

沈国权脊柱短杠杆微调手法

★ 何水勇 沈国权 张喜林 孙武权 师宁宁 朱清广 (上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院推拿科 上海 200437)

摘要:沈国权教授创立的脊柱短杠杆微调手法体系讲究手法“精细化”的学术理念,具体表现为操作过程的可控制性,主要体现在三个方面,即目标作用节段的可控制性,体现于定位的准确性;脊柱被动运动幅度的可控制性,体现于动作的精巧性;手法力量的可控制性,体现于动作的灵活性。

关键词:脊柱推拿;沈国权;脊柱短杠杆微调手法

关于推拿手法,沈国权教授主张在继承的基础上发扬与创新。脊柱短杠杆微调手法是沈国权教授在继承传统中医推拿理论基础上,并以中医整体观念、辨证论治思想,结合现代科学的解剖学、影像学、脊柱生物力学作为理论指导,综合国内外各种手法,首创性地运用于脊柱推拿临床。脊柱短杠杆微调手法体系在近十多年来的我院推拿临床实践及向全国各地推广过程中,证明该系列手法体系对于提高临床疗效及扩大疾病治疗范围具有积极意义。本文是根据沈国权老师平时讲座、查房及临床教学内容等整理出来的,仅简述脊柱短杠杆微调手法学术理念。

关于短杠杆微调手法体系讲究手法“精细化”,具体表现为操作过程的可控制性,主要体现在三个方面,即目标作用节段的可控制性,体现于定位的准确性;脊柱被动运动幅度的可控制性,体现于动作的精巧性;手法力量的可控制性,体现于动作的安全灵活性。

脊柱推拿疗效评判并不取决于手法力的大小和操作时间的长短,而取决于手法能否阻断关键病理环节,或用行话表述为“手法是否到位”。多年来,在传统推拿临床上,较普遍的观念认为:每次推拿治疗时间 20 分钟以上。有的地方医疗文件甚至明文规定,当医生少于 20 分钟治疗时间时,病人可以投诉或拒付医疗费。应用脊柱微调手法时,不以是否发出弹响声、棘突排列是否恢复整齐为疗效判断依据,而应以临床症状、体征的改善或消失作为评判手法成功与否的标准。脊柱短杠杆微调手法以“调整”理论代替“整复”理论,即脊柱手法的应用是通过运动节段空间序列的调整,为神经、血管创造一个较为宽松的內环境,从而阻断疾病的病理循环链。从手法安全性角度出发,提倡以最轻的力度、最小的脊柱被动运动幅度、最小的关节操作取得最佳的临

床治疗效果。有时,即使是几个毫米的节段位移,就可使临床症状和体征显著缓解^[1]。我们在临床上发现,正确运用脊柱短杠杆微调手法常可有立竿见影的效果,比如颈椎间盘突出引起的腰腿痛霍夫曼征常可在手法后明显缓解,行走自如由阳性转为阴性;脊柱后关节错位或骶髂关节错位引起的局部肌张力增高可在手法后明显减轻。

微调手法体系倡导以最轻的手法力量,最短的推拿操作时间来取得最佳的临床疗效,不仅有利于手法安全性和保障病人利益,有利于推拿专业工作者自身的健康,同时也有利于推动推拿学科不断发展。在推拿临床疗效不明显时,医生常常不自觉地增加手法力量,延长治疗时间。这往往可能带来手法治疗上的安全隐患问题,同时也增加了医生劳动强度,以前在计划经济年代,推拿医生的定额粮票就比较多。从长远综合意义上讲,也不利于推拿学科的发展。医院的推拿临床治疗与社会上保健按摩服务的目标理念应逐渐分开,后者往往可能重视时间要求,而前者必须有追求临床疗效为目的。提高推拿医生的工作效率,从而让推拿临床医生有更多时间来思考学习或探索本学科及相关问题,也有利于本学科的发展。

微调手法体系从单节段、局部最优的脊柱调整观念转化为多节段、整体最优的脊柱调整观念。脊柱与骨盆、下肢同为人体承重的中轴,脊柱问题往往隐藏着骨盆和下肢生物力学的失衡,解决脊柱和骨盆问题为髋、膝、踝关节病痛提供新的临床治疗途径,反之亦然。以往对脊柱手法的认识主要集中在局部或节段的机械效应方面,而未能对手法对脊柱整体的机械效应进行必要的分析。脊柱在结构和功能上是紧密相连的一个整体,胸椎和腰椎的异常,可导致颈椎的病变。在临床上有时治疗腰椎能减轻颈

