

新时代高等职业学校体育专业教材

# 中医传统疗法

国家体育总局科教司 组编  
张浩 主编



中国教育出版传媒集团  
高等教育出版社

### 内容提要

本书为国家体育总局科教司组织编写的新时代全国高职高专体育类专业教材。“中医传统疗法”是高等职业教育体育保健与康复专业的核心课程。本书紧密围绕《高等职业学校体育保健与康复专业教学标准》《职业教育简介（2022年修订）》、深入践行理论与技能一体化理念、围绕技术技能进行编写，主要包括：绪论、推拿疗法、针刺疗法、艾灸疗法、拔罐疗法、刮痧疗法、其他中医传统疗法、中医传统疗法的创新技术、中医传统疗法在体育运动中的应用、躯干常见运动损伤的中医传统疗法应用、上肢常见运动损伤的中医传统疗法应用和下肢常见运动损伤的中医传统疗法应用。

本书可作为高职院校体育保健与康复专业的教材，也可作为运动康复指导、运动防护师、健康管理师、保健调理师等从业者和中医传统疗法爱好者的学习参考用书。

### 图书在版编目（CIP）数据

中医传统疗法 / 国家体育总局科教司组编；张浩主编．—北京：高等教育出版社，2024.9.—ISBN 978-7-04-062309-3

I. R242

中国国家版本馆CIP数据核字第2024QY5336号

Zhongyi Chuantong Liaofa

策划编辑 易星辛  
责任绘图 杨伟露

责任编辑 王曼  
责任校对 张然

封面设计 裴一丹  
责任印制 赵义民

版式设计 明艳

出版发行 高等教育出版社  
社址 北京市西城区德外大街4号  
邮政编码 100120  
印刷 北京市白帆印务有限公司  
开本 787mm×960mm 1/16  
印张 17  
字数 270千字  
购书热线 010-58581118  
咨询电话 400-810-0598

网 址 <http://www.hep.edu.cn>  
<http://www.hep.com.cn>  
网上订购 <http://www.hepmall.com.cn>  
<http://www.hepmall.com>  
<http://www.hepmall.cn>  
版 次 2024年9月第1版  
印 次 2024年9月第1次印刷  
定 价 35.20元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题，请到所购图书销售部门联系调换  
版权所有 侵权必究  
物料号 62309-00



## 编 委 会



主 编：张 浩（湖南体育职业学院）

副主编：杨 莹（湖南体育职业学院）

陈 媛（湖南体育职业学院）

编 委（按姓氏拼音排序）：

陈 聪（湖南中医药大学）

禹安林（长沙民政职业技术学院）

何 可（湖南中医药大学第二附属医院）

黄强民（上海体育大学）

黄宇辉（湖南中医药高等专科学校）

刘 行（湖南体育职业学院）

刘 琳（南京体育学院）

刘 杨（北京体育职业学院）

罗清平（长沙民政职业技术学院）

唐文江（广西体育高等专科学校）

陶胜国（吉林体育学院）

魏华祝（湖南体育职业学院）

吴海金（湖南中医药大学）

肖竹秋（湖南中健云健康信息科技有限公司）

谢政洁（深圳谢庆良脊柱专科）

许 韬（中山大学中山医学院）



# 前言



源浚者流长，根深者叶茂，有文化自信的民族，才能立得住、站得稳、行得远。习近平总书记多次指出，“我们说要坚定中国特色社会主义道路自信、理论自信、制度自信、文化自信，说到底是要坚定文化自信。文化自信是更基本、更深沉、更持久的力量。”中医传统疗法历史悠久，内容丰富，适用范围广泛，经过历代医家的不懈努力和探索，其理论体系及技术操作日臻完善，是承载着中华文明深厚底蕴的瑰宝，映照出建立在 5 000 多年文明传承基础上的文化自信，汇聚起自信自强、勇毅前行的磅礴力量。

《“十四五”规划和 2035 远景目标纲要》提出，“推动健康关口前移，建立体育和卫生健康等部门协同、全社会共同参与的运动促进健康新模式”。新时代背景下，推动中医传统疗法与体育运动的融合进入了重要发展时刻。中医传统疗法与体育运动的结缘由来已久，在体育运动中有着极为重要的保障作用。无论在运动前、运动中，还是运动后，可以通过不同的中医传统疗法帮助运动员调理身体，提高身体状态，从而发挥出更好的运动表现。中医传统疗法在运动医学中具有重要的诊疗优势，特别是在现代运动损伤、疾病的治疗过程中，可以激发经气、疏通经络，快速缓解疼痛，对修复软组织、骨骼的损伤具有积极的作用。在奥林匹克运动会“零容忍”兴奋剂和运动员治疗、康复受诸多限制的前提下，推拿、针灸、拔罐等中医传统疗法提供了十分安全、实用、有效的恢复体能和治疗、康复手段。据世界卫生组织最新公布的信息显示，针灸已传播到全球 196 个国家与地区，推拿和拔罐早已是“世界疗法”，在治疗运动损伤方面深受欢迎。

党的二十大报告提出“统筹职业教育、高等教育、继续教育协同创新”，职业教育在国家人才培养体系中发挥着基础性作用，是培养多样化人才、传承技能、促进就业创业的重要途径。在高职教育领域，中医传统疗



法的教材主要为常见技术的单本教材，如《推拿手法》《刺法灸法学》等，目前还没有集合多种中医传统疗法的专门教材。在高职体育院校及高职院校体育类专业，中医传统疗法是《高等职业学校体育保健与康复专业国家教学标准》所规定的专业核心课程。为推进职普融通、产教融合、科教融汇，推进教育数字化，我们以理论与实践一体化为编写原则，系统梳理了在体育运动中常用的中医传统疗法并配套建设了技能操作视频，以满足现代职业教育体系的需求。

为贯彻落实立德树人根本任务，发挥好每门课程的育人作用，本书在各章均提出了知识、能力、素养三维学习目标，以使学习者更好地把握学习方向和要点。本书分为操作技能与实践应用上下两篇，上篇操作技能主要介绍中医传统技术操作，下篇实践应用主要介绍中医传统疗法在体育运动中的运用。疗法内容不仅包括推拿、针刺、艾灸、拔罐、刮痧等常用技术，还包括敷贴、熏蒸、砭石、芳香疗法等在体育运动中的常用技术，此外还将整脊疗法、肌筋膜触发点疗法等创新技术纳入其中。

本书编写团队由来自高等职业院校、普通本科院校、高校附属医院及行业企业的人员构成，他们均长期从事体育保健、运动康复临床和教学工作。在本教材编写过程中，得到了各位编委及所在单位的大力支持，在此致以诚挚的谢意。同时，还得到了国家体育总局科教司、全国体育职业教育教学指导委员会和高等教育出版社的指导与支持，在此一并表示感谢。

由于编者水平有限，本教材难免有疏漏和不尽完善之处，祈盼广大读者不吝赐教，以便再版时进一步完善。

编 者

2024年4月



# 目 录



绪论 // 1

## 上篇 操作技能

第一章 推拿疗法 // 13

第一节 推拿疗法的基本知识 // 15

第二节 推拿的技术操作 // 22

第三节 保健推拿 // 55

第二章 针刺疗法 // 63

第一节 针刺疗法的基本知识 // 65

第二节 针刺的技术操作 // 68

第三章 艾灸疗法 // 83

第一节 艾灸疗法的基本知识 // 85

第二节 艾灸的技术操作 // 91

## 第四章 拔罐疗法 // 105

第一节 拔罐疗法的基本知识 // 107

第二节 拔罐的技术操作 // 114

## 第五章 刮痧疗法 // 125

第一节 刮痧疗法的基本知识 // 127

第二节 刮痧的技术操作 // 131

## 第六章 其他中医传统疗法 // 139

第一节 贴敷疗法 // 141

第二节 中药熏蒸疗法 // 146

第三节 砭石疗法 // 151

第四节 芳香疗法 // 159

## 第七章 中医传统疗法的创新技术 // 169

第一节 整脊疗法 // 171

第二节 肌筋膜触发点疗法 // 182

# 下篇 实践应用

## 第八章 中医传统疗法在体育运动中的应用 // 193

第一节 运动性疲劳 // 195

第二节 运动性腹痛 // 202

第三节 肌肉痉挛 // 204

第四节 过度训练 // 205

## 第九章 躯干常见运动损伤的中医传统疗法应用 // 209

- 第一节 颈部扭挫伤 // 211
- 第二节 急性腰扭伤 // 213
- 第三节 慢性腰肌劳损 // 216
- 第四节 腰椎间盘突出症 // 219

## 第十章 上肢常见运动损伤的中医传统疗法应用 // 225

- 第一节 肩袖损伤 // 227
- 第二节 肱骨外上髁炎 // 230
- 第三节 腕管综合征 // 233
- 第四节 腱鞘炎 // 235

## 第十一章 下肢常见运动损伤的中医传统疗法应用 // 241

- 第一节 梨状肌综合征 // 243
- 第二节 股四头肌拉伤 // 245
- 第三节 膝骨性关节炎 // 247
- 第四节 踝关节扭伤 // 251

## 参考文献 // 257

# 绪 论

## ● 本章导读

中医传统疗法是中医学的重要组成部分，经过历代医家的不懈努力和探索，其理论体系及技术操作日臻完善。它包括推拿、针刺、艾灸、拔罐、刮痧等多项技术手段，广泛应用于临床各科，在运动损伤康复领域也发挥着至关重要的作用。它不仅在我国人民的日常生活中应用和流传，而且在全世界很多地方也被积极采用。本章主要介绍中医传统疗法的基本概念、常用疗法、发展历史等内容，旨在帮助学习者了解中医传统疗法的基本情况。

## ● 学习目标

### 1. 知识目标

- (1) 了解中医传统疗法的发展历史。
- (2) 熟悉常用中医传统疗法的种类。
- (3) 掌握中医传统疗法的概念与特点。

### 2. 能力目标

通过运用所学理论知识能宣讲中医传统疗法的概念与特点。

### 3. 素养目标

- (1) 激发民族自豪感，树立中医文化自信。
- (2) 具备大医精诚的职业素养，养成守正创新的工匠精神。

## 一、中医传统疗法的基本知识

### （一）中医传统疗法的概念与特点

中医传统疗法是指中医在预防和治疗疾病过程中所使用的传统治疗方法，包括推拿、针刺、艾灸、拔罐、刮痧等多项中医技术，现又称为“中医药适宜技术”，是中医学的重要组成部分。

中医传统疗法具有“简、便、效、廉”的特点。所谓“简”，是指简单易学，学习者易于掌握，技术易于推广；“便”，是指方式便捷，技法操作不需要大型仪器设备，往往一双手、一炷灸、一根针就可以实施治疗；“效”，是指效果显著，中医传统疗法经过几千年的发展，实践证明在治疗中效果突出，而每一种中医传统疗法都有其独特的优势和治疗效果，在治疗时合理选用，可以达到明显的疗效；“廉”，是指价格低廉，便于患者接受。中医传统疗法历史悠久、内容丰富，适用范围广泛，经过历代医家的不懈努力和探索，理论体系及技术操作日臻完善。

### （二）常用的中医传统疗法

本书介绍的中医传统疗法包括运动伤病中常用的推拿、针刺、艾灸、拔罐、刮痧等治疗技术，以及贴敷、熏蒸、砭石、芳香疗法等其他治疗技术。在中医发展历史的长河中，中医传统疗法在历代医家的不懈努力下，取得了巨大的成就，除本书中介绍的疗法外，还有很多中医传统疗法也发挥了重要的作用，如药膳疗法、刺血疗法等，但因为编写内容有限，未收录本书中。

随着中西方医学的不断交流和碰撞，还发展出了很多中西医结合的疗法，如整脊疗法，以西方人体解剖理论为基础，采用了多项技术的融合，以推拿手法为主，无痛、安全、轻巧、准确地调理脊柱，纠正小关节紊乱；筋膜触发点疗法，同样以西方人体解剖学为基础，从患者的症状出发，在相应的肌肉筋膜上找到结节点，运用推拿手法或针刺方法将结节点打开，减轻和消除患者的症状。这两种治疗方法在运动康复领域取得了较好的临床效果，在本书中也将作为介绍的内容。

#### 1. 推拿疗法

推拿疗法是中医传统疗法中流传最广泛的疗法之一。国内和国际都成

立了手法研究机构,随着国内、外手法交流的日益增加,整脊、指压、反射区按摩法等国外推拿法也被引入我国,如整脊疗法、肌筋膜触发点疗法等,在目前运动康复领域使用也非常广泛。对推拿手法的科学研究,在生物力学、生物化学、生物效应等方面也取得了一定的研究成果。近年来临床研究表明,推拿后神经系统、组织、器官均可释放出具有生物活性的化学物质,加速致炎致痛物质、酸性代谢产物的清除,从而对运动损伤具有明显的镇痛效应;推拿还可以改善局部血液循环,促进损伤部位的肉芽组织成熟,松解损伤组织间的粘连,减轻肌纤维间组织增生,促进损伤的肌肉形态结构恢复;还可增加肌肉的伸展性,促使被牵拉的肌肉放松、黏滞性减小,引起周围血管扩张,血流量增大,增强对肌肉组织氧的供应,从而减少运动损伤的发生。“推拿手法测定仪”的研制对规范手法操作也发挥了相应的作用。

## 2. 针灸疗法

针灸疗法是中医传统疗法中最具特色的重要组成部分,现代针灸的发展表现为现代化和国际化。现代化体现为针灸在传承的基础上与现代科学技术相结合,不断创新发展,理论研究不断深入,治疗范围不断扩大。例如,现代针具和灸具不断改革创新;传统疗法与现代科技相结合,产生了电针疗法、磁极针疗法、针刀疗法;创立了包括耳针、面针、头皮针、手针、足针等多种多样的微针疗法;针灸的临床应用不断扩大,涵盖经络诊断、针刺麻醉、针灸保健及针灸治疗,有效病症遍及临床各科。国际化体现为针灸走出国门,被越来越多的国家和人们所了解接受。世界卫生组织(WHO)创建世界针灸学会联合会,公布43种针灸适应证,目前,在全世界已经有140多个国家和地区开展针灸医疗。2010年11月16日,中医针灸列入“人类非物质文化遗产代表作名录”。目前,针灸的作用原理还不是十分明确,但大量研究表明,针灸对全身各系统、器官功能具有调整作用、镇痛作用、增强免疫力作用和促进组织修复作用。研究表明,针灸的调整作用是其最根本的作用,它贯穿于所有作用之中。调整作用是通过身体的三大平衡系统实现的,即神经系统、神经-体液系统、神经-内分泌-免疫系统。由于神经机制在调整过程中居主导地位,在此方面研究最多,涉及周围神经、脊髓、脑干与间脑乃至大脑皮质。在针灸过程中,神经递质的变化尤其是内源性阿片肽的变化,成为针灸作用机理研究的热门,研究已从细胞水平深入到细胞核内基因表达调节的水平。在针刺镇痛研究中观



察针刺对基因表达的影响，表明针刺与伤害性刺激有所不同。

### 3. 拔罐疗法

拔罐疗法，起初主要为外科治疗疮疡时用来吸血排脓使用，但随着医疗经验的不断积累及结合现代医学理论，拔罐的方法不断改进，发展出了抽气罐、简易罐等，其治疗范围也逐渐扩大，内、外、妇、儿科皆可适用，尤其在运动损伤方面发挥出越来越大的作用。现代科学认为，其罐内形成的负压，能使局部血管扩张，促进局部血液及淋巴循环，改善充血状态，加强新陈代谢，改变局部组织营养状态，使局部毛细血管充血甚至破裂，红细胞破裂，表皮淤血，出现溶血现象，随即产生一种组胺和类组胺的物质，随体液周流全身，刺激各个器官，增强其功能活动，提高机体的抵抗力，从而预防运动损伤的发生。

### 4. 刮痧疗法

刮痧疗法也是中医传统疗法的特色之一，现代刮痧疗法也在不断进步发展，在刮痧工具上，用精制的水牛角刮板取代了过去的铜钱、瓷片等，并将刮痧与中医理论进一步结合，扩大了其适应范围，不仅可治疗发热、体表疼痛等病症，通过内病外治的原理，对一些内脏疾患也有一定的治疗作用。研究表明，此疗法可以使局部组织血液和淋巴液的循环加快，使肌肉和末梢神经得到充分的营养，从而促进全身的新陈代谢、改善营养状况及血管的紧张度与黏膜的渗透性；并能调节神经、内分泌系统，对细胞免疫力具有增强作用，有利于汗腺和皮脂腺的分泌，促进周围血液循环，增加肌肉的血流量，增强肌肉的工作能力和耐力，防止肌肉萎缩，加速静脉血管中血液回流，降低大循环阻力，减轻心脏负担，调整肌肉与内脏血流量及储备的分布，从而增进人体的防御功能。缓慢而轻柔的手法对神经系统具有镇静作用，急速而有力的手法对神经系统具有一定的兴奋作用。刮痧疗法对人体的作用主要为活血化瘀、调整阴阳或舒筋通络、排除毒素等，其是既可作为保健，又可作为治疗的一种自然疗法。

### 5. 中药贴敷疗法

中药贴敷疗法也是中医学的独特疗法之一，在现代也得到了较大发展，目前临床不仅将其应用于常见疾病的预防、保健和治疗，还不断探索应用于肿瘤、肺结核、肝硬化、冠心病、高血压等疑难病种的保健和治疗。本法历经数代医家的发展和完善，尤其是与现代科技的结合，在临床应用和理论研究方面取得了喜人的突破和进展，成为中医保健的重要方法和手段。

现代研究表明,药物敷贴于体表穴位,该穴位的组织结构、皮肤、神经、血管、淋巴等均会发生相应变化。某些中药能刺激穴位,使局部温度增高、毛细血管扩张,有利于中药有效成分通过皮肤穿过毛孔,不断进入淋巴液、血液而发挥药理作用;还可能通过刺激穴位及药物的吸收、代谢,对机体的有关物理、化学感受器产生影响,直接反射性地调整大脑皮质和自主神经系统功能,通过细胞免疫和体液免疫,增强抗病能力,从而达到防病、治病的目的。

## 6. 中药熏蒸疗法

中药熏蒸疗法又称为中药气雾透皮疗法,为历代医家普遍使用。目前,此种疗法广泛应用于临床各科,尤其在临床运动康复治疗中起着极其重要的作用。随着中药熏蒸疗法的发展,熏蒸治疗仪也越来越多地被研发出来,根据临床应用部位不同,可分为全身熏蒸治疗仪和局部熏蒸治疗仪。熏蒸疗法的作用机理是药力和热力联合发挥作用。熏蒸放出的热量能扩张血管,减轻炎性水肿及组织缺氧,促进局部血液循环、炎症吸收和消散、创面愈合,湿热加速致痛物的运输,解除肌肉痉挛,减轻疼痛。同时,药物通过扩张的毛孔渗透肌肤,在熏蒸治疗仪的压力作用下,药物变成气化液体颗粒,以高速撞击患部,既促进药物有效成分的吸收,又使患者得到了蒸汽的按摩。中药熏蒸疗法使中药以气态的方式进入血液循环而发挥药效,可避免如口服药物对消化系统的刺激,减轻肾、肝负担,同时还提高了药物的利用度。

其余中医传统疗法可在各章节查看。

## 二、中医传统疗法的发展历史

### (一) 起源

砭石是我国最早的原始医疗工具。早在原始社会,人们常会受到创伤,有时创口会感染化脓;也会出现头部或关节疼痛,当剧痛难忍时,用锋利尖锐的石片来切割脓疱或浅刺身体的某些部位,可以减轻或消除病痛。一般认为,用砭石治病起源于新石器时代,当时人们已经掌握了打制、磨制技术,能够制造较为精细的石器。砭石是后世针刀工具的基础和前身。随着砭石的广泛应用,人们又发明了骨针与竹针。当有能力烧制陶器时,又发明了陶针。随着冶金技术的出现,人们又创制了铜针、金针、银针,丰

富了针的种类，扩大了针刺治疗的范围。

灸，《说文解字》释为“灼也”，即以火长时间烧灼之意。先民在用火过程中，可能偶尔不慎灼伤，结果却使身体另一部分的病痛得到意外减轻或痊愈，经过多次的重复体验，便主动以烧灼之法来治疗一些病痛，逐渐形成灸法。灸法和火的使用有着密切的关系。远古时代的先民把冰磨成凹凸的圆镜，然后面向太阳折射阳光来引燃艾绒，作为火种的重要来源。以后历代医家以“艾”来灸百病，所以也把“艾”称作为灸草。

古人在生产劳动或与野兽搏斗中，身体遭受外伤，出现疼痛和肿胀时，往往会本能地用手按受伤部位，这些动作虽然简单，却可起到散瘀消肿、减轻疼痛的作用。长期反复应用抚摸按揉手法，并不断发展和积累，逐渐形成了原始的按摩法。从商代殷墟出土的甲骨文卜辞中可知，早在公元前14世纪，就有“按摩”的文字记载。

此外，在伤口流血情况下，先民还学会用树叶、草茎、泥灰涂敷在伤口上，同时发现某些植物具有止血止痛作用，逐渐积累了药物外用的经验。在用火烧石取暖过程中，先民渐渐学会热熨法。随着生产工具的改进以及古人与疾病作斗争的经验积累，先民已初步掌握用兽角、棘刺、甲壳、兽骨、鱼刺等作为工具在人体实施去除异物、切割脓肿等外科手术。

## （二）发展

长沙马王堆三号汉墓出土的《五十二病方》，随墓主下葬于公元前168年，是我国现存最早的医方著作，其中所载治法多种多样，除内服汤药外，尤以外治法最为突出，有敷贴法、药浴法、烟熏或蒸气熏法、熨法、砭法、灸法、按摩法、角法（火罐疗法）等。同时，出土的帛画《导引图》则是现存最早的一卷保健运动的工笔彩色帛画，其中记载了44个各种人物的导引图式。流传至今的《黄帝内经》总结了春秋战国以前的医学成就，包括《素问》和《灵枢》两部分，内容涵盖阴阳五行、五运六气、摄生、藏象、经络、病机、诊法、辨证、治疗原则及针灸、汤液治疗等内容，是中医理论体系的基础。它系统确立了传统外治法的治疗原则，提出了针、灸、砭、按摩、熨帖、敷药等中医传统疗法。

两汉时期，著名医学家张仲景撰写的《伤寒杂病论》对针刺、灸烙、温熨、药摩、吹耳等治疗方法也有许多阐述。晋代著名医学家皇甫谧编著的《针灸甲乙经》，对经络学说进行了深入阐述，是我国现存的最早一部针

灸学专著。晋代名医葛洪编著的《肘后备急方》，是我国第一部临床急救手册，记载了大量运用针灸治法、热熨法等治疗急性病症的方法；收录了大量外用膏药，同时注明了具体制用方法；记载了用煮黄柏、黄芩熏洗治疗创伤与疡痈症的方法。隋唐时期，“药王”孙思邈第一个提出“针灸会用，针药兼用”和“预防保健灸法”，首次提出“阿是穴”；在其所著《千金要方》中将熏蒸疗法分为烟熏法、气熏法、淋洗法等，并加以病例佐述。王焘编著的《外台秘要》大量收录了诸家灸法，提出“唯取灸法”；其中，整理记录了西晋张苗用桃叶熏蒸法治疗伤寒无汗证。宋、金、元时期，《圣济总录》阐述了按摩机理和作用，以及各种按摩手法，对外伤引起的关节脱位，强调用手法复位。北宋王惟一著有《铜人腧穴针灸图经》，并铸造针灸铜人，规范针灸教学。元代危亦林所著的《世医得效方》首次采用悬吊复位法治疗脊柱骨折。

明代中医学发展鼎盛，首次出现了“推拿”一词，推拿疗法不仅用于成年人，也推广到小儿。杨继洲所著《针灸大成》不仅对前代针灸文献进行了广泛收集和整理，其中《针灸大成·按摩经》更是详细介绍了小儿推拿操作方法，是现存最早的小儿推拿著作。陈实功所著《外科正宗》详细记载了下颌脱臼整复术。王肯堂《证治准绳》记载了多种骨折脱位的整复手法，同时记载了有关痧症及治痧的经验。

清代中医药理论日臻成熟，推拿技术有了较大发展，广泛应用于正骨、儿科疾病及养生康复，并形成了点穴推拿、一指禅推拿、内功推拿等学术流派。熊应雄所著的《小儿推拿广意》介绍了推拿手法9种，复式操作法14种；张振鋆所著的《厘正按摩要术》首次将小儿推拿归纳为八法；吴谦所著的《医宗金鉴·正骨心法要旨》将正骨手法总结为“摸、接、端、提、按、摩、推、拿”八法，强调外固定治疗骨折的重要性。但针灸发展缓慢，1822年，清王朝以“针刺火灸，究非丰君之所宜”为理由，颁布取消太医院针灸科法令，阻扰、延缓了针灸的发展。清代出现了第一部刮痧专著，即郭志邃的《痧胀玉衡》，此书从痧的病源、流行、表现、分类，刮痧方法、工具以及综合治疗方法等方面均作了较为详细的论述。清代的吴尚先集外治疗法之大成撰著的《理瀹骈文》，全书记载了外敷方药近二百首，涉及内、外、妇、儿、皮肤、五官等病证几十个，提出了“以膏统治百病”的思想，并对穴位敷贴等外治疗法用于整体调养和内病外治的作用机理、制方遣药等相关问题作了较为详细的论述；同时记载了熏蒸外治方

数百首，对熏蒸疗法的理法方药、主治及适应证、注意事项等，都有系统的阐述。

### 三、中医传统疗法的现在及未来

民国时期，中医发展处于停滞不前的状态，中医传统疗法主要以民间流传为主。中华人民共和国成立后，党和国家对中医发展高度重视，使中医得到了前所未有的普及与提高。几千年薪火相传的中医传统疗法，正经历前所未有的发展和变革，源远流长的中医在新中国焕发出勃勃生机。

此后，中医传统疗法被不断推广。2006年起，国家中医药管理局制定了第一批中医临床适宜技术推广计划项目。2008年8月25日，国家中医药管理局颁布《国家中医药管理局办公室关于做好基层常见病多发病中医药适宜技术推广项目实施工作的通知》，该通知制定了“基层常见病多发病中医药适宜技术推广项目目标与要求”，确定了《46个基层常见多发病种中医药适宜技术推广目录》，制定了《25个基层常见病针灸推拿刮痧技术推广目录》。2009年5月13日，国家中医药管理局印发《基层常见病多发病中医药适宜技术推广实施方案（2009—2010年）》等文件，对充分发挥中医传统疗法在保障人民群众身体健康等方面具有重要作用。

目前，中医传统疗法的发展及其研究的前景越来越为世人瞩目。但是，中医传统疗法要向更高层次发展，还必须加强其理论研究力度，拓宽临床应用范围，使之成为既有理论、又有实践的新学科。面对越来越丰富的现代医学研究成果，需要认真研究中医特色疗法与现代医学的关系，才能使古老有特色的传统医学与现代医学体系更好地相互融合，从而促进自身的发展。



#### 思考与实训

1. 简述什么是中医传统疗法。
2. 中医传统疗法具有哪些特点？
3. 中医传统疗法包括哪些技术？
4. 简述中医传统疗法的起源。
5. 张某某，男，23岁，举重运动员。患者于近2周出现腰部疼痛，弯腰困难，久坐疼痛，经常频频伸腰，拳击腰部减轻疼痛，休息



后减轻，劳累后加重。查体：直腿抬高试验（-），直腿抬高加强试验（-），无反射障碍与肌肉萎缩，触诊腰部脊柱排列整齐，腰部双侧广泛性压痛，双侧骶棘肌僵硬。临床诊断为“慢性腰肌劳损”。针对本案情况，思考可选用哪些中医传统疗法进行治疗。



# HEP



HEP



上 篇

操作技能

HEP





HEP

# 第一章

## 推拿疗法

### ● 本章导读

推拿疗法是中医传统疗法中流传最为广泛的疗法之一，是中医学的重要组成部分。推拿手法讲究“心之所想，手之所至”，即“手随心转，法从手出”。推拿手法具有疏通经络、调和气血，理筋整复、舒筋缓急，滑利关节、松解粘连，平衡阴阳、调整脏腑，增强体质、防病保健的作用。现代医学认为，推拿可以产生明显的镇痛效应，以及改善局部血液循环，促进损伤肌肉的形态结构恢复等作用。同时，推拿手法适用面广，特别在体育保健与运动康复领域效果显著，得到了全社会的高度认同。本章以常用推拿疗法为主，重点介绍推拿疗法的基本知识及技术操作规范，旨在帮助学习者掌握推拿手法的基本操作。

### ● 学习目标

1. 知识目标
  - (1) 熟悉推拿的概念、命名、分类及作用原理。
  - (2) 掌握推拿的基本要求、适应证与禁忌证。
  - (3) 掌握常用推拿疗法的操作要领和注意事项。
2. 能力目标
  - (1) 能熟练进行推拿疗法的操作。
  - (2) 能运用推拿知识进行健康宣讲。
3. 素养目标
  - (1) 激发学习推拿的热情，树立中医文化自信。
  - (2) 增强传承推拿疗法的使命感，逐步养成精勤不倦、精益求精的工匠精神。
  - (3) 建立“以人为本”的职业思想，培养“大医精诚”的职业素养，培育“医者仁心”的职业道德。

“

## 一指禅推拿名家——王纪松

王纪松（1902—1990年），一指禅推拿名家王松山（王松山是一指禅推拿流派师祖丁凤山之首徒）长子。

王纪松16岁从父王松山习推拿。22岁独立开诊。1955年于上海市公费医疗第五门诊部（后改为岳阳医院推拿科）工作。1956年参与创办推拿医士训练班（后改为上海中医学院附属推拿学校），从事教学工作。20世纪50年代，王纪松曾任上海市高血压研究所顾问，并协助中山医院开设推拿科。1978年起，任岳阳医院推拿科顾问。1985年，获上海市卫生局颁发的“从事中医工作五十年”奖状。

王纪松在临床上重视整体观念，辨证施治，提出了“辨证取穴”“辨证运用手法”的观点，认为推拿要“以柔克刚”。晚年虽双目失明，但仍心系推拿事业。在其弟子（梅犁等）的协助下，撰写发表多篇推拿论文，为我国推拿事业作出了重要贡献。

## 第一节 推拿疗法的基本知识

### 一、推拿疗法的概念与分类

#### （一）推拿疗法的概念

推拿又称“按摩”“按跷”。“推拿”一词首见于明代《幼科发挥》，是中医学伟大宝库的重要组成部分。推拿具有操作简便、适应证广、疗效显著、经济安全等特点。

推拿是指施术者用手或肢体的其他部位，或借助一定的器具，按特定技巧和规范化动作在受术者体表操作，以治疗疾病和预防保健的一种中医传统疗法。推拿还包含推拿功法的练习，推拿功法是指施术者为了提高手法技能和巩固延伸临床疗效而进行的一种训练方法。

#### （二）推拿疗法的分类

##### 1. 根据手法的动作形态特点分类

（1）摆动类：是指主要以前臂主动运动带动腕关节运动进行持续摆动的一类手法。例如，一指禅推法、揉法、揉法等。

（2）摩擦类：是指手法施术部位与受术部位表面产生明显摩擦的一类手法。例如，摩法、擦法等。

（3）振颤类：是指节律性的轻重交替的高频率刺激，持续作用于人体，使之产生颤动感的一类手法。例如，振法等。

（4）挤压类：是指单方向垂直向体表用力或两个方向相对作用的一类手法。例如，按法、压法、拿法、踩跷法等。

（5）叩击类：是指以手指、手掌、掌侧面或拳背在体表进行节律性拍打叩击的一类手法。例如，击法、拍法、叩法等。

（6）运动关节类：是指对关节在生理活动范围内做被动活动的一类手法。例如，摇法、扳法、拔伸法、背法、屈伸法等。

##### 2. 根据手法的主要作用部位和功能特点分类

（1）松解类：是指作用于软组织，起到放松肌肉，并对有粘连的软组

织有松解作用的一类手法。例如，摆动类、摩擦类、振颤类、挤压类、叩击类手法，是保健推拿的主要手法。

(2) 整复类：是指作用于骨关节，起到矫正关节错位、错缝作用的一类手法。例如，运动关节类手法和按法等，是整骨的主要手法。操作技巧要求较高。

### 3. 其他分类

(1) 根据应用目的分类：可分为医疗推拿、保健推拿、运动推拿、康复推拿四大类。

(2) 根据治疗对象分类：可分为成年人推拿和小儿推拿两大类。

(3) 根据推拿者主客体特征分类：可分为他人推拿和自我推拿两类。

(4) 根据治疗病种分类：可分为整骨推拿、小儿推拿、眼科推拿、急救推拿等。

(5) 根据推拿手法特点分类：可分为一指禅推拿、内功推拿、点穴推拿、气功推拿等。

## 二、推拿疗法的作用原理

推拿疗法的作用原理是在中医基本理论指导下，对推拿手法作用于人体所产生的作用原理进行研究，通过对推拿作用原理的了解，更好地指导推拿临床治疗工作。

### (一) 疏通经络，调和气血

经络既是联系人体脏腑、组织、器官的网络，又是人体气血运行的通道，它内属脏腑、外络肢节、通达表里、贯穿上下，行气血而营阴阳，濡筋骨且利关节，这些生理功能主要靠经气来完成。推拿手法作用于体表的经络穴位上，激发和调整经气，并通过经络影响所连属的脏腑、组织、肢体的功能活动，以调节机体的生理、病理状态，达到百脉疏通、五脏安和，使人体恢复正常生理功能。由于经络的广泛分布和诸多功能，根据“经脉所至，主治所及”的道理，推拿疏通经络的治疗作用可用于临床各科疾病，尤其是疼痛性病证的治疗。例如，推桥弓可平肝阳、降血压；掐按合谷穴可治疗牙痛；按揉角孙穴可治疗偏头痛等。

气血是构成人体和维持人体生命活动的基本物质，是脏腑、经络、组织进行生理活动的基础。气血调和则阳气温煦，阴精滋养；气血失和则皮

肉筋骨、五脏六腑失去濡养，人体正常功能活动发生障碍，产生一系列病理变化。推拿通过促进气血生成、疏通经络、疏肝理气和直接改善血脉功能等来实现行气活血的作用。

## （二）理筋整复，舒筋缓急

推拿的“理筋”作用，是指通过手法使损伤（撕裂、滑脱）的软组织抚顺理直，恢复到原来的正常位置。“舒筋”作用，是指通过手法使痉挛的肌肉组织得到放松，从而减轻或消除痉挛性疼痛。

对韧带、肌肉损伤，骨关节错缝或脱位或退变，关节功能紊乱，脊椎滑脱畸形及椎间盘突出等病理变化引起的肢体关节肿胀、疼痛及功能障碍，推拿通过拔伸、推按等手法在病变局部和远隔部位的经络腧穴进行操作，能使损伤得到修复；通过扳、按压等方法使错缝或脱位得到复位，椎间盘突出物得到还纳、变位，滑脱畸形得到矫正，从而发挥理筋整复、舒筋缓急的作用，恢复人体正常的生活起居和运动功能。

## （三）滑利关节，松解粘连

肌肉、肌腱、韧带、关节囊等软组织的裂伤，可因局部出血、充血、水肿等机化而产生粘连，引起长期疼痛和关节功能受限，推拿可以促进水肿、血肿的吸收、消散，恢复关节正常的活动功能，即具有滑利关节、松解粘连的作用。对于某些组织的嵌顿，如半月板软骨或关节滑膜嵌顿，影响关节的正常活动，运用拔伸等手法，能使嵌顿解除，恢复关节正常活动。

## （四）平衡阴阳，调整脏腑

阴阳是中医学对人体这一相对协调稳定的有机体的高度概括。人体阴阳相对平衡，即在功能和物质等保持在相对平衡协调的状态下人体才会健康。当人体阴阳失去相对平衡就会导致疾病发生。推拿的平衡阴阳、调整脏腑作用，是以疏通经络、调和气血为前提的。

脏腑是化生气血、通调经络、支持人体生命活动的主要器官。脏腑功能失调就会发生各种疾病，并可通过经络的传递反映到人体体表，出现如精神不振、情志异常、饮食与二便失调、寒热、疼痛等不同的症状。推拿通过手法刺激相应的体表穴位、痛点（或疼痛部位），并通过经络的连属与传导作用，调整人体阴阳和脏腑功能，达到治疗疾病的目的。例如，按揉

脾俞、胃俞穴可调理脾胃，缓解胃肠痉挛而止腹痛；用较强（较弱）的手法刺激内关穴可治疗心动过缓（过速）。

### （五）增强体质，防病保健

人体与疾病斗争的过程也就是邪正斗争的过程，即机体的抗病能力与致病因素的斗争，这种斗争不仅关系着疾病的发生，而且影响着疾病的发展与转归。推拿一方面通过刺激人体补虚的腧穴，起到补虚强体，防止外邪入侵的作用，如经常按揉足三里穴、摩腹，能健脾和胃，助气血生化，后天之本得以充足，正气强盛则不易发病；另一方面促进气血运行，达到“气脉常通”而强体抗衰，从而起到扶正祛邪、防病保健作用。同时通过推拿能舒畅筋骨、愉悦心神等，使人身心放松，精神焕发。因此，从古至今，推拿都被用来养生保健、养颜美容、促进发育、预防疾病、延缓衰老，进而达到提高生命和生活质量的目的。

## 三、推拿疗法的适应证与禁忌证

### （一）适应证

推拿的适应证涉及运动伤病及神经、内、外、妇、儿、五官科疾病，同时亦用于保健、美容、减肥等方面。

#### 1. 运动伤病

各种软组织损伤、扭挫伤、脱位等病症，如颈椎病、落枕、前斜角肌综合征、胸腰椎后关节紊乱、腰椎间盘突出症、急性腰扭伤、慢性腰肌劳损、第三腰椎横突综合征、骶髂关节紊乱症、梨状肌综合征、关节脱位、骨折后遗症、关节扭挫伤、半月板损伤、脂肪垫劳损、侧副韧带损伤、跟腱损伤、肩周炎、肱二头肌长头腱鞘炎、肩峰下滑囊炎、肱骨内（外）上髁炎、腱鞘炎、腕管综合征等。

#### 2. 内科疾病

感冒、头痛、肺气肿、哮喘、胃脘痛、胃下垂、胆绞痛、呃逆、便秘、腹泻、高血压、中风后遗症、眩晕、失眠、尿潴留、昏厥、阳痿等。

#### 3. 妇科疾病

月经不调、痛经、闭经、乳癖、子宫脱垂、产后缺乳、妇女绝经期综合征、产后耻骨联合分离征等。



#### 4. 儿科疾病

脑性瘫痪、小儿麻痹后遗症、小儿肌性斜颈、臂丛神经损伤、桡骨小头半脱位、发热、咳嗽、惊风、泄泻、呕吐、疳积、夜啼、遗尿、斜视等。

#### 5. 五官科与外科疾病

近视、视神经萎缩、慢性鼻（咽）炎、急性扁桃体炎、耳鸣、耳聋、乳痈初期、褥疮及术后肠粘连等。

### （二）推拿的禁忌证

推拿疗法虽适用范围广，安全性大，但有些疾病使用推拿治疗可能会加重病情，或因操作不当可能会给受术者带来不必要的痛苦甚至导致医疗事故，此类疾病需慎用或禁用推拿疗法。因此，临床上要严格掌握推拿的禁忌证。

#### 1. 皮肤损害

各种皮肤破损病症，包括外伤和皮肤病。

#### 2. 出血性病症

各种出血性疾病，包括有出血现象、出血趋势，以及施术后极有可能引发出血的各种病症；有血液病者，均属推拿治疗禁忌之列。

#### 3. 传染性病症

烈性传染病属推拿治疗禁忌；一般传染病原则上不宜实施推拿，特别是病症的病变局部；隐匿性的传染病要特别重视不宜使用推拿疗法，如各种结核病、肝炎、白喉等。

#### 4. 感染性病症

各种脓肿、败血症或脓毒血症等属推拿治疗禁忌；值得注意的是，部分感染轻微的受术者，推拿治疗也有加重感染的可能性，要谨慎施用和不用。

#### 5. 某些急腹症

如胃、十二指肠等急性穿孔。

#### 6. 某些严重疾病

尤其是功能衰退或不稳定期时，如心肺疾病功能衰退者；中风、脊髓损伤、烧烫伤等的急性和亚急性期；全身症状不稳定者；血压起伏波动较大者等。

#### 7. 恶性肿瘤

任何有加速肿瘤细胞扩散的均属推拿治疗禁忌。

## 8. 急性损伤

急性的外伤和神经损伤,对较重的病症,除需整复错缝、远端实施点穴镇痛等应急手法外,一般损伤局部24小时之内不宜推拿;疑有筋肉断裂、骨或关节硬伤、脊髓损伤、内脏的挫裂伤等,更需明确诊断,不可贸然施治;急性损伤中,局部炎症反应明显者,也需慎用或禁用推拿疗法。

## 9. 女性特殊时期

妇女妊娠期、月经期腰骶部和腹部禁做推拿,也不宜在四肢感应较强的穴位处实施强刺激手法;其他部位确需要手法治疗的,也应以轻柔手法为宜,以免出现流产和出血过多。

## 10. 其他

年老体弱、久病体虚、过饥过饱、醉酒者、不能安静的精神病,不宜推拿治疗。

# 四、推拿疗法的注意事项

## (一) 体位的选择

手法操作前要指导受术者选择好正确的体位。对受术者而言,要感觉舒适,自然放松,既能维持较长时间,又有利于施术者手法操作的体位。对施术者而言,要手法操作方便,并有利于手法运用、力量发挥。受术者主要的体位有仰卧位、俯卧位、侧卧位、端坐位、俯坐位等。

## (二) 手法的选择

在推拿过程中,应根据疾病的性质、病变的部位,治疗的对象,结合每个手法的特点,灵活辨证地选择手法。例如,关节功能障碍或关节错位者,常选用摇法、扳法、拔伸法等运动关节类手法;受术部位范围大,常选用接触面较大的揉法、揉法等手法;受术部位范围小或仅限于某一点上,常选用接触面较小的一指禅推法、指揉法、点法、压法等手法;形体健壮肥胖者,常选择刺激性较大的手法,如压法、肘揉法、踩跷法等手法;形体瘦弱者,则选择刺激性较弱的手法,如揉法、摩法等手法。

## (三) 力量的运用

一般而言,手法的力量与刺激性成正比关系。即手法力量越重,刺激

性越强；手法力量越轻，刺激性越弱。手法力量的大小要根据患者的年龄、性别、体质、病情等情况灵活运用。一般来说，形体健壮者，手法的力量宜重；形体瘦弱者，手法力量宜轻。软组织损伤的初期、局部肿胀时，手法用力宜轻；软组织损伤后期，手法用力宜重。年老体弱者，用力宜轻；初病体实者，用力宜加重。

对完整的手法操作过程而言，一般遵循“轻—重—轻”的原则，即前、后 1/4 的时间手法用力宜轻，中间手法力量相对重。对某一部位的操作而言，需注意手法力量的轻重交替，以及点、线、面的结合运用，不可在某一点上持续性运用重手法刺激。

#### （四）时间的把握

手法操作时间的长短对疗效有一定的影响。时间过短，往往达不到疗效；时间过长，可能对局部组织会产生损伤，或耗伤人体正气令受术者疲劳。所以，手法操作的时间，应根据受术者的病情、体质、病变部位、所应用手法的特点等各方面因素灵活确定。每次治疗一般以 10~20 分钟为宜，对久症、重症可适当增加时间。

#### （五）手法操作的顺序

全身操作一般是按照自上而下、先左后右（或男左女右，即男性受术者先操作左侧、后操作右侧，女性受术者则反之）、从前到后、由浅入深，循序渐进的顺序操作，并依具体病情进行适当调整。局部操作，则按手法的主次进行，即先用松解手法，后用整复手法。

### 五、推拿疗法的基本要求

手法是推拿防治疾病的主要手段，其操作的规范性、准确性、熟练程度、功力深浅和如何恰当地运用，对治疗效果有直接的影响。因此，规范地掌握手法要领，娴熟地操作，掌握必要的功法训练和进行临床实践，才能极尽手法运用之妙，从而达到“一旦临证，机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出”。

#### （一）基本手法的基本要求

对基本手法来说，熟练的手法应具备持久、有力、均匀、柔和的基本

技术要求，从而达到“深透”的作用效果。

（1）持久：是指手法能够严格按照技术要求和操作规范，根据治疗的需要持续操作一定时间。

（2）有力：是指手法必须具备一定的力量，力的具体运用应根据受术者的体质、病情和部位等不同而酌情增减。

（3）均匀：是指手法操作要注意动作的节奏性和用力的平稳性，即动作不能时快时慢，用力不能时轻时重。

（4）柔和：是指手法要轻而不浮，重而不滞，用力宜缓和、灵活，不可生硬、粗暴，手法变换应自然协调。

（5）深透：是指手法在应用过程中所产生的功力必须内达深层组织及脏腑，不能局限于体表，方能起到祛除病邪、调节功能的作用。

## （二）运动关节类手法的基本要求

对运动关节类手法来说，除须遵守基本手法的要求外，还应体现出“稳、准、巧、快”等要求。

即手法操作要平稳自然，因势利导；手法选择要有针对性，定位准确；手法施术时要使用技巧力，不可使用蛮力、暴力；手法用力时要疾发疾收，即用所谓的“寸劲”。

手法在临床应用中，要贯彻辨证论治的精神，才能更好地发挥手法的临床作用。人有老少、体有强弱、证有虚实、治疗部位有大小、肌肉有厚薄，因此，手法的选择和力量的运用都必须与之相适应，过之或不及都会影响治疗效果。

## 第二节 推拿的技术操作

### 一、摆动类手法

#### （一）一指禅推法

##### 1. 定义

以拇指端或螺纹面着力，通过腕部的摆动，使其产生的力通过拇指持

续不断地作用于施术部位或穴位上的一种手法，称为一指禅推法。

## 2. 动作要领

施术者手握空拳，大拇指伸直盖住拳眼，以拇指端或螺纹面着力于体表施术部位或穴位上，沉肩、垂肘、悬腕，前臂主动运动，带动腕关节有节律地左右摆动，使其产生的功力通过拇指端或螺纹面轻重交替、持续不断地作用于施术部位或穴位上（图 1-2-1）。



图 1-2-1 一指禅推法



一指禅推法  
操作视频

## 3. 操作要求

（1）操作时，宜姿态端正，心和神宁。

（2）操作时，必须做到：沉肩、垂肘、悬腕、指实、掌虚。“沉肩”是指肩部自然放松，不可耸肩；“垂肘”是指肘关节自然下垂、放松；“悬腕”是指腕关节要自然垂屈、放松，不可将腕关节用力屈曲，影响摆动；“指实”是指拇指的着力部位在操作时要吸定一点，不能滑动，摩擦或离开治疗部位；“掌虚”是指操作中手掌与手指部位都要放松，不能挺劲。总之，整个动作都要贯穿一个“松”字，只有肩、肘、腕、掌、指各部位放松，才能蓄力于掌、发力于指，使手法刚柔相济，形神俱备。

（3）应在练好吸定的基础上再进行循经移动练习。在体表移动操作时，前臂应维持较快的摆动频率，即每分钟 120~160 次，拇指端或螺纹面在体表的移动宜缓慢，即所谓“紧推慢移”。

（4）一指禅推法临床操作有屈伸拇指指间关节和不屈伸拇指指间关节两种术式，前者刺激柔和，后者着力较稳，刺激较强。若施术者拇指指间关节较柔软，或治疗时要求较柔和的刺激，宜选用屈伸拇指指间关节的操作；若施术者拇指指间关节较硬，或治疗时要求的刺激较强，宜选用不屈

伸拇指指间关节的操作。

#### 4. 临床应用

本法为一指禅推拿流派的代表手法。其接触面小，刺激偏弱或中等，渗透性好，适用于全身各部位，以经络、穴位、头面、胸腹部应用较多。其中，以指端或螺纹面操作者，多用于躯干或四肢部；以偏峰或屈指推操作者，多用于颜面部或颈项及四肢部。

本法具有舒筋通络、行气活血、祛瘀消积、健脾和胃等作用。临床可用于内、外、妇、儿、伤科诸多病症，尤以治疗头痛、失眠、面神经炎、高血压、近视、月经不调及消化系统疾病见长，也可运用于各类急、慢性运动损伤及运动疾病的治疗。

### （二）揉法

#### 1. 定义

以小指掌指关节背侧吸定于体表一定部位，通过腕关节的屈伸和前臂的旋转运动，使手背近尺侧在受术部位上做持续不断地滚动的一种手法，称为揉法。

#### 2. 动作要领

拇指自然伸直，其余四指自然屈曲，无名指与小指的掌指关节屈曲约 $90^\circ$ ，手背沿掌横弓排列呈弧面，以小指掌指关节背侧吸定于体表施术部位上，以肘关节为支点，前臂主动做内、外旋转，带动腕关节做屈伸，使手背近尺侧在受术部位持续不断地滚动（图1-2-2）。



起始姿势

揉后姿势

图 1-2-2 揉法

揉法操作  
视频



由揉法变化而来的还有掌指关节揉法和拳揉法。

掌指关节揉法以小指、中指、无名指、食指的掌指关节背侧为揉动着力面，腕关节略屈向尺侧，其手法运动过程和基本要求亦同揉法，但屈伸程度明显小于揉法。

拳揉法以食指、中指、无名指、小指的第一指间关节置于施术部位，肘关节微屈，前臂主动施力，在无旋转情况下，单纯进行推拉摆动，带动腕关节做无偏移的屈伸活动，使食指、中指、无名指、小指的第一指间关节、指背、掌指关节背侧为揉动着力面，进行持续不断揉动的手法。

### 3. 操作要求

(1) 操作时，不宜拖动、跳动和摆动。

(2) 操作时，压力、频率、摆动幅度要均匀，动作要灵活协调。手法频率每分钟 120~160 次。

(3) 在移动操作时，移动的速度不宜过快，即在揉动频率不变的情况下，在操作部位上的移动宜缓慢，做到“紧揉慢移”。

### 4. 临床应用

本法为揉法推拿流派的代表手法，其着力面积大，压力也大，刺激平和舒适，主要用于颈项、肩背、腰臀、四肢等肌肉丰厚处。揉法也是常用的保健推拿手法之一。

本法具有活血祛瘀、舒筋通络、滑利关节、缓解肌肉痉挛等作用，为伤科、内科、妇科的常用手法。临床主要用于颈椎病、肩周炎、腰椎间盘突出症、各种运动损伤、运动后疲劳、偏瘫、高血压、月经不调等病症的治疗。

## (三) 揉法

### 1. 定义

以手指螺纹面、手掌大鱼际、掌根或全掌着力，吸定于体表施术部位或穴位上，做轻柔缓和的环旋转动，且带动吸定部位的组织一起运动的一种手法，称为揉法。

操作时，根据着力部位的不同可分为掌揉法和指揉法。掌揉法又可分为大鱼际揉法、小鱼际揉法、掌根揉法和全掌揉法；指揉法又可分为拇指揉法、中指揉法和三指揉法（图 1-2-3）。



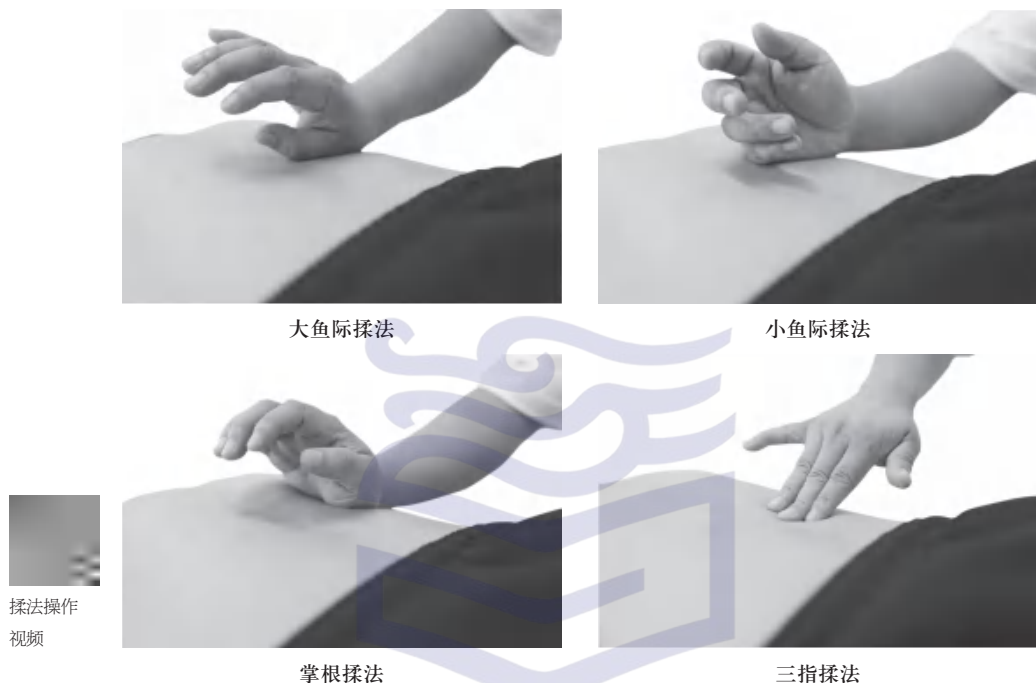


图 1-2-3 揉法

## 2. 动作要领

(1) 掌揉法：用大鱼际、掌根部或全掌吸定于体表施术部位或穴位上，沉肩、垂肘、腕关节放松，以肘关节为支点，前臂做主动运动，带动腕部摆动，使手掌着力部位在施术部位或穴位上做轻柔缓和的环形转动。

(2) 指揉法：用拇指、中指或食指三指指腹吸定于体表施术部位或穴位上，腕关节微屈，以肘关节为支点，前臂做主动运动，带动腕和掌指摆动，使着力的指腹在施术部位或穴位上做轻柔缓和的环形转动。

## 3. 操作要求

(1) 操作时，压力要适中，且吸定于施术部位，带动吸定部位的组织一起运动，不能在体表形成摩擦。

(2) 揉法操作动作要灵活、有节律性，频率一般为每分钟 120~160 次，移动要慢，呈螺旋式移动，做到“紧揉慢移”。

(3) 大鱼际揉法操作时，前臂应有推旋动作，且腕部宜放松；掌根揉法操作时，腕关节略有背伸，松紧适度，压力可稍重些；指揉法操作时，腕关节要保持一定的紧张度，且轻快。

#### 4. 临床应用

本法轻柔缓和，刺激平和舒适，接触面可大可小，适用于全身各部位。其中，大鱼际揉法主要用于头面、胸胁等肌肉浅薄或骨突比较明显的部位；掌根揉法主要用于腰背及四肢等骨肉丰厚或耐受力较大的部位；全掌揉法常用于腕腹及腰背等面积较大且较平坦的部位；指揉法多用于全身各部穴位。揉法也是保健推拿常用手法之一。

本法具有醒神明目、消积导滞、宽胸理气、健脾和胃、活血祛瘀、缓急止痛、调节胃肠功能等作用。临床主要用于头痛、头昏、口眼歪斜、胸闷胁痛、便秘、泄泻等病症治疗，也可运用于各类急、慢性运动伤病的治疗。

## 二、摩擦类手法

### （一）摩法

#### 1. 定义

用指或掌附着在体表施术部位上做环形摩动的一种手法，称为摩法。操作时，根据着力部的不同可分为指摩法和掌摩法。

#### 2. 动作要领

（1）指摩法：用食指、中指、无名指指面附着于施术部位上，沉肩，垂肘，腕关节微屈，指掌部自然并拢伸直。以肘关节为支点，前臂主动运动，使指面随同腕关节做环形摩动（图 1-2-4）。



指摩法



掌摩法



摩法操作  
视频

图 1-2-4 摩法

(2) 掌摩法：用手掌附着于施术部位上，沉肩，垂肘，腕关节放松并略背伸，手掌自然伸直，将手掌平放于体表施术部位上。以肘关节为支点，前臂主动运动，使手掌连同腕关节一起做环形摩动（图 1-2-4）。

### 3. 操作要求

(1) 指摩法力量较轻，腕关节自然屈曲在  $30^{\circ}$  左右，速度宜稍快；掌摩法腕关节微背伸，主要以掌心、掌根部接触施术部位皮肤。摩法操作时，肩、肘、腕关节动作要协调，且力量和速度宜稍缓。

(2) 操作时，速度不宜过快，也不宜过慢；压力不宜过轻，也不宜过重。

(3) 要根据病情的虚实来决定手法的摩动方向，传统以“顺摩为补，逆摩为泻”。现代应用时，常以摩动部位的解剖结构及病理状况决定顺摩或逆摩的方向。

### 4. 临床应用

本法刺激性较小，轻柔而舒适，适用于全身各部，尤以腹部、胸胁部应用较多。摩法也为保健推拿常用手法之一。

本法具有和中理气、消积导滞、宽胸理气、疏通经络、行气活血、舒筋缓急等作用。临床主要用于脘腹胀满、消化不良、泄泻、便秘、咳嗽、气喘、月经不调、痛经、阳痿、遗精等病症的治疗，也可运用于软组织损伤等运动伤病的治疗。

## （二）擦法

### 1. 定义

用手掌掌面、大鱼际或小鱼际贴附于体表一定部位，做快速的直线往返运动，使之摩擦生热的一种手法，称为擦法。

### 2. 动作要领

以手掌掌面、大鱼际或小鱼际置于体表一定部位，沉肩，屈肘，腕伸平，指掌伸直。以肩关节为支点，上臂做主动运动，使手的施术部位在体表做均匀的上、下或左、右直线往返摩擦移动，使受术部位产生一定的热量（图 1-2-5）。

