前　言

按摩是祖国医学宝库中的一颗明珠，它以简、便、验的特点饮誉医学领域。

按摩是一门既古老又年轻的学科。医学随社会进步和科学技术的发展，由古老的物理疗法（按摩、针灸等）逐渐走向自然药物、化学药物、生物药物的轨道。药物疗法虽为人类防治疾病提供了有力的手段，但是也带来不少的副作用和麻烦。药源性疾病、中毒反应等等成为医学界十分棘手的问题。人们不得不反过头来重新看待那些古老的物理疗法。这些古老的物理疗法几乎没有危及人类健康的副作用。因此作为一种治疗手段，按摩又受到医务界和广大人民群众的青睐。这种回归并不是历史的倒退，而恰恰符合事物的发展规律。为适应这种医疗保健的迫切需要，我们荟萃古今医籍的华实，聚秩百家手法之长，并吸收最新科研成果，编成《中国按摩大全》一书。

全书共分三部分，卷一至卷四为基础理论部分，阐述了按摩的演变发展及其与气功、针灸、药物、武术的关系，以及诊断方法、治疗原则及辅助疗法，收入按摩手法近104种。卷五至卷六为临床治疗部分，介绍了伤科及内、外、妇、儿等科近140种常见病的辨证施术。最后为自我按摩和文献，重点介绍了10余种行之有效的自我保健按摩法、医者练功功法和历代重要文献。

由于我们水平所限，其中难免有错误和纰漏，希读者批评指正。

编　者

1990年3月于天津中医学院

《中国按摩大全》

目　　录

卷　一

一、什么是按摩……（1）
二、按摩发展简史……（2）
三、按摩治疗作用原理……（10）
（一）基本原理……（10）
（二）阴阳五行……（12）
（三）调理气血……（13）
（四）脏腑治疗……（19）
（五）伤筋治疗……（20）
（六）脱位治疗……（22）
四、按摩与气功……（24）
五、按摩与针灸……（29）
六、按摩与药物……（31）
七、按摩与武术……（36）

卷 二

八、按摩诊断纲要……(45)
(一) 四诊……(45)
1.望诊……(45)
2.闻诊……(47)
3.问诊……(48)
4.切诊……(50)
(二) 辨证……(52)
1.八纲辨证……(53)
2.脏腑辨证……(58)
3.气血辨证……(69)
4.卫气营血辨证……(72)
5.三焦辨证……(73)
(三) 按摩常用的检查诊断方法……(74)
1.头面部……(75)
2.胸腹部……(75)
3.脊柱部……(77)
4.上肢部……(81)
5.下肢部……(87)
(四) 量法……(96)
1.测量长短、粗细……(96)
1.使用量法的注意事项……(97)
2.测量关节活动范围……(97)
九、按摩常用的经络和腧穴……(98)
(一) 经 络……(98)
1.十二经脉……(99)
2.奇经八脉……(103)

3.十二经别 ……(105)
4.十五络脉 ……(107)
5.十二经筋 ……(108)
6.十二皮部 ……(109)
(二) 腧穴及取穴、选穴方法……(109)
1.经穴 ……(109)
2.奇穴 ……(109)
3.阿是穴 ……(109)

卷 三

十、按摩手法……(125)
(一) 基本手法……(126)
1.推法类 ……(126)
①平推法 ……(126)
②直推法 ……(128)
③旋推法 ……(128)
④分推法 ……(128)
⑤合推法 ……(129)
⑥抹法 ……(129)
⑦构法 ……(130)
⑧刮法 ……(130)
⑨滑推法 ……(131)
⑩一指禅推法 ……(132)
2.拿法类 ……(134)
①拿法 ……(135)
②捏法 ……(135)
③提法 ……(136)
④挤法 ……(137)
⑤拧法 ……(137)
⑥抓法 ……(137)

⑦扭法 ……(138)
⑧捻法 ……(138)
⑨拢法 ……(138)
⑩挪法 ……(139)
⑪握法 ……(139)
⑫弹筋法 ……(140)
⑬密拿法 ……(140)
3.按法类 ……(140)
①指按法 ……(141)
②掌按法 ……(141)
③压法 ……(141)
④点法 ……(142)
⑤拘点法 ……(142)
⑥掐法 ……(143)
⑦蝶转法 ……(143)
⑧扪法 ……(143)
⑨抵法 ……(143)
⑩拔法 ……(144)
⑪拳顶法 ……(144)
⑫戳法 ……(145)
⑬评法 ……(145)
⑭掖法 ……(145)
⑮揭法 ……(146)
⑯掏法 ……(146)
⑰擅法 ……(146)
⑱点润法 ……(147)
4.摩法类 ……(147)
①指摩法 ……(148)
②掌摩法 ……(148)
③抚法 ……(148)
④拭法 ……(149)

⑤揉法 ……(149)
⑥接法 ……(150)
⑦搓法 ……(150)
⑧扫法 ……(150)
5.按法类 ……(151)
①滚法 ……(152)
②按法 ……(152)
6.擦法类 ……(155)
①掌擦法 ……(155)
②鱼际擦法 ……(156)
③侧擦法 ……(156)
④合擦法 ……(157)
⑤指擦法 ……(157)
7.摇法类 ……(158)
①摇颈 ……(159)
②摇肩 ……(159)
③摇腰 ……(161)
④摇髋 ……(161)
⑤摇踝 ……(162)
⑥摇腕 ……(162)
⑦摇指（趾） ……(163)
8.扳法类 ……(163)
①颈椎扳法 ……(163)
②腰椎扳法 ……(165)
③肩关节扳法 ……(167)
④腕关节扳法 ……(168)
⑤踝关节扳法 ……(168)
9.拔伸类 ……(168)
①颈椎拔伸法 ……(169)
②腰椎拔伸法 ……(169)
③肩关节拔伸法 ……(169)

④肘关节拔伸法 ……(170)
⑤腕关节拔伸法 ……(170)
⑥指（趾）间关节拔伸法 ……(170)
⑦髋关节拔伸法 ……(171)
⑧膝关节拔伸法 ……(171)
⑨踝关节拔伸法 ……(171)
10.振法类 ……(171)
①振法 ……(172)
②振动法 ……(172)
③抖法 ……(172)
④牵抖法 ……(173)
11.击法类 ……(174)
①击法 ……(174)
②劈法 ……(175)
③拍法 ……(175)
④叩法 ……(176)
⑤啄法 ……(176)
⑥驳弹法 ……(176)
⑦贯法 ……(177)
12.理法类 ……(177)
①理法 ……(177)
②勒法 ……(178)
③捋法 ……(178)
④摘法 ……(178)
⑤梳法 ……(179)
⑥搔法 ……(179)
⑦拂法 ……(179)
（二）复式手法 ……(180)
1.滚法 ……(180)
2.抄法 ……(180)
3.屈法 ……(180)

4.晃法 ……(181)
5.送法 ……(181)
6.踩跷法 ……(182)
7.推扳法 ……(182)
8.擒拿法 ……(183)
9.二龙戏珠法 ……(183)
10.凤凰展翅法……(183)
11.苍龙摆尾法……(184)
12.黄蜂入洞法……(184)
13.打马过河法……(184)
14.水底捞月法……(185)
15.按弦搓摩法……(185)
16.天门入虎口法……(185)
17.运水入土法……(185)
18.运土入水法……(186)
19.双凤展翅法……(186)
20.滚耳摇头法……(186)
21.猿猴摘果法……(186)
22.黄蜂出洞法……(187)
23.丹凤摇尾法……(187)
24.老汉扳缯法……(187)
25.凤凰单展翅法……(188)
26.孤雁游飞法……(188)
27.取天河水法……(188)
28.引水上天河法……(188)
29.飞经走气法……(188)
30.飞金走气法……(189)
31.摇肘肘法……(189)
32.乌龙摆尾法……(189)
33.双龙摆尾法……(190)
34.赤凤点头法……(190)

35.凤凰敲翅法……(190)
36.揉脐及龟尾并推七节骨法……(190)
37.老虎吞食法……(191)
38.按肩井法……(191)
39.抹双柳法……(191)
40.双揪铃铛法……(191)
41.合掌刁颈法……(192)
42.牵颈旋转法……(192)
43.推按腰背法……(193)
(三) 人体操作法……(193)
1.头面部 ……(193)
2.项背部 ……(194)
3.胸腹部 ……(195)
4.肩及上肢部 ……(195)
5.腰及下肢部 ……(196)
(四) 各流派按摩手法 ……(197)
1.一指禅推拿疗法 ……(197)
2.脏腑推按疗法 ……(198)
3.经穴按摩法 ……(200)
4.指压按摩疗法 ……(203)
5.伤科推拿法 ……(204)
6.正骨按摩推拿法 ……(208)
7.儿科推拿疗法 ……(211)
8.腹诊推拿法 ……(216)
9.提筋拍打疗法 ……(223)
10.四应六法推拿……(227)
11.内功推拿法……(229)

卷 四

十一、按摩治疗原则……(232)
(一) 调整阴阳……(232)

（二）治病求本……(232)
（三）扶正祛邪……(234)
（四）因时、因地、因人制宜……(235)
十二、按摩治疗八法……(235)
（一）汗法……(236)
（二）通法……(236)
（三）泻法……(236)
（四）和法……(237)
（五）温法……(237)
（六）清法……(238)
（七）补法……(238)
（八）散法……(238)
十三、按摩辅助疗法……(239)
（一）药物疗法……(239)
1.药物内治法……(239)
2.药物外治法……(241)
（二）附方……(244)
1.内治法附方……(244)
2.外治法附方……(256)
（三）练功疗法……(267)
1.种类和功法……(268)
2.注意事项……(272)
（四）物理疗法……(272)
1.超声波……(273)
2.直流电药离子导入疗法……(274)
3.低频脉冲电疗法……(276)
4.磁疗法……(277)
5.蜡疗法……(279)
6.激光疗法……(280)

7.穴位注射 ……(282)
8.空气离子疗法 ……(283)
9.水疗法 ……(284)
10泥疗法……(287)
11.坎离砂疗法……(289)
12.铁砂疗法……(289)
13.酒醋疗法……(290)
14.冷冻疗法……(291)

卷 五

十四、伤科疾病……(293)
(一) 软组织损伤……(293)
1.颈部软组织急性损伤 ……(295)
2.落枕 ……(297)
3.前斜角肌综合征 ……(301)
4.颈椎病 ……(306)
5.胸壁扭挫伤（附：肋软骨炎） ……(313)
6.背部软组织损伤 ……(318)
7.急性腰扭伤 ……(322)
8.慢性腰肌劳损 ……(333)
9.腰椎间盘突出症 ……(337)
10.腰椎管狭窄症……(345)
11.腰椎骶化与骶椎腰化……(349)
12.棘上、棘间韧带损伤……(351)
13.髂腰韧带损伤……(355)
14.第三腰椎横突综合征……(356)
15.退行性脊椎炎……(360)
16.骶尾部损伤……(364)
17.肱二头肌长头腱滑脱……(367)
18.肱二头肌长头腱腱鞘炎……(369)
19.肩关节扭挫伤……(372)

20.肩关节周围炎……(377)
21.冈上肌肌腱炎……(385)
22.肩峰下滑囊炎……(389)
23.肘关节损伤……(391)
24.肱骨外上髁炎……(393)
25.肱骨内上髁炎……(398)
26.旋后肌综合征……(399)
27.尺骨鹰嘴滑囊炎……(401)
28.腕关节扭伤……(402)
29.桡侧伸腕肌腱周围炎……(404)
30.腱鞘囊肿……(406)
31.腕三角纤维软骨损伤……(408)
32.桡骨茎突狭窄性腱鞘炎……(410)
33.腕管综合征……(412)
34.指间关节扭挫伤……(413)
35.指屈腱鞘炎……(415)
36.髋关节滑囊炎……(416)
37.弹响髋……(419)
38.臀上皮神经损伤……(420)
39.股四头肌起点损伤……(423)
40.急性肌综合征……(424)
41.股内收肌损伤……(427)
42.半月板损伤……(429)
43.膝关节创伤性滑膜炎……(431)
44.内外侧副韧带损伤……(437)
45.髌骨软骨软化症……(441)
46.髌下脂肪垫损伤……(443)
47.腓肠肌损伤……(444)
48.踝关节扭挫伤……(446)
49.跗管综合征……(452)
50.腓骨长短肌腱滑脱……(455)

51.跟腱周围炎……(456)
52.足跟痛……(460)
53.趾关节挫伤……(461)
54.跗跖关节扭伤……(462)
55.类风湿性关节炎……(464)
56.风湿性关节炎……(468)
57.半身不遂……(470)
(二) 关节紊乱症……(473)
1.颞颌关节紊乱症 ……(475)
2.寰枢椎关节紊乱症 ……(477)
3.胸椎后关节紊乱症 ……(478)
4.腰椎后关节紊乱症 ……(480)
5.产后耻骨联合紊乱症 ……(482)
6.肩关节紊乱症 ……(484)
7.肘关节紊乱症 ……(486)
8.前臂关节紊乱症 ……(487)
9.腕间关节紊乱症 ……(489)
10.膝关节紊乱症……(490)
11.上胫腓关节紊乱症……(491)
12.距下关节紊乱症……(492)
13.跟骰关节紊乱症……(494)
(三) 关节脱位……(495)
1.颞颌关节脱位 ……(497)
2.肩关节脱位 ……(500)
3.肘关节脱位 ……(504)
4.桡骨小头半脱位 ……(508)
5.掌指和指间关节脱位 ……(510)
6.小儿髋关节半脱位 ……(511)
7.髋关节脱位 ……(512)
8.跖趾关节及趾间关节脱位 ……(519)

卷 六

十五、内、妇、儿科及杂病 ……（522）

（一）内科疾病 ……（522）

1.感冒 ……（522）

2.支气管哮喘 ……（523）

3.肺气肿 ……（525）

4.膈肌痉挛 ……（527）

5.胃痛 ……（529）

6.胃、十二指肠溃疡 ……（531）

7.胃下垂 ……（534）

8.胃粘膜脱垂症 ……（536）

9.慢性胆囊炎 ……（537）

10.慢性腹泻 ……（539）

11.便秘 ……（541）

12.糖尿病 ……（543）

13.肥胖症 ……（546）

14.昏厥 ……（548）

15.高血压病 ……（550）

16.心绞痛 ……（552）

17.失眠 ……（554）

18.多发性神经炎 ……（556）

19.神经衰弱 ……（558）

20.偏头痛 ……（560）

21.面神经麻痹 ……（562）

22.阳萎 ……（564）

23.癫病 ……（565）

24.泌尿系感染 ……（568）

25.前列腺炎 ……（569）

26.肾下垂……(570)
（二）妇科疾病……(571)
1.功能性子宫出血……(572)
2.痛经……(574)
3.月经不调……(576)
4.闭经……(577)
5.白带……(578)
6.盆腔炎……(580)
7.子宫脱垂……(582)
8.产后乳汁不足……(584)
9.急性乳腺炎……(585)
10.妊女尿失禁……(587)
（三）儿科疾病……(588)
1.小儿发热……(590)
2.小儿急性上呼吸道感染……(593)
3.急性支气管炎……(595)
4.支气管哮喘……(597)
5.支气管肺炎……(599)
6.暑热症……(601)
7.小儿营养不良……(601)
8.维生素D缺乏性佝偻病……(606)
9.婴幼儿腹泻……(608)
10.痢疾……(610)
11.小儿口腔炎……(612)
12.呕吐……(614)
13.腹痛……(618)
14.便秘……(622)
15.脱肛……(623)
16.肠套迭……(625)
17.遗尿……(628)

18.尿潴留……(630)
19.夜啼……(631)
20.惊厥……(632)
21.百日咳……(635)
22.麻疹……(639)
23.流行性腮腺炎……(641)
24.小儿麻痹后遗症……(643)
25.小儿产伤麻痹……(646)
26.小儿肌性斜颈……(646)
(四) 杂病……(648)
1.血栓闭塞性脉管炎……(648)
2.手术后粘连性肠梗阻……(650)
3.上睑下垂……(652)
4.近视眼……(654)
5.声门闭合不全……(656)

卷 七

十六、自我按摩法……(659)
(一) 古代保健按摩法……(659)
1.神仙起居法……(659)
2.老子按摩法……(660)
3.天竺国按摩法……(662)
4.延年九转法……(662)
5.十二段动功……(663)
6.擦颜面美诀……(664)
7.左洞真径按摩导引诀……(664)
8.简化摩腹运气功……(666)
(二) 循经按摩法……(668)
(三) 分部按摩保健法……(670)
1.头面部保健……(670)

2.上肢保健 ……(671)
3.下肢保健 ……(672)
4.胸部保健 ……(672)
5.腰部保健 ……(673)
6.腹部保健 ……(673)
7.肛门保健 ……(674)
8.男子性功能保健 ……(674)
9.小儿保健 ……(675)
(四) 气功按摩十八法 ……(675)
(五) 自我按摩祛病法 ……(678)
1.头痛 ……(678)
2.落枕 ……(679)
3.颈椎病 ……(680)
4.肩周炎 ……(681)
5.背痛 ……(682)
6.腰痛 ……(682)
7.肋软骨炎 ……(683)
8.岔气 ……(684)
9.网球肘 ……(684)
10.腕关节扭伤 ……(685)
11.手指挫伤 ……(686)
12.腱鞘炎 ……(686)
13.腹股沟处软组织损伤 ……(687)
14.股内收肌损伤 ……(688)
15.髌骨软化 ……(688)
16.膝关节骨质增生 ……(689)
17.腓肠肌痉挛 ……(690)
18.疲劳足 ……(690)
19.足跟骨刺 ……(691)
20.感冒 ……(692)

21.失眠……(692)
22.牙痛……(693)
23.口腔溃疡……(694)
24.支气管炎……(694)
25.高血压……(665)
26.低血压……(695)
27.阵发性心动过速……(696)
28.冠心病……(696)
29.膈肌痉挛……(697)
30.胃痛……(697)
31.急性肠胃炎……(698)
32.腹泻（五更泻）……(699)
33.便秘及腹胀……(699)
34.浅冻伤……(700)
35.创伤瘢痕……(701)
36.痛经……(702)
37.急性乳腺炎……(703)
38.近视眼……(003)
39.枕大神经炎……(704)
40.末梢神经炎……(704)
41.股外侧皮神经炎……(705)
（六）自我按摩健美法……(706)
1.面部健美……(706)
2.眼部健美……(707)
3.乳房健美……(707)
4.腹部减肥……(708)
5.腰部减肥……(709)
6.头发养护……(709)
十七、足部反射区按摩法……(710)
（一）反射区的位置和应用手法……(711)

（二）足部反射区按摩疗法注意事项……(731)
（三）按摩禁忌……(732)
（四）常见病症的治疗……(732)
十八、按摩麻醉法……(740)
（一）选择穴位……(740)
1.循经取穴……(741)
2.局部取穴……(741)
3.远道取穴……(741)
（二）按摩麻醉施术手法……(741)
1.推法……(741)
2.揉法……(741)
3.捏法……(741)
4.按法……(742)
（三）辅助用药……(744)
1.手术前的辅助用药……(744)
2.手术中的辅助用药……(744)
（四）按摩麻醉的适应症和禁忌症……(744)
1.适应症……(744)
2.禁忌症……(744)
（五）按摩麻醉的特点……(745)
（六）按摩麻醉下的外科手术……(745)
十九、历代文献集锦……(746)
（一）黄帝内经……(746)
（二）金匮要略……(748)
（三）华陀神方……(748)
（四）圣济总录……(749)
（五）医宗金鉴……(750)
（六）按摩经……(752)
（七）小儿按摩经……(755)

（八）幼科推拿秘书 ……(756)
（九）幼科铁镜 ……(758)
二十、医者练功功法 ……(759)
附录　人体各部穴位图 ……(770)
参考文献 ……(771)

《中国按摩大全》

卷　一

一、什么是按摩

按摩，又称推拿，古代称为按跷、案杌、爪幕等。目前在不同的地域有不同的称谓。如北方称为“按摩”，南方称为“推拿”，中原一带则称为“推按”。

按摩，是在中医理论的指导下，应用手或肢体的其它部位，在患者体表特定的部位和穴位上，施以特定的技巧动作，达到防治疾病目的的方法。

按摩是一种适应症十分广泛的物理疗法。它适用于伤科、内科、外科、妇科、儿科、五官科等疾病，属祖国医学的外治法范畴。

用于骨科疾病称为正骨按摩。用于软组织损伤称为伤科按摩，又称小推拿。正骨与伤科按摩相结合称为大推拿。用于儿科疾病称为小儿按摩，也称小儿推拿。以经络理论为指导的称为经络按摩、十四经按摩、经外奇穴按摩、穷穴奇术按摩、子午流注

按摩。以脏腑理论为指导的称为脏腑按摩。以急救为目的的称为急救按摩、抓扯刮痧按摩。以保健强身为目的的称为保健按摩。以武术内功为基础，应用武术的技击技巧、擒拿格斗手法、点穴功法进行按摩的称为武术按摩、内功按摩、点穴按摩。以发放外气为主，辅以按摩手法的称为气功按摩。

按，是单纯地向下用力。如《素问·离邪真合论》中说："按而止之"。摩，是在体表作环形摩擦。如《素问·至真要大论》中说："摩之浴之"。早期的按摩手法种类很少，适应症也少。随着时代的推移，由按、摩等法逐渐发展出推法、拿法、摇法等。通过不断实践，人们发现用力方向不同，治疗效果也不同，从而使手法的发展日趋合理，适应症逐渐扩大，于是按摩这一名称逐渐被"推拿"这个更为明确的概念所代替。在逐渐认识按摩作用的基础上，有目的地将按摩用于医疗实践，并不断地加以总结，形成了按摩治疗体系。这就是"推拿学"或称"按摩学"。

二、按摩发展简史

按摩，是我国劳动人民在长期与疾病斗争中逐渐认识和发展起来的。人类的双手不仅是劳动的产物，而且也是劳动的工具。远古时代，当人类在生产劳动和生活中受到损伤或感到寒冷时，就会很自然地用手去抚摸和摩擦。手的抚摸和摩擦使疼痛和寒冷减轻或消失。这样人们逐渐认识到抚摸和摩擦的治疗作用，经过不断实践与总结，逐渐形成了按摩疗法。

从商代殷墟出土的甲骨文卜辞中可以发现，早在公元前14世纪，就有"按摩"的文字记载。如"殷"字，犹如一个用按摩工具在人的体表治疗其内脏疾病一般。又如"抚"字，就象用手抚摩腹部一样。"医"字好象人卧于病榻之上，用按摩方法予以诊

断、治疗……。

在中国古代的文献中，有不少关于医药起源的传说，其中伏羲氏创制的“九针”的故事，就有用于按摩的“圆针”和“鍉针”。《路史》中说：“上古之时，神农命僦货季理色脉，又擦和齐摩踵诎告以利天下”，《史记·扁鹊仓公列传》中也说：“上古之时，医有俞跗，治病不以汤液，醴酒而以镵石、桥引、案机、毒熨等法。”这些记载中的“齐摩”、“桥引”、“案机”指的就是按摩。

春秋战国及其以前的时期（公元前221年以前），《庄子》、《老子》、《荀子》、《墨子》等著作也提到了气功锻炼和自我按摩的方法。《韩非子》中曾记载用“弹法治疗皮肤痤疮”。这个时期针灸、按摩、药物、气功的综合利用已十分普遍，其中《史记·扁鹊仓公列传》、《周礼疏》中记载的扁鹊治愈虢太子尸厥的医案，不仅说明这种综合性治疗产生的奇特效果，而且也说明按摩在临床应用中的重要作用。

秦汉三国时期（公元前221—公元200年）《黄帝内经》不仅记载了按摩的起源，而且指出了按摩的治疗作用和应用。例如：《素问·异法方宜论》中说：“中央者，其地平以湿，天地所生万物也众，其民食杂而不劳，故其病多痿厥寒热，其治宜导引按跃，故导引按跃者，亦从中央出矣。”导引即气功，按跃即按摩。这不只是说气功、按摩出自我国的中原地带，而且也说明气功和按摩从其开始就是针对气血不畅、筋骨不利而治疗的。《素问·血气形志篇》说：“形数惊恐，经络不通，病生于不仁，治之以按摩、醪酒。”指出了经络不通，气血不畅，人体中的某个部位就会出现疾患，在治疗上可以用按摩的方法疏通经络气血，从而指明了按摩的主要治疗作用。

在这个时期，我国第一部按摩专著《黄帝岐伯按摩十卷》出现了。虽然该书已经亡佚，但可以看出秦汉以前，按摩已在我国

普遍应用，并已逐步形成体系。

名医华陀在这个时期将按摩的方法加以发展，不仅创编了气功动功的“五禽戏”，而且还对按摩进行了研究。《华陀别传》中记载华陀治一人“若头眩，头不得举”时，“使濡布拭身体”“以膏摩立愈”。可见其治疗效果之显著。张仲景与华陀是同一时代人，他在《金匮要略》一书中指出：“若人能养慎，不令邪风干忤经络；适中经络未流传脏腑，即医治之。四肢才觉重滞……即导引、吐纳、针灸、膏摩，勿令九窍闭塞。”就是说如人能很好地调养自己，使自已不生病，或已生病，但尚未传入内脏，只是停留于经络、四肢之际，就练习气功中的动功、吐纳功，用针灸，按摩等方法加以治疗，可不让病邪内传闭塞九窍。这就说明按摩在那个时期已经用于预防和治疗疾病并成为重要的手段之一了。

魏晋南北朝时期（公元220年——581年），道家学术思想影响很大，其中关于养生方面的论述经常被当作气功、按摩的主导思想，而且把气功、按摩作为健康寿世的主要方法。葛洪的《抱朴子·遐览篇》中曾提到《按摩导引经十卷》，可惜已佚。《肘后备急方》中提到用指掐虎口治咽痛以及“令爪病人人中治卒死”的按摩方法。梁大通元年（公元527年），印度佛教僧侣达摩来到中国，鉴于当时的按摩手法过于简单，从而推衍出搓、抖、缠、捻、擦、揉六法，称之为“一指禅”。这个时期，中国的按摩术也传到了外国，据近人黄厚璞研究，认为大约在1000年前，中国康富所著的《按摩手册》已传入法国，后经瑞典人林氏对手法动作加以改进，成为有系统的“南洋按摩术”。

隋唐时期（公元581年——907年）是按摩的兴旺时期。隋《百官志》中记有“太医院有主药二人，……按摩博士二人”，从行政上设置了按摩专科，并授以一定职务。巢元方在《诸病源候论》中讲述每种病候之后，不录汤药治法，专论导引、按摩的

方法。可见巢氏对气功、按摩是非常重视的，也可以从中看到隋代按摩疗法的兴盛。杨上善的《黄帝内经太素》也有按摩的记载。唐代设立了按摩科，并对按摩医生划分了等级，分为按摩博士、按摩师、按摩工、按摩生。如《旧唐书·职官志》中说："太医院掌医疗之法，承之为二，其属有四，……三曰按摩，皆以博士以教之。"《新唐书·百官志》说："按摩博士一人，按摩师四人，……掌教按摩导引之法以除疾病，损伤折跌者正之"。《唐·六典》说："太医署有按摩工56人，按摩生115人。"这不仅划分了按摩师的等级，而且也将按摩列入医学教育的范畴。孙思邈《千金要方》中的"老子按摩法"、"天竺国按摩法"，王焘的《外台秘要》，欧阳询的《类聚》，慧琳的《大藏经音义》，也都介绍了许多气功、按摩方法。总之，在这个时期，上自统治阶级，下至庶民百姓，都在采用按摩的方法治疗疾病，而且积累了经验，充实了按摩疗法的内容。天宝年间（公元742年——755年），按摩术传入日本、朝鲜、印度等国。隋唐时期的按摩主要是自我按摩，而自我按摩的广泛开展，起到了预防作用和发挥了病人与该病作斗争的主观能动性。后来许多气功的功法都采用了这个时期的自我按摩法。这个时期按摩疗法发展的另一个特点是：按摩与药物的相互配合。也就是在施行按摩手法的同时，在人体的体表涂上用中药制成的膏剂，既可以防止按摩过程损伤皮肤，又可使药物和手法的功效相得益彰。当时常用的膏类药剂种类繁多，有莽草膏、丹参膏、乌头膏、野葛膏、陈元膏、木防已膏等等。这就是膏摩法。按摩疗法的适应症逐步扩大，是其第三个特点。如《唐·六典》中指出按摩可除"风、寒、暑、湿、饥、饱、劳、逸"等八疾。《外台秘要》说："如初得伤寒一日，苦头痛项强，宜摩之佳。"《诸病源候论》说："相摩拭目，令人目明。"《肘后方》说："救卒中恶死，……令爪其病人人中，取醒。"

宋金元时期（公元908年——1368年），按摩虽然不象隋唐时期那样兴盛，但作为一门医术却在广泛使用中，理论探索和研究也有进展。宋徽宗（赵佶）编纂的《圣济总录·治法门》不仅将按摩列为专篇，而且对唐以前有关按摩的概念进行了新的剖析和解释。书中写到“世之论按摩，不知析而治之，乃含导引以解之”。这是说唐宋以前所说的按摩，其概念是不清的，常常与气功混为一谈。该书认为：“可按可摩，时兼而用，通谓之按摩；按之弗摩，摩之弗按，按之以手，摩或兼以药；曰按曰摩，此按摩之通谓也。”这是说只按不摩或只摩不按是狭义的按摩；如既按又摩，摩中加用药物，亦叫按摩，是广义的按摩。他还认为：“大抵按摩法，每以开达抑遏为义。开达则壅蔽者以之发之，抑遏者慓悍者有所归宿。是故按一法也，有施于病相传者，有施于痛而痛止者，有施于痛而无益者，有按之而痛甚者，有按之而快然者。概得陈之，风寒客于人，毫毛笔直，皮肤而为热，或痹不仁而肿痛；即传于肝，胁痛出食，斯可按也。寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络急引，是痛也，按之者血气散而痛止。寒湿中人，皮肤不收，肌肉坚紧，荣血泣，卫气除，此为虚也，虚则聂辟气乏，惟按之者气足以温之，快然而不痛。前所谓按之者痛止，按之无益，按之痛甚，按之快然有如此者。夫可按，不可按若是，则摩之所施，亦可以推理矣。”他不仅说出按摩手法的作用原理，而且也说出按摩手法的适应症。这是对按摩疗法的一个促进。

这一时期按摩疗法的发展特点是注重按摩概念的研究和各种适应症中手法运用方式的探讨。如程大昌的《演繁露》中说：“医有按摩，按者以手掐按病处也，摩者揉搓之也。”张子和的《儒门事亲》将按摩列入汗、吐、下三法之中。宋史的《艺文志》列有“按摩要法”、“按摩法”专篇。洪万的《夷坚志》、张通安的《养生要诀》、张君房的《云笈七签》、法贤释的《延

寿经》以及《道藏》等都将按摩与气功、药饵等合编为养生延寿重要方法。庞安时还用按摩法催产。

明朝时期（公元1368年——1664年）是按摩学术第二个兴盛时期。此时，封建社会处于没落，资本主义生产方式已有萌芽。由于新的生产方式，其它学科也伴随着发展起来，其中医学科学的发展也有了长足的进步。在医学领域内，明朝不但设置了按摩专科，而且按摩在小儿科疾病的应用中积累了十分丰富的经验，形成了小儿按摩独特的体系。这是明代按摩学术发展的一大特点。

清唐时期按摩学术的兴盛，宋代儿科学的发展成熟，为小儿按摩的形成奠定了坚实的基础。按摩的称谓也从这个时代改为“推拿”。

小儿按摩最早的著作《按摩经》被收在杨继洲的《针灸大成》内。《按摩经》为四明陈氏所编。在《按摩经》中陈氏认为在病理上小儿的发病无七情所干，其病多在肝脾两脏，所以其病不在肝经，即在脾经；不在脾经，即在肝经。在诊法上提出“先观形色，切脉次之”，并强调验指纹的方法。在治疗上，提出“视病之虚实，虚则补其母，实则泻其子”，在经络穴位的基础上，运用掐、揉、按、推、运、搓、摇、摩等十八种手法。陈氏认为按摩治疗小儿科疾病是“以手代针之神术也，亦分补泻”。对后世小儿按摩学术的发展起了十分重要的作用。明代的另一本小儿按摩专著《小儿推拿方脉活婴秘旨全书》是由太医龚廷贤编著，其中宗钱乙的“小儿药证”的学术思想，对小儿变蒸、病因病机、推拿穴位、手法、治法进行了阐述。特别是小儿推拿十二法论之甚详。被曹炳章先生誉为“推拿最善之本”。在这个时期出版的小儿按摩的著作还有周岳甫的《小儿推拿秘诀》、《补要袖珍小儿方论》等。其中《补要袖珍小儿方论》有“秘传看惊掐惊口授手法诀”、“穴道诀·手法经络图”、“男左女右图”、

“穴道脚面图”、“家传秘诀”、“总穴图·辨证穴法”、“入门看法秘诀”、“杂症诀法”、“消肿方”等等，在以后印行的各种小儿按摩著作中大部分被录用。

明史《百官志》中将按摩列入医术“十三科”中。张介宾的《类经》将按摩作为健身长寿的妙法。被视为养生长寿的重要著作之一的《遵生八牋》里也有不少按摩的方法。罗洪的《万寿仙书》说：“按摩法能疏通毛窍，能运旋荣卫……”，为按摩治疗原理提出进一步的理论。曹士珩的《保生秘要》、冷谦的《修龄要旨》、周履靖的《夷门广读》、李梴的《医学入门》、徐春甫的《古今医统》等都有按摩疗法的介绍。

在清代（公元1664年——1910年），按摩学术又形成了一个新的分支——正骨按摩。官方编纂的《医宗金鉴·正骨心法要旨》里，把按摩列入正骨八法之中，提出正骨的手法有“摸、接、端、提、推、拿、按、摩”。吴尚光的《理瀹骈文》也讲述了“饭后摩腹，助脾运，免积滞”的问题。《摄生要言》里介绍了16种自我按摩和医疗体育的方法。汪讱菴的《勿药元诠》、王祖源的《内功图说》、孟日寅的《养生笔要》、张映汉的《尊生导养论》、郑燮的《医故》、陈士铎的《石室秘录》、林春溥的《简居杂录》等书，都介绍了气功、按摩方法。小儿按摩专著更是不少。其中著名的有熊应雄的《小儿推拿广意》、骆如龙的《幼科推拿秘书》、钱怀邨的《小儿推拿直录》、张振鋆的《厘正按摩要术》、夏云集的《保赤推拿法》等。此外还有《推拿易知》、《推拿指南》、《推拿捷径》、《推拿抉微》、《推拿图解》、《小儿推拿术》等。这些著作不但积累了按摩临床经验，而且在理论上也有了很大的提高，对推拿的治疗法则和适应症，也有了比较系统和全面的阐述。

清代以后至解放前（公元1911年——1949年），中医在反动政权的统治下倍受摧残。1929年国民党政府召开第一次“中央卫

生委员会议”，提出“废止旧医，以扫除医学卫生之障碍”的方针，1936年又提出“国医在科学上无根据”，一律不准执业的政策。致使中医事业濒于灭绝，而按摩学术更近于湮没。从事按摩的医师已廖廖无几，持有此技的人大多改行从事理发、浴池等职业。因为按摩是一门行之有效的医学手段，具有强大的生命力，所以，从事这些职业的人员也使按摩有了新的发展，形成了各种流派，如一指禅推拿流派，内功按摩术流派等。

解放后按摩学术经过了几个发展阶段。解放初期至50年代的中期，某些省、市级医院开始设立按摩科。50年代以后，有些地方开设了按摩训练班、按摩学校，或以师带徒的形式培养了一批按摩专业人员。其治疗的病症扩大到内、外、妇、儿、伤、骨科、五官等科。常用的手法达到20余种。这些手法是推、拿、按、摩、揉、点、搓、摇、抖、抹、掐、揉、捻、运、擦、拍、打、击、指压、弹拨等。按摩专著有黄厚璞的《按摩术与体育治疗》、江静波的《推拿疗法简述》、苏配芝的《新推拿法疗效的原理和方法》、《中医推拿学》等。60年代，按摩专著有《胃病推拿法》、《外伤中医按摩疗法》、《伤科按摩术》、《中医推拿学讲义》等。70年代的著作有天津医院与石家庄市交通运输局医院合编的《按摩》，上海编写的《推拿学》、青岛编写的《实用小儿推拿学》等。各中医院校开设了按摩课。80年代按摩治疗高血压、冠心病、脑血管意外后遗症等内科疾病的方法和效果都有新的突破。此时的著作有骆竞洪的《实用中医推拿学》、马秀棠的《点穴疗法》、葛长海的《捏筋拍打疗法》、曹仲刚的《指针疗法》、杨希贤的《推拿疗法》、金义成的《小儿推拿学》、林惠珍的《按摩与刮痧》、骆仲遥的《实用推拿疗法挂图》和《推拿入门》、李永昌的《中国按摩术》、骆竞洪的《中华推拿医学志——手法源流》等著作。按摩学术呈现蓬勃发展的趋势。

三、按摩治疗作用原理

（一）基本原理

按摩是一种外治法范畴的物理疗法。它是通过按摩手法产生的物理效应作用于人体体表的特定部位，以调节机体内的生理、病理状况，从而达到治疗疾病的目的。

按摩的手法，主要是依靠手法的力和力的方向变换实施的。手法所施的力有静止、运动和动静结合三种。所谓静止的力，指的是施力时固定在某一个部位和穴位上的力；运动的力，指的是在一定的部位或范围内往返运动的力，这种力受运动的方向和运动范围的影响，运动方向有直行、横行、斜行、环行等，运动范围有局部和全身的不同；动静结合的力，指的是在某个部位上施以静止的力，而在另一部位上施以运动的力。

以上三种力由于用力轻重不同，其渗透于内的力度也有所差别，基本上分为浅、中、深三种。但是，由于手法作用于皮毛、经脉、经筋、肌肉、骨髓等不同部位，实际上又分为浅（皮毛）、略浅（经脉）、中（肌肉）、略深（经筋）、深（骨髓）五种。

物理学认为，力作用于物体上，使物体沿着力的方向移动一段距离，那么这个力就对这个物体作了功。

按摩所治疗的各种关节脱位、肌腱滑脱等利用的就是这个物理学原理。因为脱位的关节、滑脱的肌腱已离开原来的解剖位置，为使这些关节和肌腱回纳到原来的位置上，必须对其施以外力，并使之沿着这个外力的方向移动一段距离。所以，所施外力作的“功”是按摩治疗作用的基本原理之一。

物理学还认为，一个物体能够对另一个物体作功，那么后一物体就获得一定的“能量”，简称为“能”。“能”，分为动能、势能、化学能、热能、电能、磁能、核能等。

按摩所施的“静止的力”，产生的是势能；“运动的力”，产生的是动能；由运动而产生的摩擦，形成的是热能。这些“能”传入机体后转换成机体内有关系统所需的内能，从而调整了系统内的脏腑组织的功能。例如，血液循环靠的是心脏和动脉的收缩、静脉中静脉瓣的往返拨动产生的动能以及因重力而产生的势能实现的。当心脏、动脉、静脉瓣所产生的动能不足，或者因某种原因而导致血管内的血液停留，影响了血液动力时，就会使血液运行时所需要的动能减弱，于是出现了血液循环缓慢的病理现象。这样就需要从外部给以动能，传递到血液并转换成血液运行时所需的动能，才能改变这种病理现象。这种能量的转换就是按摩的第二种基本原理。

现代科学研究证明：人体是一个信息系统，它可以发出信息、接受信息、传递信息。在接受信息时沿着一定的途径由外向内传递，发出信息时沿着另一条途径由内向外发出。这些信息有的十分明显，不用任何仪器就可查知，但有的信息必须依赖仪器才能检测到。例如体温、脉搏、呼吸、疼痛等就是不需仪器检测的明显的生命活动信息，而心电波、脑电波、肌电波等必须用特定仪器才能测出。信息是以能量为载体传递的。作为载体的能量可以是化学能（如疼痛）、热能（如体温）、动能（如脉搏、呼吸）、电能（如心电、脑电）。

信息传递的途径有二条：一条是内脏到体表，一条是体表到内脏。这两条途径都要经过神经元、中枢神经和神经的递质。

人体因各个脏腑组织结构不同以及功能活动的差别，对信息的接受及发出有自己特定的阈值。如果向内接受或向外发出的信息低于或高于这个阈值，标明其内部的功能活动发生了改变或引起了病变。例如，突然而强烈的声响，会引起心慌、面白、肢冷等现象。这是传入的信息超越了这些组织器官所能接受信息的阈值的结果。某些心脏病的病人，其心电图的参数有的偏高，有的

偏低，是心脏发出的信息在原有阈值的基础上发生改变的结果。

按摩是通过手法接触患者的体表发出的一种信息。这种信息通过体表到内脏的途径传入体内，增益或衰减已经改变了的内脏的信息，使之接近或恢复原有的阈值，从而达到治疗的目的。这种信息传递的方式是按摩的第三种基本原理。

（二）阴阳五行

阴阳创自伏羲，五行始于《洪范》，是古代劳动人民认识自然、利用自然、改造自然的理论工具，具有朴素的唯物论观点，也是道家的“道法自然”的核心。

阴阳是划分和说明两种既相互统一、又相互对立，既相互依赖、又相互制约的矛盾着的事物的性质和相互间关系的理论。它适用于任何领域。

祖国医学引进这个理论是因为人与自然是一个统一整体，在人体内反映着自然界各种变化的结果。人体是一个阴阳相互维系的整体，在阴平阳秘的情况下，保持着与自然界的协和，维持着正常的生理活动。若阴阳的某一方面或盛或衰，就会使阴阳失去相对的动态的平衡而发生病变。

按摩因手法动作上力度和方向的变换而有轻重、大小、深浅、长短等不同。这样就使手法的作用有两种截然不同的性质，其中轻、浅、短、小的手法柔和舒展，有补其不足的作用；重、深、长、大手法刚健滞着，有泻其有余的效果。所以，轻、浅、短、小的手法属阴；重、深、长、大的手法属阳。阴阳不同属性的手法相互配合，刚柔相济，轻重适当，使机体内失去平衡的阴阳在不断运动变化的手法中得到调整，恢复平衡，从而达到治疗的目的。

五行，是以金、木、水、火、土五种基本物质的性质及相互关系来划分和说明宇宙万物的性质及相互关系的。它比阴阳对万物的分析和认识更为精细、深入。从某个角度来说，阴阳是宏观

地认识宇宙、利用宇宙的工具，而五行则是微观地分析世界、掌握世界的方法。

五行是以相生、相克、相乘、相侮的关系，相互滋生、相互制约，在不断运动状态中维持着相互之间的协调与平衡。

祖国医学认为，人体内的各个组织器官就其功能作用而言，具有与五行相类似的性质和相互关系。例如，心主血脉，主神明，其性向上，与火相类；肝主筋，藏魂，主条达，其性升发，与木相似；脾主肌肉，主意，宣五谷味，滋养五脏六腑，四肢百骸，其性敦厚，与土相同；肺主气，主魄，主宣发，主皮毛，其性肃降，与金相仿；肾主藏精、主骨，主二便，主志，其性润下，与水一般。

按摩的手法依其操作的部位深浅、力的渗透程度、运动的方向大体上可分为推、拿、按、摩、弹、拨、捏、抖、点、揉等几种基本手法。揉、摩操作的部位在皮毛，力度轻浅，多作环行，影响于肺，故其性属金。推、抖操作的部位在经脉，力度略浅，多作直行和散闪，影响于心，故其性属火。拿、捏操作的部位在肌肉，力度在中，多为横向相对用力或兼以向上提拉，对脾运作用，故其性属土。弹、拨操作在筋，力度略深，多为左右拨动，影响于肝，故其性属木。点、按操作在骨，力度很深，多是垂直向下，影响于肾，故其性属水。凡与此手法相类的演化手法皆可依此划分之。

临床按摩时并非使用单一的手法，而是几种手法配合使用。在其相互配合时，往往是按照五行相生相克的关系配伍。

相生关系的配伍规律是：

摩、揉之后施以点、按者为金生水。因为摩、揉活跃了皮部的气血，再以点、按可引皮部气血深入于骨，温补骨髓，补肾、活血、散瘀，故为金生水。

点、按之后予以弹、拨者为水生木。点、按可以激发骨髓中

的阳气，适时地弹、拨经筋，能引阳气达于经筋，使经筋的功能得到补益，具有祛风、镇痛、补虚的功效，故为水生木。

弹、拨之后施以推、抖者为木生火。弹、拨加强了经筋气血的运行，其后予以推、抖使经筋的气血进入经脉，从而促进了经筋的舒展条达、经脉气血的运行，故为木生火，具有补血、散寒、祛湿的功效。

推、抖之后给以拿、捏者为火生土。推、抖活跃了经脉的气血，再给以拿、捏可使经脉的气血逐渐静止于肌肉之间，从而补养了肌肉，具有补气养血，通经活络的作用，故为火生土。

拿、捏之后施以摩、揉者为土生金。拿、捏使气血汇聚于肌肉，为摩、揉促进皮部气血的运行提供了条件，具有扶正驱邪，行气解表的功能，故为土生金。

这五种相生关系的配伍，前面的手法为后面的手法创造了条件，使后面的手法效果得到更大的增益。

相克关系的配伍规律是：

弹、拨促进了经筋气血的活跃，但只弹、拨易造成气血凝滞于经筋，所以，弹、拨之后，予以摩、揉使活跃于经筋的气血向皮毛部升发，克服了经筋气血的凝滞，这种手法的配伍称之为金克木，具有泻肝平阳、祛风燥湿的效果。

拿、捏用于肌肉部位可以刺激肌肉的活性，但是单纯的拿法和捏法可以造成肌肉瘀血。因此，拿、捏之后再用弹、拨使肌肉的刺激转向经筋，清除了拿法、捏法带来的不良后果，这种手法的配伍称之为木克土。具有通泻六腑、理气导滞的作用。

点、按用力的方向是垂直向下，力度深达骨髓，可以激发内在的阳气。但是，单纯的点、按又易引起激发出来的阳气散失，故尔点、按之后加入拿、捏以激化肌肉的活力，用后天补先天，使先天之阳不致散失。这种手法的配伍称之为土克水，具有补阳祛燥、活血清利的效果。

推、抖可以促进经脉气血的流行，活动各个关节，使关节的气血运行得到加强。但是，推法是去而不返，抖法为振动气血，容易耗散气血。所以，推、抖之后加入点、按可以使气血流行的速度减缓而趋于汇聚，不致耗散。这种手法的配伍称之为水克火，具有活血化瘀、平降心火的功能。

摩、揉作用于表皮部位，可以活跃营卫之气。但是，因其部位在浅表，所以营卫之气易从浅表散失，而内部的气血未能及时充达皮毛。因此，摩、揉之后施以推、抖可使脉部的气血充达于皮毛，补充散失的营卫之气。这种手法的配伍称之为火克金，可以导肺泻热、疏通经脉。

这种以五行相克规律的手法配伍可以克服先施手法的缺点，使手法作用的效果更臻完善。

五行生克制化规律在按摩中除了可以用于正常的治疗，还可以纠正五行亢进与虚衰而引起的病理现象。

按摩疗法与中医学其它疗法一样，也是根据天人相应关系制定医疗原则。

人体的阴阳五行是受外界自然条件变化的影响的。所以，治疗原则就要根据变化的条件制定。如，春天气候温和，万物萌动，草木吐绿，大地一派生机，故春季属木。这个季节天气始开，地气始泄，冰消冻解，风多无雨，与肝气相通。风邪易侵入于肝，使肝气受挫，其治疗原则采用舒肝祛风，以弹、拨法为主，辅以推、抖以行经通络。

夏季气候炎热，万物茂盛，大地一派繁荣，故夏季属火。这个季节天气炎热，地气向上，人体经络气满，皮肤充实，热多雨少，与心气相通。热邪易侵入于心，令心火燥盛，以清热解毒、平降心火为原则，用推、抖为主，辅以拿、捏，泻热解表，救逆醒神。

长夏气候暑湿，万物滋荣，大地一派茂盛，故长夏属土。这

个季节湿多热亦多，与脾气相通。湿热之邪易侵入于脾，脾为湿困，身软困乏，治以健脾燥湿的原则，用拿、捏，辅以弹、拔，通脏燥湿。

秋季气候凉爽，秋风渐起，万物成实，大地一派丰收景象，故秋季属金。这个季节天气始收，地气始敛，皮毛引急，腠理闭塞，燥多湿少，与肺气相通。燥邪易侵入于肺，以清肺润燥为原则，用摩、揉二法，兼以点、按，清肺润燥。

冬季气候严寒，草木凋零，万物蛰藏，大地一派封闭，故冬季闭水。这个季节天气收敛，地气封蛰，寒多热少，气血入内，着伏骨髓，通于肾气。寒邪易侵入于肾，损伤阳气，治以升阳驱寒，通经活络的原则，以点、按为主，辅以弹、拔、推、抖，助骨扶阳。

（三）调理气血

气血的运行与内脏的关系十分密切，不仅气血在经脉中运行与脏腑发生直接的联系，而且气血的全部运行过程都要受到脏腑的控制，例如气的运行。气自内向外达于体表，依赖的是肺的宣发，自外吸入大气，呼出体内浊气，依赖肺的呼吸。但是气自胸中下降至丹田则是一方面依赖肺的肃降，另一方面依赖肾的摄纳。气能注入经脉，一方面依赖肺的输注，另一方面依赖心的主宰。行于脉外的气除依赖肺的宣发，还要依赖脾的补充。气能在体内畅通无阻靠的是肝的疏泄与条达。而血的运行亦是如此。血能进入经脉靠的是心的主宰，其运行的动力是肺提供的气；血不溢出脉外，靠脾的统摄；在经脉中畅通靠的是肝的疏泄；血的充盛依赖肾所藏的先天之精及脾运化的水谷之精的补充。所以，脏腑发生病变可以直接影响气血的运行，而气血运行失常也可影响脏腑的功能而发生病变。因此，对气血的调理，除直接调整脏腑机能活动以外，还要对气血运行状况加以调整。

对气血运行状况的调整，按摩采取的是以经调血，以筋养

血，以气动血，以时辰调气血等方法。这些方法之所以能够产生治疗作用，其原理如下：

1.以气动血

气与血是相互依存的，气为阳，血为阴，气为血运行的动力，血为气的物质基础，故中医学称之为“气为血之帅，血为气之母，气行则血行，气滞则血瘀。气病可及于血，血病可累及气”。但是从气血的治疗而言，理气行气是主要方面，气行则血行。所以，气血运行失常的按摩治疗，是以推动气的运行为主要方法的。无论推、揉、摩、擦，还是点、按、抖、拿，都是以治气为主的。

2.以经调血

气血运行主要是沿着经脉路线进行的。经脉的路线起自手太阴肺经，终止于足厥阴肝经。其先后顺序是手太阴肺经——>手阳明大肠经——>足阳明胃经——>足太阴脾经——>手少阴心经——>手太阳小肠经——>足太阳膀胱经——>足少阴肾经——>手厥阴心包经——>手少阳三焦经——>足少阳胆经——>足厥阴肝经。手三阴经从胸走手，手三阳经从手走头，足三阳经从头走足，足三阴从足走腹。大体上手部经脉由阴出阳，自里出表；足部经脉由阳入阴，自表入里；手足经脉在头面部相接；手三阴经自上下行，手三阳经自下上行；足三阳经自上下行，足三阴经自下上行。

按摩对于伤筋错骨、脏腑病变都采用点、按、推、拿、揉、摩相关经脉及其俞穴的手法，其目的是推动和激发经脉中的经气，加速经气的运行，从而推动经脉中血的运行，或是抑制经气以改善气血运行的亢进。这种以经调血的原理可以指导按摩时采用多种方法。这些方法有：阴经有病，调节阳经；阳经有病，调节阴经；足三阴有病，调节手三阴经；下部阴经有病，调节上部阳经；表部经脉有病，调节里部经脉等等。

3.以筋养血

气血运行速度缓慢或停滞时，常以弹拨经筋的方法加以疏导。这是因为经筋者，肝主之，肝有疏泄条达之性，弹拨经筋可以产生强烈的传导感。这种强烈的传导，就是肝的疏泄条达现象。这种疏泄条达既能使气血运行速度加快、加强，又能使经脉和肌肉间气血受阻的现象得到疏淡，从而改变了气血运行速度缓慢和瘀滞现象。此外，由于气血运行得到改善，旧血得去，新血得生，间接地起到了补养气血，调血、活血、生血的作用。

4.以时辰调气血

气血运行随时间变化而变化。尤其是昼夜的变易，使阴阳发生变化。阴阳变化使气血的运行随之变动。这样就形成了子午流注及气机升降宣发的现象。子时（23时—1时）胆经气血旺盛，人体的气血逐渐向外透发。丑时（1时—3时）肝经气血旺盛，人体气血升发向上。寅时（3时—5时）肺经气血旺盛，其气血逐渐达于皮毛。卯时（5时—7时），大肠经气血旺盛，其气血由皮毛渐渐充实于肌肉之间。辰时（7时—9时）胃经气血旺盛，气血充实于肌肉。巳时（9时—11时）脾经气血旺盛，食欲增强。午时（11时—13时）心经气血旺盛，生命的活力极盛。未时（13时—15时）小肠经气血旺盛，卫气充盛肌表。申时（15时—17时）膀胱经气血旺盛，抵御外邪能力最强，气血行于六腑之间。酉时（17时—19时）肾经气血旺盛，气血开始向内转输。戌时（19时—21时）心包经气血旺盛，气血趋向于内。亥时（21时—23时）三焦经气血旺盛，气血行于五脏之中，渐趋闭藏。

外邪侵袭人体之后，影响气血的流注规律，会引起一系列病理改变。例如，风寒之邪侵袭太阳经（足太阳经）就会使流注于肌表的营卫之气失于谐和，出现发热恶寒现象，太阳经气因外邪的侵袭而不畅，经脉不舒，出现头项强痛，身体肢节疼痛等。因太阳经的经气在未时、申时旺盛，与邪气相争剧烈，故未时、申时病情较重。但是治疗时要使经脉的气血在巳时、午时、未时转

盛，就可以使气血尚未达到膀胱经之前，或在到达膀胱经之后，即能充实，增强了抗邪的能力，病邪即可被驱之于外，所以《伤寒论》中说："太阳病，欲解时，从巳至未上。"

在正常的生理状态下，心火下降，肾水上济，心肾相交，水火相济，人体入夜之后即可安眠。若心火偏亢，或肾水不足，这种阴阳相合的现象失调就会出现失眠、不寐的现象。

按摩治疗经脉中的经气不按子午流注规律运行而引起的疾病时，常常先其时按摩、点揉、推搓其相关的经脉，待其时至再按摩其经，就是利用子午流注的规律，推动经脉的气血，增强驱除病邪的能力。对气机升降失调引起的疾病，其治疗时采用治其两端，然后归合于中的方法，使上者降之，下者升之，阴阳交媾于中，达于气血平衡，亦是子午流注规律的运用。

气机升降失调，除脏腑功能的亢进与不足可以引起外，气血的瘀滞亦可影响之。例如，岔气是由用力不当引起的气滞胁肋的病变，而内脏瘀血则是外伤导致的血不循行。这两种病症可引起胁肋的疼痛，呼吸不舒，甚至呼吸困难。按摩时除了在病变部位进行上下疏导、推拿按摩之外，还要调理脏腑的气机，行气导滞。这也是在子午流注规律指导下的方法。

（四）脏腑治疗

刺激体表的一定部位，对内脏的功能活动有一定影响，而内脏的病变可以在体表反映出一定的症状。这是因为体表与内脏通过二条途径发生联系的结果。

（1）体表末梢感受器在接受刺激后，经过体表传入神经传至脊髓后角，在后角转换神经元，抵达第Ⅶ板层，再经脊髓前角出椎间孔到达交感神经节，然后传入内脏。

（2）体表末梢感受器将信息经体表神经传入脊髓后角的第Ⅳ、Ⅴ板层；经脊髓丘脑束传至丘脑腹后外侧核，然后再经内囊枕部，投射到中央后回。中央后回发出下行纤维经下丘脑（间

脑）至网状结构，然后从网状结构分三路传至内脏。一路由网状结构到达迷走神经背核，由副交感神经传入内脏。第二路从网状结构经孤束核到达迷走神经背核，再由迷走神经传入内脏。第三路是从网状结构到孤束核，再达交感神经中枢，然后由网状脊髓束传入内脏。

（3）在柔软的腹腔体表接受按摩手法后直接刺激内脏，以影响内脏的活动。

按摩手法力度和方向的变换，对体表产生了轻重、舒缓等不同刺激。这些刺激产生了不同的生物信息。这些信息沿着上述三条途径中一、二两条途径传入内脏，使内脏的功能活动发生了改变。但是缓和、轻微的连续刺激有兴奋周围神经的作用，而对中枢神经却有抑制作用；急速、较重的短暂刺激可兴奋中枢神经，抑制周围神经。所以，内脏机能亢进者，用急速、较重的手法使中枢神经兴奋，发出强劲的冲动以抑制内脏的亢进功能，而内脏机能衰弱者用缓和、轻微的连续刺激兴奋周围神经，通过第一途径激发内脏功能，抑制中枢神经对内脏的控制。这样的按摩使内脏的功能活动得到调节，为气血运行的调理创造条件。

（五）伤筋治疗

凡人体的各个关节、筋络、肌肉受到外来暴力的冲击、强力的扭转、牵拉、压迫，或因不慎而跌仆闪挫，或体虚、劳累过度及持续活动，经久积劳等因素所引起的损伤，既无骨折、又无脱位或皮肉破损的均称为“伤筋”。

伤筋无论是急性还是慢性，疼痛往往是其主要症状。这是因为损伤后引起血离经脉，经络受阻，气血流行不通，“不通则痛”的缘故。

按摩对伤筋的治疗有独到之处，其治疗的关键在于“通”，“通则不痛”。按摩是通过舒筋通络、理筋整复、活血祛瘀三个方面达到“通则不痛”的。

1.舒筋通络

损伤后，肌肉附着点和筋膜、韧带、关节囊等受损伤组织，发出疼痛信息，通过神经反射，使有关组织处于警觉状态。肌肉的收缩、紧张、痉挛就是这一警觉状态的反映。这样可以减少肢体的活动，避免对损伤部位的牵拉刺激，从而减轻疼痛。这是人体的自然性保护反应。在这种情况下，如不及时治疗，或者治不彻底就会形成慢性损伤，导致损伤部位小程度的粘连、纤维化或疤痕化，以致不断地发出有害冲动，加重疼痛、压痛和肌肉的紧张收缩，继而在周围组织引起继发性疼痛病灶，形成恶性循环。

不论是急性还是慢性损伤，都刺激和压迫神经末梢及小营养血管，造成新陈代谢的障碍，进一步加重“不通则痛”的病理变化。

按摩不但可以直接放松肌肉，解除肌肉的紧张和痉挛，而且还可以解除引起肌肉紧张的原因，即可治标，也可治本，起到标本兼治的双重作用。

按摩直接放松肌肉的紧张或痉挛是通过三个方面实现的：①加强局部血液循环，使局部组织的温度升高；②在适当刺激下提高局部组织的痛阈值；③将紧张或痉挛的肌肉充分拉长，从而解除其紧张、痉挛，以消除疼痛。例如，腓肠肌痉挛，按摩时先用点、按、揉、摩等手法后，再用背屈踝关节，充分拉长腓肠肌；若痉挛仍不能解除，可先充分跖屈踝关节，然后用推、按、扳、揉腓肠肌的手法自上而下进行。这些手法不仅加强了损伤组织的血液循环，促进了损伤组织的修复，而且在加强血液循环的基础上，促进血肿、水肿的吸收，起到松解软组织粘连的作用。

2.理筋整复

在软组织损伤部位，通过手指的细心触摸，拈捺忖度，从摸得的形态、位置的变化等，可以了解损伤的性质。这种损伤可以用“乱”字概括。所谓“乱”就是其生理功能、解剖位置，原有

的形态等发生紊乱，失去常态。例如，肌肉、肌腱、韧带的不完全性破裂，肌腱滑脱，关节脱位或半脱位，软骨板损伤，椎间盘突出等都是“乱”的现象。

“乱”就要予以调整、调理，使之恢复到原有的秩序、形态、位置，拨乱反正，令各尽其职，各守其位。这就是“理筋整复”的意思。

理筋整复，首先要用触摸的方法确定损伤部位和性质，然后根据其部位和性质，采取相应的手法。所用手法是利用作有用功的原理。例如，肌肉、肌腱、韧带的不完全性破裂，可用适当的按摩手法使不完全断裂的组织抚顺理直，再加以固定，这样有利于断裂部位的吻合。肌腱的滑脱，关节的脱位，用弹拨或推扳、屈伸等被动活动手法，使滑脱或脱位的关节、肌腱回纳，恢复正常的功能活动等。

3.活血祛瘀

“动”是按摩疗法的特点。在治疗过程中，对病人来说“动”包括三个方面：①促进肢体组织的活动；②促进气血的流动；③肢体关节的被动活动。

促进肢体组织的活动包括对腹腔器官的直接推动以及关节部位的屈伸被动活动。这种被动活动促进了脏腑功能和气血的运行，促进了损伤组织周围的血液循环，增加了组织灌流量，从而起到“活血化瘀”、“祛瘀生新”的作用。

此外，被动活动对粘连僵硬的关节可以使之松解、滑利，对局部变性的软组织，可改善局部营养供应，促进新陈代谢，增大肌肉的伸展性，从而使变性的组织逐渐得到改善和恢复，从血液动力学角度而言也是一种“活血祛瘀”的治疗。

（六）脱位治疗

脱位，古称脱骱，又名脱臼。即关节失去正常的连接。古代文献中还有脱节、错缝、落骱、出槽、掉环等名称。

脱位的关节必须使其复位才能恢复原有的功能，整复脱位的手法称之为“上骹”、“上髎”。

复位手法虽然是按摩手法的重要组成部分，但是由于关节脱位属于骨的位置发生改变，与伤筋、骨折的性质不同，所以手法有自己的特点，特别强调手法的力量和灵巧性。例如，清朝胡廷光著的《伤科汇纂·上骹歌诀》中说：“上髎不与接骨同，全凭手法及身功，宜轻宜重为高手，兼吓兼骗是上工，法使骤然人不觉，患如知也骨已拢。”

复位手法的原理在于作有用功。因为整复脱位主要依赖拔伸、牵引、屈伸、收展、旋转、回绕、端提、捺正、按摩、推拿等手法，其中点、按、摩、推、拿等是复位前的准备和整复后的结束手法。其机理与理筋整复、推动气血的原理相同。而拔伸、牵引则是重要的治疗手法。这是因为四肢关节脱位后，附着肌群、肌腱、韧带处于紧张的痉挛性收缩状态。这样，必须在复位前克服这种痉挛性的收缩，才能为复位打下良好的基础，所以拔伸、牵引是必不可少的。这就是古人所说的“欲合先离”、“离而复合”的意思。这种拔伸、牵引必须沿着脱位部位肌腱的生理方向用力，使之移动一段距离，这就是作有用功的意思。这种手法古代书籍中称为“拉”、“拽”、“拔”、“扣”等。

屈伸收展，称之为“屈”、“挺”；旋转回绕，称之为“摇”、“晃”。这是利用关节活动时位置沿关节发生移动，在移动中克服肌腱、韧带、关节的卡锁现象，使之自动回纳到原有位置而采取的手法。这两种手法常与拔伸牵引相结合，也就是在拔伸牵引的状态下，予以一收一展，一旋一转，是改变力的方向而作有用功的形式。

端提捺正，是端法、提法、挤法、按法的综合性手法，是复位时重要的治疗手法，也常与拔伸牵引相配合。这种手法依据的是力学原理。因为端、提、挤、按要根据杠杆作用，找好力点、支

点、力臂等，或者以较小的力，使其复位，或者在较短的力臂下，使其复位。目前常用的手法是杠杆复位法。

四、按摩与气功

气功与按摩是两门截然不同的学科，但是彼此的联系十分密切。

气功与按摩起于同样的原因，并有相同的适应症。如《素问·异法方宜论》所说的中央一带“其地平以湿，……故导引按跷者亦从中央出也”，不仅说明了中央一带的地理环境、物候条件，而且也说明了“湿”、“食杂”、“不劳”是“痿”、“厥”、“寒热”等多种疾病的原因。气功与按摩就是针对这种病因与病症发展而来的两种治疗方法。

春秋战国以后，这两种方法的治疗范围逐渐扩大，并且与针灸、中药一起成为祖国医学重要的医疗手段。《汉书·艺文志扁鹊仓公列传》记述：“上古之时，医有俞跗，治病不以汤液、醪酒、（而以）镵石、挢引、案机、毒熨……”《周礼》中也说：“扁鹊治虢太子暴疾尸厥之病，使子明炊汤，子仪脉神，子游按摩。”说明那个时代为他人按摩或接受他人按摩以及气功等，已在临床上得到广泛应用，并且成为与汤药、针灸、醪酒、热熨等同样重要的手段。

隋唐时期著名的医学家巢元方、孙思邈在其著作《诸病源候论》、《千金要方》中记述了许多“导引按摩”的方法，而这些方法以自我按摩为主，用来治疗多种疾病。其中既有虚证，也有实证；既有外因发病者，也有内因发病者。“导引按摩”法中既有呼吸、意念、身形的调整，也有按摩的各种手法；如按、摩、擦等。呼吸、意念、身形的调整就是气功锻炼中的调息、调意、调形。按、摩、擦则是按摩操作的基本手法。这说明隋唐时期气

功与按摩以及自我按摩已经应用于临床，并作为重要手段记载下来。

宋代《圣济总录》对按摩概念作了明确的规定，同时对宋代以前将气功与按摩在概念及应用上的混淆现象进行了批评："世之论按摩，不知析而治之，乃合导引以解之。"这就将气功与按摩从学术上划清了界限，为各自的发展铺平了道路。

但是，由于气功与按摩的原理有某些相通之处，所以，《圣济总录》以后，二者的相互结合从没有间断过。宋代以后的医学家仍将按摩与气功相互结合，相互促进，共同提高。直至明清时期，伴随着人们对"气功"认识的逐步加深，按摩的发展也趋向高潮，许多著名按摩专著大量涌现，如《小儿推拿秘诀》、《小儿推拿广义》、《推拿辑要》、《推拿易知》、《厘正按摩要术》、《保赤推拿法》、《推拿述要》等。在这个时期按摩与气功相互融汇贯通的著作也有出版。如清代汪启贤、汪启圣的《动功按摩秘诀》等。

解放后的一段时期，"气功"被视为异端邪术而走入谷底，可是"按摩"却有了新的发展。一些医学院校和医院设立了按摩专业和按摩科，许多按摩名家纷纷献技，出现了诸多的按摩流派。如一指禅推拿、腹诊推拿、经穴推拿、内功推拿、运气推拿、点穴推拿等等流派。在这一时期，气功虽然处于低谷，但气功的特异功能不仅没有灭绝，而且还有发展。一些按摩名家不仅兼习武术、内功，而且还熟练地掌握按摩手法。他们在继承"气功"功法的基础上，通过调运丹田之气获得强劲的体力、臂力、腕力和指力，并把意到气到、气到力到的武功原理应用到按摩手法中，使按摩取得了更加满意的疗效。姚旭堂、邓怀贤、李锡九等就是这些人中的名家。他们创立的"指针按摩"、"内功按摩"、"运气按摩"、"平推呼吸按摩"等得到了推广，传人很多，与气功、按摩形成鼎立之势。近年来，气功与按摩相互结合

的趋势已不可挡，方兴未艾。

气功与按摩相互结合的形式多种多样，可归纳为如下几种：

1.自我按摩

自我按摩是气功与按摩相互结合的最简单形式，是气功，按摩、健美相结合的保健按摩法，深受历代人的重视，相传至今。这种结合形式是病者或需按摩者先以意念引导内气逐渐汇集于丹田后，再以按摩手法自我揉按肢体、胸腹、腰背、头面等部位，以促进气血的运行，然后再进入意守状态，进一步锻炼内气。这种结合形式有《千金要方》的“导引法”、“老子按摩法”、“天竺国按摩法”以及近代流行的“保健功”等，多用来治疗慢性疾患。其优点是不受外界环境的影响和条件的限制。

2.医者练功按摩与患者练功相结合

这种结合是锻炼医者的体力、臂力、腕力、指力、耐力以及增强患者自愈能力的。医者练功是为按摩需要。因为强劲的体力、臂力、腕力、指力和耐力是医者必须具备的基本素质。娴熟的按摩手法技巧是医者治疗效果的关键。只有具备了强劲的各种“力”，才能使各种手法技巧发挥充分的效力。强劲的体力、臂力、腕力、指力来自于日常的体育锻炼。各种不同项目的体育锻炼对肌肉、韧带的锻炼效果不一样。虽然它们都能产生强劲的各种“力”，但是所具备的“力”并非都能适应按摩的需要。古人通过不断地探索与实践认为气功中的周天功、武术运动中的少林内功、武当内功等不仅可以增强医者的体力和耐力，而且所具备的各种“力”可用于按摩的各种手法之中。少林内功、武当内功等除了武术技击的招术以外，都以气功的培养丹田之气、运转周天作为功法的基础。

将武术内功锻炼成的臂力、腕力、指力以及在武术运动中巧妙的“行气”、“用气”的方法应用到按摩手法的技巧上，可以使按摩手法更具柔软深透、刚柔相济的力度变化，使手法浅而不

浮，深而不滞，达到满意的治疗效果。

运气按摩是医者通过练习周天功，并利用周天功的小周天运气法调运内气达到拇指或手掌，配合呼吸以及手下的感觉，采用按摩手法中的分法、推法、按法、拿法、揉法等进行按摩。在按摩手法运用后，再沿一定的经络路线将内气回归丹田。

内功按摩是医者练习少林内功、武当内功的意到气到、气到力到的运气法于按摩手法中。按摩后再指导患者练习相应的对病有针对性的少林内功、武当内功中的一、二个功法，以提高和巩固按摩的效果。

指针按摩是医者练习武术内功后，将内气运到指端产生强劲的指力，以刚柔不同的指力，施以揉、推、拿、掐、点、按、拨等48种手法。

以上三种按摩法，医者只有刻苦练功才能掌握。同时指导患者练习相应内功可使其达到扶正祛邪、健脾和胃、壮肾益气的效果，使治疗作用事半功倍。

3.医者按摩与患者的呼吸相结合：

这种结合形式是古老按摩术的一种。晋代葛洪的《肘后备急方》、《夷坚志》等都有记载，近代许多按摩医生也在应用，称为“平推呼吸按摩法”。

使用以上按摩法，虽然患者不需要进行气功锻炼，但是在按摩时则需要患者进行深呼吸，而医者利用深吸气或深呼气时，对“气”的调整以及呼吸肌、肋骨各关节、肋间隙的大幅度活动，施以点、按、揉、搓、扳以及旋转复位等手法，以最小的力达到满意的疗效。

这种按摩方法简便易行，不受环境条件的限制，收效迅速，容易掌握，患者也不必进行严格的气功训练。

4.气功按摩

利用“外气”的物理效应为患者进行治疗兼以按摩手法，称

为气功按摩。所谓“外气”是指医者通过自身特定的部位将自身的“内气”向外发出，所发出的“内气”称之为“外气”。

气功按摩有二种方法：一是医者不接触患者的体表，但是患者在医者“外气”的控制下，随着医者的意念活动作不自主的肢体运动以及患者的内气与医者的内气相结合，调整患者内部脏腑功能，使气血调和，阴平阳秘。二是医者以中指或拇指指腹为着力点，接触、按压于患者特定的部位或穴位上，然后通过医者屈伸肘关节并配合有节律的呼吸，神态自若地将“内气”输送到指端，在治疗点产生连绵不断地起伏性高频率的振动，将“内气”输送到患者体内，或者以全掌为着力点，在治疗点产生连绵不断地高频率振颤及微热感的情况下，将“内气”通过劳宫穴输送到患者体内。用指输气的称为“点穴输气法”，用掌心劳宫穴输气的称为“掌振法”。

气功按摩法是用“外气”具有的生物电、红外线、磁场以及其它外气物质的物理作用进行治疗。但是，第一种方法完全依赖医者的外气作用，使患者的“内气”与医者发出的“外气”频率产生谐振。这种方法常常受到医者的功力、周围的环境以及患者对“外气”接受能力等因素的影响。第二种方法因其刺激性小，传导性强，得气范围大，对特定部位或穴位的功能有强化作用，医者的“内气”消耗较少，没有噪音、其振动频率与次声频率相同，具有次声的效应，疗效较为满意。

按摩与气功的多种形式的结合，充分发挥了按摩的有效作用，并充分利用了气功的特殊效应，使防病治病的效果相得益彰。

按摩与气功有如此密切的关系是因为人的生命活动是人体内的内环境与人体外的外环境相互协调的结果。这种协调是通过高级神经活动完成的，而高级神经活动又是通过体表——内脏、内脏——体表两条通道加以调节的。

体表——内脏通道是人体接受外界信息以影响内脏及相关系统功能的信息传递途径；内脏——体表通道是内脏及相关系统发出信息，由体表加以反应的信息传递途径。这两条通道相互作用、相互调节，使人体与外界保持着相对的协调。

按摩手法的操作是人体受到外来附加的力后，将其力所具备的动能、势能、热能等转换成良性信息（痠、麻、胀、痛、热），再以人体内的生物电能、热能、化学能为载体，沿着体表——内脏的通道传递到内脏和相关系统的组织，从而调整和改善了内脏及相关系统的功能。这种信息传递过程是被动调整过程。

气功锻炼是人体在高级神经活动的调节下，向内脏及相关系统发出良性信息，强化或激活该内脏及相关系统组织的功能活动，产生生物信息（痠、麻、胀、痛、热），以人体内的生物电能、磁能、热能、化学能作为载体，沿着内脏——体表的通道传递到体表，在体表反应出来。这种信息传递过程是自我主动调整过程。

按摩与气功的信息接受、传递过程及方式虽然各不相同，但其强化、激活、调整、改善内脏及相关系统的功能方面则是相同的，只是按摩的信息传递过程完全依赖被动调整而已。

按摩与气功的相互结合，相互补充，相互促进，才能以按摩克服某些原因导致的不能自我主动调整的缺陷（如半身不遂、关节脱位等）和自我调整需要进行较长时间严格训练的缺点。气功锻炼可以克服按摩疗效不稳定的问题。二者相互结合充分利用这两条信息传递途径以及主动与被动调整过程的作用，达到内外环境的协调。这就是为什么按摩与气功在历史长河中一直相互结合、相互促进的原因。

五、按摩与针灸

针灸是“针”与“灸”两种治疗方法的合称，是通过针刺和

艾灸人体体表上特定的部位，以调整脏腑、组织、器官的功能，达到防治疾病的目的。它是以经络学说、俞穴理论为基础，在脏腑学说、治疗原则的指导下形成的一种物理疗法，属中医学的外治法范畴。

针灸与按摩都是中医学形成初期的重要治疗方法。中医学的经典著作《内经》中曾提到针灸与按摩的相互配合的问题。例如，《素问·调经论》中说："按摩勿释，著针勿斥，移气于不足，神气乃得复。"《灵枢·九针十二原》中说"排阳得针，邪气得泄，按而引针是谓内温"，指的就是针灸与按摩的相互结合。这一点历代针灸名家都很重视。例如杨继洲的《针灸大成》就附有小儿推、掐诸法。时至解放前，山西雁门赵辑庵先生总结自己的经验，用简明的文词写成了《针灸要诀与按摩十法》一书，将针灸与按摩的关系从理论上做了总结。

针灸与按摩都是通过刺激体表特定的部位（俞穴），沿体表——内脏的通道传递信息，从而达到治病的目的。针灸的治疗分为针刺与艾灸两种，针刺是通过针的机械性刺激，产生痠、胀、麻、疼等生物信息，传递到中枢神经，然后转换成新的冲动，从而调节内脏的功能。艾灸是通过艾绒所产生的热能对穴位进行艾灼，产生热的信息，传递到内脏。从这一点而言，针灸与按摩的原理是相同的。

按摩的基本手法中有点法和按法两种。用指点按者，称之为指针，其意是以指代针。它的起源很早，《内经》曾有记载，但其法不详，后世鲜有深明其用者。伴随武术运动的兴起，在武术技击格斗中，出现了一种绝技，即点穴功。这种点穴功以中医经络学说为理论基础，通过运气发劲，格斗招势，运用手、足、头、肩、肘、膝等部位，在瞬息之间，完成意到气到、气到血到、血到力到的功夫，点中要害穴位，使要害穴位在外力的强力打击下，突然关闭，造成经络受阻，穴位失灵，致使人体局部或

整体功能活动发生障碍，失去抵抗能力，从而达到先发制人，克敌制胜的目的。这种功夫，一些武术家认为既然能伤人，必定能救人，于是逐渐应用于按摩手法之中，形成了点穴疗法。因其指的作用相当于针的作用，所以又称其为“指针按摩术”。

指针按摩术分为指气、指穴两类。指气，是以指着穴，施行手法，行气行血，通行十二经。指穴，是以指按摩周身的俞穴，通达十二正经及其络脉、运行皮、脉、肉、筋、骨的气血。

在使用其它按摩手法之前使用这种按摩法，可以促使受伤部位周围经脉的气血运行，为进一步施用手法打下基础；在施用其它按摩手法之后用之，可以缓解和调和按摩手法带来的各种不适。从这一点来说，按摩与针灸在理论上是基于经络学说和俞穴理论这同一个理论的。

由指针按摩术衍化出的十四正经按摩法、经外奇穴按摩法、子午流注按摩法等又是根据针灸学的循经取穴法、经外奇穴取穴法、子午流注针灸法、灵龟飞腾八法等理论实施的。这些按摩法所采用的补泻原则也是基于针灸学的。所以，赵辑庵说：“以金针刺穴，而分阴阳气道，以为补泻迎随者，曰针刺法；以指头按穴，而分升降起落，以为顺逆上下者，曰按摩术。按摩与金针无二理，知针补泻者，即知按摩补泻。盖阴升阳降，经络顺逆之道，男女一体，老幼同气，在医者辩别寒、热、虚、实，以为迎夺随济。金针如是，按摩亦如是。”“补泻不明，则按摩不灵。若洞悉阴阳之路，则用针灵，用指亦灵，针法、指法原无二致。故未有不明经络起止、金针补泻而能知指针补泻者；亦未有不知指针补泻而按摩能收效验者。”

针灸与按摩的治疗机理及效果并行不悖。针灸取效速而短暂，按摩取效缓而持久。分而言之曰针灸，曰按摩，合而言之，则针灸不能离开按摩，按摩不能背离针灸。二者兼施并用，只在于病症的表现如何。可以先针灸后按摩，也可以先按摩后针灸。

先针灸后按摩者，按摩可以继行针灸已得之气，使针灸的效果更速；先按摩后针灸者，按摩可以活动经气，而使针灸的效果更加灵验。由此可见，按摩既是针灸的先导，也是针灸的继援。这种配合方法对内、外、妇、儿等科疾病较为明显，而对伤科、骨科疾病次之。

按摩与针灸虽然有相同，但是亦有区别。

针刺只是一种机械性的刺激，虽然可以产生疼、麻、胀、疼的生物信息，但其功能作用只是信息传递，并无能量转换及作功问题。艾灸虽然有能量的转换，但无作功。因此，针灸只适用于内、外、妇、儿等科，并不能用于伤科中的肌腱滑脱、关节脱位、骨折等疾病。按摩既有信息的传递，又有能量的转换和作功。所以，按摩的适应症较针灸广泛，不仅用于内、外、妇、儿、五官，而且还可用于伤科、骨科等病。

按摩手法是以力为基础。力的三要素是力的大小、方向和作用点。力分为外作用力和内作用力两种。外作用力有重力、压力、振动力、摩擦力、弹力等；内作用力有阻力、电力、磁力、吸力等。外作用力可以人为地附加，而内作用力则是在外作用力作用下，通过人体的生理作用而产生。针灸虽然可以产生内作用力，但是并非是外界附加的外作用力引起的结果。

虽然针灸与按摩选穴大部分相同，但是有一些按摩穴位是针灸禁用的，例如肩井、缺盆等。还有的穴位是针灸根本不载的。例如，小儿按摩中常用的天河水、天门等。这些穴位针灸禁用或不用，偶而用之会引起不良的后果，但是按摩却经常使用，而且效果十分奇特。

针灸只对穴位进行刺激，并通过提插捻转、迎随补泻等手法加强效果，使之产生“得气”及经气走动现象，对经络循行部位很少或根本不予刺激，其作用面积小、针感和治疗效果比较集中。而按摩除了对穴位施以点、按、揉、掐等手法刺激外，还要

对该穴所属的经络施以推、揉、搓、摩等手法，由点到线，由线到面地对经脉循行部位及其十二皮部的络脉分布区进行刺激，不仅有经气走动现象，而且经气还向周围扩散，其作用面积大，气感和治疗效果明显而广泛。

针灸的治疗效果取决于“得气感”的强弱。“得气感”的强弱取决于针刺深度是否适当和所施提插捻转等手法的强弱。而提插捻转手法的强弱，又取决于手指的功力和技巧，对针灸医生的体力并无多大的消耗。凡是了解和掌握针灸治疗知识的人皆可行之，无体强体弱之别。而按摩的治疗效果取决于力的大小、方向和作用点。既使静止用力而无方向改变的点、按手法，也有力度和渗透性的要求。只有相当的力度和渗透性才能产生相当的反应。这不仅需要按摩医生有相当的指力和技巧，而且还需要有一定的体力、臂力，甚至要有一定的气功、武功、内功基础。正因按摩对医生体力有一定的消耗，所以，体弱者是搞不了按摩的。

以上所述针灸与按摩的异同，了解之后可以能更好地将二者结合起来，不仅对临床治疗大有裨益，而且对医疗保健事业的发展也是有利的。

六、按摩与药物

按摩是外治法范畴内的物理疗法，依靠的是按摩手法的力、功、能量和信息，通过这几个方面的作用达到治疗疾病的目的。

药物，不论是内服还是外用都是通过药物的化学作用达到治疗效果的。

乍看起来，按摩似乎与药物并无多大的联系，其实，按摩与药物之间却有着千丝万缕的关联。

就按摩与药物的发展史看，按摩与药物的相互配合在各个不同的历史时期中有不同偏重。在远古时代，按摩与药物以分别进

行的形式施于同一个病人和同一种疾病。例如，《周礼疏》中说："扁鹊过虢境，见虢太子尸厥，使子明炊汤，子仪脉神，子游按摩。"这就是对同一病人、同一病种分别施以药物和按摩进行治疗的。至秦汉时期，按摩与药物的配合得到理论的肯定。如《素问·血气形志篇》中说："岐伯曰：形数惊恐，经络不通，病生于不仁，治之以按摩醪药。"这就肯定了按摩与药物之间的关系。但这种肯定只局限于经络和体表，并未涉及内脏。宋代《圣济总录·养生法》中仍将这种配合停留于外部。它说："凡小有不安，以按摩按捺，令百节通利，邪气得泄，然者按摩有资于外，岂小补哉？摩之别法，必于药俱，盖欲渍，于肌肤，而其势驶利。若伤寒以白膏摩体，手当千遍，药力乃行。则摩之用药，不可不知也。"

就其适应症而言，二者皆可用于内、外、妇、儿、五官、伤科、骨科等疾病。但是，按摩的主要适应症是骨伤科，对内、外、妇、儿、五官等科疾病的治疗，毕竟不如骨伤科效果那样明显。骨伤科损伤的是筋骨，而筋骨依赖气血的滋润和濡养。无论是伤筋还是骨折，都不是单纯的筋骨病变。如无气血、内脏的虚衰，筋骨病变是极少发生的，除非暴力过于强烈。既使外力所致筋骨损伤，亦会影响气血的运行，甚或引起内脏的衰弱。"肢体损于外，则气血伤于内，营卫有所不固，脏腑由之不和，岂可纯任手法？"所以，必赖药物。

按摩治疗的作用，古人曾以药物效果比喻。例如，《幼科铁镜·推拿代药赋》中说："前人忽略推拿，卓溪今来一赋。寒热温平药之四性，推拿揉掐性与药同；用推即是用药，不明何可乱推？推上三关，代却麻黄肉桂；退下六腑，替来滑石羚羊；水底捞月，便是黄连犀角；天河引水，同苓柏连翘。大指脾面旋推，味同人参白术，泻之则为灶土石膏。……病知表里虚实，推合重症能生；不谙推拿揉掐，乱用须添一死。代药五十八言，自古无

人道及，虽无格致之功，却亦透宗之赋。”《推拿捷经》中亦有“推拿纯凭手法，施治须察病情，宜按宜摩，寓有寒热温平之妙。或揉或运，同一攻补汗下之功；推上三关，温能发表，退下六腑，凉为除烦；推五经则补泻兼，施运八卦则水火既济，开气机以防气闭。……宜左宜右，能重能轻，掌手之劳，可回春于顷刻；得心之处，诞气息于临时。与其用药有偏，或益此而损彼，何如按经施术，俾兼顾而并筹，即无虑肌肉筋骨之伤，便可免针灸刀圭之险。可以平厥逆，定抽搐，原凭手上功夫。非惟止吐，醒昏迷，不费囊中药石。”这说明按摩手法功同药石。

按摩与药物的配合形式基本上分为四种。①以药物配制的药膏为介质，在施术前先涂以药膏，然后施以按摩手法。这种配合，一方面可以防止按摩对皮肤的损伤，起到保护皮肤的作用；另一方面，在按摩的作用下，药物的有效成分被皮肤吸收进入血液，参与循环，充分发挥药物的治疗作用。这种方法古代称之为膏摩。膏摩常用的药物有剂型的不同，一种是预先制成膏状的，如按摩乳之类；另一种是预先轧成药面，用时以酒、醋、油等调制成膏。②在施按摩手法时，将配伍好的药物煎汤熏洗。按摩之后，气血已经活跃，血液循环加强，再通过药物的熏洗可起到温经通络，活血化瘀，消肿止痛的效果。③按摩后，患处敷以膏药。其作用与熏洗相同，只是药物较熏洗持久而已。④伤及内脏或内脏疾患需要按摩者，根据病情的轻重，或者先服汤药，或者后服汤药。例如，软组织损伤时，先按摩理顺筋络，轻者可不用服汤药，重者当调气血以安其络。若迁延日久，出现萎缩，除按摩之外，还当服用养血荣筋药物。若损伤后出现自汗盗汗、津伤气耗等虚脱现象者，可先服扶正固气的汤药，待气复后，再用轻缓手法按摩。

总之，按摩虽然有一定的或明显的疗效，但是对某些疾病并非是唯一的方法，应根据不同情况辅以适当的药物，以补其不

足。这就是按摩与药物的关系。

七、按摩与武术

武术，又称武功、功夫、技击术、柔术等，指的是技击格斗的本领和技术，是我国劳动人民生产斗争和阶级斗争的产物。

武术，分为基本功、拳术、器械、硬气功、轻功等几个部分。既可自我锻炼，强身健体，又可双人、三人、多人对练，克敌制胜，是我国特有的多功能体育运动形式。

（一）武术与中医学的关系

《少林拳术秘诀·气功阐微》中说："肺为气之府，气乃力之君，故言力者不能离气，此古今一定之理。大凡肺强之人，其力必强；肺弱之人，其力必弱。何则？其呼吸之力微也。""大凡人身之气血，行于虚而滞于实，如思想散弛，则气必凝结障害，久之则成气痞之病"。《擒拿法真传秘诀。擒拿之真蹄》中云："擒拿于使用巧劲之外，对于人身之筋骨经络，亦须明了。盖人身之筋骨，固有一定，所属之经络，亦丝毫不紊，而气血之流行，更有一定的途径。气在前行，血在后随，某时气过何穴，血注何经，皆有一定之程序。人之所以赖生者，气血耳。气血若有损，或流行不畅，皆足使人全身受其影响，循至力无所施，肢失其用，甚或因而伤及内腑各官。擒拿法之所以必明了全身百体之情形者，正欲于气血循行上着手制人也。其最要者，惟骨之关节及筋之位置，因人身四肢之转动，其重要之处，即为骨节。若无关节以司之，直直僵直如木棍，又安能转动耶？故腕之关节受束缚则指掌失其用；肘之关节受束缚则臂失其用，此固显然之事，不必寻求气血之所在，而即可以制敌者也。人身各部之筋，虽大小不一，其位置自有一定，且有主从之分，如某一部以某筋为主，其筋实司该部之一切。若此筋为人所拿，而此一部分必顿

失其主宰，不能活动如常。”《形意五行拳图说·形意说》中说：“形者，形象也；意者，心意也。人为万物之灵，能感通诸事之应，是以，心在内而理周乎物，物在外而理具于心。心意者，心之所发也；是故，心意诚于中，而万物形于外，内外相感，不外一气（元气）之流行。”“是拳，其旨在养气，在益力，动作简而功用无穷”。“凡四体百骸，一举一动，无一不可以阴阳分之。阴阳和，则肢体健而动作顺遂；阴阳乖，则体弱而举动失措。盖阴阳由先天真一之气（元气）生，然欲养此先天真一之气而保持不失，亦必先自阴阳调和始，此习形意拳者不可不知两仪者也”。“先天真一之气，……实为人类性命之根，造化之源，生死之本，能养是气而保之弗失则长生，斫丧之而听其涣散则夭死。形意拳者，是以后天人为之锻炼，参阴阳，合造化，欲旋乾转坤，由后天返先天，保养是气，而使之登于寿域者也”。“劈拳者，五行属金，而养肺，其劲顺则肺气和，夫人以气为主，气和而体自壮也；攒拳者，五行属水，能补肾，其气行之如水之曲曲而流，无微不至也，其气和则肾足，清气上升，浊气下隆；弹拳者，五行属木，能舒肝，是一气（先天真一之气）之伸缩也，其拳顺则肝平，而长精神，强筋骨，壮脑力；炮拳者，五行属火，能养心，是一气之开合也，如炮炸裂也，其气和则心中虚灵，身体舒畅；横拳者，五行属土，能养脾和胃，是一气之团聚也，其形圆，其性实，其气顺则五行和百物生焉”。这与中医学中的脏腑、经络、阴阳、五行等理论何其相似！由此可见，武术是在中医学理论的基础上发展起来的一种体育运动形式，而且是中医学得力的助手。

（二）武术在按摩中的应用

武术不仅以中医学的理论作为拳理的基础，而且对中医学理论的应用还有所发展，其中最为突出的是点穴功、擒拿术以及少林拍打功等。这几种功夫对按摩术的发展有举足轻重的作用。

按摩手法中的点法、按法、掐法是由武术中的点穴功发展而来的。点穴功，又称点穴、点穴术、点穴法，由武当拳创始人张三丰传出。张三丰得之于道士冯一元，传于单思南，单思南传于王咸来，王咸来传于黄百家，而传于黄百家时其术已残缺不全。自点穴功传于世之后，各派武术争相研习，不仅武当拳门视为秘藏，就连少林、形意、八卦、八极、通臂等著名拳种也视为家珍，不是亲传弟子，决不传授，所以掌握此术的人并不太多。

点穴功是以中医学的经络学说和俞穴理论为其功理基础，根据子午流注规律，配以武术中的指力、步法、拳路，选择适当时机，将敌手点倒，轻者昏晕、聋哑，重者致残、致死。正因这种功夫伤人太重，所以掌门人不轻易传人。

根据《武当拳术秘诀》、《少林拳术秘诀》、《八卦掌谱》等拳谱所载，点穴功所点之穴共有108个要穴，其中至为重要的有36穴。各家拳谱所列36穴名称不完全相同，所标识的部位也不一致。但各家拳谱都将这36穴分为死穴、哑穴、晕穴、咳穴四类，只有《少林拳术秘诀·明季少林之变派》分为“软麻穴九、昏眩穴九、轻穴与重穴各九，合之为三十六按点手”。点按时根据气血流行时刻表（子午流注规律）用一指点、二指点、膝撞点、肘拐点、掌拍点、掌按点、掌印点、指戳点、指按点等不同点法，依搏斗中不断变化的姿态适时点之。这三十六手点穴功传至明代的淮北大侠王一瓢（又称鹰爪王）时，推演成108手，与108穴相吻合。

点穴功除了武术技击格斗的招势外，考证这108个穴，几乎都是经络学和俞穴学已经明确记载的穴名和部位，只是各家的称呼不同而已。这就是说武术在应用中医学理论时，并不胶固于医疗，而是由医病之所需发展成格斗致伤之所用，由救人之术发展成伤人之法。这虽然是历史上的悲剧，但是也说明一门科学一旦被其它学科所利用，就会使其应用的范围和价值大为改观。

伴随社会的发展和社会道德的规范化，点穴功应用的机会越来越少，不少武术名家越发感到将这种伤人之法返其本质，用做救人之术是历史的责任，所以新中国成立之初，擅长点穴功的武术，大家利用自己点穴之长，为民治病，由此而发展成点穴疗法。这又是历史发展规律所决定的必然回归。

点穴之所以使人致伤、致残的原因，《武当拳术秘诀·点穴之法》认为："盖人之一身，外而五官四肢，内而五脏六腑，皆以筋络为线索，血脉为灌溉；筋络断则缺乏活动之能，血脉停则失其知觉之效。筋络始于爪甲，聚于肘膝，汇于头面，而主其活动之能者，气也。所以练筋必须练气。气行筋络之外，血行脉络之内。血，犹水也；穴，犹泉也。闭之则凝瘀，开之则疏泄。血循气行，发源于心。自子时起，日夜十二时，周流于十二经，瞬息罔闻，潮血来回，百脉震动。若按其流行时刻，断其运输之道，则收反决逆流之效，此拳家所以点穴之一法也。"《曹氏八卦掌谱·练习打出》一书中说："血循气行，而发源于心，若于筋脉交会之处，以力闭气血之流行，则人尚有活动之机能耶？此拳家所以有点穴之一法也。凡手脚之背，手腕脚腕，肘膝肩胛，腋下股根，头面颈项以及胸背、前后腰之有筋脉交会处，而外近皮，内靠骨，且易于着手拿闭者，皆为可点之穴。前言之三十六穴乃打之可伤及体内重要部分而致死者耳。"

在武术搏击格斗中，双方都有被对方点中的可能，一旦点中，必须迅速采取有效的解救措施。近人霍永华、王建斌在其所著的《点穴与解穴》一书中指出："解穴是根据人的生理规律，运用不同手法（包括气功），施术于对方的体表，即可由表及里，开通闭塞，导引阴阳，解除因被击点而造成的人体机能失常现象。"解穴的原则是"点穴伤人，轻重有异，解穴救人，酌情施术。瘀结红肿，散瘀消积；肢体痉挛，挛者舒之；躯干僵直，活僵松之；经络阻隔，疏导通之；气滞血瘀，气血导之；代

谢凝结，凝者稀之”。施术的方法分为以点它穴解被点之穴、揉按经络，内服汤药等法。点穴功应用于按摩以疗伤，说明武术虽然是在中医学指导下形成的一种技击格斗的技术，但是正因为它与中医学有密切的联系，所以它又可反馈回来为医学服务。

擒拿术用于按摩也是一个很好的反馈。擒拿术从目前所传的情况看，分为三十六路小擒拿、七十二路大擒拿。其中三十六路小擒拿是主体，七十二路大擒拿是其衍化。擒拿是克敌制胜的绝妙招数之一。凡应用擒拿术于格斗中者，轻者可使敌跌仆倒地，重者使之肢残骨折。

擒拿术虽然是与人争斗的技术，除克敌制胜之外，还可以用来治伤。《擒拿法真传秘诀·擒拿与治伤之关系》中说：“擒拿一术，虽为与人争斗，用以出奇制胜之法，然亦并非死手，于制敌之外，亦可用以治伤也。夫武术一事，本与伤科有连带之关系，凡技击精者，对于治伤一事，纵不能并精，然亦必略知门径。盖吾所谓能杀人者，必能生人也。若但知武事，不谙医伤，是即谓之死手，其技虽精，实无足取也。习武者固宜兼治伤科，而为伤科者，亦必兼治武术。因伤科一道，固非如寻常内科之仅待安睡汤药而治病也，接骨上骱，固有赖于武力，而涤伤打筋，亦全恃乎手法。若不谙武术之人，遇寻常内伤，固可依照成法，施以药石，对症无误，即可见效；若遇筋断骨折等伤，必须用手法者，力量既感不足，而于一筋一骨之构造，亦不了了，必且束手无策矣。既强作解人，而勉强施术，亦必不能得良好之结果，甚且反因此而发生意外之危险。故凡世之以伤科著名者，类皆武术名家，此非无因也。”“须知医伤，治伤科者，必治武事，互相为用，始免舛误。伤科对于其它武术如此，而对于擒拿一法，尤当特加注意。因擒拿一法，其最主要者，即人身内部之构造，必先详知。然后可以出手制胜，其对于一筋一骨之部位构造，必深知之，纵极小者，亦不稍遗漏，尤注意关节。”这就把武术、

擒拿与正骨、按摩之间的关系说的一清二楚了。

擒拿术十分注重人体解剖学，不仅如此，还要认真学习和掌握人体动态（运动）解剖学。这是因为人体最易受到损伤的是各个关节。关节是由肌腱、筋膜、关节囊、滑液囊等软组织将骨骼与骨骼加以连接和固定，其关节的稳定性依赖这些软组织的收缩与舒张，关节处于某种运动体态时；一部分软组织收缩而另一部分软组织舒张。因此当运动体态超过正常范围或外力过于强大，使软组织在运动状态中失去相对的平衡，立即引起肌腱的滑脱、撕裂、关节脱位或半脱位等，轻者出现痠麻胀痛，重者失去功能活动。如遇此等损伤，只有用手法使之复位，复位时除了要掌握运动解剖学肌腱等软组织的收缩、舒张等情况以及运用力学关系确定力点、力矩、力臂使之恢复到原来的位置外，关键的一点是使关节、肌腱离开脱位、滑脱的位置，只有这样才能使之恢复到原来的解剖位置上。要想达到这一目的就要使用拔伸牵引的手法，沿着生理角度移动。拔伸牵引时，就需要医生一手握住伤肢的近端，一手拿住伤肢的远端相对用力。这种手法实际上就是出自武术的擒拿术。

所以，学习擒拿术后，必须学习按摩；学习按摩术后，不可不学擒拿，二者有不可分割的关系。

按摩术中的一个流派“捏筋拍打按摩法”源于少林武术中的《易筋经》，原为武术界人士所掌握，后流传于山东、河南、河北、东北等地。世代相传，但缺乏文字记载，均凭口传心授，弟子相习，乃至后来残缺不全，几至淹没。

《易筋经》历史悠久，最初起源于北魏，距今大约有1400多年。“易筋”的含义据《易筋经·捏筋总论》称：“易者，变也；筋者，劲也。”也就是改变人体的劲力之意，其意是说练此功后可以改换人体的筋骨，产生强有力的劲力。“今以人功，变弱为强，变挛为长，变柔为刚，变衰为康，易之功也，身之利

也。”

《易筋经》由于历史演变的原因，其流传下来的功法有了许多的衍变和分化，形成了不同的流派。其中有文字记载的有《易筋经》、《易筋经义》、《易筋经外经图说》和解放后由国家体委主编的《易筋经》等。此外，少林寺流传的“铁布衫”“金钟罩”以及天河寺硬气功等都是由《易筋经》演化而来的。

易筋经的锻炼方法分为二种：一种是肢体动作与呼吸的配合，一种是在肢体动作与呼吸配合基础上，用木槌、石袋拍打身体的各个部位。《易筋经外经图说》和国家体委主编的《易筋经》即是前者，《易筋经义》、《少林拳精义》即是后者。“捏筋拍打按摩法”则是自后者衍变而来。

据《易筋经义》、《少林拳精义》记载，练习“金钟罩”、“铁布衫”、“大力金刚掌”等硬气功，当练习到一定姿势和呼吸达到要求时，开始自我或由他人用铁砂、石袋、沙袋、桑木棒等物拍打身体各个部位，以冀练成“钢筋铁骨、善避刀枪”的本领。

《易筋经》认为：“人于形成之初，先天之元气即根于下丹田气穴之中，既生而分半于丹田之心，既长而分流于耳目口鼻、四肢百骸。既壮以后，渐为阴阳所耗，而更重以思虑嗜欲之伤，则乾体愈亏矣。……故行功必先将散于五官百骸之元气，复返于上丹田。”又说：“入内之法，须用石袋，从心口至两肋梢．骨肉之间，脏会之处，密密捣之，兼用揉法，并用打法。如揉继捣复打，如是久久，则膀气与脏气会合，其新入之气与所积充满之气，循循入骨矣。”还说：“督任交通，气充周身……一年通督任，外易筋膜；二年实骨髓，外易皮肉；三年内外合一，而成金刚之体矣。”

这种拍打法的功能。《易筋经》认为：“大部病在脏腑者，服药可以治疗；病在筋络者，服药不可旁通。欲使筋络贯舒，气

血无滞，非行此不为功。”这说明这种功法对于经络系统的疾病具有独特的功能。捏筋拍打虽然作用于体表和四肢，但是可以通过经络气血的运行和传导影响内脏。尤其是对神经系统、血液循环系统（体液代谢、大脑皮层的反射功能）、运动系统等有良好的刺激作用。

按摩对于力的运用分为指力、腕力、臂力、腰力、胯力、足力等等。这些力在运用时必须相互配合，并非单一。只有巧妙配合才能使力达到能刚能柔，刚时力达筋骨，柔时深透肌里。历代按摩名家通过自己的实践普遍认为按摩时必须运用武术的发力技巧，才能配合巧妙。

武术的发力技巧是通过对力的分类选择而确定的。武术力学认为人体的力分为横力、直力、虚力、实力、巧力等。《少林拳术秘诀·通行截手法》中说：“不学之人，虚力多而实力少，有直力而无横力。……横力之练习，以分龙及剪手，习之久则横力生焉；直力则由于吐自腋思为实直，否则虚直而已。”《擒拿法真传秘诀·擒拿法之真谛》中又说：“此法之功用，既异于拳法，又异于各种功夫，质言之，实为专借巧劲以制敌人之法，固非徒恃拙力者所可同日而语也。……所谓巧劲者，于自己原有之实力外，又可借敌人之实力以为己用，即借其力而制之，此所谓四两拨千斤者是也。……所发之力，虽不及百斤，而强敌为摧，不善使劲，虽倍于是，亦不足使敌人折服，皆在于得势与不得势耳。譬如提一物，同一重量之物，提之得势，纵行数里不觉其重，若不得其势，行未数步，即觉其沉滞矣。此理之至显者也。故巧劲可胜实力。”《太极拳浅说》中说：“脊柱作前挺式，浅弓形，则腿部之力经脊柱中部而直达于两臂。其势不顺尤为发劲之阻碍。《行功心解》中力由脊发及气贴背二语即指此功夫而言。”“心为令，气为旗，腰为纛”等都指明力的发出必须讲求一定技巧。

按摩是全凭医者的力发挥治疗作用的。这些力有横力、直力、实力、巧力之分。例如，扳法即为横力，抖法即为实力、巧力，摇法即为横力；上骼即为实力，端法即为直力……。所以在按摩时必须运用武术中的各种发力技巧，使其力或出自腰部，或出自脊骨，或出自身形的变换、招式的更迭……方能使力发出之后恰到好处，快而清脆，慢而绵缠，力不间断，医不气喘。可见按摩与武术的关系甚为密切。

卷　二

八、按摩诊断纲要

按摩诊断的方法首先是根据四诊、八纲、脏腑进行辨证，以便全面正确掌握疾病情况，并进行综合分析，得出较合理的诊断。然后运用按摩手法进行辨证施治，以取得预期效果。

（一）四诊

四诊即望、闻、问、切，是调查了解疾病的四种不同方法，各有其独特作用，不能相互取代。临床运用时，必须将它们有机地结合起来，也就是“四诊合参”，才能全面系统地了解病情，作出正确判断。人体是一个有机的整体，局部病变可以影响全身；而全身的病变也可以在身体的某个局部有所反应。因此，从疾病在人体各个方面的客观表现，进行四诊合参的分析，就可以了解疾病的原因、性质及内在联系。

1.望诊

望诊是通过医生的视觉，直接观察病人的神、色、形、态，藉以推知病情的转变过程。

①望神　“神”是指人体生命活动总的外在表现，亦指精神意识活动。它通常又能反应病情的轻重。若患者临床的症状虽较重，但其面色润泽，目有光泽，神志清楚，肌肉不削，气息均匀，这说明预后是好的；反之，若临床症状虽轻，但面容晦暗，精神萎靡，就是不好的征兆，所以说“望而知之谓之神”。

②望色　“色”是指面部的颜色与光泽。通过观察面部颜色判

断疾病的变化情况，一般是运用五行结合五脏所属，推求病因。若面部苍白，其病在肺，病因属虚寒；面色黄，其病在脾，病因属湿；面部色赤，其病在心，病因属热属火；面部色青，其病在肝，病因郁滞；面部色黑，其病在肾，病因多寒。

③望形态 “形”是指人的外形，“态”是指人的动静姿态，以及与疾病有关的体位变化。通过观察形体的强弱，可知内脏邪正的虚实；从其动静姿态上，如行、卧、言语，可以查知病势的盛衰顺逆。如肥人多痰，易得中风；瘦人多火，易患痨嗽。若在病程中，能自转侧，手足暖和，开目欲见人，属阳证，易治，反之若身体沉重，转侧困难，足冷反踡，闭目不欲见人，属阴证，较难治。

④望二便 大小便是体内排出的废物，从其颜色气味可判断疾病的虚、实、寒、热。若大便稀溏如糜，色深黄而粘。多属肠中有湿热；便稀薄如水样，夹有不消化食物，多属寒湿；便如粘冻，夹有脓血，是为痢疾；色白者为黄胆病；色淡有泡沫，呈酸臭味，多属消化不良。小便黄而量少，为内有湿热；小便红色为尿血；色白量多或遗尿，为肾气虚；若小便黄而红，排尿不畅而刺痛，为膀胱有热，湿热下注之证。

⑤望舌 主要观察舌质和舌苔。从舌质的荣、枯、老、嫩可查知疾病的虚实安危。荣为有生气，有色彩，为善候；枯为无生气，无光泽，为恶候；老为舌质坚敛苍老，属实证；嫩为舌质浮胖娇嫩，属虚证。舌苔，正常者薄白而清净，干湿适中，不滑不燥，或呈现薄白黄苔。有病象者，一般白苔属表，黄苔属里，灰苔属三阴寒证或热证，黑苔主病多危重。至于舌质上的芒刺兼见舌质绛色，不仅邪热炽盛，而且阴分已伤。当然在望诊之前要辨别苔的真假，不要与病人食用有色食物造成的苔色混淆。

⑥望四肢 足或手软弱无力，行动不灵，多属于萎证；一侧手举动不遂或麻木不仁，多为中风偏瘫；一侧手足疼痛而肌肉萎

缩，多为风邪耗血，正虚邪留；项背强直，角弓反张，四肢抽搐则为痉病；手足若振摇不定，是气血俱虚；手热足冷，汗多妄言者，暑湿之病；如抽衣撮空，循衣摸床，或手撒不收者，为危候。

⑦望指纹　在望诊中，诊察小儿指纹，对于临床上辨证诊治也是很主要的。指纹，为浮露于食指掌侧及拇指侧缘之脉络，是为手太阴肺经的一个分支。因而察指纹与诊寸口脉有相似的临床意义，可以补充切脉不足。

指纹分风、气、命三关。食指第一节为风关，第二节是气关，第三节是命关。诊察时，以手指轻轻从命关推向风关，使指纹浮露。正常指纹应红黄相兼，隐约不显，不浮不沉。纹见风关是病邪初入，其病尚轻；纹达气关是邪气正盛；纹透命关，病已危重。指纹色青，主凉风或痛证；色鲜红，为外感表证；色紫红，为热证；色紫黑，为血络瘀闭，病情危重；色淡者，多为虚证；青紫者多见肝热生风，或伤食痰阻，亦主惊痛、抽搐，属实证。指纹浮为表证，沉属里证。

2.闻诊

闻诊包括运用听觉和嗅觉对病人的声音和气味进行检查。听声音，主要是听患者语言气息的高低、强弱、清浊、缓急等变化，以及呼吸、呃逆、嗳气、咳嗽、喘、哮、叹息等音响的异常，以分辨病情的寒热虚实。嗅气味，主要是嗅病人的口气、分泌物与排泄物的异常气味，以鉴别疾病。

①语言　通过语言的情况可以观察体态变化以辨别病情的寒热虚实。如寒证懒言，热证多言。内伤之证，肺气虚损，则声音低怯，前重后轻；外感之证，肺气失调，则声高有力，前轻后重。如语无伦次，声高有力，属实证；语声重浊，反复呢喃，言语无力而断续属虚证。笑骂狂言，登高而歌，弃衣而走，是阳证狂病；言语错乱，精神恍惚，喜怒无常，是阴证癫病。发音初起

声哑，属肺气不宣；久病失音为肺脏亏损。鼾声不醒，手撒遗尿，为中风入脏之证。呻吟不已是痛证。

②呼吸　通过呼吸强弱及呼吸病态可判断疾病，如呼吸气粗为实，为外感气有余；呼吸气微为虚，为内伤正气不足；但久病者，气粗而断续为肺肾之气将绝。气微而昏沉，为热在心包，临床上不可不辨。其他如异常呼吸、喘、哮、叹气等均属病态。

③咳嗽　从咳的声音及兼见症状可鉴别寒热虚实。这是因为咳嗽与肺关系密切，同时与五脏六腑也有关系的缘故。如咳嗽有痰，多为寒咳或痰饮；干咳无痰为燥咳或火热咳嗽；咳而声浊，痰清白，鼻塞，多为外感；咳声不扬、咽干，鼻出热气，多为肺热；咳嗽失音，多为肺痿；咳带痰声，或无力作咳，咳即气促者，为肺气虚。

④呕吐、呃逆　古人认为有声有物的叫“呕”，有物无声的为“吐”，有声无物的是“干呕”。“呃逆”，古称“哕”，俗称“打呃”。呃声高亢而短，响而有力，多属实热；呃声低沉而长，气弱无力，多属虚寒。日常的打呃，呃声不高不低，无其它不适，多为食后偶然触犯风寒，或因咽食急促所致，不属病态。若久病胃气衰败，出现呃逆，声低无力，则属危证。

⑤气味　这是指与疾病有关的气味。口气臭秽，多属胃热，或消化不良，亦见于龋齿，口腔不洁等；口气酸馊多是胃有宿食；口气腐臭，多是牙疳或有内痈。各种排泄物与分泌物包括二便、痰液、脓液、带下等，有恶臭者，多属实热证；略带腥味者，多属虚寒证；如大便臭秽为热；有腥味的属寒；小便臊臭，多为湿热。矢气奇臭，多为消化不良、宿食停滞；咳吐浊痰脓血，腥臭异常的，多为热毒炽盛，瘀结成脓的肺痈。

3.问诊

问诊是通过询问病者及陪诊者，了解病情，作为诊断的资料和依据。如病人的主诉，起病情况及治疗经过与既往病史、患者

生活史、婚姻史、生产史、月经史和现有症状等，均应包括在问诊范围内。

①问寒热　外感与内伤均有寒热，主要鉴别是寒热的情况。如恶寒发热多为表证；寒热往来多为半表半里证；但热不寒多为里证；而但寒无热则可为外感初起、卫气受遏的表证，亦可为里阳不足的阳虚寒证。

②问汗　表邪盛者，得汗即解为佳兆；但发热有汗，而热不从汗解，或有恶热，均属实证；无热漏汗或汗后畏冷，属于阳虚自汗；盗汗者则属阴虚。

③问头身　包括问头痛及身痛。如寒热表证的头痛，属于外感；内伤头痛的气虚头痛，疲劳后加重；血虚头痛，是疼痛连及眼角；身痛遍体，或痛无定位是风重；痛甚者为寒重；痛有重坠感为湿重。

④问二便　是根据大小便的形、色、味来辨证。如便秘兼潮热腹满为实热证；老人便秘或妇人产后便秘多为虚证；大便先干后溏是脾肾阳虚；五更泄泻为肾虚。小便过多，为阳气不足；小便短少为热伤津液；小便频数短赤，多为下焦湿热；小便数而大便硬，多为脾约；小便自遗的为肾虚；小便癃闭是危候。

⑤问饮食　通过病人饮食情况判断其脾胃盛衰及疾病的预后转归。食欲减退或不欲食，胃纳呆滞，多是脾胃功能失常的表现；若食少见于久病，兼有面色萎黄形瘦、倦怠等症者，属脾胃虚弱；食少伴有胸闷、腹胀、肢体困重、舌苔厚腻者，则多是脾湿不运；如厌恶食物或恶闻食臭，即为“厌食”，多见于伤食；食欲过于旺盛，食后不久即感饥饿者，为消谷善饥，往往身体反见消瘦，这是胃火炽盛，腐熟太过所致；有饥饿感，但不想吃，或进食不多者，则是胃阴不足，虚火上扰的饥不欲食证。

⑥问胸腹　胸腹的疾病很多，但一般气郁的胸闷，经叹息或嗳气后舒散；阳气虚的胸闷，则见短气，呼吸不畅；腹部拒按为

实，喜按为虚。小儿腹痛应注意虫积、食积；妇人腹痛，应多注意经、带、胎、产之病。

⑦问耳目与睡眠　耳为肾窍，属厥阴。暴聋者为气火上冲；久聋，耳中如蝉鸣为肾虚；目痛如针刺兼头痛，多为心经热毒上攻。目昏为气血虚弱；雀盲为肝虚；失眠而气喘不宁者，为水停心下，胃气不和；失眠而精神恍惚，为心血不足；睡而兼身重的是湿重；神倦肢懒，而多卧者为气弱。

⑧问月经情况　妇女有月经、带下、妊娠、产育等生理特点，即使对一般疾病也应当了解上述几方面情况，尤其是月经及带下情况。

⑨问小儿　问小儿病情比较困难，有的本人叙述不清，有的不能自述，所以主要依靠询问亲属。问小儿病，除了一般问诊的有关内容外，还要询问出生前后（包括孕期和哺乳期）的情况，是否患过麻疹、水痘，有无高烧、惊厥史，曾作过哪些预防接种，有无与传染病患者接触，采用什么喂养方法，走路、学语迟早，以及父母健康情况，有无遗传疾病，兄弟姐妹有无特殊的疾患等。

4.切诊

切诊，包括脉诊和按诊两部分，是医者运用指端触觉在病者一定部位进行触、摸、寻、压，以了解病情的方法。

①脉诊　又称“切脉”、“按脉”或“持脉”，是医生了解人体脏腑疾病及内在变化的一种诊断方法。诊脉部位一般应用“寸口诊法”，即切按病人挠动脉腕后表浅部位（寸口）。寸口又分寸、关、尺三部，掌后高骨（挠骨茎头）的部位称为“关”，关前为“寸”，关后为“尺”，两手各有寸、关、尺三部，共为六脉，左寸候心，左关候肝，左尺候肾，右寸候肺，右关候脾，右尺候命门。

正常脉象为一息（一呼一息）脉来四至，脉象和缓有力，从

容有节，不快不慢，并随生理活动和气候环境的不同而有相应的正常变化。

病脉分浮、沉、迟、数、虚、实、滑、弦、细、缓、结、促等脉。

浮脉：主表证。脉浮有力称表实，无力为表虚。浮迟风寒，浮数风热，浮滑风痰，浮结风湿。

沉脉：主里证。脉沉有力为里实，无力是里虚。沉迟痼冷，沉数内热。

迟脉：主脏、主里证。脉迟有力为冷积，无力则阳虚。浮迟表冷，沉迟里寒。

数脉：主腑、主热证。脉数有力是实热，无力为虚热。浮数表热，沉数里热。

虚脉：主气血两虚，多见于气虚。

实脉：主邪气实而正气虚。

滑脉：主痰食内积、实热。

弦脉：主肝、胆病，疼痛，痰饮。弦数多热，弦迟多寒。

细脉：主气血两虚，诸虚劳损，又主湿病。

缓脉：主脾胃病，为湿邪致病。

结脉：主阴盛气结，血瘀。

促脉：主阳热亢盛，气滞血瘀，或痰食停滞。

涩脉：主气滞血瘀，血虚。

②按诊　是对病人的肌肤、手足、脘腹及其它病变部位施行触摸按压，以测知局部冷热、软硬、压痛、痞块或其它异常变化，从而推断疾病的部位和性质的一种诊病方法。

按肌表：主要是审察肌表的寒热、荣枯、润燥以及肿胀等。轻触肌表，可以察皮肤的润燥，了解病人有汗无汗和津液是否损伤。如皮肤润泽的，多属津液未伤；干燥或甲错的，多属津液已伤，或内有干血。重手扪按，审察肿胀，可以辨别水肿和气肿。

重手按之不能即起，凹陷成坑的是水肿，按之凹陷，手举即起的是气肿。

按手足：主要是察寒热。诊手足温凉，可判断阳气的盛衰。手足俱冷，多是阳虚寒盛；手足俱热，多为阳盛热炽。按掌心与掌背温凉，可测知病属外感或内伤。手心热盛，多为内伤；手背热盛，多属外感。

按脘腹：主要是通过轻触表面，察皮肤的润燥；触压局部，了解有无痛感；重手推按，审其软硬，以辨别脏腑虚实和病邪性质及其积聚的程度。如右侧少腹部按之疼痛，尤以重按后突然放手而疼痛更为剧烈的多是肠痈。

按俞穴：俞穴是经络气血在身体表面聚集、输注或通过的重点部位，也是五脏六腑之气所转输的地方。它通过经络的联系，对机体内部脏腑的生理病理变化产生一定反应。因此按俞穴，了解俞穴的变化与反应，可以作为诊察内脏疾病的依据之一。如肺病可在肺俞穴摸到结节或在中府穴有压痛；肝病在肝俞和期门穴有压痛；胃病在胃俞和足三里穴有压痛。

（二）辨证

辨证，就是分析、辨认疾病的证候。证候不同于症状。症是一个一个症状，如头痛、咳嗽；而证是证候，它是机体在疾病发展过程中某一阶段出现的各种症状的概括。因此，辨证过程实际上就是以脏腑、经络、病因、病机等基本理论，对通过四诊所获得的症状、体征等临床资料进行综合分析，辨明其内在联系和各种病变间的相互关系，从而作出诊断的过程。因此，辨证是认识疾病，决定治疗的前提和依据，是中医理、法、方、药在临床运用最重要的一个环节。

辨证的方法比较多，都是在长期临床实践中形成的，分别为八纲辨证，脏腑辨证、气血辨证、卫气营血辨证、三焦辨证。这些辨证方法，虽各有特点，对不同疾病的诊断各有侧重，但又是

互相联系和互相补充的。

1.八纲辨证

八纲即指阴、阳、表、里、寒、热、虚、实八类证候。通过四诊取得的材料进行综合分析，进而用阴、阳、表、里、寒、热、虚、实这八类证候归纳，说明病变的部位、性质以及病变过程中正邪双方力量对比等情况的辨证方法，就是八纲辨证。由于八纲是从各种辨证方法中概括出来的，因而它又是各种辨证的总纲，在诊断疾病过程中，有执简驭繁、提纲挈领的作用，适用于临床的各种辨证。

疾病的表现尽管极其复杂，但基本上可用八纲归纳。如疾病的类别可分阴证和阳证；病位的深浅可分表证和里证；疾病的性质可分寒证与热证；邪证的盛衰，可分虚证和实证，这样，运用八纲辨证就能将错综复杂的临床表现，归纳为阴阳、表里、寒热、虚实四对纲领性证候，从而找出疾病的关键，确定类型，判断预后，为治疗指出方向。由于阴阳两纲又可以概括其它六纲，即表、热、实证为阳；里、寒、虚为阴，故阴阳又是八纲中的总纲。

总之，八纲反映了病变过程中各种矛盾的几个方面，但在临床应用上它们又是相互联系不可分割的。如辨别表里，必须与寒热虚实联系、辨别虚实又必须与表里寒热联系。同时，在一定条件下，证候的性质还可以出现不同程度的转变，如表证入里，里证出表；寒证化热，热证转寒，实证转虚，因虚致实等。当然在疾病发展的一定阶段中，还可能出现某些与疾病性质相反的表现，如真热假寒，真寒假热，真实假虚等。因此通过八纲辨证，熟练地掌握八证的特点，密切注意它们之间的相互联系，是全面地认识疾病、诊断疾病的关键。

①表里辨证　表里是辨别疾病病位内外和病势深浅的纲领。

表证，是病位浅，在于外（肌肤）的一类证候，一般是指六

淫（风、寒、暑、湿、燥、火）之邪从皮毛、口鼻侵入人体而引起外感病的初起阶段。因此表证往往具有起病急，病程短的特点；里证是病位深，在于内（脏腑、骨髓）的一类证候。它是与表证相对而言，即凡非表证的皆为里证。

表证的临床表现是以发热恶寒（或恶风）、舌苔薄白、脉浮为主，兼见头身疼痛、鼻塞、咳嗽等症状；里证包括的范围比较广泛，具体内容详见虚实寒热辨证及脏腑辨证等有关章节。

表证主要成因是由六淫之邪侵犯人体引起。当六淫邪气客于皮毛肌表，阻遏卫气的正常宣发，使卫外功能受到阻碍，肌表不能得到正常的濡煦。肺主皮毛，皮毛受邪而引起肺气宣降失常；邪气郁于经络，使气血流行不畅。正气与邪气相争于表，因此出现了发热、恶寒、头痛、咳嗽、脉浮等表证。

里证的范围极广，但不外三个成因，即表邪入里而成里证；外邪直接侵犯脏腑而成；情志内伤，饮食劳倦等因素，直接影响脏腑，使脏腑功能失调而出现的种种病证。

表证和里证在临床上虽表现证候极不相同，但它们的关系非常密切，一是表证可以入里，里证也可以出表。在一定的条件下，表证不解，内传入里，出现里证，即为由表入里；某些里证，病邪从里透达于表，则为由里出表。这种转变的发生，主要取决于邪正双方斗争的情况，一般说表证入里则表示病势加重，里证出表反映了邪有出路，病势减轻。二是表里同病。表里同病是指表里证在同一时期出现。这种情况的出现，除初病即见表证又见里证外，多因表证未罢，又及于里；或本病未愈，又兼标病，如本有内伤，又加外感，或先有外感，又伤饮食之类。

②寒热辨证　寒热是辨别疾病性质的两个纲领。寒证与热证反映机体阴阳的偏盛偏衰。机体阳气不足而阴盛或感受寒邪所表现的为寒证；机体阳气偏盛或感受热邪所表现的是热证。所谓“阳盛则热，阴盛则寒”（《素问·阴阳应象大论》）、“阳虚

则外寒，阴虚则内热”（《素问·调经论》）即是此意。

寒证，是感受寒邪，或阴盛阳虚所表现的证候，多因外感阴寒之气，或因内伤久病，阳气耗伤，或过食生冷寒凉、阴寒内盛所致。寒证分表里虚实之寒证。

虽然各类寒热证表现不尽一致，但常见寒证有：恶寒喜暖，面色皖白，肢冷蜷卧，口淡不渴，痰涎，涕清稀，小便清长，大便稀溏，舌淡苔白面润滑，脉迟或紧。热证可见：发热喜凉，口渴饮冷，面红目赤，烦躁不宁，小便短赤，大便燥结，舌红苔黄而干燥，脉数。寒证多由外感阴寒之邪或因内伤久病，阳气耗伤，阴邪内盛所致。而热证则由外感火热之邪，或因七情过激，郁而化火；或饮食不节，积蓄为热；或房室劳倦、劫夺阴精、阴虚阳亢所致。

临床上辨别寒热，不能孤立地根据某一症状作判断，应对疾病的全部表现综合观察，才能得出正确的结论。尤其是对口渴与不渴、面色、四肢、二便、舌苔、脉象等几方面进行区别寒证与热证。虽然寒热证具有阴阳盛衰的本质区别，但又是互相联系的。它们既可以在一个病人身上同时存在，表现为寒热错杂的证候；又可以在一定条件下相互转化，出现寒证化热、热证转寒的情况，还可出现真热假寒、真寒假热等表现。为了在临床上更准确地辨别寒热必须认真区别这几种关系。

寒热错杂可见有上热下寒、表寒里热、表热里寒的证候。而寒热的转化要具备一定的条件，关键要看邪正双方的力量对比。如，由寒化热是人体正气充实，阳气亢盛，邪气才能从阳化热。若里为热证，正邪斗争结果正不胜邪，阳气耗伤，则热证也要转化为寒证。疾病发展过程中，特别是病情危重的阶段，还会出现真热假寒或真寒假热的证候。“真”表示疾病的本质，而“假”则是疾病发展到一定阶段的一种假象。

寒证、热证与表里相互联系，可形成多种症候，除上述表寒

里热、表热里寒二证之外，临床上常见的还有表寒、表热、里寒、里热等症候。

表寒证可见恶寒重、发热轻、头疼身痛、无汗、苔薄白、脉浮紧等证。这是因寒邪侵袭肌表所致。表热证则见发热、微恶风寒、头痛、口干微渴、或有汗、舌边尖红赤、脉浮数等证。这些证候的出现是由于温热病邪侵犯肌表所致。里寒证在临床上表现为形寒肢冷、面色㿠白、口淡不渴，或渴喜热饮、小便清长、大便稀溏、舌淡苔白、脉沉迟。这反映了寒邪直中脏腑，或阳气虚衰。而里热证所表现的症状则是面红身热、口烦渴、喜饮冷水、烦躁多言、小便黄赤、大便干结、舌质红、苔黄、脉数。里热证多为外邪传里化热，或热邪直中脏腑致使里热炽盛而出现的。

③虚实辨证　虚实是辨别邪正盛衰的两个纲领。虚指正气不足，实指邪气盛实。病证既有虚实之分，而虚实又与表里寒热相联系，故其证候的出现亦比较复杂。所以通过虚实辨证，可以掌握病者邪正盛衰的情况，为治疗提供依据，即实证宜攻，虚证宜补。

虚证的形成有先天不足和后天失调两个方面，但以后天失调为主。如饮食失调，七情劳倦，房室过度或久病失治误治，都可以形成虚证。虚证包括阴、阳、气、血、精、津以及脏腑各种不同的虚损。由于各种虚证的临床表现极不一致，很难全面概括，在此仅介绍虚证中常见的两类表现。常见有：面色淡白或微黄，精神萎靡，身疲乏力，心悸气短，形寒肢冷，自汗，大便滑脱，大便失禁，舌淡胖嫩，脉虚沉迟或五心烦热，消瘦颧红，口咽干燥，盗汗潮热，舌红少苔，脉虚细数。这两大类证状的出现主要是伤阴伤阳即以阳气虚和阴血虚为主的表现。

实证是由邪气过盛而反映于临床的一类证候。一般说来实证虽是邪气过盛，但正气犹能抵抗，未到亏损的程度，故实证往往表现为邪正斗争的激烈阶段。实证的形成是由于外邪侵入人体，

致使内脏功能失调，代谢发生障碍，以致痰饮、水湿，瘀血等病理产物停留在体内，从而出现发热、腹胀痛拒按、胸闷烦躁，甚至神昏谵语、呼吸喘粗、痰涎壅盛、大便秘结、小便不利、脉实有力、舌苔厚腻等证。

虚证和实证，虽有正气不足和邪气过盛的本质区别，但邪正虚实之间，又是相互联系，相互影响的。临床可见到虚实夹杂（即虚实错杂）、实证转虚、因虚致实（即虚中挟实）、虚实真假疑似证等。这些证候在临床上是比较多见的，应认真辨证。只有认证准确，方能正确施治。

前面讨论了表里寒热，而虚与实又通过表里寒热几个方面表现出来，形成多种证候，临床常见的有表虚表实、里虚（包括虚寒、虚热）里实（包括实寒、实热）等。表实表虚证是由外邪侵袭肌表所致。寒邪侵袭肌表，邪正交争剧烈，腠理密闭而出现无汗、头身疼痛、脉浮紧等为表实证；因风邪犯卫、营卫不和、肌腠疏松而出现恶风、汗出、脉浮缓等为表虚证。虚寒证是由体内阳虚生寒所致。临床表现可见畏寒肢冷，腹痛喜按，精神不振，大便稀薄，小便清长，少气乏力，脉微或沉迟无力；实寒证则是寒邪过盛，因遏阻阳气所致，临床表现为恶寒肢冷，腹痛拒按，大便秘结，痰多喘促，苔白厚腻，脉沉伏或弦紧无力。虚热泛指阴阳、气、血不足而引起的发热，皆属阴液内耗，虚热内生所致。虚热证可见潮热、盗汗、消瘦、五心烦热、口燥、咽干、舌红少苔、脉细数；而实热则由热邪炽盛所致，临床表现为壮热烦渴、神昏谵语、腹胀满痛拒按、尿赤、便干、苔黄、脉洪数滑实。

④阴阳辨证　阴阳是辨别疾病性质的总纲领。《素问·阴阳应象大论》说："善诊者，察色按脉，先别阴阳。"《类经·阴阳类》说："人之疾病，……必有所本，或本于阴，或本于阳，其本则一。"指出证候虽然复杂多变，但总不外阴阳两大类别、

而诊病之要也必须首先辨别其属阴属阳。既然阴阳是八纲辨证的总纲，从这个意义上说可以概括其它六个方面：即表热实为阳证，里寒虚为阴证，其具体的症状表现及病因病机、治疗都已在上述六纲中阐述，不再重复，需注意的是，临床习惯上所说的阴证实指虚寒证，而阳证则指实热证。

阴阳本身的病变，即阴阳的相对平衡遭到破坏所引起的病变，除前面介绍的寒证、热证之外，还有阴虚、阳虚、亡阴、亡阳等证候。阴虚与阳虚是机体阴阳亏损而导致的阴不制阳、阳不制阴的证候。故阴虚证的临床表现除见形体消瘦、口燥咽干、眩晕、失眠、脉细等阴液不足的证候外，还常伴见五心烦热、潮热盗汗、舌红绛、脉数等阴不制阳、虚热内生的证候。而阳虚证，除见神疲乏力、少气懒言、蜷卧嗜睡、脉微无力等气虚证候外，还兼见畏寒肢冷、口淡不渴、尿清便溏或尿少肿胀、面白舌淡等阳不制阴、水寒内盛的证候。亡阴亡阳是属于疾病过程中危重证候，大都在高热大汗，剧烈吐泻、失血过多等阴液或阳气迅速亡失的情况下出现。但亡阴之汗，汗热而粘，兼见肌肤热，手足温，口渴喜饮，脉细数疾，按之无力等阴液欲竭的症状。亡阳则是大汗淋漓，汗清稀而凉，兼见肌肤凉、手足冷、口不渴、喜热饮、蜷卧神疲、脉微欲绝等阳气欲脱的症状。由于阴阳互根，阴竭则阳气无所依附而散越；阳亡则阴无以化生而告竭，所以亡阴与亡阳，难于截然分开，只是有先后主次的不同而已。

2.脏腑辨证

脏腑辨证　是根据脏腑的生理功能、病理表现，对疾病证候进行分析归纳，借以推究病机，判断病变的部位、性质、邪正盛衰状况的辨证方法，是临床各种诊断的基础，是辨证体系中的重要组成部分。临床上虽然辨证方法很多，各具特点，但要确切地辨明疾病的部位、性质，并指导治疗都必须落实在脏腑上。如八纲辨证、六经、卫气营血、三焦辨证等虽各有辨证特点，但所辨

疾病的病理变化，都与一定脏腑的阴阳、气血失调有关。甚至某些病变就在某一脏腑。因此说，脏腑辨证是其它各种辨证的基础。

脏腑辨证是根据不同脏腑的生理功能及其病理变化来分析病证的，所以熟悉各脏腑的生理功能及其病变规律，是掌握脏腑辨证的基础。如咳喘，根据肺主气、司呼吸的生理功能和肺失宣降气逆而作咳喘的病变特点，即可以初步诊断为肺脏的病变。继而以病因辨证确定病邪属性，用八纲辨证来分辨病变的寒热虚实，最后才能作出脏腑证候的确切诊断。但脏腑之间的联系是密切的，因此在辨证时一定要从整体观念出发，注意脏腑间的联系和影响，把握住病变的全局，抓住主要矛盾。

①心与小肠病辨证　心主血脉、藏神、开窍于舌，与小肠相表里，故凡表现为血脉及神志异常（如心悸、失眠、神昏、发狂等），应考虑心的病证。心的病证有虚有实，虚为气血阴阳不足，实证为火热痰瘀等邪气的侵犯。

心气虚和心阳虚多由于久病体虚，暴病伤阳耗气，年高脏气衰弱，禀赋不足所致。临床表现的共同点为：心悸，气短，活动时加重，脉细弱或结代。若兼见面色皖白、神疲体倦、自汗、舌淡苔白等证为心气虚；如兼见畏寒、肢冷不温、面色滞暗、心胸胁痛或作痛、舌淡紫暗而胖嫩，是为心阳虚；若见大汗淋漓、四肢厥冷、口唇青紫、呼吸微弱、脉微欲绝、神志模糊、甚则昏迷，多是心阳虚脱的征兆。

心血虚与心阴虚是指心血不足和心阴亏虚，不能濡养心脏而表现的证候。常由久病耗损阴血，或失血过多，或阴血生成不足，或情志不遂，气火内郁，暗耗阴血等因素引起的，而心悸、健忘、失眠、多梦是心血虚与心阴虚的共有证候，心血虚可兼见眩晕，面色不华，唇舌色淡，脉细弱，心阴虚则兼见五心烦热、盗汗、口咽干燥、舌红少津、脉细数等证。

心火亢盛证是心火内炽所表现的证候。多因七情郁结、气郁化火或火热之邪内侵神明，或过食辛热、温补之品所致心火上炎而内扰，临床表现心烦、失眠、面赤口渴、口舌生疮、溲黄便干、舌红脉数，甚则狂躁谵语。心火亢盛证与心阴不足证都能反映心病的常见症状和热象。但前者属实，后者属虚，有本质的不同，应注意鉴别。

痰迷心窍多因七情所伤，或感受湿浊邪气，阻塞气机，以致气结而痰疑阻闭心窍，多见神识痴呆、精神抑郁，或神志昏蒙、举止失常、喃喃自语，或昏倒于地、不省人事、喉中痰鸣、舌苔白腻、脉缓而滑。痰火扰心则因气郁化火，煎熬津液成痰，痰火扰犯心神，上扰清窍或外感热病邪热挟痰内陷心包而出现心烦口渴、不寐多梦、面赤气粗、便秘尿赤，重者有胡言乱语、哭笑无常、狂躁妄动等证。

心血瘀阻证多继发于心气虚和心阳虚病证。由于阳气亏虚，无力温运血脉，以致血行不利，进而形成瘀血阻滞心脉。临床表现为心悸怔忡、心胸憋闷或刺痛，痛引肩背内臂，时发时止，且舌质暗紫，或见瘀点瘀斑、脉细涩或结代，重者暴痛欲绝，口唇青紫，肢厥神昏，脉微欲绝。

小肠实热证是小肠里热炽盛所表现的证候，多由于心热下移于小肠出现心烦口渴、口舌生疮、小便赤涩、尿道灼痛、尿血、舌红苔黄、脉数。

小肠的常见病证除小肠实热证外，尚有小肠虚寒、小肠气痛。两证分别见于“脾阳虚”和“寒滞肝脉”的辨证中。

②肺与大肠病辨证　肺主气，司呼吸，主宣发肃降，通调水道，外合皮毛，开窍于鼻。大肠主传导，排泄糟粕。肺与大肠相表里，故呼吸不畅，喘息少气，咳吐痰血皆为肺之病变。而泄泻与便秘，皆属大肠传导功能失常。

肺的病证有虚实之分，虚证多见气虚和阴虚；实证多由风寒

燥热等邪气侵袭或痰浊犯肺所致。

肺气虚证、多因久咳久喘耗伤肺气或因气之化生不足，以致其主气的功能减弱而出现神疲少气、咳喘无力、动则气喘、声音低怯、自汗怕冷、面色㿠白、舌质淡、脉虚弱。

肺阴虚证：多为劳损所伤，或久咳耗伤肺阴而出现干咳短气、痰少而稠，或咳痰带血、口咽干燥、声音嘶哑、形体消瘦，甚则午后潮热、五心烦热、盗汗、颧红、舌红少津、脉细数。

寒邪犯肺证：多因外感寒邪内合于肺，兼表证者为风寒束表，无表证者则为寒邪犯肺。风寒束表，肺卫失宣，可见寒热身痛，鼻塞流涕，风寒犯肺，肺失宣降，可见咳嗽、气喘、痰色稀白、口不渴、舌苔薄白、脉紧。

热邪壅肺：多由于外感温热之邪或风寒犯肺，郁而化热致邪热犯肺，肺失清肃而出现咳喘息粗、咯吐黄稠痰、咽痛口渴、或见发热、微恶风寒、胸痛、咳吐脓血、便秘溲赤、舌红苔黄、脉数。

燥邪犯肺证：多因秋令感受燥邪，而耗伤肺津所致，亦有由风温诸邪伤津化燥而出现干咳少痰、痰粘难咯，或喘咳唾白沫、鼻燥咽干、咳甚胸痛、舌干苔薄而少津、脉细数，或兼见发热恶风寒、头痛等表证。

痰湿阻肺证：常因感受风寒湿邪，或咳喘日久，导致肺不布津、聚为痰湿而使肺失宣降，或脾气素虚，湿聚成痰，上渍于肺而出现咳嗽痰多，色白且稀，易于咯出，胸痛，或见气喘痰鸣、舌淡苔白腻、脉弦滑或濡缓。

大肠湿热证：多见于夏秋之际。由于暑湿之邪侵犯胃肠，或因饮食不节，过食生冷与不洁之物，湿热蕴结大肠而发病。临床表现为腹痛、下利脓血、里急后重，或暴注下泄、肛门灼热、口干不欲饮、小便短赤，或伴有恶寒发热，舌红苔黄腻、脉滑数。

大肠液亏证：由于大肠燥热耗伤津液，或胃阴不足不能下及

大肠，而导致大肠液亏而出现大便秘结干燥，难于排出，需数日一行，且舌红少苔黄燥、脉细涩，亦常见头晕，口臭等证。本证多见于老年人及妇女产后或热病后期。

⑭脾和胃病辨证　脾主运化又主统血，胃主受纳，腐熟水谷。脾与胃互为表里，脾升胃降，燥湿相济，共同完成食物的消化、吸收与输布，为气血生化之源，后天之本。脾胃病证有虚有实。脾以虚证为多，胃以实证常见。脾病的常见症状为腹胀腹痛、泄泻便溏、浮肿、出血等。胃病多见脘痛、呕吐、嗳气、呃逆等证。

脾气虚证：是脾气不足，运化失健所表现的证候，多因饮食失调、劳累过度或其它慢性疾患耗伤脾气引起的。纳少、腹胀，（饭后尤甚）、大便溏薄、少气懒言、肢体倦怠、消瘦、面色萎黄或㿠白、舌淡苔白、脉缓弱。

脾阳虚证：多由脾气虚发展而来，亦可因过食生冷食物、过用寒凉药物而使脾阳虚衰、阴寒内盛，出现腹胀、纳少、腹痛拒按、大便溏薄清稀、四肢不温，或肢体困重，或周身浮肿、小便不利，或白带量多质稀、或舌淡胖、苔白滑、脉沉迟无力。脾阳虚证由于寒象明显，胃阳也虚，又称“脾虚寒证”或“脾胃虚寒证”。

脾气下陷证：由于脾气亏虚，升举无力而反下陷。本证多由脾气虚进一步发展而来，或久泄久痢，或劳累过度导致出现脘腹重坠作胀，食入益甚；或便意频数，肛门坠重；或久痢不止，甚或脱肛；或子宫下垂；或小便混浊如米泔，伴见气少乏力、肢体倦怠、声低、懒言、头晕、目眩、舌淡苔白、脉沉细或迟弱。

脾不统血证：由于脾气亏损，或久病脾虚，或劳倦伤脾使之不能统摄血液而出现便血、尿血、肌衄、齿衄，或妇女月经过多、崩漏等，常伴有食少便溏、神疲乏力、少气懒言、面色无华、舌淡苔白、脉细弱等证。

寒湿困脾证：由于饮食不节，过食生冷，淋雨涉水，居住潮湿以及内湿素盛而致寒湿内盛，中阳受困而出现脘腹痞闷胀痛、食少便溏、泛恶欲吐、口淡不渴、身重、面色晦黄，或肌肤面目发黄，黄色晦暗如烟熏，或肢体浮肿、小便短少、舌淡胖苔白腻、脉濡缓。

湿热蕴脾证：由于感受湿热之邪，或过食肥甘酒酪，酿湿生热而使湿热内蕴中焦，出现腹部痞闷、纳呆呕恶、便溏尿黄、肢体困重，或面目肌肤发黄，色泽鲜明如桔子，或皮肤发痒、身热起伏、汗出热不解、舌红苔黄腻、脉滑数。本证是以脾的运化功能障碍和湿热内阻所表现的症状为诊断依据。

胃阴虚证：胃病久延不愈或热病后期阴液未复，或平素嗜食辛辣，或情志不遂、气郁化火导致胃阴耗伤、胃阴亏虚证状。临床表现为胃脘隐痛、饥不欲食、口燥咽干、大便干结或脘痞不舒，或干呕，呃逆、舌红少津、脉细数。

食滞胃脘证：饮食不节，暴饮暴食或脾胃素弱运化失健，导致饮食物内停胃脘，不能腐熟而出现胃脘胀闷，甚则疼痛、嗳气吞酸或呕吐酸腐食物吐后胀痛得减，或矢气便溏，泻下物酸腐臭秽，或舌苔厚腻、脉滑。

胃寒证：多由腹部受凉、过食生冷，或劳倦伤中、复感寒邪而致阴寒凝滞，胃腑出现胃脘疼痛，轻则绵绵不已，重则拘急剧痛，遇冷加剧，得温则减，口淡不渴，或伴见神疲乏力，肢凉喜暖，食后痛减，或伴见胃脘水声漉漉、口泛清水、舌淡苔白滑、脉迟或弦。

胃热证：素喜食辛辣肥腻之物。辛辣肥腻之物化热生火，或情志不遂、气郁化火，或邪热犯胃致胃中火热炽盛的证候。临床表现胃脘灼痛、吞酸嘈杂，或食入即吐，或渴喜冷饮、消谷善饥，或牙龈肿痛溃烂、齿衄、口臭、大便秘结、小便短赤、舌红苔黄、脉滑数。本证以胃病常见症状和热象共见为审证要点。

④肝与胆病辨证　肝主疏泄，又主藏血，喜条达而恶抑郁，主筋，开窍于目，其华在爪，与胆相表里。肝的病证有虚实之别。虚证多见血亏及阴伤；实证多见气郁火盛以及寒邪、湿热之邪的侵扰。肝病的常见症状是胸胁少腹胀痛窜痛、烦躁易怒、头晕胀痛、肢体震颤、手足抽搐，以及目疾、月经不调、睾丸胀痛等。胆病常见口苦、发黄、惊悸、失眠等。

肝气郁结证：由于情志抑制，或突然的精神刺激以及其它病邪侵扰，导致肝失疏泄、气机郁滞，出现胸胁或少腹胀闷窜痛、胸闷喜太息、情志抑郁、易怒，或咽部梅核气、颈部瘿瘤或见腹部症瘕。妇女可见乳房作胀疼痛、痛经、月经不调，甚则闭经。

肝火上炎证：由于情志不遂、肝郁化火，或热邪内犯，引起肝经气火上逆，出现头晕胀痛、面红目赤、口苦咽干、急躁易怒、不眠或恶梦纷纭、胁肋灼痛、便秘溲黄、耳鸣如潮，或耳内肿痛流脓，或吐血衄血、舌红苔黄、脉弦数。本证一般是以肝脉循经部位的头、目、耳、胁表现的实火炽盛症状作为判断依据。

肝血虚证：多因脾肾亏虚、生化之源不足，或慢性病耗伤肝血，或失血过多而致肝脏血液亏虚所表现的证候。临床表现为眩晕耳鸣、面白无华、爪甲不荣、夜寐多梦、视力减退或成雀盲，或见肢体麻木、关节拘急不利、手足震颤、肌肉瞤动，妇女常见月经量少、色淡，甚则经闭，舌淡苔白脉弦细。本证是以筋脉、爪甲、两目、肌肤等失血濡养以及全身血虚的病理现象为审证要点。

肝阴虚证：多由情志不遂、气郁化火，或温热病后期耗伤肝阴导致肝脏阴液亏虚，出现头晕耳鸣、两目干涩、面部烘热、胁肋灼痛、五心烦热、潮热盗汗、口咽干燥，或见手足蠕动、舌红少津、脉弦细数。本证以肝病症状和阴虚证共见为诊断依据。

肝阳上亢证：由于肝肾阴虚，肝阳失潜，或恼怒焦虑、气火内郁、暗耗阴津、阴不制阳而致水不涵木、肝阳偏亢所表现的证

候。临床表现为眩晕耳鸣、头目胀痛、面红目赤、急躁易怒、心悸健忘、失眠多梦、腰膝酸软、头重足飘、舌红脉弦有力，或弦细数。本证以肝阳亢于上，肾阴亏于下的证候表现作为辨证要点。

肝风内动证：由于热邪亢盛、燔灼肝经、热陷心包而致高热烦渴、抽搐项强、两目上翻、角弓反张、神志昏迷，或舌红苔黄、脉弦数。本证是以患者出现眩晕欲扑、抽搐、震颤等具有“动摇”特点的证状为辨证依据。

寒滞肝脉证：由于感受寒邪，致寒邪凝滞肝脉而出现少腹牵引睾丸坠胀冷痛，或阴囊收缩引痛，遇寒则痛甚，得热则痛减，舌苔白滑，脉沉弦或迟。本证以少腹及牵引睾丸坠胀冷痛为主要表现。

肝胆湿热证：因感受湿热之邪，或偏嗜肥甘厚腻酿湿生热，或脾胃失健，湿邪内生，郁而化热，导致湿热蕴结肝胆而出现胁肋胀痛灼热，或有痞块、厌食腹胀、口苦泛恶、大便不调、小便短赤、舌红苔黄腻、脉弦数，或寒热往来，或身目发黄，或阴囊湿疹，瘙痒难忍，或睾丸肿胀热痛，或带下黄臭，外阴瘙痒等证。本证是以右胁肋部胀痛、纳呆、尿黄、舌红苔黄腻为辨证要点。

胆郁痰扰证：由于情志郁结、气郁痰生、痰热内扰、胆失疏泄、胃失和降而出现头晕目眩、耳鸣、口苦呕噁、烦躁不寐、惊悸不宁、胸闷喜太息、舌苔黄腻、脉弦滑。本证一般以头晕目眩、耳鸣或惊悸不寐、烦躁不安、舌苔黄腻为审证要点。

⑤肾与膀胱辨证：肾为先天之本，主藏精，主骨；生髓通于脑，又主水液，主纳气，开窍于耳与二阴，其华在发，与膀胱互为表里。肾中藏有元阴元阳，为人身生长发育的根本。因此肾的病证，皆属元阴元阳的耗伤。肾多虚证，有肾阳虚、肾阴虚、肾精不足、肾气不固，肾不纳气等证。

肾病的常见症状有腰膝痠软而痛、耳鸣耳聋、发白早脱、齿牙动摇、阳萎遗精、精少不育，女子有经少经闭，以及水肿、二便异常等。膀胱病常见尿频、尿急、尿闭以及遗尿、小便失禁等。

肾阳虚证：由于素体阳虚，或年高肾亏、久病肾伤、房劳过度损耗肾阳而出现腰膝痠软而痛、畏寒肢冷（尤以下肢为甚）、头目眩晕、精神萎靡、面色㿠白或黧黑、舌淡胖苔白、脉沉弱，或阳萎、妇女宫寒不孕，或大便久泻不止、完谷不化、五更泄泻或浮肿。浮肿以腰以下为甚，按之凹陷不起。甚则腹部胀痛、全身肿胀、心悸咳喘。本证一般以全身机能低下伴见寒象为审证要点。

肾阴虚证：因久病肾伤，或禀赋不足、房事过度，或过服温燥劫阴之品，导致肾脏阴液不足，出现腰膝酸痛、眩晕耳鸣、失眠多梦，以及男子阳强易举、遗精和妇女经少经闭或崩漏，还见形体消瘦、潮热盗汗、五心烦热、咽干颧红、溲黄便干、舌红少津、脉细数。本证以肾病主要症状和阴虚内热证共见为诊断依据。

肾精不足证：多由禀赋不足、先天发育不良又后天失养或劳倦过度、久病肾伤、肾精亏损，出现男子精少不育、女子经闭不孕、小儿发育迟缓、身材矮小、智力和动作迟纯、骨骼痿弱、囟门迟闭。成人可见早衰、发脱齿落、耳鸣耳聋、健忘恍惚、动作迟缓、足痿无力、精神呆纯等。本证以生长发育迟缓、生殖机能低下以及成人的早衰为辨证依据。

肾气不固证：由于年高肾气衰弱，或年幼肾气不充或久病，或劳损而伤肾，以致肾气亏虚、固摄无权，出现面白神疲、听力减退、腰膝痠软、小便频数而清，或尿后余沥不尽，或遗尿，或小便失禁，或夜尿频多。男子还有滑精早泄，女子还有带下清稀，或胎动易滑、舌淡苔白、脉沉弱。本证以肾与膀胱不能固摄

表现的症状为辨证要点。

肾不纳气证：多因久病咳喘肺虚及肾，或劳伤肾气，肾气虚衰，气不归元而出现久病咳喘、呼多吸少、气不得续，动则喘息益甚、自汗神疲，声音低怯、腰膝痠软、舌淡苔白、脉沉弱，或喘息加剧、冷汗淋漓、肢冷而青、脉浮大无根，或气短息促、面赤心烦、咽干口燥、舌红、脉细数。本证以久病咳喘、呼多吸少、气不得续、动则益甚和肺肾气虚表现为辨证要点。

膀胱湿热证：由于感受湿热之邪或饮食不节，湿热内生，下注膀胱，以致湿热蕴结膀胱而出现尿频尿急、尿道灼痛、尿涩少而痛、尿黄赤混浊或尿血，或尿有砂石，小腹胀闷或伴有发热、腰痛。本证以尿频尿急、尿痛为辨证要点。

⑥脏腑兼证　人体各脏腑之间，在生理上有相互资生、相互制约的关系。当某一脏腑发生病变时，不仅表现该脏腑的证候，而且在一定条件下，可影响其它脏器发生病变，出现证候。凡同时见到两个以上脏器的病证即称为脏腑兼证。

脏腑兼病，证候极其复杂，但一般仍以脏与腑的兼病为主，现将临床最常见的脏腑兼病分述如下。

心肾不交证：因久病伤阴或房事不节，或思虑过度，情志郁而化火，或外感热病，心火独亢以致心肾水火既济失调，出现心烦不寐、心悸不安、头晕耳鸣、健忘、腰痠遗精、五心烦热、咽干口燥、舌红、脉细数，或伴见腰部下肢痠困发冷。本证以失眠为主证，伴见心火亢、肾水虚所表现的症状为辨证要点。

心脾两虚证：因病久失调，或劳倦思虑，或慢性出血，导致心血不足、脾气虚弱，出现心悸怔忡、失眠多梦、眩晕健忘、面色萎黄、食欲不振、腹胀便溏、神疲乏力，或皮下出血，或妇女月经量少色淡、淋漓不尽等，还有舌淡嫩，脉细弱。本证以心悸失眠、面色萎黄、神疲食少、腹胀便溏和慢性出血为审证要点。

心肝血虚证：因久病体虚或思虑过度暗耗阴血，以致心肝两

脏血液亏虚，出现心悸健忘、失眠多梦，眩晕耳鸣、面白无华、两目干涩、视物模糊、爪甲不荣、肢体麻木、震颤、拘挛，以及妇女月经量少，且色淡，甚则经闭；再有舌淡苔白、脉细弱。本证以共见心肝病变的常见证状和血虚证为诊断依据。

心肾阴虚证：由于久病不愈或劳倦内伤以致心肾两脏阳气虚衰、阴寒内盛，出现心悸怔忡、畏寒肢厥，或朦胧欲睡，或小便不利形成身肿（以下肢最甚），或唇甲淡暗青紫、舌淡暗或青紫、苔白滑、脉沉微细。本证以心肾两脏阳气虚衰，全身机能活动处于低下状态为审证要点。

心肺气虚证：因久病咳喘，耗伤心肺之气，或禀赋不足，年高体弱而使心肺两脏气虚，出现心悸咳喘、气短乏力（动则尤甚）、胸闷、痰液清稀、面色㿠白、头晕神疲、自汗声怯、舌淡苔白、脉沉弱或结代。本证是以心悸咳喘与气虚证共见为辨证要点。

脾肺气虚证：因久病咳喘，肺虚及脾，或饮食不节、劳倦伤脾，不能输精于肺，以及脾肺两脏气虚，出现久咳不止、气短而喘、痰多稀白、食欲不振、腹胀便溏、声低懒言、疲倦乏力、面色㿠白，甚则面浮足肿、舌淡苔白、脉细弱。本证以咳喘、纳少、腹胀便溏与气虚证共见为审证要点。

脾肺气虚证与心肺气虚证均有气虚表现，所不同者，前者伴见脾病证候，后者兼有心病证候。

脾肾阳虚证：因脾肾久病耗气伤阳，或久泻久痢，或水邪久踞，以致肾阳虚衰不能温养脾阳，或脾阳久虚不能充养肾阳，终则脾肾阳气俱伤而出现面色㿠白、畏寒肢冷、腰膝或下腹冷痛、久泻久痢，或五更泄泻，或下利清谷，或小便不利、面浮肢肿，甚则腹胀如鼓、舌淡胖、苔白滑、脉沉细。本证以腰膝、下腹冷痛及久泻不止和浮肿等与寒证并见为辨证要点。

肺肾阴虚证：因久咳肺阴受损，肺虚及肾，或肾阴亏虚，

或房劳过度，肾虚及肺，或七情内伤，劳伤精血，耗损肝肾之阴而出现咳嗽痰少，或痰中带血、口燥咽干，或声音嘶哑、形体消瘦、腰膝痠软，骨蒸盗汗、颧红，或男子遗精，女子经少，或舌红少苔、脉细数。本证辨证要点是久咳痰血、腰膝痠软、耳鸣遗精及阴虚诸症。

肝肾阴虚证：多由久病失调、房事不节、情志内伤等引起肝肾两脏阴液亏损，出现头晕目眩、健忘失眠、耳鸣如蝉、咽干口燥、胁痛、腰膝痠软、五心烦热、颧红盗汗。男子遗精与阴虚内热证共见为辨证要点。

肝脾不调证：由于情志不遂，郁怒伤肝，或饮食不节、劳倦伤脾，引起肝脾不调、肝失疏泄--脾失健运，出现胸胁胀满窜痛，喜太息，情志抑郁或急躁易怒，并有纳呆腹胀、便溏不爽、肠鸣矢气，或腹痛欲泻，泻后痛减，且舌苔白或腻、脉弦。本证以胸胁胀闷窜痛、易怒、纳呆、腹胀便溏为主要表现。

肝胃不和证：多由情志不遂，气郁化火，或寒邪内犯肝胃而致肝失疏泄、胃失和降，从而出现胸胁、胃脘胀满疼痛、呃逆嗳气、吞酸嘈杂、郁闷或烦躁易怒、舌苔薄黄、脉弦或巅顶疼痛（遇冷则甚，得温则减）、呕吐涎沫、形寒肢冷、舌淡苔白滑、脉沉弦紧。本证在临床常有两种表现，一是肝郁化火、横逆犯胃，以胃脘胁胀痛、吞酸嘈杂、舌苔薄黄为主证；二是寒邪内犯肝胃，以巅顶痛、吐涎沫、舌淡苔白滑为主证。

肝火犯肺证：多由郁怒伤肝，或肝经热邪上逆犯肺而出现胸胁灼痛、急躁易怒、头晕目赤、烦热口苦、咳嗽阵作、痰粘量少色黄、甚则咳血、舌红苔薄黄、脉弦数。本证以胸胁灼痛、急躁易怒、目赤口苦、咳嗽为主要表现。

3.气血辨证

气血辨证就是分析气血各方面的病理变化，辨认其反映的不同证候。由于气血反映了脏腑功能活动，因此在病理上脏腑变化

影响气血变化。反之，气血病变也必然影响脏腑功能。所以气血病变是不能离开脏腑的。气血辨证应与脏腑辨证互相参照。

①气病辨证　气的病变很广泛，一般可以概括为气虚、气陷、气滞、气逆四种。

气虚证：常由久病、年老体弱、劳累过度、饮食不调等因素引起气虚证。此证反映脏腑机能衰退情况。临床表现为头晕目眩、少气懒言、疲倦乏力、自汗、舌淡、脉虚无力，活动时诸症加剧。本证辨证要点在于全身机能活动低下。

气陷证：此证多见于气虚证的进一步发展，或劳累用力过度，或内脏而致损伤正气，出现头目昏花、少气倦怠、腹中有坠胀感、脱肛或子宫脱垂、舌淡苔白、脉弱。本证是以内脏下垂为主要特征。

气滞证：因病邪内阻、七情郁结，以及阳气虚弱、温运无力，以致人体某一脏腑，某一部位气机阻滞、运送不畅而出现胀闷疼痛。本证是以胀闷、疼痛为辨证要点。

气逆证：多因感受外邪或痰浊壅滞、寒饮食积、气郁而使脏腑气机升降失常，逆而向上。临床表现肺气上逆则见咳嗽喘息；胃气上逆则见呃逆、嗳气、恶心、呕吐；肝气上逆则见头痛、眩晕、昏厥、呕血等。本证在临床上多见肺胃之气上逆和肝气升发太过的病变。

②血病辨证　因外邪干扰、脏腑失调，使血的生理功能失调。临床可以出现寒热虚实的病变。血证临床病证概括为血虚、血瘀、血热三种。

血虚证：常因失血过多，或脾胃虚弱、生化不足，或思虑过度、暗耗阴血，而使血液亏虚，脏腑百脉失养引起面白无华或萎黄、唇色淡白、爪甲苍白、头晕眼花、心悸失眠、手足发麻或妇女经少色淡、衍期甚或闭经，也见舌淡苔白、脉细无力。本证是以全身虚弱及皮肤粘膜呈现淡白为特征。

血瘀证：因寒凝、气滞、气虚、外伤引起瘀血内阻的病证。临床表现为疼痛如针刺刀割，痛有定处，拒按，常在夜间加剧，且出血反复不止，血色紫暗，中夹血块，或大便色黑如柏油，且面色黧黑、肌肤甲错、口唇爪甲紫暗，或皮下紫斑，或肌表纹状如缕，或腹部青筋外露，或下肢筋青胀痛，妇女常见经闭，且舌质紫暗或见瘀斑瘀点、脉象细涩。本证以痛如针刺、痛有定处、肿块、唇舌爪甲紫暗、脉涩等为辨证要点。

血热证：由于烦劳、嗜酒、恼怒伤肝、房劳过度等引起脏腑火热炽盛，热迫血分而出现心烦或躁扰发狂、口干不喜饮、身热，以夜间为甚，或兼有咳血、吐血、尿血、衄血、舌红绛、脉细数。妇女月经提前、量多，本证是以热扰及出血见证为辨证要点。

③气血同病辨证　气、血有相互依存、相互资生、相互为用的关系。气之于血，有温煦化生、推动、统摄作用。因此，在发生病变时，气血可相互影响，即见气病，又见血病，即为气血同病。气血同病的常见症状有气滞血瘀、气血两虚、气不摄血、气随血脱等证。

气滞血瘀证：由于情志不遂，或外邪侵袭而致肝气郁而不解，引起气机郁滞，导致血行瘀阻，出现胸胁胀闷、走窜疼痛、性情急躁、胁下痞块且刺痛拒按，妇女可见经闭和痛经、经色紫暗，夹有血块等，也见舌紫暗或见紫斑，脉涩。本证以病程较长和肝脏经脉部位出现疼痛痞块为审证要点。

气虚血瘀证：常由病久气虚，渐致瘀血内停而引起气虚运血无力、血行瘀滞，出现面色淡白或晦滞、身倦乏力、少气懒言、疼痛如刺，常见胸胁痛处不移、拒按和舌淡暗或有紫斑，脉沉涩。本证虚中挟实，以气虚和血瘀的证候表现为诊断依据。

气血两虚证：多由久病不愈，气虚不能生血，或血虚无以化气而致气虚血虚同时存在。临床表现为头晕目眩、少气懒言、乏

力自汗、面色淡白或萎黄、心悸失眠、舌淡而嫩、脉细弱。本证以气虚与血虚的证候共见为审证要点。

气不摄血证：因久病气虚或慢性失血、气随血耗，转而气虚不能摄血而出现失血的证候。临床可见吐血、便血、皮下瘀血、崩漏、气短、倦怠乏力、面色白而无华、舌淡、脉细弱等。本证以出血和气虚证共见为辨证要点。

气随血脱证：由于肝、胃、肺等脏器本有宿疾而脉道突然破裂，或外伤，或分娩而引起大出血而气随血脱证候。临床表现大出血时突然面色苍白、四肢厥冷、大汗淋漓，甚至晕厥，且舌淡、脉微细欲绝，或浮大而散。本证以大量出血时，随即出现气脱之症为诊断依据。

4.卫气营血辨证

卫气营血辨证是清代叶天士用于外感温热病的一种辨证方法。卫气营血既是对温热病四类证候的概括，又代表温热病发展过程中浅深轻重不同的四个阶段。卫、气、营、血即指卫分证、气分证、营分证、血分证四类不同证候。当温热病邪侵入人体之后，由于卫气敷布于人体肌表，有卫外作用，病邪侵入，必先犯及卫分；邪在卫分郁而不解向里传变而入气分；气分病邪不解，若其人正气虚弱、津液亏乏，病邪乘虚内陷，则入营分。营分有热，进而必累及血分。这是一般的传变规律，但并不是一成不变的。由于病邪的类别及感邪轻重不同，以及患者体质强弱等不同，在临床上有的病人亦可以从气分或营分开始起病，或病虽已入气分，但卫分之邪未除，或热势弥漫于气分、营分、血分，形成气营两燔或气血两燔，或卫分病不经过气分而直传营血等。因此在临床要根据各方面的临证表现，具体情况具体分析，才能准确地把握病情，做出诊断。

①卫分证　此证是因温热邪气侵犯肌表、卫气功能失常、肺卫不利，出现发热、微恶风寒、舌边尖红、脉浮数，常伴有头

痛、口干微渴、咳嗽、咽喉肿痛等症状。

②气分证　由于卫分病不解，温热邪气内入脏腑，或温热之邪直入气分、正盛邪实，正邪剧争，阳热亢盛。临床表现为发热不恶寒，反恶热，舌红、脉数，常伴有心烦口渴、尿赤等症。热壅于肺，则可见咳喘、胸痛、咯吐黄稠痰；热扰胸膈，则兼见心烦懊侬、坐卧不安；胃热亢盛则见壮热，烦渴喜冷饮、大汗、脉洪大；热结肠道则见潮热便秘，或下利清水、腹满硬痛、苔黄燥，甚则焦黑起芒刺、脉沉实有力。

③营分证　多由气分病不解而内传入营，也有从卫分逆传而直入营分。由于营是血中之气，为血之前身，内通于心，故营分证以营阴受损，心神被扰或邪热内陷心营的病变为其特点。临床表现为身热夜甚、口渴不甚、心烦不寐，重则神昏谵语、斑疹隐现、舌质红绛、脉细数。由于营分介于气分和血分之间，若疾病由营转气，表示病情好转，而由营入血则表示病情深重。

④血分证　血分证是卫气营血病变的最后阶段，也是温热病发展过程中最深重的阶段。本证多由营分证不解传入血分，亦有气分邪热直入血分，以致耗伤真阴、亡阴失水。因此血分证除见有营分证外，多见心肝肾三脏病变。临床表现为高热、躁扰发狂、斑疹透露，或见吐血、衄血、便血、尿血及非时的经血，舌质绛紫；或见神昏躁扰、手足抽搐、颈项强直、角弓反张、两目上视、牙关紧闭；或见持续低热、暮热早凉、五心烦热、口咽干燥、神倦耳聋、舌上少津；或见肢体干瘦、唇萎舌缩、齿干枯燥、目陷睛迷、昏沉欲睡、两颧红赤、手足蠕动、脉虚数或细促。本证除具有营分证候较为重笃外，更以耗血、动血、阴伤、动风为其特征。

5.三焦辨证

三焦辨证也是温热病的辨证方法之一。它是清代吴鞠通《温病条辨》以上、中、下三焦为温病的辨证纲领，将卫气营血贯穿

于中，着重阐述三焦所属脏腑在温病过程中的病理变化，并说明温病初、中、末三个不同阶段，即病始于上焦，次传中焦，终于下焦。其病证，上焦包括肺与心包的证候，中焦包括脾与胃的证候，下焦包括肝与肾的证候。

①上焦病证　温病由口鼻而入，自上而下。鼻通于肺，属于太阴，所以温病开始即出现肺卫受邪的症状，如微恶风寒、身热自汗、口渴，或不渴而咳、午后热甚、脉浮数或两寸独大；邪入心包则见舌蹇肢厥、神昏谵语。本证传变有两种趋向：一为顺传，指病邪由上焦传入中焦，出现足阳明胃经的证候；另一种为逆传，即从肺卫传入手厥阴心包，出现邪陷心包的证候。

②中焦病证　温病自上焦开始，顺传至中焦，则见脾胃之证。脾与胃虽以表里相属，其特征则各有不同。胃性喜润恶燥，燥则浊气不通而郁闷，邪入中焦而传燥化，则出现阳明的燥热证候。临床表现为面目俱赤、呼吸俱粗、便秘、腹满、口干咽燥、唇裂舌焦、苔黄或焦黑、脉沉涩。脾性喜燥而恶湿，湿则脾气抑遏而运化失常，邪入中焦而从湿化，则出现太阴的湿热证候。临床表现为面色淡黄、头胀身重、胸闷、不饥、身热不扬、小便不利、大便不爽或溏泄、舌苔黄腻、脉细而濡数。

③下焦病证　温热之邪，久羁中焦，阳明燥热，劫灼下焦，阴液耗损，津亦被劫，乙癸同源，肝肾受灼，故多为肝肾阴伤证。临床表现为身热面赤、手足心热甚于手背、口干舌燥、神倦、耳聋、脉虚大，或手足蠕动，或瘛疭、神倦、舌绛苔少、脉虚大。本证属于温病的末期阶段，易损肾之阴液，真阴被灼，水亏木旺，筋失所养。因此本证以阴虚、精亏、动风为主要特征。

（三）按摩常用的检查诊断方法

按摩疗法的适应范围比较广，涉及伤、内、妇、外、儿各科疾病。在临床上，除用中医的四诊八纲辨证论治外，按摩常用的诊断方法主要是望诊和触诊，并结合现代医学的基本理论和必要

的物理检查手段，以辨证施治和辨病施治相结合的原则为指导，选择相应的治疗部位和手法进行治疗。

1.头面部

①望诊　望头面部形态。机体外形强弱与五脏功能盛衰是一致的。一般表现为内盛则外强，内衰则外弱。额骨及颞骨双侧凸出，顶部扁平，呈方形，俗称方头，多见于佝偻病患儿。头轻度前倾位，姿势牵强，多为“落枕”颈椎病。小儿头倾向患侧，颜面转向健侧，呈倾斜状态，大多见于小儿肌性斜颈。一侧不能闭眼，额部皱纹消失，作露齿动作时口角斜向健侧，鼻唇沟消失，多为面神经麻痹（如中枢性的面瘫主要表现在面下半部瘫痪，口角歪向病侧）。头部不自主地震颤，可见于震颤麻痹患者或老年人。下颌关节强直，如发生于单侧，则颈部偏斜于患侧，面部不对称，患侧丰满，健侧扁平；如病发生于双侧，自幼得病者，则整个下颌骨发育不良，颜部后缩，形成下颌畸形；成年得病者，则畸形不显著，但张口困难。

②触诊　是指用医生的手按摸病人体表的一定部位，辨别寒热润燥、肿胀与疼痛。同时观察病人对按压的反应。如检查婴儿囟门，两手掌分别放在左右颞部，拇指按在额部，用中指和食指检查囟门。正常的前囟门可触及与脉搏一般的跳动，囟门与颅骨平齐，稍有紧张感，一般闭合是在出生后的12—18个月。当前囟隆起（排除小儿哭闹），多见于高热，颅内出血及颅内压增高的疾病。前囟门凹陷，多见于吐泻后津液大伤的患儿。囟门迟闭见于佝偻病。成年人落枕或有颈椎病时，常在颈项部触摸到肌肉强硬痉挛。

2.胸腹部

①望诊　胸腹部望诊应注意胸腹壁有无皮肤发红、肿胀、包块及皮下青筋暴露和胸腹的异态，如乳房红肿变硬并有明显压痛，伴有发热的，多见于乳腺炎患者。腹部青筋暴露，并伴有腹

水、脾肿大者，多为肝病所致的门脉高压证。小儿骨瘦如柴，腹大如鼓，并见青筋暴露，多为疳积。如整个胸廓表现高度扩大，外形如桶状，称为桶状胸，多见于肺气肿及支气管哮喘患者。如胸骨显著前突，胸廓前后位扩大，横向缩小，称为鸡胸，多见于佝偻病。脊柱畸形亦可引起胸廓变化，如脊椎结核或老年驼背，造成脊柱后凸，使胸部变短，肋骨互相接近或重迭，胸廓牵向脊柱。如发育畸形，脊柱某些疾患或者脊柱旁一侧肌肉麻痹，使脊柱侧凸。脊柱突起的一侧胸廓膨隆，胁间隙加宽，而另一侧胸廓下陷，肋骨相接近或重迭，两肩不等高。站立时，如见上腹凹陷，而脐部及下腹部隆起，多见胃下垂。正常腹部不能见到蠕动波（极度消瘦者，因腹壁较薄，可能看到），但幽门梗阻或肠梗阻时，则出现明显的胃与肠的蠕动波，并伴有胃型或肠型。

②触诊　胸腹部触诊要注意压痛点。按照该脏器的解剖位置，内脏病变在相应的体表上会有疼痛反应及压痛。如胸部压胸试验，检查肋骨是否骨折。检查方法是患者坐位或站立位，检查者将一手掌按住其背部正中，另一手掌按住胸骨，然后两手轻轻对压，如有肋骨骨折，则骨折部位出现疼痛，有的可伴有骨擦音。胸壁有皮下气肿时，用手按压，可有握雪或捻发感。这是由于胸部外伤，使肺或气管破裂，气体溢于皮下所致。

阑尾炎在右髂前上棘与脐连线的中、外1/3交点处有压痛。此点临床上叫麦克伯尼氏点。阑尾炎发作时，阑尾穴（足三里直下2寸）常有压痛或酸胀感，以右侧较明显。

胆囊炎在胆囊点（右季肋缘与腹直肌右缘的交角处）有压痛。检查时用四指或拇指压住胆囊点。当患者深吸气时，胆囊下移，因碰到手指感到剧痛而突然屏气，即为胆囊压痛试验阳性。胆道蛔虫症患者，在剑突下二指，再向右旁开二指处有明显压痛，称为胆总管压痛点。

腹部的神经反射检查法是患者仰卧，下肢屈曲，腹肌放松。

医者用钝尖物轻快地划其两侧季肋部、脐平面和髂部腹壁皮肤。划的方向是由外向内。正常者可见腹肌收缩。上腹部的反射中心在胸椎第7—8神经节，中腹部的反射中心在胸椎第9—10神经节，下腹部反射中心在胸椎第11—12神经节。一侧反射消失为锥体束损害。某一水平面反射消失提示周围相应的神经和脊髓损害。

