

文献研究

《按摩经》复式手法作用机制分析

张美丽 金喜宏 路瑶

(烟台市中医医院, 山东 烟台 264002)

《按摩经》是我国现存较早的一本成人推拿专著,成书于清康熙三年(公元 1664 年),在嘉庆丁丑年(公元 1817 年)后又有人进行了整理补充,惜其作者均未留下姓名。其中“手法

二十四则”篇总结介绍了 24 个复式手法的取穴(或部位)、操作方法、适应症、效应等。现结合现代医学知识分析 24 个复式手法的作用机制,将 24 手法归纳总结如表 1。

表 1 《按摩经》24 个手法分析

手法名称	原文记录的穴位	依据原文推断的部位或穴位	原文记述穴位、部位的血管、神经	动作要领	手法分类	取穴(或部位是否准确的标准)	手法效验的标志	作者所述的治疗机理	对操作次数的特别强调
单凤展翅	水突		颈总动脉、颈皮神经、交感神经发出的心上神经及交感干	重按轻抬	按	臂痛、指麻	热气从腋膊手指出	四肢脉气发散、不至闭塞	
黄蜂出洞	云门		胸肩峰动脉分支、胸前神经分支、臂丛外侧束、锁骨上神经后支	重按轻抬	按	臂手沉紧麻木	气从膊手出		
双龙投海		腋窝前胸大肌处		提、拿	拿	筋痛、胸中气降、肋下有声		脾胃之气下降	
催兵布阵		双肋及肋下		按、摇	摇			催邪气下降(不令冲上焦)、使正气相通	
遍处寻贼		全身各处可触及的动脉		重按轻抬	按	以手法按之,乱动者,即邪气也		使邪气散而正气强	
烧山火		冲门	腹主动脉	重按轻抬	按	两腿麻木	火热而行至两足	邪热下降、随经发下两足	如不到复按切
透心凉			腹主动脉	重按轻抬	按		热气下行至腿足	热气下行不攻心膈	
平土放水	石关			揉	揉				
风卷浮云	乳下、下腕	膈、上腹、乳根		揉、按	揉按		气行肠鸣、气下肠鸣	浊气下降	
彻底澄清		上腹	腹主动脉	推、按	推按	肾俞穴疼痛、麻木发热	两气从两足下行	按上而发下	
顺水推舟		腰、肾	腹主动脉、髂动脉	重按轻抬	按		冷热之气频发下降于涌泉	水归源	屡屡重切轻抬
摇动山河		坐骨结节下	臀下皮神经	揉	揉			血气流通	
踏破双关	承扶		坐骨神经及伴行的动脉、静脉	重按轻抬	按	腿足麻	热气到足	开关破壁、气血得通	

续表

手法名称	原文记录的穴位	依据原文推断的部位或穴位	原文记述穴位、部位的血管、神经	动作要领	手法分类	取穴(或部位是否准确的标准)	手法效验的标志	作者所述的治疗机理	对操作次数的特别强调
金鸡独立			腹主动脉	重按轻抬	按	气散腿足麻	余热行至足底	除邪扶正	
足下生风	气冲、归来		腹主动脉	重按轻抬	按	腿足沉重	邪热下行如风	散气行血	
移山倒海	气海		腹主动脉	重按轻抬	按	气发散	余热投四肢	散寒行气	按切无度
二龙戏珠	气冲		腹主动脉、股动脉	重按轻抬	按			引气下降	重按轻抬无度
开笼放鸟	肩井		臂丛神经	拿	拿		痛楚, 咳声	气散血行各归本经	
双蛇吐信		乘风		重按轻抬	按	两肩麻木至手指	热气发散	通经散气	
左右开弓		上背部竖脊肌、菱形肌		重拿快放	弹筋法	开弓之状放之有声		正气扶、邪气散	
飞结积气		腋后背阔肌处		重拿	弹筋法	抓起有声患者痛楚		脏气流行、各归经络	
推倒泰山	肾俞	腰骶部、肾俞、八髎穴等	骶神经后支、腰 _{4,5} 神经	重按轻抬	按	少腹气散而热、腿麻而冷			重按轻抬数次
拔树寻根			腹主动脉	重按轻抬	按	腿足痛、麻木	有热气下降		
脚踏火轮	天府		肱动脉、肌皮神经	重按轻抬	按	手臂麻木、手似出冷气	臂似火烧	血气散	

