

● 高等中医药院校教材

整脊学系列

整脊诊疗学

总主编 韦以宗
主 编 王之虹 黄俊卿



人民卫生出版社

策划编辑 郝胜利
责任编辑 李 宁 郝胜利
封面设计  刘 潜
版式设计 陈 阮

销售分类：中医/整脊

人民卫生出版社网站：

门户网：www.pmph.com 出版物查询、网上书店 卫人网：www.hrhexam.com 执业护士、执业医师、卫生资格考试培训

ISBN 978-7-117-11989-4



9 787117 119894 >

定 价：25.00 元

高等中医药院校教材（整脊学系列）

整脊诊疗学

总主编 韦以宗（中华中医药学会整脊分会）

主 编 王之虹（长春中医药大学）

黄俊卿（河南中医学院）

副主编 刘清国（北京中医药大学）

余 瑾（广州中医药大学）

杨书生（浙江省温州市卫生干部进修学校）

编 委（以姓氏笔画为序）

王秀光（北京光明骨伤医院）

王勤俭（河南中医学院）

史栋梁（河南中医学院）

刘 飞（长春中医药大学）

杜旭召（河南中医学院）

李 沛（河南中医学院）

张 欣（长春中医药大学）

卓 越（长春中医药大学）

高 腾（北京光明骨伤医院）

覃蔚岚（北京中医药大学）

潘东华（北京光明骨伤医院）

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

整脊诊疗学/韦以宗总主编. —北京:
人民卫生出版社, 2009. 7

ISBN 978 - 7 - 117 - 11989 - 4

I. 整… II. 韦… III. 按摩疗法(中医)
IV. R244. 1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 085868 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.hrhexam.com	执业护士、执业医师、 卫生资格考试培训

整脊诊疗学

总 主 编: 韦以宗

主 编: 王之虹 黄俊卿

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010 - 67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 7.25

字 数: 173 千字

版 次: 2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 11989 - 4/R · 11990

定 价: 25.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010 - 87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

高等中医药院校整脊学系列教材

编辑委员会

主 审 葛宝丰

总 顾 问 顾云伍 施 杞 孙树椿 韦贵康

主任委员 韦以宗 (中华中医药学会整脊分会)

副主任委员

王之虹 (长春中医药大学)

杨 豪 (河南中医学院)

王拥军 (上海中医药大学)

刘明军 (长春中医药大学)

黄俊卿 (河南中医学院)

周学龙 (广西中医学院)

委 员

孙永章 (中华中医药学会整脊分会)

韦春德 (中华中医药学会整脊分会)

陈忠良 (香港中医整脊学会)

刘清国 (北京中医药大学)

余 瑾 (广州中医药大学)

杨书生 (浙江省温州市卫生干部进修学校)

王 松 (贵阳中医学院)

陈逊文 (广州中医药大学附属佛山市中医院)

张盛强 (广州中医药大学附属佛山市中医院)

学术秘书: 王秀光 田新宇

前言

整脊学系列教材共三册,分别为《整脊基础学》、《整脊诊疗学》和《整脊疾病学》,是为适应高等中医药院校教材立足于改革,更新观念,与时俱进,学以致用需求,在韦以宗编著的《中国整脊学》基础上改编的。

整脊科,是运用中医原创思维研究人体脊柱系统功能解剖、运动力学,用手法为主的中医疗法调整气血、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的学科。

现代人群中患病率较高的颈腰痛等脊柱劳损病,其主要病因病理是慢性劳损导致脊柱骨关节失衡而发病。因此,对错位的脊柱恢复正常的椎曲,是整脊科的研究目标和诊疗目的。而整体观是中医的核心理论,对脊柱进行整体调整,使脊柱骨关节对位、对线、对轴,是整脊科区别于其他脊柱疗法的特色。

《中国整脊学》的出版,填补了我国整脊学研究的一项空白,使中医整脊上升到一个新的科学平台,促进其现代化发展。该书运用中医原创思维和现代科学研究的方法,发掘、整理中医整脊学的理论经验,以脊柱的功能解剖和运动力学研究为切入点,创造性地论证脊柱四维弯曲体圆运动规律、圆筒枢纽学说、脊柱轮廓平行四维平衡理论和椎曲论。运用这些理论诠释传统整脊疗法的科学原理,并使之规范化;提出理筋、调曲、练功的三大治疗原则,手法、针灸、内外用药和功能锻炼四大疗法和八大整脊手法的中国整脊治疗学。同时,重点介绍了在这些新理论指导下诊疗脊柱常见损伤疾病的经验,尤其是研究发现人类颈腰椎曲形成的机制,提出颈椎病新的病因学说及运用上病下治的新方法和四维调曲疗法,解决颈腰椎伤病力学紊乱的临床难题。该书于2006年出版后,受到读者的欢迎。相信,在《中国整脊学》基础上改编的“整脊学系列教材”,将为高等中医药院校的教学,为中医药事业的发展,为人民的健康事业作出贡献。