3.脊柱部

①望诊　脊柱部望诊首先要注意脊柱生理弯曲是否改变，有无畸形。正常脊柱有四个生理弯曲，即颈椎前凸、胸椎后凸、腰椎前凸和骶尾椎后凸。检查时一般取站位和坐位，先观察姿势有无异常，如脊柱侧弯或倾斜、驼背、腰前凸增大或减小、骨盆歪斜。脊柱前凸畸形多由于姿势不良或小儿麻痹证。脊柱后凸畸形表现为成角如驼峰状，多见于小儿佝偻病和脊柱结核；后凸畸形为圆弧状，姿势强直，多见于类风湿性脊柱炎。老年人后凸畸形多在胸椎一段。脊柱侧突畸形大多由于姿势不良、下肢不等长、肩部畸形、腰椎间盘纤维破裂证、小儿麻痹证及慢性胸腔或胸廓病变。姿势不良引起的侧突畸形，可在平卧及弯腰时消失。在望诊时，还要注意皮肤颜色及汗毛和局部软组织肿胀情况。如腰骶部汗毛过长皮肤色浓，多有先天性骶椎裂。腰部中线软组织肿胀，多为硬脊膜膨出。

②触诊　检查取站位或卧位，沿棘突、棘间、椎旁寻找压痛点。

首先要了解脊柱的正常生理位置。肩胛骨内上角相当第二胸椎平面，肩胛骨下角相当第七胸椎平面。第十二肋与胸椎交角相当第十二胸椎。髂嵴最高点的连线相当第四腰椎棘突。髂后上棘连线，相当腰骶关节。骶髂关节在髂后上棘下方，相当第二骶椎平面。

检查脊柱部压痛点，要分别采用浅、深压痛和间接压痛法。

浅压痛表示浅部病变，如棘上、棘间韧带的软组织劳损。此法大多能在病变部位找到肌痉挛和压痛。如棘韧带劳损则在棘突之间有压痛。棘上韧带劳损在棘上有压痛；腰筋膜劳损多在第三腰椎横突旁有压痛和肥厚感，或见肌痉挛，或见有索状结节；腰背肌劳损时，该肌可有痉挛、压痛。颈、腰椎间盘纤维环破裂症，在病变椎间盘的棘突间及两旁有深压痛和放射痛。如果腰部只有疼痛，压痛点不明确，或者根本没有压痛点，用拳叩击腰部反觉舒适，往往是子宫后倾、肾下垂、神经衰弱等症状性腰痛。背腰部的压痛点，亦应注意区别是否为内脏疾病在背腰部的反射性疼痛点。

③活动　正常脊柱有前屈、后伸、左右侧屈及旋转的功能。颈椎和腰椎的正常活动幅度见图2-1和图2-2。

④特殊检查

椎间孔挤压试验　患者坐位，医者用双手重叠按压患者头顶，并控制颈椎在不同角度下进行按压，如引起项痛和放射痛者为阳性，说明颈神经根受压。若将左手垫在病人头顶，用右手叩击左手背，引起颈痛并有上肢串痛和麻木感，或引起患侧腰腿痛，均属阳性，提示颈或腰神经根病变。

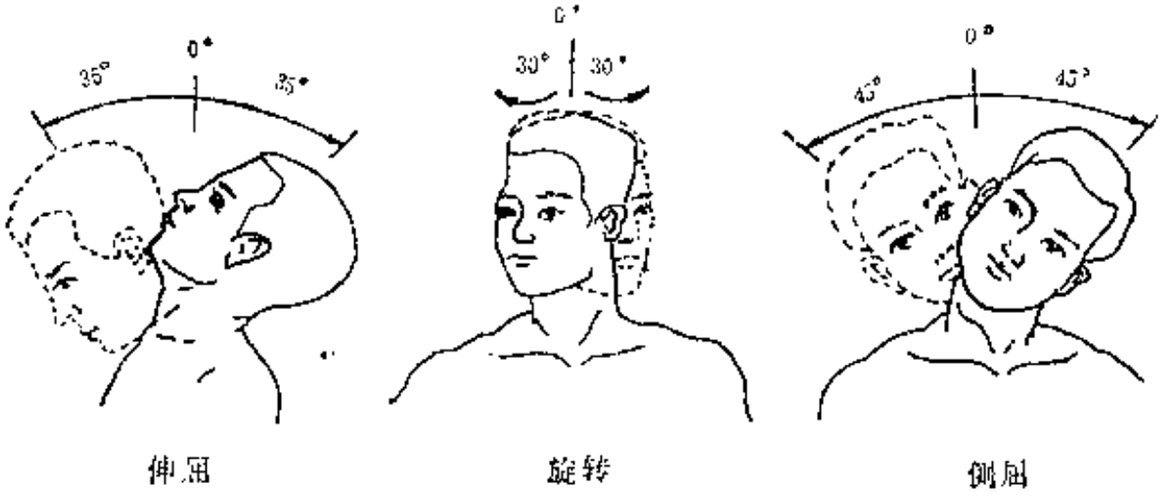


图2-1　颈椎的正常活动幅度

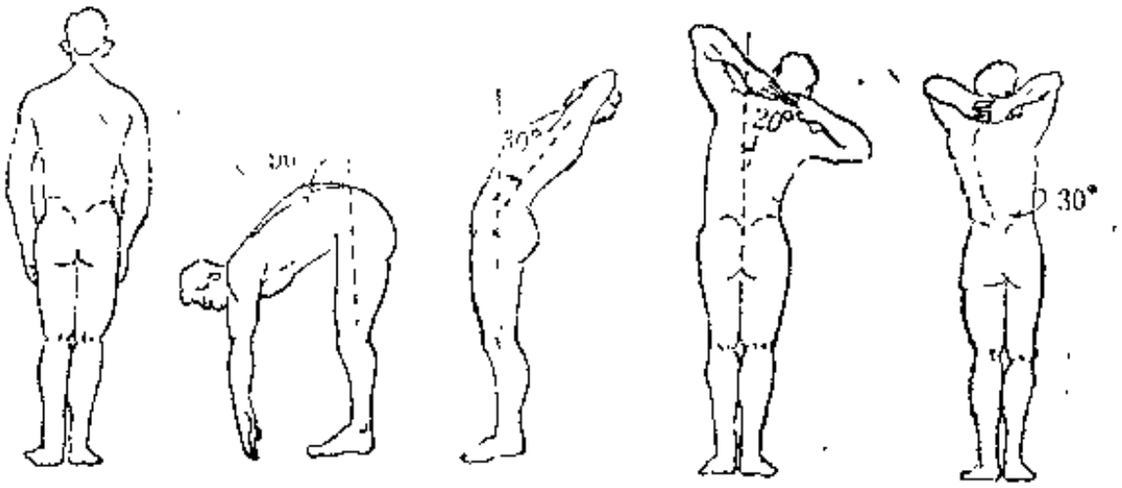


图2-2　腰椎的正常活动幅度

臂从神经牵拉试验　患者颈部前屈，医者以一手抵住患侧头部，一手握患肢腕部，反方向牵拉，患肢疼痛或麻木感为阳性（图2-3），提示臂丛神经病变。

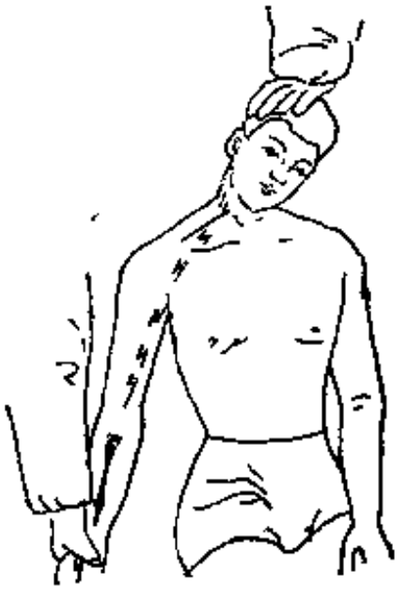


图2-3　臂丛牵拉试验

“4”字试验　患者仰卧，健侧下肢伸直，患侧下肢屈曲外旋，使足置于健侧膝上方。医者一手压住患侧的膝上方，另一手

压住健侧髂前上棘，使患侧骶髂关节扭转，产生疼痛为阳性，如无髋关节病变即为骶髂关节有病变（图2-4）。

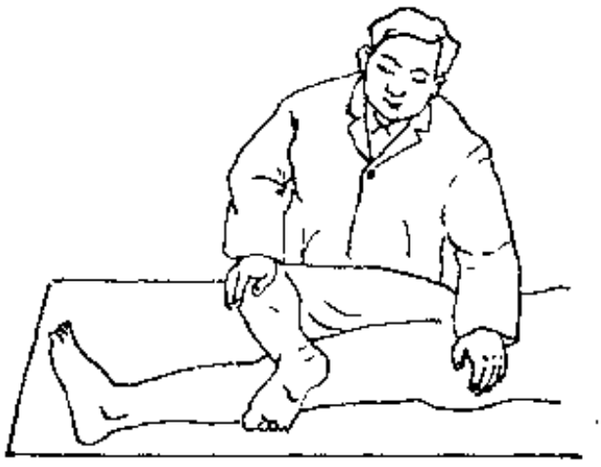


图2-4 “4”字试验

床边试验 患者仰卧，患侧臀部靠床边，健侧下肢屈膝屈髋，以固定骨盆。医者将其患肢移至床外并使之尽量后伸，使骶髂关节牵张和移动。若骶髂关节疼痛，则提示有病变（图2-5）。

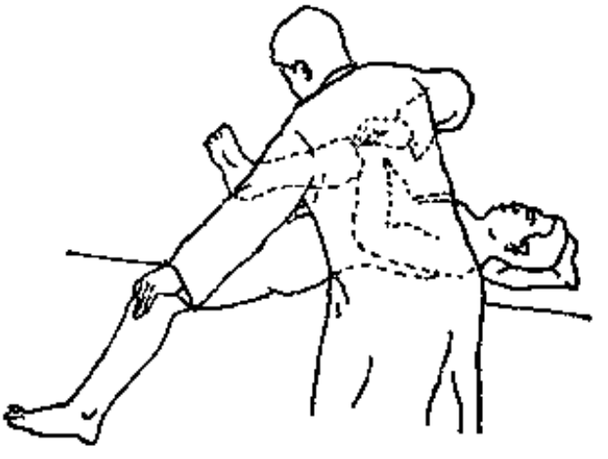


图2-5 床边试验

跟臀试验 患者俯卧、两下肢伸直，肌肉放松。医者握其足部，使足跟触到臀部。如腰骶关节有病变，则引起腰骶部疼痛，骨盆甚至腰部也随着抬起（图2-6）。

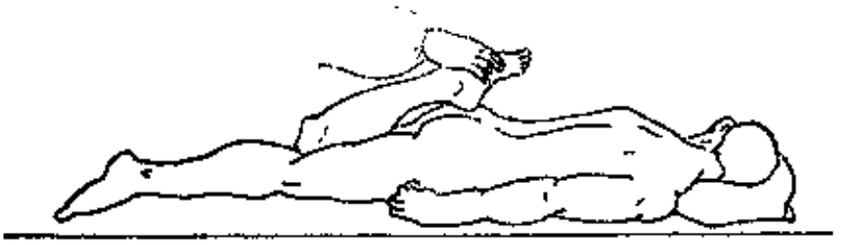


图2-6　跟臀试验

4.上肢部

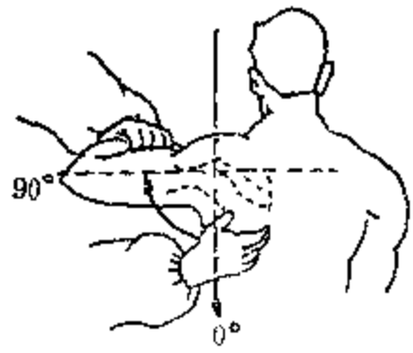
肩部

临床上有些内脏疾病可以通过神经反射表现为体表某些区域疼痛。如左肩疼痛要排除心脏疾患，右肩疼痛要排除肝胆疾病。还有的肩痛是由于颈椎病而引起的。所以对肩部疼痛进行整体检查是十分必要的。

①望诊　肩部的望诊首先是两侧对比检查。检查时，两肩都要裸出，对比两肩是否等高，并外观其皮肤颜色情况，看肩部有无畸形、肿胀、窦道、肿块及静脉怒张，对比两侧三角肌的发育及锁骨上、下窝的深浅是否对称，肌肉有无萎缩。然后检查背部，对比两肩胛骨高低是否一致；肩胛冈的上下肌肉有无萎缩。

②触诊　肩部触诊首先要了解肩部的正常解剖结构、活动幅度及其骨性标志。肩峰在肩外侧骨性突出的最高点；它的下方的骨性突出为肱骨大结节；肩峰的前内侧方与锁骨外端相接；锁骨的中1/3与外1/3交界处，下行一横指为喙突。触诊时，用拇指详细地按压检查，寻找压痛点，并注意关节结构是否正常，活动时有无异常状态及摩擦音等，并应注意排除骨折。对肩部压痛点，须和肩关节功能检查结合，来判断病变部位。

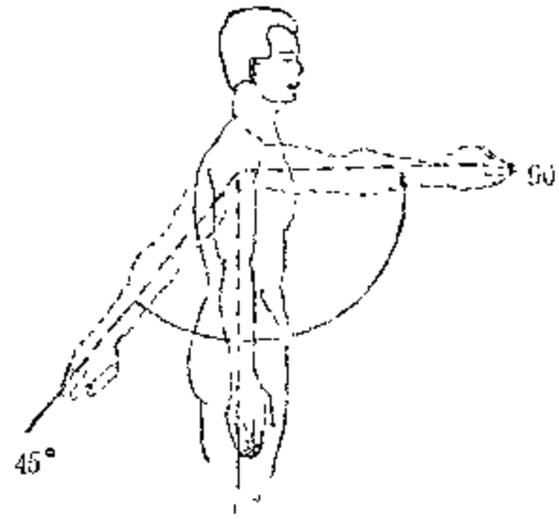
③活动　肩部活动功能检查时，应固定肩胛骨下角，避免肩胛骨一起参与活动造成假象。因为上臂上举动作不仅仅是肩关节的运动，而且是肩关节屈曲或外旋到最大幅度（90°），再加上



（1）外展（肩胛骨不动时）



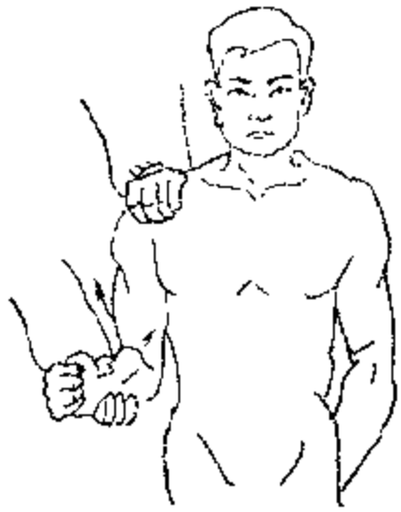
（2）内收（肘部可达身体中线）



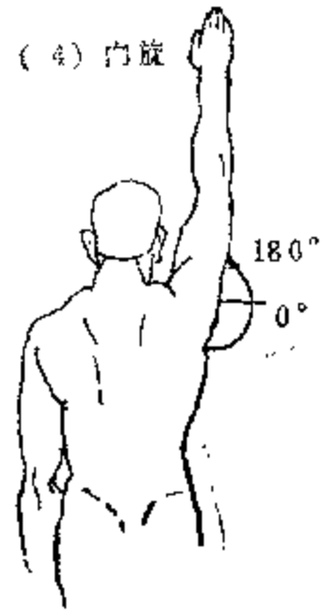
（3）屈伸



（4）内旋



（5）外旋



（6）上举

图2-7　肩关节的正常活动幅度

肩胛骨旋转的结果（图2-7）。

④特殊检查

搭肩试验　正常人手搭于对侧肩部时，肘关节可以紧靠胸壁，而搭肩试验阳性时，肘关节不能靠紧胸壁。这提示可能有关肩关节脱位。

肩关节内旋试验　让患者主动作肩极度内旋活动，即在此时位、前壁置于背后，引起肩痛者为阳性，说明肱二头肌长腱病变。

肘部

①望诊　肘部望诊需两肘裸出，两侧对比检查。首先观察肘关节轮廓有无肿胀和变形。轻度肿胀时，仅见鹰嘴侧塞窝凸起；严重肿胀时，整个肘部粗大，甚至肘横纹消失。正常肘关节伸直位时，有5°—7°的携带角，女性一般比男性度数稍大。携带角增大为肘外翻，减小或前臂尺偏则为肘内翻。肘关节的形态如有改变，应注意有否骨折和脱位。如患肢处于半屈肘位时，则提示肘关节脱位或髁上骨折；鹰嘴后突明显时，则是肱骨髁上伸直型骨折或肘关节后方脱位。

②触诊　肱骨内髁、外髁和尺骨鹰嘴是肘关节触诊的重要骨性标志。此三点所构成的“肘直线”和“肘三角”有无改变，对鉴别肘关节脱位和骨折十分重要。触诊时要注意压痛点的位置。肱骨外上髁压痛明显时提示有病灶；鹰嘴部压痛时，提示有骨折或滑囊炎；尺神经位于肘后尺侧，如有压痛和串麻现象，则提示尺神经病变；肱骨外上髁、内上髁、桡骨小头和鹰嘴的部位如有压痛并触到骨摩擦感和异常活动时，则提示该部位骨折；若前臂外展或内收活动受限，则表示内、外侧前臂屈、伸肌起点或侧副韧带的损伤，或内、外上髁撕脱骨折；肘关节如有异常的外展和内收活动，则有脱位或骨折病变。

③活动　肘关节活动以屈伸为主。活动关节主要在肱尺关

节。前臂旋转依赖于尺桡上、下关节和骨间膜的相互活动。肱桡关节虽参与屈伸和旋转活动，但处于次要位置。肘伸直位无侧方活动，但当侧副韧带损伤时，会出现异常的侧方活动。肘关节的正常活动幅度见图2-8。

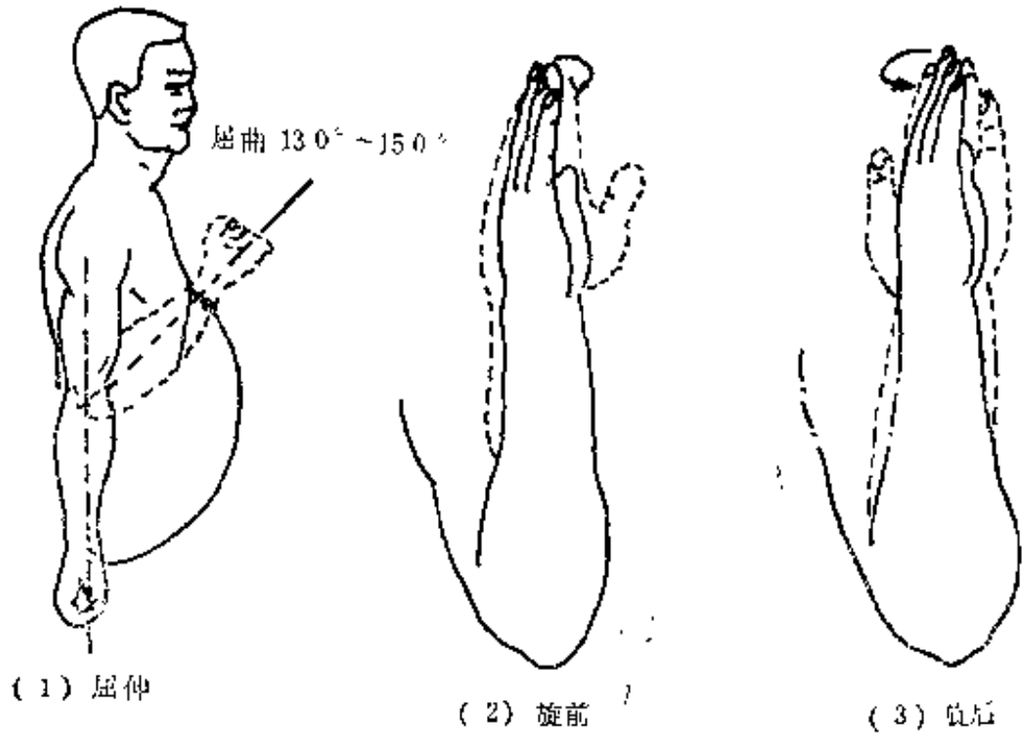


图2-8　正常肘关节的活动幅度

④特殊检查

网球肘试验　前臂稍弯曲，手半握拳，腕关节尽量屈曲，然后将前臂完全旋前，再将肘伸直。如在肘伸直时，肱桡关节的外侧发生疼痛，即为阳性。

前臂屈、伸肌紧张试验　患者握拳、屈腕。检查者以手按压患者手背，患者抗阻力伸腕，如肘外侧疼痛则为阳性。或患者伸手指和背伸腕关节，检查者以手按压患者手掌，患者抗阻力屈腕，肘内侧痛为阳性。两种检查方法，前者提示肱骨外上髁病变，后者则提示肱骨内上髁病变。

腕掌指部

①望诊　手的自然体位（休息位）是自然半握拳状态，各组指肌张力相互平衡。令患者腕关节背屈约10°—15°，并轻度尺偏。拇指处于对掌位，轻度外展，指腹接近或触及食指远侧指间关节的桡侧缘。其它各指的掌指关节和指间关节均呈半屈位，食指屈曲较小，越向小指屈曲越大。食指轻度向尺侧倾斜，小指轻度向桡侧倾斜。当手部受伤，由于肌力不平衡，即可出现手部功能位异常。腕掌指部的望诊要注意两侧对比检查，观察骨的轮廓有无畸形、软组织有无肿胀及肌萎缩等。

非急性损伤引起的畸形多为神经血管损伤所致。腕下垂则是桡神经损伤。拇指不能作对掌、外展动作，拇指和食指不能弯曲，亦不能过伸，大鱼际萎缩，呈猿手状畸形，则是正中神经损伤。拇指不能内收，其余四指不能作内收和外展运动，第四、五手指指掌关节不能屈曲，远端指间关节不能伸直，骨间肌及小鱼际肌萎缩，呈爪形手，是尺神经损伤所致。

另外还应注意软组织肿胀的部位和范围。鼻烟窝处饱满多见舟状骨骨折。两侧近端指间关节呈对称性梭形肿胀，多是类风湿性关节炎。沿肌腱的肿胀多为腱鞘炎或肌腱周围炎。整个手指呈杵状指，多为肺原性心脏病、支气管扩张或发绀型先天性心脏病等疾患。手指振颤，多见于甲状腺功能亢进、震颤麻痹。

②触诊　触诊腕掌指部时应注意压痛点、肿块和叩击痛。桡骨茎突处压痛，多为拇短伸肌、拇长展肌腱鞘炎；掌指关节掌侧处压痛，多见于第1、2、3、4指腱鞘炎。掌侧腕横纹中央区压痛且伴手指放射痛和麻木感，为腕管综合证，提示正中神经受压；鼻烟窝肿胀和压痛，提示舟状骨骨折。下尺桡关节处压痛，尺骨茎突高凸且有松驰感，为下尺桡关节分离；远侧和近侧指间关节侧方压痛或伴有侧向活动，为侧副韧带损伤。

③活动　腕关节有内收、外展、背伸和掌屈的功能。腕关节

正常活动幅度见图2-9。

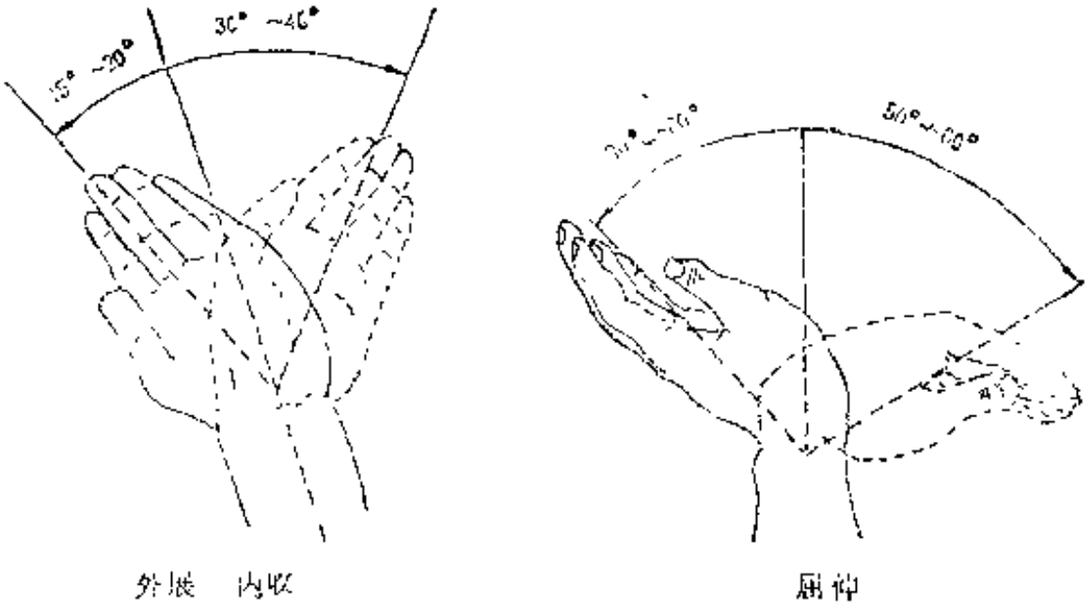


图2-9 腕关节的正常活动幅度

④特殊检查

握拳试验 患者握拳（拇指在里、四指在外），腕关节尺偏：桡骨茎突处疼痛为阳性，提示桡骨茎突狭窄性腱鞘炎（图2-10）。

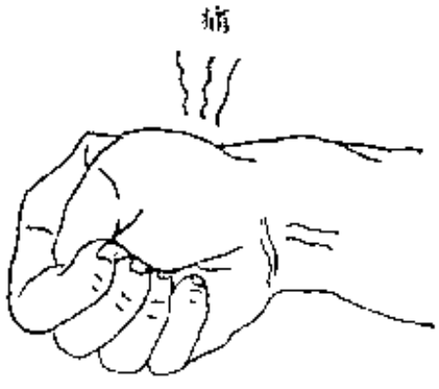


图2-10 握拳试验

屈腕试验 将患者腕关节极度屈曲，即引起手指麻痛，为腕管综合证的体征。

5.下肢部

髋部

①望诊　要患者脱去外衣行走，首先从前面观察，要注意两侧髂前上棘是否在同一水平，两侧臀部是否对称。然后观察下肢有无过度内收、外展和短缩等畸形。

侧面要注意大腿有无屈曲畸形，特别是有无腰椎过度前凸。如不注意腰椎过度前凸，就很容易忽视髋关节轻度前屈畸形。

望后面时，可先嘱患者健侧下肢负重，另一侧下肢屈曲抬起。正常情况下，由于负重侧的髋外展肌群的收缩，使另一侧骨盆向上倾斜高于负重侧。脊中肌麻痹或髋关节脱位（陈旧性）时，当患侧下肢负重，健侧下肢屈曲抬起时，非但不能使健侧骨盆向上倾斜，反而低于负重侧，称站立屈髋屈膝试验阳性（图2-11）。

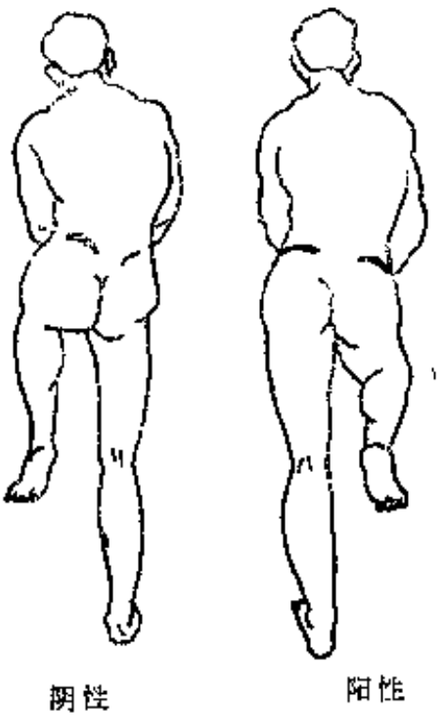


图2-11　站立屈髋屈膝试验

髋部望诊还应注意肿胀和肿块。如腹股沟饱满，则说明髋关节肿胀；臀部异常丰满，常是髂骨本身病变；髋关节外上方突起，多因先天性脱位或半脱位引起；外下方肿胀多属大转子病变或因腰骶部感染脓液流注引起。

②触诊　病人仰卧，检查者两拇指用同样力量触压两腹股沟韧带中点下2 cm处，观察病人的反映，或用拳击大转子或足跟。若引起髋关节痛，说明髋关节有病变。外侧大转子浅表压痛，则提示大转子滑囊炎。对髋关节的活动痛要仔细检查，判定其疼痛的位置。检查方法一是髋关节伸直旋转试验，以检查关节面摩擦痛；二是髋关节屈曲旋转试验，髋关节屈曲位时，髂腰肌松驰，如有轻微旋转即出现疼痛，则为关节面摩擦痛，可以排除髂腰肌的牵扯痛；如小幅度旋转无疼痛，幅度增大时出现疼痛，提示髂腰肌等软组织的病变。

③活动　髋关节有屈曲、后伸、内收、外展、内旋和外旋的活动功能。髋关节的正常活动幅度见图2-12。

④特殊检查

髂前上棘与坐骨结节连线检查　患者侧卧，患侧向上，屈髋至90°—120°，使髂前上棘与坐骨结节在一条直线上。正常情况下，大转子的尖端应在此线以下，超过此线1 cm，提示大转子向上移动，常为股骨颈骨折或髋关节脱位。

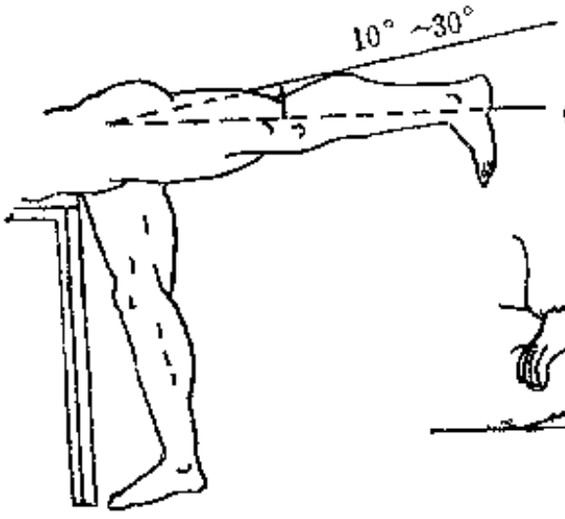
掌跟试验　患者仰卧，下肢伸直，足跟放在医者的掌面上。正常情况下，下肢呈中立位直竖在掌面上。但股骨颈骨折、髋关节脱位或截瘫患者，则足倒向一侧呈外旋位。

髋关节过伸试验　患者俯卧，两下肢伸直。医者一手压住其骶后部以固定骨盆，另一手提起患侧小腿，使髋关节过伸。如髋关节或骶髂关节有病变，当用力后伸时，随骨盆抬起而出现髋或骶髂关节疼痛（图2-13）。

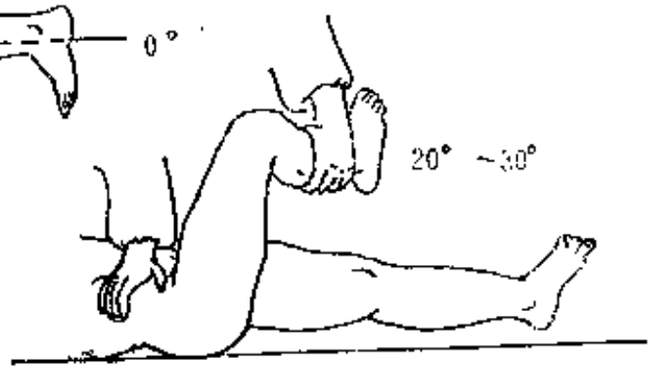
髋关节屈曲试验　患者仰卧，将健侧髋、膝关节极度屈曲，



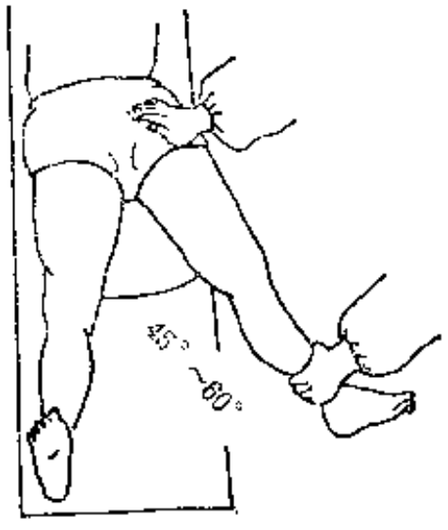
（1）屈曲



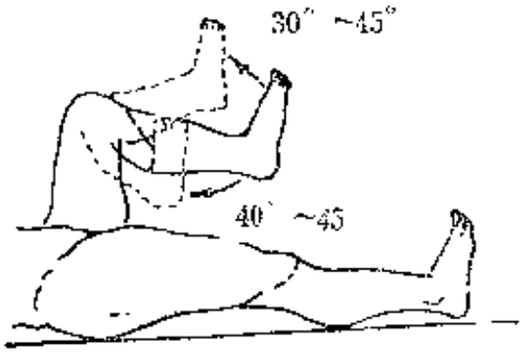
（2）后伸



（3）内旋



（4）外展



（5）旋转

图2-12　髋关节的正常活动幅度

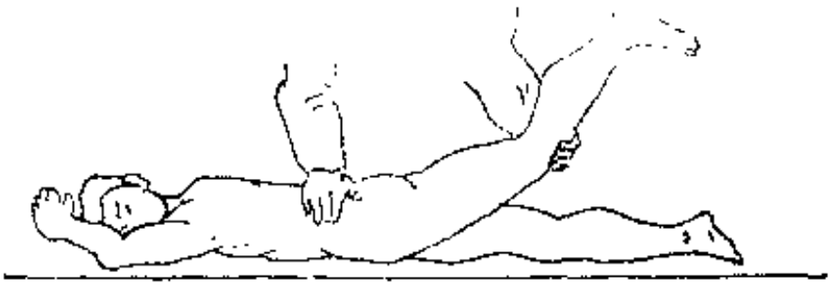
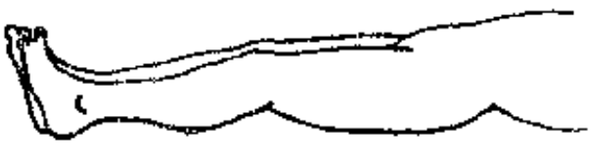


图2-13　髋关节过伸试验

置骨盆于前倾体位，患髋即表现出屈曲畸形，大腿与床面的夹角即为畸形角度（图2-14）。



（1）下肢伸直时，腰椎有代偿性后伸前凸



（2）矫正腰椎前凸，患髋呈屈曲位

图2-14　髋关节屈曲试验

足跟叩击试验　患者仰卧，两下肢伸直。医者用一手将患肢抬起，另一手以拳击其足跟。若髋关节处疼痛为阳性，提示髋关节病变。

腹部

①望诊　观察膝部有无畸形。正常膝关节仅有5°的过伸，过伸超过5°为后翻畸形（或膝反张）。不能伸直则为屈曲畸形。正常情况下，大腿和小腿有5°—8°的轻度外翻，如外翻超过或者小于5°—8°则为外翻或内翻畸形。其次应观察膝关节是否肿胀。轻度肿胀表现为两侧膝眼饱满，严重时髌上滑囊及整个膝周均隆起肿大。髌上滑囊区的肿块可能是滑囊炎、关节积液。胫骨和股骨髁部及干骺端的肿大可能是骨肿瘤。腘窝肿块一般为腘窝囊肿。

股四头肌内侧头力量最强，是完成伸膝动作最后10°—15°的主要肌肉。任何膝关节疾患，只要引起膝关节运动障碍，股四头肌内侧头即很快萎缩。因此，此肌萎缩与否对判断膝关节有无病变有较大意义。

②触诊　膝部常见压痛点如图2-15所示。如髌骨边缘有压痛，则是髌骨软化症；髌韧带两侧有压痛，则是髌下脂肪垫损伤；关节间隙有压痛，是半月板损伤；胫骨结节有压痛，是胫骨结节软骨炎；侧副韧带附着点有压痛，是侧副韧带损伤；髌骨下极有压痛，是髌下韧带病。



图2-15　膝部常见压痛点

此外，检查肿块也是触诊的重要内容。检查时应进一步鉴别其性质、压痛、有无波动感、乒乓球感或搏动感等。骨折时局部压痛明显，还可触及断端、异常活动和骨擦音。

③活动　膝关节有伸展、屈曲功能。膝关节的正常活动幅度如图2-16。

膝关节被动活动受限，常提示膝关节的病变。如膝关节伸直

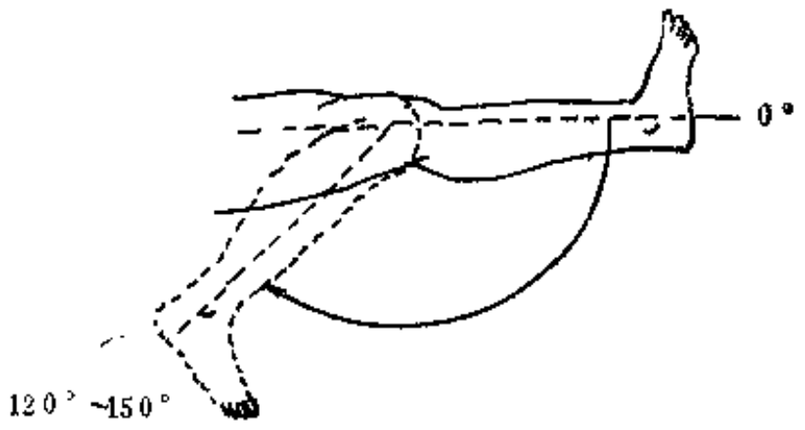


图2-16　膝关节的正常活动幅度

痛多见于关节面的病变；屈曲痛是膝关节水肿或滑膜炎的表现。过伸痛和极度屈曲痛可见于半月板损伤、髌下脂肪垫肥厚等。

此外，检查膝关节的主动活动，可测知股四头肌伸膝力和腘绳肌屈膝力。

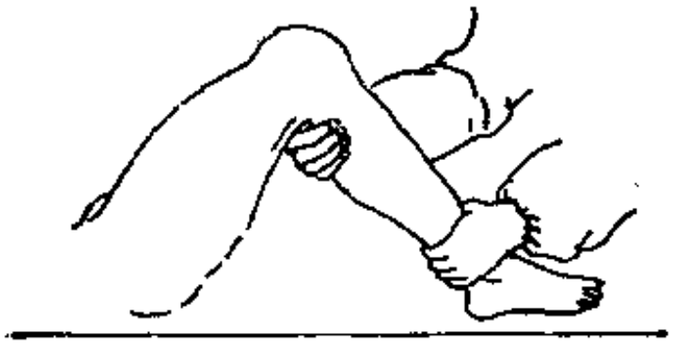
④特殊检查和神经反射

浮髌试验　患者平卧，患肢伸直放松。医者一手将髌骨上方髌上囊内液体向下挤入关节腔；另一手食指按压髌骨，一压…放，反复数次。如有波动感即表示关节腔内有积液。

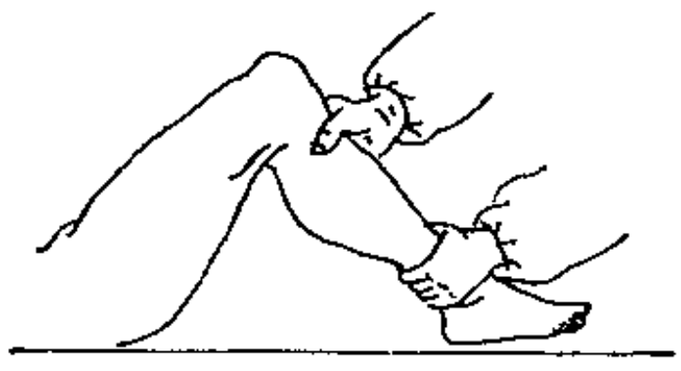
抽屉试验　患者仰卧，屈膝至90°位，肌肉放松。医者双手握小腿上端将其向前和向后反复拉推。正常时无活动，如向前滑动，提示前交叉韧带损伤；向后滑动，则表示后交叉韧带损伤（图2-17）。

膝关节旋转试验　患者仰卧，医者一手扶膝部，另一手握足，将膝关节作被动屈伸活动，同时内收内旋或外展外旋，引起响声或疼痛时为阳性，为半月板损伤（图2-18）。

研磨试验　本试验是鉴别侧副韧带损伤与半月板破裂的方法。患者俯卧，髋关节伸直，患膝屈曲至90°，医者将其大腿固定，用双手握住患足，挤压膝关节，并旋转小腿，引起疼痛者为



（1）检查前交叉韧带扭伤



（2）检查后交叉韧带扭伤

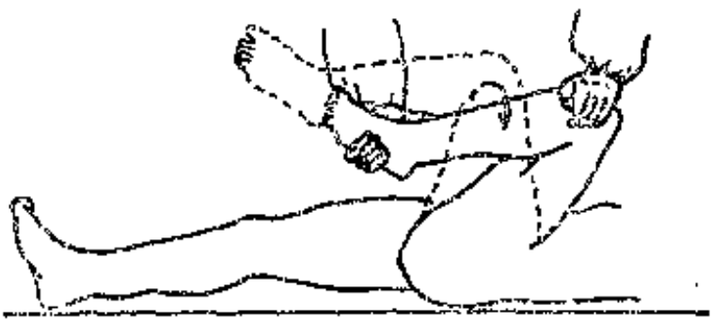
图2-17　抽屉试验

阳性，提示半月板损伤；再将小腿提起，使膝关节间隙增宽，并旋转小腿，如引起疼痛，则为侧副韧带损伤（图2-19）。

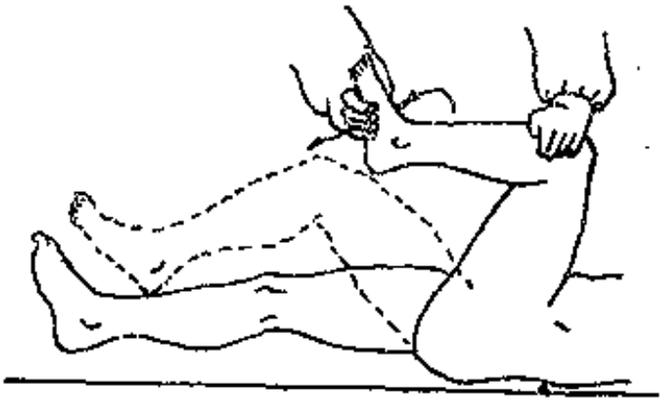
膝反射　坐位检查时，病人坐于床沿，双小腿自然悬挂，在卧位时病人仰卧，检查者以左手托其膝部，使稍屈曲，约20°—30°，然后轻叩膝下股四头肌腱，反应为伸膝动作，其反射中心在腰椎2、4。

踝部

①望诊　观察有无足下垂（马蹄足）、跟足（仰趾足）、内翻足、外翻足、扁平足和高弓足等畸形；有无肿胀、皮下瘀血等。如内、外踝处肿胀、背屈剧痛可能为踝骨骨折；如踝下凹陷



（1）检查内侧半月板损伤，小腿内收外旋，再伸直膝关节



（2）检查外侧半月板损伤，小腿外展内旋，再伸直膝关节

图2-18　膝关节旋转试验



（1）检查半月板损伤



（2）检查侧副韧带损伤

图2-19　研磨试验

消失，跟骨增宽，跟腱止点处疼痛，可能为跟骨骨折；如内、外踝下方及跟腱两侧的正常凹陷消失，兼有波动感，可能为关节内积液或者血肿；肿胀局限于一侧，多见于侧副韧带损伤。足后部肿胀多属跟腱炎、滑囊炎、骨质增生等。

②触诊　踝部软组织较薄，往往压痛点就是病灶的位置。踝、足部压痛点多位于关节间隙以及骨端和肌腱附盖处，如内、外踝及其下方的侧韧带、舟骨内缘、跟腱附盖处、第5跖骨基底部、足底跟部和第1、2、3跖骨头等。而其中跟骨压痛点的诊断价值最大。如果压痛点在跟腱上，可能是腱本身或腱旁膜病变；压痛在跟腱的止点处，可能是跟腱后滑囊炎；压痛点在跟骨的跖面正中偏后，可能是跟骨棘或脂肪垫的病症，靠前部可能是跖腱膜疼痛。压痛点在跟骨的内外侧，可能是跟骨本身的病变。压痛点在跟骨两侧靠内、外踝的直下方，则可能是距下关节病变。

肿胀一般多有压痛，检查时应注意有无波动感及实质感。软性肿块常属滑膜、腱鞘病变，硬性者为骨病变。此外足背和胫后动脉的触诊对了解血液循环情况有重要的临床意义。

③活动　踝关节有背屈和跖屈的功能。跖屈时尚有内翻和外翻活动。踝关节的正常活动幅度见图2-20。

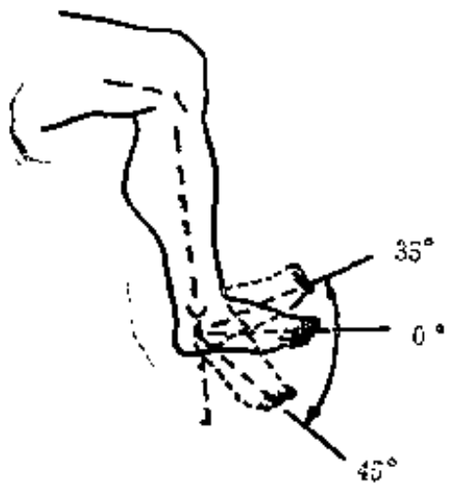


图2-20　踝关节的正常活动幅度

④特殊检查

跟腱偏斜症　正常站立位，跟腱长轴应与下肢长轴平行。扁平足时，跟腱长轴向外偏斜。

足内、外翻试验　医者一手固定患者小腿，另一手握足，将踝关节极度内翻或外翻，如同侧疼痛，提示有内或外踝骨折可能；如对侧痛则多属副韧带损伤。

踝反射（跟腱反射）　患者卧位，髋关节外旋，膝关节屈曲。医者一手握足底，使踝关节略背屈，另一手用叩诊锤轻叩跟腱，其反应是足跖屈。如不易引起时，可让患者跪在床边，医者一手推足底使其背屈，另一手用叩诊锤轻叩跟腱，其反射中心在骶椎1、2。

划足底试验　检查时用钝尖物轻划患者足底外缘，由后向前。阳性者跗趾缓缓背屈，其它各趾轻度外展，提示有锥体束损害。

弹趾试验　轻叩足趾的基底部或用手将足趾向背面挑动，如引起足趾跖屈为阳性，提示有锥体束损害。

（四）量法

在诊断中，量法对治疗骨、伤科病症是不可缺少的。临床上诊断骨、伤疾病时使用带尺及量角器等来测量患肢长短、粗细以及关节活动角度大小，并与健侧作比较。通过量法进行对比分析，能使辨证既清楚又具体，使记录量化并准确。量法可适用于如下几个方面：

1.测量长短、粗细

①长于健侧　伤肢显著增长者，常为脱位的标志，多见于肩、髋等关节向前或向下脱位，亦可见于骨折过度牵引等。

②短于健侧　伤在肢体，多系有短缩畸形之骨折；伤在关节，则因脱位而引起，如髋关节、肘关节之向后脱位等。

③粗于健侧　有畸形而量之较健侧显著增粗者，多属骨折、

关节脱位等重证。如无畸形而量之较健侧粗者，多系伤筋肿胀。

④细于健侧　可为陈伤误治而成筋肉萎缩，或有神经疾患而致肢体瘫痪

2.使用量法的注意事项

①测量前应注意有无先天、后天畸形，防止混淆。

②患肢与健肢须放在完全对称的位置上如患肢在外展位，健肢必须放在同样角度的外展位。

③定点要准确，可在起点与止点做好标记，带尺要拉紧。

④肢体长短测量法　上肢长度：从肩峰至桡骨茎突尖（或中指尖）。其中上臂长度：肩峰至肱骨外上髁；前臂长度：肱骨外上髁至桡骨茎突。下肢长度：髂前上棘至内踝下缘，或脐至内踝下缘（骨盆骨折或髋部病变时用之）。其中大腿长度：髂前上棘至膝关节内缘；小腿长度：膝关节内缘至内踝。

⑤肢体周径　两肢体取相应的同一水平测量，测量肿胀时取最肿处，测量肌萎缩时取肌腹部。如下肢常在髌上10～15cm处测量大腿周径，在小腿最粗处测定小腿周径等。通过肢体周径的测量，以了解其肿胀程度或有无肌肉萎缩等。

3.测量关节活动范围　可用特别的量角器来测量关节活动之范围，并以角度计算记录其屈伸旋转的度数，与健侧进行对比，如小于健侧，多属关节活动功能障碍。

角度测量时可先将量角器的轴对准关节中心，量角器的两臂紧贴肢体并对准肢体的轴线，然后计下量角器所示的角度，见表表2—1（没有量角器时，也可用目测并用等分的方法估计近似值），与健肢相应关节或与正常人比较。常用的记录方法有两种：

①中立位0°法　先确定每一关节的中立位为0°，例如，肘关节完全伸直时定为0°，完全屈曲时可成140°。

②邻肢夹角法　以两个相邻肢段所构成的夹角计算。例如，肘关节完全伸直时定为180°，屈曲时可成40°，则关节活动范围

为180°－40°＝140°。

表2—1　四肢关节测量角度时量角器放置部位表

关节活动	测定器的中心位置	量角器一角的位置	量角器另一角的位置
肩关节的屈伸、外展、内收	肱骨头	肩峰—鹰骨最高点	肩峰—肱骨外髁
肘关节屈伸	肱骨外髁	肱骨外髁—肩峰	肱骨外髁—桡骨茎突
腕关节的屈伸	尺骨远端	沿尺骨外缘	沿第五掌骨（小指缘）
腕关节的外展和内收	桡骨尺远端中点	桡尺骨中线	第4、5指间
髋关节的屈伸、外展、内收	股骨大转子	大转子—腋中线	大转子—股骨外髁
膝关节的屈伸	股骨外髁	股骨外髁—大转子	股骨外髁—腓骨外踝
踝关节的屈伸	内　　踝	内踝—股骨内髁	内踝—第一跖趾关节

九、按摩常用的经络和腧穴

（一）经络

经络是由经脉和络脉组成。祖国医学认为经络是人体气血运行的通路。它分部于周身，内联五脏六腑，外联四肢、肌肤、五官，构成一个纵横交错的联络网，起到联系人体内外各部分的作用。

经络是由十二经脉、奇经八脉、十二经别、十二经筋、十五别络、十二皮部组成，其中“经”是直行的主干，包括十二经脉（即手足三阴经和手足三阳经）、奇经八脉（即督、任、冲、带、阴跷、阳跷、阴维、阳维）、十二经别（即是十二经脉别出的正经，也属于经脉的范围。它除了加强表里两经联系之外，并

能通达某些正经未能行经的器官与形体部位以补正经不足）。它有一定的循行路线。“络”是从经上分出的大小分支，不论大小分支，都有一定的循行路线。至于十二经筋则是指十二经脉循行部位上分布的筋肉系统的总称。有联缀百骸、维络周身、主司关节运动的作用。十二皮部是十二经脉功能活动反应于体表的部位。由于十二经筋与十二皮部的分布，基本上和十二经脉在体表的循行部位一致，因此它们都是按照十二经脉命名的。

1.十二经脉

十二经脉即手三阴（肺、心包、心）、手三阳（大肠、三焦、小肠）、足三阳（胃、胆、膀胱）、足三阴（脾、肝、肾）的总称。由于它们隶属于十二脏腑，为经络系统的主体，故又称为“正经”。由于十二经脉是根据所系脏腑的阴阳属性以及在肢体循行位置的不同而定的，因此阳经则属腑，而行于四肢的外侧，阴经属脏，而行于四肢的内侧，手经行于上肢，足经行于下肢。十二经脉分布见下表：

十二经脉
- 手
  - 三阴（上肢内侧）
    - 太阴肺经：前线
    - 厥阴心包经：中线
    - 少阴心经：后线（尺侧缘）
  - 三阳（上肢外侧）
    - 阳明大肠经：前线
    - 少阳三焦经：中线
    - 太阳小肠经：后线（尺侧缘）
- 足
  - 三阴（下肢内侧）
    - 太阴脾经：前线
    - 厥阴肝经：中线
    - 少阴肾经：后线
  - 三阳（下肢外侧）
    - 阳明胃经：前线
    - 少阳胆经：中线
    - 太阳膀胱经：后线

•在小腿下半部和足背部，肝经在前，脾经在中线。至内踝上八寸处交叉之后脾经在前，肝经在中线

十二经脉不但有一定的循行分布，而且各经之间有着密切的联系。它们联系的途径是：

阴经与阳经多在四肢部衔接。如手太阴肺经在腕后与手阳明大肠经交接；手少阴心经在小指与手太阳小肠经交接；手厥阴心包经自掌中与手少阳三焦经交接；足阳明胃经从足跗上与足太阴脾经交接；足太阳膀胱经从足小趾斜趋足心与足少阴肾经交接；足少阳胆经从足跗上与足厥阴肝经交接。阳经与阳经（指同名经）在头面部相接。如手阳明大肠经和足阳明胃经都通于目外眦。阴经与阴经（即三阴经）在胸部交接。如足太阴脾经与手少阴心经交接于心中，足少阴肾经与手厥阴心包经交接于胸中，足厥阴肝经与手太阴肺经交接于肺中。由于十二经脉通过手足阳明表里经的联接而逐经相传，即从手太阴肺经开始，依次传至足厥阴肝经，再从足厥阴肝经到手太阴肺经，首尾相贯，从而构成了周而复始，如环无端的传注系统。

十二经脉交接的次序是：手太阴肺经在手食指端，交接手阳明大肠经；手阳明大肠经在鼻孔旁，交接于足阳明胃经；足阳明胃经在足大趾端，交接于足太阴脾经；足太阴脾经在心中，交接于手少阴心经；手少阴心经在手小指端，交接于手太阳小肠经；手太阳小肠经在目内眦，交接于足太阳膀胱经；足太阳膀胱经在足小趾端，交接于足少阴肾经；足少阴肾经在胸中，交接于手厥阴心包经；手厥阴心包经在手无名指端，交接于手少阳三焦经；手少阳三焦经在目外眦，交接于足少阳胆经；足少阳胆经在足大趾，交接于足厥阴肝经；足厥阴肝经在胸中，交接于手太阴肺经。

①手太阴肺经　起于中焦，还循胃口（下口幽门，上口贲门），通过横隔膜，属肺，至喉部，横行至胸部外上方（中府穴），出腋下，沿上肢内侧前缘下行，过肘，至腕入寸口上鱼际，直出拇指之端（少商穴）。其分支从手腕的后方（列缺穴）

分出，直行至食指桡侧端（商阳穴），交于手阳明大肠经。

②手阳明大肠经　起于食指桡侧端（商阳穴），经过手背行于上肢伸侧前缘，上肩．经七颈椎棘突（大椎穴），下入锁骨上窝（缺盆穴），进入胸腔络肺，通过隔膜下行，属大肠。其分支由锁骨上窝上行，经颈部至面颊，进入下齿中，还出口角和上唇，左右交叉于人中，至对侧鼻旁（迎香穴），交于足阳明胃经。

③足阳明胃经　起于鼻旁（迎香穴），挟鼻上行相交于鼻根部，旁行入目内眦，与足太阳经脉相会，下行沿鼻外入上齿中，还出，环口绕唇，下交承浆，分别沿下颌的后下方，经大迎，过耳前，沿发际至于前额。其分支从大迎前下至人迎，沿喉咙向下后行至大椎，折向前行，入缺盆，下膈，属胃，络脾，其直行者从缺盆出体表，沿乳中线下行，挟脐，下行至腹股沟处的气街穴；其分支一则从胃下口分出，经腹部深层，下行至气街穴，与直行之脉相会合，而后下行大腿前侧，至膝膑，沿足胫外侧前缘下行至足背，入足第二趾外侧端（历兑穴）。分支二从足三里穴起，下行入中趾外侧端。分支三从足背上冲阳穴分出，前行入足趾内侧端（隐白穴），交于足太阴脾经。

④足太阴脾经　起于足大趾内侧端（隐白），沿内侧赤白肉际，上行过内踝前缘，沿小腿内侧正中线上行，在内踝上八寸处，交出足厥阴肝经之前，上行沿大腿内侧缘，经腹至腹哀穴处入腹，属脾，络胃。其分支一从腹哀处分出，向外上方行至腋，再折向后下方至腋下大包穴，再折向上前方，经中府入里，上行挟咽，连舌本，散舌下。分支二从胃直上过横膈，注入心中，行于手少阴心经。

⑤手少阴心经　起于心中，属心系，下膈络小肠。其分支从心系分出，挟食道，上行，连于目系。其直行者，从心系直行上肺，出腋下（极泉穴），沿上肢内侧后缘，过肘，经掌后锐骨，

至小指内侧端（少冲穴），交于手太阳小肠经。

⑥手太阳小肠经　起于手小指外侧端（少泽穴），沿手背、上肢外侧后缘，过肘，上行绕肩胛，交肩上（大椎穴），前行入缺盆，络心，沿食道下隔至胃，下行，属小肠。其分支一从缺盆沿颈上颊，至目外眦，转入耳中（听宫穴）。分支二从颊分出，经眼眶下缘，至目内眶（睛明穴），交于足太阳膀胱经。

⑦足太阳膀胱经　起于目内眦（睛明穴），经额上行，交会于头顶部（百会穴）。其分支从头顶部分出，向两侧下行至耳上角。其直行者从头顶部分别向后行至枕骨处，进入颅内，络于脑，复出于外，分别下项（天柱穴）下行会于大椎，再分左右挟脊（一寸五分），抵腰（肾俞穴），络肾，属膀胱。其分支一从腰分出，挟脊下行，穿过臀部，从大腿后侧外缘下行至腘窝中（委中穴）。分支二从后项分出，下经肩胛内侧，从附分穴挟脊下行至髀枢，经大腿后侧至腘窝中与前一支脉会合，下至腓肠肌中（承山穴），向外下至足外踝后，沿足背外侧至小趾外侧端（至阴穴），交于足少阴肾经。

⑧足少阴肾经　起于足小趾下，斜行于足心（涌泉穴），至内踝后（太溪穴），下入足跟，上沿小腿内侧后缘，至腘内侧，上股内侧后缘入脊内（长强穴），贯脊至腰，属肾，络膀胱。其分支从脊内分出，由会阴上经腹，走胸，止于俞府穴。其直行者，从肾上贯肝膈，入肺，沿喉咙，挟舌根部。分支是从肺中分出，络心，注于胸中，交于手厥阴心包经。

⑨手厥阴心包经　起于胸中，属心包，下行，依次络于上、中、下三焦。其分支从胸中分出，横行至腋下三寸处（天池穴），又上抵腋下，沿上肢内侧中线入肘，过腕，至掌中（劳宫穴），循中指出其端（中冲穴）。再分支是从掌中分出后，沿无名指出其尺侧端（关冲穴），交于手少阳三焦经。

⑩手少阳三焦经　起于无名指尺侧端（关冲穴），向上沿无

名指尺侧至手腕背面，经前臂外侧中线，过肘，上肩，向前行入缺盆，布膻中，散络心包，过膈膜，依次属于上、中、下三焦。其分支从膻中分出，上行出缺盆，至肩（大椎穴），上项，沿耳后（翳风穴），直上出耳上角，前行经额至目眶下。再分支从耳后分出，进入耳中，走出耳前，至目外眦（瞳子髎穴），交于足少阳胆经。

⑪足少阳胆经　起于目外眦（瞳子髎穴），过听会，上至头角（颔厌穴），下耳后（完骨穴），折回上行。经头额至眉上（阳白穴），又向后折至风池穴，下行至肩（大椎穴），前行入缺盆。其分支从耳后分出，进入耳中，出于耳前，至目外眦后方。再分支从目外眦分出，下行至大迎，折行至目眶下，又折向后下方，过颊，下颈，与前脉合于缺盆，入里下行至胸中，贯膈，络肝，属胆，沿胁下分出气街，绕毛际横行至环跳穴处。其直行者从缺盆下腋，沿胸侧，过季胁，下行至环跳穴处与前脉会合，再下行，沿下肢外侧中线，过股、膝、胫至外踝之前，沿足背行出第四趾外侧端（窍阴穴）。分支从足背（临泣穴）分出，前行出于大趾爪甲后丛毛处，交于足厥阴肝经。

⑫足厥阴肝经　起于足大趾爪甲后丛毛处，下至大趾外侧端（大敦穴），向上沿足背内踝前缘上行，至内踝上八寸处交出足太阴脾经之后，上行过膝，沿股内侧中线进入阴毛中，绕阴器，至小腹，向外上方行至十一肋端入腹，挟胃属肝，络胆，上贯膈，分布于胁肋，沿喉咙，进入鼻之内窍，上行连目系，出于额，上行与督脉会于头顶部，其分支从目系分出下行于颊里，环绕口唇。再分支从肝分出，上贯膈，注肺中，交于手太阴肺经。

2.奇经八脉

由于奇经八脉与脏腑没有直接相互“络属”关系，相互之间也没有表里配合，与十二正经不同，故称“奇经”。

奇经八脉交叉贯穿于十二经脉之间，具有加强经脉之间联

系，以调节正经气血的作用。凡十二经脉中气血满溢时，则流注于奇经八脉，蓄以备用；不足时，也可由奇经给予补充。奇经与肝、肾等脏及女子胞、脑髓等奇恒之府的联系也较为密切。

①督脉　督，有总督的意思。督脉行于背正中，能总督一身之阳经，故又称“阳脉之海”。它具有调节全身诸阳经经气的作用。督脉起于胞中，下出会阴，后行于腰背正中，经项部，进入脑内，属脑，并由项沿头部正中线，经头顶、额部、鼻部、上唇，到上唇系带处，并有支脉络肾、贯心。

②任脉　任，即担任。任脉行于胸腹部正中，能总任一身之阴经，故有“阴脉之海”的称号。它具有调节全身诸阴经经气的作用。其脉起于胞中，在女子具有妊育胎儿的作用，所以又有“任主胞胎”的说法。任脉起于胞中，下出会阴，经阴阜，沿腹部正中线上行，通过胸部、颈部，到达下唇内，环绕口唇，上至龈交，分行至两目下。

③冲脉　冲脉，为总领诸经气血的要冲。其脉上至于头，下至于足，具有调节十二经气血的作用，故冲脉有“十二经之海”或“血海”之称。冲脉起于胞中，并在此分为三支：一支沿腹腔后壁，上行于脊椎内；一支沿腹腔前壁挟脐上行，散布于胸中，再向上行，经喉，环绕口唇；一支下出会阴，分别沿腹内侧下行到大趾间。

④带脉　带脉围腰一周，有如束带，具有约束诸脉之功能，所以有“诸脉皆属于带”的说法。带脉起于季肋，斜向下行至带脉穴，绕身一周，并于带脉穴处，再向前下方沿髂骨上缘斜行到少腹。

⑤阴跷脉　跷，有轻健跷捷的意思。跷脉循行是左右成对。阴跷主一身左右之阴，起于足跟经内踝，沿下肢内侧后方上行，经前阴，上沿腹胸进入缺盆，出结喉旁，上行至目内眦，与阳跷脉会合。

⑥阳跷脉　阳跷主一身左右之阳，起于足跟，经外踝，沿下肢外侧上行，经腹部，沿胸部后外侧，经肩部，颈外侧，上挟口角，到达目内眦，与阴跷脉会合，再沿足太阳膀胱经上额，与足少阳胆经合于风池。阴、阳跷脉共司调节肢体的运动和眼睑的开合功能。

⑦阴维脉　维，有维系的意思，阴维脉维系三阴经。阴维脉起于小腿内侧足三阴经交会之处，沿下肢内侧上行，到腹部，与足太阴脾经同行，到胁部，与足厥阴肝经相合，然后上行至咽喉，与任脉相会。

⑧阳维脉　阳维脉维系三阳经。阳维脉起于外踝下，与足少阳经并行，沿下肢外侧向上，经躯干部后外侧，从腋后上肩，经颈部，颊部到前额，再由前额经头顶折向项后，与督脉会合。在循行过程中，先后与手足太阳、手足少阳、阳跷等经脉会合。阴、阳维脉分别调节三阴经和三阳经的经气，以维持阴阳经之间的协调和平衡。

3.十二经别

十二经别都是从十二经脉的四肢部位别离正经，入脏腑，然后表里两经并行，经过互为表里的脏腑。其中足三阳经的经别都通过心，最后，再浅出体表上行于头面。阴经的经别合入阳经的经别，而分别注入六阳经脉。每一对相表里的经别组成为一合，十二经别共同组成“六合”。十二经别的作用主要是对十二经脉起着离、合、出、入于表里经之间，加强内外联系，有濡养脏腑的作用。

①足太阳与足少阴经别之合　下合于腘，入走肾与膀胱，上出于项，合于足太阳本经。足太阳经别在腘窝部从足太阳经分出，向上行至骶骨下五寸处，别行肛门，连属膀胱，络肾，上行，沿脊柱两旁到心，然后散布于心内。其直行则从脊柱两旁上行，浅出项部，脉气仍注入足太阳本经；足少阴经别也在腘窝部

的经脉处分出，和足太阳的经别相合并行，上行入肾，在十四椎处分出归属带脉。其直行则继续上行，联系舌根，再出来上行到颈部，脉气注入足太阳经的经别。

②足少阳与足厥阴经别之合　下合毛际，入走肝胆，上系于目，合于足少阳本经。足少阳经别在大腿外侧面从足少阳经分出，绕大腿之前侧，入阴部，同足厥阴的经别会合，继而上行入浮胁之间，沿着胸行属胆布肝贯心，挟食道浅出下颌，布络面部、联眼与颅，行到外眦部，脉气仍注入足少阳经。足厥阴经之别在足背厥阴经分出，向上行至外阴部，和足少阳经别会合并行。

③足阳明与足太阴经别之合　下合于髀，入走脾胃，上出鼻颏，合于足阳明本经。足阳明经别，在大腿前缘从足阳明经分出，上行入腹，属胃，散布于脾，向上连心，沿食道浅出口唇，上达鼻根及眼后，入颅脑，脉气仍注入足阳明本经；足太阴经，在大腿前侧面，从足太阴经分出，和上行的足阳明经别相合并行，向上行至咽喉，贯舌中。

④手太阳与手太阴经别之合　下合于腋，入走心与小肠，上出目内眦，合于手太阳本经。手太阳经别，在肩关节部从手太阳经分出，向下入腋窝，入心，联系小肠。手少阴经别在腋窝两筋处从手少阴经分出，入胸属心，向上至喉部，浅出而部，脉气与手太阳经在目内眦相合并。

⑤手少阳与手厥阴经别之合　先合于胸，入走三焦上出耳后，合于手少阳本经。手少阳经别，在头部从手少阳经分出，行至巅顶，向下进入锁骨上窝，经过上、中、下三焦布胸中；手厥阴经别从手厥阴经分出，入胸，分别归属上、中、下三焦，上行至咽喉，浅出耳后，在乳突之下与手少阳经会合。

⑥手阳明与手太阴经别之合　两经分别走肺与大肠，上出缺盆，合于手阳明本经。手阳明经别在肩髃穴处从手阳明经分出，

在颈部大椎处入胸，归属于肺，下行至大肠。向上至咽喉，浅出锁骨上窝，脉气仍注于手阳明本经；手太阴经别在肩臂部从手太阴经分出，入胸属肺，布大肠。上行浅出锁骨上窝至咽喉，其脉气合于手阳明經别。

4.十五络脉

十二经脉和任督二脉各自别出一络，加之脾之大络，共计十五条，因此，称为“十五络”。它们的作用主要是沟通各组表里的经脉，加强十二经脉的循环传注。

①手太阴络脉　从列缺穴处分出，起于腕关节上方，在腕后0.5寸处走向手阳明经。其支脉与手太阴经相并，入手掌中，散布在大鱼际部。

②手少阴络脉　从通里穴分出，在腕关节后1寸处，行至手太阳经。其支脉在腕后1.5寸处别而上行，沿本经入心中，上行连舌根入脑。

③手厥阴络脉　从内关穴分出，在腕后2寸处出于两筋之间，沿着本经上行，维系于心包。

④手太阳络脉　从支正穴处分出，在腕关节后5寸处向内注入手少阴经，其支脉上行肘部，网络肩髃部位。

⑤手阳明络脉　从偏历穴处分出，在腕关节后3寸处走向手太阴经，其支脉向上沿着臂部，经肩髃部位，上行至下颌，布牙齿。其支脉入耳中，与耳目所聚的经脉会合。

⑥手少阳络脉　从外关穴处分出，在腕关节2寸处，绕行于臂部外侧，入胸，同手厥阴经会合。

⑦足太阳络脉　从飞扬穴处分出，在外踝7寸处入足少阴经。

⑧足少阳络脉　从光明穴处分出，在距离外踝上5寸处，入足厥阴经，向下布络足背。

⑨足阳明络脉　从丰隆穴处分出，在距离外踝8寸处，入足

太阴经。其支脉沿胫骨外缘，向上布络头顶，与各经的脉气相合，向下行至咽喉部。

⑩足太阴络脉　从公孙穴处分出，在距离第一趾关节的后方1寸处，入足阳明经。其支脉入腹络肠胃。

⑪足少阴络脉　从大钟穴处分出，在内踝后绕过足跟，入足太阳经。其支脉与本经相并上行，行至心包，外行通贯腰脊。

⑫足厥阴络脉　从蠡沟穴处分出，在距离内踝5寸处，入足少阳经。其支脉经过胫骨，上行入阴部，聚于阴茎处。

⑬任脉之络　从鸠尾穴处分出，自胸骨剑突下行，散布于腹部。

⑭督脉之络　从长强穴处分出，挟脊柱两旁，上行至颈，散布于头。下行的络脉，从肩胛部开始，行走左右，别入足太阳经，循行至脊柱两旁肌肉。

⑮脾之大络　从大包穴处分出，出于渊液穴下3寸处，脉气散布在胸胁处。

5.十二经筋

十二经筋是十二经脉之气结聚散络于筋肉关节的体系，它们一般都分布在浅部。其主要作用是联结筋肉、骨骼，保持人体正常的运动功能。十二经筋的分布特点是：它们联属于十二经脉，行于体表，不入内脏。其循行走向，都是从四肢末端走向头身。如足三阳经筋起于足趾，行股外上行结于颅（面部）；足三阴经筋起于足趾，循股内上行结于阴器（腹部）；手三阳经筋起于手指，循臑外上行结于角（头部）；手三阴经筋起于手指，循臑内上行结于贲（胸部）。它们相互之间的联系，除如上述手足三阳三阴经筋在头、面、胸、腹部分组结合以外，各经循行于踝、胭、膝、股、髀、臀、腕、肘、腋、臂、肩、颈等关节或筋肉丰盛处，并与邻近的它经相联结，尤其是足厥阴经筋，除结于阴器外，并能总络诸筋。

6.十二皮部

十二皮部，是十二经脉机能活动反应于体表的部位，也是络脉之气散布的所在。如《素问·皮部论》说："凡十二经脉者，皮之部也。"十二皮部的分布区域是以十二经脉在体表的分布范围为依据的。由于皮部居于人体的最外层，是机体的卫外屏障。当机体卫外功能失常时，病邪可通过皮部深入经络，经脉以至脏腑。这是外邪由表入里的一个方面。反之当机体内脏有病时，亦可通过经脉、络脉而反应于皮部。由此可见，皮部与内脏也是密切相关的。

（二）腧穴及取穴、选穴方法

腧穴是脏腑经络之气通达于体表的部位。它通过经络与脏腑、器官及组织等发生联系。腧穴分为经穴、奇穴、阿是穴。

1.经穴

即指分布在十二经脉和任、督二脉上的腧穴。实践证明这些腧穴，具有主治本经病证的共同作用。同时，在分经的基础上，腧穴主治性能又可分为两大类：一类是主治腧穴所在局部和邻近部位的疾患；一类是既能主治局部和邻近部位的疾患，又能主治远离部位的疾患等。按基本划分，头面、躯干部的穴位属于前一类，四肢、肘、膝以下的穴位多属于后一类。

2.奇穴

是指既有一定的穴名，又有明确的位置，但尚未列入十四经系统的腧穴。这些腧穴，对某些病证有其特殊的治疗作用，称为"经外奇穴"。

3.阿是穴

又叫压痛点。这些穴既无具体的名称，又无固定的位置，而是以压痛点或其它反应点作为腧穴的。

临床取穴方法有下述三种。①骨度分寸取穴法是将人体不同部位规定出一定的长度和宽度，折合成若干等份，每一等份作为

一寸。这种方法不论成人、儿童或高矮、胖瘦均可适用，亦比较明确。②指寸法是以病人手指的长度和宽度为标准，来测量取穴的方法。如中指第一节和第二节横纹头之间的距离为一寸。此法简单，但没有骨度法准确。③解剖标志取穴法是以人体体表的各种解剖标志作为取穴的依据。

治疗时选穴可选用一个主穴，亦可以选用一个主穴和几个配穴，要根据需要灵活运用。

按摩常用腧穴见表2-1。

表2-2　按摩常用腧穴

经络	穴名	位置	主治	常用手法
手太阴肺经	中府	前正中线旁开6寸，平第一肋间隙处	咳喘、胸闷、肩背痛	一指禅推、按、揉、摩
	尺泽	肘横纹中，肱二头肌腱桡侧	肘臂挛痛、咳喘、胸胁胀满、小儿惊风	按、揉、拿
	孔最	在尺泽与太渊连线上，腕横纹上7寸	咳嗽、咯血、音哑、咽喉痛、肘臂痛	按、揉、拿
	列缺	桡骨茎突上方，腕横纹上1.5寸	咳嗽、气急、头项强痛、牙痛	一指禅推、按、揉
	太渊	腕横纹桡侧端，桡动脉桡侧凹陷中	咳嗽、气喘、乳胀、咽喉痛、手腕痛	按、揉、掐
	鱼际	第一掌骨中点，赤白肉际	胸背痛，头痛眩晕、喉痛、发热恶寒	按、揉、掐
	少商	拇指桡侧指甲角旁约0.1寸	中风昏扑、手指挛痛、小儿惊风	掐

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
手阳明大肠经	合谷	手背、第一、二掌骨之间，约平第二掌骨中点处	头痛、牙痛、发热、喉痛、指挛、臂痛、口眼歪斜	拿、按、揉
	阳溪	腕背横纹桡侧，两筋之间	头痛、耳鸣、齿痛、咽喉肿痛、目赤、手腕痛	掐、按、拿、揉
	偏历	在阳溪与曲池的连线上，阳溪上3寸处	鼻衄、目赤、耳聋、耳鸣、手臂酸痛、喉痛、水肿	按、揉、拿
	温溜	在阳溪与曲池的连线上，阳溪上5寸	腹痛、呕逆、喉舌痛、头痛	一指禅推、按、掐、拿
	手三里	曲池穴下2寸	肘挛、屈伸不利、手臂麻木酸痛	拿、按、揉、一指禅推
	曲池	屈肘，当肘横纹外端凹陷中	发热、高血压、手臂肿痛、肘痛、上肢瘫痪	拿、按、揉
	肩髃	肩峰前下方，举臂时呈凹陷处	肩臂痛、肩关节活动障碍、偏瘫	一指禅推、按、揉
	迎香	鼻翼旁0.5寸，鼻唇沟中	鼻炎、鼻塞、口眼歪斜	掐、按、揉、一指禅推
足	四白	目正视、瞳孔直下、当眶下孔凹陷中	口眼歪斜、目赤痛痒	按、揉、一指禅推
	地仓	口角旁0.1寸	流涎、口眼歪斜	一指禅推、按、揉

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
阳明胃经	大迎	下颌角前1.3寸骨陷中	口噤、牙痛	掐、按
	颊车	下颌角前上方一横指凹陷中，咀嚼时咬肌隆起处	口眼歪斜、牙痛、颊肿	一指禅推、按、揉
	下关	颧弓与下颌切迹之间的凹陷中。合口有孔，张口即闭	面瘫、牙痛	一指禅推、按、揉
	头维	额角发际直上0.5寸	头痛	抹、按、揉、扫散法
	人迎	喉结旁开1.5寸	咽喉肿痛、喘息、瘰疬项肿、气闷	拿、缠
	水突	人迎穴下1寸，胸锁乳突肌的前缘	胸满咳嗽、项强	拿、缠
	缺盆	锁骨上窝中央，前正中线旁开4寸	胸满咳嗽、项强	按、弹拨
	天枢	脐旁二寸	腹泻、便秘、腹痛、月经不调	揉、摩、一指禅推
	髀关	髂前上嵴与髌骨外缘连线上，平臀沟处	腿腿痛、下肢麻木痿软、筋挛急、屈伸不利	按、拿、弹拨、擦
	伏兔	髌骨外上缘上6寸	膝痛冷痹、下肢瘫痪	擦、按、揉
	梁丘	髌骨外上缘上2寸	膝痛冷痹	擦、按、点、拿

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
足阳明胃经	犊鼻	髌骨下缘，髌韧带外侧凹陷中	膝关节酸痛活动不便	点、按
	足三里	犊鼻穴下3寸，胫骨前嵴外一横指处	腹痛、腹泻、便秘、下肢冷麻、高血压	按、点、一指禅推
	上巨虚	足三里穴下3寸	夹脐痛、腹泻、下肢痿痹	拿、揉、拔、揉
	下巨虚	上巨虚穴下3寸	小腹痛、腰脊痛、乳痈、下肢痿痹	拿、揉、按、揉
	丰隆	外膝眼与外侧踝尖连线之中点	头痛、痰嗽、肢肿、便秘、狂痫、下肢痿痹	一指禅推、按、揉
	解溪	足背踝关节横纹中央，拇长伸肌腱与趾长伸肌腱之间	踝关节扭伤、足趾麻木	按、拿、掐、点
	冲阳	解溪穴下1.5寸，足背最高处，有动脉应手	口眼㖞斜、面肿、上齿痛、胃痛、足缓不收、狂痫	按、揉、点、掐
足太	太白	第一跖骨小头后缘，赤白肉际	胃痛、腹胀、肠鸣、泄泻、便秘、痔漏	掐、按、揉
	公孙	第一跖骨底前缘，赤白肉际	胃痛、呕吐、食不化、腹痛、泄泻、痢疾	掐、按、揉
	三阴交	内踝上3寸，胫骨内侧面的中央	失眠、脏腑纳呆、遗尿、小便不利、妇女病	按、点、拿

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
足阴经	阴包	阴陵泉下3寸	腹痛、泄泻、水肿、小便不利、遗精	拿、按、揉
	阴陵泉	胫骨内侧髁下缘凹陷中	膝关节酸痛、小便不利	点、拿、按、一指禅推
	血海	髌骨内上方2寸	月经不调、膝痛	拿、按、点
	大横	脐中旁开4寸	虚寒泻痢、大便秘结、小腹痛	一指禅推、摩、揉、拿
手少阴心经	极泉	腋窝正中	胸闷胁痛、臂肘冷麻	拿、弹拨
	少海	屈肘，当肘横纹尺侧端凹陷中	肘关节痛、手颤肘挛	拿、弹拨
	通里	神门穴上1寸	心悸怔忡、头晕、咽痛、暴喑、舌强不语，腕臂痛	掐、按、揉、拿
	阴郄	神门穴上0.5寸	心痛、惊悸、骨蒸盗汗、吐血衄血、暴喑	掐、按、揉、拿
	神门	腕横纹尺侧端、尺侧腕屈肌腱的桡侧凹陷中	惊悸、怔忡、失眠、健忘	拿、按、揉
手太	少泽	小指尺侧指甲角旁约0.1寸	发热、中风昏迷、乳少、咽喉肿痛	掐
	后溪	第五掌指关节后尺侧、横纹头赤白肉际	头项强痛、耳聋、喉痛、齿痛、目翳、肘臂挛痛	掐

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
手太阳小肠经	腕骨	手背尺侧，豌豆骨前凹陷中	头痛、肩臂挛痛、腕痛指挛、黄疸、热病无汗	掐
	养老	尺骨小头桡侧缘凹陷中	目视不明、肩臂腰痛	掐、按、揉
	支正	前臂伸侧面尺侧，腕上5寸处	颈项强、手指拘挛、头痛、目眩	拿、按、揉
	小海	屈肘、当尺骨鹰嘴与肱骨内上髁之间凹陷中	牙痛、颈项痛、上肢酸痛	拿
	肩贞	腋后皱壁上1寸	肩关节酸痛、活动不便、上肢瘫痪	拿、按、揉、搓
	天宗	肩胛骨冈下窝的中央	肩背酸痛、肩关节活动不便、项强	一指禅推、搓、按、揉
	臑俞	肩胛骨冈上窝中	肩胛疼痛，不能举臂，上肢酸麻	一指禅推、按、揉、搓
	肩井	第一胸椎棘突下旁开3寸	肩背酸痛，颈项强急、上肢冷痛	一指禅推、搓、按、揉
	肩中俞	大椎穴旁开2寸	咳嗽、气喘、肩背疼痛、视物不清	一指禅推、搓、按、揉
	颧髎	目外眦直下，颧骨下缘凹陷中	口眼歪斜	一指禅推、按、揉

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
足太阳膀胱经	睛明	目内眦旁0.1寸	眼病	一指禅揉、按
	攒竹	眉头凹陷中	头痛失眠、眉棱骨痛、目赤痛	一指禅推、按、揉
	天柱	哑门穴旁开1.3寸，当斜方肌外缘凹陷中	头痛、项强、鼻塞、肩背痛	一指禅推、按、拿
	大杼	第一胸椎棘突下，旁开1.5寸	发热、咳嗽、项强、肩胛酸痛	一指禅推、揉、按、揉
	风门	第二胸椎棘突下，旁开1.5寸	伤风、咳嗽、项强、腰背痛	一指禅推、揉、按、揉
	肺俞	第三胸椎棘突下，旁开1.5寸	咳嗽气喘、胸闷、背肌劳损	一指禅推、揉、按、揉弹拨
	心俞	第五胸椎棘突下，旁开1.5寸	失眠、心悸	一指禅推、揉、按、揉弹拨
	膈俞	第七胸椎棘突下，旁开1.5寸	呕吐、噎膈气喘、咳嗽、盗汗	一指禅推、揉、按、揉
	肝俞	第九胸椎棘突下，旁开1.5寸	胁肋痛、肝炎、目糊	一指禅推、揉、按、揉、弹拨
	胆俞	第十胸椎棘突下，旁开1.5寸	胁肋痛、口苦、黄疸	一指禅推、点、按、揉

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
足太阳膀胱经	脾俞	第十一胸椎棘突下，旁开1.5寸	胃脘胀痛、消化不良、小儿慢脾惊	一指禅推、点、按、揉、搓、弹拨
	胃俞	第十二胸椎棘突下，旁开1.5寸	胃病、小儿吐乳、消化不良	一指禅推、点、按、揉、搓、弹拨
	三焦俞	第一腰椎棘突下，旁开1.5寸	肠鸣、腹胀、呕吐、腰背强痛	一指禅推、按、揉、搓
	肾俞	第二腰椎棘突下，旁开1.5寸	肾虚、腰痛、遗精、月经不调	一指禅推、按、揉、搓
	气海俞	第三腰椎棘突下，旁开1.5寸	腰痛	一指禅推、按、揉、搓
	大肠俞	第四腰椎棘突下，旁开1.5寸	腰腿痛、腰肌劳损、肠炎	一指禅推、按、揉、搓、弹拨
	关元俞	第五腰椎棘突下，旁开1.5寸	腰痛、泄泻	一指禅推、按、揉、搓
	八髎	在第一、二、三、四骶后孔中（分别称为上髎、次髎、中髎、下髎）	腰腿痛、泌尿生殖系疾患	点、按、搓、擦
	秩边	第四骶椎下，旁开3寸	腰臀痛、下肢痿痹、小便不利、便秘	搓、拿、弹拨、按

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
	殷门	臀沟中央下6寸	坐骨神经痛、下肢瘫痪、腰背痛	点、压、拍、揉、拿
足太阳膀胱经	委阳	腘横纹外端，股二头肌腱内缘	腰脊强痛、小腹胀满、小便不利、腿足挛痛	拿、按
	委中	腘窝横纹中央	腰痛、膝关节屈伸不利，半身不遂	揉、拿、按、揉、一指禅推
	承山	腓肠肌两肌腹之间凹陷的顶端	腰腿痛、腓肠肌痉挛	揉、拿
	飞扬	昆仑直上7寸	头痛、腰背痛、腿软无力	拿、按、揉
	跗阳	昆仑直上3寸	头痛、腰骶痛、外踝肿痛、下肢瘫痪	拿、弹拨
	昆仑	外踝与跟腱之间凹陷中	头痛、项强、腰痛、踝关节扭伤	按、拿、点
	甲脉	外踝下缘凹陷中	癫狂痛、腰腿疼痛	掐、点、按
	金门	申脉前下方，骰骨外侧凹陷中	癫痫、腰痛、外踝痛、下肢痹痛	掐、点、按
	京骨	第五跖骨粗隆下，赤白肉际	癫痫、头痛、项强、腰腿痛、膝痛脚挛	拿、掐

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
足少阴肾经	涌泉	足底中，足趾陷屈时呈凹陷处	偏头痛、高血压、小儿发热	擦、按、拿
	太溪	内踝与跟腱之间凹陷中	喉痛、齿痛、不寐、遗精、阳萎、月经不调	一指禅推、拿、按、揉
	大钟	太溪下0.5寸，跟腱内缘	腰脊强痛、足跟痛、气喘、咳血	一指禅推、按、揉
	水泉	太溪直下1寸	月经不调、痛经、小便不利、目昏花	按、揉、点
	照海	内踝下缘凹陷中	月经不调	按
	交信	内踝上2寸，胫骨内侧缘	月经不调、泄泻、便秘、睾丸肿痛	按、揉
	筑宾	太溪直上5寸	癫狂、痛痛、足胫痛	点、按、揉、拿
手厥阴心	曲泽	肘横纹中，肱二头肌腱尺侧缘	上肢酸痛颤抖	拿、按、揉
	郄门	腕横纹上5寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间	心痛、心悸、呕吐	拿、按、揉
	内关	腕横纹上2寸，掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间	腰痛、呕吐、心悸、精神失常	一指禅推、按、揉、拿

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
心包经	大陵	腕横纹中央、掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间	心痛心悸、胃痛、呕吐、癫痫、胸胁痛	按、揉、弹拨
	劳宫	手掌心横纹中，第二、三掌骨之间	心悸、颤抖	按、揉、拿
手少阳三焦经	中渚	握拳、第四、五掌骨小头后缘之间凹陷中	偏头痛、掌指痛屈伸不利、肘臂痛	点、按、揉、一指禅推
	阳池	腕背横纹中、指总伸肌腱尺侧缘凹陷中	肩臂痛、腕痛、疟疾、消渴、耳聋	一指禅推、按、揉
	外关	腕背横纹上2寸，桡骨与尺骨之间	头痛、肘臂手指痛、屈伸不利	一指禅推、揉、按、揉
	会宗	腕背横纹上3寸，尺骨桡侧缘	耳聋、痫证、疼痛	揉、按揉、
	肩髎	肩峰外下方，肩髃穴后寸许凹陷中	肩臂酸痛、肩关节活动不便	一指禅推、按、揉、揉、拿
足少	风池	胸锁乳突肌与斜方肌之间，平风府穴	偏正头痛、感冒项强	按、拿、一指禅推
	肩井	大椎穴与肩峰连线的中点	项强、肩背痛、手臂上举不便	拿、揉、一指禅推、按、揉
	居髎	髂前上嵴与股骨大转子连线的中点	腰腿痛、髋关节酸痛、慢髂关节炎	揉、点、压、按

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
阳胆经	环跳	股骨大转子与骶裂孔连线的外1/3与内2/3交界处	腰腿痛、偏瘫	掇、点、压、按
	风市	大腿外侧中间，腘横纹水平线上7寸	偏瘫、膝关节酸痛	掇、点、按、压
	阳陵泉	腓骨小头前下方凹陷中	膝关节酸痛、胁肋痛	拿、点、掇揉
	外丘	外踝上7寸，腓骨前缘	胸胁支满、肤痛痿痹、癫疾呕沫	掇、按、揉
	光明	外踝上5寸，腓骨前缘	膝痛、下肢痿痹、目痛、夜盲、乳胀	掇、按、揉
	悬钟	外踝上3寸，腓骨后缘	头痛、项强、下肢酸痛	拿、按
	丘墟	外踝前下方、趾长伸肌腱外侧凹陷中	踝关节痛、胸胁痛	按、点、拿
	足临泣	足背、第四、五趾间缝纹端上1.5寸	瘰疬，胁肋痛、足跗肿痛、足趾挛痛	掐、点、按
足厥	太冲	足背，第一、二跖骨底之间凹陷中	头痛、眩晕、高血压、小儿惊风	拿、按、揉
	蠡沟	内踝上5寸，胫骨内侧面的中央	小便不利、月经不调、足胫痿痹	掇、拿、按、揉

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
阴肝经	中都	内踝上7寸，胫骨内侧面的中央	腹痛、泄泻、疝气、崩漏、恶露不尽	揉、拿、按揉
	章门	第十一肋端	胸胁痛、胸闷	摩、揉、按
	期门	乳头直下，第六肋间隙	胸胁痛	摩、揉、按
任脉	关元	脐下3寸	腹痛、痛经、遗尿	一指禅推、摩、揉、按
	石门	脐下2寸	腹痛、泄泻	一指禅推、摩、揉、按
	气海	脐下1.5寸	腹痛、月经不调、遗尿	一指禅推、摩、揉、按
	神阙	脐的中间	腹痛、泄泻	摩、揉、按
	中脘	脐上4寸	胃痛、腹胀、呕吐、消化不良	一指禅推、摩、按、揉
	鸠尾	剑突下，脐上7寸	心胸痛、反胃、癫痫	按、揉
	膻中	前正中线，平第四肋间隙处	咳喘、胸闷胸痛	一指禅推、摩、按、揉
	天突	胸骨上窝正中	喘咳、咯痰不畅	按、压、一指禅推
	承浆	颏唇沟的中点	口眼歪斜、牙痛	按、揉、掐
	长强	尾骨尖下0.5寸	腹泻、便秘、脱肛	按、揉、点

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
督脉	腰阳关	第四腰椎棘突下	腰脊疼痛	擦、一指禅推、按、揉、擦、扳
	命门	第二腰椎棘突下	腰脊疼痛	擦、一指禅推、按、揉、擦、扳
	身柱	第三胸椎棘突下	腰脊强痛	擦、一指禅推、扳、按
	大椎	第七颈椎棘突下	感冒、发热、落枕	一指禅推、擦、按、揉
	风府	后发际正中直上1寸	头痛项强	点、按、揉、一指禅推
	百会	后发际正中直上7寸	头痛头晕、昏厥、高血压、脱肛	按、揉、一指禅推
	人中	人中沟正中线上1/3与下2/3交界处	惊风、口眼歪斜	掐
经外	印堂	两眉头连线的中点	头痛、鼻炎、失眠	抹、一指禅推、按、揉
	太阳	眉梢与目外眦之间向后约1寸处凹陷中	头痛、感冒、眼病	按、揉、抹、一指禅推
	鱼腰	眉毛的中点	眉棱骨痛、目赤肿痛、眼睑颤动	抹、一指禅推、按

续

经络	穴名	位置	主治	常用手法
奇穴	腰眼	第四腰椎棘突下，旁开3.8寸凹陷处	腰损伤、腰背酸楚	揉、按、拿、擦
	夹脊	第一胸椎至第五腰椎，各椎棘突下旁开0.5寸	脊椎疼痛强直、脏腑疾患及强壮作用	揉、擦、压、推、一指禅推
	十七椎	第五腰椎棘突下	腰腿痛	扳、揉、按
	四宣	十手指尖端，距指甲0.1寸	昏厥	掐
	鹤顶	髌骨上缘正中凹陷处	膝关节肿痛	按、揉、点
	阑尾穴	足三里穴下约2寸处	阑尾炎、腹痛	按、拿、揉、点
	肩内陵	腋前皱襞顶端与肩髃穴连线中点	肩关节酸痛、运动障碍	一指禅推、揉、拿、按、揉
	桥弓	耳后翳风到缺盆成一线	头痛、头晕	推、揉、拿
	胆囊穴	阳陵泉直下1寸	胆绞痛	按、揉、点

卷　三

十、按摩手法

用手或肢体其它部位，按各种特定的技巧动作，在体表进行操作，用以诊断和治疗疾病的方法称手法。按摩手法的基本动作来源于人们日常活动中经常和习惯使用的动作。

按摩手法是一项专门的基本技能。《医宗金鉴·正骨心法要旨》指出："法之所施，使患者不知其苦，方称为手法也。"就是说，按摩手法讲究的是技巧，而不是蛮力。临床实践证明，突然而猛烈的动作有危险性，有时会给患者带来不必要的痛苦。因此，手法是力与技巧的有机结合，在一定的范围内使用的规范动作。

按摩手法要求持久、有力、均匀、柔和、深透。"持久"是指手法能持续运用一定的时间，保持动作和力量的连贯性，不能断断续续。"有力"是指手法必须具备一定的力量。这种力量应根据治疗对象、病证虚实、施治部位和手法性质而辩证运用。"均匀"是指手法动作的节奏性和用力的平稳性。动作不能时快时慢，用力不能时轻时重。"柔和"是指手法动作的稳柔灵活及力量的缓和，使手法轻而不浮，重而不滞。所以柔和并不是软弱无力，也不是滞劲、蛮力或突发暴力。力量是基础，手法技巧是关键，两者缺一不可，这样才能达到"深透"。

按摩手法的种类很多，名称不一。由于历史原因，按摩手法的流派很多，动作和名称各家称呼不同。有的手法动作相似而名

称不同，也有名称相同而动作各异。因此，给学习按摩手法带来一定困难。根据各流派的不同特点，本书把手法综合归纳为以下两大类：

基本手法　按摩手法中最基础的、单一的手法。

复式手法　是两种或两种以上不同类别的手法复合而成的治疗手法。

在基本手法中，又分为十二类。

手法的技巧和持续的力量，是通过手法的练习获得的。难度较大的手法，更应长期而反复的练习。手法练习有徒手练习、器具练习、人体操作练习等，主要是动作技巧和指力、腕力、臂力的锻炼。

徒手练习，一般可以通过练功来进行。

器具练习，即借助于器具进行。常用的器具有沙袋、酒坛等。沙袋用于练习一指禅推法，揉法、揉法和摩法等。酒坛（小口酒坛）用于练习拿法等。

人体操作练习，是在自身或他人身上进行。既可练习擦法、摇法、扳法、按法、击法等，又可为各种手法的连贯运用和临床操作打下基础。

（一）基本手法

基本手法是按摩手法中最基础而且名称、操作形式及作用力又较为单一的手法。

1.推法类

提　要

·在有一定压力的基础上“去而不返”

用指或掌（包括肘部）着力于人体一定部位或穴位上，作单方向的直线（或弧形）移动，称为推法。推法分为10余种手法。

①平推法　是推法中较为用力的一种。

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕用力均匀，推进速度要缓慢，必须直推，不允许斜曲和跳跃。

〔操作步骤〕

拇指平推法 用拇指指腹螺纹面着力于施治部位，按经络循行或肌纤维平行方向推进（图3-1）。一般可连续5-10遍。

掌平推法 用手掌着力于施治部位，以掌根为重点向一定方向推进（图3-2）。需要增大压力时，可用另一手重叠推进。用于背部的掌平推法又称之为刨推法或顿推法。用掌的尺侧面在脊中凹陷处的掌平推法称侧推法。操作次数同上。

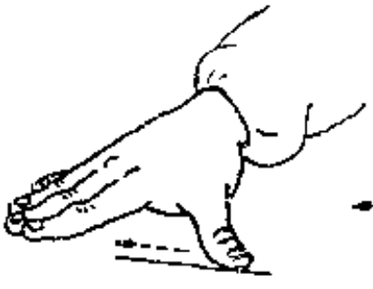


图3-1 拇指平推法



图3-2 掌平推法

拳平推法 握拳，以食、中、环、小四指指间关节突起处着力向一定方向推进（图3-3）。本法是平推法中刺激较强的手法。操作次数同上。多用于腰背及四肢。



图3-3 拳平推法

肘平推法 屈肘，用鹰嘴突部着力于施治部位，向一定方向推进（图3-4）。本法是平推法中刺激最强的一种。多用于腰背部及臀部。操作次数同上。

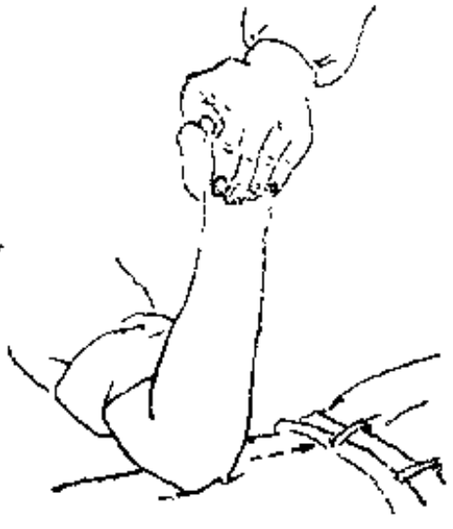


图3-4 肘平推法

〔功效作用〕

疏经通络，理筋活血，消瘀散结，消食导滞，缓痉止痛。

②直推法　本法是小儿按摩常用手法之一。又称清法。

〔适用部位〕常用于小儿，适用于全身各部。

〔手法要领〕轻快连续，一拂而过，频率每分钟200—220次左右。

〔操作步骤〕

用拇指桡侧缘或食、中两指螺纹面在一定部位或穴位上作直线单方向的移动。推时需蘸姜汁、清水或酒精，随蘸随推，使皮肤保持湿润。

〔功效作用〕疏通经络，行气活血，清热泻火，多用于小儿实证热证。

③旋推法　是小儿常用按摩手法之一，又称运法。

〔适用部位〕适用小儿全身各部及成人腹部、头部。

〔手法要领〕持续均匀，以臂带腕，以腕带指，旋转推动。频率每分钟160次左右。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者用单手或双手拇指指腹螺纹面，吸定在一定部位或穴位上旋转推动。

〔功效作用〕通经活络，调和气血，健胃消积，散瘀除滞。多用于小儿虚证。

④分推法　以手掌或手指在施治部位分别向不同方向推开，亦称分法。

〔适用部位〕全身各部位。

〔手法要领〕用力均匀和缓，协调一致。

〔操作步骤〕

指分推法　用双手拇指指腹或拇指偏峰或四指指腹并在一起，在施治部位一左一右，一上一下单方向推动。此法多用于头面部。

掌分推法　用双手掌面或大鱼际或小鱼际或掌根部自施治部位分别向相反方向推动。此法主要用于面积较大的施治部位，如腰、背、腿部。

〔功效作用〕调和阴阳，分理气血，消积导滞，疏肝理气，活血止痛。

⑤合推法　是与分推法相对而言。双手指掌螺纹面从两个不同的方向，同时向一中心点合拢，亦称合法或和法。

〔适用部位〕主要用于头、胸、腹部等。

〔手法要领〕与分推法同。

〔操作步骤〕根据施治部位的不同，合推法可分为指合推法和掌合推法。此法与分推法的操作相反。

〔功效作用〕调和脾胃，理气和血，燮理阴阳，扶助正气。

⑥抹法　用拇指螺纹面紧贴皮肤，作上下或左右的直线或弧形曲线往返推动(图3-5)。是推法的复合手法。



图3-5　抹法

〔适用部位〕常用于头面及颈顶部、手掌部。

〔手法要领〕用力均匀，动作和缓，轻而不浮，重而不滞。

〔操作步骤〕

头面部　患者坐位，术者面对患者站立，用双手扶住其头部两侧，两拇指自印堂穴交替向上推动至前额，往返数次后，随即

分左右抹至两侧太阳穴并作转动数次，仍向中间合拢。如此往返数次，再分别沿眼眶周围反复推动。然后沿颧骨下缘抹向两耳前听宫穴，再作数次往返，最后仍还原至印堂穴。以上动作要连续不断，一气呵成。

手掌部　姿式同上，用双手握住患者手掌，两拇指作反方向的上下或左右交叉的反复推动。操作时稍涂些润滑剂尤佳。

〔功效作用〕开窍镇静，醒脑明目，扩张血管。

⑦拘法　食、中两指并拢微屈成钩状，以食指第二和第三节的桡侧缘着力紧贴皮肤作连续性的推抹（图3-6）。



图3-6　拘法

〔适用部位〕头部两侧。

〔手法要领〕动作连续，速度适宜，弧形推抹，用力柔和。

〔操作步骤〕

患者坐位，术者站于其后，双手张开，拇指按在枕骨两侧，食、中两指并拢微屈，以食指的第二、三节桡侧缘着力，分别从两侧太阳穴起向后沿耳上方作弧形推抹至枕骨两侧。如此重复数次。

〔功效作用〕清脑明目，舒畅经脉。

⑧刮法　以指端或拳尖于施治部位上作快速的推动，用力较推法为重。

〔适用部位〕肩部、背部脊柱两侧和胸部肋间处。

〔手法要领〕用力均匀，以皮肤紫红为度。应选用清水或麻油等作为介质。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者用指端或拳尖（掌背侧骨突部），在施治部位上着力作直行或横行快速推动。刮法临床还可见木针刮法，铜钱刮法等民间常用方法。

〔功效作用〕祛风散寒，引邪外出，温通经络，舒筋活血，解痉止痛。

⑨滑推法　以手掌与手指合作，着力于施治部位，掌根以手指为定点，随着指间及掌指关节屈曲，进行滑行推动，称滑推。

〔适用部位〕四肢及背部脊柱两侧。

〔手法要领〕沉肩，伸肘，微屈腕，滑而疾速，着力表皮，滑而不浮，推而不滞。

〔操作步骤〕

患者仰卧或俯卧位，术者拇指伸开，余四指及掌根着力于施治部位，随着掌指及指间关节的屈曲，掌根向指端滑行推移。反复操作。单手双手均可（图3-7）。

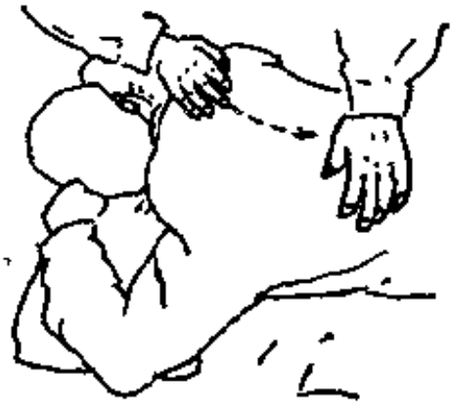


图3-7　滑推法

此法应与抓法相鉴别，抓法需有抓提的动作，移动以屈指为

主。

〔功效作用〕疏通经络，调理阴阳，健脾和胃，通利关节，疏通皮部，驱风散寒。

⑩一指禅推法　一指禅推法是“一指禅”流派中的主要手法。这种推法的动作难度大，技巧性强，需要手臂各部的协调动作，使功力集中于一指。要掌握一指禅推法，须经长期训练，确非易事。

〔适应部位〕全身各部。

〔手法要领〕肩、肘、腕、掌各部放松，沉肩、垂肘、悬腕、指实、掌虚、紧推慢移。蓄力于掌，发力于指。

〔操作步骤〕

一指禅推法　手握空拳，拇指自然伸直盖住拳眼（使拇指位于食指第二节处），用大拇指指端，螺纹面或偏峰着力于一定的部位或穴位上，沉肩、垂肘、悬腕，运用腕部的摆动带动拇指关节的屈伸活动，使所产生的力轻重交替，持续作用于施治部位上。手法频率每分钟120—160次（图3-8）。

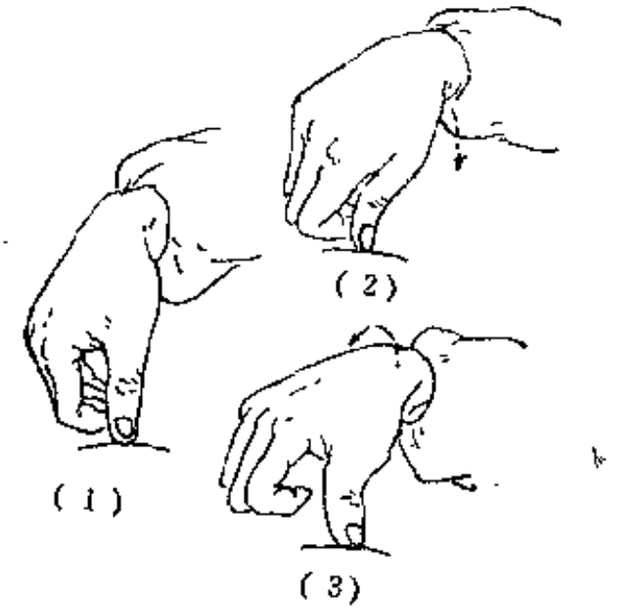


图3-8　一指禅推法

缠法　一指禅推法频率加快到每分钟200次以上为缠法。常用于颈项部。

偏峰推法　推时用拇指桡侧缘着力(亦称少商劲)，常用于头面、胸胁、腹部。

屈指推法　推时将拇指屈曲，以拇指指间关节着力，亦称背屈推或跪推（图3-9)。常用于项部及骨缝小关节间。



图3-9　屈指推法

〔功效作用〕舒筋通络，调和营卫，行气活血，健脾和胃，清脑醒目，镇静安神。

〔手法练习〕

由于一指禅推法难度较大，技巧性强，因此需要刻苦练习，一般分两个阶段，即先在沙袋上练习，然后在人体上练习。

沙袋上练习的目的是锻炼指力和掌握一指禅推法的基本动作。

沙袋的制作：用长约25cm，宽约17cm的布袋，内装黄沙或米，袋内掺入碎海绵，使之更富有弹性，袋口缝合后，外套一个干净的布袋，便于更换。

练习时，身体端坐，聚精会神。将沙袋置于胸前。屈肘悬腕，手握空拳，拇指自然伸直与食指中节相对，拇指端或螺纹面着实吸定于沙袋上，然后腕部有节奏的往返摆动，并带动拇指关节作屈伸运动。摆动频率一般控制在每分钟120—160次，逐渐加快至200次。单手或双手同时练习均可。练习时应有意识练习基本动作，不要在沙袋上移动，练到基本上掌握要领，腕部灵活摆

动，并能使拇指端吸定在一点上，频率均匀并达到要求时再练习拇指移动推法。

肩背部：被推者坐位(前俯势)，术者立于其左侧，上身略前倾，用右手沿背部膀胱经两条侧线，作上下往返移动，并选取穴位进行推法练习。

胸腹部：被推者仰卧位，松衣宽带，覆盖治疗巾，使被推部位保持平坦。术者坐其右侧，用右手推胸腹部足阳明胃经及任脉的穴位，并作从上至下，从左至右的缓慢移动。也可推摩并用，即拇指用一指禅推法，其余四指伸直作摩法，也称推摩复合手法，简称推摩法(图3-10)。一般要求推摩10—15分钟后，腹部应有热气透达之感。

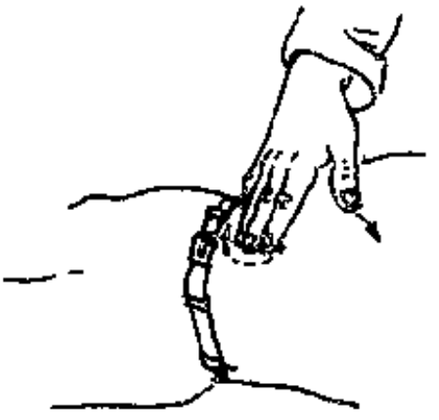


图3-10　推摩法

颜面颈项部：被推者坐位(或仰卧位)，术者站(或坐)于其右侧(或前外侧)，用右手拇指偏峰着力，手腕自然平伸，自印堂向上沿发际推至太阳穴。往返数次后，再推眼眶周围穴位。

如推后局部皮肤发红或疼痛，可视为手法重滞不灵之故，尚需加强练习。

2.拿法类

提　要

·相对挤压，提起揉动是拿法类手法的基本动作

·用力要求由轻到重再由重到轻

以单手或双手的拇指与其余四指相对，捏住施治部位，逐渐

用力内收，并作持续的揉捏动作，称为拿法(图3-11)。与拿法相似的手法有捏法、抓法、提法、挤法、拧法、扭法、捻法、拢法、挪法、握法、扯法、揪法、弹筋法、密拿法等十四种手法。



图3-11　拿法

①拿法　为本类手法的代表手法。

〔适用部位〕颈项部，肩部，四肢等部位。

〔手法要领〕指下柔和，劲力适宜，忌用指甲，着实勿乱。

〔操作步骤〕

指拿　以拇指指腹与食、中、无名、小指指腹分别组合，相对用力于施治部位，做连绵不断的揉捏动作。一般可分为三指拿，四指拿，五指拿三种。

全手拿　手腕放松灵活，掌心紧贴于施治部位，可用一手全手进行相对挤压动作，亦可双手同时施术。此法常用于肌肉丰厚之处。

〔功效作用〕祛风散寒，开窍明目，舒筋活血，通经止痛，理筋整复。

②捏法　以拇、食两指或拇、食、中三指提捏某一部位称捏法。

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕柔和深透，轻重有度，连续移动，轻巧敏捷。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者以单手或双手拇指与食、中、环、三指指腹的对合力交替、反复、持续、均匀地提捏起施治的部位或穴位。被着力的局部在指的不断对合转动下捏起，再以手的自然转动，使皮肉肌筋自指腹间滑脱出来，如此反复交替提捏。

捏脊法　患者俯卧，背部肌肉放松。术者坐或立于侧面，用两手拇指桡侧面顶住其脊柱两侧皮肤，食指和中指前按与拇指相对分别捏起皮肤，随捏随提，双手交替捻动并向前推进；或术者将两手食指屈曲，以拇指与食指中节相对分别捏起皮肤，随捏随提，双手交替捻动并向前推进(图3-12)，即自龟尾穴起沿脊柱向上至大椎穴止。



(1)



(2)

图3-12　捏脊法

〔功效作用〕调和气血，健脾和胃，疏通经络，行气活血。

③提法　正骨八法之一，提有提起，提伸及牵引之意。用一手或双手或拇、食指，或辅以绳索将受伤后下陷之骨或关节提到原位，以利整复。另有一种捏住肌肤后用力往上牵拉，也称提

法，实际上是应用拿法或捏法操作过程中的一种加强手法刺激量的动作，如提拿，提捏等，故一般不作为一种单独手法使用。

④挤法　用指或掌的对合力，着力于施治部位挤而压之，挤而合之，称为挤法。

〔适用部位〕常用于部位表浅及面积较小的部位或穴位。如前额、颈前、项后、脊背及四肢关节部位等。

〔手法要领〕用力对称，和缓，持续，避免损伤表皮。

〔操作步骤〕

指与指对挤法　患者坐位，术者单手或双手的拇指与食指端对合着力于施治部位，一松一紧地凑挤捏动，或用拇指与其余四指的凑挤捏合力着力于施治部位挤捏皮肉，捏挤后局部呈紫红色。

掌与掌对挤法　双手掌心相对，着力于施治部位一松一紧的挤压。此法常用于四肢关节部位。

〔功效作用〕通经活络，活血止痛，调和阴阳，引血下行。

⑤拧法　用屈曲的食指和中指（或拇指和屈曲的食指）张开如钳形，挟住治疗部位的皮肤，一拉一放，称为拧法，也称挤法、揪法和扯法。

〔适用部位〕胸腹部及太阳、印堂、华佗夹脊等穴位，颈项部。

〔手法要领〕应用介质，持续柔和，先松后紧，先轻后重。年老体弱及小儿禁用。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，先以手法放松施治部位肌肉，后以手指蘸清水，在施治部位先轻后重、先松后紧地进行一拉一放的操作，反复进行，直至被拧的皮肤出现红紫色斑痕为度。

〔功效作用〕发散解表，通经疏郁。

⑥抓法　将五指分开满把捏拿施治部位。常作为一种辅助手法，很少单独使用。

〔适用部位〕头部和肌肉较丰富的部位。

〔手法要领〕抓起后迅速松脱，保护皮肤，避免指甲抠抓，更不要将肌肤握于掌内揉、捻、搓、挪、旋转。

〔操作步骤〕

患者俯卧位，术者以单手或双手掌指贴于施治部位，先以掌根施压力，后屈曲指掌，以掌根与指端的对合力将局部皮肤肌筋握于掌指内，然后掌根抬起使皮肉肌筋逐渐自掌内松脱滑出，如此反复操作。

〔功效作用〕通经活络，调和阴阳，祛风散寒，温散解表。

⑦扭法　本法与扯法相似，但扯法不扭转。

〔适用部位〕肩颈部，腰背部。

〔手法要领〕手法连贯均匀，以皮肤呈现紫红色为度。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者用手指捏住施治部位或穴位，反复扭转，使局部皮肤呈现紫红色。

〔功效作用〕祛风除寒，解痉止痛。

⑧捻法　以拇指和食指指腹相对捏住施治部位，稍用力作对称的如捻线状的快速捻搓。

〔适用部位〕指、趾间小关节及浅表肌肤部。

〔手法要领〕均匀和缓，速度快捷，保护皮肤，可加油、水等介质。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者用拇指与食指的指腹或双手夹捏住施治部位的肢体或皮肉、肌筋作对合交替的旋转捻动。操作时可在患部涂上少许水或麻油。

〔功效作用〕通利关节，行气活血，舒经通络，祛风止痛，软坚化结。

⑨拢法

〔适用部位〕腹部

〔手法要领〕两手掌用力均匀，柔和持续，勿要滑移。

〔操作步骤〕

患者卧位，术者立于患者一侧，用双手掌尺侧面相对夹住治疗部位的肌肉，一夹一放，反复操作。也可将肌肉夹起后摇动几下再放。

〔功效作用〕健脾和胃，消积导滞。

⑩挪法　把手掌平放在治疗部位上，用掌或指与体表贴实，捏住肌肤稍停片刻后，再使肌肤逐渐从掌内、指间滑脱出来的连续操作手法为挪法。

〔适用部位〕背部、腹部。

〔手法要领〕均匀和缓，操作有序。

〔操作步骤〕

患者仰卧或俯卧位，术者以单手或双手同时或交替平放于脊椎、脊椎两侧或腹部的施治部位，手与体表贴实，先上推或下拉，同时将体表肌肤逐渐握于掌、指中稍停片刻，然后手上移或下移，持续用力，同时握于掌内的肌肤缓慢地从掌内滑滚出掌、指间。如此反复施术(图3-13)。



图3-13　挪法

〔功效作用〕活血散瘀，消除积聚。

⑪握法　又称理法，缕法。

〔适用部位〕多用于四肢部。

〔手法要领〕松紧得法，循序进行。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者用单手或双手由上到下握住肢体并一松一紧的循序移动，如此反复进行。

〔功效作用〕理顺筋脉，疏经通络。

⑫弹筋法　又称弹拿法。

〔适用部位〕颈项、肩、背及四肢部筋隆处。

〔手法要领〕指端着力，探入筋部，拿住弹开，不宜太快。

〔操作步骤〕

用拇指、食指指腹相对紧捏肌肉或肌腱，用力提拉，然后迅速放开，使其弹回，如拉放弓弦之状。

〔功效作用〕舒筋活络，通畅气血。

⑬密拿法　以三指或五指端凑捏在一起，着力于施治部位，一松一紧的啄拿，并反复操作，称密拿法。

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕指端着力，啄拿皮表，连续动作，均匀有序。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者用单手或双手三指或五指端凑捏一起作一起一落、一紧一松、一张一合、一捏一拿的反复快捷啄拿患处的动作。

〔功效作用〕散风活络，疏风止痒，调和气血，兴奋局部。

3.按法类

提　要

·垂直按压，固定不移

·由轻而重，稳而持续

按法是最早应用于按摩治疗的手法之一。按是压抑的意思，用手指或手掌面着力在体表某一部位或穴位上，逐渐用力下压，称为按法。与按法动作相似的有压法、点法、拘点法、掐法、蝶

转法、扪法、抵法、拔法、拳顶法、弹拨法、戳法、押法、合按、掀法、揭法、掏法、擅法、点润法等。

①指按法　临床常以拇指按法为主。

〔适用部位〕全身各部，以经穴为主。

〔手法要领〕用力勿猛，持续有力，勿要滑移，按力深透。

〔操作步骤〕

用拇指或食、中、环三指指面按压患者体表的施治部位，单手指力不足时，可用另一手拇指重叠按压，反复进行。

〔功效作用〕开通闭塞，散寒止痛。

②掌按法　用掌根、鱼际、或全掌着力按压体表的一种手法。

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕依部施力，持续深透，呼吸自然，勿离部位。

〔操作步骤〕

患者卧位，术者坐或立于其一侧，用单手或双手掌根、鱼际或全掌着力按压在施治部位。按压腰背部时，压力要贯足，按压到一定深度时可作缓缓揉动，也可边按边揉，边循着肌纤维平行方向慢慢移动；在腹部应用时，按压的力应柔缓，同时随着患者的呼吸而起伏。

〔功效作用〕疏松筋脉，温中散寒，理筋整复，调和气血。

③压法　压法与按法在操作上极为相似，压法在时间和力量上较按法为长和大。

〔适用部位〕胸背、腰臀等肌肉丰厚之处。

〔手法要领〕压而不动时间长，提而轻缓移动慢，力宜深沉持续。

〔操作步骤〕

患者卧位，术者以单手或双手的手指或手掌，单独或重叠于施治部位间断而缓慢的着力，深压而抑之，缓慢移动，间断压

抑，压而不动，提则轻缓(图3-14)。亦可用肘部施力。

〔功效作用〕疏通经络，活血止痛，镇静安神，扶助正气，舒展肌筋，解痉止痛。

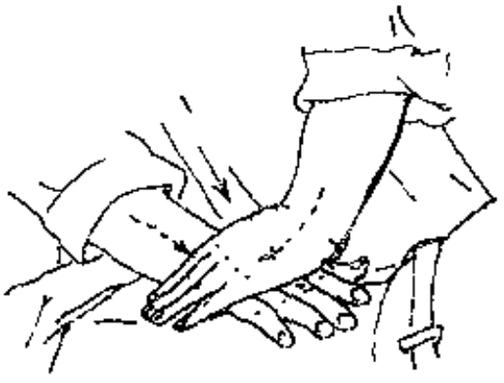


图3-14 压 法



图3-15 点 法

④点法 本法从按法演化而来，施力面积小，刺激较强。

〔适用部位〕全身经穴。

〔手法要领〕力量深透，屏气自然，手法轻巧，轻重交替。

〔操作步骤〕

临床操作时，应根据患者身体胖瘦选择施术方法及力量大小，点而按之。一般可用手指端，肘尖或屈指指间关节处施术(图3-15)。

〔功效作用〕通经活络，消积破结，调和阴阳，疏筋壮节，消肿止痛。

⑤拘点法 属点法的一种。

〔适用部位〕天突穴、患者仰卧位时的风池、风府、腰眼穴等。

〔手法要领〕屈指点按，指端用力，力量深透，按之勿移。

〔操作步骤〕

患者仰卧位，术者坐或立于患者一侧，以中指屈曲，指端着

力于施治穴位上，因仰卧位背侧肌肉充分放松，使手法容易深透。

〔功效作用〕舒筋通络，解痉止痛，散风祛寒，活血行气。

⑥指法　掐法又称指针法。

〔适用部位〕全身各部，以经穴为主。

〔手法要领〕爪甲着力，持续稳重，由轻渐重，注意和缓。

〔操作步骤〕

术者用指甲缘，将力贯注于指端，在需治疗的穴位上重按。注意力量应由轻渐渐加重，以不刺破皮肤为度。

〔功效作用〕醒脑开窍，回阳救逆，祛风散寒，温经通络。

⑦螺转法　掌按法的演变手法。

〔适用部位〕脘腹部。

〔手法要领〕着力于掌，移动按压，用力均匀，缓慢柔和。

〔操作步骤〕

患者仰卧，术者坐于一侧，用手掌平覆于治疗部位，手掌不要移动，而作缓慢柔和的顺时针方向旋压。着力依照小鱼际、掌根、大鱼际、四指端的次序，反复周旋。

〔功效作用〕温胃和中，调和气血。

⑧扪法　掌按法的一种。

〔适用部位〕多用于脘腹部。

〔手法要领〕着力于掌，按引热透。

〔操作步骤〕

患者仰卧，术者坐于一侧，将两掌相互摩擦，待于掌发热时迅速将一手掌按放在治疗部位上。使热气透于皮下组织。反复操作，直至脘腹部感到温热为止。

〔功效作用〕温胃和中，调和气血，解痉止痛。

⑨抵法　用两手指或手掌相对用力进行按压称抵法，又称合按法。

〔适用部位〕头部对称性的穴位及四肢。

〔手法要领〕两掌或指相对着力，均匀和缓，由轻而重。

〔操作步骤〕

头部对称穴位　患者坐位，术者立于其身后，用拇、食或中指（或两手的手指）按压在施治的穴位上，相对用力，由轻而重。

四肢部　患者仰卧或俯卧，术者坐其一侧，用双手的掌根部从四肢的远端向近端进行反复挤压。

〔功效作用〕疏通脉络，祛风解表，行气活血，消肿止痛。

⑩拨法　以拇指深按于肌腱部，着力按而拨动之的手法称为拨法。又称弹拨法、抻法、拨络法、指拨法等。

〔适用部位〕腰背部及四肢。

〔手法要领〕指端着力，按而拨动，均匀和缓，弹动为宜。

〔操作步骤〕

拇指拨法　用拇指端按于肌筋施治部位，将力集中于指端，作与肌纤维垂直方向的来回拨动。此法常用于腋窝、腘窝、肘窝及脊柱两侧。

三指拨法　术者用拇指与食、中指的协同作用或食指、中指、无名指的三指指端并齐，同时插入肌筋缝隙，作与肌纤维垂直方向的来回拨动。此法常用于臀部等肌肉丰满之处。

四指拨法　术者用除拇指外其余四指，施术方法同上。常用于臀、腰及脊柱两旁。

〔功效作用〕解痉止痛，松解粘连，通经活络，消炎镇痛。

⑪拳顶法

〔适用部位〕肩背腰臀及大腿外侧面。

〔手法要领〕着力点多，按之弹拨，用力均匀，手法柔和。

〔操作步骤〕

患者俯卧或坐位，术者手握实拳，用各指近端的指间关节背面着力按压于施治部位，并作小范围的推压或拨动。

〔功效作用〕活血理筋，解痉止痛，通经活络。

⑫戳法　一指指端于施治部位或穴位上垂直点而定之的着力，称为戳法。

〔适用部位〕全身各部，以穴位为主。

〔手法要领〕指端着力，戳而定之，由轻渐重贯之以力，部位准确。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者食指或中指伸直，将力集中于指端，以腕的屈伸活动带动指端垂直着力于施治部位点而定之。如此反复操作。

〔功效作用〕通络逐瘀，调和气血，祛邪扶正，宣通气血。

⑬押法　又称切法。是以指端顺序点按施治部位的方法。

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕甲缘着力，用力深沉，柔中有刚，缓慢移动，顺序切押。

〔操作步骤〕

患者坐位或仰卧位，术者以拇指端爪甲缘或其余四指爪甲缘，在施治部位直上直下、一起一落的点按切押。操作时宜将爪甲剪短修圆滑，以免损伤皮表。

〔功效作用〕祛风散寒，活络止痛，行气消瘀，理筋止痉。

⑭掖法　是伤科按摩中常用手法。是指用拇指端在施治部位点掖肌筋的不全断端，使其固定的方法。

〔适用部位〕四肢部位。

〔手法要领〕手摸心会，着力于指，按之推挤。

〔操作步骤〕

患者卧位，术者一手固定患肢，另手拇指指端于施治部位的隆起或凹陷部位，仔细触摸体会，循触肌筋不全断端。触及准确后，用双拇指端将断端顺理捋开，再将捋开之断端点用双拇指端

按垫于局部肌筋缝隙之中，然后用纫带固定。

〔功效作用〕理筋解索，续筋止痛，消肿散瘀，固定局部。

⑮摘法　以指端于施治部位或穴位，点而动之的手法，称摘法。

〔适用部位〕腰背及四肢部。

〔手法要领〕指端着力，按而速动，持续柔和，均匀和缓。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位。术者食指伸直，施力于指端，用食指端对准施治部位及穴位点按同时做高速度、低幅度地左右上下的摆动和颤动。

〔功效作用〕通经活络，调理气血，解痉通闭。

⑯掏法　指用拇指端着力于施治部位或穴位，在按压的同时，背伸拇指并弹出的方法。

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕指端着力，拨弹筋肉，意为掏邪。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者用拇指指端着力于施治部位或穴位，按压的同时，背伸拇指并弹出，有将病邪掏弄出来之意。

〔功效作用〕醒脑开窍，调和气血，舒利经气，通经活络，散瘀活血，调理脏腑。

⑰擦法　双手重叠，与施治部位贴实，以寸劲向下擦压，称为擦法。

〔适用部位〕常用于腰背部。

〔手法要领〕贴实体表，垂直施力，勿要滑移，柔和稳重，吸气抬手，呼气下压。

〔操作步骤〕

患者俯卧位，术者双臂伸直，手掌并拢，重叠交叉，平放与体表并贴实，随患者呼吸，用寸劲向下按压（患者深呼气时下

压，吸气时抬手）。一般操作1—3次，常用于手法结束时。

有骨质病变者禁用此法。

〔功效作用〕顺理肌筋，复平捺正，通经活络，驱散风邪。

⑱点润法　用拇指端或指腹在三脉、四窝的经穴上压而点之，稍停片刻即抬手离去，称为点润法。

〔适用部位〕腕部尺侧动脉（神门穴），腕部桡侧动脉（太渊穴），足部动脉（冲阳穴），腋窝（极泉穴），肘窝（曲泽穴），股窝（冲门穴），腘窝（委中穴）等。

〔手法要领〕由轻渐重，按之不移，缓慢抬手。

〔操作步骤〕

患者仰卧位，术者用拇指指腹或指端于三脉四窝的穴位上分别按压，要求自近端向远端自上向下逐穴点压。稍待片刻即抬手离去（压时指下有搏动感）。点润时，患者肢体远端有凉麻感，抬手时，远端有热流感觉。

〔功效作用〕温经通络，滋养筋骨，活血化瘀，疏通闭塞。

4．摩法类

提　要

·轻柔缓和，贴实抚摩

摩法是最早应用于按摩治疗的手法之一。摩是抚摩之意，在按摩手法中主要分为指摩法和掌摩法。用食、中、无名指指面或手掌面附着在体表的一定部位上，作环形而有节奏的抚摩称为摩法（图3-16）。

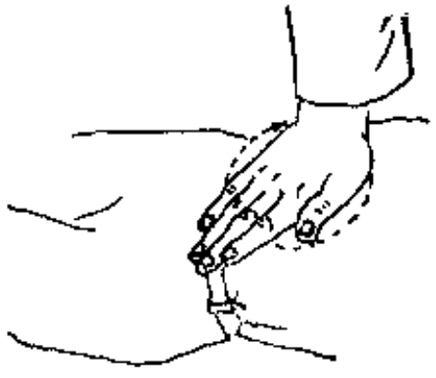


图3-16　摩法

与摩法相似的手法有抚法、拭法、揉法、捋法、扫法、搓法等。

①指摩法　以指腹吸定于施治部位或穴位上，有节律的旋而摩动的方法，称摩法。

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕肘关节微屈，腕部放松，手指自然伸直，指腹着力，旋转抚摩。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者肘关节微屈，腕部放松。

一指摩法　术者以拇、食或中指指腹置于施治部位或穴位，以关节的旋转带动指腹，协调连贯地盘旋转动。连续操作10分钟。

四指摩法　用食、中、无名、小指指腹协同作用，进行环转抚摩的方法。操作时间同上。

〔功效作用〕调和气血，消积导滞，和中健脾，祛瘀消肿。

②掌摩法　手掌贴实在施治部位，在腕关节连同臂的带动下，有节奏的旋转抚摩，称掌摩法。

〔适用部位〕腰背部，胸腹部。

〔手法要领〕肘部微屈，腕部放松，以臂带腕，手掌贴实，环转抚摩，着力和缓协调。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者肘关节微屈，腕关节放松，掌指自然伸直，用单手或双手掌心贴实于施治部位，在腕关节及前臂的带动下，持续连贯，环形而有节奏地抚摩。一般操作10分钟左右，以施治部位透热为度。

〔功效作用〕调和气血，消积导滞，和中健脾，祛瘀消肿。

③抚法　用手掌或指腹着力于施治部位，轻而滑地往返移摩（图3-17）。

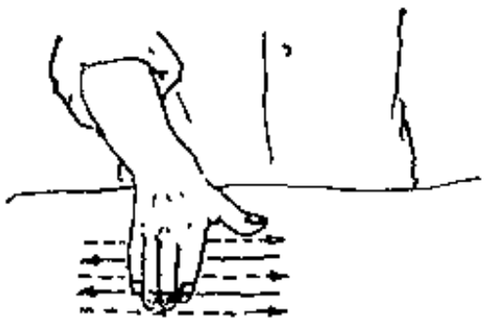


图3-17　抚法

〔适用部位〕头面部及小儿腹部。

〔手法要领〕沉肩，屈肘，以腕带掌，轻而不浮，滑而不滞。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者以单手或双手的指腹螺纹面平放于施治部位，以腕关节左右自然摆动带动掌指轻而滑的往返抚摩。以表面皮肤微热为宜。

〔功效作用〕温经通络，活血散瘀，镇静安神，解痉止痛。

④拭法　是摩法中较重的一种手法。

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕用力均匀，着力深沉，手法灵捷。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者用单手或双手掌或指腹附着在治疗部位上，作直线或螺旋形的推进和摩动。

〔功效作用〕疏经活络，宽胸理气，健脾和胃，活血散瘀，消肿止痛。

⑤揉法　是按摩治疗常用手法之一。是以指或掌吸定在施治部位，作轻柔缓和的环旋转动，带动该处皮下组织的方法。

〔适用部位〕全身各部。

〔操作步骤〕

掌揉法　患者坐位或卧位，术者屈肘悬腕，掌指面紧贴于施

治部位（或用大鱼际处着力），手腕放松，以腕关节连同前臂作小幅度的回旋活动（图3-18）。揉动频率一般为每分钟120至160次。临床多用于胸腹及腰背部。



（1）掌根揉　　（2）大鱼际揉

图3-18　掌揉法

指揉法　患者坐或卧位，术者用拇指面或食、中、无名指指面轻按在施治部位或穴位上，作轻柔的小幅度的环旋揉动。临床多用于小儿的按摩疗法中。

揉捏法　术者以拇指或掌根为着力点。拇指外展，其余四指并拢，吸定于皮肤上，作环旋转揉捏动作。即拇指与掌根作揉法，其余四指相对拇指作捏法。边揉捏边螺旋形向前推进。

〔功效作用〕舒筋活血，缓解痉挛，开通闭塞，化瘀消肿，通经止痛。

⑥按法

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕轻柔短促，动作连续，着力于掌，揉摩有序。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位。术者以单手或双手掌部轻按在施治部位上并作短促的揉摩动作。如此反复。

〔功效作用〕舒筋活络，通利关节，行气活血，解痉止痛。

⑦搓法　用两手掌面挟住肢体的一定部位，相对用力作方向相反的来回快速摩动。

〔适用部位〕四肢及胁肋部。

〔手法要领〕相反作用，相对用力，深沉均匀。

〔操作步骤〕

以上肢部为例。患者坐位，手臂放松，自然下垂。术者站于一侧。上身略前倾，用双手分别合抱其肩前后部，相对用力一前一后的交替搓揉，边搓边向指端方向移动。如此往返数次（图3-19）。

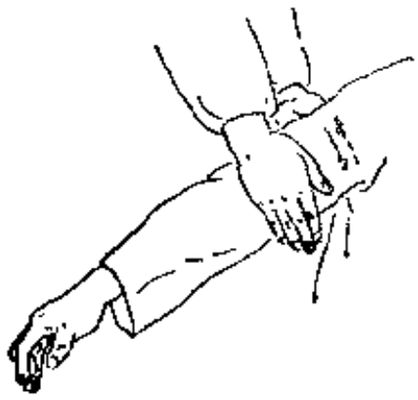


图3-19 搓法

〔功效作用〕疏经通络，放松肌肉，行气活血。

⑧扫法 以拇指循环引路，余四指随之在施治部位自由摆动，如同清扫卫生一样的手法，称扫法。又称扫散法。

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕沉肩，屈肘，悬腕，拇指与四指配合，轻柔缓和，持续连贯。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者双手拇指伸直，置于施治部位之经络，余四指略屈曲分开呈扇形，拇指在前循经引路，余四指在腕关节的自然摆动下，随之轻摩浮动。注意用指腹着力。

〔功效作用〕疏通皮部，通经活络，行气活血，镇静安神。

5.掳法类

提要

·施术部位贴实体表，不可跳跃，摩擦

• 以腕关节的屈伸活动带动施术部位进行滚动

摇法类包括滚法和摇法两种手法。滚法是一指禅按摩流派的辅助手法；摇法是摇法按摩流派的主要治疗手法。

①滚法　以食、中、环、小四指的第一指间关节背侧突起部着力附着在体表一定部位上，腕部放松作均匀的前后往返摆动，使拳作来回滚动状，称滚法（图3-20）。



图3-20　滚法

〔适用部位〕头部，肩背，腰骶及四肢关节等部位。

〔手法要领〕着力点贴实体表，均匀柔和，摆动灵活，幅度适宜，切忌跳跃、摩擦。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者以食、中、环、小四指的第一指间关节背侧部着力于施治部位，腕部放松并均匀的屈伸关节，使拳作来回滚动状，滚动幅度控制在前后均为45度左右。频率每分钟约160次。

〔功效作用〕舒筋活络，行气活血，解痉止痛，滑利关节。

②摇法　用手背近小指侧部位吸附在施治部位，交替进行往返滚动的手法，称摇法。

〔适用部位〕肩背腰臀及四肢肌肉丰厚的部位。

〔手法要领〕肩背放松，略屈肘，悬腕，手背尺侧着力，随着腕关节屈伸掌背翻滚，动作连贯，节律有序，柔和轻巧，切忌擦、摩。

〔操作步骤〕

患者取坐位或卧位。术者用单手或双手自然屈曲，呈握空拳状，肩背放松，略屈肘，悬腕，将手背近小指侧部分或小指、无名指、中指的掌指关节突起部分，贴实并着力于施治部位，通过腕关节屈伸外旋的连续往返活动，使产生的力轻重交替，持续不断地在治疗部位上往返滚动。手背滚动幅度在120度左右，即当腕关节屈曲时向外滚动约80度，腕关节伸展时向内滚动约40度（图3-21）。频率每分钟约140次。



图3-21 摇法

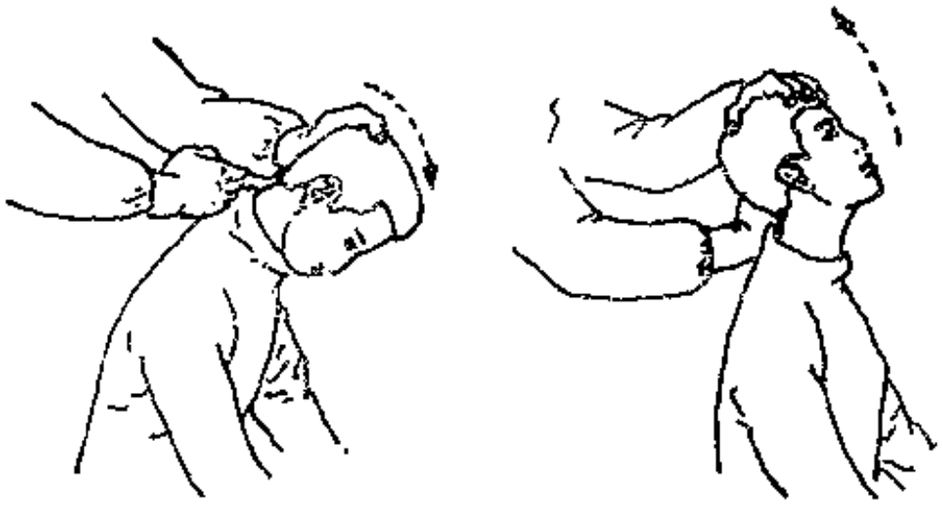
〔功效作用〕舒筋活血，滑利关节，解痉止痛。

〔练习方法〕本法和一指禅推法一样，动作难度大，技术要求较高，要熟练掌握摇法的动作要领，需要进行刻苦训练。练习方法分为沙袋上练习和人体上操作练习两个阶段。

沙袋上练习　术者取站位，沙袋置于胸前，距身体17cm左右。然后按照本法的操作步骤，熟悉手法要领，从基本动作开始左右交替练习。练习到具有一定持久力时，再转入人体操作练习。

人体操作练习　人体操作练习应按临床治疗的操作常规，分部位进行。

颈肩部：被练者坐位。术者立其后，一手用摇法在颈椎两侧至肩部反复操作，另一手扶住被练者头部使其作屈、伸、侧屈及旋转等被动运动。两手交替练习。动作配合须协调（图3-22）。



（1）　　（2）

图3-22　搓颈肩部

肩关节：被练者卧位（或坐位），先取仰卧位。术者站于一侧，用一手在肩前部及肩外侧部施揉法；另一手握住其肘上部使其作外展。外旋及内旋的被动活动，反复操作。再取侧卧位。术者一手握住其腕上部作向上牵拉推压的前上举被动运动；另一手在其腋后部用揉法。然后取坐位。术者用一手在其肩部前外侧及肩胛部施揉法；另一手握住其腕部向后上方慢慢托起作后伸的被动运动（图3-23）。

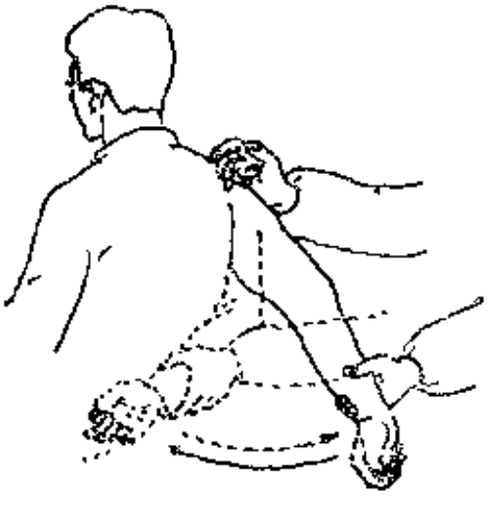


图3-23　揉肩部

腰部：被练者俯卧位。术者站于一侧，用一手在其腰部施以擦法；另一手托住其膝关节上方向后拉起，使其作腰部后伸的被动运动。

髋部：被练者仰卧位（或俯卧位），术者站于一侧，一手在髋关节前面（或后面、外侧面）用擦法，另一手扶住其膝关节部使其作反复外展的被动活动（图3-24）。

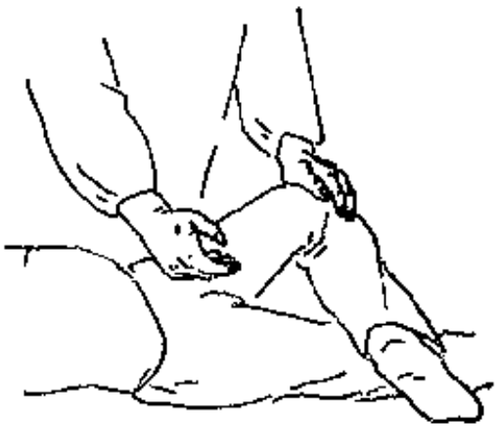


图3-24 擦髋部

6.擦法类

提 要

• 贴紧皮肤，直线往返

• 往返距离长，不要跳跃停顿

擦法是按摩常用手法之一。是指用指腹或掌指面紧贴皮肤，稍用力下压并作直线往返摩擦并产生一定的热量的手法。擦法类包括掌擦法、鱼际擦法、侧擦法、合擦法、指面擦法等手法。

①掌擦法 用掌面贴紧皮肤且手掌伸直，在皮肤表面作上下或左右方向的直线摩擦的手法，称掌擦法。

〔适用部位〕肩背，胸腹等面积较大的部位。

〔手法要领〕掌面着力，贴实皮肤，往返距离长，摩擦至热，切忌跳停，保护皮肤，应用介质。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者上肢放松，手掌自然伸直，以掌面着力于施治部位，手掌面紧贴皮肤，作各个方向的直线往返摩擦，反复操作，以皮肤发热为止。擦时，在施治部位涂少许润滑剂（如冬青膏、麻油等），以保护皮肤（图3-25）。

〔功效作用〕温经通络，解痉止痛，散寒解表，扶正祛邪，宽胸健脾。

②鱼际擦法　以鱼际部贴紧皮肤，进行直线往返摩擦的方法，称鱼际擦法。

〔适用部位〕四肢部；以上肢为常用。

〔手法要领〕大鱼际着力，贴实皮肤，往返距离长，摩擦至热，切忌跳停。

〔操作步骤〕

患者坐或卧位。术者自然呼吸，沉肩松背，掌指并拢微屈成虚掌，用大鱼际及掌根部贴紧皮肤，作直线上下方向的往返摩擦，如此反复。以皮肤发热为度。注意保护皮肤（图3-26）。

〔功效作用〕温经活血，滑利关节，消瘀止痛。

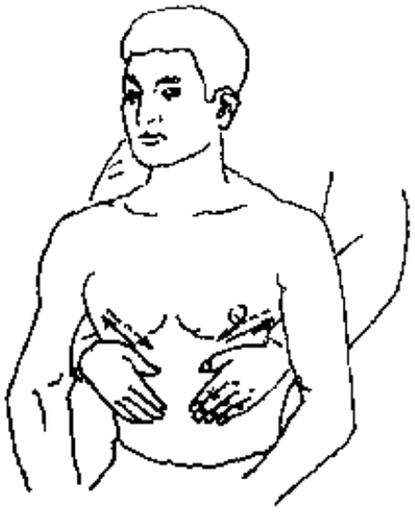


图3-25　掌擦法



图3-26　鱼际擦法

③侧擦法　以小鱼际及手的尺侧皮肤贴紧体表，进行直线往返摩擦的手法，称侧擦法。

〔适用部位〕脊柱两侧，腰骶部及四肢部。

〔手法要领〕手掌伸直，小鱼际着力，贴实皮肤，直线往返，切忌跳停。

〔操作步骤〕

患者坐或卧位，术者肩部及上肢放松，手掌伸直，用小鱼际及手的尺侧部位贴紧施治部，作直线往返摩擦（图3-27），如此反复，以透热为度。



图3-27　侧擦法

〔功效作用〕温经祛寒，活血通络，散风解表，温肾壮阳。

④合擦法　依靠两手协同作用进行直线摩擦的方法，称合擦法。

〔适用部位〕头、项、肩、膝等凸形部位。

〔手法要领〕双掌协同，贴实皮肤，直线摩擦，依靠开合。

〔操作步骤〕

患者坐或卧位。术者两手十指交叉环抱呈弧形，贴于应取凸状施治部位，依靠张手回擦，闭手去擦进行一张一闭，迅速开闭的摩擦动作。反复进行直线操作，发热为止。

〔功效作用〕温经通络，滑利关节，活血行气，消瘀止痛。

⑤指擦法　以手指或指背着力于施治部位，直线往返擦动的

手法，称指擦法。分拇指擦法、四指擦法、屈指背擦法。

〔适用部位〕头面部，胸腹部，腰背部。

〔手法要领〕贴实皮肤，往返推擦，摩擦至热，切忌跳跃。

〔操作步骤〕

拇指擦法　患者端坐，术者面对患者站立，以一手扶住其头部一侧，另一手用拇指桡侧面自患者头维穴起，沿发际向耳后方向作疾速往返推擦，其余四指微屈助力，随着拇指移动同时作推擦动作（图3-28），左右两侧可交替操作。此法用于头部，亦称扫散法。

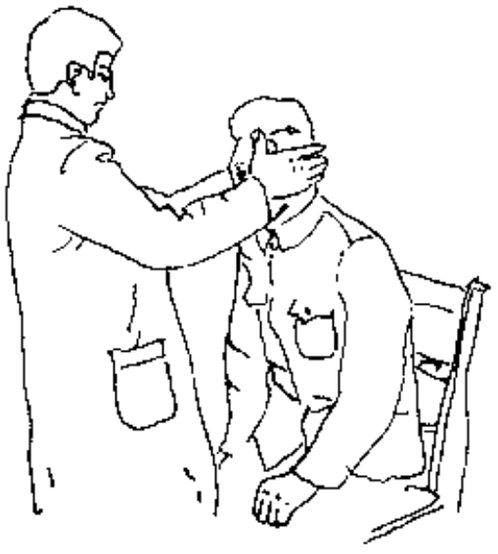


图3-28　拇指擦法

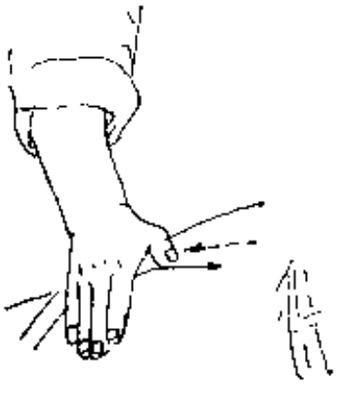


图3-29　四指擦法

四指擦法　患者坐或卧位，术者沉肩，屈肘，悬腕，食、中、无名及小指并拢，指腹着力于施治部位，直线往返擦动（图3-29）。反复操作，发热为止。

屈指背擦法　术者沉肩、伸肘、屈腕，食指屈曲，用第二节指背侧部或尺侧偏峰着力于施治部位直线往返擦动。

〔功效作用〕温经通络，行气活血，消肿止痛，健脾和胃，平肝潜阳，镇静醒脑，祛风散寒。

7.摇法类

提　要

·被动运动关节，使其在生理范围内作回旋的转动是摇法类手法的基本特点

摇法是接摩常用手法之一，是指用一手握住（或扶住）被摇关节近端肢体，另一手握住关节远端的肢体，作和缓的回旋转动。

摇法类包括摇颈、摇肩、摇腰、摇髋、摇踝、摇腕、摇趾（指）等方法。

①摇颈

〔适用部位〕颈项部。

〔手法要领〕患者颈项放松，术者动作柔缓，摇动幅度适当，切忌粗暴施力。

〔操作步骤〕

患者坐位，颈项部放松。术者站于一侧，用一手扶住其头顶，另一手托住下颌，双手以相反方向缓缓地使头摇转，左右各数次（图3-30）。

〔功效作用〕理筋整复，滑利关节，开通瘀闭，解痉止痛，活血消瘀。



图3-30 摇颈

②摇肩

〔适用部位〕肩部。

〔手法要领〕医患配合，两手合作，动作协调，柔缓持续。

〔操作步骤〕

托肘摇肩　患者坐位，屈肘，肩部放松。术者立于一侧，一手扶肩部，另一手托起患肢肘部，作缓缓的顺时针及逆时针方向运转（图3-31）。肩关节的活动范围应逐渐加大。

握手摇肩　同上势，患肢自然下垂，术者一手扶肩部，另一手与患手相握，作顺时针或逆时针方向的均匀和缓的肩关节运转活动（图3-32）。



图3-31　托肘摇肩

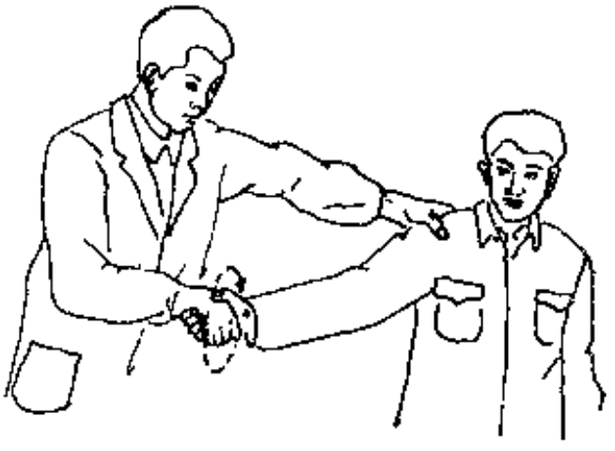


图3-32　握手摇肩

环转摇肩　患者坐位，患肢自然下垂，术者站于一侧。用一手松松的握住患者腕部，另一手相对以掌背将其慢慢向上托起，在上托至140°—160°时随即反掌握住腕部，原握腕之手向下滑移至患肩关节上部按住。此时要停顿一下，两手协调用力，即按肩的手往下压，握腕之手向上拉，使肩关节伸展，随即向后使肩关节作大幅度转动（图3-33）。如此反复操作，使患肢作连续环转活动。在由后向前作环转时则两手动作相反。

〔功效作用〕通经活络，行气活血，松解粘连，活动解凝，通利关节。



图3-33　环转摇肩

③摇腰

〔适用部位〕腰部。

〔手法要领〕患者腰部放松，术者两手协调、缓和、均匀用力，切忌暴力。

〔操作步骤〕

患者坐位，腰部放松。术者坐其后，用一手按住一侧腰部，另一手扶住对侧肩部，两手协调作用，将腰部作顺时针及逆时针方向摇动旋转。

〔功效作用〕舒筋活络，活血消瘀，解痉止痛。

④摇髋

〔适用部位〕髋部。

〔手法要领〕两手协调，辨证施术，幅度由小渐大，用力适当。

〔操作步骤〕

患者仰卧位，髋部微屈，术者站于一侧，用一手扶按其膝部，另一手握住其足跟部，两手协调作用使其髋关节屈曲至90度，然后作顺时针或逆时针方向运转（图3-34）。

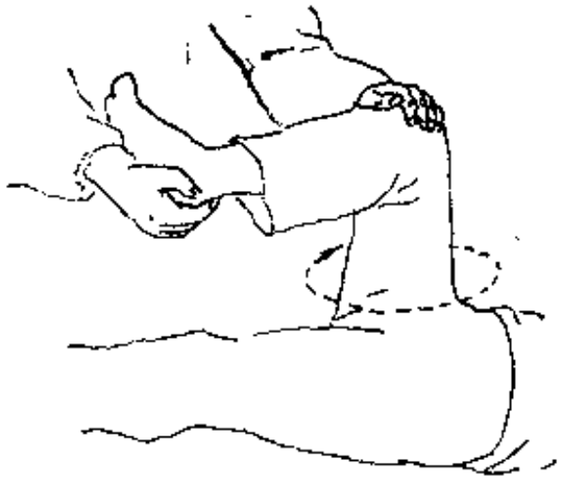


图3-34 摇髋关节

〔功效作用〕行气活血，消瘀止痛，舒筋利节，解痉理肌。

⑤摇踝

〔适用部位〕踝部。

〔手法要领〕患者踝部放松，术者动作柔缓，牵引下转摇。

〔操作步骤〕

患者仰卧，下肢自然伸直。术者坐于其足后侧，用一手托起足跟，另一手握住足趾部，稍用力作牵引拔伸，并在拔伸的同时作环转摇动（图3-35）。



图3-35 摇踝关节

〔功效作用〕疏经活络，理筋止痛，行气消瘀，活血解凝。

⑥摇腕

〔适用部位〕腕部。

〔手法要领〕用力轻柔，动作协调均匀，摇动幅度依病情而定。

〔操作步骤〕

患者坐位，术者用一手固定其前臂远端，另一手握其四指，两手协调作用做腕关节的旋转摇动。如此反复，顺、逆时针方向均操作。

〔功效作用〕疏经活络，理筋活血，解痉止痛，消瘀利节。

⑦摇指（趾）

〔适用部位〕手指，足趾。

〔手法要领〕手法轻柔和缓，动作细致灵捷，切忌暴力。

〔操作步骤〕

患者卧位，术者以拇、食指拿定患指或趾，作左、右、上、下之摇动。摇动时应有一定的拉力（拔伸牵引）。

〔功效作用〕通利关节，行气消瘀，消肿止痛。

8.扳法类

提　要

·被动运动关节，使关节极度屈伸和旋转是扳法类手法的基本特点

·本法一般在摇法使用的基础上应用

扳法是按摩常用手法之一，是指用双手向同一方向或相反方向用力，使关节伸展或旋转，由于其力的传递直接，使用时必须谨慎，严格掌握扳法的手法技巧和适应证。

扳法类包括颈椎扳法、腰椎扳法，肩关节扳法、肘关节扳法、踝关节扳法等手法。

①颈椎扳法　又称颈椎旋转复位法。

〔适用部位〕颈椎关节。

〔手法要领〕动作协调，两手有机配合，操作稳妥，定位准确，手法轻巧，疑有骨质病变者禁用。

〔操作步骤〕

斜扳法　患者坐位，颈前屈，颈项部放松。术者立于其后侧方，一手抵住患者头顶部，另一手托住其下颌部，两手协同动作使头向一侧旋转至最大限度时，稍停顿一下，随即双手同时用力，再作一个有控制的增大幅度（5°—10°）的快速扳动。此时常可听到“嗒嗒”响声，一达目的即松手。本法常用于落枕等。

旋转推移扳法　患者坐位，颈前屈15°—30°，再侧屈到最大幅度。术者立于其后侧方，用一手拇指顶按住患椎棘突旁，另一手顺其侧屈进行一个有控制的增大幅度的快速扳动。与此同时，顶按棘突的拇指要协同用力向对侧推动，此时常可听到“嗒嗒”响声（图3-36）。

旋转拔伸扳法　患者坐位，颈前屈。术者立于一侧，用一手拇指顶按第二颈椎棘突，另一手以肘部托其下颌，手掌绕过对侧耳部扶住枕骨部，然后逐渐用力将颈椎向上拔伸牵引。在拔伸牵引下，使颈椎旋转到有阻力的位置，随即作一有控制的稍增大幅度的快速扳动，同时拇指协调用力（图3-37）。此时常可听到

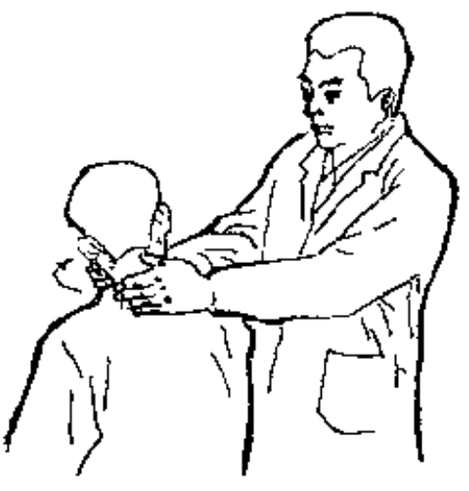


图3-36　旋转推移扳法



图3-37　旋转拔伸扳法

“喀”的声响。此法适用于环枢椎关节紊乱症。

〔功效作用〕活血化瘀，疏通经络，理筋整复，滑利关节。

②腰椎扳法　分为斜扳法，旋转复位法和后伸扳法，顶腰扳法，按腰扳法。

〔适用部位〕腰椎关节。

〔手法要领〕动作柔和协调，腰椎关节被动屈伸旋转适宜，切忌暴力。

〔操作步骤〕

斜扳法　患者侧卧位，下肢自然伸直。术者面对患者站立，两肘（或两手）分别挟按患者的肩部前侧及臀部（或肩后部及髂前上棘部），在腰部被动旋转至最大限度后，同时用力作相反方向的扳动，此时常可听到“喀”的声响（图3--38）。

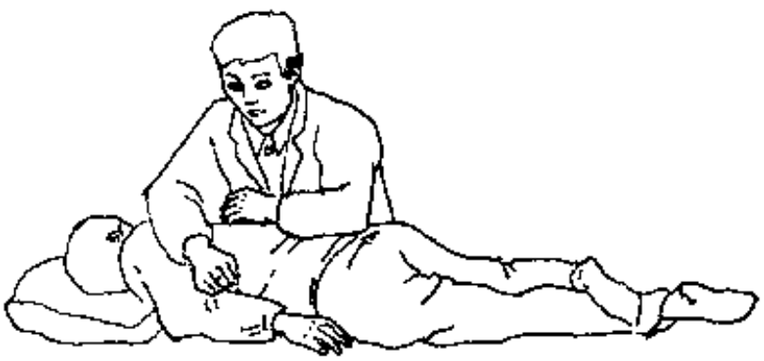


图3-38　腰椎斜扳法

直腰旋转复位法　患者坐位，腰部放松，术者用腿夹住患者下肢偏立于患者一侧，一手抵住近于术者一侧患者的肩后部，另一手从患者另肩后侧腋下伸入抵住肩前部，双手同时用力作相反方向的扳动。

弯腰旋转复位法　患者坐位，腰部前屈。助手立于患者前方，一手扶住患者肩部，另一手协同双膝固定患者下肢及骨盆。术者坐于患者后侧，用一手拇指顶推需纠正的腰椎棘突，另一手从患者腋下穿过按住其颈项部，然后前屈、侧屈、旋转患者腰部

至最大限度时，各方面协调动作，使患者腰椎作进一步的旋转扳动。（图3-39）此时常可听到“喀喀”的声响。

腰椎后伸扳法　患者俯卧，屈肘，两手放于颌下或头前。术者站于一侧，用一手按压其腰部，另一手将其下肢托起并同力向后扳伸，如此两手协调动作，使腰椎向后过伸（图3-40）。



图3-39　弯腰旋转复位法



图3-40　腰椎后伸扳法

顶腰扳法　患者俯卧位，姿式同前法，术者用膝部顶压患者腰椎，两手分别握住患者两踝慢慢向上提拉，使腰椎过伸（图3-41）。如此一拉一放，可重复5—10次。

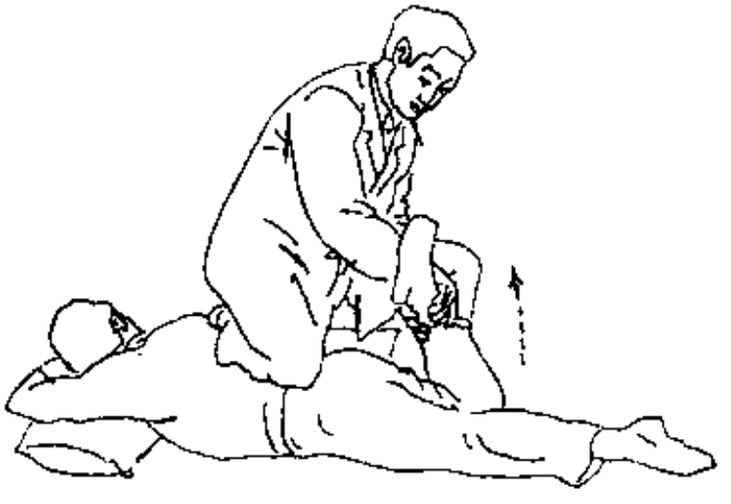


图3-41　顶腰扳法

按腰扳法　患者俯卧位。术者立于一侧，一手托住患者远离术者一侧的股骨远端，另一手按住腰骶关节，两手协同作用，进行相反方向的扳动和按压。同法施于另一侧。术者也可一手抵住远离术者一侧患者的肩前上部，另一手按住患者腰骶关节，两手协同作用，作相反方向的斜行扳按。同法施于另一侧。上述两种方法亦可交替配合使用。

〔功效作用〕活血化瘀，疏通经脉，松解粘连，理筋整复，滑利关节，解痉止痛。

⑧肩关节扳法

〔适用部位〕肩关节。

〔手法要领〕患者肩部放松，术者动作稳健，刚柔相济，灵捷轻巧，切忌暴力。

〔操作步骤〕

上举　患者坐位。术者立于患侧。将患侧手搭于术者近于患者一侧的肩后，用患者肘部置于术者上臂部，术者两手抱住患者肩部，然后以患肩为支点，慢慢用上臂将患者肘部抬起（图3-42）。

内收　患者坐位，将患肢置于胸前。术者立于患者身后紧靠其背，一手扶住患肩，一手握住患肘作内收扳动（图3-43）。

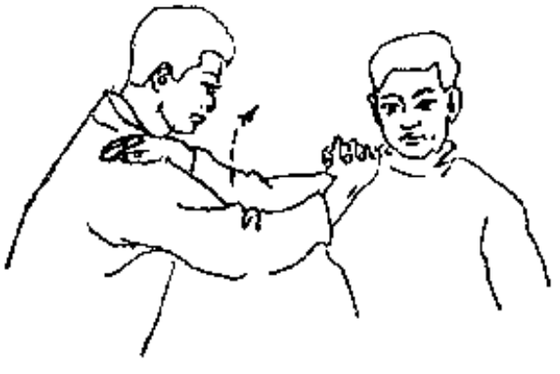


图3-42　肩上举扳法



图3-43　肩内收扳法

后伸　患者坐位，手自然下垂。术者立于患侧，用一手扶住患侧肩部，另一手握住其腕部向后扳动并作屈肘动作，屈肘时要使掌背沿脊柱上移。

外展　患者仰卧。术者立于患肩侧方，一手按住患肩部，另一手握住其肘部作向外牵拉扳动，同时作旋内旋外动作。

上述手法常配合应用。

〔功效作用〕松解粘连，解痉止痛，滑利关节。

④腕关节扳法

〔适用部位〕腕关节。

〔手法要领〕在拔伸的基础上充分的作过度屈伸活动。手法宜轻巧，动作利捷，切忌暴力。

〔操作步骤〕

患者坐位，术者双手握住患侧手掌，先将腕关节拔伸，在拔伸的基础上，作腕关节屈伸和左右侧屈的扳动。

〔功效作用〕舒理筋腱，通经活络，解痉止痛。

⑤踝关节扳法

〔适用部位〕踝关节。

〔手法要领〕在拔伸的基础上，作踝关节过度的屈伸和内外翻，动作柔和，忌用暴力。

〔操作步骤〕

患者仰卧，术者用一手托住患肢足跟，另一手握住跖趾部，两手协调用力将踝关节作屈伸及内外翻扳动。

〔功效作用〕活血化瘀，舒筋止痛，理筋整复。

9.拔伸类

提　要

·加大关节间隙是本类手法的基本特点

拔伸类手法广泛应用于中医伤科骨折、脱位等方面。在按摩临床中，常用于颈腰椎及关节功能障碍等疾患。拔伸法也称牵引

法、拉法、抻法等。是临床常用手法之一。

拔伸类包括颈、肩、肘、腕、指、腰、髋、膝、踝、趾的拔伸法等内容。

①颈椎拔伸法

〔适用部位〕颈椎关节。

〔手法要领〕手法宜轻柔，和缓，持续切忌暴力。

〔操作步骤〕

患者正坐，术者立于其后，用双手拇指顶在枕骨后方（风池穴上方）并用两前臂分别压住患者两肩，前臂与手协同作用用力向上拔伸。

〔功效作用〕松解粘连，理筋止痛，活血化瘀，疏经活络，滑利关节，整复错移。

②腰椎拔伸法

〔适用部位〕腰椎关节。

〔手法要领〕术者骶部抵住患者腰部，嘱患者放松全身肌肉，老年患者及骨质疏松者禁用。

〔操作步骤〕

患者立位，术者背部紧贴患者背部，使其骶部抵住患者之腰部，双手反扣，将患者背起使双足离开地面。患者靠自身的下肢重量对腰部进行拔伸。临床通常在拔伸的基础上，术者左右晃动骶尾部，使患者的腰部和下肢能够左右摆动，后术者掌握时机，迅速而有力地使自己原来弯曲的两膝突然向后挺直，在挺直的同时注意自己的骶尾部向上对准患者的腰部作颤波震坠动作。

〔功效作用〕顺理肌腱，整复骨错，疏通经络，活血化瘀，滑利关节。

③肩关节拔伸法

〔适用部位〕肩关节。

〔手法要领〕动作轻缓，柔和，力量持续适当，切忌猛

力。

〔操作步骤〕

患者坐位，患肢放松。术者站于其后外侧，用双手握住其腕部慢慢向上牵拉。

〔功效作用〕通经活络，松解粘连，顺理肌筋，解痉止痛。

④肘关节拔伸法

〔适用部位〕肘关节。

〔手法要领〕持续用力，和柔轻缓，忌于猛力。

〔操作步骤〕

患者坐位，肘及肩部放松。助手用双手固定上臂，术者双手握住前臂，用力作对抗拔伸。结合病情，可以配合屈伸肘关节和前臂旋前旋后动作。

〔功效作用〕舒筋活血，调理经脉，理筋整复，解痉止痛。

⑤腕关节拔伸法

〔适用部位〕腕关节。

〔手法要领〕逐渐用力，手法灵捷和缓，不粗暴。

〔操作步骤〕

患者坐位，术者立（或坐）于患者对面，用双手握住患侧手的指掌部，逐渐用力拔伸，与此同时病人上身略向后仰，形成对抗牵引。

〔功效作用〕疏经通络，松解粘连，滑利关节，解痉止痛，理顺肌筋。

⑥指（趾）间关节拔伸法

〔适用部位〕指（趾）间关节。

〔手法要领〕双手协调，对抗用力，持续和缓。

〔操作步骤〕

术者用一手握住患者患肢手指近节（或足趾近节），另一手

握住手指（或足趾）远端，双手协调用力作相反方向的对抗拔伸牵引。

〔功效作用〕疏利关节，活血止痛。

⑦髋关节拔伸法

〔适用部位〕髋关节。

〔手法要领〕持续用力，刚柔相济，稳妥灵捷，勿施暴力。

〔操作步骤〕

患者仰卧，术者双手握其踝部，用力向下方牵引髋关节（一助手帮助固定骨盆）。

〔功效作用〕疏通筋脉，解痉止痛，滑利关节。

⑧膝关节拔伸法

〔适用部位〕膝关节。

〔手法要领〕对抗作用，用力持续和缓。

〔操作步骤〕

患者仰卧，下肢自然伸直。一助手双手（或用肘部）抱住患侧大腿远端，术者双手握住小腿，两人协调作用，作相反方向的持续拔伸。

〔功效作用〕通理肌筋，活血止痉，滑利关节。

⑨踝关节拔伸法

〔适用部位〕踝关节。

〔手法要领〕同膝关节拔伸法。

〔操作步骤〕

患者卧位，一助手双手固定患肢小腿部，术者一手持足跟部，另一手抵住足背部，双手协同作用，作踝关节的拔伸。

〔功效作用〕理顺肌筋，通经活络，活血化瘀。

10.振法类

提　要

·治疗部位产生振动感是本类手法的基本特点

振法是指用手指或掌面按压在人体的一定部位上，作连续不断的快速颤动，使治疗部位产生振动感。振法是按摩的辅助手法之一，亦称颤法、振荡法。

振法类中除振法外，还包括振动法、抖法、牵抖法等手法。

①振法

〔适用部位〕胸腹部。

〔手法要领〕以气施振，手勿移动，均匀和缓，快速协调。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者以单手或双手的掌或指掌平贴于施治部位上，手部肌肉与臂部肌肉绷紧协同为一体，将力集中于掌或掌指部，作上下或左右的快速振颤动作。振颤幅度小，频率快，双臂不宜摆动，手不离施治部位。

〔功效作用〕顺理气血，祛瘀消积，活血止痛，调节胃肠功能，松弛肌筋。

②振动法

〔适用部位〕常用于胸肋部。

〔手法要领〕捶击施振，手贴实施治部位，均匀施术，动作和缓。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者以一手掌面平按在治疗部位上，另一手握成空拳在其掌背上进行有节奏的轻快的捶击，使施治部位有被振动感。

〔功效作用〕行气活血，消瘀止痛，温里和中，宽胸解郁。

③抖法　手握肢体远端作摇转导引，使整个肢体随之呈波纹

状起状抖动；或将手掌平吸于施治部位作左右、前后的旋转抖动及往返操作均称抖法。

〔适用部位〕四肢关节部位及胸腹部。

〔手法要领〕以远端带动近端，抖而动之，动作均柔和缓，勿施暴力。

〔操作步骤〕

点抖法　患者仰卧，术者手掌平放，用中指、食指的内劲，腕关节灵活地随着肌肉的弹动，而上下抖动。此法常用于腹部。

撒抖法　患者坐卧位均可，术者以手背贴实施治部位，以肩、肘、腕带动手作来回的抖动。此法常用于腹部。

拉抖法　术者双手握住肢体的远端，嘱患者肢体放松，然后呈波浪型连续的小幅度的颤动，由慢到快，由轻到重。操作时勿使肢体移动。此法常用于四肢，故又分为上肢抖法、下肢抖法。

合抖法　术者两手平放，夹住两季肋部，由两侧向中间进行抖动。

提抖法　术者用双手抱住患者的腹部或置于腋下，向里向上进行提抖。

背抖法　术者用上肢挽住患者上肢，其脊背紧靠患者脊背，使患者悬空，然后以术者自身的抖动，带动患者的抖动。

以上各种抖法，临床以拉抖法最常用。

〔功效作用〕祛瘀消积，活血止痛，和中理气，消食导滞，解除粘连，通利关节，顺理筋脉。

④牵抖法

〔适用部位〕腰及下肢部位。

〔手法要领〕拔伸配合抖动，以远端带动近端，手法轻柔均匀，勿施暴力。

〔操作步骤〕

患者俯卧，双手用力抓住床头。术者两手分别握住其两踝上部，并渐渐用力向后拔伸牵引，术者身体随之后仰，持续1—2分钟后，然后放松，左右摆动患者下肢，待病人腰部放松时，突然作上下抖颤数次。然后再用力牵拉，如此反复操作2—3次。

〔功效作用〕疏通经脉，活血化瘀，解痉止痛，疏经活络。

11.击法类

提　要

·用适当的力量直接击打施治部位是本类手法的要点

击有叩击、击打之意。击法是指叩击或击打施治部位的手法。其动作简单，容易操作。但是，由于击法类手法作用力直接，且多用“刚劲”，如果运用不当，易给患者造成不必要的痛苦。因此临床应用本法时，注意动作技巧，刚中含柔，根据不同病情，选择适宜之法。

击法类有击法、劈法、拍法、叩法、啄法、驳弹法、贯法等手法。

①击法　用力较重，包括拳击、掌击和桑枝棒击等法。

〔适用部位〕躯干及四肢部位的肌肉丰厚之处。

〔手法要领〕直接击打，刚中含柔，均匀协调，操作和缓有序。

〔操作步骤〕

拳击法　患者坐或卧位，身体放松。术者手呈握拳状，腕伸直不得屈伸，以肘关节屈伸活动带动手部在施治部位进行拳背的平击。主要用于背部及腰骶部。

掌击法　患者取卧位，身体放松。术者手指微屈，腕掌用力挺紧，用上臂的力量，以掌根部或小鱼际部为着力点，在施治部位进行击打。可单手也可双手交替进行。主要用于臀部及下肢外

侧部。

棒击法　用特制的桑枝棒直接击打施治部位，击打时要沿肌肉平行方向（腰骶部除外），用棒体进行击打。一般一个部位连续击打3—5次即可。常用于肩、背、腰、臀及下肢部。

桑枝棒的制作：一般取新鲜桑枝12根，长约40cm，直径约0.5cm，去皮阴干后，将12根桑枝扎成一束，用线密绕一层，然后用棉纸层层卷紧，到手握粗细合适为止。最后在外层用布裹紧，用线缝好，即可使用。

