

推拿治疗学(筋伤) 大字版讲义

供滨州医学院中医学专业（针灸推拿学方向）使用

滨州医学院

传统康复教研室主编

目 录

第一章 筋伤病症常用检查	1
第一节 颈椎检查	1
第二节 腰背、骨盆、髋部检查	4
第三节 四肢检查	10
第二章 筋伤病症推拿	21
第一节 落枕	21
第二节 颈椎病	25
第三节 颈椎间盘突出症	35
第四节 寰枢关节失稳	40
第五节 前斜角肌综合征	44
第六节 胸肋进伤（岔气）	48
第七节 棘上、棘间韧带损伤	52
第八节 脊椎小关节紊乱	57
第九节 急性腰扭伤	62
第十节 慢性腰肌劳损	67
第十一节 腰背部肌筋膜炎	72
第十二节 第3腰椎横突综合征	77
第十三节 腰椎退行性骨关节炎	83
第十四节 腰椎滑脱症	88
第十五节 腰椎间盘突出症	93

第十六节 腰骶部劳损	104
第十七节 特发性脊柱侧弯	107
第十八节 骶髂关节损伤	111
第三章 四肢筋伤病症推拿	117
第一节 肩关节周围炎	117
第二节 冈上肌肌腱炎	125
第三节 肩袖损伤	130
第四节 肱二头肌长头肌腱腱鞘炎	136
第五节 肩峰下滑囊炎	141
第六节 肱骨外上髁炎	146
第七节 桡骨茎突狭窄性腱鞘炎	158
第八节 腕关节扭伤	164
第九节 腱鞘囊肿	169
第十节 腕管综合征	173
第十一节 指屈肌腱狭窄性腱鞘炎	178
第十二节 指间关节扭伤	183
第十三节 髌关节滑囊炎	186
第十四节 梨状肌综合征	192
第十五节 臀上皮神经损伤	197
第十六节 膝关节内外侧副韧带损伤	201
第十七节 半月板损伤	206
第十八节 髌骨软骨软化症	214

第十九节 髌下脂肪垫损伤	220
第二十节 膝关节创伤性滑膜炎	224
第二十一节 膝骨关节炎	229
第二十二节 腓肠肌痉挛	236
第二十三节 踝关节扭伤	240
第二十四节 踝管综合征	246
第二十五节 跟痛症	252
推拿治疗学（筋伤）实训讲义 1	258
推拿治疗学（筋伤）实训讲义 2	268
推拿治疗学（筋伤）实训讲义 3	277

第一章 筋伤病症常用检查

第一节 颈椎检查

颈椎触诊练习

触诊的顺序：枕骨下方、颈椎棘突、棘间、椎旁、颈肩交界区、锁骨上方等部位。用大拇指仔细点揉这些部位，并注意其改变，询问患者有无压痛。

压痛及是否有放射痛：直接反映病变部位，浅表压痛说明病变部位浅，多为棘上、棘间韧带、筋膜、肌肉的损伤，深压痛表明是椎体或附件有病变或损伤。

肌肉僵硬、痉挛：落枕，扭挫伤。

颈椎专业检查法及临床意义

一、臂丛神经牵拉试验

具体操作步骤如下：

- 1.请患者采取坐位，医生站在患者侧后方。
- 2.医生请患者小甲将左臂伸直，头向右侧伸，医生的左手握住患者左手的腕部，医生的右手按住患者的头部。
- 3.医生双手同时反方向牵拉，询问患者此时的反应。
- 4.如果无特殊反应，则表示患者的神经根没有受压。如果患者表示被拉的一侧上肢因为臂丛神经被牵拉而导致疼痛或麻木感或过电感出现，提示左侧颈部神经根受压，疼痛或麻木感越重，神经受压越厉害，为了进一步确诊神经根型颈椎病，此时，需要

再加两个颈部的检查实验。这就是椎间孔挤压试验 1/2 和椎间孔分离试验。

二、椎间孔挤压试验

具体操作步骤如下：

1.请患者采取坐位，头部侧屈后伸。这个侧屈应该是哪一侧呢，对，头向左侧屈，就是疼的这一侧。

2.医生站在患者正后方，让患者的头靠在医生的胸部。医生双手放在患者的头顶部。

3.医生双手合力向下按压患者头顶，询问患者此时的反应。

4.如果无特殊反应，则表示患者的神经根没有受压。如果患者表示颈部疼痛加重并向一侧上肢放射，提示一侧颈部神经根受压，放射感越重，神经受压越厉害。

还有一种的检查椎间孔挤压试验简单一些。同样也是 4 步，和上面的椎间孔挤压试验比较，没有了让头部侧屈后伸这一步，就是正常坐位向前看。

1.请患者采取坐位。

2.医生站在患者正后方，让患者的头靠在医生的胸部。医生双手放在患者的头顶部。

3.医生双手合力向下按压患者头顶，询问患者此时的反应。

4.如果无特殊反应，则表示患者的神经根没有受压。如果患者表示颈部疼痛加重并向一侧上肢放射，提示一侧颈部神经根受压，放射感越重，神经受压越厉害。

三、椎间孔分离试验。一共有 4 步。

请患者采取坐位，头略后仰。

医生站在患者一侧，双手分别托住患者的下颌部和枕部。

医生双手逐渐向上牵引头部。

询问患者的感受。如果无特殊反应，则表示患者的神经根没有受压。如果患者表示颈部和上肢疼痛缓解，即为阳性，一般是神经根型颈椎病。而且随后的治疗中，可以牵引治疗。

四、椎动脉扭转试验，也叫旋颈试验，一共有 3 步。

请患者采取坐位，头略后仰。

请患者自动向左、右做旋颈，也就是向左转头、向右转头。

询问患者的感受。如果患者出现眩晕、复视、恶心等症状，表示现在椎动脉受压了，一般是椎动脉型颈椎病。

这个试验对医生位置没有要求，但是稍微如果严重椎动脉受压的患者在阳性结果出现时甚至会晕倒，针对这种情况，医生可以站在患者一侧做保护，也可以让患者躺在治疗床上，采取仰卧位，头在床边悬空，头尽量后仰，然后左右转头。也可以引发阳性反应。

五、Adosn 征 让患者取坐位。

医生站于患侧后方，以一手触摸患侧桡动脉，然后嘱其吸气、挺胸、闭气，仰头，再将头转向对侧。如桡动脉搏动减弱或消失即为 Adosn 征阳性，提示胸廓出口综合征。

六、挺胸试验 患者站立，两臂后伸，挺胸。

医生站在患侧后方，触摸患者桡动脉。如桡动脉减弱或消失，上肢有麻木感或疼痛即为挺胸试验阳性，提示锁骨下动脉及臂丛神经在第一肋骨与锁骨间隙受压（肋锁综合征）。

七.超外展试验 患者取坐位。

医生站于侧后方，一手触摸患侧桡动脉，嘱患者上肢从侧方外展、上举。如桡动脉搏动减弱或消失即为超外展试验阳性，提示锁骨上动脉被喙突及胸小肌压迫（超外展综合征）。

第二节 腰背、骨盆、髋部检查

一、腰背检查

触诊

1.触摸棘突 医生将中指置于棘突尖上，食指、无名指放于棘突两侧，自上而下滑行触摸，注意棘突有无异常隆起或凹陷，棘突间隙是否相等，棘突、棘上韧带及棘间韧带有无增厚肿胀及压痛，棘突的排列是否在一条直线上，有无侧弯或棘突偏歪。

2.压痛点 浅表压痛说明病变浅在，多为棘上、棘间韧带、筋膜、肌肉的损伤；深压痛表明可能是椎体或附件有病变或损伤。

(1)第3腰椎横突综合征，横突尖部有明显的深在压痛，并有时沿臀上皮神经向臀部放射。

(2)第4-5腰椎间盘突出突出的患者 第4-5腰椎棘突间的部位有明显的深在压痛并向患侧放射至下肢和足。

(3)中线部位有深在压痛，可能有结核或椎体骨折

二、腰背部专业检查法及临床意义

1.胸廓挤压试验 用于诊断肋骨骨折和胸肋关节脱位。分3步：

第1步 患者坐位，医生在患者一侧。先进行前后挤压，医生一手扶住患者后背部，另一手从前面推压胸骨部。

第2步 医生双手发力，使之产生前后挤压力，如有肋骨骨折时，则骨折处有明显疼痛感或出现骨擦音；

第3步 医生将双手放置于胸廓两侧，然后向中间用力挤压，如有骨折或胸肋关节脱位，则在损伤处出现疼痛。

2.脊柱叩痛试验 分2步：

第1步 患者取坐位。医生左手掌面放在患者头顶，右手半握拳。

第2步 医生以右手小鱼际叩击左手，观察患者有无疼痛。如果患者有疼痛但是部位不明显，可以以叩诊锤或手指直接叩击各个脊椎棘突。找到疼痛的棘突，疼痛提示该部位可能存在骨折。

3.腰骶关节试验又叫做骨盆回旋试验，主要用于检查腰骶部疾患。分2步：

第1步 患者仰卧，双腿并拢，医生应嘱其尽量屈膝、屈髋，医生双手扶住患者膝部。

第2步 医生双手用力向下按压患者膝部，使大腿贴近腹壁，这时腰骶部呈被动屈曲状态，如有病变则腰骶部出现疼痛，即为阳性。

4.直腿抬高试验及加强试验分2步：

第1步 患者仰卧，将患侧下肢伸直抬高。

第2步 医生一手握患者足部，另一手保持膝关节伸直，帮助患者做直腿抬高动作。

正常时除腘窝部有紧张感外，双下肢同样能抬高 80° 以上，并无疼痛或其他不适。若一侧下肢或双下肢抬高幅度降低，不能继续抬高，同时伴有下肢放射性疼痛则为直腿抬高试验阳性。见于腰椎间盘突出症。阳性患者应记录其抬高的度数。当直腿抬高到最大限度时将足踝背伸，如引起患肢放射性疼痛加剧者，即为加强试验阳性。借此可以区别由于髂胫束、腘绳肌或膝关节后关节囊紧张所造成的直腿抬高受限。

5.健侧直腿抬高试验：检查健侧腿直腿抬高试验时，如引发患肢坐骨神经放射性痛者为阳性，见于较大的腰椎间盘突出症，或中央型腰椎间盘突出症。

6.坐位屈颈试验

患者取坐位或半坐俯位，两腿伸直。医生使患者颈部前屈，使坐状骨神经处于紧张状态，然后被动或主动向前屈颈，如出现患肢疼痛即为阳性。

7.股神经紧张试验

患者俯卧，双下肢伸直，医生一手固定患者骨盆，另一手握患肢小腿下端。

患者保持膝关节伸直，在医生帮助下将大腿强力后伸，如出现大腿前方放射样疼痛即为阳性，表示可能有股神经根受压。

屈膝试验

患者俯卧位，两下肢伸直。医生一手按住其骶髂部，另一手握患侧踝部。

医生将小腿抬起使膝关节逐渐屈曲，使足跟接近臀部。若出现腰部和大腿前侧放射性痛即为阳性，提示股神经损害，并可根

据疼痛的起始位置判断其受损的部位。

活动度检查患者取直立位，双下肢伸直，双上肢自然放松，腰部正常活动幅度为：前屈： 90° ，后伸： 30° ，侧屈： 30° 旋转： 30° 。

三、骨盆部检查

一、触诊

1. 骶骨背面有广泛压痛，多为骶棘肌起始部筋膜损伤。

2 骶髂关节部压痛，临床多见于骶髂关节炎、骶髂关节扭伤、结核、松动症或早期类风湿。

3 骶尾关节部压痛，则是骶尾部挫伤，骶骨下端骨折或尾骨骨折脱位。

专业检查和临床意义

1. 骨盆挤压试验 用于诊断骨盆骨折和骶髂关节病变。患者卧位。医生两手分别放于髂骨翼两侧，两手同时向中线挤压，如有骨折则会发生疼痛，称骨盆挤压试验阳性。或嘱患者采取侧卧位，医生双手放于上侧髂骨部，向下按压，多用于检查骶髂关节病变。

2. 骨盆分离试验 多用于检查骨盆骨折及骶髂关节病变。患者

仰卧位。医生两手分别置于两侧髂前上棘部，两手同时向外推按髂骨翼，使之向两侧分开，如有骨盆骨折或髋髌关节病变，则局部出现疼痛反应，称为骨盆分离试验阳性。

3.斜扳试验 用于诊断髋髌关节病变。患者取仰卧位，健侧腿伸直，患侧腿屈髋、屈膝各 90° 。医生一手扶住膝部，一手按住同侧肩部，然后用力使大腿内收，向下按在膝部，如髋髌关节出现疼痛为阳性。

4.床边试验用于检查髋髌关节病变。患者平卧，患侧臀部置于床边，健侧腿尽量屈膝、屈髋，医生用手按住膝部，使大腿靠近腹壁，另一手将患腿移至床边外，用力向下按压使之过度后伸，使骨盆沿着横轴旋转，如髋髌关节出现疼痛则为阳性。

四、髋部检查

(一)触诊

以两侧髂前上棘为骨性标志。触摸腹股沟部时，注意淋巴结是否有肿大，局部有无饱满肿胀、压痛等。急性化脓性关节炎、髋关节结核、髋部骨折等，腹股沟部均有肿胀和压痛。髋关节侧面触诊主要是触摸大转子，注意两侧大转子顶部，观察是否有大转子向上移位。大转子向上移位多见于股骨颈骨折、粗隆间骨折、髋关节脱位等。大转子部滑囊炎，在局部可触到较大的囊性肿物，质软可移动。“弹响髋”的表现是当髋关节屈伸活动时，可触到在大转子上来回滑动的髂胫束。在髋关节后方触诊时，注意臀大肌张力和臀部压痛点、梨状肌下缘是坐骨神经出口处，此体表投

影部位如有压痛则多涉及坐骨神经的病变。

五、专业检查和临床意义

1.托马斯(Thomas)征 又称髋关节屈曲挛缩试验，用于检查髋关节有无屈曲挛缩畸形。

患者取仰卧位，腰部放平，先将健侧腿伸直，然后再将患腿伸直，注意观察，达到一定角度时，腰部是否离开床面向上挺起，如腰部挺起则为阳性。

当患肢完全伸直后，再将健肢屈髋、屈膝，使大腿贴近腹壁，腰部也下降贴近床面，此时患肢自动离开床面，向上抬起，亦为阳性。阳性者说明髋关节有屈曲挛缩，常用于检查髋关节结核、髋关节炎或强直、类风湿关节炎、髂腰肌炎等。

2.艾利斯征 又称下肢短缩试验，用于检查下肢有无短缩。患者取仰卧位，两腿并拢屈髋、屈膝，两足并齐，这时观察两膝高度。如患肢低落为阳性，说明有肢体短缩。临床常见于股骨颈骨折、髋关节后脱位、胫腓骨缩短：

4.望远镜试验又称套叠征，用于检查婴幼儿先天性髋关节脱位。检查时患儿仰卧位，两下肢放平伸直。医生一手固定骨盆，另

一手握住膝部将大腿抬高 30° ，并上下推拉大腿，如出现松动感或抽动感，即为阳性。可双侧对照检查。

5.髋关节过伸试验又称腰大肌挛缩试验，患者取俯卧位，患膝屈曲 90° 。医生一手握踝部将下肢提起，使患髋过伸。若骨盆

亦随之抬起，即为阳性，说明髋关节不能过伸。腰大肌脓肿、髋关节早期结核、髋关节强直，可有此阳性体征。

6. 髂胫束挛缩试验

患者侧卧位，健肢在下。

医生立于患者背后，一手固定骨盆，另一手握住患肢踝部，使患膝屈曲 90° ，患髋先屈曲、外展，再后伸，最后放松握踝的手，让患肢自然落下。

正常时落在健肢的后方，若落在健肢的前方或保持上举外展的姿势，则为阳性，说明髂胫束挛缩或阔筋膜张肌挛缩。

7. 髋关节活动度检查患者取仰卧位或直立位。医生嘱患者做髋关节各方向运动，正常范围为：屈曲： $0^\circ \sim 120^\circ$ ；伸展： $0^\circ \sim 15^\circ$ ；外展： $0^\circ \sim 45^\circ$ ；内收： $0^\circ \sim 35^\circ$ ；内旋： $0 \sim 35^\circ$ ；外旋： $0^\circ \sim 45^\circ$ 。

第三节 四肢检查

肩部检查

(一) 触诊

1. 骨性标志 肩部触诊要重点触摸骨性标志。肩峰、大结节、喙突三点组成三角形，称肩三角。肩峰在肩外侧最高点；其下方的骨性高突处为肱骨大结节；肩峰前方为锁骨外侧端；锁骨外、中 $1/3$ 交界处的下方 1 横指、肱骨头内上方为喙突。

2. 压痛点 上述骨性标志往往是临床疾病的常见压痛点。

(1)肩关节周围炎：其压痛点多在肱骨大小结节、结节间沟，喙突和冈上窝部，后期形成广泛性粘连而致功能障碍。

(2)肱二头肌长头肌腱炎：压痛点多局限于结节间沟，且可触及增粗的长头腱。

(3)肱二头肌短头肌腱炎：压痛点多局限于喙突。

(4)三角肌下滑囊炎：压痛广泛，但主要位于三角肌区。

(5)冈上肌腱炎或冈上肌腱断裂：压痛位于肱骨大结节上部。

(6)肩背部筋膜炎：可在背部肩胛骨周围触及多个压痛点和结节。

3.外伤患者检查 触诊尚可用于骨折或脱位的诊断。如锁骨位于皮下，骨折后容易触知；骨折有移位时尚能触及骨擦音和异常活动。肩关节脱位时，肩三角关系改变，并可在肩峰下方触到明显凹陷和空虚感，在腋窝部或肩前方能触到肱骨头。肩锁关节脱位时，在锁骨外端触到突起的骨端，向下按压时，有琴键样弹跳感，并有明显压痛。

专业检查及临床意义

1 搭肩试验 患者屈肘，如手能搭到对侧肩部的同时，肘部能贴近胸壁为正常，若患者不能完成上述动作，或仅能完成两动作之一者为阳性，提示有肩关节脱位的可能。

2.落臂试验 患者站立，先将患肢被动外展 90° ，然后令其缓慢地向下放，如果不能慢慢放下，出现突然直落到体侧则为阳性，说明有肩袖破裂存在。

3.肱二头肌抗阻力试验。患者屈肘 90° 。医生一手扶其肘部，一手扶其腕部，嘱患者用力做屈肘及前臂旋后动作，医生给予阻力，如出现肱二头肌腱滑出，或结节间沟处产生疼痛为阳性，前者为肱二头肌长头腱滑脱，后者为肱二头肌长头腱鞘炎。

4.关节外展试验 患者取立位坐位，患侧上肢伸直下垂，然后缓慢外展上举。医生观察有无疼痛与活动受限。若在某一角度出现疼痛或疼痛加剧，即为阳性。

(1) 外展起始即有疼痛，见于锁骨骨折、肩关节脱位、肱骨骨折、肩关节骨折或肩周炎等。

(2) 外展越接近 90° 位越痛，可能为肩关节粘连。

(3) 外展过程中有疼痛，但到上举时痛反轻或不痛，可能为肩峰下滑囊炎、三角肌下滑囊炎或三角肌损伤

(4) 外展至上举在 $60^{\circ} \sim 120^{\circ}$ 范围内出现疼痛，称“疼痛弧”，此范围外的活动反而不痛、可能为冈上肌腱炎或冈上肌损伤。

(5) 肩锁关节病变的疼痛弧在肩关节外展 $150^{\circ} - 180^{\circ}$ 范围内。

(6) 被动外展超过 90° 以上时，肩峰处有疼痛，可能有肩峰骨折。

5.冈上肌腱断裂试验 嘱患者肩外展，当外展在 $0-30^{\circ}$ 时可以看到患侧三角肌用力收缩，但不能外展上肢，越用力越耸肩。若医生被动外展患肢越过 60° ，则患者又能主动外展上肢。这一特定区外展障碍为阳性，说明有冈上肌腱的断裂或撕裂

6.前屈内旋试验将患肩前屈 90° ，屈肘 90° ，用力使肩内旋，

此时肩袖病变撞击喙突肩峰切带，肩痛为阳性。提示肩袖损伤。

7.前屈上举试验 令患侧屈肘 90° ，医生以手扶患侧前臂，使肩关节前屈、上举，此时肩袖的大结节附着点撞击肩峰的前缘，肩痛为阳性。肩峰下滑囊炎、冈上肌腱鞘炎时，该试验阳性。

8.活动度检查 患者取坐位或直立位。医生嘱患者行肩关节各方向运动，检查运动功能，正常范围：前屈： $0^{\circ} \sim 90^{\circ}$ ；后伸： 40° ；外展： $80^{\circ} - 90^{\circ}$ ；内收： $20^{\circ} \sim 40^{\circ}$ ；内旋： $90^{\circ} - 110^{\circ}$ ；外旋： $0^{\circ} - 50^{\circ}$ ；上举： $160^{\circ} - 180^{\circ}$ 。

肘部检查

（一）触诊

1. 肘后三角触诊 时关节屈曲 90° 时，肱骨外上髁、内上髁和尺骨鹰嘴突三点连线构成的等腰三角形，称肘后三角。当肘关节伸直时，则三点在一条直线上。临床通过检查三点关系的变化判断肘部骨折或脱位。肱骨髁上骨折时，三点关系保持正常；而肘关节脱位，则此三角关系破坏。可以此鉴别肱骨髁上骨折和肘关节脱位。此外尺骨鹰嘴骨折，近端被肱三头肌拉向上方，肱骨内、外髁骨折移位，肘后三角亦会发生改变。故触摸肘后三角时，先触到尺骨鹰嘴突，然后再摸肱骨内、外髁，对此三点仔细观察，可判断肘部的骨折和脱位。

2. 肘部常见压痛 肱骨外上髁为前臂伸肌群的起点，容易造成牵拉性损伤（或劳损）而形成肱骨外上髁炎。尤其网球运动员多发，故有“网球肘”之称。而肱骨内上髁压痛则为肱骨内上髁炎，但

临床较少见。小儿桡骨头半脱位时，压痛点在桡骨小头前方：成人桡骨小头骨折，压痛点在肘前外侧。此外，肱骨内、外髁撕脱骨折、尺骨喙突和鹰嘴突骨折，压痛，点在骨折的局部。在肘后部触摸到囊性包块，多是尺骨鹰嘴突滑囊炎：若在鹰嘴突两侧触到黄豆大小的硬性包块，可在关节内移动，多是关节内游离体（或称关节鼠）。损伤后期，如在肘前方触及边界不清、硬度较大肿块，多为骨化性肌炎。

临床意义

1.网球肘试验 前臂稍弯曲，手呈半握拳，腕关节尽量屈曲，然后将前臂完全旋前，再将肘伸直。为如在肘伸直时，肱桡关节的外侧发生疼痛即为阳性，提示肱骨外上髁炎。

2 腕伸、屈肌紧张（抗阻力）试验 嘱患者握拳，屈腕。医生按压患者手背，患者抗阻力伸腕，如肘外侧疼痛则为阳性，提示肱骨外上髁炎：反之如嘱患者伸手指和背伸腕关节，医生以手按压患者手掌，患者抗阻力屈腕，肘内侧痛为阳性，提示肱骨内上髁炎。

3.前臂收展试验用于判断是否有肘关节侧副韧带损伤。患者与医生对面坐，上肢向前伸直。医生一手握住肘部，一手握腕部并使前臂内收，握肘部的手推肘关节向外，如有外侧副韧带断裂，则前臂可出现内收运动。若握腕部的手使前臂外展，而拉肘关节向内，出现前臂有外展运动，则为内侧副韧带损伤。

关节活动度

(1)屈肘运动：肘关节屈伸运动以肘关节伸直位为 0° 计算。患者取坐位或站立位医生属患者时关节完全伸直后再屈肘，正常可达 140° 。

(2)伸肘运动：患者体位与检查屈肘运动相同。检查时嘱患者做最大限度的屈肘然后再伸直，正常为了 $0\sim10^{\circ}$ 。

(3)旋后运动：患者取坐位或站立位，前臂置中立位，屈肘 90° ，两上臂紧靠胸壁侧面，两手半握拳，拇指向上。医生嘱患者前臂做旋后动作，正常可达 90° 。两侧对比检查。

(4)旋前运动：患者取坐位或站立位，前臂置中立位，屈肘 90° 。嘱患者做旋前动作，正常可达 $80-90^{\circ}$ 。两侧对比检查。

腕和手部检查

(一)触诊

1.腕和手部肿块月骨脱位时，在腕掌侧中央部能触到向前移位的骨块；腕背侧触得形状大小不一、边界清楚的孤立性囊性肿物多为腱鞘囊肿；桡骨茎突狭窄性腱鞘炎急性炎症期，可触及局部明显高凸。内生软骨瘤发生在指骨者最多，骨向外肿大变粗，呈梭形，触之质硬，无移动，边界不清。

2.腕和手部压痛桡骨茎突部压痛多系拇长伸肌腱、拇短伸肌腱腱鞘炎；腕部损伤，若鼻烟窝部压痛，多为腕舟骨骨折；腕掌侧正中压痛，可能是月骨脱位或骨折；在腕背侧正中压痛，多是伸指肌腱腱鞘炎；下尺桡关节间和尺骨小头下方压痛，多是腕三角软骨损伤、下尺桡关节脱位；腕管综合症的压痛点，多在腕掌

侧横纹正中部，且多伴有手指放射痛和麻木感。若掌指关节近端掌侧面有压痛（即掌骨头部），多是屈指肌腱腱鞘炎。

（二）临床意义

1. 腕三角软骨挤压试验

判断是否有三角软骨损伤。检查时嘱患者屈肘 90° ，掌心向下。医生一手握住前下端，另一手握住手掌部，使患手尺偏，然后伸屈腕关节，使腕关节部发生挤压和研磨，如疼痛加重即为阳性。

2. 握拳试验 常用于诊断桡骨茎突狭窄性腱鞘炎。检查时嘱患者屈肘 90° ，前臂中立位握拳，并将拇指握在掌心中。医生一手握住前臂下端，另一手握住患者手部，使腕关节尺偏，如在桡骨茎突部出现剧烈疼痛，则为阳性。

3. 霍夫曼征 快速弹压被夹住的患者中指指甲，引起诸手指的掌屈反应为阳性，提示锥体束受损。

4. 指浅屈肌试验 医生将患者的手指固定于伸直位，然后嘱患者屈曲需检查手指的近端指间关节，若不能屈曲，表明该肌腱有断裂或缺如。

5. 指深屈肌试验 检查时将患者掌指关节和近端指间关节固定在伸直位，然后让患者屈曲远端指间关节，若不能屈曲，表明该肌腱可能有断裂或该肌肉的神经支配发生障碍

6. 屈指试验 本试验可评价手内在肌的张力。检查时，使患者掌指关节过伸，然后屈曲其近端指间关节，若近端指间关节

不能屈曲，则可能是内在肌紧张或是关节囊挛缩。

7.腕和手部运动检查

(1)伸腕运动：正常伸腕可达 60° 。屈腕运动：，正常屈腕可达 60° 。

(2)腕桡偏运动：医生嘱患者的手向桡侧做桡偏运动，正常可达 30° 。腕尺偏运动：患者体位同前。医生嘱患者手向尺侧做尺偏运动，正常可达 40° 。

膝部检查

(一)触诊 患者仰卧，两腿伸直，髌上滑囊炎时，在髌骨上方能触到囊性肿块，有波动和轻度压痛。髌骨横形骨折时，在髌骨前面能触到裂隙和明显沟状凹陷，压痛敏感。髌骨软化症向下按压髌骨，使髌骨轻轻移动，可出现明显的疼痛反应。胫骨结节骨骺炎，局部能触到高凸坚硬的包块，压痛明显。髌下脂肪垫肥厚，在髌韧带两侧可触到饱满柔韧的硬性包块。膝关节间隙压痛，可能为半月板损伤。腘窝囊肿可在腘窝中触到囊性包块，有时可有触痛。

(二)临床意义

1.浮髌试验用于检查膝关节腔内积液。检查时患肢伸直。医生一手压在髌上囊部，向下挤压使积液流入关节腔内。然后用另一手拇、中指固定髌骨内外缘，食指按压髌骨，这时可感到髌骨有漂浮感，重压时下沉，松开时浮起称浮髌试验阳性。

2.侧副韧带损伤试验 用于检查膝关节侧副韧带是否有断裂。

患者仰卧位，患腿伸直。医生一手扶膝侧面，另一手握住踝部，然后使小腿做被动的内收或外展动作。如检查内侧副韧带，则一手置膝外侧推膝部向内，另一手拉小腿外展，注意有无松动感和内侧疼痛。若检查外侧副韧带，则一手置膝内侧拉膝部向外，另一手推小腿内收，若膝外侧疼痛和产生松动感亦为阳性，表明有侧副韧带断裂或损伤。

3.麦氏征试验又称回旋挤压试验，是诊断半月板损伤最常用的试验方法。患者取仰卧位，双下肢伸直，如检查内侧半月板损伤，医生一手扶患膝，另一手握住足踝部，先将膝关节屈曲到最大限度时，然后使膝外旋、小腿内收，并逐渐伸直膝关节，这样使膝关节内侧间隙产生挤压力和研磨力。如发生弹响和疼痛即为阳性。如使小腿外展、膝内旋，可以检查外侧半月板损伤。

4.研磨提拉试验 患者俯卧，使患膝屈曲 90° 。医生一手按住大腿下端，另一手握住患肢踝部提起小腿，使膝离开床面，做外展、外旋或内收、内旋活动。若出现膝外侧或内侧疼痛，则为研磨提拉试验阳性，说明有内侧或外侧副韧带损伤。若医生双手握足踝部，使膝关节在不同角度加压研磨，同时做外展外旋或内收内旋，如出现膝关节疼痛和弹响为阳性，说明有内侧或外侧半月板损伤。由于该试验有两种临床意义，故研磨和提拉检查又用于鉴别半月板和侧副韧带损伤。

踝部和足部触诊

（一）触诊

内踝骨折时压痛点在内踝前下方、内踝尖端部；外踝骨折时，局部肿胀明显，压痛在外踝部；外侧副韧带损伤，肿胀和压痛都在外踝前下方。常见的足部触诊有以下几种情况：

1.足腓长伸肌腱鞘炎时，在足背部呈长条状肿胀，并有明显触痛。

2.跖骨骨折时，可顺跖骨轴线肿胀，并能触到骨折端及压痛。

3.第2跖骨头无菌性坏死，压痛在第2跖趾关节近端。

4.舟骨内侧向内凸出，可能是副舟骨畸形或胫后肌止点骨质无菌性坏死。

5.跟距关节间隙压痛可能为跟距关节炎。

6.在第1跖骨头内侧皮下囊性肿块，而压痛明显，常为外翻形成的滑囊炎

7.第5跖骨基底部骨折，压痛和肿胀在足外侧第5跖骨近端。

8.足跟触痛伴肿胀多见于跟骨骨折、跟骨结核、跟骨骨髓炎等。

9.无肿胀的跟骨周围痛，若在跟骨结节部，则为跟腱炎。

10.跟骨底部痛，不能行走负重，往往是跟骨脂肪垫肥厚、跟骨骨刺或跟底滑囊炎。

11.青少年如有跟后部痛，多见于跟骨骨髓炎。

(二)临床意义

1.跟腱挛缩试验跟腱挛缩常由比目鱼肌和腓肠肌挛缩引起。该试验可进行两者鉴别。患者取坐位，医生使小腿自然下垂，若

膝关节屈曲，踝关节下垂屈曲畸形为比目鱼肌挛缩。如膝关节伸直位，踝关节不能背伸，则腓肠肌挛缩。如膝伸直或屈曲位均出现跖屈，则为双肌挛缩。

2.踝阵挛 医生一手托住腘窝，一手握足，用力使其踝关节突然背伸，然后放松，踝关节产生连续、重复的伸屈运动则为阳性，提示有锥体束损害。

3.巴宾斯基征 轻划足底外侧，引起足拇趾背屈，余趾呈扇形分开的反应为阳性，提示有锥体束损害。

第二章 筋伤病症推拿

第一节 落枕

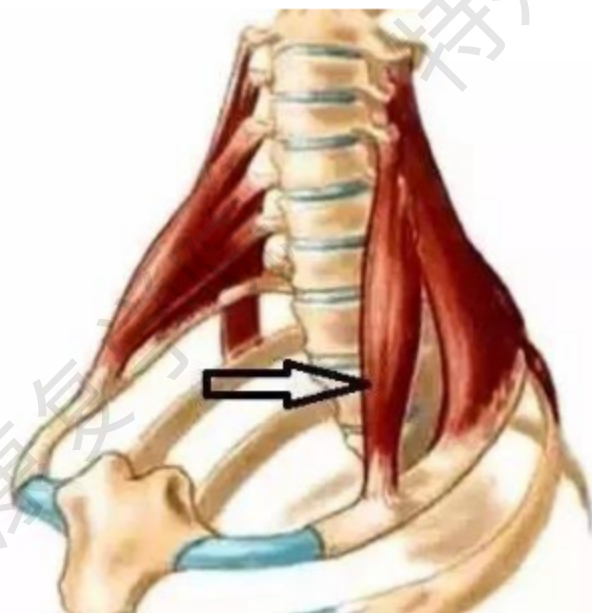
一、定义

落枕是指睡醒后颈部出现以酸痛、颈项僵硬、活动不利等为主要临床表现的疾病。本病多见于青壮年，男性多于女性，冬春季节发病率较高。若经常性落枕，可能是颈椎病前期症状。本病轻者数日可愈，重者疼痛剧烈，甚至迁延数周不愈，影响工作和生活。本病属中医学“项筋急”范畴。

二、解剖

颈部可做前屈、后伸，左、右旋转，左、右侧屈及环旋7个方向的运动。颈部的肌群包括颈阔肌、胸锁乳突肌、斜方肌、头夹肌、半棘肌、肩胛提肌等，以脊柱为中轴呈对称性分布，主司头和颈肩部各种运动。本病主要与斜角肌和胸锁乳突肌关系密切。

斜角肌斜角肌由前斜角肌、中斜角肌、后斜角肌组成，由颈5、6脊神经前支支配。前斜角肌起于第3颈椎至第6颈椎横突前结节，止于第1肋骨上缘内侧；中斜角肌起于第2颈椎至第7颈椎横突后结节，止于第1肋骨上缘外侧；后斜角肌起于第5颈椎至第7颈椎横突后结节，止于第2肋骨侧面。中斜角肌参与颈椎侧屈、侧旋和前屈运动。



胸锁乳突肌起于胸骨柄前面和锁骨的胸骨端，止于颞骨乳突。一侧胸锁乳突肌收缩，使头向同侧侧屈，脸转向对侧；两侧同时收缩，作用于寰枕关节额状轴后面时使头后伸，作用于寰枕关节额状轴前面时使头前屈。

颈部韧带颈部韧带主要有棘上韧带和棘间韧带，棘上韧带起于下项线，附着于棘突之上，又称项韧带；棘间韧带位于两个棘突之间，具有加强颈椎稳定性的作用。



三、病因病机

1.颈部肌肉损伤因睡眠时枕头过高、过低或过硬，或睡卧姿势不良，枕头过度偏转等因素，使头颈处于过伸或过屈状态，引起颈部一侧肌肉长时间受到牵拉紧张，使颈椎小关节扭错，处于过度紧张状态而发生静力性损伤，损伤往往以累及一侧软组织为主；或某种原因导致头颈扭闪，肌肉强烈收缩或被牵拉，导致颈肌纤维或韧带等组织发生损伤；或汽车突然急刹车而致颈椎快速前后摆动导致损伤。临床主要以肌肉痉挛、局部疼痛及活动受限等为主要表现。

2 风寒湿邪侵袭睡眠时受寒，盛夏贪凉，使颈背部肌肉保护性痉挛，或两侧肌张力不对称，以致僵硬疼痛不适，活动不利。

中医学认为，素体虚弱，缺乏筋肉锻炼，气血不足，循行不畅，筋肉舒缩活动失调，或夜寐颈项部外露，复遭风寒侵袭，致使经络不舒，气血凝滞，筋络痹阻，僵凝疼痛而发病。《伤科汇纂·旋台骨》中有“因挫闪及失枕项强痛者”的记载。因此，颈部突然扭转或肩扛重物，或经常低头工作，颈肌慢性劳损，致使颈部筋肌扭伤、痉挛，也是导致本病的原因之一。

四、诊断

1.病史有颈部肌肉损伤史，或颈项部受风寒史。

2.症状(1)疼痛颈项部疼痛，疼痛向患肩、项背部牵掣放射，动则症状加重。

(2)活动受限头歪向患侧，颈部功能活动明显受限，主动、被

动活动均受牵掣。

3.体征(1)肌痉挛患侧肌肉痉挛，触之呈条状或块状，常累及胸锁乳突肌、斜角肌或肩胛提肌。

(2)局部压痛若在胸锁乳突肌处有肌张力增高感和压痛者，为胸锁乳突肌损伤；在锁骨外 1/3 处（肩井穴）或肩胛骨内侧缘有肌紧张感和压痛者，为斜方肌、斜角肌损伤；在上三个颈椎棘突旁和同侧肩胛骨内上角处有肌紧张感和压痛者，为肩胛提肌损伤。

(3)活动受限颈部功能活动受限，尤以左右旋转时颈部活动受限最为明显，甚至要转动身体才能左右视物；严重者颈椎各方向活动均受限。

(4)特殊检查椎间孔挤压试验、臂丛神经牵拉试验均为阴性。

3.辅助检查 X 线检查未见明显异常，少数患者可见颈椎生理曲度变直、椎体前缘轻度骨质增生改变等。

五、推拿治疗

1.治法：舒筋活血，解痉止痛。

2.手法：揉法、拿法、按法、揉法、弹拨法、拔伸法、摇法、扳法、擦法、拍法。

3.取穴与部位：落枕、风池、天柱、天宗、颈夹脊、肩外俞、阿是穴、颈肩部。

4.操作

(1)揉摇颈肩部 患者取端坐位，医者用小鱼际揉法在其患侧颈肩部轻柔施术，同时配合颈部轻缓的屈伸和旋转活动。操作约

3 分钟，以促进局部气血运行。

(2)拿拨颈肩部 医者提拿颈项及肩部，并弹拨局部痉挛的肌束，手法力度宜轻。操作约 2 分钟，以舒筋活血。

(3)按揉穴位 医者用拇指或中指按揉落枕、风池、天柱、天宗、颈夹脊、肩外俞、阿是穴，以得气为度。操作约 5 分钟，以激发经气，温经通络。

(4)揉拿、弹拨痉挛肌束 医者根据压痛点及肌痉挛的部位，分别在痉挛肌肉的起止点和肌腹部用按揉法、拿法、弹拨法施术。操作约 3 分钟，以解痉止痛。

(5)拔伸摇颈 患者自然放松颈部，医者一手托住患者下颌，另一手托住枕后部，双手同时用力向上牵拉拔伸，边做拔伸，边做颈部前屈、后伸动作数次，再缓慢左右摇颈 5—10 次，以解痉通络。

(6)旋转提颈 对颈椎后关节有侧偏、压痛者，在颈部微前屈的状态下，医者以一手拇指按于压痛点处，另一手托住其下颌部，向患侧旋转至有一定阻力感时，再快速、小幅度的向上提拉颈椎，以整复后关节错缝。

擦拍肩背 医者沿患侧肌纤维走行方向做擦法，再轻轻拍打、叩击肩背部 10 次。

第二节 颈椎病

颈椎病是指颈椎间盘及其继发性椎间关节退行性变所致脊

随、神经、血管损害而出现相应症状和体征的疾病。临床常表现为颈、肩臂、肩胛上背及胸前区疼痛，手臀麻木，肌肉装缩，甚至雄疾。轻者头、颈、肩臂麻木疼痛，重者可致肢体酸软无力，甚至大小便失禁、难。临床常分为颈型、神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感神经型和混合型。本病好发年龄为 30~60 岁，颈椎病好发部位以 C5~C6 最常见，其次为 C4~C5、C6~C7。近年来，本病的发病率较高，有明显低龄化趋势。本病属于中医学“项痹”“眩晕”“痿证”“头痛”等范畴。

【应用解剖】

1 寰枕关节由枕骨隆突与度椎的上关节凹构成水平面关节，依赖寰枕筋膜维系其稳定，可有轻度侧偏运动，寰椎侧块的横突孔供椎动脉穿出。该关节有 C1 脊神经根、椎动脉经过，易受刺激或挤压产生相应症状。

2 寰枢关节由寰椎和枢椎齿状突构成的复合关节，寰椎环绕齿状突可做旋转运动。该关节没有椎间孔，C2 神经根从关节间隙穿出，易受挤压、刺激而发生疼痛。

3 枕下三角由头后大直肌、头后小直肌、头上斜肌、头下斜肌四块肌肉构成，位于寰枢关节的外侧，左右各一。枕大神经、枕小神经、耳大神经、耳小神经、椎动脉从该三角区经过，易受刺激、挤压而产生相应组织分布区域症状。

4. 关节突关节由上位椎体的下关节突与下位椎体的上关节突及关节囊构成，左右各一。起到稳定脊柱，引导脊柱旋转、屈伸、

侧屈的作用。当该关节发生紊乱、错缝、滑膜嵌顿时，则可产生疼痛、运动功能障碍。

5.钩椎关节由 C3~C7 椎体的钩突与上位椎体的下唇缘构成，左右各一。其相邻的组织有椎动脉、神经根、脊膜后支和交感神经丛等。当钩椎关节增生时，可压迫、刺激相邻组织而产生症状。

6.椎管由椎体后缘、椎弓及后纵韧带、黄韧带构成，供脊髓通行的管道。当椎间盘髓核膨出、突出、脱出，黄韧带肥厚则形成软性椎管狭窄；椎体后缘骨质增生则形成硬性椎管狭窄，产生相应症状。

7.横突孔第 6 颈椎至寰椎的两侧均有横突孔，有保护椎动脉的作用。椎动脉自第 6 颈椎横突孔进入向上直行，穿出寰椎，沿寰椎的椎动脉切迹走行，约于齿状突与乳突连线的中点处经枕骨大孔进入颅内，易受寰枕筋膜痉挛、挤压、刺激的影响而发生血管痉挛。

【病因病机】

颈椎退行性变、先天发育异常是本病发生的内侧支内因，各种急慢性颈部损伤是本病发生的外因。

1.颈椎间盘退变 颈椎间盘退行性变是颈椎神经根型病发生、发展的基本原因。由于椎间盘退变而使椎间隙狭窄，关节囊、韧带松弛、脊柱活动时稳态神经前支张力下降、椎间盘膨出或突出，进而引起椎体、椎动脉横突孔关节突关节、钩椎关节、前后纵韧带及黄韧带等椎体钩的变性、增生和钙化。如此形成颈段脊柱不

稳定交感神经节交感神经型的恶性循环，最后导致神经、血管、脊髓受到刺激或压迫。

2.损伤急性损伤可加重原已退变的颈椎和椎间盘损害而诱发颈椎病；慢性损伤可加速颈椎和椎间盘的退变过程，而导致颈椎病的提前发生。

3.发育性颈椎椎管狭窄椎管矢状径与颈椎病的发生、发展及预后有一定的关系。若椎管矢状径小于正常，椎管的代偿间隙较小，即使退行性变比较轻，也容易发生颈椎病。中医学认为，颈椎病与年龄及气血盛衰、筋骨强弱有关。年老体弱，肝肾、气血亏虚，筋肌骸节失却滋养；或被风寒湿邪所侵，气血凝滞痹阻；或反复积劳损伤，瘀聚凝结于脊窍，发为本病。

【诊断】

(一)颈型颈椎病

由于颈椎急、慢性损伤，或长期不良姿势，而造成椎旁软组织劳损，颈椎关节突关节紊乱、错缝，颈椎生理曲度改变，稳定性下降，从而诱发椎间盘代偿性退变，造成颈椎内、外力学平衡失调，导致颈项部和肩胛区域肌肉处于持续紧张的状态，出现该区域的刺激症状。

1.病史有反复发作落枕史，或颈部肌肉劳损史。

2.症状

(1)颈肩部疼痛枕颈及肩部疼痛，有时颈部有酸胀、僵硬不适感，易于疲劳。

(2)肩胛间区酸痛肩胛间区有酸痛感和沉重感，劳累后症状加重，休息后症状减轻，经常出现“落枕”样现象。

(3)颈部活动受限头颈部活动因疼痛而受限，多在早晨起床时发病。

3.体征

(1)颈肌痉挛及压痛颈肌痉挛，棘突旁及关节囊有压痛点，肩部肌肉广泛压痛。

(2)颈部活动障碍颈部活动范围减小。

4.辅助检查 X 线检查可见颈椎生理曲度变直，动力 X 检查可见椎间关节不稳、双边突征。

(二)神经根型颈椎病

由于颈椎钩椎关节、关节突关节骨质增生，颈椎生理曲度改变、椎间孔径变窄及软组织损伤、肿胀等，导致颈椎脊神经根受到刺激或压迫而引起根性症状。

1 病史有颈部肌肉劳损史。

(1)颈背部疼痛颈项部或肩背呈阵发性或持续性的隐痛或剧痛，疼痛常向一侧或两侧上肢 2.症状放射，疼痛范围与受累椎节的脊神经分布区相一致：疼痛多为酸痛、钝痛或灼痛，可伴有刺痛。或过电样窜痛、向上肢放射。重者阵发性加重，影响睡眠和工作：颈部后伸或咳嗽、打喷嚏时疼

(2)颈部活动受限颈部活动有不同程度受限或发硬、发僵，或呈痛性斜颈姿势

痛加重，受风寒及劳累后可诱发疼痛加重。

(3) 上肢放射性疼痛 一侧或两侧上肢有放射性痛、麻，伴有发沉、肢冷、无力，握力减退或持物易坠落现象。

(4) 手指麻木感麻木和疼痛部位基本相同，多出现在手指和前臂。

3. 体征

(1) 颈椎生理曲度减少或消失，甚至反弓。

(2) 颈部有局限性条索状或结节状阳性物：在病变颈椎节段间隙、棘突、棘突旁及其神经分布区可出现压痛。

(3) 上肢及手指感觉减退，患侧肌力减弱，严重时可有肌肉萎缩。

(4) 上肢腱反射检查，早期反射活跃，而后期反应减弱，严重者反射消失

(5) 臂丛神经牵拉试验、椎间孔挤压试验可出现阳性

(6) 颈椎不同节段病变临床表现如下：①C2~C3 节段病变：压迫 C3 神经根，表现为颈后部疼痛及麻木，特别是乳突及耳郭周围；无肌力减弱或反射改变。②C3~C4 节段病变：压迫 C4 神经根，表现为颈后部疼痛及麻木并沿肩胛提肌放射，伴有向前胸放射；无肌力减弱或反射改变。③C4~C5 节段病变：压迫 C5 神经根，表现为沿一侧颈部及肩部放射，在三角肌处感觉麻木，三角肌无力和萎缩，无反射改变。④C5~C6 节段病变：压迫 C6 神经根，表现为沿上臂和前臂外侧向远端放射痛至拇指和示指；拇指尖、手背第

一背侧骨间肌处麻木；肱二头肌肌力和肱二头肌反射减弱。⑤C6~C7 节段病变：压迫 C7 神经根，表现为沿上臂和前臂背侧中央向远端放射痛至中指，亦可至示指和环指；肱三头肌肌力和肱三头肌反射减弱。⑥C7~T1 节段病变：压迫 C8 神经根，表现为指屈肌和手部骨间肌的肌力减弱，以及环指、小指和手掌尺侧的感觉丧失，但无反射的改变。

4.辅助检查

(1)X 线检查可显示颈椎生理曲度变直或消失，椎间隙变窄，椎体前、后缘骨质增生，钩椎关节变锐及椎间孔狭窄等改变

(2)CT、MRI 检查可清楚观察椎间盘突出程度、神经根受压等情况。

(三)脊髓型颈椎病

由于突出的颈椎间盘组织、增生的椎体后缘骨赘、增厚的黄韧带和椎管内肿张的软组织等，对脊髓造成压迫，导致脊髓缺血、变性等改变，引起病变节段以下躯体感觉、运动和大小便功能等异常。

1.病史有颈部肌肉劳损史。

2.症状

(1)主要表现为慢性进行性的四肢感觉及运动功能障碍。患者先从下肢双侧或单侧发沉、发麻开始，随之出现行走困难，下肢肌肉发紧，抬步慢，不能快走，双足有踩棉花样感觉，重者步态蹒跚，易绊倒跌跤等。

(2) 上肢可出现单侧或两侧单纯运动功能障碍，单纯感觉障碍，或同时出现，如无力、发抖，手指精细运动功能障碍。

(3) 肢体感觉麻木疼痛，烧灼痛，甚至四肢瘫痪。小便潴留或失禁，卧床不起。常有头颈部疼痛，半边脸发热，面部出汗异常等。

3. 体征患者颈部活动受限不明显，上肢活动欠灵活，严重者稍一活动肢体即可诱发肌肉痉挛，下肢往往较上肢明显。肢体肌张力增高，肌力减弱，肌腱反射（肱二头肌和肱三头肌、膝腱反射、跟腱反射）亢进，病理反射如霍夫曼征、巴彬斯基征等阳性，甚至踝阵挛或髌阵挛。

4. 辅助检查 CT 检查可显示颈椎间盘、骨质增生使脊髓受压的部位和程度。MRI 可见脊髓前方呈弧形压迫，多平面的退变可使脊髓前缘呈波浪状受压。(四) 椎动脉型颈椎病由于颈椎间盘退变、关节间隙变窄、钩椎关节增生，引起椎动脉扭曲或受压，或寰枕关节失稳、寰齿间隙不对称，或因椎动脉交感神经丛受刺激而导致基底动脉痉挛等，造成椎基底动脉供血不足。近年来对椎动脉形态学的研究表明，该病存在椎动脉起始段痉挛（图 5-4 人钩椎关节增生压迫（图 5-5）、寰枕段痉挛（图 5-6 入颅内段痉挛（图 5-7）等多种病理改变。因此，椎动脉形态学改变使椎动脉血流动力学异常，椎动脉供血不足，小脑缺血、缺氧是导致眩晕的主要原因。

《灵枢》有“髓海不足，则脑转耳鸣”“上气不足，脑为之不满，

耳为之苦鸣，头为之苦倾，目为之眩”“上虚则眩”等记载。

1.病史有颈部肌肉劳损史。

(1)眩晕是椎动脉型颈椎病的常见症状，多在改变头颈部体位如颈部旋转或屈伸时诱发

或加重，表现为旋转性、浮动性或摇晃性。一般持续时间较短，数秒至数分钟即消失。发病时，可伴有失神及运动失调，表现为行走不稳，有地面倾斜或地面移动的感觉，少数病人伴有恶心呕吐、耳鸣耳聋等现象。

(2)头痛和眩晕症状可同时存在，常见原因是椎基底动脉供血不足，使侧支循环血管扩张或枕大神经病变，疼痛部位在枕部和顶枕部，性质为间歇性跳痛或胀痛，从一侧后颈部向枕部及头部放射，可有灼热感，常伴有恶心、出汗等自主神经紊乱症状。

(3)猝倒猝倒是本型的一种特殊症状，发作前多无预兆，常在行走或站立时，头颈部过度旋转或伸屈时发生，反向活动后症状消失。患者摔倒前自觉下肢突然无力而倒地，但意识清楚，视力、听力、言语均无障碍，并能很快站起活动。

(4)视力障碍患者有突然视力下降或失明，持续数分钟后逐渐恢复，此为双侧大脑后动脉缺血所致。此外，还可有复视、金星、黑朦、幻视等现象。

(5)感觉异常面部感觉异常，口周或舌部发麻，偶有幻听或幻嗅。

3.体征

(1)颈部活动受限颈部旋转或后伸活动时，可引起眩晕、恶心呕吐、心慌等症状。

(2)关节错位或局部压痛拇指触诊可查到患椎向一侧旋转移位，棘突及移位的关节突关节部压痛明显。

(3)特殊检查旋颈试验阳性。

4.辅助检查

(1)X线检查可见钩椎关节侧方或关节突关节骨质增生。

(2)椎动脉CT血管造影三维重建可见椎动脉扭曲、狭窄，串珠样痉挛，入横突孔异常等。

(3)TCD检查显示椎基底动脉血流速度减慢或增快。

(五)交感神经型颈椎病

由于颈椎退变因素，如椎间盘突出、小关节增生等，尤其是颈椎不稳刺激或压迫颈部交感神经纤维而引起的一系列反射性交感神经症状。

1.病史有颈部肌肉劳损史。

2.症状

(1)头晕头痛与椎动脉型相似，但症状与颈部活动多无关系。

多为颈椎骨赘刺激椎动脉周围交感神经网，导致椎基底动脉系统血管痉挛而发生脑内缺血，出现头痛、头晕、甚至意识障碍。此外还可出现颈枕痛，偏头痛，受凉、睡眠不好、疲劳均可诱发，女性在月经期易发作。

(2)五官症状眼部可有眼胀、瞳孔扩大、流泪、视物模糊、飞

蚊症等交感神经兴奋症状，亦可出现眼球内陷、眼干涩、眼睑下垂、瞳孔缩小、面部充血、无汗等交感神经抑制症状。也可伴有咽喉不适或异物感。

(3)周围血管症状有肢体发凉、发木等血管痉挛症状，也可出现指端发红、烧灼、怕热、怕疼痛等血管扩张症状。可伴有心率不正常，或心动过缓，或心动过速，或两者交替出现。

(4)血压异常与出汗障碍血压异常表现为血压或高，或低；或血压不稳，忽高忽低，24小时内变化较大，高时达高血压水平，低时达低血压水平。出汗障碍表现为少汗或无汗，多局限于头、颈、双手、双足或一个肢体，亦可出现在半身。

3. 体征

(1)两侧颈椎横突前压痛明显。

(2)部分患者出现霍纳征（瞳孔缩小、脸裂变小、眼球内陷、半面无汗）。

4. 辅助检查

(1)X线检查颈椎生理曲度有不同程度的改变，椎体和钩椎关节骨质增生。

(2)心电图检查无异常或有轻度异常。

(六)混合型颈椎病

临床上同时出现上述两型或两型以上的症状体征。混合型的患者多病程长，年龄较大，大多数超过50岁。

第三节 颈椎间盘突出症

三、颈椎间盘突出症

颈椎间盘突出症是指颈椎间盘退行性改变，或因外力作用于颈部，使纤维环破裂、髓核突出，刺激或压迫神经根或脊髓，而引起以颈部酸胀、活动受限、肩背部疼痛、上肢麻木胀痛等为主要表现的病证。好发部位为 C5~C6、C6~C7 椎间盘。本病的重要病理变化为纤维环部分破裂、突出，或纤维环破裂后髓核突出，压迫神经根或脊髓。本病好发于 20~40 岁的青壮年，男性多于女性。近年来，本病的发病率显著上升，成为引起颈部疼痛的重要病证之一。

本病属中医学“痹证”的范畴。在既往的推拿教材中，将本病作为脊髓型颈椎病论述，鉴于颈椎间盘突出症的病因病机和风险程度考虑，本教材把其作为单独病证专门讨论。

【应用解剖】

（一）椎间盘

1. 软骨终板 软骨终板由纤维软骨组成，在椎体的上、下各一个，其平均厚度约 1mm。软骨终板内有许多微孔，是髓核的水分和代谢产物的通路。在婴儿期有微血管穿过，出生 8 个月以后血管开始闭合，到 20—30 岁完全闭锁。软骨终板内无神经组织，因此当软骨终板损伤以后，既不产生疼痛，也不能自行修复。软骨板如同关节软骨一样，可以承受压力，防止脊椎遭受超负荷的压力，保护椎体，只要软骨终板保持完整，椎体就不会因压力而发生吸收现象。

2.纤维环纤维环分为外、中、内三层。外层由胶原纤维带组成，内层由纤维软骨带组成。各层之间有黏合样物质使彼此间牢固地结合在一起。纤维环的前侧部和两侧部最厚，几乎等于后侧部的2倍。最内层纤维进入髓核内并与细胞间质相连，因此和髓核之间无明确的分界。整个纤维环几乎呈同心圆排列，其外周纤维较垂直，而越到中心倾斜度越大。纤维环十分坚固，紧密附着在软骨终板上，保持脊柱的稳定性。

