

图 1 肩部实际取穴图

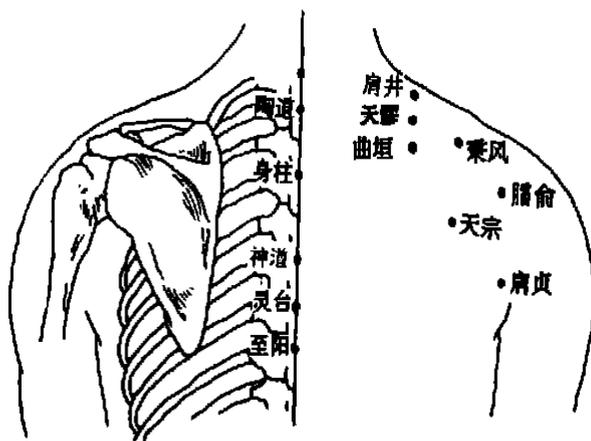


图 2 肩部国标取穴图

笔者建议:曲垣穴应以“在肩胛部,冈上窝内侧端”为定位取穴的依据,而“当臑俞与第 2 胸椎棘突连线的中点处”一语可删除。

### 2 肩井、天 穴文图不符

《国标》中肩井、天、曲垣三穴的连线与督脉约呈 15°角。如图 2(此图参照《国标》图 1 所绘)。

天 穴在《国标》中的定位:“在肩胛部,肩井与曲垣穴的中间,当肩胛骨上角处”。其与肩井、曲垣密不可分。必须准确点取肩井、曲垣,方可取好天 。

曲垣定位前已谈及,在“肩胛部,冈上窝内侧端”。(如图 1 所示 1 点)。

肩井在《国标》中的定位:“在肩上,前直乳中,当大椎与肩峰连线的中点上”。肩井穴,从人体实际测量“在肩上,前直乳中”;此点即指肩上斜方肌的凹陷处,此处恰与“大椎与肩峰连线的中点”重叠为一个点。也就是说肩井的解剖学定位与取穴法所得的位置是一致的。其所量取位置如图 1 所示 4 点。

依《国标》曲垣与肩井的连线(1 点与 4 点连线)的中点为天,如图 1 所示 5 点。经反复实际测定,肩井、天、曲垣三者连线与督脉所构成的夹角约为 50°;而在《国标》图 9、图 47 等图中,其三穴连线与督脉所构成的夹角约为 15°(如图 2)。与实际临床取穴有明显差距,关键在于肩井的位置文图不符;同时亦致天 穴的位置文图不符。

笔者建议:此部分图应重绘,将肩井穴的位置往外移,天 穴的位置也相应外移。

### 3 肩贞穴的位置文图不符

《国标》所示肩贞与天宗所在位置(见图 2 所示)。

天宗在《国标》中的定位:“在肩胛部,当冈下窝中央凹陷处,与第 4 胸椎相平”。依此定位取穴,所得天宗为图 1 所示 6 点。

肩贞在《国标》中的定位:“在肩关节后下方,腋后纹头上

1 寸(指寸)。”依此定位取穴如图 1 所示 7 点。经反复实际测定,天宗与肩贞近乎在同一水平线上。

在《国标》图 9、图 35 等图中,天宗与肩贞相距甚远(如图 2 所示),与实际人体测量有明显的差距。关键在于腋后纹头描绘偏下,而颈肩贞穴点取不准确,故在《国标》中肩贞穴文与图是不相符合的。

笔者建议:此部分图应重绘,将腋后纹头上移,肩贞穴相应上移,与天宗穴近乎在同一水平线上。

(收稿日期:2000-11-13)

## 外伤性纤维性关节强直症 临床治疗分析

孙 庆

(天津中医学院第一附属医院 300193)

中图分类号:R711.34 文献标识码:B  
文章编号:1005-7145(2001)01-0052-02-0020-02

外伤性纤维关节强直症是临床常见病,多发病,尤以肘膝关节为多见,其发展结果导致患肢功能障碍,甚至使患者终生致残,在生活上不能自理,在工作中丧失正常的劳动能力,在医学界被视为疑难病症,并有放弃治疗的倾向。我们在多年的临床实践中,运用推拿手法及手法矫正术,中药外敷,变位固定治疗本症收到满意疗效,使患者恢复正常的生活与工作,从而使解决这一疑难病症有了较理想的方法。

### 1 一般资料

本组病例共 30 例,均是我院近两年门诊或住院患者。分

析如下:

	例数	痊愈(%)	好转(%)	无效(%)
膝	15	7	7	1
肘	11	11	0	0
指	4	4	0	0
共计	30	22(73.3)	7(23.3)	1(3.6)

在运用推拿手法治疗中,配合手法矫正术、中药外敷、变位固定的 6 人次。

## 2 诊断要点及分型

### 2.1 诊断要点

- 1) 关节活动受限,活动范围减小。
- 2) 关节局部及附近疼痛。
- 3) 关节局部自觉发紧。
- 4) 肌肉萎缩或挛缩。
- 5) 关节局部肿大变形(因软组织病变)。
- 6) 肤色异常改变。
- 7) 关节有异常的响声。
- 8) X 光片示:无明显骨化现象,关节间隙基本正常。

