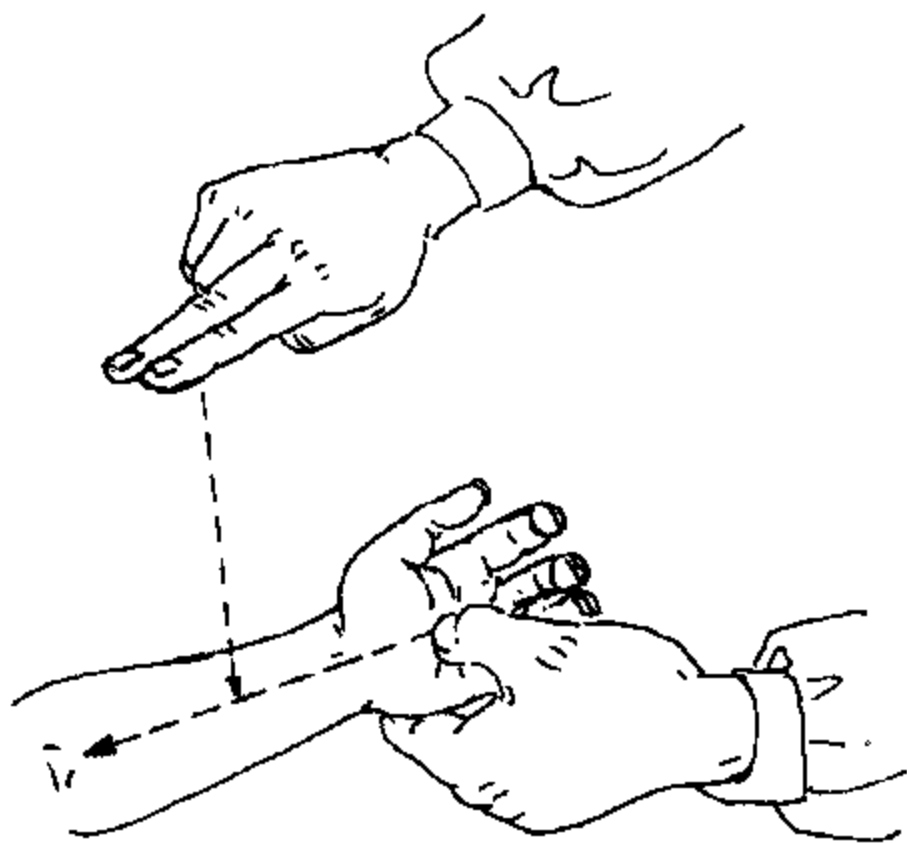


图7-16 引水上天河法

**飞经走气法**

**【释名】**

本法施术时在前臂诸经之间弹击如飞，然后拿住阴阳二穴，将患儿右手四指一伸一屈，“传送其气，徐徐过关”，故得名。

**【动作结构】**

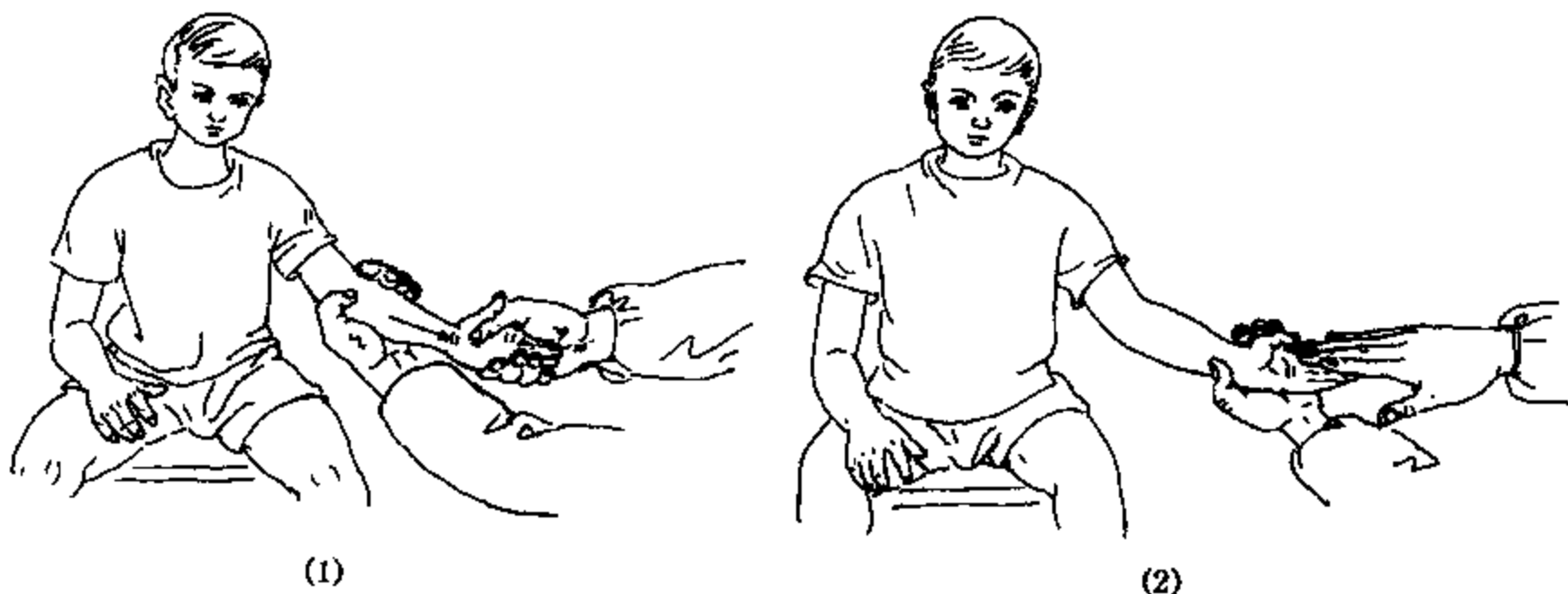


图7-17 飞经走气法

术者用右手拿住患儿左手四指，用左手四指从曲池起弹击至总筋处数次，再拿患儿腕部

阴池、阳池二穴，右手将患儿左手四指一伸一屈，连续操作（图7-17）。

### 【操作要领】

操作时用力轻巧，弹击至前臂微微泛红，动作协调连贯，连续操作20次左右。

### 【临床应用】

本法能清肺利咽、化痰定喘，用于治疗失音、咽痛、咳喘、外感风寒等病证。

### 【古今文献辑要】

《按摩经》：“……飞经走气能通气。”“飞经走气：先运五经，后五指开张一滚，做关中用手打拍，乃运气行气也，治气可用。又以一手推心经，至横纹住，以一手揉气关，通窍也。”

《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》：“……飞筋走气专传送之。”“飞经走气法：化痰，动气。先运五经文；后做此法。用五指关张，一滚，一笃，做至关中，用手打拍乃行也。”

《秘传推拿妙诀》：“飞经走气：传送之法，医人将大指对病者总心经位立住，却将食中名三指一站，彼此递向前去，至手弯止，如此者数次。”

《小儿推拿广意》：“飞经走气法：此法性温，医用右手奉拿儿手四指不动，左手四指从腕曲池边起，轮流跳至总上九次，复拿儿阴阳二穴，医用右手向上往外一伸一缩，传逆其气，徐徐过关是也。”

《厘正按摩要术》：“飞经走气法：法主温。医用右手拿儿手，四指不动。左手四指，从儿曲池边起，轮流跳至总经上九次，复拿儿阴阳二穴，将右手向上往外，一伸一缩，传送其气，徐徐过关也。”

《万育仙书》：“飞经走气：传送行气法，先运五经，医用身靠儿背，将两手从腋下出奶傍，揉之，又三周。”

## 飞金走气法

### 【释名】

本法是根据其操作的功用而定名。将指为肺金穴所在，“金者，能生水也”，用此指蘸凉水置内劳宫，引劳宫水上天河去，并“以口吹气”，“如气走也”，“走气者，气行动也”故得名。

### 【动作结构】

先用凉水滴在患儿内劳宫处，然后术者用中指做直推手法，蘸水沿前臂掌面正中天河水一线向上推动，同时术者口中吹气，跟水上行，向前推3次，向后推1次（图7-18）。

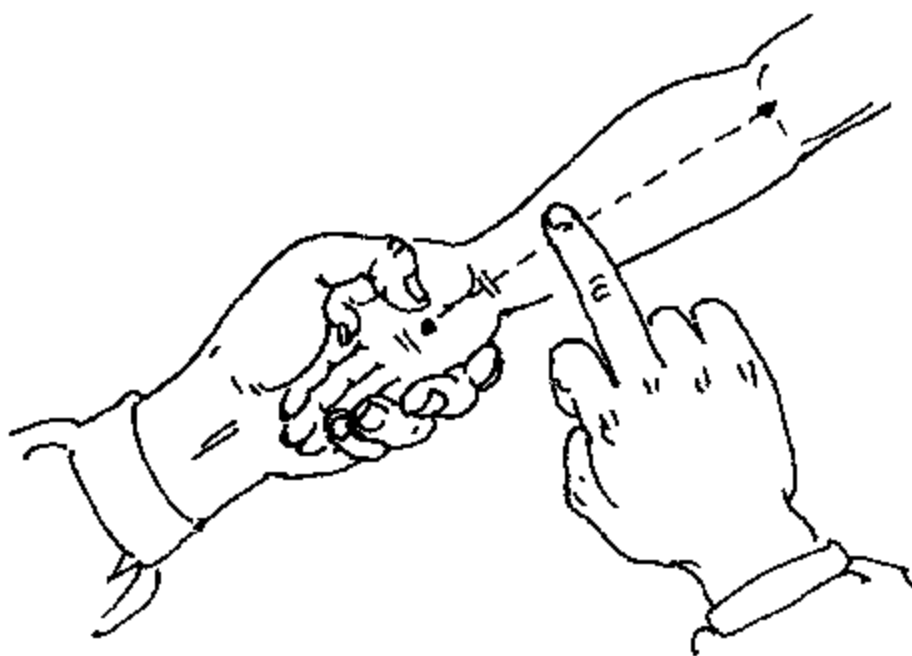


图7-18 飞金走气法

### 【操作要领】

本法操作须边吹边推，推动时自内劳宫向肘横纹推动3次，反方向推1次，动作协调连贯，连续操作20次左右。

### 【临床应用】

本法能清肺利咽、化痰定喘，用于治疗失音、咽痛、咳喘、外感风寒等病证。

### 【古今文献辑要】

《幼科推拿秘书》：“飞金走气：此法去肺火，清内热，消膨胀，救失声音之妙法也。金者，能生水也；走气者，气行动也。其法性温，以我将指蘸凉水置内牢宫，仍以将指引牢宫水上天河去，前行三次，后转一次，以口吹气，微嘘跟水行，如气走也。”

## 天门入虎口法

### 【释名】

该法将手法与操作部位及穴位有机结合起来命名。一说天门位于“大指尖侧”，而“大指食指中间软组织处”为虎口，故操作时，从大指巅天门穴推入虎口穴，称为“天门入虎口”。

### 【动作结构】

术者用拇指从患儿食指端沿食指桡侧缘经大肠推至虎口数次、再掐按虎口。或由术者用拇指指面偏桡侧自患儿拇指尺侧缘推至虎口后再做掐按（图7-19）。

### 【操作要领】

本法操作时应配合一定的介质，如滑石粉、葱姜汤等，防止擦伤患儿皮肤，掐按虎口时用力应柔和，掐后加揉，切勿损伤患儿皮肤。推30~50次，掐10次左右。

### 【临床应用】

本法具有健脾理气、消食除痞作用，治疗脾胃虚弱、腹胀腹痛、腹泻食积、食少纳呆、面黄肌瘦等病证。

### 【古今文献辑要】

《按摩经》：“天门入虎口：用右手大指掐儿虎口，中指掐住天门，食指掐住总位，以左手五指聚住揉斗肘，轻轻慢慢面摇，生气顺气也。又法：自乾宫经坎艮入虎口按之，清脾。”

《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》：“……天门入虎之能血也。”“天门入虎口法：右手大指掐小儿虎口，中指掐住天门，食指掐住总筋，以五指攒住肘肘，轻轻摇动，效。”

《秘传推拿妙诀》：“大指食指中间软组织处为虎口，医人用大指自病者命关推起至虎口，又将大指钻掐虎口。又或从大指巅推入虎口，总谓天门入虎口。”

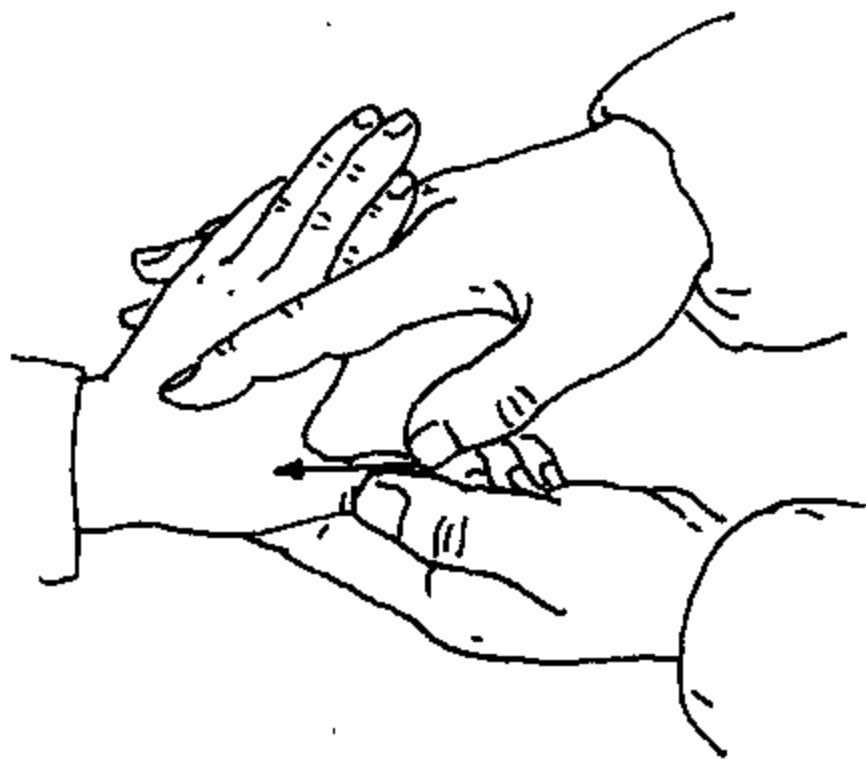


图7-19 天门入虎口法

《幼科推拿秘书》：“天门入虎口重揉肘穴：此顺气生血之法也。天门即神门，乃乾宫也。肘，胳膊下肘后一团骨也。其法以我左手托小儿肘，复以我右手叉入虎口，又以我将指管定天门，是一手拿两穴，两手三穴并做也。然必曲小儿手揉之，庶肘处得力，天门虎口处又省力也。”

《厘正按摩要术》：“天门入虎口法：法主健脾消食，将儿手掌向上，蘸葱姜汤，自食指尖寅卯辰三关侧，推至大指根。”

《万育仙书》：“天门入虎口：生血顺气，医用大指自儿命关推入虎口，或从大指尖推入亦得。”

### 按弦走搓摩法

#### 【释名】

该法将手法与操作部位有机结合起来命名，并用生动的语言描述其操作过程。“弦者，勒肘骨也”，将肋骨喻之为弦，操作时“以我两手对小儿两肋上”，自上而下，“搓摩至腹角下”，故得名。

#### 【动作结构】

将患儿抱于怀中，把两上肢交叉搭在肩上，也可自然放于体侧，术者在患儿身前，用双掌自患儿腋下沿两肋向下搓摩至肚角处，如此反复施术数次（图7-20）。

#### 【操作要领】

手法操作时双手动作应协调，右手用力稍轻于左侧，防止损伤肝脏，方向应自上而下单向操作。每次搓摩50~100次。

#### 【临床应用】

此法适用于两肋至肚角部位。具有理气化痰、健脾消积作用，用于治疗胸肋不畅、咳嗽气喘、痰涎壅盛、食积、食滞等病证。

#### 【古今文献辑要】

《按摩经》：“按弦搓摩：先运八卦，后用指搓病入手，关上一搓，关中一搓，关下一搓，拿病人手，轻轻慢慢而摇，化痰可用。”“按弦走搓摩，动气化痰多。”

《小儿推拿广意》：“医用左手拿儿手，拿向上，右手大食二指，自阳穴上轻轻按摩至曲池，又轻轻按摩至阴穴止，如此一上一下九次为止。阳证关轻腑重，阴证关重腑轻。再用两手从曲池搓摩至关腑三四次。医又将右大食中指掐儿脾指，左大食中指掐儿肘，往外摇二十四下，化痰是也。”

《幼科推拿秘书》：“按弦走搓摩，此法治积聚，屡试屡验。此运开积痰、积气、病疾之要法也。弦者，勒肘骨也，在两肋上。其法着一人抱小儿坐在怀中，将小儿两手抄搭小儿两

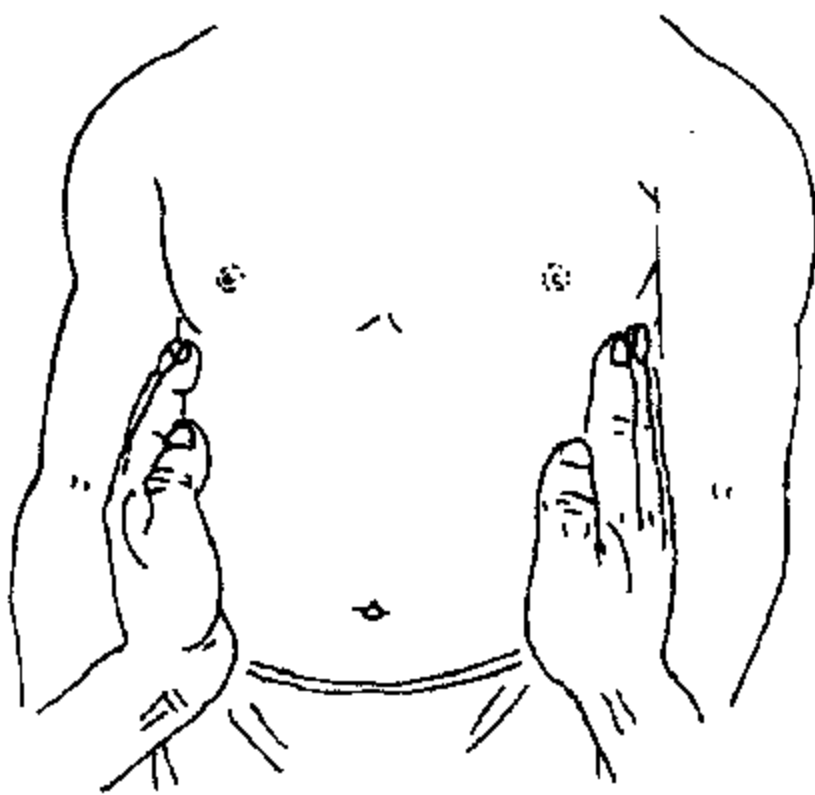


图7-20 按弦走搓摩法



肩上，以我两手对小儿两胁上搓摩至肚角下，积痰积气自然运化。若久痞则非一日之功，须久搓摩方效。”

### 摇肘肘法

#### 【释名】

此法古人是以手法加穴位联合取名的。手法操作时，一手拿小儿肘肘处，一手拇指、食二指叉入其虎口，按定天门穴，同时上下摇动，如此将手法与穴位结合在一起，取名为摇肘肘法。

#### 【动作结构】

术者用左手拇、食二指托住小儿肘部，再用右手拇、食二指叉入虎口，同时用中指按定天门穴，然后屈小儿手，上下摇之（图7-21）。

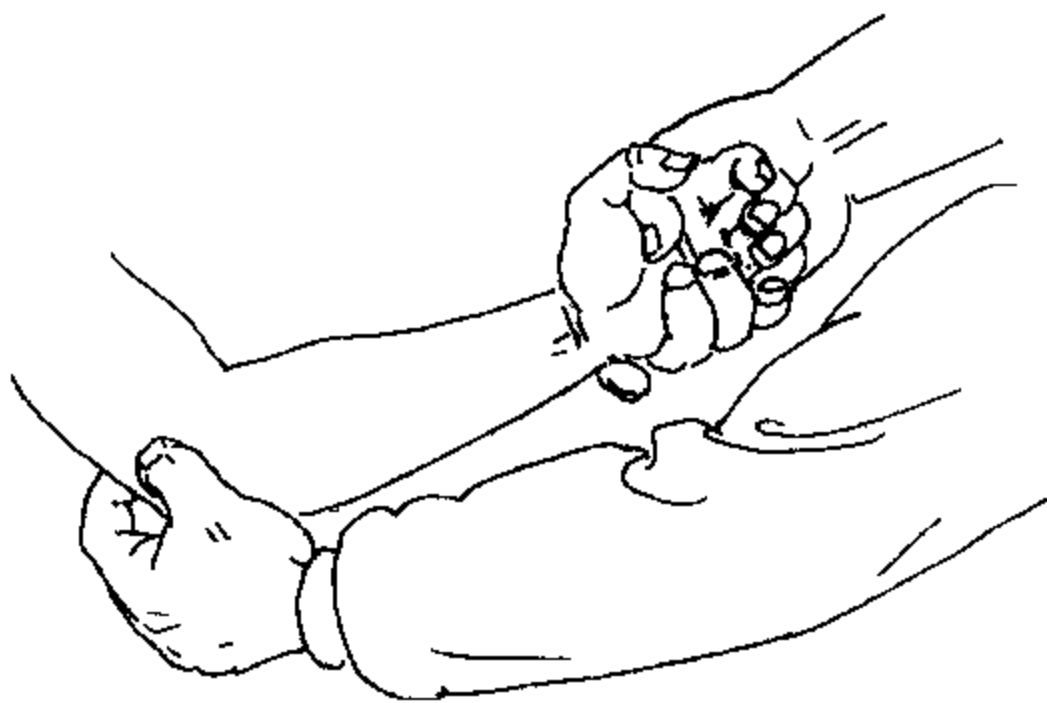


图7-21 摇肘肘法

#### 【操作要领】

手法操作时，按摇结合，动作均匀、和缓、协调，操作20~30次。

#### 【临床应用】

本法具有顺气通经之功效，主治痞块。

#### 【古今文献辑要】

《厘正按摩要术》：“肘肘在肘弯背后尖处。”“摇肘肘，左手托儿肘肘运动，右手持儿手摇动，能治病。”

### 肘肘走气法

#### 【释名】

该法是结合穴位与操作的功用而命名的。医者“一手托儿肘肘运转”，“一手捉儿手摇动”，具有健脾行气之功效，因“走气者，行气动也”，而得此名。

#### 【动作结构】

患儿取坐位，术者坐其身前，用一手拿住患儿之手摇动，另一手托拿住患儿肘肘，两手协同，运摇肘肘关节（图7-22）。

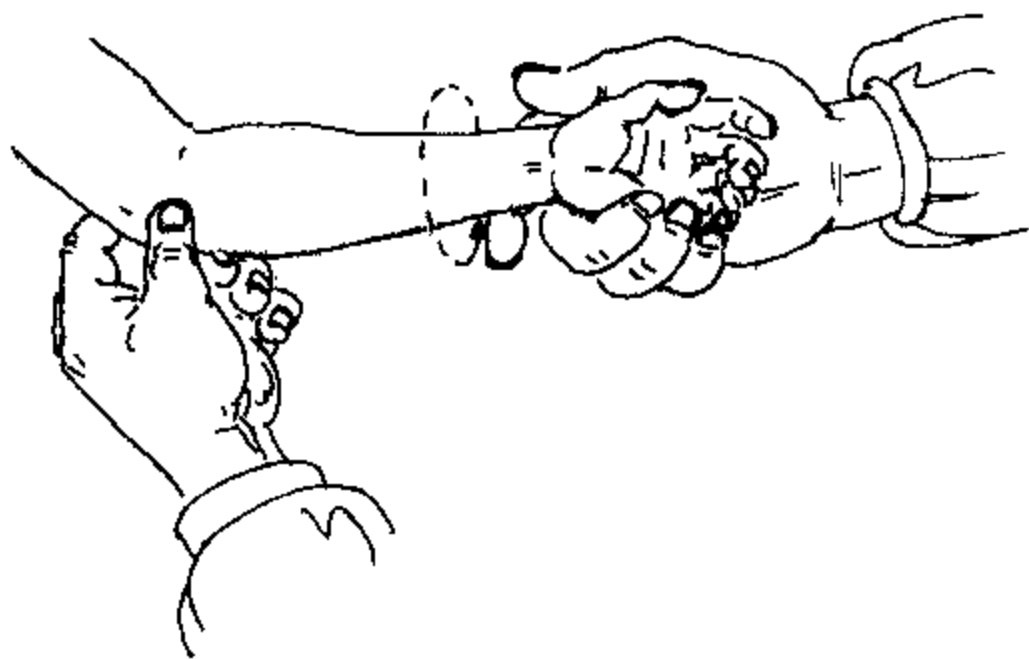


图7-22 肘肘走气法

**【操作要领】**

手法操作时用力应轻巧柔和，双手协调运动而有节律。摇 20~30 次。

**【临床应用】**

本法功能行气消滞，用于治疗痞证。

**【古今文献辑要】**

《按摩经》：“斗肘走气：以一手托儿斗肘运转，男左女右，一手捉儿手摇动，治痞。”

### 乌龙摆尾法

**【释名】**

该法是以手法操作的形象及操作部位的五行归属而命名。小指属肾水，色黑，喻之为乌龙之尾。操作时术者用手捏持小儿小指，“五指攥住肘肘，将小指摇动，如摆尾之状”，故而得名。

**【动作结构】**

患儿取仰卧位或坐位，术者坐其身前，用一手拿住患儿肘肘穴处，另一手拇食指拿住患儿小指摇动（图 7-23）。

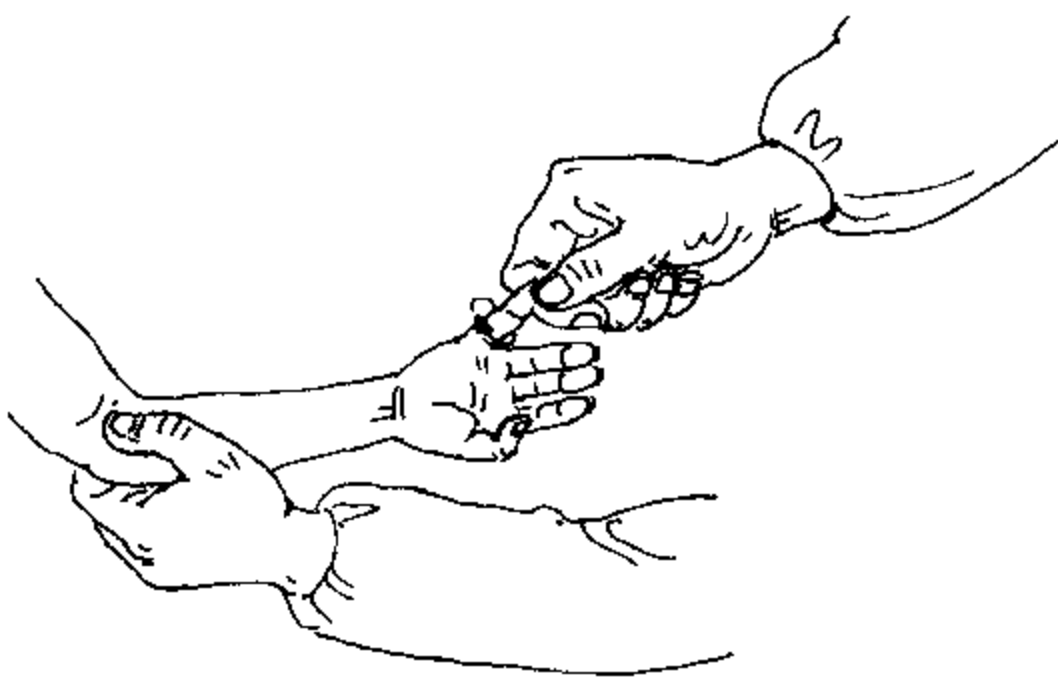


图 7-23 乌龙摆尾法

**【操作要领】**

手法操作时用力应轻巧柔和，防止损伤小儿指关节。摇动 20~30 次。

**【临床应用】**

本法具有开闭结、通二便功能，用于治疗二便不爽。

**【古今文献辑要】**

《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》：“乌龙摆尾开闭结”；“乌龙摆尾法：用手拿小儿小指，五指攥住肘肘，将小指摇动，如摆尾之状，能开闭结也（小指属肾水，色黑，故名也）。”

按：《增图考释推拿法》称本法为“乌龙双摆尾”。

### 双龙摆尾法

**【释名】**

该法是以操作时的动作形象而命名的。医者用一手托扶患儿肘肘穴处，用另一手拿住患儿一手之食指与小指“扯摇如数”，因将患儿食指与小指喻为二龙，摆动时“似双龙摆尾之状”，故得名。

**【动作结构】**

患儿取仰卧位或坐位，术者坐其身前，用一手托扶患儿肘肘穴处，用另一手拿住患儿左

手之食指与小指，向下扯拉，并同时摇动患儿肘关节，似双龙摆尾之状（图7-24）。

**【操作要领】**

施术时用力应柔和，以防损伤患儿手指关节。扯摇5~10次。

**【临床应用】**

本法能行气、开通闭结，用于治疗气滞、大小便闭结之病证。

**【古今文献辑要】**

《秘传推拿秘诀》：“双龙摆尾：医人屈按病者中名二指，摇食小二指，故名双龙摆尾。”

《幼科推拿秘书》：“双龙摆尾：此解大、小便结之妙法也。其法以我右手拿小儿食小二指，将左手托小儿肘肘穴，扯摇如数，似双龙摆尾之状。又或以右手拿儿食指，以我左手拿儿小指，往下摇拽，亦似之。”

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“又或以右手拿儿食指，以我左手拿儿小指，往下摇拽，亦似之”之操作法。故本法计有3种操作法。

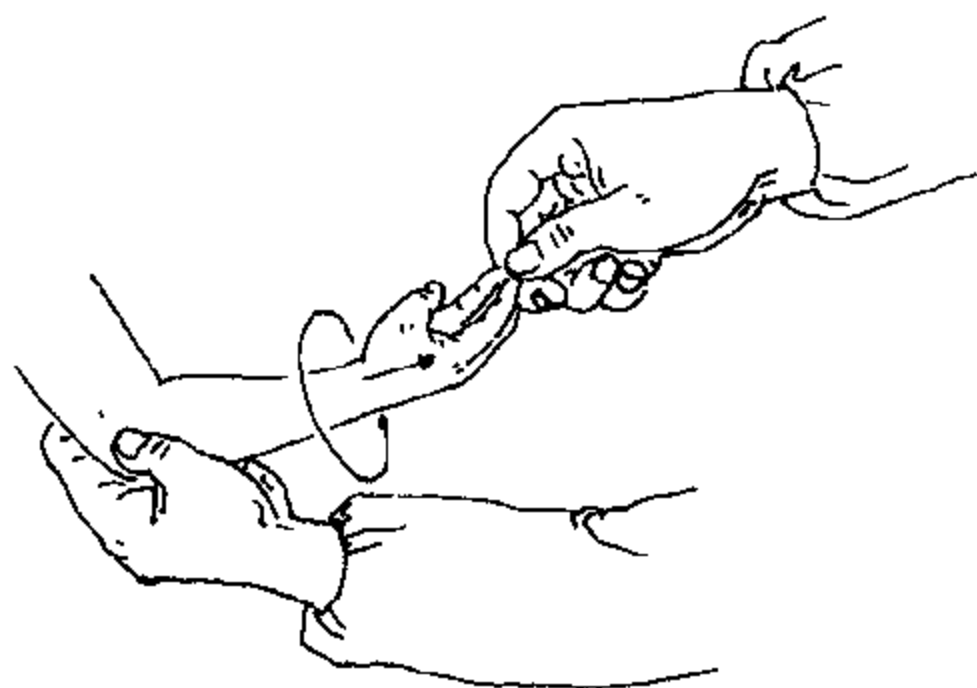


图7-24 双龙摆尾法

**赤凤摇头法**

**【释名】**

该法是以手法操作的形象及操作部位的五行归属命名的。该法操作时，“以我左手食将二指，掐按小儿曲池内，作风二眼”，“以我右手仰拿小儿食无名四指摇之”，“似凤凰摇头之状”。一说右手拿患儿中指摇之，因中指属心，色赤，故得名。

**【动作结构】**

术者用左手掌心向上，以拇食二指拿住患儿的肘肘穴，右手拿患儿中指，掌心向下。上下摇动数次，状若赤凤摇头（图7-25）。

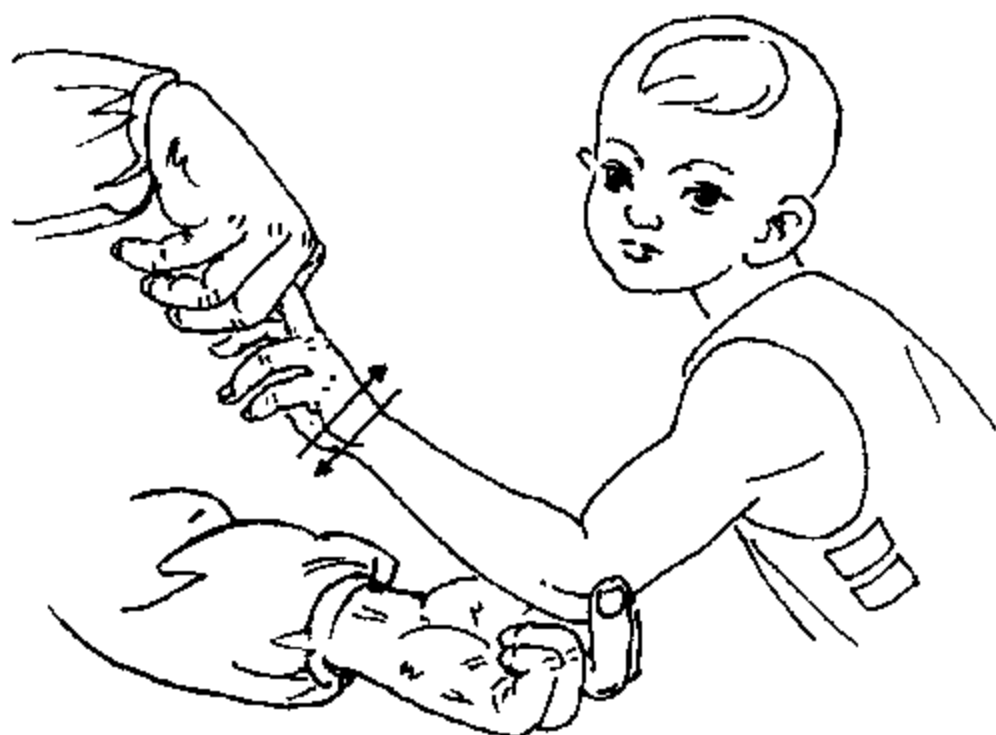


图7-25 赤凤摇头法

**【操作要领】**

操作时两手用力宜协调，施术时摇中指宜和缓稳定，用力宜轻松，每次操作20~30次。

**【临床应用】**

本法能通窍健脾、理气定喘，用于治疗胸胁胀满、寒热往来、喘息气短、腹胀腹痛等病证。

**【古今文献辑要】**

《按摩经》：“以两手捉儿头而摇之，其处在耳前少上，治惊也。”“……赤凤摇头助气长。”

《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》：“赤凤摇头：此法，将一手拿小儿中指；一手五指，攢住小儿肘肘，将中指摆摇，补脾，和血也（中指属心，色赤，故名也）。”“……赤凤摇头治木麻。”

《小儿推拿秘诀》：“赤凤摇头：医用右大食二指，拿病者大指头摇摆之，向胸内摆为补，向外摆为泄，又医将一手拿病者曲尺，将一手拿病者总心经处，揉摆之，为摇肘肘，亦向胸内为补，外为泄。”

《小儿推拿广意》：“赤凤摇头法：法曰，将儿左掌向上，医左手以食中指轻轻捏儿肘肘，医大中食指先掐儿心指，即中指，朝上向外顺摇二十四下，次掐肠指，即食指，仍摇二十四下，再捏脾指，即大指，二十四，又捏肺指，即无名指，二十四，末后捏肾指，即小指，二十四，男左女右，手向右外，即男顺女逆也，再此即是运肘肘，先做各法，完后做此法，能通关顺气，不拘寒热，必用之法也。”

《幼科推拿秘书》：“赤凤摇头：此消膨胀舒喘之良法也。通关顺气，不拘寒热，必用之功。其法以我左手食将二指，掐按小儿曲池内，作风二眼，以我右手仰拿儿小食无名四指摇之，似凤凰摇头之状。”

《推拿指南》：“此法治惊风。用两手托住儿头，轻轻摇之。”

《厘正按摩要术》：“赤凤摇头法：法治寒热均宜，能通关顺气。将儿左掌向上，医用左手大、食、中指，轻轻捏儿肘肘，以右手大、食、中指，先捏儿小指，朝上向外顺摇二十四下，次肝指，次脾指，次肺指，再次捏肾指，俱顺摇二十四下，女摇右手亦朝上向外，各摇二十四下，即男顺女逆也。”

《万育仙书》：“赤凤摇头：和气血，主治惊，医以两手捉儿头摇之。”

### 凤凰鼓翅法

**【释名】**

该法是以操作时的形象命名的。术者左手拇指掐患儿精宁穴，右手拇指掐威灵穴，两手食中指分别夹住患儿腕部上下摇动，如凤凰拍打翅膀之状，故得名。

**【动作结构】**

患儿取坐位或仰卧位，术者坐其身前，用双手拇指甲分别掐按患儿手背部精宁、威灵二穴，两手食中指相对夹住患儿腕部上下摇动，状如凤凰拍打翅膀（图7-26）。

**【操作要领】**

此法属强刺激手法，临床可根据患儿病情之不同，辨证施术，用力要适当，掐后加揉，

以缓和疼痛反应，每穴各掐5~10次，摇动患儿手腕20次左右。

**【临床应用】**

本法能开窍豁痰、醒神止惊、除湿消肿，用于治疗风火相煽、痰蒙清窍、神昏惊搐、喉间痰鸣、湿困脾土、肌肤黄肿等病证。

**【古今文献辑要】**

《按摩经》：“凤凰鼓翅：掐精宁、威灵二穴，前后摇摆之，治黄肿也。”（据《按摩经》图示：“精宁、威灵”二穴分别位于腕部桡、尺骨头前凹陷中）

《保赤推拿法》：“凤凰鼓翅法：……治黄肿，又治暴死，降喉内痰响。”

