

韧带、骶尾后韧带、骶尾韧带、尾骨韧带等；在骶尾外伤时，既可损伤骶尾关节导致脱位、骨折，同时也使骶尾部肌肉韧带受牵拉，撕裂而损伤，因而在治疗上应贯彻筋骨并重的原则，既行必要的整复，又施手法以治疗软组织。

3. 根据“欲合先离，离而复合”及“痛则不通，通则不痛”的原则，首先在局部按摩，以达到松解粘连变性

的软组织，使骶尾部的经络畅通，以促进局部损伤后瘀血的吸收；然后施治疗手法，以改善尾骨向前的生理屈度，并将顺出槽的筋脉，使其回纳、复位，解除局部疼痛。该手法简捷易行，病程短，一般两周内即可解除疼痛，疗效满意。

(收稿：1996—40—05)

循经推运松解旋转抖动法治疗急性腰扭伤

白求恩医科大学附属第三医院(长春 130021)

杨清江 赵锐*

笔者采用循经推运松解旋转抖动法，自 1989 年 6 月至 1995 年收治 202 例急性腰扭伤患者，疗效满意，报告如下。

临床资料

本组 202 例中男 127 例，女 75 例；年龄 12~71 岁；本组病例均有以下临床症状：1. 腰部急性扭伤史(一周内)；2. 腰部伤后立即出现剧痛，重者不能翻身；3. 活动时加重，卧床休息不能缓解；4. 止痛药治疗无效；5. 腰部僵硬，腰前突消失，可有脊柱侧弯和骶棘突痉挛；6. 腰椎各方向均有明显限制；7. 腰扭伤后无下肢痛，如有牵涉性下肢痛，直腿抬高试验虽阳性，但踝背屈试验阴性。踝背屈试验阳性多见急性腰间盘突出。

治疗方法

本疗法与一般推拿按摩所用的手掌、肘部及肢体其他部位操作明显不同之处，仅用拇指、食指、中指和环指的指腹在患者体表操作。

1. 壮阳法：由骶部尾骨处推运至大椎穴处，以阴邪内侵为甚，推运大椎穴可助阳气升，阳虚得补。
2. 散阳法：大椎下至心俞穴处和两肩胛骨下缘，用提肌摇晃或分推弹拨的手法，松解软组织。
3. 旋转法：患者侧卧，使上侧腿屈曲，一手按臀后部，一手按肩部，两手作相对方向摇提晃动，待肌肉放松后，两手突然一次加大幅度的摆动，使腰部有较大程度的扭转，同时听到腰部“格答”声，用同法在对侧重复一次。
4. 抖动法：患者俯卧，双手拉住床头，由医者握住踝部，提拉下肢上下抖动，使髋部带动腰部得已舒展，

解除肌肉痉挛。

5. 循经施治：急性腰扭伤临床表现以剧痛为主，中医曰“痛则不通”，疼痛点为损伤的集中部位，也有人称为“阿是穴”。可以根据阿是穴位置，确认所属经路。腰后侧有膀胱经、督脉，侧有肝胆经，脾经循行腋前线，根据中医经络学说，可把急性扭伤分五种类型，可供治疗时参考。(1)膀胱经受阻：腰背疼痛严重，不能弯腰，头颈活动同时受限，不能低头，多放射大腿后侧，有的放射到足跟。主治背部。(2)肝经受阻：疼痛常放射至大腿根部前侧。主治腹两侧腋线，腹股沟处配背部和腰骶部。(3)胆经受阻：患者不能前屈，放射到大腿外侧。主治背部，腹部两侧。(4)脾经受阻：患者营养缺乏，肢体消瘦乏力。主治两侧腋线，可配阴凌泉、足三里等穴。(5)督脉受阻：患者以前屈后伸活动障碍为主，腰背强痛。主治腰背中线。

治疗结果

疗效标准：特效：一次治疗后症状消失；显效：二次治疗后症状消失；有效：三次或四次治疗后症状消失；无效：五次以上治疗后症状不消失。在 202 例患者中，特效 162 例，显效 29 例，有效 11 例。

讨 论

急性腰扭伤是临床骨科常见的一种外伤，祖国医学称为“闪腰岔气”。此症多发生于弯腰搬物和担抬杠挑等弯腰活动中。腰部关节由五块腰椎组成，上邻胸椎下邻骶椎，脊椎形态为不规则状，各种小肌肉及韧带附着，关节对应关系复杂，故在急剧闪失变化中，可引起小关节间隙紊乱。运用循经推运松解旋转抖动手法治

