

中国脊疗

前言

《田氏脊柱疗法》第一版出版以来，深受广大读者的厚爱和欢迎，各地书店大都销售一空，国内外纷纷来电来函要求学习者不泛其人。为了满足广大“脊柱疗法”爱好者的要求和愿望，作者在原书的基础上作了较大删改，增加了部分按摩手法及一些特效的治疗方法，有些内容是首次录入，并配有光盘，相信会给广大“脊柱疗法”爱好者“耳目一新”的感觉。使趣味性、可读性、艺术性于一体的《中国脊疗》成为国内外广大朋友强身健体的重要参考书。

本书在编写过程中得到了前国家中医药管理局局长吕丙奎教授的精心指教，同时也得到了全国各地专家、学者同仁的大力支持，在此表示感谢，同时欢迎批评指正。

笔者在此真诚欢迎国内外的有关专家、学者、志士同仁，精诚合作，为宏扬祖国的传统医学、推广普及“脊柱疗法”，造福于民而努力奋斗！

田学主

2002年12月28日于西安

目录

第一章人体解剖简要介绍	/ 1
第一节概述	/ 1
第二节运动系统的主要结构及组成	/ 3
第三节脊柱区的应用解剖	/ 9
第二章脊柱疗法的相关理论	/ 18
第一节经络学说	/ 18
第二节生物全息反射学说	/ 21
第三章脊柱错位的病因病理	/ 25
第一节脊柱错位的病因	/ 25
第二节脊柱错位的病理	/ 27
第四章脊柱错位的诊断及辅助诊断	/ 34
第一节脊柱的望诊法	/ 34
第二节脊柱的触诊法	/ 35
第三节骨盆移位的诊断	/ 38
第四节病史采集及体格检查	/ 44
第五节辅助检查法	/ 61
第五章按摩手法的基础知识	/ 68
第一节按摩手法的要求	/ 68
第二节按摩手法的分类	/ 70
第三节按法	/ 72
第四节推法	/ 74
第五节揉法	/ 77
第六节擦法	/ 78
第七节摩法	/ 79
第八节搓法	/ 80
第九节拿法	/ 81
第十节滚法	/ 82
第十一节抖法	/ 84
第十二节叩法	/ 85

第六章 脊柱、骨盆错位的非手术治疗 / 87
 第一节 非手术治疗的一般原则 / 87
 第二节 脊柱、骨盆错位的手法调理 / 89
第七章 脊柱、骨盆错位所致疾病 / 99
 第一节 颈椎病 / 99
 第二节 颈椎错位所致的其他常见疾病 / 103
 第三节 胸椎错位所致的常见疾病 / 115
 第四节 腰、骶椎错位所致的常见疾病 / 129

- 附一：“脊疗”特效歌谣 20 首
附二：环流检毒及环状测病法
附三：脊柱锻炼法
附四：清代养生家方开与《摩腹运气功》
附五：中老年人养生运动要点(摘自洪昭光教授讲话)
附六：中国老年病防治委员会研究的饮食标准(天)

第一章 人体解剖简要介绍

第一节 概述

构成人体基本结构和功能单位的是细胞。不同形态和功能的细胞以及细胞之间的物质合成各种组织，如上皮组织、结缔组织、肌组织和神经组织等。几种组织按不同的方式组成器官，如心、肺等。一些器官联合组成一个系统，完成一定的功能，如运动系统、消化系统、呼吸系统、泌尿系统、生殖系统、循环系统、神经系统、内分泌腺和感觉器等。人体各系统互相联系，密切配合，共同完成人体的整体机能。

为了便于描述人体各结构的位置和相互关系，特规定了人体的标准姿势及其方位术语。

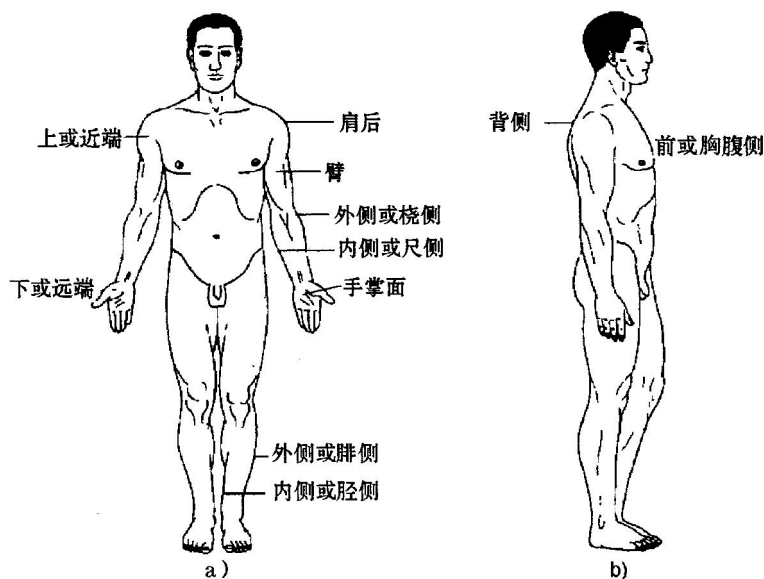


图 1-1 解剖学姿势和方位

一、标准姿势

人体直立，两眼平视前方，两臂下垂，掌心向前，两足并拢，足尖向前。(如图 1-1)

二、切面

额状面：从左向右纵切人体，将人体分为前后两部分。

矢状面：从前向后纵切人体，将人体分为左右两部分。若矢状面正过人体中线，将人体分为左右相等的两半时，叫正中矢状面。

横切面：横切人体，将人体分为上下两部分，又称水平面。

按部位分类，人体可分为头、颈、躯干、上肢、下肢。躯干又可分为胸、腹、背、腰。上肢又分为肩、上臂、前臂和手。下肢分为臀、大腿、小腿和足。

三、方位

上与下：近头者为上，近足者为下。

前与后：近胸腹者为前，近背者为后。

内侧与外侧：靠近人体正中矢状面者为内侧，远离人体正中矢状面者为外侧。

远侧与近侧：用于四肢、靠近躯干者为近侧，远离躯干者为远侧。

浅与深：近体表者为浅，远体表者为深。

尺侧与桡侧：前臂内侧为尺侧，外侧为桡侧(内尺外桡)。

胫侧与腓侧：小腿内侧为胫侧，外侧为腓侧(内胫外腓)。

四、体表垂线

正中线：靠近体表前侧正中的一条垂线为前正中线(与任脉相吻合)，靠近体表后侧正中的一条垂线为后正中线(与督脉相吻合)。

锁骨中线：通过锁骨中点与乳头的一条垂线。

腋前线：通过腋前皱壁的一条垂线。

腋中线：通过腋中一条垂线。

腋后线：通过腋后皱壁的一条垂线。

肩胛线：通过肩胛下角的一条垂线。

第二节 运动系统的主要结构及组成

运动系统由骨、骨连接和肌肉组成。肌肉在神经系统的支配下收缩和舒张，牵引骨产生各种运动。运动系统除了运动，还具有保护与支持的作用。正常成年人有骨 206 块，分为躯干骨、颅骨和四肢骨(如图 1-2)，每块骨都由骨质、骨髓、骨膜 3 部分组成。全身的骨大致可分为长骨、短骨、扁骨及不规则骨。

一、躯干骨

包括椎骨、骶骨、尾骨、胸骨、及肋骨，共 51 块。

(一)椎骨：共 26 块。包括 7 个颈椎、12 个胸椎、5 个腰椎、1 个骶椎(5 合 1)、1 个尾椎(4 合 1)。多数椎骨的形态相似，由椎体、椎弓和 7 个突起组成。椎体位于前部，呈短圆柱状，支持体重。椎弓位于椎体的后方，呈半环形，两端与椎体连接围成椎孔。全部椎骨的椎孔构成椎管，容纳脊髓和脊神经。椎弓两侧有向外伸展的一对横突。还有向上与向下的两对关节突，与邻近椎骨以关节相连接。椎板后面正中线上有向后伸的棘突。(如图 1-3)

(二)胸骨：位于胸前正中。前后扁平，自上而下由胸骨柄、胸骨体、剑突 3 部分组成。

(三)肋骨：位于胸骨两侧，共 12 对，均弯成弓形。前端借助肋软骨与胸骨相连，后端与相应的胸椎构成关节。

(四)骶骨：呈三角形。上接第五腰椎，下接尾骨，两侧缘有接髌骨的关节面。骶的前缘突出，叫骶岬，是产科常用的标志。骶骨的前后面各有 4 对孔，叫骶前孔及骶后孔，是神经通过之处。骶骨中央有骶管，骶管的下口叫骶骨裂孔。(如图 1-4)

(五)尾骨：是由 4 个发育不全的尾椎合成的骨块。

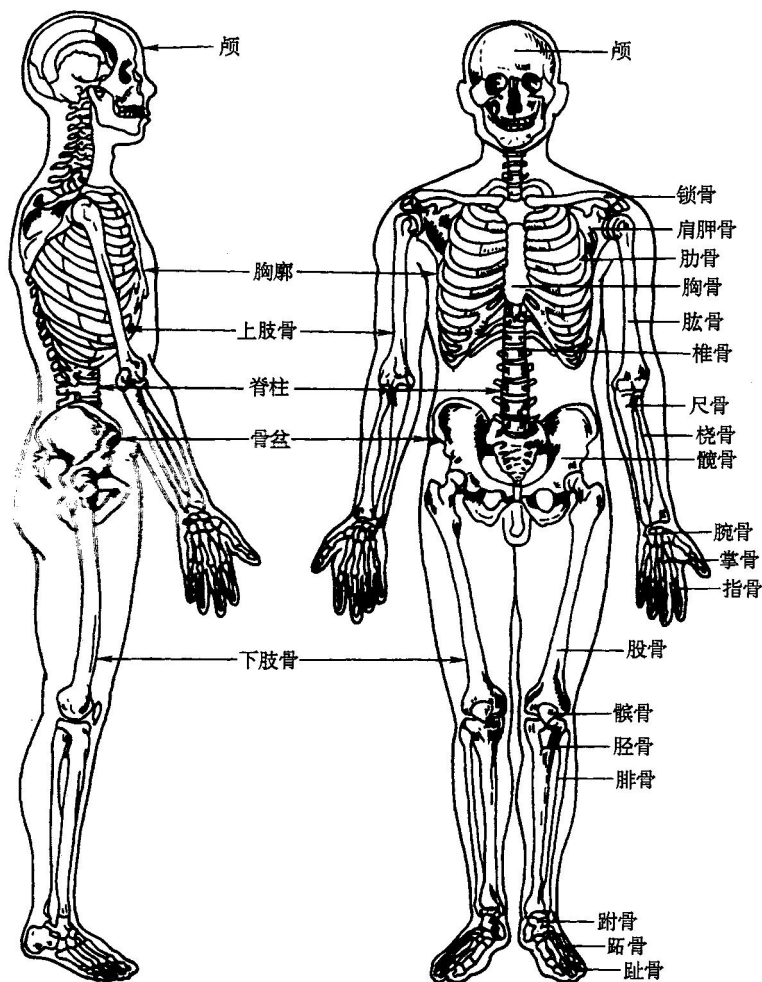


图 1-2 人体骨骼

二、四肢骨

由上肢骨和下肢骨构成，共 126 块。

(一)上肢骨：共 64 块。包括上肢带骨和自由上肢骨。

上肢带骨包括锁骨和肩胛骨各 2 块。锁骨呈“乙”状弯曲，位于胸廓前上部两侧皮下，内侧端与胸骨柄相连，外侧端与肩峰相连。肩胛骨呈三角形，前面贴肋骨，后面有一横隆起叫肩胛冈的外侧端称肩峰，为肩部最高点。肩胛冈的外侧角微凹，称关节盂，与肱骨头相关节。关节盂上方稍内侧有一指状突起，叫乳突。肩胛下角约平等七胸椎棘突，为临床常用的标志。

自由上肢骨包括肱骨、桡骨、尺骨和手骨。肱骨位于臂部，上端内侧是半球形的肱骨头，与肩胛骨的关节盂构成关节。上端与体相接处较细，叫外科颈，是容易发生骨折的部位。下端前后较扁，向两侧突出，形成外上髁及内上髁。下端有两个关节面。内侧者呈滑车状，叫肱骨滑车；外侧者呈半球状，叫肱骨小突。下端后面有鹰嘴窝。桡骨位于前臂外侧。上端较下端细，稍膨大，叫桡骨小突，与肱骨小突相连接。下端下面有近似方形的关节面，其外侧向下突出，叫桡骨茎突。尺骨位于前臂并列于桡骨内侧，上端粗大，上下各有一突起，上方叫鹰嘴，下方叫冠突。两突间形成半月切迹，与肱骨滑车相连接。下端较细，叫尺骨小头。小头的内侧向下突出，叫尺骨颈突。手骨分腕骨、掌骨、指骨 3 部分。腕骨为 8 块，且为不规则短骨，排成远近两横列。掌骨共 5 块，由桡侧向尺侧依次称为第一至第五掌骨。指骨共分 14 块，除拇指为两节外，其余各指均为 3 节，由近侧向远侧依次为近节指骨、中节指骨，远节指骨。

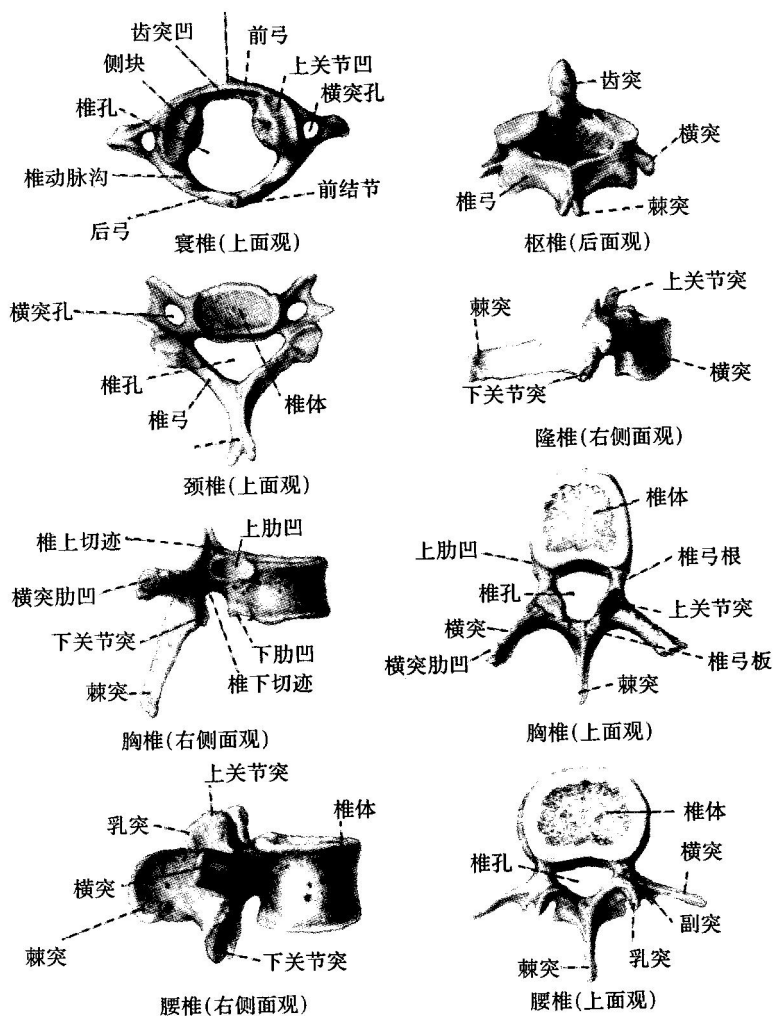


图 1-3

(二)下肢骨：包括下肢带骨和自由下肢骨。

下肢带骨左右各一块，称髌骨，由髌骨、坐骨、耻骨组成，为不规则骨。髌骨扁阔，上缘称髌嵴。两侧髌嵴最高点平对第四腰椎棘突。髌嵴前后端的突出部分，分别称为髌前上棘和髌后上棘。坐骨的后下部是坐骨结节。两侧耻骨于股前下部相互联合，称耻骨联合。坐骨和耻骨共同围成闭孔。髌骨外侧面半球形凹陷，称髌臼，与股骨头相连接。

自由下肢骨包括股骨、髌骨、胫骨、腓骨和足骨。除髌骨和足部的跗骨外，均为长骨。股骨位于大腿部，是人体最长的长骨，上端膨大，向内侧为球形的股骨头，头向外下缩细为股骨颈，颈外侧是粗大隆起的大转子，内下的突起为小转子。股骨下端内外侧分别称为内侧髁和外侧髁。髌骨位于膝关节前方，股四头肌腱内。胫骨位于小腿内侧，是小腿的主要负重骨，故粗壮。上端膨大形成内侧髁和外侧髁。下端向内下隆突称内踝。腓骨位于小腿外侧，细而长，上端膨大称腓骨小头，下端膨大称为外踝。足骨分为跗骨、跖骨、趾骨 3 部分。

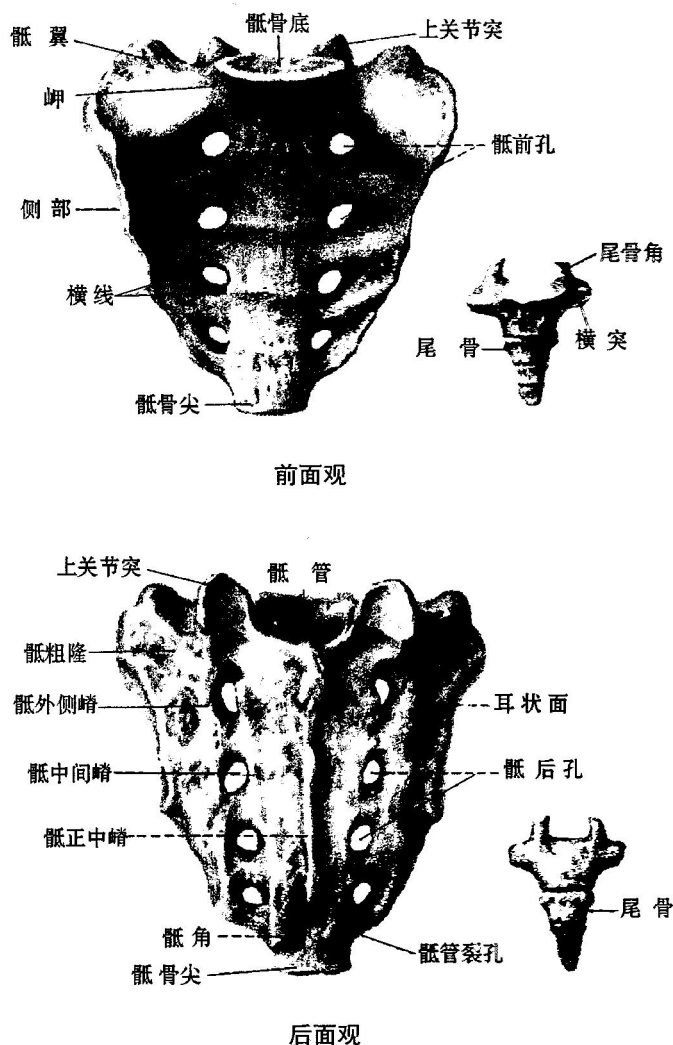


图 1-4 骶骨和尾骨

第三节 脊柱区的应用解剖

一、脊柱的形态与结构

脊柱构成人体的中轴，具有支持体重、保护脊髓及其神经根的作用，并参与构成胸腔、腹腔和盆腔，保护各腔内的器官，同时也是许多骨骼肌的附着部位。脊柱具有屈、伸、侧屈和回旋等运动功能。

脊柱有四个生理弯曲。其中胸曲与骶曲为先天形成，向后凸，颈曲和腰曲为后天形成，向前凸。脊柱由 26 块椎骨及相应的椎间盘、关节、韧带相连构成。颈椎、胸椎和腰椎可以活动，故又叫做可动椎或真椎；骶椎和尾椎分别融合成骶骨和尾骨，它们不能活动，所以也叫不动椎或假椎。

颈椎为所有椎体中最小的。第 1—2 颈椎和第 7 颈椎属特殊颈椎，其余 4 个为普通颈椎。第 1 颈椎呈不规则形，无椎体和棘突，所以叫寰椎。第 2 颈椎又叫枢椎，棘突相对粗大，是触诊定位的重要标志之一。由于第 1—2 颈椎没有典型的椎体，不会发生压缩性骨折，但受暴力的作用后，可发生寰椎前后弓骨折，齿突骨折及脱位等，有可能压迫脊髓，甚至危及生命。第 7 颈椎的形状及大小与上部胸椎相似。但其棘突很长而且粗大，呈水平位，末端不分叉，呈结节状，因此又叫隆椎，常作为临床确认椎骨序数的重要标志。胸椎 12 个，上位胸椎近似颈椎，而下位胸椎又类似腰椎，由上而下椎体逐渐增大。在椎体两侧上下各有一半圆形浅窝，分别称为上肋凹和下肋凹。上下相邻的椎骨肋凹与椎间盘合成一完整的凹，

与肋小头相关节。胸椎的横突为圆柱形，伸向后外方，末端圆钝，前面有横突肋凹，与肋结节相关节。棘突较长，指向后下方，叠置时互相掩盖，呈覆瓦状，有从后方加固脊椎和保护胸腔内脏的作用。第 1 胸椎椎体形似颈椎，其棘突长，呈水平位，有的比第 7 颈椎棘突更长，计数椎骨时应注意辨认。第 12 胸椎近似腰椎，棘突水平，末端圆钝，横突短小。

腰椎有 5 个，椎体粗大，呈横肾形，椎孔呈三角形，棘突为长方形的扁平骨，水平向后伸，上下缘略肥厚，后缘圆钝。第 1—3 腰椎的横突逐渐延长；第 3 腰椎横突最长；第 4—5 腰椎横突则逐渐缩短，且向上倾斜；第 5 腰椎体最大，前高后短，以便适应腰骶的曲度。

骶骨是脊椎骨中最强壮的一个骨块，由 5 个骶椎融合而成，呈三角形。两侧与左右髌骨相互关节组成骨盆，与第 5 腰椎借椎间盘相连接，形成一定的角度，即腰骶角。骶骨尖与尾骨相接。

尾骨由 4 块退化的尾椎融合而成，为三角形小骨块。仅第 1 尾椎有类似的上关节突及横突。其余突起不明显。底向上与骶骨相接，尖向下为肛门尾骨所附着。

二、椎骨的连接

椎骨间的连接有三种形式，第一属于“不动关节”的韧带连合，如棘上韧带、前纵韧带和后纵韧带等。第二为关节连接，如各相邻椎骨上下关节突之间形成的椎间关节。第三种为椎体之间的椎间盘连接，它是介于“不动关节”与关节之间的过渡型连接形式。

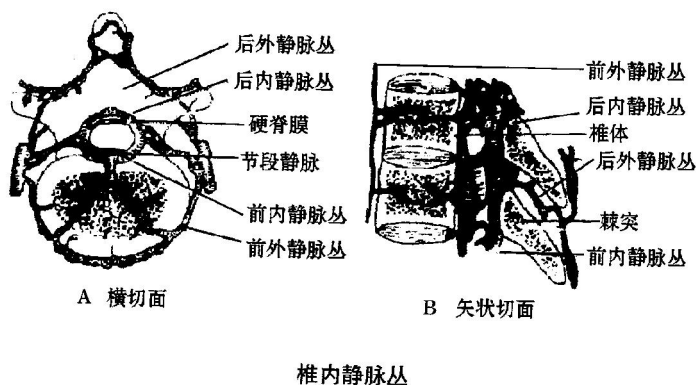
三、脊柱的血液供给

颈椎的血液供给主要由脊支供给，它发自椎动脉(如图 1—5)，腰椎的血液供给来自于腰动脉，由腹主动脉的后支发出。以上这些动脉都伴随有静脉。与脊柱病关系较密切的是椎动脉。它是锁骨下动脉的分支，大多数进入第 6 颈椎横突孔，往上行至颅腔，左右侧椎动脉汇成椎——基底动脉系统，其血液供给延脑、桥脑、小脑、大脑、枕叶及内耳等。在脑内又有分支到脊髓，组成脊前动脉与脊后动脉。所以，如椎动脉供血障碍，不但影响脊柱本身与脑后部供血，严重者可影响脊髓的供血，而产生相应的病症。

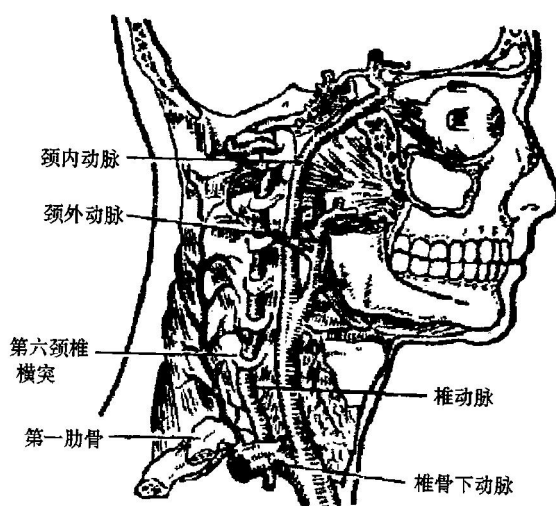
四、脊神经

脊神经共 31 对。其中颈神经 8 对，胸神经 12 对，腰神经 5 对，骶神经 5 对，尾神经 1 对。每对神经都由前根(主管运动)和后根(主管感觉)在椎间孔内合并而成。(如图 1—6)

脊神经前根除含有躯体运动纤维外，在 T₁₋₃ 前根和 S₂₋₄ 前根内，还分别含有交感神经纤维和副交感神经纤维。脊神经后根除含有躯体感觉纤维外，在胸和腰上部神经后根以及 S₂₋₄ 后根内，还含有内