《厘正按摩要术》：“……所谓凤凰鼓翅也治黄肿。”

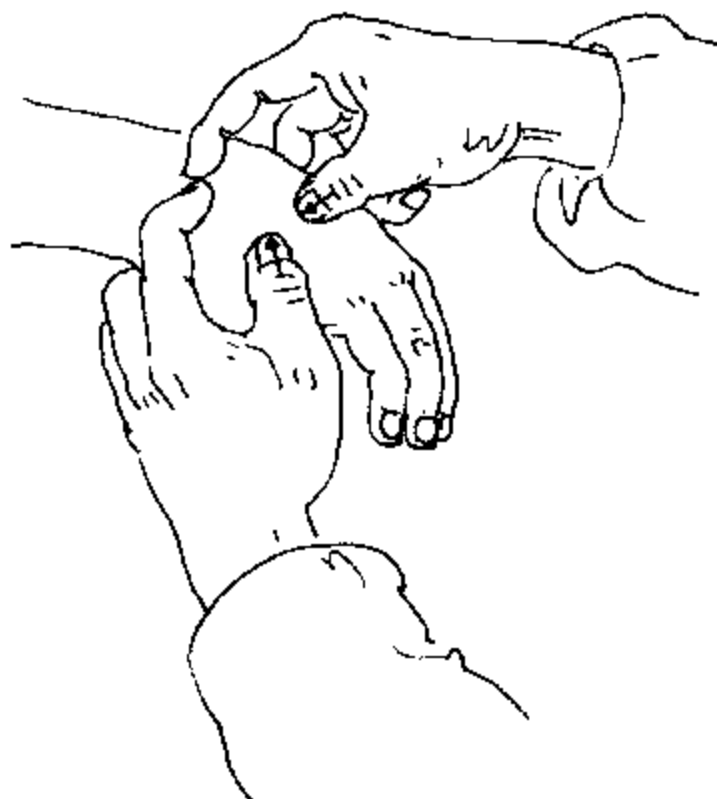


图7-26 凤凰鼓翅法

**老虎吞食法**

**【释名】**

该法是以操作时的形象命名的。仆参穴为一急救用穴，功能开窍醒神，古时术者操作时“将口咬之，则回生”，故名曰“老虎吞食”。

**【动作结构】**

患儿被家长抱着，术者坐或蹲患儿足旁，将干净丝绢盖在该足跟部，即昆仑穴与仆参穴上，用拇、食二指相对掐此二穴，以苏醒为度（图7-27）。

**【操作要领】**

用拇、食二指相对掐此二穴时，用力适当，以患儿苏醒为度，掐醒后，可以手指面揉之，以减轻不适感。

**【临床应用】**

本法能开窍醒神、镇惊定志，用于治疗急惊风、癫痫发作、高热惊厥等病证。

**【古今文献辑要】**

《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》：“仆参穴：治小儿吼喘，将此上推、下掐，必然苏醒。如小儿急死，将口咬之，则回生，名曰老虎吞食。”

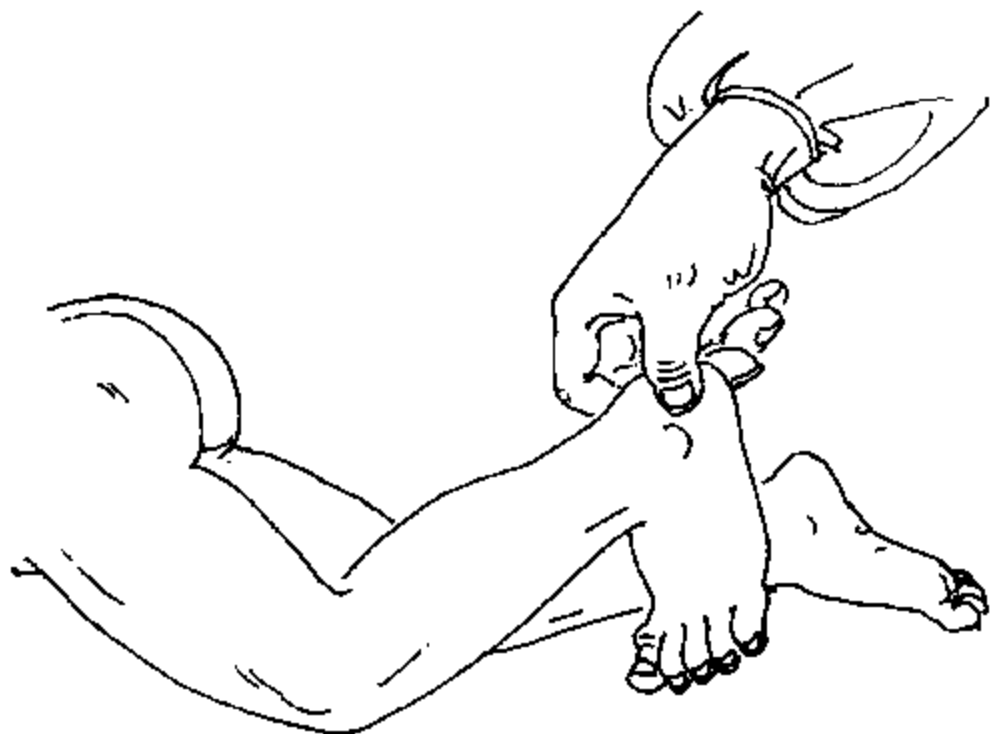


图7-27 老虎吞食法

## 揉脐及龟尾并擦七节骨法

## 【释名】

该法是一组穴位小处方，将脐、龟尾及七节骨三穴和相应的手法组合起来依次操作，故名。

## 【动作结构】

患儿取仰卧位，医者坐其身旁，用一手手掌或食、中、无名三指指面着力揉脐；一手用中指指面揉龟尾穴；再令患儿俯卧用拇指罗纹面或食中二指指面自龟尾穴向上沿七节骨推至命门穴为补，或自命门穴向下沿七节骨推至龟尾穴为泻（图7-28）。



图7-28 揉脐及龟尾并擦七节骨法

## 【操作要领】

操作时应注意先后次序，在沿七节骨做上下推擦时可配合使用介质，以免损伤患儿皮肤。操作100~300次。

## 【临床应用】

该法能通调任督二脉之经气、调理肠腑、止泻导滞，用于治疗泄泻、痢疾、便秘等病证。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，能泄热通便。

## 【古今文献辑要】

《幼科推拿秘书》：“揉脐及龟尾并擦七节骨：此治痢疾、水泻神效。此治泻痢之良法也。龟尾者，脊骨尽头间尾穴也；七节骨者，从头骨数第七节也。其法以我一手，用三指揉脐；又以我一手，托揉龟尾。揉讫，自龟尾擦上七节骨为补，水泻专用补。若赤白痢，必自上七节骨擦下龟尾为泄。推第二次，再用补。盖先去大肠热毒，然后可补也。若伤寒后，骨节痛，专擦七节骨至龟尾。”

## 捏脊法

### 【释名】

本法是将手法与操作部位结合命名的，即用捏法在脊穴上操作而得名。因其适用于治疗小儿疳积证，因此又称为捏积法。

### 【动作结构】

患儿俯卧，医者坐或站在其一侧，以双手用二指捏法或三指捏法手势，将尾骨尖端之皮肤捏起，沿脊穴自下而上双手交替边捏边向上行，至大椎穴止，此谓平捏法；也可自下而上每捏三下，即向上提拿一次，直至大椎穴止，此谓捏三提一法或称提捏法（图7-29）。

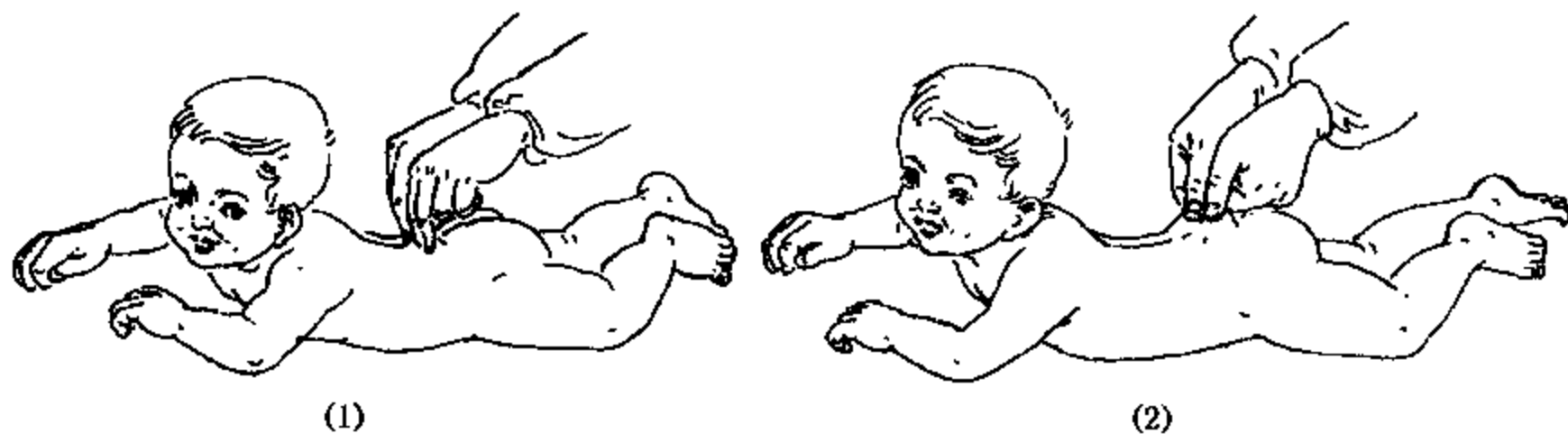


图7-29 捏脊法

### 【操作要领】

1. 受术部位的皮肤充分暴露，可用滑石粉等介质以保护皮肤。
2. 夹持的力量要松紧适宜，不要捏得太紧，以免引起疼痛。
3. 捏的路线要直，紧捏慢移。
4. 一般对小儿患者治疗时，每次捏5遍，其中3遍平捏，2遍提捏；对成人治疗时，每次捏7遍，其中4遍为平捏，3遍提捏。

### 【临床应用】

本法具有调和阴阳、健脾和胃、疏通经络、行气活血等功效。临床上多用于治疗小儿积滞、疳证、腹泻、呕吐、消化不良等病证；用于小儿保健能促进小儿生长发育，增强抗病能力；对成人的消化系统疾患、月经不调、痛经以及神经衰弱、失眠、植物神经功能紊乱等各种慢性病证均有良好的疗效。

### 【古今文献辑要】

《肘后备急方》：“……拈取其脊骨皮，深取痛引之，从龟尾至顶乃至，未愈更为之。”

《外台秘要》：“患瘫痪等病必瘦，脊骨自出。以壮大夫屈手头指及中指，夹患人脊骨，从大椎向下尽骨极，指腹向上来去十二三回，然以中指于两回半处弹之。”

## 开璇玑法

## 【释名】

该法以操作部位与其功效相结合而命名。“璇玑者，胸中、膻中、气海穴是也。”“开”即开通闭塞之意，喻本法功能宣通气机，治疗“痰闭胸闷，咳喘气促”。另外，“开”也是分推法的形象比喻。

## 【动作结构】

医者先用两手拇指自患儿璇玑穴沿肋骨向两侧分推，并自上而下分推至季肋；再从胸骨下端之鸠尾穴处向下直推至脐部；再用三指摩或四指摩法以脐为中心沿顺时针或逆时针方向，推摩患儿腹部；再从脐部向下直推至小腹部；最后再令患儿俯卧，作推上七节骨（图7-30）。

## 【操作要领】

本法包括了分推璇玑、膻中，直推中

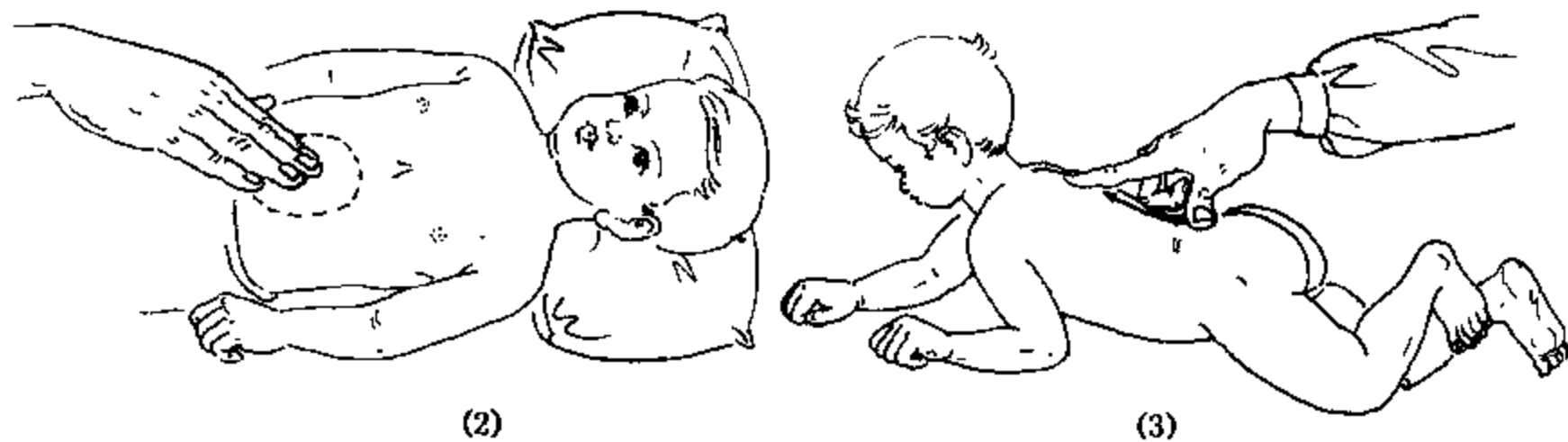


图7-30 开璇玑法

腕，摩脐、腹，直推小腹，推上七节骨等5种操作法、并依次有序操作。操作时，要避风寒，室内温度适宜；医者在操作前要搓热双手。上述各法操作50~100次。

## 【临床应用】

本法具有宣通气机、消食化痰之功效。用于治疗痰闭胸闷、咳喘气促、食积、腹胀、腹痛、呕吐、泄泻、外感发热、神昏惊搐等病证。

## 【古今文献辑要】

《幼科集要》：“武宁杨光斗曰：璇玑者，胸中、膻中、气海穴（在脐下）也。凡小儿气促，胸高，风寒痰闭，夹食腹痛，呕吐泄泻，发热搐搦，昏迷不醒，一切危险急症，置儿密室中，不可当风。医用两手大指蘸姜葱热汁，在病儿胸前左右横推，至两乳上近肋处，三百六十一一次。口中记数，手中推周天之数，乃为奇。璇玑推毕，再从心坎用两大指左右分推至肋肋六十四次。再从心坎推下脐腹六十四次。再用热汁入右手掌心，合儿脐上，左挪六十四



次，右挪六十四次。挪毕，用两手自脐中推下少腹六十四次。再用热汁入右手掌心，合儿脐上，左挪六十四次，右挪六十四次。挪毕，用两手自脐中推下少腹六十四次。再用两大指蘸汁推尾尻穴，至命门两肾间，切不可顺推，此法屡试屡验。”

### 按肩井法

#### 【释名】

该法是依据手法及操作部位的名称而定名的。术者用一手食指或中指指面着力，先掐，然后按揉患儿肩井穴，故得名。

#### 【动作结构】

患儿取坐位，术者坐其身前，用一手食指或中指指面着力，先掐、后按揉患儿肩井穴；用另一手拇、食、中三指拿捏住患儿食指和无名指或中指，令其掌面向下，然后以肘关节为中心摇动其前臂（图 7-31）。

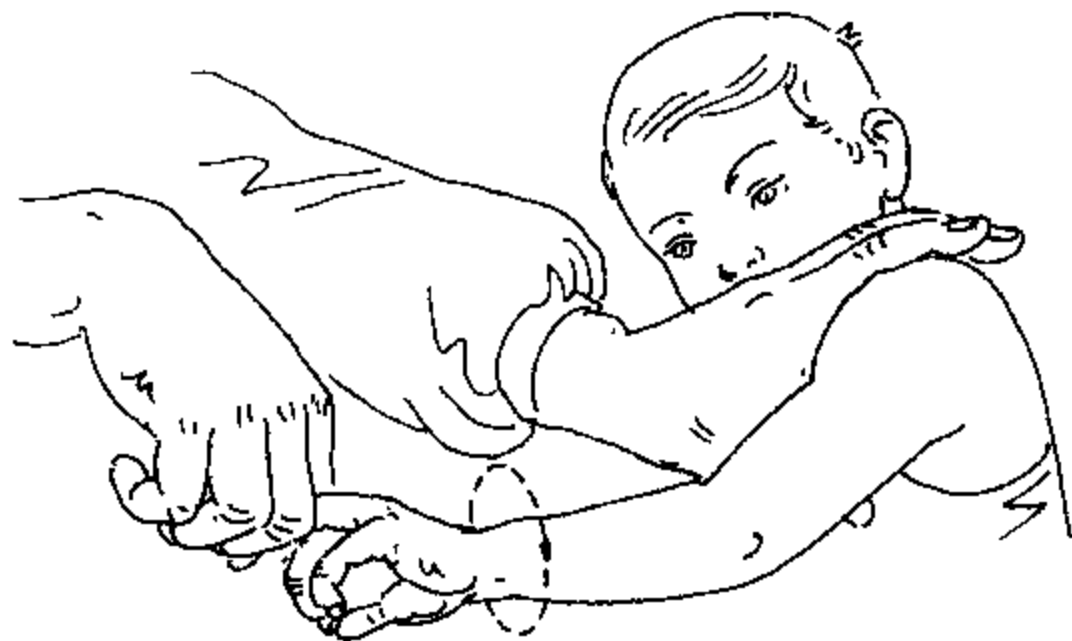


图 7-31 按肩井法

#### 【操作要领】

手法宜轻柔缓和，以患儿能够耐受为度，一般在诸手法用毕后用此手法结束，具有关门之意，与分手阴阳遥相呼应。按、掐、揉各 5~10 次，摇动 20~30 次。

#### 【临床应用】

本法具有通行一身之气血、提神功效，用于久病体虚、内伤外感诸证，推拿操作结束之前用本法收尾。故本法又有总收法之称。也可在最后仅用双手拿揉双肩井穴代之。

#### 【古今文献辑要】

《幼科铁镜》：“井肩穴是大关津，掐此开通血气行，各处推完将此掐，不愁气血不周身。”

《幼科推拿秘书》：“总收法：诸症推毕，以此法收之，久病更宜用此，永不犯。其法以我左手食指，掐按儿肩井陷中，乃肩膊眼也。又以我右手紧拿小儿食指、无名指，伸摇如数，病不复发矣。”

## 第八章

# 踩跷法

### 第一节 概述

#### 一、含义

踩跷法是脚踩法的古称，是以中医脏腑经络学说为理论依据，用足尖、足掌或足跟在人体体表的不同部位、穴位及经络，运用点、揉、推、搓等不同的脚法技巧，使机体恢复正常生理状态的一种传统治疗方法，属于中医推拿学的范畴。

按摩古称按跷。按字从手，代表了以手疗疾的一类手法，如推、拿、按、摩、揉、擦、滚、搓等；跷字从脚，《玉篇》《说文》均解作：“举足也”，《韵会》注为“脚走之貌”，是指以脚为主要的治疗手段。吴鹤皋指出：“手摩为之按，足躡谓之跷。”张志聪亦注曰：“导引者，擎手而引欠也；按跷者，趺足以按摩也。”据《汉书·苏武传》记载：“（苏）武引佩自刺，卫律惊自抱持武，驰召医，凿地为坎，置温火，复武其上，蹈其背以出血，武气绝半日，复息。”这是古时将踩跷法用于急救的生动描述。在魏晋南北朝时期的养生著作《太清道林摄生论》中强调“凡人无论有事无事，恒须日别一度遣人蹋脊背，及四肢头项，若令熟蹋，即风气时行不能着人”是将踩跷法用于保健按摩的记载。唐代蔺道人所著《仙授理伤续断秘方》详细介绍踩踏之法，其在髋关节的整复中有：“凡跨骨从臀上出者，可用三两人，挺定腿拔伸，乃用脚踏人。”元代李仲南撰《永类铃方》也记载有：“令病人复卧，医人以脚踏出骨节上，……用力擗人本处。”说明了踩跷法可用于整复脱位。

#### 二、特点

踩跷法主要具有省力的特点，可以减轻推拿医师的劳动强度，治疗时可以手脚并用，互补不足。所谓省力，是指踩跷之力来自全身重量和伴随着节律踩踏的全身协调运动，并以手为支撑，从而产生轻重之分和补泻两法。在临床多用于治疗腰背臀股部疾病，在保健按摩、防治疾病中也发挥着积极的作用。

#### 三、基本器具

踩跷时必须具备基本的器具。这些器具包括：踩跷床、专用袜和垫子。踩跷床是踩跷的必备设备，其基本结构为床和用于支撑体重的扶手。床与一般的按摩床相同，包括床垫和呼吸孔。扶手种类繁多，有的不与床相连，被设置成从天花板上下垂的吊环，或固定于墙上的

铁栏；或与床相连做高出床面的一个架子，架子高度宜平肩，宽度宜等肩，可根据推拿医师的身高、肩宽及习惯来自行设计。改进后的踩跷床（图 8-1），专门设计了座板，操作更省力。专用袜多为毛线织成，穿在脚上可以避免医者之脚直接接触患部。垫子有厚有薄，俯卧位时常垫患者胸、腹、小腿等处，起保护作用，并增加患者的舒适感。医者在治疗中所取体位包括站式与坐位。

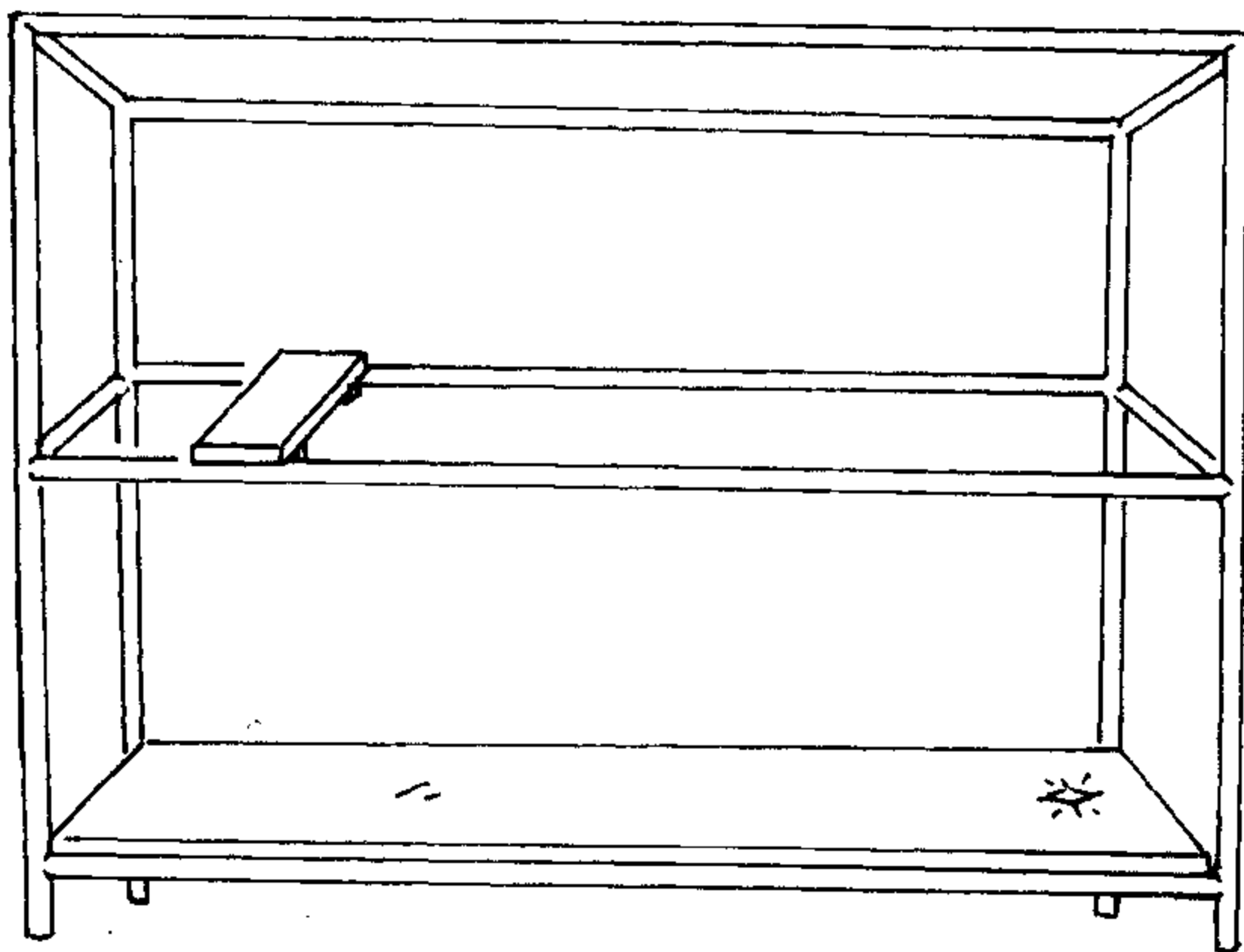


图 8-1 改进后的踩跷床

#### 四、注意事项

1. 踩跷法主要适用于慢性疾病和功能性疾病的治疗，对某些疾病的急性期也有良好疗效，操作时注意力度要适中，以患者能耐受为度，忌用蛮力。
2. 急性传染病、脓毒血症、出血性疾病、各种皮肤病、骨结核、肿瘤、骨折及肌腱断裂、孕妇等均应列为踩跷法之禁忌症，对年老体弱、骨质疏松严重者应慎用。
3. 临证时，首先应该详查病情、明确诊断，从而判断是否为踩跷法适应症，做到心中有数，治疗有方。切忌不辨证、不问病情乱踩。
4. 踩踏部位以腰、骶、臀、大腿、上臂为主。在胸背踩踏时，应注意脚的力度、位置、角度等，以免损伤胸廓。
5. 踩跷法治疗前 1 小时内患者不得进食或过多饮水。

## 第二节 踩跷功法

踩跷法主要是由推拿医师运用脚的各种规范的技巧性动作，在人体不同部位使用不同的脚法。因此，要正确掌握和运用踩跷法治疗疾病，必须重视脚法的基本功训练。

踩跷功法主要包括脚法训练和上肢支撑能力训练两部分。

### 一、脚法训练

#### 踮脚法

##### 【功势】

练功者直立，两脚分开与肩等宽，全身放松，两眼平视前方，挺胸收腹，两手自然下垂或背于身后。练功时，身子微向前倾，使重心前移，两脚同时逐渐由全脚着地，过渡到前脚掌着地或大趾着地（图8-2）。



图8-2 踮脚法



图8-3 鲲鹏展翅法

##### 【要领】

1. 过渡到前脚掌或大趾着地时要达到极限位，方能有效。
2. 由前脚掌或大趾着地返回全脚着地时，不要因惯性和身体重心的后移而使脚尖上翘。
3. 频率适中，以60~80次/分为宜。

### 【应用】

主要为地上练功动作，不受时间与环境的限制。能增进趾力与小腿肌力，并有助于训练医者保持平衡的能力，是踩跷的基本功法之一。

### 鲲鹏展翅法

#### 【功势】

练功者直立，两手自然下垂，单脚着地，另一侧下肢屈膝屈髋上抬。在着地之脚上踮的同时，两手外展至 $90^{\circ}$ ，状若大鹏展翅（图8-3）。

#### 【要领】

1. 颈要直，手脚动作要协调，成引领欲飞之状。
2. 保持身体的平衡，着地之脚应固定不移，左右交替。
3. 频率在30~40次/分为宜。

#### 【应用】

主要为地上练功法，重在左右平衡训练。

### 孟女投江法

#### 【功势】

练功者直立，两手自然下垂，掌心向后；一侧下肢屈膝屈髋抬高地面，另一侧下肢直立。练习时，着地之脚跟上抬，身体前倾，头朝下；两手由下向上伸展，与肩平齐，屈曲下肢尽力向后伸直（图8-4）。

#### 【要领】

1. 手脚动作协调，手要尽力伸展，腿要尽力后伸，而头面朝下，似投水之状；腰部在瞬间处于反弓状态。
2. 一定要保持身体的平衡，着地之脚应稳定地支撑在地面上，不能前后移动，左右交替。
3. 频率在30~40次/分为宜。

#### 【应用】

主要为地上练功法。重在前、后平衡训练，也有增强腰部肌力及趾力的作用。



图8-4 孟女投江法

### 金鸡独立法

#### 【功势】

取一沙袋放在踩跷床上，医者两臂平放双杠上，上身挺直，右下肢抬高向前平伸，右脚面绷紧，或屈膝屈髋，使小腿下垂；左下肢独立支撑，练习时左足跟上抬，以足尖着地；左右交替进行。

#### 【要领】

1. 练功时身体重心放在足尖，并可做踝关节的旋转活动。
2. 逐渐增加练功时间。

#### 【应用】

本法主要锻炼小腿肌肉及足拇趾的支撑力，以便在应用足尖治疗时有足够的耐力。

### 足蹬火轮法

#### 【功势】

取一对哑铃放在地上，练功者坐在椅子上，两脚踩在哑铃柄上搓滚，使之前后滚动；或取站位，一侧下肢直立，另一脚踩在哑铃柄上搓滚，使之前后滚动；左右交替练习。

#### 【要领】

1. 心神集中，气贯于足，以大腿带动小腿。
2. 踝膝关节运动灵活，以足掌着力，脚要踩稳哑铃柄，不要滑脱。

#### 【应用】

本法主要练习下肢搓滚力及踝膝关节的灵活性。

### 五趾抓地法

#### 【功势】

练功者直立，前臂屈曲，贴于身旁，掌心向下；两眼平视前方，行深呼吸；两脚分开与肩等宽，两脚尖内扣（内八字），马步下蹲，尽量降低重心。练功时，指趾一一对应，依次屈曲。

#### 【要领】

1. 一般从左右双拇趾起，每个脚趾依次屈曲为一遍，可操作 20~30 遍。
2. 初屈曲动作缓慢，肌肉紧张，久练后令趾刚劲有力，如鹰爪之状。
3. 穿鞋不能太紧，温室内以赤脚练习为佳。

#### 【应用】

主要为地上练功法。能提高脚趾力量及脚趾的感知力与协调性。

## 二、手支撑训练

### 两臂支撑法

#### 【功势】

练功者直立于踩跷床，双手握住两侧扶手，屈肘，前臂直立，然后伸肘，使两臂伸直支撑体重，再缓缓落下，如此反复做双臂屈伸动作，将身体向上撑起。

#### 【要领】

1. 上身要直，抬头、挺胸、收腹，两脚并拢，足面绷紧。
2. 随着臂力的增长，两下肢可随着肘关节屈伸作交替的屈膝悬空动作。
3. 可连续练习 10~30 次。

#### 【应用】

增强臂力及全身肌肉的协调性，通过控制体重使踩压力量恰到好处，有利于达到最佳治疗效果。

### 泰山压顶法

#### 【功势】

练功者直立于踩跷床，两臂伸直，两手握住一侧扶杆，通过屈肘带动身体压向扶杆。

#### 【要领】

1. 身体前压时，可根据自身情况用足掌或足尖着地，控制下压力的大小，逐渐加大力量。
2. 可连续练习 10~30 次。

#### 【应用】

增强臂力和身体的灵活性。

## 第三节 基本脚法

### 一、单式脚法

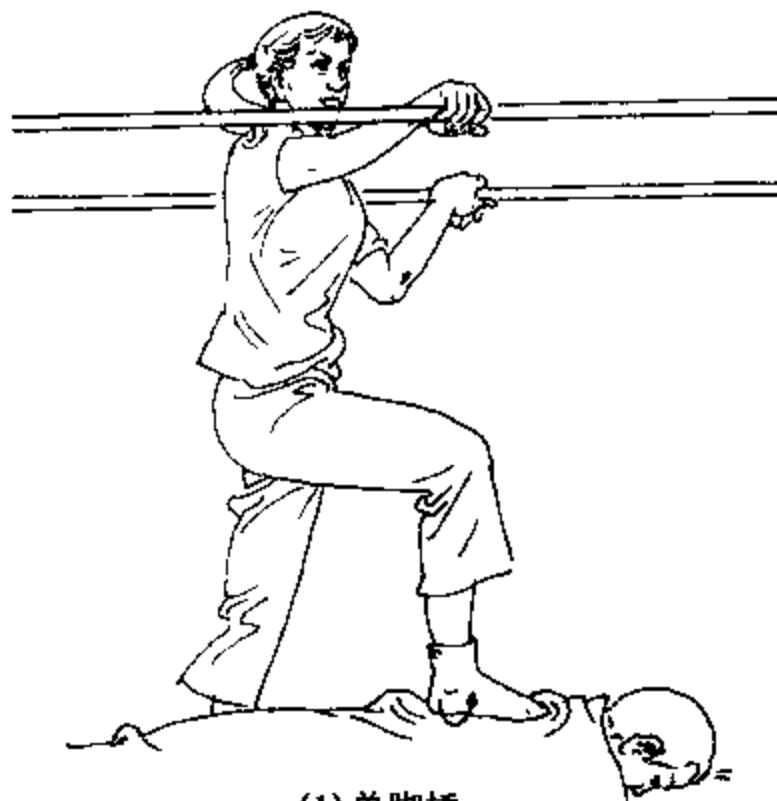
#### 脚揉法

以单脚或双脚后跟、前脚掌、脚弓或拇趾吸定于一定部位，通过膝关节的摆动或旋转，带动着力部位，在治疗部位下做节律性的摆动或旋转揉动的方法，称为脚揉法。

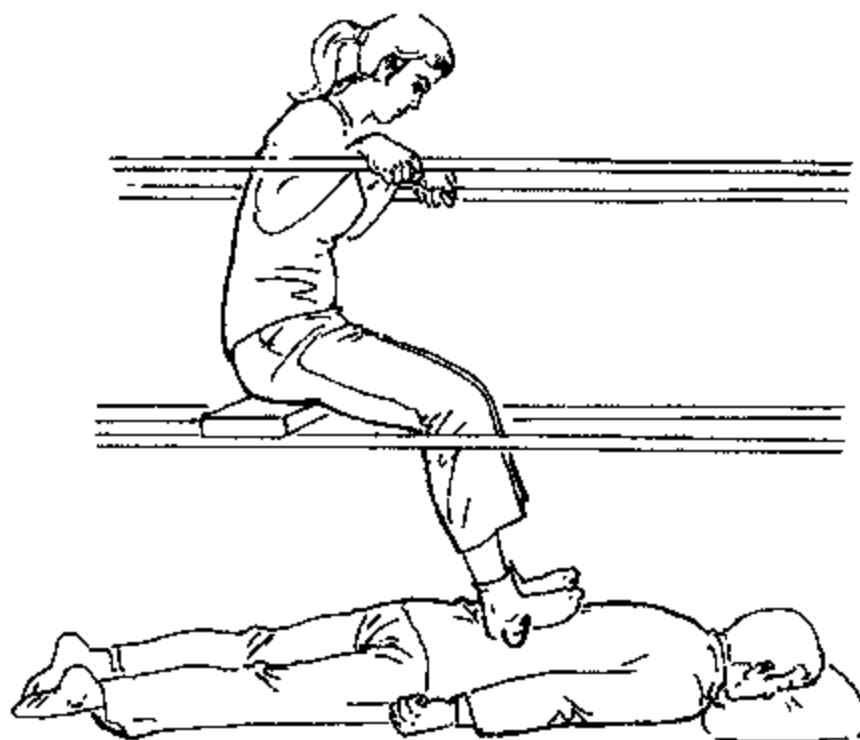
#### 【动作结构】

受术者仰卧、侧卧或俯卧于踩床上，术者两手握杠，以单侧或双侧的脚跟、脚掌或拇趾着力于治疗部位作小幅度的环旋运动，并带动施术处皮肤一起宛转回环，使之与内层的软组织之间

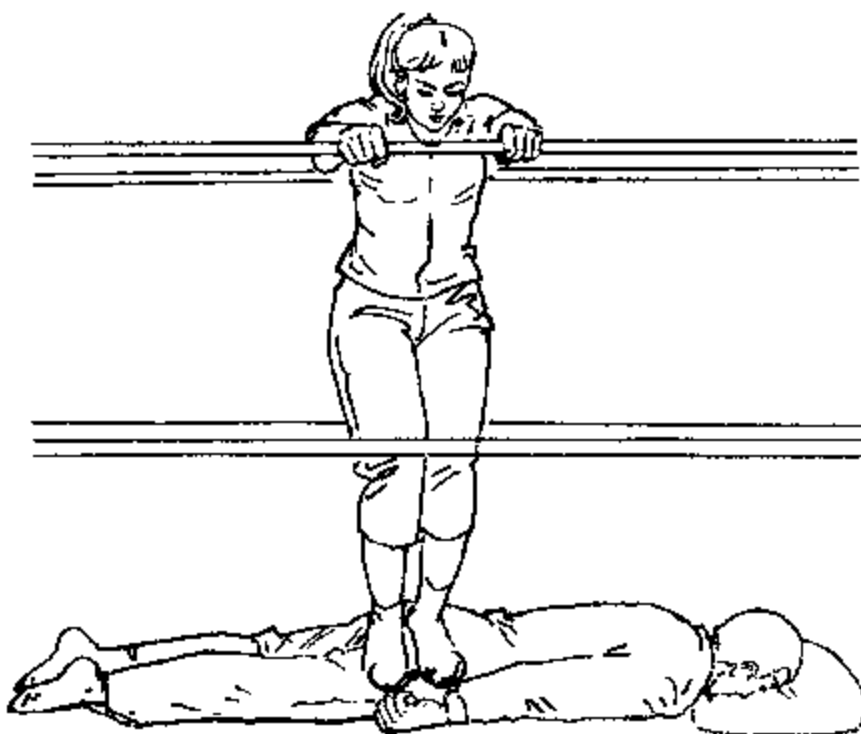
产生内摩擦。双脚揉时,可并拢或分开一左一右,对称揉受术者左右两侧(图8-5)。



(1) 单脚揉



(2) 双脚对称揉



(3) 双脚合揉

图8-5 脚揉法

**【操作要领】**

1. 揉动的幅度应由小而大,用力应先轻渐重,通过双臂的支撑来控制下压力的大小。
2. 术脚接触部位要吸定于操作部位,不得在皮肤表面摩擦或滑动。
3. 频率以100~160次/分为宜,操作时间一般为5~10分钟。