本教材的编写,是由河南中医学院和中华中医药学会整脊分会发起,由长春中医药大学、上海中医药大学、广西中医学院、广州中医药大学、天津中医药大学、北京中医药大学和贵阳中医学院等组织专家共同编写的。由于是一个新的学科教材,有不妥之处,请批评指正。

整脊学系列教材编委会

2009年3月7日

目录

第一章 症状体征诊断学	1
第一节 症状诊断	1
一、头痛	1
二、头晕	2
三、颈项痛	2
四、肩背痛	3
五、上肢痹痛	3
六、胸背痛	4
七、腰痛	4
八、腰胯痛	5
九、下肢痹痛	5
十、下肢痿痹	5
第二节 辨证诊断	6
一、疼痛的辨证	6
二、麻痹的辨证	7
第三节 体征诊断	8
一、颈椎的体征	8
二、胸椎的体征	8
三、腰骶的体征	9
四、四肢的体征	10
第四节 神经系统检查法	11
一、感觉的检查法	12
二、神经反射检查法	15
三、运动功能检查法	20
第二章 影像学与物理诊断学	27
第一节 X线诊断	27
第二节 CT扫描检查法	51
第三节 MRI检查法(磁共振成像)	54
第四节 肌电图检查法	56
一、下运动神经元病变的肌电图	57
二、原发性肌病的肌电图	58
三、其他疾病的肌电图	58

四、诱发电位及其临床应用	58
第三章 治疗原则方法概论	60
第一节 治疗原则方法	60
第二节 整脊辨证治疗观	61
一、医患合作	61
二、动静结合	61
三、筋骨并重	62
四、内外兼治	62
五、上病下治	62
六、下病上治	63
七、腹病治脊	63
八、腰痛治腹	63
第三节 急性期疗法	63
一、针刺法	63
二、封闭疗法	63
第四章 整脊四大综合疗法	66
第一节 外治法和针灸法	66
一、外治法	66
二、针灸法	72
第二节 整脊手法疗法	80
一、概述	80
二、八大整脊法	81
第三节 辨证方药疗法	92
一、颈腰劳损病辨证规则	92
二、颈椎劳损病常用方药	93
三、腰椎劳损病常用方药	95
四、现代常用中成药	98
第四节 功能锻炼疗法	100

症状体征诊断学

第一节 症状诊断

虽然物理学、影像学诊断可提供形态学的依据,但伤病员主诉的症状表现,始终是临床诊断的第一手资料,也可以说是必不可少的诊断证据。

在了解伤病员的症状之时,需详细了解其病史——即出现此类症状的过程,以及有否治疗(包括用何疗法)的过程,出现这种症状的规律——如时间性、间歇性、诱发原因以及合并其他症状等。以下介绍临床最常见的脊柱损伤病变出现的自觉症状,并提出诊断分析。

一、头 痛

头痛,是由于头部疼痛的敏感组织,包括 V、IX、X 脑神经和颈 1、2、3 神经分布的头皮及皮下组织、肌肉、颅骨骨膜、颅内外血管、颅底的硬脑膜及大小脑幕等,受病变刺激而引起疼痛。

头痛是伤病员的自我感觉,可有轻有重,有持续性和暂时性;有间歇性、反复发作性。头痛的部位和伴随的症状均不相同。

临床上头痛病因诸多,最易见的如感冒发热、高血压、三叉神经痛或脑部病变,五官科疾病如耳、鼻、眼、牙病和失眠也可引起头痛,颈椎病引起的头痛也是最常见的。

颈椎病的头痛,多为颈 1、2、3 神经损伤所致,常牵涉到同侧枕区、枕下区、颈上区或舌咽迷走神经支配颅后窝部分结构。其头痛的表现往往是间歇性、方位性,稍休息头痛减轻,或头颈体位改变即可缓解;而且,头痛的部位多为后枕部及偏头痛,也可牵涉到耳、喉;常合并头晕、耳鸣、听力下降或胸闷、恶心、视物模糊等,多见于寰枢椎错位症。

