

手法治疗肩关节功能障碍

范炳华 张杰

浙江医院 (杭州 310013)

自1993年以来,我们对76例因肩部外伤、肩部骨折固定后、上肢骨折固定后引起的肩关节功能障碍,经其它方法治疗收效不明显者,应用肌肉的协同与拮抗原理,通过缓解肌肉拮抗、松解粘连的推拿手法治疗,疗效满意,现报告如下。

临床资料

本组76例中男41例,女35例;年龄24~65岁。左肩34例,右肩42例;其中肩外伤所致47例,肩部骨折固定后所致18例,上肢骨折固定后所致11例;功能障碍时间最短3个月,最长16个月。上举120°者17例,90°者35例,<90°者24例。内收肘尖乳中线者19例,腋前线者31例,<腋前线者26例。内旋后弯拇指摸棘T₁₂棘突者16例,L₅棘突者29例,<L₅棘突者31例。

治疗方法

1. 患肩部用按、揉、推、拿等常规推拿方法治疗5分钟,为下一步手法治疗作准备。2. 肩关节使用杠杆扳法^[1],以松解关节内粘连。3. 对关节运动方向起主动作用的肌群用一指禅推、按、揉等手法治疗。4. 对关节运动方向起拮抗作用的肌群用推、按、揉、弹拨等手法治疗,配合关节被动运动。施术部位选择:前屈功能障碍者,三角肌后部,背阔肌,大圆肌部位;后伸功能障碍者,三角肌前部,胸大肌锁骨部,喙肱肌部位;外展上举功能障碍者,三角肌前、后部,胸大肌,喙肱肌,背阔肌,大圆肌部位;外旋功能障碍者,大圆肌,背阔肌,胸大肌部位;内旋功能障碍者,冈下肌,小圆肌,三角肌后部等。5. 时间与疗程:每次治疗时间20~25分钟,每天1次,7次为1疗程,疗程间隔5天。

治疗结果

疗程:1疗程者26例,2疗程者37例,3疗程者13例。上举:165°者65例,150°者8例,<150°者3例;内收:正常(肘尖达前正中中线)48例,乳中线26例,<乳中线2例;内旋后弯拇指摸棘:T₁₀棘突者41例,T₁₂棘突者28例,<T₁₂棘突者7例(其中2例仅摸及L₄棘突)。

本组52例经6个月~3年随访,活动不受影响者

43例,活动受轻微影响者7例,活动、生活有一定影响者2例。

讨论

1. 肩关节是多轴向运动的关节,其运动比较复杂^[2],绕肩关节额状轴可作屈伸运动,绕矢状轴可作外展、内收运动,绕垂直轴可作内、外旋转运动,绕它们的中间轴,在肩胛骨的参与下,可作环转运动。各轴向组运动既是对立的,又是统一的整体,轴向运动之间又是密切关联的,在处理肩关节功能障碍时要充分考虑轴向因素。

2. 关节的运动是依靠肌肉的收缩来完成的,肩关节的轴向运动决定了肩部肌肉的配布和排列。前屈运动主要由三角肌前部、胸大肌、喙肱肌等共同完成;后伸运动主要由三角肌后部、背阔肌、大圆肌等共同完成;外展主要由冈上肌、三角肌等共同完成;内收主要由胸大肌、喙肱肌、背阔肌、大圆肌等共同完成;外旋主要由冈下肌、小圆肌、三角肌后部等共同完成;内旋主要由肩胛下肌、大圆肌、背阔肌、胸大肌等共同完成。参与每一轴向组运动对立统一的两组肌群,即主动肌与拮抗肌,当主动肌收缩,拮抗肌舒张协调统一的情况下,才能完成轴向运动,否则就会出现轴向运动障碍。主动肌与拮抗肌在不同轴向运动时则相互转化,即原拮抗肌转变为主动肌,原主动肌转变为拮抗肌。上举运动是一个复合动作,参与屈伸轴向运动的两组肌群均可对其产生拮抗,而任何轴向运动的肌群均可对环转运动产生影响。临床上在处理肩关节功能障碍,存在考虑主动肌因素方面多,而考虑拮抗肌因素方面少的倾向,我们认为这不利于功能全面恢复。

3. 肩关节功能障碍临床上普遍存在有肌肉的塑性形变,如增粗、结节、条索状、僵硬、挛缩、粘连等,这些组织的形变是影响功能活动的主要原因。在功能障碍初期,由于炎症、渗出、出血等因素,可同时伴有疼痛,此时形变既影响主动肌的收缩,也影响拮抗肌的拮抗,出现轴向组的双向运动障碍,到了功能障碍后期,则主要影响拮抗为主,而主动收缩并无明显影响。提示功能障碍初期的手法治疗应放在轴向运动的主动

