



中医手法技巧系列

常见病

中医整脊

手法技巧

主 编 郭长青 梁靖蓉 杜文平

郭长青

北京中医药大学
针灸推拿学院副院长



科学出版社

中医手法技巧系列

常见病

中医整脊手法技巧

主 编 郭长青 梁靖蓉 杜文平

副主编 芦 娟 李中龙

编 委 (以姓氏笔画为序)

马 田	马薇薇	王 洋	王美琴
杜宁宇	李昭凯	吴 彤	何智菲
张 涛	张伟夫	陈 晨	赵瑞利
徐 菁	潘 飒		

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书主要介绍整脊疗法的基础知识、治疗手法和常见脊椎疾病的整脊治疗。整脊疗法基础知识主要包括整脊疗法概述和发展源流,脊椎疾病的病因病理、诊断方法,整脊手法要求,整脊疗法的优势与特点、适应证和禁忌证、注意事项与应急处理;整脊疗法的治疗手法包括松解理筋类手法、整复类手法;整脊疗法治疗内容分别介绍颈椎、胸椎、腰椎、骶尾椎常见脊椎疾病的治疗。

本书适合中医专业人员及热爱中医的人士阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

常见病中医整脊手法技巧/郭长青,梁靖蓉,杜文平主编.—北京:科学出版社,2017.6

(中医手法技巧系列)

ISBN 978-7-03-052984-8

I. ①常… II. ①郭… ②梁… ③杜… III. ①脊椎病按摩疗法(中医)
IV. ①R244.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 111506 号

责任编辑:高玉婷 / 责任校对:何艳萍

责任印制:肖 兴 / 封面设计:蔡丽丽

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

天津市新科印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2017 年 6 月第 一 版 开本:720×1000 1/16

2017 年 6 月第一次印刷 印张:8

字数:153 000

定价:35 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前言

随着社会的发展、时代的进步,工作强度的不断增加,脊柱相关疾病的发病率呈快速上升趋势,而发病年龄呈下降趋势,脊柱相关疾病日益危害人类的健康。因而,人类要高度重视脊柱、保护脊柱,延缓其退变,预防和控制脊柱病变及脊柱相关疾病的发生。整脊疗法从人体健康的平衡观、整体观出发,对脊椎、脊柱常见病、多发病已经形成了自己独到的理论。整脊疗法旨在调整人体脊柱连带的肌肉骨骼系统,改善其功能障碍,注重人体的整体研究,注重人体内部各器官及组织的相互关系,寻求一种维护、修复自然生理与物理平衡的方法。

现为了更好地普及整脊疗法这一特色治疗方式,编者根据多年的研究成果和临床经验,在参考大量的有关资料的基础上总结编写了此书。本书从临床实践出发,采用图文对照形式编撰,简明扼要,容易操作,希望能为广大读者提供一册相对系统、规范、方便使用的图书。

在编写过程中,由于笔者学识浅薄,经验不足,若书中有遗漏或错误之处,恳请同仁高贤和读者不吝教言,批评赐正。

北京中医药大学针灸推拿学院博士生导师 郭长青

2017年1月

目 录

第 1 章	整脊疗法基础知识	(1)
第一节	整脊疗法概述	(1)
第二节	整脊疗法的发展源流	(1)
第三节	脊椎疾病的病因病理	(2)
第四节	脊椎疾病诊断方法	(6)
第五节	整脊手法要求	(23)
第六节	整脊疗法优势与特点	(25)
第七节	整脊疗法的适应证和禁忌证	(26)
第八节	整脊疗法的注意事项与应急处理	(27)
第 2 章	整脊疗法的治疗手法	(29)
第一节	松解理筋类手法	(29)
第二节	整复类手法	(37)
第 3 章	整脊疗法治疗颈段脊柱疾病	(60)
第一节	颈型颈椎病	(60)
第二节	神经根型颈椎病	(62)
第三节	椎动脉型颈椎病	(65)
第四节	落枕	(68)
第五节	颈部扭挫伤	(70)
第六节	颈肩肌筋膜炎	(72)
第七节	颈椎小关节紊乱症	(75)
第八节	颈椎间盘突出症	(76)
第九节	寰枢关节半脱位	(79)
第十节	前斜角肌综合征	(81)
第 4 章	整脊疗法治疗胸段脊柱疾病	(84)
第一节	胸椎小关节紊乱症	(84)
第二节	胸肋进挫伤	(86)
第三节	胸背肌筋膜炎	(88)
第四节	胸椎后关节紊乱症	(90)
第五节	胸椎棘上、棘间韧带损伤	(91)
第六节	胸廓出口综合征	(92)

第七节	胸椎间盘突出	(94)
第 5 章	整脊疗法治疗腰段脊柱疾病	(97)
第一节	急性腰肌扭挫伤	(97)
第二节	慢性腰肌劳损	(99)
第三节	第三腰椎横突综合征	(102)
第四节	腰椎间盘突出症	(103)
第五节	腰背肌筋膜炎	(105)
第六节	腰椎小关节紊乱症	(107)
第七节	腰骶后关节病	(108)
第 6 章	整脊疗法治疗骶尾椎脊柱疾病	(111)
第一节	骶髂关节扭伤	(111)
第二节	骶髂关节错缝症	(113)
第三节	梨状肌损伤综合征	(115)
第四节	耻骨联合分离症	(117)
参考文献		(119)

第一节 整脊疗法概述

整脊又称正脊、按脊、治脊等,一般有广义、狭义之分。狭义整脊是指运用各种手法技术移动患病脊椎,矫正椎间关节失稳,恢复脊椎的稳定性,使患病的脊椎恢复正常的解剖结构和功能,松解粘连,缓解肌肉痉挛,解除对神经等的刺激压迫,从而治疗因脊椎结构异常而引起的疾病;广义整脊是指运用推拿按摩、牵引、导引、针灸、药物等方法整复调理结构和功能异常的脊柱,是防治脊柱及脊柱相关脏腑组织器官疾病的医疗保健方法。

整脊疗法是一门从脊柱力学角度研究脊柱与疾病关系的科学。它是与内科、外科、神经科、内分泌科、妇科、儿科、五官科等都有关系的新兴学科。它是以整复手法作用于脊椎背脊,从人体健康的平衡观、整体观出发,对脊椎、脊柱常见病、多发病的治疗形成的独到的理论。整脊疗法从纠正单个椎体的位移着手,调整人体脊柱连带的肌肉骨骼系统,改善功能障碍,主要解决脊柱各个关节的紊乱错位,从而减轻周围骨骼、肌肉、关节的疼痛和炎症。它注重人体的整体研究,注重人体内部各器官及组织的相互关系,寻求一种维护、修复自然生理与物理平衡的方法。