**【临床应用】**

本法是重要的放松脚法,能够舒筋通络、益气活血、缓解疲劳、镇痛。受术者感觉非常



舒适，常用于其他较重的脚法之后，消除治疗后的不适感。其中脚跟揉力度最强，多用于肩背腰臀部及双下肢肌肉丰厚处；足掌揉接触面积较大，虽然用力较大，但作用力较轻柔，可用于肩背腰臀部及双下肢肌肉丰厚处；足尖揉接触面积小而作用力深透，尤适宜于腧穴及痛点。

### 脚压法

双脚脚掌或后跟垂直用力下压，称脚压法。

#### 【动作结构】

受术者仰卧、侧卧或俯卧于踩床上，术者两手握杠，先以上肢支撑体重，全脚踩踏于一定部位，重心逐渐前移用足掌下压或重心后移用足跟下压。如此先轻渐重，由浅而深地反复按压治疗部位（图8-6）。

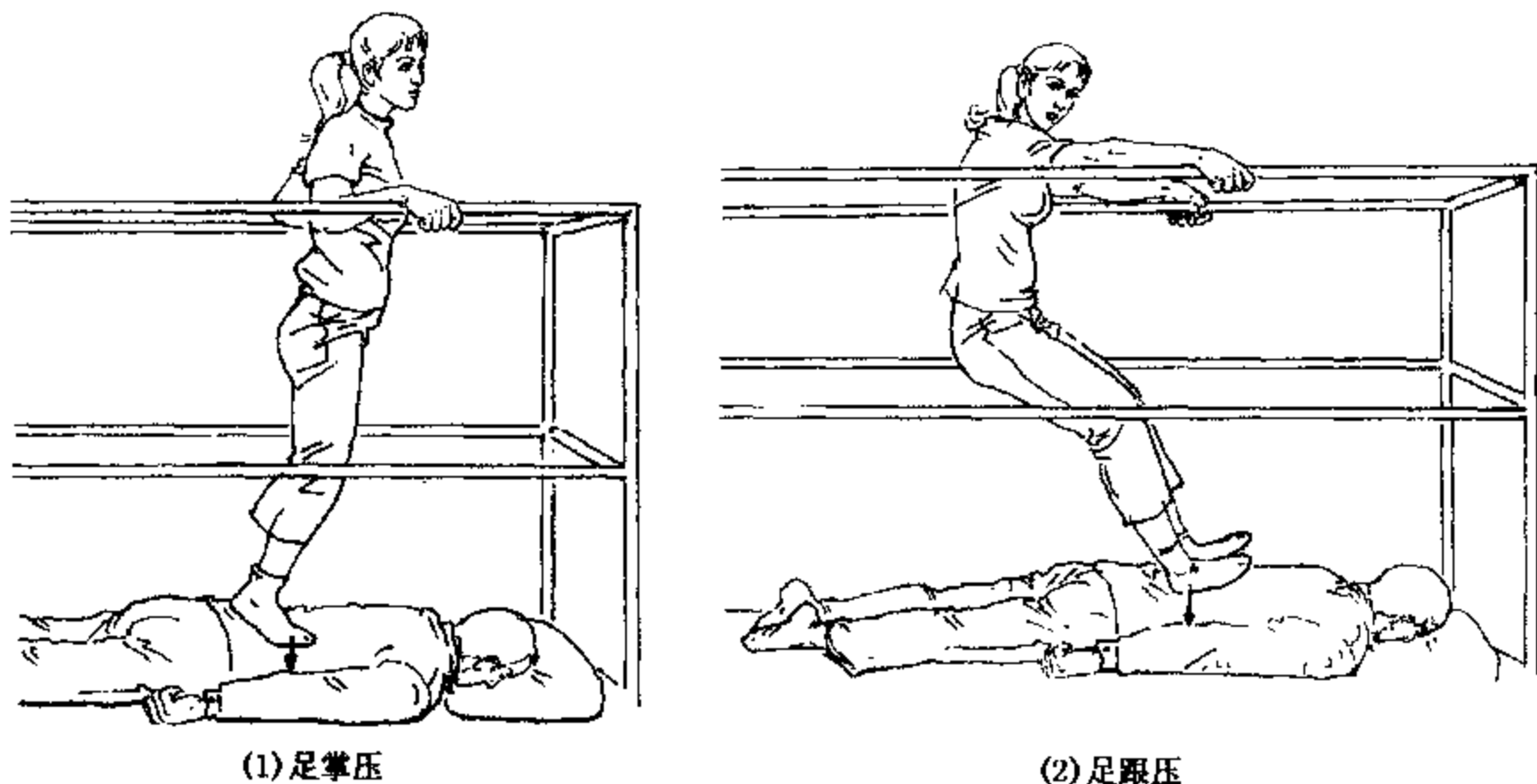


图8-6 脚压法

#### 【操作要领】

1. 施术过程中，术者通过双臂支撑力量的大小来控制下压力的大小。
2. 术者呼吸自然，不要屏气，用力平稳，当受术者有明显的得气感时再慢慢抬起。

#### 【临床应用】

本法是重要的理脊与理筋脚法，具有舒筋通络、解痉镇痛作用，可用于脊柱整复，常用于面状部位或沿经络线操作。如用于脊柱两侧之膀胱经线，既治腰背疼痛，又能够调理内脏。足掌压时作用力较柔和，适用于经筋及肌肉部位，对于肌肉酸胀、局部麻木的受术者按压时间较长而放松时间相对较短，交替进行；用于保健按摩则反之。足跟压时用力沉稳而深透，作用力较集中，常用于点状穴位或部位的治疗。

## 脚 点 法

以大拇指趾端垂直向下着力于一定部位，称脚点法。

### 【动作结构】

受术者仰卧、侧卧或俯卧于踩床上，术者两手握杠，以双臂支撑身体，以足尖垂直向下点压在特定部位或穴位，用力由轻渐重。包括持续点和间歇点两种操作，持续点是指术者在治疗穴位上进行较长时间的点压；间歇点又称呼吸点穴法，点压时随呼吸进行，呼气时点而吸气时抬起足尖。

### 【操作要领】

1. 本法操作时用力应逐渐加重，切忌使用暴力，以受术者出现得气感为度。
2. 持续点压的时间一般为1~5分钟或更长，以受术者能耐受为度，间歇点压频率一般为10次/分。

### 【临床应用】

该法深透力强，刺激强度大，能够开通闭塞、通经活络、散寒止痛，多用于腰、臀、大腿等处穴位。可单足点，也可双足点。用于保健时多以双脚同时在人体左右两侧对称地沿一定经线操作；用于某部位病证，尤其是压痛点时，可一脚置于患处，另一只脚对称置于健侧，逐渐将身体重心过渡到患侧，有良好的镇痛作用。一般间歇点多用于胸背部及腹部。

## 脚 推 法

用足掌或足跟着力于治疗部位，沿肌肉纤维走向或经络循行方向作单方向的直线推动，称脚推法。

### 【动作结构】

受术者仰卧、侧卧或俯卧于踩床上，术者两手握杠，用足掌或足跟着力于治疗部位，沿肌肉纤维走向或经络循行方向作单方向的直线推动，或自中间向两侧分向推动。包括足掌直推法、足掌分推法和足跟推法。足掌直推法是在一侧下肢作固定支撑条件下，用另一侧脚掌着力于所需治疗部位，沿直线向前推动。分推时两脚平放在胸骨正中或脊柱正中，足跟并拢向两侧分推（图8-7）。

### 【操作要领】

1. 尽量将所需治疗部位暴露于足掌之下，可使用介质。
2. 要尽量做直线推动，操作沉稳、缓和。
3. 在病变部位或胸腹部推动时，用力应稍轻，而在腰背四肢时，用力可稍重，但应随症而异。
4. 频率较缓和，每个部位推动次数以3~5次为宜，分推时一般从上到下，依次分推完为1遍，可操作5~10遍。

### 【临床应用】

脚推法作用力沉缓，是重要的镇痛与理筋方法，功能舒筋活血、通经活络、祛风散寒、

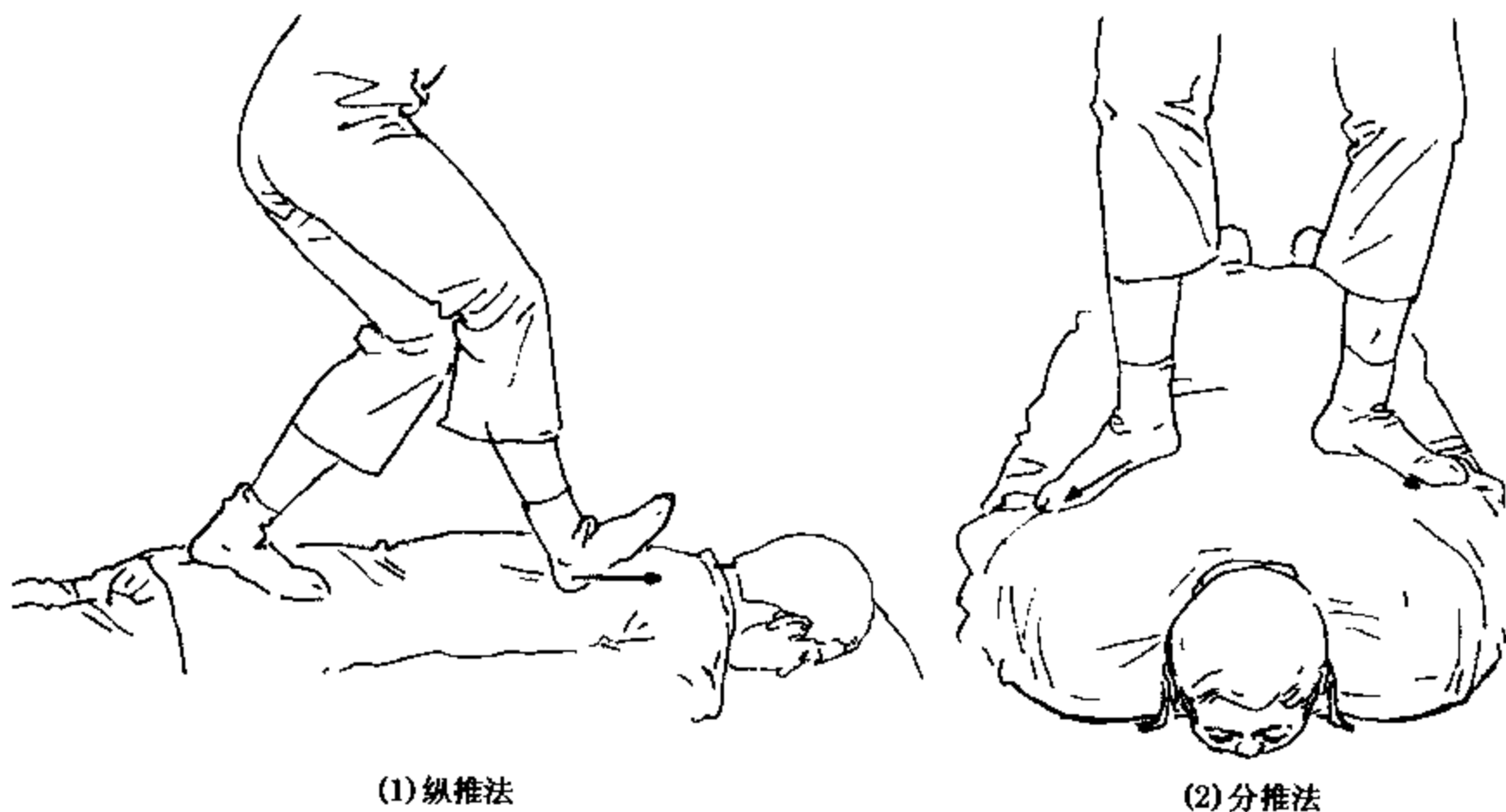


图 8-7 脚推法

理筋整脊、行气止痛等，多用于急慢性腰肌损伤；分推法主要用于胸背部及腰骶部，多用于保健。足跟推法主要用于腰背及下肢部，接触面积小，刺激作用强，常用于陈伤劳损。

### 脚 颤 法

术者用双脚在受术者腰背部同时做节律性弹跳踩踏的方法，称脚颤法。

#### 【动作结构】

受术者俯卧，胸部和大腿部各垫枕头数只，使腹部腾空，离床面约 10cm。术者两手握杠，以双臂支撑身体，用单足或双足的足掌前部着力，踩踏在治疗部位上，运用膝关节的一屈一伸，使身体一起一落，对腰部产生一弹一压的连续刺激。

#### 【操作要领】

1. 嘱受术者全身放松，张口呼吸，配合弹压起落，呼气时下压，吸气时弹起，切忌屏气。
2. 跳起时，脚掌离开踩踏部位，但脚尖始终接触治疗部位。
3. 术者通过上肢支撑力量的改变来调节自身重量和控制踩踏力量。
4. 严格把握脚颤法的禁忌症与适应症。对诊断不明，特别是疑有脊柱结核或骨质疏松时应禁用本法。对年老体弱者也不宜使用。
5. 根据受术者体质和病情，踩踏的力量和次数要适可而止。

#### 【临床应用】

本法可调整腰椎关节、放松肌肉。用于治疗某些顽固性腰腿痛，如腰椎间盘突出症、紧张性肌炎、腰肌劳损，对强直性脊柱炎等脊柱侧弯或后凸畸形有一定的矫正作用。

## 脚 摩 法

术者一只脚作固定支撑，另一只脚掌置于受术者身体一定部位，以膝关节的运动，带动小腿和踝部作回旋摩动的方法称脚摩法。

### 【动作结构】

受术者仰卧、侧卧或俯卧于踩床上，术者两手握杠，一侧下肢站于床上或受术者腰骶部作固定支撑，另一只脚掌着力于治疗部位，作自上而下或自左向右的直线往返摩擦动作或做回旋摩动（图 8-8）。

### 【操作要领】

1. 操作应连贯，周而复始。
2. 频率应平稳适中，一般 80 ~ 100 次/分。
3. 脚掌应始终接触治疗面皮肤。

### 【临床应用】

摩法力度较轻，刺激缓和而舒适，具有温经活络、祛风散寒、活血化瘀、行气止痛作用。如用于胸背部，可祛风散寒、疏肝理气、宽胸利膈；如用于胸腹部，可健脾和胃、消食导滞、温阳补肾。摩腹时，有顺时针和逆时针之分，顺时针摩为泻，逆时针摩为补。

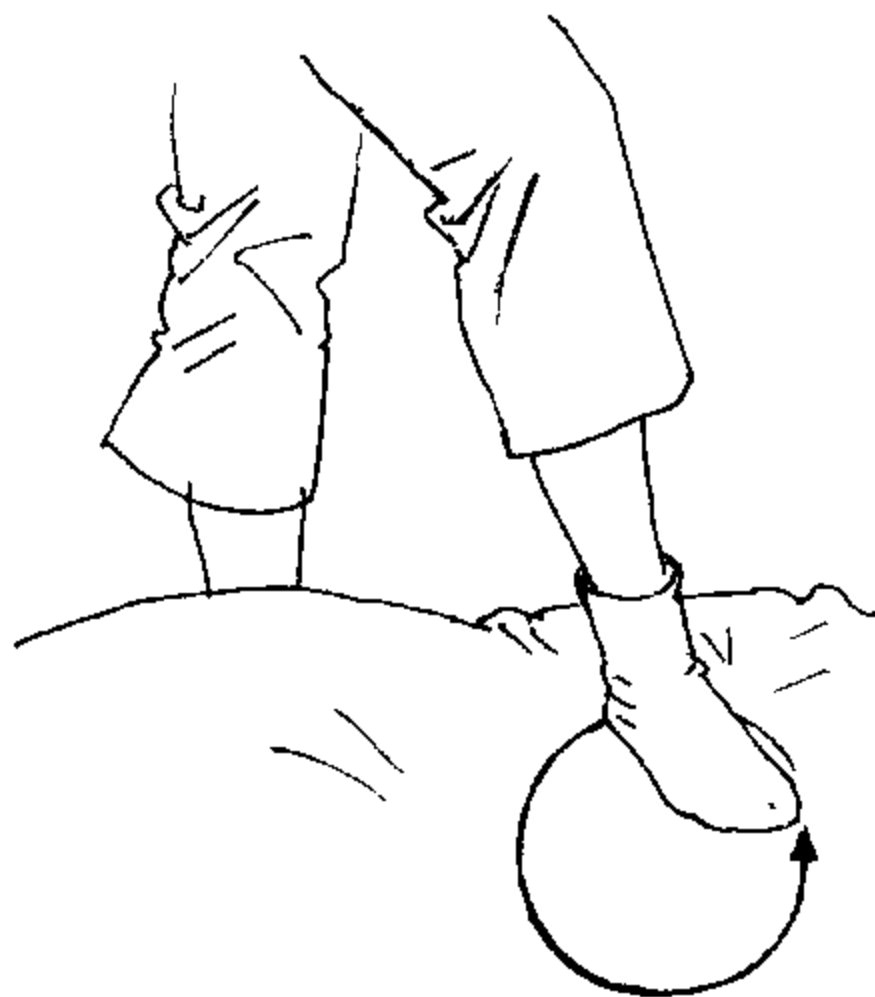


图 8-8 脚摩法

## 脚 搓 法

术者以单脚或双脚置于受术者身体一定的踩踏部位，快速地做来回搓动的方法，称脚搓法。

### 【动作结构】

术者以单脚或双脚置于一定的踩踏部位，快速地来回搓动。

### 【操作要领】

1. 搓动之脚一定要紧贴皮肤。
2. 可横向，亦可纵向搓动。横向搓动时借助床面为支撑，单脚或双脚朝同一方向运动；纵向搓动时，双脚夹持欲搓部位，两脚同时向相反方向运动（图 8-9）。
3. 搓动频率应快，力度适中，透热为度。
4. 搓动时应循序左右或上下缓缓移动。

### 【临床应用】

本法有温经活血、行气止痛功能，对皮肤刺激较强，易于产生温热效应，以促进血液循环，多用于寒证、瘀证、皮肤感觉迟钝与异感症等，也用于局部的放松。四肢部位多用单脚

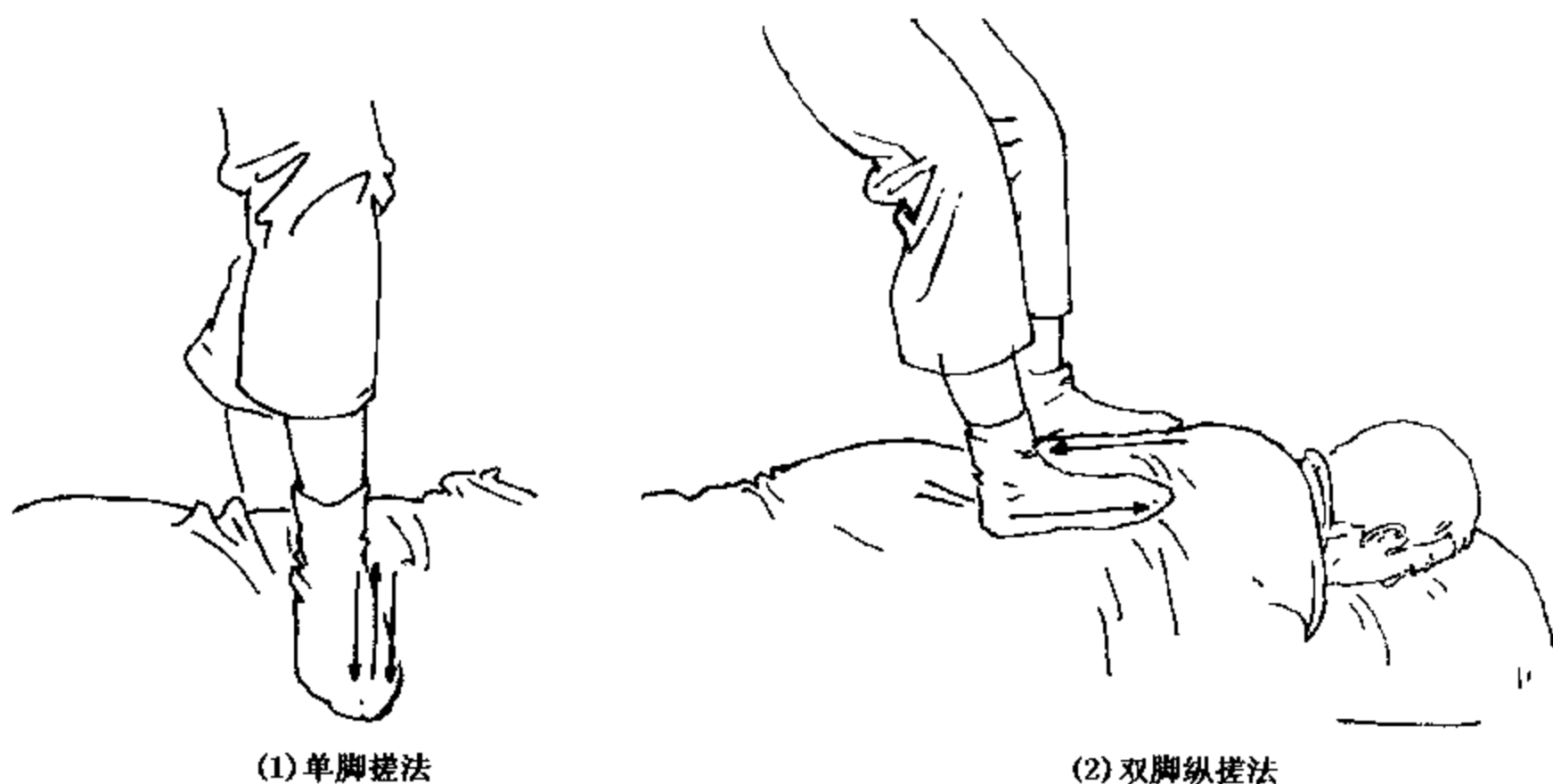


图 8-9 脚搓法

脚弓横向从上向下搓动，可放松四肢，消除疲劳；肋肋、腰、腹等部位则多用双脚来回搓动，有活血温经止痛之良效。

### 足跟击打法

术者以脚跟部着力，在受术者体表的某一部位作快速节律性击打的脚法，称足跟击打法。

#### 【动作结构】

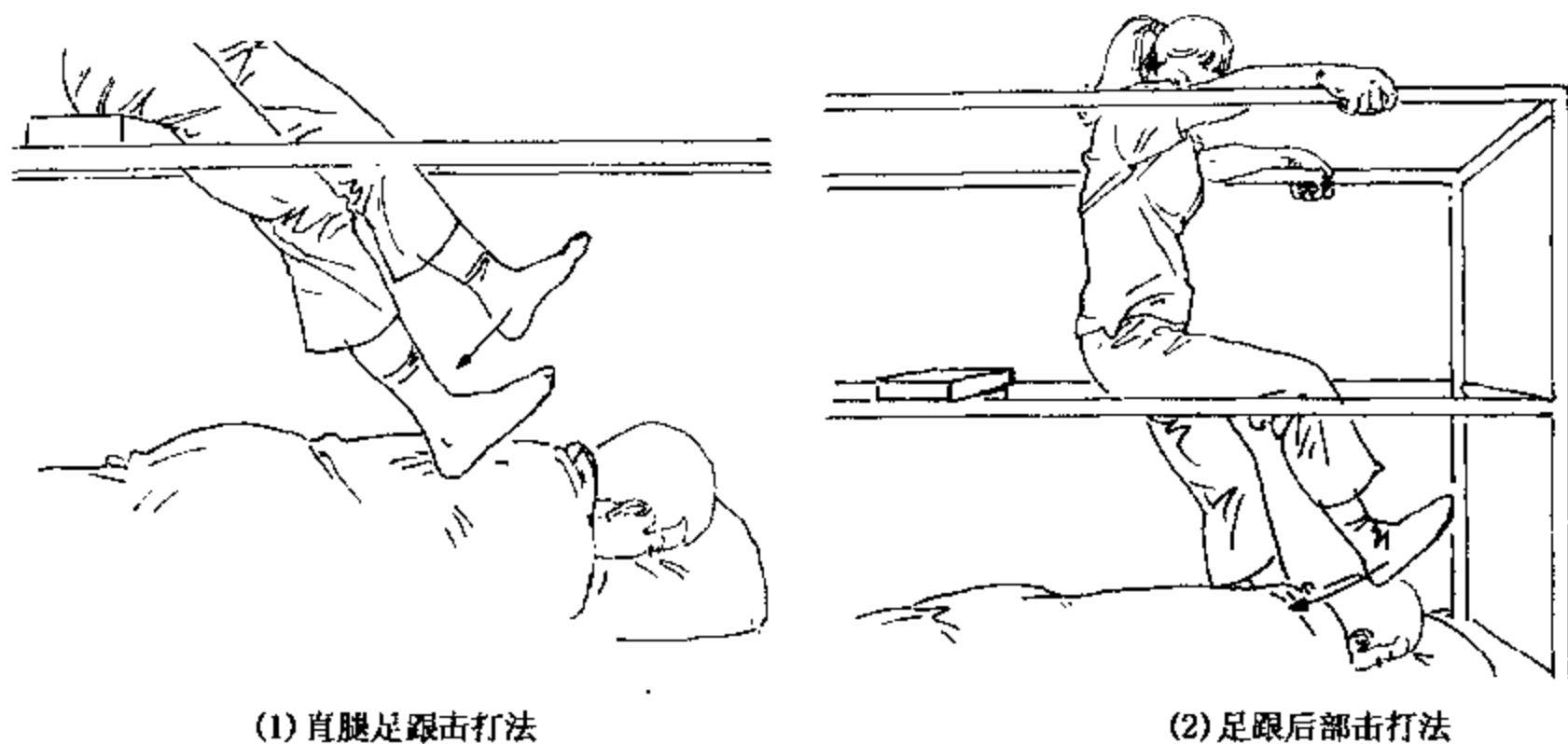
受术者仰卧、侧卧或俯卧于踩床上，术者两手握杠，用两足跟交替着力于治疗部位作节律性击打。也可取坐位，两脚后跟置于治疗部位进行击打（图 8-10）。

#### 【操作要领】

1. 双脚下落时要自然，一般借助重力击打，而非主动发力，力度适中，以受术者能忍受为度。
2. 两脚多交替击打。
3. 频率要快，80~100 次/分。

#### 【临床应用】

用本法节律性击打脊柱，有助于调整椎间关节和改善脊柱的力学平衡，并通过脊柱对内脏可能产生某些影响，是重要的调脊方法，具有整复关节、放松肌肉、活血化瘀等作用。临床除用于椎骨错缝、椎间盘突出等骨伤科病证外，还广泛用于高血压、失眠、眩晕、咳喘、胸痹等内科病证。用于肩、髋、髌膝等关节处，有较好的调理关节作用；用于臀、腰、肩井、四肢等处，则是重要的放松脚法，多用于收功。



(1) 直腿足跟击打法

(2) 足跟后部击打法

图 8-10 足跟击打法

## 二、关节特殊整复法

### 蹬腰提腿法

本法又名“牛犁地”，是一种重要的腰椎过伸扳法。

#### 【动作结构】

受术者取俯卧位，身体放松。术者位于其脚侧，一脚立于床上，一脚后跟踏于腰部痛处或需整复的椎骨处，膝关节屈曲约  $90^\circ$ ，双手将其两脚踝提起，至扳机点后，两手突然向上用力，同时蹬踏之脚则快速用力蹬踏，使患腰处于过伸位（图 8-11）。

#### 【操作要领】

1. 力度适中，应在受术者能忍受的范围内。
2. 手脚动作要协调，相反方向力的交汇点应在患处。作用时间应短暂。
3. 每处可操作 1~3 次。

#### 【临床应用】

本法能整复关节，用于下位腰椎或腰骶关节的整复。



图 8-11 蹬腰提腿法（牛犁地）

### 蹬腰拉手法

别名“鸭浮水”，是重要的腰椎过伸扳法。

#### 【动作结构】

术者双手紧拉受术者双手。在两手突然向后上用力拉提时，蹬踏之脚反向在患处尽力蹬踏。其余同蹬腰提腿法（图 8-12）。

#### 【临床应用】

整复关节。用于上位腰椎或下位胸椎的整复。

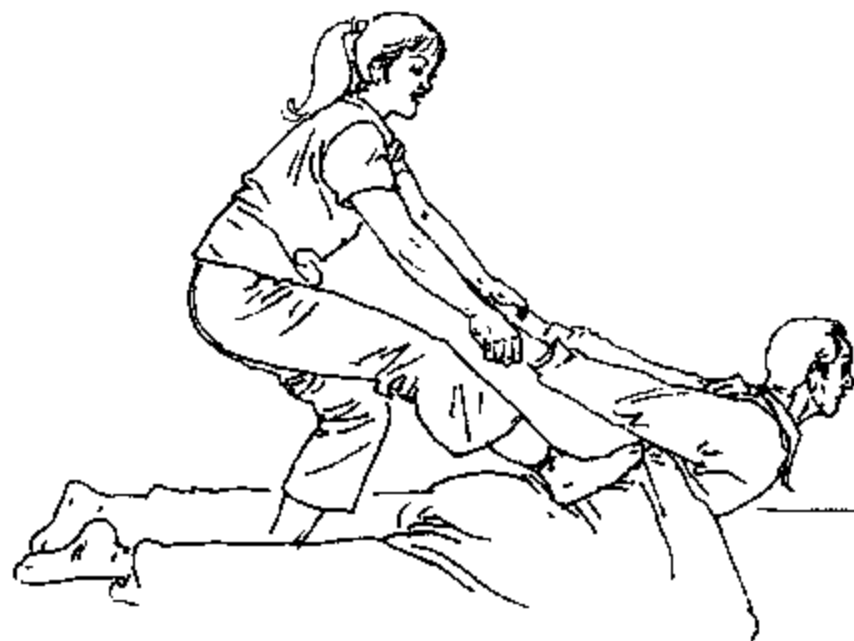


图 8-12 蹬腰拉手法（鸭浮水）

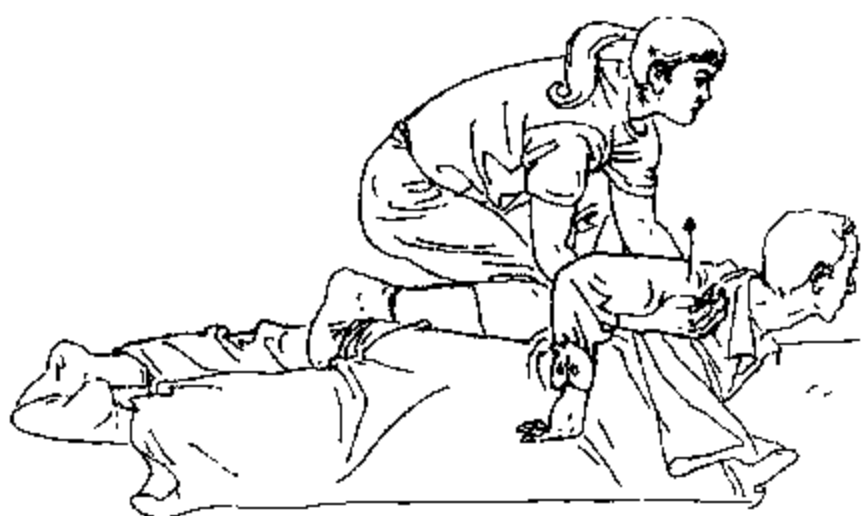


图 8-13 跪腰晃肩法

### 跪腰晃肩法

在固定腰部的情况下，晃动双肩，使脊柱左右旋转，从而达到整复腰椎与局部放松目的的方法，称跪腰晃肩法。

#### 【操作要领】

受术者俯卧，术者位于其左侧，左脚跪于床面，右脚屈曲，右膝关节跪于腰部正中或需整复处的下位椎骨；术者两手从受术者腋下插入肩前，用力将其双肩抱起，然后两手交替，一上一下快速晃动肩部（图 8-13）。

#### 【操作要领】

1. 术者右膝应牢牢地抵住腰部或治疗部位，使晃动之旋转力量作用于患处。
2. 两手晃动要快，晃动的最大幅度应在受术者能忍受的范围内。

#### 【临床应用】

本法能整复关节、旋转脊柱，用于脊柱及其深部软组织的放松，纠正脊柱旋转畸形。

### 骨盆调整法

通过下压与摇动髋、腿而调整骨盆的操作方法，称骨盆调整法。

#### 【动作结构】

受术者仰卧，屈膝屈髋，术者两脚分开置于其腋下，面向其脚而立，以两手按住其两膝上，先顺时针与逆时针方向各环转5~10圈，再向左、右侧压3~5次。最后，术者重心下移与前倾，尽力沿其大腿纵轴推压3~5次（图8-14）。



图8-14 骨盆调整法

#### 【操作要领】

骨盆的运动为最终目的，膝与髋为运动的杠杆，操作时应注意其角度、力度与幅度。

#### 【临床应用】

本法能整复骨盆、镇痛治痿，可用于治疗腰骶关节、骶髂关节、耻骨联合等损伤，也用于腹腔与盆腔部分脏器病变，如尿失禁、小便余沥、滑精、阳痿、泄泻等，对下肢痹痛、腰膝无力等也可辅助治疗。

### 跪颈仰头法

通过压颈与拔伸使颈椎后伸的方法，称跪颈仰头法。

#### 【动作结构】

受术者俯卧，身心放松。术者左腿跪于其左侧，支撑体重，右下肢屈膝屈髋，以膝盖顶住其枕后，向下跪压，与此同时，两手托住下颌，用力向后上拔伸，使颈部处于过仰位。

#### 【操作要领】

1. 跪颈时，小腿平置于脊柱正中，膝盖一定要紧贴枕后，下压之力应适中。
2. 膝盖下压与两手拔伸要协调。

#### 【临床应用】

本法能恢复颈椎生理前曲，用于治疗颈椎病、失枕、头痛等病证。

### 调脊法

两脚一前一后分别踏于脊柱上下，交替用力，调整脊柱的方法，称调脊法。

#### 【动作结构】

临床有两种方法：

1. 术者一脚站于受术者腰骶部，承受自身重力，另一只脚快速地平踏于受术者颈部或胸部脊椎。此时，重心前移，下踏一定幅度后，迅速上抬，重心重新回到腰骶部支撑脚。
2. 术者一只脚仍然位于受术者腰骶部，另一只脚从受术者颈椎起，从上至下，逐个椎体踩踏。踩踏时，主要运用前后脚之间身体重心的变化来完成（图8-15）。



### 【操作要领】

1. 踩踏颈、胸椎时，力度不宜过猛，需以上肢支撑部分体重，作用时间要短。
2. 踩踏腰骶部时术者重心可以完全落下。
3. 操作时节律感要强，前、后脚配合要协调。

### 【临床应用】

本法能调整脊柱、通理督脉、温中散寒，常用于颈腰椎同病，如胸椎椎间关节紊乱、胸肋屏伤、颈椎病、椎间盘突出症或腰椎退行性改变、腰椎椎骨错缝等。作为重要的脊柱保健方法，有利于整个脊柱的功能协调和各生理弧度的恢复，也可用于胸痹、心悸、高血压等内科病证的治疗。