椎内静脉丛



椎动脉

图 1-5

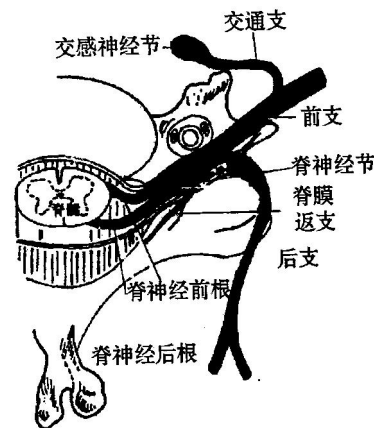


图 1-6 脊神经分布模式图

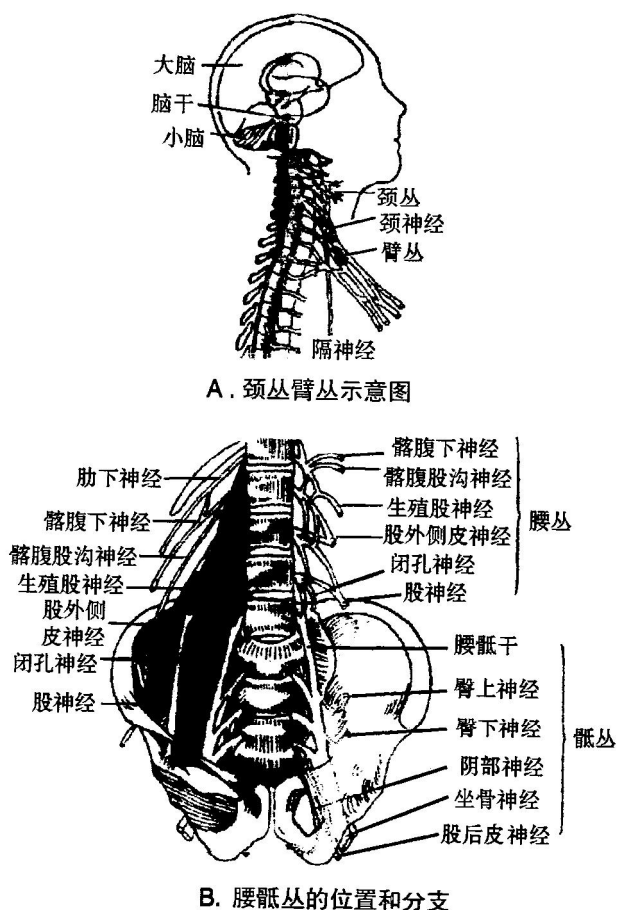


图 1—7

如排尿排便、温度、血管收缩、出汗和立毛等。交感神经中枢位于胸髓 1—12 节和腰髓 1—3 节内。副交感神经中枢位于脊髓骶段 2—4 节内。(如图 1—8)

交感神经与副交感神经在形态、功能上有何不同呢?交感神经几乎分布于全身各部,但副交感神经分布比较局限,如皮肤、汗腺、竖毛肌、肌肉、血管和肾上腺髓质等无交感神经分布(如图 1—9)。交感神经的功能在于应付环境急剧变化,产生兴奋以适应需要,如心跳加快,冠状血管血流量增加、皮肤和腹腔内脏小动脉收缩而引起血压升高、血糖上升、呼吸加快及瞳孔扩大等。副交感神经的功能则是保持身体安静时的生理平衡与能量,如协调营养、消化及生殖系统功能。

根据交感神经系统和副交感神经系统的功能,我们可以看出,除汗腺、竖毛肌、肾上腺、子宫以及部分血管外,一般都是同时受交感神经系统和副交感神经系统的双重支配。这两个系统的功能表现为既对立又统一。整个身体的活动或者加强,或者减弱,不外乎沿着两个方向发展,或是兴奋,或是抑制。它们在共同器官支配中不但没有冲突,而且相互拮抗,相互依存。若两者缺一,器官的活动就不能很好的协调。植物神经所支配的内脏器官的活动受大脑皮质的调节。所以脊柱损伤有可能损及植物神经系统而出现相应病症。

感觉纤维。

脊神经的后支一般较相应的前支细而短,经椎骨横突之间(骶神经后支经骶后孔)向后穿行,按节段分布于枕、项、背、腰和骶尾部的深层肌肉和皮肤。其前支较粗大,只有胸神经前支保持着明显的节段性,其余各支分别交织成丛,由丛再分支于相应区域。脊神经前支形成的丛有颈丛、臂丛、腰丛和骶丛。(如图 1—7)

脊神经在椎间孔内有重要的比邻关系。其前方是椎间盘和椎体,后面是关节突关节。所以当脊柱错位后,可压迫相应的脊神经而出现临床症状。

五、植物性神经

植物神经包括交感神经和副交感神经,它的高级中枢在大脑皮质,对植物神经运动和感觉起着功能调节作用,主要抑制下丘脑和低级交感中枢的兴奋。其次级中枢在下丘脑。下丘脑对植物神经系统的调节早为大家所公认,它可以调节血压、呼吸、睡眠、胃肠功能等。其低级中枢在脊髓,脊髓灰质外侧角是植物神经反射的低级中枢。通过它可以完成简单的反射,

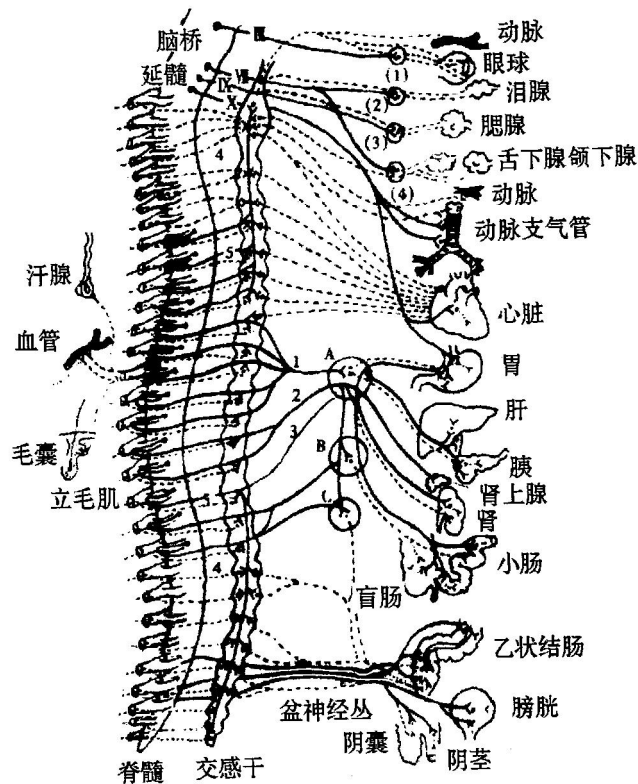


图 1—8

六、脊髓

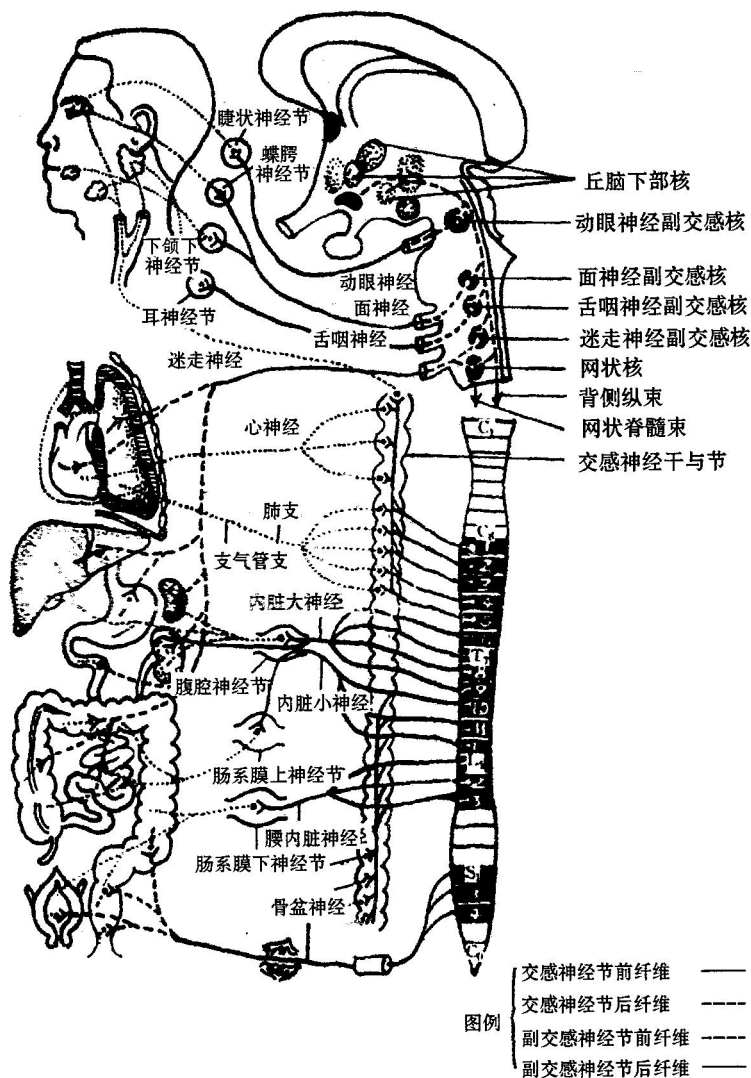


图 1—9

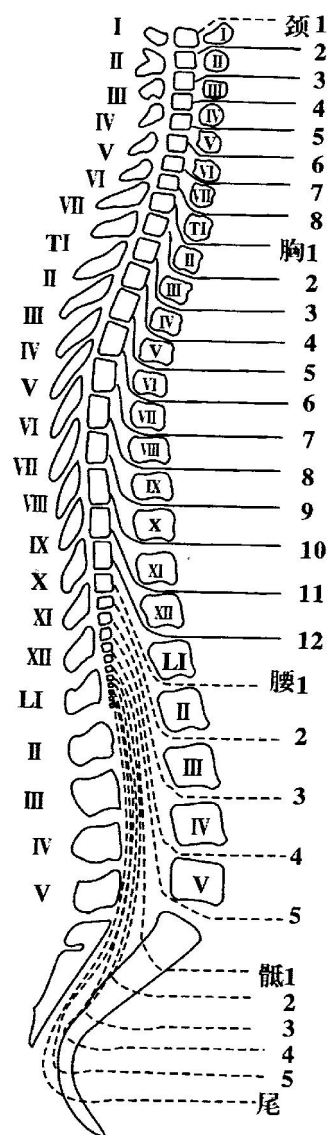


图 1—10

脊髓位于椎管中间，全长约 40—50 厘米。脊髓颈段相当于臂丛发出处，增粗成为颈膨大(约位于第 4—7 颈椎之间)，上肢运动和知觉中枢集中于此。在腰骶丛发出处增粗成为腰膨大(约第 10 胸椎至第 1 腰椎之间)。下肢的运动和知觉中枢及膀胱排尿自主中枢集中于此。脊髓有一定的活动余地，与其椎骨之间尚存在蛛网膜下腔及硬膜外腔。脊髓节段与椎骨的位置关系有一定规律。大致来说，颈段相当于颈椎数目加 1。如第 5 颈椎平面脊髓分节应为第 6 颈神经，上胸段脊髓分节平面相当于胸椎数目加 2，下胸部为胸椎数目加 3，腰髓位于第 10—11 胸椎之间，骶尾髓位于第 12 胸椎至第 1 腰椎之间。(如图 1—10)脊髓的动脉主要有脊髓前后动脉，形成血管链。左右椎动脉颅内段各发出一脊髓前动脉，多数都起自椎动脉的内侧或背侧，少数来自左右椎动脉的汇合部。脊髓前动脉极为纤细，组成形式比较复杂。脊髓后动脉有 2 个稍微粗大，如椎动脉供血不足，也有可能引起脊髓缺血。

脊髓在结构和功能上比脑原始，正常时，脊髓的功能是在脑的调节下完成的。脊髓有传导和反射功能，脊髓是感觉冲动和运动冲动的传导通路。脊髓白质内的上下行长纤维束就是执行这种功能的结构基础。脊髓的反射功能是执行躯体反射和内脏反射。前者是指引起骨骼肌活动的反射，后者是指内脏活动的反射。脊髓内存在内脏活动反射的低级中枢，如腰骶段侧角的交感神经中枢，第 2—4 骶节段前后角中间部的副交感神经中枢(排尿排便中枢)。

第二章 脊柱疗法的相关理论

脊柱疗法，是近代在各国兴起的一种新疗法，我们根据祖国传统医学基础理论——经络学说、生物全息理论等基础知识，作一简要描述。

第一节 经络学说

经络学说是祖国传统医学的精髓，是针灸、推拿、按摩的理论依据。经络是人体运行气血、联络脏腑、沟通内外、贯穿全身的经路。

一、经络的组成

经络由经脉和络脉组成，经脉分为十二正经和奇经八脉两大类，为经络系统的主要部分。十二正经即太阴、少阴、厥阴三阴经和太阳、少阳、阳明三阳经，六经手足各一，合称“十二经脉”。奇经八脉，即督脉、任脉、冲脉、带脉、阴跷脉、阳跷脉、阴维脉和阳维脉。络脉分为别络、浮络和孙络。别络较大，共有 15，即十二正经与任、督二脉各有一支别络，再加上脾之大络，合为“十五别络”。络脉浮行在浅表部位的称“浮络”，最细小的分支称为“孙络”。

祖国医学认为，督脉下起于会阴的胞中，上至头面部，诸阳经均交会于督脉，故有“阳脉之海”之称。它具有调节全身诸阳经经气的生理功能。大多数人认为，人身背后有“三关”，即玉枕(枕后头颈交界处)、夹脊(棘突两旁)、尾闾(尾椎部)，此三关贯通督脉上下，一般极易通达，气通三关则统领诸经的督脉气血亦可调达，也就达到了人身阴阳(水火)之气交融、保持阴阳平衡之目的。中医《灵枢》经认为，经络“内属脏腑，外络肢节”。从中可以看出，经络好比是输送气血的“通道”。气具有以下特性：1. 气是物质存在，具有特殊的表现形式。2. 气不可见(但可感觉到)，无固定形态，无固定的运动方式。3. 气具有能量和信息，可以非常洪大，也可以非常细小，可来之迅猛，亦可去之延绵(实际上气也是在不断运行，因为“气行则血行，气滞则血瘀”，这是显而易见的道理)，并可形成“气场”而发散到体外，还可以相互发送或接受信息，就像正负电荷流动一样。这些与人体电生理信号传输以及人体细胞膜的生物电活动状态正相吻合。而“血”是有形的，它常指血液和运行全身的体液及其他物质等。那么作为输送“气血”的通道，就不单是指循环系统、神经系统和内分泌系统了，因为单独归结为某一系统，都是片面的不完整的。所以，我们认为经络应是神经反射、电生理传导、血液循环和体液传导等诸多系统综合的信息传输通道，即人体整体的信息反应系统。

二、经络的作用

(一)生理方面

经络有沟通上下表里、联络脏腑器官、运行气血、抗御外邪、保卫机体的作用。人体的五脏六腑、四肢九窍、皮肉筋骨等器官，构成有机的统一整体，主要是依靠经络系统的沟通作用来实现的。同时，经络又是运行气血的通路，在心气的推动下，使气血周流全身，以营养各组织器官，并发挥抗御外邪、保卫机体的作用，从而维持人体的正常代谢。

(二)病理方面

当人体正气不足，经络失去正常机能时，就易遭受外邪的侵袭而发病。疾病发生后，病邪常沿着经络自外而内、由表入里的传变。因此，经络在生理上是运行气血的通道，在病理上又是疾病发展传变的通路。而且，它也是脏腑之间、脏腑与体表组织器官之间病变相互影响的重要渠道。通过经络的联系，脏腑病变可以相互影响，如肝病影响胃，心病移热于小肠等。内脏病变也可以反映到体表的一定部位，如胃火上冲的牙龈肿痛，肝火上扰的目赤肿痛，心火上炎的口舌溃烂等。

(三)诊断方面

经络内属脏腑，并在体表有固定的循环部位。因此，内脏病变可以在有关的经脉上反应出来。临床上根据疾病所表现出的症状，结合经络的循行部位及其所属(络)的脏腑，用作诊断疾病的依据。例如两胁疼痛多为肝胆疾病，腰痛多属肾虚等。不同脏腑的病变，也可以在所属经络的某些穴位和胸椎上反应出来。如肺脏有病，在中府穴上有压痛点，在 2、3 胸椎旁可有压痛点或触及颗粒状、条索状硬结等。

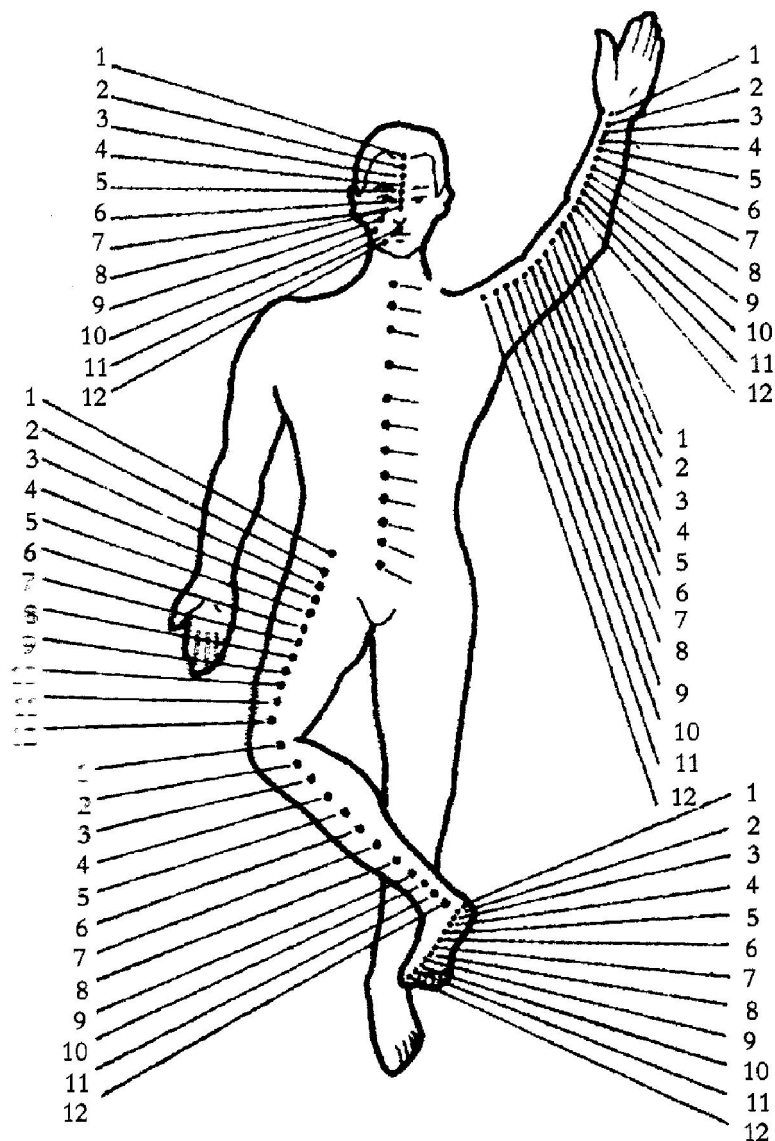
(四)治疗方面

经络学说广泛地应用于临床各科的治疗，足太阳膀胱经循行于脊椎两侧，其循行线上五脏六腑均有腧穴注于背部。许多内脏疾病都可以通过背部相应的腧穴进行诊断和治疗。特别是对我们的脊椎疗法、针灸、按摩和药物治疗等，经络学说都具有重要的指导意义，是脊椎疗法的最重要的理论基础。

第二节 生物全息反射学说

生物全息反射学说，是依据 80 年代首创的全息生物医学发展起来的。这门学科专门研究人体各相对独立部位与整体之间的联系，并广泛应用于疾病的诊断、治疗和修身养性。因为全息，即人体的任何局部或特定部分，都能完整地反射出人体的整体信息，犹如一面镜子能反应人的全貌，破碎后的镜片仍能反应人体全貌一样。例如，山东医科大学张颖清教授于 1973 年就在人体手部第 2 掌骨桡侧，发现了新的有序穴位群，现已被证实而且广泛应用于临床诊疗。这一穴位群反应了人体的整体和器官，包含着人体各部位的生理和病理信息，当某一器官或部位有病时，这一穴位群中相对应的部位就会有反应，我们即可根据这些反应来进行全息诊断、治疗和保养。

全息生物医学把中医的经络学说发展为全息经络学说，揭示了经络穴位的全息性，为诊疗提供了特殊的实施方案，而其道理简单，举一反三，更为初学者及家庭保健敞开了自诊的方便之门。张颖清教授发明的生物全息反射理论指出，人体的每一节段都是一个全息反射胚，均存在反应整体状况的全息反射区。现列举面部、躯干前部、大臂、前臂、大腿部、小腿部、足部（见图 2—1）和躯干背部（见图 2—2）。这些反射区和穴位群分别反应头、颈、上肢、心、肺、肝、胃、十二指肠、肾、腰、下腹、腿、足等部位的生理病理变化，每一个反射区、都是人体的缩影，结构与功能都相对完整，并在诊断和治疗与周围部分明显存在界线。如人体大臂和小臂各存在完整的反射区群，均与机体各部位相同，在



- | | | | | | |
|---------|------|-------|--------|-------|-------|
| 1. 头 | 2. 颈 | 3. 上肢 | 4. 肺心 | 5. 肝 | 6. 胃 |
| 7. 十二指肠 | 8. 肾 | 9. 腰 | 10. 下腹 | 11. 腿 | 12. 足 |

图 2—1 人体七大部位全息图

图 2—2)。这些反射区和穴位群分别反应头、颈、上肢、心、肺、肝、胃、十二指肠、肾、腰、下腹、腿、足等部位的生理病理变化，每一个反射区、都是人体的缩影，结构与功能都相对完整，并在诊断和治疗与周围部分明显存在界线。如人体大臂和小臂各存在完整的反射区群，均与机体各部位相同，在

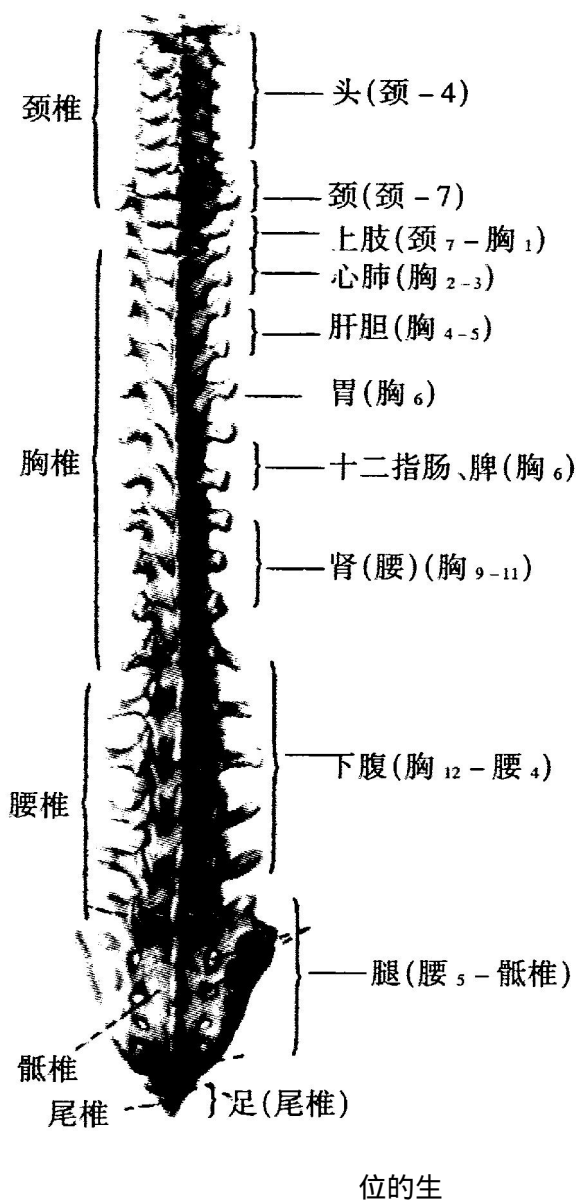


图 2—2 脊柱全息反射区

区的相应某患病器官的部位触压,往往能取得相同的结果,超出界线,往往没有反应。

下面就比较方便并常用的几个全息穴位群作一简要介绍,供同道及自然保健疗法的爱好者在养身保健中参考。

一、脊柱全息反射区

在脊柱的两侧,膀胱经内侧的边缘上,分别同时存在两条全息反射区,从第1寰椎至第4颈椎为头部全息反射区;第5、6、7颈椎为颈部全息反射区;第7颈椎至第1胸椎为上部全息反射区;第2、3胸椎为心肺全息反射区;第4、5胸椎为肝、胆全息反射区;第6胸椎为胃全息反射区;第7、8胸椎为十二指肠、脾全息反射区;第9、10、11胸椎为肾(腰)全息反射区;第12胸椎至第4腰椎为下腹全息反射区;第5腰椎至骶椎为腿的全息反射区;尾椎为足的全息反射区(见图2—2)。

二、手部第二掌骨侧全息反射区

这是张教授在1973年发现的有序穴位群,这一穴位群在第2掌骨桡侧的分布相应于人体的整体器官或部位,第2掌骨桡侧远端相当于人体的头部,近心端相当于人体的足部。这段掌骨,作为有序的反区系统,同样完整地包含着人体各部

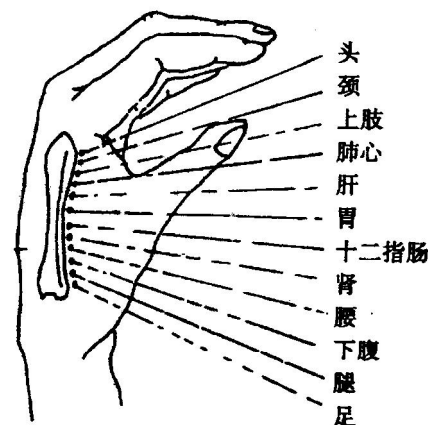


图 2—3 第二掌骨侧全息图

理和病理信息。(如图2—3)

第三章 脊柱错位的病因病理

第一节 脊柱错位的病因

引起脊柱错位的原因很多,可以说,婴儿从刚出生时受产道的挤压,就已可能出现脊柱错位。以后随着年龄的增长、环境的污染、自身的解剖变异因素、心理状态因素、工作体位、环境等的变化,都有可能引起脊柱错位。