第二节 整脊疗法的发展源流

中医对脊柱病的认识有 2000 多年的历史。整脊疗法发展过程可以概括为:起源于远古,盛行于殷商,总结提高于秦汉,广泛应用于晋唐,发展创新于宋元,系统完善于明清,正名昌盛于当代。早在清代,《医宗金鉴·正骨心法要旨》对损伤性脊椎病变的病因、临床表现及整复手法等就已有较明确的载述。国内自 20 世纪 60 年代以来,脊柱病因学说得到了不断地发展和进步。整脊疗法的治疗范围更加扩大,不仅对颈椎、腰椎棘突偏歪等伤骨科疾病有较好疗效,而且还可广泛应用于由脊椎病变引起的相关疾病。随着中医骨科的振兴和中西医结合治疗骨折和软组织损伤的兴起,人们对脊柱的生理、病理有了更全面而深刻的认识,开始运用解剖、生理、生物力学等知识研究传统整脊疗法,脊柱病防治也有了更完善的方案,这些都

促进了中国整脊学水平的进一步提高。

中医整脊疗法是运用中医原创思维,研究人体脊柱系统解剖、生理、运动力学,用手法为主要治疗方式的中医疗法。通过调整气血、筋骨,使气血协调,并恢复或改善脊柱力学平衡以防治脊柱劳损伤病。传统中医药领域中的整脊疗法及其学术思想,逐渐形成一整套独具特色的学术体系,成为一门独立的学科。中医整脊疗法以中医基础理论和现代医学知识为指导,以生物力学为基础,研究脊柱、脊旁组织、脊柱相关脏腑的力学、解剖、生理、病理变化,运用手法、导引练功、针灸、中药、牵引等方法对脊柱位置、结构异常进行整复调理,从而达到治疗和预防脊柱及脊柱相关疾病的目的。这门学科是在中医经络学、骨伤科学、现代医学的“脊柱与疾病相关”理论、软组织外科学、脊柱病因治疗学,以及整脊矫正手法治疗等理论上产生、发展起来的。

美式整脊疗法又称脊柱神经矫正术,源于欧洲的传统医学,是目前在美国广泛流行的一种自然疗法。它是1895年欧美脊椎神经医学的鼻祖帕马医师(D·D·Patmer),根据人体脊椎骨和神经系统的原理,悟出一种与我国古老的“推拿术”和“跌打损伤”相似的整脊疗法。它是以脊椎解剖学、生物力学、X线影像学为基础,有着规范、科学矫正手法的独立学科。其首先注重人体的整体研究,强调人体内部各器官、组织的相互关系,寻求一种维护、修复自然生理平衡与物理平衡的脊柱矫正方法。在这种思想指导下,脊椎矫正学从人体的整体平衡出发,来认识人体内部的奥秘,以达到使人体恢复健康的目的。

整脊疗法发展迅速,在东南亚一些国家均盛行。按脊防治脊柱及其相关疾病和按脊保健,被称为“脊柱病调整法”。整脊疗法在日本发展最快,并形成不同的手法流派和名称,如福永式整体术、高桥式正体式、尾间式脊柱反射疗法、松田式按脊调整法等。

第三节 脊椎疾病的病因病理

脊柱相关疾病的病因是以中医的病因学说为基础,结合现代脊柱的病理解剖和病理生理阐述引起疾病发生、发展的因素。脊椎疾病的病因较为复杂,常见原因可分为基础病因和发病诱因。基础病因常有脊椎急慢性损伤、退行性变、脊柱先天畸形等,遭受直接或间接外力,如交通意外、运动损伤、生活与工作中的意外、医源性意外等;发病诱因有轻微扭挫伤、过度疲劳、姿势不良、内分泌失调、感受风寒湿邪等。

1. 椎间盘退行性变 年龄增长及与之相关的使用过度、修复能力降低是引起脊椎退变的主要原因。某个椎间盘发生退行性改变,引起椎间隙逐渐变窄,使椎周软组织相对松弛。在一定诱因作用下,发生椎体滑脱或椎间关节错位。椎间盘退

变后椎间盘的纤维环变脆,如果椎体受到外力刺激或损伤,纤维环破裂,椎间盘髓核突出纤维环外,则形成椎间盘突出。椎体骨质增生和椎间盘突出会压迫周围神经、肌肉、韧带、血管及脊髓而引起症状。

2. 脊椎旁软组织急慢性劳损 椎旁软组织包括韧带、关节囊、筋膜、椎间盘及肌肉。脊椎旁软组织急慢性劳损常见于长期低头工作或长期在某一特定姿势下的重体力劳动而又不重视定时适当做肌力平衡运动的锻炼者。此种损伤还可见于姿势不良,如歪头写字、姿势性驼背、睡高枕等;或者剧烈运动前没有做适当的预备运动,如单双杠、球类比赛等;或者反复轻度扭挫伤,如举、抬、挑、搬重物时,或手持重物向外抛掷时,用力不当或用力过于持久;或自幼缺乏体力劳动锻炼或因疾病所致的体质瘦弱、气血亏虚的人,突然做过重的挑、抬、锄、掷等劳动;或持久做过伸、过屈头颈、腰背的工作者等。

软组织急性扭挫伤后,局部气滞血瘀,组织撕裂后水肿、血肿,如未彻底治疗,可发展为纤维性变,以致肌肉、韧带、关节囊等发生粘连,出现伤侧(椎旁)软组织痉挛状态。

慢性劳损后造成局部组织松弛或硬变(纤维化、钙化),使椎间关节运动范围失控而在一定诱因作用下,发生椎间关节错位、滑膜嵌顿而致病。

3. 椎间盘突出 多有急性损伤史。其中腰段脊椎负重大,较薄弱,容易发病。颈椎因有钩突的保护作用,胸椎椎间盘较小且有胸廓的限制运动,故较少发病。

4. 骨质增生 由于椎间盘的退变,椎间盘内压升高,椎节失稳和应力分布不均与椎体平衡改变,韧带于椎间盘间隙血肿机化、骨化和钙化,就会出现骨质增生。脊椎骨质增生突入椎间孔、椎管或横突孔,压迫神经根、椎动静脉、交感神经或脊髓而致病。

5. 韧带增生肥厚或钙化 韧带退变实际上是随着椎间盘的退变相伴而生的。当椎间盘退行性变后,脊椎处于失稳状态,韧带就会代偿性变化,继而出现增生、肥厚、变性。椎体韧带的退变,主要是前纵韧带、后纵韧带和黄韧带。韧带的退变首先会限制脊椎的活动,出现局部僵硬等症状,其次是增厚的韧带会压迫神经和脊髓,影响椎动脉血流量,发生继发性椎管狭窄。肥厚、钙化的组织直接对其邻近的脊髓、神经根、椎动静脉及交感神经造成压迫而致病。

6. 先天性畸形 脊柱畸形是一种常见的脊柱疾病,在青少年和儿童中有较高的患病率。初诊的脊柱畸形一般以背部畸形为主要症状,表现为驼背、姿态不对称、双肩不等高、身材矮小等,或是先天性椎体融合、颈肋及椎管狭窄等。由于融合和颈肋局部活动度较小,增加其上部或下部椎间负担而易发生劳损,故脊椎病好发于畸形椎体的上或下一椎间部位。先天性椎管狭窄者,较常人狭小,故代偿功能较差,对原可不致病的轻度脊椎错位、骨质增生或韧带肥厚钙化也可发病,患病后症状往往比一般病人重。