用全掌面着力称掌擦法；用大鱼际着力称大鱼际擦法；用小鱼际着力称小鱼际擦法。



掌擦法



小鱼际擦法



大鱼际擦法

擦法操作  
视频

图 1-2-5 擦法

### 3. 操作要求

(1) 操作时，腕关节稍紧张，保持手掌面的稳定。掌擦法和大、小鱼际擦法均以肩关节为支点，上臂为动力源。

(2) 施术部分要紧贴皮肤，压力适度。往返摩擦线路要直，往返距离尽量拉长，操作连续不断。呼吸宜自然，不可屏气操作。

(3) 操作时，应充分暴露受术部位，擦动速度宜先慢后快，并涂少许润滑剂。

(4) 操作时，以局部深层组织得热为度，即所谓“透热”。

(5) 以皮肤潮红为度，不宜在被擦部位再施用其他手法，以免损伤皮肤。

### 4. 临床应用

本法适用于全身各部，其中掌擦法主要用于肩部和胸腹部；大鱼际擦法主要用于四肢部；小鱼际擦法主要用于肩背部、脊柱两侧及腰骶部。肋间可用指擦法。

本法具有温经通络、祛风除湿、行气活血、消肿止痛、宽胸理气、调理脾胃、温肾壮阳等作用。临床主要用于消化系统、呼吸系统及运动系统疾病的治疗。

### （三）推法

#### 1. 定义

以指、掌、拳或肘部着力于体表一定部位或穴位上，做单方向的直线或弧形推移的一种手法，称为推法。

#### 2. 动作要领（图 1-2-6）

（1）拇指平推法：以拇指螺纹面着力于一定部位或穴位上，其余四指置于其前外方以助力，腕关节略屈曲。拇指及腕部主动施力，向食指方向单方向直线推移。

（2）掌推法：全掌推时，腕掌部伸直；掌根推时，腕关节略背伸，肘关节伸直。以肩关节为支点，上臂主动施力，通过前臂、肘、腕、掌，使全掌或掌根部向前方做单方向直线推移。

（3）拳推法：手握实拳，以食指、中指、无名指及小指的第一指间关节突起部着力于一定部位，腕关节挺劲伸直，肘关节略屈。以肘关节为支点，前臂主动施力，向前单方向直线推移。

（4）肘推法：屈肘，以肘关节尺骨鹰嘴突起部着力于一定部位，可用另一手掌部扶握，屈肘侧拳顶以固定助力。以肩关节为支点，上臂部主动施力，做较缓慢的单方向直线推移。

另有拇指推法、分推法及食中无名指推法，为小儿推拿常用推法。



拇指平推法



掌推法



拳推法



肘推法

推拿操作  
视频

图 1-2-6 推法

### 3. 操作要求

- (1) 施用推法时，为了防止推破皮肤，一般要使用润滑剂。
- (2) 推法操作时，施术部位要紧贴体表，单方向直线推移。不可耸肩，不可左右滑动、忽快忽慢。
- (3) 压力要平稳适中，推成年人时速度宜缓慢，推小儿时速度宜快。

### 4. 临床应用

本法是临床常用手法之一，适用于全身各部，其中指推法多用于头面、颈项、手足部；掌推法多用于胸腹、背腰、四肢部；拳推法多用于背腰、四肢部；肘推法多用于背腰、脊椎部。推法也是保健推拿常用手法之一。

本法具有疏通经络、行气活血、消肿止痛、舒筋缓急、调和营卫、宽胸理气等作用。临床主要用于头痛、头晕、失眠、风湿痹痛、腰腹胀满、胸胁胀痛、痛经等病症治疗，也可运用于腰腿痛、项强、肌肉痉挛、软组织损伤等运动伤病的治疗。

## (四) 搓法

### 1. 定义

用双手掌面对称地夹住肢体的一定部位，做相反方向的快速搓动的一种手法，称为搓法。

### 2. 动作要领

沉肩，垂肘，腕部微背伸，手指自然伸直，以双手掌面夹住施术部位，令受术者肢体放松。以肘关节和肩关节为支点，前臂与上臂部主动施力，做相反方向的较快速搓动，并同时缓慢地做上下往返移动（图 1-2-7）。



搓法操作  
视频



图 1-2-7 搓法

### 3. 操作要求

- (1) 操作时，两手夹持不宜太紧，避免造成手法呆滞。
- (2) 两手用力要对称，动作要协调、连贯，搓动速度应快，移动速度宜慢。
- (3) 操作过程中，要气沉丹田，呼吸自然，不可屏气发力。

### 4. 临床应用

搓法是一种刺激较为温和的手法，适用于四肢、胸胁等部位，以上肢部最为常用。搓法常作为推拿的结束手法使用。

本法具有滑利关节、舒筋通络、调和气血、疏肝理气、消除疲劳等作用。临床常用于肢体酸痛、关节活动不利及胸胁迸伤等运动伤病治疗。

## 三、按压类手法

### (一) 按法

#### 1. 定义

以指或掌按压体表一定部位或穴位，逐渐用力，按而留之的一种手法，称按法。

#### 2. 动作要领（图 1-2-8）

(1) 指按法：以拇指螺纹面着力于受术部位，余四指张开，置于相应部位以支撑助力，腕关节屈曲  $40^{\circ} \sim 60^{\circ}$ 。以腕关节为支点，掌指部主动施力，垂直向下按压。当按压力达到所需的力度后，稍停片刻，即所谓的“按而留之”，然后松劲撤力，再做重复按压，使按压动作既平稳又有节奏性。



(2) 掌按法：以单手置于施术部位或双手掌面重叠置于施术部位。以肩关节为支点，肩部夹紧下沉，利用身体上半部的重量，通过上、前臂及腕关节传至手掌部，垂直向下按压，用力原则同指按法。



指按法



单掌按法



双掌按法

图 1-2-8 按法

按法与压法  
操作视频

### 3. 操作要求

(1) 按压部位要准确，着力部紧贴体表，按压的方向多为垂直向下或与受力面相垂直。

(2) 指按法接触面积小，刺激性较强，操作时常组成“按揉”复合手法，采取“按一揉三”。

(3) 用力要求由轻而重，再由重而轻，即按压到一定深度后，在受术部位停留一定时间，结束时，指、掌应缓慢撤力，切不可突施暴力。

### 4. 临床应用

指按法适用于全身各部，尤以经络、穴位常用；掌按法适于背部、腰部、下肢后侧及胸、腹部。

本法具有活血止痛、疏通经络、调节脏腑、开通闭塞、解痉散结、矫

正畸形等作用。临床常用于头痛、腰背痛、下肢痛等各种痛证及软组织损伤等病症的治疗。

## （二）拨法

### 1. 定义

用拇指端等部位着力，对一定部位的筋腱等条索状组织进行垂直拨动的一种手法，称为拨法。

### 2. 动作要领

拇指伸直或微屈，以指端着力，其余四指置一旁以助力，拇指适当用力点压至一定深度，待有酸胀感时，再做与肌纤维、肌腱、韧带或经络、经筋成垂直方向的单向或来回拨动。也可双拇指重叠或并排进行操作（图1-2-9）。对肌纤维、肌腱或韧带施以弹动性拨动，则称为弹拨法，弹拨法着力部与皮表有摩擦滑动，但要避免皮肤损伤。



图 1-2-9 拨法



拨法操作  
视频

### 3. 操作要求

（1）要注意掌握好力度，一般由轻而重，避免损伤性用力。

（2）可在关节运动同时施以拨法。即找到最痛的点，拇指端按住此点不放，嘱其转动肢体至痛转轻的新体位时，再垂直拨动，有很好的止痛效果。

### 4. 临床应用

本法用于颈、肩、腰、臀、四肢等部位的肌肉、肌腱、韧带、病理性条索状组织。在操作时，可视受术者条索状组织的长度定点施拨，也可沿条索状组织的长轴方向边拨边向前移动。

本法具有剥离粘连、消散结聚、解痉止痛、调理筋膜等作用。临床常

用于颈、肩、腰、腿等部位常见筋伤病症。

### （三）捏法

#### 1. 定义

用拇指和其余手指在施术部位做对称性的挤压的一种手法，称为捏法。

#### 2. 动作要领

用拇指和食指、中指指面，或用拇指和其余四指指面夹住施术部位肢体或肌肤，相对用力挤压，随即放松，再用力挤压、放松，重复以上动作，并循序移动（图 1-2-10）。



图 1-2-10 捏法



捏法操作  
视频

#### 3. 操作要求

（1）操作时，拇指与其余手指用力要对称，宜由轻到重，动作要连贯且有节奏性。

（2）操作时，尽量以拇指指腹接触被治疗部位，以增强柔和感。

（3）挤捏时，沿肌纤维方向对称移动，一般由近端移向远端。

#### 4. 临床应用

本法主要适用于头、颈项、四肢部。

本法具有舒筋通络、行气活血等作用。临床常用于疲劳性四肢酸痛、颈椎病等病症治疗。

### （四）拿法

#### 1. 定义

用拇指与食指和中指二指或与其余手指相对用力，有节律性地提捏或揉捏肌肤的一种手法，称为拿法。

## 2. 动作要领

以拇指与食指和中指二指或与其他手指的指掌面相对用力，在腕关节与掌指关节的协调活动下，捏住施术部位的肌肤并逐渐收紧挤压、提起，以拇指同其他手指的对合力进行轻重交替、连续不断、有节奏地提捏，并施以揉动（图 1-2-11）。



拿法操作  
视频



捏

提

图 1-2-11 拿法

以拇指与食指、中指指面为着力部的称三指拿法；以拇指与食指、中指、无名指面为着力部的称四指拿法；以拇指与其余四指为着力部的称五指拿法（图 1-2-12）。



三指拿法



五指拿法

图 1-2-12 拿法种类

## 3. 操作要求

（1）操作时，宜用拇指与其余手指的指掌面着力，不能用指端内扣施力。

（2）用力要由轻渐重，腕关节要放松，动作柔和而灵活，连绵不断，

富有节奏性。

#### 4. 临床应用

本法主要用于颈肩、四肢及头部。

本法具有舒筋通络、行气活血、祛风散寒、解痉止痛等作用。临床常用于颈椎病、落枕、肩周炎、肢体酸痛等病症治疗。

### 四、叩击类手法

#### (一) 拍法

##### 1. 定义

用虚掌有节奏地拍打体表的一种手法，称为拍法。

##### 2. 动作要领

四指并拢，掌指关节微屈，拇指贴于食指桡侧，使掌心空虚。腕部放松，前臂主动运动，上下挥臂平稳而有节奏地用虚掌拍击施术部位。拍法可单手操作，亦可双手同时操作（图 1-2-13）。



图 1-2-13 拍法



拍法操作  
视频

##### 3. 操作要求

(1) 操作时，要使虚掌周边同时接触施术部位，使掌内空气压缩形成较清脆的响声。

(2) 腕关节注意放松，上下挥臂时，力量通过放松的腕关节，传递到掌部，使刚劲化为柔和。拍打后，虚掌应迅速提起，不在拍打部位停顿，用力宜先轻后重。

(3) 双手操作时，应有节奏地交替拍打。

(4) 当拍胸背部时,嘱受术者张口呼吸。背部双肾区宜轻拍且快速通过,切不可重拍。

#### 4. 临床应用

本法主要适用于肩背、腰骶及下肢部。拍法常作为推拿结束手法使用,也是保健推拿常用手法之一。

本法具有消除疲劳、解痉止痛、活血通络等作用。临床上常用于治疗慢性劳损、急性损伤、腰椎间盘突出症等病症。

### (二) 击法

#### 1. 定义

用拳背、掌根、掌侧小鱼际、指尖或桑枝棒击打体表一定部位的一种手法,称为击法。

#### 2. 动作要领

(1) 拳击法:手握空拳,肘关节屈曲,腕关节微屈,前臂主动施力,用拳背节律性平击施术部位(图 1-2-14)。

(2) 掌击法:手指自然松开,腕关节略背伸。前臂主动施力,用掌根节律性击打施术部位(图 1-2-14)。

(3) 侧击法:掌指部伸直,腕关节略背伸,前臂主动运动,用小鱼际节律性击打施术部位(图 1-2-14)。

(4) 指尖击法:手指半屈,腕关节放松,前臂主动运动,以指端节律性击打施术部位(图 1-2-14)。

(5) 棒击法:手握桑枝棒一端,前臂主动运动,用棒体节律性击打施术部位。



拳击法



掌击法



侧击法



指尖击法

击法操作  
视频

图 1-2-14 击法

### 3. 操作要求

(1) 击打时，要含力蓄劲，收发自如，力量由轻到重，适可而止，动作要连续而有节奏，快慢适中。

(2) 击打时，要有反弹感，当一触及受术部位后即迅速弹起，不可停顿或拖拉。

(3) 击打胸背部时，嘱受术者张口呼吸。

(4) 本法在应用时，要根据受术者体质、耐受力等具体情况审慎使用。对久病体虚、年老体弱者慎用。

### 4. 临床应用

拳击法适用于腰骶部；掌击法适用于腰骶及下肢肌肉丰厚处；侧击法适用于肩背、四肢部；指击法适用于头部；棒击法适用于腰背、下肢部。击法也是保健推拿常用手法之一。

本法具有舒筋通络、调和气血、缓解痉挛、祛瘀止痛、兴奋元阳等作用。临床主要用于颈、腰椎疾患引起的脊背疼痛、肢体酸痛麻木、头痛、风湿痹痛、肌肉萎缩等病症治疗。

## 五、振颤类手法

### (一) 抖法

#### 1. 定义

用双手或单手握住受术者肢体远端，用力做缓缓的、连续不断的、小幅度的上下抖动的一种手法，称为抖法。



本法适用于四肢部及腰部，但以上肢最为常用。

## 2. 动作要领

(1) 抖上肢法：受术者取坐位或站立位，肩臂部放松。施术者站在其前外侧，取马步姿势，身体略为前倾。沉肩，垂肘，肘关节屈曲约  $50^{\circ}$ ，腕部自然伸直，施术者用双手握住受术者腕部，慢慢将被抖动的上肢向前外方抬起至  $60^{\circ}$  左右，然后两前臂微用力做连续的小幅度的上下抖动，使抖动所产生的似波浪般的抖动波传递到肩部（图 1-2-15）。



抖法操作  
视频



图 1-2-15 抖上肢法

(2) 抖下肢法：受术者取仰卧位，下肢放松。施术者站立其足端，准备姿势同抖上肢，用双手握住受术者足踝部，将下肢抬起，离开床面约 30 cm，然后上臂、前臂部同时施力，做连续的小幅度的上下抖动，使其下肢及髋部有舒松感（图 1-2-16）。



图 1-2-16 抖下肢法

(3) 抖腰法：受术者取俯卧位，两手拉住床头或由助手固定其两腋部。施术者两手握住受术者两足踝部，两臂伸直，身体后仰。施术者先与助手相对用力，牵引受术者腰部，待受术者腰部放松后，施术者身体先前

倾，然后身体后仰，准备抖动，其后随身体起立之势，瞬间用力，做1~3次较大幅度的抖动，使抖动之力作用于腰部，产生较大幅度的波浪状运动（图1-2-17）。



图 1-2-17 抖腰法

### 3. 操作要求

（1）操作时，嘱受术者放松患肢，被抖动的肢体自然伸直，施术者不可屏气，抖动的幅度要由小缓慢增大，频率要快，抖动所产生的抖动波应从肢体远端传向近端。

（2）受术者肩、肘、腕有习惯性脱位者禁用此法。

### 4. 临床应用

本法具有调和气血、舒筋活络、放松肌肉、滑利关节等作用。临床常作为肩周炎、颈椎病、髋部伤筋、腰椎间盘突出症等病症的辅助治疗手法。

## （二）振颤法

### 1. 定义

以指或掌在施术部位施以振颤的方法，称为振颤法。振颤法可以分为振法和颤法两类。

### 2. 动作要领



振法与颤法  
操作视频

（1）振法：振法分为指振法与掌振法两种，以指或掌置于施术部位或穴位上，注意力集中于指或掌部，前臂腕屈肌群和腕伸肌群交替性、静止性用力，产生快速而强烈的振动，使受术部位或穴位产生温热感或疏松感。

（2）颤法：以食指、中指二指或食指、中指、无名指三指螺纹面或掌面置于施术部位，手部和臂部肌肉绷紧，主动施力，使手臂部产生有规律的颤动，并使受术部位连同施术者手臂一起颤动。

### 3. 操作要求

（1）振法要求前臂与手部必须静止性用力。振法是手臂部的肌肉静止性用力，而不做其他的主动运动。而颤法除手臂部的肌肉需要绷紧外，还要进行主动的运动，这种运动形成了外在可见的颤动波。

（2）要有一定的振颤频率。一般认为，振法的振颤频率较高，为每分钟 600~800 次。颤法的运动频率一般在每分钟 200~300 次。

（3）压力要求。振法以掌指部自然压力为准，不要求施加额外压力；颤法要求在操作时对施术部位施加合适的压力，既不可过重，又不能过轻，以适合手臂的颤动传递为宜。

（4）注意自我保护。振颤法对施术者体能的消耗较大，应注意自我保护，不可过久施为。

### 4. 临床应用

指部振颤法适于全身各部穴位，掌部振颤法多用于腹部。

本法具有活血止痛、疏经通络的效果。临床可用于头痛、失眠、胃下垂、胃脘痛、咳嗽、气喘、痛经、月经不调等病症；还可以用于赛前紧张、运动性疲劳、运动性腹痛等运动病症的处理。

## 六、运动关节类手法

### (一) 摇法

#### 1. 定义

用一手握住或扶住关节近端肢体，另一手握住关节远端肢体，使关节产生被动环形运动的一种手法，称为摇法。

#### 2. 动作要领

本法因施术部位不同，动作要领、名称各异，下面按部位进行动作要领的介绍。

(1) 颈项部摇法：受术者取坐位，颈项部放松。施术者立于受术者背后或侧后方，以一手扶其后枕部，另一手托于其下颌部，两手协调运动，以相反的方向施力缓缓地使受术者头颈部按顺时针或逆时针方向进行环形摇转（图 1-2-18）。

(2) 肩关节摇法：包括握腕摇肩法、托肘摇肩法和大幅度摇肩法。

① 握腕摇肩法：受术者取坐位，肩关节放松，施术者位于其侧方，以一手扶住其肩关节上部，另一手握其腕部，做肩关节顺时针或逆时针方向的环转摇动（图 1-2-19）。

② 托肘摇肩法：准备姿势同上，施术者一手扶住受术者肩关节上部，另一手托其肘部，使其前臂放在施术者前臂上，做肩关节顺时针或逆时针方向的环转摇动（图 1-2-20）。



图 1-2-18 颈项部摇法



摇法操作  
视频



图 1-2-19 握腕摇肩法



图 1-2-20 托肘摇肩法

③ 大幅度摇肩法：施术者两掌相对，夹持住受术者的腕部，牵伸并抬高其上肢至其前外方约  $45^{\circ}$  时，将其上肢慢慢向前外上方托起。位于下方的一手逐渐翻掌，当上举至  $160^{\circ}$  时，即可虎口向下握住其腕部。另一手随其上举之势由腕部沿前臂滑移至肩关节上部。两手再协同用力，即按于肩部的一手将肩关节略向下按并固定，握腕一手略上提，使肩关节伸展。随即握腕一手握腕摇向后下方，经下方复于原位，此时扶按肩部手已随势沿上臂、前臂滑落于腕部，呈动作初始时两掌夹持腕部状（图 1-2-21）。



图 1-2-21 大幅度摇肩法

（3）腕关节摇法：受术者取坐位，掌心朝下。施术者双手合握其手掌，以两手拇指扶按于腕背侧，余指端扣于大、小鱼际，两手协同用力，在微拔伸下做腕关节顺时针或逆时针方向摇转运动。也可受术者坐位，掌心朝下，施术者一手握其腕上部，另一手握其四指部，在稍用力牵引的同时做腕关节顺时针或逆时针方向的摇转运动（图 1-2-22）。



图 1-2-22 腕关节摇法

(4) 腰部摇法：包括仰卧位摇腰法、俯卧位摇腰法两种。

① 仰卧位摇腰法：受术者取仰卧位，两下肢并拢，屈髋屈膝。施术者一手固定其膝及小腿，双手协同用力，做腰部顺时针或逆时针方向的摇转运动（图 1-2-23）。

② 俯卧位摇腰法：受术者取俯卧位，两下肢伸直。施术者一手按压其腰部，另一手托住双下肢膝关节上方，双手协同用力，做腰部顺时针或逆时针方向的摇转（图 1-2-23）。



图 1-2-23 腰部摇法

(5) 髋关节摇法：受术者取仰卧位，一侧屈髋屈膝。施术者一手按其膝部，另一手握其足踝部或足跟部，将其髋、膝屈曲的角度均调整到  $90^\circ$  左右，双手协同用力，做髋关节顺时针或逆时针方向的摇转运动（图 1-2-24）。



图 1-2-24 髋关节摇法

(6) 踝关节摇法：受术者取仰卧位，下肢自然伸直。施术者取坐位于其足端，用一手托住其足跟，另一手握住足前掌部，在稍用力拔伸的情况

下做环转摇动（图 1-2-25）。



图 1-2-25 踝关节摇法

### 3. 操作要求

（1）被摇的关节要放松，摇动的力应直接作用于被摇关节。摇转的方向可顺时针亦可逆时针，一般以顺、逆方向各半为宜。

（2）幅度控制在人体关节生理活动范围内进行，力量由轻到重，幅度由小到大，速度由慢到快，做到因势利导，适可而止，切忌使用暴力。

（3）对习惯性关节脱位及椎动脉型、脊髓型颈椎病，颈部外伤，颈椎骨折等病症者应慎用或禁用摇法。

### 4. 临床应用

本法适于全身各关节部。摇法也是保健推拿的常用手法之一。

本法具有舒筋活血、松解粘连、滑利关节等作用，临床主要适用于各种软组织损伤及运动功能障碍等病症的治疗。

## （二）扳法

### 1. 定义

用两手分别固定关节的远、近端或肢体的一定部位，做相反方向或同一方向的用力扳动的一种手法，称为扳法。

### 2. 动作要领

本法因施术部位不同，动作要领、名称各异，下面按部位进行动作要领的介绍。

（1）颈项部扳法：包括颈项部斜扳法、颈项部旋转定位扳法。

① 颈项部斜扳法：受术者取坐位，颈项部放松，头颈略前倾。施术者位于受术者侧后方，以一手扶其头顶后部，另一手扶托其下颌部，两手协同用



力使其头部向侧方旋转，当旋转至最大限度时，随即做一小幅度的快速扳动，常可听到“咯”的弹响声，之后可按同法向另一侧方向扳动（图 1-2-26）。



图 1-2-26 颈项部斜扳法

② 颈项部旋转定位扳法：受术者取坐位或低坐位，颈部放松，施术者位于其侧后方。施术者以一手拇指顶按其病变颈椎棘突旁，另一手以肘弯部托住其下颌。肘臂部协调用力，缓慢地将颈椎向上拔伸。同时使头部向受术侧旋转，当旋转到最大限度的位置时，随即做一小幅度的快速扳动，而顶住棘突的拇指亦同时施力推按。此时，常可听到“咯”的弹响声，拇指下亦有棘突跳动感，表明手法复位成功（图 1-2-27）。



图 1-2-27 颈项部旋转定位扳法



扳法操作  
视频

（2）胸背部扳法：包括扩胸牵引扳法、胸椎对抗复位法。

① 扩胸牵引扳法：受术者取坐位，两手十指交叉扣住并抱于枕后部。施术者位于受术者后方，以一侧膝关节抵住其背部病变处，两手分别握扶住受术者的两肘部。嘱受术者做前俯后仰运动，并配合深呼吸。如此活动数遍，待受术者身体后仰至最大限度时，施术者保持膝部向前顶抵的力量，同

时将其肘部向后方突然拉动，此时常可听到“咯”的弹响声（图 1-2-28）。

② 胸椎对抗复位法：受术者取坐位，两手交叉扣住并抱于枕后部。施术者位于受术者后方，两手臂自其两腋下伸入，并握住其两前臂下段，一侧膝部顶压住病变胸椎处。施术者握住受术者前臂的两手用力下压，而受术者则用力上抬两前臂，同时，施术者将受术者脊柱向上向后牵引，顶压患椎的膝部同时保持向前向下用力，与前臂的上抬形成对抗牵引。持续牵引片刻后，施术者两手、两臂与膝部协同用力，做一小幅度的快速扳动，常可听到“咯”的弹响声（图 1-2-29）。



图 1-2-28 扩胸牵引扳法



图 1-2-29 胸椎对抗复位法

（3）腰部扳法：包括腰部斜扳法、腰部旋转复位法、直腰旋转扳法、腰部后伸扳法。

① 腰部斜扳法：受术者取侧卧位，近床面的下肢自然伸直，上面的下肢屈髋屈膝。施术者面向受术者站立，以一手或肘抵住其肩前部，另一肘或手按于臀部。两手、肘协同用力，先做数次扭转活动以放松腰部，当腰部扭转至最大限度有明显阻力时，随即做一小幅度的快速扳动（推肩、压臀），常可听到“咯”的弹响声（图 1-2-30）。



图 1-2-30 腰部斜扳法

② 腰部旋转复位法：受术者取坐位，腰部放松，两臂自然下垂。以右侧为例。无助手可令受术者左侧下肢抵靠按摩床或其他物品。施术者位于受术者右后方，以左手拇指端或螺纹面顶按于腰椎的棘突侧方，右手臂从受术者右腋下穿过并以右掌按于对侧颈肩部。嘱受术者向前做弯腰活动至最大限度后，再向右侧侧屈至一定幅度感觉到阻力时，两手协同用力，施术者按于颈肩部的手压肩部，同时肘部上抬（即抬肩压肘），按于棘突旁的拇指同时推按棘突，常可听到“咯”的弹响声（图 1-2-31）。

③ 直腰旋转扳法：受术者取坐位，两下肢分开，与肩同宽，腰部放松。以向右侧旋转扳动为例。施术者位于受术者的左侧后方，以两下肢夹住受术者的左下肢以固定。施术者左手抵住其左肩后部，右臂从其右腋下伸入并以右手抵住其肩前部。然后两手协调用力，以左手前推其左肩后部，右手向后拉其右肩，且右臂部同时施以上提之力，至最大限度时，随即做一小幅度的快速扳动，常可听到“咯”的弹响声（图 1-2-32）。



图 1-2-31 腰部旋转复位法



图 1-2-32 直腰旋转扳法

④ 腰部后伸扳法：受术者取俯卧位，两下肢并拢。施术者一手按压于受术者腰部，另一手臂托抱住其两下肢膝关节上方并缓缓上抬，使其腰部后伸。当后伸至最大限度时，两手协同用力，做一增大幅度的下按腰部与上抬下肢的相反方向的用力扳动（图 1-2-33）。



图 1-2-33 腰部后伸扳法

(4) 肩关节扳法：包括肩关节前屈扳法、肩关节外展扳法、肩关节内收扳法、肩关节旋内扳法和肩关节上举扳法。

① 肩关节前屈扳法：受术者取坐位，受术侧肩关节前屈  $30^{\circ} \sim 50^{\circ}$ 。施术者半蹲于受术肩前外侧，以两手分别自前、后方向将受术者患肩锁紧、扣住，受术侧上臂置于施术者内侧的前臂上。手臂部协调用力，将其患臂缓缓上抬，至肩关节前屈至最大限度时，做增大幅度的快速扳动（图 1-2-34）。

② 肩关节外展扳法：受术者取坐位，受术侧手臂外展  $45^{\circ}$  左右。施术者半蹲于其患肩的外侧。将其受术侧上臂的肘关节上部置于一侧肩上，以两手从前、后方向将患肩扣住、锁紧。然后施术者缓缓立起，使其肩关节外展，至有阻力时，略停片刻，双手与肩部协同施力，做一肩关节外展位增大幅度的快速扳动（图 1-2-34）。

③ 肩关节内收扳法：受术者取坐位，受术侧上肢屈肘置于胸前，手搭扶于对侧肩部。施术者立于其身体后侧，以一手扶按于受术侧肩部以固定，另一手托握其肘部并缓慢向对侧胸前上托，至最大限度时，做一增大幅度的快速扳动（图 1-2-34）。

④ 肩关节旋内扳法：受术者取坐位，受术侧上肢的手与前臂置于腰部后侧。施术者立于其受术侧的侧后方，以一手扶按其受术侧肩部以固定，另一手握住其腕部将患肢前臂沿其腰背部缓缓上抬，以使其肩关节逐渐内旋，至最大限度时，随即做一较快速的小幅度的上抬其前臂动作，以使其肩关节旋转至极限（图 1-2-34）。

⑤ 肩关节上举扳法：受术者取坐位，两臂自然下垂。施术者立于其身体后方，以一手托握住患肩侧上臂下段，并自前屈位或外展位缓缓向上抬起至  $120^{\circ} \sim 140^{\circ}$  时，以另一手握住其前臂近腕关节处。两手协同用力，

向上逐渐拔伸牵引，至最大限度时，随即做一较快速的小幅度的向上拉扳（图 1-2-34）。



图 1-2-34 肩关节扳法

### 3. 操作要求

(1) 扳法操作时, 应因势利导, 不可逾越各关节的正常生理活动范围; 更不可使用暴力及蛮力, 以免造成不良后果。

(2) 扳法操作要分阶段进行。第一步是通过做关节小范围的活动或摇动使关节放松; 第二步是将关节极度地伸展或屈曲、旋转, 使其达到明显的阻力位, 在保持这一位置的基础上, 再实施第三步扳法。

(3) 在实施扳动时, 所施之力须用“巧力寸劲”。“巧力”即指手法的技巧力, 需经过长期的练习和实践才能获得; “寸劲”即指短促之力, 所施之力比较快速, 且能充分地控制扳动幅度, 作用得快, 消失得也迅速, 做到中病即止。

(4) 扳动时, 不可强求关节弹响, 若反复扳动, 易使关节紧张度增大, 有可能造成不良后果。

(5) 诊断不明的脊柱外伤及老年人伴有较严重的骨质增生、骨质疏松、骨关节结核、骨肿瘤者禁用扳法。

### 4. 临床应用

本法适于全身各关节。

本法具有舒筋通络、理筋整复、松解粘连、滑利关节等作用。临床常用于颈椎病、落枕、肩周炎、腰椎间盘突出症和脊椎小关节紊乱等病症的治疗。

## (三) 拔伸法

### 1. 定义

用两手分别握住肢体的远端和近端, 做相反方向的用力牵拉; 或利用肢体自身的重量做反牵拉, 两手握住肢体远端, 向上或向前牵拉, 利用对抗的力量使关节或半关节得到伸展的一种手法, 称为拔伸法。

### 2. 动作要领

本法因施术部位不同, 动作要领、名称各异, 下面按部位进行动作要领的介绍。

(1) 颈椎拔伸法: 包括掌托拔伸法和肘托拔伸法。

① 掌托拔伸法: 受术者取坐位, 施术者站于其后, 以双手拇指端和螺纹面分别顶按住其两侧枕骨下方风池穴, 两掌分置于两侧下颌部以托夹助力。然后掌指及臂部同时协调用力, 拇指上顶, 双掌上托, 缓慢地持续



拔伸法操作  
视频



向上拔伸 1~2 分钟，以使颈椎在较短时间内得到持续牵引（图 1-2-35）。

② 肘托拔伸法：受术者取坐位，施术者站于其后方，一手扶其枕后以固定、助力，另一侧上肢的肘弯部托住其下颌部，手掌侧扶住对侧头部以加强固定。托住其下颌部的肘臂与扶枕后部一手协同用力，缓慢地持续向上拔伸 1~2 分钟，以使颈椎在较短时间内得到持续的牵引（图 1-2-35）。



掌托拔伸法

肘托拔伸法

图 1-2-35 颈椎拔伸法

（2）肩关节拔伸法：包括肩关节上举拔伸法和肩关节对抗拔伸法。

① 肩关节上举拔伸法：受术者取低坐位，施术者立于其身后，一手托住其患肩侧上臂下段，并自前屈位或外展位将其手臂缓慢抬起，另一手握住其前臂近腕关节处，同时握上臂一手上移。两手协同用力，向上缓慢持续进行牵拉（图 1-2-36）。

② 肩关节对抗拔伸法：受术者取坐位，施术者立于其受术侧，以两手分别握住其腕部和肘部，于肩关节外展位逐渐用力牵拉。同时嘱受术者身体向另一侧倾斜，或请助手协助固定其身体上半部，与牵拉之力相对抗，持续拔伸 1~2 分钟（图 1-2-36）。



肩关节上举拔伸法

肩关节对抗拔伸法

图 1-2-36 肩关节拔伸法



(3) 腕关节拔伸法：受术者取坐位，施术者立于其侧方，一手握住其前臂中端，另一手握住其手掌部，双手同时反方向用力，缓慢持续地进行拔伸（图 1-2-37）。

(4) 指间关节拔伸法：施术者一手握住受术者腕部，另一手捏住患指末节，两手同时用力，做相反方向持续拔伸（图 1-2-38）。



图 1-2-37 腕关节拔伸法



图 1-2-38 指间关节拔伸法

(5) 腰部拔伸法：受术者取俯卧位，双手抓住床头。施术者立于其足端，两手分别握住其两踝部，两手同时用力，向下逐渐持续牵引（图 1-2-39）。

(6) 踝关节拔伸法：受术者取仰卧位，施术者一手握住其受术侧的小腿下段，另一手握住其足掌前部，两手协同用力，向相反方向牵拉拔伸。或施术者一手托握受术者的足跟部，一手拇指和其余四指分握其足背，利用受术者自身的重量做反牵拉，双手同时用力向下持续牵拉。在拔伸过程中，可配合进行踝关节的屈伸活动（图 1-2-40）。



图 1-2-39 腰部拔伸法



图 1-2-40 踝关节拔伸法

### 3. 操作要求

- (1) 拔伸力量宜由小到大,不可用猛力、蛮力拔伸,以免造成牵拉损伤。
- (2) 拔伸动作要稳而缓,用力要均匀而持续,当拔伸到一定程度后,需要一个稳定的持续牵引力。
- (3) 拔伸方向和力量以受术者的关节生理活动范围或耐受程度而定。

### 4. 临床应用

本法主要适用于全身各关节。

本法具有舒筋活血、理筋整复、松解粘连、滑利关节等作用。临床主要用于软组织损伤、骨折及关节脱位等病症的治疗。

## 第三节 保健推拿

由专业推拿按摩技师操作而进行的保健推拿方法,多为套路化操作,又称“他人保健推拿法”。通常所指的保健推拿法即指此类保健方法。

### 一、头面部保健推拿

头面部推拿具有缓解疲劳、调节神志、治疗或缓解头部症状和治疗眼疾等作用。

#### 1. 体位

受术者取仰卧位,施术者坐在受术者头前。

#### 2. 操作步骤

(1) 开天门:以两手拇指指腹,置于两眉间的印堂穴处,自印堂向上直抹到前发际处的神庭穴上。两手拇指轮流进行,反复推抹 20~30 次。

(2) 分阴阳:以两手拇指桡侧置于前额正中线,向外进行分推,由轻至重,重而不滞,反复进行 3~5 次,然后两拇指桡侧在头维穴、太阳穴长按 1 分钟。

(3) 抹双柳:以两手拇指指端点双侧攒竹穴处,再以指腹自攒竹穴沿眉弓,自内向外经鱼腰穴至丝竹空穴止,推抹数次。

(4) 轻摩眼眶:以双手拇指指腹置于上、下眼皮,由内向外进行摩动,使眼眶上的皮肤跟着运动,分抹的力度宜轻,不宜重,反复进行 3~5 次。

(5) 分推鼻翼:以两手拇指置于鼻翼两侧迎香穴,向外进行分推,经



头面部保健  
推拿操作视  
频

巨髎穴至颧髎穴，反复进行 3~5 次。

(6) 环摩嘴周：以双手拇指指腹置于嘴唇上水沟穴处，由内向外分推，动作要缓慢，力度不要太重，推抹到地仓穴，反复 2~3 次。再在唇下承浆穴分推抹到地仓穴，反复 2~3 次，并点按地仓穴，持续 1 分钟。

(7) 轻摩下颌：以两手掌轻摩下颌，至颊车穴，反复数次，可点按颊车穴 1 分钟左右。

(8) 轻揉面颊：以双手食、中、无名指三指置于两侧颊车穴处，轻轻揉动，缓慢移动至太阳穴处反复 3~5 次，并点按太阳穴，持续 1 分钟。

(9) 揉经络：

① 以双手拇指指腹置于督脉印堂穴处，由下向上点揉，经神庭、上星、囟会、前顶穴至百会穴，反复 3~5 次，并点按各穴，持续 1 分钟。

② 由攒竹穴经眉冲、曲差、五处、承光、通天穴至络却穴（足太阳膀胱经）。

③ 由阳白穴经头临泣、目窗、正营穴至承灵穴（足少阳胆经）。

(10) 按揉风池、风府穴：

以双手中指指腹着力于两侧风池穴与中间的风府穴，先进行指揉 1~3 分钟，然后用中指指腹进行长按，推拿时局部有酸胀、温热感。

(11) 梳理头皮：

双手交替以梳法梳理头皮，来回梳理 5~7 遍。

(12) 双揪铃铛：

双手分别以拇指、食指指腹捏两侧耳部，并向下方揪耳垂 3~5 次。

(13) 推桥弓：

推拿师以一手扶额头，使受术者头稍向同侧偏斜，再以另一手五指并拢以掌侧沿胸锁乳突肌自上向下推抹。

## 二、颈项部保健推拿

颈项部推拿具有解除疲劳、缓解与预防颈肩部不适等作用。

### 1. 体位

受术者取俯卧位，施术者站其一侧。

### 2. 操作步骤

(1) 分推颈项：

涂抹介质，双掌搓匀，以两手全掌从颈部向肩部进行分推。

### (2) 拿揉颈部:

施术者一手托住受术者前额,另一手拇指指腹与食、中指指腹或其余四指相对,同时用力,自上而下有顺序、有节奏地拿揉受术者颈部肌肉2~3分钟,以受术者有能忍受的酸胀感为度。

### (3) 指压棘突两侧:

指压棘突两侧2~3遍,施术者以双手拇指指端分别置受术者颈项部棘突两侧,自上而下按压2~3遍,按压同时或按压后可行轻揉法。

### (4) 颈部拨经法:

以单手或双手拇指指腹两侧斜方肌处,沿正中线、两侧斜方肌共三条线施以拨法,拨后加揉法,操作2~3遍。

### (5) 端提摇晃法:

以两手手掌扶住下颌两侧,先将颈部向上拔伸,并保持一段时间。在保持拔伸的情况下,施以摇法,活动关节,操作3~5遍。

### (6) 拿揉肩部:

拿揉肩部1~2分钟,施术者站于受术者一侧前,以两手拇指分别置于其两侧肩胛冈上窝处,其余四指放肩前部,拇指、四指及虎口同时有节奏地相向用力,拿揉肩肌约1分钟。

### (7) 按压肩井:

按压肩井穴1~2分钟,以中指或拇指按受术者肩井穴1分钟,轻揉该穴,反复2~3次。注意观察受术者的反应。

### (8) 肩部拨经法:

以单手或双手拇指指腹置于肩部两侧斜方肌处,施以拨法,拨后加揉法,操作2~3遍。

### (9) 肩部轻叩法:

双掌心对置,五指自然分开,以小指尺侧端(小鱼际击)有节奏地叩击肩部1~2分钟。

## 三、腰背部保健推拿

腰背部推拿具有解除疲劳、缓解与预防腰背肌的劳损、强腰壮肾、调节脏腑功能和缓解妇科病症状等作用。

### 1. 体位

受术者取俯卧位,施术者站其一侧。

## 2. 操作步骤



腰背部保健  
推拿操作视  
频

(1) 掌揉背腰：施术者双掌重叠自上而下按揉受术者脊柱两侧肌肉 3~5 遍，注意手法圆滑、连贯、力量适宜（单、双掌均可，注意避开脊柱，由上而下进行）。

(2) 拨足太阳膀胱经：施术者双手拇指指端相对，以双手拇指指腹同时自上而下弹拨受术者足太阳膀胱经（如需加大刺激量，可用一手拇指指腹压在另一手拇指指背，双拇指重叠弹拨），拨 3~5 遍，拨后轻揉两遍。

(3) 指压脊柱：施术者以双手拇指指端或指腹置受术者背部膀胱经第一侧线上，自上而下，同时或交替逐节地按压其膀胱经上主要穴位处 3~5 遍，可边按边揉或按揉交替或按后缓揉。力量小者可双指叠按。

(4) 揉脊柱两侧：施术者沉肩、垂肘、悬腕，手握空拳，侧掌揉或握拳揉受术者脊柱两侧，注意腰部揉法的力量、角度和方向，操作 2~3 分钟。

(5) 拍打背腰：施术者双手空拳或虚掌叩击、拍打受术者背腰部，注意腰部两侧叩击的力量，操作 1~2 分钟。

(6) 按揉肾俞穴：施术者以两手指指端置于受术者双侧肾俞穴处，同时用力对按、对揉或按揉交替约半分钟，此后以掌根或大鱼际在受术者肾俞穴处搓揉，再施以指力按揉，如此反复 2~3 遍，使受术者有温热及力量渗透入内之感。

(7) 捏脊：以双手拇指与其余四指分别置于第 5 腰椎两侧，自下而上提捏肌肉 3~5 次。

(8) 横擦腰骶：施术者双手搓热，迅速以一手扶受术者背部，一手放置于命门穴，快速搓擦肾俞、命门穴至受术者腹部感觉温热为止。搓擦后亦可缓揉，以增加热感的穿透力度。

(9) 直推背腰：施术者以双手掌在受术者背腰部沿膀胱经第一、二侧线自上而下直推至腰骶部 3~5 次。

## 四、胸腹部保健推拿



胸腹部保健  
推拿操作视  
频

胸腹部推拿具有宽胸理气、调理脾胃、疏肝理气和温暖下元等作用。

### 1. 体位

受术者取仰卧位，施术者站其一侧。

### 2. 操作步骤

(1) 按压双肩：用双手掌根按压双肩 5~8 次。

(2) 分推胸部：从胸部中央沿肋骨方向，分推胸部至两胁 3~5 次。

(3) 按揉中府穴：用双手掌根按揉肩部两侧中府穴，反复操作 5~8 次。

(4) 点揉期门、章门、京门穴：拇指点揉期门、章门、京门三穴各 5~8 次。

(5) 推上腕、中腕、下腕穴：拇指直推法从上而下，直推上腕、中腕、下腕穴 5~8 次。

(6) 点按穴位：受术者双下肢弯曲，放松腹部。操作者从上而下点压上腕、中腕、下腕穴各 1 分钟。拇食指点按天枢穴（双侧）1 分钟，食中指点按气海、关元穴各 1 分钟。

(7) 拿捏腹直肌：受术者双下肢屈曲，腹部放松，轻拿腹直肌 3~5 次。

(8) 全掌揉腹：受术者腹部放松，用全掌以肚脐为中心，顺时针按揉腹部 1~2 分钟。

(9) 全掌摩腹：全掌摩腹，顺时针、逆时针各操作 1~2 分钟。

## 五、上部保健推拿

上部推拿具有缓解疲劳、解除部分症状、改善运动功能和改善末梢血液循环等作用。

### 1. 体位

受术者取仰卧位，施术者站其一侧。

### 2. 操作步骤

(1) 揉捏上部：施术者一手托住受术者腕部，另一手拇指和其余四指相对，沿经脉路线和上部肌肉轮廓，有弹性、有节奏地自上而下揉捏 3~5 次。

(2) 按揉手腕：施术者一手握住受术者的手指，另一手四指托住腕部，拇指轻揉腕关节 1~2 分钟。

(3) 搓揉手腕：受术者掌心向下，施术者先用双手拇指横向分推，后纵抹，下侧用食指分推，完成后用双手掌根夹住受术者腕关节搓动，操作 1~2 分钟。

(4) 按压穴位：施术者一手四指托起受术者上部，另一手拇指点按合谷穴、手三里穴、曲池穴各 30 秒，点后轻揉数次。

(5) 推揉手掌：施术者一手托住受术者手掌，另一手手指沿掌骨间隙由下至上按揉手背 3~5 次。受术者掌心向上，操作者以其劳宫穴为中心，



上部保健  
推拿操作视  
频



由小到大揉圈，接着纵推掌到手指部。

(6) 拔伸指关节：拔伸时先做捻法，然后迅速拔伸指关节 3~5 次。

(7) 抖上肢：施术者双手同时握住受术者一手大、小鱼际部，在稍用力拔伸的基础上，先左右后上下交替抖动上肢 1~2 分钟。

(8) 摇肩关节：施术者一手握住受术者肩部，另一手握住腕部或托住肘部，先顺时针、后逆时针，换转摇动肩关节 3~5 次。

同法操作另一侧上肢。

## 六、下肢部保健推拿

下肢部推拿具有缓解疲劳、加快静脉血液回流、改善远端血液循环和缓解不适症状等作用。

### (一) 下肢前、内、外侧推拿

#### 1. 体位

受术者取仰卧位，施术者站其一侧。

#### 2. 操作步骤

(1) 直推下肢：施术者以单手手掌直推下肢前侧、内侧、外侧 3~5 次，由大腿根部直推至踝关节。

(2) 拿揉下肢：施术者以双手拿揉大腿的前、内、外侧及小腿外侧，上下往返 3~5 遍。

(3) 按压穴位：施术者以拇指沉实有力地分别按压受术者足三里、血海、三阴交穴各 30 秒，再轻揉各穴，如此反复 2~3 次。

(4) 抱揉膝关节：施术者一手掌心置于受术者髌骨上轻轻揉压，然后双手如抱球状抱住膝关节两侧，轻揉 1~2 分钟。

(5) 拍打下肢：施术者手握空拳有节奏地自上而下分别叩击拍打受术者下肢前、内、外侧各 3~5 次。

(6) 推摩足背：施术者双掌有节奏地从上而下快速推摩受术者足背 10~20 次。

(7) 活动踝关节：施术者一手托住受术者足跟，另一手握其足掌部(脚趾)，先顺时针、后逆时针使受术者踝关节做被动背伸、背屈和环转摇动，幅度由小至大。完成后以掌心控制足跟，前臂固定脚掌，做跟腱牵伸。

同法操作另一侧下肢。

下肢部保健  
推拿——仰  
卧位操作视  
频



## （二）臀及下肢后侧推拿

推拿作用同下肢前、内、外侧的推拿作用。

### 1. 体位

受术者取俯卧位，施术者站其一侧。

### 2. 操作步骤

（1）拿揉下肢后侧：施术者以两手拇指及四指相合，自上而下提拿、揉捏受术者臀部及下肢后侧肌肉，臀部及臀下肌肉以揉捏为主，腿部以提拿为主，辅以揉捏手法，如此往复 3~5 分钟。掌握手法的节律、弹性和力度，使受术者感到放松。

（2）滚下肢后侧：施术者沉肩，垂肘，悬腕，手握空拳，以掌指关节滚受术者臀部及下肢后侧，其中臀部、大腿后侧及小腿后侧肌群应为重点，操作 3~5 分钟。

（3）按压穴位：施术者以拇指分别按压受术者环跳、承扶、殷门、委中、承山穴各 30 秒，压后以拇指指腹或大鱼际或掌根缓揉以上各穴位处。其中环跳、承扶、殷门穴还可利用肘尖按压，压后应加揉法。

（4）拿揉跟腱：施术者以拇、食两指指腹分置于受术者下肢昆仑穴与太溪穴上，提拿揉捏 1~2 分钟。

（5）叩击下肢：施术者以一手空拳有节奏叩击受术者下肢，力量稍重，操作 1~2 分钟。

（6）抱揉下肢：施术者双手掌心对置受术者下肢后侧肌肉，稍用力抱紧，自上而下揉下肢后侧，重点抱揉小腿后侧肌群，操作 2~3 遍。

（7）拔伸趾关节：施术者用拇指与食指（或食、中两指）分别拔伸受术者各足趾关节 1~2 次。

（8）推按足底：施术者以单手鱼际、掌根或双手拇指重叠，持续有力地推按受术者（或其）足弓及足底 1~2 分钟，以按为主，推按结合。单掌将受术者脚掌搓热，按住透热若干秒，重复 3 遍。随后以空拳有节律、有弹性、力度适中地叩击足底 10~20 次。

同法操作另一侧下肢。

以上操作手法仅为人體各部保健的基本手法，施用时应根据具体情况对重点部位、重点手法，以及手法的力量、速度、幅度进行调整。本书中介绍的手法力量、作用时间可作为一般保健时的参考。一般来说，治病时，



下肢部保健  
推拿——俯  
卧位操作视  
频

操作力量应大，且时间亦长；防病保健时，操作力量不宜太大，时间也不宜太长。



### 思考与实训

1. 松解类推拿手法的技术要求是什么？
2. 推拿手法适用于哪些运动损伤？
3. 揉法的技术要领有哪些？
4. 试述颈项部保健推拿的操作流程，并完成操作。

5. 李某某，女，25岁，篮球运动员。右膝疼痛3周。患者于3周前在训练中跨步上篮后出现右膝隐痛不适，后感觉右膝内疼痛逐渐加重且出现膝部乏力，在屈膝下蹲、上下楼梯时尤为明显。查体：单足下蹲试验（+），髌骨研磨试验（+），压髌股四头肌收缩试验（+）。临床诊断为“髌骨软化症”。针对案例情况，选用合适的推拿手法进行处理，并简要阐述制订推拿方案的理由。

# HEP

## 第二章

# 针刺疗法

### ● 本章导读

针刺疗法是中医传统疗法中最为古老的疗法之一，针刺疗法被列入《人类非物质文化遗产代表作名录》，目前，在全世界已经有 140 多个国家和地区开展针刺疗法，其具有适应证广、疗效明显、操作方便、经济安全等优点。本章重点介绍针刺疗法的基本知识及技术操作规范，主要介绍毫针疗法与电针疗法，旨在帮助学习者掌握针刺技术的基本操作。

### ● 学习目标

#### 1. 知识目标

- (1) 熟悉常用针刺疗法的概念、针具形制、用途及刺激方式。
- (2) 掌握常用针刺疗法的基本要求、适应证、禁忌证。
- (3) 掌握常用针刺疗法的操作要领和注意事项。
- (4) 能根据病症特点选择最适宜的针刺疗法。

#### 2. 能力目标

- (1) 能熟练应用主要针刺方法，进行操作施治。
- (2) 能运用所学针刺疗法知识宣讲中医针刺治疗技术。

#### 3. 素养目标

- (1) 稳固专业思想、培养学习和应用针刺疗法的热情，树立中医文化自信。
- (2) 增强传承针刺技术的使命感，逐步养成严谨规范操作、技术精益求精的工匠精神。
- (3) 建立“以人为本”的职业思想，培养“大医精诚”的职业素养，培育“医者仁心”的职业道德。

“

孙思邈：一针救两命

一次，孙思邈从山上采药回家，路上看见有四个人抬着一副棺材往前走，鲜红的血从棺材缝里滴出来，后面跟着一个正哭着的老婆婆。孙思邈赶上前去问：“老婆婆，棺材里是什么人？”老婆婆说：“是我的女儿，刚死了几个时辰。”孙思邈说：“请打开棺材让我看看，好吗？”老婆婆听后，立即问“你是郎中吗？她是因难产折腾了两天两夜，婴儿生不出来，把她缠死了，难道还有救吗？”孙思邈回答说：“可以试一试。我看她流出的血，可能还有希望！”老婆婆听后，马上叫抬棺材的人一齐动手，把棺盖打开了。孙思邈仔细摸了摸“死者”的脉搏，感觉到还有微弱的跳动。于是他赶紧选好穴位，用特殊的捻针手法给她扎针。不一会儿，一个胖娃娃“哇哇”地生了出来，产妇也睁开了双眼。大家看到孙思邈一针救了两条命，都称赞他是神医。

## 第一节 针刺疗法的基本知识

### 一、针刺疗法的概念与分类

#### （一）针刺疗法的概念

针刺疗法是中医传统疗法中最具特色的重要组成部分。现代针刺疗法的发展表现为现代化和国际化，现代化是指针刺疗法在传承的基础上与现代科学技术相结合，不断创新发展，理论研究不断深入，治疗范围不断扩大；国际化是指针刺疗法走出国门，被越来越多的国家和人们所了解和接受。世界卫生组织创建世界针灸学联合会，公布了43种针灸适应证，目前，在全世界已经有140多个国家和地区开展针灸医疗。2010年11月16日，中医针刺疗法被列入《人类非物质文化遗产代表作名录》。

针刺疗法是指采用不同的针具，刺入人体的穴位（或一定部位），并施以不同的手法，给予一定的刺激，从而激发经络之气，以治疗疾病和保健预防的一种中医传统疗法。

#### （二）针刺疗法的分类

针刺疗法是由砭石刺病发展而来，根据不同针具和操作技术的运用分为毫针疗法、三棱针疗法、皮肤针疗法、皮内针疗法、火针疗法、电针疗法、头针疗法、耳针疗法、穴位埋线、阿是穴斜刺针法等。本章主要介绍毫针疗法与电针疗法。

### 二、针刺疗法的作用原理

中国传统医学认为，精是人体生命的本源，精化气，气是人体生命的维系，人体之气又分为阴阳，人体阴阳之气对立互根，协调共济，共同推动和调控机体功能。针刺治疗疾病，是在中医理论指导下，以经络腧穴理论为基础，选择合适的针刺工具作用人体，施以适当的针刺手法，调节人体气血，以达到人体“阴平阳秘”的平衡状态。经络系统联络脏腑、沟通内外、贯穿上下、濡养全身，包括十二正经、奇经八脉、十二经别、十五

络脉、十二筋经和十二皮部。腧穴是人体脏腑经络之气输注出入的特殊部位，是疾病的反应点和治疗点。针灸针通过刺激疾病相关经络的腧穴，调整经络气血、脏腑虚实，以祛除病邪，恢复人体阴阳平衡。

### 三、针刺疗法的适应证与禁忌证

#### （一）适应证

针刺疗法适应证较为广泛，对许多疾病都有较好的疗效，在运动伤病中疗效更为显著。

##### 1. 运动伤病

各种筋伤病症，如颈椎病、腰椎间盘突出症、急性腰扭伤、慢性腰肌劳损、第三腰椎横突综合征、梨状肌综合征、关节扭挫伤、半月板损伤、脂肪垫劳损、侧副韧带损伤、跟腱损伤、肩周炎、肱二头肌长头腱鞘炎、肩峰下滑囊炎、肱骨内/外上髁炎、腕管综合征、类风湿性关节炎、风湿性关节炎、骨性关节炎等。

##### 2. 内科疾病

支气管哮喘、急/慢性支气管炎、上呼吸道感染、急性扁桃体炎、胃下垂、消化性溃疡、腹泻、急/慢性胃炎、神经性呕吐、便秘、胃肠神经官能症、膈肌痉挛、胃酸过多症、急性肠胃炎、慢性肠炎、贲门痉挛、细菌性痢疾、高血压病、冠心病、心绞痛、心律失常、心脏神经官能症等。

##### 3. 妇科疾病

痛经、闭经、功能性子宫出血、子宫脱垂、子宫肌瘤、不孕症、盆腔炎等。

##### 4. 儿科疾病

脑性瘫痪、小儿麻痹后遗症、小儿肌性斜颈、臂丛神经损伤、桡骨小头半脱位、发热、咳嗽、惊风、泄泻、呕吐、疳积、夜啼、遗尿、斜视等。

##### 5. 神经及精神系统疾病

中风、偏头痛、三叉神经痛、坐骨神经痛、周围性面神经麻痹、神经衰弱、癔症、癫痫、肋间神经痛、精神分裂症、外伤性截瘫、臂丛神经痛、周围性神经损伤、头痛。

##### 6. 其他

荨麻疹、带状疱疹、神经性皮炎、单纯性甲状腺肿、糖尿病、甲状腺

功能亢进、慢性鼻炎、咽炎、结膜炎、鼻出血、牙痛、神经性耳聋、神经性耳鸣、耳源性眩晕、视神经萎缩、阳痿、前列腺炎、慢性肾炎、小儿遗尿病、脊髓灰质炎后遗症、胆石症、肠梗阻等。

## （二）针刺疗法的禁忌证

（1）饥饿、饱食、醉酒、大怒、大惊、过度疲劳、精神紧张者，不宜立即进行针刺；体质虚弱、气血亏损者，其针感不宜过重，应尽量采取卧位行针。

（2）针刺时，应避开大血管，腧穴深部有脏器时，应掌握针刺深度，切不可伤及脏器。

（3）小儿囟门未闭合时，囟门附近的腧穴不宜针刺。由于小儿不易配合，所以一般不留针。

（4）孕妇不宜刺下腹部、腰骶部，以及三阴交、合谷、至阴等对胎孕反应敏感的腧穴。

（5）皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤部位，除特殊治疗需要外，均不应在患部直接针刺。

（6）有凝血机制障碍的患者，应禁用针刺。

## 四、针刺疗法的注意事项

（1）废针处理需遵守法律规定。

（2）施术过程中，如某些刺法需要触及针体时，应当用消毒棉球作间隔物，施术者手指不宜直接接触针体。

（3）行针时，提插幅度和捻转角度的大小、频率的快慢、时间的长短等，应根据受术者的具体情况和施术者所要达到的目的而灵活掌握。

（4）头、目等部位应注意针孔的按压。对于头皮、眼周围等易出血的部位，出针时尤应注意，出针后快速用干棉球按压，此时按压要适度着力，切勿揉按，以免出血。对于留针时间较长者，出针后亦应按压针孔。

## 五、针刺疗法的刺激强度与时间

### （一）刺激强度

针刺的有效刺激强度是激发经络功能的基本条件，而针刺刺激的强度是通过手法作用力的强弱实现的。在毫针刺法中，有效的刺激强度以得气



为标志，也就是说能使针下产生得气的最小刺激强度是激发经气的阈刺激量。针刺的刺激量可通过得气的强弱来判定，分为轻、中、重三种。轻者，针下感应柔和；中者，针下感应明显；重者，针下感应强烈。

刺激量的大小则以捻转、提插针体的频率、幅度和角度来决定。当捻转的角度小于  $90^{\circ}$ ，频率小于 60 次 / 分时，刺激量为轻度；当捻转的角度在  $90^{\circ} \sim 180^{\circ}$ ，频率在 60~90 次 / 分时，刺激量为中度；当捻转的角度大于  $180^{\circ}$ ，频率大于 90 次 / 分时，刺激量为重度。以上仅就一般情况而言，实际应用应根据具体情况灵活掌握。