3.髓核位于椎间盘的中央，不接触椎体，髓核占椎间盘横断面的50%~60%。髓核内的各种成分结合在一起，形成立体网状胶质结构，在承受压力的情况下将力均匀地传递至周围的纤维环。正常人的高度变化与髓核内水分改变有关。随着年龄的增加，来自纤维环和软骨板的纤维软骨逐渐替代髓核中黏液样胶原物质，并使髓核的形态随之改变。髓核具有可塑性，在压力下变为扁平状，使压力向四周传递。在相邻的椎体活动中，髓核起到支点作用，如同滚珠，随着脊柱的屈伸而向前或向后移动。

4.椎间盘的神经支配在纤维环的后部有许多无髓神经纤维，后纵韧带内也有少量相似的纤维，这些纤维起源于背根神经节远端。

(二)神经根

1.神经根神经根由脊髓发出，分为前根和后根，在椎间孔处汇合成神经根。前根主司运动，后根主司感觉，当神经根受损害时，则可出现运动和感觉功能障碍。

2.神经根支配区域

(1)C1 神经根由枕骨与寰椎间隙穿出，无椎间孔，分布于寰枕区域。

(2)C2 神经根由寰椎与枢椎间隙穿出，无椎间孔，分布于同侧枕下三角及后枕区域。

(3)C3 神经根由 C2~C3 椎间孔穿出，从头下斜肌反折，经枕下三角向上，分布同侧的耳后、颞部、前额区域。

(4)C4 神经根由 C3~C4 椎间孔穿出，分布同侧的肩胛、胸前区域。

(5)C5 神经根由 C4~C5 椎间孔穿出，分布同侧肩部及上臂外侧，支配三角肌、冈下肌、冈上肌及部分屈肌等。

(6)C6 神经根由 C5~C6 椎间孔穿出，分布同侧前臂外侧及手背虎口区，支配肱二头肌、旋后肌、拇伸肌及桡侧腕伸肌等。

(7)C7 神经根由 C6~C7 椎间孔穿出，分布同侧肩后部、上肢后臂、前臂后外侧及中指，支配肱三头肌、旋前肌、腕伸肌、指伸肌及背阔肌等。

(8)C8 神经根由 C7~T1 椎间孔穿出，分布同侧小指及环指尺侧，支配部分屈肌及手内在肌。

【病因病机】

1.椎间盘退变椎间盘退变是本病发生的内因。椎间盘是人体各组织中最早和最易随年龄发生退行性改变的组织，由于年龄的增长，髓核丧失一部分水分及其原有弹性，造成椎间盘变性。

2.损伤损伤可加剧椎间盘的退变，又是颈椎间盘突出症的诱因。大部分颈椎间盘突出症是在慢性劳损和椎间盘退变基础上发病，因脊柱急性损伤或慢性积累性劳损，导致颈椎生理曲度改变或形成侧弯，椎体间应力发生改变，导致椎间盘变性。纤维环发生变性时，其纤维首先肿胀变粗，继而发生玻璃样变性，弹性降低，纤维环在外力作用下易发生破裂。由于变性纤维环的弹性减退，承受椎间盘内张力的能力下降，当受到头颅的重力作用时，椎间盘受力不均，受颈椎周围肌肉的牵拉，或突然遭受外力作用时，可造成颈椎间盘纤维环向外膨出，严重时髓核也可经纤维环裂隙向外突出，甚至脱出，进而压迫神经根或脊髓，出现相应节段支配区域的疼痛、麻木或感觉异常等症状。

临床观察发现，影像学上的椎间盘突出程度不一定与症状的严重程度成正比。只有当突出或膨出物压迫或刺激神经根时，才会出现临床症状。其症状的轻重，与颈椎间盘突出位置和神经受压的程度有关。根据椎间盘突出的程度，可分为膨出、突出、脱出三种类型。

1.膨出型椎间盘髓核变性，沿纤维环部分破裂的薄弱部向后方或侧后方膨出，纤维环已超出椎体后缘，但髓核则未超出，硬脊膜囊未受压。

2.突出型椎间盘前宽后窄，椎间盘纤维环和髓核沿纤维环不完全破裂处向后方或侧后方突出，超过椎体后缘，但纤维环包膜尚完整，硬脊膜囊受压。

3.脱出型椎间隙明显变窄，纤维环包膜完全破裂，髓核向后方或侧后方沿完全破裂的纤维环向椎管内脱出，或呈葫芦状悬挂于椎管内，脊髓明显受压。常见突出位置有以下三种：

(1)外侧突出型突出部位在后纵韧带外侧，钩椎关节内侧。该处有颈神经根通过，突出的椎间盘可因压迫或刺激脊神经根而产生相关症状。

(2)旁中央突出型突出部位偏于一侧，介于脊神经和脊髓之间。突出的椎间盘可通过压迫或刺激脊神经根或脊髓而产生单侧脊髓或神经根受压的症状。

(3)中央突出型突出部位在椎管中央，脊髓的正前方。突出的椎间盘可通过压迫脊髓腹面的两侧而产生脊髓双侧压迫的症状。

第四节 寰枢关节失稳

【定义】

寰枢关节失稳又称为寰枢关节半脱位，是指寰枢关节失去正常的对合关系，寰椎向前或者向后脱位，或寰齿两侧间隙不对称，引起关节不稳，刺激或压迫周围的神经、血管，出现以头痛、头晕、视物模糊、恶心及头部活动受限等为主要临床表现的病证。本病好发于青壮年，以男性多见。本病属中医“骨错缝”“筋节伤”范畴。

【应用解剖】

1.寰椎 寰椎呈环形，无椎体及棘突，分为前弓、后弓、侧块

及横突。前弓中央前面为前结节，有颈长肌附着；后面为一圆关节面，与枢椎齿突构成寰齿关节（寰枢中央关节），寰齿关节以旋转运动为主，其旋转范围占颈椎活动的 40%~60%。前弓上缘有寰枕前膜附着，下缘有寰枢前韧带附着。后弓正中后方为后结节，有头后小直肌附着；后弓上缘有寰枕后膜附着，下缘有寰枢后膜附着；后弓上面两侧近侧块处为椎动脉沟，椎动脉进入枢椎横突孔后穿经寰椎横突孔走行至椎动脉沟内。此段椎动脉行程中有 4 个连续而明显的弯曲，为椎动脉供血不足最易发生部位。

【病因病机】

引起寰枢关节失稳的主要原因有炎症、创伤和先天畸形。

寰枢关节周围炎症 咽部炎症、上呼吸道感染、类风湿等可使寰枢关节周围滑膜产生充血水肿和渗出，引起韧带松弛而脱位；炎症又可使韧带形成皱襞而影响旋转后的复位，形成旋转绞锁，造成关节半脱位。

创伤 可以直接造成横韧带、翼状韧带两者或两者之一发生撕裂，或引起滑囊、韧带的充血水肿，造成寰枢关节不稳或脱位。寰椎骨折、枢椎齿状突骨折可直接造成寰枢关节脱位。

【诊断】

1. 病史有明显外伤史或局部炎症反应。

2. 症状

(1) 症状轻重与寰椎向前、旋转及侧方半脱位的程度有关。

(2) 颈项部、头部、肩背部疼痛明显，活动时疼痛加剧，头痛

可向患侧及耳后部放射。

(3)颈项僵滞，头部旋转受限，以前后屈伸、左右旋转受限明显，或呈强迫体位或头偏向侧，患者常常用手托下颌。

(4)刺激椎基底动脉时、可出现头晕、头痛、恶心、呕吐、耳鸣、视力模糊等椎基底动脉供血不足症状；刺激交感神经时，则恶心明显，严重者出现呕吐；刺激延髓时，则主要影响延髓外侧及前内侧，出现四肢运动麻痹、发音障碍及吞咽困难等。

(5)自发性脱位者，多有局部感染及全身症状，多见于儿童。

3. 体征

(1)寰枕段肌肉痉挛；颈部压痛明显，压痛点多在项韧带和寰枢关节处。

(2)单侧脱位时，头偏向脱位侧，下颌转向对侧，患者多用手托持颌部。

(3)累及脊髓时上肢肌力减弱，握力减退，严重时腱反射亢进，霍夫曼征阳性；下肢肌张力增高，步态不稳，跟、膝腱反射亢进，巴彬斯基征阳性；位置及振动觉多减退，

(4)有时有棘突偏歪，被动活动则痛剧。

【治疗】

1.治法舒筋通络，解痉止痛，理筋整复。

2.手法 揉法、按法、揉法、一指禅推法、拿法、摩法、拔伸法、摇法、扳法。

3.取穴与部位风池、风府、颈部夹脊、阿是穴、颈项部、枕

后部。

4.操作

(1)拔按推揉颈肩部患者坐位，医者用揉法、按揉法、一指禅推法在颈项部两侧及肩部施术，时间约 5 分钟，以舒筋通络，解痉止痛。

(2)推揉上颈段及六位患者坐位，医者用一指禅推法、按揉法在寰枕和寰枢关节部位操作，左手推右侧，右手推左侧：然后在风池、风府、颈夹脊及阿是穴操作，时间约 5 分钟，以活血通络，解痉止痛。

(3)拔伸颈椎患者坐位，医者站其体侧，以一手虎口托住其后枕部，另一手掌或前臂托住患者下颌部，两手向上垂直拔伸牵引，待有明显阻力感时稍停片刻，然后缓慢放松，重复操作 3~5 次，为手法整复做准备。

(4)旋转提颈患者坐位，医者站其身后，以一手拇指顶住枢椎棘突，另一手掌托住其下颌部向上提托，在拔伸状态下轻轻左右摇动颈椎，使颈部肌肉放松，然后向寰齿间隙变窄侧行快速、小幅度的旋转提颈扳法。如颈部活动改善，疼痛减轻，表示手法整复成功。整复后用颈托固定。对于心理紧张患者或年龄偏大者，可于仰卧位拔伸状态下进行旋转拉颈复位。

(5)揉按拿摩颈项部 医者用揉法、拿法、按揉法及摩法在颈项部操作，时间约 2 分钟，以理筋通络。

【预防调护】

1.纠正不良生活习惯及工作姿势，注意颈肩部保暖，加强颈部肌肉锻炼。

2.科学合理地使用睡眠用枕；预防感冒，防止咽喉部感染。

3.手法整复关节后，患者应用颈托固定，有利于损伤恢复，对巩固疗效、防止再脱位十分重要。

【临证提要】

1 临床应明确诊断，遵循“治因为先”的原则；寰枢关节失稳是因，因不去则症难消。2 寰枢关节失稳属脊椎高位损伤，风险程度很高，应引起高度重视。推拿治疗必须在排除骨折、骨病的前提下进行手法整复。

3 旋转提颈扳法操作时需因势利导，注意把握“稳、准、巧、快”的施术原则，不可强求旋转幅度，以免造成损害。

第五节 前斜角肌综合征

前斜角肌综合征是指由于外伤、劳损或先天颈肋、高位肋骨等因素引起前斜角肌痉挛、肥大、变性等病理改变，导致臂丛神经和锁骨下动脉的血管神经束受到刺激或压迫，而产生一系列神经、血管受压症状，表现为上肢痛、麻、肿胀、凉、白、紫。本病多发于 20-30 岁女性，以右侧多见。

【病因病机】

1.损伤本病多因颈部后伸、侧屈位时，头部突然向对侧旋转，或长期从事旋颈位低头工作，对侧前斜角肌受牵拉扭转而发生损

伤，或提拎重物引起损伤，使斜角肌痉挛、肿胀，刺激或扩压从其间穿越的血管神经束而产生相应的症状。神经受压又可加剧前斜角肌痉挛，形成恶性循环。

2.先天发育异常先天性畸形，如肩部下垂、高位胸骨、第7颈椎横突肥大、高位第1肋骨、臂丛位置偏后等，使第1肋骨长期刺激臂丛神经，致使受臂丛神经支配的前斜角肌发生痉挛，进而使臂丛神经受压进一步加重。若前斜角肌痉挛、肥厚、变性，则易造成锁骨上部臂丛神经及锁骨下动脉受压。如颈肋或第7颈椎横突肥大，或前、中斜角肌肌腹变异并发时，当前斜角肌轻微痉挛，即可压迫臂丛神经和锁骨下动脉而导致神经血管受压症状。本病运动障碍症状出现较迟，可表现为肌力减退或肌萎缩，偶有手部呈雷诺现象（皮肤苍白、发绀或潮红）。

临床上以上肢痛、麻、肿、胀、凉、白同时出现居多。当臂丛神经受压时，则出现类似颈椎病的手臂疼痛、麻木，临床应予以鉴别：动脉受压时，由于上肢动脉血供减少，则出现肤色苍白，手指发凉；当静脉受压时，由于上肢静脉回流受阻，则出现手指肿胀；回流受阻日久，或受进一步加重，则出现手指发紫。

中医学认为，多因过度劳累，或风寒外袭，寒邪客于经络，筋脉凝滞，致使经脉运行不畅，气血流通阻滞、不通则痛，发为肿痛；病程日久，瘀血阻滞，筋脉失去濡养，不荣则痛，发为本病。

【诊断】

1.病史有颈部损伤史。

2.症状

(1)一般发病缓慢，多以疼痛起病，疼痛程度轻重不一。

(2)患侧锁骨上窝稍显饱满，前斜角肌局部肿胀，常呈手托患肢或上举患肢而不敢下垂。

(3)患侧上肢有放射性疼痛、麻木或触电感，尤以前臂、上肢尺侧及手指最为明显。少数患者伴有交感神经症状，如瞳孔扩大、面部出汗、患肢皮温下降等症状，重者甚至可出现霍纳综合征。

(4)早期因血管痉挛使动脉供血不足而造成患肢皮温降低、皮肤苍白；后期可因静脉回流受阻，而出现手指肿、胀、凉、白现象，严重时则发紫。

(5)臂丛神经长期受压，可出现患侧小鱼际肌肉萎缩，肌力减退，难以持物，有笨拙感。

3.体征

(1)肌痉挛及压痛患侧前斜角肌肌腹增粗痉挛，局部压痛明显。

(2)活动受限颈部活动受限，尤以向健侧旋转障碍明显。

(3)上肢下垂诱发患侧上肢下垂时放射性痛、麻症状加重，用手托患肢或上举手臂时痛麻症状可减轻或消失。

(4)特殊检查艾迪森试验、超外展试验阳性，常见于血管受压；举臂运动试验、臂丛神经牵拉试验阳性，常见于神经受压。

【治疗】

1.治法舒筋解痉，通络止痛。

2 手法揉法、按法、揉法、一指弹推法、弹按法、推法、摇法、擦法、搓法、抖法。取穴与部位：缺盆、肩井、风池、颈臂、曲池、内关、阿是穴、颈项部、上肢部。

4.操作

(1)揉揉颈肩部患者坐位，医者立于其患侧，用擦法、按揉法自患侧肩部至颈侧沿前斜角肌体表投影区往返施术，同时配合肩关节被动运动；然后用一指禅推法、按揉法沿患侧颈、肩、缺盆、颈臂穴交替操作，于前斜角肌、颈臂穴进行重点施术，时间约 10 分钟，以活血理筋。

(2)推揉穴位医者用一指禅推法、按揉法于缺盆、肩井、风池、颈臂、曲池、内关及阿是穴施术，时间约 3 分钟，以活血止痛。

(3)揉拔斜角肌及压痛点医者以拇指按揉胸锁乳突肌及锁骨上窝硬结处，然后以拇指弹拨斜角肌起止点及压痛点，时间约 3 分钟，以舒筋通络。

(4)推擦针角肌医者用拇指平推患侧斜角肌 3 遍；然后施以擦法，以透热为度。

(5)摇肩搓抖上肢医者先摇患侧肩关节 3 遍，然后搓抖上肢 3 遍，以通络止痛。

【预防调护】

1.注意局部保暖，科学用枕恢复。

2 治疗期间，避免患肢负重，采用三角巾悬吊患肢，有利于缓解斜角肌痉挛，促进功能

【临证提要】

1,本病以手指痛、麻、肿、胀、凉、白、紫 7 种症状为诊断要点,其中紫色为最严重的表现,临床应正确把握病势。

2,临床应与单纯上肢痛麻的神经根型颈椎病、颈椎间盘突出症相鉴别: 3,推拿治疗本病以缓解前斜角肌痉挛为要务,施术重点在锁骨上窝、斜角肌部位。

4.因骨性畸形而致者,可考虑手术治疗。

第六节 胸胁进伤(岔气)

胸胁进伤又称岔气、屏气伤,是由于用力不当或呼吸不协调而引起胸胁部气机雍滞,出现以胸胁掣痛、攻窜不定、胸闷憋气、屏气呼吸为主要临床表现的一种病证。临床上多见于举重抬扛、用力不均或动作不协调,使胸壁的肌肉和小关节受到牵拉、扭错所致。因直接暴力造成的胸壁挫伤、肋骨骨折及并发内脏损伤等不在本节讨论之列。本病多见于背壮年、体力劳动者,属中医学“气伤”“形伤”“筋伤”等范畴。

【应用解剖】

胸廓包括胸段脊柱、肋骨、肋软骨与胸骨及其连接。胸廓连接包括肋椎关节、胸肋关节、胸软骨间关节、肋骨与软骨间的连接和胸骨间的连接。

1.肋椎关节由肋骨后端与胸椎构成,包括肋骨小头关节和肋骨横突关节两个关节。肋骨小头与椎体肋凹构成肋骨小头关节,

肋骨结节关节面与横突肋凹组成肋骨横突关节。两者为联合关节，其运动是通过肋颈的斜轴，运动时肋颈沿此运动轴旋转，肋骨前部则上提下降，两侧缘做内、外翻活动，使胸廓矢状径和横径发生变化，有助呼吸的作用。

2.胸肋关节由第2~7对肋软骨与胸骨相应的肋切迹所构成的滑膜关节。胸肋关节腔为窄隙，关节囊薄而松弛，被胸肋前后韧带加强。

3.肋间神经肋间神经共12对，沿肋骨内面下缘的肋沟由后向前行进，分布于胸廓及一部分腹部的肌肉及皮肤。上6对肋间神经支配肋间肌和胸前外侧壁的皮肤，下5对支配腹前外侧壁的肌肉和皮肤

4.胸固有肌群又称呼吸肌，有肋间外肌、肋间内肌、胸横肌和肋下肌等，均受肋间神经支配，具有保护胸腔内的脏器、协助胸廓运动和支持身体等功能。

【病因病机】

本病多因急性牵拉或扭挫伤所致，如提举重物、姿势不良、用力不当、旋转扭错而导致胸壁固有肌群的撕裂、疼痛、肌痉挛，或肋椎关节错缝、滑膜嵌顿等病理改变。

1.外伤 当身体受到过猛的扭错外力时，可引起肋椎关节损伤，轻者关节错缝，重者韧带撕裂，以致肋椎关节发生半脱位，刺激肋间神经，引起胸肋窜痛。在扭转时可以造成某一方位的关节间隙张开，而使松弛的关节滑膜嵌入其间。关节滑膜中有丰富

的感觉神经末梢，故嵌入后即可引起疼痛，并发生急性损伤性病理反应。

2.进气伤 进气提举重物、姿势不正，或搬运过猛、扛抬负重姿势不当，或超负荷用力、均可使胸壁固有肌群（肋间内肌、肋间外肌、胸横肌等）受到牵拉损伤，而产生肌肉撕裂、痉挛，反射性刺激肋间神经而引起疼痛。

【诊断】

1.病史有明确的外伤史，如扛抬、举重、攀高、跳跃、推拉、闪挫等外伤史

2.症状

(1)轻者当时可无症状，待休息后出现胸胁部板紧不舒，牵拉隐痛，痛无定处，继而胸闷、深吸气疼痛；重者当即出现一侧胸胁部疼痛或肩背部疼痛、闷胀，咳嗽或呼吸时疼痛加重。

(2)气伤者，疼痛走窜不定，局部无明显压痛，深呼吸时有牵掣性疼痛，不能平卧，不敢俯仰转侧；形伤者，痛有定处，局部瘀肿，甚者痛彻脊背，持续不能缓解、翻身转侧困难。

3.体征

(1)压痛轻者往往不能明确指出疼痛部位，局部损伤处可有小范围压痛。若系胸壁固有肌群的撕裂或痉挛，在相应的肋间隙可见肿胀压痛。

(2)肿胀如胸壁肌损伤，损伤部位可有肿胀、压痛明显，局部可见有瘀斑

(3)功能障碍因伤后胸胁部疼痛，并牵扯背部，不能俯仰转侧，患者呼吸运动减小，呼吸浅促，不敢咳嗽，动作缓慢。

(4)特殊检查胸廓挤压试验可呈阳性

4.辅助检查 X 线检查可排除骨折、血气胸等病变。

【治疗】

1.治法整复错缝，理气止痛。

2.手法揉法、揉法、一指禅推法、按法、搓法、摩法、擦法、拔伸法。

3.取穴与部位阿是穴、章门、期门、大包、中府、云门、膻中、日月、背部膀胱经、患侧胸背部及胁肋部。

4.操作

(1)推揉胸背部患者侧卧或俯卧，医者以揉法、按揉法轻柔和缓地于患侧胸背部施术，自上而下，由轻到重，时间约 5 分钟，以达到舒筋通络、行气止痛的目的。

(2)推揉病变节段及膀胱经医者以一指禅推法沿病变节段肋间隙及背部膀胱经往返施术，时间约 5 分钟，以达到散瘀止痛、缓解肌痉挛的目的。

(3)按揉穴位患者仰卧，医者按揉背部阿是穴、章门、期门、大包、中府、云门、膻中、日月等穴，时间约 5 分钟，以达到疏通经络、行气活血的目的。

(4)搓擦胁肋患者坐位，医者先搓摩两胁约 2 分钟，然后沿疼痛部位的肋间隙方向施以掌擦法，以透热为度，以达到行气活血、

温经止痛的目的。

(5)抱颈提胸若伴有小关节错缝者，可采用抱颈提胸法施术。

患者站立位，屈颈，双手于颈后相扣抱住颈部，两肘内收于胸前，全身放松。医者立于其身后，两手抱住患者的肘臂部，胸部贴紧其脊背，瞬间用力向上提拉胸椎，使其两足离地即可，常可听到小关节“咯、咯”响声，即可收效。

【预防调护】

1.避免重体力劳动，不宜用力过度，平素搬举重物时，应先做扩胸运动

2.宜睡硬板床休息，以仰卧位为佳。

3.治疗期间应避免举、扛、扔、提等动作，以免再次受伤。

4.若伴有咳嗽者应及时给予止咳，以免引起症状加重。

【临证提要】

1.本病以胸胁痛，攻窜不定，胸闷憋气，屏气呼吸为诊断要点，须排除骨折方可推拿。

2.气伤者治以行气活血、疏经通络，手法宜轻柔缓和，以疏为主；形伤者治以活血散瘀、解痉止痛，手法宜轻重兼施，以散为主；肋椎关节半脱位、滑膜嵌顿者，治以纠正错缝为主，理筋与整复并用。

3.在疼痛部位可配用外敷膏药治疗，或配合内服活血止痛药物以辅助治疗。

第七节 棘上、棘间韧带损伤

棘上、棘间韧带损伤是指在弯腰时突然遭受外力，或负重时腰肌突然失力，或久坐而引起的韧带急慢性损伤，从而导致腰背疼痛和活动受限的一种病证。多发生在中年以上患者，以下腰段损伤多见，男性多于女性。棘上韧带损伤好发于胸段，棘间韧带损伤好发在腰骶部。棘上、棘间韧带损伤是慢性腰痛的常见原因。本病属中医“伤筋”范畴。

【应用解剖】

1.棘上韧带是架在各椎骨棘突上的索状纤维组织，系由腰背筋膜、背阔肌、多裂肌的延伸部分组成。

【病因病机】

1.急性损伤:棘上和棘间韧带在正常情况下受骶棘肌保护，当身体过度前屈时突然用力，易导致棘间韧带损伤；在突然扭转情况下则易导致棘上韧带损伤。在弯腰搬运重物时，骶棘肌处于相对松弛状态，臀部及大腿后部肌肉收缩，以腰椎为杠杆将重物提起，其支点在腰骶部，其承重力全落在韧带上，极易造成腰段棘上韧带撕裂伤。或弯腰劳作时，突然外力打击，迫使腰前屈，引起棘上韧带的撕裂。由于棘上韧带大多终止于L3、L4棘突，而L4以下几乎无棘上韧带，在弯腰时，其应力落在棘间韧带上，突然受到强力牵拉或外力作用时，则易使之发生损伤，表现为韧带撕裂、出血及渗出。日久发生退行性改变，则更易损伤。

2.慢性劳损长期从事弯腰劳动，维持弯腰姿势的应力，主要由棘上和棘间韧带承担。由于韧带经常受到牵拉而超出其弹性限

度被拉松，逐渐发生水肿、炎症和粘连，刺激腰脊神经后支而引起慢性腰痛，或因韧带纤维发生退变，弹性减弱，这时如弯腰负重，常易发生部分纤维的损伤和劳损。

【诊断】

(一)棘上韧带损伤

1.病史常在弯腰负重下伸腰或扭转时突然发生，损伤史短暂迅速，但用力不一定很大。慢性疼痛者有长期伏案工作、弯腰劳损病史。

2.症状

(1)急性损伤者，自觉受伤时有撕裂样感觉，损伤局部多有较剧烈疼痛，呈断裂样、针刺样或刀割样疼痛，尤以前屈时痛觉更甚，后仰时可减轻，可表现为胸背痛或下腰痛，前屈时明显；腰背深层有酸痛，偶伴腰下肢部牵涉性隐痛。

(2)慢性劳损者，局部疼痛不明显，但不能过久弯腰，弯腰后腰部不能马上直起，局部酸胀不适。

3.体征

(1)肌紧张骶棘肌及臀大肌痉挛，脊柱呈保护性侧弯。

(2)压痛点在棘上韧带损伤处有明显压痛，叩击痛(+)，压痛甚于叩击痛；痛点常跨越2个以上棘突，压痛部位表浅，指下有片状或条索状剥离，可左右滑动。

(3)活动受限腰部活动明显受限，尤以前侧弯屈及旋转受限为明显。

4.辅助检查 X 线检查可排除骨折；若有棘上韧带断裂者，其棘突间距可增大。

(二)棘间韧带损伤

1.病史有脊柱扭转外伤史，往往与棘上韧带合并损伤。

2.症状腰痛位于棘突间，为深在性胀痛，劳累后加重，休息后减轻；弯腰时腰痛重，伸腰时腰痛轻，脊柱微屈被动扭转可使疼痛加重。

3.体征

(1)肌紧张骶棘肌痉挛，深呼吸受限。

(2)压痛点压痛点在棘上韧带深层，局限在相邻两个棘突间。

(3)活动受限腰部前屈活动受限明显，受限程度比棘上韧带损伤明显

4.辅助检查 X 线检查可排除骨折，若有棘间韧带断裂者，其棘突间距可增大。

【治疗】

1.治法活血止痛，理筋舒筋

2.手法袋法、按法、揉法、推法、抹法、弹拨法、擦法。

3.取穴与部位阿是穴、腰部夹脊、八髎、承山、委中、督脉、膀胱经及患部棘突和间隙。

4.操作

(1)探患部两侧 患者俯卧，医者站其体侧，用滚法在损伤切带的两侧来回往返施术，时间的 3 分钟，以舒筋活血，消肿止痛。

(2)按揉穴位 医者按揉阿是穴、腰夹脊、八解、承山、委中等穴，时间约 2 分钟，以通络止痛。

(3)按揉患部 医者用轻柔的手法按揉切带损伤处 3 分钟。棘上切带损伤者，治疗范围应较广，手法宜轻柔缓和；棘间韧带损伤者，则以损伤棘间为主，手法宜缓慢深透，力达病所，以患者能忍受为度。

(4)推抹理筋 医者沿棘上韧带方向做上下推抹理筋，时间约 3 分钟，以活血消肿，舒筋止痛。

(5)按揉结节或条索状物 医者重点按揉结节状或条索状物 1 分钟，以舒筋通络，松解粘连。

(6)弹拨、推抹理筋 若有棘上韧带剥离者，用拇指弹拨法使剥离的韧带复位，并上下推抹理筋，手法宜轻柔缓和，时间约 5 分钟，以理筋通络止痛。

(7)擦督脉及膀胱经 医者直擦韧带损伤部位的督脉及两侧膀胱经，以透热为度。局部可配合湿热敷，以温经通络，活血止痛。

【预防调护】

1 避免频繁过度前屈、负重及长时间伏案工作，纠正不良姿势

2.加强腰背肌锻炼，以及腹壁肌肉和腰背部肌肉的平衡锻炼（腹式呼吸法）。

3.症状缓解或消失后，腰部勿过早负重，避免腰部的俯仰动作或突发动作，以免复发。

4.可做拱桥式、平路倒退走、蛙泳等功能锻炼。

【临证要点】

1.两个及两个棘突以上浅压痛为棘上韧带损伤：两个棘突间深压痛为棘间韧带损伤；单个棘突顶端压痛为棘突骨膜损伤，临床应注意鉴别。

2.急性损伤手法宜轻柔，以舒筋活血、消肿止痛为主，以免加重损伤：慎用后伸扳法，以免造成棘上、棘间韧带挤压而使疼痛加重。缓解期手法宜深沉缓和，促进韧带恢复。

3.局部可配合湿热敷，热敷后不再行手法操作，以免造成皮肤损伤。

第八节 脊椎小关节紊乱

脊椎小关节（关节突关节）紊乱，包括颈椎、胸椎和腰椎的小关节紊乱，是指脊柱因急慢性损伤，或姿势不当而引起脊椎小关节发生错移，导致以局部疼痛功能障碍为主要临床表现的病证。小关节紊乱好发部位依次为颈椎、腰椎、胸椎。本病多发于青壮年，男性多于女性，本节以讨论脊柱关节突关节紊乱为主。本病属中医学“骨错缝”范畴。

【诊断】

1.病史有脊背外伤史或劳损史。

2.症状

(1)颈椎小关节紊乱起病较急，伤后立即出现疼痛，疼痛有时

向上肢放射：颈项强直，颈部活动受限：有的患者可出现头昏、视物不清、眼震、面部麻木等头颈综合征。

(2)胸椎小关节紊乱胸背疼痛，有背负重物之感，甚则牵型肩背作痛，疼痛随脊柱活动增强而加重：俯仰转侧困难，常固定于某一体位，不能随意转侧，有胸闷憋气、屏气呼吸。部分患者可引起相应内脏自主神经功能紊乱症状，表现为受损交感神经支配区的特异性疼痛综合征（顽固难忍性疼痛、弥漫性疼痛及对刺激感觉异常入、血管运动、汗液分泌的失常及内脏功能紊乱等；刺激肋间神经可表现为肋间神经支配范围的不适或疼痛，有时呈现放射性灼痛。

(3)腰椎小关节紊乱腰部在做前屈或旋转运动后直腰时，突然发生剧烈腰痛，站、坐或过伸活动时疼痛加剧，有时疼痛向下肢放射，咳嗽或打喷嚏时疼痛加重。表情痛苦，不敢活动，惧怕别人搬动。全部腰肌处于紧张僵硬状态，腰部活动功能几乎完全丧失。

2. 体征

(1)颈椎小关节紊乱①头颈部姿势呈偏歪状，局部肌肉紧张，可触及条索状筋结，压痛明显。

②错缝颈椎的棘突可能有偏歪，局部压痛明显。③颈部有不同程度的活动障碍，尤其向患侧旋转。

(2)胸椎小关节紊乱①病变节段可触及偏歪的棘突。②病变节段小关节处有明显压痛，多数为一侧，少数为两侧。③根据病变

节段的不同，菱形肌、斜方肌可呈条索状痉挛，亦有明显压痛。

④多数无明显功能活动障碍，少数可因疼痛导致前屈或转侧时活动幅度减小，牵拉疼痛。

(3)腰椎小关节紊乱①呈僵直屈曲的被动体位，腰部正常生理曲度改变。②两侧骶棘肌明显痉挛，重者可引起两侧臀部肌肉痉挛。③滑膜嵌顿的后关节和相应椎间隙有明显压痛，一般无放射痛。④棘突无明显偏歪，疼痛严重者可见保护性脊柱侧弯。⑤腰部肌肉紧张、僵硬，各方向活动均受限，尤以后伸活动障碍最为明显。⑥下肢后伸试验阳性，直腿抬高试验有时可为阳性。

3.辅助检查 X 线检查可排除骨折及其他骨质病变，严重者可见脊柱侧弯、生理曲度变直、棘突偏歪、两侧后关节不对称、椎间隙左右宽窄不等等表现。

【治疗】

1.治法解痉止痛，理筋整复

2.手法一指禅推法、按法、揉法、接法、弹拨法、扳法。

3.取穴与部位 阿是穴、华佗夹脊、膀胱经、颈肩部、项背部、竖脊肌、腰低部。

4.操作

(1)颈椎小关节紊乱

①推揉颈部：患者坐位，医者用一指禅推法、按揉法在督脉线、华佗夹脊颈段线往返施术。并重点按揉阿是穴，时间约 8 分钟，以舒筋活血，通络止痛。

②揉颈项部：医者用揉法在颈肩、项背部往返施术，时间约 2 分钟

③弹拨项背部：医者弹拨患者项背部条索状筋结，时间约 3 分钟，以舒筋通络，松解粘连

④旋转提颈整复：患者坐位，颈椎前屈。医者以一手拇指按于关节突关节偏歪棘突处固定，另一手托住其下颌部向患侧旋转至有阻力感时，做快速、小幅度的向上提颈旋转扳动，以整复关节错缝，左、右各操作 1 次。

(2)胸椎小关节紊乱

①按揉胸背部：患者俯卧，医者用揉法、按法、揉法在胸背部交替施术，于阿是穴处进行重点治疗，时间约 8 分钟，以舒筋活血，解痉止痛。

②揉拨竖脊肌：医者用按揉法、弹拨法沿竖脊肌施术，时间约 5 分钟，以理筋止痛。

③胸椎错动整复：医者两手掌分别置于棘突两旁的华佗夹脊胸段，近身侧用小鱼际，另一侧用大鱼际用力下压：然后再用力向两侧撑开，沿脊柱方向做相反方向的错动整复，以整复关节错缝，可在整个胸椎整复 1 遍。

④抱颈挺胸：患者站立屈颈，双手十指相扣置于颈项部，两肘置于胸前，医者立于其背后，以胸部紧贴其背部，双手抱紧患者两肘，用寸劲快速提拉胸椎，使患者双足离地，以整复关节错缝

(3)腰椎小关节紊乱

①接揉腰骶部：患者俯卧，医者用按揉法、接法于其腰骶部施术，时间约 8 分钟，以舒筋活血，解痉止痛

②按揉错缝节段：医者根据关节错缝相应节段，在压痛明显处用按揉法施术，手法先轻后重，以患者能耐受为度，时间约 5 分钟，以理筋止痛。

③分段扳腰椎：患者侧卧，伸直下腿、屈曲上腿。医者一手按于其肩前部，另一手按于其臀部，对关节错缝位于上腰段者，按压肩部的手固定不动，按压臀部的手用力，使扭转力作用于上腰段；对关节错缝位于下腰段者，按压臀部的手固定不动，按压肩部的手用力推动，使扭转力作用于下腰段；对关节错缝位于中腰段者，按压臀部和推扳肩部两手同时用力，使扭转力作用于中腰段、以整复关节错缝，左、右各操作 1 次。

【预防调护】

1 加强脊柱后侧肌肉锻炼，避免长时间维持同一体位的静态平衡，以及无准备的突然体位变动。

2,局部注意保暖，防止风寒湿邪侵犯经络，阻滞气血而加重病情。

3 然复成功后，患者需适当休息，在 2~3 天内不宜做重体力劳动或过度脊柱旋转活动。

【临证提要】

1,脊椎小关节紊乱是临床常见病、多发病，临证时应把握精

准的定位原则，尤其是胸椎小关节紊乱可引起脏腑症状和肋间神经痛，临床应注意诊断与鉴别诊断。2 纠正脊柱小关节错位（缝）是关键，因不去则症难消。

3 操作前须排除肿瘤、脓肿、严重骨质疏松等病证，以及脊柱异常改变（颈段有颅底凹陷或侧位片见椎棘突显示不清者；腰椎伴有真、假性滑脱者）。

4 错动按压整复胸椎前要排除胸肋关节外伤、手术病史及有无长期服用激素类药物史和美体植入、注射史

5,颈椎旋转提颈法避免了传统旋转复位法的潜在风险，具有安全性高、防复发的优点；胸椎抱颈提胸法利用物理学失重原理，具有安全、有效的优点；腰椎分段斜扳法可使扭转作用力点更明确、疗效更确切。

第九节 急性腰扭伤

急性腰扭伤又称急性腰肌扭伤，俗称“闪腰”，是指因突然受到扭、挫、闪等直接外力或间接外力作用，引起腰背部肌肉、筋膜、韧带等软组织损伤，出现以腰痛、活动受限为主要临床表现的一种病证。本病好发于青壮年和体力劳动者，男性多于女性。急性腰扭伤若失治、误治，或治疗不及时，可转变为慢性顽固性腰痛。本病属中医学“伤筋”范畴。

【应用解剖】

腰椎是由 5 个椎体组成的一个骨性支柱，位于活动度很小的

胸椎和固定于骨盆的骶骨之间，承受着人体的重量，起着承上启下的作用，可做前屈、后伸、旋转、侧屈等各个方向的运动，是躯干活动的枢纽。其前方为松软的腹腔，腰椎附近只有一些肌肉、筋膜和韧带，缺乏骨性结构的保护。因此，在腰部承重和运动时，不良的弯腰姿势所产生的强大牵拉力和应力，易引起腰部周围的软组织损伤。

1.腰部肌肉 按其解剖位置和作用可分为背侧肌群、前侧肌群和外侧肌群。背侧肌群可分浅、深两层，浅层为背阔肌下方腱部，该肌损伤时疼痛广泛且压痛浅表。深层肌肉由浅至深依次为骶棘肌、横突棘肌和深层短肌。骶棘肌为强大的伸肌，具有后伸躯干、维持直立和侧屈的作用，损伤时肌痉挛明显，腰部屈伸、侧弯功能受限。横突棘肌由浅至深包括半棘肌、多裂肌和回旋肌 3 层，损伤时可出现椎旁压痛，腰部旋转功能受限。深层短肌主要为横突间肌，其作用是协同横突棘肌维持躯干的姿势，损伤时可出现深压痛且痛点固定。前侧肌群包括腹内、外斜肌和腹直肌。外侧肌群包括腰大肌和腰方肌。腰部肌肉具有伸、屈及旋转脊柱的作用。

【诊断】

1.病史有间接暴力或直接暴力损伤史

2.症状

(1)腰痛扭伤后突然发生，少数患者在伤后疼痛不严重，数小时或 1—2 天后，腰痛才逐渐加重、疼痛多见于骶低部，有时有

单侧或双侧臀部及大腿后部疼痛，部位和性质较模糊，多为反射性疼痛。扭伤较重者，疼痛剧烈，深呼吸、咳嗽喷嚏甚至大小便均使疼痛加重。

(2)牵涉痛，出现的部位多为臀部（臀上皮神经、梨状肌区），腹股沟或大腿后部（股后侧皮神经分布区）等处。

(3)局部活动受限患者坐、卧、翻身困难，左右转侧、前后俯仰牵型作痛。

3.体征

(1)肌痉挛 单侧或双侧骶棘肌和臀大肌紧张

(2)腰椎生理曲度改变可见腰部脊柱向健侧侧凸，腰椎生理曲度变直或消失

(3)压痛点损伤早期，疼痛范围广泛，但有明显的压痛点。肌肉和筋膜的损伤，压痛点多在椎旁的低棘肌、横突、髂后上棘处；棘间切带的损伤，压痛点多在中线棘突间，为深压痛，反之，浅压痛多为棘上韧带带的损伤；椎间小关节损伤，压痛点在椎旁深处；低路关节、腰低关节处的压痛，表明该处有损伤。筋膜的损伤有时压痛点不定，多在皮神经穿出处，压痛较广泛。

(4)特殊检查因腰部疼痛、肌肉痉挛，直腿抬高试验、骨盆旋转试验可呈阳性。

4.辅助检查 X线检查可见腰椎侧弯、生理弧度变直或消失。有排除骨折或骨病的价值。

【鉴别诊断】

1.棘上、棘间韧带损伤有前屈位损伤史，疼痛及压痛局限于棘突上或棘突间，前屈时疼痛加重，伸腰时无明显改变。X 线检查可见棘突间隙增宽。

2.腰椎压缩性骨折有明确的外伤史，胸腰段脊柱明显压痛，X 线检查可见腰椎椎体前缘呈楔形改变。

3.腰椎间盘突出症有典型的腰痛伴下肢放射性疼痛、腱反射异常、皮肤感觉障碍等神经根受压症状，腰部 CT 或 MRI 可明确诊断。

【治疗】

1.治法活血止痛，舒筋解痉

2.手法较法、按法、揉法、弹拨法、扳法、擦法。

3.取穴与部位肾俞、气海俞、大肠俞、命门、腰阳关、环跳、委中、阿是穴、督脉、膀胱经、腰臀部、腰骶部。

4.操作

(1)揉揉腰部 患者俯卧，医者用揉法、按揉法在腰部两侧膀胱经往返施术，重点在腰痛部位操作，手法力度应由轻渐重，以患者能耐受为度，时间约 5 分钟，以舒筋活血，解痉止痛。

(2)按揉穴位 医者用拇指按揉患侧的肾俞、气海俞、大肠俞、命门、腰阳关、环跳、委中及阿是穴，压痛点处做重点施术，以酸胀为度，时间约 5 分钟，以活血消肿，通络止痛。

(3)弹拨痉挛腰肌 医者用拇指指腹或大鱼际弹拨腰部痉挛肌束，以患者能耐受为度，时间后伸约 3 分钟，以缓解局部软组织

痉挛。

(4)侧卧位后伸线或斜板腰椎 患者侧卧，医者一手按于其腰部，另一手握住其踝部，做后伸牵拉数次，再将一手抵在腰骶部做后伸扳法：然后医者一手按其肩前部，另一手按其臀部，做快速、小幅度的腰部扳动，左、右各 1 次，以纠正关节错缝，解除滑膜嵌顿。

(5)擦腰骶部 患者俯卧，医者在腰部涂上介质，直擦腰部骶棘肌，再横擦腰骶部，以透热为度，以温经通络止痛。

【预防调护】

1.参加重体力劳动或做剧烈运动前，应做好热身运动，必要时可佩戴护腰。

2 在进行扛、抬、搬、提等动作时，尽量保持胸、腰挺直，髋膝部呈现屈曲的状态，起身时由下肢发力，在确定站稳之后再迈步，在搬重物的时候应尽量贴近物体，动作幅度不宜过大。3 急性腰扭伤治疗要及时、彻底，防止转为慢性劳损。治疗期间，应减少腰部活动，卧硬板床休息，以利于损伤组织的康复。

4.注意腰部保暖，缓解期应加强腰背肌功能锻炼，有助于巩固疗效。

【临证提要】

1,详细询问扭伤过程的每一个细节，以期对损伤部位、肌肉做出精准诊断。2 治疗时患者体位要根据患者的可能情况选择肢体最放松的位置，不强求固定某一体位。3 对疼痛剧烈、活动受

限明显者，做腰部扳法时，还要适当安慰患者，克服心理紧张，切忌强行、粗暴施术。

第十节 慢性腰肌劳损

慢性腰肌劳损是指腰低部肌肉、筋膜、韧带等软组织的慢性损伤，导致局部无菌性炎症，从而引起腰骶部一侧或两侧的弥漫性疼痛的病证。是慢性腰痛中常见的疾病之一。本病常由急性腰扭伤失治、误治，或治疗不彻底，或先天发育异常，腰部承受能力减弱，或素体虚弱、寒湿邪侵袭所致。本病多见于中老年人，近年来发现青壮年发病也占相当比例，常与职业和工作环境有一定关系。本病属中医“腰痛”范畴。

【应用解剖】

腰椎是由 5 个椎体组成的具有生理弯曲的骨性支柱，承受着人体 12 的重量。

1. 骶棘肌腰骶关节是脊柱运动的枢纽，腰部两侧的深层肌肉数目较多，其中最主要的是骶棘肌，位于棘突两侧，从骶骨的背面向上一直延伸到枕骨。收缩时，可后伸脊柱和仰头，对维持人体的直立姿势有重要作用。

2. 腰背筋膜腰背筋膜为腰部的深筋膜，甚为坚韧，分前、后两层，后层较厚，起自腰椎棘突，覆盖骶棘肌。两层筋膜在骶棘肌的外侧缘互相融合，并成为部分腹肌的起点。

【病因病机】

1.积累性损伤 慢性腰肌劳损是一种慢性积累性损伤。由于长期从事弯腰工作或活动，或长期腰部姿势不良等，导致腰部软组织经常处于紧张状态，造成腰背部筋膜劳损、松弛，或腰部软组织扭伤之后，未得到及时有效地治疗，或治疗不彻底，或反复损伤，迁延而成。其病理变化为腰背肌、韧带及筋膜内压力升高，血流不畅，肌纤维收缩时能量消耗得不到补充，乳酸积聚，代谢产物堆积而发生腰部软组织炎症、变性、增厚、挛缩及粘连，刺激相应的神经而引起慢性腰痛。

2.先天发育异常 腰椎可有先天性发育异常和解剖结构缺陷等改变，如腰椎骶化、先天性隐性裂、关节突关节不对称等可减弱腰骶关节的稳定性；腰椎滑移，腰椎生理曲度过大、变直、消失等，可导致腰椎承重功能减弱，脊柱承重力线改变，或腰部两侧肌肉受力不均衡，继发腰部肌肉劳损。其病理变化为肌肉筋膜附着处充血、水肿、增厚、粘连、变性或瘢痕组织形成等改变，导致无菌性炎症，刺激脊神经后支而产生持续性腰痛。

3.外感风寒湿邪 风为百病之长，寒主收引，湿性凝滞，腰部遭受风寒湿邪侵袭，引起局部气血运行不畅，降低机体对疼痛的耐受力，促使腰背肌肉、筋膜和韧带紧张、痉挛和变性，筋肌僵滞，引起慢性持续性腰痛。

4.素体虚弱久病体虚，或素体虚弱，或缺乏运动锻炼，腰背肌力薄弱，不胜劳累，腰部稍长时间的活动顿感腰酸背痛，或长期处于某一姿势缺乏运动，造成腰肌静力性损伤而腰痛。《景岳全

书·腰痛》曰：“腰痛症，凡悠悠戚戚，屡发不已者，肾之虚也。”《诸病源候论·腰背痛诸候》曰：“夫劳伤之人，肾气虚损，而肾主腰脚，其经贯肾络脊，风邪乘虚，猝入肾经，故猝然而患腰痛。”说明劳逸不当，平素体虚，年老肾气不足，劳累过度，或外感风、寒、湿邪。凝滞肌肉筋脉，以致气血不和，肌肉筋膜拘挛，经络阻滞而致慢性腰痛。

【诊断】

1.病史有腰部肌肉急性损伤或慢性损伤史

2.症状

(1)腰部长期间酸痛，反复发作，时轻时重，缠绵不愈，劳累后加重，休息后减轻，阴雨天或气候变化时症状加重，喜暖怕冷。

(2)腰部重着板紧，常喜欢用双手捶腰或做叉腰后伸动作，以减轻疼痛：腰部活动功能基本正常，但不能久坐、久站。

(3)急性发作时，腰痛症状加重，疼痛沿臀部向大腿后外侧放散，以酸痛、胀痛为主，但一般痛不过膝。

3.体征

(1)腰部活动无明显障碍，部分患者可有脊柱侧弯及下肢牵涉痛。

(2)腰部压痛广泛，压痛点多在骶髂关节背面和腰椎横突处，轻者压痛不明显，重者一侧或双侧骶棘肌僵硬，感觉迟钝。

4.辅助检查 X 线检查未见明显异常，可有腰椎生理曲度改变、腰椎滑移、骨质增生等；可见先天发育异常或解剖结构缺陷，如

第 5 腰椎骶化、第 1 骶椎腰化、隐性脊柱裂等。

【鉴别诊断】

1. 腰椎退行性骨关节炎腰痛主要表现为休息痛，即夜间、清晨腰痛明显，而起床活动后腰

痛减轻，脊柱可有叩击痛。X 线检查可见腰椎钙质沉着和椎体边缘增生骨赘等。

2. 陈旧性腰椎骨折有外伤史，腰痛呈持续性，阴雨天或天气变化时尤为明显，有不同程度的腰部活动受限。X 线检查可见椎体楔形压缩改变或附件骨折。

3. 腰椎间盘突出症有典型的腰痛伴下肢放射性痛麻，腰部活动受限，脊柱侧弯和腱反射异常、皮肤感觉障碍等神经根受压症状。MRI、CT 检查可明确诊断。

【治疗】

1. 治法舒筋活血，温经通络

2. 手法揉法、推法、按法、揉法、弹拨法、擦法、扳法、拍法。

3 取穴与部位阿是穴、肾俞、命门、大肠俞、关元俞、秩边、环跳、委中、腰背部、腰骶部。

4. 操作

(1) 揉推腰部患者俯卧，医者用揉法在腰部两侧膀胱经往返施术 3 分钟，然后用双手掌沿脊柱向两侧分推腰部 3 遍，最后用掌根直推两侧骶棘肌 3 遍，手法宜深沉缓和，时间约 5 分钟，以舒

筋活血，解除痉挛。

(2)按揉腰骶部医者用掌根按揉腰部两侧膀胱经，往返操作 3 遍；然后按揉腰骶部，以局部有温热感为度，时间约 5 分钟，以温经通络，活血止痛。

(3)按揉穴位医者用拇指端重点按揉阿是穴、肾俞、命门、大肠俞、关元俞、秩边、环跳及委中等穴，以局部有酸胀感为度，时间约 5 分钟，以舒筋通络，活血止痛。

(4)弹拔竖脊肌医者用拇指或肘部弹拔患侧竖脊肌 3~5 遍。

(5)擦腰骶部医者在腰部涂上介质，直擦腰部督脉及两侧膀胱经，横擦腰骶部，以透热为度。

(6)斜扳腰椎患者侧卧，医者行腰椎斜扳法操作，左、右各 1 次。

(7)拍叩腰骶部患者俯卧，医者先拍打两侧骶棘肌，然后叩击腰骶部，以解痉止痛，舒筋通络。

【预防调护】

- 1.注意纠正习惯性不良姿势，维持脊柱正常的生理曲度。
- 2.注意腰部保暖，避免感受外邪，加强腰背肌锻炼。
- 3.患者宜睡硬板床，注意节制房事。
- 4.对平素体虚、肾气亏虚者，配合用补益肝肾的中药治疗。

【临证提要】

1.推拿治疗本病有较好的疗效，但关键是要消除致病因素即改变原来的腰部超负荷现象，才能达到满意的疗效。

2.本病病程长，缠绵难愈，疗效缓慢，患者应积极、耐心地配合医者治疗。

第十一节 腰背部肌筋膜炎

腰背部肌筋膜炎 又称腰背肌纤维织炎，是指因寒冷、潮湿、慢性劳损而使腰背部筋膜及肌肉组织发生炎性渗出、水肿及纤维性变，导致以腰背部弥漫性钝痛、两侧腰背肌及髂嵴上方明显压痛为主要临床表现的一种病证。本病好发于两肩胛之间，以中老年人、体力劳动者多见。本病属于中医“痹证”范畴。

【应用解剖】

1.肌筋膜肌筋膜是由半透明状的胶原纤维交织排列的结缔组织组成，分为浅层筋膜、中层筋膜、深层筋膜三种。浅层筋膜位于皮下，又称皮下筋膜，由疏松结缔组织构成，其内含有脂肪、浅静脉、皮神经及浅淋巴结和淋巴管等；中层筋膜是指包裹肌肉的筋膜；深层筋膜位于浅层筋膜深面，脊神经后又称固有筋膜，由致密结缔组织构成。

2.腰背部肌肉主要有斜方肌、背阔肌、肩胛提肌、菱形肌、骶棘肌及腰大肌等。斜方肌起自上项线、枕外隆凸、臀上皮神经项韧带、第7颈椎和全部胸椎的棘突，止于锁骨的外侧端、肩峰和肩胛冈。背阔肌起自下6个胸椎的棘突、全部腰椎的棘突、骶正中嵴及髂嵴，止于肱骨小结节嵴和结节间沟。肩胛提肌起自第1~4颈椎的横突，止于肩胛骨上角。菱形肌起自

第 6、7 颈椎和第 1~4 胸椎的棘突，止于肩胛骨的内侧缘。骶棘肌起自骶骨背面和髂嵴后部，分三群肌束止于椎骨、肋骨及乳突。腰大肌起自腰椎两旁，与髂肌共同止于股骨小转子上，合称髂腰肌。

3.腰背肌筋膜腰背肌筋膜分为浅、深两层，浅层在骶棘肌后面，下缘附着于髂嵴、骶路后长韧带和骶骨嵴；内缘附于胸椎、腰椎和骶椎的棘突和棘上韧带；外侧缘上半部附于肋骨角，下半部在骶棘肌的外缘与深层汇合。深层起自腰椎横突，位于骶棘肌与腰方肌之间。其上部增厚形成腰肋韧带，连接于第 1 腰椎横突和第 12 肋之间，限制第 12 肋的活动。浅、深两层筋膜在骶棘肌外缘相结合形成宽阔的腱膜，作为腹横肌及腹内斜肌的起点。腰背肌筋膜具有 3 种作用，一是包裹肌肉，维持肌肉形态，保持肌肉紧张度的作用；二是约束肌肉活动，使肌肉免受摩擦；三是分隔肌群，既保证肌群的整体功能，又保证每块肌肉的独立活动，但也容易产生无菌性炎症。

【病因病机】

1.劳损长时间、高强度作业，或作业姿势单调、持续时间过长，或腰背部肌肉急性损伤失治迁延等，形成慢性肌肉劳损。由于劳损，一方面炎性渗出增加，另一方面肌筋膜属于致密性结缔组织，通透差，肌筋膜鞘内有一定的滑液，以减少肌肉的摩擦。由于劳损，渗出液增加而积聚，导致炎症、水肿等非良性循环病理反应，使肌筋膜张力增高，出现腰背部慢性疼痛、酸胀，局部

肌肉僵滞等症状。日久，筋膜与肌肉粘连，纤维变性、增粗，形成条索状、结节状改变。

2.代谢障碍正常情况下，组织液的渗出与吸收保持相对平衡。若渗出大于吸收时则积聚肿胀，渗出减少时则干涩摩擦。腰背部肌肉的排列是较为复杂的，呈纵向、横向、斜向交织排列。肌筋膜的功能是分隔肌群，既保证肌群的整体功能，又保证每块肌肉的独立活动，减少肌肉摩擦。长期的单一、静止性姿势劳作，使肌肉运动平衡失调；反复屈伸、旋转胸腰动作等，增加肌肉间摩擦，使渗出液增多，肌筋膜内压力增加，当渗出大于吸收时则积聚，发生代谢障碍，引起腰背部广泛性酸胀疼痛。

3.外感风寒湿邪久居湿地，腰背部感受寒湿之邪，血运迟滞，瘀结不通，局部血管收缩、缺血，微循环障碍，以致局部炎性渗出、水肿，形成腰背肌筋膜炎而致疼痛。中医学认为，风、寒、湿三气杂至，合而为痹。风胜者为行痹，寒胜者为痛痹，湿胜者为着痹。腰脊为督脉和足太阳经脉所过，经筋所循，络结汇聚，脏腑之维系，运动之枢纽。凡闪挫、跌仆、劳损、潮湿、寒冷刺激，伤及腰脊，筋络受损，或筋节劳损，气滞血瘀，筋拘节错，而致疼痛，重着不去，活动牵掣，发为痹证。