腰骶关节紊乱、腰骶角变小,常合并寰枢椎错位引起头痛,即《灵枢·厥病》:“厥头痛,项先痛,腰脊为应”。这是脊柱平行四维结构之平行四边形对角相等的力学平衡规律。因此,一些患者往往有下腰痛并头痛,且休息后减轻。颈椎病引起的头痛,一般都能忍受。如果剧烈头痛或持续性头痛,除排除感冒、高血压或五官科疾病等外,要注意排除脑部病变,如颅内占位性病变或脑脊液外漏所致低压性头痛等。

二、头 晕

头晕,指自觉头昏沉重感。眩晕,是患者自觉失去平衡,有站立不稳或视物转动的症状。头晕和眩晕是对病情的轻重而言,有时患者很难自我区分。因为头晕沉重走起路来也会出现眩晕,所以两者的鉴别主要是疾病的鉴别。

头晕或眩晕常见病:感冒、发热、高血压、中风预兆、梅尼埃病和颈椎病。

颈椎病引起的头晕,主要是钩椎关节错位、椎体旋转;轻者可导致椎曲紊乱、椎动脉供血障碍,重者椎管狭窄、压迫脊髓、供血障碍。

椎动脉进入颅腔后组成基底动脉,营养小脑、脑桥并参与大脑的血供。而头晕的表现,主要是小脑缺血导致平衡失调。

小脑功能失常比较明显的表现有平衡失调:肌张力失调或伸展受阻,腱反射和稳定关节的能力受阻,由于协同肌在收缩的时间、速度和力量等方面不规则而产生运动不协调——运动失调。

平衡不稳表现为站立时有跌倒倾向或步态蹒跚,伴旋转感、恶心等。受影响的肌肉较多,腱反射减弱,肌肉易疲劳、无力。关节控制能力低下,可发展到移位或连枷关节,下肢一部分呈钟摆样摆动。大多数小脑功能失常主要是肌肉不协调,但影响的区域不同,因此症状亦多变。共济失调是肌群间平稳有序活动的功能减弱。一个复杂的动作可以变为一连串的不规则动作,称为分解运动。控制运动幅度的能力可能丧失,称为辨距不良。运动紊乱常见,表现为闭眼行走时偏离原定路线并有跌倒倾向,因而不能正确指准物体,称为错定物位征。休息时一般无震颤,但可出现运动性震颤,在运动时加剧,震颤亦可影响到头和躯干,肌肉不协调产生语言缺陷。可出现同向小脑性眼球震颤,这是在快速回返后出现同向凝视。将临床现象与不同区域小脑或实验结果联系起来的想法至今只取得有限的成功。

寰枢关节错位是颈2、3、4钩椎关节紊乱、椎曲改变继发。因此,除颈1、2、3神经受刺激之外,椎动脉受最大损伤,往往因椎体旋转、倾斜而致椎动脉扭曲,甚至闭塞,从而导致基底动脉供血不足而头晕,小脑失养、平衡失调而眩晕。

颈椎多个椎间盘突出,尤其是颈3、4、5椎间盘突出、椎体塌陷、椎曲变直甚至反弓,继发椎管狭窄,同样导致椎动脉供血障碍,出现较严重的小脑功能失调,表现为头晕、上肢颤抖、辨距不良、运动性震颤、步态不稳等症状。

梅尼埃综合征的眩晕,表现为发作性,并有波动性听力减退及耳鸣,是内耳膜迷路积水致病。

三、颈 项 痛

颈项痛,多为颈项肌肉韧带劳损,特别是项韧带因长时间俯首工作,局部充血而疼痛。反复发作可导致项韧带与棘突分离,出现“弹响”。由于项韧带损伤,多继发颈椎不稳,轻者胸椎关节紊乱而致颈部运动障碍,特别是旋转障碍最为明显。重者可致椎间盘突出、椎曲紊乱。因此,颈项痛是颈椎病的明显症状,尤其是以颈椎中、下段损伤,最易出现颈项痛,有时活动一下头颈,疼痛可缓解。

颈项痛除项韧带损伤之外,肩胛提肌及斜方肌损伤也可致痛,如此两组肌肉损伤,其疼痛多牵涉肩背。

临床上对颈项痛要排除强直性脊柱炎以及头面部的急性炎症。此外,伤风感冒也可有颈项痛。

四、肩 背 痛

肩背痛是颈椎病最常见的症状,轻者自觉肩背不适、麻痹、沉重感;重者酸痛。头颈因疼痛而活动受限。但肩关节运动是正常的,仅有牵涉痛而已。

肩背部的主要肌肉是斜方肌、肩胛提肌及正中线上头颈最长肌、半棘肌、大小菱形肌以及肩胛旁之前、后锯肌。斜方肌起于颈项韧带、枕外隆凸下连胸椎棘突,向外止于肩峰、肩胛冈,受颈3、4、5神经支配。肩胛提肌起于上段颈椎横突后下缘,止于肩胛内上角及肩胛冈,受颈3、4、5神经支配。因此,颈椎损伤、颈神经受刺激可导致此两组肌肉充血、痉挛而麻痹疼痛。同时,胸椎紊乱也同样可导致肌纤维力平衡失调而痉挛、粘连、疼痛。