一、自身解剖因素

如椎体变异畸形、椎间盘的退行性改变,此时有可能出现椎间组织的松弛,在某种外力的作用下,发生椎体滑脱或椎间关节的微小错位,从而压迫血管、神经而出现功能障碍。

二、软组织外伤

当身体突然受到某一方向的外力作用时，脊椎周围的软组织易受到损伤或断裂，造成出血水肿，使肌肉、韧带张力失去平衡，导致椎体错位而产生相应的病症。

三、慢性软组织劳损

引起软组织慢性劳损的原因很多，常见的有：姿势不端正或长期处于某一特定的姿势(如低头写字或做超负荷的重体力劳动)，气温的变化，精神过度紧张，疲劳、肥胖，体力不支、情绪低落、营养不良、慢性中毒等，均可诱发脊柱两侧的肌肉痉挛、毛细血管收缩、局部组织血液供给不足、淋巴回流受阻，从而使代谢产物积蓄，引起颈、胸、腰部疼痛。正如《素问·宣明五气篇》所指出的：“五劳所伤，久视伤血，久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨，久行伤筋，是谓五劳所伤”。过度劳伤，首先引起气血筋骨等的损伤，损伤带来的后果必然是“气滞血瘀”而导致疼痛，引起局部肌肉痉挛，造成脊柱微小关节的错位。

四、七情六淫所伤

“七情”，即人们常说的喜、怒、忧、思、悲、恐、惊；六淫则为风、寒、暑、湿、燥、火。在正常情况下，七情是人体对周围事物变化的不同反应，属正常生理活动。当遇到某种超出常态的情况时，七情就会造成对人体的损伤，如喜伤心、怒伤肝、思伤脾、悲伤肺、恐伤肾。情志的变异，导致气机的升降失常，气血功能紊乱，而使“筋失濡养”。脊柱的稳定性就会发生变化而发生错位。同样，“六淫”外邪随时可侵袭脊柱，使脊柱的骨关节、韧带、椎间盘、筋膜、肌肉的内在平衡失调。如得不到及时的矫正，加之劳伤过度，就有可能使病情进一步发展。《诸病源候论·卒腰痛候》指出：“夫劳伤之人，肾气虚损，而肾主腰脚，其筋贯肾络脊，风邪乘虚，卒入肾经，故卒然而患腰痛”。

“六淫”既可单独致病，又可两种以上邪气同时致病。它一旦侵入人体脊柱，先由皮内筋膜受邪，由表及里到达筋骨与关节，最后可达脏腑。由于“血不养筋”而导致脊柱发生错位。

第二节 脊柱错位的病理

所谓病理，就是疾病发生、发展与变化的过程。脊柱错位的病理改变与病因有着密切的关系，人体在发育至成人后，退行性改变即已开始，并且缓慢的、进行性地发展着，发展到一定程度，就会继发周围组织的损伤性炎症反应，刺激周围的感觉神经而引起疼痛。常见的病理变化有以下几个方面：

一、椎间小关节的移位

从脊柱损害的病因中，我们不难看出，以脊柱、椎间盘退行性改变，脊柱周围软组织松弛及脊柱周围软组织受损或慢性劳损，造成脊柱失稳后而发生椎间小关节移位情况最为常见。一般情况下活动度大的颈、腰椎移位的幅度可稍大，活动度小的胸椎及骶髂关节移位相对较小。

椎间关节移位后，可发生一系列的病理改变及临床症状如：1. 椎间孔横径(前后径)及椎管的矢状径均缩短。2. 横突孔相对变窄。3. 椎管亦相对变窄。4. 神经根受到突出的椎间盘、变窄的椎间孔的刺激和压迫，出现麻木或运动障碍。5. 椎动脉可因颈椎关节移位或钩突关节增生的骨刺压迫，而出现挤压或扭曲，产生血液循环障碍。寰枕关节及寰枢关节发生移位时，常加大椎动脉第三段的扭曲、牵拉、压迫，极易引起双侧椎动脉供血不全，发生眩晕及脑供血不足的一系列临床症状。6. 脊髓受到变窄椎管的压迫，或因脊髓的前部动脉受压，导致血液循环障碍。7. 交感神经受压迫刺激或牵拉，引起内脏的植物神经功能紊乱，出现相应的内脏器官功能障碍。

植物神经分为交感神经和副交感神经两大类，同时支配内脏、血管和腺体等。交感神经由脊髓节段的侧角细胞发出节前纤维，沿脊神经的前根，通过椎间孔，经交通支进入交感神经干。交感神经由交感神经节和节前支组成，位于脊柱两旁，左右对称，其中有颈节8对、胸节12对、腰节5对、骶节5对、尾节1对，共31对。交感神经的节前纤维进入交感神经干后，可在一个交感节内交换神经元，再发出节后纤维，其节后纤维分三个途径分布：随脊神经；随血管走行；直接分布到内脏。交感神经的功能是与副交感神经互相拮抗，互相协调平衡，以维持器官的正常功能。

因此，当椎间关节发生移位、椎间孔变窄(如椎间盘突出、骨质增生等)，压迫刺激脊神经根时，同样也压迫刺激或牵扯交感(副交感)神经，引起植物神经功能紊乱，因而与植物神经有关的脏器就可产生某些症状，并在经络穴位上明显地反应出来。

通过大量的临床观察和统计资料显示，脊椎错位，可以出现一些相对应的临床症状。

颈椎上段(C₁₋₄)移位：以头面、五官、心脏和脑血管神经症状为主，如头痛、眩晕、声嘶、失眠、视力下降、耳鸣、心悸、室性心动过速等。

颈椎下段(C₅₋₇)移位：以颈、肩、背、上肢麻木、疼痛和功能障碍为主，并常出现室性心动过缓等症。

胸椎上段(C₇~T₃)移位：以血管系统的植物神经功能紊乱和肋间神经痛为主，如心房纤颤、低血压、心慌、胸闷、心律失常、心烦易燥、肩胛部疼痛、左上胸部疼等。

胸椎上中段(T₂₋₇)移位：以呼吸系统的植物神经功能紊乱和胸壁痛为主，如慢性气管炎、过敏性支气管哮喘、胸壁痛、乳房痛、呃逆、胸闷等。

胸椎中段(T₆₋₉)移位：以消化系统功能紊乱为主，如胃痛胃胀、返酸嗝气、食欲不振、肝区痛、胆囊炎、胆石症、上腹胀满等。

胸椎下段(T₉₋₁₂)移位：以泌尿生殖和消化系统的功能紊乱为主。如胃痛、肝区痛、肠胀气、睾丸炎、子宫炎、卵巢炎、肾炎、胰腺炎、排尿异常、尿路结石、糖尿病、荨麻疹、皮肤过敏、风湿病等。

腰椎(L₁₋₅)移位：以腰腿痛和生殖系统功能障碍为主，如腰痛、下肢麻木疼痛、痛经、月经不调、遗精、男性性功能低下、阳痿等。

骶椎(L₅~S₁)移位：以下肢功能障碍和泌尿生殖系统功能障碍为主，如下肢血液循环不良、腿无力、足踝肿痛、排尿异常、前列腺增生等。

骶髂关节右侧移位：副交感神经紧张，如肝、胆、胃肠功能下降，消瘦、腹泻和妇科疾病等。

骶髂关节双侧移位：偏食、体重变化、便秘或腹泻交替出现，并有左、右单侧移位的症状。

脊椎错位，是脊椎相关疾病的主要病理改变。治疗脊椎周围软组织病变，恢复脊椎周围软组织的力学平衡，矫正脊椎关节的错位，恢复其正常的解剖位置，就是我们预防、保健和治疗的主要任务之一。

人体的上、下、内、外疾病的分布与脊柱错位的关系见下表

人体疾病与脊柱错位的关系表

椎骨	脊神经支配部位	脊神经受压后所产生的症状
颈 ₁	头部血管、脑垂体、头面、内耳、交感神经系统	头痛、头晕、失眠、精神恍惚、倦怠、健忘、体力下降、面瘫、高血压、心动过速
颈 ₂	眼睛、眼神经、耳神经、鼻窦、大、额头、乳突骨	
颈 ₃	头、外耳、面骨、牙、三叉神经	神经痛、痤疮、湿疹、咽部异物感、颈痛、胸闷、牙痛、斜视、近视等
颈 ₄	鼻、唇、口、耳、咽管	鼻炎、口唇溃疡、卡他性中耳炎、耳聋、咽部异物感、胸闷、呃逆、心动过缓等
颈 ₅	声带、颈部腺体、咽	咽喉炎、声带嘶哑、眩晕、视力下降、上臂疼、心律失常。
颈 ₆	颈部肌肉、肩部、扁桃体	颈部僵硬、上肢桡侧麻木、疼痛、扁桃体炎、气管炎、哮喘、低血压、心动过缓
颈 ₇	甲状腺、肩、肘、滑囊	滑囊炎、甲状腺疾患、低血压、心房纤颤、上肢尺侧麻木、疼痛等
胸 ₁	食道、气管、上肢肘关节以下部位	上臂后侧疼、肩胛部疼、咳嗽、左上胸部疼、气管炎、支气管哮喘等
胸 ₂	心脏、冠状动脉	各种心脏病、胸疼、肩胛、咳嗽、气喘
胸 ₃	气管、胸膜、肺	支气管炎、肺炎、胸膜炎、流行性感冒
胸 ₄	胆囊、胆管	胆囊炎、胆石症、黄疸、带状疱疹、胸壁痛、乳房痛、乳房瘤、气喘、呃逆等

胸 ₅	肝、血液	肝病、发热、低血压、贫血、关节炎及胸 ₄ 症状	
胸 ₆	胃	胃炎、胃溃疡、肝区痛、上腹胀痛、胆石症等	
胸 ₇	胰腺、十二指肠	糖尿病、十二指肠溃疡及胸 ₆ 症状	
胸 ₈	脾、横膈膜	抵抗力下降、呃逆加胸 ₆ 症状	
胸 ₉	肾上腺	过敏性疾患、荨麻疹、腹痛、子宫炎等	
胸 ₁₀	肾	肾病、动脉硬化、倦怠、腹疼、子宫炎等	
胸 ₁₁	肾、输尿管	皮肤病、胃痛、肝区痛、胰腺炎、糖尿病、肾病、排尿异常、尿路结石等	
胸 ₁₂	小肠、淋巴系统、输卵管	风湿、不孕症、腹胀、腹泻、肾炎、肾结石及胸 ₁₁ 症状	
腰 ₁	大肠、结肠、腹股沟	便秘、腹泻、结肠炎、疝气及胸 ₁₂ 症状	
腰 ₂	腹部、盲肠、大腿	阑尾炎、肠疝等、呼吸困难、静脉曲张、腰痛、大腿麻木、疼痛等	
腰 ₃	生殖器管(卵巢、子宫、睾丸) 膀胱、膝	膀胱病、月经不调、小产、遗精、早泄、阳痿、小腹痛、腰痛、膝痛等	
腰 ₄	前列腺、腰部肌肉、坐内神经	腰痛、坐骨神经痛、排尿困难、尿频、便秘、及腰，症状	
腰 ₅	小腿、踝、脚及脚趾	下肢循环不良、关节炎、遗精、阳痿、月经不调等	
骶椎	骨盆、肾	骶髂关节炎、排尿异常、子宫炎、前列腺炎、脊椎弯曲症	
骶髂关节	直肠、肛门	右侧移位	副交感神经紧张(如肝、胆胃、肠功能低下，消瘦、腹泻、妇科疾病等)
		左侧移位	交感神经紧张(如心肺功能低下，肥胖、便秘、痔疮、阳痿、早泄、易患感冒等)
		双侧移位	偏食、体重变化或上述症状交替出现。

二、椎间盘的退行性改变

构成椎间盘的软骨板、纤维环及髓核由 20—30 岁开始发生变性，若受到急性创伤或慢性劳损，就有可能加速椎间盘的退行性改变。其变化如下：

(一)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的作用，加速了纤维及髓核的退行性改变。

(二)髓核

含水量逐渐减少，其中纤维网和粘液样组织基质渐渐被纤维组织及软骨细胞所代替，而成为弹性下降的纤维软骨实体。因此，椎间盘的高度降低，椎间隙变窄，若发生椎间盘突出则椎间隙更加狭窄。

(三)纤维环

纤维环由大量的胶原纤维纵横垂直交错排列而成，它的退行性改变比软骨板与髓核为早，常人 20 岁以后即停止发育，开始变性。由于长期的劳损，导致纤维变粗，从而使纤维弹性减弱，在某种应力的作用下，纤维环发生破裂，髓核即可向破裂处突出。因而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。

椎间盘突出后可对神经根、椎动脉、交感神经，甚至对脊髓造成压迫而出现相应的临床症状，如麻木、疼痛、运动障碍等。

三、椎周软组织的退行性改变

(一)黄韧带肥厚

黄韧带可能由于长期被过度牵拉(如低头工作、睡高枕头、长期弯腰工作等)或因脊柱失稳活动度加大，使黄韧带负担增大，久之则增生肥厚，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，肥厚的黄韧带发生皱摺，突入椎管内而压迫脊髓。

(二)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后长期过度活动而受损伤，发生出血、水肿、机化后而钙化、骨化，对脊髓或神经根产生压迫。

(三)项韧带钙化在颈椎失稳后，项韧带(颈椎部棘上韧带)过度活动而肥厚，继而钙化、骨化。项韧带钙化的部位多见于 C₃₋₆ 之间的夹肌、半棘肌与小菱形肌附着点处，可见头顶及上肢运动易损伤此段项韧带，韧带钙化的部位与颈椎病发病的部位相一致。

(四)椎旁的有关肌肉改变

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改变，或肌化粘连，造成脊椎两侧肌力失去平衡。若脊椎已处于失衡状态，则极易发生椎体错位，而出现相应神经支配的肌肉痉挛。

四、骨质增生(骨刺)

当脊椎错位后，活动度受限，局部肌肉痉挛，血液循环发生障碍，引起新陈代谢紊乱，椎间关节或椎体边缘的韧带、骨膜发生损伤、肌化、变性而后骨化，成为骨质增生。骨质增生多发生在活动度较大的颈、腰椎部位，活动度较小的椎体部位则较少。骨质增生随年龄的增长而增多，但不一定致病，只有当骨刺突入椎间孔或横突孔时，才可压迫脊髓、神经根或椎动脉，出现临床症状。

第四章 脊柱错位的诊断及辅助诊断

脊柱错位，早期诊断有一定难度，依靠辅助设备检查是难以发现的。但对于有实践经验的自然疗法工作者来说，就有可能做到早期发现、治疗和预防，有可能使错位的脊柱得到及时的复位和矫正，使相应的一些不适症状早日消失，使肌体得到康复。

第一节 脊柱的望诊法

在温度、光线适宜的情况下，嘱病人暴露脊柱部位(处立位、坐位、卧位均可)，保持正常自然姿势，按下列步骤进行：

一、望皮肤颜色

正常情况下，脊柱两侧皮肤颜色无异常。当脊柱发生错位以后，有可能出现相应区域的皮肤颜色改变，有的发红、发青、发紫、成点状、片状的色素沉着斑，发生在哪个椎体部位，就反应哪个椎体及所对应的脏腑的病变。

二、望脊柱的外形

正常情况下，背后正面观察脊柱应成一条直线型。当脊柱错位后，棘突就会偏离中线(瘦人易观察)，或在中线上出现明显的凸起，这都表示脊柱已发生错位。

第二节 脊柱的触诊法

脊柱的触诊检查也是非常重要的一环，通过触诊，即可发现脊柱有无错位、棘突有无偏移。一般触诊可根据三条线综合判定：棘突尖线，即通过每个棘突尖的连线(正常时应与后正中中线重迭)。棘突侧线，即通过各棘突侧缘的连线(左右各一条)。

正常情况下，两条棘突侧线均应与正中矢状线平行，棘突尖线应与正中矢状线重合。当棘突发生偏歪时，其棘突尖线偏离正中矢状线，表示脊柱已发生错位。通常有几种常用的脊柱触诊手法：

1. 双手拇指触诊法

双手拇指指腹沿脊柱两侧纵轴方向垂直向下滑动触摸，检查有无增厚、变硬，脊柱是否一条直线上，以及棘间隙的大、小变化等，同时观察病人的疼痛反应。

2. 单手拇指触诊法

一手拇指指腹沿脊柱三条线反复从上到下逐节触摸,检查有无椎体移位,肌肉、韧带有无异常改变(如变硬、呈条索状、有硬结、微小颗粒等),解剖位置有无异常等。

3. 单手拇指倒推法

一手拇指从尾椎推向颈椎,先推正中矢状线(即棘突尖)上,再推棘突侧线,以观察上述变化,此法往往较上两种方法更易发现脊柱的异常变化。

4. 三指触诊法

中指放在棘突尖上,食指、无名指分别放在棘突旁,沿脊柱滑下反复多次,以觉察脊柱是否移位。

现就脊柱的触诊简要介绍如下:

一、颈椎触诊法

患者取坐位,低头,检查者两手拇指或右手拇、食指置棘突的两旁,从第7颈椎向第1颈椎作上下滑动、按压、触摸,以便观察颈椎是否发生了错位。但若第3~5颈椎棘突呈分叉状,棘突的分叉突向侧下或后下方,且长短不一,需引起检查者的注意,不要误以为是颈椎错位。那么如何避免这一误差呢?就是通过对横突进行触摸来准确对位。横突位于椎弓的侧方,除骶尾椎外,各椎体两旁均有一个左右对称的横突。触诊时,自第5颈椎开始,两拇指分置两侧横突的后外方,通过比较两侧是否是对称来进行诊断。若左右两侧的横突高低不均,则说明此处有脊柱错位。在近孔处,可触及第1颈椎横突,头面部疾患多表示此处有错位发生。

二、胸椎、腰椎触诊法

棘突在胸椎向后下方倾斜度比较大,在腰椎几乎成水平位,检查时一般取俯卧位,患者完全暴露腰背部。触诊可采取自下而上的方法进行(此法易用从上到下触诊法),即从第12胸椎查到第1,腰椎则从第5查到第1腰椎。可采取单手拇指直接接触棘突法,两拇指分置棘突两旁法,右手食指、无名指分置棘突两旁,并用力向下按压,中指相应按压在棘突上方,此时置棘突旁的手指距正中线约0.3寸(根据身体胖瘦可适当灵活掌握,大小在正负1寸左右),接着做由下而上的滑动(也可以由上而下),反复多次,以便比较和发现棘突是否增粗、前凹、后凸、偏离中线或病人感到压痛等,如果有,则说明脊柱错位。

三、骶椎、尾椎触诊法

一般取俯卧位,暴露椎体部位。操作者两手拇指分置于骶中嵴(相当于骶骨的棘突部)的两旁,接着作较大距离的上下滑动,看看是否有增粗、偏离中线、病人感到压痛等,如果有,说明骶椎错位。另一方法还可检查骶髂关节,即两拇指对称地分置于两侧骶髂关节的髂骨后内侧,缓慢下压并上下滑动。若有骶髂关节两侧的不对称现象,或骶椎的前凹或后凸时,也可说明骶椎错位。尾椎从体表部很难触摸定位,主要通过病史和自觉症状,以及一些特殊检查,如肛门指诊、拍片等,来确定是否有尾椎错位。

脊柱错位时,其棘突旁多有压痛、条索状硬结、痉挛等。棘突间、棘突上及两旁的肌肉和韧带上亦可发现这些异常现象。在触诊按压时,注意观察患者表情及疼痛反应,这样有助于诊断。

此法简单易行可靠,可使疾病得到早期诊断、治疗和预防。此时触诊往往优于拍片及其他辅助检查。

四、脊柱错位诊断要点

(一)具有自觉症状(如疼痛麻木、活动障碍、相对应器官功能障碍等)中的一项或多项表现者。

(二)望诊检查,可发现脊椎区色素改变,棘突凹陷或凸起、偏离中线者。

(三)触诊可发现棘突增粗、压痛、偏离中线,及与脊椎有关的肌肉、韧带附着点有明显的痉挛、增粗、条索状或沙粒状硬结、剥离、摩擦音等阳性反应物者。

(四)X线照片及其他辅助检查,有一项以上支持脊椎综合征诊断者(早期错位辅助检查难以发现,用触诊加自觉症状即可确诊)。

(五)各专科会诊,排除骨折、脱位、肿瘤、结核、嗜伊红细胞肉芽肿及各专科器质性病变者。

(六)化验室检查正常范围者(即排除炎症者)。

第三节 骨盆移位的诊断

在诊断脊柱错位的同时,一个重要问题同样需要引起大家的注意,那就是骨盆移位。骨盆是脊椎的基石,如发生移位,就像高楼大厦发生偏斜一样。那么如何确定骨盆移位呢?下面以右侧骨盆为例,介绍

一下移位后的体态。

一、骨盆移位的第一阶段

俯卧位时，髂嵴和两肩连线为右高左低。由于移位的骨盆向后扭曲，看上去右臀比左臀高，右髋关节内旋，右腿比左腿短。站立或步行时，正常者应该是左右下肢平均负担体重。但此时右腿变短，为了均衡负重，身体不得不向右倾斜。为了使倾斜的身体不致倾倒，左腿就得负担起一半以上的重量，为了保持全身的平衡，胸腰段脊椎就得向右侧弯曲，颈部脊椎向左侧弯曲，致使头偏向右侧。由于移位的右侧骨盆向前旋转，因此看上去左侧骨盆比右侧高，右肩受弯向右侧脊椎的影响，向前方移位，整个身体呈左向螺旋状。

二、骨盆移位的第二阶段

如果第一阶段状态长期持续，负担过重的左腿逐渐疲劳，在右腿尚能负担的情况下，又逐渐把重心移向右腿。这时，已经内收内旋的髋关节逐渐变成外展外旋，右腿也就随之变长。由于重心右移，脊椎又得偏向左侧。然而，已经右弯的脊椎不能复原，只能靠上部脊椎左弯来维持平衡。这就是整个身体呈S状弯曲的原因所在。这样一来，为了保持脊柱上部弯曲的平衡，两肩连线自然地变成左高右低，两肩同时向前倾斜并向右侧扭转。这种体态俗称“水蛇腰”。

三、骨盆移位的第三阶段

如果病情进一步恶化，尽管是右侧骨盆移位型，然而于卧位观察，就会发现本来应该短的右腿却和左腿一样长了，甚至还长于左腿。这种现象是企图保护左腿所造成的。即使两腿无长短之差，也会表现出左侧骨盆移位的特征。像这样左、右骨盆混合在一起的移位，称为混合型移位。长此以往，随着人体重心在两下肢之间，从右到左，再从左到右地反复移位，骨盆的移位也随之加重，脊柱也呈现出复杂的弯曲状态，两髋关节也在不断移位。

脊椎骨的移位进一步发展，可导致肩关节移位—肘关节移位—腕关节移位—手指关节移位。不仅如此，肋小头的各关节也发生移位。同样，髋关节的移位可致膝关节移位—踝关节移位—趾关节移位。当初看来仅仅是骨盆的歪斜，但不久就会给全身各关节带来有害的影响。这决不是危言耸听，必须引起每个自然疗法工作者的高度注意和重视，以及早地排除引起脊椎错位的隐患。

骨盆移位，99%的人都存在。那么，它能引起哪些疾病呢？根据临床学者多年积累的资料，可简单归纳如下：

1. 右侧骨盆移位型(右髋关节紧张型)：表现为副交感神经紧张，肝脏、肠胃功能低下，消瘦、腹泻，易患妇科疾病等。

2. 左侧骨盆移位型(左髋关节紧张型)：表现为交感神经紧张，心肺功能低下，肥胖、便秘，易患感冒等。

3. 混合型移位(右侧骨盆移位伴左侧或右侧髋关节紧张，左侧骨盆移位伴右侧或左侧髋关节紧张)：表现为偏食，体重变化大，便秘和腹泻交替出现，并伴有前两型移位的全身症状。

四、骨盆移位的症状或体征、

(一)心血管系统

眩晕、心动过缓、脑出血或脑血栓、高血压、低血压、高血脂、心动过速、心绞痛、心律失常、心肌梗塞、心脏瓣膜缺损、静脉曲张、浮肿(脸、眼睑、手、小腿、脚)、出血等。

(二)呼吸系统

鼻窦炎、气管炎、哮喘、咽喉异物感、发痒、鼻衄、咳嗽、呼吸困难、胸部压迫感、易患感冒等。

(三)消化系统

偏食、吞咽困难、食欲不振、食道狭窄感、腹部膨胀感、恶心、嗝气、反胃、烧心、腹鸣、胃下垂感、肝病、胆囊炎、胆石症、胰腺炎、十二指肠溃疡、慢性阑尾炎、过敏性结肠炎、过胖、过瘦、便秘、腹泻、便血、痔疮等。

(四)泌尿生殖系统

肾、膀胱、输尿管结石、遗尿、尿频、尿急、尿痛、夜尿症、痛经、闭经、月经不调、不孕症、子宫内膜炎、阴道炎、前列腺炎、遗精、阳痿、早泄、性功能障碍、更年期综合征等。

(五)感觉运动系统

近视、斜视、视力障碍、视野缩小、青光眼、白内障、震颤性麻痹、走路姿态不稳、三叉神经痛、枕后神经痛、肋间神经痛、坐骨神经痛、肩酸、颈部发硬、落枕、耳鸣、半身不遂或麻木，腰背痛及全身关节痛，腱鞘炎、关节腔积液等。

(六)植物神经功能障碍

头痛、偏头痛、头晕、头沉重感，多汗、少汗、无汗、盗汗、口渴感，打鼾、嗝气、放屁、夜游症等。

(七)皮肤、粘膜温度觉、触觉、痛觉、嗅觉、味觉异常，皮肤粗糙瘙痒、色素沉着、湿疹、药疹、皮炎、脸上小皱纹；白发、脱发、斑秃，龋齿、齿槽脓肿，匙形甲、甲沟炎、脚癣、鸡眼等。