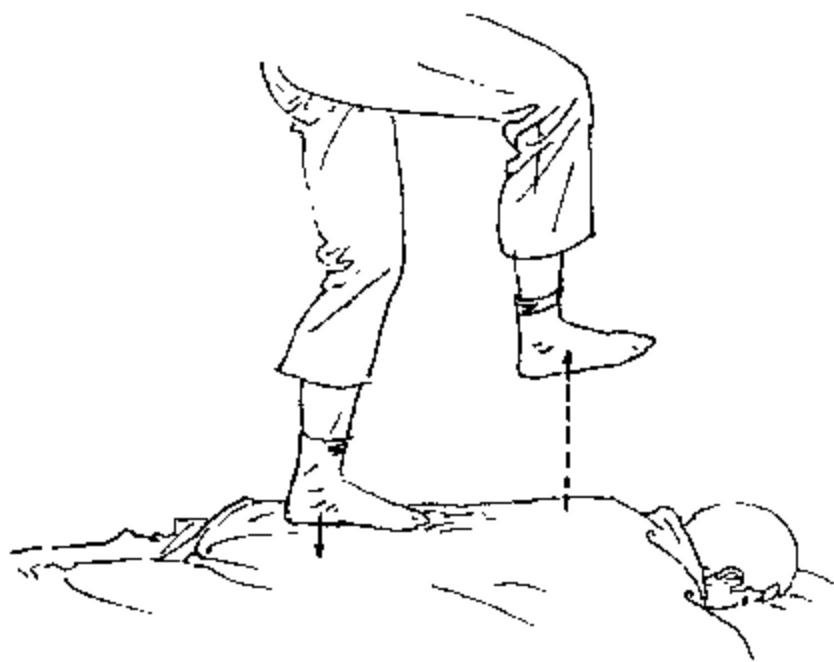


图 8-15 调脊法

### 小步走

本法为一种特殊压法，但因与小碎步走动相似，故以“小步走”命名。

### 【动作结构】

双脚对称置于受术者脊柱两旁，两脚交替，以脚掌行小碎步踩踏（图 8-16）。

### 【操作要领】

1. 踩踏力度应轻，频率要快。
2. 一般先从腰骶部走向肩部，再从上至下回到腰骶部。

### 【临床应用】

本法能疏经活络、放松腰背，用于治疗、保健前的放松或结束后的整理。

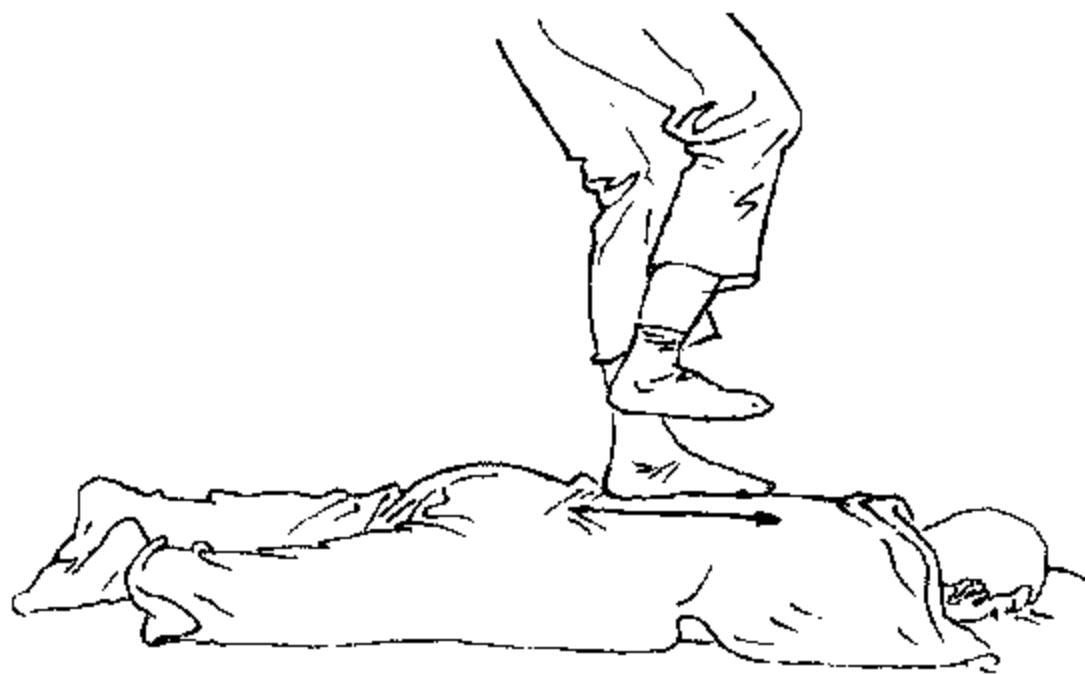


图 8-16 小步走

### 鸡啄米法

脚点加叩拨并移动的特殊方法，称鸡啄米法。因该法综合了脚点法、脚揉法和脚推法的部分特点，又几乎可以遍及足太阳膀胱经第一侧线和第二侧线，其式与小鸡啄米相似，故得名。

### 【动作结构】

术者用双脚对称平置于受术者脊柱两旁，脚拇趾发力，由平置开始屈曲，最后垂直下点

并抓附于一定部位，以拇趾的屈曲与抓附带动整个脚向前运动（图 8-17）。两脚常交替由下而上进行操作。

### 【临床应用】

本法能理脊疏经、通络止痛、活血化瘀，不仅能缓解腰背疼痛，还广泛用于头昏、头痛、失眠多梦、心悸气短、震颤麻痹、下肢萎软、遗尿、遗精等多种内伤杂证的治疗。



图 8-17 鸡啄米法

### 伸筋法

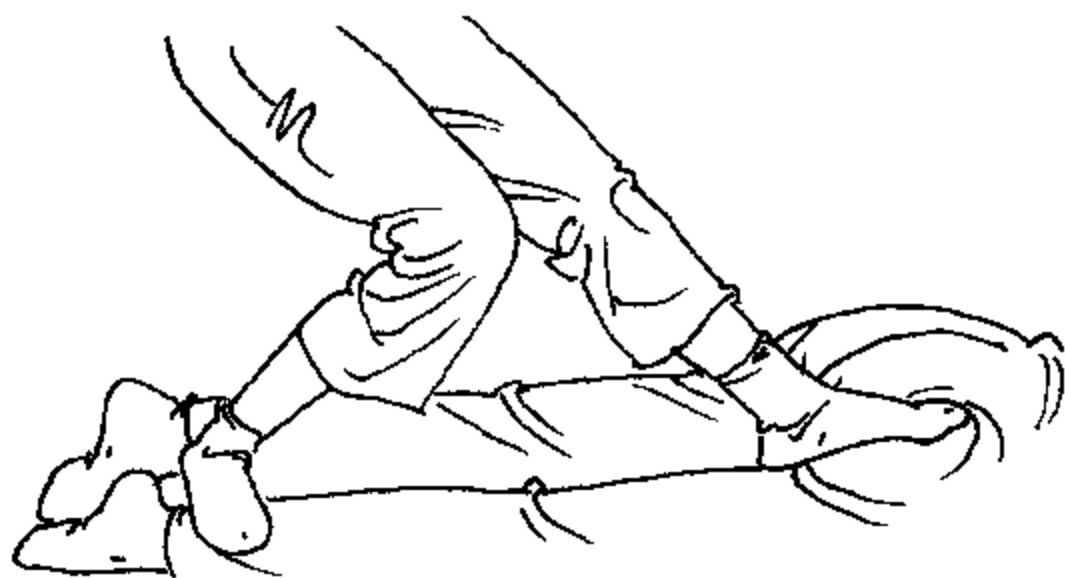
纵向牵拉肌肉的脚法，称伸筋法。

### 【动作结构】

受术者取俯卧位，术者两脚一前一后分立于需伸展的肌肉的两端，前臂支撑体重。施术时，术者膝关节保持平直，大小腿处于同一轴线，靠身体下沉，使左右两脚同时向前后发力，带动皮下组织向两端伸展，从而使肌肉得以拉长（图 8-18）。



(1)背肌伸筋法



(2)坐骨神经伸筋法

图 8-18 伸筋法

### 【操作要领】

1. 两脚接触面应吸定，不得有摩擦。
2. 力度应适中，太轻则抻其皮毛，太重则摩擦太大，不易吸定，而成为推法。临床以带动肌层组织运动为佳。

### 【临床应用】

本法能伸筋和络、行气活血、缓解痉挛，可用于腰、臀、大腿，甚至整个下肢肌筋的牵拉。用于急性腰肌痉挛、椎骨错缝、慢性腰肌劳损、退行性脊椎炎、风湿腰痛、肾虚腰痛、腰部保健等。

## 第四节 治疗脚法

### 一、腰背部常用治疗脚法

#### 【体位】

受术者取俯卧位或仰卧位。

#### 【操作趋势】

由上至下。

#### 【重点经穴与部位】

督脉、足太阳膀胱经、腰骶部、大椎、肩井、至阳、中枢、命门、腰阳关、背俞穴、八髎等。

#### 【功能主治】

补肾助阳、疏经活络、调整脊柱与关节，随其力度与操作重点之不同，可用于腰背部保健及治疗，腰椎间盘突出、椎骨错缝、急性腰扭伤、慢性腰肌劳损、退行性脊柱炎、坐骨神经痛、痿证、肾虚腰痛等病证。

#### 【基本程式】

##### 1. 放松与准备

(1) 术者坐位，先以双脚对称置于受术者脊柱两侧，以足后跟或脚掌从上而下、先内后外揉动整个背与腰骶8~10遍；继而一脚立于床上，另一脚从上而下揉对侧夹脊穴，两脚交替，各揉3~5遍。

(2) 术者站式，双脚前掌置其脊柱两侧，从上而下依次按压3~5遍，小步走3~5遍。

(3) 在脊柱两侧的上与下各以伸筋法伸筋5~8次。

(4) 在脊柱正中上与下行调脊法约1分钟。

##### 2. 疏经与点穴

(1) 在人体正中督脉之上，以脚拇趾趾端（一般用右脚）从大椎起逐个椎骨推揉并点压至腰骶关节止，1~3遍，以椎间隙为主。

(2) 以纵推法推脊柱两侧各5~8次，以分推法从上而下分推3~5遍。

(3) 从下而上推抹3~5遍。

(4) 一脚立于床上，另一脚后跟或拇趾内侧置于对侧骶棘肌的内侧（相当于华佗夹脊穴），从上而下以深沉之力向外侧推拨理筋1~3遍。

(5) 坐式点揉上述重点穴位。

(6) 站式，以鸡啄米或拇趾点压法在足太阳经第1侧线与第2侧线上，逐穴操作。其中，鸡啄米经穴并重，点压法以穴位为主。

(7) 支撑脚踩于骶骨正中，另一只脚拇趾分别点揉环跳、承扶、委中、承山，每穴得气后，停留10~30秒，两脚交替；两侧点毕，术者以双拇趾同时点受术者双涌泉穴约30秒。

(8) 压痛点多以单脚后跟或拇趾行点揉、推拨等法3~5分钟，力度以达到其能忍受极限为佳。

### 3. 调整脊柱与相关关节

(1) 牛犁地1~3次。

(2) 鸭浮水1~3次。

(3) 跪腰晃肩法10~30秒。

(4) 脚颠法三轻一重，5~10次。

(5) 骨盆调整法3~5次。

(6) 直腿抬高法：受术者仰卧，术者跪于床上，以一小腿压于受术者健肢，将患肢抬于术者肩上，在保持其伸直的前提下缓缓上抬，至其能忍受的最大角度停留20~30秒（图8-19）。

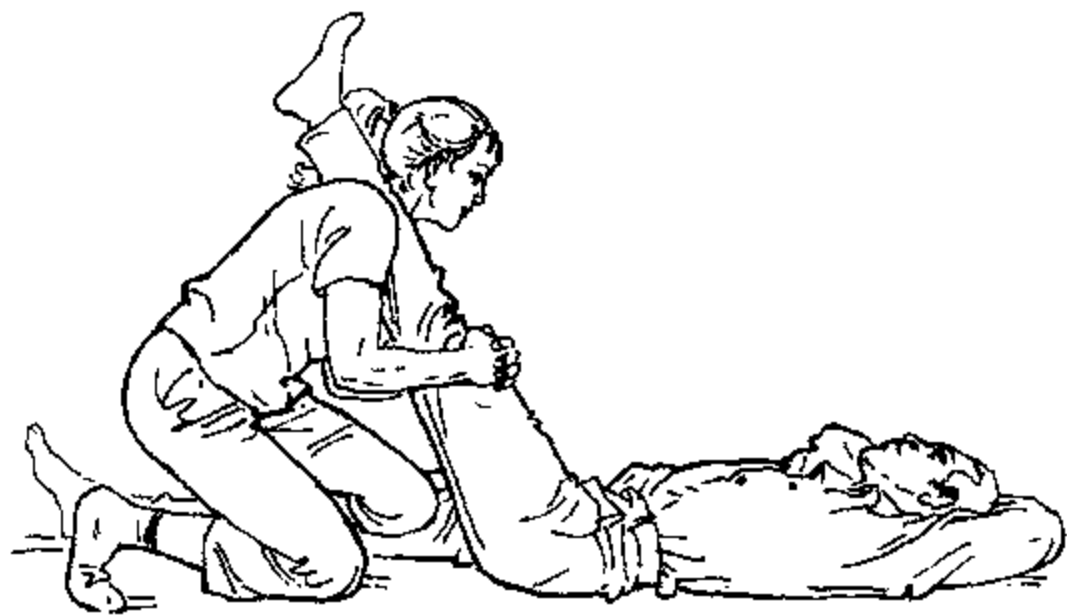


图8-19 直腿抬高法

(7) 跪背法：受术者俯卧、屈膝、两脚相互交叉；术者立于受术者大腿之下，以双小腿跪于受术者屈曲与交叉的小腿之上，通过屈膝（下压）与伸膝（上抬）的节律运动作用于小腿，该法类似于跟臀试验（图8-20）。抖腰5~10次（图8-21）、拔伸腰3~5次（图8-22），再次调脊约1分钟。

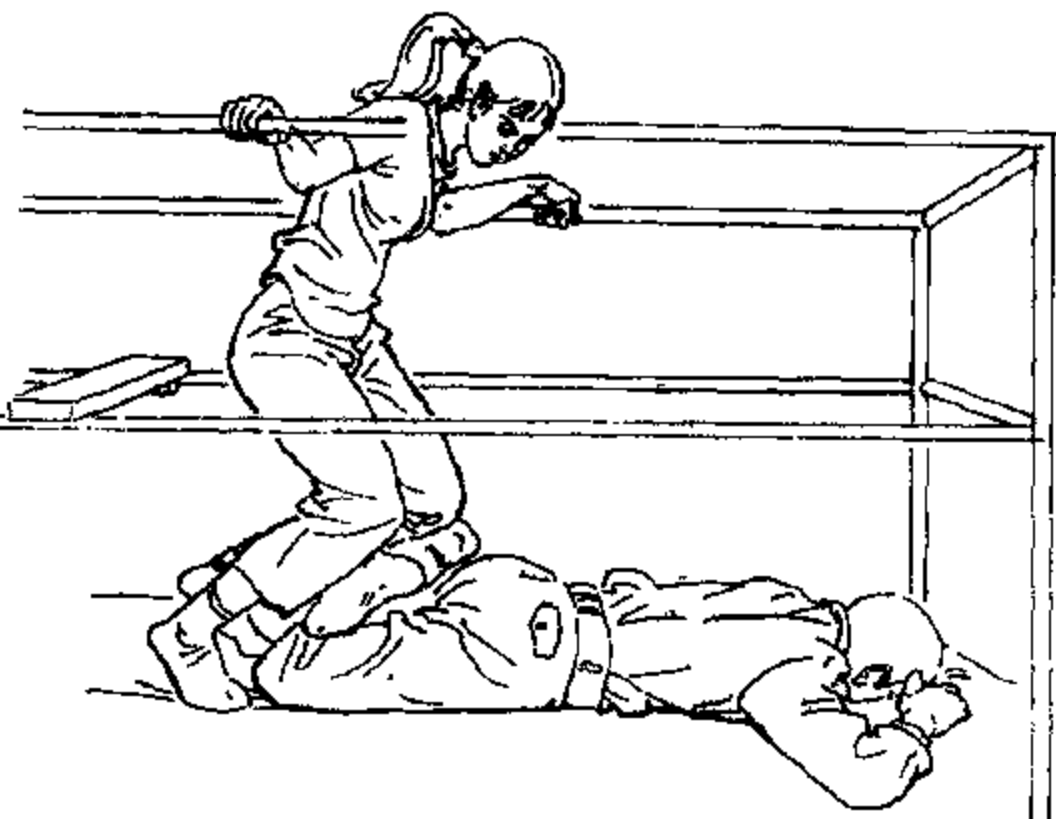


图8-20 跪背法

### 4. 放松与收功

(1) 单脚横搓腰背1~3分钟，纵搓两肋或脊旁1分钟。

(2) 叩击肩井10~20次，坐式直腿后跟击打腰骶部或痛点数十次，击打双臀数十次。

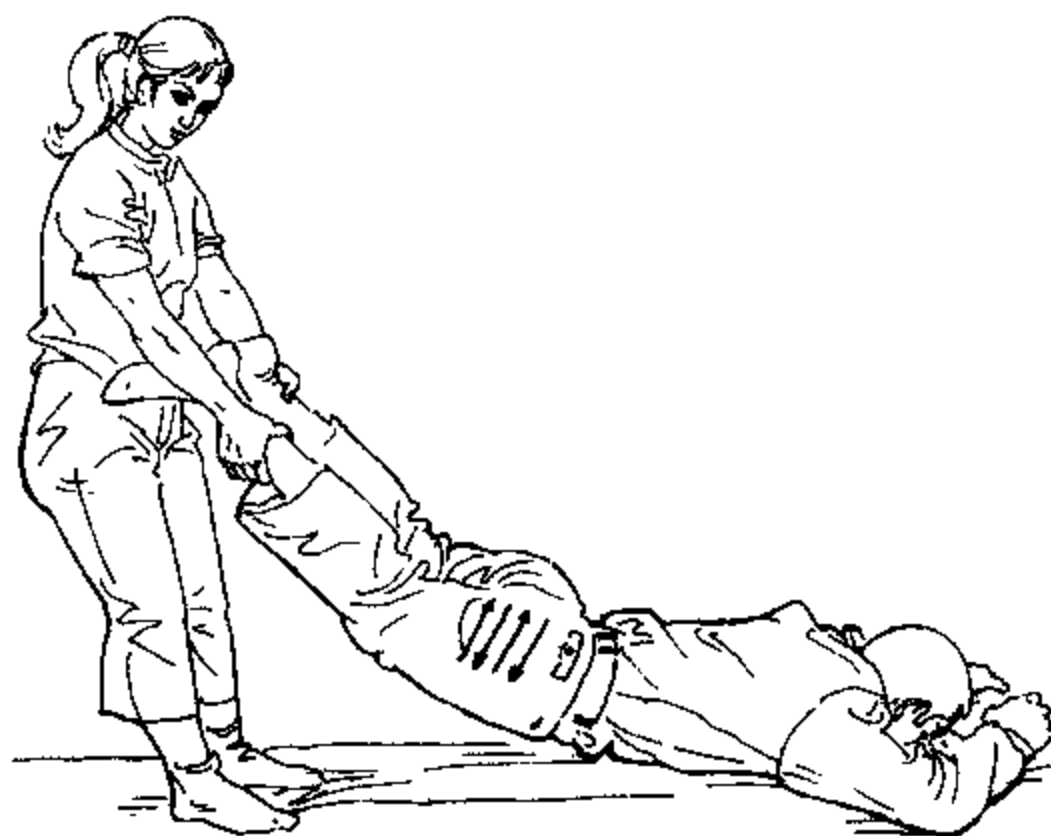


图 8-21 抖腰法

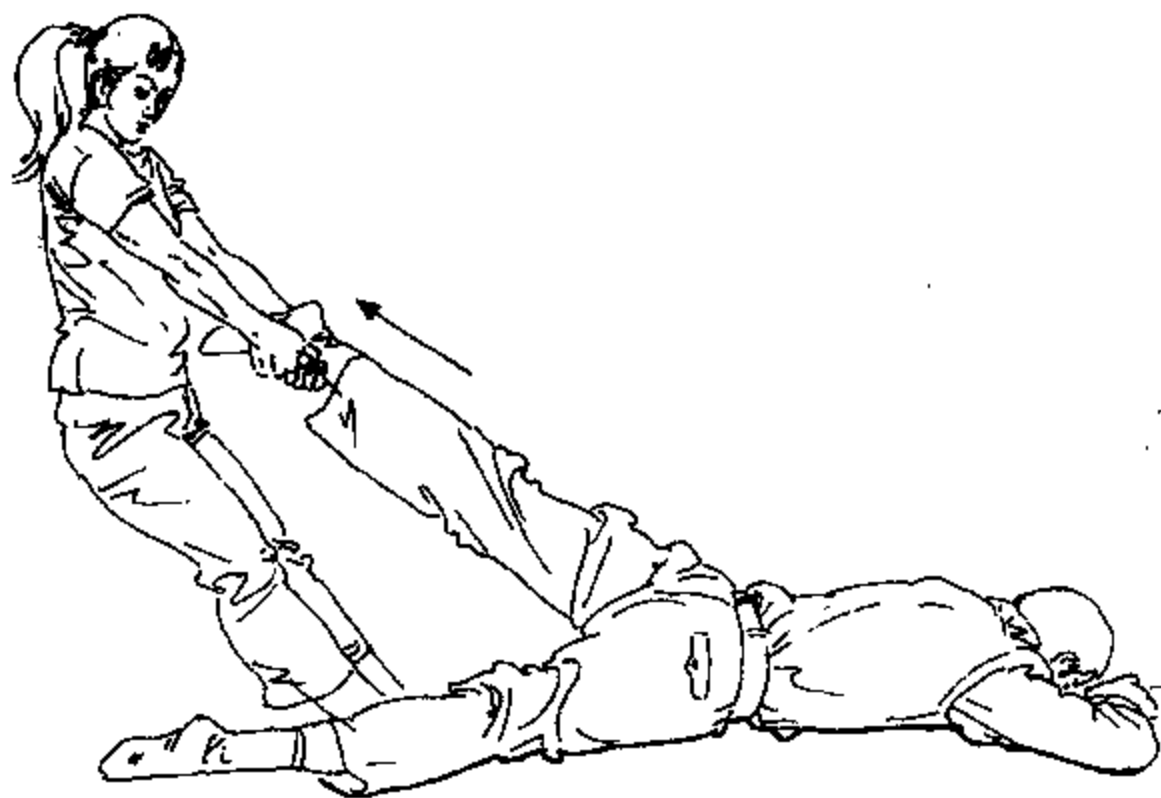


图 8-22 拔伸腰法

(3) 直擦脊柱及其两旁，横擦肩背与腰骶，透热为度。

## 二、下肢部常用治疗脚法

### 【体位】

受术者取俯卧位或仰卧位。

**【操作趋势】**

由上而下或分段（大腿、小腿等）操作。

**【重点经穴与部位】**

足三阳与足三阴经、两髌、腘窝、小腿部、承扶、殷门、委中、承筋、承山、箕门、阴陵泉、三阴交、太溪、风市、阳陵泉、悬钟等。

**【功能主治】**

疏通活络、强筋壮骨、蠲痹止痛，多用于下肢保健，治疗痿痹及偏瘫、退行性膝关节炎、小腿肌肉疲劳等。

**【基本程式】****1. 放松与准备**

(1) 受术者俯卧，术者一脚立于床上，另一脚之脚弓置于受术者大腿或小腿上，其方向与下肢长轴垂直，行揉法3~5分钟。在臀、大腿根等部，可双脚同时并列紧贴，行揉法以重点放松。

(2) 在大腿，从上而下，以双脚脚弓逐一按压3~5遍。

(3) 两脚分置大腿上下行伸筋法3~5次。

**2. 理筋点穴与重点治疗**

(1) 以拇趾端或足跟按先上后下、先正中后内外两侧的次序点按上述穴位，每穴点按10~20秒。最后以两拇趾分别置于两涌泉穴，踮脚以点之，约30秒。

(2) 在痛点或重点治疗的部位，依次运用摩法、揉法、点压法，得气后，在保持其力度的前提下加以震颤或左右、前后方向各拨动1~3次，整个操作约3~5分钟。

(3) 以单脚沿下肢纵轴缓缓推进3~5遍。

(4) 以拇趾端沿下肢长轴从承扶经委中至跟腱逐一推拨1~3遍。

(5) 以单脚脚弓平行于下肢长轴，压于髌骨之上，行推揉法30~60秒（图8-23）。

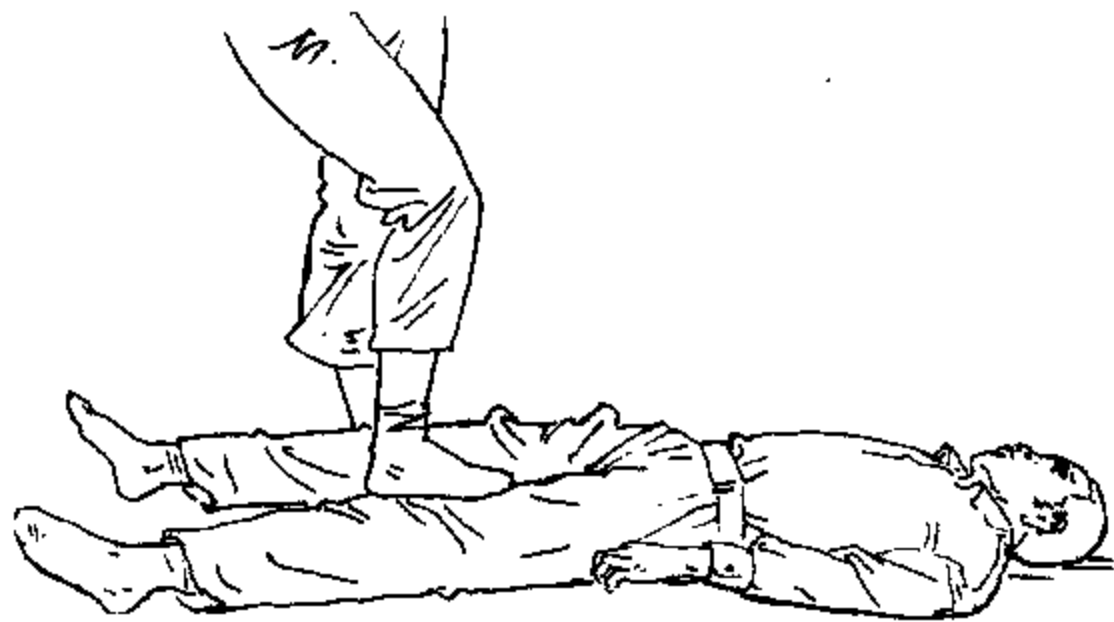


图8-23 推揉髌骨法

**3. 运动下肢关节**

(1) 行骨盆调整法 3~5 次。受术者仰卧位，一侧下肢平放于床，另一侧屈膝屈髋。术者以右前臂挽（托）住其小腿后部，左手托住胭窝处，并以单脚脚弓压于受术者髂前上棘，手脚同时向相反方向用力，使髋关节得以拔伸（图 8-24）。



图 8-24 拔髋法

(2) 受术者俯卧位，屈膝。术者立于床面，一手持其脚掌，一脚踩于大腿下端后侧，先快速搓揉数十次，后摇动膝关节 5~10 圈（图 8-25），再以双手握住脚背，握脚之手与踩踏之脚同时向相反方向用力，使膝关节得以拔伸（图 8-26）。

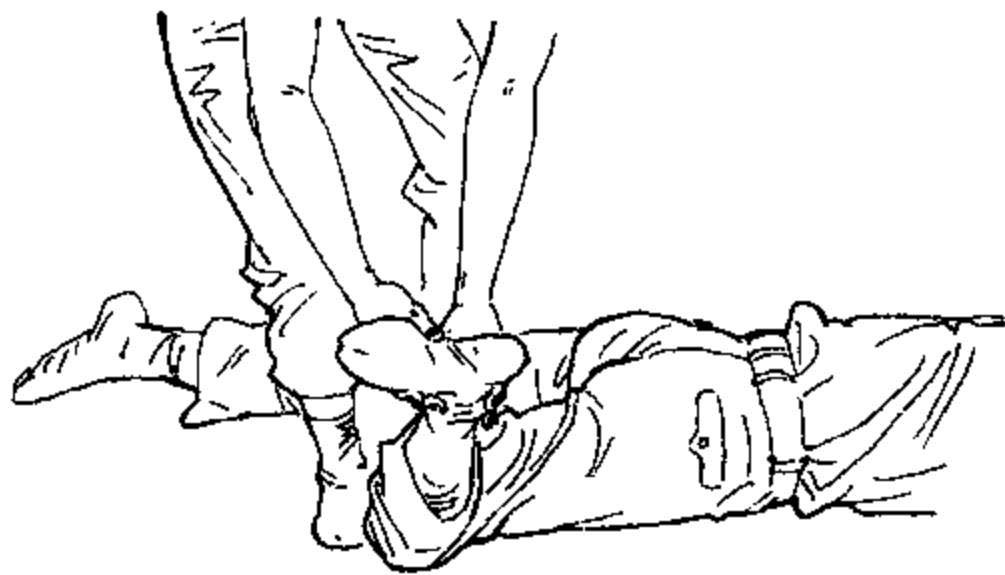


图 8-25 摇膝法

(3) 受术者俯卧位，屈膝。术者先以双手按住受术者双脚脚掌，用力向下，使踝关节背屈 3~5 下，摇动 5~8 圈；继以单侧小腿前上部（膝下）跪于脚掌，在其跟腱因牵拉而紧张的同时，另一只脚脚后跟节律性锤打受术者小腿后部数十下。

(4) 跪背法 10 次左右。



图 8-26 拔伸膝法

#### 4. 放松与收功

(1) 从上而下分别横搓下肢前、后 3~5 遍 (图 8-27), 纵搓下肢两侧 1 遍。

(2) 搓毕, 就其势, 一脚之脚弓卡于受术者脚后跟上, 另一脚后跟蹬于大腿根部, 两脚同时反方向用力, 以伸展坐骨神经 3~5 次。

(3) 局部施以擦法, 透热为度。

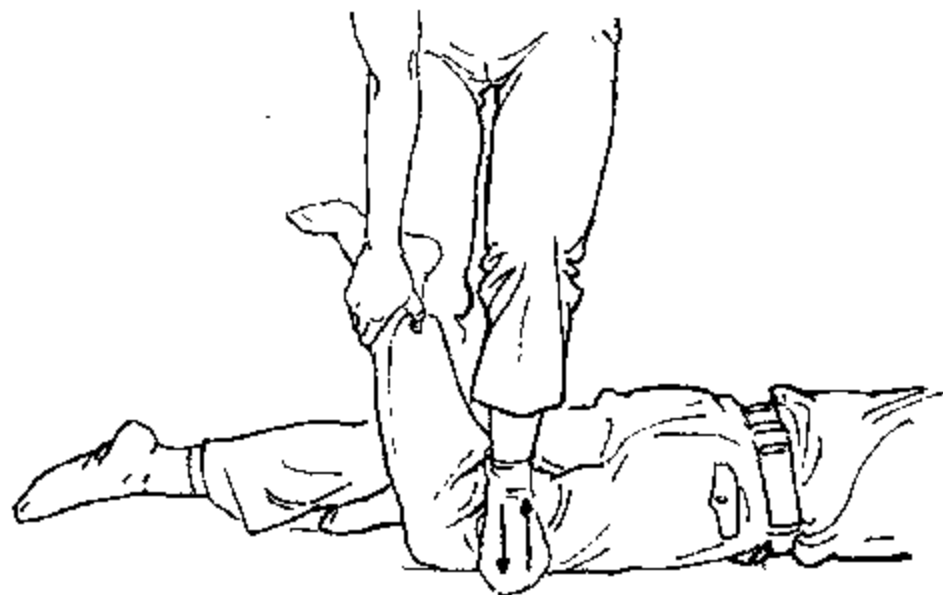


图 8-27 搓腿(膝)法

### 三、腕腹部常用治疗脚法

#### 【体位】

受术者取仰卧位。

#### 【操作趋势】

由上而下、由内向外。

#### 【重点经穴与部位】

任脉、足阳明经、足三阴经、剑突下胃脘部、脐周环腹、少腹两侧与中线, 巨阙、中脘、建里、阑门 (脐上 1.5 寸)、气海、关元、梁门、滑肉门、天枢、气冲、章门、期门等。

#### 【功能主治】

健脾和胃、理气止痛、消食化积、通腑排浊, 广泛用于积滞、便秘、肥胖、癱闭、高血压、高血脂、糖尿病以及胃痛、腹痛、痞证、痛经、月经延后、产后康复等病证的治疗。

#### 【基本程式】

##### 1. 放松与准备

(1) 术者坐位, 从剑突下至脐, 以两脚掌成正“八”字形分推 3~5 遍 (图 8-28)。



(2) 从剑突至脐下，两脚交替向下直推，先中间后两侧，各推 10~30 次。

(3) 术者立于床上，以单脚全脚或脚掌摩全腹，先顺时针后逆时针，各 30~60 圈。

(4) 以脚掌揉全腹 1~3 分钟。

## 2. 消食化积与消脂排浊

(1) 术者立于受术者腹部一侧，以单脚横置于正中行荡法 3~5 分钟。其法为先背伸踝关节，以脚后跟斜向 45° 推向对侧腕或腹部，旋即脚跖屈，以脚掌将对侧腕或腹反压回近侧。一般从上而下操作 5~10 遍，有良好的消食化积之功。如欲减肥则在脂肪异常堆积处反复推荡 3~5 分钟（图 8-29）。

(2) 两脚分置两胁下，同时对称向腕腹中部用力，边挤压边搓揉（图 8-30）。

(3) 在腹之正中和两侧，从上而下按压



图 8-28 八字推法



(1)



(2)

图 8-29 推荡法

3~5 遍，力度以受术者能忍受为度。从下而上行小步走 3~5 遍。

(4) 沿腹部任脉和足阳明经行鸡啄米法 1~3 遍。

(5) 嘱受术者仰卧，全身放松，术者双脚跨于受术者腹之两侧，下蹲并弯腰，双手从两

腰部朝内抄入，同时向上颠簸，使腰部刚好离开床面，一般三轻一重（图8-31）。该法除能整复脊柱、放松腰部肌肉外，对食积腹胀也有良效。

(6) 术者以两臂支撑体重，双脚站于腹部，快速搓动，最后纵搓两肋。

(7) 横擦腹或脂肪异常堆积处，透热为度。

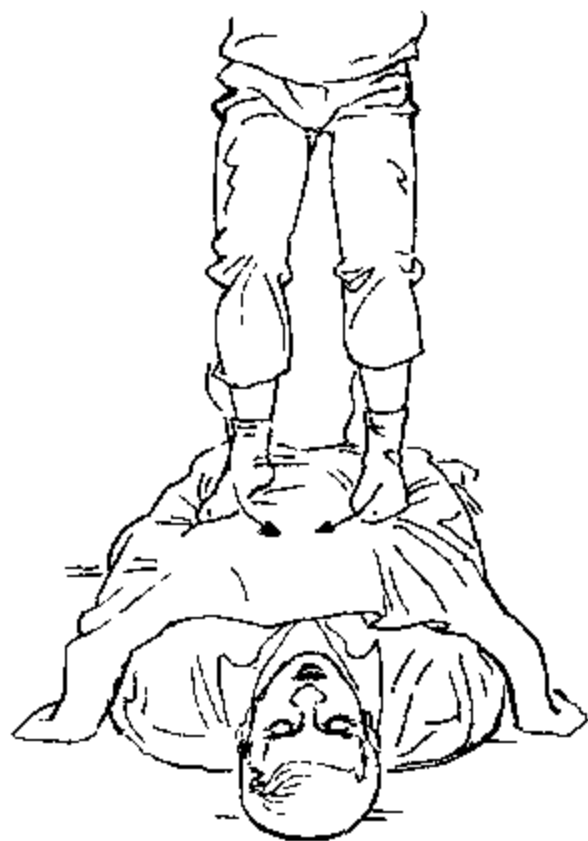


图8-30 挤搓腹法

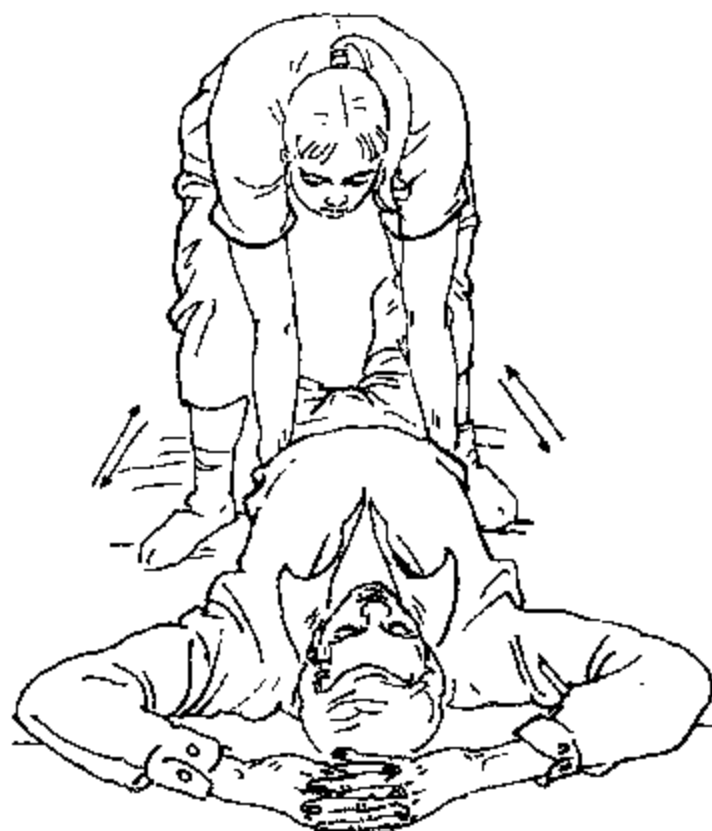


图8-31 颠簸法

### 3. 点穴与重点治疗

(1) 以拇趾点揉上述重点穴位，每穴得气后，停留10~20秒。

(2) 确定重点治疗部位（一般为痞、满、胀、痛最为明显之处），先轻后重，渐次运力，分别运用摩法、揉法、压法，得气后，在保持其力度的前提下逐渐缩小接触面，改用点法，并配合振颤，整个操作3~5分钟。

### 4. 放松与收功

(1) 双脚掌并列轻揉全腹约1分钟。

(2) 擦两少腹与小腹，透热为度。

(3) 上肢支撑体重，两脚分别站于髂前上棘，两脚掌内叩，用拇趾点压气冲穴，或用足后跟按压气冲穴，闭其经气（图8-32），待下肢有酸胀或麻木或冷感时（一般需1~2分钟），突然跳离至床面，反复操作3~5次。



图8-32 闭气冲经气法

## 第九章

# 手法技能训练

手法技能训练，旨在使学员习得规范手法操作技能而进行的一种专业基本功训练。要掌握熟练的技巧和持续的力量，必须通过严格的基本技能训练，按照规范的动作结构建立“条件反射”，形成正确的“运动定型”。特别是对一些动作结构复杂，操作技巧难度较大的手法，如一指禅推法、揉法、摩法、振法、击点法等，更需长期反复练习，才能在临床上运用自如，取得良好的疗效。所以，推拿手法学十分重视手法技能的专业训练，并在实践中总结出一套行之有效的训练方法。

手法的基本功训练步骤，可分为米袋练习、人体各部操作常规练习与常见病操作常规练习三个阶段。每个阶段的练习方法与要求分述如下：

### 第一节 米袋练习

在米袋上进行手法基本动作练习，是初学者必须首先进行的基本功训练。除关节被动运动手法外，几乎所有手法都要先在米袋上进行练习。

#### 一、米袋的制作、规格与应用

先缝制一个长 25cm、宽 16cm 的布袋，内装 4/5 的优质粳米，然后将口袋缝合，外面再做一耐磨的布质外套，布套的一端留有带线绳的扎口。开始练习时，米袋可扎得紧一些，以后逐渐放松。

练习时为了操作手在米袋上能掌握好正确的着力部位，并一开始就培养学员在日后人体操作时“推穴道、走经络”的意识，故在应用米袋练习时，必须在其表面注意建立线、点、圈等操作位置（图 9-1）。