椎的症状,反之,通过对颈椎的治疗有时也能减轻腰椎的症状。脊柱手法除了对目标作用节段具有确切的机械效应如整复关节错位,改善压迫物与神经根之间的空间关系,调整椎间孔、侧隐窝内径等作用外,同样可改善脊柱整体曲度和承重力线,改变不同节段的应力分布,从而发挥更好的临床疗效。如腰椎间盘突出症患者因腰椎的保护性侧凸、后凸畸形而影响承重线,于是骨盆随后产生代偿性倾斜,一侧或两侧骶髂关节可能出现错位。这时若单纯采用腰椎手法来实现腰骶神经根减压,疗效不甚突出。如在应用腰椎手法的同时采用骶髂关节手法矫正腰椎的基础承重线,使病变节段椎间盘突出侧的高应力降低,达到两侧平衡,就可更有效地达到神经根减压,临床效果就会突飞猛进。如胸椎(尤其是上段)或骨盆、骶髂关节的生物力学失衡时,脊柱颈段常可出现代偿性生物力学失衡。有一位 40 岁的女性髂前上棘处压痛明显,详细体检后发现患者的疼痛是高足弓伴踝关节内翻所引起的姿势代偿性的疼痛^[2]。沈国权主任对于疼痛剧烈,肌痉挛明显者,通过寻找相关部位,轻轻微调手法以缓解疼痛,达到治疗目的,而不主张直接刺激疼痛部位。

微调手法体系从经验性采用手法处理转变为在深入分析病情及脊柱影像检查资料的基础上,从生物力学角度出发综合决定手法的应用;也不宜片面强调影像学上的骨质增生、脊柱关节、椎间盘等脊柱退行性改变,这些不一定与临床症状直接相关。在临床上常常发现通过微调手法适当调整力线后,取得了较好的临床疗效^[3-5]。又比如我们常在临床上发现老年女性腰痛患者,x 线腰椎侧位片提示腰椎滑脱的,伴有腰骶角增大,查体可见腰部正中有明显特征凹陷,治疗上我们通过减少其腰骶角改变腰段脊柱力线,常可取得明较好疗效。

微调手法体系摒弃整脊手法与松解手法作用的绝对人为割裂,推拿临床步骤常常分为先松解手法,其次整复,最后理筋等常规。我们认为合理的整脊手法消除了组织内异常应力负荷引起肌紧张反射的病理环节,因而是最有效的松解手法;恰当的松解手法解决了造成脊柱运动轴牵拉张力的不平衡问题,因而是最本质的整脊手法。在临床治疗上,最好能明确病理阶段的主要与次要问题,尽可能解决主要问题,兼顾次要问题。骨质增生和关节错位本身可能并不直接引起任何临床症状,当骨质增生或关节错位引起附近软组织损伤及压迫刺激时,才导致临床症状的发生。关节运动手法固然可以产生骨关节空间位移效应而发挥治疗作用,同样可以消除或减

轻关节周围肌肉、筋膜组织内的本体感受器发放病理性传入感觉冲动,从而治疗疾病,整骨即是治筋。松解手法固然主要作用于肌肉、韧带、筋膜等软组织,但松解手法实施的结果,改善了脊柱的稳定性,节段运动的协调性,又可反作用与脊柱骨关节,理筋也是整骨。骨关节手法和软组织刺激手法须联合运用,不可偏废。

当然,以上探讨脊柱短杠杆微调手法体系的各观念之间也是存在有机的联系,只是所言的侧重点可能不同。沈国权^[6]教授主张应向外科手术微创化学习,脊柱推拿手法向微调方向发展,主张在实施脊柱短杠杆微调手法治疗前,要重视体格检查,尤其是触诊,结合整体观念、辨证论治及现代生物力学、解剖学、影像学等相关研究,结合现代医学各种检查进行综合分析,以“调整”理论代替“整复”理论,不一定强求解剖复位,在临床上对伴有局部肌张力增高的关节紊乱,才予以整复,即脊柱手法的应用是通过运动节段空间序列的调整,为神经、血管创造一个较为宽松的内环境,从而阻断疾病的病理循环链。在推拿临床治疗手法上讲究“时间上更快、力量更轻、疗效更好、更安全”的学术理念。

病案举例。某男,52 岁,2008 年 11 月初诊。患者长期伏案在写字楼工作,3 周前无明显诱因下出现左下肢牵掣痛,并进行逐渐加重,略感左下肢无力。患者 10 年前首次出现在左下肢牵掣痛症状,经治后好转,后来期间症状时有反复,经治疗后亦有好转,此次发病诸症较前加重,腰部活动尚可,咳嗽时腰部疼痛加重(有酸楚不适感),患者发病以来,无明显进行性消瘦,无明显间隙性跛行,无明显潮热盗汗。舌红,苔薄,脉弦紧。专科检查:步入病房,腰椎部生理弧度反弓凸, $L_5 \sim S_1$ 腰椎左侧小关节处可触及局部肌张力增高, $T_7 \sim S_1$ 棘上压痛(++),叩痛(+++),放射到臀部。左侧直腿抬高试验(+)300,右侧直腿抬高试验(-)800,双侧屈膝屈髋试验(-),左侧“4”字试验(+),左侧梨状肌压痛(+++)。双下肢肌力正常,感觉正常,膝、踝反射未见明显异常(与反射对称,膝反射对称引出,踝反射对称引出,未见明显病理症)。X 光检查提示:腰椎退行性改变; $L_5 \sim S_1$ 椎间盘(病)变性。腰椎 MRI 提示:腰椎退行性改变, $L_5 \sim S_1$ 椎间盘膨出;诊断为“腰椎间盘突出症、腰椎骨关节炎、腰椎后关节紊乱”。经脊柱微调手法为主综合手法整复调理,治疗 3 周后,双侧直腿抬高试验(-),双侧屈膝屈髋试验(-),左侧“4”字试验(-),左侧梨状肌压痛(-)。左下肢牵掣痛症状消失。

