

名老中医许钜材先生的临床经验方。腰伤者，局部血离经脉，气血凝滞，经络阻塞“不通则痛”，治宜活血化瘀，行气止痛。本方由“桃红四物汤”加减而成，方中桃仁、红花、当归、佩泽兰、苏木、川芎、地鳖虫，活血化瘀，

行经止痛；续断、淮牛膝强筋骨；桑枝疏通经络；枳壳理气行气。新伤局部积瘀，多易化热，故用生地，赤芍活血凉血，滋阴生津；故本方有良好的活血化瘀，理气止痛作用。

## 手法配穴注治疗胸背痛并胆囊炎

广西灵山县中医院 (535400) 施显美

1984年初至1990年底，运用中医传统手法配穴注治疗胆囊炎40例收到了满意效果。现报告如下。

### 临床资料

本组40例，其中男8例，女32例；搬运工人8例，女工32例；年龄最小25岁，最大59岁，其中25~29岁5例，30~55岁31例，56岁以上4例；急性者病程最短35天，慢性者病程最长14年；40例均有胸背挫伤或姿势性、积累性劳损史，其中扛抬重物挫伤8例，姿势积累性劳损32例。

### 临床表现

以右胸背痛逐渐发展为右下胸及右下腹疼痛为主。疼痛常于肩背负重或胸背劳累后发作，发作后稍休息或胸背挤按后右下胸及右上腹疼痛减轻或消失。轻者右上腹隐隐钝痛或不适感，进食油腻饮食后恶心或疼痛加剧，腹胀、嗝气。重者，咳嗽、打喷嚏、深呼吸时疼痛加剧等。

体检：胸椎小关节错位者可触及棘突偏歪和椎旁压痛，或椎旁软组织结硬或条索状压痛，或有摩擦音。在第5、6、7、10胸椎右侧椎旁挤按，则感胸背及右下胸和右上腹舒适，疼痛明显减轻或消失。颈部右侧胸锁乳突肌下方两头之间压痛明显（膈神经压痛点）。X线胸椎正侧位无异常，或有部分椎体骨质增生，或有部分胸椎棘突向右偏歪。体温正常。胆囊造影可见胆囊收缩功能不良。A超胆囊偶见毛波反射或胆囊前后壁增粗。B超胆囊壁模糊、增厚，囊内未见增强光团及声影。化 验 室 检

查：血常规正常，十二指肠引流如乙胆汁中粘液增多，白细胞正常或略增高，胆汁细菌培养常呈阴性或弱阳性。肝功能及HAA正常。

诊断依据：1.有胸背挫伤或积累性劳损史。2.有胸背疼痛转右下胸及右上腹疼痛和胸椎综合征的临床表现。3.胆囊区及右膈神经压痛点阳性反应。4.A超及B超诊断。5.排除手法及穴注禁忌症，如胸椎骨折、胸椎结核、肿瘤及各类器质性病变者（如胆石症等）。6.X线胸椎片及胆囊造影和实验室检查。

疗效标准：1.治愈：自觉胸背及右上腹疼痛及各阳性体征消失，恢复原工作。2.好转：症状体征明显减轻。3.无效：症状体征无变化。

### 治疗方法

1.手法治疗：患者端坐胸椎复位橙上或俯卧位胸前平放于垫枕上，医者位于患者背后或患侧。若胸背软组织损伤所致胆囊炎，用冯氏分筋理筋镇痛手法<sup>[1]</sup>。若胸椎小关节错位所致胆囊炎，高位胸椎用手拉膝顶法<sup>[2]</sup>。中下段胸椎用魏氏俯卧冲压法<sup>[3]</sup>。每三天手法一次，6天为一疗程。

### 2.药物穴位注射疗法：

(1)常用穴位：①主穴：胆俞（在10~11胸椎横突起间，脊柱外方1.5寸处）。②辅穴：督俞（在6~7胸椎横突起间，距脊外1.5寸处）。膈俞（在7~8胸椎横突起间，距脊外1.5寸处）。内关（腕横纹上2寸，掌长肌与桡侧腕屈肌腱间）。天应穴（胸背肌群各肌腱附着压痛点）。