### 2.2 分型

根据发病时间长短可分为轻度、中度、重度三种。

轻度:属一般损伤,时间 3 个月左右,关节功能障碍差距较小。

中度:伤情较重,时间 6 个月左右,关节疼痛,活动范围差距较大,患肢已出现萎缩现象。

重度:时间 1 年左右,关节活动差距较大,患肢肌肉明显萎缩,肤色异常。

根据以上体征,凡具有外伤史,在临床上可诊断为外伤性纤维性关节强直,并根据病情将其分型而采用推拿手法治疗、手法矫正术、中药外敷、变位固定的疗法。后期遵医嘱配合适度的功能锻炼。

## 3 治疗方法

### 3.1 手法理筋:运用推拿手法以舒筋活络,松解粘连。

1) 运用摸法找到粘连点,其粘连点表现为类圆型、棱型、索条型,具备按压时疼痛性质超过正常的软组织,柔软性比正常的软组织要硬,并有一定的活动度。

2) 在找到粘连点后,运用按压手法和弹拨法,使粘连点由硬变软,由大变小,由小变无,使其恢复与正常软组织一样。

3) 在粘连点松解的同时,肘关节施以运肘法,摇肘法等四步手法;膝关节施以推髌法,弹压膝法等十三步手法。从而使肢体两组屈伸肌群达到力平衡,恢复和改善关节功能。在治疗中外用舒筋开关散薰洗。

### 3.2 手法矫正、中药外敷、变位固定

即在手法理筋后功能改善不大,但软组织挛缩已明显改善情况下,在硬膜外麻醉和神经阻滞麻醉下,施以闭合式手

法矫正术。当患肢关节活动度明显改善或完全改善后,外敷中药舒筋开关散,予以屈曲非功能位固定,而后实施变位固定。后期嘱患者在医者指导下,做适当的功能锻炼。如屈伸、蹲起等。

## 4 治疗效果

4.1 痊愈:患肢恢复正常功能或在生活上能够达到完全自理,能从事正常的劳动,其余体征消失或明显改善,其主要临床愈合指征在于改善角度,如下标准:肘关节:伸 0~30°;屈:110~145°;屈伸活动范围近 100~145°;膝关节:伸 0~15°(即站直),屈:110~145°;屈伸活动范围 100~145°。

4.2 好转:患肢活动范围改善,其余体征消失或改善,在生理上增加一些自理能力,能从事一般劳动。

4.3 无效:患肢关节功能无明显改善或未改善。

## 5 讨论与体会:

外伤性纤维性关节强直症是由于外伤使软组织损伤比较严重,在治疗中又过份强调制动固定时间过长,或者固定拆除后患者练功不当,或练功无效,而导致关节功能障碍。一般在 3 个月以上时间,自我练功已意义不大,6 个月以上形成定局,一旦关节功能上出现障碍,现在医学界尚无理想疗法。现代医学对于本症晚期患者虽采用手术,如关节松解术,但预合并不理想,随着时间推移,关节功能又会出现新的障碍。再如关节表面置换术,或全关节置换术,临床多用于类风湿、骨瘤等或骨性强直患者,用于纤维性强直尚为鲜见。所以现代医学治疗本症,仅靠患者的个人功能锻炼,或烤电等理疗,一旦无效则无可奈何。虽有些医生也采用手法治疗,由于手法运用不当,不但无效,且会使患者症状加重,甚至引起骨化性肌炎。某些医学人士认为中医推拿治疗本症,会使病情恶化,并认为是引起关节强直的原因之一,或认为可以造成外伤性、骨化性肌炎。对于持这样的观点,我有不同的看法。大量的临床实践证明,在运用推拿疗法,本症尚无一例出现外伤性骨化性肌炎。祖国医学对于外伤性纤维性关节强直的病因、病机以及推拿疗法早有论述。在隋代巢元方《诸病源候论》曰:“矢伤折已愈,肌肉充满,爪得屈伸者,此由伤及经筋,荣卫不能循行也,其伤虽愈,筋急相引,不得屈伸也。”由此可见,早在一千多年前,祖国医学不但论述过本症病因是由于外伤所致,且谈到荣卫不得循行的内因,并且对于临床表现以“不得屈伸”而概括,用“筋急相引”阐明了本症的病机。早在两千多年前《内经·素问》曰:“按摩可使筋结舒畅,血脉流通盖按其经络则郁闷之气可通,摩其壅聚则瘀结之肿可散也”。从而为推拿治疗本症提供了理论依据,使用推拿手法治疗外伤性纤维性关节强直症的机理是通过手法舒筋活络,以达到气血通畅,荣卫循行如常,松解粘连,逐渐改善筋急相引,以使关节功能恢复,并使患者肢疼痛、发紫、肌肉萎缩现象逐步改善消失,故运用祖国医学推拿治疗本症,能获得较理想的疗效。

(收稿日期:2000-11-13)