7. 颈部及咽喉部炎症感染 炎症使关节囊及其周围韧带充血松弛,也可发生骨质脱钙,使颈椎的稳定性受到损害,在一定诱因条件下,即发生错位。

上述病因中以椎间盘退变、椎周软组织相对松弛及椎周软组织劳损造成脊椎失稳后而发生脊椎错位最常见。

脊柱相关疾病错综复杂,病理过程涉及应力集中、平衡失调、代偿紊乱、脏腑功能失调等。表现为椎间盘变性或突出(膨出),脊椎错位(关节突、钩突位置改变),椎周围软组织改变(松弛变性、痉挛硬变、无菌性炎症、萎缩、骨质增生等)。一般来说,脊椎在失稳状态时并无临床症状,但在一些诱因下可发生错位而出现症状。如果受到压迫或刺激,还会出现相应症状:神经根受压会出现其支配范围疼痛、麻木、无力;椎动脉受压常出现头晕、头胀;脊髓受压根据脊髓受损的程度不同,可以在受损脊髓平面及以下的支配区域出现不同程度的症状,如截瘫、运动障碍、感觉迟钝、缺失、分离、过敏等;交感神经纤维常出现支配的内脏出现病症。

1. 椎间盘变形及突出 软骨板逐渐变薄,甚至被髓核逐渐侵蚀造成缺损,使软骨板失去由椎体向椎间盘内渗透组织营养液的半渗透膜作用,更加促进纤维环及髓核的变性。髓核含水量逐渐减少,其中纤维网和黏液样组织基质渐渐被纤维组织及软骨细胞所替代,成为弹性下降的纤维软骨实体。因此,椎间盘的高度降低,椎间隙狭窄,如发生椎间盘突出则椎间隙狭窄更加明显。纤维环变性比软骨板与髓核更早,常人20岁以后即停止发育,开始变性。纤维交错的纤维环虽然较壮实,但因持久运动相互摩擦后导致纤维变粗,出现透明性病变,从而使纤维弹性减弱。在一定诱因条件下(急性外伤或慢性劳损)纤维环发生破裂,髓核即可向破裂处突出。因后纵韧带在后外侧较薄弱,故椎间盘突出以向后外侧突出者居多。突出的椎间盘初期为较软的纤维组织,以后可逐渐钙化及骨化。

2. 关节突关节的改变及脊椎错位 由于椎间盘的退变使椎间隙变窄,关节突的关节囊及其周围韧带均松弛,椎间孔的纵径势必缩短,如遭受外伤或椎周软组织劳损即可发生脊椎错位,椎间孔横径(前后径)及椎管的矢状径均缩短。根据尸体解剖所见,椎间孔横径缩小 $1/3$ 时,神经根即受到刺激,如缩小到 $1/2$ 时,神经根则受到压迫。椎管矢状径变小如已有椎管狭窄或椎体缘有骨质增生的骨嵴时,则可对脊髓产生压迫。

3. 椎周软组织改变 黄韧带肥厚:可能由于长期被过度牵扯(低头工作、睡高枕、长期弯腰工作等),或因脊椎失稳活动度加大,使黄韧带负担增大,久之黄韧带则增生肥厚,甚至钙化、骨化,从而压迫神经根出现症状;也可能在脊椎后伸时,肥厚的黄韧带发生褶皱突入椎管内而压迫脊髓。

前、后纵韧带改变:前、后纵韧带可能遭受急性外伤,也可能由于脊椎失稳长期过度活动而受损伤,发生出血、水肿、机化而钙化、骨化,对脊髓或神经根产生压迫。

项韧带钙化:在颈椎失稳后,项韧带(颈椎部的棘上韧带)过度活动而变肥

厚,继而钙化、骨化。项韧带钙化的部位多见于C₃₋₆的夹肌、半棘肌与小菱形肌附着点处,头颈及上肢运动易损伤此段韧带,韧带钙化的部位与颈椎病发病的部位相一致。

椎旁肌肉改变:椎旁肌肉可遭受急性扭挫伤或慢性劳损,多见于肌腱与骨附着处发生撕脱性损伤,或肌纤维局限性断裂,慢性劳损的局部组织呈纤维性变,或机化粘连,造成脊椎两侧肌力失衡。若脊椎已处于失稳状态,则极易发生错位而出现相应神经支配的肌肉痉挛。

4. 骨质增生(骨刺、骨唇、骨嵴) 脊椎失稳后,活动度增大,在关节突关节、钩椎关节或椎体边缘的韧带、骨膜受到牵扯、损伤,发生出血、机化而后骨化成为骨质增生。骨质增生的好发部位在颈、腰椎,这与活动度较大有关,胸椎则较少发生。骨质增生随年龄的增长而增多,但不一定致病,只有骨刺突入椎管、椎间孔或横突孔时才可压迫脊髓、神经根或椎动脉而出现症状。

5. 神经根改变 神经根可受突出的椎间盘、变窄的椎间孔或骨刺压迫。椎间盘向后外侧突出虽未侵入椎间孔,但仍可压迫脊膜囊内的神经根。如单独压迫后根则出现麻木感而无运动障碍,反之,如压迫前根,则有运动障碍而无麻木感。当然,如在前后根汇合处受压,则患者既有运动障碍又有感觉障碍。

6. 椎动脉改变 椎动脉可因颈椎错位或钩突关节增生的骨刺压迫,而出现受挤压或扭曲的情况,这可从椎动脉造影中得到证实。椎动脉受压后可产生血液循环障碍,一侧椎动脉受压尚不致出现脑动脉缺血症状。若一侧已有病变,而做向健侧转头使健侧椎动脉也受压迫,则可出现症状。枕寰关节及寰枢关节活动常加大椎动脉第三段的扭曲,极易引起双侧椎动脉供血不全而发生眩晕或晕厥。

7. 脊髓改变 脊髓受到骨性直接压迫或因脊髓前动脉受压而致血运障碍,在早期为功能障碍性改变还可以逆转,如受压时日较久,未能获得治疗,则可发生脊髓变性、软化,甚至空洞形成,成为难以恢复的损害。

8. 交感神经改变 交感神经的低级中枢在脊髓侧角,交感神经的节前纤维是有髓鞘纤维,随同本节脊神经前根通过椎间孔而达神经节。其节后纤维循三个途径分布:随脊神经分布,缠在血管上随血管走行分布,直接分布到内脏。交感神经的功能是与副交感神经相拮抗,相互调节平衡以维持器官的正常功能。

脊椎的骨关节、椎间盘及椎间软组织遭受损伤或退变,在一定的诱因条件下发生脊椎关节错位,椎间盘突出,韧带钙化或骨质增生,直接或间接地对神经根、椎旁血管、脊髓、交感神经等产生刺激或压迫,而引起临床多种综合征,且常由此引起自主神经功能紊乱,使其支配的脏器出现病症。整脊疗法通过运用整复手法治疗脊椎达到解除病症的效果。其治疗机制为通过脊椎整复手法的治疗,促使患椎椎间隙及纤维环、椎间韧带发生旋转、牵拉,从而对突出的髓核产生周边压力,使突出物回纳,通过拨正偏歪棘突,椎体关节得以恢复正常或代偿性的解剖位置,使之与周

