

用手法治疗伤筋症310例临床小结

安徽省灵璧县中医院骨伤科 吴树全

笔者自85~86年收治各类伤筋症310例用“旋”
“分”手法进行临床观察，现将运用手法治疗体会
小结如下：
一、临床资料

(一) 310例性别年龄与职业分类一览表

病种分类	性别		年龄分布				职业					总例数	单类总占比
	男	女	15岁以下	15~39岁	40~49岁	50岁以上	工人	农民	干部	学生	其它		
1. 肱二头长头肌腱滑脱	16	12		2	3	23	8	12	6	1	1	28	9.0
2. 肱骨外上髁炎	42	18		3	7	50	12	12	26		2	60	19.3
3. 桡骨茎突狭窄性腱鞘炎	22	6	4	6	10	8	4	14	8	1	1	28	9.0
4. 股内收肌损伤	4	8	8	2	1	1	1	2	1	8	1	12	3.8
5. 膝关节内侧副韧带损伤	28	24		7	18	27	12	24	14		2	52	16.8
6. 股二头肌损伤	6	18	2	5	8	9	6	6	6	4	2	24	7.7
7. 腓骨肌腱滑脱	14	10	5	6	7	6	2	6	6	6	4	24	7.7
8. 踝关节韧带损伤	56	26	12	25	33	12	6	14	40	12	8	82	26.5
总 数	188	122	31	56	87	136	59	90	107	32	22	310	
百 分 比	60.7	39.2	10	18.1	28.1	43.8	19	29	34.5	10.0	7		

(二) 310例疗效比治疗次数分析见表

分 类	总例数	疗 效				治疗次数				总治疗数	平均治疗
		全愈	显效	有效	无效	一 次	二 / 三 次	四 / 五 次	五次以上		
1. 肱二头长头肌腱滑脱	28	16	9	3		3	5	14	6	96	3.4
2. 肱骨外上髁炎	60	37	20	3		6	28	14	12	205	3.4
3. 桡骨茎突处狭窄性腱鞘炎	28	21	6	1		5	7	12	4	89	3.1
4. 股内收肌损伤	12	10	2			7	3	2		20	1.6
5. 膝关节内侧副韧带损伤	52	32	15	5		12	18	14	8	150	2.9
6. 股二头肌损伤	24	12	10	2		8	12	2	2	56	2.3
7. 腓骨肌腱滑脱	24	9	14	1		9	10	3	2	46	1.9
8. 踝关节韧带损伤	82	39	35	8		20	42	12	8	219	2.6
总 计	310	176	111	23		67	125	73	42	881	2.8
百 分 比		56.8	35.8	7.4							

注：本组310例均在手法治疗一月后分别进行随访其结果见表二

(三) 疗效标准：全愈：治疗后症状与体征一月内基本消失。显效：治疗后症状与体征一月内基本消失且局部有时酸痛。有效：治疗后症状与体征明显减轻，但易复发。无效：治疗后症状与体征无改善。

二、各类病种手法辨证治疗

(一) 肱二头肌长头肌腱滑脱

肱二头肌长头肌腱正常情况下，在肱骨结节间沟内滑动，有骨膜保护，并有一横韧带覆盖，尚保

护肱二头肌腱的软组织撕裂时而致肌腱滑脱。此多为急性损伤，伤后肩部出现剧烈疼痛、肿胀、活动受限。肩外展外旋时可摸到或听到弹响。肱二头肌力明显减退。

手法治疗步骤如下：1、根据上病下取，重点指压“列缺”、“少海”、“缺盆”以麻醉止痛，解除肌痉挛。2、“旋”、“分”结合的被动手法：患者取坐位，术者一手拇指置于脱出肌腱内侧，一手握患者肘腕部，二手对抗牵引。掌心向前尽量外展外旋，上举到最高限度时，在前臂逐渐旋后的同时，拇指用力向外“分筋”拨动滑脱的肌腱，当指下感觉有滑动的一瞬间，另一手将前臂牵拉转动，急剧旋前。同时肘关节由屈曲后并作肩关节极度后伸前屈。3、疏松按摩，用叩打、滚、揉、运展等手法，使紧张肢节放松，进一步推动气血运行。

(二) 肱骨外上髁炎

本病主要是因前臂伸肌总腱，在肱骨外上髁的起止点，当前臂在旋前位腕关节经常背伸活动时，可将其附着部位的软组织牵扯发生损伤，甚至关节骨膜嵌入肱挠关节间隙。引起出血粘连。当粘连被牵扯时，产生肘外侧疼痛，尤其在旋转、背伸、提拉等动作时疼痛更为明显，并向腕部放射。