【诊断】

1.病史有劳损史，或受寒、受凉史

2.症状

(1)腰背酸胀、疼痛、麻木、僵硬感，易于疲劳：腰背部弥漫

性钝痛，尤以两侧腰背肌及落峰上方更为明显。疼痛多位于腰骶部，可影响到一侧或两侧臀部及大腿后外侧，有酸胀、皮肤发凉、麻木等异常感觉。

(2)多晨起发作，白天活动后腰痛减轻，夜晚加重，疼痛可因天气变化或劳累后加重，卧床休息时疼痛多可缓解。

(3)发作时不能直腰、俯仰、转身，动则疼痛加剧：为减轻腰部疼痛，患者常用两手扶住并固定腰部。

3.体征

(1)肌肉痉挛 下腰部及臀部肌肉呈板状痉挛。

(2)活动受限腰部屈伸、旋转等活动功能不同程度受限，变换体位和姿势可缓解疼痛。

(3)压痛压痛部位广泛，腰背部、腰脊柱两侧及骶嵴上方压痛明显，病变部位有条索状痛性结节

(4)特殊检查少数患者直腿抬高试验可呈牵掣性阳性

4.辅助检查 X 线检查一般无明显异常，可见腰骶椎先天变异、腰椎生理曲度改变或骨质增生等。实验室检查示少数患者血沉加快。

【鉴别诊断】

1.腰椎间盘突出症本病以腰痛伴下肢放射性疼痛为主要特征，常有腰部急性损伤或劳史，腰部屈伸活动受限，椎间盘突出相应节段压痛明显，并伴有下肢放射性疼痛。直腿抬高试验、屈颈试验阳性，髓反射改变。

2.棘上、棘间韧带损伤有急性损伤史，脊柱中线部位呈撕裂样、针刺样或刀割样疼痛，以脊柱屈伸时疼痛明显。两个及两个棘突以上浅压痛为棘上韧带损伤：两个棘突间深压痛为棘间韧带损伤。

3.第3腰椎横突综合征第3腰椎横突尖部可触及明显压痛，疼痛部位固定

【治疗】

1.治法舒筋活血，解痉止痛

2.手法滚法、按法、揉法、推法、拿法、弹拨法、扳法、抱颈挺胸法、擦法，

3.取穴与部位肾俞、夹脊、大肠俞、命门、环跳、阿是穴、病变节段膀胱经、腰骶部。

4.操作

(1)接揉膀胱经患者俯卧，医者用滚法、按揉法在腰背两侧膀胱经往返交替施术，手法宜深沉缓和，时间约5分钟，以舒筋活血，促进炎性水肿吸收。

(2)揉拿平推腰部医者掌揉病变节段及周围，时间约3分钟；再用双手提拿两侧骶棘肌1-5遍：最后掌推骶棘肌3~5遍，手法宜深沉缓和，以舒筋活血，通络止痛。

(3)按揉穴位医者用拇指按揉肾俞、大肠俞、命门、环跳、夹脊及病变节段相应的阿是穴。

(4)弹拨肌束医者弹拨痉挛条索状的肌束或硬结，手法宜深沉

柔和，时间约 5 分钟，以舒筋活血，散结止痛。

(5)整复错缝患者侧卧，医者对其腰部做侧卧位扳法，左、右各 1 次：对胸背部肌筋膜炎者做抱颈提胸法，以理筋整复，纠正关节错缝。

(6)擦腰背部患者俯卧，在脊柱两侧膀胱经涂上介质，医者沿膀胱经走行方向用直擦法，以透热为度。手法结束后，可加用湿热敷，以温经通络，舒筋活血。

【预防调护】

1.避免长期伏案工作和颈肩部不良的单一姿势，避免颈肩部肌肉和肌筋膜的静力性收缩。

2.注意腰背部保暖，必要时可佩戴腰围加以保护。

3.治疗期间避免脊柱过度屈伸活动，以利于损伤的恢复：缓解期应加强腰背肌功能锻炼，有助于巩固疗效。

【临证提要】

1.腰背肌筋膜炎病变部位广泛，临证时应明确病变部位，进行针对性的治疗才能获得满意的疗效。

2.可配合针灸、拔罐治疗，以增强治疗效果。

第十二节 第 3 腰椎横突综合征

第 3 腰椎横突综合征是指第 3 腰椎横突周围组织的急慢性损伤，引起横突处附着肌肉撕裂出血、炎性渗出、瘢痕粘连、筋膜增厚挛缩，使血管神经束受到摩擦、刺激和压迫，导致以慢性腰

痛、局限性压痛为主要临床表现的一种病证。以单侧发病较多，也可双侧同时发病。本病是慢性腰痛中最常见的疾病之一，以体型瘦长者、青壮年及体力劳动者多见，男性多于女性。本病属中医学“伤筋”“腰腿痛”范畴。

【应用解剖】

1.第3腰椎横突第3腰椎位于腰椎生理前凸的顶点，5个腰椎横突中第3腰椎横突最长，其横突端为参与脊柱活动的大小不等的肌肉和筋膜的附着处。相邻横突之间有横突间肌，横突尖端与棘突之间有横突棘肌，横突前侧有腰大肌及腰方肌，横突的背侧有骶棘肌，相邻横突间有横突间切带维系。当腰部活动时，第3腰椎横突所承受的应力和牵拉力最大，其损伤的机会也就更多，这是导致第3腰椎横突综合征的主要原因。

2.腰脊神经腰部脊神经出腰椎椎间孔后，分为前支和后支。前支粗大构成腰丛和骶丛；后支细而短分为内侧支和外侧支，在横突间肌内侧向后走行，内侧支分布于肌肉，外侧支为皮神

经。臀上皮神经发自L1—L3脊神经后支的外侧支，于相应的横突间韧带穿越，再穿过附着在L1~L4横突上之腰背筋膜的深层，然后入骶棘肌至其背侧与浅筋膜之间向下走行，在骶棘肌的外缘腰下三角处穿过腰背浅筋膜，分布于臀部皮肤及大腿后侧皮肤。其中第2腰椎脊神经后外侧支在第3腰椎横突顶端后方穿过肌肉及深筋膜，容易受第3腰椎横突摩擦和紧张的筋膜刺激、卡压而产生疼痛。

【病因病机】

1.外伤第3腰椎横突位于腰椎生理前凸的顶点，腰部频繁屈伸、侧屈、旋转活动，所承受的杠杆作用力最大。当腰部急性闪扭损伤时，因外力牵拉作用，使附着于第3腰椎横突上的肌肉、韧带、筋膜超过其承受负荷，导致第3腰椎横突上附着的肌肉或筋膜容易发生撕裂、牵拉损伤。此外，腰部不协调的运动，使腰部肌肉、韧带和筋膜舒缩失衡，导致同侧或对侧肌肉、筋膜牵拉损伤。急性损伤失治或治疗不彻底，则形成慢性腰痛。

2.横突过长由于第3腰椎横突生理性过长，在腰部屈伸、侧屈、旋转活动过多，或腰部受寒冷刺激，肌肉的黏滞性加大，做功能力下降的情况下频繁活动，均可使肌肉、筋膜与横突摩擦增加，导致慢性摩擦损伤。反复持续损伤致横突周围局部软组织出现炎性水肿、出血、渗出等纤维变性。日久，导致横突周围粘连、肌肉挛缩、筋膜增厚、瘢痕形成等病理改变，使穿行其间的血管、腰脊神经后支的外侧支受到刺激或卡压，出现局部疼痛和向腰臀部放射痛。

3.假性滑囊形成由于横突与其周围肌肉、韧带、筋膜长期持续摩擦，炎性水肿、渗出增多，使横突尖端骨膜与骨皮质分离，形成假性滑囊。随着炎性渗出的增多，假性滑囊内渗出液浸入，使滑囊内张力增大，形成局部持续酸胀痛。检查时横突尖端可触及滑动的囊性肿块。

《诸病源候论·腰背病诸候》曰：“凡腰痛病有五二曰风痹，

风寒著腰，是以痛。三日肾虚，役用伤肾，是以痛。四日臀腰，坠堕伤腰，是以痛。五日寝卧湿地，是以痛。”说明腰痛的病因与外伤、肾虚、风寒湿邪有关。中医学认为，先天禀赋不足，又因闪挫扭腰，筋肌损伤，气血瘀滞，筋黏拘僵，时时作痛；或因慢性劳损，或被风寒湿邪所困，致气血运行不利，筋肌失荣，久而黏结挛僵，活动掣痛，发为本病。

【诊断】

1.病史有腰部慢性劳损、姿势不良史，部分患者有腰部急性扭伤史。

2.症状

(1)腰部酸胀疼痛，但不能明确指出疼痛部位。晨起弯腰及旋转时腰痛加剧，稍微活动后疼痛减轻，久坐直起困难，多数为一侧腰痛，部分为两侧腰痛，但咳嗽、打喷嚏对腰臀疼痛无明显影响。

(2)腰痛多呈持续性、弥漫性，劳累、天气变化、剧烈运动后腰痛加重，休息时疼痛减轻，疼痛常牵涉臀部、大腿后外侧等部位。

(3)活动受限，常以手撑腰，弓背行走。

3.体征

(1)肌痉挛患侧腰部局限性肌紧张或肌痉挛。有的患者存在明显的股内收肌紧张，可能为腰1、2、3脊神经后支受刺激反射性引起

(2)活动受限多数表现为腰部僵滞不灵活，有腰部下坠感。急性发作时腰部活动功能可明显受限，表现为转侧不利、屈伸受限。

(3)压痛一侧或两侧第3腰椎横突尖端有明显压痛，可触及囊性样假性滑囊，有波动感，随压力方向改变而滑动，按之可引起向同侧臀部、股外侧放散痛，但痛不过膝。臀中肌外缘可触及条索状物，并有压痛。

(4)特殊检查直腿抬高试验可为阳性，但加强试验为阴性。

4.辅助检查 X线检查可见第3腰椎横突明显过长，远端边缘部有钙化阴影，或左右横突不对称、畸形等。

【鉴别诊断】

1.慢性腰肌劳损腰痛部位及压痛范围广泛，腰骶部或臀部有时也有压痛，而第3腰椎横突综合征压痛部位主要局限于横突处。

2.梨状肌综合征沿坐骨神经分布区域出现下肢放射性痛、麻，但无腰痛及活动功能障碍，压痛点局限在臀部梨状肌体表投影区，梨状肌紧张试验阳性。

3.腰椎间盘突出症腰痛伴下肢放射性疼痛，腰部活动功能障碍，尤以屈伸为甚：屈颈试验、直腿抬高及加强试验均为阳性，压痛点在棘突旁或腰骶部，且有叩击痛和放射痛。

【治疗】

1.治法舒筋活血，散结止痛

2.手法揉法、按法、揉法、弹拨法、摇法、推法、擦法。

3.取穴与部位肾俞、腰阳关、大肠俞、环跳、风市、阿是穴、

腰臀部、腰部膀胱经、第3腰椎横突部。

4.操作

(1)捡腰臀部医者用揉法在患侧骶棘肌、骶骨背面、臀部往返施术，并配合腰部后伸被动运动，手法宜深沉缓和，时间约5分钟，以解痉止痛，舒筋活血。

(2)按揉穴位医者以拇指按揉肾俞、腰阳关、大肠俞、环跳、风市等穴，重点按揉阿是穴，以患者能耐受为度，时间约3分钟，以通络止痛。

(3)按揉、弹拨横突部医者用拇指按揉第3腰椎横突部，重点在横突周围肌肉、韧带、筋膜施术，然后弹拨条索状物、筋结部位，用力宜由轻渐重，手法宜深沉缓和，以患者能耐受为度，时间约5分钟，以舒筋活血，松解粘连，通络止痛。

(4)环转摇腰患者仰卧，屈膝屈髋。医者站其体侧，环转动腰部3~5遍，以舒筋通络，滑利关节。

(5)掌推膀胱经患者俯卧，医者自上而下掌推腰部两侧膀胱3~5遍。

(6)掌擦膀胱经

医者在患侧骶棘肌体表涂上介质，沿膀胱经走行方向施掌擦法，以透热为度。

【预防调护】

1.注意纠正不良姿势，劳逸结合，避免久坐，加强腰背肌锻炼。

2.急性期避免或减少腰部的前屈、后伸和旋转活动，对缓解症状、促进恢复有重要作用。

3.治疗期间卧硬板床休息，注意腰部保暖，避免过劳。

【临证提要】

1.本病以第3腰椎横突假性滑囊形成及其周围软组织痉挛、粘连为主要病理特点；推拿治疗的重点应放在第3腰椎横突部，选择适宜的手法和操作方向是临床取效的关键。

2.对粘连较重或顽固性疼痛者，可配合神经阻滞疗法或针刀疗法治疗。

第十三节 腰椎退行性骨关节炎

腰椎退行性骨关节炎(Degenerative Lumbar Osteoarthritis)是指随着年龄的增长，由于腰椎间盘退变、椎体边缘及小关节骨质增生而导致的以腰腿疼痛为主要临床表现的一种脊椎骨关节退行性病证。本病起病缓慢，病程较长，症状迁延，多见于中老年人，男性多于女性。长期从事重体力劳动者、运动员及肥胖者则更早、更易患本病。本病属中医“骨痹”“骨痿”范畴。

【应用解剖】 本病的发生与年龄增长及骨结构改变有关，形成老年人特有的骨结构解剖特征。

1.椎体结构改变 随着年龄的增长，人体骨质逐渐疏松，单位体积骨量减少，椎体横行骨小梁逐渐变细，纵行骨小梁逐渐变粗，周围皮质逐渐变薄。由于骨质疏松及长期负重，轻微外力则

易造成 椎体变扁，形成压缩性楔形改变。

2.椎间盘结构改变 椎间盘由纤维环、髓核和软骨终板构成，对脊柱起缓冲垫的作用。随着年龄增长及腰部负荷增加，易造成髓核脱水变性，使椎间盘的弹性及缓冲能力减弱，腰椎稳定性下降。椎间盘髓核向椎体内突出，形成许莫氏结节，椎体边缘出现代偿性骨质增生。

3.椎管管径改变 椎管由椎体后缘、椎弓板和棘突基底构成，供脊髓通行。椎管的前壁由椎间盘纤维环、后纵韧带组成，两侧有黄韧带保护。由于椎体、椎间盘结构改变，黄韧带增生肥厚及椎体后外缘骨质增生，使椎管内径变小，压迫、刺激相应的脊髓和脊神经根，而产生腰腿痛、下肢麻木等一系列症状。

4.韧带退变 脊柱韧带主要有前纵韧带、后纵韧带、黄韧带、棘上韧带、棘间韧带、横突间韧带等，共同维持躯干直立和限制脊柱过度屈伸运动。随着年龄的增长，韧带松弛、钙化、弹性变差，导致脊柱不稳定。

5.关节突关节退变 关节突关节由相邻两椎体的上、下关节突关节面构成的关节及关节囊构成，具有稳定脊柱和引导腰椎旋转及屈伸运动的作用。随着年龄的增长，由于关节突关节磨损、退变，容易发生紊乱、错位、骨质增生、关节囊增厚等改变，使关节失稳而产生相应症状。

【病因病机】

引起本病的病因很多，但不外乎内因和外因两种，内因是变

化的基础，外因是变化的条件。由于腰椎退行性改变，适遇各种急、慢性损伤，或感受风寒湿邪等外因作用下而产生临床症状。

内因 退行性改变是主要的内因。随着年龄的增长，人体激素水平下降，新陈代谢减慢，人体各组织器官的细胞所含的水分和营养物质逐渐减少，游离钙质逐渐增加，骨质疏松加速退行性改变，腰椎椎体边缘形成不同程度的骨赘。椎间盘发生退变，失去固有的弹性，厚度变薄，椎间隙变窄，椎间孔缩小，从而又加速了髓核和纤维环的变性。椎间盘退变使椎间盘的吸收震荡能力进一步减弱，故造成椎体前、后缘应力增加，使椎体反复受到震荡、冲击和磨损等刺激，促使代偿性的骨刺形成，骨刺又造成椎体周围软组织发生反应性变化，刺激或压迫周围神经，产生临床症状。

外因 各种损伤、慢性劳损是常见的外因。腰椎是承载人体重量最大、运动最频繁的部位，由于长期负重和过度活动，引起损伤和劳损的机会增多，进一步加速椎间盘退变，弹性减弱，椎间隙变窄，使周围韧带变得松弛，导致关节不稳定，反过来又导致椎体代偿性骨刺形成。骨刺多发生于脊柱生理弯曲的凹侧或椎体不稳定部位，这是机体生理代偿作用的结果。骨刺的产生与压力和承重力有密切的关系，压力可能是引起骨刺的主要因素之一。骨刺是椎体对压力的反应，是骨组织应对压力和承重力的代偿产物。同时，骨刺增生的程度与年龄增长成正比，年龄越大，增生越明显。可见，骨刺增生是机体应对脊柱压力和承重需要的

自然反应，但如果刺激或压迫椎体周围组织产生无菌性炎症，则可加速粘连、钙化、挛缩，使腰腿痛症状持续加重。《诸病源候论·腰背痛诸候》曰：“夫劳伤之人，肾气虚损，而肾主腰脚，其经贯肾络脊，风邪乘虚，猝入肾经，故猝然而患腰痛。”中医学认为，本病的发生与年龄及气血盛衰、筋骨强弱有关。内因是人过中年，肝肾亏虚，骨失充盈，筋失滋养；外因是感受风寒湿邪，客于脊隙骨节，或因积劳成伤，气血凝滞，节窍黏结，筋肌拘挛，脊僵筋弛而作痛，每遇劳累即发，病痛缠绵，发为本病。

【诊断】

病史 有长期从事弯腰劳作和负重史。

症状(1)起病缓慢，腰背部酸痛不适、僵硬板滞呈典型的“板状腰”，不耐久坐、久站，晨起后症状较重，活动后减轻，但过度活动或劳累后又加重，腰部俯仰活动不利，阴雨天气或受寒冷刺激时症状加重。

急性发作时，腰痛较剧，可牵掣至臀部及下肢。若骨刺压迫或刺激脊神经根时，可出现下肢疼痛、麻木无力、感觉障碍等症状。

3.体征 (1)生理曲度改变 腰椎生理前凸减小或消失甚至反弓，明显者可见圆背。(2)肌肉痉挛 腰肌僵硬，有时呈痉挛状态。(3)压痛 骶棘肌有局限性压痛、叩击痛；臀上皮神经和股外侧皮神经分布区按之酸痛。(4)活动受限 早期活动受限不明显，后期腰部均匀性活动受限，屈伸、侧屈活动范围减小，脊柱旋转受限。(5)特殊检查 直腿抬高试验、下肢后伸

试验可呈阳性。

4.辅助检查 X线检查可显示腰椎不稳、椎体边缘骨质增生、小关节骨质增生，严重者有唇样改变增生或骨桥形成；椎间隙变窄或不规则关节突关节模糊不清，或老年性骨萎缩。CT、MRI检查可观察椎管形态，以及椎管内增生、椎间盘突出对脊神经根的压迫程度。

【治疗】

治法

1.活血止痛，补肾壮骨。

2.手法 揉法、揉法、按法、点法、弹拨法、扳法、擦法。

3.取穴与部位 命门、腰阳关、气海俞、大肠俞、关元俞、委中、腰段华佗夹脊、督脉、腰骶部。

4.操作（1）揉膀胱经及腰骶部 患者俯卧，医者用 法、揉法沿腰 部两侧膀胱经上、下往返施术，对肌肉紧张、僵硬部位做重点治疗，然后用揉法、按揉法在腰骶部施术，手法宜深沉缓和，时间约 5 分钟，以舒筋活血，解痉止痛。（2）点按穴位 医者用拇指点按命门、腰阳关、气海俞、大肠俞、关元俞、委中等穴，以酸胀为度，时间约 3 分钟，以行气活血，通络止痛。（3）拨揉腰段夹脊穴 医者用按揉法、拨揉法在腰段华佗夹脊 穴交替施术，使作用力直达关节突关节，手法宜深沉缓和，时间约 5 分钟，以舒筋解痉，通络止痛。（4）后伸、斜扳腰椎 患者俯卧或侧卧，医者用腰椎后伸扳 法、侧卧位扳法于腰部施术，以整复错缝、

纠正紊乱。（5）揉下肢部 若有下肢牵涉痛者，患者俯卧，医者用滚法、按揉法沿牵涉痛区域施术，手法宜深沉缓和，时间约3分钟，以舒筋通络，行气止痛。

第十四节 腰椎滑脱症

腰椎滑脱是指先天发育异常或腰椎退变、外伤、慢性劳损等原因造成上、下椎体骨性连接发生异常，上位椎体相对于下位椎体部或全部滑移，其中引起临床症状者称为腰椎滑脱症。据有无峡部裂可分为峡部裂性腰椎滑脱和退行性腰椎滑脱。腰椎滑脱以第4腰椎最为常见，其次是第5腰椎和第3腰椎。临床以腰骶部酸痛，腰椎生理曲度加大，严重时可能出现坐骨神经受累症状为主要临床表现。本病多见于中老年人，女性多于男性。本病属于中医“脊骨节错”范畴。本节主要讨论退变引起的腰椎滑脱症。

【应用解剖】

腰椎峡部 由椎弓上、下关节突之间的皮质骨梁组成，但此处骨质构造相对薄弱，受到外力时容易发生断裂，导致椎体滑移。

椎间盘 椎间盘由纤维环、髓核和软骨终板构成，起缓冲垫的作用。但随着髓核含水量减少，弹性变弱，腰椎缓冲的能力减弱及稳定性下降，容易引起腰椎滑移。

关节突关节 由相邻两椎体的上、下关节突关节面构成的关节及关节囊组成，具有稳定脊柱的作用，引导脊柱旋转、屈伸的作用，由于关节囊比较薄，当该关节发生紊乱、错位时，腰椎的

稳定性受影响，容易引起腰椎滑移。

长韧带包括棘上韧带、前纵韧带、后纵韧带，三者良好的协同合作，共同保持躯干直立和限制脊柱椎体过度屈伸运动；当受到过度外力或者慢性损伤而致长韧带破裂或稳定性减弱时，腰椎及椎弓易发生断裂移位，产生腰椎滑移。

腰骶角 由水平线与第 1 骶椎上终板所形成的夹角称为腰骶角。腰骶角正常夹角约为 41° ，腰椎与骶椎椎体后缘弧度为弦弧距，正常值为 $18\sim 22\text{mm}$ 。当躯干上身重力过度加载在腰骶角时，则腰骶角及弦弧距加大，则容易造成椎体滑脱。

【病因病机】

椎间盘退变 中年以后，腰椎间盘发生退变，弹性下降，缓冲作用减弱，椎间隙变窄，小关节韧带松弛，过度活动及载荷增加，可使关节面咬合不稳，易造成腰椎滑脱。

2. 腰椎结构改变 正常情况下腰椎向前凸，骶椎向后凸，形成骶骨角承载上身重量。由于躯干重力加大，会造成上部腰椎向前倾斜，腰骶椎的负重力自然形成向前的分力，使第 5 腰椎有向前滑移的倾向。另外，第 4 腰椎高于两侧髂嵴，缺少骨盆软组织的支撑保护，脊柱前屈时小关节不易阻挡第 4 腰椎向前滑脱。正常状态下，腰椎的上、下关节突及周围的关节囊、韧带的力量可限制其滑移倾向，随着年龄的增长而力量减弱，某些激素水平下降可导致内分泌失调，韧带松弛，稳定性下降，更容易造成椎体向前滑脱。

3. 外伤及劳损

由于先天性峡部崩裂或发育异常，其结构稳定性变差，急性损

伤、慢性劳损或腰部过度后伸体位时，引起腰椎向前或向后滑脱。若导致马尾神经受到损伤或刺激，则可出现下肢无力，马鞍区麻木，大小便功能障碍等症状。

【诊断】 1.病史 有腰部外伤史或劳损史。 2.症状 (1) 早期不一定有症状，部分患者可有下腰部酸痛，但症状轻重不一，常因轻度损伤后出现，或劳累后加重，多在休息或服用止痛药后缓解。(2) 腰痛初起为间歇性，多次反复发作后形成持续性疼痛，经休息不能自行缓解，严重者可影响日常生活。

疼痛可向骶尾部、臀部及大腿后部放射；若引起腰椎管狭窄，常可出现间歇性跛行的症状；若伴发马尾神经损害，可出现马鞍区麻木、大小便功能障碍等症状。(4) 神经根症状常由滑脱节段刺激神经根引起，或经窦椎神经反射而产生的假性根性症状，其特点是平躺后症状减轻。真正马尾神经受压所致的神经压迫症状并不常见。部分患者可出现下肢放射性痛麻的症状。 3.体征 (1) 生理曲度及姿势改变 单纯性峡部崩裂而不伴滑脱者可见下腰部前凸增加。腰椎滑脱可见腰部前凸、臀部后凸的阶梯状畸形及腹部下坠和腰部缩短等特殊外形。部分患者可出现姿势异常，比如患者常弯腰或屈髋行走。(2) 腰椎活动受限 腰椎 I 度滑脱者活动功能基本正常；II 度滑脱者活动受限；III 度、IV 度滑脱者，腰部强直或活动受限明显，尤以前屈为甚。(3) 肌痉挛及压痛 腰部肌肉痉挛；相应的滑脱节段有压痛，有阶梯样凹陷，压痛常位于滑脱处棘突、相应棘间隙。重压腰骶部时可引起

下肢放射性痛麻症状。（4）特殊检查 部分患者双侧直腿抬高试验及加强试验可为阳性。4.辅助检查 X线检查可对腰椎滑脱的程度做出判断；斜位片可显示是否有无腰椎峡部裂。CT可明确椎弓根峡部裂、椎管狭窄、小关节不对称等情况。MRI可观察到隐性峡部裂、硬膜囊及马尾神经受压状况，可排除腰椎骨质及脊髓内占位性病变。【鉴别诊断】1.腰椎间盘突出症 腰痛伴下肢放射性痛、麻明显，腰部活动功能障碍，尤以屈伸为甚，脊柱侧弯，屈颈试验、直腿抬高及加强试验均为阳性，压痛点在棘突旁或腰骶部，且有叩击痛及下肢放射痛。2.腰椎管狭窄症 以间歇性跛行为最主要症状，腰部活动过伸受限；而腰椎滑脱患者也可出现间歇性跛行，但滑脱患者前屈受限明显。CT、MRI检查可明确诊断。

【治疗】

治法 1.舒筋活血，整复滑脱。2.手法 揉法、揉法、按法、弹拨法、拔伸法、仰卧冲压法、仰卧卷腰法、扳法。3.取穴与部位 志室、腰眼、肾俞、大肠俞、腰阳关、滑脱相应节段、腰骶部。4.操作（1）揉腰骶部 患者俯卧，医者用法、掌揉法在腰部两侧骶棘肌交替施术，再在腰骶部做重点治疗，手法宜深沉缓和，时间约5分钟，以舒筋活血，通络解痉。（2）揉拨穴位 医者用拇指按揉、弹拨双侧志室、腰眼、肾俞、大肠俞、腰阳关等穴，以酸胀为度，时间约5分钟，以舒筋活血，通络止痛。（3）拔伸腰椎 令患者两手把持住床头，一助手站于床头，双

手固定患者腋下。医者站于床尾，握住患者双踝并沿纵轴方向进行拔伸牵引，牵引时应保持水平位，不能抬起下肢，以免加大腰椎前凸，可在患者腹部垫枕，防止腰椎过伸，做间歇性牵引3分钟，牵引力度以患者能耐受为度，以纠正滑脱。（4）仰卧冲压法 适用于L4椎体前滑脱者。患者仰卧，双手叠放于上腹部，医者在其腰骶部垫一枕头，然后将患者下肢屈髋屈膝，嘱患者吸气后屏住呼吸，医者用胸部压于患者双膝，向腹部方向间歇性重复冲压5遍，以理筋整复，纠正L4椎体前滑脱。（5）仰卧卷腰法 适用于L5椎体前滑脱者。患者仰卧，双手抱头，双下肢屈膝屈髋贴近腹部。医者左手及前臂压于患者双膝上，右手托住患者腰骶部抬臀，压膝与抬臀同步，行间歇性卷腰5遍，以理筋整复，纠正L5椎体前滑脱。（6）腰椎后伸扳法 适用于腰椎后滑脱者。患者俯卧，医者以一手托起患者双下肢并靠近身体，另一手按压后滑脱的椎体，一压一抬做间歇性腰椎后伸扳动5遍，以理筋整复，纠正腰椎后滑脱。

【预防调护】 1.应避免或减少腰部过度后伸和旋转活动，疼痛明显时应卧硬板床休息，注意腰部保暖，避免过劳。

2.腰椎前滑脱者取仰卧位屈膝屈髋，尽量收腹，双手抱膝如球状，使头部尽量贴近膝部，做前后滚动锻炼，可纠正腰椎前滑脱。3.腰椎前滑脱者，女性不宜穿高跟鞋，建议仰卧位在臀部用枕头垫高以矫正前滑脱；腰椎后滑脱者，女性宜穿高跟鞋，建议仰卧位在腰部用枕头垫高以矫正后滑脱。

【临证提要】 1.本病以腰部疼痛、功能活动受限为诊断要点。推拿对腰椎Ⅰ度滑脱、Ⅱ度滑脱者临床疗效较好，对Ⅲ度滑脱者要慎重，Ⅳ度滑脱为推拿绝对禁忌证。 2.治疗前首先要对滑脱程度进行评估，明确是前滑脱还是后滑脱。 3.应用仰卧冲压法、仰卧卷腰法、腰椎后伸扳法治疗该病存在一定的风险，施术时应定位明确，手法使用恰当，不可用蛮力暴力，遵循“稳、准、巧、快”的手法施术原则。

第十五节 腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症是指腰椎间盘发生退行性改变以后，在外力作用下，纤维环部分或完全破裂，髓核膨出或突出，刺激或压迫窦椎神经、神经根或马尾神经而引起的以腰腿痛为主要临床表现的一种病证，是引起腰腿痛最常见的原因之一。本病多见于青壮年，好发于20~50岁之间，男女比例约4~6:1，以L4~5、L5~S1节段发病率最高，约占95%。本病属中医“腰痛”范畴。

【应用解剖】

1.椎间盘 椎间盘由纤维环、髓核和软骨终板三部分构成。纤维环是由大量平行排列、整齐致密的Ⅰ型胶原纤维和少量蛋白多糖构成。其外2/3层呈典型的同心圆致密排列分层结构，并紧紧地锚靠在椎体上；而在内1/3层，斜行排列的纤维板层与软骨终板交织在一起。纤维环胶原纤维上附有蛋白多糖或糖蛋白颗粒，主要在胶原纤维间起润滑作用，增加椎间盘的稳定性。Ⅰ型胶原

溶解度小，纤维较粗，排列整齐致密，使纤维环具有可靠的抗张强度和抗剪切能力。

2.髓核 髓核由不规则网状结构的Ⅱ型胶原和大量的蛋白多糖构成。Ⅱ型胶原含有羟赖氨酸和糖链，亲水性强，加之纤维较细、易分散，其上附有蛋白聚糖微颗粒，构成髓核胶冻状结构，使髓核具有形变、轴承、吸收应力和均匀传递应力的作用。

3.腰丛 腰丛由第12胸神经前支的一部分、第1~3腰神经前支和第4腰神经前支的一部分组成。主要分支有：

(1)股神经 股神经较粗，穿越腹股沟韧带深面下行至股部，支配股前群肌和大腿前部、小腿内侧部和足内侧缘的皮肤。

(2)闭孔神经 闭孔神经较细，经骨盆穿过闭膜管分布于股内侧部，支配股内收肌群及大腿内侧面的皮肤。

4.骶丛 第4腰神经前支的一部分与第5腰神经前支合成的腰骶干以及低、尾神经的前支吻合面成，位于骶骨和梨状肌前面，分支分布于会阴部、臀部、股后部、小腿和足的肌肉与皮肤。其主要分支有坐骨神经。

5.坐骨神经 坐骨神经自梨状肌下孔穿出，经臀大肌深面沿股后侧下行，在腘窝上约10cm处分为胫神经和腓总神经。胫神经经腘窝下行，其肌支走行于小腿三头肌和胫后肌之间，支配小腿后侧肌群；其皮支分布于小腿及足底皮肤。腓总神经在腓骨小头内前方又分为腓浅神经和腓深神经。腓浅神经肌支支配腓骨长、短肌，皮支分布于足背及趾背的大部分皮肤；腓深神经沿途发出肌

支配小腿前肌群及足背肌，其皮支分布于第1、2趾相邻的皮肤。

【病因病机】

(一)病因

1.椎间盘退变 腰椎间盘退变是本病发生的根本原因。腰椎间盘在脊柱的运动和负荷中承受巨大的应力、随着年龄的增长，椎间盘逐渐发生退变，纤维环和髓核的蛋白多糖及水的含量逐渐下降，髓核逐渐失去弹性，纤维环逐渐出现裂隙。在退变的基础上，积累性损伤和外力的作用使椎间盘发生破裂，髓核、纤维环甚至终板向后突出，严重者神经受到压迫而产生临床症状。

2.损伤积累 损伤是加剧椎间盘退变的重要原因。腰部闪挫、强力举重、反复弯腰、扭转等动作最易引起椎间盘退变加速。如驾驶员长期处于坐位和顺骶状态，及从事重体力劳动者，因过度负荷均易加速椎间盘退变。急性外伤可在前期椎间盘退变的基础上诱发椎间盘的突出

3.外感风寒湿在椎间盘退变的基础上，适遇风寒湿邪侵袭，血管收缩引起血液循环障碍，发生充血、水肿，导致腰部肌肉痉挛；而腰肌痉挛又可使椎间盘内压升高，导致椎间盘退变加速或突出。若脊神经根或马尾神经受到刺激或压迫，可引起神经根受压的临床症状

4.妊娠 妊娠期间整个韧带系统处于松弛状态，导致腰椎应力分布不均而失稳，而腰骶部又承受比平时更大的负荷。因此，妊娠可加速椎间盘退变，增加了腰椎间盘突出风险。

5.遗传因素 有色人种的发病率较低；小于 20 岁的青少年患者中约 32%有阳性家族史。提示本病发生可与遗传因素有关。

6.发育异常 腰椎骶化、骶椎腰化和关节突不对称等腰骶部先天发育异常，可使下腰椎承受异常应力，均会加速椎间盘退变，导致椎间盘突出。

(二)病理及发病机制

椎间盘 由纤维环、髓核和软骨终板构成。由于椎间盘承受躯干及上肢的负荷，在日常生活及劳动中，容易发生退变。而且，椎间盘仅有少量血液供应，其营养供应主要是通过软骨终板的渗透，因此，更容易发生椎间盘退变。

椎间盘的生化成分为胶原、蛋白多糖、弹性蛋白和水。在椎间盘退变时，Ⅰ型胶原增加而Ⅱ型胶原减少，髓核中出现Ⅰ型胶原。同时椎间盘中蛋白多糖含量下降，弹性蛋白含量明显减少，弹性纤维密度降低，出现裂隙和不规则空洞等。髓核中的水分由出生时的90%下降到30岁的70%，至老年保持较稳定的状态。因此，在腰椎间盘退变的基础上，适遇外力或风寒湿邪侵袭，髓核通过纤维环的裂隙膨出或突出，刺激或压迫神经，导致神经根的炎性水肿或神经损伤，从而产生腰腿痛等一系列的临床症状与体征。

(三)病理分型

1.根据髓核突出的方向可分为以下 3 种类型：

(1)向前突出 髓核向椎体前缘突出，一般无临床症状

(2)向椎体内突出 髓核经软骨终板向椎体内突出，椎体形成环

状缺口，缺口边缘钙化。

(3)向后突出 髓核向椎管内突出，可压迫或刺激脊神经根或马尾神经而产生临床症状。

2.根据髓核向后突出方向可分为以下 3 种类型：

(1)后外侧型髓核突出仅限于一侧，一侧脊神经根受到刺激或压迫，此型临床最为多见。由于后纵韧带包绕着椎间盘后缘，到 L4、L5、S1 平面时，后纵韧带只有上部的一半宽度，而 L4~L5、L5~S1 关节是承受应力最集中，损伤和劳损机会最多的部位。由于后纵韧带的变窄，造成了解剖结构中的薄弱点，导致髓核容易向后外侧突出。

(2)双侧型髓核向后纵韧带两侧突出，双侧脊神经根均受到刺激或压迫，此类型临床较少见。

(3)中央型髓核自椎间盘后中部突出，压迫的是下行的马尾神经，突出的髓核可忽左忽右，临床可见交替性脊神经根受压症状。

3.根据髓核突出特点与神经根位置关系可分为以下 3 种类型：

(1)根肩型 髓核突出位于神经根的前外侧（肩上型），将神经根压向后内方，引起神经根放射痛，腰椎多向健侧侧弯。

(2)根腋型 髓核突出位于神经根的前内方（腋下型），将神经根压向后外方，引起神经根放射痛，腰椎多向患侧侧弯。

(3)根前型 髓核突出位于神经根的前方，将神经根压向后方，引起神经根放射痛。腰椎生理前凸消失，前屈后伸活动受限，腰椎多无侧弯。少数情况下，神经根可左右滑动，引起交替性腰椎

侧弯。

4.根据其突出程度及影像学特征可分为以下 5 种类型：

1.膨出型 纤维环有部分破裂，但表层完整，此时髓核因压力向椎管内局限性隆起，但表面光滑。这一类型保守治疗大多可缓解或治愈。

2.突出型 纤维环完全破裂，髓核突向椎管，但后纵韧带仍然完整。

3.脱出型 髓核穿破后纵韧带，形同菜花状，但其根部仍然在椎间隙内。髓核脱出较大者可压迫马尾神经，表现为马尾神经受压症状。

4.游离型 大块髓核组织穿破纤维环和后纵韧带，完全突入椎管，与原椎间盘脱离。

5.许莫氏结节及经骨突出型 前者指髓核经上下软骨板的发育性或后天性裂隙突入椎体松质骨内；后者是髓核沿椎体软骨终板和椎体之间的血管通道向前纵韧带方向突出，形成椎体前缘的游离骨块。这两型临床上无神经症状。

【诊断】

1.病史 多有弯腰劳动成长期坐位工作史：或有腰部扭伤、慢性劳损、感受风寒湿邪病史首次发病常在半弯腰持重或突然扭腰动作过程中发生。

2.症状

(1)腰痛 大多数患者有腰痛，腰痛程度轻重不一，严重者可影

响翻身和坐立，一般休息后腰痛减轻，喷嚏、咳嗽或大用力时均可使疼痛加剧。腰痛可出现在脚痛之前，亦可在腿痛同时或之后出现。腰痛是由于椎间盘突出刺激了外层纤维环及后纵韧带中的窦椎神经纤维所致。

(2)下肢放射性疼痛 若 L4~L5、L5~S1 椎间盘突出者，可出现一侧下肢坐骨神经循行区域的放射性疼痛，常在腰痛消失或减轻时出现：疼痛由臀部开始，逐渐放射至大腿后侧、外侧、小腿后侧、外侧、有的可发展到足背外侧、足跟或足底，影响站立和行走；患者行走时常取前倾位，卧床时取弯腰侧卧屈髋屈膝位，坐骨神经痛可因打喷嚏或咳嗽时腹压升高而导致疼痛加剧；若双侧突出则放射痛可能为双侧性或交替性。若 L2~L3 或 L3~L4 椎间盘突出者，可出现一侧下肢股神经和闭孔神经放射性疼痛。

(3)腰部活动受限 腰部活动在各方向均受限，尤以前屈活动障碍最为明显，少数患者在后伸活动时也明显受限。

(4)主观麻木感 病程久者，常有主观麻木感。多局限于小腿后外侧、足背、足跟或足底。中央型髓核突出可发生马鞍区麻痹。

(5)患肢温度下降不少患者患肢感觉发凉，有的足背动脉搏动亦较弱，此乃由于交感神经受刺激所致

(6)大小便困难 少数中央型腰椎间盘突出症患者，可有大便干结，排出困难，小便淋漓难解，会阴部麻胀，个别伴有阳痿。

3. 体征

(1)腰椎侧凸及生理曲度改变 由于椎间隙变窄，使椎体间原有

的解剖位置发生变异，使脊柱的正常生理曲度发生变化。同时，由于机体保护性的避痛作用，出现为减轻疼痛的姿势性代偿畸形，如脊柱侧凸、生理曲度变直或后凸畸形等。临床上 80%~90% 患者有脊柱侧凸畸形。

(2)腰部活动受限 几乎所有患者都有不同程度的腰部活动受限，其中以前屈受限最明显，是由于前屈位时进一步促使髓核向后移位并增加对受压神经根的牵张之故。

(3)腰肌痉挛 为了避免和限制病损组织的活动而发生的一种保护性反应，主要发生在病变部位周围。由于肌肉的张力增大而发生痉挛，肌肉痉挛又可以加重临床症状，这不仅是形成疼痛的主要原因，也是形成恶性循环而加重临床症状的主要原因。

(4)局部压痛及放射痛 大部分患者在 L4-L5、L5~S1 病变间隙棘突旁 1cm 处有明显压痛，用力按压时可引起下肢放射性疼痛。在居髎、环跳、委中、阳陵泉、绝骨等穴也常有不同程度的压痛。

(5)肌力减退和肌萎缩 L5 神经根受压可引起伸踢肌肌力减退；L3 或 L4 神经根受压则引起股四头肌肌力减退、甚至出现肌肉萎缩。

(6)腱反射及皮肤感觉改变 若 L3 或 L4 神经根受压，可引起同侧膝腱反射减弱或消失；若 S1 神经根受压，则引起跟腱反射减弱或消失。早期患侧小腿后外侧及足背外侧的感觉过敏，后期感觉减退；若小腿上外侧及脚趾跟部感觉减退，多为 L5 神经根受压；若外踝部及足背外侧感觉减退，为 S1 神经根受压。L2~L3 及 L3~L4 椎间盘突出者，股神经受累时，大腿前侧肌肉(如股四头肌)松弛

或萎缩，表现为主动伸膝力量减弱，大腿前方或腹股沟的皮肤感觉减退。中央型腰椎间盘突出症者，马鞍区感觉减退，提肛反射减弱或消失，男性患者提睾反射减弱或消失。

(7)特殊检查 直腿抬高试验及加强试验阳性，屈颈试验阳性，仰卧挺腹试验阳性

4.辅助检查

(1)X线平片 腰椎间盘突出症患者腰椎平片的表现可以完全正常，但很多病人也会有阳性发现。在正位片上可见腰椎侧弯，在侧位片上可见生理前凸减少或消失，椎间隙狭窄。在平片上还可以看到纤维环钙化、骨质增生、关节突肥大硬化等退变的表现。

(2)CT 表现有椎间盘后缘变形突出、硬脊膜囊受压变形、硬膜外脂肪移位、硬膜外间隙中软组织密度影及神经根鞘受压移位等。CT 还能观察椎间小关节和黄韧带的情况

(3)MRI 可以全面地观察各椎间盘退变情况，也可以了解髓核突出的程度和位置，并鉴别是否存在椎管内其他占位性病变。在读片时需注意矢状位片和横断面片要对比观察，方能准确定位。

(4)其他肌电图等电生理检查有助于腰椎间盘突出症的诊断，并可以推断神经受损的节段

【鉴别诊断】

1.梨状肌综合征 腰部症状不明显，无腰痛和脊柱侧弯，压痛限于梨状肌体表投影区，直腿抬高 $<60^\circ$ 疼痛， $>60^\circ$ 反而减轻，梨状肌紧张试验阳性。

2.急性腰扭伤 有外伤史，腰痛剧烈，无下肢放射痛，无跣趾背伸、跣屈肌力改变、无皮肤感觉异常，直腿抬高及加强试验阴性。

3.腰椎管狭窄症 以间歇性跛行、主诉症状多而体征少为主要临床表现，一般步行 200—300m 下肢出现酸困、麻木、无力，必须蹲下休息 3-5 分钟后才能继续行走。

【治疗】

1.治法 舒筋活血，理筋整复，解除压迫。

2.手法 揉法、按法、揉法、点法、拔伸法、扳法、擦法

3.取穴与部位 腰阳关、肾俞、大肠俞、环跳、承扶、殷门、委中、承山、阳陵泉、绝骨、丘墟、阿是穴、椎间盘突出相应节段、腰臀及下肢部。

4.操作

(1)揉揉腰臀及下肢部 患者俯卧，医者用揉法、按揉法在其腰部膀胱经、患侧臀部及下肢部施术，以患侧腰部为施术重点，时间约 3 分钟，以舒筋活血，通络止痛。

(2)叠掌按脊 医者双手叠掌沿脊柱正中线由上至下按压至腰骶部，手法宜深沉缓和，时间约 2 分钟，以舒筋活血，理筋整复。

(3)点按六位 医者用拇指或肘尖点按腰阳关、肾俞、大肠俞、环跳、居髎、承扶、殷门、委中、承山、阳陵泉、绝骨、丘墟、阿是穴，以酸胀为度，时间约 5 分钟，以舒筋通络，活血止痛。

(4)定点拨伸腰椎 在助手配合做腰椎拔伸状态下，医者用拇指

重叠或肘尖用力，在患侧椎间盘突出相应节段与脊柱成 45° 角向椎间孔方向顶推按揉，时间约 2 分钟，以理筋整复，解除神经压迫。

(5)侧卧后伸扳腰 患者侧卧，患侧在上，医者以一手按于病变节段，另一手握其患侧踝部后伸扳动腰椎，手法宜稳实深透，时间约 1 分钟，以舒筋活血，松解粘连。

(6)扳腰卷腰伸筋 患者侧卧，医者用腰部斜扳法左、右各操作 1 次；然后患者仰卧，医者做屈膝屈髋抱臀卷腰法，根据需要做向左、向右的操作，再强制行直腿抬高，以患者能耐受为度，以整复关节，松解粘连，改变突出物与神经根的位置关系，减轻突出物对神经根的刺激和压迫。

(7)整复关节错缝医者可根据病情，采用踩跷法、背法、坐位腰椎定点扳法、屈膝屈髋旋转扳法于腰部施术，以调整后关节错缝，松解粘连，改变突出物与神经根的位置关系。

(8)擦腰骶及下肢部患者俯卧，医者在腰部、腰骶部、小腿后外侧涂上介质，腰部沿骶棘肌用直擦法，腰骶部用横擦法，小腿后外侧顺肌纤维方向用直擦法，以透热为度。

【预防调护】

1.避免腰部受风寒侵袭，避免长时间弯腰工作，纠正不良姿势，避免久坐、久站

2 正确用腰，如弯腰取物，最好采取屈髋、屈膝下蹲方式，以减少对腰椎间盘突出后方的压力。

3.治疗期间，腰部注意保暖，患者宜卧硬板床休息，必要时佩戴护腰；病情好转后，适当进行腰背肌功能锻炼。

【临证提要】

1.本病诊断宜采用三步定位诊断法：即症状与体征定位、神经分布定位、影像学检查定位，明确椎间盘突出节段，为推拿精准治疗奠定基础；推拿治疗的重点在椎间盘突出的相应节段。

2.急性期手法刺激不宜过重，以消除炎性水肿、缓解疼痛为主；缓解期以松解神经根粘连、改变突出物与神经根位置关系、促进髓核回纳吸收为主。

3.中央型突出且下肢放射性疼痛严重者，不宜做重手法或后伸板法；若出现鞍区麻痹、大小便功能障碍者，或经保守治疗后症状改善不明显者，建议手术治疗。

第十六节 腰骶部劳损

腰骶部劳损是指腰骶部关节、韧带、肌肉及肌腱损伤引起的以腰痛或腰骶部疼痛，劳累后加重、休息后减轻为主要临床表现的病证，是老年人的常见病、多发病。本病属中医学“腰痛”范畴。

诊断

1.病史有腰部外伤史或劳损史。

2.症状

(1)腰部一侧或两侧或腰骶部疼痛，劳累后加重，休息后减轻，

时轻时重，反复发作，每遇腰部受凉或阴雨天发作。

(2)腰骶常有僵滞感，活动不灵活，有腰部下坠感，常扶腰行走。

(3)急性发作时腰骶部疼痛明显，不能久站，行走姿势改变或跛行。

3.体征

(1)腰骶部肌肉保护性紧张，僵硬呈板状，严重时腰部两侧肌肉痉挛，腰部活动轻度受限。

(2)腰骶部压痛范围较广，以酸胀痛为主，喜按，有叩击痛。

(3)脊椎活动功能多无异常，无下肢放射性疼痛。

4.辅助检查 X 线检查可见腰椎、骶椎隐性裂，骶椎腰化或腰椎骶化，第 5 腰椎横突肥大与髂骨假关节形成等先天性缺陷，腰骶椎退行性改变，脊柱侧弯等。

【鉴别诊断】

1.腰椎间盘突出症 腰痛伴下肢放射性痛、麻，腰部活动功能障碍，尤以屈伸功能障碍为主，脊柱侧弯畸形，压痛点在棘突旁或腰骶部，且有叩击痛和放射痛。屈颈试验、直腿抬高及加强试验均为阳性。

2.腰椎管狭窄症 以间歇性跛行为主要临床表现，腰部活动过伸受限。CT、MRI 检查可明确诊断。

3.腰椎退行性骨关节炎 腰痛为休息痛，即夜间、晨起腰痛明显，活动后腰痛减轻，脊柱可有叩击痛。X 线检查可见腰椎骨钙

质沉着和椎体边缘增生骨赘。

【治疗】

1.治法舒筋活血，解痉止痛。

2.手法揉法、按法、揉法、弹拨法、扳法、擦法、拍法。

3.取穴与部位肾俞、腰阳关、大肠俞、八髎、秩边、环跳、阿是穴、腰骶部。

4.操作

(1)揉揉腰骶部患者俯卧，医者用揉法、按揉法在腰骶部及两侧膀胱经往返施术，重点在腰骶关节处施术，要求作用力直达腰骶两侧，手法宜深沉缓和，时间约 5 分钟，以舒筋解痉，活血止痛。

(2)按揉穴位 医者用拇指依次按揉肾俞、腰阳关、大肠俞、八髎、秩边、环跳、阿是穴等，时间约 3 分钟，以活血通络止痛。

(3)弹拨痉挛肌束 医者弹拨腰骶部两侧痉挛肌束约 2 分钟，以酸胀为度，以舒筋通络，解痉止痛。

(4)扳、卷腰部 患者侧卧，医者做下腰段斜扳法，左、右各 1 次，以调整关节紊乱；然后患者仰卧，屈髋屈膝，医者一手按压其双膝部，另一手托住其臀部做卷腰法 5 次，以调整腰骶关节。

(5)擦、拍腰骶部 患者俯卧，医者在腰骶部涂上介质，先掌擦督脉及两侧膀胱经，再横擦腰骶部，以透热为度；最后用虚掌拍腰骶部 3~5 次。

【预防调护】

- 1 保持正确姿势，劳逸结合，注意保暖，避风寒。
- 2 适当进行腰、腹部肌肉功能锻炼，增加脊柱的稳定性。
- 3.治疗期间避免腰部过度屈伸和旋转活动。
- 4.腰椎生理曲度过大者，宜采用仰卧位臀部垫枕睡姿，以矫正曲度过大；腰椎生理曲度变小者，宜采用仰卧位腰部垫枕睡姿，以恢复腰椎生理曲度。

第十七节 特发性脊柱侧弯

特发性脊柱侧弯又称代偿性脊柱侧弯、功能性脊柱侧弯，是指生长方育期间原因不清的脊柱侧弯，表现为脊柱在冠状面上多个椎体连续偏离脊柱中线向侧方形成弯曲，常伴有脊柱旋转，矢状面上后凸或前凸增加或减小，肋骨和骨盆的旋转倾斜畸形，以及椎旁的韧带肌肉异常。本病好发于青少年女性，常在青春发育前期发病，其病因目前尚不清楚，发病率约占脊柱侧弯的 80%，女孩发病率占 60%~80%，10~16 岁儿童中有 2%~3%可察受到有脊柱侧弯。

【诊断】

(一)病理诊断

1.按病理分型

(1)可逆型 即姿势性脊柱侧弯。多见于胸段或胸腰段，以单侧弯为主，站立或行走时侧弯明显，平卧或悬吊时消失。X 线检查显示一个侧弯弧，骨质结构无改变。

(2)不可逆型 即结构性脊柱侧弯。脊柱侧弯畸形较固定，不会因体位改变而消失或增加。常伴有胸廓畸形，脊柱侧弯胸前壁凹陷，后壁隆起；凹侧胸前壁弯起，后壁下陷，呈“剃刀背”畸形；肺功能异常。X线检查显示呈“S”形畸形，中间侧弯为原发，上、下侧弯为代偿。脊柱侧弯同时合并脊柱旋转畸形。

2.按年龄分型可分为幼儿型(0~3岁)为结构性脊柱侧弯；少年型(4~9岁)为特发性脊柱侧弯；青春型(10~16岁)为姿势性脊柱侧弯。

3.按解剖位置分型可分为颈侧弯，顶椎在C1~C6之间；颈胸弯，顶椎在C7~T1之间；胸弯，顶椎在T2~T11之间；胸腰弯，顶椎在T12~L1之间；腰弯，顶椎在L2~L4之间；腰骶弯，顶椎在L5或S1。

(二)临床诊断

1.婴儿型特发性脊柱侧弯

(1)症状①常在3岁内被发现，以男婴多见。②通常脊柱侧弯凸向左侧，侧弯多位于胸段和胸腰段。③多数侧弯在出生后6个月内开始进展。④该病分为自限型和进展型，自限型约占婴儿型特发性脊柱侧凸的85%。⑤双胸弯，易进展并发展为严重畸形。

(2)体征①两肩不等高。②肩胛骨一高一低。③一侧腰部皱褶皮纹。④腰前屈时两侧背部不对称，即剃刀背征。⑤脊柱偏离中线。

(3)辅助检查年幼男孩，以目测和专科检查为主，一般不考虑

X线检查。确实需要者在甲状腺、胸腺、睾丸部位铅板遮盖下进行X线检查，可确定侧弯的范围、程度及类型。

2. 少儿型特发性脊柱侧弯

(1) 症状①年龄在4~10岁之间，以女孩多见。②以右侧胸弯和双侧弯为主，右侧胸弯约占23%；双侧弯约占20%；胸腰段侧弯占15%。③左侧胸弯少见，若出现应考虑椎管内病变的可能。④约70%的患者呈进行性加重。

3. 青少年型姿势性脊柱侧弯

(1) 症状①年龄在10~16岁之间，以女孩多见。②多数患者侧弯的度数较小，日常生活不受影响。③常伴有进展性肺功能下降和后背痛，肺活量通常下降到预期值的70%~80%。④严重脊柱侧凸者可损害肺功能。

【鉴别诊断】

1. 先天性脊柱侧弯由异常椎体的形成引起，如椎体缺失、半椎体或者椎体间联合等，引起不对称生长导致畸形，X线、CT检查可明确诊断，予以鉴别。

2. 神经肌肉性脊柱侧弯由神经系统疾病引起的脊柱弯曲，常见的神经系统疾病包括脑瘫、脊柱裂、神经肌肉营养失调及脊髓损伤等，常伴有神经系统检查的异常。

【治疗】

1. 治法舒筋解痉，理筋整复，纠正侧弯

2. 手法擦法、按法、揉法、摇法、扳法、错动整复法

3.取穴与部位心俞、肺俞、肝俞、肾俞、大肠俞、华佗夹脊、膀胱经、脊柱侧弯相应节段。

4.操作

(1)接脊柱膀胱经患者俯卧，医者用滚法沿脊柱两侧膀胱经上、下往返施术，在侧弯节段做重点治疗，手法宜深沉缓和，时间约 5 分钟，以舒筋活血，解痉通络。

(2)按揉穴位医者先用按揉法沿脊柱两侧的华佗夹脊穴施术，在侧弯节段做重点治疗，以患者能耐受为度，时间约 5 分钟，以舒筋解痉，活血通络；然后按揉心俞、肺俞、肝俞、肾俞、大肠俞等穴，以酸胀为度，时间约 5 分钟，以舒筋解痉，活血通络。

(3)错动整复法医者以两手置于侧弯节段两侧关节突关节处，近胸侧用小鱼际着力，对侧用大鱼际着力，先下压再向两侧撑开，然后双手分别向手指方向进行错动整复施术，按侧弯脊椎逐节整复，以整复关节紊乱，纠正侧弯。

(4)俯卧后伸拔法医者立于患者凸侧，以一手掌按抵在侧凸最明显处，另一手提起对侧下肢，做一推一扳的操作。操作时两手要同步，用力要稳实，不可用蛮力，重复操作 5~10 次，以纠正脊柱侧弯。

