

羸、脚肿如脱、头眩短气，温温欲吐，桂枝芍药知母汤主之。”“病历节不可屈伸、疼痛，乌头汤主之”。桂枝芍药知母汤，用于风湿盛而表现出“脚肿如脱、头眩欲吐”的证型，其作用是温阳行痹，祛风除湿；而乌头汤用于寒湿轻重，表现出疼痛不可屈伸的证型，其作用主要是散寒止痛。

以上《金匱要略》所创立治痹 10 方中。凡用药 15 味，其中选用 2 次以上的药物有：桂枝、白术、附子、麻黄、黄芪、芍药、甘草、生姜、大枣，这些药物大都为祛风、散寒、除湿之品，为目前治疗风寒湿痹的常用药物。而所创立之桂枝附子汤、黄芪桂枝五物汤、桂枝芍药知

母汤及乌头汤等方剂，也被广泛地应用于痹证的治疗中。

《金匱要略》对痹证的治则及方药，主要针对寒痹，而对热痹却未加阐述。但从桂枝芍药知母汤来看，方药寒热并用，并不仅限于寒痹。而从 10 方中出现的苡米、芍药，知母来看，又是治疗热痹的常用药物。由此《金匱要略》不仅创立了寒痹的治法方药，也为热痹理论的形成奠定了基础。

除此之外，《金匱要略》中的肾着汤、肾气丸等，原方虽不为痹证而设，也是现在治疗痹证的常用方剂。

肩前屈位牵引下手法复位治疗肩关节前脱位

广州市黄埔区红十字会医院(510760) 杨晋标

笔者用肩前屈位牵引下进行手法复位，治疗肩关节前脱位 25 例，功能恢复良好。现小结如下。

临床资料

25 例中，单纯肩关节前脱位 15 例，合并大结节骨折 10 例；均为 18~65 岁成年，其中青壮年 20 例，老年 5 例；受伤原因均为间接暴力即致；复位前后经照片确诊。

治疗方法

1. 麻醉：25 例中，4 例作关节腔浸润麻，8 例作氯胺酮麻，其余 13 例在未麻醉下进行。

2. 手法：(1)患者取仰卧位，一助手用布带(或长毛巾)穿过患者腋窝，另一助手握住患肢前臂或肱骨干下端，将患肢作轻度外展，沿肱骨干长轴作对抗持续牵引，并轻度外旋肱骨，2~3 分钟后助手持握前臂前屈，一般 60~90 度，术者用手在患肢腋窝将肱骨头向关节孟内推动还纳，直至肱骨头有回纳感觉，或可听到还纳响声，复位即告完成。

如果属肩关节脱位并大结节骨折，则上述手法中，术者一手置于肩部，其拇指按于大结节处向下压迫，余手法同上，一般脱位整复后而骨折块亦随之而复位。

(2)如无助手，亦可单人复位。即患者仰卧位，术者同方向站于患者同侧，如右侧脱位者，术者用左手持握患肢上臂，右手持握前臂，屈肘 60~90°，并用右足抵于肩前(若是左侧脱位者，术者右手持握患肢上臂，左手

持握前臂，并用左足抵于肩前)，手与足相反方向用作对抗牵引，先轻度外旋肱骨，2~3 分钟后将患肢徐徐内收内旋，利用足为支点的杠杆作用，将肱骨头挤入关节孟内，直至有回纳感觉，复位即告完成。

3. 复位后，肩关节畸形消失，恢复正常外形，作搭肩试验(又称杜加氏征)阴性。即将患肢上臂内收内旋位，屈肘 90°，贴于胸壁，并在腋窝处垫一棉垫并绷带系在对侧肩作固定，再用三角巾悬吊前臂于胸前，外敷跌打散。固定期间即鼓励病人作腕指关节活动。2~3 周后可解除外固定。解除外固定后自主练习肩关节活动，但禁止被动强制性活动。活动范围不宜过大，循序渐进，可作前屈、后伸、外展肩关节活动。在活动同时，外洗中草药，有利于肩关节功能恢复。内服按损伤分期，辨证施治。

4. 效果：单纯脱位者 4 周左右功能恢复，合并大结节骨折者 6~8 周功能恢复。

体会

1. 肩前屈位牵引下手法易治疗肩关节前脱位易于掌握、可减少肩部肌肉的收缩拉力，有利于推按肱骨头入臼，因而用其他方法不易复位者，而用本法则往往较易成功。未发现因用本法造成软组织及神经损伤者。

2. 积极鼓励病人作患部锻炼，结合外敷外洗，有利于加速患肢关节功能恢复。