围肌群相适应,解除关节囊、韧带对神经根的压迫,改善血流。此外,对合并小关节僵凝者施以旋转手法,还能松解粘连,增加活动范围,缓解疼痛。

第四节 脊椎疾病诊断方法

一、一般检查

一般检查包括对脊柱弯曲度、腰背部软组织检查、脊椎活动度及脊椎压痛与叩击痛等检查。

1. 脊柱弯曲度检查 正常人直立时,脊柱从侧面观察有 4 个生理弯曲,即颈段稍向前凸,胸段稍向后凸,腰椎明显向前凸,骶椎明显向后凸。视诊检查:被检查者取站立位或坐位,充分暴露躯体,从侧位和后位观察脊柱的 4 个生理弯曲是否存在,观察是否有脊柱侧弯、前凸或后凸畸形。触诊检查:手指沿脊椎棘突以适当压力往下划压,皮肤出现一条红色充血痕,以其为标准观察有无侧弯。颈部侧偏常见于先天性斜颈等。脊柱后凸似驼背常发生在胸段,常伴胸部塌陷,头颈前倾,腹部前凸,常见于佝偻病、强直性脊柱炎、脊椎退行性变等。脊椎前凸表现为腹部明显向前,臀部明显向后突出,多发生在腰椎,可见于先天性髋关节后脱位、第 5 腰椎向前滑脱、髋关节结核及水平骶椎等。脊柱侧弯可发生在胸段、腰段及胸腰段联合,可因姿势不良形成脊柱侧弯,常见于儿童发育期坐、立姿势不良及代偿性侧弯;器质性脊柱侧弯常见于先天性脊柱发育不全、特发性脊柱侧弯等脊柱疾病。(图 1-4-1,图 1-4-2)



图 1-4-1 视诊

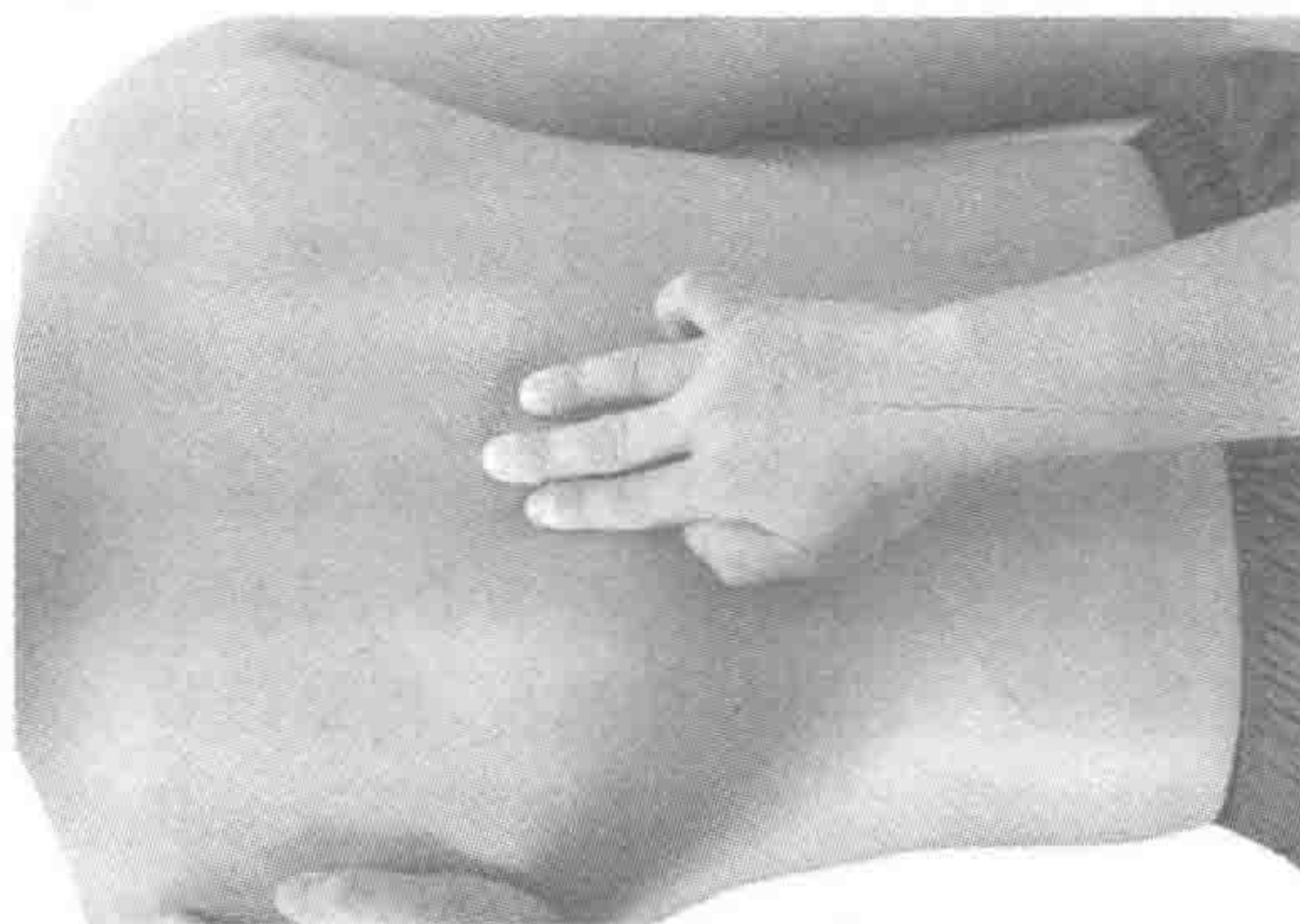


图 1-4-2 触诊

2. 腰背部软组织检查 主要触诊腰背部肌肉、筋膜等。触诊检查由轻至重逐渐加压,一般可以循肌肉走行方向、肌肉与韧带的起止点、沿神经走向用指腹来回

滑动。用拇指、示指撮捏以探索皮下浅层的异常反应。用拇指按压揉动以探查深层异常反应时,应注意左、右侧或健、患侧对比,同时按压以比较疼痛的性质与程度,用力要均匀。要检查时判断肌肉是否结实柔韧;并在病人主诉的疼痛部位做重点检查,注意有无皮下结节、条索,是压痛点、压麻点还是压胀点;确定有无放射痛、放散痛、牵涉痛、原发痛、继发痛等;是否有肌肉紧张或痉挛、肌肉萎缩、功能障碍等。无论脊柱急性损伤还是慢性损伤都会引起附着的肌肉异常,局部肌肉紧张僵硬、压痛,长时间之后甚至会出现肌肉萎缩、功能异常等。如颈椎病患者常颈部肌肉紧张、压痛、活动受限等;腰椎结核、急性腰扭伤患者,常有腰肌痉挛、功能受限等(图 1-4-3,图 1-4-4)。