* 吉林省运动创伤医院

疗“闪腰”，目的在于达到平衡状态，“调理阴阳，疏通经络，气血通舒，物归原主”。所谓“物归原主”就是用手法恢复损伤前的生理解剖状态，为损伤的肌肉组织创造

自我修复条件。本疗法就是根据这个原理，辨证施治，所以取得满意疗效。

(收稿:1996—04—05)

臂丛麻醉下手法治疗冻结肩 92 例

江苏省姜堰市中医院(225500) 王文伯

我们采用臂丛麻醉下手法治疗 92 例(94 个肩)冻结肩，取得了满意的效果，报告如下。

一般资料

本组 92 例共 94 个肩，其中男 43 例(44 个肩)，女 49 例(50 个肩)；年龄 40~65 岁，以 51~60 岁者居多；右肩 55 例，左肩 35 例，双肩 2 例；手法前均摄 X 线片检查排除骨关节病变，如结核、肿瘤等，并作常规检查，以排除心脏病及高血压等内科器质性病变。

治疗方法

1. 麻醉：本组患者病程较长，均选择臂丛(肌间沟)麻醉。

2. 手法：(1)平卧位：①肩周按摩：术者立于患侧，以一手握患者腕部，一手食、中、环三指于肩前、肩上、肩后部作适当按摩点压手法，由浅入深，由轻到重，约 3~5 分钟，使患者自感轻松舒适。②前屈上举：术者位于患侧，以一手掌护患肩并下压，一手托住患肢，先使患肢前屈继而慢慢加力向上抬举，可听到粗大的撕裂声响到响声消失，使患肢上举至 180°。③外展抬举：术者立于患侧，以一手掌护患肩，一手拉住患肢，逐渐外展向上抬举，可听到粘连松解之响声，使患肢抬举到 180°。④内收搭肩：术者立于患者头侧，先使患肢屈肘，然后术者一手托住患肢肘部，一手握住患肢腕部，使患肢的手掌能搭到健肩或过肩，患肘关节达胸骨体部。

(2)坐位：①背后屈肘：术者立于患侧，以一手托患肢肘部，一手握患肢腕部，使患肢背后屈肘，慢慢用力使患肢后伸的同时，向健肩方向牵拉能听到清脆的撕裂声，使患侧手指达到健侧肩胛骨下角。②牵抖活肩：术者立于患侧，以一手扶肩一手握患侧手腕作前后牵

抖数次，然后术者握患侧手腕作肩关节大幅度的环形顺逆活动 10 余次。

3. 辅助治疗：手法结束后为减轻麻醉后的局部疼痛，防止术后的再粘连，适当给予止痛剂，并作肩关节痛点封闭，常用药物为强的松龙 1ml+1%普鲁卡因 10ml，且配合内服中药四肢Ⅱ号或四肢Ⅲ号合剂(本院协定处方)，同时指导作肩关节主动功能锻炼活动如摇肩法、背伸法、拱手法和手指爬墙法等。

治疗结果

疗效评定标准：优：肩关节活动正常或接近正常，肩部疼痛基本消失；良：肩关节功能和自觉症状好转 75%；可：肩关节功能和自觉症状好转 50%；差：无明显变化。本组 92 例，术后 1~2 周复查：优 54 例，良 30 例，可 8 例。

体会

麻醉下手法治疗冻结肩，能有效地松解肩关节粘连，缓解或消除局部肌肉紧张和痉挛。手法过程要轻柔、稳重、切忌粗暴和猛烈的动作，以防软组织过多的撕裂，发生新的粘连。另一方面手法之前必须明确诊断，摄 X 线片排除肩部骨骼器质性病变及骨质疏松症等，预防引起骨质受损。至于内科疾病如心脏病，高血压等，亦是手法禁忌范围，万不可盲目进行。局部封闭可促使局部血液循环和新陈代谢，促进水肿消失，加速痊愈。内服中药能疏风散寒，通络止痛，且能行气血，益肝肾，强筋骨，以求从机体内部来调整脏腑经络。加强自身功能锻炼，可巩固发展手法之疗效，调动患者的主观能动性，鼓励患者树立战胜疾病的信心。

(收稿:1996—05—15;修回:1996—08—14)