(5)擦脊柱侧弯部患者俯卧，医者在脊柱侧弯节段涂上介质，直擦华佗夹脊、膀胱经，以透热为度，以温经通络，舒筋解痉。

(6)牵引脊椎治疗后可配合牵引疗法。牵引力以患者自身体重的 50%作为首次牵引重量，以后可逐渐增加，每次 20 分钟，每日

1 次，有助于纠正脊柱侧弯。

【预防调护】

1.避免过劳、外伤，避风寒，注意保暖。

2.纠正不良姿势，已发生脊柱侧弯者更应纠正不良姿势；书包重量控制在背包者体重的 10%以下，建议背双肩包。

3.轻度脊柱侧弯可通过形体训练、游泳等体育运动进行控制和矫正。

4.采用侧凸侧卧位，在侧凸节段下垫枕矫正侧弯，垫枕的高度视侧弯程度而定。

【临证提要】

1.早发现、早诊断、早治疗是防治本病的关键。

2.推拿治疗对特发性脊柱侧弯 Cobb 角 $<25^{\circ}$ 效果较好， $<45^{\circ}$ 有一定疗效；推拿治疗结构性脊柱侧弯疗效较差。对脊柱侧弯 Cobb 角 $>45^{\circ}$ ，且每年进展 $>5^{\circ}$ 者，建议手术治疗。

3.本病的治疗目的是对侧弯畸形进行最大限度的矫正，以求消除症状，恢复功能；临证时要根据具体的病情特点选择最适宜的治疗方法。

第十八节 骶髂关节损伤

骶髂关节损伤是指骶髂关节遭受外力的作用，或因妇女孕产骶髂关节面对合不良，导致骶髂关节韧带损伤或骶髂关节错缝，引起的以骶髂部疼痛和功能障碍为主要临床表现的病证。临床以

持续性下腰痛或腰臀痛、长短腿、跛行为主要临床特征。本病好发于青壮年，尤以女性及运动员最为多见。近年来，由于驾车右足用劲过多，动作变换频繁，牵拉骶髂关节，造成骶髂关节损伤，导致发病率明显上升。本病属中医学“骨错缝”范畴，又称“胯骨错缝”。

【应用解剖】

1.关节面骶髂关节由髂骨内侧关节面与上3节低骨的外侧关节面构成，其关节面凹凸、粗糙不平。骶髂关节为耳状面关节，结构稳定性好，属于微动关节，具有一定弹性，可维持骨盆稳定性，承受人体躯干重量，起到连接脊柱与下肢间的枢纽作用，是躯干重量的缓冲地带。

【诊断】

1.病史大多有外伤史，部分因产后引起。

2.症状

(1)下腰部疼痛，伴有一侧或两侧腰臀部疼痛，弯腰、转身、仰卧时可使疼痛加剧，咳嗽或打喷嚏时可引起患侧疼痛加重，或伴有下肢放射痛。

(2)腰骶部酸软乏力，常用手支撑患侧，或经常更换坐姿；产后女性可引起耻骨联合处疼痛。

(3)腰部活动明显受限，患者躯干微向患侧侧屈，患侧下肢不敢着地，个别患者可有跛行；有长短腿现象，常呈撅臀跛行，患肢搁腿、穿鞋袜困难。

(4)有盆腔脏器功能紊乱症状，如下腹部胀闷不适，肛门坠胀感，排便习惯改变，排便次数增加，尿频、尿急，排尿困难，会阴部不适，阳痿，痛经等。

3.体征

(1)可见患侧髋髂关节较健侧隆起；双侧对比触摸髂后上棘时，患侧髂后上棘有凸起或凹陷，触诊髂后上棘下缘，患侧较健侧偏下者为后错位，反之为前错位。

(2)髋髂关节的投影区（即髂后上棘以下到髂骨后侧的内方）有压痛，并有深在性叩击痛，有时可触及痛性筋结。

(3)腰部前屈、后伸活动受限，患侧侧弯明显：腰臀部的肌肉紧张，臀上皮神经、臀中肌压痛明显。

(4)患侧下肢伸直叩击足跟时，髋髂关节可产生明显的传导性疼痛。两侧下肢不等长或有“阴阳足”。

(5)特殊检查：骨盆分离和挤压试验阳性，“4”字试验、床边试验阳性，髋髂关节旋转试验阳性。

4.辅助检查 X 线检查可见骨盆形态改变，部分患者有患侧髋髂关节间隙增宽，耻骨联合分离或上下错移。陈旧性损伤可见髋髂关节下缘骨质增生，关节面毛糙或骨密度增高影。

【鉴别诊断】

1.髋髂关节炎本病为隐匿发作，持续纯痛，多发生于活动以后，休息可以缓解。随着病情进展，关节活动可因疼痛而受限，甚至休息时也可发生疼痛。

2.强直性脊柱炎多见于男性青年，腰和（或）脊柱、腹股沟、臀部或下肢酸痛不适，或不对称性外周骨关节炎，尤其是下肢骨关节炎，症状持续 ≥ 6 周；脊柱前屈、侧弯、后仰活动受限。X线检查可见骶髂关节密度增高，椎体轮廓模糊，呈竹节样改变，小关节间隙模糊。实验室检查显示 HLA-B27 多为阳性。

【治疗】

1.治法活血止痛，理筋整复。

2.手法牵引法、扳法、揉法、按法、揉法、弹拨法

3.取穴与部位 肾俞、大肠俞、八髎、秩边、环跳、腰骶部、骶髂关节。

4.操作

(1)蛙式四步扳法（前错位、后错位均可）

①自体牵引法：患者俯卧，在患侧落前部垫一枕头，身体的3/4 连同患侧下肢悬于治疗床外面，自然下垂，下肢不能着地，利用自身重量做自体牵引。牵引 10~15 分钟。

②屈膝屈髋扳法：在自体牵引的基础上，医者以一手托住患侧膝部，另一手按压在骶髂关节处，做极度的屈膝屈髋运动，一压一屈同步进行，操作 3 次左右。

③蛙式外展扳法：在极度屈髋姿势的基础上，医者置于骶髂关节处的手用力向下按压，同时托膝关节的手用力做蛙式外展扳动，再回到极度屈曲姿势做外展扳动，按压与外展扳动同步进行，操作 3 次左右。

④外展后伸扳法：在蛙式外展姿势的基础上，由蛙式扳法转为后伸扳法，在进行后伸扳法时，医者托膝关节的手用力做后伸扳动，另一手同时用力向下按压髋髂关节部，按压与向后扳动同步进行，操作3次左右。上述②③④步骤要循序渐进地重复操作3遍。

(2)理筋通络法 患者俯卧，医者用擦法、按揉法在腰骶部、患侧髋髂关节及臀部施术，再在肾俞、大肠俞、八髎、秩边、环跳及患侧髋髂关节等部位用拇指按揉法、弹拨法进行重点施术，时间约5分钟；然后在患侧髋髂关节处涂上介质，用掌擦法治疗，以透热为度。

【预防调护】

1.注意锻炼腰臀部肌肉，如臀桥（仰卧位双腿屈曲略宽于肩，脚跟踩地发力将臀部抬起至大腿与身体呈一条直线，臀部抬起时上背部支撑地面下落时下背部贴地，但臀部悬空人仰卧位空中蹬自行车等，增强肌肉力量，增加骨盆的稳定性，预防髋髂关节损伤。

2.坐姿正确，避免“跷二郎腿”等不良姿势。

3.治疗期间，患者宜卧床休息，并注意髋髂部保暖：推拿治疗后症状可立即缓解，但因低落关节韧带损伤需要一个修复过程，故在短期内不宜做腰及下肢大幅度的活动。

【临证提要】

1.推拿治疗髋髂关节损伤疗效较好，尤以急性期为佳。

2 推拿治疗骶髂关节错位或半脱位，有整复关节错缝的作用。

对早期患者，手法治疗可立竿见，即刻复位；但对后期或病情延误者，则较难复位。因此，早诊断、早治疗，方可达到事半功倍的效果。

第三章 四肢筋伤病证推拿

第一节 肩关节周围炎

肩关节周围炎是指肩关节囊及关节周围软组织因急慢性损伤、退行性改变、风寒湿邪侵袭等因素所致的一种慢性非特异性炎症。临床上以肩关节周围疼痛、活动功能障碍为主要特征。本病好发于中老年人（50 岁左右），女性发病率高于男性，故有“五十肩”“漏肩风”“肩凝症”“冻结肩”之称。本病属 中医“肩痹”范畴。

【应用解剖】

肩关节是人体活动范围最大的关节，可做前屈、后伸、外展、内收、内旋、外旋、上举 7 个方向的运动（图 5-25）。

1. 盂肱关节 由关节盂和肱骨头构成，依赖盂肱韧带维系固定，关节盂小而肱骨头大，形成关节的灵活性（图 5-26 、图 5-27）。

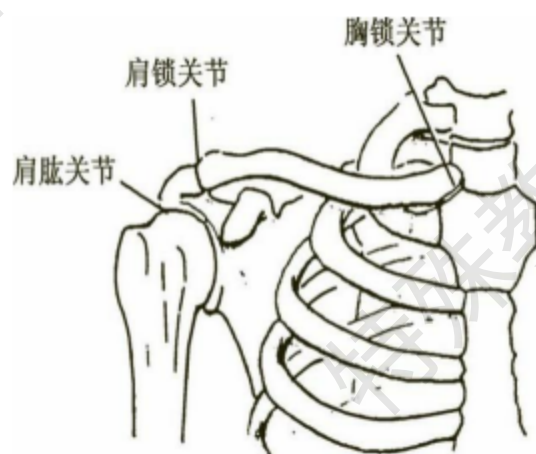


图 5-25 肩关节示意图

关节囊 主要有肩肱关节囊、肩峰下滑囊、三角肌下滑囊等，有分泌滑液、润滑关节、减少摩擦的作用。当滑液分泌大于吸收时，关节囊张力增加而肿胀、疼痛，日久则粘连、钙化（图 5-28）。



图 5-27 肱骨头及结节间沟示意图

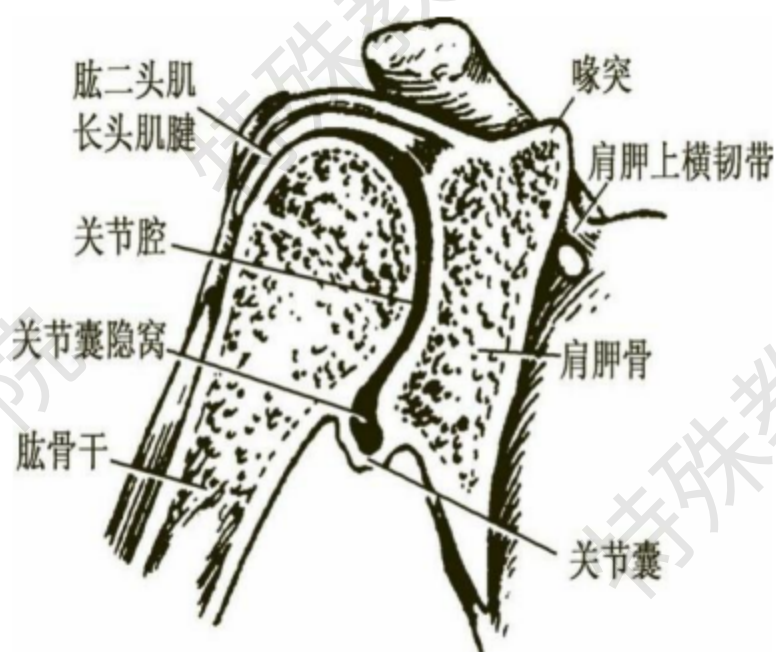


图 5-28 肩关节冠状断面示意图

3.关节韧带 主要有孟肱韧带、喙肩韧带、喙肱韧带、肩锁韧带等，起到 维持关节稳定和运动的作用（图 5-29）。

4.参与肩关节运动的肌肉

前屈：喙肱肌、肱二头肌、三角肌前部、胸大肌锁骨部；

后伸：背阔肌、大圆肌、三角肌后部；

内收：胸大肌、背阔肌、肩胛下肌、喙肱肌、大圆肌、肱二头肌长头；

外展：冈上肌、三角肌；

内旋：肩胛下肌、大圆肌、胸大肌、背阔肌；

外旋：冈下肌、小圆肌、三角肌后部。

关节的运动涉及肌肉的主动与拮抗关系，当关节运动障碍时，应分清 是主动肌原因还是拮抗肌因素（图 5-30）。

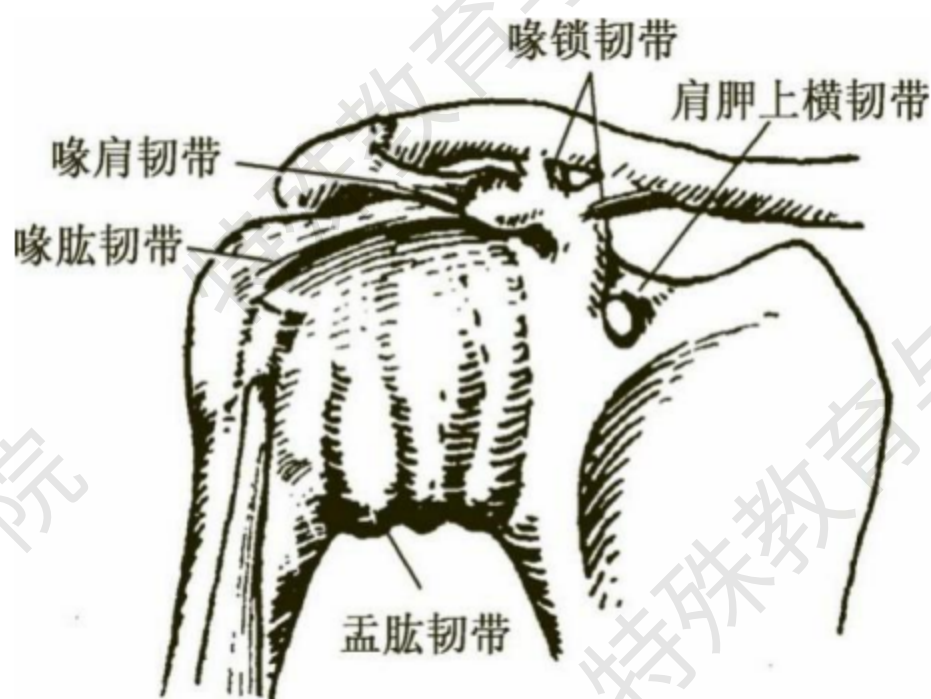


图 5-29 肩关节韧带示意图

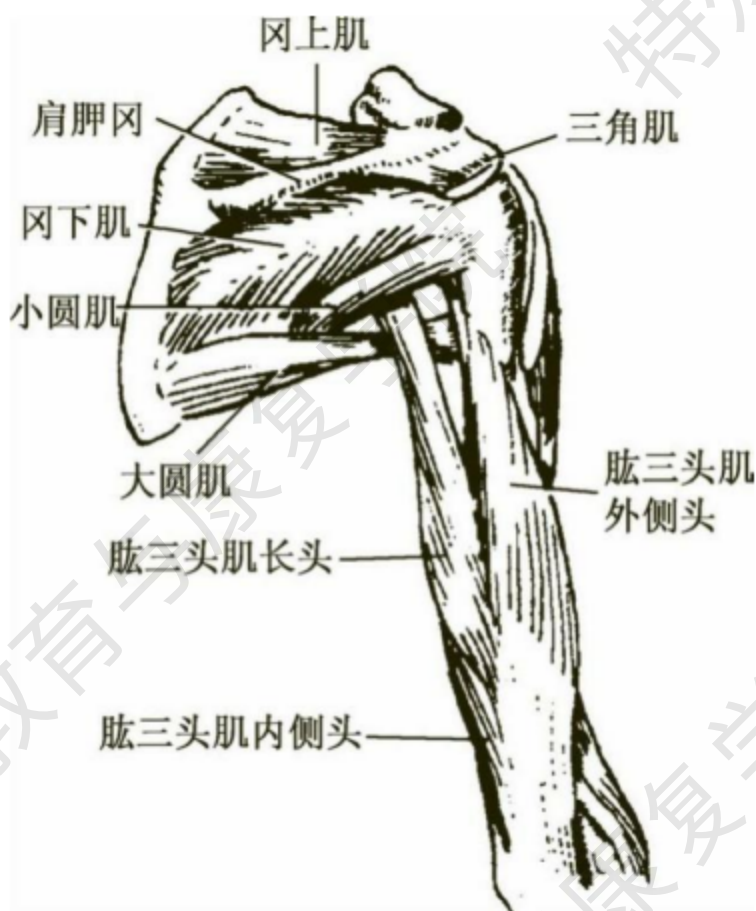


图 5-30 肩部肌肉示意图

【病因病机】

肩关节周围炎的发病原因与年龄、气候环境、劳损及关节周围软组织病变有关。

1. 外感风寒湿邪 人到中年以后，形体气血渐衰，骨节疏弛，复感风寒湿邪，致使肩部气血凝滞，筋失濡养，筋脉拘急，发为本病。

2. 损伤 肩关节活动范围大，关节灵活，活动频繁，关节囊薄弱，参与肩部活动的肌肉、韧带、滑囊多，易受到来自各方面的摩擦、挤压和牵扯，而致非特异性炎症或退变；肩部的急慢性劳损，可造成关节周围韧带、肌腱、关节囊广泛性充血、渗出、水

肿、增厚、粘连，导致关节活动功能障碍。

3.肩周软组织病变 邻近组织的病变，如冈上肌肌腱炎、肩袖损伤、肩峰下滑囊炎等，日久也可引起肩关节功能障碍。上肢其他部位的骨折、脱位后的固定，使肩关节长期处于不活动状态，也是引起肩关节粘连的一个因素。

本病的发展过程可分为炎症期、粘连期和肌肉萎缩期。炎症期由于局部渗出、充血、水肿明显，局部张力增加，刺激神经末梢而疼痛剧烈，其功能障碍为主动运动受限明显，而被动活动则不明显；粘连期由于关节囊及周围软组织广泛性粘连导致活动功能障碍，此期疼痛明显减轻，而关节主动运动和被动运动均受限；肌肉萎缩期由于粘连日久，关节功能障碍出现失用性肌萎缩，尤以三角肌、冈上肌萎缩明显，萎缩的程度与病程时间的长短有关。

【诊断】

1.症状

(1) 中年后发病，起病缓慢。多数患者有肩关节劳损史，少数可因感受风寒而急性发作。

(2) 初起患肩经常性酸楚疼痛，局部怕冷，有僵滞感，肩关节不灵活，甚者害怕活动。

(3) 肩部疼痛，多数为钝痛，日轻夜重，肩部动作过大时则剧烈疼痛。疼痛可累及整个肩部，可向上臂及颈背部放散。

(4) 活动受限，呈进行性加重，早期因疼痛所致，中后期因关节粘连所致，可影响穿脱衣服、梳头、洗脸、叉腰等动作。

2. 体征

(1) 压痛 肩关节周围均有广泛性压痛，在肩内陵、肩髃、秉风、肩贞等穴及三角肌前后部均有不同程度的压痛。

(2) 功能障碍 患肩做前屈、后伸、外展、内收、内旋及外旋运动均有不同程度的障碍，尤以上举、内旋后弯摸背障碍明显。

(3) 肌肉萎缩 病程较久者，患肩肌肉萎缩、僵硬，肩峰突起。肌肉萎缩以三角肌、冈上肌尤为明显。

3. 辅助检查 X线摄片检查可排除骨性病变。病程较久者可有骨质疏松，肌腱、韧带不同程度的钙化。

【鉴别诊断】

1. 神经根型颈椎病 受刺激或压迫的颈脊神经，其走行方向有烧灼样或刀割样疼痛，伴有针刺样或过电样麻感；一侧或两侧上肢有放射性痛、麻，伴有发沉、肢冷、无力、握力减弱；肩关节运动无障碍，臂丛神经牵拉等试验阳性。

2. 肩峰下滑囊炎 疼痛部位在肩外侧深部，并向三角肌止点放射。活动受限以外展、外旋为主。

3. 冈上肌肌腱炎 压痛点常位于冈上肌肌腱的止点，即肱骨大结节之顶部和肩峰下滑囊区、三角肌的止端，疼痛弧试验阳性。

【治疗】

1. 治法 初期以舒筋活血、通络止痛为主；中期以松解粘连、滑利关节为主；后期以促进功能恢复为主。

2. 手法 揉法、按法、揉法、拿法、一指禅推法、弹拨法、

摇法、扳法、搓法、抖法、擦法等。

3.取穴与部位 肩内陵、肩髃、肩贞、秉风、天宗、臂臑、曲池等穴，肩关节周围。

4.操作

(1) 揉揉肩周 患者坐位，医者站于患侧，以一手托起患肢，另一手用揉法或按揉法在肩前部、肩后部操作；三角肌部用揉法、揉拿法操作，同时配合患肩做被动外展、前屈、后伸和内旋、外旋运动，时间约 5 分钟，以舒筋活血、解痉通络。

(2) 推揉穴位 医者站于患侧，用一指禅推法、按揉法在肩内陵、肩髃、肩贞、秉风、天宗、臂臑、曲池等穴操作，手法宜深沉缓和，以酸胀 为度，时间约 3 分钟，以活血止痛。

(3) 揉拨肩周 医者将患肩抬至最大上举幅度，分别在肩前部、胸大肌、肱二头肌短头肌腱处和肩后部、大圆肌、小圆肌及冈下肌处，用按揉法、弹拨法施术，手法宜深沉缓和，时间约 3 分钟，以松解粘连、滑利关节。

(4) 托肘摇肩 医者站于患侧，进行托肘摇肩法或大幅度摇肩法操作，操作时幅度应由小到大，顺时针、逆时针方向各做 5~8 次，以松解粘连，促进关节功能恢复。

(5) 肩关节杠杆扳法 医者立于患者患侧，前臂置于患肩腋下，另一手置于患肢肘部，使患肢肘关节于胸前呈屈曲约 90° 。此时医者将置于腋下的前臂上抬，同时置于肘部的手以一定力量向患者胸前推动，至有明显阻力时保持 30 秒再放松，再按上法重

复操作 5 次，以松解粘连，恢复关节功能。

(6)搓抖肩部 医者站于患侧方，双手合抱患肩做抱肩搓揉法、肩关节擦法，以透热为度。再用搓法从肩关节至前臂往返操作 3~5 遍，外展约 60° 行抖上肢 1 分钟，以舒筋通络。

【注意事项】

1.炎症期疼痛明显，主动运动功能障碍，但被动运动功能多数无障碍，手法宜轻柔，以止痛、促进炎症吸收为主；粘连期疼痛减轻，主动运动、被动运动均障碍，应加用被动运动手法，以松解粘连为主；肌肉萎缩期关节功能完全障碍，手法宜深沉有力，以恢复关节功能为主。

2.在处理关节运动功能障碍时，既要注重主动肌的作用，又要考虑拮抗肌的因素。

3.对肩关节功能障碍明显者，可用 0.2%利多卡因 3mL、泼尼松龙 2mL、0.9%氯化钠混合液局部封闭下行手法松解术。

4.炎症期以制动为主，应减少关节活动；粘连期配合主动运动，防止粘连加重；肌肉萎缩期应积极进行功能锻炼，促进肩关节功能恢复。

【功能锻炼】

肩关节周围炎功能锻炼应持之以恒，循序渐进。常用的锻炼方法有以下几种，供选择应用。

1.背墙外旋法 患者背靠墙站立，患肢屈肘 90° ，握拳，掌心向上，上臂逐渐外旋，尽可能使拳眼接近墙壁，反复进行。适用

于外旋功能障碍者。

2.越头摸耳法 患侧手指越过头顶摸对侧耳朵，反复进行。适用于梳头功能障碍者。

3.面壁摸高法 患者面朝墙壁站立，患侧手沿墙壁做摸高动作，尽量使胸部贴近墙壁，反复进行。适用于上举功能障碍者。

4.背后拉手法 双手放于背后，用健侧手握住患肢手腕部，渐渐向健侧拉 并向上抬举，反复进行。适用于内旋后弯摸背功能障碍者。

5.扶墙压肩法 患侧手外展扶墙，用健侧手向下压肩至最大幅度，反复进行。适用于外展功能障碍者。

6.单臂环转法 患者站立，患肩做顺时针和逆时针方向交替的环转运动， 反复进行。适用于旋转功能障碍者。

第二节 冈上肌肌腱炎

冈上肌肌腱炎又称冈上肌综合征、肩外展综合征，是指由于劳损、轻微外伤或感受风寒湿邪引起的肌腱无菌性炎症，从而导致以肩部外侧疼痛，并在肩外展 60° 到 120° 是产生疼痛弧为主要临床表现的一种病证。好发于中青年、体力劳动者、家庭妇女和运动员。本病属中医伤科“痹证”范畴。

【应用解剖】

1.冈上肌 是组成肩袖的一部分，起于肩胛骨冈上窝，止于肱骨大结节的上部，被视为肩关节外展的起动肌，肩关节活动从 0°

到 30° 由冈上肌完成（图 5-32）。

冈上肌肌腱从喙肩韧带及肩峰下滑囊下面的狭小间隙通过，与肩关节囊紧密相连，虽然增加了关节囊的稳定性，却影响了本身的活动。冈上肌与三角肌协同动作使上肢外展，在上肢外展 60° 到 120° 时，肩峰与肱骨大结节之间的间隙最小，冈上肌在其间易受肩峰与大结节的挤压磨损（图 5-33）。冈上肌由肩胛上神经支配，肩胛切迹处为易受损伤的嵌压点，同时冈上肌肌腱细长，过度大幅度运动容易受损伤。

2. 喙肩弓 由喙突、肩峰与喙肩韧带构成，冈上肌肌腱在上举运动时需喙肩弓与肱骨头之间的间隙中滑动摩擦，肩部撞击、挤压易导致冈上肌损伤。

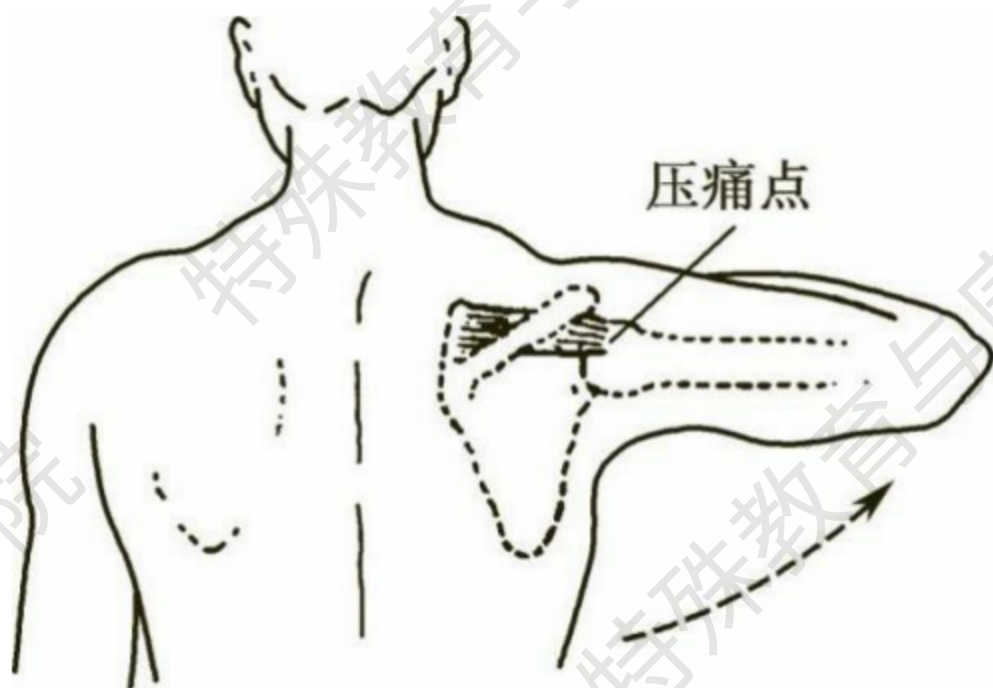


图 5-32 冈上肌肌腱止点示意图

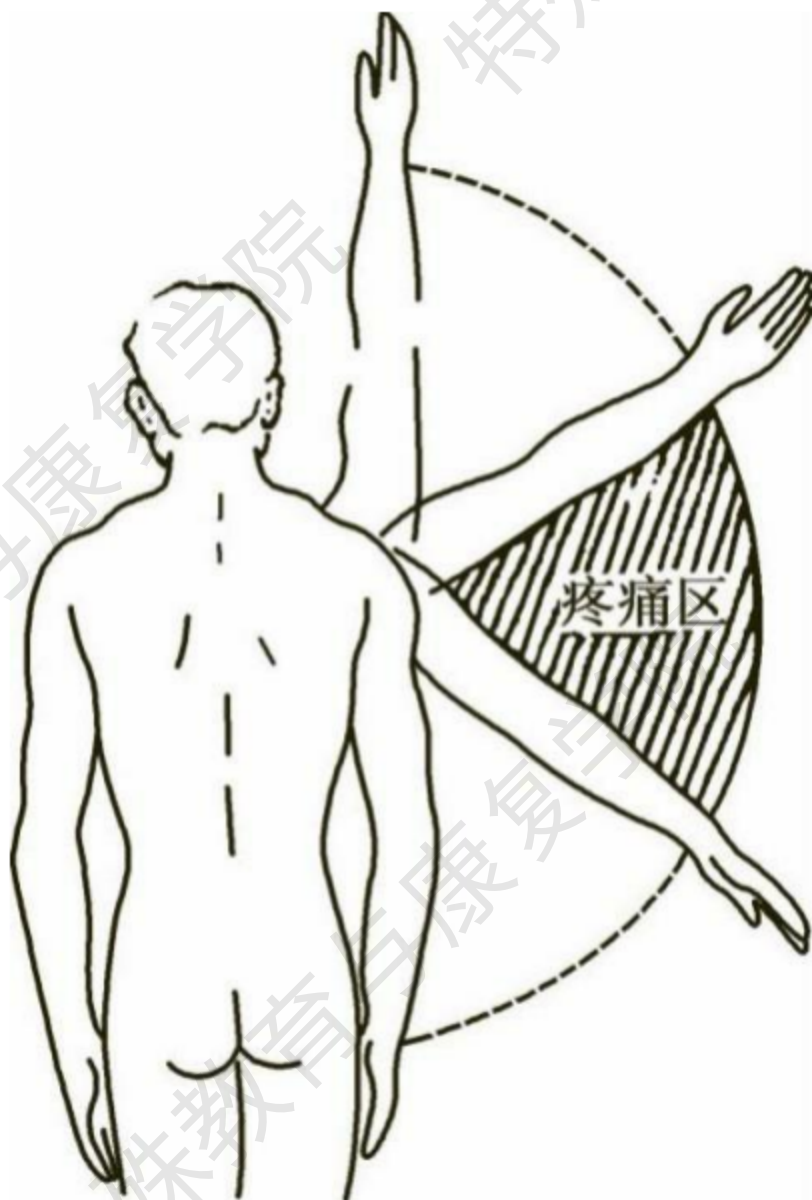


图 5-33 冈上肌肌腱炎上臂外展时疼痛范围

【病因病机】

冈上肌肌腱炎的发病与损伤、劳损及局部软组织的退行性病变有关。

1. 损伤 急性损伤有明显肩部撞击史，冈上肌腱直接损伤，出现创伤性炎症，充血、水肿、渗出增加，引起疼痛、活动功能受限。继发损伤多见于过度反复上举劳作，冈上肌受喙肩弓与肱骨大结节的反复挤压磨损，日久可致肌腱肿胀、纤维化、粘连，

肿胀的肌腱纤维一方面加重了肌腱的挤压和摩擦损伤。

2.软组织退变 随着年龄的增长,冈上肌腱退变,以及肩峰下滑囊炎等,促进了钙盐沉积,以致继发冈上肌肌腱钙化。手阳明经筋循肩络节,凡肩部用力不当损伤,或扭挫伤及筋络,血瘀经络,筋肌挛急而为筋拘;或积劳成伤,气血瘀滞,久之不散;或为风寒湿邪所侵,肌僵筋挛,筋肌失荣,引起气血凝滞,脉络痹阻,不通则痛,发为痹证。

【诊断】

1.病史 有肩部外伤或劳损史

2.症状

(1) 急性损伤者有明确的损伤史;慢性劳损者起病缓慢。

(2) 急性损伤时肩部疼痛剧烈,肩部活动、用力、受寒时加重。疼痛以肩部外侧、大结节部位为主,可扩散到三角肌。有时疼痛可向上放射到颈部,向下放射到肘部及前臂,甚至手指。

(3) 患者害怕做外展活动,常外展到某一角度时突然疼痛而不敢再活动,为本病的主要特点。

3.体征

(1) 压痛 常位于冈上肌肌腱的止点,即肱骨大结节之顶部和肩峰下滑囊区、肱骨大结节处,同时可触及该肌腱增粗、变硬等。

(2) 功能障碍 患肩在外展 30° 以内起动无力,在外展 $60^{\circ} \sim 120^{\circ}$ 范围内疼痛加剧,活动受限,超过此范围则活动不受限。

(3) 肌肉萎缩 病程较久者,患肩三角肌、冈上肌萎缩。

(4) 特殊检查 肩外展试验（肩关节疼痛弧试验）阳性。

4.辅助检查 X线检查可排除骨性病变，少数患者可有冈上肌肌腱钙化、骨质疏松。

【鉴别诊断】

1.肩关节周围炎 上举疼痛范围不仅仅限于 60° 到 120° ，肩关节周围广泛性压痛，具有典型的疼痛、关节功能障碍、肌肉萎缩循序渐进的三大特征。

2. 冈上肌肌腱钙化 与冈上肌肌腱炎相似，主要区别是冈上肌肌腱钙化，X线上可见到钙化阴影。

3.肩袖损伤 常发生于成年人，多数存在肌腱退化的病理基础，由于撞击或其他创伤所致病变肌腱断裂。疼痛较冈上肌肌腱炎剧烈，疼痛出现在肩关节外展 60° 到 120° 范围内，小于 60° 或大于 120° 时无疼痛。

【治疗】

1.治法 舒筋活血，通利关节。

2.手法 揉法、拿法、一指禅推法、按法、揉法、弹拨法、擦法、摇法、搓法、抖法等。

3.取穴与部位 肩井、肩髃、肩髃、秉风、肩关节周围肌腱、冈上肌等部位。

4.操作

(1) 揉拿肩部 患者坐位，医者立于患侧，以一手托起患肢至 45° 到 60° ，另一手用法施术于肩外部及肩后部、三角肌处，

同时配合患肢做外展、内收和旋转活动，然后用拿法操作，时间约 3 分钟。

(2) 推揉穴位 医者在肩井、肩髃、肩髃、秉风等穴用一指禅推法、按揉法操作，手法宜深沉缓和，时间约 5 分钟。

(3) 揉拨患处 医者在肩峰下痛点及病变处、冈上肌锁骨与肩峰结合部，用按揉法配合拨揉法重点操作，手法宜深沉缓和。时间约 5 分钟。

(4) 掌揉肩峰部 医者用手掌置于肩峰部做掌揉法操作，手法宜深沉，时间约 3 分钟。

(5) 掌擦肩外侧 再在肩关节外侧施掌擦法治疗，以透热为度。

(6) 摇肩及搓抖上肢 医者用托肘摇肩法或大幅度摇肩法操作，搓肩关节及上臂，牵抖上肢，时间约 2 分钟。

【注意事项】

1. 冈上肌肌腱炎推拿治疗的重点在冈上肌部位，充分暴露冈上肌对取得疗效十分关键，推拿操作的最佳体位以外展 45° 到 60° 为宜。

2. 急性损伤期，手法宜轻柔缓和，以免加重症状，必要时用三角巾悬吊患肢制动；慢性期，手法宜深沉内透，使力达病所，可配合局部湿热敷。

3. 慢性期应配合肩部适当功能锻炼，注意局部保暖。

第三节 肩袖损伤

肩袖损伤是常见的运动损伤，是指覆盖在肩关节周围的冈上肌、冈下

肌、肩胛下肌和小圆肌组成的肩腱袖损伤。肩袖急性损伤多见于肩部撞击损伤，导致严重时肌腱断裂；慢性损伤常由于肌腱退化，肩袖受到挤压、摩擦而损伤，产生无菌性炎症，以疼痛、活动功能障碍为主要临床表现。本病属中医“筋伤”范畴。

【应用解剖】

1.肩袖 又称肩腱袖。它是由起自肩胛骨，覆盖于肩关节前、上、后方的冈上肌、冈下肌、小圆肌和肩胛下肌的肌腱组成扁而宽的共同肌腱，在肱骨头解剖颈处形成袖套状结构，附着处形如衣袖口，故名腱袖。又因冈下肌和小圆肌外旋肱骨，而肩胛下肌内旋肱骨，故又称旋转腱袖。

2.肩袖与关节囊 肩袖位于由肩峰、喙肩韧带、喙突组成的喙肩弓和肱骨头之间，其深面为关节囊，浅面为肩峰下滑囊。肩袖与肩关节囊相混合包绕肩关节的前、上、后方，但滑液囊与关节腔互不相通，若肩袖破裂，两者就直接相通。肩袖与周围组织之间的空隙非常狭小，当肩关节外展，特别是完成略带内旋的外展位姿势时，肩袖肌腱和肩峰下滑囊受到肱骨头和肩峰或喙肩韧带的不断挤压、摩擦和牵拉，易引发肩袖损伤。肩袖的双重作用和它所处的特殊位置，构成了肩袖易伤的解剖生理原理。

3.肩袖的作用 肩关节是人体中最灵活的关节，也是最不稳定的关节，肩关节周围关节囊薄而松弛，关节韧带少而弱，肩关

节的稳定性主要依靠肩袖协助维持。肩袖还协同肩部其他肌肉群共同完成肱骨外展和在不同方向上的旋转。

【病因病机】

1.直接暴力损伤 多见于肩部撞击伤。肩袖肌腱受到喙肩弓的碰撞、挤压而发生瘀血、充血、水肿，甚至肩袖撕裂，如摔倒时肩部着地、交通事故等。

2.间接暴力损伤 常因上肢外展，手掌扶地骤然内收，上肢旋转发力过猛，引起肩袖撕裂损伤。据统计，95%的肩袖撕裂是由于肩部撞击伤引起，如投掷、举重运动及打高尔夫球挥棒损伤等。

3.退变与劳损 尸体解剖发现，肩袖损伤随年龄的增长而增多，老年人冈上肌腱在肱骨头附着点的肌腱纤维严重变性，细胞排列紊乱和肌腱断裂，表明退变是肩袖慢性损伤的基础，而慢性劳损可能是促进退变的因素。随着年龄的增长，肩部过度活动，超负荷运动，使肩袖受肩峰、喙肩韧带的磨损而诱发慢性炎症，致使退变加速，当肩关节在外展位而遭受急骤的内收活动时，则容易发生肩袖撕裂。由于肢体的重力和肩袖牵拉，裂口越拉越大，形成慢性损伤，经久不愈。

根据肩袖损伤撕裂程度，可分为部分撕裂与完全撕裂两大类。部分撕裂仅发生在肩袖某一部分，又分为肩袖骨膜侧断裂、肩袖滑囊侧断裂、肩袖内肌纤维断裂和肩袖纵行断裂四种病理类型。完全撕裂是整层肩袖撕裂，关节腔与肩峰下滑液囊直接相通。

中医学认为，肩部受外力直接碰撞损伤，或扭损、撕裂伤髃之络筋，或积劳陈伤，致使气血瘀滞不通，不通则痛；筋失濡养而黏涩，动则牵制，僵滞作痛；或风寒湿邪客留肩髃之筋，致使气血痹阻，失于营养而筋挛拘急为病。

【诊断】

1.病史 有外伤或劳损史。

2.症状

(1) 多见于喜好运动者，或长期从事肩部过度作业者。急性损伤者多有明确的损伤史，慢性疼痛者常有劳损史。

(2) 疼痛是肩袖损伤初期的主要症状，急性损伤疼痛限于肩峰部，并向三角肌止点放射，当肩袖撕裂时，患者自觉有撕裂声响，局部有肿胀，皮下出血。慢性劳损疼痛呈间歇性，以夜间为甚，不能卧向患侧，或呈持续性钝痛，疼痛分布在肩关节前方和三角肌区。

(3) 肩关节上举、外展功能均受限，常受限于肩关节外展 60° ~ 120° 范围内，或不能外展。

3.体征

(1) 压痛 肩峰外侧腱袖撕裂处可有明显的触痛和深压痛，冈上肌撕裂时，压痛在大结节的顶部。冈下肌撕裂时，压痛在大结节顶部的外侧。肩胛下肌撕裂时，压痛在大结节的前下方。

(2) 弹响 急性损伤者上举及旋转上臂时可感到有弹响。慢性劳损者弹响较少见。

(3) 肌肉萎缩 病史超过 3 周以上者，冈上肌、冈下肌和三角肌可见萎缩。

(4) 特殊检查 肩外展抗阻力试验、肩坠落试验、撞击试验、疼痛弧试验等可出现阳性。

4. 辅助检查 X 线检查对本病诊断无直接诊断价值，但有助于鉴别和排除肩关节骨折、脱位及其他骨关节疾患。肩关节造影摄片为诊断肩袖撕裂的经典方法。MRI 检查是目前临床上常用的诊断肩袖损伤的方法，可直观地观察肩袖损伤的程度、大小和残余肩袖组织的情况。

【鉴别诊断】

1. 肩关节周围炎 主要表现为肩关节各方向活动均受到限制，而本病多以 外展及上举受限为主，多数患者表现为典型的疼痛弧。

2. 冈上肌肌腱钙化 症状与本病相类似，主要区别是冈上肌肌腱钙化，X 线上可见到钙化阴影。

3. 肩峰下滑囊炎 主要表现为患肩外展、内旋活动受限，急性期由于滑囊下的充血、水肿，常可在肩关节前方触及肿胀的滑囊。

【治疗】

1. 治法 舒筋通络，活血止痛。

2. 手法 急性损伤可用肩“人”字形石膏固定。恢复期可施以揉法、按法、揉法、拿法、弹拨法、摇法、扳法、搓法、抖法、擦法等。

3.取穴与部位 肩髃、肩贞、臂臑、秉风、肩井、曲池、阿是穴、肩部、上部等。

4.操作

(1) 揉揉肩部 患者坐位，医者站于患侧，以一手托起患肢手臂，另一手用揉法或按揉法在肩前部、肩后部操作，三角肌部用揉法、揉拿法操作，同时配合患肩做外展、前屈、后伸和内旋、外旋运动，手法力度由轻渐重，时间约 5 分钟，以舒筋活血、解痉通络。

(2) 按揉穴位 医者按揉肩髃、肩贞、臂臑、肩井、秉风、曲池等穴。手法宜深沉缓和，以酸胀为度，时间约 5 分钟，以活血止痛、舒筋活络。

(3) 揉拨患肩 医者将患肩抬至 40° 到 60° ，分别在肩前部、冈上肌、冈下肌、小圆肌等处用按揉法、弹拨法操作，手法宜深沉缓和，时间约 3 分钟，以松解粘连、滑利关节。

(4) 肩关节杠杆扳法 医者前臂置于患肩腋下，患肘屈曲呈 90° 于胸前，医者以一手掌推肘尖至胸前，推至最大限度时稍停顿，一推一松重复操作 5 遍，使肩关节间隙增大，以松解粘连、舒筋通络。

(5) 搓揉肩部 继上势，医者在肩部做抱肩搓揉法、掌揉法、

(6) 擦肩关节 肩关节擦法操作，以透热为度。

(7) 搓抖上肢 用搓法从肩关节至前臂往返操作 3~5 遍，再牵抖上肢放松，以舒筋活络。

【注意事项】

1.本病以肩部急性损伤后出现肩峰部疼痛、肩关节功能受限为诊断要点。

2.推拿治疗本病以舒筋通络、促进炎症水肿吸收为主，达到缓解疼痛的目的。为防止病情加重，推拿治疗时手法宜轻柔，被动运动由小到大，自主功能锻炼要严格掌握循序渐进的原则。

3.对严重的或完全的肩袖撕裂者，应尽早手术治疗为宜。但需掌握下述情况，即非手术治疗3周后，见到肩部肌力和外展活动程度有所增加，再继续治疗两个月，若外展功能继续改善可不必手术；若非手术治疗3周，肩功能改善不满意，可行手术治疗。

第四节 肱二头肌长头肌腱腱鞘炎



图 5-34 肱二头肌长头肌腱与结节间沟示意图

肱二头肌长头肌腱鞘炎又称“肱二头肌长头肌腱鞘炎”，系指肩关节急慢性损伤、退变及感受风寒湿邪等，导致局部发生创伤性炎症、渗出、粘连、增厚等病理改变，引起肩前疼痛和外展、后伸功能障碍的一种病证。本病是肩关节常见疾病之一，属中医伤科“筋伤”范畴，又称“筋黏证”。

【应用解剖】

1.肱二头肌肌腱 肱二头肌长头肌腱起于肩胛骨孟上结节，越过肱骨头穿行于肱骨横韧带和肱二头肌腱鞘，藏于结节间沟的纤维管内，出鞘后与肱二头肌短头于肱骨中部汇合组成肌腹。在肩部用力外展、外旋时，该肌腱在腱鞘内上下滑动，易引起损伤炎症（图 5-34）。

2.肱二头肌长头肌腱 肱二头肌长头肌腱较长，可分为三部分：上部分称关节内部分，即肩胛骨孟上结节至结节间沟上界之间；中间部分称管内部分，走行于结节间沟内，外有滑膜鞘包裹；下部分称关节外部分，为结节间沟下界至腱与肌腹的移行部。肱二头肌长头肌腱的关节内部分是肱二头肌长头肌腱孟上结节附着处附近与关节囊滑膜层移行，管内部分表面覆有一层滑膜，对肌腱起保护作用。

【病因病机】

1.急性外伤 肩关节受急性外伤或上臂用力不当，造成肱二头肌长头肌腱充血、水肿，甚至发生粘连而形成本病；肘关节的过度屈伸活动，使肱二头肌长头肌腱在结节间沟的骨质上反复摩擦，

致使腱鞘水肿、增厚而产生本病。

2.慢性劳损长期从事肩部运动，或急性损伤失治迁延，均可引起肱二头肌长头肌腱的慢性劳损。人到中年以后因退行性改变，使结节间沟底部粗糙或骨质增生，沟床变浅，以及其他软组织因素造成肩部失稳等，增加了肌腱的摩擦因素。当肩部外展、外旋用力过度时，加剧了肌腱与腱鞘的摩擦，造成腱鞘滑膜层慢性创伤性炎症。其病理表现为腱鞘充血、水肿，鞘壁肥厚，肌腱肿胀、粗糙、失去光泽，腱鞘内容积变小，处于超“饱和”状态，影响了肌腱在鞘内的活动，甚至纤维粘连形成，阻碍了肩关节的活动功能。

中医认为，肩前部为手太阴经筋、络筋所聚，凡扭捩撞挫，伤及肩髃；或慢性积劳，致使血瘀凝聚，气滞不通而为肿痛；或风寒湿邪客于肩髃之筋，寒主收引，湿性重着，气血痹阻，筋失濡养，筋挛拘急，发为本病。

【诊断】 1.症状

(1) 有急慢性外伤史，常因投掷活动，或肩关节外展，或前屈及上举 动作而发病。慢性发病者，病程较长，活动稍多或受轻微外伤后症状加重，呈急性发作。

(2) 肩前部疼痛，肱骨结节间沟处酸胀痛，昼轻夜重。疼痛可向上臂 及前臂放射，活动后疼痛加重，患肢为减轻疼痛常保持在体侧垂直位或内旋 位。主动或被动牵拉肱二头肌长头肌腱时均可产生疼痛。

(3) 劳累、肩部受寒，或肱二头肌的收缩症状加重，休息或局部热敷后减轻。

2. 体征

(1) 压痛 肱骨结节间沟、肱二头肌长头肌腱压痛，少数患者可触及条索状物。

(2) 功能障碍 肩关节活动早期可无明显障碍，后期肩关节前屈、外展、外旋及肘关节屈伸活动受限。肱二头肌收缩时，常能触及轻微的摩擦感。

(3) 特殊检查 肩关节内旋试验阳性，肱二头肌抗阻力试验阳性。

3. 辅助检查 X线摄片检查一般无病理体征，可排除骨性病変。部分患者结节间沟可见变窄、变浅，沟底或沟边有骨赘形成。

【鉴别诊断】

1. 肱二头肌短头肌腱损伤 肩前偏于内侧部疼痛，喙突附近有明显的压痛点。临床以肩部前屈、后伸、外展、外旋时，诱发喙突部疼痛为主要特征。

2. 肩关节周围炎 多无明显的外伤史。疼痛范围较广泛，可在肩前侧、外侧及后上侧触及压痛点。肩关节的功能障碍主要表现在外展、上举、后伸时活动受限。

3. 肩峰下滑囊炎 多无明显的外伤史。肩关节前外侧邻近三角肌止点部位疼痛，肩峰前下部有明显的深压痛，严重者可触及球形囊性物。肩关节外展活动受限。

【治疗】

1.治法 急性损伤者应以活血化瘀、消肿止痛为主；慢性劳损者应以舒筋通络、松解粘连为主。

2.手法 揉法、一指禅推法、按法、揉法、弹拨法、拿法、摇法、擦法、搓法、抖法。

3.取穴与部位 肩内陵、肩髃、肩髃、肩贞、曲池、阿是穴等，肩前部及上臂前外侧部。

4.操作

(1) 揉肩前及肩外部 患者取坐位，医者立于患侧，以一手托起患肢手臂，另一手用揉法施术于肩前与肩外部，手法宜深沉缓和，重点在肱二头肌长头肌腱与三角肌前部，操作时配合肩部被动运动，以舒通经络，消肿止痛。时间约 5 分钟。

(2) 推揉穴位 医者用一指禅推法、按揉法在肩内陵、肩髃、肩髃、肩贞、曲池、阿是穴等处操作，手法由轻渐重，以患者耐受为度，以活血化瘀，解痉止痛。时间约 5 分钟。

(3) 弹拨拿揉肌腱 医者用拇指弹拨结节间沟内的肱二头肌长头肌腱，手法宜深沉缓和，配合拿法、按揉法操作，以松解粘连，滑利关节。时间约 3 分钟。

(4) 揉、摇肩关节 医者掌揉肩前部，然后用托肘摇肩法或大幅度摇肩法操作，时间约 3 分钟，以舒筋解痉、滑利关节。

(5) 擦肩关节 医者用擦法与肩关节周围施术，以透热为度。以温经通络、活血止痛。

(6) 搓抖上肢 医者搓抖上肢 3-5 遍，以舒筋通络。

【注意事项】

1. 本病以肩关节结节间沟部疼痛、外展功能受限为诊断要点，治疗重点应在肩前部。

2. 推拿治疗本病以疏通经络、促进炎症水肿吸收为主，达到活血止痛、松解粘连、改善关节功能的目的，手法应轻柔缓和，避免症状加重。

3. 初期患者应适当限制肩部活动，后期应配合肩部功能锻炼，预防和减轻粘连。

4. 患者应注意局部保暖，可配合局部湿热敷。

第五节 肩峰下滑囊炎

肩峰下滑囊炎又称三角肌下滑囊炎，是由于肩部急、慢性损伤导致肩峰下滑囊充血、水肿及无菌性炎症的一种病证。临床上以肩峰下肿胀、疼痛和关节功能受限为主要症状。本病属中医学“肩痹”范畴。

【应用解剖】

1. 肩峰下滑囊 位于三角肌深面，肩峰、喙肩韧带与肩袖和肱骨大结节之间，将肱骨大结节与三角肌、肩峰突隔开，冈上肌肌腱在肩峰下滑囊的底部，可分为肩峰下滑囊和三角肌下滑囊两部分。正常情况下，滑囊分泌滑液，起润滑作用，能减少肱骨大结节与肩峰及三角肌之间的磨损，有协助三角肌、大圆肌等骨骼

肌顺利进行运动的功能（图 5-35）。



图 5-35 肩峰下滑囊示意图

2.神经支配 肩峰下滑囊主要由腋神经、肩胛上神经和肩胛下神经等分支支配。

【病因病机】

肩峰下滑囊炎可分为原发性病变和继发性病变两种，以继发性病变为多见。原发性病变是因肩部遭受明显的直接撞击伤或肩部外展时受间接暴力损伤，使三角肌下滑囊受损，造成急性的肩峰下滑囊炎。继发性病变常因滑囊在肩峰下长期摩擦而引起炎性渗出，滑囊周围邻近组织的损伤、劳损或退变，促使肩峰下滑囊产生水肿、增厚、囊内张力增高，或发生滑囊壁内互相粘连，从而影响上臂外展和旋转肩关节的正常活动。同时，由于炎症和张

力的因素反射性地刺激神经末梢而产生疼痛。冈上肌肌腱发生急、慢性损伤时滑囊也同时受累，从而继发肩峰下滑囊的非特异性炎症。

肩峰下滑囊与三角肌下滑囊的囊腔是相通的，因而在病理情况下也是相互影响的。在上肢下垂时，滑液自肩峰下滑囊流向三角肌下滑囊，出现三角肌下滑囊肿胀；当上肢上举时，滑液自三角肌下滑囊流向肩峰下滑囊，故三角肌下滑囊肿胀减轻。

中医认为，肩髃部为手少阳经筋所循，手阳明、手太阴经筋所结。髃节乃八大虚窍之一，诸筋络附其节，筋隙亦多气多血。筋肌除膜因气血所充营，津液之润泽而滑利。凡磕碰扭挫、慢性劳损，所循经筋受累，筋肌挛急，气滞血瘀，渗液积聚，故肿胀疼痛，久滞不散则筋肌失荣，拘僵牵掣。

【诊断】

1. 症状

- (1) 常有急、慢性损伤和劳损史，多继发于冈上肌肌腱炎。
- (2) 肩外侧深部疼痛，并向三角肌止点方向放散。疼痛一般为昼轻夜重，可因疼痛而夜寐不安。
- (3) 急性期可因滑囊充血水肿，三角肌多呈圆形肿胀，后期可出现不同程度的肌肉萎缩。
- (4) 初期肩关节活动受限较轻，日久与肌腱粘连而使活动明显受限，尤以外展、外旋受限更甚。

2. 体征

(1) 压痛 肩关节外侧肩峰下和肱骨大结节处有明显的局限性压痛，上肢下垂时三角肌止点处饱满，有广泛性深压痛。

(2) 功能障碍 肩关节外展、外旋功能障碍。急性期多因疼痛引起，慢性期多因粘连而限制功能活动。

(3) 肌肉萎缩 病程日久可出现冈上肌萎缩，甚至三角肌也可出现失用性萎缩。

3. 辅助检查 X线摄片检查一般无异常，但可排除骨性病变。后期可见冈上肌肌腱内有钙盐沉着。

【鉴别诊断】

1. 冈上肌肌腱炎 疼痛多在肩外侧冈上肌肌腱止处，局部压痛，且可触及肌腱增粗、变硬等。肩外展出现典型的疼痛弧是诊断本病的重要依据。

2. 肱二头肌长头腱鞘炎 疼痛部位局限在肩前肱骨结节间沟处，少数患者可触及条索状物。肩关节内旋试验、肱二头肌肌腱抗阻力试验阳性。

【治疗】

1. 治法 急性期以活血消肿、解痉止痛为主；慢性期以舒筋通络、滑利关节为主。

2. 手法 揉法、拿法、按法、揉法、一指禅推法、弹拨法、擦法、摇法、搓法、抖法。

3. 取穴与部位 肩井、肩髃、肩髃、臂臑、阿是穴、肩峰下方、三角肌止点处、上肢部。

4.操作

(1) 揉拿肩外侧 患者坐位，医者站于患侧，以一手托起患肢手臂，另一手用揉法、拿法于患肩外侧施术，重点在肩峰下及三角肌部位，时间约 5 分钟，以活血消肿，解痉止痛。