#### 二、练习方法

练习时，先将米袋端放在桌上，如练习一指禅推法、揉法、振法等手法时，学员应取坐位；练习揉法时，则应取站位。操作时，必须按照每种手法的动作结构，从预备姿势到动作姿势，包括着力点的位置、各运动关节的角度、摆动幅度与频率，以及操作要领与全身配合的姿势、呼吸、意念等各个环节，在正确指导下进行规范化的严格训练。

**1. 动作准确** 在开始练习时，主要的精力应放在“动作是否正确”这一环节上，不要急于加力。因为在动作不正确的情况下，一味地加重手法的压力，会引起术手肌肉的僵硬而有碍于正确动作姿势的获得，而且有发生关节、韧带损伤的可能。通过一段时间的认真训

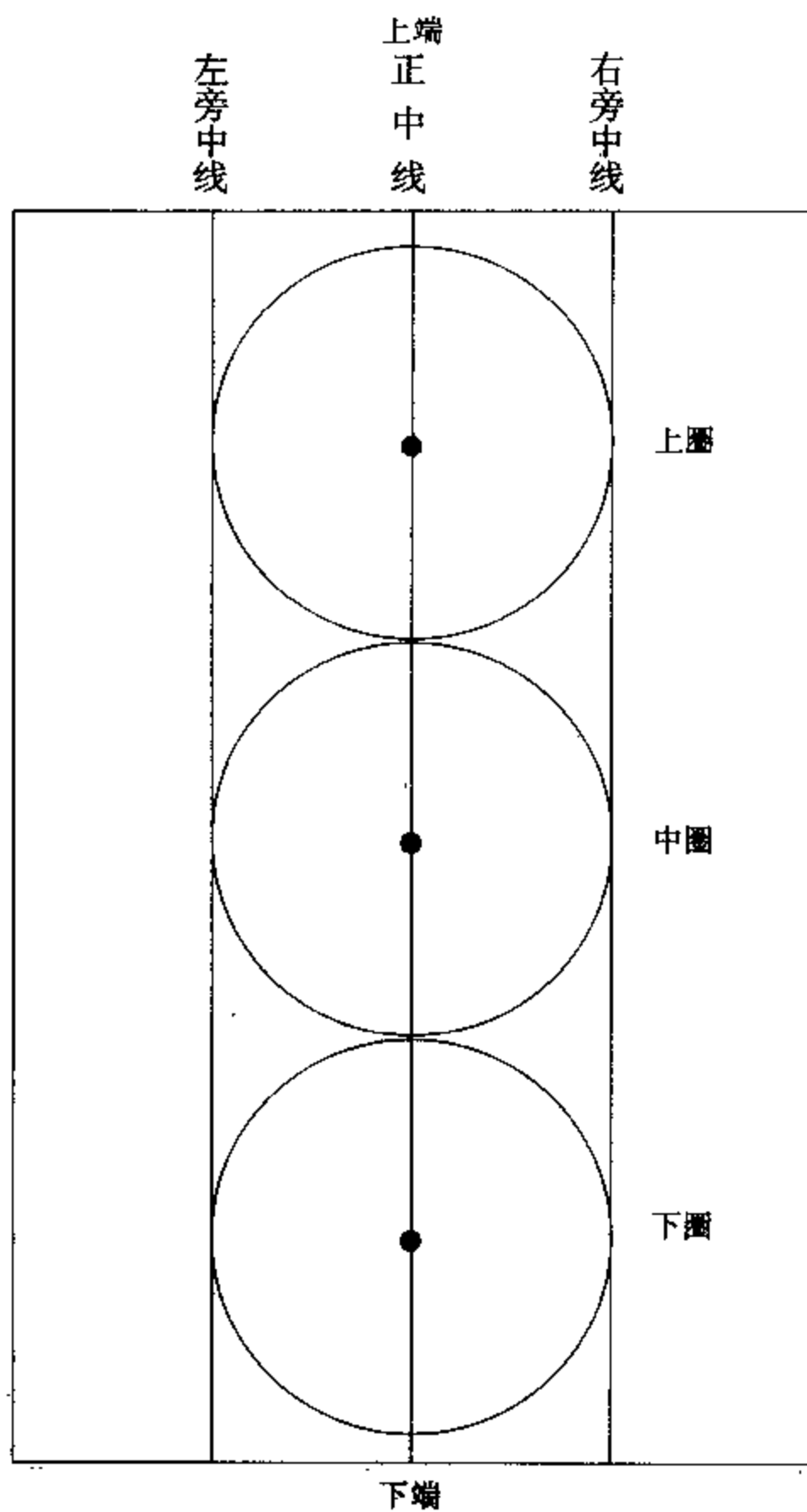


图9-1 米袋表面操作位置示意图

练，使手法熟练，动作正确、规范。那么，手法动作一旦启动，就会“自动地”达到“最佳力学状态”，力量也就会自然地产生。

**2. 交替练习** 要注意左、右手交替练习，使双手都能熟练掌握各种手法的操作技能。一指禅推法在单手练习后（图9-2），还要进行双手同步操作的训练（图9-3）。

**3. 强度训练** 在后阶段的练习中，也要注意对手法持久操作能力与指力的培养，故后期的米袋练习主要是进行强度训练，要逐渐加长每次手法练习的操作时间，并增加操作的力度。

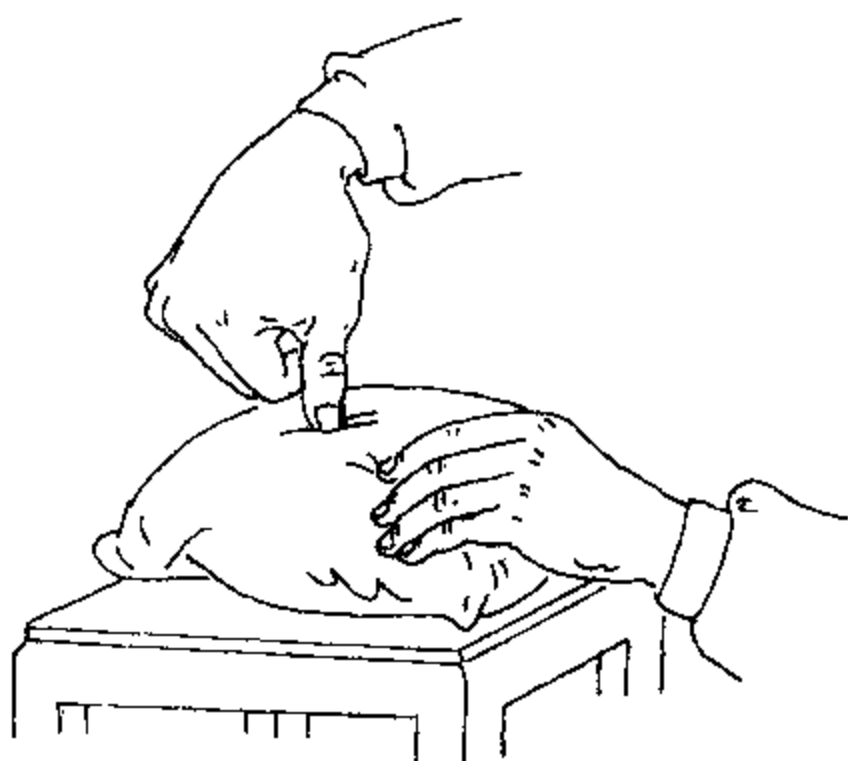


图 9-2 一指禅推法单手练习

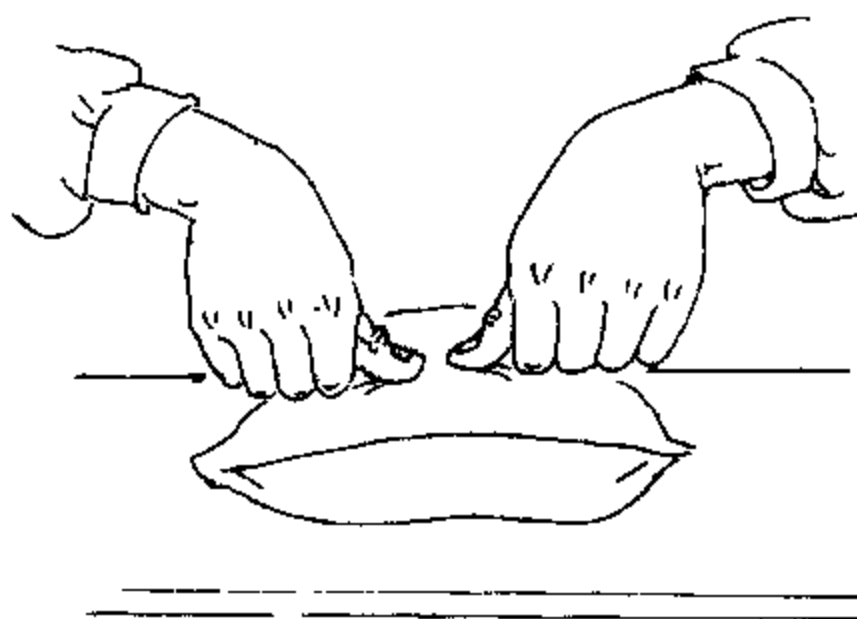


图 9-3 一指禅推法双手同步操作练习

### 三、练习要求

**1. 定点操作技能** 米袋练习的初级阶段，一般先练各种手法的定点操作能力，即所谓手法的“定力”与“吸定”功夫（图 9-4）。因为手法的“定力”是手法质量的主要标准之一，是临床取得治疗效果的重要因素，练习时要特别予以重视。

**2. 走线操作技能** 练习时，应沿米袋的纵轴线，由上而下、由下而上，往返地边操作边缓慢地作直线移动。

这两种技能的训练，可为以后在人体进行“推穴道、走经络”的操作技术打好基础。

随着现代技术的发展，我国自 1982 年以来，逐步展开了手法运动生物力学实验教学。该法用推拿手法力学信息测定器作为手法练习器，以代替米袋进行第一阶段的手法技能训练。学员可直接在测定器的弧形测力平台上（图 9-5），或将米袋放在平台上进行

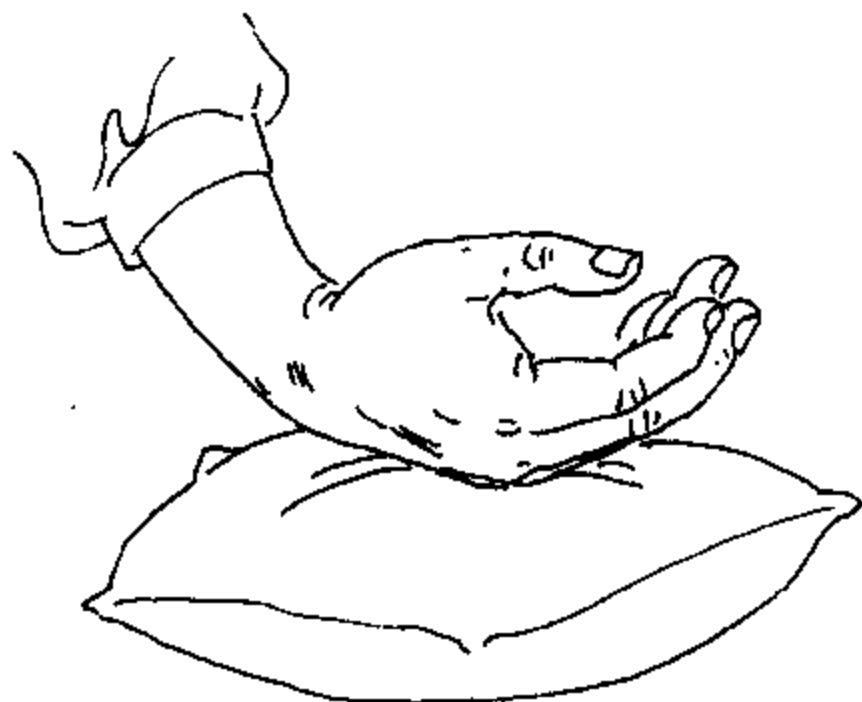


图 9-4 撮法练习

上述手法练习。此时，学员可以按照教师所示范的手法动态力波形曲线，在测定器上做模拟练习，并通过示波器直接观察自己所做手法的曲线形态，与教师所做的曲线相比较，及时发现并纠正其中的缺点，从而避免错误动作的产生。实践证明，采用这种科学的训练方法，可减少学员练习时的盲目性和枯燥感，提高其对手法训练的兴趣和效率；教师在手法的示范教

学、指导训练与及时了解学员的训练程度及学习成绩等教学活动方面都有了客观的依据。

经过第一阶段的练习，在重点掌握主要手法的规范动作结构，并通过练习获得娴熟的操作技巧后，即可进入第二阶段——人体练习。

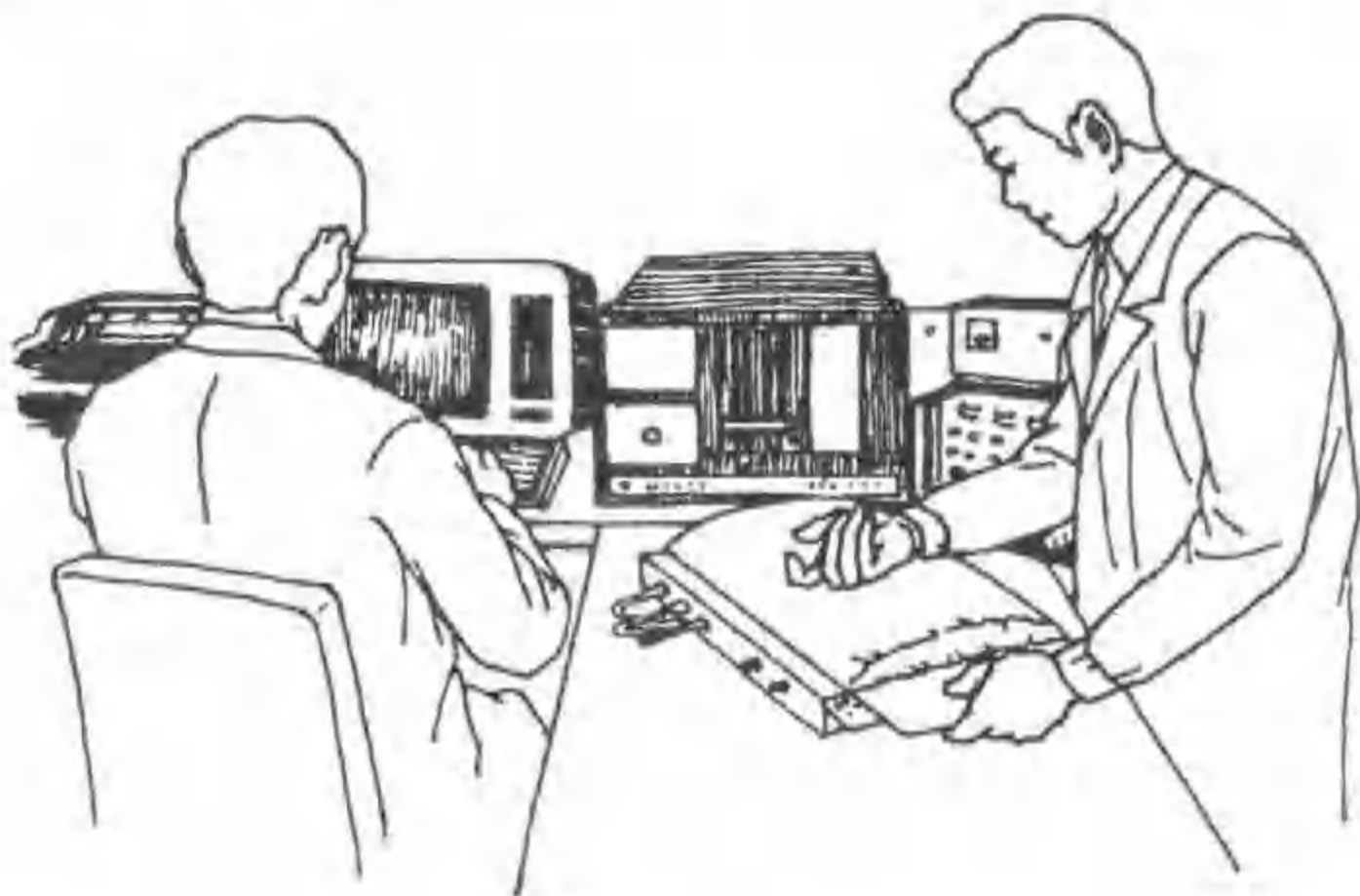


图9-5 在“推拿手法力学信息计算机处理系统”上进行手法基本动作训练

## 第二节 人体操作练习

为进一步获得在人体上进行手法操作的技能与体验，学员在完成了第一阶段手法训练的各项科目之后，要及时进行人体手法练习，为临床实习打下基础。本阶段的技能训练分两个步骤：一是将各种手法，在其所适用的人体部位上，选择有关的经络线与穴位，进行单手的定点与循经操作练习；二是根据人体各部位的形态结构特点与经络、穴位的配布规律，选择适用于在该部操作的多种手法，按一定的路线与次序，编排组合成一组手法操作的常规套路，进行综合练习。

### 一、单种手法人体定点、定位及循经操作练习

本阶段练习，是将各单种手法，包括各种单式手法、复合手法与复式手法，在其所适用的人体部位上，选择有关的经穴、经线或特定部位，进行定点、定位或循经线操作练习。具体的练习方法，已在各种手法的“技能训练”中介绍。

## 二、流派手法人体操作常规练习

由于各推拿流派的主治手法不同，在人体各部操作时，手法与穴位的选择组合以及所取的路线，也都各不相同，学员按照各流派的操作常规进行练习，不仅可以熟练掌握所学的各种手法，而且从中可领略到不同推拿流派的治疗风格与临床实用经验，并通过比较而加深认识。

### 1. 一指禅推拿人体各部操作常规

#### (1) 头面部、颈项部

##### 【体位】

受术者正坐；术者站其侧前方。

##### 【手法及操作步骤】

用一指禅推法：

①印堂⇌神庭往返2~3遍。

②印堂⇌阳白⇌瞳子髎⇌太阳⇌头维。左右各2~3遍。

③印堂⇌攒竹⇌眶上缘⇌眶下缘⇌睛明⇌攒竹。

(左右相接，沿双眼眶推成横∞字)

④印堂→左睛明→夹左鼻旁→迎香→颧髎→下关→听宫→颊车→大迎→承浆→地仓→人中，绕唇1周。

⑤印堂⇌右睛明及右侧面颊部诸穴，线路与④同(后接⑥)。

⑥印堂⇌神庭⇌上星⇌百会。

⑦术者位于受术者正前方，沿以下三条路线分抹前额：印堂→鱼腰→瞳子髎；额中→阳白→太阳；神庭→头维。各3~5遍。

⑧术者站在受术者正后方，用双手食指自前向后拘抹双太阳→用双食指中节桡侧拘抹两侧颞部手、足少阳经线路。

⑨术者站在受术者侧后方，三指轻拿风池及项后大筋、拿肩井。

⑩用一指禅推风府⇌大椎，反复2~3遍。

⑪风府→风池⇌项根。左右相接，往返2~3遍。

⑫双手一指禅偏峰推法，取蝴蝶双飞式，自风池⇌项根，操作2~3遍。

⑬颈椎摇法、坐位颈椎旋转扳法左右各1次。

⑭再重拿风池及项后大筋、拿肩井、指揉肩井。

#### (2) 上背部及胁肋部

##### 【体位】

受术者正坐；术者站其侧后方。

##### 【手法及操作步骤】

用一指禅推法：

①自肩井沿冈上窝秉风、巨骨、曲垣等穴来回推2~3遍。

②曲垣⇌大杼⇌肺俞⇌心俞⇌膈俞上下来回推2~3遍，左右相同。

③用大鱼际揉法自腋下沿腋中线→大包→肋下缘（自上而下重复2~3遍）。

④插肩胛，左右各2次。

⑤沿腋中线自上而下搓摩两胁，右侧用力略轻于左侧，操作3~5遍。

⑥扩胸扳法、上胸椎扳法各1次。

### (3) 肩及上肢部

#### 【体位】

受术者正坐；术者站其侧方。

#### 【手法及操作步骤】

①单手一指禅推肩髃→双手一指弹推肩贞及肩前各1分钟。

②拇指揉肩髃→曲池→手三里→外关、内关→阳溪自上而下反复2~3遍。

③拿上臂内侧阴筋（肱二头肌），拿上臂外侧阳筋（肱三头肌），从腋下至肘上，各2~3遍。

④拿揉前臂桡侧肌群；拿揉尺桡骨间三焦经、心包经路线；拿揉前臂内侧肌群，自上而下，自肘下至腕，各3~5遍。

⑤摇腕，揉手背掌间肌→捻指→勒指，各2~3遍。

⑥托肘摇肩法；双手搓、揉双肩；搓上肢自腋下至前臂下端；抖上肢，各3~5遍。双侧上肢左右相接，操作相同。

### (4) 胸腹部

#### 【体位】

受术者仰卧；术者侧坐其右侧（用右手操作），面向受术者头侧。

#### 【手法及操作步骤】

用偏峰推法：

①自天突下⇌膻中⇌鸠尾，往返2~3遍。

②沿天突下⇌锁骨下⇌中府，左右相接，各2~3遍。

③沿天突下⇌膻中⇌乳根，左右相接，各2~3遍。

④自膻中→鸠尾→上脘→中脘→下脘→脐中，自上而下反复2~3遍。

⑤接上，自脐中至中脘⇌梁门⇌天枢，反复2~3遍，左右相接。

⑥自中脘⇌脐中⇌气海⇌关元，操作2~3遍。

⑦摩上腹（以中脘为中心），先顺后逆，各30~50次。

⑧摩少腹（以气海、关元为中心），先顺后逆，各30~50次。

⑨振脐中（神阙）或中脘3分钟。

⑩沿鸠尾至脐中联线，以腹中线为起点，自上而下用拇指分推腹部2~3遍。

⑪自锁骨下至脐，从上而下用双手搓摩胸腹2~3遍。

### (5) 腰背部及下肢部

#### 【体位】

受术者俯卧；术者站或坐其体侧。



**【手法及操作步骤】**

- ①用掌根或全掌轻揉脊柱两侧之骶棘肌，自上而下2~3遍。
- ②术者侧坐，用一指禅推法自一侧膈俞⇒肝俞⇒胆俞⇒脾俞⇒胃俞⇒肾俞⇒大肠俞，往返操作2~3遍，再接对侧相同路线。
- ③自上而下在上述路线与穴位上用拇指或叠指或掌指按揉法。
- ④自上而下，从大椎⇒腰骶部，用叠掌按压法，按压脊柱1遍。
- ⑤腰骶关节后伸扳法，左右各1次，掌拍腰骶部3~5次。
- ⑥自上而下，沿大椎至腰阳关一线，以脊中线为起点，用拇指向两侧分推1~2遍。
- ⑦自上而下，双手搓、摩两侧背、腰部骶棘肌。在腰眼处搓摩10余次。
- ⑧用滚法自臀上⇒居髎穴⇒臀中⇒承扶，反复操作2~3遍。掌根或肘尖按揉上述穴位5~10次。
- ⑨用一指禅推法，自承扶⇒殷门⇒委中⇒承山，反复2~3遍。
- ⑩再用指揉或肘揉上穴各3~5次。
- ⑪以上⑧至⑩左右相接，各操作1遍。
- ⑫受术者仰卧，先用一指禅推法，再用滚法自髌关⇒伏兔⇒梁丘，再足三里⇒下巨虚，左右手交替操作，各2~3遍。
- ⑬用单掌揉髌骨十余次，再用双手拇指与食中二指，分别握拿住髌骨上下端之髌下间隙作推揉30~50次（双狮舞球势），用掌根揉髌骨下韧带十余次。
- ⑭用拇指按揉步骤⑫各穴。
- ⑮用食、中、无名三指拘揉小腿腓肠肌，从委中至承山3~5遍。
- ⑯拿小腿内外侧腓肠肌，自上而下，各2~3遍。
- ⑰搓大腿、小腿，自上而下各2~3遍。
- ⑱摇髌，内外摇髌各3~5次。
- ⑲屈髌，屈膝，压单腿，左右各1次。
- ⑳双髌、双膝屈曲，压双腿3~5次。

**2. 滚法推拿人体各部操作常规****(1) 头面部、颈项部****【体位】**

受术者正坐，术者站其侧前方。

**【手法及操作步骤】**

- ①用大鱼际揉印堂⇒神庭，往返2~3遍。
- ②自印堂⇒阳白⇒太阳⇒头维，左右各2~3遍。
- ③自印堂⇒阳白⇒太阳⇒上关⇒下关⇒颊车⇒顺面颊至地仓⇒承浆，左右相接。
- ④自印堂⇒神庭⇒上星⇒百会，往返操作2~3遍。
- ⑤分抹前额：同一指禅推拿头面部操作步骤⑦。
- ⑥术者站在受术者侧后方，用三指拿风池及项后大筋，再拿肩井3~5次。
- ⑦经风府⇒大椎，作滚摇法，往返2~3遍；一手滚法，自枕骨下经风池⇒天柱⇒肩中

俞⇒肩外俞；另一手握住前额或下颏，同时配合颈椎前屈、后伸，左右旋转或侧屈的被动运动。

⑧用拇指按揉风池、直下沿侧项窝至项根、肩井、肩中俞、肩外俞、天宗穴。

⑨摇颈、颈椎左右旋转扳法各1次。

⑩再拿风池及项后大筋，拿肩井，指揉肩井。

#### (2) 上背部及肋部

##### 【体位】

受术者正坐；术者站其侧后方。

##### 【手法及操作步骤】

①用滚法自肩井沿冈上窝巨骨⇒曲垣穴，来回滚2~3遍。

②沿曲垣⇒大杼⇒肺俞⇒心俞⇒膈俞，上下来回滚2~3遍，左右相连，操作相同。

③双手用大鱼际揉法，自腋下沿腋中线→大包→肋下缘，自上而下重复2~3遍。

④双手沿腋中线自上而下搓摩两肋3~5遍。

⑤坐位腰椎斜扳法，左右各1次。

#### (3) 肩及上肢部

##### 【体位】

受术者正坐或取仰卧势；术者站其侧前方或侧后方。

##### 【手法及操作步骤】

①滚肩关节外缘三角肌外部，并配合肩关节内旋、外旋及外展的被动运动。

②滚肩关节前缘三角肌前部，并配合肩关节内旋、后伸的被动运动。

③滚肩关节后缘三角肌后部，并配合肩关节内收及前上举的被动运动。

④先后沿曲池⇒手三里⇒外关⇒阳池、曲泽⇒郄门⇒内关⇒大陵，用滚法，上下往返2~3遍，并配合肘关节、尺桡关节与腕关节相应的被动运动。

⑤以拇指罗纹面按肩内陵、肩髃、肩髃、肩贞、天宗、臂臑、曲池穴。

⑥用拿法拿肩井、曲池、合谷、极泉、少海等穴。

⑦摇腕、捻指、勒指各操作2~3遍。

⑧做肩关节外展、内收、前屈、后伸各方向的扳法各1次。

⑨用托肘摇肩法，向前向后各摇5~10次。

⑩搓肩、臂，抖上肢2~3遍。

#### (4) 胸腹部

##### 【体位】

受术者仰卧；术者坐其左侧（用右手操作），面向其头侧。

##### 【手法及操作步骤】

先后用大鱼际揉与摩法，操作步骤、路线及取穴同一指禅推拿胸腹部操作常规。

#### (5) 腰背部及下肢部

##### 【体位】

受术者俯卧；术者站其体侧。

**【手法及操作步骤】**

- ①沿膈俞至大肠俞一线，用掌根轻揉脊柱两侧之骶棘肌，自上而下2~3遍。
- ②用滚法自膈俞⇌肝俞⇌胆俞⇌脾俞⇌胃俞⇌肾俞⇌大肠俞操作，往返2~3遍，再接对侧相同路线。滚至腰部时，配合腰椎后伸运动。
- ③自上而下在上述路线与穴位上用指揉法或肘揉法。
- ④滚臀上、臀中，并配合髋关节的后伸与外展被动运动。
- ⑤自承扶⇌殷门⇌委中⇌承山，往返滚动2~3遍，左右相接，操作相同。
- ⑥受术者仰卧位，自髀关⇌伏兔⇌梁丘⇌足三里⇌上巨虚⇌丰隆⇌绝骨，往返操作2~3遍。
- ⑦用拇指按揉上述各穴，每穴10余次。
- ⑧用食、中、无名三指自后向前拘揉小腿腓肠肌，从委中至承山3~5遍。
- ⑨搓大、小腿，自上而下各2~3遍。
- ⑩再接另一侧下肢，操作同步骤⑥、⑦、⑧、⑨。
- ⑪摇髋，内外摇髋各3~5次。摇膝、摇踝关节各3~5次。
- ⑫屈髋，双屈膝，压单腿，左右各1次。
- ⑬双髋、双膝屈曲，压双腿3~5次。

**3. 内功推拿人体各部操作常规****(1) 头面部****【体位】**

受术者取坐位，术者位于其一侧，取站势。

**【手法及操作步骤】**

- ①直推桥弓穴，男先推左侧，女先推右侧，推左侧桥弓穴时，术者必须用右拇指操作，推右侧时用左手。左右各推10~20次。
- ②拿五经，自前发际经头顶向后至枕部用五指抓拿头顶3~5遍。
- ③提拿风池及项后大筋自上向下3~4遍。
- ④术者位于受术者前方，用分推法分眉弓、点睛明、分抹双睛、分鼻旁迎香、分人中、分承浆。各3~5遍。
- ⑤扫散两颞，男先左女先右，自头维始，自上而下，从前向后，沿颞部手、足少阳经路线扫散至耳后枕部。
- ⑥分推前发际（神庭→头维）、分额中（额前中点→阳白→太阳）各3~5遍。顺势用双手大鱼际着力，沿两侧少阳经至枕后经风池合推至项根部。
- ⑦术者立于受术者身后，双手拿肩井，并按揉之。

**(2) 躯干部****【体位】**

受术者正坐，术者在其一侧取站势。

**【手法及操作步骤】**

- ①术者用平推法或推盪法，自锁骨下起始，依次向下推擦胸部、上腹直至小腹。受术者

为女性时，先平推锁骨下，再用食、中、无名三指指端自上而下，直推天突→膻中→鸠尾，再平推乳根部，继而依次向下推擦上腹、小腹。

②术者再用平推法，自大椎水平向下依次推擦上背、下背、腰部直至腰骶部及骶部。以上操作男先自左向右推、再从右向左推擦，女性反之。

③用单掌或双掌，平推两胁肋，右侧肝区用力稍轻。

④搓摩两胁肋，从腋下至腰眼。

### (3) 上肢部

#### 【体位】

受术者取坐位；术者位于其一侧，取站势。

#### 【手法及操作步骤】

①拿三角肌中部，再沿上臂外侧拿至前臂桡侧肌群。

②拿腋前壁，自内向外，接拿三角肌前部，再沿上臂内侧拿肱二头肌，再向下拿前臂两骨之间直至腕部。

③拿腋后壁，自内向外，接拿三角肌后部，再沿上臂后侧拿肱三头肌，再向下拿前臂尺侧肌群。

④用大鱼际擦法，自腕至肩分别沿上肢桡侧、外侧、内侧与尺侧之中线（桡侧线：阳溪⇌手三里⇌曲池⇌臂臑⇌肩髃；外侧线：阳池⇌外关⇌天井⇌肱三头肌中线⇌肩髃；内侧线：大陵⇌内关⇌肘横纹中点⇌肱二头肌中线⇌肩外陵；尺侧线：阳谷⇌支正⇌肘横纹内侧头⇌腋根部）来回推擦，各10~15次。

⑤用拇指桡侧面，分别推擦掌间肌。

⑥勒五指，劈指缝，掌击拳面。

⑦运肩（大幅度摇肩法），搓、抖上肢。

上述操作男左女右，左右相接。

### (4) 拍击头、躯干及下肢部

#### 【体位】

受术者取坐位，术者位于其一侧，取站势。

#### 【手法及操作步骤】

①重复头面部操作。

②掌心击百会、囟会或风安穴。

③拳背击大椎2~3次。

④拳背击腰骶及八髎2~3次。

⑤受术者取站裆势，术者用双掌拍法或掌根击法，从上至下拍击左、右下肢前、后面与内、外侧面。

## 三、人体各部操作常规综合练习

本练习常规是综合上述各流派操作常规及某些实用手法编制而成。

### 1. 人体头面部操作常规练习

#### 【体位】

受术者正坐；术者站其侧前方。

#### 【手法】

练习一指禅偏峰推法、拇指揉法、大鱼际揉法、抹法、滚法、拿法、颈椎摇法及扳法的操作。

#### 【操作步骤】

- (1) 用一指禅偏峰推法、拇指揉法、大鱼际揉法或抹法沿印堂⇌神庭往返操作2~3遍。
- (2) 手法同上，沿印堂⇌阳白⇌瞳子髎⇌太阳⇌头维，左右各操作2~3遍。
- (3) 自印堂⇌攒竹⇌眶上缘⇌眶下缘⇌睛明，用一指禅偏峰推法、拇指揉法或抹法操作，左右相接，沿双眼眶呈横“∞”字。
- (4) 用一指禅偏峰推法、拇指揉法、大鱼际揉法或抹法，自印堂⇌左睛明⇌夹左鼻旁⇌迎香⇌颧髎⇌下关⇌听官⇌颊车⇌大迎⇌承浆⇌地仓⇌人中，绕唇操作1周，右侧亦然。
- (5) 再自印堂⇌神庭⇌上星⇌百会，用一指禅偏峰推法、拇指揉法或大鱼际揉法，往返操作2~3遍。
- (6) 术者位于受术者前方，分抹前额，先自印堂→鱼腰→瞳子髎；再沿额中→阳白→太阳，然后自神庭→头维。配合分推眉弓、按点睛明、分抹双睛、分推鼻旁迎香、分人中、分承浆。
- (7) 用一指禅推或拇指揉法，自风府⇌大椎，反复2~3遍。
- (8) 用拇指按揉风池、侧项窝、肩井、肩中俞、天宗穴。
- (9) 拿五经，自前发际经头顶向后至枕部，用五指拿头顶，至项部用三指拿法，自前向后操作3~5遍。
- (10) 术者站在受术者正后方，双手食指自前向后钩抹太阳，顺势用双食指中节桡侧沿两侧颞部手、足少阳经线路推抹至风池穴。
- (11) 扫散胆经，男先左女先右，自头维穴开始，自上而下，从前向后，沿颞部手、足少阳经路线扫散至耳后枕部。
- (12) 直推桥弓穴，男先推左侧，女先推右侧。推左侧桥弓穴时，术者必须用右手拇指或食中二指伸直并拢以指面着力操作，推右侧时用左手。左右各推10~20次。
- (13) 一手滚法，自枕骨下经风府⇌大椎⇌肩中俞⇌肩外俞操作；另一手同时配合做颈椎前屈、后伸、左右旋转或侧屈的被动运动。
- (14) 术者站在受术者侧后方，三指重拿风池及项后大筋，五指拿肩井，然后配合指揉肩井。
- (15) 做颈椎摇法，左右各1次，幅度由小而大。
- (16) 做颈椎拔伸法，包括坐位、低坐位和仰卧位，各操作1~2次。
- (17) 做坐位颈椎旋转扳法、定位旋转扳法及侧扳法，左右各1次。
- (18) 用双手大鱼际处着力，自枕后经风池合推至项根部。
- (19) 再拿风池及项后大筋，拿肩井，配合指揉肩井。

## 2. 人体腰背部操作常规练习

方法一

【体位】

受术者正坐；术者站其侧后方。

【手法】

练习一指禅推法、滚法、大鱼际揉法。

【操作步骤】

- (1) 自肩井沿冈上窝乘风、巨骨、曲垣等穴，用一指禅推法、滚法往返操作2~3遍。
- (2) 自曲垣⇒大杼⇒肺俞⇒心俞⇒膈俞，用一指禅推法、滚法操作2~3遍，左右相同。
- (3) 用大鱼际揉法，自腋下沿腋中线→大包→肋下缘，自上而下重复操作2~3遍。
- (4) 插肩胛，左右各2次。
- (5) 沿腋中线自上而下搓摩两胁，右侧用力略轻，重复操作2~3遍。
- (6) 做扩胸扳法、上胸椎后伸扳法各1次。
- (7) 用掌根揉自曲垣⇒大杼⇒肺俞⇒心俞⇒膈俞，反复操作2~3遍。

方法二

【体位】

受术者俯卧；术者站其体侧。

【手法】

练习一指禅推法、滚法、揉法、平推法、擦法等。

【操作步骤】

- (1) 用掌根或全掌着力轻揉脊柱两侧之骶棘肌，自上而下操作2~3遍。
- (2) 术者侧坐，用滚法、一指禅推法或按揉法沿膈俞⇒肝俞⇒胆俞⇒脾俞⇒胃俞⇒肾俞⇒大肠俞，往返操作2~3遍，再接对侧相同路线。
- (3) 用掌根叠按法自上而下从大椎→腰骶部，依次按压脊柱1~2遍。
- (4) 用滚法滚臀上、臀中，并配合髋关节的后伸与外展被动运动。
- (5) 用后伸扳法扳腰骶关节，左右各1次，掌拍腰骶部3~5次。
- (6) 自上而下，以脊中线为起点，用拇指向两侧分推1~2遍。
- (7) 自上而下，双手搓、摩两侧背、腰部骶棘肌。
- (8) 用平推法，自大椎水平向下依次推擦上背、下背、腰部，直至腰骶部及骶部。
- (9) 受术者侧卧，做侧卧位腰椎旋转扳法，左右各1次。
- (10) 受术者仰卧，做仰卧位腰椎旋转扳法，左右各1次。