## （二）刺激时间

针刺的刺激时间是指在施行针刺手法时作用力持续的时间。一次针刺是否达到了有效的治疗量，直接关系到临床疗效。古人在论述针刺时以“得气”为标志，但临床实践证明，仅仅以“得气”作为一次有效的治疗量是不够的，必须注意得气持续的时间。如现代研究表明，椎基底动脉供血不足时，在风池穴用捻转手法持续 1~3 分钟常常有明显的治疗作用，如果仅仅在局部“得气”后，不再持续行针，则治疗作用较差。再如，急性胃痛、呕吐、牙痛、晕车时，针刺手法持续 1~3 分钟，或更长时间，才能达到有效的刺激效果。尤其是当要达到气至病所时，更要持续操作足够的时间。因此，根据受术者的具体病证和情况，确定作用力持续的最佳时间参数是提高临床疗效的关键之一。

另外，刺激强度的变化率也不可忽视。在毫针操作中，由于患者自身的敏感性不同，对刺激阈的要求也不一样，要注意对针刺刺激强度的及时调整。如果持续操作时间较长，要注意捻转及提插手法的强度、频率及幅度的变化，因为长时间用固定的刺激参数，人体可能会产生耐受性，而降低针刺效果。

## 第二节 针刺的技术操作

### 一、毫针疗法

毫针疗法是指运用不同的毫针针具，通过一定的手法，刺激人体特定

部位（腧穴），以防治疾病的方法。毫针刺法是古今针灸临床中运用最多、手法最丰富、应用最广泛的针刺治疗方法。

### （一）毫针的构造和规格

毫针分为 5 个部分：以铜丝或铅丝紧密缠绕的一端称为针柄；针柄的末端多缠绕成圆筒状称为针尾；针的尖端锋锐部分称为针尖；针柄与针尖之间部分称为针身；针柄与针身连接之处称为针根（图 2-2-1）。毫针的长短、粗细规格是指针身而言（表 2-2-1，表 2-2-2）

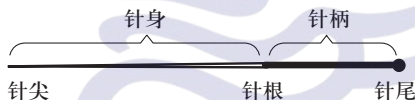


图 2-2-1 毫针

► 表 2-2-1 毫针的长短规格

| 寸  | 0.5 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 | 3.5 | 4.0 | 4.5 | 5.0 |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 毫米 | 15  | 25  | 40  | 50  | 65  | 75  | 90  | 100 | 115 | 125 |

► 表 2-2-2 毫针的粗细规格

| 号数      | 26   | 27   | 28   | 29   | 30   | 31   | 32   | 33   | 34   | 35   |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 直径 / 毫米 | 0.45 | 0.42 | 0.38 | 0.34 | 0.32 | 0.30 | 0.28 | 0.26 | 0.23 | 0.22 |

### （二）针刺练习

针刺练习，主要是指指力和手法的练习，是初学针刺者的基本技能训练。

#### 1. 纸垫练针法

用松软的纸张，折叠成长约 8 厘米，宽约 5 厘米，厚 2~3 厘米的纸块。用线如“井”字形扎紧，做成纸垫。练针时，左手执垫，右手拇指、食指、中指前后交替捻动针柄，穿透纸垫，反复练习（图 2-2-2）。

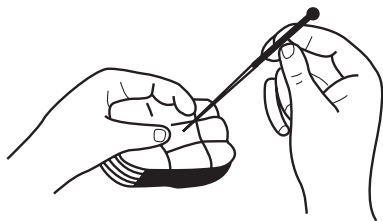


图 2-2-2 纸垫练针法

## 2. 棉团练针法

用棉花做衬，用布将棉花扎紧成直径6~7厘米的棉团，练针方法同纸垫练针法。所不同的是棉团松软，可做提插、捻转等多种基本练习（图2-2-3）。

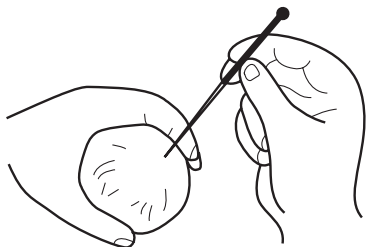


图 2-2-3 棉团练针法

## （三）针刺前的准备

### 1. 选择针具

应根据患者的性别、年龄、胖瘦、体质、病情、病位及所取腧穴，选取长短、粗细适宜的针具。《灵枢·官针》篇说“九针之宜，各有所为；长短大小，各有所施也”。如男性，体壮、形肥且病位较深者，可选取稍粗、稍长的毫针。反之若为女性，体弱、形瘦而病位较浅者，则应选用较短、较细的针具。临床上选针常以将针刺入腧穴应至之深度，而针身还应露在皮肤上稍许为宜。

### 2. 选择体位

为了使患者在治疗中有较为舒适而又能耐久的体位，既便于取穴、操作，又能适当留针，因此在针刺时必须选择好体位。临床常用的体位有仰靠坐位、俯伏坐位、仰卧位、侧卧位等。对于初诊、精神紧张或年老、体弱、病重的患者，有条件时应选取卧位，以避免发生晕针等意外事故。

### 3. 消毒

消毒包括针具消毒、腧穴部位的消毒和施术者手指的消毒。针具可用高压蒸气消毒或75%酒精浸泡30分钟消毒。同时应注意尽可能做到一穴一针。腧穴部位可用75%酒精棉球拭擦消毒，或先用2.5%碘酒棉球擦拭后再用酒精棉球涂擦消毒。施术者手指消毒，应先用肥皂水洗净，再用75%酒精棉球擦拭。

## （四）刺法

### 1. 进针法

在针刺时，一般用右手持针操作，称为“刺手”，右手爪切按压所刺部位或辅助针身，称为“押手”。具体方法有以下几种：

（1）指切进针法：又称爪切进针法，用左手拇指或食指端切按在腧穴旁，右手持针，紧靠左手指甲面将针刺入。此法适宜于短针的进针（图



指切进针法

2-2-4)。

(2) 夹持进针法：用左手拇指、食指持捏消毒干棉球，夹住针身下端，将针尖固定在腧穴表面，右手捻动针柄，将针刺入腧穴。此法适用于长针的进针（图 2-2-5）。



夹持进针法

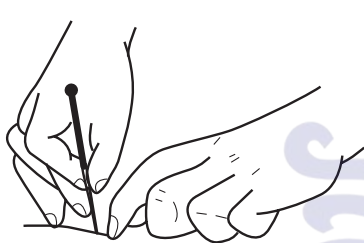


图 2-2-4 指切进针法



图 2-2-5 夹持进针法

(3) 舒张进针法：用左手食指、拇指将所刺腧穴部位的皮肤向两侧撑开，使皮肤绷紧，右手持针，将针从左手拇指、食指的中间刺入。此法主要用于皮肤松弛部位的腧穴（图 2-2-6）。



舒张进针法

(4) 提捏进针法：用左手拇指、食指将针刺部位的皮肤捏起，右手持针，从捏起的上端将针刺入。此法主要用于皮薄肉少的部位进针，如印堂等（图 2-2-7）。



提捏进针法

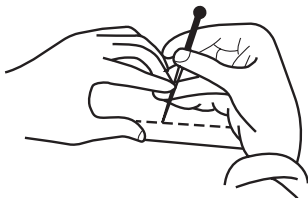


图 2-2-6 舒张进针法



图 2-2-7 提捏进针法

## 2. 针刺的角度和深度

在针刺过程中，掌握正确的针刺角度、方向和深度，是增强针感，提高疗效，防止意外事故发生的重要环节。同一腧穴，由于针刺角度、方向、

深度的不同，所产生的针感强弱、方向和疗效常有明显差异。

(1) 角度：指进针时的针身与皮肤表面所形成的夹角。它根据腧穴所在位置和施术者针刺时所要达到的目的结合而定，一般有以下几种（图 2-2-8）：

① 直刺：针身与皮肤表面是  $90^\circ$  角左右垂直刺入。此法适于大部分腧穴。

② 斜刺：针身与皮肤表面呈  $45^\circ$  角左右倾斜刺入。此法适用于肌肉较浅薄处或内在重要脏器或不宜直刺、深刺的穴位。

③ 平刺：即横刺、沿皮刺，是针身与皮肤表面呈  $15^\circ$  角左右沿皮刺入。此法适于皮薄肉少的部位，如头部的腧穴等。

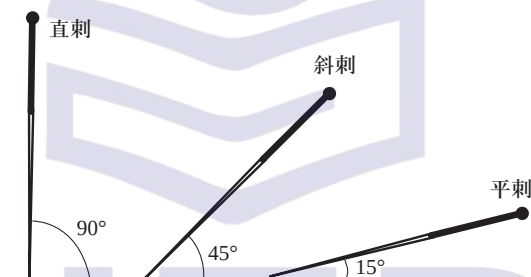


图 2-2-8 针刺的不同角度

(2) 深度：指针身刺入人体内的深浅程度。每个腧穴的针刺深度，在腧穴各论中有详述，在此仅根据下列情况做介绍。

① 体质：身体瘦弱浅刺，身强体肥者深刺。

② 年龄：年老体弱及小儿娇嫩之体宜浅刺；中青年身强体壮者宜深刺。

③ 病情：阳证、新病宜浅刺；阴证、久病宜深刺。

④ 部位：头面和胸背及皮薄肉少处宜浅刺；四肢、臀、腹及肌肉丰满处宜深刺。

针刺的角度和深度关系极为密切，一般来说，深刺多用直刺；浅刺多用斜刺或平刺。对天突、哑门、风府等穴及眼区，胸背和重要脏器如心、肝、肺等部位的腧穴，尤其要注意掌握好针刺角度和深度。

### 3. 行针与得气

行针也叫运针，是指将针刺入腧穴后，为了使之得气而施行的各种刺针手法。得气也称针感，是指将针刺入腧穴后所产生的经气感应。当产生得气

时，施术者会感到针下有徐和或沉紧的感觉，同时患者也会在针下有相应的酸、麻、胀、重感，或沿着一定部位，向一定方向扩散传导的感觉。若没有得气，则施术者将感到针下空虚无物，患者亦无酸、胀、麻、重等感觉。

得气与否及气至的迟速，不仅直接关系到疗效，而且可以窥测疾病的预后。《灵枢·九针十二原》载：“刺之而气不至，无问其数；刺之而气至，乃去之……刺之要，气至而有效。”这充分说明了得气的重要意义。临床上一般是得气迅速时，疗效较好；得气较慢时，效果就差；若不得气，则可能无效。《金针赋》也说“气速效速，气迟效迟”。因此，临床上若刺之而不得气时，就要分析原因，或因取穴不准、手法运用不当，或为针刺角度有误，或因深浅失度。此时重新调整针刺部位、角度、深度，运用必要的手法，再次行针，一般即可得气。如患者病久体虚，以致经气不足，或因其他病理因素致局部感觉迟钝而不易得气时，可采用行针推气，或留针候气，或用温针，或加艾灸，以助经气的来复，促使得气；或因治疗，经气逐步得到恢复，则可迅速得气。若用上法而仍不得气者，多为脏腑经络之气虚衰已极。对此，应考虑配合或改用其他疗法。

行针手法分为基本手法和辅助手法两类。

(1) 基本手法(图2-2-9)：包括提插法和捻转法。

① 提插法：是将针刺入腧穴的一定深度后，使针在穴内进行上、下进退的操作方法。把针从浅层向下刺入深层为插；由深层向上退到浅层为提。

② 捻转法：是将针刺入腧穴的一定深度后，以右手拇指和中指、食指持住针柄，进行一前一后来回旋转捻动的操作方法。

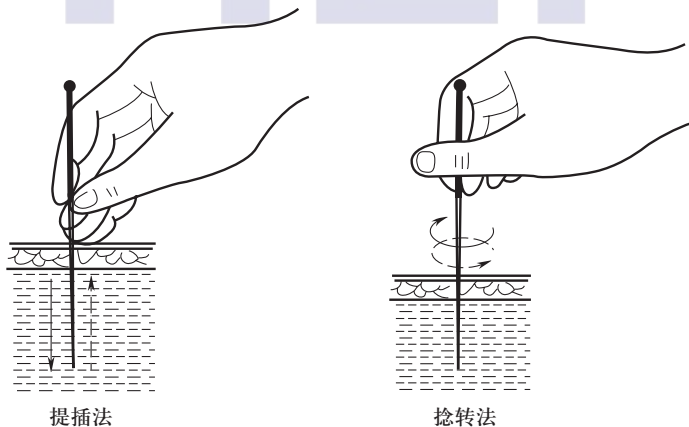


图 2-2-9 基本手法



提插法



捻转法



提插捻转法



以上两种手法，既可单独应用，也可相互配合运用，可根据情况灵活采用。

(2) 辅助手法：包括循法、刮柄法、弹针法、搓柄法、摇柄法和震颤法。



循法



刮柄法

① 循法：是以左手或右手于所刺腧穴的四击或沿经脉的循行部位，进行徐和的循按或循摄的方法。此法在未得气时，用之可通气活血，有行气、催气之效，若针下过于沉紧时，用之可散气血，使针下徐和。

② 刮柄法：是将针刺入一定深度后，用拇指或食指的指腹抵住针尾，用拇指、食指或中指爪甲，由下而上频频刮动针柄的方法。此法在不得气时，用之可激发经气，促使得气（图 2-2-10）。

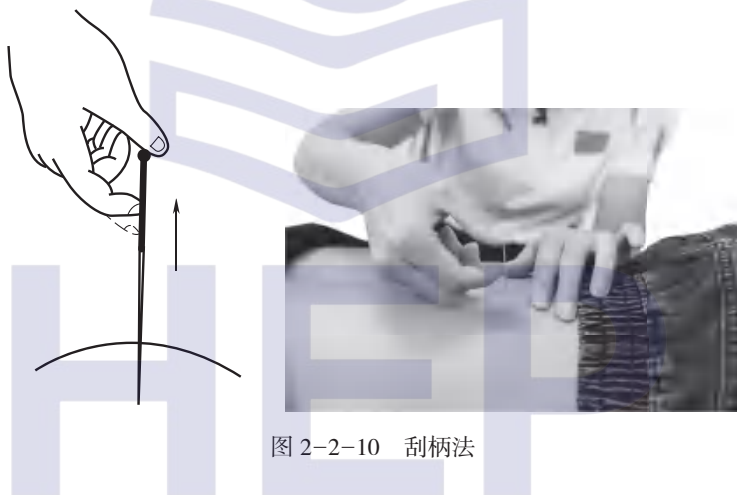


图 2-2-10 刮柄法



弹针法

③ 弹针法：是将针刺入腧穴后，以手指轻轻弹针柄，使针身产生轻微震动，而使经气速行的方法（图 2-2-11）。



搓柄法

④ 搓柄法：是将针刺入后，以右手拇指、食指、中指持针柄单向捻转的方法。此法如搓线状，每次搓 2~3 周或 3~5 周，但搓时应与提插法同时配合使用，以免针身缠绕肌肉纤维。此法有行气、催气和补虚泻实的作用。



摇柄法

⑤ 摇柄法：是将针刺入后，手持针柄进行摇动的方法。此法如摇橹或摇辘轳之状，可起行气作用。

⑥ 震颤法：针刺入后，左手持针柄，小幅度、快频率提插捻转的方法。此法通过针身产生轻微震颤，以促使得气或增强祛邪、扶正的作用。





图 2-2-11 弹针法

#### 4. 针刺补泻

针刺补泻是根据《灵枢·经脉》“盛则泻之，虚则补之，热则疾之，寒则留之，陷下则灸之，不盛不虚，以经取之”的理论原则而确立的两种不同的治疗方法，是针刺治病的一个重要环节，也是毫针刺法的核心内容。

补法泛指能鼓舞人体正气，使低下的功能恢复旺盛的方法。泻法泛指能疏泄病邪，使亢进的功能恢复正常的方法。针刺补泻就是通过针刺腧穴，采用适当的手法激发经气以补益正气、疏泄病邪而调节人体脏腑经络功能，促使阴阳平衡而恢复健康。补泻效果的产生主要取决于以下三个方面：

(1) 功能状态：当机体处于虚惫状态而呈虚证时，针刺可以起到补虚的作用。若机体处于邪盛而呈实热、闭证的实证情况下，针刺又可以泻邪，而起清热启闭的泻实作用。如胃肠痉挛疼痛时，针刺可以止痉而使疼痛缓解。胃肠蠕动缓慢而呈弛缓时，针刺可以增强肠胃蠕动而使其功能恢复正常。

(2) 腧穴特性：腧穴的功能不仅具有普遍性，而且有些腧穴具有相对特性，即有的适于补虚，如足三里、关元等穴；有的适宜泻实，如十宣、少商等穴。

(3) 针刺手法：是促使人体内在因素转化的条件，是实现补虚泻实的重要环节。

#### 5. 留针与出针

(1) 留针：是指进针后，将针置穴内不动，以加强针感和针刺的持续作用，留针与否和留针时间的长短依病情而定。一般病症，只要针下得气，

施术完毕后即可出针或酌留 10~20 分钟。但对一些慢性、顽固性、疼痛性、痉挛性病症，可适当增加留针时间，并在留针间歇行针，以增强疗效。留针还可起到候气的作用。

(2) 出针：出针时，以左手拇指、食指按住针孔周围皮肤，右手持针轻微捻转并慢慢提至皮下，然后迅速拔出并用干棉球按压针孔防止出血，最后检查针数，防止遗漏。

## (五) 异常情况的处理及预防

### 1. 晕针

(1) 原因：患者精神紧张，体质虚弱，饥饿疲劳，大汗、大泄、大出血后，或体位不当，或医者手法过重而致脑部暂时性缺血。

(2) 症状：患者突然出现精神疲倦、头晕目眩、面色苍白、恶心欲呕、多汗、心慌、四肢发冷、血压下降、脉象沉细或神志昏迷、仆倒在地、唇甲青紫、二便失禁、脉微细欲绝。

(3) 处理：首先将针全部取出，使患者平卧，头部稍低，注意保暖，轻者在饮温开水或糖水后即可恢复正常；重者在上述处理的基础上，可指掐或针刺人中、素髻、内关、足三里穴，灸百会、气海、关元等穴，必要时应配合其他急救措施。

(4) 预防：对于初次接受针刺治疗和精神紧张者，应先做好思想工作，消除其顾虑；正确选择舒适持久的体位（尽可能采取卧位），取穴不宜太多，手法不宜过重；对于过度饥饿、疲劳者，不予针刺。留针过程中，医者应随时注意观察患者的神色，询问患者的感觉，一旦出现晕针先兆，及早采取处理措施。

### 2. 滞针

(1) 原因：患者精神紧张。针刺入后，局部肌肉强烈收缩，或因毫针刺入肌腱，或行针时捻转角度过大，或连续进行单向捻转而使肌纤维缠绕针身。

(2) 现象：进针后，出现提插捻转及出针困难。

(3) 处理：嘱患者消除紧张状态，使局部肌肉放松。因单向捻转而致者，需反向捻转。如属肌肉一时性紧张，可留针一段时间，再行捻转出针；也可以按揉局部，或在附近部位加刺一针，转移患者注意力，随之将针取出。

(4) 预防: 对精神紧张者, 先做好解释工作, 消除紧张顾虑, 进针避开肌腱, 行针时捻转角度不宜过大, 更不可单向连续捻转。

### 3. 弯针

(1) 原因: 施术者进针手法不熟练, 用力过猛, 或碰到坚硬组织; 留针时患者改变体位; 针柄受到外物的压迫和碰撞, 以及滞针未得到及时正确的处理。

(2) 现象: 针身弯曲, 针柄改变了进针时刺入的方向和角度, 提插捻转及出针均感困难, 患者感觉疼痛。

(3) 处理: 如系轻微弯曲, 不能再行提插捻转, 应慢慢将针退出; 弯曲角度过大时, 应顺着弯曲方向将针退出; 如因患者改变体位而致, 应嘱患者恢复原体位, 使局部肌肉放松, 再行退针, 切忌强行拔针。

(4) 预防: 施术者手法要熟练, 指力要轻巧, 患者体位要舒适, 留针时不得随意改动体位, 针刺部位和针柄不能受外物碰撞和压迫, 如有滞针及时正确处理。

### 4. 断针

(1) 原因: 针具质量欠佳, 针身或针根有剥蚀损坏; 针刺时, 针身全部刺入; 行针时, 强力捻转提插, 肌肉强烈收缩或患者改变体位; 滞针和弯针现象未及时正确处理。

(2) 现象: 针身折断, 残端留在患者体内。

(3) 处理: 嘱患者不要紧张, 不要乱动, 以防断端向肌肉深层陷入。如断端还在体外, 可用手指或镊子取出; 如断端与皮肤相平, 可挤压针孔两旁, 使断端暴露体外, 用镊子取出; 如针身完全陷入肌肉, 应以 X 射线定位, 用外科手术取出。

(4) 预防: 认真检查针具, 对不符合质量要求的不应使用。选针时, 针身的长度要比准备刺入的深度长 5 分。针刺时, 不要将针身全部刺入, 应留一部分在体外。进针时, 如发生弯针, 应立即出针, 不可强行刺入。对于滞针和弯针, 应及时正确处理, 不可强行拔出。

### 5. 血肿

(1) 原因: 针尖弯曲带钩, 使皮肉受损或针刺时误伤血管。

(2) 现象: 出针后, 局部呈青紫色或肿胀疼痛。

(3) 处理: 微量出血或针孔局部小块青紫, 是小血管受损引起, 一般不必处理, 可自行消退。如局部青紫较重或引起活动不便, 应先行冷敷止

血后，再行热敷，或按揉局部，以促使局部淤血消散。

(4) 预防：仔细检查针具，熟悉解剖部位，避免针刺血管。

## (六) 针刺注意事项

(1) 过于饥饿、疲劳、精神高度紧张者，不行针刺。体质虚弱者，刺激不宜过强，并尽可能采取卧位。

(2) 怀孕三个月以下者，下腹部禁针。三个月以上者，上下腹部、腰骶部及一些能引起子宫收缩的腧穴，如合谷、三阴交、昆仑、至阴等穴均不宜针刺。月经期间，如月经周期正常者，最好不予针刺。但月经周期不正常者，为调经可以行针。

(3) 小儿囟门未闭时，头顶部腧穴不宜针刺。此外因小儿不能配合，故不宜留针。

(4) 避开血管针刺，防止出血；常有自发性出血或损伤后出血不止的患者不宜针刺。

(5) 皮肤有感染、溃疡、瘢痕或肿瘤的部位不宜针刺。

(6) 防止刺伤重要脏器。《素部·诊要经终论》说：“凡刺胸腹者，必避五脏。”

① 针刺眼区腧穴，要掌握一定的角度和深度。不宜大幅度提插捻转或长时间留针，以防刺伤眼球和出血。

② 背部第十一胸椎两侧、侧胸（胸中线）第八肋间、前胸（锁骨中线）第六肋间以上的腧穴，禁止直刺、深刺，以免刺伤心、肺，尤其对肺气肿患者，更需谨慎，防止发生气胸。

③ 两胁及肾区的腧穴，禁止直刺、深刺，以免刺伤肝、脾、肾，尤以肝脾肿大患者，更应注意。

④ 对于胃溃疡、肠粘连、肠梗阻患者的腹部和尿潴留患者的耻骨联合区，必须注意针刺的角度、深度，如刺法不当，也可能刺伤胃肠道和膀胱，引起不良后果。

⑤ 针刺顶部及背部正中线第一腰椎以上的腧穴，如进针角度、深度不当，易误伤延髓和脊髓，引起严重后果。针刺这些穴位至一定深度，如患者出现触电感向四肢或全身放散，应立即退针，切忌捣针。

## 二、电针疗法

电针疗法是在毫针刺得气的基础上，应用电针仪输出接近人体生物电的微量电流，通过毫针作用于人体一定部位，以防治疾病的一种疗法。该疗法于 20 世纪 50 年代开始在我国推广和普及。电针疗法将毫针与电刺激有机结合，既能减少行针工作量，又能提高毫针治疗效果，扩大毫针治疗范围，并能准确控制刺激量。

### （一）操作方法

#### 1. 选穴处方

电针疗法的处方配穴与毫针刺法相同。按电流回路要求，选穴宜成对，一般选用同侧肢体的 1~3 对穴位为宜，当选择单个腧穴进行治疗时，应加用无关电极。

#### 2. 电针方法

毫针刺入穴位得气后，将输出电位器调至“0”位，两根导线分别接在两个针柄上。打开电源开关，选好波型，慢慢调高至所需输出电流量。根据病情决定电针治疗时间，一般为 5~20 分钟，用于镇痛一般在 15~45 分钟。如感觉减弱，可适当加大输出电流量，或暂时断电 1~2 分钟后再行通电。当达到预定时间后，先将输出电位器退至“0”位，然后关闭电源开关，取下导线，最后按毫针起针常规将针取出。

#### 3. 电流刺激强度

当电流达到一定强度时，患者有麻、刺感觉，这时的电流强度称为“感觉阈”；如电流强度再稍增加，患者会突然产生刺痛感，这时的电流强度称为“痛阈”。感觉阈和痛阈因人而异，在不同病理状态下其差异也较大。一般情况下，在感觉阈和痛阈之间的电流强度，是最适宜的刺激强度，但此范围较小，需仔细调节。超过痛阈的电流强度，患者不易接受，应以患者能接受的强度为宜。当患者对电流刺激量产生耐受时，需及时调整电流刺激量。

### （二）刺激参数

电针刺激参数包括波型、波幅、波宽、频率和持续时间等，综合体现为刺激量。电针的刺激量就像针刺手法和药物剂量一样，对临床疗效有着

重要影响。

### 1. 波型

临床常用的电针输出波形为连续波、疏密波和断续波等。

(1) 连续波：连续波由基本脉冲波简单重复，中间没有停顿，频率连续可调，每分钟几十次至每秒钟几百次不等。一般频率低于 30 赫兹的连续波叫疏波，频率高于 30 赫兹的叫密波，可用频率旋钮选择疏波或密波。密波易抑制感觉神经和运动神经，常用于止痛、镇静、缓解肌肉和血管痉挛等；疏波可短时兴奋肌肉，提高肌肉、韧带的张力，调节血管的舒缩功能，改善血液循环，促进神经肌肉功能的恢复，长时间使用可抑制感觉神经和运动神经，常用于治疗瘫痪、慢性疼痛，以及各种肌肉、关节、韧带、肌腱的损伤等。

(2) 疏密波：疏密波是疏波、密波交替出现的一种波形，疏波、密波交替持续的时间各约 1.5 秒。疏密波能克服单一波型易产生耐受现象的缺点，刺激作用较大，治疗时兴奋效应占优势，能引起肌肉有节奏的收缩，刺激各类镇痛介质的释放，促进血液循环和淋巴循环，增强组织的营养代谢，消除炎性水肿等，常用于各种痛症、软组织损伤、关节周围炎、腰背筋膜劳损、面瘫、肌无力、针刺麻醉、局部冻伤等。

(3) 断续波：断续波是节律性时断时续的一种波形。断时，在 1.5 秒时间内无脉冲电输出；续时，密波连续工作 1.5 秒。该波形不易使机体产生耐受，对神经肌肉的兴奋作用较疏密波和连续波更强，对横纹肌有良好的刺激收缩作用，常用于治疗痿证、瘫痪等。

### 2. 波幅

波幅一般指脉冲电压或电流的最大值与最小值之差，也指它们从一种状态变化到另一种状态的跳变幅度值。电针的刺激强度主要取决于波幅的高低。波幅的计量单位是伏特 (V)。

### 3. 波宽

波宽指脉冲的持续时间，脉冲宽度与刺激强度亦相关，宽度越大意味着给患者的刺激量越大。临床使用的电针仪波宽大都固定不可调节，一般采用适合人体的输出脉冲宽度为 0.4 毫秒左右。

### 4. 频率

频率是指每秒钟内出现的脉冲个数，其单位是赫兹 (Hz)。通过频率的调节可组合成不同的刺激波组。脉冲的频率不同，其治疗作用也不同，临



床使用时应根据不同病情来选用。不同频率的电刺激能促进不同中枢神经递质的释放。2 赫兹电刺激可使脑脊液中脑啡肽和内啡肽的含量增高；100 赫兹电刺激可使强啡肽含量增高；2/100 赫兹交替进行的疏密波可使内啡肽和强啡肽同时释放，二者协同发挥镇痛作用。

### （三）适用范围

电针疗法有止痛、镇静、改善血液循环、调整肌张力等作用，适用范围基本和毫针刺法相同。临床常用于治疗各种痛证、痹证和心、胃、肠、胆、膀胱、子宫等器官的功能失调，以及癫狂和肌肉、韧带、关节的损伤性疾病等，并可用于针刺麻醉。

### （四）注意事项

除遵循针刺施术的注意事项外，运用电针疗法还应注意：

（1）在首次使用电针仪前，应仔细阅读产品使用说明书，掌握电针仪的性能、参数、使用方法、注意事项及禁忌等内容。

（2）使用电针仪前，需检查其性能是否正常。如果电流输出时断时续，需检查导线接触是否良好。干电池使用一段时间后若出现输出电流微弱，应及时更换。

（3）毫针的针柄经过温针灸火烧之后，表面氧化不导电；有的毫针针柄是用铝丝烧制而成的，并经氧化处理成金黄色，导电性差，均不宜使用。若使用，输出导线应夹持针身。

（4）电针仪最大输出电压在 40 伏特以上者，最大输出电流应限制在 1 毫安以内，以防止触电。

（5）靠近延髓、脊髓等部位使用电针时，电流量宜小，并注意电流的回路不要横跨中枢神经系统，不可刺激过强。禁止电流回路通过心脏。例如，左、右上肢的两个穴位不可连接同一对电极。

（6）电针刺激量较大，要防止晕针。体质虚弱、精神紧张者，尤应注意电流不宜过大。

（7）调节电流时，不可突然增强，以防引起肌肉强烈收缩，造成弯针或折针。

（8）要注意“电针耐受”现象的发生。“电针耐受”是长期多次应用电针，使机体对电针刺激产生耐受，从而降低电针疗效的现象。



(9) 心脏附近、颈动脉窦附近，以及安装心脏起搏器者禁用电针。



### 思考与实训

1. 依据不同针具和操作技术阐述常见针刺疗法。
2. 毫针刺法补泻效果的产生主要取决于哪几个方面？
3. 如何避免毫针针刺时晕针，一旦晕针如何处理？
4. 简述电针疗法的操作方法与注意事项。

### ● ● ● 案例分析 ● ● ●

王某，男，18岁，短跑运动员。右大腿前侧疼痛3天。患者于3天前在短跑训练过程中，突然腿部前方疼痛不敢触碰。查体：触诊大腿前部压痛明显，压痛点固定，髌膝关节活动受限，股四头肌抗阻力试验(+)，髌骨研磨试验(-)，膝关节侧方位试验(-)。临床诊断为“右侧股四头肌拉伤”。针对案例情况，选用合适的针刺方案进行处理，并简要阐述制订针刺方案的理由。

## 第三章

# 艾灸疗法

### 本章导读

艾灸疗法是中医传统疗法中最具特色的重要组成部分，被列入《人类非物质文化遗产代表作名录》，具有温经通络、补虚培本、行气活血和预防保健等作用。其适用范围广泛，应用于内、外、妇、儿、骨伤科等多种疾病，对于因外伤、慢性劳损或外感风寒湿邪使局部气血凝滞，经脉瘀阻的运动损伤有较好疗效。本章主要介绍艾灸疗法的概念与分类、作用原理、适应证与禁忌证、注意事项、传统艾灸的技术操作等，以帮助学习者了解艾灸疗法的基本知识，熟练掌握各种艾灸疗法的基本操作。

### 学习目标

1. 知识目标
  - (1) 熟悉艾灸疗法的概念、分类及作用原理。
  - (2) 掌握艾灸疗法的适应证与禁忌证。
  - (3) 掌握施灸时异常情况的处理方法。
  - (4) 掌握艾灸疗法操作技术要领及注意事项。
2. 能力目标
  - (1) 能熟练进行各种艾灸的基本操作。
  - (2) 能对施灸出现的异常情况进行有效处理。
  - (3) 能运用所学艾灸疗法知识进行健康宣讲。
3. 素养目标
  - (1) 激发学习艾灸疗法的热情，树立中医文化自信。
  - (2) 增强传承艾灸技术的使命感，逐步树立守正创新的工匠精神。
  - (3) 注意用火安全，树立安全第一、预防为主的责任意识。

“

## 灸圣——鲍姑

鲍姑是我国有记载的第一位女灸学家，医术高超。她与其夫葛洪共同致力医道合一的研究。她精通灸法，以艾线灸人身之赘瘤和赘疣疗效显著，闻名于世，被誉灸圣。

一天，鲍姑在行医采药回归途中，见一位年轻姑娘在河边照容，边照边淌泪。鲍姑上前一看，见她脸上长了许多黑褐色的赘瘤，十分难看。乡亲们因此都对她恶语相向，故而顾影自泣。鲍姑了解缘由后，即从药囊中取出红脚艾，搓成艾绒，用火点燃，轻轻地在姑娘脸上熏灼。不久，姑娘脸上的疙瘩全部脱落，看不到一点疤痕，变成了一个美貌的少女。

鲍姑去世后，岭南人民为了纪念她对医学事业的重大贡献，在广州越秀山下三元宫内修建了鲍姑祠，以志纪念。直至今日，艾灸依旧是中医治病诊疗中十分重要的方法。遗憾的是，鲍姑没有为后世留下著作。但后人认为，葛洪的《肘后备急方》中吸收了她的学术思想和医疗成就。例如，该书有针灸医方 109 条，其中灸方竟占 90 余条，并且较为详细全面地论述了灸法的治疗效果、操作方法、注意事项，这很可能得益于鲍姑在灸法上的经验总结。

## 第一节 艾灸疗法的基本知识

### 一、艾灸疗法的概念与分类

#### （一）艾灸疗法的概念

在众多的疗法中，灸法的产生是最早的，甚至早于方药。“灸”字，《说文解字》中解释为“灼”，所以原始的意思是灼体疗病之意。但在艾灸的早期，艾灸与艾很可能没有密切联系，举凡能够燃烧之物都可以。《五十二病方》中许多疾病提到灸法，所用材料品类繁多，如木炭、干柴、干稻草、粗麻、旧蒲席、鸟羽毛等。大概在战国时期，艾绒因其既有易点燃的特点，火力温而不烈，烟气香而宜人，又有治病引经的功能，渐渐作为艾灸的主要材料。在此之后，涉及其他材料的灸，多会在灸的名字上说明：某某灸，凡直言灸者，多指艾灸。

艾灸是指将艾绒等灸材点燃后，通过热性刺激在腧穴或病变部位进行烧灼或熏熨，以治疗疾病和预防保健的一种中医传统疗法。

#### （二）艾灸疗法的分类

灸法根据施灸材料的不同一般可分为艾灸、非艾灸两类，但其中以艾灸最为常用。艾灸根据操作方式的不同可分为艾柱灸、艾条灸、温针灸、温灸器灸等。其中，艾柱灸分为直接灸和间接灸；艾条灸分为悬起灸和实按灸。常用灸法分类见图 3-1-1。



图 3-1-1 艾灸分类

## 二、艾灸疗法的作用原理

中医学对艾灸疗法原理的理解经过了一个不断探索、深入认识的过程，目前一般认为艾灸具有以下作用：

### （一）温通经络，驱散寒邪

灸法以温热性刺激为主，灸火的热力能透达组织深部，温能助阳通经，又能散寒逐痹。因此，凡阳虚导致的虚寒证或寒邪侵袭导致的实寒证，如游泳项目中寒湿入侵引起的局部疼痛等运动损伤都是灸法的治疗范围。温通经络，驱散寒邪也是灸法的重要特点之一。

### （二）补虚培本，回阳固脱

灸能增强脏腑的功能，补益气血，填精益髓。因此，凡先天不足、后天失养及大病、久病导致的脏腑功能低下、气血虚弱、中气下陷皆为灸法的适宜病症。许多慢性病适宜灸法治疗，如运动损伤中的慢性劳损，也正是基于灸法的这种补虚培本作用，通过扶正以祛邪而起到治疗与保健作用。另外，灸法对阳气虚脱而出现的大汗淋漓、四肢厥冷、脉微欲绝的脱证有回阳固脱作用，是古代中医急救术之一。

### （三）行气活血，消肿散结

气为血之帅，血随气行，气行则血行。灸之温热刺激，可使气血调和，营卫通畅，起到行气活血、消肿散结的作用。因此，凡气血凝滞及形成肿块均是灸法的适宜病症，如肌肉拉伤、关节扭伤等运动损伤。

### （四）预防保健，益寿延年

灸法不仅能治病，还可以激发人体正气，增强抗病能力，起到预防保健作用。对于中老年人，于无病时或处于亚健康状态下，长期坚持灸关元、气海、神阙、足三里、曲池等穴可以预防常见的慢性病，如高血压、中风、糖尿病、冠心病等的发生，还可延缓衰老，达到益寿延年的目的。

需要注意的是，艾灸的这些效应作用于不同的穴位，产生的功效是不一样的。可以说，艾灸的作用是通过作用于特定的经络腧穴而起到不同的治疗作用。两者的相互作用决定了艾灸疗法的最终效果。

## 三、艾灸疗法的适应证与禁忌证

### （一）适应证

艾灸的适应范围广泛，能治疾病甚多。凡临床内科、儿科、妇科、男科、皮肤科、外科、骨伤科、眼科和耳鼻喉科等急性和慢性疾病、常见病、多发病、疑难危重病，不论阴阳、表里、寒热、虚实各种证候都为艾灸的适应证。在运动损伤领域，尤其是气血瘀滞、风寒湿症都有较好疗效。

#### 1. 运动伤病

肩周炎、网球肘、腰扭伤、腰肌劳损、膝关节炎、颈椎病、骨折、髌骨软化症等。

#### 2. 内科病症

高血压、高血脂、脂肪肝、肝硬化、冠心病、糖尿病、肥胖症、甲状腺功能亢进、感冒、流行性腹泻、急性细菌性痢疾、慢性溃疡性结肠炎、慢性支气管炎、支气管哮喘、慢性胃炎、胃下垂、精神分裂症、癫痫、抑郁、失眠、慢性肾炎、血小板减少性紫癜、风湿性关节炎、类风湿性关节炎等。

### 3. 皮肤外科病症

黄褐斑、带状疱疹、白癜风、斑秃、银屑病、冻疮、寻常疣、腋臭、鸡眼、指（趾）感染、急性淋巴管炎、褥疮、痔疮、前列腺肥大、精液异常症等。

### 4. 妇产科病症

乳腺炎、乳腺增生病、子宫脱垂、习惯性流产、功能性子宫出血、痛经、慢性盆腔炎等。

### 5. 五官科病症

近视眼、睑腺炎、青光眼、老年性白内障、急性扁桃体炎、慢性咽炎、过敏性鼻炎、耳聋。

## （二）禁忌证

（1）大凡实热证、阴虚发热者，一般不宜灸。如阴虚内热、咯血吐血、心悸怔忡、高热神昏、中风闭证、肝阳头痛、邪热内炽的病症，均当禁灸。

（2）凡酒醉之后、身心极度衰疲时，亦须禁灸。

（3）艾灸慎用于以下部位：在颜面、心前区、大血管部和关节、肌腱处，不可用瘢痕灸；在肌肉浅薄处、乳头、睾丸、眼部附近、阴部、外生殖器官，不宜直接灸；妊娠期妇女腰骶部和腹部，不宜施灸。

（4）部分疾病，如中暑、高血压危象、肺结核晚期等，不宜使用艾灸。

（5）受术者在精神紧张、大汗后、劳累后或饥饿时，不宜艾灸。

很多禁忌证多是和特定的穴位或部位联系在一起。例如，妇女月经期和妊娠期的腹部及腰骶部均不宜施灸。但艾灸至阴穴却对胎位异常有很好的疗效。对于阴虚失眠的患者，艾灸阳经容易加重症状，而艾灸太溪、三阴交穴却能起到较好的治疗作用。总之，艾灸是否起效，关键在于施灸方法和取穴是否恰当。《神灸经纶》有一段话说得很中肯：“艾灸要在明证审穴，证不明则无以知其病之在阴在阳，穴不审则多有误于伤气伤血，必精心体究，然后可收灸治之全功，而见愈病之神速也！”

## 四、艾灸疗法的注意事项

（1）施灸时，艾灸火力应先小后大，灸量先少后多，受术者感觉先轻后重，以使受术者逐渐适应。具体灸量、艾灸治疗时间及疗程参照后文。

（2）在体毛较多的部位施灸时，需剃去毛发，应事先征得受术者的



同意。

(3) 注意晕灸的发生。如发生晕灸现象, 处理办法参见本节“晕灸的处理与预防”相关内容。

(4) 在艾灸前, 向受术者解释清楚可能发生的状况。需采用瘢痕灸时, 必须先征得受术者同意, 并且使其对此疗法有充分的了解。受术者如伴有意识不清、感觉障碍、精神错乱、局部循环障碍, 或患有糖尿病, 施灸时应特别注意。

(5) 直接灸时, 操作部位应注意预防感染, 如避免沾水、保持操作部位洁净。

(6) 注意防止艾灰脱落或艾柱倾倒而烫伤皮肤或烧坏衣被。艾条灸毕后, 应将剩下的艾条套入火管内或将燃头浸入水中, 以彻底熄灭, 防止再燃。如有艾灰脱落床上, 应清扫干净, 以免复燃。

(7) 对婴幼儿施灸时, 施术者应将另一手的食指、中指垫在施灸部位旁, 体会热度, 以免发生烫伤。

## 五、艾灸的异常处理

艾灸的异常处理一般包括晕灸的处理与预防, 以及过敏处理与预防。

### (一) 晕灸的处理与预防

晕灸指施灸过程中, 受术者出现头晕眼花、胸闷心悸、恶心欲呕、疲乏嗜睡、全身不适, 甚至出现面色灰白、汗出肢冷、唇甲发绀、意识丧失、昏仆在地等严重反应。

#### 1. 处理

发生晕灸后, 应立即停止艾灸, 将受术者扶至空气流通处, 使受术者头低位平卧, 注意保暖, 轻者一般休息片刻或饮温开水后即可恢复; 若晕灸较重者可掐按水沟、内关、足三里穴或针刺内关、水沟、涌泉穴或雀啄灸百会穴即可恢复; 严重时按晕厥处理。如果症状没有缓解, 有必要寻求专业医生的帮助。

#### 2. 预防

由于晕灸的原因与体质虚弱、精神紧张、饥饿、疲劳、诊室环境不良(闷热、空气混浊、艾烟呛人)、刺激量过强(选穴过多、施灸时间过长)等因素有关。故饥饿者, 灸前适当进食; 过度疲劳者、体质虚弱者, 令其

休息至体力基本恢复；精神紧张者，做好解释工作；注意环境通风；初次施灸刺激量不宜过大等可以最大限度预防晕灸的发生。

需要注意的是，应该把辨穴错误引致的艾灸副作用与晕灸反应区别开来，区别是前者一般延续时间较长，症状表现比较慢，而晕灸一般发作较急，可较快得到缓解。例如，黄芩不耐受体质的人艾灸关元、神阙穴会出现服用黄芩类似的副作用，而此时若艾灸足三里、三阴交穴可以缓解。这种副作用不属于晕灸的范围。

## （二）艾灸过敏的处理与预防

艾灸过敏指施灸之后，灸穴周围出现红色小疹，或全身出现风团样丘疹，往往浑身发热，瘙痒难忍，严重者甚至出现胸闷、呼吸困难、面色苍白、大汗淋漓、脉象细微等症状。

### 1. 处理

可口服抗组胺（如氯苯那敏）、维生素 C 等药物，并尽量多喝水；症状严重者可适当应用激素，如泼尼松，每日服 20~30 毫克，或去医院急诊处理。

### 2. 预防

由于导致过敏的原因多与受术者本身具有过敏体质及过敏史有关，故灸前应先询问受术者有无过敏病史，特别是对艾灸有无过敏史，可以有效避免艾灸过敏。另外，在艾灸过程中应该密切观察，一旦出现过敏反应先兆，应立即停止艾灸疗法，改用他法。

## 六、施灸的顺序

### 1. 上下顺序

一般宜先灸上部，后灸下部。

### 2. 前后顺序

先灸背腰部，后灸胸腹部；先灸阳经，后灸阴经。

### 3. 左右顺序

先灸左边，后灸右边。

## 七、艾灸的补泻

《灵枢·背俞》说：“以火补者，毋吹其火，须自灭也；以火泻者，疾

吹其火，传其艾，须其火灭也。”说明艾灸的补泻主要与艾柱或艾条燃烧的状态和火力大小相关。

(1) 艾灸施补点燃艾柱后，不吹其火，使火力温和，长时间燃烧，待其慢慢自灭，使真气聚而不散。

(2) 艾灸施泻点燃艾柱后，以口速吹旺其火，使火力猛烈，迅速燃灭，以促使邪气消散。

## 第二节 艾灸的技术操作

在艾灸前，需要对艾灸部位与施术者的手部消毒，对于温针灸，还需要进行针具消毒。施术者手的清洁、艾灸部位的消毒、温针灸的针具消毒可用含 75% 医用乙醇或含 0.5%~1% 碘伏的棉球在施术部位由中心向外做环行擦拭。施术者双手可用肥皂水清洗干净，再用含 75% 医用乙醇棉球擦拭，或喷抹其他消毒剂。温针灸时，应选择一次性针具。反复使用的针具可选择高压蒸汽消毒法消毒。

### 一、艾柱灸

艾柱，指用艾绒制作成的小圆锥形物体。每燃 1 个艾柱，称为灸 1 壮。艾柱的大小有不同，如麦粒大、黄豆大、枣核大，分别称为小壮、中壮、大壮（图 3-2-1）。将艾柱放在穴位上施灸，称为艾柱灸。

艾柱灸根据艾柱是否与皮肤直接接触可分为直接灸和间接灸两种。小艾柱多用于直接灸；中艾柱与大艾柱多用于间接灸。

此外，艾柱大小、壮数多少反映了施灸量的大小。施灸量的大小，应根据受术者的体质、病情及施灸部位来确定。一般遵循以下原则：

(1) 体质：少壮男子、体质壮实者宜大柱多壮；妇幼老人、体质虚弱者宜小柱少壮。

(2) 病情：元气欲脱、沉寒厥冷或新病者，宜大柱多壮；风寒湿痹、上实下虚或久病者，宜小柱少壮。

(3) 部位：腰、臀、腹部等皮肉深厚处宜大柱多壮；头胸四肢等皮肉浅薄处宜小柱少壮。



图 3-2-1 艾柱大小

### (一) 直接灸

将艾柱直接放在穴位上施灸的方法，称为直接灸（图 3-2-2）。根据灸后有无烧伤化脓，直接灸又分为无瘢痕灸和瘢痕灸。

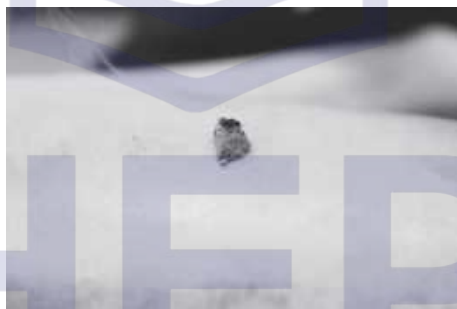


图 3-2-2 直接灸

#### 1. 无瘢痕灸

无瘢痕灸又称为非化脓灸、透热灸、灸热灸。施灸时，不致透发成灸疮，不留瘢痕。操作方法如下：

（1）做标记：先在施灸腧穴部位做标记，涂以少量凡士林或者大蒜汁（主要是起到固定艾柱不令其滑落的作用），然后将小、中艾柱放在穴位上点燃。

（2）施灸：艾柱燃烧过半，或燃烧大部分（50%~80%），局部皮肤潮红、灼痛时，施术者即用镊子移去艾柱，更换另一艾柱。连续灸 3~7 壮，灸足应灸的壮数，以局部皮肤出现轻度红晕为度。

（3）适用对象：本法适用于存在虚寒轻证，以及气血虚弱、小儿发育

不良等证者。

## 2. 瘢痕灸

瘢痕灸又称化脓灸、烧灼灸、打脓灸，艾柱直接放在穴位上施灸，局部组织经灸灼后产生无菌性化脓（灸疮）并留有瘢痕。其操作方法如下：

（1）做标记：先在施灸腧穴部位做标记。因施治时间较长，疼痛剧烈，要求患者体位平正、舒适。

（2）施灸：在施灸的穴位处涂以少量大蒜汁，将中艾柱放好后，用线香点燃。要求每壮必须燃尽。每灸完1壮，以纱布蘸温开水抹净所灸穴位，复按前法再灸，一般可灸7~9壮（不同类型的艾灸，所需艾灸的柱数不同）。

（3）减痛：在艾柱燃烧过半，局部皮肤潮红、灼痛时，施术者用手在施灸穴位的周围轻轻拍打或抓挠，以分散受术者的注意力，减轻施灸时的痛苦。此外，还可使用麻醉剂减轻灸痛。

（4）敷贴药膏：施灸完毕后，应将局部擦拭干净，然后可在施灸穴位上敷贴玉红膏，1~2日换贴1次。

（5）换药：7天后，灸穴逐渐出现无菌性化脓反应，如脓液多，膏药应勤换，经过30~40天灸疮结痂脱落，局部留有瘢痕。

注意事项：因本法会留瘢痕，必须征得受术者同意，面部、关节处、大血管处禁用此法。本法古代常用，目前多用于疑难、顽固性病证，如哮喘、脱骨疽、肺癆等。

## （二）间接灸

间隔灸或隔物灸，指在艾柱下垫一衬隔物放在穴位上。

因其衬隔药物的不同，又可分为多种艾灸。其火力温和，具有艾灸和药物的双重作用，受术者易于接受，与直接灸相较，更为常用。

间接灸操作的一般步骤如下：首先将选定的中药材放于施灸处，再把艾柱放在药材上，自艾柱尖端点燃。待艾柱燃烧至局部皮肤潮红、受术者有痛觉时，将药材/药饼或艾柱稍许上提，离开皮肤片刻，旋即放下，再行灸治，反复进行。需刺激量轻者，在艾柱燃至2/3时即用镊子移去艾柱，或更换另一艾柱续灸，直至灸足应灸的壮数；需刺激量重者，在艾柱燃至2/3时，施术者可用手在施灸穴位的周围轻轻拍打或抓挠，以分散受术者的注意力，减轻施灸时的痛苦，待艾柱燃毕，再更换另一艾柱续灸，直至灸

足应灸的壮数。

常见的间接灸及其材料的制备方法及其艾灸特点与适用的症状如下：

### 1. 隔姜灸

(1) 制备：将新鲜生姜切成约 0.3 厘米厚（约 1 元硬币厚）的薄片，中间用针穿刺数孔，上置大或中艾柱，放在穴位上线香点燃（图 3-2-3）。

(2) 特点与适应证：生姜味辛，性微温，具有解表、散寒、温中、止呕的作用。故此法多用于治疗外感表证和虚寒性疾病，如感冒、咳嗽、风湿痹痛、呕吐、腹痛、泄泻、阳痿、遗精、早泄、面瘫等。



图 3-2-3 隔姜灸

### 2. 隔蒜灸

(1) 制备：将独头大蒜切成约 0.3 厘米厚的薄片，中间用针穿刺数孔，放在穴位或患处，用大或中艾柱放在蒜片上，线香点燃施灸（图 3-2-4）。

(2) 特点与适应证：大蒜对皮肤有刺激性，灸后容易起疱，故应注意防护。大蒜味辛，性温，有解毒杀虫、消肿散结、健运脾胃之功。本法多用于治疗肺癆、腹中积块、痈疮肿疔初起未溃及毒虫所伤等。

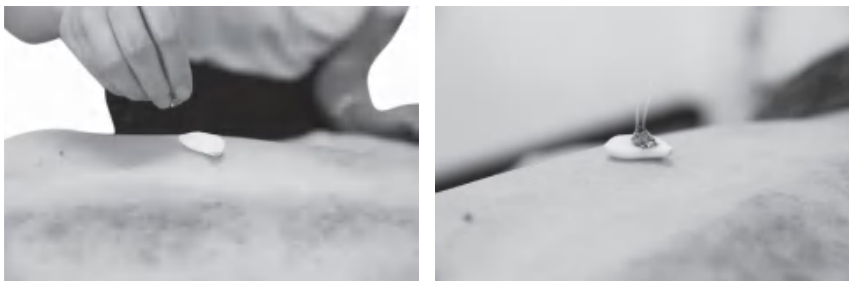


图 3-2-4 隔蒜灸



另有一种名为铺灸或长蛇灸，属隔蒜灸范围。其方法为取大蒜 500 克，去皮捣成泥状。令受术者俯卧，在脊柱正中，从大椎穴至腰俞穴，铺蒜泥一层，厚约 0.3 厘米，宽约 2 厘米，周围用棉皮纸封固，勿令泄气，用中艾柱置大椎穴至腰俞穴之间的每一脊椎凹陷处点燃施灸，不计壮数，直到受术者自觉口鼻中有蒜味时为止，移去蒜泥。因大蒜和灸火对皮肤有刺激，灸后脊部正中多起水疱，需休息一段时间。民间常用此法治疗虚劳、顽痹等证。

### 3. 隔盐灸

(1) 制备：受术者仰卧屈膝，以纯白干燥的食盐填平脐孔，再放大艾柱线香点燃施灸。如受术者脐部凸出，可用湿面条围脐如井口，再填盐于脐中，以上法施灸（图 3-2-5）。

(2) 特点与适用证：该法又称神阙灸，只适于脐部。隔盐灸具有回阳救逆固脱之功，适用于亡阳脱证、急性腹痛、吐泻、痢疾、四肢厥冷等。一般可灸 3~7 壮，亡阳虚脱时，则不拘壮数，可灸至几百壮，直到受术者苏醒脉起、手足转温。另外有研究表明，该法对于风寒型肩周炎效果也很好。



图 3-2-5 隔盐灸

### 4. 隔附子（饼/片）灸

(1) 附子饼制备：将附子切细研末，以黄酒调和做饼，厚约 0.3 厘米，直径 2~3 厘米，用粗毫针在饼中穿刺数孔备用（图 3-2-6）。

(2) 附子片制备：将附子切成厚约 0.3 厘米，直径 2~3 厘米的附子片，用粗毫针在附片中穿刺数孔备用。以



图 3-2-6 隔药饼灸



附子片或附子饼作间隔，放在施灸穴位处，上置大艾柱，线香点燃灸之。

（3）特点与适应证：由于附子辛温火热，有温肾补阳的作用，故用来治疗各种阳虚证，如阳痿、早泄、外科疮疡、窦道、盲管、久不收口或既不化脓又不消散的阴性虚性疮疡。

### 5. 隔豆豉饼灸

（1）制备：将淡豆豉研为细末，过筛备用。量疮之大小，以适量药末和入黄酒做饼，软硬适中，厚约 0.3 厘米，直径约 0.3 厘米。将豆豉饼放于疮孔周围，上置大或中艾柱，线香点燃灸之。

（2）特点与适应证：豆豉味苦，性寒，能解表发汗，除烦。本法对疮疽发背，恶疮肿硬不溃、不敛，疮色黑黯者最为有效，可促使疮口愈合。

### 6. 隔胡椒饼灸

（1）制备：白胡椒末适量，加面粉和水制成厚约 0.3 厘米，直径 2 厘米圆饼，使中央呈凹陷形。置适量药末（如丁香、麝香、肉桂等）于内填平，上置大或中艾柱，线香点燃灸之。

（2）特点与适应证：胡椒味辛性热，有温中散寒之功。主要用于治疗胃寒呕吐、腹痛泄泻、风寒湿痹和面部麻木等证。

### 7. 隔巴豆灸

（1）制备：取巴豆 10 粒，捣碎去壳研细，加入白面 3 克，调成膏状，捏做饼。上置大或中艾柱，线香点燃灸之。此外，还有用巴豆 10 粒，捣碎研细，加入黄连末适量，二药混合制成膏状，放于脐中，上置艾柱灸之。

（2）特点与适应证：巴豆辛热有毒，能峻下逐水，消积退肿。本法具有通便、利尿、理气止痛、消积、散结的作用。可用于食积、腹痛、泄泻、便秘、小便不通、结胸、瘰疬等证。

### 8. 隔黄土灸

（1）制备：土灸取净黄土和水制成泥饼，厚约 0.6 厘米，宽约 5 厘米，用针扎孔，放于患处，上置艾柱施灸。

（2）特点与适应证：本法具有活血散瘀的作用。可用于痈疽肿毒、跌扑损伤、背痛、局限性湿疹、白癣及因湿毒而致的其他皮肤病。

### 9. 隔面灸

（1）制备：取面粉适量和水制成面饼，面由小麦磨粉筛去麸皮而成，面饼厚约 0.5 厘米，用细针穿刺数孔，放于患处，上置大或中艾柱，线香点燃灸之。

(2) 特点与适应证:《本草纲目》记载,新麦性热,陈麦平和。本法具有养心、益肾、除热、止渴、消肿等作用。本法适用于恶疮、痈肿、外伤血瘀等证。

### 10. 隔核桃壳(眼镜)灸

该法不同于其他间接灸,是通过一副眼镜架将核桃壳固定住,隔核桃壳施灸的方法。

(1) 制备:取核桃2个,从中线劈开,去仁,取壳(壳有裂缝者不可用)备用。用细铁丝制成一副眼镜框,镜框的外方再用铁丝向内弯一个钩形,高和长均约2厘米,以备施灸时插艾卷用。灸治前先将核桃壳放于菊花液中浸泡3~5分钟,然后取出套在镜框上。插上长约1.5厘米的艾条段,线香点燃后戴在患眼上施灸(图3-2-7)。