肩背痛往往是颈椎病早期的症状,颈椎病主要病因是胸背损伤。这是从事伏案工作人群导致肩背肌肉劳损,继发肌力不平衡引起颈椎紊乱致病。

肩背痛需与肩周炎、外伤性肩袖炎、慢性胆囊炎、胆石症、糖尿病、肺癌、冠心病心绞痛等鉴别诊断。

肩周炎的肩背痛并发肩关节运动障碍。

外伤性肩袖炎有明显肩关节外伤史,且同时有肩关节运动障碍。

慢性胆囊炎、胆石症之肩背痛为牵涉(感应)性痛,同时右上腹有压痛、反跳痛,胆囊超声诊断可协诊。

糖尿病之肩背痛多为肩部不适,无颈椎X线病理改变。

肺癌所致肩背痛,疼痛较剧烈难忍,无明显压痛点,X线照片或CT可协助诊断。

冠心病心绞痛的肩背痛多为牵涉(感应)性疼痛,疼痛集中于心脏位置,并有面青、唇紫、冒冷汗等危重症状。

此外,急性支气管炎或胸膜炎也可有肩背痛,但有咳嗽、胸痛,X线照片可确诊。

五、上 肢 痹 痛

上肢痹痛,指从肩关节以下至手指麻痹不仁,甚至疼痛。上肢痹痛可有一侧,也可有双上肢同时出现痹痛。

上肢由臂丛神经支配。因此,臂丛神经受损伤,可导致上肢麻痹疼痛乃至功能障碍。

上肢痹痛常见的伤病有肩周炎、肱骨外上髁炎(网球肘)或内上髁炎(高尔夫球肘)、腕管综合征、上运动神经元疾病和颈椎病变。

中风偏瘫的上肢瘫痪,则合并同侧下肢瘫痪。

肩周炎的上肢痹痛,局限于肩关节周围,不至于放射到前臂,且伴肩关节运动障碍。

肱骨外上髁炎(网球肘)是肘关节外侧疼痛,局部压痛,可放射到前臂桡侧。

肱骨内上髁炎(高尔夫球肘)是肘关节内侧疼痛,局部明显压痛,也可放射到前臂尺侧。

腕管综合征痹痛,局限于前臂,腕关节活动疼痛,手指伸屈有牵拉痛。

上运动神经元疾病以麻痹无力为主,且有明显手掌骨间肌萎缩。

颈椎病引起上肢痹痛,是从上臂到前臂及受损神经支配之手指麻痹疼痛,是臂丛神经受卡压之神经根型颈椎病。可根据支配神经定位诊断其受损之椎体及颈髓节段。

如果双上肢麻痹、震抖、无力或合并双下肢步态不稳,多为颈椎管狭窄症或中央型颈椎间盘突出压迫颈髓引起。

如果是颈椎间盘压迫严重导致的半切综合征,可引起一侧上肢运动丧失,肌张力下降,肌肉萎缩,无汗等。颈椎骨关节结核、肿瘤或颈髓病变,如脊髓空洞症、脊髓肿瘤,也可导致上肢痹痛,需影像学协诊。

六、胸 背 痛

胸背痛指第3胸椎至12胸椎及两肩胛之间部位疼痛,严重者牵涉全胸,呼吸及转侧也痛。

胸背部的肌肉,主要是斜方肌(上胸背)、大小菱形肌、肩胛旁之前后锯肌和肩胛下缘之大小圆肌及背阔肌。深层是胸最长肌、胸棘肌。这些肌肉均受颈胸神经背支配。因此,颈胸神经受刺激可导致肌痉挛、疼痛。这些肌肉受风寒湿邪或劳损,也可因充血或缺血炎症刺激而疼痛。胸神经受刺激,可同时导致肋间神经损伤,而出现胸背痛向全胸放射的肋间神经痛。