## 3. 人体胸腹部操作常规练习

【体位】

受术者仰卧位；术者坐其一侧。

【手法】

练习一指禅偏峰推法、大鱼际揉法与摩法。

**【操作步骤】**

- (1) 自天突下⇌膻中⇌鸠尾，用一指禅偏峰推法、大鱼际揉法与摩法往返操作2~3遍。
- (2) 手法同上，自天突穴⇌锁骨下⇌中府，左右相接，各2~3遍。
- (3) 自天突穴⇌膻中⇌乳根，手法同上，左右相接，各2~3遍。
- (4) 手法同上，自膻中⇌鸠尾⇌上腕⇌中腕⇌下腕⇌脐中，往返操作2~3遍。
- (5) 手法同上，自中腕⇌梁门⇌天枢，左右相接，反复2~3遍。
- (6) 手法同上，沿中腕⇌脐中⇌气海⇌关元，操作2~3遍。
- (7) 摩上腹部，先顺时针后逆时针操作，各摩30~50次。
- (8) 摩少腹，先顺时针，后逆时针操作，各摩30~50次。
- (9) 用振法振脐中（神阙穴）或中腕穴3分钟。
- (10) 用双手拇指，以腹中线为起点，沿肋弓下缘至脐中，自上而下分推腹部2~3遍。
- (11) 用平推法、推盪法，自锁骨下起始，依次向下推擦胸部、上腹直至小腹。受术者为女性时，先平推锁骨下，再用食、中、无名三指指峰自上而下，直推天突→膻中→鸠尾，再平推乳根部。

以上操作男先由左向右推，再从右向左推擦；女性反之。

(12) 用单掌或双掌，平推两肋肋（右侧肝区用力稍轻）。

(13) 搓摩两肋肋，从腋下至腰眼。

**4. 人体上肢部操作常规练习****【体位】**

受术者正坐；术者站其侧方。

**【手法】**

练习一指禅推法、揉法、拿法、揉法、搓法、抖法、大鱼际擦法、劈法、掌心拍法等。

**【操作步骤】**

- (1) 用揉法自肩井沿冈上窝来回揉2~3遍。
- (2) 用揉法揉肩关节前缘，同时配合肩关节内旋、外旋及外展的被动运动。
- (3) 用揉法揉肩关节外侧缘，配合肩关节内旋、后伸的被动运动。
- (4) 用揉法揉肩关节后缘，配合肩关节内收及前上举的被动运动。
- (5) 用拿法自三角肌中部沿上臂外侧，拿至前臂桡侧肌群。
- (6) 由内向外拿腋前壁、三角肌前部，再沿上臂内侧拿肱二头肌，再向下拿前臂两骨之间，直至腕部。
- (7) 由内向外拿腋后壁、三角肌后部，再沿上臂后侧拿肱三头肌，再向下拿前臂尺侧肌群直至腕部。
- (8) 用大鱼际擦法，自腕至肩沿上述3条路线，分别推擦。
- (9) 用拇指揉法自肩髃⇌曲池⇌手三里⇌外关、内关⇌阳溪，各操作2~3遍。
- (10) 摇腕，用拇指与食指桡侧面相对按揉手背掌间肌，配合捻指、勒指，再用拇指桡侧面，分别推擦掌间肌。
- (11) 用托肘摇肩法、大幅度摇肩法，左右分别操作3~5次。

(12) 勒五指，掌劈指缝，掌击拳面。

(13) 双手相对先搓、揉一侧肩部，然后搓上肢，自腋下至前臂下端，快搓慢移，最后用抖法抖上肢，同法在另一侧肩及上肢操作。

#### 5. 人体下肢部操作常规练习

##### 【体位】

受术者先俯卧，后仰卧位；术者站其体侧。

##### 【手法】

练习滚法、揉法、弹拨法、拘揉法、拿法等。

##### 【操作步骤】

(1) 用滚法、揉法（掌根揉法或肘揉法）、弹拨法自承扶⇒殷门⇒委中⇒承山，往返操作2~3遍，左右相接，操作相同。

(2) 用上述手法，在大腿外侧，沿足少阳胆经往返操作2~3遍，左右相接，操作相同。

(3) 拿小腿内外侧腓肠肌，自上而下，各2~3遍。

(4) 用滚法自髌关⇒伏兔⇒梁丘⇒足三里⇒上巨虚⇒丰隆⇒绝骨，往返操作2~3遍，左右相接，操作相同。

(5) 用拇指按揉、弹拨上述各穴。

(6) 用双手拇、食二指在髌骨上下推揉30~50次（双狮舞球势），用掌根揉髌骨下韧带10余次。

(7) 用食、中、无名三指拘揉小腿腓肠肌，从委中⇒承山，操作3~5遍。

(8) 摇髌，向内向外摇髌各3~5次。摇膝及踝关节各3~5次。

(9) 屈髌、屈膝、压单腿，左右各1次。再令患者双下肢屈膝，屈髌，压双腿3~5次。

(10) 自上而下，用双手沿大腿搓至小腿，抖下肢。左右各操作2~3遍。

#### 四、常见病操作常规练习

本阶段的手法训练，主要是要求对临床各种常见病的基本操作常规，逐一进行练习，通过这种临床治疗方法及步骤的模拟练习，不但能使学员比较熟练地掌握各种常见病的推拿操作方法与步骤，学到一般人体练习阶段中没有涉及到的、治疗每种疾病时所专用的特殊手法；而且，还可以使其了解并初步掌握推拿临床辨证取穴和选用手法的组方治疗规律。因此，这是学员正式进入临床实践之前的一个十分重要的训练过程。有关这方面的内容及训练，将在《推拿治疗学》中介绍。



## 下篇 手法实验与研究方向

### 第十章

### 手法运动生物力学实验

“手法”是推拿用以防治疾病的主要手段。临诊时，手法的优劣可直接影响治疗的效果。推拿手法学的传统经验告诉我们：经过严格专业训练的推拿医生，在施术时，精神集中，气息均匀，运一身之“气”“力”到一指之尖，以沉肩、垂肘、腕端平、指吸定等规范姿势与手法动作，达到“有力、持久、均匀与柔和”的要求，则手法作用就能沿着“经络⇒内脏”的相关路线，“深透”到受术者体内，以激发经气，使气至病所，产生感应，而奏平衡阴阳、调和气血、扶正祛邪、补虚泻实等诸种功效。可见，推拿手法的作用含有“力”与“气”两方面的因素；但在宏观上，直接加在受术者机体上的，是手法所产生的“动态的力信号”，故应用运动生物力学的理论、观点与实验方法，对各种经典手法的动作规律进行系统研究，逐步弄清其运动生物力学特征，对揭示手法的原理与治疗机制，无疑是十分重要的。

早在 20 世纪 50 年代末，就有人设想从力学角度来研究推拿手法，但由于当时运动生物力学在我国还刚刚起步，各方面都非常落后，特别是没有专用的实验仪器，科研工作基本上无条件开展，故手法的力学研究也不可能系统的建树。从 20 世纪 70 年代至 80 年代初以来，由于运动生物力学在世界范围内的发展，尤其是受到国内外体育科学工作者在运动生物力学研究方面所取得的一系列成果的启发，国内一些推拿专业工作者与力学、数学、物理、计算机等多种学科的学者，相互合作，共同努力，在继承中医学遗产的基础上，应用现代科学的观点与方法，采取了具有自身特色的技术路线，在研究传统手法力学规律方面做了大量的工作，促进了现代人体运动学、生物学、生物物理学、力学与古老的中医推拿手法学之间的相互渗透和结合，推动了传统推拿手法学向现代化方向发展的步伐，一门新兴的边缘学科——推拿手法运动生物力学已初步形成。目前，在手法运动生物力学领域内，各种学术活动正方兴未艾，不断深入，各种科学的实验方法被逐步采用，先进的专用仪器不断出现。随着实验手段的进步与人们认识的日益提高，手法运动生物力学的研究正在逐步深化，向更高的水平发展。现将推拿手法运动生物力学的实验研究方法、仪器及应用情况简介如下。

## 第一节 手法运动生物力学的研究方法

运动生物力学是研究人体运动技术力学规律的科学，手法运动生物力学则是研究传统推拿手法动作的力学规律的科学。它把传统中医推拿手法的研究课题，赋予生物学与力学的观点和方法，将生物学、力学与推拿手法学相结合，相互渗透，使古老的手法经验与复杂的手法动作技术莫基于最基本的生物学与力学的规律之上，并以数学、力学、生物学及手法技术原理的形式加以定量描述。推拿专业的临床医师、教师与学生，可依据所测定的生物力学参数，科学表达手法的运动学与动力学特征；可以提示手法对机体的刺激量和作用形式及其与疗效的关系；可以制定手法教学训练计划与提出改进手法动作技术的方案；可以预防错误动作造成的损伤；还可以依据数据与图形资料，定量地评判手法的质量以及观察与考核学员手法训练的进度与成绩。

一般来说，生物力学的实验研究应区分为互相衔接的三个阶段：①测定手法动作的各种生物力学特征指标；②对测量结果进行变换处理；③进行运动生物力学的分析与综合。

通常测定人体运动生物力学某些量的方法，有光学法和电学法两种：

**1. 光学记录法** 即利用普通平面摄影、连续摄影、频闪摄影、立体摄影以及电影或录相等光学技术，测量与记录手法动作的一维或多维平面图像及动作环节的空间轨迹与相应动作图等手法生物力学的图像资料。

**2. 电学测量法** 是把非电性量——待测的手法力学量，变换为电性量，即转变成电信号，然后再进行测量或记录的一种研究方法。把待测的非电性量变换为电性量的元件称为一次测量元件，或者叫做换能器或传感器。目前，在手法运动生物力学中常用的电测仪器，有由电阻应变式传感器制成的山东中医学院与山东工学院研制的“TDL-I型推拿手法动态力测定器”、“TDL-II型推拿手法力学信息测定仪”和山东中医学院与山东省计算中心开发的“推拿手法力学信息计算机处理系统”及上海中医学院与复旦大学研制的“FZ-I型推拿手法测力分析仪”等。

研究方法的选择，应以进行实验的可能条件或任务为转移。用光学摄影方法，在记录与分析的形象资料方面，具有明显的实用价值。然而，其及时性很差，因为照片要经过化学、物理、制作及分析、制图、计算等一系列的操作与处理程序后才能取得数据。所以，在现场指导教学训练方面，则有一定的局限性；而电测法的主要优点，一是能及时提供数据，二是对不可直接测量的手法的力学量，可以自动进行显示与计算。尤其是计算机技术的应用，使手法研究方法有了很大的飞跃，利用“推拿手法力学信息计算机处理系统”，可使手法力学实验研究、计算与综合分析三个阶段的工作，在短短的几分钟内一次完成，当在被测手法动作过程完成之后，可以立即向教师与学生报告测试结果和生物力学分析的结论。

手法的动作过程是非常复杂的，在研究时，不仅要着眼于参加动作的肢体环节；而且，要注意其与整体活动的内在联系。因为，在这个过程中，除有局部的力学、生物学规律外，还表现有环节与全身的力学、热力学、生物化学、生理学、运动解剖学与心理学的相互作用

的规律性。所以，要科学地分析手法的动作技术，只凭经验是不够的，必须借助多种科学的研究方法，积累一定的材料，测定大量的数据，并从各个侧面来阐明手法动作的规律性，这样才能获得客观的、准确的和全面的结论。然而，研究如此复杂的现象，在实践中不可能用一种方法或在一个课题中，将所有的问题全部解决，科学的方法只能是先从某个看来似乎是“容易解决问题”的侧面着手，逐步深入，各个突破，而达到最后揭示其全部奥秘的目的。所以，以上介绍的各种实验方法与设备，在实际使用中，尽管都有它的某些局限性，但从当前的研究水平来讲，用以解决手法力学实验研究与教学中的实际问题，其实用性与先进性还是十分明显的。

上述的这些仪器中，有的通用性较强，可直接用于手法研究，如各种照相器材，有关这类仪器与设备的性能、用途与使用方法，可参考有关的专著，在此不再赘述。下面着重介绍手法力学测量的专用电测仪器及其使用方法。

## 第二节 手法生物力学实验仪器及应用

### 一、推拿手法力学信息测录系统

1. 仪器介绍 推拿手法力学信息测录系统，由 TDL - I 或 II 型力学信息测定器、动态电阻应变仪、慢扫描电子示波器与光线示波器联机组成（图 10 - 1）。用它可同步测定、显示并记录推拿手法操作时在垂（Z）、纵（X）、横（Y）三个方向上的力及旋转力矩的大小、频率、动态波形曲线等力学参数。

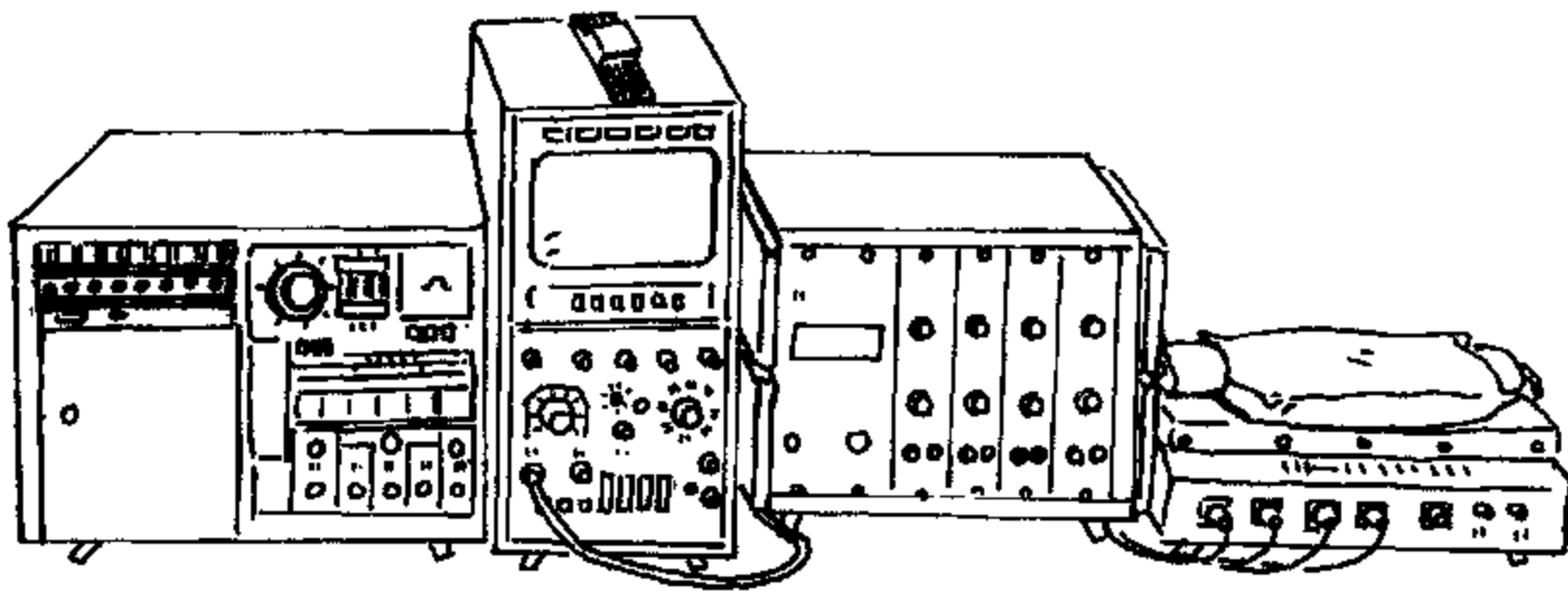


图 10 - 1 推拿手法力学信息测录系统

TDL - I 型推拿手法力学信息测定器 [图 10 - 2 (1)] 与 II 型推拿手法力学信息测定器 [下称测定器，图 10 - 2 (2)] 是应用现代力学的电测原理，并根据手法动作时所需的特殊条件而设计的一种能测定手法力学特征的专用传感器。其结构主要有：机架、感受元件与测

力盘三部分。由于在机架的恰当位置配置了可以感知垂、纵、横三维力的三组感受元件，并以特殊的浮动式结构与弧形台面的测力盘相联接，从而保证了测定器的专用性与实用性以及仪器的精度、灵敏度与分辨力。

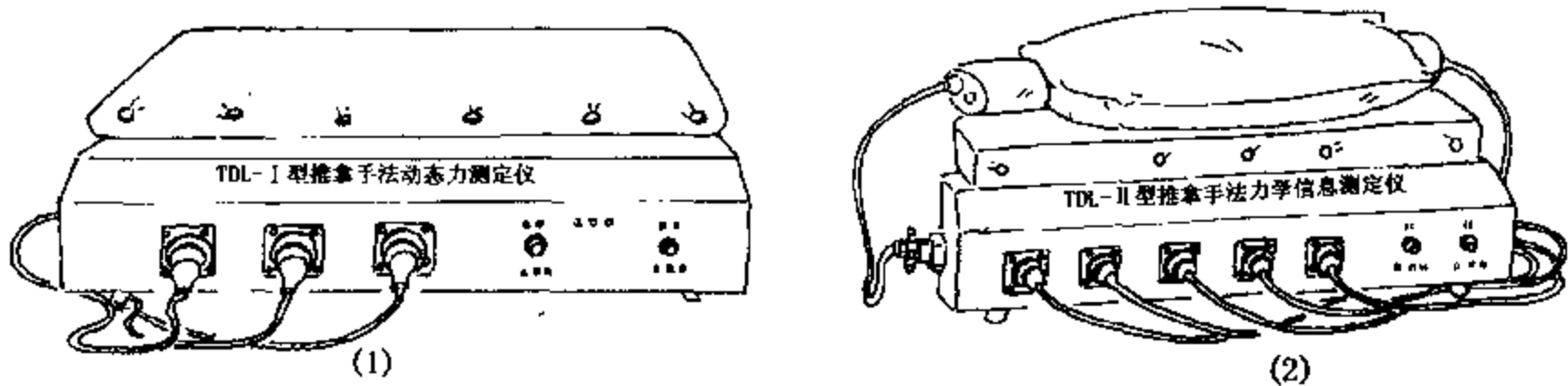


图 10-2 推拿手法力学信息测定仪

测定器实际上是一种手法三维力的测力台，它可将手法的力学量变换为电学量。其工作原理是：测定器的核心部件是三组感受元件，是在悬臂梁式弹性构件上，用特殊的粘合剂，贴上箔式电阻应变片  $R_1$  和  $R_2$  构成，当在其自由端受到力的作用时，弹性构件即发生变形，电阻片由此产生一个电阻增量  $\Delta R$ ，电阻片电阻的相应变化与应变  $\epsilon$  成正比，即：

$$\Delta R/R = K \cdot \epsilon$$

应变片采用惠斯登电桥半桥接法，当桥臂上的测量应变片产生一个  $\Delta R$  时，电桥就会输出一个信号电压  $\Delta U$ ，再通过应变仪放大推动记录仪工作，在记录纸与示波器上显示其动态波形曲线以供研究者分析，其工作框图见图所示（图 10-3）。

“I 型测定器”可测定除提拿类手法以外的所有作用于软组织类手法的力学信号；II 型测定器由于增加了捏力传感器与提升力传感元件的组合，故可测定包括提拿类手法在内的所有作用于软组织类手法的力学信号。

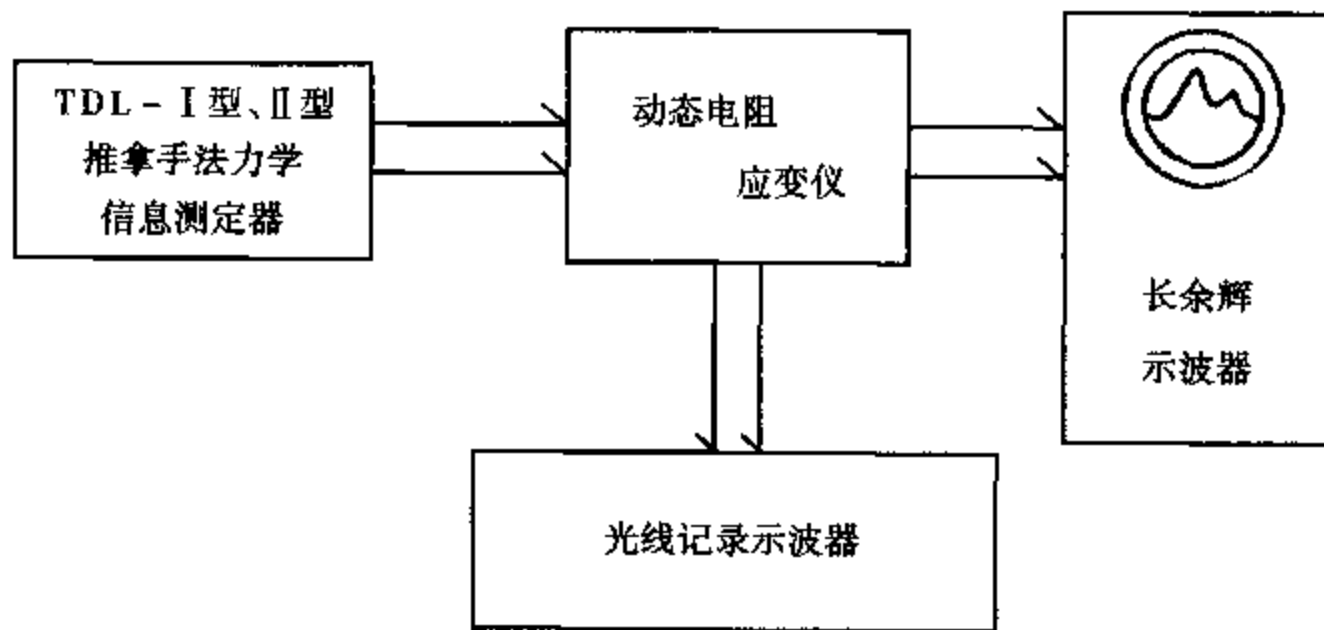


图 10-3 推拿手法力学信息测录系统工作原理框图

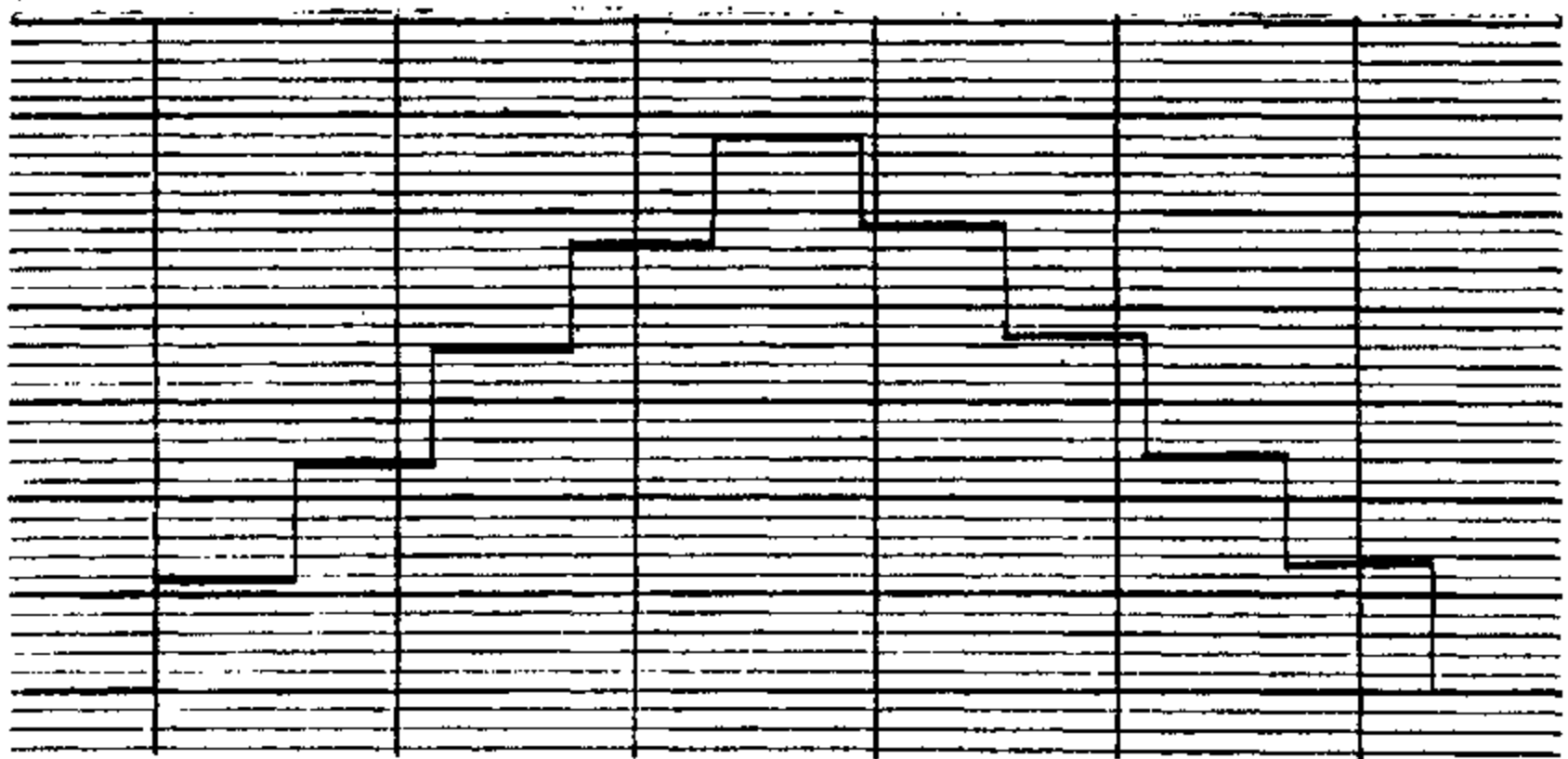
动态电阻应变仪，是一种应变测量仪器，是利用应变片的“应变效应”，把力学量的应变 $\Delta\epsilon$ ，转变成电量的电阻变化 $\Delta R$ 进行电测的精密仪器。在手法测录系统中，用它与手法测定器配用，可对测定器在手法作用下力的动载荷状态，作动态应变测量，并将放大的电信号输入慢扫描电子示波器与光线示波器，进行波形描记与观察。

光线示波器是一种研究、分析、测量各种电参数和物理变化过程的记录仪器。它由光学系统、电磁测量机构和机械传动系统组成。在手法测录系统中，也可选择各种类型的笔式记录仪或磁带记录仪作为记录手段。但是，由于光线示波器的振子灵敏度高、频率响应好，所描记的波形曲线失真程度小，可同步记录的线数多，价格便宜，故在实用时有精确、方便与经济的特点。

慢扫描电子示波器是一种用来观察和测量各种电量变化的电子仪器。在手法测录系统中，可用来观察和测量由手法力学量转为电性量的非电学参量。这种示波器用长余辉示波器，扫描电压频率极低（ $1/2 \sim 1/5H_z$ ），故特别适用于观察频率周期比较慢的手法动态力的变化过程。教师与学员可及时在荧光屏上看到测量和记录过程中出现的全部现象，作为课堂现场指导与学习的依据。

## 2. 实验方法

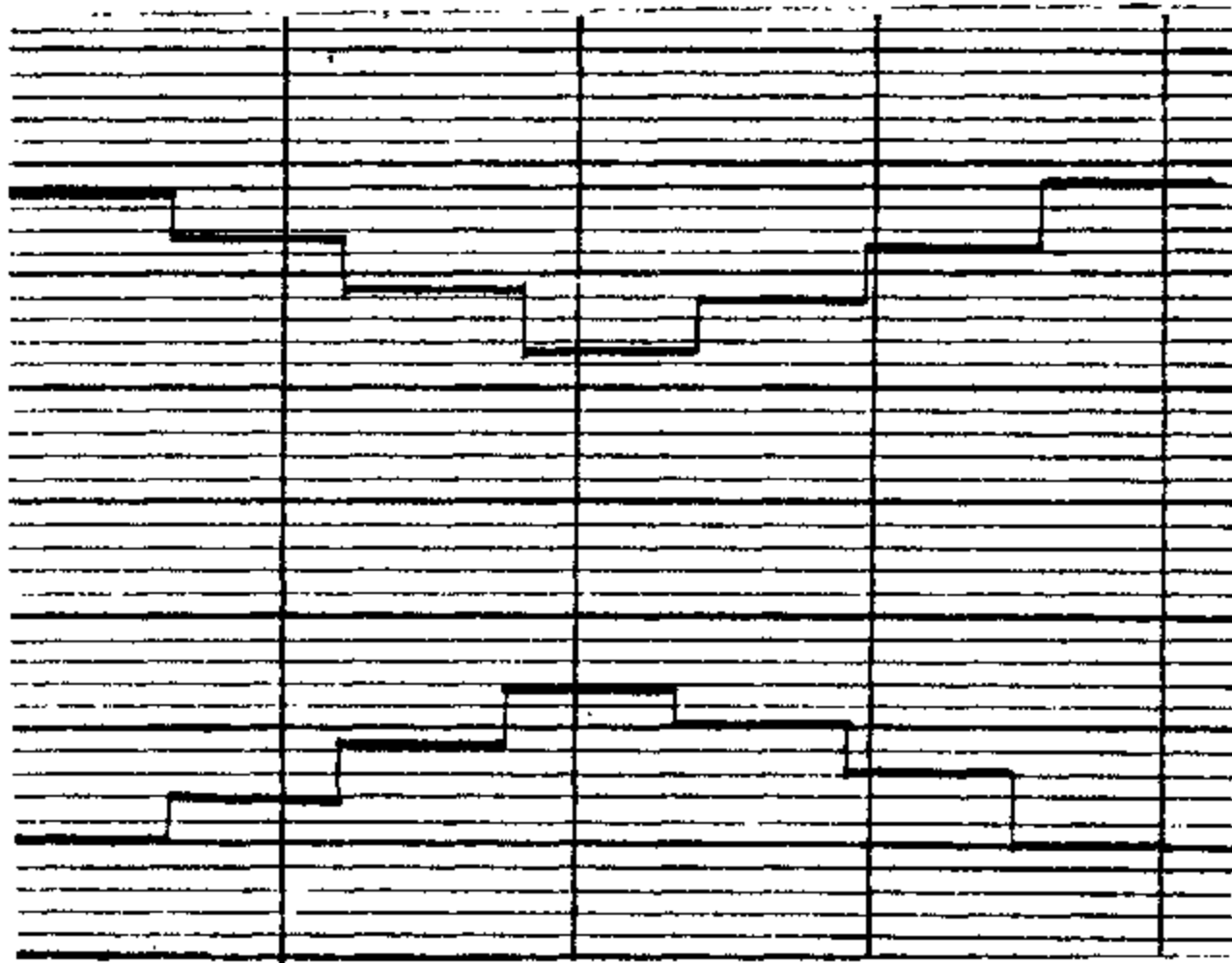
(1) 标定：实验测定前先用砝码标定仪器的读数值。垂直力的标定，可先把砝码加于测定器测力盘的正中，通过光线示波器记录出加载和卸载时的阶梯形曲线（图 10-4）；纵、横方向水平力的标定可以由固定在测力盘上的绳索，经滑轮再用砝码加载、卸载得到阶梯形曲线（图 10-5）。由标定结果确定光点移动距离和力之间的比值，即求出每加载 1kg 光点的移动格数。



动态电阻应变仪：衰减 3；光线示波器振子号 1200；上升阶梯每级加载 2kg，下降阶梯每级卸载 2kg

图 10-4 垂直标定阶梯形曲线图

(2) 测试：调试、标定后，即可进行现场手法测定与实验。



动态电阻应变仪：衰减 3，光线示波器振子号 1200，上升阶梯每级加载 1kg；下降阶梯每级卸载 1kg

图 10-5 纵横标定阶梯形曲线图

正式测试时，手法测定器要放在工作位，“测定器工作位”如图 10-6 所示：测定器的正面一边（A），放在被测者的右边，沿右手坐标系，测定器的四边分别为 C、B、D、A，其 D 边正好与被测者相对。

被测者根据所测的不同手法取坐位或站位，面对手法测定仪的 D 面或 B、D 面或 A、D 面的交角处，操作时，精神放松不要紧张，要按手法的动作结构与要领发挥最佳的“竞技状态”。初次在测力盘上操作者，也可在正式测试前，先在盘上稍加练习，待适应此操作条件，动作技术进入稳定阶段后，即可进行正式测定实验。如需记录，仪器操作者要先将光线示波器的拍摄按钮打开，待记录纸上留下基线的潜影后，被测者即可在测力盘上进行手法操作。操作时，手法的加力位置，要尽量放在盘的中心，不要在弧形测力盘的边上操作，以免因加力位置的不当而造成横向力的误差（图 10-7）。非操作手可扶持测定器的机架，使之稳固，不得移动与弹跳，绝不可将非操作手按压在测力盘的台面上。另外，手法的用力方向，因手法的不同而有所差别。如测撮法力时，其摆动方向要沿着测定器的纵轴方向，以使其外摆力指向  $X_C$ 、内摆力指向  $X_D$ ，而测一指禅推法时，其摆动方向要与测定器的横轴方向一致，此时，其前摆力指向  $Y_A$ 、回摆力指向  $Y_B$ （图

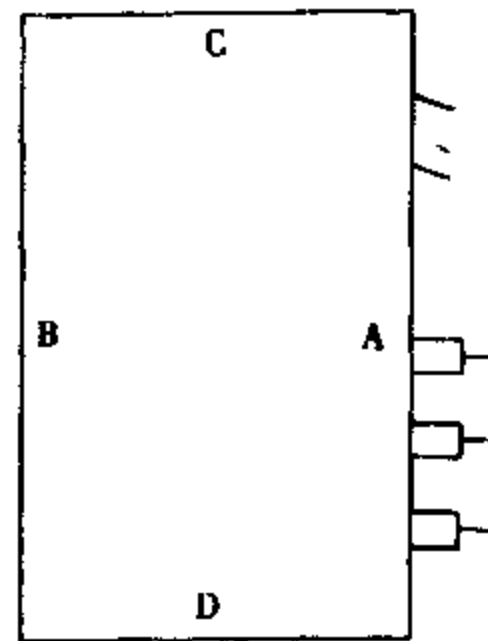


图 10-6 手法测定器工作位示意图

图 10-7)。

10-8)。

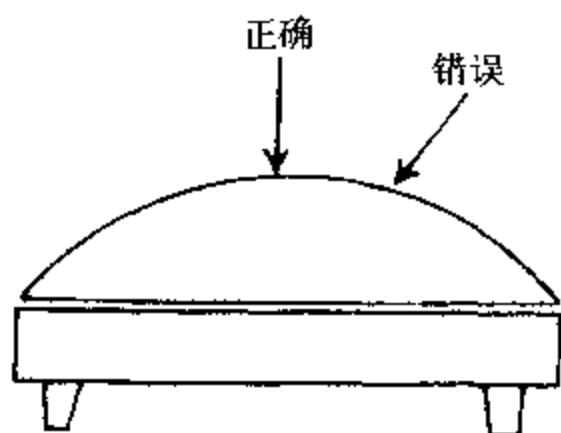


图 10-7 用力方向示意图

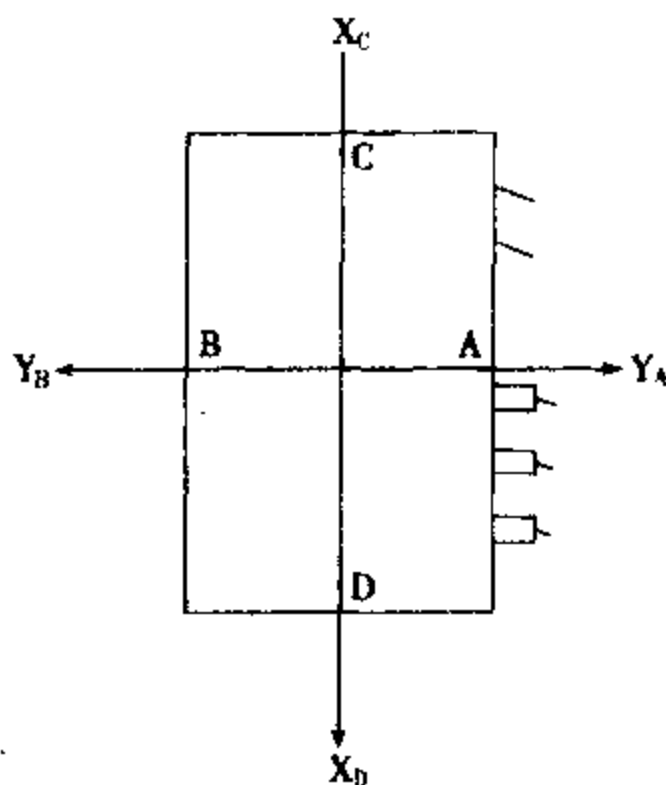


图 10-8 擦法、一指禅推法在测定器上的用力方向示意图

每次记录时间，按实验的需要可长可短。一般记录为 10 个左右手法周期，即可供分析研究所用。实验结束前，令被测者先停止手法操作，待其操作手离开盘面后，再关闭光线示波线的拍摄按钮，以使所描记的手法曲线回到基线。

在实验过程中，教师或仪器操作者坐在仪器的台桌前操作与观察仪器，如仪器发生故障，必须尽快调整与排除，保证实验正常进行，并在记录纸上将有关实验的事项，如被测者姓名、操作手法名称、用手（右手还是左手操作）、所测的是手法力值还是扭矩以及走纸速度等，逐一在记录纸上作好记录或标记。

(3) 识图：利用手法力学信息测录系统，所显示或描记的手法作用力的波形曲线称手法动态曲线图。如所记录的是擦法的作用力波形，即称擦法动态曲线图。

一份完整的手法动态曲线图，自下而上由表示垂向力、纵向力与横向力的垂向曲线、纵向曲线与横向曲线等 3 条波形曲线组成。一个完整周期的手法动作，形成一个手法波，一组手法波组成一条手法曲线。

记录纸背景上的竖线，为时间分格线，每个竖格之间的距离所表示的时间，视所选择的走纸速度档而不同，光线示波线的走纸速度可调范围在 1mm/秒至几千 mm/秒。据记录纸的行走速度与手法波的波长，可计算出手法的周期、频率等提示手法时相特征参数。记录纸上的横线为力值分格线，据标定结果，在所记基线以上的横格，表示一定的力值，手法波峰顶点至基线的垂直距离提示手法作用力的最大值；而手法波升、降支上任何一点到基线的垂直高度所占横格数表示的力值，则可反映手法动作时其作用力涨落的动态变化规律。而在按规定方法接线时，所描记的图形，其手法波的正、负相所提示的是手法三维力的 5 个不同的方向：即垂向曲线上的正相波所示为手法的 Z 向力，纵向曲线上的正相波所示为手法的  $X_D$  向力，负向波为  $X_C$  向力，横向曲线上的正向波为手法的  $Y_A$  向力，负向波为  $Y_B$  向力。这些