手法治疗步骤如下：1、重点指压“曲池”、“少海”、“列缺”、“天鼎”等穴。2、被动手法：患者取坐位，术者一手握腕，使患者掌心向上，另一手拇指按压于肱骨外上髁的前侧，先逐渐屈曲患肘关节至最大限度，在前臂旋后的同时，拇指沿挠骨头前外缘按顺时针方向“分筋”挤按伸腕肌起点，而另一手则以较快的速度牵拉转动前臂突然极度旋前伸直。当治疗后症状无改善可重复上述动作，大多手法后即可旋转、背伸。

(三) 桡骨茎突处狭窄性腱鞘炎

是由于指屈肌腱在屈肌腱鞘起始处或拇外展肌腱及拇短伸肌腱在桡骨茎突处反复磨损所致。主诉腕部疼痛，局部有轻度肿胀，拇外展和伸展活动疼痛加剧，握拳试验阳性。

手法治疗步骤如下：1、点压穴同肱骨外上髁炎。2、术者一手握患手，另一手拇指在疼痛部位上下推揉数次后，二手对抗牵引。一手拇指置于桡骨茎突处，另一手牵引手腕并向尺侧极度偏曲旋转，在尺偏旋转的同时，另一手拇指将伸拇短肌和外展拇长肌用力向掌侧“分筋”挤压。（尺偏时猛然牵拉与拇指用力分筋拨动是一瞬间同时进行）

(四) 股内收肌损伤

股内收肌为大腿内侧肌肉，可因强力牵拉或下肢过度外展或用力蹬空而致内收肌挫伤，肌纤维撕裂，或出血瘀积、粘连，而引起反射性肌痉挛，造成大腿内侧疼痛脚尖不能触地，不能内收外展。触诊大腿内侧可能触及束条状隆起。

手法治疗步骤如下：1、根据上病下取的原则，重点指压“公孙”、“太冲”“治转筋”穴。2、患者取仰卧位，术者一手握患肢远端屈曲、内收、外展患肢，另一手拇指放于大腿内侧条束状隆起处后方，向前顶住内收肌内缘。当牵拉转动患肢内收外展拇指下感觉有滑动一瞬间，用力向前“分筋”挤按隆起物。3、在用疏松手法提拉内收肌内缘之后顺肌肉走行方向上下按压理顺，以顺筋归位。痛多即刻消失，跳跑如常。

(五) 膝内侧付韧带损伤

本病多由屈膝时小腿受到外展、外旋的暴力引起，屈膝时韧带松弛关节不稳，此时内侧付韧带抵止部撕脱或断裂。临床多有小腿外展位受损伤，膝内侧肿胀皮下瘀血，内侧付韧带压痛，侧方稳定试验阳性。

手法治疗步骤如下：1、点穴同股内收肌。2、患者取仰卧位，术者一手将患肢踝部夹持于腋下，手掌托小腿，拇指沿内侧付韧带向上挤压推按的同时，另一手推按提拉股四头肌联合肌腱二侧，先伸直再屈曲膝关节。屈曲时拇指向后推按并向上提拉，反复数次。3、患者取坐位，术者一手牵拉转动患肢远端，外展内收外旋同时，另一手拇指在膝内侧按顺时针方向自后向前分筋挤按内侧付韧带。4、用大鱼际滚揉内侧付韧带（禁用弹拨手法）。

(六) 股二头肌腱劳损

当膝关节遭受过伸牵拉损伤时，腓绳肌首当其冲，如为内收内翻位损伤，且使股二头肌必先受损，其可致腓骨头附着处肌腱劳损、滑脱、断裂或撕脱性骨折，临床多见于工人，运动员。伤后腓骨头附近肿胀疼痛，疼痛多见于大腿后侧，患者主诉患膝能屈不能伸，能蹲不能站起为特征。

手法治疗步骤如下：1、点压“解溪”、“悬钟”、“昆仑”“阳陵泉”。2、患者取仰卧位，操作同膝内侧付韧带。3、患者取坐位，术者一手握患肢远端，屈曲膝关节并内收、内旋牵拉转动的同时，另一手拇指放于腓骨头上侧股二头肌腱止点按逆时针方向由前向后分筋挤推股二头肌腱，在指下感觉滑动的一瞬间另一手将患肢膝下关节牵拉伸直，听到响声即告手法复位成功。

(七) 腓骨肌腱滑脱

由于腓骨肌腱走行于外踝后侧管沟中,因此具备了髌脱的条件,当足踝部过度内收、内翻牵拉肌腱或足部过度背伸、外翻的扭转下,使肌腱发生损伤,重者可向前侧滑脱。伤后外踝部有肌腱滑脱感,外部肿胀皮下瘀血、青紫疼痛,尤其背伸外翻痛加剧。

手法治疗步骤如下:1、根据下病上取重点按压“神门”、“环跳”、“委中”、“阳陵泉”等穴。2、术者一手握患者足趾部,先跖屈内翻其关节的同时,另一手拇指紧贴腓骨长短肌腱的后侧自上而下,滑行至外踝平面的上侧,重复数次。3、术者一手握患者足背,拇指在上四指在下,在内外牵拉转动足背的同时,拇指按腓骨肌腱由前向后分筋挤按。