(八)婴幼儿吐乳、夜啼，易感冒、食欲不振、发育不良、便秘、腹泻、易发热、咳嗽、鼻塞、流清涕等。

(九)其他

全身酸痛、困倦、易疲劳、易怒、性情急躁，睡眠不实、失眠、健忘、多梦、精力不集中、低热、贫血、畏寒等。

五、骨盆移位的诊断

(一)在面部和身体动作中的表现

一只眼睛细小，上眼睑一双一单，上下眼睑一个肿胀、一个舒展，一侧眉毛下垂，单侧额皱纹下垂，单侧出现眉间纵向皱纹，鼻梁不垂直，鼻孔不等大，人中沟不直，一侧鼻唇沟消失，口角不在同一水平，下巴偏向一侧，两耳不在同一水平，有一侧下垂等。这些症状若在面部出现一个或几个，即可诊断骨盆移位。

(二)在身体上的表现

头形不正，一眼就能看出单肩下垂、两臂不等长、水蛇腰、K型腿，D型腿、O型腿、X型腿，双脚不等大、腰带不在水平线上，斜颈、走路姿势不自然，单侧乳房明显小、有难产史。

(三)根据姿势特点诊断

1. 右侧骨盆移位的表现

俯卧位时，髂嵴连线偏向右上，用双手拇指按压髂嵴，就能感到右侧偏高，按压时形成的皮肤皱纹变偏向右上。右髋关节难以张开。俯卧时，右臀部明显偏上，左腿会无意识弯曲，右腿伸直。

仰卧位时，两脚交迭，左腿在右腿上，右腿伸直，左腿弯曲；左脚外展，脚尖贴近于床板，而右脚尖与床板尚有一段距离。

侧卧时，双腿交迭，左腿在上。

坐时，上半身向右歪，头就会自然向左歪斜。双腿交叉时，

右腿总是在后，如有意识地把右腿放在左腿前，就有不自然的感觉；如把左腿放在右腿上，就有困难，而且疲劳。双腿不交叉时，左腿比右腿外展明显。两腿并拢，左脚尖位于右脚尖前方。如为女性，并拢两腿时，身体就会向左侧倾斜。

站立时，因为右腿短，则左侧骨盆变高，髂棘连线左高右低。行走时，人体重心只好偏向左腿。为了保持平衡，脊柱则向右弯曲，身体向右倾斜。受其影响，左肩也下垂了。为了取得全身平衡，头反而向左偏斜。一眼就能看出肩下垂的人，其骨骼已弯曲得相当严重，应尽早进行调整骨骼的治疗。

下楼时，左腿有向外画弧的感觉，即使是走得很慢，左腿也是甩着走。

2. 左侧骨盆移位和混合型移位的表现

初期的表现与右侧骨盆者相同，但左右相反。无论是左侧骨盆移位还是右侧骨盆移位，都可能发展成混合性移位。因此，对不能归于上述两型者，就要考虑为混合型移位。

(四)其他表现

无论哪种类型骨盆移位，除上述的典型改变外，还有一些不太惹人注意的细小变化，对确定骨盆移位有一些参考价值。

1. 体型、毛发异常

右侧骨盆移位型者，迄今一次也没胖过、有白头发。左侧骨盆移位型者，从幼儿起，就一直肥胖、秃顶。混合型移位者，某个时期瘦过，后来又胖了，或某个时期胖了，后来又瘦了，头发稀少而有白发。

2. 肚脐的偏斜情况

右侧骨盆移位型者，肚脐偏向右侧。左侧骨盆移位型者，肚脐偏向左侧。

3. 鞋底磨损情况

右侧骨盆移位型者，因为右脚不敢持重，体力大部分由左脚承担，所以左鞋底磨损较重，但不是均匀磨损。左侧骨盆移位型者，与右侧者相反。混合型骨盆移位者，左右鞋底的一侧磨损严重。

4. 坐便姿势

右侧骨盆移位型者，坐下后，左脚尖位于右脚尖前方，左脚的外展也大于右脚。左侧骨盆移位型者，与右侧相反。混合型骨盆移位者，左右侧移位的表现交替出现。

5. 手指的张开情况

右侧骨盆移位型者，双手除拇指外，其余四指并拢，拇指尽量张开，右手拇指与食指之间的角度比左手小；将双手五指尽量张开，右手拇指与小指形成的角小于左手；再比较食指与中指的角，也是右手小于左手。左侧骨盆移位型者，改变与右手相同，但在左手。

6. 脚拇趾情况

右侧骨盆移位型者，因为左脚负担过重，所以左脚拇趾明显外展，甚至位于第2脚趾的上或下面。左侧骨盆移位型者，与右侧者相反，改变在右脚上。混合型骨盆移位者，双脚拇趾同时外展，程度比单侧者严重。正常人的体重均匀地分布在左右脚上，所以脚趾不出现外展，既使有也很轻微。

7. 指关节的声响

右侧骨盆移位型者，抽拉正常人的手指，可听到微弱的关节滑动声。患者右手无关节滑动声或声响小于左手，脚趾的情况与手指完全一样。左侧骨盆移位型者，与右侧者改变相同，左右相反。混合型骨盆移位者，左右指(趾)关节有的有滑动声，有的没有，或全部没有。

8. 根据症状来确定

右侧骨盆移位型者，右侧头痛、右眼视力减弱、右侧鼻塞、牙痛、右中耳炎、右肩酸痛、右颈酸痛、右背痛、右腕关节活动困难、右侧肋间神经痛、右侧腹痛、腹泻、痛经及其他，总是出现于右侧上半身的症状。左侧骨盆移位型者，与右侧出现的症状相夏，腹泻变成便秘。混合型骨盆移位者，上半身和下半身的症状左右同时存在或交替出现，便秘和腹泻反复发生。

9. 下肢的支撑情况

右侧骨盆移位型者，双脚分开，与肩同宽，腰下弯，双手尽量接近两脚，右腿的肌肉有激烈的拉痛感。或者坐着，以腿伸直分开，让胸部尽量接近右下肢，此时右下肢出现激烈的拉痛感。

第四节病史采集及体格检查

病史采集是诊断脊柱错位的主要方法之一，它包括询问病史及体格检查。

一、病史采集

(一)询问病人的个人详细资料，包括姓名、性别、年龄、籍贯、职业、生活习惯等。

(二)了解有无外伤史。大多数人随着年龄的增加，社会负担和心理压力的增大，都有可能造成慢性劳损，表现出的症状是疼痛、麻木、活动障碍，严重者可出现脊椎相对应部位器官的功能障碍。

(三)了解疼痛的性质、部位、放射范围及活动与体位的关系等。

疼痛是脊椎错位的主要临床表现，也是我们诊断脊椎错位的重要依据。首先要让患者尽可能准确地指出疼痛的性质，是酸痛、麻痛、钝痛、烧灼性痛或放射性痛，是持续性痛还是间歇性痛。酸、胀、麻、痛一般见于软组织慢性劳损和陈旧性损伤，亦可见于某些风湿或类风湿病；刺痛、刀割样疼多见于关节囊、韧带、滑膜等急性损伤；牵拉痛、灼痛多见于神经根受刺激所致；绞痛则需要注意脏器的疾患如胆、肾结石等。再则了解疼痛的部位和范围。一般颈椎错位引起的疼痛可放射至项背部、肩部，直至上肢手部；腰骶部病变则可放射到臀部、大腿、小腿及足部。

放射痛的具体部位，多与哪一神经根受压有密切关系。以下肢为例：第2、3、4腰神经前支主要参与组成腰神经，故腰部病变影响到这些神经时，疼痛主要放射到大腿前面、膝、小腿和足的前内侧；第

5 腰神经主要参与坐骨神经腓侧部分的构成，其放射痛主要位于大腿后外侧及小腿和足的外侧。绝大多数颈、腰、背痛患者，减少活动或卧床休息，可使疼痛明显减轻，但也有少数患者卧床休息反使疼痛加重，这些多见于严重的椎间盘突出，椎管内占位性病变等。因病变对神经根的挤压严重，站立或活动时患者可自行适当调整体位，减轻病变对神经根的挤压，而使疼痛减轻，卧床休息时体位不易调整，故疼痛更重。典型的脊椎退变和骨质增生患者，往往在睡至天亮前腰疼明显，以致不得不提早起床，以缓解疼痛的刺激。

(四)诊断本征还应着重了解内脏及器官功能障碍的情况。根据交感神经损害的节段将引起其支配的脏器功能发生紊乱，故询问病情时，除了解周围神经损害的情况外，同时应了解该节段交感神经所支配的内脏及器官有无病损症状。例如有无胸闷、气短、哮喘、干咳、心悸、心律失常或心绞痛发作；有无不明原因的血压波动(过高或过低)、心动过速或过缓、视力模糊、见光流泪、复视、眼睑无力下垂、眼睑内抽痛或眼睑持续性跳动等症状；发生耳鸣、听力下降或咽喉刺痛、发痒、吞咽困难、恶心呕吐和呃逆等；有无上腹疼痛、返酸暖气、腹胀肠鸣，大便稀溏或便秘等症状；有无尿频、尿急、尿痛、阳痿、早泄、痛经、月经异常等症状；在颈段还要注意因颈椎错位压迫椎动脉，引起脑部供血不足，导致的脑神经损害，如头昏眩晕等。

二、体格检查方法

临床检查是诊断脊椎错位的重要一环。有条件者，可设立专门的检查室，要求光线充足、温度适宜、检查器材齐全(如检查床、桌子、椅子、听诊器、叩诊锤、布卷尺、注射器、针头、棉签及消毒用品等)。要求患者暴露检查部位(女患者由男性检查时必须要有第三者在场)，病人处于自然姿势，检查患者受累的神根、椎动脉、交感神经或脊髓所支配的部位有无运动障碍，感觉异常、压痛、反射改变等阳性体征。若有植物神经功能紊乱，则可引起所支配的脏器的体征。

(一)立位检查

站立检查时，要求患者只穿三角短裤，两臂自然下垂，背对自然光线，按照问诊、望诊、触诊方法逐步进行，并作详细记录。术者应熟练掌握解剖结构及脊椎的平面定位方法，这样才能发现异常改变并进行正确定位(脊椎体表定位前面已论述，可结合参照，如图4—3)。

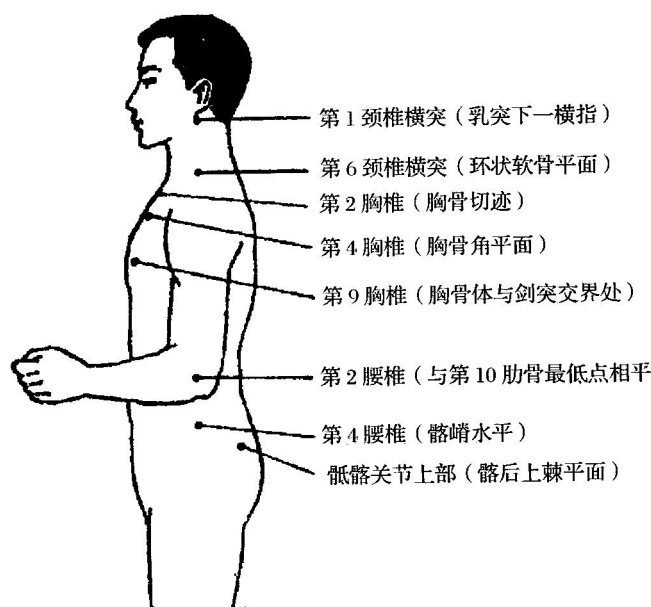


图4—3 脊椎平面与其他解剖之间的关系

检查内容包括：

1. 头、颈有无歪斜，脊椎是否在中线上，背部各结构(包括皮肤颜色、肌肉等)及骨性标志是否正常、匀称；两肩是否等高，两肩胛骨是否对称，肩胛下角是否在同一水平；两侧髂嵴及大粗隆是否等高；双膝及双足是否能靠拢，有无膝内、外翻；双足能否平面着地等。

2. 脊椎力线有无改变。正常成年人脊柱在矢状面(从前向后切面,将人体分为左右两个切面称为矢状面)有两个前凸和两个后凸(如图 4—4),颈椎前凸、胸椎后凸、腰椎前凸、骶椎后凸;在冠状面则脊柱成一直线位于背部中线。胸椎后凸过大可形成圆背,多数是姿势不良所致。这类圆背在早期较易矫正,后期已发生骨性改变就难以矫正了。最严重的足某些类风湿性脊柱炎所致的圆背,此病可侵犯整个脊柱,使之形成强直,故称强直性脊柱炎。

脊柱后凸足指胸椎某一处有一明显的后凸畸形并形成驼背。较常见的原因是胸椎结核所引起的椎体破坏和压缩,其次为创伤、骨髓炎、肿瘤等引起的椎体压缩、破坏。

脊柱应位于人体的正中线上,不应有任何倾斜与弯曲(从背面观察),否则即为侧弯与侧凸。脊柱侧弯可分为结构性与功能性两大类,前者脊柱的骨、关节、韧带、肌肉等组织已有不同程度的结构性改变,既使用力推扳牵拉,也难以矫正;后者脊柱及其附属结构尚未发生结构性改变,在牵引、推扳下其侧弯可以矫正。

脊柱侧弯可分为骨性、神经肌肉性、原发性(亦称特发性)及代偿性四大类。骨性是脊柱骨及其附属结构的先天性改变或后天性疾病、创伤等破坏所致。先天性较常见的为椎体缺损或楔形椎体,后天则可由创伤、结核,化脓性感染、良性肿瘤等造成的椎体破坏及一侧压缩所致,最后诊断需经 x 线摄片才能确定。神经肌肉痉挛引起的脊柱侧弯主要是背部两侧肌力不平衡所致,最常见的是脊髓灰质炎患者;中、小学生由于姿势不当,长期一侧负载过重(如单肩背书包等)也可引起脊柱侧弯;其他引起脊柱侧弯的原因还有脑炎后遗症、脊柱裂、脑脊膜膨出、侧索硬化症、神经纤维瘤等。代偿性脊柱侧弯,最常见的原因是下肢长度不均引起骨盆倾斜,髋关节外展、内收、屈曲等畸形引起的骨盆偏斜等。骨盆偏斜后脊柱的基础部必然要发生偏斜,其上部定会发生代偿性侧弯,以维持身体的相对平衡。

无论哪种原因引起的脊柱侧弯,由于脊柱负重力线和生物力线的改变,造成腰背部筋膜、韧带、肌肉附着部位的牵扯和劳损,必然会产生不同程度的颈、腰、背痛和相对应部位脏器的功能障碍。这种情况侧弯在先,疼痛在后,一般相对较轻。另有一类是先有背部疼痛,后出现侧弯,如急性腰扭伤,引起保护性肌紧张或反射性肌痉挛,牵拉脊柱出现侧弯。这类患者腰背部肌肉常呈高度紧张状态,不能随意活动。仔细检查,往往呵在棘旁后小关节部位、横突尖端部位或颈、腰、背肌肉筋膜部位找到明显的压痛点,尤以后小关节突部位更为多见。准确的小关节囊局部封闭治疗,有的可使肌肉痉挛及疼痛得到缓解。

3. 脊柱活动。脊柱有前屈、后伸、侧弯和旋转四种活动。幼年时活动范围最大,随着年龄的增长而活动逐渐减小。随着个体运动的差异及自身解剖结构的差异,脊柱活动的范围也有所不同,这一点大家必须明确。

颈段脊柱的前屈、后伸、侧弯、旋转四种活动范围较大。屈曲运动主要发生在颈椎、下胸椎及腰椎,后伸运动主要在颈椎及腰椎,侧弯活动主要在颈椎、下胸椎及腰椎,旋转活动主要在颈椎,其次为胸椎,腰段椎体旋转活动最小。

立位检查主要是观察脊柱的外形是否在一直线上,脊柱两侧是否对称,查看脊柱的自主活动。前曲可用指尖到地面之间的离来表示,正常年轻人指尖可触地;侧屈可用指尖能触及的下肢外侧部位来表示,一般在双足并拢,足底不离开地面的情况下,屈侧指尖可达膝关节以下;侧屈应两侧进行对比观察。后伸的测量方法是先用线悬一重量,将线的上端用手指压贴于颈椎上端,使线的下端的重量贴于骶骨上缘,然后向后伸脊柱,观察下端下移的距离;旋转活动检查方法,可将患者骨盆用双手固定,使患者双手分别叉于两侧胸廓侧面尽量高的位置,然后分别向左右位置旋转,以肘关节指向的方向用量角器测出其旋转度。测定的这些数据可供临床参考以及治疗前后的比较。

患者脊柱活动如受限制,应问清是疼痛性限制还是非疼痛性限制,疼痛发生的时间和部位,以及疼痛部位有无压痛和叩击痛等。

(二)坐位检查

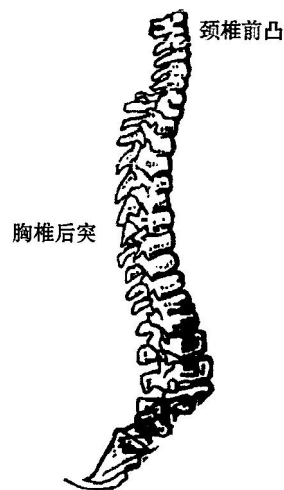


图 4—4 脊柱的生理曲度

要求患者背对自然光线，坐方凳上，双足自然落地。检查顺序可从以下几个方面进行。

1. 姿势

坐姿足否端正，两侧坐骨结节能否均衡负重。多数腰腿痛及椎间盘突出患者能均衡负重，少数有严重单侧腰、臀及下肢放射痛者，往往不愿用患侧臀部负重。有这类临床表现者还必须和髋关节本身的疾病相鉴别，前者有根性神经痛的表现，同时伴有下肢的肌力、感觉、反射等改变，直腿抬高试验及踝关节背伸加强实验阳性；后者疼痛大多限于髋关节附近及臀部，放射痛也只限于大腿上部后侧，骨盆压缩与分离试验阳性。

2. 观察原有站立体位的脊柱畸形有无改变

某些畸形，如双下肢长度不等，髋关节的屈曲、内收、外展畸形，膝关节、踝关节及足部的某些畸形，均可使患者在站立时骨盆发生不同程度和不同方向的倾斜，继发脊柱的侧弯和前、后各弧度的改变。这些畸形如果还未形成结构的改变，则当坐位双侧坐骨结节负重时，就能得到部分或完全矫正，腰椎间盘突出患者如站立位时有脊柱侧弯，则坐位时侧弯依然存在。

3. 脊柱的活动情况

依次作脊柱的伸、屈、侧弯、旋转等主动和被动活动检查，并和站立时的活动作比较，如与站立时的活动基本相同，则说明病变在脊柱而与下肢无关。

4. 肌肉张力改变

疼痛常有不同程度的肌肉张力改变，肌肉紧张的程度往往与疼痛程度成正比，急性疼痛的肌肉紧张又较慢性疼痛更为严重。

5. 压痛点检查

压痛点的分布有其自己的规律，多数位于肌肉在骨、骨膜与韧带的附着部位。上背部的压痛点除棘突间及其两侧外，还有肩胛内上角的提肩胛肌止点处，冈上内侧的冈上肌起点处，冈下肌的起点处，肩胛骨内缘的大、小菱形肌止点处，肩胛骨腋缘的大、小圆肌起点处，均应一一检查。这些压痛点中尤以冈下肌起点处的冈下压痛点最为常见。检查压痛点时，除用拇指指腹由轻到重逐渐对痛点加压外，还可同时将拇指指腹作与肌纤维方向垂直的来回滑动，这样更有利于诊断。

6. 颈部检查

(1)望诊：仔细观察颈部两侧是否对称，有无后突、偏歪等，颈椎的前凸有否改变。颈项转动是否灵活，包括前屈、后伸、侧弯、旋转等活动，肌肉是否紧张等。

(2)触诊：沿颈椎逐节检查棘间、棘旁、横突等处有无压痛点及放射痛，检查放射痛的方向和部位。引起颈部放射痛的常见原因有两种：一是颈部肌肉、韧带附着部位的劳损，其压痛点即在这些组织的附着部位，同时可向上背部、肩部及上肢的放射痛，但放射的距离一般不太远，很少到达前臂及手部；另一类即神经根性颈椎病，可能是 Luschka 关节的退变、增生及错位直接刺激颈神经根所致，其放射距离较远，可到达手部，并常伴有麻木感。检查时有不同程度的上肢感觉障碍、肌肉消瘦、肌力减退和腱反射减弱。

这类症状和体征由于颈椎病发生的平面不同而有差别。如颈 4-5 间隙，放射痛及麻木主要在上臂外侧及前臂桡侧至腕部；颈 5-6 间隙，麻痛症状由上述路线放射至拇指和食指，前臂桡侧及拇指有感觉障碍，肱二头肌肌力减弱，并有腱反射改变；颈 6-7 间隙，麻痛症状沿上述线路放射至食指及中指，肱三头肌肌力减弱，腱反射迟钝，少数患者并有伸腕及伸指肌力减弱；颈 7 胸 1 间隙，麻痛症状沿上臂内侧和前臂又侧放射至无名指和小指，手部小肌肉可力量减弱，无腱反射障碍。

(3)椎间孔压缩试验(压头试验)：患者头部偏向患侧，检查者以左手掌放于患者头顶，右手握拳轻轻叩打左手背，如叩打时，患者上肢出现放射痛或原有放射痛加重则为阳性，可能为神经根型颈椎病。这是因为叩击可使椎间孔瞬间受压变小，加重原已受压的病变间隙神经根的压迫和刺激所致。

(4)牵头试验：检查者双手抱住患者头部向下牵引，如疼痛及放射痛缓解则为阳性，有患神经根型颈椎病之可能。

(三)仰卧化检查

患者自然仰卧，观察膝关节及髋关节能否伸直，以手伸入腰部检查，看腰部能否完全贴于床而，如髋关节伸直时腰部不能贴床，而髋关节屈曲时腰部能贴床，则表明髋关节有屈曲畸形。其原因可能是髋

关节本身的病变,也有可能是髂窝脓肿或腰大肌脓肿所致。此时应注意以双手法(左手垂直压于右手背上)触摸腹部,检查有无包块及压痛,以排除与腰痛有关的其他原因,如腹部炎症、肿瘤、脓肿等。仰卧位检查常用的试验方法有:

1. 单侧髌屈曲试验

患者一侧髌关节伸直,使下肢贴于床面,检查者将其另一侧髌关节尽量屈曲,使大腿贴于腹部,观察其对侧髌、髌关节是否也发生屈曲活动,如有屈曲则说明该髌关节存在屈曲畸形,个别髌关节正常者在作此试验时,亦可发生轻度屈曲,应注意鉴别。

2. 双侧髌屈曲试验

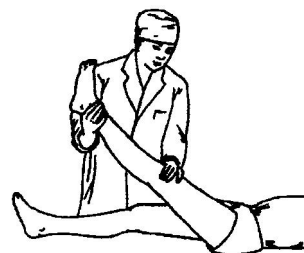


图 4—5 髌屈曲试验

患者仰卧,检查者使其双侧膝关节及髌关节尽量屈曲,然后将手置于屈曲的小腿上端前方,将患者膝部尽量下压并推向头部方向。在此检查中患者的腰骶关节及髌髌关节均将发生活动,如这两个关节有病即可引起疼痛,究竟属于那一个关节病变,可根据疼痛的部位作进一步检查。(如图 4—5)

3. 直腿抬高试验

患者双下肢伸直仰卧,检查者一手托于一侧脚踝部后方,另一手压于膝前方,在保持膝关节伸直的同时,用托于踝部的手将下肢徐徐抬高,直至患者感到下肢有放射性疼痛及检查者感到有明显阻力时,此度即为直腿抬高高度。(如图 4-6)



一般正常人直腿抬高可达 90。左右,并且不发生疼痛。抬高程度有较大个体差异,检查时必须注意,如为单侧疾病,应进行两腿比较,并记录两腿的抬高高度;在抬高受到限制时,必须有臀部、下肢后外侧的放射痛,方可定为阳性。健侧抬高而患侧痛者亦有意义,一般称为交腿试验阳性。

直腿抬高试验主要用于腰椎间盘突出、腰椎侧隐窝狭窄、腰椎后小关节增生、腰椎神经根管狭窄及黄韧带肥厚等刺激或压迫腰神经根疾病的诊断与鉴别诊断。其原理是当直腿抬高时,坐骨神经受牵拉而紧张,加重了突出椎间盘对神经根的压迫和刺激。

坐骨神经来源于第 4、5 腰神经根及 1、2、3 骶神经根,临床上最多见的腰 4、5 之间的椎间盘突出(一般称腰 4 椎间盘突出),压迫的是第 5 腰神经根,引起的疼痛和麻木感主要在小腿外侧,而腰 5 骶 1 间的椎间盘突出压迫的是第 1 骶神经根,引起的疼痛和发麻感常以小腿后侧为主。

4. 骨盆摇摆试验

患者取仰卧位,将双髌关节及双膝关节完全屈曲,术者一手扶持患者双膝,另一手托起病人臀部,做腰骶部被动屈曲及骨盆左右摆动活动,如出现腰痛为阳性。可能是腰骶部有病变或下腰部软组织劳损。

5. “4”字试验

患者取仰卧位,健腿伸直,将患肢屈髌屈膝并外展,并将外踝部置于健腿膝部,以组成“4”字形。术者一手按住健侧髌骨以固定骨盆,另一手将患肢膝部下压。若出现髌髌部疼痛则为阳性。

6. 挺腹试验

患者取仰卧位,令患者闭气后将腹部向上抬高,使臀部离开床面,若出现腰腿疼加重为阳性。

(四)侧卧位检查

1. Ober 氏试验

患者背向检查者侧卧于检查台,下方的髌关节及膝关节屈曲,使腰椎前凸变平。检查者用一手掌托推患者的骨盆后上方,勿使骨盆倒向后方,另一手握住上方小腿下段,先使髌关节及膝关节屈曲,然后使髌关节外展再后伸,此时手仅轻轻扶持小腿,使外展的下肢自由下垂(即使髌关节在后伸位内收)。不能自由下垂者为阳性,同时并可看到及摸到阔筋膜张肌和髌胫束明显紧张。本试验用于检查阔筋膜张肌及髌胫束有无痉挛。其机理是阔筋膜及髌胫束虽已痉挛。但在髌关节屈曲外展时,仍相对的较为松弛,故髌关节仍可自由后伸。髌关节到达外展后伸位后,髌胫束和阔筋膜变得紧张,髌关节即不能自由地从外层位内收。(如图 4—7)