有关手法作用力取向的指标，是手法运动学分析的重要依据。

另外，由于手法的波形曲线，是由一定的手法动作所形成，其反映的是在一定的手法动作结构（形式）下所产生的动力的“构型”，而从规范的手法动作得到的“典型手法动态曲线图”，其表达的则是由正确的手法结构所产生的合理的“动力定型”。因此，可通过与典型手法图对比分析的方法，获知所测手法是否正确，并提出改进动作的方案（图 10-9）。当然，手法的“动力定型”，不但可揭示手法原理及其力的时空特征，而且可以帮助我们了解手法可能加于机体的刺激量的大小、方向及其传递形式等与推拿治病机制有关的问题。

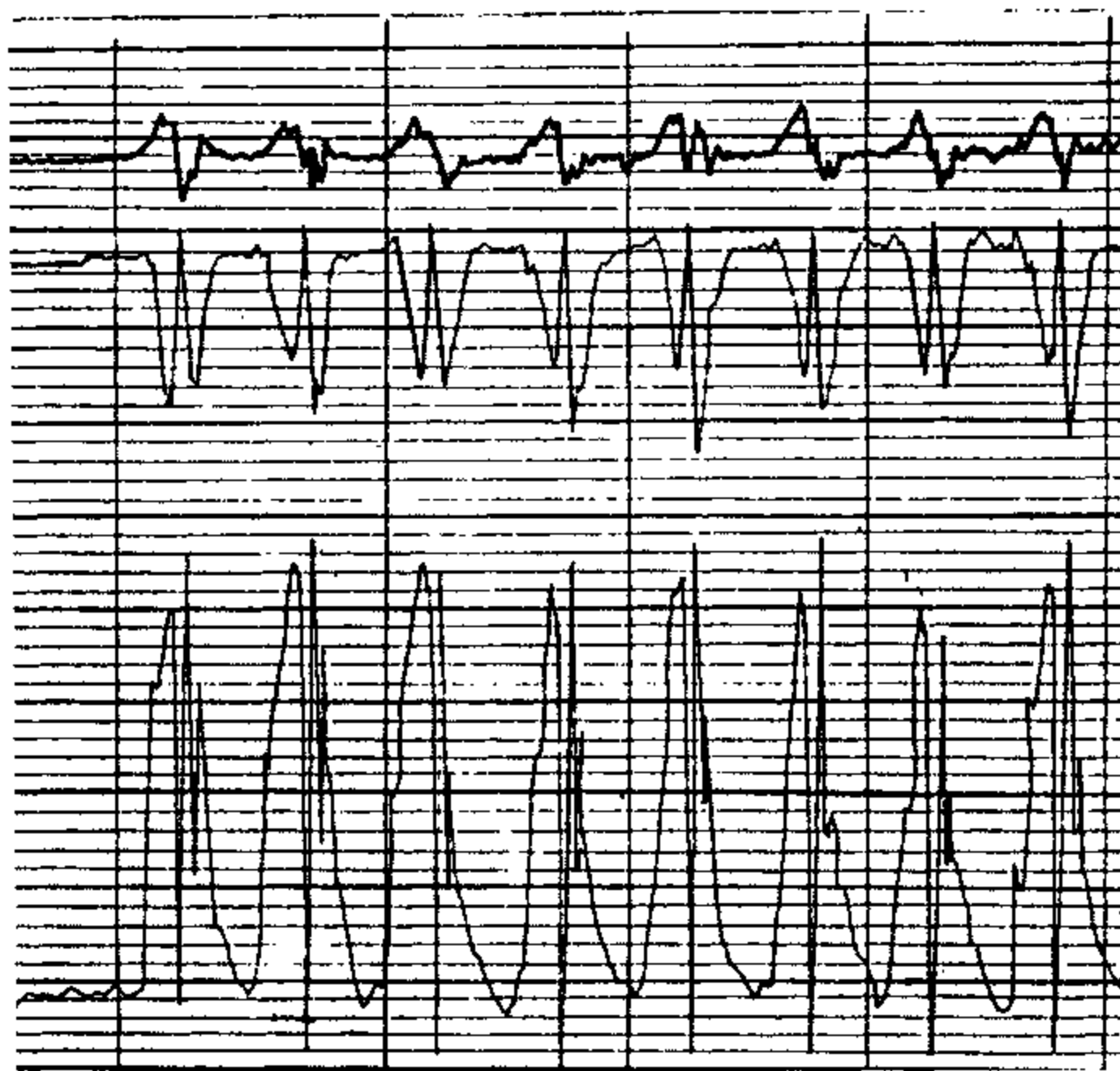


图 10-9 前顶力过强的错误揉法曲线图

最后，要说明的是：在识别手法图形时要注意摆动类、摩擦类、振动类、叩击类等不同类型的手法，由于其动作的基本规律不同，反映其作用力“构型”的波形曲线的基本成分与形态也各异；而同一类中的不同种手法之间，其动作形式虽有共同的规律，而具体的动作结构又不完全一样。所以，它们的手法波表现为：一方面都具有某些共同的波形成分；一方面波形的形态又各具自身的特征。例如，同是摆动类手法的一指禅推法与揉法，从其典型手法图中一个周期的手法波上都可看到有外摆波与内摆波的成分，但其波形的形态又不尽相同。此外，即使是同一种手法，由于不同操作者的个人经验、技术熟练程度、操作风格乃至手的



生理条件等的不同，其手法波也呈现出基本波形成分相同，而具体形态有别的规律。

总之，“手法动态曲线图”，是手法运动生物力学特性与推拿治疗量客观化的重要指标，目前，正处于研究与发展的过程。随着仪器的更新，实验条件的改善，以及人们对图形认识的不断深化，其所包含的深邃内涵与意义将得到进一步的开发，并在推拿临床教学与研究工作中得到愈加广泛的应用。

**3. 常用手法典型动态曲线图介绍** 1982年以来，王国才等应用推拿手法力学测录系统，对国内部分著名推拿流派的主治手法，进行了广泛的实验研究、测定，采集并分析处理了大量的手法运动生物力学数据与图形资料。其中，由我国当代各推拿流派学术代表人或他们的嫡传弟子亲自操作的手法图，称为典型手法动态曲线图，在前面有关单式手法的章节中进行了系统的分析和介绍，具体内容可参见本教材第五章。最后需要说明，在该章中所介绍的手法“动态曲线图”中，凡在图下标明“×××某法动态曲线图”的则是该推拿专家亲自操作时描记所得；而标明“×××式某法动态曲线图”的则是由该专家的嫡传弟子操作时所描记。

## 二、推拿手法力学信息计算机处理系统

应用计算机技术测量、记录并分析推拿手法作用力的数字与模拟信号，是手法定量实验研究在学术与技术上的一大进步。自20世纪80年代中期山东中医学院与山东省科学院计算机中心合作完成了“推拿手法力学信息处理系统”的研究开发。近年来，上海中医药大学与复旦大学也合作开发出了“FZ-I型推拿手法测力分析仪”。以上“计算机处理系统”的结构、功能和应用情况简介如下：

**1. “处理系统”的结构与功能** 处理系统由硬件与软件两大部分组成，硬件由TDL-I型或II型推拿手法动态力测定器、动态电阻应变仪、模/数与数/模转换控制器及微型计算机联机组成（图10-10）。软件包括应用软件与数据库系统两部分。

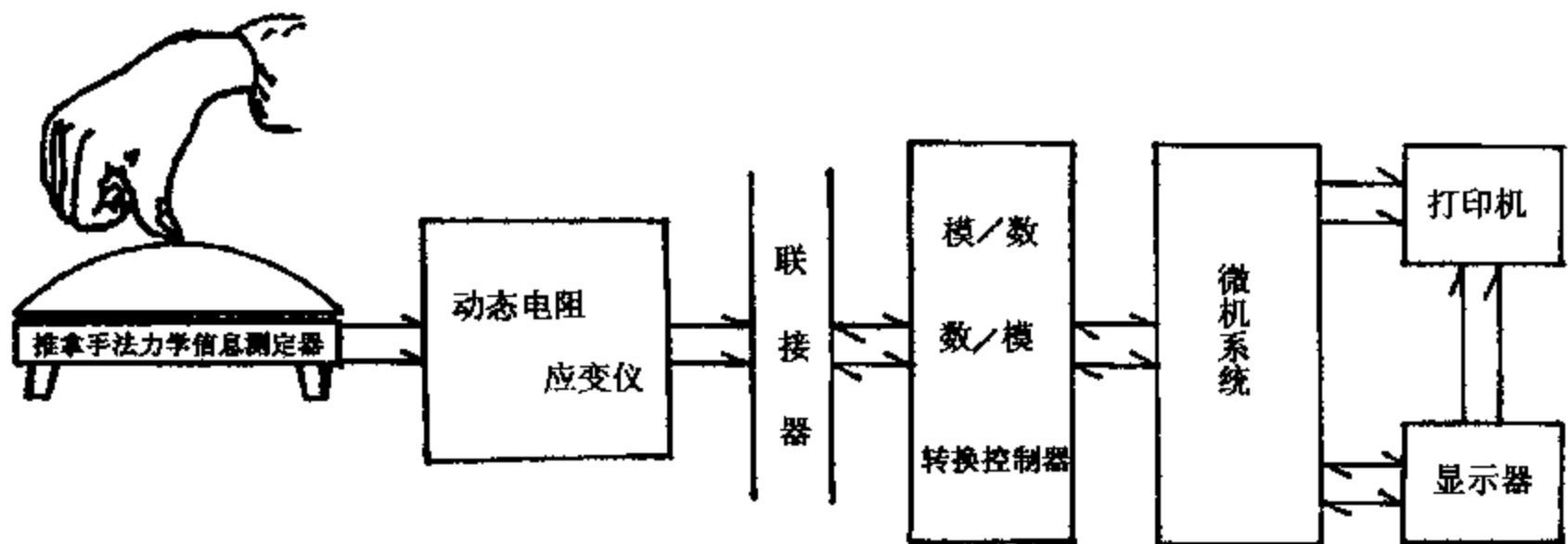


图 10-10 “中医推拿力学信息计算机处理系统”方框图

处理系统的应用软件，其结构分四个层次：①能产生并建立起全系统所必须用的一系列索引表和数据文件；②起全系统的调度作用，主要是利用“人-机会话”，即“菜单式”的

工作方式,由人工来选择当前的工作状态;③为本处理系统的核心软件,主要用来完成检索、计算、分析、管理、删除和修改等工作,它是经过人工选择后调入的处理程序;④为图表的装配输出模块,它是用来制造各种表格及手法三维坐标曲线图的模块。以上硬件结构通过软件系统的控制与调度,主要可进行以下两种形式的有序工作:

(1) 联机工作:当“调度模块”选择联机测录时,系统即进入联机工作状态,在使用手法测定器进行手法现场测录实验与教学时可选择此种工作状态。此时,处理系统可将手法测定器测到的手法力信号,经动态应变仪进行放大并转换为电信号,再经模/数转换器接收端口输入,并进行转换为与电平信号相对应的数字信号,然后由计算机进行规格化处理后进行存贮和注册。

(2) 脱机工作:不使用手法测定器时的工作方式为脱机工作。此种方式的工作状态主要是在进行管理、检索、计算、分析时选用。此时,无需手法测定器一起联机工作。

“处理系统”利用计算机技术,采用了“人-机会话”工作形式,大大方便了使用人员,并提高了工作的效率与可靠性。

总之,“处理系统”是一个以现代力学电测技术为基础,以微机为中心的具有模拟与数字信号混合处理能力的工作系统。它通过相应的管理程序、处理分析程序、数据计算程序及数据库等应用软件,可以将由手法测定器获得的模拟信号,经过采样和量化即进行模/数转换为一组离散的数字值——计算机所能进行处理的数字化信息,然后由计算机来处理。也可以把数字信号经过数/模转换,还原成模拟信号,并显示出模拟曲线,再由计算机来识别分析。所以,从整体来看,“处理系统”的主要功能可归纳为:①对运动关节类手法以外的各类推拿手法的三维力学信息联机测量、记录并存贮和注册;②对已测录入“档”的手法数据进行系统的分类、入库,并且有删除、修改、追加和检索的功能;③对各类手法作运动力学方面的综合参数计算和频率谱、功率谱的分析及数据信息与手法曲线的还原;④对同类手法的计算参数进行系统的统计、分析与处理;⑤教学模式子系统,可利用数字化、图形化的各专家及授课教师的手法数据,较为直观地完成辅助教学和学习任务。因此,在实际工作中,可实现手法运动生物力学实验与教学时所需要的联机测录与存贮、信号分析处理、图形显示与识别,以及资料管理和复制再现等多方面的应用功能。

**2. “处理系统”应用举例** 由于“处理系统”具有上述多方面的应用功能,与“推拿手法力学信息测录系统”相比,不仅在手法测录技术方面有了明显的进步,还因为它能自动进行各种数学运算与分析、储存和整理大量信息资料,且有逻辑判断能力,实用时无需人工自己费时去进行复杂演算,把人从繁重的脑力劳动中解放出来。所以,自它问世以来,在继承、总结、挖掘与发扬祖国传统医学遗产与当代推拿名医经验、改革推拿手法教学以及进一步研究手法运动生物力学机制等方面,显示了其广泛的实用价值与学术意义。例如:

(1) 提高了手法测录技术与分析的精度和速度:与“测录系统”相比,“处理系统”可将变成相应电信号的手法力学信息,自动永久地存贮到磁盘中,需要时可随时将资料从盘中调出,并任意复制所需的数据与图形资料,或使之在屏幕上再现手法波的动态观察,方便了教学示范、学术交流与技术传递。

“处理系统”可根据手法动作速度的快慢,在1秒钟的时间横轴上任意选择1~1500个数据采样点,如在测量摆动类手法时一般每秒取120个采样点,假定以每秒做两个半周期的

手法来计算,则每个周期的手法波上,可以依次取 48~52 个数据采样点。所以,处理系统对一个手法周期就可连续测量 48~52 个点,并提供每个测量点的各项时间、强度参数以及利用这些数据作素材进行各种数学运算与相关分析,以取得各种有意义的运动学与动力学的分析结果。

另外,“处理系统”对各个采样点的时间、强度参数与计算结果,可直接自动量化并转换成相应的表示力值强度的千克力数与时间单位,在屏幕显示或打印出来。这种直观的表达方式,使人一目了然,大大方便了使用者,也保证了测量的精度。由于上述过程均利用微机高速运转与大量处理信息的功能,使原来花费几天甚至几周时间的的复杂运算,现在仅用几秒钟或几分钟就可完成,明显提高了工作效率。

(2) 建立了我国第一个“推拿力学信息数据库”;利用计算机数据库技术,在“处理系统”中建立了内涵十分丰富的“推拿手法力学信息数据库”。几年来,已将全国 70 多名有丰富经验的推拿医生,包括我国著名推拿专家朱春霆、丁季峰、王纪松等所做的 16 种手法 340 多条单手法资料,经过整理存入了库中,并通过管理程序,将这些资料管理得井井有条,使“数据库”像一部活的手法“档案”,只要按几下键盘,所找的某位专家做某种手法的全部资料,包括原始数据、三维同轴曲线图及十几项分析会在屏幕上显示或打印成册。由于“数据库”的建成,为手法研究收集了丰富的原始资料与珍贵素材。

(3) 革新了传统的手法教学方法与内容:在“处理系统”中设有专门供推拿手法辅助教学使用的“教学模式子系统”,它的主要功能是可联机采集教师与学生的手法力学信息,并作各种力学参数的综合计算处理与富氏变换、三维同轴图形还原、识别手法的稳定性指标,提示与还原教师示范手法及数据库中各专家各种类型的典型手法的原始数据及标准参数值等。如能充分利用,则可在手法“教”与“学”的各个环节中取得明显的效果。

首先,教师在对传统的动作要领与经验讲解以及动作外形宏观演示的同时,可进一步应用“系统”的显示功能,向学生展示手法的运动学、动力学参数及波形曲线,使那些只能“心传”不能“口授”的手法经验,有了科学表达的方法。由于这种将传统经验奠基于科学实验之上的实验教学法,使手法的示教内容,从原来的宏观层次提高到运动生物力学的微观层次,故可加深学生对手法的“动作结构”及其“动力型式”之间内在规律的认识与理解,使他们自觉地认识到:有效的“动力型式”,产生于正确的“动作结构”,两者呈统一的因果关系。所以,在训练中,必须努力模拟教师手法的外“形”——规范的动作结构,同时,还要注意“神”——正确的动力定型的培养,才能使手法技能“形”“神”兼备,最后达到“机触于外,巧生于内,手随心转,法从手出”的纯熟境界。

其次,为了达到上述目的,在学生的手法技能训练实践中,可将“系统”作为手法练习的工具,以代替传统手法练习时所使用的“米袋”。在这种“会说话”的“手法练习器”上练习手法,可随时得到有关自身手法熟练程度的提示,特别是“系统”具有查找名老中医相关手法资料与再现教师示范手法的数据与图形进行对比处理的功能,故可使学生及时找到有关手法的最佳数据与波形,作为“模式”进行模拟练习并随时修正自己手法动作中的错误。另外,“系统”可将学生手法力学信息的所有分析结果打印成册,以供学习者自我分析与评价;教学管理部门,也可将在学年各个阶段所测录的学生手法资料存档,作为阶段成绩的考核依据。再者,对学生手法的考试过程,也可在“系统”上自动进行,采用对学生手法的现

场实测资料进行分析，并与典型手法资料相对比的方法来客观评判其手法成绩，使手法技能评定在统一的标准下进行，以避免在教师身上进行实际操作时仅凭教师主观的“感觉评分法”所造成的各种误差。

总之，由于“系统”的教学功能直观性强、自动化程度高，且有严格的数字与图形资料的支持，所以手法示教、训练、考核等教学过程在“系统”的参与下，可减少盲目性和枯燥感，增加学生对手法训练课程的兴趣与自觉性，并使“教”与“学”的质量和效率得到明显提高。

(4) 使传统的手法经验有了科学表达的方式与定量分析的依据：从运动生物力学的观点看来，手法本身也是一个人体运动。手法是术者以医疗为目的，用手或肢体的其他部分在人体这个特殊的“场地”上，所进行的一种有规范的技术“动作结构”与特定“动力型式”的高度技巧性的运动。而通过仪器记录到的由一定动作结构的手法运动所形成的手法波，就包含有手法的运动学与动力学的信息内容。所以，通过对手法曲线图的合理分析，就可以逐步搞清手法运动生物力学的基本规律及其对人体的作用形式。

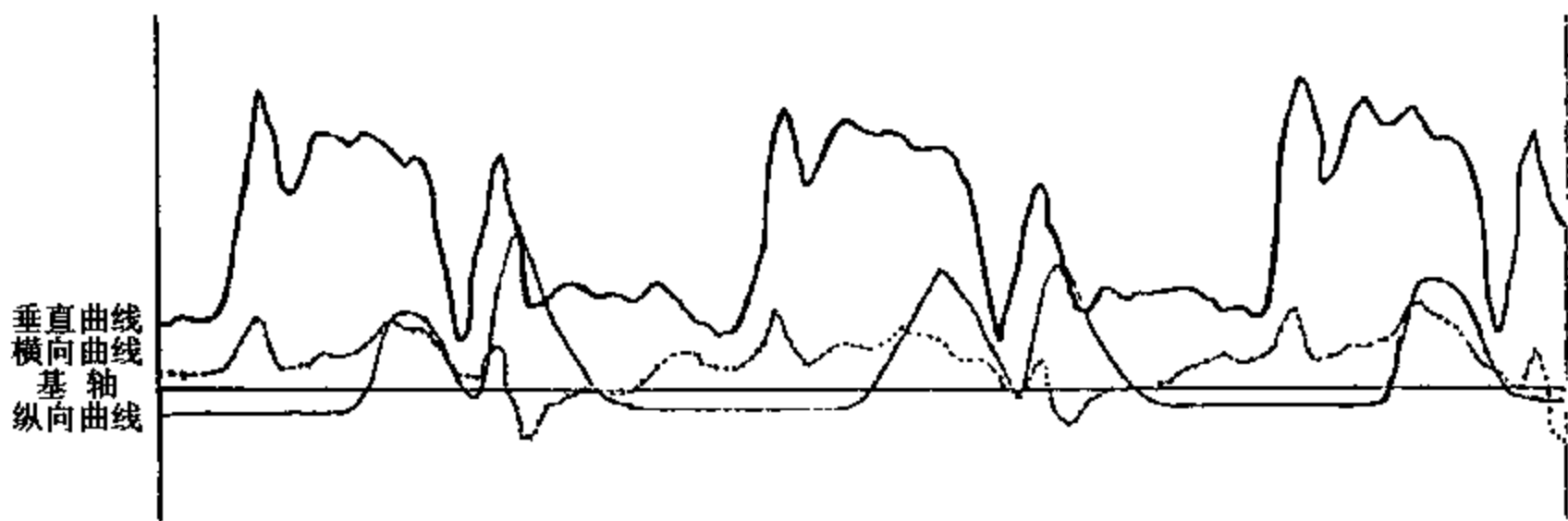


图 10-11 丁季峰擦法三维同轴曲线图

手法动作的各种形式差别的特征为手法的运动学特征，通过对手法波中的运动学信息的分析，可研究手法动作过程中的位置变化和时间的关系，以便从空间与时间的观点来阐明手法的动作规律，从而为解释和揭示手法动作的正确姿势、识别错误手法动作及提示改进方案，提供客观的指标与科学依据。由于“处理系统”建立并提供了理想的坐标系统，使这个长期以来被认为是个相当复杂的问题，已迎刃而解。由于利用了同轴坐标的方式，将手法的三维曲线同步叠合记录在一条时间横轴线上，这样，就可以通过打印在一个坐标系中的“三维同轴曲线图”（图 10-11），比较容易地进行三维动态力的同步分析，以便观察到手法在动作状态的任何时相内的三维空间立体形象。从图形提供的手法周期、频率、外摆时、内摆时以及三向力的取向与比值等提示手法运动学特征的必要数据，为传统推拿学中对手法动作的经典性的经验描述，如有力、持久、均匀、柔和、深透等理论找到了客观指标。

手法时动作肌发力后，产生了特定结构形式的手法运动，在动作过程中将主力肌发出的力传递到受术者体表，使体表直接受力的部位发生变形，从而实现了“能量”从术者向受术者的转移。能量传递的形式是“波”，能量被机体吸收后，又以“波”的形式向其纵横不同

层次的组织与器官传导,从而起到医疗保健作用。“处理系统”能提供手法波的初项角、基强度、主峰强度以及功率谱、频率谱等各项动力学参数。其意义在于这些数据对研究产生动作的原因以及阐明手法对人体作用的刺激量大小与形式有直接关系。

## 第十一章

# 手法研究方向与成果简介

### 第一节 手法文献研究与整理

推拿疗法具有悠久的历史，但在我国古代文献中有关推拿的专著却为数不多。1991年出版的《全国中医图书联合目录》“推拿按摩”类收录的建国以前的推拿古籍只有61种，加上归入其他学科的或近年来收集到的抄本、孤本也不到100种。而在大多数古代医籍中，推拿疗法是作为中医学外治法的一种加以介绍的，推拿手法就更缺乏详细的描述和治疗机制研究。推拿手法本身，虽然早在隋唐时期就已在官方设置的医学教学机构中，由按摩博士向按摩生进行系统地传授，但没有留下有关当时推拿手法的文字资料，当然有关手法动作用文字描述比较困难，可能是其难于传世的原因；再者，在推拿手法发展的历程中，一直在门派范围内以师带徒的形式世代相传；尤其受中国传统封建思想的影响，各朝各代的医家重方脉，轻推拿按摩，特别到了清代末叶与民国时期，由于封建礼教思想的作祟及受西方外来文化传入的影响，推拿被当时的主流社会贬为“雕虫小技”，以致造成推拿从业人员少且文化素质偏低，推拿业界门派林立且自我封闭，严重阻碍了推拿手法的总结、交流与发展，致使大量的传统手法不能汇成大统，从而阻碍了推拿手法作为一门专业学科的发展。

在古代医籍中，对推拿手法的描述较简单，尚未形成系统。只有到近代，尤其是清朝末叶，出现了大量的有关推拿手法方面的著述，对历朝历代散落在民间的手法进行了归纳和总结。明清时期的小儿推拿著作繁多，特别注重手法的操作，明确手法补泻的概念，记录了大量的复式操作手法，主要著作有《小儿推拿广意》《幼科推拿秘书》《厘正按摩要术》等。伤科推拿手法在明清时代有了明显的进步，清朝吴谦等人编辑的《医宗金鉴》，吸收蒙古族医生的治伤经验，并对之前的伤科常用手法进行全面的归纳总结、融会贯通，提出“摸、接、端、提、推、拿、按、摩”正骨八法，为后世正骨推拿流派的形成奠定了基础。《按摩疗法脏腑图点穴法》是清末王雅儒继承发扬脏腑点穴流派的理论、手法和经验，整理编写的一部重要文献资料，它的前身是《推按精义》，以点穴、“子午流注”等理论为基础，是关于脏腑点穴的总结性著作。《一指定禅》和《一指阳春》是由一指禅推拿流派传人所献之手抄本，均为清末作品，是关于一指禅推拿流派手法的总结性著作，内容包括展指10篇等。清代唐元瑞主编的《推拿指南》是一部文献总结性著作，前6卷为小儿推拿专著，增补的第7卷独具特色，主要介绍关于用小儿推拿的手法 and 穴位来治疗61种眼疾的方法，是一部眼科推拿专著。清代著名的外治专家吴尚先所著的《理渝骈文》是我国第一部外治疗法专著，该书系

统地整理和总结了前人在药摩与膏摩方面的理论和经验，并作了进一步的阐释，使膏摩无论在用药或手法使用方面均得到全面的发展。近代随着具有地域性特色的推拿流派的出现，出版了一批代表各流派主要手法和理论的推拿著作，如民国时期黄汉如的《黄氏医话》《一指禅推拿说明书》，详细介绍了一指禅推拿流派主要手法有“十门”，即按、摩、推、拿、搓、抄、捻、滚、缠、揉，对进一步研究一指禅推拿流派有较高的价值。当时还出现了一批介绍西方手法医学的书籍，如丁福保编译的《西洋按摩术》、杨华亭撰写的《华氏按摩术》、谢剑新所著的《按脊术专刊》等，为研究手法的发展历史提供了翔实的文献资料。

建国以后，推拿疗法得到进一步发展，在推拿古籍的整理、发掘和出版方面进行了大量的工作，对推拿手法的文献研究也获得了进一步的发展，出现了一大批关于推拿手法的著作和论述。建国后重印出版了《针灸大成》（包括《小儿按摩经》）《小儿推拿广意》《幼科推拿秘书》《厘正按摩要术》《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》等古代推拿专著，有利于推拿手法的研究和继承。以流派经验为主题出版的著作有《齐鲁推拿医术》《李墨林按摩疗伤法》《捏筋拍打法》《脏腑图点穴疗法》《伤科按摩术》《胃病推拿法》《小儿捏脊》《儿科推拿疗法简编》《胸穴指压疗法》等，属于不同推拿流派手法、理论、临证经验的总结性著作，将散落在民间的大量手法汇集整理起来，反映了推拿手法研究的一些成就。20世纪50年代，江静波对明清时期的小儿推拿文献进行较系统的研究整理，发表了“明代有关小儿推拿疗法的文献”、“清代有关小儿推拿疗法的文献”、“近代有关小儿推拿疗法的文献”等多篇论文，提出现存最早的小儿推拿文献是明代庄应琪《补要袖珍小儿方论》第10卷的“秘传看惊掐筋口授手法论”，现存最早的小儿推拿专著是《保婴神术按摩经》（即《小儿按摩经》）；1957年他出版《小儿推拿疗法》一书，对小儿推拿手法进行了详尽的归纳和总结，为进一步研究手法提供了较为完整的文献资料。1981年金义成在《小儿推拿》一书中汇集整理了历代小儿推拿文献，并进行分类辑录。李强于1988年发表了“膏摩史略”一文，开始对膏摩疗法进行断代史研究；他还通过对《黄帝内经》《肘后备急方》《千金方》《外台秘要》等古代医学著作中有关推拿治疗内容进行总结归纳，发表了“论《肘后备急方》的推拿学贡献”等论文，填补了推拿医学史的空白。1990年卢亚丽发表的“现存中医按摩与推拿文献初考（提要）”，对现存的推拿古籍进行了全面研究与整理。据不完全统计，建国后发表的有关推拿手法文献资料研究论文大约有160余篇，从不同角度进行了广泛的总结、归纳和探讨，为推拿手法医学体系的形成奠定了基础。这些成果的取得，为20世纪80年代中叶以后大量面世的综合性推拿手法专著，提供了不可或缺的基本素材与丰富的文献学资料，为现代推拿手法学学术体系的形成，构建了基本框架。

但是，应该看到目前对推拿手法的文献研究还存在一些问题，例如对小儿推拿源头的研究、从其他古代医学著作或非医学古籍中发掘整理推拿手法有关资料、深入民间搜集整理未收录的传统推拿手法等等，这不仅需要推拿工作者的努力，更应加强与文献、考古、计算机研究、图书情报等各学科间的团结合作，从而全面提高推拿手法文献研究的学术水平，加快推拿手法文献研究手段的现代化步伐。

## 第二节 手法动作原理与动力型式研究

推拿手法在本质上仍然属于以力为特征的一种物理治疗手段,手法动作时产生的“动态力信号”作用于人体各种感受器,引起不同感受器发放动作电位并向中枢传导有关感觉的神经冲动,从而发挥手法对人体的调节作用。故应用运动生物力学的理论、观点和实验方法,对各种经典手法的动作规律进行系统研究,对揭示手法的动作原理与治疗机制具有重要意义。

各种手法的特异作用与“质量”的优劣取决于手法动作时所产生的有一定大小、频率、速度、方向组合成的动态力的形式,即手法的“动力型式”。推拿之所以有效,正是由于具有一定动力型式的手法作用力,以一种机械振荡波的形式,被人体内各种微观结构基于共振吸收的原理而吸收其能量,继而引起某些特异性生物效应的结果。所以,应用实验方法来揭示手法的动力型式,及其对解释手法刺激量与临床疗效的关系,从而最终阐明推拿手法治疗机制,具有重要的学术价值。

### 一、推拿手法动作原理的研究

对推拿手法动作原理的研究可从生物电子技术和力学工程技术两个方面进行研究。自20世纪70年代开始,将运动生物力学的理论及实验方法引入推拿手法的研究中。王国才等应用肌电图仪皮肤表面电极测量一指禅推法、揉法、振法等常用推拿手法操作时上肢肌肉运动的动作肌电图,研究各种手法动作时肌肉运动的时空序列,提出一指禅推法操作是由于肱二头肌、肱三头肌交替的兴奋收缩,带动前臂、腕和拇指在起始位两侧进行的往复内外摆动,周而复始;揉法也是一种周期性动作,其动作原理是在其预备姿势下,首先由于肱三头肌发力,使肘略伸,同时前臂旋后肌群与肱二头肌协同收缩,使前臂旋后至约45°的外摆位并带动腕关节向前折屈,使弓成半圆形的手背沿着其支撑面,从小鱼际过渡到手臂尺侧1/3~1/2处,在施术部位上完成向外半周的滚动;接着肱三头肌、肱二头肌与旋后肌群放松,而旋前肌群与肱桡肌协同收缩,使前臂向内旋转,并带动腕关节由屈而伸,经过中立位再向内摆动至旋前约15°,手背的着力而在施术部位上,也从尺侧1/2~1/3处返回至小鱼际。如此通过肘关节与前臂作周期性的伸展与内、外旋臂摆动,并使弓成半圆形的手背在施术部位上作来回滚动。振法操作时由于前臂伸屈肌群的快速小幅度的交替收缩与放松引起的轻微震颤,持续地作用于治疗部位,其振动的原动力源于前臂的腕屈肌群与腕伸肌群快速持续的交替收缩与放松,使手的屈伸动作在每一次振动终了时迅速发生逆转,于是产生了震颤。这样一来,手法原本模糊的传统描述,被科学客观地通过仪器观测并用精确的语言对其操作方式进行描述,提高了对手法运动规律的认识。从力学工程角度而言,各种推拿手法都是由施术者肢体的多组肌群的协调收缩和放松,从而带动多个关节完成的具有多种杠杆效应和特定运动规范的操作技术。每一种推拿手法都产生一定形式的作用力,这种作用力是一个矢量,包括力的大小、方向、周期、频率、速度等。许世雄等选择上肢肩、肘、腕关节的适



当运动参考点, 贴上标志, 然后用摄像机从不同角度拍摄滚法操作过程中各关节的运动状态, 然后输入计算机进行分析。研究结果显示, 手法操作时上肢各关节的运动学特征与滚法合力轨迹的变化存在密切关系: 若操作者第 5 掌指关节及小鱼际吸附于治疗部位, 通过前臂主动摆动带动手背来回滚动时, 产生“心型”合力轨迹; 当操作者腕关节摆动的幅度过大时, 则产生“葫芦形”的合力轨迹; 当小鱼际完全吸附于治疗部位或来回摆动时力量不足, 则会出现“8”字形合力轨迹; 以掌指关节着力滚动时, 出现“棒槌形”的合力轨迹。

## 二、推拿手法力学测试系统的研究

手法运动生物力学是研究传统推拿手法动作技术的力学规律的科学, 应用推拿手法力学信息测定仪对研究手法运动生物力学具有重要意义。早在 20 世纪 80 年代初期, 山东中医学院与山东工学院合作开发研制了“TDL-I 型推拿手法动态力测定器”, 测定记录了国内各推拿流派名医的“手法动态力曲线图”, 并对其力学特征初步分析; 1983 年 10 月刘鲜京、王国才等利用先进的计算机技术开发成“推拿力学信息计算机处理系统”, 此系统建成后, 先后在上海、济南、杭州等地实测了 70 多名推拿专家与高年推拿医师的 16 种手法之 360 多条单手法资料, 并进行了系统的计算分析, 得到了大量具有重大研究价值的数据库, 建立了我国第一个“推拿手法力学信息数据库”; 至 1990 年发明了“TDL-II 型推拿手法力学信息测定仪”, 使可测范围扩大到所有作用于人体软组织类手法。在此期间, 上海中医学院在 20 世纪 80 年代中期也研制成“FZ-I 型推拿手法测力分析仪”, 其机理都是应用现代力学的电测原理, 并根据手法动作时所需特殊条件而设计的一种能测量手法力学特征的专用传感器, 将手法的力学量变换为电学量, 再通过应变仪放大推动记录仪工作, 在记录纸、示波器或微机显示器上显示其动态波形曲线以供研究者分析。由于手法的波形曲线是由一定的手法动作所形成, 其反映的是在一定结构下产生的动力“构型”, 因此, 通过与典型手法图对比分析, 不但可获知所测手法是否正确, 并提出改进动作的方案, 而且可以帮助我们了解手法可能作用于机体的刺激量大小、方向及其传递形式等与推拿治病机制有关的问题。1990 年严隽陶等开展了“推拿手法深透性与生物组织作用机制研究”, 应用充水密闭硅橡胶软管液压间接耦合技术, 将推拿手法测定仪所测定的手法动态力信号和组织内压测试信号由多导生理记录仪同步记录, 分别测试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施术部位组织应力分布的影响, 结果提示: 肌肉组织的封闭筋膜间隔结构是推拿手法深透性的组织学因素, 肌张力是影响手法深透性的生物学因素, 生理状态下的肌张力最利于手法力的深透, 低频振动的手法可向组织纵深处传递等。沈国权等利用计算机技术进行推拿手法测定仪的数据后处理, 对常用的一指禅推法和滚法的动力学数据进行了研究, 证实推拿手法信号是一种周期性随机振动信号, 操作技能的高低可通过峰值变异系数、时间变异系数、冲量变异系数等客观地反映出来, 手法动力曲线与操作方式之间存在着密切联系, 手法动力曲线的变化规律可用数学方程加以描述, 并将研究成果应用于计算机辅助教学中。近年来, 周信文等进一步改进手法测定仪的结构, 研制成功“FZ-I 型推拿手法测力分析仪”, 将测力分析仪的输出信号通过 A/D 卡进行模/数转换, 转换成数字信号, 并对滚法合力作用点的几何轨迹分为心型 (30.9%)、葫芦型 (14.5%)、8 字型 (23.0%)、棒槌型 (24.3%) 等。

另外,罗志瑜采用精度为 $0.1^{\circ}\text{C}$ 的热电耦测温仪,直接检测皮肤表面和皮下一定深度的温度变化,进行推拿手法深透力热效应研究,发现手法的热能转化与技能水平、手法种类、作用部位及作用时间有关。