(2) 揉推穴位 医者用按揉法或一指禅推法在肩井、肩髃、肩髃、臂臑及阿是穴施术，以三角肌止点处为治疗重点，时间约 5 分钟，以舒筋解痉，通络止痛。

(3) 弹拨肩外侧 医者用拇指弹拨肩外侧变性、增厚的组织，时间约 1 分钟，以舒筋通络，松解粘连。

(4) 揉擦三角肌 医者用掌揉法在患肩三角肌施术，时间约 3 分钟；然后配合冬青膏或按摩乳施擦法，以透热为度，以舒筋活血，消肿止痛。

(5) 摇肩 医者用托肘摇肩法或大幅度摇肩法操作，时间约 1 分钟，以松解粘连、滑利关节。

(6) 搓抖上肢 医者搓抖上肢 3-5 遍，以舒筋通络。

【注意事项】

1.本病以肩峰下肿胀疼痛及肩关节活动受限为诊断要点，推拿的重点部位应在肩峰下及三角肌部位。

2.推拿治疗本病以舒筋活血、促进炎症水肿吸收为主，达到缓解疼痛的目的。急性期手法宜轻柔，切不可用力过重，以免加重滑囊损伤；慢性期手法宜深透，可配合局部热敷，以促进炎症、水肿吸收。

3.冈上肌肌腱在肩峰下滑囊的底部，冈上肌肌腱炎可累及肩峰下滑囊，肩峰下滑囊可累及冈上肌肌腱。因此，两者应同时治疗，方可取得较好的疗效。

第六节 肱骨外上髁炎

肱骨外上髁炎又称“网球肘”，是指因急、慢性损伤而致的肱骨外上髁周围软组织的无菌性炎症。临床上以肘关节外侧疼痛、旋前功能受限为主要特征。本病为劳损性疾病，好发于右侧，并与职业、工种有密切的关系，以反复前臂旋前、用力伸腕作业者多见，如网球运动员、木工、钳工等。本病属中医“筋伤”范畴，又称“肘劳”。

【应用解剖】

1.肘关节 肘关节是由肱骨下端及尺骨、桡骨上端所组成。包括三个关节，即肱尺关节、肱桡关节及桡尺近侧关节。肱尺关节由肱骨滑车与尺骨半月切迹构成；肱桡关节由肱骨小头与桡骨小头凹构成；桡尺近侧关节由桡骨头的环状关节面与尺骨的桡骨切迹构成（图 6-36）。

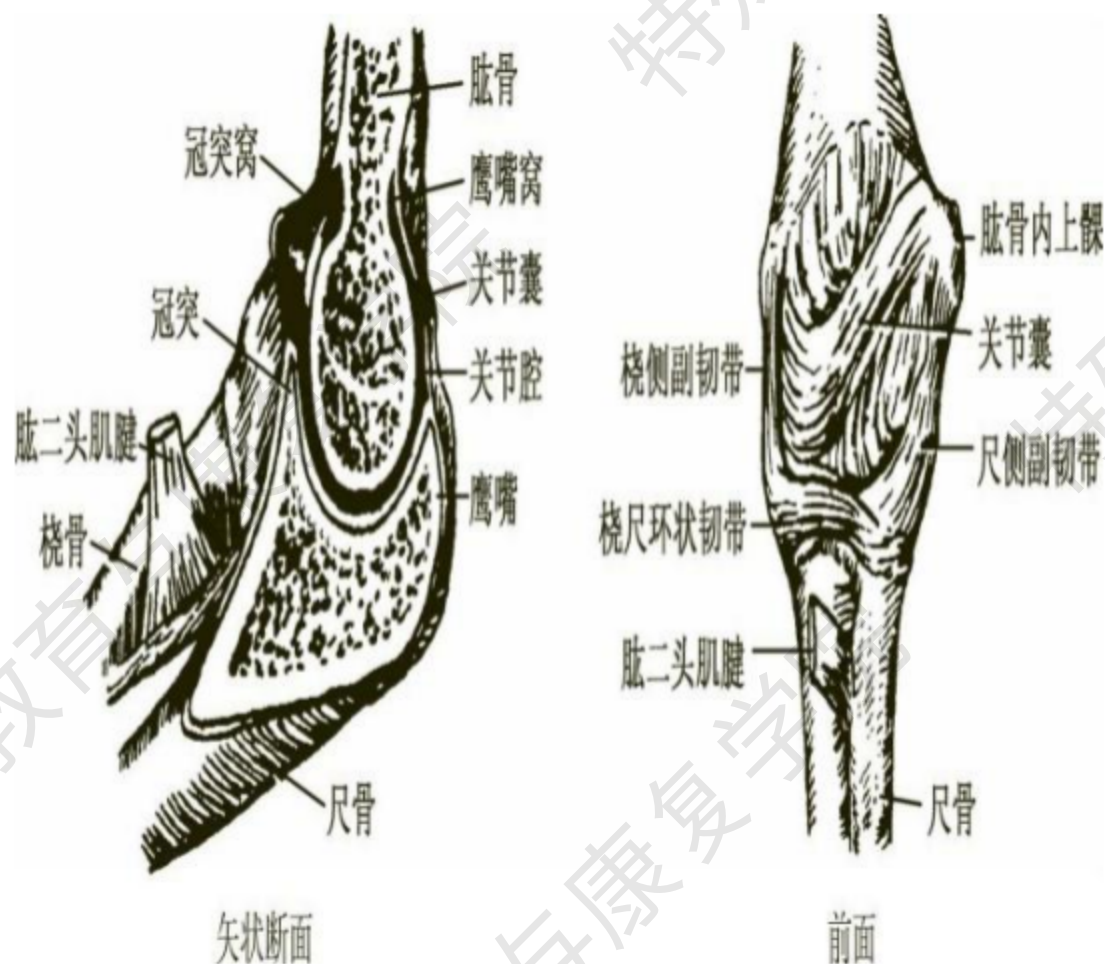


图 6-36 肘关节示意图

2.肘关节活动功能 肘关节的主要功能为伸、屈，并有协助前臂旋前、旋后功能。关节前后方覆盖的肌肉比较丰富，而两侧则无肌肉覆盖；关节囊前后部较松弛，而两侧分布的韧带坚强而紧张，防止关节向侧方移动而增强关节的稳定性。

3.肘三角 肘关节屈曲时，其后方由肱骨内、外上髁及尺骨鹰嘴 3 个骨突形成的“肘三角”呈等腰三角形；当肘关节伸直时，3 个骨突则处于同一直线上（图 6-37）。

4.肘关节韧带 肘关节韧带主要有 3 条。桡侧副韧带位于关节囊的桡侧，由肱骨外上髁向下延伸止于桡骨环状韧带；尺侧副韧带位于关节囊的尺侧，

由肱骨内上髁向下呈扇形延伸止于尺骨滑车切迹内侧缘；桡骨环状韧带包绕桡骨小头，两端附着于尺骨桡切迹的前、后缘，有防止桡骨小头脱出的作用（图 6-38）。

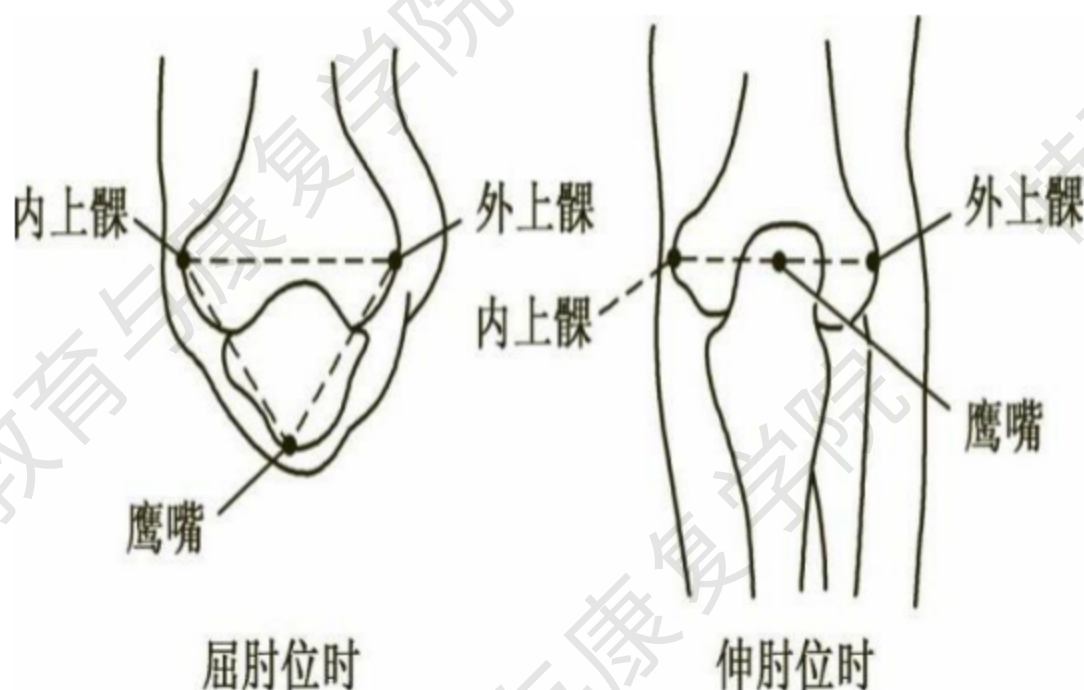


图 6-37 肘三角关系示意图



图 6-38 肘关节环状韧带示意图

5.携带角 由于肱骨滑车略低于肱骨小头，当时关节伸直时呈现的 $5^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 桡偏角称为携带角。该角对持重提物具有重要作用，是肘关节脱位或骨折复位重点关注的解剖角度之一(图 6-39)。肱骨内、外上髁及髁上嵴发出的肌肉，除肘后肌外，均非直接作用于肘关节，而主要作用于腕关节。

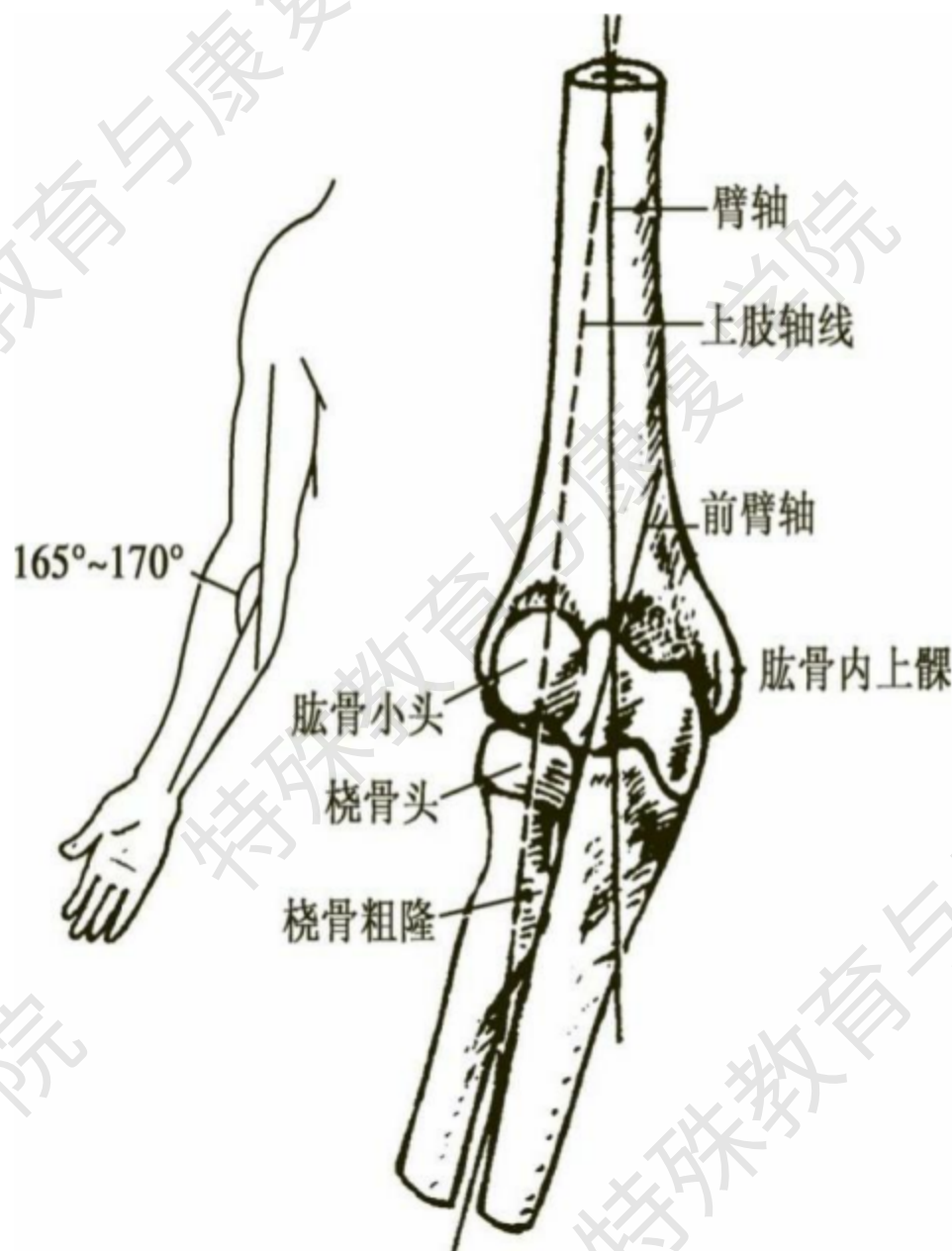


图 6-39 肘关节携带角示意图

【病因病机】

1.急性损伤 本病多发生在前臂旋前位，做腕关节主动背伸时，突然猛力动作使前臂桡侧腕伸肌强烈收缩，引起伸肌总腱起点处的损伤而致本病。

2.积累性损伤 当前臂做旋前动作时，如腕关节同时做背伸、尺偏的联合动作，则肱骨外上髁的伸肌群，尤其是桡侧伸腕长短肌的附着处受到牵拉，如此经常反复，则可导致慢性劳损。

其主要病理变化为：

1.肱骨外上髁是前臂伸肌总肌腱的附着处。前臂伸肌强烈而急促地收缩牵拉肌肉起点，导致肱骨外上髁局部骨膜撕裂、细微骨折及创伤性炎症，尤其是桡侧腕短伸肌等的慢性撕拉伤，使肌肉起点处长期处于损伤与修复的循环中，致局部骨膜炎、滑囊炎、钙质沉聚，或桡神经分支嵌压，形成肱骨外上髁炎。

2.肱桡关节是前臂旋转的支点。前臂反复、过度旋转，引起肱桡关节损伤，炎性渗出增多，囊内压力增高，刺激桡神经分支而引起疼痛。

3.环状韧带维系桡骨与尺骨的稳定。前臂反复、过度旋转，使韧带附着处骨膜撕裂、出血、渗出、退变、机化，出现附着处疼痛。

中医认为，肘节外廉系手阳明经筋所络结。若因直接暴力碰撞、牵拉、扭转，伸屈旋臂，或风寒湿邪客犯筋络，致使气血瘀

滞，积聚凝结，筋络黏涩，壅肿作痛，肌筋拘挛而活动受限。若节伤则节隙瘀滞，凝涩屈伸，旋转不利，发为本病。

【诊断】

1. 症状

(1) 好发于妇女和手工操作者，大部分患者无明显外伤史。

(2) 肘关节桡侧疼痛，可沿前臂桡侧或拇指放散性疼痛，疼痛的诱发与肘、腕关节功能位密切相关，腕关节背伸及前臂旋后位动作（如拧毛巾、扫地、搅拌、投掷等）易诱发。

(3) 旋转前臂，背伸腕关节，握物无力。

2. 体征

(1) 压痛 肱骨外上髁压痛，为桡侧腕短伸肌起点损伤；肱骨外上髁上方压痛，为桡侧腕长伸肌损伤；肱桡关节处压痛，为肱桡关节滑囊损伤；桡骨小头附近压痛，可能为环状韧带或合并桡侧副韧带损伤。伴有前臂桡侧伸腕肌群痉挛、广泛压痛。

(2) 局部肿胀 肱骨外上髁局部肿胀，可触及活动的假性滑囊。

(3) 特殊检查：前臂伸肌抗阻力试验阳性，网球肘试验阳性。

3. 辅助检查 X线检查一般无异常，部分患者可见肱骨外上髁部粗糙或钙化影。

【鉴别诊断】

1. 桡管综合征 痛点在由肱桡肌和桡侧腕长、短伸肌肌腹构成的可移动的软组织块的中点，主动伸指伸腕运动的同时，检查者屈曲其中指会诱发疼痛，前臂抗阻力旋后可诱发症状。

2.肱骨内上髁炎 特点为肱骨内上髁处的疼痛与压痛。若前臂外旋、腕关节背伸时，被动伸直肘关节可引起局部疼痛加剧，Mills 试验阴性。

【治疗】

1.治法 舒筋通络，活血止痛。

2.手法 揉法、按法、揉法、拿法、一指禅推法、弹拨法、拔伸法、推法、擦法、搓法、抖法等。

3.取穴与部位

曲池、手三里、外关、阿是穴、前臂、肱骨外上髁处、上臂肌群。

4.操作

(1) 揉揉肘及前臂 患者取坐位或仰卧位，将前臂旋前屈肘放于软枕上。医者用揉法、按揉法在患肘部至前臂桡侧往返操作，时间约 5 分钟，以舒筋通络。

(2) 弹拨肱骨外上髁处 医者在肱骨外上髁处用一指禅推法和弹拨法交替做重点治疗，时间约 2 分钟，以活血通络，松解黏连。

(3) 按揉推拨穴位、提拿前臂 按揉曲池、手三里、外关、阿是穴，配合沿前臂腕伸肌往返提拿，时间约 3 分钟，以舒筋活血、通络止痛。

(4) 牵伸、顿拉肘关节 继上势，医者一手拇指按压肱骨外上髁处，其余四指握住肘关节内侧部，另一手握住其腕部做对抗牵引拔伸肘关节片刻，然后于肘关节完全屈曲位，前臂旋前至最大

幅度时，快速向后伸肘关节形成顿拉，连续操作 3 次，使假性滑囊撕破。

(5) 推擦前臂 医者用拇指自肱骨外上髁向前臂桡侧腕伸肌做指推法操作 3~5 次，再以患肘至前臂桡侧施掌擦法，以透热为度。

(6) 揉搓牵抖肘部 医者搓揉肘部，牵抖肘部，用掌揉法揉肱骨外上髁，时间约 1 分钟，以舒筋活血。

【注意事项】

1. 本病以肱骨外上髁肿胀、疼痛及活动受限为诊断要点。
2. 推拿治疗本病以舒筋通络、理筋活血、促进炎症水肿吸收为主，达到缓解疼痛的目的。急性期患者，疼痛剧烈，手法宜轻柔缓和，以止痛为主；治疗期间应制动，避免做腕部用力背伸动作。

3. 顽固性疼痛者，可做局部封闭或针刀治疗。

【疗效评定】

1. 治愈 疼痛、压痛消失，持物无疼痛，肘部活动自如。
2. 好转 疼痛减轻，肘部功能改善。
3. 未愈 症状无改善。

附：肱骨内上髁炎、尺骨鹰嘴滑囊炎

肱骨内上髁炎

肱骨内上髁炎是指由于急、慢性损伤致前臂屈肌起点处疼痛、压痛，并出现功能障碍的病证。发病率较肱骨外上髁炎低，又称“高尔夫球肘”“学生肘”，属中医“肘劳”范畴。

【应用解剖】

1. 肱骨内上髁邻近尺神经沟，为前臂屈肌总腱附着处。
2. 肱骨内上髁是肘关节囊开始移行于骨膜的连接点，感觉神经分布较丰富。

【病因病机】

外伤劳损，或外感风寒湿邪，导致肘关节肱骨内上髁处的腕屈肌总腱纤维出现部分撕裂或肱骨内上髁骨膜出现炎性反应，产生水肿、出血、血肿机化、纤维增生、瘢痕组织形成等变化，以致粘连、钙化，从而引起肘、腕关节活动障碍。

【诊断】

1. 症状

(1) 肘内侧部疼痛，初起为阵发性，逐渐变为持续性，每当劳累或感寒而致疼痛加重，并可向前臂尺侧部扩散。

(2) 肘关节活动受限，特别是当用力握拳、提物等腕关节有屈曲活动时疼痛明显；局部肿胀不明显，日久则出现肘部肌肉萎缩，肘关节屈伸活动障碍。

2. 体征

(1) 肘关节肱骨内上髁处可触及明显的固定压痛。

(2) 前臂被动旋后、腕关节被动背伸活动受限。

(3) 抗阻力屈腕及抗阻力前臂旋前试验阳性。

3. 辅助检查 X线检查一般无异常改变，少数患者可见肱骨内上髁骨质增生。

【治疗】

1.治法 舒筋活血，通络止痛。

2.手法 揉法、按法、揉法、拿法、弹拨法、擦法。

3.取穴与部位 小海、少海、阿是穴、肘内侧部、前臂尺侧部。

4.操作

(1) 揉揉肘内侧部 患者取仰卧位，患肢上举并放在治疗床上，医者用法、按揉法自肘内侧至前臂尺侧往返治疗，手法宜轻柔，时间约 5 分钟，以舒筋活血。

(2) 揉穴拿臂 患者取坐位，医者用拇指勾揉法在小海、少海、阿是穴处操作，同时配合肘部内侧、前臂尺侧的揉拿法，手法宜缓和，时间约 5 分钟，以通络止痛。

(3) 弹拨肱骨内上髁处 继上势，医者在肱骨内上髁及前臂尺侧腕屈肌肌腱施往返弹拨法，手法宜轻柔缓和，以免损伤尺神经。时间约 3 分钟，以松解粘连。

(4) 擦肱骨内上髁处 继上势，医者在肱骨内上髁及前臂尺侧腕屈肌肌腱施掌擦法，以透热为度。

【注意事项】

同“肱骨外上髁炎”

尺骨鹰嘴滑囊炎

尺骨鹰嘴滑囊炎是指在尺骨鹰嘴滑囊部发生创伤及累积性损伤作用下的炎性改变，临床以局部疼痛与囊性肿物为主要表现的

病证。又称“矿工肘”，属中医“肘劳”范畴。

【应用解剖】

1.滑膜囊为封闭的结缔组织囊，多存在于两个坚韧结构的摩擦面之间，

具有增加润滑、减少摩擦、减轻压力、促进运动灵活的功能。滑囊壁分为两层，外层为薄而致密的纤维结缔组织，内层为滑膜内皮细胞，有分泌滑液的功能。囊腔为裂隙状，内含少量滑液。

2.尺骨鹰嘴部有两个滑囊，一个位于鹰嘴突与皮肤之间，另一个位于肱三头肌肌腱与鹰嘴上端的骨面之间。本病多发生于前者。

【病因病机】

尺骨鹰嘴滑囊炎有急性与慢性之分，以后者为多见。急性者多在直接暴力作用下出现，为创伤性炎症反应，使滑囊充血、水肿、渗出。滑膜囊内容物多为血性积液，渐转为黄色，至慢性期则多为正常黏液。慢性者，尺骨鹰嘴部受到长期反复的机械性刺激，如压迫、摩擦等，致使局部产生无菌性炎症，滑膜壁充血、水肿、渗出及增生，在尺骨鹰嘴部出现特异性的囊性肿胀物。继而囊壁水肿，肥厚或纤维化，滑膜增生，从而在囊底或肌腱内有钙质沉着。

【诊断】

1.症状

(1) 急性损伤者尺骨鹰嘴部红、肿、痛，囊内积液多为血性；

若合并感染，可出现全身症状，而囊内容物多为脓血性。

(2) 慢性损伤者尺骨鹰嘴部皮下囊性肿物渐增，直径 2~4cm，囊内容物多为无色清亮黏液。

2. 体征

(1) 出现尺骨鹰嘴部皮下囊性肿物，质软，略有波动感，有不同程度的压痛。

(2) 肘关节活动受限不明显。

3. 辅助检查 X 线检查一般无异常，部分患者可见钙化阴影。

【治疗】

1. 治法 软坚散结，松解粘连。

2. 手法 点法、按法、揉法、摩法、运法、擦法等。

3. 取穴与部位 曲池、肘髁、四渎、天井、尺骨鹰嘴部。

4. 操作

(1) 揉摩尺骨鹰嘴部 患者取坐位，屈肘，医者位于患侧，在尺骨鹰嘴部轻柔按揉，并以囊肿高点为中心，由里向外进行螺旋圆形摩动，时间约 5 分钟，以舒筋活血。

(2) 点按穴位 继上势，医者点按天井、曲池、肘髁、四渎、天井、尺骨鹰嘴部，以酸胀为度，时间约 5 分钟，以软坚散结。

(3) 被动屈伸肘关节 继上势，医者一手托肘，另一手握住患者前臂的下端，做肘关节的被动屈伸运动 30 余次，以松解粘连。

(4) 擦肘后部 继上势，患者伸肘位，医者掌擦肘后部，以

透热为度。

【注意事项】

1.急性损伤期或伴有全身症状时，暂不予推拿治疗，待病情稳定后把握时机及时治疗。

2.积液较多时可考虑囊内穿刺吸取内容物，并予加压包扎，或行局部封闭治疗。

第七节 桡骨茎突狭窄性腱鞘炎

桡骨茎突狭窄性腱鞘炎是指因腕及拇指经常用力过度或劳损，而致拇长展肌腱与拇短伸肌腱在桡骨茎突部腱鞘因机械性摩擦而引起的慢性无菌性炎症，出现桡骨茎突处肿胀、疼痛、活动受限为特点的病证。狭窄性腱鞘炎在手腕、手指、踝、趾等部位均可发生，但以桡骨茎突部最为多见。本病多发于腕部频繁活动者，女性发病率较男性高，男女之比约为1：6。本病属中医“筋痹”或“筋凝症”范畴。



【应用解剖】

1.腱鞘 腱鞘是保护肌腱的滑囊，可分为两层，外层为纤维性鞘膜，内层为滑液膜。滑液膜亦分为壁层和脏层，壁层衬于纤维性鞘膜之内面，脏层则覆于肌腱表面。脏层与壁层两端形成盲端，层间含有少量滑液，具有润滑和保持肌腱的作用，可减少肌腱活动时的摩擦，保证肌腱润滑。

2.桡骨茎突 其表面有一浅而狭的骨腱沟，腱沟浅窄而粗糙不平，上面覆以腕背侧韧带形成一纤维性鞘管，拇长展肌腱和拇短伸肌腱共同通过鞘管后，以 105° 折角分别止于拇指近节指骨和第1掌骨，故当拇指与腕部活动时，上述折角增大而产生肌腱与腱鞘间的摩擦。女性的折角较男性大。

【病因病机】

1.慢性劳损 在日常生活与生产劳动中，腕部及拇指的频繁活动引起拇长展肌腱和拇短伸肌腱在纤维性鞘管中的过度摩擦是导致本病的主要原因。桡骨茎突表面的纤维性鞘管的伸展空间有限，拇指内收和腕关节过度尺偏动作使肌腱走行方向发生角度改变，引起肌腱、腱鞘的损伤性炎症。

2.寒湿侵袭 在寒湿等外因刺激下，肌肉痉挛，增加了肌腱的张力，肌腱与腱鞘间机械性摩擦力增强，早期发生充血、水肿、渗出等无菌性炎症反应，腱鞘因水肿受挤压而变细，两端增粗形成葫芦状，以致肌腱从腱鞘内通过变得困难，影响拇指的功能活动，可产生交锁现象。迁延日久则发生慢性结缔组织增生、肥厚、粘连等变化。由于腱鞘的增厚致使腱鞘狭窄，腱鞘与肌腱间亦可

发生不同程度的粘连，活动障碍更为明显。

中医认为，因拇指频繁屈伸，或因积劳损伤，或因挫伤其筋，致使手阳明经筋受损，肌筋挛急，气滞血瘀，津液涩竭，久则黏结为病。

【诊断】

1. 症状

(1) 一般无明显外伤史，但有慢性劳损或受寒史。起病缓慢，早期仅感局部酸痛，腕部无力。

(2) 腕背桡骨茎突及拇指掌指关节部疼痛，初起较轻，逐渐加重，可放散到肘部及拇指，严重时局部有酸胀感或烧灼感，遇寒冷刺激或拇指活动时疼痛加剧。

(3) 拇指活动无力，伸拇指或外展拇指活动受限，常突然处于某一位置不能活动，日久可引起大鱼际萎缩。

2. 体征

(1) 肿胀 桡骨茎突处轻度肿胀，可触及条索状筋结，质似软骨状。

(2) 压痛 桡骨茎突部明显压痛。

(3) 摩擦感 拇指做外展、背伸时，可触及桡骨茎突处有摩擦感或摩擦音，功能障碍常固定在拇指活动到某一位置时，待肌腱有摩擦跳动后则又能活动。

(4) 特殊检查 屈拇握拳试验阳性（图 5-41）。



图 5-41 屈拇握拳试验示意图

【鉴别诊断】

1.腕关节损伤 多有明显的外伤史，腕部疼痛、肿胀明显，甚至瘀血，腕关节活动受限，活动时疼痛加剧。

2.腕舟骨骨折 有明显外伤史，腕桡侧深部疼痛，鼻咽窝部肿胀及压痛，第 1、2 掌骨远端腕部叩击痛阳性，可通过 X 线明确诊断。

【治疗】

1.治法 舒筋活血，消肿止痛，松解粘连。

2.手法 一指禅推法、点法、按法、揉法、拔伸法、弹拨法、擦法等。

3.取穴与部位 手三里、偏历、阳溪、列缺、合谷，桡骨茎突部及前臂桡侧部。

4.操作

(1) 一指禅推前臂 患者坐位或仰卧位。患腕下垫软枕，小鱼际置于枕上，医者先于前臂桡侧伸肌群施一指禅推法往返操作。

(2) 点按穴位 医者用拇指点按手三里、偏历、阳溪、列缺、合谷等穴，时间约 5 分钟，以舒筋活血。

(3) 弹拨经筋 继上势，医者用轻快柔和的弹拨法沿前臂拇长展肌与拇短伸肌到第 1 掌骨背侧，做上下往返治疗。

(4) 拔伸摇腕 医者以一手握住患腕，另一手握其拇指做拔伸法，同时配合做拇指的外展、内收活动，缓缓摇动腕关节，时间约 5 分钟，以消肿止痛。

(5) 抻拨揉筋 以右侧为例，医者以右手食、中二指夹持患者拇指近侧节，用拇指及食指持握其他四指向下牵引，以理顺肌筋，扩张筋隙；在右手的持续牵引下，医者将患腕向尺侧极度偏屈，左手拇指压于桡骨茎突处的拇短伸肌与拇长展肌的腱鞘，拇指用力向掌侧推按挤压，手腕同时向掌侧屈曲，继而背伸。随后拇指在原处轻轻揉按，时间约 3 分钟，以松解粘连，散结止痛。

(6) 推擦桡骨茎突处 医者以桡骨茎突为中心涂上介质，施掌擦法，以透热为度；然后患者屈肘 45° ，医者自拇指根沿桡骨茎突向前臂施掌推法，以利渗出液吸收。

【注意事项】

1. 本病以桡骨茎突处肿胀、疼痛、活动受限为诊断要点。
2. 推拿治疗手法应柔和，避免刺激量过大；注意局部保暖，可配合热敷 及外敷膏药，避免寒冷刺激；后期应鼓励患者主动功

能锻炼，可防止肌腱和 腱鞘粘连。

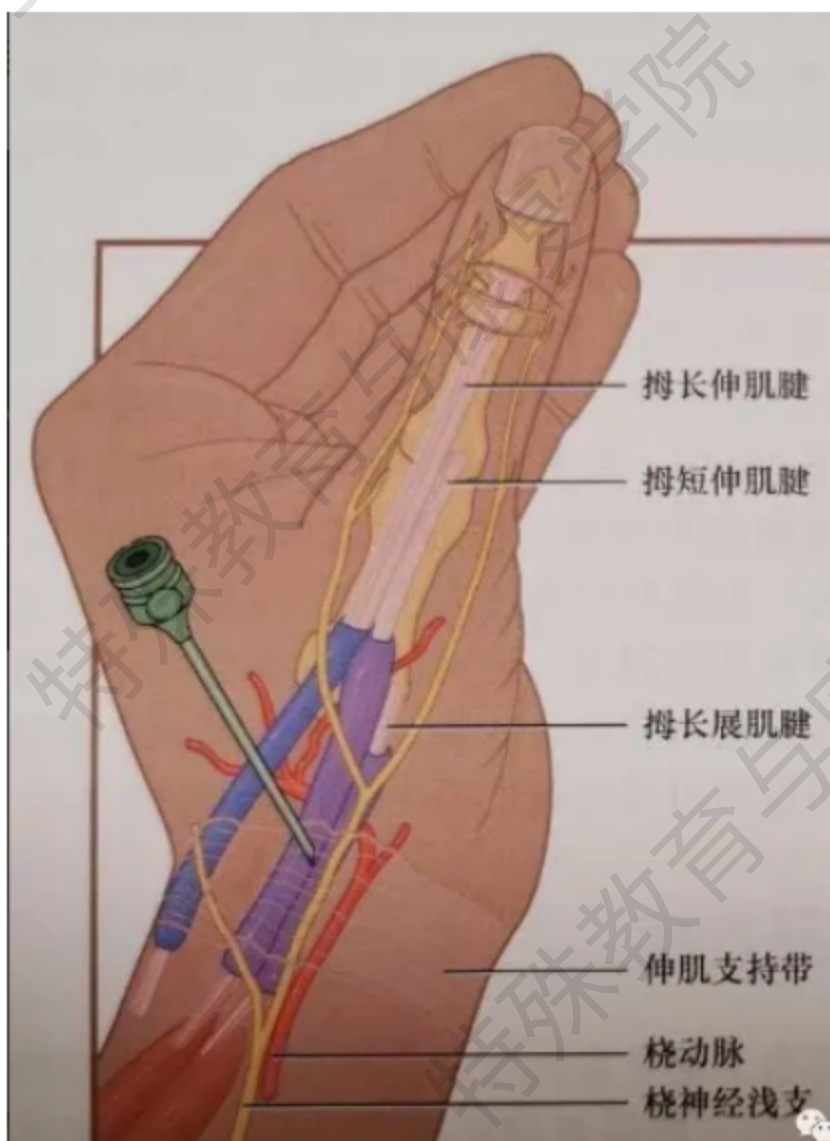
3.对有茎突腱鞘粘连而推拿效果欠佳者，可用针刀松解。

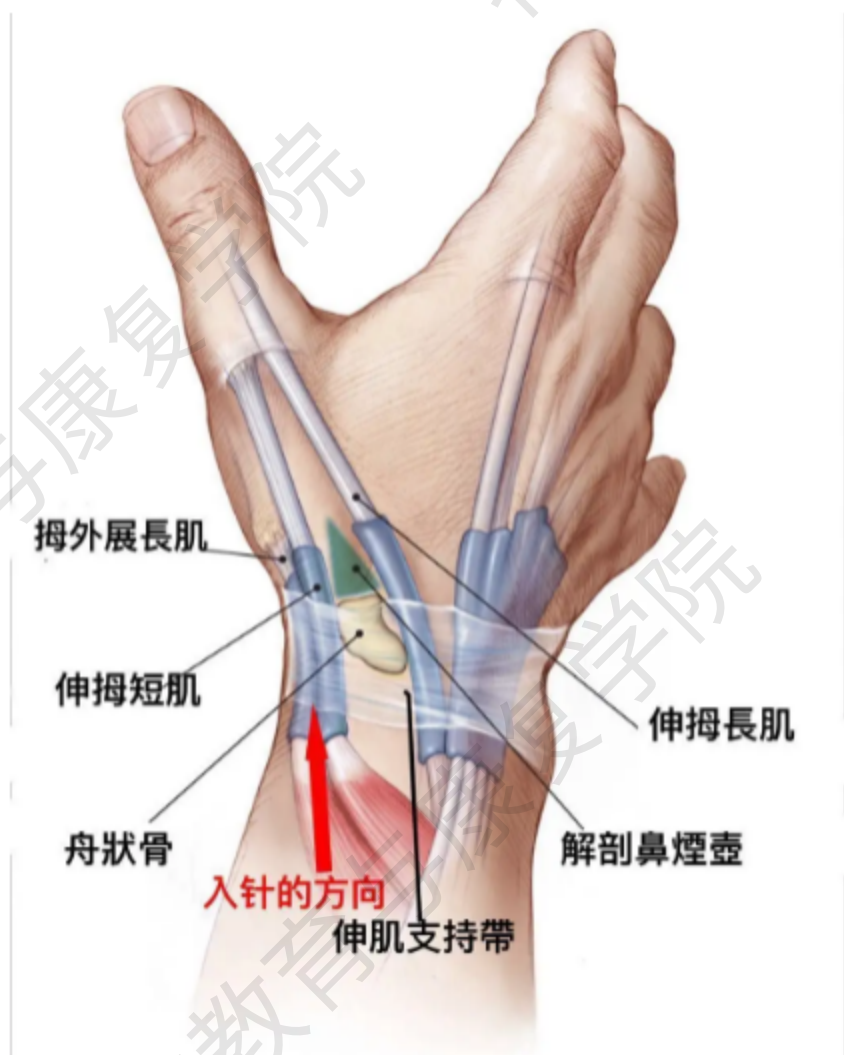
【疗效评定】

1.治愈 腕桡侧肿痛及压痛消失，功能恢复，握拳尺偏试验阴性。

2.好转 腕部肿痛减轻，活动时轻微疼痛，握拳尺偏试验(±)。

3.未愈 症状无改善。





第八节 腕关节扭伤

腕关节扭伤又称腕关节软组织损伤，是指跌仆时用手掌或手背撑地，或用力过猛，迫使腕部过度背伸、掌屈及扭转，造成腕关节周围韧带、肌肉、肌腱、关节囊等软组织牵拉损伤，严重时韧带、肌肉撕裂，甚至关节脱位。临床以腕关节周围肿胀、疼痛、功能障碍为主要特征。本病属中医“伤筋”范畴。

【应用解剖】

1. 腕关节是人体关节中结构最复杂的关节，这种复杂的结构

有利于手部功能的发挥，也是上肢承受力量的缓冲区域。

2.腕关节是由桡尺骨下端和掌骨之间的两排横向腕骨组成。

近端腕骨包括舟状骨、月骨、三角骨和豌豆骨，远排腕骨有大多角骨、小多角骨、头状骨和钩骨。

3.腕骨在纵向排列上分为内、中、外三行。中间行是头骨和月骨，连接桡骨与掌骨，伸屈腕关节的肌肉多附着于中间行远侧的掌骨；外侧行由舟状骨和大、小多角骨组成，主司腕桡尺关节活动；内侧行由三角骨与钩骨组成，腕关节的旋转活动由此行完成。

4.活动腕关节的肌肉共有6块。背侧有桡侧腕长伸肌、桡侧腕短伸肌和尺侧伸腕肌；掌侧有尺侧腕屈肌、桡侧腕屈肌和掌长肌。腕屈肌的力量大于腕伸肌，二者间的力量对比约为13:5。指伸肌和指屈肌亦有使腕关节伸屈的功能。

5.腕关节的稳定性取决于其周围的韧带。掌侧腕韧带较背侧腕韧带更为强大，是腕关节稳定的主要结构，腕骨间均由韧带连接。

6.腕关节韧带的损伤程度主要取决于以下几种情况：①腕部的三个活动链主要部位的负荷情况；②负荷量的大小及持续时间；③腕部的活动范围。

【病因病机】

腕部结构复杂，软组织众多，活动频繁，因此极易发生扭伤，常由于在工作劳动、体育运动过程中，或不慎跌仆，手掌猛力撑

地，腕关节突然过度 背伸、掌屈或扭转，使腕关节超越了正常活动范围；或因持物而突然旋转及 伸屈腕关节；或因暴力直接打击，致使韧带、肌腱、关节囊受损。轻者出血，关节周围的韧带撕裂；重者肌腱撕裂，韧带完全断裂。当暴力过大时，可合并发生韧带撕脱、骨关节脱位。由于损伤的作用机制不同，所造成损伤的部位也各不相同。常见损伤的部位有腕掌侧韧带、腕背侧韧带、腕桡侧副韧带和腕尺侧副韧带，其相应部位疼痛明显。

中医认为，腕节乃多气少血之节，筋多而长，肉少而薄，为手六经起循 之处，故活动灵巧而有力。若因跌仆冲撞，持物受力，牵拉扭转，或因积劳 损伤，腕节错动，筋肉拘挛，气滞血瘀，则为肿为痛，功能障碍。

【诊断】

1.症状

(1) 有明确的腕关节扭挫伤史或慢性劳损史。

(2) 急性损伤时，腕部疼痛，关节肿胀，皮下瘀青；慢性损伤时，握持力减弱，运动不灵活，疼痛较轻，仅在某一姿势或大幅度活动时诱发疼痛 加重。

(3) 桡骨茎突部疼痛多为桡侧副韧带损伤；尺骨茎突部疼痛多为尺侧 副韧带损伤；腕背伸疼痛或掌屈疼痛多为掌、背侧副韧带损伤或屈、伸肌腱 损伤。

2.体征

(1) 压痛 腕关节及周围压痛：①腕背侧韧带损伤，压痛点常

在桡腕背侧韧带处。②腕掌侧韧带损伤，压痛点常在桡腕掌侧方韧带处。③腕桡侧副韧带损伤，压痛点常在桡骨茎突处。④腕尺侧副韧带损伤，压痛点常在尺骨小头处。

(2) 活动受限 腕关节活动功能受限：①腕背侧韧带损伤，腕掌屈时疼痛，活动受限。②腕掌侧韧带损伤，腕背伸时疼痛，活动受限。③腕桡侧副韧带损伤，腕尺屈时疼痛，活动受限。④腕尺侧副韧带损伤，腕桡屈时疼痛，活动受限。腕关节各向运动功能均可出现受限现象。腕关节活动时可有响声，部分患者可出现关节积液。

3. 辅助检查 X线检查可排除桡、尺骨远端骨折，舟状骨骨折，月骨骨折或脱位，三角骨背侧撕脱骨折等。

【鉴别诊断】

1. 腕骨、尺桡骨骨折 相应骨折处疼痛，肿胀瘀青，关节畸形，压痛，骨擦音，异常活动，挤压试验阳性，X线可明确诊断。

2. 月骨骨折及脱位 以月骨及舟状骨处压痛明显，肿胀，韧带松弛感，正中神经受压时，手部运动或感觉功能障碍。

3. 三角纤维软骨盘撕裂 下尺桡关节背侧有持续性疼痛及压痛，突然旋转或用力抗旋转时疼痛，有时可闻及响声。

【治疗】

1. 治疗原则 急性损伤：活血祛瘀，消肿止痛；慢性损伤：理筋通络，滑利关节。

2. 手法 一指禅推法、按揉法、摩法、弹拨法、摇法、拔伸法、

擦法等。

3.取穴与部位 内关、外关、阳谷、阳溪、大陵、阳池、腕骨、太渊及腕关节部。

4.操作

(1) 推揉患处 患者取坐位，损伤侧朝上，腕下垫枕。医者根据伤处所属经络，依经选取相应腧穴，采用一指禅推法、按揉法在损伤局部周围施术，逐渐移向伤痛处，最后吸定在痛处操作，时间约 8 分钟，以活血祛瘀，消肿止痛。

(2) 弹拨患处 继上势，医者一手持腕，一手沿损伤组织行轻柔的弹拨，弹拨方向与肌腱方向垂直，时间约 3 分钟，以消肿散瘀，理筋通络。

(3) 拔伸摇腕 继上势，医者一手握其前臂下端，一手握其手的掌骨部，做腕关节的拔伸摇动 3~5 次；再做腕关节的旋转、背伸、掌屈、侧偏等动作 3~5 次，以理筋通络，滑利关节。

(4) 掌擦患处 继上势，医者在腕关节损伤侧用掌擦法治疗，以透热为度。局部可加用湿热敷。

【注意事项】

1.推拿治疗应在排除骨折、脱位、肌腱完全断裂后才能进行。
2.急性损伤局部肿胀、皮下出血严重者，应及时给予冷敷或加压包扎，防止出血过多。推拿治疗应在损伤后 24~48 小时后进行。

3.损伤初期手法宜轻柔缓和，以免加重损伤；损伤后期手法

宜深沉，促进损伤由内向外修复。治疗期间注意局部保暖，可佩戴“护腕”保护。

【疗效评定】

- 1.治愈 腕部肿痛消失，无压痛，腕关节活动自如
- 2.好转 腕部肿痛减轻，活动时仍有不适。
- 3.未愈 症状无改善。

第九节 腱鞘囊肿

腱鞘囊肿是指发生于关节囊或腱鞘附近的囊肿，有单房性和多房性之分。本病好发于中青年，以女性多见。多发生于关节的肌腱滑动处，临床上常见于腕部舟、月骨关节背侧面，拇长伸肌腱与指总伸肌腱之间；其次，可见于腕部掌面桡侧腕屈肌腱与拇长展肌腱之间。本病属中医学“筋瘤”、“筋结”范畴。





【应用解剖】

腱鞘 腱鞘包于某些长肌腱表面，多位于手、足摩擦较大的部位。位于腱纤维鞘内的腱滑膜鞘是由滑膜构成的双层圆筒形的鞘。鞘的内层衬于肌腱表面，为脏层；鞘的外层贴在腱纤维层的内面或骨面，为壁层。脏、壁两层之间含少量滑液，使肌腱能在鞘内自由滑动，两端则形成盲端。腱鞘具有约束肌腱、减少肌腱摩擦的作用。

【病因病机】

本病的发病机制尚不明确，但与各种损伤刺激有一定的关系。关节囊、腱鞘或韧带上的结缔组织因急性损伤或慢性劳损导致营养不良，逐渐发生退行性改变而形成囊性肿物。囊壁为致密的纤维结缔组织，囊内容物为无色透明的胶冻状黏液，囊腔大多为单房，亦有多房者。囊肿与关节囊、腱鞘关系密切，腔隙间可相互连通。

中医学认为，本病多因患部关节过度活动、反复慢性劳伤经筋，经气受阻，络脉受损，气血凝滞，以致气血运行不畅，积液于骨节经络，久而不去，凝滞筋脉而成筋瘤。

【诊断】

1.病史 有外伤史或劳损史。

2.症状

(1)大多囊肿发生隐匿，生长缓慢。

(2)若囊肿和腱鞘相连，患部远端则会出现软弱无力的感觉。

(3)局部皮下半球状隆起物多见于腕背，其次是腕掌、手掌、指掌、足背等。

(4)局部酸痛或胀痛，发于腕掌、手掌部者可出现手指麻木。部分患者无不适感。

3.体征

(1)囊肿形态 囊肿多呈半球状或椭圆状，直径一般不超过 2cm。表面光滑，质地柔软，可有波动感，移动度差，轻触无痛，重压痛增。囊肿多数张力较大，囊肿坚韧，少数柔软，但都有囊性感。

(2)囊肿动度：沿肌腱鞘管垂直的方向触摸囊肿则稍能推动，沿平行方向不能推动。

(3)感觉运动障碍 部分患者可出现感觉与运动障碍。

(4)压痛 囊肿局部有不同程度的压痛。

【鉴别诊断】

1.腕背隆突综合征 表现为第 2、3 掌骨基底部背侧的局限性

骨性隆起，局部压痛，但腕关节活动不受限或背伸有轻度受限。X线摄片可鉴别。

2.滑膜囊肿 此为类风湿关节炎的并发症，其特点是炎性过程广泛，病变范围较大，基底部较宽广。

【推拿治疗】

1.治法 行气活血，理筋散结。

2.手法 拿法、揉法、拔伸法、摇法、按法、叩击法、推法。

3.取穴与部位 以囊肿局部为主。

4.操作

(1)拿揉前臂 患者坐位或仰卧，医者站其患侧。以右侧腕背部腱鞘囊肿为例，首先拿揉前臂肌群，视囊肿所在部位，选择伸肌群或屈肌群进行重点施术，以舒筋活血。

(2)拔伸摇腕 医者拔伸并摇转患侧腕关节，以松解肌筋。

(3)按压囊肿 医者将患者腕部固定并略呈掌屈，然后用右指用力持续按压囊肿，直至挤破囊肿，以利于囊内液体流出而吸收。

(4)敲击囊肿 患者将患腕平置于软枕上，腕背向上并略呈掌屈，医者一手握其患手，以维持其位置稳定，另一手持叩诊锤，迅速而准确地用力将囊肿击破，使囊内液体流出而吸收。

(5)推挤囊肿 医者用拇指将囊肿沿肌腱鞘管方向做向心性推挤，将囊内液体推回腱鞘管内，待囊肿变小后，用软纸片叠成钱币大小置于囊肿处，再加压包扎，以防再渗出。

【预防调护】

1.避免腕关节外伤或过度活动。

2.治疗期间发生囊肿的关节应避免用力，注意保暖。

【临证提要】

1.手法操作时要注意动作的协调，避免暴力挤压，伤及其他软组织。

2.必要时可刺破囊肿。局部常规消毒后，囊肿处注射少量利多卡因，然后用三棱针或小针刀刺破囊壁，使渗出液流出，局部贴创可贴以防感染。

第十节 腕管综合征

腕管综合征是指腕管绝对或相对狭窄，使腕管内压增高，内容物压迫腕管内正中神经的一组综合症状。以桡侧手指麻木、刺痛、感觉异常为主要表现，又称腕管卡压综合征、正中神经受压症。女性多于男性，右侧多于左侧。本病属中医学“筋伤”范畴。

【应用解剖】

1.腕管的构成 腕管是腕部的一个骨纤维管道，由背侧腕骨和掌侧腕横韧带构成。腕骨有8块，分近侧及远侧两列，每列各4块，近侧自桡侧至尺侧依次为舟骨、月状骨、三角骨、豌豆骨，远端自桡侧至尺侧为大多角骨、小多角骨、头状骨和钩骨（图6-43）。

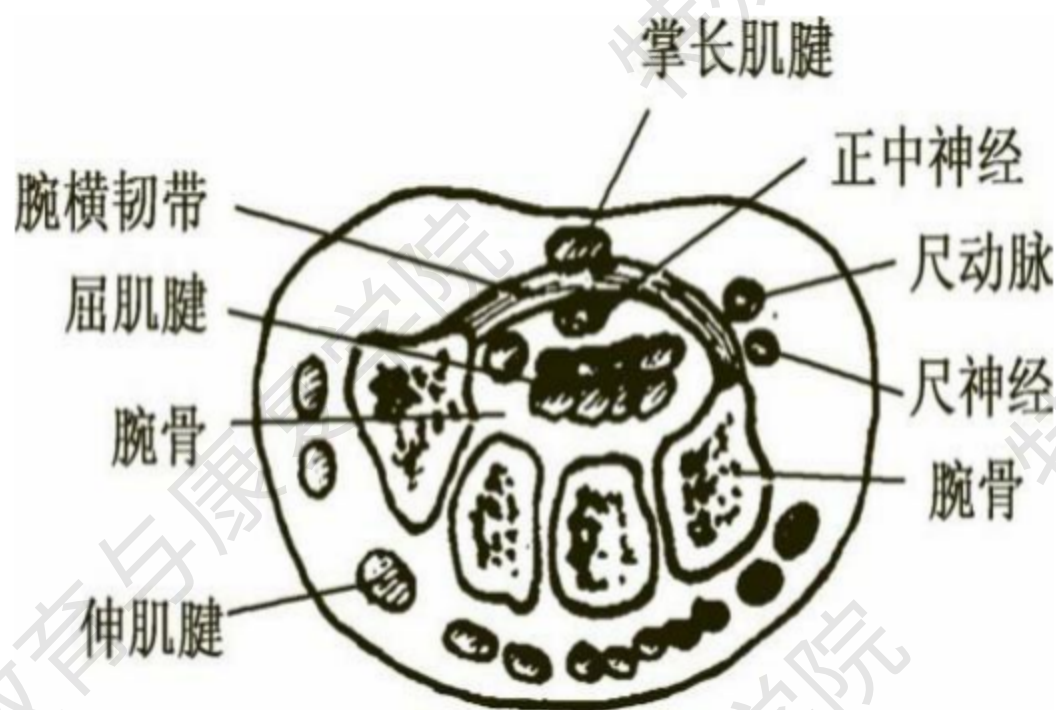


图 6-43 腕管横断面示意图

2.腕横韧带 腕横韧带横架于大多角骨和钩骨之间，为宽广的致密腱性组织。腕横韧带与腕骨沟构成骨纤维性的腕管，腕管横断面呈略圆的三角形，三角尖朝向桡侧，底面朝向尺侧，具有保护管内组织的作用。



3.腕管内组织 腕管内组织有位于最浅层正中神经和屈指长肌腱、屈指浅肌腱（4根）、屈指深肌腱（4根）通过。当管内压增高时，由管内通过的组织受卡压而产生相应的临床症状。

腕关节韧带的损伤程度主要取决于以下几种情况：①腕部的三个活动链主要部位的负荷情况；②负荷量的大小及持续时间；③腕部的活动范围。

【病因病机】

在正常情况下，因腕管有一定的容积，屈指肌腱在腕管内滑动，不会影响正中神经的功能，但当腕管内容物体积增大或腕管缩小时，就会挤压腕管内肌腱及正中神经而出现症状。引起管内容积变小的主要原因有：①腕管绝对狭窄：桡骨远端骨折，腕骨骨折脱位，腕骨骨质增生，腕横韧带增厚，脂肪瘤、腱鞘囊肿、钝性创伤所致局部血肿，导致腕管绝对的狭窄，正中神经被卡压而发生神经压迫症状。②腕管相对狭窄：指屈浅、深肌腱无菌性炎症，使肌腱肿胀，导致腕管相对的狭窄，刺激压迫正中神经而发生神经压迫症状。③职业因素：长期从事手工作业者，如IT行业、电脑操作员等，容易引起腕部劳损。

当神经纤维受到机械卡压、刺激后，神经外膜血供持续减少，神经鞘膜内、外膜间逐渐产生压力差，最终可导致神经内膜与外膜的水肿，轴浆转运障碍，内膜毛细血管壁通透性增高，蛋白外漏至组织中，导致水肿加重，引发恶性循环。因神经束膜可耐受高张力，水肿被限制于内膜内难以释放压力，其结果是神经组织、细胞的完整性被破坏，功能受损。

中医认为，若因跌仆、闪挫或牵伸过度，损伤腕部筋络，气血瘀滞于腕，致使经筋拘挛而痛急；或伤经络，血瘀内积，气机

逆乱，而走窜痛麻；或寒湿淫筋，气滞血凝，阻塞经络，筋肌失荣而麻木，废萎失用。

【诊断】

1. 症状

(1) 有急性损伤或慢性劳损史，大多发病缓慢。

(2) 早期表现：手腕桡侧三个半手指（拇、食、中指及无名指桡侧半指）感觉麻木、刺痛，但用力甩动手指，症状可缓解。

(3) 后期表现：患手的大鱼际肌萎缩及肌力减弱，或拇指、食指、中指及无名指桡侧半指感觉消失，拇指手掌的一侧不能与掌面垂直。

2. 体征

(1) 压痛 挤压大陵穴（腕横纹中央），症状会加剧。

(2) 肌肉萎缩 大鱼际肌萎缩，拇指对掌、外展功能受限。

(3) 感觉障碍 正中神经支配区域感觉大多减弱或消失，但掌部刺痛感 觉存在。

(4) 特殊检查 腕管叩击试验阳性，屈腕试验阳性。

3. 辅助检查 腕部 X 线检查可发现腕部陈旧性骨折、骨质增生及关节脱位 等改变。肌电图检查可明确神经损伤定位及性质。

【鉴别诊断】

1. 旋前圆肌综合征 以前臂或肘部掌侧不明原因的疼痛，拇长屈肌和拇短 展肌无力为特征。肌电图检查可明确神经损伤定位。

2. 肘部正中神经损伤 以拇指和食指不能屈曲，握拳时拇指和

食指仍处于伸直状态为特征，可合并灼性神经痛。

3.神经根型颈椎病 以上肢放射性麻木、疼痛为特征。臂丛神经牵拉试验 阳性，压头试验阳性，影像检查可明确诊断。

【治疗】

1.治法 舒筋通络，活血化瘀。

2.手法 一指禅推法、按揉法、弹拨法、拔伸法、摇法、擦法等。

3.取穴与部位 内关、大陵、鱼际、劳宫穴和前臂、腕部。

4.操作

(1) 一指禅推腕管部 患者取坐位，医者用一指禅推法推前臂，沿手厥阴心包经往返治疗，重点在腕管及鱼际处，手法先轻后重，时间约 5 分钟，以活血化瘀。

(2) 按揉穴位及腕管部 继上势，医者用按揉法在腕管部做重点治疗；然后按揉内关、大陵、鱼际、劳宫等穴，时间约 5 分钟，以舒筋通络。

(3) 拨揉腕管部 继上势，医者用拇指在腕管处顺肌腱做垂直方向的轻柔弹拨，配合揉法操作，时间约 3 分钟，以分解粘连。

(4) 拔伸腕关节 继上势，医者手握患者掌部，另一手握住上臂拔伸腕关节 5~8 次，然后用拇指按压腕部做背伸、掌屈，左右旋转 5~8 次。

(5) 推擦腕管部 继上势，医者沿腕管顺肌腱平行方向用掌擦法操作，以透热为度；然后患者屈肘 45°，医者自腕管向前臂方

向施掌推法，将渗出液推挤到前臂以缓解管内压力。局部可加用湿热敷。

【预防调护】

- 1.保护腕关节，避免外伤。
- 2.避免腕关节的过度活动，如长时间的握鼠标或敲键盘。
- 3.治疗期间，腕部避免用力和受寒，必要时可应用护腕或制动休息。
- 4.指导患者进手部功能锻炼。如拇指与各指轮流划圈，或者手握圆珠笔或铅笔在手中液动，练习精细动作。