阔筋膜张肌及髌胫束挛缩可引起一侧髌关节屈曲,造成骨盆前倾,直接影响到下腰椎前凸增加,是

产生下腰痛的一个重要原因。

2. 骨盆挤压试验

患者侧卧，背向检查者。检查者双手重叠，置于患者髂骨翼的上方，并徐徐用力下压，如患者髂骶关节处发生疼痛则为阳性，常表示疼痛侧的髂骶关节有病变。(如图 4—8)

(五) 俯卧位检查

俯卧位检查时，一般在患者腹部垫一薄枕，可使腰背部肌肉放松，以利于检查。脸需向一侧偏转，以免口鼻受压产生不适。两上肢自然置于躯干两侧，切不可将两臂支撑于胸前或头部，否则腰背部肌肉则不能放松。检查可从以下几个方面进行：

1. 姿势

观察俯卧姿势是否自然舒适，腰背部左右是否对称，脊柱有无侧弯、后凸等。

2. 肌肉及张力

观察肌肉能否放松，有无肌痉挛，两侧的肌肉紧张度是否相等。如果在俯卧位时肌肉仍不能放松，尤其是骶棘肌仍很紧张，则往往表示脊柱本身或其肌肉、韧带附着处有创伤或疼痛性疾患。常见的有急性腰扭伤、后小关节囊损伤、横突骨折、椎体及关节突骨折、椎间盘突出、脊椎结核或化脓性感染等。

神经根或脊髓受到损害，常可出现肌张力减弱或完全麻痹现象，通过测定肌张力，有助于诊断。肌肉从正常到完全麻痹共分 6 级，检查时，令患者用力作肌肉收缩，术者采用视诊及触诊进行检查。

0 级：肌肉完全无收缩的能力。

1 级：肌肉虽有轻微收缩的能力，但无力带动关节的活动。

2 级：要在避开地心引力的情况下，肌肉收缩方可带动关节活动。

3 级：在有地心引力下，可以带动关节的活动，但还不能对抗术者的阻力。

4 级：可以对抗术者的阻力，肌力还比正常肌肉弱。

5 级：完全正常的肌力。

测定肌力的方法：

(1) 肩胛肌：术者一手压住患者一侧肩部，令患者用力提肩，另一手触摸提肩胛肌的肌张力大小。

(2) 锁乳突肌：术者用手置于患者被检测面部作阻力，令患者用力将头部向检测倾斜。

(3) 斜方肌：术者用手置于肩上作阻力，令患者作耸肩动作。

(4) 冈上肌：令患者作肩关节外展 15° 时，术者用于置于被检测上肢的外侧作阻力。

(5) 冈下肌：令患者屈肘后作上臂外旋动作，术者对此动作给以阻力。

(6) 菱形肌：患者双手叉腰后，两侧肘部向后用力，术者一手对被检查部位作阻力，另一手在肩胛内侧触摸菱形肌的收缩力。

(7) 圆肌及肩胛肌：患者屈肘后作上臂内旋动作，术者对此动作给以阻力。

(8) 背阔肌：患者向上臂外展 90°，然后用力作内收动作，术者一手在其肘部内侧作阻力，另一手在肩胛骨下角处触摸背阔肌的收缩力。

(9) 骶棘肌：患者取俯卧位，躯干作向后背伸的动作，术者一手推背部向下作阻力，另一手可触摸骶棘肌的收缩力。

(10) 腰肌：患者取坐位，膝关节自然屈曲于 90° 位，令患者用力作屈体动作，术者用手压病人大腿前侧作阻力，可测出髂腰肌肌力。

(11) 肱二头肌、肱肌及喙肱肌：患者用力作屈肘动作，术者一手置于病人前臂屈侧作阻力，另一手可触摸肱二头肌、肱肌及喙肱肌的收缩力。

(12) 肱三头肌：患者屈肘后作伸肘动作，术者一手置于患者前臂侧作阻力，另一手可触摸肱三头肌收缩力。

(13) 臀大肌：患者俯卧位，用力将大腿后伸、小腿屈曲，术者一手给以阻力，另一手可触摸臀大肌的收缩力。

(14) 臀中肌：患者取健侧在下的侧卧位，被检测下肢伸直并内旋，用力将大腿作外展动作，术者一手给以阻力，另一手可触摸臀中肌的收缩力。

(15) 梨状肌、闭孔内肌、股方肌：患者取仰卧位，下肢伸直并用力外旋，术者用手作阻力，可测知

上述诸肌的肌力。

(16)运动障碍：颈、胸或腰椎发生错位、骨嵴或椎间盘突出，可以刺激或压迫神经根的前根(运动神经纤维)，造成颈部、腰背部及肢体的运动障碍。有病变的脊柱前屈、后伸、左右侧屈或左右旋转达不到正常的运动范围，运动障碍也可由于椎周软组织的受损害所致，如肌肉、韧带、筋膜急性损伤或慢性劳损。发生肌肉痉挛、无菌性炎症、韧带钙化等，均可引起运动障碍。脊柱的正常运动范围。(如图 4—9)

(17)感觉障碍：神经根的后根(感觉纤维)受累，则该神经纤维所支配的皮层出现麻木感、感觉减退或消失，这是由神经根受损害的程度而定。脊柱错位引起相关疾病的初部定位诊断，可根据节段与症状及椎体周围变化的表现规律大致确定。(具体参号 P30 页的“人体疾病与脊柱错位关系”)

3. 棘突检查法

检查者握拳，自上而下轻轻叩击各脊椎的棘突，观察患者在捶击时有何反应，并询问其有无疼痛。此法主要用于检查椎体及椎弓的创伤或疾病，如脊椎结核、骨折、肿瘤等。严重的椎间盘突出尤其是中央型突出也可出现疼痛，并引起坐骨神经放射性疼痛。另一方法足术者用右手食、中二指并拢，置于棘突两旁，作上下滑动对比，遇棘突高低不平或偏歪者，表示有脊椎错位。

4. 棘间韧带检查法

检查者用拇指自上而下逐一在各棘突间按压，观察有无疼痛，并注意各棘突间宽度有无改变，亦可了解棘上韧带的创伤。

一般轻扣即痛者多由棘上韧带病变所致，较深的压痛可能来自棘间韧带。

5. 横突、关节突检查法

多用于颈椎。检查者用右手拇指、食指轻置患者颈椎横突后方与关节突处(先从乳突尖处触及第一颈椎横突，然后向下后方移动至 2、3 颈椎后关节处)，向上下滑动对比，摸清关节突有无隆起和横突左右是否对称。如有异常，应检查是否同时有压痛和病理阳性反应物——硬结、肌痉挛的条索状物、摩擦音等。若有，即为脊椎小关节错位体征；若无则有可能是先天性畸形。由于颈椎棘突多有分叉，且长短悬殊，故确诊时易出现偏差，确诊时以检查横突关节突较为准确。

6. 棘旁压痛点检查法

棘旁压痛点是指上、下棘突间两侧旁开 2—3cm 处的较深压痛，此处的深部组织为后小关节囊、黄韧带及椎间孔。这些部位的创伤或病变，均可发生压痛。腰椎间盘突出，常由于神经根挤压于突出物与关节突及肥厚的黄韧带之间，故可发生明显的压痛及坐骨神经放射痛(如图 4—10)。若是腰 3—4 间的椎间盘突出，则受压的是第 4 腰神经根，此神经根参与股神经及坐骨神经的构成，故除了坐骨神经痛以外，还可引起大腿及膝前内侧的放射痛，股神经牵张试验可出现阳性。(如图 4—11)

7. 肩胛部压痛点检查法

附着于肩胛骨的肌肉很多，肩胛内上角有提肩胛肌止点，冈上窝处有冈上肌起点，肩胛冈上缘有斜方肌止点，下缘有三角肌起点，冈下窝处有面积较大的冈下肌起点，脊柱缘有小菱形肌和大菱形肌止点，腋缘有小圆肌和大圆肌起点，肩关节孟下有肱三头肌长头起点。总的来说，这写肌肉在肩胛骨的附符处均可因创伤或劳损而形成压痛点，其中较多见的则有，肩胛内上角的压痛点(提肩胛肌止点)、冈上窝压痛点(冈上肌起点)、冈下窝压痛点(冈下肌起点)、肩胛骨脊柱缘压痛点(小、大菱形肌止点)、肩胛腋缘压痛点(大、小圆肌起点)、肩胛冈上及冈下压痛点(斜方肌止点)。(如图 4—12)

8. 髂嵴部压痛点检查法

髂后上棘内侧压痛点，位于髂后上嵴内侧，为髂腰韧带附着处。髂后下棘压痛点，为骶髂韧带附着处。髂嵴压痛点，在髂嵴最高处的稍后下方，为背阔肌和臀中肌的附着处，稍下处并可摸到臀上皮神经。髂嵴外侧压痛点，位于髂嵴外侧中点，为阔筋膜张肌的起点处。

要证实这些压痛点是引起腰背痛的真正原因，较好的办法就是在压痛点用 0.25% . 0.5% 的奴夫卡因 2—4ml(用前需先作皮试)，或 2% 利多卡因 2-5ml 作封闭注射，深度要达到该处肌肉或韧带在骨膜的附着处。可改变针头方向，稍向周围作浸润。如注射后局部压痛及反射痛立即消失或明显减轻，则说明该压痛点正是引起腰背痛及反射性疼痛的主要原因。

9. 梨状肌紧张试验

术者握住小腿下端，使患者(俯卧位)膝关节屈曲到 90°，再将小腿向外旋转，使髋关节内旋，从而使

梨状肌紧张，若发生坐骨神经放射性痛则为阳性。此试验一般用于“梨状肌综合征”的诊断，实际上坐骨神经受梨状肌的压迫而产生坐骨神经痛是极少见的，故不宜随便下此诊断。

10. 脊柱过伸试验

患者取立位，术者立其侧面，并用双手作保护姿势，令患者作脊柱向背面作过伸。若出现腰、腿痛，弯腰不能者为阳性，可能有椎管狭窄症。

11. 骨盆摇摆试验

患者取仰卧位，将双髋关节及双膝关节完全屈曲，术者一手扶持患者双膝，另一手托起病人臀部，做腰骶部被动屈曲及骨盆左右摆动活动。如出现腰痛为阳性，可能腰骶部有病变或上腰部软组织劳损。

12. 阳性反应物触诊检查法

术者用拇指在患者脊椎的棘突旁、横突、关节突上下揉按触摩，并检查与患椎相连的肌肉远端附着点有无摩擦音、压痛和条索状硬结。若有，即为劳损点或脊椎错位后的反应物。

第五节辅助检查法

科技的进步与检查技术的发展，为临床提供了越来越多的检查手段，如近些年来开展的 CT 扫描、核磁共振等，为临床诊断提供了极大的方便。下面我们只介绍几种经济适用的检查方法，供同道们工作中参考。

一、x 线单片检查法

这是目前临床上使用最普遍的一种辅助检查，它不仅清楚地显示脊柱骨的各种改变，还可以排除结核、类风湿、肿瘤和畸形。x 线平片是脊椎结构立体形态的平面投影，尽管影象重叠紊乱，仍可直接或间接反应脊柱的既往和现状。观看 x 线平片时，一定要结合病史和临床进行综合分析。现列出几种常见的 X 线平片异常及症状，供同道们参考。

(一) 颈曲消失或反张

多见于青壮年患者(尤其是女青年)，查体发现颈部肌群紧张，中下段颈椎关节突关节压痛，局部肌肉痉挛，C₄ 或 C₅ 棘突可能发生偏移错位。颈曲上段僵直者，多有头部胀痛或头面五官症状；颈曲下段僵直者，以肩背或上肢的麻胀、疼痛、乏力等症状为多见。

(二) 颈项韧带钙化

这是颈椎病的典型 x 线征之一，多发生在 C₅₋₇ 平面。钙化影同一水平的棘突间隙一般都有增宽现象，相对应的，椎体前角可能有骨质增生现象。此征常见于长期低头工作者、仰头或头颈活动较频繁职业的中老年患者。临床表现有，患者低头受限或不能持久，颈肩部酸痛、乏力或活动不灵活等。

(三) 颈椎侧凸

在青壮年患者，此征象是落枕或副神经炎急性期颈椎的代偿性改变。检查时可见偏歪侧肌肉紧张、压痛，有时还可扪及肿大触痛的副神经。老年患者则有慢性颈、肩疼痛及活动障碍。

(四) 寰枢椎半脱位

寰枢椎开口位片若发现寰椎侧块偏移、齿状突不居中、两侧寰枢关节间隙不等宽，则是寰枢椎半脱位的 x 线征。侧位片上常可见寰椎后弓呈“环状”(正常呈重叠现象)。临床表现有，与寰椎侧块偏移方向同一侧的头痛、偏头痛和眼部症状。可伴有头昏、眩晕、血压异常、失眠等。查体发现一侧寰椎横突隆起(与另侧对比)、压痛，局部肌肉紧张、压痛或有 C₂ 棘突偏移错位。

(五) 钩椎关节增生

此症多发生在中下段颈椎，钩椎关节增生的程度与该椎间盘退变、间隙狭窄成正比。单个间隙钩椎关节增生者，常有明显的根性刺激症状或交感神经激压症状。多个椎体钩椎关节的增生性改变，因是一个慢性的渐进过程，患者一般都已适应，常无明显的自觉症状，至较重阶段，可出现颈、肩、上肢的麻胀劳累，多见于老年患者。

(六) 胸椎骨质增生

多发生在胸椎下段，提示该部曾有损伤或异常应力存在。临床表现常有，增生同侧相对应的肋间神

经分布区的疼痛和不适，以及相应节段交感神经支配脏器的功能紊乱。T₈、T₉间隙右侧增生性改变，伴有右侧季肋部的慢性疼痛不适和胃肠功能紊乱。检查时可见该部棘突偏歪、棘旁压痛、肌肉紧张或触摸到硬节、条索状包块等。

(七)“水平骶椎”与腰前凸曲线加深

平片显示骶腰角增大($>43^\circ$)，即为“水平骶椎”，常伴有腰曲加深征象。临床表现有，站立、端坐、平卧和行走时，因腰骶部胀痛甚至下肢麻胀而不能持久，患者需叩打骶部或采取下蹲位，以缓解腰骶部和下肢的症状。严重者可出现间歇跛行和马尾神经受压的症状。检查可见腰曲明显加深，骶部后凸隆起，两侧腰肌紧张和代偿性肥厚。

(八)骶髂关节密度增高

提示关节存在慢性劳损或炎性改变，见于慢性腰腿痛或类风湿性关节炎(中枢型)早期的患者。一侧骶髂关节密度增高，或同时伴有间隙增宽(与另侧对比)，提示该关节存在损伤或关节错位。临床表现有，一侧腰骶部疼痛不适，并且往同侧下肢牵扯。部分病人还有同侧下腹的隐痛、触痛和盆腔脏器功能紊乱。少数病人有骶尾部痛和下肢怕冷、多汗或无汗症状。检查时见该侧腰肌代偿性紧张、骶髂关节压痛或叩痛，可能该侧骶髂关节前错位或后错位。

(九)椎间盘凸出

正侧位片上一般无异常发现，x线检查可排除其他腰部疾患，前屈和后伸的侧片显示脊柱有过度活动，如伴退变者可见椎间隙变窄。临床检查可发现凸出部位上下明显压痛、肌肉紧张，严重者可伴有患侧肢体麻木、疼痛、活动障碍。

(十)外伤性压缩骨折

椎体呈楔形变，上缘常凹陷，下缘多平整，密度略增高，可见骨碎片、椎间隙正常或变窄。检查时病人呈被动体位，疼痛剧烈，骨折部位肌肉紧张，压迫神经者可出现肢体活动障碍，甚至大小便失禁等。怀疑椎体骨折时，最好俯卧位，平抬于硬板床上及时送医院处理，以免延误救治时间，造成新的损伤。

(十一)椎体退行性改变

多见于中老年，因关节软骨变性或坏死，关节边缘纤维软骨和骨膜代偿性修复增生和新骨形成，表现为椎体肥大增生、椎间韧带钙化形成唇样增生或骨桥，多个骨桥呈“竹节状”。因椎间盘退变而椎间隙变窄，关节面硬化，小关节突可互相重叠、肥大，上下椎板间的空隙变小呈迭瓦状改变，椎间孔亦变小，导致神经根受压。同样，由于脊柱退变，还可引起椎周组织松弛，造成椎间关节失稳。颈椎病及椎管狭窄为常见的退变性疾患，常见的x线表现如下：

1. 颈椎出现弧度改变。多数变直，少数可侧弯、过伸或呈S形。
2. 颈椎不稳。椎间后缘连线异常，不稳的颈椎呈中断、反弓、成角，向前或向后滑脱，重者可见上位椎体的小关节向后下方滑脱。有人提出“双边征”和“双突征”，具有早期诊断价值。这两种征像均因不稳之颈椎旋转，在侧位片E椎体后缘无法重叠而呈“双边”，小关节突无法重叠，而呈“双突”。
3. 椎间盘退变致椎间隙变窄。
4. 反应性骨质增生，使椎体骨关节面硬化，有骨赘及骨嵴形成，以椎体后缘尤为重要。
5. 椎小关节、钩椎关节骨质增浓，间隙变窄，关节突变尖变长。
6. 由于椎间隙变窄，骨质增生，椎体不稳，导致椎间孔狭小变形。
7. 部分患者可有椎管矢径变窄，如X线片上矢径小于11mm，应考虑脊髓受压，如小于8mm则可确定为脊髓型颈椎病。
8. 项韧带、前纵韧带和后纵韧带因劳损而变性、糜烂、坏死，导致修复钙化。

正位片可观察钩椎关节增生，斜位片可识别椎间孔大小，屈曲，过伸的侧位片有助于显示颈椎是否稳定。

(十二)腰椎椎管狭窄

1. 正位：两侧小关节突增生、肥大内聚，小关节面的方向接近矢状位。椎弓根增大、间距变窄、椎板增厚、密度增高。上下椎板距离近而呈迭瓦状改变。

2. 侧位：椎弓根短，椎弓及小关节突骨质增生、密度增高，致中央椎管及侧隐窝矢径变窄。一般认为椎管横径(两椎弓根内缘间的距离)小于20mm，前后径(椎体后缘至椎板与棘突交界处的距离)小于

15mm 应考虑为椎管狭窄症。矢径在 13mm 以下者为绝对狭窄。平片诊断椎管狭窄有一定限度，应密切结合临床判断，必要时作椎管造影或 CT 检查确诊。

(十三)炎症性改变

1. 强直性脊柱炎：是较为常见的一种炎症，为骶髂关节和脊柱慢性炎症性疾病。病变自骶髂关节下 1/3 开始，逐渐向上蔓延，最后形成脊柱强直。其 x 线表现为，早期时，骶髂关节模糊、不规则、硬化、糜烂、增宽，脊柱普遍疏松、椎间盘增宽、小关节模糊和硬化、脊椎生理曲度消失。中期时，小关节糜烂、椎体变方、椎间盘狭窄、骨盆模糊、耻骨联合被波及。晚期时，椎间盘钙化，椎旁韧带广泛钙化呈“竹节状”脊柱；棘间和小关节韧带呈纵形并列的长发辫样钙化；骶髂关节融合，大部分病人小关节破坏后发生骨性强直，并可出现驼背畸形。

2. 脊椎结核：以青少年为多，基本病理改变是骨质疏松和破坏，常累计多个椎体，椎间隙变窄或消失，脊柱成角畸形，破坏严重者可累及附件，并伴椎旁脓肿。

3. 化脓性脊柱炎：发病较急，剧痛、高烧，骨质破坏迅速。如治疗及时可较快出现修复，表现为新生骨跨越椎间隙，有骨性强直。一般尤骨质稀疏，此点与结核不问。

(十四)脊椎肿瘤

转移瘤是脊柱恶性肿瘤中最常见的一种，主要为癌转移，常累计一个或多个椎体，呈溶骨、成骨或混合型的骨质破坏，以溶骨型多见。不侵犯椎间盘，故椎间隙不窄。椎体破坏的同时常伴有椎体附件的破坏，并累及硬膜外软组织，呈硬膜外占位病变，此为转移瘤之特点。通常伴有病理性压缩骨折，多为前后一致性塌陷，亦可侧方塌陷或楔形变形，骨密度减低。

此外，还有何杰金氏病(多侵犯胸、腰椎)、骨髓瘤(早期可能只累及一个椎体，以后可扩展到椎体全部及其附件)、脊索瘤(可发生在脊髓任何部位，但以两端多见)、巨细胞瘤(脊椎上少见，好发于骶骨上部)、血管瘤(是脊柱肿瘤中常见的一种，好发于胸 12-腰 4 段)、骨母细胞瘤(好发于椎弓根)、神经源性肿瘤(神经鞘瘤和神经纤维瘤约占全部椎管肿瘤的一半)等。

二其他检查法

(一)造影检查

常见的有椎管造影(又称为蛛网膜下腔造影)、硬膜外造影、椎间盘造影、腰静脉造影等，目前最常见的为椎管造影。

(二)断层摄影检查

可以逐层显示平片不能显示的细小病变，和骨影重叠而显示不清的结构，其目的在于显示某一薄层的断面影像，使靶层上下部分的阴影模糊，从而提高照片对靶层的显像能力。

(三)CT 检查

是目前临床使用较为广泛的一种检查方法，由于分辨率高，可横轴位、冠状位和矢状面重建图像，故脊椎和脊髓的检查能准确地观察椎管形态的大小、椎骨及椎间关节的形态和结构，以及椎管内外软组织，如脊髓、蛛网膜下腔、神经根、黄韧带、大血管及椎旁肌肉等情况，提高了脊柱及椎管内疾病的诊断水平。

(四)超声显像诊断

B 型超声显像检查，是近些年来发展较快的一种检查方法，对心脏、腹腔脏器、泌尿系统及妇产科等多种疾病具有独特的诊断价值。近年用 B 超检查诊断椎管内疾病、腰椎间盘突出、椎管狭窄等病，又取得了新的进展。它是一种安全、简便、无创伤的诊断技术，无疑将成为临床首选的检测手段。

(五)磁共振成像技术(MRI 检查)

是 80 年代发展起来的一项新技术，它无电离辐射(非损伤性)，能从任何方向作切层检查，无须椎管内注射造影剂却酷似椎管内碘水造影。尤其是对软组织的显示能力，是 CT 和造影无与伦比的，它能直接观察到脊髓和髓核。因此，目前越来越广泛地应用 MRI 作脊柱和脊髓疾病的检查，有可能作为首选的影像诊断方法。但由于价格较贵，推广起来可能还有一定的难度。

(六)实验室检查

它对颈、腰、背痛本身的诊断没有重要意义，但与某些类风湿疾病和自身免疫性疾病的鉴别诊断，有一定的参考价值。常用的实验室检查有：

1. 红细胞沉降率：正常男性为 10mm / 1 小时以下，女性为 15ram / 1 小时以下，超过正常值，可能为风湿病或类风湿病所致。

2. 类风湿因子：是抗变性 IgG 的抗体，其本身属于 IgM；，可用胶乳凝集试验、致敏红细胞凝集试验和致敏乳胶凝集试验检测。检查类风湿因子，对类风湿疾病和自身免疫性疾病的诊断有一定的参考价值，其阳性率在。70%左右，而正常人的阳性率不超过 5%。出现类风湿因子阳性，要结合临床症状，全面考虑分析，并排除皮肤炎、硬皮病、恶性贫血、系统性红斑狼疮、慢性肝炎等以后再作诊断。

第五章按摩手法的基础知识

第一节按摩手法的要求

一、按摩手法的基本条件

按摩手法是按摩治疗疾病、保健养生的基本手法，是一项专门的基本技能。因此要研究它的技巧，也就是说，作为手法它不是一般简单的随意动作，而是有一定规范和技术要求的技术动作。按摩治疗和保健主要靠熟练的手法，而不是粗暴的蛮力。

《医宗金鉴·正骨心法要旨》在谈到手法时说：“法之所施，使患者不知其苦，方称得手法也”。严格地说，不讲究技巧的简单动作不能称之为“法”。有些人认为按摩治疗保健，只要有力气就行，甚至认为力气越大越好，因此，在治疗保健时，动作生硬、粗暴，把病人按得痛苦不堪。这种方法是片面的，甚至是有害的。早在明朝时，名医张介宾对此就曾提出过批评。他曾说：“专门用刚强手法，极力困人，开人关节，走人元气，莫此为堪；病者亦以谓法所当然，即有不堪，勉强忍受，多见强者致弱，弱者不起，非怕不能去病，而适以增害，用若此辈者，不可不为知慎”。由此可见，古人非常重视手法技术。需要说明的是，运用手法并不是说手法操作时不要用力，更是否定力的作用，而是强调力的运用与手法技巧结合起来。临床实践证明，突然而猛力的手法常常有危险性，它总是不舒服的，并会增加病人的痛苦。所以仅在有限的范围内使用，而渐进的稳柔的手法就不致产生危险性，且总是舒服的。即便有酸胀疼痛感觉的病人也乐于接受。

“工欲净其事，必先利其器”。按摩在临床治疗和保健过程中，必须要有熟练的手法，并根据辨证论治的精神，灵活地配合和运用这手法，才能收到良好的效果。手法熟练与否，可直接影响疗效。因此，作为一个按摩师，在具有一定的中医理论知识的同时，还必须经过长期刻苦的手法锻炼，以达到熟练。手法应具备持久、有力、均匀、柔和、深透的基本要求，才能在临床和保健应用上得心应手，使它成为有效的治疗保健工具。