胸背痛如果肌肉或颈胸椎关节紊乱刺激神经引起者,疼痛开始局限,且椎旁有明显压痛,X线照片可见椎体有旋转甚至侧凸。

强直性脊柱炎胸背痛,有明显驼背。

一些内科疾病也可并发胸背痛。如常见的支气管炎、肺炎或肺结核、癌症、冠心病、心绞痛、胆囊炎、胆石症、胃炎、胃溃疡、妇女乳腺疾病等,临床需作相应的检查以鉴别。

七、腰 痛

腰痛,指胸背以下,腰背部疼痛;轻者酸胀、无力感;重者疼痛不能转动。

腰背主要的肌肉是竖脊肌和腰胸筋膜及前缘的腰大肌、腰小肌和腰方肌。因此,不仅这些肌肉损伤可引起腰痛,腰脊神经损伤可刺激腰背肌引起疼痛。背部肌肉、肌筋膜是受腰脊神经的后支(返支)支配。前面的肌肉如腰大肌等受腰丛神经前支支配。腰丛神经从腰大肌腹部穿出有支配后腹膜的髂腹下神经,有与骶丛的生殖器神经一起支配生殖器官的生殖股神经。下腹器官如大肠、肾脏、膀胱等病变及生殖器官病变也可导致腰痛。

腰痛常见的伤病在腰椎,自身病变则有:急性腰扭伤(腰椎后关节错位)、腰骶关节病、腰椎间盘突出症、腰椎间盘卡压症、腰椎滑脱症、腰椎管狭窄症、强直性脊柱炎和腰椎骨折后遗症,或腰椎结核、骨髓炎、肿瘤等。

其他疾病并发的腰痛常见有肾炎、肾、尿路结石、尿路感染、急性阑尾炎、慢性结肠炎等。妇女月经期可合并腰痛,还有慢性盆腔炎等妇科疾病,男性慢性前列腺炎也可并发腰痛。

急性腰扭伤有明显外伤史。腰骶关节病多为慢性下腰痛,久坐或过劳加重,其疼痛可忍受,休息减轻。腰椎间盘突出症多发生于青壮年,腰痛腰僵伴下肢放射痛;腰椎间盘卡压症多见于中老年人,有闪腰史,疼痛难忍且向下肢放射窜痛;腰椎滑脱症也可单纯下腰痛,也可牵涉下肢麻痹无力,或双下肢麻痹,多见于中老年妇女;腰椎管狭窄症好发中老年人,腰痛可忍受,主要是双下肢麻痹无力、间歇性跛行;腰椎骨折后遗症,多为腰椎骨折复位不良,继发椎管狭窄或腰骶关节病。

强直性脊柱炎腰痛以活动障碍为主,X线照片可见有椎体竹节状改变。

腰椎结核、骨髓炎或肿瘤,为慢性病变,影像学诊断可协诊。

肾炎并发的腰痛、腰肾部位有叩击痛,或并有浮肿或蛋白尿等。

尿路结石并腰痛多为绞痛,疼痛难忍,且向小腹放射,并有尿频、尿急或血尿。

尿路感染并腰痛,有尿频、尿急症状。

妇科疾病并发的腰痛,有妇科病症状体征。

男性前列腺炎并腰痛,有尿频、尿滴或尿浊等症。

八、腰 胯 痛

腰胯痛,指下腰痛牵涉臀、髋外侧疼痛。轻者麻痹酸痛,重者疼痛难忍,步行困难。

腰胯部位是腰胸筋膜经髂嵴与臀大肌、阔筋膜张肌的肌筋膜相连部位,是臀上皮神经和股外侧皮神经支配区。同时,此部位也是腰骶关节和骶髂关节后缘。因此,腰骶关节与骶髂关节病变或臀上皮神经受刺激,均可引起腰胯痛。另一方面,腰背筋膜及阔筋膜张肌受损也可导致臀上皮神经粘连、卡压而疼痛。

腰胯前方是髋关节,因此,髋关节疾病如扭挫伤、结核、炎症或股骨头坏死也可牵涉腰胯疼痛。

腰骶关节病或骶髂关节错位引起的腰胯痛,关节部位有明显压痛。臀上皮神经炎症疼痛则可从皮神经通过部位压痛或可触及条索状改变。

神经根引起的下肢痹痛是放射性窜痛,多连腰痛,且为单下肢。如是椎管狭窄症的下肢痹痛则以无力为主,且多为双下肢,呈间歇性跛行。

腰椎结核、炎症或肿瘤,压迫马尾神经,刺激脊神经所致下肢痹痛,是以双下肢萎软无力为主,X线照片可协助鉴别诊断。

下肢自身病变的疼痛,多局限于局部,无放射性窜痛,也无沿神经支配区麻痹。

髋关节伤病的腰胯痛,则有髋关节活动障碍,分髋试验(4字征)阳性,X线照片可协助鉴别诊断。

九、下 肢 痹 痛

下肢痹痛,指自髋关节以下股、小腿、足掌麻痹疼痛;轻者麻痹不仁,重者疼痛,步行困难,甚至肌肉萎缩。

下肢是腰脊神经发出之腰丛、骶丛神经即股神经(股前)、闭孔神经(股内侧)和坐骨神经(股后外侧及小腿足掌)支配,腰椎病变、腰脊神经受损,可导致下肢痹痛。下肢自身病变如髋关节、膝关节病变也可有下肢痹痛。

