

手法介绍

拔伸通络法治疗椎动脉型颈椎病

北京医院(100730)黎德清 陈卫衡* 符永驰*

椎动脉型颈椎病为老年常见病,患者主要表现为眩晕、头痛、视物模糊、颈痛。严重者晕厥,给患者带来极大痛苦。本文采用拔伸通络法治疗20例患者,取得满意效果,现报告如下:

一般资料:20例患者,男女各10例,最小年龄36岁,最大71岁,平均52岁,病程1—10年不等,平均3年,全部患者均经X片或CT及临床确诊。X片表现有程度不同的椎间隙狭窄,椎体前后缘、小关节增生,曲度变直,椎间孔变小,大多在C₄₋₇之间。

手法:1.患者坐位,头稍前俯,术者立于患者身后,以双手拇指在颈根部从下到上,直达双风池穴,来回横向交叉推揉,使膀胱经与督脉交通,反复操作3分钟,然后在颈肩部做滚法治疗。

2.以双手拇指依次从上到下点、按、推、揉哑门、风府、风池、百劳、天柱、大杼、肩井、肩中俞、肩外俞穴位,反复揉按5分钟。

3.以双手掌托住下颏,双前臂顶住患者双肩,用力往前上方向拔伸,反复3次,每次持续1分钟左右。然后轻轻将头左右前后旋转,这时可听到弹响声。

4.先拔伸患者双手后,沿手太阳小肠、手少阳三焦、督脉、足太阳膀胱经络,反复进行推、拿、按、滚经络及穴位治疗,顺序从手到

肩颈头及从颈到胸到腰。以使经络疏通,血液循环加快。反复操作5分钟。

上述治疗每日1次,5次为1疗程,1疗程结束前后填表观察症状及脑血流图。

疗效标准及结果:显效:晕眩、颈项头痛消失或显著减轻,视物清晰。有效:晕眩、颈项头痛减轻,视物较清晰。无效:症状无变化。结果20例患者,显效12例,有效7例,无效1例,有效率95%。有6例患者做了脑血流图检查,手法治疗前双椎动脉平均波幅0.026Ω,平均流入时间0.191秒,治疗后波幅增至0.027Ω,流入时间缩短为0.189秒。

体会:《素问·厥论篇》云:“太阳厥逆,机关不利者,腰不可以行,项不可以顾。”张隐庵在这一段注解中说:“手太阳所生病者,耳聋,小肠主液,故逆则泣出也,夹心主血脉,小肠主液而为心之表,小肠气逆则津液不解营养于经脉,是以项不可顾。”《灵枢·本藏篇》云:“经脉者,所以行气营阴阳濡筋骨,利关节也。”颈项者乃三阳、阳维之会,经脉疏通,主要是三阳经和督脉的通畅,气血才能通达颈项并濡润之。因此通络是关键,本文据此理论用拔伸通络法,通过推拿揉按疏通经穴,达到通经疏络,滑利关节,促进血液循环,增进局部营养的目的,因此取得较满意的效果。

●中国中医研究院

多种复位手法整复髌关节前脱位一例

辽宁省新金县莲山中心卫生院(116206)于文湖

冯××,男,52岁,农民,莲山镇于店村人,住院号826号。1990年8月13日因赶马车与四轮拖拉机相对而行,左小腿挂到拖拉机后斗的铁勾上,大腿抵在前车厢上而致左髌部受伤,左髌部剧痛,左小腿及足背有撕裂伤,左