所谓“有力”，是指手法必须具备一定的力量。这种力量不是固定不变的，而是根据体质、病症、部位等不同情况增减。“持久”是指手法持续运用一定时间，保持动作和力量的连贯性，不能断断续续。“均匀”是指手的活动要有节奏性，速度不要时快时慢，压力不要时轻时重。“柔和”是说手法应轻而不浮，重而不滞，用力不可生硬粗暴，变换动作要自然。以上四个方面是密切相关，相辅相成的。只有这样才能刚柔相济，从而达到深透治疗保健的目的。也就是说持久能使手法逐渐深透有力，均匀协调的动作使手法更趋柔和，而力量与技巧相结合则使手法既有力又柔和。在临床和保健运用上，力量是基础，手法技巧是关键，两者必须兼之，缺一不可。

二、手法的补泻

“虚则补之，实则泻之”，是中医基本治疗原则之一。在施术时，应根据受术人的身体强弱、虚实采用不同的手法，以达到补泻之目的。

机体因组织器官衰老痿弱，或因过度疲乏而使机能减退，发生麻痹不仁、虚损无力的虚症病，按摩保健治疗时要用补法，以达到补其不足，扶助正气的目的。机体因过度紧张，机能亢进，或遇有内外因素的伤害，而使组织遭到破坏、发生障碍和肿聚瘀结的实症病，按摩保健治疗时主要用泻法，以达到泻其有余，被动祛除邪气的目的。

按摩保健治疗过程中通常把顺时针操作手法认为“补”，逆时针操作手法认为“泻”。操作手法轻者

为补，重者为泻；缓者为补，快者为泻；顺经施术为补，逆经施术为泻。在保健按摩的过程中，一般用平补平泻的方法，即手法强度、频率与操作的时间适中。在经络走行线上往复施术，有调和人体阴阳，改善内脏生理功能的作用，也称和法。

第二节按摩手法的分类

按摩手法据说民间流传有 500 多种，最早见于文字记载的也有 110 多种。临床应用手法最少也应掌握二、三十种，学保健按摩要学会六、七十种手法才够用。这些手法有其一定的规律。掌握其规律，对于手法的学习与应用都有着十分重要的意义。

一、手法的用力形式

(一)垂直用力：如按、压、点、掐、一指禅推、踩桥等手法。这些都是由上往下施加不同的力。

(二)平面用力：如摩、擦、平推、直推、旋推等手法。这些在体表做上下、左右、前后或盘旋往返施力。当然，在平面施力时也有向下的压力，但在技术上有明显的侧重。

(三)对称合力：如拿、捏、拧、挤、捻等手法。这些手法是用手或双指、三指同时相对施力。

(四)对抗用力：如拔伸、牵引、斜扳等手法。这些是向相反方向用力。

(五)被动力：如摇、扳、腰椎旋转等手法。这些复合动作，主要达到旋转、屈伸运动关节，属于被动运动性质。

(六)信息传导：如振法、颤法等。这些手法都是作用在受术人体表的某一部位，对全身各系统内进行调整，从而达到治疗保健效果。

二、手法动作形象

这类手法分类是最常用的分类方法之一。它把手法分为五大类，如摆动类、摩擦类、挤压类、叩击类和摇抖类。

(一)摆动类手法：是以指或掌侧、腕关节着力在体表做协调的连续摆动。此类手法具有活血散结、软坚止痒的作用，主要包括一指禅推法、揉法等。

(二)摩擦类手法：是用手指或手掌着力于体表上，做前后左右直线或环形的有节律的回旋移动，具有提高肌肉的兴奋度、祛瘀散结、调和气血的作用。它主要包括推法、擦法、摩法、搓法等。

(三)挤压类手法：足用指、掌或肢体其它部位按压或对称性挤压体表的特定部位。此类手法刺激性较强，具有舒筋通络、行气活血、缓解疼痛的作用，主要包括按法、捏法、振法、点法、拿法、捻法、捋法、扯法等。

(四)叩击类手法：是用手指、手掌、拳背和掌侧面，运用肘关节的屈伸并腕部的自然放松，做轻巧有力、平稳而有节奏、弹力的叩打体表。此类手法具有舒筋活络、行气活血、缓解肌肉痛挛的作用，主要包括击法、叩法、拍法、弹法、弹拨法等。

(五)摇抖类手法：是对关节做被动性活动，使关节有松动感的手法。此类手法具有滑利关节、松懈粘连、增强关节活动功能的作用，主要包括抖法、摇法、扳法、拔伸法等。

另外，还有以手法应用为对象分类的，如成人按摩法、妇女按摩法、小儿按摩法、美容按摩法等。以手法流派分类的，如内功推拿法、一指禅推拿法等。以手法作用为分类的，如放松手法、复位手法、镇静手法等。以治疗过程分类的，如准备手法、治疗手法、结束手法等。以手法轻重分类的，如轻手法、重手法等。以按摩术方式分类的，如单式手法、复合式手法等。

由于现在的按摩手法很多，手法的命名也存在不同，本书将单独做介绍，使广大读者对手法的了解更加深刻。

第三节按法

一、按法的定义

施术者用身体的某一部位着力在受术者体表某一部位上，逐渐用力加压的方法。按压方向要垂直，用力要由轻到重，稳而持续，使刺激充分透达到机体组织深部。切忌用迅猛的爆发力。一个按的动作至少要有两个力的灌注过程。

二、按法的分类

(一)指按法

用指端或指腹按压体表，称指按法。指按法又分单指按法、双指按法、叠指按法和四指按法等。（如图 5—1）单指按法通常用拇指或一指在人体某一穴位上进行施术。双指按法多用于人体背部膀胱经。叠指按法是用双手拇指做“十”字形逐渐垂直下压施力，多用于头部、面部、下肢部等部位的穴位上。四指按法是拇指内屈，其余四指伸直下压，多用在点按腹股沟动脉、胸腹部正中线、腋前线等部位。

(二)掌按法

即用手掌按压体表的方法。可分为单掌按压法、双掌按压法、叠掌按压法、交叉掌按压法等。操作时着力部位要紧贴体表，不可移动，用力要由轻至重。

单掌按压法多用在背部、腰骶部、下肢部。双掌按压法多用在臀横纹以上的部位。叠掌按压法一般沿背部膀胱张腰部带脉方向进行施术。交叉掌按压法多用于肩部和腰部。（如图 5—2）

(三)肘按法

用肘部鹰嘴着力施术于体表，进行按压的方法，称肘按法。此方法刺激强度较大，故操作中切记由轻至重。此法多用在臀部和肌肉较丰满的部位。（如图 5—3）

(四)按揉复合手法

按法在操作中常与揉法结合使用，组成“按揉”复合手法。强调边按边揉，按中有揉，揉中有按，按揉结合，它是治疗和保健手法中最常用的手法之一，适用于全身各个部位。可分为掌按揉复合手法和指按揉复合手法。（如图 5—4）

(五)按法的衍变手法

点法：用指端、指天节、肘端鹰嘴部着力点压，并做旋转或快速垂直用力的手法。点法强度及所用的力均大于按法，且操作的频率快，多用于点穴等。

掐法：以两指指尖用力或以对称用力按压的手法。多用于人中穴、十宣、昆仑穴等急救时，有开窍醒脑的作用。

第四节推法

一、推法的定义

用指、掌、拳、肘等部位着力于体表的特定部位上，做单方向的直线或弧形的移动。推法讲究推于线，连线成面。推法频率不宜过快。前臂主动用力，沿人体生理自然曲线推行，手法要求稳、实、柔、缓，节律均匀。

二、推法的分类

(一)拇指推法

用拇指着力，其余四指分开，协助用力，按经络循行或肌纤维方向做单方向或弧形推进。一般可连续操作 5—10 遍，适用于胸、背、腰部，手、足及四肢部等。（如图 5—5）

(二)指推法的衍变手法

1. 开天门法：术者双手的中指与食指按双睛明穴，然后交替沿前额正中线推行，过上星穴，至百会穴止。若需加强，可在上星穴用双拇指对压，做十字下压或用力切捻下压至百会穴数次。

2. 推前额法：也称前额分阴阳法。是用双手拇指交替从前额正中线向一侧太阳穴推行，再从太阳穴推至回正中线，然后推另一侧，最后止于前额正中线。

(三)掌推法

指发力于掌根，用手掌贴覆于体表，向身体的某一部位推进。掌法刺激缓和，是活血化瘀的有效手法，也是保健、推拿、按摩重要的放松过渡手法。此法常用于面积较大的部位，如胸、背腰、腹、四肢

部等。掌推法包括平掌推法、斜掌(虎口)推法、重叠掌推法。

需要增加压力时,可用一手重叠推进,也称重叠推法或叠推。虎口推法是术者斜掌置于体表,沿生理曲线自然推行。在下肢操作时,虎口置于足跟时做快速牵拉,也称斜掌推法。保健推拿按摩中把这三种推法合称为“三推法”(如图5—6)。

(四)掌推法的衍变手法

1. 掌理法:受术者俯卧或仰卧于床,施术者双手掌面沿全身生理曲线做快速的“S”形移动。宛如溪水沿山林流动的样子,故又称为“高山流水”。掌理法一般用在全身按摩刚开始时,起到放松疏理的作用。它还可以让受术者消除紧张情绪,进入按摩状态。

2. 平斜掌复合推法:即双掌在胸、背部用平掌推,在下肢部做斜掌推,也称“顺藤摸瓜”。反过来,先在下肢做斜掌推法,然后在腰骶部或胸腹部转换至肩,肩部外展下压叫“逆藤摸瓜”。此手法在全身按摩中运用较多,起到舒展筋骨、疏通经络的作用。

(五)分法

用双手拇指指腹或双掌面自体表施术部位中心向两个相反方向推开,也称分推法。

1. 指的“一”字分法:用两手指指腹做“一”字形推开。常用于面部、手足部等。它起点较重、过程较轻、呈放射状。通常起点是在穴位上。在眼睑操作时,手法要轻柔,不可向下施压力,做3—5次即可。(如图5—7A、B)

2. 指的“八”字分法:用两指指腹做“八”字形推开。此方法常用于面部。眉以上部位终点均应向上挑,归结在前发际线上;眉以下的部位终点都归在太阳穴上。它的特点是起止点较重、过程较轻、呈牛角状。多数情况起止点都是在穴位上,做3—5次即可。(如图5—7C)

3. 掌的“一”字和“八”字分法:用双手掌先做垂直用力的手法,然后再做“一”或“八”字形推开。此方法常用于仰卧位或俯卧位的全身按摩。在胸部和膝关节部位操作时,禁忌向下用力压,要直接做“一”或“八”字形推。下肢做到踝关节时,应从踝关节再回拉到膝关节,起到弥补手法不足的作用。掌的分推法在按摩中常起到连结过渡的作用。

(六)拳的推法

握拳,以指关节着力于体表,向一定方向推进。此方法是推法中刺激较强的一种手法。适用于腰背部、四肢部、腹部。拳推法操作时类似刮痧中的刮板,故也称刮法。在操作前,一定要在治疗部位上涂抹介质。此手法常用于保健、推拿、按摩的桑拿沐浴场所。(见图5—8)

(七)肘推法

屈肘,用鹰嘴部着力,沿一定方向推进。此法是推法中刺激最强的一种手法,仅在体形较胖、肌肉丰满的患者中使用,禁忌在骨性标志、骨突起比较明显的部位操作。肘推法多用于腰背部脊椎旁开的膀胱经、臀部和下肢部。但在下肢部操作时,腓肠肌部位不宜使用。(如图5—9)

第五节揉法

一、揉法的定义

在手掌的某一部位着力,吸定体表一固定部位,做带动皮下组织的轻快、柔和的环旋活动称为揉法。可分为指揉、掌揉、大龟际揉、小鱼际揉法等。操作时手腕要放松,前臂带动腕关节一起做回旋运动。腕部活动幅度可逐步加大,先压后揉,渗透至皮下组织甚至到骨。

二、揉法的分类

(一)指揉法

是用指腹轻按在特定部位,做轻柔的小幅度环旋运动。操作时可单指、双指或三指揉。单指揉常用在揉按穴位和骨与骨之间的间隙。双指或三指揉常用在背部肩胛骨外侧缘、膀胱经等。(如图5—10)

(二)掌揉法

要求手腕放松,以前臂带动腕关节做幅度较小的回旋运动。压力轻柔,揉动频率一般在每分钟120—160次。掌揉法分单掌揉法和叠掌揉法。单掌揉法多用于体表面积较大的部位,叠掌揉法多用于背部和腰骶部。(如5—11)

(三)大(小)鱼际揉法

操作时用力要轻柔,动作要协调、匀称有节律。大(小)鱼际揉法有加速气血循环、改善营养供给、

健肤美容的作用，常在面部和健胸中使用，也可在骨性突出部位上操作。

(四)掌顶合揉

以双掌根夹持施术部位，做带动皮下组织的旋转回环的移动，称掌顶合揉。亦可用双拳做类似的手法，称拳顶合揉。操作时要求手稳，不能随意滑动。这种手法主要用在肩部、四肢部等。

第六节 擦法

一、擦法的定义

用手的某一部位着力于体表的特定部位上，进行快速直线的往返移动，称擦法。操作时腕关节要伸直，使前臂与手着力部位接近相平。用掌擦时，手指自然分开，整个指掌要贴在治疗部位上，以肩关节为支点，上臂带动手做前后或上下往返的快速移动，朝向掌下的压力不宜太大。

(一)指擦法

常用在身体的某一穴位上。如擦涌泉穴、承浆穴、迎香穴等。有开窍通气的作用。

(二)掌擦法

多用在胸肋及腹部。具有温经通脉、行气活血、消肿止痛、健脾和胃的作用(如图 5—12)。

(三)小鱼际擦法

多用在肩、背、腰、臀及下肢部。具有祛风散寒、温补元阳的作用(如图 5—13)。

(四)大鱼际擦法

多用在四肢、胸腹部、腰背部等。具有温热、舒筋活络的作用(如图 5—14)。

注意事项：擦法易产热，使用时要暴露被操作部位，并涂抹适量的按摩介质，既防止擦破皮肤，又可以增强疗效。擦法擦至皮肤潮红为佳。在保健推拿按摩中，擦法用于沐浴桑拿场合较多。在治疗过程中，由于擦法渗透力较强，故多用在祛寒补气方面等。

第七节 摩法

一、摩法的定义

“摩”有抚摸的意思。摩法就是用掌或指腹着力在体表某一部位，做灵活轻巧、有节奏的连续环形或平面的移动。宛如春风抚摸脸庞，非常舒服。摩法是推拿按摩中最轻柔的一种手法。操作时微屈肘，腕放松，指掌带动前臂作缓和协调环旋滑动。

(一)指摩法

是指指腹在体表做轻微的环形或平面的移动。顺、逆时针操作都要均匀。摩法有缓摩为补，急摩为泻的讲究。施术时比较强调速度和手法的力度，所以要灵活运用。指摩法亦可单指摩，双指摩、多指摩，主要适用于颈项、胸腹、四肢等部位。

(二)掌摩法

掌摩法又可分为环形摩法、横向摩、斜向摩法等。环形摩法多用于腹部，主要沿结肠走行方向摩动，做向心运动，操作时间较长，在出现肠鸣音效果为最佳。横向摩法与斜向摩法多用于胸腹部、背部、下肢部等。且两手法往往交替运用。横摩法、斜摩法是用掌在体表做横向的或沿对角方向的抚摸。在女性胸部操作时，横斜摩法多沿环乳线作“ ”字形摩动避免手触及乳头。掌摩法是按摩治疗保健中重要的手法之一，学习时一定要掌握摩法的操作特点(如图 5—15)。

第八节 搓法

一、搓法的定义

两手自然伸开，五指并拢或用任意两指对称用力，紧贴体表特定部位，做方向相反的快速的移动。两前臂用力，搓动时频率要快，移动时快慢要均匀，用力要对称。切禁在操作中出现间歇。此方法适用于上肢、下肢、手、足等部位。

二、搓法的分类

(一)搓指法

一手的双指夹住一指，从指根部向指尖部做频率较快、移动相对较慢的捻动。也可在捻动后，拔伸

指关节，发出弹响声。

(二)掌搓法

1. 搓上肢法：双手夹住肩关节做揉球状，使肩关节充分运动，然后再向手指方向搓动。(如图 5—16)
2. 搓下肢法：操作时被施术人屈膝，术者可拉伸其踝关节数次，然后再从大腿根部向足做揉搓。(如图 5—17)

第九节 拿法

一、拿法的定义

用掌指关节相对用力捏、提体表某一部位，有节律性的逐渐施力，称拿法。操作时沉肩垂肘，腕部放松，指掌蓄劲，捏、提、揉的动作连续不断，手法讲究由轻到重，再由重到轻。拿法适用广泛，是按摩推拿中的重要支柱手法之一。具有祛风散寒、镇静止痛、开窍提神、解除疲劳、美容保健的作用。它适用于肩部、腹部、上肢和下肢部等。

二、拿法的分类

(一)三指拿法

拇指与食指、中指对称用力地捏、提、揉的复合手法，称三指拿法。在操作中，无名指与小指辅助施力。它适用于颈项、上肢、手部、足部等。

(二)五指拿法

用拇指与其余四指相对着力于体表某一部位的方法。五指拿法应用在头部时也称五指拿头或拿五经，但中指要对准督脉在头部走行的方向，食指与无名指要对准膀胱经在头部走行的方向，小指与大拇指要对准胆经在头部走行的方向(如图 5—18A)。

(三)捏法

捏法是拿法的衍变手法，是用拇指与食指或拇指与食、中指相对，捏提皮肤或肌肉，边捏边提，双手交替捻动，或静止不动的方法。此法用在脊椎部称为“捏脊”、“提脊”等。捏脊有顺提、逆提之分。术者手心向下时为顺，手心向上时为逆(如图 5-18B)。

第十节 滚法

一、滚法的定义

利用腕关节伸屈、内外旋转的连续复合动作，带动手背部往返滚动，称为滚法。操作时肩、臂、手腕要放松，微屈肘关节，滚动时要紧贴被操作部位的皮肤，用力要均匀、有节律，不能跳动，频率一般在每分钟 120—160 次。

二、滚法的分类

(一)小指掌滚法

是用小指掌关节为支点的滚法。它的手形酷似握环状，适用于全身较小的肌肉和条索状肌肉组织。临床上常对风湿酸痛、麻木不仁、肢体瘫痪等疾患治疗。

(二)四掌指滚法

用食指、中指、无名指、小指的掌指关节为支点的滚法，称四掌指滚法。它适用于全身肌肉面积较大、较丰厚部位。如：臀部、下肢等。此法具有增强肌肉韧带活动能力，舒筋活血，解除痉挛，促进血液循环和消除疲劳的作用。

(三)小鱼际滚法

以小鱼际为附着点的滚法，称小鱼际滚法。它适用于全身各个部位，特别是骨性突出较明显的部位。

(四)滚法的衍变手法

1. 托膝滚腰法：术者一手托住被受术人的膝关节，做顺、逆时针的摇动，另一手在摇动过程中在被受术人的腰骶部做滚法。操作时被受术人采取俯卧位。

2. 摇膝滚臀法：被受术人采取俯卧位，术者一手握住其踝关节，做顺、逆时针的摇动，另一手在其臀部做滚法，边摇边滚。

3. 双手滚法：也称“龙凤呈祥”。操作时双手在被施术部位做方向相同或不同的前后、左右的滚法。多用在操作视野较大的部位，如背部、腹部等。

4. 辅助滚法：偶有称“狮子滚绣球”。一手在被施术部位做滚法，另一手辅助施力，边滚动边施力，多用在腹部，宛如狮子爪下滚动着的绣球。

5. 捻动滚法：严格地说，此法不称为滚法，但广泛应用在保健按摩场合，故称为捻动滚法。操作时双手交叉屈拳，以掌指关节由下至上捻动。多用在下肢和背部膀胱经上，可起到放松肌肉、整理筋骨的作用。（如图 5—19）

第十一节 抖法

一、抖法的定义

用单手或双手握住被施术部位，沿单一方向用力，做小幅度的上下连续颤动，使关节有松动感，称抖法。操作时摆动幅度要尽量小，但频率要快。抖动时，施术者肩关节要放松，肘关节微屈，同时要有节奏感和连续性。

二、抖法的分类

（一）握腕抖法

施术人右手握住被受术人腕关节，略做拉伸，并连续做上下左右摆动。抖动的幅度由小到大，使波动沿腕向上直到肩部，甚至胸部。

（二）握手抖法

两人手相握，术者另一手置于被受术人被握手臂的肩关节，略作拉伸，同时做频率较快、幅度较小的上下左右的颤抖。

（三）握把抖法

施术人只握其一手指，术者另一手置于被受术人被握之手臂的肩关节，略作拉伸，同时做频率较快、幅度较小的上下左右的颤抖。要求每一指都要依次相握。

（四）抖下肢法

1. 取俯卧位，施术人一手握住其足跟，另一手握住其同足足背，略作拉伸，并抬起 20—30 厘米，同时做上下起伏的摆动。

2. 仰卧位，放松下肢，术者站其足后方，双手握住其双足足趾，使足跟吸定在床上，略作拔伸，同时做左右起伏的摆动。此手法具有解除痉挛、活血散瘀、舒筋通络、滑利关节的作用。

第十二节 叩法

一、叩法的定义

用手的某一部位在被施术部位上做频率较快、有节奏的击打、叩拍，称为叩法。操作时，肩、肘关节要放松，以腕发力，做节律性协调运动。手法的力度可循序渐进地增加击、叩、拍、打等的次数和强度，频率一定要快。

此手法往往用在全身按摩手法结束之前，因为叩法类手法的响声，可以提示被受术人手法即将结束。另外，还可弥补全身按摩中其它手法操作的不足。

二、叩法的分类

（一）单掌击法

五指自然伸开，靠腕关节带动手指做快速的往返运动。多用在肩、背、腰、臀及四肢部。也可双掌同时交替相击，衍变成双掌五指、四指、三指击法等。

(二)鼓状叩法

握空拳，用小鱼际在被施术部位上做有节奏的击打，并能叩出马蹄音。可双拳交替叩击，宛如喜庆丰收敲鼓的样子，故又称“吉庆有余”，它广泛地用在全身各个部位。

(三)拳背击法

虚拳，用拳背叩击被施术部位，也可在被施术部位上垫放另一掌，掌背在掌上相击，间接作用在被施术部位上；亦可鼓状击法和拳背击法在另一掌上联合运用，在头、背、腰部等处施术，称“隔山打牛”。

(四)拍打法

虚掌，腕部放松，用力稳实，可一掌亦可双掌拍打被施术部位。主要用大小鱼际指关节面着力于被操作面。此法具有行气活血、舒筋通络的作用。

(五)啄法

五指自然并拢成锤形，以指峰叩击被施术部位，其状态如小鸡啄米，故称啄法。主要运用于头、肩、背、腰和四肢部。

第六章 脊柱、骨盆错位的非手术治疗

脊柱骨盆错位是多病之源，然而发生错位的原因是多种多样的，前面论述过，可能从母腹生下来时(由于受产道的挤压牵拉)就已发生脊柱错位，以后随着年龄的增长、社会活动和肩负的责任越多，心理压力逐渐变大，加之地心引力的影响和环境污染的毒害，引起肌肉的创伤和劳损、关节的退变，从而导致脊柱椎体和小关节突的增生和移位。相关的肌肉韧带张力失去平衡与协调，加剧了被压迫部位的肌肉和神经缺血、缺氧，代谢产物堆积，使肌纤维痉挛，神经受牵拉、嵌压，从而使其相支配部位的经络受阻、气血失衡、肢体和脏腑功能紊乱，因而产生了与脊柱错位的一些相关性疾病或征候。要解决这些病痛，方法有多种多样。下面我们就有关的方法作一简要介绍：

第一节 非手术治疗的一般原则

对任何疾病，首要原则就是：有病早治，无病早防，预防为主，防治结合。脊椎治疗为我们提供了一个绝好的机会，运用问诊、望诊、触诊的方法，一定能了解、发现脊柱错位的早期征候，使之得到及时的矫正和治疗。

一、查明病因，解除痉挛

引起脊柱错位的原因是多方面的，如果是劳损，颈、腰、背痛必定会使某些肌肉、筋膜、韧带的附着部位有特定的压痛点，这些痛点可产生放射性疼痛和保护性肌肉紧张，使疼痛进一步加重，严重者并可产生脊椎侧弯、腰椎前凸、变平等强迫性体位。如果原发痛点不消除，肌肉痉挛会更进一步加剧，就会产生疼痛—肌肉紧张—缺血缺氧—肌肉痉挛—代谢产物(5-羟色胺等致痛物质释放)堆积—疼痛加剧。我们针对病因，对症治疗，及时消除原发痛点，解除肌肉痉挛和紧张，就能使它步入肌肉放松—疼痛减轻—肌肉进一步放松—疼痛进一步减轻—供血恢复—正常—新陈代谢达到平衡的良性循环轨道。因此，消除原发痛点、解除肌肉痉挛、恢复气血正常循环、使错位关节回位，这是非手术治疗的关键。

二、重视首次治疗

损伤引起的疼痛，一般较易治疗，在症状刚开始减轻时，一定不要放松警惕，以求彻底治愈。如果第一次损伤未彻底治愈，加之劳作就可能形成慢性损伤，持久不愈，反复发作，使脊柱和小关节错位难以恢复，损伤进一步加重。因此，颈、腰、背痛患者应避免剧烈活动和超负荷动作，活动要量力而行，循序渐进，原则上要在腰背活动自如的条件下运动。

三、预防为主、防治结合

在生命活动中，由于各种不良姿势的影响，如小学生单肩膀背书包，文职人员长期伏案写作等，都会造成脊椎错位。因此端正姿势，均衡负荷，保持脊柱的正常生理曲度是至关重要的。要想健康，就必须从儿童时期抓起，早期预防，使身体各部的相拮抗肌群保持相对平衡，各关节、韧带相应稳定，全身活动自如，这是至关重要的。

四、注意方法，防止新伤

要想纠正脊柱错位，必须熟悉解剖姿势，熟练掌握各种治疗方法，对于每种治疗方法，都要做到“心中有数”，切忌鲁莽粗暴、

简单行事，给病人带来新的损伤和痛苦。前面谈到，首先要明确诊断，如是单纯性软组织损伤，可采取手法按摩复位或其他治疗方法，如是骨折、化脓性炎症、肿瘤等，单一用手法可能就不合适了。一般对软组织损伤的处理原则是：找出病灶，先松解肌肉韧带的附着点两端，逐渐向痛点靠拢，力度要均匀适中在肌肉韧带充分松解的情况下，再行手法复位，以达预期的目的。特别是在颈椎复位中，提请各位同道，一定要小心谨慎，千万不能盲目行事。