【临证提要】

- 1.本病以桡侧手指麻木、刺痛、感觉异常为诊断要点。治疗前应通过检查排除骨折、脱位及占位性病变。
- 2.做腕关节的拔伸牵引和被动运动时，切忌强力、暴力，以免发生新的损伤。尤其因类风湿关节炎所致本病者，更需注意。
- 3.经保守治疗无效者，建议手术治疗，以防正中神经损伤加重。

第十一节 指屈肌腱狭窄性腱鞘炎

指屈肌腱狭窄性腱鞘炎（*Tenosynovitis of Finger Flexor Tendon*）又称扳机指、弹响指，是指屈指肌腱在纤维鞘起始部滑动障碍所致的腱鞘炎症，导致以患指疼痛、发僵及屈伸活动时有弹响为主要临床表现的一种病证。好发于掌侧，以拇指、示指、

中指、环指的屈指肌腱腱鞘多见，可发生于任何年龄，以妇女及手工作者多见。本病属中医“筋伤”范畴。

【应用解剖】

1.腱鞘 掌骨头掌面与手指屈指肌腱腱鞘构成狭窄的骨性纤维管道，手指屈指肌腱从骨性纤维管道内通过。手指腱鞘由包绕肌腱的滑液鞘及包绕于滑液鞘外的纤维鞘构成。

2.腱滑液鞘 腱滑液鞘为双层圆筒状，内层紧贴于肌腱表面，外层贴附于纤维鞘内面，两层之间的腔内有少量滑液，以减少肌腱运动时的摩擦，在靠指骨掌面，腱滑液鞘内、外两层互相移行处形成双层的腱系膜，有供应肌腱的血管通过。

3.腱纤维鞘 腱滑液鞘外围由深筋膜增厚形成管状腱纤维鞘，纤维鞘附着于指骨骨膜和指间关节囊的两侧，形成骨性纤维管，以约束腱滑液鞘。在骨性纤维管道内的肌腱由于摩擦变粗，形成一个球状的膨大，当它通过狭窄的腱鞘时则遇到暂时性的阻碍，导致指间关节活动受限，一旦强行通过时，弹响由此产生。

【病因病机】

1.急性损伤 跌仆损伤、手指扭挫伤等均可引起指部腱鞘发生炎性水肿。

2.慢性劳损 由于指部肌腱在腱鞘内长期、反复和快速用力活动，导致早期腱鞘充血、水肿及渗出增多，反复损伤，迁延日久，则肌腱和腱鞘发生慢性结缔组织增生肥厚、肉芽组织形成、透明样变和粘连等病理变化。腱鞘水肿和增生使骨纤维管道狭窄，

压迫水肿和增生的肌腱形成葫芦样肿大，限制肌腱的滑动。腱鞘的厚度可由正常的0.1cm增至0.3cm。肿大的肌腱通过狭窄的腱鞘时，可发生扳机动作和弹响声（图6-45）。



图 6-45 弹响指示意图

3.其他因素 类风湿或风湿性疾病、先天性肌腱异常等也可导致腱鞘炎的发生。

中医学认为，手指频繁劳作过度伤筋或受凉而致气血凝滞，经筋失于濡养而致关节屈伸不利；涩滞不行，筋腱失荣，壅聚而挛结，指动筋掣而绞锁，动则弹响，发为本病。

【诊断】

1.病史 有手指过度劳作史。

2.症状

(1) 起病缓慢，初期表现为掌指关节掌侧面局限性酸痛，劳作或晨起加重，疼痛可向腕部及指端放射，活动受限不明显。

(2) 后期表现为上述症状进一步加重，屈伸功能受限明显并产生弹响，重者手指不能主动屈曲，或绞锁于屈曲位不能伸直。

3.体征

(1) 活动受限 患指活动受限，严重者手指活动到某一位置时不能主动屈伸，或绞锁在屈曲位不能伸直，或绞锁在伸直位而不能屈曲，用力屈伸时呈扳机状。

(2) 压痛 患者掌面局部有压痛。

(3) 活动弹响 掌指关节掌侧压痛，可触及痛性结节，手指屈伸时有弹响。

(4) 摩擦感 掌指关节屈伸活动时可扪及痛性结节在腱鞘内摩擦移动。

【鉴别诊断】

1.手指类风湿关节炎 多见于 25~45 岁的青壮年，起病缓慢，常侵犯近端指间关节，对称分布，初期两侧指间关节出现梭形肿胀、疼痛、屈伸活动受限，久之关节呈爪形畸形或强直。

2.手指骨关节炎 多因外伤或持续慢性劳损引起手指关节软骨损伤或发生退行性变，常发生于远端、近端指间关节，表现为患病关节疼痛、僵硬，重者可出现关节肿胀、肌肉萎缩等。

【治疗】

1.治法 舒筋活血，消肿止痛。

2.手法 搓法、揉法、推法、拔伸法、摇法、擦法。

3.取穴与部位 阿是穴、患指结节处。

4.操作

(1) 搓揉患指 患者坐位或仰卧，腕部下垫软枕，掌面朝上。医者搓揉其患指，重点在结节处，同时配合掌指关节的屈伸活动和环转摇动，时间约 2 分钟，以舒筋活血。

(2) 拔伸患指 医者以一手拇指和示指捏住患指的远端，另一手握住患指的掌指关节近端进行对抗拔伸。

(3) 推挤结节 医者用拇指在结节处向指根方向做单向推挤，时间约 1 分钟，以松解粘连。

(4) 屈曲挤压狭窄部 医者用左手紧握患手拇指，先做屈曲活动，再以右手拇指指尖与患者拇指腱鞘狭窄部呈垂直位，用力向桡侧推按、挤压其狭窄部，时间约 1 分钟，以松解粘连。

(5) 擦患指结节 医者用指擦法配合介质在患指结节处施术，以透热为度。可配合热敷。

【预防调护】

1. 对于长期伏案工作人员，应采用正确的工作姿势，尽量让双手平衡，手腕不要悬空，每半小时休息 3~5 分钟。

2. 劳动时手指、手腕采取正确姿势，不要过度弯曲、后伸。

3. 治疗期间应避免或减少患指活动及寒冷刺激，局部可用热敷或中药熏洗；恢复期应进行主动功能锻炼。

【临证提要】

1. 施术时手法宜轻柔缓和，避免强力按揉或弹拨刺激，以防局部软组织损伤加重。

2. 早期可局部注射曲安奈德，有助于炎性渗出物的吸收，减少粘连，按规定剂量及方法进行，执行无菌技术操作，药物应准确注入鞘管内。1~3 次为 1 个疗程。

3. 病久出现肌腱与腱鞘严重粘连或腱鞘增厚伴有巨大硬结者，可建议针刀或手术治疗。

第十二节 指间关节扭伤

指间关节扭伤 (Sprain of Interphalangeal Joint) 是指在外力的作用下, 指间关节超过正常活动范围或超过关节所能承受的最大负荷, 引起指间关节侧副韧带、关节囊、肌腱及关节软骨等出现不同程度的损伤, 导致以指间关节周围肿胀、疼痛明显及活动功能障碍为主要临床表现的病证。本病属中医学“筋伤”范畴。好发于球类项目 (如篮球、排球) 运动员和手工作业者, 以尺侧副韧带损伤多见, 拇指损伤的概率较大。本病属中医“筋伤”范畴。

【应用解剖】

1. 掌指关节 是由掌骨头与近节指骨底构成, 属球窝关节。第 2-5 掌指关节的关节囊较松弛, 附于关节面的周缘。两侧由侧副韧带加强, 侧副韧带起于掌骨头的两侧, 由近背侧斜向远掌侧, 止于近节指骨底的侧方。侧副韧带在掌指关节伸直时松弛, 屈曲时紧张。拇指掌骨头尺侧与第 2 掌骨头桡侧之间没有掌骨深横韧带, 故二者间 有较大的活动度。

2. 指间关节 是由相邻指骨近端与远端构成, 是单轴向滑车关节。拇指只有一个指间关节, 其他四指有近侧和远侧两个指间关节。指间关节的关节囊松弛, 两侧有侧副韧带, 掌侧有掌板、指深屈肌腱, 背侧有指背腱膜加强。

【病因病机】

手指突然遭受外来暴力撞击, 或因过伸、侧向或旋转暴力, 致使掌指关节、指间关节关节囊、伸肌肌腱、屈肌肌腱、侧副韧

带损伤。侧向暴力常造成侧副韧带损伤；指过伸暴力常造成掌侧关节囊、屈指肌腱损伤；指过屈暴力常造成背侧关节囊、伸指肌腱损伤；旋转暴力常造成关节囊和侧副韧带同时损伤。损伤后轻者局部充血、水肿、渗出，重者即出现瘀血、肿胀，日久可有粘连和韧带挛缩，导致掌指、指间关节功能障碍。

中医学认为，本病多因指节挫伤，或过度拉伸、旋扭，致使筋腱撕裂损伤，筋伤节错，瘀阻筋络，气血凝滞，不通则痛。

【诊断】

1.病史 有指关节撞击、扭伤史。

2.症状

(1) 指间关节剧痛，迅速肿胀，关节屈伸活动功能障碍，关节囊破裂时可见皮下瘀紫。

(2) 伸肌腱损伤时，掌屈受限；屈肌腱损伤时，背伸受限；侧副韧带损伤时，相应关节桡侧偏或尺侧偏受限。

(3) 损伤后期肿痛减轻，但仍存在不同程度的活动功能受限，较长时间内不能随意活动。

3.体征

(1) 压痛 损伤侧明显压痛，常有被动侧向异常活动。

(2) 活动受限 多以指屈、指伸活动功能受限明显。

(3) 畸形 若伴有侧副韧带撕裂则手指偏向一侧，并可产生侧向异常活动；若合并关节脱位或骨折时则见错位畸形；背伸肌腱断裂则手指屈曲；掌屈肌腱断裂则背伸畸形。

(4) 特殊检查 损伤关节侧向试验阳性。

4. 辅助检查 X 线检查可排除指间关节有无侧方移位或骨折。

【鉴别诊断】

1. 骨关节病变可与相应关节的骨折、脱位、骨结核或肿瘤相鉴别。

2. 指关节炎可与类风湿关节炎、痛风性关节炎相鉴别。

【治疗】

1. 治法 急性期：活血散瘀，消肿止痛；恢复期：舒筋通络，滑利关节。

2. 手法 按法、揉法、捻法、擦法、抹法、捏法、拔伸法。

3. 取穴与部位 阿是穴、损伤部位。

4. 操作 患者坐位，患手置于治疗台上，医者与学生相对而坐。

(1) 急性期 ①揉捻患指：医者用按揉法、捻法于患处施术，先从患处的周围开始，再对患处进行施术，手法宜深沉柔和，以患者能耐受为度。②擦抹患指：医者在患处涂上介质，用擦法、抹法交替施术，以透热为度。上述操作时间约 10 分钟，以活血散瘀，消肿止痛。

(2) 恢复期 ①捻揉患指：医者用按揉法、捻法于患处施术，手法宜深沉柔和，以患者能耐受为度。②揉捏拔伸患指：医者揉捏拔伸患指指节处，手法宜深沉缓和。③擦患指：医者在患处

涂上介质，用擦法操作，以透热为度。上述操作时间约 10 分钟，以舒筋通络，滑利关节。

【预防调护】

- 1.运动前做好准备活动，增强自我保护意识，避免外伤。
- 2.劳逸结合，避免长时间保持同一姿势。
- 3.治疗期间不宜做患手手指部的持力工作。
- 4.注意休息及保暖，避免寒冷刺激。

【临证提要】

- 1.推拿治疗前须明确诊断，排除骨折、脱位及韧带断裂等。
- 2.损伤出血时即刻予以冰敷或冷敷止血，应视出血程度在伤后 24~48 小时才能推拿。
- 3.急性期手法宜轻；恢复期可适当增加手法力度与时间。

第十三节 髌关节滑囊炎

髌关节滑囊炎是指由于急慢性创伤，或感受风寒湿邪，或长期慢性机械刺激等原因，引起髌关节周围滑囊的无菌性炎症，导致以髌关节疼痛、肿胀、跛行等主要临床表现的病证。临床常见的有坐骨结节滑囊炎、股骨大转子滑囊炎、髌耻滑囊炎等。本病多见于 3~10 岁儿童，中老年人劳动强度过大或关节松弛者也容易发生本病。

【应用解剖】

- 1.髌关节 髌关节由股骨头和髌臼组成，为多轴性球窝状关

节，能做屈伸、收展、旋转及环转运动。

2.髋关节滑囊 髋关节滑囊很多，位于髋关节肌腱和关节周围。滑囊内含有少量滑液，起到减少摩擦、缓冲震荡的作用。滑囊可分为外面的纤维层和内面的滑膜层。纤维层由致密的结缔组织构成，其松紧厚薄随关节的部位和运动的情况而不同，此层有丰富的血管、神经和淋巴管分布。滑膜层柔润而薄，以薄层疏松结缔组织为构成基础，内面衬以单层扁平上皮，周缘与关节软骨相连续。滑膜上皮可分泌滑液，滑液是透明的蛋清样液体，略呈碱性，除具润滑作用外，还是关节及软骨等进行物质代谢的媒介。

3.髋关节滑囊的分布

(1)股骨大转子滑囊 股骨大转子滑囊是位于臀大肌肌腱移行于髂胫束处的腱膜与大转子之间的滑囊，左、右各一个。该滑囊是髋关节 3 个滑囊中位置最表浅的一个，易与股骨大转子产生摩擦损伤。

(2)坐骨结节滑囊 坐骨结节滑囊是位于臀大肌与坐骨结节的坐骨突之间的臀大肌坐骨滑囊，左、右各一个，易受挤压摩擦损伤。

(3)髂耻滑囊 髂耻滑囊位于髂腰肌和骨盆之间，其上方为髂耻隆凸，下方为髋关节囊，内侧为股神经和血管，是髋部最大的滑囊，80%与关节囊相通。

上述滑囊包在关节的周围，两端附着于与关节面周缘相邻的骨面，有助于髋关节活动，减少摩擦。

【病因病机】

1.股骨大转子滑囊炎 由于该滑囊位置表浅，凡直接或间接的外伤，或髋关节的过度活动摩擦，均是导致股骨大转子滑囊炎的主要原因。损伤后出现滑囊积液增多、肿胀和炎性反应的症状。早期主要为囊内浆液性渗出增加，形成局限性肿胀，日久则滑囊壁变厚，渗出液的吸收受到阻碍，活动时可产生弹响。

2.坐骨结节滑囊炎 本病好发于文职人员，尤其是臀部肌肉瘦弱者。久坐硬凳，坐骨结节滑囊长期受到压迫和摩擦刺激，是导致坐骨结节滑囊炎的主要原因。

3.髌耻滑囊炎 髌耻滑囊与髌关节囊相通，故凡髌关节的损伤均可引起局部无菌性炎症，滑囊分泌滑液增多，流入髌耻滑囊，继发性引起髌耻滑囊炎。

中医学认为，髌关节过度劳累或损伤，或外为风寒湿邪所侵袭，导致气血凝滞，津液输布受阻，瘀滞为肿，筋肌拘挛为痛，发为本病。

【诊断】

1.病史 有髌部急慢性损伤史。

2.症状 髌部疼痛，疼痛可位于髌关节外侧、腹股沟部、臀部，病变滑囊处肿胀，关节活动受限，跛行。患肢常处于强迫体位，其假性变长在 2cm 以内。

(1)股骨大转子滑囊炎 行走时股骨大转子有弹响声。患者不能向患侧卧，髌关节内旋可使疼痛加剧，患肢常呈外展、外旋位。

(2)坐骨结节滑囊炎 坐骨结节部疼痛、肿胀，久坐不能，坐硬板凳时疼痛加剧，臀肌收缩时可产生疼痛并向臀部放射，坐骨神经受刺激时，可出现坐骨神经痛。

(3)髂耻滑囊炎 髂腰肌收缩、屈曲髋关节或臀大肌收缩、伸直髋关节时疼痛加剧，疼痛可沿大腿前侧放射至小腿内侧。

3.体征

髋关节活动受限，滑囊炎部位压痛明显，患部可触及一较硬、大小不定、界线清楚的圆形或椭圆形肿块。

(1)股骨大转子滑囊炎 股骨大转子后方有明显压痛，髋关节内收内旋时疼痛加重；局部可摸到肿块，有时有波动感；髋关节被动活动不受限，可有双下肢不等长；“4”字试验阳性，重者髋关节屈曲挛缩试验阳性。

(2)坐骨结节滑囊炎 可在坐骨结节部较深层摸到边缘较清晰的椭圆形囊性肿胀，并与坐骨结节粘连，压痛明显。

(3)髂耻滑囊炎 股三角外侧疼痛和压痛，过度肿胀时腹股沟的正常凹陷消失或隆起，髋关节活动受限，疼痛可沿大腿前侧放射至小腿内侧，双下肢不等长，“4”字试验阳性。

4.辅助检查

(1)X线检查 有时可见骨盆轻度倾斜，若关节积液较多时，关节间隙增宽，但股骨头无骨质破坏。

(2)滑囊穿刺 滑囊穿刺时，慢性期可见滑液清晰，急性期可见血性液体。

【鉴别诊断】

本病应与股骨头骨骺炎、化脓性髋关节炎及髋关节结核鉴别要点(表 6-1)

表 6-1 髋关节滑囊炎、股骨头骨骺炎、化脓性髋关节炎、髋关节结核鉴别要点

	髋关节滑囊炎	股骨头骨骺炎	化脓性髋关节炎	髋关节结核
强迫体位	有	常无	可有	有
跛行	有	有	有	有
压痛部位	腹股沟、大转子处	腹股沟韧带下	腹股沟韧带下	腹股沟韧带下
肿胀	有	无	可有红肿	无或漫肿色白
局部皮温	可高	不高	高	不高
WBC	常不高	常不高	高	常不高
ESR	不高	不高	可高	高
结核菌素试验	阴性	阴性	阴性	阳性
肺 TB	无	无	无	可有
髋部 X 线	可有关节囊肿胀	骨骺炎改变	可有关节囊肿胀	因滑膜结核致关节间隙增宽,骨结核可有骨脱钙、空洞

【治疗】

- 1.治法 舒筋通络，活血止痛。
- 2.手法 滚法、按法、揉法、弹拨法、摇法、擦法。
- 3.取穴与部位 阿是穴、髋关节周围、坐骨结节部、腹股沟区。
- 4.操作
 - (1)股骨大转子滑囊炎

①揉揉髋部：患者侧卧，患侧在上，医者用滚法、按揉法于髋部外侧施术，时间约 5 分钟，以舒筋活络。

② 拨揉阿是穴：医者在股骨大转子阿是穴施弹拨法、按揉法操作，手法宜深沉缓和，时间约 3 分钟，以松解粘连，活络止痛。

③摇髋：医者摇患侧髋关节，时间约 2 分钟，以滑利关节。

④擦大转子滑囊部：医者直擦股骨大转子滑囊部，以透热为度。

(2)坐骨结节滑囊炎

① 揉揉坐骨结节部：患者俯卧，医者用滚法、按揉法于坐骨结节部及其周围施术，时间约 5 分钟。

②揉拨阿是穴：医者用按揉法、弹拨法在阿是穴处施术，手法宜深沉缓和，时间约 3 分钟。

③ 擦坐骨结节部：患者侧卧，患肢屈膝屈髋，医者用擦法在坐骨结节部施术，以透热为度。

(3)髂耻滑囊炎

① 按揉腹股沟区：患者仰卧，稍屈膝、屈髋，医者用按揉法于腹股沟区施术，时间约 5 分钟，以舒筋活络。

② 摇髋关节：医者将患者双下肢伸直，一手扶髋部前方，另一手握住小腿，轻轻摇晃髋关节，同时配合做髋关节屈伸运动，时间约 3 分钟，以滑利关节。

③ 揉拨阿是穴：医者用按揉法、弹拨法在股三角外侧部阿是穴施术，手法宜深沉缓和，时间约 3 分钟，以舒筋解痉。

④擦髋部：医者用擦法在髋关节前侧和外侧施术，以透热为度。

【预防调护】

- 1.避免髋关节反复长期的活动、外伤和受凉。
- 2.治疗时应配合卧床休息 1~2 周；不宜坐硬、冷板凳。
- 3.避免上下楼、跑步等活动，当疼痛减轻后，可逐渐开始恢复活动。

【临证提要】

- 1.髋关节滑囊炎发生的部位不同，治疗时应有区别，被动运动髋关节时要适度。
- 2.弹拨手法操作时，力量宜柔和，以免引起剧烈疼痛。

第十四节 梨状肌综合征

梨状肌综合征是指间接外力(如闪、扭、下蹲、跨越等)使梨状肌受到牵拉损伤，引起局部充血、水肿、肌痉挛，进而刺激或压迫坐骨神经，引起以坐骨神经痛、间歇性跛行为主要临床表现的病证。好发于青壮年，男性多于女性，属中医学“伤筋”范畴。

【应用解剖】

- 1.梨状肌 梨状肌位于臀大肌的深面和臀中肌的下方，起于髂骨盆面第 2~4 髂前孔外侧，经坐骨大孔出盆腔，止于股骨大转子。由髂后上棘到尾骨尖画一连线，在连线上距髂后上棘 2cm 处做一标点，此点至股骨大转子的连线，即为梨状肌的体表投影。梨状

肌收缩可使髋关节外旋外展，受梨状肌神经支配。

2.梨状肌孔 梨状肌由内上向外下横跨于坐骨大孔，将坐骨大孔分成梨状肌上孔和梨状肌下孔。上、下孔中均有神经、血管进出骨盆。正常情况下坐骨神经从梨状肌下孔穿出。

3.坐骨神经 坐骨神经由腰神经和骶神经组成，从梨状肌下孔出骨盆到臀部，在臀大肌深面向下行，约在腘窝上10cm处分为胫神经和腓总神经。腓总神经于腓骨小头前下方又分为腓浅神经和腓深神经，腓浅神经支配小腿前外侧皮肤，腓深神经支配小腿外侧伸肌群；胫神经支配除腓总神经支配外的小腿及足的全部肌肉及皮肤。

4.坐骨神经变异 坐骨神经穿越梨状肌的变异较大。坐骨神经以总干形式从梨状肌下孔穿出的约占62%，而坐骨神经高位分支穿越梨状肌者约占38%。这种变异表现为：一是坐骨神经在骨盆内就分支为腓总神经和胫神经，腓总神经从梨状肌肌腹中穿出，而胫神经从梨状肌下孔穿出者约占35%；二是坐骨神经总干从梨状肌肌腹中穿出，或从梨状肌上孔穿出者，约占3%。

【病因病机】

1.损伤 由于髋臀部闪、扭、下蹲、跨越等间接外力所致，尤其在下肢外展、外旋位突然用力，或外展、外旋蹲位突然起立；在负重情况下，髋关节突然内收、内旋，使梨状肌受到过度牵拉而损伤，导致梨状肌撕裂、出血、渗出、痉挛。日久，局部粘连，损伤经久不愈，刺激坐骨神经而出现下肢放射性疼痛、麻木。

2.变异 梨状肌综合征与坐骨神经各种变异有关。由于坐骨神经变异，当臀部受风寒湿邪侵袭，可导致梨状肌痉挛、增粗，局部充血、水肿，引起无菌性炎症，使局部张力增高，刺激或压迫穿过其肌腹的坐骨神经和血管而出现一系列临床症状。

中医学认为，本病为足少阳经筋病。骶尻部为足少阳经筋所络，凡闪、扭、蹲起、跨越等损伤，或受风寒湿邪侵袭，日久而致气血瘀滞，经气不通，经筋失于条达，出现循足少阳经筋的挛急疼痛。若累及足太阳经筋则出现循足太阳经筋的腿痛。

【诊断】

1.病史 有骶部闪扭或蹲位负重起立损伤史，或臀部受凉史。

2.症状

(1)患侧臀部深层疼痛，呈牵拉样、刀割样或烧灼样疼痛，且有紧缩感，多数患者可出现沿坐骨神经分布区域的放射痛，偶有小腿外侧麻木，会阴部下坠不适。

(2)患肢不能伸直，自觉患肢变短，行走跛行或呈鸭步移行。髋关节外展、外旋活动受限。

(3)腹压增高(如咳嗽、大小便、喷嚏)时可引起疼痛加剧，患者常呈胸膝卧位。

3.体征

(1)压痛 梨状肌体表投影区深层有明显压痛，有时沿坐骨神经分布区域出现放射性痛、麻等。

(2)肌痉挛 在梨状肌体表投影处可触及条索样痉挛或弥漫性

肿胀的肌束隆起，日久可出现臀部肌肉松弛、无力，重者可出现萎缩。

(3)活动受限 髋内旋、内收活动受限。

(4)特殊检查 梨状肌紧张试验阳性；直腿抬高试验 60° 以下疼痛明显，超过 60° 以上疼痛反而减轻或不痛。

4.辅助检查 X 线检查可排除髋关节骨质病变。

【鉴别诊断】

1.腰椎间盘突出症 多发于 20~40 岁的青壮年，以腰痛伴一侧下肢放射性疼痛、麻木为主要临床表现；椎间盘突出相应节段椎旁有明显压痛并伴下肢放射性痛、麻，直腿抬高试验阳性。CT、MRI 检查可明确诊断。

2.臀上皮神经损伤 以一侧臀部及大腿后外侧疼痛为主，一般痛不过膝；在髂嵴中点下方 2cm 处有一压痛明显的条索状物，梨状肌紧张试验阴性。

【治疗】

1.治法 舒筋活血，通络止痛。

2.手法 揉法、按法、揉法、弹拨法、点法、推法、拨揉法、擦法。

3.取穴与部位 环跳、承扶、秩边、风市、阳陵泉、委中、承山、梨状肌体表投影区、下肢后外侧。

4.操作

(1)揉揉臀部及下肢后侧 患者俯卧，医者站其患侧，先用柔和

而深沉的揉法沿梨状肌体表投影区往返施术，再用按揉法于患处施术；然后用揉法和按揉法在患侧大腿后侧、小腿前外侧施术。时间约 5 分钟，以舒筋活血通络，使臀部及大腿后外侧肌肉充分放松。

(2)弹拨梨状肌 医者用弹拨法沿与梨状肌走行垂直的方向进行施术，时间约 2 分钟，以松解粘连，舒筋解痉。

(3)点按穴位 医者点按环跳、承扶、秩边、风市、阳陵泉、委中、承山等穴，以酸胀为度，时间约 3 分钟，以舒筋通络，活血止痛。

(4)推按、拨揉梨状肌 医者用推法、按法在梨状肌体表投影区施做深层按压施术，再以肘尖拨揉深层梨状肌，然后顺肌纤维走行方向用肘尖反复推压 5~8 次，力达深层，时间约 5 分钟，以舒筋止痛，缓解肌痉挛。

(5)活动髋关节 医者一手扶按髋臀部，另一手托扶患侧下肢，做患髋后伸、外展及外旋等被动活动 3~5 遍，以舒筋通络，松解粘连。

(6)擦梨状肌 医者用擦法在梨状肌体表投影区沿肌纤维方向施术，以透热为度，以温经通络。

【预防调护】

1.注意坐姿，避免久坐、久卧及长时间弯腰活动，避免臀部外伤。

2.加强臀部肌肉筋膜韧带力量的锻炼，以增强梨状肌力量和

耐受性。

3.急性期应减少活动，注意局部保暖。

【临证提要】

1.本病以梨状肌痉挛、炎性水肿为病理特点，推拿治疗的关键是缓解梨状肌痉挛，解除对神经、血管的压迫；同时可加速局部血液循环，促进新陈代谢，有利于损伤组织的修复。

2.急性损伤时应注意休息，手法宜轻柔；恢复期手法可稍重，并配合弹拨法。

3.因梨状肌位置较深，临床常用按揉法和弹拨法施术，但不能因为位置深而用蛮力，以免造成新的损伤。

第十五节 臀上皮神经损伤

臀上皮神经损伤又称臀上皮神经炎，是指臀上皮神经在腰臀部的腰背筋膜和臀筋膜交汇处受到挤压、牵拉而引起无菌性炎症，引起以腰臀部疼痛，大腿后侧膝以上部位可有牵扯痛，但痛不过膝为主要临床表现的病证，是临床常见的“臀腿痛”发病原因之一。本病属中医“筋伤”“筋出槽”的范畴。

【应用解剖】

臀上皮神经臀上皮神经由L1~L3脊神经后支的外侧支组合而成，经骶棘肌外缘穿出腰背筋膜，穿出后的各支行于腰背筋膜的表面，向外下方形成臀上皮神经血管束，越过髂嵴进入臀上部分叶状结缔组织中，至臀大肌肌腹缘处，支配相应部位的臀筋膜和

皮肤组织的感觉。

【病因病机】

由于腰背筋膜与臀筋膜的纤维方向不一致，臀上皮神经分布其中，若弯腰动作过猛或过久，突然的腰骶部扭转、屈伸牵拉损伤，局部受到直接暴力的撞击，都会引起筋膜撕裂损伤。其病理表现为局部充血、水肿、炎性渗出增多，刺激臀上皮神经而出现分布区域疼痛。损伤不愈或反复损伤则出现局部组织粘连、变性、机化、肥厚或瘢痕挛缩，压迫周围血管、神经，使疼痛缠绵不愈。

中医学认为，本病由于筋肉直接遭受撞击，或长时间被牵拉卡压损伤，肌挛筋拘，筋离其位，损伤脉络，气机受阻，经络不通，气血运行不畅，发为本病。

【诊断】

1.病史 有腰骶部闪挫或扭伤史，部分患者外伤史不明显或仅臀部受凉后发病。

2.症状

(1)一侧腰臀部疼痛，呈刺痛、酸痛或撕裂样疼痛，急性发作者疼痛剧烈，且有患侧大腿后部牵拉样痛，但多不过膝。

(2)行走不便，弯腰受限，坐或起立困难，改变体位时，疼痛加剧。严重者下坐或起立需他人搀扶，或自己扶持物体方能行走。

(3)若为慢性损伤者则表现为腰腿酸困不适、软弱无力、发胀钝痛等，可有臀上皮神经分布区域感觉麻木、迟钝等。

3.体征

(1) 活动受限 腰功能在后伸位或侧弯位略有受限。

(2) 压痛 髂嵴最高点内侧 2~3cm 处有明显压痛。

(3) 筋结 在髂嵴中点直下, 2~3cm 处皮下, 可触及隆起的、可滑动的条索状筋结物, 推则动, 按则痛, 按压时可有胀麻及放射痛。

(4) 特殊检查 患侧下肢直腿抬高可受限, 但无神经根性症状。

4. 辅助检查 X 线排除腰骶部骨性病变。

【鉴别诊断】

1. 坐骨神经痛 坐骨神经痛无论是神经根性疼痛还是神经干性疼痛, 疼痛症状均沿下肢后侧到达足底, 甚至达跣趾, 压痛部位较深, 压痛点常位于棘突旁、臀部, 或神经干走行区等部位。

2. 腰椎间盘突出症 本病好发于 L4~L5、L5~S1 椎间盘, 其放射性痛、麻以小腿、足、跣部位明显。直腿抬高试验阳性, CT、MRI 检查可确诊。

【治疗】

1. 治法 舒筋通络, 活血止痛。

2. 手法 揉法、按法、揉法、一指禅推法、弹拨法、擦法。

3. 取穴及部位 阿是穴、肾俞、白环俞、环跳、秩边、承扶、委中、腰臀部、大腿后外侧部。

4. 操作

(1) 揉揉腰臀部及大腿后外侧 患者俯卧位, 医者立于其患侧,

用揉法、按揉法在患侧腰臀部及大腿后外侧往返施术，用力宜深沉和缓，时间约 5 分钟，以放松局部及相关的筋肌组织，促进炎性水肿的吸收，达到舒筋活血的目的。

(2)推揉穴位 医者用一指禅推法、按揉法在阿是穴、肾俞、白环俞、环跳、秩边、承扶、委中施术，尤以阿是穴、白环俞、秩边为施术重点，时间约 5 分钟，达到舒筋活血、通络止痛的目的。

(3)拨揉条索状肌筋 医者用弹拨法在髂嵴中点直下 3~4cm 皮下条索状肌筋处施术，手法由轻渐重，以患者能耐受为度，可与揉法交替操作，时间约 2 分钟，以松解粘连，消散挛缩筋结，达到解痉止痛的目的。

(4)擦腰臀部 医者沿神经血管束走行方向施擦法，以透热为度，以促进局部血液循环，达到祛瘀散结、活血止痛的目的。

【预防调护】

- 1.避免久坐、久卧及长时间弯腰活动，避免暴力外伤。
- 2.急性期绝对卧床休息。治疗期间注意休息及局部保暖，减少腰臀部活动，避免过度劳累。

【临证提要】

- 1.本病以臀上皮神经支配区域的臀部、大腿后外侧痛、麻明显，其痛、麻症状不过膝为诊断要点，应与腰椎间盘突出症相鉴别。
- 2.推拿治疗本病以舒筋活络止痛、松解粘连、促进炎性水肿吸收为主，达到缓解疼痛的目的。

3.因臀上皮神经位置表浅，急性期推拿应注意避免重刺激，以免加重症状。

4.可配合局部封闭治疗。

第十六节 膝关节内外侧副韧带损伤

膝关节内外侧副韧带损伤是指膝关节过度内翻或外翻时，被牵拉的内、外侧副韧带超出生理负荷而发生撕裂、断裂等损伤，导致以膝关节内侧或外侧疼痛、肿胀、局部压痛、关节活动受限，小腿外展或内收时疼痛加重为主要临床表现的病证。可发生于任何年龄，以内侧副韧带损伤多见，严重者可合并内侧半月板或交叉韧带的损伤，以运动损伤居多。本病属中医学“筋伤”范畴。

【应用解剖】

膝关节韧带主要有内、外侧副韧带和前后交叉韧带。

1.内侧副韧带 位于膝关节内侧偏后部，呈宽扁束状，起自股骨内上髁，其前部纤维较直，并与关节囊壁分离，其后部纤维向下、后方斜行，至内侧半月板水平斜向前方，止于胫骨内侧踝，与关节囊及内侧半月板相连，可随膝关节活动而前后滑动，可固定关节，防止膝关节外翻及限制外旋(图 6-47)。

2.外侧副韧带 位于膝关节外侧，呈条索状，起自股骨外上髁，向下止于腓骨头，内面有腓肌肌腱及关节囊与外侧半月板相隔。膝外侧副韧带与其浅面的股二头肌腱与髂胫束协同限制膝关节的过度内翻(图 6-48)。



图 6-47 内侧副韧带示意图



图 6-48 外侧副韧带示意图

3.交叉韧带 前交叉韧带位于膝关节内，前交叉呈扇形，起自胫骨髁间隆起的前方内侧，斜向后上方外侧；后交叉韧带较前者短而坚韧，并较垂直，起自胫骨髁间隆起后方，斜向前上方内侧，附着于股骨内侧踝外侧面。前者伸膝时紧张，防胫骨前移；后者屈膝时紧张，防胫骨后移。

【病因病机】

膝关节内、外侧副韧带于膝关节伸直位时紧张，固定关节，半屈曲位时松弛，关节稳定性差，易在外力作用下发生损伤。由于膝外侧副韧带受膝外侧肌肉的保护，因此损伤较少。膝内侧的稳定主要依靠膝内侧副韧带来维持，由于膝关节的生理外翻和膝部外侧易受暴力影响，故内侧副韧带损伤较为多见。

当膝关节遭受侧向暴力作用时，迫使膝关节过度内翻或外翻，相应一侧的关节间隙增宽，侧副韧带受暴力牵拉损伤或撕裂损伤。膝伸直位，膝或腿部外侧受强大暴力打击或重压，使膝过度外展，内侧副韧带可发生部分或完全断裂。相反，膝或腿部内侧受暴力打击或重压，使膝过度内收，外侧副韧带可发生部分或完全断裂，

在严重创伤时，侧副韧带、交叉韧带和半月板可同时损伤。

内侧副韧带损伤时可伴有内侧关节囊损伤，严重时可伴有内侧半月板及交叉韧带损伤；外侧副韧带损伤时可伴有外侧关节囊撕裂，腓绳肌损伤，严重时常合并腓总神经损伤、腓骨小头撕脱骨折。按照韧带损伤程度可分为韧带拉伤、部分撕裂、完全断裂3种类型。

中医学认为，膝为诸筋之会，膝关节的急、慢性损伤，伤及筋脉，筋脉痹阻，气血失运，致筋脉拘挛，关节肿胀疼痛，屈伸不利，不通则痛；筋络受损，气血凝滞，经筋失荣，不荣则痛。

【诊断】

1.病史 多有小腿急骤外旋、外展或内收史，甚者膝关节遭遇暴力打击或重物压迫史。

2.症状

(1)急性期 膝关节损伤侧皮下出血、瘀紫、肿胀、疼痛，皮温偏高，关节屈伸活动受限。若是韧带断裂伤，在关节间隙可以触及筋之凹陷处及两端痉挛之结节。若合并半月板损伤，膝部出现绞锁痛；如合并半月板和前交叉韧带或胫骨棘撕脱骨折伤，则为膝部的严重损伤，称为“膝关节损伤三联征”。一般外侧韧带损伤不合并外侧半月板损伤，而易合并腓总神经损伤，症见足下垂及小腿外侧下1/3及足背外侧面的感觉障碍等。

(2)恢复期 瘀肿消退，瘀斑由紫转紫黄，韧带起止点疼痛，关节活动受限。严重损伤者，后期可出现关节不稳定、膝关节积液、

绞锁及股四头肌萎缩等现象。

3. 体征

(1) 肿胀瘀斑 膝内侧有局限性肿胀，2~3 天可出现皮下瘀斑。

(2) 压痛 内侧副韧带损伤，压痛点在股骨内上髁；外侧副韧带损伤，压痛点在股骨外上髁或腓骨小头。韧带损伤局部压痛明显，若完全断裂者可于断端触及凹陷。

(3) 活动受限 患侧膝关节保持半屈曲体位，膝外旋或内旋活动受限。

(4) 肌肉萎缩 后期肌肉出现失用性萎缩，以股四头肌、胫骨前肌、腓骨长肌较为明显。

(5) 特殊检查 膝关节侧向运动试验阳性。

4. 辅助检查 X 线检查，在局麻下伸直膝关节，强力使膝内收或外展，侧副韧带完全断裂者伤侧关节间隙增宽。有撕脱骨折者可见小片状游离骨块。合并半月板损伤或交叉韧带损伤者，膝关节 MRI 检查可明确诊断。

【鉴别诊断】

1. 内侧半月板损伤 一般有膝部外伤史，伤后膝关节肿胀明显，活动受限，后期膝关节出现绞锁征和弹响声，股四头肌萎缩，研磨试验阳性，麦氏征阳性。膝关节 MRI 检查可明确诊断。

2. 交叉韧带损伤 多有较严重的膝部外伤史，膝关节疼痛剧烈，肿胀明显，抽屉试验阳性。

【治疗】

1.治法 急性期：舒筋活血，消肿止痛；恢复期：松解粘连，滑利关节。

2.手法 揉法、揉法、按法、弹拨法、摇法、摩法、擦法。

3.取穴与部位 犊鼻、血海、曲泉、阴陵泉、足三里、膝阳关、阳陵泉、膝部局部压痛点、髌骨周围。

4.操作

(1)急性期 ①揉揉患处：患者仰卧，患肢膝下垫枕呈半屈曲位，医者一手固定患肢，另一手在损伤侧用揉法、掌揉法施术，先从患处周围开始，后于损伤局部重点施术，手法宜轻柔缓和，时间约 8 分钟，以舒筋活血。②按揉穴位：医者按揉犊鼻、血海、曲泉、阴陵泉、足三里、膝阳关、阳陵泉等穴，手法力度由轻渐重，以酸胀为度，时间约 3 分钟，以活血止痛。③摩膝：医者配合介质用掌摩法于患侧膝部施术 2 分钟，重点在损伤处。

(2)恢复期 ①揉揉患处：患者仰卧，医者用揉法、揉法在患处交替施术，手法宜深沉缓和，时间约 3 分钟，以舒筋通络。②按揉穴位：医者按揉犊鼻、血海、曲泉、阴陵泉、足三里、膝阳关、阳陵泉等穴，以酸胀为度，时间约 3 分钟，以活血通络止痛。③拨揉患处：医者用拨揉法于侧副韧带损伤处施术，以患者能耐受为度，时间约 2 分钟，以松解粘连。④摇膝：医者一手扶其膝关节，一手握其踝关节，做膝关节的屈伸或环转摇法，幅度由小渐大，各做 3~5 次，以患者能耐受为度，以滑利关节。⑤摩、擦

膝部：医者配合介质用掌摩法于患侧膝部施术 1 分钟，然后用擦法在膝关节两侧施术，重点在损伤处，以透热为度。

【预防调护】

- 1.避免膝关节突受内翻或外翻暴力。
- 2.加强下肢力量的锻炼，保证膝关节的稳定性和灵活性。
- 3.避免膝关节的过度劳累，肥胖者应积极减重。注意膝关节的保暖。
- 4.急性损伤者应严格制动，卧床休息，避免患肢负重。

【临证提要】

- 1.急性损伤应视损伤程度确定能否推拿治疗，一般在伤后 24~48 小时方可推拿。急性损伤时即刻选用冰敷以止血，24 小时后可改用热敷以活血消肿。
- 2.急性期肿痛明显者，手法宜轻柔缓和，随着膝关节肿胀消失，手法宜深沉缓和，以患者能耐受为度。
- 3.合并有侧副韧带完全断裂、半月板破裂、交叉韧带损伤者，应建议手术治疗。

第十七节 半月板损伤

膝关节半月板损伤是指因外伤、久行，或高空跳落失稳，或负重情况下膝关节突然扭转，引起半月板损伤，导致以膝关节肿胀、疼痛、打软腿或关节绞锁为主要临床表现的病证。内侧半月板受损较外侧更为常见。以青壮年多见，常发生在半蹲位工作的

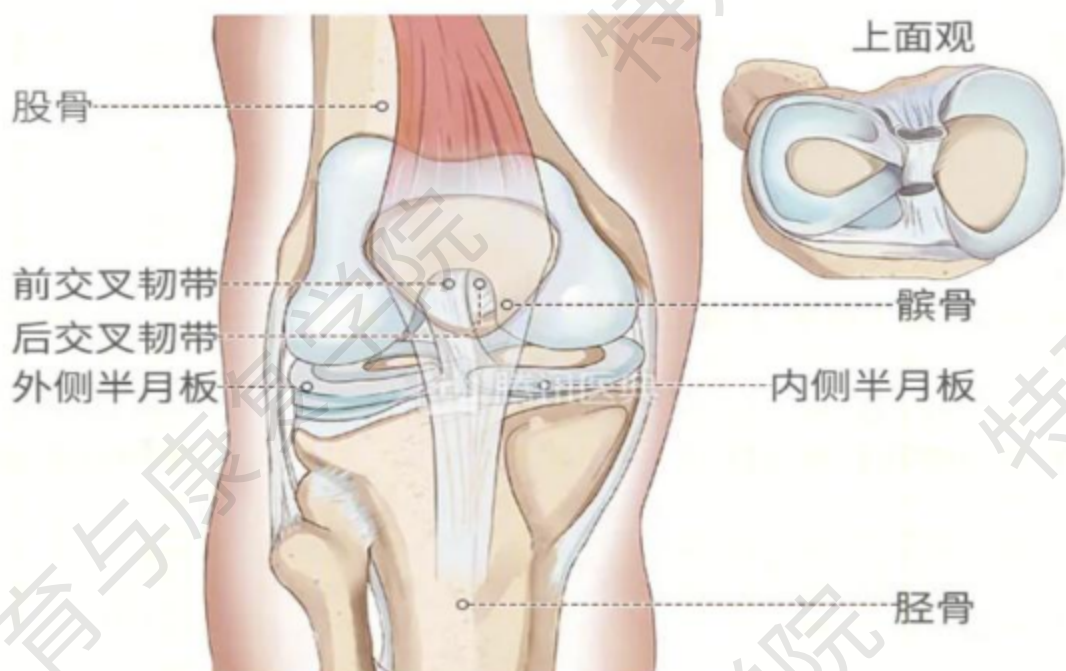
矿工、搬运工和运动员等。本病属中医“筋伤”范畴。

【应用解剖】

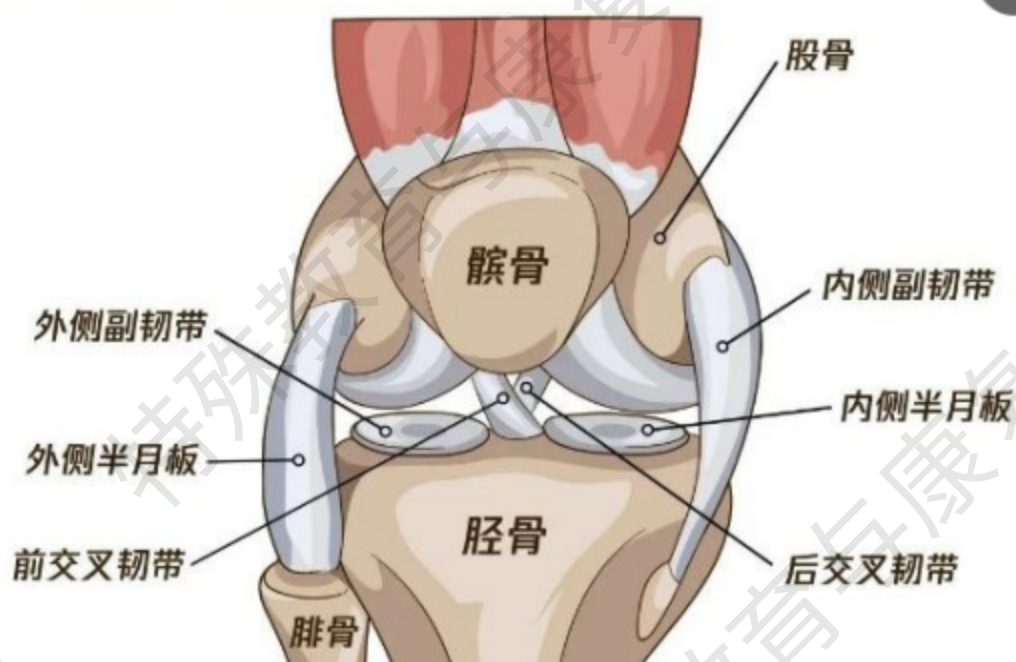
半月板是两个如同月牙形的纤维软骨，位于胫骨平台内侧和外侧的关节面，分内侧半月板、外侧半月板，每侧半月板又分前、后两角与内、外两缘。半月板外侧缘较厚，内侧缘较薄，如同楔形嵌入于胫股关节的胫骨平台，具有承重、传递膝关节负荷、缓冲震荡、维持膝关节运动协调、维持稳定、吸收震荡和润滑关节的作用。

1.内侧半月板 内侧半月板较大，呈“C”形，前 $2/3$ 窄，后 $1/3$ 宽，前角起于胫骨髁间前窝，前交叉韧带附着点之前；后角附着于髁间后窝，位于外侧半月板与后交叉韧带附着点之间紧密相连。

2.外侧半月板 外侧半月板较小而厚，近似“O”形，前后部较窄，中部较宽。其前角附着于髁间前窝，位于前交叉韧带的后外侧；后角止于髁间后窝，位于内侧半月板止点前方，外缘附着于关节囊，不与腓侧副韧带相连。其活动度较内侧半月板为大(图 6-49)。



膝盖解剖解构



半月板是一种纤维软骨组织，本身无血液循环，所以损伤后修复能力极差。半月板可随着膝关节运动而有一定的移动，伸膝时半月板向前移动，屈膝时向后移动。膝关节半屈曲位时，膝内、外翻与扭转活动较大，因此，膝关节半屈曲位时半月板损伤较为

多见。

【病因病机】

膝关节由于外伤、久行等，或在负重情况下膝关节屈曲时，突然做强力内旋、伸膝或外旋伸膝，半月板黏着股骨髁部分随之活动，夹在胫骨平台之间，形成旋转剪力，当旋转剪力超过半月板承受极限时，导致内侧半月板或外侧半月板撕裂。严重者，可伴有十字交叉韧带和侧副韧带同时损伤。

半月板撕裂类型有纵行撕裂、横行撕裂、水平撕裂、边缘撕裂。临床上以边缘撕裂多见，有如“桶柄样”撕裂，纵行、边缘撕裂最易形成“绞锁”，而横行撕裂多位于半月板中央部，不易发生绞锁。同时，破裂的半月板容易导致创伤性关节炎。由于半月板缺乏血运，只有边缘有少量血液循环，因此除边缘撕裂外，其他部分撕裂很难修复。破裂的半月板不但破坏了膝关节的稳定性，而且还影响膝关节的活动功能，并与股骨髁、胫骨髁相互磨损，甚至发展成创伤性关节炎，严重者可发生关节“绞锁”(图 6-50、图 6-51、图 6-52)。

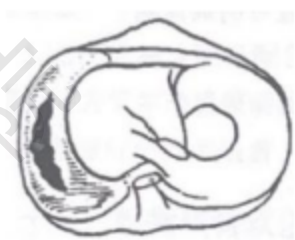


图 6-51 内侧半月板横形撕裂

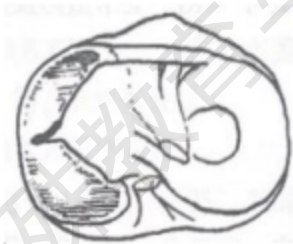


图 6-50 内侧半月板纵形撕裂



图 6-52 内侧半月板水平撕裂

中医学认为，本病或因急性损伤，气滞血瘀，关节失稳，经筋失养，筋络痹阻，不通则痛；或因损伤日久或手术后，每遇外邪侵袭，或劳累过度，引起膝部气血凝滞，而致局部疼痛，活动不利。

【诊断】

1.病史 有膝关节急性旋转暴力动作或跳跃落地扭伤史。

2.症状

(1)膝部疼痛、肿胀，疼痛局限于膝关节内、外侧，影响膝关节伸直。半月板损伤后，反应性疼痛使患膝伸直，患者多抱膝勉强做屈伸运动。屈伸活动受限，行走跛行，股四头肌肌力减弱。

(2)患者上下台阶或行走于不平坦的道路时，常常自觉膝关节不稳固，有滑落感。上下楼梯或行走高低不平的路面时常出现“绞锁”，经摇摆或旋转活动患肢后，可自行“解锁”。

(3)膝关节屈伸时可出现弹响声。

3.体征

(1)关节肿胀 常因出血所致。伤后几小时内膝关节肿胀明显，绞锁未开者更为显著，多可见浮髌现象。损伤后期肿胀多不明显。

(2)弹响 损伤时即可产生“清脆”的关节响声，如以指弹墙

声。慢性期，膝关节伸屈时可闻及弹响声。

(3)压痛 多局限于患侧相应的膝关节间隙，以两侧膝眼及腘窝的内、外侧尤甚。膝关节间隙处的压痛是半月板损伤的重要诊断依据。

(4)膝关节活动受限 膝关节活动功能障碍，被动过屈、过伸试验阳性。

(5)肌肉萎缩 此为膝内病变的废用性肌肉萎缩。多见于半月板损伤的慢性患者，以股四头肌之内侧头萎缩为临床最常见。

(6)特殊检查 麦氏征阳性，研磨试验阳性，回旋挤压试验阳性，伴有交叉韧带损伤的抽屉试验阳性。

4.辅助检查 CT、X 线检查可排除骨折及骨质病变；膝关节镜检查可确定半月板损伤的程度；MRI 检查可明确半月板损伤的诊断。

【鉴别诊断】

1.髌骨软骨软化症 髌股关节软骨面的一种退行性病变，以膝部疼痛、膝软，上下楼梯或蹲下站起疼痛加重为主要临床表现。严重时形成骨性关节炎，髌骨软化症产生的弹响更清脆，弹动感更明显，无关节“绞锁”，结合影像学检查可鉴别。

2.膝关节内游离体 关节绞锁时有时无，当游离体受卡压时则绞锁，膝关节剧痛。X 线检查可见关节内软骨性游离体(又称关节鼠)，MRI、关节造影及关节镜检查可明确诊断。

【治疗】

1.治法 舒筋通络，活血止痛。

2.手法 按法、揉法、牵引法、推法、按法、摇法、擦法。

3.取穴与部位 风市、血海、委中、阴陵泉、阳陵泉、膝眼、膝部。

4.操作

(1)揉揉膝部 患者仰卧，患肢放松，医者用揉法、揉法在膝关节及周围施术，重点在髌骨周围及股四头肌部位施术，时间约5分钟，以舒筋活络，消肿止痛。

(2)被动旋转小腿 患者屈膝屈髋，医者一手按住膝部，另一手握其踝部，做下肢缓慢的内、外旋转运动5~8次，以患者能耐受为度，以舒筋理筋，通络止痛。

(3)半月板解锁法 患者坐位，屈膝屈髋 90° ，助手用双手固定患侧大腿下端并保持屈髋 90° ，医者用双手握住患者踝部，与助手对抗牵引1分钟，然后轻柔的向内、向外旋转小腿3~5次，最后使膝关节最大限度的屈曲，再伸直膝关节，绞锁即可解除。

(4)半月板前角损伤治法 患者仰卧，腘窝部垫枕，使患膝屈曲 40° 到 60° ，治疗内侧半月板前角损伤时，医者一手握其踝部外旋，使内侧半月板暴露；治疗外侧半月板前角损伤时，使踝部内旋，使外侧半月板暴露。另一手拇指偏锋按于膝眼，分别向内侧、外侧关节间隙方向推动，时间约3分钟，以活血化瘀，消肿止痛。

(5)半月板后角损伤治法 患者俯卧，使患膝屈曲 40° 到 60° ，治疗内侧半月板后角损伤时，医者一手握其踝部外旋，使内侧半

月板暴露；治疗外侧半月板后角损伤时，使踝部内旋，使外侧半月板暴露。另一手拇指偏锋按于腘窝的内、外侧，分别向内侧、外侧关节间隙方向推动，时间约 3 分钟，以活血化瘀，消肿止痛。

(6)按揉穴位 患者仰卧，医者用拇指按揉风市、血海、委中、阴陵泉、阳陵泉、膝眼等穴，手法宜深沉缓和，以酸胀为度，时间约 3 分钟，以通络止痛。

(7)擦膝关节 医者在损伤侧膝关节涂上介质，沿关节间隙施擦法，以透热为度。

【预防调护】

1.运动前应充分做好热身活动，注意运动姿势和强度，可佩戴运动护具以防意外损伤。

2.加强股四头肌的力量锻炼；上下公交或楼梯时借助扶手，踏稳后再迈步。

3.注意局部保暖，体重超标者应减体重，以减轻膝关节的负重。

4.急性损伤者患膝应制动休息，避免出现新的损伤。

【临证提要】

1.以膝部肿痛、绞锁及半月板损伤相关特殊检查阳性为诊断要点。推拿治疗半月板前、后角损伤有效，对纵行撕裂、横行撕裂、水平撕裂、边缘撕裂疗效不理想。

2.半月板损伤急性期可局部冰敷止血，但不宜超过 8 分钟。推拿干预时间视出血程度而定，一般在伤后 24~48 小时后进行。

3.严重损伤者可用夹板或石膏托固定膝关节于 170° 制动，避免行走或下蹲动作，以防加重损伤。

4.推拿治疗半月板前、后角损伤，通过旋转小腿使前、后角暴露，有利于手法作用于损伤部位而奏效。

5.治疗期间应积极配合股四头肌收缩活动，以防肌肉萎缩；肿胀严重者，抽取关节积液后，可进行膝关节主动或被动屈伸运动，防止软组织粘连。

6.经保守治疗无效者，可建议做半月板切除术。

第十八节 髌骨软骨软化症

髌骨软骨软化症（Chondromalacia Patellae）是指因慢性损伤，髌骨软骨面与股骨髌面的关节软骨相互磨损，引起髌股关节软骨面退行性变，导致以膝部疼痛、膝软，上下楼梯或蹲下站起疼痛加重为主要临床表现的病证。好发于青壮年、运动员和体育爱好者，女性发病率较男性高。本病属于中医“筋伤”“骨痹”范畴。