### 三、脊柱手法动力学测定的研究

脊柱手法的动力测定对临床手法的应用和脊柱手法操作的安全性研究具有重要的指导意义。由于脊柱手法动力测定所涉及的技术及相关问题较为复杂,且人体应用有一定的危险性,故难于深入进行研究。吴根宝等应用应力传感器对颈椎定点旋转复位法的力量进行了测试,测得其峰值在 $1\sim 9\text{kg}$ 的范围内,一般为 $2\sim 8\text{kg}$ ,女性患者所需要的复位力量略低于男性患者。章莹等将力传感器用穿刺方式埋入新鲜尸体椎间盘内,然后动态测量模拟手法时髓核内压的变化,发现旋转手法过程中髓核内压逐渐上升,其上升的幅度与旋转角度成正比,且在手法成功时达到最大值,然后逐渐恢复到手法前的水平,但这一过程中髓核内压未出现降低,说明旋转手法不能使髓核内产生负压将突出物吸收回纳。马达则根据腰椎间盘突出症的病理特点,重点测试椎间盘后缘应力在脊柱不同运动状态下的变化,结果显示:脊柱做前屈侧弯旋转运动时椎间盘同侧后外缘压力升高,而对侧外缘部分的压力降低,手法动作结束时,出现负压的一侧会产生一个微小的正压,这种正负压反复多次的出现可使突出物变形、变位,从而使受压的神经根减压或减张。还有人运用电阻应变电测技术进行拔伸法的人体在体实验研究,对拔伸法的动力学状态给予实时描记显示和分析,并结合颈椎节段截面、节段层次及手法力方向的不同,与机械牵引应力变化对比,并获得了拔伸法的最佳作用角度、应力变化趋势、最大应力落点、拔伸施力操作的最佳形式等有关数据,对拔伸法的动力学动态状况作了初步的定性和定量研究。就目前而言,手法从总体上可分为两大类,即作用于软组织类手法和作用于骨关节类手法。近代对软组织类手法的定量研究大多采用动态力测定仪进行直接测量,通过分析力的动态曲线图谱对手法进行定量测定,在这一过程中,由于研究者从不同角度着手对作用力进行分析,所以在数据分析上出现了不同的结论,这有待于今后继续深入研究,从而最终阐释手法的作用机制。对软组织类手法可以通过生物力学测量的方式进行定量的研究,但作用于骨关节类手法尚缺乏有效的定量测量方法,当前所进行的研究大多是在尸体上进行的,对活体而言,某些数据有很大的差异,不具备临床可靠性。随着今后新型电子传感材料、新的测试手段不断更新和发展,能够在活体上作更精细的无损伤的手法动力学实时检测,记录施术时各项动力学指标的变化,对该类手法的动力学研究的突破有重大意义。另外,以往的作用于骨关节类手法的定义往往比较笼统,本教材编者根据自身研究与长期临床实践并假借大量的生物力学、解剖学、人体运动学、物理学、生理学等有关研究成果对被动运动类手法的定义、施术原则、动作要领等进行了归纳总结,并提出了一系列新的指导理论与方法,具体内容可参见前面作用于骨关节类手法章节。今后对该类手法的研究除继续从手法的应力测量及其所产生的生物效应等临床角度深入进行外,还应该将关节被动运动的区位概念引入到运动关节类手法的定量研究中。

### 第三节 手法治疗机制与临床应用研究

手法是推拿治病的主要手段,推拿手法之所以能产生疗效,一方面是通过手法作用于人体体表的特定部位,其应力的直接作用发挥活血化瘀、理筋整复、矫正畸形、纠正人体骨与软组织解剖部位的异常等局部作用;另一方面,手法动态力的波动信号,可通过穴位 $\Rightarrow$ 经络 $\Rightarrow$ 脏腑的传导途径,反射性地影响津液、气血、营卫、脑髓、脏腑以及精神、情志等生理活动和病理状态,从而起到全身性的调治作用,手法对机体产生这种生物学效应的过程,即关于推拿手法治疗机制与临床应用的研究,是推拿界长期以来孜孜以求的一个重大课题。在推拿手法技术发展历史中,从临床经验及中医理论推导演绎方面进行了一系列总结,如在《内经》中认为:“按之则血气散,故按之痛止”;“按之则热气至,热气至则痛止矣”;《圣济总录》中对推拿手法作用机理归纳为“大抵按摩法,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。”这些是关于手法生物学效应的传统研究。近几十年来,随着现代科学技术手段的进步和应用,对推拿手法治疗机理从解剖、生理、病理等方面,进行了多角度、多方位、多学科、大量的客观性及前瞻性研究,本节就部分研究成果作简单介绍,以帮助学员了解手法治疗机理及临床应用方面的研究方法和现状。

#### 一、手法对心血管系统的作用

20世纪70年代开始了手法对心血管系统疾病治疗作用研究,潘崇海等首先运用心电图客观观察在特定腧穴运用推拿手法后,可以使心电图原有的T波低平现象得到改善。其后郑风胡等应用同步测定心尖搏动图及心收缩时间间期的方法,通过对左心射血时间、射血前期、等容收缩时间、心尖搏动图A/E-O比值等指标的观测,研究证实推拿手法能使心率减慢、心脏舒张期延长、增加冠脉灌流量、延长左心射血时间、改善心肌缺血状态等。以后,潘崇海等又应用心阻抗血流图技术观察推拿手法对高血压患者心血管功能的影响,通过推拿治疗后对患者推拿前后的收缩压、舒张压、平均动脉压、PEP、LVET等指标的观测,证实推拿手法能够降低血压、增加心输出量、降低心肌耗氧、改善动脉血管功能等。潘崇海、何玉辉等还采用超声心动图技术,通过测量推拿前后各15分钟的心脏舒张期室间隔厚度、左室后壁厚度、舒张末期左室内径、二尖瓣开放速率、左室壁平均厚度等指标,证实推拿治疗后使心脏舒张期的抽吸力量增强,心脏舒张功能改善,但不能即时改善高血压引起的左心室肥厚。另有研究表明,对伴有心血管症状的颈椎病患者作推拿治疗时,可以使升高的心钠素水平降低,心钠素是由心房肌细胞合成和释放的一种多肽,能使血管舒张,外周阻力降低,还可使每搏输出量减少,心率减慢,从而减少心输出量。颈性冠心病患者常有心钠素的升高,临床表现为交感神经兴奋,这一实验为推拿治疗颈性类冠心病性颈椎病提供理论依据。近年来,开始重视从调整脊椎小关节功能紊乱角度研究和分析脊椎源性冠心病、心律失常的病因和治疗机制。毛建平等采用以正骨手法为主的治脊疗法,治疗冠心病、心律失常,并进行了实验研究,发现对伴有颈椎或胸椎棘突偏歪的冠心病、心律失常患者,采用脊柱整复手

法调整小关节紊乱后,临床症状和心电图都可见到明显改善。利用家兔和狗作相应实验研究,发现通过人为造成 $T_1 \sim T_5$ 棘突偏歪,心电图会立刻出现心肌缺血等异常表现,而将上述棘突偏歪纠正后,部分动物的心电图即恢复正常。

## 二、手法对消化系统的作用

推拿对于慢性消化系统疾病有显著的治疗作用,能有效地提高胃动力,调节胃酸分泌,解除平滑肌痉挛。经研究发现,推拿背部相关腧穴治疗慢性消化道疾患的总有效率为94.5%。周信文等采用彩色B超检测胃排空时间,发现按揉双侧足三里配合一指禅推及掌振中脘穴治疗消化不良患者1个月后,胃窦平均收缩幅度、收缩频率和运动指数均较治疗前显著升高,而胃窦半排空和全排空时间则明显缩短,而安慰剂组各项指标均无明显变化。另外,该实验还表明对不同的患者,手法刺激对胃动力指标的影响存在个体差异,根据手法产效时间、效应持续时间、效应强度可分为即刻反应型、延迟反应型、强反应型、弱反应型。汪学琴等采用捏脊疗法治疗疳积,观察捏脊前后木糖排泄率和胃泌素分泌量的变化发现,木糖排泄率由 $18.05 \pm 5.50$ 克上升为 $22.52 \pm 5.42$ 克,平均增加 $4.49 \pm 0.80$ 克, $P < 0.01$ ,血清胃泌素水平亦由 $186 \pm 86$ 纳克/升下降为 $115 \pm 72$ 纳克/升,接近正常,以上结果与患儿临床症状的改变呈正相关。另有研究表明,对缺铁性贫血、锌缺乏症的患儿,采用捏脊等手法治疗后尿氮尿磷排除率降低,血红蛋白、网织红细胞、全血胆碱酯酶活性及钙的摄人均有所增加。徐俊等观察推拿对脾虚泄泻模型大鼠的作用,将大鼠随机分为3组,空白对照组不作任何处理,模型组和手法组通过摄入过量大黄造成大鼠的脾虚模型,手法采用按揉内关穴及天枢穴,治疗一段时间后,手法组大鼠肉眼见胃肠组织外观基本正常,腹壁下尚有少量脂肪组织,光镜下见其小肠和胃组织结构与空白对照组基本相同,白细胞数、淋巴细胞数与空白对照组无显著性差异,但免疫复合物则显著升高;而模型组则可见胃肠组织充血,结构模糊,胃肠黏膜部分脱落,黏膜血管扩张并有轻度水肿,白细胞数、淋巴细胞数等血生化指标均高于正常,而血红蛋白含量较低。以上研究结果提示,推拿手法能缓解脾虚症状,预防胃肠损伤。在治疗慢性胃炎和幽门痉挛时,发现点按中脘穴具有双向调节作用,它既能促进胃蠕动,又能缓解胃痉挛,用密-阿氏管在人体上实验亦可获得相同结论。顾明士、王子建等观察了推拿手法对胆囊舒缩功能的影响,利用腹部B超观测到手法操作后,可使胆囊体积明显缩小,并提高胆囊收缩的力量。

## 三、手法对呼吸系统的作用

推拿手法对慢性支气管炎、喘息性支气管炎患儿的肺功能有一定的影响,郭秀荣等对301例支气管炎患儿推拿治疗结果分析发现,经推拿后,平均肺活量增加了725毫升。有人采用按揉缺盆、中府、云门穴,擦膻中及两侧胸大肌,擦膀胱经第1侧线等,配合按揉肺俞、拿肩井、摇抖上肢等手法,通过对15名健康男生进行治疗前后的肺活量检测,发现治疗后肺活量获得明显升高。

## 四、手法对血液循环系统的作用

### (一) 对头颈部血液循环的作用

张鲁等用脑血流阻抗技术观测了按摩耳穴对脑血流图的影响,发现手法治疗前后,反映脑血管充盈度的单波波幅( $\Omega$ )、重搏波上升时间及波幅皆可见到显著性差异。实验说明推拿手法可改善椎动脉血供,降低脑血管紧张度,改善脑动脉弹性,提高搏动性血液供应强度。王以慈以椎动脉型颈椎病患者为研究对象,采用揉、按、推、摇等手法在颈、项、肩部治疗后,观察脑血流图的变化发现:波幅明显升高、上升时间缩短,重搏波明显;而用推、抹、按、揉、牵引等手法在头、颈、肩部操作后的脑血流图的变化大致相同。许世雄等采用脑血流多普勒技术对颈椎病和眩晕患者治疗前后的椎-基底动脉血流速度的变化进行检测,发现推拿前患者的椎动脉和基底动脉血流速度明显低于正常,而右侧椎动脉的硬化程度较左侧严重,经间歇多次颈椎牵引手法治疗后,左右椎动脉、基底动脉、小脑后下动脉的收缩峰血流速度和平均血流速度均有明显提高。有人采用 $^{131}\text{I}$ -邻碘马尿酸钠静脉注射,观测颈椎病患者治疗前后脑血流通过时间,结果显示:采用推、拿、揉、按揉、提捏、提端或旋转复位等手法在颈肩背部治疗后,左右两侧脑血流通过时间均明显缩短,提示单位时间内通过的脑血流量增加。陈国民等观察了推拿家兔合谷穴对实验性失血性休克的影响,发现手法对实验动物具有明显的升压作用,随手法刺激次数的增加,血压的上升幅度大而平稳,这说明推拿手法对脑血管具有双向调节作用。

### (二) 对其他部位血液循环的作用

1981年,王礼康等首次报道了推拿治疗肩周炎前后肢体血流量变化的客观实验数据的变化。该实验将光电换能器置于患侧上肢的指端,观测推拿前后指端血管容积的变化发现,62%的病例在推拿治疗10分钟后出现患肢血流量增加,另有23%的患者在使用轻柔手法延长治疗时间后亦有指端血管容积的增加,血管搏动幅度较治疗前升高10%以上,其中1例重症患者推拿后肢端容积反而下降,提示手法刺激量大小和患者病情轻重是否相适应,对肢体血流量有一定的影响。另有研究表明,王军等研究人员用推拿手法如拿揉、指拨、捏、按、搓、抖等治疗乳腺小叶增生患者,治疗前后的乳房血流图显示:原来低波幅的患者治疗后波幅显著升高,流入容积速度明显加快;中波幅患者治疗后各指标无显著差异;而高波幅患者经治疗后波幅较前显著降低,流入容积速度明显减慢,这一结果表明手法对局部血流具有双向调节作用。还有许多推拿界研究人员应用不同的技术手段,观察了椎动脉、下肢、盆腔脏器、肝脏血流在推拿手法施术前后的变化,发现施术部位的血液循环增加,肌肉断面每平方毫米的毛细血管开放数量陡增,局部毛细血管扩张,使微循环得到明显改善。薛明新采用四指推、掌压、掌振、斜扳、弹拨、对抗牵引以及揉法配合腰部后伸运动等治疗腰椎间盘突出症30次后,患者的甲皱微循环较治疗前呈明显改善。

### (三) 对血液生化指标的作用

推拿手法对血液流变学的作用可能是其改善血液循环的重要环节之一,故许多研究人员

从血液流变学角度观察推拿手法施术前血液流变学指数的变化。如有人应用毛细血管粘度计测量推拿前后冠心病患者的血液流变学指标,发现无论在低切变速率下还是高切变速率下,全血粘度比均有显著降低,血沉降低,而红细胞压积和血浆粘度比则未见明显变化。另有研究表明,采用捻、揉、劈、散、归合、旋转等手法治疗颈椎病,其治疗前后血液流变学指标对比显示:血沉较前明显增高,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表现为不同程度的降低,高切全血粘度变化不明显。以上结果提示手法使颈椎病患者的血液高粘滞状态明显改善,即相当于手法的活血化瘀作用。龚正中等通过对腰椎间盘突出症患者采用牵引结合脊柱推拿手法治疗后血液检测结果显示,全血粘度比和全血还原粘度显著降低,红细胞压积、血浆粘度比、红细胞电泳时间、纤维蛋白原等百分比均表现不同程度降低。李宗民对推拿治疗前后 96 例腰椎间盘突出症及颈椎病患者体内的自由基代谢进行对比后发现:患者治疗前体内的超氧化物歧化酶(SOD)等自由基清除剂较健康对照组降低 10%~35%,而尿中过氧化脂质(LPO)、巯基物质(-SH)等反映氧自由基代谢紊乱的物质却较正常高 50%~80%;手法治疗后 SOD 等自由基清除剂增加 30%左右,而 LPO、-SH 等氧自由基代谢紊乱产物则减少 30%~70%。由此可见,通过手法治疗能够纠正腰椎间盘突出症及颈椎病患者体内的自由基代谢紊乱,从而改善由此引起的症状和体征。

## 五、手法对运动系统损伤的作用

### (一) 手法对肌肉组织的修复

推拿手法在治疗运动系统的肌肉损伤性疾病中具有独特的作用。马建等采用仿 Priscilla M. clarkson 和 Kazunori Nosaka 的上臂屈肌离心训练模式原理而自行设计的离心训练装置对上臂屈肌肌群进行离心训练,配合揉、弹拨、推、搓等手法治疗,发现手法对连续离心运动后延迟性肌肉疼痛有明显的治疗作用,对上臂屈肌肌群的硬度和肘关节松弛角度的恢复也具有明显的促进作用,血清酶检测可知氧自由基产物的生成也受到抑制。在另一研究中,马建<sup>[40]</sup>等采用机械钳夹方式造成坐骨神经分支损伤,然后观察对比目鱼肌、胫后肌和跖肌采用手法治疗前后的变化,即手法作用效果,发现使用揉捏、提弹局部肌肉,揉委中、复溜等手法 3 个月后,组织学可见受术局部肌纤维肥大、肌肉湿重和最大肌肉横切面而积的恢复优于对照组,在微循环的改善、血管血栓的减少、肌纤维间质中脂肪结缔组织增生的减轻、损伤中后期及萎缩和肌纤维变性的恢复等方面均明显优于对照组。

### (二) 手法对结缔组织损伤的修复

手法治疗对恢复肌腱损伤后的组织结构、改善肌腱生物力学性能方面具有促进作用。研究人员采用手术方法造成家兔跟腱断裂,3 周后拆除固定开始手法治疗,第 1 周损伤局部用揉法和揉捏法,第 2 周加弹拨肌腱法,推拿后分别于第 3 周、第 5 周、第 8 周后进行观察,发现:与对照组相比,治疗组断裂处跟腱组织在肉眼观察、光镜及透射电镜下观测、运动生物力学测定等方面的结果在各观察周期均优于同期对照组。经背侧 B 超探测可获得椎间盘

突出大小的有关数据，故研究人员采用镇痛牵引配合脊柱推拿手法治疗腰椎间盘突出症 38 例共 43 个节段突出物，治疗 3~6 个月后用 B 超进行观测，发现：9 个节段突出物消失，13 个明显缩小，8 个稍微缩小，7 个无变化，6 个增大。总体上突出物呈一定的缩小趋势，但上述突出物大小的变化与临床症状之间并无相关性。通过 CT 扫描对腰椎间盘突出症推拿治疗前后椎间盘高度和突出物面积的变化进行观察，发现经对抗牵引、揉法、踩跷等推拿治疗半年后复查，其椎间盘高度和突出物面积均呈缩小趋势，其中两例突出物完全消失的患者均为膨出型，且病程在半个月以内。由此，可推测脊柱整复手法对突出的椎间盘组织的治疗作用主要体现在改变突出物与神经根位置方面。

### (三) 手法对神经组织损伤的修复

对周围神经损伤的修复问题历来有两种对立的观点：一种认为推拿等康复手段只能延缓或防止神经损伤后肌肉萎缩的速度，对神经再生没有影响；另一种则认为推拿不仅可以有效防止肌肉萎缩，而且能够促进神经的再生和修复。研究人员采用机械钳夹方法造成家兔坐骨神经分支损伤，手术后 7 天拆线并进行手法治疗，局部用重手法揉捏、提弹，配合重揉委中、复溜等穴位，分别在术后 1 个月、3 个月、5 个月时进行观测，发现手法治疗组与对照组相比较：1 个月时，治疗组光镜下神经损伤远端 1cm 处可见较多雪旺细胞增生，髓鞘变性程度较轻；对变性的比目鱼肌运动终板经 Ranvier 氯化金染色压片后光镜下呈现的小圆点的数量的观测显示，手法组要明显少于对照组。3 个月时，手法组较对照组神经干明显增粗，再生的神经纤维较多呈分隔束状，可见少量轴索脱髓鞘改变；与对照组退变的小圆点大量存在相反，手法治疗组变性的比目鱼肌运动终板光镜下呈现的小圆点变性已较少见，可见到典型的运动终板形成。5 个月时，手法组神经干进一步增粗，偶见轴索脱髓鞘改变而对照组神经干、增生的神经束和神经纤维仍较细，尚有少量轴索脱髓鞘改变；手法组和治疗组均可在光镜下见到典型的比目鱼肌运动终板形成，但对照组仍有少量退变的小圆点存在。综合以上的实验结果可知，手法治疗使神经纤维的发育较均衡，再次蜕变的纤维数量少，并可显著加速神经损伤的修复和再生。

## 六、手法镇痛原理的研究

推拿对各种痛证具有良好的疗效。至 20 世纪 70 年代初在运用推拿麻醉进行甲状腺手术时，发现部分患者术后血液中胆碱酯酶的浓度较前增高，推测可能由于胆碱酯酶水解了致痛物质乙酰胆碱，是导致推拿麻醉镇痛的机理之一，并自此开展了一系列推拿镇痛的血生化指标研究。1982 年龚金德用放射受体竞争结合法，对 10 例腰腿痛患者推拿前后血清内啡肽的含量进行测定，发现 9 例患者血清内啡肽的受体竞争率上升，由  $40.0\% \pm 4.3\%$  增加至  $47.9\% \pm 3.5\%$ 。1985 年刘志诚应用荧光光度法对 33 例腰椎间盘突出症患者推拿前后血清 5-羟色胺 (5-HT) 及其代谢产物 5-羟吲哚乙酸 (5-HIAA)、前体色氨酸 (Trp) 的含量进行了测定，发现推拿后上述生化指标分别从高于正常 2.09、1.43、2.84 倍下降至 1.41、1.26、1.56 倍。1986 年刘志诚等人通过对推拿前后血浆中去甲肾上腺素 (NA)、多巴胺 (DA) 及其前体酪氨酸的含量变化，发现治疗后上述指标下降，临床症状明显减轻。上述血

液生化指标经现代研究证实与疼痛有密切关系,参与了致痛反应的发生,推拿手法治疗可降低这些具有致痛作用的炎性介质含量,从而达到止痛的目的。张绯洁等应用频谱分析的方法,通过在脑内立体定位埋置推挽套管,测定家兔 PAG 灌注液在推拿手法刺激下神经递质变化的方法对 PAG 在推拿镇痛中的作用进行了全面的研究,发现轻手法的镇痛效应在 PAG 内是通过激活吗啡肽能神经系统实现的,轻重手法的镇痛作用都与肾上腺素能受体抑制相关。另有研究者利用电生理、脑电图、肌电图、脊髓诱发电位等手段,发现推拿可影响皮质、丘脑的电活动,抑制阶段性神经反射性肌电活动,兴奋病变后的神经肌肉组织,从而证明推拿手法镇痛效应与大脑皮质的参与和神经中枢的作用有关,并能促进神经传导功能的恢复。

### 七、手法的其他治疗作用

有人用推拿手法结合少林内功锻炼治疗糖尿病患者取得了一定的疗效。通过按揉、擦胰俞、肾俞穴,一指禅推中脘、气海穴,摩腹、按揉血海、足三里,拿五经,按、分、点头维、印堂、睛明,推手三阴、手三阳,拿、点极泉、曲池穴等,并根据上、中、下消相应辨证加减。经 20~80 次治疗后,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降低,尿糖转阴率升高。手法治疗还可以降低类风湿性关节炎患者的血沉、抗 O 水平,并显著提高银屑病病患者血清 IgG、IgM、IgA 的水平,降低补体Ⅲ的水平,对免疫系统的疾病有调节作用。另外,轻柔和缓、有节律的手法可有抑制镇静作用,而快速深重的手法对神经则有兴奋作用。

总之,以上在手法生物效应方面的研究结果,一定程度上揭示了手法的内在作用机制,为今后研究推拿手法提供了新的思路和线索。随着今后更多的科学技术的应用,有利于从不同角度和层次分析手法的作用机制,从而更好地发挥手法的治疗作用。



## 附：本章参考文献

1. 王国才等. 推拿手法动态曲线的测定及应用. 山东中医学院学报. 1982; (1):72
2. 王国才等. 振法之运动生物力学研究. 山东中医学院学报. 1989; (3):50
3. 许世雄等. 摆动类揉法推拿作用力时域分析. 医用生物力学. 1997; 12 (1):25~29
4. 刘鲜京等. 中医推拿力学信息计算机处理系统. 电脑应用技术. 1987; (1):28~33
5. 严隽陶等. 推拿手法深透性与生物组织作用机制. 上海市卫生局. 科学技术成果鉴定证书. 1995
6. 沈国权. 推拿手法测定仪数据采集处理研究. 国际传统医药大会(北京)论文集. 1991:139
7. 周信文等. 中医推拿手法测力分析仪 FZ-I 型的研制及揉法合力作用点、轨迹分析. 医用生物力学. 1996; 11 (4):208~210
8. 罗志谕等. 推拿手法深透力、热效应实验观察. 上海中医药研究院学报. 1990; (2):21
9. 吴根宝等. 颈椎定点旋转复位法的力学测定. 骨伤科研究. 1981; (2):23~29
10. 章莹等. 手法治疗腰椎间盘突出症的生物力学研究. 中国骨伤. 1992; 5 (2):7
11. 马达等. 脊柱旋转手法治疗腰椎间盘突出症的实验研究. 中国骨伤. 1994; (5):7
12. 房敏等. 颈部推拿拔伸手法的在体研究. 颈腰痛杂志. 2000; (3):200
13. 武汉军区学校冠心病研究组. 按摩治疗冠心病近期疗效初步观察. 河南医药. 1979; (5):35
14. 郑风胡等. 穴位推拿改善冠心病患者左心功能的观察. 上海中医药杂志. 1981; (10):32
15. 潘崇海等. 从推拿治疗高血压 46 例探讨推拿的降压作用. 上海中医药杂志. 1984; (16):18
16. 潘崇海. 推拿对高血压患者左室舒张功能的影响. 浙江中医杂志. 1996; 31 (4):184~185
17. 高建国等. 推拿对伴有心血管症状的颈椎病患者血浆心钠素水平的影响. 颈椎病杂志. 2000; 21 (2):101
18. 毛建平等. 正骨推拿手法治疗功能性心律失常 40 例. 四川中医. 1992; (1):10
19. 齐传厚. 推拿背部俞穴治疗慢性消化道疾病 200 例. 山东中医杂志. 1988; (5):16
20. 汪学琴等. 捏脊疗法对疳积患儿胃泌素分泌功能的观察. 中医观察. 1981; (7):26
21. 陈飞南等. 捏脊在小儿锌缺乏症治疗中的应用. 中医杂志. 1991; (6):28
22. 徐俊等. 推拿对脾虚泄泻模型大鼠作用的初探. 按摩与导引. 1995; (6):1~2
23. 顾明士等. 推拿手法对胆囊收缩作用的影响. 山东中医学院学报. 1987; 11 (3):23
24. 郭秀荣等. 小儿支气管炎 301 例推拿疗效分析. 按摩与导引. 1991; (3):17
25. 武永利等. 推拿对人体肺活量影响实验观察. 按摩与导引. 1995; (2):1~3
26. 张鲁等. 按摩耳对脑血流图的影响. 中国运动医学杂志. 1989; (1):50
27. 王以慈. 颈椎病手法复位前后椎动脉血流图的变化. 辽宁中医杂志. 1982; (4):46
28. 许世雄等. 中医推拿间歇拔伸颈椎应力分析及对 VBI 即时作用观察. 医用生物力学. 1996 (2)
29. 陈国民等. 推拿合谷对失血性休克家兔血压影响的观察. 上海中医药杂志. 1988; (4):46
30. 王礼康等. 推拿前后漏肩风患者的指端血管容积变化的初步观察. 上海中医药杂志. 1981; (1):42
31. 薛明新. 推拿对“腰突症”患者甲襞微循环流态影响的观察. 江苏中医. 1996; 17 (1):31~32
32. 李金虎. 椎动脉型颈椎病 48 例分型治疗前后的血液流变学分析. 中国民间疗法. 1995; (2):31~32
33. 龚正丰等. 镇痛牵引下脊柱推拿手法对腰椎间盘突出症血液流变学的影响. 中医正骨. 1997; 9 (13):15~16
34. 李宗尼等. 按摩对腰椎间盘突出症和颈椎病患者体内自由基代谢的影响. 中医杂志. 1993; 34 (7):416
35. 马建等. 电针、推拿和红外线理疗治疗周围神经损伤的比较实验研究 I. 对神经损伤肌肉影响的组织形

态学和组织化学研究. 中国运动医学杂志, 1995; 16 (4):22 ~ 28

36. 张静. 按摩对兔跟腱的损伤组织或纤维细胞结构影响的电镜观察. 浙江体育科学. 1988; (4):7
37. 龚正丰等. 镇痛牵引下脊柱推拿疗法对腰椎间盘突出症影响的 B 超分析. 中国骨伤. 1994; 7 (4):8 ~ 10
38. 沈景允. CT 扫描腰椎间盘突出推拿前后对比探讨手法治疗机理 (附 30 例报告). 颈腰痛杂志. 1991; (4):16
39. 武汉医学院第二附属医院. 穴位按摩麻醉应用于甲状腺手术的体会. 武汉新医药. 1972; (4):18
40. 龚金德等. 推拿镇痛与内啡肽的关系. 上海中医药杂志. 1982; (4):22
41. 刘志诚. 推拿牵引镇痛调整作用与 5-羟色胺等含量变化的研究. 中西医结合杂志. 1985; (10):615
42. 刘志诚. 按摩对软组织损伤家兔血浆中组胺含量的影响. 中医骨伤科杂志. 1986; (4):8
43. 张非洁等. 推拿“内关”穴对家兔痛阈的影响. 上海中医药杂志. 1993; (2):47
44. 余润明等. 内功推拿治疗糖尿病 48 例临床疗效观察. 安徽中医学院学报. 1989; (2):23
45. 卓蓉等. “类风湿性关节炎”推拿手法治疗前后检验学指标的改变及其临床意义探讨. 按摩导引. 1994; (5):47 ~ 48
46. 周志光等. 推拿调节银屑病患者免疫状态的临床观察. 针灸临床杂志. 1996; (6):35 ~ 36
47. 张戈. 补泻手法在临床上的应用 (附两例不寐治疗方案). 按摩与导引. 1991; (5):17

[ G e n e r a l I n f o r m a t i o n ]

书名 = 普通高等教育“十五”国家级规划教材 新世纪全国高等中医药院校规划教材 推拿手法学 (供中医  
药类专业用)

作者 =

页数 = 3 4 8

SS号 = 0

出版日期 =

录

上篇手法学基础

第一章绪论

第一节推拿手法学概述

第二节推拿手法学的任务与内容

第三节推拿手法学在推拿学中的重要地位

第四节推拿手法、功法与治疗学的关系

第五节推拿手法技术发展简史

一、殷商时期

二、春秋战国时期

三、秦、汉、三国时期

四、两晋南北朝时期

五、隋唐时期

六、宋金元时期

七、明清时期

八、近现代时期

第二章推拿手法学的基础理论

第一节手法的定义

第二节手法的动作结构及其运动学、动力学规律

第三节手法技能的基本要求

一、动作系统的类别原则

二、动作形式的类型原则

三、作用部位原则

第四节手法命名

第五节手法分类

第六节手法的作用原理

一、手法作用的中医学原理

二、手法作用原理的几种学说

第七节手法的补泻

一、轻重补泻

二、方向补泻

三、频率补泻

四、时间补泻

第八节手法的刺激量

一、手法刺激量的基本概念

二、手法刺激量的度量

三、手法刺激量的临床应用

第三章推拿手法学的基本知识

第一节手法与推拿流派

一、一指禅推拿

二、?法推拿

三、内功推拿

四、指压推拿

五、点穴疗法

第二节手法的施术原则

一、明确诊断

二、辨证施治

三、补虚泻实

四、因人、因病、因时、因地制宜

第三节手法操作的注意事项

- 一、术者须知
- 二、禁忌症
- 第四节手法操作的体位与姿势
  - 一、患者体位
  - 二、医者体位
- 第五节手的部位与姿势的专用名称
  - 一、手之特定部位的专用名称
  - 二、拳之特定部位的专用名称
  - 三、手姿的专用术语
- 第六节手法反应与处理方法
  - 一、手法良性反应及处理方法
  - 二、手法不良反应及处理方法
- 第七节推拿介质
- 第八节推拿医师的自护
  - 一、力量自护
  - 二、肢体自护
  - 三、精神自护
- 第四章手法技能基础——推拿练功
- 第一节推拿练功的目的及其应用
  - 一、动作明确，锻炼全面
  - 二、注重“意气”，强调“内劲”
  - 三、医练结合，增强疗效
- 第二节推拿功法的特点
  - 一、推拿练功法的起源和发展
  - 二、专业训练的要领
  - 三、推拿练功和传统养生功法的区别
- 第三节推拿练功的姿势、呼吸及意念
  - 一、推拿练功的基本姿势
  - 二、推拿练功的呼吸
  - 三、推拿练功的意念
- 第四节易筋经
  - 一、基本步势
    - 站势
    - 丁字步势
    - 弓箭步势
    - 马步势
  - 二、基本功势
    - 第一势 韦驮献杵势
    - 第二势 横胆降魔杵势
    - 第三势 掌托天门势
    - 第四势 摘星换斗势
    - 第五势 倒拽九牛尾势
    - 第六势 出爪亮翅势
    - 第七势 九鬼拔马刀势
    - 第八势 三盘落地势
    - 第九势 青龙探爪势
    - 第十势 饿虎扑食势
    - 第十一势 打躬势
    - 第十二势 掉尾势
- 第五节少林内功
  - 一、基本裆势
    - 站裆势
    - 马裆势
    - 弓箭裆势
    - 磨裆势

亮裆势  
并裆势  
大裆势  
悬裆势  
低裆势  
坐裆势

## 二、少林内功基本功势

前推八匹马  
倒拉九头牛  
单掌拉金环  
凤凰展翅  
霸王举鼎  
两手托天  
顺水推舟  
怀中抱月  
仙人指路  
平手托塔  
运掌合瓦  
风摆荷叶  
顶天抱地  
海底捞月  
饿虎扑食  
力劈华山  
乌龙钻洞  
单凤朝阳  
三起三落

## 第六节辅助功法

### 一、颈项功

哪吒探海势  
犀牛望月势  
与项争力势  
往后瞧势  
金狮摇头势

### 二、肩臂功

幼鸟受食势  
大鹏压喙势  
左右开弓势  
霸王举鼎势  
轮转轳轳势

### 三、腰背功

仙人推碑势  
掌插华山势  
风摆荷叶势  
摇头摆尾势  
双手攀足势  
凤凰展翅势  
青龙腾转势  
白马分鬃势

### 四、腿功

罗汉伏虎势  
白鹤转膝势  
行者下坐势  
四面摆莲势  
仙踪徘徊势

中篇手法技能

## 第五章单式手法

### 第一节作用于人体软组织类手法

#### 一、含义与施术原则

#### 二、各类作用于人体软组织的手法

##### (一) 摆动类手法

一指禅推法

缠推法

偏峰推法

跪推法

滚法

？法

指弹法

##### (二) 摩擦类手法

摩法

擦法

推盪法

揉法

平推法

搓法

旋推法

指推法

抹法

运法

膊运法

刮法

扫散法

拘抹法

托摩法

搔法

##### (三) 振动类手法

抖法

颤法

振法

##### (四) 按压类手法

按法

点法

掐法

拿法

弹筋法

弹拨法

抵法

插法

拿五经法

捏法

挤法

揪法

捻法

勒法

##### (五) 叩击类手法

拍法

拳背击法

掌根击法

掌心击法

捶法

小鱼际击法

啄法

小指侧击法

弹击法

击点法

第二节作用于人体骨关节类手法

一、含义与施术原则

二、各类作用于人体骨关节的手法

(一) 关节摇动类手法

颈椎摇法

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

(二) 关节扳动类手法

颈椎旋转扳法

颈椎定位旋转扳法

颈椎侧屈扳法

仰卧位颈椎旋转扳法

扩胸扳法

上胸椎后伸扳法

下胸椎后伸扳法

上腰椎旋转扳法

坐位腰椎旋转扳法

侧卧位腰椎旋转扳法

仰卧位腰椎旋转扳法

腰椎定位旋转扳法

腰椎后伸扳法

髋关节后伸扳法

肩关节扳法

(三) 关节拔伸类手法

坐位颈椎拔伸法

低坐位颈椎拔伸法

仰卧位颈椎拔伸法

腰椎拔伸法

背势腰椎后伸牵引法

肩关节拔伸法

肘关节拔伸法

髋关节拔伸法

膝关节拔伸法

踝关节拔伸法

(四) 关节伸展类手法

颈椎前俯伸展法

颈椎后仰伸展法

颈椎侧屈伸展法

颈椎旋转伸展法

肩关节前屈上举伸展法

肩关节内收伸展法

肩关节外展伸展法

肩关节后伸伸展法

肩关节后伸提腕伸展法

肘关节屈伸伸展法

腕关节屈伸伸展法



髋关节前屈伸展法  
髋关节后伸伸展法  
髋关节水平后伸伸展法  
髋关节外内旋转伸展法  
腰椎前屈伸展法  
腰椎后伸伸展法  
腰椎左右旋转伸展法  
(五) 关节平端类手法

## 第六章 复合手法

### 第一节 复合手法的含义及操作要领

一、含义

二、操作要领

### 第二节 常用复合手法

推摩法

推揉法

摩振法

推振法

按揉法

掐揉法

点揉法

搓揉法

提捏搓捻法

提拿法

？摇法

四指推法

## 第七章 复式手法

### 第一节 复式手法的含义及操作要领

一、含义

二、操作要领

### 第二节 常用复式手法

二龙戏珠法

凤凰展翅法

苍龙摆尾法

黄蜂入洞法

黄蜂出洞法

打马过天河法

水底捞月法

双凤展翅法

揉耳摇头法

老汉扳？法

猿猴摘果法

丹凤摇尾法

凤凰单展翅法

孤雁游飞法

取天河水法

引水上天河法

飞经走气法

飞金走气法

天门入虎口法

按弦走搓摩法

摇？肘法

？肘走气法

乌龙摆尾法

双龙摆尾法

赤凤摇头法

凤凰展翅法  
老虎吞食法  
揉脐及龟尾并擦七节骨法  
捏脊法  
开璇玑法  
按肩井法

## 第八章 踩跷法

### 第一节 概述

一、含义  
二、特点  
三、基本器具  
四、注意事项

### 第二节 踩跷功法

#### 一、脚法训练

踮脚法  
鲲鹏展翅法  
孟女投江法  
金鸡独立法  
足蹬火轮法  
五趾抓地法

#### 二、手支撑训练

两臂支撑法  
泰山压顶法

### 第三节 基本脚法

#### 一、单式脚法

脚揉法  
脚压法  
脚点法  
脚推法  
脚颤法  
脚摩法  
脚搓法  
足跟击打法

#### 二、关节特殊整复法

蹬腰提腿法  
蹬腰拉手法  
跪腰晃肩法  
骨盆调整法  
跪颈仰头法  
调脊法  
小步走  
鸡啄米法  
伸筋法

### 第四节 治疗脚法

一、腰背部常用治疗脚法  
二、下肢部常用治疗脚法  
三、腕腹部常用治疗脚法

## 第九章 手法技能训练

### 第一节 米袋练习

一、米袋的制作、规格与应用  
二、练习方法  
三、练习要求

### 第二节 人体操作练习

一、单种手法人体定点、定位及循经操作练习  
二、流派手法人体操作常规练习

三、人体各部操作常规综合练习

四、常见病操作常规练习

下篇手法实验与研究方向

第十章手法运动生物力学实验

第一节手法运动生物力学的研究方法

第二节手法生物力学实验仪器及应用

一、推拿手法力学信息测录系统

二、推拿手法力学信息计算机处理系统

第十一章手法研究方向与成果简介

第一节手法文献研究与整理

第二节手法动作原理与动力型式研究

一、推拿手法动作原理的研究

二、推拿手法力学测试系统的研究

三、脊柱手法动力学测定的研究

第三节手法治疗机制与临床应用研究

一、手法对心血管系统的作用

二、手法对消化系统的作用

三、手法对呼吸系统的作用

四、手法对血液循环系统的作用

五、手法对运动系统损伤的作用

六、手法镇痛原理的研究

七、手法的其他治疗作用