第二节 脊柱、骨盆错位的手法调理

手法治疗，就是徒手治疗疾病的各种方法的总称。

一、手法治疗的机理

手法治疗就是通过外力作用于病灶，解除肌肉痉挛、促进血液循环，达到消炎镇痛、舒筋通络之目的；逐渐恢复椎体及小关节错位，松筋正骨，消除变性软组织的异常应力，恢复应有的阴阳平衡、协调状态；阻断疼痛的恶性反射，协调中枢与周围神经的拮抗作用，消除植物神经功能紊乱，以达调整、改善内脏功能之目的；调整信息，转移注意力，使错位而引起疼痛的部位逐渐解除肌肉痉挛。通过手法的刺激产生特定的生物信息，通过经络的传递到达有关脏腑，使其恢复相对的平衡状态二、手法治疗的作用 通过手法的刺激，产生生物电磁场，可使阻塞的经络逐渐恢复，从而达到扶正祛邪、通经活络之目的；急、慢性损伤都会产生局部肿胀疼痛或有瘀斑，手法按摩可改善局部血液循环，有利于活血散瘀、消肿止痛；肌肉痉挛解除后，就会消除损伤组织产生的异常张力，使各肌群张力逐渐协调统一，使错位的关节逐渐恢复到正常功能位置，进一步缓解损伤组织的肌肉痉挛；对于错位所产生的局部炎性水肿、粘连、纤维化，手法按摩可直达病灶，使结节得以疏散，粘连得以解除。

三、手法治疗的原则

(一)时间合理

根据损伤的轻重缓急，选择恰当的手法和治疗时机是至关重要的。比如有些急性的关节错位、滑膜嵌顿等，早期进行手法治疗可收到立竿见影的效果；但对一些肌腱、韧带损伤出血，就不宜过早地进行手法治疗了。

(二)定位准确

主要是指病变的解剖部位、移位方向要定位准确。

(三)操作灵活

手法要灵活巧妙，尽可能利用力学原理和人体生理特点操作；要稳健有力，力度适中，达到均匀、持久、深沉、有力，避免用力过大造成新的损伤。

(四)强调“整体观念、辩证施治”

根据不同的疾病、年龄、体质、耐受能力，选择手法的种类和力度。

四、手法治疗的禁忌症

(一)疼痛高度敏感、年老体弱、高度骨质疏松者，妇女妊娠期、月经期慎用；

(二)有严重心、脑血管疾患、严重高血压等器质性病变者慎用；

(三)局部有感染性病灶及皮肤病患者慎用；

(四)传染期的传染病患者、恶性肿瘤，严重的出血性疾病、开放性损伤及骨折、骨关节化脓性炎症者禁用。

五、常用的治疗手法

(一)舒筋活络法

适用于发病早、中期，软组织劳损、骨关节轻度错位者。

1. 推散分筋法

适用于局部软组织肿胀，肌纤维痉挛、轻度粘连等。

手法：用双手或单手拇指，在患处与肌纤维方向作垂直、左右弹拨，或用手掌根部于局部进行揉、推、按、搓，达到解除痉挛、分离粘连、消除疼痛、疏通经络、促进局部血液循环的目的。

2. 顺理调筋法

适用于肌肉痉挛、肌纤维撕裂、血液循环障碍等。

手法：用双手或单手拇指在患处将移位的软组织(肌纤维、韧带、肌腱、神经等)扶正，进行深部按压弹拨，再按纤维走行方向或血流方向，用手指或手掌推按复位，使组织恢复正常生理功能。

3. 调节镇痛法

适用于上述调理者及功能性的神经反射障碍或血液循环障碍患者。

手法：在经过上述治疗后，再用拇指在病灶部位或反应点按压揉推 20~40 秒钟，可帮助调节、解痉、镇痛，促进气血循环、增强新陈代谢功能。

(二)调理整复法

此法适用于椎体及关节突轻度移位者，常用的方法有以下几种：

1. 颈椎旋转复位法

患者取端坐位，以第 4 颈椎棘突右偏为例，颈前屈 35°~40°，左偏 35°，右旋转 45°。术者立于患者背后，左手拇指触到偏移棘突固定之，其余四指置于患者左侧头枕部，右手扶持在下颌部或左面部，在右手向右上方方向旋转的瞬间，左手拇指将棘突轻推向患者左侧，常可听到“咯嗒”响声，拇指下有轻度移位感。(如图 6—1)

仰卧位，颈椎关节复位用的角度为：第 2、3 颈椎，上抬 15°；第 3、4 颈椎，上抬 15°~20°；第 4、5 颈椎，上抬 20°~25°；第 5、6 颈椎，上抬 30°；第 6、7 颈椎，上抬 35°。做之前先适当牵引，再根据错位之椎体，选择适当角度手法复位。

2. 胸椎旋转复位法

用一手拇指顶住偏歪的棘突向健侧推，另一手使脊椎向棘突偏歪侧顺时针或逆时针旋转；两手协同动作，将歪的棘突拨正，使相邻的椎体恢复动态平衡，以解除疼痛和软组织的痉挛。

3. 胸椎掌推复位法

患者俯卧，两上肢置于身旁，自然放松，医者立于患者左侧，右手掌根部(大、小鱼际之间)抵压于患椎棘突，左手置于右手背上，嘱患者作深吸气，在呼气末时，医者手掌(与脊椎呈 45° 夹角)用力向前上方(患者头部方向)推按，此时可听到关节复位声。此法适用于中、下段胸椎。

4. 胸椎膝顶复位法

患者端坐于矮凳上，双手自然下垂。医者双手自患者两肩外环抱患者上胸，双手掌置于患者胸骨上端，手指交叉相握，嘱患者略后仰背靠医者右膝，头置于医者右肩。医者上身略前俯，右膝顶住患者背部的患椎棘突，在患者呼气末了时，双手用力往下方拉压，右膝同时往前上方顶推，此时可听及关节复位响声。此法适用于中、上段胸椎。

5. 腰椎旋转复位法

以第 3 腰椎偏左为例，患者坐于双连凳的前凳，医者坐于后凳，右手置于第 3 腰椎偏右的棘突旁，左手置于患者腋部上臂至对侧肩颈部而抱持之，令患者前屈 60°~90°，右侧屈 45°，在拇指推按棘突向对侧外上方的同时，另一手向上方略旋转，常可听到关节复位声。(如图 6—2)

6. 腰椎斜扳复位法

患者侧卧床上，下肢自然伸直，上面的下肢屈曲。医者面对病人站立，两手(或两肘)分别扶按病人的肩前部及臀部，作相反方向的缓慢用力扳动，使腰部被动扭转。当扭转有阻力时，再施加一个增大幅度的猛推，此时常可听到：“咯嗒”响声，表示手法成功。斜扳法的定位可根据病变位置高低、控制上下旋转幅度的环节来实现。如病变节段在上腰椎，则下半身旋转幅度应大于上半身；病变节段在下腰椎，

则上半身旋转幅度应大于下半身。由于这种定位方法是间接的定位，所以只能提供参考。

7. 腰椎后伸扳法复位

病人俯卧位，屈肘，两手置于颌下或头前。医者站于一侧，用一手按压其腰，另一手将其下肢托起并用力向后扳伸，如此两手协同动作，使腰椎向后过伸。另一种方法是医者用膝部顶住腰椎，两手握住病人两踝慢慢向上提拉，使腰椎后伸，如此一拉一放，重复 5—10 次。本法适用于腰部较为僵硬，腰椎生理前凸消失或腰椎侧突畸形等。

8. 骶髂单髌过屈复位法

用于骶髂关节旋前错位。以右侧为例，患者仰卧，右下肢靠床沿，医者站于患者右侧，右手握住患者右踝，左手扶右膝前，助手按压患者左下肢膝关节处，医者先半屈曲患者的右下肢，内收外展 5—7 次，再过屈患者右髌、膝关节，用力压向对侧季肋部，此时常可听及关节复位声或手下有关节复位感。(如图 6—3)

9. 单髌过伸复位法

以右侧为例，患者俯卧，靠床沿，医者站于患者左侧，右手托起患膝上方，左手掌根按压右骶髂关节处，先缓缓旋转患肢 5—7 次，医者用力上提大腿过伸患肢，同时左手用力下压，两手向相反方向扳按，此时可听及关节复位响声或手下有关节复位感。适用于骶髂关节旋后错位。

10. 骨盆矫正揉压法

脊椎的根基在骨盆，骨盆和脊椎完全正常的人，千人难寻其一。骨盆移位后，可使脊椎发生弯曲、移位，从而压迫神经，使肌肉、韧带、关节和脏器发生功能障碍而导致多种疾病的发生。

骨盆矫正揉压法就是以骨盆为中心矫正全身各个骨骼、松弛肌肉和结缔组织，去除致病原因、使错位得以恢复的重要方法之一。它不但对一般疾病治疗有明显效果，对晚期癌症病人，止痛效果也十分明显。常用的矫正方法有：

(1) 仰卧矫正法

这是最常用的一种方法。骨盆由于受到肌肉内收力的影响，内旋移位的相对较多。患者仰卧于平板床上，术者站于患者右侧(最好是骑跨于患者大腿两侧)，运用垂直、均匀、持久、有力的手法向后外方按压，当听到“咯嗒”声后，移位的骨盆即有可能回位，当然靠一次复位是难以成功的，最好是隔日一次，5~10 次为一疗程，复位前，最好先松解周围组织(包括肌肉和韧带)。

(2) 俯卧矫正法

适用于外展型骨盆移位。患者俯卧硬板床上，术者方位、手法同仰卧矫正法。

(3) 左侧卧位矫正法

适用于右侧骨盆移位。术者先松解移位部周围的软组织，然后再用推拉法向反方向用力，使其复位。

(4) 右侧卧位矫正法

适用于左侧骨盆移位，方法同前。

骨盆矫正揉压法治疗时有爽快、舒适感，治疗后有轻松灵活感，肌肉痉挛解除、痛疼逐渐消失，血液循环畅通，新陈代谢旺盛，就有利于消除疲劳。它能有效地调动人体自身的自然自愈力，增加了免疫功能，调节、协调了内脏活动的平衡，增强了感冒的预防及抵抗其他重病的能力。由于矫正了骨盆的移位，骶棘肌肉变软，各椎骨之间充分伸展，身高自然会增加，特别是儿童，表现尤为突出。它还能改善皮肤的皱纹、疣、湿疹等，对白发、脱发、脚气、鸡眼等疾病也有一定效果，还能使女性扁平乳房变得丰满起来。不但能消除全身不适感，还能使您变得更加灵活，性格变得开朗、活泼。能有效地改善男、女的性功能。

(三) 穴位点压复位法

点穴，是祖国医学宝贵的遗产之一，是我国古代劳动人民在长期生产生活实践中，逐步摸索和创立的一种治疗方法。它操作简单、易学易懂、安全有效、适用范围广，不需要任何药物和设备，仅凭双手在患者体表穴位和经络上施行点按揉压等手法，即可达到治疗疾病之目的，是深受群众欢迎的一种好方法。

1. 原理

根据祖国医学的经络学原理，用手法刺激体表某一个或几个反应点，就能达到解痉止痛、舒筋活血、

调整阴阳平衡、协调脏腑功能之目的。

2. 适应证

- (1)一切气血阻滞(即经络阻塞)所引起的疾病,如各种痛疼、高血压、近视眼等。
- (2)软组织炎、慢性损伤,痉挛等。
- (3)骨性错位所引起的病变,如脊柱错位、骨盆移位、关节病变等所引起的一系列病症。
- (4)用于美容、延缓衰老、手术麻醉止痛等。

3. 运用注意事项

(1)施术前,应向患者及家属讲明治疗措施、疗程及治疗中可能发生的问题及预后等,尽量取得患者及家属的信任和理

(2)术者开始用力不宜太大、太急,应根据患者的差异和耐受程度(观察病人反应)来决定力度,防止肌肉、韧带骤然紧张,抵消了压力,使指压力无法深透到穴位。

(3)对于头部、肩胛部穴位,小儿、年老体弱病人的病变区域、手法要轻;对于身体强健、肥胖病人和位于肌肉丰满处的穴位,手法要重些。点压最好从肌肉、韧带支点两端逐步松解,不要直接先刺激痛点部位,以免加重肌肉痉挛。

(4)饥饿时或饭后1小时内,最好不点穴(急救者除外),以免引起机体的不适反应。

(5)点穴时,近距离的指压点最好不要离开皮肤,以免影响疗效。点穴后,少数患者可出现疼痛加剧现象,不必紧张,可适当延长间隔时间和减轻手法力度,不必中断治疗。

(6)皮肤发涩时,可适量使用一些介质,如滑石粉、润滑油等,以减少对皮肤的损伤

(7)一般患者每日治疗一次、反应重者隔日一次;发病较轻者10次为一疗程(当然有些病做2.3次可能就痊愈了);慢性病1~2个月为一疗程。

(8)术者应勤剪指甲。给异性治疗时,应有第三者在场。冬季应注意周围温度,以免因寒冷刺激引起肌肉紧张而影响疗效。

(9)要依据“整体观念、辨证施治”的原则,使点穴手法做到均匀、持久、深透、有力。

(10)要求环境清洁、优雅,病人舒适、放松,术者态度和蔼可亲。术者治疗前后应洗手、更换治疗巾,以防止交叉感染。

(11)治疗结束后做些放松动作,详细记录病人反应,并嘱患者喝上一杯温开水,以促进新陈代谢。

4. 禁忌证

- (1)各种炎症(特别足头面部炎症)及传染病。
- (2)严重的心脏病、高血压、肺结核、糖尿病、恶性肿瘤等。
- (3)出血性疾患,如外伤出血、血小板减少性紫癜、血友病、再生障碍性贫血、白血病等。
- (4)严重的皮肤病和性病。
- (5)患者情绪不稳定,如患有精神分裂症、惊恐、愤怒等。

5. 马氏脊柱错位复位法(以第3腰椎棘突右偏为例)

左侧卧位(棘突偏歪的方向一侧向上),右手向后上方悬空斜举弯腰,屈双腿,使右下肢越过左膝悬空,左手前伸。全身尽量放松。术者用手指触摸移位棘突,使之处于相对松弛状态,在患者呼气时,一手压住患者右肩部,另一手压住患者右髂前上嵴部,或右膝部,同时向反方向用力下压,可在患者呼气时重复2—3次。再右侧卧位,同法实施。

6. 注意事项

- (1)侧位时,棘突向上偏歪用力压肩,棘突向下偏歪时用力压悬空的一条腿;
- (2)注意用力适度以免造成新的创伤;
- (3)严重高血压、心脏病患者一定要注意监护。

以上腰部疾患复位手法在临床应用时,一定要诊断明确,辩证选用,对年老体弱、有心脑血管疾病、骨质疏松、脊椎结核或肿瘤、脊椎骨折或可疑者、脊柱强直等患者禁止使用。同时要注意在施术过程中,先进行常规放松手法,使病变部位的肌肉松弛后再进行复位;还要注意患者是否能接受,不可勉强,不能使用粗暴蛮力,不能刺激过强;在确诊病种的基础上,选择适当或合适的方法,以免重大医疗事故的发生,达到预期的效果。

第七章 脊柱·骨盆错位所致疾病

脊柱、骨盆错位足多病之源，其原因是脊柱、骨盆错位压迫了相对应的血管、神经、经络，引起相关的肌肉韧带等软组织病变性和相对应的脏腑功能改变，而产生的一组综合症候群。

第一节 颈椎病

颈椎错位所致疾病，统称为颈椎病。它是由颈神经根、颈段脊髓、椎动脉、交感神经受压迫或刺激而引起的一组综合征。

一、临床表现及诊断

(一) 临床表现

1. 神经根型

头、颈、肩、背、上肢等处定位性疼痛与放射痛；活动受限，颈部及上肢的关节运动障碍；肌肉跳动、麻木或萎缩，多见于背部或上臂；肱二头肌或肱三头肌反射减退或消失。有明显的定位体征和压痛。颈椎病常见的压痛点分布与患者主诉的疼痛区域并不完全一致，它分为：

(1) 风池穴压痛点

位于胸锁乳突肌与斜方肌之间。此压痛点极为常见，压迫此点时除局部疼痛较著外，并向后枕部、头顶及同侧眼部放射，少数病人可放射至同侧太阳穴。

(2) 肩上压痛点

位于肩上第7颈椎横突，为斜方肌巾、上部纤维经过处，压迫此点，可放射至颈、肩、臂、手外侧。

(3) 肩胛内上角压痛点

位于肩胛骨内上角的稍上方，为提肩胛肌在肩胛骨的附着端。检查时先摸到肩胛内上角，在其稍上方可摸到接近垂直略向中线倾斜的索状物，即为提肩胛肌。压迫此点除局部疼痛外，并常向同侧第2、3颈椎旁放射，少数可放射到枕部、头顶，甚至同侧眶部。疼痛亦常向同侧肩及上臂前外侧放射，少数可放射至前臂桡侧。

(4) 肩胛腋窝缘压痛点

位于肩胛腋窝缘的稍外侧，为小圆肌及大圆肌在肩胛骨的附着端，一部分背阔肌纤维亦经过此处。作此压痛点检查时，手指应向前向内压向前肩胛骨腋窝缘。压迫此点时，放射痛及发麻感可至臂及手的尺侧。

(5) 肩胛内缘压痛点

位于肩胛脊柱缘稍内侧处，为小菱形肌及大菱形肌在肩胛的附着端。此压痛点一般无放射痛，少数患者有压向肩部或颈部的放射痛或胸闷感。

(6) 肩胛岗下压痛点

位于肩胛岗中点下方3~6厘米处，为岗下肌在肩胛骨的附着端。此压痛点不但极常见，且压痛常甚重，剧烈程度往往使患者不能忍受。压迫此点时，疼痛可放射至臂及手的尺侧，并常有尺侧手指发麻、发凉感。

(7) 颈后部压痛点

多数位于第2、3、4、5颈椎棘突间及其椎旁，有时其他颈椎棘突间及其侧方亦可有压痛。颈后部压痛区主要为斜方肌中、上部纤维及提肩胛肌在枕骨、颈椎及项韧带的附着端。疼痛可放射至枕部、头顶、颞部及眶部，少数患者压迫这些点时并有头痛、头晕、眼球发胀、咽部不适等感觉。

(8) 胸椎压痛点

多位于胸4、胸5，棘突及其两侧，主要为大菱形肌、小菱形肌及各椎旁肌肉的附着端。压迫此两点，疼痛可放射至肩、上臂并有胸闷感。

(9) 肋软骨压痛点

颈椎病常引起第4、5肋软骨处疼痛，痛点固定以左侧常见，检查未见局部红肿，颈椎病治愈后，疼痛自行消失，需注意与肋软骨炎相鉴别。

对于以上各压痛点，在手法纠正棘突偏歪以后，可针对不同病人及不同压痛点，给予推、按、揉、

压治疗，以解除肌肉痉挛。临床上可收到较好的效果。

2. 椎动脉型

头晕、头痛、恶心呕吐、位置性眩晕或体位性摔倒；耳鸣、耳聋、舌活动障碍；血压异常，如长期供血不足。可出现小脑及大脑枕叶损害的症状(脑性瘫痪、共济失调、眼球震颤等复杂的中枢神经损害症状)。

3. 颈交感神经型

视力模糊、瞳孔散大、眼胀；血管调节障碍，心率紊乱、心慌心跳、血压异常；排汗障碍(头、面、肩、背、上肢某部多汗或无汗)，肢体发冷、苍白或发红；霍纳氏征(眼球下陷、眼睑下垂、瞳孔缩小，可有同侧面面部充血、无汗)；咽喉部异物感，顽固性失眠、低烧等。

4. 脊髓型

类似脊髓空洞症或颈髓侧索硬化症，如早期常有一侧或双侧下肢步态笨拙，迈步发紧，脚尖不能离地；肌力减弱，肌张力增加，腱反射亢进或减弱，出现病理反射，痛温觉障碍。晚期可出现括约肌松弛及深感觉消失，重者完全瘫痪。

(二)诊断要点

适于具有上述一种或多种表现者。

1. 颈部检查

颈部活动障碍，或活动时摩擦音，或其他症状加重；颈部触诊有压痛、肌痉挛、棘突或横突偏移，棘间隙变窄或变宽，项韧带钝厚等；臂丛牵拉试验，椎间孔压缩试验，位置性眩晕试验呈阳性。

2. 颈椎 X 线片

排除骨折、脱位、结核、肿瘤等疾病。侧位片可见颈曲改变，椎体前或后缘骨质增生，椎间隙或棘间隙变窄，项韧带钙化等；斜位片可见椎间孔变窄或变形；正位片可见钩椎关节增生、变尖或两侧宽窄不等；开口正位片可见齿状突轻度偏移等。

3. 其他检查

如脑血流图、心电图、血脂、眼底、血、尿常规检查等，必要时作脊髓造影、椎动脉造影。

二、治疗方法

(一)整复手法

适用于颈椎轻度移位，其方法在第六章第二节、第三节已述，不再重复。

(二)穴位揉压法

适用于软组织炎症等。选压痛点或解剖相应部位(如星状神经节处、风池、曲池、合谷等)，用拇指指腹部揉按，由轻到重，使局部充血为度。

(三)禁忌证

1. 颈椎破坏性疾病(如骨结核、骨肿瘤、外伤移位、骨折等)禁用；
2. 合并急性传染病慎用；
3. 有严重脏器疾病如脑动脉硬化、心脏病等慎用；
4. 颈椎前滑脱、骨质增生已连成骨桥者慎用。

(四)颈部功能锻炼

1. 保持正确姿势，避免不良因素刺激；
2. 坚持自我锻炼：作颈部缓慢屈伸旋转活动，先做前屈后伸动作 36 次；紧接着闭目顺时针转头 36 次，最后逆时针转头 36 次；转完后梳头 36 次。(最好坐着做，以防摔倒；年老体弱、有严重高血压、心脏病患者慎用)

第二节颈椎错位所致的其他常见疾病

一、头痛

头痛是一种最常见最普通的自身感觉症状，引起头痛的原因多种多样，但不管何种原因(外伤、手术

除外), 均与颈椎错位有关。

(一)临床表现

头痛病人多有颈部不适感(酸、麻、胀、痛、沉、紧等)、颈椎及小关节移位、颈椎旁有压痛点, 久病者可触及条索状或硬结状反应物。疼痛一般位于后枕部, 常向同侧前额或眼部扩散。疼痛的性质大多为牵拉痛, 有时为钝痛或刺痛, 常伴有头昏、眩晕, 走路步态不稳, 耳鸣、听力下降、视力减退等, 严重者还可伴有同侧上肢疼痛或麻木。x 线检查可见颈椎变直, 生理弯曲消失, 椎体前移, 钩椎关节增生、不对称, 齿状突不居中, 椎间隙变窄, 骨质增生等改变。早期错位, x 线检查不一定能发现, 触摸即可做到早发现、早诊断、早预防、早治疗。

脑血流图检查可能提示血管紧张度增高(病久则降低), 血流量左右不对称。脑地形图检查可能发现异常波形改变。

(二)诊断及鉴别诊断

1. 诊断要点

(1)有家族遗传史和颈椎病史, 检查有颈椎及小关节错位, 颈椎旁有压痛点, 可触及条索状或硬结状反应物。

(2)主要为后枕部疼痛, 常为两侧性, 并向头顶部放射。头部活动或颈部姿势的改变可影响头痛的程度。

(3)I 临床检查有上述改变, 并排除颅内外其他器质性疾患。

2. 鉴别诊断

(1)排除颅内占位性病变, 如颅内脓肿、血肿、肿瘤、寄生虫病等, 其头痛表现为前轻后重并呈渐进性持续性加重, 最后转为弥漫性深部钝痛, 严重时如炸裂样, 伴喷射状呕吐, 甚至意识障碍等。

(2)颅内炎症, 如脑炎、脑膜炎等, 头痛呈渐进性加重, 并伴有发烧、颈项强直、喷射状呕吐, 甚至发生脑疝(瞳孔大小发生变化)或昏迷。

(3)颅外炎症, 常见的有毛囊疖肿和化脓性感染。其疼痛多为跳痛、胀痛或烧灼样痛, 检查可发现发炎病灶。

(4)头颅邻近器官的病变, 如屈光不正, 眼、耳、鼻、副鼻窦及口腔炎症, 均可引起头痛, 应仔细分析。

(5)神经性头痛, 疼痛为刺痛、触电样或烧灼样痛, 以成年女性和右侧面部多见。

(6)血管性头痛, 如偏头痛, 多见于女性, 表现为周期性搏动样剧烈头痛、组织胺性头痛。属于变态反应性头痛, 表现为发作性, 一侧搏动样剧烈头痛。多在 40 岁以后发生, 常在夜间或晨起时突然发作, 持续时间较短。高血压性头痛无一定部位, 多为钝痛、胀痛或搏动样疼痛, 常伴有头晕、眼花、耳鸣, 血压突然升高时头痛可加重。

(三)治疗

主要采用病因治疗, 纠正偏歪的棘突和错位的关节, 松弛肌肉韧带, 及时解除肌肉的痉挛, 恢复脊柱内外平衡, 以解除对血管神经的压迫, 消除疼痛, 使之恢复其正常功能。

1. 前头痛

常为寰枕关节或 1~4 颈椎多关节错位。治疗时, 先在这些部位点按揉压, 待肌肉松弛后, 用拇指向反方向用力, 推其错位的椎体和关节复位, 以缓解对三叉神经等的刺激。

2. 侧头痛

常为颈 2、3 或颈 3、4 椎间小关节错位。

3. 血管性头痛

呈跳痛或灼痛性质, 沿紧张的斜角肌向上扪至横突附着处, 即为错位关节所在。病人可感到明显的压痛。治疗时必须纠正椎体的侧摆、旋转或滑脱式错位, 才能迅速消除此类头痛。若椎间关节错位压迫椎动脉或颈动脉窦, 还有可能出现头昏、眩晕、失眠、血压升高或降低的症状。