图 1-4-3 触诊 1

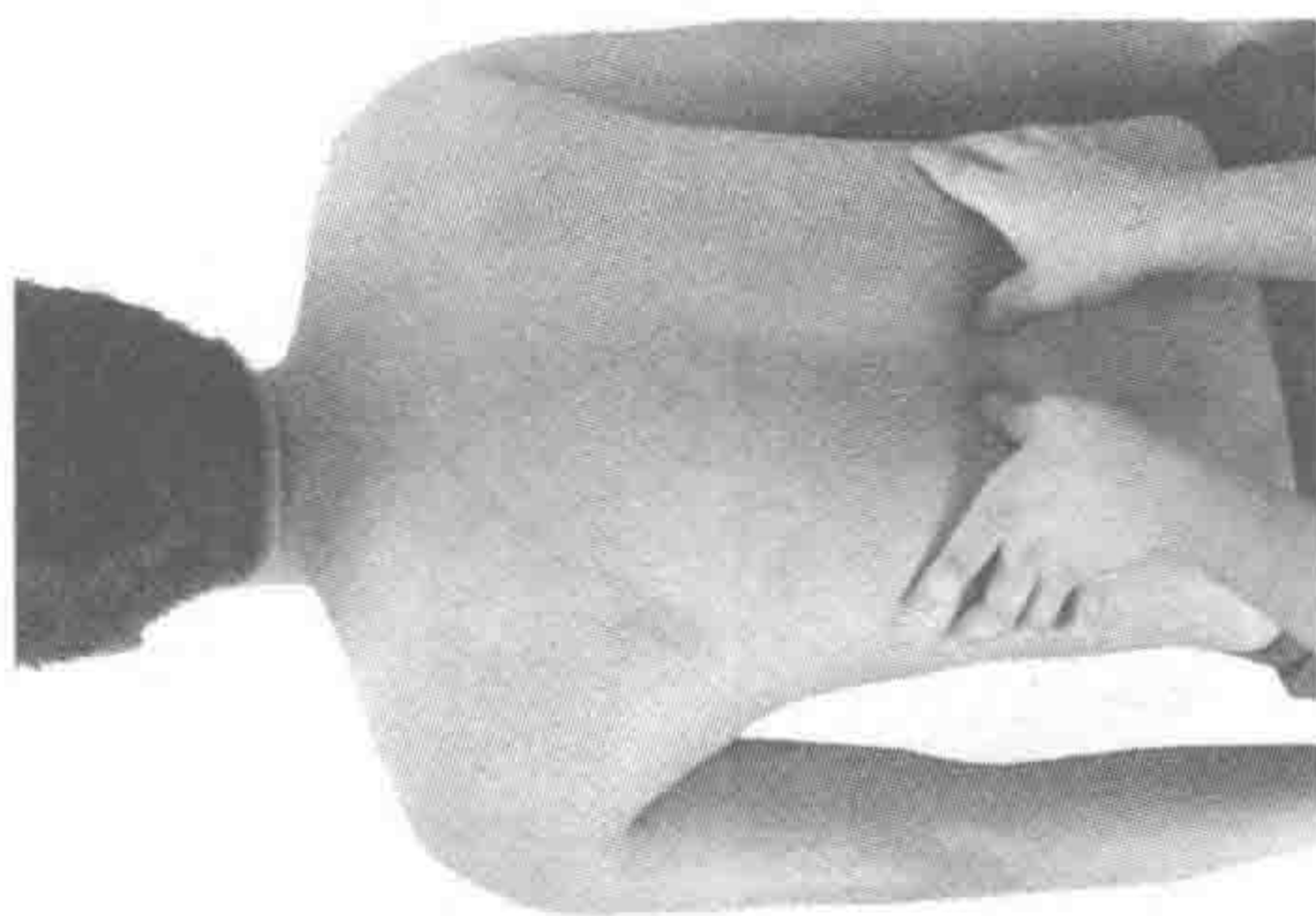


图 1-4-4 触诊 2

3. 脊柱活动度检查 生理状态下脊柱有一定的活动度,其中颈椎段和腰椎段的的活动范围最大;胸椎段活动范围最小;骶椎和尾椎已融合成骨块,几乎无活动性。脊柱的运动主要在颈椎及腰椎,它的运动包括前屈后伸,左右侧屈及左右旋转。检查时,嘱患者取坐位或站立位,头居正中,两眼平视前方,依次做屈曲、伸展、侧屈、旋转动作。检查颈椎时注意应固定双肩,使躯干不参与运动。颈段活动受限常见于颈部肌纤维组织炎及韧带受损、颈椎骨质增生、颈椎结核或肿瘤浸润、颈椎外伤、骨折或关节脱位等。检查胸椎活动度可先固定骨盆再转动肩部,胸段活动受限可见于胸段肌纤维组织炎及韧带受损、脊柱侧弯或后凸、强直性脊柱炎等(图 1-4-5~图 1-4-8)。

腰段活动受限常见于腰部肌纤维组织炎及韧带受损、腰椎椎管狭窄、椎间盘突出症、腰椎结核或肿瘤、腰椎骨折或脱位等。注意检查前仔细询问病史,若怀疑脊椎骨折或外伤,检查时应避免做脊柱运动,以免损伤脊髓(图 1-4-9~图 1-4-12)。

4. 脊柱压痛与叩击痛检查 检查脊柱的疼痛部位时,嘱患者取俯卧位使椎旁肌肉放松,检查脊椎压痛时以右手拇指从枕骨粗隆自上而下逐个按压脊椎棘突及椎旁肌肉,正常每个棘突及椎旁肌肉均无压痛。脊柱两旁肌肉有压痛时,常为急性腰背肌劳损所致。腰椎横突上有腰肌的起止点。腰肌急、慢性损伤时,常在横突