(2)常用药物：10%葡萄糖10ml + B<sub>12</sub>500

ug + DXM 5mg。

(3) 穴位注射方法：选好穴位后，按无菌操作常规做皮肤消毒，每次注射2~3个穴位。要有酸麻胀感后即推注药液。每天注射一次，6天为一疗程。

治疗效果：本组40例中，手法配穴注一次后，临床症状及体征全部有不同程度减轻。治愈28例，其中2个疗程治愈9例，4个疗程11例，6个疗程8例。好转12例。12例均有临床症状反复发作，经手法配穴注后疼痛明显减轻。但临床症状及体征不能消失。无效0例。

治愈28例中随访一年12例均有劳累后病情发作，经手法配穴注后治愈。随访3个月16例疗效巩固。

### 讨论与体会

手法配穴注治疗，在于恢复胸椎小关节关系，医治胸椎部软组织病损，消除胸椎周围刺激源，使胆囊功能得以恢复。日人后藤道雄认为：经穴之主治症，适为其脏器有病之感应点（压痛点）<sup>〔4〕</sup>。手法循于正通和顺通经络筋

脉。穴注循经配伍。以足太阳膀胱经之胆俞为主穴，该穴主治胆道疾患，胸胁痛不得转侧等病。辅以督俞、膈俞主治腹痛、胸膜痛；天应统治胸背部肌群附着压痛点之伤病；配用内关（胸腹内关谋）。通过针刺，激发和促进胸背部软组织损伤和胆管痉挛修复及解除，注入10%葡萄糖既高渗消除水肿及炎症又配合维生素B<sub>12</sub>补给软组织和神经的营养及热能。加入地塞米松，解除软组织和胆管粘连、痉挛，从而达到胆囊功能的恢复。互配使用，重收其功。故手法配穴注，是治疗本病的有效方法。

### 参 考 文 献

1. 冯天有. 中西医结合治疗软组织损伤, 第一版 (北京) 1977:7.
2. 施显美. 手法治疗背臂伤筋123例临床总结报告. 光明中医骨伤科杂志1985; 1:35.
3. 魏征. 脊椎病因治疗学第1版. 商务印书馆香港分馆 1987:105.
4. 承澹盒. 中国针灸学第一版, 北京人民卫生出版社, 1959:47.

## 手法整复治疗骨盆骨折并双髋关节脱位

安徽中医学院附属医院 (230031)

周章武 曹日隆 李保泉 刘安平

刘×, 男, 19岁, 农民。住院号: 51149。入院时间: 1991年5月5日20时。10小时前, 拆迁房屋时, 墙壁倒塌, 腰部被墙壁压伤后出现会阴部疼痛, 双下肢不能活动。检: 会阴部肿胀, 紫斑, 耻骨联合压痛(+), 骨盆分离试验(+), 左下肢处屈曲、内收、内旋、短缩畸形, 左下肢长度76cm; 右下肢外展、外旋及膝关节轻度屈曲畸形, 右下肢长度84cm。经摄X片诊断: 骨盆骨折(右耻骨上、下枝骨折, 左耻骨上枝骨折), 左髋关节后脱位, 右髋关节前脱位。入院后在麻醉下, 以回旋法分别将髋关节前、后脱位整复。经摄片示复位满意。

讨论: 骨盆骨折同时合并髋关节前、后脱位临床

少见, 发病过程较复杂, 现分析如下: 墙壁倾倒时, 患者背墙而走, 左右髋关节一伸一屈, 在右髋关节处伸直时, 墙壁倒塌砸及右臀腿部后侧, 使患者向前俯卧跌倒, 强大的暴力使右髋关节极度外展、外旋, 此时大转子顶端与髋臼上缘相触, 股骨头因受到杠杆作用被顶出髋臼, 引起前脱位; 右髋关节脱位后, 躯体继续向前倾倒, 左膝顶地, 加上来自背后的暴力及身体自身的重力作用, 此时左髋关节必然处于内收、内旋、屈曲位, 造成后脱位。双髋关节脱位后, 强大的暴力迫使身体下倾, 使骨盆处在墙壁及地面之间, 骨盆同时遭受此二者的作用, 引起骨折。