肌群，而在功能障碍的后期则应放在轴向运动的拮抗肌群。

4. 推拿手法对肩关节功能障碍的治疗，具有松解粘连、软坚散结、促进活血，使形变复原，恢复肌肉弹性的作用。我们认为肩关节功能障碍一是关节内粘连，二是塑性形变因素所致，采用关节杠杆扳法^[1]能有效松解关节内粘连，而推、按、揉、弹拨等手法，对肌肉形变复原，缓解拮抗有明显作用。从临床疗效情况看，对上肢骨折固定后引起的功能障碍恢复较快，其次为肩部外伤引起的功能障碍，肩部骨折固定后所致的

功能障碍恢复较慢，且恢复效果也较前两组逊色。这可能与骨折因素及关节结构改变有关。我们认为应用肌肉的协同与拮抗原理，对拮抗肌群作针对性的手法治疗，改变肌肉形变是治疗肩关节功能障碍的有效方法。

参考文献

1. 范炳华. 关节杠杆扳法. 中国骨伤, 1998, 11 (4): 54
2. 天津医院骨科. 临床骨科学 (一) 创伤. 北京: 人民卫生出版社, 1973. 130

(收稿: 1999-02-20)

中医结合美国神经整脊法治疗颈椎病 100 例

张建华

中国中医研究院骨伤科研究所 (北京 100700)

作者曾到美国生命整脊学院进修学习过美国神经整脊，从 1995 年 9 月~1997 年 10 月共治疗 100 例颈椎病患者，报告如下。

临床资料

1. 一般资料: 本组 100 例中男 33 例, 女 67 例; 20~60 岁 92 例, 60 岁以上 8 例; 病程 0.5~3 年以上。颈椎病分型^[1]: 局部型 10 例, 神经根型 36 例, 椎动脉型 15 例, 髓型 13 例, 交感型 6 例, 混合型 (根、动脉、交感) 20 例。

2. 诊断依据: (1) 病史; (2) 骨科检查; (3) X 线照片; (4) 髓型有 CT, MRI 检查; (5) 除外其它疾病。

3. 合并胸椎疼痛 12 例, 合并腰痛 23 例, 颈椎病合并腰痛及胸椎痛 7 例。

4. X 线片: (1) 颈曲变直 48 例, 颈曲反张 32 例。(2) 单纯上颈椎 (C₁₋₂) 椎骨偏歪者 4 例, 上颈椎合并其它颈椎椎骨偏歪者 65 例, 颈椎合并上胸椎 (T₁₋₄) 椎骨偏歪者 60 例。

治疗方法

1. 手法治疗: 先用 法及拇指揉捻法松解颈肩背软组织, 并点揉颈臂、风池、肩井、天宗穴。操作时间及次数以痉挛、僵硬组织变松弛柔软为度。

合并上肢疼痛麻木者, 用拨筋筋法弹拨上臂部尺、正中及桡神经, 点揉曲池、列缺穴, 后伸上肢牵拉神经根法, 单侧上肢操作时间需 3 分钟。

如有头部症状 (头痛, 头晕, 视力模糊等) 用拇指点揉头部足太阳膀胱经, 足少阳胆经, 督脉。从前向后循三经点揉, 操作据病情轻重点揉 3~5 次。

椎骨偏歪者, 患者坐位低头, 医生拇指推偏歪棘突法及美国神经整脊搬脊椎法给以矫正。

2. 介绍两种美国神经整脊的矫正错位方法: (1) 以 C₁ 椎体向右移位及右侧横突向后旋转 (以 C₂ 为参照物) 这一多向综合错位为例: 患者仰卧, 医生站在患者的偏右侧, 医生右食指外侧按住患者 C₁ 右侧横突的后面, 左手食指外侧固定枕骨的左后部分, 先右侧弯头部, 然后把脸部向左侧旋转, 当旋转到受阻时, 左手固定不动, 右手食指用一个由后向前, 由外向内的合力扳动 C₁ 横突, 可听到扳动响声。(2) 以 T₂ 棘突向左偏歪为例 (如上胸椎有侧弯须以右侧凸为例): 患者俯卧, 医生站在患者右侧, 医生右手大鱼际固定在 T₂ 的右侧横突, 医生左手大鱼际固定在 T₂ 的左侧横突, 双肘必须伸直, 左手起固定作用不动, 右上肢向下用力通过大鱼际扳动右侧横突, 可听到响声。手法治疗据病情轻重每周 2~3 次, 每次需 20~30 分钟。

2. 药物治疗: 髓型及重度神经根型病人热象不明显者建议服大活络丸以行气活血, 通利经络。

3. 指导患者睡有助于颈曲弧度的枕头, 并嘱患者平时少低头。

4. 功能锻炼: 在恢复期教患者做颈后伸, 颈左右旋转后仰锻炼, 要求动作稳缓, 逐步增加运动量, 运动量以锻炼后颈部舒适为标准。

治疗结果

疗效标准: 痊愈: 症状消失或基本消失, 恢复工作。显效: 症状明显减轻, 平时症状不明显, 劳累时有轻度症状, 不影响一般工作。好转: 症状减轻。无效: 症状