(八) 踝关节韧带损伤

本病多由行走突踏高低不平的地面,或腾空落地足踝部突然内翻或外翻牵拉过度,超过关节活动的生理范围而致踝关节、跟距关节、中跗关节、跗跗关节的错链以及经皮肌腱的微细解剖位置的改变。其中以外踝韧带中之前距腓韧带损伤最常见,次之为跟腓韧带而后距腓韧带和单纯三角韧带较为坚强,且损伤较少见。外伤后骤然疼痛、肿胀、皮下瘀血、跛行足跖不敢着地为特征。

手法治疗步骤如下:1、按压穴位同腓骨肌腱滑脱。2、术者以一手紧握患者足跖向下牵引同时外翻扩大踝关节内侧间隙以拇指压入关节间隙内,同时远端牵拉患足左右摇摆,内翻与外翻活动数次。3、一助手握患肢近端,术者四指在足背上,拇指在足底,握住足背部。另一手握足踝部与助手对抗牵引边牵引也转动踝关节。4、术者一手牵拉跖屈转动足背的同时,另一手拇指沿外踝前上缘用力向后下方分筋挤按,同时另一手背伸踝关节,继而在滑动到外踝前侧,继续向前分筋挤按。

讨论与体会

本文所述均为伤筋症,包括筋翻、转、扭、挛、结、离、筋出槽等。对于伤筋症的病名历史悠久。《素问·长刺节编》曰:“病在筋,筋挛节痛……”《素问·痹痛》曰“在于筋则屈不能伸”。《灵枢·终始》曰“手屈而不伸者,其病在筋,伸而不屈者,其病在骨”。就有通过各类关节的屈伸来描述伤筋的临床症状。《医宗金鉴·正骨心法要旨》所谓“……筋之弛、纵、卷、挛、翻、离、合。”这是对伤筋病理改变的描述。书中还有“筋歪”“筋

走”等病名的记载,其中翻转离即是指伤筋之后失去原来解剖位置。《伤科汇纂》亦有对脊背离出位的描述“大抵背筋离出位,至于骨髓裂开,将筋按捺归原处,筋若宽舒病体轻”。近代治伤名家李国衡氏归纳其伤筋症即有槽称为“筋出槽”天槽称为“筋翻”“扭筋”或泛指伤筋。

本文介绍的“旋”“分”手法,就是根据各类软组织损伤“筋出槽”的病理改变,利用其手法达到“回槽”恢复原解剖位置的形态。“旋”法是医者利用患肢远端施以内收外展,内外旋转等牵拉转动,以借用患肢远端杠杆力学原理来改变近端“错位”“出槽”各方的不同位置。“分”法即分筋法,是医者用拇指指腹按压在肌腱滑脱的部位,在前者牵拉转动的同时指腹有肌腱滑动的感觉,向外、向内、向前、向后按肌腱顺行方向分筋翻动,以达到理筋归位,从而纠正局部筋纵扭翻挛离歪的位置。

2、“旋”“分”手法是明清先祖常用的治伤手法,口授单传至今。在此基础上余通过二十年的伤科临床实践,体会到应用于临床术者花力气小(是利用力点、力臂、杠杆生物力学原理),病人痛苦少(旋转与分筋是在一瞬间内完成),操作时间短(整个时间在10分钟内完成),治疗次数少(平均治疗次数2.8次)临床效果好(治愈率与显效率达92.6%)。它即不同趋经络推穴位单纯的理筋点按,亦不同于单纯的被动手法操作。而是取用二者之长“旋”与“分”法结合,颇有独到之处。如肱骨外上髁手法治疗要领,拇指按压伸腕肌痛点是在屈曲旋后——分筋挤按——旋前伸直,即在二者之间按顺时针方向分筋拨动。所以手法操作时,按压部位与用力方向力求准确,临床治疗是否取效就在于按压部位与用力方向的准确和牵拉转动的方向和角度,即要根据各个部位解剖特征注意牵拉转动的方向和角度,又要根据纤维韧带肌腱顺行方向分筋挤按,禁用反方向分筋和弹拨手法(如对膝内侧韧带逆带要按顺时针方向由上往下,而股二头肌劳损则按顺时针方向由下往上),以免把部分未完全破裂韧带变为完全破裂。

3、手法操作时立求明、稳、快。明:要诊断明确,适应证要选择得当,即要排除各类骨折、肿瘤、结核。韧带、肌腱有无完全破裂,又要查明外伤方向、性质,以及损伤后的形态变化(手法就是改变损伤后的形态变化,如筋结靠推给予弹拨,出槽离位给予回槽复位,翻转挛纠缠给予理顺拨平)。