下肢不能活动二小时入院。

检查 患者身体健壮,四肢肌肉发达,左小腿及足背撕裂伤及筋膜,左下肢弹性固定于外展、外旋,轻度屈曲畸形,患肢较健侧略长,粘膝征阴性。由于夜间10时来诊,未经

X线拍片检查。

诊断 左髌关节前脱位。

治疗 撕裂伤经外科缝合包扎后，当即运用多种复位手法，一次顺利成功。整复方法：在手法复位前，给杜冷丁100mg肌注，患者仰卧于地上，一助手固定两侧髂前上棘，术者面向患者，屈曲其膝关节并握住患肢小腿，在髌外展，外旋位渐渐向上拔伸牵引至屈髌90°位，这时骑跨于伤肢上，伤肢的踝部前面抵于术者会阴部，术者用双手或肘窝部套住伤肢腘窝部，继续用力沿股骨纵轴拔伸牵引，并轻轻将股骨干左右摇晃旋转。另用一助手立于伤肢外侧，用双手抱住伤肢大腿根部，向后外方用力牵拉，术者助手同时用力。此时，术者抱患腿摇向头侧，拉向健侧，即稍屈髌内收内旋，可感到股骨头纳入髌臼时的弹响声，最后伸直下肢，复位即告成功。次日X片示复位良好，无合并骨质损伤。将患肢维持在内收、内旋、伸直位皮牵引18天后，扶拐行走一个半月，负重锻炼。1991年3月6日随访，功能正常，X片复查未见组成骨及关节异常变化。

讨论 髌关节脱位，临床上比较少见，复

位也相对较难，尤其是髌关节前脱位，医者掌握复位技巧更为重要。“欲合先离，离而复合”是中医正骨原则之一，联合使用多种复位手法正是建立在这一原则上的。过去在文献上见过用一两种复位手法整复髌关节脱位，同时使用三种以上复位手法却鲜为报道。本手法在屈髌拔伸法的基础上加了在大腿根部用力向后外方直接拨正和操作步骤与后脱位相反的屈髌回旋法。屈髌拔伸是对抗股直肌、股二头肌、半腱肌、半膜肌等肌的牵拉力，使股骨头向髌臼方向移动。牵拉拨正则是对抗臀大肌、臀中肌、梨状肌等肌的牵拉力，直接将股骨头移向髌臼。而先将髌关节外展外旋，然后屈髌屈膝，再内收、内旋，最后伸直下肢的反回旋法则，利用上二组肌群的牵拉力将股骨头纳入髌臼内。多种手法连续动作，目标一致，利用屈膝拔伸，直接拨正手法整复髌关节前脱位，在骨伤科学上提及过，加用反回旋法整复髌关节前脱位更为适宜，更有利于髌关节回纳复位。

本法简单易行，病人痛苦少，医源性损伤轻，复位安全可靠，比单用某手法省力，亦可用于后脱位。

下桡尺关节全脱位一例报告

青海省海南藏族自治州人民医院 (813000) 强 飞

下桡尺关节全脱位属急剧前旋扭转暴力所致的损伤，临床罕见，我院收治一例，施横牵按捺手法治疗，取得满意效果，报告如下。

患者，男，36岁，工人。入院前一天乘汽车外出时，因车祸致右前臂及腕掌部损伤，次日来我院就诊。患者急性痛苦面容，右前臂屈曲内旋托于胸前，前臂至腕关节以及手掌部肿胀较甚，皮下瘀血。动则疼痛难忍，前臂旋转及腕关节功能受限，弹性固定于旋前70度。前臂腕上背尺侧凹陷，掌尺侧凸出明显，可扪及脱出移位的尺骨小头。X线正位片示，下桡尺关节间隙无增宽，腕舟骨与其周围关系顺列轻度异常，第一掌骨远端连续性中断，无错位；

侧位片示，尺骨小头明显向掌侧脱位，环状关节突嵌顿于桡骨的尺骨切迹骨突掌侧。

治疗方法：患者仰卧屈肘，常规消毒局麻，患肢前臂尽量放松，掌心略向上。待麻醉生效后，令助手一人以双手拇指置前臂下1/3掌侧，其余四指置背侧，捏桡骨分骨牵引。术者左手持握患者手掌，右手捏尺骨下端，分骨时主要以五指之力与助手形成横向对抗牵引之势，顺势以拇指轻按尺骨小头，则扪及“格得”入臼感。患者亦有同样感觉，疼痛立即大减，下桡尺关节结构恢复正常，弹性固定解除，前臂旋转功能恢复，并且比较稳定。随施理筋手法，掌尺侧石膏托固定，屈肘悬吊于胸前。五