

提端推扳法医治颈椎骨错缝疗效观察

湖北第四机床厂职工医院 杨德仁

颈椎骨错缝，又称颈椎椎间滑膜嵌顿，椎间关节紊乱，是颈椎综合症的一种病证，是骨伤科中的一种常见病。系指颈椎骨因扭转或退行性变的颈椎以轻微损伤为诱因而致关节向侧方微小移动，不能自行复位，以颈项转侧受限，颈、肩、臂疼痛麻木为主要症状，严重影响工作和学习。近几年来，笔者用中西医结合的提端推扳法治疗颈椎骨错缝患者百余例，疗效较好。现将临床资料小结如下。

一 般 情 况

男性7例，女性3例，最小年龄34岁，最大年龄57岁。有明显外伤史者1例，隐性发病者9例。从事体力劳动者2例，脑力劳动者8例。病程最短者15天，最长者2年。

疗 效 标 准 与 效 果

1. 显效：自觉症状和体征全部消失、恢复正常工作，有8例。

2. 有效：自觉症状和体征较治前明显减轻，颈部活动有改善，偶有轻度不适，但不影响工作，有2例。

3. 无效：只要诊断正确，未发现无效者。

治 疗 手 法

1. 松颈：患者正坐，术者用拇指推揉法，三指捏拿法交替地在颈根部先做表面抚摩、深部按摩，继而作捏，力量宜大，速度宜快而柔和。使颈部的斜方肌，胸锁乳突肌，头、颈夹肌，头、颈半棘肌微热而松软（约5分钟），然后转至颈的患侧，以拇指揉颈横突前、后结节起止的诸肌，手法由浅及深，深揉时患者甚感酸胀。操作时术者可用一手扶持患者前额，另一手操作，以防头部摇晃。

术者以左手按压患者头顶，前屈颈部至最大限度，右手拇指与食指捏于第5~6颈椎平面的两侧颈后部肌肉，向中线并向前徐徐捏挤。其后左手放于患者前额部，向后推其头部，使头后仰，同时，右手拇指与食指向前推按，继而用左手将颈部前屈，在前屈的同时用右手拇指与食指从颈后最上方开始，沿颈椎往下施弹筋拨络，点穴、分筋理筋手法，理顺颈后方肌肉和颈韧带，反复做几遍。随既用双手拇指掌面沿两侧颈后方肌肉自上而下滚揉，反复2~3次。最后用拇指放于第

7颈椎棘突两侧“大椎”穴，向内向前按压并向上向外旋转，使颈部韧带、肌腱、肌肉放松。

2. 提端：患者坐位，术者立于患者背后，用两手臂尺侧分别置于患者肩上，用两手掌托住两侧下颌（无名指扶下颌骨，小指在下颌骨下方，中指与食指放在两侧颧骨弓下缘），在颈部前屈时，拇指按于颈骨的下后侧，即第一颈椎的两侧“风池”穴处，在颈部后仰时，两拇指放于两侧耳后部，两手向前拔伸牵引头部，两臂尺侧在患者两侧肩部向下用力，并用两手指在枕骨“风池”穴处，徐徐用力向前挤按，然后在牵引下向后伸颈。

术者仍立于患者背后，用双手托患者头部两侧下颌部，手指及手掌向前上方牵引颈椎，因前臂与手向相反方向用力，使颈椎牵开，边牵引边使头部向健侧徐徐旋转至45°，然后在牵引下向患侧旋转至45°，再转回至中立位，待坐位上提法稳定后，使头前屈后伸，继而在紧张痉挛的肌肉已初步松解的基础上，再用推扳法。

3. 推扳：患者坐位，颈下自然放松，向颈部旋转受限侧，主动旋至最大角度，术者一手掌心对准下颏，五指握拿住下颌骨（或术者前臂环绕头部，掌面紧贴下颌体，手掌抱住后枕部），施术时抱头之手徐徐向直上牵提和向受限侧旋转头颈，旋颈动作须慢而有力，幅度逐渐增加。与此同时，另一手拇指可向颈前方对侧水平方向轻微顶推偏歪之棘突高隆处，其余四指紧贴后枕部，双手同时密切配合，大多可听到“咯登”响声，指下棘突轻度移位，已觉对缝，嘱患者头颈部取中位，单拇指触诊已属正常，然后用搓、揉法于后颈部，使患者有舒适感，手法完成。

每日应用以上手法按摩一次，每次约15~20分钟左右，直至痊愈为止。高血压者禁用。对动脉硬化的病例更应注意。在施手法时需温柔和缓，耐心细致，切不可过于粗暴猛烈而急躁地过度旋转头部，这是绝对禁止的手法。因可造成枢椎发生骨折脱位或动脉在环椎上沿枕骨压伤，引起颅底血循环障碍的危险。

典 型 病 例

例1：鲁××男 36岁 工人于1983年7月14日因房屋漏雨，上房检瓦，不慎连梯带人从3米高处摔下，后头先着地，当即昏迷而送进××县医院医治，半月后仍呈颈项僵硬，不能

活动和左右转侧, 看视时身随颈动, 颈、肩、背及左右臂疼痛, 常感手指麻木而出院。继而在××县医院门诊部理疗2个多月无明显疗效。于1983年10月25日来我院就诊。