图3-2-7 隔核桃壳(眼镜)灸

(2) 特点与适应证:本法具有祛风明目、活血通络、消炎镇痛等作用。可用于结膜炎、近视眼、中心性视网膜炎及视神经萎缩等证。对于青光眼与白内障也有保健作用。

## 二、艾条灸

艾条灸指用特制的艾条在穴位上熏烤或熨烫的方法。艾条灸的操作方法有悬起灸和实按灸两种,悬起灸多采用纯艾条,实按灸多采用药艾条。

### (一) 悬起灸/悬艾灸

将点燃的艾条垂直悬于选定的穴位或区域上,不使艾条燃着端接触皮肤,以局部感到温热舒适为度。悬起灸根据悬灸手法不同分为温和灸、回旋灸、雀啄灸、热敏灸。

#### 1. 温和灸

(1) 操作:施术者手持艾条,将艾条的一端点燃,直接悬于施灸部位距皮肤2~3厘米处,灸至受术者有温热舒适的感觉,若感觉过热,可稍稍提起艾条,不热则稍微放低艾条。一般每穴灸5~10分钟,无灼痛,灸至皮肤红晕为度。如遇到昏厥或局部知觉减退的受术者及小儿时,施术者可将食指、中指置于施灸部位两侧,这样可以通过施术者的手指来测知局部受



温和灸

热程度，以便随时调节施灸距离，掌握施灸时间，防止烫伤（图 3-2-8）。

（2）适应证：适用于各种虚寒病证。

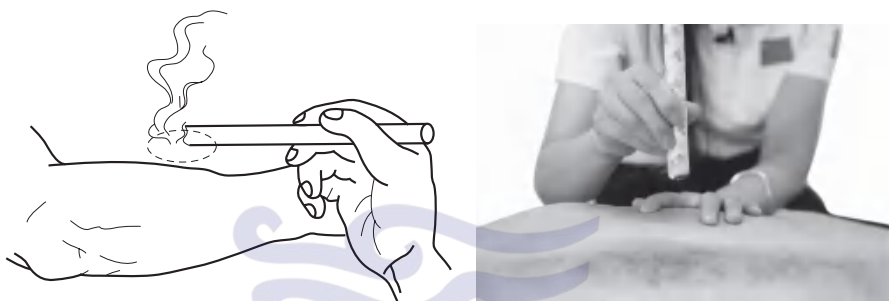


图 3-2-8 温和灸

## 2. 回旋灸

（1）操作：施术者手持艾条，将艾条燃着端悬于施灸部位距皮肤 2~3 厘米处，平行往复匀速回旋熏灸，使皮肤有温热感而不至于灼痛。一般灸 5~10 分钟，灸至施灸区域皮肤红晕即可（图 3-2-9）。

（2）适应证：本法适用于病变面积较大的风湿痹痛、神经性麻痹及皮肤病等。

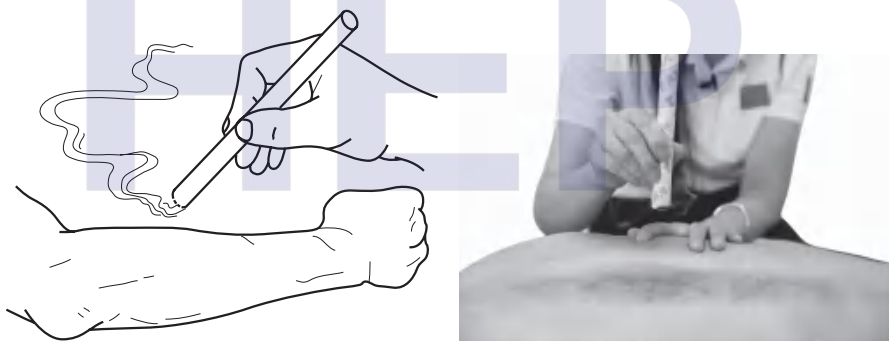


图 3-2-9 回旋灸

## 3. 雀啄灸

（1）操作：施术者手持艾条，将艾条燃着端悬于施灸部位距皮肤 2~3 厘米处，对准穴位，上下移动，一起一落，忽近忽远，犹如鸟雀啄食样。此法主要注意手腕部的运用，以及上下起落移动时要注意幅度均匀一致，上抬时不要太高，下落时不要接触皮肤。一般灸 5~10 分钟，灸至皮肤红

晕即可（图 3-2-10）。

（2）适应证：本法多用于治疗小儿疾病或晕厥急救等。



图 3-2-10 雀啄灸

## （二）实按灸

实按灸一般使用的是药艾条，由于用途不同，艾绒里掺入的药物处方各异，又有太乙神针、雷火神针、百发神针等，这几种实按灸的操作方法相同。可根据不同的病证选用不同的艾条。

### 1. 操作

在施灸部位上铺设 6~8 层绵纸、纱布或棉布。施术者手持艾条，将艾条的一端点燃，艾条燃着端对准施灸部位直接按其上，停 1~2 秒，使热力透达皮肤深部。待受术者感到灼烫、疼痛即移开艾条。若艾火熄灭，可重新点燃再灸，也可点燃两支艾条轮流使用。反复点按，每次治疗时每穴可按 3~7 次。灸毕，移开纸或布，以皮肤红晕为度（图 3-2-11）。



图 3-2-11 实按灸

## 2. 各实按灸的特点及适应证

(1) 太乙神针：此法具有通经活络、散瘀活血、温中散寒、祛风除湿、辟秽解毒、宣痹镇痛的作用。适用于风寒湿痹、痿证和虚寒证。

(2) 雷火神针：首见于《本草纲目·卷六》。本法具有温中化湿、理气镇痛、祛风通络、舒筋活血的作用。用于风寒湿痹、关节痛疼、痿证、腹痛、泄泻等。

(3) 百发神针：首载于清代叶桂所著《种福堂公选良方》。此法具有活血祛瘀、化痰散结、搜风宣痹、行气止痛的作用。适用于偏正头风、漏肩风、鹤膝风、半身不遂、痞块、腰痛、小肠疝气及痈疽等。

## 三、温针灸

温针灸是针刺与艾灸相结合的一种方法，具有针和灸的双重作用，用于既需要针刺留针，又需施灸的疾病。

### 1. 操作

先在选定的腧穴上针刺，在针刺得气、补泻之后，将针留在适当的深度。截取 2 厘米的艾卷一段，在其一端的中心穿一小孔，装在针柄上，艾段与皮肤的距离为 2~3 厘米。在灸穴周围垫上小纸片，以防艾火落下烫伤皮肤。用火柴或打火机点燃艾段下方施灸。待艾条段或艾绒燃尽，至无热度后，用厚纸片将艾灰除去，取走隔热纸片。艾灸结束，按常规出针。应用此法时须注意防止艾火脱落烧伤皮肤或衣物，故灸时嘱受术者不要移动体位；所选针具不宜太细，以免艾条段压弯针体（图 3-2-12）。



温针灸

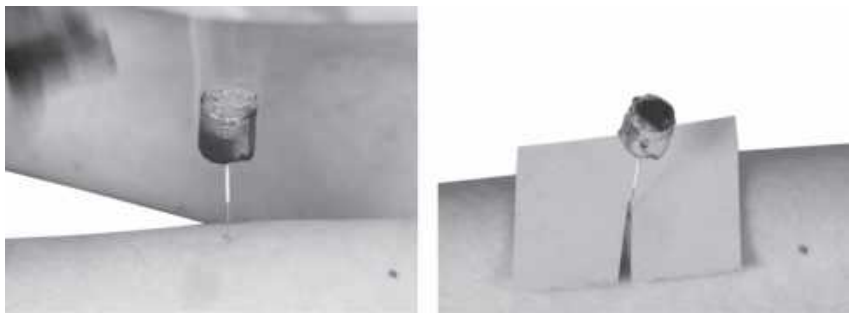


图 3-2-12 温针灸

## 2. 特点与适应证

本法温中逐冷、搜风蠲湿、宣痹通络、散瘀活血、强身保健，适用于风寒湿痹、肩凝症、腰腿痛等。

## 四、温灸器灸

温灸器灸是指将艾条或艾绒放入温灸器内施灸，具有使用方便、安全、舒适、节省人力的特点。常用的温灸器有灸架、灸筒、灸盒、灸碗、灸盘、灸缸。此外，还有一些根据艾灸的热学或电磁学原理开发的现代艾灸器械，如电热灸等。下面对常见的灸架灸、灸筒灸、灸盒灸进行介绍。

### （一）灸架灸

将艾条点燃后插入灸架顶孔，对准穴位固定好灸架。可通过上下调整艾条的高度以调节温度，艾条燃着端距离穴位皮肤3厘米左右，以受术者感到温热略烫、可耐受为宜，受术者觉热，稍稍上提艾条；热度不够，稍稍下插艾条。灸至皮肤红晕为度，一般灸10~15分钟。灸毕，移去灸架，取出艾条并熄灭（图3-2-13）。

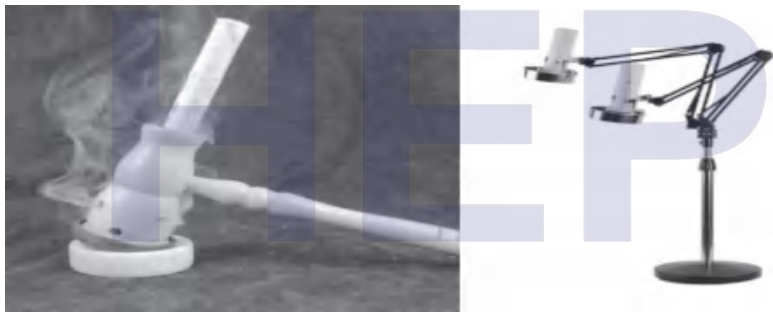


图 3-2-13 艾灸架

### （二）灸筒灸

首先取出灸筒的内筒，装入艾绒后安上外筒，点燃内筒中的艾绒，放置室外，待灸筒外热烫而艾烟较少时，盖上顶盖取回。在施灸部位上预放置8~10层棉布或纱布，将灸筒放在棉布上，以受术者感到舒适、热力足而不烫伤皮肤为宜。若受术者感觉太热，可增加隔布层数或适当抬高灸筒；热度不够，可抽出一二层棉布。灸至皮肤红晕为度，一般灸5~10分钟。



灸毕，移去灸筒，取出灸艾并熄灭灰烬（图 3-2-14）。



图 3-2-14 灸筒灸

### （三）灸盒灸

将灸盒安放于施灸部位的中央，视治疗时间取用合适的艾条段或艾绒，点燃艾条段或艾绒后，置放于灸盒内中下部的铁纱上，盖上盒盖。灸至受术者有温热舒适无灼痛的感觉、皮肤稍有红晕为宜。如受术者感到灼烫，可略掀开盒盖或抬起灸盒，使之离开皮肤片刻，旋即放下，再行灸治，反复进行，直至灸足应灸的量。灸至皮肤潮红为度，一般灸 15~30 分钟。灸毕，移去灸盒，取出灸艾并熄灭灰烬（图 3-2-15）。



图 3-2-15 灸盒灸

### （四）电热灸 / 电子温针灸

电热灸主要是通过电热仪或电灸仪的热量来达到艾灸的温热效果。主要有电热灸和电子温针灸。

#### 1. 电热灸

电热灸主要是通过远红外的电热效应来达到艾灸的温通效果，这种仪器特点是安全便捷，无烟尘，温度通过调控按钮可以精确调控。

（1）电热灸操作：施灸时，用电灸器接通电源后，调到合适温度在施灸部位熨灸，每次 10~15 分钟。

（2）适应证：适用于风寒湿痹、寒凝腹痛、泄泻等。

#### 2. 电子温针灸

电子温针灸主要是通过对特制的针通电产热来达到温针的效果。后者



又分为普通的对整个针体产热来达到温针效果的温针仪，以及将发热区域通过特制针体限定在针尖区域的温针仪。

(1) 电子温针灸操作：施灸时，针刺得气后接通温针治疗机，每次灸治 15~30 分钟。

(2) 适应证：适用于颈椎病、骨质增生、关节痛、肩周炎、心痛、偏瘫、下肢痹痛、哮喘、少腹痛、不孕症等。此外，电热针灸在多种癌症治疗中也有报道。

### (五) 艾灸贴

艾灸贴实际上是一种以药物敷贴的非火热灸疗法，是在传统的天灸疗法基础上发展出来的一种疗法，由于其具有简便、快捷、安全的特点，在本次抗击新型冠状病毒感染战役中发挥了一定的作用。艾灸贴基于不同穴位与不同药物的组合而达到治疗的作用。

小故事：药王喜灸足三里，年过百岁



### 思考与实训

1. 艾柱灸时，施灸量的大小主要遵循哪些原则？
2. 艾灸疗法适用于哪些运动损伤或病症？
3. 悬起灸包括哪几种，各自的适应证有哪些？
4. 温针灸的适应证有哪些？

### 案例分析

王某某，女，游泳运动员，16 岁。右肩部反复疼痛 2 月余，加重 3 天。患者近 2 月因备赛，训练量加大，出现右侧肩部反复疼痛，3 天前在训练后疼痛加重，伴肩部活动受限，不能上举、后旋、外展，严重影响日常训练，无上肢麻木，无放射性疼痛。舌质紫暗，苔腻，脉弦涩。康复治疗师给予中频电疗配合超声波理疗 12 天，并建议配合艾灸治疗。针对案例情况，选用合适的灸法进行处理，并简要阐述选用该灸法的理由。



HEP

## 第四章

# 拔罐疗法

### 本章导读

拔罐疗法是中医学的重要组成部分，是我国自古传承至今的中医特色疗法之一。拔罐疗法以其无痛无创、使用安全、疗效独特、便于推广的特点，越来越被人们所推崇。拔罐具有疏通经络、调和气血、消肿止痛、除湿逐寒、平衡阴阳、扶正祛邪等功效，广泛用于骨伤、内、外、妇、儿、五官等各科疾病，特别对项痹、肩痹、肘劳、腱鞘囊肿、腱鞘炎、腰痛等运动损伤有良好疗效。本章主要介绍拔罐的基本知识和技术操作，包括拔罐概念及分类、作用原理、适应证与禁忌证及注意事项、基本操作等，以帮助学习者了解拔罐疗法的基本知识，熟练掌握拔罐疗法的基本操作。

### 学习目标

1. 知识目标
  - (1) 熟悉拔罐疗法的概念、分类及作用原理。
  - (2) 掌握拔罐疗法的适应证与禁忌证。
  - (3) 掌握拔罐时异常情况的处理方法。
  - (4) 掌握拔罐疗法操作技术要领及注意事项。
2. 能力目标
  - (1) 能熟练进行各种拔罐疗法的基本操作。
  - (2) 能对拔罐疗法出现的异常情况进行有效处理。
  - (3) 能运用所学拔罐疗法知识进行健康宣讲。
3. 素养目标
  - (1) 激发学习拔罐疗法的热情，树立中医文化自信心。
  - (2) 增强传承拔罐技术的使命感，逐步树立严谨规范的工匠精神。
  - (3) 注意用火安全，树立安全第一、预防为主的责任意识。

“

## 拔罐神医——华佗治愈曹操的头痛

战国时期，曹操因为长期头痛不止，找遍了名医，却无一治愈。听闻华佗的医术高明，他抱着最后一丝希望，决定亲自前往求医。

曹操来到华佗的门前，恭敬地请他出诊。华佗面色和善，温和地询问了曹操的症状。经过细致地观察和思考，华佗发现曹操的头痛是由湿气所致。华佗决定采用拔罐疗法来治疗曹操的头痛。他拿来几个罐子，然后用火燃烧罐口，快速将罐子贴紧曹操的背部皮肤。随着罐子的吸力，曹操能感受到一股温热的力量从他的背部传来。几分钟后，华佗小心翼翼地将罐子拿开。曹操发现，他的头痛竟然轻了许多，仿佛有一股清风吹散了他的痛苦。经过几次拔罐治疗，曹操的头痛症状完全消失了。他欣喜若狂，对华佗连连道谢。曹操对华佗的医术赞不绝口。这个故事传颂开来，人们纷纷称赞华佗的拔罐技术。他用自己的医术，帮助曹操摆脱了顽固的头痛困扰，使他恢复了健康和活力。从此以后，拔罐疗法在医学界声名远扬，华佗也成为拔罐疗法的代表人物。

这个小故事展示了华佗用拔罐治疗曹操头痛的情景。通过描写曹操的痛苦和最终的康复，突出了华佗在医学上的卓越才能和对患者的关怀。

## 第一节 拔罐疗法的基本知识

### 一、拔罐疗法的概念与分类

#### (一) 拔罐疗法的概念

拔罐属于中医传统外治法范畴，历史悠久。因古人使用兽角作为拔罐工具，故古称“角法”。至目前为止，最早关于拔罐的记载见于马王堆出土的帛书《五十二病方》中对痔疾采取“以小角角之”的治法。东晋医家葛洪在《肘后备急方》中也写到了用制成罐状的兽角拔脓血以治疗疮脓肿的疗法。宋代角法中有“水角”“水银角”的记载。明代《外科启玄》中将拔罐称为“吸法”“煮竹筒法”。清代赵学敏所著的《本草纲目拾遗》是第一部对火罐疗法记载比较详细、完整的医学论著，书中专列了“火罐气”一节，对火罐的出处、大小、形状、使用方法、适应范围等都有比较详细的介绍，还指出火罐可治风寒、头痛及风痹、眩晕等。中华人民共和国成立后，罐具种类、拔罐方法呈现多样化，治疗范围也不断扩大。

拔罐是以罐为工具，利用燃火、抽气等方法排除罐内的空气，造成负压，使罐吸附于腧穴或体表相应部位，造成局部皮肤充血、淤血，以治疗疾病和预防保健的一种中医传统疗法。

#### (二) 拔罐疗法的分类

按照拔罐工具所用材料和作用原理的不同分为传统罐具和新型罐具两类，传统罐具主要有竹罐、陶瓷罐、玻璃罐等，新型罐具主要有挤压气罐、抽气排气罐、多功能罐等。

##### 1. 常用传统罐具

###### (1) 竹罐：

竹罐即选取坚实成熟的老竹子（一般选取青竹），按竹节截断，一端留节作底，一端去节做口，削去表皮，口底要平，四周要光滑。罐口的直径分为3厘米、4厘米、5厘米，长8~10厘米。为美观耐用，可涂彩色油漆于罐外（图4-1-1）。口径大者，用于面积较大的腰背及臀部；口径小者，

用于四肢关节部位。竹罐总体形如腰鼓状，其优点是取材容易，制作简单，能耐高温，轻便，不易打破；其缺点是容易爆裂漏气，吸拔力量不大，不透明，不易观察皮肤的变化。另外，对于日久不用的竹罐，可因过于干燥，发生破裂、漏气，故在使用竹罐前，应先用温水浸泡几分钟。竹罐普遍应用于我国产竹子的南方地区。

### （2）陶瓷罐：

陶瓷罐又称陶罐，是用陶土或瓷土制成口圆肚大的罐，再涂上黑釉或黄釉，经窑烧制而成。其形如缸状，两端较小，中间外凸，一般有大、中、小和特小几种，口径小的略短，口径大的略长（图 4-1-2）。陶瓷罐密封性好，不漏气，吸拔力强，里外光滑，价格低廉，适用于全身各部位，曾在北方农村地区普遍应用。缺点是罐具较重，容易打破，由于不透明无法观察罐内皮肤变化，目前在临床已不常用。



图 4-1-1 竹罐

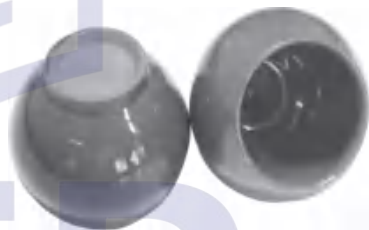


图 4-1-2 陶瓷罐

### （3）玻璃罐：

玻璃罐是用耐热透明玻璃烧制而成，肚大口圆，罐口边缘略突向外的罐。根据罐口直径和腔的大小，可分为不同型号，罐口直径为 2~6 厘米，罐口光滑，清晰透明（图 4-1-3），吸附力好，可以明确看出局部皮肤的淤血程度，易于掌握起罐时间，适用于全身各部位，可施用多种罐法，为目前最常用的罐具之一。玻璃罐的缺点是容易破损，导热快。凡是口小、腔大、有吸拔力的玻璃器皿，如广口瓶、罐头瓶、玻璃茶杯等均可用于拔罐。



图 4-1-3 玻璃罐

## 2. 常用新型罐具

(1) 挤压排气罐：挤压排气罐分为挤压排气橡胶罐和挤压排气组合罐两种。其中，挤压排气橡胶罐是以高弹性塑料制成，具有轻便、不容易破碎、便于携带的特点。缺点是不能加热，不能高温消毒，易老化，仅适合留罐法，不宜施行其他罐法；挤压排气组合罐由喇叭形透明玻璃筒的细头端套在一橡皮球上构成，其操作方便。缺点是负压维持的时间较短，仅适合于留罐法。

(2) 抽气排气罐：抽气排气罐用透明塑料制成，不易破碎，上置活塞，便于抽气。抽气排气罐由拔罐疗法器和抽气装置组成，优点是可随意调节罐内负压，控制吸力，使用的部位不受限制。手动式真空拔罐器较为理想，它由手握抽吸器和不同型号带活塞的杯形罐组成，口径为2~6厘米，轻巧美观，方便携带，非常适合家庭保健使用（图4-1-4）。



图4-1-4 抽气排气罐

(3) 多功能罐：多功能罐是配置其他治疗工具的新型拔罐疗法器材，如在罐顶中央安置刺络针的刺血罐，在罐内架设艾灸的艾罐及安装电热元件的电热罐，还有机电一体化多项技术融合的数显罐等，发挥共同治疗作用。

## 二、拔罐疗法的作用原理

中医学认为，拔罐疗法通过温热刺激及负压吸引作用，刺激体表穴位及经筋皮部，进而发挥疏通经络、调和营卫的作用。又因局部穴位及经络连于五脏六腑，故拔罐疗法又能治疗各种脏腑疾病。拔罐疗法可以通过选择特定的穴位调节人体阴阳，又能通过拔罐疗法后的颜色变化推断疾病的性质、部位及与脏腑的关系。



## （一）平衡阴阳，扶正祛邪

中医学运用阴阳失调来阐述疾病发生机理，也就是在正常情况下，各种组织、脏器的功能活动，都保持着有机平衡，即阴阳处于相对平衡状态。这种协调关系，如果因某种因素遭到破坏，阴阳就会失去相对平衡，而发生各种病症。拔罐疗法具有一定的调整脏腑功能的作用，从而扶正祛邪，使之达到阴阳平衡。

## （二）疏通经络，调和气血

经络是运行气血的通道，当人体发生疾病时，邪正相搏，阴阳失调，经络之气亦随之逆乱，气血运行受阻。拔罐疗法作用于经络，由浅入深，由表及里，能起到疏通经络、调和气血的作用，使气血复其流行，则经脉既通，其病自除。

## （三）消肿止痛，除湿逐寒

“通则不痛”，拔罐疗法具有消肿止痛的作用，进而可使关节通利。利用罐内的吸拔力，能吸出肌肉、血脉中的风寒。在患处施行拔罐疗法，具有温通经络、祛风散寒、祛湿除邪、温通血脉、活血散瘀、舒筋止痛的功效。

## （四）吸出瘀血，托毒排脓

由于罐内形成负压，吸力很强，可用于毒气郁结、恶血瘀滞之症。在未成脓时，施以拔罐疗法，尤其是针刺之后施以拔罐疗法，可吸出毒血，气血疏通，瘀阻消散。已经化脓时，拔罐疗法可托毒排脓，使症状迅速减轻。

## （五）协助诊断，判别阴阳

通过观察拔罐疗法后体表的变化，可以推断疾病的性质、部位及与脏腑的关系。① 罐印发紫伴有斑块者，一般提示局部寒凝血瘀；② 罐斑呈散在性的紫点，深浅不一，一般提示为气滞血瘀；③ 罐印数天不退，通常表示病程已久，需要较长时间的调理；④ 走罐时出现大面积黑紫罐印时，提示风寒侵袭，应对症驱寒；⑤ 罐印淡紫发青伴有斑块者，一般提示以虚证为主，兼有血瘀；⑥ 如斑点在穴位处明显，表明与此相关的内脏虚弱，如

在肾俞穴处呈现，则提示肾虚；⑦ 罐印鲜红，一般提示阴虚或气阴两虚，阴虚火旺也会出现；⑧ 罐印深红、紫黑或丹痧，或触之微痛同时伴有身体发热者，提示热毒壅滞。身体不发热者，提示为瘀血证；⑨ 罐印呈鲜红散在点，通常在大面积走罐后出现，不高出皮肤，如在某穴及其附近集中，则提示此穴所相关的脏腑功能异常。临床上可通过走罐寻找鲜红散在点，然后用针刺治疗，调节内脏功能；⑩ 罐印灰白，触之不温，瘀斑或血疱灰白、色淡，提示受术者内有虚寒、湿邪；⑪ 走罐或留罐后，没有罐印或罐印不明显，或虽有罐印，但启罐后立即消失，恢复常色，提示身体基本正常或病情尚轻；⑫ 行罐或留罐，容易起水疱者，提示湿气较重。若在患部出现较多小水疱时，提示由水湿所致。若水疱内有血水，是热毒、湿毒的反映，需要连续多次拔罐疗法；⑬ 若走罐时出现风团（如急性荨麻疹状），提示为风邪所致，或是过敏性体质。随着病情的好转，罐印也会随之减轻，且不易出现罐印，可以预示病情的转归。

### 三、拔罐疗法的适应证与禁忌证

#### （一）适应证

拔罐疗法临床应用广泛，适用于内、外、妇、儿、骨伤、五官等各科疾病。拔罐疗法不但可用于疾病的治疗，在运动损伤领域也常有应用。

##### 1. 运动伤病

颈椎病、肩周炎、网球肘、高尔夫球肘、腰扭伤、腰肌劳损、膝关节炎、颈椎病、腱鞘炎、髌骨软化症等。

##### 2. 内科病症

高血压、高血脂、脂肪肝、肝硬化、冠心病、糖尿病、肥胖症、甲状腺功能亢进、感冒、流行性腹泻、急性细菌性痢疾、慢性溃疡性结肠炎、慢性支气管炎、支气管哮喘、慢性胃炎、胃下垂、精神分裂症、癫痫、抑郁、失眠、慢性肾炎、血小板减少性紫癜、风湿性关节炎、类风湿性关节炎等。

##### 3. 妇儿科病症

月经不调、痛经、经闭、带下病、不孕症、盆腔炎、乳少、小儿遗尿、小儿惊风、小儿食积、小儿脑性瘫痪、小儿多动症等。

#### 4. 皮肤外科病症

荨麻疹、湿疹、蛇串疮、扁平疣、神经性皮炎、痤疮、斑秃、疔疮、丹毒、疖腮、乳痈、乳癖、肠痈、痔疮等。

#### 5. 五官科病症

目赤肿痛、睑腺炎、近视、耳鸣、耳聋、鼻渊、牙痛、口疮等。

#### 6. 其他

晕厥、高热、抽搐、衰老、美容等。

### (二) 禁忌证

1. 高热、发狂、烦躁不安，或者全身剧烈抽搐、痉挛、癫痫发作、恶性肿瘤、心脏病患者出现心力衰竭、肾病患者出现肾功能衰竭，不适宜拔罐疗法。

2. 受术者精神失常、精神病发作期不适宜拔罐疗法。

3. 过敏性紫癜、血小板减少，以及血友病、白血病、血管脆性试验阳性者，由于可能发生出血，不适宜拔罐疗法。

4. 患有广泛的皮肤病或者皮肤有严重过敏、溃疡破损者，不适宜拔罐疗法。

5. 女性月经期及存在其他出血部位，不适宜拔罐疗法；孕妇腰骶部、腹部不能施以拔罐疗法，以免造成流产、早产。

6. 骨折患者在未完全愈合前、急性关节扭伤者如韧带已发生断裂，均不可使用拔罐疗法。

7. 久病身体虚弱、全身极度消瘦、皮肤失去弹性者，由于吸拔不牢固，不适宜拔罐疗法。

### 四、拔罐疗法的注意事项

(1) 竹罐留罐时间长短要适宜，过长则易因重量大而易脱落，过短则吸拔力不足。不用时将罐泡于水中或者药汁中，不可烘烤或者风吹日晒，以免罐壁出现裂缝。

(2) 行针刺或刺络拔罐疗法时，若用火吸法，消毒后必须待碘酒、酒精完全挥发后才能拔罐，以防烧伤皮肤。行留针拔罐疗法时，宜选用透明罐具，以便随时观察局部的变化。

(3) 行刺络拔罐疗法时，也宜选用透明罐具，以便随时观察出血量的

多少，达到所需要的出血量时即可起罐；出血量多时，应立即起罐并按压止血，并注意对局部消毒。

（4）起罐后应注意对拔罐部位做相应护理，如用消毒纱布或干棉球轻轻拭去拔罐部位罐斑处的小水珠、润滑剂、血迹等。如果罐斑处微觉痛痒，不可搔抓，数日内自可消退。如果罐斑局部绷紧不适，可适当地按揉；如果皮肤干皱，可涂些植物油或凡士林。如果刺络放血，应预先在罐口周边放置脱脂棉或纱布，以免起罐时血液污染衣物、被褥。起罐后，擦净血液，并对伤口进行常规消毒处理。起罐后应嘱受术者适当休息片刻，再离开治疗室。

## 五、拔罐的异常处理

拔罐的异常处理一般包括晕厥、水疱的处理与预防。

### （一）晕厥的处理与预防

在进行拔罐疗法过程中，有极少数受术者会发生晕厥或休克。此时受术者会出现头晕眼花、心烦欲吐、面色苍白、四肢厥冷、冷汗淋漓、呼吸急促、脉搏频数细小等现象。

#### 1. 处理

应立即停止拔罐疗法，并起罐。使受术者平卧，解开上衣纽扣，注意保暖。轻者仰卧片刻，饮温开水或糖水，即可恢复。如出现昏厥、低血压时，应把枕头垫于脚下，呈头低脚高状态，同时按压或者针刺十宣、人中、素髻、内关、足三里、合谷、太冲、阳陵泉等穴位，即可恢复。

#### 2. 预防

受术者在极度衰弱、过度疲劳、过饥、过饱、过渴、醉酒状态时，不适宜拔罐疗法。

### （二）水疱的处理与预防

对于起罐后有水疱现象，原因及处理办法应具体分析。皮肤过敏或水肿人群，行拔罐疗法后容易出现水疱，均应事先向受术者交代清楚。

#### 1. 处理

小水疱应注意防止擦破，可不作处理，任其自然吸收；也可涂少量龙胆紫，或用酒精消毒后，覆上消毒干敷料。大水疱可用消毒毫针刺破放出

液体，然后覆上消毒纱布，再用消毒干敷料覆盖并且固定。

## 2. 预防

施术者要注意拔罐时间，避免因吸拔过久出现水疱，导致不必要的医疗纠纷。

# 第二节 拔罐的技术操作

## 一、操作前准备

### （一）器具选择

根据拔罐疗法部位的大小及治疗需要，选择相应型号的罐具。常规用法是，对于宽平、软组织较丰富的部位，如胸背部、腰部、臀部、大腿部，宜选用大罐；对于颈部、肩部、上臂部、前臂部和小腿部，宜选用中罐；对于软组织薄弱、骨骼凹凸不平的部位，如关节、头面部、前臂远端、手掌、手背，宜选用小罐。

如果在行拔罐疗法时需要用闪罐法，应当准备几个备用罐，以便在罐口烧热能及时更换。在寒冷季节使用玻璃罐或陶瓷罐时，应预先将罐在火上烘烤至与皮肤温度相近时再使用。需要注意的是，只能烘烤罐的底部，不可以烘烤罐口，以免烫伤受术者皮肤。

行拔罐疗法时，除备好各种型号的火罐外，还需备托盘、95% 酒精、止血钳、大棉球等。此外，还应准备好及时治疗皮肤损伤或晕罐等意外情况的药物，如湿润烫伤膏、万应膏等。

### （二）体位选择

拔罐疗法应根据不同部位选择体位，原则上要求体位舒适并能持久，暴露施术部位，便于施术。一般采用仰卧位、俯卧位、侧卧位、仰靠坐位、俯伏坐位。每次拔罐疗法时间为 5~10 分钟，时间虽然不长，但要求受术者相对保持某种姿势，不能大范围活动，否则容易发生漏气而掉罐。如果在治疗过程中受术者要求变动体位，应扶稳罐子，并协助其缓慢变动体位。但在施用针罐法时，不可变动体位，以免发生不适。

### （三）治疗部位准备

在进行拔罐疗法前，应对施术部位皮肤进行消毒。若施术部位皮下脂肪少、皮肤干燥，行拔罐疗法前宜用消毒温湿毛巾擦拭，以减少漏气和烫伤；若施术部位因疮疡而干硬，宜先用消毒湿热毛巾浸软，以避免拔罐疗法时的疼痛，并能吸拔得更深入、更彻底。

如果必须在有毛发的地方或毛发附近行拔罐疗法，应预先剃除毛发，然后在施术部位涂抹适量的凡士林或采用面垫；若受术者不接受或条件不允许时，也可尝试用热肥皂水将毛发、皮肤洗净后涂抹适量的凡士林或垫面垫行拔罐疗法。新罐初用、瘦弱者及在骨骼突出处行拔罐疗法时，为防止罐口损伤皮肤或漏气，可在罐口涂少许凡士林；小儿行拔罐疗法时，必须在施术部位涂一层凡士林或贴一块湿布片，以免损伤皮肤。

### （四）环境准备

行拔罐疗法时，注意保持治疗室内温度，应温暖，避开风口，防止受凉，选择清静、光线等均较适宜的室内环境为佳。

## 二、操作方法

### （一）罐具的吸拔方法

根据罐具的种类，目前拔罐疗法的吸拔方法有多种，常用的有火吸法、水吸法及抽气吸法。

#### 1. 火吸法

火吸法是借助燃火排出罐内空气形成负压，将罐具吸附于体表的吸拔法。根据燃火的不同方式可分为闪火法、投火法、贴棉法、滴酒法和架火法等。

（1）闪火法：用镊子或止血钳夹住棉球，在 95% 的酒精中浸润，点燃后在罐内中段快速绕 1~2 圈，迅速退出，然后迅速将罐具扣拔在施术部位上。该法适用于各个部位。该法因罐内无燃物坠落，不易烫伤皮肤，较其他方法更为安全，且操作简单，可连续进行，临床最为常用。操作时应注意，棉球蘸酒精不宜过多，以免火随酒精滴燃，烫伤皮肤。棉球在罐内加热时，不可过于靠近罐口，以免罐具过热，烫伤皮肤。施术者手执罐具，要始终保持罐口向下，不可向上倾斜，以防热气外溢，影响吸拔效



果。另外，闪火法要求动作迅速熟练，充分掌握吸拔时机，才能取得最佳效果。

(2) 投火法：将酒精棉球或折叠的小纸片或纸卷点燃后投入罐内，趁火旺时迅速将罐扣拔在施术部位上，该法简便易行，吸拔力强，但该法罐内有燃烧物易坠落烫伤皮肤，故多用于身体侧面横向操作。另外，纸片燃烧产生纸灰烟尘，易发生污染，故行刺络拔罐疗法或皮肤有破溃时，一般不用该法。

(3) 贴棉法：将直径 2 厘米左右的薄脱脂棉片，略浸 95% 酒精后，贴于罐内壁上中段，然后点燃，迅速扣在施术部位上。该法会因燃烧物落下而烧伤皮肤，故适用于身体侧面横向操作。

(4) 滴酒法：在火罐内滴入 95% 酒精或白酒 1~3 滴，沿罐内壁摇匀，然后点燃，迅速将罐具扣在应拔的部位上。该法亦适用于身体侧面横向操作。在操作时，应注意酒精不可滴得太多，亦不可滴在罐口边，以免酒精流至罐口，在点燃时烫伤皮肤。

(5) 架火法：用坚韧耐热胶木瓶盖，或薄小的面饼、中药饮片，或不易燃及不易传热的块状物（直径在 2~3 厘米），放在应拔的部位上，上置小块酒精棉球，点燃后将火罐扣上。该法不易烫伤皮肤，可产生较强的吸力，也较为安全，但操作比较麻烦。该法适用于肌肉丰厚而平坦的部位。注意应扣罐准确，以免将酒精棉球碰掉，造成灼伤。

## 2. 水吸法

水吸法是指行拔罐疗法时用水热排出罐内空气的方法，其原理是根据气体受热膨胀而排出罐外。根据用水途径的不同，可分为水煮法、蒸汽法和水火罐法。

(1) 水煮法：是通过蒸煮排气，形成罐内负压，使罐具吸拔于皮肤的方法。将竹罐放入水中或药液中煮沸 2~3 分钟，然后用镊子将竹罐倒置夹起，迅速用干毛巾捂住罐口片刻，以吸去罐内的水液，降低罐口的温度，趁热将拔罐扣于应拔的部位上。

(2) 蒸汽法：即将水或药液在小壶内煮沸，至水蒸气从壶嘴喷出，将竹罐口对准喷气口 1~2 秒，随即取下，迅速扣在应拔的部位上。

(3) 水火罐法：是一种罐内盛水，以火力排气的方法。先在罐内放入适量的温水，以稍高于人体温度为宜。水量一般不要超过罐容积的 1/3，然后将罐口略倾向水平，在罐内腰部上方，贴一浸有 95% 酒精溶液的棉片，



点燃棉片即可吸拔在应拔部位。

### 3. 抽气吸法

抽气吸法主要是用各种不同的抽吸工具，将罐内的空气吸除，使之造成负压，达到拔罐疗法的目的。该法可调节罐内负压，掌握吸力大小，以达到最佳的效果。该法配套特制的玻璃罐或塑料罐，其形如杯状，顶端装有活塞，可接通各种抽吸工具。以手动式真空拔罐疗法为例，选取适当大小的罐具及舒适体位，将选好的罐具放在应拔部位，顶部活塞上提，以保证通气，将真空抽吸器轻轻套住罐具顶部活塞，垂直快速提拉杆数次，至吸拔部位皮肤隆起，以受术者可耐受为度。罐具吸附于体表之后，将真空抽吸器轻轻旋动向后退下，轻按一下罐具活塞以防漏气（图 4-2-1）。



图 4-2-1 抽气吸法

## （二）操作手法

根据受术者病变部位、疾病特点及个人体质等因素，拔罐疗法的操作手法可分为单罐法、多罐法、闪罐法、留罐法、走罐法、针罐法、药罐法，以及刺络拔罐疗法、痧疗拔罐疗法，这些操作手法各有其独特的操作方法与临床应用特点。

### 1. 单罐法

单罐法即一罐独拔，一罐单用（图 4-2-2）。适用于病变部位明确、范围局限，或有固定压痛点的病症，可根据病变部分范围的大小，选择适当口径的罐具。

单罐法

### 2. 多罐法

多罐法即多罐并用。适用于病变范围较大的疾病，可按病变部位的解剖形态等特征，于多个部位或多个穴位处拔数罐。如罐具分散而无一定规律，称为散罐法；如沿某一经脉或某一肌束的体表位置顺序成行排列吸拔多个罐具，称为排罐法（图 4-2-3）。排罐的间距要适当，视情况与个人体质而定。排罐法用于神经肌肉疼痛、陈旧性软组织损伤及气血瘀滞所致病症。

多罐法



图 4-2-2 单罐法



图 4-2-3 排罐法

### 3. 闪罐法

闪罐法用闪火法将罐吸拔在应拔部位或穴位上，随即取下，再迅速拔上，如此反复多次，直至皮肤潮红、充血、淤血或罐底部发热。可用两个罐，两侧穴位同时进行，一次闪罐多个穴位。闪罐法不留瘀痕，常用于局部不平、易脱罐部位，或颜面等部位。施术时要求动作迅速稳定。该法多用于风湿痹痛、中风后遗症、皮肤麻木、肌肉萎缩、疼痛或功能减退等病证。

### 4. 留罐法

留罐法又称坐罐法，是指把罐吸拔在相应位置后留置一段时间的方法，是最常见的一种拔罐治疗形式。适用于深部组织损伤、颈肩腰腿痛、关节病变及临床各科的多种疾病。行拔罐疗法后，应根据吸拔部位（如面部时间宜短，躯干和四肢时间可长）、受术者体质（如体质强壮者时间宜长，体质虚弱者时间宜短）、病情（病情重、病程长、病灶深者时间宜长，病情轻、病程短、病灶浅者时间宜短）等决定留置时间，一般 5~10 分钟，以局部出现潮红、瘀斑、痧点为宜，重者皮下可瘀血，甚至呈紫黑色，注意避免时间过长而出现水疱。

### 5. 走罐法

走罐法又称推罐法、拉罐法或循经拔罐疗法，临床较为常用。先在施术部位和罐口涂润滑剂，以凡士林、姜汁、润肤霜、植物油、水等最为常用。选取较大口径的罐具，用闪火法将罐吸拔后，一手握住罐底，稍倾斜，即罐口后部着力，前部略提起，慢慢向前推动，在皮肤表面来回推拉移动数次，至皮肤潮红为止（图 4-2-4）。该法适用于身体面积较大、肌肉丰厚的部位，如背部脊柱两侧、下肢股四头肌处、腰骶部、腹部及肩关节等。可用于治疗急性热病、瘫痪麻木、风湿痹痛、肌肉萎缩等。应根据病情与



闪罐法



闪火法



留罐法



走罐法

受术者体质来调节负压及走罐快慢与轻重；吸拔后应立即走罐，否则吸牢后则难以走罐；走罐动作宜轻柔，用力均匀、平稳、缓慢。罐内负压大小以推拉顺利为度，若负压过大或用力过重、速度过快，则易给受术者带来痛苦，甚至拉伤皮肤；负压过小，吸拔力不足，则罐易脱落，导致治疗效果差。



图 4-2-4 走罐法

## 6. 针罐法

针罐法是针刺与拔罐疗法相配合的治疗方法。常用的有以下两种：

(1) 留针罐法：即先在一定部位施行针刺，得气后，将针留在原处，再以针刺处为中心拔罐，留罐 5~10 分钟，最后起罐、取针。如果与药物结合，称为针药罐。该法不宜用于胸背部，因罐内负压易加深针刺深度，可引起气胸。

(2) 出针罐法：即在一定部位施行针刺，得气后出针，再在该部位行拔罐疗法，吸出少许血液或组织液后起罐，用消毒棉球擦净。

## 7. 药罐法

在拔罐疗法操作时，加入适量相应的药物，形成相应的药罐。根据用药途径的不同，分为药煮罐法、药物蒸汽法、滴药酒法、储药液法、药物涂敷法、药物走罐法等。根据需要，选用不同的吸拔方法及罐具，也可与针罐法、走罐法等配合运用。

(1) 药煮罐法：将选好的药物装入布袋内，放入锅中加水煮沸一段时间。锅具以大砂锅、陶瓷锅、搪瓷锅为宜，铝锅、不锈钢锅次之，不宜用铁锅、铜锅。煮沸时间根据病情需要而定，如治疗外感病的药物可以只煮沸几分钟，再将竹罐放入药液中煮 2~3 分钟，然后用镊子或者止血钳将罐



针罐法

夹出，用水煮法趁热将罐具吸拔在相应部位，手持竹罐按住皮肤约半分钟，使之吸拔牢固。

(2) 药物蒸汽法：将选好的药物放入壶中，壶具以砂壶、陶瓷壶、搪瓷壶为宜，铝壶、不锈钢壶次之，不宜用铁壶、铜壶。加水煮沸一段时间，当药蒸汽从壶嘴大量喷出时，将竹罐套入喷气口 2~3 秒后取下，用蒸汽法迅速将罐具吸拔在应拔部位。扣罐后，手持竹罐按住皮肤约半分钟，使之吸拔牢固。

(3) 滴药酒法：用药酒 1~3 滴滴入罐内，沿罐内壁摇匀，用火点燃后，迅速将罐吸拔在应拔部位。

(4) 储药液法：可选用各种罐具，将药液倒入罐内，药量一般不超过罐容积的 1/3，温度以稍高于人体温度为宜，以水火罐法将罐具吸拔在应拔部位。注意在行拔罐疗法时，所拔的位置宜斜向罐口，待拔好后，才可以摆正体位，使罐口向下，令罐内的水对吸拔部位产生刺激。起罐时，因罐内有水，须将罐具慢慢滑向一侧，令罐口向上倾斜，翻掌取罐，这样罐内的水便不会倾出。

(5) 药物涂敷法：指在拔罐疗法前后或拔罐疗法操作时，在应拔部位涂敷药乳、药酒、药油、药糊、药膏等的方法。

(6) 药物走罐法：即以药液、药乳、药酒、药油、药糊、药膏等作为走罐的润滑剂进行操作的疗法。

## 8. 刺络拔罐疗法

刺络拔罐疗法即拔罐疗法与刺络疗法配合应用的方法。将施术部位常规消毒后，用三棱针或粗毫针、皮肤针、一次性采血针等点刺，或叩打出血后，再拔罐，可加大出血量，加强刺络疗法的效果（图 4-2-5）。起罐后，用消毒棉球擦净。该法适用于实热证、实寒证、血瘀证及某些皮肤病。





图 4-2-5 刺络拔罐疗法

### 9. 痧疗拔罐疗法

痧疗拔罐疗法即先痧疗后拔罐的疗法，从而达到防治疾病的目的。

### （三）起罐的操作方法

对于起罐的操作方法，总体要求手法要轻柔和缓。对于竹罐、玻璃罐，在起罐时手法要轻缓、柔和，一手拿住罐具稍向一边倾斜，另一手拇指或食指按住罐口边缘的皮肤，使罐口和皮肤之间形成空隙，空气进入罐内，罐具即可自然脱下。切不可硬拉或旋转拿下罐具，因会引起疼痛，甚至损伤皮肤。对于排气罐，向罐内注入空气，罐具即可脱下。起水（药）罐时，应防止水（药）液流出，如果吸拔部位呈水平面，应先将吸拔部位调整为垂直面后再起罐。在起多个罐具时，要按照拔罐的先后顺序，原则上先拔先起，后拔后起，还要注意上下顺序。关于起罐时间的问题，要根据病情的需要而定，如果遇到受术者肌肉收紧、疼痛难以忍受，可提早起罐。

## 三、操作要求

拔罐疗法应根据疾病的病因、病情、病理机制、转归情况，选择恰当的操作方法。其中主要包括施术部位的选择与操作方法的选择。

### （一）施术部位的选择

#### 1. 局部或邻近取穴

当某一部位发生病变时，可在局部或邻近部位选取腧穴行拔罐疗法，多用于器官、经脉、四肢关节等部位的疼痛。

## 2. 循经取穴

循经取穴是根据经络的循行、腧穴的分布及其主治性能而确定施术部位，包括本经取穴和表里经取穴，① 本经取穴：是病变在脏腑，取本经的腧穴，尤其是取本经位于肌肉较丰满处的腧穴；② 表里经取穴：是取与病症有关的表里经脉的腧穴。

## 3. 对症取穴

对症取穴是指针对全身性疾病，结合腧穴的特殊作用选穴。

## （二）操作手法的选择

（1）病痛只局限在一处，可用单罐吸拔。

（2）若病变部位比较广泛为成片状，则选用多罐法。如果病变在关节处，亦可沿关节周围同时吸拔多个罐具。如果病变沿神经走行，则按照神经走行部位吸拔。

（3）如果病变属于神经症，可选用多个罐具，在颈部、背部和腰部交感神经丛处吸拔。

（4）如果病变部位较小或肌肉浅薄，可用抽气排气罐吸拔。如果病变在肌肉丰满处，可用走罐法。

## （三）留罐时间的选择

留罐时间的长短，既和受术者的体质、病情有关，也和操作方法有关。总的原则是以局部皮肤出现潮红或者有淤血、瘀斑、痧点为度。受术者第一次拔罐时，施术者必须近距离观察受术者的皮肤变化，以决定拔罐疗法的长短。留罐时间过长，受术者皮肤容易出现水疱。

① 对于病情重、病程长、病灶深及疼痛性疾患，留罐的时间要长一些；病情轻、病程短、病位浅的疾病，留罐的时间要短一些。② 气候寒冷，留罐时间要适当延长；天热时则相对缩短。③ 对于肌肉、软组织丰厚的部位，如臀部、大腿部，留罐的时间要长；对于软组织薄弱的部位，如头部、胸部、背部，留罐的时间要短。④ 体质健壮、肌肉丰满者，罐具的吸拔力量要大，罐具的数量要多，留罐的时间要长；体质消瘦虚弱者，罐具的吸拔力量要小，罐具的数量要少，留罐的时间要长。⑤ 受术者比较敏感，耐受能力较差，留罐的时间要短；受术者反应正常，耐受能力较强，留罐的时间可以长一些。⑥ 初次接受拔罐疗法的受术者，留罐的时间要短一些；长



期拔罐疗法的受术者，留罐的时间要长一些。

#### （四）疗程的选择

拔罐疗法的疗程不可一概而论，是根据不同的疾病和病情的轻重而定，但也是相对的。一般而言，急性病患者每天治疗1次，如感冒、急性支气管炎、急性胃肠炎、急性肾炎等；如果症状严重，可以每天治疗2~3次（穴位要改变），连续治疗至病愈为止；慢性病患者，隔天或者3天治疗1次；亚健康者，每周治疗1次即可；预防、保健者，每周或者半个月治疗1次。

拔罐疗法的疗程应根据受术者具体的皮肤反应而定。由于每次拔罐治疗后局部皮肤都会有一定的反应，一般情况下，潮红多在数小时消除，故24小时后可以治疗1次；如果是瘀斑，并且伴有轻微触痛，一般间隔1~2天，待潮红、瘀斑基本消退，触痛基本消失后再行治疗。如果病情需要每天连续治疗，应另选其他穴位，或在原罐区周围任选一点，同样可以取效。通常连续治疗5~10次为1个疗程，中间宜间隔2~3天。一般急性病经半个疗程、慢性病经1个疗程治疗无效者，可改用其他方法。



#### 思考与实训

1. 拔罐疗法的禁忌证有哪些？
2. 简述拔罐疗法的注意事项。
3. 出现晕罐的原因有哪些？该怎么处理？
4. 拔罐疗法中出现水疱的原因有哪些？该怎么处理？

#### ● ● ● 案例分析 ● ● ●

陈某，男，20岁，举重运动员。腰部疼痛两周。患者于近两周内出现弯腰困难，久坐疼痛，经常频频伸腰，或者拳击腰部减轻疼痛，休息后减轻，劳累后加重。查体：直腿抬高试验（-），直腿抬高加强试验（-），触诊腰部脊柱排列整齐，腰部双侧广泛性压痛，双侧骶棘肌僵硬。针对该患者选择合适的拔罐疗法进行治疗。





HEP

# 第五章

## 刮痧疗法

### ● 本章导读

刮痧疗法作为一种历史悠久的治病方法，是根据中医经络系统理论，遵循“急则治其标”的原则，运用刮痧手法强刺激经络，使局部皮肤发红充血，起到舒筋通络、活血化瘀、解毒驱邪、温经散寒、醒神救厥、健脾和胃、调整阴阳的作用。具有简单易学、安全性高和适应证广泛等优点，因其对一些病症疗效显著，在民间流传不衰，并被医家广泛重视。同时，此疗法对关节扭伤、各种软组织疼痛、各种骨关节疾病等也具有较好的疗效。本章主要介绍刮痧疗法的基本知识及技术操作，以帮助学习者了解刮痧疗法的基本知识和掌握刮痧疗法的基本操作。

### ● 学习目标

1. 知识目标
  - (1) 熟悉刮痧疗法的概念、分类及作用原理。
  - (2) 掌握刮痧疗法的基本要求、适应证及禁忌证。
  - (3) 掌握刮痧疗法操作技术要领及注意事项。
2. 能力目标
  - (1) 能熟练进行各部位刮痧的基本操作。
  - (2) 能运用所学刮痧疗法知识进行健康宣讲。
3. 素养目标
  - (1) 激发学习刮痧疗法的热情，树立中医文化自信。
  - (2) 树立不断进取、精益求精、守正创新的工匠精神。
  - (3) 建立“以人为本”的职业素养，养成“医者仁心”的职业道德。

“

## 扁鹊刮痧救虢国太子

春秋时期，有一个名叫虢国的国家。有一天，虢国的太子突然晕了过去，整个皇宫都陷入了混乱。这时，一位名叫扁鹊的名医被请到了宫中。

扁鹊仔细检查了太子的病情，发现他是因为外邪入侵导致气血瘀滞。于是他让他的弟子子阳准备厉针砥石，用来刮痧。子阳按照扁鹊的指示，开始用厉针砥石在太子身上刮拭。没过多久，太子的身体开始出现一些红色或紫色的斑点，这就是所谓的“痧”。这些斑点表明了瘀血聚集的地方，也是刮痧治疗的效果。随着时间的推移，太子的状况开始有所改善。他的眼睛开始转动，身体也开始微微动弹。看到这个情景，所有人都松了一口气。经过一段时间的治疗，太子终于完全恢复了意识，他的脸色也恢复了红润。人们都称赞扁鹊和他的弟子子阳的医术高超。由于他们使用刮痧疗法成功治愈了虢国太子的晕厥，这个故事成了关于刮痧疗法的一个经典案例，被记录在了《扁鹊传》中。

这个故事不仅展示了扁鹊高超的医术，同时他始终坚守着医者的仁爱救人、精诚专一、诚实守信和无私奉献等医德准则，为人们树立了榜样，成了后世医者学习的楷模。

## 第一节 刮痧疗法的基本知识

### 一、刮痧疗法的概念与分类

#### (一) 刮痧疗法的概念

刮痧疗法流传甚久，从源头推测，旧石器时代的砭石治病就是刮痧疗法的雏形。元、明时期，有较多的刮痧疗法记载，被称为“夏法”。此时期刮痧疗法多用于治疗夏秋季时病，如中暑、外感、肠胃道疾病。至清代，关于刮痧疗法的描述更为详细。郭志邃所著的《痧胀玉衡》是一本专门介绍痧症的书籍。邵新甫在《临证指南医案》中云：“痧者，疹之通称，有头粒如。”民间有“百病皆可发痧”之说。《串雅外编》《七十二种痧证救治法》等医籍中对刮痧也有记载。由于本疗法无须药物，见效快，故现仍在民间广泛应用，我国南方地区更为流行。

刮痧疗法是指用刮痧板等蘸香油或润滑剂于受术者相应的体表部位反复刮动、摩擦，以出现红紫色斑点或斑块为度，用以防治疾病的一种中医传统疗法。

#### (二) 刮痧疗法的分类

##### 1. 刮痧操作方法分类

刮痧按其操作方法主要可分为面刮法、角刮法、点按法、拍打法、按揉法、厉刮法、舒经理气法。

##### 2. 刮痧的用具分类

刮痧常见的工具主要有刮痧板和刮痧润滑剂两大类：

(1) 刮痧板：边缘圆滑的器具，如梳子、瓷勺、搪瓷杯盖等，都可以用来刮痧。如果长期使用或治疗，应使用专为刮痧制作的正规刮痧板。目前常见的专用刮痧板材质有牛角、砭石、玉石、金属铜等，其中以天然牛角材质为佳。其形状多样，以三角板和四方板最为常见（图 5-1-1）。



图 5-1-1 刮痧板

如上图所示，刮痧板凸起的薄边多用于人体平坦部位的刮拭；凹陷的厚边具有按摩作用；棱角可用于点按穴位，也可用于人体凹陷部位以及头部的刮拭；曲线状的凹口可用于脊柱部位的刮拭。

（2）刮痧润滑剂：在开展刮痧之前，为了有效防止刮拭时划破皮肤，需要在皮肤表面涂一层润滑剂，如麻油、色拉油等都可以作为润滑剂使用，临床上常用中药熬制的专用刮痧油，以增强疗效。

## 二、刮痧疗法的作用原理

刮痧是根据中医经络系统理论，遵循“急则治其标”的原则，运用手法强刺激经络，使局部皮肤发红充血，从而起到舒筋通络、活血化瘀、解毒驱邪、温经散寒、醒神救厥、健脾和胃、调整阴阳的效用。刮痧施术于皮部对机体的作用大致可分为两大类，即预防保健作用和治疗作用。

### （一）预防保健作用

刮痧的预防保健作用主要体现在增强卫气。中医认为，卫气调和，则“皮肤调柔，腠理致密”，卫气强则护表能力强，外邪不易侵表，机体自可安康。

### （二）治疗作用

#### 1. 舒筋活血，通络止痛

中医学认为，刮痧可以活血化瘀，让阻滞的气血更加通畅，疏通经络，从而达到筋骨舒展、经络通畅、柔筋止痛的功效。从现代医学认识，在刮

痧过程中，力度渗达深层软组织，调节肌肉的收缩和舒张，促进刮拭组织周围的血液循环，可缓解肌肉痉挛、放松筋膜等，以此来达到舒缓软组织疼痛的效果。

## 2. 健脾和胃，调整阴阳

刮痧刺激体表经络，通过经络联系内脏的功能来达到调节脏腑阴阳平衡的作用。如肠蠕动亢进者，在腹部和背部等处使用刮痧手法可使其蠕动受到抑制而恢复正常；反之，肠蠕动减弱者，则可促进其蠕动而恢复正常。这说明刮痧可以改善和调整脏腑功能，使脏腑阴阳得到平衡。

## 3. 发汗解表，解毒驱邪

刮痧后循环加快，毛细血管扩张，体表充血，促使代谢产物排泄，腠理开泄则邪气得以排除，从而达到排毒驱邪的作用。

# 三、刮痧疗法的适应证与禁忌证

## (一) 适应证

### 1. 运动伤病

以疼痛为主要症状的各种外科病症，如关节扭伤；风寒湿邪导致的各种软组织疼痛、骨关节疾病，如坐骨神经痛、肩周炎、落枕、慢性腰痛、颈椎、腰椎、膝关节骨质增生等。

### 2. 内科病症

风寒、暑湿之邪引起的感冒发热、头痛、咳嗽、呕吐、腹泻及高温中暑等；急慢性支气管炎、肺部感染、哮喘、心脑血管疾病、急慢性胃炎、肠炎、便秘、腹泻、高血压、眩晕、胆囊炎；各种神经痛、脏腑痉挛性疼痛，如神经性头痛、血管性头痛、三叉神经痛、胆绞痛、胃肠痉挛等病症。