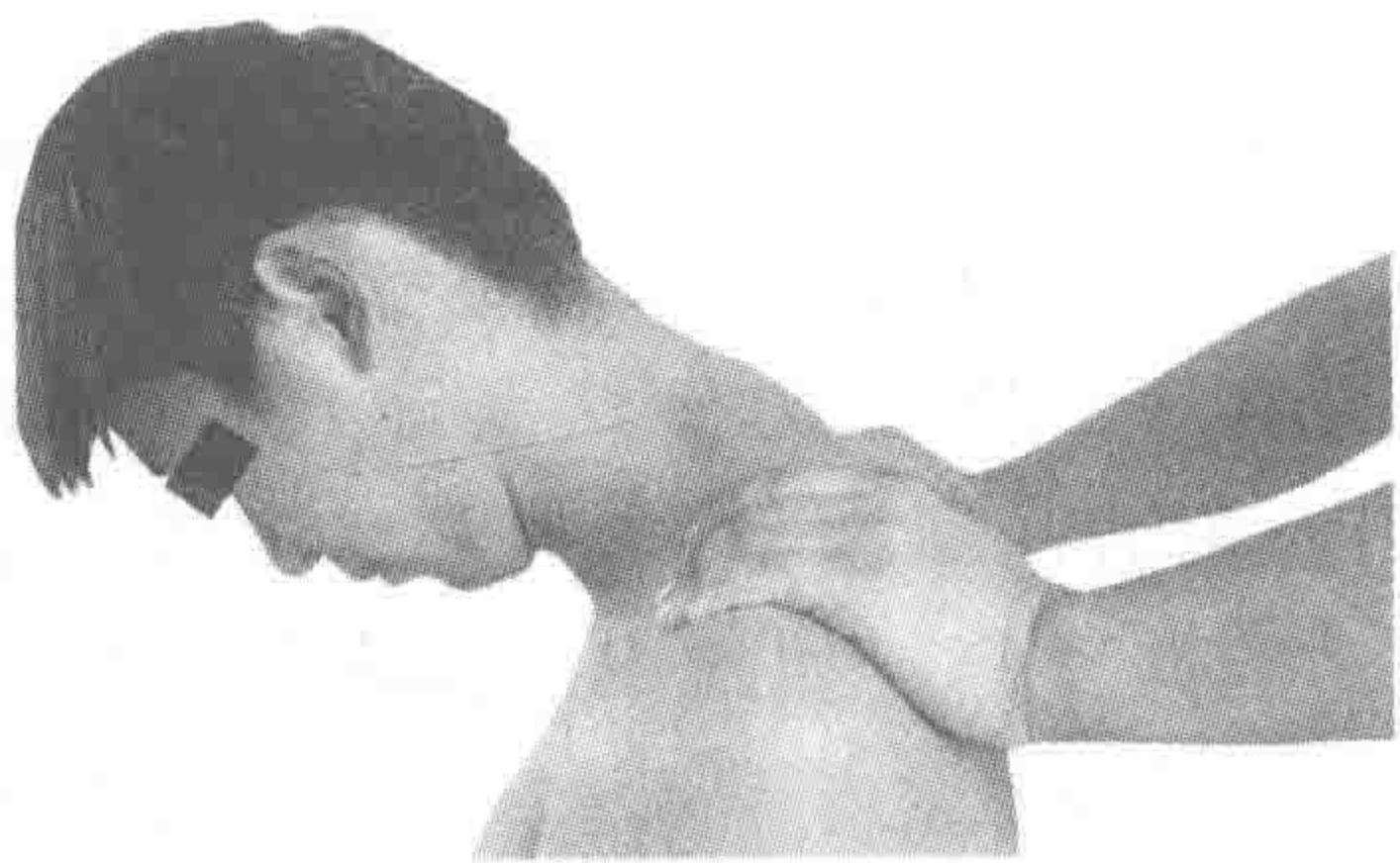


图 1-4-5 颈椎前屈

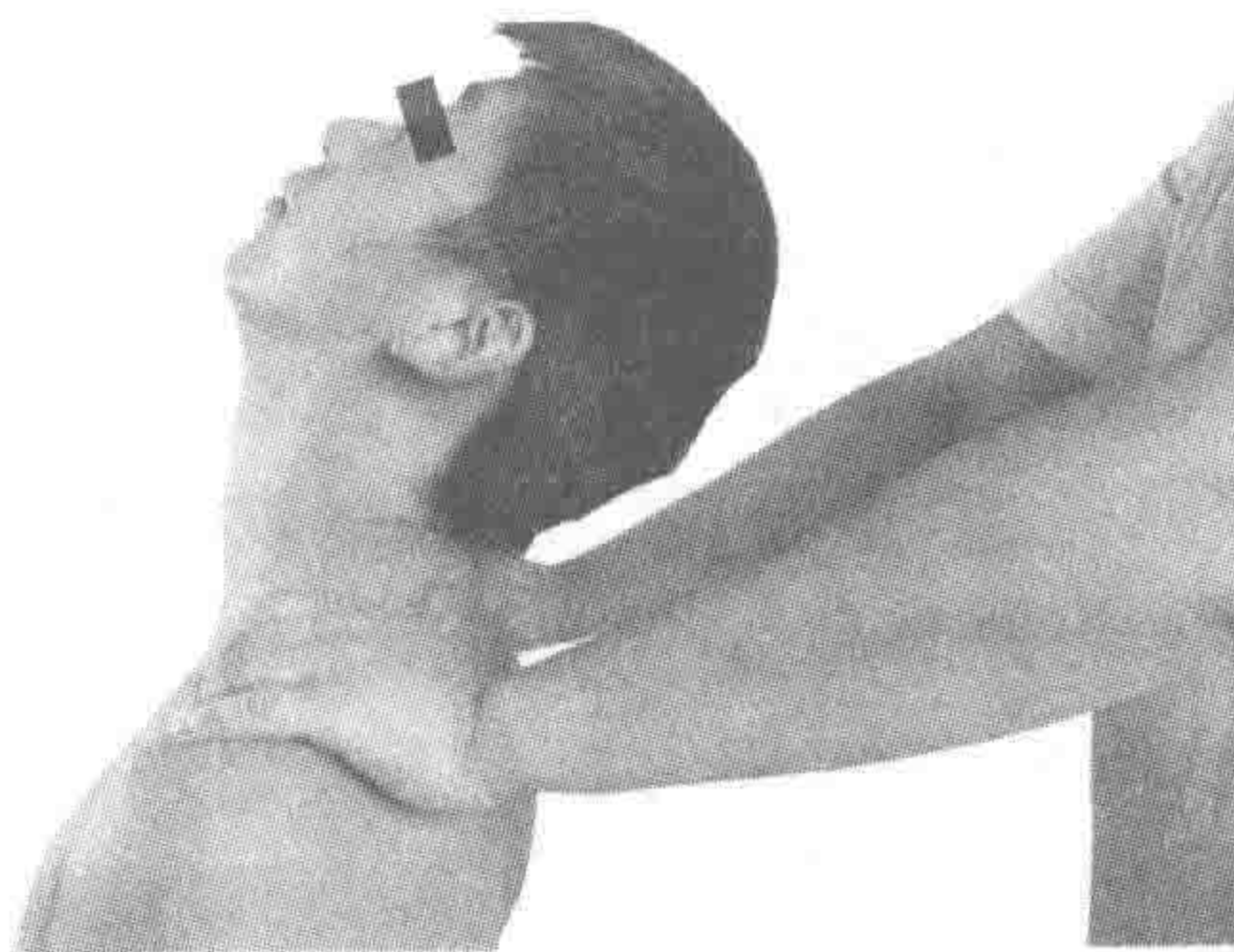


图 1-4-6 颈椎后伸

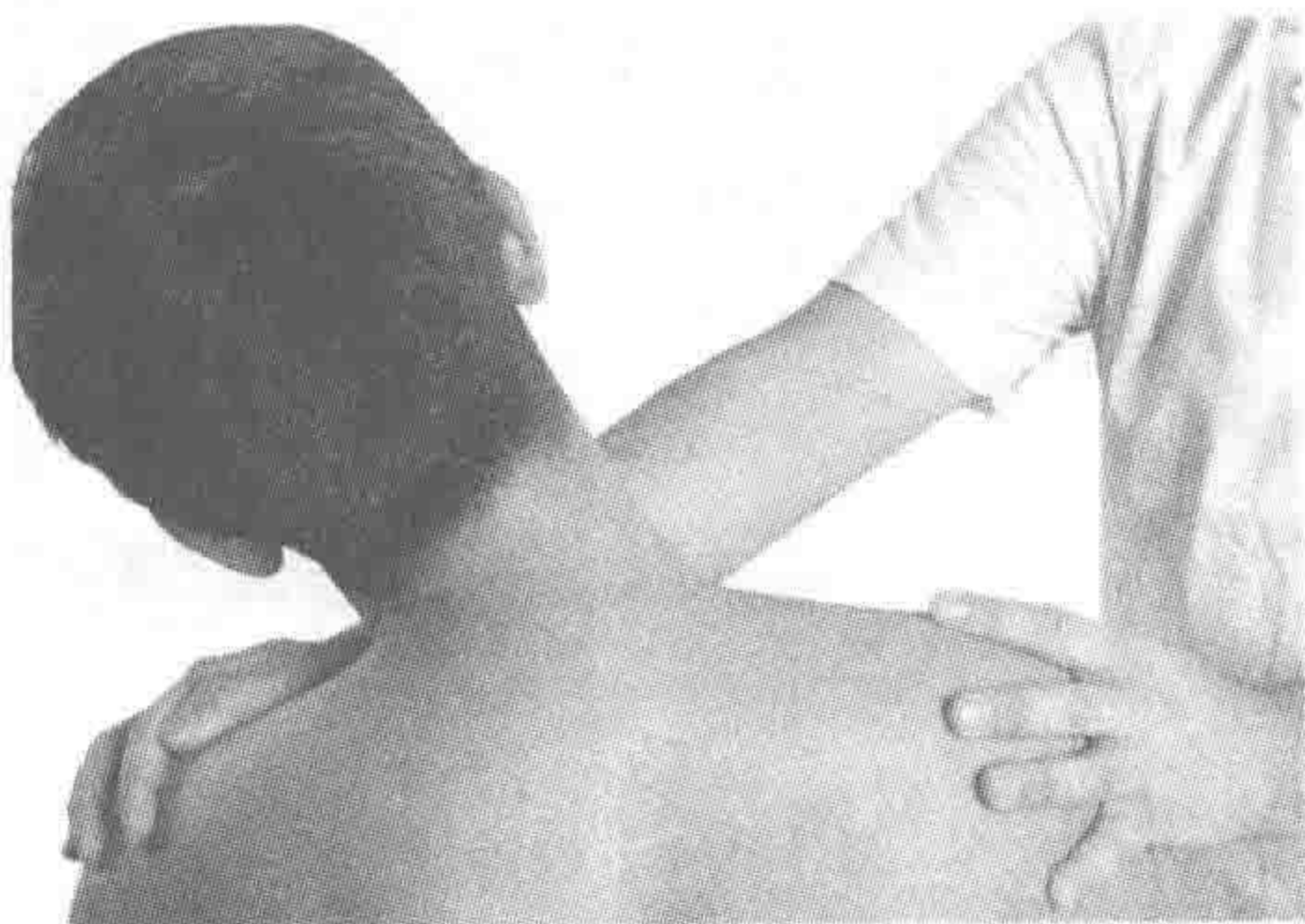


图 1-4-7 颈椎侧屈



图 1-4-8 颈椎旋转



图 1-4-9 腰椎前屈



图 1-4-10 腰椎后伸



图 1-4-11 腰椎侧屈



图 1-4-12 腰椎旋转

上有不同程度的压痛。第3腰椎横突较其他腰椎横突长,所承受的腰肌拉力较大,若有损伤,局部可有压痛并沿大腿向下肢放射。叩击痛一般有两种:直接叩诊法,是以叩诊锤或手指直接叩击各个脊椎棘突。间接叩击法,嘱患者端坐位,医师用左手掌面放在患者的头顶,右手半握拳以小鱼际肌部叩击右手手背,观察患者有无疼痛,正常人脊椎无叩击痛。如脊椎有病变,在受损部位可产生叩击痛。叩击痛阳性可见于脊椎结核、骨折及椎间盘突出等(图1-4-13、图1-4-14)。



图 1-4-13 直接叩击痛检查



图 1-4-14 间接叩击痛检查

二、脊椎特殊检查

1. 颈椎相关特殊检查

(1) Jackson 压头试验:嘱患者取端坐位,检查者双手叠放于其头部。当患者头部处于中立位和后伸位时,检查者于头顶部依轴方向施加压力,若患肢出现放射性疼痛,症状加重者,多见于颈椎病及颈椎间盘脱出症(图 1-4-15)。