检查: 颈部呈僵硬状, 颈前屈、后伸、侧屈及旋转活动明显受限, 颈5~7椎压痛点明显, 压椎旁放射至左右上肢痛, 颈5~6椎棘突微向后突, 以颈6椎最为明显、椎间隙狭窄。

诊断: 颈5~6椎骨微错。

处置: “提端推扳法”治疗。

先行松颈法至项后略感轻松柔软, 即行提端推扳法, 推时听到“咯登”响声。手法后患者上述症状基本消失, 颈项僵硬, 上肢疼痛减轻, 5次手法治疗后, 颈部活动正常, 上肢疼痛消失, 颈屈伸试验(一)。至今未见复发。

例2: 胡××, 女, 41岁, 工人, 于1985年6月18日突发颈部活动受限, 不能上仰、低头和左右回顾, 疼痛剧烈, 睡觉头不能落枕、头、颈、肩、臂、手、肩胛区及胸前区疼痛发麻、日轻夜重。经贵州游医用头颈侧扳旋转法施术时一度昏迷、后经两所医院用按摩、针灸、拔火罐、封闭、理疗等法医治, 均无疗效。继经××县医院X线摄片确诊为“第4颈椎半脱位”。于同年6月2日来我院就诊。

检查: 颈部僵硬强直, 活动明显受限, 颈4~5椎旁压痛明显并向肩、臂、手放射, 第6颈椎棘突后突。

诊断: 第4颈椎半脱位。

处置: “提端推扳法”治疗。

手法后患处疼痛基本消失、姿态正常, 活动比较自如。二次手法后自觉症状全部消失, 恢复正常工作。至今未见复发。

认识与讨论

1. “骨错缝”是中医骨伤科特有的诊断病名, 是我们祖先长期以来在临床实践中所观察到的病理改变, 也是临床上常见的一种损伤。根据临床实践, 以及文献记载, 损伤后所造成的这种病理改变是存在的。《医宗金鉴·正骨心法要旨》所提“因跌扑闪失以致骨缝开错, 其中筋急而转摇不甚便利, ……”。说明“骨错缝”是组织结构上的病理改变, 对病理机制提供了依据。颈部外伤或颈椎、椎间盘、椎间韧带等组织由于积累性劳损和退行性改变可使其稳定性相应减退。如受外伤, 甚至在不明显地外力作用下, 便可导致颈椎发生在额状轴、矢状轴、纵轴上的前倾后仰, 左右侧屈等错动移位; 或者使关节内结构的位置发生微小异常, 这种病理改变比较轻微, 最微者只有1~2毫米的错位, 甚至更小, 中医称为“错落”, 所以在X线摄片上目前还不能得到反

映。但解剖结构病理改变以后, 影响到生理功能, 故即出现肿胀疼痛。病例1的颈椎微错, 即是此症。比较严重者, 骨缝发生参差不齐, 更甚者半脱位, 中医称为“参差”。在X线摄片上可以显示, 肿胀疼痛也比较显著。病例2第4颈椎半脱位, 即是如此。

2. 本病表现与中医血痹、筋痹有相似之处, 颈后部属诸阳经之通路。经络不通, 气血运行受阻, 而影响脏腑功能是本病的病机所在。正如《医宗金鉴·正骨心法要旨》云: “因跌扑闪失, 以致骨缝开错, ……为肿为痛, 宜用按摩法”, “有骨节间微有错落不合缝者……以手推之, 使还旧处也”。这明确指出推拿疗法对局部解剖位置的明显变化或微细改变进行整复, 清除解剖位置异常而出现的牵涉痛和神经、血管受压造成的各种临床症状的疗效是肯定的。《伤科汇纂》在整背腰歌诀中谓: “大抵脊筋离出位, 至于骨缝裂开绷, 将筋按捺归原处, 筋络宽舒病体轻”。这是说筋的损伤往往会导致骨缝裂开处于交锁错位, 所以对于“骨错缝”的治疗, 首先要用治筋肉损伤的按摩法, 处理软组织损伤, 当理筋回复原位, 筋舒后, 再施手法使裂开的骨缝也得到恢复, 肢体即感到轻松。

3. 通过实践证明, 颈椎骨错缝好发于下颈椎(即C5~7为好发部位)、医治颈椎骨错缝的提端推扳法乃按颈椎的正常生理曲度方向牵引提端, 推扳的安全度高, 保护了椎动脉, 也可避免脊髓的意外损伤。其手法是以“通”为治, 其作用是: 整复不正之椎骨, 解除颈部滑膜嵌顿, 纠正关节微错, 恢复正常解剖结构, 缓解局部肌肉紧张、痉挛, 剥离软组织或关节粘连, 消除局部炎症刺激, 调解神经功能、改善血液循环, 恢复脏腑功能, 疏通淤结, 舒畅经络, 通利气血。正所谓“正则通”, “松则通”, “顺则通”, “动则通”, “化通为用”, “祛瘀生新”, 以“通”达到治疗目的。

参 考 文 献

1. 清·胡廷光 编 伤科汇纂 人民卫生出版社 1981年12月
2. 清·吴谦等 编 医宗金鉴·正骨心法要旨(第五分册) 人民卫生出版社 1985年2月
3. 李国衡 骨错缝筋出槽理论及其临床运用 光明中医骨伤科杂志 1985年创刊号
4. 田纪钧 著 错骨缝的诊断与治疗 山西科教版社 1987年2月
5. 冯天有 著 中西医结合治疗软组织损伤 人民卫生出版社1977年8月