十、下 肢 痿 躄

下肢痿躄,指下肢痿软,步行艰难,甚至瘫痪。

下肢痿躄在脊柱伤病中,常见有颈椎管狭窄症、腰椎管狭窄症或腰椎结核、肿瘤以及脊髓病变等,这些疾病出现下肢痿躄症状相似,需影像学协助鉴别诊断。

下肢自身病变如髋、膝疾病,也可出现痿躄,通过检查相关关节功能即可鉴别。

对于脑病所致的大脑性瘫痪,以及儿童的小儿麻痹症也应注意鉴别诊断。

第二节 辨证诊断

脊柱伤病的辨证诊断,需从整体观念出发,也就是说要综合环境、气候、时间以及全身的证候表现,包括望、闻、问、切四诊的发现,进行归纳分析,以鉴别阴阳、表里、寒热、虚实的证候。

脊柱伤病主要的证候表现为疼痛、麻痹为主。因此,以这两大症状进行辨证分析。有关各种伤病的辨证分型,将在后章论述。

一、疼痛的辨证

(一) 从环境、动态和时间辨证

1. 气候痛的辨证 疼痛可随气候变化,例如遇阴雨天气,疼痛加重,在辨证上归其为风湿湿邪引起的疼痛。也有因气血两虚,阳气不足,遇寒痛重,得热减轻,此为寒证、虚证。如临床上常见的颈腰痛疼痛,多由于气血两虚、筋脉失养。

2. 静痛的辨证 疼痛有运动时减轻或加重,有安静时减轻或加重。一般来说,运动时疼痛加重,多为颈腰椎骨关节不稳;如安静时加重,则为局部炎症刺激,如局部充血、瘀血所致。

运动疼痛,还有负重(站立)加重的情况。可见于脊椎骨、关节错位,椎体不稳,椎间盘突出,椎曲紊乱,临床需结合其他诊断进一步鉴别。

3. 时间痛的辨证 疼痛随时间改变而有轻重。疼痛的时间性,是辨别虚实寒热的重要依据。一般上午痛,多为实证、热证;下午痛或夜间痛,多为虚证、寒证。初痛多实,久痛多虚,张景岳有“久腰痛,肾必虚”之说。

(二) 从疼痛表现和全身证候辨证

筋骨肌肉关节疼痛,多因风寒湿热等淫邪外袭,闭塞经络,气血不通,不通则痛。《素问·痹论》上说:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。其风气胜者为行痹;寒气胜者为痛痹;湿气胜者为著痹也”。肌热如火者为热痹。风寒湿热之邪,侵入机体损害筋骨肌肉关节,痹阻经络气血则有不同的特有症状。如风邪伤之,则上下窜痛,游走而不定;寒邪伤之,则拘急剧痛,固定不移;湿邪伤之,则沉重酸痛,肢体沉困;热邪伤之,则火热灼痛,随痛随肿。各种疼痛在临床上虽有明确的区分,但往往单一出现者少;而淫邪杂合为病者多,只不过因症状不同,各有侧重而已。