〔功效作用〕放松腠理，健理肌腠，通透毛孔，引邪达表，营养脉络，宣通气血，祛风散寒。

②劈法　用单手或双手五指微张开，用尺侧掌指部着力于施治部位纵叩劈打，称劈法。

〔适用部位〕背部，臀部、肩部及四肢部。

〔手法要领〕指间撞击，贯力振动，均匀施术，和缓有力，以腕带指，宜虚不宜实。

〔操作步骤〕

患者正坐或俯卧位，术者用单手或双手交替，指间虚并微张开，用尺侧掌指部有节奏的以腕带指，自然摆动着力于施治部位纵叩劈打。

〔功效作用〕调气和血，开导放松，消除痉挛，缓解肌筋，活血化瘀。

③拍法　以五指并拢，用手腕的摆动带动虚掌着力于施治部位，称拍法。

〔适用部位〕躯干及四肢部位。

〔手法要领〕虚掌着力，以腕带手，均匀有序，自然拍打。

〔操作步骤〕

患者坐或卧位，术者用单手或双手五指并拢微屈，用腕部关

节的自然摆动作起落，反复着力于施治部位，进行拍打，要有顺序，有节奏，有弹性。

〔功效作用〕调和气血，营养经络，发散邪气，解痉理肌，消除疲劳。

④叩法　是击法的轻力量应用。

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕虚拳轻捶，持续有序，均匀柔缓，以腕带手。

〔操作步骤〕

患者坐或卧位，术者可用半屈拳，以腕关节带动手，用掌根和指端着力，双手交替进行轻轻捶击施治部位。

〔功效作用〕舒松筋脉，引邪达外，消除疲劳，营养肌肤。

⑤啄法　又称餐法。

〔适用部位〕头部及胸背部。

〔手法要领〕并指指端着力，垂直体表，均匀和缓，以腕的摆动带及手。

〔操作步骤〕

患者卧位，术者两手五指微屈分开成爪形或聚拢成梅花形，以腕部自然的上下屈伸的摆动带动手指端着力于施治部位，如鸡啄米状。

〔功效作用〕安神醒脑，疏通气血，开胸顺气，活血化瘀，解痉止痛。

⑥驳弹法　属于弹法的击打形式。

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕指甲着力，驳指突发，动作柔缓，均匀有序，勿用暴力。

〔操作步骤〕

患者坐或卧位，术者用食指甲驳抵于中指指腹或中指甲端抵于拇指指腹内，用指的驳动暴发力驳开中指，使食指甲突然着力于施治部位或穴位上。如此反复操作。

〔功效作用〕点穴开筋、调和气血，疏理肌筋。

⑦贯法　手握空拳，间接着力叩捶于施治部位，称贯法。

〔适用部位〕巅顶（百会）及足（足跟）部。

〔手法要领〕隔掌而击，均匀有力，上下贯动，切忌暴力。

〔操作步骤〕

患者卧位，术者一手掌平贴于选用的部位或穴位（贯点）正中，另一手握空拳，以下拳眼着力，叩捶已贴于贯点的掌背。

头部多以百会穴为贯点，叩贯时嘱患者张口，患者自觉有一股热流徐徐下散。

足部多以足跟为贯点，叩贯后患者感觉巅顶部有微震感及全身轻松舒适的感觉。

〔功效作用〕调和阴阳，贯通任督，健身益智，清眩安神。

12.理法类

提　要

·疏理筋脉是本类手法的基本治疗目的

理法有疏导、理顺和整理作用，是按摩治疗中常用的辅助手法之一。

理法类包括理法、勒法、捋法、掐法、梳法、搔法、拂法等手法。

①理法　又称缕法、握法。

〔适用部位〕多用于四肢部。

〔手法要领〕松紧适当，循序进行。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者用单手或双手由上而下握住肢体并一松一紧的循序移动，如此反复作 2 — 3 遍。

〔功效作用〕顺理筋脉，疏经通络。

②勒法

〔适用部位〕手指及足趾部。

〔手法要领〕夹持指（趾），松紧适度，均匀和调。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者食中两指屈曲夹住患侧手指或足趾根部，有力而迅速的滑出指（趾）端，反复数次。

〔功效作用〕通经活络，调和阴阳，通利关节，消炎止痛。

③捋法　手指掌略屈曲，置于施治部位上，快速而急速地反复搓滑，称为捋法。

〔适用部位〕四肢及项部。

〔手法要领〕贴实皮肤，压摩结合，着力连贯均匀。

〔操作步骤〕

患者坐位或卧位，术者一手握患肢远端，另一手掌指略屈，将患肢拿握于手中，手贴实于施治部位，由近端至远端作快而急速地反复滑搓。

〔功效作用〕疏通血脉，通经活络，调和气血，祛风散寒，活血消肿。

④掐法

〔适用部位〕四肢部。

〔手法要领〕夹持肢体，松紧适度，柔和协调。

〔操作步骤〕

患者坐或卧位。术者单手或双手紧贴及握住肢体，然后迅速滑开，做压挤推摩的操作。

〔功效作用〕活血消肿，疏理肌筋，通经活络，解痉止

痛。

⑤梳法　又称疏法，有疏理或疏通之意。

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕指面着力，单方向滑动，柔和轻灵，手勿跳动。

〔操作步骤〕

患者坐或卧位。术者五指微屈，自然展开，以指面着力体表施治部位，作轻轻的单方向滑动梳理。

〔功效作用〕疏通皮部，调理气血，通经活络。

⑥搔法

〔适用部位〕全身各部。

〔手法要领〕沉肩，垂肘，悬腕，指端用力，切忌爪甲抓。

〔操作步骤〕

患者坐或卧位，术者单手或双手五指略分开，自然屈曲，形如搔耙，于施治部位着力，以手腕的自然抖动带动指端一屈一伸，一抓一移的反复操作。

〔功效作用〕散风活络，平肝熄风，祛风止痒，醒神益智，调和气血。

⑦拂法

〔适用部位〕胸腹部，背部。

〔手法要领〕手指轻轻融及体表，轻擦而过，如拂掸尘灰。

〔操作步骤〕

患者卧位，术者手指自然伸直放松，以指腹轻轻着力于施治部位，轻快地掠擦施治部位的肌肤，如此反复数次。

〔功效作用〕散风活络，安神健脑，宽胸顺气，平肝潜阳。

（二）复式手法

复式手法是两种或两种以上不同类别的手法复合而成的治疗手法。文献中记载的复式手法，名目繁多，本书仅将较有影响的手法介绍于后，便于读者学习。

1.端法　是用于治疗骨折和脱位的手法之一。

〔适用部位〕常用于四肢部。

〔手法要领〕以手着力，提托应手，轻重适宜，切忌暴力。

〔操作步骤〕

患者坐或卧位，术者用单手或双手拿定施治部位的近端或远端，从下向上或从外向内用力提托。临床应用时，一般配合拔伸手法进行操作。

〔功效作用〕理筋整复，纳正扭错，整骨复位。

2.抄法　是“一指禅推拿”流派辅助手法之一。

〔适用部位〕腰背部。

〔手法要领〕四指揉动，拇指按拿，操作有序，均匀施力。

〔操作步骤〕

患者取仰卧位，术者用双手的食、中、无名指及小指四指自然微屈，指峰着力，双手在腰背部两侧足太阳膀胱经第一侧线自胃俞、三焦俞、肾俞、气海俞至大肠俞同时自上而下，由轻而重，由慢而快，均匀施力进行往返揉动。然后，术者双手拇指指端同时相对按拿肾俞穴。

〔功效作用〕消食理气，舒筋通络。常用于内科胃肠功能紊乱，小儿消化不良，也可作为腰痛辅助疗法等。

3.屈法　对伸而不能屈者，持续用力，施以按、推的手法，称屈法。

〔适用部位〕四肢部的关节。

〔手法要领〕先行局部放松，再柔和屈按关节，在生理活动范围内进行。

〔操作步骤〕

患者坐或卧位，术者用一手按于伸而不能屈之患关节部位，另手握于患肢远端，双手配合，协调持续地按压关节部位，推屈患肢的远端，将关节极度屈曲，然后再伸直。如此反复操作数次。

〔功效作用〕滑利关节，消除瘀肿，解除粘连，理筋顺脉。

4.晃法　双手摇动或摆动患者的施治部位，称晃法。

〔适用部位〕躯干及四肢部位。

〔手法要领〕频率幅度适宜，均匀柔和，不宜推按拍打。

〔操作步骤〕

患者卧位，身体放松，术者用单手或双手扶于患者施治部位，用臂的支撑颤动力摇晃患者的整个躯体，使患者整个躯体摇动、摆动、放松。临床以躯干部晃法为常用。一般轻晃为低幅度，高频率；重晃用高幅度，低频率。

〔功效作用〕通窍镇惊，调和气血，祛除疲劳，解痉松肌，养血安神。

5.迭法　手或臂施力，着力于施治部位，使患者充分被动屈曲或牵伸，称迭法。

〔适用部位〕腰部，颈部及四肢关节。

〔手法要领〕选特定姿式，着力逐渐加重，患者被动屈曲或牵伸。施力宜持续均匀。

〔操作步骤〕

术者根据不同患处用单手或双手，单臂或双臂施力于患处远端，以特定的姿势，着力由轻而重，充分被动屈曲或牵引伤患处，再逐渐由重而轻地反复操作。

腰迭法　患者仰卧，屈髋屈膝，术者用一手托住患者头部，另一手及前臂固定患者膝关节，两手协同作用，用相反方向的力使患者膝关节靠近胸部，腰部屈曲。

掌压推背法　患者坐位，两手指交叉叩紧向外反上举，手掌向上，术者一手拉住患者两手，另手按在大椎穴处，上面手向后拉，下面手向前推，两手同时操作。此法常用于颈椎病患者。

双手抱肩法　患者双手交向紧紧抱住两肩，术者立于其后紧紧抱住患者两肘部，两手同时用力向后牵拉，力量由小到大，持续牵拉。

屈膝分腿法　患者仰卧，两下肢屈膝外展分开，术者用双手撩住患者两侧膝部，力量由轻而重持续下按，以增加两膝外展活动幅度，后再重力向下按压。

〔功效作用〕益气固肾，调理肠胃，缓解痉挛，解除粘连，疏理经筋，滑利关节。

6.踩跷法　是用足掌踏踩肢体一定部位并作各种动作的按摩方法。

〔适用部位〕全身各部，以腰部常用。

〔手法要领〕病例、方法选择适当，手法适宜和缓轻柔，小儿及年老体弱者禁用。

〔操作步骤〕

临床可分为溜滑法、蹑点法、跟蹬法、跟踩法、足心搓法、顺踩法、逆踩法、跟分法、足踩法、摩合法、沉压法、顿按法等几十种法术。但这些方法临床已极少应用。

患者俯卧位或仰卧于特制的踩床上，腿部及胸部垫平，术者双臂或腋部架于特制踩床的横梁上，双足据患者的不同施治部位，先轻后重地于施治部位进行踩压操作。双足同时或交替均可。踩跷的部位、顺序、方法及施力的大小，据患者体质而定。

〔功效作用〕舒筋活血，疏经通络，消肿止痛，缓解痉挛。

7.推扳法　用手指紧紧按住肌肉，进行与肌纤维成垂直方向的向前推压或向后扳拉方法，称推扳法。

〔适用部位〕常用于肩部及腰部。

〔手法要领〕着力于指，垂直于肌纤维方向，均匀持续进行推扳。

〔操作步骤〕

患者坐或卧位，术者用单手或双手的拇指或其余四指指端着力于施治部位，沿肌纤维的垂直方向进行持续均匀的推压或拉扳操作。

〔功效作用〕疏经活络，解除痉挛，消瘀止痛。

8.揉拿法　是用以治疗咽喉痛的按摩方法。

〔适用部位〕咽喉部。

〔手法要领〕拇食指着力，用力于心，向下倾斜，切忌暴力。

〔操作步骤〕

患者正坐或仰卧位，头稍后仰显露喉结，术者用拇指与食指指腹置于喉结左右（即外金津、外玉液穴），两指对合点揉。点而揉捻，轻柔而中空如戏珠。

〔功效作用〕清热利咽，活血化瘀，消肿止痛。

9.二龙戏珠法　小儿常用手法之一。

〔适用部位〕前臂。

〔手法要领〕双手配合，各司其职，协调作用，手法宜轻柔。

〔操作步骤〕

术者左手持患儿手腕，使其掌心向上，前臂伸直，右手食、中指自患儿总筋穴起，交互向上按之，直至曲池穴为一遍，按20—30遍。

〔功效作用〕调和气血，镇惊解搐。

10.凤凰展翅法　小儿常用手法之一。

〔适用部位〕手腕及手背部。

〔手法要领〕两手协调作用，点穴与摇法同时进行。

〔操作步骤〕

术者两手拇指甲掐患儿手背部精宁、威灵二穴，两手食、中指夹住患儿腕部上下摇动，如凤凰展翅之状，摇20—50次。

〔功效作用〕温肺经，舒喘胀，除惊悸，救暴亡，除噎膈。

11.苍龙摆尾法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕手及肘部。

〔手法要领〕搓揉与摇法配合，动作轻柔，反复操作。

〔操作步骤〕

术者右手拿患儿食、中、无名三指，左手自总筋穴至肘部来回搓揉几遍后，拿住肘部。右手持患儿三指频频摇动。如尾摆状，摆20—30次。

〔功效作用〕退热，通便，开胸。

12.黄蜂入洞法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕两鼻孔处。

〔手法要领〕指端着力，均匀持续，轻柔和缓地进行柔动。

〔操作步骤〕

术者一手固定患儿头部，另手食、中指端在患儿两鼻孔处进行反复揉动。

〔功效作用〕发汗通气，祛风寒。

13.打马过河法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕自掌心至洪池穴处。

〔手法要领〕指腹着力，均匀柔缓，弹打适度，操作细致。

〔操作步骤〕

术者先用一手拇指指腹揉内劳宫穴后，再将食、中指并拢，以中指末节指腹着力，自内关穴经间使，循天河向上，一起一落弹打至洪池为一遍，打10—20遍。亦可用拇、中二指由内关穴起，循天河弹至洪池穴。

〔功效作用〕通经行气，利关节。

14.水底捞月法　是小儿常用手法。

〔适用部位〕手掌。

〔手法要领〕拇指指腹着力，均匀施运法，边推边吹气。推时宜轻柔和缓。

〔操作步骤〕

术者先用生水滴入患儿掌心，用拇指指腹贴实掌心并行旋推法，边推边用口吹气，反复操作3—5分钟。

〔功效作用〕清心退热，泻火。

15.按弦搓摩法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕两胁部。

〔手法要领〕搓摩结合，操作和缓有序。

〔操作步骤〕

先令患儿家长或一助手抱小儿坐于怀中，术者两手掌分别置于患儿两胁部，双掌着力，如按弦状，自上而下在胁部搓摩至肚角，如此反复操作。

〔功效作用〕行气化痰，消积除痞。

16.天门入虎口法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕拇指内侧端至虎口。

〔手法要领〕施力均匀，去而不返。

〔操作步骤〕

术者一手托住患儿掌背，另手食、中指夹住患儿四指根部，用另手拇指指腹着力推之，继揉板门穴30—60次。

〔功效作用〕温经散寒，止吐泻。

17.运水入土法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕掌部。

〔手法要领〕去而不返，柔缓施术。

〔操作步骤〕

术者左手拿住患儿四指，使其掌心向上，右手拇指端以指腹

着力由患儿小指根推运起，经掌小横纹、小天心到拇指根止，反复操作50—100遍。

〔功效作用〕健脾助运，润燥通便。

18.运土入水法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕掌部。

〔手法要领〕去而不返，柔缓施术。

〔操作步骤〕

术者左手拿住小儿除拇指外四指，使其掌心向上，右手拇指端以指腹着力，由患儿拇指根推运起，经小天心，掌小横纹至小指根处，反复操作50—100次。

〔功效作用〕利尿，清湿热，滋补肾水。

19.双凤展翅法　为小儿常用按摩手法。

〔适用部位〕两耳及头面部。

〔手法要领〕提按结合，操作和缓有序。

〔操作步骤〕

术者双手食、中指分别夹住患儿两耳，上提数次后，再分别掐按眉心、太阳、听会、牙关、人中、承浆等穴，各10—20次。

〔功效作用〕祛风寒，温肺经。

20.揉耳摇头法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕两耳垂和头部。

〔手法要领〕相对用力，揉捻摇法结合，施术细腻，力量均柔。

〔操作步骤〕

术者双手拇、食指腹分别相对着力捻揉患儿两耳垂后，再捧其头左右摇之。揉20—30次，摇10—20次。

〔功效作用〕镇惊，和气血。

21.猿猴摘果法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕两耳尖及耳垂。

〔手法要领〕提拉结合，勿施暴力。

〔操作步骤〕

术者用双手食、中指侧面分别夹住患儿两耳尖向上提10—20次，再捏两耳垂向下拉10—20次，如猿猴摘果状。

〔功效作用〕行气化痰，镇惊，健脾胃。

22.黄蜂出洞法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕手掌心，内关、坎宫、离宫穴处。

〔手法要领〕施术有序，均匀和缓。

〔操作步骤〕

术者用一手拇指甲先掐内劳宫、总筋，再分阴阳，然后以两拇指在总筋穴处一搓一上至内关穴处。最后掐坎宫、离宫穴，各15—30次。

〔功效作用〕发汗解表。

23.丹凤摇尾法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕掌内、外中心及中指端。

〔手法要领〕按捏掐摇结合，手法宜轻柔，操作需细心，注意保护患儿皮肤。

〔操作步骤〕

术者用一手拇、食指按捏患儿内、外劳宫穴，再用另手拇指甲先掐患儿中指端，再摇动其中指，各10—20次。

〔功效作用〕调和气血，镇惊。

24.老汉扳缯法　是小儿常用手法。

〔适用部位〕拇指。

〔手法要领〕掐捏摇动配合，施术轻柔和缓。

〔操作步骤〕

术者用一手拇指掐住患儿拇指根处，另手掐捏脾经，并摇动拇指20—40次。

〔功效作用〕健脾消食。

25.凤凰单展翅法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕腕部及掌部。

〔手法要领〕双手协调作用，捏摇结合，切忌粗暴。

〔操作步骤〕

术者一手捏患儿腕部，另手拿捏内、外劳宫穴摇动10—20次。

〔功效作用〕顺气和血，温经补虚。

26.孤雁游飞法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕手及前臂部。

〔手法要领〕周而复始，均匀施术，持续柔和。

〔操作步骤〕

术者用一手拇指自患儿脾经开始，直上推三关退六腑至内劳宫穴，还转至脾经为一遍，推10—20遍。

〔功效作用〕和气血、消肿胀。

27.取天河水法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕肘横纹中点至掌心。

〔手法要领〕均匀施推，去而不返。

〔操作步骤〕

术者先在患儿肘弯洪池穴至内劳宫穴处涂冷水，再用拇指指腹着力于洪池穴，施推法至内劳宫，推100—200次。

〔功效作用〕清热。

28.引水上天河法　为小儿常用按摩手法。

〔适用部位〕腕横纹至肘横纹。

〔手法要领〕拍打吹气结合，去而不返。

〔操作步骤〕

术者将凉水滴于腕横纹处，用手逐一拍打上至洪池穴，边拍打并对之吹气，作20—30次。

〔功效作用〕清火退热。

29.飞经走气法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕曲池穴至手指端。

〔手法要领〕拿按配合，均匀施术，去而不返。

〔操作步骤〕

术者先用一手拿住患儿一手四指不动，再以另手四指，自曲池穴起往下按之，跳之，至总筋处数次。然后将手拿住患儿阴池、阳池二穴，另手将患儿四指上下屈伸，连续20—50次。

〔功效作用〕行一身之气，清肺化痰。

30.飞金走气法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕前臂及手。

〔手法要领〕行引水上天河法，去而不返。

〔操作步骤〕

术者滴冷水于内劳宫穴处，用中指自内劳宫穴始，沿前臂内侧中线击打至洪池穴。复用口吹气，跟水上行，作20—40次。

〔功效作用〕清热泻火，消胀。

31.摇肘肘法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕手及肘关节。

〔手法要领〕按摇结合，均匀缓柔，切忌暴力。

〔操作步骤〕

术者先用一手拇、食指托住患儿肘部，再以另手拇、食指叉入其虎口，同时用中指按定天门穴，然后屈患儿手，上下摇之，摇20—30次。

〔功效作用〕顺气生血，通经活络。

32.乌龙摆尾法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕手及肘关节。

〔手法要领〕均匀摇动，柔缓施术。

〔操作步骤〕

术者一手拿住患儿肘处，另手拿患儿小指摇动，摇20—30次。

〔功效作用〕开闭塞，通二便。

33.双龙摆尾法　为小儿常用手法。

〔适用部法〕肘关节及手。

〔手法要领〕均匀摆动，柔缓施术。

〔操作步骤〕

术者一手托患儿之肘肘，另手拿患儿食、小指，并左右摇动如摆尾状，摇20—30次。

〔功效作用〕退热，开胸、通便。

34.赤凤点头法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕手中指及肘部。

〔手法要领〕上下摇动，均匀协调，施术柔缓。

〔操作步骤〕

术者一手拿患儿之肘部，另手拿患儿中指上下摇之，如赤凤点头状，摇20—30次。

〔功效作用〕通关顺气，补血宁心。

35.凤凰鼓翅法　小儿常用手法。

〔适用部位〕肘关节，前臂，腕部。

〔手法要领〕按摇结合，操作细致，柔缓。

〔操作步骤〕

术者一手托患儿肘部，另手握患儿腕部，用拇、食指分别按掐患儿腕部桡、尺骨头前陷中左右摇动，摇20—30次。

〔功效作用〕除痰醒神，调和气血。

36.揉脐及龟尾并推七节骨法　为小儿常用手法。

〔适用部位〕肚脐及第二腰椎下至尾闾骨端。

〔手法要领〕揉推配合，先揉后推，施术有序，柔缓平和。

〔操作步骤〕

患儿仰卧，术者一手揉脐，另手揉龟尾，揉毕，再令患儿俯卧，自龟尾推至第二腰椎为补，反之为泻。操作40—80次。

〔功效作用〕止泻止痢（补法）；清大肠湿热（泻法）。

37.老虎吞食法　小儿常用手法。

〔适用部位〕足跟仆参穴或昆仑穴处。

〔手法要领〕隔物口咬，用力勿猛，由轻渐重。

〔操作步骤〕

术者在足跟仆参穴或昆仑穴处，隔绢帕以牙咬之，不可用力过猛，由轻渐重，苏醒为度。

〔功效作用〕开窍醒神，镇惊。

38.按肩井法　小儿常用手法。

〔适用部位〕手指及肩部。

〔手法要领〕按压摇法同时进行，施术缓柔。

〔操作步骤〕

术者一手中指掐按患儿一侧肩井穴，再以另手紧拿患儿之食指、无名指，使其上肢伸直并旋摇之，摇20—30次。

〔功效作用〕通一身之气血，为结束手法，诸证治毕均可应用此法，故又称总收法。

39.抹双柳法　以双手拇指偏峰或余四指循眉似柳，推而抹之，称抹双柳法。

〔适用部位〕双眉部。

〔手法要领〕双拇指同时着力，由内向外推抹，不可逆行。

〔操作步骤〕

患者正坐或侧卧位，术者用双手拇指偏峰或余四指着力于眉内侧始，循眉弓过鱼腰至眉梢丝竹空穴止，推而抹之。

〔功效作用〕滋阴潜阳，养血安神，醒脑明目，活络止痛，疏风解表，镇静宁心。

40.双揪铃铛法　以双手拇指与食指对合着力于患者左右耳垂，向下垂直揪抻，称双揪铃铛法。

〔适用部位〕双侧耳垂部位。

〔手法要领〕向下揪抻，禁止向外揪抻。

〔操作步骤〕

患者正坐位或仰卧位，术者双手分别以拇指与食指指腹的对合力于患者两侧耳垂着力揪抻3—5次。此外，还可根据临床辨证的需要，掐按耳垂及耳区穴位，以增加疗效。

〔功效作用〕通肾气，补肾阳，降气逆，利九窍，调气血，通经络，止疼痛。

41.合掌刁颈法　以双手十指交叉合掌，着力于颈部提拿颈项肌，称合掌刁颈法。

〔适用部位〕颈项部。

〔手法要领〕双掌着力，不宜拍击旋转或拧捏。

〔操作步骤〕

患者正坐位，头部稍前倾，充分显露项部。术者立于患者对面，双手十指交叉，合掌锁紧，置于患者颈项两侧，着力合掌呈钳形，夹提项肌3—5次。

〔功效作用〕活血止痛，通经活络，缓解痉挛，祛风散寒。

42.牵颈旋转法　以双手导引颈项使之牵开后，再旋转搬之，称为牵颈旋转法。

〔适用部位〕颈部。

〔手法要领〕患者放松颈项，术者牵引下旋转，切忌只牵不旋或只旋不牵，勿乱施暴力。

〔操作步骤〕

患者仰卧位，术者于头端一手托扶颈项，另手扶颌下，双手配合，使头部左右摇晃，逐渐牵引转动。以扶颈手决定旋转时机及方向、角度，并用食指确定棘突的位置等，待局部放松及确定旋转方向后，以巧力寸劲使颈项过伸旋转。

〔功效作用〕通经活络，滑利关节，松弛肌筋，复位捺正，消炎止痛。

43.推按腰背法　以双手掌交叉置于脊柱两侧，同时反向用力推而按之，称推按腰背法。

〔适用部位〕腰背部。

〔手法要领〕着力和缓，连贯，不可压抑。

〔操作步骤〕

患者俯卧位，医者沉肩，伸臂，将双手交叉横置于脊柱两侧（左手横置右侧，右手横置左侧，掌根朝内，指端向外）同时反方向用力推而按之，边推边移动，推以横行，按以移行，从上至下，顺序推按。同时术者可加用自身前倾贯力以增加其疗效。

〔功效作用〕通经活络，开导闭塞，镇痛化滞，调和营卫，理气和血，调和五脏六腑。

（三）人体操作法

人体操作法是在人体上进行手法操作训练，为临床应用打基础的练习方法。因此应尽可能结合临床治疗的一般操作规律，分部位进行练习。练习时不但应注意多种单一手法的操作要领，而且要练习多种手法在人体不同部位的配合运用，同时结合一些被动运动，进行两手协调动作的训练，从而达到“机触于心，巧生于外”。

练习时，要思想集中，认真严肃，注意根据关节形态、功能、骨性标志以及肌肉、肌腱等软组织的弹性、张力等不同情况，选择相宜的手法和运用恰当的力量。“患者”的体位可分别采取坐位、伏坐位、骑坐位、仰卧位、侧卧位等。循序渐进，由浅入深的进行练习。

1.头面部

〔练习手法〕一指禅推法、拿法、扫散法、掌抹法等。

〔操作步骤〕

①仰卧位或坐位，用一指禅推法自印堂向上至前发际，沿发际推向头维、太阳等穴，往返数次后再推眼眶周围。在推眼眶

时，指端要吸定，移动要缓慢，手腕动作要小，防止滑脱而戳碰眼球。

术者用一指禅偏峰或螺纹自睛明穴经迎香、地仓、下关、颊车、人中穴，环唇推至承浆穴，左右同。推三遍。

术者用一指禅偏峰或指峰推百会穴，要求吸定，防止滑移。

②被操作者取坐位，术者用五指拿头顶督脉和两旁太阳、少阳经，自前发际经头顶向后至枕部，止于两侧风池穴，称拿五经。

③被操作者取坐位，术者用拇指或其余四指指峰自太阳穴经头维、耳后高骨向后推至风池穴，左右各3—5遍。亦可双手同时进行。

④被操作者取坐位，术者大鱼际外侧端按住前额，随后分向两旁，经阳白、太阳、耳上至风池穴处。

术者双拇指自被操作者眉内侧始，循眉弓过鱼腰至眉梢丝竹空穴止，推而抹之。

2.项背部

〔练习手法〕一指禅推法，揉法，拿法，按法，摇法，扳法，揉法，推法。

〔操作步骤〕

①被操作者取坐位，术者用一指禅推法自枕骨下经风府至大椎穴，操作3—5遍。再以两手偏峰吸定风池穴，四指自然伸直，用一指禅推法自风池经天柱至大杼穴。操作3—5遍。

②被操作者取坐势，用推法直推桥弓穴。推右侧桥弓，右手固定颈项部，左手拇指着力自翳风穴单向直推至缺盆穴10—20次。推左侧桥弓用右手，方法同。

③用揉法自风池穴直至缺盆10—20次。同时配合按风府，拿风池。

④被操作者取坐势，术者用揉法揉颈椎及其两侧，配合头的

屈伸、旋转和侧屈等活动。

⑤被操作者取坐势，术者用双手拿被操作者两侧肩井穴，反复数次。

⑥被操作者取坐势，术者用单手拇指螺纹面按风池、肩中俞、肩外俞、天宗等穴。

⑦被操作者取坐位，术者一手扶住头后枕部，一手托住下颌，颈椎取中立位摇动，左右各作被动活动三次。

⑧被操作者取坐位，颈部前屈。术者一手拇指抵住侧凸的颈椎棘突，一手抱头作旋转复位法。

在作摇法和扳法操作时，应在教师指导下按动作要求严格训练。

3.胸腹部

〔练习手法〕一指禅推法，分推法，擦法，搓法，摩法，揉法，按法等。

〔操作步骤〕

①被操作者取仰卧位，术者用偏峰或螺纹推胸部膻中、乳根穴及腹部上脘、中脘、天枢、关元、气海等穴。

②被操作者仰卧位，术者用拇指偏峰或螺纹面从膻中穴分推向两侧乳中穴。沿肋间自内向外进行平推，循序而下。用双手掌部自中脘至气海穴处自上而下进行分推。重复数次。

③被操作者取坐位，术者用四指指面及掌部挟住两胁部搓动，自上面下，重复数次。用食、中、环三指指摩膻中穴、气海穴、天枢穴、中脘穴等。或全掌环转摩腹部（被操作者卧位）。

④被操作者取仰卧位，术者用中指指面揉天突、膻中、中脘、神阙穴，反复操作。再用拇指尖或螺纹按中脘、气海、关元等穴位，以得气为度。

4.肩及上肢部

〔练习手法〕一指禅推法，掖法，按法，拿法，捻法，摇

法，搓法，抖法及擦法等。

〔操作步骤〕

①被操作者取坐位，术者从肩髃穴始，沿手阳明大肠经进行一指禅推法操作至手三里穴止。

②被操作者取坐位或卧位，术者用揉法揉一侧肩关节前缘，配合肩关节内旋、外旋及外展等被动活动；揉一侧肩关节外缘，配合肩关节内旋后伸等被动运动；揉肩关节后缘，配合肩关节的内收及前上举等被动活动。揉肘关节，前臂，腕关节及掌指关节配合相应的关节被动运动。

③被操作者取坐位，术者以拇指螺纹按肩内陵、肩髃、肩髎、肩贞、天宗、臂臑、曲池、手三里、合谷等穴位，以得气为度。

④被操作者取坐位，术者拿一侧肩关节，曲池、合谷等穴位，并捻指间关节。

⑤被操作者取坐位，术者一手扶肩，一手托住肘臂部摇肩关节，顺逆各3—5次。

⑥被操作者坐位，术者两掌托住肩关节，环形搓动，随后徐徐向下至手臂，改为上下搓动至腕部。

⑦被操作者坐位，术者两手握住腕掌部缓缓抖动，由轻渐重，由小幅度到大幅度。

⑧被操作者坐位，裸露肩部、肘部、臂部、腕部及掌指部，术者用大鱼际自上而下或自下而上进行擦法操作，以透热为度。

5.腰及下肢部

〔练习手法〕揉法、擦法、摇法、按法、扳法。

〔操作步骤〕

①被操作者取俯卧位，术者用一手揉腰背两侧骶棘肌及腰骶部，配合腰及髋关关后伸等被动活动。用掌根着力在腰背两侧及腰骶部施掌揉法操作。沿大腿后侧经腘窝至跟腱施揉法和揉法，

反复三次。被操作者换仰卧位，术者从腹股沟经膝关节至足背部施揉法及掌揉法，反复三次。

②被操作者仰卧或俯卧位，术者用拇指指峰或螺纹按腰背部腧穴及下肢腧穴。如脾俞、胃俞、肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、上髎、中髎、次髎、下髎、环跳、殷门、委中、承山、昆仑、太溪、悬钟、丘墟、商丘、足三里等穴。

③被操作者取坐位，术者直擦脊柱两侧骶棘肌及腰骶部，以透热为度。被操作者换仰卧位，术者用鱼际擦法直擦膝关节及踝关节内外侧，以透热为度。

④被操作者取俯卧位，术者分别摇髋、膝、踝关节。并作腰部斜扳法，腰椎旋转扳法及迭法、晃法等各 3 — 5 次。

（四）各流派按摩手法

按摩医学作为中国医学宝库中的一个重要组成部分，已有数千年的悠久历史，其内容丰富多彩。在长期的医疗实践中，按摩手法不断发展提高。由于历史的原因，按摩手法的流派很多，各流派的按摩手法都具有长处，在临床实践中都具有突出的特点和显著的疗效，下面将具有代表性的按摩流派的手法加以简单介绍。

1.一指禅推拿疗法

（1）一指禅推拿的特点　一是强调手法柔和、深透，柔中寓刚，刚柔相济，特别强调以柔和为贵。其主要手法和辅助手法配合默契，动作细腻，法之所施，使患者不知其苦。因此本学派非常注重功法锻炼，要求学者先锻炼《易筋经》的外壮功和在米袋上苦练指力的基本功，以求得强壮的体魄，强劲的指力与熟练的手法等基本技能，在此基础上，才能在人体进行操作训练，使手法技术日趋纯熟。

二是按穴准确。用大拇指的指峰罗纹或偏峰施治于一定的穴位，因其接触面极小，压强大，故按穴准确，并对任何穴位都能

力透。

三是指法所施。适合于头面、颈项、肩背、胸胁、脘腹、腰臀、四肢等全身各部位。

（2）一指禅推拿的手法　包括推、拿、按、摩、滚、捻、抄、搓、缠、揉、摇、抖等手法。

一指禅推法据说是一指禅推拿学派的主要手法，其他都是辅助手法。一指禅推法在临床应用时，根据不同病情和不同部位的需要，可作灵活的变化应用。推的频率加快到200次/分以上，称为缠法（缠绵不休之意）。常应用于颈项部，治疗咽喉痛。

用拇指偏峰着力，手腕自然伸直，称为偏峰推，多用于颜面部。治疗头痛、面瘫等症。

屈拇指，以拇指指间关节着力，称屈指推，常用于项部、腹部及四肢小关节，治疗腹胀、颈项强痛及四肢关节疼痛等症。

推时结合揉动，就成为推揉复合手法，常用于颈项。脘腹及四肢软组织处，治疗颈项头疼痛、脘腹疼痛、便秘及四肢软组织疼痛等症。

推时拇指面着力，其余四指做摩法，称推摩法，常用于胸腹及背部，治疗胸胁痛及泄泻等症。

抄法是术者用双手相对将身体由下往上托扶起来，随即放下，如此反复进行，称为抄法。《肘后备急方》中有抄举腹部以治疗腹痛的记载。本法用于腰部时，患者仰卧，医者用双手分别从腰两侧插入，并用力将腰部托起，同时按揉腰部两侧穴位，可作为治疗腰痛的辅助手法。

抖法是术者用双手握住患者上肢或下肢，稍微用力作连续的小幅度的上下颤动，称为抖法。抖动时，上下幅度要小，而频率要快。本法以上肢为常用，与摇法、搓法配合，为治疗漏肩风等上肢疾患的结束手法。

2.脏腑推按疗法

（1）脏腑推按的特点　脏腑推按疗法的基本思想是以祖国医学的脏腑经络学说为基础，结合阴阳、五行、脏腑、气血、辨证施治的理论，以推按点穴等手法为治疗疾病的手段，来调理人体的脏腑气血，尤以调理气分为主。

脏腑推按疗法提出调理“阑门穴”可使人体上下气机贯通的观点，因而提出了独特的治疗脏腑疾病的关键穴位和理气方法。

注：阑门穴位于脐上一寸五分处，为大小肠交会、水谷运化经过暂停之所。

（2）推按手法　推按手法的基本手法有九种（又称“九字手法”）：补、泻、调、压、推、拨、分、扣、按。

①补法　以食指或中指按住腹部的某一穴位，向右施转；或以大指、中指并按两穴；或以食指、中指、无名指并按三穴，向右施转（即顺时针旋转）为补。

②泻法　以食指或中指按住腹部的某一穴位，向左旋转；或以大指、中指并按两穴；或以食指、中指、无名指并按三穴，向左旋转为泻。

③调法　以食指或中指按住腹部的某一穴位，往返旋转；或以大指、中指并按两穴；或以食指、中指、无名指并按三穴，往返旋转为调，即常说的平补平泻为调。

④压法　以中指按住某穴不动，用食指压于中指背上，微用力下捺为压。或用手掌或手背进行侧压，或正压少腹亦为压。

以上四法均用右手操作。补、泻、调适用于任脉和腹部的穴位，压法专适用于任脉，并不适用于并治穴时。

⑤推法　按而送之为推，分为指推法和掌推法。按推的方向分为斜推法，直推法、分推法三种。

斜推法：适用于腹部，用右手的食指和中指，由某一适当穴位，向右斜推至某部位。

直推法：适用于腹部及背部，用食指和中指直推；在背部直

推，用右手掌直推。

分推法：适用于背部，将两手拇指展开，用手掌及大拇指着力，由某一适当穴位向两侧分推，往下斜推至某部位。

⑥拔法　按而动之为拔。不同部位有不同拔法：

拧拔法：适用于腹部任脉两旁的穴位。用右手的食指和大指并按两穴，食指和中指向右旋拧，大指同时乘势挑送。

顶拔法：适用于背部。用两手的大指端顶按住两个穴位的筋，顺其筋势，慢慢地向下拔弄至适当部位。

提拔法：适用于背部。用两手拇指插于某一部位，抠住这个部位的筋，向上拔弄。

俯拔法：适用于四肢部分筋法。用拇指按住某一部位的筋，顺筋势向外侧慢慢地扳动到某适当部位。

仰拔法：适用于四肢部分筋法。用食指和中指托按住某一部位的筋，顺筋势由外侧或内侧慢慢地扳动到某适当部位（食指和中指有向上托的力）。

⑦分法　有分和分拨两种。

分：用拇指或食指的指端，按住某一穴位的筋挑送。适用于足三里、三阴交等穴。

分拨：用指端按住某一穴位的筋，以指端挑送，或来回左右拨弄。运用于面部及手足部的穴位。或用两手拇指按住病人手腕正面，将两食指屈曲，用食指的中节合按住病人手背面的筋，向两侧扳弄。此法适用于治疗小儿。

⑧扣法　用拇指、食指或拇指、中指作半月形，扣住两穴位或两部位运行之。适用于胸背腹及四肢部。

⑨按法：用指按穴，向下微捺为按。用两手的拇指、食指、中指和无名指，用一指或两指或三指按穴而微捺之。

3.经穴按摩法

（1）经穴按摩法的特点　经穴按摩以中医的脏腑经络学

说、营卫气血等基本理论为指导，以望、闻、问、切、摸五诊和八纲为诊查手段，然后辨证论治。临床操作以推经络、点穴位为主，根据病症再选用适应的按摩手法，强调“治病以治经为主，宁失穴勿失经”。调理病症运用经穴按摩手法，多以补、泻、和三大法则，要求按照顺经为补、逆经为泻、平补平泻为和；阴经多补少泻、阳经多泻少补；虚证多补、实证多泻的治疗原则。点穴和手法的轻重，要求以先轻、后重、再轻的刺激规律，轻力为补，重力为泻。还要求以病症的虚实而定柔刚：阴型（虚证）柔术（轻手法）、阳型（实证）刚术（重手法）。

经穴按摩在临床中应用的按摩手法有：内科、外科按摩基础手法；古代按摩八法；在治疗软组织损伤时，常用“整形八法”；在治疗骨伤后遗的关节强直、麻痹和疼痛等症时，采用“运动八法”；伤后有脱臼症时，采用“治脱八法”；对肌筋伤痛症，采用“治筋八法”。

（2）经穴按摩手法

①内科按摩基础手法　根据病在腹（内）先治其背（外）、阴病（内）治阳（外）的中医理论，选定背部的督脉和足太阳膀胱经共五条线为治疗部位，正中线由大椎至长强穴，第二、三条线由附分至白环俞穴，第四、五条线由大杼至秩边穴。在这五条线上施摩、拨、捏、啄、拍五个手法，各做3—5遍。刺激经脉穴位和中枢神经，起到调整中枢神经兴奋和抑制的作用，调动五脏六腑的功能，稳定平衡，解除病症。

②外科按摩基础手法　因伤痛多在足跟上，循病在上者下治的道理，先从金门起，次取申脉，再取昆仑、跗阳，共四个阳经的穴，向上点按为泻法；继取公孙、复溜、三阴交穴，共三个阴经的穴，向上点按是为补法；最后点按承山、承筋穴。金门穴为经筋之门也，治拘挛不伸，极痛不舒；跗阳是镇静止痛穴；昆仑可兴奋调整肢体；复溜穴乃可恢复体液之循环流动者也；三阴交可

滋补由于伤痛造成的气血虚损；公孙穴调治气病；承山可止内外伤痛；承筋治肌筋软组织损伤。

③古代按摩八法

阴型柔术四法——贯通法、补气法、揉捏法、和络法，是刺激较轻、弱力柔和、轻快短时的按摩法，起兴奋、激发、滋补的作用（补法）。常用于神经麻痹、神经衰弱、肌肉萎缩、外伤后遗机能异常以及因机能减退所引起的各种疾病，亦可作为运动员比赛前的一种准备活动来运用。

贯通法：有拂、擦、抿、抹、押、摘等六个小手法，适用于外伤后气滞血瘀等症，有通气活血的作用。

补气法：有振、颤、抖、提、拉、扶等六个小手法，适用于四肢关节外伤，气虚血少，体力衰弱等症，有滋补气血、兴奋神经、恢复功能的作用。

揉捏法：有揉、捏、把、捧、扭、搓等六个小手法。适用于麻木不仁、贫血瘀血、风寒湿痹、瘫痪等症，有疏通气血、促进营养吸收和止痛的作用。

和络法：有抢、扯、拉、拽、颠、握等六个小手法，适用于外伤后关节功能障碍等症，有活动脉络、排除障碍的作用。

阳型刚术四法：推荡法、疏散法、舒畅法、叩餐法，是刺激较重、强力持久、缓慢长时的按摩法，起抑制、镇静、疏散、通畅的作用（泻法）。常用于软组织外伤、劳损、肌筋肿痛以及因机能亢进而引致的各种疾病，对运动员有助于消除比赛后疲劳、恢复体力的作用。

推荡法：有推、摇、挪、托、捋等六个小手法，适用于外伤肿痛、内外积聚、壅塞等症，有散聚软坚的作用。

疏散法：有按、扼、拿、摸、抵、抑等六个小手法，适用于外伤后瘀血阻滞、经脉不通等症，有开导闭塞、化滞散瘀、通经活血的作用。

舒畅法：有抚、摩、拭、运、搔、压等六个小手法，适用于外伤后肿痛拘挛以及因紧张过度因引致的失眠症等，有舒展肌腱、消除痉挛、安抚神经的作用。

叩餐法：有叩、餐、击、捶、拍、打等六个小手法，适用于外伤后的气郁血滞、挫闪腰背、麻木瘫痪等症，有行气活血，消除废胀麻木、兴奋神经等作用。

④整形八法　有升、降、滚、摇、牵、卡、挤、靠八法，适用于四肢关节和颈、胸、腰椎损伤、扭错、伸屈不利、短陷、高凸、歪颈、斜臀等症，有使缩陷症升提之，突出高凸者下降之。损错关节复原的作用。

⑤运动八法　手法有高、下、疾、徐、轻、重、开、合八法。适用于四肢关节及颈、胸、腰椎伤后强直僵硬或弯曲痉挛、活动障碍等症，有灵活关节、舒气活血，解痉止痛的作用。

⑥治脱臼八法　有提、端、挪、正、屈、挺、扣、捏八法。适用于四肢关节和颈、胸、腰椎伤后脱位等症，有使扭闪脱臼关节复位、关节伸屈正常，舒筋止痛的作用。

⑦治筋八法　手法有掉、拔、撚、缕、归、合、顺、散八法，适用于四肢及躯干伤后筋腱扭错、散离或挛聚等症，有引伸、舒展筋肌、理筋分筋、散聚解痉的作用。

4.指压按摩疗法

（1）指压按摩的特点　指压按摩又称指针疗法，是以手指按、压、点、掐作为临床操作的主要手法来防治疾病的按摩学术流派。是以中医的经络学说、气血理论作为理论指导，在全身十四经穴或经外奇穴上都可以施用，具有感应强、作用快、损伤小的特点。

（2）指压按摩手法　指压按摩的基本手法是指按法，主要用手指指端或罗纹面按压穴位，可按而静止不动，也可以按而左右拨动，按而轻轻揉动，按而微微颤动，按而滑行移动，按而起

伏松动。此外，还有爪掐、肘压，叩点、镊针等法。爪掐即用指甲掐切；肘压是用肘尖作为着力点进行按压；叩点是将手指微曲，食指按于中指背，拇指抵住中指远端指关节，小指及无名指握紧（或中、食指并齐微屈，拇指抵住中、食指的远端指关节），利用腕臂之力，指端快速地反复叩点穴位；镊针是一种指压工具，其末端钝圆无锋，轻压穴位至皮肤呈现红晕为度，或重压至针感散为度。

指压按摩如专门在脊柱或其两旁施行，又称点脊疗法。一般常取督脉穴或挟脊穴。第七颈椎棘突至第六胸脊椎突间的穴位，常用于治疗上焦、心肺病症；第七胸椎棘突至十二胸椎棘突间的穴位，常用以治疗中焦、肝、胆、脾、胃病症；第二腰椎棘突至第四骶椎棘突间的穴位，常用治疗下焦、胃肠、膀胱、盆腔脏器及下肢部的病症；骶尾部穴位常用以治疗肛门病症。

指压按摩如专门在胸部穴位上施行，又称胸穴指压法，所用胸穴，大多为分布于肋骨下缘或骨面上的压痛点。第一至第三肋锁骨、肩胛骨部穴位，常用以治疗头、颈、上肢疾患。胸骨旁和锁骨中线附近及腋前线、腋中线上的穴位，常用以治疗胸腹部疾患，其中第五肋以上穴位以治胸部疾患为主，第五至第十肋的穴位以治腹部疾患为主，腋后线及腰部各穴常用以治疗肩背、腰及下肢疾患。

5。伤科推拿法

（1）伤科推拿的特点　伤科推拿保持了我国古代传统的正骨八法（摸、接、端、提、按、摩、推、拿），并将手法分为治骨与理筋手法（即治疗软组织损伤的手法）。手法强调与练功相结合，手法中重视经穴，注意点、面、线相结合，在软组织手法中强调“理顺经络、舒筋活血”，以能协助恢复肢体功能的伸屈旋转手法为主。手法时要求心明手巧，即达到所谓“机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出”的境界，手法要强调刚柔相

济，以柔克刚，同时注意手法力度，不准使用暴力。

（2）伤科推拿手法　伤科推拿手法以古代正骨八法为基础，多强调分部治疗手法，这里将伤科十七法介绍于后。

①旋臂抬举法　患者取坐位，术者位于患者侧后方，从其患肢腋下插入术者的同侧臂，利用术者的肱肘和前臂来带动患者患肢，并作被动的由其前方旋上抬举活动，而且逐渐增加其举臂的高度。与此同时，术者另一手于患者肩部伤处推拿施术，并借推拿施术的力量固定关节和体躯，制约旋上抬举时的力量，使之适度，以免造成暴力。该法适用于肩关节粘连或肩关节及肩周软组织损伤等疾患。

②对肩法　患者取坐位，术者位于患肢的侧前或侧后方，并用同侧手紧握患肢肘部关节（肱髁部），自对侧肩（健侧）进行间歇性推送，使患肢手指尽力探触健侧肩峰及肩背至最大限度活动范围。术者另一手为患臂疼痛部位进行手法推拿操作。该法适用于肩关节粘连或肩关节、肩周软组织损伤等疾患。

③旋后屈肘法　患者坐位，术者位于患肢的前侧方，将相对的前臂插入患肢腋下，继而握其患肢腕上部，使其被动旋内向后展伸并屈肘。同时嘱患者尽力旋背后与伸屈肘相结合，将患者肩关节部作固定制约，并于其疼痛点施以推、捏等结合手法。因为手法较剧烈，患者往往忍耐不住，施术切忌粗暴，以免致伤关节或肱骨。该法适用于肩关节粘连或肩关节、肩周软组织损伤等疾患。

④缩颈牵臂法　患者坐位，术者位于患肢之侧前方，将患者手腕置于术者相对肩颈部，术者利用缩颈耸肩的动作夹住其腕，并使患臂做被动的向外牵拔摇动。术者一手放于患臂肱部，稳固护肘关节；一手放于其肩部以固定肩关节及体躯，并施以相反的牵拔之力，同时间歇做推、拿、捏等手法。或者将患者患臂平伸，掌心向上，放于术者相对的肘弯部，术者利用肘之旋曲使前臂或

掌根扣紧肢肘或上臂，做向外牵拔摇动作及外展内收等活动；术者另一手在其患肩疼痛部位施以按、推等手法。该法适用于肩关节粘连或肩关节、肩周软组织等疾患。

⑤足抵上臂法　患者仰卧，术者在其患侧取平坐位，以其足抵其患肩腋下，用力上抵，两手分别握其患肢腕部和肘部，做由外展位逐渐内收的牵拔，然后借其肩部肌群的收缩力量，使其脱位或错移的肩关节复位。复位时术者抵其腋下之足跟，可抵制腋下肩周肌群的收缩力，并感觉复位时肘肱骨头之滑动，可作为其复位的参考。该法用于肩关节脱位或错移。

⑥屈肘牵拔法　患者坐位，助手一人位于患者健侧，将两手经其胸前及后背伸入其患肢腋部，并握紧肱骨中部做固定。术者以与患者相对之手紧握其患肘尺桡部，向术者怀中牵拔，并制约牵拔的力量；另一手紧握其患肢腕上部，用力做同向牵拔，并逐渐拉直患肘；当患肘逐渐被拉直时，紧握患肘的术者之手，予错移之骨或屈拘之肘前窝施以推复之力，完成脱位时关节之复位或撕破关节的粘连。该法适用于肘关节脱位及肘关节粘连。

⑦缠肘法　患儿取坐位或立位，患肢垂放。术者一手有力而灵活地握住患肢腕上部，另一手拇指轻轻按放于桡骨头部，其余四指稳托患肢肘部，同时术者用握腕之手托患儿前臂做缓慢的前臂旋外之屈肘缠绕动作，当压放于错位之桡骨头部的拇指指下感觉头之滚动，有时可听到程度不同的一声微响，脱位之桡骨头即复位。该法适用于小儿桡骨头半脱位，或用于成人肘关节疾患。

⑧双手扣腕法　术者双手食、中指环托患腕掌部，指由上扣于患腕掌背面，并位于掌骨末端固定其指，术者双手拇指经手背上面压于患腕错移之骨上，随着牵拔其腕部做掌背伸活动之际，正复错移之骨。该法适用于腕部骨位错移及腕部软组织损伤。

⑨拔指法　术者以食、中、无名指紧握患者伤指，小指等叉开扣紧患者伤指背部末端，拇指顶于伤脱部，趁牵拔之力，使错

移之掌指关节顶复。该法适用于掌指关节及指关节错移。

⑩屈髋牵伸法　患者取仰卧位，术者位其患侧，以腹部顶压其患肢膝部位，作屈膝、屈髋的内收、外展等顶压牵伸活动，同时用手抵其髋关节相应部位（如腹股沟处），施以按压、顶点、推、拿等手法。该法适用于髋关节及其周围软组织损伤。

⑪叠膝法　患者取俯卧位，术者位其患侧，一手握其患肢踝部，做被动屈膝（防止患肢因疼痛旋转肢体），另一手掌或拳垫于膝部腘窝内撑拔关节，或以拇指施推、捏、按等手法于膝之内、外侧的伤部筋肌，在屈叠膝的过程中配合治疗。该法适用于膝关节周围韧带等软组织损伤。

⑫扳踝法　一手执其踝部，做背伸、屈、内翻或外翻活动，另一手拇指于伤部施以按、压、推、点等手法，并在关节被动活动时正复关节的错移。该法适用于踝关节及周围软组织损伤。

⑬扳颈法　患者取坐位，术者跪立或站立其后，一掌压患者头顶（左向扳时右掌压其头顶，右向扳时则相反），向前后左右进行扳动，术者另一手于患者颈后随扳动用拇指按压、推捏其颈之伤部，其余四指并拢扣颈，以保护椎关节和制约扳颈力量，使之适度。该法适用于颈椎关节错移、颈椎增殖及周围软组织损伤。

⑭拔颈法　患者取坐位，术者半跪于其侧，以膝及身躯紧靠患者，固定其躯体，防止患者活动。术者一臂沿患者下颌后屈肘，嘱患者闭嘴合齿，将其颌围拢做稳力升拔（其力不可旋扭和骤然突升），术者另一手在颈部固定，并以推、按、点等手法配合施术。

或患者取坐位，术者站其后，并提屈一腿，压患者肩部以固定，术者两手交叉托住患者下颌，做稳力升拔，每升拔一次即换压患者对肩一次，使颈关节均衡升拔。

或患者取俯卧位，术者以两足抵其两肩，手交合扣其颌下，向外牵拔。此法适合于重症不能取坐位者。

拔颈法适用颈部挫伤、颈椎小关节紊乱或嵌顿及增殖性颈椎炎、颈僵硬等症。

⑮屈膝双提踝伸腰法　患者取俯卧位，术者位其一侧，面背患者，屈一膝压放于患者腰部，以固定身躯和制约伸腰之程度，然后，双手挽握患者踝上部，提踝屈患者双膝，使其腰后曲，做背向之提拉牵伸，使其错扭之关节得以复位。施术可根据临床需要，或提拉一侧，或两侧轮换提拉，或坐于患者腰部同时提拉。该法适用于腰部、腰骶、臀部等损伤。

⑯抬腿屈腰法　此法分两点施术。A.患者取仰卧位，两下肢展伸。术者抬起患者一腿，使其足跟放压于术者肩部，然后双手交叉扣紧压于膝部，以防压膝后左右旋扭，同时术者前伸对侧的腿，以足背抵患者髋下，固定其体位，然后向前扛抬患腿，患者腰、腰骶即被牵引，关节、痛筋即被拔开。B.术者将患腿抬到患者所能忍受的最大限度后，术者以同侧手从肩上取下其足，握其踝上，做踝屈膝之挤压，用对肩手压于患者下肢上，再突然向外拽伸其腿，可连拽二、三次。该法适用于腰部、腰骶、臀部等损伤。

⑰三人牵腰理清法　患者俯卧，双臂前伸盘置额前。助手一人，位于患者头上部，两手插其腋下扣紧，配合下部牵引时向上牵拔；助手另一人，坐位于患者两膝之间，将其小腿夹持在腹股两侧，双手各托握其膝，向上略抬，并向后下牵拉，着力需平稳，使脊柱关节得以开拔。术者以手（指）法施于患部，正复脱损；视临床需要，亦可与侧屈牵拽配合。

6.正骨按摩推拿法

（1）正骨按摩推拿的特点　正骨按摩推拿是中西医结合疗法，是吸取了中医和西医治疗骨折的精华部分，在此基础上加以提高。它结合了传统的推拿按摩方法，结合现代医学的诊断和治疗手段，对骨折整复手法的具体概括。在治疗中、贯彻“动静结

合”、“筋骨并重”、“内外兼治”、“医患合作”的治疗原则，对骨折、脱位的治疗具有很高的疗效。

（2）正骨按摩推拿手法

①手摸心会　为施用手法前的必要步骤，以便把X光片上显示的骨折断端移位方向和病人肢体实际情况结合起来，在术者头脑中，构成一个骨折移位的立体形象。在整复前，就必须用手先触摸骨折部。触摸时先轻后重、由浅及深，从远到近，两头相对，确实了解骨折断端在肢体内的方位，达到“知其体相，识其部位，一旦临证，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出”的目的。

②拔伸牵引　主要是克服肌肉抗力，矫正重迭移位，恢复肢体长度。按照“欲合先离，离而复合”的原则，开始牵引时，肢体先保持在原来的位置，沿着肢体纵轴，由远近骨折段对抗牵引，把刺入骨折部周围软组织内的骨折断端，慢慢地拔伸出来。而后，再按照整复步骤改变肢体方位，用力牵引。牵引力的大小，以病人肌肉强度为依据，要轻重适宜，持续稳准。小儿、老年人及女性患者，牵引力不能太大。反之，青壮年男性患者，肌肉发达，牵引力则需加大。对肌群丰厚的患肢，如股骨干，则应结合骨牵引。但肱骨干骨折，虽肌肉比较发达，在麻醉下重迭移位比较容易矫正，用力稍大常招致断端分离。

③旋转屈伸　主要是矫正骨折断端间的旋转及成角移位，有些靠近关节部位的骨折，甚至牵引越重，成角畸形越大，这主要是由于短小的骨折段受单一方面肌肉牵拉过紧所致。骨折断端常见的四种移位（重迭、旋转、成角、侧移位）经常是同时存在的，在对抗牵引下，经常是首先矫正旋转及成角移位，即按照骨折部位、类型、弄清骨折断端附着的肌肉牵拉方向，利用它的生理作用，将骨折远端旋转、屈伸，置于一定位置，远近骨折端才能轴线相对，重迭移位也能较省力的矫正。

④提按端挤　旋转、成角及重迭移位矫正后，侧方移位就成为骨折的主要畸形。对于侧方移位是以手指直接用力，作用于骨折断端，迫使复位。以人体中轴来讲，前后侧（即上、下侧）用提按手法。操作时，两手拇指按突出的骨折一端向下，两手四指提下陷的骨折另一端向上。内外侧移位（即左右侧移位）用端挤手法，一手端正骨折一端，另手将向外突出的骨折另一端向内挤。经过上提下按，外端内挤手法，前后或内外侧移位，常可较省力的矫正，但在操作时手指用力要适当、方向要正确，部位要确实，着力点要稳固。术者的手指与患部皮肤要密切相贴，通过皮下软组织而直接用力于骨折断端，切忌在皮肤上来回磨蹭，挫伤皮肤。

⑤摇摆触碰　经过以上手法，一般骨折即可基本复位。但横断或锯齿型骨折的断端间，可能仍有裂隙。为使骨折面紧密接触，术者可用两手固定骨折部，让助手在维持牵引下稍稍左右及上下摇摆骨折远段。待骨折端的骨擦音逐渐变小而消失后，骨折断端即紧密吻合。骨折发生在骨骺端松与坚质骨交界处时，骨折复位固定后，可一手用力固定骨折部位的夹板，另一手掌轻轻叩击骨折远段远端，使骨折部紧密嵌插，复位即更形稳定，一般骨折经过上述手法，骨折整复即告结束。

⑥按摩推拿　主要是调理骨折周围的软组织，使扭转曲折的肌肉，肌腱，随着骨折复位亦舒展通达。尤其对靠关节附近的骨折更为重要。操作时，手法要轻柔。按照肌肉、肌腱的行走方向，先由上而下，再由下而上，顺骨捋筋，达到散瘀舒筋的目的。

⑦夹挤分骨　凡是两骨并列部位发生骨折，如桡、尺骨折，胫、腓骨折，掌骨及跖骨骨折。骨折段因骨间膜或骨间肌的收缩而互相靠拢。复位时，应以两手拇指及食、中、环三指，由骨折的背掌侧夹挤骨间隙，使靠拢的骨折段分开。远近骨折段即相应

稳定，并列双骨折就能象单骨折一样，一起复位。

⑧折顶回旋　横断或锯齿型骨折，如患者肌肉发达，单靠牵引力量不能完全矫正重迭移位时，可用折顶手法。术者两手拇指抵压于突出的骨折一端，其他四指重迭环抱于下陷的骨折另一端，两手拇指用力向下挤按突出的骨折端，加大成角，依靠拇指感觉，估计骨折远、近端骨皮质已经相顶，而后骤然反折。反折时环抱于骨折另一端的四指将下陷的骨折端猛向上提，而拇指仍然用力将突出的骨折端继续向下推。在拇、食两指中间形成一种捻搓力（剪力）。用力大小，以原来重迭移位多少而定。用力方向可正可斜。单纯后前方重迭移位者，正位折顶。同时有侧方移位者，斜向折顶。通过这一手法不但可以解决重迭移位，亦可将侧方移位顺便矫正。此手法多用于前臂骨折。

回旋手法多用于骨折断端之间有软组织嵌入的股骨干或肱骨干骨折，或经过不正确处理造成背向移位的斜面骨折。有软组织嵌入的横断骨折，须加重牵引，使两骨折段分离，嵌入的软组织常可自行解脱，而后放松牵引，术者两手分别握住远近骨折段，按原来骨折移位方向逆向回转，导引断端相对。从断端触碰音的有无和强弱，来判断嵌入的软组织是否完全解脱。

背向移位的斜面骨折，虽大力牵引亦不能使断端分离。必须根据受伤机理和参照原始X光片来判断造成背向移位的径路，以骨折移位时的相反方向，施行回旋手法。回旋时，必须谨慎，以免损伤血管神经。如感觉有软组织阻挡，即应改变回旋方向。待背对背的骨折断端变成面对面后，再整复其他移位。

7.儿科推拿疗法

（1）儿科推拿的特点　小儿推拿是建立在“天人合一”整体观念的基础上，其中医基础理论是阴阳五行、脏腑、营卫气血等学说，根据辨证施治的原则，在患儿体表穴位上运用各种推拿手法，通过经络“行气血、通阴阳”的作用来平衡阴阳，调整脏

脏腑功能，从而达到治疗疾病的目的。推拿治疗小儿疾病，首先要经过四诊来收集症状、体征等资料，然后对收集来的资料用八纲进行分析归纳，辨别其阴阳、寒热、表里、虚实，认定“标本”，最后用手法进行补虚或泻实的治疗。

由于小儿生理、病理的特点，它的治疗也与成人推拿有所不同。其手法特别强调要轻快柔和，平稳着实；穴位除常用的少数经穴、奇穴外，多数穴位为小儿所特有，并多分布在两肘以下。由于小儿发病方面特点以外感病和饮食内伤居多，因此在推拿治疗上常用的也以解表、清热、消导为多。

（2）小儿推拿常用手法　儿科推拿常用手法有基本手法、临床手法和指针法三部分内容。

①基本手法

按法：以拇指指面或两指对合按之，在胸腹部边缘常用掌按。

揉法：是以拇指或食、中指的指面旋揉。其特点是经绕宛转，用力适中，多用于点状或面状穴位上，如揉膊阳、揉二人上马等。

摩法：以掌心或拇指面施加一定的压力在皮肤上，旋转摩擦。本法的特点是在皮肤上摩擦，多用于较大面积的穴位上。

推法：是用拇指桡侧或食、中指指面在穴位上作直线动，推推法要直，不可斜曲。此法多用于直线状穴位上，如推三关。

掐法：是以拇指指甲或其他甲掐穴，在强刺激时应用，有醒神开窍的作用。如掐精宁、掐威灵、掐二扇门、掐十王等。但是它多与揉法合而用之，如小天心用来清热、镇惊时，用掐法则刺激太强，而用揉法则刺激太弱，合而用之最为合适。对夜寐不安、夜啼、心经热都有很好的效果。

运法：用拇指在穴位上作周而复始的旋绕运动。这种手法多用于弧线形或圆形穴位上，如运水入土、运八卦等。

运法：以指面或掌旋转，或作直线搓摩。

摇法：是摇动关节的手法。

②临床手法

四大手法：开天门、推坎宫、运太阳、运耳后高骨，称为四大手法，常配合用于头痛、头晕、感冒、发热、精神萎糜、惊风等症。

推天柱骨治呕吐：天柱骨穴是指项后中间入发际一寸处直至第七颈椎。以食指或拇指自上向下推八百次以上，对各种原因引起的呕吐有很好的止吐作用。推天柱骨治呕吐以推天柱骨配运八卦为主，伤食加分腹阴阳、运板门；脾虚加补脾经，湿热加清天河水、推箕门；寒吐加推三关。

侧推法治疗腹泻：侧推大肠、推脾经、推上七节骨三穴相伍治疗小儿腹泻，虚证用补法，实证用泻法，再随证灵活加减应用。如虚寒泻加推三关、捏脊；湿热泻推上七节骨加清天河水、退六腑、推箕门；伤食泻加运板门、运八卦；气虚加天门入虎口，都能取得很好的治疗效果。

推箕门利尿：大腿内侧自膝至大腿根为箕门穴，运用此穴利尿，治疗水泻、尿潴留等证。其方法是：以食、中两指并拢，以指面自膝关节推至大腿根，推三百至五百次。

摩神阙：以掌心按穴，在腹部分四步旋转揉摩。逆时针方向转为补，摩时左侧上摩及腹横摩经，右侧下摩及下腹横摩重；顺时针方向轻泻，用力大小及方向与补法相反。补法用于虚寒证，揉摩一百次以上，患儿即有满腹发热的感觉；泻法用于实热证，揉摩后有肠鸣、矢气、舒畅的感觉。此法若运用得当，对呕吐、腹泻、厌食、疳积、腹痛等证均有很好的治疗效果。

推胸八道配推揉膻中治咳嗽：推八道是自胸骨顺1—4肋间向左右推八道，再配推揉膻中，有理气止咳化痰的作用，对外感咳嗽、内伤咳嗽、胸闷、胸痛都可应用。

捏脊法：捏脊有捏、拿、推、捻、提、放、按、揉等八个基本手法。

捏——是捏脊的主要手法之一。具体作法是双手拇、食二指将皮肤提捏起来，所捏皮肤的多少要适当，提捏过多不易推进，提捏过少易于滑脱。

拿——是“捏”法的进一步动作，拇指用力下压，食指用力上抵，形成一个较重合捏微提的手法。“拿”同“捏”是相互配合、相辅相成的。

推——以食指为主，将提捏起来的皮肤向前推动。具体作法是：将食指二、三节紧贴皮肤，均匀地向前推进，与拇指协调，边捏拿边推进。推进速度应适当，过快则容易滑脱，过慢则不易推进。

捻——拇、食指相对用力，食指向前上用力。拇指向后下拿捏，使皮肤从内前向外后捻动，尤如捻线一般，使捏脊向前进则顺理成章。

提——就是拇、食指紧捏皮肤向外拉提的动作。具体操作时，每捏三至五下拉提一次，提拉时往往就在“俞”穴附近。

放——在捏、拿提、捻动作中，都有松“放”的动作，没有放，就没有捏；没有放，就没有进。一放一捏、一放一进，使捏脊手法呈波浪形推进。

按——用拇指头对准穴位，适当地按压。

揉——拇指头按压俞穴之后，转用拇指腹在俞穴皮肤上轻揉。“揉”、“按”结合，8至10秒钟，然后起手。

掐印堂法：由施术者用右手大指爪甲在病儿印堂穴处稍稍用力掐之，治小儿惊风昏迷不醒。掐之可以醒神、苏甦。

掐水沟穴法：由施术者用右手大指爪甲在病儿水沟穴处稍稍用力掐之，可治惊风，癫病、昏迷不醒。掐之，小儿惊叫者，可治；不声、不喊者，多无效。

掐颊车穴法：由施术者用右手大指爪甲，分别在病儿两侧颊车穴处掐之。治小儿惊风、牙关紧闭、口噤不开。

掐精灵、威灵穴法：由施术者先用左右两手托住病儿手掌，固定之，使其掌心朝下，再用两手大指分别在精灵和威灵两穴，一齐用力掐按。凡小儿急惊风发作，抽搐、昏迷不省人事者，即宜用此法掐之。小儿有声、挣扎者，可治；无声者，难治。掐醒后，再用两手大指面揉运片刻。

掐一窝风穴法：由施术者用右手大指爪甲在病儿一窝风穴处掐按之。治小儿急、慢惊风，抽搐，两眼上翻，唇白，腹痛。

掐内劳宫穴法：由施术者用右手大指爪甲，在病儿劳宫穴处稍稍用力掐按之，或用右手大指面不断揉运之。能发汗、解热、治感冒发热、睡卧不安。

掐间使穴法：由施术者用左手托住病儿手背，以右手大指爪甲在病儿间使穴处着力掐揉之。治小儿疟疾、感冒、发热等症。

掐曲池穴法：由施术者先用左手掐住病儿手腕（左右两侧分别行之），再以右手大指爪甲掐按病儿曲池穴处。治小儿急惊风，四肢抽搐者，用掐百虫法。

掐百虫穴法：在小儿大腿内侧，膝盖稍上处（相当于针灸疗法之五里穴处）由施术者用右手拇指着力掐按之。治小儿痉厥、四肢抽搐、昏迷、不省人事。

掐太冲穴法：施术者用右手大指爪甲在病儿太冲穴处掐按之，治疗小儿惊风等危着之证。掐之，可以醒神。

掐大敦穴法：施术者先用左手将病儿足大趾握住，稍向里屈，然后用右手大指爪甲在大敦穴处着力掐按之。治小儿急惊风，四肢抽搐握拳，咬牙者。

掐揉前承山穴法：施术者先用左手四指托住病儿小腿肚处，再以右手大指在前承山穴处掐、按、揉运之。治小儿急惊风，身体向后跌扑者。

掐揉后承山穴法：施术者先用左手四指托住病儿前臂，固定之，然后再以右手大指爪甲在病儿后承山穴处重掐一下，使病儿惊叫。掐后，再用右手大指面在该处重设揉按之。治小儿急惊风、四肢抽搐及腓肠肌痉挛等证。

掐昆仑搐法：施术者用右手大指爪甲在病儿昆仑穴处重掐一下，使病儿惊叫，然后再于该穴处继续揉运一遍。治小儿惊风、癫痫、抽搐、角弓反张者。

掐仆参穴法　施术者用右手大指爪甲在病儿仆参穴处着力掐按之。治小儿急惊风、抽搐、不省人事者，掐之，即可甦醒。

8.腹诊推拿法

（1）腹诊推拿的特点　腹诊推拿是以阴阳五行、脏象经络理论为指导的整体治疗。在诊断中主要以"腹诊法"为先，通过腹部变异情况，知气血之升降，明脏腑之盛衰。强调"补"、"温"、"和"、"通"、"消"、"汗"、"吐"、"下"治疗八法。在手法使用上认为：初学内应本着"轻"、"柔"、"稳"三字进行，即"轻"到不加重局部损伤，免致出血加重粘连；"柔"到不加重病人的痛苦，但须达到有效治疗的范围；"稳"到耐心细致，不可粗暴。临床上，推拿疗法之所以能使受伤的组织恢复生理状态，使脏腑机能失调得到纠正，关键在于手法要根据不同的对象辨证施治。

（2）腹诊推拿手法　腹诊推拿常用手法有推法、拿法、按法、摩法、捏法、揉法、搓法、摇法、引法、重法等。

①推法　是医生用拇指掌侧或手指着力于患者软组织的表面，进行上、下、左、右推动，以起到疏泄积滞，宣化壅塞的作用。

A.直推法

指直推：以一指或数指着力于皮肤，呈直线向前推动。临床常用于腹、背、头部及四肢。

掌直推：用手掌密切接触患者皮肤向下或向前推动，临床常用于腰背部及四肢。

B.分推法

指分推：以两手拇指末节掌侧对置，自中点向左右两侧推动，临床常用于背腰部、胸部及头部。

屈指分推：两手四指屈曲，以指关节骨凸部对置，由内向两侧分推，临床常用于胸背部。

掌分推：以两手掌根部对置，着力由中点向两侧分推，临床常用于胸背部。

C.挤推法

以两手拇指自外向挤按肌肉后，再缓缓向下推动，临床常用于腹、颈、背、大腿及肩部。

D.刨推法

医生一手拇指及其余四指分开，由上向下刨推，或一手向上而另一手向下作一紧一松的推动，临床常用于胸背及四肢。

②拿法　是医生以一手或两手之拇指分开，对称相合用力，以拿定患者肌肉或关节、肌腱。根据患者病情需要和体质情况，决定用力的大小和拿提的方向，以便起到泄热开窍，增益精神的作用。

A.固定拿法　以一手拿定患肢或双手握定肢体两端，再逐渐进行牵拉。临床常用于四肢部分。

B.拿提法　用拇指或其余四指，或用双手分置于其肌肉或肌腱，用力向上拿提。临床常用于腰背部及四肢。

C.拿拨法　用拇指或四指拿定后，再将指端嵌入肌肉和肌腱缝中，向内或外侧拨动，临床常用于肩胛及四肢部位。

D.拿扯法　用拇指、食指或双手拇指及其余四指分置于肌肉两侧，借其肌肉之弹性，用力向外或内上方拿扯，临床此手法常用于肌肉肥厚部位和腰背部等。

③按法　即医生用手指掌侧按在选用的部位上，根据客观上的需要，用一定的压力去按压，以起到通气缓痛、行气补血的作用。

A.点按法　医生拇指或手四指并拢一齐着力，作短时间反复按压，临床多用于穴位处。

B.长按法　用拇指或数指的末节掌侧压于选用部位，着力宜重，作持久的按压。临床此手法多用于穴位处。

C.合按法　用两手拇指在某一部位的内、外侧一齐着力进行按压，此手法临床常用于内外侧相对称穴位处。

D.屈指按法　用拇指或食指、中指屈曲，用其近端指间关节突出部进行按压，此手法临床常用于四肢或腰背部肌肉较丰满的部位。

E.掌按法　用掌心或掌根部按压患者软组织的表面，临床此手法常用于背腰及胸胁部。

F.按揉法　用拇指顶进行较短时间按压，然后再作旋转揉动。此手法常用于四肢、腹、颈项、胸、背、腰部等。

④摩法　是医生用手指或掌心密切接触所选的部位，进行向上或向下摩动，以起到安神缓痛、散滞解郁的作用。

A.直摩法　用一指或数指合拢，用掌心在皮肤表面呈直线摩动，临床此手法常用于四肢、颈、背、腹部。

B.团摩法　用掌心在选用部位上团转摩动，临床常用于胸、腹、背部。

C.梳摩法　将手指屈曲，使骨节突出呈梳状，向下或两侧摩动，常用于胸背部。

D.横摩法　用掌心密切接触所选用的部位，作横形摩动，临床常用于腹部及腰骶部。

E.斜摩法　用四指或两手并置，由一侧向对侧作斜方向摩动，临床常用于腹部及背腰部。

F.合摩法　两手分别对置，自上向下同时徐徐摩动，临床常用于胸胁及背腰部。

G.束带摩法　用两手四指对置于脊柱两旁，沿两侧肋间隙作束带样的摩动，临床常用于胸腹及背腰部。

H.抚摩法　以掌心自上向下作轻揉的抚摩，临床此手法常用于四肢及胸、背、腰部。

I.摩按法　以一手或两手四指先进行按压后，再迅速向下作直线摩动，临床此手法常用于胸腹及背腰部。

⑤揉法　是医者用手指、掌或拳在人体软组织的表面作圆形或螺旋形移动，以起到活血散结、软坚止痛的作用。

A.指揉法　用拇指的指腹作旋转揉动，常用于人体穴位处。

B.掌揉法

掌心揉：用掌心在人体皮肤表面作轻柔的旋转揉动，常用于四肢及腹部。

掌根揉：　用掌根部在人体皮肤表面着力作旋动揉动，常用于肩与背腰部。

C.拳揉法　常用于肩、背、腰、臀部。

虚拳揉：握虚拳置于选用的部位，作轻柔的旋转揉动。

实拳揉：握实拳置于选用的部位，着力作快速的旋转揉动。

D.滚揉法　常用于颈、肩、腰、臀、大腿等肌肉肥厚处。

小鱼际揉：用手尺侧小鱼际着力按压，并左右滚揉。

大鱼际揉：用手桡侧大鱼际轻轻按压，并左右滚揉。

E.合揉法　医生用拇、食指或双手掌心置于四肢所选穴位上，或躯干前、后揉动，临床常用于四肢与胸背部。

⑥捏法　捏法之作用为通经活血、开窍醒神。

A.指合捏法　拇指、食指微屈捏定，再逐渐沿治疗部位上、下移动，此手法常用于肢体面积较小之部位。

B.屈指钳捏法　用相邻两手指稍稍分开，呈钳形捏定，作对合动作向前移动，常用于腰背及上、下肢。

C.指切掐法　用拇指或食指甲掐压穴位，使之有酸麻胀的感觉。

D.单手捏法　手拇指及四指分开，作对合捏压动作，并向前移动，常用于四肢肌肉丰满处。

E.双手捏法　双手拇指及四指分开，作对合捏压动作，并向前移动，常用于四肢、胸及背腰部。

F.掐揉法　以拇指甲掐后，继以揉法，临床此手法常用于急救或局部取穴用。

⑦搓法　搓法是用两手指或左右手掌心，对称地托抱患者肢体的某一部位，作被动的前后搓动，以起到疏肝解郁、调和气血的一种治疗手法。搓法一般有以下几种衍化手法。

A.指搓法　用两手拇指或一手拇、食指置指、趾内外侧作对合搓动，常用手指、趾等较小之部位。

B.手搓法　以两手置于肢体的内、外侧，然后作往返的对合搓动，一般用于四肢远端之肌肉。

C.掌搓法　以两手掌心对置肢体内外侧，作前后方向的搓动，临床用于治疗面积较大之部位。

D.鱼际搓法　用两手尺侧的小鱼际对置肢体两侧，进行上下搓动腰、背、上肢、下肢肌肉丰满处。

E.拳搓法　两手握拳，对置于肢体内外或前后，用背屈凸出的指关节作前后或内外搓动，此手法常用于肩、背、腰部。

⑧摇法　是用两手在应摇关节的前后，托住或握住以行固定，再予以被动性的摇动，借以协助患者肢体恢复正常功能活动，以起到疏通腠理、滑利关节的作用。

A.摇头法　以两手抱定头部，作左右旋转摇动。

B.摇肩法　以一手固定患肩，另一手握其手指，作肩关节的

旋转动作。

C.摇腕法　以一手固定前臂下端，另一手握其手指，做左、右、上、下的旋转摇动。

D.摇膝法　用双手握定下肢项踝关节，作下肢大幅度的左右旋动，以引动腰部随之摇动。

E.摇髋法　以一手握定踝关节，另一手扶定膝关节，使髋关节屈曲后，再用旋转摇动。

F.摇指（趾）法　以拇指、食指拿定患指（趾）作左、右、上、下之摇动，摇动时宜将指（趾）轻轻向下方牵拉，迅速予以摇动。

⑨引法　是对关节活动功能障碍和肢体损伤所造成的疾患，导引其肢体作被动的活动，使其恢复运动功能的一种手法。也是牵引受伤肢体使挛缩消失和帮助复位的一种牵引手法。

A.颈引法　患者直坐，颈项肌肉放松，医者以两手抱定头部，作垂直向上的拔伸，再扶定头部，根据病情需要做颈侧弯及前俯后仰的颈部活动。

B.肩引法　医者以一肩托扶肢体的一端，另一手牵引肢体的远端，先稍用力将肩关节向下牵拉后，再根据患肩的功能情况作外展、上举、后伸等活动，同时逐渐增大引肩幅度。

C.肘引法　医者先用手紧握患肢轻轻向下牵引，再缓慢用力作屈、伸动作，此法临床常用于肘关节脱位或由于肱骨下端骨折所造成的关节僵硬。

D.腕引法　医者先紧握患肢手指，再做腕的屈、伸活动，并作桡侧斜及尺侧倾斜等被动活动，逐渐增加运动量。此法临床常用于腕骨骨折或尺、桡骨下端骨折后遗关节僵硬的治疗。

E.腰引法　此法根据病情需要有以下三种术式：一种手法是使患侧侧卧，然后斜搬腰部；第二种手法是使患者直坐，医者推按棘突，旋转引伸腰部；再一种手法是使患者侧卧，医者将其下

肢向后上或向外搬拉，借以牵引腰部。施行腰部引法时，应使用巧力，并与患者合作，以免造成新的损伤。

F.髋引法　此法临床应用有两种术式：一种是使患者仰卧，并使患者双手尽力抱膝，同时向腹部方向收紧，以协助髋关节的屈伸活动；另一种是使患者仰卧，医者以两手紧握其踝关节，用力向下牵引髋关节。前者以治疗髋关节损伤为主，后者则对髋、腰疾病均有治疗作用。

G.膝引法　患者仰卧，医者一手扶定其膝关节上方，另一手紧拿其踝关节，作膝关节的屈伸活动。

H.踝引法　医者一手固定拿住患足踝部。另一手固定拿其跖骨部分，作屈伸活动。病情较重者，可仅作踝关节垂直的屈伸活动。陈旧性损伤除作踝关节的屈伸外，并可作左右旋转的被动活动。

I.指趾引法　医者以一手拿定指（趾）关节近端，另一手拿其远端，有节律地着力牵拉后，再行指（趾）关节的被动屈伸活动。

⑩重法　重法是按压手法中较重的一种手法，可用肘尖、膝或足底部在患者肌肉肥厚处按压，借以补手力之不足。前二者叫肘压法和膝压法，后者又称踩法。作用可达到肌肉的深层，常用于腰、背、臀或下肢肌肉丰满处。年老体衰、肌肉瘦削的患者，或者小儿，不宜用此种较重的手法。

A.重压法　医者手持特制竹竿，然后用足底部平放于被按压部位，做有节律性起伏颤动按压。重压法分足重压法与膝重压法两种，前者用于背、腰、骶、下肢、肩等部位，后者适用于扩胸之用。此法操作切忌用力过猛或过急，以免造成肌肉组织或骨骼损伤。

B.重搓法　此法常用于腰背部及下肢。操作时，医者用足掌心置所选用之软组织表面作自上向下的搓动，着力要求均匀而和

缓。

C.重揉法　医者根据病情需要和选用部位的大小，采用肘尖揉动或用足跟部作前、后、左、右揉动。

9.捏筋拍打疗法

（1）捏筋拍打疗法的特点　“捏筋拍打疗法”本源于“易筋经”，原为我国练武术者所掌握。

捏筋疗法是以《易筋经》一书中的“易筋总论”为指导思想，并接受其学术观点的。通过捏揉按摩之功，可以使筋腱由弱变强，从而引到“络络周身，通行气血，翌卫精神，提挈运用”的作用。可见捏筋是为了达到“筋壮者强，筋舒者长，筋劲者刚，筋和者康”，亦即达到强壮筋骨，康健身体，祛病延年的目的。捏筋手法主要是以捏揉弹拨经脉筋腱，使之产生强烈的感应，从而达到强健筋骨，疏通经络，调和气血，防治疾病的目的。

拍打疗法的最早记载出自《易筋经》一书中，在打功项下有“木槌”、“木杵”和“石袋”都是拍打用具。我们现在所使用的钢丝拍子，就是在上述这些拍打用具的基础上演变而来。这种拍子柔中有刚，刚柔相济，刚可深达，柔不伤皮。用这种拍子拍打一定的部位，能够促使肌肉筋腱放松，促使毛细血管扩张，行气理气，活血化瘀，改善微循环，解除肌肉痉挛，消肿止痛，从而达到防病治病、益寿延年的目的。

（2）捏筋手法　捏筋的手法很多，故有“若尽其所传，不下千余式”之称。现将比较常用的基本手法归纳为二十四种，并编成二十四字诀：

捏揉抠拿，点拨刮划，搓压滚掐，推扳抖抓，摇摆挤挟，引拔折打。

这二十四种基本手法，在实际临床运用时，又可相互配合而演变出许多种复合手法，其常用者约一百多种。

①捏法　三指为捏，即拇指腹与食、中指指腹相对动作为捏，包括单手捏法、双手捏法、颈部捏法、背部捏法、上肢捏法、下肢捏法、捏揉法等。

②揉法　以手指、手掌或肘尖在患部或脉位上进行向左或向右的旋转揉按，包括拇指揉法、中指揉法、四指揉法、跪指揉法、贴掌揉法、平掌揉法、合掌揉法、掌根揉法、肘尖揉法。

③抠法　以手指（拇指、食指或中指）抠取凹陷部位中的脉位，使之产生强烈的感应。包括拇指抠法、食指抠法、中指抠法、抠揉法、抠拨法等。

④拿法　以拇指指腹与其余四指指腹相对动作为拿，形如拿物。包括上肢拿法、下肢拿法、颈部拿法、肩部拿法、背部拿法、展转拿法、滑动拿法、压缩拿法、拿揉法等。

⑤点法　以手指尖或肘尖点在脉位上，使之产生酸麻感应。点法包括拇指点法、中指点法、肘尖点法、点揉法、点拨法、点压法。

⑥拨法　又叫“弹拨法”。以手指横于筋脉走行方向上进行往返弹拨。

⑦刮法　以拇指尖顺着筋脉走行方向进行刮动。

⑧划法　又称“指划法”。以两拇指尖按于颅顶脉处做“S”状划动，其余四指散开在头两侧划动。

⑨搓法　用手指腹或手掌在患处进行往返磨擦搓动。包括拇指搓法、平掌搓法、立掌搓法、合掌搓法、虎口搓法、搓揉法。

⑩压法　以手掌或拳头按压于患部或脉位上。包括单掌压法、双掌压法、双拳压法、驼鞍式压法等。

⑪滚法　用拳背着力，在患处进行旋转滚动。包括单拳滚法、双掌滚法、滚压法、掻揉法、大鱼际滚揉法等。

⑫掐法　以拇指尖与中指尖相对，掐于某些脉位上。

⑬推法　以手掌拇指外展按于患处，向前推动。包括腰背顺

推法、八字分推法、下肢推法等。

⑭扳法　使脊柱沿纵轴方向扭转的一种手法。包括侧扳法、斜扳法、扳肩法、扳腿法等。

⑮抖法　一种是抖动肢体，叫牵抖法；另一种是抖动肌肉，叫颤抖法。包括上肢牵抖法、下肢牵抖法、颤抖法、抓抖法。

⑯抓法　以四指尖与掌根相对，抓取患部。

⑰摇法　即以旋转手法活动具有旋转活动功能的关节。包括颈部摇法、单手摇肩法、双手摆肩法、肩部抡摇法、摇腕法、摇指法、摇髋法、摇踝法、摇趾法、腰骶滚摇法等。

⑱摆法　以手腕为轴，用手掌摆动，以小鱼际着力。

⑲挤法　又称“合掌挤法”，用双手十指交叉抱于某关节处进行挤压。

⑳挟法　是以患者肢体进行挟持的一种方法。包括上肢挟持法、下肢挟法等。

㉑引法　又称“引伸法”，即牵拉引导患肢进行伸展活动。包括前屈引伸法、后背引伸法、抬举引伸法等

㉒拔法　又称“拔伸法”，即用牵拉的力量将挛缩的关节筋腱拉开。包括肩关节拔伸法、肘关节拔伸法、腕关节拔伸法、拔指法、上肢拔伸法、下肢拔伸法等。

㉓折法　又称“屈折法”，即用屈曲活动膝肘关节。包括折肘法、折膝法。

㉔打法　即用十指尖、虚拳或实拳在患处进行拍打或捶击。包括十指叩打法、虚拳捶打法、实拳击打法等。

（3）拍打手法

①拍打用具　拍打用具最初选用木槌、振梃、石袋、沙袋或五谷袋等，现在把它改进为“钢丝拍子”，即用14#—18# 钢丝先折成一头大一头小、长面扁圆、长约35cm的骨架，用一两多棉花包扎结实，再用绷带包扎缠绕牢固，外表用胶布包扎粘牢，

即可使用。

②持拍式　医生握住拍子的中下三分之一的交界处，手握拍子柄不要过紧，过紧则易于疲劳；也不可过松，过松则不便于进行有力的弹打，拍打时主要是用腕力进行弹打，而不是用臂力。

③拍打的节奏　拍打要有节奏，过去是“七星拍子”　“四一四”、“三六九”等区别。一般常用的是“四一四”拍，即在打一拍之后，再连续快速的弹打四下，是为一节。这一节约在一秒钟内完成，一节连一节地连续弹打，再加上某些空白，便形成了有旋律的节奏感。有节奏地进行拍打，即可省力，听着也较顺耳，同时使患者有一种舒适感。

④拍打的轻重　拍打的轻重，按患者身体的强弱，年龄的大小，初诊复诊及具体部位等情况，可分为“轻拍”、“中拍”、“重拍”三种。

轻拍：拍打时用力比较轻，大多用于年老体弱以儿童和初诊的患者，或用于肌肉比较薄弱的地方。

中拍：拍打时的用力比轻拍重，比重拍轻，即用中等力进行拍打，这是一般比较常用的，其拍打程度也是一般人和广大患者的一般部位都能接受的。

重拍：拍打时的用力比较重，此时已不只是单纯的应用腕力，而且要用臂力进行拍打。重拍多用于身体比较强壮，病情比较顽固的复诊病人；或用于拍打肩部、骶部、臀部等肌肉丰厚处。

一般患者开始拍打时都要轻拍，逐渐加重，到最后拍打快结束时，才可于某些重点脉位处进行重拍。

⑤拍打的顺序　进行全身拍打时，一般是先拍打背部正中线，再拍打夹脊两旁的侧线，然后再拍打上肢，最后拍打下肢。一般从近端拍向远端。对双侧患病者，先拍打左侧，再拍打右侧。具体到某个肢体，应先拍打前侧面，再拍打后侧面，然后拍

打内侧面，最后拍打外侧面。每个测面反复拍打3—5遍，并在该侧面的重点脉位上要重点拍打3—5下。一般只可顺拍，不可逆拍。

10．四应六法推拿

（1）四应六法推拿的特点　“四应”是“应症状”、“应部位”、“应经络”、“应穴位”，就是在临床治疗时，医生恰当地运用“四应”为手段指导临床，在疾病千变万化的过程中，随着患者所表现的不同症状、不同的发病部位，属于何脏腑，哪条经络，进行辨证施治，灵活运用推拿手法，使其作用在相应的部位、经络、穴位之上。“六法”是在推拿临床治疗中，有直接法、间接法、相对法、强弱法、诱导法、补泻法六种治疗方法。

四应
- 应症状　应根据患者出现的症状进行辨证。
- 应部位——应掌握病变部位和应采用的治疗部位。
- 应经络——应了解病变属哪条经络，和应采用的治疗经络。
- 应穴位——应根据病情，有针对性地选用的治疗穴位。

六法
- 直接法——直接在患处施行推拿手法。
- 间接法——不在患处，而远离患处施行推拿手法。
- 相对法——用推拿手法调解健侧与患侧的平衡。
- 强弱法——以强弱不同手法用在不同患者或不同部位上。
- 诱导法——用轻柔手法诱导患者思维达到患处。
- 补泻法——采用“虚则补之，实则泻之”的手法。

（2）推拿手法

①常用推拿手法

推法：用手指或手掌、肘尖按于患处向前推进，包括拇指推法、揉推法、掌推法、抱推法、环形推法、鱼际推法、肘推法、膝拱推法、抓提推法、摩推法、推带法等。

拿法：以拇指与其余四指相对，将治疗部位挟紧提起。包括指拿法与满手拿法。

按法：用手指或手掌按于治疗部位上，以一定压力进行操作。包括指按法和掌按法。

摩法：用手指或掌根贴于治疗部位，反复作盘旋动作。包括四指摩法和掌摩法。

挤法：用两手在患肢上一紧一松地向前作挤压运动。

捏法：用两手在患肢上反复交替地捏动。包括捏穴法和捏经络法。

搓法：以两掌平压在患肢上来回搓动。

揉法：用掌根或掌面着于患部上揉动。包括掌揉法、点穴揉法、五指撒揉法、疏经揉法、鱼际揉法、肘揉法、"万"字揉法。

滚法：医者松启肩肘，肘微屈，腕关节摆动，以掌背的指掌关节及小鱼际，着于治疗部位，用一定压力，两手交替进行滚动。包括擦滚法和吸定滚法。

擦法：用手指或手掌在治疗部位上来回进行擦动，擦时要有热感。包括掌擦法或大拇指二节擦法。

抹法：用手指面或手掌贴于治疗部位上进行抹动。包括拇指抹法、四指抹法、掌抹法、抹钩法、月字抹法。

摇法：两手握住患者肢端，使其肢体关节左右旋转摇动。

点法：用拇指、食指或中指，或肘尖，或木椎，在穴位上进行按压。包括指点法、肘点法、木椎点法。

抖法：用手按于治疗部位上进行一定频率的抖动。包括点抖法、按抖法、环形抖法、撒抖法、合抖法、拉抖法、提抖法。背抖法。

分法：用两手在治疗部位上作分开动作。包括挤捏分法、手指分法。

合法：用两手分别放于治疗部位的两端，向中心作合拢动作。包括掌合法、挤捏合法。

梳法：用指掌或拳在治疗部位上来回流动。包括拇指尖梳法、梳肋法、拳梳法。

刮法：用小鱼际贴于患处进行刮动。

捻法：用手捻着患者皮肤或关节，做上下或左右捻动。

拍打法：用掌或拳在治疗部位上进行拍打。包括四指拍打法、反背捶打法、虚拳打法、屈打法、五指撒打法。

屈拉法、屈曲拉开谓之屈拉法，用于活动屈伸关节。

捏脊法：在患者的脊柱两侧作拿捏翻捻的手法。包括拇、食指捏法和挟脊抹法。

②武术推拿手法

抓法：用于抓住患者肌肉或大筋。

打法：用掌或拳在患处进行拍打。

按法：用指或掌按压于治疗部位或穴位上。

拿法：用拇指与其余四指相对，拿住某治疗部位提起。

点法：以手指点住某穴位。

踢法：用足背、足尖或足跟踢某穴位。

背法：医者和患者两背相对，医者双臂反挟患者两臂背起，使患者腰背反曲。

抖法：用手按于治疗部位上进行抖动。

伸法：将患肢向外拔伸。

屈法：将患肢做屈曲动作。

提法：将患部肌肉或经筋抓起上提。

拉法：抓住患肢拉直。

11.内功推拿法

（1）内功推拿的特点　“内功推拿”治疗疾病遵循中医辨证施治，经络循行、标本兼治的原则，从整体观念出发、局部和

整体施术结合。此法尤其注重扶正祛邪，强调患者练习少林内功和接受推拿手法相结合。临床治疗范围不仅包括伤骨方面的疾病，还广泛应用于内科的虚劳杂病，妇科经、带诸病。

（2）内功推拿手法

①主要手法

平推法：是“内功推拿”的基本手法，这一手法的特点在于取得温热深透的效果。平推法又分为掌推、大鱼际推、小鱼际推、指推等类。

五指拿法：是“内功推拿”特有的手法，一般仅施用于头部。五指所经之处为两侧胆经、膀胱经和督脉。

推桥弓法：以拇指和四指分开，拇指置于角孙穴，其余四指约于脑空与风池穴处，由前向后靠腕关节摆动，作扫散动作。

提拿法：以拇指及其四指对称用力的同时，腕关节做小幅度桡侧背伸动作，结合起来就形成了“拔拿”。

肘压法和按压法：除一般所用点压法外，在腰背部多使用肘压法和按压法。

叩击类手法：此法在“内功推拿”中被应用于全身各部，施用的方式有掌击、拳击（以上二法又称震法）和棒击三种，除在风湿、痿、痹等症用叩击手法以疏通经气外，内科疾病也广泛使用。

②常规手法

头面操作：提拿颈项、推两侧桥弓。分前额，分眉弓，点睛明，分迎香，分人中，分承浆，扫散两侧颞部，合颞枕至项部。

躯干操作：平推胸骨，平推两胁肋，平推上腹部，平推腰骶部。

上肢操作：提拿肩、上臂、前臂，平推上臂、前臂，理掌背，理五指，劈指缝，拳击掌面，运脐子，搓手臂，抖肩臂，提拿合谷。

震穴位：震囟门、震大椎、震八髎。

下肢操作：提拿下肢，点揉髀关、梁丘、血海、足三里、阴陵泉、委中、承山、三阴交、解溪，击下肢，屈伸下肢、搓下肢，抖下肢。

卷　四

十一、按摩治疗原则

按摩治疗的原则与祖国医学整体治疗的原则是一致的，只是有其自己的特点而已。

（一）调整阴阳

从根本上说，疾病的发生，是阴阳的相对平衡遇到了破坏，调整阴阳是其治疗的原则之一。无论是按摩疗伤科病患，还是内、外、妇、儿、五官科疾患都有阴阳偏盛与偏衰的问题，所以治疗时应调整阴阳。例如，颈椎病因风寒之邪而诱发者，骨质的退行性改变即为阳虚，感受风寒即为阴盛。盛者，损其有余；虚者，补其不足。所以颈椎病的治疗手法中有点、按、揉、拿等手法以驱其邪，损其有余；拔伸、端提等手法以扶正，补其不足。

在调整阴阳时需要注意“阴中求阳”、“阳中求阴”。所谓“阴中求阳”是指补阴时亦应注意温阳。这是因为阴得阳升而源泉不竭之故。“阳中求阴”是指温阳时要注意滋阴。这是因为阳得阴助而生化无穷的缘故。

（二）治病求本

治疗原则的确立要依据临床表现、病理变化趋势、个体的差异及时间地区的不同确立。这是因为临床的表现多种多样，病理变化的趋势极为复杂，同一种疾病因为时间、地区、个体的差异而有不同表现，所以治疗原则要根据以上的内容而定，不可千篇一律。

本，是指病的本质，疾病的主要矛盾和主要矛盾方面。求本，即是针对最本质的病因病理加以治疗而言。“标”和“本”的含义有多种，二者是相对而言的，主要是用来说明病变过程中各种矛盾的主次关系。例如，邪正双方，邪气为标，正气为本；病因与症状，病因为本，症状为标；病变部位，体表为标，内脏为本；疾病的先后，新病为标，旧病为本；原发病为本，继发病为标等等。

但是，标本的确定并不十分简单。因为任何疾病的发生、发展，都是通过若干症状显示出来的。这些症状只是疾病的表面现象，并非全部反映出疾病的本质，甚至还有假象。因此，必须在充分了解疾病的各个方面的前提下，通过综合分析才能确定“标”和“本”的关系。

治本的方法有“正治”、“反治”“标本兼治”等。

1.正治与反治

正治，是指针对疾病的本质而采取的治疗方法，属正常治疗。例如，寒者热之，热者寒之，虚者补之，实者泻之等。按摩疗法，虚寒者，采用摆动、摩擦、挤压之类的手法以增加内能和热能，手法缓慢而柔和。热实者，以大力推、摩、捏、拿等手法以泻之。

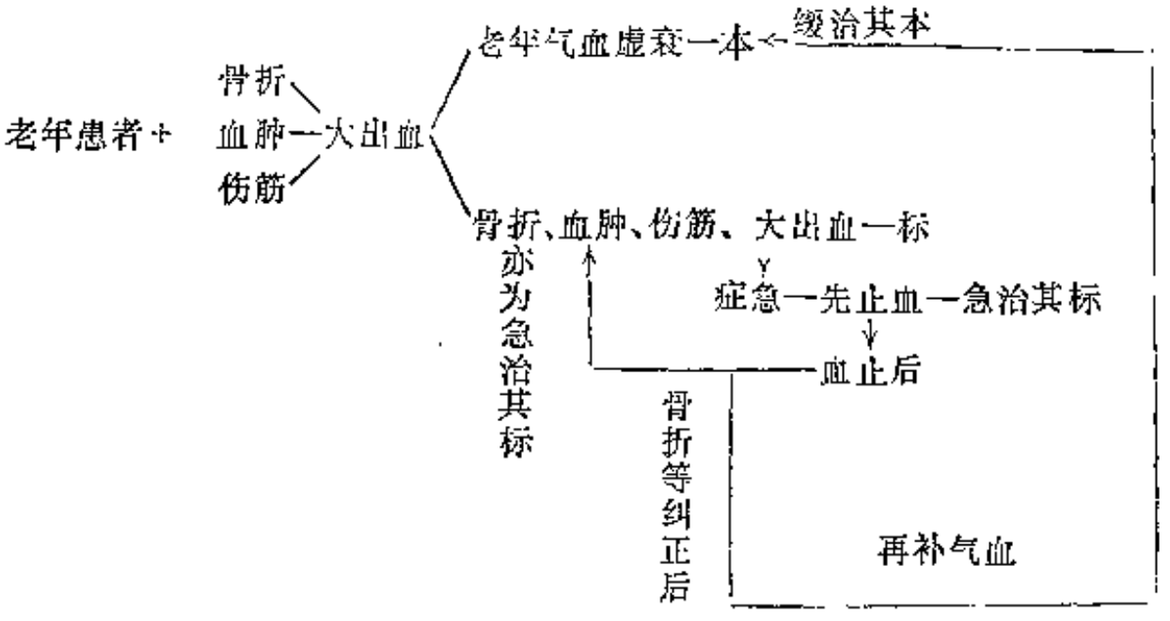
反治，治疗的方法与症状表现相同的方法，属不正常的治疗。虽然治疗方法与症状表现相同，但是其治疗仍然是针对疾病的本质。临床上之所以采取反治法，是因为症状的表现与病因不符，出现假象的缘故。例如、热厥证，其病因病理是邪热深伏厥阴，闭遏了厥阴的气机，不仅邪热不能外达，而且阳气亦被郁闭的结果。临床表现是四肢厥冷、身背寒凉、脉滑数有力或伏而不起。这就是《伤寒论》中所说的“寒在皮肤，热在骨髓”、“热深厥亦深，热微厥亦微”的意思。治疗时以辛寒清热，透热于外的白虎汤治之。从用药的情况看，与临床表现相同，但从治本情

况看则是针对邪热而言的。

在按摩治疗中亦有反治的方法。例如，骨折之后，发生错位，由于疼痛刺激引起了肌肉的收缩和痉挛。骨折移位是忌用移动和搓动的。因为移动和搓动会引起更大的错位。但在治疗时，必须先用按摩、推揉等法，使紧张和痉挛的肌腱松弛，然后用拔伸牵引的方法使其复位。从其推、揉、按、摩肌腱的方法看，这种治法是错误的，然而，若不用此法肌腱不能松弛，不仅对拔伸牵引带来阻力，而且还容易在拔伸时使肌腱断裂。所以，推、揉、按、摩等治法属“反治法”。

2.治标与治本

一般情况下，治本是最基本的原则，但是在特殊情况下，标急于本，不治标则会危及患者的生命时，既须“急治其标”。现列表说明如下：



（三）扶正祛邪

正，即正气，指的是人体的本质和抗病的能力。邪，即邪气，指的是致病的因素。疾病的发生、发展与变化，取决于邪正双方的力量对比。正气充盛则邪不易入，既入亦易愈；邪气盛实

则易入人体，且易消耗正气。扶正即是扶助正气，祛邪即是驱逐邪气。扶正利于祛邪，祛邪是为了助正。按摩在扶正祛邪的运用上也多采用这个原则。例如，风寒之邪引起的肩周炎，寒邪使气血凝滞，组织粘连，进而阻碍气血的运行，即是伤正。按摩时用摇、抖、牵等手法可以解除粘连即是祛邪，揉、按、搓等手法可以助气血的运行即是扶正。

应用扶正祛邪原则时应注意邪正双方的消长情况以及邪正所占的主导地位，以决定扶正与祛邪的主次。

（四）因时、因地、因人制宜

按摩时要注意时间、地区、个体的差异，这是按摩时重要的一项原则。例如，春夏日少用擦法，因为擦能生热，春夏日本热，擦之以热助热，故当忌之。秋冬日多用摩法。秋冬日多寒，摩能温阳，故多用之。皮肤娇嫩者手法宜轻，皮肉粗壮者手法宜重。北方多用重按，南方多用轻而频的刺激。

十二、按摩治疗八法

按摩治疗八法，指的是治疗效果。它与按摩手法中的八法不是一个概念。

在临床上，当应用同一种手法和量对不同的部位和穴位进行刺激时，对有的部位和穴位会产生治疗作用，有的不仅不会产生治疗作用，甚至会引起医疗事故。例如，用轻的点按法刺激百会和环跳穴，百会会产生治疗效果，而环跳穴则毫无反应；反之，用刺激环跳穴的重手法刺激百会穴，轻者引起穴位肿胀，重者引起昏晕休克。另外，在同一部位或穴位上用不同手法和量进行刺激，有的手法和量产生治疗作用，有的手法和量不会产生或产生较小的治疗作用。例如，在肾俞穴施以强力的肘压法，治疗作用十分强烈，施以点按效果次之，施以轻推法则无作用。可见按摩

是否有治疗作用取决于二个方面：①手法作用的性质和量；②被刺激的部位和穴位的特异性。因此，临床上衡量是否有治疗作用，不能单纯地以手法和量或者以部位和穴位衡量和确定。

由于不同的刺激手法和穴位的特异性，临床上按摩治疗的效果基本上分为八法，即汗、通、泻、和、温、清、补、散。

（一）汗法

汗法是通过手法作用后达到发汗解表、祛风散邪的目的与效果，适用于外感表症，治疗的部位和穴位是颈项部的风池、风府、大推，肩部的肩井，背部的风门、肺俞，手部的合谷、外关。应用的手法种类是挤压类、摆动类手法中的一指禅、按法、拿法、揉法。刺激的性质是外感风寒者先轻后重，步步深入，逐渐加强刺激。外感风热者轻松柔和，频率加快。如一指禅推法、拿法作用于颈项部的风池、风府、按法、揉法作用于背部的肺俞、风府，可以疏散风邪、宣发肺气；按法、拿法作用于手部的合谷、外关，可以驱散一切表邪；一指禅推法、按法、揉法作用于颈部大椎可以通三阳经气，发散邪热；拿法、按法作用于肩部的肩井可以开通气血。这些手法治疗效果很好，患者会感到周身舒适，汗毛竖起，肌表微汗潮润，贼邪自散，霍然而愈。

（二）通法

通过具有行气血，通气机的作用，适用于经络不通之病。选取的部位和穴位是四肢、肩井、背部相关的俞穴。手法为推、拿、搓、点、按法。刺激的性质是低频率的轻刺激与重刺激相兼，刚柔并用。推、拿、搓四肢作用于四肢可以疏通手足十二经；拿法作用于肩井可以通气机，行气血；点、按背部相关俞穴能通畅脏腑之气血。治疗后患者感到气血流畅，筋酥骨软，十分舒适。

（三）泻法

泻法有通腑、泻实、消积的作用，适用于食积、便秘等下焦

实证。多选用腹部的神阙、天枢、尾骨部的长强等部位和穴位。用一指禅推法、摩法等手法。施法时，力量稍重，频率由慢逐渐变快。食积便秘者用一指禅推法、摩法作用于腹部的神阙、天枢、尾部的长强，使内脏由停滞不动的胶滞状态逐渐活动起来。随着手法由慢变快，可使活动起来的内脏功能逐渐加强，达到泻实消积的作用。阴虚火盛，津液不足，大便秘结者用摩法顺时针方向在腹部轻柔的摩动，起到通便而不伤阴的效果。

（四）和法

和法有调经脉、和气血、扶正气、驱客邪的作用，适用于气血不和、枢机不利、经络不畅的肝胃气痛、月经不调、脾胃不和、周身胀痛等半表半里证。和气血者取四肢、背部相关的俞穴和肩部的肩井；和脾胃、调肝气者取腹部的章门、期门、上脘、中脘和背部的肝俞、脾俞、胃穴等穴。以揉法、摩法、一指禅推法、按法、揉法、搓法、拿法等手法治之。刺激时平稳柔和用力，频率稍慢为宜。揉法、一指禅推法、按法、揉法、搓法作用于四肢、背部及相关俞穴能增强血液循环，促进气血调和。拿法作用于肩部的肩井穴，能行气血，通气机，开通十二经。一指禅推法、摩法、揉法、搓法作用于腹部的募穴和背部的俞穴，能和脏腑、调气机，疏肝和胃。

（五）温法

温法有温阳散寒的作用，适用于脾、胃、肾的虚寒证。在腹部的中脘、气海、关元和背部的肾俞、命门、脾俞、胃俞施以按、摩、揉、擦诸法，以缓慢、柔和、有节律的动作治之。在中脘、脾俞、胃俞施温法可以健脾和胃，扶助正气，散寒止痛；在气海、关元、肾俞、命门可以温补肾阳。由于长时间缓慢、柔和、深沉的手法刺激，可以使能量转换并深入于分肉或脏腑组织之中，达到温阳祛寒的目的。治疗后患者会感到脏腑、治疗的部位有温暖舒适的感觉。

（六）清法

清法能清解邪热，用于热实证、虚热证、表热证，选取背部、督脉、腰部和阳经经脉，施以轻重并用、快慢相兼的推法和擦法。气分实热者自大椎向下轻推督脉直至尾骨，可清泻实热；血分实热者重推之；气血虚热者轻擦腰部，能养阴清热；表实热者自下而上轻推背部膀胱经，表虚热者自上而下轻推之，能解表清热。

（七）补法

补法具有健脾和胃、补中益气、培补元气、强壮肾阳的作用，多用来治疗脾胃虚弱、气血双亏、阴阳失调、精气失固、肾气不足而引起的疾患。脾胃虚弱，气血双亏者选用腹部的中脘、气海、关元、天枢及背部的脾俞、胃俞等部位和穴位；肾气不足，精气失固者选用腹部的气海、关元及背部的肾俞、志室、命门等穴。以轻柔的一指禅推法、摩法、揉法、按法、擦法等手法治之。补脾胃者，施以顺时针方向的力，可增强脾胃的升降，使其功能得到改善；补腰肾者，可以壮腰肾，补肾精，益肾阳。

（八）散法

散法具有活血散瘀、消肿散结、行气导滞的功能，适用于外科痈肿、气滞胀痛、症瘕积聚等病，多选用发病部位，以一指禅推法，摩法、揉法、搓法、缠法治之。外科痈肿用高频率的缠法，气郁胀痛用轻柔松快的手法，症瘕积聚的手法频率由慢转快。《内经》中说“坚者消之，结者散之。……寒气客于肠胃之间，膜原之下，小络急引故痛，按之则血气散，按之则痛止。”高频率，轻柔的刺激可减少和克服能量向周围组织的扩散而深透于内。轻松柔和、高频率的手法可使信息通过能量载体，沿着经络系统、神经介质传到脏腑内部，改变脏腑的功能活动的失常状态。

十三、按摩辅助疗法

中医治疗疾病，除了药物按摩、整形、正骨等手法外，还需配合一些辅助疗法，如练功疗法、物理疗法等。

（一）药物疗法

药物疗法是中医的主要疗法，但在按摩疗法中则是辅助疗法。它主要用在伤筋、关节脱位、劳损外伤的治疗中。其治疗方法分为内治法和外治法两种。关于内、妇、儿科的药物疗法可参照中医内科学、中医妇科学、中医儿科学，此处不再叙述。

1.药物内治法

和祖国医学各科一样，药物内治法都是以八纲、经络、脏腑、卫气营血、三焦等辨证方法作为治疗依据，根据损伤的虚实、久暂、轻重、缓急等情况选用攻下、消散、先攻后补、攻补兼施、消补并用等，灵活运用。

内治法包括汗、清、下、和、温、补、开窍、固涩、镇纳、治湿、治痰等法。

①攻下逐瘀法：跌打损伤必使血脉受伤，瘀血留滞，壅塞经道，致使新血不生。治疗时应及时攻下瘀血。攻下逐瘀用于损伤早期、大便不通、舌红苔黄和脉数的实证。临床常用的攻下逐瘀方剂有桃仁承气汤〔1〕、鸡鸣散〔2〕、大成汤〔3〕、黎洞丸〔4〕等，可退热、通便、止痛。但因药力相当峻猛，故应慎用。

②行气消瘀法：有消散和破瘀作用，即“结者散之”。凡气滞、血凝、肿痛并见之证，均可应用本法。常用方剂有以消瘀活血为主的复元活血汤〔5〕、活血止痛汤〔6〕、活血祛瘀汤〔7〕；以行气为主的柴胡疏肝散〔8〕、加味乌药汤〔9〕、金铃子散〔10〕，以及行气活血并重的膈下逐瘀汤〔11〕、顺气活血汤〔12〕、血府逐瘀汤〔13〕等。

⑶凉血止血法：用于损伤后瘀血化热证，临床表现为邪毒侵袭、火毒内攻、热扰营血、迫血妄行的咳血、吐血、尿血、便血，舌红绛苔黄，脉弦数或细涩有力，用四生丸[14]，佐以犀角地黄汤[15]合十灰散[16]。鼻衄多者用白茅根；吐血多者用侧柏叶、茜草根、藕节；尿血多者用蒲黄、小蓟；便血多者可用槐花、地榆。

应注意身体上部出血忌用升麻、桔梗；身体下部出血忌用厚朴、枳实。

⑷开窍通关法：主要用于急症抢救。常用的方剂有安宫牛黄丸[17]、紫雪丹[18]、苏合香丸[19]至宝丹[20]、玉枢丹[21]、行军散[22]等。

⑸和营止痛法：用于损伤后，虽经下、消等方法治疗而血瘀气滞、肿痛尚未尽除，但又恐用攻下法损伤正气者，常用方剂有和营止痛汤[23]、定痛和血汤[24]、七厘散[25]、和营通气散[26]。

⑹接骨续筋法：用于骨位已还，筋已理顺，瘀肿已消的骨折筋断的中期，以祛瘀、活血、接骨、续筋为主。本法是在“和”的基础上发展起来的。常用的方剂有新伤续断汤[27]、续骨活血汤[28]、接骨紫金丹[29]。

⑺舒筋活络法：用于伤筋中期仍有瘀血凝滞、筋膜粘连，或兼有风湿，或受伤之处筋膜发生挛缩强直，关节屈伸不利，肢节痹痛等。通过活血、祛风、通络的方法达到宣通气血、消除凝滞、舒筋活络的功效。常用方剂有舒筋活血汤[30]、活血舒筋汤[31]、蠲痹汤[32]、独活寄生汤[33]。

⑻补养气血法：用于损伤之后长期卧床出现各种气血亏损、筋骨萎弱等证，达到补养气血的作用，常用方剂有四君子汤[34]、四物汤[35]、八珍汤[36]、十全大补汤[37]。

⑼补养脾胃法：用于损伤日久，耗伤正气、气血脏腑亏损而导致脾胃虚弱、运化失职者。常用方剂有补中益气汤[38]、参苓

白术散[39]、、归脾丸[40]等。

⑩补养肝肾法：用于筋骨及腰部损伤日久和肝肾虚的患者。常用方剂有壮筋养血汤[41]、生血补髓汤[42]、左归丸[43]、右归丸[44]、健步虎潜丸[45]、壮筋续骨丹[46]。

⑪温经通络法：用于气血运行不畅、阳气不足、腠理空虚、风寒湿邪滞留或筋骨损伤日久、气血凝滞的患者。常用方剂有麻桂温经汤[47]、大红丸[48]、大活络丹[49]、小活络丹[50]。

⑫养阴清热法：用于损伤日久或肢节病痛患者而有阴液耗损、邪毒留于阴分症状者，如骨蒸、潮热、颧红、盗汗、消瘦、口干唇燥、胃纳少思、大便燥结、舌红少苔等症。主要选用鳖甲、青蒿、地骨皮、银柴胡、秦艽、白薇。代表方剂为青蒿鳖甲汤[51]。

⑬固涩收敛法：用于兼有汗多、遗精、尿量增加、白带增多的症状，常用方剂有玉屏风散[52]、当归六黄汤[53]、金锁固精丸[54]、缩泉丸[55]。

⑭镇纳安神法：用于外伤引起肝木偏旺、肝风内动出现手足抽搐等症，以重镇、潜阳、熄风、纳气为主，常用方剂有磁朱丸[56]、天麻钩藤饮[57]、黑锡丹[58]。

⑮健脾利湿法：用于损伤日久，影响脾胃的运化功能，造成湿邪内阻者。常用方剂有平胃散[59]、甘露消毒丹[60]、五苓散[61]。

2.药物外治法

外治法是指对损伤局部进行治疗的方法。此法在按摩治疗中占有很重要的地位。它分敷贴药、搽擦、熏洗湿敷药、热熨药等。

①敷贴药　外用药最多的就是药膏和膏药，还有药粉，使药物直接敷贴在损伤部位，发挥治疗作用，有较好的疗效。

药膏　药膏又叫软膏、敷药。其配制方法是将药碾成细末，

然后选加饴糖、蜜、油、水、鲜草药汁、酒、醋或医用凡士林，调成厚糊状，涂敷伤处。它的种类很多，按功用可分为几种。

消瘀退肿止痛类：用于骨折、伤筋初期和肿胀疼痛甚剧。代表方剂是消瘀止痛药膏[62]、定痛膏[63]、双栢膏[64]、消肿散[65]等。

舒筋活血类：用于扭挫伤，肿痛稳定的患者，可选用三色敷药[66]、舒筋活络药膏[67]、活血散[68]等。

接骨续筋类：用于骨折整复后位置良好、肿痛消退的患者，有接骨续筋药膏[69]、外敷接骨散[70]、驳骨散[71]等。

温经通络、祛风祛寒利湿类：用于损伤日久、复感寒湿、肿痛甚剧者。用温经通络药膏[72]外敷，或在舒筋活络类药膏内酌加温散风寒、利湿的药物外敷。

清热解毒类：用于伤后感染，局部红、肿、热者，可用金黄膏[73]、四黄膏[74]。

生肌拔毒长肉类：用于创伤止血后，清洁创面或创面感染者。常用的有橡皮膏[75]、生肌玉红膏[76]、红油膏[77]等。

膏药　是祖国医学外用药物中特有的一种剂型。膏药的配制是将药物研成细末，配以香油，黄丹或蜂蜡等，精炼而成，然后摊在膏药纸或布上。膏药的种类很多，按功用可分以下几种。

治损伤与寒湿类：这类膏药有用于损伤的坚骨壮筋膏[78]，用于风湿的狗皮膏[79]，用于损伤兼风湿的万灵膏[80]、万应膏[81]、损伤风湿膏[82]，用于陈旧性损伤气血凝滞、筋膜粘连的化坚膏[83]。

提腐拔毒类：有用于创面有溃疡的太乙膏[84]、陀僧膏[85]。

药粉　药粉即散剂。药粉是将药物碾成极细的粉末。使用时将药粉直接撒在伤口处或置于膏药上。根据其功用可分为六类。

止血收口类：常用的有桃花散[86]、云南白药[87]、金疮铁扇散[88]、如圣金刀散[89]、花蕊石散[90]。

化腐提毒类：常用的有九一丹[91]、七三丹[92]。

生肌长肉类：常用的有生肌八宝丹[93]、生肌散[94]，具有新肉生、疮面敛的功效。

温经散寒类：常用的有丁桂散[95]、桂麝散[96]。用于损伤后期仍有气血凝滞疼痛或局部寒湿侵袭之证。具有温化作用或散风逐寒之功。

散血止痛类：常用的有四生散[97]。用于损伤后局部瘀毒结聚、肿痛者。

取嚏通经类：常用的有通关散[98]。用时将药吹入鼻孔之中使之取嚏。用于坠堕不省人事、气塞不通的患者。

②揉擦药　多用于伤处的涂擦或在理筋手法配合推擦时，或热敷熏洗后自我按摩时。此类药分为两种，即酒剂、油膏（或油剂）。

酒剂：又称外用药酒、药水，具有活血止痛、舒筋活络、追风祛寒的功用。是用药与白酒浸泡而成的，酒与药的比例是8:2。近年来有用乙醇溶液加工制成的。常用的有活血酒[99]、舒筋药水[100]等。

油膏：它是用香油将药煎熬数沸后滤去药渣而成油剂，然后再加入黄蜡、白蜡等调制成油膏。这种制剂具有温经通络、消散瘀血的功效。常用的有松节油、活络油膏[101]

③熏洗湿敷药　这类药有两种。

热敷熏洗药：是先将药用水煮沸后熏洗患处，待水温适中后再用药浸洗患处。每日2次，每次15—30分钟，每剂可熏洗数次。冬季可在患处加盖棉垫熏洗，以保持热度。此法多用于四肢部位。常用的有散瘀和伤汤[102]、海桐皮汤[103]、舒筋活血洗方[104]，用于新伤瘀血积聚者；八仙逍遥汤[105]、上肢损伤洗方[106]、下肢损伤洗方[107]，用于陈旧性损伤兼有风湿冷痛，瘀血初步消散者。

湿敷洗涤药：常用的有甘葱煎、2—20%黄柏溶液以及蒲公英等鲜药煎汁，用药棉及净纱布蘸水湿敷洗涤。

④热熨药　这是一种热疗药，临床多选用温经祛寒、行气活血、舒筋止痛的药物，加热后热熨损伤的局部。多用于腰脊躯体而熏洗不便之外，新伤陈伤均可应用。常用的热熨药有以下几种。

坎离砂：将药用醋、水各半煎成浓汁，然后与炒红的铁砂搅拌后，置于布袋内，令其自然发热，敷熨患处。多用于治疗陈旧性损伤兼有风湿者。坎离砂[108]市面有售。

熨药：将药置于布袋中，扎好袋口放在蒸锅内加热后烫熨患处。具有舒筋活络、消瘀退肿的功效。常用的有正骨烫药[109]。

民间热熨法：一般选用粗盐、黄砂、米糠、麸皮等，单独炒热或加颗粒状的种子药（如吴茱萸）放在锅内炒热，然后装入布袋热敷伤处。古人也有将葱姜豉盐炒热，用布包好掩脐上，治风寒湿疼痛者。这种方法多用来治疗各种筋骨痹痛、腹痛、尿潴留等症。

（二）附方

1.内治法附方

〔1〕桃仁承气汤（《伤寒论》）

组成：桃仁10g　大黄12g（后下）　桂枝6g　甘草6g　芒硝6g（冲服）

功效：泻下逐瘀。治跌打损伤，瘀血停聚、疼痛拒按等里热实证。

用法：水煎服。

〔2〕鸡鸣散（《证治准绳》）

组成：槟榔12g　陈皮（去白）　木瓜各9g　吴萸　紫苏叶各3g　桔梗　生姜各5g

功效：行气降浊，温化寒湿。

用法：水煎服。

〔3〕大成汤（《外科正宗》）

组成：当归10g　木通10g　枳壳10g　厚朴10g　苏木12g　大黄12g　芒硝12g（冲服）　川红花6g　陈皮6g　甘草6g

功效：祛瘀生新。治腰椎损伤后伴发肠麻痹腹胀，或二便秘结者。

用法：水煎服。

〔4〕黎洞丸（《医宗金鉴》）

组成：牛黄1份　冰片1份　麝香1份　阿魏5份　雄黄5份　大黄10份　儿茶10份　血竭10份　乳香10份　没药10份　田三七10份　天竺黄10份　藤黄10份（隔汤煮十数次，去浮沫，用山羊血拌晒，如无山羊血，以子羊血代之）

功效：祛瘀生新。治跌打损伤，瘀阻气滞，疼痛剧烈者。

用法：共研细末，将藤黄化开为丸，如芡实大，焙干，稍加白蜜，外用蜡皮封固。每次一丸，开水或酒送服。外用时，用茶卤抹涂。

〔5〕复元活血汤（《医学发明》）

组成：柴胡15g　天花粉10g　当归尾10g　红花6g　穿山甲10g　酒浸大黄30g　酒浸桃仁12g

功效：活血祛瘀，消肿止痛。治跌打损伤，血停积于胁下，肿痛不可忍者。

用法：水煎，分两次服，如服完第一次后，泻下大便，得利痛减，则停服；如6小时后，仍无泻下者，则服下第二次，以利为度。

〔6〕活血止痛汤（《伤科大成》）

组成：当归12g　川芎6g　乳香6g　苏木5g　没药6g　地鳖虫3g　三七3g　赤芍9g　陈皮5g　落得打6g　紫荆藤9g

功效：活血止痛。治跌打损伤肿痛。

用法：水煎服。

禁忌：孕妇禁用

〔7〕活血祛瘀汤（《中医伤科学》）

组成：当归25g　红花10g　土虫15g　自然铜(锻)15g　狗脊15g　骨碎补25g　没药10g　乳香10g　路路通10g　桃仁5g　三七粉5g（分3次冲）

功效：活血化瘀，通络消肿，续筋接骨。

用法：水煎450毫升，分3次温服，日3次。

〔8〕柴胡疏肝散（《景岳全书》）

组成：柴胡6g　芍药15g　枳壳10g　甘草10g　川芎10g　香附10g

功效：疏肝理气止痛。治胸胁损伤。

用法：按病情拟定药量，水煎服。

〔9〕加味乌药汤（《济阴纲目》）

组成：乌药10g　砂仁10g　木香10g　元胡10g　香附10g　甘草10g

功效：理气止痛。用于损伤后气滞疼痛。

用法：药物用量据证而定，水煎服。

〔10〕金玲子散（《圣惠方》）

组成：金玲子　延胡索各等量

功效：理气止痛。治跌打损伤后心腹胸胁疼痛，时发时止，或流窜不定者。

用法：共为细末。每服9—12g，温开水或温酒送下，每日2—4次。

〔11〕膈下逐瘀汤（《医林改错》）

组成：当归9g　川芎6g　赤芍9g　桃仁9g　红花6g　枳壳5g　丹皮9g　香附9g　延胡索12g　乌药9g　五灵脂9g　甘草5g

功效：活血祛瘀。治腹部损伤，瘀血疼痛。

用法：水煎服。

〔12〕顺气活血汤（《伤科大成》）

组成：苏梗10g　厚朴10g　砂仁10g　枳壳10g　归尾10g　红花10g　木香10g　赤芍15g　桃仁10g　苏木10g　香附10g

功效：行气活血，祛瘀止痛。用于胸腹挫伤，气滞胀满作痛。

用法：按病情定剂量，水煎，可加少量米酒和服。

〔13〕血府逐瘀汤（《医林改错》）

组成：当归10g　生地黄10g　桃仁12g　红花10g　枳壳6g　赤芍6g　柴胡3g　甘草3g　桔梗4.5g　川芎4.5g　牛膝10g

功效：活血逐瘀，通络止痛。治瘀血内阻，血行不畅，经脉闭塞疼痛。

用法：水煎服，日1剂。

〔14〕四生丸（《妇人良方》）

组成：生地黄12g　生艾叶10g　生荷叶10g　生侧栢叶10g

功效：凉血止血。治损伤出血，血热妄行，吐血或衄血。

用法：水煎服，或将生药捣汁服，或等量为丸，每服6～12g，日3次。

〔15〕犀角地黄汤（《千金方》）

组成：生地黄30g　赤芍12g　丹皮6g　犀角0.6g（锉细末冲）

功效：清热凉血解毒。

用法：水煎服。生地黄先煎，犀角锉末冲，或磨汁和服。

〔16〕十灰散（《十药神书》）

组成：大蓟　小蓟　荷叶　侧栢叶　茅根　大黄　山栀　茜草根　棕榈皮　牡丹皮　以上各药等量

功效：凉血止血。治损伤所致呕血、吐血、咯血、创面渗血。

用法：各烧灰存性，研极细末保存待用。每服10～15g，用鲜藕汁或鲜萝卜汁调服。

〔17〕安宫牛黄丸（《温病条辨》）

组成：牛黄4份　郁金4份　黄连4份　黄芩4份　栀子4份　犀角4份　雄黄4份　朱砂4份　麝香1份　冰片1份　珍珠2份　蜜糖适量

功效：清心解毒，开窍安神。治神昏谵语、身热、狂躁、痉厥以及头部内伤晕厥。

用法：研极细末，炼蜜为丸，每丸3g。每服1丸，每日1—3次。

〔18〕紫雪丹（《和剂局方》）

组成：石膏1500g　寒水石1500g　滑石1500g　磁石1500g　玄参500g　升麻500g　甘草240g　芒硝5000g　硝石5000g　丁香300g　朱砂240g　麝香36g　犀角150g　羚羊角150g　黄金5000g　沉香150g

功效：清热解毒、宣窍镇痉。

用法：剂量、制法详见《医方集解》。每日服1～2g，重症可每次服3g，每日服1—3次。

〔19〕苏合香丸（《和剂局方》）

组成：白术　青木香　乌犀屑　香附子　朱砂（研水飞）　诃黎勒（煨去皮）　檀香　安息香（制为末用无灰酒163毫升熬膏10g）沉香　麝香（研）　荜拨各10g　龙脑（研）　乳香（研）　苏合香油各5g（苏合香油入安息香膏内）　白蜜　糖适量

功效：温宣通窍

用法：固体药分别碾成末，安息香以酒熬膏后与苏合香油混合，再把各药末加入并炼蜜为丸。每丸3g，每服1丸，温开水送服，小儿减半。

〔20〕至宝丹（《和剂局方》）

组成：犀角　琥珀　朱砂　雄黄各100份　龙脑　麝香各1份　牛黄50份　安息香150份

功效：开窍安神，清热解毒。

用法：研成细末为丸，每丸3g，每服1丸，小儿酌减。

〔21〕玉枢丹（又名紫金锭，成药）

组成：略

功效：解毒消肿

用法：内服每次1～2锭，外用醋磨涂。

〔22〕行军散（《霍乱论》）

组成：牛黄3g　麝香3g　珍珠3g　冰片3g　硼砂3g　雄黄24g　大硝0.9g　金箔二十页

功效：开窍避秽，清暑解毒。

用法：每服0.9～1.5g，凉开水调下。

〔23〕和营止痛汤（经验方）

组成：当归20g　丹参20g　木香5g　茴香10g　青皮15g　甲珠10g　陈皮15g　白芷10g　贝母10g　漏芦10g　甘草5g　香附15g　枳壳15g　元胡15g　乌药15g　川楝子15g

功效：理气化痰，调和营卫。治骨折中期瘀血未尽，营卫失和，初则作痛或肌肉间串痛等症。

用法：水煎300毫升，分3次温服，日服2—3次。

〔24〕定痛和血汤（《伤科补要》）

组成：当归10g　红花15g　乳香10g　没药10g　五灵脂10g　川断10g　蒲黄10g　秦艽10g　桃仁12g

功效：活血止痛。治挫扭伤后瘀血不散。

用法：按病情酌量，水酒各半煎服。

〔25〕七厘散（《救伤秘旨》成方）

组成：略

功效：活血化瘀，行气通经。

用法：陈酒冲服，轻者0.2g，重者0.4g最重者0.6g。

〔26〕和营通气散（《伤科学》）

组成：全当归　丹参　香附各90g　川芎　延胡索　小青皮　生枳壳各30g，川郁金　制半夏各60g　广木香　大茴香各15g

功效：活血行气。

用法：共研为末，每服1.5g，每日2次，吞服。

〔27〕新伤续断汤（经验方）

组成：当归尾12g　地鳖虫6g　乳香3g　没药3g　丹参6g　自然铜(醋锻)12g　骨碎补12g　泽兰叶6g　延胡索6g　苏木10g　续断10g　桑枝12g　桃仁6g

功效：活血祛瘀，止痛接骨。

用法：水煎服。

〔28〕续骨活血汤（《中医伤科学讲义》）

组成：当归尾12g　赤芍10g　白芍10g　生地黄15g　红花6g　地鳖虫6g　骨碎补12g　煅自然铜10g　续断12g　落得打10g　乳香6g　没药6g

功效：祛瘀止血，活血续骨。

用法：水煎服。

〔29〕接骨紫金丹（《杂病源流犀烛》）

组成：土鳖虫　乳香　没药　自然铜　骨碎补　大黄　血竭　硼砂　当归各等量

功效：祛瘀，续骨，止痛。

用法：共研细末，每服3～6g，开水或少量酒送服。

〔30〕舒筋活血汤（《伤科补要》）

组成：羌活6g　防风9g　荆芥6g　独活9g　当归12g　续断12g　青皮5g　牛膝9g　五加皮9g　杜仲9g　红花6g　枳壳6g

功效：舒筋活络。治软组织损伤及骨折脱位后期筋肉挛痛者。

用法：水煎服。

〔31〕活血舒筋汤（《中医伤科学讲义》）

组成：归尾10g　赤芍15g　片姜黄10g　伸筋草15g　松节10g　海桐皮10g　落得打10g　路路通10g　羌（独）活10g　防风10g　继断10g　甘草10g　上肢加用川芎10g　桂枝10g　下肢加用牛膝10g　木香10g　痛甚者加乳香10g　没药10g

功效：活血祛瘀，舒筋活络。

用法：用量据病情定，水煎服。

〔32〕蠲痹汤（《百一选方》）

组成：羌活6g　姜黄6g　当归12g　赤芍9g　黄芪12g　防风6g　炙甘草3g　生姜5片

功效：活血通络，祛风除湿。

用法：水煎服。

〔33〕独活寄生汤（《千金方》）

组成：独活6g　防风6g　川芎6g　牛膝6g　秦艽12g　杜仲12g　当归12g　茯苓12g　桑寄生18g　党参12g　熟地黄15g　白芍10g　细辛3g　甘草3g　肉桂2g（焗冲）

功效：益肝肾，补气血，祛风湿，止痹痛。

用法：水煎服，可复煎外洗患处。

〔34〕四君子汤（《和剂局方》）

组成：党参10g　白术12g　茯苓12g　炙甘草6g

功效：补益中气，调养脾胃。

用法：水煎服，日1剂。

〔35〕四物汤（《和剂局方》）

组成：川芎6g　当归10g　白芍12g　熟地黄12g

功效：养血补血。适用血虚之证。

用法：水煎服，日一剂。

〔36〕八珍汤（《正体类要》）

组成：党参10g　白术10g　茯苓10g　炙甘草5g　川芎6g　当归10g　熟地黄10g　白芍10g　生姜3片　大枣2枚

功效：补益气血。

用法：清水煎服，每日1剂。

〔37〕十全大补汤（《医学发明》）

组成：党参10g　白术12g　茯苓12g　当归10g　川芎6g　熟地黄12g　白芍12g　黄芪10g　炙甘草5g　肉桂0.6g（焗冲服）

功效：补气补血。

用法：水煎服，日1剂。

〔38〕补中益气汤（《东垣十书》）

组成：黄芪15g　党参12g　白术12g　陈皮3g　炙甘草5g　当归10g　升麻5g　柴胡5g

功效：益气补中。

用法：水煎服。

〔39〕参苓白术散（《和剂局方》）

组成：白扁豆12g　党参12g　白术12g　茯苓12g　炙甘草6g　淮山药12g　莲子肉10g　薏米仁10g　桔梗6g　砂仁5g　大枣4枚

功效：补气健脾渗湿

用法：水煎服，亦可制散服。其中大枣煎汤送散服。

〔40〕归脾丸（《济生方》）（又名归脾汤）

组成：白术10g　当归3g　党参3g　黄芪10g　酸枣仁10g　木香1.5g　远志3g　炙甘草4.5g　龙眼肉4.5g　茯苓10g

功效：健脾养心，补益气血。

用法：水煎服，日1剂，亦可制成丸剂服用。

〔41〕壮筋养血汤（《伤科补要》）

组成：当归9g　川芎6g　白芷9g　续断12g　红花5g　生地12g　牛膝9g　牡丹皮9g　杜仲6g

功效：活血壮筋。治损伤筋络，可作为调理之剂。

用法：水煎服。

〔42〕生血补髓汤（《伤科补要》）

组成：生地12g　芍药9g　川芎6g　黄芪9g　杜仲9g　五加皮9g　牛膝9g　红花5g　当归9g　续断9g

功效：调理气血，舒筋活络。

用法：水煎服，日1剂。

〔43〕左归丸（《景岳全书》）

组成：熟地黄4份　淮山药2份　山萸肉2份　枸杞子2份　菟丝子2份　鹿角胶2份　龟板2份　川牛膝2份　蜜糖适量

功效：补益肾阴

用法：研成细末、炼蜜为丸如豆大，每服10g，每日1～2次，饭前服。

〔44〕右归丸（《景岳全书》）

组成：熟地黄4份　淮山药2份　山萸肉2份　枸杞子2份　菟丝子2份　杜仲2份　鹿角胶2份　当归1份半　附子1份　肉桂子1份　蜜糖适量

功效：补益肾阳。

用法：共为细末，炼蜜为小丸。每服10g，每日1～2次。

〔45〕健步虎潜丸（《伤科补要》）

组成：龟胶2份　鹿角胶2份　虎胫骨2份　何首乌2份　川牛膝2份　杜仲2份　锁阳2份　当归2份　熟地2份　威灵仙2份　黄柏1份　人参1份　羌活1份　白芍1份　白术1份　川附子1份半　蜜糖适量

功效：补气血，壮筋骨。

用法，共为细末，炼密丸如绿豆大。每服10g，空腹淡盐水送下，每日2—3次。

〔46〕壮筋续骨丹（《伤科大成》）

组成：当归　补骨脂　菟丝子　党参　刘寄奴各60g　川芎

白芍　杜仲　桂枝　三七　虎骨　木瓜各30g　熟地120g　川断　五加皮各45g　骨碎补　黄芪　地鳖虫各90g

功效：壮筋续骨。

用法：共研细末，糖水泛丸，每次服12g，温酒下。

〔47〕麻桂温经汤（《伤科补要》）

组成：麻黄6g　桂枝10g　红花10g　白芷10g　细辛3g　桃仁10g　赤芍10g　甘草6g

功效：通经活络去瘀。

用法：按病情定剂量，水煎服。

〔48〕大红丸（《伤损接骨续断秘方》）

组成：何首乌500g　制川乌710g　制南星500g　芍药500g　当归300g　骨碎补500g　牛膝300g　细辛250g　赤小豆1kg　煅自然铜120g　青桑炭2.5kg

功效：坚筋固骨，滋血生力。

用法：共研细末，醋煮面糊丸，如梧桐子大，朱砂为衣。每次服30丸，温酒下，醋汤亦可。

〔49〕大活络丹（《兰台轨范》引《圣济总录》）

组成：本方系成药，方略。

功效：行气活血，通利经络。

用法：每服3g，日服2次，陈酒送下。

〔50〕小活络丹（《和剂局方》）

组成：制南星3份　制川乌3份　地龙3份　乳香1份　没药1份　蜜糖适量

功效：温寒散结，活血通络。

用法：共为细末，炼蜜为丸，每丸重3g，每次服1—2丸。

〔51〕青蒿鳖甲汤（《温病条辨》）

组成：青蒿6g　鳖甲15g　细生地12g　知母6g　丹皮9g

功效：养阴清热。

用法：水煎服。

〔52〕玉屏风散（《世医得效方》）

组成：黄芪180g　白术60g　防风60g

功效：益气固表止汗。

用法：研末，每日2次，每次6—9g，开水送服或水煎服。

〔53〕　当归六黄汤（《兰室秘藏》）

组成：当归10g　生地黄10g　熟地黄10g　黄芩10g　黄柏10g　黄连10g　黄芪15g

功效：滋阴清热，固表止汗。

用法：为粗末，每服15g。亦可水煎服，用量按原方，比例酌情增减。

〔54〕金锁固精丸（《医方集解》）

组成：沙苑蒺藜（炒）　芡实（蒸）　莲须各60g　龙骨（酥炙）　牡蛎（煅）各30g

功效：固肾涩精，用于肾虚不固者。

用法：以莲子粉糊为丸，每服9g，空腹淡盐水送服。亦可以加入莲子肉水煎服，用量按原方比例酌减。

〔55〕缩泉丸（《校注妇人良方》）

组成：乌药　益智仁各等份

功效：温肾止遗，缩尿固涩。

用法：上药共为细末，酒制山药为糊，制成小丸。

〔56〕磁朱丸（《备急千金要方》）

组成：磁石60g　朱砂30g　六曲120g

功效：重镇安神，潜阳明目。

用法：上药研末，炼密为小丸，每服6g，每日2次，开水送服。

〔57〕天麻钩藤饮（《杂病证治新义》）

组成：天麻10g　钩藤18g　生决明10g　山栀10g　黄芩10g　川牛膝10g　杜仲10g　益母草10g　桑寄生10g　夜交藤10g　茯神10g

功效：平肝熄风，清热安神。

用法：水煎服。

〔58〕黑锡丹（《太平惠民和剂局方》）

组成：黑锡　硫黄各60g　沉香　木香　茴香　阳起石　葫芦巴　破故纸　肉豆蔻　金玲　附子各30g　肉桂15g

功效：温肾阳，散阴寒，降逆气，定虚喘。

用法：酒糊丸，成人每服5g，小儿每服2～3g，盐开水送下，急救可用9g。

〔59〕平胃散（《和剂局方》）

组成：苍术5份　姜制厚朴3.2份　陈皮3.2份　炙甘草2份

功效：利湿散热。治脾胃不和，不思饮食，胸腹胀满，呕吐泄泻等症。

用法：共研细末，每次用6g，加生姜2片、大枣2枚同煎热服。

〔60〕甘露消毒丹（《温病条辨》普济解毒丹）

组成：飞滑石450g　绵茵陈320g　淡黄芩300g　石菖蒲180g　山贝母　木通各150g　藿香　射干　连翘　薄荷　白豆蔻各120g

功效：利湿化浊，清热解毒。

用法：丸散剂，每服9g。亦可按原方比例酌减，水煎服。

〔61〕五苓散（《伤寒论》）

组成：猪苓9g　泽泻9g　白术9g　茯苓15g　桂枝6g

功效：化气利水。治膀胱气化不利而小便不畅症。

用法：水煎服，日1剂。或共为散，分2—3次，在1日内服完。

2.外治法附方

〔62〕消瘀止痛药膏（《伤科学讲义》）

组成：木瓜60g　栀子30g　大黄15g　蒲公英60g　地鳖虫30g　乳香30g　没药30g

功效：消瘀，退肿，止痛。

用法：共为细末，糖或凡士林调敷。

〔63〕定痛膏（《证治准绳》）

组成：芙蓉叶4份　紫荆皮1份　独活1份　生南星1份　白芷1份

功效：祛瘀，消肿，止痛。

用法：共研细末。用姜汁、水、酒调煮热敷；或用凡士林调煮成软膏外敷。

〔64〕双柏膏（《中医伤科学讲义》）

组成：侧柏叶2份　黄柏1份　大黄2份　薄荷1份　泽兰1份

功效：活血解毒，消肿止痛。

用法：共研细末，作散剂备用，用时以水、蜜糖煮热调成厚糊状外敷患处，亦可加入少量米酒调敷，或用凡士林调煮成膏外敷。

〔65〕消肿散（《林如高正骨经验》）

组成：黄柏　川黄连各60g　侧柏叶150g　透骨草　穿山龙　骨碎补　芙蓉叶　天花粉　紫荆皮　菊花叶各90g　煅石膏240g　楠香180g

功效：清热凉血，消肿定痛。

用法：共为细末，用蜜水各半，调成糊状，每日敷贴1次，每次8小时。

〔66〕三色敷药（《中医伤科学讲义》）

组成：黄荆子（去衣，炒黑）　紫荆皮（炒黑）各8份　全当归　木瓜　丹参　羌活　赤芍　白芷　片姜黄　独活　天花粉

怀牛膝　威灵仙　木防己　防风　炙马钱子各2份　甘草半份　秦艽　川芎　连翘各1份

功效：消肿止痛，祛风湿，利关节。

用法：共研细末，用蜜糖或饴糖调拌厚糊状，敷于患处。

〔67〕舒筋活络药膏（《林如高正骨经验》舒筋活络膏）

组成：当归　松节　豨莶草　蓖麻仁　双钩藤　海风藤各60g　木瓜　蚕砂各30g　穿山龙　五加皮各90g　以上十味粗料，用净搽油750g，桐油250g　同入锅内熬炼，滤去药渣，再加入以下6味细料：乳香　没药　蚯蚓（干）各30g　蛇蜕15g　麝香3g　炒黄丹500g。

功效：祛风活络，行血止痛。

用法：将药膏摊在布上，温贴患处。

〔68〕活血散（《林如高正骨经验》）

组成：乳香　没药　三七　沉香各30g，无名异　赤芍　血竭　桂枝　白芷　羌活　紫荆皮　续断　栀子　骨碎补各60g　楠香150g　五加皮90g。

功效：疏风散结，消肿定痛。

用法：共研细末，酒水各半，调拌成糊状，敷贴患处，每日敷1次，每次5小时。

〔69〕接骨续筋药膏（《中医伤科学讲义》）

组成：自然铜　荆芥　防风　五加皮　皂角　茜草根　续断　羌活各3份　乳香　没药　骨碎补　接骨木　红花　赤芍　地鳖虫各2份　白芨　血竭　硼砂　螃蟹末各4份　饴糖或蜂蜜适量。

功效：接骨续筋。

用法：共为细末，饴糖或蜂蜜调煮外敷。

〔70〕外敷接骨散（《刘寿山正骨经验方》）

组成：骨碎补　血竭　硼砂　制乳香　制没药　土鳖虫　续

断　大黄　自然铜（醋炒7次））各等份

功效：接骨止痛。

用法：共为细末，酒调或用蜂蜜、麻油、凡士林等调敷伤处。

禁忌：皮肤过敏或有皮肤病者禁用。

〔71〕驳骨散（《外伤科学》）

组成：桃仁　黄连　金耳环　川红花各1份　栀子　生地黄　黄柏　黄芩　防风　甘草　蒲公英　赤芍　自然铜　土鳖虫2份　侧柏叶　大黄　骨碎补各6份　当归尾　薄荷　毛麝香　牡丹皮　金银花　透骨消　鸡骨香各4份

功效：消肿止痛，散瘀接骨。

用法：共研细末。水、酒、蜂蜜或凡士林调煮外敷患处。

〔72〕温经通络药膏（《中医伤科学讲义》）

组成：乳香　没药　麻黄　马钱子各等量饴糖或蜂蜜适量

功效：祛风止痛。

用法：共为细末，饴糖或蜂蜜调成软膏或凡士林调煮成膏外敷患处。

〔73〕金黄膏（《医宗金鉴》）

组成：大黄　黄柏　姜黄　白芷各2.5kg　制南星　陈皮　苍术　厚朴　甘草各500g　天花粉5kg

功效：清热解毒，散瘀消肿。

用法：共研细末，用酒、油、蜜、菊花、金银花露、丝瓜叶或生葱等捣汁调散，或凡士林8/10，金黄散2/10调制成膏外敷。

〔74〕四黄膏（经验方）

组成：黄连　黄柏　黄芩　大黄　乳香　没药各等量

功效：清热解毒，活血消肿。

用法：共为细末，凡士林调为膏外用。

〔75〕橡皮膏（成药《伤科补要》）

组成：略。

功效：活血生肌，接骨续损。

用法：外敷用。

〔76〕生肌玉红膏（《医宗金鉴》）

组成：当归60g　白芷15g　白蜡60g　轻粉12g　甘草36g　紫草6g　尻儿血竭12g　麻油500g

功效：生肌。治痈疽发背，诸般溃烂。

用法：将当归　白芷　紫草　甘草四味，入油内浸3日，大构内慢火熬微枯色，细绢滤清，将油复入构内煎滚，入血竭化尽；次下白蜡，微火亦化。用茶盅4个，预放水中，将膏分作四处，倾入盅内，候片时方下研极细之轻粉各投一钱，搅匀，候至一日夜，外敷，用之极效。

〔77〕红油膏（经验方）

组成：凡士林300g　九一丹30g　东丹45g

功效：防腐生肌。用于溃疡不敛。

用法：先将凡士林烊化，然后徐徐将两丹调入，和匀成膏，将药膏匀涂纱布上，贴患处。

〔78〕坚骨壮筋膏（《中医伤科学讲义》）

第一组：组成：骨碎补　川断各90g　马钱子　白芨　硼砂　生草乌　生川乌　牛膝　苏木　杜仲　伸筋草　透骨草各60g　羌活　独活　麻黄　五加皮　皂角核　红花　泽兰叶各30g　虎骨24g　香油5kg　黄丹2.5kg

第二组：血竭　丁香　白芷　乳香　没药各30g　冰片15g　肉桂　甘松　细辛各60g　麝香1.5g

功效：强筋壮骨。

用法：第一组药，熬成膏药后温烊摊贴。第二组药，共研为细末，临贴时撒于药面。

〔79〕狗皮膏（成药）

组成：略。

功效：散寒止痛，舒筋活络。

用法：烘热外敷患处。

禁忌：皮肤破损及皮肤过敏者禁用。

〔80〕万灵膏（《医宗金鉴》）

组成：鹤金草　透骨草　紫丁香根　当归　自然铜　没药　血竭　红花各30g　川乌　川牛膝　五加皮　石菖蒲　茅术各25g　半两钱1枚（醋淬）木香　秦艽　蛇床子　肉桂　附子　半夏　石斛　草薢　鹿茸各10g　虎胫骨一对　麝香 6g　麻 油5kg　黄丹2.5kg

功效：散瘀消毒，舒筋止痛，祛寒通络。

用法：将血竭、没药、麝香分别研细末另包余药先用麻油微火煨浸3日，然后熬黑为度，去渣，加入黄丹，再熬至滴水成珠，离火，俟少时药温，将血竭、没药、麝香末放入，搅匀取起，去火毒，制成膏药。用时烘热外贴患处。

〔81〕万应膏（成药）

组成：略。

功效：活血祛瘀，温经通络。

用法：把膏药烘热贴患处。

〔82〕损伤风湿膏（《中医伤科学讲义》）

组成：生川乌　生草乌　生南星　生半夏　当归　黄金子　紫荆皮　生地　苏木　桃仁　桂枝　僵蚕　青皮　甘松　木瓜　山奈　地龙　乳香各4份　没药　羌活　独活　川芎　白芷　苍术　木鳖子　山甲片　川断　山栀子　地鳖虫　骨碎补　赤石脂　红花　落得打　白芥子各2份　细辛1份　麻油320份　黄铅粉60份

功效：祛风湿，行气血，消肿痛。

用法：用麻油将药浸泡7—10天以后以文火煎熬至色枯，去

渣，再将油熬，约2小时左右，滴水成珠，离火，将黄铅粉徐徐筛入搅匀成膏收贮、摊用。

〔83〕化坚膏（《中医伤科学讲义》）

组成：白芥子　甘遂　地龙肉各2份　威灵仙　急性子　透骨草各2.5份　麻根　细辛各3份　乌梅肉　生山甲各4份　血余　江子　全蝎　防风　生草乌各1份　紫硇砂半份（后入）香油80份　东丹40份

功效：祛风化瘀。

用法：将香油熬药至枯，去渣，炼油滴水成珠时下东丹，将烟搅净后再下硇砂，外敷患处。

〔84〕太乙膏（《外科正宗》）

组成：玄参　白芷　归身　肉桂　赤芍　大黄　生地黄　土木鳖各60g　阿魏9g　轻粉12g　柳馓枝各100段　血余30g　东丹1.2kg　乳香15g　没药9g　麻油2.5kg

功效：消肿清火，解毒生肌。

用法：除东丹外，将余药入油煎，熬至药枯，滤去渣滓，再加入东丹，充分搅匀成膏，隔火炖烊，摊于纸上，随疮口大小敷贴患处。

〔85〕陀僧膏（《伤科补药》）

组成：南陀僧40份　赤芍　当归　乳香　没药　血竭　儿茶各1份　赤石脂半份　百草霜4份　苦参8份　银黝2份　桐油64份　香油32份　大黄16份

功效：解毒止血

用法：陀僧研成细末，用香油把其他药煎熬，去渣后入陀僧末，制成膏，外用。

〔86〕桃花散（《外科正宗》）

组成：白石灰5份　大黄1份

功效：止血。

用法：大黄煎汁泼入白石灰内为末，再炒以石灰变成红色为度，将石灰过筛备用，用时掺撒患处，纱布紧扎。

〔87〕云南白药（成药）

组成：略。

功效：活血止血　祛瘀定痛

用法：内服每次0.5g，每隔4小时服一次。外伤创面出血，可直接掺撒在出血处，然后包扎，亦可调敷患处。

〔88〕金枪铁扇散（《中医伤科学讲义》）

组成：乳香　没药　象皮　老材香各2份　明矾　炉甘石　降香　黄柏　血竭各1份

功效：收敛，拔毒，生肌。

用法：共为极细末，直接掺于伤口或溃疡面上。

〔89〕如圣金刀散（《外科正宗》）

组成：松香210g　生矾45g　枯矾45g

功效：止血燥湿。

用法：共研细末，敷于伤口包扎。

〔90〕花蕊石散（《本草纲目》引《和剂局方》）

组成：花蕊石60g　石硫黄120g

功效：化瘀而不伤气，止血生新。

用法：二味和匀，放入瓦罐煅研为细末。每服3g，童便调下。或外用止血。

〔91〕九一丹（《医宗金鉴》）

组成：熟石膏9份，升丹1份

功效：提脓去腐

用法：研极细末，掺于疮面或制成药线插入疮口或瘘管内。

〔92〕七三丹（经验方）

组成：熟石膏21g　升丹9g

功效：提脓去腐

用法：共研细末，米糊为条，阴干备用。用时将药条插入瘘管中。

〔93〕生肌八宝丹（《中医伤科学讲义》）

组成：煅石膏3份　赤石脂3份　东丹1份　龙骨1份　轻粉3份　血竭1份　乳香1份　没药1份

功效：生肌收敛

用法：共研极细末，外撒创口。

〔94〕生肌散（经验方）

组成：制炉甘石15g　滴乳石9g　滑石30g　白琥珀9g　朱砂3g　冰片0.3g

功效：生肌收口

用法：研极细末，掺疮口中，外盖膏药或药膏。

〔95〕丁桂散（《中医伤科学讲义》）

组成：丁香　肉桂各等份

功效：祛风散寒，温经通络。

用法：共研细末，撒在药膏上，烘热后贴患处。

〔96〕桂麝散（《药签启秘》）

组成：麻黄15g　细辛15g　肉桂30g　牙皂10g　半夏25g　丁香30g　生南星25g　麝香1.8g　冰片1.2g。

功效：祛风散寒，温经通络。

用法：共研细末，掺药膏上，贴患处。

〔97〕四生散（原名青州白丸子《和剂局方》）

组成：生川乌1份　生南星6份　生白附子4份　生半夏11份

功效：祛风逐痰，散寒解毒，通络止痛。

用法：共为细末存放待用。用时以蜜糖适量调成糊状外敷患处。

〔98〕通关散（《林如高正骨经验》）

组成：雄黄6g　朱砂6g　芒硝9g　麝香0.9g　冰片9g　牙皂6g　细辛1.5g　蟾酥1.5g

功效：通窍清心。

用法：共研成细末，装在瓷瓶封固，临症时，吹入鼻内，一嚏即醒。

〔99〕活血酒（《中医正骨经验概述》）

组成：乳香　没药　血竭　羌活　生香附　甲珠　煅自然铜　独活　续断　虎骨　川芎　木瓜各15g　贝母　厚朴　炒小茴香　肉桂各9g　木香6g　制川乌　制草乌各3g　白芷　紫荆皮　当归各24g　麝香1.5g　白酒500g

功效：通经活血。

用法：将药研为细末，每15g药散浸白酒500g，浸7～10天即成。内服。

〔100〕舒筋药水（《上海市药品标准》）

组成：生川乌　生草乌　生天南星　樟脑　山栀　大黄　木瓜　羌活　独活　路路通　花椒　苏木　蒲黄　香樟木　赤芍　红花，各等量。

功效：舒筋活络，祛风止痛。

用法：制为酊剂，搽擦患处，每日3次。

〔101〕活络油膏（《伤科学》）

组成：红花　没药　白芷各60g　当归240g　白附子30g　钩藤120g　紫草　栀子各60g　黄药子30g　甘草　刘寄奴　丹皮　梅片各60g　生地240g　制乳香　露蜂房各60g　大黄120g　白药子30g

功效：活血消肿，舒筋活络。

用法：上药置大铁锅内，再放入麻油4.5kg，梅片60g，用木棍调和装盒。用手指蘸药擦患处。

〔102〕散瘀和伤汤（《医宗金鉴》）

组成：番木鳖15g　红花15g　生半夏15g　骨碎补9g　甘草9g　葱须30g　醋60g（后下）

功效：活血祛瘀，舒筋疗伤。

用法：用水煎药，沸后入醋再煎5—10分钟，熏洗患处，每日3—4次，每次熏洗都把药液煎沸后用。

〔103〕海桐皮汤（《医宗金鉴》）

组成：海桐皮　透骨草　乳香　没药各6g　当归5g　川椒10g　川芎　红花　威灵仙　甘草　防风　白芷各3g

功效：舒筋活络，行气止痛。

用法：共为细末，布袋装，煎水熏洗患处。

〔104〕舒筋活血洗方（《伤科学》）

组成：伸筋草　海桐皮　大秦艽　独活　当归　山钩藤各9g　川红花　乳香　没药各6g

功效：活血消肿，舒筋止痛。

用法：煎汤温洗患处。

〔105〕八仙逍遥汤（《医宗金鉴》）

组成：防风　荆芥　川芎　甘草各3g　当归　黄柏各6g　苍术　丹皮　川椒各10g　苦参15g

功效：祛风散寒，活血通络。

用法：煎水熏洗患处。

〔106〕上肢损伤洗方（《中医伤科学讲义》）

组成：伸筋草　透骨草各15g　荆芥　防风　红花　刘寄奴　苏木　川芎　威灵仙各9g　千年健　桂枝各12g

功效：活血舒筋。

用法：煎水熏洗患肢。

〔107〕下肢损伤洗方（《中医伤科学讲义》）

组成：伸筋草　透骨草各15g　五加皮　三棱　莪术　秦艽　海桐皮各12g　牛膝　木瓜　红花　苏木各10g

功效：活血舒筋。

用法：水煎熏洗患肢。

〔108〕坎离砂（成药）

组成：麻黄　归尾　附子　透骨草　红花　干姜　桂枝　牛膝　白芷　荆芥　防风　木瓜　羌活　生艾绒　独活各等份　醋适量

功效：祛风散寒、止痛。

用法：用醋水各半，将药熬成浓汁，再将铁砂炒红后搅拌制成。使用时加醋约25g，装入布袋内，自然发热，敷于患处，如太热可来回移动。

禁忌：有皮肤病及皮肤损伤者禁用。

〔109〕正骨烫药（《伤科学》）

组成：荆芥　防风　羌活　独活各6g　桂枝　透骨草　海桐皮　川椒　桑枝　防己各9g

功效：活血舒筋。

用法：共为细末，装在布袋内扎口煎滚，烫局部伤处。

（三）练功疗法

练功疗法，古称导引，是用运动方式防治某些损伤性疾病的功能锻炼，能加速肢体功能的康复。

练功疗法是在“动静结合”原则指导下，在不加重损伤的基础上，通过患者自己伸缩肌肉，活动关节，从而使患者迅速康复的一种方法。

临床证明，关节活动与全身锻炼能起到促进气血流通和去瘀生新的作用。练功疗法有四大优点：①增进代谢和活血化瘀的机能，使受损组织早日康复，并借肌肉收缩，促进血液循环，增进血流量，为受损组织提供必需的营养物质，使筋络得到濡养，关节滑利，伸屈自如。②防止血肿机化而致的关节囊韧带粘连，保持关节活动功能。③软组织受损后，患者常因疼痛等原因，使邻

近或整个肢体处于休息状态，肌肉组织经过长期休息后，必然导致某种程度的肌肉萎缩，并由纤维和脂肪所代替。如在治疗中贯彻“动静结合”的原则，在大夫指导下进行功能锻炼，可以防止肌肉萎缩，关节强直，并能使受损组织修复快、愈合坚、功能好。④局部损伤能影响全身气血虚损，此时容易被风寒湿外邪乘虚侵袭，但积极进行肢体的锻炼，就能调节整个肌体功能，促使气血充盈、筋骨强劲，有利于损伤部位和整个机体的全面恢复。

1.种类和功法

练功疗法有局部锻炼、全身锻炼、器械锻炼三种形式。本节主要介绍局部锻炼。局部锻炼又分为颈项练功法、腰背练功法、肩肘练功法、腕手练功法和髋膝踝练功法。

①颈项练功法（每个动作重复8—12次）

本方法适用于颈项肌肉劳损、落枕、颈椎关节突错位整复后以及颈椎综合症等。锻炼时，可站立或坐位。站立时使双足分开，与肩等宽，双手叉腰。

颈部前屈后伸法：在练习前，先进行深吸气。吸气时，使颈部尽量前屈，下颌接近胸骨柄上缘。然后，在呼气时，使颈部后伸至最大限度。

颈部侧屈法：此法亦在深呼吸下进行。吸气时头向左偏，呼气时头部恢复原位。然后，吸气时头向右偏，呼气时头部恢复原位。

颈部伸展法：在深吸气时，使颈尽量伸向左前方，呼气时头颈还原。然后，在深吸气时，使头颈尽量伸向右前方，呼气时头颈还原。

颈部旋转法：头部先向左侧旋转，继而向右侧旋转，反复2—3次；然后，使头颈部作大回旋动作，先向左侧回旋一次，再向右侧回旋一次。

②腰背练功法（每个动作可重复8—16次）

本练功法主要适用于腰部扭伤、腰肌劳损、韧带劳损以及不明原因的慢性腰背部疼痛和脊柱骨折恢复期。

腰部前屈后伸法：两足分开站立，两手叉腰，做前屈、后伸动作，活动时尽量使腰肌放松。

腰部两侧弯屈法：两足分开站立，两手叉腰，做左右弯屈动作，至最大限度。

腰部回旋法：两足分开站立，双手叉腰，腰部做大回旋活动，先向左旋，再向右旋。速度由慢到快，范围由小到大。先练习一侧，然后再练习对侧。

箭步压腿法：一腿在前，呈屈曲位前弓。一腿在后伸直，使足趾的跖趾关节的跖侧持力。双手扶地，做前弓后蹬练习，以伸展髂胫束，髂股韧带和股四头肌。

蹲位站立法：患者两足分开，练习蹲位，然后再站起，反复7—8次，借以练习臀大肌与股四头肌。

仰卧起坐法：仰卧位，两上臂及手伸向前方，逐渐坐起，以练习腹直肌。然后以两手扶摸足尖。反复4—5次。在练习中逐渐增加次数。

臀肌练习法：患者仰卧，屈曲髋、膝，以足跖蹬床面。练习臀部抬起动作。

摇椅活动法：患者仰卧，两侧髋、膝屈曲，两臂环抱双腿。先练习髋伸屈活动。伸的限度，以臀伸直为度。屈的限度，以双侧大腿前侧完全贴于胸壁为宜。最后抱住双腿，使背部作摇椅式活动。

背肌练习法：患者俯卧位，两下肢伸直，两手放于体侧，使头部、两上肢和两下肢同时做背伸动作，使背部肌肉紧张，尽量做到背伸。

③肩肘部练习法（每个动作重复8—12次）

肩关节的关节盂最浅，主要依赖肌肉、韧带维持稳定，因此

活动范围广泛。它一旦遭受损伤或炎症侵袭，很容易粘连，使关节僵硬。肘关节也容易受损伤，如处理不当，关节功能亦可发生障碍。故肩、肘受伤后，必须早期加强自主性功能锻炼。这对于恢复关节功能极为重要。

肩、肘练功方法适用于肩、肘脱位和肱骨颈、干、髁上、内上髁撕脱性骨折和前臂骨折。尤其对肩关节周围炎患者，练功活动更为重要。

前伸后展法：站立位，两足分开，两手下垂。将上肢向前伸直，然后肘屈曲，上臂向后伸。两侧交替前后伸展，以扩大关节活动范围。

弯腰划圈法：站立位，两足分开，向前弯腰至90°。练习患侧向外划圈活动，由小到大，至最大限度为止。

双手云旋法：取半蹲位，使两上肢及手作旋转云手活动，旋转范围可由小到大，至最大限度为止。旋转时，两膝随着前臂的旋转，作左右摇摆和由屈变伸或由伸变屈活动。

外旋内旋法：取半蹲位。双手握拳，肘关节屈曲，前臂旋后。由腋向前伸出，而后伸展外旋。又使前臂置旋后位，从背后收回到腋下再反复数次。即前臂作划圈活动的同时，使肱骨和肩关节作内旋和外旋活动。两臂交替做以上活动。

上肢旋转法：患者站立位，两足分开，一手叉腰，另手握拳，作肩关节旋转活动，先向后再向前旋转。

双臂展翅法：仰卧位，两手各指交叉，放于头后部，使两肘尽量内收，然后再尽量外展。

手指爬墙法：两足分开，面对墙壁，举起患肢，以四指扶墙。沿墙缝徐徐向上爬行，使上肢高举到最大限度，然后再沿墙缝归回原处。

高举摸顶法：患侧肘关节于屈曲位，上举先摸同侧头顶，再摸对侧头顶。

后伸摸背法：患者将患侧前臂放于旋前后伸位，练习后伸摸背，加大肩关节后伸内旋活动。

滑车举肩法：患者立于滑车下，以绳穿过滑车，双手各执绳之一端、用健侧向上提拉患侧，用力不可过猛。

④腕手部练功法（每个动作重复12—16次）

腕关节、拇指的腕掌关节和其他四指的掌指关节是手部的关键性关节，不但必须保持功能位，而且要旋转自如，动作灵活。因此，处理腕部和手部外伤时，除要保持各关节的功能位外，还须加强其功能锻炼。

腕和手部的练功方法，适用于桡尺下端骨折、前臂骨折、腕部扭伤和劳损、手部掌指或指间关节脱位、手部骨折和手部外伤患者。

抓空练习法：将五个手指张开，再用力抓紧握拳。

旋前旋后法：将前臂贴于胸部两侧，手握棒，使前臂作旋前旋后动作。

背伸掌屈法：各指屈曲，用力握拳，做腕关节的背伸、掌屈动作。

手滚球棒法：手握两枚核桃或圆球，或两条细短棒棍，在手中做滚转活动。

⑤髋膝踝练功法（每个动作重复 8 —12次）

髋、膝、踝关节是人体负重的三个重要关节。它对人体站立、负重、走路、步态以及劳动能力非常重要。其中，膝、踝二关节损伤后遗留功能障碍者多见，故必须抓紧功能锻炼。髋、膝、踝三关节练功方法基本相同。

肌肉收缩法：膝关节损伤以后，股四头肌最易萎缩，须在仰卧伸膝位练习股四头肌收缩活动。

直腿抬高法：膝关节放于完全伸直位，徐徐将伸直的下肢高举，然后再逐渐放回原处，以恢复肌肉的力量。如此，逐渐增加

高举的次数，以恢复肌肉的耐力。

伸膝屈膝法：仰卧位，将膝关节伸直，练习屈伸活动，以恢复肌力和活动功能。

蹬空练习法：仰卧位，两膝关节伸直，先作踝关节反复屈伸活动，然后强屈髋、膝二关节向外上方作蹬空动作。

旋转摇膝法：患者站立，两膝呈半屈膝位，两手分别放于膝上，做膝关节旋转活动，可由屈曲到伸直，逐渐由伸直再到屈曲。

上下台阶法：这种活动方法对髋、膝、踝关节的功能恢复甚为有利。

足蹬滚木法：患者蹬于圆形木棍上，做前后滚动，练习膝、踝关节的伸屈活动。

背伸跖屈法：患者仰卧或坐位，练习踝关节背伸与跖屈活动，先背伸至最大限度，然后跖屈至最大限度。

足踝旋转法：患者仰卧或坐位，先做顺时针方向旋转，再做逆时针方向旋转。

2.注意事项

正确地使用练功疗法，掌握练功动作的要领是取得良好疗效的关键。因此，在练功过程中要注意以下几个问题：

①练功时要全神贯注，思想集中，动作缓而慢；

②练功次数一般每日 2 — 3 次；

③练功过程中对骨折、伤筋患部可配合进行热敷、熏洗、理疗等方法；

④练功过程中要适应四时气候变化，注意保暖。

（四）物理疗法

凡应用各种物理因素（包括电、光、声、磁、热、机械、放射和人工物理因素以及自然界物理因素）作用于人体，以防治疾病的方法，称为物理疗法。

在按摩辅助疗法中，物理疗法是不可缺少的。下面简单介绍几种疗法。

1.超声波

利用超声波治疗疾病的方法，称为超声疗法。通常用于治疗的超声波强度在 3 W/cm²以下，频率为800—1000kHz。一般情况下，它对组织没有损害。

①应用器械、辅助器械及接触剂　器械用超声治疗机，其类型可根据条件选择立地式、台式、轻便携带式。声头冷却方法可分空气冷式和水冷式。输出频率有单一频率和多种频率，输出可选择连续型、脉冲型和连续-脉冲型。

辅助器械备有超声功率测定器、声头支架、水袋（或水枕）、水槽、声漏斗、声头接管、反射器等。

接触剂是治疗时充填声头与体表皮肤之间，防止因空气反射造成声能丧失的物质。一般常用的有水、蓖麻油、液体石蜡、凡士林及其他矿物油。临床上也有专门配制的乳剂、溶胶等。

②操作方法　治疗前要检查机器，各导线应连接良好。水冷式的冷却水管应畅通。各电键、电钮应处于正常位置，仪表指针应在零位。同时要根据治疗需要，给患者选择舒适的体位，充分暴露治疗部位，备好应使用的辅助器械和接触剂。在治疗时，可采取直接接触法或水下法。

直接接触法：声头直接接触治疗部位的皮肤，中间充填耦合剂进行治疗。直接接触法又分为接触固定法和接触移动法。前者是在治疗处体表均匀地敷耦合剂，声头固定在治疗部位，病变区域或作用部位较小。作用剂量也小，一般在0.6W/cm²左右。在治疗部位均匀涂敷耦合剂，放置声头并作直线往返或环形移动，用于治疗范围较大或距离较长的部位。移动的速度一般每分钟约30—60cm。移动过程中不仅速度要均匀，压力也要保持均匀。

水下法：治疗部位浸放在水槽内，水槽内充水。治疗时声头

放入水中距治疗部位的皮肤表面约2—4 cm。作为介质用的水经驱气（煮沸后静止冷却），声头与皮肤表面出现水泡时应随时拭去。

治疗时一定要认真操作，正确掌握剂量，仔细观察变化，经常询问患者的感觉。治疗结束后，依次关闭机器，最后移开声头。一般超剂量为0.5—1.5W/cm^2，治疗时间为5—15分钟，每疗程为15—20次。

③治疗范围　脑血管意外、脑血管意外后遗症（偏瘫等）、痴呆综合证、癫痫、脑挫伤、截瘫、坐骨神经痛、腰骶神经根炎、三叉神经痛、面肌痉挛、末梢神经炎、感染性多发性神经根炎，术后神经痛、慢性关节炎、脊椎关节炎、骨关节病、肩关节周围炎、腱鞘炎、网球肘、滑囊炎、肋软骨炎、肌痛、肌痉挛、骨痂愈合不良，乳腺炎、疖痛、蜂窝组织炎、冻伤、损伤、挫伤、瘢痕组织、溃疡、支气管炎、冠心病、心绞痛、心肌梗塞、闭塞性脉管炎、血管神经症、眼底病等。

④注意事项　声头不能空载时通电，以防止过热损坏晶体。必须在水中或经接触剂作用于人体时再调节输出；同时每次都要检测声头工作情况，最好应用超声天平及其它仪器检测或用假沸腾现象的水试法。涂接触剂时要均匀、足量，声头与皮肤接触要紧密，压力要适当，不要有空隙。

2.直流电药离子导入疗法

利用直流电将药离子导入人体以治疗疾病的方法，称为直流电药离子导入疗法，简称药离子导入疗法。该疗法广泛应用于临床各种疾病的治疗，是常用的电疗法之一。

①应用器械和辅助器具　直流电药离子导入治疗的治疗机是用电子管或晶体管将交流电整流，变成脉动直流电，再经滤波装置而得的稳恒直流电。输出电压一般不超过100V，电流强度不超过100μA。

辅助器具有电极板，是治疗机接触人体必不可少的导体，还有导线、夹子、衬垫及固定电极用品，此外应备有药液及药物衬垫。

要选择能够电离成带正电荷或负电荷的离子或胶体质点的药物。因为直流电药离子导入疗法具有固有的治疗作用和特点，但并非所有的药物都能用于离子导入。如果不能电离，就不可能利用直流电将该药导入体内。

药物衬垫是用药液浸湿布垫而成。药物衬垫可用一层绒布或4—6层纱布制成，亦可用滤纸代替棉织品。药垫的面积应略大于铅板，且与用水浸湿的布垫等大。为了防止沾染寄生离子，每个药垫需要有标记，供一种药物专用。放置药垫的电极称为主电极（作用极），另一极是水湿垫，为辅电极（非作用极）。