从表中我们可以统计出复式手法中采用按法的为 18 种, 占全部复式手法的 75%; 采用拿法、弹筋法为 4 种, 占全部复式手法的 16.66%; 采用揉法、摇法的各一种, 共占全部手法的 8.33%; 原文中明确记载穴位的深层有腹主动脉和依据原文可以推断出手法施术部位有腹主动脉的有 9 种, 占全部手法的 37.5%, 有其他四肢主要动脉的有三种, 占手法总数的 29.1%, 此三者的总比例为 79.1%, 仅为肌肉及其他软组织的为 5 种占全部复式手法的 20.8%; 操作要领为重按轻抬的手法为 16 种, 占全部复式手法的 66.66%, 手法可归为按法的有 17 种手法, 占全部复式手法的 70.8%; 以臂麻、腿足麻或手足似有气出为取穴准确与否标志的有 12 种, 占 17 种按法的 70.6% 占 16 种重按轻抬类手法的 75%; 以有热气到手足为手法效验程度为标准的有 14 种手法, 占全部手法的 58.3%, 占以重按轻抬为操作要领的手法的 87.5%, 更有四五处提及不到复切按或屡屡重切轻抬或重按轻抬无度或重按轻抬数次的手法均在血管、神经处。手法效验标志为有热气感的有 10 种, 占全部复式手法的 41.6%, 作用于动脉的有 9 种, 占 16 种重按轻抬手法的 56.25%, 仅作用于神经的有 1 种, 占 16 种重按轻抬手法的 6.25%。

结论:《按摩经》24 种复式手法采取短时压迫封闭大血管、神经来达到治疗效果; 选取脐上、脐下及脉动之处为施术部位; 以四肢麻、气出为取穴(定位)准确与否的标准; 以热气感为手法效验的标准; 以不效复按为手法使用次数及效验的标准, 以散气行血、通经络为主要治则。

讨论

以今天的解剖学和生理学知识来分析《按摩经》所记载的 24 个复式手法, 可以发现作者(包括整理者)主要选取有大动脉(腹主动脉、四肢较大动脉)、大的神经(臂丛、颈丛、坐骨神经)及其分支部位或穴位施术, 以按切等垂直施力手法来压迫动脉使其短时封闭或压迫神经使肢体麻木; 以达到使下肢发热、改善感觉的疗效、压迫大动脉后放开, 四肢血流恢复过程中可以刺激血管壁中的压力感受器, 这种次序性刺激使人产生气(经气)行(流行)于四肢的感觉, 同时又可以刺激血管壁中的交感神经纤维使人产生温热的感觉, 二者结合就产生热气流行于肢体的感觉。在临床中我体会到无论是按压中腕穴封闭腹主动脉还是按压气冲穴封闭股动脉应每次按压时间不超过脉来 3 至(即动脉搏动三次), 每次操作按压 2~3 次, 每 3 日操作一次, 不宜使用得过于频繁, 切忌为炫耀自己手法独

特而每日必用,操作要领是两拇指重叠在中腕穴处随吸气时腹压降低而下按,动作宜缓慢,约病人完成两次吸气动作时按压到腹主动脉,按压到脉来三至后随呼气过程中腹压升高而缓缓将两拇指抬起,不可骤抬,反复操作 2~3 次即可。今天此类手法在临床运用中对下肢麻木伴自觉发冷且有明确受寒史的病人和腹部无菌性炎性包块(多因腹膜受刺激而挛缩而成)有显著疗效,此类疾病使用药物治疗多无显效且花费大,

针灸疗法中的温针灸疗效也可以,但许多病人因畏惧心理而拒绝该疗法,推拿治疗具有安全、简便、患者易于接受、无创伤、疗效显著医疗成本低,病人开支小的优点,又符合绿色疗法趋势的潮流,因此在临床上深受患者欢迎,具有较高的推广价值。今天有解剖学为基础,已不用记忆繁杂的手法名称,只需记住原理,临床灵活运用即可。

(收稿:2001-10-20 编辑:李为农)

短篇报道

经皮撬拨穿针内固定治疗胫骨平台骨折

刘现景

(郓城县中医院,山东 郓城 274700)