(2) 头部叩击试验:检查时以一手平置于患者头部,掌心接触头项,另一手握拳叩击放置于头顶部的手背,若患者感到颈部不适、疼痛或上肢痛、酸麻,则提示可能有颈椎病(图 1-4-16)。



图 1-4-15 Jackson 压头试验



图 1-4-16 头部叩击试验

(3) 前屈旋颈试验:前屈旋颈试验也称 Fenz 试验。先将患者颈前屈,继而左右旋转,出现颈部疼痛为阳性,提示神经根型颈椎病、椎间盘病变、后关节紊乱、颈椎小关节的退行性变等。如颈椎出现疼痛即提示患者可能有颈椎骨关节病(图 1-4-17)。

(4) 引颈试验(椎间孔扩大试验):嘱患者取坐位,术者双手分别托其下颌与枕区,或术者站在患者背后而使前胸紧靠患者的枕区,并以双手用力向上提牵颈部,使椎间孔扩大,如疼痛减轻或有颈部轻松感即为阳性,提示椎间盘病变、椎间孔缩小。椎动脉型颈椎病、椎动脉综合征发作期进行此项试验,头昏、头晕、耳鸣等也常有减轻或消失(图 1-4-18,图 1-4-19)。

(5) 椎动脉扭曲试验:嘱患者颈后伸,继而分别向左右旋颈,如出现头晕、耳鸣即为阳性,提示椎动脉综合征、椎动脉型颈椎病,但阴性不能排除椎动脉病变。此试验应注意根据患者年龄和病情施行,对年龄大、头晕较重者,不要用力过猛,以防晕厥(图 1-4-20)。