②操作方法　让患者选取舒适的体位，暴露治疗部位，检查局部皮肤情况、有无抓伤、擦伤、破损。如有外伤、破损则不宜用药离子导入疗法，根据治疗要求选取电极及药垫。直流电药离子导入疗法的特点是将药液均匀地洒在药垫上，使绒布或滤纸充分湿润。把药垫展平，直接置于皮肤上。在药垫上放置水湿垫及金属电极板。同时在电极板上覆盖一块比衬垫稍大的塑料布或油绸，并根据情况用纱绷带，或由患者自身体重将电极固定妥当。通电前注意检查治疗机输出调节旋钮应在零位，极性变换开关指向所需位置，电流表量程开关在合理位置，导线联接正确无误。接通电源后按顺时针方向缓慢地转动输出调节旋钮，使电流的强度逐渐加强。开始时要给较小的电流量，经2—3分钟后再调至所需电流强度。治疗时要经常询问患者有何感觉，并酌情增减电流强度。治疗结束时，缓慢按逆时针方向转动输出调节旋钮，待毫安表针降至零位后，切断电源，取下固定用品，并用纱布将皮肤擦干，检查局部皮肤反应。正常情况下皮肤应为均匀的潮红。每次治疗时间一般为20—25分钟，每日一次，10—20次为一疗程。

③治疗范围　由于各种药物有固有的治疗作用和适应范围，因此要通过辨证论治而定。

④注意事项　治疗前应向患者说明通电时的正常感觉（均匀的针刺，轻微的温热感）和可能出现的异常感觉（局限性刺痛或灼痛）。若有异常感，要立即告知工作人员。要求患者在治疗时勿入睡，不得移动衬垫、变更体位、触摸接地的金属物品。通电前要仔细检查导线联接、电流表量程开关、极性变换开关等与治疗要求是否相符。使用前检查药液有无变质。易失效的药物应临时配制和定期更换。对不同药物的药垫及湿垫应分别洗涤，最好能分开煮沸消毒，以免沾染寄生离子。治疗结束时，最好在局部涂以50%甘油，以防皮肤干燥、皲裂。

3.低频脉冲电疗法

电流对感觉神经与运动神经有强烈的刺激作用。用频率低于1KHZ各种波形的脉冲电流刺激人体治病的方法称为低频脉冲电疗法，又叫刺激电疗法。低频脉冲电疗法中又分感应电疗法、神经肌肉电刺激疗法、超刺激电流疗法。

①应用器械　感应电疗法使用的仪器与直流电疗法相同。不同的是感应电疗法所用电极还有手柄电极、碾式电极与刷状电极等。

神经肌肉电刺激疗法使用HWYZz型综合治疗机。导线金属电极板、衬垫以及电极固定用品与感应电疗法基本相同。

超刺激电流疗法的仪器与神经肌肉电刺激疗法仪器相同。

②操作方法　患者取舒适的体位，放松肌肉，充分暴露治疗部位。依据不同病情选择适宜的电流波形和频率，接好极板，放上衬垫。治疗时应注意以下几点：首先要检查机器的各种旋钮是否处于零位，然后再接通电源，按需要调整各个旋钮。治疗时应注意观察患者肌肉的收缩状态是否符合治疗的要求。治疗结束后将旋钮旋回零位，切断电源，取下电极。每日或隔日治疗一次。

治疗时间及疗程的次数可依病情而定。

③治疗范围　废用性肌萎缩、神经功能丧失、肌无力、肌劳损、挫伤、知觉障碍、神经衰弱、神经炎、神经痛、神经根炎、瘫痪、胆道蛔虫、急性腰扭伤、习惯性便秘。

④注意事项　治疗时应在极板下置衬垫。每次治疗时强度均由弱剂量开始，逐渐加至所需强度。每次治疗应不引起局部疼痛及肌肉疲劳。在使用超刺激电流疗法后，皮肤充血明显，局部宜涂50%甘油，反应重者可涂以氢化考的松油膏，并嘱患者注意保护皮肤，不要抓伤。

4.磁疗法

临床上用磁场作用于人体一定部位和穴位治疗疾病的方法就是磁疗法。在治疗方法上又有敷磁法、旋磁法、磁-电法、综合磁疗法之分。但临床治疗疾病时，一般用单法或两法以上结合使用。

①应用器械　敷磁法是利用永磁体的恒定磁场治病的方法。它选择不同规格、形状的磁片。磁片形状多用圆形，其次为条形及环形。

旋磁法是利用旋磁机产生脉动磁或交变磁进行治疗。

磁-电法是使用电磁疗机使之产生低频交变磁治疗。电磁疗机的磁场由电磁铁产生的交变磁场。交变磁场频率一般为50周/秒，磁感应强度500—3,000GS（高斯）。磁头分圆形、凹形、环形、条形等，以用于人体的不同部位。

综合磁疗法是旋磁法或磁-电法再配合应用敷磁法。应用的器械同前。

②操作方法　敷磁法在敷磁前应测定磁片磁强度、极性。根据病情选择适当的磁片，用胶布固定于穴位或患处，也可根据穴位或部位将磁片缝在内衣上、帽子里或布带上。选穴原则与针刺和耳针疗法基本相同。放置磁片有单片法、并置法和对置法。并

置法是磁片间隔应大于磁片直径。对置法是南北极互吸。放置时可任选一极接于皮肤。敷磁过程中注意不要来回翻转极性。敷磁时间可连续，即昼夜24小时均贴敷磁片，也可每日贴敷一定时间，如夜间贴敷，白天取下，或白天贴敷，夜间取下。每3—7日复查一次，根据病情调整穴位和部位，增减磁片或磁场强度。一般10—30天为一疗程。用过的磁片可用汽油擦干净，再用75%酒精消毒。用于溃疡面的磁片要遵守无菌操作。磁片使用过程中要避免碰击、火烤或接近手表。配带降压带第一周内应经常测量血压，以便根据血压波动的情况决定配带磁片的多少和时间的长短。

用旋磁法时，患者取合适体位，调整机器升降架高度及横臂的长度至合适位置。同时，用弯曲蛇皮管把磁头置于治疗部位，再打开电源开关，然后调节输出电压旋钮至所需电压值。治疗结束后按相反顺序关闭机器，将机头取下。一般每个穴位或部位治疗5—15分钟，每次治疗最多不能超过30分钟，10—15次为一疗程。

用磁-电法时，在操作前先检查机器，并嘱患者治疗时切勿移动身体，并将手表摘掉。治疗时将磁头导线插入插孔内，选择合适的磁头置于治疗部位，然后接通电源，按说明顺序调好机器。治疗中应询问患者有无过热现象，如过热应加纱布等隔垫。磁头过热还可更换磁头，或降温后再用，要严防烫伤。每次治疗15—30分钟，每日一次，10—15次为一疗程。治疗结束时，按相反顺序关闭机器。

综合磁疗法：其操作方法与敷磁法、旋磁法、磁-电法相同。

③治疗范围

内科：高血压病、冠心病、支气管炎、支气管哮喘、急性胃肠炎、慢性胃炎、慢性腹泻、胃肠功能紊乱、关节痛。

神经科：神经衰弱、头痛、三叉神经痛、臂丛神经痛、坐骨神经痛。

外科：腰肌扭伤、肩周炎、滑囊炎、腱鞘炎、腱鞘囊肿、网球肘、跟痛症、静脉炎、血栓闭塞性脉管炎、颈椎病、肋骨软骨炎、乳腺增生病、疖、前列腺炎。

皮肤科：带状疱疹、皮肤慢性溃疡、神经皮炎。

妇、儿科：痛经、小儿单纯性消化不良、遗尿症。

五官科：浆液性耳软骨膜炎、过敏性鼻炎、咽炎、麦粒肿、急性结膜炎、泪囊炎、中央性视网膜脉络膜炎、神经性耳聋、耳鸣。

④注意事项　在明确诊断的基础上，恰当施治。一般外科病以局部病变治疗为主，痛点要找准；高血压、神经衰弱等病以循经取穴为主；胃炎、胃肠功能紊乱等按解剖部位治疗和循经取穴相结合。由于各种磁疗法的磁场类型不同，生物效应也不同，因此治疗上应予注意。在治疗前应向患者讲清磁疗的副作用（头晕、乏力、嗜睡），以便消除顾虑，配合治疗。对年老体弱者、妇女、婴幼儿，以及治疗颈、胸、头部时，要尽量降低副作用。治疗时间每次不超过30分钟，四肢关节部位可适当延长，而眼部不超过15分钟。

5.蜡疗法

临床上以加热熔解的石蜡为温热介质，涂敷于患部，将热能传至人体以达到治疗目的的方法，称为石蜡疗法。

①应用器械　熔蜡（应单设熔蜡室，不可在治疗中熔蜡）、大小不同的蜡盘、刷蜡的毛刷、拧纱布垫的木制拧干器、喷蜡用的喷雾器、测蜡温的温度计等。

②操作方法　患者要取适当体位，露出患部。治疗时可将溶化的石蜡浸泡纱布垫或做成蜡饼，放在治疗部位上，或将熔蜡冷却到50—60℃时直接刷在治疗部位上；或将55℃左右的熔蜡倒在

相应的槽中，将治疗部位迅速浸入蜡液中并立即移出，反复数次。形成蜡套后，再将治疗部位持续浸入蜡液中；或用刷子将石蜡涂在治疗部位上，再以8～10层浸蜡的纱布敷于其上。不管采取哪种方法，都要在石蜡外面依次用漆布（或塑料布）、棉垫和毛毯包裹保温。治疗时间20—60分钟，每日或隔日治疗一次，15—25次为一疗程。

③治疗范围　关节炎、扭挫伤、冻伤、外伤性滑囊炎、腱鞘炎、肌炎、瘢痕挛缩、关节强直、循环障碍、术后粘连、胃与十二指肠溃疡、肝炎、胆囊炎、盆腔炎、神经炎等。

④注意事项　熔蜡时宜隔水加热，以免石蜡烧焦。加热时应防止水汽进入蜡锅。对用过的石蜡，必须清除其中的汗、泥和脱落皮肤等污秽物，并进行消毒（用几层纱布或细孔筛）滤过熔化的石蜡或向加热熔解的石蜡中加白陶土2—3%或滑石粉2—3%，凝固后切除污秽杂质部分即可），方可重复使用。对用在创面、溃疡面及体腔的石蜡不可再用。对于重复使用的石蜡必须定期加入10～20%新蜡，并应定期消毒（加热100℃，15分钟）和过滤；治疗中如出现皮疹，应停止治疗。

6.激光疗法

临床上以各种形式激光治疗疾病的方法，称为激光疗法。

①应用器械　气体激光器、固体激光器、半导体激光器。

②操作方法　患者取合适体位，暴露治疗部位，按治疗要求选用激光器。小功率气体激光器常用照射方法，有直接照射法、经透镜散焦或聚焦法及光导纤维法。

氦-氖激光器操作法：接通电源，点燃激光管，再调整电流至激光管最佳工作电流量，使激光管发光稳定。在照射创面前，需用生理盐水或3%硼酸水清洗干净。需照射穴位的，应先准确地找好穴位，可用龙胆紫做标记，照射的距离一般为30—100cm（根据病情及激光器功率而定）。激光束与被照射部位呈垂直位

使光点准确照射在病变部位或经穴上。照射剂量尚无统一标准，小功率氦-氖激光输出功率10mw以下，每次可照射3—10分钟，每日照射一次，同一部位照射一般不超过12—15次。对于直接照射不方便的部位，可通过光导纤维照射到治疗部位。激光器一般可连续工作4小时以上，连续治疗时不必关机。

二氧化碳激光器操作法：首先打开水循环系统，并检查水流是否通畅。水循环系统故障时不得开机工作。治疗时，患者取合适体位，暴露治疗部位，使各机钮应在零位，接通电源，依次开启低压及高压开关，并调至激光器最佳工作电流量。然后，缓慢调整激光器，以散焦光束照射治疗部位。照射距离一般为150—200cm，以局部有舒适之热感为宜，勿使过热，以免烫伤。每次治疗10—15分钟，每日一次，7—12次为一疗程。治疗结束，按与开机相反顺序关闭各机钮。关闭机钮15分钟后再关闭水循环。

③治疗范围

氦-氖激光疗法的适应症：原发性高血压、低血压、哮喘、肺炎、支气管炎、胃肠功能紊乱、肝炎、神经根炎、白细胞减少症、神经衰弱、神经性头痛、面神经炎、三叉神经痛、慢性溃疡、褥疮、烧伤创面、疖、静脉炎、血栓闭塞性脉管炎、挫伤、扭伤、慢性鼻炎、过敏性鼻炎、萎缩性鼻炎、咽炎、扁桃体炎、喉炎、声带水肿、病毒性角膜炎、中心性视网膜炎、湿疹、皮炎、斑秃、带状疱疹等。

二氧化碳激光疗法的适应症：疖肿、淋巴腺炎、急性蜂窝组织炎，急性乳腺炎，慢性溃疡、术后粘连、扭伤、腰肌劳损、慢性风湿性关节炎、神经性皮炎、湿疹、面神经炎、外耳道疖、急性鼻窦炎、急性咽炎、急性喉炎、急性声带炎、宫颈炎等。

④注意事项　激光器须合理放置，避免激光束射向人员行走频繁的区域。在激光辐射的方向上应安置遮光板或屏风。操作人员须穿白色工作服，戴白色工作帽。操作人员和接受面部治疗的

患者均须戴防护眼镜。无关人员不准进入激光室，更不得直视激光束。操作人员应定期做健康检查，特别是眼底视网膜检查。

7.穴位注射

临床上对穴位进行药物注射，通过针刺和药液对穴位的刺激及药理作用，从而调整机体功能、改善病理状态的治疗方法，叫穴位注射法。

①应用器械与药物　器械有已消毒的2—20ml注射器，5—$6\frac{1}{2}$号的注射针头。根据病情需要，选用宜作肌肉注射的药物，常用的有5—10%葡萄糖溶液、生理盐水、抗菌素、维生素B_1、B_{12}、阿托品、0.5—1%普鲁卡因、各种组织液以及当归、川芎、板兰根等多种中药注射液。

②操作方法　根据注射部位的具体情况和药量的不同，选择合适的注射器和针头。局部皮肤进行常规消毒后，将针头按照毫针刺法的角度和方向的要求，快速刺入皮下或肌肉的一定深度，并上下提插，出现针感后，若回抽无血，即将药物注入。注射的剂量视药物和注射部位不同而有差异。如四肢及腰部肌肉丰厚处，可注入5—10%葡萄糖液10—20ml、头面及耳廓等处，一般只注0.3—0.5ml，中药浸出液可注入1～2 ml，抗菌素或其它药物以原药物剂量的1/5～1/2为宜。每日或隔日注射一次，10日为一疗程。

③治疗范围　咳嗽、哮喘、痹症、胃痛、腰痛、三叉神经痛、坐骨神经痛、软组织扭挫伤等。

④注意事项　要注意药物的性能、药理作用、剂量、配伍禁忌、副作用和过敏反应。凡能引起过敏反应的药物（如青霉素等），必须先做皮试。副作用较严重的药物，应谨慎使用。一般药液不宜注入关节腔、脊髓腔和血管内。这些药物误入关节腔，可引起关节红肿、发热疼痛等反应；误入脊髓，有损害脊髓的可

能。在主要神经干通过的部位做穴位注射时，应注意避开神经干，或浅刺以不达到神经干所在深处为宜。如针尖触到神经干，患者有触电感，要稍退针，然后再注入药物，以免损伤神经。注射躯干部，不能过深，防止刺伤内脏。孕妇的下腹、腰骶部及合谷、三阴交等穴，一般不宜做穴位注射，以防流产。

8.空气离子疗法

临床上应用空气离子发生器所产生的空气离子，来达到预防和治疗疾病的一种物理治疗方法称为空气离子疗法。

（1）应用器械　高压水喷雾人工空气离子发生器。

（2）操作方法　患者坐在装有发生器的房间内接受治疗。首先检查各胶管接头、胶塞及空气压缩机皮带是否牢固；接通电源后一般待气压升至2.5-3公升／平方厘米时，即可开启气道分路开关，开始治疗。要根据患者多少可同时使用若干个喷射器；并按不同病种喷射器内分别采用不同药物进行分组治疗。每次治疗时间一般为20-30分钟，每日1-2次，15-20次为一疗程。亦可以用喷头对准口鼻区进行雾化药物吸入疗法。根据不同疾病，还可采用各种药物溶液通过水空气离子发生器，使其离子化或带上电荷，让患者吸入，可增强治疗作用。

（3）治疗范围　高血压Ⅰ、Ⅱ期，支气管哮喘、萎缩性鼻炎、闭锁性动脉硬化的初期及血管痉挛型闭锁性动脉内膜炎、神经衰弱、慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡、神经性皮炎、荨麻疹、动脉硬化症、慢性上呼吸道炎、阿夫他口腔炎、烧伤。

（4）注意事项　治疗中胶管不能折迭，喷嘴不能堵塞，如有通气不良，应关闭分路开关，排除故障后再进行治疗，以防爆炸。如气压过高，应立即打开放气管开关排气。贮水管中液平面不得超过出口端，否则不引起喷雾。喷射器应经常用水清洁，以免污物堵塞。动力间与治疗室应距离较远，或有良好隔音设备，以保持治疗室内安静。

9.水疗法

临床上利用各种不同温度、压力、成分的水，以不同形式作用于人体来防治疾病的方法，称为水疗法。

（1）应用器械　冷水（低于25℃）、低温水(25℃-33℃、半温水（34℃-37℃）、温水（38℃以上）。

（2）操作方法　水疗的种类及具体运用方法极多，此处仅选其实用价值较大，且不需复杂设备，较易开展的有浸浴和淋浴两法。

浸浴法是水疗法中最常用的一种方法。浸浴的特点是受作用的身体表面直接与水持续接触，其作用除温度因子外，尚有水的静压作用及浮力作用，搅动水时有机械按摩作用，当用药物浸浴或水浴时，还兼有明显的化学作用。浸浴又可根据体表受水作用面积大小可分为局部浸浴及全身浸浴。

局部浸浴又分手足浴、坐浴、旋涡浴。手足浴是用木盆或皿槽浴的手槽（足槽）进行治疗。此法常利用其反射作用。治疗时间为：水温在40℃以上时，每次10-15分钟；20℃以下时，每次3-5分钟。坐浴水温38℃-40℃时，每次20-30分钟。旋涡浴是利用水泵或其它机械装置，使浴槽内水呈涡流状流动，将患肢浸入涡流中治疗，水温38℃-40℃，每次15-30分钟，此法机械作用较强，治疗后可使皮肤血管扩张，肌肉松驰，代谢增高。

全身浸浴又分淡水浸和药物浸浴。淡水浸浴可用普通浴盆施行。每次水量约150-200立升。根据不同疾病可采用不同温度的淡水治疗，每次约15-20分钟。药物浸浴中包括盐水浴、松脂浴、碳酸氢钠浴、中药浸浴。盐水浴（即人工海水浴）是在普通盆浴中加入食盐1-2kg，使浴水含盐量达到1-1.5%，水温38℃-40℃。此种高张食盐溶液刺激，可使血管扩张，因而能改善皮肤的血液供给和代谢。松脂浴在淡水中加入50-75g脂粉，水即成碧绿色，并放出松脂的芳香气味，能给人以清爽愉快感觉。

碳酸氢钠浴在淡水中加入碳酸氢钠75—100g，水温在35℃—38℃，每次15—20分钟。该法特点是热作用强，比同样条件的淡水浴可使肌体吸热多1～1.5倍，并有溶解皮脂的作用，可改善新陈代谢。中药浸浴可按病情辨证取方。

在使用浸浴治疗前，按医嘱调好水温，加入规定的药物，搅拌均匀，入浴后要注意观察患者的反应，瘫痪或体弱者应用固定架，以防溺水。治疗完毕，擦干身体，让患者休息10分钟后方可离去。每次治疗完毕，浴盆须用5%来苏水洗擦消毒，经15分钟后方可再用。凡是皮肤病或传染病患者，要固定隔离专用浴盆进行治疗，心血管疾患，治疗前后须测量呼吸、脉搏，注意变化情况。

淋浴是应用各种不同型式、温度与压力的水，冲击到人体来防治疾病的物理疗法。淋浴的种类很多，现将几种常用的操作方法介绍如下：

直喷浴　患者立于距操纵台2.5—3m处，以水枪喷射全身或局部，每次3—5分钟，在治疗中水温要从33℃—35℃渐降至28℃—25℃，水压从1—1.5大气压渐升至2～2.5大气压。此法机械作用强，具有温度作用。

扇形淋浴　患者站立位置同直喷浴，操作者以手压水枪喷口处、或应用扇形喷枪，每次3～5分钟　水温在治疗中从33℃渐降至28℃，水压从1.5大气压至3个大气压。其机械作用较直喷浴弱，有温度作用。

雨状淋浴　喷水器直径约150—200mm，上有小孔，装在距地面2～3m高度，使水呈雨点状落在患者身上，水不太温时持续时间5—6分钟，用较冷水时，持续时间2—3分钟。机械作用弱，为一提神疗法，可强壮身体。

周身淋浴　由十多根竖立与身体平行的管子围成圆架，管子开有许多小孔，头顶高处装有雨状淋浴器，使水流从四面八方垂

直射向患者。此法机械作用强，周身均受到作用。

针状淋浴　针状喷水器装在距地面2—3米高处，水压2—3个大气压，喷成一簇针状水流，落在患者身上。此法压力刺激作用较强。

雾状淋浴　水经过许多小孔的淋浴喷头，变成微小水滴落在患者身上。此法主要是温度因素，机械作用甚小，但是有微风吹拂感觉，有镇定作用。

上行喷浴　喷水器同雨状淋浴，但直径较小，装置在地面，向上喷射，设有马桶式坐椅，患者坐着进行治疗，水温水压根据需要调节，每次治疗5—8分钟。

冷热交替浴　热水40℃～45℃或更高，冷水20℃或更低，先用热水作用30秒，而后改用冷水作用20秒，如此重复3—4次，共2—5分钟。此法具有温热和机械作用，常作为局部治疗法。

施用淋浴法要根据治疗要求调节水温进行治疗。治疗中要询问观察患者反应。治疗后要患者擦干身体，休息片刻方可离去。

（3）治疗范围

手足浴　肺炎、支气管哮喘、急性支气管炎、头部充血、脑血管痉挛。

坐浴　痔、肛裂、会阴感染、瘙痒。

旋涡浴　周围神经麻痹（脊髓灰质炎后遗症）、骨折除去石膏后的肢体。

盐水浴　关节炎、多发性神经炎。

松脂浴　神经官能症（兴奋型）、初期高血压、肌痛、多发性神经炎。

碳酸氢钠浴　各种皮肤病、关节病。

中药浸浴　同碳酸氢钠浴。

直喷浴　神经官能症、机能不全性麻痹，腰肌劳损，坐骨神经痛。

扇形淋浴　常作为直喷浴准备治疗或用于神经系统兴奋性减低者。

雨状淋浴　神经官能症、肌痛。

周身淋浴　同雨状淋浴。

针状淋浴　同雨状淋浴。

雾状淋浴　神经官能症兴奋型。

上行喷浴　痔瘘、前列腺炎、慢性盆腔炎、脱肛。

冷热交替浴　慢性多发性神经炎、不全麻痹、肌肉萎缩。

（4）注意事项　进行水疗时应根据患者的全身情况、人体反应性及疾病的性质，分别给以不同剂量。水疗医嘱必须写明种类、水温、水压及治疗时间。操作者必须严格执行医嘱，注意准确性，否则影响疗效，甚至发生不良后果。水疗更衣室的温度不应低于22℃，温、热水治疗室，室温不应低于25℃。为了保持水疗室的温度和湿度，必须有良好的通风设备和保暖设备。连续治疗时，注意观察患者的反应，及时调整治疗强度。冷水浴时注意水温要从30℃开始逐渐降低温度至20℃甚至更低温度。同时在冷水浴时须进行摩擦或作轻微运动，勿使患者着凉。如果患者皮肤出现鸡皮疙瘩、发抖、口唇发绀等反应时，应停止治疗或调节水温。治疗后患者要休息以延长治疗反应。

过高或过低温度的浸浴的禁忌症　动脉硬化（特别是脑血管硬化）、心力衰竭、高血压病，

水温加热后病灶容易急性爆发的疾病有隐性心内膜炎、结核、化脓性病灶。

10.泥疗法

临床上利用各种泥类物质加温后涂敷于患部，而达到治疗目的的一种物理疗法称为泥疗法。

（1）应用机械：淤泥、矿泥、泥煤、有机泥（腐泥、骸泥）、纱布、胶布。

现将最常用的淤泥作一介绍。淤泥产生在盐水湖底或海港、海湾突入大陆之处。这种泥是由存在于水里的动、植物残骸（如藻、甲壳类等）腐败而成。淤泥呈深灰色或黑色，干燥后因氧化而变成灰色粉末状。

在采治疗泥时，最好在春、夏末或初秋季节，挖泥时先除去上层浮泥，因其中含有很多杂质和未完全分解的植物等，最下层也应舍弃。泥的储藏要装入木桶和泥池，上面放一层水，如是海泥则加5%食盐水，水应高出泥10～15cm，泥箱可存放在地下室，同时要注意室温不宜过高或过低，以免使泥的胶性变坏。

（2）操作方法　治疗泥的温度一般在42℃左右，但可根据病情逐渐增加，由40℃～45℃开始，逐次增加，一般不超过55℃。每次治疗时间15—30分钟，每日或隔日治疗一次，10～12次为一疗程。治疗时将已准备好的泥在胶布上铺成厚约3～6cm的泥饼，大小根据治疗面积而定。在治疗部位上涂一层薄泥，然后将治疗部位放在泥饼上，并按层次包裹。每次治疗完毕，用温水（34℃～38℃）擦洗治疗部位，或用温水淋浴。如在创面治疗时，应先用一层纱布或泥片敷盖表面，然后再敷泥。

（3）治疗范围　骨骼、肌肉运动系统和周围神经的亚急性慢性炎症、周围神经损伤的后遗症、各种慢性陈旧性损、挫伤、关节炎、腹腔内的粘连。

（4）注意事项　治疗时应随时询问患者反应，特别是对体弱和大部位治疗者。如发现有大量出汗，头昏及其他不良反应时，重者应立即停止治疗。轻者尚可在严密观察下继续治疗。但如经治疗几次后反应仍不消失，则应停止治疗。对治疗后的患者嘱其不要用热水冲洗治疗部位；避免过劳；当天治疗后不应做日光浴。疗程结束后，需休息二周以上才可进行第二疗程。疗效常于疗程结束后才显出。对于急性化脓性疾病、高热患者，代偿机能失调的心、肾疾患，进行性活动性肺结核，骨结核，恶性肿

瘤，糖尿病，严重的动脉硬化，出血素质，严重的神经官能症，甲状腺机能亢进等病证禁止使用。

11. 坎离砂疗法

临床上利用坎离砂加醋产生热而用于治疗的一种传导热疗法，称为坎离砂疗法。

（1）应用器械　坎离砂、醋、棉垫、布垫、砂袋。

（2）操作方法　将坎离砂倒入盆中，用2%醋酸或食醋拌匀至全部潮湿，然后分装于大小不同的布袋中用浴巾或毛毯包好，待其温度上升到45℃—50℃即可应用。暴露治疗部位，上面放1—2层布垫，然后将砂袋放上，再包以棉垫保温。使坎离砂温度逐渐上升，如超过治疗允许温度时，可在砂袋下面加布垫。要经常测温，使治疗部位保持要求的温度。治疗温度一般在45℃—52℃，每次20—30分钟，每日一次，15—20次为一疗程。

（3）治疗范围　慢性风湿性关节炎、慢性肠炎、肥大性脊柱炎、肌纤维组织炎、腰部劳损、关节扭挫伤，关节手术后功能障碍、神经痛、慢性腰腿痛。

（4）注意事项　治疗前要了解患者皮肤知觉有无异常，检查皮肤有无破损。治疗时应经常检查并询问患者有无不适感，温度过高时，应及时加布垫，防止烫伤。加布垫时，不能直接加在皮肤表面，因凉布垫会降低皮表温度，使患者有不适感，要加在第一层布垫和砂袋之间。

12. 铁砂疗法

临床上利用铁屑加醋（或醋酸）产热的方法来进行治疗疾病，称为铁砂疗法。

（1）应用器械　铁屑、醋溶液、25×20cm²布袋、木槽（或陶瓷缸）、温度计、秤。

（2）操作方法　将醋或稀盐酸配成10%的溶液（用温水配制发热较快），然后加入铁屑中（其比例为10：1，即5kg铁屑加

0.5kg10%醋溶液），搅拌均匀，放置15分钟后即可装入布袋中，每袋装0.75kg，并将各袋叠置一起，用棉垫保温，待发热至50℃时，即可开始治疗。使用方法同块离砂疗法。

（3）治疗范围　慢性风湿性关节炎、慢性肠炎、肥大性脊柱炎、肌纤维组织炎、腰部劳损、关节扭伤、神经病、慢性腰腿痛。

（4）注意事项　治疗中要注意观察患者反应，防止烫伤。铁屑可重复使用3—4次，之后要用筛子筛去已氧化的铁粉，每次用时最好加入适量新铁屑。治疗完毕，应及时清洗布袋，否则易被醋酸腐蚀损坏。

13. 酒醋疗法

临床上用中药、酒、醋加热，作用于体表的一种物理疗法，称为酒醋疗法。

（1）应用器械　常用中药（胡椒、荆芥、防风、乳香、没药）等量研细末、75%酒精、食醋、白布、油布、火柴、酒精灯。

（2）操作方法　暴露治疗部位并尽量放平。将药物均匀撒布在受治表面，然后用六层白布盖上，周围皮肤盖以油布，以防烧伤。取酒精均匀洒在布上至微潮湿，再洒醋直至布和药物均潮湿，再洒酒精少许，后用火点燃。燃烧至将熄灭时再加酒精，保持不息，如此3—5遍，熄灭后待至治疗时间到，便可除去敷物。每次治疗20—30分钟，每日一次，每一疗程5～10次。此法较复杂，容易烫伤，可采用红外线照射，只需将加温的药物涂敷于受治局部，然后照射，每次20～30分钟，每日1次，10～15次为一疗程。

（3）治疗范围　腰部扭伤及劳损、关节韧带扭挫伤、风湿性关节炎、风湿性肌炎、类风湿性关节炎、原因不明的腰痛（非器质病变）。

（4）注意事项　直接在治疗部位燃点时，嘱患者不得移动治疗部位，以防烧伤。第二次洒滴酒精应在敷料边缘1厘米以内范围，以防酒精流至皮肤引起烧伤。酒醋疗法所用药物可反复使用，一般可用3—5天后再换新药。此法不适用于严重心脏病、皮肤感觉迟钝患者。

14. 冷冻疗法

临床上使用比人体温度低的物理因子（冷水、冰、蒸发冷冻）刺激来达到治疗目的的一种物理疗法，称为冷冻疗法。

（1）应用器械　冷水、冰、冰袋、毛巾、循环冷却装置、氯乙烷。

（2）操作方法　冷冻的治疗方法在临床的操作有以下几种。蒸发冷冻法，是利用一些容易蒸发的物质贴近体表，吸收热能而使局部温度降低。最常用的是氯乙烷喷射法，喷射时间因病情不同而有异，最短的20—30秒钟，最长的可延续至15分钟，并多用间歇喷射法，如喷射5秒后停止30秒，如是反复多次；敷贴法是冷冻疗法中最常用的简便方法。其中冰袋法是将冰袋（将冰块捣碎放入橡胶制成的冰袋中）敷在局部，治疗时间可视病情确定，一般在同一部位以不超过24—48小时为宜。冰贴法是将冰块隔着毛巾（或直接熨贴皮肤），熨贴皮肤使皮温逐渐下降，治疗时间可用20～30分钟（如直接熨贴皮肤，时间可减半，因为此法刺激强）。循环冷却法是用循环装置进行。因此法亦可在腔内进行，故可用于胃局部冷冻。泡浸法是将肢体放入冷水或冰水中泡浸，以达到治疗疾病的目的。一般冷水温度13℃—15℃左右，时间视需要而定，如虫、蛇咬伤治疗，时间可持续至36小时，治疗烧伤一般是1—5小时，冰水浸泡的温度以5℃左右最合适。

（3）治疗范围　肾绞痛、痛经、偏头痛、腰痛、落枕、疤痕灼痛、截肢后残肢端及创伤痛、冻疮、外伤性血管运动障碍、急性浅表性静脉炎、胃出血、胃及十二指肠溃疡、肌肉及韧带扭

挫伤、烧伤（面积20%以下1—3度）、疖肿、丹毒、蜂窝组织炎、局限性急性皮炎及瘙痒症。

（4）注意事项　治疗时要随时观察局部皮肤情况，防止发生皮肤凝冻或组织冻伤，特别对创伤部位治疗时间以不超过48小时为宜，否则造成冻伤，延长伤口愈合过程。冬天治疗时要注意非治疗部位的保温，防止感冒。在进行冰贴时防止溶化的冰水流到身体其他部位或浸湿衣服，可在周围垫以毛巾保护。对冷冻敏感或过敏者及肢体麻痹，皮肤知觉障碍的患者禁用此法。

卷　五

十四、伤科疾病

伤科疾病是按摩治疗最有效的病症。伤科疾病包括软组织损伤、脱臼、关节紊乱症等。

（一）软组织损伤

中医学称软组织损伤为“伤筋”。所谓“伤筋”实际上是指人体骨骼周围的皮肤、皮下组织、肌肉、肌腱、筋膜、关节囊、滑液囊、韧带、腱鞘、血管、周围神经、椎间盘纤维环、关节软骨盘等软组织的损伤。按摩对软组织损伤有独特的疗效。

软组织损伤的原因主要是外力，其次是六淫之邪和邪毒，此外体质虚弱，筋骨不健、七情所伤也可引起。

外力有直接外力、间接外力、积累性外力三种。直接外力损伤是指外界的暴力直接作用于局部，而引起的损伤。间接外力损伤是指外力作用于某个部位后，由于力的传导作用，使直接作用部位以外的部位发生损伤。积累性外力损伤是指患者长期处于某种用力姿态，虽然这种用力姿态在短期内不足以致病，但是持久而反复的作用导致受力部位的软组织损伤。

六淫之邪引起的软组织损伤主要是风、寒、湿三邪。风为百病之长，易伤人的皮毛；寒主收引，易使筋脉拘急，骨骼悉痛；湿性重着腻滞，易伤肌肉、经脉。皮毛、筋骨、肌肉是人体软组织的重要组成部分，所以，风、寒、湿三邪是软组织损伤的重要原因。

邪毒引起的软组织损伤分为内源性和外源性两种。邪毒主要是指外来的感人致深致烈的病邪。它包括现代医学所说的细菌、病毒等。内源性是指邪毒侵入人体的经络，传至筋骨，或内入脏腑，聚集致病（即血行传播），故称内源性。外源性是指邪毒自创口直接侵入或由邻近组织传入，在局部聚集瘀塞，瘀久化热，蕴热成脓，腐蚀筋骨（即直接感染），故称外源性。

年老体弱、肝肾虚损或久病体衰、先天不足，后天失养、筋骨不健等使软组织承受外力的应激能力下降，此时稍受外力即可引起软组织损伤。例如，弯腰拾物，提鞋伸腰等即可引起闪腰、岔气等。某些软组织由于生理结构上的特点，即使在正常的生理条件下活动，亦容易造成损伤。例如，肱二头肌长头肌腱细长，并通过由肱骨大结节、小结节组成的结节间沟以及结节间沟上覆盖的腱鞘，这使肱二头肌长头腱在肩关节正常的活动范围内极容易磨损而受到损伤。七情的改变常使气血运行发生变化。七情过激可导致气血运行不畅，筋骨失于濡养，导致软组织损伤。

软组织损伤按病因可分为扭伤、挫伤、碰挫伤；按时间可分为急性、慢性；按程度可分为断裂伤、撕裂伤；按肢体皮肤的完整情况可分为开放性、闭合性。

软组织损伤的治疗有按摩、包扎固定、药物、功能锻炼、针灸、理疗、封闭、器械牵引等方法。本卷主要介绍按摩和包扎固定，而药物、功能锻炼等详见其他卷目。

按摩治疗的原则是在明确损伤的部位是骨折、脱臼、伤筋、肿瘤还是骨质病变的基础上，再确定软组织损伤的部位、程度、性质，参考患者的健康状况，确定所用的手法，以免在施用手法治疗时发生意外事故。此外，按摩手法的选择和确定要注意以下几点：①注意主症与兼症的关系；②摆好主要施术区和次要施术区的位置；③按排好手法治疗的顺序；④在施术时要根据接触患者体表时的感觉以及患者的反应灵活应用。

包扎固定对软组织损伤能起到三个作用：①维持手法治疗后的效果；②有利于消肿止痛，解除痉挛；③为软组织的修复创造有利条件。固定的方法应根据损伤的部位、受伤的机制、伤后的症状、手法的效果而定。固定的时间应根据损伤情况、病情变化以及愈合时间而定。固定时要考虑到对功能的恢复是否有利，固定后还要注意与功能锻炼的配合。

1.颈部软组织急性损伤

提　要

- 各种暴力是本病的主因
- 颈项疼痛，活动障碍是主要表现
- 拔伸法是主要治疗手法

多种暴力作用于颈项部，引起颈项部的肌肉、筋腱损伤、撕裂、瘀血、神经根损伤、颈椎小关节面磨损、错位，出现颈项疼痛，功能活动障碍者称为颈项部软组织急性损伤。

〔病因病理〕

来自外界的各种暴力是造成本病的主要原因。这些暴力分为机体处于静止状态和运动状态下的不同暴力。

静止状态下的暴力主要是指由钝器直接撞击颈项部。运动状态下的暴力分以下三种情况：①运动员由于准备不足或运动方法不当，在做倒立、前后滚翻时引起颈项部软组织急性损伤；②人体在高速运动状态下，由于动作不协调而发生颈项部软组织急性损伤。例如，球类运动员在快速奔跑过程中，头部突然后仰；高速前进的车辆因突然刹车，乘客的躯干仍保持车速而头部却因惯性作用向前俯冲，这都会使颈项部的肌腱、韧带等组织突然失去平衡，引起颈项部软组织急性损伤。③在相互扭斗、嬉闹、跌仆过程中，由于颈项部过度扭转，使一侧肌肉的附丽点扭伤而引起颈项软组织急性损伤。

这些暴力引起的病理表现首先是颈项部的肌腱、韧带、筋膜撕裂，毛细血管破裂，继而引起颈项部软组织出现肿块、条索状硬结；由于强力的扭错颈椎小关节面出现磨损和错位，进而压迫颈神经根，引起颈项部畸形和上肢神经症状。

〔临床表现〕

有明显的外伤史和明确的外伤过程。轻者颈项部疼痛，无明显的肿胀和瘀斑；重者除肿胀、疼痛、瘀斑外，多伴有发热、恶寒、头痛、口苦、大便秘结、舌苔腻、脉洪大等症。

颈项部多呈僵直，并偏向一侧，有的处于强直低头位或后仰位；在颈部（胸锁乳突肌、斜方肌等部位）可触及肿块、条索状硬结和瘀斑。颈项部的功能活动严重受限，无法转动、屈曲、后仰。个别神经根受压者可出现麻木、疼痛向手臂放射，该神经分布区的痛觉迟钝或过敏，肌力减弱等。

X线诊断：无骨折、脱位及其它骨质疾患。

〔鉴别诊断〕

应注意与脑震荡、脊髓震荡的鉴别。

〔治疗〕

治则　理筋整复，缓急止痛，消肿散瘀。

取穴　阿是穴　风池　天柱　大椎

按摩手法　患者取正坐位，医者立于患者背后。①先点按以上诸穴，每穴约1分钟左右。②点按后，用拇指在颈项部的疼痛处自下而上反复揉数次。③以拇指、食指、中指拿捏疼痛的肌肉、肌腱。④用掌背擦法在疼痛处擦2—3分钟。⑤令患者仰卧，充分放松颈项部肌肉。医者立于患者头顶方向，一手托住下颌，一手握住枕部，向患者头顶方向徐徐用力拔伸，持续2—3分钟，结束手法。

本手法具有理筋整复，消肿散瘀，松解肌腱，减轻疼痛等效果。轻者可配合服用“舒筋汤”，重者服“防风当归汤”，以散

瘀消肿，活络止痛。待症状好转后改服“小活络丹”，重者可加用“三色敷药”外敷局部。

〔注意事项〕

对拔伸治疗效果明显，而停止拔伸症状又反复者，可用颌枕牵引法，配以纸革、塑料、石膏围领固定。

治疗期间患者可配合功能锻炼作缓慢而轻微的前俯、后仰、侧弯、旋转等动作，待症状好转后练习“与颈争力”、“往后观瞧”等功法。还可配合针刺合谷、太阳、大椎、风池、印堂等穴，以缓解疼痛。待完全康复后再恢复体育运动。

〔附〕

舒筋汤　当归10g　白芍10g　姜黄10g　伸筋藤15g　松节6g　海桐皮10g　羌活10g　防风10g　续断10g　甘草10g　水煎服　孕妇忌用。

防风芎归汤　川芎　当归　防风　荆芥　羌活　白芷　细辛　蔓荆子　丹参　乳香　没药　桃仁　苏木　泽兰叶各10g　水煎服。

小活络丹市场有售。

三色敷药　蔓荆子8份　紫荆皮8份　当归2份　木瓜2份　丹参2份　羌活2份　赤芍2份　白芷2份　片姜黄2份　独活2份　甘草半份　秦艽1份　天花粉2份　怀牛膝2份　川芎1份　连翘1份　威灵仙2份　木防己2份　防风2份　炙马钱子2份　共研细末，用蜜糖或饴糖调拌成厚糊状，敷于患处。具有消肿止痛，祛风湿，利关节的作用。适用于治疗损伤的初、中期局部肿痛，亦治风寒湿痹痛。

2.落枕

提　要

- 落枕属颈项部软组织急性损伤范畴
- 枕高不适，睡姿不良是其主因

• 颈项部肌群痉挛的缓解是治疗的根本目的

落枕，又称失枕、失颈、项强、窝脖子。是指无明显外伤史而出现颈项部肌肉痉挛、强直、痠肿、疼痛、转动失灵的病症。好发于青壮年，以冬春季多见。本症在入睡前无任何症状而晨起醒后即见以上症状，因与睡眠、枕头有关故以落枕称之。轻者数日自愈，重者拖延数周，影响工作、学习和休息。

〔病因病理〕

本症多由于体质虚弱、劳累过度，睡眠时枕头高低不适，躺卧姿势不良等使一侧颈项部肌群在较长的时间内处于过伸状态，致使颈项部的胸锁乳突肌、斜方肌、肩胛提肌痉挛。也有的病人因为颈肩部当风受寒，颈项部肌肉气血凝滞、经络闭阻而发生急疼痛。

〔临床表现〕

本病的特点是胸锁乳突肌、斜方肌、肩胛提肌等浅层肌肉的痉挛。一般以颈项部的一侧或两侧胸锁乳突肌痉挛、僵硬、疼痛为主。头部转动不利，转动则疼痛加剧，尤其是向患侧旋转更为明显。严重的患者其疼痛可牵引并放射至肩背、头、上臂等使之不舒或疼痛。患者的头部的倾斜有助于诊断损伤的肌群，如胸锁乳突肌痉挛则头部向患侧倾斜而下颌偏向健侧；如斜方肌、肩胛提肌痉挛而部转向健侧。

〔诊断〕

①无明显外伤史。②胸锁乳突肌或斜方肌、肩胛提肌有明显压痛，粗硬感，肌张力增高。③颈椎间接叩击试验无颈椎疼痛感。

〔鉴别诊断〕

本病应特别注意与反射性颈肌痉挛、斜颈、颈椎后关节功能紊乱症、落枕型颈椎病等相鉴别。①与反射性颈肌痉挛的鉴别。

如颈部淋巴腺炎、扁桃体炎、腮腺炎等可引起反射性颈肌痉挛，但以上三种疾病都有局部的和全身的炎症症状。②如头部倾斜、抽搐，深部的头夹肌痉挛，而睡眠时症状减轻或消失的为斜颈。③颈椎棘突偏于一侧，偏歪的棘突侧有明显的压痛，但肌肉无压痛者为颈椎后关节功能紊乱症。④成年人时常“落枕”，持续数日自愈，过一段时间又复出现，X线片显示有颈椎增生者为落枕型颈椎病。

〔治疗〕

治则　舒筋活血，温经通络。

取穴　风池、风府、风门、肩井、天宗。

按摩手法　本病的按摩手法比较多，各有特色，现将临床常用的几种介绍如下。

（1）病人取正坐位，医者立于患者背后。①先用轻柔的滚法、一指禅推法在患侧的颈项部、肩背部治疗，同时配合轻缓的头部前屈、后伸及左右转动活动，以促进局部的气血运行。②再用拿法提拿颈项、肩部肌肉，或用弹拨法弹拨紧张的肌腱，使之逐渐放松。③在病人主动放松颈项部肌肉的情况下，用摇法使颈项轻缓的转动数次。④将颈项微向前屈，然后用轻快稳健的扳法将头向患侧大幅度扳动。最后用点法、拿法点以上诸穴，拿颈椎棘突两侧的肌肉。此外可配合擦法、热敷法以活血止痛。

（2）落枕治疗的传统手法有点压法、拿捏法、按摩法等。其操作方法和程序是①先在疼痛点及其邻近的肩中俞、肩井、肺俞、风池等穴施以拇指或中指点法。点时以不引起疼痛而有胀感为宜。②在疼痛处的肌腱上作拿捏手法。③肌腱僵硬者可作弹拨，待松软后再作按摩手法。很多患者在手法结束时有明显的轻松好转感。在用点压、拿捏、弹拨、按摩等手法后，可根据病情的需要及患者合作的程度，加用摇晃法、旋转扳法。摇晃法的操作方法是医者一手扶住患者的后头顶部，一手托住下颌部，先左

右轻松缓慢地摇摆数次，乘患者不备，骤然将头向右侧旋转，动作要迅速，用力要适中，不可过猛，以听到关节的弹响声为度。如患者无明显的不适，可再向左侧旋转一次，如再次出现关节的弹响声，可增加患者的舒适感。旋转扳法的操作方法是患者取正坐位，坐位要低一些。医者一手托住患者的下颏，一手托住患者的枕部，两手同时用力向上端提。如有提不动感觉则是患者颈项部紧张的缘故，可令其尽量放松，然后再缓缓向上提。此种手法可理顺筋络，活动关节。在端提1—2分钟后放下，然后再端提，如此反复3—5次后，再作端提时将头部缓缓向左右、前后摆动并旋转2—3次。这种手法可在每次端提中作，也可在端提后作。此种手法要求医者不作较大的旋转扳动，也不作较为迅速的摇晃。

（3）患者低头受限者，医者先以拇、食指捏揉患者的夹脊穴，然后再广泛地捏拿棘突两侧的颈棘肌。如患者仰头受限，医者以拇、食指提弹患者两侧的斜方肌上缘以及脊柱、肩胛骨内缘的菱形肌。如患者头部转动受限，医者提弹两侧的胸锁乳突肌。如患者肩臂活动时引起颈部疼痛加剧，提拿颈项中段直至肩胛骨内上角之间的肩胛提肌。

（4）用拇指和食指提拿颈项部的患处也可收到良好的效果。提拿时手指与颈项部肌肉的肌腹垂直（即纵行的肌腹施以横向的提拿，横行的肌腹施以纵行的提拿）一提一松，双手或单手交替进行。手法施力的强度要因人、因病而异，一般的应以感到疲胀、微痛为宜。不同的部位可采取不同的提拿，如三指拿、五指拿等，重复8—12次即可。

（5）自我推拿法可以自行操作以缓解症状，操作方法见后面的章节。

〔注意事项〕

落枕主要是睡姿不良，枕高不适，所以预防是很重要的。一

般来说侧卧时枕高不得超过本人的肩宽，仰卧时应更低些。睡眠时要全身放松，舒展自如，特别要注意不要当风而眠，尤其是身心十分疲惫时更当注意。

〔其它疗法〕

药物疗法：以活血舒筋为主的独活寄生汤内服，外贴伤湿止痛膏。如低热恶风者可内服羌活胜湿汤、麻桂温经汤等。

针灸疗法：取风池、大椎、风府、曲垣、外关、压痛点。用泻法留针 5 —10分钟，每日一次。耳针可选神门、皮质下、压痛点等，用强力旋转捻泻法。

热敷、理疗、火罐等也有一定效果。

3.前斜角肌综合征

提　要

·在颈项部处于后伸侧屈位，突出扭转颈项，使前斜角肌损伤而痉挛，从而压迫臂丛神经和锁骨下动脉是形成本病的主因

·本病分上、下两型，以神经、血管、肌肉症状为特点

·治疗的重点在于缓解前斜角肌痉挛

·本病应与颈肋综合征、喙突胸小肌综合征、肋锁综合征、锁骨上窝部肿瘤相鉴别

臂丛神经和锁骨下动脉因颈项部前斜角肌损伤、痉挛而受到压迫，出现神经、血管受压症状者，称之为前斜角肌综合征。好发于30岁以上的人，女性多于男性。

〔病因病理〕

神经根自椎间孔发出后，沿颈椎横突前侧的浅沟呈斜位向下走行，每个椎体横突的前侧都有神经根从前斜角肌起始点的后侧通过。例如第四颈神经根，自椎间孔穿出后，从起始于第三颈椎横突的前斜角肌后侧和第四颈椎横突的前侧所构成的间隙经过，所以，颈神经根在前斜角肌与横突之间易受到压迫。

锁骨上窝是臂丛神经干经过的部位；锁骨中1/3的后侧是臂丛神经的神经丛经过的部位；第一肋骨上缘有锁骨下动脉跨过，走行于臂丛神经和前斜角肌之间。锁骨中1/3的后上缘前方是前斜角肌，内后方是第七颈椎横突，后方是中斜角肌，下方为第一肋骨上缘。神经血管束在肋骨上缘经过前、中斜角肌之间向外发出，二斜角肌的抵止部附近的组织比较坚韧而缺乏弹性。

前斜角肌受臂丛神经发出的神经支配。

前颈部处于后伸侧屈位时，头部突然向对侧旋转，使对侧前斜角肌的上部受到牵拉扭转而损伤痉挛。如果前斜角肌本身发育过于肥大，即会出现神经根受压症状，受压的神经根发出冲动，使前斜角肌更加痉挛，从而形成了恶性循环。这种病理称为上型。

当颈部处于后伸侧屈位时，头部突然向侧屈方向旋转，使对侧前斜角肌的下部受到牵拉扭转而损伤痉挛。如果前斜角肌本身发育过大，则容易造成锁骨上部臂丛神经和锁骨下动脉受压。这种病理称为下型。

此外，某些先天性畸型，亦可引起神经血管压迫症状。如肩部下垂、高位胸骨、高位第一肋骨、臂丛神经偏后等，可使第一肋骨长期慢性刺激臂丛神经，使前斜角肌发生肌痉挛而压迫神经根，进而形成恶性循环，发生上型性神经根受压症状。如第七颈椎横突肥大或前、中斜角肌肌腹变异而合并时，前斜角肌稍有痉挛即可压迫从肌腹通过的血管神经，而出现下型性神经血管压迫症状。

〔临床表现〕

神经症状　患者多有搬抬重物和牵拉性外伤史。

患肢有放射性疼痛和麻木触电感，以前臂尺侧、小指及无名指最为明显。高举患肢减少上肢下垂时重力的影响，其症状减轻并感觉舒适。如用力牵拉患肢则感觉症状加重。所以患者多以健

手托住患肢，借以减轻下垂的重量，以减少疼痛。

有的表现为交感神经症状，出现面部出汗，瞳孔扩大，患肢发凉；有的患者交感神经星状结节由于受锁骨下动脉附近产生的粘连的牵拉而显示霍纳氏征，出现面部潮红无汗，眼球凹陷，上睑下垂，眼裂变窄，瞳孔缩小，患肢温度增高等交感神经瘫痪症状。

血管症状　前斜角肌综合征的早期为血管神经症状。由于前斜角肌压迫锁骨下动脉和血管受到刺激而发生痉挛，致使动脉血流不足，患者患肢冰冷。晚期为血管阻塞症状，患肢冰冷、苍白，以致手指发生溃疡坏死。

肌肉症状　长期神经受压的结果，使其所支配的肌肉发生萎缩，尤其是手的内在肌最为明显，所以患者的握力减弱，以致丧失持物功能。

〔诊断〕

爱狄森氏试验　阳性

臂丛神经牵拉试验　阳性

高举患肢症状减轻，牵拉患肢向下症状明显。

在颈前部可摸到紧张、肥大而硬韧的前斜角肌腹。局部有明显压痛，并向患侧上肢放射。

〔鉴别诊断〕

本病应与颈髓和神经根瘤、脊髓空洞症、类风湿性关节炎、颈椎结核、增生性脊柱炎、原发或继发性肿瘤、颈椎病、颈肋综合征、肋锁综合征、喙突胸小肌综合征（超外展综合征）、锁骨上窝部肿瘤等病相鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋通络、缓解痉挛。

按摩手法　治疗本病的按摩手法比较多，这里只介绍以下三种比较有效的方法。

（1）准备手法为按压合谷、阳溪、阳谷、曲池、小海、天鼎、缺盆、中府、极泉、肩井、附分、魄户、膏肓、神堂、谚语等穴。治疗手法为①患者取坐位，医者立于患者前侧（以右侧为例）。以右手扶于患者头顶左侧，以左手拇指指腹置于乳突下，沿胸锁乳突肌后缘向下滑行至第六颈椎横突前侧的“天鼎”穴，相当于前斜角肌与臂丛神经交叉部位处停止，徐徐向内向后按压。按压时，右手扶住患者头部的左侧并将头部向右前侧偏斜约45°，然后将头逐渐扶至原位，左手拇指亦随之轻轻放松，并在原处进行揉按、弹拨。②医者左手拇指放于锁骨上窝，相当于锁骨中1/3后缘的“缺盆”穴，而后逐渐向下并向后按压，把臂丛神经和锁骨下动脉压于拇指与第一肋骨之间，而把交感神经的星状结节压于拇指与第一肋椎之间，按压约一分钟左右，并在原处进行揉动弹拨，此时患者的拇、食、中三指会有麻木感。当医者将拇指抬起放松后，患者会感觉上肢发热。这是动脉血流在按压时被阻而放松时忽然向下贯注和上肢血管扩张的结果。③医者再以左手拇指放于前斜角肌的后方，向前按压弹拨，继而用左手的食、中、无名指在前斜角肌上按压，可缓解前斜角肌痉挛，解除血管、神经束的压迫，肩与臂部的疼痛可以缓解消失，并感觉舒适。

（2）患者取坐位，医者立于患者背后。在颈项部用轻柔的一指禅推法、按法、揉法、拿法治疗，以放松颈项部紧张的肌肉。重点在颈前部的前斜角肌起始点。①先在患侧的“桥弓”穴用单程单侧向下推法治疗，手法宜深沉柔和。②用拿法、揉法沿胸锁乳突肌后缘治疗。③在“天鼎”穴自前向后按压弹拨，手法要求轻柔而有节律，同时配合头部向健侧侧弯的被动活动。④用拇指在锁骨中1/3后缘（缺盆穴处）自前上方向后下方（对准第一胸椎前方）按揉、弹拨。手法宜轻柔缓和。⑤在颈项部用擦、按、揉等手法治疗，重点在前斜角肌体表的投影区。⑥用擦法沿

前斜角肌肌纤维方向治疗，以透热为度，还可配合热敷，但不宜太烫。

（3）患者取正坐位，医者立于患者的患侧。用一手的拇指指腹按揉其患侧胸锁乳突肌处的“桥弓”穴，自上而下约3—5遍；然后用另一手拇指指腹自上而下推另一侧的“桥弓”穴。约3—5遍；点按天宗穴，拿肩井穴、极泉穴、小海穴、合谷穴约3—5遍。用拇、食指相对用力捻其五指，每指各捻3—5遍，捻时自掌指关节捻向指端。双手掌对称用力，自上而下搓其上肢，约3遍。

〔注意事项〕

本病治疗以每日一次为佳，直至症状消除为止。

在治疗期间用三角巾悬吊患肢，注意颈项部保暖。

此病的按摩手法有解除肌肉痉挛，减轻神经血管束受压的作用，并能缓解交感神经受累而引起的症状，大部分患者按摩后肢体温度增高、感觉舒适。如患有颈肋或按摩不能解除症状者应考虑手术。

〔附〕　颈肋综合征、超外展综合征、肋锁综合征简介

颈肋综合征　第七颈椎本无肋骨组织，如在其横突的一侧或两侧出现肋骨样骨质结构，称之为颈肋，属先天性畸形。颈肋压迫神经、血管，引起与前斜角肌综合征下型类似症状者，称之为颈肋综合征。

颈肋的畸型分为四类：①颈肋短小，刚超过横突，以纤维束与第一肋骨相连；②颈肋超出横突较多，尖端与第一肋骨相接触或以纤维束与第一肋骨相连；③颈肋完整，以关节面与肋骨相连；④颈肋基本完成，以软骨与第一肋骨相连。极少数可见颈肋与第六颈椎横突相连。

颈肋综合征一般均在中年以后出现，但大多数并无任何症状，反在检查时偶尔发现。由此可见，颈肋综合征一般并不是因

颈肋畸型造成骨性压迫引起的，而是因中年以后软组织退行性改变，弹性减弱，肌肉发生痉挛、紧张所致。颈肋畸型只是造成肌肉等软组织痉挛后，更容易压迫神经血管的条件，根本原因仍在于前斜角肌痉挛。

喙突胸小肌综合征　又称超外展综合征。胸小肌起于第三至第五肋骨的前端，止于肩胛骨的喙突，其作用是将肩胛骨拉向前下方。胸小肌和喙突之间有臂丛神经和锁骨下动脉组成的血管神经束通过。当肩胛骨向后上方过度牵拉或肩胛骨在对抗力的作用下，猛力向前下方收缩时，胸小肌因被动牵拉或主动过度收缩而损伤，发生肌痉挛、使喙突与胸小肌之间的血管神经束受压而出现症状。

喙突胸小肌综合征的临床症状与前斜角肌综合征相似，其鉴别的方法是上肢超外展试验阳性。

肋锁综合征　本病是锁骨与第一肋骨之间的间隙变窄，使从其间通过的神经血管受压而出现的症状。大部分在中年以后发病，女性多于男性。临床表现与前斜角肌综合征相似，但本病挺胸试验阳性，可与前斜角肌综合征相鉴别。

肋锁综合征多见于先天性结构畸型，如高位第一肋骨、肩部下垂，高位胸骨等，一般无症状。但因其间隙间的神经血管受到长期慢性刺激，使前斜角肌痉挛、第一肋骨上提时，使本已狭窄的间隙更小，从而压迫神经血管而出现症状。

按摩手法用于此三种病主要是缓解和松弛前斜角肌的痉挛。

4．颈椎病

提　要

- 颈椎骨质增生是主要病理
- 颈椎病分几种类型，每种类型都有典型的症状
- 扩大椎间隙和椎间孔是按摩手法治疗的主要目的

颈椎病又称颈椎综合征，是指因颈椎退行性改变而引起肩臂痛、眩晕等神经根、血管受压症状而言。因临床以肩臂痛多见，故又称颈臂综合征。

头颅通过颈椎与躯体相连，颈项部要承担较大的活动并支持头部的重量，保持头部的平衡。

正常的颈脊柱要保持其内力和外力的平衡。内力是指颈脊柱本身结构的力学关系，其中包括颈椎间盘、韧带、关节等；外力是指颈项部相对抗肌群的力学关系。当各种因素（包括内因和外因）使颈脊柱内力和外力的平衡失调，颈椎因力学代偿而发生增生，并因增生而产生症状时，就发生本病。

〔病因病理〕

颈椎病被认识的历史并不长，1948年有人将颈椎骨质增生、颈椎间盘退行性改变及其所引起的临床症状，综合起来称之为颈椎病。50年代以后，对颈椎病的认识迅速普及和深化，并认为是中老年人的常见病之一。

从其病因而言，不外乎先天畸形、肝肾亏虚的内因以及急性外伤、慢性劳损、风寒湿邪、局部疮肿等外因。

（1）内因

①先天畸形　颈椎隐裂、颈椎融合、颈椎管狭窄等在其出生时既已存在，但出生后相当长的一段时间内多无症状表现，一般到40岁以后才产生症状。这说明先天性畸形引起的颈椎病常与年龄、劳损、风寒等各种因素有关。

②肝肾亏虚　肝肾亏虚、筋骨衰退是本病的重要内因。中医学认为肾主藏精、主骨；肝主藏血、主筋。随着年龄的增长，脏气衰退，筋骨也随之出现功能障碍，引起各种症状。颈部的筋骨也同样发生演变。

（2）外因

①急性颈椎外伤　颈椎的外伤性轻度骨折、轻微移位以及颈

部挫伤，可伴有颈椎间盘的损害及神经根症状。

②慢性劳损　这种劳损与从事某种职业有关。例如刺绣、缝纫、誊写等长期低头的工作，可引起颈部关节囊、韧带等松弛乏力，从而加速颈椎退行性改变而逐步发生症状。

③风寒湿邪入侵　老年体虚、腠理疏松、气血衰少，筋骨失于濡养，风寒湿邪易于侵袭，痹阻经络，气滞血瘀，引起症状。

④局部疮肿　邻近部位的疮肿，如乳娥、喉痛及颈项后部的对口、偏口等急性化脓性疮肿，因热毒壅盛红肿化脓，波及邻近的颈椎，引起颈椎小关节的潮红、渗出、韧带松弛等变化，并且因疼痛而使部分肌肉痉挛收缩。

（3）病机

①颈椎间盘的退化　颈椎间盘的退化一般是从30岁开始，首先是软骨板逐渐骨化，通透性逐渐降低，造成髓核逐渐脱水，以致纤维化和钙化。随之椎间盘的厚度减小，椎间隙变窄，脊柱稳定性下降，从而使后关节囊松弛，关节腔减小，关节面易于磨损而导致骨质增生。

②小关节改变　当椎间隙狭窄时，小关节所承受的力量因此而增加，日久引起损害，其中钩椎关节面因间隙变小发生磨损而促进了骨质的增生。椎间盘厚度的下降，使椎间孔的上下径变窄，各增生部位压迫神经、血管而产生症状。

③韧带改变　中年以后黄韧带多发生肥厚改变，显著肥厚时可使椎管变小。前纵韧带、后纵韧带因急性外伤或慢性劳损，而有微小的撕裂，继发纤维化或钙化，也易于压迫神经和血管。

④骨质增生　颈椎的骨质增生多发生于后关节、钩椎关节和椎体。由于增生部位不同，而有不同的症状。椎体前缘增生，一般无特殊症状，少数病人可出现食管、气管受刺激的症状；椎体后缘增生，使椎管前后径变窄，出现脊髓压迫症状，称为颈椎病的脊髓型；钩椎关节侧方增生，使椎动脉受到压迫出现症状，称

为颈椎病椎动脉型；椎体侧后方、后关节前缘、钩椎关节后方增生，使椎间孔变小，出现颈丛或臂丛神经根症状，称为颈椎病神经根型；后关节增生伴有半脱位或对椎动脉有刺激，出现交感神经症状，称为颈椎病交感神经型。

颈椎增生产生的症状，有两种情况，一是增生直接压迫神经和血管；二是增生间接压迫神经和血管。间接压迫是指颈部过度或不协调的动作，使增生物对周围软组织过度刺激而引起局部的损伤性炎症的压迫；有的是因为颈项部受寒，局部血液供应减少，肌肉痉挛，造成增生物对其周围软组织的过度刺激而引起局部损伤性炎症的压迫。这些间接压迫均可引起一系列症状。

〔临床表现〕

颈椎病的临床分型较多，有的也不大一致，目前比较通行的分型有颈型（又称落枕型）、神经根型（又称痹证型、颈臂综合征）、椎动脉型（或称眩晕昏厥型）、交感神经型（或称五官型）、脊髓型（或称瘫证型）、颈前刺激反应型。

（1）颈型　中年以后，颈项肩背疼痛反复发作，发作时颈项疼痛，延及上背部，不能俯仰旋转，个别合并有眩晕或偏头痛者，每次发作三、五天后，可有一段时间的缓解。

（2）神经根型　颈项疼痛，向枕部、肩、上肢放射，伴有麻木感，并可出现枕部或上肢皮肤感觉障碍、肌力减弱等。

病变在第三、四颈椎间隙以上者，颈部疼痛，并放射至后枕部，枕部感觉障碍且有麻木感。

病变在第四、五颈椎间隙者，颈根部疼痛，经肩峰前至上臂前外侧和前臂桡侧前部至腕部，有放射痛及麻木感。

病变在第五、六颈椎间隙者，项背部疼痛，上臂外侧、前臂桡侧到拇指、食指有放射痛及麻木感。前臂桡侧及拇指有感觉障碍。肩胛内上缘有压痛。肱二头肌肌力减弱。

病变在第六、七颈椎间隙者，颈背部疼痛，沿上臂及前臂后

侧中央到食、中指有放射痛及麻木感。肱三头肌肌力减弱，腱反射迟纯，偶有伸腕及伸指肌力减弱。肩胛骨内缘中部有压痛。

病变在第七颈椎与第一胸椎间隙者，痛麻沿上臂内侧和前臂尺侧至无名指及小指。肩胛骨下缘有压痛。

（3）椎动脉型　颈肩痛及颈枕痛与神经根型大体相同。头部转动到某一方位时，出现眩晕、恶心、呕吐、耳鸣、耳聋、视物不清等症状。头部改变该方位时，症状即明显好转或消失（脑部缺血症状）。反射性脑血管痉挛可引起头痛、头晕。脊髓束受压时可出现肢体突然麻木，感觉异常，持物落地，或因自体感觉障碍而猝倒，猝倒时并不一定伴有意识障碍。

（4）交感神经型　眼睑无力，视物模糊，眼窝胀痛，流泪，视野内冒金星等；头痛或偏头痛，头沉或头晕；枕部痛或颈后痛，转动头部与症状无明显关系；心跳加速或心动徐缓，心前区疼痛；肢体发凉，局部皮温下降，皮肤冷且有刺痒感，继而出现红肿或疼痛加重；或者出现指端发红、发热、疼痛或痛觉过敏；肢体、头、颈、面部发木，局部肢体或半侧身体多汗或少汗，并有耳鸣、耳聋、舌麻等。

（5）脊髓型　中年以上有肢体或躯干麻木无力及上运动神经原损害体征，时好时坏，呈波浪式进行性加重。临床上先有神经根型颈椎病症状，后出现上述症状。因脊髓受压的程度及位置不同，分为单侧和双侧两类。

单侧　在病变部位水平以下，同侧肢体肌张力增加而肌力减弱，腱反射亢进，浅反射减弱或出现病理反射，如霍夫曼氏试验、巴彬斯基氏试验阳性。严重者出现髌阵挛或踝阵挛，对侧肢体的痛觉、温觉障碍。

双侧　早期出现感觉或运动障碍，晚期有不同程度的痉挛性瘫痪。其主要表现是四肢肌张力增高，肌力减弱，腱反射亢进，浅反射减弱；活动不灵活，步态笨拙，走路不稳，以至卧床不

起，甚至呼吸困难；髌、踝阵挛；感觉障碍的平面与病变部位的水平往往不相符合。病人有束带感。严重者可有括约肌功能障碍。本型与神经根型之不同处是颈项部疼痛和活动受限征象轻微，甚至没有颈项部不适的感觉。

（6）颈前刺激反应型　食道不畅、咳嗽、声哑等。但本类型临床极少见。

虽然临床分型较多，实际上临床表现常常是二种、三种的混合型。

〔诊断〕

（1）神经根型　颈椎生理前凸减小，颈部肌肉紧张。在病变节段的棘突旁及其神经分布区有压痛。臂丛神经牵拉试验阳性。椎间孔挤压试验阳性。

（2）椎动脉型　头部活动到某一方位时，即可出现症状，改变这个方位时，症状即缓解。X线片检查，正位片可见钩椎关节侧方有骨质增生，斜位片可见椎间孔变小。

（3）脊髓型　肌张力增高，肌力减弱。肱二头、肱三头肌，跟腱反射亢进。腹壁反射、提睾反射减弱。霍夫曼氏、巴彬斯基氏试验阳性。

〔鉴别诊断〕

（1）神经根型应与肩臂风湿症、项背肌肉劳损、前斜角肌综合征、颈肋综合征、锁骨上肿物等相鉴别。

（2）椎动脉型应与美尼尔氏病、内听动脉栓塞相鉴别。

（3）交感神经型应与冠状动脉供血不全相鉴别。

（4）脊髓型应与颈椎结核、颈椎骨折、肿瘤、枕骨大孔区肿瘤、脊髓粘连性蛛网膜炎、脊髓硬膜脓肿、黄韧带肥厚、神经纤维瘤、脊髓肿瘤、脊髓空洞症等相鉴别。

〔治疗〕

治则　疏筋通络，理筋整复，活血化瘀

按摩手法　按摩手法治疗颈椎病主要在于扩大椎间孔及椎间隙，恢复颈椎正常的生理曲度，缓解对神经根、血管的刺激，增强局部血液供应，促进病变组织的修复。按摩手法对颈椎病的治疗有一定的疗效，其手法的种类各门派有所不同，但大都采用点、按、引、转、拿、搓、揉、揉、擦等手法，只是其组合不同而已。下面综合各派手法简述如下。

（1）舒筋通络　①先点按合谷、神门、外关、内关、手三里、小海、曲池、肩中俞、肩髃、缺盆、肩井、天鼎、风池等穴。②患者坐位。医者用揉、按、揉、拿、捏等手法在颈椎两侧及肩部治疗，使紧张痉挛的颈项部肌肉放松，加强局部气血运行，促进水肿的吸收，减轻肌张力对颈脊柱的牵拉力。

（2）理筋整复　选择其中的一种手法。①患者坐位。医者立于背后。医者一手用肘部托住患者的颏部，一手用拇指按住患椎的棘突。托颏部的手先将患者的头部前屈至适当的角度，然后用力向前上方牵引，并向患侧旋转头部，往往可听到弹响声。②患者坐位。医者立于患者背后，用端提法将患者头部端提1—2分钟。③患者仰卧，肩背部用枕头垫高。医者立于床头，右手紧托患者头枕部，左手托住颏部，将患者头部自枕上拉起，使颈部与床面呈45°角，牵引1—2分钟。然后轻轻将头向左右旋转和前后摆动。此时亦可听到弹响声。④患者仰卧，去枕头。医者坐于床头，将右侧上肢的前臂以旋后位插入患者颈项下，握拳。用前臂桡侧抵于患者枕骨粗隆处。左手托住患者下颏。嘱患者两手握住床沿。医者的右前臂逐渐向前后旋转的同时，托下颏的左手与之配合，将头部向头顶方向用力牵引，维持1—2分钟后，放松复回原位。

（3）活血化瘀　用轻柔的揉法揉颈、肩部肌肉，数次后，拿两肩井2次。最后用擦法在颈、肩部操作2—3次。结束手法。

〔注意事项〕

（1）按摩手法适用于神经根型、椎动脉型、交感神经型、落枕型。脊髓型禁用按摩。

（2）手法要轻柔缓和，切忌用暴力。

（3）患者睡眠时宜用低枕，适当进行颈椎锻炼。

（4）注意颈项部保暖。

5.胸壁扭挫伤

提　要

·胸壁扭挫伤分为胸壁的软组织撕裂伤和胸椎后关节滑膜嵌顿两种类型

·本病以胸壁疼痛为主，其疼影响呼吸为特征

·治疗以理筋和复位两种手法为主，二者既可单独使用，亦可复合使用

胸壁扭挫伤，又名岔气、胸胁屏伤、胸椎后关节滑膜嵌顿、胸椎后关节紊乱症等，是指因提拉举重、搬运过猛、姿势不良、用力不当、躯干胸壁旋转扭错、跌仆、撞击、闪挫、砸伤等而致胸胁部的损伤。其中提拉举重、搬运过猛、姿势不良、用力不当、旋转扭错而致伤的称为“岔气”；因跌仆、撞击、闪挫、砸伤而致者称为“挫伤”。

〔病因病理〕

胸壁有许多大小不等的肌肉附着其上，例如背伸肌、胸大肌、肋间肌、前锯肌、后锯肌、胸小肌等等。这些肌肉可因过度劳损或外伤性牵拉造成背伸肌、肋骨下缘附着的腹壁肌、胸大肌附着部、肋间肌、前锯肌或后锯肌抵上部等肌肉撕裂伤，引起背部出血肿胀、肌肉痉挛、胸壁疼痛等病理现象和症状。

胸壁扭挫伤的另一个病理表现是肋椎关节紊乱。肋椎关节是由肋骨小头关节和肋骨横突关节组成。这二个关节都是平面关

节，关节囊都比较松弛。它的外部被坚强而有力的韧带所联系。在正常的生理呼吸运动中，肋椎关节的活动范围很小，所以直接暴力的冲击常常引起肋骨骨折。但是挤压性或用力过猛的扭错性外力可引起肋椎关节的移位，造成某一个方位上的关节间隙张开，使松弛的关节囊滑膜嵌入其内。关节滑膜有丰富的感觉神经末梢，对痛觉十分敏感。所以，滑膜嵌入后立即引起疼痛，并发生急性损伤性病理反应。在正常生理运动过程中，虽然肋骨小头关节和肋骨横突关节是两个独立的关节，而在运动时，两个关节发生联合动作，协调一致。当身体受到过猛的的扭错性外力时，其协调功能超过正常的范围，使其中的某一关节向侧方扭开，并受关节滑膜的阻碍而不得自行复位，形成半脱位状态，从而刺激了肋间神经引起疼痛。这种现象多出现于兰球、摔跤、体操等运动员在作前、后滚翻运动时、姿势不正、单侧肩部着地、身体向一侧扭转的情况下或者是肩扛重物时突然被撞，胸椎受到突然而又强力的扭转等。

〔临床表现〕

胸壁疼痛。撕裂伤者，损伤的局部肿胀，压痛明显。某些肌肉因与上肢肩关节相连，损伤后发生痉挛而影响肩部活动。半脱位者，胸壁疼痛剧烈、吸气、咳嗽、打喷嚏时疼痛增剧，甚至呼吸困难。久坐则需经常变换体位。走路时也会感到胸壁震动。

〔诊断〕

有明显的外伤史，吸气时胸壁疼痛，损伤部位明显肿胀，有压痛。半脱位者，胸椎小关节检查法可见胸椎棘突异常，并有明显的压痛。

〔鉴别诊断〕

应与肋软骨炎、佝偻病、骨软化症，胸椎间盘突出症、骨骺炎、胸椎结核等病相鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋活血，缓解痉挛，理筋止痛。

按摩手法　按摩治疗本病用二种手法，即半脱位者的复位手法和胸壁软组织损伤的理筋手法。这二种手法可以有针对性地单独使用，也可复合使用。

（1）复位手法　①患者取俯卧位，双手攀住床头。一助手双手握住患者的双踝上方，缓缓用力牵拉。医者立于患者的一侧。②医者用双手拇指在病变的棘突部位定好用力方向，待助手将患者的椎间隙牵开并增大时，用力按捺棘突使之向脊柱中线移动，绝大多数患者在此手法的作用下听到或感到有“咯嗒”的复位声。复位的另一种手法是患者俯卧位，医者立于患者的一侧，先用掌揉法在脊柱、两侧的膀胱经揉动3—5次，然后将一手掌根按在患处的棘突上，另一手迭加其上，嘱患者深吸气一口，再令其呼出，在呼出的同时，双手用力下按，亦可听到复位的声响。第三种复位手法是先令患者仰卧（或侧卧）。医者在其胸肋部用一指禅推法、摩法，并配合揉按章门、期门、大包、膻中、日月等穴。数次或数分钟后，令患者坐位。医者立于一侧，用擦法沿背部膀胱经循行部位轻柔地擦之，再在膀胱经的俞穴上揉按，以微有痠胀为度。医者再用背法将患者背起、颤动，并嘱患者用力咳嗽，常可使其复位。复位后令患者正坐，医者用掌擦法沿肋骨方向擦之，以透热为度。结束手法。

（2）理筋手法　①患者取正坐位。医者立于患者的背后，两手从患者的腋下用掌揉法揉患者两侧的胸壁。②从腋下扶托患者的上体，向前、后、左、右摇动数次。③令患者吸气一口，闭气。在闭气的情况下左右旋转上体数次，然后一手从患者腋下拿住患侧肩部的前方，随患者深吸气动作进行时，将患肩向外上方提拉。④随患者的呼气动作将患侧肩部放下复原，反复数次。⑤当再次深吸气提拉时，令患者闭气，医者用手掌在患者胸壁的伤痛处及其周围猛力拍打数下，反复2—3次。⑥将患者的两手置

于颈后，医者以两手拇指，在胸壁的疼痛点及其周围 依次沿肋间隙向两侧分推，结束手法。第二种理筋手法是患者取坐位（以右侧为例），医者立于患者的右侧，以右前臂自患者右侧腋下插向后方，用右前臂发力向上提位患者的肩部。嘱患者用力深吸气，医者在此同时用左掌根叩击右侧胸背一次。然后令患者深呼气，其疼痛即可消失。最后医者两手分别置于胸前侧和背侧，用掌心或大小鱼际作旋转揉按数次后结束手法。

[注意事项]

新伤者一般一次可愈，三周以上的陈伤一次虽可愈，但易复发，病程越久复发率越高。新伤者一般不用卧床休息，陈伤者手法后最好卧床30分钟后再小心地离床活动。活动时勿使脊柱扭转运动，以防再发。一周内不宜作用力过度的各种活动，可配合内服复元活血汤、芎伤化瘀丸，外用金黄膏、舒筋膏、朱仁膏等。

[附] 肋软骨炎

肋软骨炎是一种非化脓性炎症，又称泰齐氏（Tietze）病，是较为少见的胸部疾病。多见于青壮年，以第二至第七胸肋软骨交接处多见。

[病因病理]

非化脓性肋软骨炎的病因分为感染与外伤两种。感染引起者原因尚未阐明，但大部分学者认为是由病毒感染引起。外伤引起者多因长时用力或突然用力而引起。因为胸大肌和胸小肌的起始点均在肋骨的前端，长时间用力或突然用力可使胸大肌、胸小肌的附丽点产生损伤，或者引起胸肋关节出现微小的移位而嵌顿，形成肋软骨非化脓性损伤。

病毒感染引起的非化脓性肋软骨炎，多侵犯第一、二肋软骨，常为一侧性。其病理特征是胸骨旁的肋软骨呈非化脓性疼痛性肿胀，肿胀持续的时间长短不一，有的可达10个多月，有的长达数年，残留的肋软骨肿胀，可因呼吸道感染而再发。

外伤引起的非化脓性肋软骨炎，首先引起附丽点的肌肉群充血，浆液渗出，渗出的浆液钙盐沉积导致肋软骨与肌群的粘连、增厚，形成非化脓性疼痛。当胸大肌、胸小肌突然用力收缩时，转动的肋骨与胸骨之间的关节滑膜嵌顿其间隙内，使肋骨不能自行复位而压迫滑膜，形成充血、渗出等病理变化。

[临床表现]

病毒感染引起者，起病大多突然，常有微热，初起为胸痛，数天后受累的肋软骨隆起，并有剧烈的疼痛。咳嗽、深呼吸以及病侧的上肢活动时疼痛加剧，但局部皮肤无红肿表现。疼痛于三、四周后逐渐消失，但肿胀持久不退。胸部X线检查无异常发现。

外伤引起者有外伤史，无发热过程。胸部前方感觉闷胀疼痛，喜深呼气，或因叹气、呵欠而减轻，但咳嗽可使疼痛加剧。肋软骨处有明显的隆起，压痛明显，局部温度可略高于周围皮肤。关节错位者，两侧的胸肋关节高度不相称。

[诊断]

根据病史和症状不难诊断。

[鉴别诊断]

本病应与肋软骨瘤、肋软骨结核、流行性腮腺炎并发胸骨前水肿相鉴别。

[治疗]

治则　活血理气，舒筋整复。

手法治疗　按摩手法治疗非化浓性肋软骨炎是以外伤者为佳，病毒感染者次之。

本病的按摩手法以揉、按、推、板为主。

（1）患者取正坐位，医者立于患侧，先以拇指揉按患者患侧的内关穴，约1—2分钟后，拇指沿手厥阴心包经，食、中指沿手少阳三焦经由下而上逐渐揉、捏、拿至腋前和腋后。再用

大鱼际或小鱼际揉法揉胸大肌、胸小肌，以疏通经脉及肌群的瘀血。

（2）用指揉法自天突穴揉至中庭穴，其中以膻中穴、玉堂穴、紫宫穴为重点，反复揉3—5遍，然后点按紫宫、膻中二穴，以宽胸理气，强心益肺。

（3）在肋软骨炎发病部位的局部用大小鱼际揉法反复揉按，并用擦法使局部发热。

（4）若有胸肋关节错位，医者可改立于患者背侧，令患者双手交叉，掌心按于枕部，双肘抬起。医者双手托扶患者的双肘。令患者深吸气，在患者深呼气的时候，将双肘上提并向后展，此时可听到复位的响声，然后检查双侧胸肋关节是否已经相平，不平可再做一次，一般不超过两次为宜。

6.背部软组织损伤

提要

·背部软组织损伤主要是背阔肌、肩胛提肌以及附着于颈、胸椎棘上韧带的菱形肌、斜方肌或棘间韧带的损伤和劳损

·以背部酸痛、肩胛骨内缘压痛为特点

·按摩治疗有两种方法

背部软组织损伤是指肩胛骨附近肌肉损伤和背肌劳损。

肩胛骨是一块不等边三角形的骨片，俗称琵琶骨，位于两侧胸廓的后上方，可保护胸廓。是联系肱骨与躯干的支架，有许多肌肉附着其上，以使肩胛骨在胸廓上部进行旋转活动。

背部的肌肉分为背浅层、中层、深层等三层肌。背浅层肌有斜方肌、背阔肌、肩胛提肌和菱肌形，中层肌有上后锯肌、下后锯肌。深层有夹肌、骶棘肌、横突棘肌、椎枕肌、棘突间肌、横

突间肌、肋提肌。背部软组织挨伤和背肌劳损主要是损伤背阔肌、肩胛提肌、菱形肌、斜方肌和棘间韧带。

斜方肌位于项部和背上部皮下，为三角形阔肌。它的底部向着脊椎，尖部在肩峰，两侧的斜方肌加在一起如斜方形，故名为斜方肌。斜方肌的上部收缩时可上提肩胛骨的外侧半，下部则下降肩胛骨内侧半，上下同时收缩可使肩胛骨向外上方旋动，帮助上肢上举。整个肌肉收缩时，可使肩胛骨向脊柱移动。背阔肌位于腰背部和胸部后外侧的皮下，为全身最大的阔肌，呈直角三角形。它的上部内侧被斜方肌遮盖，肌纤维斜向外上方逐渐集中，经腋窝的后壁，肱骨的内侧绕至大圆肌的前面，于大圆肌肌腱外侧移行于扁腱，止于肱骨小结节嵴。背阔肌收缩时可使肱骨后伸，旋内和内收。牵拉高举的上臂使之向背部内侧移动。肩胛提肌位于项部的上侧，其肌的上部位于胸锁乳突肌的深侧，下部位于斜方肌的深侧，为一对带状长肌。起于1—4颈椎横突的后结节，肌纤维斜向后下稍外方，止于肩胛骨的内角和肩胛骨脊柱缘的上部。此肌收缩时，上提肩胛骨，同时使肩胛骨下角转向内。菱形肌位于斜方肌的深侧，为一对菱形的扁肌，起自第6、第7颈椎及第一至第四胸椎棘突，肌纤维斜向外下方，平行经过，止于肩胛骨脊柱缘的下半部。该肌的上部肌束称为小菱形肌，下部肌束称为大菱形肌，两者之间隔以薄的结缔组织。此肌收缩时牵引肩胛骨向内上方，使肩胛骨向脊柱靠拢，并与前锯肌共同作用，使肩胛骨的脊柱缘紧贴于胸廓壁上。

〔病因病理〕

引起背部软组织挨伤及背肌劳损的原因有直接或间接暴力两种。

经常的肩臂部牵拉、突然的闪挫、抻戳等以及长期慢性劳损均可使肩胛骨上部附着的肌肉遭受损伤。轻者肌肉附着部肌纤维撕裂，重者出现撕脱性骨折，出现背阔肌在肩胛骨下角处撕裂，

肩胛提肌，小菱形肌在肩胛骨内上角处撕裂，斜方肌在肩胛冈缘处撕裂。大菱形肌在肩胛骨脊柱缘处断裂，以及附着于颈、胸椎棘上韧带的大小菱形肌和斜方肌撕裂或棘间韧带断裂等。

〔临床表现〕

急性损伤　肩背部疼痛难忍，肩胛骨内缘有明显压痛，筋肉僵硬，其疼痛牵掣颈部及肩部，甚者肩胛骨内缘肿胀高起，咳嗽呼吸作痛。伤侧上肢前屈、后伸及横向外展受限，不能持物。

慢性劳损　肩胛骨附近肌肉一般无疼痛，但肩胛骨活动时出现疲痛、无力，如肩部剧烈活动，则肩胛骨内缘出现明显疼痛，以致引起肌肉痉挛和活动受限。

〔诊断〕

根据外伤史及临床表现一般不难诊断。

〔鉴别诊断〕

该病应与颈椎病相鉴别，还应排除撕脱性骨折。

〔治疗〕

治则　理筋舒络、活血止痛。

手法治疗　按摩手法适宜于单纯的肌纤维损伤，如有撕脱性骨折则禁用按摩。

本病的按摩手法有以下两种：

（1）患者取正坐位。医者立于患者背后。①嘱患者放松肌肉，点按风池、天柱、大椎、肩井、秉风、天宗等穴，，点穴开筋。②一助手站于患者的健侧，一手扶肩，另一手的掌心扶住患者的胸前部。③医者站在患者患侧的后外方，一手拇指在后，其余四指在前拿住肩关节，另一手拿住患侧上肢的腕部，稍加牵引。④在牵引下将患侧上肢环转摇晃6—7次。⑤双手同时用力作横向相对拔伸。⑥医者用膝部顶住患者的腋窝，使患侧上肢横伸后再上举。然后屈肘向胸部内收，使患侧手部触及健肩。⑦在保持屈肘位的状态下，使患侧上肢后伸，同时拿肩关节的手的小

鱼际按住肩胛骨的内缘，用力向前推按，助手用手掌向后推之。⑧拿腕的手将上肢向斜上方（外上方）拔伸（此时拿肩的手虎口张开，用食指、拇指指腹沿肩胛骨内缘由上向下按抹）。反复操作2—4次。⑨将患侧上肢屈肘抬高，撤掉助手。医者站于健侧，一手扶其肘，另一手用大，小鱼际及掌根揉捻肩胛骨内缘的肌肉。反复数次后，结束手法。本手法可以缓解肌肉痉挛，减轻疼痛，理筋通络，活血祛瘀。

（2）患者取正坐位，医者立于患者患侧的后外方。①医者先用拇指点按合谷、阳溪、阳谷、曲池、小海、天鼎、缺盆、附分、魄户、膏肓、神堂、天宗、肩外俞、极泉等穴。如肩胛骨内侧缘疼痛则令患者俯卧，将双臂放于躯干两侧，头偏向一侧。医者立于患者的左侧，两手四指分开搭于患者两肩上部，两手拇指与脊柱中线呈垂直位，放于第一胸椎棘突两侧旁开2厘米处，相当于背伸肌的外缘，然后向中线挤压。挤压时拇指向前推捺，并向上向外旋转揉动至第十二胸椎平面，反复2—3次。②令患者背部肌肉放松，医者以两手掌根放于第一、二胸椎棘突旁开2厘米处的肌肉部位，沿脊柱一侧将皮肤向中线耸起，然后以屈曲的其它四指的指间关节将对侧的皮肤向中线耸起。③用掌根和四指的指间关节将两侧耸起的皮肤抓住，并用掌根向对侧轻轻地推揉。同时提起耸起的皮肤，用力挤按。顺延而下直至第十二胸椎平面。医者用两手大鱼际自第一胸椎平面开始沿两侧背伸肌向外分开推按至第十二胸椎平面为止，反复2—3次。

如胸椎棘突间疼痛，患者取俯卧位。医者两手拇指沿脊柱棘突两侧向中线挤压，向前推捺，并向上、向外旋转，自第一胸椎平面开始至第十一胸椎平面为止，反复2—3次。再以右手拇指抵住压痛点棘突的左侧，左手将右侧肩部突然斜扳。斜扳时，右手拇指用力向右侧推按棘突或棘间韧带，然后用两手重迭在压痛点处揉揉。这种手法自第四胸椎至第九胸椎用之，也同样用于对

侧。如只有一个压痛点，则只在有压痛点处作推按斜扳法。

然后，令两个助手做相对牵引，医者用掌心自第一胸椎至第十一胸椎自上而下旋转揉搓背伸肌，反复2—3次，结束手法。

〔注意事项〕

本病配合微波治疗效果为佳，理疗后立即按摩效果更为有效。急性损伤者约1—2周后即见成效，慢性劳损，病程较长者收效可慢些。

7.急性腰扭伤

提　要

- 弯腰负重、暴力冲击、扭错旋转产生的应力是本病的病因
- 扭伤早期有明显而局限的压痛点、肌痉挛、生理曲线改变
- 手法以揉、搬、按、点为重点

急性腰扭伤，又称急性腰肌筋膜扭伤，闪腰岔气，是指腰部两侧的肌肉因外力作用而受到的损伤。

〔病因病理〕

腰部脊柱是一根独立的脊柱，承担着人体二分之一的重力，从事着复杂的运动。其前方为松软的腹腔，附近只有一些肌肉、筋膜和韧带，再无其它骨性结构予以保护，所以在持重和运动中腰部本身及其周围软组织极易受到损伤。

腰部支持着人体的上半部，是日常生活和劳动中活动最多的部位之一。

腰部急性扭伤多见于青壮年体力劳动者，20—30岁者发病率为50%以上，儿童及老年人较为少见，其中体质虚弱的老年人也偶有发病。临床常见于搬运、建筑、机械工人和长时间从事弯腰工作以及平素缺乏体力锻炼的人（因其肌肉不发达，参加劳动或从事一般活动时也会发生）。

90%以上的腰部急性扭伤发生于腰骶部、两侧骶棘肌和骶髂

关节。因为腰骶关节是脊柱的枢纽，骶髂关节是躯干与下肢连接的桥梁，身体重量产生的压力和外来的冲击力多集中于这些部位，所以这些部位损伤的机会较多。

引起腰肌急性扭伤的原因有以下几种：

①腰部用力劳动时姿势不当：在膝部伸直弯腰提取重物时，重心距离躯干中轴较远，因杠杆作用，增加了肌肉的承受力，容易引起腰肌急性扭伤。

②在平滑的地面上行走，失足跌倒或下楼梯时不慎滑倒，腰部前屈，下肢处于伸直位时，亦易造成腰肌筋膜的扭伤或撕裂。

③双人搬抬重物时由于动作不协调，一人上肩快或下肩早或放下时动作先后不一致，或一人不慎滑手脱落而另一人无思想准备，瞬时处于不利的姿势下或产生重心转移，致使腰部在无准备的情况下骤然强力收缩，引起扭伤。

④肩担重物时失足，身体失去平衡，重心突然转移；或一手提取重物而使对侧骶棘肌剧烈收缩，也可招致腰肌急性扭伤。

⑤举、推、拉重物时，特别是用双手举起重物时，由于腰肌用力过大，在举过头部时，因用力不均或重物失去控制，使腰肌骤然收缩而发生扭伤。

⑥对客观估计不足，思想准备不够，亦可招致扭伤。例如当弯腰拾取一个箱子时，如误认为是空的、事先肌肉没有足够的准备，结果箱子虽小而重量却很大，即可造成腰肌扭伤。无精神准备的日常动作，如倒水、弯腰、起立、甚至打喷嚏等也可发生“闪腰”。

⑦掷投、举重、体操、兰球、足球等运动员在准备工作不足的情况下，作突然而剧烈的弯腰、扭转、躲闪等动作时，亦可引起腰肌急性扭伤。

人体在弯腰时，先由脊柱两旁的背伸肌（特别是骶棘肌）收缩，以抵抗身体的重力和维持躯干的位置。这时如果负重过大，

迫使肌肉强力收缩，易使肌纤维撕裂。当腰完全弯曲时，背伸肌即不再收缩，主要依靠韧带来维持脊柱的弯曲状态（尤其是棘上韧带和棘间韧带）。如这时负重过大或暴力冲击，易造成韧带损伤。韧带和肌肉的损伤相互之间有密切联系，韧带损伤后，在弯腰过程中的支持力量势必减弱，需要由肌肉来代偿，日久又会引起肌肉损伤。

清·沈金鳌《杂病源流犀烛》中说："跌仆闪挫，卒然身受，由外及内，气血俱伤病也。何言之？凡人忽跌忽闪挫，皆属无心。故其时本不知有跌与闪挫之将至也。而忽然跌、忽然闪挫，必气为之震，震则激，激则壅，壅则气之周流一身者，忽因所壅而凝聚一处，是气失其所以为气矣。气运于血，血本随气以周流，气凝则血亦凝矣。气凝在何处，则血亦凝在何处矣。夫至气滞血凝则作肿作痛，诸变百出。"清·尤在泾《金匮翼·卷六》中说："瘀血腰痛者，闪挫及强力举重得之。盖腰者，一身之要，屈伸俯仰，无不由之。若一有损伤，则血脉凝涩，经络壅滞，令人卒痛不能转侧，其脉涩，日轻夜重者是也。"说明腰肌急性扭伤多因卒然暴力冲击和闪挫而致气滞血瘀、瘀闭不通而肿胀疼痛。

〔临床表现〕

有明显外伤史以及患者在受伤时可感到腰部有"格答"的响声。

受伤后，腰部一侧或两侧剧烈疼痛、随即腰部不能挺直，俯仰屈伸、转侧起坐均感困难；腰肌常有明显痉挛，深呼吸、咳嗽等均可加重疼痛；患者常以手扶住腰部防止因活动而产生更剧烈的疼痛；严重者不能站立，疼痛汗出；腰脊柱多向患侧倾斜，如扭伤左侧，则身体向右侧偏屈时疼痛加重；也有的受伤后疼痛并不严重，还能继续工作，但休息一夜后腰部剧疼、其疼痛有明显的局限性，患者常能用手指出扭伤或疼痛的区域。有20—60%的患

者伴有牵扯性下肢痛。牵扯的部位多为臀部、大腿根和后部。其原因是分布于腰骶部神经的后支受到刺激的缘故。

患者常呈痛苦而紧张的面容，严重者头面汗出。卧位时，疼痛严重者常以手撑腰，才能翻身转动。坐起时，先侧卧，然后以手撑床缓慢坐起。行走时，多挺直腰部，两手撑腰，步态缓慢。上床时，先慢慢坐下，侧卧，再转为仰卧位。

局部多无明显肿胀和瘀斑，如果是严重挫伤，可见到肿胀和瘀斑。患者腰部运动功能受限，如肌肉受伤者，腰部屈伸均感疼痛；韧带和筋膜受伤，仅弯腰时痛，伸腰则痛轻；如果深部组织有病变时，任何方向的运动都感到疼痛。由于疼痛造成不同程度的功能受限。

绝大多数患者都有明显的局限性的压痛点。其压痛点多在腰骶关节、第三腰椎横突尖和髂嵴后部，压痛点代表组织受伤的所在。肌肉痉挛主要是因疼痛刺激引起，也是对于疼痛的一种保护性反应，可为单侧，也可为双侧。这些肌肉的紧张度增加而有压痛，经俯卧一时可以松缓，但用手指压按时，痉挛又复出现。

脊柱生理曲线的改变，肌肉、筋膜和韧带的撕裂伤可引起疼痛。疼痛可引起肌肉的保护性痉挛，不对称性肌肉痉挛可引起脊柱生理曲线的改变。生理曲线的改变，亦是机体为了照顾受伤组织，照顾神经根免受刺激所发出的一种自动性调节。根据临床所见，约半数以上急性腰肌扭伤患者有不同程度的腰椎曲线改变，有的是前凸减小，有的向左或右侧弯。一般地说，侧弯的凹侧向病侧，凸侧向健侧。疼痛和痉挛解除后，此种畸形亦自行消失。

直腿抬高试验阳性。

骨盆旋转试验阳性。

严重的腰肌扭伤，应拍摄腰骶部的正、侧、斜三种不同方位的X线片。排除关节突、腰椎峡部、横突骨折、骨质增生、肿瘤、结核等病。

〔诊断〕

有明显的外伤史，骤然发病，腰部一侧或双侧剧烈疼痛，活动受限，不能翻身、坐立和行走，腰肌和臀肌痉挛或呈条索状僵硬，有明显压痛点，因肌肉痉挛可见脊柱生理曲线改变。

〔鉴别诊断〕

应与严重的棘上韧带、棘间韧带断裂，横突、关节突骨折、横突骨折、椎体压缩性骨折、后纵韧带，腰椎间盘突出症相鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋通络，活血止痛。

按摩手法　《医宗金鉴·正骨心法要旨·手法释义》中说："因跌仆闪失，以致骨缝开错，气血郁滞，为肿为痛，宜用按摩法，按其经络，以通郁闭之气；摩其壅聚，攻散瘀结之肿，其患可愈。"可见按摩对急性腰肌扭伤的治疗作用。按摩手法不论何种流派，其主要功能作用在于缓解肌肉、韧带、筋膜、血管的痉挛，增进局部血液循环，消除瘀滞、加速瘀血早日吸收，以达到舒通经络，消肿止痛的目的。

按摩手法治疗急性腰肌扭伤有显著疗效。各种流派都有自己独特的手法，现介绍几种常用手法。

（1）捻、按、点、摇、扳、推相结合的手法：①捻散法：患者俯卧位，医者立于患侧，用单手或双手大小鱼际的掌根部（或整个手掌）在损伤的腰背筋肉部位由上而下，由肩背至腰骶部做均匀和缓的捻、散动作。捻散时力量由轻到重，捻法、散法各做3—5次。②双手按压法：医者双手掌背重迭，由上而下按压棘突和腰背肌肉，动作要稳重缓和，操作3—5次，使软组织放松。③点穴法：用拇指或中指按如下顺序点按肺俞、肝俞、三焦俞、大肠俞、八髎、秩边、承扶、殷门、委中、承山、昆仑、太溪、环跳、风市、髀关、优免、膝眼、足三里、阴陵泉、三阴

交、悬钟等穴。④摇晃屈戳法：点按后，令患者侧卧、伤侧在上。一助手蹲在患者背后，一手扶在腋下，一手按在伤处。医者一手拿住伤侧下肢的踝部，将伤肢拔直，另一手扶在髋部。拿踝部的手由外向里环转摇晃伤侧下肢6—7次，将伤侧下肢小腿挟在腋下进行拔伸，再将伤侧下肢屈曲，使膝关节靠近胸部，足跟接近臀部，扶髋部之手改按在伤处助手的手背上，进行戳按，最后将伤侧下肢伸直。⑤扳提戳按法：患者改为俯卧位，两下肢自然伸直，两手放在胸侧壁或放在头前方。医者立于健侧，一手按于腰部疼痛处，一手将两肩向背侧扳提，同时按腰部的手用力向下按压，然后依同法扳按双下肢。⑥摇晃戳按法：医者按压腰部的手不动，另一手抱起下肢向上托起，环转摇晃6—7次，再向斜上方拔伸，同时按腰部的手用力向下按压。助手握住患者的双足踝部，并将下肢提起。医者借势用另一手（前臂）拢住双下肢（原按腰部的手不动），与助手协同用力摇晃下肢6—7次后一同用力向斜上方拔伸，而按腰部的手用力下按。⑦抖腰法：助手用布巾由患者背部兜住患者的两个腋下。医者双手握住患者的两个踝部，与助手协同用力拔伸的同时，将臀部抖起，使之离开床面约2—3寸高。然后将双膝屈曲，助手与医者分别推按患者的双肩与双小腿。⑧推扳法：令患者侧卧，医者立于患者背后，一手扳住肩部，一手推住臀部，向相反方向进行推扳，使腰部扭转活动，再推肩部扳臀部，作相反方向的推扳。⑨提拉戳按法：助手固定患者上身，勿使摇动。医者一手握住患者踝部，向后提拉，一手按住腰部伤处向前按压。⑩屈膝摇晃按压法：助手固定患者上身，勿使摇动。医者用一上肢的前臂抱住下肢的小腿部，将患者的下肢膝关节、髋关节屈曲，然后环转摇晃、屈伸6—7次。再尽量使髋、膝关节屈曲，使膝靠近胸部，按于腰部的手尽力向前按压，然后将腿伸直。⑪仰卧屈膝屈髋晃腰法：令患者改为仰卧位。助手按住双肩。医者将患者双下肢屈膝屈髋，一手按于双

膝并用手拢住，另一手按于小腿上并拢住，将双下肢进行左右环转摇动6—7次。然后用力向胸部按压双下肢。双手抱握患者下肢的小腿部将下肢用力牵伸拔直。⑫伸膝蹬空法：医者再将一手改握伤侧下肢的踝部，另一手扶住膝部，将患侧下肢屈膝屈髋、摇晃髋关节6—7次。将握踝之手改放在膝关节下的小腿后方，扶膝之手保护膝关节，然后作迅速的提拔蹬空的被动动作，抬腿幅度由小到大，以患者耐受力为度。⑬摇晃端提法：患者改为坐位。助手蹲于患者前方，用双手按住两侧腹股沟部。医者立于患者背后，两臂从患者两腋下穿过，然后抱住患者的躯干，并用膝部抵住患者的腰部，如右侧扭伤则用右膝，左侧扭伤则用左膝。先环转摇晃患者的躯干6—7次，再向后上方将患者提起，并向斜后方倾斜，使腰部做扭屈动作，先向患侧倾斜扭屈。再向健侧扭屈倾斜。令患者将双下肢伸直，医者立于患者侧方，一手按住背部，使患者尽量向前弯腰，另一手以掌揉法自上而下沿两侧膀胱经推揉，重点在伤处，反复6—7次。然后将按于背部的手绕过患者胸前，抱住躯干，使腰伸直，并用力向上提起，另一手按住腰部的扭伤处用力按压。⑭滚床法：令患者坐于床边，助手蹲在患者前方，一手按住膝关节，一手抱住双腿。医者立于患者背后，双前臂穿过患者腋下将患者的躯干抱住，并用力向后上方将患者提起。在保持向后上方提起拔伸力量的情况下，将患者的上半部身体向左、右扭转，而助手则用力按住下肢不使之随扭转而摇动。⑮直立晃腰法：上述手法完成后，令患者立于地上，两足分开与肩同宽站立，腰微向前屈，双手伸直扶于桌沿或床沿。医者立于患者的侧方，一手搳在患者少腹的气海穴处，一手按在腰部的扭伤处。两手同时用力将患者的腰部环转摇晃左右各6—7次。然后搳在气海穴的手向后推，使患者的腰部向前弯曲，按于腰部扭伤处的手随即用力向前推按，使腰部伸直，再揉按疼处数分钟。⑯弯腰挺立法：医者两足前后分开站立，右足立于患者两

足之间的后方，站在患者背后，右手前臂绕过患者少腹，与左手扣拢在患者的左侧髂前上嵴处，然后抱住。先令患者直膝向前弯腰，待手尽可能摸到足尖后，再令患者将腰缓缓伸直，并向后背伸。医者乘机将患者抱起，并用自己的右侧髋部抵住患者腰部的扭伤处，然后突然放手，使患者落地、站稳。⑰推拍弯腰法：患者仍取站立位，双手高举立于床边，面向医者。医者站于患者正前方，双手扶住患者的双肩，左右摇转数次，再用掌面轻轻拍打患者的胸部，在患者不注意的情况下，双手突然猛力推患者的两侧髂前上嵴使之跌坐床上。⑱挎打法：仍令患者站立，双足与肩等宽。一助手站在患者右侧较近处。医者站在患者的左侧，三人面向同一个方向。医者用右上肢自患者背后将患者抱住（此时医者的右手拢在患者的右腋下），而患者的左上肢的腋窝搭在医者的右肩上，左上肢的上臂和前臂放在医者的肩背上。医者的左手握住患者的左手腕部。医者身体向左侧倾斜，用肩、臂、腰、胯等处发出的综合性的合力将患者提起，持续1、2分钟后突然用力将患者向上抛起，迅即撒手，旋即转身面向患者的左侧，用双手向患者左侧胁下推按，使患者向其右侧的助手方向倒去。此时助手立即迎住，使之不致跌倒。上述手法可根据患者的体质、病情、年龄适当选择3—5个手法，不必全部采用。这些手法的功能是：捻散法具有舒筋通络，解除肌肉痉挛，促进血液循环的作用。双掌按压法可以解除肌肉痉挛，通过震颤脊柱关节突关节改善关节与周围组织的平衡关系。点穴法有活跃气血，疏通经络，改善血液循环，消炎止痛的功效。摇晃戳按法能调解下部腰椎关节，腰骶关节及软组织之间的平衡关系。扳提戳按法、摇晃戳按法、抖腰法、推扳法、提拉戳按法可使脊柱旋转、牵开，以改善椎间关节、韧带的内在平衡关系，与周围肌肉的外在平衡关系，使二者能相互协调一致。屈膝摇晃戳按法有舒通腰部及腰骶、髂腰部肌肉，滑利关节，促进血液循环。仰卧屈膝晃腰法能舒通

腰背肌、筋膜及腰肌，使腰椎关节与骨盆屈伸、旋转、牵拉棘上及棘间韧带，改善生理弧度。伸膝蹬空法通过动伸屈髋膝关节，使大腿屈肌肌群受到牵伸，以解除肌肉的痉挛，促进血液循环。摇晃提端法通过牵拉脊柱小关节以伸展韧带及腰背肌和筋膜。滚床法可以牵引椎关节，旋转脊柱，矫正非固定性脊柱侧弯畸形。直立晃腰法可被动活动腰椎关节；舒通肌肉及棘间韧带。弯腰挺立法能舒通腰背肌肉、筋膜，用自身的牵引力牵拉椎间韧带及小关节。推拍弯腰法能牵伸腰背肌及筋膜。跨打法可牵拉椎间组织及一侧腰肌、腹斜肌筋膜，使腰侧弯。明白了这些手法的功能作用，可根据临床不同的病情灵活化裁，以适其症。

②按、揉、摇、提、扳相结合的手法：①按揉法：患者俯卧位，医者立于一侧。先以拇指或手掌自肩部沿脊柱两侧的膀胱经自上而下地揉按。过承扶穴后改用揉捏手法下至殷门、委中、承山穴，重复3次。此法善于疏通气血，散瘀解结，解痉止痛。②掌按指点法：医者以手掌心按压命门、腰阳关穴，并用拇指点按肾俞、志室、大肠俞、环跳、阿是等穴。用指点按时配以揉法往往可以产生酸、麻、胀、痛等感觉，可使气血运行，经络疏通，疼痛减轻。③提捏法：将医者的第2至第5指的指腹置于棘突的一侧，拇指置于脊柱另一侧的骶棘肌外缘，各指用力的方向与骶棘肌纤维方向垂直，相对捏起骶棘肌，自上而下反复2—3次。可左右交替进行，也可两手同时进行。本法可将肌纤维拉长，使肌肉松弛。④摇法：医者以右手小鱼际尺侧缘及3、4、5掌指关节的背侧，以腕力和前臂的前屈旋转反复摇动，顺其骶棘肌自上而下重复2—3次。能达到舒筋活血，疏通经络，解痉止痛的作用。⑤扳腿按腰法：医者一手按于患处，一手肘关节屈曲勾扶于患侧大腿的前下方，手掌托其大腿中部用力向上方端提，按于腰部患处的手用力向下按压，随后拔伸，有时可听到响声。⑥推拿揉摸法：上述手法结束后，再以推、拿、揉、摸等手

法自上而下进行3—5次。以达到调和气血，捋顺筋肌的目的。每日一次或隔1—2天一次。

（3）揉、揉、拔、擦相结合的手法：患者俯卧位。医者用揉法在压痛点周围治疗，逐渐移至疼痛处。然后在伤侧顺骶棘肌纤维方向用揉法操作，往返3—4遍。配合腰部后伸的被动活动，幅度由小到大，压力由轻到重。医者改用按揉法在腰阳关、肾俞揉按数分钟后，再拿委中穴，以酸胀为度。然后在压痛点的上下方弹拨、弹拨时手法宜柔和深透。医者变换体位立于患者受伤的一侧，沿骶棘肌纤维方向进行直擦，以透热为度。令患者改为侧卧位，患侧在上。医者作腰部向前、后的斜扳手法即可。

（4）本手法分为站立、俯卧两种体位的治疗。站立位有推摩、摇晃、引伸、托、松腰、背、屈曲挤压、推等手法。俯卧位有按、揉、牵抖、扳、搓等手法。

站立位治疗

①推摩法：一助手托住患者肘部，令病人两手高举，头抬起，身体放松。医者在患者背后自上而下推摩三遍。

②摇晃法：医者站在患者体侧，一手在前按住其脐部，另一手在后按于伤处，嘱病人配合慢慢转动腰部，左右各三次。

③引伸法：医者再立于患者背后，双手仍按住患者腰部疼点不动，嘱助手协助病人慢慢向前弯腰成90°（注意使其不要屈膝）。

④托法：患者站立位。医者一手托患者腋部，另一手从患者腰部疼点向上依次推托，使患者呈过伸位，足离开地面。

⑤松腰法：医者再用推、摩、揉三法，自上而下两遍，并在体侧施搓法自上而下两遍，随后用掌自上而下拍打，在伤处多拍打数下。

⑥背法：若患者体重较大，上法不易成功可改换背法。医者

以背对背立于患者背后，两手肘勾住患者两肘，医者体前屈，以臀部顶住患者腰骶部，使患者呈过伸位，双足离地，然后上下颠动及左右摇晃3—5次。

⑦屈曲挤压法：患者下蹲，双膝贴胸。医者按其肩，使患者重心略向后移，瞬时用力向下按压，使患者胸腰部极度屈曲。

⑧推法：患者下蹲，体位同上。医者一手扶按患者肩部，另一手从患者肩背部以掌根向下推，推至骶部。

（2）俯卧位治疗

①按：患者俯卧。医者立于左侧，用双手拇指由第一胸椎开始，按压两侧骶棘肌至腰骶部，由上往下，反复3—5次，重点按压腰肌痛点及肌紧张部位，以弛缓拘紧。

②揉：医者先以手掌揉法，揉脊柱两侧肌肉，反复3—5次，再以拇指及其余各指分别置于腰两侧痛点，行旋转按揉，主要受力部位在患侧，以使紧张放松，缓解疼痛。

③牵抖法：医者拿患者小腿远端，牵拉两分钟后，上下抖动腰部数次。

④扳法：腰前屈位受伤时宜选用斜扳法，腰后伸位扭伤时宜选用"腰侧卧提按法"或背法，腰部旋转体位扭伤时宜选用侧扳法。"腰侧卧提按法"是嘱患者侧卧，患侧肢在上。医者站在患者背后，一手托抱患肢膝上或用手握其小腿远端向后提拉，另一手按住腰部痛处向前推按，使腰部突然进行一次过伸运动，然后立即放松还原。此手法关键在于发力要巧，不可乱施蛮力。发力时机要准，一般在腰腿部过伸接近极限时。此手法对于身体高，体质壮而不易扳动者，可采用蹬腰法。医者双手握患者小腿远端，以足蹬顶在患者的腰部，缓缓用力使腰腿部过伸，当过伸到一定程度时，同时一蹬一拉即可。侧板法即是斜扳法。

⑤搓法：患者俯卧位。医者手贴患者两侧，相对用力搓动患者腰背部及腰骶部。

其它疗法　可用局部热疗、针灸、封闭等配合治疗。

药物治疗

外用药　镇江膏、狗皮膏、伤湿止痛膏等。

内服药　跌打丸、三七片、七厘散、云南白药等。

〔注意事项〕

（1）治疗期间，患者应卧硬板床休息。症状较重者，应制动3—4天。治疗后症状基本消除者，可适当休息3—5天，再进行腰背锻炼，恢复工作。

（2）手法治疗时，患者可根据情况选择肢体最宜放松的体位，不可强求某一种体位。

（3）急性腰肌扭伤大多经过1—2次手法治疗后，病情即可大大缓解或治愈。

8.慢性腰肌劳损

提　要

- 慢性腰肌劳损主要是腰部肌肉、筋膜、韧带的慢性损伤
- 腰疼时轻时重，功能活动正常，压痛点广泛
- 治疗重点在骶棘肌

慢性腰肌劳损主要是指腰部肌肉、筋膜、棘上韧带、骶髂韧带等软组织的慢性损伤。本病又称为“功能性腰痛”、“腰背肌筋膜炎”等，多见于青壮年。有的病例并无明显的外伤史，但与职业和工作环境有关。其发病缓慢，病程缠绵，遇阴雨天气或劳动之后症状常加重，而适当休息即可得到缓解。

本病在各种慢性腰痛中占有相当比重。

〔病因病理〕

（1）习惯性姿势不良或劳动中长期处于某种不平衡体位，使腰肌造成慢性积累性损伤。如采煤工人长期弯腰生产，使腰背肌经常处于牵伸状态而发生疲劳性损伤；口腔科医生由于工作时

姿势不良，久之引起脊柱侧弯。两侧的腰肌牵拉力不均，一侧松弛，一侧紧张，久之发生一侧的腰肌劳损。

（2）急性腰肌扭伤后没有得到及时治疗或治疗方法不当，或反复多次受伤，使扭伤的软组织未能得到充分修复，局部出血和渗液不能及时排出，以致产生纤维性改变和瘢痕组织，压迫或刺激神经而引起症状。

（3）腰骶骨质先天性畸形或下肢畸形等（如隐性骶椎裂、棘上韧带失去附着点，从而减弱腰骶关节的稳定性；或小儿麻痹后遗下肢畸形，走路时姿势不平衡，从而使腰肌经常处于紧张状态而劳损；或单侧腰椎骶化；或椎间小关节两侧不对称等）使腰骶部两侧的活动度不一而诱发腰痛。此外第五腰椎骶化、第一骶椎腰化、棘突过宽成吻性棘突、扁平足、扁平髋等都可造成代偿性慢性腰痛。

（4）风、寒、湿邪的侵袭，使腰部肌肉、筋膜、韧带发生痉挛紧张而变性，引起腰痛。

〔临床表现〕

腰背部疲痛或胀痛，休息后则轻，劳累则加重，适当活动或经常改换体位也可减轻。腰背外形多无变化，功能活动范围正常。有的患者一侧或两侧骶棘肌触之僵硬、压痛。压痛点常在骶髂后部或骶骨后面肌的抵止处或腰椎横突部。腰痛常与天气变化有关，阴雨天气、潮湿环境、感受风寒等其痛加重。慢性腰肌劳损也有急性发作时，凡急性发作则各种症状明显加重，并有肌痉挛，脊柱侧弯，下肢牵掣作痛等症。兼受风湿者患处喜热怕冷，局部皮肤粗糙、感觉迟钝。

〔诊断〕

根据病史，临床表现，体征以及反复发作加重等特点，其诊断不难作出。

〔鉴别诊断〕

应与陈旧性腰椎骨折、腰椎结核等鉴别。陈旧性腰椎骨折有急性外伤史，伤愈后有不同程度的功能活动受限。X线检查可见椎体压缩或附件骨折。腰椎结核进行期有全身症状，如低烧、盗汗、食欲减退、消瘦等，血沉快、X线检查骨质有破坏，亦可有椎旁脓肿。

〔治疗〕

治则　舒筋活血，温经通络。

按摩手法　慢性腰肌劳损的按摩手法比较多，但大体上相似。本节只介绍二种，读者可从中悟出道理而自行发展与衍变。

（1）点、揉、挤、推、按结合的手法：患者俯卧。医者立于一侧，先点按两侧的“委中”穴。点按时拇指用力向前向上推压，患者可感到双下肢有痠胀感。然后以左手掌根沿患者右侧背伸肌自上而下旋转揉按至骶髂关节上缘，反复2—3次。再用同法以右掌根揉按左侧背伸肌。施术后医者两手拇指放于两侧背伸肌上端的外缘，沿肌纤维垂直方向向中线挤压。挤压时拇指向前推揉并向上向外旋转，沿背伸肌移行而下至骶髂关节平面上缘为止，反复2—3次。医者改为立于患者的左侧，右手掌心按于脊柱上，手指尖指向头部，掌根位于第七颈椎平面以下，左手掌横向放于第五胸椎棘突平面以上，两手呈交叉位，右手以掌根向上推按，左手以小鱼际向下推按，作相反方向的推按性牵引。然后以一定的间距逐渐向下推按至腰骶部，反复2—3次。

医者以两手的食指、中指放在髂腰三角处的髂骨嵴上缘、骶棘肌外缘，拇指置于髂棘肌外缘，其余四指（即两手的无名指、小指）环抱于两侧髂骨。拇指同时向中线横向挤压，待拇指推到骶棘肌肌腹的中部相当于“大肠俞”穴位时改为向内向下用力按压，然后变用力方向向上挤压，按压一分钟后将拇指向外分开，逐渐放松并在原处轻轻揉按。移动拇指改按于两侧髂骨后上嵴的内缘（即骶棘肌下方的“关元俞”穴），用力按压半分钟，再以

两手大鱼际自患者第一胸椎平面沿两侧背伸肌向两侧推按，直至腰骶关节平面，反复3—4次。右手放于第四、五腰椎关节的背侧，左手迭加右手背上，在腰部作左右摇摆推按，反复4—5次。令患者双手抓住床的上沿，医者双手握住双足踝，向下牵引一分钟，然后放松，结束手法。

以上手法可缓解受伤部位的血管痉挛，以增进血液循环，促使血肿早日吸收，达到消肿止痛的目的。本手法还可以整复肌腱滑脱；椎骨错缝、软组织嵌顿，以消除因末梢神经受到刺激而引起的反射性腰肌痉挛，使损伤组织早日修复。本手法还可剥离粘连，活血散瘀。

（2）此手法是由揉、弹拨、擦、挤、压、摇晃等几种手法组合而成。

揉法：患者俯卧。医者立于患者的一侧。先以拇指的指腹在腰部两侧自外向内广泛地揉动。揉至脊柱后，改用掌根揉法由腰外侧向脊柱正中揉动。指揉和掌揉的重点是疼痛最集中的部位上，反复3—5次。

夹脊弹拨法：医者双手拇指与其余四指在脊柱两侧离正中线旁开五分的肌肉处，从背部直至腰骶部依次弹拨3—5次。

腰背擦法：沿脊柱两侧、肩背部、腰骶部，对斜方肌、肌筋膜、骶棘肌、背阔肌进行广泛的反复擦之。

卷腰挤压法：患者改为仰卧位。医者将其双膝并拢，并屈膝屈髋。一手固定其双踝，一手固定其双膝。利用自己的体重有节奏地向下按压患者的下肢，连续10次左右。此手法可使腰部肌腱受到牵拉。但需注意应使患者受牵拉的力点放在患者平时最疼痛的部位上。例如腰骶部痛则屈按腰骶关节。如第三、四腰椎周围痛则一手托住臀部，使腰再继续向上卷屈以使第三、四腰椎关节及周围软组织得到屈按。

腰骶摇晃法：保持患者的上述体位，医者一手托住臀部，一

手扶膝，使患者向左右旋转摇动，以使腰骶两侧的软组织广泛受到牵拉、放松。

〔其它疗法〕

可内服健步虎潜丸、六味地黄丸、独活寄生汤、疏风定痛丸等，或外用洗药、热敷灵、热砖、热盐等。此外还可配合针灸、封闭、理疗、功能锻炼。

〔注意事项〕

用宽皮带束腰，睡硬板床，劳动中尽可能经常改变体位、姿势，纠正不良习惯，注意避免风寒湿邪的侵袭，节制房事。

9.腰椎间盘突出症

提　要

·腰椎的骨质及纤维环的退行性改变是基本因素，强力的外力作用是其诱因

·剧烈的腰痛以及下肢放射性疼痛、脊柱侧弯、活动受限为主要表现

·突出的髓核回纳是治疗的关键

腰椎间盘突出症又名“腰椎间盘纤维环破裂症”，是指腰椎间盘因强的外力作用，使腰椎间盘纤维环部分或全部破裂，髓核向外膨出，压迫神经根或脊髓而引起腰痛和一条列神经症状者称为腰椎间盘突出症。

本病是腰腿痛常见病之一，发病率约为门诊腰腿痛患者的15%，多见于壮年男性体力劳动者，以工人发病率为多，好发于20—40岁，平均年龄为30岁左右，男女之比约为10至30比。儿童极少发病，典型病例在老年人偶有发生。临床上以第四、五腰椎及第五腰椎与第一骶椎之间的椎间盘最易发生病变。

〔病因病理〕

腰椎间盘纤维环的后外侧比较薄弱。后纵韧带贯穿整个脊柱，加强了纤维环的后面。但自第一腰椎平面以下，后纵韧带逐

渐变窄，至第五腰椎和第一骶椎间，宽度只有原来的一半。腰骶部是承受动、静力最大的部分，所以后纵韧带变窄造成自然性结构方面的弱点，使髓核易向后方两侧突出。

发生本病的原因有内因和外因两个方面。内因是椎间盘本身退行性改变或椎间盘发育上的缺陷；外因有损伤、劳损以及寒湿之邪等。

椎间盘没有血液循环，修复能力较弱，而且在日常生活和劳动中，由于负重和脊柱运动，椎间盘经常受到来自各个方面的挤压、牵拉和扭转应力，因此容易发生萎缩、弹性减弱等退行性改变，这是本病发生的主要原因。

（1）外伤　尤其是积累性劳损，是引起纤维环破裂的重要原因。由于腰椎呈生理性前凸，椎间盘后薄前厚，人们在向前弯腰时，髓核就向后方移动。此时由于髓核受到体重、肌肉和韧带等张力的影响，即产生强大的反抗性弹力（其弹力的大小与负重的压力大小成正比）。如果这种力量过大或纤维环本身有缺陷，髓核就有可能冲破纤维环而向侧后方膨出或突出，引起神经根、马尾神经和脊髓的压迫症状。

一般人在20—30岁，纤维环开始变性，弹性减小，应力加于这些变性或弹力减退的纤维环。如腰部扭伤后，就极易造成纤维环的破裂。在这个年龄，髓核尚能保持其胶质状态和膨大，因之必被挤于裂隙之间，影响裂隙的愈合。既使裂隙较小，髓核一时未突出纤维环外，日后亦可能在不断的活动和挤压中向外发展。若纤维环裂隙较大，突出的髓核即可引起急性坐骨神经痛。

在30—40岁，若髓核内纤维组织增多，但尚未引起椎间盘变窄，则髓核对变性的抗力比半液状时期大，髓核突出的可能性相对较小。故从某些方面看，髓核的变性是机体的一种保护性机制。

在40—50岁以后，若髓核、纤维环、软骨板变性明显，椎间

盘萎缩变化广泛，既使受到损伤，破裂和突出也是细小的，故不易引起典型的坐骨神经痛。除非碎裂的纤维环被挤于椎管之内，否则不会引起急性症状。若髓核变性已至晚期，而纤维环尚保持完整，则椎间隙显著变窄，以致椎体边缘出现骨刺和唇样增生。

软骨板构成椎间盘的上下壁，有半渗透膜的作用。经过软骨板交换的液体，可维持纤维环和髓核的营养，所以软骨板受到损害后，可对纤维环和髓核造成不良影响。这些影响是：在软骨板的损伤处，纤维环因失去附着点而变弱。若髓核的膨胀尚正常，变弱的纤维环就不能抵御其膨胀力，因而容易突出。液体的交换减少，促进了纤维环和髓核的纤维变性和坏死。

椎间盘在弯腰活动和受压中可以变形，这时椎间盘可暂时降低其吸水能力，直至压力解除后，变形和吸水能力才能恢复。

若积累性劳损使髓核长期不能得到正常充盈，就可影响纤维环的营养供应，致使纤维环易损伤而不易修复，这样更易造成破裂。

（2）受寒　不少腰椎间盘突出的病人，无明显的外伤和劳损史，只有受寒、着凉史。其原因可能是椎间盘有发育上的缺陷，受寒后使腰背肌肉痉挛和小血管收缩，影响局部的血液循环，进而影响椎间盘的营养。同时，肌肉的紧张痉挛，导致椎间盘的内压升高，特别对于已有变性的椎间盘，更可造成进一步的损害，致使髓核突出。

〔类型〕

（1）根据髓核突出的方向，可分为三种类型。

①后突出型：即髓核向后方突出。一般所指的腰椎间盘突出，实际皆属此类。

②前突出型：即髓核向前方突出。因无神经压迫症状，故无实际临床意义。

③椎体内突出型：即髓核向软骨板内突出，突出物压入椎骨

的松质骨，形成杯状缺口。病程久者，缺口边缘硬化。多发生于青年期。

（2）后突出型中，根据突出的部位，可分为三型。

①单侧型：髓核向一侧后方突出，神经根受压只限于一侧。

②双侧型：髓核向后纵带两侧突出。其突出的特点是一先一后，两侧下肢皆有坐骨神经痛症状，往往是一侧症状出现时，另一侧症状多已减轻或消失，似有交替现象。如果两侧症状同时存在，也是一轻一重或一侧症状消失，一侧滞留。此种类型在临床上较为少见。

③中央型：髓核自中央突出。若突出物较小，其突出的平面，既不压迫左侧，也不压迫右侧的神经根，而压迫马尾神经。因此无论突出的平面是第三、四腰椎、第四、五腰椎还是第五腰椎与第一骶椎之间，受压的都是3、4、5骶神经，产生的症状多为鞍区麻痹和大小便功能障碍。除非突出很大，一般不会引起双侧的典型坐骨神经痛。本病与马尾肿瘤的鉴别是症状出现的快，休息时症状减轻。

（3）根据髓核突出的程度，又可分为三型。

①隐藏型（又称幼弱型）：此类型是纤维环未完全破裂，而是自内向外形成幅射型的裂缝，但其裂缝不大，外层尚保持完整。其破裂部分因受椎间隙压力的挤压，髓核可自裂缝部向外膨出。一般环内壁裂缝大，椎间隙压力高，突出物膨出就大。反之，环内壁裂缝小，椎间隙的压力低，外界阻力大，突出物膨出就小或消失。所以，椎间盘突出症有时好时犯、时轻时重的特点。这是突出物大小变化带来的临床表现。

②破裂型（又称成熟型）：这种类型是纤维环完全破裂，髓核从破裂纤维的断处，自椎间隙向外膨出。有的突出物上被以薄膜，从而与附近的组织隔开，不致发生粘连。有的外无被膜，其突出的断端可能与附近组织发生粘连。也有的突出物与破裂纤维

环的断端以蒂相连，游离于椎管内，造成对神经根压迫位置的变化，以致发生脊柱侧弯有忽左忽右的变换。有时破裂的纤维环组织和髓核大块突出，压迫马尾神经，表现为中型突出的症状。

③突出型（又称移行型）：介于隐藏型与破裂型之间，纤维环接近完全破裂，髓核膨出亦较大，可转变为破裂型完全突出或缩回椎间隙而消失。

〔临床表现〕

腰椎间盘突出症的主要症状是腰部疼痛和下肢放射性疼痛。

腰部疼痛：多数病人有数周或数月的腰痛史，或有反复腰痛发作史。腰痛程度轻重不一，严重者可影响翻身和坐立。一般休息后症状减轻，咳嗽、大便用力、打喷嚏时疼痛加剧。

下肢放射性疼痛：下肢放射性疼痛出现的时间不同：有的在腰部损伤的同时出现；有的当时只感到腰痛，一两天后才感到下肢有放射性疼痛；也可数周数月后，才出现下肢放射性疼痛。下肢放射性疼痛可与腰痛同时存在，也可单独存在。腰痛多在腰的下部、腰骶部、或局限于腰的一侧。先腰痛而后腿痛者最多，占53.3%；先腿痛而后腰痛者约为20.8%；同时发生者仅占8.3%；只有腿痛者占15%；只有腰痛者仅为2.5%。

一侧下肢放射性疼痛是第四、五腰椎或第五腰椎至第一骶椎的椎间盘突出症的主要症状，常在腰痛减轻或消失时出现。其疼痛是由臀部开始，逐渐放射至大腿后侧、小腿外侧，有的可达到足背外侧、足跟或足掌，影响站立和行走。下肢放射性疼痛除以上的坐骨神经区域放射疼痛外，还可出现一侧股神经和闭孔神经区域的放射性疼痛。这是第一腰椎、第二腰椎或第二腰椎、第三腰椎之间的椎间盘突出的结果。

姿势异常：①腰椎前凸增大；②腰椎曲线变平或倒转；③脊柱侧弯是三种常见的姿势异常。腰椎前凸增大可使马尾神经移位于椎管的后部，避开突出物的刺激和压迫。另外，由于前凸增

大，使腰椎间隙前窄后宽，有力地阻止小型突出物继续向后移，使破裂的纤维环变得松弛，有利于修复，同时也保护了后纵韧带。患者站立时，躯干多稍向前倾，腰部可以伸直、侧弯，但前屈受限。腰椎曲线变平或倒转是由于较大的、足以阻止腰部后伸的后外侧或后方突出物所致，常伴有严重的坐骨神经痛和腰椎侧凸，任何伸直腰的动作都可加重下肢放射性疼痛。脊柱侧弯的发生率约占腰椎间盘突出症患者的80%以上。其侧弯的方向可偏于健侧，也可偏于患侧。脊柱侧弯可使神经根松弛，减轻疼痛，是一种保护性反应。侧弯的方向可以表明突出物的位置与神经根的关系。突出物位于神经根的前内侧（腋部），则偏向健侧；如位于神经根的前外侧（肩部），则偏向患侧。但是临床上也不尽然，如位于神经根的前外方，早期偏向患侧，晚期偏向健侧。

腰部功能活动障碍：腰部的屈曲、伸展、侧弯、旋转等功能活动均有不同程度的障碍。尤其以后伸的障碍最大。其机理是：脊柱的屈曲，腰椎间盘的前部挤压较多而后侧间隙增宽，髓核向后移位，突出物的张力加大，脊髓上移，牵拉神经根，疼痛增加而影响腰部的活动；腰部的伸展，椎间隙前宽后窄，黄韧带向前突出，直接挤压突出物和神经根，使疼痛加重而限制伸展运动。患者在站立时，脊柱稍向后倾即感腰及下肢疼痛加重。

压痛点及放射疼：压痛点多在腰骶部附近的棘突间及椎旁1—2厘米处，相当于突出物的平面。用力下压时，当压力抵达黄韧带、神经根和突出物时，可引起下肢放射性疼痛。其疼痛的部位符合受累神经根的分布区域。如压痛点不易找出，可令患者站立，并使脊柱略向后伸，背部靠于医者的左肩前部，使骶棘肌放松，医者左手按于患者髂前上棘，右手拇指寻找压痛点，此法较卧位更易查出压痛点。此外在居髎、环跳、委中、阳陵、绝骨等穴也常有程度不同的压痛。

〔诊断〕

直腿抬高试验阳性，严重者仅能抬腿15—30°，足背伸蹠屈力减弱，起坐伸膝试验阳性，屈颈试验阳性，颈静脉压迫试验阳性。

腱反射，约有70—80%的患者有膝、跟腱反射异常。股四头肌、腘绳肌、腓肠肌、胫前肌、伸趾长短肌的肌力减弱。

X线检查可见椎间隙变窄，生理前凸消失或减小。

〔鉴别诊断〕

腰椎或骶髂关节结核病人腰部怕受震动，所以叩击腰部患处可产生剧烈疼痛，并伴有低热、红细胞沉降率增高，还可能有肺结核史。脊髓马尾肿瘤为慢性进行性疾病，无间歇自愈现象，鞍区麻痹，脊柱运动多无明显限制或病理姿态。腰椎骨折有明显外伤史，X线检验一般能诊断清楚。

〔治疗〕

治则　活血化瘀，舒筋通络，回纳髓核，整复畸形。

按摩手法

（1）适应症和禁忌症　适应初次发作、病程尚短者，或病程虽长、但症状较轻者，单侧隐藏型和突出型的青壮年患者。禁忌中央型突出者、骨质增生明显或突出物有钙化者，或病程长，多次手法治疗效果不佳或反复发作者。

（2）常用手法　①封腰：患者俯卧位，医者立于患者一侧。医者先用肘压或指按法，按压肾俞、环跳、风市、承扶、殷门、委中、承山、昆仑、太溪等穴。②揉背：医者用掌根和大、小鱼际在患者背部的督脉自大椎揉至尾骨端，左侧是太阳经自肩揉至臀部，右侧是太阳经自肩至臀部，如此为一遍，反复揉三—五遍，先轻后重，再由重转轻。揉的重点在腰部。③放通：医者的一手按在患者腰部的一侧，另一手按于同侧下肢的跟腱部。按于腰部的手反复揉动数次后，两手作相反方向的用力牵引，然后再做另一侧。④扳按：作完放通手法后，按于腰部的手仍然作揉法，

按于跟腱的手改为托起一侧的下肢。托起时用肘部托住患者的膝关节，手掌托住下肢大腿的前侧。按于腰部的手以掌根顶住突出物。托下肢的手尽量不使膝关节弯曲地向上扳动患者的下肢，按于突出物的手用力下按突出物。作完一侧后改作另一侧。⑤斜扳：令患者侧卧，上侧的上肢屈肘放于季肋部，上侧的下肢屈膝放于下侧下肢的膝部。而下侧的上肢伸直，下侧的下肢自然屈曲，医者面对患者而立，用一侧肘部抵于患者的肩前部，另一肘部抵于患者的髋关节（偏于臀部），手掌扶于腰骶部。抵肩前部的肘用力向后推，抵于髋关节的肘向前按压，使患者的肩、髋扭曲到最大限度时，常可听到“咯嗒”的弹响声，说明突出物已经回纳。然后再作另一侧。⑥滚叠：令患者仰卧，医者立于患者的一侧。将患者的双下肢屈膝屈髋，一手拢住两下肢的胫骨，另一手拢住膝关节。然后顺时针摇动，尽量使腰部随之转动。然后再作逆时针摇动。顺时针、逆时针摇动各作3—5次。⑦压牵：作完上述手法后，医者将患者双下肢在屈膝屈髋的姿势下尽量压向腹部，使膝关节尽可能接近胸腹部。然后双手握住患者的双踝，改变医者的体位立于患者下肢方向的位置上，并令患者双手握住床沿。在各种准备姿势完成后，令患者将腰部肌肉放松。医者用力牵拉双下肢。⑧宣泄：将患者双下肢平放于床上使之伸直并拢。医者移到患者的一侧，用双手和前臂搓动患者的双下肢，尽量带动起患者的腰部，搓动3—5次。手法结束后令患者仰卧1～2分钟后再下地行走。

有的手法还加用抖法、震颤法、坐位旋转复位法等。手法治疗后，初病者可用腰围固定腰部，平卧硬板床上，2—3天后常有因手法而引起腰痛加重的反应，一周后效果满意，腰痛会减轻。在腰围的保护下，病人积极进行背肌锻炼，但要防止弯腰活动，2—3月后无症状复发者可恢复轻工作。

〔其它疗法〕

可配合内服活血化瘀、行气止痛类中药，如顺气活血汤、身痛逐瘀汤等。风寒湿邪引起者，可内服祛风散寒，兼以化湿类汤药，如独活寄生汤等。肾虚者，填精补髓，强筋壮骨，酌加活血化瘀之品，如左归饮、右归饮之类加红花、地龙等。

也可使用牵引疗法、针灸、火罐、理疗、局部封闭、穴位封闭等疗法。

〔注意事项〕

（1）治疗期间病人需卧硬板床休息，注意腰部保暖。（2）按摩前要排除其它骨质病变。（3）手法后可用腰围固定腰部。

10.腰椎管狭窄症

提　要

- 腰椎管狭窄症可由先天和后天引起
- 间发性、持续性腰腿痛，间歇性跛行是其特点
- 点穴、揉法是其主要治疗手法

凡因腰椎管狭窄、神经根管或椎间孔的骨性或纤维性结构狭窄，引起马尾神经或神经根受压，造成临床一系列症状者，称为腰椎管狭窄症（或称腰椎管综合征）。本病好发于老年男性，男女之比约为1.8:1。80%多见于40—60岁之间，体力劳动者约占70%。

〔病因病理〕

本病有原发性和继发性两种。原发性为先天性，继发性为后天性。

先天性腰椎管狭窄是指椎管本身由于先天性或发育因素而致的腰椎管狭窄，表现为腰椎管的前后径和横径呈均匀一致性狭窄，可见于侏儒症、椎弓根短缩等患者。本类型临床极为少见。

后天性腰椎管狭窄：多由于骨质增生、黄韧带肥厚、退行性

改变、外伤等因素引起。

椎管是由各椎骨的椎孔相连而成，上自枕骨大孔，向下终止于骶管裂孔，与脊柱的弯曲一致。管内有脊髓、脊神经根、脊髓被膜及血管。椎管各段的形状及粗细不完全相同，腰部与颈部的椎管呈三角形，较宽，相当于第五腰椎和第七颈椎处的椎管最宽；胸部的椎管呈圆形，较狭窄。

椎骨是由椎体、椎弓根、椎板连续的骨环经椎间盘和黄韧带连接而成。椎管的前壁为椎间盘和后纵韧带，侧壁为椎弓根后关节和黄韧带的内侧部分，后壁为椎板和黄韧带。由此可知整个椎骨是由骨和结缔组织共同组成的“骨纤维性管道”。

腰椎管狭窄症是腰椎的管腔，包括椎管、侧隐窝及椎间孔某处或多处狭窄。其病理表现是：①椎体后缘及关节突骨质唇样增生形成骨赘，使椎管和椎间孔变窄。有时因长期劳损，导致关节突退行性改变而肥大，甚至呈球形关节，使左右两关节的距离变窄，关节突增生的骨质伸入椎间孔，导致椎管狭窄。②椎板和椎弓根增厚是椎管狭窄的又一病理。正常的第五腰椎椎板的厚度是右侧为5.82±0.91mm，左侧为5.83±1.91mm。如果退行性改变增厚达到1.2—2.5cm时，由于椎板的增厚，可使椎管的矢状径变小，而导致椎管的狭窄。椎弓根增厚可使椎管的横径变短，神经根紧贴椎弓根内缘造成神经根受压。③正常的黄韧带厚度在中线部位为4mm，在侧方（侧隐窝）为2mm。黄韧带肥厚在椎管狭窄症中占着重要的地位，可使椎管和侧隐窝的前后径均变小；黄韧带松弛，当腰后伸时容易迭折伸入椎管，使管腔变小，产生神经受压症状。④腰椎间盘萎缩，产生椎间隙变窄，韧带松弛，腰骶角增大，以致关节突退行性改变，上下关节突失去挂勾的作用；导致椎体向前、后及侧方滑脱（也称假性滑脱）。同时因为椎间盘退行性改变使椎间盘向后隆起或纤维环的破裂突出，均可压迫马尾神经和神经根。⑤凡是造成解剖关系失常的损伤，

均可造成椎管狭窄症。例如外伤后引起硬膜外血肿机化，尔后产生粘连，形成硬膜束带或硬膜外脂肪变性和纤维化；外伤产生骨折因骨痂形成后突入椎管，造成相应部位的狭窄。⑥由于骨移植或脊柱融合术后，融合区的椎板或黄韧带增厚以及后关节突膨大、骨质增生而使椎管狭窄。这种狭窄称为医源性狭窄。⑦此外，硬膜外软组织变性，椎管内静脉曲张、软骨发育不良、氟骨症、畸形性骨炎、骨质疏松等都可产生椎管狭窄。

〔临床表现〕

（1）缓发性持续性腰下部和腿部疼痛，有的单纯腰痛或腿痛，有的腰腿同时疼痛，腰腿同时疼痛者，早期多为腰痛，逐步出现腿痛；晚期除马尾神经受压外，同时神经根受压而产生坐骨神经痛。腰痛的特点多显于站立或走路过久。若躺下或蹲下以及骑自行车时，疼痛多自行消失。局部多呈现胀疼痛，没有固定的压疼点，常处于强迫前屈位，后伸时腰痛加重。（2）80%以上的患者多有间歇性跛行，常在走路和锻炼以后，出现单侧或双侧下肢麻木、沉重、疼痛、无力，越走症状越严重，被迫采取休息。下蹲后，症状马上缓解，若继续行走则出现同样症状。（3）本病分为中央型狭窄和根管型、混合型三种类型。中央型狭窄者有明显的马尾性间歇性跛行，腰后伸时症状加重，弯腰或骑自行车时症状减轻，无明显根性神经痛。检查时很少有阳性体征。根管型狭窄有根性神经痛而无明显间歇性跛行。此型仅根据症状很难与单纯后外方腰椎间盘突出症相鉴别。混合型椎管狭窄既有间歇性跛行又有根性神经痛。

〔诊断〕

（1）脊柱侧弯，生理前凸减小，患者腰部略向前屈。腰部后伸试验阳性，但显示放射性疼痛不明显，一般均在30°以上，有时可正常。但是也有以坐骨神经痛为主要症状，并有明显根性体征，直腿抬高试验阳性，椎旁有明显压痛点，并向下肢放射。特

别是受累神经根不是一个，除参考中央型和多发椎间盘病变，也应考虑此症。

（2）肌力减弱，以第五腰神经和第一骶神经支配的肌肉更为明显，常表现为伸踇肌力减弱。

（3）触觉和痛觉减退，可发生在一侧或双侧下肢，感觉变化主要表现在腰5骶1神经分布区。如小腿外侧及足的背外侧等。

（4）有时可出现膝和跟腱反射减弱、消失或亢进。

（5）马尾神经受压时可出现鞍区麻木或肛门括约肌松弛无力。

（6）X线检查可见①脊柱弧度改变，其脊柱可侧弯或生理前凸加大或减小。②多见于腰4—5，腰5骶1的椎间隙变窄，也可有椎体滑脱现象。③腰椎体后缘出现唇样增生，其部位大部分在腰3、4、5的后缘。④腰椎管矢状径小于12mm，小于10mm为绝对狭窄。⑤CT扫描对小关节病变及侧隐窝的观察有独到之处，但对黄韧带的病变不易诊断。

〔鉴别诊断〕

本病应与血栓闭塞性脉管炎、腰椎间盘突出症相鉴别。

血栓闭塞性脉管炎属于缓慢性进行性动脉、静脉同时受累的全身性疾病，虽有下肢麻木、酸胀、疼痛和间歇性跛行，但足背动脉和胫后动脉搏动减弱或消失，后期可产生肢体远端溃疡或坏死。腰椎管狭窄者，其足背、胫后动脉搏动是良好的，不会发生坏死。

腰椎间盘突出症的鉴别可参考前篇内容。

〔治疗〕

治则　舒筋消瘀，松解粘连。

按摩手法　（1）病人俯卧位，医者立于病人的一侧。（2）医者在腰骶部采用掌根按法、揉法，沿督脉、膀胱经顺经而下，

经臀部、大腿后部、腘窝部直至小腿后部上下往返2—3次；然后点按腰阳关、肾俞、大肠俞、居髎、环跳、承扶、殷门、委中、承山等穴。（3）在腰骶部的两侧骶棘肌配合擦法和热敷。（4）病人仰卧位，医者用掌揉法自股前、小腿外侧直至足背，上下往返治疗2—3次。再点按髀关、伏兔、血海、风市、阳陵、足三里、绝骨、解溪等穴，拿委中、昆仑。（5）屈伸下肢和搓动下肢，结束手法。

其它疗法

可根据病症配合内服独活寄生汤、麻桂温经汤、活血止痛汤、定痛活血汤、右归饮、健步虎潜丸、左归饮、阳和汤等，还可配合封闭疗法、针灸、穴位注射，醋离子或乌头离子腰部局部透入。

[注意事项]

本病治疗手法应轻柔缓和，绝对禁止用强烈的旋转手法，以防病情加重。

11. 腰椎骶化与骶椎腰化

提要

- 腰椎骶化与骶椎腰化均为骨质结构的异常变异。
- 一般不会引起病症，引起者多为软组织损伤。
- 手法治疗主要在于缓解软组织损伤。

腰椎骶化是指第五腰椎与骶骨相连而变成骶椎形态而言；骶椎腰化是指第一骶椎与骶骨分开而形成腰椎形态的变化而言。

腰椎骶化与骶椎腰化是常见的骨骼变异，在一般情况下，这种发育的异常并不引起临床症状的出现，没有多大的临床意义。但是由于结构上存在着这种弱点，使脊柱的稳定性受到影响，容易使周围的软组织出现劳损，引起腰腿痛的症状。

[病因病理]

腰椎是由五个椎体通过棘间韧带、棘上韧带、前纵韧带、后

纵韧带以及椎间盘、纤维环等相互联结而成，是可动性的椎体。骶椎由五个椎体相互融合形成一个骶骨，是不可动的椎体。第一、二、三腰椎的横突较长，第四腰椎横突向外向上翘起，第五腰椎横突比较短粗。第一、二、三腰椎两侧的上关节突之间的宽度较下关节突之间的宽度大，第四腰椎的关节突则间隙小。第五腰椎下关节突的关节面呈斜位或冠状位排列。第五腰椎的横突有一强大的髂腰韧带将其固定在骶骨上。骶骨呈后上向前下倾斜，与水平面形成一个30°-40°的夹角。

腰椎骶化多因骨质增生造成，第五腰椎骶化后，第四腰椎承担了第五腰椎的功能，增加了第四、五腰椎关节周围的韧带、肌群的负担而造成软组织损伤，形成腰腿痛的症状。过大的第四腰椎的横突影响第五腰神经，亦是腰腿症状的重要因素之一。

骶椎腰化，使骶髂关节的关节面结构变得复杂，关节的稳定性受到影响，形成假关节关节炎，使第五腰椎神经引起症状。

[临床表现]

在第五腰椎和第一骶椎棘突间或棘突旁有明显的疼痛和压痛，多局限于一侧，剧烈活动或劳累后疼痛加重、休息后减轻。

[诊断]

在假性关节处常有明显的压痛，直腿抬高试验阴性。X线片检查：第五腰椎与骶椎的间隙变窄或消失，椎体边缘可见增生的骨质，有假关节形成者，为腰椎骶化。第一骶椎与骶骨分离，形成第六腰椎者，为骶骨腰化。

[鉴别诊断]

本病应与腰椎间盘突出症相鉴别。

[治疗]

治则　舒筋活络，缓急止痛。

按摩手法　本症主要在于缓急止痛，使损伤的软组织得到修复，而变异的骨质结构并不能解除。

患者取俯卧位，医者立于患者的右侧位。医者用掌揉法在患者背部自上而下，先脊柱后两侧（足太阳膀胱经）反复揉三—五遍。重点在腰骶部。然后揉臀部及下肢的后侧，反复三次后，左臂托起患者左下肢，右手掌部按住腰骶部，左臂上抬，右手下按，然后改作另一下肢，用同样方法搬按，再将双下肢并拢。左臂抬起双下肢，右手掌根按于腰骶，反方向用力搬按。最后掌揉腰骶，结束手法。

[注意事项]

手法要轻柔缓和，搬按的力度要适中。

下肢疼痛明显者，可点按环跳、殷门、委中、承山、悬钟、太溪、昆仑、足三里等穴。

对症状较重，长期治疗效果不明显者，应考虑手术治疗。

12. 棘上、棘间韧带损伤

提　要

- 棘上韧带在解剖学上的弱点是其易受损伤的重要原因
- 脊柱中线、损伤部位棘突的顶点及两侧的压痛是本病辨证的要点
- 手法要轻柔缓和，不宜作任何被动活动的手法

棘上韧带是联接各椎骨棘突上面的索状纤维组织，是由腰背筋膜、背阔肌、多裂肌的延伸部分（腱膜）组成。棘间韧带处于相邻的棘突之间，呈长方形，其腹侧与横韧带相连，其背侧与背长肌的筋膜和棘上韧带融合在一起。

因弯腰提取重物、高处摔下或直接外力的冲击等因素，使棘上、棘间韧带扭伤或撕裂者称之为棘上、棘间韧带损伤。

[病因病理]

弯腰提取重物是棘上、棘间韧带损伤常见的原因之一。棘上韧带自上而下纵行，比较坚强，但在腰部却比较薄弱。据统计，73%的人棘上韧带终止于第四腰椎，22%的人终止于第三腰椎，5%的人终止于第五腰椎，在骶椎上从未发现有棘上韧带。棘上韧带共分三层，深层连接相邻的两个棘突，且与棘间韧带交织在一起；中层跨越2—3个棘突；浅层跨越3—4个棘突。其作用是限制脊柱过度前屈。

棘间韧带是一种致密的胶原结缔组织。它将相邻的棘突连接在一起，靠其足够的韧力来加强脊柱的稳定性。在日常生活中，它可以帮助棘上韧带与黄韧带以限制脊柱的过度前屈活动。一般情况下，由于骶棘肌的保护而不易受损，但因其变性或过于牵伸则常会引起损伤。

当人体充分弯腰时，骶棘肌由收缩转为松弛，由腰背部的韧带担负重量。如提取重物，则靠臀部和大腿后侧的肌肉收缩，以腰椎为杠杆，使躯干升起。在升起过程中，力的支点不断变化，但始终在腰部，而人体上半身的重量和重物重量的综合作用力全部落在棘上韧带和棘间韧带上。但是此时的棘上韧带和棘间韧带却无骶棘肌的保护，所以，如果力不从心或躯干骤然强烈屈曲，即可造成棘上韧带、棘间韧带的撕裂或损伤。

当人体自高处摔下，特别是下肢处于伸展位或坐位时极易造成棘上、棘间韧带的损伤。因为下肢处于伸展位时，两侧股后肌紧张，骨盆向后旋转，并固定于后旋位，此时骨盆与下腰椎之间处于活动与不活动部位的交界处，使腰骶部韧带发生牵扯性损伤。处于坐位或腰部处于前屈位时，股后肌更为紧张，牵拉骨盆使之倾斜的程度更大，加以腰部的前屈位已使腰部韧带紧张，在摔下时臀部着地其作用力的传递使棘上、棘间韧带发生撕裂、剥离等损伤。

外力直接作用于背部，使腰前屈，或外力直接作用于腰部，

均可引起棘上、棘间韧带的损伤。

棘上、棘间韧带的损伤主要是韧带的撕裂伤和剥离性损伤。

由于棘上韧带是由背阔肌、多裂肌延伸部分组成，受脊神经后支的内侧支末梢支配，所以棘上韧带在发生损伤时常常在背阔肌、多裂肌的相应区域内出现症状，同时通过脊神经后支内侧支传入中枢，使腰腿出现反射性症状。

棘上、棘间韧带损伤，以第五腰椎第一骶椎发病的机会最多，第四腰椎第五腰椎之间发病的机会次之。这是因为第五腰椎和第一骶椎之间的棘上韧带及髂腰韧带虽然比较坚强，但是棘间韧带却比较薄弱，而腰骶关节又处于活动和非活动部位的交界处，是脊柱结构的枢纽，躯干负重及活动的集中点，所以体重的冲击力和外来的作用力多集中于此而极易造成损伤。

〔临床表现〕

多有明显的外伤史，如弯腰负重、自高处摔下、负重突然失力等。

多为突然发病，发病时（损伤时）患者自觉腰部有一清脆的响声或撕裂样感觉，随即局部突然疼痛，其疼如断裂、针刺、刀割、局部可出现瘀斑肿胀，坐卧困难。偶尔伴右下肢反射性疼痛。脊柱中线疼痛，疼点固定在1—2个棘突之间，腰部肌肉痉挛，活动明显受限，弯腰时疼痛加剧。

检查时，在损伤棘突的顶点及其两侧有明显的压痛。急性损伤者，在损伤的棘上韧带处可有1cm左右的浮起，棘突间的距离加宽，约在0.1—0.3cm左右。慢性损伤者，在损伤处可有1—4cm的浮起，宽度约在0.2—0.5cm。

〔诊断〕

可根据外伤史、临床表现及外部体征作出诊断。X线片有助于排除骨折、脱位以及确定损伤程度。

〔鉴别诊断〕

本症应与急性腰肌扭伤相鉴别，一般情况下二者不易区别，往往合并存在。但是腰肌扭伤多发生在两侧的骶棘肌及腰骶筋膜分布区，且压痛浅而广泛，肌肉痉挛也较为明显。本病压痛多局限而敏锐。

本病还应与腰椎间盘突出症相鉴别。

〔治疗〕

治则　理筋通络，活血祛瘀。

按摩手法　按摩可加速局部血液循环，有助于损伤组织的修复。

本病的治疗手法分为坐位、卧位等术式。

坐位　患者端坐方凳上。医者坐在患者身后，用拇指触摸棘突的韧带剥离处。然后嘱病人稍向前弯腰，医者一手拇指按于剥离的棘上韧带上端，向上推按牵拉，另一手拇指左右拨动已剥离的韧带，找准剥离面，然后顺脊柱纵轴方向顺压于原位。

卧位　卧位的按摩手法分为二种：

第一种，病者采取俯卧位。医者站于一侧，先揉按双侧委中穴或承山穴20—30次。在腰的局部外涂祛瘀止痛类药膏作指揉法，另外对其周围软组织用轻手法揉按10—15分钟，以增加局部组织的营养供应，促进损伤组织的修复。局部用擦法，以热为度。卧床休息，每日湿热敷1—2次。

第二种，病人俯卧位，医者立于患者的一侧。医者在患者的患处沿着与棘上韧带成垂直方向用弹拨法治疗，然后沿棘上韧带方向作上下抹法。再在脊柱的两侧用按揉法治疗后，改用擦法在腰背部、督脉治疗，以透热为度。

〔注意事项〕

治疗以理筋通络为主，治疗2—3次后则以活血祛瘀为主。急性棘上韧带损伤，不宜做任何被动运动。

急性损伤治疗后应适当制动2—3天，在7—10天内不宜作腰

部负重、弯腰等使其疲劳的活动。

卧硬板床，必要时用腰围护腰，注意局部保暖。

为增强腰部肌肉的力量，弥补韧带薄弱的不足，增加腰椎的稳定性，应该注意腰肌的锻炼。

13.髂腰韧带损伤

提　要

- 髂腰韧带损伤是在骶棘肌张力下降情况下引起的损伤
- 临床表现特点是在髂腰角处有明显的压痛点
- 按摩手法要深沉、缓慢、有力

髂腰韧带损伤是指起于髂嵴后部内侧面，止于第五腰椎横突顶尖部及下缘韧带的损伤。

髂腰韧带的纤维走向是从外上方走向内下方，对第五腰椎有牵拉作用、限制第五腰椎的前屈活动，有保护第五腰椎和第一骶椎的椎间盘的作用，所以长期过度弯腰等动作会使髂腰韧带发生损伤。

〔病因病理〕

经常长时间的过度弯腰、或在此情况下突然旋转腰部，容易引起髂腰韧带的损伤。腰部经常处于前屈弯腰状态时，骶棘肌的张力下降，而全部作用力则由韧带负担、而且在第五腰椎前屈时，髂腰韧带处于紧张状态。长期弯腰使髂腰韧带长期处于紧张状态，因而容易引起慢性积劳性损伤；在较长时间弯腰的状态下突然旋转腰部，则髂腰韧带在紧张状态下，再受到一个突然的旋转性扭转力，从而使一侧的韧带扭伤。

髂腰韧带与骶棘肌起点相联结。骶棘肌起点损伤常常引起髂腰韧带继发性损伤。

髂腰部的先天性畸形，如单侧的腰椎骶化或骶椎腰化，使髂腰韧带的位置发生异常改变，两侧的髂腰韧带力学作用失去平

衡，稍受外力，即可引起损伤。

〔临床表现〕

一侧或两侧髂腰角疼痛，腰部弯腰或向健侧屈曲时，疼痛加重，其疼痛可扩散到患侧腰部。部分患者可伴有患侧下肢疼痛的症状。

〔诊断〕

髂腰角有明显压痛点，弯腰活动受限。在伴有同侧下肢放射性疼痛的同时，压按腰骶部压痛点，可引起下肢疼痛加剧。直腿抬高受限，但无神经根受压症状。

〔鉴别诊断〕

本病常是腰肌急性扭挫伤伴随的症状，但本病的压痛点在髂腰角。

〔治疗〕

治则　理筋通络，活血止痛。

手法治疗　患者俯卧位。医者站于患者的患侧。在患者患侧的腰骶部用擦、按法治疗，手法宜深沉有力并较为缓慢地施行手法，同时配合下肢后伸被动活动。在患者患部肌肉放松的情况下，用按、揉法在压痛点治疗，然后再在压痛点与髂腰韧带成垂直方向作弹拨法。最后沿髂腰韧带纤维方向和骶棘肌纤维方向作斜向和直向的擦法，以透热为度。

〔注意事项〕

避免作过度的弯腰和侧弯活动，尤其不要作弯腰提取重物活动。

睡硬板床，注意局部保暖。

治疗时不要用蛮力，以免损伤体表肌肤。

14.第三腰椎横突综合征

提　要

·第三腰椎横突是腰椎活动的中心和枢纽，是腰部肌肉收缩活动的支

点，这是第三腰椎横突综合征的病理关键

- 长期慢性腰部疼痛，乏力，第三腰椎横突处有压痛为其特点
- 治疗手法以弹拨、按、揉为主交替进行

第三腰椎横突综合征，原属慢性腰肌劳损范畴。但在临床上由于第三腰椎横突解剖学上的特异性，越来越多的学者将本病作为一种独立的疾病加以研究和认识。

第三腰椎横突综合征是以第三腰椎横突部位有明显压痛为特点的慢性腰痛，有人称之为“腰三横突周围炎”或“腰三横突滑囊炎”。

〔病因病理〕

第三腰椎位于腰椎生理前凸的顶点，是腰椎活动的中心，成为腰椎前屈、后伸、左右侧弯，左右旋转活动的枢纽。当腰部活动时，第三腰椎横突所受的牵拉力最大，而且其横突较其它腰椎的横突长。

第三腰椎横突的顶端附有腰方肌，横突间肌、胸腰筋膜的深层、横突间韧带、横突棘肌、骶棘肌等肌肉、筋膜、韧带等软组织。两侧横突所对应的肌肉相互拮抗或协同作用，维持人体重心的相对稳定。腰部任何方向的运动，均使第三腰椎横突顶端承受反复的牵拉和磨动，所以受伤机会较多。

本病多见于青壮年。大多数患者有急性扭伤史，特别是突然弯腰，或长期从事弯腰作业的人，因动作不协调，腰背部肌肉收缩使第三腰椎横突周围软组织被牵拉，附着于横突上的深筋膜被撕裂，造成慢性纤维组织的无菌性炎性改变或出现肥痂。有的因为肌肉上下滑动于第三腰椎横突形成保护性滑囊。这个滑囊一旦发生炎性改变，即可产生局部疼痛。

急性腰椎扭挫伤后，因为未能及时治疗或诊治不当，或反复多次损伤，局部渗血、血肿，产生纤维变性或形成疤痕和粘连，

压迫刺激脊神经后支而产生腰痛。

第三腰椎横突是肌肉收缩运动的一个支点。在长期弯腰运动中，附丽于第三腰椎横突的肌肉受到慢性牵拉造成牵拉性损伤，引起多处小的肌疝。同时，腰部神经后支的外侧支也会受牵拉而产生疼痛，引起局部肌肉痉挛，或慢性劳损，使第三腰椎横突周围的软组织发生水肿、渗出、纤维增生等慢性炎症，或形成第三腰椎横突滑囊炎等。

风、寒、湿邪的侵袭，使腰部肌肉痉挛、小血管收缩，使代谢和营养障碍形成慢性腰痛。

下腰部的移行椎或椎间后关节的左右不对称等常使腰部运动不协调而诱发腰痛。

〔临床表现〕

腰部一侧或两侧有慢性疼痛史，晨起或弯腰时疼痛加重，弯腰直起时困难。稍事活动，疼痛减轻，疼痛多呈持续性。少数患者主诉腰部慢性和间歇性疲胀、疼痛、乏力，其疼痛向臀部或大腿外侧乃至膝关节平面外侧放散。

在第三腰椎横突的顶端有明显压痛，有时可触及纤维性硬结。这个硬结呈结节状或条索状。在第二腰椎和第三腰椎旁或在骶部常有麻木区或过敏区。

腰部容易疲劳有烦扰不适感，单一姿势难以持久维持。久坐、久立后，伸腰活动、改变体位才稍感轻松；劳动后，腰部局部症状明显加重。遇阴雨天气，症状加重，腰部肌张力减弱，运动基本正常。

〔诊断〕

根据病史和临床表现，一般能够作出诊断。

〔鉴别诊断〕

本病应与坐骨神经痛，腰椎间盘突出症，腰椎结核，脊髓、马尾部肿瘤、腰椎骨质癌、泌尿系疾患、肾周脓肿、妇科疾病相

鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋通络，活血散瘀，消肿止痛。

手法治疗　病人取俯卧位，医者站在患者的一侧。医者在病患侧软组织的远端，先用掌根按揉法或擦法，自上而下往返3—5次，而后在阿是穴作弹拨法10—20次，力量由轻到重，再以阿是穴为中心向四周作搓、揉等手法。

再重复腰部的按揉法或擦法，沿膀胱经的循行路线而下，经臀部、大腿的后侧上下往返3—5次，按压肾俞，秩边、居髎、环跳、委中等穴。然后在第三腰椎横突处先用指按弹拨的手法，做与条索状硬结相垂直的方向上弹拨，弹拨与上下按揉手法交替进行，反复2—3次。若腰部运动受限，可根据情况配合腰部后伸被动运动（如腰部后伸扳法、斜扳法等）。

最后以擦法沿骶棘肌纤维方向治疗，以透热为度，结束手法。

第三腰椎横突弹拨时，可以采取以下的方法：①先定位，即先找到第三腰椎横突；②在第三腰椎横突向两侧骶棘肌的外缘探寻压痛点，然后在压痛点用双手拇指重叠向前内方按压。如探有硬结或条索状硬状手感，即进行弹拨。

〔注意事项〕

（1）在腰部用弹拨法治疗时，患者会感到疼痛较甚，因此必须配合揉法治疗，以缓解治疗时的疼痛。弹拨时引起的疼痛，要以患者的忍受力为度，切不可使用暴力。因为疼痛过于剧烈，可引起腰部肌肉因疼痛而痉挛，不易放松，而且还会引起新的损伤，增加疼痛。

（2）治疗期间，要避免或减少腰部的后伸、前屈和旋转活动。

（3）注意局部保暖，不可受寒。

（4）可配合使用封闭疗法，药物疗法，如治疗效果不理想，可考虑手术治疗。

16.退行性脊椎炎

提　要

·退行性脊柱炎主要是因椎间盘的退行性改变所致

·45—55岁是本病的高峰期，主要表现是腰痛

·按摩手法主要起到增强血运，缓急止痛的作用，并不能根除增生的骨质

退行性脊椎炎，又称“损伤性脊椎炎”、“老年性脊椎炎”、“增生性脊椎炎、“肥大性脊椎炎”、“脊椎骨关节炎”、“腰椎骨刺”等，指的是以腰椎软骨退行性改变，骨质增生为主的骨关节病变。

本病多见于中老年人，男多于女。胖人、体力劳动者及运动员等发病较早。因为是一种慢性骨关节炎，一般没有临床症状，但是有少数患者可出现慢性腰痛。

〔病因病理〕

本病一般分为原发性和继发性两种。

原发性　主要为老年人的生理退行性改变，患者大多数在40岁以上。因为40岁以后，人体的肾气开始衰退，精气或精髓虚损，“肾主骨”。肾气衰退，骨质出现退行性改变。这种改变主要表现在机体各组织细胞所含的水分和胶体物质减少，而含钙物质增加，其生理功能也随之衰退、老化。腰椎椎体两侧后缘有不同程度的骨质增生、椎间盘发生变性，椎间隙变窄，椎间孔缩小，使腰骶部脊椎两侧的神经根受到刺激和压迫，从而引起严重的腰腿痛。

继发性　继发性增生性脊柱炎是继发于各种损伤、慢性炎症、贫血、新陈代谢障碍和内分泌紊乱等。因为这些病均可造成

营养关节软骨板的血液循环障碍。从而导致软骨的炎性改变和软骨下骨反应性的骨质增生，压迫神经根，影响血液运行，引起腰腿痛。

本病的主要病理改变是椎间盘的退行性改变。椎间盘是一个连接上、下椎体的组织结构。其中髓核是一个膨大的胶质状态的组织，是椎体骨质进行营养吸收、交换的主要场所，并起到重力、压力的缓冲和保护椎体的作用。

40岁以后，髓核内的纤维组织增多，但仍保持其原有的膨大和胶质状态，所以椎间隙仍保持原有的孔经大小。50岁以后，髓核的变性达到晚期，椎间盘萎缩性变化广泛，椎间隙显著变窄。

软骨板构成的椎间盘的上下壁，有半渗透膜的作用。经过软骨板进行交换的液体，可维持髓核和纤维环的营养。50岁以后软骨板变性已很明显，液体的交换减少，促进了髓核和纤维环的纤维变性和坏死。各种损伤、慢性炎症、贫血、内分泌障碍等使骨质衰弱，是另一种因素。

脊柱曲线的凹侧椎体缘，由于杠杆作用，所受的压力较大。随着年龄的增长，椎体所受压迫和磨损的时间也越长，因而骨刺形成的机会也多。椎间盘变性后，椎间隙变窄，并失去其"水垫"或水力学性能，椎体两端不断受到震荡、冲击和磨损。在椎间盘变性的同时也发生老年性的骨质疏松变化，减弱椎体对压力的抵抗，因之渐渐出现骨质增生。

〔临床表现〕

中年以后逐渐出现腰痛，但不伴有全身症状。45—55岁之间是退行性脊椎炎腰痛现象的高峰期。随着年龄的增长，椎间盘逐渐萎缩，且其稳定性增加。60岁以后，腰痛逐渐减轻。

腰痛并不剧烈，仅感到腰部酸痛，不灵活，甚至钝痛不适，或有束缚感。早晨起床或久坐站起时，疼痛不适感更为明显，而稍事活动，症状可减轻或消失，但过度劳累后腰痛加重。有时腰

痛可向臀部和大腿部放射。阴雨天气症状加重。

脊柱的变形主要是出现圆背，同时腰椎的生理前凸减少或消失，脊柱运动受限。有时叩击腰部棘突时会出现叩击痛。两侧的腰肌紧张、压痛，在臀上神经和坐骨神经的径路上也可有压痛，甚至出现坐骨神经根刺激症状。

〔诊断〕

直腿抬高试验阳性，克匿格氏征阳性，腱反射减弱，压颈压腹试验阳性。*X*线片可显示骨质增生。

〔鉴别诊断〕

本病应与强直性脊椎炎相鉴别。

〔治疗〕

治则　行气活血，舒筋通络。

按摩手法　退行性脊椎炎的任何治疗方法，只能改善腰部血液循环和淋巴液的回流，增强腰部肌肉的张力和腰椎的稳定性，缓解或消除对神经根的压迫。对已经形成的骨质除了用手术方法治疗外，一般是不可能消除的。

按摩对退行性脊椎炎的治疗，南北各派的手法有刚柔的不同，并有许多不同的手法组合。现将行之有效的几种手法介绍如下。

刚猛的手法有两种，第一种手法是由腰背推法、四点扳法、牵抖法、点按法、按压法组成，患者取俯卧位与侧卧位；第二种手法是由蹬腿牵引法、患肢小腿牵引法、直腿屈腰法、坐骨神经干弹拨法、指压穴位法、腰椎牵引法组成，患者取仰卧与俯卧位。

第一种手法：腰椎推法，患者俯卧位，医者立于一侧。医者先沿脊柱两旁的膀胱经自上而下反复推3—5遍。对经常腰背隐痛者，用指叩击法在膀胱经叩击。四点扳法，患者体位同上，医者立于一侧。医者一手向上扳提患者一侧的下肢，另一手以掌根

依次沿胸腰椎各节用力推按。然后，按此方法一手扳提对侧的下肢，另一手顺压患者脊柱，按压与扳动同时进行。下肢完成后，再依次扳患者的双肩、按压脊柱。因为是扳双下肢、双肩，故称四点扳法。施术中常可听到各脊椎关节发出“咯嗒、咯嗒”的声响。牵抖法，患者俯卧位。医者站于患者脚底方向，双手握住患者踝的上部，牵引2—3分钟，然后用力作上下抖动5—10次。点按法，患者俯卧，医者双手拇指点按患者的脾俞、肾俞、委中、承山、阳陵。按压法，双手重叠置于患者腰背部的痛点，用力向下按压。功能活动法，患者侧卧位、仰卧位或站立位使之弯腰、摇晃、过伸等。

第二种手法：患者仰卧位，医者立于患者的患侧。以右下肢为例，医者一手托住患肢膝关节的后部，另一手握住小腿的下端，使髋关节呈屈曲位。双手配合使髋关节作被动的顺时针与逆时针方向的旋转活动。每侧8—12圈。然后嘱患者配合用力，迅速向上作蹬腿活动。医者顺着蹬腿的方向用力向上牵引患肢，操作6—8次。小腿牵引法：将患者踝部挟于右腋下，右肘关节屈曲，以前臂背侧托住患者小腿的后侧；左手置于患者右侧膝关节前外侧，并以右手握住左手的前臂。此时，用力挟持患肢向上、向下、向内作牵引运动，操作8—12次。直腿屈腰法：患者仰卧于床或将双下肢伸直端坐于床。医者面对患者站于床头一端，尽量用两大腿前侧抵住患者两足底部。然后以两手拉住患者的双手或前臂，用力拉患者向前屈，再放松回原位。一拉一松，反复操作8—12次。坐骨神经干弹拨法，医者用双手拇指，沿坐骨神经干做深透性弹拨，以分离粘连，促进血液循环，促进患肢功能恢复。指压穴位法：指压肾俞、大肠俞、秩边、环跳、殷门、风市等穴位。腰椎牵引法：患者俯卧位，双手握住床沿。医者站于足底部，双手握住患者双踝，作相对牵引。

柔和的手法有两种：第一种手法点夹脊穴、环跳、委中、承

山等穴，然后用捻揉、推板、拍打、劈扣、提拿等手法。第二种手法患者俯卧位，医者站于患者一侧。先用掖法在腰部及腰椎两侧施术。配合指按命门、阳关、气海俞、大肠俞、关元俞，或用掌根按法按压脊椎两旁的夹脊穴，接着用掖法从腰部或臀部治疗。有下肢牵痛者，自股后侧下至小腿后侧，配合下肢后伸活动，施以掖法。患者侧卧，医者站于前方用斜扳法活动腰椎，左右各一次。患者仰卧，医者站于患者的一侧，用掖法沿大腿前侧和外侧至小腿外侧，上下往返施以掖法。随后用拿法拿委中，承山，按阳陵。最后患者取坐势，上身略向前倾，两手撑在大腿上，医者站于一侧，用擦法在腰椎及两侧反复擦之。

［注意事项］

注意腰部保暖。睡板床，适当配合腰部锻炼。

可配合服用六味地黄丸、金匮肾气丸、健步虎潜丸及理疗等方法。

16．骶尾部损伤

提　要

- 骶尾部损伤可因直接、间接外力引起。
- 以骶尾部疼痛为其特征。
- 尾骨骨折者复位，软组织损伤者缓急止痛。

骶尾部损伤是指骶骨下部、尾骨部及其相邻的肌群、韧带的损伤。本病多见于女性，男女之比为1∶5。

骶尾部是由五个骶椎、三个尾骨组成的。五个骶椎融合成一个骶骨，与两侧的髂骨连接构成骨盆。骶骨是人体脊柱中最坚强的骨质结构，它的前侧面有4条横嵴，是五个骶椎的融合线。横