自 1994 年 10 月~2000 年 6 月共收治胫骨平台骨折 68 例,其中行经皮撬拨复位斯氏钢针穿针内固定治疗 26 例,现总结如下。

1 临床资料

本组 26 例中男 21 例,女 5 例;年龄 19~62 岁,平均 32.6 岁;致伤原因:机动车撞伤 19 例,占 73.1%,坠落伤 3 例,占 11.5%,重物砸伤 3 例,占 11.5%;根据雍氏分类方法^[1]:外翻度 15 例,度 4 例,度 2 例,内翻伤 5 例;手术时机:伤后 12 小时内 13 例,12~72 小时 5 例,行托马氏架踝上骨牵引 1 周后手术 8 例。均为闭合性骨折,术前检查未发现侧副韧带、交叉韧带、半月板及重要血管神经损伤。

2 治疗方法

本组病人均施以持续硬膜外麻醉,手术在 X 线监视下进行。常规消毒皮肤,铺无菌巾单,抽出关节内积血,用直径为 3.5mm 斯氏钢针 1~2 枚自伤侧骨折线远下 0.5cm 处进针,钢针斜行插入骨折间,选择合适着力点进行撬拨复位。若为双髁骨折时行双侧撬拨。复位满意后从伤侧平行胫骨平台关节面,于关节面下 0.5~1cm 处钻入直径 3.5~4mm 的钢针,至对侧出皮肤,顶住一侧胫骨髁,从另一髁锤击加压,消除髁间分离。再于伤侧髁关节面下斜行向对侧打入另一枚斯氏钢针,至对侧骨皮质行交叉固定,钢针外露部分折弯后剪除,钢针残端均埋于皮下。针孔包扎,管型石膏固定膝关节屈曲 20°~30°。术后 4~6 周去除石膏功能锻炼,8~10 周扶拐下床活动。

3 治疗结果

所有病例均得到 8 个月~4 年的随访。其中 1 例外翻度病例去除石膏后发现内侧副韧带损伤,3 个月后行修补术。1 例外翻度病例半年后有膝关节疼痛及交锁症状,行 CT 诊断为外侧半月板损伤,后行半月板摘除术。治疗效果参照 Merchant 标准^[2],综合功能、疼痛、步态、关节稳定性及活动范围等项目进行评分,总分优 14 例,良 8 例,可 2 例,差 2 例,优良 84.6%。

4 讨论

胫骨平台骨折是负重关节的关节内骨折,处理比较困难,治疗方法也存在一定的争论^[3]。刘一等^[4]认为胫骨平台骨折治疗困难的核心问题是严重的软组织损伤易导致内固定术后的并发症,而不采用内固定骨折的稳定性难以维持,易导致骨不连或畸形愈合。由于膝关节的复杂性,骨折本身已造成局部关节稳定结构的损伤,切开手术会进一步加重损伤,即使术中得到修复,一般也很难达到解剖及生理要求。采用经皮撬拨穿针内固定治疗不作切口,避免了加重的损伤。在术前应尽量排除侧副韧带、半月板、交叉韧带等损伤。最好术前给予 CT 或 MRI 检查,但在实际临床工作中,特别是在基层医院,要做到这一点有一定的困难,本组就有 2 例术前检查虽未发现存在侧副韧带及半月板的损伤,但术后数月发现而再行手术治疗。

关节内骨折良好的复位是其治疗的关键,在本组病例的治疗中也遵循这一原则,所以复位时在 X 线下应作多角度的观察,以确保骨折的良好复位。由于胫骨平台主要是松质骨,再加之损伤过程中有骨质的压缩和破碎,固定后易产生再移位现象,故本组病例术后均采用了坚强的外固定,并推迟负重时间,作好随访,指导病人合理地功能锻炼。本组绝大部分病人未出现再移位及关节僵硬、强直等并发症。

在本组治疗中体会到经皮撬拨穿针内固定治疗对一些复杂的胫骨平台骨折,还存在着一些困难,特别是一些外翻度及更严重的骨折。本组效果差 2 例,均为外翻度。这也是下一步治疗中需要探讨和解决的问题。

参考文献

- 1 王亦璠,孟继懋,郭子恒.骨与关节损伤.北京:人民卫生出版社,1992.688-690.
- 2 Merchant TC,Dietz FR. Long-term follow-up after fract of the tibial and fibular shaft. J Bone Joint Surg, 1989, 7A:599.
- 3 O Duger KJ, Bobic VR. Arthroscopic management of tibial plateau fractures. Injury, 1992, 23:261.
- 4 刘一,徐莘香,张新,等.胫骨平台复杂骨折的治疗.中华外科杂志,1997,179(6):365.

(收稿:2002-01-11 编辑:荆鲁)