图 1-4-17 前屈旋颈试验

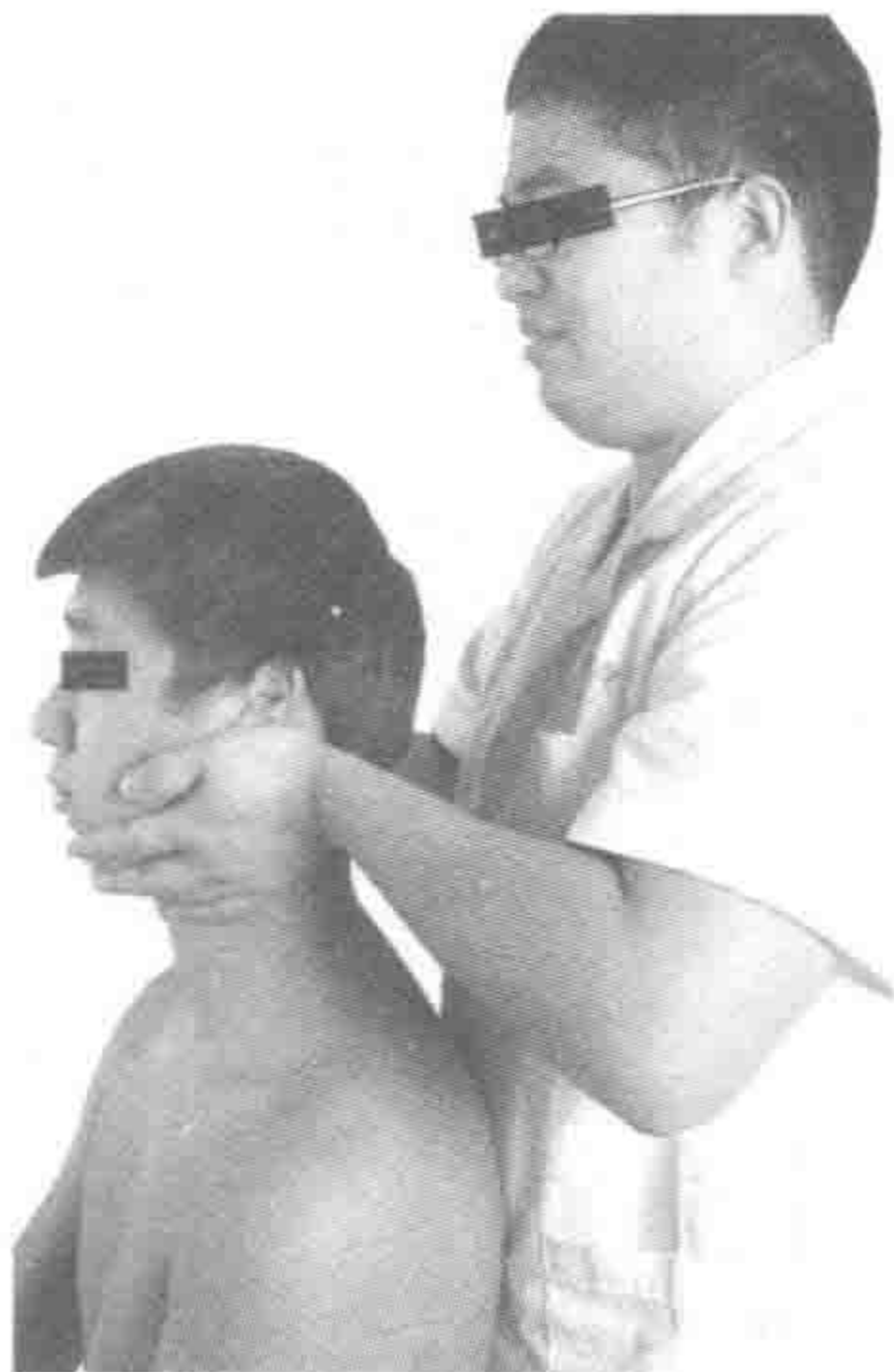


图 1-4-18 坐位引颈试验



图 1-4-19 卧位引颈试验

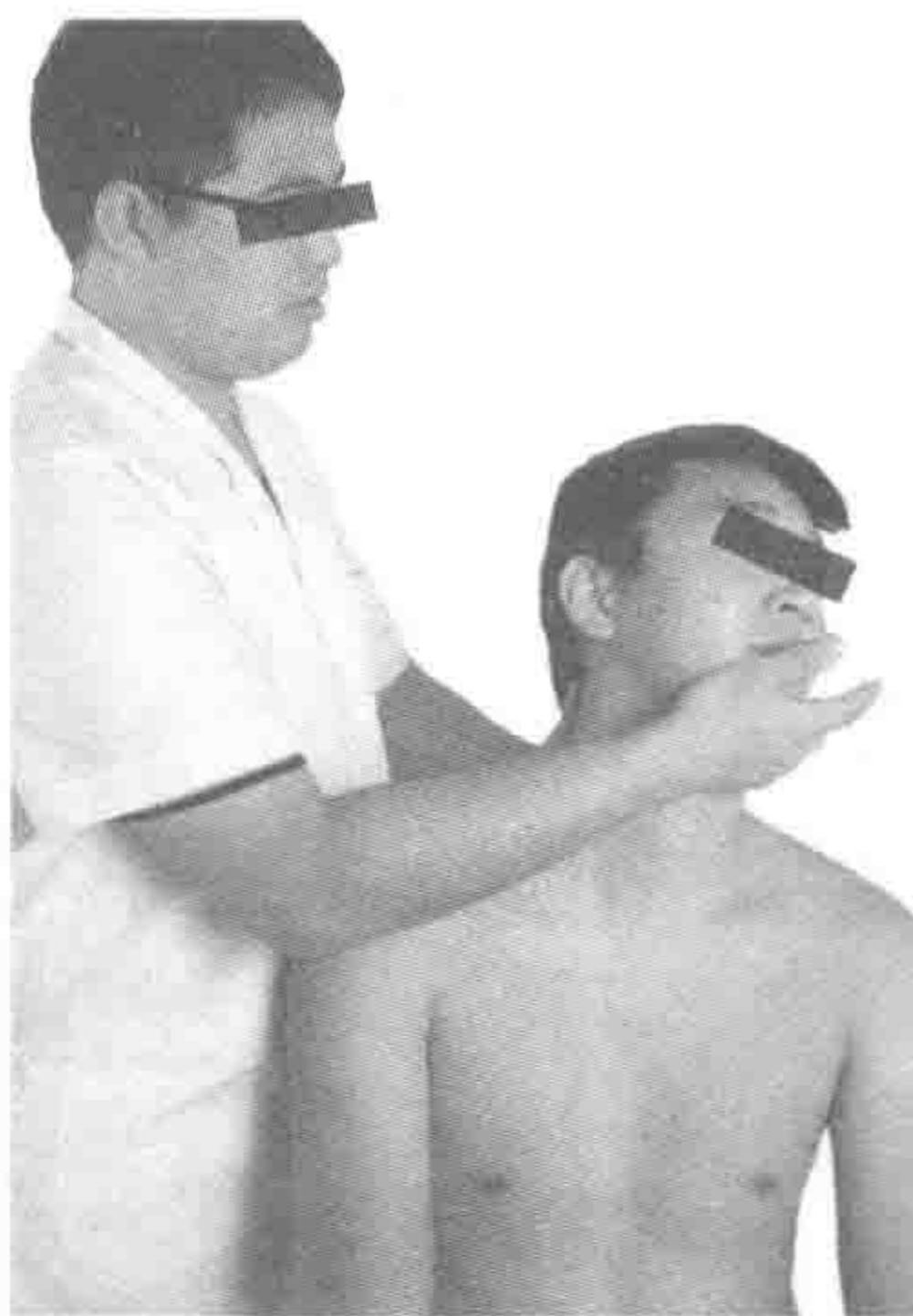


图 1-4-20 椎动脉扭曲试验

(6)椎间孔挤压试验:嘱患者取坐位,头部微向患侧侧弯,检查者立于患者后方,用手按住患者顶区向下施加压力,如患肢发生放射性疼痛即为阳性。原因在于侧弯使椎间孔变小,挤压头部使椎间孔更窄,椎间盘突出暂时加大,故神经根挤压症状更加明显(图 1-4-21)。

(7)颈静脉加压试验:嘱患者仰卧,检查者以双手按压其两侧颈静脉,持续 1~3min。若颈部及上肢疼痛加重,为神经根型颈椎病(图 1-4-22)。