嵴的两侧各有一个前骶孔，是第一至第四骶神经前支通过的部位。骶椎的横突在前骶孔的侧方融合成骶骨的侧部，与髂骨相连构成骶髂关节。骶骨的后侧面正中线是骶椎棘突融合成的嵴，称为骶中嵴或纵嵴。在骶中嵴的两旁有四个骶后孔，是第一至第四骶神经后支通过的地方。在骶中嵴与骶后孔之间有一条骶侧嵴，亦是横突的遗迹。骶骨呈上宽下窄的三角形，宽的部分称为底，窄的部分称为下端。底部向前倾斜，下端向后倾斜。底部的第一骶椎与第五腰椎构成腰骶关节。腰骶关节存在着一定的角度，称为腰骶角。下端的第五骶椎与第一尾骨构成骶尾关节，亦存在着一定的角度，称为骶尾角，从第一骶椎至第五骶椎形成一个骶椎管，其下端无底而是一个孔，称为骶椎孔，由韧带覆盖。

骶尾部的浅层肌肉有背阔肌、臀大肌的起点。背阔肌的下端起于骶中嵴，臀大肌内侧的起点起于骶骨和尾骨的后面，深层肌肉有骶棘肌、梨状肌的起点。骶棘肌的下端起于骶骨的背面，梨状肌有的内侧起于骶骨前侧面的外侧。这些肌肉与人体脊柱的弯曲以及下肢的外展活动密切相关。

骶尾部的神经有腰骶干、骶神经、尾神经前支，这些神经组成骶丛神经。骶丛神经略呈三角形，其尖端指向坐骨大孔。除发出许多短小的肌支外，还发出臀上皮神经、臀下皮神经、阴部神经、坐骨神经等。

［病因病理］

骶尾部的损伤大多因为直接外力、间接外力和慢性劳损，其次是骶尾部的风寒湿引起的关节炎，此外尚有骶尾部的结核和肿瘤等。

直接外力：外力直接打击骶尾部（如纯器的撞击、踢打等），或跌倒时臀部着地、冲击力自臀部传递到骶尾部。

间接外力：由于长期处于盘膝坐位、腰部弯曲等使骶棘肌、

背阔肌、梨状肌、臀大肌长时间处于疲劳状态而引起损伤。

风寒湿邪引起的骶尾部、腰骶部关节炎后亦可引起肌群的损伤。

骶尾部的结核和肿瘤影响了骶丛神经同样可使骶尾部损伤。

直接外力作用者常会引起尾骨骨折或脱位，没有脱位与骨折者，其骶尾部的肌肉常出现充血、水肿、粘连等损伤。

[临床表现]

软组织损伤者，出现骶尾部疼痛，其疼痛向臀部、会阴部、下腰部以及股内侧放射。坐卧起立或坐硬板凳、咳嗽、排便时疼痛加剧，喜用柔软的织物垫于臀下，侧卧、俯卧、站立时疼痛减轻。X线片骨质无明显改变。尾骨骨折者，骶尾部疼痛，不能并腿直腰站立，走路斜行，不能正坐，下蹲时疼痛加重，起立困难，不能仰卧，只能侧卧，但腿不能伸直，俯卧位时稍感舒适，排便用力时因干硬的粪块冲击骨折后的尾骨而骶尾部疼痛难忍。叩击腰骶关节时骶尾部疼痛明显。X线片可见尾骨明显移位。

[诊断]

根据病史及体征不难诊断。

[鉴别诊断]

应与坐骨神经痛、骶尾部结核、肿瘤相鉴别。

[治疗]

治则　尾骨骨折者，理筋整复。

软组织损伤者，疏筋活血，缓急止痛。

治疗手法　（1）尾骨骨折者：患者俯卧位，小腹部垫以枕头。医者用右手食指洗净后套以消毒的指套，外涂石腊或凡士林油，轻轻插入肛门，左手大鱼际按压于骶尾部。根据尾骨骨折或脱位的方向，右手食指反方向推提，左手大鱼际配合向下挤按骶尾部，听到弹响声时，即已复位，然后抽出右手食指。（2）软组

织损伤者：先点按八髎、小肠俞、膀胱俞、白环俞、秩边、长强等穴。然后用龟际揉法，在骶尾部两侧揉按，并向上推揉至骶骨中、上部两侧。最后用掌擦法将骶尾部轻轻擦热。

[注意事项]

1.不论是骨折与否，其予后均良好。

2.尾骨骨折无移位者，无须手法治疗，卧床二、三周即可。卧床期间需给以润肠药物，以保持大便通畅。有移位者手法复位并痊愈后，尾骨多数向前折而成角，但不影响日后功能。少数病例愈合后仍有疼痛。

17. 肱二头肌长头腱滑脱

提　要

- 本病的关键在于肱二头肌长头滑动于肱骨结节的小结节之外
- 肩关节外展内收，外旋内旋的活动丧失
- 在拔伸下拇指用力向外上方的弹拨是整复的主要手法

因外力作用使肱二头肌长头腱向肱骨小结节方向滑出结节间沟，引起肩部疼痛，功能发生障碍者，称之为肱二头肌长头腱滑脱。

肱二头肌长头腱，起于肩胛骨盂上结节，向下越过肱骨头进入结节间沟。沟的前侧受横韧带保护，防止肌腱滑脱。沟的内侧为肩胛下肌，外侧的上部为冈上肌和喙肱韧带，下部为胸大肌覆盖。关节囊伸入结节间沟，肌腱受滑膜包围，腱鞘约长 5 cm。正常肱二头肌长头腱只有纵向滑动而无左右移动。当骨纤维性管变浅，横韧带松弛或破裂时，才有滑脱的可能。

〔病因病理〕

外力　肩关节的外展外旋活动，使肱二头肌长头腱在结节间沟内的活动范围最大。肩部经常做外展外旋位活动或突然用力做外展外旋活动时，胸大肌或肩胛下肌的抵止部发生慢性或急性撕脱，致使肱二头肌长头腱滑动于结节间沟内缘之上，即为肌腱滑脱。也可因过度用力作肩部外展外旋活动，使肱二头肌长头腱与肌腱联合附近的较粗部位嵌顿于腱管而发生症状。

先天性小结节发育不良　结节间沟内侧壁坡度较小。中年以后，因关节发生退行性改变，胸大肌和肩胛下肌抵止部撕裂或松弛、肱二头肌长头腱弛缓或延长，加以结节间沟底部的骨质增生，使沟床变浅等均可引起肱二头肌长头腱习惯性滑脱。

〔临床表现〕

有轻度外伤史。肱二头肌长头腱处剧痛、肿胀、上臂无力、功能活动障碍，并丧失外展、内收、外旋、内旋等各方向的活动，仅可做胸肩关节活动。当肩外展外旋和前屈外展时，可摸到弹跳或听到弹响。走路时患肢不能前后摆动，健侧手掌托住患肢前臂，保持肘关节于屈曲位，以减少活动或上肢重量所造成的疼痛。

〔治疗〕

治则　理筋整复。

手法治疗　（1）病者取坐位，医者立于患肢的一侧。先用一指禅推法或按、揉法治疗肩前侧及肩外侧，配合患肩小幅度的外展活动。再拿肩中、三角肌及上臂，同时配合按和揉曲池、尺泽、合谷、缺盆等穴。随后搓肩部及上肢，使肩及上肢的肌肉尽量放松。

患者坐位，患肢自然伸直。医生一手握住患肢的腕部，另一手扶住肩前内侧、用拇指抵住肱骨小结节前缘。两手相对用力拔伸，同时配合患肩外展外旋活动。在拔伸下将患肢外展到60°后

将患肢急速内旋内收，同时抵于肱骨小结节前缘的拇指用力向外上方弹拨，重复3—4次。

随后用拇指或手掌按揉肩前部，再用搓法治疗患肩，以舒筋活血，结束手法。

如肱二头肌腱向上嵌入腱管内，可将一手拇指放在肱二头肌的肌与腱联合处，施行弹拨手法，使嵌于腱管的肌腱向外滑出。

（2）病人坐位，医者立于身后，一手扶持固定患肩，另一手握住患肘，以肩为中心做立圆旋转运动。数圈后，将患肢肘部置于水平位，做内收、外展运动，使患侧手部搭于健肩。医者握肘之手改握前臂，将患肢向上做冲拳动作，快速提抖。再将患肢向后向下，反向背部，逐步将患肢的手反背至背部。然后医者站于对面，拉住患肢的手做立圆运动、再做上下抖拉运动。

〔注意事项〕

整复成功后，应将患肢在内收内旋位用三角巾悬吊2—4周，以减少肩部的活动。

在做整复手法时，医者的两手要协调配合，患肩急速内收内旋与肩前部的弹拨要在同一时间进行。

肩关节脱位或骨折而致的肱二头肌长头腱移位，则以关节整复和骨折复位为原则。

18.肱二头肌长头腱腱鞘炎

提　要

- 肱二头肌长头腱与腱鞘经常磨擦，出现腱鞘滑膜层水肿
- 屈肘抗阻力试验阳性，结节间沟压痛明显
- 拨筋法为治疗的重要手法

因肩部经常用力作外展外旋活动，造成肱二头肌长头腱鞘滑膜层慢性损伤，出现损伤性炎症反应者，称之为肱二头肌长头腱鞘炎。

〔病因病理〕

当肩部外展外旋时，肱二头肌长头腱在腱鞘内滑动的幅度最大。经常用力作肩部的外展外旋活动，加剧了肌腱与腱鞘的磨擦，使腱鞘滑膜层发生水肿等慢性损伤性炎症反应，腱鞘变窄，影响肌腱在腱鞘内的滑动，是本病的病理所在。

中年以后结节间沟变得粗糙、狭窄，肩关节的外展外旋活动加剧了肌腱与腱鞘之间的磨擦，亦可引起腱鞘炎。此外，慢性习惯性肱二头肌长头腱滑脱，是造成本病的另一种原因。

〔临床表现〕

肩前部或整个肩部疼痛，活动时加剧。外展外旋上肢或屈肘伸肩疼痛更甚，疼痛及压痛点在结节间沟。活动时疼痛加重，休息后好转。

本病多发生于中年人，常与其他肩部疾病，如肩关节周围炎等并存。急性期主要表现为三角肌保护性痉挛，局部肿胀，常将患肢呈内收内旋位抱于胸前。

〔诊断〕

肩前外侧有明显压痛点，屈肘抗阻力试验阳性。该肌收缩时局部可摸到如捻发一样的感觉，如合并肩周炎时，关节僵硬，肌肉萎缩。

X线检查可见该腱鞘不完全闭锁。

〔鉴别诊断〕

本病应与肩周炎、肱二头肌长头腱滑脱鉴别。肩关节周围炎在临床上以夜间疼痛重，白天疼痛轻，肩关节多方面功能障碍为特点。肩关节造影出现关节囊内及与之交通的滑囊出现炎症，证明本病已出现不全闭锁现象。

肱二头肌长头肌腱滑脱　活动时局部疼痛，关节弹响声较重。肱骨内旋位时，肩关节丧失外展、内收、外旋、内旋等各个方向的活动功能。

〔治疗〕

治则　舒筋通络，活血化瘀。

按摩手法　病人坐位，医者立于患肩外侧。在肩部用深沉缓和的擦法、按揉法沿三角肌纤维方向治疗，同时配合肩部外展的被动活动，幅度由小到大。再在肩部用柔和的拿法沿三角肌向下经上臂到肘部治疗。重点在三角肌前部和肱二头肌、肘部桡骨粗隆。患肩（上肢）被动外展90°。医者一手托住患肢，并作轻度的外展内收活动，另一手沿肱二头肌长头腱到结节间沟处作轻巧而柔和的弹拨。

弹拨的方法是医者立于患肢后侧，一手扶肩，一手以虎口骑驾于三角肌上，四指在前，拇指在后固定，用食、中指弹拨肌腱，自上而下，重复3—4次。

弹拨后，换肘托住前臂，一手握肩前方，使肩外展近90°，拇指屈曲，放于伤处。另一手以掌心放置屈拇背上，以臂力推动拇指，用刮筋手法力达深部，较准确地用另侧臂力按压推动屈拇，以起到拨筋效果，于不同幅度推刮3—4次。

再在患肩及上肢用搓法、抖法治疗。最后沿结节间沟方向用擦法，以透热为度，并可用热敷。

药物治疗　内服药　正骨紫金丹；骨痛丸。

外服药　狗皮膏。

其它疗法　可配合针灸、药离子透入、水针（痛点注射当归注射液、复方丹参注射液、每次3—4 ml）中药电熨疗法（草乌3g　白芷1g　羌活2g　桂枝3g　干姜3g　南星2g　赤芍3g　川芎1g　当归2g　乳香1g）共研细末混匀装入布袋、蒸热贴敷患处，并以此做电极衬垫，于其上放铅板电极，接通感应电流。每次20—25分钟，每天一次，12—18次为一个疗程。此法对急性期有较明显的消炎止痛效果。

〔注意事项〕

减少患肩活动，肩部的主动外展活动更不宜进行。局部要注意保暖。

19.肩关节扭挫伤

提　要

- 肩关节遭受直接暴力冲击为挫伤，间接外力的作用为扭伤
- 扭挫伤分为肩前侧、后侧、上方三种
- 舒筋活血为主，促进肩关节各方向的活动功能

肩关节扭挫伤是指肩部受到直接暴力冲击，或因扭转旋转的间接外力的作用，使肩部产生软组织损伤、韧带撕裂、局部肿胀或活动受限病症。它也称为肩部伤筋。伤到关节则称肩骱伤筋，这个概念是个广义的概念，包括了不同机制形成的肱二头肌腱鞘炎，三角肌损伤，冈上肌损伤等。

本病多发于体操、投掷、排球、举重等运动员。

〔病因病理〕

本病可发生于任何年龄，其病因主要是外力、如抻、戳、闪、拧、掀、挫等。

发病部位多在肩的上方或外侧方，并以闭合伤为特点。突然后揸内拧多伤肩的前侧，高举过力或掀挫多伤及肩的上方，突然前伸、受抻、戳之力多伤及肩的后侧方。

浅而轻者为伤，深而重者为创，久不复原为损。

伤有新伤、陈伤。伤后常常引起毛细血管破裂，血溢于脉管之外并停散于皮下，相继出现一系列经筋功能紊乱症状。

〔临床表现〕

（1）前侧扭挫伤　肩前部肿胀疼痛，患肢前屈疼痛、无力，后伸疼痛加重。在肩前方有明显压痛点。患肢前屈、外展、上举、后伸活动受限，不能持物抬肩。日久，肿胀虽消，但伤处疼痛、肌腱僵硬。

（2）后侧扭挫伤　肩后部肿胀疼痛，患肢前屈、后伸疼痛。肩后方有明显压痛。外展、上举困难，只能后伸，不能前屈和托物持重，内收困难、不能摸到健肩。

（3）肩上方挫伤　患肢酸软无力，活动后可暂时减轻，肩部疼痛，肩峰下有明显压痛、肿胀，患肢前屈或外展90°即疼痛加重而停止上肢的活动。

轻者肿胀易吸收消散而痊愈。重者部位较深较广，有组织纤维的撕裂，局部瘀肿、皮下青紫、疼痛及压痛。个别病例可并发小的撕脱性骨折。

〔诊断〕

有明显的外伤史。根据临床表现首先要判断肌腱、韧带是否断裂或合并骨折，其次要仔细检查并排除骨折，可疑者可拍X光片检查。

〔鉴别诊断〕

肩部扭伤　多为间接外力所致，常发生于软组织和肌腱韧带等处的起止点或为关节--过性的错动伤。挫伤及扭伤混同存在同--肩部者极为少见。

〔治疗〕

治则　舒筋活血。

手法

常用手法

①肩关节屈伸法　患者坐位，医者立其外侧，左手执患者右患肢的腕部，右手四指搭于患肩的上部，拇指顶于肱骨颈前侧。左手执患腕向前上方伸出，再弧形向后伸至最大限度，同时屈肘。反复前伸后缩肘关节，其活动范围由小到大。

②肩关节摇晃法　医者立于患肩的外侧后方，左手固定肩锁关节，右手握患肢前臂，由内向外旋转摇动，并使患者逐渐向后展，利用上肢摇摆动作，带动肩关节向外旋转活动，活动的角度

由小到大，每次稍微过力。此法包括上举、内收、外展等多方向的活动。

③内收揉肩法　患者坐位，患侧手部放到对侧肩部，医者一手握患者肘关节缓缓用力向健侧方向牵拉，另一手固定患肩反复揉动。

④内收抱挤法　患者体位同上，医者拿患者肘关节用力向健侧及后方抱挤，另一手固定患者肩胛，同时用身体顶患者后背，常可听到“咯咯”的响声。

⑤内旋法　患者取坐位，肩关节肌肉放松。医者立于患者后侧方，一手扶按患者肩关节并轻轻揉按，另一手握患者腕部使其旋后并在背部尽量使其能摸到对侧肩胛骨下角，可上下反复用力颤动3—5次。

⑥上举法　患者坐位，医者一手以拇指或手掌按患者肩关节的压痛点，另一手握住患者的前臂，将患者的上臂向上一紧一松地反复操作，逐渐使患肢增高到最大限度。

⑦压掌法　患者坐位，手臂上举，手掌背伸向上。医者一手掌心对患者手掌心，另一手托患者肘部勿使弯曲，手掌下压，并将肘前后旋转。

⑧掏肩法　患者坐位，医者一手按住患者患肩，另一手握患者的腕关节或四指，使肩关节处于外展位和旋后位，肘关节向上屈曲，并使前臂转换为旋前位，然后向后外侧方掏出。当手臂完全伸直时，迅速将手臂旋后，然后再使肩外展，屈肘。反复操作3—5次。

⑨上举推肩法　患者坐位，两手上举。医者一手托患者两臂使其尽量上举，腰背后伸，另一手自下而上按压胸背。

⑩旋转拉肩法　医者一手从桡侧握住病人的拇指侧，另一手从尺侧握住病人的食、中、无名、小指四指。双手握好后，使患者作顺时针方向旋转数次，并迅速分别向前、后、左、右　上、

下牵拉，然后再作逆时针方向旋转并向各方向牵拉患肢。

⑪肩关节抖法　患者坐位、医者立于患侧，双手握住食、中、无名、小指四指，将患肢向斜前或后下方牵拉约2分钟，嘱患者放松肌肉，用力向上下抖动数次。

⑫抬肩法　患者坐位，医者一手持患肢肘关节下方，使患肢屈肘上举，另一手按患者肩部，使患者上举患肢，医者向上托肘，向下压肩，两手相对用力使患肢被动上举。

⑬扩胸法　患者双手交叉放于颈部，两肘分开外展。医者用两手托住患者肘部，身体抵住患者背部，托患者两肘向后作扩胸动作、连续作10次左右。

⑭腋下提肩法　患者坐位，医者立于患者患侧，面向前。医者左肘屈曲90°，自后插于患者腋下，右手握患者手腕上部，患者前臂呈中立位，外展90°。此时，医者以右手向下按前臂，以左前臂在患者腋窝部，用向上向外的力提肩至最大限度。

⑮屈肘拉肩法　患者坐位，颈肩肌肉放松，医者立在患者侧前方，一手握患者2至5指，肘关节置于患者肘关节内上方或肩关节下端，向前向后，向外拉或压患者肩关节周围软组织，另一手推扶患者颈部。

⑯肩侧掌击法　患者坐位，医者立于患者背后，上肢肌肉放松，双手五指自然展开，然后以手的尺侧缘，运用腕力在颈肩一带岗上肌、肩胛提肌等处，做灵活迅速、有节奏、有弹性的交替侧击。

⑰肩关节揉法、掌按揉法　患者坐位，医者双手叠掌或一掌，以掌心按压患者肩峰、肩锁关节等处，用力向下揉按。

⑱对掌揉肩法　患者坐位，双手放松下垂。医者双手置于患者上臂三角肌两侧，开始向上、相对揉动，然后向上经肩关节再转向胸前后壁反复揉动，最后再用力揉动腋窝前后。

⑲上臂后侧推拿法　患者坐位，医者一手托患者肘部，使肩

关节外展前屈至头顶并屈肘。医者另一手从患者上臂内背侧向下经过肩关节，背部向下施以推、拿、按、摩等手法。

⑳上臂前侧推拿法　术式同上，医者一手以患者上臂前内侧经肩关节向胸壁至胸骨，反复施以推拿、按摩等手法。然后将臂缓缓放下，重点揉按腋部。

肩前侧扭挫伤　患者坐位，助手用治疗巾兜住伤侧腋下，略向健侧水平牵引。医者站在伤肩后外方、用一手拿住伤肩，拇指在肩后，其余四指在肩前，并用中指按住前缝，另一手握住伤臂的腕部，将上肢拉平，环转摇晃6—7次。拿肩之手垫在伤侧腋下，拇指竖起，贴在前缝处，向健侧用力撑之，握腕之手改拿前臂下端，两手同时用力，相对拔伸。在保持拔伸力量的情况下，使上肢下垂，并屈肘，使伤臂内收，令手触及健肩。在屈肘的情况下，将上肢托平，左右摆动6—7次。在保持屈肘的情况下，使伤臂后伸。医者用拿肩之手的拇指按住前缝，向后戳按，拿前臂下端之手将伤臂向斜前方拔直。然后屈肘，使伤肢之手绕过头顶，放在头后，并使肘部竖起。医者用拿肩之手指，揉捻肩前部。医者双手掌在肩关节处相对前后抱定挤压，同时稍向上提，并沿肢体表面滑动做逐渐合拢动作（此法称为归合）自伤臂的肘部向肩推去，反复数次（此法称为顺），再用指腹在肩前部做均匀、和缓的揉捻、力量由轻到重，使力度深达肌肉，其速度要快（此法称为散法）。

肩后侧扭挫伤　手法同肩前侧扭挫伤。只是拿肩之手的拇指顶住伤肩的后缝，以及在屈肘绕过头顶，放在头后，竖肘之后，再将伤臂向后伸。医者用拿肩之手的拇指用力向上顶托后缝的手法与前侧扭挫伤手法不同。

肩上方扭挫伤　手法同肩前侧扭挫伤。只是拿肩之手用大鱼际压住肩部上方以及伤臂之手绕过头顶后，医者拿前臂远端之手，将伤肢向斜前上方拔伸的同时，拿肩之手的大鱼际在伤肩的

上方用力向下截按。

〔注意事项〕

（1）肿痛较重者，可等消肿后再按摩。

（2）治疗期间应配合功能锻炼，注意调养。

（3）防止再度损伤。

20.肩关节周围炎

提　要

·肩关节滑膜受炎性刺激、浆液纤维素性渗出物的沉着，三角肌废用性萎缩是本病的三个病理过程

·本病分为疼痛期、运动障碍期、固定期三期

·治疗以舒筋活血为主

肩关节周围炎，又称肩周炎、肩不举、冻结肩、漏肩风、肩粘连、五十肩、肩凝症、老膀缝等，是指肩关节疼痛、运动障碍等表现的病症。好发于50岁以上。近年来50岁以下者也愈来愈多。

〔病因病理〕

病因分为四个方面：一由肩部肌腱炎、肌腱撕裂、破裂、韧带撕裂、腱鞘炎等病的继发病症引起；二由手部创伤、如指骨骨折、掌骨骨折、腕部、臂部创伤引起；三由胸腔或腹腔手术后；四由特发性的心肌梗塞后、颈椎病、肺部肿瘤、带状疱疹等。

肩关节由腋神经、肩胛上神经、肩胛下神经、胸外侧神经及肌皮神经支配。这些神经的分支在肩关节的滑膜上形成神经网。当滑膜受炎性刺激时，常会引起明显疼痛，肩关节囊的纤维层及周围韧带也都受炎症侵犯。由于反复或持久出现的浆液纤维素性渗出物的影响，使肩关节周围粘连。

因肩部肌腱、腱鞘、滑液囊、韧带、肌肉等组织病变产生疼痛，使患肩肌肉的活动减少或不活动，这样又引起静脉和淋巴回

流不畅，局部循环缓慢，组织水肿，浆液纤维素性渗出物的纤维原使肩关节的肌腱、韧带产生粘连。

浆液纤维素性渗出物可由撕裂的关节囊或附近的骨折处产生。在损伤早期、如进行强力活动，则渗出物即会增多。若损伤关节活动过早，会使渗出物反复增多，钙盐的沉积使组织发生粘连。

此外，肩部的肌腱、腱鞘、滑液囊、韧带、肌肉等处的粘连，使关节运动的幅度减小，关节囊的皱襞及滑膜反折处经常处于褶折状态，，会进一步促进粘连形成。

由于骨膜腔辅助囊壁粘连，使肩关节下方的隐窝消失，阻碍了臂向任何方向的运动，盂肱关节囊的容量下降。

手部创伤、胸腹部手术可以引起反射性的肩部水肿，形成肩关节的粘连，从而形成肩周炎。

中医学认为本病多由于年老体弱、肝肾亏损、气血虚衰、筋肉肌腱失于濡养、操劳伤损、风寒湿邪侵袭等，导致血不荣筋、痰浊瘀阻经脉及关节等所致，属于“肩痹”范畴。

〔临床表现〕

肩关节周围炎的临床表现有四种：

（1）以肩部疼痛为主；（2）以肩关节运动障碍为主；（3）肩关节脱位或骨折后引发；（4）手术、分娩后发病。

以肩部疼痛为主要表现者分为三期：第一期为肩部疼痛期；第二期为明显运动障碍期；第三期为固定期。

肩部疼痛期：肩关节有广泛性地疼痛。其疼痛在肩关节的前方和外方，有时向颈、头及前臂放射，昼轻夜重，多数患者夜间因肩部疼痛而影响睡眠。早期其压痛点比较明确，晚期则压痛点广泛。早期的压痛点，常在肩髃穴、肱骨大结节处、巨骨穴、结节间沟等处。服用止痛药或镇静药后，一般不能完全止痛，而且疼痛点常随病程的延长而转移。

运动障碍期：此期主要表现为运动明显障碍，肩关节的各向运动严重受限，患侧上肢呈内旋位。此期肩关节虽然仍有疼痛，但已较疼痛期明显减轻或无明显疼痛。但梳头、穿衣等日常活动难以进行。由于生活和工作的需要，患肩虽然必须活动，但是肩肱关节功能已经丧失，而依赖胸关节和肩锁关节的功能。然而，过度的活动又会使这二个关节出现疼痛。

固定期：患肩已无明显疼痛或酸痛，运动障碍，关节固定。肌肉萎缩明显，其萎缩是废用性的。此期的肌肉萎缩分为如下几种情况：如腋神经麻痹则三角肌萎缩，甚至引起肩关节周围的其它肌肉的萎缩；如腋神经完全麻痹时出现肱骨头半脱位，但是一般不会出现半脱位，其原因是虽然周围肌肉萎缩，但仍有一定肌张力和收缩力，加以韧带和关节囊的挛缩，在某种程度上起到了固定关节的作用。多见在50岁以上的老年发病，且单发多、双侧少，夜重昼轻，后期局部肌肉僵硬、萎缩。

〔诊断〕

根据临床表现一般不难作出诊断。

〔鉴别诊别〕

注意与以下病症区别：颈椎综合征所致上肢活动受限，颈椎综合症的有关检查阳性，X片常有骨质增生；植物神经功能紊乱所致上肢功能障碍，主要表现为某一手指或某一肌组颤抖；肩关节结核，患者有肺结核史，X片显示肩关节骨质疏松、关节间隙狭窄、肱骨头及肩胛盂的关节面均有不同程度的破坏；类风湿性关节炎，除肩关节功能障碍外，其它关节均已受累。

〔治疗〕

治疗原则　疼痛期　舒筋活血，通络止痛。

功能障碍期　松解粘连，滑利关节。

固定期　舒筋活血

按摩手法　肩周炎的按摩手法种类和门派较多，下面仅介绍

临床效果比较明显，便于操作的几种：

（1）以点穴开始，以理筋、抖摇为主的一种综合手法。①点穴开筋：患者正坐位，医者站在患者背侧，按顺序点以下穴位：肩井、肩髃、前后肩临、极泉、曲池、合谷、手三里、内关、外关、列缺。②捋筋：医者站于患侧，一手握腕，一手从肩部开始，自内侧向下捋至拇指端，并依次捋虎口及余四指，每指捋两次，共十二次。③摇拔屈转　医者站于患肩后外方，用一手拿住患肩，拇指在后，其余四指在前，另一手握住腕部，轻轻牵引，摇晃患肢6—7次。拿肩之手改放到腋下，向健侧用力撑之。握腕之手，移至前臂远端，两手相对用力拔伸，以患肢外展至最高位为度。在保持拔伸力量的情况下，使上肢下垂，并屈肘，使患侧手指触及健肩。医者腋下之手改按肩部，握前臂之手的肘部托住患者的肘部，根据患者的耐受力尽量使之绕过头部至患肩。绕过头部时，令患者的肘部尽量竖起，手尽量向后，绕头6—7次，然后将患侧上肢向前上方拉直。医者按于肩部的手拇指揉捻患肩，令患者的手向内旋转并向下向后背伸去。医者转身面向后，呈弓箭步，塌腰，用自己的肩抵住患者的患肩前方，然后将患肢的肘部贴于患者后背，屈肘，上、下颤动3—5次。医者平身，将患肢由后背转为外展90°，令助手托住患侧上肢，医者从患者患肩上下抖散到腕部，前、后抖散至腕部。④顿筋：医者改换体位，立于患肢斜前方，用与患者相反方向的手握住患肢的四指，另一手用虎口按住患肩前方。握住的手将患手向患者肩部搭去，将患肘抬高，然后用力将患肢向斜前方拔伸，按肩的手向上戳按肩前部。⑤抖筋：医者立于患侧，握手的手将患肢向斜前下方拉直，嘱患者肌肉放松，用力抖动数次。⑥颤筋　医者双手握住患肢腕部，上、下轻轻颤抖数次。

（2）此手法分为十个步骤，以点穴开始、摆、揉、摇、牵、搓综合运用点按法：患者正坐位、医者立于患者背侧，先点按缺盆、肩

髃、肩贞、天宗等穴，待肩臂热胀后，做如下手法：①捏肩：医者用手的拇、食、中三指揉、捏、拿患侧的斜方肌直至肩关节，约3—5遍。②揉臂：医者立于患肢的外侧，双手扣揉患肩的肩关节，然后向下揉至腕部3～5遍，力度由轻到重，再由重到轻。③大旋：医者立于患者患肢的外侧，将患肢向前、后大幅度旋转3—5次。④运肘：医者反手握住患肢的四指（医者反掌将掌心与患者患肢手的掌心相对，拇指与其余四指握住患者的食、中、无名、小指），将患肢的腕部掌屈，带动前臂向患者肩前方屈肘，抵于肩前方后，向内旋并带动前臂向外略向下牵抖3—5次。⑤下牵：接上动作，将患肢沿液中线向下牵抖3—5次。⑥反牵：接上动作，再将患肢向患者背部下后方30°—45°方向牵抖3—5次。⑦双牵：在完成上述手法后，将患者的患肢与健肢在胸前交叉，医者握住交叉后的腕部，做反方向的牵拉3—5次。然后，将两上肢的位置交换，再做3—5次牵拉。⑧活肘：医者站于患侧的前方，面向患者后背，将患肢屈肘，前臂向上。医者一手托住患肘，一手握住腕部，握腕的手向外，托肘的手向内作方向相反的用力（以患者耐受力为度）。⑨运肩：医者将患者的患肢搭于自己的肘部，两手交叉扣于患肩。其中一手扣住肩峰，医者用自己的肘部将患者患肢的上臂作环形转动，扣于肩峰的手随着转动揉捻患肩。左右方向转动数次。⑩搓肱：医者立于患肩的外侧，用双手搓动患肢，搓动时自上臂经肘部、前臂直至腕部。反复数次后，结束手法。

（3）此手法分为准备手法和治疗手法两个方面。准备手法以点穴为主，治疗手法以弹拨为核心的综合手法①准备手法：按压合谷、阳溪、阳谷、曲池、小海、天鼎、缺盆、中府，肩井，附分、魄户、膏肓、神堂，谚语等穴。②治疗手法：患者取正坐位，医者立于患者患侧，面向前，医者左肘屈曲90°，自后插于患者腋下，右手握住患者腕上部，使其前臂呈中立

位，外展90°。医者插于腋下的手向上用力端提患肩，而握腕上部的手向下按前臂，持续约1分钟左右。插于腋下的手不动，握腕的手将患侧手挟于医者的两膝之间，空出搦腕之手，将该手的四指搭于患者上部而拇指放于肱二头肌长头腱的内侧缘，与肌腱呈平行位。然后拇指用力向外弹拨肱二头肌长头腱和短头腱。弹拨数次后，医者双手持患侧腕部，将患肢高举，并向上牵引。在牵引的力量下，空出一手，将该手的四指放于肩的上部，拇指放于腋窝部的肱骨头颈部的“极泉”穴，逐渐用力按压该处的腋动脉、静脉和腋下神经，使患者感到拇、食、中三指完全麻木后，将患肢放于旋后位，掌心向上，徐徐下落至30°的外展位，继续按压一分钟，随之轻轻放松压按“极泉”穴的拇指，患者立即感到有热流通过上肢，并有舒畅麻木无力之感。再将患肢抬平，一手在腋窝顶部揉动数次。医者立于患者后外侧，一手握腕，一手的四指搭于肩上部，拇指顶于肱骨颈后侧，握腕之手将患肢向前外侧呈45°方向拔伸，再向后背伸肩关节至最大限度，同时屈曲肘关节，反复数次。继而医者持患腕向前伸，以肩关节为中心将上肢先作顺时针方向旋转，再作逆时针方向旋转。放下患肢后，医者用双手掌心相对按揉肩关节。

（4）以痛定痛法。患者坐位，医者立于患者背侧，于肩前拨筋后（以右肩为例），立于左侧贴靠左肩。左手去胸前托握患者右肘，右手自身后放于右肩上。操作时左手将患者右肘向左提拉，右手掌根有节律地下按肩关节，叩击右肩（或用拇指弹拨该肩前痛筋），在左手加大内收用力时，可引起一定的缓痛与转移注意力的作用。等内收达到最大限度时，保持不动2分钟，其痛感即可缓解，然后放松，再重复一次，可以收到较前次更理想的疗效，这叫镇定手法。多个疗程后，争取最后达到患侧的手摸到对侧的肩、颈、后颈和同侧的颈项部。上述手法完成后，医者立于患肩的背侧，左手扶肩，右手握腕，作肩后伸，并向上向脊柱两

个方向缓缓摇动。出现松解感后，医者立于患肩的外侧，左手握腕，右手托于肘下，稳住肩及上臂，并使之贴身，减少不必要活动带来的痛苦，任其自然地左手扶住右腕，腕与腰背相贴，令其中指触摸棘突确定高度。然后令其左手一收一放，拉动右腕。收时前臂旋后，放时前臂回至中立位。这种手法称为后伸摸棘，又称吐纳手法。重复十数遍后，中指能介于某个棘突上时，疼痛即能忍受。再用镇定手法，重复一次吐纳手法。一般情况下，每重复一次即能增加1—3个棘突的高度。医者立于患肩身后，右手虎口背托其右腕上，屈肘内收带动患者屈肘，由下内胸前上举，再外旋外展后伸放下，重复数遍，幅度由小变大。患者肘关节的活动随医者肘关节的屈伸而屈伸。

患者仰卧位，医者坐于患侧，左手垫肘在床面上护定，右手握患腕屈肘旋转。向内旋转时向上，向外旋转时向下。要领在于向外时，要求达到外旋60°。利用杠杆原理，其动在肘，其用在肩，适量即可。医者转身面向患者头部，仿划船动作，一手握患腕，一手托患肘，将上肢外展90°以上。然后起立，换左手握腕，扶上肢继续外展，右手压肘擦额而过，握腕的左手掌心向上，右手握肘，由下、内向上、外方摇动。要领在于向上时加压。然后用镇定手法变手心向内，肢体贴耳侧。这种手法称顺筋顺脉。其作用是防止放下时出现肩关节前脱位，尤其是患者靠床边进行镇定手法时更应注意这一点。力要稳，尤其将肘部置靠医者腹部更佳。还可突出压肘的手，用拇指按压腋窝动脉缓和疼痛。压准，肢体远端发凉后，感觉即可迟钝，但避免太过与不及。换右手握腕，左手扶压肘部，作梳头动作。要领在于手领腕部去发际，进入发内，要求逐步作到手能放置枕后及摸到对侧耳尖，右手必须向下对肘施加适当压力，十数下。患者屈肘高举，医者右手扶腕背，左手扶压肘关节，以左手推肘接近额部，右手限制腕手不使之达于头上。将准备好的拍子（取16—24号钢丝，

重100—150g，折编成一个头大尾小，长约34cm的拍子架，用棉花50g左右包裹扎实，并用绷带扎牢，外用胶布粘牢，再用布套罩上），拍打肩部和上肩的四面。拍打时用力要轻，以腕力有节奏地反复拍打3—5次。

〔注意事项〕

（1）疼痛期患者的肱二头肌长头腱肿胀，局部急性炎症未消之前，不能在肱二头肌长头腱处采用弹拨手法，以免加重其病理变化。应适当协助患者练习肩关节前屈后伸活动，待急性炎症消除后，方可采用弹拨手法。

（2）单纯应用按摩手法治疗，不进行功能锻炼，肩关节的功能不易恢复。必须嘱患者自始至终加强功能锻炼，功能锻炼愈好，恢复愈佳。

（3）禁止麻醉下强力按摩。因为局部反应过大，会加重粘连，使关节活动越发受到限制。

（4）治疗肩周炎所需疗程较长，尤其疼痛期治疗时，患者在第一个疗程内的疼痛越来越重，可能中断治疗。所以治疗前应向患者讲明这一点并鼓励患者闯过这一关。

（5）“筋喜柔而不喜刚”。所以治疗肩关节周围炎时，手法要轻柔和缓，刚柔相济。被动活动要循序渐进，不可急于求成，更不可粗暴生硬，反之会造成肩关节新的损伤而加重粘连。

（6）最好不用针刺治疗。因为针刺关节囊后，有时不利于水肿的吸收，甚至会加重水肿的蓄积。温灸、理疗、热敷效果比较理想。

（7）注意患者肩部的局部保暖，避免受凉及外伤，晚间可用棉护肩包裹。

其它疗法

药物疗法可用外用搽剂、止痛膏类或生乌头适量磨醋外擦，或用紫草油外涂。内服蠲痹汤合麻桂温经汤、活血舒筋汤

等。

加强肩关节的功能锻炼。

24.冈上肌肌腱炎

提　要

• 上肢经常大量外展、超强外展的活动以及冈上肌的退行性改变是本病的主因。冈上肌无菌性炎症是其主要的病理变化

• 肩关节抬起30°以及外展至60°—120°之间肱骨大结节处有明显疼痛者为本病的特点

• 急性损手法要轻柔缓和，慢性期宜深沉，并应注意功能锻炼

由于外伤导致冈上肌腱撕裂或退行性改变，不耐长期而又超强度的磨损，引起冈上肌腱无菌性炎症者，称之为冈上肌肌腱炎。

〔病因病理〕

本病多发生于青年和中年。当上肢外展60°至120°时，肩峰与肱骨大结节之间的间隙最小，冈上肌在其间受到肩峰与大结节的挤压与磨擦。因此，经常大量外展肩部或在肩外展起动时用力过度，可使冈上肌损伤。

冈上肌位于肩部腱袖的中央，受力于四方，是力的交汇点。所以，冈上肌肌腱炎可由小的创伤累积而成。

冈上肌起于冈上窝，其肌腱从一个狭小的间隙通过。这个狭小的间隙的上部是喙突肩峰韧带、肩峰下滑囊，下部是肩关节囊，最后终止于肱骨大结节的上部。冈上肌在这个狭小的间隙内通过时极容易受到挤压、磨擦或损伤。冈上肌退行性改变的结果，不能耐受长期而又超强度的磨损，可引起无菌性炎症。

反射性、机械性的创伤，使气血瘀滞出现的无菌性炎症，或多或少地同时累及到腱袖的其它组织，轻者疼痛和关节不利，重者肌腱失用、肩外展困难。

外伤可以导致肌腱断裂，通常断裂的部位是在肱骨大结节的1.25cm以内。破裂的程度分为部分和完全两种。部分破裂者多为冈上肌肌腱内在的纤维撕裂，或为其与肩关节囊或滑囊壁融合的纤维破裂；完全破裂者为肌腱横径断裂。

冈上肌损伤后引起的无菌性炎症，使冈上肌的血液循环减慢；同时使冈上肌肌细胞的活力下降，pH值增高，促进了钙盐的沉着，CO_2结合力降低，从而继发冈上肌肌腱钙化。

〔临床表现〕

本病主要症状为疼痛、活动受限和压痛。

（1）疼痛　主要局限于肩峰和肱骨大结节处，可放射到颈部、肩部，并向下至肘部、前臂及手指。

（2）活动受限　肩部在外展起动30°内以及外展至60°—120°范围内时疼痛加剧，从而影响肩关节的外展活动。

（3）压痛　压痛点多局限于冈上肌肌腱抵止部大结节的顶部，可随着肱骨头的旋转而移动。

〔诊断〕

多有劳损史和外伤史。40岁以后冈上肌发生退行性改变，运动时明显疼痛，外展外旋受限，以患肩外展至60°—120°范围时疼痛加剧为本病临床特点，并因年龄、工种、气候等诱发因素而加剧。临床症状以局部压痛较突出，肩外展抗阻力试验阳性。

〔鉴别诊断〕

（1）肩关节周围炎　包括职业性关节炎，如长期持物砍剁的工人，疼痛弧不仅局限于60°—120°的范围内，而且从开始起动到整个运动的幅度内都有疼痛及压痛。

（2）粘连性肩关节滑囊炎　开始起动时不痛，外展70°以上时出现疼痛，超外展则疼痛明显加重。

（3）肩袖损伤　多因投掷运动所致，反弓痛为本病的特点，局部压痛放射至三角肌止点。

〔治疗〕

治则　舒筋通络　活血化瘀

手法

（1）急性期以轻缓为主，慢性期以深沉有力为主的手法　急性期手法轻可以促进血液循环，加速水肿的吸收，慢性期手法深沉可以激发肌腱的功能，尽快改善功能活动。

急性期　患者取坐位。医者立于患侧，将患肢轻轻外展90°，一手托扶患者患肘关节，一手四指或全掌在肩关节周围轻轻摩动、揉按。如患者为腱袖前侧损伤，医者可将患侧肘部内收、前屈，另一手在肩前疼点以拇指轻轻揉按，再逐渐使肩关节外展、后伸。医者立于外展的肩关节外侧，双手握住腕关节，将患肩在各个方向的60°—120°范围内轻轻抖动，频率要轻快。搓动上肢后结束手法。

慢性期　患者坐位。医者立于患侧一方。先以摩法、揉法在患侧的颈、肩、胸、背、上臂作广泛地操作3—5分钟。再用拇指点按或揉按患侧的缺盆、肩贞、阿是穴。然后再在云门、天府、巨骨、肩髃、臂臑、肩中、秉风、臑俞等穴，根据疼痛是在肩前侧、外侧，还是后侧等点按之。点按、揉按后，医者的手掌以大鱼际或小鱼际在痛点按压并不停地揉动，另一手握住患者的肘关节使肩关节充分内收或内旋、后伸。医者一手拿住患侧上臂，使肩关节略外展，另一手捏拿背阔肌、胸大肌、冈上肌、肱二头肌并向外扯动，然后用力弹拉，强刺激患肩关节周围的软组织。然后医者改换体位面向患者，将双手拇指对置于患肩，若疼痛部位在外后侧，则采用推上臂的三阳经法自下而上推；若在前侧则推上臂的三阴经法，亦自下而上推。反复3—5遍。医者屈肘以手臂插于患肩腋下向上端提患肩，另一手握患者的腕部在外展60°—120°的范围内向下牵拉患肢，再极力内收患侧上肢，使肩部韧带受到牵张。最后以擦、搓、叩击等法结束。

（2）以被动活动为主的手法　患者坐位。医者立于患侧。握住患者腕部进行前、上、后、下的旋转，范围由小到大，方向一正一反。然后医者的双手分放于患肩的前后，掌心相对旋转揉动。再拨动肩前的筋络配以点按压痛点及肩胛暗脉。医者的双手改握患者患肩的腕部，在伸直位缓缓轻抖数下，再用自己的腕臂合力均匀地将患者患侧上肢颤动3—5下。

（3）以按揉弹拨为主的手法　患者坐位。医者立于患侧。在患肩及肩外侧用柔和的摩法配合肩关节外展活动治之。按揉肩井、肩髃、肩贞、肩髎等穴，拿肩井及肩关节。将患肢外展30°，令肌肉放松。医者一手托住患肢，另一手拇指在肩峰下的肱骨结节顶部用弹拨法、按揉法交替治之。再搓揉肩关节，并在肩关节周围用擦法以透热为度。最后以摇、搓、抖等手法结束治疗。局部可加热敷。

固定方法

一般不用固定，但急性发作且病症较重例，可用颈腕吊带，配合适当休息。

功能锻炼

功能锻炼是重要的治疗手段之一，但是急性期应避免进行外展、外旋动作。一般可以锻炼前、后、左、右甩手动作。

〔注意事项〕

（1）在手法治疗时，不能先对痛点部位施揉按，应先揉肿胀的四周，然后用拇指指腹压法按压肿胀的中心。力度以病人耐受力为度。渐渐将压力衍化为指揉并向四周扩散，直至超出肿胀的面积。然后，再衍化为指掌揉，将揉力解松于四周后，再揉对称点，注意对称点的揉力要相等。这样的揉法可以使出血扩散，吸收和肿胀消退较快。

（2）转拉动作要轻巧，依病人能够活动的范围为度，避免强拉硬转再度损伤软组织。一般可用中等度手法。如果年龄小，

体质弱者可用轻度手法。治疗时间每次15—20分钟，每日一次。

（3）冈上肌完全断裂者，应采用手术修补，将肌腱断裂固定在肱骨结节上。术后用外展夹板，肩人字形石膏固定3—4周。

总之，急性期的手法要轻柔缓和，肩关节适当制动。慢性手法宜深沉，配合适当的功能锻炼。肩峰下弹拨刺激时要柔和，不宜剧烈，局部注意保暖。

22.肩峰下滑囊炎

提　要

- 肩峰下滑囊炎继发于冈上肌肌腱炎
- 肩峰下有明显压痛是本病重要体征
- 急性期手法宜柔和；慢性期弹拨手法不宜过猛

肩峰下滑囊炎，又称三角肌下滑囊炎，是指肩峰下的滑液囊因外力或退行性改变等原因而引起的损伤性炎症。

〔病因病理〕

肩峰下滑囊是由肩峰下囊和三角肌下囊组成的既是两个部分又是相互连通的滑液囊。肩峰下囊位于肩峰的下面，三角肌下囊位于三角肌深层，二者的底部坚固地附着于冈上肌。大结节的前方以及结节间沟的表面，有一层薄膜将其分隔成二个部分。滑囊将肱骨大结节与三角肌、肩峰突隔开。当上臂外展到90°时，滑囊几乎完全隐藏在肩峰下而不可见。

肩峰下滑囊作用于肩肱关节，使之滑利并减少磨损（减少肱骨大结节与肩峰、三角肌的磨损）。

肩峰下滑囊的上部为肩峰，与喙突联接密切，底部是冈上肌，并与各短小肌腱及肱骨大结节相连。

肩峰下滑囊炎的病因主要是外力的直接冲击、冈上肌腱退行性改变和滑液囊的变性因素等。

外力的直接冲击损伤了三角肌，使其深层的滑囊损伤，造成

急性的损伤性滑囊炎。

40岁以后滑囊发生变性，同时冈上肌肌腱的退行性改变或长期的慢性劳损，促使肩峰下滑囊的退变而发生慢性损伤性炎症。

急性损伤性的炎症期，常常出现炎症渗出性肿胀、疼痛、滞动感；慢性炎症使组织增厚，相互粘连，失去正常的缓冲功能，从而影响关节的展举旋转活动，并与邻近组织的慢性炎症并存，互为因果与渗透的传变。

〔临床表现〕

初期，运动受到轻微的限制，肩外侧不适，逐渐转变为疼痛、肿胀。其疼痛为肩外侧深部疼痛，并从肩峰下放射到三角肌的止端。可在三角肌的前缘突出一囊性肿块，肩部的轮廓也扩大。在上臂外展、外旋、内收时以三角肌疼痛明显并加剧，而肩峰下压痛为本病的重要体征。合并冈上肌肌腱炎时可出现外展“中间疼痛弧征”。

后期，因滑囊壁逐渐增厚，且与腱袖粘连，使肩关节的运动功能逐渐缩小，使冈上肌、冈下肌的肌肉出现萎缩，逐渐导致三角肌萎缩。

急性期以肩部疼痛为主症，慢性期以肩关节活动障阻为主症。

〔诊断〕

由肩外侧不适逐渐转为疼痛和肩峰下明显压痛，肩外展外旋时疼痛明显并放射到肩胛、颈部及手等处。肩胛骨与胸壁关节的活动可引起肩肱关节明显联动，晚期出现肩胛带肌肉萎缩等，以此即可作出诊断。

〔治疗〕

治则　急性期以活血化瘀，慢性期以舒筋通络为原则。

手法治疗

急性期　患者取坐位，医者站于患者的患侧，先以柔和而缓

慢的揉法在肩峰下及三角肌部位治疗，同时在肩部周围配合轻快的提拿法，以加强患部的血液循环。再在三角肌及其周围用轻柔的擦法治疗，以透热为度。

慢性期　第一种手法：患者与医者的体位同上。医者在患者肩关节周围用轻柔的擦法治疗，重点在肩峰下、三角肌，同时配合上臂的内收、外展及旋转活动。再在肩部作深沉而缓和的拿、按、揉法。上臂略外展30°，在肩峰下，三角肌部作轻柔的弹拨，最后搓、摇、抖肩部及上肢。

第二种手法：医、患者体位同上。医者先以手掌在患者颈肩、肩臂周围广泛摩动2—5分钟。继而用拿法拿定肩井穴，以局部酸、麻、痛为度，持续2—5分钟后，沿冈上肌走向依次拿捏至肩峰，再拿捏肩部腱袖直至三角肌下的止点，约3—5遍后，用拇指点按患者的压痛点、肩髃、肩髎、肩外俞、巨骨、臑俞、臂臑、曲池等穴。每穴以酸、麻、胀、痛为度。然后，医者一手扶患侧臂使之内收，另一手以拇指在肩峰下用力弹拨，解除肩峰下滑囊的粘连。最后，医者握住患肩一侧的腕部，使肩关节作反复被动的内收、外展、上举、后伸等动作，以减少粘连，防止腱袖肌肉萎缩，促使功能恢复。

功能锻炼　作耸肩环绕、大圆手、肩上举等动作。

药物治疗　外用药可用追风虎骨膏，外贴；内服药可用正骨紫金丹等。

〔注意事项〕

急性期治疗手法宜轻柔，切不可用力下压患部体表，以免加重滑囊损伤；慢性期手法可稍重，但在用弹拨法时，用力也不要过猛。

局部注意保暖。患肩不可过分强调制动。急性期可适当轻度活动；慢性期则应进行功能锻炼。

23.肘关节损伤

提　要

- 肘关节损伤多由间接外力所致
- 肘部疼痛，肿胀，活动受限
- 扳压肘关节是关键手法

因直接外力或间接外力，使肘关节发生超生理性运动，或因持久而反复劳累等因素，使肘关节的肌肉韧带、关节囊等出现牵拉、扭挫等损伤者，称为肘关节损伤。

肘关节发生损伤后，治疗不及时，或治疗不当，常常会遗留强直恶果。

〔病因病理〕

肘关节损伤多由间接外力而致，如常提重物，过量举重、翻身卧压、反复推刨等腕及肘部的过量动作，以及扭拧、冲击、肘关节处于过伸位跌倒等。直接外力的冲击亦可引起，但少见。

根据外力方向及防御姿势，外侧及前侧软组织损伤多见，内侧次之，后侧极少。新伤转陈伤，瘀阻关节不消，伤筋束骨能力下降，血肿机化、骨化趋向等病情转化，都可导致关节挛缩不利的不良后果。

〔临床表现〕

初起，肘部疼痛，活动无力，屈转活动时疼痛加剧，肿胀及压痛明显，关节屈伸困难，伸肘时鹰嘴窝消失，肘前疼痛，前臂的旋转活动受到影响。

〔诊断〕

有明显外伤史，关节肿胀，活动障碍，且无骨折、关节损伤。

〔鉴别诊断〕

本病应与网球肘相鉴别。

〔治疗〕

治则　活血化瘀，舒筋通络。

手法

（1）急性期　患者坐位，医者面对患者，将患侧腕部夹于腋下，双手分别握于肘关节的两侧，灵活作摆、抖、挺等动作。稍有错缝脱位即可听到调正时的弹响声。本手法具有活血通络、消肿止痛的作用。

（2）扳压法　医者一手托住患肘，另一手握住患侧腕部，向外摇动肘关节，待肌肉放松后，顺势将前臂向伸直位一放，配合托肘之手向上一托，亦可听到响声。

（3）医者双手掌对置于肘关节两侧，嘱患者放松，将肘关节及其上下部位轻轻搓动2—3分钟。

（4）肘关节的肌腱处进行弹拨2—3次。

24.肱骨外上髁炎

提　要

- 前臂处于旋前位，而腕关节经常或突然猛力主动背伸是本病的病因
- 肘关节外明显压痛点，旋前功能受限是其临床特点
- 按摩手法的重点在弹拨

肱骨外上髁炎又称肘外侧疼痛综合征、前臂伸肌总腱炎、桡侧伸腕短肌与环状韧带纤维组织炎、肱骨髁上骨膜炎、肱桡关节病、肘关节伸腱下滑囊炎、肘关节劳损、肱桡关节囊炎、网球肘等。

〔病因病理〕

当前臂处于旋前位，而腕关节经常或突然猛力作主动背伸活动，前臂桡侧伸腕肌腱常处于强烈收缩状态，引起以下的病理变化：

（1）桡侧伸腕肌起点的骨膜撕裂，引起骨膜下出血，形成小血肿，促使局部组织粘连、机化、钙化、骨化，从而造成肱骨外

上髁骨质增生，形成一个锐边或者小结，使伸腕肌腱受到经常性刺激。

（2）由于桡侧腕长、短伸肌经常处于紧张状态，牵扯附着部的软组织发生慢性损伤，引起前臂伸腕肌腱痉挛，从而挤压了夹于这些肌肉群间的血管、神经。

（3）当桡侧伸腕短肌的肌腱慢性劳损时，引起桡侧副韧带损伤，从而继发环状韧带损伤，减弱维持桡骨小头正常位置的力量。由于桡骨小头位置不稳，随即表现为沿桡侧伸腕肌的疼痛。

（4）在屈肘位时，突然用力作前臂旋前或伸腕伸肘动作，肘关节囊的滑膜可嵌入肱桡关节间隙而发生本病。

以上四种病理变化中的一种或几种都可引起本病。

〔临床发现〕

由于用力不当而突然诱发，但多属缓慢起病，逐渐出现方向性疼痛，如端茶倒水、扫地拧衣等动作均可出现症状或使疼痛加剧。病症有时轻微，时隐时现，经数月、数日自然痊愈；较重时反复发作，疼痛持续，持物无力，甚至持物掉落。在前臂旋前伸肘时，也常因疼痛而使动作受限。有时疼痛向前臂、上臂放射，临床表现不十分稳定。

压痛点在肱骨外上髁上方者为桡侧腕长伸肌起点损伤；在肱骨外上髁上者为桡侧腕短伸肌起点损伤；在桡骨小头附近者为环状韧带损伤；桡侧伸腕肌上部广泛而明显者则有血管神经束受挤压的可能。

〔诊断〕

一般无明显外伤史，根据上述症状、网球肘试验阳性以及治疗经过，不难诊断。

〔治疗〕

治则　有血管神经束挤压症状者，宜舒筋通络；肘关节滑膜嵌顿及环状韧带松驰而引起桡骨小头位置不稳者，宜理筋整复；

伸腕肌腱起点损伤者，宜活血化瘀。

按摩方法　本病的按摩手法种类较多，现介绍几种，以供参考。

（1）以点按为主的手法　患者坐位。医者坐于患者病侧，呈45°斜位。医者一手的四指在上，拇指在后握住患者的患腕，使患者患侧前臂置于掌心向上的旋后位。医者的另一手握肘，使医者掌心在患者肘关节的后侧。在患者肘关节伸直位下，用屈曲的拇指端压于肱骨外上髁前方，其余四指放于肘关节内侧，作为拇指对抗压力。医者以握腕的手逐渐屈曲患者肘关节至最大限度。握肘的手拇指用力按压患者肱骨外上髁的前方，然后再伸直肘关节。在伸直肘关节的同时，医者的拇指推至患肢桡骨小头的前上方，沿桡骨小头前外缘向后弹拨伸腕肌腱的起点一次。此时，患者桡侧三指有麻木感，疼痛立即减轻。

（2）以被动活动为主的手法　①晃肘：患者坐位，医者立于患侧，一手握患肢腕部，一手拇指点按痛点（轻按），向外侧作圆形旋转，晃开肘关节，使肌肉，关节松驰。②指搭：晃肘数次使肘关节晃开后，医者一手托住患肢肘部，轻轻屈肘，使患肢的手指搭至肩部。③旋肘：医者一手托肘，一手握腕，轻轻向内旋转肘、肩关节（必须在患肢保持屈肘位的情况下），反复数次。④挺肘：接以上动作，渐渐使肘伸开至稍屈位时，托肘的手稍为用力，使肘挺直。然后再恢复晃肘、指搭、旋肘的动作，再次挺肘，动作要连续，用力要稳妥，切忌用力过猛过大，以免造成其它损伤。⑤拨筋：医者一手握腕，一手托肘。托肘手的拇指抚摸痛点，并拨揉肌筋，以松动局部，缓解疼痛。反复数次。⑥捏筋：伸直患肘，一手握腕，一手捏揉疼处，使之有发热感。⑦搓肘：患者肘部处于伸直位。医者一手握腕，一手搓揉肘部，从前臂直至上臂，连续反复数次，使局部有发热感，结束手法。

（3）以点揉弹拨为主的手法　①推前臂三阳经：患者端

坐，肩臂放松。医者双手拇指交替自下而上推前臂三阴经3—5遍，然后用手掌自上而下摩动1—2分钟。②指揉按：医者一手握腕，一手拇指揉按痛点。③点按：医者用拇指偏峰点按天井、手三里、肘髎、臂臑等穴。④拿捏：医者一手握腕，一手拇指与四指分开、从患侧肩部反复拿捏至腕部，约3—5遍。⑤前臂弹拨：医者一手握腕部并使前臂内、外旋转，同时医者另一手从上而下弹拨前臂肌腱，重点拨肱骨外上髁。⑥搓肱：医者双手虎口置于患者上臂的中1/3处，反复对搓，并由上向下移动，使患臂深部肌肉组织感到发热为度。⑦摇肘：医者一手拇指按压肱骨外上髁痛点，另一手将肘关节向内、向外各旋转5次左右，结束手法。

（4）以理筋整复为主的手法　①舒筋通络：病人坐位或仰卧位。医者坐于或立于患侧。用轻柔的摩法从肘部沿前臂背侧治疗，重点在肘部。再在曲池、手三里穴按揉，手法宜缓和，以透热为度。最后搓、揉上肢，重点在前臂。②理筋整复：病人坐位或仰卧位。医者坐于或立于患者的患侧，面对患者。医者一手握住肱骨下端，一手握住腕部，作对抗用力，拔伸肘关节。握腕的手同时作轻度的前臂旋转活动。握肱骨下端的手拇指同时按揉桡骨小头，在拔伸过程中再作肘关节的强拔和按揉。③活血化瘀：用深沉的摩法从肘部沿前臂背侧治疗，重点在肘部。再在痛点弹拨，同时配合肘关节伸屈和前臂旋转被动活动，随后按揉前臂桡侧伸腕肌群。再在前臂背侧及肘部用擦法治疗，以透热为度，可加热敷。

（5）以摇为主的手法　患者正坐。助手站在患者的患侧，双手握住上臂下端固定不动，医者在患者前方丁字步站好。用一手拇指按在患肘痛点，余四指在肘内侧，拿肘部。另一手拿住前臂下端，患手掌心向上，拿患臂的手，由内向外环转摇晃前臂6—7次。同时拿患肘的拇指在局部轻轻揉捻，将患臂拔直，再屈

肘，使手指触及患侧肩部，再拔直。在第二次拔直时，拿肘的拇指用力按压压痛点，将患臂旋前，拿前臂远端的手改为由外向内使患臂从外向内环转摇晃，同时拿肘的手拇指在痛点轻轻揉捻，将患臂拔直，患肢掌心转向上（外旋），屈肘使患肘手指触及肩部，再将患肢拔直。拔直时，拿肘的手拇指用力按压痛点，再用揉捻法按摩舒筋。

（6）以弹拨为主的手法 ①扭拨法与摇揉法：患者坐位或伸卧位，医者立于患侧，左手握患者上臂桡侧，拇指在上，余指在下，右手握腕部。操作时两手有机配合，开始上下抖动，左右翻转，扭臂筋，左手边拨边向下移，至肘部时稍加力量、达腕部时拇指揉几下即可。重复1—2次。情绪较为紧张者，左掌托于肘，拇指揉桡侧筋，右手握腕摇肘，反正方向各数次，屈伸、旋前旋后各数次，均在无痛情况下进行。②拨筋法：患者坐位。医者一手握腕，一手拇指放于伸肌总腱，两手配合，仿扭拨动作，作5—7次，重点拨该腱在肱骨外上髁附着点。用拇指指峰寻找痛点，并对痛点稳力分刮数次，继续寻找肱桡关节间隙痛点（有“筋结”感），亦用拇指分刮数次。③弹筋法：患者屈肘，医者一手握腕，一手拇指、食指分开呈钳形，提弹肘桡侧深、浅诸筋。先弹深层、再弹浅层，各2—3次，用掌根轻揉几下。④扳法：适用于组织粘连，前臂旋前伸肘功能受限的病例。医者站于患者患肘的外侧方，一手握肘背侧固定，一手握腕、屈腕、屈肘、前臂旋前位，作肘屈伸摇动数次，腕部手顺势向伸肘方向扳，常闻响声。结束手法。

其它疗法

（1）药物疗法：内服活血化瘀类药，外用活血散调敷。

（2）功能锻炼。

（3）针灸疗法。

〔注意事项〕

（1）治疗期间腕部不宜作用力背伸活动。

（2）局部保暖，不可受寒冷刺激。

25.肱骨内上髁炎

提　要

- 尺侧屈腕肌腱附着点急性或慢性损伤为主要病理
- 屈腕功能受限、无力为主要临床表现
- 治疗手法在于弹拨揉按

肱骨内上髁炎，又称高尔夫球肘、学生肘，是前臂屈肌及旋前圆肌总腱附着点损伤。

〔病因病理〕

经常用力屈肘屈腕及前臂旋前位时，尺侧屈腕肌处于强力收缩状态，从而易使其肌腱的附着点发生急性扭伤或慢性劳损。损伤后，肌腱附着点出血，形成小血肿和局部损伤性炎症，肿胀、挤压尺神经皮支引起疼痛。若治疗不及时或治疗不当，则血肿机化，造成局部组织粘连，在屈腕时就可因肌腱牵扯而疼痛。

〔临床表现〕

局部肿胀、疼痛，刺激尺神经时，可出现无力及无名指、小指间歇性麻感。腕略背伸，检查屈腕抗阻力试验阳性；抗阻力旋前试验阳性；旋臂伸腕试验阳性；肘伸直前臂旋后，医生将腕极度背伸痛阳性。

晚期进行X射线检查可见骨膜增生。

〔诊断〕

有劳损史，根据症状体征不难诊断。临床表现急性者以疼痛为主；慢性者以无力为主，且肌力下降，功能低下。

〔鉴别诊断〕

本病应与创伤性肘关节骨关节炎、肘关节尺侧副韧带损伤相鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋通络、活血化瘀。

手法

（1）①舒筋通络：病人坐位。用按揉法从肱骨内上髁沿尺侧屈腕肌到腕部治疗，手法宜轻柔缓和，同时配合腕部伸屈被动活动，使紧张痉挛的屈腕肌群松驰。随后在肱骨内上髁压痛点及其周围弹拨。再沿屈腕肌用轻快的拿法治疗，往复数次。再搓揉肘部及前臂1—2次。②活血化瘀：在上述治疗基础上，沿前臂屈腕肌到肘部用擦法治疗，以透热为度。

（2）患者坐位，患肢掌心向上伸出，肘微屈。助手站于患侧，双手握上臂下端。医者面对患者丁字步站立。一手自肘外侧环握其肘，中指按在伤处，拇指在肱骨下端外侧迎之；另一手自前臂下端内侧拿起前臂，由内向外环转摇晃6～7次，同时在伤处的中指在局部轻轻揉捻。将患肢拔直，再屈肘，使患侧手指触健肩。在拔直时按压肘内侧的中指与拇指相对归挤，再用捻散法按摩舒筋，结束手法。

药物疗法　外用活血散，内服跌打丸、人参紫金丹。

其它疗法　针灸、封闭、拔罐。

〔注意事项〕

（1）治疗期间不宜用力屈腕。

（2）局部注意保暖，不可受寒冷刺激。

2f.旋后肌综后征

提　要

- 桡神经因旋后肌反复磨损而引起炎症
- 前臂的旋前、旋后动作障碍是其特点
- 分筋弹拨是其主要手法

旋后肌综合征是指桡神经因前臂旋后肌反复磨损而损伤。并

因之而出现一系列症状者。

〔病因病理〕

旋后肌位于前臂背面上方，紧贴桡骨上1/3，为短而扁的肌肉，自前而后被肱桡肌、桡侧腕长伸肌、桡侧腕短伸肌、指总伸肌和尺侧腕伸肌遮盖。它起自肱骨外上髁（起点处与指总伸肌和尺侧腕伸肌愈着）、桡骨环韧带和尺骨旋后肌嵴，肌纤维斜向下外，并向前包绕桡骨上端，止于桡骨上1/3的前面。其作用使前臂旋后，其旋后作用比较完善，并不因手的位置而影响其旋后作用。旋后肌受桡神经支配。

桡神经穿过上臂肌间隔后，抵达肱骨外上髁嵴，穿行于肱肌、肱二头肌内侧及肱桡肌、桡侧腕长伸肌外侧之间。在由肱骨髁至桡骨小头的下缘节段，它的外侧为腕短伸肌，内侧为肱肌和肱二头肌，后侧为肱桡关节囊、环状韧带。桡神经在肱骨外上髁以上约4cm处分为前后两支，进入旋后肌等肌腱。它的深支经旋后肌浅头纤维弓进入旋后肌两层之间的神经间隙。桡神经穿行通过的区域被肌层间隔成管状通道，这个通道被称为桡管。

桡管在通过旋后肌两层之间比较固定，活动度小，容易受压迫。前臂旋前时，桡管下段容积更小。因外伤、退变的炎症刺激，桡骨小头畸形、胚胎发生纤维弓增厚、桡骨上1/3处骨折后愈合畸形、顽固不愈的网球肘以及前臂不断旋转，旋后肌的肥大等，都可造成桡神经受压变扁而引起症状。但并非都是旋后肌综合征，只有桡神经在通过桡管时，由于前臂的不断旋前旋后，使桡神经遭受反复的磨损，出现神经源性损害，才形成旋后肌综合征。

〔临床表现〕

各指的掌指关节屈伸不利，拇指伸直受限最为突出。虽前臂的旋后功能障碍，但无感觉障碍。局部可摸到痛性结节。

〔诊断〕

可根据病史、症状、体征、肌电图作出诊断。

〔鉴别诊断〕

本病应与网球肘相鉴别。网球肘有疼痛放射症状，非神经本身受伤，无伸拇功能受限及各掌指关节功能障碍，但前臂旋前伸肘功能受限。

〔治疗〕

治则　舒筋通络，缓急止痛。

按摩手法　病者取坐位。医者立于患侧。医者一手握住患者患侧的腕部，另一手托住患肘。托患肘的手，屈其拇指在疼痛部位的筋结上用力按压至骨，用稳力左右分拔筋结2—3次。然后将肘屈曲，握腕的手将前臂作旋前、旋后动作20次。握肘的手在肱骨外上髁附近弹拨肌腱。最后用擦法，使之透热为度，结束手法。

其它疗法　可外用活血散、金不换膏；内服正骨紫金丹。还可用药离子透入，红花酊涂抹后进行红外线照射。治疗期应加强肘部的功能锻炼。

27.尺骨鹰嘴滑囊炎

提　要

- 本症为损伤性炎症
- 肘后有圆形肿物
- 在肱三头肌腱处用轻快的拿法治之

尺骨鹰嘴滑囊炎又称矿工肘、起疱肘、醉汉肘，是指肘关节后侧的鹰嘴滑囊因撞伤或经常磨擦而发生的损伤性炎症。

〔病因病理〕

肱三头肌肌腱附着于鹰嘴突处有两个滑囊：一个在鹰嘴突与肱三头肌腱之间，另一个在肱三头肌腱与皮肤之间。后者最易受伤致损，多因肘部长期反复磨擦或碰撞导致急性或慢性损伤。深

囊与浅囊均可渗液、肿胀，以皮下滑囊炎更为明显，酷似髌前滑囊炎（又称女仆膝、起疱膝、毯工膝）；其深囊肿胀；肘后偏桡侧因慢性刺激，囊壁变得肥厚，囊腔内有绒毛样形成，偶有钙质沉着。

〔临床表现〕

尺骨鹰嘴部位呈圆形或椭圆形肿胀，大小不等，直经约1—2.5cm，肿块可以活动，位于皮下，质软，轻度波动感，伴轻度压痛，皮色一般不红，肘部活动无明显影响。伴有继发感染则有红肿、疼痛、患肢无力、屈肘受限。其软硬程度与囊内积液多少有关。

〔诊断〕

根据病史、症状、体征，易于诊断。可疑时，X线检查排除骨质及关节病变。

〔鉴别诊断〕

应与肘关节结核相鉴别。

〔治疗〕

治则　活血化瘀。

按摩手法　病人取坐位。医者坐于或立于患者的患侧。在尺骨鹰嘴部位用按法、揉法作轻柔的治疗。同时在肱三头肌处配合轻快的拿法，重点在肱三头肌近尺侧鹰嘴部的肌腱。再从鹰嘴部沿肱三头肌方向，用擦法治疗，以透热为度。可加用热敷。

药物治疗　可外敷云南白药，内服五虎丹、正骨紫金丹。

〔注意事项〕

按摩治疗后可在局部加压包扎；局部保暖，避免寒冷和其它机械刺激。

28.腕关节扭伤

提　要

·腕关节扭伤多为间接外力所致

• 其症状表现为疼痛和肿胀不明显，但功能活动明显障碍

• 按摩手法有二种，可选择其中之一治之

由于腕部突然背伸、倾跌时手掌着地等间接、直接外力作用而造成腕关节的损伤，称为腕关节扭伤。

〔病因病理〕

腕关节可作屈、伸、内收、外展和环转运动。其活动范围大，而且频繁。由于腕部突然背伸、倾跌时手掌着地、支撑或提物时不慎等原因，造成腕关节的损伤以及骨折愈合后改变了掌的倾角、尺倾角等正常生理状态而发生损伤。

损伤的组织是韧带，而韧带的损伤可因腕关节扭伤时受力的方向不同而不同。背伸时扭伤多为桡腕掌侧的韧带；掌侧屈腕时多为桡腕背侧韧带；过度尺屈时多为桡腕侧副韧带；过度桡侧屈曲时多为腕尺侧副韧带。

〔临床表现〕

一般疼痛不十分剧烈，仅在腕关节作较大幅度的活动时才有疼痛。局部肿胀不明显，受伤的腕关节有“乏力”和“不灵活”感觉。

〔诊断〕

根据外伤史及临床表现不难作出诊断。

〔鉴别诊断〕

应与桡骨下端骨折、腕舟骨骨折、腕月骨脱位相鉴别。

〔治疗〕

治则　理筋通络。

按摩手法　（1）①病人取坐位。医者面对患者而立(或坐)。先揉损伤韧带的起止部，同时配合腕部各方位的摇动。再沿损伤组织作垂直方向的轻柔弹拨。②拔伸腕关节：如果损伤在腕背侧，则拔伸时向腕掌侧屈曲；如损伤在掌侧，则拔伸时向背伸；

损伤在桡侧，拔伸时向尺侧屈曲；损伤在尺侧，拔伸时向桡侧屈曲。③在腕关节扭伤处用擦法治疗，以透热为度，再加热敷。最后搓腕部结束治疗。

（2）①摇腕分筋法：适用于调整腕部筋骨之间的异常状态。患者坐位，医者双手分握患腕两侧，反正起落地摇动数次，拇食指有机地上下配合。患者腕下垫一小枕，医者在腕掌面上方尺侧用分筋法，稳力分刮数次。②弹鱼际筋法：在桡侧大鱼际肌或尺侧小鱼际肌出现症状时，可以提弹该筋于不同的高度2—3下。③拨麻筋或弹麻筋与筋结。④阻血手法：适用于腕、指发凉与无力。患者正坐握拳，拳心向上。医者双手分握患者裸露的前臂两侧，自上而下驱血8次左右。两手握压尺、桡侧动脉1—2分钟后，令患者迅速放开拳头。结束手法。

〔注意事项〕

（1）局部保暖，防止寒冷刺激。

（2）在治疗期间用“护腕”保护。

29.桡侧伸腕肌腱周围炎

提　要

- 拇指、腕关节长期活动或活动过度是损伤的主要原因
- 握拳、伸拇指时，腕部疼痛加剧是本病的特征
- 按、揉、拿、捻、顺为主要按摩手法

桡侧伸腕肌腱周围炎，是肌腱滑动组织的损伤性炎症中重要的一种。肌腱滑动组织的损伤性炎症，好发于前臂的桡侧伸腕肌腱，亦可发生于大腿的股四头肌和小腿的跟腱部，但以前臂为多见。

桡侧伸腕肌腱周围炎又称“烁轧性腱鞘炎”、“闪轧性腱鞘炎”、“前臂伸肌腱周围炎”、“桡侧伸腕肌群轧辄性腱鞘炎”、“桡侧伸腕肌群捻发音性腱周炎”。虽然名称是“腱鞘”、“腱

周”等，但实际上发病的部位在肌腱，并不在腱鞘，属于筋膜与腱索之间的损伤性炎症。

〔病因病理〕

本病发生部位在很大程度上取决于工作时肌肉的负荷，并与其解剖结构有密切关系。桡侧伸腕长、短肌腱在前臂桡侧下1/3处，外展拇长肌及伸短肌深部交叉，交叉处缺乏腱鞘保护，仅有疏松的腱旁组织。当拇指和腕部过度活动时，上述肌腱互相磨擦，发生损伤性炎症。本病多见于木工、泥瓦工、司炉工、包装工及划船者。

病理上肉眼可见腱旁组织水肿、纤维变性以及新生血管。切片有白细胞及浆细胞浸润。

〔临床表现〕

本病的临床特征是腕部疼痛、酸痛，握拳或伸拇指时疼痛加剧，腕部无力，活动时前臂背侧的腕上部有微细的摩擦音，沿病变的桡侧伸腕肌腱有条索状肿胀。急性者，发病初不为患者察觉，仅有腕及前臂远端中等疼痛和动作不自如。

〔诊断〕

好发于中青年以上的男性，右侧多见。春秋季发病较多。临床常见前臂远端压痛和肿胀。桡侧伸腕肌腱摩擦试验阳性。

〔治疗〕

治则　活血祛瘀，消肿止痛。

按摩手法　（1）①患者坐位，患肢前臂下垫一小枕，背侧向上。医生沿桡侧伸腕长、短肌的方向按揉，手法宜轻快柔和，同时对前臂的伸肌用轻快的拿法上下往返治疗。②从腕部桡侧沿外展拇长肌及伸拇短肌的方向到前臂近端用擦法治疗，以透热为度。再用热敷。③治疗后用绷带包扎固定。

（2）患者正坐。助手拿患肢上端。医者一手握大拇指与助手相对拔伸，另一手用大拇指沿桡侧伸腕肌腱自下而上反复用推

法、捻法直至腕关节活动时捻发音消失为止。

〔注意事项〕

（1）手法宜轻柔，切忌粗暴蛮力。

（2）治疗期间要注意减少腕及拇指的活动。

30.腱鞘囊肿

提　要

- 本病多为急、慢性外伤引起
- 囊肿边缘整齐、光滑、饱满、有波动感
- 按摩手法的关键是挤破囊肿，使积液渗透到组织间隙

腱鞘囊肿，又称“聚筋”、“筋瘤”，是指发生于关节囊或腱鞘附近的囊肿。

〔病因病理〕

腱鞘囊肿的病因目前尚不十分明确，一般认为与各种急、慢性外伤有关。年青的患者多为纤维组织发育异常，多在外伤后方才引起注意。年老患者是由关节囊或腱鞘受伤后，内膜衬里破裂所致。

囊肿的外层为致密性的纤维组织，内层比较光滑，内容物为粘性胶冻样液体。部分患者的囊肿基底部比较广阔，并与关节囊和腱鞘相通。经过长期的慢性炎症刺激，囊壁逐渐肥厚变硬，甚至达到与软骨硬度相似的程度。

囊肿嵌顿于关节间隙，突出于关节或腱鞘附近的皮下，形成半球形的隆起。因其外形象瘤，故又称之为“筋瘤”。日久与周围组织发生粘连，经久不愈。

腱鞘囊肿常见于腕背部。腕关节的掌侧面、手指背面和掌面、足背部、膝关节的侧面和腘窝等处亦可发生。女性多于男性。

本书所列的腱鞘囊肿及其按摩手法的治疗主要是指发生于腕

背部和手指部者。

〔临床表现〕

囊肿大多逐渐发生，发展缓慢，外形一般光滑，触诊时呈饱满感，有时可有波动感，边缘大小可发生变动。囊肿局部疲痛，有时向囊肿周围放散。若囊肿和腱鞘相连，患部远端则出现软弱无力感。

〔诊断〕

根据年龄、性别、发病部位、临床表现及治疗经过，多可做出确切诊断。

〔鉴别诊断〕

应与滑膜囊肿、腕背骨膨癃症、腕部创伤性滑膜炎相鉴别。

〔治疗〕

治则　理筋散结，活血祛瘀。

按摩手法　（1）①在囊肿的关节周围应用柔和的按、揉、搓法治疗，使关节放松。再在囊肿局部按揉，以局部轻微充血为度。②拔伸发生囊肿的关节。一手握住关节的近端，另一手握住关节的远端，并用拇指按住囊肿，两手相对用力拔伸。在拔伸时，按住囊肿的拇指用力沿肌腱方向按压挤碎囊肿。同时配合关节各方位的被动活动。③用加压绷带包扎患部。

（2）①扣挤法：适用于腱鞘囊肿。患者腕背朝上。术者双手分握患腕两侧，双拇指探明囊肿的固定方位。继而屈曲拇指的指间关节，深压于囊肿一侧，扣紧，不使滑动。挤压下摇腕片刻，可觉指下空沉伴咕噜声响，继而肿物迅速变小以致消失。加压包扎2～3周。②刮筋法：用于手指关节部的大小腱鞘囊肿。操作时以拇指指甲扣紧囊肿，往回一刮，囊肿即可随声响而消散。

〔注意事项〕

（1）拔伸时，关节各个方位的被动活动及对囊肿的挤压动作要同时进行。因此，手法动作要协调。

（2）治疗期间，发生囊肿的关节应避免用力。

31.腕三角纤维软骨损伤

提　要

- 腕关节的三角纤维软骨因外力而破裂、分离
- 腕关节肿胀疼痛，旋转受限
- 归挤合筋是主要治疗手法

腕三角纤维软骨损伤，又称桡尺关节远端半脱位、桡尺关节远端分离症、伤腕，是腕关节中的三角纤维软骨板因外力作用而损伤，导致桡尺关节松动。

腕三角软骨板是由纤维软骨构成的。它的中央呈薄片状，顶点连于腕部尺骨茎突的内侧面（腕尺侧副韧带也连于尺骨茎突上），底边连于桡骨远端尺骨切迹边缘，两腰在掌侧与背侧同关节膜相贯。桡骨远端加上三角纤维软骨板构成关节窗，与腕舟骨、月骨、三角骨构成关节突，形成桡腕关节。在三角软骨前为前腔，后为后腔。老年人该软骨板往往有裂孔，造影可见相通。

三角纤维软骨的作用是使尺桡骨远端靠紧，防止分离，以利于桡骨在尺骨上旋转（其活动范围为150°）。前臂正立位时三角纤维软骨板处于松弛状态，旋前位时其背侧部分紧张，旋后位时其掌侧部分紧张。

〔病因病理〕

本病与扭转外力、反复摩擦、牵拉、桡骨远端骨折移位有关。最主要是因为摔倒时手掌着地，桡腕关节背伸，前臂极度旋前，或桡腕背伸时旋后尺偏，挤压于尺骨和三角骨、月骨之间，使紧张的三角纤维软骨板破裂、撕脱或分离所致。

〔临床表现〕

有明显的外伤史。腕部损伤后肿胀，尺侧疼痛，握力显著下降，持物掉落，背伸支撑及尺偏旋前疼痛加重，日久摇腕伴有弹

响声并有痛感，但无交锁现象。

腕部作各方向旋转活动时都受到不同程度的限制。压痛在关节间隙与尺侧尺骨茎突远端，腕部自然凹陷消失，下尺桡关节背侧间隙松弛并有摩擦感，三角纤维软骨板挤压试验阳性。

〔诊断〕

根据典型损伤史、临床症状与体征、X线片、下尺桡关节半脱位等即可作出诊断。关节的碘水造影可透视观察流动充盈情况。若造影剂从腕关节进入下尺桡关节，证明三角软骨板已有破裂。

〔鉴别诊断〕

(1)舟骨骨折、月骨无菌性坏死　压痛部位不同，X线检查可帮助排除。

(2)腕关节扭伤　急性期二者容易混淆，但治疗后都容易痊愈。但是腕关节扭伤不限于尺骨小头部位，也无弹响声。

(3)腕尺侧副韧带损伤　痛点局限于副韧带起止点，腕侧桡偏时疼痛加重。

〔治疗〕

治则　理筋整复

按摩手法　①归挤合筋：患者正坐位，患腕伸出，掌心向下。助手站于患腕外侧，用双手拿住前臂下端，双拇指在背侧，余四指在掌侧。医者丁字步站于患者前方，双手握住前臂下端，双拇指与助手双拇指相对，双手大鱼际分别压住桡骨茎突和尺骨小头，余四指握住腕部。医者与助手相对拔伸牵引，在牵引下将腕部环转摇晃6—7次。医者双手食指向上挺托，双手大鱼际分别向下按压桡骨茎突与尺骨小头，使二骨分离，然后再用大鱼际分别置于桡、尺侧，向内大力归挤桡骨茎突与尺骨小头，使二骨合拢。　②扬腕合筋：医者站在患臂外侧，用双臂挟住患者的前臂，并用双手握住前臂下端，双拇指在上，与桡、尺骨平行，余

四指在下，向前拔伸，同时双手上下错动。医者放松双臂，双手拿住伤腕不动，转身面向患者，并保持拔伸力量，将患臂旋后，屈肘、使患手指触及肩部。然后再将患臂高举过头，肘关节伸直，腕背伸。同时医者双手拇、食指大力归挤桡、尺骨下端，使桡尺骨向内并拢。 ③捆绑：损伤轻者，敷药后不须捆绑。重者，敷药后可将二个单月牙形纸垫分别放在桡、尺骨下端两侧，夹住，绷带缠绕，然后二根线带扎住。

药物疗法 用洗药外洗或用七厘散外敷，内服补筋丸或人参紫金丹等。

〔注意事项〕

(1)肿消痛减后，进行功能锻炼，并戴护腕。

(2)治疗期间应避免腕关节过度旋转活动。

32.桡骨茎突狭窄性腱鞘炎

提 要

- 桡骨茎突腱鞘管腔狭窄，肌腱受压肿胀变粗是本病的病理所在
- 疼痛、屈腕障得

在桡骨下端，外展拇长肌和伸拇短肌有一共同的腱鞘。这个腱鞘靠近腕部的桡骨茎突处。该腱鞘发生炎性肿胀，使腱鞘腔变窄。这种腱鞘炎称之为桡骨茎突狭窄性腱鞘炎。女性多于男性。

〔病因病理〕

由于腕部过于劳累和频繁活动，使肌腱在腱鞘隧道中频繁运动，长期磨损；或因寒凉刺激，使肌腱与腱鞘发生损伤性无菌性炎性改变而水肿。久之腱鞘机化，腱壁肥厚，管腔狭窄，肌腱受压，肿胀变粗。其特点是腱鞘内不是分泌过多的滑液，而是组织肥厚、疼痛，属于职业性劳损。

〔临床表现〕

一般发病缓慢，也有因用力过度而突然发病者。早期仅觉局

部酸痛，腕背桡侧和拇指周围疼痛。疼痛可向下放射至拇指，向上达于前臂，甚至上臂。拇指内收，外展活动受限或拇指活动无力。由于废用，可引起大鱼际萎缩。在桡骨茎突外皮下可能触及豆状大小的肿块，其硬度与软骨相似，此乃肌腱肥厚所致。拇指运动时，桡骨茎突处有摩擦感或摩擦音。

〔诊断〕

有劳损史，桡骨茎突处有局限性疼痛及压痛，肿胀隆起，有啪轧音。腕及拇指活动时症状加重，伸拇受限。疼痛可向手、肘、肩等处放射。慢性期可摸到硬结，并压痛减轻、劳克斯坦氏征阳性、腕关节尺偏范围显著减小。

〔鉴别诊断〕

本病应与舟骨骨折、腕关节扭伤及劳损、前臂伸肌腱周围炎、下尺桡关节扭伤相鉴别。

〔治疗〕

治则　活血化瘀、消肿止痛。

按摩手法　(1)①患者正坐，患侧腕下垫一小枕，腕背朝上，沿前臂背侧到第一掌骨背侧用轻柔的手法按、揉（或推、滚），重点在桡骨茎突部。同时配合病人腓部的尺侧屈曲被动活动。活动幅度要由小渐大，不可骤然猛力活动。②沿前臂外展拇长肌和伸拇短肌到第一掌骨背侧，用轻快柔和的弹拨法，上下往返治疗4—5次，重点在桡骨茎突部。③医生一手夹持病人拇指近侧节，另一手握住患部，相对用力作拇指拔伸。握腕的一手拇指在拔伸的同时按揉阳谷穴。夹持拇指的一手在拔伸时，同时作拇指的外展、内收被动活动。④擦腕。从第一掌骨背侧到前臂用擦法治疗，以透热为度。再搓、揉上臂和腕部。可以配合热敷。

(2)①拧法：解除粘连，疏通狭窄。患者坐位或卧位，患腕拇指在上。术者双手握腕，双拇指握稳在上。两拇指向相反方向用力，交错拧动数次。解粘时可闻及“吱吱”或细碎响声，可重

复一遍。②捋法：术者一手握患腕，仿芬氏征手形，拳向尺侧偏斜，用另一手拇指近节由腕向臂，缓缓用力推捋，亦可以出现以上响声。以上介绍的两种手法，临床时可选择其中之一。

〔注意事项〕

(1)避免掌指关节过度伸屈和用力握提硬、重物品。

(2)局部保暖，避免寒冷刺激。每天临睡前用热水浸洗10分钟，以帮助缓解症状。

33.腕管综合征

提　要

- 腕管综合征是正中神经受压
- 初期手指麻木刺痛；晚期大鱼际肌萎缩
- 腕管部按揉是本病的治疗手法

腕管综合征是指正中神经在腕管内受到压迫所引起的手指麻木等神经症状。

〔病因病理〕

“腕管”，是由腕关节掌侧横行韧带与腕骨构成的。它的背面是腕骨，掌面是坚韧的腕韧带。腕管内除有正中神经通过外，还有四根指浅屈肌腱、四根指深屈肌腱及一根屈拇长肌腱通过。

腕管有一定的容量和空间，使屈指肌腱群在腕管内滑动而不妨碍正中神经。

如因①腕骨增生、骨折、脱位；②腕横韧带增厚；③损伤或疾病引起腕管内肌腱肿胀等导致腕管内的内容物体积增大、腕管内的容量和空间相对缩小时，就会挤压腕管内的肌腱及正中神经而出现症状，其中腕关节的损伤或疾病引起腕管内肌腱的肿胀是最常见的原因。

按摩所治疗的腕管综合征仅限于第三种原因，对其它两种原因引起的腕管综合证效果不明显，甚至无效。

〔临床表现〕

初期，手指麻木刺痛，病人睡眠时常因麻木刺痛而惊醒，经活动手指后，其疼痛和麻木即可减轻。麻木主要是食指，其次是中指、拇指、无名指，小指不麻木。少数患者的手指有时出现烧灼痛。

后期，大鱼际肌萎缩、麻痹、肌力减弱，或者拇、食、中、无名指桡侧的感觉消失。拇指手掌的一侧不能与掌面垂直。肌萎缩一般在四个月以后逐渐出现，其程度与病程长短密切相关。

〔诊断〕

根据损伤史，临床表现即可诊断。

〔鉴别诊断〕

本病应与腕关节扭伤，腕骨骨折相鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋通络，活血祛瘀。

按摩手法　①病人取坐位，腕部背侧垫一小枕，掌侧面向上。医者用轻柔的揉法在前臂沿屈指肌腱方向上下揉之。同时在治疗部位配合轻快的拿法，使前臂肌肉放松。②在腕管部用缓和的按揉法治疗。同时配合腕部各个方向的摇动，再沿通过腕管的肌腱作垂直方向的轻柔弹拨，然后从掌侧腕部到前臂用揉法治疗，以透热为度。最后搓腕关节。可加热敷。

〔注意事项〕

(1)本病临床并不少见，往往容易忽略，因此，必须认真检查。

(2)腕部避免用力和受寒。

34.指间关节扭挫伤

提　要

• 指间关节扭挫伤损伤的是指关节的侧副带

• 疼痛剧烈，关节肿胀，功能受限是其特点

·治疗的手法以捻法与拔伸法相配合

指间关节扭挫伤，指的是各指间关节两侧的副韧带损伤。

各手指的指间关节的两侧都有副韧带，当手指伸开时，其副韧带处于紧张状态，使手指呈伸直位而不能向两侧运动；关节屈曲时，韧带松弛，手指呈屈曲位而有较小范围的侧屈运动。

〔病因病理〕

指间关节扭挫伤多因指端遭受暴力冲击所致。常见于蓝球、排球运动员，其他人员也偶有发生。

指间关节受到沿手指纵轴方向暴力冲击引起的损伤称为挫伤，侧向的冲击称为扭伤。

暴力的冲击可以造成一侧或两侧副韧带的牵拉、撕裂，也可使关节囊发生撕裂，有时引起指间关节半脱位，或伴有一侧撕脱性骨折。

由于杠杆作用，其损伤的部位大多发生于近端指间关节。

〔临床表现〕

疼痛：在损伤关节部位疼痛剧烈，并有明显压痛。

功能：手指的屈伸活动受到影响，不能屈曲到原有的生理角度。少数病人会出现侧向活动。

外形：关节周围明显肿胀，如侧副韧带断裂可伴有手指偏向一侧畸形。

〔诊断〕

根据外伤史、体征、X线片进行诊断。

〔鉴别诊断〕

本病应与指骨骨折相鉴别。

〔治疗〕

治则　理筋整复。

按摩手法　①先在损伤部位用捻法，手法要轻柔缓和；②拔

伸受伤的指间关节，然后再次使用捻法和抹法；③局部热敷。

药物疗法　外用活血散瘀、消肿止痛的药物热敷、熏洗。

〔注意事项〕

(1)必须排除骨折后才能进行按摩治疗。

(2)按摩时手法要从伤处的两端开始，逐渐向患部靠拢。

33. 指间腱鞘炎

提　要

- 病理关键是腱鞘出现环状狭窄的结果
- 其症状特征是屈指或伸指时常有受阻现象，甚至停止在半屈指位上
- 手法治疗的关键是消除腱鞘的狭窄，以弹拨法为主

指间腱鞘炎，又称指部腱鞘炎、屈指腱鞘炎、扳机指、弹响指、弹拨指等，是掌指关节基底部腱鞘因损伤性炎症而狭窄，压迫屈指肌腱而成的一种病症。

〔病因病理〕

大多数由于手指频繁活动、手指用力过度，或长期从事用力握持硬物的工作、造成肌腱与腱鞘长期刺激和摩擦，使局部腱鞘出现损伤性炎症、水肿，渐至肥厚及纤维化，形成环状狭窄，从而使狭窄处肌腱因受压挤而变细，未被压挤的肌腱两端则渐呈葫芦形膨大。这类变化多发生于掌指关节的基底部。

〔临床表现〕

弯曲手指时，患指可突然停留在半弯曲角度上。如再用力屈指，就发生如同扳动枪机样动作并发生弹响声，这样才能完成屈指动作。患者可在患指的掌指关节掌侧面触知，肌腱的跳动。当患指由屈指位变为伸直位时也会出现同样的动作。这是肌腱膨胀部分通过增厚的腱鞘时产生强烈的摩擦和受阻所致。如果腱鞘肥厚及肌腱肿胀都比较严重时，可产生闭锁而使患指停止在伸展位或屈指位上。这种现象一般在睡眠或工作后较为明显，弹响或闭

锁可持续几天或几周，甚至更长的时间。

〔诊断〕

根据临床表现即可诊断。

〔治疗〕

治则　舒筋通络，活血化瘀。

按摩手法　①病人坐位，在患指的掌指关节周围用轻柔的捻法往返治疗，同时配合掌指关节的伸屈活动和环转摇动。②沿患指的肌腱作垂直方向的弹拨，重点在患部，往返数次。然后医者一手的拇指和食指捏住患指的远端指骨，另一手捏住患指的掌指关节近端，拇指按住患部，进行拔伸。拔伸时，按住患部的拇指稍微用力，并沿肌腱方向作来回转动，同时作小幅度缓慢的掌指关节的摇动。最后搓腕，使掌指关节放松，结束治疗。

〔注意事项〕

(1)治疗期间避免掌指关节的过度伸屈和用力握提硬、重物品。

(2)局部注意保暖，避免寒冷刺激，每天临睡前用热水或外洗药水浸洗10分钟，以帮助缓解症状。

34.髋关节滑囊炎

提　要

·髋关节滑囊炎多见于3—10岁儿童，是股骨头发育不成熟和关节囊松弛的缘故

·以髋关节疼痛，影响走路为主要表现

·治疗手法分复位法和按揉法两种

髋关节滑囊炎，又称髋关节滑膜炎、一过性滑膜炎、髋错缝、掰髋、闪髋、溜髋等。

髋关节属杵臼关节，股骨头大半都在关节窝内。髋关节的关节较紧并有许多韧带加强，其结构相当稳定，活动范围稍小。如

大腿向前屈，向后伸的范围约130°，内外旋约40°—55°。由于小儿股骨头发育不成熟，关节囊较松，所以，这种病多发生于3—10岁儿童。

〔病因病理〕

本病大多是由于下肢长期过度外展、外旋所致。如跳跃、劈叉或过度劳累使关节囊受到抻伤，或墩、振、颤、拐所伤，或跌伤歪斜扭错而致。久坐硬板凳或局部撞击，关节囊被挤压后复受风寒也会引起髋关节滑囊炎。

受损伤的滑囊有臀大肌转子囊、坐骨结节囊、髂腰肌滑囊等。髂腰肌滑囊80%的人与髋关节滑囊相通，因此髋关节滑囊的病变容易引起髂腰肌滑囊炎。

〔临床表现〕

一般急性损伤即可出现髋关节疼痛，有时肿胀，行路困难。但有些患者在伤后仅觉患肢不适，行走并不受限，2—3日后患肢才感觉酸痛，行走不便，渐渐不能站立，行走时跛行或绕行。活动时疼痛加剧。为减轻疼痛患者骨盆常常向患侧倾斜，所以表现出患肢稍微变长。站立时足尖外旋，足跟不能着地。髋关节屈曲、内收受限。托马氏征阳性，鼠蹊部稍肿并有轻度压痛。*X*线片检查看不出髋关节有明显异常。

臀大肌转子囊炎　局部压痛明显，活动大转子时疼痛加重。其中尤以屈髋和下肢伸直时旋转大腿疼痛更甚。

坐骨结节囊炎　坐骨结节处疼痛，稍坐硬板凳伸膝屈髋则加重。平卧时患者大腿常处于屈曲外展外旋位，以松弛臀大肌张力。

髂腰肌滑囊炎　股三角区肿胀，大腿经常处于屈曲位，大腿伸直、外展或内旋时引起疼痛。疼痛可因闭孔神经受到刺激而沿大腿前内侧放射至膝部。

〔诊断〕

根据临床表现及体征多可确诊。

〔鉴别诊断〕

本病应与化脓性关节炎、髋关节结核性滑膜炎、股骨头无菌性坏死和先天性髋关节半脱位等区别。

〔治疗〕

治则　舒筋通络，活血化瘀。

按摩手法（1）①屈曲复位法：患者仰卧。医者立于患者的患侧。一手握住患肢的踝关节上部，另一手用虎口或小鱼际肌按住患者患侧鼠蹊部。握踝关节上部的手顺患肢纵轴位向下轻轻牵拉，随即在将患肢渐渐向内旋转、内收的同时向上屈髋，并逐渐使膝关节能触及腹部，再把患肢伸直，反复2—3次后，再与健肢相比较。如两腿长短相等，即可用药热敷和卧床休息，但要防止患肢处于外旋和外展位。2日后复查，如仍不好转再按前法治疗即可痊愈。②屈髋复位法：患者仰卧位，医者立于患者的患侧。一手虎口按在腹股沟处，另一手握住小腿下端。将患肢髋、膝关节尽量屈曲，使膝靠近胸部，足跟接近臀部，按腹股沟部的手改按膝关节处，用力向下按压。嘱患者向健侧翻身，同时按于膝关节的手改按臀部，以拇指顶住坐骨结节后下方用力戳按，同时握小腿的手将伤肢拔直。

（2）以下针对不同的损伤部位而采取不同的手法，针对性较上一种明显。

臀大肌转子囊炎　患者取俯卧位，患肢处于略微外展外旋位，使臀大肌张力减低。在臀大肌转子囊周围用轻柔的按揉法逐渐抵达股骨大转子部位。在股骨大转子部位用轻快的弹拨法操作，同时在周围配合轻快的揉捏法。再在局部用擦法治疗，以透热为度。可加用热敷。

坐骨结节囊炎　患者取俯卧位。医者立于患者的患侧。在患者患侧的坐骨结节周围用深沉的按揉法逐渐治疗到坐骨结节处，

再在坐骨结节处弹拨。患者改为侧卧位，患侧在上，屈膝屈髋。医者在坐骨结节处用擦法治之，以透热为度，再加用热敷。

髂腰肌滑囊炎　患者仰卧位，略微屈膝屈髋。医者立于患者的患侧。在患者的患侧腹股沟韧带中点外上方，用轻柔的按揉法治疗，同时配合轻微的髋部屈伸活动。再作局部轻快的弹拨法。最后在局部用擦法，以透热为度。

〔注意事项〕

在治疗期间要减少髋部活动，不坐硬冷的物体。

37。弹响髋

提　要

- 弹响髋是阔筋膜紧张、增厚所致
- 髋关节弹响不适
- 揉、按、揉、拨是治疗的主要手法

弹响髋，又称阔筋膜紧张症，指的是伴随髋关节的屈伸活动在髋部出现弹响声的病症。

〔病因病理〕

阔筋膜位于大腿上部的前外侧，是全身最厚的筋膜。它与阔筋膜张肌深、浅两层以及臀大肌筋膜交织组成髂胫束，向下越过股骨大转子的后方，与大腿外侧肌间隔密切相连，再向下止于胫骨外髁。

当各种急、慢性损伤使臀大肌和阔筋膜张肌发生痉挛时，使髂胫束发生紧张而增厚，其张力明显增大。所以当髋关节屈伸、内收或内旋活动时，髂胫束的后缘或臀大肌肌腱的前缘因反复磨擦而发出弹响声。

〔临床表现〕

关节处弹响：每当髋关节作屈伸、内收、内旋运动时，髂胫束的后缘或臀大肌肌腱前缘增厚的组织滑过股骨大粗隆的突起部

而发生弹响。同时可触及到一条粗而紧的纤维带在粗隆上滑动。一般无痛感，但病人始终自觉髋部不适；如伴有继发性滑囊炎，可有局部疼痛。

慢性下腰部疼痛：因阔筋膜紧张，致使骨盆向前旋转，腰椎生理前突增加，腰骶角加大，腰部负重力线由前部的椎体向后移至关节突，容易造成腰骶后关节的慢性损伤而出现下腰部疼痛。

〔诊断〕

根据髋关节屈伸时股骨大粗隆上前方出现的弹响声即可确诊。

〔鉴别诊断〕

应与先天性髋关节脱位相鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋通络。

按摩手法　患者取俯卧位。医者立于患者的患侧。在患侧臀部用深沉而缓和的揉法沿臀大肌方向治疗，同时配合髋关节后伸外展的被动活动，使臀大肌放松。再按揉和弹拨骶部及髂嵴外缘。令患者侧卧位，患肢在上。从臀部起，经阔筋膜的外侧、髂胫束而下用揉法至膝关节外侧，上下往返5—6次，并配合髋关节被动屈伸运动。再沿髂胫束作自上而下的往返弹拨2—3次，按压居髎、环跳、风市、阳陵诸穴。再令患者改换仰卧位，从髂前上棘、阔筋膜张肌起始部向下经股前近端，股外侧至膝关节外侧用揉法，上下往返3—5次。配合髋关节被动外展和内外旋转的运动，弹拨髂前上棘的阔筋膜张肌和股骨大粗隆处紧张的筋膜。

〔注意事项〕

臀及下肢注意保暖，避免臀部及大腿扭伤。

38.臀上皮神经损伤

提　要

·腰背筋膜与臀筋纤维的损伤是本病的主因

·臀上部及臀上皮神经分布区的触痛，牵扯痛为主要表现

·按、揉、擦、弹、拔是其主要治疗手法

臀上皮神经损伤，又称腰臀部筋膜炎、臀上皮神经炎等，指的是腰背筋膜与臀筋膜纤维因身体突然左右旋转而损伤，致使纤维鞘内压力增大而影响臀上皮神经，出现疼痛的症状。

臀上皮神经损伤，在腰臀部软组织损伤中占有重要的位置。

臀上皮神经是由第一到第三腰脊神经的后外侧支组合而成。在骶棘肌外缘穿出，越过髂嵴后分布到臀部的皮肤，属皮支。在越过髂嵴、穿出臀筋膜时有静脉和动脉后管伴行，其中第二腰脊神经后外侧支在越过髂嵴时，常与血管并行于一个纤维鞘内。其层次是由外向内分别是神经、静脉、动脉，在越过髂嵴处其纤维鞘约有1cm长，紧紧包绕着血管、神经。这个部位在第四腰椎棘突与髂嵴最高点连线外1/3处的下方髂嵴。髂嵴部是腰背筋膜与臀筋膜相连的交接处，但腰背筋膜与臀筋膜的纤维方向并不一致。

〔病因病理〕

本病的原因分以下几个方面：①继发于腰臀部软组织损伤。在臀上皮神经解剖的行程上，如有软组织牵拉性损伤或压迫等因素，可继发性地引起臀上皮神经压迫性疼痛和牵拉痛。②因为腰背筋膜与臀筋膜的纤维方向并不一致，所以当身体作突然左右旋转时，该部的纤维极易损伤。髂嵴发育缺陷者更易损伤。损伤后，局部软组织张力增高，造成纤维鞘内静脉回流障碍，致使纤维鞘内压力更加增大，而影响臀上皮神经，出现疼痛。疼痛又使局部软组织张力增高，从而形成恶性循环。③如不及时治疗，局部静脉瘀血就可影响与静脉同行的动脉血流供应，使臀上皮神经出现变性等病理改变。④由于第一到第三脊神经后支外侧支是穿

过骶棘肌的，因此第二腰椎水平以下的骶棘肌的痉挛、紧张，也可引起臀上皮神经分布区的症状。

〔临床表现〕

绝大部分病人有腰、臀部的闪错和扭伤史。病人一侧腰臀部刺痛、疼痛、撕裂样疼痛。急性期较为剧烈，可有下肢牵扯样痛，但多不超过膝。弯腰受限，坐后起立或直立后坐下都感到困难，需要搀扶或双手扶持支撑物方可站起或坐下。

〔诊断〕

主要根据病史及临床表现确定诊断。

在患侧臀上部，臀上皮神经的分布区有轻微的触痛及皮肤的牵扯样痛。

髂嵴最高点内侧 2 — 3 cm 处有压痛，并可在局部软组织处触到“条索样”硬物（是由于皮神经变粗大、钝厚的结果）。

〔鉴别诊断〕

本症应与梨状肌综合征、腰椎间盘突出症、腰椎后关节紊乱症相鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋通络，活血化瘀，以解除局部软组织痉挛，并改善血供，消除受压因素。

按摩手法　①患者俯卧位。医者立于患侧。②医者先在臀部用按、揉法，以提高局部的血液及淋巴液的循环，降低神经血管束受压的因素。③医者在髂嵴的下方，与神经血管束呈垂直方向进行弹拨，以解除软组织的痉挛。弹拨时手法的力度不要太大，这是因为臀上皮神经部位较浅的缘故。以上手法交替施用 3 — 5 遍即可。④沿神经血管的方向用擦法，以透热为度。促使血行通畅，瘀血消除；也可用抹法，并配合热敷。⑤因骶棘肌痉挛而引起者，可用封腰、揉背、擦法治疗。

其它疗法　可用痛点局部封闭疗法。

32.股四头肌起点损伤

提　要

- 股四头肌起点损伤是因猛烈伸直下肢所致
- 患肢不能伸直，，行走不便，局部压痛
- 治疗时要注意手法与药物的配合

股四头肌起点损伤，又称股四头肌起点撕伤，是指股四头肌起点（髂前下棘、股骨体前方和股骨嵴的内外侧缘）的损伤。

〔病因病理〕

股四头肌是由股直肌（起自髂前下棘）、股间肌（在股直肌的深层，起于股骨体的前方）、股内肌和股外肌（分别起于股骨嵴的内、外侧缘）所组成。它们分别通过髌骨和髌骨韧带而附着于胫骨粗隆，所以称为股四头肌。股四头肌有伸小腿的作用，股直肌还有屈大腿作用。

用力踢球或猛然伸小腿时，肌肉突然收缩会引起股四头肌损伤，尤其是股四头肌的起点。如果肌肉的收缩力过大，还可以造成股直肌近端部断裂。

〔临床表现〕

患肢不能伸直而肌力减弱，髂前下棘和股骨嵴的内、外侧缘压痛，肿胀，行走不便，久之股四头肌无力，甚至有萎缩现象。如果发生股直肌断裂，在股骨上端可摸到凹陷的痕迹。

〔诊断〕

根据病史，临床表现和体征即可确诊。

〔鉴别诊断〕

应与半月板损伤、梨状肌综合征相鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋活血，消肿止痛。

按摩手法　患者仰卧位。医者立于患侧，面向患者患侧的髋

关节，近侧手扶在髂骨上，远侧手握在踝上，双手作相反用力牵引患侧下肢，并由下外向上内旋转摇晃5—7次。然后改用远侧的上臂挟住患侧下肢的远端，手扶膝下后方，使其屈髋（膝关节伸直），同时移近侧手，四指在外，拇指指腹按在股直肌近膝关节处，由此处向髋关节方向推，以顺其筋，然后曲膝曲髋，并压向腹部，手法操作完为一次。然后将膝关节伸直，保持屈髋位（其屈曲的角度在30°—45°之间），重复上述手法约2—3次后结束手法。推法的重点在股直肌的肌腱上。

〔注意事项〕

注意令患者休息。按摩手法后应在损伤处用中药热敷，以消肿止痛。股直肌近端断裂者应以手术治疗。

43.梨状肌综合征

提　要

- 梨状肌综合征可因梨状肌的生理结构变异或损伤两种因素引起
- 其临床表现以臀部及坐骨神经痛为主
- 手法治疗的重点在弹拨

梨状肌综合征，是指梨状肌损伤引起臀上神经、阴神经、股后皮神经、坐骨神经、臀下神经以及臀上、下动脉和静脉受压的一系列症状。

〔病因病理〕

梨状肌起于第二、三、四骶椎的前面，通过坐骨大孔，止于股骨大转子的顶部。从髂后上棘至尾骨尖作一连线，在距离髂后上棘2cm处的连线上作一标点，该点至股骨大转子的连线，即为梨状肌在体表上的投影。该肌形态细长，受第一、二骶神经支配，作用是使大腿外旋。

臀部的大部分神经和血管都要经过坐骨大孔和骨盆腔。梨状肌在通过坐骨大孔时把这些神经和血管分隔成上、下两部分。它

的上面有臀上动脉、静脉和臀上神经；下面有阴神经、股后皮神经、坐骨神经、臀下神经及臀下动、静脉。其中坐骨神经与梨状肌关系密切。

梨状肌综合征的病因，目前尚未有统一的看法，但基本上有如下两种：

（1）梨状肌的变异　正常的解剖结构是坐骨神经从梨状肌的下方穿出，但是变异的梨状肌结构则是有的坐骨神经从梨状肌中穿出，有的坐骨神经在梨状肌处就分出腓总神经和胫神经，其中胫神经从梨状肌下穿出，而腓总神经则从梨状肌的肌腹穿出。这种变异的解剖结构为坐骨神经受梨状肌的压迫准备了先决条件。

当大腿用力外旋或局部受寒，梨状肌收缩、增粗时，由于肌束幅度改变，肌肉间隙减小，压迫穿过其间的坐骨神经和腓总神经而出现症状。

（2）梨状肌的损伤　下肢突然用力外展外旋或蹲位站起，梨状肌过度收缩；或下肢负重内旋，梨状肌受到过度牵拉等原因，使梨状肌损伤，肌腱破裂，肌肉发生保护性痉挛，对肌肉下方的组织产生压迫，从而影响梨状肌上、下方的神经血管，尤其是对坐骨神经影响最大，引起症状。

〔临床表现〕

（1）大部分病人有扛抬重物或蹲、站时下肢的闪、扭等外伤史，部分病人有感受风寒史。

（2）疼痛：臀部疼痛，并向下肢沿坐骨神经走行方向放射。腹压增高时疼痛加剧。

（3）功能：不能行走或跛行。

〔诊断〕

梨状肌投影区有明显压痛，直腿抬高60°以前，臀部及下肢疼痛剧烈；超过60°时，疼痛减轻。梨状肌紧张试验阳性。

〔鉴别诊断〕

本病应与腰椎间盘突出症相鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋通络，活血化瘀。

按摩手法　梨状肌综合证是临床十分常见的一种损伤性疾患。各个流派的按摩专家都很重视本病的治疗，其手法各具特色。现介绍几种，供读者选用。

（1）①臀大肌放松法：梨状肌位于臀大肌的深层。梨状肌损伤后大部分压迫坐骨神经。因坐骨神经的疼痛引起臀大肌紧张，为本病的手法治疗带来一定困难，因此要想使手法的作用能够达到梨状肌，首先就要解除臀大肌的痉挛。所以上海中医学院的治疗以放松臀大肌开始。其方法是患者取俯卧位，医者立于患者的患侧。用轻柔的掌根按揉法或擦法在臀部沿臀大肌纤维方向治疗。手法的刺激量不必过大，其目的是改善局部血液供应和回流。配合小幅度的下肢后伸被动活动，使臀大肌的痉挛逐渐放松。然后在股后，小腿后部用擦法往返3—5遍，按揉委中、承山、昆仑诸穴。②舒筋通络：在臀大肌松弛的情况下，用深沉缓和的滚、按、揉等手法并配合大幅度的后伸、外展活动在梨状肌肌表投影区进行治疗。然后在压痛点用深沉缓慢的弹拨法，与梨状肌纤维垂直的方向进行治疗，这是治疗中的重点手法。③活血化瘀：在臀部梨状肌的投影区沿其走向用擦法治疗，以透热为度。最后加热敷结束手法。

（2）张安祯等人只取弹拨法治之。其方法是患者取俯卧位，放松肌肉，上肢向后伸直，医者立于患者的患侧。先用拇指按压梨状肌，并用力向下按压片刻后再沿梨状肌纤维方向反复拨动和按摩。

（3）沈跃生等人取按、揉、拨、点相结合的手法。①按揉法：患者取俯卧位。医者立于患者的患侧，两手重叠，用掌根按

揉梨状肌在体表的投影区约1—2分钟。②两下肢交叉按揉法：以右侧下肢为例。患者俯卧位，将右侧下肢交叉置于左腿上。医者右手将患者右下肢向左方用力推，使右腿最大限度地内收；左前臂肘关节屈曲用肘尖按揉患者右侧的环跳穴约1—3分钟后，用拇指指腹在梨状肌体表的投影区垂直深按。当指尖触及梨状肌肌腹后，沿外上方向内上方来回弹拨，并沿全部肌腹拨动一遍。再在压痛点弹拨2—3遍（急性损伤禁用此法）。以上手法为梨状肌综合征的主要手法。最后指压下髎、阳溪、秩边、环跳、殷门、阴陵泉等穴，结束手法。

（4）张长江等人除用以上的推揉、弹拨、点按手法外，加用摇法、搓法、梨状肌推法。其摇法是患者取仰卧位，医者一手拿患者膝关节，一手握踝关节处，使患肢外展、屈髋、屈膝、内收、伸直等，反复5次左右。梨状肌推法是患者仰卧位，医者一手固定患者膝关节，使患肢屈髋、屈膝、极度内收、内旋，使梨状肌处于牵张状态；另一手以拇指或掌根用力按压投影区并反复推动5—10遍，然后双手抱推股外侧3—5遍。梨状肌搓法是患者俯卧位，患肢外展30°—40°，外旋位，医者双手从患者髂后上棘至臀下线，反复搓动2—3分钟。结束手法。

其它疗法　可用封闭、理疗、内服通气活血药物配合治之。

〔注意事项〕

（1）梨状肌位置较深，治疗时不可因其深而滥施手法或粗暴用力。

（2）急性损伤宜卧床休息1—2周，局部保暖。

41.股内收肌损伤

提　要

- 股内收肌损伤多因间接外力所致
- 髋关节的外展、内收功能受限
- 按摩手法适用于肿胀已消，疼痛略有减轻者

股内收肌损伤，指的是因强力牵拉等间接外力的作用导致股内收肌纤维断裂和局部出血、机化，以致于合并骨化性肌炎等所致的损伤。

按摩疗法对本症起到剥离粘连、解除痉挛、减少疼痛和恢复功能的治疗作用。

〔病因病理〕

股内收肌位于大腿内侧的内收肌群，起于耻骨支的前面，除股薄肌止于胫骨上端的内侧外，其余都止于股骨嵴。

股内收肌包括内收长肌、内收短肌、内收大肌三块肌肉。内收长肌起于耻骨前侧耻骨嵴的下方，止于股骨嵴中1/3处，构成股三角内侧缘，又是内收肌管的组成部分，借以保持股动脉与股静脉的稳定。股内收短肌起于耻骨前侧内收长肌的下方，止于股骨干的背侧，其上缘与闭孔外肌相毗邻。内收大肌是股内收肌中最大而位置较为偏后的一块扇形肌肉，起于耻骨弓和坐骨结节，止于股骨嵴和内收肌结节。股内收肌受第二、三、四腰神经发出的闭孔神经支配。

股内收肌损伤多为间接外力所致，因为大腿的内收动作依赖的是股内收肌的收缩。此外，股内收肌还可使大腿外旋，所以当劈腿动作过大或强力牵拉外展，或长久骑马等内收肌久久收缩，而使股内收肌损伤或挫伤。

损伤的局部肌纤维渗血，形成血肿，久之血肿机化，产生粘连，刺激闭孔神经引起反射性肌肉痉挛，或血肿骨化，成为骨化性肌炎，限制大腿的外展和前屈的活动功能。

〔临床表现〕

患肢髋关节和膝关节稍为屈曲、外旋、行路时呈跛行，髋关节内收、外展动作时大腿内侧肌肉剧痛，因此而使活动受限。“4”字试验阳性。大腿内侧肿胀。慢性损伤者局部无明显肿胀，但股内侧上1/3部位有明显压痛、肌肉较硬，大腿内侧近端

作痛。

〔诊断〕

根根病史、临床表现即可诊断。

〔治疗〕

治则　剥离粘连，解痉止痛。

按摩手法　本病的治疗手法较多，今介绍二种，以供参考。

（1）①点按俞穴：取太溪、解溪、足三里、风市、冲门，每穴点按约1分钟。②患者仰卧位。术者用一手的拇指找出内收肌的内缘，并找出内收肌压痛最明显处，将拇指放于内收肌压痛点的后方，向前顶住内收肌内缘，沿其边缘用力向前弹拨横梁一次，或用拇指及其它四指提拉内收肌边缘弹拨一次。

（2）患者仰卧。医者立于患者的患侧。使患肢髋关节适度地被动外展，外旋3—5次，再作屈膝、屈髋。同时医者用拇指顺有压痛或较硬的内收肌群作自远而近的顺筋手法，然后再作屈髋活动1—2次。术后令患者站立，两足跟落地，两脚分开，与肩同宽，必要时稍加搀扶。医者蹲下，双手拇指按压疼痛的肌肉，用分筋法左右分拨，然后顺肌肉走行方向上下舒通2次，顺筋归位，使血流畅通，筋络舒展。手法后疼痛多即刻消失，跑跳如常。

〔注意事项〕

急性患者疼痛较剧，应嘱患者暂时卧床休息，可内服活血化瘀止痛消肿的汤药，暂时不宜用较重的手法和热敷治疗。

手法按摩适用于肿胀大部已消除和疼痛减轻者。

42. 半月板损伤

提　要

·足部固定，膝关节半屈曲位，突然而强烈的内、外翻，内、外旋是半月板损伤的关键

·膝关节肿胀、交锁、疼痛、弹响、滑落感是半月板损伤的主要表现

因膝关节旋转或屈伸动作过猛而致膝关节内的半月板撕裂损伤者，称之为半月板损伤。

〔病因病理〕

膝关节内的内侧和外侧有两块半月形的纤维软骨组织，称为半月板。内侧半月板较大呈“C”形，内缘游离于关节内，外缘与胫骨平台边缘的冠状韧带相连，后半部与内侧副韧带相连。它的内缘薄，外缘厚。其前角附着于前交叉韧带的前方和胫骨棘间隆突的前方，并有横韧带与前角相连。后角附着于后交叉韧带、髁间棘的后方。外侧半月板较小而厚，呈“O”形，前后等宽，外缘不与外侧副韧带相连。后部有腘绳肌与关节囊韧带分离，部分纤维绕过后交叉韧带的后面，附着于股骨内髁外面，形成一韧带，称外侧半月板韧带。其前角附着于胫骨髁间棘之前，后角附着于髁间棘隆突之间。

半月板内缘薄，外缘厚，类似中医所称的“吞口筋”（关节盂唇部），有加深关节、增强其稳定性和关节面的作用。

半月板的功能有：①半月板是具有弹性的软垫，为关节内的缓冲装置，起着保护关节面和吸收震荡的作用。②半月板表面布有滑液、具有润滑关节、减少磨擦的作用。③半月板宛如一活动的楔状体，弥补了股骨与胫骨之间的不对称状态，具有加强关节稳定的作用。④在膝关节运动时，关节内的压力随之发生改变。当膝关节压力减小时，半月板向内移动；压力加大时，半月板向外移动。故具有调节关节内压，使之获得平衡的作用。⑤在半月板与韧带相互配合、控制下，完成膝关节的轻度旋转活动。

半月板通常是在足部固定，膝关节处于135°的半屈曲状态时作强力外翻、内翻、外旋、内旋等动作而引起损伤。因为半月板的上面与股骨髁紧密结合而随之活动，但其下面却与胫骨平台之

间形成旋转摩擦的剪力。此时如果动作突然，力量很大，关节面之间对半月板的压力也很大。在旋转骤挫力超过半月板所能允许的活动范围时，即可引起各种类型的损伤。如篮球运动员的转身跳跃投篮，铁饼运动员的旋转动作，都在瞬时完成，具有强大的暴发力。又如农民年复一年的蹲位耕作，劳损致伤，使半月板后角破损。

一般说，内侧半月板破裂多发生于膝关节半屈曲外展位。因为此位置使内侧半月板向膝关节中央和后侧移位，股骨下端由于外力的骤然内旋，将半月板拉入股骨髁和胫骨平台之间，在股骨髁强力内旋性的牵拉下，内侧半月板边缘破裂。由于疼痛的刺激，使膝关节反射性地伸直，移位的半月板被重复复位。但由于体重压迫，移位的半月板不但不能复位，反而造成半月板本身破裂。同样道理，如果膝关节处于半屈曲内收位时，股骨下端骤然外旋伸直，可引起外侧半月板损伤破裂。

〔临床表现〕

有典型的外伤史。

疼痛：局限于膝关节内、外侧。压痛点多位于半月板的边缘及其前角（即外膝眼穴部位）。

肿胀：伤后数小时内关节肿胀显著，尤以交锁未开者明显，损伤后期肿胀不明显。

关节交锁：破裂移位的半月板，游离于关节间隙之中，使膝关节被卡在某一位置上不能活动，临床上称之为“交锁”。交锁的同时关节有疲疼感。如将膝关节稍微屈伸，有时可发生弹响，而交锁自解。交锁现象可反复发作，每次发作，膝关节都会停止在同一个体位上。

弹响：损伤的当时即可出现“清脆”的关节响声，其声如指弹墙。慢性期膝关节屈伸时即有响声。但是弹响声必须伴有关节疼痛感或交锁现象，否则不一定是半月板损伤。

关节滑落感：走路时感觉膝关节不平，常有闪空感觉，尤其是走高低不平的道路，上下台阶或楼梯时最明显。

肌肉萎缩：病程久者，以股四头肌萎缩最为明显，其表现是患者在行走时常因患肢无力而突然出现“腿软”。

〔诊断〕

半月板弹响试验（麦氏征）阳性。检查时，患者仰卧位，医者一手扶住患膝，另一手握住患肢的踝部，将膝关节作被动屈伸活动，同时作内收、内旋、外展、外旋等动作，如引起弹响或疼痛时，即为阳性，提示半月板有损伤。

研磨试验阳性：患者俯卧，髋关节伸直，患膝弯曲成90°。医者将患肢的股骨固定（一般是以医者的胫骨部压住患者患肢的股骨），双手握住患肢的足部，向下挤压膝关节的同时旋转小腿，如膝关节引出疼痛者，为阳性，提示半月板损伤。

关节间隙压痛：患者仰卧位，医者立于患肢的一侧，医者将患者的患膝屈膝90°，一手的拇指放在髌韧带的内侧，食指放在外侧，与膝关节间隙的前缘相平。另一手握住足跟徐徐伸直膝关节，并作旋转活动。当损伤的半月板被股骨内外髁和胫骨平台挤压而向前推移与医者的拇指或食指接触时，即可发生剧烈疼痛。

过伸及全屈试验：正常的膝关节活动，由于股骨内髁关节面的前后径较外髁长，所以在伸直活动达到最后几度时，胫骨必须外旋才能达到股骨髁关节面的前缘而完成伸直动作，同时挤压半月板前角。当半月板损伤时常常干扰这一最后的伸直活动，引起膝关节的伸直障碍，强伸会引起疼痛和内收肌痉挛。全屈时疼痛多为半月板后角损伤。

股四头肌萎缩：所有膝部损伤均可引起股四头肌萎缩，所以仅以股四头肌萎缩不能作为半月板损伤的唯一标准。但是如果半月板损伤的晚期病人没有股四头肌萎缩，那么半月板损伤的诊断就应怀疑。其萎缩不仅表现在体积上，而且也表现在张力上。

〔治疗〕

治则　舒筋活血。

按摩手法　分解除交锁和舒筋活血两种。

（1）解除交锁：患者取正坐位，患肢膝关节自然屈曲，医者面对患者取坐位。以左下肢内侧半月板损伤为例。医者右手握住患肢踝部，左手拇指按于左膝关节半月板前角的压痛点处，其余四指按于膝关节外侧。握患肢踝部的右手将小腿外展并使之内旋，然后缓慢将膝关节伸直，与此同时，左手的拇指迅速将半月板向关节内下后方按压，使之复位。在拇指按压下可感觉到复位时的弹响声。最后，两手拇指置于双侧膝眼处，用力均匀地沿关节间隙向后推按至腘窝处。反复数次。如外侧半月板损伤，其复位手法的方向相反。

复位后，膝关节处于微屈位，包扎固定5—7天。

（2）舒筋活血：采用揉、推、搓、摩等手法。其操作程序如下：患者坐位，患肢自然放松。医者一手托住患膝的腘窝，另一手用掌揉法或大小鱼际揉法广泛地揉患膝关节及大腿的四周，重点在股四头肌的内侧。用弹拨法弹拨腘窝、股二头肌、半腱半膜肌。令患者半屈膝位于150°—160°之间。医者两手拇指分别置于患者的内外膝眼，两手的其余四指拿定患者的腘窝，两拇指由内外膝分别沿两侧关节间隙向两侧反复分推3—5分钟，使局部深层发热为宜。再以虎口对置于膝关节的两侧相合用力搓动3—5分钟。最后以摩法在膝关节至小腿处广泛摩动，手法结束。

〔注意事项〕

确诊为半月板损伤而无法自行修复者应尽量早期手术治疗。

损伤初期，关节腔积血，且肿胀明显，应将积血抽出，内服活血化瘀之剂，如桃仁四物汤。如晚期有滑膜炎，或手术后膝关节出现创伤性滑膜炎和关节积液者，则选健脾利湿，后以活血化

瘀之品，以健脾除湿汤化裁。如发生关节炎则以舒筋丸治之。晚期出现骨质增生者以骨刺丸治之。

附方

桃仁四物汤：当归　川芎　赤芍　生地　桃仁　红花　水煎服。

健脾除湿汤：炒苍术　炒白术　苡仁　茯苓　陈皮　汉防己　五加皮　防风　羌活　独活　生甘草　生姜　大枣。上肢加嫩桂枝　升麻，下肢加宣木瓜　川牛膝。

舒筋丸：麻黄2份　制马前子2份　制乳香1份　制没药1份　血竭1份　红花1份　自然铜（煅、醋淬）1份　羌活1份　独活1份　防风1份　钻地风1份　杜仲1份　木瓜1份　桂枝1份　怀牛膝1份　贝母1份　生甘草1份　蜂蜜适量　共为细末，炼蜜为丸，每丸重5g，每服1丸，日服1—3次。

骨刺丸：制川乌1份　制草乌1份　细辛1份　白芷1份　当归1份　萆薢1份　红花2份　蜜糖适量　共为细末，炼蜜为丸，每丸10g，每次服1—2丸，日2—3次。

43.膝关节创伤性滑膜炎

提　要

- 滑膜损伤后充血、水肿、滑液分泌增多
- 主症是膝关节肿胀、疼痛、功能障碍
- 按摩手法以消肿止痛为主

膝关节创伤性滑膜炎是以膝关节积血、积液为主的疾患。本病又称髌上滑囊炎。

创伤性滑膜炎分为急性创伤性和慢性劳损性炎症两种。临床上慢性劳损性滑膜炎患者女性多于男性，尤其以肥胖患者多见。中医称为“痹证挟湿”、“湿气下注”。而急性创伤性滑膜炎多为关节积血，是经脉受到损伤、气滞血瘀造成的。

〔病因病理〕

膝关节是全身关节中滑膜最丰富的关节，并在关节前方形成一个很大的滑膜囊，称为髌上滑囊。髌上滑囊位于股四头肌下部和股骨之间，又称股四头肌滑液囊，一般均与膝关节相通。滑膜有丰富的血管，滑膜细胞分泌滑液，营养没有血管的关节软骨，使关节面润滑，减少磨擦，散发关节活动时所产生的热量。滑液为粘蛋白碱性液体，可防止酸性代谢产物的有害作用。

急性创伤性滑膜炎是由于暴力打击、跌仆创伤、扭伤、过度劳损、关节内游离体、关节附近骨折或外科手术等因素的损伤引起。

滑膜的损伤使之充血、渗出，产生大量积液，其中含有血浆、白细胞、吞噬细胞等。由于渗出物增多，关节内压力增高，阻碍淋巴回流，形成恶性循环。同时滑液积聚日久，纤维素沉着，如不及时消除积液或积血，则纤维性机化。且关节滑膜在长期慢性刺激下逐渐增厚，引起关节粘连，影响正常活动，使股四头肌萎缩，关节不稳定。

慢性滑膜炎是由急性滑膜炎失治转化而成，或由其它的慢性劳损导致。

〔临床表现〕

（1）膝关节肿胀：两膝眼及髌上囊部分隆起。一般在损伤后立即或之后1—2小时内发生，膝关节及小腿部有广泛的瘀血斑。

（2）疼痛：膝关节胀痛，作全蹲位或活动过多后疼痛更加明显。其疼痛的特点是：膝关节主动极度伸直时，特别是抗阻力时髌下部疼痛；被动极度屈曲时疼痛加重。

（3）关节功能障碍：患者感觉膝关节活动不灵活，屈曲受限，或不能伸直。病期稍长感到膝软无力。

〔诊断〕

浮髌试验阳性，关节穿刺检查其液体为淡黄色或淡绿色透明液体。

〔鉴别诊断〕

应与关节内积血相鉴别。

〔治疗〕

治则　活血祛瘀，消肿止痛。

按摩方法

急性期，伤后1—2天即可按摩，但此期以静为主，适当活动为好。

患者卧床休息，膝部处于微屈位，伤肢抬高。疼痛较重，积液甚多，可在无菌条件下，穿刺抽液加压固定，一、二天后按摩。

①摩法　患者仰卧位。医者站于患者的患侧，用掌摩法自大腿摩至小腿，反复3—5次。

②推法　医者双手沿小腿经膝关节推至大腿中段，然后两手交叉，推力由大渐小，反复推动5—10次。

③点按法　医者一手将患肢拿定并抬离床面，另一手拇指点按患者委中、血海、阳陵、股角、膝髎、内风市等穴。每穴点按1—2分钟。

④捏法　医者拇指与四指分开沿患者大腿依次向下捏拿患肢，其中重点捏拿大腿前内侧肌肉周围。

⑤揉法　医者以双掌根依次将患者大腿、小腿广泛揉动，然后双掌相对于膝关节两侧缓缓按摩3—5分钟。

⑥膝关节屈伸法　根据膝关节消肿程度，将膝关节作屈伸被动活动，幅度由小渐大。结束手法。

慢性期，以功能活动锻炼为主。

〔注意事项〕

治疗时可配合内服活血祛瘀、消肿利湿的中药。手法治疗切

不可在滑囊部用力按压，手法要柔和缓慢。

44.内外侧副韧带损伤

提　要

- 内外侧副韧带撕裂、不完全断裂为主要病理
- 膝关节侧向试验阳性
- 治疗以理筋整复为主要目的

膝关节处于微屈位时突然受到内翻或外翻应力的冲击，使膝关节内外侧副韧带撕裂、断裂等损伤者，称之为内外侧副韧带损伤。

〔病因病理〕

中医称内、外侧副韧带为附骨筋。

内侧副韧带呈三角形，位于股骨内髁和胫骨内髁之间。它的内侧与内侧半月板的中后部的外缘相连接。外侧副韧带起于股骨外髁，止于腓骨小头，不与半月板发生联系。

内侧副韧带紧张时可使膝关节处于伸直位或屈曲位，而内侧副韧带松弛时则膝关节处于半屈曲位。外侧副韧带在膝关节伸展至150°时开始紧张，而屈曲时则弛缓。

正因为这两条侧副韧带在半屈曲位时都处于弛缓状态，所以膝关节在半屈曲位时最不稳定，并有小范围的侧向、旋转的余地。

〔病因病理〕

内、外侧副韧带的损伤以内侧最为多见，常发生在膝关节轻度屈曲、股骨内旋、足部固定位置及胫骨突然向外旋转或外翻时。

其损伤分为扭伤、撕裂伤、不完全断裂伤、完全断裂伤、合并半月板损伤或十字韧带损伤等几种类型。

扭伤为韧带遭受牵拉性损伤。不完全断裂伤为浅层或深层的

上附着部或下附着部断裂，局部出血粘连甚至血肿骨化，影响关节屈伸活动。完全断裂有时为横断、斜面断或纵形断等，使关节内侧失去联系而丧失稳定性。

〔临床表现〕

疼痛　内侧副韧带扭伤或不完全断裂者，患者仍可坚持走路，其疼痛限于关节内侧。如完全断裂者，则膝关节丧失稳定性，反射性地引起腘绳肌紧张，致使关节活动受限，强度外展膝关节，可引起剧烈疼痛。

肿胀　副韧带扭伤时局部多不显肿胀。副韧带不完全断裂者多为局限性。完全断裂者关节内积血、积液而肿胀，甚致破裂部位出现皮下瘀血青紫，关节内缘可触到凹陷。

功能活动　无论不完全断裂还是完全性断裂均可引起反射性肌痉挛．影响关节活动。关节内积血引起的疼痛是影响关节活动的主要原因。

〔诊断〕

膝关节侧向试验阳性。

X线片可见膝关节内侧间隙明显加宽。

〔鉴别诊断〕

韧带止点撕脱　X线可见撕脱的小骨片。

合并十字韧带损伤、胫骨髁撕脱骨折者抽屉试验阳性。

内侧膝关节中间部位疼痛明显者多为半月板损伤。

〔治疗〕

治则　活血祛瘀，消肿止痛。

按摩手法　按摩的手法很多，现介绍以下几种。

第一种手法　患者坐位。医者立于身前，一手握足踝部，一手托膝部，并用拇指轻轻按压伤部。然后，将膝关节向内上方缓缓提起。患者用两手支持自己的上身，医者双手反向，并将患膝向内推，使痉挛的肌肉得以舒缓，顺势将膝关节伸直，以达到理

筋疏气的目的。然后，用单手揉膝部。医者半蹲位，一手扶患膝，一手握踝部，沿逆时针方向摇动膝关节，将膝关节拉直。医者倒手，一手握踝，另一手扶膝关节内侧，扶踝的手前推上提，使之屈膝；扶膝的手按压膝关节，顺势将膝关节拔直，然后揉膝部。结束手法。

第二种手法　患者坐于床边，两腿自然下垂。一助手坐于患侧，两手扶伤侧股骨。第二助手在患者的背后扶其两肩。医者半蹲位于患者的前方（以右膝内侧副韧带损伤为例）。医者左手握于膝部，食指卡住髌骨并固定之。另一手握住小腿的下端，使小腿下垂牵引之。膝关节由内向外摇晃6—7次。然后医者站起，身体向外，拿握小腿的手倒换变为向外牵拉，扶膝之手变为握住膝关节的内侧，使膝关节屈曲并旋转于90°位置上。扶膝之手沿关节间隙推顺其筋。反复两次后，将患肢伸直。医者双手掌在膝关节两侧捋顺、捻散之。

第三种手法　患者仰卧位，以右侧为例。医者先用指按法按压太溪、解谿、足三里、风市、冲门等穴。推拿踝关节，提拉股四头肌的联合腱。医者将患肢踝部挟持于医者的右腋下。右手掌托住右小腿的后上部，拇指放于膝关节内侧的下端相当于内侧副韧带的下附着部。左手拇指及食指捏住髌骨上端联合腱的两侧，先伸直膝关节，再屈曲膝关节。屈曲时左手拇指及食指向后推按股四头肌联合腱的前部，并向上提拉。右手拇指沿内侧副韧带向上挤压推按，反复2—3次，将膝关节放于伸直位。医者用右手大鱼际，沿内侧副韧带作纵行推挤，由下而上，自后而前挤按，继而揉揉。对于不完全断裂者禁用弹拨法，以免造成完全性断裂。

第四种手法　病员取仰卧位，患肢膝关节轻度屈曲。医者以左手拇指或大鱼际置于内侧副韧带损伤处，沿纵轴方向自上而下或自下而上推挤，使断裂的韧带舒展复位。然后用手掌按压患处

数遍。将患肢高抬15°—20°，使膝关节呈屈曲位。用双手拇指推揉或提拿大腿及小腿中部的肌肉。新伤者，向心性推揉；陈旧性损伤者，离心性推揉。医者将患肢的小腿夹于右腋下，右手掌托住膝关节后方，拇指置于膝关节内侧副韧带的附着处。左手拇指和食指捏住髌骨上端联合腱两侧。先使膝关节伸直，再使膝关节屈曲。在膝关节作伸屈运动时，左手拇指及食指用力推按和向前提拿股四头肌腱，右手拇指沿内侧上方推压内侧副韧带。两手配合，照此动作重复6—12次，然后将膝关节置于伸直位。

第五种手法　先点按血海、阴陵泉、三阴交、膝眼等穴。然后患者取仰卧位，医者立于患侧，由患肢股骨内侧用掌揉法揉至内踝，再用指揉法在压痛点处揉按，并配合指平推法推损伤部位。医者一手握住膝关节，另一手握住踝关节，将患肢屈曲并压向腹部，然后，使之被动性地快速伸直。

第六种方法　本手法用于外侧副韧带损伤。

患者侧卧床上，伤肢在上。助手固定股骨下端，勿使晃动。术者一手握膝关节，另一手握住踝关节，作胫骨和腓骨的摇法，晃动膝关节。再与助手相对用力牵引，然后将膝关节屈曲，同时撤去助手，使膝关节与髋关节尽力屈曲。握膝关节的手的拇指用力向膝关节内侧归挤按压，将伤肢拔直。术者的拇指在伤处进行捋顺、捻散等手法。

〔注意事项〕

对于侧副韧带断裂，关节呈现不稳定状态者，要尽量将膝关节内的血肿抽吸干净，然后用弹力绷带包扎，以石膏固定于膝关节功能位，4—5周后解除固定，进行功能锻炼。

损伤较轻者在第二、三天后鼓励患者作股四头肌的功能锻炼，以防止肌肉萎缩和软组织粘连。膝关节的功能锻炼对于消除关节积液是很有意义的。

损伤后期和手术后，膝关节功能未完全恢复者，可作膝关节

屈伸锻炼及肌力锻炼，如体疗的蹬车、气功的动功、太极拳、易筋经之类的疗法，也可配合洗药促进功能恢复。药物疗法在损伤的初期用活血化瘀类中药，后期用健脾、利湿、消肿的方剂。

45.髌骨软骨软化症

提　要

- 髌骨软骨软化症是髌骨软骨退行性改变
- 髌骨软骨软化症的主要表现是膝关节内疼痛、疲软无力
- 按摩手法以按、揉、拿、擦、搓为主

髌骨软骨软化症，简称“髌骨软化症”，又称“髌股关节病”、“髌骨劳损”，是一种慢性劳损性疾病。

〔病因病理〕

髌骨软骨软化症发生于成年以后，运动员常见，女性多于男性。

引起本病的原因是膝关节长期频繁屈伸运动；髌骨长期处于直接压迫下的活动；长期半蹲位的工作；髌骨位置的变移，如先天性半脱位、高位或低位髌骨、膝内、外翻畸形等。急性损伤引起本病的机会较为少见。

髌骨软化症的主要病理改变是髌骨软骨面发生退行性病变，出现局限性软化、纤维化，甚至软骨床的骨质外露，同时股骨内外髁的对称部位也发生同样改变。

髌骨软化症，除髌骨发生病变外，周围软组织也常受累，多伴有关节滑膜襞和脂肪垫的炎性改变。

〔临床表现〕

本病发病缓慢，常无明显的急性损伤。初起患者只觉膝关节内不适，酸胀无力，时发时止，与劳累、天气变化有一定关系。逐渐出现髌骨后疼痛或膝内疼痛。活动时和活动后疼痛加剧，走路时不很明显，上下坡或上下楼梯时，膝内有磨擦样疼痛，并有

“喀喀”的弹响声。其疼痛往往指不出确定的部位，休息后好转。继之出现患膝发软，上下楼梯或上下坡时要借助外力，半蹲时疼痛，单腿支撑时亦痛，膝关节有不稳感，股四头肌可发生轻度萎缩。

〔诊断〕

膝关节外观无明显的异常改变，或有轻度肿胀，髌骨周围有压痛，尤其是外侧缘明显。

膝关节活动时可有髌骨磨擦音，当屈曲到130°—150°时出现疼痛，超过150°时疼痛消失或减轻。用拇、食指将髌骨向远侧推压，并嘱患者屈曲时可发生疼痛或剧痛。

X线片检查，早期无病变可见。晚期在侧位片和髌骨轴位片上可见关节间隙狭窄，髌骨关节面粗糙不平，软骨下骨软化、髌骨周围骨质增生等。

〔治疗〕

治则　舒筋止痛

按摩手法　患者仰卧位，患肢膝关节自然伸直放松。医者立于患肢一侧。先用揉、拿、捻、搓等手法放松股骨下段、胫骨上段、膝关节周围的软组织，再用拇指沿髌骨周围做按、揉、推等手法，力度要适中，力点要落在髌骨边缘关节缝隙处，不要落在髌骨上，尽量避免髌骨的滑动。然后按揉血海、梁丘、足三里、阴陵泉、阳陵泉等穴。

令患者坐于床边，双下肢自然下垂。医者双手拇指分别按于内、外膝眼穴上，双手食、中、无名、小指分别放于膝关节后面两侧，环抱膝关节，在按揉内、外膝眼的同时，用后面的8个手指做膝关节的屈伸被动活动，连续操作3—5分钟。

最后用拇指按拨髌骨韧带及髌骨上缘的凹陷处。

其它疗法：可内服镇痛消炎、舒筋止痛、活血散风类的西药和中药，并可结合理疗、磁疗、针灸、封闭、气功站桩，膝关节

功能锻炼等。

〔注意事项〕

（1）经长期按摩或其它疗法治疗效果不明显的，应考虑手术治疗。

（2）避免髌骨再度受伤，改变不良的习惯姿势，注意膝关节的保暖。

（3）早期治疗膝关节内外翻的畸形和髌骨位置的变移。

44.髌下脂肪垫损伤

提　要

- 髌下脂肪垫损伤多见于运动员、爬山、下蹲和步行者
- 脂肪垫充血、肥厚、机化、嵌顿、粘连是其发展的几个阶段

髌下脂肪垫损伤，是指充填于髌骨、股骨髁下端、胫骨髁前上缘及髌韧带之间的脂肪性衬垫的损伤。这种损伤多见于运动员及膝关节运动较多的人。女性多于男性。

〔病因病理〕

因膝关节的直接外伤或膝关节长期过度屈伸活动，引起脂肪垫充血、肥厚，发生无菌性炎症，从而刺激皮神经，并在关节间隙嵌顿，日久机化、粘连。

〔临床表现〕

本病多发生于30岁以上的运动员及经常爬山、下蹲和步行者。临床表现为疼痛、肿胀，关节活动障碍不明显。

疼痛：患者自觉膝关节疼痛，尤其是膝关节完全伸直时疼痛加重，劳累后亦重。膝关节的疼痛可放射到腘窝，小腿后部肌肉直至足跟部。

肿胀：膝关节前髌骨韧带的两侧有轻度肿胀。

〔诊断〕

膝关节过伸试验阳性。

X线检查：脂肪支架纹理增强，由髌骨下向股胫关节放射排列。

〔鉴别诊断〕

应与髌骨软化症鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋通络，活血化瘀。

按摩手法　脂肪垫嵌顿者：患者仰卧位，屈膝屈髋。一助手固定股骨下端。医者双手握持踝部，与助手相对牵引。牵引时医者将小腿内、外旋转，然后使膝关节尽量屈曲，再缓慢伸直，重复2—3次。然后将患肢伸直，用擦法在髌骨下部治之，以透热为度，再加热敷。

无菌性炎症者：患者仰卧位，患膝腘部垫一薄垫。医者用单指推揉两侧膝眼，以有酸胀为度，手法的力度不要太大。再用掌根在患者的髌韧带作轻度揉、压、推，用力由轻渐重，以局部酸、胀、热为度。将患肢屈曲至150°，医者以拇、食二指分别在内外膝眼、伏兔、犊鼻处指按点穴约3—5分钟。然后拇指将散两膝眼，由韧带向两侧将散之，再以手掌揉散两侧，最后将小腿及大腿的肌肉理顺。

脂肪垫与髌韧带粘连者：患者仰卧位，患膝腘部垫一薄枕。医者先在患者膝关节周围用揉法治疗。然后在髌骨下方，髌韧带两侧，用弹拨法作与髌韧带成垂直方向的弹拨，用力可稍重。同时配合膝关节屈伸活动，再在膝前部擦热后加热敷。

47、腓肠肌损伤

提　要

- 腓肠肌损伤为运动性损伤
- 小腿后侧肌腱疼痛为主症
- 按摩的关键在于缓解痉挛，防止粘连

腓肠肌损伤，又称小腿肌肉拉伤。

〔病因症理〕

本症多由于运动员奔走过度、跑、跳、冲刺以及武术运动员、舞蹈杂技演员压腿、劈叉动作生疏而引起。此外运动员运动时气温过低，或游泳运动员在水温过低的情况下强行训练而引起者也偶尔可见。

腓肠肌损伤分为三个平面，即腓肠肌起点、肌肉与肌腱联合部、跟腱附着部所形成的平面。

跑、跳、冲刺等引起的损伤多为跟腱部和肌肉与肌腱的联合部；奔走过度、压腿、劈叉等引起的损伤多在腓肠肌起点（腓肠肌股骨内外髁附着部）。

〔临床表现〕

急性损伤　有急性外伤史。伤后数小时显示局部肿胀、疼痛、压痛。一般有广泛性皮下出血，并可触及到断裂部失去联系的间隙（即两端有结节而中间有空虚感），肌腱固有的条索弹性消失。患者多以足尖着地走路，不敢用全足负重。严重者丧失走路的功能。

慢性劳损　多发生于股骨髁附着部、跟腱部。局部疼痛、肌肉酸痛、萎缩，但肿胀不明显。如被动牵拉或主动收缩小腿后部肌肉均感觉损伤部位疼痛。触诊可发现筋腱僵硬。

〔诊断〕

根据病史、症状、体征，即可作出较为明确的诊断。

〔鉴别诊断〕

本病应与跟腱周围炎相鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋通络，活血止痛。

按摩手法　①戳点法（适用于小腿肌肉的急性损伤）　患者俯卧位。医者立于一侧，双手拇指戳点肌肉拉伤的两个断端（压

痛最明显处）。轻轻用力，而后逐渐加重力量。②拨筋法（适用于腓肠肌陈旧性损伤） 患者体位如上。医者双手捏住局部硬结处，用拇指来回拨动，以舒通筋脉，拨后用手按揉数次。③捏法在腓肠肌部用双手或单手捏拿数遍。④小腿推法 医者一手拿定患肢踝关节，使足跖屈，另一手用掌推法自足跟向腘窝推，力量由大渐小，反复数次。⑤踝关节屈伸法 患者俯卧或仰卧。医者一手拿住踝关节，一手拿住足跗部，使踝关节反复屈伸，防止腓肠肌粘连。⑥点按委中、承山、照海、昆仑、坵墟诸穴1—2分钟。⑦将患肢屈曲90°，医者一手按于足跟，将足背伸，使跟腱处于紧张状态；一手以小鱼际劈打跟腱或肌腱联合处。劈打时注意将手指分开，由轻渐重，轻重适中，然后用拇、食指在疼痛处用捻法捻之。⑧最后用擦法，以透热为度。

其它疗法 可用封闭、中药熏洗，对肌腱断裂者应予手术治疗。

46.踝关节扭伤

提 要

- 踝关节扭伤是临床常见病之一
- 以踝关节疼痛、肿胀、功能障碍为特征
- 踝关节扭伤的按摩手法较多，重要之点在于理筋、活血。

踝关节扭伤，又称踝关节扭挫伤、踝关节韧带损伤、踝关节软组织损伤、跌骨离位伤筋等，主要是指踝关节损伤。

踝关节扭伤可发生于任何年龄。青壮年活动量大，所以发病的机会较多。本病占全身关节扭伤的80%以上。

〔病因病理〕

踝关节扭伤多因行走于不平的路面，或下坡、下楼梯，或跑步、跳跃、穿高跟鞋行走不稳以及体育训练准备活动不充分、动作不协调等因素引起。

踝关节是由胫腓骨的下端与距骨构成的，以背伸、跖屈为主的屈戍关节。踝关节的关节囊薄，两侧较为紧张，有坚强的韧带加强。它的内侧有三角韧带（前支为距腓前韧带，呈扇形向下放射，止于舟骨、距骨及跟骨），外侧有前、中、后三条韧带（前支为距腓前韧带，呈束状，起于踝前缘，止于距骨颈；中支为跟腓韧带，亦呈束状，起于外踝尖端，止于跟骨外侧面的隆起处；后支为距腓后韧带，起于外踝内后面，止于距骨外侧后结节及其附近）。

踝关节的骨结构特点是外踝比内踝长，内侧韧带比外侧韧带坚强，能有效地阻止距骨外翻。距骨体前宽后窄。当踝关节背伸时，其宽部进入踝穴，则关节稳定；当跖屈时，其窄部进入踝穴，则关节不稳，易向侧方活动。

踝关节扭伤多是在跖屈位突然向外或向内翻转，外侧或内侧副韧带受到强大的张力作用而致。轻者韧带损伤或部分撕裂，重者韧带完全断裂或伴有踝部骨折。

临床上以内翻引起的扭伤最为常见。这是因为：①外踝细长靠后，且低于内踝。内踝宽扁而靠前。外侧韧带较内侧韧带薄弱，所以内翻的机会多，容易引起外侧韧带的撕裂和损伤。②由胫腓骨下端所构成的踝穴，并非完全坚固，两者之间的胫腓横韧带纤维斜向外下方，止于外踝的内侧面，同时外踝内侧面的关节面比较倾斜。因此腓骨下端能向上或外作适当的活动。③在背伸的各肌肉中，使足外翻背伸的第三腓骨肌远不如使足内翻背伸的胫前肌坚固，因此使足外翻的力量大。以上诸因，导致踝关节发生内翻扭伤。在内翻扭伤时，外侧副韧带中的距腓前韧带最易损伤，而距腓后韧带的损伤较为罕见。

外翻损伤虽然机会较少，但也偶有发生。外翻引起的损伤是踝关节内侧的三角韧带，但由于三角韧带坚韧，损伤时不易撕裂而常常发生内踝撕脱性骨折。

韧带的损伤可将关节囊撕裂，使关节附近的脂肪组织及断裂

的韧带嵌入关节间隙，使关节腔内及皮下出现瘀血。韧带全部断裂时则合并踝关节脱位。

如未及时处理，日久愈合欠佳，可引起纤维组织增生和局部粘连等改变。这是局部渗液及瘀血积聚的结果。组织增生和局部粘连会引起关节不稳等继发性创伤性关节病。

〔临床表现〕

有急性外伤史。外伤机制十分明显。

疼痛：扭伤后踝关节骤然疼痛，尤以内、外翻活动及走路时疼痛明显，如踝关节内翻则外踝部疼痛加剧，损伤部位有压痛及牵拉痛。

外形：损伤轻者只是局部肿胀，损伤重者整个踝关节均可出现肿胀。12小时后可出现皮下青紫色的瘀斑。轻者局限于踝下和足背，重者可蔓延全足及小腿下段。若伴有骨折，可见局部畸形，严重者可摸到骨折线及小的撕脱骨片。肿胀主要在踝关节外侧和外踝的前下方。

〔诊断〕

根据外伤史、压痛点、临床表现、体征、X线等可以作出明确的诊断。

〔鉴别诊断〕

应与第五跖骨基底部骨折、腓骨长短肌腱滑脱、距下关节、附骨间关节及跖跗关节扭伤相鉴别。

〔治疗〕

治则　活血祛瘀，消肿止痛。

按摩手法

（1）外踝部扭伤　①拨顺筋：患者取正坐位。医者与患者对面而坐。双手将患者的患足握住，轻轻拔伸。②捋顺筋：医者双手拇指轻轻按揉痛处，并向下顺捋，反复数次。③归合：医者一手托足跟，一手握足背，轻轻归合，使筋回槽。④摩揉：将患

者足部放于医者膝部，并保持功能位，双手反向摩揉足踝，反复数次。

（2）内踝部扭伤　①拔牵踝：患者坐位或仰卧位。医者面对患者，双手握住患者的伤踝，轻轻拔牵。②推归踝：双手按压患足的内侧副韧带，然后一手托足跟，向前上轻推，使之归合对位。③分理筋：双手仍握足踝部，两手拇指沿内踝下缘，轻轻分理拇顺。④搓揉踝：用手掌抚按内踝，并用大鱼际搓揉踝部，反复数次。⑤拨腿筋：医者用双手拇指沿内踝上缘向小腿部轻轻弹拨筋腱，反复数次。

（3）前缝扭伤　①拔晃踝：患者坐位或仰卧位。医者面对患者而坐，一手托踝部，一手握足尖部。左右旋转摇动踝关节，反复数次。②归合踝：待踝部松缓后，轻轻向上推动足尖，使之背伸，并稍停片刻，反复数次。③顺理筋：双手扶住踝部，双拇指按在前缝处，其余四指托住足跟部，双侧拇指上下顺理前缝的肌腱。④揉捏踝：一手握住患者足尖，一手揉捏踝关节前缝的肌腱，反复数次。

（4）距腓前韧带损伤（以左足为例）　①指掌摩法：医者以左手握患者足趾，右手从足背第五跖骨开始向上揉摩，经踝至小腿下端，然后依次为第四、第三跖骨。②点按法：医者用拇指点按揉压足三里、申脉、金门、仆参。③医者右手拇指与四指分开拿住患者关节（由足跟部拿握），左手拿住患者足趾末端，轻轻牵引2分钟左右，然后旋转摇晃，同时使踝关节作跖屈、背伸等被动活动。④医者以左手鱼际按揉患者距腓前韧带，右手握住患者足部使其缓缓将足外后、内翻，足内翻时，对新伤者动作要轻揉，遇痛则止，切不可乱施蛮力，以免加重损伤。⑤医者仍以左手拿握足趾，右手用虎口处按压足背外侧，轻轻揉擦，以使受伤处的软组织感到发热为度，其疼痛顿时减轻。

（5）外侧韧带损伤（以右足为例）　①指掌摩法：患者右

下肢放松。医者右手拇指及手掌在小腿外侧沿腓骨长短肌、腓骨第三肌反复揉动约2—5分钟。拇指按压阳陵泉、足三里、仆参、坵墟等穴。②牵引：患者俯卧位。医者双手拇指按置于外踝的侧副韧带附着处，双手其余四指分别拿握患者足背及足跟后缘，缓缓用力牵引2分钟。医者双手将患者患足置于中立位，同时双手环形旋转用力举起患者踝关节进行摇动。继前摇动的同时一手拇指从外踝尖沿外踝侧副韧带轻轻向下揉动。然后医者两手对置于患侧小腿的下端及踝关节的两侧，反复搓动2—5分钟。以透热为度。

（6）三角韧带损伤　①患者坐位或仰卧位，足内侧向上，自然放松。医者右手拿足趾，左手拇指或大鱼际由第一跖骨向上经第一楔状骨、舟骨、距骨内踝前侧，向小腿下段反复推5—10次。再分别由跟骨，经内踝、内踝后侧，向小腿下段反复擦5—10次。②点按法：拇指点按阴陵泉、地机，揉按照海、水泉、然谷。③牵引法：医者左手握足踝，右手拿握足趾背侧，双手拇指按于踝尖，双手大鱼际肌按压内踝下缘前后两侧（相当于三角韧带及关节囊处），徐徐牵引2—3分钟。④摇晃法：医者左、右手仍分别握住踝关节前后，以拇指压按内踝尖，用腕力相继用力摇晃患者的踝关节，并使之跖屈、背伸。⑤抖动法：医者两手拇指按于内踝不动，其余四指分别放在患者足跟、足背，双手掌指关节快速屈伸抖颤患者的踝关节2—3分钟。⑥分推法：医者以双手四指分别拿握足跟、足背，两手拇指及大鱼际肌由内踝向前后两侧分推。⑦揉按法：医者以左手固定患者的患足，右手掌根或鱼际揉按足内侧，小腿下端，重点揉按内踝周围关节囊及三角韧带处。

（7）外踝缝伤筋　患者侧卧，伤肢在上。助手握住伤侧小腿远端并固定，勿使摇动。医者两虎口相对，双拇指按住外踝缝，余四指拿住伤足，将足环转摇晃6—7次，与助手相对拔

伸，并将足内翻，外翻。双手拇指向下用力按压，然后用滚法、揉法，按摩舒筋。

（8）内踝缝伤筋　患者侧卧，伤肢在下。助手双手握住伤侧小腿并固定，勿使摇动。医者两虎口相对，双手拇指按于内踝缝，余四指拿住伤足，将足环转摇动6—7次。与助手相对牵引，并将伤足外翻、内翻。双手拇指向下戳按，然后用揉滚法按摩舒筋。

（9）踝关节扭伤的常规手法　①点按太溪、解谿，牵引、推按、提拉踝关节；再点按足三里，提拉股四头肌联合腱；再点按风市、冲门。然后医者以右手紧握患者足趾，向上牵引。先外翻扩大踝关节内侧间隙，以左手食指压入间隙内；仍在牵引下，内翻扩大踝关节外侧间隙，以左手拇指压入关节间隙内。拇、食指挟持踝关节，右手在牵引下将患者左右摇摆，内翻、外翻踝关节1—2次。②医者左手拇、食指用力向后下方推按踝关节，并以右手将患足强度背伸、再跖屈。此时左手拇、食指在用力捏压下，向前上侧提拉。提拉时食指向上提拉，拇指沿外踝前上缘用力向后下方推按。在背伸踝关节时，拇指滑行至外踝前侧，对准第四跖骨纵轴，用拇指的桡侧缘沿跖骨方向徐徐向前移行推按。③医者用拇指放在第一、二跖骨颈的间隙—“行间”穴半分钟。最后用左手掌自外踝前侧向足背推按数次，结束手法。

（10）踝关节矫正法　病人取坐位或仰卧位。医者双手交叉抱住患足的远端，先使足部背伸，用力牵拉，再外翻，常有“咯嗒”的弹响声，然后再活动踝关节。局部轻揉，揉时如皮下血肿，则向近心端方向揉；如为陈旧性血肿，则向远心端按揉。按揉时患足保持中立位。然后用“8”字绷带外部包扎。

（11）陈旧性踝关节扭伤　患者正坐床边。医者坐低凳与患者相对。如患者右足扭伤，则将患足放在医者的右膝上，足心蹬于医者的髂骨上。医者双手固定患足于膝关节上，拇指按在外踝前距

腓前韧带损伤处，然后医者将右足抬起，足尖部着地。医者的髋、膝、踝关节协同摇动，使患者的踝关节随之一起摇动。按于患处的拇指用分筋法、捋筋法、顺筋法、捻筋法、以及按伸法进行治疗，反复数次，从而达到解除粘连，促进血液循环，滑利关节，使踝关节的韧带和关节恢复正常功能。

〔注意事项〕

（1）损伤的急性期，手法要轻柔，以免加重损伤性出血，同时不宜进行热敷。

（2）恢复期，手法宜稍重，特别是对已机化产生粘连，踝关节功能受限者，应以较重的手法使粘连松解。

（3）手法治疗后，可用绷带包扎患处进行固定，并嘱病人抬高患肢，避免站立和行走。

48.踝管综合征

提　要

- 踝管内的神经血管束受压为主要病理
- 疼痛，行走困难是本病特征
- 弹拨是关键手法

踝管综合征，又称跖管综合征，是指由于踝管的损伤使通过踝管内的神经血管束受到压迫而引起的症候群。

〔病因病理〕

踝管，指的是在小腿的后区和足底深部蜂窝组织间隙的骨纤维组织所形成的一条通道。它的顶部起于内踝尖，由屈肌支持带组成，向下向后止于跟骨内侧骨膜，宽2—2.5cm，厚1cm，自屈肌支持带发出数个垂直的纤维间隔止于跟骨。作用是防止肌腱滑脱。胫后神经在踝管内经常附着于一些纤维间隔，使肌腱与神经血管隔开，相对固定。因而足部活动时，不易受到牵拉。踝管底部为跟骨的内侧面。踝管内的肌腱由前向后分别是胫后肌、屈

趾长肌、屈蹈长肌腱。胫后神经血管束在屈趾长肌和屈蹈长肌之间。胫后神经由小腿后侧下行经过内踝的后面，在屈肌支持带的下面分出1—2条跟支，穿过屈肌支持带，达到足内侧皮肤。胫后神经出踝管后发出跖内侧神经，沿外展蹈肌上缘行进，最后在外展蹈肌筋膜纤维管通过，支配外展蹈肌、5个屈趾短肌、第一蚓状肌、屈蹈屈趾内侧3个半脚趾的感觉。跖外侧支潜入外展蹈肌深面，通过屈蹈长肌腱旁纤维弓，然后经过足跖面，支配跖方肌、外展小趾肌和外侧的一个半足趾的感觉。

引起踝管综合征的病因有三个：（1）踝管腔缩小；（2）踝管内纤维组织增多；（3）外展蹈肌筋膜纤维弓在跖内侧神经或跖外侧神经进入处产生压迫。

踝管腔缩小 ①外伤：胫骨远端骨折、踝关节扭伤或挤压伤的关节固定术后、跟骨骨折，创伤后水肿和后期纤维化造成胫后神经在踝管内粘连。②胫后静脉性淤血，栓塞性静脉炎。③足外翻畸形，产生屈肌支持带及外展蹈短肌的纤维点张力增加。

踝管内组织增多 ①胫后肌、屈蹈肌、屈趾肌腱的腱鞘炎，滑膜增生或腱鞘囊肿。②风湿性关节炎、滑膜组织肿胀和炎症。③先天性解剖异常，如增生或肥大的副外展蹈肌。④体重增加（脂肪积累过多）。⑤胫后静脉瘤。⑥胫后神经及其分支的神经鞘膜瘤。⑦某些药物引起的踝管内组织增生。

外展蹈肌筋膜纤维弓在跖内侧神经或跖外侧神经进入处的压迫 这种原因引起的症状以足外翻时最明显。临床上很多病例在手术时无明显的原因，但经手术后症状往往得到改善。

从病理上有二点改变，首先是局部缺血。胫后神经和正中神经一样，有丰富的血液供应，因神经纤维对缺血十分敏感，加以踝管内外各种压迫因素等原因引起胫后神经的运动、感觉和营养方面的一系列变化，使胫后神经局部缺血并受到压迫。这种缺血首先是胫后神经外膜上的小动脉或小静脉受到影响，导致毛细血

管的血流减少，神经缺氧。进而毛细血管内皮细胞损害，蛋白渗出，产生水肿。增加了踝管内的压力，进一步压迫了神经外膜的血管，形成恶性循环。

〔临床表现〕

本病好发于男性，特别是体力劳动者，但是肥胖的女性亦有发病者。单侧多于双侧。

足面有烧灼或针刺感，活动后加重，休息时亦可有疼痛，甚至从睡眠中痛醒，立起或步行时疼痛加重。其疼痛偶尔向小腿内侧放射，但一般不超过膝关节。

足底感觉减退或消失，其范围在跖内侧神经为内侧三个半趾，跖外侧神经为外侧一个半趾，跟内侧支为足跟内侧，两点辨别能力明显降低。

早期常因行走、站立过久而出现内踝后部不适，休息后即可改善。随着病情的加重，上述症状反复出现，发作时间延长，患者有跟骨内侧和足底麻木感或蚁行感。重者可出现足趾皮肤干燥、发亮、汗毛脱落及足部内在肌的萎缩。

〔诊断〕

神经干叩击试验阳性，即叩击或重压内踝后，胫后神经往往引起疼痛及麻木。

止血带试验阳性。采用小腿双侧止血带，充气后使压力维持在收缩压以下，阻滞静脉回流，而保持动脉畅通。患肢跖面如出现疼痛与麻木即为阳性。

〔鉴别诊断〕

应与坐骨神经损伤、周围血管病、跖间神经纤维瘤、跖底脓胨、急性纵弓扭伤、跖筋膜炎及局部风湿样病变相鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋通络，活血化瘀。

按摩手法　点按伏兔、鹤顶、内膝眼、外膝眼、足三里、内

庭、环跳、委中、承山、三阴交、昆仑、太溪。然后令患者仰卧位，患肢外旋。按揉小腿内后侧，沿胫骨后，经内踝后方到足弓部，手法宜轻柔缓和。用轻巧快速的弹拨法从内踝后方沿肌腱行走路线到足弓部治疗。弹拨要与肌腱成垂直方向进行，同时配合踝部内翻、外翻及伸屈的被动活动。令患者侧卧，患侧在下，足踝部放于床外。医者一手拿足跖部，一手拿足跟，拇指在上，晃拔外翻，使足背伸，拇指自踝管远端向近端顺筋数次，反复1—2次。最后从足弓沿肌腱方向用擦法治疗，以透热为度。

〔注意事项〕

（1）避免踝关节重复扭伤，局部注意保暖。

（2）治疗期间适当减少踝关节活动。

38.腓骨长短肌腱滑脱

提　要

- 分急性和习惯性滑脱
- 肌腱滑脱感
- 理筋整复为主要手法

腓骨长短肌肌腱走行于外踝后侧管沟中，起于腓骨体的外侧面，并向下走行于踝后沟之中。两腱在沟中通过一肌膜鞘，借以减少磨擦。自踝以下，则向前斜行于跟骨的外侧面。腓骨短肌抵止于第五跖骨基底的背侧，而腓骨长肌腱斜跨足跖部，抵止于第一跖骨基底的外侧面。在踝关节外侧，有上下二支持带悬架于外踝与跟骨之间可防止肌腱向前滑脱。

腓骨长短肌腱滑脱，是指支持带撕伤，肌腱滑出浅沟，发生滑脱而引起的症状。

〔病因病理〕

急性损伤引起的滑脱　多因急性踝部背伸和外翻引起。由于肌腱极度紧张，或剧烈挛缩，将外踝后侧面的一个或两个支持带

撕伤，肌腱失去约束面自外踝的后侧向前滑脱。

慢性滑脱　有先天性的，也有急性外伤后滑脱没有得到适当的治疗而致。先天性滑脱多为外踝发育不良，沟管变浅，支持带松弛或完全缺如所致。

〔临床表现〕

急性滑脱　患者有外踝部肌腱滑脱感。外踝部肿胀、皮下瘀血、青紫、疼痛，尤其是足背伸、外翻时疼痛更为明显。沿腓骨长短肌腱均有压痛，且二肌腱紧张痉挛，使足踝不能作内翻活动。

慢性滑脱　又名弹响踝。其肌腱经常滑走于外踝之上，具有弹响声，但不影响踝关节的行走功能。

〔诊断〕

根据病史、体征及临床表现即可明确诊断。

〔鉴别诊断〕

本病常被踝关节扭伤所掩饰，因此，应与踝关节扭伤相鉴别。

〔治疗〕

治则　理筋整复，缓解痉挛。

按摩手法　①点按太溪、解谿、足三里、风市、冲门、环跳等穴。②医者右手握住患者足趾部，先跖屈、内翻踝关节。同时，医者左手拇指紧贴腓骨长短肌腱的后侧自上向下滑行，至外踝平面的上侧，拇指按住腓骨长短肌腱向后揉揉按压。然后将右手拇指放于外踝平面上向后挤压、弹拨腓骨长短肌腱，同时背伸踝关节。

〔注意事项〕

习惯性滑脱者，非手法所能治愈，应考虑手术治疗。

3f.跟腱周围炎

提　要

• 跑、跳、蹬是跟腱周围炎的重要病因，属运动性创伤

• 跟腱疼痛是主要表现

跟腱周围炎，又称跟腱腱膜炎、跟腱炎、跟腱腱周炎、跟腱扭伤、跟骨包骨筋离位伤筋等，指的是跟腱周围的脂肪组织、腱膜和跟腱下滑囊因受外伤和劳损引起的损伤性炎症。多见于长、短跑及跳跃性运动的运动员。

〔病因病理〕

跟腱是由腓肠肌向下移行的肌腱构成的。腓肠肌起自股骨内、外上髁，两根肌腱在小腿后面的中上部结合在一起，向下移行成腱，再与其深层的比目鱼肌肌腱相合，形成跟腱，最后终止于跟骨结节。

跟腱与其表层的深筋膜之间有一腱围组织，其结构近似滑膜，共7—8层。各层之间虽有结缔组织联系，但互不粘合。跟腱腱围组织在踝关节屈伸过程中起润滑作用，避免跟腱磨损。

跟腱，是人体最强有力的肌腱，在胫神经的支配下屈小腿，提跟骨，使足跖屈，是行走和弹跳的主要肌腱。

跟腱周围炎的病因主要是急性拉伤引起，多见于从事跑、跳项目（如长跑、短跑、跳远、兰球、排球、足球、网球以及体操、舞蹈、杂技、武术等）运动员。在准备活动不足即作猛力踏跳或急速起跑动作，往往因肌肉的急骤收缩而拉伤腱围组织，也可因为反复作超过本人活动能力的跑跳运动，逐渐劳损而发病。此外，蹲、震、颤、拐等动作以及由高处坠下，足跟着地等也可引起本病。

损伤后，局部组织代谢失常，血液循环障碍，跟腱及周围血液供应不足，导致跟腱周围组织变性、坏死、粘连，从而导致本病。

〔临床表现〕

临床的主要表现是跟腱疼痛。早期的疼痛主要发生于活动开始时，稍活动后，疼痛反而减轻，但用力跑、跳时疼痛又会加重。

随着病情的加重，凡是牵扯跟腱的运动和活动都可引起疼痛，如上下楼梯、走路、下蹲、站起、翘脚等。

晚期可出现跟腱变形，表面能摸到聚结的硬块，局部增粗或呈梭形，即所谓的“筋聚”。捻动跟腱时可有捻发音。跟腱失去韧性，挤捏时缺乏弹性感。

本病的压痛部位比较浅表，特别是在捻动跟腱时疼痛明显。患者足尖抵地后蹬时可引起抗阻力疼痛。

〔诊断〕

背伸抗阻力试验阳性。

〔鉴别诊断〕

应与闭合性跟腱断裂相鉴别。

〔治疗〕

治则　理筋通络，活血祛瘀。

按摩手法

（1）①病人俯卧位，在患肢足踝的前侧面垫一小枕。②从小腿后侧承山穴起沿小腿向下直至足跟，用缓和而深沉的按法往返治疗，同时配合踝关节的屈伸被动活动，被动幅度由小渐大。重点治疗承山及跟腱两侧。③然后沿上述路线用按揉法往返治疗，重点在跟腱周围。④在跟腱及其两侧用轻快的弹拨法和拿、捏、捻法，同时配合小腿后侧部的拿捏。⑤然后在跟腱及其两侧，沿跟腱方向用擦法治疗，以透热为度。⑥再在跟腱部热敷或熏洗。

（2）①捏法：患者取俯卧位。医者立于一侧，双手捏跟腱，反复数次，以疏通气血。②提法：体位同上。医者双手捏紧患者跟腱并向上提，反复数次，以强化刺激。③推法：患者仍取

俯卧位。医者一手托起患者小腿下端，一手拇指自足跟跖面向上推向跟腱。用力要稳，反复数次，使之有发热感为度。④揉法：医者用手背自跟腱向小腿腓肠肌方向揉跟腱部，以缓解疼痛和疏解组织粘连。结束手法。

（3）①揉按法：患者俯卧位，小腿及足跟部垫一小枕。医者用一手揉握跟腱周围，由轻到重，由浅入深，从上到下，反复8—12次，以使患者有酸胀感为宜。②拍打跟腱及运摇法：医者从上到下反复拍打患处，约3—5分钟。然后以顺时针和逆时针方向摇动踝关节，速度要慢，幅度逐渐增大，8—12次为宜。结束手法。

（4）①患者取俯卧位。医者立于一侧，双手捏跟腱，反复数次。②然后双手拇指与其它四指拿患者跟腱并向上提拉3—5次。③提拿跟腱向两侧轻轻扳动。④医者一手托拿患者小腿下端，另一手以拇指从足跟经跟骨结节至腓肠肌反复推动5—10次，使之有发热感，皮肤微红即止。⑤点按委中、承山、跃阳、悬钟、大钟、昆仑等穴。⑥点按后用掌根鱼际肌在患者跟腱周围缓缓揉动，范围逐渐加大，约3—5分钟。⑦医者一手托拿后踝，一手拿握足趾，将踝关节牵拉约2分钟后，使足背伸3—5次后结束手法。