### 3. 皮肤外科病症

皮肤瘙痒症、荨麻疹、痤疮、湿疹。

### 4. 五官科病症

牙痛、鼻炎、鼻窦炎、咽喉肿痛、视力减退、弱视、急性结膜炎、耳聋、耳鸣等。

### 5. 保健

预防疾病、强身健体、减肥、美容等。

## （二）禁忌证

（1）有出血倾向严重者应暂不用此法。如血小板减少症、白血病、过敏性紫癜症等。

（2）新发生的骨折患部不宜刮痧，须待骨折愈合后方可在患部采用刮痧补法。外科手术疤痕处亦应在两个月以后方可局部刮痧。恶性肿瘤患者手术后，疤痕局部处慎刮。

（3）化脓性炎症、渗液溃烂的局部皮肤表面，如湿疹、疱疹、疔、疖、痈、疮等病症，以及传染性皮肤病的病变局部禁刮痧，可在皮损处周围刮拭。

（4）原因不明的肿块及恶性肿瘤部位禁刮痧。

（5）妇女月经期下腹部慎刮痧，妊娠期下腹部和腰骶部禁刮痧。

## 四、刮痧疗法的注意事项

### （一）刮痧时应避风寒

室温较低时，应尽量减少暴露部位；夏季高温时，刮痧时和刮痧后不可直接吹风。

### （二）不同种类的皮肤病刮拭方法

皮肤病者，皮损处干燥、无炎症、无渗液、无溃烂者，可直接在皮损处刮拭；皮肤及皮下无痛性的良性结节部位亦可直接刮拭；如皮损处有化脓性炎症、渗液溃烂的，以及急性炎症红、肿、热、痛者，不可在皮损处或炎症局部直接刮拭，可在皮损处周围刮拭。

### （三）糖尿病及下肢静脉曲张者刮拭方法

糖尿病者皮肤抵抗力减低，血管脆性增加，不宜用泻法刮痧。下肢静脉曲张局部及下肢浮肿者，宜用补刮法或平刮法从肢体末端向近端刮拭以促进血液循环。

### （四）不可片面追求出痧

受术者体质、病情、寒热、虚实状态及环境温度等都是影响出痧的因



素，故刮痧时不可过分追求出痧。一般情况下，血瘀之证出痧多；实证、热证比虚证、寒证容易出痧；服用激素类药物后，不易出痧；肥胖之人与肌肉丰满发达者不易出痧；阴经和阳经比较，阴经不易出痧；室温较低时不易出痧。

### （五）危重患者采用综合疗法

各种急性传染性疾病、急性感染性疾病、心脑血管病急性期、各种急腹症、危重症或诊断不明的疑难病症，须在专业医务人员指导下应用刮痧疗法防治。

### （六）刮痧后的调护

#### 1. 刮痧后饮热水

刮痧后饮热水一杯，不但可以补充消耗，还能促进新陈代谢，加速代谢产物的排出。

#### 2. 刮痧后洗浴的时间

刮痧后不宜马上洗浴，须待皮肤毛孔闭合恢复原状后，方可洗浴，一般3小时左右。

#### 3. 刮痧后饮食

饮食宜清淡，避免过多食用油腻厚重的食物。

## 第二节 刮痧的技术操作

### 一、刮痧疗法的基本技术

#### （一）持板方法

用手握住刮板，刮板的底边横靠在手掌心部位，大拇指及另外四个手指呈弯曲状，分别放在刮板两侧（图5-2-1）。

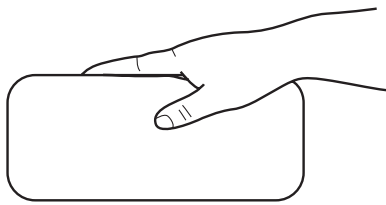


图 5-2-1 持板方法

## (二) 刮拭方法 (表 5-2-1)

► 表 5-2-1 刮拭方法简表

| 方法     | 操作                                                                                                                           | 应用                            |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 面刮法    | 用手持刮板, 刮拭时用刮板的 1/3 边缘接触皮肤, 刮板向刮拭的方向倾斜 $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$ , 以 $45^{\circ}$ 应用最为广泛, 利用腕力多次向同一方向刮拭, 有一定刮拭长度 (图 5-2-2) | 适用于身体比较平坦部位的经络和穴位             |
| 角刮法    | 用刮板角部在穴位上自上而下刮拭, 刮板面与刮拭皮肤呈 $45^{\circ}$ 倾斜                                                                                   | 多用于肩部肩贞穴, 胸部中府、云门穴等           |
| 点按法    | 用刮板角与穴位呈 $90^{\circ}$ 垂直, 由轻到重, 逐渐加力, 片刻后猛然抬起, 使肌肉复原, 多次重复, 手法连贯 (图 5-2-3)                                                   | 适用于无骨骼的软组织处和骨骼凹陷部位            |
| 拍打法    | 用刮板一端的平面拍打体表部位的经穴。拍打法多在四肢特别是肘窝和膝窝进行, 拍打时一定要在拍打部位先涂刮痧润滑剂                                                                      | 四肢疼痛、麻木及心肺疾病                  |
| 按揉法    | 用刮板角部 $20^{\circ}$ 倾斜按压在穴位上, 做柔和的旋转运动, 刮板角平面始终不离开所接触的皮肤, 速度较慢, 按揉力度应深透至皮下组织或肌肉                                               | 常用有强壮作用的穴位, 以及后颈、背腰部全息穴区痛点的治疗 |
| 厉刮法    | 用刮板角部与穴区呈 $90^{\circ}$ 垂直, 刮板始终不离皮肤, 并施以一定的压力做短距离 (约 1 寸长) 前后或左右摩擦                                                           | 适用于头部全息穴区的治疗                  |
| 梳理经络气法 | 按经络走向, 用刮板自下而上或自上而下循经刮拭, 用力轻柔均匀, 平稳和缓, 连续不断                                                                                  | 常用于刮痧结束后或保健刮痧                 |

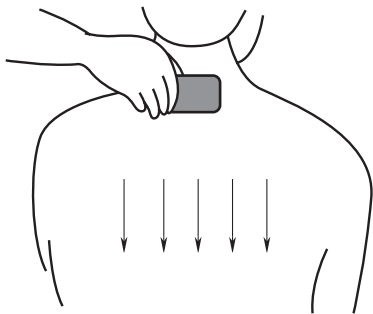


图 5-2-2 面刮法



图 5-2-3 点按法

### （三）刮拭的角度

进行刮痧时，一般以右手掌握刮痧用具，灵活运用腕力、臂力，切忌用蛮力。用硬质刮具刮拭时，最好与皮肤呈  $45^\circ$ ，否则会将肌肉和皮肤推起造成疼痛或损伤（图 5-2-4）。

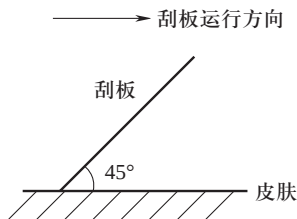


图 5-2-4 刮拭角度

### （四）刮拭的力度

刮痧时力度主要为向刮拭方向用力和对肌肤向下的按压力两个方向。刮板作用力因渗透达到皮下组织或肌肉，如作用力大，可达到骨骼和深层肌肉。但并不是按压力越大越好，每个人的体质、病情及耐受程度不同，治疗时按压力强度也应不同。各部位的局部解剖结构不同，所能承受的压力强度也不相同，在骨骼凸起部位按压力应较其他部位适当减轻。正确的刮拭手法，应始终保持按压力。每次刮拭应速度均匀，力度平稳。

### （五）刮拭的顺序与方向

根据人体各部位的解剖特点选用刮拭方法，根据病症需要决定刮拭顺序。治疗过程中，同一部位的经穴刮拭完毕后，再进行另一部位的经穴刮拭。

治疗时应使受术者体位舒适，有利于配合治疗，尽量减少穿脱衣服的次数。

### （六）补泻手法

刮痧的操作分为补法、泻法和平补平泻法。补和泻是相互对立、作用相反又相互联系的两种手法，其与刮拭力量的轻重、速度的快慢、时间的长短、刮拭的长度、刮拭的方向等诸多因素有关（表 5-2-2）。

► 表 5-2-2 刮痧补泻手法简表

| 补泻手法 | 特点                            | 应用                   |
|------|-------------------------------|----------------------|
| 补法   | 刮拭按压力小，速度慢，能激发人体正气，使低下的机能恢复正常 | 年老、体弱、久病、重病或形体瘦弱之虚证者 |
| 泻法   | 刮拭按压力大，速度快，能疏泄病邪，使亢进的机能恢复正常   | 年轻、体壮、新病、急病或形体壮实的实证者 |

续表

| 补泻手法  | 特点                                                                             | 应用                                                     |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 平补平泻法 | 亦称平刮法，有三种刮拭手法。第一种为按压力大，速度慢；第二种为按压力小，速度快；第三种为按压力中等，速度适中。其中按压力中等，速度适中的手法易于被受术者接受 | 具体应用时可根据受术者病情和体质而灵活选用。平补平泻法介于补法和泻法之间，常用于正常人保健或虚实兼见证的治疗 |

## 二、各部位刮痧的技术操作方法

### （一）人体各部位的刮拭方向

#### 1. 头部刮拭方向

头部有头发覆盖，须在头发上用面刮法刮拭，不必涂刮痧润滑剂。为增强刮拭效果可使用刮板薄面边缘或刮板角部刮拭，每个部位刮 30 次左右，刮至头皮有发热感为宜。头部两侧：刮板竖放在头维穴至下鬓角处，沿耳上发际向后下方刮至后发际处；前头部：从百会穴向前额发际处或从前额发际处向百会穴处，由左至右依次刮拭；后头部：从百会穴向下刮至后颈部发际处，从左至右依次刮拭（图 5-2-5）；风池穴处可用刮板角部刮拭。头部也可采取以百会穴为中心，向四周呈放射状刮拭。

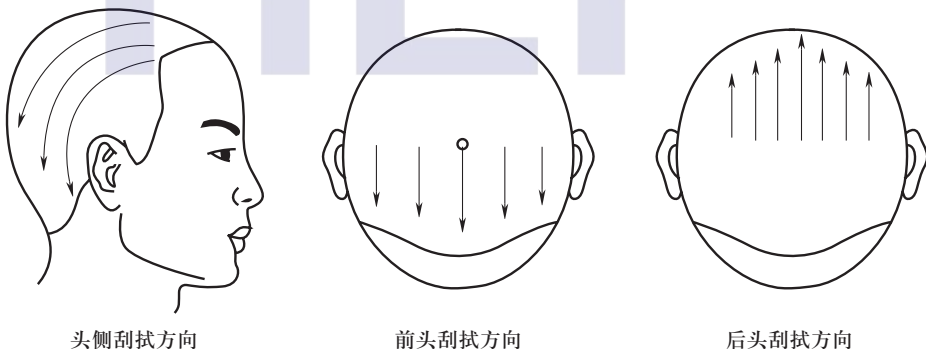


图 5-2-5 头部刮拭方向

#### 2. 面部刮拭方向

面部由内向外按肌肉走向刮拭（图 5-2-6）。面部出瘀影响美观，因此



头部刮痧法



后头部刮痧法



面部刮痧法

手法须轻柔，忌用重力大面积刮拭。眼、口腔、耳、鼻病的治疗须经本人同意，才可刮出痧。刮拭的按力、方向、角度、次数均以刮拭方便和受术者局部能耐受为宜。

### 3. 后项部刮拭方向

后项部一般从上往下刮拭，以中间的督脉，以及脊柱旁的膀胱经和胆经为主（图 5-2-7）。刮拭的按压力、次数以受术者局部能耐受和出痧为度。



后项部刮痧法

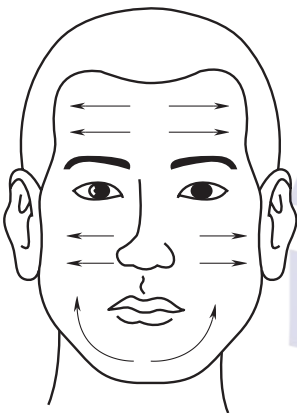


图 5-2-6 面部刮拭方向

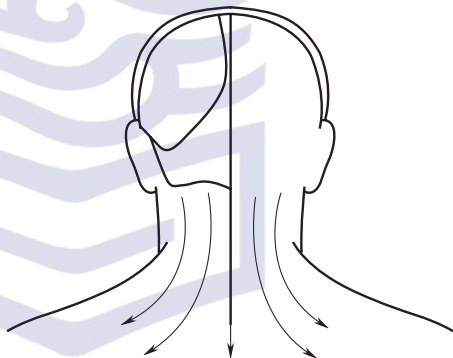


图 5-2-7 后项部刮拭方向

### 4. 肩背部刮拭方向

背部由上向下刮拭，以后背正中线的督脉和两侧的膀胱经为主（图 5-2-8）。肩部应从颈部分别向两侧肩峰处刮拭。用全息刮痧法时，先对穴区内督脉及两侧膀胱经附近的敏感压痛点采用局部按揉法，再从上向下刮拭穴区内经脉。



背部刮痧法

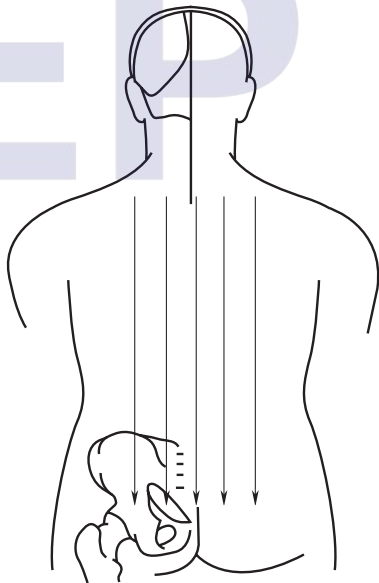


图 5-2-8 肩背部刮拭方向

### 5. 胸部刮拭方向

胸部正中线任脉刮拭自上而下，从天突穴到膻中穴。胸部两侧以身体前正中线任脉为界，分别向左右自内而外沿肋骨走向刮拭，注意避开乳头部位（图 5-2-9）。中府穴宜用刮板角部从上向下刮拭。



胸部刮痧法



腹部刮痧法

## 6. 腹部刮拭方向

腹部由上向下刮拭（图 5-2-10）。可用刮板的整个边缘或 1/3 边缘，自左侧依次向右侧刮。有内脏下垂者，应由下向上刮拭。

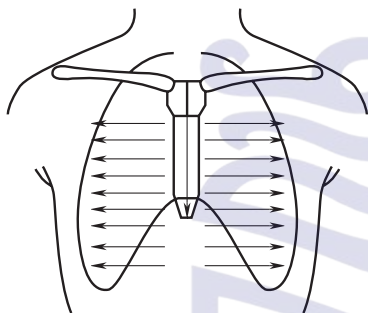


图 5-2-9 胸部刮拭方向

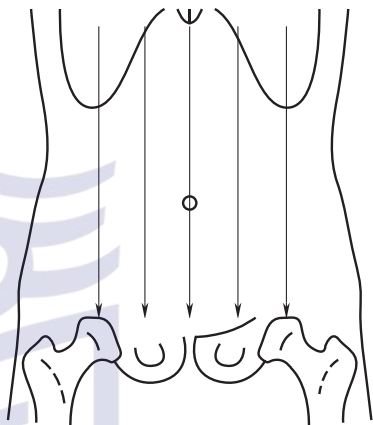


图 5-2-10 腹部刮拭方向



四肢刮痧法

## 7. 四肢部刮拭方向

四肢由近端向远端刮拭（图 5-2-11，图 5-2-12），下肢静脉曲张及下肢浮肿者，应从肢体末端向近端刮拭，关节骨骼凸起部位应顺势减轻力度。

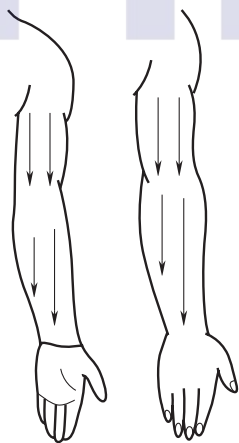


图 5-2-11 上部刮拭方向

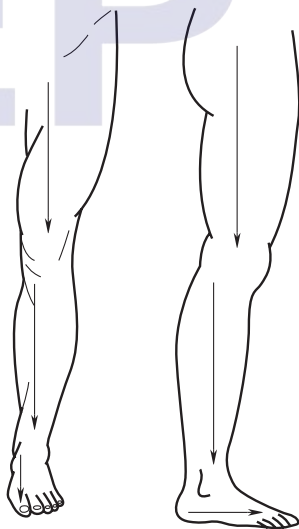


图 5-2-12 下部刮拭方向

## （二）整体刮拭顺序

整体刮拭顺序是从上向下，先头、背、腰部或胸、腹部，后四肢。背、腰及胸、腹部可根据病情决定刮拭的先后顺序。每个部位一般先阳经后阴经，先左后右。



### 思考与实训

1. 刮痧疗法的适应证有哪些？
2. 刮痧疗法的禁忌证有哪些？
3. 刮痧疗法的注意事项有哪些？
4. 刮痧疗法有哪些作用？

### 案例分析

张某某，男性，田径运动员，盛夏训练时突觉乏力、头昏、头痛、恶心，而后突然昏厥，送至医院。入院后送急症检查，脉搏 102 次 / 分，血压 100/60 毫米汞柱，呼吸快而浅，瞳孔扩大，对光反应迟钝。取风府穴、哑门穴、足太阳膀胱经背部穴位、合谷穴、内关穴行刮痧治疗，并予大椎穴刮痧。1 小时后测血压 110/70 毫米汞柱，对光反射恢复，神志清醒。

请问：

- （1）刮痧治疗昏厥的作用原理是什么？
- （2）简述刮痧保健技术的注意事项。





HEP

## 第六章

# 其他中医传统疗法

### 本章导读

推拿、针刺、艾灸、刮痧、拔罐是常用的中医传统疗法，但中医学博大精深，发展至今，远不止这些疗法。本章主要介绍贴敷疗法、中药熏蒸疗法、砭石疗法、芳香疗法等其他中医传统疗法。这些疗法均是根据中医基本理论，通过穴位或借助药物、砭石等，以起到温经散寒、活血化瘀、消肿止痛、祛风除湿、疏风通络、健脾和胃、调整阴阳、强身健体等作用。对于因外伤、慢性劳损或外感风寒湿邪使局部气血凝滞、经脉瘀阻的关节扭伤、各种软组织疼痛、各种骨关节疾病等也具有较好的疗效。本章主要介绍这些疗法的概念、作用原理、适应证、禁忌证、注意事项及技术操作等，以帮助学习者了解贴敷疗法、中药熏蒸疗法、砭石疗法、芳香疗法的基本知识，掌握各种疗法的基本操作。

### 学习目标

1. 知识目标
  - (1) 了解贴敷疗法、中药熏蒸疗法、砭石疗法和芳香疗法的概念、分类及作用原理。
  - (2) 熟悉贴敷疗法、中药熏蒸疗法、砭石疗法和芳香疗法的基本要求、适应证与禁忌证。
  - (3) 掌握贴敷疗法、中药熏蒸疗法、砭石疗法和芳香疗法的技术操作。
2. 能力目标
  - (1) 能熟练进行各种疗法的基本操作。
  - (2) 能运用所学理论知识宣讲中医贴敷、中药熏蒸、砭石疗法和芳香疗法。
3. 素养目标
  - (1) 培养学习和应用贴敷疗法、中药熏蒸疗法、砭石疗法和芳香疗法的热情，树立中医文化自信和守正创新的精神。
  - (2) 培养不断进取、精益求精的工匠精神，树立“以人为本”“医者仁心”的职业道德，以培养“大医精诚”的职业素养。

“

## 浅谈古代中药熏蒸防疫历史

据不完全统计,我国历史上有记载的疫病就有 300 多次。在古代的防疫实践中,运用艾草、苍术和白芷等为主料的中药材熏蒸被证明是行之有效的防疫措施。

葛洪的《肘后备急方》首先提出了空气消毒法,并首次提出以雄黄、雌黄、朱砂等为主料的空气消毒药物制成太乙流金方和虎头杀鬼方。若逢大疫之年,要在中庭烧之,温病人亦烧熏之。其后,孙思邈继承和发展了这种防疫方法,增加了杀鬼烧药方、熏百鬼恶气方、雄黄丸等。药物种类也大量增加,从 11 种增加到 33 种,具有防止“卒中恶病及时疫”之功效。其中,如白芷、菖蒲等至今仍然是重要的中药空气消毒药物。宋代张果《医说》引《集验方》载:“每每外出,用雄黄桐子大,在火中烧烟熏脚绷、草履、领袖间,以消毒灭菌,防止疫菌通过衣物的接触而传染”。明代薛己曾用黄蘗、白芍、当归大锅水煎,药气充满产室进行空气消毒,以防止产妇感染。《本草纲目》等书中多处记载,谓凡疫气流传,可于房内用苍术、艾叶、白芷、丁香、硫黄等药焚烧以进行空气消毒辟秽。《串雅·外编》中记载:“黎蕾一两,虎头一两五钱,雄黄、鬼臼、天雄、皂荚、芫黄各五钱。上为末,蜜丸如皂子大。热病时气烧一丸安床头”,以进行空气消毒,预防瘟疫。清代王孟英《随息居霍乱论》中也记载:“天时潮蒸,室中宜焚大黄、茵陈之类,亦可以解秽气,或以艾搓为绳点之亦佳”。清代刘奎的《松峰说疫》中记载了较为详细的焚烧除秽方法,同时记载了避瘟丹、神圣避瘟丹、避瘟杀鬼丸等避瘟方,可通过焚烧起到预防和治疗疫病的作用。

时至今日,中药材熏蒸仍在临床作为空气消毒措施广泛应用,而且在抗击严重急性呼吸综合征(SARS)、甲型 H1N1 流感等时均发挥了重要作用,如北京大学深圳医院在 2003 年将苍术烟熏空气消毒法与化学、物理空气消毒法结合,实现无一例 SARS 院内感染,同时中药熏蒸在新型冠状病毒感染的防治中也起到了重要作用。

## 第一节 贴敷疗法

### 一、贴敷疗法的基本知识

#### (一) 贴敷疗法的概念与分类

##### 1. 贴敷疗法的概念

贴敷疗法是在针灸学基础上应用中药作用于腧穴，通过经络对机体的调整作用，达到预防和治疗疾病目的的一种中医传统外治疗法。本疗法又名“穴位贴敷法”，简称“贴敷”“敷灸”“敷药”或“贴药”等。其中某些带有刺激性的药物贴敷穴位可以引起局部充血发泡甚至化脓如灸疮，又称为“天灸”或“自灸”，现代也称为发泡疗法。若将药物贴敷于脐中（神阙穴），通过脐部吸收或刺激脐部治疗疾病时，又称“敷脐疗法”或“脐疗”。

##### 2. 贴敷疗法的分类

贴敷药物的常用剂型有散剂、丸剂、糊剂、膏剂、泥剂、药饼等（图6-1-1）。其中散剂、糊剂、膏剂最常用。

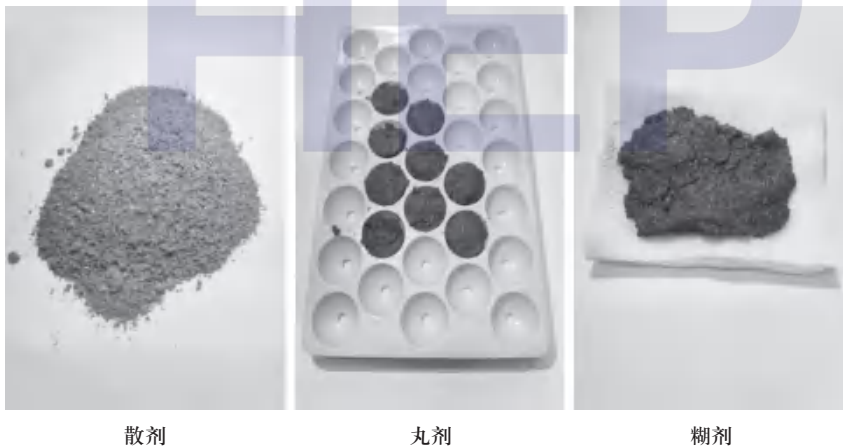


图 6-1-1 剂型

(1) 散剂：该剂型是将所用多种药物粉碎后过筛制成细末。如“定痛散”是用药末填平脐窝（神阙穴），“腰痛散”是将药末撒在黑膏药中间，

然后将膏药贴敷在肾俞穴或腰眼穴。

(2) 糊剂：该剂型是把散剂用生姜汁、白酒、米醋、鸡蛋清等调成糊状，进行穴位贴敷。如“冬病夏治消喘膏”是用生姜汁调敷，“腹痛糊”是用米醋调敷，“痛经糊”是用白酒调敷等。

(3) 膏剂：该剂型是在常温下为固体、半固体或半流体的制品，一般分为煎膏、药膏、膏药三种。

① 煎膏：是将药物用水煎煮，去渣浓缩，制成半流体。主要供内服，如“益母草膏”“夏枯草膏”。

② 药膏（又称油膏）：制作方法分热法与冷法两种，即用植物油、蜂蜡、凡士林等为基质，加入药物细末捣搅均匀者为冷法，如“廉疮膏”；把药末用油炸枯，去渣加热者为热法，如“活血膏”。

③ 膏药：膏药的种类很多，如“暖脐膏”“固本膏”“保胎膏”“定喘膏”等，这些都是黑膏药，又称铅膏。它的制作过程包括油浸、油炸、熬膏、下丹、摊膏等几个步骤。另一类橡皮膏状的膏药，如“伤湿止痛膏”“消炎镇痛膏”“鸡眼膏”等，是20世纪50年代后期发展起来的，它的应用更为方便。

(4) 泥剂：这种剂型多用单味药，是将鲜生药捣碎成泥状，直接贴敷在穴位上，如用白芥子泥贴肺俞等穴治疗哮喘，用蒜泥贴涌泉穴治疗咯血，用鲜薄荷叶捣泥贴迎香、合谷穴治疗感冒等。

(5) 药饼：该剂型是将所用药物粉碎成细末后兑入适量的面粉，调和制成小饼状，用锅蒸熟后，趁热贴敷在穴位上，冷后再换，如“疟疾饼”贴大椎穴。

(6) 丸剂：该剂型是将药末用水或胆汁、乳汁等调和制成小丸，一般为梧桐子大，以新做的未干者为好。把丸药用普通青药或胶布固定在穴位上，如“久痢丸”贴神阙穴。

## (二) 贴敷疗法的作用原理

贴敷疗法发生疗效的作用机制比较复杂，目前认为可能有如下三个方面：一是穴位的刺激与调节作用；二是药物吸收后的药效作用；三是两者的综合叠加作用。通过这三种作用机制可纠正脏腑阴阳的偏衰，改善经络气血的运行，对五脏六腑的生理功能和病理状态，产生良好的、温和的治疗和调整作用，从而达到活血化瘀、通经活络、清热解毒、消肿止痛、扶正强身的目的。

### （三）贴敷疗法的适应证与禁忌证

#### 1. 适应证

贴敷疗法的应用范围非常广泛，不但可以治疗体表的病证，还可以治疗脏腑的病证；既可治疗某些慢性病，又可治疗一些急性病；既能治疗多种虚寒证，也可治疗某些实热证。贴敷疗法适应于颈椎病、肩周炎、肱骨外上髁炎、桡骨茎突狭窄性腱鞘炎、肋软骨炎、腰椎骨质增生、第三腰椎横突综合征、腰椎间盘突出症、强直性脊柱炎、膝关节疼痛、踝关节扭伤、跟痛症等骨科疾病，也适应于慢性支气管炎、支气管哮喘、心绞痛、慢性结肠炎、便秘、慢性胃炎、慢性胆囊炎、病毒性肝炎、偏头痛、神经衰弱、抑郁症、癌性疼痛、慢性疲劳综合征、高血压、高脂血症、糖尿病、泌尿系结石、静脉炎、痔疮、痛经、月经不调、急性乳腺炎、乳腺增生、不孕症、慢性盆腔炎、小儿肺炎、小儿咳嗽、流行性腮腺炎、小儿遗尿、小儿厌食症、小儿腹泻、小儿便秘等内、外、妇、儿科。

#### 2. 禁忌证

（1）头面部、关节、心脏及大血管附近，不宜用刺激性太强烈的药物进行发泡，以免发泡遗留瘢痕，影响美容或活动功能。

（2）孕妇的腹部、腰骶部及某些敏感穴位，如合谷、三阴交穴等处不宜采用贴药发泡治疗。有些药物，如麝香等孕妇禁用，以免引起流产。

（3）对久病体弱消瘦，以及有严重心脏病、肝病等的受术者，使用时间不宜过久，以免受术者发生呕吐、眩晕等。

（4）疾病发作期的受术者、活动性肺结核咳血者、瘢痕体质者及皮肤过敏者，不宜用此法。

### （四）贴敷疗法的注意事项

（1）贴药时，根据患病部位或穴位所在部位，分别采取平卧（侧卧、俯卧、仰卧）、正坐、俯首、平肩等姿势，使药物能伏贴稳当，以防药物流失或灸熨烧灼。在冷天和严寒情况下，用药贴敷穴位时，要注意保暖，防止受寒。在夏季用药贴敷穴位，胶布固定后，防止因汗液浸润而致滑脱，宜用绷带固定。通常选用医用胶布或不含药物的清膏。

（2）贴药前贴药部位要按常规消毒。通常用 75% 酒精棉球局部消毒。

（3）每个或每组穴位，不宜连续贴敷过久，要交替贴敷，以免药物刺



激太久造成皮肤溃疡，影响继续治疗。

(4) 刺激性强、毒性大的药物，贴治穴位不宜过多，每穴的贴治面积不可过大，贴治时间不可过长，成年人一般贴敷 6~8 小时，儿童酌减，以免发泡面积过大，或发生药物中毒。此外，还要避免药物入眼入口。用过的药物，特别是含有砒霜等剧毒药的，不要随地乱扔，要妥善处理，以免发生意外。

(5) 孕妇、幼儿避免贴敷刺激性强、毒性大的药物。小儿的皮肤嫩薄，不宜用刺激性太强的药物，贴药时间也不宜太长。一般贴 1~2 小时或 1 小时以内，以免引起不良反应。同时要注意做好护理，勿抓破和擦拭。

(6) 用黑膏药贴敷要温化膏药，注意温度，及时贴敷，过热容易烫伤皮肤，过凉不易黏附，疗效也差。需按时温化后再贴或更换膏药，以免降低疗效。

(7) 注意观察受术者贴敷后局部及全身情况，若出现红疹、瘙痒、大水疱等过敏现象，应立即停止贴敷。

(8) 制好的贴敷药粉，要保持干燥，防止受潮，应放置在密闭的玻璃瓶或瓷罐内，所用药物不可存放过久，以免失效。要调敷的药物，每次不可调制过多，现调现用。

(9) 能引起皮肤发泡的药物，不宜贴敷面部，以免发泡后遗留色素沉着。

(10) 使用膏剂贴敷时，应注意膏的软硬度，并须及时更换，以防药膏干燥、裂伤皮肤，引起疼痛或溃烂。

(11) 由于某些中药成分有毒，炮制或使用不当，可能会引起不良反应。因此在使用贴敷疗法前，要向专业的医师咨询。如出现不良反应，应立即停止并及时就诊。

## 二、贴敷疗法的技术操作

### (一) 药饼制作

根据疾病情况，选择相关药物研成细末，过筛备用。使用时先把适量的贴敷药粉倒入烧杯中，再加入白开水、酒精、蛋清、麻油、蜂蜜等辅料，搅匀药粉与赋形剂，根据治疗部位和需要制成不同型号的药饼。



## （二）部位消毒

因为穴位贴敷所用的药物刺激皮肤后，易使施治部位局部发赤、起泡，水疱破后容易引起感染，故施术前必须做好消毒工作。一般应用 75% 酒精棉球，由腧穴或患处部位的中心向四周绕圈擦拭需敷药的部位皮肤；穴位及患处皮肤消毒后，切忌再接触污物，以免再发生污染。

## （三）固定

穴位贴敷疗法所用的药物都有较强的刺激、灼热和发泡的作用，故通常在敷药之后要认真覆盖，束紧固定。方法是施术者用消毒纱布或清洁布带覆在敷药上，外加胶布或橡皮膏贴紧固定；也可用绷带或宽布条束紧固定，以防药物流失或药物脱落，而灼伤附近组织。

## （四）水疱的处理

贴敷后局部皮肤多会出现水疱，这是无菌化脓的正常现象，也是本法治病的特点。水疱出现后，要注意局部清洁卫生，小的水疱（面积小于 0.5 平方厘米）一般不必特殊处理，或用于棉花蘸上稀释消毒药水轻轻在皮肤表面擦拭，然后贴上消毒纱布，让其自然吸收即可。若水疱较大（面积大于 0.5 平方厘米），最好由医师处理。先用消毒药液在患处进行清洁和消毒；再取消毒过的针挑破其底部，令其流净黄水，或用消毒棉球挤出积液；然后以普通消炎软膏涂敷，敷上无菌纱布。同时，受术者宜注意伤口的卫生，不可随便撕下防水胶布及无菌纱布，以防止感染。

## 三、常见运动损伤的贴敷疗法

### （一）肩背肌筋膜炎

药物：独活 30 克、羌活 30 克、豨薟草 30 克、川芎 20 克、五加皮 20 克、制川乌 5 克。

用法：上述药物研磨混匀后，用适量蜂蜜调和至膏状，取适量药膏贴敷于肩外俞、天宗、风门、大杼的左右各穴及大椎穴，12 小时后取下穴位贴，休息 12 小时后再重复使用（以免皮肤瘙痒不适），每日 1 次，15 次为 1 个疗程。

## （二）关节扭伤

药物：黄柏 500 克、侧柏叶 1 000 克、蒲黄 250 克、泽兰 500 克、薄荷 50 克。

用法：上药研为细末，装瓶备用。关节扭伤瘀血肿胀疼痛时，取适量药末，以鸡蛋清调敷患处，外可用绷带固定，每日 1 次，连续敷药 3~5 次。

## （三）急性腰扭伤

药物：丁香 10 克、樟脑 6 克、红花 12 克。

用法：上药研为细末，调白酒。外贴敷腰部，外可用绷带固定，每日 1 次，连续敷药 3~5 次。

## （四）骨关节炎

药物：马钱子、乳香、甘草各 9 克，麻黄 12 克，透骨草 30 克，细辛 10 克。

用法：上药研为细末，装瓶备用。用香油将药粉调成糊状，取药糊（约 2 毫米 × 3 毫米）贴敷于患侧，然后用纱布覆盖，用绷带固定。每日 1 次，3 次为 1 个疗程。

## 第二节 中药熏蒸疗法

### 一、中药熏蒸疗法的基本知识

#### （一）中药熏蒸疗法的概念与分类

##### 1. 中药熏蒸疗法的概念

中药熏蒸疗法，是以中医中药基础理论为指导，将对症的中药进行煎煮，利用所产生的蒸汽或汤液在患部熏蒸或浸浴，使药物通过皮肤、黏膜和穴位等途径吸收至全身，产生一定的刺激以后使皮肤毛孔开放，微血管扩张，药物的有效成分渗透皮肤达到肌肉的深部，从而达到缓解病痛、治疗疾病目的的一种中医传统外治疗法。

## 2. 中药熏蒸疗法的分类

中药熏蒸疗法分为广义和狭义两种：广义的中药熏蒸疗法，包括烧烟熏、蒸气熏和药物熏蒸三种方法；狭义的中药熏蒸疗法仅指药物熏蒸的治疗方法。中药熏蒸疗法汇集了中药治疗、热疗、超声波雾化、气疗、中药离子渗透等多种疗法，集热度、湿度、药性于一体，是行之有效的防病治病、强身健体的方法，为历代医家和患者所推崇并普遍使用。

### （二）中药熏蒸疗法的作用原理

根据传统医学辨证施治原则，不同病情所选用的方药也不尽相同，根据所选中药及方剂，中医认为中药熏蒸疗法的作用机制为清热解毒、燥湿止痒、活血祛瘀、疏通经络、消肿止痛。现代医学认为，中药熏蒸疗法是在熏蒸的热能与对症使用的药物两者的相互影响、共同作用下，使机体产生协同和增效作用，发挥显著、强大、持久的生理、药理效应。熏蒸过程的热效应是由源源不断的热药蒸汽以对流和传导的方式直接作用于人体的皮肤，而药疗效应或是由熏蒸药物中逸出的中药粒子作用于体表直接产生杀菌、杀虫、消炎、止痒、止痛等作用；或是经皮肤吸入人体通过激活组织细胞的受体或参与调节新陈代谢水平等生化过程发挥药疗作用。中药熏蒸过程中，丰富热能和对症药物持续作用于人体，便出现一系列生理、药理效应，从而起到改善血液循环、调节神经系统、消炎止痛、促进药物吸收等作用。

### （三）中药熏蒸疗法的适应证与禁忌证

#### 1. 适应证

中药熏蒸疗法与内服法有殊途同归、异曲同工之妙。可广泛用于骨伤科、内科、外科、妇科、男科、儿科、皮肤科、五官科和肛肠科等数百种疾病。例如，颈椎病、急慢性腰痛、腰椎间盘突出症、肩周炎、肱骨外上髁炎、风湿、类风湿关节炎、强直性脊柱炎、骨质疏松症、骨质增生症、各类关节痛、各类骨折、脱位后功能恢复、感冒、咳嗽、哮喘、头痛、痛风、便秘、高血压、高脂血症、肥胖、失眠、冠心病、紫癜、运动性疲劳、盗汗、疖肿、软组织感染、下肢静脉曲张、血栓闭塞性脉管炎、下肢深静脉血栓、外伤血肿、盆腔炎、尿道综合征、多囊卵巢综合征、盆腔积液、原发性痛经、前列腺炎、前列腺增生、结膜炎、角膜炎、鼻炎、鼻息肉、面神经炎等。中药熏蒸疗法不仅可用于治疗疾病，同时在养生康复、预防保健、美容美体方

面也有很好的作用。随着社会的发展,熏蒸美容将更好地美化人们的生活。

## 2. 禁忌证

(1) 癫痫、急性炎症、急性传染病、腰椎结核、恶性肿瘤、心脏功能不全、慢性肺心病、严重高血压、心脏病、心绞痛、重度贫血、动脉硬化症、精神病、青光眼、有开放性创口、感染性病灶等不可中药熏蒸。

(2) 妇女妊娠期及月经期,均不宜进行洗浴或坐浴。饱食、饥饿及过度疲劳时,也不宜洗浴。

## (四) 中药熏蒸疗法的注意事项

(1) 对症选药:需按病辨证、选方用药。若熏洗方药中有作用峻猛或毒性较强的药物时,需严格控制用量和用法;颜面部及某些身体敏感部位,不宜选用刺激性太强或腐蚀性的药物。

(2) 注意温度:不可太热,以免烫伤皮肤;也不可太冷,以免影响疗效。温度以受术者能承受为宜。

(3) 注意距离:熏蒸时应注意与药液保持一定的距离,以受术者感觉皮肤温热舒适为宜,以免被蒸气烫伤。

(4) 防止过敏:熏蒸时若发现皮肤过敏,应立即停止熏蒸,给予对症处理。

(5) 熏洗时,冬季要注意保暖,夏季要避免吹风。出汗后,应及时更换衣服,以免感冒。

(6) 全身熏蒸时间不宜过长,一般进行30分钟为宜。若在熏蒸过程中,受术者出现头晕不适,则应立即停止。

(7) 饭前、饭后半小时内不宜进行全身熏蒸。

(8) 全身熏蒸后,应及时补充水分。

(9) 老人,儿童,病情较重、较急者,熏蒸时要有专人陪护,避免发生意外。

## 二、中药熏蒸疗法的技术操作

### (一) 传统熏蒸技术

#### 1. 全身熏蒸法

按病证配制处方,煎煮后将药液倒入较大的容器(浴盆、浴桶或浴

池), 容器中放置木凳, 让受术者裸坐木凳上, 外罩塑料薄膜或布单, 露出头面部, 进行熏蒸治疗。熏蒸次数及时间视病情而定, 一般为 20~40 分钟, 最长不超过 1 小时, 每日 1~2 次。

## 2. 局部熏蒸法

将中药加热煮沸, 倒入容器中, 使药液至少占容器体积的 1/2。让受术者将熏蒸部位置于容器上方, 与药液保持一定距离, 以受术者自我感觉皮肤温热舒适为宜, 进行熏蒸。可用塑料薄膜或布单围住熏蒸部与容器, 减少蒸气散失, 以延长熏蒸时间, 提高治疗效果。根据熏蒸部位的不同又分为头面熏蒸法、手足熏蒸法、眼部熏蒸法和坐浴熏蒸法。

(1) 头面熏蒸法: 将药物煎液倒入清洁的盆装容器内, 受术者微微弯腰, 将脸部置于容器上方, 与药液保持一定距离, 以受术者自我感觉皮肤温热舒适为宜, 进行熏蒸。可外罩布单, 减少蒸气散失, 提高治疗效果。每次 30 分钟, 每日 2 次 (图 6-2-1)。

(2) 手足熏蒸法: 药物加水煎煮后, 用纱布过滤药液, 倒入脸盆或木桶内, 手足患处置于药液上方, 外罩布单, 乘热熏蒸。待水变温后, 还可以用纱布洗患处, 提高治疗效果。同时, 熏足时可按摩双足的穴位。每次 15~30 分钟, 每日 1~3 次。

(3) 眼部熏蒸法: 将药物煎煮后, 用纱布过滤药液, 倒入保温瓶内, 熏蒸眼部。每次 20~30 分钟, 每日 2~3 次 (图 6-2-2)。

(4) 坐浴熏蒸法: 将药物煎汤后, 去渣取液置于盆中, 受术者裸露下体, 坐于网状隔板上, 熏蒸肛门或阴部。每次 20~40 分钟, 每日 2~3 次。



图 6-2-1 头面熏蒸法



图 6-2-2 眼部熏蒸法

## （二）仪器熏蒸技术

近年来，出现了各种熏蒸器械，这些器械都是通过热力、药力两者之间的协同作用来取效，热能疏松腠理、开放毛孔、活血通络、松弛痉挛的肌筋，具有理疗作用。经过汽化的药液分子在压力作用下迅速向患部进行喷射，通过扩张的毛孔、疏松的肌肤渗透到患部。



熏蒸治疗仪  
操作视频

现代熏蒸器械操作简便。其中全身熏蒸器械包括全身熏蒸床和全身熏蒸舱；局部熏蒸器械包括眼鼻熏蒸仪、肩肘熏蒸仪、手足熏蒸仪等。

## 三、常见运动损伤的熏蒸疗法

### （一）腰背筋膜炎

药物：川乌、草乌、细辛、花椒、伸筋草、透骨草、路路通、海桐皮、威灵仙、丹参、鸡血藤各 15 克，防风、独活、川芎各 20 克，红花、牛膝各 10 克，全蝎 7 克。

用法：可采用全身熏蒸床。将药物加水至 2 000 毫升浸泡（以浸过中药为宜），30 分钟后进行煎煮，将煮好的药汁放入全身熏蒸床，受术者取卧位，熏蒸时充分暴露熏蒸部位，根据年龄、病情及耐热的程度调节适当温度，一般宜在 42℃~45℃，每日 2 次，每次熏蒸 30 分钟，10 天为 1 个疗程。

### （二）肱骨外上髁炎

药物：党参 30 克、黄芪 30 克、当归 30 克、桃仁 10 克、红花 10 克、牛膝 20 克、独活 20 克、威灵仙 15 克、桑寄生 20 克、续断 20 克、陈皮 15 克、木香 15 克、鸡血藤 15 克、伸筋草 20 克。

用法：在药物中加水 800 毫升，武火煎开 15 分钟后，将药液倒入面盆中，先利用药热气熏蒸肩部，同时用两条毛巾交替浸药液热敷，以肩部为主，并敷上肢各关节处，时间约为 40 分钟（如冬天可在盆底加热，以保持药液温度）；或者用局部熏蒸仪熏蒸，每日 1 次，20 次为 1 个疗程。

### （三）肌肉拉伤

药物：桃仁、丹参、地龙、伸筋草、豨莶草、透骨草、木瓜各 30 克，当归、柴胡各 20 克，荆芥、红花、防风各 15 克，甘草 10 克。



用法：采用传统熏蒸疗法可将药物倒入盆内，用适量沸水浸泡 10 分钟左右，或加清水 2 500 毫升，煎沸 10 分钟后，将药液倒入盆内，趁温熏蒸患处，温度适宜时再浸洗患处，药凉加热后再用。

若用仪器熏蒸可采用全身熏蒸床。将药物加水至 2 000 毫升浸泡（以浸过中药为宜），30 分钟后进行煎煮，将煮好的药汁放入全身熏蒸床，根据年龄、病情及耐热的程度调节适当温度，一般宜在 42℃~45℃，熏蒸时充分暴露熏蒸部位，每日 2 次，每次熏蒸 30 分钟。

#### （四）骨折后康复

药物：当归 10 克、红花 3 克、川芎 10 克、三棱 10 克、黄芪 15 克、鸡血藤 15 克、忍冬藤 15 克、威灵仙 15 克。

用法：将药物加水至 2 000 毫升浸泡（以浸过中药为宜），30 分钟后进行煎煮，将煮好的药汁放入熏蒸仪，距离受术者皮肤至少 30 厘米，每次熏蒸骨折处临近的关节 20 分钟，每日 2 次，4 周为 1 个疗程，共 3 个疗程。

### 第三节 砭石疗法

#### 一、砭石疗法的基本知识

##### （一）砭石疗法的概念与分类

###### 1. 砭石疗法的概念

砭石是最原始的医疗器具，有几万年历史，《黄帝内经》中记载：砭是针灸、推拿及按摩的前身，为五大医术之首，“砭”位列首位，是针灸之母，刮痧、点穴之祖，是中华民族古老中医术之瑰宝。砭石疗法是指根据中医脏腑经络学说，运用砭石作用于治疗部位起到扶正祛邪、调和阴阳、气血、脏腑功能等作用的一种中医传统外治疗法。

###### 2. 砭石的分类

常见的砭石类型有砭尺、T 字形砭石板、S 形面部刮痧板、椭圆砭石、砭锥、砭镰、砭石拔筋棒、砭石多功能刮痧板、砭凹、砭球、砭砧、丁字锥、弯形砭石、砭罐。



### 3. 砭石疗法分类

砭石疗法即砭熨，是指在操作之前，根据使用情况不同，对砭石进行加热或冷冻或光照处理，可分为“热熨法”“凉熨法”“光熨法”三种方法。

（1）热熨法：即将砭石置于恒温烤箱中或置于 70℃~100℃的水中约两分钟后拿起擦干，即可使用。凡重症患者，经络阻塞严重，适宜用热熨法。

砭石加热后会产生有特殊能量的循经传递，可加速血脉畅通，拨筋时收到事半功倍的效果。但要注意砭石不可用电饭锅蒸，容易造成砭石龟裂。

（2）凉熨法：平常将砭石放在冰箱的冷冻室内，用于意外撞伤或运动损伤引起的肿胀，或烫伤时备用，取砭石对患处进行凉熨，可快速消肿退瘀及消除烫伤炎症。也可将砭石放入冷水里两分钟，拿起擦干置于身体上，此法是利用砭石可以吸收热能的原理，以达到消炎止痛的效果。

（3）光熨法：砭石置于太阳下 15 分钟后置于身体上，砭石内的钇（Y）元素是一种高温超导体，铪（Hf）元素是热中子的优良吸收剂，锌（Zn）元素具有光导性，能吸收与储存光照能量，这些反应能将砭石特殊能量快速转换给人体。

### （二）砭石疗法的作用原理

砭石具有温助阳气，养筋荣脉，宣导气血，疏通经络，祛寒除湿，消痹止痛，祛瘀止痛，清热消肿的作用；还具有潜阳安神，止悸定惊的效果。砭石是天然的超声波，作用于人体内可以产生按摩作用、热作用和生物学作用。按摩作用，即超声波可使细胞出现微小的运动，改变病变细胞的状态，达到治病的目的；热作用指人体吸收超声波的能量后，皮肤血液循环加快，可出现发热反应，所产生的热量具有镇痛、缓解肌肉痉挛等作用；生物学作用，即超声波可影响人体内某些化学或生物学的变化过程，改变酶的活性等，从而改变人体的代谢环境和状态，使疾病向好的方向转化。砭石还富含天然的远红外，可以被人体完全吸收，使人体升温，促进微循环，适合治疗中医的痹证；能消炎、杀菌，杀死有害细胞；还能抗痉挛，镇痛，增加细胞活性，加速分子运动，促进新陈代谢，促进细胞生成，促进伤口愈合，去除疤痕，紧致肌肤。此外，砭石含有 40 多种微量元素和稀土元素，如钙、铁、锌、硒、锗等，其中含钙量 38% 以上，可以提高免疫力，防癌抗癌。

### （三）砭石疗法的适应证与禁忌证

#### 1. 适应证

砭石疗法适用于治疗以气血阻滞、经络不通为主症的疾病，如颈腰椎病、血管神经性头痛、软组织损伤导致的痛症等，对红、肿、热、痛的炎症反应及扭挫伤表现出良好的治疗作用。对慢性神经肌肉病变所致气血亏耗、不荣筋脉等证有良好的治疗作用。对风湿类疾病、失眠、头痛、头晕、神经衰弱效果良好。

#### 2. 禁忌证

- （1）头部及心脏附近不能用叩法、振法。
- （2）孕妇腹部禁用本法。
- （3）老弱人群不能用凉熨法，温度要适中，力度要适中。特别注意保暖、防风，治疗后引温开水一杯，以防邪风入内。
- （4）有内伤、内出血的患者禁用。

### （四）砭石疗法的注意事项

- （1）砭具的选择上，薄泻厚补，锐泻钝补。用砭具薄刃、锐角治疗是泻法，用厚刃、钝角治疗是补法。
- （2）治疗速度上，动泻静补，快泻慢补。快速刮、擦是泻法，慢速刮、擦是补法。
- （3）治疗的方向上，逆泻顺补，上泻下补。逆经为泻，顺经为补。
- （4）治疗的温度上，凉泻温补，先泻后补。用凉法是泻，用温法是补。一般情况先泻后补，达到阴阳平衡，阴平阳秘。

## 二、砭石疗法的技术操作

### （一）操作方法

手持砭具，按各种特定的技巧动作，在受术者体表做有规律、有节奏的运动。手法要求持久、有力、和缓、均匀，以求达到“力至病所”的深透力。注意用力当轻而不浮、重而不滞，由轻到重，轻重相间，切忌粗暴野蛮。手法要求熟练，得心应手，毋须死执。一旦临症，自能机触于外，巧生于内，手随心转，法从手出。

手法分类：现将其手法按推拿学分类法分为 6 大类：摩擦类、摆动类、挤压类、叩击类、振动类、拨动类。

手法总体注意事项：因砭石石质较硬，故施术者在操作过程中，于受术者皮肉较薄、骨骼显露之处用力须慎重，以免造成皮肉损伤。

### 1. 摩擦类手法

摩擦类手法是以砭具平面或侧棱，在体表做直线或环转运动，产生大量而多频的超声波脉冲，从而发挥砭石的独特物理性能。

#### (1) 摩法：

操作方法：以砭具平面于体表做环绕移动（图 6-3-1）。

施术部位：常用于胸背、胁肋、腹部。

功能：疏通腠理、调和气机。

#### (2) 擦法：

操作方法：以砭具平面或侧棱在体表做直线往复移动（图 6-3-2）。

施术部位：可在人体各部位应用。

功能：行气活血、消肿止痛、散风驱寒、温阳补虚。

注意事项：应用此法时最好使砭具与皮肤直线接触，但因操作频率过快，应防止擦伤，可适当涂抹润滑油或膏药，减少摩擦。



图 6-3-1 摩法



图 6-3-2 擦法

#### (3) 推法：

操作方法：以手将砭具按压于体表，做直线单向移动。用力稳重，速度缓慢均匀（图 6-3-3）。

施术部位：腰背、四肢部。

功能：提高肌肉兴奋性，促进经气及血液循环，疏通滞结。



图 6-3-3 推法

#### (4) 刮法:

操作方法: 以砭具侧棱垂直方向移动, 按所需方向刮擦体表, 与刮痧类似(图 6-3-4)。

施术部位: 可在人体各部位。

功能: 宣散欲火、疏通经气、提神醒脑、镇静安眠。刮压深层组织, 扩张毛细血管, 加强微循环, 兴奋末梢神经。

#### (5) 抹法:

操作方法: 以砭具小面在体表做单向或往返移动(图 6-3-5)。

施术部位: 常用于头面、桥弓穴、手足心等部位。

功能: 开窍醒神、降压明目、疏导气机。



图 6-3-4 刮法



图 6-3-5 抹法

### 2. 摆动类手法

摆动类手法是手持砭具作用于人体, 以腕、肘、肩关节配合做持续摆动。

#### (1) 缠法:

操作方法: 以砭尖抵住穴位或痛点, 做高频往返摆动(图 6-3-6)。

施术部位: 可用于除头面及骨骼显露处以外的各穴位及痛点。

功能: 行经气、活血脉、散瘀滞、止疼痛。

#### (2) 揉法:

操作方法: 以砭具平面或边尖, 在体表摆动按揉(图 6-3-7)。

施术部位: 可用于全身各部。

功能: 放松肌肉、活血祛瘀、行气导滞、消肿止痛。



图 6-3-6 缠法



图 6-3-7 揉法

### (3) 滚法:

操作方法: 以砭具在体表做往返运动 (图 6-3-8)。

施术部位: 多用于肩、背、腰、臀及四肢各部肌肉丰满处。

功能: 舒筋活血、滑利关节。缓解肌肉韧带痉挛, 增强活动能力, 促进循环, 消除疲劳。

### 3. 挤压类手法

以砭具平面或尖端、侧棱对躯体施以压力。

#### (1) 按法:

操作方法: 以砭具平面置于体表, 用单手或双手加以压力 (图 6-3-9)。

施术部位: 多用于腰背及腿部。

功能: 放松肌肉、开通闭塞、活血止痛。

注意事项: 用力须由轻至重, 不可用暴力猛然按压。



图 6-3-8 滚法



图 6-3-9 按法

### (2) 点法:

操作方法: 以砭尖对穴位或病变局部施以压力 (图 6-3-10)。

施术部位: 可广泛用于全身各部位。

功能: 开通滞塞、运行经气、活血止痛、调整脏腑功能。

### (3) 拿法:

操作方法: 手持砭具, 对肌肉做捏拿动作 (图 6-3-11)。

施术部位: 四肢肌肉。

功能: 舒筋活血、放松肌肉。



图 6-3-10 点法



图 6-3-11 拿法

## 4. 叩击类手法

以砭具叩击躯体的方法。

操作方法: 以砭具有节奏地叩击拍打躯体 (图 6-3-12)。

施术部位: 肩颈、腰背及四肢部。

功能: 行气活血、疏通经络、开发腠理、宣畅气机。对气血阻滞、感觉迟钝者尤为适宜。

注意事项: 采用此法操作时, 用力要适度, 轻巧灵活且有弹性。在胸肋等近内脏处, 要减轻力度。不可用于骨骼显露部位。

## 5. 振动类手法

振法: 以砭具的高频振动作用于人体的手法 (图 6-3-13)。

操作方法: 施术者手持砭具附于受术者体表, 发出高频振动。

施术部位: 全身各部。

功能: 调和气血、祛瘀消积、愉悦精神。

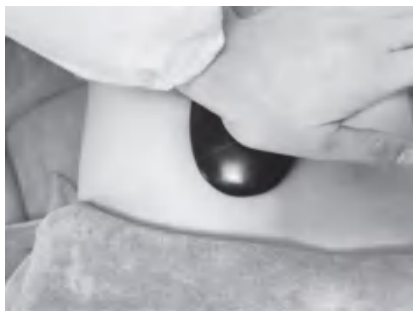


图 6-3-12 叩法



图 6-3-13 振法

### 三、常见运动损伤的砭石疗法

#### （一）骨关节炎

##### 1. 砭石类型

采用 T 字形砭石板。

##### 2. 砭石疗法类型

采用热熨法加速血液循环。

##### 3. 手法

缠法、点法、推法等。

##### 4. 基本操作

（1）受术者取仰卧位，采用 T 字形砭石板的砭尖以缠法或点法按压患肢穴位，顺序为阳陵泉穴（足少阳胆经）、外膝眼穴（足阳明胃经）、内膝眼穴（足阳明胃经）、血海穴（足太阴脾经）、委中穴（足太阳膀胱经）、阿是穴，全程约 18 分钟。

（2）再用砭板的砭身与皮肤呈 45°，由上到下单方向推行，循足少阳胆经由阳陵泉穴往下推至悬钟穴，循足阳明胃经由梁丘穴往下推至下巨虚穴，循足太阴脾经由血海穴往下推至商丘穴，循足太阳膀胱经由委中穴往下推至昆仑穴，每条经络各推行 3 次。

#### （二）肩颈肌筋膜炎

##### 1. 砭石类型

采用椭圆砭石。



## 2. 砭石疗法类型

采用热熨法加速血液循环。

## 3. 手法

推法、刮法、按法、点法等。

## 4. 基本操作

受术者取端坐位，暴露颈肩部位，局部涂少量润滑油，施术者两手握砭石按以下顺序先后进行热熨：

- (1) 从颈部后正中线沿督脉从风府穴、大椎穴推至至阳穴；
- (2) 从天柱穴沿两侧膀胱经分别推至心俞穴、膏肓穴；
- (3) 从风池穴沿足少阳胆经推至肩井穴，肩井穴施以点法；
- (4) 从肩中俞沿手太阳小肠经推至天宗穴，天宗穴施以点法。

每个区间熨 1~2 分钟，至皮肤微红，速度和频率不宜过快，并根据受术者的耐受程度随时调整，热熨总时间以 5~10 分钟为宜，如遇到明显的条索及筋节点，使用砭石边缘给予加强温熨，采用按法与刮法结合进行松解。

## 第四节 芳香疗法

### 一、芳香疗法的基本知识

#### (一) 芳香疗法的概念与分类

##### 1. 芳香疗法的概念

芳香疗法（简称香疗）是以中医药理论为基础，借助芳香物质所特有的生理和心理方面治疗功效，将芳香药物制成适宜剂型，通过推拿、外涂、艾灸、熏香、内服等方式作用于局部或全身，以预防、治疗或康复疾病的一种中医传统外治法。