1. 风痛

[主证] 肢体关节疼痛,游走不定,行窜周身,关节屈伸不利,上下相移,但多见于上肢。

[病理] 《素问·风论》上说:“风者善行而数变……无常方”。故行窜周身关节,痛无定处。风为阳邪,轻浮于上,故周身肢节疼痛,多见于上部。

2. 寒痛

[主证] 肢体关节剧痛,固定不移,关节不得屈伸,皮色不变,喜热,畏寒,苔白,脉象弦紧。

[病理] 寒为阴邪,其性收引,《素问·举痛论》所谓“寒则气收”,可使气机滞塞不通,

不通则痛,故关节剧痛不移。热则散寒,气机通畅,故喜热畏寒。苔白脉紧皆寒邪凝结脉道所致。

3. 湿痛

〔主证〕肌肉关节沉重疼痛,部位不移,多见于腰脊,下肢;或肌肤麻木,转动困难;或手足麻痛;或痛处漫肿,肤色不变。舌胖大,有齿痕,苔白腻,脉沉缓。

〔病理〕湿邪黏腻重浊沉滞,阻留于肌肉关节,故肌肉关节沉重疼痛。湿邪阻滞阳气不通,故肌肤麻木或漫肿。湿邪伤脾,脾湿不运,湿气停留于内,故舌胖大,脉沉缓。

4. 热痛

〔主证〕肢体关节灼热烧痛,随痛随肿,扪之灼热,痛不可近;或见身热,口渴,心烦。舌苔黄燥,脉滑数。

〔病理〕热邪兼湿,熏灼肌肉关节,所致气血壅郁不散,故关节肌肤肿胀疼痛,痛处肿热,不可触按。热邪伤津,故心烦口渴苔黄燥。湿热内郁,血液循环加速则脉现滑数。

5. 虚痛

〔主证〕肢体关节酸痛,兼有心悸,气短,自汗头晕,耳内蝉鸣,膝腰酸软。舌淡脉弱。

〔病理〕风寒湿邪侵入肌体,闭塞经络不通,久久留连不去,而致气血虚弱,故表现出肢体关节酸痛,心悸、气短、自汗乏力等虚痛症状。

6. 实痛

〔主证〕肢体关节疼痛,与风寒湿热之淫邪性质难分,机体壮实,气血不虚,既有寒邪收引之剧痛,又有湿邪重着之沉痛,还有游走窜痛,具体疼痛性质很难分辨。

〔病理〕风寒湿邪相互夹杂,侵害筋骨肌肉关节,闭阻经络而出现性质难分的剧痛。形体不衰,邪气又盛,故谓之实痛。

二、麻痹的辨证

疼痛与麻痹是感觉程度不同而已。《杂病源流犀烛·麻木源流》:“麻木,风虚病亦兼寒湿痰血病也。麻,非痒非痛,肌肉之内,如千万子虫乱行……按之不止,搔之愈甚,有如麻之状。木,不痒不痛,自己肌肉如人肌肉,按之不知,掐之不觉,有如木之厚感。”麻痹感觉,有神经支配区定位诊断,在后节讨论。《素问》有风、寒、湿三气合而为痹的论述。诚然,《素问》所讨论的“痹”,不仅仅局限在感觉方面,还包含了脏腑筋骨各种痹症,但其病机核心是气血不通,“泣而为痹”,“血泣而不通”;有因风寒湿邪,有气血两虚和血瘀证,其辨证依据如下:

1. 风寒湿痹 肢体麻痹不仁,疲乏无力,遇风寒雨湿气候加重,或局部肿胀,舌苔白腻,脉象缓滑。

2. 气血两虚 《素问·逆调论》说:“荣气虚则不仁,卫气虚则不用,荣卫俱虚,则不仁且不用。”气血不足,筋脉失养,多见于神经根型颈椎病和腰椎间盘突出症和椎管狭窄症;肢端麻痹,乏力或痛症后期,上肢、小腿或趾(指)麻痹不仁,肌力下降,肌肉萎缩。面色㿔白或萎黄、舌淡苔薄,脉象细弱。

3. 血瘀证 局部麻痹,肌筋板实或皮色瘀斑,局部压痛,多见于肌筋膜粘连等证。四肢麻痹要注意全身检查,特别是血压的测量,心脏的检查。一般中风先兆及心血管疾病也可有四肢麻痹,临床需鉴别诊断。

第三节 体征诊断

体征指机体发生病理变化产生的征兆。体征检查也是四诊中切(触)诊内容之一,是在医生取得伤病员密切配合的条件下,对局部进行检查,求得客观的体征表现。通过综合分析,判断疾病的变化或找出病变的部位、性质、程度以及有无并发症等。

体征检查的基本原则,应在了解病史及完成全身检查后再进行局部检查,但对急症与危重病人,可将询问病史与局部检查同时进行。局部检查应按望、闻、问、切、摸、量的程序,由表入里,由浅入深,综合归纳,全面分析,才能得出较正确的结论。

检查需要注意以下几点:

1. 首先告诉患者需检查的部位,取得患者合作和知情。
2. 充分暴露被检查的部位,防止误漏。
3. 仔细对比,首先要与健侧对比。如果两侧都有伤病时与健康人的形态、解剖、功能相对比,可以避免片面性。
4. 反复进行检查,经过多次的检查来补充或肯定前次检查的结果。
5. 先检查病变以外的区域,后检查损伤部位,让患者思想上有准备及理解检查动作,以取得患者密切配合。
6. 在检查过程中,动作要轻巧,防止因检查粗暴加重患者的痛苦或带来新的损伤,并避免不必要的检查。