（5）①患者仰卧位，患肢平伸。医者面对患者，一手拿住足趾，使足跖屈背伸；另一手拇、食二指在小腿后方的中、下部捋顺之。②令患者改为俯卧位，患肢屈曲。医者一手按于足跖部位，使足背伸，小腿的腓肠肌即处于紧张状态。另一手用劈法，再用拇、食指在痛处捻散之。结束手法。

〔注意事项〕

（1）治疗期间避免或减少跑、跳、蹬动作。

（2）本病可配合针灸、封闭、中药熏洗，但是在用局部封闭疗法时应注意不可长期不合理地使用“可的松类药物”封闭，

否则会导致跟腱断裂。

52.足跟痛

提　要

·本病见于几种与跟部有关的病症

·足跟痛为主症

·手法重点在跟腱附着点周围

足跟痛是较为常见的病症，以足跟底部站立或行走时疼痛为主要表现。

足跟痛可见于多种与跟部有关的疾病，如足跟皮下脂肪纤维垫部分萎缩症、急性足跟后滑囊炎、跟骨骨质增生、跖腱起点筋膜炎等。

〔病因病理〕

体质虚弱，肾气亏虚，体虚肥胖，久病足跟皮肤变软等原因，可引起跟底皮下脂肪纤维垫部分萎缩。

经常站立在硬地板上或在硬地面上经常行走的人，使跟骨下长期磨擦或使跟下滑囊受到外力刺激而发生损伤性炎症，出现跟下滑囊炎。

穿高跟鞋时，鞋的后面与跟骨结节之间反复磨擦，导致跟后滑囊炎。

跟骨骨质增生于跟骨底面结节部分的前缘，是由于跖筋膜和足短肌在其附着部受到牵拉引起炎症的结果。

长期负重行走、长途跋涉、局部挫伤、职业关系站立硬地板、扁平足、寒湿入络等可引起跖筋膜牵拉、充血、渗出

〔临床表现〕

足跟皮下脂肪纤维垫部分萎缩者，站立、行走时跟骨下方疼痛、僵硬、肿胀、压痛，但无囊性感。

跟下滑囊炎者，症状同上，但有囊性感。

跟后滑囊炎者，跟腱附着处（跟骨结节）肿胀、压痛，皮肤增厚，皮色略红，触之有囊性感。

骨质增生者，足跟痛，X线检查可见骨质增生。

跖筋膜损伤者，跟下疼，并沿跟骨内侧向前扩展到足底。

〔治疗〕

治则　舒筋活血。

按摩手法　病人仰卧位。从足跟部沿跖筋膜、跟骨结节按揉数遍。然后弹拨跖筋膜、重点在跟腱附着点周围及其然谷穴。再顺跖筋膜方向用擦法，以透热为度。可配合热敷及熏洗足跟部。

〔注意事项〕

①在鞋内放一海绵足垫，以减少跖筋膜张力。

②每天用热水浸足15—20分钟。

51.趾关节挫伤

提　要

- 多因直接或间接外力所致
- 伤趾疼痛、肿胀、走路不便
- 手法以摇、引、点、掐为主

趾关节挫伤，又称跖间关节挫伤，趾骱伤筋。

〔病因病理〕

多因直接或间接外力挫伤所致。如走路不慎，足尖碰在硬物上，或打伤、砸伤、挤伤等，皆可造成趾关节挫伤。

〔临床表现〕

初伤者，局部压痛明显，关节周围肿大，皮下呈紫色，活动时疼痛，行路时趾部不敢着地，行走不便，屈伸受限。

〔诊断〕

根据外伤史，临床表现即可诊断。

〔鉴别诊断〕

应与趾关节骨折相鉴别。X线有助于诊断。

〔治疗〕

治则　舒筋活血，行气止痛。

按摩手法　介绍二种治疗手法。（1）趾捻法：患者把足趾放在床上。医者一手握足背，使患足固定，另一手拇、食指拿住患趾趾根，上下捻动约2—3分钟，以使患趾有痠胀麻木感为度，此手法可使疼痛减轻。运趾牵拉法：医者一手握足背使患足固定，另一手拇、食指拿握患趾的末节，轻轻牵拉并向外、内侧旋转5—10次。足趾抖拉法：医者拇、食指拿握患趾末节向内、外作环形旋转时，当摇转至足背侧和掌侧时稍用力向上下远端牵拉，最后在牵引下抖动患趾数次。点按法：患足自然放平。医者以拇指指峰选穴按压，足大趾挫伤者，掐按患足的阴谷、阴陵泉、公孙、隐白；第二趾挫伤者，掐按足三里、解溪、冲阳、厉兑；第三趾挫伤者，掐按阳陵泉、足三里、丰隆、内庭；小趾挫伤者，掐按阳陵泉、悬钟、足临泣、足窍阴。揉趾法：医者一手拇、食指拿捏患趾的趾端，另一手沿足趾足背向上轻轻揉之，以消除穴位掐按时带来的不适。推法：医者一手拇、食指拿住患趾，另一手拇指或鱼际肌自患趾末端向近端、足背方向推2—5分钟，使局部温度增高，肿胀消除，疼痛减轻。

（2）患者正坐床上，伤足伸出床边。医者坐在伤足的外侧（若伤在四、五趾，则坐在伤足内侧），用双手拇、食指分别捏住上、下节趾骨，将远趾节环转摇动6—7次。然后拔伸，屈伸数次。再用拇、食指捏住趾关节两侧，揉捻舒筋。

52.跗跖关节扭伤

提　要

- 本病多因踩、拧、戳、踒引起
- 足背肿胀、疼痛
- 拔伸、回纳为主要手法

跗跖关节扭伤，又称跗骱骨高挫、跗跖部软组织损伤，是指第一、二、三楔骨、骰骨与第一至第五跖骨组成的微动关节受到暴力作用后引起的背侧韧带、跖侧韧带及相邻小韧带的损伤。

〔病因病理〕

跗跖关节是由背侧韧带、跖侧韧带及许多相邻近的小韧带将他们联系在一起。

由高处坠下，或走路不慎，道路不平造成足内翻内收或外翻外展，致使跗跖关节韧带撕裂或部分或全部的跗跖关节错缝及半脱位。

韧带撕裂时，多由附着处连同骨膜一起撕下，如有错缝及半脱位，跖部着力困难。

〔临床表现〕

足背臃肿胀起，疼痛，不敢着地走路；足内翻内收损伤者，骰骨与第四、五跖骨的关节部位疼痛明显；足外翻外展损伤者，第一楔骨与第一跖骨组成的跗跖关节处疼痛明显。

跗跖关节损伤的部位压痛明显，作跗跖关节被动活动或重复受伤机制时的内、外翻动作时，损伤处疼痛加剧。足前部着地时疼痛，往往用足跟着地跛行。跗跖关节处（足背部）肿胀，可见青紫色皮下瘀血斑，疼痛难忍。

〔诊断〕

根据跗跖关节典型的外伤史，关节处的肿胀、压痛明显及X线检查无骨折征象，即可明确诊断。

〔鉴别诊断〕

本症应与第五跖骨基底部骨折相鉴别。

〔治疗〕

治则　理筋整复。

按摩手法　（1）内外翻挤按法：此手法用于骰骨与第四、五跖骨组成的外侧跗跖关节及第一楔骨与第一跖骨组成的内侧跗

跖关节损伤者。以外侧跗跖关节损伤为例。患者正坐位，伤足伸出。医者在伤肢内侧，一手拿握骰骨部位，将跗骨固定，一手拿握第四、五跖骨，双拇指相对，拿跖骨的手做轻轻摇法，并同时相对拔伸。再使伤足内翻跖屈，在持续拔伸下，将足外翻背伸，双拇指向内下方用力下按。然后拉住第四、五足趾牵引，另一手在伤处轻轻地用捋顺法，使轻度脱位的关节复位，撕裂的韧带捋顺，积聚的瘀血消散。跖屈挤按法：此手法用于整个跗跖关节扭伤者，尤其是2—4跗跖关节损伤。一助手用双手固定患者的跗骨。医者双手拿住跖骨，同时拇指按压患处摇、拔、跖屈、牵引，然后背伸，双手拇指将跖骨用力向下按压。

（2）拔戳法：患者正坐床上，将足伸出床边。助手用双手掌相对，双拇指在足背，食指在足底，余三指在后兜位足跟，固定不动。医者双手拇指按住跗骨，余四指在足底拿住伤足。医者向足趾方向，助手向足跟方向稍用力相对拔伸，同时医者将足前部环转摇动6—7次。在持续拔伸下，先使足跖屈，再使足背伸。此时医者双手拇指用力戳按。用揉捻法按摩舒筋。

（3）踩法：用于陈旧性损伤。患者站立于床边，脱去伤足的鞋袜，使伤足的足心置于一个半圆形的木块（或一卷绷带）上。医者站于伤侧，将与患者伤足同侧足的鞋袜脱去，踩在患者伤足上，足心置于患者伤足的损伤处。医者用手臂推患者的胸部，使患者跌坐在床上。同时用足踩踏患者伤足的伤处，反复2次。

（4）固定方法　先敷以七厘散、五虎丹，然后足背上盖以月牙形的纸垫，再用绷带绑扎。

〔注意事项〕

（1）治疗期间，避免足掌，足尖着地。

（2）注意保暖。

53.类风湿性关节炎

提　要

- 本病早期表现为对称性关节肿胀和僵硬晚期关节畸形、肌肉萎缩
- 早期治疗可恢复关节功能
- 治疗同时必须配合功能训练
- 本病缺乏有效的治疗药物

类风湿性关节炎，又名风湿样关节炎，是一种较常见的慢性关节炎，可侵犯全身各关节。早期有游走性的对称性关节肿胀和僵硬，往往反复发作，关节及其周围组织发炎。晚期关节强直，发生畸形，肌肉萎缩。临床上分周围型和中枢型两类，青壮年多发。

〔病因病理〕

本病主要致病因素有着凉、受潮湿、疲劳、营养不良、情绪紧张或焦虑、外伤、感染（指链球菌感染）等。按其发展过程可分为三期。第一期为滑膜炎期。该期的主要病变为关节囊内层组织滑膜充血，水肿及渗出液，关节软骨仍保持正常。病变继续发展便进入至第二期，关节软骨破坏期。由于关节积液中酶的作用，首先在关节软骨上产生血管翳，接着便出现糜烂、腐蚀，最后在关节软骨上产生大小不等的溃疡面。第三期为关节畸形、强直期。该期特征为关节腔消失，由疤痕纤维组织所替代，或有骨小梁通过，关节完全不能活动，出现各种畸形。

〔临床表现〕

本病初期有全身不适、疲倦乏力、手足出汗、低热、关节麻木疼痛等症状，可持续几周到几个月。

周围型病变常为多关节病变，往往呈游走性。好发于手、足等小关节是本病的特点。在大关节中则以髋、膝关节较多见。在急性发作时，受累关节明显肿胀面不能活动，比较表浅的关节往往可摸到关节内有明显的积液，关节往往处于屈曲位置。经过治

疗后，肿痛可暂时消退，但不久又会发作。发作次数不多者，可完全复原，但反复发作的病例往往引起关节功能受损，最后产生关节畸形和强直。

中枢型病变起病缓慢，主要症状为腰痛和弯腰困难。先在骶髂关节部位产生疼痛，然后向上扩散至腰椎，再向上可至胸椎，最后可至颈椎。病程较长，如不注意预防，脊柱强硬后可造成严重驼背畸形，使病人不能直立平视。如果合并有多个大关节强硬，病人便只能长期躺在床上或坐在轮椅上。

〔诊断〕

（1）典型的类风湿性关节炎的临床表现。

（2）血清中类风湿因子阳性。

（3）急性发作期血沉明显增速，血清粘蛋白亦增高。

〔鉴别诊断〕

本病应和风湿性关节炎、骨关节炎相鉴别，见表5-1

表5-1

项目	类风湿性关节炎	风湿性关节炎	骨关节炎
年龄	多发于20—40岁之间青壮年，偶见于儿童和老年人	多发于儿童	一般多在40岁以后
部位	多发于远端小关节、骶髂关节，呈对称性	多发于肘、肩、膝大关节，呈游走性	多发于负重关节
局部症状	无或轻微红灼热，有疼痛，关节腔无积液	有红肿灼热、疼痛、部分关节腔有积液	僵硬或刺痛
全身症状	急性期有低热，一般无心脏病变	急性期有发热或高热，常见心脏病变	无

续

预后	关节可见永久性损伤、有畸形、活动障碍	关节一般无损坏，活动正常	关节功能正常
肢体肌肉萎缩	早期无，后期有	无	无
X线检查	早期正常，后期骨质疏松关节强直	无骨质变化，仅有软组织肿胀	骨质呈肥大增生形成骨赘

〔治疗〕

治则　疏风散寒，祛湿通络，止痛。

手法

（1）中枢型　腰骶、脊柱及两侧膀胱经按摩为主。①患者俯卧位。上胸部和股部分别垫2—3个枕头，使前胸悬空，两手臂肘关节弯曲放于枕旁。医者站于旁，在患者腰背部沿脊柱及其两侧，用擦法治疗。同时另一手掌按在患者背部进行揿按动作。并嘱患者深呼吸，当呼气时向下揿按，吸气时放松。指按或肘按脊柱两侧膀胱经及秩边，环跳，居髎等穴位。②患者坐势。医者站于后方，用擦法施于颈项两侧及肩胛部，同时配合颈部左右旋转及俯仰活动，再配合拿风池，肩井。③姿势同上。嘱患者两肘屈曲，抱于后脑枕骨部，两手手指交叉握紧。医者站于背后，以膝部抵住患者背部，再以两手握住患者两肘，作向后牵引及向前俯的扩胸俯仰动作。在进行这种被动活动时，患者要配合深呼吸运动（前俯时呼气，后仰时吸气）。俯仰5—8次。④患者坐势。上身前俯（需将腰背暴露），医者站于旁，用肘按法施于脊椎两旁，配合擦法，搓法和热敷。

（2）周围型　四肢部，以病变关节为重点治疗。①患者坐势。医者站于一侧，一脚踩凳上，将患肢搁在大腿上，用擦法在

手臂内，外侧施治，从腕部至肩部，上下往返。功能有障碍的关节，在使用揉法的同时，适当配合关节屈伸，旋转等被动活动。②接上势。循手臂上下用拿法，重点拿曲池，手三里、合谷等穴，按阳池、大陵，捻摇指间关节。然后再搓上肢、摇肩、腕关节各4—5次。③患者仰卧。医者坐于旁，一手握住患者踝关节上方，另一手用揉法施于大腿前部及内外侧，向下至小腿外侧，沿足三里、阳陵泉穴向下，同时配合下肢的外旋、外展活动。接着在踝关节及足背用揉法治疗，一面配合踝关节屈伸及外翻活动。髋，膝，踝关节病变部位可配合按法和拿法。

④患者俯卧。医者站于旁，用揉法施于臀部，向下至小腿后侧。髋、膝、踝关节后面作重点治疗，并配合按环跳、居髎、委中，承山，关节周围可以配合擦法和热敷。

不论上肢或下肢，病变较重的部位，均可加用擦法和热敷，对提高疗效有一定帮助。

以上两种不同类型的操作法，在临床治疗中，可以根据发病部位和病情轻重选择应用。

〔注意事项〕

①本病是较顽固的慢性疾病，约1/3病例可自行缓解，只有极少数发展至完全瘫痪。嘱病人不必紧张。

②年龄愈小，本病发展愈快，宜早期治疗和适当锻炼。

③本病缺乏有效的治疗药物，必须综合治疗。

④晚期骨性强直后预后较差，关节的功能很难恢复。

〔附〕功能性锻炼

①中枢型　根据病情尽量多做腰背后伸锻炼。

②周围型　参照“练功篇”，尽量使各关节活动到最大幅度。

56.风湿性关节炎

提　要

·风湿性关节炎，是风湿病的一种表现形式

·风湿性关节炎典型表现为对称性、游走性，多发性大关节的红肿热痛

·仅有关节疼痛，而无红肿变化等，不能轻易诊断

·风湿病常有心脏损害

·风湿性关节炎急性期后，不遗留任何关节畸形或运动障碍

·宜坚持长期治疗

风湿病是一种常见的反复发作的急性或慢性全身性胶原组织炎症，以心脏及关节受累最为显著。风湿热是风湿病的急性期或慢性期活动阶段，临床表现以心肌炎与关节炎为主。

〔病因病理〕

风湿病多见于气候较冷而潮湿的地区，在冬春季较为流行。5—15岁的儿童和青年人最易得病。潮湿、寒冷常为发病的诱因。且与溶血性链球菌感染有关，常发生在急性扁桃体炎、猩红热、咽炎等2—3周之后。

〔临床表现〕

开始时常先有咽痛或发热等上呼吸道感染症状，经过1—4星期后，就出现风湿热症状，表现为高热或低热、多汗、脉率快、游走性关节疼痛、鼻出血等。发炎的关节通常是表面红肿，疼痛显著，甚至不能活动，膝、肘、踝、腕等大关节最易累及。典型的风湿性关节炎表现为对称性、游走性和多发性，可反复发作，并常受气候变化的影响。急性期过后，关节功能完全恢复，并不遗留任何关节畸形或运动障碍。

〔诊断〕

（1）游走性及多发性关节炎的表现。

（2）机体表面可见环形红斑和皮下小结。

（3）实验室检查：①红细胞沉降率增速。②血液中链球菌

的抗体滴定度（抗溶血性链球菌素“O”，简称抗“O”）增高。

③血液中白细胞计数增多。④血浆粘蛋白增多。

仅有关节痛，但没有关节红肿变化，即使有抗“O”升高，也不能轻易诊断为风湿性关节炎。

〔治疗〕

手法　与类风湿关节炎基本相同，具体手法见类风湿性关节炎篇。

按摩主要解决关节疼痛和活动功能。如疼痛明显、功能好者，多用揉法；关节强直、功能受限者，以弹、拨、抖、拉为主。

〔注意事项〕

（1）风湿病活动期，禁用按摩治疗，伴有心脏病者手法宜轻柔。

（2）加强锻炼，积极防治链球菌感染性疾病。

（3）注意保暖，防寒。

57. 半身不遂

提　要

- 本病大多为中风（脑血管意外）后遗症
- 明确诊断对判断预后有一定的意义
- 按摩治疗宜在发病后两周即开始，以患侧为重点

半身不遂，又称偏瘫。指患者出现一侧肢体瘫痪、口眼歪斜、舌强语涩等症状的一种疾患。大多为脑血管意外引起的后遗症。老年人多见，常有高血压病史。

〔病因病理〕

半身不遂多为脑血管意外后遗症。由于脑出血使大量血液渗入脑实质内，引起昏迷和瘫痪。或由于脑血栓形成及脑栓塞造成

血管腔狭窄或闭塞，而出现偏瘫等神经症状。

〔临床表现〕

单侧上下肢体瘫痪无力、口眼歪斜、舌强语涩等为主症。初期患者肢体软弱无力，知觉迟钝或稍有强硬，活动功能受限，以后趋于强直挛急，患侧肢体姿势常发生改变和畸型等。

〔诊断〕

（1）有脑血管急性发作史。

（2）结合半身不遂的临床表现。

〔鉴别诊断〕

（1）本症与脑部其它疾病引起的半身不遂鉴别：若有脑肿瘤等原因引起的半身不遂，发病一般较缓慢，但症状却不断逐渐加重。临床上常可见到同侧的眼睑下垂，眼球外视，不能内转，瞳孔散大及对光调节消失，头痛经常突然发作，发作时患侧眼眶疼痛。后期则可见全身性或局部性的癫痫发作。

（2）脑血管意外四种类型的鉴别，见表5-2：

表5-2

	脑出血	脑血栓形成	脑栓塞	蛛网膜下腔出血
年龄	老年多见	中年以上	青年	青年、中年、老年均有
发病情况	一般起病急骤，病情迅速进展	一般渐起，多有前驱症状，如眩晕。夜间发病较常见，病情逐渐演变	突然起病，神经系统体征迅速出现	突然起病，多伴有剧烈头痛
有关病史	高血压及动脉硬化等	动脉硬化、高血压、糖尿病等	风湿性心瓣膜病、心肌梗塞	可有经常头痛史

续

	脑出血	脑血栓形成	脑栓塞	蛛网膜下腔出血
昏迷	常有，而且多为深昏迷	常只有意识迟钝而无昏迷或有轻而短暂昏迷	少见	常有短暂意识丧失
体征	高血压、偏瘫	偏瘫或单瘫	偏瘫或单瘫	多无局限性神经系统体征、脑膜刺激征明显
脑脊液	血性或清	清	清	血性

〔治疗〕

治则　行气活血，通络。

手法　施术部位为颜面部、背部及四肢，以患侧为重点。

（1）患者取俯卧位。医者站在患者侧面。先用按法施于背部脊柱两侧，自上而下2—3次。再在脊柱两侧用擦法或一指禅推法治疗，并向下至臀部、股后侧、小腿后部，以腰椎两侧、臀部、腘窝、跟部为重点治疗部位。同时配合腰后伸和患侧髋后伸的被动活动。

（2）患者侧卧位，患侧远离床面，医者站在患者背后，用擦法自患侧肩关节起，沿上臂外侧、经肘部至腕部进行治疗，以肘部作为重点治疗部位。治疗时配合上肢向上牵引的被动活动。继而，自臀部沿大腿外侧经膝部至小腿用擦法治疗，以髋关节和膝关节作为重点治疗部位。

（3）患者取仰卧位。医者站在侧面，用擦法自患侧上臂内侧至前臂进行治疗，肘关节及其周围为重点治疗部位。在进行手法的同时，配合患肢外展和肘关节伸屈的被动活动。继之在患肢腕部、手掌和手指用擦法治疗，同时配合腕关节及指间关节伸屈的被动活动，手指关节可配合捻法。然后再在患侧下肢，自髋关

节沿大腿前面，向下至踝关节及足背部，用摩法治疗，同时配合髋关节、膝关节和踝关节伸屈的被动活动和整个下肢内旋动作。再用拿法施于患侧下肢，拿委中、承山，以大腿内侧中部及膝部周围为重点治疗，配合搓法和擦法。

（4）患者取坐位。医者站于后侧，用摩法施于患侧肩胛周围及颈项两侧。在进行手法同时，配合患肢向背后回旋上举及肩关节外展内收的被动活动。最后按风府、再拿风池、肩井、曲池、手三里、合谷，捻指关节，搓上肢结束治疗。

（5）如有口眼歪斜可参照面瘫治疗方法。

〔注意事项〕

（1）脑血管意外急性发作者，应就近送往医院，综合治疗。

（2）急性发作期必须安静卧床，维持呼吸道通畅。

（3）血压不稳定者，按摩手法不宜过重，并防止患者头部震荡。

（4）急性发作二周后，既开始按摩治疗，并指导患者进行功能锻炼。

（5）保持乐观，忌烟酒。

〔附〕针刺疗法

上肢：肩髃、曲池、手三里、合谷等。

下肢：环跳、殷门、伏兔、委中、阳陵泉、足三里、承山、解溪、昆仑。

（二）关节紊乱症

关节紊乱症，是指构成关节的两骨的接触面及关节内组织发生微小离错、位置移动等引起关节部疼痛和功能障碍，且不能自行复位而言。

关节紊乱症历来名称不一，有称关节交锁、关节错缝等。常隐含于软组织损伤之中，好发于联动关节和微动关节，X线照

片检查常无诊断意义。多发于青壮年，学龄前儿童次之，老年患者少见。

〔病因病理〕

（1）间接外力　这是引起关节紊乱症的主要原因，如强力扭转、牵拉、躲闪、过伸等。凡超过关节的正常活动范围，均可使关节囊或韧带拉断、拉松，以致关节离错，或将韧带、滑膜嵌入关节内，而不能自行复位，导致本病。

（2）直接外力　引起关节紊乱症者少见，但轧压、打击、碾搓等外力作用于腕间、踝间、跗跖等关节，导致韧带等软组织损伤。因伤后多伴严重肿胀或破皮伤等，而延误诊断或漏诊，致使伤愈后仍有功能障碍者，概因此而引起。

（3）肌肉拉力　多与上述外力合而为伤，导致关节离错和软组织嵌入关节内，影响功能活动而引起本病。

〔临床表现与诊断〕

（1）主观症状

①疼痛　这是关节紊乱症主要临床表现之一。患者可主诉活动或负重时受伤关节出现疼痛，否则无痛感或不适。

②麻木　这是一种神经症状，有个别关系紊乱症可引起有关肢体的麻木不适，如颈椎小关节紊乱症引起上肢麻木；骶髂关节紊乱症引起下肢麻木，但多数关节紊乱症无麻木症状。

③功能障碍　这是指关节的固有功能发生障碍。功能障碍多因疼痛引起。但患者可主动控制关节功能，有的患者可出现局限性活动功能障碍。

（2）客观症状

①特殊体态　多数患者可发生身体形态的变化，如项强、屈肘、垂肩、跛行、脊柱侧弯等。

②肿胀　患者肿胀多为局限性或不明显。

还可出现关节的不正常活动和触之突起、凹陷、侧偏、沟痕

状等畸形的客观症状。在诊断时，应排除其它疾病，症状表现复杂时，当进行X线检查加以证实。

〔治疗〕

关节紊乱症的主要治疗方法是手法复位。手法复位时应遵循以下原则。

（1）纠正畸形　即凸者抑之，陷者提之，错者复之。

（2）逆向疗法　如果没有畸形，即可逆着伤力的方向或朝着疼痛的方向用力以复其位。

在关节紊乱症复位前，应将患者的位置摆好，并且先进行患处的按摩，以放松局部软组织，解除痉挛，利于复位。

〔注意事项〕

（1）关节紊乱症的复位手法应柔和、轻缓，在关节活动范围内进行。

（2）复位后，多数患者不需固定。少数患者应采用器具固定以维持关节的稳定，固定与否应根据受伤关节的稳定程度而定。具体固定方法，详于各论内容之中。

1.颞颌关节紊乱症

提　要

- 颞颌关节疼痛、弹响、张口受限为本病的主要临床表现
- 直接外力和间接外力是本病的重要病因
- 治疗以点、按、揉为重点

颞颌关节紊乱症是口腔科的常见疾病。以颞颌关节疼痛，酸胀及张口受限等为主要临床表现，好发于20—40岁的青壮年，常发生在一侧，亦可累及双侧。

颞颌关节紊乱症又称颞颌关节痛。颞颌关节错缝属本病的范畴。

〔病因病理〕

本病发病的原因比较复杂，目前尚无完全一致的认识，一般认为其发病是内在因素和外在因素相互作用的结果。

（1）内因：颞颌关节的肌群过度兴奋或抑制，咬合关节不平衡、关节先天畸形等因素引起颞颌关节不稳定。

（2）外因：多因暴力的直接打击或咀嚼过硬，过大食物等使颞颌关节的关节囊、关节盘、韧带、咀嚼肌群等组织损伤而有的因为寒冷的刺激引起肌肉、韧带的痉挛和损伤而发致病。

〔临床表现〕

（1）颞颌关节疼痛　其疼痛的部位因人而异，大多表现为张口、咀嚼或下颌过伸、侧方运动时疼痛。有的在乙状切迹和上颌结节的后方，有的在颞颌关节后区，有的在关节结节、髁状突前方的斜面。

（2）关节弹响　常在张口的初期、闭口的末期出现弹响。有的弹响在开口末期、闭口的初期。有的出现连续性的象揉玻璃纸样的响声。

（3）张口受限　或因疼痛而不敢张口。或因韧带、关节囊的松弛或翼外肌亢进而开口过大，不易闭合。有的出现侧向运动。

〔诊断〕

患者的颞颌关节周围的肌群板硬、关节凹陷，健侧关节突起。触诊时关节对位不正。

〔治疗〕

治则　理筋整复，舒筋活血，解痉止痛

手法　本病的治疗手法分为点揉、运动、分推等手法。

（1）点揉　患者取坐位或仰卧位。坐位时头部靠于椅背。医者立于患者的一侧或背侧。先用拇指点按上关、下关、耳门、翳风等穴，边点边揉，然后以拇指按揉咀嚼肌和关节痛点。

（2）运动　令患者张口。医者将两手拇指裹好纱布后，伸入患者口内后部牙床上，其余四指托住下颌，双手配合，使下颌

骨作上下运动。亦可将两手拇指置于两侧颊车穴，其余四指置于下颌骨下缘，拇指揉按颊车，并轻微活动下颌。

（3）分推　医者两手拇指置于枕后，自完骨穴向耳后翳风穴分推，反复数次后，再自完骨穴经医风、颅息、角孙，直至耳门穴，反复分推1～2分钟。

〔注意事项〕

（1）嘱患者注意避免咀嚼过硬食物，寒凉、酸苦的刺激。

（2）纠正患者不良的咀嚼习惯。

（3）若有骨性改变，按摩治疗效果欠佳者，转口腔科治疗。

2.寰枢椎关节紊乱症

提　要

·本病应与落枕相鉴别

寰枢椎关节紊乱症，是指寰椎和枢椎构成的关节，因外力作用而发生关节的微小错离，引起功能障碍，且不能自行复位而言。

寰枢椎关节由两个关节参与，一是寰椎左右侧块的下关节面与枢椎的上关节面构成的关节；另一是枢椎的齿突与寰椎的齿凹构成的关节，属联动关节。寰枢椎关节的稳定，除依赖寰椎横韧带外，还依赖前、后纵韧带和其周围的有关肌肉，如斜方肌、胸锁乳突肌等。它的功能主要是维持头部的旋转。

〔病因病理〕

当外力使头突然旋转，低头或仰头而使颈项部肌肉韧带损伤，或长期伏案读书、写字及睡眠体位不正使有关肌肉受到牵拉弛缓而使寰枢椎关节失去稳定时，均可发生本病。

〔临床表现与诊断〕

（1）有上述病史或患者项强，活动功能障碍，以头旋转和俯仰困难为主，侧视时头同上身同时转动。

（2）患者一侧斜方肌与胸锁乳突肌紧张。

（4）在寰枢椎关节部位压痛明显，有时疼痛向头部放散。

（5）X线照片多无异常发现。

〔鉴别诊断〕

本病应与落枕相鉴别。病因症状大致相同，但落枕压痛点在肌肉，头旋转或俯仰时，虽有疼痛，但仍可自行活动。

〔治疗〕

本病治疗常在无麻醉的情况下进行手法复位，复位前应先行放松颈项部有关肌肉。

手法　患者坐位，两肩及颈项部裸露。术者立其背后，先用两手拇、食二指沿斜方肌、胸锁乳突肌的紧张一侧作提、弹、揉、按等理筋的手法，使肌肉消除紧张。然后用两手托住下颌角，使患者头后方顶住术者胸部，用力向上提之，同时缓缓侧旋其头，先患侧，后健侧，反复3—5次，即可复位。

〔注意事项〕

（1）在施手法时，宜轻柔，切忌粗暴。

（2）复位后不需固定和特殊练功。

〔附〕寰枢椎关节紊乱症的其它复位手法介绍

手法　患者坐位，两肩及颈项部裸露。术者立其身后，先施手法消除患者颈项部肌肉紧张。然后术者用同患侧手捧住下颌角，慢慢拉向患侧，在下颌角转至同侧锁骨前缘时停住，用另手扶在患者头顶，向前慢慢推之使其低头，约2—3分钟后，功能即可恢复。

3.胸椎后关节紊乱症。

提　要

·胸椎后关节紊乱症的发病机制是胸椎后关节侧方错离，受滑膜阻碍不得自行复位

胸椎后关节紊乱症，是指上个胸椎的下关节突与下个胸椎的

上关节突构成的关节，因旋转外力引起小关节向侧方错离，导致疼痛和功能障碍，且不能自行复位而言。亦有人称此为“胸椎后关节滑膜嵌顿”、“胸椎小关节错缝”。多发生于第3—7胸椎，以青壮年较多见。

〔病因病理〕

与其它脊椎一样，胸椎内在平衡是比较稳定的。其周围虽缺乏肌肉保护，但有两侧肋骨支撑，故相对比颈腰椎稳定。但因胸脊柱周围肌肉不如颈，腰段发达，遇强大的旋转外力时，如幼儿由床坠下，单侧肩部着地，身体向一侧扭转，或打球、摔跤及肩杠重物突然被撞，均能使胸椎受到强烈扭转，将胸椎后关节向侧方扭开，并受滑膜的阻碍不得自行复位，导至本病。

〔临床表现〕

（1）伤后患者渐渐感觉后背如负重物，牵掣胸痛。

（2）走路时阵发性疼痛，每遇咳嗽、打喷嚏时疼痛加重。

（3）久坐则需经常变换体位，缓解背部不适感。

〔诊断〕

（1）有较明显的受伤史。

（2）患处有轻微畸形，如凹陷、突起、偏斜等。

（3）患处压痛明显。

（4）X线照片约有50%—60%的患者有棘突侧偏改变。

结合临床表现容易诊断。

〔治疗〕

胸椎后关节紊乱症应早期诊断治疗。

手法　患者取俯卧位，用双手攀住床头。一助手用双手握住患者双踝上方，缓缓用力向下牵引。待患者肌肉放松，脊柱间隙增大时，术者立于患者一侧，用双手拇指找到棘突侧偏的部位，定好用力方向，待助手将脊柱间隙牵开时，再用力“下按”将侧偏棘突向脊中线推送，即可复位。

〔注意事项〕

（1）侧偏的棘突已被纠正，说明复位成功。新伤一般不需固定，陈伤患者，卧床30分钟后，身体由俯卧改仰卧。

（2）陈伤患者复位后，勿使脊柱扭转活动，以防复发。

4.腰椎后关节紊乱症

提　要

·本病容易与腰肌扭伤、腰椎间盘突出症、增生性脊椎炎等相混淆

腰椎后关节紊乱症，系指腰椎与腰椎之间的后关节接触面，因扭转外力作用而发生位置的微小离错，不能自行复位，且引起疼痛和功能障碍而言，又称“腰椎后关节滑膜嵌顿”、“腰椎骨错缝”等，是临床常见的损伤。本病容易与腰肌扭伤、腰椎间盘突出症、增生性脊柱炎等相混淆，临床宜细辨之。

腰椎小关节亦属微动关节，主要依赖腰椎间盘、关节囊、黄韧带、前后纵韧带和周围肌肉来维持其稳定性。腰部的灵活活动，主要是肌肉的动力和腰椎关节的枢轴作用的结果。腰部的活动量大，损伤的机会相对较多。本病易发于3—5腰椎关节，男性较多。

〔病因病理〕

在腰脊柱前屈、腰肌松弛的情况下，突然旋转腰部，如失足落空脚踩滑物、翻身起坐、搬、抬重物、弯腰拾物等，可因腰部肌肉不协调的收缩，使有关椎骨两侧后关节的关节突因牵拉而致关节位置失常，滑膜进入关节腔隙而不能自行复出或脱出，形成本病。

〔临床表现〕

（1）腰部疼痛，腰部活动功能障碍，活动时双手撑腰，挺腰弓腿走路。

（2）腰部无明显的肿胀，无下肢放射痛。

〔诊断〕

（1）有明显外伤史。

（2）在腰椎的4、5椎及腰骶关节有压痛、叩击痛、屈伸旋转时疼痛加剧。

（3）双侧腰肌板硬。

（4）腰4、5椎棘突可有侧偏。

（5）X线照片可无异常发现。

结合临床表现容易诊断。

〔治疗〕

临床对本病治疗时，先行按摩手法放松腰臀部肌肉，再行理筋整复手法。

手法　可用背法、斜扳法（见手法部分）等手法治疗，亦可用蹲压法、侧背法、对抗复位法、按压复位法等治疗。

（1）蹲压法　患者慢慢蹲于地下，术者立其后勿使后仰，用两手分按两肩，令患者低头突背，待其肌肉放松后，两手同时用力下压并向痛侧旋扭其身，反复操作2—3次，手法即告完毕。适用于弯腰受限者。

（2）侧背法　患者站立，术者立于患者健侧，患者健侧手扶于术者肩上，术者用远患者之手握住患者手腕，另手则托住患者腰部，侧腰背之，使患者足离地面，背晃4—5次，待患者不备时，突然将患者弹起，手法即告完毕。适用于腰部侧屈受限者。

（3）对抗复位法　患者坐位，双手交叉扣拢于颈项后部，肘关节略朝前方，术者立于背后，双手由患者的腋部伸入，握住其腕部，再用膝关节顶住患侧腰椎棘突，然后作腰部屈伸旋转和突然拔伸牵引，往往听到患部有弹响声。

（4）按压复位法　患者俯卧。术者站于一侧，用手掌在患部用力作向上、向下的瞬间按压。此时可听及弹响声，即告手法

完毕。

〔注意事项〕

（1）在施行整复手法时，往往可听到弹响声，但不可强求一定要有弹响声。

（2）整复时力点一定要在所需脊柱节段。

（3）整复成功后，嘱患者安静卧床休息3—5天，不宜作脊柱的旋转活动。

5.产后耻骨联合紊乱症

提　要

- 明显的产伤史
- 耻骨联合部剧痛，下肢运动障碍为主症
- 常伴骶髂关节损伤
- X线常可帮助确诊

产后耻骨联合紊乱症，又称耻骨联合分离症。耻骨联合位于髋骨的耻骨联合面之间，借耻骨间纤维软骨板相连，而且有坚强的韧带保护，一般其承受张力可达230公斤。因此，单纯外力作用于此部位时不易发生耻骨联合分离。但妇女在妊娠期，尤其是分娩前，由于内分泌的影响，使骶髂关节和耻骨联合软骨的韧带松弛，造成发生本病的条件。

〔病因病理〕

妇女在妊娠期，尤其在分娩前，由于内分泌的影响，使骶髂关节和耻骨联合软骨及韧带松弛。分娩时耻骨联合及两侧骶髂关节均出现轻度分离，使骨盆发生短暂性扩大，有利于胎儿的娩出。在分娩后，黄体素分泌恢复正常，松弛的韧带及软骨也随之恢复正常。

由于分娩过程中，助产人员强行牵拉，用力过猛，或胎儿过大，子宫收缩过强，加之进气用力过猛，胎头骤然冲出而引起耻骨

联合分离，且常同时发生骶髂关节紊乱、错位。耻骨联合分离时有时可听到音响。

〔临床表现〕

主要症状是耻骨联合部剧烈疼痛，下肢运动障碍，不能翻身，只能仰卧，移动下肢时疼痛加剧。客观检查，局部肿胀，压痛剧烈，且可触及耻骨联合部分离约1.5—2 cm 的间隙。双下肢外展，不敢移动下肢。有时自觉下肢麻木。

骶髂关节半脱位根据其骶骨与髂骨相对位置的变化，有向前和向后错位两类。向前半脱位，患侧髂后上棘位置偏高，患侧下肢髋膝屈曲困难。向后半脱位，患侧髂后上骶位置偏低，患侧下肢髋后伸困难。

〔治疗〕

治疗的关键首先是放松局部肌肉，为整复错位创造条件。然后根据错位的方向进行整复。最后活血通络，促使损伤组织修复。

（1）放松局部肌肉　①病人俯卧位，医者立于患侧，在骶髂、腰臀部用揉法治疗，并按、揉八髎、环跳、大肠俞、关元俞配合下肢后伸活动。手法宜轻。②病人仰卧位，医者于患侧（以右侧为例）用右腋夹住病人右踝部，右肘屈曲，以前臂背侧托住病人小腿后面，左手搭于患肢膝关节的前侧，右手搭于左侧前臂中1/3 处，用力夹持患肢，向下牵引1—2 分钟。

（2）整复错位

整复向前错位的方法　①病人侧卧位，患侧远离床面，健侧下肢伸直，患侧屈髋屈膝。医者站于前面，一手按住病人肩前部向后固定其躯体，另一手按住患侧髋部，向前推动至最大限度，使扭转的作用力集中压骶髂部，然后两手同时用力斜扳。③病人仰卧位。医者于患侧，一手托住患肢小腿后侧，另一手扶住患侧髋部，作强力髋膝屈曲，至最大限度。然后在屈髋位作快速伸膝和

下肢拔伸动作。

整复向后错位的方法 ①病人健侧卧位，健侧下肢伸直，患肢膝部置90°屈曲位。医者于其后，一手抵住患侧骶髂关节，一手握住患肢踝上部，向后拉至最大限度，然后两手作相反方向推拉。②病人俯卧位。医者于患侧，一手向下压患侧骶髂部，一手托住患肢膝前部，两手对称用力，使下肢后伸至最大限度，然后两手同时作相反方向的骤然扳动。在整复时，常可听到复位时的弹响声。

（3）理筋通络，活血祛瘀

病人俯卧位。在患侧骶髂部用按、揉、弹拨等手法理筋，然后用擦法透热，以活血祛瘀。

〔注意事项〕

（1）在整复错位时，手法作用力的中心要在患侧骶髂关节。手法要沉着有力，快速而不粗暴。

（2）治疗成功后两周内，注意休息，最好在两髋两膝屈曲位卧床休息。

（3）经治疗半年仍不好者，考虑骨科手术治疗。

〔附〕 一般疗法

一般用腹带缠紧骨盆，或用宽胶布固定，卧床休息3—10周可以恢复。

6.肩关节紊乱症

提 要

- 牵拉上肢是导致本病的主要因素
- 纵向牵引旋肩是治疗本病的主要手法

肩关节紊乱症，有人称之为“牵拖肩”，亦有人称为“假性肩关节脱位”，又称“肩关节错缝”，是好发于儿童的一种损伤性疾病。

〔病因病理〕

本病的病理机制尚不明确，一般认为上肢受到外展前伸牵拉而致。可能引起关节下方松弛的关节滑膜被吸入关节间隙中，不得脱出，或由于肱二头肌腱滑出结节间沟，不能自行复位而致。

〔临床表现〕

（1）患肢隐痛不适或沉重无力。

（2）肩关节活动功能障碍或活动时有弹响声。

〔诊断〕

（1）有上肢被牵拉史。

（2）肩关节前外方及腋下有压痛。

（3）损诊患侧肩峰下间隙略宽于健侧。

结合临床表现予以诊断。

〔鉴别诊断〕

因患者多为儿童，且与桡骨小头半脱位临床表现相似，故临床应予鉴别。

〔治疗〕

治则　舒筋活血，理筋整复。

手法　患者坐卧位均可。术者面对患者，先行点按患侧后溪、小海、肩贞、极泉、天宗、肩髃等穴位，并用按揉法放松肩部肌肉。后用推法、拿法推拿肩部肌肉。术者一手放在患肩上，另一手握住患侧腕部稍用力牵引，在牵引下进行患肢前伸、上举、向后下放、后伸、下垂为一周的肩关节环转。引导患肢活动时，要保持上肢外旋位，同时后推肩部肌肉。如此反复操作，直至肩关节恢复正常活动止（图5－2）。

〔注意事项〕

（1）治疗后，嘱患者进行主动活动。

（2）避免牵拉上肢，以防复发。

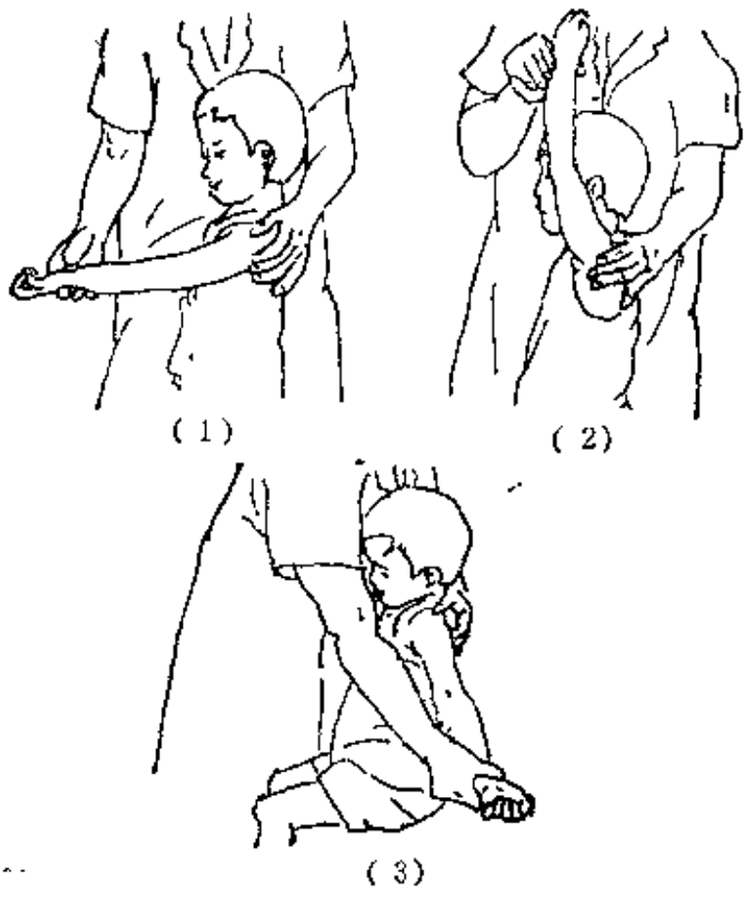


图5-1　肩关节紊乱症整复法

7.肘关节紊乱症

提　要

- 肘关节紊乱症包括肱桡关节紊乱和肱尺关节紊乱
- 肘关节紊乱症以肘关节屈伸活动障碍和局部疼痛为主症

临床较常见的肘关节紊乱症，有肱桡关节紊乱和肱尺关节紊乱。

〔病因病理〕

肘关节包括肱桡、肱尺和上尺桡关节。这三个关节是在相互配合下发挥作用的。临床上通常将这三个关节看为一体。因此在前臂受到牵拉时，儿童可发生桡骨小头半脱位和肱骨小头骨骺后方略分离旋转。当肘关节受到直接外力作用时，使肱尺关节轻微

分离或尺骨喙突微细损伤，导致本病。

〔临床表现〕

（1）疼痛　肘关节局限性疼痛，有时伴有轻微肿胀及肘关节周围肌群的痉挛。

（2）活动障碍　肘关节屈伸及旋转功能受限。但以屈曲受限为主。

（3）关节弹响　关节活动时可伴有弹响音或旋肘时有滞涩抗阻感。

（4）有的患者肘关节内后方有肿胀。

〔诊断〕

（1）患者有明显的外伤史。

（2）肘关节当肘窝或尺骨半月切迹内侧有压痛。

（3）X线照片通常无异常发现或偶见尺骨喙突变钝现象。

在排除其它疾病的情况下结合临床表现诊断。

〔治疗〕

治则　理筋活血，解痉止痛。

手法　患者坐卧位均可。术者面对患者，一手握住患者腕部，另一手点按患侧极泉、少海、小海、曲池、内关、外关、合谷等穴位，并施以按揉肘部周围肌肉，以放松局部肌肉。后一手持腕，一手固定肘部，做肘关节屈伸活动，及前臂旋后位的屈肘动作。手法由轻到重直至关节功能障碍缓解为止。再行按揉肘部周围肌肉，手法结束。

〔注意事项〕

（1）治疗后嘱患者主动屈伸肘关节。

（2）在诊断未清之前，切不可盲目治疗。

8.前臂关节系乱症

提　要

·导致本病的病因主要是由于前臂长期过度旋转或一时用力过猛所致

·握力减弱，前臂旋转时自觉酸痛和不适，为本病的基本特征

前臂关节是由桡骨、尺骨与上下尺桡关节构成。前臂关节紊乱症是指前臂关节功能轻微障碍，隐痛缠绵，握力减弱，前臂旋转时自觉酸痛和不适，影响日常工作与生活。

〔病因病理〕

主要是由于前臂长期过度旋转或一时用力过猛所致。由于长期从事前臂旋转活动，上尺桡关节环状韧带过度疲劳、松弛、部分断裂或变形，使约束关节的力量减低、关节接触变松、位置有失常态、后方软组织薄弱，出现桡骨小头向后方偏移。拧衣服和扭转腕力的动作不慎，下尺桡关节可发生腕三角软骨破裂，导致下尺桡关节不稳定。久而久之，稳定关节的功能减弱，导致本病。

〔临床表现与诊断〕

（1）上尺桡关节　①自觉桡侧前臂隐痛不适。②平举端物无力，握力稍低，前臂旋转时不适感增加。③无明显压痛。④X线照片对比健侧示桡骨小头略向后侧偏移。

（2）下尺桡关节　①自觉平举钝痛无力，前臂旋转受限或疼痛加重，伴有响声。②下尺桡关节处掌背侧轻微压痛。③按压尺骨小头有浮动感。④X线照片对比健侧示尺骨小头略向掌侧偏移。

〔治疗〕

包括上尺桡关节和下尺桡关节紊乱的治疗。

手法

（1）上尺桡关节紊乱　患者正坐，术者面对患者而立，用右手（以左侧为例）握住患肢肘关节后侧，拇指按压在桡骨小头后外侧，左手握腕，作肘关节屈伸活动。当觉无阻力时快速过伸肘关节，同时右手拇指向掌尺侧方向推压桡骨小头，闻响声并指下有

微动感，即示复位。

（2）下尺桡关节紊乱　患者正坐，术者右手握住患肢腕关节的臂侧，左手握手摇腕，然后两手持续用力（用相反方向力）牵引拔伸，同时左手旋后，右手旋前，右手拇指向上拧动尺骨小头，偏移复平，即示复位成功。

〔注意事项〕

（1）复位后，用弹力绷带包扎患处二周，并用三角巾悬吊胸前。

（2）复位后不可作前臂大的旋转活动。

（3）去除固定后，用护肘或护腕保护患处四周左右。

9.腕间关节紊乱症

提　要

- 导致本病的原因多为钝性物体直接压轧
- 临床少见，极易漏诊漏治

腕间关节由八块腕骨互相接触构成。腕间关节紊乱症系指腕间关节间相互接触的关节面的位置发生错乱或微小移动，临床少见，极易漏诊漏治。

〔病因病理〕

多由直接外力所致，如跌倒时手置中立位，被胶轮车、纸捆包装物等压轧或被脚踩等。这些直接刺激可导致腕背侧韧带撕裂，使腕间关节不稳定，发生紊乱。

〔临床表现与诊断〕

由于本病为直接外力所致，伤后全手肿胀，疼痛明显，一般无法直接诊断关节紊乱症之有无。临床上排除腕骨骨折和腕间关节脱位后，均应考虑有可能是关节紊乱症。如有上述病因，但患者全手肿胀完全消退，而活动受限，痛感明显，多属本病急性期漏诊患者。

〔治疗〕

如有上述病因，但无骨折与脱位，均应按关节紊乱症进行手法复位，以防漏诊漏治。

手法　患者坐位，两助手分别握住腕上部与指掌关节处作对抗牵引拔伸。术者用两手拇指按压在患手背侧，余指托住掌心，在疼痛重的关节间隙上逐个推压和上下活动，使关节复位。

〔注意事项〕

（1）复位后的腕间关节，疼痛明显减轻。

（2）复位后，用硬纸板剪成合体形状，置于掌背两侧，内垫棉垫、外用绷带包扎固定。固定约三周左右。

10.膝关节紊乱症

提　要

·膝关节紊乱症多由半月板损伤影响膝关节活动所致

膝关节紊乱症　是指半月板与股骨髁和胫骨平台之间关系不正常，影响膝关节功能活动而言。从其解剖结构看，正常膝关节因外力而致功能障碍者，除半月板外，其它损伤则很少见。临床常见的半月板破裂，如盘状半月板过度活动性半月板、半月板移位等，均可引起膝关节功能障碍。故本病又称膝关节交锁或膝关节错缝。

〔病因病理〕

本病一般发生于膝关节处于半屈曲位时单足着地，上身扭转，股骨髁骑跨于半月板的横脊之上。如篮、足、排球运动员或骑自行车跌倒时，可将半月板挤坏或将半月板推向关节后方形成移位。若半月板平素就存在盘性或过度活动现象，遇有类似损伤，更易发病。

〔临床表现与诊断〕

（1）常有明显的外伤史。

（2）患者有膝关节屈伸功能障碍，伸达20°—30°，屈达80°—90°。

（3）在膝关节的髌韧带两侧和膝关节后方可存在压痛点。

（4）轻者无明显肿胀，重者肿胀严重。

（5）X线照片常无异常现象。

〔鉴别诊断〕

临床应与半月板损伤、半月板囊肿、盘状半月板及关节内游离体相鉴别。

〔治疗〕

膝关节紊乱症的治疗常在无麻下进行。

手法　患者常取卧位，术者立于患者面前，一手置于膝上，另手握住踝关节上部，在无痛范围内屈伸活动膝关节，待患者能主动配合活动时，突然屈曲膝关节至最大限度。在屈膝复位过程中，感到关节内有碾磨的涩滞音，即是复位的标志。屈膝时患者常感到剧痛，待疼痛缓解后即可将膝关节伸直。

〔注意事项〕

（1）本病手法复位后，一般不再复发。

（2）采用手法时宜在患者配合下进行。

（3）陈旧性损伤采用本法治疗同样有效。

11.上胫腓关节紊乱症

提　要

• 上胫腓关节紊乱症的治疗原则是稳定关节位置

上胫腓关节紊乱症，系指腓骨小头与胫骨构成的上胫腓关节发生的位置改变。上胫腓关节是一个微动关节，没有明显的杵与臼，完全依赖韧带维持稳定。腓骨上端有股二头肌附着。它的功用是配合下胫腓关节的开合。上胫腓关节紊乱症的治疗原则是稳定关节的位置。

〔病因病理〕

多为直接外力致伤，如打、砸、撞、挫腓骨的前方或后方，关节韧带因此断裂或松驰，关节失于稳定而致病。

〔临床表现与诊断〕

（1）小腿自觉沉胀不适，行走异样。

（2）伤后局部肿胀，有较为明显的压痛。腓骨小头有移动感。

（3）部分病人出现小腿前外侧麻木。这是由于腓骨小头刺激腓总神经所致。

（4）在足背伸和外翻时有不能自由感。

（5）X线照片常无异常发现。

〔治疗〕

以稳定关节位置为原则。手法复位实际是稳定关节的正常位置。

手法　患者仰卧，屈髋屈膝。术者立于患侧，左手拇指从后侧扣住腓骨小头，余四指握住胫骨前方；右手握踝作膝关节屈伸旋转数下，后作屈膝小腿内收伸直动作，同时左拇指将腓骨小头拨动向前，指下有弹动感，示已复位。

〔注意事项〕

（1）位置复好后，先在腓骨小头外侧用纱布平垫放好，避免压迫腓总神经，外敷硬纸板，后用布绷带平行包扎5—6圈，固定3—4周即可解除。

（2）嘱患者二周内不宜作小腿旋转活动。

12.距下关节紊乱症

提　要

·足过度的内翻与外翻是导致本病的主要病因。

距下关节紊乱症，亦称跟距关节紊乱症。它是指距骨下方与

跟骨上方构成的关节，因外力作用发生位置的细微变化，引起疼痛和功能障碍，且不能自行恢复而言。运动员和体力劳动者易患本病。

〔病因病理〕

由于距骨下方与跟骨上方形成的关节不够稳定，全赖相互间的韧带和与其有关的韧带维持稳定。一旦遭受较大外力，如足过度内翻或外翻时，即可导致本病。

〔临床表现与诊断〕

（1）有明显的足内翻或外翻史。

（2）伤后患侧足跟不敢着地负重。

（3）在内踝后下方及外踝后方有压痛。

（4）局部肿胀或不明显。

（5）足内翻，外翻或足跟叩击试验时可引起疼痛。

〔鉴别诊断〕

（1）距下关节全脱位　在内踝后下方及外踝后方有明显的骨性突起，X线照片可见跟距关节的位置有改变。

（2）距下关节半脱位　局部有骨性突起，畸形不明显，与健侧比较才能发现异常。

〔治疗〕

手法　患者侧卧，患肢在上伸直，健侧膝关节屈曲90°。一助手用双手固定患肢踝关节上部。术者一手握前足，另手握足跟向远端用力牵引。足内翻受伤者，在牵引的同时用双手拇指由外向内推距骨，余指由内向外拉跟骨，同时用力作内、外翻活动，即可复位。足外翻受伤者，复位手法与此相反。

〔注意事项〕

（1）复位后应检查是否成功。复位的标志是：复位后立即让患者下床用患肢负重试验，疼痛大减或无痛即是复位。

（2）新伤复位后，一般不需固定，只在一周内限制负重即

可。陈伤者，复位后用硬纸板按局部剪成适应体形的一块，由跟骨后方抱两踝固定之，并在纸板下平垫两个厚纱布放在距下关节的内外上，以防再错缝。

13.跟骰关节紊乱症

提　要

·跟骰关节紊乱症应与踝关节软组织损伤相鉴别

跟骰关节紊乱症，是指跟骨远端与骰骨近端构成的关节因外力作用发生微小的位置改变，引起疼痛和功能障碍且不能自行复位而言。跟骰关节紊乱症临床较为常见。

〔病因病理〕

多因足前段外侧内翻内旋着地，地面反冲外力与自身重力集中于跟骰关节部位所致，如高处坠下，跳高、跳远、打球、下楼梯登空等，可将跟骰关节背侧韧带撕裂或拉松，以致关节不稳而引起关节的轻微移动，即骰骨移向背侧而致本病。

〔临床表现与诊断〕

（1）患肢足外侧近踝处出现局限性肿胀，肿胀根底界限清楚，压之张力较大。

（2）局部压痛明显。

（3）足前段不敢负重，在作足的内翻内旋试验时，可引起跟骰关节疼痛。

〔鉴别诊断〕

要与踝部软组织损伤相鉴别。踝部软组织损伤者，肿胀与压痛部位在外踝稍前方及下方及内踝前方，只此一点即可鉴别。

〔治疗〕

手法　患者坐、卧位均可，一助手固定患肢踝关节上部。术者一手握住足前部，强作患足的内翻内旋，另手拇指压在骰骨的外上方，用力下按，边按边摇晃前足，两手配合用力即可复

位。

〔注意事项〕

（1）复位后应检查复位是否成功。复位标志：复位后令患者下床，用患足前部负重，如疼痛减轻或不疼痛即是复位。

（2）复位后，在骶骨背侧放一个2cm厚的纱布小平垫，用胶布粘牢，外盖硬纸板一块，用纱布绷带绕足4—5圈包扎固定。二周拆除。

（3）复位后三周嘱患者不得负重行走。

（三）关节脱位

关节脱位系指因外力或其它原因，使正常骨端关节面之间的解剖关系发生分离移位，而不能自行复位者。历代医家所谓出臼、骨出、关节闪脱、脱臼、脱骱、脱髎、骱失、出巢、骨错、骨突出等，均指脱位而言。它多发生在人体活动范围较大的关节，临床以肩、肘、髋及颞颌关节较为常见。

关节，或称可动关节，是由两个或两个以上骨端受关节囊、韧带联系构成。每个关节都有关节面、关节囊和关节腔三种基本结构，有的关节尚有滑液囊、关节内韧带、软骨盘等辅助结构，用以增加关节的稳定性和关节的活动功能。

全身共有可动关节295个（至成人已融为一体的关节不计在内）。按运动轴的数目和关节面的形状，可分为：①单轴关节，如车轴关节、滑车关节（屈戌关节）、蜗状关节；②双轴关节，如椭圆关节、鞍状关节；③多轴关节，如球窝关节、杵臼关节和平面关节。

〔病因病理〕

关节脱位多由跌仆、挤压、扭转、冲撞、坠堕等外来暴力所致，或因病变而引起。脱位的原因，常与关节的形态、稳定程度、韧带的强度和肌肉的发育情况有关。

〔分类〕

关节脱位就其病因可分为外伤性脱位、病理性脱位和先天性脱位；按脱位的程度可分为完全脱位、不全脱位、单纯脱位和复杂脱位；就其脱位的时间可分为新鲜性脱位、陈旧性脱位和习惯性脱位；按脱位的方向分为前脱位、后脱位、上脱位、下脱位及中心性脱位；按脱位关节是否有创口与外界相通分为开放性脱位和闭合性脱位。

〔临床表现〕

（1）新鲜外伤性关节脱位　①肿胀、疼痛、压痛和功能障碍。②受伤关节可出现不同程度的畸形。③受伤的肢体常处于特殊的异常位置，如髋关节后脱位时下肢内收内旋等。

（2）陈旧性关节脱位　陈旧性关节脱位指新鲜脱位未得到及时治疗，延迟至二周以上者，称为陈旧性脱位。通常已无肿胀和疼痛，有的已有一定的代偿性活动，但每种脱位特有的畸形等依然存在。如果时间较长，患肢可出现肌肉萎缩、挛缩。

〔诊断〕

（1）伤肢根据脱位的不同方向可出现缩短或伸长，关节侧方或前后增宽，呈空虚状。

（2）关节功能丧失，肢体畸形姿式不能改变，呈弹性固定。

（3）X线照片可明确脱位的方向、程度和是否合并骨折。

（4）结合临床表现不难诊断。

〔治疗〕

（1）要争取时间，早期整复，复位愈早愈好。

（2）一般应在麻醉后进行整复。

（3）根据脱位关节的特点，选用适当手法进行整复，切忌粗暴。

〔注意事项〕

（1）关节复位后，适当限制受伤关节的活动，以利关节囊

修复，防止重复关节脱位的机制造成再脱位。一般约固定2—3周。

（2）关节脱位整复后，尽量早期开始锻炼是功能恢复的关键。

（3）对于陈旧性脱位，手法整复时，操作须细致。一般先缓解筋肉挛缩，松解关节粘连，使关节有一定的活动度，在无痛的情况下，进行整复。

1.颞颌关节脱位

提　要

- 张口过大是导致本病的主要原因
- 口被弹性固定于半开口状态是本病的诊断要点
- 压按法是治疗本病的基本手法

颞颌关节脱位亦称下颌关节脱位，古称“失欠颊车”、“落下颏”、“吊下巴”、“脱颏”、“颌颏脱下”等。

颞颌关节由下颌骨的一对髁状突与颞骨的颞颌关节窝构成。颞颌关节由于表浅，关节囊大，活动范围较广泛，稳定性差，所以易造成脱位。临床有单侧脱位和双侧脱位两种。

〔病因病理〕

颞颌关节脱位，多因间接外力引起，主要是开口过大，如张口大笑、打呵欠、拔牙、治喉病、咬大块食物等。若张口时外力直接打击下颌部，亦可发生颞颌关节脱位。颞颌关节脱位主要是下颌骨的髁状突越过颞骨的关节结节最高点，交锁于颧弓下而形成。新鲜脱位复位后过早活动，容易复发，导致习惯性脱位。

〔临床表现〕

（1）口呈半开合状态，下颌活动受限，语言不清，咬食不使，流涎。

（2）双侧脱位表现为　下颌骨下垂，移向前方，咬肌痉

挛，双侧颧弓下可触及髁状突，耳屏前方可触及一凹陷。

（3）单侧脱位表现为 口角歪斜，颊部向健侧倾斜，感觉不到颞颌关节运动，患侧颧弓下可触及髁状突，耳屏前可触及一凹陷。

〔鉴别诊断〕

颞颌关节脱位要与下颌骨折及下颌髁状突骨折相鉴别。

（1）外伤史不同。

（2）下颌骨骨折伴有齿床断裂，牙齿不齐，牙龈出血。

（3）下颌髁状突骨折，下颌骨向下移但不向前突出，反向后退缩。

〔治疗〕

颞颌关节脱位的整复一般在无麻醉情况下进行。肌肉紧张者，可针刺颊车、下关、合谷等穴位，或用1%—2%普鲁卡因2—3 ml注射颞颌关节内。

手法 颞颌关节脱位的整复手法分口内复位法和口外复位法。

（1）口内复位法 病人取坐位，术者站于患者前，助手站于患者后，双手固定患者头部。术者用消毒纱布包裹双拇指。将双拇指伸入患者口中按在第1—2磨牙上（下颌臼齿上），其它手指在口外紧握下颌骨体。两拇指往下按，力量由轻渐渐加重，其余手指将颏部缓慢向后上推送，听到入臼声，即已复位（图5-3）。



图5-2 口内复位法

（2）口外复位法　患者与助手的体位及姿式同前。术者站于患者前，两拇指分别放在患者口外的两侧下颌骨髁状突前下关穴位置，其它四指托住两侧下颌角，然后两拇指先用力按压下关穴，再向后推脱位的髁状突，同时让患者开合其口，听到入臼声，即示复位（图5-4）

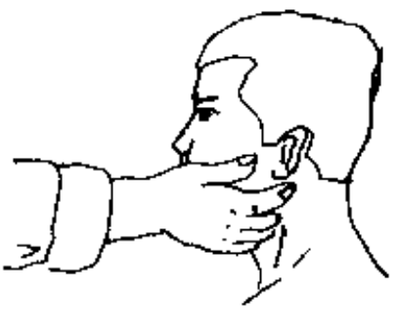


图5-3　口外复位法

〔注意事项〕

（1）复位后应检查是否成功，如下列情况者为复位成功，即：①口闭合，下颌倾斜矫正，上下齿列对齐；②颏部前突消失，耳屏前触诊无凹陷。否则为尚未复位。

（2）单侧、双侧或习惯性颞颌关节脱位均可应用上述手法。单侧脱位在患侧施用手法即可。

（3）复位后应用四头带或普通绷带固定3—5天，固定不宜过紧，以口张开不超过1cm为度。习惯性脱位固定时间适当延长。

（4）固定期间嘱患者作咬合动作，但不能用力张口或过早去除固定、嚼食。

（5）固定期间嘱患者食流质或半流质食物，禁食硬物。

〔附〕颞颌关节脱位其它整复手法介绍

（1）口腔外整复法　是用与口内相同的手法，在口腔外进行复位。患者正坐，头抵于墙或由助手固定。医者站于患者前方，双手拇指分别置于两侧下颌体与下颌支前缘交界处，其余四

指托住下颌体。双手拇指由轻而重向下按压下颌骨同时向后推送，余指托住下颌骨向上端提，听到入臼声响，脱位即整复。此法适用于年老牙齿松动或脱落的患者及习惯性脱位患者。

（2）软木垫整复法　适用于陈旧性颞颌关节脱位患者。整复时，先在患者臼齿嚼面垫一软木，然后徐徐上抬颏部，应用杠杆作用，可将髁状突向后下方牵拉滑至下颌窝内。

（3）颞颌关节后脱位整复法　由于病人不能开口，适用口外复位法。患者取坐位，一助手立于患者背后，用两手固定其头。术者面对患者，用两手拇指放在口外相当于口内复位法的部位，向下按压下颌骨，余指由两侧下颌角的后方向前扳拉下颌骨，使髁状突由后向前滑入关节窝内。患者张口自如，即示已经复位。

2.肩关节脱位

提　要

- 肩关节生理上的不稳定性是肩关节容易发生脱位的主要因素
- 方肩畸形及搭肩试验阳性是肩关节脱位的诊断要点
- 轻度外展、持续牵引、极度外旋、内收内旋是复位手法的关键步骤

肩关节脱位亦称肩肱关节脱位。古称肩胛骨出、髃骨髂失或肩骨脱臼，是指因外力或其它原因使肩关节失去正常的解剖位置。

肩关节是人体最灵活的关节。关节盂浅而小，肱骨头圆而大，关节囊和韧带薄弱而松弛，其关节结构最不稳定。尤其关节囊的下方缺少坚强韧带和肌肉保护。因此，肩关节生理上的不稳定性是肩关节容易发生脱位的主要因素。肩关节脱位时，尤以前脱位最为常见。

〔病因病理〕

肩关节脱位，多由直接或间接暴力所致。直接暴力引起者少

见。跌倒时手或肘着地，或上肢外展外旋位着地，肩关节外旋（手掌固定于地面时身体内旋）等引起。常可造成喙突下、盂下或锁骨下脱位，多发生于18—25岁青年，老年人也较常见。

〔临床表现〕

（1）患肩肿胀、疼痛、功能障碍。

（2）患肩呈方肩畸形，患臂弹性固定于微外展位。

（3）在喙突下、腋窝内或锁骨下可触及肱骨头。

〔诊断〕

（1）有明显的外伤史或习惯性肩关节脱位史。

（2）肩部失去膨隆丰满的外形，肩峰明显突出，下部空虚，形成“方肩”畸形。

（3）搭肩试验阳性。患侧手不能触及对侧肩头，或能摸到但肘部不能紧贴胸壁者，均为阳性。

（4）直尺试验阳性。直尺两端能同时接触肩峰与肱骨外上髁者为阳性。

（5）*X*线照片能确定脱位类型。

结合临床表现不难诊断。

〔治疗〕

未超过三周的肩关节脱位为新鲜性肩关节脱位。超过三周者为陈旧性肩关节脱位。新鲜性肩关节脱位应尽早诊断，及时治疗。一般整复时不需麻醉药物，如患者身体虚弱或伤后时间较久，可用2%普鲁卡因20—30ml注入关节腔内，局部浸润15分钟后麻醉发挥效能再行整复。手法应温柔和缓，防止粗暴。

手法　新鲜性肩关节脱位的整复手法包括拔伸足蹬法和椅背整复法。

（1）拔伸足蹬法　患者仰卧于床上，术者立于患侧，面对患者头部，双手握住患肢腕部，并用近于患侧的一足抵于患侧腋窝内，即右肩关节脱位用右足，左侧用左足。在肩外旋稍外展位

置沿患肢纵轴方向用力缓缓拔伸牵引。继而徐徐将患肢内收内旋，利用足跟为支点的杠杆作用，将肱骨头挤入关节盂内。当有入臼声响，复位即告成功（图5-5）。

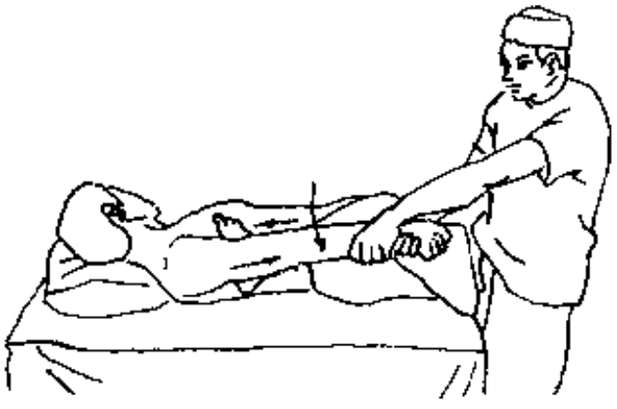


图5-4 拔伸足蹬法

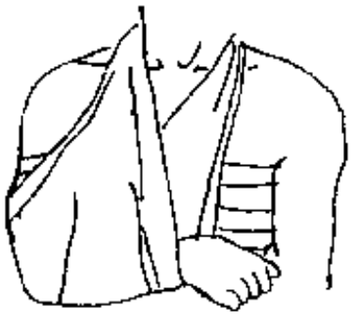


图5-5 肩关节脱位整复后固定法

（2）椅背整复法 患者坐于靠背椅上，患肢放于椅背外，腋胁紧靠椅背，腋部用衣服或大卷脱脂棉垫住，防止该部损伤。助手一人挟住患者和椅背，术者握住患肢，先外展外旋拔伸牵引，后再慢慢内收，并把患肢下垂，同时内收内旋使之复位。

〔注意事项〕

（1）复位后应检查是否成功，有下列情况者为复位成功，即：①患者患肢屈肘90°，手掌搭于健肩，其肘部能与胸壁接触。②肩部外形丰满圆隆，双肩对称。③X线照片证实已经复位。

（2）复位后应用绷带固定，三角巾悬吊。即将患肢屈肘90°，前壁横行依附在胸前壁，用纱布棉垫放于腋下和肘内侧，以保护皮肤。将上臂用绷带固定于胸壁，前臂用三角巾悬吊于胸前。一般固定需2—3周（图5-6）。

（3）固定初期鼓励患者练习腕部和手部活动，一周后上臂绷带固定解除，仅悬吊前臂作肩关节屈伸活动练习。二至三周解除固定后，逐步作肩关节各方向的主动活动锻炼。

〔附〕肩关节脱位其它整复手法介绍

（1）拔伸托入法　患者正坐。术者立于患肩外侧，以两手拇指压住其肩峰，其余四指插入腋窝把住肱骨内侧上端。一助手站于患者健肩后，两手斜向环抱固定患者；另一助手握住患肢外展外旋，由轻到重地向前外方向拔伸牵引。此时，术者则用双手将肱骨头向外上方提托。在持续牵引下，助手逐渐将患肢内收内旋，肩关节脱位即可回复。

（2）牵引回旋法　患者取坐位或卧位。以右肩关节脱位为例，术者立于患侧，用右手持住患肢肘部，左手握住手腕。屈肘，右手沿右上臂纵轴向外下方牵引，同时外展外旋上臂，在上臂外旋牵引位下，逐渐内收其肘部，使肘部接近躯体中线，在上臂高度内收下，迅速内旋上臂，使右手触及左肩。闻及入臼声，即示已经复位。此法应力较大，肱骨外科颈受到相当大的扭转力。因此，此法多在其它手法复位失败后选用，但操作宜轻柔稳重并且谨慎，若用力过猛，可引起肱骨外科颈骨折。对骨质疏松的老年患者尤其注意。

（3）重力牵引法　患者俯卧，先给患者较大剂量的镇痛剂，在患侧锁骨下方放一沙袋，让手臂悬垂在床边。镇痛剂使肌肉松弛，随着重力的牵引，在一小时内肩关节可自行复位。使用本法复位而失败者，可用全麻。

（4）肩关节后脱位整复手法　以右侧为例。患者侧卧，患在上。一助手立于患者头侧，用中单通过患侧腋下，向健侧外上方牵引右侧胸臂。另一助手站于足侧，用双手持患腕向下牵引并内旋其患肢。术者立于患者背侧外方，用双手环抱肩关节后侧，以两拇指将脱位的肱骨头，向前外侧推送，可听到复位声响。

（5）陈旧性肩关节脱位　陈旧性肩关节脱位的手法整复仅适用于脱位约一个月的患者。对年轻体壮患者在三个月以内的，亦可试行整复，但手法须轻、柔、稳不可粗暴。如手法整复失

败，应改手术切开整复。

陈旧性脱位，其关节附近有大量积血粘连，必须在麻醉下，才能充分剥离粘连，缓解肌肉紧张。通常复位前，先作肩外展牵引一周左右，成年人用尺骨鹰嘴牵引，儿童选用皮肤牵引。同时可配合中药熏洗和手法按摩。其后在麻醉下，持续有力地被动活动肩关节，以松解粘连和关节挛缩，1—2小时后，活动范围增大，肱骨头部有望远镜式伸缩活动后，便可采用手法整复。陈旧性肩关节脱位可采用新鲜性肩关节脱位整复手法和卧位杠杆整复法。

手法（卧位杠杆整复法）　患者仰卧（在麻醉下），选助手三人，一助手用宽布带套住患者胸部向健侧牵引；另一助手扶住竖立在手术台旁的木棍；第三助手牵引患肢，外展到120°左右。术者双手抱住肱骨上端，三个助手同时用力后，令第三助手牵引患臂徐徐内收，利用木棍为杠杆的支点迫使肱骨头复位。在复位过程中各方面用力要适当，动作要缓慢，避免发生外科颈骨折等合并症。其它手法复位失败时，再选用本法。

3.肘关节脱位

提　要

·前臂旋后、肘关节过度后伸、手掌着地、间接暴力是导致本病的机理

·肱骨内外髁与尺骨鹰嘴三点骨性标志关系紊乱，肘关节前可触及肱骨下端是诊断的主要依据

·前臂与上臂对抗牵引下，屈曲肘关节是整复的关键

肘关节脱位，系指肱尺关节（由肱骨下端的内侧滑车关节面与尺骨上端的半月切迹所构成）、肱桡关节（由肱骨下端的外侧肱骨小头与桡骨上端的桡骨头构成）、上尺桡关节（由尺骨上端外侧的尺骨桡切迹与桡骨头构成）等三个关节发生分离移位面

言，古称曲脉骱脱骱、肘骨出臼、臂骱落出、胖膊伤、手脱轮等。

肘关节是由肱尺、肱桡和上尺桡三个关节共同构成，共处于一个关节囊内，后方较前方薄弱，两侧有桡侧和尺侧副韧带增强，桡骨小头周围有环状韧带，前方有肱二头肌、肱肌，后方无肌肉覆盖。故肘关节脱位以后脱位多见。

〔病因病理〕

肘关节脱位最常见，在全身各大关节脱位中占1/2左右，任何年龄均可发生，多见于青壮年，老年与儿童少见。它多因间接的传导外力而致。如跌倒时，上肢处于外展位前臂旋后手掌触地，肘关节处于过度伸直位，鹰嘴尖端撞击于肱骨下端鹰嘴窝，将肘后关节囊撕裂。同时，止于喙突上的肱前肌及肘关节囊的前壁撕裂，在关节前方没有任何软组织阻止的情况下，肱骨下端继续前移，尺骨鹰嘴向后突，形成了肘关节后脱位。

〔临床表现〕

（1）肘关节肿胀疼痛，屈伸功能受限，肘关节弹性固定于约135°微屈位，患者常用健侧手托住患侧前臂。

（2）肘关节畸形，肘关节前可触及肱骨下端，肘关节后可触及突出的尺骨鹰嘴。

〔诊断〕

（1）有典型的外伤史，如跌倒时，肘关节伸直，手掌撑地。

（2）肘窝前丰满，前后径增宽，左右径正常，上臂与前臂比例失常。

（3）肘后三角（肱骨内外髁与尺骨鹰嘴三点连线）关系紊乱，屈伸活动时无骨擦音而呈弹性固定感。

（4）*X*线照片可确定脱位的类型。

结合临床表现容易诊断。

〔治疗〕

新鲜性肘关节脱位病史短（24小时内）者，通常无需醉麻。一般患者应在针麻、局部或臂丛神经阻滞麻醉下进行手法整复。

手法　新鲜肘关节后脱位的整复手法包括拔伸屈肘法和膝顶拔伸法。

（1）拔伸屈肘法　患者仰卧位或坐位，两助手分别持住前臂和上臂进行对抗牵引。侧方移位者，术者应先矫正侧方移位，而后一手握患上臂的下端，另一手握前臂，双手用力，在牵引下屈曲肘关节，一般屈曲达60°—70°时，关节即能自行复位。

（2）膝顶拔伸法　患者取端坐位，术者立于患者前面，一手握其前臂，另手握住腕部，同时以一足踏于凳面上，以膝顶于患肢肘窝内，沿前臂纵轴方向用力拔伸牵引。有入臼感后，逐渐屈肘，患肢手指可触及同侧肩部即为复位成功（图5-7）。

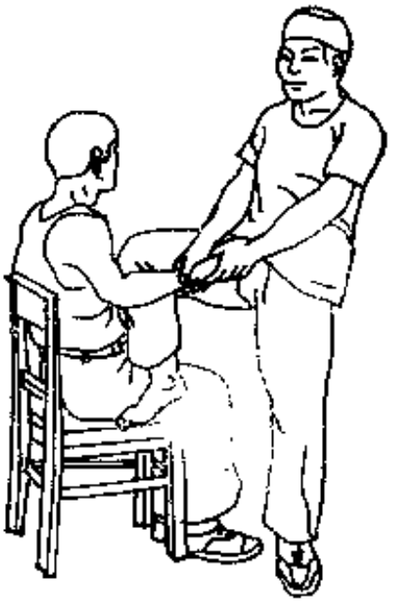


图5-6　膝顶拔伸法

〔注意事项〕

（1）复位后应检查肘后三角关系是否正常，复查X光片确定复位成功。

（2）复位后，用绷带或直角托板（长臂石膏托亦可）固定患肢于屈肘90°位，并用三角巾悬吊患肢于胸前。7—10天后改换单纯三角巾悬吊。

（3）改换三角巾悬吊后，开始练习自主活动，切忌粗暴的被动活动。2—3周后去固定，练习主动的屈肘活动，伸肘功能由前臂下垂的重力及提物等逐步恢复。

〔附〕肘关节脱位其它整复手法介绍

（1）盘腰复位法　患者坐位，患肩前伸90°，术者以背向患者前面（右侧为例），用左手握住患侧手腕，右手掌根放于患侧肘后的鹰嘴突上，将患肘肘窝置于术者股骨粗隆部上方。嘱患者配合，乘其不备，突然用力以右手由后向前推送鹰嘴突，用左手向前牵拉前臂的同时向左扭身，屈患肘，见畸形消失，即示复位（图5-8）。



图5-7　盘腰复位法



图5-8　压提复位法

（2）压提复位法　患者取坐位，外展肩关节90°，屈曲肘关节90°，置患肘于桌上。术者立于患者背后，用与患肢同侧手，握住患侧手，同侧肘后压于患肘肱骨下端的前方。嘱患者配合后突然用力以手向上提拉患肢前臂，同时用肘下压后推患侧肱骨下端，屈曲患肘，听到入臼声，即示复位（图5-9）。

（3）肘关节前脱位复位法　肘关节前脱位临床少见，复位时应将肘关节呈高度屈曲位进行。一助手牵拉上臂，术者握前臂，另用一布带套在前臂上端掌侧。两头栓结于术者腰部，在肘关节屈曲位，术者弓腰牵引尺桡骨上端向下的同时，推前臂向后，脱位即可整复。

（4）陈旧性肘关节脱位复位法　肘关节脱位超过2—3周，由于血肿机化，筋腱的粘连和挛缩，而造成复位困难。对于不合并骨折、骨化性肌炎的单纯性后脱位，可试行手法复位。在臂丛麻醉下首先进行舒筋按摩，即在持续牵引下慢慢摇晃肘关节，前后伸屈，内外旋转，左右摇摆，相互交替。活动范围由小渐大，不可操之过急。随着活动范围增大，肘关节周围的纤维粘连和瘢痕组织即逐渐解脱，长期挛缩的肱二头肌亦伸展延长。肘关节相当松动后，始可进行整复。在整复前应加强牵引力量。经X光透视，证实桡骨头和肱骨小头已无重迭，尺骨喙突也牵下到达滑车的边缘后始可复位。复位时先用一条宽布袋绕过肱骨下端的前面，布带两头栓结在术者腰后，术者用两手把住肘关节，两拇指紧紧顶住鹰嘴突，两手的其它四指放在布带的外面，把住肱骨下端。一助手固定上臂，另一助手立于高凳上牵引前臂。一切准备妥当后，术者统一指挥，在两助手的牵引下，先稍过伸肘关节面后慢慢屈曲。此时术者微微弓腰，扯紧布带，顶住鹰嘴突的两拇指用力向下、向前推，把住肱骨下端的其余手指往后拉。在这样上下对抗牵引，前后对抗推拉的作用下，在慢慢的将肘关节屈曲到90°的过程中，鹰嘴向后突出的畸形消失，肘关节外形恢复正常，即示脱位整复。

4.桡骨小头半脱位

提　要

- 肘关节被动牵拉是导致本病的主要原因
- 屈曲肘关节同时前臂旋后是整复的基本方法

桡骨小头半脱位多发生于四岁以下的幼儿。又称“牵拉肘”，俗称“肘错环”、“肘脱环”，是临床常见的小儿肘部损伤。

桡骨小头在幼儿期发育尚不完全，头与颈的直径几乎相等，环状韧带松弛，外力作用下容易发生半脱位。

〔病因病理〕

多因幼儿在肘关节伸直时，腕部受到牵拉所致。如走路欲倒或穿衣时，腕部被家长握住，肘部突然受到牵拉力，桡骨小头被环状韧带卡住，有时部分环状韧带夹在肱桡关节之间而发生本病。

〔临床表现与诊断〕

（1）患儿肘关节有受牵拉史。

（2）幼儿哭闹，不肯举手，肘关节不敢屈曲。

（3）前臂旋前，桡骨小头部位有明显压痛。

（4）局部无明显肿胀与畸形。

（5）X线照片没有诊断价值。

〔治疗〕

桡骨小头半脱位在无麻下进行整复。

手法　家长抱患儿正坐，术者与患儿相对。若患肢为右侧，术者用右手握住患儿前臂，左手拇指放在桡骨头外侧，先慢慢将前臂旋后，一般半脱位在旋后过程中即可复位。若不能复位，则右手稍加压于桡骨头处，然后屈曲肘关节，常可听或感觉到轻微的入臼声。或可屈肘90°向旋后方向旋转前臂，也可复位（图5-10）。



图5-9　桡骨小头半脱位整复方法

〔注意事项〕

（1）复位后，患儿肘部疼痛消失，能自由上举取物，说明复位成功。

（2）一般不需固定，但复位后避免牵拉患肢。

5.掌指和指间关节脱位

提　要

- 掌指和指间关节的解剖特点导致脱位远端易向背侧移位
- 顺势拔伸牵引下矫正畸形是手法复位的指导思想

掌指和指间关节脱位是指构成其关节的解剖位置关系失去正常而言。掌指关节由各掌骨头与近节指骨基底构成。指间关节由指骨头与邻近指骨基底构成，存在于各节指骨之间。掌指和指间关节多为马鞍状，头大，凹浅，易向背侧移位。

〔病因病理〕

掌指关节脱位多因指端受外来暴力使掌指关节过伸所致。如蓝球、排球运动员手指端触球过猛时，掌指关节极度背伸，掌侧关节囊破裂，掌骨头穿过关节囊裂口脱向掌侧皮下，近节指骨基底向背侧移位。

指间关节脱位的发生原理与病理变化基本同于掌指关节脱位的病因病理。

〔临床表现与诊断〕

（1）受伤关节疼痛、肿胀、功能丧失。

（2）局部压痛并弹性固定，被动活动时痛剧。

（3）掌指关节呈过伸畸形；指间关节呈梭形畸形，同时伴有短缩突出等畸形。

（4）X线照片能明确诊断。

〔治疗〕

手法整复掌指和指间关节脱位可在无麻下或局部麻醉下进

行。

手法　患者正坐或仰卧．助手固定患侧腕部。术者一手拇、食二指牵拉伤指远端，先行顺势拔伸牵引，渐而拉向伸展位。另手握掌指关节，拇指推压指骨远端，矫正移位，然后向掌侧屈曲患指，即可复位。

〔注意事项〕

（1）复位后应复查X光片，以证实复位成功。

（2）复位后，用铝板压弯塑形或用绷带卷垫于掌侧关节与指间关节掌侧，固定患指于轻度屈曲位或对掌功能位1—2周。指间关节脱位整复后还可采用邻指胶布固定。

（3）早期除患指外可作其余关节的练功活动，去除固定后，可作受伤掌指或指间关节的主动屈伸活动，范围由小逐渐加大。

6.小儿髋关节半脱位

提　要

- 本病的病理目前还不十分清楚
- 本病应及时治疗

小儿髋关节半脱位，又称小儿髋关节假性脱位、小儿髋关节圆韧带嵌顿、小儿髋臼错缝等，临床较为常见。本病发生后．少数患者能自行恢复，但多数患者须借助手法复位方能治愈，否则会发生股骨头无菌性坏死。因此本病应及时治疗。本病多发于10岁以下的儿童。

〔病因病理〕

据临床表现，初步认为是由于下肢过度外展和内收而致伤。由于儿童期间骨骺发育不良，关节囊较松弛，当遭受牵拉外展性损伤或过度内收损伤，如滑倒、摔跤等，将股骨头自髋臼内拉出同时亦可伤及下肢的内收或外展肌群，伤后肌肉痉挛，挤压或牵

拉圆韧带而致供血不全，久之股骨头因缺血而坏死。

〔临床表现与诊断〕

（1）伤后髋关节疼痛，不敢作屈髋活动。

（2）两腿长短不齐，走路跛行，患侧不敢负重。

（3）两侧臀横纹及腹股沟不在同一水平位上，压痛点在患侧腹股沟中间部位。

（4）对损伤时间较长或平时有髋关节疼痛者，应拍X线片检查，排除其它疾病后，再行手法治疗。

〔治疗〕

手法　患儿仰卧，两手交叉枕于头下。一助手扶持两肘，勿令其由头下将手抽出，另助手立于健侧，一手压在健侧膝前，勿令屈膝翻身，一手压在髂前上棘部固定骨盆。术者立于患侧，一手握患肢踝上，一手握膝关节，先轻轻作屈髋屈膝试验，出现疼痛即不强屈，在无痛范围内作伸屈两关节活动，至患者肌肉放松并能主动配合活动时，突然将髋膝两关节屈至最大限度，停留一分钟。待疼痛稍有缓解，再作下步手法，作屈髋外展外旋患肢，然后患腿伸直。手法即告完毕。若患侧下肢长于健侧时，应内收内旋患肢，然后将患肢伸直。

〔注意事项〕

（1）复位后三天内避免患肢外展。

（2）如复位后明显好转，而后突然复发者，应嘱及时治疗。

（3）患病一个月以上者，应与固定，将两腿并拢，在膝关节上方用三角巾或布带缠绕3—4周。不使两腿分开。

7.髋关节脱位

髋关节脱位是指髋关节的正常解剖位置关系发生异常而言，古称“胯骨出”、“机枢错努”、“大腿根出臼”、“臀骸出”等。髋关节脱位占全身大关节脱位的第三位，多发于男性青壮

年。

髋关节由髋臼和股骨头构成，是一个典型的负重杵臼关节。股骨头处于深凹的髋臼内，关节囊的近端附着于髋臼缘，远端前方至股骨粗隆，后方附丽于股骨颈中，外1/3交界处。关节前后有很厚的肌肉包围，前面有坚强的髂股韧带，自髂前下棘向下至粗隆间，但后方则较薄弱。故易发生髋关节后脱位。

髋关节脱位根据发病时间的长短，可分为新鲜性脱位和陈旧性脱位，根据股骨头脱出的位置，可分为前脱位和后脱位。

髋关节后脱位

提　要

·髋关节屈曲90°，股骨干过度内收内旋是导致髋关节后脱位的病理机制

·患肢短缩且出现明显的屈曲内收内旋畸形是诊断髋关节后脱位的基本依据

·旋转法是整复髋关节后脱位的基本手法

髋关节后脱位是指脱出的股骨头位于髋臼的后方、髂骨部和坐骨结节部而言。

〔病因病理〕

髋关节后脱位多由杠杆作用或传达暴力等间接因素引起。各种原因导致髋关节屈曲90°时，如果过度的内收并内旋股骨干，则使股骨颈前缘紧抵髋臼前缘而形成杠杆的支点，此时来自腿或膝前方、腰背部的暴力，可使股骨头受到杠杆作用而冲破关节囊，脱出髋臼，造成后脱位。

〔临床表现〕

（1）伤肢髋部疼痛、肿胀、活动功能障碍，不能站立行走。

（2）患肢呈屈曲、内收内旋畸形并短缩畸形（图5-11）。



图5-10 髋关节后脱位内收内旋短缩畸形

（3）患者臀部膨隆，股骨大转子上移凸出，在髂前上棘与坐骨结节连线后上方可触及股骨头。

（4）患肢弹性固定于外展外旋位，不能主动活动。

〔诊断〕

（1）有相当严重且明确的外伤史。

（2）粘膝征阳性：伤则膝部靠在对侧大腿上。

（3）*X*线照片可确定脱位类型。

结合临床表现不难诊断。

〔鉴别诊断〕

髋关节后脱位临床应与股骨颈骨折相鉴别。

髋关节后脱位多发于青壮年，患肢出现屈曲、内收内旋及短缩畸形。这种畸形呈弹性固定，不能自行改变。

股骨颈骨折多发于老年人，患肢也同样出现内收内旋及短缩畸形，但这种畸形随着患肢体位的变化而变化，并存在异常活动，可闻及骨擦音。

〔治疗〕

髋关节后脱位的手法整复可在针麻或药物麻醉下进行。患者若耐受性强，且肌肉不太发达，思想不紧张，也可以不作麻醉。

手法　新鲜性髋关节后脱位的整复手法包括回旋法和屈髋拔伸法。

（1）回旋法　患者仰卧，助手用双手按压双侧髂嵴固定骨盆，术者立于患侧，一手握住患肢踝部，另一手以肘窝提托患者腘窝部，在向上提拉的基础上，将大腿内收内旋，髋关节极度屈曲，使膝部紧贴腹壁，然后将患肢外展外旋伸直。在此过程中，关节有入臼声者，即示复位成功。此法亦称划问号法（图5-12）。

（2）屈髋拔伸法　患者仰卧，助手用两手按压双侧髂嵴固

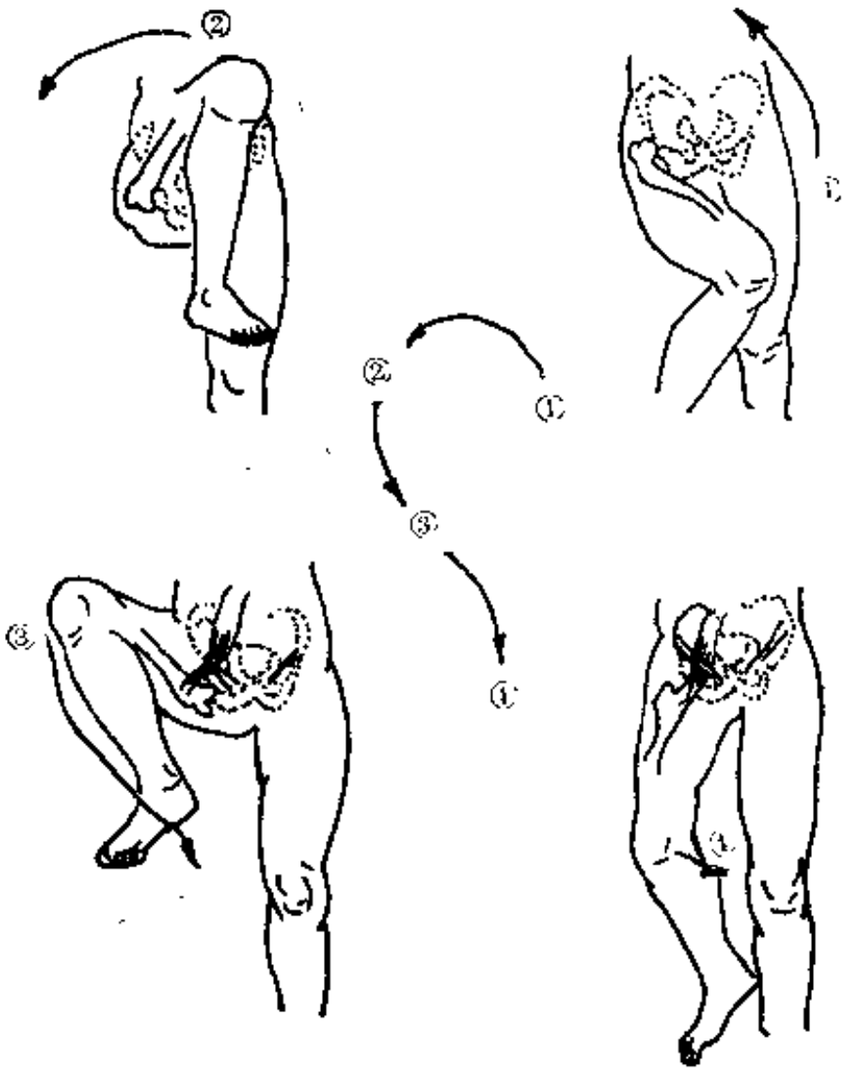


图5-11　回旋法

定骨盆。术者面向患者，骑跨于屈髋屈膝各90°的患肢上，用双前臂、肘窝部扣在患肢腘窝中，逐渐拔伸，使股骨头接近关节囊破裂口，在向上牵拉的同时，略将伤肢旋转，促使股骨头滑入髋臼。听到入臼声，将患肢伸直，即示复位成功（图5-13）。



图5-12 屈髋拔伸法

〔注意事项〕

（1）复位后若患者两下肢等长，臀部高突畸形消失，髋关节活动障碍消失且疼痛减轻，股骨大转子的顶点处于髂前上棘与坐骨结节的连线上，X线照片示股骨头已纳于髋臼中，股骨颈内缘和闭孔上缘的弧线恢复正常，说明复位已经成功。

（2）复位后，患肢外展30°—40°，用皮牵引维持，重量4—5 kg，牵引固定二周。

（3）牵引固定期间，应练习股四头肌的舒缩活动，解除固定后应逐步练习从扶拐练走、虚实换步、屈膝下蹲，最后进行分腿锻炼。

〔附〕髋关节后脱位其它整复手法介绍

（1）杠抬复位法：患者仰卧，一助手以双手分别放于患者腋下，向上牵引固定；另一助手牵患肢踝关节；第三个助手以双手按压患者双侧髂嵴，固定骨盆。术者面对患者立于患侧，用一根1.3m长的木棒（木棒中段用软物包垫），置于患肢膝下腘窝

处，过健侧膝前，将棒端放于对侧的相应高度的支点上（一般用椅背作支点）。在上下牵引时，术者一手托棒，一手扶住患膝，避免其内旋、内收，用棒将患膝抬起，一般拉到30—50cm高时，可感到患肢一弹动，亦可听到复位声响，即示复位成功。

（2）俯卧下垂法　患者上身俯卧于床缘，双下肢完全垂于床下，健侧下肢由助手扶持，保持伸直水平位；患肢下垂，助手用双手固定患者骨盆，术者一手握其踝关节上部，使膝关节屈曲90°，利用患肢的重量向下牵引。术者还可轻旋大腿，用另一手在靠近腘窝处向下加压（或用单侧膝部屈曲压在患者腘窝上），增加牵引力，使其复位（图5—14）。



图5-13　俯卧下垂法

髋关节前脱位

提　要

·髋关节外展外旋位时，间接暴力是导致髋关节前脱位的发病机制

·髋关节前脱位患肢可见典型的外展外旋畸形

·整复髋关节前脱位的基本手法与髋关节后脱位大致相同，固定与练功方法亦近似一致

髋关节前脱位是指脱出的股骨头位于耻骨梳部、髋臼前方和

闭孔部而言。

〔病因病理〕

（1）髋部因外力强度外展、外旋时，股骨大转子顶住髋臼后缘，股骨头因杠杆作用而被顶出髋臼，突破关节囊前方停留在髋臼前方或向上滑动，停留在耻骨梳外上方，形成髋关节前脱位。

（2）外来传导暴力使膝关节屈曲髋关节外展、外旋过伸时，沿肢体纵轴向上的传导外力冲击股骨头，致使股骨头突破关节囊，停留于耻骨部或闭孔部。

〔临床表现〕

（1）髋部肿胀、疼痛，有活动功能障碍，不能站立行走。

（2）患肢呈外展、外旋伸直或轻度屈曲畸形；内收、内旋患肢时，呈弹性固定。

（3）患肢较健侧增长，在腹股沟、会阴部或髋关节前方可触及膨隆的股骨头。

〔诊断〕

（1）有明显外伤史。

（2）粘膝征阴性：伤侧患膝不能靠在对侧大腿上。

（3）*X*线照片可以确定脱位的类型。

结合临床表现不难诊断。

〔治疗〕

整复前，应解除患者疼痛，可选择全麻、腰麻或硬膜外麻醉。若患者身体条件许可亦可在无麻下进行。

手法　髋关节前脱位的整复手法包括屈髋拔伸法和反回旋法。

（1）反回旋法　患者仰卧，助手用双手按住患者双侧髂岭固定骨盆，术者立于患侧，一手握住踝关节上部，另一手用肘窝

提托其胭窝部，在向上提拉的基础上，将大腿外展、外旋，然后屈髋屈膝，再内收内旋，最后伸直下放，即可复位。此法与后脱位的回旋整复法操作步骤相反，基本原理是一致的。

（2）屈髋拔伸法　患者仰卧，一助手按住患者双侧髂嵴固定骨盆，另一助手屈曲其膝关节并握住患肢小腿，在髋外展，外旋位渐渐向上拔伸牵引至屈髋90°位。与此同时，术者双手环抱患者大腿根部，将大腿根部向后外方按压，股骨头即可纳入髋臼。

〔注意事项〕

髋关节前脱位复位后在皮肤牵引时，必须维持在内收、内旋伸直位，避免患肢外展。其余注意事项与髋关节后脱位同。

〔附〕陈旧性髋关节脱位手法整复要求

陈旧性髋关节脱位以后脱位常见。整复陈旧性髋关节脱位要严格选择病例，凡适应手法整复者，先行胫骨结节骨牵引一周左右，克服肌肉、关节囊、韧带和其他软组织的挛缩。待股骨头逐渐拉至髋臼平面以下时，在麻醉下先行髋关节各方向的摇转、扳拉等手法，以松解股骨头与周围软组织所形成的瘢痕与粘连。然后按新鲜髋关节脱位的整复方法予以整复。手法切忌粗暴，要稳健。复位后处理与髋关节新鲜脱位同。陈旧性髋关节脱位手法整复失败者，应行手术治疗。

8.跖趾关节及趾间关节脱位

提　要

- 外力使足趾过伸是导致跖趾和趾间关节脱位的发病机制
- 跖趾关节及趾间关节脱位的手法整复应顺势牵引、推提跖屈

跖骨头与近节趾骨构成的关节发生分离者，称跖趾关节脱位，临床以第一跖趾关节脱位多见。跖骨与趾骨之间的关节发生分离者，称趾间关节脱位，多发于小趾与踇趾。

〔病因病理〕

跖趾关节及趾间关节脱位多由导致足趾过伸的直接或间接暴力引起。如足趾踢碰硬物，由高坠下、跳高、跳远时足趾先着地而引起。其机理多由于外力迫使跖趾关节过伸，近节趾骨基底脱于跖骨头背侧所致。趾间关节脱位亦多见远节趾骨向背侧移位。若侧副韧带撕断，则可向侧方移位。

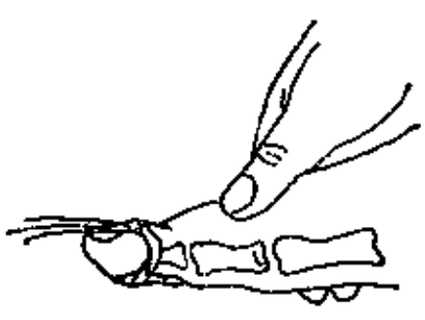
〔临床表现与诊断〕

（1）跖趾关节脱位　①有明显的踢碰、砸伤等外伤史。②局部肿胀、疼痛、功能障碍。③足趾短缩、跖趾关节过伸、趾间关节屈曲畸形。跖趾关节呈弹性固定。④X线照片可确定脱位类型。

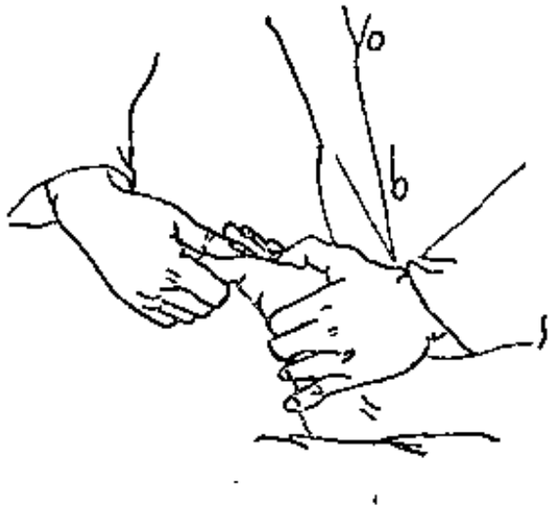
（2）趾间关节脱位　①有明显的外伤史。②局部肿胀、疼痛、功能障碍，关节畸形且呈弹性固定。③X线照片可明确诊断。

〔治疗〕

手法整复跖趾关节及趾间关节脱位，一般不需麻醉。



顺势拔伸牵引



推提跖屈手法

图5-14　跖趾关节脱位整复法

手法　手法整复跖趾关节脱位时，术者一手拇食指捏住患趾（或用绷带套住足趾），顺近节趾骨的纵轴方向顺势拔伸牵引，并将患趾过伸，另一手拇指顶住趾骨基底部，向足尖方向推按，食中指扣住跖骨远端向背侧端提，牵引与推提手法配合运用，逐渐将跖趾关节屈曲，如有入臼感，即已复位（图5-15）。

趾间关节脱位整复较为容易，同样可采用上述拔伸牵引与推提手法，然后屈曲足趾，即可复位。

〔注意事项〕

（1）复位后应用瓦形硬纸壳、小铝板或小木板固定跖趾关节。趾间关节脱位整复后可用邻趾胶布固定。固定时间三周左右。

（2）早期固定期间，可作踝关节屈伸活动，可以用足跟行走。解除固定后，开始锻炼跖趾及趾间关节功能活动，逐渐练习负重行走。

卷　六

十五、内、妇、儿科及杂病

（一）内科疾病

1. 感冒

提　要

- 病情虽轻，但发病率高
- 无特效药
- 不宜滥用磺按类或抗生素类药物

感冒俗称“伤风”，是由病毒或细菌引起的上呼吸道炎症，以冬春寒冷季节多见。

[病因病理]

感冒是由多种病毒引起的常见的呼吸道传染病。常见病原体为鼻病毒、流行性感冒病毒、副流感病毒等。病原体存在于患者唾液和鼻涕等分泌物中，通过咳嗽或打喷嚏传给他人。接触病人用过的毛巾、手帕或食具等物可传染得病。在受凉、淋雨或过度疲劳时也容易得病。

[临床表现]

病症为头痛、发热、畏寒、乏力、全身酸痛等。病程早期可出现鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛、干咳等；在全身症状和发热消退时，呼吸道症状常较显著。有的患者可出现食欲不振、恶心、便秘等消化道症状。

[治疗]

治则　疏风解表。

手法　患者坐位，医者先点按合谷、大椎、风池穴各半分钟，再提拿肩井穴数次。然后用两手拇指在面部推印堂，推眉

弓，揉按太阳穴数次。

如伴有头痛，点按百会、风池；伴有咽喉痛，点按哑门、扶突、天突、鱼际；伴有流涕，点按印堂、迎香；伴有鼻塞，点风池、鼻通、迎香。全身酸痛，配合揉拿法施于腰背及四肢。

发热者加搓足心。医者一手扶托足背，另一手掌心对准足心的中点，紧贴住作前后搓动，左右足各120次，可降低体温，退热，发热可泡茶趁热蘸茶搓，若高热恶寒战宜泡葱须搓。切忌烫伤和搓破。

[注意事项]

（1）按摩后以微出汗，自觉舒适为宜。

（2）每次按摩后，宜覆被保温，避免风寒刺激。

[附] 偏验方

（1）茶叶、芝麻各少许，嚼服，服后取汗。

（2）生萝卜洗净切片，用醋泡一夜，做菜食。

（3）糯米（或粳米）150g加生姜五片，同煮至沸，再加连须葱白六七根，煮至米烂，再加米醋50毫升，和匀，趁热服之。

2.支气管哮喘

提　要

- 以反复发作带有哮鸣音的呼气性呼吸困难为主要表现
- 积极寻找激发因素，脱离致敏原
- 治疗宜坚持长期、重视缓解期治疗

支气管哮喘是一种较常见的呼吸道过敏性疾病，表现为阵发性气急、胸闷，伴有哮鸣音和咳嗽、咳痰等症状。可自动或经治疗而缓解。

[病因病理]

有过敏性体质的患者，在吸入过敏性抗原微粒或发生呼吸道感染时，均能引起发病。体外过敏原有花粉、灰尘、食物（如

鱼、虾、乳类等）、油漆或某些化学药品（如阿司匹林等）可引起发病。体内过敏原为呼吸道感染，如鼻炎、扁桃腺炎等的细菌及其代谢产物等。

过敏原作用于具有过敏性体质的患者，即可发生过敏反应。此时中小型支气管平滑肌痉挛、粘膜充血、水肿、分泌物增多，造成支气管腔显著缩小而导致发病。

［临床表现］

典型的哮喘发作，可有鼻痒、打喷嚏、流清涕、咳嗽等先兆症状，常在夜间发作。病人突感胸闷、咳嗽，继而出现呼气性呼吸困难，伴有哮鸣音。痰粘稠，不易咳出。患者往往被迫坐起。严重时，嘴唇、指甲青紫，四肢厥冷、出汗，并有头昏、心悸。发作时间从几分钟到数天。

［诊断］

有反复发作的支气管哮喘史，发作时呼气期带哮鸣的呼吸困难，肺部有普遍的干罗音。诊断一般并不困难，但支气管哮喘的病因诊断则比较复杂。

［治疗］

手法　患者坐位，医者先点按足三里、肺俞、膏肓俞、肾俞后，使喘息气急平息后，再令患者仰卧。

患者仰卧，医者以两手掌着力，自患者空突穴开始，向下推至膻中穴，反复施术多次。医者再以两手大拇指指肚着力，自胸骨上缘开始，向下按至膻中穴，然后再以两手大拇指顺其两侧肋间自内向外推按，使其郁闭之气下移，反复操作多次。

医者坐于病人右侧，以两手五指着力，自患者胸骨前缘开始向下作内外摆动。手法要轻快，有节律，并逐渐增加压力。反复操作多次。

［注意事项］

（1）支气管哮喘系慢性反复发作性疾病，很难根除，要注

意缓解为治疗。

（2）按摩治疗对轻、中度哮喘疗效尚可。

寻找激发因素，脱离致敏原是治疗的重要一环。

［附1］病因诊察方法

（1）详询病史及治疗经过、家族史及职业史等。

（2）皮肤敏感试验有时可帮助确定致敏原。试验时，要慎重选用可疑的过敏原作皮肤刮痕或皮内试验。

（3）有条件时作血液及呼吸道分泌液内IgE、IgA等免疫球蛋白测定。前者过敏反应时增高，后者有病毒、细菌感染时可增高或降低。

［附2］针刺治疗

主穴：定喘、膻中、肺俞、大椎、合谷，每次取1—2穴位。

配穴：体虚畏寒加足三里，肾俞；痰多加丰隆；咳嗽频繁加天突。每日1—2次，10—15次为一疗程。

［附3］耳针治疗

穴位：平喘、肾上腺、交感。

［附4］偏验方

（1）韭菜捣汁饮，主治咳喘上气。

（2）大梨一个，刺四五十个孔，每孔内纳胡椒一粒，热灰内煨熟，去椒食梨。

3.肺气肿

提　要

- 本病主要表现为进行性气急
- 本病到了后期，难以治愈，要重视预防和早期治疗
- 加强呼吸锻炼，运用腹式呼吸
- 手法治疗外还须配合练功
- 按摩以胸腹、腰背为主

肺气肿是肺脏终末支气管远端部分（包括呼吸细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡）的膨胀及过度充气，导致肺组织弹力减退和容积增大的总称。主要表现为逐渐加重的气急。

[病因病理]

慢性支气管炎、多年反复发作的支气管哮喘、尘肺、广泛性支气管扩张、慢性纤维空洞性结核等，凡能引起细支气管的炎性变化使气道阻塞，都可导致阻塞性肺气肿。细支气管受寒冷、粉尘、吸烟和化学气体等刺激，粘膜发炎肿胀，分泌物增多，可造成支气管腔不完全阻塞。吸气时支气管扩大，尚能畅通；呼气时支气管缩小，妨碍气体的呼出，空气积聚于肺泡中，引起肺泡过度膨胀，肺弹性减退，终至破裂形成肺大泡。肺泡周围的毛细血管受压迫，肺循环阻力增高，增加右心负担，最后发展为肺源性心脏病。

[临床表现]

患者除有慢性咳嗽、咳痰外，主要表现为进行性气急。初起时仅感胸闷，后来在劳动或上楼时气急，随病情进展，一般的活动或平地行走，甚至说话、穿衣乃至休息，也有气急。病人胸部呈圆桶状。病情严重时，因缺氧口唇及指端出现青紫。在寒冷季节，特别是抵抗力和肺功能较差的老年病人，易并发肺部急性感染，加重病情，可发生呼吸衰竭。

[诊断]

（1）常有慢性支气管炎病史。

（2）进行性气急，桶状胸。

（3）X线征象表现为肺野透亮度增加，横膈下降且平坦，活动减弱，胸廓扩张，肋间隙增宽；心脏常呈垂直位。

（4）肺功能检查是鉴定本病的最重要方法。

[治疗]

治则　扶正、宽胸理气。

手法　以胸腹腰背部为主。

（1）坐位。先在颈项两侧胸锁乳突肌处用抹法，再由前额（印堂向上）抹向头维、太阳穴处，各抹10余次，配合拿风池、肩井。

（2）用平擦法从胸部到腹部，以及从肩背部到腰部反复交替操作，以皮肤红润、温热舒适为度。然后用大鱼际擦两臂，从腕部向上到肩部，配合拿风池、合谷及摇手臂。

（3）立位。用拳背轻击大椎、命门、再用虚掌拍打两下肢（自上而下）。

[注意事项]

（1）肺气肿到了后期难以治愈，所以要重视预防和早期治疗。

（2）要戒烟和防止原发病。

（3）加强锻炼，学会正确的腹式呼吸。

（4）要配合练功，增强抵抗力。

[附1] 肺功能检查常用方法

（1）正常残气占肺总量的25—35%以上，提示残气增多、肺泡膨胀过度。

（2）最大通气量正常男子约为100升，女子约为80升。若最大通气量低于预计值的80%，提示阻塞性通气障碍。。

（3）第一秒时间肺活量正常为83%。若低于60%，提示通气障碍。它与最大通气量具有同样的意义。

（4）气体分布不均匀，肺泡氮浓度正常为2.5%以下。若高于2.5%，亦表示残气量增多，肺泡膨胀过度。

[附2] 练功

可选择“少林内功”中的“前推八匹马”、“倒拉九头牛”、“风摆荷叶”、“力举大鼎”等动作姿势进行锻炼。

4.膈肌痉挛（呃逆）

提　要

·呃逆俗称“打呃”

·多见于健康人

膈肌痉挛，又称呃逆，俗称“打呃”。是由膈肌间歇性的收缩痉挛所致。正常人在进食过程中或食后不久，突然受寒或吸入冷空气也可发生呃逆。呃逆可持续几分钟、几小时至几天。呃逆多见于健康人，但有时则是病情危重的一种临床表现。

[病因病理]

呃逆多因神经官能症、胃病、纵膈膜炎或饭后感受风寒、进食仓促等原因刺激迷走神经和膈神经，反射性地使膈肌产生间歇性的收缩运动，导致空气突然地被吸入气道内，因同时伴有声带闭合，所以发出一种呃逆声。轻而短暂者大多不需治疗可自行停止。

[临床表现]

突然发作，呃逆声连续不断，有的长达数小时，以致影响说话、吃饭及睡眠。

由疾病引起者，可归纳为中枢性病变和周围神经性病变二类。中枢性病变包括脑部病变和中毒，出现顽固性呃逆往往表示病变累及延髓呼吸中枢，预后严重。周围神经性病变包括胃肠道、腹膜、胸膜、膈肌等器官的病变，可刺激迷走神经和膈神经而致呃逆。

久病重病，神志不清患者，出现徐缓的呃逆，常是临床前的一种征兆。

[治疗]

治则　和胃降逆。

手法　胸部推按为主。

（1）患者仰卧，医者居患者右侧，先以拇指按揉内关穴，

然后以食、中二指自咽喉起沿胸部正中至中脘穴推按六次。同时在膻中、鸠尾、中脘穴按揉几分钟。

（2）患者俯卧，医者以手掌在患者背部正中及膀胱经施推法5次，然后按揉5次，同时在肩井、膈俞、胃俞按揉几分钟

（3）以手背在患者背部反复轻拍数次。

[注意事项]

（1）饮食上应限制豆类、奶类等易发酵产气的食物。

（2）积极治疗疾病引起者。

[附] 其它疗法

（1）中药丁香柿蒂汤。

（2）将纸袋套于病人口鼻部，让病人重复呼吸纸袋中的气体，利用病人自己呼出的二氧化碳，刺激呼吸中枢也可控制呃逆。

（3）针刺和耳针。穴取内关、足三里、巨阙、膈俞。

5. 胃痛

提　要

- 胃痛俗称“心口痛”，胃炎，消化道溃疡多表现此病证
- 胃痛注意和心脏病之心前区疼痛鉴别，以免误诊
- 按摩止痛以点穴为主

胃痛在中医学中又称胃脘痛，是指近心窝处经常发生疼痛为主症的消化道疾病，为临床常见的症状。

[病因病理]

引起胃痛的原因很多，常见的有急性和慢性胃炎、消化道溃疡等。

（1）急性胃炎　多因化学刺激、物理刺激及细菌毒素等因素引起胃壁的炎症。

（2）慢性胃炎　多由急性胃炎转变而来，或继发于胃酸缺

乏、营养不良等因素。

（3）消化道溃疡　是由大脑皮层受到不良刺激，使皮层下中枢活动紊乱而引起胃及十二指肠病变的一种全身性慢性疾病。

此外，常吃辛辣食物和饮酒过度，亦可引起胃痛。

[临床表现]

胃脘近心窝处疼痛，痛时可牵连胁背，兼见呕吐、吞酸、嗳气、嘈杂、大便不正常等症。

[诊断]

（1）急性胃炎　急性起病，多有胃脘部不适，疼痛、食欲减退、恶心、呕吐等。常伴水样腹泻，严重者有发热、失水、酸中毒、休克等。上腹部或脐周压痛，肠鸣音亢进。

（2）慢性胃炎　病程迁延呈反复发作，多有胃脘胀满或疼痛及食欲减退，恶心、呕吐、嗳气、腹泻、消瘦等，胃脘部轻度压痛。

（3）消化道溃疡　胃脘疼痛具有慢性、周期性、节律性与饮食有关等特点。疼痛和压痛一般在中上腹部。溃疡病活动时可有持续性剧痛。后壁穿透性溃疡可有后背部放射痛。

[鉴别诊断]

注意排除冠心病之心绞痛。心绞痛发生在前胸正中，多在体力劳动或情绪激动时突然发作。病人有压迫样或紧闷感觉，有时可放射到颈咽部或左肩与左臂。每次发作时间1至数分钟，休息或口含硝酸甘油片可以很快缓解。

[治疗]

治则　理气和胃，止痛。

手法　患者仰卧位，医者居患者右侧。如胃痛发作时，先用点穴止痛。医者一手点内关，另一手点中脘；再点天枢、足三里，疼痛缓解后再行其它手法。医者以轻快的一指推摩法于胃脘

部，使热量深透于胃腑。然后，医者双手交叉以中脘穴为中心，按顺时针方向按揉腹部10分钟。

患者俯卧位。用一指推法，从背部脊柱两旁沿膀胱经顺序而下至三焦俞止，然后用力按揉肝俞、脾俞、三焦俞。前法往返数次，约5分钟。胃溃疡患者重点按揉左侧，十二指肠溃疡重点按揉右侧。

患者坐位。拿肩井循臂肘而下，在手三里、内关、合谷等穴作较强的刺激，并以轻快的手法搓其两胁。由上而下往返数次，再在该部位抹几下结束。

胸闷者，可以用柔和的一指推法，自天突向下至中脘穴，重点在膻中穴。

[注意事项]

（1）注意调节饮食，不吃生硬、寒凉及不易消化和刺激性的食物，宜少食多餐。

（2）要心情开朗，不可过度疲劳。

（3）诊断未明前，避免滥用止痛药，以免掩盖病情。

（4）对于有外科手术体征者，应考虑手术治疗。

[附] 偏验方

（1）乌药、延胡各10g，糯米50g，上药共焙干为细末，每服5g，米汤送下。主治慢性萎缩性胃炎。

（2）乌贼骨3份，象贝1份，白芨0.5份，上药共研极细末，每服1～1.5g，每日4次，空腹或饭前服用。吞酸情况不严重或有便秘者，乌贼骨可减至2份或1份。主治溃疡病。

6.胃、十二指肠溃疡

提　要

- 本病以慢性、周期性、节律性上腹痛为主要表现
- 饮食起居要有规律
- 无并发症者大多不需手术治疗

胃与十二指肠溃疡是全身慢性疾病。其病理改变为胃和十二指肠的慢性溃疡。本病任何年龄均可发生，以20—50岁为多。临床上以反复发作、规律性的上腹疼痛为特征，并常伴有吞酸、嘈杂、甚至呕血、便血等

[病因病理]

溃疡病的病因及发病机理至今未明。一般认为胃酸和胃蛋白酶是促成溃疡的因素。内外环境各种刺激引起大脑皮层功能紊乱，使皮质与皮质下中枢协调关系失调。皮质下中枢功能亢进时，一方面表现为副交感神经和交感神经兴奋性增高（副交感神经兴奋性升高更为明显），引起胃壁肌肉痉挛，胃酸分泌亢进，交感神经兴奋性增高，小动脉收缩，胃壁血液供应发生障碍，使胃粘膜抵抗力降低；另一方面，垂体——肾上腺系统发生功能障碍，肾上腺皮质刺激素增加，引起胃酸分泌增多，粘膜的抵抗力低下，粘液分泌减少，保护粘膜的作用低下。胃酸分泌增多，胃内蛋白质就受到胃蛋白酶的水解作用，从而逐渐形成胃及十二指肠溃疡。

胃溃疡多见于胃小弯和幽门前区，多伴有胃炎；十二指肠溃疡则多见于球部，偶见于球后部，可伴有十二指肠炎或胃炎。

[临床表现]

溃疡病的主要症状为上腹部痛，在典型病例中，其主诉具有以下四个特点：

（1）慢性病史——大多数患者均有数年以上屡次发作与缓解的病史。

（2）周期性复发——多具有定期发作的病史，每次发作可持续数日、数周、数月，间歇一定时间后再次复发。

（3）疼痛性质——可自觉压迫感、灼痛以至剧痛。疼痛的轻重常因溃疡的大小、深浅、部位，以及患者对疼痛的敏感性、有无并发症而异。疼痛的部位常位于上腹部、脐与剑突之间。

（4）疼痛的规律——疼痛常有典型的节律性，其发生时间与消化周期有密切关系。胃溃疡疼痛与食物的关系一般为：进食—疼痛—舒适；十二指肠溃疡为：进食—舒适—疼痛。

[诊断]

详细了解病史及症状是诊断本病的主要方法。X线胃肠钡餐检查发现溃疡阴影—壁龛则可确诊。但当溃疡浅表、面积较小，或溃疡被血块或食物填满时，往往不易发现壁龛。

[鉴别诊断]

胃溃疡应与胃癌区别。凡中年以上病人，出现上腹部症状，尤其是病程较短，伴显著消瘦者；或原疼痛节律性消失，粪便持续隐血试验阳性，经积极治疗2—4周仍不见效者，要警惕胃癌，应作X线胃肠钡餐、胃镜和脱落细胞检查。

[治疗]

手法　以点穴为主，患者俯卧，医者行背部常规按摩，点按脾俞、胃俞和压痛点各半分钟。

患者仰卧。医者居其右侧，先依次点按内关、足三里、中脘、天枢各半分钟，然后以轻手法在腹部进行顺时针方向按摩。患者呼气时指力逐渐向深部环形揉动；吸气时轻轻放松。然后再以脐为中心，以手掌在腹部运摩5—10分钟。

[注意事项]

（1）溃疡病患者手法宜轻柔，并配合一般疗法。

（2）溃疡病活动期禁止按摩。

（3）对明显痛点处，一般不宜手法治疗。

（4）腹痛较剧者可先针刺止痛。

（5）有手术体征者，应考虑手术治疗。

[附1] 一般疗法

在发作期应该适当休息和睡眠。食物应柔软、易消化，并忌烟、酒及粗糙和刺激性食物。

[附2] 穴位埋线疗法

胃俞透脾俞（双侧），中脘透上脘。须配合痢特灵口服，每日3次，每次0.1g，连服7日。

[附3] 针刺疗法

主穴足三里、中脘、内关，配穴阳陵泉、三阴交。先针双侧足三里，同时捻转半分钟，或大幅度捻转提插。如有恶心、呕吐、绞痛时，用捻转手法针内关透外关。隐痛时配合阳陵泉，针中脘时可向上脘及下脘透刺。空腹痛配三阴交，食后痛针足三里。

7.胃下垂

提　要

- 胃下垂多见瘦长体型患者
- 按摩以腹部为主
- 生活起居宜规律

胃下垂是指胃全部（包括大弯和小弯）下降至正常水平以下的位置。中医学认为是由于脾胃虚弱，中气下陷所致。

[病因病理]

胃下垂多由腹肌紧张度变化而致。由腹壁缺乏脂肪和肌肉松弛、腹压减低引起。平常身体瘦弱、胸廓狭长的人或某种原因，经常压迫胸部及上腹部者，以及妇女生育过多，往往易患本病。

胃下垂主要是由于支配内脏的植物神经失调所致。因长期过度疲劳和强烈的精神刺激，精神紧张不断地作用于大脑皮层，使大脑皮层兴奋与抑制过程功能失调，久而久之，使大脑皮层功能减弱，对于皮层下中枢的控制失灵，因而影响植物神经的调节功能，出现了胃下垂。

[临床表现]

胃下垂的患者，多为瘦长体型，胃部呈凹形，腹部突出，以胀为主，食后即胀。胃痛无周期性及节律性，疼痛性质与程度变化很大。自觉胃有下垂感和肠鸣作声。偶有便秘、腹泻或交替性腹泻及便秘，粪便扁而短，并可伴有眩晕、乏力、心悸、失眠、直立性低血压等症状。

[诊断]

（1）具有胃下垂的临床表现。

（2）上腹部可扪到强烈的主动脉博动。

（3）胃肠钡餐检查：①站立时，胃位置下降，紧张力减退，小弯弧线最低点在髂嵴线以下。②球部不随胃一齐下垂，胃呈马蹄形，球部因受牵拉，其上角尖锐。③十二指肠第三段可因肠系膜动脉压迫而呈十二指肠瘀滞。

[治疗]

治则　升举中气，健脾和胃。

手法　腹部推、拿、按、揉、振为主。

患者仰卧　医者位于其右侧，先以轻手法推按中脘、鸠尾、气海、天枢3分钟，再以双手四指沿肋缘反复横摩5分钟，并轻轻提拿腹部肌肉至微胀感；以拇指在腹中线脐以上，由下至上，反复摧按数次，再以四指并拢，罗纹着力，自下而上托之。同时，用指振法轻轻颤动3分钟；双手半握拳，拇指向上，食指上缘平顶双侧章门穴，双手交替用力，轮翻按揉双侧章门穴3分钟；按揉足三里5分钟，以酸胀为度。

患者俯卧，以双手拇指点按肝俞、脾俞、胃俞；再以双手拇指自下而上沿脊柱将两侧肌肉由外向内按、挤、弹、拨至酸胀感。最后，沿膀胱经、督脉由上而下轻按揉3分钟，放松紧张之肌肉。

[注意事项]

（1）生活起居要有规律，忌刺激，忌生冷及不易消化的食物，宜少食多餐。

（2）注意情志畅舒，同时配合腹肌锻炼（如仰卧起坐），但不要过度疲劳。

（3）睡眠以仰卧及右侧卧为佳。

（4）胃下垂较严重者，亦可用胃托帮助治疗。

8、胃粘膜脱垂症

提　要

- 本病缺乏特征性症状，有的可表现为类似急腹症症状
- 钡餐造影是诊断本病的最好方法

胃粘膜脱垂是指胃幽门窦部过于松驰的胃粘膜进入幽门而突出于十二指肠球部，发生腹痛、腹胀等症状而言，严重时可引起幽门梗阻或消化道出血。

[病因病理]

胃粘膜通过胃粘膜下层附着在胃肌层上。粘膜下层由疏松结蒂组织构成。当胃肌收缩和舒张时，粘膜层可在肌层上移动。正常情况下，粘膜层不会因移动而脱垂于幽门管和十二指肠。常见的原因是胃窦部粘膜炎症、水肿，肿瘤细胞浸润和幽门功能失调。

[临床表现]

本病以30～50岁发病最多，多见于男性。由于脱垂程度不同，轻者可毫无症状，重者可出现类似急腹症的表现。主要症状有上腹部疼痛、恶心、呕吐、嗳气和反酸等。腹痛多位于上腹部，食后加重，进流质饮食后症状减轻，呕吐后也可缓解。如脱垂的粘膜因幽门痉挛而不能复原时，则引起严重呕吐。和通常幽门梗阻或神经性呕吐不易鉴别。如脱垂粘膜长期被嵌顿可引起糜烂坏死，大量出血，易与溃疡病出血混淆。此外，患者亦可有体重减轻、继发性贫血、胃酸增高及粪便隐血等现象。

[诊断]

钡餐造影是确诊胃粘膜脱垂的最好方法，表现为胃粘膜纹通过增宽的幽门进入十二指肠球部。脱垂的胃粘膜一般位于十二指肠球底部，典型者球底部呈伞缘状。

[治疗]

一般病例的治疗与胃、十二指肠溃疡基本相同。

疼痛发作时以点穴为主，可点按中脘、天枢、阿是穴等。疼痛缓解后进行腹部顺时针按摩，再以手掌在腹部运摩5—10分钟。

[注意事项]

（1）平时应给予易消化食物。

（2）疼病发作剧烈时，可配合针灸治疗或解痉药。

（3）伴消化道出血者忌按摩。

（4）严重及反复发作上消化道出血、幽门梗阻或剧烈腹痛，经内科治疗无效者，可考虑手术治疗。

[附] 侧卧气功法

在按摩治疗后，嘱患者取左侧卧位，行均匀而自然之腹式呼吸。此时，由于幽门口向上，腹式呼吸可使粘膜退回，改善局部血液循环。加之气功的意守丹田和入静，将使大脑皮层处于良好地保护性抑制状态，因而利于功能的恢复。

练功的时间，每日早晚各一次，每次约1小时，2—3月为一疗程。

9.慢性胆囊炎

提　要

- 胆囊炎常伴结石症
- 慢性结石性胆囊炎，应考虑手术治疗
- 治疗的同时，要调节饮食

慢性胆囊炎是临床上胆囊疾病中最常见的一种，多与胆石病

同时存在，女性较男性多见。

[病因病理]

慢性胆囊炎常为急性胆囊炎的后遗症或由于胆固醇代谢紊乱，以致胆固醇沉积于胆囊粘膜引起。此外，胆囊内结石的刺激，胆道感染，胆囊管阻塞，胆汁滞留在胆囊内，胆色素渐被吸收而引起化学反应失常，刺激胆囊也是发生慢性胆囊炎的常见原因。

[临床表现]

病人往往有消化不良之表现，如进食后上腹部饱胀、嗳气，有时与溃疡病的一些表现基本相同，难以区别。油腻食物有时可引起疼痛，若同时存在结石则常有绞痛，尤其当结石移位时更为剧烈。

[诊断]

（1）急性胆囊炎发作史。

（2）腹部X线平片检查，X线胆囊造影及十二指肠引流术，可以帮助确诊本病。

[治疗]

治则　疏肝利胆，通络止痛。

手法

（1）病人左侧卧位，左腿伸直，右腿屈曲，医者站于其后。用双手在右季肋部做提拿法数次，同时并做揉法数次。痛点部位多施手法。

（2）病人俯卧，医者站于其旁。用手掌在背部做揉法数次。并分别点按肝俞、胆俞、胃俞。

（3）病人仰卧，医者站于其旁。用手掌自上而下沿肋弓做分推法数次。并分别点按日月、水分、天枢、三阳络、阳陵泉、胆囊穴、丘墟。

[注意事项]

（1）对伴有结石或反复发作的病人一般须手术治疗。

（2）调节饮食，忌吃油腻及不易消化的食物。

[附] 急性胆囊炎的临床表现

引起胆囊炎的细菌可来自肠道，经胆道蔓延到胆囊，也可从血液或淋巴管进入到胆囊。急性胆囊炎发病突然，表现为右上腹部疼痛，但有时可能蔓延至整个上腹部。疼痛可放射到右侧背部和肩部。病人常有恶心、干呕、呕吐症状。由于细菌感染，病人有发烧和右上腹部紧张的感觉，以及呼吸急促。检查时有明显压痛，并有腹肌紧张感。按扪右上腹时病人不敢呼吸，有时可扪到肿大胆囊。

10. 慢性腹泻

提　要

- 腹泻主要指大便性质变稀，甚至带粘液、脓、血液
- 腹泻的病因较多，以肠道炎症最多见
- 粪便的性质、镜检及化验对腹泻病因诊断意义较大
- 肠结核、肿瘤引起的腹泻不宜按摩治疗

腹泻指大便次数增多而粪便稀薄，或含有脓血而言，是临床上常见症状。凡每日大便1—3次而性质正常或2—3日大便1次便质正常，都属正常现象。患者腹泻迁延不愈二个月以上者称为慢性腹泻。

[病因病理]

胃肠道的功能可概括为分泌、消化、吸收及运动。其中任何一种功能发生障碍都可引起腹泻，以肠道炎症使肠分泌病理性分泌物（主要是炎性渗出物）而引起者最为多见。此外因神经功能紊乱而致肠蠕动增快，食糜在肠管停留时间缩短，没有足够时间吸收而致腹泻。反之，如肠蠕动过慢，食物停留时间过长，能使细菌繁殖，同样也可发生腹泻。

[临床表现]

致病因素不同，临床表现也不一致，但均有长期大便次数增多、便稀，甚至带有粘液、脓、血液等症。

［鉴别诊断］

几种常见致病原因鉴别

（1）细菌性疾病　病人有不同程度的腹痛、腹胀、长期腹泻，大便常带有粘液或脓血，左下腹压痛。

（2）肠结核　腹泻是溃疡型肠结核的一个主要症状，粪便呈糊状或水样，每天3—5次，甚至10多次。重症可带脓血。有时便秘、腹泻交替出现，常起早排便，伴腹痛及发热、消瘦、贫血等全身症状。右下腹可有压痛，甚至腹块。

（3）肿瘤　肿瘤一般发生在左侧，可以腹泻、便秘交替出现，甚至有脓血便，少数可触及肿块。

（4）功能性腹泻　经过各种检查未发现器质性病变。腹泻与精神紧张、情绪波动有密切关系，且稀便或软便，量少，不带血液，偶有少量粘液，便前腹痛，腹泻夜间少有发生。

此外，小肠腹泻的粪便多为稀薄或水样，伴有脐周疼痛。结肠腹泻的粪便多呈糊状，伴有侧腹痛。痢疾为粪便含有脓血和粘液，同时伴里急后重。为脂肪消化及吸收障碍所致的胰源性腹泻，粪便量多，恶臭异常，呈灰白色油脂状。

慢性腹泻的病因常常难于查出，为了明确诊断，常需进行多次反复的粪便检查，包括粪便常规、孵化、细菌培养等，必要时可做胃肠钡餐和钡剂灌肠X线检查，或内窥镜检查。

［治疗］

治则　健脾止泻为主

手法　按摩治疗对于功能性腹泻效果较佳，疼痛者，先点按足三里、天枢、中脘、及压痛点，手法以深透、持久为佳。

患者仰卧，医者居其右侧，用沉着缓慢的一指推按法按揉中脘、气海、关元、天枢等穴，再以手掌在腹部作逆时针方向按

揉，同时在脐周施按压法。

患者俯卧，医者以拇指分别按揉脾俞、胃俞、肾俞、大肠俞及长强穴，再揉搓腰骶部数次至发热感为度，最后按揉足三里穴。

[注意事项]

（1）尽量查明病因，配合病因治疗。

（2）肠结核、肿瘤等引起者不宜按摩治疗。

（3）忌食淀粉类（如山芋等）食物和脂肪过多的食物及一切生冷刺激不易消化食品。

（4）饮食不宜过饱，少食多餐，注意保暖，不要过度疲劳。

[附] 草药单方

（1）石榴皮、山楂炭等量煎服。

（2）麻酱、红糖各30g搅拌成糊状，分二次服。

11.便秘

提　要

- 便秘主要分为功能性便秘和器质性便秘
- 按摩疗法主要适用于功能性便秘
- 按摩疗法的部位以腹部为主、背部为辅
- 平时宜养成定时大便的习惯
- 禁止滥用泻药

粪便在肠腔滞留过久，大量水分被肠壁吸收，致使粪便干燥、坚硬，不易排出，正常的排便频率消失，称为便秘。

在正常情形下，食物通过胃肠道，经过消化、吸收，所余残渣的排泄常需24—48小时。若排便间隔超过48小时，可视为便秘。但是健康人的排便习惯有所不同，有隔2—3天一次者，未必既为便秘。

近年来，小儿便秘发病率逐渐增高，约占正常小儿的30%以上。

[病因病理]

功能性便秘主要是由于年老体弱、妊娠或分娩后、腹腔手术后，进食太少（水分或食物纤维摄入不足）以及无定时排便的习惯等原因引起。年老体弱、妊娠或分娩后腹肌和肛提肌的收缩力减弱，粪便没有足够动力予以排泄；手术后引起结肠痉挛或排便反射迟钝，结肠蠕动迟缓；水分和食物纤维摄入不足，使粪便缺少应有的水分予以滋润，原排便动力不能满足需要等排便动力不足是主要病理表现。

器质性便秘因肠腔的病变和肠道外病变引起。肠腔病变好发于肠道阻塞、溃疡病、肛门直肠括约肌痉挛等疾病；肠道外病变常见于腹腔内肿瘤、腹水等病，因腹腔内肿瘤或腹水的压迫，使肠道狭窄排便困难，形成便秘。

其它如引起副交感神经活动抑制的脊髓病变，铅、砷、汞、磷等中毒，肠蠕动减验，直肠粘膜充血和排便反射消失，都可引起便秘。

小儿便秘大多因进食太少，水分缺乏或食物缺乏纤维素；直肠排便反射迟钝或消失，缺乏定时大便的习惯，因而影响排便反射所致。

[诊断]

诊断便秘不难，但确定原因比较复杂，必要时需做直肠指检、胃肠道内窥镜检查和胃肠X线检查。

如果便秘不是持续或进行性的，问题不大。如排便习惯一向正常的中年或老年人，无其它原因而有顽固性或进行性便秘，粪便变细或混有血液时，就应考虑结肠或直肠癌的可能。

便秘伴有急性腹痛、腹胀、呕吐者，应考虑肠梗阻。

慢性便秘和腹泻交替，并伴有腹痛、发热、消瘦者，常为肠结核所致。

粪块细小，分节呈羊粪状者，常为结肠痉挛或结肠过敏所

致。

[治疗]

治则　消导通使。

手法　腹部按揉为主。

患者仰卧位。医者居患者右侧，在中脘、天枢、关元、大横穴用轻快的一指点、按、揉等手法5分钟，以腹部觉得热和肠胃蠕动及听到肠鸣音为宜。再以双手抚按患者脐周，顺时针方向揉按腹部5分钟，同时用手指弹拨左小腹部（相当于降结肠的部位）的硬块处数次，以加强大肠的蠕动功能。

患者俯卧位，在背部脾俞、胃俞、肝俞、大肠俞用一指推按法，然后在肾俞、大肠俞反复按揉。用空拳叩打八髎部3分钟。

最后，指按足三里，搓摩腹部结束。

[注意事项]

（1）积极寻找便秘的原因，如受肿瘤影响造成便秘，不属于按摩治疗的范围。

（2）饮食起居要规律，养成每天排便的习惯。多喝开水，每天清晨饮一杯盐水，多进含渣食物或吃些水果和蔬菜。

（3）纠正和防止患者经常服用泻药或灌肠的习惯。

[附] 草药单方

（1）对身体壮实、燥热性便秘者，每日用生大黄6 g或番泻叶适量，代茶泡饮。

（2）对年老体虚、津枯、便秘者，用黑芝麻、胡桃、松仁等分，研碎，加白糖或蜂蜜适量拌和服用，或用生首乌20g，煎服。

12. 糖尿病

提　要

- 糖尿病以多饮、多尿、多食、消瘦为主要临床表现
- 本病与遗传因素有关，肥胖者多发

• 饮食疗法是糖尿病的基本疗法
• 按摩对轻、中型患者效果较好
• 适当锻炼，控制和降低体重对治疗有一定帮助

糖尿病是一种常见的内分泌代谢病，临床以多饮、多尿、多食、糖尿及血糖增高为典型特征，重症常并发酮症酸中毒、高渗昏迷等，属中医学的消渴范围。

［病因病理］

糖尿病的发病原因主要是由于胰岛素分泌不足，以及胰升血糖素不适当地分泌过多所致。本病多见于40岁以上喜吃甜食而肥胖的病人，与遗传有关。少数病人发病与病毒感染和自身免疫反应有关，可见于年轻人。创伤、精神刺激、多次妊娠，以及某些药物（如肾上腺糖类皮质激素，女性避孕药、苯噻嗪）常是诱发或加重糖尿病的因素。

［临床表现］

轻型病人可无症状，仅体态肥胖，往往在体格检查或其它疾病时，偶尔发现食后有少量糖尿，或有糖尿病的一些并发症后才被发现。这类病人往往比较肥胖，年龄较大，病情较轻而病程很长。

中型病人有典型的“三多”症状：昼夜尿量可达3—10(升)；空腹血糖一般在200—300mg%；初期由于多食，患者多肥胖以后逐渐消瘦。

重型患者可在15岁以前发病。患者早期生长较一般小孩快，但发病后，生长迟缓。此类病人往往起病急，症状显著，空腹血糖在300mg%以上。有此病者易得酮症酸中毒，严重时可发生昏迷。

酮症酸中毒，除因糖尿病未经治疗或控制不当外，也可因感染、外伤、手术、麻醉及妊娠等情况而引起。症状表现为疲乏软弱、极度口渴、厌食兼有恶心呕吐、呼吸加快、呼气有烂苹果样

气味；尿量初期增多，晚期减少，甚至尿闭；皮肤干燥，舌唇干呈樱红色。当循环衰竭时，心跳加速，血压下降，四肢厥冷，患者呈倦睡而渐入昏迷。

[诊断]

根据主要症状（多饮、多尿、多食）和血糖升高、尿糖阳性而确诊。血糖升高具有决定性意义。

患者仰卧，医者居其右侧，做腹部按摩常规手法。烦渴多饮者，重点点按左梁门、左章门；多食多饮者，重点点按中脘、建里穴，并自中脘向上推按至咽部；多尿为主者，重点点按水分、关元、中极。

患者坐位，在腰背部推按，自上而下反复推按，然后重点点按背部俞穴。烦渴多饮者，重点点按肺俞、心俞、膈俞、肝俞、脾俞为主，并配合点按下肢的足三里、阳陵泉；多食多饮者重点点按胃俞、脾俞、肝俞、肾俞，并配合点按三阴交，揉涌泉；多尿为主者重点点按肾俞、肺俞、肝俞，并配合搓腰、拿肩井、按揉百会。

[注意事项]

（1）糖尿病是一种慢性病，治疗时间较长，因此病人或者家属要掌握糖尿病的基本知识，树立信心，坚持长期治疗。

（2）适当参加体育锻炼和体力劳动可促进糖的利用，减轻胰岛负担，为本病有效疗法之一。

（3）配合饮食治疗，提倡低糖高脂与粗纤维食物。

（4）对于酮症酸中毒者要积极治疗，暂停手法治疗。

[附]

（1）饮食疗法

糖尿病患者应当控制饮食，这样可以减轻胰岛β细胞的负担，对治疗有一定的辅助作用。其控制方法是按每日每公斤体重计算摄入的热量。休息者为104.6—125.56kJ，轻体力劳动者为

125.56—146.19kJ，中度体力劳动者为146.49—167.42kJ，重体力劳动者为167.42kJ以上。这些热量主要来源于蛋白质、脂肪，而由糖类和碳水化合物供给的要少些。蛋白质的摄入量是每公斤体重0.8—1.2g，脂肪是每公斤体重0.6—1.0g。肥胖者酌减。近年来一些学者提倡饮食疗法应当以低糖、高脂和粗食物纤维为宜。

（2）草药单方

①猪胰山药汤：猪胰一具，山药2两，煎汤服。

②玉米须猪胰汤：玉米须1两，猪胰4两，煎汤服。

13.肥胖症

提　要

- 主要指单纯性肥胖
- 治疗必须长期坚持方能收效
- 配合饮食调节及适当锻炼
- 有时可用药物辅助治疗

肥胖系人体脂肪积聚过多所致。当进入体内食物的热量超过消耗量，多余的热量主要转化为脂肪，储存于各组织皮下，形成肥胖。一般以超过正常体重10%为过重，超过20%以上者为肥胖。体重的增加也可由于肌肉发达或水液潴留，在诊断肥胖时应排除这两种因素。

[病因病理]

肥胖是因为摄入的热量和脂肪过高引起。但是某些内分泌疾病或遗传性疾病也是肥胖的一种原因，常有家族史。肥胖的病理主要是脂肪的蓄积过多，代谢失调。由于脂肪的蓄积过多使机体负担加重，氧的消耗较正常值增加30%—40%；肥胖者的脂肪大部分蓄积在腹腔，因而使膈肌大幅度上升，膈肌的升降受阻，影响呼吸和血液的循环，肺泡换气不足，血容量和心搏出量增加。

是高血压、冠心病、心脑血管病的基因。

[临床表现]

患者常表现为怕热，多汗，呼吸急促，易感疲乏，头晕，头痛，心悸，腹胀，左心室肥大，严重时可出现心肺功能障碍，下肢浮肿等。

手法　按摩部位以腹部、四肢为主。

患者仰卧位，医者居其右侧，先分别点按中脘、天枢穴，再以手掌在腹部以脐为中心做逆时针方向按揉3分钟，然后双手前后交叉将腹直肌提起，自上腹部提拿至下腹部反复数次。再以四指在左右腹上中下等距离选定三点上下颤动，每点颤动7—10次，最后在腹部以脐为中心顺时针按摩3分钟

四肢按摩以提拿、弹拨、颤抖手法为主，进行四肢常规按摩。

[注意事项]

（1）整套手法以中、重度为主。

（2）要认清肥胖症的严重性。

（3）要树立信心，坚持长期治疗，配合锻炼。

（4）宜配合饮食治疗。药物为非主要措施。

[附1] 肥胖症的主要危害

肥胖者对感染的抵抗力一般较低，并易发生冠心病、高血压病、糖尿病，痛风及胆石症等。由于身体负担过重，各关节可有退化性病变，经常有腰酸、关节疼痛等症状，妇女月经常减少，且可有闭经不育等现象。肥胖者的死亡率比同龄的正常人要高25—50%，因循环和泌尿系疾病而死亡的胖人更比正常人多60%左右。可见肥胖是长寿的大敌。

[附2] 肥胖症的饮食治疗

轻度和中度肥胖的人，一日三餐不需严格控制，但应避免额外摄取食物，适当多进行体力劳动和体育锻炼。倘体重逐日增加，

可考虑减少三餐的正常饮食量，直至体重正常。

中度以上的肥胖者，常有食欲亢进，而且贪食高热量食物，且肥胖限制了体育活动，使热量消耗减少，肥胖的趋势很难遏止。为此，必须严格限制饮食，除采取低热量代替高热量外，还需大幅度减少食量，具体做法如下。

根据热量守恒定理，每减少28.46kJ热量时，体重就会下降1g。因此，可根据拟降体重数来计划膳食。根据肥胖程度逐渐减掉原摄入量的20%—40%。我国人民膳食的热量来自粮食，因此减热量主要是减主食，其次应节制薯类、糖果、点心、肥肉以及含油脂多的干果、油料子仁等。限制食盐也很重要，因食盐能潴留水分使体重增加。

实行“饥饿疗法”的肥胖患者，应及时补充富含蛋白质的食物，如瘦肉、鸡蛋、鱼类、豆制品等。每日每公斤体重的蛋白质摄入量不应少于1g，此外还应多吃蔬菜和水果，即有饱腹感，又能供给充足的无机盐和维生素。如饥饿感严重，可采取少量多餐的饮食制度，如一日5—6餐，其间多喝茶水，可收减肥效果。

14. 昏厥

提　要

- 昏厥是短暂的突然昏倒的表现
- 要及时抢救，变动体位时要轻柔缓慢
- 昏厥时以掐人中为主
- 苏醒后要积极防治引起昏厥的原因

昏厥是一种突然发生的、短暂的意识丧失状态。与昏迷不同，昏迷是高级神经活动受到严重抑制的表现，病人意识丧失持久而不易迅速恢复。昏厥与脑血管意外不同，昏厥清醒后无偏瘫，失语、口眼歪斜等后遗症。

[病因病理]

当大脑功能暂受严重障碍时，就会发生昏厥。由于脑部缺血引起氧供应不足，或由于血液化学成份的改变，如低血糖、碱中毒，以及脑组织本身的损伤，都可产生昏厥。按发生的原因，昏厥可分血管神经性、心源性、脑性和代谢性等。

[临床表现]

昏厥发作前，病人常感到头昏、软弱无力、恶心、眼前发黑或冒金星等，同时面色苍白、四肢发冷、脉搏微弱。初起时，心跳加速、血压降低，如在坐位或立位发生，容易失去知觉，躺下几分钟后即可苏醒。发作后多无后遗症。

[鉴别诊断]

常见昏厥原因鉴别：

（1）血管神经性昏厥　多见于年青而体质较弱的女性，是由于广泛的小血管扩张所致。疼痛、情绪紧张、恐惧、疲劳、气候闷热等均可诱发昏厥。某些原因不明的昏厥，多属于这一类。

（2）心原性昏厥　指心脏功能异常所引起昏厥，持续时间较长，可出现抽搐。

（3）脑性昏厥　常伴有抽搐，甚至可有暂时肢体瘫痪或麻木。常有高血压病、肾炎、妊娠中毒及癫痫病史。

（4）代谢性昏厥　发作前常有饥饿、心慌、多汗、头昏、无力等症状，常由血糖过低、呼吸过快或号哭过久而引起。

[治疗]

手法

（1）患者仰卧位，头部降低，两脚抬高，以利脑部血液供应。同时使室内空气流通，解松患者领口和腰带，使呼吸舒畅，以手指掐人中、内关，按百会、印堂，并从印堂抹向两太阳，往返十余次；如喉中有痰，先用吸痰器或进行口对口吸痰，然后拿肩井、合谷、曲池、委中等穴。

（2）经上述治疗，患者苏醒后，用轻快柔和的手法推胸腹

部的膻中、中脘。

（3）患者取俯卧位。推按背部两侧膀胱经，重点在脾俞、胃俞。再搓背部及两胁结束。

[注意事项]

（1）心原性昏厥性质最为严重，必须及时抢救。

（2）如需变动体位时，动作尽可能缓慢，以免脑部暂时缺血。

（3）怀疑低血糖时，要喂糖水或静脉注射葡萄糖溶液。

15.高血压病

提　要

- 本病主要指原发性高血压病
- 精神神经因素为重要的诱发因素
- 发病后应尽早治疗，病情可不致发展
- 如出现高血压脑病，应即刻降压，免致严重后果

高血压是一种以动脉血压升高为主要表现的疾患，尤其是以舒张压持续升高为特点的全身性慢性血管疾病。正常人的血压随年龄而不同，可有一定的幅度。按联合国卫生组织的标准，成人如收缩压经常高达或超过140mmHg，或舒张压超过95mmHg，就认为是高血压。高血压有二种类型，一种是继发性高血压，是肾炎、内分泌、颅内病变等引起的一个症状，所以又称“症状性高血压”；另一种是原发性高血压，又叫“高血压病”。

[病因病理]

高血压病是由于大脑皮层功能紊乱引起全身小动脉的阻力增高的一种病。精神神经因素为重要的诱发因素。家族性高血压史、肥胖高脂质和高钠盐食谱、嗜烟等，也促使高血压发病率增高。

[临床表现]

本病多发生于40岁以上肥胖者。情绪波动等精神因素常可使

血压增高。

初期病人往往多年无症状，仅在无意中发现高血压。以后可有颈后或头部胀痛、头晕、眼花、流鼻血、心慌或胸闷等。后期可发现心、脑、肾方面的症状。

高血压脑病常表现为血压突出增高，伴有剧烈头痛、眩晕、呕吐、甚至抽搐乃至昏迷，并可伴发脑血管意外及脑水肿。

[治疗]

治则　滋阴降火、平肝潜阳。

手法

（1）患者俯卧，医者居于其旁，用双手掌自肩背部向足根方向直推3—5次，再用双手掌揉背部及揉拿下肢后侧2—3次。再以双手拇指按压第六颈椎旁开二寸的血压点半分钟，以患者头部轻微胀痛为宜，然后依次点按大椎、肩井、肺俞穴。

（2）患者仰卧，医者居患者右侧，做腹部一般按摩，然后点按梁门穴，重点点按右梁门穴1—3分钟，以此穴为降血压之要穴。然后医者移居患者头顶侧，用双手掌自太阳穴至风池穴做推法3—5次，再用双手五指交替抓拿头顶及侧头3—5次。最后揉摩足底涌泉穴半分钟。

[注意事项]

（1）高血压脑病患者，要即刻降压治疗，免致其它病症。

（2）本病早期治疗，效果较好。

（3）避免精神紧张和过度疲劳，保持乐观，适当参加体育锻炼。

（4）忌烟酒，少食高脂质和高钠盐食物。

（5）肥胖患者适当节食以减轻体重。

[附1] 高血压病分期参考标准

一期：舒张压波动在90-100mmHg汞柱之间，休息后可降至正常，无心、脑、肾或眼底病变。这一期病人最多。

二期：舒张压超过110mmHg汞柱，但无心、脑、肾或眼底病变。或舒张压在110mmHg汞柱以下，但有心、脑、肾病变，这一期病人经治疗可转为第一期。

三期：舒张压超过110mmHg汞柱，并伴有明显心、脑、肾或眼底病变。少数急进型高血压病，病情发展迅速，舒张压持续在130mmHg汞柱以上，有显著肾功能损害和眼底变化。

［附$_2$］针灸疗法

针刺双侧曲池透少海，强刺激；头痛、头晕加风池或印堂；失眠加百会、内关或三阴交；食欲减退加足三里。

［附$_3$］草药单方

（1）丝瓜络20g、赤小豆20g，水煎服。

（2）芹菜炒鲜莲子，常食。

16.心绞痛

提　要

- 心绞痛为冠心病的一种临床表现
- 按摩治疗适用于心绞痛缓解期
- 按摩手法宜轻柔，不可剧烈
- 心绞痛患者应随身携带急救药品

心绞痛是冠状动脉供血不足，心肌暂时缺血缺氧引起的发作性胸骨后疼痛，是冠心病的一种表现。冠心病是指冠状动脉因发生粥样硬化而产生管腔狭窄或闭塞，导致心肌缺血缺氧而引起的心脏病。中老年人、高血压患者及从事紧张脑力劳动者发病率较高。

［病因病理］

冠状动脉与心肌血液供求之间的矛盾，是产生心绞痛的基本原因。粥样硬化冠状动脉的管腔狭窄到一定程度时，平时心肌的血供尚能满足需要，当心脏负荷突然增加，需血量增多，超过了

狭窄的冠状动脉供血的代偿能力；或心脏需血量虽不增多，但由于神经或体液调节障碍而引起冠状动脉痉挛，减少了供血量；或上述两种因素同时存在时，都可引起心肌暂时缺血而发生心绞痛。

[临床表现]

心绞痛是发生在前胸正中，胸骨后部的一种不适感。多在体力劳动或情绪激动时突然发作，病人有紧闷或压迫样感觉，有时可放射到颈咽部或左肩与左臂。每次发作1至数分钟，休息或口含硝酸甘油片可以很快停止。

[诊断]

根据典型发作特点，含用硝酸甘油后缓解，并结合年龄和存在冠心病易患因素．排除其它原因所致的心绞痛，一般即可确立诊断。发作时心电图检查可见以R波为主的导联中，ST段下降，T波平坦或倒置，发作过后很快恢复。心电图无改变的病人可考虑作心电图负荷试验。

[鉴别诊断]

（1）心绞痛与心肌梗塞的鉴别见表6—1。

（2）心绞痛与心血管神经官能症鉴别：心脏神经官能症的胸痛常为短暂的（几秒钟）刺痛或闷痛（几小时），且部位经常变动，活动后减轻或消失，含硝酸甘油无效。结合发作时心电图检查可资鉴别。

[治疗]

（1）患者仰卧，医者居其右侧，先以双手拇指按压双侧内关半分钟，然后用手掌自胸部向上，经肩前至上肢内侧做推法3—5次，再在心前区做轻柔的揉搓法3—5分钟。

（2）患者俯卧，医者用手掌按揉后背部至双下肢数次，并重点按压心俞、神堂穴。

[注意事项]

（1）按摩手法宜轻柔，不可用暴力或剧烈手法。

（2）心绞痛发作时，宜即刻休息，并口服硝酸甘油。

（3）保持心情舒畅，饮食宜清淡，不可过饱，并忌烟酒。

（4）保持适量体力活动，避免剧烈劳动和情绪波动。

（5）随身携带急救药品。

表6—1

临床表现	心　绞　痛	急性心肌梗塞
疼痛		
①性质	压榨性或窒息性	相似，但更剧烈
②诱发原因	劳动、情绪激动、受寒、饱食等	不常有
③发作时限	短（15分钟以内）	长，数小时1～2天
④发作频率	频繁	少
⑤服用硝酸甘油	显著缓解	作用差
气喘或肺水肿	极少	常有
血压	可升高或无显著改变	常降低，甚至发生休克
坏死物质吸收表现		
①发热	无	常有
②血白细胞增加	无	常有
③红细胞沉降率	正常	显著增快
④血清酶	无变化	增加
⑤心包摩擦音	无	可有
心电图变化	无变化或暂时性变化	有特征性动态改变

17.失眠

失眠是指患者长期不易入睡为特征的一种病症，是最常见的睡眠障碍，可见于多种疾病中。

[病因病理]

失眠是神经系统机能性或伴有器质性病变的一种症状。由于

神经衰弱、脑疾患、过度疲劳、精神创伤、脑血管硬化等病引起失眠。

［临床表现］

失眠有几种型式，一是不易入睡；二是睡眠浅而易惊醒；三是睡眠短而早醒，醒后不能再入睡。还有少数患者客观上睡眠很好，而主观上却觉得“整夜未睡”，这是一种较复杂的感觉障碍，称为“失睡眠感”。

按中医学的辨证分析主要表现为：

（1）心脾血虚：多梦易醒，心悸健忘，体倦神疲，饮食无味，面色少华，舌淡苔薄，脉细弱。

（2）胃中不和：失眠，脘闷嗳气，腹中不适，苔腻脉滑，或大便不爽，脘腹胀痛。

［治疗］

（1）心脾血虚者

治则　补益气血、安神定志。

手法

①患者取坐势。医者站于患者背后，一手扶住前额，另一手用拿法自前发际至枕后往返3—5次。随后拿风池、脑空，接着用两手拇指罗纹面交替抹颈部两侧胸锁乳突肌，自上而下7—10次。

②医者站于患者前侧，两手拇指交替自下而上推抹印堂，按睛明，抹迎香、承浆等穴，接着再用拇指偏峰推在角孙穴（其耳尖上发际处），自耳前向耳后用扫散法推抹15次左右，两侧交替进行。再用双手掌根对按枕后。

③医者站于患者一侧，一手扶肩部，一手擦胸部左右往返，自上而下，再换另一手擦背部。医者再站于患者背后，双手擦两胁。

④医者站于患者前侧，重复第②势。随后用手掌根拍击法，

拍击囟门三次同时嘱患者正坐，眼睛睁开，口紧闭，呼吸均匀。随后可配合湿热敷，敷头顶，结束治疗。

（2）胃中不和者

治则　调脾胃，安神定志。

手法

①患者仰卧。医者坐于一旁，用推法推中脘、气海、关元、天枢，自上而下往返进行，随后摩腹、揉中脘。

②患者俯卧，医者坐于一旁，先用推法推督脉及膀胱经俞穴心俞、脾俞、胃俞、肾俞，随后指按督脉及膀胱经，自上而下。

③取坐势。应用心脾血虚治疗操作第①和第②法，结束治疗。

此外，临床中常可应用点按穴位方法治疗，不分证型，常可起到上述方法相同的效果。

患者仰卧，闭目。医者先点按足三里、三阴交或内关半分钟。然后点按百会、四神聪，时间要相对长些，手法由轻到重，再由重转轻，常在点按过程中，患者自然入睡。

[注意事项]

（1）治疗同时，宜配合心理疗法。

（2）生活起居宜规律，睡前不吸烟，不喝茶，不看刺激性的书和电视等，宜温水洗脚。

[附$_1$] 针刺疗法

取穴：四神聪、内关或四神聪、足三里、三阴交。

轻度刺激，有针感后，留针20分钟。

[附$_2$] 草药单方

（1）丹麦10g、核桃仁15g、黑芝麻10g，共研细末，顿服。

（2）马头骨煅存性，5 g、益智仁12g，酸枣仁9 g，水煎服。

18.多发性神经炎

提　要

• 四肢远端对称性感觉和运动障碍为主要表现

• 肢体疼痛应禁用麻醉性止痛药

• 病变广泛进展较快的病人要警惕呼吸肌麻痹

多发性神经炎是指各种病因引起的全身多数周围神经的对称性损害，主要表现为四肢远端呈手套、袜子型分布的感觉障碍、下运动元瘫痪和营养障碍。

[病因病理]

多发性神经炎是由细菌、病毒感染，或外源性或内源性毒素中毒，以及代谢和营养障碍而引起的肢体远端感觉和运动障碍的末梢神经病变。

较常见的病因是感染，在发病前常先有上呼吸道或胃肠感染的症状，隔1—3周就发病，多为急性起病，青少年6—10月多见。

[临床表现]

其症状多发于四肢远端，呈对称分布。感觉障碍呈手套、袜子样改变。轻者仅有麻木不仁，重者感觉完全消失。运动障碍、肌张力减低、腱反射减低或消失、活动能力减弱，还有明显的营养障碍如皮肤发冷、光滑非薄或干燥起裂，以及指甲松脆等。

[诊断]

根据对称性的四肢远端的感觉、运动及营养障碍和腱反射消失，即可诊断。其病原当注意各个病因的临床特征及实验检查。

[治疗]

治则　疏通气血，通经活络。

手法　手法实施部位重点在四肢末端，以点、按、弹拨、摇抖为主。

患者坐位，医者先点按上肢末端穴位，如合谷、鱼际等，再用掖擦法自手背、腕至肩，同时配合屈伸、旋转、摇抖法，上下

往返，反复多次。再循手臂上下用拿法，重点拿曲池、手三里、合谷等穴，按阳池、大陵、捻摇指间关节。

患者仰卧，医者一手握住患者踝部，另一手用掖擦法自足背至踝、膝，同时配合下肢的外旋、外展活动。

最后在大椎穴，以左掌按压，右手空拳击打3—5次，以患者感到麻窜为好。

[注意事项]

（1）首先应分清病因，针对病因进行治疗。

（2）中毒性多发性神经炎，禁用按摩疗法。

（3）急性传染性多发性神经炎，有时发病极为凶猛，一开始就出现四肢瘫痪、呼吸肌麻痹，且右青紫、呼吸困难，需立即给氧，进行人工辅助呼吸，并送医院抢救。

19.神经衰弱

提　要

- 发作前常有精神因素刺激
- 以头痛、失眠、月经不调、性功能减退为主要表现
- 症状波动，病程迁延
- 按摩治疗宜轻柔舒适，效果可靠
- 必须配合心理治疗
- 本病缺乏特效药

神经衰弱是一种以大脑机能障碍为特征的疾患，是最常见的神经官能症，青壮年多发。

[病因病理]

精神因素是诱发神经衰弱的主要原因。正常人大脑皮质的生理活动，其兴奋与抑制两大过程保持着相对的平衡和协调，从而使整个机体保持健康。内在因素或外在因素变化时，相互制约与相互转化过程可能出现平衡失调。如因精神创伤及长期紧张疲劳

等因素，均可导致大脑皮质的内抑制过程减弱，引起过度兴奋与迅速疲惫而发病。

[临床表现]

临床表现诉述繁多，以易疲劳为主症，特别是对脑力劳动耐力很差。常表现为下列几方面：

（1）头痛　常无固定部位，胀痛为主，一般不太剧烈，偶有恶心，但无呕吐，上午轻，下午重，心情舒畅或充分休息后头痛可减轻。

（2）睡眠障碍　入睡困难或浅睡多梦为主，亦可有早醒。

（3）植物神经功能紊乱　以性机能障碍为主，妇女可见月经不调，性机能低下。男子表现为遗精、早泄或阳萎。

[诊断]

（1）病前有导致脑功能过度紧张的因素。

（2）具有某些个性缺陷或易感素质。

（3）缺乏能够解释上述表现的躯体疾病证据。

（4）症状迁延，持续3个月以上；症状波动与精神因素有关

[治疗]

治则　益气安神定志，配以心理疗法。

手法　全身轻松按摩

（1）患者坐位。医者以双拇指分推印堂至太阳穴，揉眉弓数次，再轻轻揉按双侧太阳穴。然后双手五指分开，沿头部正中线分搓，使患者有热胀感，再以双手握拿风池、肩井穴。

（2）患者仰卧。医者居其右侧，自胸到腹沿腹中线、乳头直下、腋下五条路线分别推按数次。再以一手掌按压中脘，另一手掌按压关元，两手相互配合，一起一伏，交替缓慢按压数次。然后双手揉拿下肢前侧数次，并在足三里、三阴交点按半分钟。

（3）患者俯卧，医者以手掌沿督脉、膀胱经在背腰部自上

而下按揉数次，在膏盲、肝俞、脾俞、肾俞分别点按半分钟。再自臀部至足跟推拿数次，并分别在委中、承山穴点按半分钟。

（4）对症治疗、失眠重点按压内关、神门、百会、四神聪；遗精、阳萎重点按压关元、三阴交；月经不调重点按压归来、血海、三阴交。

[注意事项]

（1）本症治疗必须配合心理疗法。

（2）按摩手法要轻柔、舒适，切忌过猛或粗暴。

（3）劳逸结合、适当参加体育锻炼。

（4）严重者可配合其它疗法。

[附] 心理疗法

心理疗法宜个别进行，主要是引导病人认识疾病的性质、症状特点，分析发病原因，排除其它疾病的可能，以解除病人的疑虑及紧张情绪，并树立战胜疾病的信心，主动配合医生进行治疗。在心理疗法中，应根据病人的具体情况，指导病人妥善安排工作，注意劳逸结合，并适当参加文娱活动及体育锻炼。

20. 偏头痛

提　要

- 头痛以反复发作性、搏动性为特征，常伴恶心呕吐
- 头痛多偏于一侧额颞部，甚至出现全头痛
- 头痛前常有视觉、感觉、运动障碍等先兆症
- 常有家族史，多在青春期前后发病，女性多见

偏头痛为周期发作性头痛，为常见的血管性头痛。本病以青年女性多见，与月经周期有关，多有家族史。

[病因病理]

血管性头痛是颅外软组织内血管的收缩、舒张、牵拉等引起的头痛。由于发作性血管舒缩功能障碍，先有动脉收缩（主要是

颅内），使脑的血灌流减少，而产生先兆症状，然后有动脉扩张（主要颅外），易发生头痛、偏头痛。主要与遗传、内分泌、过敏、精神因素有关。

[临床表现]

以反复循环性发作头痛为特征。头痛前可出现耀眼、眼前闪光或暗点、偏盲等视觉先兆症，约15—20分钟后即发生头痛。自一侧颞部开始，出现搏动性胀痛，逐渐扩展至整半侧头痛或全头，头痛程度逐渐加重。

[诊断]

（1）反复发作性头痛的特征。

（2）家族史。

（3）常与月经周期有关。

[鉴别诊断]

（1）青春期发作固定一侧头痛，同侧眼肌瘫痪，有视网膜下腔出血史，须考虑颅内动脉肿瘤或动静脉畸形。

（2）神经官能性头痛，常有精神疲乏、记忆力减退、失眠、焦虑等症。

（3）肌紧张性头痛，主要是头部肌肉持久紧张收缩，与精神紧张、过度用脑、固定姿势作业或颈椎病有关。

[治疗]

治则　疏经活络，止痛。

手法

（1）患者坐位。医者居患者侧方，先点按合谷、列缺、风池、风府穴。再用双手提拿肩井穴及其周围大筋，至患者自觉酸胀感。

（2）用双手拇指分推印堂、前额、眉弓至太阳穴3—5次。再用双手大鱼际按揉太阳穴一带2—3分钟。然后双手屈指张开，沿患者发际贴紧头皮向斜上方推揉，力度随患者的耐受力而定，

反复 3 — 5 次，使头皮有发热感，再用双侧手掌按、揉使之有酸胀感。

（3）用中指、食指拨揉后颈部两侧大筋3—5次，再用双手掌根自两侧的太阳穴至耳后做推法 3 — 5 次，可稍加用力。

（4）由于头痛部位不同，可加按不同的穴位。①前头痛：按压印堂、风府、合谷。②偏头痛：按压风池、太阳、列缺、侠溪。③后头痛：按压天柱、风府、后溪。④头顶痛：按压百会、太冲、合谷。⑤全头痛：按压百会、天柱、风池、头痛点。⑥如兼有头晕者，可按压百会、率谷、内关、照海；如兼有眼眶疼，可按压风池、攒竹、阳白；如兼有眼珠胀疼，可按压风池、曲池、合谷。

[注意事项]

（1）头痛原因复杂，尽量排除某些器质性头痛后，再行手法治疗。

（2）不要随便服用止痛药。

（3）必要时配合药物和针刺。

[附] 其它疗法

（1）针刺：风池、太阳、合谷。

（2）耳针：皮质下、枕、顶、额。

21.面神经麻痹

提　要

- 本病又称面瘫
- 青壮年多见，着凉受风常为诱发因素
- 脑肿瘤引起者不属按摩范畴
- 按摩以患侧颜面为主

面神经麻痹亦称“面瘫”，为颅神经病变中最常见的疾患，任何年龄均可发病，但以青壮年较为多见。本病有中枢性和周围

性两种。

［病因病理］

周围性面瘫发生的原因，多由急性非化脓性茎乳突孔内的面神经发炎，以及面部受风吹或着凉引起。目前认为可能是局部营养神经的血管因受风寒而痉挛，导致该神经缺血、水肿而致病；亦可能与面部的病毒感染有关。此外，慢性中耳炎、乳突炎等亦可继发本病。

中枢性面瘫因脑血管疾患或脑肿瘤所产生。

［临床表现］

周围性面瘫发病突然，初起有耳后部疼痛，继则面部一侧表情肌瘫痪而出现额纹消失，眼不能闭合，鼻唇沟平坦，嘴巴歪向健侧。进食时食物常嵌在齿颊间等，并可有同侧舌前2/3味觉减退及听觉过敏。

中枢性面瘫仅限于脸部下面肌肉瘫痪，故皱额、蹙眉皆无障碍，且常有一侧上下肢体瘫痪。

［治疗］

治则　疏导面部经气为主。

手法　以患侧颜面部为主，健侧作辅助治疗。

（1）患者取仰卧位。医者在患者一侧，用一指推法自印堂、阳白、睛明、四白、迎香、下关、颊车、地仓往返治疗，并可用揉法或按法先患侧后健侧，配合擦法治疗，但在施手法时防止颜面部破皮。

（2）患者取坐位。医者站于患者背后用一指推法施于风池及项部，随后拿风池、合谷结束治疗。

［注意事项］

（1）避免寒凉刺激。可作热敷。

（2）注意血压变化，防止发生脑意外。

（3）防止眼部感染，可用眼罩和眼药水点眼每日2—3

次。

[附] 其它疗法

（1）皮肤针　用皮肤针叩刺阳白、太阳、四白、牵正等穴，使轻微出血，用小罐吸拔5～10分钟，隔天一次。本法适用于病变初期、或面部有板滞感觉等面瘫后遗症。

（2）穴位敷贴　将马钱子锉成粉，约一、二分，撒于膏药或胶布上，贴在患侧的下关穴，隔2—3日更换一张，一般须更换4—5次。

22.阳萎

提　要

- 按摩主要适于神经系统功能失常而致阳萎者
- 治疗期间树立信心，正确对待性生活
- 治疗同时可配合自我按摩

阳萎指阴茎不能勃起或勃起不坚，不能进行性交而言，属男子性功能障碍。

[病因病理]

其发病原因除了生殖器官的器质性病变，如生殖器官的畸形、神经损害、海绵体肌损害等之外，多数由于大脑皮层对勃起的抑制加强或脊髓中枢机能紊乱所致。神经衰弱、慢性腰痛、房事过多，以及青少年手淫耗伤精液也可导致本病。