##### 2. 芳香药物的分类

芳香药物，古称“香药”，是具有香气和可供提取芳香精油的植物或动物药物的总称。芳香药物的特点在于其含有较丰富的芳香成分——精油（挥发油）。由于精油有极其丰富多样的生理活性，所以被广泛应用于医

药、食品和化妆品等领域中。芳香药物按来源分类,可分为植物类芳香药物和动物类芳香药物。据不完全统计,自然界共有3 600余种芳香植物,可供药用的约100种,被有效开发利用的有400多种。我国是芳香植物资源丰富、种类多的国家之一,目前已发现的共有70余科200属800多种,其中含精油较高的芳香植物约370种。许多植物的根、杆、茎、枝、皮、花、果、树脂等皆可成香。植物类芳香药物可按照植物学分类和香气来源分类。

#### (1) 植物类芳香药物:

① 按植物学分类:常用的药用芳香植物有100余科,主要集中在菊科、芸香科、伞形科、唇形科、樟科、木兰科、姜科、蔷薇科、百合科、木樨科10个科,占芳香药用植物50%以上。此外,松科、柏科、杜鹃花科、木樨科、瑞香科、檀香科等也含有较多的芳香药物。

② 按香气来源分类:芳香性成分主要由叶、花瓣、茎、芽、树皮、根、种子等部位的特殊分泌细胞产生,分布于植物的腺毛、油室、油管、分泌细胞或树脂道等各种组织和器官中,如薄荷油存在于薄荷叶的腺鳞中,桉叶油存在于桉叶的油腔中,玫瑰油在玫瑰花瓣表皮分泌细胞中,松节油在松树的树脂道中,生姜油在生姜根茎的油细胞中。因此,按香气来源可将芳香植物分为6大类,包括香花类(如玫瑰、茉莉)、香草类(如薰衣草、香茅)、香根类(如细辛、当归)、香树类(如香樟、肉桂)、香果类(如肉豆蔻、五味子)和香叶类(菖蒲、松叶)。

#### (2) 动物类芳香药物:

动物类芳香药物多来源于某些动物的壳(如甲香)、性腺分泌物(如麝香)及病态分泌物(如龙涎香)。

### 3. 芳香产品分类

香药材不能直接用于受术者,需要制成适宜的剂型才能发挥疗效。香疗产品的剂型多样,分类方法众多。按物态分类,可分为液体、半固体、固体和气体等类型;按使用途径可分为皮肤外用、口服、鼻腔吸入等类型,这类分类方法与实际使用结合得比较紧密。

芳香疗法产品剂型选择的依据应考虑以下几个方面:一是需根据治疗、保健、美容等需求来选择;二是需根据使用方法来选择;三是需根据携带、生产、运输、储藏等来选择;四是需根据人们心理和生理等方面的需求来选择。

## （二）芳香疗法的作用原理

中医认为，芳香药物能够通过鼻腔、皮肤和口腔等部位，从黏膜、肌肤、经络等途径渗入体内，促使人体受到良性激发，达到平衡阴阳、开泄腠理、宣畅肺卫的功效。虽然芳香疗法的作用机制尚不明确，但可归结为两个方面的作用机制：

### 1. 心理影响

通过精油分子的吸入，可以直接刺激人体的嗅觉，调节人体中枢神经，使紧张状态得以放松，低沉状态得以振奋，安抚平衡情绪，焕发精神，愉悦心情。健康的心理可以改变认知、行为、生理，带来身、心、灵三者的平衡统一。

### 2. 药理影响

精油分子可以刺激气味受体细胞，将冲动传导至大脑边缘系统。该系统当中的脑垂体与下丘脑部位可以调节内分泌系统的激素水平；这些冲动还可以引发神经化学物质和内啡肽的产生，影响到海马神经组织，从而引起身体感受的变化，改善记忆功能。精油分子进入人体，能直接杀死部分病菌及其他有害微生物，促进血液循环，加快机体新陈代谢，增强人体免疫力；同时还能消除疲劳，恢复体力，达到预防疾病和延缓衰老的效果。

## （三）芳香疗法的适应证与禁忌证

### 1. 适应证

按照中医理论，芳香疗法主要包括芳香辟秽、芳香化湿、芳香开窍、芳香解表、芳香解郁、芳香止痛等功效；现代医学研究中，芳香疗法在缓解焦虑、减轻疼痛、治疗睡眠障碍和情绪障碍等方面取得了一定进展。

- （1）神经系统疾病：焦虑症、抑郁症、睡眠障碍、失眠等。
- （2）呼吸系统疾病：鼻炎、肺炎、哮喘。
- （3）妇科疾病：痛经、阴道感染、分娩镇痛、妊娠呕吐等。
- （4）心血管系统疾病：冠心病、心绞痛、高血压、高血脂。

### 2. 禁忌证

（1）精油过敏的人群：可能会引起皮肤瘙痒、红肿、呼吸急促等过敏反应，应了解其过敏原，禁用会使其过敏的精油。

（2）某些慢性病患者：如糖尿病等疾病患者，使用某些精油可能会对

身体造成负面影响。

(3) 孕妇、哺乳期妇女和儿童：由于孕妇、哺乳期妇女和儿童的生理特征和代谢方式与普通成年人不同，因此需要特别注意使用芳香疗法的安全性和剂量。

(4) 某些精油的禁忌：部分精油对中枢神经有强烈的兴奋或抑制作用，一定要注意控制用量，且癫痫、哮喘等患者禁止或限制使用；有些精油有发汗作用，体虚多汗者慎用。

#### (四) 芳香疗法的注意事项

(1) 使用前应先进行皮肤过敏测试。将精油稀释后涂在手腕或耳后，等待一段时间后观察是否出现过敏反应。

(2) 注意使用剂量和时间。使用芳香疗法时，需要遵循正确的剂量和时间，过度使用或长时间使用可能会对身体造成负面影响。

(3) 浓度选择。根据个人需求和精油特性选择适当的浓度，过高或过低的浓度都可能对身体造成负面影响。

(4) 频次控制。根据个人需求和精油特性控制使用频率，过度使用可能会对身体造成负担。

(5) 在使用芳香疗法时，还需要特别注意安全问题。例如，某些精油可能具有光敏性，过度使用可能导致皮肤晒伤；某些精油可能具有毒性，过度使用可能导致中毒反应。因此，在使用芳香疗法时，需要选择合适的精油，并遵循正确的使用方法和安全规范。

## 二、芳香疗法的技术操作

芳香疗法多种多样，以外治法为主，其途径主要是通过芳香药物的芳香之气，经由体表皮肤和嗅觉器官吸收进入体内，转运至血液循环和神经系统等，从而发挥治疗、养生、保健等功效。其中，尤以精油的应用最为普遍，疗效确切。本节即以精油的应用举例，简要介绍其在芳香疗法中的具体用法。使用芳香疗法过程中，可根据使用目的、个人愿望、味觉偏好、身体感觉及局部情况等确定用法。

## （一）吸嗅法

### 1. 概念与作用

吸嗅法是经由人体嗅觉器官吸收香药之气，达到治病、养生目的的一种方法。吸嗅法通常以直接、香枕、香熏或蒸汽等方式，让精油分子经由鼻子传递到大脑，促使神经系统的化学物质释放讯息，是保健效果显著的精油使用方式之一。

### 2. 常用方法

吸嗅法包括直接吸嗅法、香枕吸嗅法、薰香法、蒸汽法等。

（1）直接吸嗅法：将少量精油（2~3滴）滴在掌心，搓揉双掌后将双掌捂住鼻子，用力地深呼吸3~10分钟；也可将精油（多用2.5%~3%浓度精油）按一定比例稀释后滴在或用棉签涂抹在鼻部。借由芳香分子的吸收，可以提振精神，减轻头痛、鼻塞、气喘、恶心、情绪不稳定等症状。直接吸嗅法简便易行，起效迅速。

（2）香枕吸嗅法：将少量精油（2~3滴）滴在枕头上，睡眠时少量持续地吸入，可以调节神经系统，安抚情绪、改善失眠、帮助入睡，还能清理呼吸道，减轻感冒、鼻塞、咳嗽等症状。

（3）薰香法：将精油的香气从熏香器具中扩散出去，经鼻部将芳香分子吸嗅进入体内，发挥作用。以香熏灯为例，将精油加入容器中（5滴/15平方米），水温控制在50℃~60℃，液体不少于50毫升，熏蒸时关闭门窗，时间由20分钟逐渐增至3小时，平均45分钟。温度熏香能让室内充满芳香分子，既能作用人体，也能清新空气，还能营造气氛。

（4）蒸汽法：蒸汽法多在蒸房中进行，常见的有桑拿和蒸汽浴。桑拿是指将矿石烧红让其所含有利于人体的无机盐在高温中弥漫整个蒸房；蒸汽是指在蒸房中将蒸汽加热。二者虽有不同，但大体类似。一般蒸汽时间由3分钟逐渐增至20分钟。在蒸房中，高温使得人体皮肤血管明显扩张，大量出汗，血液循环加快，皮肤组织可获得更多营养；汗液排泄也有助于体内废物的排除；还能增加脂肪消耗，达到减肥的目的；蒸汽浴可以防止动脉硬化，对心血管有很多益处。此外，蒸汽浴还能消除神经紧张和疲劳，使人浴后轻松愉悦。

### 3. 注意事项

（1）使用新的精油时，须从1滴开始用。有过敏史的受术者应做3日

个体耐受性检测：第1日滴1滴精油在手帕上，放置鼻部附近吸气7~10次，每日重复4~5遍；第2日取精油加基质油按1:5比例混合，涂抹于手腕屈侧；第3日用精油1~2滴沐浴5分钟。若无流泪、咽痒、恶心、皮肤潮红等，提示无过敏。

(2) 剂量并非越多越好，应严格遵守规定，以免产生副作用。

(3) 有些精油具备放松精神、帮助睡眠的功能，驾车者或高空作业者避免使用。

(4) 熏香时，前两次熏香时间勿超过2小时。

(5) 蒸汽浴时，要多饮水，1日内不少于2升水。

(6) 哮喘患者在吸嗅大多数精油时，容易诱发哮喘，需谨慎用。

## (二) 沐浴疗法

### 1. 概念与作用

沐浴疗法是指在水中或特制的溶液中洗浴身体，达到放松身心、治病保健的功效。沐浴疗法历史悠久，最早介绍沐浴疗法的是被誉为“西方医学之父”的希波克拉底，其在《希波克拉底文集·摄生论》中，把沐浴分为凉水浴、盐水浴和热水浴，并说明了这些方法对人体的不同作用。对沐浴疗法论述得最全面的当属阿维森纳，在其著名的《医典》一书中即有“浴疗法”专篇。文艺复兴以后，浴疗更加盛行。而今，世界各地围绕泉水建立的康复医院和疗养胜地数不胜数。沐浴治疗加入精油，可以同时运用嗅觉和皮肤两种途径吸收精油，疗效十分显著。

### 2. 常用方法

沐浴疗法的种类很多，根据水温的不同，可分为冷水浴、温水浴和冷热水交替浴；根据形式差异，可分为淋浴、泡浴；根据部位不同，可分为全身浴、局部浴。

(1) 按水温分类：

① 冷水浴：冷水可以兴奋神经、降低体温、刺激心血管功能、强身健体、提高人体对外界的适应能力。浸入冷水时，皮肤的小血管收缩，之后又扩张，这时会明显感到温暖。

② 温水浴：温水能使皮肤血管明显扩张、心跳增速、改善血液循环、增强新陈代谢，从而促进病变物质的排泄，有镇痛、消炎的作用，有利于组织器官的功能恢复。



③ 冷热水交替浴：用冷热水交替刺激，会引起血管扩张和收缩，从而有助于减轻血管充血和组织的炎症。

(2) 按形式分类：

① 淋浴：利用水力势能，刺激头部、肩肌和背部穴位，对偏头痛、头皮屑、肩周炎、背心寒等疼痛有较好的治疗作用。

② 泡浴：通过海水或温泉中加入精油来起效。浸泡的同时，还可以通过一些按摩冲浪设施，利用强力的水浪刺激腰肌及腰部穴位，能快速促进血液循环和消炎镇痛、消乏解困，适用于神经麻木、软组织损伤、腰肌劳损及风湿性关节炎的辅助治疗。

(3) 按部位分类：

① 全身浴：通常情况下，精油沐浴疗法多为全身沐浴，如淋浴、泡浴等形式。

② 局部浴：局部浴主要包括手浴、足浴、坐浴等。

手浴可以缓和肩部和颈部的酸痛，消除全身的紧张。

足浴可以消除足部的浮肿和因寒性体质而引起的失眠症状及足部的一些炎症。

坐浴主要适用于治疗妇科疾病、痔疮、生殖器感染或泌尿系统感染。

### 3. 注意事项

(1) 浴前要休息充分，切勿空腹或酒醉洗浴。

(2) 出浴后也要注意休息，并适量喝点能补充糖分或盐分的饮料，以及适当进食高蛋白、高热量的食物，如蛋、肉、水果等。

(3) 挑选沐浴所用的精油。有些精油成分可能会把肌肤水分带走，令肌肤缺水状况严重。

(4) 老年人、久病初愈者，洗浴时应有专人陪伴。

(5) 水的温度应控制在  $37^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ （体感最佳温度），洗澡时热水浸泡时间一般为 15~20 分钟，不得过长。

(6) 心脏病及高血压患者不宜进行温水浴。年老体弱、心脏病患者不适合冷水浴。

(7) 某些过敏体质的人可能会对有些精油成分产生过敏，结果破坏皮肤表面的滋润层，令皮肤变得干涩紧绷、老化，甚至发红、起皮、发痒。



### （三）湿敷法

#### 1. 概念与作用

湿敷法是指用敷布浸吸含有精油的溶液，敷于体表皮肤的治疗方法。湿敷法可应用于身体的任何部位，根据溶液温度的高低，一般分为热敷法和冷敷法，治疗中可视症状进行选择，具体如下：

（1）热敷法：热敷可以扩张血管，促进血液循环，增强细胞新陈代谢，打开毛孔，软化凋亡细胞，并有助于改善慢性痛症及舒缓神经紧张，平复情绪。主要用于减轻慢性劳损性疾病的疼痛（背痛、腹痛、风湿痛、耳痛和牙痛等），减肥塑身，还可调节生理期不适。

（2）冷敷法：冷敷具有收敛、镇静肌肤和安抚的效果，适合暗疮及敏感性肌肤使用；可治疗急性损伤和痛症，有唤醒的作用。主要用于发热、肿痛、头痛、眼睛疲劳、晒伤及扭挫伤等病症。

#### 2. 常用方法

在适量冷水或热水中加入适量精油，将敷布（毛巾、软布、法兰绒或棉质织物浸泡于内，全部浸湿后将敷布取出拧干，按敷在患处，并用干毛巾或绷带盖住敷布，至敷布的温度降至体温为止，再重复此程序。治疗性的按敷每次不少于15分钟。有些严重的疾病（如扭挫伤导致肿痛较甚者）可以先熏洗，后湿敷，能够增强疗效。

#### 3. 注意事项

（1）禁止将未稀释的精油直接涂抹在皮肤上。

（2）严防精油滴入口、眼等部位，若不慎滴入引起疼痛，应立即用天然乳化剂（如牛奶等）稀释或清水冲洗，严重者立即送往医院。

（3）敏感性皮肤或过敏体质者，应当在精油稀释后，先尝试局部（肘、腕内侧或腋下）涂抹，15分钟后无任何不良反应，方可使用。

### （四）其他方法

精油的芳香疗法除前文所述之外，还有很多其他方法，如漱口、洗发、填塞等方式，亦可达到使人身心全面放松、平衡的良好效果。

#### 1. 漱口法

漱口法是指将精油滴入温水中，清洗口腔或漱口的的方法。漱口时切勿将漱口水吞食。该法对口腔问题及呼吸系统症状有显著疗效，可有效缓解

感冒症状及口腔不适。

## 2. 洗发法

洗发法是把精油添加到洗发水或美发的程序中，可起到改善头部血液循环、滋养头发、防止头发开叉、保持头发健康光泽、减少头皮屑、防止脱发的作用。芳香精油的气味更能消除疲劳，使人头脑清晰、思维活跃。

## 3. 填塞法

填塞法是指以基质油加药物精油混合，浸棉球纱或纱布条，紧紧填塞人耳或鼻部，用于治耳痛、痉挛性咳嗽、鼻塞、鼻出血等。

## 4. 芳香盐法

芳香盐法是指将精油与热盐盛于布袋内，扎紧袋口，如同热水袋敷于必要部位，亦称为热芳香袋。该法能使芳香物质强烈蒸发，接触部位持续受热，对机体起到综合治疗保健作用，可用于治疗咳嗽、鼻窦炎、腹部绞痛、关节炎等病。

## 5. 喷雾法

喷雾法是指将精油稀释在清水中，以喷雾方式喷洒于空中，让精油挥发的方法。这种方法不仅能消除异味，还能消毒杀菌；部分精油还具有驱虫效果，可以用来替代化学合成的杀虫剂或空气清新剂。

## 6. 食疗法

食疗法是指将部分可食用的纯天然植物精油用于菜肴或调成饮品的方法。这种方法既可增加食物风味和口感，又能起到助消化的保健作用。远在唐宋时期，我国就记载有通过服用玫瑰花、桂花、茉莉花等芳香植物，使身体散发香味，增加生活情趣，达到养生保健作用。而中医汤剂常配伍应用各种气味芳香的药材，用于疾病防治。对于精油的食用也已在欧洲盛行多年。一般而言，从可食用的植物或药物中提炼的精油，一般都可用于口服。

# （五）常见运动损伤的芳香疗法

## 1. 肌肉酸痛

（1）配方：绿花白千层油 3 滴 + 豆蔻油 4 滴 + 樟脑迷迭香油 3 滴 + 永久花油 2 滴 + 圣约翰草浸泡油 50 毫升。

（2）操作：取一汤勺上述配方加入半杯乳霜中，涂抹全身后泡浴。

## 2. 膝部劳损

（1）配方：欧洲赤松油 4 滴 + 丝柏油 3 滴 + 柠檬尤加利油 2 滴 + 日本

柚子油 3 滴 + 市售的无香料乳霜 30 克。

(2) 操作：把精油滴入基材仔细搅拌，也可以把基材换成 30 毫升基底油，制作成按摩油。洗完澡后，用混合好的精油或精油乳霜，涂抹在膝关节及四周。

### 3. 肌肉拉伤

(1) 配方：白珠树油 2 滴 + 柠檬尤加利油 2 滴 + 马鞭草酮迷迭香油 2 滴 + 月桂油 2 滴 + 超级醒目薰衣草油 2 滴 + 意大利永久花油 1 滴 + 山金车浸泡油 30 滴。

(2) 操作：将本配方均匀混合后，以极轻柔的力道涂抹于疼痛处，每日 3 次，持续使用至疼痛消失为止。

### 4. 关节扭伤

(1) 配方：蜡菊油 2 滴 + 薰衣草油 2 滴 + 澳洲尤加利油 2 滴 + 山金车浸泡油（或其他植物油）20 毫升，用植物油稀释精油，将两者仔细搅拌均匀。

(2) 操作：受伤之后，立刻用永久花或薰衣草精油 1 滴涂抹患部，再用冷水或冰袋冷敷几次，最后涂抹上述的外用油。



## 思考与实训

1. 简述贴敷疗法的适应证和禁忌证。
2. 贴敷疗法有哪些注意事项？
3. 中药熏蒸疗法的禁忌证有哪些？
4. 简述砭石疗法的适应证。

## ● ● ● 案例分析 ● ● ●

患者李某，举重运动员，26 岁，近两个月出现腰部无力感，伴酸痛，问诊得知患者每日熬夜至凌晨 2 点，早上 7 点又开始训练。于拔罐、按摩、物理治疗后效果不佳，如果你是该运动员的责任队医，让你利用砭石疗法进行治疗，你该如何实施？请详细描述治疗方案。

## 第七章

# 中医传统疗法的创新技术

### ● 本章导读

随着中西方医学的交流，中医传统疗法在发展过程中也不断吸收与借鉴了国外相关治疗理念，衍生出了很多对运动伤病领域具有良好疗效的技术，如整脊疗法、肌筋膜触发点疗法等。本章介绍的这两种技术均为起源于西方医学理论，结合中医传统疗法中的手法、针刺等技术形成完整的治疗体系的疗法，这两种疗法，对于关节紊乱、运动伤病引发的疼痛具备良好的治疗作用。本章介绍了两种疗法的概念、作用原理、适应证与禁忌证、注意事项及技术操作等，以帮助学习者了解整脊疗法、肌筋膜触发点疗法的基本知识，掌握两种疗法的基本技术操作。

### ● 学习目标

1. 知识目标
  - (1) 了解整脊疗法、肌筋膜触发点疗法的概念、分类及作用原理。
  - (2) 熟悉整脊疗法、肌筋膜触发点疗法的基本要求、适应证与禁忌证。
  - (3) 掌握整脊疗法、肌筋膜触发点疗法的技术操作。
2. 能力目标
  - (1) 能熟练定位肌筋膜触发点。
  - (2) 能熟练进行整脊疗法、肌筋膜触发点疗法的技术操作。
  - (3) 能运用所学理论知识进行健康宣讲。
3. 素养目标
  - (1) 培养学习和应用整脊疗法、肌筋膜触发点疗法的热情，树立中医文化自信。
  - (2) 树立不断传承与发展的理念，逐步养成守正创新的工匠精神。

“

## 美式整脊技术的突出贡献者——冈斯德

20 世纪 60 年代初，在美国，一个神奇的治疗者的故事传遍了整个世界，不同国家不同年龄的人们成群结队地去寻求他的帮助。

这个神奇的治疗者就是克拉伦斯·塞尔莫·冈斯德（Clarence Selmer Gonstead, 1898—1978 年）。冈斯德 19 岁时，因罹患严重的类风湿关节炎导致双膝肿痛不能行走而辍学，他寻求了当时几乎所有的治疗方法依然无效。后来，一位名为奥尔森的整脊博士为其治疗，使其又重新恢复了行走的能力。这一事件改变了冈斯德的一生。在后来，他考取了帕尔默脊椎指压疗法学院（The Palmer School of Chiropractic）。在其后的几年中，他研究并探索出彻底、全面且具体明确的脊骨疗法以分析和矫正脊椎复杂的半脱位。在 20 世纪 30 年代，脊骨疗法学校的毕业生所掌握的脊椎调整技术是初步的，也是粗糙的，以感性的上颈椎调整技术为主。冈斯德改变了这种状况，建立了脊骨疗法以逻辑和生物力学为根本指导思想的专业系统——冈斯德系统（GCT）。20 世纪 60 年代，GCT 被帕尔默脊骨疗法学校和其他相关学校（学院）接受并设置相应的课程，美式整脊（Chiropractic，又译为脊骨疗法、脊骨神经疗法）也成为人们所理解和接受的生物力学与医学的科学。1990 年，GCT 被全球脊医界公认为评价和调整脊椎最全面、安全、有效的系统之一。

## 第一节 整脊疗法

### 一、整脊疗法的基本知识

#### （一）整脊疗法的概念

整脊又称为正骨，中国最早在两千多年前已经存在正骨治疗的文献记载，“素问”就指出了脊椎调整可以治疗督脉疾病，“督脉生病治督脉，治在骨上，”甚至已经有最早的自律神经支配内脏的概念，“三椎下间主胸中热，四椎下间主鬲中热，五椎下间主肝热，六椎下间主脾热，七椎下间主肾热。”一直发展到清代，胡延光在《伤科汇纂》里面明确谈到“用布系于医者颈部，另一端托住患者头颈部，医者屈身用双足踏住患者双肩伸直”，此举相当于现代的颈部牵引疗法，也就是说明古人已经了解到人体结构的偏歪是一个不正常的现象，他们已经可以利用触诊或是外表观察的方法找出偏歪的结构，进一步利用特定的手法进行复位矫正，这个矫正动作即是整脊疗法的最初形态。

整脊疗法是以脊柱生物力学理论和神经学理论为基础，结合中医理论，通过改变错位的脊柱、椎体或小关节，来改变脊柱的高应力，恢复脊柱的动力学平衡，达到治疗疾病目的的一种方法。其特点为无痛、安全、轻巧、准确。

#### （二）整脊疗法的作用原理

整脊疗法主要着重在脊椎的错位进行复位，在这个之前必须要理解何谓脊椎“错位”，人体的脊椎由26节脊椎骨构成，椎体由上切迹及下切迹构成神经孔，脊神经由神经孔穿出椎管，由于椎体的错位产生神经孔变小，于是错位的神经卡压就有可能发生，一旦出现卡压就可能会出现局部体表的酸麻胀痛，以及相应自律神经的内脏问题。

美式整脊之父 D. D. Palmer 提出了半脱位的概念，就是关节表面部分或是不完全的脱离造成功能失调或是出现相应的疼痛，患者在半脱位出现后周边神经及肌肉出现炎症反应，体表局部温度出现略微上升的情况。在



1985年的时候,Palmer 在一个偶然的机会利用手法复位将一个同事的耳聋给治好了,从此 Palmer 便开始积极研究脊椎与身体神经之间的关系,他利用检测肌电信号(EMG)传导来确定每节脊椎神经的传导路径,结合患者在X射线影像下的错位情况及症状决定患者是哪一节脊柱出现半脱位,奠定了美式整脊科学化治疗的基础。近代医学已经了解到每一节脊椎神经都有相应管理的皮肤/肌肉及内脏器官,许多常见的身体不适其实与脊椎神经卡压有关,如比较常见的颈源性头晕、头痛就是由于枕骨至颈椎第二节中出现错位产生神经压迫,从而导致头晕、头痛、耳鸣等症状。身体全部的体表肌肉及内脏都有相应脊椎神经管理,许多由于脊柱错位所引发的内脏功能失调问题是一个最容易被医学检查所遗漏的部分。

### (三) 整脊疗法的适应证和禁忌证

#### 1. 适应证

整脊疗法适用于脊柱关节错位与关节紊乱及其引发的病症。如颈椎错位引起的头晕、头痛、耳鸣、耳聋、咽炎、心慌、胸闷、颈椎病、颈肩综合征等;胸椎错位引起的胸闷、胆绞痛、胃痛等;腰椎和骨盆错位引起的腰腿痛、男性性功能障碍、女性月经不调、妇科病、不孕不育等。

#### 2. 禁忌证

脊椎疾病是一种多发病症,十分复杂,在进行整脊手法前必须谨慎对受术者的症状进行仔细鉴别,有许多疾病不适合进行整脊疗法,包括脊柱先天性畸形、脊椎结核、骨转移癌、椎间盘突出症急性期、游离型椎间盘突出等。

### (四) 整脊疗法的注意事项

(1) 脊椎神经所引起的症状,大多属于长久的宿疾,因此矫正初期,应以每日矫正为佳。症状较缓和后,即可改以隔日矫正。也可矫正之初,以密集治疗为佳,症状缓和后,再依情况,渐进地隔一天、隔二天治疗一次,直至完全治愈为止,此为一完整疗程。若初诊者能完成一完整疗程,再犯时,则马上就诊,大多一两次就能治愈。

(2) 整脊手法操作前需要对周围相应肌肉进行放松,可以利用筋膜枪进行高频震动松解,或是利用掌根对椎体附近的软组织进行揉捏法、按压法、滚法,注意手法柔和轻松。进行整脊操作时,注意定点、定位、定方



向。定点为施术者手部发力的接触点，准确地接触确保后续发力的有效性。定位是指施术者的身位，合理的站位可以在发力的时候减少职业伤害，同时确保发力的顺畅。定方向是指施术者的发力方向。利用定点、定位、定方向的要点确保操作的准确安全。

(3) 矫正之后，由于患部炎症物质代谢，一般有较累或稍微酸痛的症状是正常反应，请勿担心，补充水分及睡眠，待身体完全代谢后可自然消失。

(4) 保持正确姿势，尤以坐姿及睡姿须特别注意。不睡太软或太硬的床铺，平睡时可将膝关节垫高，使腰部肌肉放松，减轻腰部酸痛症状。避免单一姿势过久，造成肌肉僵硬。

(5) 不做激烈运动及跳跃运动，严重者建议卧床休息或穿上护腰带。不抱重物，减少脊椎负担。可做热水浴消除肌肉僵硬。穿轻便、柔软且具有弹性的鞋子，以免增加脊椎负担。

(6) 不论矫正期间或治愈后均须保持正确姿势，放松肌肉（尤其肩部肌肉），适当运动（以伸展操、游泳尤佳）。如此大都能根除因脊神经压迫所造成的症状，保持健康长寿。

## 二、整脊疗法的技术操作

### （一）操作前诊断

#### 1. 三步定位诊断

第一步为神经定位诊断：首先询问受术者的疼痛麻木部位，根据其疼痛部位定位受术者神经损害部位。例如，受术者出现手指麻木，那就要考虑受术者的 C<sub>7</sub>/C<sub>8</sub> 神经损害问题；再如，受术者主诉大小腿后外侧疼痛及脚踇趾麻木，应当考虑受术者是否有 L<sub>5</sub> 神经卡压问题。

第二步为触诊及检测定位诊断：根据第一步受术者主诉，利用触诊寻找相关椎体是否有棘突偏歪、脊柱侧弯、椎体旋转等问题；再根据受术者主诉进行检测。例如，受术者如果有疑似椎间盘突出症问题应做直腿抬高测试（图 7-1-1）；受术者如果疑似是 L<sub>5</sub> 神经卡压问题应做患侧的踇趾背屈测试（图 7-1-2），检测是否有背屈无力的现象。

第三步为光学影像诊断：利用以上信息，即通过受术者主诉初步确定病灶部位，再利用触诊按压检测局部是否有压痛或放射痛，局部是否有偏歪，肢体是否出现无力或是反射减弱消失。以上信息如果都指向同一个目

标部位就要进一步从影像上进行检查。从 X 射线片上寻找椎体间距变窄、旋转、粘连、椎体滑脱等问题。从 CT 或 MRI 上寻找相关椎体是否有椎间盘突出卡压相应神经，后纵韧带黄韧带是否有增厚。排除禁忌证后就能得出诊断并且选择治疗方法。



图 7-1-1 直腿抬高测试



图 7-1-2 脚跟贴背伸测试

## 2. 触诊的检查手法

触诊可以分为仰卧位触诊及俯卧位触诊两种。仰卧位触诊主要是针对受术者的颈椎进行检查。受术者平卧，施术者坐于受术者头部上方，利用双手食指、中指指腹接触受术者的横突及关节突，从枕骨乳突下开始接触受术者颈椎第一节横突，之后向下移动至第二颈椎逐步向下触摸关节突，比较两侧是否有不等高、左右偏移，触摸是否出现肌肉结节、肌肉痉挛的条索状物，并且伴随压痛，如符合上述症状就是小关节错位体征。俯卧位触诊主要是用于胸椎及腰椎检查，让受术者俯卧，施术者利用食指及中指紧贴夹住受术者的棘突，视线垂直于接触点手指，逐步往下检查，观察棘突连线是否偏歪，用指腹感觉棘突是否有上下起伏、左右偏移，若有，则按压双侧肌肉是否出现疼痛、肌肉痉挛条索状肌肉等，若有，则该处可能存在小关节错位。

## （二）手法操作

本节的技术采用谢庆良教授的 AHT 整体脊椎矫正术进行示范，该技术融合了美式整脊技术、中式整脊技术及部分日式整脊技术的手法，配合三步定位诊断技术及 X 光作图技术融合成一个科学化、特色的整脊技术，其手法轻柔安全，效果立竿见影，广受国内外从业人员好评。



腰椎矫正手法

### 1. AHT 腰椎向前向下手法

本手法主要用于治疗腰椎间距狭窄及神经卡压。

(1) 受术者姿势：若矫正左侧腰椎时，受术者向右侧侧躺，左脚在上，右脚在下，左腿屈膝，右腿伸直，左脚内侧足面放于右腿膝弯处，双手交叉置于胸前，右手抱住左手上臂，右手前臂与身体垂直，上臂与身体平行，身体靠近床沿，并与床沿成一直线（右侧腰椎方法亦同，唯方向相反）（图 7-1-3）。

(2) 施术者姿势：面对受术者，左手握住受术者右手腕，压固于受术者左手臂上，前脚踩于受术者的肚脐位置，后腿前侧轻松贴于受术者的大腿侧面，身体面向 2 点钟方向（以床头为 12 点方向）（图 7-1-4）。



图 7-1-3 受术者姿势



图 7-1-4 施术者姿势 2

(3) 准备动作以右手臂 1/2 处轻轻贴合受术者的髂后上棘（图 7-1-5），右手豆状骨轻轻贴合受术者的腰部关节突的位置，身体重心超过受术者身侧，左手保持恒定推力让受术者手臂不动，右手臂向施术者身后带动，感觉到轻微阻力时，锁住目标椎体的关节面（带动时可以轻轻触摸受术者的目标椎体的棘突，会有微微张开的感觉）。



图 7-1-5 手臂 1/2 处解除在患者髂后上棘

(4) 完成准备动作后，施术者前腿微微屈膝，身体下降，右手臂顺势向受术者的前下方带动，此手法是利用髂骨间接带动腰椎达到椎体解除卡压的方式，操作要点是手臂的带动量必须足够带动到目标腰椎。切莫急躁暴力追求操作时的关节弹响声，容易造成意外伤害。操作后按压受术者疼痛处，了解症状是否改善或解除，或是相应的神经症状是否缓解。



胸椎矫正手  
法

## 2. AHT 胸椎矫正技术

胸椎矫正手法主要使用卧位，令受术者环抱进行操作，利用施术者的四指与大鱼际肌接触受术者肋骨，通过肋椎关节矫正错位的胸椎，胸椎矫正技术共有上、中、下段三种手法。

(1) 胸椎矫正技术的操作流程：

① 受术者姿势：受术者正卧，双手抱胸，左手在下，右手在上，双手肘并排置于胸骨上，身体尽量靠近床沿（图 7-1-6）。

② 施术者姿势：站于受术者右侧，双脚尽量张开，采取前弓箭步姿势，转髋使身体朝向大约 1 点钟方向（以床头为 12 点方向），将施术者右肩窝部轻贴受术者上臂肘关节处（图 7-1-7）。



图 7-1-6 受术者姿势



图 7-1-7 腋下接触于患者手肘处

将受术者后脑托起，可使其胸椎得到上下撑开的效果。压住受术者双肘时，应以较高处为佳，以免操作时，压到受术者的胃部（图 7-1-8）。

③ 将受术者双肘压于施术者腋下，施术者左手托住受术者后脑（图 7-1-9）。



图 7-1-8 腋下固定于患者手肘处



图 7-1-9 施术者姿势

④ 施术者右手呈 C 字形（图 7-1-10），将四指与大鱼际肌均匀平贴于受术者背部、棘突，使其位于自己掌心中间（图 7-1-11）。



图 7-1-10 右手呈 C 字形



图 7-1-11 患者棘突置于右手掌心

⑤ 施术者保持腰部打直，利用前腿支撑身体，将右手置于受术者背后，手掌成 C 字形接触（图 7-1-12）。



图 7-1-12 整脊前动作

⑥ 从侧面观，施术者的重心要垂直于掌心进行加压发力，发力前先加压至 80% 的位置（图 7-1-13），确认手指与大鱼际肌完全放平后，再垂直加压 20%（图 7-1-14）（这个力度大小是以胸肋环抱加压到底为 100% 的

压力), 注意发力不可以猛爆, 手掌部位接触在受术者胸椎中段部分, 发力的重心方向必须垂直于掌心, 施术者学习时需要用心体会。如果矫正下胸椎段, 则将手掌置于该处, 注意肩窝部分依然贴于受术者的上手肘处, 依照治疗节段需要将受术者身体抬高至  $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$ , 从侧面看肩窝与手掌垂直, 才能有效将发力垂直于掌心。



图 7-1-13 发力前的准备,  
加压至 80% 深度



图 7-1-14 发力垂直于掌心  
进行 20% 按压

## (2) 技术操作手法要求:

① 上段手法: 将受术者上身抬起约  $15^{\circ}$ , 右手成半握拳式或 C 字形置于胸椎上段 ( $T_1 \sim T_4$ ) 处, 当作杠杆原理的支点, 然后利用施术者及受术者的体重对受术者做垂直的施压。越往上则角度越小。

② 中段手法: 将受术者上身抬起约  $30^{\circ}$ , 右手成半握拳或 C 字形置于胸椎中段 ( $T_5 \sim T_8$ ) 处, 当作杠杆原理的支点, 然后利用施术者及受术者的体重对受术者做垂直的施压。越往上则角度越小。

③ 下段手法: 将受术者上身抬起约  $60^{\circ}$ , 右手成半握拳或 C 字形置于胸椎下段 ( $T_9 \sim T_{12}$ ) 处, 当作杠杆原理的支点, 然后利用施术者及受术者的体重对受术者做垂直的施压。越往上则角度越小。

要注意, 发力前必须与受术者确认背部、四指与拇指大鱼际肌是否压平, 因此手法的目的是对肋骨平均施力带动肋椎关节达到解除错位卡压, 所以发力时力量要平稳施加, 由施术者肩部集中于掌心施力, 发力重心必须朝向掌心。矫正后让受术者趴下重新触诊复查该节段按压痛是否有改善, 双侧肌肉痉挛是否恢复。



### (3) 胸椎矫正技术注意事项:

① 矫正时,以平稳力量下压,切勿施加粗暴力量。对老年人,尤须注意,切勿施力过大,尤其更年期后患有骨质疏松症者,更须注意。

② 矫正的手部确定置于胸椎之肋骨。矫正时,以由上往下,依序矫正为佳。

③ 矫正时,两脚(尤其前脚)应平稳置于地面。

④ 确定受术者全身放松,并告知呼吸平稳,切勿闭气。

⑤ 注意受术者身上之饰物(如手环),以免发生伤害事故。

⑥ 肌肉僵硬者,须先使用软组织处理手法。

⑦ 上段手法适用于  $T_1 \sim T_4$ , 中段手法适用于  $T_5 \sim T_8$ , 下段手法适用于  $T_9 \sim T_{12}$ 。

### 3. AHT 颈椎矫正技术

颈椎矫正技术基本手法为向前向上手法,该手法为颈椎手法的基础,主要用于恢复颈椎间距造成的神经卡压问题,该手法同时可以有效治疗大部分的椎间盘突出症,但是需要注意急性期不宜手法操作,避免再次激发疼痛。

#### (1) 矫正的姿势(以矫正受术者右侧颈椎为例):

① 受术者平躺,面朝上,双手轻松置于腹部两侧,施术者端坐于床角(图 7-1-15)。

② 先让受术者头部右转,施术者的左手虎口置于受术者耳际之上,四指放于枕骨处,拇指置于脸颊侧(图 7-1-16)。



图 7-1-15 施术者姿势



图 7-1-16 受术者姿势

③ 施术者右手拇指与食指成  $90^\circ$  (图 7-1-17), 侧腹接触要矫正的颈椎关节突与横突(图 7-1-18), 四指轻放在受术者脸颊上, 将受术者脸面



颈椎矫正手法



部轻转  $45^{\circ}$  (图 7-1-19)。



图 7-1-17 施术者右手（发力手）的姿势



图 7-1-18 施术者右手（发力手）指接触部位



图 7-1-19 发力手的位置

④ 下手的持握需要让掌心保持一个凹弧 (图 7-1-20)，手腕放松，将受术者头部轻轻抬离床面 (图 7-1-21)，以上手拇指为支点不动，下手腕部做一个桡偏动作用拇指轻轻锁住颈部。此时受术者应该没有任何不适，面部依然保持  $45^{\circ}$  (图 7-1-22)。



图 7-1-20 左手的姿势



图 7-1-21 左手的位置



图 7-1-22 整复前姿势

### (2) 技术操作手法要求:

发力前可以将颈部放松解除锁定,上、下手做一个预推动作练习:即下手腕部做一个桡侧偏的弧形动作,上手拇指与手腕朝向受术者鼻尖 $45^{\circ}$ 向前向上推动,上、下手发力一致,速度一致,观察整个面部动作是否为一个盘面旋转动作。同时,确认受术者全程没有感到不适。以上动作均确认无误后,利用下手腕部桡偏重新锁定颈部,感到轻微阻力后就将目标关节锁定,发力时下手绕偏上手向鼻尖向前向上发力。再次注意:上、下手发力一致,速度一致,观察整个面部动作是否为一个盘面旋转动作,同时受术者全程没有感到不适。右侧操作完成后,依照上述程序再操作另外一侧。之后重新触诊了解两侧关节突高低是否恢复,阳性点痉挛是否消失或改善。

### (3) 颈椎手法技术讲解(以右侧颈椎为例):

① 上段手法:施术者以右手拇指的第1、2关节之间扣住第1、2颈椎横突,四指朝 $45^{\circ}$ 方向,右手将受术者头部稍上托,下颌稍前推,并以上手推( $45^{\circ}$ 方向)、下手绕偏方式实施矫正。

② 中段手法:施术者右手拇指的第1、2关节之间扣住第3、4、5颈椎间横突,右手将受术者头部上托 $30^{\circ}$ ,下颌推出 $30^{\circ}$ ,并以上手推、下手绕偏方式实施矫正。

③ 下段手法:施术者右手拇指的第1、2关节之间扣住第6、7颈椎间横突,左手将受术者头部相对抬高,并以上手推、下手绕偏方式实施矫正。

### (4) 颈椎矫正术注意事项:

① 小孩与老人,因骨骼较脆弱,应小心行之。

② 若小孩正在哭闹，因害怕致使其脖子僵硬，矫正时应伺机矫正，可选择其呼吸之间矫正，但是最好待其不害怕或停止哭啼时再行矫正，以保证安全。

③ 颈椎两旁肌肉太僵硬者，须先做软组织处理，处理时须按照前述组织处理要点实施。

④ 车祸或外伤造成颈椎伤害者，建议在医院接受详细检查后再进行手法操作。

⑤ 颈椎矫正着重于两手的协调性，初学者，经常无法协调动作，注意下手托头部为一绕偏动作，上手为一直线向前向上发力动作，发力时上、下手同步动作力量，轻柔一致。

⑥ 上段手法适用于第 1、2 颈椎矫正技术；中段手法适用于第 3、4、5 颈椎矫正技术；下段手法适用于第 6、7 颈椎矫正技术。

## 第二节 肌筋膜触发点疗法

### 一、肌筋膜触发点疗法的基本知识

#### （一）肌筋膜触发点疗法的概念与分类

##### 1. 肌筋膜触发点的概念

肌筋膜触发点（myofascial trigger points, MTrPs），旧称扳机点，又称为激痛点或激发点，是慢性肌筋膜炎的主要病因。它是骨骼肌内异常挛缩结节处存在的大量高度敏感位点，具有细胞形态学改变和肌肉自发性放电的双重病理生理学特征，是一种典型的非器质性改变诱发的神经-骨骼肌系统疾病（图 7-2-1）。肌筋膜触发点最初由美国临床医师 Janet Travell 于 1942 年提出，她发现对肌筋膜炎患者骨骼肌膨大结节处进行针刺或缺血性按压时，可产生躯体局部性疼痛或远处牵涉性疼痛，并伴随肌肉的局部抽搐反应。

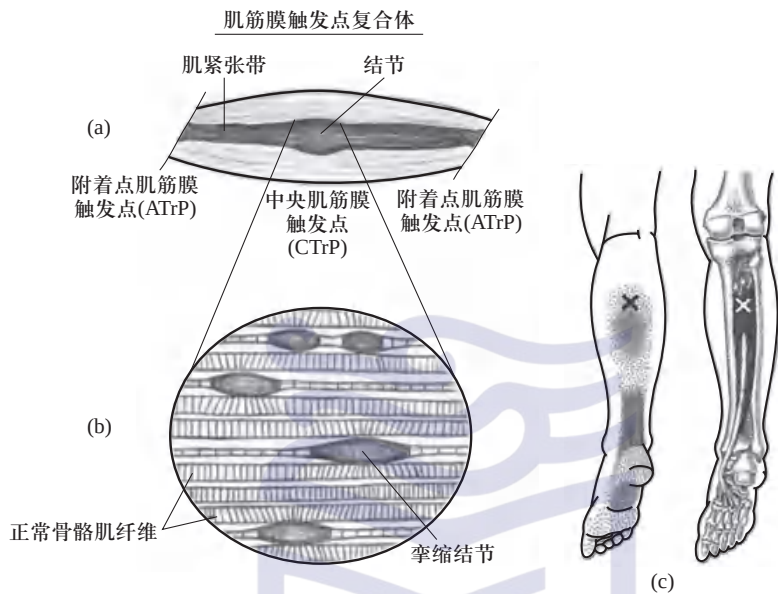


图 7-2-1 肌筋膜触发点的病变模式图

注：图（C）中“×”代表肌筋膜触发点在骨骼肌中的位置。

临床上，肌筋膜触发点可分为活化触发点和隐性触发点两种。活化触发点表现为自发性疼痛、局部或远处牵涉性疼痛、关节活动受限、易疲劳和失眠等症状。隐性触发点在没有机械性刺激的情况下，不会产生自发性疼痛。当创伤、疲劳、免疫力降低、营养物质缺乏、人体姿势长期失衡等因素刺激隐性触发点时，它们可以转化为活化触发点，导致触发点疼痛区域的大面积疼痛，并经触发点通路传导致远处牵涉性疼痛和自主神经高度过敏，形成一组疼痛症候群，临床上称其为肌筋膜疼痛综合征。

肌筋膜触发点是肌筋膜疼痛综合征的标志性特点。肌筋膜触发点疼痛时，常常伴有自主神经特别是交感神经活动增强现象，与触发点疼痛有关的自主神经现象主要表现为：血管收缩或舒张、竖毛肌活动、皮肤滚动疼痛、对触摸和温度高敏感性、血流改变、异常出汗、反应性充血、烧灼感和皮肤划痕症等。另外，如果肌筋膜疼痛触发点出现在头颈部时，可能引起流泪、流鼻涕和流涎等现象。

## 2. 肌筋膜触发点疗法的概念

肌筋膜触发点疗法是以肌筋膜理论体系为基础，采用针刺、缺血性按压、理疗、牵张、冷喷、肌内效贴、冲击波、低频脉冲镇痛笔等方式，通

过特定的技巧作用于肌筋膜触发点，以达到预防与治疗疾病的外治方法。

### 3. 肌筋膜触发点疗法的分类

目前肌筋膜触发点的治疗方法可分为侵入性治疗和非侵入性治疗两大类，侵入性治疗主要为针刺，而非侵入性治疗包括手法、理疗、牵张、冷喷、肌肉效贴、冲击波、低频脉冲镇痛笔等。

## （二）肌筋膜触发点疗法的作用原理

肌筋膜触发点的治疗有多种方法，各种治疗措施有相应的疼痛治疗原理。本书主要介绍缺血性按压、肌肉效贴和针刺三种治疗方法的原理。

### 1. 缺血性按压

缺血性按压是欧美物理治疗师治疗肌筋膜触发点常采取的方法之一。其治疗疼痛机制主要体现以下4点：① 按压可诱发感觉神经缺血，因缺氧导致神经阻滞；② 对与触发点相连的肌小节进行深度按压，可产生集中的牵张，导致肌动-肌球蛋白头部的分离；③ 压力解除后，会产生反射性血管舒张和充血，导致血液循环量增加，具有清除化学刺激物质和代谢废料及增加氧的功能；④ 深度按压产生疼痛，对中间神经元脊髓后角产生高强度刺激，释放可以阻断疼痛直觉的内啡肽。

### 2. 肌肉效贴

肌肉效贴也是一种治疗肌筋膜触发点的非侵入性治疗途径，最早应用于运动损伤的预防与运动性疲劳的改善，目前也广泛应用于肌筋膜疼痛触发点的治疗。在应用于肌筋膜触发点治疗时，肌肉效贴与皮肤紧密粘贴时会自然产生皱褶，这些皱褶具有方向性，可改变肌筋膜及临近组织液的流向趋势，改善淋巴回流及局部血液循环，促进致痛炎症物质的代谢。肌肉效贴会对皮肤和肌筋膜产生不同方向的剪切力，可有助于减轻皮下感受器对肌肉压力的触觉，增加神经系统的传入反馈，降低中枢神经元对痛觉刺激的传导。肌肉效贴通过改变皮肤形态，以及持续增加对皮肤机械性刺激，继而影响本体感觉系统，促进肌肉功能恢复和疼痛缓解。

### 3. 针刺

针刺是肌筋膜触发点治疗的一种精准性较强的操作方法，被临床医生广泛采用。肌筋膜触发点结节（痛觉感受器）受到针刺这种强压刺激，产生强烈的神经冲动传导至脊髓后角细胞，以阻断肌筋膜触发点能量供应不足通路的恶性循环，以达到治痛目的。



### （三）肌筋膜触发点疗法的适应证与禁忌证

#### 1. 适应证

适用于肌筋膜触发点形成后造成软组织疼痛，以及肌筋膜触发点干扰邻近的血管、神经、筋膜等结构诱发导致的血管性疾病、神经性疾病、盆底功能紊乱、女性生理周期失调、消化系统功能障碍、皮肤性疾病、心内科疾病者和运动损伤性疾病者等。尤擅颈椎、腰椎间盘突出、偏瘫、骨质增生、强直性脊柱炎、股骨头坏死、颈肩背痛、眩晕、偏头痛、肩周炎、网球肘、腰腿痛、坐骨神经痛、膝踝疼痛、足跟痛，中风后遗肌肉痉挛、肢体和躯干各部疼痛。

#### 2. 禁忌证

对于手法治疗，禁忌在急性运动损伤 24~48 小时对肌筋膜触发点进行推拿按摩。而在临床上，尤其应注意针刺疗法时的禁忌证，针刺时特别禁忌凝血功能较差和正在服用抗凝剂（如华法林）的患者，不得不针刺时，要停药 3 天或出凝血时间和凝血酶正常后才能采用。服用其他抗凝剂，需要停药 1~2 天才能治疗。此外，孕妇的腹部不能针刺，糖尿病患者的肢体末端最好不要针刺。

### （四）肌筋膜触发点疗法的注意事项

#### 1. 疼痛的识别

首先必须要在排除其他器质性病变的基础上诊断患者的疼痛和不适是否由肌筋膜触发点所导致，然后准确地确认触发点的位置。此外，许多活化触发点周围潜在的触发点也会有压痛，但不是引起患者疼痛的主要原因。在这方面常常出现的一个最大失误就是临床医生没有找到触发点真正的位置，而把治疗的位置放在牵涉痛的位置，从而导致治疗失败。

#### 2. 辨别和确定关键触发点

当一个触发点变得非常活跃或应激性过度，并引起一系列疼痛和功能失调时，称为关键触发点、主要触发点或原发性触发点。但关键触发点常常又可以激活那些位于自身牵涉带上的潜在触发点，这些触发点被称作卫星触发点或继发性触发点。此外，还有一些与关键触发点合并活化的触发点，称为关联触发点。有时候关联触发点又可以变为关键触发点，关键触发点又变成了关联触发点，需要仔细辨别。一般认为，关键触发点被

灭活后, 卫星触发点和关联触发点就会自动消失, 但也有关联触发点不消失的情况, 仍需要直接灭活治疗。关键的问题是哪一个是关键触发点, 哪一个卫星触发点或关联触发点, 有时难以确认。

### 3. 保守治疗还是有创治疗

一般而言, 灭活触发点优先考虑保守治疗(牵张、按摩、理疗、肌内效贴、冲击波等), 但临床实践中已经明确诊断且确认了活化触发点的位置时, 在患者不惧针刺且需要见效快的情况下, 也可以直接采用针刺, 再辅以其他治疗。

### 4. 纠正维持因素

有些因素可引起活化触发点长期存在、复发或加重, 如维生素、无机盐的缺乏。为了获得满意效果, 治疗触发点时必须纠正这些因素。因此需要补充一些复合维生素、微量元素和提高免疫、改善循环的药物, 有时候还需要采用整脊疗法纠正小关节所致神经卡压问题。

### 5. 对患者的健康宣教

治疗前应该对患者解释这种疾病的原因、病理生理、治疗和预防的原则, 指导患者自我康复治疗, 如肌肉牵张、局部按摩、热敷、运动锻炼等, 同时应尽量避免劳累、受凉感冒, 从而提高治疗效果。

## 二、肌筋膜触发点疗法的技术操作

### (一) 肌筋膜触发点定位

#### 1. 肌筋膜触发点的诊断依据

按照 Simons 等提出的主观诊断标准, 临床上对肌筋膜触发点的诊断常依据以下几点:

(1) 病史和体格检查: 突然发作的肌肉过用或跟随肌肉过用发作的一个短暂时期后的疼痛, 反复和慢性过用受累肌肉而引起的区域性疼痛或不明原因的区域性疼痛。利用骨科体格检查确认疼痛的来源, 初步确定受累肌肉。

(2) 利用牵涉痛规律定位: 根据受累肌肉牵涉痛的规律定位触发点, 在触发点处有明显的压痛和可触及紧张带或收缩性结节, 深压还常出现牵涉痛。不同的肌肉常有几个不同的固定疼痛触发点, 每一个疼痛触发点都有自己固定的牵涉痛区域。快速触压和针刺触发点可引发局部抽搐反应或



压和扎的牵涉痛。

(3) 客观指标: 静息状态下, 肌电图上可记录到定位触发点处的自发性电位。磁共振成像技术 (magnetic resonance imaging, MRI) 或 B 超下触发点处有影像增厚。

临床中, 很多情况下的疼痛不是原发于肌筋膜触发点, 而是继发于慢性骨科疾患, 如椎间盘脱出、骨关节退行性病变、急性骨关节外伤或某些神经和精神方面的疾患等。这些疾患也可以活化肌筋膜疼痛触发点或引发相应部位急、慢性肌筋膜疼痛触发点的出现。对于这种类型的疾患, 肌筋膜疼痛触发点的定位和诊断主要是为了镇痛, 但不能忽视和耽误原发疾患的诊断和治疗。

## 2. 肌筋膜触发点的触诊

在触诊触发点时, 施术者可以通过手指触诊, 类似揉面的方法水平按压肌肉的每一个部分进行感觉和观察。对于一些部位也可用夹持或是捏拿的方法触诊, 这种触诊方法可对肌肉的两面都进行接触 (图 7-2-2), 常见于对处于机体边缘的骨骼肌, 如胸锁乳突肌、斜方肌、大小圆肌、肩胛下肌、股内收肌等使用。但是, 使用这一方法的问题是会引起对正常肌肉的过度挤压, 导致肌肉受损。因此许多学者建议施术者最好用水平触诊的方法来检查肌肉, 这样可以避免因对肌肉检查时造成肌肉的损伤。在进行这个检查操作的时候, 施术者的手指最好要有一定力度, 压力在 2~4 千克, 否则可能无法引出活动的肌筋膜触发点的局部“跳动”反应 (局部肌肉颤搐 / 抽搐反应)。一般来说, 浅层肌肉的局部颤搐反应可以用肉眼看到, 也可以用手感觉出来; 而深层肌肉有时只能通过施术者的手来感觉或者只能通过受术者自我感觉到。通常, 肌筋膜触发点被忽略的最常见原因是触诊手法太轻。目前已通过用触压计检查证实了手法力度的重要性。

当触诊表浅肌肉时, 临床医师会触到与触发点相关的绷紧带。在这种情况下, 施术者应该在肌筋膜触发点处用检查的手指弹拨绷紧带, 即可更清楚地触到此绷紧带, 就如同拨动小提琴的琴弦的感觉, 有时还会引起肌肉纤维短暂的挛缩。当按压引起疼痛的触发点 10~15 秒时, 也可能会再次引起患者自发性感觉疼痛。通常将此作为确定肌筋膜触发点是否处于活跃期和非活跃期的指征。

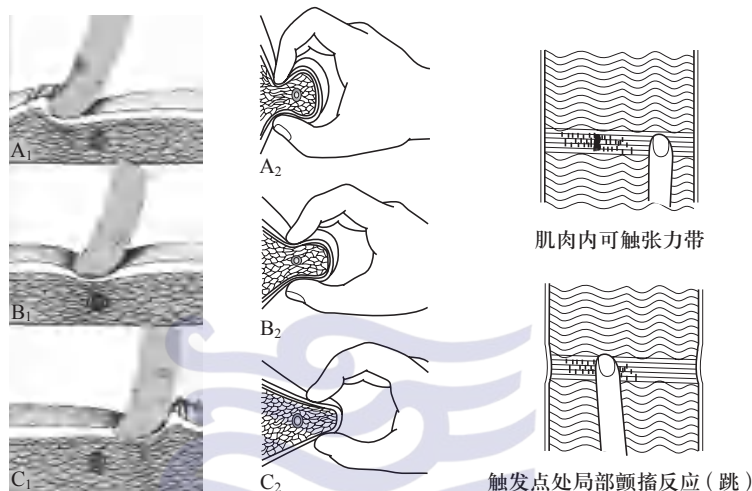


图 7-2-2 触诊触发点的方法示意图

注：上图显示两种触诊触发点的方法，以指推（平滑式触诊方法）和滑捏（钳捏式触诊方法）的方法检查肌肉触发点。左图显示用手指压住结节前端（A<sub>1</sub>），然后向后滑（B<sub>1</sub>），向后压过结节（C<sub>1</sub>）。中图对靠皮缘的触发点结节首先钳住（A<sub>2</sub>），然后滑过结节（B<sub>2</sub>），可感到结节存在，然后过皮（C<sub>2</sub>）。右图显示用手指压到触发点结节外，无跳动；找到肌肉触发点，然后快速触压可以引出局部肌肉颤搐反应，患者的感觉是肌肉在“跳”，按压触发点外的条束未引起跳动。