(下转22页)

臂丛神经牵拉试验阳性，x光摄片：C4—5椎前后缘轻度唇状骨质增生，生理弧度变直，诊断二颈椎病痹阻型（神经根型）。治以温补肾督，补肝强筋，化痰除湿。处方：复方骨科活络丸2/1丸日三次，配骨宁片三次。治疗2月诸症状及体征消失而治愈。3月后复查，功能恢复良好无复发。

五、讨论与体会

(一) 病因病机

颈椎病神经根型，从祖国医学辨证分型的角度来看，相当于痹阻型，这是多数中医学者的看法。就是说本病属痹证范畴。《素问·痹论篇》“所谓痹者，各以其时，重感于风寒湿之气也”。“风寒湿三气杂至合而为痹也。其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹”。指出本病的病因和类型。当时并没有提出颈椎病的认识。伤寒论14条提出太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤生之。指出项背强痛是外感风寒湿邪所致，这与现代颈椎病痹阻型的病因是有密切关系的。在治疗上强调用桂枝汤加葛根，葛根能宣通经脉之气，而治太阳经脉之邪正是绝妙之处。随着学术的发展，我们认为颈椎病的发生还有重要的内因，那就是素体虚弱，肝肾亏虚，气血虚弱，精血不能濡养筋骨，导致筋骨不健，腠理疏松，卫阳不固，由

于外因风寒湿邪入浸，七情或外伤导致气血郁滞，搏结于颈项筋骨，经络不通，筋骨内因气血虚弱而失于温煦和濡养，故见颈项强痛，胸背肩胛疼痛，肢体酸胀麻木刺痛等症。此型最多见，治疗效果尤佳。

(二) 关于中药疗效的分析

本病证属本虚标实，肝肾不足，气血虚弱是属本虚，挛急痹痛是属标实。治疗大法当以补为主，以通为用。我院“复方骨科活络丸”温经活络止溢治其标，配骨宁片补益肝肾，强筋健骨治其本。按规定用药，临床观察无副作用。前者由甘草、苍术、川牛膝、麻黄、乳香、没药、僵蚕、木瓜、川芎、黄芪、萆薢、蕲蛇、全虫、琥珀、稀签草、制马钱子等药组成，制成蜜丸。后者由熟地、鸡血藤、葛根、骨碎补、大云、淫羊藿、白芍、木瓜、莱菔子、灵仙、橘红、枸杞、甘草等药组成，制成片剂。二方联用，补通相济、标本兼治，疗效满意。为比较一些西药效果，我们选用扑炎痛配按摩与本法治疗作对照，观察结果，复方骨科活络丸配骨宁片加按摩组的效果明显优于对照组， $\chi^2 = 59.44$, $P < 0.01$ 。而且携带服用方便，有推广价值。扑炎痛止痛效果是肯定的，但疗效不能持久，易复发，没有补肝肾强筋骨的作用。

(上接18页)

稳；手法操作即要熟练（熟能生巧）又要稳妥，几个手法骤要配合默契。步快：快如闪电，快使患者不觉手法操作之苦，动作做到敏捷迅速。达到“法使骤然人不觉，患者知痛骨已拢”的水平。

3、手法选择的时机亦非常重要，如何根据伤科不同时期，不同阶段，正确辨证地使用手法，是提高手法疗效的重要一环。如在急性期局部肿胀明显，手法不当，则可加重局部充血水肿，余对此期手法治疗多采用经穴按压止痛后，先在四周轻擦，再在局部肿胀处按压不动，利用肢体远端牵拉转动或令患者在以痛为姿势被动活动，即达到临床治疗的目的，且又把局部充血水肿控制在最小范围⑦。因此临症多得心应手，疗效卓著。

4、局部固定与制动，亦是保证疗效的关键。动静结合即是骨折固定一大原则，亦是伤筋复位固定一大原则。伤筋症手法后即要注意休息，又要注意局部制定，所以手法后对肘腕膝踝等关节肿胀不明显可用膏药或胶布局部拉紧固定。肿胀明显用赤小豆、扑硝、冰片按7：3：0.1，水调成糊状外敷患处。

参 考 文 献

- 1、冯天友 中西医结合治疗软组织损伤 人民卫生出版社 1974年
- 2、天津医院 按摩 人民卫生出版社 1974年
- 3、李国衡 魏指薪治伤手法与导引 上海科技出版社 1982年
- 4、韦以宗 中国骨伤科技术史 上海科技出版社 1983年
- 5、孟继懋等 中国医学百科全书·骨科学 人民卫生出版社 1983年
- 6 李国衡 “骨错缝筋出槽”的理论及其临床应用 中医骨伤科学报创刊号 1985年
- 7、吴树全 浅论手法在伤科三个阶段的辨证施治 按摩与导引2：5 1986年