[临床表现]

主要指神经系统功能失常而引起者，除阳萎表现外，体格检查时一般没有明显体征。生殖器的发育和第二性征方面都正常。这些病人往往有神精衰弱症状，如头昏眼花、头痛脑胀、腰酸背痛、四肢乏力、失眠、出冷汗等。

[治疗]

治则　补肾宁心。

手法

（1）患者俯卧，医者以手掌按揉腰骶部数次，再分别点按命门。肾俞、次髎穴半分钟。然后用双掌运摩腰部1分钟。

（2）患者仰卧。医者居其右侧，以手掌在小腹部运摩3分钟，再点按气海、关元、三阴交、水泉半分钟。然后以手指提拿腹直肌数次，再用手掌按揉腹部结束。

[注意事项]

（1）在点按气海、关元时，以有胀感传至阴茎为好。

（2）正确对待性生活，解除顾虑，克服一切不良习惯。

（3）适当进行体育锻炼，治疗期间避免房事。

（4）治疗同时配合自我按摩，效果更好。

[附1] 针灸疗法

肾俞、命门、三阴交、关元、补法、或针灸并用，日一次。

[附2] 草药单方

（1）韭菜子6g，麻黄3g，上药共为细末，分两次黄酒送服。

（2）精羊肉100g，肉苁蓉20g、巴戟天10g、葱白5根，同煮，去药，食肉喝汤。

23.癔病

提　要

- 本病与精神因素有关，多在精神刺激后发病
- 临床表现复杂多变，可类似多种疾病
- 暗示疗法是主要手段

癔病旧称“歇斯底里”，以青壮年和女性较为多见，多数在精神因素作用后起病，呈阵发性发作。临床症状复杂多变，可类似多种疾病。

[病因病理]

精神创伤是诱发本病的一个重要因素，一般多发生于神经属于抑制性弱型的人。这种病人情感反应强烈而不稳定，易受暗示，而自我暗示亦很强烈，有自我中心和多幻想。发病原因大多由于大脑皮层遭到过度刺激，导致皮层和皮层下部位协调关系发生障碍而发病。

[临床表现]

可分为精神障碍和躯体机能障碍两大类。精神障碍最常见的发作为情感爆发，即癔症性激情发作，表现为情感色彩浓厚，夸张而做作和易受暗示。癔病性昏厥可单独或在情感暴发时发作。发病时，病人突然倒地，不言不语，双眼紧闭，全身僵直或手足不规则舞动，维持十余分钟至数小时，但此时意识、眼球活动、肌腱反射等均正常。有些病人，还可出现“假性痴呆”症状。

躯体机能障碍时，可出现运动障碍，表现为语言抑制、失音和肢体瘫痪，或者见到肢体震颤和痉挛，出现眨眼、摇头、斜颈及乱抓等奇异动作。出现感觉障碍时，可有黑朦、癔病性耳聋、癔病球（祖国医学称为梅核气）等症状。由于内脏和植物神经系统机能障碍，一些病人还可出现癔症性呕逆、食管痉挛、腹胀、腹痛、尿频、气喘样发作、神经性厌食或神经性呕吐等症状。

[诊断]

（1）病人平时常具有感情用事和易受暗示等表现。

（2）发病与精神因素密切相关。

（3）临床上具有癔症特征：夸张、做作和易受暗示，阵发性发作，间歇期完全正常。

（4）经过详细而周密的检查，没有发现相应器官的器质性病变。

[治疗]

治则　理气清心，泻火降浊。

手法　患者仰卧位。医者以两手拇指掌侧分置头部两侧太阳

穴处揉动1—3分钟后，再以一手扶定头部，另一手拇指自左或右侧自头维穴起，向外下方经太阳至耳门穴止，反复摩动2—5分钟，使患者有酸胀及放射至额前的感觉。再以双手拇指在侧胸部，自锁骨下气户穴起，向下点按至冲门穴止，同时分推肋缘，反复3—5次。

患者仰卧位。医者以两手拇指掌侧对置于腋前天泉穴处，两手其余四指扶定上肢，自上向下推动至曲泽穴止2—3分钟。再以两拇指对置于天府穴处，自上向下经侠白至尺泽穴处止2—3分钟。再以两拇指对置于极泉穴下，自上向下经青灵至少海穴止2—3分钟。

患者仰卧位。医者以手拇指置肘窝正中曲泽穴处起，自上向下推动经内关至掌心劳宫穴止，反复操作1—2分钟。再以一手拇指掌侧置前臂下端内关穴处，另一手拇指按神门穴，反复按揉3—5分钟。然后再以右手拇指置足底涌泉穴处，进行旋转指揉2—5分钟。

患者俯卧位。医者在患者腰背部按揉3—5次，然后以拇指弹拨脊柱两旁之肌肉。最后再以轻手法推按腰背部3—5次。

[注意事项]

（1）按摩时手法一般宜重。

（2）必须同时配合暗示疗法。

[附1] 草药单方

淮小麦60g，甘草6g，大枣7枚，煎服，每日一剂。

[附2] 针刺疗法

一般宜用强刺激，根据症状选择穴位。

[附3] 暗示疗法

暗示性高是癔症病人的特点，因此可利用暗示暂时减轻或消除症状。治疗前必须使病人对治疗具有信心。言语暗示不是最重要的。任何暗示治疗如果不配合言语暗示，便不易收到理想的效

果。医务人员以简短有力，充满信心的话对病人进行鼓励和保证，就是最简单易行的言语暗示。也可用物理刺激或药物配合言语进行暗示，如静脉注射葡萄糖酸钙使之喉头或全身发热、用感应电刺激肌肉使病人亲眼看到瘫痪肢体肌肉的跳动。一有成效就抓住不放，正面肯定，继续鼓励。暗示疗法不能从根本上解决病人的思想矛盾，只是用作消除某些症状的一种方法，因此疗效不巩固，不能过分信赖。

24.泌尿系感染

提　要

- 本病以尿频、尿急、尿痛为主要表现
- 急性期按摩作为辅助疗法，慢性期可作为主要疗法

泌尿系感染为肾盂肾炎、膀胱炎、尿道炎的总称，临床以尿频、尿急、尿痛为主要表现，多见于女性患者。

[病因病理]

本病主要为细菌感染所致，多系大肠杆菌、链球菌、葡萄球菌等侵犯尿路引起尿道、膀胱、肾盂等炎症。上行性感染为主要感染途径。因妇女尿道较短，细菌易于侵入，尤其是生育年龄妇女因受房事及分娩等因素影响，发病机会更多。

[临床表现]

以尿频、尿急、尿痛为主要表现。

肾盂肾炎常伴有畏寒、发热、腰痛、肾区叩痛及胃肠道症状。

膀胱炎膀胱刺激征明显，全身症状少见，下腹部酸痛不适，膀胱区有压痛，并可见肉眼血尿，排尿终末时更显著。

[治疗]

手法　患者俯卧，医者在患者腰背部推按数次，再点按肺俞、脾俞、肾俞、膀胱俞各半分钟，然后用手掌按揉腰骶部数

次，痛点部多施手法。

患者仰卧，医者在患者腹部施常规手法，再提小腹部肌肉数次，使小腹及膀胱有热胀感觉，然后以手掌在小腹部运摩3—5分钟。

医者用拇指按压大腿内侧的痛点（五里一带）半分钟，再点按关元、中极、足三里、三阴交各半分钟。

[注意事项]

（1）急性期要卧床休息，并多饮水以增加尿量，有利于细菌及分泌物排出。

（2）注意局部清洁，睡前和性生活后排空膀胱。

25.前列腺炎

提　要

·本病中年男性多见

·以尿道口时有白色粘液溢出、尿频，会阴、下腹部、阴囊部疼痛为主要表现

·必须坚持长期治疗，才能收效

前列腺炎为中年男性常患的一种泌尿系疾病。临床上有急慢性之分。

[病因病理]

前列腺炎可分为急性与慢性两种。慢性前列腺炎可继发于急性前列腺炎或慢性后尿道炎，也可能继发于全身其它部位的感染。诱发因素有过度饮酒、会阴部损伤、前列腺肥大、房事过度等原因，从而引起的前列腺长期充血，大多数病例都伴发精囊炎。

[临床表现]

本病的主要症状是尿道口时有白色粘液溢出，尤以大便之后更甚；排尿频繁，下腹部、会阴部或阴囊部疼痛，有时也可有血

尿。严重的患者可伴有阳痿、早泄、血精及遗精等。大多数病人伴有头痛，头晕，乏力等神经衰弱症状。

急性前列腺炎有尿频、尿急、尿痛及终末血尿症状，腰骶部及会阴区、大腿内侧有不舒服的感觉。

[诊断]

（1）主要依据上述症状。

（2）直肠指检时前列腺有压痛。

（3）按摩出前列腺液，涂片每高倍视野白细胞超过10个以上。

[治疗]

手法　患者俯卧，医者以手掌按揉腰骶部数次，再点按命门、肾俞、次髎各半分钟，然后以手掌运摩腰骶部3分钟。

患者仰卧，医者居其右侧，以手掌按揉小腹部数次，再点按气海、关元、中极及阴陵泉各半分钟，揉按涌泉半分钟，然后以手掌运摩小腹部3分钟。

[注意事项]

（1）急性前列腺炎要用抗生素治疗。

（2）按摩同时，可配合理疗，及坐热盆浴。

（3）禁忌刺激食物，戒烟酒。

（4）治疗期节制房事。

26.肾下垂

随呼吸运动和体位改变，肾脏的活动幅度一般不超过一个椎体，如超过这个范围，就叫活动肾或肾下垂。活动度特别大的称游离肾。肾下垂常发生在体型瘦长的人，女性较男性多见，右肾较左肾常见。

[病因病理]

人体肾脏由周围组织和附近器官以及肾蒂维持其正常位置。如腹壁肌肉薄弱，肾周围脂肪组织减少及其他原因，肾的移动度

可增大，直立时甚至可降至下腹部或内骨盆。

［临床表现］

肾下垂不一定会产生症状。最常见的症状是腰痛，痛的性质可为持续的钝痛或间歇性的剧痛。腰痛常和体位有关，往往发生在站立行动或劳累时，平卧休息后就可逐渐减轻或消失。在腰腹部能扪及下垂的肾脏。有一部分患者可有腹胀、恶心、呕吐等胃肠道症状，也可能有头昏、眼花、失眠、食欲不振等症状，也可出现血尿。

［诊断］

患者如有上述的症状，并在体格检查时触及活动的肾脏，就可诊断肾下垂。

［治疗］

治则　升举中气，健脾益肾。

手法　患者俯卧位，医者在患者腰背部常规按摩数次，再用双手拇指和食指分置脊柱两侧肾俞、气海俞、大肠俞按压。按压时迎随患者呼吸，呼气时按压。然后再以两掌根部置于脊柱正中，向两侧肾俞穴分推数次，至患者自觉局部温热舒适感为止。

患者侧卧。医者以两手拇指掌侧对置于腹部侧面，自下而上，反复推动3分钟。

患者仰卧位。医者在其腹部常规按摩数次，再自上而下推振数次，然后在腹直肌上提拿3－5次。

最后按揉足三里，提拿肩井各半分钟。

［注意事项］

（1）配合体育锻炼，以增加腹肌强度。

（2）症状严重者，可用肾托或布带。平卧时将腹肌扎紧，以增加腹内压力，阻止肾脏下垂。

（3）治疗数月症状不减者，可考虑手术治疗。

（二）妇科疾病

1.功能性子宫出血

提　要

- 阴道出血量多，并伴有贫血为主要表现
- 止血、调整周期、纠正贫血为治疗原则
- 按摩治疗宜在出血前后

由内分泌失调引起的异常性子宫出血，称为功能性子宫出血病，简称功血。

[病因病理]

精神过度紧张、环境和气候的改变、营养不良或代谢紊乱等机体内外因素，都可通过大脑皮层干扰丘脑下部—垂体—卵巢轴的相互调节和制约。卵巢功能因而失常，子宫内膜受影响，从而引起月经周期紊乱、经期延长和经量增多。

[临床表现]

主要是阴道流血，包括月经量多，行经期延长或不规则的流血，可伴有贫血症状，常有疲倦、无力、头晕、心跳、气短、面色苍白等。

[诊断]

（1）详细询问病史　结合患者的年龄和生育情况，可初步估计属于哪一类型。临床上分为无排卵型和有排卵型两大类。无排卵型功血是最多见的一种，以青春期和更年期的妇女多见。有排卵型功血多见于分娩或流产以后，卵巢功能处于恢复阶段的妇女。

（2）全面体格检查　要注意全身性的疾病，如血液病、心血管疾病、肝脏病、凝血机制障碍以及新陈代谢异常等。

（3）妇科检查　排除生殖系统的炎症、损伤、肿瘤以及与妊娠有关的疾病，必要时可做诊断性刮宫或子宫输卵管造影。

（4）测定卵巢功能　观察基础体温的曲线，做阴道脱落细

胞涂片，查宫颈粘液结晶，行子宫内膜活检及测定血和尿中激素水平等，进行综合分析，明确诊断。

[治疗]

治则　不论何种功血，治疗原则基本相同，即止血、调整月经周期和纠正贫血。

手法　患者仰卧。医者居其右侧，在腹部常规按摩数次，再提拿少腹部数次，然后分别点按气海、三阴交、阳陵泉、曲池各半分钟。

病人俯卧。医者以手掌在背腰部常规按摩数次，再分别点按膈俞、脾俞、胃俞、次髎、调经穴（足底部，与足背临泣穴相对处）各半分钟。

[注意事项]

1.认真检查，排除全身系统疾病后再行手法治疗。

2.按摩治疗手法宜轻柔。

3.加强锻炼，可配合其它疗法。

4.年龄较大、贫血严重、经药物治疗和刮宫治疗无效的患者，或病理诊断为子宫内膜腺型增生过长者需考虑行子宫全切术。

[附]

（1）草药单方：

止血方（全国功血协定方）

旱莲草、女贞子各50g，生地榆30～50g，制军炭10～15g，适用于肝肾阴虚者。

补骨脂50g，赤石脂25g，党参30g，生白术20g，适用于脾肾阳虚者。

（2）针灸

①止血

断红穴：二、三掌骨之间，指端下一寸，先针后灸，留针20

分钟，有减少血量的作用。

体针：神阙、隐白，加灸20分钟，一般灸10分钟后血量即可减少。

②排卵

在体内有一定雌激素水平时，可在月经周期的15—17天开始，每日针刺一次，连续3天，取三阴交（双）、中极、关元、子宫（双）等穴，平补平泻，留针30分钟，适用于无排卵型功血的青春期妇女。

2.痛经

提　要

- 痛经分原发性和继发性
- 按摩治疗主要用于原发性
- 原发性痛经常可在婚育后自愈
- 宜保持大便通畅

痛经是指在经前或行经期间发生难以忍受的下腹疼痛，甚至影响生活和工作。

[病因病理]

生殖器官无明显器质性病变的月经疼痛，称为原生性痛经。常发生在月经初潮后不久，多见于未婚或未孕妇女，往往在婚育后自愈。身体虚弱、有慢性病、精神紧张、感觉过敏的妇女，常有痛经。子宫颈口比较狭小，子宫过度屈曲使经血不能畅流，刺激子宫收缩；子宫发育不良，子宫肌肉与纤维组织比例失调，子宫收缩因而不协调；子宫内膜整块脱落，因而排出不畅，使子宫收缩增强或发生痉挛性收缩等等都可引起痛经。

继发性痛经指生殖器官有器质性病变，如子宫内膜异位症、盆腔炎和子宫粘膜下肌瘤等引起的月经疼痛。

[临床表现]

疼痛常为阵发性或持续性而有阵发加剧，有时放射至阴道、肛门及腰部并引起尿频及排便感。严重时，面色苍白、手足冰凉、出冷汗、恶心、呕吐，甚至昏厥。一般都在经血畅流后，少数在有喷状物排出后，腹痛缓解。

[治疗]

治则　行气活血，止痛。

手法　患者仰卧。医者居于患者右侧，以拇指分别点按气海、关元、三阴交、劳宫、调经穴（足底涌泉穴外一寸）各半分钟。再以手掌在小腹部顺时针方向按摩5分钟。然后、提拿小腹部数次，再在小腹部运摩3分钟。

患者俯卧。在腰背部常规按摩数次，再点按肾俞、命门及腰骶部痛经放射点（压痛点），各半分钟，然后再运摩腰骶部3—5分钟。

患者坐位，医者居其后，以双手五指分开，自后向前擦摩两胁1—3分钟。

[注意事项]

（1）按摩疗法主要应用于原发性痛经。继发性痛经在消除病源后痛经自愈。

（2）按摩疗法宜在经前一周进行。

（3）痛经发作期宜卧床休息，严重者须配合药物治疗。

（4）加强锻炼，增强体质，保持大便通畅。

（5）注意经期卫生、保暖，可用暖水袋热敷小腹部，腰骶部及足底部。

（6）避免过度紧张、生气，禁食生冷辣食物。

（7）月经期绝对禁止性生活。

[附1] 草药单方

①香附9 g，乌药6 g，延胡索9 g，肉桂3 g，细辛3 g，研粗末泡茶。每日可泡服2—3次。共服3—5天。

②艾叶 9 g，生姜 2 片，赤砂糖100g煎汤。

③炒五灵脂 9 g，北细辛 3 g，川椒 6 g，小茴香 6 g，四味共研细末，撮少许敷于脐部，外贴香桂活血膏。

［附 2 ］酒精灌耳止痛法

将75%酒精 2 毫升滴于耳孔内（或用75%酒精棉球塞住耳孔）。

［附 3 ］针灸疗法

主穴：三阴交、合谷（两侧）。

配穴：关元、十七椎下。

在经前 2 — 3 天开始针刺，月经后再针 2 — 3 次。下腹痛时先针三阴交，再用强刺激手法持续捻转 1 — 2 分钟。如行经期疼痛发作时，针十七椎下穴1.5— 2 寸深。艾灸气海、关元 5 —10 分钟，三阴交10—15分钟，腰痠加肾俞15分钟。

3.月经不调

月经不调是妇女月经病的统称，又称月经失调。包括中医学中的月经先期、月经后期、月经前后不定期、崩漏、闭经等病证。

［病因病理］

引起月经失调的原因是多方面的，例如情绪影响、性生活过度、生育过多、饮食不节、过于疲劳等，此外也可由外界的寒、冷、湿刺激而致。

［临床表现］

主要表现在期、色、量、质方面的改变。

［治疗］

治则　补益气血，调理冲任。

手法　患者俯卧。医者在患者腰骶部按摩数次，再以双手拇指点按肾俞、命门、八髎穴至有酸胀感为度。然后再提拿肾俞穴数次。

患者仰卧。医者先点按气海、双侧三阴交穴，至有酸胀感为度。然后按摩少腹部数次。

[注意事项]

（1）注意休息，保持心情舒畅。

（2）避寒湿。

（3）按摩宜在经期前后进行。

4.闭经

凡年逾18周岁，月经尚未初潮的，称为原发性闭经。月经周期已建立后，再发生连续3个月以上停经的，叫做继发性闭经。青春期前、妊娠期、哺乳期以及绝经后的无月经都属于正常生理现象。至于因生殖道先天性缺陷或后天性损伤经血不能外流的，不属于闭经范畴。

[病因病理]

月经的正常来潮，有赖于丘脑下部—脑垂体—卵巢轴的功能协调以及靶器官子宫内膜对性激素能起周期性反应。其中任何一个环节发生故障，都可导致闭经。因此，闭经只是一种症状。引起闭经的原因很多。可分为局部和全身两种。局部原因主要因先天性生殖器官发育不全，如子宫发育不全，无孔处女膜、生殖器结核、肿瘤等。全身原因主要由于慢性疾病、营养不良、贫血、内分泌功能紊乱等，并与神经、精神因素有关。闭经不一定存在器质性病变，大多由于功能紊乱引起。

[临床表现]

患者腰背胀痛、全身无力、容易疲倦，严重者有头晕、失眠、毛发脱落等症状。患有无孔处女膜和阴道闭锁者，每月相当于月经期可感到下腹部疼痛和腰酸，其症状逐月增剧，腹部渐渐出现硬块。

[治疗]

手法　患者仰卧，医者居其右侧，先点按内关、中脘、血

海、三阴交、足三里各半分钟。再以手握推揉腹部数次，以小腹部为主，然后捏拿带脉（少腹剧痛部位）。

患者俯卧，医者在患者腰骶部施常规按摩数次，再点按膈俞、肾俞、志室，然后在腰骶部运摩3—5分钟。

[注意事项]

（1）注意早期妊娠，禁忌按摩。

（2）要积极查清引起闭经原因，并早期治疗，以防宫萎缩。

（3）闭经大多由功能性紊乱引起。增强体质，避免精神刺激、过度疲劳及经期卫生是预防本病的重要措施。

[附] 草药单方

（1）益母草30—60g，红糖适量，水煎服。

（2）红花9g、黑豆90g、红糖60g，水煎服。

（3）当归9g，益母草30g，水煎服。

[附2] 针灸疗法

（1）体针　三阴交、关元。虚证配足三里、血海、肾俞；实证配太冲、中极。

（2）耳针　取子宫、内分泌、卵巢、皮质下、神门、交感等穴。

5.白带

正常情况下，妇女阴道内可分泌出一种白色粘液，其量随月经周期改变，无局部刺激者称为带下。若妇女带下的量、色、质发生变化并伴有一定体征者称为带下病。

[病因病理]

正常情况下，阴道排液的质与量随月经周期而变。月经净后，阴道排液量少，且排液色白，呈糊状。在月经中期即将排卵时，由于宫颈腺体分泌旺盛，白带增多，透明、微粘似蛋清样。排卵2—3天后，阴道排液变混浊，粘稠而量少。行经前后，因

盆腔充血，阴道粘膜渗出物增加，白带往往增多。

病理性白带多由于子宫糜烂、阴道炎、盆腔炎、肿瘤以及生殖器官感染等引起。

白带是由阴道粘膜渗出物、宫颈腺体及子宫内膜分泌物混合而成，内含阴道上皮脱落细胞、白细胞和一些非致病性细菌。

[临床表现]

主要表现为带下量多，或色、气味、质量发生变化，或伴全身症状。不同疾病引起的白带也不同。

（1）无色透明粘液性白带　外观与排卵期前的正常白带相似，只是量多而已，常见于应用雌素药物后。

（2）脓性白带　色黄或黄绿，如脓样，有臭味。由感染引起，常见于幼女阴道炎、老年性阴道炎、滴虫性阴道炎、慢性宫颈炎，子宫内膜炎等。

（3）豆腐渣样白带　是霉菌性阴道炎的特征。

（4）血性白带　白带如染血，应警惕宫颈癌、宫体癌等恶性肿瘤。不过，老年性阴道炎、宫颈息肉、重度慢性宫颈炎，宫内节育器、粘膜下子宫肌瘤等良性病变亦可有此症状。

（5）脓血样白带　为阿米巴性阴道炎的特征。

（6）黄水样白带　多由于病变组织坏死所致，常见于粘膜下子宫肌瘤、子宫颈癌、输卵管癌等。

[治疗]

手法　患者仰卧，医者居其右侧，先依次点按气血、关元、阴陵泉、三阴交、血海等穴各半分钟，然后用手掌推摩小腹部数次，痛点压位多施手法，使皮下组织有热感为度。

患者俯卧，医者先点按长强、肾俞穴。再用手掌按揉腰骶部数次，然后以手掌运摩腰骶部，使皮下有热感并可传至小腹部。

[注意事项]

（1）要保暖，用暖水袋热敷小腹部、腰骶及足底部。

（2）如白带中带有脓血和腥臭味，要认真检查，排除恶性病变，以对症治疗。

［附］草药单方

白果10粒，捣碎冲豆浆后口服。

白鸡冠花15g，煎汤服。

白扁豆花30g，煎汤服。

碎米荠30g，煎汤服。

6.盆腔炎

提　要

- 盆腔炎以发热、下腹疼痛、阴道脓性分泌物增多为主要表现
- 按摩疗法主要适用于慢性盆腔炎
- 急性炎症发作期、月经期、妊娠后期禁忌性生活

女性内生殖器及其周围的结缔组织或盆腔腹膜发炎时统称为盆腔炎。炎症可局限于一个部位，亦可波及几个部位。有急性和慢性两种。

［病因病理］

多因人工流产、分娩、妇科手术、月经期同房等感染而致。少数由于邻近器官炎症的直接蔓延或由于身体其它部分的感染灶经血循环传播而来。

急性盆腔炎多发生于分娩、流产、宫腔内手术操作时消毒不严，或因经期不卫生、病原体乘此机侵入；也可继发于盆腔内其它脏器的感染，如阑尾炎、膀胱炎等。

慢性盆腔炎多由急性盆腔炎治疗不彻底，或因体质差，病程迁延而致。

［临床表现］

急性盆腔炎　一般均有发热、寒战、食欲不振、下腹疼痛及阴道脓性分泌物增多。妇科检查时，子宫颈充血、水肿、举痛明

显。子宫增大、压痛，两侧明显增厚或有肿块且触痛。

慢性盆腔炎　时有低热、乏力、精神不振、周身不适等全身症状。下腹坠胀疼痛、腰骶部酸痛、痛经、月经及白带量多，常在过度劳累、性交后及月经前后症状加剧或急性发作。妇科检查时，子宫常呈后位、不活动，在其一侧或两侧有明显片状增厚；或触及粗条状的输卵管；或有肿块。

［诊断］

一般可根据临床表现及妇科检查进行诊断。

［治疗］

手法　患者仰卧，双膝屈曲。医者居其右侧，先进行常规腹部按摩数次，再点按气海、关元、血海、三阴交各半分钟，然后双手提拿少腹部数次。痛点部位多施手法。

患者仰卧，两腿伸直，先用拇指按揉大腿内侧数次，然后再提拿肌肉数次。

患者俯卧，医者以手掌在腰骶部常规按摩数次，再点按肾俞、次髎、大肠俞各半分钟。然后在腰骶部运摩3—5分钟。

［注意事项］

（1）急性期应以综合治疗为主。

（2）本病宜早期治疗，如输卵管粘连阻塞，常可发生输卵管积水及输卵管卵巢囊肿，并造成不孕。

（3）如盆腔有肿块或症状严重，经常反复发作，宜行手术治疗。

［附1］外治法

（1）风寒砂，敷腹痛处，每日2次，每次用时加醋调。每包可反复使用5—7天。

（2）砂炒热用布包，敷于腹痛侧。

［附2］中药红藤汤灌肠

红藤、败酱、蒲公英、鸭跖草、紫花地丁各30g。有炎性色

块或附件明显增厚者加三棱、莪术、桃仁各10g；腹痛较甚者加延胡索、制香附、木香各10g。

将上药煎汤至100ml，用5号导尿管或小儿肛管，插入肛门14cm以上，在30分钟内灌完，灌完后卧床30分钟，每日一次。

7.子宫脱垂

子宫从正常位置沿阴道下降，子宫颈外口达坐骨棘水平以下，甚至子宫全部脱出于阴道口外，称子宫脱垂。

[病因病理]

子宫脱垂常由综合因素造成。分娩时，过早下进、急产、滞产，尤其是困难的阴道手术产都有可能使子宫韧带、子宫旁组织和骨盆底肌肉与筋膜过度伸展或撕裂。如产后不注意保健，这些组织的"产伤"恢复不良，将影响子宫支托，成为日后子宫脱垂的主要因素。产后如经常仰卧，由于支持组织松弛，子宫常向后倾。子宫后倾的结果使子宫轴与阴道轴一致，为子宫脱垂创造了条件。产后如过早参加重体力劳动，或有慢性咳嗽，习惯性便秘，或长期从事蹲、站工作，迫使腹压增加，引起子宫向下移位。子宫脱垂常发生于晚年，或在绝经后方始加剧。这是因为年老后，雌激素水平下降，子宫支持组织萎缩和缺乏张力的缘故。同样道理，体质虚弱或先天性盆底组织发育异常的妇女，即使年轻、未婚、未孕亦可发生子宫脱垂。

[临床表现]

阴部有物下坠，轻者仅觉腰酸，下腹有重坠感。一般在走路或劳动时脱出，卧床后能回纳。如子宫脱出时间过久，则局部可出现肿胀，磨损破溃，分泌物增多或分泌血性浓性液体。子宫脱垂时，使膀胱变位和尿道受压，常伴尿频、排尿困难、尿潴留或尿失禁。子宫脱垂后，由于血液循环发生障碍，子宫郁血，往往月经过多。

[诊断]

临床中根据脱垂程度的轻重，可分为三度。

Ⅰ度：子宫颈下垂到坐骨棘水平以下，但不超越阴道口。

Ⅱ度：子宫颈及部分子宫体脱出于阴道口外。

Ⅲ度：整个子宫体脱出于阴道口外。

[治疗]

手法　患者仰卧，医者在腹部做缓慢轻柔常规按摩手法数次；再点按气海、中极、归来、血海、三阴交各半分钟；再以拇指和其余四指相对在小腹部做提拿振颤法数次；然后以手掌自耻骨向上做按推法数次，力量要柔和，可使子宫有上提的感觉。

患者俯卧，医者以手掌按揉腰骶部数次，并点按肾俞、命门、秩边穴各半分钟，痛点部位多施手法。

如膀胱膨出者，可按揉大腿内侧肌肉，并弹拨大腿内侧肌腱3—5次，点按曲骨穴半分钟。

[注意事项]

（1）避免劳累，配合仰卧起坐运动，逐渐增加运动量。

（2）积极治疗咳嗽、便秘等增加腹压的疾病。

（3）脱垂程度重经治疗无效者考虑手术治疗。

[附]

（1）草药单方：

①花花根60g，枳壳30g，煎服。

②金樱子根60g，煎服，连服3—4日。

（2）针灸治疗

主穴　①维胞（关元旁开6寸，进针后大幅度捻转，病人即有子宫收缩感）、②子宫穴（髂前上棘与耻骨结节联线中点向一横指，进针后向耻骨联合方向斜刺，深度以患者感觉阴部发酸上抽感为度）、③三阴交。

配穴：长强、百会、阴陵泉，同时可灸百会穴。

（3）外治法

①生枳壳60 g，莲蓬壳30 g，煎汤坐浴。

②蛇床子30 g，乌梅5 g，煎汤坐浴。

③金银花，紫花地丁，蒲公英，蛇床子各30 g，黄连6 g，苦参15g，黄柏10g，枯矾10g，煎水熏洗坐浴，用于子宫脱垂伴黄水淋漓，湿热下注者。

（4）子宫托　适用于一、二度子宫脱垂，早晨放入阴道内，将子宫上托，晚上取出，清水洗净抹干保存。月经期及妊娠三个月后停放。

8.产后乳汁不足

产后乳汁不足又称缺乳，指妇女生育后乳汁分泌量少或无乳汁分泌而言。

[病因病理]

可能与哺乳方法不正确、产妇情绪不安定、营养不良、体弱等有关。另外如乳房过胀，或乳头皲裂未能及时处理，以致影响哺乳，久之也可造成乳汁过少。

[临床表现]

产后乳汁分泌量少或无乳汁分泌，不能满足婴儿的需要。

[治疗]

手法　患者俯卧。医者以手掌在背部按揉数次，再点按厥阴俞、膏肓俞。痛点处多施手法。

患者仰卧。医者先点按膻中、中脘、曲池、足三里，然后在胸部乳房周围轻轻揉按数次，并沿乳腺分布情况，向乳头推按数次。

[注意事项]

（1）注意休息，避免劳累，保持精神愉快。

（2）调节饮食，加强营养，多食汤类。

[附1] 草药单方

王不留行、穿山甲各6 g，同猪蹄一起炖汤服。

［附 2］针灸

乳根、膻中、少泽，迎随补泻。

9. 急性乳腺炎

提　要

- 全身发热、乳房红肿热痛，引起化脓为主要表现
- 致病菌以金黄色葡萄球菌多见
- 按摩治疗应用于乳痈初期

急性乳腺炎，中医称乳痈，又称吹乳、妒乳。发生于妊娠期称为内吹乳痈，发于哺乳期称为外吹乳痈。大多为急性化脓性细菌感染。一般发生在妇女哺乳期，尤其是初产妇多见。

［病因病理］

初产妇，乳头易被婴儿吸破，乳头破损，病菌容易侵入乳房。其致病菌多为金黄色葡萄球菌，其次为白色葡萄球菌和大肠杆菌。病菌经破损的乳头侵入，沿淋巴蔓延至乳腺组织，或直接侵入乳管，上行至腺叶内而发病。

正常情况下，细菌的侵入并不立即发生炎症，如果产妇身体抵抗力降低，乳腺管不通畅，或喂奶时未完全吸尽，奶汁积聚在乳房内形成块物，在这种情况下，一旦细菌侵入，很易生长繁殖，破坏乳腺，引起化脓。

［临床表现与诊断］

（1）乳房肿胀触痛，皮色红赤。

（2）乳房皮下有块状结节。

（3）乳汁排泄不畅。

（4）有恶寒、发热、周身骨节疼痛等全身症状。

（5）若见乳房肿块增大、燃红疼痛、发热不退、硬块中央按之波动，说明已到脓熟阶段；若肿块破溃而出稠脓，体温随之消退，说明已到脓溃阶段。

[治疗]

乳痈的治疗一般分初期、中期、晚期三阶段。初期又称郁乳期是乳痈初起，中期又称酿脓期是指脓已成熟，晚期又称溃脓期是指脓已破溃。按摩治疗一般在乳痈初期尚未成脓时为宜。

治则　疏肝消瘀，清胃通络，通乳散结。

手法　乳痈的操作手法一般分为肩、项上肢部、胸腹部、乳房局部背部治疗。常用手法有摩法、揉法、一指禅推法、拿法、按法等。

（1）胸腹部　患者仰卧位，术者立于一旁，先施揉、摩法于患乳周围的乳根、天溪、食窦、屋翳、膺窗等穴，时间约8分钟。再摩、揉腹部，重点在中脘、天枢、气海等穴，约4分钟。

（2）肩、项及上肢部　患者坐位，术者先按、揉其风池，再沿颈椎两侧向下至大椎穴两侧，往返按揉数十次。然后拿风池、肩井及少泽、合谷等穴，约3分钟。

（3）背部　患者坐位，术者用一指禅推法沿背部膀胱经往返治疗，重点在第二侧线肝俞、脾俞、胃俞，时间约6分钟。再按、揉上述穴位，以得气为度。

（4）乳房按摩　先在患侧乳房涂上少许润滑油（液体石腊或凡士林），患者自己或术者用五指由乳房四周轻轻向乳头方向提拿。推摩，不要用力挤压或旋转按压，而是沿着乳腺管的方向，施以正压，把瘀滞的乳汁逐步推出。在按摩的同时用手轻轻揪乳头数次，以扩张乳头部的输乳管。按摩前先做热敷，效果更好。

[注意事项]

（1）手法治疗宜轻柔，乳房按摩为主。只能用于初期。

（2）局部炎症侵润严重，如能断乳时，可考虑断乳。

（3）停止哺乳，可用吸乳器吸出乳汁，用胸罩或三角巾托起乳房，减少其活动和疼痛。

（4）如有乳头擦伤、皲裂、身体其它部位化脓性感染时，应及时治疗。

（5）脓已成者，应及早切开引流。

〔附〕急性乳腺炎的预防法

（1）产前（怀孕8个月后）常用热毛巾、肥皂水洗擦乳头，使皮肤变得坚韧。乳头凹入的，应设法拉出。喂奶期间更应保持乳头清洁。

（2）乳房内奶汁不宜过胀，每次喂奶宜使奶汁吸空，如不能吸空或奶胀时，可用吸奶器吸出或用手挤出奶汁。

（3）乳头破损严重时，可用手或吸奶器吸出奶汁，也可用橡皮乳头套在乳头上喂奶。

10.妇女尿失禁

尿失禁是很多疾病的共同症状，见于内、外、妇、儿各科。张力性尿失禁为妇女最常见的症状，多见于经产妇。

〔病因病理〕

张力性尿失禁是由于支持膀胱底及上2／3尿道的组织松弛，以致尿道内、外括约肌不能承受突然发生的腹压而出现尿失禁。妊娠、分娩或手术损伤为最常见原因。先天性尿道支持组织及其神经支配不健全，为未产妇的发病原因。

〔临床表现〕

典型症状为平时无遗尿，于立位时因咳嗽、喷嚏、大笑或举重等突然增加腹压的活动即发生尿失禁。

〔治疗〕

病人仰卧，医者站于其旁。在腹部行常规按摩数次，再点按气海、关元、中极穴。在按压的同时配合振颤法，以加强刺激量，可有明显的感觉传至尿道。

病人仰卧，医者站其旁，用手掌或拇指揉按下肢内侧数次。再用手掌搓小腹部，腰部及足底部各100次，使局部发热为度。再

点按阴陵泉、三阴交、行间。

病人俯卧，医者站于旁，用手掌揉按腰骶部数次。再点按肾俞、命门、膀胱俞。

[注意事项]

（1）积极防治增加腹压的疾病。

（2）产褥期注意休息，勿过劳，特别避免用腹压过久的劳动或姿势。另一方面进行产后运动锻炼。

（3）肛提肌运动锻炼，每日3次，每次15—30分钟；练习缩肛运动，持续6—8周。

（三）儿科疾病

小儿时期处在不断生长发育的过程中，无论在生理、病理、诊断和治疗等方面均有它自己的特点。尤其在治疗上（包括手法、穴位、操作次数或时间）更有其独特之处。

小儿按摩手法强调轻快柔和，平稳着实。各种手法又有它自己的要求，如“推法”要轻而不浮、快而着实；“掐法”要既快又重；“摩法”要轻柔不浮、重而不滞；“拿法”要刚中有柔、刚柔相济等等。

小儿按摩手法中有旋推为补、直推为泻；左揉为补、右揉为泻；左运止吐、右运止泻；缓摩为补、急摩为泻等种种说法，基本上是根据手法顺逆和轻重缓急而定的。

小儿按摩穴位除常用的经穴、奇穴外，多数穴位为小儿所特有。这些穴位不仅有“点”状，还有“线”状及“面”状。并有其特定的治疗作用，多分布在两肘以下，给临床带来很多方便。临床操作时常须借用一些介质，如姜汁、葱姜水、滑石粉、蛋清等，既可防止擦破皮肤，又可提高疗效。操作次数或时间也有规定。

小儿按摩操作的次序，一般是先头面，次上肢，再胸腹、腰背，最后是下肢。上肢部位穴，一般不分男女，习惯于按摩左

手。

小儿发病具有外感病和内伤饮食居多的特点。在按摩治疗上常用的也以解表（推攒竹、推眉弓、推太阳、拿风池）、清热（清天河水、退六腑、推脊）、消导（推脾经、揉板门、揉中脘、揉天枢）为多；另一方面，小儿病情变化迅速，临诊时必须审慎果断，治疗恰当及时，必要时可结合其它疗法。

小儿按摩具有简单易行、疗效可靠、无副作用等特点，对于五岁以下小儿的许多疾病均可起到防治效果。年龄越小，疗效越好。

附表6—2　　小儿按摩常用穴位表

穴　名	位　　置	主　　治	操　　作
脾土穴	拇指末节罗纹面	腹泻、便秘食欲不振	推法，100—500次
大肠穴	食指桡侧缘，自食指尖至虎口成一直线	腹泻、脱肛、痢疾便秘	推法，100—300次
板门穴	手掌大鱼际平面	食积、腹胀、呕吐腹泻	推法或揉法，100—300次
三关穴	前臂桡侧，自腕横纹至肘横纹成一直线	主治一切虚寒证	推法，自腕推向肘100—300次
六腑穴	前臂尺侧，自腕横纹至肘横纹成一直线	主治一切实热病证	推法，自肘推向腕100—300次，称退六腑
天河水	前臂掌侧正中自腕横纹中点至肘横纹中点成一直线	主治一切热性病，清热不伤阴	推法，自腕推向肘100—300次，称清天河水

续

穴名	位置	主治	操作
中脘穴	无中线，脐上4寸	腹胀、食积呕吐、腹泻食欲不振	揉中脘100—300次 次摩中脘5分钟
脐神阙	脐中	腹胀、腹痛、吐泻食积	揉、摩法，揉100—300次，摩5分钟
天枢穴	脐旁2寸	腹胀、腹痛、腹泻便秘食积	揉法，50—100次
丹田穴	小腹部，脐下2—3寸之间	小腹痛、腹泻、遗尿、脱肛、尿潴留	揉、摩法，揉50—100次，摩5分钟
七节穴 七节骨	第四腰椎至尾椎端成一直线	泄泻、便秘、脱肛	推法，推100—300次
龟尾穴	尾椎骨端	泄泻、便秘、脱肛遗尿	揉法、揉100—300次
足三里	外膝眼下三寸，胫骨旁一寸	腹胀、腹痛泄泻、呕吐、下肢痿软	按揉50—100次

1.小儿发热

提　要

- 发热为小儿最常见的症状之一
- 热度高低与疾病的严重程度不一定成正比
- 高热时易引起抽搐
- 按摩以清天河为主要手法
- 对炎症的发热，疗效更加显著

发热即体温异常升高，是小儿最常见的一种症状。小儿时期

正常体温可在一定范围内波动。一天24小时中以2—6时温度最低，下午5—7时温度最高。活动、进食均可使体温升高。正常腋温为36—37℃

[病因病理]

新生儿时期，尤其是早产儿，因体温调节功能很差，容易随外界环境的变化而发热，如天气闷热、门窗紧闭、衣被过多、水分供给不够等，均易引起发热。

小儿时期正处于生长发育阶段，免疫功能较低，易感染而致发热。

发热是人体防御机能和疾病斗争的一种表现，热度高低常反映斗争程度，热度高并不一定都不好。

临床时根据起病缓急、热度高低和发热过程中伴有的症状，可以初步找出病因。

[临床表现]

发热一般分为三种类型。表证表现为：发热、怕冷、头身痛、鼻塞流涕，舌苔薄，指纹鲜红；里热证表现为：发热或高、热面红、气促、不思饮食、便秘烦燥、渴而喜饮，舌红苔燥，指纹深紫；阴虚证表现为：低热日久或午后发热、手足心热、形瘦、盗汗、食欲减退，脉细数，舌红苔剥，指纹淡紫。

[诊断]

儿科中常见急性发热，急性发热的整个过程在15天之内，以上呼吸道感染为主要原因，大多属于中医的外感发热。

整个热程在二周以上者为长期发热，多为中医的内伤发热。

[鉴别诊断]

若病人表现为长期发热者，需注意下列诸病的鉴别。

（1）结核病　一般多有接触史，长期不规则低热，盗汗，食欲减退，逐渐消瘦。痰培养可见结核杆菌，X线可见结核病灶。以原发性肺结核及支气管淋巴结核为多见。

（2）风湿病　是一种反复发作的全身性胶原组织非化脓性炎症，主要影响心脏及关节。该病一般表现为长期持续性低热，少数患儿可有短期高热、热型多不规则，并有精神萎靡、胃纳不佳、面色苍白，可伴有心脏症状或关节游走性疼痛。关节游走性疼痛以侵犯大关节为主，局部红、肿、热、痛，活动受限，不遗留关节畸形。

（3）暑热症　夏季长期发热，秋凉后体温可下降，伴口渴、多饮、多尿、少汗或无汗。实验室检查无异常。

（4）功能性低热　晨起或午前发热，可伴有多汗、乏力、厌食等，有时低热可自然消退，经检查无异常发现。

［治疗］

治则　表证发热宜解表散邪；里证发热宜清泻里热、理气消食；阴虚发热宜滋阴清热。

手法　（1）表证发热　患者坐位或仰卧位。医者两拇指在两眉间至前发际自下而上交替直推30—50次（推攒竹）。再自眉头起沿眉向眉梢直推30—50次（推眉弓）。然后以中指端在眉后凹陷处向耳后揉按30—50次（揉太阳）。医者左手握住患儿左手，右手拇指在患儿无名指末节罗纹向指根方向直推100次（清肺经）。再以食、中二指在前臂正中自腕向肘直推100—300次（清天河水）。

（2）里证发热　患者平卧，医者左手握住患儿左手，右手拇指分别在患儿拇指掌面第一节、无名指末节罗纹指根方向直推100次。然后，在食指桡侧缘自虎口向指尖直推100次（清大肠），再以拇指分别在患儿掌心、大鱼际顺时针方向按揉100次。最后，施用清天河水、退六腑、揉天枢法（见小儿按摩常用穴位表）。

（3）阴虚发热　患儿平卧，将患儿左手拇指屈曲，医者以拇指在患儿拇指桡侧缘向掌根方向直推100次（补脾经）。在无名指末节罗纹面向指尖方向旋推100次（补肺经）。再以中指端自

小指根起，经各掌指关节、大小鱼际至内劳宫（内劳宫穴在掌心中，屈指时中指、无名指之间中点）掐运30次。然后以食、中二指在患儿前臂掌侧正中自腕向肘直推100—300次。

医者左手握住患儿左脚，右手拇指面自涌泉穴（涌泉穴即屈趾，足掌心正中凹陷中）向足趾直推100次。最后在足三里穴(外膝眼下三寸，胫骨旁一寸）按揉100次。

[注意事项]

（1）注意休息，多饮水，吃易消化食物，并保持室内空气流通。

（2）积极寻找致病因素，配合针对病因疗法。

（3）结核病患者禁用按摩疗法，否则易造成结核病灶扩散。

（4）6个月以内小儿或体弱者，慎用退热药，2—3个月小儿最好采用物理降温法。

[附] 物理降温法

（1）冷敷法　以毛巾在冷水或冰水中浸湿，置于额部、颈部、腋下、腹股沟等处，每隔几分钟更换一次。

（2）酒精浴　将毛巾在加入1／2烧酒或1／3酒精的冷水中浸湿，自上而下轮流擦抹患儿四肢、胸背，每处4—5分钟。此法较冷敷法见效更快，但对四肢发冷者忌用此法，肺炎患儿只能擦抹四肢。

2.小儿急性上呼吸道感染

提　要

·本病简称“上感”或“感冒”

·本病以发热、怕冷、鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽为主要临床表现

·麻疹、百日咳、白喉等传染病早期也有上呼吸道感染症状，须注意以免误诊

·治疗以解表为主

急性上呼吸道感染简称“上感”或“感冒”，是小儿最常见的疾病。它是病毒或细菌感染引起的鼻咽部炎症。营养不良及缺乏体格锻炼的小儿易患本病，且病愈后无持久免疫力，可多次发病。

[病因病理]

上呼吸道感染主要由病毒或细菌感染。小儿鼻腔短小，没有鼻毛，粘膜血管丰富。气候骤变时鼻咽部血管收缩，局部血液循环发生障碍，抵抗力降低，病毒或细菌大量繁殖而发病。

[临床表现]

临床有发热、怕冷、鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽等症状。

[诊断]

（1）一般起病急，多为散发，尤以气候骤变时多见。发热、怕冷、鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽为其主要临床表现。

（2）婴幼儿全身症状较重，除有呼吸道卡他性炎症症状外，起病时可有高热、惊厥、呕吐、腹泻等。

（3）病毒引起者一般鼻部症状比咽部症状明显，可伴结膜充血，血白细胞降低。细菌感染者咽部充血及疼痛较明显，可有渗出物，血白细胞增高。

[鉴别诊断]

某些疾病，如麻疹、百日咳、脑炎、脑膜炎等早期症状也可表现为伤风感冒。因此，在诊断中除根据症状外，还须结合当地流行病史、体检和实验室资料进行分析鉴别，有时还须观察病情的发展才能确定诊断。

[治疗]

治则　解表为主。

手法、推攒竹、推眉弓、揉太阳、拿风池。

推攒竹、推眉弓、揉太阳法见前“小儿发热病”。

拿风池是以拇指和中指在风池穴（颈后枕骨下大筋外侧凹陷

处）提拿5次。

（1）风寒者加拿风池10次，揉二扇门、推上三关（见常用穴位表）。

揉二扇门是医者以食、中指在患儿掌背中指根本节两侧凹陷处（二扇门）按揉100次—500次。本穴能发汗透表，退热平喘，为发汗的有效方法，若与拿风池配合应用，发汗之力更强，适用于恶寒无汗之风寒证。揉时稍用力，速度宜快，以汗出为效。

（2）风热者加清肺经（见发热病）、清天河、退六府（见常用穴位表）。

（2）夹食滞者加推脾经（见常用穴位表）揉板门（见发热病）、揉中脘、揉天枢（见常用穴位表）。

[注意事项]

（1）合并结核病者禁忌按摩法。

（2）适当休息，多饮水。

[附] 预防法

（1）锻炼身体，增强体质，多晒太阳，多在户外活动，提高抗病能力。

（2）讲究卫生，常洗澡更衣，适时增减衣服，少到公共场所。

（3）药物预防：生贯仲3～6 g，水煎服，每日一剂，分三次服，连服3日。按叶10～15g，水煎服，每日一剂，连服三日。

（4）室内食醋熏蒸：食醋2—5 ml/m³方米空间，加水1～2倍，置容器内加热熏至全部气化为止，每天一次，连续数日

3.急性支气管炎

提　要

·本病以咳嗽为主症

• 常继发于上呼吸道感染之后
• 小儿以外感咳嗽最为多见
• 轻症治疗与上呼吸道感染相同

急性支气管炎是指气管、支气管粘膜的炎症，以咳嗽为主要临床表现，常继发于上呼吸道感染之后，也常为肺炎的早期表现，是儿科常见疾病。

[病因病理]

由于小儿鼻腔短小，粘膜血管丰富，没有鼻毛等特点，最易感染而患本病。本病常由上呼吸道感染向下呼吸道蔓延所致。引起上呼吸道感染的病毒都可成为本病的病原体。在病毒感染的基础上可有继发性细菌感染，或二者合并感染。常见的病原菌为肺炎双球菌、葡萄球菌、链球菌及流感杆菌等。

[临床表现]

咳嗽为主症，起病时多为干咳，逐渐有痰，发热不高，全身症状较轻。婴幼儿常伴有腹痛、腹泻、呕吐等症。

[诊断]

（1）咳嗽为主症的临床表现。

（2）肺部听诊可闻呼吸音粗及多少不等的干、湿罗音。罗音部位不固定，可因体位变换及咳嗽前后而不同。

（3）X线检查可发现肺门阴影扩大，肺纹理增粗。

（4）白细胞计数及分类无明显改变。

[治疗]

治则　宣肺止咳为主。

手法　清肺经、按天突、分推膻中、揉乳旁、揉乳根。

患儿仰卧，医者以拇指在患儿无名指末节罗纹面向指根方向直推100次，以中指端按揉天突穴（胸骨切迹上缘，凹陷正中）15次，再以两拇指自膻中（胸骨正中，两乳联线中点）向两旁分

推至乳头50次，以食、中二指分置乳下2分及乳旁2分，按揉50次。

外感者加推攒竹、推眉弓、推太阳、拿风池（具体操作见上呼吸道感染）。

内伤者加补脾经、补肺经、补肾经、揉肺俞、揉肾俞。

患儿坐位，医者以拇指面分别在患儿拇指末节罗纹面、无名指末节罗纹面、小指末节罗纹面旋推100次，再以两拇指在肺（第三胸椎下，旁开1.5寸）和肾俞（第二腰椎下，旁开1.5寸）分别按揉100次。

[注意事项]

（1）若久咳不愈者，按揉肺俞时可加沾少许盐粉，效果更好。

（2）适当休息、多喝水，保持室内空气流通。

[附1] 草药单方

（1）紫苏9g，陈皮9g，白萝卜片12g，用水一碗煎成半碗，加红糖一汤匙，趁热温服，适用于风寒咳嗽。

（2）雅梨一个去核，加杏仁9g，冰糖15g，蒸服，适用于风热咳嗽。

（3）川贝母6g，雪梨一个，冰糖15g，蒸服，适用于久病咳嗽者。

[附2] 针灸疗法

取穴：①天突、曲池、内关、丰隆。②肺俞、尺泽、太白、太渊。

方法：每次取一组，两组交替使用，每日一次，10～15次为一疗程。一般用中等刺激。病久、体弱者，可做弱刺激或针后加灸。

4.支气管哮喘

支气管哮喘为呼吸道的变态反应性疾病。常反复发作，很难

根治。

[病因病理]

本病主要由于机体过敏状态所致。过敏原（花粉、油漆、鱼虾、煤气、细菌等）使细小支气管平滑肌痉挛、支气管内粘膜水肿和过多粘液分泌，引起阵发性呼吸困难及支气管哮喘。

[临床表现]

呼吸急促，喘鸣有声，严重时张口抬肩，难以平卧。偏寒者形寒肢冷、无汗、面色晄白、口不渴；偏热者发热、胸闷、汗出、面赤、口渴。

[诊断]

（1）常有家族史，多见于4—5岁男孩。

（2）发作前可有喷嚏和全身不适等前兆症状，发作时烦燥不安、呼气困难、不能平卧、耸肩喘息。

（3）严重者出现“哮喘持续状态”。这是指哮喘持续发作，同时出现紫绀、出汗、颈静脉怒张。

（4）肺部听诊可听到呼气延长、两肺布满哮鸣音，继发感染后还可闻湿性罗音。

（5）血嗜酸性粒细胞常在6%以上，最高可至30%。

（6）X线检查可发现胸部常有肺气肿现象（透光度增强，肺纹理增深）。

治疗

治则　降气化痰，平喘。

手法　清肺经、分推膻中，揉天突，搓摩胁肋、揉肺俞，运内八方。

患儿仰卧，医者行清肺经，分推膻中，揉天突，揉肺俞法（具体操作见急性支气管炎）；医者再以两手掌从两胁腋下搓摩至天枢（脐旁二寸）处反复50次。最后以中、食指在患儿手心以掌心为圆心作顺时针方向掐运100次。

发热者加清天河水法，畏寒者加推三关法。久病体虚，肾不纳气者加推三关、补脾经、补肾经、揉丹田、清肺经改为补肺经。

[注意事项]

本病反复发作，不易根除。因此，不仅在发作期要抓紧治疗，缓解期也应积极治疗。若能运用冬病夏治，伏天按摩则可获得较好效果。

[附1] 草药单方

（1）地龙　烘干研粉，每次1～3g，一日三次，饭前吞服，连用三天，用于哮喘发作时。

（2）胡桃肉　每次生用3—5g，一日三次，宜久服，用于缓解期肺、肾气虚者。

（3）玉竹3—5g，白梨（不限品种）一个（切片），水煎，加糖适量，分三次服。宜久服，适用于各型哮喘。

[附2] 敷贴法

敷贴法适用于哮喘缓解期。

①白芥子30g，延胡索30g、细辛15g，甘遂15g，共研为细粉，用新鲜姜汁调制成药饼6只，药饼中心放麝香或丁香末3g，敷于两侧百劳、肺俞、膏肓俞上，冬春每隔5天一次，夏季每隔10天一次，每次2小时，共三次。如用电离子导入，每次只须20分钟。一般于敷后多见局部充血潮红，甚至起泡。水泡弄破时可涂以龙胆紫药水。

②白芥子3g，细辛0.6g，胡椒1g，白附子1g，共研细末，用生姜汁调后敷于肺俞穴上，每于夜间睡前敷上，次晨取下，如局部反应重时，亦可敷1～2小时取下，1～2日进行一次，7次为一疗程。

5.支气管肺炎

支气管肺炎又称小叶肺炎，为婴幼儿肺炎中最多见的一种。

多发于冬春二季及气候骤然变化之时。

[病因病理]

细菌或病毒沿上呼吸道、气管、支气管下降，侵入肺泡而引起，因此常发生在上呼吸道炎或支气管炎之后。

[临床表现]

临床表现为发热、咳嗽、气促、鼻煽。偏寒者还有恶寒、无汗、不渴、舌苔白等症状；偏热者还有热甚、口渴、面赤唇红、舌红苔黄等症状。

[诊断]

（1）起病急。轻者开始的一般情况好些，可有发热、咳嗽、气急；重者可见鼻翼煽动、点头状呼吸，鼻、唇周围出现青紫，还可有三凹状呼吸（吸气时胸骨上、肋间软组织及剑突下出现吸气性凹陷）。

（2）肺部听诊时，可闻两肺细湿罗音。

（3）血白细胞和中性粒细胞增高，提示为细菌感染。

（4）X线检查时可见两肺散在点状或小斑片状浸润阴影。

[鉴别诊断]

（1）呼吸道异物吸入　起病突然，有异物吸入史，呼吸困难，吸入凹陷，甚至窒息。由于异物阻塞、局部感染，分泌物很多，可在短时间内有肺部炎症或肺气肿，肺不张。

（2）粟粒型肺结核　多见于婴幼儿，临床上有驰张高热、气急、紫绀，X线胸透可无异常现象，使人误认为肺炎。做X线胸部摄片、结核菌素试验和追问结核接触史可作鉴别。

（3）支气管哮喘　有反复发作史，呼吸困难，以呼气为重，两肺布满哮鸣音。

[治疗]

治则　宣肺为主。

手法　清肺经，推上三关，退下六腑，按天突，分推膻中，

按弦搓摩，按肺俞。

患儿坐位，医者行清肺经，推上三关、退六腑，按气突、分推膻中等手法。

医者再于患儿身后用双手掌在患儿胁肋搓摩，自上而下9次，再以双手拇指在背部肺穴按揉50次。

[注意事项]

（1）重症肺炎应到医院住院治疗。

（2）注意营养，多晒太阳，防止佝偻病及营养不良。

（3）避免接触呼吸道感染的病人。

（4）保持安静，避免躁动及过多诊疗措施。

（5）室内空气要新鲜、凉爽，并保持一定湿度。

（6）要勤翻身、多抱、轻拍背部。

[附1] 草药单方

（1）一见喜、十大功劳各15g，橘皮3g（一日量），水煎取100ml，分二次服。

（2）新鲜女贞叶500g加水500g，浓煎至200ml。每次服30—40ml，日服3～4次。

（3）银花、连翘各15克，大青叶、板兰根、千里光各30g，射干9克，水煎浓缩成200ml，一日分3～4次服完。

（4）银杏9克，青黛3g，地骨皮9g，车前子、草各9g，陈皮9g，一日一剂，分三次服。主要用于细菌性肺炎。

[附2] 敷贴法

肺炎后期痰多，两肺罗音经久不消失者可配合敷贴法。

（1）白芥子末、面粉各30g，加水调和，以纱布包好，敷贴背部，每日一次，每次约15分钟。见皮肤发红即止，连敷三日。

（2）大黄、芒硝、大蒜各15—30g，纱布包，敷胸，如皮肤未出现刺激反应，可连用3—5天。

6.暑热症

提　要

- 明显的季节性，发生在夏季
- 轻症可自愈，无重大危险性
- 须在改善居住条件下进行治疗

暑热症为婴幼儿所特有的发热性疾病，发病的季节性很强。它常发生在夏季，所以又名“夏季热”。此病以6个月—3岁小儿多见，且少数人次年可再发，但症状比第一年轻。

[病因病理]

由于小儿不能很好调节体温和汗腺功能不良，不能适应夏季炎热的气候。

[临床表现]

临床症状为长期发热不退、口渴、多饮、多尿、汗闭或少汗。

[诊断]

（1）夏季长期发热，一般在38—40℃，热程可长达1—3个月，秋凉后体温可下降。

（2）多饮多尿，每天的饮水量可达2000—4000ml，小便可达20～30次。

无汗或少汗，典型患者皮肤干燥灼热无汗出

（4）一般情况良好，体检无特殊发现。病久可见形体消瘦、精神萎靡或烦燥不安。

（5）实验室检查无异常。

[鉴别诊断]

（1）结核　通过结核菌素试验及X线检查，排除结核。

（2）泌尿系感染　进行多次尿常规及细菌培养，排除泌尿系感染。

（3）伤寒　肥达氏反应及血培养以鉴别伤寒。

（4）败血症　作血常规及血培养以鉴别败血症。

[治疗]

治则　清热为主。

手法　清胃经，清肺经、补肾经，推上三关、退下六腑、清天河水，推涌泉。

将患儿移至阴凉通风处，然后实施手法。

（1）补肾经：医者以拇指在小指末节罗纹面自指根向指尖旋推200次，可温养下元治疗多尿。

（2）清胃经：以拇指在患儿拇指掌面近掌端第一节向指根方向直推100次，烦渴甚者加推300次。

（3）清肺经：以拇指在患儿无名指末节向指根方向直推300次。

（4）推上三关：以食、中指在患儿前臂桡侧推向肘100次。本法可发汗解表，使用时不可多推。

（5）退下六府：以食、中指在患儿前臂尺侧自肘推向腕300次。

（6）清天河水：以食、中指在患儿前臂正中自腕推向肘300次。发热较高者，最后实施弹打天河水。

（7）以拇指面在患儿足掌面前正中凹陷处向足趾方向直推100次。

[注意事项]

（1）推三关性温热，能补气行气，温阳散寒，发汗解表，主治一切虚寒病症，在治暑热症时，必须配合其它手法。

（2）手法治疗同时，配合温水疗法和单药单方效果更好。

[附1] 温水疗法

温水浸浴每日二次，每次30分钟。开始的水温应以患儿体温作标准，然后逐渐降至34—35℃。

[附2] 草药单方

（1）鲜西瓜皮、鲜荷叶适量，煎水代茶。

（2）蚕茧、红枣各20g，煎水代茶，适用于有汗者。

（3）蚕茧20g、淡豆豉10g，煎水代茶，适用于无汗者。

7.小儿营养不良

提　要

- 小儿营养不良症中医统称为“疳症”
- 捏脊疗法效果显著可靠
- 长期喂养不当为主要原因，治疗过程中须调节饮食

小儿营养不良症是一种慢性营养缺乏症，是由身体长得不到足够的营养或长期慢性疾病所引起，多发生于3岁以下婴幼儿。中医将此证称为“疳证”。轻症时仅体重减轻，严重时除身体消瘦外，各器官的功能也减退。

[病因病理]

（1）长期饮食不足：①母乳量不足而单纯以粥、米粥或奶糕等碳水化合物喂养，使食物中蛋白质、热量不足，影响小儿生长发育。②婴儿断奶前未加辅食，突然断奶以及断奶后喂养不当。③小儿过食香甜零食，减低了食欲，影响正常进食量。④早产儿因生长发育比一般小儿更快，如饮食不足更容易发生营养不良。

（2）疾病影响：如慢性腹泻、消化道畸型、肠道寄生虫、迁延性肝炎、结核病等，造成进食减少，代谢消耗增加而引起消化不良。

[临床表现]

以不同程度的形体干枯消瘦、头发稀疏、精神疲惫、腹部胀大、青筋暴露或者腹凹如舟、饮食异常等为特征。

[诊断]

（1）常有喂养不当及慢性病史。

（2）临床表现轻重不同。早期只是体重不增，低于正常小儿，皮下脂肪自腹部开始逐渐消失，其次为躯干、四肢、臀部，最后为面颊，且肌肉松弛无力，皮肤干燥、苍白弹性差。较重患儿常常兼有烦躁不安和睡眠不佳，或精神萎靡，头发干黄稀疏，口腔常有炎症，易感染等症。

[治疗]

治则　消食导滞，健脾和胃。

手法　捏脊为主，配以摩腹、揉脐、按揉足三里穴。

患儿俯卧，暴露脊背。医者先在脊背部轻轻按揉2—3遍，使肌肉放松，再以双手拇指指腹自大椎穴起自上而下直推至长强穴。然后再用两手拇指与食指合作自长强穴起将皮肤脂肪层捏起，交替向上至大椎穴，连续推捏6次至皮肤发红止。在推捏5—6次时，每捏三下再用隐力将背脊皮提起一下（称为捏三提一法）。捏完后，再以两手拇指在肾俞部向左右推压2—3下。每日一次，一周为一疗程。

摩腹、揉脐、按揉足三里法见“婴幼儿腹泻症”。

[注意事项]

（1）捏脊疗法宜轻快，对较大儿童及病情较重者，可配合针刺四缝。

（2）治疗同时必须调节饮食，正确喂养。提倡母乳喂养。

（3）当病情好转，食欲明显增加时，注意勿过食，以免引起消化功能紊乱。

（4）积极治疗并发症及慢性疾病。

[附1] 刺四缝法

用三棱针针刺双手四缝穴（手指掌面、食、中、无名、小指四指中节横纹中点），进针约0.5—1分，出针后挤出黄色液体，用消毒棉拭干，隔日一次。

[附2]

（1）疳积散　鸡内金30g，神曲、麦芽、山楂各100g，研细末。每次1.5—3g，糖水调服，日服三次。包煎亦可，用量加倍。

（2）小儿疳积方：蟑螂五，油炸后，每天连续食用，病愈后停服。

（3）蝼蛄，去内脏，焙干研末，每次1.5—3g，糖水调服，日三次。

（4）牵牛子30g，槟榔30g，雄黄10g研细末，每次3—6g，开水送下，日服二次。

（5）鲜疳积草15g，姜葱各30g，将药捣烂，加入鸡蛋白一个搅匀，外敷脚心一夜，隔三天换一次，疗程5—7次。

8.维生素D缺乏性佝偻病

提　要

- 维生素*D*不足是主要病因
- 本病发病率北方多于南方
- 治疗同时须加强日晒，调节饮食

维生素D缺乏性佝偻病俗称小儿软骨病，是小儿常见的一种慢性营养缺乏症。临床上以钙磷代谢失常和成骨障碍为特征，严重者表现为骨骼畸型及生长发育障碍。

［病因病理］

佝偻病是因缺乏维生素素D引起的。维生素D缺乏时人体内钙磷代谢紊乱，影响小儿的骨骼发育，骨骼生长缓慢，骨骼畸型，甚至骨折。

正常人体维生素D的来源有两种。①内源性：人体皮肤内含7-脱氢胆固醇，经阳光中紫外线照射后变成维生素D。阳光照射为主要来源。②外源性：即食物中的维生素D，在鱼肝油、蛋黄、肝类食物中含量丰富。晒酱、蔓类、干菜、酵母等类食品中

也含维生素D。

[临床表现]

临床表现为烦躁、夜啼、神情淡漠、食欲差、头部多汗、发稀枕秃、肌肉松驰、腹部膨胀，骨骼畸型。

[诊断]

（1）多发生在2岁以上婴幼儿，多有喂养不当、日光照射不足或胃肠道吸收障碍史。

（2）病儿早期有易惊、睡眠不稳、好哭闹、多汗及枕秃。

（3）3—6个月重症患儿后头部颅骨软化，压之如乒乓球样，称乒乓头。8—9个月患儿呈方颅，囟门大而迟闭，常在出生8个月后尚未闭合。胸的两侧肋骨与肋软骨交界处膨大如珠子，称肋串珠。胸廓畸型，如鸡胸、漏斗胸，肋缘外翻。脊柱后侧凸弯如龟脊。下肢呈“O”或“x”型腿，且出牙较迟，牙齿不整齐，容易发生虫牙。

[治疗]

治则　健脾补肾

手法　捏脊为主（见前小儿营养不良症），配合补脾经、补胃经、补肾经、揉中脘、摩丹田，按揉脾俞、胃俞、肾俞，按揉足三里、三阴交。

补脾经：将患儿拇指屈曲，循拇指桡侧缘向掌根方向直推100次。补胃经：在拇指掌面近掌端第一节旋推100次，然后在小指末节罗纹面向指尖方向旋推100次。

患儿仰卧，以掌根按揉中脘（脐正中直上四寸）100次，再以掌心在小腹部摩5分钟。以拇指在足三里（外膝眼下三寸）按揉100次，再按揉三阴交（内踝上三寸，胫骨后缘）100次。

患儿俯卧以双手拇指同时按揉脾俞（第十一胸椎下，旁开一寸五分）、胃俞（第十二胸椎下，旁开一寸五分、肾俞（第二腰椎下旁开一寸五分）各100次。最后施以捏脊手法（见营养不良

症）。

[注意事项]

（1）改善喂养方法，增加含维生素D的饮食。

（2）常做日光浴，春夏季出生的婴儿，满月后即可抱出户外；秋冬季出生婴儿，三个月后也可抱出户外。日光浴开始时每次10—15分钟，以后逐渐延长。室内晒太阳，应当开窗，因玻璃使日光中的紫外线不能透入，达不到防治目的。

（3）不要过早勉强患儿坐、站或走，以防止畸型。

[附] 草药单方 ①鸡蛋壳炒黄，研细末，米醋调服，每次1.5g，一日3次。②乌贼骨粉加入等量糖混合均匀，每次口服0.5g，一日3次。③醋炒鱼骨50g，胎盘粉7g，炒鸡蛋壳18g，白糖25g，共研为细末，混合均匀。每次口服0.5g，每日三次，宜久服。

9.婴幼儿腹泻

婴幼儿腹泻，又名消化不良，是婴幼儿时期的急性胃肠道功能紊乱综合症，是常见多发病之一。此病好发于夏秋季节，临床以腹泻、呕吐、脱水及电解质紊乱为主要特征。

[病因病理]

婴幼儿消化系统的发育还不成熟，而生长发育又甚为迅速，需要的营养物质相对较多，故婴幼儿的胃肠道负担较大 加上婴幼儿免疫功能较差，血液中免疫球蛋白和胃肠道分泌型IgA均较低，因而对感染的防御能力也差。

常见原因有感染因素、饮食因素、气候因素。

[临床表现]

大便次数增多，便质稀薄。严重的可见粘液，伴腹痛、呕吐、发热等全身症状。

[诊断]

（1）轻型（又称单纯性消化不良）病症由以下因素确诊。

①多由饮食因素或肠道外感染所致。

②主要是胃肠道症状，大便1日数次至十余次不等，呈黄色或黄绿色稀便，带奶瓣，偶有呕吐。

③全身症状轻，精神尚可，无明显脱水及电解质紊乱。

（2）重型（又称中毒性消化不良）病症由以下因素确诊。

①多由致病性大肠杆菌或肠道病毒感染引起，亦可因治疗不良或并发其它疾病，由轻型转为重型。

②胃肠道症状重，呕吐频繁，腹泻次数可多达十余次甚至数十次，呈水样便或蛋花样便。

③全身中毒症状严重，有不规则低热或高热，病初烦躁不安，进而萎靡不振、嗜睡、昏迷及惊厥。

④水与电解质紊乱，主要为脱水、酸中毒、低血钾，有时出现低血钙及低血镁。

［鉴别诊断］

细菌性痢疾　发病急，多由饮食不洁或痢疾接触史引起，伴有发热，且热度较高；大便次数多，每次量少，里急后重，脓血便明显，大便培养可有痢疾杆菌。

［治疗］

治则　健脾燥湿为主。

手法　摩脾经，推大肠，清小肠，摩腹，揉脐，推上七节骨，揉龟尾。

患儿仰卧。医者行补脾经，推大肠，清小肠法，以手掌在上腹部运摩5分钟，再以脐为中心逆时针方向按摩3分钟。

患儿俯卧。用拇指桡侧面自尾椎骨端向上直推300次，再用拇指端按揉尾椎骨端。

偏寒湿者加：揉外劳宫，揉大枢，按脾俞，按胃俞。

偏湿热者加：清大肠，推上三关，退下六府。

偏脾虚者加：推板门，运内八卦，揉脾俞，揉胃俞，揉脊，揉足三里。

[注意事项]

（1）按摩疗法主要用于轻型腹泻、迁延性腹泻或营养不良患儿。对重型腹泻、严重脱水及酸碱平衡紊乱者应综合治疗。

（2）配合饮食调养，吐泻严重的患儿应禁食6—12小时，吐泻好转后，逐渐恢复正常饮食。

（3）轻型腹泻，营养不良或佝偻病等小儿腹泻时要及早治疗，以免拖延成为重型。

[附] 草药单方

（1）石榴皮30g，加红糖适量，水煎顿服。

（2）淮山药粉，每次9-15g，加水调成糊状，日服1—2次。

（3）山楂炭、鸡内金、炮姜炭均研细末，每次0.5—1g，开水冲服，日服四次。

（4）地锦草30g，儿茶4.5g，水煎服。

（5）马齿苋或地丁草30g，水煎服。

（6）鬼针草30g，煎汤温浸两足，日一次，连用三次

10.痢疾

提　要

- 痢疾以腹痛、里急后重、痢下赤白为主要表现
- 临床分普通型和中毒型二类
- 按摩治疗主要适用于普通型

痢疾是由痢疾杆菌引起的消化系统传染病，好发于夏秋季节，以腹痛、里急后重、下痢赤白为主要表现，2—7岁小儿多发。

[病因病理]

本病为消化系统传染病，由痢疾杆菌所致，病人和带菌者是传染源，着凉、疲劳、饥饿及各种急性病常为诱发因素。

[临床表现]

临床以腹痛、腹泻、里急后重、便下脓血为主要特点。临床中分为普通型和中毒型二类。

普通型表现为发热、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、大便有脓血。

中毒型表现为开始可无消化道症状，但中毒症状明显，表现为突发高热、嗜睡、神萎、谵妄、吐褐色物、惊厥、面色苍白发灰、四肢发凉，甚至出现感染性休克症状。

[诊断]

（1）好发于2—7岁小儿，有接触史或有饮食不洁史。

（2）痢疾的临床表现。

（3）实验室检查：血白细胞增高，以中性粒细胞为主。大便镜检有红、白细胞及脓细胞。便培养有痢疾杆菌。

[治疗]

治则　清利湿热为主。

手法　患儿仰卧，医者在患儿拇指掌面近掌端第一节向指根方向直推100次（清胃经）；再由虎口循食指桡侧缘向指尖直推100次（清大肠）；再在小指尺侧缘自指根向指尖直推100次（清小肠）；再在小儿前臂施退六腑、清河水法。

医者以中、食指按揉天枢穴50次，在腹部运摩5分钟，然后以两手拇指沿肋弓角边缘向二旁分推100次。

患儿俯卧，医者以中指端按揉龟尾穴100次，再自第四腰椎向下直推至尾椎骨端100次。

[注意事项]

（1）隔离病人，对带菌者适当处理，以防传播；加强饮食管理，食具严格煮沸消毒，生菜水果洗净再吃，饭前便后洗手。

（2）中毒型患儿要密切观察病情，中西医结合治疗。

[附] 草药单方

（1）马齿苋、凤尾草、地锦草、铁苋菜、鸡眼草、小飞蓬，辣蓼各30g，任选1—2种煎服，连服6天。

（2）紫皮蒜头每日1—2头，或10%小蒜浸液50—100ml保留灌肠。

11.小儿口腔炎

提　要

·常见的小儿口腔炎有鹅口疮（白色念珠菌口腔炎）、口疮（疱疹性口腔炎、溃疡性口腔炎）

·中医学认为其病机以心脾有热或虚火上炎为主

·治疗清解心脾热毒为主

·治疗同时应注意保持口腔卫生

小儿口腔炎是指口腔粘膜的炎症，包括舌炎、齿龈炎或口角炎，多由病毒、细菌或霉菌引起。口腔炎多见于婴幼儿，尤以营养不良或健康情况不佳小儿多见，可单独发生，亦可继发于全身性疾病，如急性感染、腹泻、营养不良、久病体弱和维生素B、C缺乏症等。常见的小儿口腔炎有疱疹性口腔炎、急性球菌性口腔炎及白色念球菌口腔炎。

[病因病理]

由于小儿营养不良，口腔卫生较差，容易感染病毒和细菌而发病。常见的感染有疱疹病毒感染而致胞疹性口腔炎；链球菌、金黄色葡萄珠或肺炎球菌而致急性球菌性口腔炎；白色念球菌感染而致鹅口疮。

中医学认为其病机主要是由于心脾有热，或虚火上炎所致。

[临床表现]

（1）鹅口疮表现为舌上或两侧颊粘膜上出现白屑，渐渐增大，互相融合，状如凝乳，不易拭去。重拭可见粗糙面。

（2）口疮表现为口腔粘膜、舌及齿龈等处发生淡黄色或灰白色大小不等的小疮或溃疡面。

[诊断]

（1）鹅口疮（白色念珠菌口腔炎）的症状如下。

①多见于新生儿营养不良、长期腹泻。使用广谱抗菌素的小儿，常因餐具消毒不严所致。

②颊粘膜或舌、齿龈、上腭等处有一层稍隆起粗糙灰白色物，似奶块，用棉签蘸水不易揩去。

③口腔粘膜多干燥不流涎。

④局部无明显疼痛，一般不影响进食，也无全身症状。

⑤白膜涂片镜检可见真菌菌丝和孢子。

（2）疱疹性口腔炎的症状如下。

①为单纯疱疹病毒感染所致，多发于6个月—2岁小儿，无明显季节性，但传染性较强。

②发热，全身不适，口腔局部疼痛，拒食，流涎。

③病变多在齿龈、舌、唇内面、颊粘膜等处。先有充血，而后形成圆形小滤泡，迅速破裂形成小溃疡，表面覆盖微黄色膜状物。

④常伴齿龈炎与颈部淋巴结肿大，全病程约1—2周。

（3）急性球菌性口腔炎的病症如下。

①由链球菌、金黄色葡萄球菌或肺炎球菌感染引起，多见于婴幼儿，常在急性感染、长期腹泻等机体抵抗力降低时发病。

②高热，局部疼痛，口臭，拒食，烦燥多涎。

③初起齿龈和口腔粘膜充血水肿，随后发生大小不等的糜烂或溃疡，上面覆盖灰白色的假膜。

④颌下淋巴结肿大，假膜涂片可见大量致病菌。

[治疗]

治则　清解心脾热毒为主。

手法　清脾经，清心经，掐小横纹，掐四横纹，揉板门、小天心，总筋，清天河水。

患儿坐位或仰卧位，以拇指在患儿拇指掌面由指端向指尖直推100次（清脾经）；在中指掌面由指尖向指根方向直推100次（清心经）。以拇指指甲掐小横纹（食、中、无名、小指掌面掌指关节横纹处）、四横纹（食、中、无名、小指掌面第一指间关节横纹外）各5次。揉板门（手掌大鱼际平面）100次，继揉小天心（大小鱼际交接处）100次，揉总筋（掌后腕横纹中点）100次。。清天河水法。

[注意事项]

（1）多喂新鲜蔬菜，避免过烫或过咸之饮食，减少进食时的痛苦。

（2）注意保持口腔卫生。

（3）鹅口疮病人应停用抗菌素类药物，如已有感染可用磺胺类药物。

[附]草药单方

（1）板兰根或大青叶15～30g，浓煎服，一日一剂。

（2）仙鹤草30g，水煎服。

（3）一枝黄花30g，水煎服。

（4）吴茱萸9g，为细末，醋调，晚上睡前敷足心，第二天除去。

（5）柿霜，每日少许涂患处。

12.呕吐

提　要

- 呕吐为小儿常见症状，可见于多种疾病中
- 新生儿注意排除消化道畸形

• 治疗原则以和胃降逆为主

• 治疗同时须配合饮食调养

呕吐是由于食管，胃或肠道呈逆行蠕动并伴有腹肌强力痉挛性收缩引起的，同时迫使食管或胃内容物从口腔涌出，是临床上小儿常见的症状，可见于多种疾病中。

病因病理

小儿的呕吐调节中枢发育不完全，胃容量小而呈水平位，胃入口（贲门）处括约肌较松，因此，容易发生呕吐，尤其在喂养不当时更容发生。小儿许多疾病，特别是消化道疾病常常出现呕吐，必须注意鉴别，以免误诊。

中医学认为呕吐为胃气不和而上逆所致。

[临床表现]　按中医辨证分析分三种证型。

（1）胃寒吐　起病缓慢，病程较长，饮食入胃后停留一段时间又吐出来。吐不消化食物，臭味不大，时发时止，面色苍白，四肢欠温，腹痛喜暖，大便溏薄，舌淡苔薄白，指纹色红。

（2）胃热吐　食入即吐，吐物酸臭，身热口渴，烦燥不安，大便臭秽或秘结，小便短赤，舌红而干，苔黄腻，指纹色紫。

（3）伤食吐　呕吐酸馊频繁，口气臭秽，胸闷厌食，肚腹胀痛，大便酸臭，或溏或秘，苔厚腻，脉滑实。

[鉴别诊断]

呕吐可见于多种疾病中，发生呕吐的次数与呕吐性质、呕吐物、全身情况及腹胀等对于鉴别呕吐原因有一定价值，其鉴别见表6—3。

[治疗]

治则　和胃降逆为主

手法　清胃经、推板门、推中脘、摩腹，按揉足三里。

患者仰卧，在患儿胃经穴（拇指掌面近掌端第一节）向指根方向直推100次；再以拇指在患儿腕横纹推向大鱼际（板门）。以中、食二指自喉向下推至中脘100次；以手掌在腹部顺时针方向运摩5分钟。再施以按揉足三里法（见小儿常用推拿表）。

胃寒者加：补脾经（见小儿常用推拿表）、推三关（见小儿常用推掌表）、揉外劳宫（于背三四掌骨交接凹陷处）各100次。

胃热者加：清大肠、退六府（见小儿常用推拿位揉表）、推下七节骨。清大肠是以拇指在患儿食指桡侧缘自虎口推向指尖100次。推下七节骨是患儿俯卧，自第四腰椎沿椎骨向尾椎骨端直推100次。

表6—3　　常见呕吐鉴别诊断表

病名	常见发病年龄	呕吐特点	症状及体征	辅助诊断
幽门痉挛	新生儿	生后不久即吐；量较少，吐物中有陈旧奶块呕吐可自行缓解	体征不明显，有时可见胃蠕动波，右上腹无肿块，体重不增或略有下降	钡剂可间歇通过，胃至口管狭小一般长度<1cm
幽门肥大性狭窄	出生后2—3周出现	吐量多，频繁喷射状，症状进行性加重	喂奶后立即吐出，大便少，明显胃蠕动波，右上腹可触到杏核大肿物，可伴明显脱水，酸中毒营养不良	可见胃扩大，钡剂在胃内滞留3—12小时
婴幼儿泄泻	2岁以内	轻或重	腹泻、厌食，重症可有发烧，脱水、酸中毒	

病名	常见发病年龄	呕吐特点	症状及体征	辅助诊断
传染性肝炎	多在两岁以内	轻或重	呕吐常为早期症状，伴厌食，恶心，上腹不适尿呈浓茶色，黄疸肝大或伴发热多由接触史	早期尿胆红素阳性，肝功能不正常
脑膜炎或脑炎	不定	常为喷射状呕吐	流行季节，发烧，昏迷，惊厥伴有脑膜刺激征及颅内压增高现象	
周期性呕吐	较大儿童	周期性发作，反复呕吐史	常在上感，过劳或情绪激动后发作，持续1—3天不等，严重时可发生脱水，酸中毒	
肠梗阻	不定	间歇，或持续性，吐物含胆汁或粪便	不全或完全梗阻，腹痛，可闻及高调肠鸣音或气过水声，绞窄性肠梗阻可有发烧脉快，血便休克	立位腹平面可见液平面
肠套	不定	早期反射性，晚期梗阻性	阵发性腹剧痛，哭闹，果酱样血便，腹部触及腊样包块	钡餐或空气灌肠可见杯口状影

伤食者加：补脾经、运内八方（见小儿发热）补脾经是患儿拇指屈曲，循拇指挠侧缘向掌根方向直推100次。

[注意事项]

（1）推板门、中脘既可止吐又可止泻。但手法方向不同，作用也不同，板门推向横纹能止泻，横纹推向板门能止呕吐；自喉向下推至中脘能治呕吐，自下向上直推能使小儿吐。

（2）应注意早期确定呕吐的原因，治疗原发病症。

（3）如消化道畸型，应早做手术。

（4）小儿经常“溢奶”时，应在吸奶后稍稍抬高上身并右侧卧位以预防。

（5）呕吐反复发作者应禁食4—6小时，然后逐渐喂易消化食物。

（6）配合药物治疗时，应少量频服药物。

[附] 草药单方

（1）饭锅巴手掌大小一块，煎服或焙焦研末姜汤送下，适于伤食呕吐。

（2）竹茹、黄芩各9g，水煎频服，适于胃热呕吐。

（3）红糖水适量，加姜汁一小匙，温服；或桔皮3g，白米一小撮，生姜二片，小煎服，适于胃寒呕吐。

（4）皮硝60g，用布包扎后于腹部。

13.腹痛

提　要

- 急性腹痛原则未明时不可乱用止痛药，以免掩盖症状延误诊断
- 不要乱吃泻药，以防肠穿孔
- 按摩对于无外科指征的机能性腹痛效果更佳

腹痛是临床上常见症之一，涉及范围较广，许多内、外科疾病均可出现腹痛的症状。

[病因病理]

腹痛多由腹部器官病变所致。功能性腹痛常因单纯的胃肠痉挛引起，如消化不良、蠕动紊乱、过敏性肠痉挛等；器质性病变持续腹痛，且痛点固定，有压痛、肿物或肠型，如阑尾炎、肠梗阻、消化道溃疡等。

[临床表现]

婴儿腹痛发作时，可见哭声尖锐，腹肌较为紧张，面色苍白，汗出、精神欠佳。

[鉴别诊断] 见表6—4。

[治疗]

治则 温通经络，调和气血

手法 按揉中脘，分推腹阴阳，揉天枢，摩神阙，逆运内八卦，推补脾土，按揉足三里。

患儿仰卧，术者以拇指端按揉中脘穴（腹中线脐上四寸）100次；再以双手拇指沿肋弓角边缘向两旁分推100次；中、食指分置脐旁二寸天枢穴按揉100次；以手掌在肚脐按摩5分钟。以中指端在患儿手心作逆时针方向运摩100次；以拇指在患儿屈曲的拇指循拇指挠侧边缘向掌根方向直推100次。用拇指在足三里穴（外膝眼下三寸，胫骨旁一寸）按揉100次，

寒痛者加：揉外劳；推三关，掐揉一窝风，拿肚角以助阳散寒止痛。

以中指端在患儿手背与内劳宫相对处（内劳宫在掌心屈指时中指、无名指之间中点）按揉100次；以食、中指面在患儿前臂桡侧自腕推向肘100次；再以中指在一窝风穴（手背腕横纹正中凹陷外掐揉100次。用拇、食、中三指在肚角穴（脐下2寸旁开二寸大筋）提拿3—5次。

伤食痛者加：清大肠，揉板门，拿肚角以消食导滞理气止痛。

表6—4　　小儿常见腹痛鉴别诊断表

病　名	临　床　特　点	辅助诊断
急性阑尾炎	较大儿童多见。早期脐周痛，后转右下腹持续或阵发性痛，有固定压痛点，且伴有肌紧张，可有发烧，呕吐	白细胞增高
肠套叠	多在1岁以内。阵发性绞痛，哭闹，间歇时精神不振，呕吐，腹内可触及香肠样包块（右上腹或左侧上或下腹部）不久出现果酱样血便	X线下空气或钡灌肠有杯口状缺损影
肠梗阻	阵发性绞痛，部位不定，频繁呕吐，且量多，腹胀，肠鸣者亢进或有气过水声。可见肠型、蠕动波，或触及包块	白细胞增高X线腹片有液面
肠蛔虫症	疼痛位于脐周或稍上方，发无定时，持续时间不定，痛时喜按，多无压痛，亦无腹肌紧张	大便镜检查可发现蛔虫卵
胆道蛔虫症	阵发性上腹绞痛，疼痛十分剧烈，常见翻滚出汗、面色苍白、四肢清冷，甚至虚脱，呕吐蛔虫，腹部柔软。剑突下右上腹可有深压痛	
嵌顿疝	3岁以内男孩较多见。有疝史，阵发或持续性痛，偶有呕吐，腹肌软，腹股沟可见肿物，晚期肠坏死，病情严重	
大叶性肺炎	较大儿童多见。常于起病早期，上腹或脐周痛，偶有呕吐，腹肌可有紧张，但很快消失，体温高，有肺炎症状及体征	X线检查肺部有大片炎症阴影，白细胞增高

续

病　名	临　床　特　点	辅助诊断
扁桃体炎	右下腹或脐周痛，腹柔软无固定压痛点，发热，扁桃体肿大充血、渗出，常有呕吐	白细胞增高
机能性腹痛	呈阵发性或持续性痛，无固定痛点，腹肌柔软，间歇时精神好	
传染性肝炎	右上腹或剑突下胀痛，有恶心、呕吐厌食、发热、肝大黄胆等	早期尿胆红素阳性，肝功能不正常
肠炎痢疾	脐附左下腹痛，无肌紧张，伴发热、呕吐、腹泻或脓血便	白细胞增高，粪便检查阳性

以拇指在患儿食指桡侧缘自虎口推向指尖100次；以拇指端在患儿大鱼际平面揉100次。拿肚角见上述。

虫痛者加：摩腹，揉脐，按揉脾俞或胃俞部穴压痛点。

[注意事项]

（1）拿肚角是止腹痛的要法，刺激较强，一般拿3—5次即可，不可拿得时间过长。为禁止患儿哭闹影响其它手法的进行，应最后拿此穴。

（2）注意腹痛原因的鉴别，排除外科疾病。

（3）诊查腹痛时注意了解发病经过、腹痛性质、伴随症状及有关体征。

[附] 草药单方

（1）生姜3—5片，红糖适量，开水冲服；或小茴香9g，生姜6g，水煎服。适用于寒痛。

（2）炮姜术研为细末，每服3g；或鸡内金9g，枳实9g，煎

服。适用于伤食痛。

（3）炒使君子肉，每岁服一粒，最多服12粒，清晨空腹服，连服2—3日；或生大黄粉15g，粳米粉（炒香勿焦）9g，调入蜂蜜60g，加适量温开水搅匀，分12次服完，适用于虫痛。

（4）温熨法　淡豆豉、大砂食盐适量，生姜数片，葱白数茎捣烂，同炒至热，用细布包裹，温熨脐腹部，同时轻轻揉按，冷后炒热再敷，直至痛止。

14.便秘

提　要

- 便秘与生活饮食习惯有关
- 小儿发病率较高
- 便秘小儿易患上呼吸道感染
- 推拿以腹部为主

便秘是大便秘结不通，排便时间延长，或排时不爽而坚涩不畅的一种病症。约30%的小儿患不同程度的便秘，并易患上呼吸道感染。

[病因病理]

小儿生活及饮食没有规律，缺乏按时大便的习惯，以致排便时难于条件反射，或由于饮食不足，久病造成营养不良，或常用泻剂或灌肠使腹肌及肠肌瘦弱松弛而便秘。奶液中糖量不足，或食有多量蛋白质而缺少碳水化合物，则肠内分解蛋白质的细菌比发酵细菌多，大便呈碱性，造成大便干燥，次数少。

[临床表现]

临床中分为实秘、虚秘两类，实秘多由燥结气滞所致；虚秘多由气血虚弱，津液不足所致。

实秘：大便干燥，面赤身热，口臭唇赤，小便短赤，腹部胀痛，苔黄燥，指纹色紫。

虚秘：面色苍白无华，形瘦乏力，神疲气怯，大便努挣难下，舌淡苔薄，指纹色淡。

[治疗]

治则　导滞通便为主

手法　揉中脘，摩腹，揉天枢，揉肚角，揉龟尾，推下七节骨，清大肠，按揉足三里。

患儿仰卧，医者依次作揉中脘、摩腹、揉天枢、揉肚角等推拿手法（具体手法前已述）。摩腹方向宜顺时针，同时用手指拨揉左少腹部（相当于降结肠的部位）的硬块处5次，以加强大肠的蠕动功能。

患儿俯卧，医者以中指端按压尾椎骨端100次。再以拇指桡侧面自第四腰椎向下直推至龟尾穴100次。

虚秘者加：补脾经，揉肾俞，捏脊。

[注意事项]

（1）推七节骨，自上向下直推为推下七节骨，能泻热通便，多用于肠热便秘，或痢疾等症。腹泻属虚寒者，不可用本法，恐防滑泄。若自下而上推为推上七节骨，能温阳止泻，多用于虚寒腹泄、久痢等症。临症中推拿方向不可弄反。

（2）注意饮食调节，多吃水果及纤维较多蔬菜，并养成按时排便的习惯。

（3）加强锻炼，增强体质。

15.脱肛

提　要

- 对小儿早期轻度脱肛按摩效果可靠
- 按摩以升提固脱为主
- 平时需注意饮食卫生，防止腹泻或便秘

脱肛又称肌管直肠脱垂，是直肠粘膜、肛管、直肠和部分乙

状结肠向下移位，脱出肛门外的一种疾病，为儿童常见病症之一。

[病因病理]

由于儿童时期骨盆腔内支持组织发育不全，不能对直肠承担充分的支持作用，以及儿童骶骨弯曲尚未长成，影响直肠与肛管之间角度的形成，直肠成垂直状态，且较活动。如果久病体弱或营养不良，直肠粘膜下层松弛，容易与肌层分离，形成直肠粘膜脱垂。

长期腹泻、便秘、慢性咳嗽等持续增加腹压的疾病，常常成为脱肛的诱发因素。

中医学认为主要是由于中气下陷所致。

[临床表现]

脱出物仅为直肠粘膜的称部分脱垂；脱出物包括直肠各层的称完全脱垂。

部分脱垂表现为：直肠粘膜脱出。脱出物淡红色，较短，触之柔软，无弹性，不易出血，便后可自然回复。

完全脱垂者表现为：直肠全层脱出，色淡红，形如螺旋而有层次的皱壁，按之质较韧且厚，有弹性，肛门松弛，便后有时需用手回复。

[鉴别诊断]

部分脱垂应与内痔脱垂相鉴别，见表6—5。

表6—5

类　别	形　状	颜　色	出　血
部分多垂	呈环状或花瓣状	鲜红或淡红色	不易出血
内痔脱出	痔核分颗脱出	暗红或青紫色	容易出血

[治疗]

治则　升提固脱为主

手法　揉丹田、天枢，龟尾，推上七节骨

患者仰卧，医者以右手拇指按揉百会穴（头顶两耳联线中点）100次，再以右手掌揉摩丹田穴5分钟；再以食、中二指按揉天枢穴50次。

患者俯卧，以中指端按揉尾椎骨端100次；再以拇指挠侧面自尾椎骨端向上直推至第四腰推100次。

气虚者加：补脾经，补肺经，推三关，掐脊，按揉足三里（具体手法前面已述）。

大便秘结者加：清脾经，清大肠，推下七节骨（具体手法见便秘篇）。

[注意事项]

（1）小儿患脱肛后应注指护理，每次大便后应用温开水洗净并轻轻的将脱出之直肠托上去。

（2）平时注意营养调理和饮食卫生，防止发生腹泄或便秘。

（3）对于久病完全脱垂和推拿无明显效果者应考虑注射与手术治疗，使直肠与周围组织或直肠各层组织粘连固定，使直肠不再下垂脱出。

[附] 草药单方

（1）人参芦每日一个，研末温开水送服。

（2）苦参汤加石榴皮、枯矾、五倍子，煎水熏洗，一日二次。

（3）五倍子散或马勃散外敷。

[附2] 针灸

百会，长强，大肠俞，补法，可配合灸法。

16.肠套迭

提　要

•为2岁以下男性小儿常见急腹症

- 痛、呕、胀、闭四大症状为主要表现
- 按摩主要在腹部，手法宜轻柔，以易于接受为原则
- 严重者按摩和其它疗法可能无效，应行外科手术治疗

肠套迭是一段肠管套入其连接的肠腔内而造成的肠腔梗阻，多发于2岁以下的男性小儿，尤以5—10个月的婴儿多见，是小儿常见急腹症。

[病因病理] 一般在断奶后常由食物性质改变或其它因素造成肠蠕动紊乱所致，可发生于结肠或小肠的任何部位，其中以回—盲型和回—结型最多见。因上部肠管及肠系膜嵌入下部肠管，静脉受压，引起嵌入肠管瘀血、水肿及粘液分泌，使毛细血管破裂而出血，继之陷于坏死。患儿可因休克及并发腹膜炎导致死亡。

[临床表现] 阵发性剧烈腹痛，表现为突发的大哭、面色苍白、出汗、下肢屈曲，呕吐以初时为甚；腹胀有肿块，大便不通。

[诊断]

（1）突然发生阵发性剧烈腹痛，表现为突然哭闹、面色苍白、出汗、下肢屈曲，呈异常痛苦状，痛止则安静如常。如此反复发作，手足厥冷，呈休克状态。

（2）腹痛发作后即出现呕吐。初起较频，随后可以减轻。吐物为胃内容物，可带有胆汁。患儿常拒绝哺乳或拒食。

（3）腹痛发作后可能有1—2次正常大便，继而排血性粘液便。便血多于病后1—12小时出现。

（4）腹部有肿块。早期腹部柔软可以扪得微可移动无压痛的肿块，为腊肠型，表面光滑。晚期肿块横贯下腹部。直肠指诊可触及套入部顶端，呈子宫颈样。

（5）早期全身及营养情况良好，体温正常。晚期可见精神

萎靡、高热脱水、腹胀、腹膜刺激征和休克等严重症象。

（6）在进行空气或钡剂灌肠X线检查时，空气或钡剂到达肠套叠的头部，突然停止不能前进，其尖端呈杯状影。

[鉴别诊断]

（1）急性肠炎　发病初期即有发热，可能全身中毒症状较重，血便有臭味，血与粪互相混合。

（2）急性阑尾炎　无血便，腹部包块出现较迟。

（3）腹紫癜病　除有腹痛，呕吐，便血外，并有皮疹、关节痛、血尿等，无腹部包块。

[治疗]

治则　调理肠道，通滞启闭。

手法　揉中脘、揉脐、摩腹、分推腹阴阳，按拿肚角。

患儿仰卧位，医者于患儿右侧施实手法。

（1）以掌根按揉中脘5分钟，再以指端自喉至中脘自上而下直推至无恶心呕吐止。

（2）以掌心按顺时针方向或以患儿能接受方向为原则按揉脐并小腹约5分钟。

（3）以掌在腹部轻摩约5分钟，待患儿稍安静后，再以双手拇指稍重而快的指法沿肋弓角边缘向二旁分推，摸及“腊肠型”肿块，将套入之肠管推出髂部。

（4）按摩后仍有腹痛者，以拇、食、中三指提拿脐旁2寸大筋3—5次，再以中指端按压肚角穴（脐下2寸旁开2寸）3分钟。

[注意事项]

（1）本病按摩配合生油疗法、灌肠疗法效果较好。

（2）发病超过24小时，经非手术疗法无效者，考虑手术治疗。

[附1]生油疗法　发病早期（6小时以内）全身情况较佳

者，可用胃管抽空胃液后，经胃管注入100—150ml生油，2—3小时后再次注入生油。

［附2］灌肠疗法

适应症：①肠套迭为回盲肠或大肠型。②发病未超过24小时。③排出的血便不多。④腹壁不紧张，脉率无明显增快。

近年国内多用控制性结肠注气治疗。肛门插入一条能堵塞肛门的双腔气负灌肠管，缓缓地注入气体，一般压力达60～90mmHg汞柱时，即可复位。在X线透视下可观察到肠套迭复位的现象，复位后腹部肿块消失，患儿一般不再哭闹，并可入睡，大便由血便转黄。

此外还有钡剂灌肠疗法，但复位成功率不如空气灌肠。复位疗法优点很多，早期病例疗效好，病人负担少。也有一定缺点，个别病例复位不完全，而认为已复位，延误了治疗，复位后可以复发，肠壁病变有时不易发现。操作不慎，压力过高，有引起肠穿孔的可能。

［附3］南开医院经验方

（1）甘遂通结汤：甘遂末0.6～0.9g冲服，桃仁9g，赤芍15g，生牛夕9c，川朴15～30g，大黄9～24g（后下），木香9g。水煎200ml，冲甘遂末内服。适用于痞结型、瘀结型实证者，肠积液较多者，小儿用量酌减。

（2）肠粘连缓解汤：桃仁、赤芍、木香，台乌药各9g，炒莱菔子、川朴各9—15g，芒硝6g（冲服），番泻叶9g。适用于痞结型者。尤其轻型肠粘连或部分性肠梗阻者。

17.遗尿

遗尿是指3岁以上小儿在睡眠中不自主排尿，又称尿床。轻者数夜一次，重者一夜数次，随着年龄增长，大部分可自愈。

［病因病理］

遗尿可因膀胱炎、包茎、龟头炎、蛲虫病刺激局部或中枢神

经系统而引起。但很多患儿是因日间过度疲劳，父母经常训责，精神过度紧张，傍晚饮水过多等引起。有的和遗传因素有关。

[临床表现]

睡眠中不自主排尿，轻则数夜一次，重则一夜数次。疲劳，天阴时更易发生，伴见面色萎黄、智力减退、精神不振、头晕腰酸、四肢不温等症。

[诊断]

（1）睡眠中不自主排尿。

（2）尿常规检查无异常。

[鉴别诊断]

排除器质性病变。如男孩包皮过长，尿道口炎症，女孩外阴有无分泌物，并注意有无蛲虫等。

治疗

治则　温肾固涩。

手法　补脾经，补肾经，揉丹田，揉龟尾，按揉三阴交。较大儿童加用擦法，横擦肾俞、八髎。

（1）患儿仰卧，医者以拇指在小儿拇指桡侧缘向掌根方向直推300次（称补脾经），再补肾经（见暑热症治法）。

（2）以手掌在患儿小腹部（脐下2—3寸）揉100次，摩3分钟（揉摩丹田）。

（3）以拇指端按揉三阴交穴（内踝上三寸，胫骨后缘）100次。

（4）患儿俯卧，以中指端在患儿尾椎骨端按揉100次（揉龟尾）。

（5）以拇指桡侧缘在两肾俞穴（第二至第三腰椎棘突间旁开1.5寸）间直线来回摩擦50次。（或以热为度）

（6）以小鱼际在骶骨上直线来回摩擦50次。

[注意事项]

（1）按摩以每日下午效果为好。

（2）养成按时排尿习惯。

（3）积极防治引起遗尿的原发疾病。

（4）避免恐惧紧张心理。

[附1] 针灸疗法

针刺夜尿点（掌面小指第二指关节横纹中点处），留针15分钟。隔天一次，七次为一疗程。

[附2] 草药单方

（1）五倍子、何首乌各3g，研末，醋调敷于脐部，外用纱布覆盖，每晚一次，连用5次。

（2）乌梅6g，蚕茧20只，红枣10枚，水煎服，下午四时前服完，连服10日。

18.尿潴留

尿膀留是指膀胱蓄有大量尿液，而小便闭塞不通的一种病症。中医称为“癃闭”。

[病因病理]

常由于支配膀胱的神经功能失调，致使膀胱松弛，排尿困难，膀胱括约肌相对紧张面致。严重的尿道梗阻，过多的使用冬眠药物或阿托品系可导致尿潴留。

[临床表现]

小腹胀满疼痛，有强烈尿意，而小便不得排出，或伴大便不畅，口渴不欲饮。

[治疗]

治则　清利下焦湿热以助膀胱气化，开通闭塞。

手法　患儿仰卧，医者在患儿小指尺侧缘自指根向指尖直推100次（清小肠）；再以中指端在大小鱼际交接处按揉100次。再用食、中二指自膝盖内上缘至腹股沟作直推100次（推箕门），然后按揉三阴交100次。最后以手掌按揉小腹部50次，运摩5分钟。

[注意事项]

（1）排尿困难者应及早诊治，以免引起不良后果。

（2）尿潴留经按摩治疗和其它疗法无效者应进行导尿。

19. 夜啼

夜啼是指一岁以内小儿长期夜间啼哭不停，或时哭时止的证候，其白天如常。时间久了会影响小儿健康，应及时治疗。

[病因病理]

生活护理欠妥，如饥饿、口渴、太热、惊吓等。其次，疾病也是啼哭的原因，如发烧、佝偻病、肠套迭等。

[临床表现]

经常夜间啼哭，白天正常。

[诊断]

（1）经常夜间啼哭，白天正常。

（2）常可询问到腹部受寒、暴受惊恐病史。

（3）应排除疾病原因造成的啼哭。疾病原因所致者，常是急性发作，哭闹不分昼夜。

[治疗]

治则　宁心健脾。

手法　补脾经，清心经，清肝经，揉外劳宫，摩腹，揉足三里。患儿仰卧，医者行上述手法。

[注意事项]

（1）手法治疗适于非疾病所致的啼哭。

（2）调节寒暖，避免受惊。

（3）注意饮食，乳母少吃辛辣厚味食物。

[附] 草药单方

（1）蝉衣1g，研细末，薄荷煎汤调服。

（2）艾叶3g，煎汤频服。

（3）朱灯心三扎，煎汤服。

20. 惊厥

提　要

- 本症是小儿时期较常见的中枢神经系统急诊症状
- 本症以抽搐和意识不清为特征
- 本症预后与引起惊厥的原因有密切关系
- 发作时治疗以开窍镇惊为主

惊厥又称惊风、抽风，是小儿时期较常见的中枢神经系统急诊症状。此症大多突然发作，但仔细观察常有先驱症状，如惊跳、抖动、发呆、呼吸不规则等，以抽搐和意识不清为特征。严重的可使脑组织缺氧和局部机体缺氧，遗留后遗症状，甚至窒息，危及生命，需要紧急处理。

[病因病理]

小儿中枢神经系统发育不完善，兴奋容易泛化。因此，当高热或炎症刺激时容易发生惊厥。

[临床表现]

发病时头后仰，意识丧失，两眼球上翻，凝视，斜视，口吐白沫，面部和四肢肌肉强直性或阵挛性抽动。发作严重或持久者面色、口唇、指甲青紫，喉部痰声咕咕作响，甚至窒息，可危及生命。

[治疗]

治则　开窍镇惊

手法　开窍：掐人中，拿合谷，掐端正，掐十宣（以上穴位可选择应用）。

患儿意识不清时，将患儿平放，头侧卧。医者以拇指指甲掐人中穴，同时以另一手拇指掐拿合谷，至患儿醒后即止；或以拇指甲掐端正穴（中指甲根两侧赤白肉处），或掐十宣（十指尖指甲内赤白肉际处）。

止抽搐：拿合谷，拿曲池，拿肩井，拿百虫，拿承山，拿委中。

角弓反张：拿风池，拿肩井，推天柱骨，推脊，按阳陵，拿承山。

[注意事项]

（1）急性发作时的护理

①将患儿平放，头侧卧，松衣领，并用多层纱布包裹的压舌板，放于上下牙齿之间，以防咬伤舌体。

②保持呼吸道通畅，必要时给氧，随时取出咽喉分泌物及痰涎，以防阻塞呼吸而引起窒息。

③前述治疗手法只宜于急性发作时，控制后需针对不同的致病因素采取不同的治疗方法。

（2）保持室内安静，避免刺激，密切观察。

（3）及时预防各种感觉与中毒。

（4）持续惊厥的患儿要安置在安静的环境中，并经常翻身。

[附1] 惊厥原因鉴别，见表6—6。

[附2] 因缺钙而致手足搐搦者可配合以下草药单方治疗。

①蚌粉，每次0.5—1 g，一日三次，加糖口服。

②吴茱萸2.5g，木瓜4 g，水煎，一日三次口服。

2 全蝎、蜈蚣等份，研为细末，每次0.1g，一日三次口服。

表6—6

分类	原　因	诊　断　要　点
无热惊厥	高热惊厥（良性惊厥）	常见于高热初起，惊厥后神志清楚，精神状态如常，多见于6个月—3岁小儿，常有发热惊厥史，多为上呼吸道感染所致
	中毒性脑炎（常见肺炎，败血症中毒性痢疾等）	除出现昏迷、惊厥等神经系统症状外，可见各病的特殊症状及体征，脑吐液透明，压力增高、细胞数一般不增加，蛋白可有轻度增加，脑脊液检查是排除脑膜炎、脑炎的主要依据
	化脓性脑膜炎、（可由各种化脓菌引起）	起病多急，囟门饱满，发热，呕吐脑膜刺激症。流行性脑脊髓膜炎多发于冬末春初，皮肤多见瘀斑是早期诊断的重要依据，少数病儿早期可出现中毒性休克，脑脊液脓性。细菌培养阳性
	流行性乙型脑炎	流行于7、8、9月份，发热，头痛，呕吐嗜睡或昏迷，有脑膜刺激症，脑脊液清或微混细胞数稍增高，蛋白轻度增高，糖、氯化物均正常
	结核性脑膜炎	起病缓慢，常伴有低热、有结核病接触史。惊厥出现于疾病的中期或后期，结核菌素试验阳性，重病者也可阴性。脑脊液毛玻璃样，静置10余小时可有薄膜形成，，可找到结核杆菌
	破伤风	新生儿出生时脐带未严格消毒，或在1—2周内有外伤史。出现全身性阵发性强直性痉挛牙关紧闭，有苦笑面容。多数病儿有发热

续

分类	原因	诊断要点
无热惊厥	缺血钙	以1岁以内小儿多见，春季好发，常伴有佝偻病，发作时神志清楚，以手足搐搦为主，用钙剂可使病情好转
	低血糖	多在餐前发生，常有饥饿、呕吐、腹泻史，发作前先有疲乏，多汗，寒冷，心悸，面色㿠白等，口服糖水或静脉注射葡萄糖液后迅速好转
	各种中毒	有药物或食物中毒史
	癫痫	学龄儿童多见，发作时口吐白沫，反复发作，惊止后神志正常
	脑肿瘤	起病缓慢，进行性头痛加剧，呕吐，视神经乳头水肿，婴儿可见前囟隆起，头围增大

21. 百日咳

提　要

- 本病为传染病，要注意隔离
- 病后可获持久免疫力，二次发病者极少
- 按压治疗同时，一般配合药物治疗效果更好

百日咳又名“顿咳”，是小儿时期常见的一种急性呼吸道传染病。病程较长，可迁延到六周以上，甚至更长。本病以2—5岁小儿多见，年龄愈小，病情愈重，好发于冬春二季，患病后可获得持久免疫力，二次发病极少。目前由于广泛推行预防接种，已大大降低了发病率。

[病因病理]

百日咳是由百日咳杆菌引起的。病人为唯一传染源，主要是通过咳嗽时飞沫传染，使病菌大量存在于病人的咽喉、气管、支气管粘膜的上皮细胞内。病菌在呼吸道内生长繁殖，呼吸道粘膜发生炎症，产生大量粘稠分泌物，细菌和痰液的大量积聚，使粘膜层的纤毛运动受到影响，妨碍呼吸道分泌物的顺利排出。这些分泌物的积聚，不断刺激呼吸道的神经末梢，而引起痉挛性咳嗽，以利于粘稠性渗出物排出。

[临床表现]

本病初期似感冒，第三周为高峰，咳嗽渐重呈阵发性痉挛，以夜间为重。咳声短促，伴之深长呼气，同时发出一种深长的如"鸡鸣"叫回吼声。咳嗽每日反复发作约十数次，每次咳嗽直到大量呼吸道分泌物和胃内容物排出方告暂停。

[诊断]

（1）询问发病前1—3周内有否百日嗽接触史及预防接种等情况。

（2）如见典型痉咳伴有回声、舌系带溃疡、目胞浮肿者，诊断不难，但早期诊断应注意感冒病儿，经治疗好转，而咳嗽反而加重，且夜间较白日为甚，肺部又无明显阳性体征者，应考虑本病。

（3）实验室检查

初咳期末与痉咳期初，白细胞数显著增高，可达3—5万/mm^3，分类中淋巴细胞常增到60%以上，血沉并不加速。痉咳时用咳碟法作百日咳细菌培养阳性率较高。

[治疗]

治则　清肺降气、镇咳化痰。

手法　清肺经，清河水，揉掌小横纹，掐揉鱼际交，运内八方，清胃经，按揉天突，分推膻中，推天柱骨，按揉肺俞、膈俞。

患儿仰卧，医者以拇指在患儿无名指末节罗纹面（肺经）向指根方向直推100次；在掌面小指掌指关节、尺侧掌纹头（掌小横纹）按揉300次；以中指掐揉大小鱼际交接处（鱼际交）100次；以中指端在患儿掌心作顺时针方向运法100次；再以拇指在患儿拇指掌面掌端第一节向指根方向直推100次。自前臂正中腕横纹起向肘横纹直推100次。以中指端在天突穴（胸骨切迹上缘凹陷中）按揉10次；再以两拇指自膻中（胸骨正中）两乳联线中点向两旁分推至乳头50次。

患儿坐起，以拇指端自颈后发际正中由上向下直推300次；以两拇指端分别按揉第三胸椎下旁开1.5寸和第七胸椎下旁开1.5寸，100次。

经常腹泄者配合健脾燥湿法，具体操作见婴幼儿泄泻篇。

经常大便燥结者配合导滞通便法，具体手法见便秘篇。

[注意事项]

（1）揉掌小横纹能清热散结、宽胸宣肺、止咳化痰，为治疗百日咳、肺炎之要穴。它对肺部有湿性罗音者，有一定疗效。

按揉天突能理气化痰、降逆平喘、止呕。但若中指微屈向下，向里快按，有探吐作用。临症时要注意手法的正确应用。

（2）必须早期隔离，隔离时间为40天。隔离室要通风良好，日光充足。

提高预防接种。注完全程三次后后，才可产生免疫效应。

（4）按摩治疗同时，配合药物治疗效果更好。

（5）积极治疗容易引起腹压增高的疾病。

[附] 草药单行

（1）百部：每次3g，一日三次，水煎加糖口服，7—10天为一疗程。

（2）白屈菜：起其干品制成含生药100%的糖浆。6个月以内患儿每次5—8 ml，6个月—1岁8—10ml，1—3岁以

表6—7　　四种发疹性疾病鉴别表

		麻　疹	风　疹	幼儿急疹	猩红热
潜伏期		8—14天	14—21天	8—14天	2—12
前驱期	时　间	3— 4天	1/2—1天	3— 4天	数小时—1天
	症　状	发热，咳嗽流涕，眼结膜充血，怕光，眼泪汪汪	发热轻微，上呼吸道炎症亦轻微	忽然高热，持续3—5天骤退、精神好，偶有腹泻、呕吐惊厥	发热，咽痛及充血，扁桃体可有渗出物
	麻疹粘膜斑	有	无	无	无
出疹与体温关系		出疹时体温达最高峰，疹齐后体温逐渐下降	出现皮疹时体温亦轻微	大都在体温降落后出疹少数在体温将退时出疹	出疹时体温很高，疹退时体温下降
皮　疹		先见于耳后、面部逐渐分布全身，约3天左右出齐，皮疹呈玫瑰色斑丘疹，可互相融合	先见于面部，24小时后布满全身。皮疹较细小，呈浅红色斑丘疹状，分布均匀	皮疹先见于躯干，无明显顺序，小时布满全身，呈玫瑰红色的较小斑丘疹	颈、胸、腋下，3—4天遍及全身，呈红色点状，密集成片，颜面部潮红而无皮疹
恢复期皮疹		疹退后，在短期内皮肤上留有棕色斑痕，并有弃状细微脱屑	疹退后，色素斑痕和脱屑均不明显	疹退后无色素斑痕和脱屑	疹退后可见脱皮，无色素斑痕

下10—15ml，3—6岁以下15—20ml，6岁以上20—30ml，一日三次，口服。8—10日为一疗程。

（3）新鲜鸡胆，每岁半个，最多不过三个，一天1—2次。干粉，每次服0.3—0.5g，一日二次。

（4）紫皮大蒜，制成50%的糖浆，每次10毫升，五岁以上服20毫升，一日三次，七天为一疗程。百日咳流行期间，口服大蒜，或用大蒜液滴鼻，均有预防效果。

（5）杠板归（贯叶蓼）30g，全草30g（鲜草用60g）水煎加糖内服，在次10g，一日三次。

（6）新鲜生姜或大蒜切破，粘蜗牛液或蛋清，在胸骨部由上而下涂擦，一日二次，每次数分钟。

22.麻疹

提　要

- 麻疹为急性传染病，须注意隔离
- 麻疹发病主要分三个阶段，其治疗方法不同
- 病愈后大多获得终生免疫

麻疹是一种急性发疹性传染病。临床以发热3—4天后，皮肤出现色红如麻粒大小的疹子为特征。以1—5岁小儿发病率最高，四季均可发病，但以冬春二季较多。

[病因原理]

麻疹发生的病因，是感染麻疹病毒。麻疹传染性强。主要传染源为麻疹病人。病人的鼻咽分泌物以飞沫形式直接传播给1—5岁的易感儿，即可得病。病愈后大多可获得终生免疫。

[临床表现]

初起有发热、咳嗽、喷嚏等类似感冒的表现。但发热渐高，目赤胞肿，泪水汪汪。2—3天后，口腔颊粘膜接近臼齿处可见“麻疹粘膜斑。”发热3—4天后，耳后开始出现色如玫瑰、针

尖大小的皮疹，继而头面部、胸背及四肢也陆续出现皮疹。出疹3—4天后皮疹按出现次序收没，并可留下棕褐色的斑痕，热退身凉。

[诊断]

（1）有麻疹接触史的易感儿童。

（2）麻疹的临床表现。

（3）实验室检查：血象中白细胞总数减少，分类淋巴细胞减少，中性多核细胞百分数增加。

[鉴别诊断]

麻疹内攻为麻疹发疹期最严重的表现之一。因循环障碍，皮疹骤退，一般状态急剧恶化，呼吸困难逐渐加重，全身发绀，心力衰竭，肺部出现广泛的肺炎体征，继而出现意识不清、谵妄、抽风等脑症状。

此外皮疹出现后须注意与其它发疹性疾病鉴别见表6—7。

[治疗]

治则　疹前期：解肌透表。

出疹期：清热解毒，透疹达邪。

恢复期：养阳补虚。

手法　疹前期：推攒竹，推眉弓，揉太阳，清肺经，揉肺俞、揉风门，推三关。

出疹期：清天河水，掐揉鱼际穴，揉一窝风，掐揉二扇门，清肺经，清胃经，揉肺俞，推脊。

恢复期：补脾经，补肺经，补肾经，揉上马，揉板门，揉中脘，按揉足三里，捏脊，清天河水。

[注意事项]

（1）由于注射过麻疹减毒活疫苗或接受被动免疫者，临床表现症状常不明显，诊断时要依靠接触史、接种史、流行病史等协助诊断。

续表6—7

	麻　疹	风　疹	幼儿急疹	猩红热
特　征	麻疹粘膜斑	耳后及枕骨下淋巴结肿大	热退疹出	口唇周围苍白圈，杨梅舌，皮肤皱折处呈线状疹
血　象	白细胞总数减少	白细胞总数正常或稍减少，淋巴细胞相对增多	白细胞总数减少，淋巴细胞相对增多	白细胞总数增多，中性多形核细胞亦增多

（2）对于麻毒内攻者，要积极配合中西药治疗。

（3）注意隔离，室内保持空气流通，随气候变化而更换衣服，既要防止受风，又不宜过热。

（4）患儿要卧床休息，避免直接吹风，保持口腔、眼及鼻的清洁。

（5）破除不合理的忌口，宜食富有营养、容易消化的流质或半流质饮食，忌油腻和辛辣食物。

[附] 草药单方

（1）西河柳、葛根各10～15g，煎汤内服，以帮助透疹。

（2）鲜柚子叶30～90g，煎水外洗，用于出疹期，帮助透疹。

（3）疹出后可给甘蔗、荸荠、鲜芦根煎水代茶或红萝卜煎水代茶。

23. 流行性腮腺炎

提　要

• 本病为呼吸道传染病，须注意隔离

• 本病治疗一般不做局部按摩，多配合局部外敷法
• 一般预后较好，经休息和一般护理，可自然痊愈
• 本病愈后可获持久免疫，很少二次发作

流行性腮腺炎又名“痄腮”，是由腮腺炎病毒引起的一种急性传染病。临床以发热、耳下腮部肿胀疼痛为主要特征。冬春季多见，散发为主，亦可引起流行。5—9岁小儿多见，可并发脑膜炎、睾丸炎，一般预后较好，可自然痊愈，并获持久免疫力。

[病因病理]

本病由腮腺炎病毒引起，病毒存在于病人唾液中，主要通过飞沫直接传染，很少通过用具间接传染。病毒侵入人体，引起腮腺或颌下腺肿胀。

临床表现

本病潜伏期为2—3周，大多先见一侧腮腺肿大，继见于另一侧。肿胀部位以耳垂为中心漫肿，边缘不清，有弹性感，局部压痛，张口咀嚼或吃酸性食物时，疼痛加剧，颊内腮腺管口可见红肿。

腮腺肿胀约持续4—5天开始消退，但始终不化脓。

[诊断]

（1）易感患儿在发病前2—3周，常有腮腺炎接触史。

（2）多无全身症状，亦可见发热，纳食减少，多以突然开口疼痛起病。

（3）腮腺肿大（见临床表现）。

[鉴别诊断]

（1）与颈部淋巴结炎鉴别

如有急性扁桃体炎或咽炎，并有颌下肿痛，肿块发硬和皮肤发红，或中心有波动感，可诊断为颈部淋巴结炎。

（2）与化脓性腮腺炎鉴别

先有麻疹、伤寒等病，不注意口腔卫生，以后一侧腮腺有明显的红、肿、热、痛，扪之波动感，挤之则腮腺口有脓液流出。则诊断为化脓性腮腺炎。

治疗

治则　疏风清热，解毒消肿为主。

手法　清胃经、清天河水、退六腑、推脊柱、推涌泉。清胃经、清天河水、退六腑法已如前述。

患儿取坐位。医者以食、中二指沿脊柱自上而下直推100次；再以拇指面自涌泉穴（屈趾，足掌心前正中凹陷中），向足趾方向直推50次。

[注意事项]

（1）治疗一般不宜局部按摩。

（2）注意隔离至腮腺完全消肿为止。

（3）卧床休息，多饮开水，吃流质或半流质饮食，避免咀嚼。

（4）保持口腔卫生，经常漱口。

（5）腮腺部疼痛剧烈者局部冷敷，或中草药外敷。

[附] 草药单方

（1）夏枯草15g，板蓝根15g，水煎服。每日一剂，连服2—4天。

（2）紫花地丁15g，水煎服，每日1—2剂。

（3）黄花败酱草适量，生石膏15—30g共捣烂成泥，外敷患处，每日1—2次。

（4）酸浆草30g，煎汤服；另用50g煎汤熏洗患部。

24.小儿麻痹后遗症

提　要

• 小儿麻痹症是急性传染病，主要由饮食和直接接触传染

• 小儿麻痹症临床表现一般具有瘫、软、细、冷、变等特点

• 除在瘫痪部位施用手法外，还需配合健脾和胃之法
• 麻痹之初施手法效果更佳

小儿麻痹症又称脊髓灰质炎。临床特征先为发热（双峰热）、肢痛，伴有胃肠道或上呼吸道症状，继而发生肢体麻痹和驰缓性瘫痪。若病程在一年半以上尚未恢复的，称小儿麻痹后遗症。

小儿麻痹症常流行于夏秋之间，1—5岁小儿多见，近年来采用了口服小儿麻痹活疫苗糖丸，发病率已明显下降。

［病因病理］小儿麻痹症是一种急性传染病，是由特异性嗜神经病毒引起。传染源是急性期患者的粪便及其上呼吸道分泌物。病变主要发生在脊髓，累及脊髓前角的运动神经原，导致相应肌组的驰缓性麻痹。

［临床表现］急性期常有不同程度的发热及胃肠道和呼吸道症状。热退后，则出现不规则、不对称的肢体瘫痪。瘫痪呈驰缓性，一般下肢多见，亦可见半身瘫痪。

若病程在一年半以上仍不能完全恢复者称为后遗症。这时肌肉明显萎缩，肢体常出现各种畸型。

临床表现轻重悬殊，病态复杂，但一般具有瘫（运动功能障碍）、软（肌肉韧带松驰、肌张力减低）、细（肌肉神经营养不良和废用，致肌肉萎缩）、冷（血液循环不良，皮温降低）、变（由于长期肌力失衡，骨营养不良，最后造成肌腱萎缩，骨关节畸型及姿态异常）等特点。

［诊断］除上述临床表现外，还需做实验室检查。

（1）血象　在前驱期和瘫痪前期可能有轻度白细胞增多，中性粒细胞亦略增，血沉常增快。

（2）脑脊液检查　在前驱期无异常，至瘫痪前期，细胞数增加，一般在50—500/立方毫米之间。早期以多核粒细胞居多，以后则为淋巴细胞。蛋白在早期可能正常，以后渐增加。氯化物

正常，糖可稍增。

［鉴别诊断］本症需与大脑性瘫痪及产瘫相鉴别。

小儿麻痹症瘫痪多呈驰缓型，分布不规则，不对称，一般无意识障碍。而大脑性瘫痪多呈痉挛型，以一侧上下肢为多见，常有意识障碍。产瘫以一侧上肢为多见，瘫痪在出生后即发生，无发热等瘫痪前期症状。

［治疗］

治则　通经活血，荣筋养筋，矫正畸型。

手法

（1）面部　坐位，用推揉法自攒竹斜向瞳子髎、颊车、地仓往返操作5—6次。

（2）颈及上肢部　坐位，用推法自天柱（颅项后发际，大筋外廉）至大椎（第七颈椎凹陷中）、肩井（大椎到肩头联线之中点）等处往返5—6次。再用推揉法施于肩关节周围，然后再用推拿法自肩至腕内外侧往返5—6次。

（3）腰及下肢部　俯卧位，用推法或揉法从腰部起，向下到尾骶部、臀部，循大腿后侧下至足跟，往返5—6次，配合按肾俞（第二腰椎下旁开1寸5分）、腰阳关（第四腰椎下凹陷中），拿委中（腘窝正中）。然后仰卧位，用推揉法，从腹股沟至小腿前外侧，往返5—6次，配合按伏兔（髌骨上缘六寸）、足三里（髌骨下缘三寸）。

（4）踝关节有畸形者加摇法，并在畸形部作重点治疗。

［注意事项］

（1）小儿麻痹症自发病起，40天内注意隔离。

（2）平时用揉中脘，按脾俞、胃俞和按揉足三里等法健脾、健胃。

25.小儿产伤麻痹

提　要

- 一侧臂丛神经损伤最为多见
- 治疗过程中需固定患肢于功能位置

因产程过长、胎位异常或用产钳和不恰当的手法助娩所引起的小儿神经损伤，称为产伤麻痹。

[病因病理] 产伤麻痹中，臂丛神经损伤最为多见。臀位或正常产时，因牵拉造成婴儿颈与肩部过度分离，而损伤臂丛神经。颈神经5—6合成臂丛神经上干前支，此处为臂丛最高点，故受伤机会最大。

[临床表现] 小儿一侧上肢不能活动，锁骨上窝因出血而饱满，患侧上肢内收、内旋肌挛缩，若久不恢复，尚可出现肱骨头半脱位和肩峰下垂及肌肉萎缩。

[诊断]

（1）难产史、臀位或肩娩出困难，有明显过度牵拉病因。

（2）小儿出生后表现一侧上肢下垂，内旋、内收贴身，肘部不能弯曲。（这主要是第五、六颈神经受损）偶有前臂及手指肌肉瘫痪。（这是因为第八颈神经和第一胸神经受损。）

[治疗]

治则　通经活血，柔筋养肌。

手法　参考“小儿麻痹症”颈部及上肢部治疗手法，并配合颈部弹筋5—6次。手法重点在上肢内收、内旋肌。

[注意事项] 在治疗过程中，应将患侧上肢置于外展、外旋、屈肘90°、桡尺关节旋后位，使受损肌肉松弛，加以固定。在固定过程中，每日至少两次取下固定，以消止压迫性损害。按摩可使麻痹肌肉松弛，消止继发性挛缩。

26.小儿肌性斜颈

提　要

- 主要是指一侧胸锁乳突肌挛缩造成的肌性斜颈
- 治疗手法以在患侧胸锁乳突肌上按、揉摩、牵拉为主
- 手法宜轻柔，防止擦破表皮
- 治疗时间较长约需2—3个月

小儿肌性斜颈又名先天性胸锁乳突肌挛缩性斜颈，是指侧向患侧倾斜、前倾，颜面旋向健侧。临床上除极个别为脊柱畸形引起的骨性斜颈，视力障碍的代偿姿势性斜颈和颈肌麻痹导致的神经性斜颈外，一般系指一侧胸锁乳突肌挛缩造成的肌性斜颈。

[病因病理] 肌性斜颈的病理主要是患侧胸锁乳突肌发生纤维性挛缩。起初可见纤维细胞增生，肌纤维变性，最终全部为结缔组织所代替。其病因主要与损伤有关。分娩时一侧胸锁乳突肌因受产道或产钳挤压受伤出血，血肿机化形成挛缩，或分娩时胎儿侧位不正、阻碍一侧胸锁乳突肌血运供给，引起该肌缺血性改变而致。

[临床表现] 婴儿多在出生后数日发现斜颈，患儿侧向患侧前倾歪斜，脸面颈向健侧，如家长勉强转动拔正，则引起患儿哭闹，并迅速又转回原位。患侧胸锁乳突肌紧张挛缩形成梭型肿物，或如条索状。

若不及时治疗，会出现颜面部不对称。晚期，一般伴有代偿性胸椎侧凸。

[治疗]

治则　活血祛瘀，疏通经络。

手法　局部为主。

患儿仰卧位，医者以拇指在患侧胸锁乳突肌处自上而下的做推揉法5—6次。再以拇指和食、中二指在肿物处提拿、弹拔各3次。然后医者一手扶住患侧肩部，另一手扶住患儿侧顶，向健

侧轻轻转动 3 — 5 次，逐渐拉长胸锁乳突肌。最后再在患侧胸锁乳突肌做推揉法 3 — 5 次。如此反差操作 5 —10次。

[注意事项]

（1）小儿皮肤娇嫩，按摩时宜轻柔，且以滑石粉为介质，以防擦破表皮。

（2）年龄小、治疗及时者疗效较为理想，但疗程较长，一般 2 — 3 个月，需作好思想准备。

（3）日常生活中经常作与头面畸形相反方向的动作加以矫正，如将患侧枕头垫高，改变喂奶姿式及用玩具吸引患儿向健侧倾斜等，均有利于斜颈恢复。

（四）杂病

1.血栓闭塞性脉管炎

提　要

• 本病以患肢缺血、疼痛、间歇性跛行及足背动脉搏动减弱或消失为主要表现

• 治疗同时应绝对戒烟

• 患肢要保暖，但不宜加热

本病是周围血管的慢性闭塞性炎症病变，主要累及四肢的中、小动脉和静脉，以下肢更为多见，多发生于男性青壮年，其临床特点为患肢缺血、疼痛、间歇性跛行、足背动脉搏动减弱或消失和游走性表浅静脉炎，严重者有肢端溃疡和坏死。

[病因病理]

本病病因不明，与寒冷、潮湿、吸烟、外伤等诱发因素有密切关系。

病理改变是因血管内膜增厚血栓形成，管腔闭塞引起肢体缺血以至坏死而引起。

[临床表现]

病变开始常是一侧下肢。由于下肢动脉痉挛或血栓形成，使肢体血液供应减少，肢端怕冷、发麻、皮色变白、肌肉萎缩、小腿变细，走一段路后小腿肚胀痛，甚至抽筋，须休息一会才能再走（称间歇性跛行）。病情逐渐发展，间歇性跛行愈来愈明显，疼痛转为持续性，夜间更加剧烈。患肢动脉搏动消失，足不出汗，趾甲生长缓慢且增厚变形，皮肤干燥、潮红、汗毛脱落，小腿肌肉萎缩。最后肢体由于严重血液循环障碍，趾端发黑、干瘪、坏疽，形成溃疡。患肢剧烈疼痛，患者日夜抱膝抚足坐床，甚至需将下肢下垂床边，以减轻疼痛。有些病人下肢有浅静脉炎，皮肤出现红色条索、疼痛。

[诊断]

诊断主要根据临床表现。此病多发生于20—40岁的男性，有间歇性跛行，且足背或胫后动脉搏动减弱或消失，并伴有游走性表浅静脉炎，即须考虑本病的可能。

[鉴别诊断]

本病须考虑与其它动脉病变相鉴别：

（1）动脉粥样硬化　患者年龄多在40岁以上，常伴有高血压、冠状动脉粥样硬化性心脏病、糖尿病或高脂血症。此病常为大、中动脉受累，两下肢同时发病，病程发展快，坏疽发生较早而广泛，四肢动脉和颞浅动脉多有扭曲现象。X线片可示患肢动脉壁内有钙化点。

（2）肢端动脉痉挛症　患者多为青壮年女性。发病部位多为上肢手指，两侧对称。发作时手指苍白、变冷、紫绀，然后潮红，脉搏无变化，发作过后恢复正常。晚期可出现硬化，但很少发生坏疽。

[治疗]

手法　患者仰卧。医者在患者患肢上进行常规按摩，自足跟向大腿按揉、提拿至腹股沟。再以双手拇指按压腹股沟气冲穴处

（即股动脉）0.5—1分钟，然后迅速抬起，反复按压3—5次，使血流下达末端，最后自腹股沟向足跟部按揉、直推3—5次。并摇转踝部1—3分钟。

［注意事项］

（1）患者要坚持治疗，并配合足部运动练习。

（2）患里要绝对戒烟，消除烟碱对血管的收缩作用。

（3）患肢保暖，避免受寒、受潮，但不宜加热。

（4）避免穿紧硬鞋袜和修剪趾甲引起外伤。因伤口不易愈合，且有引起溃疡和坏死的危险。

［附］足部运动练习法

患者躺平，抬高患肢到45°，维持1—2分钟，然后两足下垂2—3分钟，同时两足和足趾向上、下、内、外等运动10分钟，再将患肢放平休息2分钟，如此依次运动5回，每日数次。

2.手术后粘连性肠梗阻

提　要

- 为成人肠梗阻中最常见的一种
- 痛、呕、胀、闭为主要表现
- 按摩疗法适用于单纯性肠梗阻和部分慢性肠阻梗
- 治疗以腹部按摩为主

肠腔内容物不能顺利通过肠道称为肠梗阻。手术后粘连性肠梗阻为腹腔手术后的继发症之一，为成人肠梗阻中最常见的一种。

［病因病理］

手术中止血不善，腹膜面缺损过多，肠浆膜因暴露过久或操作不慎而被损伤，手术套所附滑石粉未冲洗净而带入腹腔等，都是促成粘连形成的因素。但粘连的存在并不等于必然会发生肠梗阻，而梗阻的发生尚有赖于许多诱发因素（如受寒冷刺激、粘连

部位近端肠内容物骤然增多，过敏性粘膜水肿、强烈的肠蠕动或体位的突然改变等）。由于粘连的性质（广泛粘连、点状粘连和索带状粘连）及诱发因素的不同，手术后粘连性肠梗阻可分为单纯性和绞窄性二类，若肠壁血运正常，仅肠腔内容物不能通过即称单纯性的；如果于梗阻的同时，肠壁血动发生障碍，肠壁缺血即是绞窄性的。临床上也有少数患者因轻度粘连而造成慢性部分性肠梗阻。

[临床表现]

手术后粘连性肠梗阻可能在手术后任何时期发生，大多数患者是于手术后2年内出现症状，但也有在手术后近期（一般是手术后7—10天）发生的。

单纯性肠梗阻多表现阵发性腹痛，并反复呕吐（吐出物为黄绿色液体甚至粪汁）、腹胀、无排气、无便意、有肠型及尖锐肠鸣音和脱水等，少见中毒症状。

绞窄性肠梗阻除有单纯性肠梗阻症状外，并有中毒症状，如精神不好、嗜睡、体温增高、脉搏增快，甚至出现中毒性休克。少数患者因轻度粘连而造成的慢性部分性肠梗阻，则表现为屡发腹痛，有时出现腹胀与肠型，但然能进食和排便，无呕吐。

[诊断]

（1）多数患者有腹腔手术或感染历史。

（2）有慢性腹痛或反复发作急性肠梗阻历史。

（3）典型肠梗阻的临床表现。

（4）手术后近期发生者多为单纯性肠梗阻。手术后远期发生者容易发生绞窄性肠梗阻。

（5）绞窄性肠梗阻，平卧位腹部平片可见一个孤立或突出的胀气肠梗，呈“咖啡豆”状。

[鉴别诊断]

与肠功能性疾患区别。多表现为肠痉挛，突然发生剧烈腹

痛、呕吐、腹胀，与机械性肠梗阻相似，但症状持续时间短，症状消失后无任何不适。X线往往有左结肠胀气，其它无特殊表现，且多有反复发作类似症状的历史。

[治疗]

治则　行气活血，攻下。

手法

（1）阵发性腹痛发作时，先用点穴法止痛。患者仰卧，以拇指点按内关、天枢、足三里穴位，至疼痛缓解后，再行其它手法。

（2）患者慢慢翻向侧卧位，先在背部两侧脾俞、胃俞、大肠俞、小肠俞等穴位处采用拇指按揉，以酸胀得气为度。

（3）患者取仰卧位，医者于腹部环脐用掌摩法，宜顺时针方向操作，也可配合大鱼际或掌根揉法。手法要求轻快柔和，切忌暴力按压。在操作过程中，患者往往有排气、腹胀渐减的现象。

（4）用拇指轻缓按揉腹部天枢、气海、中脘穴，继而按揉双侧足三里。

[注意事项]

（1）对绞窄性肠梗阻应予及时手术治疗。

（2）按摩方向以病人自觉舒适为佳，按摩过程中可多次改变体位，对肠梗的回旋复位有帮助。

（3）按摩治疗同时，配合药物和针刺疗法效果更好。

3.上睑下垂

提　要

·动眼神经麻痹所致上睑下垂不属本篇讨论范围

上睑下垂是指上眼睑不能提起，掩盖部分或全部瞳仁而影响视力而言，又称睢目、睑废、睑皮垂缓等。单侧和双侧均可发

生，有先天与后天之分。

［病因病理］

先天性眼睑下垂，多为双侧，由于提上睑肌发育不全、或与遗传等因素有关。

后天性眼睑下垂，多为单侧，由于各种原因，导致提上睑肌受损，升提无力所致。

祖国医学认为，先天禀赋不足、脾失健运、气血两虚、肝气郁结等均可导致筋脉失养、肌肤松弛而致本病。

［临床表现与诊断］

患者上睑下垂或半掩瞳仁，或遮盖整个眼睛，无力睁开。患者为了视物，常借助额肌牵引睁眼，久则额皮皱褶，眉毛高耸。双侧下垂者，视物多仰首张口，眼球下转，甚则需用手指拉起上睑方能视物。

（1）先天性睑下垂者多呈双侧性，下垂程度不等，可合并内眼肌麻痹、眼球震颤、无眼球、小眼球等。

（2）后天性睑下垂

①麻痹性的，下垂程度轻，只是眼裂变小，重者可遮住部分或全部瞳仁。

②重症肌无力性的，早晨起床时，下垂的程度较轻，劳累后加重，常合并眼外肌运动障碍。

③癔病性的，发作时两眼睑同时下垂，可合并有管状视野、瞳孔散大、弱视等。

［治疗］

治则　疏通经络，调和气血。先天不足者宜补肾健脾；后天性的宜益气升阳；癔病性的宜舒肝解郁。

手法　本病的治疗分局部和项背部的操作手法。

（1）局部　患者坐位或仰卧位。术者用轻快的一指禅推法从印堂至睛明，再沿上眼眶下缘经鱼腰、丝竹空、太阳、瞳子

髎，并沿下眼眶上缘至睛明穴，往复治疗约6分钟。重点在睛明、鱼腰、丝竹空等穴位。再在额部及沿眼眶处用缓和而深沉的抹法，往返操作7—8遍，同时配合按睛明、阳白、鱼腰、太阳穴。

（2）项背部　患者坐位，术者先按揉电侧完骨、翳风穴，以酸胀得气为度。再拿风池，并沿颈椎两侧向下到大椎两侧，自上而下操作5—6遍。然后在两肩及项部用轻快的拿法治疗，约3分钟，重点在大杼穴，最后拿肩井穴，结束治疗。

临床应根据病变的不同类型进行辨证加减，如先天性睑下垂配合横擦左侧背部脾胃区及腰部肾俞、命门，以透热为度；并按揉或拿涌泉穴，以酸胀为度；再沿足底纵轴直擦，以透热为度。后天性睑下垂配合用摩法在腹部作顺时针方向移动，重点在中脘、气海，再按揉大椎、脾俞、胃俞，并直擦背部督脉，横擦骶部八髎，均以透热为度。癔病性睑下垂，配合推两侧"桥弓"，斜擦两侧胁部，并按揉章门、期门穴。

[注意事项]

（1）眼睑下垂治疗效果较慢，患者应与术者密切配合，保持乐观情绪。

（2）避内眼面部受寒冷刺激。

4.近视眼

近视眼以视远物模糊不清，视近物仍正常为特征，古称"能近怯远"症。

眼球的结构主要包括两个系统，即屈光系统和感光系统。屈光系统包括角膜、房水、晶体和玻璃体；感光系统就是视网膜。这两个系统正常无损，彼此之间配合良好，才能保持正常视觉机能。

由于眼球内结构器质性病变而导致的近视眼称直性近视眼；由于眼的调节器官痉挛所引起的近视，称假性近视。按摩对假性

近视治疗效果较好。

[病因病理]

发生近视眼除遗传因素外，多与青少年时期灯光照明不良、坐位姿势不正、课程负担过重等有密切关系。若使调节太过，睫状肌长期痉挛，导致晶状体亦持续处于凸度增加的状态。这使眼球屈光不正，前后轴变长，平行光线结成的聚光点落在视网膜之前，而在视网膜上形成不清晰的影像。

[临床表现与诊断]

（1）患者常感视远蒙胧，视近清晰。

（2）中度近视者视物常有眯目动作，或阅读报纸书刊时，每将目标移近眼前。

（3）高度近视者眼底有退行性改变。

临床将3屈光度以下的分属轻度近视，3—6屈光度属中等近视，6屈光度以上属高度近视。

[治疗]

2屈光度以上的近视应该配戴眼镜，青少年近视者，在按摩治疗的过程中可配合眼保健操，同时纠正不良的阅读习惯。

治则　养血安神，益气定志。

手法　近视眼的治疗一般分为项背部和头面部操作。常用手法包括按法、揉法、拿法、抹法、一指禅推法、扫法等手法。

（1）项背部　患者坐位　术者先按揉患者两侧风池、睛明、天柱穴各半分钟；均以酸胀得气为度；推两侧桥弓，以桥弓穴处肌肉松软为度。再从风池开始、沿颈椎两侧用拿法，自上而下往复7—8次后，用平推法或按揉法往复操作3分钟。然后拿肩井及按揉心俞、肝俞各半分钟。

（2）侧面部　患者坐位，术者用轻快的一指禅推法从睛明到攒竹再沿眼眶作环形治疗，每侧约3分钟。再按揉百会、睛明、攒竹、承泣穴各半分钟。然后分抹前额，重点在上眼眶下

缘，同时配合揉太阳穴。再用扫法在侧部两侧治疗，同时配合按角孙穴，最后再重复在前额部的分扶法。结束治疗。

[注意事项]

（1）必须贯彻预防为主的方针，对青少年要做好眼卫生的宣传教育工作。

（2）在眼面部作手法治疗时，宜小心仔细，以防触伤眼球。

5.声门闭合不全

提　要

▪声门闭合不全以声音异常为主要临床表现

声门闭合不全，目前病名尚不统一，有“发声无力症”、“喉肌无力症”及“发音疲劳症”等称谓，系指两平行的声带之间的声门裂，闭合时其裂隙超过1mm而言。中医称之“失音”或“喉音”，多见于声乐和戏剧演员以及职业用嗓音。

[病因病理]

现代医学认为许多因素均可引起声门闭合不全，常见病因有以下几种：

（1）演唱方法不当或用声过度，使喉部肌肉失去平衡，特别是声带肌的张力减低和环杓后肌的痉挛，使声门张开，久而引起闭合不全。

（2）用嗓过度，大量空气进入喉间，粘液蒸发，粘膜干燥充血、水肿，甚至引起环杓关节炎，使杓状软骨活动受限，影响杓状软骨的内转闭合而诱发本病。

（3）各种原因引起喉神经功能不全，其运动支支配的喉肌发生功能障碍，引起声带麻痹，而声带的发声机能受到影响。

[临床表现与诊断]

（1）轻者发高声费力，发声不持久，声音变暗，同时伴有

咽喉部干燥及异物感。

（2）重者发音不扬，出现破音，甚至声音嘶哑，伴有喉痛、咽痒。

（3）间接喉镜检查，声门可显各种不同程度和不同形态的闭合不全。

[治疗]

声门闭合不全的治疗一般分为颈前部和项部操作法。

治则　舒筋通络，清咽利喉。

手法　常用操作手法包括一指禅推法、拿法、揉法等。

（1）颈前部　患者仰卧位，其颈部略后伸。术者先在患者咽喉部三条侧线施用一指禅推法或拿法，往返数次，也可配合指揉法，然后揉人迎、水突及敏感压痛点。时间约10分钟。治后患者自觉喉肌放松，喉粘膜有湿润感。

（2）项部　患者坐位，头稍前倾。术者用一指禅推法双手推风池约2分钟。再单手用一指禅推法治疗哑风、风府穴各1—2分钟。然后拿风池及项部颈椎两侧，往返4—5遍。最后揉两侧胸锁乳突肌。时间约4分钟。治后患者自觉喉肌放松，喉部紧张感消失。

[注意事项]

（1）手法操作要求轻快柔和，不可粗暴用力。

（2）嘱患者避免高声及持久的讲话，必要时短期禁声。

（3）防止发生外感及咽喉部炎症。

（4）少食辛辣、燥烈之食品。

[附] 咽喉肿痛

咽喉肿痛是一种症状，中医又称为喉痹。引起咽喉肿痛的病因很多，这里主要讨论由于上呼吸道感染或急性扁桃体炎引起的咽喉肿痛以及慢性喉炎所致的咽喉痛的治疗。

手法　咽喉肿痛的治疗一般采用一指禅推法、拿法、揉法、

按法等手法。

（1）患者仰卧位。术者先在喉结两旁及天突穴处用一指禅推法配合拿法，或一指禅推法配合揉法，上下往返数次。

（2）患者坐位，术者用按、揉法在风池、风府、肩井等穴治疗，配合拿风池，肩井、曲池、合谷等穴位。

在手法治疗中，如感咽喉部有分泌物排出，必须随时吐尽，勿使咽下，并用冷开水漱口。

卷　七

十六、自我按摩法

自我按摩，系指用自己的双手在体表一定部位进行手法操作以及活动肢体，从而达到早期治疗疾病或保健强身的一种方法。古称导引、道引。

自我按摩，是概括了按摩、体操、气功等疗法中的部分效用，以主动按摩为主要形式，以本人为作用对象的一种医疗保健和健美强身的方法。

自我按摩，要求思想集中，心平气和，意念随手法动作而行，达到“意”、“气”、“行”相结合。自我按摩的手法要灵活，除选用本书卷二中基本手法和复合手法外，还可根据自身具体情况综合运用。

自我按摩的种类繁多，内容丰富，方法简单易学，动作轻松柔和，适于各年龄层次的人进行保健、美容及进行防病治疗。本书为了便于读者参考，将自我按摩法分为保健、治疗和健身美容三大部分。

（一）古代保健按摩法

1.神仙起居法

后周书法家杨凝式写的保健按摩口诀，方法毕备，简单适用。

行住坐卧处，手摩胁与肚，
心腹通快时，两手腹下据，

踞时彻膀腰，背拳摩肾部，
绝觉力倦来，即使家人助，
行之不厌烦，昼夜无穷数，
岁久积成功，渐入健康路。

2.老子按摩法

此功法是古代流传民间的一种自我按摩方法。它的按摩特点不是按摩揉搓体表的某个部位，而是通过肢体的各种动作，使身体的各部肌肉得到伸展和收缩，从而使内部的脏器受到按摩。

本法祛病强身，增强脏腑功能的作用显著，所以，深受广大劳动人民喜爱，也被历代医家重视。唐代孙思邈在其所著《千金要方》中就有详细记载。

其按摩方法如下：

两手按于两肋，向左右侧弯伸各十四次。

两手捻两肋，向左右扭肩十四次。

两手抱头，向左右扭腰十四次。

向左右偏头十四次。

一手抱头，一手托膝，弯曲三次。

两手托住下颏，将头向上托举三次。

一手托住下颏，一手托住膝窝，托头上举，托膝上抬三次。左右侧相同。

两手攀头，全身向下顿足三次。

两手相握，在头上过，左右各三次。

两手交叉，托于心下，然后翻掌，掌心向外推出，再收回到原来的位置和姿势，反复三次。

两手交叉，掌心向内，按在心的部位，反复三次。

曲腕、击肋（轻轻击打），挽肘，左右各三次。

左手向后挽住右肘，向前、后拔伸三次；再用右手挽住左肘，向前、后拔伸三次。

伸开五指，左手挽项三次，再右手挽项三次。

反手扣住膝盖，另一只手挽住肘部，左右各三次。

手摸肩部，从上而下揉按三次。

两手握拳，向前击出三次。

一手拍另一手的手背三次，掌心相对拍三次；手心向下空拍三次。

两手交叉，反复搅动七次。

揉按手指三次。

两手反、正摇动各三次。

两手五指反向交叉，扭动肘部数次，亦可扭动时呼吸十息。

两手向上伸动三次。下顿三次。

两手交叉，举过头顶，左右抻肋十次。

两手握拳，反揣背后，用拳脊与脊背摩擦三次。

两手反握于背后，顺脊柱上下移动三次。

覆手、掌心向下，握住腕部，内、外抖动三次。

覆掌向前耸三次。

覆掌，掌心向下，两手手指交叉，横行移动三次。

覆掌，左右、上下伸展三次。

伸左脚，右手握住足尖，左手按住脚背，将脚直上直下活动三次。右脚亦如此三次。前后抻脚三次，左右抻脚三次，前后伸脚三次，直脚三次。

扭胁肋三次。

内外振脚三次。

扭肩三次。推天（一手向上推）、托地（一手手心向下按），左右各三次。

左右排山（向左、右推掌）、拔木（一手在上，一手在下，犹如拔树一般）左右各三次。

舒展两手、两膝各三次。

舒脚伸直，反钩、伸手三次。

抻动内脊、外脊各三次。

3.天竺国按摩法

摘录于《千金要方》。

两手相促，扭捩，如洗手法。

两手成相叉，反复向胸。

两手相促，共按胫，左右同。

两手相重，按肋，徐徐捩身，左右同。

以手如挽五石力弓，左右同。

作拳向前筑，左右同。

如拓石法，左右同。

作拳却顿，此是开胸，左右同。

大坐、斜身偏倚如排山，左右同。

两手抱头，婉转胫上，此是抽胁。

两手据地，缩身曲脊，向上三举。

以手反捶背上，左右同。

大坐，伸两脚，即以一脚向前虚掣，左右同。

两手拒地，回顾，此是虎视法，左右同。

立地反拗身，三举。

两手急相叉，以脚踏手中，左右同。

起立以脚前后虚踏，左右同。

大坐，伸两脚用当相手勾所伸脚，著膝中，以手按之，左右同。

以上十八势，对于老人，每日依此三遍者，一月后，百病除，行及奔马，补益延年，能食眼明，轻捷不复疲乏。

4.延年九转法

以两手中三指按心窝，由左顺摩圆转二十一次。

以两手中三指由心窝顺摩而下，且摩且走，摩至脐下高骨为

度。

以两手中三指由高骨处向两边分摩而上，且摩且走至心窝，两手交接为度。

以两手中三指由心窝向下直推至高骨二十一次。

以右手左绕摩脐腹二十一次。

以左手右绕摩脐腹二十一次。

以左手将左边软胁下腰肾处大指向前四指托后轻捏定，用右手中三指自左乳下直推至腿夹二十一次。

推毕遂跌坐，以两手大指押子纹四指拳屈。分按两膝上，两足十趾亦稍钩曲，将胸自左转前由右归后摇转二十一毕；又照前自右摇转二十一次。

前法如摇身向左、即将胸肩摇出，左膝向前，即摇伏膝上；向右即摇出，右膝向前，即弓腰后彻。总以摇转满足为妙，不可急摇，休使着力。（《颐身集》）

5.十二段动功

叩齿一：齿为筋之余，常宜叩击，使筋骨活动，心神清爽，每叩三十六数。

咽津二，将舌舐上腭，久则津生满口，便当咽之，咽下喨然有声，使灌溉五脏，降火甚捷，数以多为妙。

浴面三，将两手自相摩热，热覆而擦之，如浴面之状，则须发不白，即升冠鬓不斑之洁，颜如童矣。

鸣天鼓四，将两手掩两耳窍，先从第二指压中指，弹脑后骨上，左右各二十四次，去头脑疾。

运膏肓五，此穴在背上第四椎下，脊两旁各三寸，药力所不到，将两肩扭转二七次，治一身诸疾。

托天六：以两手握拳，以鼻收气，运至泥丸，即向天托起，随放左右膝上，每行三次，去胸腹中邪气。

左右开弓七：此法要闭气，将左右手伸直，右手作攀弓状，

以两目看右手，左右各三次，泻三焦火，可以去臂腋风邪积气。

摩丹田八：法将左手托肾囊，右手摩丹田三十六次，然后转摸如前法，暖肾补精。

擦内肾穴九：此法要闭气，将两手搓热，向背后擦肾堂及近脊命门穴，左右各三十六次。

擦涌泉穴十：法用左手抱住左脚，以右手擦左脚心，左右交换，各三十六次。

摩夹脊穴十一：此穴在背脊之下，大便之上，统会一身之气血，运之大有益，并可疗痔。

洒腿十二：足不运气则气血不和，行走不能爽快，须将左足立定，右足提起洒七次，左右交换。（《尊生梦辑》）

6.擦颜面美诀

此诀无论每日早起及日间隅睡，凡睡醒之时，且睁开眼，先将两手大指背相合摩擦极热，随左右手各揩在左右眼皮各九数；仍闭目暗用眼珠转轮左九遍，又向右九遍；仍紧闭片时，即大睁开眼，用左右九转，大除风热，永无目疾。

随后，又将大指背擦极热，即以两手指背趁热一上一下指鼻三十六遍，能润肺。

随后，又将两大指背弯骨按两眼外角边小穴中，各三十六遍；又按两眼之近鼻两角之中，如数，大能明目洞见。

随后，合两掌摩擦极热，即以热掌自上而下顺揩面上九十数，要满面高低处俱到；再舐舌上津液于掌，仍摩擦稍热，复擦面上九十次，能光泽荣颜，不致黑皱。

此诀极简易，任于睡醒时稍迟下床，即可行之，起来觉神清气爽，即妙处也，久行各效俱见（《尊生梦辑》）

7.左洞真径按摩导引诀

导引按跻踊身乏起，平身正坐，两手叉项后，仰视举骨，左右招摇，使项与手争；次以手板脚梢，闭气取太冲之气，左挽如

引弓状，右挽亦如之。令人精和血通，风气不入，行之无病延年。

捏目四眦　太上三关经云：常以手按目近鼻之两眦，闭气为之，气通即止，终而复始，常行之，眼能洞见。又云：导引毕，以手按目四眦三九遍，捏，令见光明，是检眼神之通，久为之，得见灵通也。

摩手熨目　《内景经》云：尝以手按眉后小穴中二九，一年可夜作细书，亦可于人中密行之，勿语其状。眉后小穴为上元六合之府，主化生眼晕，和莹精光，长珠彻瞳，保炼月精，是真人坐起之道。紫微夫人曰：仰机天真，俯按山源，天真是两眉之角，山源是鼻下人中也，两眉之角是彻视之津梁，鼻下人中是引灵之上房。

俯按山源　紫微夫人云：俯按上源是鼻下人中之本侧，在鼻下小骨中也。……以左手第二指第三指捏两鼻孔下人中之本，鼻中隔孔之内际也，鼻中隔孔之际一名山源，一名鬼井，一名神池，一名魂台。捏毕，应叩齿七遍，又以手掩鼻，手按山源则鬼井闭门，手满神池则邪精分散，手临魂台则至真守关。鼻下山源是一身之武津，真邪之通府。守真者，所以遏万邪，在我运摄云耳。

营治城廓　《消魂经》云：耳欲数得按抑，左右令天数，使人听彻，可谓营治城廓也。

击探天鼓　天鼓者，耳中者也。举两手心紧掩耳门，以栋击其脑户，尝欲其声壮盛，相续不散，一日三探，有益下丹田。或声散不续无壮盛者，即无气不集也，宜整之。

按摩神庭　真诰云：面者，神之庭；发者，脑之华，心悲则面焦，脑减则发素。《太素丹经》云：一面之上常欲得两手摩拭之，使热，高人随形皆使极匝，令人面有光泽，皱斑不生，行之五年，色如少女。所谓山泽通气，勤面行之，手不离面仍住也。

款阳书云：发宜多栉，点宜了叩，液宜尝蒸，气宜常炼，手宜在面，此五者所谓子欲不死修昆仑也。

上朝三元　《真诰》云：顺手摩发如理栉之状，使发不白，以手乘额上谓之上朝三元，固脑坚发之道也。头四面以手乘顺就法，唯令多也，于是头面流散，风湿不凝。

下摩生门　《黄庭经》云：面部小王对先门，生门者脐也，闭内气鼓小腹全满，以手摩一周天三十六度。

栉发去风　谷神诀：凡梳头勿向北，梳欲得多，多则去风，多过一千，少不下数百，乃令人数之。《太极经》云：理发欲向王地栉之，取多面不使痛，亦可令侍者栉之，于是血液不滞，发根尝坚。

运动水土……《真秘经》云：食饱不可睡，睡则诸疾生。但食毕勉强行步，以手摩两胁上良穴，又转手摩肾堂气热，此养生家谓之运动水土。水土即脾胃也，自然欲食消化，百脉流通，五脏安和。

8.简化摩腹运气功

（1）方开“摩腹运气功”简介

第一：用两手中三指按心窝，从左顺时针圆转摩动二十一圈。

第二：用两手中三指从心窝向下摩动至耻骨处二十一次。

第三：用两手中三指从耻骨处向两边分摩，并沿脐两侧向上摩动，直至心窝两手汇合为止二十一次。

第四：用两手三指从心窝向下直推至耻骨处，往返二十一次。

第五：以脐为中心，用右手从左顺时针绕摩脐腹二十一圈。

第六：以脐为中心，用左手从右逆时针绕摩脐腹二十一圈。

第七：左手大拇指向前，四指托后，轻放腰部，用右手中三指从左乳下直推至大腿根部，反复做二十一次。

第八：同第⑦，唯左右方向互易。

第九：推摩完毕后，即取盘腿坐位或正坐位。两手握拳分按于两膝上，两足十趾稍微内曲，将脑部（上半身）自左转前，由右归后，反复摇转二十一次，又照前自右向左反复摇转二十一次，收功。

（2）摩腹运气功适应症及注意事项

摩腹运气功简便易学，动作柔缓，练习时不受时间、场地等限制，也无任何偏差流弊。具有调和营卫、宣通经络、舒畅气机，从而达到阴阳平秘的医疗保健作用。它既可达到意气合一，精神内守的宁志要求，又可起到推动谷气得消，气血调达之效益。故最适宜于中老年人，特别是一些慢性消化系统疾病患者选用。

适应证：各种胃炎、胃下垂、肠胃神经功能紊乱症、习惯性便秘、慢性结肠炎、肺结核、高血压、神经衰弱症、慢性肝炎等。常练此功，还有助于治疗遗尿、尿潴留、尿失禁、遗精、阳萎、早泄等，对于女子痛经、带下症、功能性子宫出血、月经不调等亦有一定辅助治疗作用。

注意事项：

①练功时可按本人适应条件采取体位，或站立或平卧均可。一般要求解开衣裤，以直接揉摩为宜。凡腹内患有恶性肿瘤、内脏出血、腹壁感染及妇女妊娠期间均不宜练此功。

②预备姿势，首先应全身放松，集中思想，调匀呼吸，舌顶上腭，意守丹田，然后按顺序进行操作。

③摩腹时必须凝神息虑，动作和缓均匀，摇转上身时不可过快过急，切忌闭气着力。练功后以自感轻松舒适无疲劳感为度。

④练功期间，由于胃肠蠕动增强等生理功能的变化，常会出

现腹内作响、嗳气、腹中温热感或易饥饿等现象，这属正常的练功效应，可顺其自然，无需作任何处理。初练功者早晚各做一次，三个月后改每日一次，不可间断。

（二）循经按摩法

人体头面为诸阳之会，胸腹为诸阴之会，四肢为阴阳脏腑十二经运行之会，而把上三个部位结合起来进行经络按摩，则可疏通周身经络气血，调和营卫，以达增进身心健康，防治疾病的目的。

1.预备功

先静坐3分钟，排除杂念，思想集中练功。然后意气相随，与动作相结合。进行自然按摩。

2.先按摩头面部，做以下六节功

①搅海——舌头沿上下齿龈，自左至右，再自右至左，运转各8次。待津生时，漱一漱慢慢咽下，意想咽至腹部丹田。

②叩齿——上下牙齿叩动，先叩两侧，后叩前排，各叩8次。

③浴面——两手掌由鼻翼迎香穴按摩至双眼睛明穴，再上擦至印堂穴，两额太阳穴，过两耳再往下擦两颏回到鼻翼。如此上下左右各按摩8次。

④轮睛擦目——双眼睁大看远方，再看鼻尖，一远一近，交替凝视8次。然后用双手指沿眉际眼眶上缘，再擦眼眶下缘8次。

⑤梳发擦头——用两手指自前额梳擦头发至头顶与后项两侧沿颈项下，先梳中间，再梳两侧各8次。

⑥鸣天鼓、擦耳轮——两手掌置于两耳，右中指置左中指之上，然后往下滑弹，可闻如弹鼓之声，弹8次，再将两手掌从耳尖至耳根上下按摩8次。

3.按摩胸腹部

①顺气按摩：自天突至鸠尾，自上而下用手掌按摩8次。然后以膻中为中心，自左至右作旋转按摩8次。

②理气按摩：用双手掌贴左右肺部，自上而下成八字形按摩胸部8次。

③补气按摩：做完上述两节功后，搓热双手掌，紧贴于左右肺部，数呼吸16次（一呼一吸为一次）。

④摩丹田：以肚脐为中心，上至中脘，下至中极，自左至右，交替进行。然后，自右至左，用手掌心作环转按摩各8次。

⑤擦下腹：自耻骨处开始，由下至上至肚脐，上下按摩8次。

⑥敷神阙：即肚脐，做完上述两节功后，将双手掌搓热，叠敷于神阙处，如养功般，数呼吸16次。

4.按摩四肢

①按摩上肢：先用右手掌按摩左手，自左手指，手臂外侧循三阳经向上按摩至肩，到胸部，再由胸部沿三阴经按摩至肩、手臂内侧、左手指。然后用左手按摩右手，如此各按摩8次。

②按摩下肢：双手掌自腰部双侧开始，沿足三阳经而下，按摩双大腿、小腿外侧，沿双足外踝至双足背外侧、足趾。然后自双足心开始，循足三阴经而上，沿双足内踝至小腿、大腿内侧，再按至腹股沟回到腹部，如此上下按摩各8次。

③抖手蹬脚：双手腕上下左右抖动8次，然后双手掌敷贴于腰部，两脚上提向前蹬出，先蹬左脚后蹬右脚，各蹬8次。

④摩劳宫、擦涌泉：先用两手掌擦热，然后以掌心擦摩脚心涌泉穴，各16次。

5.拍丹田、擦命门

以站桩姿势，结合转腰动作，先左后右，以右手掌心拍打腹部丹田，左手手掌背拍击腰背部命门，随着身体左右转动，左右

手交叉进行，各拍打16次。

6.收功

①以站桩姿势，轻闭双眼，双手下垂，手掌心朝里，慢慢举起，过腹、胸、颈项、耳、后至头顶，再慢慢过颜面而下，经前胸至腹部丹田；再用双手往后再往前一挥，环抱于丹田。此动作进行3次。

②然后以意相随，结合提肛收缩，吸气时意想气由会阴吸至腹部丹田，呼气时意想把气呼出丹田。

③意念存想自身周围之气回归于丹田，双手以太极手印置于腹部丹田，静养3分钟，即可结束。

（三）分部按摩保健法

分部保健法是用自己的双手在身体分部施术而达到健康保健的自我按摩方法。通过自我按摩，能够增强机能，解除疲劳，放松肌肉，提高工作效率。

分部保健法，包括头面部保健、上肢保健、下肢保健、胸部保健、腰部保健、腹部保健、肛门保健、男子性功能保健、小儿保健等。

1.头面部保健

〔动作要领〕两手掩面，由额面部向下经眉、目、鼻、颧、口角等掌摩面部（似浴面状）10—20次。后以十指微屈，以指腹接触头皮，由前发际向后梳理10—20次，再由头顶向两侧梳理10—20次，再用两手拇指或中指置于同侧颈部胸锁乳突肌部位，前后弹拨十数次，力量以耐受为度，再由上往下梳理十数次，力量缓和。

耳部保健：两手掌心压于两耳孔，手指置于脑后枕骨部，食指压于中指背上，并由上滑下，叩击头皮30—50次。后以两手掌于耳门处一紧一松地按压，借助空气震动耳膜，本人可感有“嗡嗡”声响，操作30—50次。再以两手食指插入耳孔内，堵耳片刻

然后松开，顿觉轻松感，操作3—5次。

眼部保健　用左右两手拇指指面分别按在左右眉内侧凹陷的攒竹穴，轻轻揉动30—50次，以痠胀感为宜。然后，用左手或右手的拇、食两指分别按压目内眦上方1分凹陷处的睛明穴，先向下按，然后向上挤，一挤一按30—50次。再以左右手食指面分别按在目下1寸处的四白穴，感到痠胀时，持续揉动30—50次。以左右手食指屈曲似弓状，用第二指节的桡侧面紧压眼眶，作自内向外的刮动。先刮上眼眶，再刮下眼眶，重复20—30次，以出现痠胀感为宜。以上各势均要闭目。最后用两手食指压在中指甲下方，以中指面分别按在两侧太阳穴，当有痠胀感时，再持续揉运30—50次。

口腔保健　口微闭，用舌头在口腔内上、下翻动摩擦唇、颊、腭、齿等，待口腔内唾液分泌增加较多时，慢慢咽下。后上、下牙齿相互叩击50—100次。后含半口水于嘴内，做漱口动作反复十数次，清洁口腔后将水吐出。最后用一只手的拇、食两指捏拿喉结两侧，做上、下、前、后方向的揉推1分钟，口内出现唾液徐徐咽下。

〔作用〕健脑，延缓机能退化，聪耳明目，保护牙齿，防治目疾、耳疾、口腔疾患。

2.上肢保健

〔动作要领〕操作者坐、立位均可。

两上肢自然下垂，关节放松，抖动1分钟，然后手握虚拳，双手交替捶叩对侧上肢，由肩至手腕部各1—2分钟。

以拇指罗纹面紧贴三角肌前缘，作持续按揉30—50次，以出现痠胀感为宜。再以中指罗纹面紧按肩端前凹陷处肩髃穴，作持续按揉30—50次，中指移向后面分别按揉肩井穴、肩髎穴，同时活动肩关节，使手臂作前后方向的上下甩动30—50次。最后用手掌心紧贴肩部并作上下摩擦，以肩部有温热感为宜。

用拇指面和食指面相对揉捏曲池、手三里、尺泽、曲泽，在手三里、少海、小海等穴处用拇指或食指端弹拨，反复进行10—20遍，以有痠麻感为宜。再用掌心紧贴肘部，作上下周围摩擦，以发热为宜。

双手十指交叉，互相用力活动手腕1—2分钟，并在夹紧指间的情况下，用力拔伸，反复10—20次。再以一手拇、食两指捏一手指，捻动指间关节并摇转之，各指交替轮换重复3—5遍。最后两手掌和手背互相摩擦至发热结束动作。

〔作用〕滑利关节，消除疲劳，防治肩、肘、指、腕疾患。

3.下肢保健

〔动作要领〕操作者坐于低凳上为宜。

以双手掌根轻轻拍击下肢，自大腿上部至足踝部3—5遍后，用双手拇指分别点按双侧环跳穴。

以两手掌根紧贴大腿上部，自上而下按揉推进至髌骨部，重复5—10次，以痠胀为宜，再以拇指和食、中指对称用力揉拿小腿部，自上面下3—5遍，以痠胀为宜；随即用拇指端按压足三里和弹拨阳陵泉数次，以痠麻为宜。

操作者正坐搁腿，一手握住足踝上方，另一手握住足趾部作旋转摇动，前后各20次左右；随即用一手小鱼际部紧贴足心，作快速摩擦，以透热为宜，两足交替进行。

〔作用〕滑利关节，消除疲劳，解除腓肠肌痉挛，防治下肢疾患。

4.胸部保健

〔动作要领〕操作时要求呼吸自然，切勿迸气。

以一手中指面沿锁骨下、肋骨间隙，由内向外，顺序由上而下的适当用力按摩揉动，重点在中府、云门、膻中等穴，各20—30次，以痠胀为宜。再以两手掌按于两侧胸大肌处，旋转揉动，

顺、逆时针方向各10—30次。

以大拇指按定臆前，食、中指紧贴臆下作相对用力内收，拿住胸大肌，并适当作提捏动作，一松一紧约10次左右。

用虚掌或空拳在胸部轻轻拍击20—30次后，用手掌紧贴胸前，作由内向外和由上而下的摩擦，以热为度。

〔作用〕宽胸理气，防治胸闷气急、岔气胸痛、咳嗽气喘、咯痰不爽等症。

5.腰部保健

〔动作要领〕以站立位锻炼为宜。

两手握虚拳于腰际大面积捶叩1—2分钟，并于腰际两侧施掌推法由上而下10—20遍。

两手握拳，以拇指掌指关节突起部分贴紧两侧腰眼，用力作旋转按揉30—50次，以痠胀为宜。

操作者作前俯后仰及侧屈腰部旋转活动各20次。

〔作用〕防治腰部损伤及腰痛，强腰补肾。

6.腹部保健

在腹部自我按摩，可间接地牵拉腹内脏器和胃肠系统，促进血液循环，使新陈代谢增强，促进食物在胃肠道的消化吸收。

〔动作要领〕多取卧位。

操作者仰卧于床上，吸气后徐徐吐出，此时，双手相叠压于上腹部，随着呼气而向下腹部掌推，力量透入腹内。重复10—20次。然后以一手大鱼际紧贴中脘穴，另一手按于其上助力，两手协调作顺时针方向缓缓揉摩，时间约5—8分钟。

以两手掌贴紧腹部作颤、振法1分钟后，作由内向外和由上而下的摩擦，以温热为度。

双手交叉抱住膝部，屈髋尽量向腹部压紧，左右侧交替进行，各20—30次。

点揉上脘、中脘、下脘、气海、关元穴。

〔作用〕健脾和胃，防治消化系统疾患。

7.肛门保健

〔动作要领〕坐卧位均可。

每晚入睡前，取一块洁净柔软的手纸或布片置于中指端，对肛门外周按顺、逆时针方向推摩20—30圈，并指揉肛门局部1—2分钟。用力收缩肛门20—30次后，用中指向肛内方向顶按，一顶一松，反复20—30次，用力勿猛。

〔作用〕促进血液循环，缓解肛门括约肌痉挛，防治痔疮、脱肛等疾。

〔注意事项〕

每次解完大便后，用力收缩肛门20—30次，要注意肛门清洁卫生，常洗澡，勤换内衣，有便秘者需及时治疗。

8.男子性功能保健

〔动作要领〕于晚间睡前或早晨起床前施术，仰卧于床上。注意保暖。

由鸠尾穴向曲骨穴掌推36次，动作沉缓有力并与呼吸同步。即吸气时手掌收回放于鸠尾穴，呼气时向下推。再以两手掌由鸠尾穴沿两肋弓、腹股沟、阴囊路线掌推36次，亦与呼吸同步。