## （二）肌筋膜触发点的操作

此处重点介绍针刺、手法和低频脉冲镇痛笔的操作要点。

### 1. 针刺肌筋膜触发点的操作要点

（1）根据受术者描述的疼痛区域，结合各肌肌筋膜触发点的牵涉痛图谱，定位可能存在肌筋膜触发点的患肌（图 7-2-3）。

（2）采用平滑式触诊或钳捏式触诊方法，通过触摸患肌紧张带和压痛点定位患肌肌筋膜触发点，并用外科标记笔做好标记（图 7-2-4）。



肌筋膜触发点针刺治疗



图 7-2-3 定位存在肌筋膜触发点的患肌



图 7-2-4 定位肌筋膜触发点

(3) 碘伏消毒后,采用直径0.35毫米的银针快速破皮穿刺,深至肌层。在肌层肌筋膜触发点可能存在的位置,上下提拉和四周辐射穿刺,直至准确穿刺到肌筋膜触发点。肌筋膜触发点成功针刺的标志是引起肌肉局部颤搐反应(图7-2-5)。



图 7-2-5 针刺肌筋膜触发点

(4) 完成各肌筋膜触发点针刺,即完成1次治疗,治疗频率为1~2次/周,每次治疗至少间隔3天。

## 2. 肌筋膜触发点手法的操作要点

(1) 根据受术者描述的疼痛区域,结合各肌筋膜触发点的牵涉痛图谱,定位可能存在肌筋膜触发点的患肌。

(2) 采用平滑式触诊或钳捏式触诊方法,通过触摸患肌绷紧带和压痛点定位患肌肌筋膜触发点,并用外科标记笔做好标记。

(3) 采用缺血性按压的方法,将手(或肘、按摩器具等)按入触发点位置的皮肤,直到遇到阻力并达到受术者的疼痛耐受限度,在疼痛部位保持30秒左右,直至疼痛程度下降超过50%,继续下压,该动作共滚动1~2分钟(图7-2-6)。



图 7-2-6 肌筋膜触发点手法

(4) 完成各肌筋膜触发点手法治疗,即完成1次治疗,治疗频率为1~2次/周,每次治疗至少间隔3天。

## 3. 低频脉冲镇痛笔的操作要点

(1) 根据受术者描述的疼痛区域,结合各肌筋膜触发点的牵涉痛图谱,定位可能存在肌筋膜触发点的患肌。

(2) 采用平滑式触诊或钳捏式触诊方法,通过触摸患肌紧张带和压痛



肌筋膜触发点手法治疗



肌筋膜触发点低频脉冲镇痛笔治疗

点定位患肌筋膜触发点，并用外科标记笔做好标记。

(3) 单手握持低频脉冲镇痛笔，治疗端紧压肌肉，按下开关，引出明显肌肉跳动后保持 30 秒左右，再次按下开关，该点治疗结束（图 7-2-7）。

(4) 完成各肌筋膜触发点低频脉冲镇痛笔治疗，即完成 1 次治疗，治疗频率为 1~2 次 / 周，每次治疗至少间隔 3 天。



图 7-2-7 低频脉冲镇痛笔操作



### 思考与实训

1. 简述整脊疗法的技术操作和注意事项。
2. 简述 AHT 胸椎矫正的技术操作与注意事项。
3. 简述肌筋膜触发点疗法的适应证与禁忌证。
4. 简述肌筋膜触发点的定位方法。

### ● ● ● 案例分析 ● ● ●

患者马某，女，18 岁，网球运动员。肘关节外侧酸痛半月。患者自诉近半月肘关节外侧酸痛，手部出现无力感，持物易坠落，前臂旋前活动受限。查体：密耳试验（+），前臂伸肌紧张试验（+），肘关节外上髁有明显压痛，患处不肿，屈伸正常。诊断为网球肘。针对病例情况，选用合适的肌筋膜触发点疗法进行处理，给出详细的治疗方案。



下 篇

实践应用

HEP



HEP

## 第八章

# 中医传统疗法在体育运动中的应用

### 本章导读

因运动训练或比赛安排不当、运动环境不适、运动负荷超过运动者承受的极限而引起运动者机体机能紊乱，从而导致运动者出现各种问题，常见的有运动性疲劳、运动性腹痛、肌肉痉挛、过度训练、运动性高血压、心律失常、运动性贫血等。本章主要从运动性疲劳、运动性腹痛、肌肉痉挛和过度训练的诊断入手，在遵循简便、有效的原则下，系统阐述中医传统疗法的具体应用。

### 学习目标

#### 1. 知识目标

- (1) 熟悉运动性疲劳、运动性腹痛、肌肉痉挛和过度训练的概念与产生原因。
- (2) 掌握运动性疲劳、运动性腹痛、肌肉痉挛和过度训练的临床表现。
- (3) 掌握运动性疲劳、运动性腹痛、肌肉痉挛和过度训练的中医传统疗法方案。

#### 2. 能力目标

- (1) 能够合理运用中医传统疗法对运动性疲劳、运动性腹痛、肌肉痉挛和过度训练等进行处理。
- (2) 能够运用所学的理论知识对运动人群进行健康宣讲及指导。

#### 3. 素养目标

- (1) 牢固专业思想，培养学习和应用中医传统疗法的热情，树立中医文化自信。
- (2) 培养不断进取、精益求精、守正创新的工匠精神。
- (3) 建立“以人为本”的职业思想，培养“大医精诚”的职业素养，培育“医者仁心”的职业道德。



“

## 中医诊疗，助力冬奥

在北京冬奥会速度滑冰男子 500 米比赛中，我国选手高亭宇夺得金牌，并打破奥运会纪录。在备战北京冬奥会期间，高亭宇曾在国家冰雪运动训练科研基地非药物中医特色技术治疗区接受中医特色治疗。高亭宇说：“中医疗法太神奇了！非常感谢中医诊疗，助力我备战冬奥。”

国家冰雪运动训练科研基地非药物中医特色技术治疗区，是中国国家队备战北京冬奥会的训练“大本营”。自 2019 年国家冰雪运动训练科研基地投入使用以来，非药物中医特色技术治疗区就成了运动员们“光顾”最多的“打卡地”。在冬奥会的各项训练比赛中，运动员们难免出现如骨、关节、肌肉、筋膜的疼痛和损伤等情况，这也是中医所擅长的领域之一。对冬奥会的医疗保障来说，在医疗环节中不仅需要保证良好的治疗效果，还需要严格规避兴奋剂风险。而中医的推拿、针灸、拔火罐等常用疗法都属于非药物的绿色自然疗法，既安全又疗效可靠。

在冬奥开幕不久前，一位花样滑冰运动员在赛前突发急性阑尾炎，如果采用手术治疗，康复的时间较长会影响比赛，团队上下焦急万分。经会诊后，医疗团队让运动员躺在从《医宗金鉴》中得到灵感的“中医倒悬手法治疗床”上，头低脚高位，进行腹部整肠震颤手法、复位手法、拨肠理筋膜手法及针刺等治疗，经过三次治疗后，所有不适症状消失，基本痊愈。有一些从事冰雪项目的女性运动员，由于长期处于低温环境加上精神压力过大，容易产生痛经、内分泌失调等症状，这时，中医治疗又派上了用场。

摘自：《中国中医药报》

## 第一节 运动性疲劳

### 一、概述及表现

#### (一) 概述

##### 1. 概念

运动性疲劳是指在运动过程中出现了机体工作（运动）能力暂时性降低，但经过适当的休息和调整以后，可以恢复原有机能水平的一种生理现象。这是运动训练过程中常见的一种生理现象。在训练过程中，运动员运动水平的提高就是一个疲劳—恢复—再疲劳—再恢复的良性过程。

如果运动性疲劳没有得到及时恢复而使疲劳累积，就会导致过度疲劳。如果出现运动性疲劳以后，继续保持原有的运动，使疲劳加重，会导致力竭（极度疲劳），而使运动性疲劳演变成一种病理现象，从而危害健康。

##### 2. 机制

运动性疲劳机制的研究一直是运动医学、运动生理学、医学、生物科学、社会学等学科共同关注的问题。

由于不同强度、不同时间、不同运动方式，产生疲劳的机制不同，因此对疲劳的机制有不同的解释。目前主要的学说包括：① 能量耗竭；② 代谢产物堆积；③ 自由基学说；④ 内环境稳定状态失调；⑤ 疲劳链学说；⑥ 中枢神经递质失衡；⑦ 保护性抑制学说；⑧ 突变理论等。目前科学家们已越来越认识到，疲劳机制的研究不可以将中枢系统与外周系统截然分开，它是一个综合因素作用的结果，是一个涉及各器官、系统甚至精神领域的综合概念。

#### (二) 表现

判断运动性疲劳主要采用主观感觉、客观检查及运动者经验等方法。

##### 1. 主观感觉

人体运动时的主观感觉与工作负荷、心功能、耗氧量、代谢产物堆积等多种因素密切相关，因此运动时的自我感觉是判断运动性疲劳的重要

标志。

如果有以下几种情况，要综合考虑是否出现运动性疲劳：感到精神不振，厌烦运动；面色发红或苍白；下肢肌肉有酸沉感，动作迟缓；食欲不佳，食量减少，睡眠差，入睡迟或失眠；在相同的运动负荷中，排汗量较以往增加。还可以使用判断疲劳的自觉疲劳程度量表（RPE），具体做法为：令受试者做递增性功率自行车或固定跑台运动，并对照 RPE 等级（图 8-1-1），受试者在运动过程中每增大一次强度，或间隔一定时间，便指出自我感觉等级。表中的等级乘以 10，即为受试者完成该负荷的心率。同时还可以推算出运动时所做的功及最大摄氧量，可以分别在疲劳前、后测定同样负荷的运动，如果机体出现疲劳，RPE 等级也会相应增加。此外，利用该方法还可测定受试者的有氧耐力及抗疲劳能力。

| RPE | 主观运动感觉 | 对应参考心率 |
|-----|--------|--------|
| 6   | 安静，不费力 | 静息心率   |
| 7   | 极其轻松   | 70次/分  |
| 8   |        |        |
| 9   | 很轻松    | 90次/分  |
| 10  | 轻松     |        |
| 11  |        | 110次/分 |
| 12  | 有点吃力   |        |
| 13  |        | 130次/分 |
| 14  |        |        |
| 15  | 吃力     | 150次/分 |
| 16  | 非常吃力   |        |
| 17  |        | 170次/分 |
| 18  |        |        |
| 19  | 极其吃力   | 195次/分 |
| 20  | 精疲力竭   | 最大心率   |

图 8-1-1 自觉疲劳程度量表

## 2. 客观检查

### (1) 骨骼肌指标:

① 肌肉力量: 运动性疲劳最明显的特征是肌肉力量下降。运动后肌肉力量明显下降而且不能及时恢复, 可视为肌肉疲劳。常用的测试仪器有握力计、背力计等。测试步骤: 首先在运动前连续测定若干次肌肉力量, 计算出平均值, 运动结束后, 再进行同样方式的肌肉力量测定, 如果肌肉力量平均值低于运动前水平, 或几次肌肉力量测定值连续下降, 即为肌肉疲劳。如果一次练习后连续几天肌肉力量不能恢复, 则表示疲劳程度较深。

② 肌电图: 肌电图 (EMG) 是肌肉兴奋时所产生的电变化, 可反映肌肉的兴奋、收缩程度。运动过程中的肌电图变化可确定神经系统和骨骼肌的功能状态, 通过肌电图可以反映出肌肉是否疲劳。

### (2) 心血管系统指标:

① 心率: 心率 (HR) 是评定运动性疲劳最简易的指标, 一般常用基础心率、运动中心率和恢复期心率对疲劳进行判断。

基础心率: 基础心率是指安静、室温条件下, 清晨、清醒、起床前静卧时的心率, 也可用脉搏表示。基础心率反映机体最基本的机能状况, 通常用清晨起床前的心率表示, 机能正常时基础心率相对稳定。如果大运动负荷训练后次日清晨起床前的基础心率较平时增加 10 次 / 分以上, 且无其他任何原因, 则认为有疲劳现象; 如果连续几天持续增加, 则表明疲劳累积, 应调整运动负荷。

运动中心率: 可采用遥测心率方法测定运动中的心率变化, 或用运动后即刻心率来代替。按照训练 - 适应理论, 随着训练水平的提高, 完成同样运动负荷时, 心率有逐渐减少的趋势, 如果在一段时间内, 从事同样强度的定量负荷, 运动中心率增加, 则表示身体机能状态不佳。

运动后心率恢复: 人体进行一定强度运动后, 经过一段时间休息, 心率可恢复到运动前状态。身体疲劳程度较深时, 心血管系统机能下降, 可使运动后心率恢复时间延长, 可以以此作为诊断疲劳程度的指标。

② 血压: 血压是大动脉血管内血液对血管壁产生的侧压, 它是由心室射血和外周阻力两者相互作用的结果, 是反映疲劳程度的常用指标。

晨血压: 身体机能良好时, 清晨时安静血压较为稳定。若安静血压比平时升高 20% 左右且持续两天以上不恢复, 往往是机能下降或疲劳的表现。

运动状态下血压：一般情况下，收缩压随运动强度的加大而升高，舒张压不变或有轻度的上升或下降，但出现以下情况时说明已产生疲劳或过度疲劳。运动时脉压增加的程度比平时减少，出现无力型反应，表明已产生中度或重度疲劳。若出现“无休止音”或梯形反应，表明已产生过度疲劳。

③ 心电图：运动中，在骨骼肌出现疲劳的同时，心肌也相继出现疲劳。若在排除其他原因的前提下，心电图出现异常变化，如出现期前收缩且运动后期前收缩次数增多；出现房室传导阻滞；出现完全性右束支传导阻滞或有持久存在的不完全性右束支传导阻滞；出现ST段下移等，这当中的任何一种异常，都提示可能已有过度疲劳产生，必须引起足够的重视。

④ 尿素氮：成年人尿素氮正常值为 $3.2\sim 7.1\text{mmol/L}$ ，运动时肌肉中蛋白质及氨基酸分解代谢加强，其尿素氮的数量可增 $10\%\sim 100\%$ ，在身体机能状态正常的情况下，运动后次日晨尿素氮上升，但上升幅度在 $50\%$ 以下，这是出现了中度或重度运动性疲劳的表现，必须高度重视。若 $1\sim 2$ 日后晨尿素氮还逐日上升，这是重度运动性疲劳向过度疲劳发展的反应，必须立即调整运动负荷。

### 3. 其他

(1) 尿蛋白：运动后尿蛋白的数量与运动负荷有关，尤其与强度关系最大，在大运动负荷训练过程中，尿蛋白的排出量增多，这是出现中度或重度运动性疲劳的反应。 $1\sim 2$ 日后，在完成相同强度的训练时，尿蛋白明显减少，这是机能状况适应的表现。如果尿蛋白不减少反而增加，则提示出现了过度疲劳，必须立即降低运动强度或运动负荷。

(2) 用皮肤空间域来诊断疲劳：疲劳时，触觉机能下降，辨别皮肤两点最小距离能力下降的幅度，可以诊断疲劳的程度。在受试者双眼见不到的体表同一部位，运动前、后各测一次，疲劳时其阈值较安静时大 $1.5$ 倍以上为轻度疲劳， $2$ 倍以上为重度疲劳。

(3) 闪光频度融合：疲劳时视觉机能下降，可根据闪光频率融合阈值的大小来诊断疲劳的程度。通常以达到闪光融合时转盘每秒的转速作为阈值的标准。疲劳时，达到闪光融合时的转速会下降，人们常用每秒钟转速下降的周数，作为评定疲劳程度的指标。日本的中亚光雄建议：当闪光融合阈值下降 $3.9$ 转/秒以下时，为轻度疲劳；当闪光融合阈值下降 $4\sim 7.9$ 转/秒时，为中度疲劳；当闪光融合阈值下降 $8$ 转/秒以上时为重度疲劳。

(4) 唾液 pH: 由于长时间剧烈运动后, 乳酸生成增多, 血液 pH 下降, 则唾液 pH 也下降。因此, 测定唾液 pH 可用于判断运动性疲劳。测试时, 让受试者将口腔中的唾液消除掉, 然后使产生的唾液沿口唇流出, 用镊子把测试唾液 pH 的试纸贴在舌尖, 待其充分吸湿后取出, 立即与比色表对照, 以此来判断机体疲劳的状况。

## 二、综合应用方案

### (一) 推拿

推拿手法在缓解运动性疲劳方面有显著效果, 能达到调节血液循环、增强心血管功能、解除大脑的紧张与疲劳的功效, 并可改善由运动性疲劳造成的免疫功能下降的状况。在运动前、运动中、运动后均可进行。

#### 1. 运动前推拿(以下肢为例)

##### (1) 操作步骤:

- ① 受术者取俯卧位, 将下肢从近侧到远侧做推法 5~8 遍。
- ② 在下肢各大肌肉群做揉捏法 5~8 遍。
- ③ 对将要运动的主要关节做拿、揉 10 余遍。
- ④ 在重点部位做重推摩、重揉捏及重揉约 2 分钟。
- ⑤ 结束时, 进行搓和切击等兴奋手法, 最后以轻推结束, 然后再做专项准备活动。

##### (2) 操作要求:

- ① 手法要轻柔 and 缓, 要力量轻、速度慢、时间长、推拿面积大。
- ② 推拿时间一般在赛前 10~20 分钟。
- ③ 操作时间一般为 10~15 分钟。
- ④ 在赛前或训练前出现关节及肌肉无力时, 可在一般准备活动之后, 用较重的手法, 在短时间内, 快速小面积地进行局部推拿。

#### 2. 运动中推拿(以跑跳项目为例)

##### (1) 操作步骤:

- ① 受术者取俯卧位, 揉捏下肢的肌肉。
- ② 抖动下肢的肌肉。
- ③ 点按环跳、委中、足三里、悬钟、昆仑等穴位。
- ④ 受术者取仰卧位, 擦摩踝关节及膝关节。



⑤ 受术者取坐位，拍打肩关节。

## (2) 操作要求:

① 重点做运动负荷较大的肌群。

② 先用柔和的手法，再用较重而快速的手法进行按摩。

③ 操作时间一般为 1~3 分钟，推拿结束后 9 分钟之内开始运动。

## 3. 运动后推拿

### (1) 操作步骤:

① 受术者取仰卧位，施术者站于其头前，双手拇指从印堂穴向左右分推至太阳穴，反复数次；再从印堂穴经神庭直推至风府穴，反复数次。

② 从上而下依次按揉胸腹璇玑穴、膻中穴、气海穴、俞府穴至腹股沟中点，反复多次。反复推拿大腿前内侧、前外侧肌肉，缓解肌肉僵硬。

③ 受术者取俯卧位，施术者双手拿两侧肩井穴 4~5 次，然后以双手掌由上至下反复揉搓背腰，并按大椎穴至八髎穴及脊柱两侧。

④ 推拿大腿后侧，拍打背腰部及下肢，最后双手握住足踝部抖动，并可点按环跳、委中、承山等穴。

### (2) 操作要求:

① 以四肢、项背部为推拿重点，头部、胸腹部为辅。

② 手法宜均匀柔和，力量适度，不宜过重。

## (二) 针刺

### 1. 穴位

以足三里、肾俞穴为主，可选用三阴交、合谷、阳陵泉、环跳、承山等穴。

### 2. 操作方法

受术者取俯卧位，针刺以使受术者得气，得气后反复提插捻转，用补法，使受术者感觉酸麻重胀，留针 20~30 分钟，每周 1~3 次，也可连续操作。

## (三) 灸法

### 1. 穴位

以足三里、气海穴为主，可选用百会、神阙、脾俞、肾俞、关元、命门等穴。



运动后推拿  
视频



运动性疲劳  
针刺视频



## 2. 操作方法

受术者取坐位或仰卧位，在选取穴位处施以回旋灸、温和灸或隔姜灸，受术者感觉温热深透，每次 30~60 分钟，每周 1~3 次，也可连续操作。

## （四）拔罐

### 1. 穴位

足太阳膀胱经的背俞穴。

### 2. 操作方法

受术者取俯卧位，施术者在背俞穴采用闪罐法操作，重点刺激心俞、膈俞、肝脾俞、肾俞等穴，局部留罐 10~15 分钟，每次操作 20~30 分钟，每周 1~3 次。

## （五）刮痧

### 1. 穴位

足三里穴及所在足阳明胃经，关元穴及所在任脉、肾俞穴及所在足太阳膀胱经。

### 2. 操作方法

受术者取俯卧位，局部涂润滑剂后，刮肾俞穴及所在足太阳膀胱经时，沿脊柱两侧从上到下，手法稍重；受术者取仰卧位，局部涂润滑剂后，刮关元穴及所在任脉，沿着任脉循行部分，腹部正中线刮痧，在关元穴用力稍大；刮足三里穴及所在足阳明胃经时，刮膝关节的前面足阳明胃经部分，重点刮足三里穴。

## （六）芳香疗法

在温水浴治疗时加入精油，可促进运动性疲劳消除。柠檬香茅、意大利蜡菊、冬青、杜松果、黑胡椒、姜、迷迭香等精油都是经典的舒缓类植物精油，可运用于对运动性疲劳的缓解。

## 第二节 运动性腹痛

### 一、概述及表现

#### （一）概述

运动性腹痛是指由于体育运动而引起或诱发的腹部疼痛。常在运动过程中或者运动结束后发生，主要见于中长跑、竞走、马拉松、自行车、篮球等运动项目。

引起运动性腹痛的原因较多，排除腹腔脏器本身病变后，其多与运动员的身体机能、训练水平、运动前准备活动等因素相关，其发病机理主要见于肝脾淤血、胃肠道痉挛或者胃肠道功能紊乱、呼吸肌痉挛等因素。

#### （二）表现

在运动中或运动后出现腹部疼痛，多在右上腹部，呈现钝痛、胀痛。也可出现在其他部位，多与引起原因直接相关，肝淤血肿胀为右上腹痛；脾淤血肿大为左上腹痛；胃痉挛、急慢性胃炎、胃十二指肠溃疡多为中上腹痛；阑尾炎、髂腰肌痉挛时，为右下腹痛；宿便刺激引起肠痉挛，为左下腹痛；呼吸肌痉挛，则季肋部痛。

运动性腹痛的发生和运动有直接关系，疼痛程度和运动负荷大小、运动强度密切相关。在小运动负荷和低强度运动时，腹痛往往不明显，而当运动负荷和运动强度增加时，腹痛则随之加剧。

### 二、综合应用方案

运动中出现腹痛应当减速慢跑，加强深呼吸，调整呼吸和运动节奏。必要时用手按压腹痛部位，或弯腰慢跑一段距离，一般腹痛可以减轻或消失。如无缓解立即停止运动。

## （一）推拿

### 1. 目的

缓解疼痛。

### 2. 手法

揉法、按揉、点穴等手法。

### 3. 基本操作

（1）揉腹：受术者取仰卧位，双腿略屈曲，使腹部放松；然后双手掌心搓热，将一手掌心或两手重叠放在肚脐位置，稍用力以顺时针方向按揉肚子 3~5 分钟。

（2）按揉足三里穴：拇指指腹环状按揉足三里穴 3~5 分钟，以局部出现酸胀感为宜。

（3）点按内关穴：拇指指端点按内关穴，辅以揉法 3~5 分钟，以局部出现酸胀感为宜。



运动性腹痛  
推拿视频

## （二）针刺

### 1. 穴位

以足三里、内关、合谷、三阴交等穴为主。

### 2. 操作方法

受术者取仰卧位，针刺使受术者得气，得气后反复提插捻转，平补平泻，受术者感觉酸麻重胀为宜。



运动性腹痛  
针刺视频

## （三）灸法

### 1. 穴位

足三里、中脘、神阙、天枢、内关、脾俞、胃俞等穴。

### 2. 操作方法

受术者取坐位或仰卧位，在选取穴位处施以回旋灸、温和灸或隔姜灸，以受术者感觉温热深透为宜，每次 30~60 分钟。

## 第三节 肌肉痉挛

### 一、概述及表现

#### （一）概述

肌肉痉挛俗称抽筋，是一种肌肉自发的强直性收缩。运动所导致的肌肉疲劳、动作不协调、寒冷刺激等可以导致肌肉痉挛。其中好发于小腿和脚趾的肌肉痉挛，发作时疼痛难忍，痉挛可持续几秒到几分钟，疼痛可持续较长时间。

引起肌肉痉挛的原因还不确切，但与低温刺激、电解质过多丢失、肌肉的收缩频率过快、肌肉损伤等因素有关。可发生于各种体育运动中，以游泳、跑步、足球等项目常见。

#### （二）表现

痉挛的肌肉疼痛难忍、触之僵硬，邻近关节因疼痛会出现暂时性功能障碍。

### 二、综合应用方案

#### （一）推拿

##### 1. 目的

松解肌肉，缓解痉挛。

##### 2. 手法

牵拉、揉、捏、拿、点按等手法。

##### 3. 基本操作

（1）牵拉痉挛肌肉：根据痉挛肌肉的起止点，以相反的方向牵引痉挛的肌肉，一般都可使其缓解。牵引时切忌用力过猛，用力宜均匀、缓慢。如腓肠肌痉挛时，在伸直膝关节基础上，用力将踝关节充分背伸；如屈踡肌和屈趾肌痉挛，可将足及足趾背伸。



肌肉痉挛推拿视频

(2) 局部肌肉放松：在痉挛肌肉处施以松解手法，可以采用揉、捏、拿、滚等手法，由轻到重，逐步放松痉挛肌肉。

(3) 点按穴位：点按痉挛肌肉附近的腧穴，如腓肠肌痉挛时，可点按委中、承山穴；屈踡肌和屈趾肌痉挛时，可点按涌泉、解溪穴。

(4) 结束手法：可采用拍、搓等方法结束。

## (二) 针刺

### 1. 穴位

足三里、三阴交、合谷、关元、阳陵泉、血海、环跳等穴。

### 2. 操作方法

受术者取仰卧位，针刺以使受术者得气，得气后反复提插捻转，平补平泻，使受术者感觉酸麻重胀。



肌肉痉挛针刺视频

## 第四节 过度训练

### 一、概述及表现

#### (一) 概述

过度训练是指运动员在训练累积或非训练应激中，出现身体疲劳难以缓解，导致运动成绩长期下降，可伴有或不伴有相关生理和心理征兆及不适症状，通常运动能力需要几周到几个月才能恢复的情况。一般认为，过度训练是一种训练与恢复、运动与运动能力、应激与应激耐受性之间的失衡状态。最常见于运动员，现在也见于普通运动人群，即在高强度超负荷体育锻炼后出现。

引起过度训练的原因较多，主要原因包括训练安排不合理，大运动负荷训练强度超过身体的机能，破坏内在稳定性时；训练方法单调、枯燥乏味，常见于运动新手；生活规律破坏，特别是睡眠不足；在身体机能不良的情况下，参加紧张的训练和比赛；饮食营养不合理；各种心理因素，如精神打击、情感挫折等都是诱发因素。过度训练的发生，多是由于多种因素联合导致。

## （二）表现

### 1. 早期表现

过度训练运动员的早期表现一般无特异性症状，很难与大强度训练后正常的疲劳感觉相区别。此时，充分的恢复会使其身体素质改善，运动成绩提高。恢复不足则会导致持续的疲劳感觉，并常伴随着肌肉酸痛，训练期间感觉非常吃力，训练中、比赛中的成绩不好。运动员常有以下表现：

（1）一般自觉症状：疲乏无力、倦怠、精神不振。

（2）对运动的反应：过度训练的早期表现为没有训练的欲望或厌烦训练，过度训练较重时表现为厌恶或恐惧训练，而且在训练中疲劳出现得早，训练后疲劳加重而不易恢复，运动成绩下降，动作协调性下降。

（3）神经系统：出现头晕、记忆力下降、精神不集中、易激动等症状，有的运动员还表现为入睡困难、多梦、早醒，严重时则表现为失眠头痛，有些运动员甚至还出现盗汗、耳鸣、眼花、直立性低血压、食欲下降等症状。

### 2. 晚期表现

晚期症状则会更加明显，并出现一系列全身多系统的异常表现：

（1）心血管系统：心悸、胸闷、气短、晨脉明显加快、运动后心率恢复缓慢、心律不齐等。举重、投掷等力量性项目的运动员，安静时和运动负荷后血压常明显偏高。

（2）消化系统：除出现食欲不振、食量减少外，还会出现恶心、呕吐、腹胀、腹痛、腹泻、便秘等症状。个别运动员可出现消化管出血症状。

（3）运动系统：常表现为肌肉持续酸痛、负荷能力下降，易出现肌肉痉挛、肌肉微细损伤等。当出现下肢过度训练时，可表现为过度使用症状：疲劳性骨膜炎、小腿胫前间隔和小腿外侧间隔综合征、应力性骨折、跟腱周围炎、髌腱周围炎。

（4）其他：过度训练的运动员常诉说全身乏力、体重下降；易发生感冒、腹泻、低热、运动后蛋白尿、运动性血尿、运动性头痛、脱发、浮肿、排尿不尽等症状。

## 二、综合应用方案

### （一）推拿

实施全身推拿，以头面部、腰背部推拿为重点，参考本书第一章第三节保健推拿操作。

### （二）针刺

#### 1. 穴位

主穴：足三里、三阴交、肾俞、百会穴。随症配穴：肌肉酸痛者用阿是穴；心悸失眠者用神门、内关穴；腹痛泄泻者用中脘、内关穴。

#### 2. 操作方法

快速进针、针刺以使受术者得气，得气后足三里、三阴交穴行提插捻转补法，配穴均用提插捻转泻法，留针 15~30 分钟，每天 1 次。



### 思考与实训

1. 什么是运动性疲劳？
2. 运动性腹痛的临床表现有哪些？
3. 肌肉痉挛的临床表现有哪些？
4. 过度训练的临床表现有哪些？

### ● ● ● 案例分析 ● ● ●

#### 一、运动性疲劳

患者王某某，女，25 岁，马拉松运动员。自述于 2 天前参加全马比赛后，感觉精神不振、全身无力、双腿发软、厌烦运动、面色苍白、下肢肌肉有酸沉感、动作迟缓、食欲不佳、入睡迟或失眠等症状。查体：肌力正常，肌张力正常，直腿抬高试验（-），髌骨研磨试验（-），压髌股四头肌收缩试验（-），舌淡苔白脉细弱。

任务一：请针对该患者给出诊断、治疗原则及治疗处方。





案例 1 分析

思路



案例 2 分析

思路



案例 3 分析

思路



案例 4 分析

思路

任务二：请针对该患者进行推拿操作。

任务三：请针对该患者进行艾灸操作。

## 二、运动性腹痛

患者张某某，男，17岁，篮球运动员。自述在篮球训练过程中突然感觉腹部疼痛，难以忍受，遂终止训练。查体：患者右上腹部呈现钝痛，腹壁紧张，无压痛及反跳痛，腹射试验（-）腹壁紧张试验（-）墨菲征（-），腹部影像学检查无异常。

任务一：请针对该患者给出诊断、治疗原则及治疗处方。

任务二：请针对该患者进行推拿操作。

任务三：请针对该患者进行艾灸操作。

## 三、肌肉痉挛

患者杨某，女，38岁，教师。自述在练习瑜伽过程中突然右小腿后侧痉挛性抽筋，难以忍受，痉挛持续5~8秒，当天天气寒冷，穿衣单薄，疼痛发生后终止练习。查体：肌力、肌张力与健侧无差异，直腿抬高试验（-）。平常体健，无其他异常。

任务一：请针对该患者给出诊断、治疗原则及治疗处方。

任务二：请针对该患者进行推拿操作。

任务三：请针对该患者进行针刺操作。

## 四、过度训练

患者欧阳某某，男，18岁，体育高考生。自述临近体育高考，心情急迫想提高运动成绩，随即运动强度和运动时间都加大，4日后出现疲乏无力、倦怠、精神不振、记忆力下降、入睡困难、多梦、早醒等症状。查体：心电图正常、血常规正常、肌反射正常，肌力、肌张力无异常。平常体健，无其他病史。

任务一：请针对该患者给出诊断、治疗原则及治疗处方。

任务二：请针对该患者进行推拿操作。

任务三：请针对该患者进行针刺操作。

## 第九章

# 躯干常见运动损伤的中医传统疗法应用

### ● 本章导读

体育运动不仅可以促进机体健康，提高身体素质，还可以陶冶情操，但在运动中，运动损伤也是不可避免的。中医传统疗法对运动损伤具有较好的治疗作用。本章一方面简明扼要地介绍躯干常见运动损伤的概念、症状与诊断，指导学习者在遇到躯干运动损伤时能够进行正确诊断；另一方面在学习者掌握上篇操作技能的基础上，详述了中医传统疗法在躯干常见运动损伤中的综合应用。

### ● 学习目标

#### 1. 知识目标

- (1) 熟悉躯干常见运动损伤的病因、病机及检查。
- (2) 掌握躯干常见运动损伤的定义、临床表现及诊断依据。
- (3) 掌握躯干常见运动损伤常用的中医传统疗法方案。

#### 2. 能力目标

- (1) 能对躯干常见运动损伤进行正确诊断。
- (2) 能根据躯干不同运动损伤合理运用中医传统疗法，并能够正确操作。
- (3) 能够运用所学的理论知识对运动员和运动爱好者进行健康宣讲及指导。

#### 3. 素养目标

- (1) 牢固专业思想，培养学习和应用中医传统疗法的热情，树立中医文化自信。
- (2) 养成精益求精、守正创新的工匠精神，以及拼搏进取的体育精神。
- (3) 养成“医者仁心”的职业道德。

“

## 中医特色诊疗技术助克罗地亚运动员重返赛场

成都大运会时，一名克罗地亚艺术体操运动员在训练场备战次日比赛，在一次常规的起跳—落地动作后出现剧烈腰痛，无法站立。成都体育医院（原成都体育学院附属医院）筋伤科副主任黄义专、但晶、李芸第一时间从派驻在运动员训练场馆旁的医疗点赶到现场，对运动员进行了快速的伤病评估。

针对积极备战比赛的运动员来说，需要快速对病情作出判断。黄义专医生表示：“现场没有辅助检查可以参考，因为涉及兴奋剂问题，也不能使用中药，治疗手段有限，只能根据累积的临床经验及技术来对症治疗，尽量做到‘立竿见影’，并且运动员对自身控制更为敏感，对身体变化的敏感性高于常人，一点点的异常都能感受出来，需要医生精准治疗才能达到较好的疗效。”

鉴于后续赛程时间紧迫，运动员及教练员无法前往定点医疗机构，医护团队决定采用“郑氏伤科”手法为患者治疗，经过 20 分钟的郑氏手法点穴按摩，受伤运动员的疼痛得到快速缓解。

摘自：封面新闻

## 第一节 颈部扭挫伤

### 一、概述及诊断依据

#### （一）概述

颈部扭挫伤是常见的颈部损伤，主要是由于颈部活动频繁，活动方向较广，活动范围较大而引起的。本病好发于体操、跳水、摔跤、拳击、排球、足球、篮球等运动员。

本病可因突然扭转或前屈、后伸而受伤。如在打篮球投篮时，头部突然后仰；进行冰雪、拳击等运动时，颈部过度扭转或头部受到暴力冲击等均可引起颈部扭挫伤，轻者造成肌肉、筋膜、韧带拉伤，肌纤维破裂，局部出血，炎性物渗出，水肿等病理改变，严重者可出现颈椎脱位或半脱位，引起颈部韧带断裂、颈椎间盘突出形成脊髓受压，甚至危及生命。

#### （二）诊断依据

##### 1. 临床表现

- （1）起病急，有明确的外伤史。
- （2）疼痛：扭伤者可呈现颈部一侧疼痛。
- （3）颈项部活动受限：头多偏向患侧，活动受限。
- （4）肌肉痉挛：颈项部肌肉痉挛，在痛处可触及肿块或条索状硬结。
- （5）肿胀和压痛：挫伤者局部有轻度肿胀，偶有瘀斑，压痛明显。
- （6）其他：伤及气管和食管，可引起吞咽困难、声音嘶哑；伤及交感神经，可引起恶心、头晕、视力模糊、耳鸣，甚至可出现心前区疼痛。若损伤严重，可致脊髓受伤，表现为上肢瘫痪症状重于下肢，手功能障碍重于肩肘部，出现感觉分离等。
- （7）查体：检查时可发现颈前肌肉、颈后肌肉或斜方肌有痉挛，在疼痛处可见局部轻度肿胀和压痛，颈部各方向活动均引起疼痛，活动明显受限。

## 2. 影像学检查

X 射线片可见颈椎生理弧度改变，棘突排列紊乱，严重者可见椎体撕脱骨折、棘突骨折等。MRI 检查可见颈部局部软组织水肿，甚至局部血肿，韧带撕裂，并可排除颈椎骨折、脱位、颈椎间盘突出。

## 二、综合应用方案

### （一）推拿手法

#### 1. 目的

祛瘀止痛，舒筋活络，减轻肌肉痉挛。

#### 2. 手法

点穴法、提法、揉法、摇转法、扳伸推按法等。

#### 3. 基本操作

（1）点穴开筋：受术者正坐，施术者立于其背后，依次点百会、风池、肩井、天宗、天柱等穴，以舒筋活络，减轻肌肉痉挛。

（2）提端摇转法：以右侧损伤为例。施术者站于受术者背后，将双手拇指放在受术者枕骨后方，其余四指托住下颌，双前臂压住受术者双肩。施法时，将受术者头向上方提，在拔伸下旋转摇晃头颈部；然后将颈部前屈、后伸，下颌旋向患侧，施术者倒手，以左手托受术者下颌，以左枕部抵住受术者右枕部，并保持牵引力；用右手按压所伤之筋，并自上而下施用揉捻手法，同时将受术者头向健侧旋转。

（3）扳伸推按法：以右侧筋伤为例。施术者站于受术者右侧，与受术者相对。施术者以右手掌推按住伤处的上方，左手拿住受术者右手诸指，并使其屈肘，以施术者之肘压受术者之肘，然后双手缓缓用力，向相反的方向推按，使颈部肌肉舒展。

### （二）针刺疗法

#### 1. 穴位

可针刺列缺、后溪、阳陵泉、申脉、悬钟等穴。

#### 2. 基本操作

取合适毫针针刺，以使受术者得气，得气后反复提插捻转，使受术者感觉酸麻重胀。留针 10 分钟，并间隔行针，此间嘱受术者活动颈部。

颈部扭挫伤  
推拿视频

### （三）灸法

采用温针灸，将针刺入腧穴得气后留针，将纯净细软的艾绒捏在针尾上，或用艾条一段（长1~2厘米）插在针柄上，点燃施灸。待艾绒或艾条烧完后除去灰烬，将针取出。每日1次，6次为1个疗程。

常用穴：后溪、颈肩部阿是穴。

## 第二节 急性腰扭伤

### 一、概述及诊断依据

#### （一）概述

急性腰扭伤是指腰部肌肉、筋膜、椎间关节、腰骶关节的急性损伤，俗称闪腰、岔气。属中医“淤血腰痛”范畴，是常见的运动损伤，以青壮年和运动爱好者多见。平素缺乏锻炼者偶尔参加劳动也易发生急性腰扭伤。本病男性受术者多于女性，好发于田径类、球类、摔跤、武术、举重等运动员。

本病致病原因很多，最常见的有动作失调、姿势不良、重心失衡或准备活动不足等，大多由间接暴力造成。人体在某种状态下腰部肌肉强烈收缩，使肌肉和筋膜受到过度牵拉、扭曲，甚至撕裂，导致血离经脉，淤积体内，气机受阻，不通则痛。损伤的程度常因受力的大小、组织损伤的程度不同而有差异。

#### （二）诊断依据

##### 1. 临床表现

（1）多有腰部扭挫伤史。

（2）疼痛：腰部一侧或两侧疼痛剧烈，活动、咳嗽、打喷嚏，甚至深呼吸时疼痛加剧。轻者伤时疼痛不明显，数小时后或次日症状加重。严重者腰部当即呈撕扯样疼痛，不能坐立、行走，疼痛有时可牵涉到一侧或两侧臀部及大腿后侧，甚至卧床难起，辗转困难。受术者常用两手撑腰，借

以防止因活动而发生更剧烈的疼痛。

(3) 腰肌紧张：腰肌呈紧张状态，常见一侧肌肉高于另一侧。

(4) 活动受限：有时可见脊柱腰段生理性前曲消失，甚至出现侧曲。腰部各个方向活动均受限，特别是前屈受限明显，检查时见受术者上床、翻身、起坐困难。

(5) 压痛：损伤早期，绝大多数受术者在腰骶关节、髂棘后部或第3腰椎横突处有明显的局限性压痛。

(6) 特殊检查：直腿抬高试验及拾物试验呈阳性，加强试验为阴性，可与腰椎间盘突出症压迫神经根引起的下肢痛相鉴别。

## 2. 影像学检查

X射线片可见脊柱腰段生理性前曲消失或有轻度侧曲。

## 二、综合应用方案

### (一) 推拿手法

#### 1. 目的

缓解肌肉、血管痉挛，增进局部血液循环，消除瘀滞，加速淤血早日吸收，促进组织修复。

#### 2. 手法

按揉法、推法、扳法、揉摸法等。

#### 3. 基本操作

受术者取俯卧位或侧卧位。

(1) 按揉法：受术者取俯卧位，肢体放松。施术者用两手拇指指腹或掌根，先自大杼穴开始由上而下按揉，再点按环跳、承扶、委中、承山、昆仑等穴，以疏通经脉。

(2) 推法：受术者取俯卧位，揉推其两侧腰肌，着重于痉挛一侧。由周围逐步向痛点推理，再在痛点上方将竖脊肌向外下方推理直至髂后上棘，反复操作3~4次。

(3) 斜扳法：受术者取侧卧位，患侧在上，髋、膝关节屈曲，健侧髋、膝关节伸直。施术者立于受术者前侧或背侧，一手置于其肩部，另一手置于其臀部，两手相对用力，使受术者上身和臀部做反向旋转（肩部旋后，臀部旋前，同时令受术者腰部尽量放松），活动到最大限度时，用力做一稳

急性腰扭伤  
推拿视频



定推扳动作。往往可听到清脆的弹响声，腰痛一般可随之缓解。

(4) 扳法：按腰扳腿，一手按住受术者腰部，另一手前臂及肘部托住受术者一侧小腿上段，手反扣大腿下段。双手配合，下按腰部及托提大腿相对用力，有节奏地使下肢起落数次，随后摇晃、拔伸下肢，有时可闻及响声。同法再做健侧。

(5) 揉摸法：以掌根或小鱼际着力，在受术者腰骶部行揉摸手法。以患侧及痛点处为主，边揉摸边滑动，以局部感到微热为宜。

## (二) 针刺疗法

### 1. 穴位

可针刺肾俞穴、大肠俞穴、委中穴、承山穴、阿是穴、后溪穴、委中穴等。

### 2. 基本操作

采用强刺激手法，留针 10 分钟。亦可行手针治疗，在手背腕横纹远侧 1.5 寸，第 2 伸指肌腱桡侧、第 4 伸指肌腱尺侧处，用两根长毫针，分别斜刺于伸指肌腱与掌骨之间，进针 5~8 分，用捻转、提插、强刺激手法，同时令受术者做弯腰活动，腰痛缓解后即拔针。

## (三) 灸法

采用灸盒灸，将灸盒安放于腰部疼痛部位，取用合适的艾段或艾绒，点燃置放于灸盒内中下部的铁纱上，盖上盒盖。灸至受术者有温热舒适无灼痛的感觉、皮肤稍有红晕为度。如受术者感到灼烫，可略掀开盒盖或抬起灸盒，使之离开皮肤片刻，旋即放下，再行灸治，反复进行，直至灸足应灸的量。一般灸 15~30 分钟，灸毕，移去灸盒，取出灸艾并熄灭灰烬，10 次为 1 个疗程。

用穴：腰部阿是穴。

## (四) 拔罐法

采用刺络拔罐，将腰痛处常规消毒后，用三棱针或粗毫针、皮肤针、一次性采血针等点刺，或叩打出血后，再拔罐，可加大出血量，加强刺络疗法的效果。起罐后用消毒棉球擦净。



急性腰扭伤  
针刺疗法视  
频

## （五）贴敷法

### 1. 处方

丁香 10 克，樟脑 6 克，红花 12 克。

### 2. 用法

上药共研细末，调白酒。外贴敷腰部，可用绷带固定，每日 1 次，连续敷药 3~5 次。

## 第三节 慢性腰肌劳损

### 一、概述及诊断依据

#### （一）概述

慢性腰肌劳损是指积累性外力等原因导致肌肉、韧带、筋膜等软组织的无菌性炎症，而引起以腰痛为主要症状的慢性伤病。本病多见于中老年人，但近年来发现青壮年发病也占相当比例。好发于体操、武术、举重、高尔夫球、跆拳道等运动员。

腰肌劳损是腰痛中最常见的一种，常常没有明显外伤，是由于长期下蹲弯腰工作，腰背部经常性地过度负重、过度疲劳或工作时姿势不正确，或并有腰部解剖特点和缺陷等所致，但亦可由于腰部急性损伤治疗不及时、治疗不当或反复受伤后遗留为慢性腰痛。

#### （二）诊断依据

##### 1. 临床表现

（1）多有腰部急性损伤迁延或腰部慢性劳损史。

（2）腰痛：腰部隐痛，反复发作，时轻时重，劳累后加重，休息后减轻。弯腰困难，若勉强弯腰则疼痛加剧，适当活动或经常变换体位后腰痛可减轻。腰部喜暖怕凉，腰痛常与天气变化有关。常喜两手捶腰，以减轻疼痛。

（3）压痛：单纯性腰肌劳损的压痛点常位于棘突两旁的骶棘肌处、髂

肌后部或骶骨后面的骶棘肌附着点处。若有棘上或棘间韧带劳损，压痛点则位于棘突上或棘突间。

(4) 检查脊柱外形一般无异常，有时可见腰椎生理曲度变浅，严重者腰部功能可略受限。直腿抬高试验阴性，神经系统检查无异常。

## 2. 影像学检查

X 射线检查多无异常改变，部分受术者可有脊柱腰段的轻度侧弯，或有腰椎骶椎先天性畸形，或伴有骨质增生。

## 二、综合应用方案

### (一) 推拿手法

#### 1. 目的

消除无菌性炎症及粘连，改善并恢复腰部肌肉功能。

#### 2. 手法

常选用揉、按揉、点压、肘压、弹拨、擦等手法。

#### 3. 基本操作

(1) 沿腰臀部两侧膀胱经往返施以揉法、按揉法，上下往返施术 5~6 遍，然后用掌根在压痛点按揉 1~2 分钟。

(2) 用双手按压两侧三焦俞、肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、膀胱俞、八髎、秩边等穴，以酸胀为度。

(3) 受术者取侧卧位，施术者与受术者面对面，施以腰部斜扳法，左右各 1 次；再仰卧位，做屈髋屈膝被动活动数次，以调整腰椎后关节紊乱。

(4) 在腰臀部及沿大腿后外侧再施以揉法、按揉法；在腰背两侧膀胱经及八髎穴处施以直擦法，腰骶部施以横擦法，以透热为度。最后用五指或虚掌有节律地叩打腰背及下肢膀胱经部位，用力由轻到重，以受术者能忍受为度。

### (二) 针刺疗法

#### 1. 穴位

可针刺阿是穴、肾俞穴、志室穴、委中穴、腰阳关穴、昆仑穴等。

#### 2. 基本操作

受术者取合适体位，施术者取合适毫针，针刺上述穴位，采用强刺激

腰肌劳损针  
刺疗法视频

手法，留针 10 分钟。取针后可热敷。

### （三）灸法

#### 1. 悬灸（温和灸）

每穴灸 15~20 分钟，灸至以受术者感觉舒适为宜，局部皮肤潮红为度，每日灸 1~2 次。

常用穴：肾俞穴、大肠俞穴、阿是穴、委中穴。

#### 2. 回旋灸

一般每穴灸 10~15 分钟，移动范围在 3 厘米左右。

常用穴：肾俞穴、大肠俞穴、腰阳关穴、腰眼穴、志室穴、阿是穴（痛点）。

#### 3. 温针灸

将针刺入腧穴得气后留针，将纯净细软的艾绒捏在针尾上，或用艾条一段（长 1~2 厘米）插在针柄上，点燃施灸。待艾绒或艾条烧完后除去灰烬，将针取出。

常用穴：肾俞穴、大肠俞穴、腰阳关穴、腰眼穴、委中穴、阿是穴（痛点）。

### （四）刮痧法

#### 1. 辨证归经

根据腰肌劳损受术者症状进行辨证归经，多以督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经为主。

#### 2. 常用主穴

命门、腰阳关、腰夹脊、肾俞、气海俞、大肠俞、环跳、委中、阳陵泉穴。

#### 3. 刮痧操作

刮痧用平补平泻法，1 周 1~2 次。

### （五）中药熏蒸法

#### 1. 证型

腰肌劳损——寒湿型。

## 2. 熏蒸方药

人参、黄芪、太子参、红花、三七、丹参、首乌、川断、五加皮、伸筋草、千年健、水牛角、威灵仙、皂角刺。

## 3. 操作方法

传统熏蒸方法：将上述药物按照一定比例研末，每次将药物 24 克放入布袋中，扎口后放入电热杯内，杯内盛水 700 毫升，通电加热使水一直处于沸腾状态，电热杯功率为 300~400 瓦。人平躺架空腰部裸露，杯在腰下相距 30 厘米左右，保持皮肤热而不烫，腹部盖上浴巾，两边下垂拢气。

器械熏蒸方法：采用全身中药熏蒸机，治疗时将熏蒸机机舱盖好加热，产生蒸汽，由气孔送入治疗舱内，受术者的头部暴露在舱外，体位采取仰卧位，充分暴露受术者，气孔对准受术者腰部，调节好参数，温度一般在 40℃ 左右。

## 4. 注意事项

温度以自觉舒适为度，避免烫伤，每次治疗 30~40 分钟，每日 1~2 次。10~15 天为 1 疗程。

# 第四节 腰椎间盘突出症

## 一、概述及诊断依据

### （一）概述

腰椎间盘突出症又称腰椎间盘突出纤维环破裂髓核突出症，是指因腰椎间盘发生退变，在外力作用下使纤维环破裂、髓核突出，刺激或压迫神经根，而引起以腰痛及下肢坐骨神经放射痛为特征的疾病。

本病的发生有内因和外因两个方面，内因主要是腰椎间盘退变，外因主要是腰部扭伤。好发于 20~40 岁青壮年，男性多于女性，是临床最常见的腰腿痛疾患之一，也是常见的运动创伤，好发于举重、跨栏、投掷及体操项目的年轻运动员。

## （二）诊断依据

### 1. 临床表现

（1）外伤史：有腰部外伤、慢性劳损或受寒湿史。大部分受术者发病前有慢性腰痛史。

（2）腰腿痛：腰痛向臀部及下肢坐骨神经放射，腹压增加（如咳嗽、喷嚏、用力排便）时疼痛加重，步行、弯腰、伸膝起坐等牵拉神经根的动作也可使疼痛加剧，屈髋屈膝、卧床休息可使疼痛减轻。

（3）麻木：病程长久，其下肢放射痛部位感觉麻木，伴发冷、无力。

（4）腰部畸形：腰肌紧张、痉挛，腰椎生理前凸减少、消失或后凸畸形，不同程度的脊柱侧弯。

（5）腰部压痛和叩击痛：突出的椎间隙棘突旁有压痛和叩击痛，并沿患侧的大腿后侧向下放射至小腿外侧、足跟部或足背外侧。沿坐骨神经走行部位有压痛。

（6）腰部活动受限：急性发作期腰部活动可完全受限，绝大多数受术者腰部屈伸和左右侧屈功能活动呈不对称受限。

（7）皮肤感觉障碍：受累神经根所支配区域的皮肤感觉异常，早期多为皮肤过敏，渐而出现麻木、刺痛及感觉减退。

（8）受压神经根支配的肌肉可出现肌力减退、肌萎缩。

（9）腱反射减弱或消失： $L_4$ 神经根受压，引起膝反射减弱或消失。 $S_1$ 神经根受压，引起跟腱反射减弱或消失。

（10）特殊检查：直腿抬高试验阳性，直腿抬高加强试验阳性，屈颈试验阳性，仰卧挺腹试验与颈静脉压迫试验阳性，股神经牵拉试验阳性。

### 2. 影像学检查

（1）X射线检查：脊柱侧弯，腰部生理前凸消失，病变椎间盘可能变窄，相邻边缘有骨赘增生。

（2）造影检查：椎间盘造影能显示椎间盘突出的具体情况。单纯造影检查现临床已较少使用。

（3）CT、MRI检查：可清晰地显示出椎管形态、髓核突出的解剖位置和硬膜囊神经根受压的情况，必要时可加以造影。

### 3. 其他检查

根据异常肌电图的分布范围可判定受损的神经根及其对肌肉的影响程

度，但一般神经根受累 3 周后肌电图才出现异常。

## 二、综合应用方案

### （一）推拿手法

#### 1. 目的

松解腰部肌肉紧张痉挛，降低椎间盘内压力而增加椎间盘外压力从而使突出物回纳，缓解神经根受压状态；加强气血循行，促使神经根及周围软组织水肿的吸收和受损组织的修复。

#### 2. 手法

按压法、揉法、滚法、弹拨法、斜扳法、拔伸法、擦法等。

#### 3. 基本操作

（1）在患侧腰臀及下肢部施以按压法、揉法、滚法、弹拨法等手法，重点刺激腰部夹脊穴、阿是穴、肾俞穴、大肠俞穴、环跳穴、委中穴、阳陵泉穴、承山穴等，以及肌肉紧张痉挛处。

（2）受术者取俯卧位，对其施以纵向拔伸法以拉宽椎间隙而降低椎间盘内压力；然后在受术者腰部病变节段施以双手掌有节奏的按压法，同时可适当施以下肢后伸扳法或侧卧位施以斜扳法。

（3）在受术者腰腿痛区域施以滚法、按揉法、弹拨法等手法。

（4）在腰部及腰骶部涂抹介质，施以擦法，以透热为度。



腰椎间盘突出症推拿疗法视频

### （二）针刺疗法

#### 1. 穴位

可针刺肾俞、腰夹脊、八髎、环跳、承扶、风市、阳陵泉、委中、承山、昆仑等穴。

#### 2. 基本操作

受术者取俯卧位，施术者取合适毫针，针刺上述穴位，得气后留针 10~15 分钟。



腰椎间盘突出症针刺疗法视频

### （三）灸法

#### 1. 温和灸

每穴灸 15~20 分钟，灸至局部皮肤潮红为度，每日灸 1~2 次。



常用穴：肾俞穴、大肠俞穴、腰阳关穴、阿是穴。

## 2. 回旋灸

一般每穴灸 10~15 分钟，移动范围在 3 厘米左右。

常用穴：背俞穴、大肠俞穴、腰阳关穴、腰眼穴、阿是穴。

## 3. 温针灸

将针刺入腧穴得气后并给予适当补泻手法而留针时，将纯净细软的艾绒捏在针尾上，或用艾条一段（长 1~2 厘米）插在针柄上，点燃施灸。待艾绒或艾条烧完后除去灰烬，将针取出。

常用穴：肾俞穴、大肠俞穴、腰阳关穴、腰眼穴、委中穴、阿是穴。

## 4. 隔姜灸

一般各穴每次施灸 5~7 壮，每日灸 1~2 次。

常用穴：肾俞穴、大肠俞穴、腰阳关穴、腰眼穴、阿是穴。

## 5. 灸盒灸

施灸时，把灸盒安放于应灸部位的中央，点燃艾卷后，置铁纱上，盖上盒盖，放置穴位或患处。每次可灸 15~30 分钟。

常用穴：肾俞穴、阿是穴。

# （四）中药熏蒸法

## 1. 证型

气滞血瘀型

## 2. 熏蒸方药

川芎 30 克，羌青 30 克，苍术 20 克，药曲草 30 克，秦艽 20 克，益母草 30 克，当归 20 克，桂枝 20 克，桑枝 20 克，山鸡血藤 30 克，刺红花 15 克，防己 20 克，雷公藤 30 克，木瓜 30 克，威灵仙 30 克，独摇草 30 克，甘草 20 克，舒筋草 30 克等。

## 3. 操作方法

采用全身熏蒸床。将药物加水至 2 000 毫升浸泡，30 分钟后进行煎煮，将煮好的药汁放入全身熏蒸床，根据年龄、病情及耐热的程度调节适当温度，熏蒸时充分暴露熏蒸部位，2 次 / 天，30 分钟 / 次。

## 4. 注意事项

- （1）保护受术者隐私，治疗时使用屏风或隔帘遮挡，注意防寒保暖。
- （2）调节适当温度，避免发生烫伤。

(3) 治疗结束后,用毛巾擦净熏蒸部位水渍,防止风寒入侵。

(4) 熏蒸过程中,如发生心慌、气短、头昏、恶心呕吐等不适,应立即停止治疗,遵医嘱对症处理。

## (五) 贴敷法

### 1. 处方

川乌 10 克,草乌 10 克,马钱子 12 克,三七 20 克。

### 2. 用法

上药共研细末,调拌米醋。外贴敷患处,隔日 1 次,连续贴敷 10~30 次。



## 思考与实训

1. 颈部扭挫伤的临床表现有哪些?
2. 急性腰扭伤的临床表现有哪些?
3. 如何鉴别诊断慢性腰肌劳损和腰椎间盘突出症?
4. 慢性腰肌劳损可以采用哪些中医传统疗法?