参考文献

- [1] 沈国权,严隽陶. 对脊柱推拿“错位”与“整复”理论的思考[J]. 上海中医药大学学报,2002,16(2):26-28.
- [2] 刘洪波. 沈国权与脊柱微调手法[J]. 按摩与导引,2007,23(9):3-4.
- [3] 沈国权,孙武权,房敏,等. 短杠杆微调法治疗颈椎间盘突出症[J]. 浙江中西医结合杂志,2002,12(12):782-783.
- [4] 戴德纯,房敏,沈国权. 脊柱微调手法对退行性腰椎滑脱症腰椎稳定性的影响[J]. 中国康复医学杂志,2006,21(12):1110-1112.
- [5] 张喜林,沈国权. 短杠杆微调手法治疗复杂性腰椎间盘突出症32例小结[J]. 甘肃中医,2006,19(6):3-4.
- [6] 沈国权,严隽陶. 对脊柱推拿“错位”与“整复”理论的思考[J]. 上海中医药大学学报,2002,16(2):26-28.

浅议脾与血病的关系

★ 范贵兰 (四川自贡市自流井区中医院 自贡 643000)

关键词:脾;血病;藏血;裹血

气血生化之源有赖于脾的健运功能。正如李中梓在《医宗必读》中所言“一有此身,必资谷气,谷入于胃,洒陈于六腑而气至,和调于五脏而血生。而人资之以为生者也,故曰后天之本在脾。”因而不难看出血病与脾存在着密切的关系。

《难经·四十二难》曰:脾“主裹血”,《灵枢·本神》篇载“脾藏营”。藏营之意,即指血液的生化与脾有关;“裹”有裹藏、裹护、滞留之意;“藏”有藏纳、化生之意。“裹”与“藏”既有联系又有区别,联系是指两者都有集中、储备之意。不同的是,“藏营”是生理过程,而“裹血”既是生理过程也可是病理过程——若脾裹血过多,裹而不行,形成瘀血则是病理过程了。

“统血”的含义有二:一是统摄、调控;一是统领、调配。

统摄功能由脾气所司,统摄全身之血行于经脉之中,而不溢出脉外,从而达到营养脏腑、四肢百骸的作用。若脾气虚弱统摄无权,则可导致各种出血,常见的如便血、尿血、崩漏和肌衄等脾不统血的出血病证。故在治疗这类出血性病证的时候,不管是妇科的崩漏下血,还是内科的肌衄、便血,只要是由于脾失统血的病理因素造成的,均用益气、健脾、摄血之法,恢复脾的统摄功能,到达出血自止的目的。所不同的是,由于出血部位的不同,在遣方用药上各有择重,如气虚之崩漏下血,治法宜用补脾固冲摄血,选用固本止漏汤或固冲汤,配以收敛止血之药,如蒲黄炭、乌贼骨、益母草、五倍子、棕榈炭、山茱萸等;若

有瘀血配小剂量三七粉、益母草活血止血药。

所谓统调即统领、调配之意。水谷精微化生之营血,由心脉运行,籍脾气的统调供脾脏组织、四肢百骸各部分所需。脾的统调功能主要体现在血液调配的部位和数量。正常之人脾气健旺,统调得宜,则脏腑百骸各得其需,维持正常的生理活动。若脾气虚衰,统调失职,则血液分配不均,一些组织器官或经络不能获得正常所需要的血液,虽然整体血液并不贫乏,验之于临床,血常规检查结果并不符合“贫血”诊断,但临床上却可能出现某些血虚征象,常见面色无华或萎黄,心悸不宁、夜寐不佳、头目昏花、视力减退、脉细之症等。通过健脾补气,或配以养心安神,补肝养血之品,均可以改善或消除病人的临床症状而获痊愈。

综上所述,脾的病理与出血、血虚、血瘀有关,三者之间既有区别又有联系,又互为因果。如脾虚不能摄血,可以导致出血,而出血量多又必然造成血虚;若离经之血未能及时排除体外,则易形成瘀血。如脾脏裹血过多不能参与正常运行,灌溉全身,一则可直接形成淤血或者脾失统调功能而出现血虚之象;二则裹血过多,无论遇到内外各种因素都可能发生破裂而出血,即使及时救治最终也会形成严重的血虚证。可见,血病与脾的关系十分密切,血病的三种因素常互为因果,相互影响。因此正确认识脾与血病间的上述关系,对临床实践具有重要的指导意义。