双手掌于脐周掌揉36圈。以上手法均以热感为佳。

捏拿两侧大腿根部36次后，双手指揉同侧睾丸100次。再分别捻搓同侧睾丸后精索100次，以有酸胀感为度。

一手固定两睾丸，另一手握虚拳捶叩睾丸100次，力量以耐受为度。

双手掌搓阴茎，龟头100次后，一手食、中指夹于阴茎根部，甩动阴茎向前后、左右方向各100次，使阴茎丰满、挺立。

〔作用〕补肾壮阳，防治阳萎、早泄等疾患。

〔注意事项〕如是病后虚弱，在进行上述手法时要停止性生活100天。进行按摩时，要保持连续性，每天一次，未婚青年不宜

进行上述手法。

9.小儿保健

小儿按摩保健既能防病健身，又能促进生长发育。操作简便易学，一般家长及保育员均能掌握。其作用可调节体内阴阳、健脾和胃、行气活血，增进食欲，强壮身体。

〔动作要领〕

补脾经200—500次；推三关、退六腑各300次；摩中脘5分钟，摩腹3分钟；揉丹田2分钟；按揉双侧足三里各20—50次；按揉脾、胃俞各10次。

轻缓掌摩全部脊背部（由颈后至臂部）1—2分钟后，点按各椎体棘突，力量适宜，不可过猛。再捏脊5—7遍。

〔作用〕调节阴阳，健脾和胃，行气活血，增进食欲，强壮身体。

（四）气功按摩十八法

气功按摩十八法，是以气功导引配合的一种运动医学疗法，它的适应症广泛，疗效较好，而且方法简单易学。

气功按摩十八法的主要作用为调和营卫，疏通气血，使经络畅通、功能恢复，从而使人体的各种器官相互协调，机能趋于正常，达到治愈疾病，健身长寿的目的。

预备功

调姿：头项端正，合眼睑、闭口唇、舌抵上腭、含胸拔背，两手微曲于小腹前，手心向上，手指相对不相接，两脚分开微宽于肩，两膝微曲，脚尖向前，微向内勾，从头到脚节节放松。

调心：心平静，灭杂念，意念集中于脐下丹田位置上，并入腹内1.5寸到2.5寸之间。

调息：通过鼻呼鼻吸的自然呼吸法做到呼吸时能达到轻柔、均匀的程度，仿佛“春蚕吐丝，绵绵不断”。

按摩法

（1）揉发梳头：双手十指分开、微曲，从前发际梳到后发际18—36次。可治疗高血压性头昏、头痛、神经衰弱、失眠、健忘等。

（2）双鸣天鼓：两掌心按耳，用食指敲风池穴18—36次。治疗听力减退、耳鸣、头昏、神经衰弱、健忘等症。

（3）旋指捣耳：以食指尖轻轻插至两外耳道口，同时相向内旋，再安然放松，共18—36次。治疗听力衰退、耳鸣、神经衰弱等症。

（4）运目养神：按顺时针方向缓慢转动双目9—18圈后闭目休息，再睁眼远眺片刻，继之按逆时针方向缓慢转动双目9—18圈后闭目休息，再睁眼远眺片刻。对治疗假性近视、眼花、视神经疲劳等均有一定作用。

（5）刮眼明目：用两拇指点按太阳穴，以食指刮上下眼睑各18—36次。治疗视神经疲劳，假性近视，迎风流泪，眼球痛，头痛等症。

（6）捋鼻防感：以两手拇指指关节沿两鼻唇沟上下按摩18—36次。可治疗鼻炎、上颌窦炎、面神经麻痹和预防感冒。

（7）浴面升华：用两掌在面部上下作旋转按摩18—36次，使面部发热。对治疗面神经麻痹、三叉神经痛、头痛，减少老年性面部皱纹均有一定作用。

（8）叩齿固肾：叩打门、边牙各18—36次。能预防牙疾、使齿质坚固，咀嚼肌有力，起固齿强肾作用。

（9）搅海吞津：用舌在口腔内搅动18—36次，所生津液分1—3次吞下，意送丹田。助消化、治便秘，有利于防治口腔病。

（10）竖推肩井：用两掌心左右交叉按摩肩井穴及其周围，按摩时腰部随着上肢的摆动自由转动。对治疗肩背痛、落枕、举臂困难、甲亢等均有一定作用。

（11）横摩胸胁：两掌交叉横摩左、右胸胁各18—36次。治疗肋间神经痛、胸闷、咳嗽等症。

（12）正反揉腹：两掌相叠用掌心旋转按摩腹部，上至剑突下，下至曲骨穴，正反各18—36圈或至腹部发热。治疗慢性胃炎、慢性肠炎引起的腹痛、腹泻以及溃疡病、呃逆、便秘、月经不调、痛经、阳萎等。

（13）背搓腰际：用两手心同时按摩两侧腰际各18—36次。对治疗肾炎、腰痛、遗尿、痛经等均有一定辅助作用。

（14）敲打命门：双手握拳，通过自由转腰时用左右拳轮换敲打前后命门。有强肾壮腰，增强胃肠系统的功能，减少胃肠疾病。

（15）按摩上肢：按摩左上肢时用右手手指上至左肩峰，下至左手指，由上向下捋，边捋边转，把手的正反面都按摩到，共18－36次。然后点按曲池、少海、内关、合谷穴，按摩右上肢时方法相同。有舒筋活络，祛风湿，沟通手三阴、手三阳经作用，对治疗抬举困难、肩臂痛、上肢关节痛、偏瘫等病有一定辅助作用。

（16）按摩下肢：先左后右，两手手指分开，自臂部至脚趾向下捋，边捋边转，把腿的前后面都按摩18—36次。然后点按足三里、三阴交、昆仑、太溪等穴。有舒筋活络，祛风湿，沟通足三阴、三阴经作用。对治疗抬腿困难、坐骨神经痛、偏瘫、阳萎、早泄、痛经、月经不调、遗尿、尿频等病有一定辅助作用。

（17）按摩涌泉：用两掌心分别按摩两涌泉穴和脚背18—36次。或用拳轻轻敲打两脚背。对治疗失眠、头昏、头痛、癔症等病有一定辅助作用。

（18）全身拍打：用拳或掌在丹田、腹部、胸部、腰部、背部、上肢、下肢作轻松而富有弹性的拍打。有舒筋活络，祛风湿，沟通全身经脉，使真气旺盛，筋骨强健，精力充沛。

收功

松静站立，合眼帘，闭口唇，两手自然下垂，直至轻松舒服为止。

（五）自我按摩祛病法

自我按摩祛病法，是用自己的双手在身体一定部位进行按摩，从而达到治疗疾病的方法，主要适用于治疗早期或较轻的病症。并不是所有的病症，所有的患者都可使用本方法。在使用自我按摩治疗疾病时，一定要明确诊断。下列疾病不宜进行自我按摩治疗：心、肺功能不全，妇女月经期、妊娠期的腹部疾患，各种骨折，各种急慢性传染病、血液病，烧、烫伤及各种溃疡性皮肤病，结核性关节炎及急性软组织损伤24小时以内，各种恶性肿瘤等。如不了解是否适合于按摩治疗的患者，应请教专科医生进行指导，怀疑有上述禁忌症者，更要谨慎从事。

本部分只简单介绍疾病的自我感觉、体征和按摩治疗的动作要领、所起作用等。若读者需详细了解疾病的发生及其病理变化，请参考本书卷三及有关专业书籍。

1.头痛

头痛是一种很常见的症状，也是一些疾病的主要表现和病变前兆征象。

〔自觉症状与体征〕

①感冒头痛　头痛多单独出现，多为全头痛或前额痛，可伴有轻微发热、打喷嚏、咽干咽痛、流涕、咳嗽及全身不适感，如乏力、关节酸痛等。

②神经衰弱头痛　头痛多无局限，伴有头昏、睡眠不好、乏力、记忆力减退、注意力不集中和心慌、手颤等表现。经医院检查，无异常发现。

③缺氧头痛　主要感觉为头痛及周身乏力、恶心欲吐。

④劳累、焦虑头痛　头痛伴乏力，烦躁，长期可有神经衰弱

头痛表现。

⑤血管性头痛　头痛多为偏头痛，有跳痛感，常自觉烦躁，每次间歇性发作，痛剧。

〔动作要领〕

①端坐凳上，双手掌指及指间关节微屈，以指端或指面着力，从前发际始向后至头顶部施梳理法30—40遍。

②双手拇指置于眉弓、太阳、风池、率谷穴点揉各1分钟。

③双手掌由耳后向枕后掌推1—2分钟。

④双手十指散开，叩打头皮1—2分钟。

⑤双手交替揪提头发，牵动头皮一揪一松，反复3—5遍。

⑥一侧偏头痛、太阳穴痛，可于痛处着重增加手法强度，点按该侧天窗、天容、完骨穴。

⑦枕部、头顶部头痛，点按风池穴、风府穴。

⑧前额、眼眶痛，点按攒竹、鱼腰穴并配合点按双侧合谷穴。

⑨感冒头痛，点按风池、合谷穴，伴有鼻塞者，点按迎香穴。

⑩神经衰弱头痛，点按心俞、肾俞、足三里、百会、四神聪等穴。

〔辅助练功〕

做头面部保健按摩，每天1—2次。

〔注意事项〕

①头痛出现时即可施治，一遍效果不佳，可连续或间隙操作数遍。

②原因不明的头痛，伴有恶心、呕吐、意识障碍等症状，应及时就医。

2.落枕

落枕又称“失枕”，是较为常见的疾病。

〔自觉症状及体征〕

自觉一侧颈部肌肉痉挛变硬，局部疼痛，压痛，活动受限。严重时觉整个肩部都有疼痛每以晨起时始发。

〔动作要领〕

①患者坐位，以健侧上肢施术。

②点按患侧风池、肩井穴，以酸胀感为度。

③捏拿患部肌肉，并配合弹拔 2—5 分钟，以本人耐受为度，使局部组织放松。

④在患处施摩、擦、揉等手法，使局部有热感，疼痛减轻。

⑤以拇指点按缺盆穴（患侧），余四指在斜方肌后方相应用力，随之向上捏拿数次。

⑥做颈部的前屈、后伸及环转活动十数次。

〔注意事项〕

①注意纠正睡眠姿势及枕头高度。

②避免受凉，可用热毛巾作局部热敷。

3.颈椎病

颈椎病为中老年的常见病和多发病。

〔自觉症状与体征〕

颈部甚至肩背部有酸胀、沉重等不适感，经常有落枕的表现，也可伴有一侧上肢及手指麻木，严重者可作有肌肉萎缩或无力，经医院检查颈椎有退行性变或确诊颈椎病。

〔动作要领〕

①患者坐位，健侧手施术于颈部患处，揉摩 1—2 分钟。

②如有条索、硬结，于局部指揉并弹拔 1 分钟。间插推法。

③点按双侧风池、肩井、缺盆穴各 1 分钟。

④若出现患指麻窜感时，重点捏拿、弹拔及揉颈外侧的前、中斜角肌。

⑤如伴有头痛，加点按该侧完骨、风池穴。

〔注意事项〕

①操作时以自身能耐受为度。

②要坚持操作，每天1—2次。

③有条件的可自行进一步做牵引治疗（见卷三颈椎病）。

4.肩周炎

肩周炎又称肩凝症、漏肩风、五十肩。常发于50岁左右的成年人。

〔自觉症状与体征〕

患肩疼痛，尤以夜间为重，甚至影响睡眠，肩关节活动不同程度的受限，病久可出现肩部肌肉萎缩。

〔动作要领〕

①患者坐位，以健侧上肢施术。

②掌揉患肩1—2分钟，力求透热入内。

③捏拿斜方肌及腋窝前后的胸大肌，大、小圆肌各十数次。

④点揉患肩各痛点各1分钟，并施以弹拔手法，力量以不大耐受为度。

⑤点按肩井、肩髃、肩贞穴各1分钟。

⑥沿肩关节向前臂做捏、拿、揉手法各10遍。

⑦在肩关节周围捶叩1—2分钟。

⑧患侧上肢做上举、外展、后伸及环行绕动十余遍。

〔辅助练功〕

借助健侧，作患侧上举、后伸、内收等动作。

①两手相握，由胸前徐徐上举越过头顶，上升至最大限度，坚持片刻然后放下，重复5—10遍。

②双手后背，健手握患侧手并向健侧牵动，幅度由小至大，反复十数次。

若双手不能相握，可借助一木棍或毛巾进行练功。

〔注意事项〕

①治疗期间注意患肩的保暖，避免负重。

②可配合热敷、理疗及针灸等疗法。

5.背病

导致背痛的原因很多，最常见为伏案工作者的背痛。

〔自觉症状与体征〕

背痛，可呈锐痛、钝痛、持续痛、间歇痛等。伴有酸沉，紧僵等不适。其它症状不明显。

〔动作要领〕

①微握拳，用双拳或单拳叩击疼痛部位 1 — 2 分钟。

②做扩胸、耸肩、缩胸动作10余次。

③头尽量后仰，放松纵行的肌肉，重复10—20次。

〔注意事项〕

①治疗期间，应尽量避免诱发因素。

②注意保暖，可配合热敷及理疗。

6.腰痛

腰为人体躯干的枢纽，对全身的负重、运动平衡等均起很大作用。腰痛对人体影响很大，应引起重视。适用于自我按摩的病变有：腰肌劳损、腰扭伤、腰椎间盘突出症较轻者、棘上韧带损伤、腰筋膜炎等。

〔自觉症状与体征〕

腰部酸、沉、胀、痛等不适感，以夜间较重，腰部活动受限程度不等，局部可触及压痛点，以及条索、硬结状结节。

〔动作要领〕

①患者坐位，手握空拳在患处大面积捶叩 1 — 2 分钟。

②在痛处掌揉及点按各 1 分钟，并沿脊柱两侧向下至臂部掌推十余遍，以有热感为度。

③对于条索、硬结，要着重采用弹拔手法十数次，并配合点按、捏揉，力量稍重，以耐受为度。

④两拇指分别按压同侧肾俞、大肠俞、环跳、委中、绝骨穴，以酸胀为度。

⑤进行腰部的前屈、后伸、侧屈及环转等活动各十余遍。

〔辅助练功〕

腰痛缓解后，可进行辅助练功，以巩固疗效并锻炼腰肌力量。

①俯卧后伸　患者俯卧于床上，双手后伸，将头和双腿后伸呈反弓状，仅使腹部着床面，坚持片刻然后放下，重复上述动作5—10次。

②俯卧撑胸　患者俯卧于床上，双手撑于床边，使胸部离开床面，持续片刻后半卧休息1—2秒，再重复5—10次。

③抱腿滚动　患者仰卧于床上，双膝屈曲，双手抱膝使其尽量贴近胸部，滚动身体，持续片刻，然后双腿伸直。重复5—10次。

④仰卧蹬腿　患者仰卧于床上，双腿屈曲朝上，似蹬自行车一样蹬空1—2分钟。

〔注意事项〕

①操作时应由轻到重的进行，持之以恒不可半途而废。

②在进行腰痛的自我按摩时，应根据自身病情，排除禁忌症。

7.肋软骨炎

本病多发于二至五肋，可能与上肢用力端物、长期负重有关。

〔自觉症状与体征〕

胸部一侧的肋软骨隆起，局部疼痛，每当深呼吸时疼痛加重，局部压痛明显，伴有胸闷、气短。

〔动作要领〕

①患处施掌揉法1—2分钟。

②于深吸气时，由患处向胸内掌按，连续数次，不可用暴力。

③沿肋间隙向侧胸壁施推法十余遍。

④五指并拢，以指甲端着力，施捶叩法，以局部红润为度。

⑤患侧上肢做伸展动作。

⑥以拇、食、中指并拢，在局部一捏一松施啄法，以局部发热为度。

〔注意事项〕

①早期治疗效果满意。

②平素应避免负重闪失、受凉等刺激。

8.岔气

岔气又称急性呼吸肌痉挛，亦称急性胸痛。

〔自觉症状与体征〕

胸、背部突然出现一种强烈的不适感，疼痛，转侧受限，不敢咳嗽和深呼吸，局部肌肉紧张并有压痛。胸、背外观无异常发现。

〔动作要领〕

①在痛处掌揉，1—2分钟。

②痛处轻叩1分钟。

③按压内关、臂中、阳陵泉穴各一分钟，以酸胀为度，并配合深吸气。

④做扩胸、缩胸动作20次。

〔注意事项〕

①避免在不良姿势下转体、运动。

②避免负重，适当休息。

9.网球肘

网球肘又称“肱骨外上髁炎”，多发于长期从事前臂旋前动作的人。

〔自觉症状与体征〕

肘关节部疼痛，酸困不适，尤以外侧为重，当肘关节伸直时，掌屈腕关节用力向前旋转前臂时，疼痛加剧，肱骨外上髁处有明显压痛和条索状反应物，上肢无力，常不能负重和持握工具。

〔动作要领〕

①捏揉肘关节外侧20—30次。

②按压痛点1分钟，弹拨十余次。

③由痛处向手掌方向捏拿数遍。

④患肢置于桌面，由痛点向手掌方向掌推十数遍，有热感为度。

⑤以健肢带动患侧前臂做内、外旋动作，反复20—30次，并做前臂顺时针、逆时针方向摇动20—30次。屈伸肘关节20—30次。

〔注意事项〕

①减少患肢负重及扭转动作。

②可配合热敷等疗法。

10.腕关节扭伤

腕关节由于与外界接触机会较多且其结构复杂，前臂伸屈肌的肌腱均由此通过，因此扭伤的机会较多，及时进行自我按摩治疗，可以加快康复。

〔自觉症状与体征〕

腕部肿胀、疼痛、不敢用力，功能活动受限，活动时疼痛加剧。同时可伴有肿胀，局部明显压痛。

〔动作要领〕

①患者坐位，以健手施术。

②用掌根推摩腕部20—30次，并施用揉法1—2分钟。

③用拇指在疼痛较明显的部位指揉法1分钟，力量要适宜，

可由轻逐渐加重。

④由前臂向手指处掌揉和施用理法 5 —10遍。

⑤用健手帮助患腕行伸屈、旋转活动10—20次。

⑥用健手捏住患侧手指并带动手腕进行抖动20—30次。

〔注意事项〕

①避免腕部负重及扭转动作。

②经常发生腕关节扭伤者，可在劳动之前戴护腕进行保护。

11.手指挫伤

手指挫伤多发生于用手工进行操作的体力工作者和球类运动员。由于指间关节的外围组织少，血液循环差，因此受伤之后恢复缓慢。早期进行自我按摩治疗，有助于尽快康复。

〔自觉症状与体征〕

受伤的关节局部肿胀不适，指关节明显粗大，屈伸活动受限，常不能握拳等。

〔动作要领〕

①患者坐位，用健手施术。

②用拇指推摩患指关节20—30次。

③用拇指、食指搓捻患指 1 — 2 分钟后，用力拔伸受伤的指间关节，反复数次，以有弹响为佳。

④用健手帮助患指进行屈伸、环绕动作10—20次。

⑤用健手捏住患指进行上下抖动 1 分钟。

〔注意事项〕

①以上手法，每日早晚各一次。

②可配合热敷、理疗等方法治疗。

12.腱鞘炎

腱鞘炎是一种较为常见的病变，多因职业劳损和长期受寒凉刺激而引起。指、腕、踝、趾处均可发生。由于拇指和腕部活动量较大，固常以拇指和桡骨茎骨腱鞘炎多见。

〔自觉症状与体征〕

①拇指腱鞘炎　患指疼痛，屈伸活动受限，屈患关节时可发生弹响。在掌指关节掌侧有局限性压痛，并常可摸到米粒大小的结节。

②桡骨茎突腱鞘炎　桡侧腕关节处疼痛明显，重者可感觉整个前臂及腕部不适，拇指活动时症状加重。腕部桡骨茎突处有压痛，可见并可触及小结节。拇指及腕部活动受限。

〔动作要领〕

①患者坐位，健手施术。

②用拇指指揉患处1—2分钟。

③对整个腕部及拇指进行搓揉1—2分钟。

④在压痛点部位进行点按并指揉1—2分钟后，行弹拨手法1分钟。

⑤以健手带动患侧腕关节作背伸、掌屈、侧屈及腕部环绕动作10—20次。

⑥作拇指的屈伸、环绕动作10—20次。

〔注意事项〕

①避免寒凉刺激。

②配合药物处敷或局部封闭治疗。

13.腹股沟处软组织损伤

本病是指腹股沟韧带、肌腱的扭伤和拉伤，常见于中年妇女，多因行走跌倒，蹬突踢物，大腿过度外展等原因引起。

〔自觉症状与体征〕

腹股沟部肿胀、疼痛牵及下肢不敢用力，下肢外展、外旋时疼痛加剧。局部可触及条索状的筋结，压痛明显。

〔动作要领〕

①患者坐于床上。

②用拇指按揉伤处20—30次，力量适宜，可由轻渐重的进

行。

③用掌根进行腹股沟处的掌根揉法20—30次后，行掌擦法，方向自上而下可沿腹股沟方向进行，以透热为度。

④用拇指在压痛部位施按压法1分钟，并弹拨痛点1分钟。

⑤捏拿大腿内侧肌肉5—10次。

⑥做髋关节的内旋、外旋及摇动各15—30次。

〔注意事项〕

①避免跑跳等不利于恢复的动作。

②适当卧床休息。

14.股内收肌损伤

股内收肌包括内收长肌、内收短肌、内收大肌、股薄肌等。其损伤多为单侧，以青年男性多见。

〔自觉症状与体征〕

患侧大腿前内侧疼痛，可同时伴有紧扯感，触之压痛明显，并有条索状感觉，每于大腿外展及快步行走时疼痛加剧。

〔动作要领〕

①患者坐位施术。

②沿患侧腹股沟向大腿的前内侧至膝关节掌揉1—2分钟。

③用拇指或食指在局部痛点指揉1—2分钟，并行弹拨手法1分钟。力量以耐受为度。

④用双手于患侧大腿搓揉1—2分钟。

⑤用掌擦法于患侧大腿1—2分钟，以透热为度。

⑥运用滚法1分钟后，捶叩患处1分钟。

〔注意事项〕

①治疗期间，注意适当休息

②于各种运动前，应先作好准备动作。

15.髌骨软化

髌骨软化又称髌骨劳损，是一种常见的劳损性疾病，多发生

于运动员、舞蹈演员及长期从事半蹲位工作和膝关节反复做屈伸动作者。

〔自觉症状与体征〕

膝关节不适，酸胀无力，并出现疼痛，上楼梯时加重，有磨擦样疼痛。其疼痛特点是半蹲位痛，单腿支撑痛，运动初期痛，活动片刻疼痛缓解。髌骨下缘压痛明显，股四头肌萎缩，一般无活动障碍。

〔动作要领〕

①患者坐位，患肢伸直，肌肉放松。

②用拇指或食指按压患侧鹤顶穴，膝眼穴、足三里穴各1分钟。

③于膝关节处掌揉1—2分钟，力量可逐渐加重。

④双手于膝关节处捶叩1分钟。

⑤双手大拇指分别置于髌骨上、下端，往返推动髌骨数次。

⑥屈伸活动膝关节20—30次。

〔注意事项〕

①避免负重及下蹲动作。

②在季节变换时注意膝关节处保暖。

16.膝关节骨质增生

膝关节骨质增生又称膝关节增生性关节炎、膝关节骨性关节炎等，是发生于40岁以上中老年的常见病。

〔自觉症状与体征〕

初期自觉膝关节疼痛、僵硬、酸沉无力，关节内有磨擦音伴麻木等关节不适感，逐渐感觉下肢屈伸不利、行走不便，下蹲困难等功能障碍，有的伴有关节局部肿胀，X线检查对于本病有突出的诊断价值。

〔动作要领〕

①患者坐位，患肢伸直。

②在膝关节的周围大面积掌揉 2 — 5 分钟，有热感为佳。

③用拇指拨揉关节周围的痛点处20—30次，并按压血海、梁丘、内外膝眼、阳陵泉、足三里各 1 分钟。

④推动髌骨向上、下、左、右方向各活动20—30次，力量以耐受为度。

⑤向膝关节上下两端掌推10—20次。

⑥双手搓揉整个膝关节 1 — 2 分钟。

〔注意事项〕

①平素坚持散步、慢跑动作。以屈伸膝关节。

②活动膝关节时，用力应适当，不可粗暴。

17.腓肠肌痉挛

腓肠肌痉挛俗称腿肚子转筋。

〔自觉症状与体征〕

多表现在睡眠当中，小腿肚突然抽筋样疼痛，局部隆起，下肢不敢伸直，多从睡眠中痛醒。

〔动作要领〕

①患者坐位，多在发作时自行施术。

②将踝关节背屈，同时用手向上用力扳动足踇趾，抽筋疼痛即可缓解。

③用手捏拿小腿后侧肌肉 5 —10次，并用手掌自腘窝向足跟方向做推法 5 —10次。

④用拇指或食指按揉委中、承山、昆仑、太溪等穴位各 1 分钟。

⑤做踝关节的背屈、跖屈活动 5 —10次。

〔注意事项〕

①避免小腿部着凉。

②适当的锻炼身体，避免过度疲劳。

18.疲劳足

疲劳足，是指因过度疲劳而引起足部不适而言。自我按摩，可以加速症状消失。

〔自觉症状与体征〕

轻者足部酸困胀乏不适，重者可出现疼痛，胀麻等感觉。有人有充血、发水泡等现象。

〔动作要领〕

①对整个足底部进行轻缓掌摩 2 — 3 分钟。

②对疼痛明显处指揉 1 分钟。

③对足底、足背分别掌推10余遍。

④施用握法，由近端到远端足趾顺序进行 5 —10遍。

⑤活动踝关节，做背屈、跖屈动作10—20次。

⑥双手搓揉足部 1 分钟。

⑦捶叩足底10余遍。

〔注意事项〕

①晚上睡前热水泡脚10分钟。

②行走时注意适当休息。

19.足跟骨刺

足跟骨刺为一种骨质的退行性改变。由于附着于跟骨节上的肌腱受到长期的刺激而产生变性、钙化和跟骨的骨质增生，常可引起足跟痛。

〔自觉症状与体征〕

足跟部疼痛，不能站立，行走困难，每以久坐或晨起时疼痛，活动后可缓解。足跟内侧有一明显的痛点，并有筋结样反应物。

〔动作要领〕

①以指揉或掌揉足跟部20—30次。

②微握拳，叩捶足跟20—30次。力量适宜，以能耐受为度。

③用拇指按揉足跟痛点 1 分钟。

④指揉并点按承山、三阴交、太溪、照海穴各1分钟。

⑤自动活动踝关节20—30次。

〔注意事项〕

①配合脚踩圆木棍做前后的滚动。

②每晚热水泡脚并用醋熏洗足跟部。

20.感冒

感冒俗称“伤风”，是由病毒或细菌引起的上呼吸道炎症，以冬春寒冷季节多见。

〔自觉症状与体征〕

有头痛、发热、无汗、怕冷、四肢酸痛、鼻塞流涕或伴有咽喉疼痛、口干等表现。

〔动作要领〕

①用食指或中指指擦鼻翼两侧2—3分钟，以发热为度。

②用小鱼际擦两侧风池穴，以发热为度。

③用双手食、中、环指或掌根相对揉头部两侧太阳穴20—30次。

④用拇指按压两侧太阳、迎香、曲池、合谷穴各1分钟，以有酸胀感为佳。

⑤用双手食指中节白内侧向外侧推擦眉弓20—30次。

⑥双手指间及掌指关节微屈呈爪状，以指端着力，由前发际向脑后枕部至后际叩捶2—5分钟。

〔注意事项〕

①避风寒刺激。

②配合使用治疗感冒的药物。

21.失眠

失眠是指入睡困难，或易醒、早醒等。对器质性病变引起的失眠要积极治疗原发病；对非器质性失眠，早期采用自我按摩进行调节改善，有助于缓解病情。

〔自觉症状与体征〕

入睡困难，心烦意躁，即使入睡也睡不实，多梦、易醒；久之伴有头昏、头痛，乏力，注意力不集中，记忆力减退等。

〔动作要领〕

①仰卧床上施术。

②双手掌指及指间关节微屈，以指端或指面着力，从前发际始向后至头顶部梳理20—30遍。

③双手十指散开，叩打头皮 1 — 2 分钟。

④闭目，以食指中节着力，由重而轻推擦眉弓，配合默念100次。

⑤点揉中脘、关元、气海各 1 分钟。

⑥用轻手法旋推腹部，配合呼吸并默念100次。

以上手法反复操作 3 — 5 次。

〔注意事项〕

①睡觉以前用热水泡脚。

②默念时应伴随操作心中记数，切忌出声。

③睡前及醒时进行自我按摩操作。

22.牙痛

牙痛是一种常见的疾病。尤以智齿冠周炎、牙周炎、龋齿而致牙痛为多见。

〔自觉症状与体征〕

牙痛难忍，可伴有牙龈红肿，影响正常咀嚼。对着镜子观察，牙周炎患者可以发现局部牙龈肿胀以及分泌物，龋齿患者可见病牙上有小孔洞并且口腔有异味感。

〔动作要领〕

①点按合谷穴（下牙痛） 1 分钟，力量由轻渐重。

②点按下关、颊车穴（上牙痛） 1 分钟，并配合指揉。

③按揉双侧太阳、颧髎穴各 1 分钟。

④做上下牙齿叩击100次，力量由轻渐重，以耐受为度。

〔注意事项〕

①勤用盐水漱口。

②少吃糖类食品。

23.口腔溃疡

口腔溃疡又称口疮，是发生在口腔粘膜及舌面上的小溃疡。

〔自觉症状与体征〕

口腔粘膜或舌面疼痛不适，受热及受到摩擦后疼痛加剧。对着镜子观察，可见口腔粘膜或舌面上发生溃烂凹陷，溃疡面呈灰白色。重者影响说话、进食。

〔动作要领〕

自我按摩不是用手直接按摩，而是借助牙刷进行。先用清水漱口后，用牙刷在溃疡处反复刷摩十数次，然后再用清水含漱干净。每日3—5次。第一次刷摩时疼痛较重，而后逐渐便可适应。

〔注意事项〕

①刷摩时，应轻柔，避免过重刺激。

③若溃疡伴有全身不适症状时，应及时去医院检查治疗，以免延误病情。

24.支气管炎

支气管炎有急慢性之分。急性气管炎是由于病毒、细菌感染及烟尘化学性刺激气管粘膜而引起；慢性气管炎可由急性气管炎转化而成。

〔自觉症状与体征〕

①急性气管炎　喉痒、咳嗽有少量粘痰或稀薄痰并伴有疲乏、头痛、背部酸痛等。

②慢性气管炎　咳嗽痰多，久病不愈。

〔动作要领〕

①用手掌推摩胸肩部20—30次。

②揉胸及肩部20—30次。

③点按中府、尺泽、孔最、鱼际各1分钟。

④提捏颈部喉结处20—30次。

⑤用拇、食指按揉喉结2—3分钟。

〔注意事项〕

①平时应注意保暖，防止感冒。

②可适当配合药物治疗。

25.高血压

正常人的血压为舒张压60—90mmHg（8kpa—12kpa），收缩压90—140mmHg（12kpa—18.6kpa）。40岁以后每10年收缩压增加10mmHg（1.3kpa）。

凡收缩压或舒张压超过正常值的高限以上者，称之为高血压。

〔自觉症状与体征〕

头晕、头胀、耳鸣、颈项僵硬、烦躁或伴心慌、失眠。收缩压或舒张压超过正常范围。

〔动作要领〕

①由两侧太阳穴处指揉半分钟。

②点揉风池穴半分钟，力量均以酸胀为度。

③捏拿项部1分钟。

④按揉两侧人迎穴各1分钟。

⑤双手十指散开，叩打头皮1—2分钟。

⑥点按曲池、内关、足三里、涌泉穴各1分钟。

〔注意事项〕

①避免精神紧张和过度疲劳。

②饮食应清淡，不要过饱或过饥。

26.低血压

本病是指收缩压与舒张压均低于正常数值，即收缩压＜90 mmHg（12kpa），舒张压＜60mmHg（8 kpa），亦称血压低。

〔自觉症状与体征〕

头昏、头胀、心慌、多汗、面色苍白、四肢发冷，周身乏力等。

〔动作要领〕

①用手臂推摩胸腹部20—30次。

②用拇、食、中指捏提素髎、中脘各1分钟。

③按压关元、气海、足三里穴各1分钟。

〔注意事项〕

①加强营养，适当进行体育活动。

②手法应柔和、宜持久，忌用暴力。

27.阵发性心动过速

阵发性心动过速是突然发作的一种异常迅速而规则的心律。心率每分钟可达150—220次，常与精神过度紧张有关。

〔自觉症状与体征〕

发作时感觉强烈的心悸、胸闷和头晕，甚至恶心、呕吐。脉搏快而规则。

〔动作要领〕

①用手的掌根部或指端推摩头颈部，每侧操作20—30次。

②按压内关、巨阙、膻中、公孙穴各1分钟。

③指揉涌泉穴1分钟，并掌擦足心30次。

〔注意事项〕

①适当休息，避免精神紧张。

②若发作频繁应及时去医院进行检查治疗。

28.冠心病

本病是中、老年最常见的心血管疾病。

〔自觉症状与体征〕

常觉心前区闷胀，严重者可出现心绞痛。伴有心慌、气短、四肢厥冷、周身乏力。甚至可发生休克、心衰以至猝死。

血压下降，心电图检查可见S—T段，T波等明显改变。

〔动作要领〕

冠心病的自我按摩应在没有发生心绞痛的前提下或心绞痛缓解后进行。

①用手掌根部推摩胸部20—30次。以左侧为重点。

②大声咳嗽 2 — 3 次。

③用手捏拿胸部及肩部肌肉20—30次。

④按压、巨阙、神门、阴郄、内关、公孙穴各 1 分钟。

〔注意事项〕

①保持心情舒畅，饮食清淡，戒烟酒。

②适当做体育活动，如太极拳、气功等。

29.隔肌痉挛

本病又称“呃逆”，多因饭后感受寒凉、进食急促等原因引起。

〔自觉症状与体征〕

突然发作，呃逆声连续不断，以致影响说话、吃饭及睡眠。

〔动作要领〕

①用掌根沿胸腹部横行方向推摩20—30次。

②按压中脘、内关、足三里、梁丘、支沟穴各 1 分钟，配合呼吸。即吸气时向下按压，呼气时停止不动，保持压力。

以上手法反复操作 3 — 5 次。

〔注意事项〕

①避免饭后当风，饮食过急等不良习惯。

②可配合中药及针灸治疗。

30.胃痛

胃痛，俗称“心口痛”，是一种常见的症状。中医称之为“胃脘痛”，多见于急慢性胃炎，溃疡病等患者。

〔自觉症状与体征〕

①胃寒痛　上腹部隐隐作痛，喜暖喜按。

②伤食痛　上腹胀痛，嗳气作呕，重者上吐下泻。

③溃疡病胃痛　上腹有节律性疼痛，胃溃疡多在进食后1—2小时发作。十二指肠溃疡多在饭后2—4小时发作，进食后，可得到缓解。其疼痛多为隐痛、胀痛、灼痛，并有嗳气、吞酸、饥饿感等现象。胃溃疡的压痛点多在上腹部偏左，十二指肠溃疡的压痛点多在上腹部偏右。

〔动作要领〕

①患者仰卧床上，双手相互摩擦至发热后，置于疼痛部位，按压1—2分钟。

②全腹掌摩1—2分钟。

③上腹部掌揉1分钟。

④施振颤法于全腹部1—2分钟。

⑤点按上脘、中脘、建里、下脘穴各1分钟。

⑥按揉公孙、内关、三阴交各1分钟。

〔注意事项〕

①注意调节饮食，忌暴饮暴食。

②治疗时每间隔1小时自我按摩一次，至疼痛缓解止。

31.急性肠胃炎

本病以夏秋季多见。

〔自觉症状与体征〕

突然发病，恶心、呕吐、腹痛、腹胀、食欲减退，大便呈稀水样，每日可达数次，伴有头晕、怕冷、全身无力。

〔动作要领〕

①两掌心相互摩擦至发热，用手掌在腹部脐周围沿顺时针方

向推摩50次。

②提捏腹部皮肤，以腹内有热感为佳，操作1—2分钟。

③按压水分、中脘、天枢、足三里、上巨虚、下巨虚等穴位各1分钟。

〔注意事项〕

①注意饮食卫生、吃些易于消化的半流质食物。

②不宜吃生冷、刺激性强、油腻等不易消化的食物。

③自我按摩时宜在皮肤上直接进行。

32.腹泻（五更泻）

此病常见于老年人，又称“鸡鸣泻”。

〔自觉症状与体征〕

每在黎明前脐下疼痛，肠鸣即泻。泻后即感腹部舒适。病程较久，伴有头晕眼花、食欲减退、全身无力等。

〔动作要领〕

①用手掌在小腹部做环形的推摩45—50次。推摩前须先搓热掌心，直接在皮肤上操作。

②提捏腹部皮肤1—2分钟。

③点按中脘、天枢、关元、足三里、三阴交各1分钟。

〔注意事项〕

①以上手法，早晚各操作1次。

②忌食生冷、油腻食品。

33.便秘及腹胀

便秘及腹胀，是因肠管蠕动减弱，肠内粪便及气体不能通畅排出所致。

凡大便秘结不通，排便时间延长或欲大便而坚泄不畅者，即视为便秘。

〔自觉症状与体征〕

①排便时间延长（多达两天以上），排便困难，排出的粪便

质地坚硬、干燥，有时可呈“羊粪蛋”状。

③便秘日久者，可出现明显腹胀，伴有嗳气、食欲减退、睡眠不安、烦躁等。

③腹鼓拒按，叩诊呈鼓音。

〔动作要领〕

①患者仰卧，由上腹部向下腹部掌推30次。力量深沉，以热感为佳。

②先由左向右平行掌推腹部30遍，反之30遍。力量亦要深沉，以耐受为度。

③沿脐周环行掌揉1—2分钟。

④依右下腹→右上肢→左上腹→左下腹方向，掌推30次。

⑤点揉水分、下脘、建里、水道、归来穴各1分钟。

⑥全腹运用振、颤法1—2分钟。

⑦提捏全腹1—2分钟，以腹内热感为宜。

⑧重复动作④。

〔注意事项〕

①习惯性便秘者，应合理搭配蔬菜、水果、杂粮等。

②腹胀者不宜进食产气食物，如饱子、水饺等。

③本手法对肠炎、腹泻等亦有效果。

34.浅冻伤

冻伤是寒冷侵袭人体所引起全身或局部机体的损伤，多发生于高寒地区。浅冻伤好发于身体薄弱部位，如耳廓、耳垂、鼻尖、手指、足趾、足后跟等处。

〔自觉症状与体征〕

初起局部发冷，有针刺样疼痛，而后有发痒，皮肤发红以及轻度肿胀。

〔动作要领〕

①对患处轻缓掌揉或指揉1—2分钟。

②对患处搓捻1—2分钟，有热感为佳。

③以患部为中心向上、下方指推十余遍。

④对耳廓、耳垂、鼻尖处的冻伤部位进行快频率的捏拿、一捏一松，促进血液循环。

⑤对手指、足趾的冻伤部位进行拔伸，并帮助进行屈伸活动。

〔注意事项〕

①对于较重的冻伤，如已出现水泡，坏死等现象者，不属于按摩适应症，应尽快去医院诊治。

②注意保暖，以防加重冻伤。

35.创伤瘢痕

创伤瘢痕，是在各种创伤之后皮肤组织于修复愈合过程中形成的新生组织。按摩疗法对一些较轻微的瘢痕可在一定程度上改善瘢痕组织的弹性，恢复光洁度，有助于伤口组织的修复和再生。

〔自觉症状与体征〕

除患处瘢痕形成外，较轻者一般无特殊感觉。大而深的瘢痕组织形成，在局部有紧张感，活动不灵活。关节部位的瘢痕形成，可使关节活动受限。部分患者于天气变化时出现酸痛、跳痛等不适感。

〔动作要领〕

①根据瘢痕形成的具体情况，在按摩时其力量强度要以本人耐受为度，避免力量过重而造成新的皮肤损伤。

②在瘢痕处大面积掌揉或掌摩1—2分钟。可根据具体情况适当延长或缩短时间。

③对于凸出的瘢痕索条，运用指揉、指推十数遍，力求发红、发热为佳，但要逐步加力，不要操之过急，以免损伤组织。

④由瘢痕四周向瘢痕中心掌推十数遍。

⑤再由瘢痕中心向四周掌推十数遍。

⑥捏拿瘢痕组织5—7遍。治疗一段时间后，可争取将局部皮肤揪起，以增加其弹性及松弛度。

⑦重复掌揉局部1分钟，以感觉舒适放松为度。

⑧如是关节部位的瘢痕，可做该关节的伸、屈动作10—20次，尽量用力，但不可粗暴。随着治疗的时间延长，要逐渐加大关节的活动范围，以求恢复关节功能。

⑨于瘢痕组织处捶叩1分钟。

⑩施予指推手法1分钟。

〔注意事项〕

①尽量在瘢痕愈合后早期进行自我按摩治疗。

②按摩最好先用热水浸泡瘢痕部位以后再施手法治疗，以增强治疗效果。

36.痛经

凡在月经期或月经期前后，出现阵发性的小腹疼痛者，称为痛经。

〔自觉症状与体征〕

行经前或经期下腹疼痛，并牵涉腰部酸痛两乳胀痛，行经不畅，重者可疼痛剧烈，并有恶心、呕吐、头晕、手足发凉。月经过后疼痛自然消失。

〔动作要领〕

①自我按摩应在月经期前一周进行为好，也可在小腹部开始疼痛时进行按摩。

②用手掌揉摩小腹部20—30次。

③用手掌揉摩腰骶部、大腿内侧20—30次。

④捏提小腹部1分钟，以小腹部温热为宜。

⑤按压血海、三阴交、关元、劳宫穴各1分钟。

〔注意事项〕

①注意经期卫生，注意保暖，避免寒冷。

②适当休息，劳逸适度。

37.急性乳腺炎

急性乳腺炎，中医称为“乳痈”，俗称“闹奶子”。本病好发于初产后的哺乳期妇女。

〔自觉症状与体征〕

初期多见乳房胀痛，局部出现红肿，于乳房内可触及硬结存在。并伴有体温升高。

〔动作要领〕

①患者坐或卧位施术。

②围绕乳房外周掌揉20圈。

③如有硬结，可于局部指揉1分钟。

④由乳房四周向乳头方向推挤十余遍。

⑤点按乳根穴1分钟。

⑥重复动作④，力求将乳汁排除干净。

〔注意事项〕

①妇女怀孕5个月以后，经常用温水擦洗乳头，增加乳头的韧性，以防止皲裂。

②于分娩前数天，由乳根向乳头方向推挤揉捏，如有奶汁即将其排空。

③分娩后，如果乳头处有皲裂存在，应停止哺乳，并注意乳头处的清洁卫生。

38.近视眼

近视眼主要是由于长时间用眼不当所造成。

〔自觉症状与体征〕

以视远物模糊不清，视近物时仍正常为其特征。

〔动作要领〕

①双手食指中节沿眉弓由内向外分刮十余次。

②双手食指中节沿下眼眶由内向外分刮十余次。

③按揉两侧太阳穴半分钟。

④点按并揉睛明、承泣、四白、攒竹穴各1分钟。

⑤闭目，隔着上眼皮轻揉眼球片刻。

⑥闭目，做眼球自主运动1分钟。

〔注意事项〕

①消除不良用眼习惯。

②在自我按摩前，应先将双手洗净，避免将细菌、脏物送入眼内引起感染。

③配合自我按摩每天远眺10分钟，多看绿色。

39.枕大神经炎

枕大神经炎又称枕大神经痛。

〔自觉症状与体征〕

常为单侧发病，表现为一侧颈后根至外耳上方之间的区域出现刺痛，或阵发性跳痛。疼痛可向前额放散，稍触之即有刺痛及不适感。

〔动作要领〕

①掌揉痛区1—2分钟，力量由轻逐渐加重。

②点揉风池、率谷穴各1分钟，力量以耐受为度。

③沿疼痛走行方向指推10—20次。

④揪提局部头发，一揪一提，反复10—20次。

⑤五指散开，叩打头皮1分钟。

〔注意事项〕

①治疗期间头部要保暖。

②本病自我按摩手法要求力量较重，因此，在操作时应注意柔和，不可粗暴。

40.末梢神经炎

末梢神经炎是一种发生于四肢末端的周围神经病变。

〔自觉症状与体征〕

手指、足趾乏力、发僵，逐渐可出现肌肉萎缩，四肢末端有触电感。可感觉病变部位有“蚁行感”、“针刺感”、“触电感”等异常感觉，呈“手套状”和“袜子状”分布。

〔动作要领〕

①（以双手为例）双手掌互相搓擦1—2分钟，以有热感为度。

②分别掌揉手背、手腕处1分钟，有热感为度。

③由肘部向手指端掌推10—20次，手掌、手背侧都要推到。

④分别搓捻手指，并逐个拔伸手指。

⑤做伸指、屈指活动1—2分钟。

〔注意事项〕

①保护四肢末端，避免寒凉刺激。

②因患部感觉迟钝，要注意用力不宜过猛，以免损伤皮肤。

41.股外侧皮神经炎

股外侧皮神经炎又称感觉异常性股痛症。常因腰部外伤，腰腿过度疲劳以及大腿受风着凉所致。

〔自觉症状与体征〕

多为单侧，自感大腿前外侧感觉异常，皮肤麻木发凉，可出现蚁行感和疼痛。每于站立、行走时可加重症状。

〔动作要领〕

①患者坐位，下肢伸直，先掌揉患处1—2分钟，以有热感为度。

②由股外侧向膝部掌推1—2分钟，力量稍重，发热为佳。

③局部施以按法1分钟。

④用手提捏患处皮肤20—30次。

⑤双手搓患侧大腿1分钟。

⑥用手掌在患处进行拍打50次。

〔注意事项〕

①治疗后注意休息，避免着凉。

②避免大腿受到长期裹压，少穿牛仔裤。

(六)自我按摩健美法

自我按摩健美法，是由锻炼者自己在身体一定部位上按摩操作，通过刺激体表、经络、穴位从而达到调动机体内在因素，调节神经系统的功能，调节体液代谢平衡，促进新陈代谢的一种美容和健身的方法。

1.面部健美

面部的健康不仅体现了仪表美，而且反映了整个身体的健康状态及内脏机能，表现一个人的活力朝气和精神状态。因此面部是人体健美的关键部位。面部健美法操作简单。通过长期的自我按摩，可以减少皱纹，防治面部雀斑，延缓老年斑的出现，并可改善粗糙皮肤，增进人体健康，使面部红润光洁，呈现出青春的活力。

〔动作要领〕

①两手掌心相互摩擦，使其发热，然后双手放于颜面部、头额部等处稍用力摩擦，使面部有微热感，如此反复操作 3 — 5 次。

②于额头处水平方向掌摩 1 分钟，以有微热感为佳。再由两眉之中向上发际内掌推10—15次。然后再于额头处掌揉片刻。

③用双手食指中节由眉的内侧向外侧施推法10—15次后，由两眼外角向鬓角处掌推30—40次。

④指揉眉、上眼睑、太阳穴等部位各 1 分钟。

⑤于鼻梁两侧纵行指推30—40次，再以两手掌小鱼际由鼻两侧向面颊外侧掌推10—15次。

⑥用双手掌搓两耳部 5 —10次后，指揉耳廓 1 分钟。

⑦点按并揉睛明、承泣、四白、地仓、颊车、迎香、攒竹等

穴位各 1 分钟。

⑧重复①的手法，力量稍重，有热感为度。

〔注意事项〕

①平素要保持面部清洁。

②注意合理膳食，既要有足够的蛋白质又要富含维生素。

③洗脸不宜过勤和使用刺激性较大的香皂，可适当选用一些美容、护肤膏类物品。

2.眼部健美

眼睛是人体重要的感官组织。从审美观点看，眼睛的作用要占五官之首。经常的自我按摩，可以增强眼睛的神韵，预防眼疾，保持视力，减少眼周皱纹及眼睑松弛，是美容的重要环节。

〔动作要领〕

①闭目，两手掌心相互摩擦至发热，然后双手掌心轻摩上下眼眶部位，以微热感为宜。如此反复操作 3 — 5 次。

②用双手食指中节沿上、下眼眶分推20—30次。

③指揉双侧外眼角及下眼睑各1分钟。

④用中指指面轻擦上下眼睑各1分钟。

⑤点按睛明、攒竹、承泣、四白穴各1分钟。

⑥做“怒目”（即使劲瞪眼）动作片刻。

⑦双眼球做环绕动作，上视、下视、左视、右视各10—20次。

〔注意事项〕

①患眼疾时停止操作，以免加重病情。

②每次操作前应先洗手。

③手法易轻柔，不可操作过猛，以免误伤角膜。

3.乳房健美

乳房，是女子身体曲线中引人注目的部位，是青春女子成熟与否的标志。

对于乳房进行自我按摩，不仅可以促进乳房发育充分，塑造优美身体曲线，且能增加乳房抗病能力，使乳房内乳腺小叶分化成熟，为婚后哺育婴儿创造优良条件。

〔动作要领〕

①每天坚持做俯卧撑10—20次，以发达乳房后壁的胸大肌。

②手掌由下向上推送乳房10—20次，力量适宜，手掌不宜超过乳头水平。

③围绕乳头环行掌揉20—30圈，手掌运行到乳房上方时，注意不可向下方用力过重。

④手置于乳头，施慢速振法（每分钟30—60次）1分钟。

⑤揪提乳头十数次，对于乳头凹陷者尤为重要。

⑥由乳头向四周进行指推1分钟。

以上手法，每日操作2次，每次可重复操作2—3遍。

〔注意事项〕

①乳房健美，应配合腹部减肥。

②乳房发育后，应佩戴适宜乳罩。

4.腹部减肥

从健美角度看，腹部减肥是十分必要的。尤其是女性，保持身体苗条，获得美的曲线魅力，更有重要意义。

〔动作要领〕

①每日起床或入睡前，在床上做仰卧起坐10—20次，可逐渐增加次数。

②每日做俯卧撑10—20次。

③双手背于臀后，以髋关节为折点向前弯腰90度角，肩与臀部处于同一水平位上，持续半分钟，然后直起腰休息片刻。重复3—5遍。

④仰卧，以双手掌着力于腹部，进行推揉3—5分钟。

⑤以指端与掌对挤作用，提捏腹部皮肤1—2分钟。

⑥掌摩腹部1—2分钟。以温热为宜。

⑦可配合进行其他运动项目，如跑步、爬山和球类等。

〔注意事项〕

①注意合理饮食，积极锻炼身体。

②腹部皮肤松弛下垂的经产妇的假性肥胖者，可配合应用腹带矫治。

5.腰部减肥

腰部减肥是健美的重要环节之一。腰部减肥通常与腹部减肥同时进行。

〔动作要领〕

①平卧，快速以腹式呼吸，使腹部胀满，一边呼气，一边慢慢地提升双足高至45度角。随着吸气，徐徐放下双足。如此反复操作5—10次。

②用拇指在腰部减肥部位进行按揉2—5分钟。

③用指捏法拿捏腰部1分钟。

④以掌部擦摩腰部，同时进行腰部的旋转活动2—5分钟。

⑤做腰部的屈、伸、侧屈及旋转活动1分钟。

以上动作反复操作3—5次。

〔注意事项〕

①腰部活动应有节奏并缓慢进行，防止粗暴动作，以免扭伤腰部。

②可以配合一些体育运动，如跑步、跳绳等。

6.头发养护

头发是人体健康与否的标志，它不但可以抵挡太阳光中的紫外线，大气中的尘埃及有害化学颗粒，并且能够防止体温过多散发等。

头发是健美不可少的一个组成部分。秀丽的头发更能衬托出脸庞的俊美。

[动作要领]

①首先要注意全身健康，充分休息，精神豁达，保持乐观情绪。

②两手手指插入头发表皮上，轻轻地来回交错揉动，好象理发时洗头搓发一样，揉动50—100次。

③以指端着力，做头部的轻叩击动作1分钟。

④重复动作②。

[注意事项]

①注意头发的卫生，一般一周洗发2—3次，尽可能使用刺激性较小的洗发剂，不要使用肥皂，洗衣粉。

②不宜频繁地烫发、染发，以免使头发失去光泽、脱落。

十七　足部反射区按摩法

足部反射区按摩法系指人的足部存在着与人体各部分相对应的反射区，用手指或用按摩棒、按摩板等刺激这些反射区，引起人体的某种生理变化，缓解人体内的紧张状态，亦即某种失衡的、不正常的状态，使之恢复为正常的协调的状态，从而起到治病保健的作用。

足部反射区按摩是我国祖国医学的宝贵遗产。在最古老的中医经典著作《黄帝内经》中详细介绍了经络和经穴，其中包括许多在脚上的穴位。如肝经的大敦、行间、太冲、中封，脾经的隐白、大都、太白、商邱，肾经的涌泉、然谷、太溪、复溜，膀胱经的至阴、通谷、束骨、京骨、昆仑，胆经的窍阴、侠溪、临泣、邱墟，胃经的厉兑、内庭、陷谷、冲阳、解溪等等。这说明我们祖先早已认识到脚部的许多敏感反应点与人体内脏的关系，指出刺激这些反应点可起到治病的作用，如《素问·异法方宜论》："中央者……其病多痿厥寒热。其治宜导引按跻"。

足反射区按摩法近三、四十年来盛行于欧、美、东南亚、朝鲜、日本和我国台湾。随着改革开放以来，足部反射区按摩疗法传回我国大陆，并且迅速地在我国推广。

足反射区按摩法简便易学，容易操作，无副作用，不易出偏差事故。经实践证明是一种行之有效的治疗及保健方法。现将如何操作及注意事项等分述如下：

（一）反射区的位置和应用手法

1.肾上腺

（1）反射区位置：位于双脚脚掌第一跖骨与趾骨关节所形成的“人”字形交叉点稍外侧。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，定点向深部按压3—4次。

（3）适应症：心律不齐，昏厥，炎症，过敏，哮喘，风湿症，关节炎，肾上腺皮质不全症等。

2.肾

（1）反射区位置：位于双脚脚掌第一跖骨与趾骨关节所形成“人”字形交叉后方中央陷凹处。

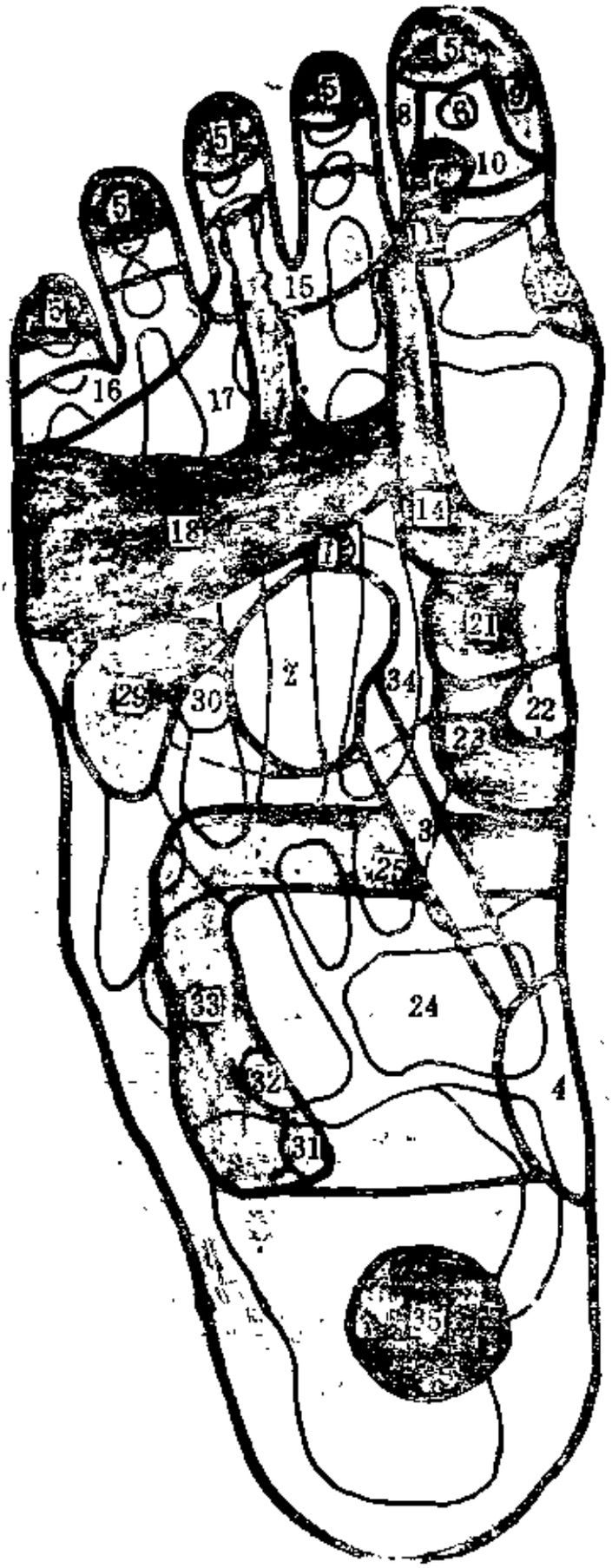
（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，由脚趾向脚跟方向按摩约4—6次。

（3）适应症：急慢性肾炎、肾功能不良、肾结石、游走肾、肾脏不全及尿毒症，水肿，风湿症，关节炎，泌尿系统感染，高血压。

3.输尿管

（1）反射区位置：位于双脚脚掌自肾脏反射区至膀胱反射区之间，呈弧线状的一个区域。

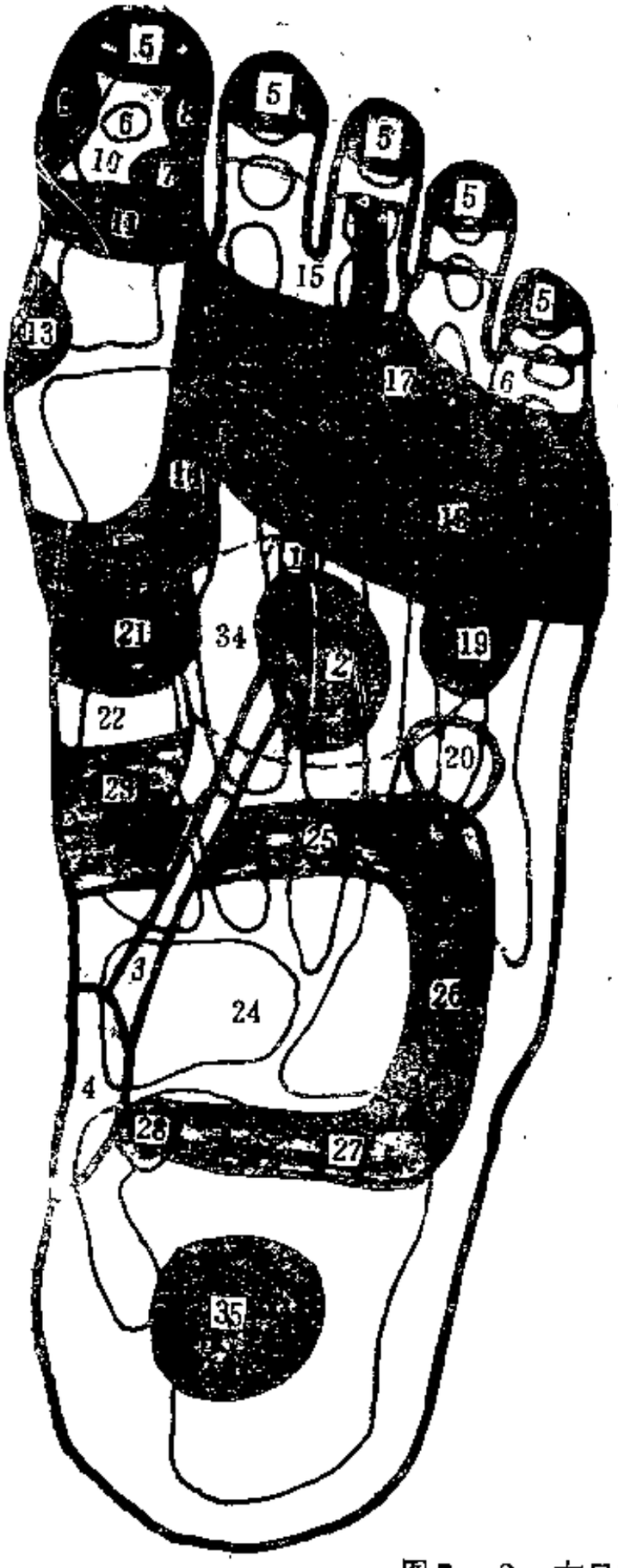
（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，由肾反射区向膀胱反射区按摩4—6次。



右　脚

1．肾上腺
2．肾
3．输尿管
4．膀胱
5．额窦（左侧）
6．垂体
7，小脑及脑干（左侧）
8．三叉神经（左侧）
9．鼻（左侧）
10．头部（左半部）
11．颈项（左侧）
13．甲状旁腺
14．甲状腺
15．眼（左侧）
16．耳（左侧）
17．斜方肌
18．肺及支气管
21．胃
22．胰
23．十二指肠
24．小肠
25．横结肠
29．肝
30．胆囊
31．直肠（及肛尾）
32．回盲瓣
33．升结肠
34．腹腔神经丛
35．生殖腺

图7－1　左足底反射区



左　脚

1．肾上腺
2．肾
3．输尿管
4．膀胱
5．额窦（右侧）
6．垂体
7．小脑及脑干（右侧）
8．三叉神经（右侧）
9．鼻（右侧）
10．头部（大脑）（右半部）
11．颈项（右侧）
13．甲状旁腺
14．甲状腺
15．眼（右侧）
16．耳（右侧）
17．斜方肌
18．肺及支气管
19．心
20．脾
21．胃
22．胰
23．十二指肠
24．小肠
25．横结肠
26．降结肠
27．乙状结肠及直肠
28．肛门
34．腹腔神经丛
35．生殖腺

图7－2　右足底反射区

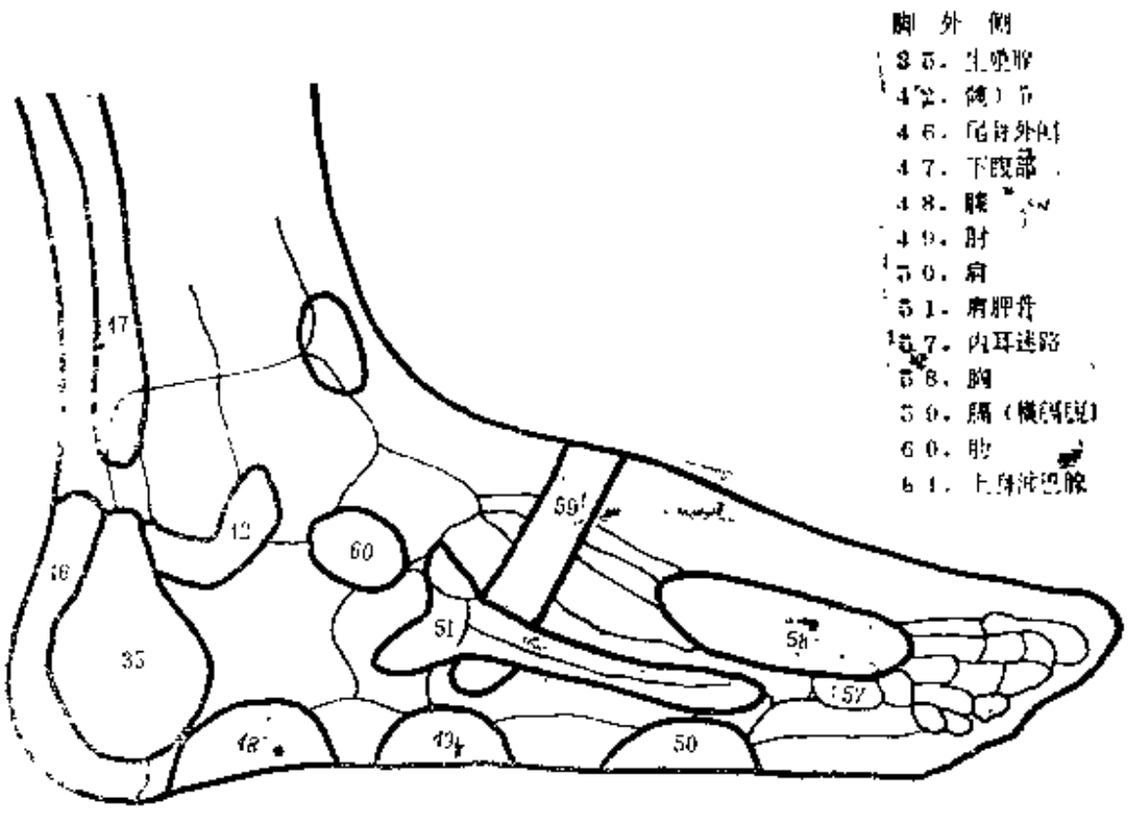


图7—3　足外侧反射区

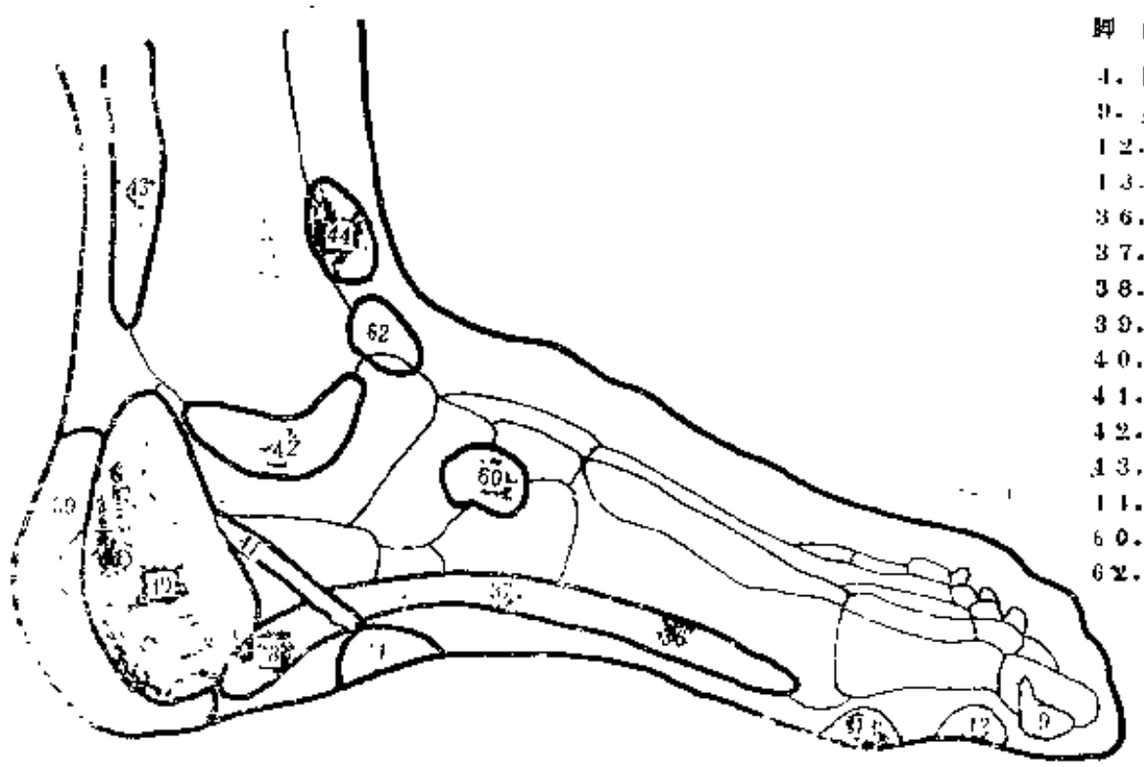
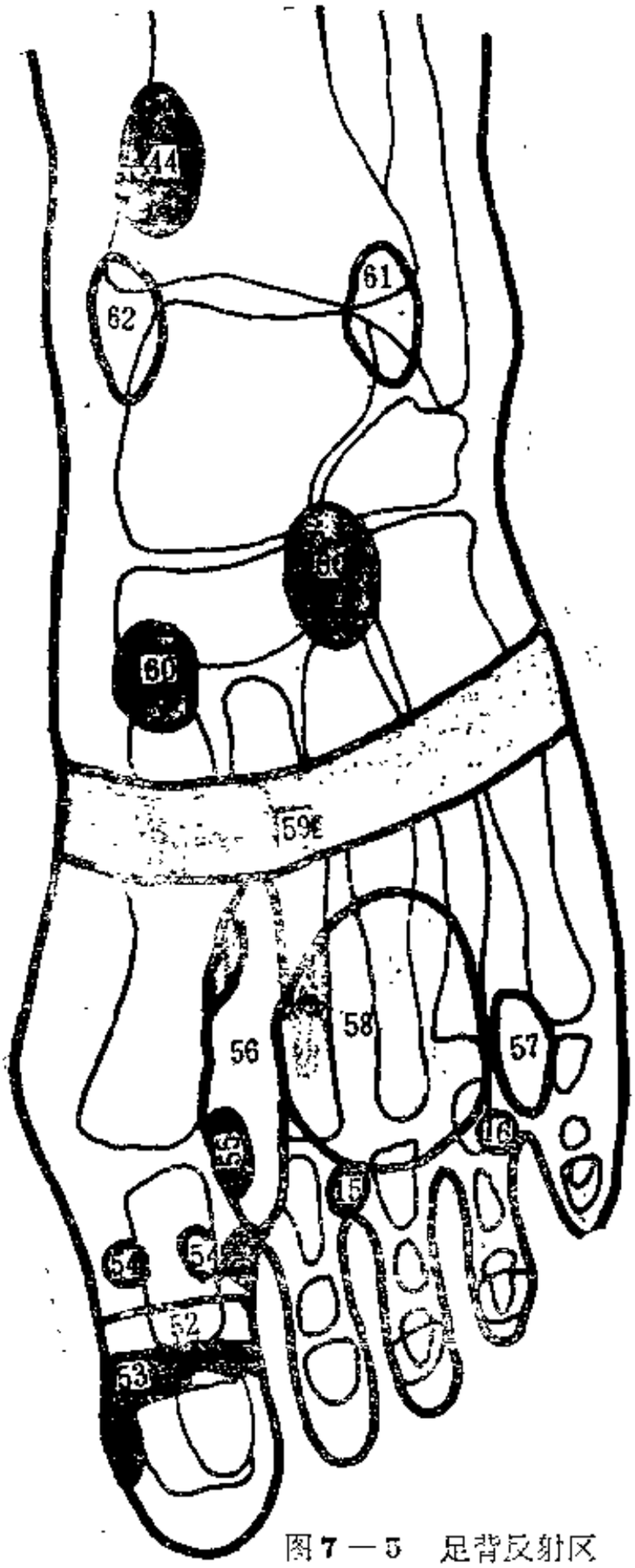


图7—4　足内侧反射区



脚　背

15．眼
16．耳
44．腹股沟
52．上颌
53．下颌
54．扁桃腺
55．喉与气管及食管
56．胸部淋巴腺
57．内耳迷路
58．胸
59．膈（横膈膜）
60．肋骨
61．上身淋巴腺
62．下身淋巴腺

图7—5　足背反射区

（3）适应症：输尿管结石、发炎，输尿管狭窄，排尿困难，泌尿系统感染等。

1.膀胱

（1）反射区位置：位于内踝前下方双脚脚掌内侧舟骨下方，跨展肌侧旁。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，定点按压4至8次。

（3）适应症：肾、输尿管及膀胱结石，膀胱炎及其他泌尿系统与膀胱疾患。

5.额窦

（1）反射区位置：十个脚趾的趾端。右边额窦在左脚，左边额窦在右脚。

（2）手法：以一手持脚、另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力。踇趾，自外侧向内侧按摩三至四次；其他趾头，从趾端向趾根方向按摩3—4次。

（3）适应症：脑血管意外，脑震荡，鼻窦炎，头痛，头晕，失眠，发烧及眼、耳、鼻、口腔等疾患。

6.垂体

（1）反射区位置：位于双脚踇趾肉球中央部位。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，定点深入按压3—4次。

（3）适应症：内分泌失调（甲状腺、甲状旁腺、肾上腺、生殖腺、脾、胰等功能失调），小儿发育不良，遗尿，更年期综合症等。

7.小脑及脑干

（1）反射区位置：位于双脚踇趾肉球根部靠近第二节趾骨处。右半部小脑及脑干的反射区在左脚，左半部小脑及脑干的反射区在右脚。

（2）手法：以一手握脚，另一手的拇指指端施力，向趾根方向按摩3～4次。

（3）适应症：脑震荡，脑肿瘤，高血压失眠，头晕，头痛，肌肉紧张，肌腱关节疾患等。

8.三叉神经

（1）反射区位置：位于双脚踇趾近第二趾的一侧。右侧三叉神经的反射区在左脚，左侧三叉神经的反射区在右脚。

（2）手法：以一手握脚，另一手拇指指端施力，由趾端向趾根按摩3至4次。

（3）适应症：偏头痛，颜面神经麻痹及神经痛，腮腺炎，失眠，头面部及眼、耳、鼻的疾患。

9.鼻

（1）反射区位置：位于双脚踇趾肉球内侧延伸到踇趾趾甲的根部，第一指间关节前。右侧鼻的反射区在左脚上，左侧鼻的反射区在右脚上。

（2）手法：以一手握脚，另一手拇指指端施力，按摩3—4次。

（3）适应症：鼻塞，流鼻涕和急慢性鼻炎，鼻出血，过敏性鼻炎，鼻窦炎等鼻部疾患及上呼吸道感染。

10.头部（大脑）

（1）反射区位置：位于双脚踇趾肉球全部。右半球大脑的反射区在左脚上，左半部大脑的反射区在右脚上。

（2）手法：以一手持脚，另一手握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，由踇趾趾端向根部按摩3～4次。

（3）适应症：高血压，低血压，脑血管意外（中风），脑震荡，头晕，头痛，失眠，脑性麻痹，脑血栓，听、视觉受损，神经衰弱，神志不清。

11.颈项

（1）反射区位置：位于双脚踇趾根部横纹处。右侧颈项的反射区在左脚，左侧颈项的反射区在右脚。

（2）手法：以一手握脚，另一手拇指指端施力，沿着踇趾根部，自足背至踇趾与第二趾间缝再至足底按摩3—4次。（敏感点在足背踇趾根部靠近第二趾一侧）。

（3）适应症：颈部酸痛，颈部僵硬，颈部软组织损伤等颈部疾患及高血压，落枕等。

12.颈椎

（1）反射区位置：位于双脚踇趾根部内侧横纹尽头处。

（2）手法：以一手握脚，另一手食指、中指弯曲成钳状夹住被施术的踇趾，以食指第二节指骨内侧固定于反射区位置，以拇指在其上加压，定点按压3—4次。

（3）适应症：颈项僵硬，颈项酸痛，各种颈椎病变（骨刺及因颈椎病引起的手麻、手痛等）。

13.甲状旁腺

（1）反射区位置：位于双脚脚掌内缘第一跖趾关节前方凹陷处。

（2）手法：以一手握脚，另一手食指、中指弯曲成钳状夹住被施术的踇趾，以食指第二节指骨内侧固定于反射区位置，以拇指在其上加压，定点按压3—4次。

（3）适应症：甲状旁腺机能低下引起的缺钙症状如筋骨酸痛，抽筋，手足麻痹或痉挛，指甲脆弱，白内障，并可用于癫痫发作时的急救。

14.甲状腺

（1）反射区位置：位于双脚脚底第一跖骨与第二跖骨之间，成带状。

（2）手法：以拇指固定，食指弯曲呈镰刀状，以食指内侧缘施力，沿第一跖骨内侧向外上方弧形方向按摩3—4次。

（3）适应症：甲状腺机能亢进或低下，甲状腺炎，甲状腺肿大及肥胖症等。

15.眼

（1）反射区位置：位于双脚第二趾与第三趾根部（包括脚底和脚背两个位置）。右眼反射区在左脚上，左眼反射区左右脚上。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，在该反射区定点按压5—6次。

（3）适应症：结膜炎，角膜炎，近视，青光眼，白内障等眼疾及眼底出血。

16.耳

（1）反射区位置：位于双脚第四趾与第5趾根部（包括脚底和脚背两个位置）。右耳反射区在左脚，左耳反射区在右脚上。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，在该反射区定点按压5—6次。

（3）适应症：各种耳疾（耳炎、耳鸣、重听）及鼻咽癌等。

17.斜方肌

（1）反射区位置：位于双脚脚底，在眼耳反射区后方，成一横带状。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，以食指第一指间关节顶点施力，在该反射区由外侧（小趾一侧）向内侧（踇趾一侧）按摩4—5次。

（3）适应症：颈部及肩背酸痛，手无力，手酸麻，落枕等。

18.肺及支气管

（1）反射区位置：位于双脚斜方肌反射区后方（向脚跟方

向）。自甲状腺反射区向外到肩反射区处约一横指宽的带状区域。支气管敏感带：自肺反射区中部向第三趾延伸。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，自踇趾一侧向小趾一侧按摩约4—5次。对支气管敏感带改用拇指指端施力按摩。

（3）适应症：肺部及支气管疾患如肺炎，支气管炎，哮喘，肺结核，肺气肿，胸闷等。

19.心

（1）反射区位置：位于左脚脚掌第四跖骨与五跖骨间，在肺的反射区后方（向脚跟方向）。

（2）手法：①轻手法，以拇指指腹自脚跟向脚趾方向推按；②中手法，以食指第二指节背面向脚趾方向推按；③重手法，以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，由脚跟向脚趾方向按摩3～4次。施术时先用轻手法，如患者能承受，再用中手法，如患者无异状，再用重手法。

（3）适应症：心脏疾患如心绞痛，心肌梗塞的恢复期，心力衰竭的恢复期，心律不齐，心脏缺损及循环系统疾病。

20.脾

（1）反射区位置：位于左脚脚掌第四、五跖骨之间，心脏反射区后的二横指处。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，定点按摩3—4次。

（3）适应症：贫血，皮肤病，食欲不振，消化不良，发烧，炎症，增强免疫抗癌能力，配合放射治疗。

21.胃

（1）反射区位置：位于双脚脚掌第一跖趾关节后方（向脚跟方向），约一横指幅宽。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食

指第一指间关节顶点施力，由脚趾向脚跟方向按摩3—4次。

（3）适应症：胃部疾患如恶心，呕吐，胃痛，胃胀，胃酸过多，消化不良，急慢性胃炎，胃下垂等。

22.胰

（1）反射区位置：位于双脚脚掌内侧胃反射区与十二指肠反射区之间。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，由脚趾向脚跟方向按摩3—4次。

（3）适应症：消化系统及胰脏本身疾患，糖尿病，胰腺炎等。

23.十二指肠

（1）反射区位置：位于双脚脚掌第一跖骨与楔骨关节前方（向脚趾方向），胃及胰脏反射区的后方（向脚跟方向）。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，由脚趾向脚跟方向按摩3—4次。

（3）适应症：胃及十二指肠疾患如腹胀，消化不良，十二指肠溃疡，食欲不振，食物中毒等。

24.小肠

（1）反射区位置：位于双脚脚掌中部凹入区域，被升结肠、横结肠、降结肠、乙状结肠及直肠等反射区所包围。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指、中指弯曲，以食指和中指的第一指间关节顶点施力，由脚趾向脚跟方向按摩4—5次。

（3）适应症：消化系统疾患如胃肠胀气，腹泻，腹痛，急慢性肠炎等。

25.横结肠

（1）反射区位置：位于双脚脚掌中间，横越脚掌成一横带状。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，左脚由内侧向外侧按摩，右脚由外侧向内侧按摩3—4次。

（3）适应症：消化系统疾患如腹泻，腹痛，肠炎等。

26.降结肠

（1）反射区位置：位于左脚脚掌中部，沿骰骨外缘下行至跟骨外侧前缘，与脚外侧线平行成竖条状。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，由脚趾向脚跟方向按摩3—4次。

（3）适应症：消化系统疾患如腹泻，腹痛，肠炎等。

27.乙状结肠及直肠

（1）反射区位置：位于左脚脚掌跟骨前缘成一横带状。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，由外侧向内侧按摩3—4次。

（3）适应症：乙状结肠及直肠疾患如乙状结肠及直肠炎症，息肉，便秘等。

28.肛门

（1）反射区位置：位于左脚脚掌跟骨前缘乙状结肠及直肠反射区的末端。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，定点按摩约3—4次。

（3）适应症：便秘，痔疮，瘘管等。

29.肝

（1）反射区位置：位于右脚脚掌第四跖骨与第五跖骨间，在肺反射区的后方。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，向脚趾方向按摩3—4次。

（3）适应症：肝脏疾患如肝炎，肝硬化，肝肿大，肝脏功

疏头调等。

30.胆囊

（1）反射区位置：位于右脚脚掌第三跖骨与第四跖骨间，在肺反射区后方，肝脏反射区之内。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，定点向深部按压3—4次。

（3）适应症：胆囊疾患如胆结石、黄疸病、胆囊炎。

31.盲肠（及阑尾）

（1）反射区位置：位于右脚脚掌跟骨前缘靠近外侧，与小肠及升结肠的反射区连接。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，定点按压3—4次。

（3）适应症：腹胀，阑尾炎。

32.回盲瓣

（1）反射区位置：位于右脚脚掌跟骨前缘靠近外侧，在盲肠反射区的前方。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，定点按压3—4次。

功能（3）适应症：增强回盲瓣的功能，消化系统吸收障碍性疾病。

33.升结肠

（1）反射区位置：位于右脚脚掌小肠反射区外侧与脚外侧平行的带状区域。从跟骨前缘，骰骨外侧上行至第五跖骨底部。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，由脚跟向脚趾方向按摩3—4次。

（3）适应症：消化系统疾患如腹泻，腹痛，肠炎，便秘等。

34.腹腔神经丛

（1）反射区位置：位于双脚脚掌中心，分布在肾反射区与胃反射区附近。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，由脚跟向脚趾方向挑刮5—6次。

（3）适应症：消化系统的神经性疾患，如腹胀，肚泻，胃痉挛，胸闷，打呃等。

35.生殖腺

（1）反射区位置：双脚脚掌足跟中央处；双脚外踝后下方跟骨腱前方的三角形区域(与前列腺或子宫反射区位置相对称)，睾丸、卵巢的敏感点在三角形直角顶点附近，输精管、输卵管的敏感带在三角形斜边。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，定点按摩3～4次；以拇指固定，食指弯曲呈镰刀状，以食指内侧缘施力按摩3—4次。或以拇指指腹施力按摩3—4次。

（3）适应症：性功能低下，不孕症，月经不调，痛经，更年期综合症等。

36.胸椎

（1）反射区位置：位于双脚足弓内侧缘跖骨下方从跖趾关节直到楔骨关节止。

（2）手法：以一手握脚，另一手的拇指指腹施力，沿着足弓内侧缘从脚趾向脚跟方向按摩3—4次。

（3）适应症：肩背酸痛，胸椎骨刺，椎间盘突出及其他胸椎疾患。

37.腰椎

（1）反射区位置：位于双脚足弓内侧缘楔骨至舟骨下方。上接胸椎反射区下连骶骨反射区。

（2）手法：以一手持脚，另一手的拇指指腹施力，沿足弓

内侧缘从脚趾向脚跟方向按摩3—4次。

（3）适应症：腰背酸痛，腰椎间盘突出，骨刺及腰椎其他疾患。

38.骶骨

（1）反射区位置：位于双脚弓内侧缘距骨下方到跟骨止，前接腰椎反射区，后连尾骨反射区。

（2）手法：以一手握脚，另一手拇指指腹施力，沿足弓内侧缘向脚跟方向按摩3—4次。

（3）适应症：骶骨骨刺，骶椎受伤，坐骨神经痛等。

39.尾骨内侧

（1）反射区位置：位于双脚脚掌内侧，沿跟骨结节后方内侧的一带状区域。

（2）手法：以一手握脚，另一手拇指固定在脚掌跟部，食指弯曲呈镰刀状，以食指内侧缘施力，沿脚后跟自上而下刮压至足跟部内侧，在该处改以食指第一指间关节顶点施力，进行定点按压后轻轻抬起，再沿着足跟内侧缘向脚趾方向按摩，共作3次。

（3）适应症：坐骨神经痛，尾骨受伤后遗症。

40.前列腺或子宫

（1）反射区位置：位于脚跟骨内侧，踝骨后下方的三角形区域。前列腺或子宫的敏感点在三角形直角顶点附近，子宫颈的敏感点在三角形斜边的上段，尿道及阴道反射区在尽头处。

（2）手法：以拇指固定，食指弯曲呈镰刀状，以食指内侧缘施力刮压3—4次。或以拇指指腹施力按摩3—4次。

（3）适应症：男性：前列腺肥大，前列腺炎，尿频，排尿困难，尿血，尿道疼痛；女性：子宫肌瘤，痛经，月经不调，子宫下垂及其他子宫疾患。

41.尿道及阴道

（1）反射区位置：位于双脚脚跟内侧，自膀胱反射区斜向

上延伸至距骨与舟骨之间缝。

（2）手法：以一手握脚，另一手食指弯曲呈镰刀状，以食指内侧缘施力，自膀胱反射区斜向上刮压3—4次。

（3）适应症：尿道发炎，阴道炎，尿路感染，排尿困难，尿频，尿失禁，遗尿等。

42.髋关节

（1）反射区位置：包括双脚脚内侧内踝下缘及脚外侧外踝下缘，共四个位置。

（2）手法：以一手握脚，另一手拇指指腹施力，分别沿着内踝、外踝下缘，由前向后推按3—5次。

（3）适应症：髋关节痛，坐骨神经痛，腰背痛等。

43.直肠及肛门

（1）反射区位置：位于胫骨内侧后方，趾长屈肌腱间，从踝骨后方向上延伸四横指的一带状区域。

（2）手法：以一手握脚，另一手拇指指腹施力，自踝骨后方向上推按约3—5次。

（3）适应症：痔疮，便秘，直肠炎症等。

44.腹股沟

（1）反射区位置：位于内踝尖上方二横指胫骨内侧凹陷处。

（2）手法：以一手握脚，另一手拇指指腹施力，定点按摩3—4次。

（3）适应症：生殖系统疾患，疝。

45.坐骨神经

（1）反射区位置：双腿内踝关节起，沿胫骨后缘上行至胫骨内侧踝下；双腿外踝前缘沿腓骨前侧上至腓骨头处。

（2）手法：以一手握脚，另一手拇指指腹施力，由踝关节向上推按3—4次。

（3）适应症：坐骨神经痛，坐骨神经炎等。

46.尾骨外侧

（1）反射区位置：位于双侧脚掌外侧，沿跟骨结节后方外侧的一带状区域。

（2）手法：以一手持脚，另一手拇指固定在脚掌跟部，食指弯曲呈镰刀状，以食指内侧缘施力，沿脚后跟自上而下刮压至足跟部外侧，在该处改以食指第一指间关节顶点施力，进行定点按压后轻轻抬起，再沿着足跟外侧缘向脚趾方向按压止于膝反射区，共作3次。

（3）适应症：坐骨神经痛，尾骨受伤后遗症。

47.下腹部

（1）反射区位置：位于双脚胫骨外侧后方，自脚踝骨后方向上延伸四横指的一带状区域。

（2）手法：以一手握脚，另一手拇指指腹施力，自踝骨后方向上推按3—5次。

（3）适应症：主要用于妇科疾患如月经不规则，经期腹部疼痛等。

48.膝

（1）反射区位置：位于双脚外侧第五跖骨与跟骨前缘所形成的凹陷处。

（2）手法：以一手握脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，环绕反射区的半月形周边按摩3—4次。

（3）适应症：膝关节炎，膝关节痛等。

49.肘

（1）反射区位置：位于双脚外侧第五跖骨粗隆与骰骨间的关节凸起的两侧。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指中指弯曲，

以食指中指第一指间关节顶点施力，或只以食指第一指间关节顶点施力，按摩3—4次。

（3）适应症：肘关节受伤，肘关节酸痛，肘关节炎。

50.肩

（1）反射区位置：位于双脚掌外侧第五跖趾关节处。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，在该反射区按摩3—4次。

（3）适应症：肩周炎，手臂无力，肩酸痛，手麻等。

51.肩胛骨

（1）反射区位置：位于双脚脚背沿第四跖骨与第五跖骨之间延伸到骰骨的一带状区域。

（2）手法：用双手拇指指腹沿脚趾向脚背方向推按至骰骨处向左右分开。

（3）适应症：肩背酸痛，肩关节活动障碍，肩周炎等。

52.上颌

（1）反射区位置：位于双脚脚背跟趾趾间关节横纹前方一条横带状区域。

（2）手法：以拇指指端施力，或以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，由内向外按摩3—4次。

（3）适应症：牙痛，口腔发炎，牙周病，牙龈炎，味觉障碍，打鼾等。

53.下颌

（1）反射区位置：位于双脚脚背跟趾趾间关节横纹后方一条横带状区域。

（2）手法：以拇指指端施力，或以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，由内向外按摩3—4次。

（3）适应症：牙痛，口腔发炎，牙周病，牙龈炎，味觉障碍，打鼾等。

54.扁桃腺

（1）反射区位置：位于双脚脚背跨趾第二节上，肌腱的左右两边。

（2）手法：以双手拇指指端同时施力，或以一手握脚，另一手食指第一指间关节顶点施力，定点按摩3—5次。

（3）适应症：上呼吸道感染，扁桃腺炎症（扁桃腺肿胀，化脓，肥大等）。

55.喉与气管及食管

（1）反射区位置：位于双脚脚背第一、第二跖趾关节处。

（2）手法：以拇指固定，以食指内侧缘施力，自关节处向趾间按摩3—4次。

（3）适应症：咽炎，喉痛，咳嗽，气喘，气管炎，上呼吸道感染，声音微弱，嘶哑，食道疾患，支气管疾患。

56.胸部淋巴腺

（1）反射区位置：位于双脚脚背第一跖骨及第二跖骨间缝处。

（2）手法：以拇指固定，以食指内侧缘施力，沿骨缝向脚趾尖方向按摩3—4次。

（3）适应症：各种炎症，发烧，囊肿，增强免疫抗癌能力。

57.内耳迷路

（1）反射区位置：位于双脚脚背第四跖骨和第五跖骨骨缝的前端，止于第四、五跖趾关节。

（2）手法：以拇指固定，以食指内侧缘施力，沿骨缝向脚趾尖方向按摩3—4次。

（3）适应症：头昏、眼花、晕船、高血压，低血压，耳鸣，

平衡障碍，昏迷等。

58.胸

（1）反射区位置：位于双脚脚背第二、三、四跖骨所形成的区域。

（2）手法：以双手拇指指腹施力由脚趾向脚背方向推按3—4次。

（3）适应症：乳腺炎，乳腺增生，乳腺癌，食道疾患等。

59.膈（横膈膜）

（1）反射区位置：位于双脚脚背跖骨、楔骨、骰骨关节处，横跨脚背形成一带状区域。

（2）手法：双手食指弯曲呈镰刀状，以两手食指内侧缘同时施力，自脚背中央向两侧刮按3—4次。

（3）适应症：打嗝，腹胀，腹痛，恶心，呕吐，膈肌痉挛，横膈膜痈气等。

60.肋骨

（1）反射区位置：内侧肋骨反射区位于双脚脚背第一楔骨与舟骨间。外侧肋骨反射区在骰骨、舟骨和距骨间。

（2）手法：以一手握脚，另一手的拇指指腹施力，定点按压三次。

（3）适应症：肋骨的各种病变，胸闷，肋膜炎等。

61.上身淋巴腺

（1）反射区位置：位于双脚外侧脚踝骨前，由距骨、舟骨构成的凹陷部位。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，定点按摩3—4次。

（3）适应症：各种炎症，发烧，囊肿，肌痛，蜂窝组织炎，增强免疫抗癌能力。

62.下身淋巴腺

（1）反射区位置：位于双脚内侧脚踝骨前，由距骨、舟骨间构成的凹陷部分。

（2）手法：以一手持脚，另一手半握拳，食指弯曲，以食指第一指间关节顶点施力，定点按摩3—4次。

（3）适应症：各种炎症，发烧，水肿，囊肿，肌瘤，蜂窝组织炎，增强身体免疫抗癌能力。

（二）足部反射区按摩疗法注意事项

1、确定反射区的座标，宜采取“模糊逻辑”的方法，以我们对脏腑器官与体表敏感点相互对应关系的感性经验为基础，对每个反射区大体上规定一个范围，指出各个反射区的相对位置。最关键的问题是找准敏感点，找准敏感点而施行按摩，可以缩短疗程，提高疗效，减少患者所受的痛苦。

2、选取反射区的原则，主要是根据病变所在的部位（受累的脏腑器官），而不是根据具体的病症。因此同一器官、同一系统的各种病症，可选取大致相同的反射区，同一反射区可用以治疗不同的病症。对于慢性病，一般采取“全足按摩，重点加强”的方法。全足按摩即把所有的反射区都按摩一遍；重点加强是根据具体的病选取某些重点反射区，在全足按摩的基础上加强按摩。对于急性病，可只选取重点反射区进行重手法按摩。

3、按摩的顺序，如采取全足按摩，一般先从左脚开始，按摩3遍基本反射区（肾——输尿管——膀胱）后，按脚底—脚内侧→脚外侧→脚背的顺序进行，结束时再将基本反射区按摩3遍。然后再按上述次序按摩右脚。按摩时大的次序不能乱，小的变动是允许的。

4、按摩的力度和补泻手法，力度要大小适当、均匀，以患者有酸痛感为原则，指按摩力量要慢慢渗入、缓缓抬起，并有一定的节奏。补泻手法按“实者泻之，虚者补之”为原则，对实证、体质较好的患者可采用较强的刺激手法；对虚证、病重体弱

的患者用弱刺激手法，延长疗程，使患者的内部机能逐渐恢复。

5、治疗时间，每次按摩一般30—40分钟。对重病患者，可减为10—20分钟。

6、按摩后的半小时内要饮用温开水300～500毫升。如有肾病、水肿、心衰等严重疾患，不宜大量饮水时，根据病情适当减量。

7、按摩时可以均匀地涂点按摩膏，避免擦伤表皮。如双脚痛觉迟钝时，用盐水浸泡双脚半小时，痛觉敏感度会增强，治疗效果会有明显提高。

（三）按摩禁忌

1、各种严重出血病患者，如吐血、呕血、便血、脑出血、胃出血、子宫出血、内脏出血等，因足部反射区按摩有促进血液循环作用，有可能引起更大的出血，不宜采取足部反射区按摩。

2、妇女月经期间及妊娠期间，为避免引起子宫出血过多或影响胎儿健康，不宜进行足反射区按摩

3、肺结核活动期；急性心肌梗塞病情不稳定；严重肾衰竭、心力衰竭、肝坏死等危重病人，足部按摩的刺激可引起强烈反应，使病情恶化，因而必须慎用。

（四）常见病症的治疗

1、消化系统疾病

（1）食欲不振：按摩肾、输尿管、膀胱、胃肠、肝、胆囊、脾、甲状腺等反射区。

（2）食物中毒：按摩肾、输尿管、膀胱、肾中腺、甲状旁腺、胃肠、肝、胆囊、淋巴腺等反射区。

（3）消化系统的神经性疾病：按摩腹腔神经丛反射区。

（4）消化不良：按摩胃、胰、小肠、脾、淋巴腺等反射区。

（5）营养不良：按摩胃肠、肝、胆囊等反射区。

（6）牙痛：按摩上颌、下颌、消化系统各反射区。

（7）牙龈炎：按摩上、下颌反射区。

（8）牙周病：按摩上颌、下颌及消化系统反射区。

（9）味觉障碍：按摩头及上颌、下颌等反射区。

（10）胃痛、胃溃疡：按摩肾、输尿管、膀胱、胃、十二指肠、大肠、小肠、腹腔神经丛、胰、淋巴腺等反射区。

（11）胃绞痛：按摩胃肠反射区。

（12）胃酸过多：按摩肾、输尿管、膀胱、胃、十二指肠、小肠等反射区。

（13）打呃、胸口发闷：按摩肾、输尿管、膀胱、腹腔神经丛、胃、十二指肠、横隔膜、胸、甲状旁腺等反射区。

（14）上吐下泻：按摩肾、输尿管、膀胱、胃肠、腹腔神经丛、淋巴腺等反射区。

（15）慢性胃炎：按摩肾、输尿管、膀胱、胃、十二指肠、头、心、肝、胆囊、甲状旁腺等反射区。

（16）胆囊感染、胆囊炎、胆结石：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、十二指肠、肝、胆囊、小肠、大肠、胰、腹腔神经丛及淋巴腺等反射区。

（17）十二指肠溃疡：按摩肾、输尿管、膀胱、胃、十二指肠、腹腔神经丛、甲状旁腺、淋巴腺等反射区。

（18）肝炎、黄疸：按摩肾、输尿管、膀胱、十二指肠、肝、胆囊、胃肠、淋巴腺等反射区。

（19）肝硬化：按摩肾、输尿管、膀胱、十二指肠、肝、胆囊、胰、淋巴腺等反射区。

（20）肝囊肿：按摩肝、脾、淋巴腺等反射区。

（21）胰腺炎：按摩肾、输尿管、膀胱、胃肠、胰及淋巴腺等反射区。

（22）糖尿病：按摩肾、输尿管、膀胱、胃肠、胰、心、

肝、肾上腺、甲状旁腺、淋巴腺反射区。

（23）肠炎：按摩肾、输尿管、膀胱、胃肠、淋巴腺等反射区。

（24）慢性阑尾炎：按摩肾、输尿管、膀胱、直肠、盲肠及淋巴腺反射区。

（25）腹泻：按摩胃肠道、淋巴腺反射区。

（26）痢疾：按摩腹腔神经丛、大小肠等反射区。

（27）便秘：按摩肾、输尿管、膀胱、甲状旁腺、胃肠、直肠及肛门反射区。

（28）肛门搔痒、肛裂：按摩乙状结肠及直肠、肛门反射区。

（29）脱肛：按摩肾、输尿管、膀胱、乙状结肠及直肠、肛门、横隔膜、甲状旁腺、淋巴腺等反射区。

（30）痔疮：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、胃、肝、乙状结肠及直肠、肛门、甲状旁腺、淋巴腺等反射区。

2、呼吸系统疾病

（1）感冒：按摩肾、输尿管、膀胱、气管、肺、鼻、扁桃腺、甲状旁腺、肾上腺、淋巴腺等反射区。

（2）咳嗽：按摩肾、输尿管、膀胱、肺、气管、淋巴腺、扁桃腺、鼻、甲状旁腺、肾上腺等反射区。

（3）哮喘：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、甲状腺、甲状旁腺、心、肺、气管、鼻、淋巴腺等反射区。

（4）肺气肿：按摩肾、输尿管、膀胱、肺、喉、气管、心、肾上腺、甲状腺、甲状旁腺、淋巴腺及消化系统各反射区。

（5）肺炎：按摩肾、输尿管、膀胱、肺、淋巴腺、肾上腺、甲状旁腺、肝、胃肠等反射区。

（6）肺结核：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、肺、肝、胃肠、心、甲状旁腺、甲状腺、淋巴腺等反射区。

3、心血管疾病

（1）心绞痛：按摩肾、输尿管、膀胱、心、淋巴腺、肺及支气管、垂体、甲状腺、胃、腹腔神经丛等反射区。

（2）胆固醇过高：按摩甲状腺、肾上腺、肝等反射区。

（3）动脉硬化：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺等反射区。

（4）静脉曲张：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、甲状旁腺、心、脊椎等反射区。

（5）高血压：按摩肾、输尿管、膀胱、头部、眼、心、胃肠、垂体、甲状腺、肾上腺、前列腺、生殖腺、内耳迷路、腰椎等反射区。

（6）低血压：按摩肾、输尿管、膀胱、头部、内耳迷路、心、肺、甲状腺、肾上腺、生殖腺、垂体、颈椎、胸椎、腰椎、骶骨、胃肠等反射区。

（7）贫血：按摩肾、输尿管、膀胱、心、脾及消化系统各反射区。

（8）缺铁症：按摩脾等反射区。

（9）血液中毒：按摩淋巴腺反射区。

4、泌尿系统疾病

（1）肾结石：按摩肾输尿管、膀胱、尿道、淋巴腺等反射区。

（2）尿毒症：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、心、脾、胃肠、淋巴腺、甲状旁腺等反射区。

（3）血尿、蛋白尿：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、尿道、胃肠、甲状旁腺、淋巴腺等反射区。

（4）膀胱炎：按摩肾输尿管、膀胱、尿道、小肠、大肠、直肠、甲状旁腺、脾、淋巴腺等反射区。

（5）排尿困难：按摩肾、输尿管、膀胱、尿道等反射区。

（6）尿失禁：按摩肾、输尿管、膀胱、尿道、头部、脊椎等反射区。

（7）遗尿：按摩肾、输尿管、膀胱、前列腺或子宫、尿道等反射区。

5、免疫及内分泌系统疾病

（1）过敏：按摩肾上腺、肾、输尿管、膀胱、肝、胆囊、胃肠、脾、淋巴腺、甲状旁腺等反射区。

（2）红斑狼疮：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、甲状旁腺、胃肠、脊椎、生殖腺及淋巴腺等反射区。

（3）甲状腺肿：按摩肾、输尿管、膀胱、甲状腺、甲状旁腺、垂体、肾上腺、生殖腺、淋巴腺等反射区。

（4）缺钙：按摩肾、输尿管、膀胱、甲状旁腺、肾上腺、胃肠等反射区。

（5）骨质疏松：按摩甲状旁腺反射区。

（6）肥胖症：按摩肾、输尿管、膀胱、心、垂体、肾上腺、甲状腺、甲状旁腺等反射区。

（7）儿童发育不良：按摩垂体、胃肠等反射区。

（8）腺性发热：按摩扁桃腺、淋巴腺、脾等反射区

（9）更年期综合症：按摩头部、垂体生殖腺体、项颈、状腺、肾上腺、甲状旁腺、子宫、腹腔神经丛等反射区。

6 生殖系统疾病

（1）阳萎：按摩肾上腺、肾、输尿管、膀胱、垂体、甲状腺、肾上腺、生殖腺、阴道、前列腺等反射区。

（2）睾丸充血：按摩肾、输尿管、膀胱、生殖腺、淋巴腺等反射区。

（3）月经不调：按摩垂体、甲状腺、生殖腺、子宫、腹腔神经丛、肾上腺等反射区。

（4）子宫肌瘤：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、子宫、

卵巢，甲状旁腺、淋巴腺等反射区。

（5）子宫脱垂：按摩子宫反射区。

（6）子宫内膜异位：按摩垂体、甲状腺、甲状旁腺、肾上腺、子宫、卵巢等反射区。

（7）性冷淡症：按摩肾、输尿管、膀胱、垂体、肾上腺、甲状腺、子宫、卵巢等反射区。

（8）女性不孕：按摩肾、输尿管、膀胱、垂体、甲状腺、甲状旁腺、肾上腺、子宫、卵巢、阴道、脊椎等反射区。

（9）妊娠反应：轻手法按摩肾、输尿管、膀胱、垂体、甲状腺、肾上腺、子宫、卵巢、胸等反射区。

（10）乳房疾病：按摩垂体、肾上腺、甲状旁腺、子宫、生殖腺等反射区。

（11）男性不育症：按摩垂体、甲状腺、甲状旁腺、肾上腺、阴道、肾等反射区。

7、神经系统疾病

（1）神经衰弱：按摩肾、输尿管、膀胱、消化系统、甲状旁腺、甲状腺、头部等反射区。

（2）失眠：按摩肾、输尿管、膀胱、垂体、头部、甲状腺、肝、胃肠、心、腹腔神经丛等反射区。

（3）癫痫：按摩肾、输尿管、膀胱、头、垂体、肾上腺、心、腹腔神经丛、淋巴腺、甲状腺、甲状旁腺、生殖腺等反射区。

（4）偏头痛：按摩小脑、三叉神经、颈项等反射区。

（5）颜面神经麻痹：按摩小脑、三叉神经、泌尿系统及生殖腺等反射区。

（6）脑性麻痹：按摩垂体、头部、小脑、上下颌、甲状旁腺、脊椎、胃肠等反射区。

（7）中风：按摩垂体、肾上腺、肾、输尿管、膀胱、头

部、心、肺、胃肠、肩、肘、髋关节、脊椎、上下颌、甲状旁腺等反射区。

（8）帕金森氏病：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、头部、颈项、甲状旁腺、甲状腺、脊椎、肩、肘、髋关节、淋巴腺及消化系统反射区。

8、运动器官疾病

（1）风湿性关节炎：按摩肾上腺、肾、输尿管、膀胱、甲状旁腺、淋巴腺及患病关节的反射区及其对应的反射区。

（2）颈项部疼痛：按摩肾、输尿管、膀胱、颈项、颈椎、胸椎、肩、肘、尾骨等反射区。

（3）落枕：按摩头部、肩、斜方肌等反射区。

（4）椎间盘突出：按摩肾、输尿管、膀胱、脊椎、胃肠道、肝、胆囊等反射区。

（5）坐骨神经痛：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、脊椎、膝、髋关节、坐骨神经、甲状旁腺、淋巴腺等反射区。

（6）肩周炎：按摩肾、输尿管、膀胱、肩肘、肋骨、颈椎、胸椎、甲状旁腺、淋巴腺等反射区。

（7）网球肘：按摩肾、输尿管、膀胱、颈椎、肩、肘、甲状旁腺、淋巴腺等反射区。

（8）髋关节炎：按摩肾、输尿管、膀胱、胃肠、髋关节、肩、腰椎等反射区。

（9）韧带受伤：按摩肾、输尿管、膀胱、甲状旁腺、淋巴腺及受伤部位以及其相应部位的反射区。

9、皮肤病

（1）痔疮：按摩肾上腺、肾、输尿管、膀胱、胃肠、肝、胆囊、脾、甲状腺、甲状旁腺、垂体、生殖腺、淋巴腺等反射区。

（2）脱发：按摩肾、输尿管、膀胱、生殖腺、垂体、甲状旁腺、甲状腺、淋巴腺、肾上腺及消化系统的反射区。

（3）湿疹：按摩肾、输尿管、膀胱、胃肠、肾上腺、甲状旁腺、淋巴腺等反射区。

（4）牛皮癣：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、甲状旁腺、脾、淋巴腺及消化系统的反射区。

（5）带状疱疹：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、甲状旁腺及肝、脾、淋巴腺等反射区。

10、眼及耳鼻喉疾病

（1）近视：按摩肾、输尿管、膀胱、眼等反射区。

（2）白内障：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、眼、头部等反射区。

（3）青光眼：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、眼、头部等反射区。

（4）耳鸣：按摩肾、输尿管、膀胱、耳、头部、内耳迷路、淋巴腺、甲状腺、腹腔神经丛等反射区。

（5）中耳炎：按摩肾、输尿管、膀胱、耳、内耳迷路、淋巴腺、甲状腺胱等反射区。

（6）鼻窦炎：按摩肾、输尿管、膀胱、鼻、上下颌、喉与气管、肺及支气管、甲状旁腺等反射区

（7）咽喉炎：按摩喉与气管、扁桃腺、淋巴腺等反射区。

（8）咽炎：按摩上颌、下颌及淋巴腺等反射区。

（9）扁桃腺炎：按摩肾、输尿管、膀胱、扁桃腺、鼻、甲状旁腺、淋巴腺等反射区。

11、急救及对症治疗

（1）虚脱：按摩肾、输尿管、膀胱、心、肺、肾上腺、淋巴腺等反射区。

（2）昏倒：按摩心、肾上腺等反射区。

（3）发烧：按摩淋巴腺、垂体、肾上腺、甲状旁腺、扁桃腺、脾等反射区。

（4）感染：按摩肾、输尿管、膀胱、肾上腺、甲状旁腺、淋巴腺等反射区。

（5）盗汗：按摩胸椎、颈椎、甲状腺、甲状旁腺、腹腔神经丛等反射区。

（6）水肿：按摩肾、输尿管、膀胱、肝、心、脾、肺、肾上腺、甲状旁腺、淋巴腺等反射区。

十八、按摩麻醉法

按摩麻醉又称指压麻醉，简称按麻，是一种不用药物和医疗器械，根据按摩手法刺激能够镇痛和调节人体生理功能的原理，由医生在患者体表有关穴位上施术，从而使患者在清醒的状态下接受手术的一种麻醉方法。

（一）选择穴位

根据手术不同部位和具体要求，可以采用循经取穴、局部取穴和远道取穴等方法选择穴位。

1.循经取穴

根据手术切口部位（或手术部位）所循行通过的经络，手术所涉及的脏腑与经脉的关系，先选定有关经脉，再在这些经脉上选取若干穴位配成按摩麻醉的穴位处方。这是按照“经络所过，主治所及”的循经取穴原则为指导思想。如拔牙或颈部手术，可选用手阳明大肠经上的穴位，因为这条经脉循行锁骨上窝时发出支脉上至颈部，经过面颊进入下齿龈，再绕唇至对侧鼻翼旁。如又

阑尾切除手术多选用足太阴脾经、足厥阴肝经、足少阴肾经的交会穴三阴交及足阳明胃经的足三里等。输卵管结扎术一般多选用与阑尾切除术相同的穴位；胸腔及上腹部手术可选用手厥阴心包经的内关穴等。

2.局部取穴

在不影响手术的影况下，可以在循行取穴的基础上，配合选取局部较为敏感的穴位。如拔牙术选人中、颊车、下关等，鼻息肉摘除术可选取迎香穴等。

3.远道取穴

为了利于手术部位的操作，可以选择远离手术部位的穴位。临床通常选用一些包括经验取穴在内的有特殊作用的穴位。有人在施行腹部手术时，取头部太阳穴和颊车穴，取得了满意的效果。

在临床使用按摩麻醉时，可以灵活的加以辨证取穴，常用手术选穴见下表（表7-1）

（二）按摩麻醉施术手法

在按摩麻醉中，手法可分为抑制性手法（推、揉、捏）和强制性手法（点、按、压）。

1.推法

是按摩麻醉过程中的常用手法。主要用于手术前的诱导期。尤以一指推法为常用（动作参照“卷二”）。

2.揉法

是手术前诱导期的主要施用手法，在手术中创伤性刺激较轻时也常采用。一般在穴位上采用指揉法较多，并可采用鱼际揉和掌根揉，有时和按法组成按揉复合手法使用（动作参照“卷二”）。

3.捏法

在按摩麻醉的诱导期使用，常配合揉法施术（动作参照“卷二”）。

表7-1　　按摩麻醉常用手术选穴

手术名称	主穴	配穴
拔牙	下牙取颊车，上牙取下关	
甲状腺切除	合谷（双）	内关
耳后淋巴结切除	合谷	
输卵管结扎	三阴交（双）	足三里（双）
胃大部切除	足三里（双）、太阳（双）、颊车（双）	百会、合谷（双）
剖腹产	三阴交（双）、太阳（双）、颊车（双）	
卵巢囊肿切除	三阴交（双）	
阑尾切除	三阴交（双）足三里（双）、上巨虚（双）	
疝修补	三阴交（双）、阳陵泉（双）	

4.按法

（包括点法、压法）此法是按摩麻醉过程中的常用手法，主要以指按为主。操作时根据手术创伤的情况和病人的耐受力，选择用力的轻重（动作参照“卷二”）。

按摩操作要柔和、有力、深透和持久。

①柔和：患者感觉舒适，易于接受。

②有力：均匀施力，轻重适中，施力得法。

③深透：患者有酸、麻、重、胀、走窜等“得气”感觉，从而达到镇痛作用。

④持久：在整个手术过程中，一定要持之以恒，坚持到手术

结束，这样才能够起到镇痛作用，减轻病人的痛苦。

现以选用头部穴位进行按摩麻醉，来施行胃大部切除手术为例，介绍手术过程中按摩手法的变换。

在诱导期，按摩医生采用推、揉、捏抑制手法分别在病人前额部的印堂、攒竹和阳白等穴位进行10—15分钟的诱导按摩。同时，静脉滴入或穴位、肌肉注射杜冷丁50—100mg。在此期间由于诱导药物加用轻柔按摩的手法，病人往往处于半睡眠或睡眠状态。当术者准备切开皮肤时，按摩者则由抑制性手法逐渐改为强制性手法，点按压太阳、颊车穴。在探查病状时，视手术创伤刺激的轻重，采用强制性手法点、按、压太阳、颊车穴。当进行胃肠吻合术时，因手术创伤刺激较轻，可采用推、揉、捏抑制性手法，使病人感到舒适，并具有镇痛、催眠的作用。当手术进行到关闭腹腔时，因创伤刺激较重，按摩者由抑制性手法逐渐改为强制性手法，点、按、压太阳、颊车穴。手术即将完毕，可改为抑制性手法，轻揉、轻推前额部穴位，使其感到轻快、舒适，以达到镇静催眠的目的。

下面选用三阴交穴施行腹扎输卵管的例子。

在术前，按摩医生采用推、揉抑制手法在患者两侧三阴交进行15—20分钟的诱导按摩。同时，肌肉注射杜冷丁50mg、非那根25毫克，在此期间，由于诱导药物加按摩轻揉等手法，往往使患者处于睡眠或半睡眠状态。当手术医生准备切开皮肤时，按摩麻醉手法则由抑制性逐渐改为强制性手法。当进行输卵管探查时，手术创伤性刺激较重，也须采用强制性手法。当进行输卵管吻合术时，因手术创伤刺激较轻，可改用抑制性手法推揉三阴交，使患者感到舒适，以达到镇静、催眠的作用。当手术进行到关闭腹腔时，因创伤刺激较重，手法逐渐由抑制性改为强制性按揉三阴交。手术即将完毕，可改为抑制性轻揉推、揉手法，使其感到轻快、舒适，以达到镇静的目的。

（三）辅助用药

为了保持患者呼吸、循环的正常功能，使患者在麻醉和手术中处于最安全有利条件下，也为了提高麻醉效果，使手术得以顺利进行；按摩麻醉须辅助用药。按摩麻醉的辅助用药包括术前辅助用药和术中辅助用药。

1.手术前的辅助用药

度冷丁：成人一次剂量多为50—100mg，小儿一次量多为0.5mg/kg体重。肌肉注射或静脉注射，一岁以下小孩一般不用。

非那根：成人一次剂量为25mg，小儿一次剂量多为0.5mg/kg体重。肌肉注射。做静脉滴注时应稀释后缓慢滴入。肝肾功能减退者慎用。有口干、恶心、思睡等副作用。

2.手术中的辅助用药　根据手术当时的具体情况，适当用药。主要应用局部麻醉药，一般使用盐酸普鲁卡因作局部浸润或封闭，在某些手术步骤前，例如切、缝腹膜、强烈牵拉内脏等适量使用。

（四）按摩麻醉的适应症和禁忌症

1.适应症

按摩麻醉适应范围较广。由于按摩麻醉安全，没有副作用，也不会发生过敏、过量等意外。同时，按麻在手术中对抗体的生理扰乱少，更适用于一些不宜采用药麻或选用药麻有危险的病证，如肺部有病变、肝肾功能不好、体弱、病危、体克、高血压及药物过敏等病例。

2.禁忌症

禁忌症如下：

①穴位上或穴位附近患有皮肤病；

②穴位之深部有骨折及大出血等；

③年龄过小或经受不了强刺激手法者。

（五）按摩麻醉的特点

按摩麻醉的特点如下：

①安全、有效。

②简便易学、经济。

③生理扰乱少，术后恢复快。

④适应范围广。

⑤没有后遗症。

⑥能够充分发挥患者的主观能动性。

总之，按摩麻醉镇痛较好，肌肉较松弛，内脏牵拉反应较少，没有因麻醉而发生意外的副作用，不需要器械和设备，并能调整患者机体经脉中的“气血”和“营卫”的作用。术后可早期活动，减少了术后发生合并症的机会。

（六）按摩麻醉下的外科手术

按摩麻醉由于是在患者清醒和除痛觉以外的其它感觉都存在的情况下进行手术的，因而对外科医生要求较高。如手术时应干净利落，减少不必要的动作，尽量避免用有齿镊子钳夹皮肤，切皮时应选择锋利的刀片快速切开，对肌肉层应尽量避免钝性分离，对内脏器官组织不可作过多的牵拉等。此外，还应根据手术时具体情况，机智灵活地改变操作步骤和改进操作方法，减少对敏感部位的刺激。

按摩麻醉下施行手术，强调外科医生、按麻医生和患者密切配合，充分发挥主观能动性，共同把手术做好。

术后，应及时进行讨论，认真总结经验教训，评定按麻效果，及时填写表格和整理记录，并进行核对。同时，应密切观察病人，为病人解决术后困难，并具体指导患者休养，争取早日恢复健康。

十九、历代文献集锦

（一）黄帝内经

作者不详，关于此书成书的年代，其说不一。此书可能是春秋战国到西汉时期的众多医家，将劳动人民在长期同疾病斗争中积累起来的宝贵经验加以总结、归纳、整理而成，是集体智慧的结晶。《黄帝内经》包括《黄帝内经素问》和《灵枢经》两部分。

素问·异法方宜论篇第十二云：

中央者，其地平以湿，天地所以生万物也众。其民食杂而不劳，故其病多痿厥寒热，其治宜导引按跃，故导引按跃者，亦从中央出也。

玉机真藏论篇第十九云：

是故风者，百病之长也。今风寒客于人，使人毫毛毕直，皮肤闭而为热……。弗治，肺即传而行之肝，名曰肝痹，一名曰厥，胁痛，出食，当是之时，可按若刺耳。弗治，肝传之脾，病名曰脾风，发瘅，腹中热，烦心出黄，当此之时，可按、可药、可浴。弗治，脾传之肾，病名曰疝瘕，少腹冤热而痛，出白，一名曰蛊，当此之时，可按、可药。

血气形志篇第二十四云：

形数惊恐，经络不通，病生于不仁，治之以按摩醪药……。

举痛论篇第三十九云：

寒气客于经脉之中，与炅气相薄则脉满，满则痛而不可按也。寒气稽留，炅气从上，则脉充大而血气乱，故痛甚不可按也。……按之则血气散，故按之痛止。寒气客于侠脊之脉，则深按之不能及，故按之无益也。……寒气客于背俞之脉则脉泣，脉泣则血虚，血虚则痛，其俞注于心，故相引而痛。按之则热气

至，热气至则痛止矣。

腹中论篇第四十云：

岐伯曰：裹大脓血，居肠胃之外，不可治，治之每切按之致死。

奇病论篇第四十七云：

帝曰：病胁下满，气逆，二、三岁不已，是为何病？岐伯曰：病名曰息积，此不妨于食，不可灸刺，积为导引服药，药不能独治也。

调经论篇第六十二云：

帝曰：刺微奈何？岐伯曰：按摩勿释，著针勿下，移气于不足，神气乃得复。……按摩勿释，出针视之，曰我将深之，适人必革，精气自伏，邪气散乱，无所休息，气泄腠理，真气乃相得。

至真要大论篇第七十四云：

阴痹者按之不得，腰脊头项痛时眩，大便难，阴气不用，饥不欲食，咳唾则有血，心如悬，病本于肾。

寒者热之，热者寒之，微者逆之，甚者从之，坚者削之，客者除之，劳者温之，结者散之，留者攻之，燥者濡之，急者缓之，散者收之，损者温之，逸者行之，惊者平之，上之下之，摩之浴之，薄之劫之，开之发之，适事为故。

灵枢·九针十二原第一云：

泻曰：必持内之，放而出之，排阳得针，邪气得泄。按而引针，是谓内温，血不得散，气不得出也。

四时气第十九云：

疠风者，素刺其肿上，已刺，以锐针针其处，按出其恶气，肿尽乃止。

杂病第二十六云：

心痛，当九节刺之，按已刺之，立已；不已，上下求之，得

之立已，颊痛，刺足阳明曲周动脉见血，立已；不已，按人迎于经，立已。……腹痛，刺脐左右动脉，已刺按之，立已；不已，刺气街，已刺按之，立已。

背腧第五十一云：

胸中大腧在杼骨之端，肺腧在三焦之间，心腧在五焦之间，膈腧在七焦之间，肝腧在九焦之间，脾腧在十一焦之间，肾腧在十四焦之间，皆挟背相去三寸所，则欲得而验之，按其处，应在中而痛解，乃其腧也。

刺节真邪第七十五云：

大热遍身，狂而妄见、妄闻、妄言、视足阳明及大络取之，虚者补之，血而实者泻之，因其偃卧，居其头前，以两手四指挟按颈动脉，久持之，卷而切推，下至缺盆中，而复止如前，热去乃止，此所谓推而散之者也。

（二）金匮要略

作者张机，字仲景（公元150——219年），南阳郡涅阳（今河南省南阳市）人，东汉杰出的医学家，著有《伤寒杂病论》，成书于公元219年，经后人整理成《伤寒论》和《金匮要略》。

脏腑经络病脉证第一云：

若人能养慎，不令邪风干忤经络；适中经络，来流传脏腑即医治之，四脏才觉重滞即导引，吐纳，针灸，膏摩，勿令九窍闭塞。

头痛摩散方：大附子一枚，（炮）盐等分。

右二味，为散，沐了，以方寸匕，以摩疾上，令药力行。

（三）华佗神方

作者华佗，字元化，又名旉（？—208年），沛国谯（今安徽省亳县）人，为东汉杰出的外科学家。现存《中藏经》、《华佗神方》均系后人托名之著。此处重点介绍华佗按摩术：

凡人支节腑脏，郁积而不宣，易成八疾：一曰风，二曰寒，

三曰暑，四曰湿，五曰饥，六曰饱，七曰劳，八曰逸。凡斯诸疾，当未成时，当导而宣之，使内体巩固，外邪无自而入。迨既感受，宜相其机宜，循其腠理，用手术按摩疏散之，其奏效视汤液丸散神速，述如下。

一，两手相捉纽捩如洗手法；二，两手浅相差翻覆向胸；三，两手相捉共按臂，左右同；四，以手如挽五石力弓，左右同；五，两手相重按臂徐徐捩身，左右同；六、作拳向前筑，左右同，十，两手踞地缩身曲脊向上三举；十一，两手抱头宛转臂上，此是抽胁；十二，大坐斜身；十三，大坐伸两脚，即以一脚向前虚掣，左右同；十四，两手拒地回顾，此虎视法，左右同；十五，立地反拘身三举；十六，两手急相叉，以脚踏手足，左右同；十七，起立以脚前后虚踏，左右同；十八，大坐伸两脚用当相手勾所伸脚着膝中以手按之，左右同。右十八法不问老幼，日则能依此三遍者，一月后百病悉除。行急奔马，补益延年，能食，眼明轻健，不复疲乏。

（四）圣济总录

本书系宋徽宗召集全国名医所编撰，成书于公元1111——1117年。

史曰："可按可摩，时兼而用，通谓之按摩，按之弗摩，摩之弗按。按之以手摩或兼以药。曰按曰摩，此按摩之通谓也。"《阴阳应象大论》曰："其慓悍者，按而收之。"《通评虚实论》曰："伤寒始得，一日在皮肤，当膏摩火灸即愈。"世不论按摩，不知析而治之，乃合导引以解之。

大抵按摩法，每以开达抑遏之义。开达则壅蔽者以之发之，抑遏者慓悍者有所归宿，是故按一法也。有施于病相传者，有施于痛而痛止者，有施于痛而无益者，有按之而痛甚者，有按之而快然者，概得陈之，风寒客于人，毫毛笔直，皮肤而为热，或痹不仁而肿痛，即传于肝，胁痛出食，斯可按也。寒气客于肠胃之

间、膜原之下，血不得散，小络急引是痛也。按之者血气散而痛止、寒湿中人，皮肤不收，肌肉坚紧，荣血泣，卫气除，此为虚也；虚则聂群气乏，惟按之者气足以温之，快然而不痛。前所谓按之者痛止，按之无益，按之痛甚，按之快然有如此者。夫可按不可按若是。则摩之所施，亦可以推理矣。

养生法："凡小有不安以按摩捋捺，令百节通利，邪气得泄，然者按摩有资于外，岂小补哉，摩之别法，必于药俱，盖欲浃于肌肤，而其势驶利。若疗伤寒以自膏摩体，手当千遍，药力乃行。则摩之用药，不可不知也。

（五）医宗金鉴

作者吴谦，字六吉（生活于公元18世纪），安徽省歙县人，为清著名医家，曾任太医院刊，为《医宗金鉴》的总修官（今主编）。此书成于公元1742年。

正骨心法要旨·手法总论

夫手法者，谓以两手安置所伤之筋骨，使仍复于旧也。但伤有重轻，而手法各有所宜，其痊可之迟速，及遗留残疾与否，皆关乎手法之所施得宜，或失其宜，或未尽其法也。盖一身之骨体，既非一致，而十二经筋之罗列序属，又各不同，故必素知其体相，识其部位，一旦临证，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出。或拽之离而复合，或推之就而复位，或正其斜，或完其阙，则骨之截断、碎断、斜断、筋之弛、纵、卷、挛、翻、转、离、合、虽在肉里，以手扪之，自悉其情，法之所施，使患者不知其苦，方称为手法也。况所伤之处，多有关于性命者，如七窍上通脑髓，膈近心君，四末受伤，痛苦入心者。即或其人元气素壮，败血易于流散，可以克期而愈，手法亦不可乱施；若元气素弱，一旦被伤，势已难支，设手法再误，则万难挽回矣。此所以尤当审慎者也。盖正骨者，须心明手巧，既知其病情，复善用夫手法，然后治自多效。诚以手本血肉之体，其宛转运用之

妙，可以一己之卷舒，高下疾徐，轻重开合，能达病者之血气凝滞，皮肉肿痛，筋骨挛折，与情志之苦欲也。较之以器具从事于拘制者，相去甚远矣。是则手法者，诚正骨之首务哉。

手法释义

摸法：摸者，用手细细摸其所伤之处，或骨断、骨碎、骨歪、骨整、骨软、骨硬、筋强、筋柔、筋歪、筋正、筋断、筋走、筋粗、筋翻、筋寒、筋热，以及表里虚实，并所患之新旧也。先摸其或为跌扑，或为错闪，或为打撞，然后依法治之。

接法：接者，谓使已断之骨，合拢一处，复归于旧也。凡骨之跌伤错落，或断而两分，或折而陷下，或碎而散乱，或岐而傍突，相其形势，徐徐接之，使断者复续，陷者复起，碎者复完，突者复平。或用手法，或用器具，或手法、器具分先后而兼用之，是在医者之通达也。

端法：端者，两手或一手擒定应端之处，酌其重轻，或从下往上端，或从外向内托，或直端、斜端也。盖骨离其位，必以手法端之，则不待旷日迟久，而骨缝即合，仍须不偏不倚，庶愈后无长短不齐之患。

提法：提者，谓陷下之骨，提出如旧也。其法非一，有用两手提者，有用绳帛系高处提者，有提后用器具辅之不致仍陷者，必量所伤之轻重浅深，然后施治。倘重者轻提，则病莫能愈；轻者重提，则旧患虽去，而又增新患矣。

按摩法：按者，谓以手往下抑之也。摩者，谓徐徐揉摩之也。此法盖为皮肤筋肉受伤，但肿硬麻木，而骨未断折者设也。或因跌仆闪失，以致骨缝开错，气血郁滞，为肿为痛，宜用按摩法，按其经络，以通郁闭之气，摩其壅聚，以散瘀结之肿，其患可愈。

推拿法：推者，谓以手推之，使还旧处也。拿者，或两手一手捏定患处，酌其宜轻宜重，缓缓焉以复其位也。若肿痛已除，

伤痕已愈，其中或有筋急而转摇不甚便利，或有筋纵而运动不甚自如，又或有骨节间微有错落不合缝者，是伤虽平，而气血之流行未畅，不宜接、整、端、提等法，惟宜推拿，以通经络气血也。盖人身之经穴，有大径细络之分，一推一拿，视其虚实酌而用之，则有宣通补泻之法，所以患者无不愈也。

已上诸条，乃八法之大略如此。至于临证之权衡，一时之巧妙，神而明之，存乎其人矣。

（六）按摩经

《按摩经》是现存最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），又有人进行了整理补充，可惜作者都没有留下姓名。

手法二十四则

丹凤展翅一　命患者正坐。用右手从左边掐患人水突穴，有动脉应手，按定觉腋下微痛，膊肘引痛，手指酸麻。将大指轻轻抬起，觉热气从胳膊手指出。又用左手从患人右边掐水突穴动脉，按法与上同，令四肢脉气发散，不至闭塞也。

黄蜂出洞二　令患人仰卧，以两手大拇指按定云门穴，有脉应手，觉膊手沉紧麻木，将大指轻轻抬起，有气从膊手出也。

双龙投海三　以两手从患者胸前同乳大筋抓起甚痛，觉胸中气降胁下有声，左右推之，使脾胃之气下降是也。

催兵布阵四　用两手将胁下胸骨齐拢，催邪气下降，使正气相通，随呼吸摇撼十二次，轻轻抬起，再以手法摩病在何处，按之如将擒贼之状，不令冲上焦是也。

遍处寻贼五　夫人身之正气，如天下之居民，摇而不动，自然经营也，邪气和如贼夺家劫舍，正邪焉得不斗争哉。正邪相间，经络不和，岂能相安。以手法按之，乱动者，即邪气也。重按轻抬慢慢去之，使邪气散而正气强也。

烧山火六　用右大拇指按动紧处，重重切之，随呼吸二七

数，慢慢抬起，觉两腿麻木，是邪热下降，随经而发下两腿，犹如火热而行至两足是也，如不到复按切。

透心凉七　用手按膈下脉气不和者，或左或右，随气重按轻抬，使热气行下直至腿足，岂复上攻心膈哉。经云：脉气和则脏气平，心家自然清凉矣。

平土放水八　胃家停食在右，停水在左。滞食者沉而不浮，按之觉痛，从右关穴的手法按摩，慢慢揉之，而消食水者，动而有声。以上用手法揉之，慢慢而去。

风卷浮云九　隔下停气，中满不食，胃胀而闷。以右手大指，次指按两乳下，以左从膈下按揉无度，气行肠鸣，至下脘有声。用右手小拇指按下脘穴，二七呼吸抬指，气下肠鸣，浊气下降，此云散清风也。

彻底澄清十　脐上有病块，硬而动急，腰府引痛。左手从左边推按，用右手大指从动硬处按之，即肾俞穴疼痛，觉麻木发热，再将手指轻轻抬起，两气从两足下行，脊胯疏通，是按上发下之法也。

顺水行舟十一　肚脐一旁有肓俞穴，此足少阴经脉。如内硬而浮动，是肾经有邪，邪冲脾泻，谷不消化，外肾湿，阳萎，疝气之道路也。用手大指按切腰肾，屡屡重切轻抬，发觉冷热之气频频下降于足涌泉穴，是水归源。

摇动山河十二　人尾闾骨之旁有高骨，骨下有陷穴，是足太阳膀胱脉所过，上下有闭塞凝滞、脊强、腰腿痛。治宜手指从骨下陷穴揉十余次，令血气流通，左右相同。

踏破双关十三　必当令患者平伏，两大腿根有横纹，名曰承扶穴，斯为背部总络腿处大经，此穴若闭，气血不得流通。治从承扶穴以脚踏定，右脚蹬左腿，左脚蹬右腿，踏稳不宜摇撼，觉腿足麻，将脚轻轻抬起，有热气到足。此开关破壁之法也。

金鸡独立十四　人脘脘结块，手拿不动。用足踏住病处，觉

脚下有动是也，稳稳踏定，觉气散脚足麻木，轻轻抬起，有余热行至足底。此除邪扶正之法也。

足下生风十五　病人有上盛下虚，头目昏沉，胸膈痛楚，腹气胀满，疼痛不休，四肢沉重，腿膝酸麻，此气血不能散也。宜手法从上按穴拿到小腹气冲、归来两穴。前阴旁有动脉，此上下通行之要路也，闭结不通，余热不能下降。令患者仰卧，用脚踏右气冲穴稍斜，觉腿足沉重，将脚轻轻抬起，邪热下行如风。再用脚踏左边如前。所谓扬汤止沸不如去薪，此之谓也。

移山倒海十六　脐下气海穴，按之如石，此寒结气凝，积而不散，令人身困肢弱，昼夜不安。用手法按、摩、揉、摄之引腰痛，外肾紧，按切无度，觉气发散，有余热投四肢，病块消矣。

二龙戏珠十七　六府气闭，上下不能流通，不宜手法按摩，按之疼痛，不下反上壅，呕逆痰涎不已。用手大指从大腿窝里气冲穴有动脉应手，重按轻抬无度，引气下降，亦止沸去薪之谓也。

开笼放鸟十八　用两手将肩头大筋抓起大痛，此肩井穴也，真气所聚。气聚而不散，如笼罩闭门，令人心痛，手足拘紧，阵阵昏迷，不省人事，用手将肩头大筋抓起，令患人痛楚、咳声，使气散血行，各归本经，岂有不平哉。

双蛇吐信十九　用双手大指捻肩端骨横筋，捻之大痛，是真穴也。此手通太阳小肠经络，按到两肩麻木直到小指。轻轻抬起，有热气发散，邪热下行。此通经散气，五脏不克伤，使正气强盛之道也。

左右开弓二十　令患人正坐。用左手将肩头骨搬住，以右手将右边寸许大筋用大指、食指抓起，如开弓之状，放手有声；又以右手搬肩如前法。此背部关气之处，令正气扶而邪气散。此拨云散雾之法也。

飞结积气二十一　背膂后有筋通肾俞穴，令患人正坐取之。

用手抓起有声，顺筋揪十数把，患者痛楚，使脏气流行，各归经络。闭塞凝滞，暴疾不省人事，心胸气闭，腹痛难言，感冒伤风，脊强背痛皆可。

推倒泰山二十二　病人小腹疼痛，连及外肾玉茎，此阴与阴交媾，百脉绞乱，不使归源，急饮水者立死，因感风邪受害，名曰下寒，令患人直坐，从腰肾俞穴重推之大痛，是真穴也。重按轻抬，如是数次，觉少腹气散而热，腿麻而冷；再以手按摩病所而愈。此病性命相关也。

拔树寻根二十三　人病腰、膝、腿、足痛甚，上下走不停，乍寒乍热，阵阵昏迷，善于悲怒。如豚痛相似，发作无时，直中脏腑，其行走肾经根结任脉。于胃旁有动脉一条，直贯腿足痛、麻木。将手重按轻抬，拿下有热气下降。此病为恶疾，缓缓而愈。此为寻根之手法也。

脚蹬火轮二十四　人病两肩沉紧，手指疼痛不能拿物，此皆痰气、风寒所致。用脚法蹬散。令患人仰卧，将背伸开，从臂根天府穴用脚蹬住，稳定不可摇撼，觉手臂麻木，手似出冷气，轻轻将脚抬起，臂似火热，血气散矣。

（七）小儿按摩经

附载于《针灸大成》卷十内。据《针灸大成》卷一载：《小儿按摩经》，四明陈氏著集。《针灸大成》成书于明万历辛丑年以前（1601年）。作者杨继洲，是明代著名针灸医家。《针灸大成》是杨氏在家传《卫生针灸玄机秘要》的基础上，类集了二十余种有关资料增辑而成的。

手法歌

心经有热作痰迷，天河水过作洪池，肝经有病几多闷，推动脾土病即除。脾经有病食不进，推动脾土效必应，肺经受风咳嗽多，即在肺经久按摩。肾经有病小便涩，推动肾水即救得，小肠有病气来攻，板门横门推可通，用心记此精宁穴，看来危症快如

风。胆经有病口作苦，好将妙法推脾土，大肠有病泄泻多，脾土大肠久揉摩。膀胱有病作淋痛，肾水八卦运天河，胃经有病呕逆多，脾土肺经推即和，三焦有病寒热魔，天河过水莫蹉跎。命门有病元气亏，脾上大肠八卦推，仙师授我真口诀，愿把婴儿寿命培。

五脏六腑受病源，须凭手法推即痊，俱有下数不可乱，肺经病掐肺经边。心经病掐天河水，泻掐大肠脾土全，呕掐肺经推三关，目昏须掐肾水添。再有横纹数十次，天河兼之功必完，头痛推取三关穴，再掐横纹天河连。又将天心揉数次，其功效在片时间，齿痛须揉肾水穴，颊车推之自然安。鼻塞伤风天心穴，总筋脾土推七百，耳聋多因肾水亏，掐取肾水天河穴。阳池兼行九百功，后掐耳珠旁下侧。咳嗽频频受风寒，先要汗出沾手边，次掐肺经横纹内，乾位须要运周环。心经有热运天河，六腑有热推本科，饮食不进推脾土，小水短少掐肾多。大肠作泻运多移，大肠脾土病即除，次取天门入虎口，揉脐龟尾七百奇。肚痛多因寒气攻，多推三关运横纹，脐中可揉数十下，天门虎口法皆同。一去火眼推三关，一百二十数相连，六府退之四百下，再推肾水四百完，兼取天河五百遍，终补脾土一百全。口传笔记推摩诀，付与人间用意参。

（八）幼科推拿秘书

作者骆潜庵，成书于康熙辛未（1601）年清代乾隆乙巳（1785）年金陵四教堂的刊本。书前，有其子骆民新在雍正三年乙巳（1725）年的一首序言。

推五脏虚实病源治法歌

心实叫哭兼发热，饮水惊掐唇破裂，天河六腑并阴阳，飞金水底捞明月；虚则困卧睡不安，补脾便是神仙诀，左转心经与劳宫，再分阴阳三百五。肝实顿闷并呵欠，目直项急叫多惊，右转心经推六腑，天河明月两相亲；虚则咬牙迷多欠，补肾三关掏大

陵，揉按中指单展翅，再把阴阳着热分。脾实困睡频频饮，身中有热觉沉疴，推脾推肺推六腑，运水入土并天河；虚则有伤多吐泻，左转心经热心疴，赤风摇头并运卦，阴阳外间便宜多。肺实闷乱兼喘促，或饮不饮或啼哭，泄肺阴阳六腑河，八卦飞金与合胃；虚则气短喘必多，哽气长出气来速，补脾运卦分阴阳，离轻乾重三百足。肾主瞳人目畏明，又无光彩少精神，解颅死症头下窜，白精过多黑瞳睛；面皮㿠白宜推肺，肾脾兼补要均匀，重耳中诸揉百次，尿黄清肾却通淋。

分补泄左右细详秘旨歌

补泄分明寒与热，左转补兮右转泄，男女不同上下推，子前午后要分别。寒者温之热者凉，虚者补之实者泄，手足温和顺可言，冷厥四肢凶莫测。十二经中看病源，穴其去病汤浇雪。

手法同异多寡宜忌辩明秘旨歌

小儿周身穴道，推拿左右相同，三关六腑要通融，上下男女变通。脾土男左为补，女补右转为功，阴阳各别见天王，除此俱该同用。急惊推拿宜泄，痰火一时相攻，自内而外莫从容，攻去痰火有用。慢惊推拿须补，自外而内相从，一切补泄法皆同，男女关腑异弄。法虽一定不易，变通总在小心，本缓标急重与轻，虚实参乎病症。初生轻指点穴，二三用力方凭，五七岁推渐深，医家次第神明。一岁定须三百，二周六百何疑，月家赤子轻为之，寒火多寡再议。年逾二八长大，推拿费力支持，七日十日病方离，虚弱医家谁治。禁用三关手法，足热二便难通，渴甚腮赤眼珠红，脉数气喘舌弄。忌用六腑手法，泄青面㿠白容。脉微呕吐腹膨空，足冷眼青休用。小儿可下病症，食热面赤眼红，腹膨胁满积难通，浮肿痄腮疼痛。小便赤黄壮热，气喘食积宜攻，遍身疥疮血淋漓，腹硬肚痛合用。不可下有数症，囟陷肢冷无神，不时自汗泄频频，气虚干呕难恶。面白食不消化，虚痰潮热肠鸣，毛焦神困脉微沉，烦躁鼻寒咳甚。

用汤时宜秘旨歌

春夏汤宜薄荷，秋冬又用木香，咳嗽痰吼加木香，麝尤通窍为良；加油少许皮润，四六分做留余，试病加减不难知，如此见功尤易。四季俱用葱姜煎汤，加以油麝少许推之。

（九）幼科铁镜

清代贵池卓溪夏鼎（禹铸）著，此书大约是在康熙34年(1695年）左右刻板的。

推拿代药赋

前人忽略推拿，卓溪今来一赋。寒热温平药之四性，推拿揉掐性与药同，用推即是用药，不明何可乱推。推上三关，代却麻黄肉桂。退下六腑，替来滑石羚羊。水底捞月，便是黄连犀角。大河引水，同芩柏连翘。大指脾面旋推，味同人参白术，泻之则为灶土石膏。大肠侧推虎口，何殊附子炮姜，反之为大黄积实。涌泉右转不揉，朴硝何异；一推一揉右转，参术无差。食指泻肺，功并桑皮桔梗；旋推止嗽，效争五味冬花。精威拿紧，岂淡牛黄贝母。肺俞重揉，漫夸半夏南星、黄蜂入洞，超出防风羌活。捧耳摇头，远过生地木香。五指节上轮揉，乃祛风之苍术。足拿大敦鞋带，实定掣之勾苍；后溪推上，不减茯苓泽泻；小指补肾，焉差杜仲地黄；涌泉左揉，类失砂仁藿香。重揉手背，同乎白芍，川芎；脐风灯火十三，恩将再造。定惊元宵十五，不啻仙丹。病知表里虚实，推合重症能生；不谙推拿揉掐，乱用须添一死。代药五十八言，自古无人道及，虽无格致之功，却亦透宗之赋。

二十、医者练功功法

按摩医生必须具备强健的身体和用力发力的技巧，这种素质来自于医生的日常锻炼。如何锻炼？历代按摩名家均强调锻炼“易筋经”“少林内功”，近代一些按摩医生常常利用气功进行按摩，因此，按摩医生还应学炼发放外气的功法。

（一）易筋经

《易筋经》，又名《少林拳术精义》《伏气图说》、《易筋经义》等，相传为菩提达摩所传。实际传到现在的“易筋经”已有很多门派，这是因为喜武者不善文，师徒口传心授的缘故。

所谓“易”者改变之谓；“筋”者筋骨之称，经者经典、书籍之意，实为锻炼身体改变筋骨的方法。

“易筋经”的特点是：动作与呼吸密切配合，以静止性用力方式进行锻炼，表面松静自然，实际则用内劲，刚柔相济。

“易筋经”的门派较多，现将国家体委编写的《易筋经》《黄氏易筋经》《熊氏真传少林大易筋经》加以综合，择其要者编录之。以供练功者参考。

第一势　韦驮献杵

自然站立，两目平视正前方，蓄颌含胸拔背。两手自体侧向胸前环抱，与胸相距约一寸许，右手握左手四指，掌心向里。宁神定志，呼吸渐趋自然。

足跟提起，脚尖着地。两手自胸前向两侧平伸，掌心向下，意念有内劲（内气）自胸中经两臂内中线贯向中指，由指尖凝聚内劲。呼吸自然。

翻掌心向上，自两侧向头顶方向划弧形至与肩宽时止，足跟随之落地。手至头顶方向后翻掌心向上如“掌托天门”，双目向

上看掌背，内劲自胁肋向上贯至掌心，此时身体直立如大树挺拔一般，咬紧牙关，舌抵上颚，自然呼吸。

将双掌变拳自体侧缓缓收回原处（平伸时的姿势），此时意念以为双掌托着重物一般，暗暗用劲。反复数次后，落回体侧。

第二势　摘星换斗

接上势，左手背向身后，掌背贴靠臀部；右手翻掌心向上。掌指贴于体侧，暗暗用劲上提，提至胸胁后，翻掌心（由内向外翻）向上，然后用力向上推举，双目随掌上推举时看着掌背。用内劲发向掌心，停留片刻。翻掌向下收回体侧。再做左手，动作同前。

第三势　倒拽九牛尾

两脚分开站立，脚距与肩同宽。身正直，目平视前方。左脚向左跨出一步，成左弓步式。同时两手自体侧握拳抱于肋下。左拳自腰间向左前方平伸，然后屈肘，前臂向上，向后用内劲倒拽，右拳向后下方，旋转前臂，拳心向上用力伸出。两拳的内劲要相互配合协调。左拳倒拽至与前额相距约4—5寸止。双目自开始倒拽时注视着左拳的拳脊。其力发自膀尖，达于拳脊。然后，变右弓步，做右势。

第四势　出爪亮翅

两脚分开站立，脚距与肩同宽，抱拳于腰际。挺身怒目，将双拳变掌向前推出，然后用力收回，变拳抱于腰际。如此反复七次。

第五势　九鬼拔马刀

站立姿势同前。头向右侧偏，下颏向左侧偏，然后右侧上肢经头顶屈肘，手指抵于左耳，左上肢屈肘贴向后背，用暗力停留片刻，收回原腰际。左右交替进行。必须注意身要直，气要静。

第六势　三盘落地

自然站立，舌顶上颚，睁目，意念注意牙齿。左脚向左跨出

半步，然后下蹲如坐在地上一般，下蹲时双手用力迅猛地下接。变掌为拳，拳心向后，站起时如提千斤重物，瞪目闭口。站起时两足不得移动，足趾抓地。

第七势　青龙探爪

两脚分开站立，脚距与肩同宽。两手抱拳于腰间。右拳向左侧方用力冲出，冲出后变掌五指分开，掌心向外。力贯掌心，发于肩臂。收回时掌心向内，绕过膝关节，至腰间。冲出时目视掌背。然后再冲左拳。

第八势　卧虎扑食

双手着地，双腿分开，右腿在前，左腿在后，前腿弓，后腿略微弯屈。头上仰，胸向前探，腰背低平。调匀呼吸，坚持2—5分钟。然后改换左腿弓，右腿微屈，重作上述动作。

第九势　打躬

两手交叉，置于脑后。掌心掩住双目，向前弯腰，头至膝盖部住，然后向下探，调匀呼吸，舌抵上颚，力在肘的双弯处。坚持2～5分钟。

第十势　掉尾

接上势，将双手臂伸直，膝伸直，双手相叠置于地面。昂头瞪目，凝神一志，坚持1分钟后，直起腰部，然后顿足一次。再将上肢向左右伸展开。21次后收回。

（二）少林内功

少林内功是少林拳术的基本功，它以站桩为基础，注重于腰腿的桩力和上肢运动的锻炼。

1.站桩

自然站立，两脚跟并拢，足尖亦并拢，两手自然下垂，挺胸收腹，双目平视前方。

左足向左跨出一步，略宽于肩，以脚尖为轴，两脚跟略向外转，成内八字形，五趾抓地，运腿力自胯而下贯注于全足。

挺胸收臀，两手后伸，挺肘屈腕，肩腋挟紧，掌心向下，四指并拢，拇指分开，指尖向前，两目平视前方，精神贯注，呼吸自然。

初练站桩时间不要太长，一般只需 2 — 5 分钟即可，练功时间要随功力的增长而增加。

2.马步蹲桩

自然站立，然后左脚向左跨出一大步，脚距宽于肩。屈膝下蹲、以大腿与地面成水平为度。两膝，足尖微向内扣，两足跟微向外蹬，脚尖成内八字形。

两手后伸，肘直曲腕，掌心向下，四指并拢，拇指分开，指尖向前，上身挺胸收腹，身体略向前倾，竖项虚顶，目视前方，呼吸自然。

另一种姿势是两手前伸，掌心向前，虎口相对，指距约 5 寸左右，肘园外撑，目视两手中间。

呼吸自然。先由 2 — 5 分钟开始练起，以后随功力的长进增加时间。

3.弓箭步桩

前势转为身右转，右脚向右前方跨出一大步，屈膝半蹲，膝与足尖成垂直，足尖内扣；左腿绷起撑直，足尖略为外撇，成右弓步。

上身略前倾，臀略收，两臂后伸，挺肘伸腕，掌根蓄劲，虚领顶劲，目平视，全神贯注，呼吸自然。

4.前推八匹马

马步站桩，抱拳腰际，两臂徐徐用力前推，由拳变掌，掌心向外，四指向上，拇指分开；胸微挺，臂略收，两目注视拇指之间空隙。慢慢屈肘收于两肋。掌心向上转为掌心向下，用暗劲下接，两臂后伸。仍成马步站桩势。

5.单掌桩金环

站成弓步桩，右手前推，边推边手掌缓缓向下，转为虎口朝下，掌心向外，四指并拢，拇指分开。用暗劲注掌侧，向外向后拉回至背后侧，变掌为拳，拳眼朝下，紧紧旋转腕部，拳心朝上，收回腰际。

左手与右手动作相同，方向相反。

6.凤凰展翅

两脚分开站立，脚距与肩同宽，两手立掌交叉于胸前。由立掌变俯掌向左右缓缓分开，并由肘带动前臂向身体两侧用内劲推出，与肩平为止，势如开弓，当与肩平时，成立掌，掌心向外，指尖向上，四指并拢，拇指分开，头如顶物，双目平视，切勿抬肩，呼吸自然。

两掌旋腕，掌指向前，屈肘内收，两臂蓄劲，徐徐收回，使掌心相对，掌指向上，抵胸前后交叉成立掌。

由立掌化俯掌下按，至肋部后向后下方伸出，至臂为止，用内力灌注掌心掌指。

7.顺水推舟

马步站桩站好，两手屈肘直掌（指尖向前，拇指在上）抱于肋间。

双掌徐徐向前推出，边推边将掌根外展外旋，虎口朝下，四指并拢，拇指分开，掌尖向内旋转至相对，肘欲伸直，屈腕似环形。头勿低，身勿倾。

指尖缓慢外旋，恢复成直掌，掌指向前，指尖用内力，屈肘，仰掌，收回腰间。

8.仙人指路

站好马步站桩，抱拳于腰间。左拳向前冲出，在将要达到尽处时，变成俯直掌，力贯中指，然后握拳旋腕转掌心向上，收回腰间。

再发右拳，动作相同。

冲拳时要用内劲冲出，眼注视冲出的中指尖。

（三）发放外气功

发放外气功又称外丹功，是内外兼修，动静结合，道除疾病，强壮身体，延年益寿，发放外气的功法。动作简单，得气快，气感强。

预备势

自然站立，两脚分开与肩同宽，两膝微屈，小腹内收，提肛，缩肾。头微上顶，两肩放松，全身重心落在两脚涌泉穴连线的中点。微闭双目，闭唇，舌抵上颚，两手自然下垂，含胸拔背，气沉丹田。

第一势　合掌分推

左脚向左开半步，站成马步式，下蹲，双手同时由体侧向前上平举，掌心向下，至胸前两掌合拢，掌心相对，手指微屈，指尖朝前上方与鼻相平，掌距胸约30—50厘米，两肘微屈成90°，形如拱手礼势。然后再向两侧缓缓用力分推，分推时立掌指尖向上，至两臂与肩平为止。向上前平举时吸气，向两侧分推时呼气，意念注意两手劳宫穴。

第二势　力士托天

接上势，双手从左右缓缓上举，如画弧形。上举时掌心向上，举至与肩同宽时，翻掌使掌心向上，手指朝里，指尖相对，作托天势。同时两脚十趾抓地，意气随手进行。然后徐徐下落，仍画弧形，至体侧。上举时吸气，下落时呼气，意念注意掌心劳宫穴。

第三势　左右运掌

接上势，以双手提至腰部，右手在前，左手在后，徐徐用力向右前方推出，推至不能再推为止，收回；然后再行左手在前，右手在后，徐徐用力向左前方推出，推至不能再推为止，收回腰部。反复8～10次。推出时呼气，收回时吸气，意念注意劳宫。

第四势　太极推掌

接上势，仍取马步站式，两手提至肋下，指尖向上，掌心向前，指微屈，稍停，两前臂内旋，两掌以意用力向前推，推至不能再推为止，然后两肘屈曲徐徐用力收回，目视前方。重复8—16次。收回时吸气，推出时呼气，意念在两手劳宫穴。

第五势　剑指独立

接上势，将左脚收回，并立。然后，提起左腿，脚面绷直，脚尖朝下，提至腋下。右臂呈弧形，手指呈剑指向前指点，左手亦呈剑指，置于胸前与之相合。立2～3分钟后，改换左腿，左手，姿势与右腿相同，站立2～3分钟。重复8—16次。点指时意念注意前手的中指尖，自然呼吸。

第六势　马步揉球

上势后，两脚并立，然后右脚向右跨出一步，两膝弯曲成骑马式，腰背、头部正直。双臂回落至两肋，再屈肘，随两腿下蹲时用力向下按压，五指呈虎爪形，悬空于膝盖的正上方约一掌的距离，做揉球动作。然后再翻掌，掌心向上，如托千斤重物，以意用力提至胸前，两膝亦随之逐渐伸直，上述动作重复8—16次。下蹲时呼气，揉球时吸气，翻掌时呼气，上托时吸气。意念始终在掌心劳宫穴。

第七势　收功

练完后，恢复预备势姿势。再将两手掌心徐徐提至胸前膻中穴处，然后翻掌心向下，从胸前下按，经丹田，回至体侧，慢慢放松，散步片刻。上提时吸气，下按时呼气，使内气沉降至丹田。

注意事项

练功姿势要准确，身体要相对放松，经常坚持锻炼。

练功前，可喝一些热饮料，如牛奶、麦乳精、豆浆之类营养物品。

练功前要排尽大小便，做好各项准备活动，使各个关节适应练功时的需要。

练功时注意意念和呼吸的调节，并应注意要使呼吸轻松、自然，不要引起呼吸憋闷感。

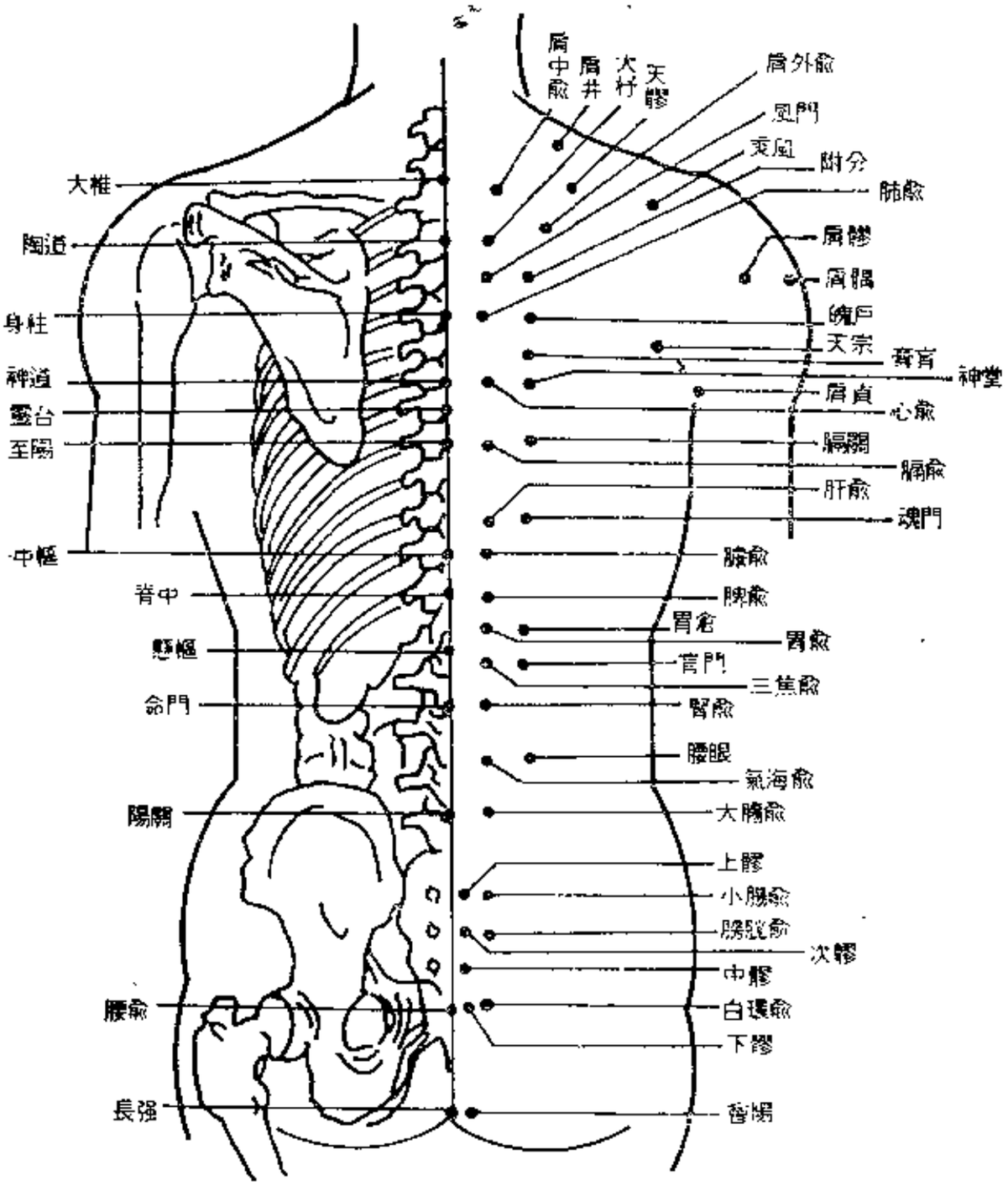
本功法须坚持锻炼，并非一朝一夕即能达到目的的。练功的时间和强度要适当，一般以半小时至一小时为宜。开始练时不要过猛、过急，引起疲劳。练功后关节疼痛是正常的表现。运动量不要过大，否则会产生不良效果。

练功时，觉得手掌发胀、发热，甚至全身发热出微汗，这是好现象，但练功后切勿马上用冷水洗。如果练功时，身体感到发冷，可调整练功的姿势或改日再练。

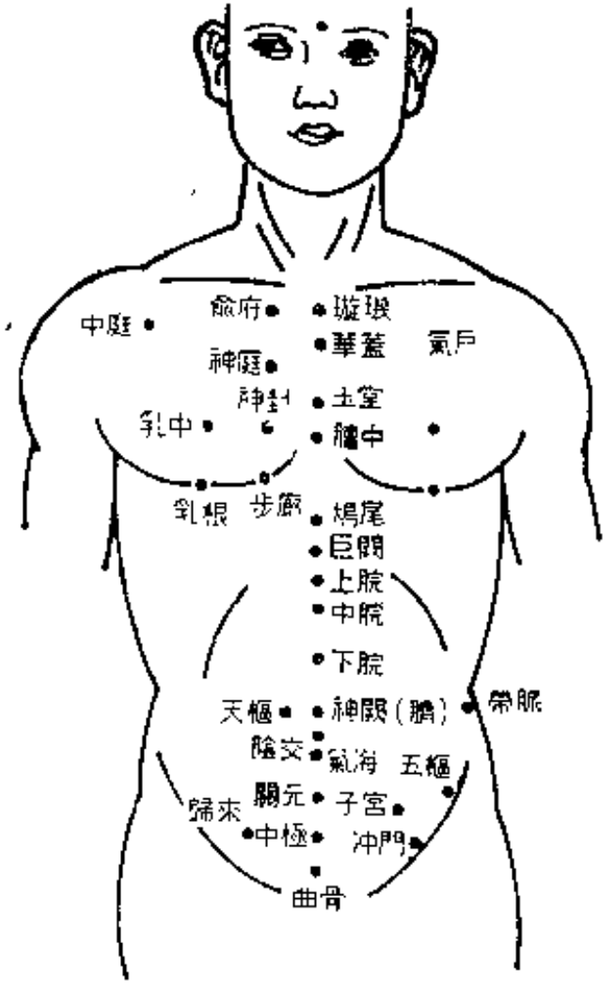
练功前，练功时，切勿空腹或过饱。练功要心情舒畅，排除一切杂念。适当节制房事。每个功法都要循序渐进，不要少练或省练某一势。

附　录

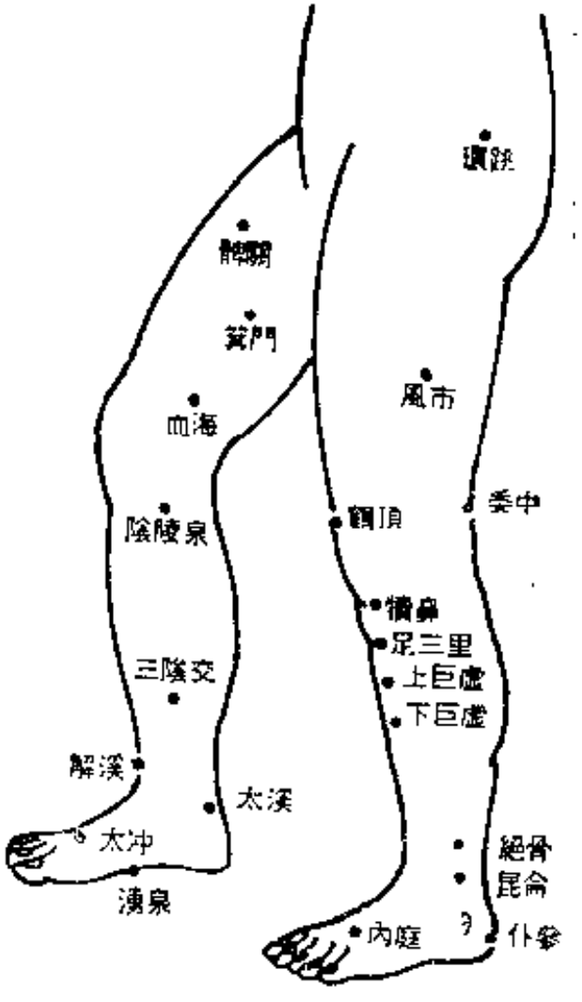
人体各部穴位图



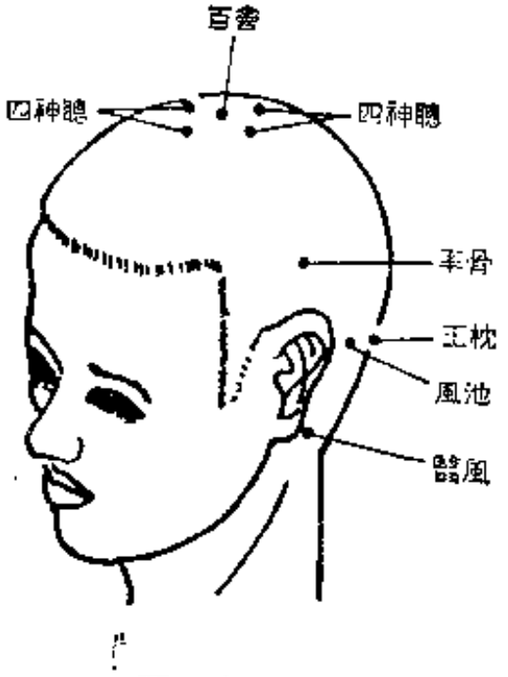
腰背穴位圖


中庭
膻府
璇璣
華蓋
氣戶
神庭
紫宮
玉堂
乳中
膻中
乳根
步廊
鳩尾
巨闕
上脘
中脘
下脘
天樞
神闕(臍)
帶脈
陰交
氣海
五樞
歸來
關元
子宮
中極
冲門
曲骨

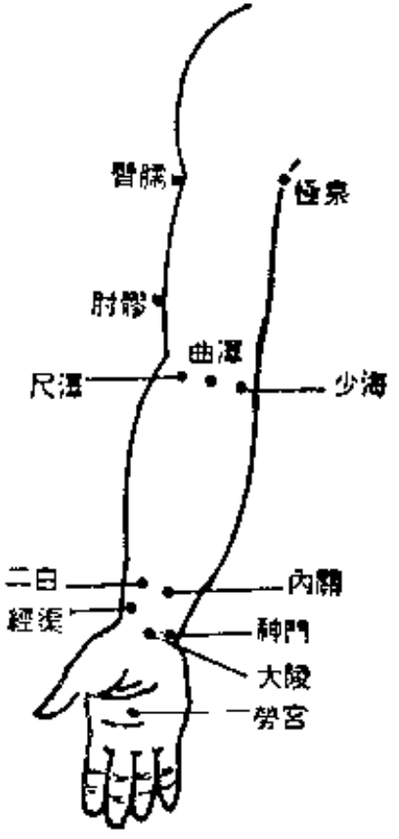
胸腹穴位圖

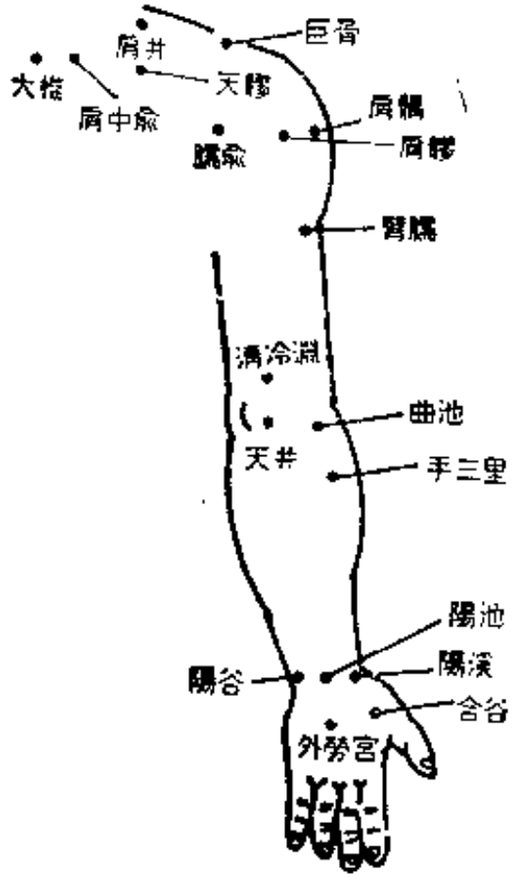

環跳
髀關
梁門
風市
血海
陰陵泉
膝頂
委中
犢鼻
足三里
三陰交
上巨虛
下巨虛
解溪
太溪
太冲
絕骨
崑侖
湧泉
內庭
仆參

下肢穴位圖

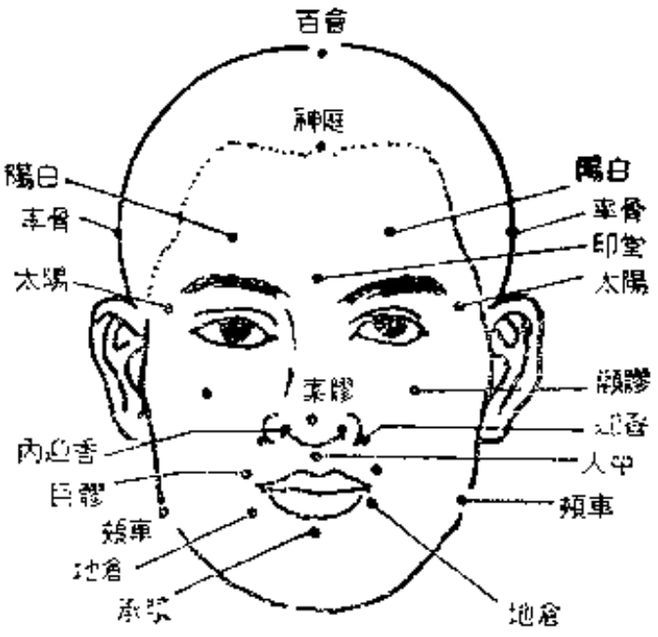


頭部穴位圖

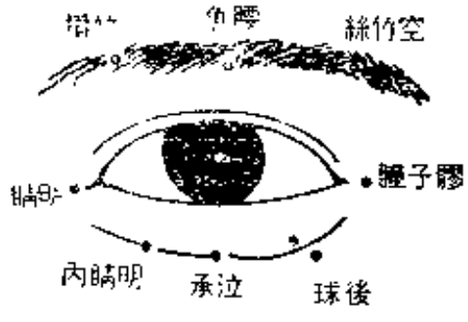




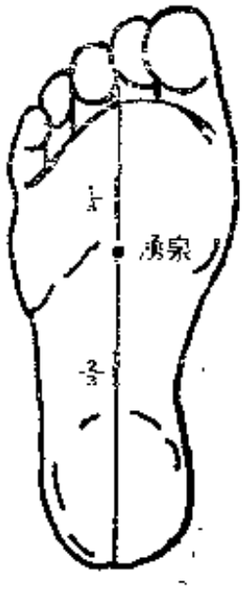
肩、臂、手部穴位圖



面部穴位圖



眼部穴位圖



腳板穴位圖

参 考 文 献

〔1〕黄帝内经，上海科技出版社·

〔2〕孙思邈·千金要方，人民卫生出版社，1982年9月。

〔3〕王焘·外台秘要，人民卫生出版社，1955年5月.

〔4〕张景岳·景岳全书，上海科技出版社，1959年9月.

〔5〕熊应雄·小儿推拿广义，中国书店，1987年12月.

〔6〕张振鋆·厘正按摩要术，中国书店，1986年12月.

〔7〕杨继洲·针灸大成，人民卫生出版社，1963年3月.

〔8〕吴谦·医宗金鉴·正骨心法要旨，人民卫生出版社，1973年4月.

〔9〕少林拳术秘诀，天津古藉出版社，1988年1月.

〔10〕金一明·武当拳术秘诀，中国书店，1985年3月.

〔11〕刘殿琛·形意拳术抉微，中国书店，1984年3月.

〔12〕凌善清·形意五行拳图解，中国书店，1984年4月.

〔13〕卢景贵·曹氏八卦掌谱，天津古藉书店，1988年2月.

〔14〕上海中医学院·中医推拿学，上海人民出版社，1985年10月.

〔15〕上海中医学院·推拿学，上海人民出版社，1975年12月.

〔16〕骆竞洪·实用中医推拿学，重庆出版社，1982年2月.

〔17〕张安祯等·中医骨伤科学，人民卫生出版社，1988年2月.

〔18〕骆竞洪等·中华推拿医学志 ——手法源流，重庆科技文献出版社，1987年7月.

〔19〕张长江等·中医骨伤科推拿手法，中医古籍出版社，1989年5月。
〔20〕李永昌·中国按摩术，安徽科技出版社，1985年6月。
〔21〕徐畏三·擒拿法真传秘诀，中国书店，1984年12月。
〔22〕刘光瑞·中国民间推拿术，重庆科技文献出版社，1987年3月。
〔23〕刘世森·按摩奇术图识，人民卫生出版社，1988年7月。
〔24〕王启民·家庭按摩指南，中国环境科学出版社，1988年9月。
〔25〕王友仁·家庭按摩治病与健康，知识出版社，1985年11月。
〔26〕徐艾等·自我按摩与家庭保健，湖北科技出版社，1988年7月。
〔27〕喻德元·武当伤科，江西科技出版社，1989年1月。
〔28〕金义成·推拿自学入门，上海科技出版社，1987年4月。
〔29〕金义成·推拿学基础，上海中医学院出版社，1987年12月。
〔30〕北京中医学院东直门医院·刘寿山正骨经验，人民卫生出版社，1987年8月。
〔31〕金义成·小儿推拿学，上海中医学院出版社，1988年5月。
〔32〕沈跃生等·伤科临床推拿法，金盾出版社，1986年12月。
〔33〕董好魁等·脏腑经络按摩，河北人民出版社，1981年1月。
〔34〕潘新平·中医推拿与临床应用，湖北科技出版社，

1986年10月.
〔35〕金德康·推拿防治冻肩，上海翻译出版公司，1987年7月.
〔36〕狄建新·点穴按摩与时间治疗，甘肃科技出版社，1989年4月.
〔37〕黄鼎坚·点穴疗法，广西科技出版社，1988年8月.
〔38〕孙树椿等·实用推拿手法彩色图谱，中国医药科技出版社，1988年8月.
〔39〕黄孝宽等·中华气功点穴疗法精粹，北京体育学院出版社，1988年5月.
〔40〕崔永华等·点穴与解穴，东南大学出版社，1989年9月.
〔41〕上海第一医院·实用内科学，人民卫生出版社，1973年3月.
〔42〕上海中医学院·中医妇科临床手册，上海科技出版社，1981年7月.
〔43〕上海中医学院附属曙光医院·中医儿科临床手册，上海科技出版社，1980年2月.
〔44〕李茂林·按摩推拿手法萃锦，人民卫生出版社，1989年.
〔45〕刘进海·自我推拿手册，辽宁科技出版社，1989年1月.
〔46〕丁继华等·中医骨伤科荟萃，中国古籍出版社，1986年12月.
〔47〕孙承南·齐鲁推拿医术，山东科技出版社，1987年7月.
〔48〕邱茂良等·针灸学，上海科技出版社，1985年10月.

[General Information]
书名=中国按摩大全（修订版）
作者=张有寓
页数=773
SS号=10224957
出版日期=1993年11月第1版