## 案例分析

### 一、颈部扭挫伤

患者王某某,女,25 岁,短道速滑运动员。自述在训练中因突然扭转,颈部骤然疼痛,转动加重,活动受限。查体:扣顶试验(-),牵拉试验(+),X 射线片可见颈椎生理弧度改变,棘突排列紊乱,MRI 检查可见颈部局部软组织水肿。既往体健,无其他不适。舌淡苔白脉涩。

任务一:请针对该患者给出诊断、治疗原则及治疗疗程。

任务二:请针对该患者进行推拿操作。

任务三:请针对该患者进行艾灸操作。

### 二、急性腰扭伤

患者李某,男,22 岁,举重运动员。自述训练中因做准备活动不



案例 1 分析  
思路



案例 2 分析  
思路



案例 3 分析  
思路



案例 4 分析  
思路

充分, 突然出现腰部疼痛。查体: 腰部广泛性压痛、腰 4~5 椎体旁疼痛加剧, 无瘀斑瘀点, 无红肿, 臀部、腿部无不适, 直腿抬高试验(-), “4”字试验(-), X 射线片可见脊柱腰段生理性前曲消失。既往体健, 无其他不适。舌淡苔白脉涩。

任务一: 请针对该患者给出诊断、治疗原则及治疗疗程。

任务二: 请针对该患者进行推拿操作。

任务三: 请针对该患者进行针刺操作。

### 三、腰肌劳损

患者赵某某, 女, 20 岁, 摔跤运动员。主述腰痛两年, 一周前加重。查体: 腰部广泛性压痛、L<sub>4~5</sub> 旁疼痛加剧, 无瘀斑瘀点, 无红肿, 臀部、腿部无不适, 直腿抬高试验(-), “4”字试验(-), X 射线片可见脊柱腰段生理性前曲消失。既往体健, 无其他不适。

任务一: 请针对该患者给出诊断、治疗原则及治疗疗程。

任务二: 请针对该患者进行推拿操作。

任务三: 请针对该患者进行针刺操作。

### 四、腰椎间盘突出症

患者阳某某, 男, 50 岁, 教练员。主述腰痛十多年, 近期加重三天。查体: 腰部广泛性压痛、L<sub>4~5</sub> 旁疼痛加剧, 无瘀斑瘀点, 无红肿, 臀部放射性疼痛至小腿外侧, 腿部无力, 腿部及腰部发凉, 直腿抬高试验(+), 加强试验(+), “4”字试验(-), CT 检查显示 L<sub>4~5</sub>、L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 髓核突出、硬膜囊神经根受压。既往体健, 无其他不适。

任务一: 请针对该患者给出诊断、治疗原则及治疗疗程。

任务二: 请针对该患者进行推拿操作。

任务三: 请针对该患者进行温针灸操作。

## 第十章

# 上肢常见运动损伤的中医传统疗法应用

### ● 本章导读

本章介绍上肢常见运动损伤的中医传统疗法应用，包括上肢常见运动损伤的概念、症状、诊断及中医传统治疗的方法。通过本章的学习，学习者在遇到上肢常见运动损伤时能够进行正确的诊断，选择合适的中医传统疗法综合对上肢常见运动损伤进行治疗。

### ● 学习目标

#### 1. 知识目标

- (1) 熟悉上肢常见运动损伤的病因、病机及检查方法。
- (2) 掌握上肢常见运动损伤的定义、临床表现及诊断依据。
- (3) 掌握上肢常见运动损伤常用的中医传统疗法方案。

#### 2. 能力目标

- (1) 能对上肢常见运动损伤进行正确诊断。
- (2) 能根据上肢运动损伤合理运用中医传统疗法，并能够正确操作。
- (3) 能够运用所学的理论知识对运动员和运动爱好者进行健康宣讲及指导。

#### 3. 素养目标

- (1) 牢固专业思想，培养学习和应用中医传统疗法的热情，树立中医文化自信。
- (2) 养成精益求精、守正创新的工匠精神，以及拼搏进取的体育精神。
- (3) 养成“医者仁心”的职业道德。

“

## 高尔夫球手的伤，羽毛球冠军的病

伦敦奥运会羽毛球男子双打奥运冠军傅海峰，曾因患“高尔夫球肘”差点与在武汉举行的“汤尤杯”赛无缘。我国著名运动体能康复专家陈方灿立即与教练组、医疗组对傅海峰伤情进行了仔细的评估和讨论，作出了全方位的攻克计划“四面出击”：一是在训练比赛之前，对傅海峰的伤部做针对性极强的准备活动；二是在训练比赛之后，及时对其伤部进行冰敷，控制炎症的发展；三是每天晚上对症进行治疗和康复；四是在每天专项训练的时间内，针对“高尔夫球肘”进行体能康复训练。几堂课下来，傅海峰大力挥拍和击球的力度、次数明显增加了，伤肘的能力逐渐恢复了。他如期参加了“汤尤杯”赛，也如愿夺得了男双冠军。

摘自：《新体育》

## 第一节 肩袖损伤

### 一、概述及诊断依据

#### (一) 概述

肩袖又称肌腱袖,是由冈上肌、冈下肌、肩胛下肌、小圆肌的肌腱组成的扁而宽的共同肌腱。肩袖损伤是指由上述骨骼肌的肌腱共同组成的肩袖合并肩峰下滑囊损伤的炎症病变。

本病主要是由于肱骨大结节反复超常范围急剧转动(尤其是外展),或肱骨大结节与肩峰和喙肩韧带反复摩擦所致。好发于体操、投掷、排球、举重、游泳等运动,这些运动要求肩关节反复完成大幅度的转肩活动。在反复转肩过程中,肩袖肌腱与肩峰、喙肩韧带反复摩擦,或者肌肉的反复牵拉,使肌腱、滑囊发生细微损伤或劳损。

#### (二) 诊断依据

##### 1. 临床表现

(1) 外伤史:急性损伤史,以及重复性或累积性损伤史。

(2) 疼痛:常见部位是肩前方痛,位于三角肌前方及外侧。急性期疼痛剧烈,呈持续性;慢性期呈自发性钝痛。在肩部活动后或增加负荷后症状加重。被动外旋肩关节也使疼痛加重。夜间症状加重是常见的临床表现之一。

(3) 肩关节活动受限:大部分肩袖断裂者,主动肩上举及外展功能均受限,但被动活动范围无明显受限。外展与前举范围均小于 $45^{\circ}$ 。

(4) 压痛:压痛多见于肱骨大结节处,或肩峰下间隙部位。

(5) 肌肉萎缩和关节继发性挛缩:病史超过3周以上者,肩周肌肉有不同程度的萎缩,以三角肌、冈上肌及冈下肌较常见。病程超过3个月者,肩关节活动范围有不同程度的受限,以外展、外旋及上举受限较明显。

##### 2. 特殊检查

(1) 肩坠落试验:被动抬高患臂上举 $90^{\circ} \sim 120^{\circ}$ 范围,撤除支持,患

臂不能自主支撑而发生臂坠落和疼痛即为阳性。

(2) 撞击试验：向下压迫肩峰，同时被动上举患臂，如在肩峰下间隙出现疼痛或伴有上举不能时为阳性。

(3) 疼痛弧征：患臂上举  $60^{\circ} \sim 120^{\circ}$  范围出现肩前方或肩峰下区疼痛时即为阳性。

(4) 孟肱关节内摩擦音：孟肱关节在主动运动或被动活动中出现摩擦声或轧砾音，常由肩袖断端的瘢痕组织引起。

### 3. 影像学检查

X 射线检查用关节内充气或碘油造影，发现肩关节腔与肩峰下滑囊阴影相互贯通，表示肩袖完全破裂。

## 二、综合应用方案

### (一) 推拿手法

#### 1. 目的

早期慎用推拿手法。在功能恢复期可采用推拿手法松解肩部粘连，改善肩关节活动并促进关节功能恢复。

#### 2. 手法

揉法、拿捏法、弹拨法、拿揉法、指推法、拔伸法、摇法、抖法等。

#### 3. 基本操作

(1) 受术者取健侧卧位，施术者于受术者背侧对其患侧肩背部行揉法，再自上而下拿捏肩部及冈上肌和上臂肌肉，约 4 分钟。

(2) 受术者取俯卧位，施术者于患侧点或按冈上肌肌腹及肌腱处的疼痛点，约 3 分钟；再弹拨、拿揉冈上肌，并轻度按压疼痛点 2 分钟，用指推法由外向内推冈上肌 5 次，约 6 分钟。

(3) 受术者取自然站位，施术者双手握受术者患侧腕关节上部，顺势拔伸牵引并小范围摇动患侧肩关节，每分钟 150~200 次，共 2 分钟；对于合并肩胛骨上回旋不到位者，以右肩袖损伤为例，施术者右手置于健侧卧位受术者肩胛骨下角，左手置于肩胛骨内上角，在受术者做肩关节外展动作时，推动患侧肩胛骨做上回旋运动，5 次 / 组，共 3 组；之后受术者取站立位，做上述牵抖手法。

肩袖损伤推拿疗法视频



## （二）针刺疗法

### 1. 穴位

可针刺肩髃、肩贞、肩前、曲池、三间等穴。

### 2. 基本操作

受术者取坐位，针刺以使受术者得气，得气后反复提插捻转，用泻法，使受术者感觉酸麻重胀。留针 20~30 分钟，每周 1 次。

肩袖损伤针  
刺疗法视频

## （三）贴敷法

### 1. 处方

透骨草 30 克、伸筋草 30 克、黄芪 30 克、淫羊藿 15 克、姜黄 15 克、当归 12 克、赤芍 10 克、桂枝 10 克、川芎 10 克、制乳香 10 克、制没药 10 克、海风藤 30 克、艾叶 15 克、忍冬藤 30 克、红花 10 克、食醋适量、水适量。

### 2. 用法

先将上药捣碎，加 1/3 食醋，2/3 水拌湿，然后装入布口袋内（湿度以装进口袋里不往下滴水为度），上锅蒸 15~20 分钟，取出稍冷片刻，待温度合适，将药袋放在患处热敷。每次 30 分钟，每日 1~2 次，敷后将药取下，活动关节 2~3 分钟。每剂药可重复使用 2~3 次。

## （四）中药熏蒸法

### 1. 证型

疼痛、功能障碍者。

### 2. 熏蒸方药

红花 10~12 克、当归 20~25 克、川牛膝 13~15 克、生地 18~20 克、熟地 28~30 克、桃仁 15~17 克、川芎 13~15 克、炙甘草 6~8 克。

### 3. 操作方法

将上药加水 3 000 毫升，武火煎开 15 分钟后，将药液倒入面盆中，先利用药热气熏蒸肩部，同时用两条毛巾交替浸药液热敷肩部及上肢各关节处，以肩部为主，时间约 40 分钟（如冬天可在盆底加热，以保持药液温度）。热敷完毕后，予适当按摩和功能锻炼，1 天 2 次为宜。也可用局部或

全身熏蒸舱熏蒸，操作方法参照仪器要求。

## 第二节 肱骨外上髁炎

### 一、概述及诊断依据

#### （一）概述

肱骨外上髁炎是指前臂伸肌总腱起点受到反复牵拉，导致肘关节外上髁部局限性疼痛，并影响伸腕和前臂旋转功能为特征的慢性劳损性疾病。本病称谓较多，如肱桡关节滑囊炎、肱骨外上髁骨膜炎、肱骨外上髁综合征等，又因网球运动员较常见，故亦称之为网球肘。

肱骨外上髁炎属中医学伤筋、肘痛等范畴，多因肘部外伤、慢性劳损或外感风寒湿邪使局部气血凝滞，经脉瘀阻而发病。

#### （二）诊断依据

##### 1. 临床表现

（1）起病缓慢，症状往往逐渐出现。多见于特殊工种或职业，如砖瓦工、网球运动员或有肘部损伤病史者。

（2）疼痛：肘外侧酸胀疼痛，疼痛呈持续渐进性发展。做拧衣服、扫地、端壶倒水等动作时疼痛加重，常因疼痛而致前臂无力，握力减弱，甚至持物落地，休息时疼痛明显减轻或消失。

（3）压痛：局部无红肿，肘外侧压痛，以肱骨外上髁处压痛为明显，但不影响肘关节屈伸。

（4）特殊检查：腕伸肌紧张试验阳性，密耳（Mill）试验阳性。

##### 2. 影像学检查

X射线检查一般无异常表现。病程长者，可见肱骨外上髁处骨质密度增高的钙化阴影或骨膜肥厚影像。

## 二、综合应用方案

### （一）推拿手法

#### 1. 目的

改善肘部血液循环，促进病变组织修复；松解肘部粘连，改善关节活动功能。

#### 2. 手法

揉法、按揉法、弹拨法、拿法和擦法等。

#### 3. 基本操作

受术者坐位或仰卧位。

（1）在肱骨外上髁及其周围施以揉法、按揉法，用力由轻到重，重点是刺激阿是穴、曲池穴、手三里穴、合谷穴和前臂伸肌肌腱部，可同时配合前臂旋前旋后、屈伸肘关节的被动活动。

（2）弹拨患侧前臂伸肌群及肱骨外上髁附着部，力度由轻到重，由远处至疼痛局部。

（3）在前臂伸肌总腱附着点施以小鱼际擦法，以透热为度。

### （二）针刺疗法

#### 1. 穴位

可针刺曲池穴、合谷穴、尺泽穴、手三里穴、阿是穴等。

#### 2. 基本操作

嘱受术者仰卧，消毒局部皮肤后，平刺百会穴 10~15 毫米，沿下颌直刺风府穴、哑门穴 15~25 毫米，平补平泻；直刺温溜穴、会宗穴、合谷穴、阳陵泉穴、阿是穴 15~25 毫米，行捻转泻法。诸穴得气后，留针时间为 30 分钟，留针 15 分钟后行针 1 次。每日 1 次，每周 5 次，持续 4 周。

### （三）灸法

一般用直接灸法施用无瘢痕灸 6~10 壮。

常用穴：阿是穴，即患肘肱骨外上髁压痛点。



肱骨外上髁  
炎针刺疗法  
视频

#### （四）拔罐法

采用走罐法，嘱受术者取舒适坐位，患肢肘关节稍微弯曲并平放在治疗台上；施术者立于受术者肘外侧，常规乙醇消毒，并在肘部及前臂外侧涂润滑剂；选择合适的火罐，将蘸有乙醇的点火棒点燃，置于火罐内快速旋转3圈，然后将火罐迅速紧吸患处；一手固定患肢，一手紧握火罐底端，沿肘关节外侧及前臂腕伸肌群来回推行（用力尽量保持一致），操作数次；待走罐部位皮肤出现瘀点或瘀斑时停止走罐，将火罐吸附于患处，留罐3分钟后取罐。

#### （五）贴敷法

##### 1. 处方

麻黄100克、生半夏100克、生天南星100克、白芥子100克、生草乌60克、生川乌60克、白芷60克、细辛60克、桃仁60克、红花60克、血竭40克、吴茱萸80克、麝香2克、冰片70克。

##### 2. 用法

将上药共研细为末，用蜂蜜作为基质，将其搅拌成糊状，置罐中备用。取适量制作好的药糊放置于防敏胶布上，贴敷于患肘部最明显的压痛点处，确保固定后即可。每日更换1次，7次为1个疗程。

#### （六）中药熏蒸法

##### 1. 熏蒸方药

党参30克、黄芪30克、当归30克、桃仁10克、红花10克、牛膝20克、独活20克、威灵仙15克、桑寄生20克、续断20克、陈皮15克、木香15克、鸡血藤15克、伸筋草20克。

##### 2. 操作方法

加水800毫升，武火煎开15分钟后，将药液倒入面盆中，先利用药热气熏蒸肩部，同时用两条毛巾交替浸药液热敷，以肩部为主，同时敷上肢各关节处，时间约40分钟（如冬天可在盆底加热，以保持药液温度）；或者用局部熏蒸仪熏蒸，操作方法参照仪器要求。

注意事项：1次/天，20次为1疗程，周六、日休息。

## 第三节 腕管综合征

### 一、概述及诊断依据

#### (一) 概述

腕管综合征又称腕管狭窄症、正中神经挤压症，是由于腕管内压力增高使正中神经遭受卡压，从而引起的以该神经支配区手指麻木乏力的感觉、运动和自主神经功能紊乱的综合征。本病好发于举重、体操、射击等项目运动员，发病时影响运动训练及比赛。

腕管是腕掌部的一个骨性纤维管。拇长屈肌和4根屈指浅肌腱、4根屈指深肌腱及正中神经通过此管进入手部，而正中神经在腕管中位置表浅，容易受腕横韧带的压迫，造成损伤。腕管综合征主要是由于腕管内容物增加或舟骨骨折、Smith骨折、外伤引起局部血肿或运动员用腕过度引起腕部关节损伤等原因引起。

#### (二) 诊断依据

##### 1. 起病缓慢

多数受术者呈慢性发病，少数有外伤史、受凉史。

##### 2. 疼痛

典型临床表现为拇、食、中及环指桡侧半麻木疼痛，常可伴患指存在烧灼痛、肿胀及紧张感。疾病早期症状可呈间歇性，后呈进行性加重，尤其以夜间或清晨为甚，故有部分受术者有“麻醒”或“痛醒”史。

##### 3. 体格检查

较为常见的为桡侧三指半感觉减退，一般无手掌部感觉异常；重者或病程晚期可有运动障碍；大鱼际肌萎缩可导致手指抓、握力减弱。

##### 4. 特殊检查

(1) 屈腕试验：受术者双肘放在桌上，前臂与桌面垂直，双腕掌屈，致正中神经受压于腕横韧带近侧缘，1分钟后出现窜电样刺痛为阳性。

(2) 叩击试验：叩击掌长肌桡侧的正中神经出现窜电样刺痛为阳性。

(3) 脉带试验：于上臂缠以血压计气囊带，充气 1 分钟后，患侧手即出现充血、疼痛加剧为阳性。

## 二、综合应用方案

### (一) 推拿手法

#### 1. 目的

采用推拿手法起到活血止痛、舒筋通络、防止肌肉萎缩和粘连的目的。

#### 2. 手法

按压法、点按法、揉法、摩法、拔伸法、弹刮法等。

#### 3. 基本操作

(1) 施术者用拇、食指指腹或指尖按压、揉摩受术者外关、阳溪、鱼际、合谷、劳宫及痛点等穴。

(2) 施术者将受术者患手进行轻度拔伸，缓缓旋转、屈伸腕关节数次。

(3) 施术者以左手握住受术者腕上部，右手拇指、食指两指捏住患手第 1~4 指，依次行拔伸弹刮，每日 1 次。本病不宜过多或过重施用手法，以免增加腕管内压。

### (二) 针刺疗法

#### 1. 穴位

可针刺阳溪、外关、鱼际、合谷、劳宫及痛点等穴。

#### 2. 基本操作

受术者取合适体位，施术者取合适毫针，针刺上述穴位，得气后留针 15 分钟，隔日 1 次。

### (三) 灸法

采用温针灸，将穴位消毒后，选用合适毫针进针，进针过程中缓慢捻转，采用振颤法，得气后留针。将纯净细软的艾绒捏在针尾上，或用艾条一段（1~2 厘米）插在针柄上，点燃施灸。待艾绒或艾条烧完后除去灰烬，将针取出。每日 1 次，每周 5 次，间隔 2 日，疗程为 1 个月。

常用穴：水曲穴、阳溪穴、外关穴、合谷穴、劳宫穴。



腕管综合征  
推拿疗法视  
频

## （四）中药熏蒸法

### 1. 熏蒸方药

透骨草 6 克、海桐皮 6 克、没药 6 克、乳香 6 克、花椒 9 克、当归 4.5 克、川芎 3 克、红花 3 克、威灵仙 2.4 克、白芷 2.4 克、甘草片 2.4 克、防风 2.4 克。

### 2. 操作方法

将以上中药饮片用布袋捆扎，用 1 000 毫升清水煎煮。煎煮后，将药液倒入治疗桶中，受术者将患肢放置于木桶上熏蒸，并用帆布覆盖，待药液降到适宜温度时，将患肢浸泡于木桶内 20 分钟，每日 1 次。

## 第四节 腱鞘炎

### 一、概述及诊断依据

#### （一）概述

腱鞘是由两层纤维膜构成的长行管道，其内层覆盖于肌腱的表面，外层附着于肌腱周围的韧带和骨面上，两层之间有滑液，可以减少肌腱活动时的摩擦和防止肌腱被拉紧时向侧方滑移。由于某种外因（损伤、过度劳累等）刺激肌腱在鞘内长期反复地摩擦，引起腱鞘水肿、增生等损伤性炎症，称为腱鞘炎。

在体育运动中，腱鞘的慢性损伤较多见。其发病部位与运动项目密切相关。以桡骨茎突部腱鞘炎、手足屈肌腱鞘炎、肱二头肌腱鞘炎等部位损伤较为常见。本节主要介绍桡骨茎突部腱鞘炎，好发于电竞、射击等项目运动员。

#### （二）诊断依据

##### 1. 临床表现

- （1）有局部劳损史，症状逐渐加重。
- （2）疼痛：首先表现为局部疼痛，随着症状的加重，疼痛可向周围扩



散。相关肌肉活动时，牵拉病变部位使疼痛加剧，劳累后或寒冷刺激后疼痛可加剧。

(3) 压痛：局部压痛明显。病变严重、病程较长者可在局部触及小结节。

(4) 功能障碍：可因疼痛出现明显的活动障碍。握物无力，活动受限，握拳尺偏实验阳性或指屈伸困难等，发生“弹响”或“绞锁”现象。

## 2. 影像学检查

X 射线检查一般无异常发现。

# 二、综合应用方案

## (一) 推拿手法

### 1. 目的

松解屈指肌肌腱腱鞘紧张、痉挛，恢复其血液循环供应。

### 2. 手法

常选用捻法、推法、按揉法、拨法和拔伸法等。

### 3. 基本操作

受术者坐位。

(1) 用捻、推、按揉等法在患指的掌指关节周围施术。

(2) 拔伸患指的掌指关节，即施术者一手的拇指和食指捏住患指的远端指伸骨，另一手捏住患指的掌指关节近端进行对抗拔伸。然后，施术者以左手拇指及食指用力持握受术者患手第一掌骨，以拇指放于患手拇指掌骨远端的尺侧，食指放于拇指掌骨远端的桡侧进行对抗拔伸。

(3) 施术者以右手拇指掌面和屈曲的示指中节持握受术者患手拇指近节远端，两手做对抗牵引，牵引时屈曲其患指的掌指关节，并同时以中指指端抵住患手拇指掌骨远端掌侧（即腱鞘狭窄部），用力向尺侧拨动其腱鞘的狭窄部。

(4) 揉、捻、擦患指的掌指关节及周围。

## (二) 针刺疗法

### 1. 穴位

可针刺阳溪、合谷、曲池、手三里、列缺、外关及痛点等穴。



腱鞘炎推拿  
疗法视频



腱鞘炎针刺  
疗法视频

## 2. 基本操作

施术者取合适毫针，针刺上述穴位，得气后留针 15 分钟，隔日 1 次，疗程为 4 周左右。

## （三）灸法

### 1. 悬灸（温和灸）

每穴灸 15~20 分钟，灸至以受术者感觉舒适为宜，以局部皮肤潮红为度，每日灸 1~2 次。

常用穴：阳溪、列缺、中泉、阿是穴。

### 2. 隔姜灸

一般各穴每次施灸 5~7 壮，每日灸 1~2 次。

常用穴：阳溪、列缺、中泉、阿是穴。

## （四）刮痧法

### 1. 辨证归经

本病病位在前臂桡侧缘，此为手太阴肺经、手阳明大肠经循行之处，“经脉所过，主治所及”，故选取手太阴肺经孔最穴至鱼际区段、手阳明大肠经温溜穴至上廉穴区段为刮痧部位。

### 2. 常用主穴

孔最、鱼际、温溜、上廉、阿是穴。

### 3. 刮痧操作

嘱受术者平卧于治疗床上，暴露前臂，常规消毒后，取适量石蜡油涂抹于刮痧部位，施术者手持刮痧板，与皮肤呈 45°，手法轻重以受术者能承受为度。依次从手太阴肺经孔最穴至鱼际区段、手阳明大肠经温溜穴至上廉穴区段行由上往下单方向刮痧，反复 9~10 次，不强求出痧。刮痧完毕后，用无菌棉球将刮痧部位擦拭干净，再用刮痧板按揉温溜穴、孔最穴、阿是穴各 1 分钟。让受术者握拳，手腕向尺侧屈曲，若出现疼痛，让其维持该角度，用刮痧板再按揉温溜穴、孔最穴各 3 分钟。

## （五）贴敷法

### 1. 处方

干姜 4.5 克、炒草乌 24 克、肉桂 30 克、香白芷 90 克、煅南星 30 克、

炒赤芍 10 克、没药 30 克、乳香 15 克、细辛 15 克、炒大黄 4.5 克。

## 2. 用法

上药共研细末，再加入麝香 3 克（也可用冰片代替），混匀后，用凡士林调成膏状，密储备用。贴敷时，取药膏适量贴于患处压痛最明显的部位，上盖油纸，并用纱布包扎。隔日换敷 1 次。



## 思考与实训

1. 肩袖损伤的临床表现有哪些？
2. 肱骨外上髁炎的临床表现有哪些？
3. 如何鉴别诊断腕管综合征和腱鞘炎？
4. 腱鞘炎可以采用哪些中医传统疗法治疗？

## 案例分析

### 一、肩袖损伤

患者李某某，男，30 岁，摔跤运动员。自诉肩痛三天。查体：肩部广泛性压痛，按压肩峰、三角肌前方及外侧疼痛加重。肩坠落试验（+），疼痛弧征（-），X 射线片可见肩关节腔与肩峰下滑囊阴影相互贯通。既往体健，无其他不适。舌淡苔白脉迟缓。

任务一：请针对该患者给出诊断治疗原则及治疗疗程。

任务二：请针对该患者进行推拿操作。

任务三：请针对该患者进行贴敷操作。

### 二、肱骨外上髁炎

患者黄某某，男，15 岁，羽毛球运动员。自诉肘部外侧疼痛半年，加重一周。查体：肘关节外上髁部局限性疼痛，并影响伸腕和前臂旋转功能，拧毛巾、打球动作疼痛加重，密耳（Mill）试验阳性（+），疼痛弧征（-），X 射线检查无异常表现。既往体健，无其他不适。舌淡苔白脉数。

任务一：请针对该患者给出诊断治疗原则及治疗疗程。

任务二：请针对该患者进行拔罐操作。



案例 1 分析  
思路



案例 2 分析  
思路

任务三：请针对该患者进行贴敷操作。

### 三、腕管综合征

患者程某，男，19岁，电竞运动员。自诉拇指、示指、中指及环指桡侧半麻木，疼痛一个月加重5天。常可伴患指烧灼痛、肿胀及紧张感。疾病早期症状可呈间歇性，后呈进行性加重，尤其以夜间或清晨为甚，近5天有“麻醒”或“痛醒史”。查体：屈腕试验（+），叩击试验（-），X射线检查无异常表现。既往体健，无其他不适。舌淡苔白脉数。

任务一：请针对该患者给出诊断治疗原则及治疗疗程。

任务二：请针对该患者进行推拿操作。

任务三：请针对该患者进行艾灸操作。

### 四、腱鞘炎

患者刘某某，男，36岁，射击运动员。自诉左手大拇指疼痛三个月。查体：左手大拇指近腕部疼痛，压痛明显，可向大拇指扩散，屈腕试验（-），叩击试验（-），X射线检查无异常表现。既往体健，无其他不适。舌淡苔白脉数。

任务一：请针对该患者给出诊断治疗原则及治疗疗程。

任务二：请针对该患者进行推拿操作。

任务三：请针对该患者进行艾灸操作。



案例3分析  
思路



案例4分析  
思路



HEP

# 第十一章

## 下肢常见运动损伤的中医传统疗法应用

### ● 本章导读

本章将介绍下肢常见运动损伤的中医传统疗法应用，包括下肢常见运动损伤的概念、症状、诊断及中医传统疗法的治疗方法。通过本章的学习，一方面希望学习者在遇到下肢常见运动损伤时能够进行正确的诊断；另一方面学习者能选择合适的中医传统疗法对下肢常见运动损伤进行治疗。

### ● 学习目标

#### 1. 知识目标

- (1) 熟悉下肢常见运动损伤的病因、病机及检查。
- (2) 掌握下肢常见运动损伤的定义、临床表现及诊断依据。
- (3) 掌握下肢常见运动损伤的常用中医传统疗法方案。

#### 2. 能力目标

- (1) 能对下肢常见运动损伤进行正确诊断。
- (2) 能根据下肢运动损伤合理运用中医传统疗法，并能够正确操作。
- (3) 能够运用所学的理论知识对运动员和运动爱好者进行健康宣讲及指导。

#### 3. 素养目标

- (1) 牢固专业思想，培养学习和应用中医传统疗法的热情，树立中医文化自信。
- (2) 养成精益求精、守正创新的工匠精神，以及拼搏进取的体育精神。
- (3) 养成“医者仁心”的职业道德。

“

## 乌克兰足球运动员大腿拉伤，中医康复治疗显奇效

一名从青岛远道而来珠海参加足球比赛的乌克兰籍足球运动员在训练中，不慎拉伤右侧大腿，当时即出现右侧腹股沟疼痛难忍，右下肢活动受限等症状。

患者被送到珠海市第五人民医院后，康复医学科蔡俊伟主治医师详细查看、了解了患者病情，诊断患者主要是因为运动不慎拉伤右侧腹股沟韧带。正当患者队友和陪同人员都松了口气时，患者提出了自己的要求：拒绝口服及肌注消炎镇痛药物。

如何满足患者要求？如何减少运动损伤对患者职业的影响？这并没有难倒蔡俊伟主治医师。依靠珠海市第五人民医院康复医学科长期治疗疼痛及运动损伤的经验，蔡俊伟主治医师为患者制订了冰敷、针灸理疗、中药外敷及运动指导的治疗方案。

患者经过一次系统治疗，疼痛明显缓解，当场向蔡俊伟主治医师竖起了大拇指。随后两天，患者又经过两次系统治疗，病情得到有效改善，可独自一人正常行走。



## 第一节 梨状肌综合征

### 一、概述及诊断依据

#### (一) 概述

梨状肌综合征是指由梨状肌损伤后刺激或压迫坐骨神经而引起的以一侧臀腿疼痛为主要症状的病症。本病多见于中青年，是临床腰腿痛的常见病之一。

梨状肌的损伤是导致梨状肌综合征的主要原因，大部分受术者都有外伤史。好发于田径、球类、体操、武术等项目运动员。某些动作如下肢外展、外旋或蹲位变直位时可使梨状肌受到牵拉而损伤，导致局部充血、水肿，肌肉痉挛、肥大等症状，压迫坐骨神经出现梨状肌综合征。

梨状肌的解剖位置



#### (二) 诊断依据

##### 1. 临床表现

(1) 外伤史：常发生于中老年人，大多数有过度旋转髋关节的病史，有些有夜间受凉史。

(2) 疼痛：臀部疼痛，可向小腹部、大腿后侧及小腿外侧放射。疼痛多发生于一侧臀腿部，髋关节内旋、内收时疼痛加重。严重者患侧臀部呈持续性“刀割样”或“烧灼样”剧痛，多数伴有下肢放射痛、跛行或不能行走。

(3) 麻木：偶有小腿外侧麻木，会阴部不适。

(4) 压痛：臀部梨状肌部位压痛明显，并可触及条索状硬结，臀肌可轻度萎缩，沿坐骨神经可有压痛。腰部无明显压痛和畸形。

(5) 活动受限：髋关节内旋、内收受限并加重疼痛。

(6) 特殊检查：直腿抬高试验在小于  $60^\circ$  时，梨状肌被拉紧，疼痛明显；而大于  $60^\circ$  时，梨状肌不再被拉长，疼痛反而减轻。直腿抬高加强试验阴性，梨状肌紧张试验阳性。

## 2. 影像学检查

X 射线检查未见骨折，可用于排除髋部骨性病变。

## 二、综合应用方案

### （一）推拿手法

#### 1. 目的

疏筋解痉，祛瘀通络。

#### 2. 手法

掌根按揉法、按压法、指揉法、弹拨法、擦法和热敷法。

#### 3. 基本操作

（1）受术者取侧卧位或俯卧位，施术者立于其患侧。在臀部和股后、小腿后部施以掌根按揉法，上下往返 3~5 分钟。放松臀部肌肉，改善局部的血液供应和回流。

（2）指揉委中、承扶、承山、昆仑等穴。

（3）按压和弹拨梨状肌体表投影区。亦可将掌根按揉同梨状肌按压、弹拨三法结合起来交替应用，时间为 5~8 分钟。

（4）涂抹介质，施以擦法在臀部梨状肌体表投影区，以透热为度。对疼痛症状较重的受术者，可局部加以热敷治疗。

### （二）针刺疗法

#### 1. 穴位

可针刺阿是穴、秩边穴、环跳穴、承扶穴、阳陵泉穴、足三里穴等。

#### 2. 基本操作

取合适毫针，针刺上述穴位，急性期采用强刺激，运用泻法大幅度提插捻转，以有酸麻感向远端放散为佳。对于久病、病情较轻者，应轻刺激，采用平补平泻或补法。

### （三）灸法

#### 1. 艾条温和灸

常用穴：环跳、秩边、次髎、风市、阳关、阳陵泉穴。

在上述穴位（均取患侧）各灸 10~30 分钟，每日灸 1 次，10 次为 1 个



梨状肌综合征推拿疗法  
视频



梨状肌综合征针刺疗法  
视频

疗程。

## 2. 艾炷隔姜灸

每次取双侧 3 个穴或 4 个穴，各灸 5~7 壮，每日或隔日灸 1 次，10 次为 1 个疗程。

常用穴：环跳、秩边、次髎、风市、阳关、阳陵泉穴。

## （四）贴敷法

### 1. 处方

制川乌 200 克、赤芍 200 克、续断 200 克、泽兰 200 克、白芷 200 克、生南星 200 克。

### 2. 用法

上药共研细末过筛，用蜂蜜调匀。将药贴敷于患侧环跳、殷门、委中、承山穴，5 日换药 1 次，连续治疗 5~10 次。

## 第二节 股四头肌拉伤

### 一、概述及诊断依据

#### （一）概述

大腿肌肉拉伤往往是在外力直接或间接作用下，肌肉过度收缩或被动拉长导致肌纤维断裂而引起的肌肉组织急性损伤。当准备活动不充分、注意力不集中、局部肌肉张力过高或温度较低时易发生肌肉拉伤。在体育运动中，大腿肌肉易拉伤部位有股四头肌、股内收肌、股后侧肌群等，以股四头肌最为常见。

股四头肌拉伤往往是由于剧烈奔跑或突然踢物，股四头肌猛然收缩，或由于暴力打、砸、撞等作用于大腿前面而引起。如超重的负重深蹲、足球运动的后摆腿与正脚背大力踢球等均可产生急性损伤；登山运动、重体力劳动、行军长走、反复跪跳、牵拉等可造成慢性劳损。

## （二）诊断依据

### 1. 临床表现

- （1）大腿前面有明显外伤史。
- （2）伤处疼痛、肿胀，局部压痛明显。
- （3）髌膝关节活动功能障碍，走路跛行。
- （4）屈髌伸膝股四头肌抗阻试验阳性。
- （5）若有断裂可在撕裂部位摸到裂隙。
- （6）病程久者股四头肌肌无力甚至萎缩。

### 2. 影像学检查

X 射线检查无明显异常，可排除骨折。MRI 检查可判断肌腱是否完全断裂。

## 二、综合应用方案

### （一）推拿手法

#### 1. 目的

早期不宜直接按摩，需绝对卧床休息，限制患肢活动。中后期可适当推拿改善血液循环并促进损伤组织修复，缓解肌肉痉挛。

#### 2. 手法

揉法、推法、拿揉法、弹拨法、抖法等。

#### 3. 基本操作

- （1）受术者取仰卧位，施术者立于患侧，先在大腿部伤处施以揉法、推法、拿揉法及弹拨法数分钟，以松解肌肉及其筋膜粘连。
- （2）再屈膝屈髌反复伸直活动数次，范围由小到大、力量由轻到重。
- （3）最后牵抖患肢收功。

### （二）针刺疗法

#### 1. 穴位

可针刺阿是穴。

#### 2. 基本操作

受术者取仰卧位，放松股四头肌，确定最痛点，先沿最痛点垂直刺入，



股四头肌拉  
伤针刺疗法  
视频

再找到肌肉的起点或止点斜刺进入。实施提插法，得气留针 20 分钟，每隔 5 分钟运针 1 次，每日 1 次。

### （三）拔罐法

采用刺络拔罐法，将大腿疼痛处常规消毒后，用三棱针或粗毫针、皮肤针、一次性采血针等点刺，或叩打出血后，再拔罐。起罐后用消毒棉球擦净。

### （四）中药熏蒸法

#### 1. 熏蒸方药

桃仁、丹参、地龙、伸筋草、豨莶草、透骨草、木瓜各 30 克，当归、柴胡各 20 克，荆芥、红花、防风各 15 克，甘草 10 克。

#### 2. 操作方法

传统熏蒸疗法：将上药倒入盆内，用适量沸水浸泡 10 分钟左右，或加清水 2 500 毫升，煎沸 10 分钟，将药液倒入盆内，趁温熏蒸患处，温度适宜时再浸洗患处，药凉加热后再用。

仪器熏蒸：采用全身熏蒸床。将药物加水至 2 000 毫升浸泡，30 分钟后进行煎煮，将煮好的药汁放入全身熏蒸床，根据年龄、病情及耐热的程度调节适当温度，一般宜在 42℃~45℃，熏蒸时充分暴露熏蒸部位，2 次 / 天，30 分钟 / 次。

## 第三节 膝骨性关节炎

### 一、概述及诊断依据

#### （一）概述

骨关节炎（osteoarthritis, OA）是一种慢性关节炎性病，好发于负重大、活动多的关节，如膝关节、脊柱、髋关节等。其中，膝骨性关节炎即膝关节炎，是指以膝关节软骨损害为主，并累及整个膝关节组织的疾病，也是最常见的关节疾病。它的主要病变是膝关节软骨的退行性病变和继发性骨

质增生。好发于马拉松、体育舞蹈、水球等项目运动员。

膝关节炎一般起病隐匿，进展缓慢，主要表现为膝关节周围疼痛、僵硬、关节骨性肥大及活动受限，关节活动时可感到粗糙的摩擦感。少数受术者膝关节周围肌肉萎缩。

## （二）诊断依据

参照中华医学会骨科学分会《中国骨关节炎诊疗指南（2021年版）》，依据受术者的症状、体征、X射线及实验室检查进行诊断（表11-3-1）。

► 表 11-3-1 膝关节炎诊断标准

| 序号 | 条件                                        |
|----|-------------------------------------------|
| 1  | 近1个月内反复膝关节疼痛                              |
| 2  | X射线片（站立或负重位）显示关节间隙变窄、软骨下骨硬化和/或囊性变、关节缘骨赘形成 |
| 3  | 关节液（至少2次）清亮、黏稠，WBC < 2 000 个/毫升           |
| 4  | 中老年受术者（≥40岁）                              |
| 5  | 晨僵 ≤ 3分钟                                  |
| 6  | 活动时有关节摩擦音（感）                              |

注：综合临床、实验室及X射线检查，符合1+2条或1+3+5+6条或1+4+5+6条，可诊断膝骨性关节炎。

文献来源：中华医学会骨科学分会．骨关节炎诊治指南（2021年版）[J]．中国临床施术者杂志，2021，41（18）：1291-1314.

## 二、综合应用方案

### （一）推拿手法

#### 1. 目的

改善膝部血液循环，延缓病情发展；松解膝部软组织，改善关节活动功能。

#### 2. 手法

揉法、点法、按揉法、弹拨法、摇法等。



骨关节炎推拿疗法视频

### 3. 基本操作

(1) 受术者取仰卧位，揉、按揉、拿捏大腿股四头肌及膝髌周围，直至局部发热为宜。

(2) 点按内、外膝眼，梁丘、血海、阴陵泉等穴，每穴 30 秒。

(3) 施术者站在患膝外侧，用双拇指将髌骨向内推挤，同时垂直按压髌骨边缘压痛点，力量由轻逐渐加重。之后用单手掌根部按揉髌骨下缘，反复多次。

(4) 膝关节摇法，同时配合膝关节屈伸、内旋、外旋的被动活动。

(5) 涂抹介质擦膝关节，以发红、发热为度。

(6) 受术者取俯卧位，施术者施揉法于大腿后侧、腘窝及小腿一侧约 5 分钟，重点揉腘窝部委中穴周围。

## (二) 针刺疗法

### 1. 穴位

可针刺太溪、阴陵泉、犊鼻（内、外）、血海、梁丘、阳陵泉、足三里等穴。

### 2. 基本操作

取穴定位后使用碘伏局部进行消毒，垂直进针并实施提插捻转手法，得气后留针 30 分钟，每周治疗 2 次，连续治疗 4 周。



骨关节炎针刺  
疗法视频

## (三) 灸法

### 1. 隔姜灸

一般每次每穴施灸 5~10 壮。

常用穴：患肢内、外膝眼（犊鼻穴），阴阳陵泉、足三里、鹤顶、委中、阿是穴等。

### 2. 雀啄灸

一般每穴灸 5 分钟。此法热感较强，注意预防烧伤皮肤。

常用穴：三阴交穴、太溪穴、肝俞穴、肾俞穴，患肢内、外膝眼（犊鼻穴）。



## （四）贴敷法

### 1. 处方

马钱子、乳香、甘草各 9 克，麻黄 12 克，透骨草 30 克，细辛 10 克。

### 2. 用法

上药研细为末，装瓶备用。用香油将药粉调成糊状，取药糊（约 2 毫米 × 3 毫米）贴敷于患侧，然后用纱布覆盖，用绷带固定。1 次 / 天，3 次为 1 个疗程，治疗 5 个疗程后进行疗效评定。

## （五）中药熏蒸法

### 1. 熏蒸方药

苏木 30 克，伸筋草、红花、透骨草、三棱、刘寄奴、鸡血藤、莪术、海风藤各 15 克，路路通、木瓜各 20 克。

### 2. 操作方法

采用中药熏蒸治疗仪。将其全部混合加工成粗粉状，装入布袋备用。将装袋的中药放入蒸锅，放水接通电源预热；选择参数及治疗部位，并嘱受术者脱去患膝裤子；平躺于治疗床；头露外，保持自然舒适状态，此时预热温度为 37℃ 左右；最高温度控制在 39℃ ~ 46℃，根据受术者体质及耐受度做相应调节；加强巡视，及时关注受术者的状态，若有不适反应应停止治疗，令其卧床休息；完毕后，令受术者适量饮水。治疗结束后，对熏蒸仪进行清洗消毒。30 分钟 / 次，1 次 / 天，10 天 / 疗程，共治疗 3 个疗程。

## （六）砭石疗法

### 1. 砭石类型

采用 T 字形砭石板。

### 2. 砭石疗法类型

采用热熨法加速血液循环。

### 3. 手法

缠法、点法、推法等。

### 4. 基本操作

（1）受术者取仰卧位，采用 T 字形砭石板的砭尖以缠法或点法按压患肢穴位，顺序为阳陵泉穴（足少阳胆经）、外膝眼（足阳明胃经）、内膝眼

(足阳明胃经)、血海穴(足太阴脾经)、委中穴(足太阳膀胱经)、阿是穴,全程约18分钟。

(2)再用砭板的砭身与皮肤呈 $45^{\circ}$ ,由上到下单方向推行,循足少阳胆经由阳陵泉穴往下推至悬钟穴,循足阳明胃经由梁丘穴往下推至下巨虚穴,循足太阴脾经由血海穴往下推至商丘穴,循足太阳膀胱经由委中穴往下推至昆仑穴,每条经络各推行3次。

## 第四节 踝关节扭伤

### 一、概述及诊断依据

#### (一) 概述

踝关节扭伤是指踝关节受到过度牵拉或扭曲而导致关节周围的韧带、筋膜等组织损伤。踝关节扭伤十分常见,可发生于任何年龄,但以青壮年多见。

踝关节扭伤多因踝关节突然受到过度的内翻或外翻暴力引起,如行走或跑步时踏在不平的地面上;或上下楼梯、走坡路时不慎失足踩空;或骑自行车、踢球等运动中不慎跌倒,使踝关节突然过度内翻或外翻而致扭伤。本病好发于球类、田径、体操等项目运动员。

临床上分为内翻扭伤和外翻扭伤两类。内翻扭伤中以跖屈内翻扭伤多见,因踝关节处于跖屈时,距骨可向两侧轻微活动致使踝关节不稳定,故容易损伤外侧的距腓前韧带;单纯内翻扭伤时,容易损伤外侧的腓跟韧带。外翻扭伤,由于三角韧带比较坚强,较少发生,但严重时可引起下胫腓韧带撕裂及腓骨下端骨折。若因直接的外力打击引起扭伤,除会导致韧带损伤外,还多合并骨折和脱位。

#### (二) 诊断依据

##### 1. 临床表现

- (1)有明确的踝部外伤史。
- (2)损伤后踝关节即出现疼痛,局部肿胀,皮下出现瘀斑,伴跛行。

(3) 局部压痛明显, 若内翻扭伤者, 将足做内翻动作时, 外踝前下方剧痛; 若外翻扭伤者, 将足做外翻动作时, 内踝前下方剧痛。

(4) 踝关节功能障碍。

## 2. 影像学检查

X 射线片检查未见骨折与脱位。

## 二、综合应用方案

### (一) 推拿手法

对于排除了骨折、韧带完全断裂及脱位的踝关节扭伤, 选择推拿手法治疗有良好疗效。推拿临床一般在急性损伤 24 小时后再行手法治疗。

#### 1. 目的

促进淤血及渗出组织液的吸收, 有利于损伤组织的修复, 恢复踝关节的活动和承重能力。

#### 2. 手法

点按法、按揉法、摇法、拔伸法和擦法。

#### 3. 基本操作

以内翻位损伤外踝为例。

(1) 先在受术者外踝部施以点按法、按揉法等手法, 重点操作阿是穴、丘墟穴、悬钟穴、申脉穴、昆仑穴等, 以缓解肿痛。

(2) 拔伸下进行踝关节小幅度的内外翻、屈伸活动和左右摇动。

(3) 涂抹介质, 擦外踝、足背和足底, 以透热为度。

(4) 病程较长者, 扭伤处可施以韧带的弹拨手法。

### (二) 针刺疗法

#### 1. 穴位

急性踝关节扭伤第 1 天, 可针刺患侧阳陵泉穴、悬钟穴、解溪穴、太溪穴、昆仑穴、申脉穴、丘墟穴及阿是穴。

#### 2. 基本操作

受术者取合适体位, 施术者用 1 寸或 0.5 寸毫针刺入以上腧穴, 得气后, 留针 30 分钟。



急性踝关节  
扭伤针刺疗  
法视频

### （三）拔罐法

采用刺络拔罐法，受术者取坐位，触诊确定压痛最明显点（阿是穴）并标记。用 75% 医用酒精常规消毒后，用三棱针或粗毫针、皮肤针、一次性采血针等点刺，或叩打出血后，再拔罐，留罐 10 分钟，起罐后消毒棉球擦净。

### （四）灸法

#### 1. 温和灸

每穴灸 15~20 分钟，以局部皮肤潮红为度，每日灸 1~2 次。

常用穴：阿是穴、解溪穴。

#### 2. 回旋灸

一般每穴灸 10~15 分钟，移动范围在 3 厘米左右。

常用穴：阿是穴、丘墟穴、解溪穴。

#### 3. 温针灸

针刺入腧穴得气后，将纯净细软的艾绒捏在针尾上，或用艾条一段（1~2 厘米）插在针柄上，点燃施灸，待艾绒或艾条烧完后除去灰烬，将针取出。

常用穴：阿是穴、申脉穴、丘墟穴、解溪穴、太溪穴。

### （五）贴敷法

#### 1. 处方

芫花 15 克、川椒 15 克、木瓜 30 克、川乌 15 克、麻黄 15 克、大风子（大枫子）60 克（去皮）、乳香 15 克、蓖麻子 30 克。

#### 2. 用法

上药共研细末，过筛，将细末分成 6 份，装瓶备用。治疗时取药末 1 份用食醋调成稠膏，纱布包好。加热后，把药贴敷在疼痛处，时间以药凉为度。使用时注意勿烫伤皮肤。



### 思考与实训

1. 梨状肌综合征的临床表现有哪些？
2. 股四头肌拉伤的诊断依据有哪些？

3. 膝骨性关节炎可采用哪些推拿手法?
4. 踝关节扭伤可以采用哪些中医传统疗法?

### ● ● ● 案例分析 ● ● ●

#### 一、梨状肌综合征

患者张某,男,30岁,田径运动员。自诉右臀部、大腿后侧及小腿外侧放射性疼痛三个月。查体:右臀部疼痛,可向小腹部、大腿后侧及小腿外侧放射,呈持续性“烧灼样”剧痛,偶有小腿外侧麻木,会阴部不适。直腿抬高加强试验(-),梨状肌紧张试验(+)。既往体健,无其他不适。舌淡苔白脉数。

任务一:请针对该患者给出诊断治疗原则及治疗疗程。

任务二:请针对该患者进行推拿操作。

任务三:请针对该患者进行艾灸操作。

#### 二、股四头肌拉伤

患者朱某某,男,25岁,短跑运动员。自诉左大腿外侧疼痛三天。患者在三天前参加训练,突然感觉大腿外侧剧烈疼痛,遂终止训练,及时做冰敷处理及包扎固定。查体:左大腿无红肿、无瘀斑淤血、无发热,按压股四头肌外侧疼痛,在股四头肌外侧头有剧烈按压疼痛点。直腿抬高加强试验(-),梨状肌紧张试验(-),屈髋伸膝股四头肌抗阻试验(+).既往体健,无其他不适。舌淡苔白脉数。

任务一:请针对该患者给出诊断治疗原则及治疗疗程。

任务二:请针对该患者进行推拿操作。

任务三:请针对该患者进行中药熏蒸操作。

#### 三、骨关节炎

患者黄某某,女,55岁,水球教练。自诉双膝疼痛两年。查体:膝关节周围疼痛、僵硬、关节骨性肥大及活动受限,关节活动时可感到粗糙的摩擦感,晨起加重,午后稍缓解。X射线片(站立或负重位)示关节间隙变窄、软骨下骨硬化和(或)囊性变、关节缘骨赘形成,关节液(至少2次)清亮、黏稠,WBC>2 000个/mL。舌胖苔

案例 1 分析  
思路

案例 2 分析  
思路

白脉迟。

任务一：请针对该患者给出诊断治疗原则及治疗疗程。

任务二：请针对该患者进行推拿操作。

任务三：请针对该患者进行中药熏蒸操作。

#### 四、踝关节扭伤

患者孔某某，女，21岁，篮球运动员。自诉踝关节外前方疼痛三天。患者三天前在训练中由于踩到他人脚，后感觉踝部疼痛，队医及时做冰敷处理及包扎固定。查体：踝关节外前方疼痛，局部肿胀，皮下瘀斑，伴跛行，局部压痛明显，将足做内翻动作时，外踝前下方剧痛。舌淡苔白脉涩。

任务一：请针对该患者给出诊断治疗原则及治疗疗程。

任务二：请针对该患者进行推拿操作。

任务三：请针对该患者进行拔罐治疗操作。



案例 3 分析  
思路



案例 4 分析  
思路

HEP



HEP





## 参考文献



- [1] 赵吉平, 李瑛. 针灸学 [M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
- [2] 梁繁荣, 王华. 针灸推拿学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [3] 卢鼎厚. 人体骨骼肌劳损: 阿是穴治疗与预防 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2020.
- [4] 中华中医药学会. 中医骨伤科临床诊疗指南 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2020.
- [5] 黄涛. 运动损伤的治疗与康复 [M]. 北京: 北京体育大学出版社, 2017.
- [6] 王广兰, 汪学红. 运动损伤防护与急救 [M]. 武汉: 华中科技大学出版社, 2018.
- [7] 黄桂成. 中医筋伤学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [8] 赵斌, 张钧, 刘晓莉. 体育保健学 [M]. 6 版. 北京: 高等教育出版社, 2018.
- [9] 黄桂成, 王拥军. 中医骨伤科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [10] 胡广芹, 孟向文. 痧疗与罐疗 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [11] 朱庆文. 中医特色贴敷疗法和处方 [M]. 北京: 化学工业出版社, 2017.
- [12] 田从豁, 彭冬青. 中国贴敷治疗学 [M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2015.
- [13] 程爵棠, 程功文. 穴位贴敷治百病 [M]. 5 版. 郑州: 河南科学技术出版社, 2017.

- [14] 刘磊, 荣莉, 伦新. 穴位贴敷疗法 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012.
- [15] 张景明. 熏洗良方 [M]. 北京: 金盾出版社, 2017.
- [16] 梅全喜, 何庭华. 中药熏蒸疗法 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
- [17] 邹彬, 顾青, 顾伟. 刮痧疗法作用机制的实验研究进展 [J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29 (28): 3189-3192.
- [18] 黎小霞, 彭小苑, 李巧萍, 等. 温灸刮痧疗法治疗颈型颈椎病临床研究 [J]. 新中医, 2020, 52 (01): 153-155.
- [19] 王莹莹, 杨金生. 中国刮痧规范研究现状及展望 [J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18 (12): 4-6.
- [20] 刘冬梅. 中医刮痧对健康机体抗氧化和免疫功能影响 [J]. 中国卫生标准管理, 2020, 11 (06): 97-98.
- [21] 王艳国, 任凤蛟, 肖侠, 等. 刮痧疗法疾病谱研究 [J]. 天津中医药, 2019, 36 (12): 1175-1180.
- [22] 刮痧的基本方法: 刮痧的注意事项 [J]. 湖南中医杂志, 2020, 36 (07): 64.
- [23] 陈勇, 陈波, 陈泽林, 等. 拔罐疗法的临床及其生物学机制研究 [J]. 世界中医药, 2020, 15 (11): 1643-1650.
- [24] 马榕, 葛泉希, 王超, 等. 论拔罐禁忌及风险防范 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21 (02): 89-92.
- [25] 甘莹莹, 杨洋, 马良宵, 等. 罐具的发展与临床应用研究进展 [C]. 中国针灸学会. 新时代 新思维 新跨越 新发展——2019 中国针灸学会年会暨 40 周年回顾论文集, 2019: 4.
- [26] 黄俊卿, 薛继强. 中药熏蒸疗法治疗软组织损伤疼痛的机理探讨 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2006, 8 (5): 22-23.
- [27] 邓福忠, 王志虹, 周天寒. “先熏后服疗法”治疗头面部疾病初探 [J]. 中医外治杂志, 2009, 18 (02): 58-59.
- [28] 秦春梅, 周丹梅, 袁娴, 等. 芳香疗法在防治疾病和杀菌消毒方面的研究进展 [J]. 中医外治杂志, 2022, 31 (05): 112-114.
- [29] 丁桃, 胥玉林, 涂梦婷, 等. 芳香疗法临床应用研究进展 [J]. 亚太传统医药, 2023, 19 (07): 226-230.

[30] 卢丽, 张红林, 图娅, 等. 近5年针灸推拿消除运动性疲劳研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2012, 28(01): 69-71.

[31] 吴运明, 刘忆冰, 杨明. 中药熏蒸法对158例冰雪运动员腰部养护疗效观察[J]. 江苏中医药, 2009, 41(06): 39.

[32] 张炜炜, 郭沙沙. 艾灸联合中药熏蒸对气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者护理效果观察[J]. 内蒙古中医药, 2018, 37(11): 120-121.

[33] 李翠娥, 许明莲, 黄波, 等. 针刺配合艾灸箱治疗急性腰扭伤46例[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(93): 201-202.

[34] 余文杰, 袁慧, 彭天忠, 等. 针刺结合本体感觉神经肌肉促进技术对肩袖损伤患者康复的效果[J]. 医疗装备, 2023, 36(7): 58-60, 64.

[35] 乔松, 雷俊, 阮祯, 等. 筋骨针松解术联合走罐疗法治疗肱骨外上髁炎效果观察[J]. 山东医药, 2023, 63(20): 68-71.

[36] 张剑坤, 赵晨玲, 苏国宏. 通督止痛针刺法联合伤湿膏治疗肱骨外上髁炎的疗效及对血清炎症指标的影响[J]. 湖北中医杂志, 2023, 45(5): 56-59.

[37] 郑文贤, 陈顺, 陈建乐, 等. 电针联合中药熏洗治疗腕管综合征的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2022, 30(15): 42-46.

[38] 邱春萍, 韦惠宁, 陈惠姣, 等. 辨经刮痧配合针灸治疗桡骨茎突狭窄性腱鞘炎30例[J]. 中国针灸, 2020, 40(5): 511-512.

[39] 石洋, 李海伟, 罗海军. 阿是穴配合肌肉起止点针刺疗法治疗肌肉拉伤的作用及机制探讨[J]. 中外医疗, 2010, 29(20): 148.

[40] 中华医学会骨科学分会. 骨关节炎诊治指南(2007年版), 中国临床医生[J]. 2008, (1): 28-30.

[41] 柯孟成, 熊伟, 柴林成, 等. 肌内效贴布贴扎联合针刺治疗膝关节骨关节炎的效果观察[J]. 中国医学创新, 2023, 20(19): 33-37.

[42] 熊杨, 龚泽辉. 中药熏蒸结合关节松动对膝关节骨性关节炎的疗效[J]. 陕西中医, 2016, 37(09): 1190-1191.

[43] 叶菀, 丁玉兰, 庞书勤, 等. 膝骨性关节炎病人的砭石循经穴位按摩效果观察[J]. 护理研究, 2019, 33(16): 2798-2801.

[44] 钱雅妮, 尹巧英, 王石柳, 等. 刺络拔罐结合温针灸治疗急性外踝关节扭伤的临床研究[J]. 中医药导报, 2022, 28(9): 80-83.

## 郑重声明

高等教育出版社依法对本书享有专有出版权。任何未经许可的复制、销售行为均违反《中华人民共和国著作权法》，其行为人将承担相应的民事责任和行政责任；构成犯罪的，将被依法追究刑事责任。为了维护市场秩序，保护读者的合法权益，避免读者误用盗版书造成不良后果，我社将配合行政执法部门和司法机关对违法犯罪的单位和个人进行严厉打击。社会各界人士如发现上述侵权行为，希望及时举报，我社将奖励举报有功人员。

反盗版举报电话 (010) 58581999 58582371

反盗版举报邮箱 dd@hep.com.cn

通信地址 北京市西城区德外大街4号 高等教育出版社法律事务部

邮政编码 100120

### 读者意见反馈

为收集对教材的意见建议，进一步完善教材编写并做好服务工作，读者可将对本教材的意见建议通过如下渠道反馈至我社。

咨询电话 400-810-0598

反馈邮箱 gjdzfb@pub.hep.cn

通信地址 北京市朝阳区惠新东街4号富盛大厦1座

高等教育出版社总编辑办公室

邮政编码 100029

### 防伪查询说明

用户购书后刮开封底防伪涂层，使用手机微信等软件扫描二维码，会跳转至防伪查询网页，获得所购图书详细信息。

防伪客服电话 (010) 58582300