【应用解剖】

1.髌骨 是人体最大的籽骨，位于股骨下端前面，上宽下尖，前面粗糙，后面为关节面，与股骨髌面相接，上端与股四头肌相连，下端以髌韧带固定于胫骨结节，具有保护膝关节，避免股四头肌腱与股骨髌软骨面摩擦，传递股四头肌的力量，维持膝关节在半蹲位的稳定性，防止膝关节过度内收或外展，增加膝关节回

转能力等作用（图 6-53）。



图 6-53 髌骨及膝关节结构示意图

2.髌股关节 由髌骨的关节面与股骨的内外髁形成，膝关节做伸膝运动时，髌骨在股骨滑车间滑动。髌股关节面有软骨基质保护，有防止磨损的作用。

3.髌韧带 为股四头肌肌腱的延续，止于胫骨粗隆，具有防止髌骨向前滑移的作用。

【病因病机】

1.损伤 损伤是较公认的致病因素，包括直接损伤、间接损伤，外在的应力刺激超越了关节软骨所承受负荷的生理范围，引起关节软骨的“薄壳结构”和“拱形结构”破坏，导致软骨细胞失去保护能力，软骨基质合成减少，造成关节软骨退行性改变。

2.髌骨不稳定 高位髌、低位髌、髌骨倾斜、髌骨半脱位或脱位等均可造成髌股关节面上压力增大、应力分布异常，引起关节软骨损伤。

3.髌股压力增高 研究表明，骨内压过高对髌骨软骨软化有较大的影响。

4.生物化学因素 自身免疫缺陷，关节软骨表面丧失阻止抗原抗体进入软骨深层组织的能力，而失去保护作用；软骨营养障碍，影响髌骨正常的生理生化过程，促使软骨变性；关节滑膜受伤后渗透压改变，血浆中的酶增多、活性增强，进而溶解软骨。

5.运动过度 膝关节快速的屈伸运动，增加了髌骨与股骨的摩擦，久之亦可发生慢性劳损，髌骨软骨面受损而发生退行性改变。

6.慢性劳损 慢性劳损可促使髌骨软骨肿胀、侵蚀、龟裂、破碎、脱落，最后与之相对应的股骨髁软骨也发生相同的病理改变，从而形成髌股关节的退行性病变。

《素问·宣明五气》曰：“肝主筋，脾主肉，肾主骨。”肝肾亏虚，肾虚不能主骨，肝虚无以养筋，筋骨失养，是本病发生的内在基础。各种急、慢性损伤，使筋络受损，气血瘀滞；或素体亏虚，复感风、寒、湿三邪，气血凝滞，运行不畅，关节得不到濡养，久之则髌骨软骨软化，筋骨失去濡养，发为本病。

【诊断】

1.病史 有膝部外伤史，或者经常性户外运动史。

2.症状

(1) 早期的髌骨软化症只有在运动、劳动之后出现膝疼、膝软，上下楼时更为显著，休息后，症状可消失。

(2) 随着病程延长，稍有运动、活动即可出现疼痛及膝无力。尤其是膝关节在半蹲位时，自觉“腿不受用”，诉说“跳则跳不

起来”，反应迟钝失调，最后走路时做任何动作皆有疼痛及膝软无力。

(3) 个别病例疼痛发作和天气变化有关，很类似类风湿关节炎的症状，应注意鉴别。有的病人自诉在行走时膝有“卡住”的现象，轻微的活动即在髌骨下部出现清脆“响音”。这是因髌骨软骨面不平引起的“假绞锁”现象，易被误认为半月板损伤。膝关节过伸位及半蹲位时疼痛是本病的主要表现，病人在全蹲及完全伸直时则无痛感。

3. 体征

(1) 压痛 髌骨周围压痛，内侧痛者多，外侧下缘痛者次之，外侧痛更次之，髌骨下缘痛最少见。

(2) 活动受限 患者可出现关节积液，严重者膝关节屈伸活动受限，股四头肌萎缩。

(3) 关节面磨擦音 错动髌骨时，其下出现错动响音。

(4) 特殊检查 髌骨研磨试验、伸膝抗阻试验、单足半蹲试验及挺髌试验阳性。

4. 辅助检查 X线检查，早期一般可无异常，晚期可发现髌骨与股骨髁部间隙变窄，髌骨和股骨髁部边缘可有骨质增生。

【鉴别诊断】

1. 髌下滑囊炎 髌腱周围酸楚胀痛，稍活动后减轻，囊肿较大时可挤压两侧脂肪垫而出现明显的隆起，局部压痛，触压肿胀处可有囊性感，并向髌韧带两侧移动。

2.髌下脂肪垫劳损 以膝关节隐痛和屈伸不利为主要临床表现，患者站立或运动时，膝关节过伸则发生局部酸痛无力，髌韧带及其两膝眼部位肿胀、膨隆，有压痛。后期脂肪垫肥厚并与髌韧带粘连，可影响膝关节活动。

3.髌腱周围炎 多由于外伤或劳损所致，髌腱周围疼痛，膝关节伸屈活动时加重，局部有压痛，有时可触及捻发感，伸膝抗阻时疼痛加重。

【治疗】

1.治法 舒筋通络，滑利关节。

2.手法 揉法、按法、揉法、拿法、扳法、摇法、搓法、擦法。

3.取穴与部位 膝眼、血海、阴陵泉、阳陵泉、足三里、膝部。

4.操作

(1) 揉揉拿膝 患者仰卧，医者用揉法、揉法、拿法于患侧股四头肌、膝关节周围施术，手法宜轻柔缓和，时间约5分钟，以舒筋活血。

(2) 按揉髌周 医者用按揉法在患侧髌骨周围施术，操作时可配合移动髌骨，以防止髌股关节粘连，时间约2分钟，以活血通络，松解粘连。

(3) 按揉穴位 医者按揉膝眼、血海、阴陵泉、阳陵泉、足三里等穴，以酸胀为度，时间约3分钟，以行气活血。

(4) 膝关节杠杆扳法 医者一手置于患侧腘窝部，另一手握住小腿下端，做屈膝屈髌按压法，重复操作5~8次，以增宽关

节间隙。操作时动作宜缓慢，以有一定阻力感为度，以患者能耐受为宜，以滑利关节，松解粘连。

(5) 摇搓揉膝 医者先屈伸、环转摇膝 5~8 次，然后搓揉患膝，以舒筋通络，滑利关节。

(6) 擦髌周 医者用掌擦法配合介质擦髌骨周围，以透热为度，以温通经络。

【预防调护】

1. 加强股四头肌力量的锻炼，如静蹲（半蹲位）、负重起蹲等。
2. 锻炼方式要合理，防止膝关节过多单一训练和运动，避免在硬路面上穿薄底鞋长跑或远行。

3. 避免反复下跪、极度屈膝及长时间半蹲、下蹲动作等；避免膝关节发生急性和慢性软组织损伤，特别是搬抬重物时应小心谨慎。

4. 治疗期间注意局部保暖，避免膝关节长期的做用力、快速的屈伸运动；体重超标者应减体重，以减轻膝关节的负荷。

【临证提要】

1. 手法操作宜轻柔缓和，以促进炎性水肿吸收。
2. 严重者可选择关节腔内注射玻璃酸钠注射液，每次 2mL，每周 1 次，5 次为 1 个疗程，以保护关节软骨，缓解疼痛，增加关节活动度。

3. 经保守治疗无效，或有先天膝关节畸形者，可建议手术治疗。

第十九节 髌下脂肪垫损伤

髌下脂肪垫损伤（Infrapatellar Fat-Pad Injury）是指外力引起髌下脂肪垫的急性损伤或慢性劳损，导致以膝部酸痛、无力、伸直时疼痛加重，以及髌韧带及两膝眼的部位肿胀、膨隆、压痛等为主要临床表现的病证。好发于运动员、肥胖者、运动量过度的人群。本病属中医“筋伤”“痹证”范畴。

【应用解剖】

膝关节为连接胫骨与股骨的枢纽，两者的间隙处为脂肪垫所衬，起到稳定膝关节的作用。髌下脂肪垫位于髌骨下方，髌韧带后面及两侧与关节囊之间呈三角形，充填于髌骨、股骨髁下部、胫骨髁上缘及髌韧带之间。伸膝时脂肪垫进入关节间隙，屈膝时脂肪垫被挤到髌韧带两侧关节间隙。脂肪垫有稳定膝关节、吸收震荡和减少对髌韧带摩擦的作用。当脂肪垫遭受挤压、刺激时，则易产生脂肪垫损伤。

【病因病机】

1.急性损伤 正常情况下，髌韧带和脂肪垫之间有光滑的鞘膜相隔，当膝关节突然极度过伸或直接遭受外力的撞击或摔倒时，使髌下脂肪垫受到挤压损伤，引起局部血肿、水肿和无菌性炎症等病理改变。

2.慢性劳损 长时间的步行、登山爬坡、骑自行车等，过度屈、伸膝关节，使脂肪垫嵌于胫股关节之间，受到挤压、摩擦，形成退变或慢性劳损，引起脂肪垫增生和局部无菌性炎症，造成

出血、机化、增生、肥厚、粘连等病理改变，刺激皮神经而引起疼痛。

3.继发性损伤 多见于膝部其他疾病所致，如髌骨软骨炎、创伤性滑膜炎、半月板损伤等，诱发脂肪垫炎症。

4.其他 由于髌韧带和脂肪垫发生粘连及脂肪垫嵌顿，失去原来的缓冲作用，影响膝关节的功能。无菌性炎症反应促使渗出液增多，导致两膝眼饱满。损伤日久或反复损伤，出现脂肪垫肥厚，并与髌韧带发生粘连，从而影响膝关节的屈伸活动。

《素问·脉要精微论》曰：“膝者筋之府，屈伸不能，行者伛偻，筋将惫矣。”膝为宗筋之所聚，胫股之纽，隙为脂垫所充，外伤和劳损导致膝部气血瘀滞，使膝部筋脉失于气血濡养而退变；气血运行不畅，不通则痛，甚至导致关节屈伸不利。

【诊断】

1.病史 有膝关节外伤史，或经常步行、登山、骑自行车等运动史。

2.症状

(1) 膝部疼痛，膝关节过伸时疼痛加重。此疼痛有时可放射至腘窝，并沿小腿后侧肌肉放射至足跟部。每遇阴雨天或劳累后疼痛加重。疼痛严重者可出现跛行。

(2) 严重者膝关节不能伸直，足尖外撇时有嵌顿、被卡住现象。

3.体征

(1) 肿胀、压痛 髌韧带及两膝眼处肿胀、膨隆，髌韧带两侧压痛。

(2) 活动受限 膝关节屈伸活动受限，被动伸膝时疼痛加重，有假性绞锁现象。

(3) 肌肉萎缩 病久者可出现股四头肌萎缩，肌张力降低。

(4) 特殊检查 膝关节过伸试验阳性，脂肪垫挤压试验阳性。

4.辅助检查 X线检查可见脂肪纹理增强，髌下脂肪垫可有浑浊现象或钙化。MRI检查可明确诊断。

【鉴别诊断】

1.髌腱周围炎 多由于外伤或劳损引起，髌腱周围疼痛，膝关节伸屈活动时加重，局部有压痛，有时可触及捻发感，伸膝抗阻时疼痛加重。

2.髌下滑囊炎 髌腱周围酸楚胀痛，稍活动后减轻，较大的囊肿可挤压两侧脂肪垫而出现明显的隆起，局部压痛，触压肿胀处可有囊性感，并向髌韧带两侧移动。

3.髌骨软骨软化症 膝部疼痛，上下台阶时加重，有时有打软腿现象，压痛点位于髌骨两侧，屈伸膝关节时可触及粗糙的摩擦感，无关节绞锁征，髌骨研磨试验阳性。

【治疗】

1.治法 舒筋活血，通络止痛。

2.手法 揉法、揉法、按法、一指禅推法、弹拨法、扳法、摇法、擦法。

3.取穴与部位 梁丘、血海、膝眼、阴陵泉、阳陵泉、足三里、膝关节周围、髌下脂肪垫处。

4.操作

(1) 揉揉膝周 患者仰卧，患膝微屈曲，膝下垫枕。医者用滚法、揉法在患侧膝周施术，重点在髌骨下缘部，时间约3分钟，以舒筋通络。

(2) 按揉穴位 医者用拇指按揉梁丘、血海、膝眼、阴陵泉、阳陵泉、足三里等穴，以酸胀为度，时间约3分钟，以通络止痛。

(3) 推揉膝眼 患者屈膝约 60° ，膝下垫枕。医者用一指禅推法或按揉法在患侧膝眼处重点施术，时间约3分钟，以活血通络。

(4) 弹拨髌韧带 医者弹拨患侧髌韧带，用力由轻渐重，深透至关节间隙，以有酸胀感为度，时间约2分钟，以活血通络。

(5) 膝关节杠杆缓扳法 患者屈膝 90° ，医者以一手置于患膝腘窝部，另一手握住小腿下端，缓慢屈膝屈髋，操作时动作宜缓慢，以患者能耐受为宜，重复操作5~8次，以松解脂肪垫卡压。

(6) 牵引环转、屈伸膝关节 患者屈髋、屈膝各 90° ，医者一手扶膝，另一手握踝部，在牵引下环转摇晃小腿6次，然后做膝关节屈伸运动3次，以舒筋通络，松解粘连。

(7) 擦膝眼处 医者擦内、外侧膝眼处，以透热为度。

【预防调护】

1.充分做好运动前后的准备与放松活动；出汗后勿用冷水即

刻 冲洗，以防风寒湿邪侵袭；适度屈伸与左右旋转膝关节。

2.急性期应注意休息和局部保暖，避免膝部负荷过重、运动时间过长。

【临证提要】

1.本病以膝部酸痛无力，髌韧带及膝眼处肿胀、膨隆、压痛为诊断要点。

2.治疗时患膝的体位很重要，可使手法作用力直达脂肪垫，以消除炎性水肿，而膝关节的杠杆扳法能有效缓解脂肪垫卡压。

3.保守治疗无效者，可建议手术切除肥厚的脂肪垫。

第二十章 膝关节创伤性滑膜炎

膝关节创伤性滑膜炎（Traumatic Synovitis of the Knee Joint）是指因急性创伤引起膝关节滑膜损伤后毛细血管破裂出血、滑膜充血、关节内液渗出、关节内压升高，导致膝关节腔内积血或积液的一种非感染性炎症，临床以关节肿胀、疼痛、活动受限为主要表现的一种病证。本病可发生于任何年龄，以青壮年多见。本病属中医学“筋伤”“痹证”范畴。

【应用解剖】

1.膝关节滑膜结构 膝关节滑膜是全身关节中最大的滑膜，起于膝关节软骨边缘，然后反折于关节囊纤维层内面，是组成膝关节的主要结构。膝关节的关节腔除股骨下端、胫骨平台和髌骨的软骨面外，其余大部分为关节滑膜所遮盖。膝关节囊宽大而松

弛，分为纤维层和滑膜层，其纤维层的内面由滑膜层覆盖，滑膜层包裹胫、股、髌关节，是人体关节中滑膜面积最大的关节。除关节软骨与半月板表面外，其纤维层、交叉韧带、髌间窝和髌间隆起处均覆盖一层滑膜。

膝关节滑膜囊宽大而松弛，膝关节滑膜向上方囊状膨出构成髌上囊，可达到髌骨上缘4cm左右。在髌骨下部的两侧，滑膜形成皱襞，突入关节腔内，皱襞内以脂肪和血管充填，称翼状襞。两侧的翼状襞向上方逐渐合成一条带状的皱襞，称为髌滑膜襞，伸至股骨髌间窝的前缘。

2.膝关节滑膜功能 滑膜富有血管，其血运丰富。滑膜层分泌少量滑液，可保持关节软骨面润滑，以增加关节的活动范围，并能营养无血管的关节软骨，扩散关节运动时所产生的热量。

【病因病机】

1.急性损伤 急性损伤包括膝关节扭伤、半月板损伤、侧副韧带或十字交叉韧带损伤，关节内积液或有时积血，表现为急性膝关节外伤性滑膜炎，以青壮年多见。

2.慢性损伤 慢性损伤常因软骨退变与骨质增生导致的机械性、生物化学性刺激，继发滑膜水肿、渗出和积液等，以老年人多发。也可因单纯膝关节滑膜损伤或长期慢性膝关节劳损所致，使膝关节逐渐出现肿胀和功能障碍，进而形成慢性膝关节滑膜炎。

上述急、慢性损伤，使关节囊滑膜层受损，出现充血、渗出

等病理改变，关节腔内逐渐积聚大量的积液，其中含有纤维素、血浆、白细胞等。关节内压力的增高，影响了淋巴系统的循环，进而引起疼痛、肿胀、功能受限，积液如不能及时被吸收，或反复多次损伤，病程迁延，则转为慢性滑膜炎。当滑膜受到外伤后，其分泌失调则使滑膜腔积液，而滑膜在长期炎症的刺激下逐渐肥厚，纤维素沉着、机化，导致关节粘连、运动受限。久之可继发创伤性关节炎、股四头肌萎缩，严重影响膝关节的功能。

《医宗金鉴·正骨心法要旨》曰：“若素受风寒湿气，再遇跌倒损伤，瘀血凝结，肿硬筋翻，足不能直行。”膝为诸筋之会，多气多血之枢，机关之室。凡外感风、寒、湿邪，或外伤、劳损等，致膝部脉络受损，血不循经，溢于脉外，以成瘀血；瘀血阻络，津液输布不利，聚而成湿；瘀血久而化热，凝滞经脉，故为肿胀、僵硬，久之则节黏不能用。

【诊断】

1.病史 有外伤或慢性劳损史。

2.症状

(1) 膝关节疼痛、肿胀，滑膜有摩擦发涩的声响和局部温度增高。其疼痛特点为膝关节主动极度伸直时特别是抗阻力伸膝运动时髌下部疼痛加剧，被动极度屈曲时疼痛也明显加重。

(2) 慢性损伤性滑膜炎表现为膝关节酸痛无力，肿胀在活动后较明显，关节活动无明显受限。

3.体征

(1) 压痛 膝关节周围有广泛性压痛，以髌上囊处尤为明显，局部肤温升高。

(2) 关节肿胀 屈膝时两侧膝眼饱满；久病者，可扪及膝关节 囊肥厚感。

(3) 活动受限 膝关节屈伸活动受限，尤以膝关节过伸、过屈 时为甚，下蹲困难并伴有疼痛，抗阻力伸膝时疼痛加重。

(4) 关节积液 当关节腔积液超过 50mL 时，髌骨出现漂浮。

(5) 膝关节穿刺 关节穿刺液为淡粉红色液体，表面无脂肪滴。

(6) 特殊检查 浮髌试验阳性。

4.辅助检查 X 线检查可见骨关节边缘有骨刺形成，关节内可有游离气体。

【鉴别诊断】

1.膝关节血肿 多为严重的急性损伤，如骨折或韧带、半月板 损伤等。一般于伤后立即出现肿胀、疼痛剧烈、关节活动明显受限。早期关节穿刺抽出的液体为血性，X 线检查或造影可明确诊断。

2.慢性滑膜炎 多为急性创伤性滑膜炎失治转化而成，或由其 他慢性劳损导致滑膜的炎性渗出，造成关节积液，以两腿沉重不适、膝部伸屈困难为主要临床表现，但被动运动均无明显障碍，疼痛不剧烈，局部红肿不明显，膝关节功能检查一般无明显的阳性体征。浮髌试验可呈阳性。

【治疗】

1.治法 活血化瘀，消肿止痛。

2.手法 揉法、揉法、拿法、弹拨法、点法、按法、拔伸法、摇法、擦法。

3.取穴与部位 内膝眼、外膝眼、鹤顶、梁丘、委中、阳陵泉、阴陵泉、承山、膝周。

4.操作

(1)揉揉膝周 患者仰卧，膝关节伸直。医者站其体侧，用揉法、揉法在膝关节周围施术，先于病变周围施术，再治疗病变部位，时间约3分钟，以舒筋活血，通络止痛。

(2)拿拨膝部 医者用拿法于股四头肌处施术，手法由轻渐重，然后弹拨膝周，以患者能耐受为度，时间约2分钟，以活血化瘀，消肿止痛。

(3)点按穴位 医者用拇指点按内膝眼、外膝眼、鹤顶、梁丘、委中、阳陵泉、阴陵泉、承山等穴，以局部酸胀为度，时间约3分钟，以舒筋通络，活血止痛。

(4)牵引环转、屈伸膝关节 患者屈膝屈髋各 90° ，医者一手置于腘窝部，另一手握踝上，在拔伸牵状态下，左、右环转摇膝各6~7次，然后将膝关节充分屈曲，再将其伸直，反复操作5次。动作要求轻柔缓和，以免损伤滑膜组织，以舒筋通络，活血消肿。

(5)擦揉膝周 医者先用掌摩法于患侧膝部施术；然后用擦

法在髌骨周围及膝关节两侧施术，以透热为度；最后用双掌搓揉膝关节两侧，时间约 3 分钟，以舒筋活血。

【预防调护】

- 1.增强自我保护意识，运动前做好充分的热身运动，避免外伤。
- 2.适当做膝关节的屈伸活动，多做下肢肌肉的静力性肌紧张练习，加强股四头肌力量锻炼。
- 3.患膝不宜过度活动，局部注意保暖，避免寒湿侵袭。
- 4.急性损伤立刻用冰敷法止血，以减少炎性物质的渗出，时间不宜超过 8 分钟。
- 5.急性期过后嘱患者做股四头肌自主收缩，以防肌肉萎缩；后期主动做膝关节屈伸锻炼，增强股四头肌的力量。

【临证提要】

- 1.本病以膝关节屈伸活动受限，下蹲困难，膝关节积液以及关节穿刺滑液检查为诊断要点。
- 2.急性期应卧床休息，手法宜轻柔，忌用暴力按压髌上囊，避免患肢负重而加重炎性渗出。

第二十一节 膝骨关节炎

膝骨关节炎（Knee Osteoarthritis）是指因外伤、过度劳累、体重过重、不正确的走路姿势、长时间下蹲、膝部受凉受寒等因素引起的膝关节退行性改变，导致以膝部酸痛、肿胀、关节弹响、

活动受限及关节形变等为主要临床表现的病证。多发于中老年人，女性发病率高，是引起老年人腿疼的主要原因。本病属于中医“骨 痹”范畴。

【应用解剖】

1.膝关节结构 膝关节是人体最大、结构最复杂的关节，由股骨下端、胫骨上端和前方的髌骨组成。股骨远端和胫骨近端构成胫股关节，主司承重功能。髌骨是人体最大的籽骨，依赖股四头肌腱膜维系，以髌韧带的形式止于胫骨结节，髌骨关节面与股骨构成髌股关节，具有防止股骨前移的功能。三骨的关节面上有软骨覆盖，具有保护关节、防止关节磨损的作用。

2.膝关节囊 膝关节囊附着在关节面周围骨膜及软骨膜上，使关节腔处于密封状态。

3.膝关节韧带 膝关节韧带主要有3条，内侧有内侧副韧带，起自股骨内上髁，止于胫骨内侧髁的内侧缘，宽而扁，其纤维与关节囊融合在一起；外侧有外侧副韧带，起于股骨外上髁，止于腓骨小头，呈圆索状，它和关节囊之间被脂肪组织隔开。这两条侧副韧带的主要功能是加强膝关节侧方的稳定性，屈膝时韧带松弛，伸膝时韧带紧张。髌韧带位于胫股关节前方，是股四头肌的腱性部分延续，形成韧带止于胫骨结节，它的作用是伸直膝关节。

4.膝关节辅助结构 主要有位于胫股关节两侧的半月板，半月板外侧缘厚、内侧缘薄，其底面与胫骨关节面紧贴相连，形如楔状垫在胫骨内、外侧髁关节面上，具有加深关节窝、缓冲震荡

和防止膝关节侧向滑移的功能。

【病因病机】

本病的病因目前尚不十分明确，一般认为与年龄、性别、职业、代谢及损伤有关，尤其与膝关节的损伤关系密切。

1.损伤 当膝关节遭受长期、反复的超负荷刺激时，导致关节软骨面和相邻软组织的慢性积累性损伤，关节应力集中的部位受到过度的磨损，膝关节腔逐渐变窄，使膝关节内容物的耐受力降低并相互摩擦，产生炎性改变，关节腔内压力增高，导致作用于关节的应力和对抗该应力的组织性能失调。早期因关节软骨积累性损伤导致关节软骨的胶原纤维变性，而使软骨变薄或消失，引起关节活动时疼痛与受限；在后期，关节囊形成纤维化增厚，滑膜充血、肿胀、肥厚，软骨呈象牙状骨质增生。同时，膝关节周围肌肉也因受到刺激而出现先痉挛后萎缩的病理变化。总之，其病理改变是一种关节软骨退行性变化所引起的以骨质增生为主的关节病变，滑膜炎则是继发的一种病理变化。

2.增龄与退变 中老年人的内分泌系统功能减弱，骨关节系统随之逐渐发生退变，导致营养关节的滑液分泌减少，各种化学成分也逐渐改变，出现骨质疏松、关节软骨面变软变薄等退行性改变，从而导致关节面变形或关节间隙变窄。同时，膝关节承受机械压力的能力随之降低，关节软骨面出现反应性软骨增生，经骨化形成骨刺或骨赘，对滑膜产生刺激，导致膝关节疼痛、活动受限（图 6-54）。

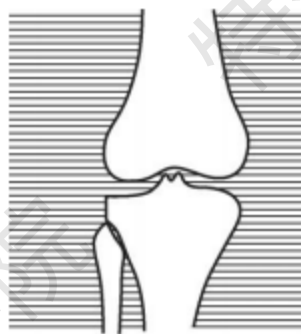


图 6-54 膝关节退行性改变示意图

此外，关节畸形、关节损伤、关节本身炎症继发膝骨关节炎，也是常见因素之一。

《素问·痹论》曰：“风、寒、湿三气杂至，合而为痹，其风气胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹也。”中医学认为，本病一是由于慢性劳损、受寒或外伤，致使局部气机阻滞，血行不畅，引起筋骨、肌肉、关节处疼痛、酸楚、麻木或关节肿胀、屈伸不利；二是由于年老体弱，肝肾亏损，气血不足，筋骨失养，导致筋骨疲软，步履不便，发为本病。

【诊断】

1. 病史 有创伤史或慢性劳损史。

2. 症状

(1) 疼痛 发病缓慢，多见于中老年肥胖女性。膝关节疼痛，逐渐出现髌骨疼痛或小腿骨端关节面边缘痛。潮湿环境，寒冷天气或行走劳累后痛甚；起立下蹲、上下楼梯（或上下坡）时疼痛加剧。

(2) 异响 关节活动时可有弹响、摩擦音。

(3) 活动受限 膝关节活动受限，甚则跛行，严重时可出现

关节绞锁现象或关节积液。若有软骨脱落在关节腔内，造成关节内的游离软骨片，可致关节滑膜嵌顿（卡住），引起疼痛，运动功能障碍。

3. 体征

(1) 压痛 疼痛多位于髌股之间或髌骨周围、膝关节内侧。

(2) 肿胀 初期膝关节肿胀，后期由于肌肉萎缩形成膝关节假性肥大。

(3) 畸形 严重者出现膝内翻，形成典型的“O”形腿。

(4) 活动受限 关节僵硬不适，屈伸运动受限，关节活动时可触及摩擦感。

4. 辅助检查 X线检查可见髌骨、股骨髁、胫骨平台关节缘呈唇样骨质增生，胫骨髁间隆突变尖，关节间隙变窄，软骨下骨质致密硬化，有时可见关节内游离体。

【鉴别诊断】

1. 半月板损伤 疼痛主要位于关节间隙，旋转运动时疼痛加重，其弹响声比膝骨关节炎的弹响和摩擦音更为响亮清脆，其关节为真性绞锁，引起的疼痛及心理恐惧感比本病所引起的假性绞锁严重。

2. 膝关节结核 病史较长，其起病缓慢，多伴有下午低热和盗汗等全身症状。X线检查可见膝关节骨质破坏。

3. 类风湿关节炎 有对称性手指小关节疼痛和肿胀，后期关节强直畸形和邻近肌肉萎缩，可出现典型的皮下结节，血沉加快，

类风湿因子检查阳性，影像学检查显示关节间隙变窄、骨质疏松等改变。

【治疗】

1.治法 舒筋活血，滑利关节。

2.手法 揉法、揉法、拿法、点法、按法、推法、扳法、摇法、擦法。

3.取穴与部位 膝眼、梁丘、血海、阴陵泉、阳陵泉、足三里、太溪、伏兔、委中、委阳、承山、阿是穴、膝部周围、腘窝部。

4.操作

(1) 揉揉膝周 患者仰卧，膝下垫枕，医者用揉法、揉法在股四头肌、膝关节周围施术，手法由轻渐重，以酸胀为度，时间约3分钟，以舒筋通络。

(2) 拿揉膝周 患者仰卧，医者用拿法、揉法在股四头肌、髌骨周围施术，手法由轻渐重，以酸胀为度，时间约2分钟，以舒筋通络，解痉止痛。

(3) 点按穴位 医者以拇指点按内膝眼、外膝眼、梁丘、伏兔、血海、阴陵泉、阳陵泉、足三里、太溪穴，以患者能耐受为度，时间约3分钟，以通络止痛。

(4) 推揉髌骨 医者用拇指分别向上、下、左、右方向推挤髌骨3~5次，并按揉髌骨边缘，在压痛明显处进行重点施术，力量由轻渐重，然后用一手掌根部按揉髌骨下缘，时间约3分钟，

以舒筋活 血，通络止痛。

(5) 膝关节杠杆扳法 患者屈膝 90° ，医者以一手置于患侧腘窝部，另一手握住小腿下端，充分屈膝屈髋 5~8 次，操作时动作宜缓慢，以患者能耐受为度，以增宽膝关节间隙。

(6) 摇擦膝关节 患者仰卧屈膝屈髋，医者先环转摇膝，然后做膝关节屈伸、内旋、外旋等被动活动，最后擦膝关节周围，以透热为度，以舒筋解痉，温经通络。

(7) 揉揉、拿点腘窝部 患者俯卧，医者用揉法、揉法、拿法在腘窝部施术，配合点按阿是穴、委中、委阳及承山等穴，时间约 3 分钟，以舒筋通络，活血止痛。

【预防调护】

1.减轻膝关节负荷，如避免上下楼梯、负重行走、长时间蹲跪及剧烈活动，减轻体重，少穿高跟鞋。

2.注意膝部保暖，以防风寒湿邪侵袭；治疗期间应卧床休息，避免膝关节负重。

3.适当做膝关节主动锻炼，加强膝部肌肉力量锻炼，改善膝关节活动度。

【临证提要】

1.本病以中老年发病、上下楼疼痛、活动受限、肌肉萎缩及关节变形为诊断要点。

2.手法治疗时，宜用轻柔灵巧的手法，勿用暴力或蛮力手法，以免加重病情。

3.对症状较重的骨性关节炎或推拿疗效不佳者，可予以膝关节腔内注射玻璃酸钠注射液治疗，每周1次，连续治疗5周，以滑利关节，减轻疼痛，恢复膝关节的活动功能。

第二十二节 腓肠肌痉挛

腓肠肌痉挛(Gastrocnemius spasm) 又称损伤性腓肠肌炎、腓肠肌损伤等，是指小腿后侧肌群因急、慢性损伤，或受风寒湿邪侵袭，引起小腿后部肌肉痉挛、抽搐、疼痛为主要临床表现的一种病证。多见于运动员或长时间站立者。本病属中医“筋伤”范畴，有“转筋”“脚挛急”等记载。

【应用解剖】

1.腓肠肌结构 腓肠肌位于小腿后面，比目鱼肌表面，当以足尖站立时，可在小腿后面看到其隆起的肌腹轮廓。其外侧头起自股骨外上髁，在腓肌腱及膝关节腓侧副韧带附着点上方；内侧头较高，起自股骨内上髁。由两个头起始的肌束向下，于小腿的中部相互结合，移行于较厚的腱膜，此腱膜再与比目鱼肌腱膜结合，构成一个粗大的肌腱(即跟腱)，抵止于跟骨结节。

2.腓肠肌功能 此肌的作用为上提足跟，使足跖屈并稍使足内翻，其内、外侧头还可以内、外旋小腿。腓肠肌在行走及站立时能提足向上，直立时，腓肠肌和比目鱼肌都参与稳定膝关节，并调节小腿与足的位置。

3.腓肠肌的血供及神经支配 腓肠肌的血供直接起自腓动脉，

内侧头的血供主要为腓肠内侧动脉，外侧头的血供主要为腓肠外侧动脉。腓肠肌受胫神经(L4~S3)支配。

【病因病机】

1. 急性损伤

(1)常因弹跳时用力过猛，小腿肌肉强力收缩，或踝关节过度背伸并用力牵拉等原因，造成腓肠肌急性损伤。

(2)因直接暴力撞击小腿后部造成损伤。伤势较轻者多为小腿腓肠肌牵拉损伤；重者则可能引起腓肠肌部分或完全断裂。

(3)少数患者可在游泳、睡眠时发生小腿突然抽筋，或某次剧烈运动后引起疼痛、痉挛。前者可能与小腿受凉有关；后者可能由于运动后乳酸积聚所致。

2. 慢性劳损 一般多因腓肠肌长期反复牵拉，超过肌肉负荷所致。损伤常发生在肌腹及股骨内、外侧髁附着处和肌腹与肌腱联合部。

此外，腓肠肌痉挛还和动脉硬化有关。当动脉发生硬化时，腿部血液循环受阻，下肢血供减少，代谢产物增加，当达到一定浓度时，刺激肌肉引起收缩，导致疼痛、抽筋；血流受阻、血供减少后，局部组织缺血缺氧，生理生化机能紊乱，导致腓肠肌疼痛、抽筋。

《诸病源候论·转筋候》曰：“转筋者，由荣卫气虚，风冷气搏于筋故也。”本病可分气滞筋拘和血瘀筋僵两种证型。小腿为足太阳经筋所过，凡小腿牵拉过度，或直接扭挫筋肌，伤及足太阳

经筋，致筋肌挛急，气血瘀滞而作肿痛，形成血瘀筋僵型；或受寒冷刺激，致经筋挛急，气滞筋拘，筋肌硬结，膝屈不能伸，形成气滞筋拘型。

【诊断】

病史 有急、慢性损伤史，或小腿受凉史。

2. 症状

(1)急性损伤时即感小腿后部疼痛，不能行走或踮足尖行走；慢性劳损者多为局部酸痛；小腿受凉者常于游泳、睡眠中突然小腿抽筋、疼痛剧烈。

(2)损伤严重者在伤后数小时出现小腿肿胀、疼痛，可有弥漫性的皮下出血。

3. 体征

(1)压痛 患侧腓肠肌痉挛，局部肿胀可有硬结，有明显压痛；急性损伤者压痛点多在腓肠肌肌腹或肌腱联合部；慢性劳损者压痛点多在股骨内、外侧髁腓肠肌起点处。

(2)活动受限 踝关节主动跖屈或被动背伸时，疼痛加重。

(3)出血肿胀 肌纤维完全断裂或部分断裂时，可见皮下广泛性出血和肿胀。可触及肌纤维断裂处凹陷，断裂两端隆起。

4. 辅助检查 X线检查一般无明显异常。超声或MRI检查，急性损伤者在肌肉损伤区可出现水肿、出血或肌腱断裂等影像学改变。

【鉴别诊断】

1.跟腱周围炎 多见于运动员，起跳、落地站立时小腿后侧疼痛，跟腱周围明显压痛，有明显的摩擦感。

2.小腿静脉血栓形成 大多数患者没有症状，少数感到小腿发胀、紧迫感，于立位、坐位及步行后症状加重，少数可出现小腿和足部水肿，腓肠肌压痛。

【治疗】

1.治法 舒筋通络，解痉止痛。

2.手法 揉法、按法、揉法、拿法、擦法、搓法。

3.取穴与部位 委中、承山、承筋、飞扬、昆仑、阳陵泉、小腿后侧肌群。

4.操作

(1)揉腓肠肌 患者俯卧，医者站其患侧，用揉法沿腓肠肌至跟腱部往返施术，手法宜轻柔缓和，并配合踝关节被动跖屈和背伸运动，时间约 3 分钟，以舒筋解痉。

(2)按揉穴位 医者用拇指按揉委中、承山、承筋、飞扬、昆仑、阳陵泉等穴，以酸胀为度，时间约 3 分钟，以通络止痛。

(3)揉拿腓肠肌 医者用掌按揉腓肠肌至跟腱处，并用拇指按揉腓肠肌内、外侧头附着处，配合五指拿腓肠肌 3~5 遍，时间约 3 分钟，以解痉止痛。

(4)擦腓肠肌 医者沿腓肠肌走行方向自腘窝至跟腱处用擦法施术，以透热为度，以温经通络。

(5)揉捏腓肠肌 患者仰卧，屈膝屈髋约 45°。医者面向患者，

站其足侧，沿腓肠肌做上下往返的揉捏法，时间约 2 分钟，以舒筋解痉。

(6)搓揉小腿 患者仰卧，屈膝屈髋约 45° 。医者搓揉其小腿部，时间约 1 分钟，以舒筋通络。

【预防调护】

- 1.运动前要做充分准备活动；若天气炎热且运动量较大时，应在运动前或运动中补充含盐类饮料。
- 2.注意下肢保暖；补充含钙量高的食物，如牛奶、大豆等。
- 3.急性炎症期要注意适当休息，以减少炎性渗出。
- 4.对因受凉、游泳引起的腓肠肌急性痉挛，可立即采用一手扳踝关节背伸，另一手捏拿腓肠肌的方法使其缓解。

【注意事项】

- 1.本病以小腿后侧肌肉疼痛、痉挛、抽搐为诊断要点。
- 2.急性损伤且有内出血者，视出血程度宜在 24~48 小时后方可推拿。
- 3.若腓肠肌完全断裂者，应尽早行手术治疗；部分断裂或肌肉牵拉、慢性劳损者，应视其损伤情况选择适宜的手法进行治疗。

第二十三节 踝关节扭伤

踝关节扭伤(Sprain Ankle Joint)是指外力致踝部扭转的急性软组织损伤，以踝部疼痛、肿胀及活动功能障碍为主要临床表现的病证。本病是临床上常见的一种损伤，可发生于任何年龄，尤

以青壮年多见。本病属中医“筋伤”范畴。

【应用解剖】

踝关节由胫骨、腓骨下端与距骨滑车所构成。人体在站立、行走过程中，踝关节的稳定性和灵活性十分重要。踝关节为屈戌关节，主要功能为负重，其运动主要限于冠状轴做屈伸运动。

1.关节面 踝穴是由胫骨、腓骨下端关节面构成。外踝较内踝低 1cm 左右，并偏后 1cm。胫骨下端后缘较前缘更向下延伸，又称后踝，加上胫腓横韧带，可以防止距骨在踝穴内后移。胫骨滑车前宽后窄，当踝关节背屈时，其宽部进入踝穴，则关节稳固；当跖屈时，其窄部进入踝穴，则关节不稳，易向侧方移位。因此，踝关节在跖屈位时，易发生扭伤。

2.关节囊 关节囊前、后松弛薄弱，两侧有增强的韧带。

3.内侧副韧带 位于踝关节内侧强韧的三角韧带，起自胫骨内踝，呈扇形向下止于距骨、跟骨、足舟骨的内侧，限制足过度外翻，且十分坚韧，不易损伤。

4.外侧副韧带 呈束状，分前、中、后三束：前束为距腓前韧带，起自外踝前缘，向前下方止于距骨颈；中束为跟腓韧带，起自外踝尖端，向下止于跟骨外侧面的隆起处；后束为距腓后韧带，起自外踝内后缘，水平向后止于距骨后突。外侧副韧带具有防止小腿移位和限制足过度内翻的功能，但不如内侧副韧带坚韧，所以极易损伤。

【病因病机】

踝关节扭伤主要引起外侧、内侧副韧带损伤，其中外侧副韧带损伤临床最为常见，约占踝部损伤的 70%以上。

1. 外侧副韧带损伤 外踝长，内踝短，外侧副韧带比内侧副韧带薄弱，而足外翻背屈的肌肉（第三腓骨肌）不如内翻的肌肉（胫前肌）强大，足部向外的力量不如向内的力量大，因此当路面场地不平，跑、跳时失足，或下楼梯、下坡时，易使足在跖屈位突然向内翻转，身体重心偏向 外侧，导致外侧副韧带突然受到强大的张力牵拉而损伤。最易造成损伤的是距腓前韧带，其次是 跟腓韧带，距腓后韧带损伤则较少见。损伤后，轻者韧带附着处骨膜撕裂，骨膜下出血；重者韧带纤维部分撕裂；更甚者韧带完全断裂，可伴有撕脱性骨折或距骨半脱位。

2. 内侧副韧带损伤 内侧副韧带比较坚韧，损伤机会相对较少。损伤常发生在踝关节突然外 翻及旋转时。在跑、跳运动中，由于落地不稳，身体重心偏移至足内侧，踝关节突然向外侧拧扭，超过了踝关节的正常活动范围及韧带的维系能力，致使内侧副韧带撕裂损伤。如果外翻的作用力继续增强，可造成内侧副韧带撕脱，伴胫腓下联合韧带撕裂，或胫腓骨下端分离，伴内踝撕脱骨折。

中医学认为，踝为足之枢纽，足之三阴、三阳经筋所结。因足跗用力不当，经筋牵抻过度，致使经筋所结之处撕裂，阳筋弛长，阴筋拘挛，气血离经，为瘀为肿，活动牵掣，屈伸不利，伤处作痛。

【诊断】

1.病史 有足踝急性内翻位或外翻位损伤史。

2.症状

(1)踝关节外侧或内侧出现肿胀、疼痛，多数有皮下出血。内翻损伤者，外踝前下方压痛明显，若将足做内翻动作时则疼痛加重；外翻扭伤者，内踝前肿胀疼痛明显，压痛明显，做被动外翻动作时，疼痛加剧。肿胀程度与出血量的多少有关，轻者可见局部肿胀，重者则整个踝关节均出现肿胀。

(2)踝关节活动受限，行走呈跛行或不敢用力着地行走。

3.体征

(1)肿胀瘀血损伤部位常见皮下瘀血、肿胀，轻者局限于外踝前下方或内踝下方，重者可扩散到整个踝关节。伤后2~3天，皮下瘀血、青紫更为明显。

(2)压痛 外侧副韧带损伤时，压痛点主要在外踝前下方(距腓前韧带)或下方(跟腓韧带)；内侧副韧带损伤时，压痛点常位于内踝下方；胫腓下联合韧带损伤时，则在胫腓下关节处压痛；骨折患者的压痛点主要在骨折断端，沿小腿纵向叩击足底，骨折断端疼痛剧烈，有时可闻及骨擦音或触及骨碎片。

(3)活动受限 踝关节被动内、外翻并跖屈时，局部疼痛剧烈。

(4)特殊检查 外侧副韧带损伤，踝内翻试验阳性；内侧副韧带损伤，踝外翻试验阳性。

4.辅助检查 X线检查可明确是否有骨折、脱位及骨折和脱位

的程度。做足部强力内翻或外翻位摄片，若见踝关节间隙明显不等宽或距骨脱位，提示韧带完全断裂。

【鉴别诊断】

踝部骨折 有严重踝部扭伤史，局部肿胀明显，疼痛剧烈，踝关节活动功能丧失。骨折处有严重压痛，有时可闻及骨擦音或触及异常活动。X线检查可确诊。

【治疗】

1.治法 活血化瘀，消肿止痛。

2.手法 揉法、按法、揉法、摩法、拔伸法、摇法、抹法、擦法。

3.取穴与部位 外侧副韧带损伤：足三里、阳陵泉、丘墟、解溪、申脉、金门、外踝部；内侧副韧带损伤：商丘、照海、太溪、内踝部。

4.操作

(1)外侧副韧带损伤

① 揉揉小腿外侧及外踝部：患者仰卧，医者沿其患侧小腿外侧至踝外侧用揉法、按揉法上下往返交替施术，以外踝前下方为施术重点，手法宜轻柔缓和，时间约3分钟，以舒筋活血。

② 按揉穴位：医者按揉患侧足三里、阳陵泉、丘墟、解溪、申脉、金门等穴，以患者能耐受为度，时间约3分钟，以通络止痛。

③ 揉摩患处：医者用鱼际或掌根先在患处周围揉摩，待疼痛

缓解后再在患处揉摩，手法宜轻柔缓和，以患者能耐受为度，时间约 3 分钟，以活血散瘀消肿。

④ 拔伸摇踝：患者仰卧，医者一手托其患侧足跟部，另一手握其足趾部做牵引拔伸，在拔伸的同时轻轻摇动踝关节，并配合足部内翻、外翻被动活动，重复 3~5 次，以舒筋通络。

⑤ 推抹擦踝：医者先用推抹法自上而下进行施术，以理顺筋肌，时间约 2 分钟；然后在患处施擦法，以透热为度，以温经通络。

(2) 内侧副韧带损伤

① 揉揉内踝部：患者患侧卧位，健肢屈曲，患肢伸直。医者自小腿下端经内踝至内侧足弓部用按揉法或揉法上下往返施术，重点在内踝下方，手法宜轻柔缓和，时间约 3 分钟，以舒筋通络。

② 揉摩内踝：医者用掌根或鱼际先在患处周围揉摩，待疼痛缓解后再在患处揉摩，手法宜轻柔缓和，以患者能耐受为度，时间约 3 分钟，以活血散瘀消肿。

③ 按揉穴位：医者用拇指按揉商丘、照海、太溪等穴，以患者能耐受为度，时间约 3 分钟，以通络止痛。

④ 拔伸摇踝：患者仰卧，医者一手托其患侧足跟部，另一手握其足趾部做牵引拔伸，在拔伸的同时轻轻摇动踝关节，并配合足部内翻、外翻被动活动，重复 3~5 次，以舒筋通络。

⑤ 推抹擦踝：医者先用推抹法自上而下进行施术，以理顺筋肌；然后在损伤处施擦法，以透热为度，以温经通络。局部可加

用湿热敷，以消肿止痛。

【预防调护】

1.运动前应充分做好热身活动，选择合适的运动鞋，穿高跟鞋不要做剧烈活动。

2.避免在不平整地面行走或跑步；加强踝部肌肉力量锻炼，如提跟练习、单脚站立等。

3.注意踝部保暖，恢复期加强功能锻炼，有利于损伤恢复。

4.避免再次扭伤，有踝关节扭伤史者在锻炼前宜佩戴踝关节保护装置。

【临证提要】

1.踝关节损伤者首先应排除韧带完全断裂、脱位，或合并骨折等情况，方能进行推拿治疗。

2.急性损伤有内出血者，即刻用冰敷止血，冰敷时间不宜超过8分钟。推拿应视出血程度，在伤后24~48小时方能施术。

3.急性期患足宜做固定，用弹性绷带包扎固定1~2周。内侧副韧带损伤者应内翻位固定，外侧副韧带损伤者应外翻位固定，以减少损伤韧带的张力，有利于损伤韧带的修复。外固定期间，应练习足趾的屈伸活动和小腿肌肉收缩活动；拆除外固定后，要逐渐练习踝关节的内、外翻及跖屈、背伸活动，以防关节粘连，恢复踝关节的活动功能。

第二十四节 踝管综合征

踝管综合征(Tarsal Tunnel Syndrome)是指踝管内容积减少或压力增高,使胫后神经在踝管内受压而引起以内踝后疼痛不适、足底和跟部内侧感觉异常,压迫距管时症状加重,行走困难等为主要临床表现的病证。本病临床上不易引起注意,常易误诊,好发于男性,尤其是经常运动的青壮年或者从事体力劳动者。本病属中医“痹证”范畴。

【应用解剖】

1.踝管 踝管位于内踝的后下方,是小腿后深层骨性纤维性筋膜鞘的延续,由屈肌支持带、内踝、距骨、跟骨、三角韧带和跟腱围成的骨性纤维性管道。踝管是一个缺乏弹性的骨纤维管,由后向前下方走行,由一顶、一底两个口构成,并形成一个约 90° 的弯曲。两个口分别是上口(入口)和下口(出口)。顶为屈肌支持带,起自内踝后下方,止于跟骨结节内侧面;其底为跟骨内侧面,由距骨、跟骨、三角韧带、关节囊和下关节的相应部分组成。上口由屈肌支持带上缘及其周围结构组成;下口由屈肌支持带下缘及其周围结构组成。

2.踝管内容物 屈肌支持带向深面被三个纤维隔分为四个骨纤维管,由前向后依次为:①胫骨后肌腱及腱鞘;②趾长屈肌腱及腱鞘;③胫后动、静脉及胫神经;④长屈肌腱及腱鞘(图 6-57)。

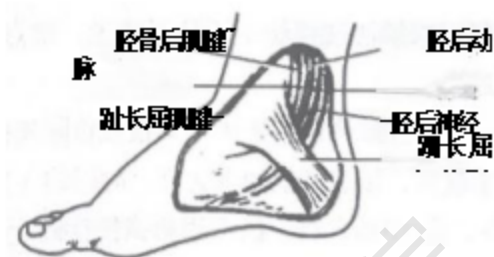


图 6-57 踝管与踝管内组织示意图

3.胫后神经及其分支 胫后神经自小腿后内侧，腓肠肌与小腿深层肌之间穿出，后进入踝管内，一般呈圆形，直径 5~6mm，分为跟支内侧神经、足底内侧神经和足底外侧神经三支。跖内侧神经，沿外展跖肌上缘行进，最后在外展跖肌筋膜纤维管通过，支配外展跖肌、5 个屈趾短肌、第一蚓状肌、屈跖屈趾肌及内侧 3 个半足趾的感觉；跖外侧支潜入外展跖肌深面，通过屈跖长肌腱旁纤维弓，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。胫后神经在踝管内受压，出踝管后亦可在外展肌筋膜纤维弓使跖内侧和跖外侧神经受压。

【病因病机】

1.先天解剖异常 先天性马蹄内翻足、外展肌肥大、副外展肌、跟骨外翻畸形、跟距骨间异常纤维束带存在、扁平足等致踝管有效容积变小，均为踝管综合症的易发因素。

2.损伤

(1)骨或关节外伤 胫骨远端骨折、踝关节扭伤或挤压伤、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)踝内侧软组织慢性损伤 长期行走、蹲姿可使屈肌支持带增厚，跑跳过多使足过度跖屈和背伸活动而致踝管内软组织损伤，踝管内肌腱肿胀、纤维化，肌腱腱鞘炎，胫后静脉瘀血，血栓栓塞性静脉炎，静脉曲张，肉芽肿性动脉炎，外展肌水肿、肥大和

增生，也可使局部神经水肿、神经外膜纤维化，使踝管相对狭窄，管内压力增高，刺激和压迫胫后神经及血管而致踝管综合征。

3.肿瘤 如踝内侧及邻近部位的脂肪瘤、腱鞘囊肿、胫动脉瘤、胫静脉瘤、神经和骨关节的相关肿瘤等，可直接或间接压迫胫后神经。

4.其他 妊娠、高脂血症、甲状腺功能低下、糖尿病、类风湿关节炎、强直性脊柱炎、心力衰竭、筋膜室综合征，可诱发神经卡压。高度肥胖者，一定条件下，脂肪可突入踝管导致踝管容积变小，压迫胫后神经。

中医学认为，内踝为足三阴经筋所过，由于寒湿淫筋，风邪袭肌，痹阻经络；或足跗用力不当，跗管劳损，经筋牵伸过度，气血瘀滞，跗管肿胀，经筋受阻，筋拘黏结，故作肿痛，发为本病。

【诊断】

1.病史 有足踝部外伤史。

2.症状

(1)早期在站立过久或步行过多时，内踝后方出现酸胀不适，但休息后症状消失，踝关节比以前容易出现疲劳。随着病情发展，以上症状更加明显，并且可以出现足底的灼痛、麻木或蚁行感，夜间加重，起床后减轻。在分裂韧带的远端，足底内侧的皮肤发白、发凉，血管搏动减弱。

(2)后期足趾的皮肤可出现干燥、肿胀、发亮、变薄、指甲失

泽、变脆等神经营养不良的现象，亦可有足底肌肉的萎缩。

3. 体征

(1) 压痛 叩击或压迫踝管处可使疼痛加重。

(2) 感觉障碍 足底感觉减退或消失。其范围：内侧神经受压者表现为内三个半趾、跖骨部；外侧神经为外侧一个半趾；足跟支为足跟内侧，两点辨别能力明显降低。

(3) 其他 内踝后方可触及棱形肿块或小结节。

(4) 特殊检查 足外翻试验阳性，足背伸试验阳性，止血带试验阳性。

4. 辅助检查 X 线检查一般无异常，少数患者可见距骨、跟骨内侧有骨刺形成。肌电图检查可显示跖侧神经传导异常。MRI 可以发现占位性病变或静脉曲张。

【鉴别诊断】

1. 跖痛症 多见于 30 岁左右的女性，尤其好发于穿尖头高跟鞋者。最早可见前足掌部疼痛、灼痛或束紧感，严重者疼痛可累及足趾或小腿，一般在更换平底鞋后可缓解。

2. 痛风性关节炎 多见于男性，初发时多在第一跖趾关节，发病急骤，疼痛剧烈，压痛明显，局部皮肤有红肿，间歇期无任何症状，发作期血尿酸可增高，慢性患者 X 线检查可见关节面附近有虫蚀样阴影。

3. 类风湿关节炎 多见于女性，局部表现为足部疼痛，行走时疼痛加重，跖趾关节最易受累。晚期可出现前足畸形，如尖足、

足内翻、足外翻等，红细胞沉降率增快，X线检查可见关节间隙狭窄、骨质疏松、关节破坏及脱位等。

【治疗】

1.治法 舒筋活血，散瘀消肿。

2.手法 揉法、按法、揉法、弹拨法、摩法、推法、拔伸法、摇法、擦法。

3.取穴与部位 三阴交、太溪、照海、涌泉、小腿内后侧、内踝后部、足弓内侧面。

4.操作

(1)揉揉内踝部 患者仰卧，患肢外旋，医者用揉法、按揉法在小腿内侧、内踝部及足弓内侧面施术，手法宜轻柔缓和，时间约5分钟，以舒筋通络。

(2)按揉穴位 医者用拇指按揉三阴交、太溪、照海、涌泉等穴，以酸胀为度，时间约3分钟，以活血通络。

(3)弹拨经筋 医者在内踝后部沿肌腱走行方向垂直进行轻柔弹拨，时间约2分钟，以松解粘连。

(4)摩推踝管部 医者先在踝管部用掌摩法施术，时间约3分钟，以散瘀消肿；然后用拇指自踝管部向小腿单方向推挤8~10次，以舒筋理筋。

(5)拔伸摇踝 医者一手托住患侧足跟部，另一手握足趾部做牵引拔伸，在拔伸的同时轻轻摇动踝关节，并配合足部背伸、跖屈、内翻及外翻被动运动，重复3~5次，以舒筋通络。