一、颈椎的体征

(一) 颈肌萎缩征

颈后部肌肉萎缩,多因长期俯首劳作,出现颈项背两侧肌肉瘦弱。特别一侧沿斜方肌延至肩背萎缩,两侧不对称,容易造成颈椎不稳,是颈椎病常见体征。

(二) 颈运动障碍征

颈椎自主运动障碍,如左右旋转、侧弯障碍,多为钩椎关节紊乱、椎曲改变;如为前屈障碍,往往是椎曲增大;后伸障碍多为椎曲变直甚至反弓,均为颈椎病常见体征。

对颈椎运动的检查,原则上由患者自主运动为准,医者不宜施加外力,特别对椎曲变直、反弓的病例——往往是多个椎间盘突出或退化,如用外力后伸或旋转,易导致椎间盘突入椎管,损伤脊髓,出现严重颈髓损伤症状。

(三) 椎间孔挤压试验征

患者正坐位,头部微向病侧侧弯,检查者位于患者后方,用手按住患者头顶部向下施加压力。如患肢发生放射性疼痛,即为阳性。原因在于侧弯使椎间孔缩小,挤压头部使椎间孔更加变窄,椎间盘突出暂时增大,故神经根挤压症状更加明显。此试验多用于颈椎病。

二、胸椎的体征

(一) 锁骨高低征

锁骨位于胸廓上第一肋上缘,是连接上段颈椎横突前缘的斜角肌和连接颅骨乳突的胸锁乳突肌的止点。内与胸骨上端构成胸锁关节,外与肩峰构成肩锁关节。此两关节可随胸

廓及上肢运动而蠕动。

上段胸椎侧凸,则胸廓倾斜性上移,出现锁骨上突;上段颈椎的旋转、侧弯也可因斜肌角牵拉,也可致锁骨上突。胸椎侧凸与颈椎旋转、侧弯是因果关系。临床从双锁骨高低是否一致,可以了解胸椎和颈椎有否侧弯。因此,锁骨高低不对称是颈椎病易见体征。

(二) 双肩高低征

双肩是以肩胛冈为骨性标志。肩胛骨通过前后锯肌、大小菱形肌与上段胸椎、肋骨相连。因此,胸椎侧凸继发肋骨组成的胸廓倾斜,则导致肩胛骨倾斜、上耸,出现双肩不对称。所以,双肩不对称,往往是胸椎侧凸症的表现。

(三) 驼背症

由于胸椎侧凸,继发后肋弓向后上方突起形成驼背。

驼背常见于胸椎侧凸症、青春期胸椎骨骺病变,如休门病、强直性脊柱炎、胸椎结核后遗症等。

三、腰骶的体征

(一) 腰肌萎缩

腰肌萎缩,指腰背部竖脊肌(骶棘肌)一侧萎缩,左右不对称,提示腰椎不稳,腰椎慢性病变,如椎间盘突出症、腰骶关节病变。如儿童发育期一侧腰肌萎缩,则是脊柱侧凸症。

(二) 臀肌萎缩

臀肌萎缩,指臀大肌一侧萎缩,肌张力下降,多为椎间盘突出症后期或臀上皮神经损伤、腰骶关节病变而出现的失用性萎缩。

椎间盘突出症的臀肌萎缩,多伴同侧下肢肌肉萎缩。

(三) 运动障碍——腰僵征

腰椎运动多伴腰骶关节和胸腰枢纽关节同时活动。急性腰扭伤或椎间盘突出症急性期,易出现腰活动障碍的“腰僵”征,表现为不能屈伸及左右转动、侧屈,呈硬板状,或方位性疼痛加重,提示椎间孔对神经根的刺激。因久行、久站、久坐的运动出现腰痛,提示腰椎后关节不稳;如有间歇性跛行,多为椎管狭窄症。

强直性脊柱炎的“腰僵”运动障碍,X线照片可协诊。

(四) 棘突偏歪

棘突偏歪,明代医家已论述“脊柱突起”的棘突偏歪。棘突偏歪提示椎体旋转倾斜。检查方法:让患者端坐,稍弯腰。医者用中指定棘突,示指和环指顺棘突旁12胸椎往下逐棘按压,即可查及偏歪之棘突。

棘突偏歪在第4、5腰椎可以是单个,如上段腰椎,往往是多个。若此,提示腰椎有侧弯。

(五) 腰背侧弯征

腰背侧弯,是腰椎间盘突出症常见体征,其病理是因椎间盘突出后,椎体旋转、倾斜、下沉,上段腰椎出现多米诺骨定律性倾斜旋转而致改变。

颈、胸椎病变,也可出现腰背代偿性侧弯。另外,儿童发育期腰背侧弯则为原发性脊柱侧凸症。

(六) 腰骶阶梯征

腰骶阶梯征,是腰椎滑脱的征象。检查方法:让患者端坐或俯卧,医者用拇指沿上腰椎