(6)擦踝管部 医者用擦法在踝管部沿肌腱方向施术，以透热为度，以温经通络。

【预防调护】

1.避免长期站立及过度行走；运动时做好充分热身活动，避免外伤，必要时可以佩戴护踝。

2.治疗期间适当减少踝关节活动，局部注意保暖。配合足浴或湿热敷，每日1~2次，以改善局部血液循环。

【临证提要】

1.本病以足底跖侧疼痛、麻木，按压踝管时症状加重为诊断要点，配合肌电图检查可明确诊断。

2.缓解踝管内压力是临床取效的关键，重点施术部位应在踝管部。

第二十五节 跟痛症

跟痛症(Heel Pain)是指因急、慢性损伤引起的跟骨及周围软组织的无菌性炎症，导致以站立或行走时疼痛、局部压痛、行走困难为主要临床表现的一类病证。本病包括跟骨滑囊炎、跟下脂肪垫损伤、跖筋膜炎、跟骨骨刺等基础性病证。跟骨骨刺往往和跟痛症同时存在，但跟骨骨刺并不一定是跟痛症的原因。好发于40~60岁的中老年人及肥胖者，以及中长跑、跳跃、体操、篮球等运动员。本病属中医学“骨痹”范畴。

【应用解剖】

1.跟骨 跟骨是七块跗骨中最大的一块，位于足后下部，构成踵(脚后跟)。跟骨形状不规则，近似长方形。其前部窄小，后部宽大。跟骨体后面呈卵圆形隆起，分上、中、下三部分：上部光滑；中部为跟腱附着部，跟腱止点上方有小滑囊；下部移行为跟骨结节，有展肌、趾短屈肌、小趾展肌及趾腱膜附着，起维持足弓的作用，在人体负重和行走中起重要的作用。人体站立时至少有 50% 的体重需要跟骨与距骨来负担。

2.跖筋膜 此为足底的深筋膜，其主体起自跟骨结节，向远端行至各足趾的近节趾骨，由纵行的纤维组成，可保护足底的肌肉、肌腱、神经、血管和关节，并提供足底肌的附着点，同时帮助维持足纵弓。

3.跟骨滑液囊 包括跟腱止点滑囊、跟骨后滑囊以及跟下滑囊。滑囊是一个潜在的囊性间隙，位于正常关节周围的骨、肌肉、筋膜之间。由结缔组织构成的密闭囊，其内壁由内皮细胞组成，薄如腹膜，外层为较致密的结缔组织。滑囊内含少量滑液，起润滑及营养关节的作用。

4.跟骨下脂肪垫 此为特殊的弹性脂肪组织，在重力支撑点的足跟、皮肤以及跟骨之间，上至跟骨，下至皮肤，向前至跖筋膜。脂肪垫内有弹性纤维组织形成的致密间隔脂肪组织，形成一个个密闭的小房，每个小房及其内的脂肪组织均与相邻的小房隔开。

【病因病机】

跟痛症的基本病机为因急、慢性损伤而引起的跟骨结节附着

处、跖筋膜、跟骨滑囊、跟骨下脂肪垫等软组织发生充血、炎性水肿等而致跟部疼痛。

1.跟骨下骨刺症 多发生于跟骨底面结节部分的前缘。由于劳动、行走等慢性牵拉，结节止点处的纤维反复微小断裂、修复过程，使断裂处微小出血、钙盐沉着、骨化而形成骨刺，增生的骨质对足跟软组织长期的压迫刺激，造成不同程度的损伤和炎症反应，引起局部出血、水肿、渗出、组织纤维化、炎性细胞浸润、代谢产物积聚等，从而形成本病。

2.跖筋膜炎 因长期的职业关系或因扁平足，腰椎生理曲度消失、反弓，躯体承重力线后移，加重跟骨负荷，跖筋膜处于长期反复的超负荷状态，从而诱发炎症，形成退变、纤维化，最终导致跖筋膜炎，加速跟骨骨刺形成。

3.跟骨滑囊炎 外伤、压迫、反复摩擦或邻近关节有炎症等，导致滑囊发生慢性无菌性炎症，使滑囊增大，囊壁增厚，炎症刺激促进骨刺形成。

4.跟骨下脂肪垫炎 炎症、退变或损伤会降低跟垫厚度或破坏其纤维组织间隔，从而使其压缩性减弱。当突然遭受外力或长时间反复损伤时，脂肪垫发生充血、水肿、增生、肥厚等病理改变，刺激痛觉神经纤维释放神经递质，进而出现足跟肿痛，造成骨刺形成。

5.肾虚型跟痛症 老年体弱，或久病卧床，肾气虚衰，则骨痿筋弛。现代医学认为久病卧床，足跟部易发生退行性变，皮肤变

薄，跟下脂肪垫萎缩，骨骼发生脱钙变化而致本病。

中医学认为，跟底为足太阳经筋所结，因足底着力不当，或用力过度，牵掣经筋损伤，气血瘀滞，筋拘黏结，故肿痛。或年老体弱，肝肾亏虚，肝主筋，肾主骨，久虚及骨，以致骨赘形成而为骨痹。

【诊断】

1.病史 有急、慢性损伤史。

2.症状

(1)初起时仅为跟底酸胀痛，逐渐发展为足跟疼痛。疼痛以晨起下床开始站立或走路时剧烈，活动后减轻，但久站久行之后疼痛则加重，休息后又减轻。

(2)站立、行走、跑、跳时，足跟不敢着地，呈踮足尖跛行。

(3)伴有足底麻胀感或紧张感，劳累后症状加重，得热则舒，遇冷痛增。

3.体征

(1)压痛 足跟部有明显压痛。脂肪垫损伤和跟骨下滑囊炎的压痛点在跟底中部或偏内侧；跟骨骨膜炎的压痛点在跟底后偏外侧；跟骨骨刺的压痛点在跟底脂肪垫前、跟骨结节前内侧。

(2)肿胀 足底部肿胀，局部皮肤增厚，少数患者肿胀不明显。

(3)骨性隆起 跟骨骨刺形成，足底跟骨基底结节处可触及骨性隆起，并有明显压痛；其疼痛程度与骨刺的方向有关。

4.辅助检查 X线检查可排除跟骨骨折。多数患者在跟骨结节

部有粗糙的骨质增生或骨刺形成；跟骨骨膜炎后期显示骨膜增厚；肾虚型跟痛症可见跟骨骨密度降低。

【鉴别诊断】

1.跟骨应力骨折 压痛多在跟骨体部后方，X线及CT(冠状位)检查可明确诊断。

2.跖管综合征 灼痛可放射至足趾跖面，伴有感觉过敏、运动及感觉障碍。Tinel征阳性。肌电图检查可有助于诊断。

3.跟骨结核 患处肿胀、持续性疼痛，病变若累及附近关节可致关节功能障碍。伴有低热、盗汗、乏力等全身症状。X线检查显示骨质破坏、空洞及死骨形成等骨结核表现。

4.跟骨骨髓炎 本病虽有跟痛症状，但局部可有明显的红肿热痛等急性感染的表现，严重者可伴有高热等全身症状。实验室检查和X线检查可明确诊断。

【治疗】

1.治法 舒筋通络，活血止痛。

2.手法 揉法、按法、揉法、擦法、敲击法、摩法。

3.取穴与部位 涌泉、然谷、太溪、昆仑、足跟部。

4.操作

(1)揉揉足跟部 患者俯卧，医者用揉法、按揉法自足跟部至足心跖筋膜往返施术，手法宜深沉缓和，时间约3分钟，以舒筋通络，活血止痛。

(2)按揉足跟及穴位 医者用拇指重点按揉足底跟骨结节部，

以深层有温热感为度；然后按揉涌泉、然谷、太溪、昆仑穴，以酸胀为度，时间约 3 分钟，以活血止痛。

(3)揉擦跟骨结节部 医者在跟骨结节部涂上介质，先用掌揉法施术，再沿足跟至跖筋膜方向施擦法，以透热为度，时间约 3 分钟，以舒筋活血，温经止痛。

(4)跟底敲击法 适用于跟骨骨刺症。在上述推拿的基础上，患者俯卧，患侧屈膝 90°，足底朝上。医者一手握其足跖部，使足背屈以固定踝关节，另一手持敲击槌，对准骨刺部位敲击 20~30 次；或在踝前部垫枕使足悬空，用敲击槌敲击。敲击时要求用腕力，如蜻蜓点水状，频率要快，有节奏感，不能用蛮力，以被敲击部位有麻木感为宜，以松解粘连，散结止痛。

(5)揉摩足跟部 医者用掌揉法或摩法在足跟部施术，时间约 3 分钟，以舒筋活络。

【预防调护】

1.避免长期站立、行走；肥胖者建议减体重，腰椎生理曲度消失者建议穿高跟鞋，以减少足跟负荷。

2.急性期宜休息，可在鞋内跟部垫一块海绵，或在骨刺相应部位挖一个洞，可以缓冲对骨刺的过度刺激。

3.可自行对骨刺部位进行敲击，配合湿热敷，每日 1~2 次，改善局部血液循环。

【临证提要】

1.本病以中老年人跟下疼痛、不能着地行走为诊断要点。

2.跟痛症常伴有骨刺形成，疼痛与骨刺大小无关，但与骨刺的方向有一定的关系。推拿可使骨刺引起的炎性水肿吸收，但不能使骨刺消失。

推拿治疗学（筋伤）实训讲义 1

总体目标：掌握颈椎病、落枕、急性腰肌扭伤、慢性腰肌劳损和脊柱小关节紊乱这 5 个疾病的诊断和治疗。

具体实训考核内容包括：以上 5 个疾病的诊断要点治疗方案。颈部、腰部疾病的体格检查特殊试验。

一、落枕（受累的主要是斜方肌和胸锁乳突肌）

1.诊断：

（1）病史：颈部肌肉损伤或者受凉史。

（2）症状：颈项部疼痛，可向同侧肩部、向背部牵掣放射，活动加重。颈部活动受限，尤其是左右旋转活动受限，主动被动活动均受限，严重者头歪向一侧。

（3）体征：患侧肌肉痉挛，在患侧胸锁乳突肌、斜角肌、肩胛提肌处有条索或者团块、硬结；压痛点：胸锁乳突肌损伤：患侧胸锁乳突肌有肌张力增高和压痛；斜方肌、斜角肌损伤：锁骨外 1/3 处（肩井穴）或肩胛骨内侧缘有紧张感和压痛；肩胛提肌损伤：上 3 个颈椎棘突旁和同侧肩胛骨内上角有肌紧张和压痛。

（4）辅助检查：无异常或见轻度退变。

2.治疗方案及操作

治法：舒筋活血，温经通络。

手法：揉法、拿法、按法、揉法、弹拨法、拔伸法、摇法等。

取穴：落枕穴、风池、天柱、天宗、颈夹脊穴、肩外俞、阿是穴、颈肩部。

操作：①揉揉颈肩部 ②拿拨颈肩部 ③按揉穴位 ④揉拿、弹拨痉挛肌束 ⑤拔伸摇颈 ⑥旋转提颈 ⑦擦拍肩背

二、颈椎病

1. 诊断

(1) 颈型颈椎病：①症状：枕颈及肩部疼痛，有时颈部有酸胀、僵硬不适感，易于疲劳。肩胛间区有酸痛感和沉重感，劳累后症状加重，休息后症状减轻，经常出现“落枕”样现象。②体征：颈部肌肉痉挛，棘突旁及关节囊有压痛点，肩部肌肉广泛压痛。颈部活动范围减小颈部活动范围减小。③X线检查可见颈椎生理曲度变直。

(2) 神经根型颈椎病：①症状：颈项或肩背部呈阵发性或持续性隐痛或剧痛，多为酸痛、钝痛或灼痛，或过电样窜痛，向上肢放射。颈部活动有不同程度受限或发硬、发僵，或呈痛性斜颈姿势。患者一侧或两侧上肢有放射性痛、麻，伴有发沉、肢冷、无力，握力减退或持物易坠落现象。②体征：a. 颈椎生理曲度减少或消失，甚至反弓；b. 颈部有局限性条索状或结节状阳性物；在病变颈椎节段间隙、棘突、棘突旁及其神经分布区可出现压痛。

c. 上肢及手指感觉减退，肌力减弱，甚者肌肉萎缩。d. 上肢腱反射检查，早期反射活跃，而后期反应减弱，严重者反射消失。e. 臂丛神经牵拉试验、椎间孔挤压试验可出现阳性。③CT、MRI 检查可清楚观察椎间盘突出程度、神经根受压等情况。

(3) 脊髓型颈椎病：①症状：a. 主要表现为慢性进行性的四肢感觉及运动功能障碍。患者先从下肢双侧或单侧发沉、发麻开始，随之出现行走困难，下肢肌肉发紧，抬步慢，不能快走，双足有踩棉花样感觉，重者步态蹒跚，易绊倒跌跤等。b. 上肢也可出现单侧或两侧单纯运动功能障碍，单纯感觉障碍，或同时出现，如无力、发抖，手指精细运动功能障碍。c. 肢体感觉麻木疼痛，烧灼痛，甚至四肢瘫痪。小便潴留或失禁，卧床不起。常有头颈部疼痛，半边脸发热，面部出汗异常等。②体征：患者肌张力增高，肌力减弱，肌腱反射亢进，病理反射如霍夫曼征、巴彬斯基征等阳性，甚至踝阵挛或髌阵挛。③CT 检查、MRI 可见脊髓受压。

(4) 椎动脉型颈椎病：①症状：眩晕、头痛、视力障碍、猝倒、面部感觉异常。②体征：颈部旋转或后伸活动时，可引起眩晕、恶心呕吐、心慌等症状。拇指触诊可查到患椎向一侧旋转移位，棘突及移位的关节突关节部压痛明显。③旋颈试验阳性。④椎动脉 CT 血管造影三维重建、TCD 检查显示椎动脉、椎基底动脉血流速度异常。

(5) 交感神经型颈椎病：①症状：头晕头痛、五官症状（也可伴有咽喉不适或异物感）、周围血管症状（心率不正常）、血压

异常与出汗障碍。②体征：两侧颈椎横突前压痛明显。部分患者出现霍纳征（瞳孔缩小、睑裂变小、眼球内陷、半面无汗）。

（6）混合型颈椎病：同时出现上述两型或两型以上的症状体征。

2.治疗方案及操作

（1）治法：基本治法为舒筋活血、理筋整复。随证治之，颈型治以舒筋解痉、纠正错缝；神经根型治以活血通络、理筋整复；椎动脉型治以益气活血、益髓止晕；交感神经型治以理气通络、平衡阴阳。

（2）手法：一指禅推法、按法、揉法、拿法、抹法、滚法、拨法、擦法、拔伸法、扳法。

（3）取穴与部位：五线、五区、十三穴（风府、风池、颈根、颈臂、肩井、肩外俞、天宗）

（4）操作：五区推拿、按揉十三穴、擦颈肩项背部（脊髓型颈椎病加腰背部及下肢操作，椎动脉型、交感神经型颈椎病加头面部操作及相应症状操作等）

三、脊柱小关节紊乱

1.诊断：

（1）颈椎小关节紊乱

①症状：起病较急，伤后即刻出现疼痛，疼痛有时向上肢放射；颈项强直，疼痛，活动受限；有的患者可出现头昏、视物不清、眼震、面部麻木等头颈综合征。

②体征：头颈部偏歪，局部肌肉紧张，可触及条索状筋结、压痛明显；错缝颈椎的棘突可有偏歪，局部压痛明显；颈部活动受限，尤其是向患侧旋转受限明显。

（2）胸椎小关节紊乱

①症状：伤后即出现胸背疼痛，有背负重物感，甚则牵掣肩背作痛，俯仰转侧困难，常固定于某一体位，不能随意转侧，疼痛随脊柱运动增强而加重，有胸闷憋气、屏气呼吸。可出现紊乱小关节水平面的脏腑反射性疼痛；刺激肋间神经则引起肋间神经支配区域的不适或疼痛。部分患者可引起相应内脏自主神经功能紊乱症状。

②体征：病变节段可触及偏歪的棘突。脊柱病变节段小关节处有明显压痛，多数为一侧，少数为两侧。根据病变节段的不同，菱形肌、斜方肌可呈条索状痉挛，亦有明显压痛。多数可伴有轻重不同的因疼痛导致前屈或转侧受限，牵拉疼痛。

（3）腰椎小关节紊乱

①症状：腰部在前屈、旋转运动时，同时做直腰动作，易发生剧烈腰痛；站、坐或过伸活动时疼痛加剧，有时疼痛向下肢放射，咳嗽、打喷嚏时疼痛加重，表情痛苦，活动受限，惧怕别人搬动。全部腰肌处于紧张僵硬状态，腰部活动功能几乎完全丧失。

②体征：呈僵直屈曲的被动体位，腰部正常生理弧度改变，站、坐和过伸活动时疼痛加剧；两侧骶棘肌明显痉挛，重者可引起两侧臀部肌肉痉挛；滑膜嵌顿的后关节和相应椎间隙有明显压

痛，一般无放射痛；棘突无明显偏歪，严重疼痛可见保护性脊柱侧弯；腰部肌肉紧张、僵硬，各方向活动均受限，下肢后伸疼痛加重明显。

2.治疗方案及操作

(1) 治法：舒筋活血，解痉止痛，理筋整复。

(2) 手法：揉法、一指禅推法、按法、揉法、弹拨法、扳法、整复手法等。

(3) 取穴与部位：阿是穴、华佗夹脊、膀胱经、颈肩部、项背部、竖脊肌、腰骶部。

(4) 操作：①颈椎小关节紊乱：推揉颈部、揉颈项部、弹拨项背部、旋转提颈整复；②胸椎小关节紊乱：揉揉胸背部、揉拨竖脊肌、俯卧位胸椎错动整复、抱颈挺胸；③腰椎小关节紊乱：揉揉腰骶部、按揉错缝节段、斜扳法分段扳腰椎。

四、急性腰扭伤

1.诊断：

(1) 症状：①腰部疼痛：常在扭伤后突然发生，数小时或1~2天后，疼痛逐渐加重。扭伤较重者，疼痛剧烈，深呼吸、咳嗽、喷嚏甚至大小便均使疼痛加重，以腰部一侧多见。②牵涉痛：部位多为臀部（臀上皮神经、梨状肌区）、腹股沟或大腿后部（股后侧皮神经分布区）等处。③腰部活动受限：患者坐、卧、翻身困难，左右转侧、前后俯仰牵掣作痛。

(2) 体征：①压痛点：有明显的局限性压痛点，且与自觉疼

痛部位相一致。压痛点以骶棘肌、横突、髂后上棘等处居多。

②肌痉挛：发生于一侧腰骶部的骶棘肌和臀大肌，偶见两侧痉挛，由疼痛刺激所致。③腰脊柱生理弧度改变：约半数以上患者有腰段脊柱侧弯，生理曲度变直或消失。④特殊检查：直腿抬高试验、骨盆旋转试验可呈阳性。

(3) X线检查可见腰椎侧弯、生理曲度变直或消失。

2. 治疗方案及操作

(1) 治法：活血止痛，舒筋解痉。

(2) 手法：揉法、按法、揉法、弹拨法、擦法、扳法等。

(3) 取穴与部位：肾俞、气海俞、大肠俞、命门、腰阳关、环跳、委中、阿是穴等，腰臀部及督脉、膀胱经、腰臀部、腰骶部。

(4) 操作：①揉揉腰部 ②按揉穴位 ③弹拨痉挛腰肌 ④侧卧位后伸或者斜扳腰椎 ⑤擦腰骶部

五、慢性腰肌劳损

1. 诊断：

(1) 病史：有腰部肌肉急性损伤或慢性损伤史。

(2) 症状：①腰部长酸痛，反复发作，时轻时重，缠绵不愈，劳累后加重，休息后减轻，阴雨天或气候变化时症状加重，喜暖怕冷。②腰部重着板紧，常喜欢用双手捶腰或做叉腰后伸动作，以减轻疼痛；腰部活动功能基本正常，但不能久坐、久站。③急性发作时，腰痛症状加重，疼痛沿臀部向大腿后外侧放散，

以酸痛、胀痛为主，一般痛不过膝。

(3) 体征：①腰部活动无明显障碍，部分患者可有脊柱侧弯及下肢牵涉痛。②腰部压痛广泛，压痛点多在骶髂关节背面和腰椎横突处，轻者压痛不明显，重者一侧或双侧骶棘肌僵硬，感觉迟钝。

(4) 辅助检查：X线检查未见明显异常。

2. 治疗方案及操作

(1) 治法：舒筋活血，温经通络。

(2) 手法：揉法、推法、按法、揉法、弹拨法、擦法、扳法、拍法。

(3) 取穴与部位：阿是穴、肾俞、命门、大肠俞、关元俞、秩边、环跳、委中、腰背部、腰骶部。

(4) 操作：①揉推腰部 ②按揉腰骶部 ③按揉穴位 ④弹拨竖脊肌 ⑤擦腰骶部 ⑥斜扳腰椎 ⑦拍叩腰骶部

特殊检查及具体操作

1. 椎间孔挤压试验：患者正坐位，头后仰位，头向患侧侧屈，检查者在患者身后用双手按住患者头顶并向后施加压力，如该侧上肢发生放射痛、麻者为阳性，说明颈神经根受压。

2. 臂丛神经牵拉试验：患者颈部前屈，医者以一手抵住患侧头部，一手握患肢腕部，做相反方向牵拉，患肢有疼痛或麻木感为阳性，提示脊神经根或干受累。

3. 旋颈试验：患者采取坐位，头略后仰。患者自动向左、右

做旋颈，也就是向左转头、向右转头。如果患者出现眩晕、复视、恶心等症状，表示椎动脉受压。

4.椎间孔分离试验：患者采取坐位，头略后仰。医生站在患者一侧，双手分别托住患者的下颌部和枕部。医生双手逐渐向上牵引头部。

询问患者的感受。如果无特殊反应，则表示患者的神经根没有受压。如果患者表示颈部和上肢疼痛缓解，即为阳性，一般是神经根型颈椎病。

5.超外展试验：患者取坐位。医生站于侧后方，一手触摸患侧桡动脉，嘱患者上肢从侧方外展、上举。如桡动脉搏动减弱或消失即为超外展试验阳性，提示锁骨上动脉被喙突及胸小肌压迫（超外展综合征）。

6.叩顶试验：患者正坐，检查者一手置于患者头顶，另一手握拳，用拳隔手掌叩击患者头部，如引起颈痛并有上肢窜痛和麻木感，属阳性，提示颈神经根受压。

7.霍夫曼征：检查者以右手的食、中两指夹持患者的中指中节，使其腕关节背屈，其他指各处于自然放松半屈状态，然后检查者以拇指迅速弹刮患者中指指甲，若出现其他各指的掌屈运动，即为霍夫曼征阳性，提示椎体束损伤。

8.巴彬斯基征：患者仰卧，髋、膝关节伸直，检查者左手握踝上部固定小腿，右手持钝尖的金属棒自足底外侧从后向前快速轻划至小趾根部，再转向跖趾侧。如出现跖趾背屈，其余足趾呈

扇形展开，称巴彬斯基征阳性，提示椎体束损伤。

9.直腿抬高试验及加强试验：患者双下肢伸直仰卧，检查者一手放于踝部的后方，另一手压于膝前方，在保持膝关节伸直的同时，放于踝后部的手将下肢缓缓抬高，如抬高不足 70° 且出现下肢后侧放射性痛、麻即为阳性。在此基础上放低 10° 做足背屈，引起下肢放射性痛、麻为直腿抬高加强试验阳性，提示腰椎间盘突出。

10.屈颈试验：患者仰卧或端坐，主动或被动屈颈 1-2 分钟，引起腰腿痛或麻者为阳性，提示腰脊神经根受压。

11.仰卧挺腹试验：患者仰卧，将腹部挺起，腰部及骨盆沉开床面，同时咳嗽一声，如引起腿痛或麻木者为阳性，提示腰脊神经根受压。

12.跟臀试验（股神经牵拉试验）：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。若出现大腿前方疼痛，则提示股神经受压。

13.骨盆挤压试验：患者仰卧位，检查者两手分别放于髂骨翼两侧，两手同时向中线挤压，如有骨折则会发生疼痛，称骨盆挤压试验阳性。或嘱患者采取侧卧位，检查者双手放于上侧髂骨部，向下按压，后法多用于检查骶髂关节病变。

14.骨盆分离试验：患者仰卧，两足心相对屈髋屈膝，医者用两手分别按压膝关节，如双膝不能放平，提示骶髂关节病变。或患者仰卧位，检查者两手分别置于两侧髂前上棘部，两手同时向

外推按髂骨翼，使之向两侧分开。如有骨盆骨折或骶髂关节病变，则局部发生疼痛反应，称为骨盆分离试验阳性。

15.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，若骶髂部出现疼痛，则提示骶髂关节病变。

16.4 字试验：患者仰卧，一侧下肢伸直，另侧下肢以“4”字形状放在伸直下肢近膝关节处，并一手按住膝关节，另一手按压对侧髂嵴上，两手同时下压。下压时，骶髂关节出现痛者，并且或者曲侧膝关节不能触及床面为阳性，可能是由骶髂关节病变，股骨头坏死，强直性脊柱炎，及膝关节疾病等疾病引起。

推拿治疗学（筋伤）实训讲义2

总体目标：掌握腰背部筋膜炎、第三腰椎横突综合征、腰椎间盘突出症、骶髂关节损伤和梨状肌综合征这5个疾病的诊断和治疗。

具体实训考核内容包括：以上5个疾病的诊断要点治疗方案。腰部疾病的体格检查特殊试验。

一、腰背部筋膜炎

1.诊断：

(1) 病史：有劳损史，或受寒、受凉史。

(2) 症状：①腰背酸胀、疼痛、麻木、僵硬感，易于疲劳；腰背部弥漫性钝痛，尤以两侧腰背肌及髂嵴上方更为明显。疼痛

多位于腰骶部，可影响到一侧或两侧臀部及大腿后外侧，有酸胀、皮肤发凉、麻木等异常感觉。②多晨起发作，白天活动后腰痛减轻，夜晚加重，疼痛可因天气变化或劳累后加重，卧床休息时疼痛多可缓解。③发作时不能直腰、俯仰、转身，动则疼痛加剧；为减轻腰部疼痛，患者常用两手扶住并固定腰部。

(3) 体征：①下腰部及臀部肌肉呈板状痉挛。②腰部屈伸、旋转等活动功能不同程度受限，变换体位和姿势可缓解疼痛。③压痛部位广泛，腰背部、腰脊柱两侧及髂嵴上方压痛明显，病变部位有条索状痛性结节。④少数患者直腿抬高试验可呈牵掣性阳性。

(4) 辅助检查：X线检查一般无明显异常，可见腰骶椎先天变异、腰椎生理曲度改变或骨质增生等。实验室检查示少数患者血沉加快。

2. 治疗方案及操作

治法：舒筋活血，解痉止痛。

手法：揉法、按法、揉法、推法、拿法、弹拨法、扳法、抱颈挺胸法、擦法等。

取穴：肾俞、夹脊、大肠俞、命门、环跳、阿是、病变节段膀胱经、腰骶部。

操作：①揉揉膀胱经 ②揉拿平推腰部 ③按揉穴位 ④弹拨肌束 ⑤整复错缝 ⑥擦腰背部

二、第三腰椎横突综合征

1. 诊断

(1) 病史：有腰部慢性劳损、姿势不良史，部分患者有腰部急性扭伤史。

(2) 症状：①腰部酸胀疼痛，但不能明确指出疼痛部位。晨起弯腰及旋转时腰痛加剧，稍微活动后疼痛减轻，久坐直起困难，多数为一侧腰痛，部分为两侧腰痛，咳嗽、打喷嚏对腰臀疼痛无明显影响。②腰痛多呈持续性、弥漫性，劳累、天气变化、剧烈运动后疼痛加重，休息时疼痛减轻，疼痛常牵涉臀部、大腿后外侧等部位。③活动受限，常以手撑腰，弓背行走。

(3) 体征：①患侧腰部局限性肌紧张或肌痉挛。有的患者存在明显的股内收肌紧张，可能为腰 1、2、3 脊神经后支受刺激反射性引起。②多数表现为腰部僵滞不灵活，有腰部下坠感。急性发作时腰部活动功能可明显受限，表现为转侧不利、屈伸受限。③一侧或两侧第 3 腰椎横突尖端有明显压痛，可触及囊性样假性滑囊，有波动感随压力方向改变而滑动，按之可引起向同侧臀部、股外侧放散痛，但痛不过膝。臀中肌外缘可触及条索状物，并有压痛。直腿抬高试验可为阳性，但加强试验为阴性。

(4) 辅助检查：X 线检查可见第 3 腰椎横突明显过长，远端边缘部有钙化阴影，或左右横突不对称、畸形等。

2. 治疗方案及操作

(1) 治法：舒筋活血，散结止痛。

(2) 手法：揉法、按法、揉法、弹拨法、摇法、推法、擦法。

(3) 取穴与部位：肾俞、腰阳关、大肠俞、环跳、风市、阿是穴、腰臀部、腰部膀胱经、第 3 腰椎横突部。

(4) 操作：①揉腰臀部②按揉穴位③按揉、弹拨横突部④环转摇腰⑤掌推膀胱经⑥掌擦膀胱经

三、腰椎间盘突出症

1. 诊断：

(1) 病史：多有弯腰劳动或长期坐位工作史；或有腰部扭伤、慢性劳损、感受风寒湿邪病史首次发病常在半弯腰持重或突然扭腰动作过程中发生。

(2) 症状：①腰痛：腰痛程度轻重不一，严重者可影响翻身和坐立，一般休息后腰痛减轻，咳嗽、喷嚏或大使用力时均可使疼痛加剧。腰痛可出现在腿痛之前，亦可在腿痛同时或之后出现。

②下肢放射性疼痛：若 L4-L5、L5-S1 椎间盘突出者，可出现一侧下肢坐骨神经循行区域的放射性疼痛，常在腰痛消失或减轻时出现；疼痛由臀部开始，逐渐放射至大腿后侧、外侧、小腿后侧、外侧，有的可发展到足背外侧、足跟或足底，影响站立和行走；若双侧突出则放射痛可能为双侧性或交替性。若 L2-L3 或 L3-L4 椎间盘突出者，可出现一侧下肢股神经和闭孔神经放射性疼痛。③腰部活动受限：腰部活动在各方向均受限，尤以前屈活动障碍最为明显。④主观麻木感：病程久者，常有主观麻木感。多局限于小腿后外侧、足背、足跟或足底中央型髓核突出可发生马鞍区麻痹。

⑤患肢温度下降：不少患者患肢感觉发凉，有的足背动脉搏动亦

较弱。(6)少数患者出现大小便异常等。

3.体征：①腰椎侧凸及生理曲度改变。②几乎所有患者都有不同程度的腰部活动受限，其中以前屈受限最明显。③病变节段部位附近腰肌痉挛。④病变间隙棘突旁处有明显压痛，用力按压时可引起下肢放射性疼痛。⑤肌力减退和肌萎缩(L5 神经根受压可引起伸跖肌肌力减退;L3 或 L4 神经根受压则引起股四头肌肌力减退、甚至出现肌肉萎缩。)⑥腱反射及皮肤感觉改变。⑦直腿抬高试验及加强试验阳性，屈颈试验阳性、卧挺腹试验阳性。

2.治疗方案及操作

(1) 治法：舒筋活血，理筋整复，解除压迫。

(2) 手法：揉法、按法、揉法、点法、拔伸法、扳法、擦法等。

(3) 取穴与部位：腰阳关、肾俞、大肠俞、环跳、居髎、承扶、殷门、委中，承山，阳陵泉、绝骨、丘墟、阿是穴，椎间盘突出相应节段、腰臀及下肢部。

(4) 操作：①揉揉腰臀及下肢部②叠掌按脊③点按穴位④定点拔伸腰椎⑤侧卧后伸扳腰⑥扳腰卷腰伸筋（腰部左右斜扳法+屈髋屈膝卷腰+强制直腿抬高）⑦整复关节错缝（腰椎定位旋转扳法等）⑧擦腰骶及下肢部

四、髋髂关节损伤

1.诊断：

(1) 病史：大多有外伤史（单侧臀部受伤），部分因产后引起。

(2) 症状: ①下腰部疼痛, 伴有一侧或两侧腰臀部疼痛, 弯腰、转身、仰卧时可使疼痛加剧, 咳嗽或打喷嚏时可引起患侧疼痛加重, 或伴有下肢放射痛。②腰骶部酸软乏力, 常用手支撑患侧, 或经常更换坐姿; 产后女性可引起耻骨联合处疼痛。③腰部活动明显受限, 患者躯干微向患侧侧屈, 患侧下肢不敢着地, 个别患者可有跛行, 有长短腿现象, 常呈撅臀跛行, 患肢搁腿、穿鞋袜困难。④部分患者有盆腔脏器功能紊乱症状。

(3) 体征: ①患侧骶髂关节较健侧隆起; 双侧对比触摸髂后上棘时, 患侧髂后上棘有凸起或凹陷, 触诊髂后上棘下缘, 患侧较健侧偏下者为后错位, 反之为前错位。②骶髂关节的投影区(即髂后上棘以下到髂骨后侧的内方)有压痛, 并有深在性叩击痛有时可触及痛性筋结。③腰部前屈、后伸活动受限, 患侧侧弯明显; 腰臀部的肌肉紧张, 臀上皮神经、臀中肌压痛明显。④患侧下肢伸直叩击足跟时, 骶髂关节可产生明显的传导性疼痛。两侧下肢不等长或有“阴阳足”。⑤骨盆分离和挤压试验阳性, “4”字试验、床边试验阳性, 骶髂关节旋转试验阳性。

(4) 辅助检查: X线检查可见骨盆形态改变, 部分患者有患侧骶髂关节间隙增宽, 耻骨联合分离或上下错移。

2. 治疗方案及操作

(1) 治法: 活血止痛, 理筋整复。

(2) 手法: 揉法、按法、揉法、弹拨法、牵引法、扳法等。

(3) 取穴与部位: 肾俞、大肠俞、八髎、秩边、环跳、腰骶

部、髋关节。

(4) 操作：①揉揉腰部 ②按揉穴位 ③弹拨肌束 ④擦患侧髋关节部+蛙式四步扳法（自体牵引+屈膝屈髋扳+蛙式外展扳+外展后伸扳法，重复 3 遍）

五、梨状肌综合征

1. 诊断：

(1) 病史：有髋部闪扭或蹲位负重起立损伤史，或臀部受凉史。

(2) 症状：①患侧臀部深层疼痛，呈牵拉样、刀割样或烧灼样疼痛，且有紧缩感，多数患者可出现坐骨神经分布区域的放射痛，偶有小腿外侧麻木，会阴部下坠不适。②患肢不能伸直，自觉患肢变短，行走跛行或呈鸭步移行。髋关节外展、外旋活动受限。③腹压增高(如咳嗽、大小便、喷嚏)时可引起疼痛加剧，患者常呈胸膝卧位。

(3) 体征：①梨状肌体表投影区深层有明显压痛，有时沿坐骨神经分布区域出现放射性痛麻等。②在梨状肌体表投影处可触及条索样痉挛或弥漫性肿胀的肌束隆起，日久可出班臀部肌肉松弛、无力，重者可出现萎缩。③髋内旋、内收活动受限。④梨状肌紧张试验阳性;直腿抬高试验 60° 以下疼痛明显，超过 60° 以上疼痛反而减轻或不痛。

(4) 辅助检查：X 线检查排除髋关节骨质病变。

2. 治疗方案及操作

(1) 治法：舒筋活血，通络止痛。

(2) 手法：揉法、按法、揉法、弹拨法、点法、推法、拨揉法、擦法。

(3) 取穴与部位：环跳、承扶、秩边、风市、阳陵泉、委中、承山、梨状肌体表投影区、下肢后外侧。

(4) 操作：①揉揉臀部及下肢后侧 ②弹拨梨状肌 ③点按穴位 ④推按、拨揉梨状肌 ⑤活动髋关节 ⑥擦梨状肌

特殊检查及具体操作

1.直腿抬高试验及加强试验：患者双下肢伸直仰卧，检查者一手放于踝部的后方，另一手压于膝前方，在保持膝关节伸直的同时，放于踝后部的手将下肢缓缓抬高，如抬高不足 70° 且出现下肢后侧放射性痛、麻即为阳性。在此基础上放低 10° 做足背屈，引起下肢放射性痛、麻为直腿抬高加强试验阳性，提示腰椎间盘突出。

2.屈颈试验：患者仰卧或端坐，主动或被动屈颈 1-2 分钟，引起腰腿痛或麻者为阳性，提示腰脊神经根受压。

3.仰卧挺腹试验：患者仰卧，将腹部挺起，腰部及骨盆沉开床面，同时咳嗽一声，如引起腿痛或麻木者为阳性，提示腰脊神经根受压。

4.跟臀试验（股神经牵拉试验）：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。若出现大腿前方疼痛，则提示股神经受压。

5.骨盆挤压试验:患者仰卧位,检查者两手分别放于髂骨翼两侧,两手同时向中线挤压,如有骨折则会发生疼痛,称骨盆挤压试验阳性。或嘱患者采取侧卧位,检查者双手放于上侧髂骨部,向下按压,后法多用于检查骶髂关节病变。

6.骨盆分离试验:患者仰卧,两足心相对屈髋屈膝,医者用两手分别按压膝关节,如双膝不能放平,提示骶髂关节病变。或患者仰卧位,检查者两手分别置于两侧髂前上棘部,两手同时向外推按髂骨翼,使之向两侧分开。如有骨盆骨折或骶髂关节病变,则局部发生疼痛反应,称为骨盆分离试验阳性。

7.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,若骶髂部出现疼痛,则提示骶髂关节病变。

8.4字试验:患者仰卧,一侧下肢伸直,另侧下肢以“4”字形放在伸直下肢近膝关节处,并一手按住膝关节,另一手按压对侧髂嵴上,两手同时下压。下压时,骶髂关节出现痛者,并且或者曲侧膝关节不能触及床面为阳性,可能是由骶髂关节病变,股骨头坏死,强直性脊柱炎,及膝关节疾病等疾病引起。

9.梨状肌紧张试验:受检者取仰卧位,患侧的髋膝关节屈曲,然后髋关节略微的内收内旋,检查者将患者的或者受检者的大腿前侧压向腹壁,在这个过程中出现了臀部和下肢部疼痛的加重,说明是梨状肌紧张实验,提示梨状肌综合征。/检查者握住患者小腿下端,在患者屈膝 90 度时,使髋关节内旋内收,使得梨状肌

紧张，此时若出现沿大腿后侧至小腿后外侧的放射性疼痛，迅速将患肢外展外旋，疼痛若立即缓解，即为梨状肌紧张试验呈阳性反应。/患者仰卧位于检查床上，将患肢伸直，做内收内旋动作，如坐骨神经有放射性疼痛，再迅速将患肢外展外旋，疼痛随即缓解，即为梨状肌紧张试验阳性。(3 种不同的操作方法)

推拿治疗学（筋伤）实训讲义3

总体目标：掌握肩关节周围炎、冈上肌肌腱炎、肱二头肌长头肌腱腱鞘炎、肱骨外上髁炎、髌骨软骨软化症和膝骨关节炎这 6 个疾病的诊断和治疗。

具体实训考核内容包括：以上 6 个疾病的诊断要点治疗方案。肩部、膝部疾病的体格检查特殊试验和。

一、肩关节周围炎

1. 诊断：

(1) 症状

①中年后发病，起病缓慢。多数患者有肩关节劳损史，少数可因感受风寒而急性发作。②初起患肩经常性酸楚疼痛，局部怕冷，有僵滞感，肩关节不灵活，甚者害怕活动。③肩部疼痛，多数为钝痛，日轻夜重，肩部动作过大时则剧烈疼痛。疼痛可累及整个肩部，可向上臂及颈背部放散。④活动受限，呈进行性加重，早期因疼痛所致，中后期因关节粘连所致，可影响穿脱衣服、梳头、洗脸、叉腰等动作。

（2）体征

①压痛：肩关节周围均有广泛性压痛，在肩内陵、肩髃、秉风、肩贞等穴及三角肌前后部均有不同程度的压痛。②功能障碍：患肩做前屈、后伸、外展、内收、内旋及外旋运动均有不同程度的障碍，尤以上举、内旋后弯摸背障碍明显。③肌肉萎缩：病程较久者，患肩肌肉萎缩、僵硬，肩峰突起。肌肉萎缩以三角肌、冈上肌尤为明显。

（3）辅助检查：X线摄片检查可排除骨性病变。病程较久者可有骨质疏松，肌腱、韧带不同程度的钙化。

2.治疗方案及操作

治法：初期以舒筋活血、通络止痛为主；中期以松解粘连、滑利关节为主；后期以促进功能恢复为主。

手法：揉法、按法、揉法、拿法、一指禅推法、弹拨法、摇法、扳法、搓法、抖法、擦法等。

取穴与部位：肩内陵、肩髃、肩贞、秉风、天宗、臂臑、曲池等穴，肩关节周围。

操作：①揉揉肩周②推揉穴位③揉拨肩周④托肘摇肩⑤肩关节杠杆扳法⑥搓抖肩部（双手合抱患肩做抱肩搓揉法、肩关节擦法+用搓法从肩关节至前臂往返操作3~5遍+外展约60°行抖上肢）

二、冈上肌肌腱炎

1.诊断

(1) 病史 有肩部外伤或劳损史

(2) 症状

①急性损伤者有明确的损伤史；慢性劳损者起病缓慢。②急性损伤时肩部疼痛剧烈，肩部活动、用力、受寒时加重。疼痛以肩部外侧、大结节部位为主，可扩散到三角肌。有时疼痛可向上放射到颈部，向下放射到肘部及前臂，甚至手指。③患者害怕做外展活动，常外展到某一角度时突然疼痛而不敢再活动，为本病的主要特点。

(3) 体征

①压痛 常位于冈上肌肌腱的止点，即肱骨大结节之顶部和肩峰下滑囊区、肱骨大结节处，同时可触及该肌腱增粗、变硬等。

②功能障碍 患肩在外展 30° 以内起动力，在外展 $60^{\circ} \sim 120^{\circ}$ 范围内疼痛加剧，活动受限，超过此范围则活动不受限。③肌肉萎缩 病程较久者，患肩三角肌、冈上肌萎缩。④特殊检查 肩外展试验（肩关节疼痛弧试验）阳性。

(4) 辅助检查 X 线检查可排除骨性病变，少数患者可有冈上肌肌腱钙化、骨质疏松。

(4) 辅助检查 X 线检查可排除骨性病变，少数患者可有冈上肌肌腱钙化、骨质疏松。

2. 治疗方案及操作

(1) 治法 舒筋活血，通利关节。

(2) 手法 揉法、拿法、一指禅推法、按法、揉法、弹拨法、擦法、摇法、搓法、抖法等。

(3) 取穴与部位 肩井、肩髃、肩髃、秉风、肩关节周围肌腱、

冈上肌等部位。

(4) 操作

①揉拿肩部②推揉穴位 ③揉拨患处 ④掌揉肩峰部 ⑤掌擦肩外侧 ⑥摇肩及搓抖上肢

三、肱二头肌长头肌腱腱鞘炎

1. 诊断

(1) 症状

①有急慢性外伤史，常因投掷活动，或肩关节外展，或前屈及上举 动作而发病。慢性发病者，病程较长，活动稍多或受轻微外伤后症状加重，呈急性发作。②肩前部疼痛，肱骨结节间沟处酸胀痛，昼轻夜重。疼痛可向上臂 及前臂放射，活动后疼痛加重，患肢为减轻疼痛常保持在体侧垂直位或内旋 位。主动或被动牵拉肱二头肌长头肌腱时均可产生疼痛。③劳累、肩部受寒，或肱二头肌的收缩症状加重，休息或局部热敷后减轻。

(2) 体征

①压痛 肱骨结节间沟、肱二头肌长头肌腱压痛，少数患者可触及条索状物。②功能障碍 肩关节活动早期可无明显障碍，后期肩关节前屈、外 展、外旋及肘关节屈伸活动受限。肱二头肌收缩时，常能触及轻微的摩擦感。③特殊检查 肩关节内旋试验阳性，肱二头肌抗阻力试验阳性。

(3) 辅助检查 X 线摄片检查一般无病理体征，可排除骨性病变。部分患者结节间沟可见变窄、变浅，沟底或沟边有骨赘形

成。

2.治疗方案及操作

(1) 治法：急性损伤者应以活血化瘀、消肿止痛为主；慢性劳损者应以舒筋通络、松解粘连为主。

(2) 手法：揉法、一指禅推法、按法、揉法、弹拨法、拿法、摇法、擦法、搓法、抖法。

(3) 取穴与部位：肩内陵、肩髃、肩髃、肩贞、曲池、阿是穴等，肩前部及上臂前外侧部。

(4) 操作

①揉肩前及肩外部②推揉穴位③弹拨拿揉肌腱④揉、摇肩关节⑤擦肩关节⑥搓抖上肢

四、肱骨外上髁炎

1.诊断：

(1) 症状

①好发于妇女和手工操作者，大部分患者无明显外伤史。②肘关节桡侧疼痛，可沿前臂桡侧或拇指放散性疼痛，疼痛的诱发与肘、腕关节功能位密切相关，腕关节背伸及前臂旋后位动作（如拧毛巾、扫地、搅拌、投掷等）易诱发。③旋转前臂，背伸腕关节，握物无力。

(2) 体征

①肱骨外上髁压痛，为桡侧腕短伸肌起点损伤；肱骨外上髁上方压痛，为桡侧腕长伸肌损伤；肱桡关节处压痛，为肱桡关节

滑囊损伤；桡骨小头附近压痛，可能为环状韧带或合并桡侧副韧带损伤。伴有前臂桡侧伸腕肌群痉挛、广泛压痛。② 肱骨外上髁局部肿胀，可触及活动的假性滑囊。③前臂伸肌抗阻力试验阳性，网球肘试验阳性。

(3) X线检查一般无异常，部分患者可见肱骨外上髁部粗糙或钙化影。

2.治疗方案及操作

(1) 治法：舒筋通络，活血止痛。

(2) 手法：揉法、按法、揉法、拿法、一指禅推法、弹拨法、拔伸法、推法、擦法、搓法、抖法等。

(3) 取穴与部位：曲池、手三里、外关、阿是穴、前臂、肱骨外上髁处、上臂肌群。

(4) 操作：①揉揉肘及前臂②弹拨肱骨外上髁处③按揉推拨穴位、提拿前臂④牵伸、顿拉肘关节⑤推擦前臂⑥揉搓牵抖肘部

五、髌骨软化症

1.病史 有膝部外伤史，或者经常性户外运动史。

2.症状

(1) 早期的髌骨软化症只有在运动、劳动之后出现膝疼、膝软，上下楼时更为显著，休息后，症状可消失。

(2)随着病程延长，稍有运动、活动即可出现疼痛及膝无力。尤其是膝关节在半蹲位时，自觉“腿不受用”，诉说“跳则跳不起来”，反应迟钝失调，最后走路时做任何动作皆有疼痛及、无力。

(3) 个别病例疼痛发作和天气变化有关,很类似类风湿关节炎的症状,应注意鉴别。有人自诉在行走时膝有“卡住”的现象,轻微的活动即在髌骨下部出现清脆“响音”。这是因髌骨软骨面不平引起的“假绞锁”现象,易被误认为半月板损伤。膝关节过伸位及半蹲位时疼痛是本病的主要表现,病人在全蹲及完全伸直时则无痛感。

3.体征

(1)压痛 髌骨周围压痛,内侧痛者多,外侧下缘痛者次之,外侧痛更次之,髌骨下缘痛最少见。

(2)活动受限 患者可出现关节积液,严重者膝关节屈伸活动受限,股四头肌萎缩。

(3)关节面磨擦音 错动髌骨时,其下出现错动响音。

(4)特殊检查 髌骨研磨试验、伸膝抗阻试验、单足半蹲试验及挺髌试验阳性。

4.辅助检查: X线检查,早期一般可无异常,晚期可发现髌骨与股骨髁部间隙变窄,髌骨和股骨髁部边缘可有骨质增生。

六、膝骨关节炎

1.病史 有创伤史或慢性劳损史,

2.症状

(1)疼痛 发病缓慢,多见于中老年肥胖女性。膝关节疼痛,逐渐出现髌骨疼痛或小腿骨端关节面边缘痛。潮湿环境、寒冷天气或行走劳累后痛甚;起立下蹲、上下楼梯(或上下坡)时疼痛加剧。

(2)异响 关节活动时可有弹响、摩擦音。

(3)活动受限 膝关节活动受限,甚则跛行,严重时可出现关节绞锁现象或关节积液。若有软骨脱落在关节腔内,造成关节内的游离软骨片,可致关节滑膜嵌顿(卡住),引起疼痛,运动功能障碍。

3.体征

(1)压痛 疼痛多位于髌股之间或髌骨周围、膝关节内侧。

(2)肿胀 初期膝关节肿胀,后期由于肌肉萎缩形成膝关节假性肥大。

(3)畸形 严重者出现膝内翻,形成典型的“O”形腿。

(4)活动受限 关节僵硬不适,屈伸运动受限,关节活动时可触及摩擦感。

4.辅助检查 X线检查可见髌骨、股骨髁、胫骨平台关节缘呈唇样骨质增生,胫骨髁间隆突变尖,关节间隙变窄,软骨下骨质致密硬化,有时可见关节内游离体。

特殊检查及具体操作

一、肩部常见压痛点检查

肩峰外下方压痛,常见于肩峰下滑囊炎;肩峰顶部压痛,常见于冈上肌肌腱炎或肩袖损伤;肩前喙突处压痛,常见于肱二头肌短头肌腱损伤;肱骨结节间沟处压痛,常见于肱二头肌长头肌腱炎或腱鞘炎;三角肌止点压痛,常见于三角肌下滑囊炎;肩关节周围广泛性压痛,常见于肩关节周围炎。

二、肩部常用特殊检查

(1) 肱二头肌抗阻力试验:患者屈肘 90° , 检查者一手扶住患者肘部, 一手扶住腕部, 嘱患者用力屈肘, 前臂旋后, 检查者拉前臂抗屈肘时, 如在肱骨结节间沟处出现疼痛为试验阳性, 常见于肱二头肌长头肌腱炎或腱鞘炎。

(2) 搭肩试验:嘱患者端坐位或站立位, 肘关节取屈曲位, 将手搭于对侧肩部, 如果手能够搭于对侧肩部, 且肘部能贴近胸壁即为正常。如果手能够搭于对侧肩部, 但肘部不能贴近胸壁;或者肘部能贴近胸壁, 但手不能搭于对侧肩部, 均为试验阳性, 提示可能有肩关节脱位。

(3) 上臂外展试验:患者取立位或坐位, 嘱其外展或被动外展其上肢。①若肩关节只能轻度外展, 并引起剧痛者, 可能为肩关节脱位或骨折。②从外展到上举过程中均疼痛, 为肩关节周围炎。③外展开始时不痛, 越接近水平位时越痛, 可能为肩关节粘连。④在外展过程中疼痛, 上举时反而不痛, 可能为三角肌下滑囊炎。⑤外展上举在 $60^{\circ} \sim 120^{\circ}$ 范围内疼痛, 超过 120° 反而不痛, 可能为冈上肌腱炎。⑥外展动作小心翼翼, 并有突然疼痛, 可能为锁骨骨折。

三、肘部常用特殊检查

①网球肘试验(Mills 征):患者坐位, 检查者一手握住肘部, 嘱患者肘关节伸直位握拳, 然后另一手使患者前臂旋前, 腕关节屈曲, 若患者肱骨外上髁部疼痛, 则为阳性, 常见于肱骨外上髁炎。

②前臂伸肌紧张试验(前臂伸肌抗阻力试验):屈肘 90° , 前臂旋前, 手半握拳, 掌心向下屈腕, 检查者一手握前臂下段, 一手按手背, 使患者抗阻力背伸腕关节, 如引起肱骨外上髁处疼痛为阳性, 常见于肱骨外上髁炎。

③前臂屈肌紧张试验(前臂屈肌抗阻力试验):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, 肘内侧疼痛为阳性, 常见于肱骨内上髁炎。

四、膝部疾病特殊检查

1.浮髌试验:患者仰卧位, 患肢伸直放松, 医者一手虎口压在髌上囊部, 向下挤压使囊内液体局限于关节腔;另一手拇、中指固定髌骨内外缘, 示指按压髌骨, 这时可感到髌骨有漂浮感, 重压时下沉, 松指时浮起, 称浮髌试验阳性, 常见于关节腔内有积液。

2.侧副韧带损伤试验:患者仰卧位, 患腿伸直, 检查者一手扶膝侧面, 另一手握住踝部, 然后使小腿做被动的内收或外展动作。如检查内侧副韧带, 则一手置膝外侧推膝部向内, 另一手拉小腿外展, 若产生松动感和内侧疼痛为阳性。若检查外侧副韧带, 则一手置膝内侧推膝部外, 另一手拉小腿内收, 若发生膝外侧疼痛和产生松动感亦为阳性, 常见于膝关节侧副韧带断裂或损伤。

3.麦氏征试验(回旋挤压试验):此法为检查半月板损伤及定位的方法。患者仰卧位, 使患侧髋关节和膝关节充分屈曲。尽量使足跟碰触臀部。检查内侧半月板时, 检查者一手握膝部, 以定大腿及注意膝关节内的感觉, 另一手握足部使小腿在充分内收、外

旋位伸直膝关节，在伸直过程中，股骨髁经过半月板损伤部位时，因产生摩擦可感触到或听到弹响声，同时患者感觉膝关节内侧有弹响和疼痛。检查外侧半月板时，使小腿充分外展、内旋位伸直膝关节时出现膝关节外侧弹响和疼痛。

4.研磨试验:患者俯卧，使患膝屈曲 90° ，检查者一手按住大腿下端，另一手握住患肢踝门提起小腿，使膝离开床面，做外展、外旋或内收、内旋活动，若出现膝外侧或内侧疼痛，则为磨试验阳性，说明有内侧或外侧副韧带损伤。若检查者双手握足踝部，使膝关节在不同角度被研磨加压，同时做外展外旋或内收内旋活动，如出现膝关节疼痛和弹响为阳性，说明有内侧或外侧半月板损伤。本试验多用于鉴别膝关节半月板损伤和侧副韧带损伤。

5.抽屉试验:患者取坐位或仰卧位，双膝屈曲 90° ，嘱患者用双手按住大腿下段，检查者双手握住小腿上段，用大腿夹住患肢的足部防止移动，同时做小腿前后推拉动作。若能明显向前移动约 1cm，即前抽屉试验阳性，常见于膝关节前交叉韧带断裂；若能明显向后移动约 1cm，即后抽屉试验阳性，常见于后交叉韧带断裂。

附：手法治疗——膝骨关节炎整套流程操作

1.治法 舒筋活血，滑利关节。

2.手法 揉法、揉法、拿法、点法、按法、推法、扳法、摇法、擦法。

3.取穴与部位 膝眼、梁丘、血海、阴陵泉、阳陵泉、足三里、

太溪、伏兔、委中、委阳、承山、阿是穴、膝部周围、腘窝部。

4.操作

(1)揉揉膝周 患者仰卧，膝下垫枕，医者用揉法、揉法在股四头肌、膝关节周围施术，手法由轻渐重，以酸胀为度，时间约 3 分钟，以舒筋通络。

(2)拿揉膝周 患者仰卧，医者用拿法、揉法在股四头肌、髌骨周围施术，手法由轻渐重，以酸胀为度，时间约 2 分钟，以舒筋通络，解痉止痛。

(3)点按穴位 医者以拇指点按内膝眼、外膝眼、梁丘、伏兔、血海、阴陵泉、阳陵泉、足三里、太溪穴，以患者能耐受为度，时间约 3 分钟，以通络止痛。

(4)推揉髌骨 医者用拇指分别向上、下、左、右方向推挤髌骨 3~5 次，并按揉髌骨边缘，在压痛明显处进行重点施术，力量由轻渐重，然后用一手掌根部按揉髌骨下缘，时间约 3 分钟，以舒筋活血，通络止痛。

(5)膝关节杠杆扳法 患者屈膝 90°，医者以一手置于患侧腘窝部，另一手握住小腿下端，充分屈膝屈髋 5~8 次，操作时动作宜缓慢，以患者能耐受为度，以增宽膝关节间隙。

(6)摇擦膝关节 患者仰卧屈膝屈髋，医者先环转摇膝，然后做膝关节屈伸、内旋、外旋等被动活动，最后擦膝关节周围，以透热为度，以舒筋解痉，温经通络。

(7)揉揉、拿点腘窝部 患者俯卧，医者用揉法、揉法、拿法在

腘窝部施术，配合点按阿是穴、委中、委阳及承山等穴，时间约3分钟，以舒筋通络，活血止痛。