特效点穴: 百会穴、风池穴、天柱穴、肩井穴、再配以合谷、内关、印堂、太阳、头维穴, 用点按揉压法, 有手到病除之效(如图 7—1)。

二、三叉神经痛

三叉神经为混合性神经，主要部分为感觉神经纤维，一小部分为运动神经纤维，自半月神经节分出以下 3 大支：1. 眼神经：支配额顶部、上睑和鼻背的皮肤、眼球、泪腺、结合膜以及部分鼻腔粘膜。2. 上颌神经：属感觉神经，布于颅中窝的硬脑膜、上颌牙齿和齿龈、蝶窦、上颌窦和鼻粘膜以及口裂和眼裂之间的皮肤。3. 下颌神经：是 3 支中最粗大的分支，属混合性神经，分前后两干。前干支配咀嚼肌、鼓颊张肌和腭性张肌；后干粗大，属感觉性，布于下颌牙及齿龈、舌前 2/3 及口腔底粘膜，耳颞区及口裂以下的皮肤。还分布于颅底及颅顶的脑膜。三叉神经痛即指面部三叉神经分布区内有反复发作的阵发性剧痛。

(一)临床表现

病人多以突发性的剧痛为特征，常无明显预兆，痛时有的呈针刺样、电灼样、刀割样或撕裂样的剧烈跳痛，严重者常伴有面部肌肉的反射性抽搐，甚至口角歪向一侧。早期突发骤停，是本病的特点之一。以后疼痛发作愈增愈烈，间歇期也愈缩越短。病程可呈周期性发作，常在春季或冬季发病，发病后可持续数年。疼痛多为一侧性，少数可为两侧性，以第 2 支(上颌神经)疼痛为多见，第 3 支(下颌神经)次之，第 1 支(眼神经)最少见。疼痛时有特别的敏感区，稍加触动即可引发，以口唇周围、牙齿、牙龈、颊部等处较为常见。

(二)检查诊断

三叉神经痛病人一般都患有颈椎病，颈椎 2、3、4 椎体错位，棘突偏歪，椎旁压痛，并呈结节状或条索状改变。x 线片可能见到椎体移位和颈椎曲度的改变(早期难以发现)。三叉神经支配的第一区域有明显的压痛点。根据以上所得，即可确诊。

(三)治疗方法

1. 手法治疗

根据检查所掌握的资料，按照椎体错位的特点，先点按揉压松解肌肉，逐步缓解痉挛，然后利用反作用力推压，或采用旋转复位法，拨正偏歪的脊柱和棘突，使其恢复到正常解剖位置，以解除对椎动脉或颈神经根及交感神经的压迫和刺激，疼痛自然会缓解。

2. 特效点穴治疗

(1)睛明与攒竹

轻压睛明穴时产生剧痛，是第 1 支(眼神经)受累。点按刺激睛明、攒竹，配以合谷、内关等，疼痛便会立即减轻。

(2)四白与巨髎

轻压位于瞳孔下方 3 厘米的四白穴时，会产生疼痛，是第 2 支(上颌神经)受累。只要点按揉压四白穴与位于鼻翼外侧 2-3 厘米的巨髎穴即可治愈。(如图 7—2)

(3)下关与大迎

在面部耳前方、颧弓与下颌切迹所形成的凹陷中，即为下关。轻压时会产生剧痛，是第 3 支(下颌神经)受累所致。只要刺激下关、大通，配以合谷、太阳、上关、颊车等穴位，便可收到立杆见影的效果。(如图 7—2)

三、屈光不正

屈光不正是由于某些原因导致的屈光力异常或眼轴异常而形成的，一般由两种情况造成：1. 轴正常而屈光系统的屈光力过强或过弱，包括角膜表面弯度过强或过弱，以及曲光指数偏高或偏低，使主焦点落在视网膜之前或之后，前者称为屈光性近视，后者称为屈光性远视。2. 屈光力正常而眼轴过长或过短，使成像落在视网膜之前或之后，前者为轴性近视，后者为轴性远视。一般以这两种病最为普遍。如果屈光中间质各子午线上的屈光力也不一样，不可能同时聚成一个焦点而成分散状态，则称为散光。

以上称为非正视眼，它包括三类：平行光线交集于视网膜之后(即是主焦点位于视网膜之后)，眼轴显得过短，称为远视(如图 7—3 之 H)。平行光线交集于视网膜之前，眼轴显得过长，称为近视(如图 7—3 之 M)。有时屈光系统并不近于理想的球面，使光线的交集无法形成焦点，称为散光。正视眼，平行光线交集于视网膜上，因此适宜于观察远处的目标。它的远点位于无限远(∞)。看近时(如阅读)需依赖调节作用，增加晶状体的屈光力。正视眼只有在老年时，因为老视关系，需戴眼镜，以作阅读或一般近距离工作之用。

(一)临床表现

最主要的症状是远视力的减退，对远处目标辨别不清，有时改变头部姿势则视力可能清楚一些。大部分病人有久视头痛、眼胀痛、干涩、怕光、眼肌无力、复视、视野缩小，瞳孔不等大、眼球凹陷等。中度近视容易发生玻璃体混浊，自觉眼前有黑点飘动；高度近视易发生视网膜萎缩变性，或因变性玻璃体与视网膜发生粘连，使视网膜经常受到牵引，形成视网膜穿孔而导致视网膜脱离。

一般 -3D 以下的近视患者，眼底不会发生异常变化。中等以上的近视，由于眼轴逐渐伸长，视神经乳头周围的脉络膜在巩膜伸张力量的牵引下，从乳头颞侧脱开，使其后面的巩膜暴露，形成白色的弧形斑。由于巩膜伸展的力量对后极部分的视网膜和脉络膜不断牵拉，乳头与黄斑区间的脉络膜很容易发生变性、萎缩和出血。出血如渗透到脉络膜或视网膜内，则可能引起机化，使相应部位的脉络膜和视网膜失去正常功能。如果发生在黄斑区，则中心视力可以遭到严重破坏，给治疗康复带来难以挽回的后果。

X 线拍片检查，可发现颈曲改变、棘突偏歪、成角畸形及钩椎关节不对称等。

(二)治疗方法

1. 手法按摩治疗

先在痛点两 endpoint 按摩揉压，以松解痉挛肌肉，促进血液循环，消散软组织的无菌性炎症，再以正骨推拿法或牵引治疗颈椎错位。此时足根据触诊得出的结论，或 x 片提供的依据，确定错位的关节和方向，分别采用不同的手法。对椎体滑脱、椎间盘突出或椎间盘变性合并钩椎关节错位者，多采用牵引下摇正法，同时配合头、颈、肩、背部的推拿按摩，能起到解痉止痛、疏通经络、舒筋活血，促进器官功能恢复的效果。

2. 特效点穴治疗

(1)四白：刺激两个对称的四白穴位。即在面部瞳孔直下，眶下孔凹陷处。

(2)睛明穴：位于内眼角距离鼻子 3 毫米处。

(3)攒竹穴：位于睛明穴的正上方。

(4)瞳子髎：位于眼睛外侧 1 公分处(如图 7—4)

3. 其他疗法(脊椎部挑治法)

此疗法已经过长时间的临床考验，使数十万屈光不正患者走上了健康之路，通过脊椎旁挑治，不但能恢复视力，且有促进青少年生长发育，增强机体免疫力的作用，属于中华民族传统疗法中的一朵奇葩。

四、眩晕

眩晕，是一种受到某种刺激而导致血管神经产生激惹现象的临床综合征。由颈椎错位压迫椎动脉，引起脑动脉供血不足所致的眩晕，称为颈性眩晕或椎动脉压迫综合征。患者自觉周围景物沿一定方向转动或自身天旋地转、恶心欲吐、不敢睁眼，头重脚轻等。

(一)临床表现

1. 症状

(1)眩晕：为首发症状，有时为早期的惟一症状。眩晕可表现为旋转性、摇摆性等，眼前发黑、头重脚轻、肢体发软，同时伴有复视、眼震、耳鸣、听力下降、恶心呕吐等症状。头部活动和姿势改变使眩晕加重是本病的一个重要特点。

(2)头痛：椎——基底动脉缺血时，引起侧肢循环血管扩张，导致血管性头痛，表现为搏动性，多位于枕部、枕顶部或颞部，位置较深。常伴有恶心出汗等，严重时出现感觉障碍、运动障碍、听觉和视觉障碍。

2. 体征

颈部活动受限，局部肌肉紧张性增高，压痛明显，可触及条索状或结节状硬结，还可发现棘突或横突的偏移，转头时可听到摩擦音，并可出现眩晕加剧。

3. 临床检查

(1)X 线片检查：正位片注意钩椎关节及间隙是否对称，有无椎体的倾斜、旋转造成的关节错位、骨质增生及椎间隙的狭窄等。

侧位片椎间隙狭窄，椎体滑移，小关节移位，椎间孔改变以及项韧带钙化等。

(2)其他检查：如椎动脉造影、脑电图、脑血流图等。

(二)诊断及鉴别诊断

1. 诊断要点

(1)多发性或慢性头痛、眩晕、恶心、呕吐、视物不清、吞咽困难以及枕部不适、僵硬、疼痛等状况，颈部活动可使症状发作或加剧者。

(2)多发生在中年以上。颈部压痛、活动受限、肌肉痉挛，可触及条索状或结节状包块，或棘突、横突偏移。

(3)仰头或转头试验阳性。

(4)颈椎正侧位片有异常变化，椎动脉造影有梗阻现象。

2. 鉴别诊断

(1)美尼尔氏征

又称为内耳性眩晕或发作性眩晕，是一种原因不明的内耳淋巴代谢障碍性疾病。它发作突然，一般持续3~5天；间歇期无遗留症状；发作时常与刺激性因素有关，如光线、全身活动时加重；严重时常伴有头痛、耳鸣、面色苍白、大汗、呕吐等症状；检查时一般无颈部症状与阳性体征。

(2)良性阵发性位置性眩晕

较常见，常与头部外伤、耳病、噪音性损伤，及药物中毒等造成的内耳椭圆囊的耳石变性、移位有关。鉴别要点为：多见于45~60岁妇女；睁眼可查出位置性眼球震颤；眩晕有周期性特点；某一体位可造成眩晕，改变体位则眩晕停止，这是本病最典型的特点；颈椎和x片无明显改变。

(3)大脑(颞叶)中枢型眩晕

鉴别要点为：听觉与平衡同时障碍；自发性眼震并具有位置性特点；可能出现运动性失语；视野缺损，常发生于上1/4视野区；颞叶癫痫发作，发作前后有严重头昏。

(4)锁骨下动脉偷漏综合征

常由于锁骨下动脉的一部分感染、动脉硬化、外伤及先天性畸形等造成不全性或完全性闭塞。当患侧上肢活动或用力时，引起患侧椎动脉的血流逆行，以供应患侧上肢的需要。此时可引起椎一基底动脉和上肢供血不足的症状和体征，如眩晕、视觉障碍、上肢无力、发沉、疼痛及发凉感。

对诊断有较大帮助，可与颈椎性眩晕相鉴别。患侧上肢的血压明显低于健侧，收缩压可相差20mmHg(2.66kPa)。患侧桡动脉搏动减弱或消失；在患侧锁骨下动脉处可听到血管杂音；症状的出现可因患肢的活动而诱发或加重，而与颈部活动无关。

(三)治疗方法

1. 手法治疗

治疗效果较好，往往一次就可痊愈，只要解除了对椎动脉及交感神经的压迫或刺激，症状即可解除。但要求拇指触诊准确无误，复位彻底，才能收到良好效果。

2. 特效点穴治疗

(1)外关：位于前臂背侧面桡、尺骨之间，腕横纹上2寸处。

(2)足I临泣：位于足背第四趾与第5趾之间。将手指往上移动，自然停下的地方即是穴位。

(3)中历兑：位于第二趾，趾甲边缘近端的中央。(如图7—5)

3. 锻炼与调理

(1)按摩颈椎：右手按左侧颈椎，左手按摩右侧颈椎，每次按摩5~10分钟。

(2)自我点穴：双侧风池、太阳、翳风、听宫、听会、内关、合谷等。

(3)自我转头：前屈后伸9次，坐稳闭目先缓慢左转9次，再右转9次，最后梳头9次。每天坚持做1~2次，必获奇效。

五、失眠

失眠，大多源于颈椎错位所致的交感神经受刺激(或受压迫)，导致大脑皮质的兴奋性增高，造成入睡困难或睡眠时间不足。交感神经受刺激，常由于颈椎解剖位置的改变(外伤、姿势不正造成的肌肉韧带劳损)，使颈椎小关节错位、椎间失稳、颈部肌肉痉挛或炎变，造成失眠。

(一)临床表现

1. 症状

患者常见失眠、多梦、心情烦躁、易于冲动等。部分患者常有颈部活动障碍，局部疼痛，头晕头沉、胃纳不佳、神经过敏、精神疲劳、记忆力减退、视物模糊等植物神经系统功能紊乱的症状；

2. 体征

颈部肌肉发硬，活动受限，局部压痛或触痛。失眠与头、颈姿势的改变有明显的关系，某些病人常保持一定的被迫体位。

3. 临床检查

X 线拍片检查可见颈椎骨质增生、椎间盘突出或变性、韧带钙化或骨化、颈曲变直等。肌电图检查或体外诱发电位检查可见异常。

(二)诊断及鉴别诊断

1. 诊断

患者常有头痛、头晕、入睡困难、多梦心烦等自觉症状，某些病人常在颈部特殊体位下才能入睡。手法检查可发现颈部肌肉发硬，棘突偏歪、压痛，棘上韧带剥离及椎旁的压痛。X 线片提示颈椎有退行性改变，如椎间隙狭窄、钩椎关节不对称、骨质增生、小关节错位、椎间孔狭小等。必要时可行星状神经节或颈上交感神经节封闭，有助于诊断。其他检查，如肌电图检查或体外诱发电位检查可发现异常改变。

2. 鉴别诊断

(1)精神性失眠：以失眠为主要症状，病人往往自觉症状重，常与客观检查不相符。重度精神分裂症病人也有失眠病状，但一般无颈部症状和阳性体征。

(2)环境性失眠：多由于环境的改变而引起，一旦环境再次改变，失眠便会不治而愈。

(三)治疗方法

1. 手法治疗(定点旋转复位法)

常可获得比较满意的疗效。一般先松解肌肉痉挛、复位偏歪之棘突，解除压迫，恢复脊柱的内外平衡及神经、血管的生理功能是其首要条件。

2. 特效点穴治疗(点按揉压法)

(1)完骨：位于耳后乳突下方，约一公分处。

(2)天柱：后颈部斜方肌的外侧即为天柱穴(后发际正中旁开 1.3 寸处)。

(3)神门：位于双手腕关节桡侧前端凹陷处。

(4)足三里：位于双下肢胫骨外侧，膝盖下约 5~6cm 处。(如图 7—6)

3. 锻炼与调理

(1)进行自我保健按摩(方法同前一节)。

(2)保持正确姿势，使用合适的枕头。一般采用 15cm 左右高的圆枕，置于脖子的后方，以防颈部肌肉紧张疲劳，颈曲变直。

(3)及时治疗颈部的外伤，以防椎体和棘突的错位。

(4)加强体育锻炼，适当活动关节，增强身体素质。

(5)注意饮食调节，保持营养平衡。平时可多食核桃仁、山芋肉、黑豆、黑芝麻等补肾；木瓜、当归、党参、黄芪等补气血，有助于改善睡眠和预防颈椎病。

(6)保持乐观情绪和平和心态，不急不躁、不气不馁、宽容大度、修身养性，对防治失眠有极重要的作用。

第三节胸椎错位所致的常见疾病

一、支气管炎、支气管哮喘

支气管炎、支气管哮喘是临床的常见疾病。急性支气管炎又称急性喘息性支气管炎或急性痉挛性支气管炎，是一种变态反应性疾病，一般有明显的季节性和地区性。大部分病人有不同程度的过敏史和遗传倾向，在临床上可分为感染型、吸入型及混合型三种。无论哪种类型，在发作前都有先兆症状，如受

凉、感冒、鼻痒、咳嗽、胸闷、气短和情绪变化等诱发因素。

(一)临床表现

支气管哮喘大部分在夜间发作，可有前驱症状，如鼻痒、干咳、胸闷、连续打喷嚏等。如未得到及时治疗，迅速进入呼吸困难阶段，被迫坐起，两手前撑，两肩耸起，挣扎呼吸，吸气短促，呼吸延长而费力，严重者可有唇指紫绀。发作长短不一，短者数分钟，长者达数小时甚至数日，才能逐渐缓解。

(二)诊断与鉴别诊断

1. 哮喘的诊断：

(1)患者常有反复的哮喘发作史，发作常有突然性或有明显诱因(如刺激性气味等)和季节性。

(2)发作时，常胸部饱满，呈过度清音，两肺布满哮鸣音，在呼吸时更明显。

(3)发作间歇期常无症状。

(4)脊椎检查时，大部分病人有颈2—胸8棘突偏歪，椎旁有压痛，颈或胸椎两旁肌肉僵硬。发病时，常与颈、胸椎局部疼痛相联系。

(5)大部分病人应用支气管解痉药和肾上腺皮质激素，可使状缓解。

(6)大部分病人血中嗜酸粒细胞常增多。

2. 支气管哮喘与下列疾病的鉴别

(1)急性细支气管炎(又称喘息性支气管炎)

多发生于小儿，成人多在慢性支气管炎的基础上发病。特点是起病急，有低热、全身酸痛或全身不适等，极易出现刺激性干咳，1~2天后，咳出粘液样或粘液脓样痰，严重者可转变成支气管肺炎。

(2)慢性支气管炎

以长期反复咳嗽为主要症状，受凉时易引起急性发作。痰可呈粘液或脓样。病程久者可引起肺气肿。肺部听诊可闻及干性或湿性罗音。

阻塞性肺气肿

此病进展缓慢，常有慢性咳嗽和气短。胸部检查见胸廓饱满，叩诊呈鼓音，听诊呼吸音减低。

心源性哮喘

与支气管哮喘发作时极为相似，易被误诊为支气管哮喘。

花粉症

此病常发于花粉散发季节，多在清晨、晴朗有风时。病者常有上呼吸道过敏性炎症表现，如流鼻涕、打喷嚏、鼻塞、眼和鼻奇痒，少数患者可有荨麻疹；鼻粘膜涂片可发现大量嗜酸性白细胞，以花粉作鼻粘膜激发试验，呈阳性。

此外还需与棉尘肺、霉草尘肺、过敏性肺炎、热带嗜酸粒细胞增多症、肺纤维变性、阻塞性肺不张、急性肺水肿、肺栓塞、肺梗塞、肺泡蛋白沉着症、矽肺、自发性气胸、大量胸腔积液、肺及纵隔炎症、肺病等相鉴别。

(三)治疗方法

1. 支气管炎的治疗

(1)首先要针对病因治疗，如颈、胸椎错位要手法按摩复位，对周围软组织进行揉按，以解除痉挛，逐渐恢复其自身功能。

(2)适当应用抗生素，以消炎、化痰，控制感染。用祛痰、止咳平喘药物以控制咳嗽。

(3)注意卧床休息，保持室内空气流通和湿度；注意饮食调养。

(4)适当加强锻炼，节制烟酒等刺激性食物，预防呼吸道感染。

2. 支气管哮喘的治疗

除了应用支气管炎的治疗方法外，还需注意以下几点：

(1)尽量远离致敏源(无法远离的可戴口罩)，减少对呼吸道的不良刺激。

(2)尽快解除颈椎、胸椎段的肌肉痉挛，纠正错位的椎体及小关节，以恢复脊柱内外的平衡，从而达到植物神经功能的平衡，解除支气管的痉挛。作完上述按摩后，重点在上背部三角区(即大椎与两侧肺俞穴连成的三角区)进行点按揉压，以疏通经络、调和气血、止咳平喘。

3. 特效点穴治疗

(1)鱼际穴：双手拇指第一掌骨中点桡侧，赤白肉际处。点按 3~5 分钟。

(2)定喘穴：位于大椎下凹窝旁开 1 寸处。

(3)天突穴：位于胸骨柄上缘凹陷中。

(4)华盖穴：位于第一胸椎处即颈部胸骨处。坚持按摩该穴位，可治疗支气管哮喘、气管炎、支气管肺炎、胸痛等疾病。患者可利用食指或中指直接按摩该穴位，坚持以顺时针和逆时针方向各按摩 100 次，一日做 2—3 次。一般 3—5 次即可起到良好的止喘效果。严禁饮酒和吃辛辣食物。

其他配以喘息、肺俞、忠阳、合谷、内关、人中、天柱、风池等。(如图 7—7)

4. 保健按摩与保养

(1)每天坚持清洗鼻腔 2~3 次，用凉、温水，轻吸入鼻腔，两手指轻揉鼻腔两侧，再把腔内水放掉。重复多次，直至把鼻腔的灰尘等冲洗干净为止。这对防止灰尘、细菌及各种过敏物质从呼吸道进入体内有重要的作用。在大气污染比较严重的今天，把住“病从鼻入”这一关，“御敌于国门之外”，其作用是显而易见的。

(2)冲洗完鼻腔后，接着按摩两侧迎香穴，反复多次，直至局部皮肤发热为止，然后依次点按太阳、翳风、风池、合谷、内关等穴位。

(3)宽胸顺气。先作 9 次深呼吸，要求慢、深、匀，做完后用手掌从锁骨下至腹股沟平抹 21 次，左手抹右胸、右手抹左胸；紧接着以肚脐为圆心，以顺时针和逆时针方向各摩腹 36 次。最后双手搓腰 36 次，达到宽胸顺气、调理脾胃、温补肾阳之目的。

(4)注意饮食调节。做到少吃多餐，食用营养丰富、热量高、易消化的食物；避免食用凉、冷、刺激性大、产气多、难消化、易过敏的食物。

(5)注意预防感冒，尽量控制呼吸道感染。

(6)平时注意颈椎及胸椎部的按摩和保养，避免不良姿势和慢性劳损的刺激，以防脊椎的错位。

(7)尽早脱离过敏源，尽量防止异味、霉味对呼吸道的刺激，保持室内空气新鲜。夏天注意防中暑，冬天注意防受寒，这些都是至关重要的。

(8)每年可作 1~2 个疗程的预防性治疗，如注射唯尔本、胸腺肽、转移因子、干扰素等，或进行针对病因的综合治疗，以提高机体的免疫能力，争取做到有病早治，无病早防。

二、冠心病

冠心病即冠状动脉硬化性心脏病，是冠状动脉硬化导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病。根据 I 临床特点可分为无症状冠心病、心绞痛、心肌梗塞、心肌硬化和猝死五种类型。由颈、胸椎病变引起的冠心病称为颈(胸)性类冠心病。本章只讨论因颈、胸椎错位所致的冠心病。

(一)临床表现

类冠心病的临床症状与冠心病的症状相类似。主要表现为心绞痛，是因为心肌急剧暂时缺血或缺氧所引起的临床综合征，其特点是阵发性的胸闷和心前区疼痛或压榨感。典型的发作为突然发生的疼痛，多在头颈部姿势突然改变、低头工作过久、高枕睡眠起床后发生。疼痛部位多在胸骨上段或中段后，亦可波及心前区大部分，常放射至肩、背部及上肢，以左侧多见。疼痛的性质多为压榨感或窒息感，常伴有胸闷、气急、颈部不适、酸胀感，部分患者伴有头晕、脑胀、失眠、多汗、易激动等。

(二)诊断及鉴别诊断

1. 有颈(胸)椎病史

改变颈部姿势，即可出现心前区疼痛症状及其他相关症状。

2. 查体

颈部活动受限，触摸脊椎棘突，可发现颈 1、2 偏移(或左或右)，颈 3、4 后突伴轻度偏移；胸 3、4 棘突后凸伴轻度偏移。错位部位肌肉呈条索状，且压痛明显。X 线片显示颈椎生理弯曲变直，齿状突多不居中，环齿间隙左右不对称；环椎间沟宽窄不等，颈 3、4 钩突常变尖伴密度增高，或左右钩椎关节不对称。心电图显示基本正常，或 T 波呈轻度双相或倒置，或较正常略低等。眼底检查无异常，血脂检查正常。

3. 药物试验治疗

症状无明显改善。颈(胸)性心绞痛易与冠心病心绞痛相混淆，临床上需注意鉴别。此外，还需与心

血管神经官能症(由于工作和生活过度紧张、焦虑等精神创伤所造成)、肋间神经痛、纵隔化脓性炎症、胸膜炎、胃溃疡等病相鉴别。

脊椎检查为,颈椎、胸椎 1—5 均可发生棘突偏歪、椎体移位,在相应部位正中或两侧出现肌肉僵硬,呈条索状,明显压痛。

(三)治疗方法

1. 特效点穴治疗

(1)膻中:位于左右乳头连线与胸部中线的交点上。

(2)内关:位于前臂掌侧,曲泽与大陵的连线上,腕横纹上 2 寸,掌长肌腱与桡侧腕屈肌腱之间。

(3)郄门:位于手臂前侧,肘与手腕中央连线的中心点,受压时会产生疼痛。(如图 7—8)

还可配合点按肺俞、心俞、膈俞、颈椎两侧及背部,以捏、提、点、按、揉、压、滚、搓等手法在督脉(脊椎巾线)、两侧膀胱经(沿脊椎中线两侧旁开 3 寸)上同时进行,注意手法要轻柔和缓,循序渐进,以病人能忍受为限度。

2. 锻炼与调理

(1)保持正常心态,避免情绪过分激动。

(2)避免过长时间低头工作,以免造成积累性损伤。

(3)避免高枕睡眠,枕头的高度为自己拳头竖放时的高度为标准。

(4)适时进行颈部活动,防止颈、肩、背部肌肉及韧带的损伤,以免发生椎体错位。

三、胃痛

胃脘部疼痛俗称“心口痛”,它是以疼痛为主要症状的一种常见病,多见于胃及十二指肠病变的患者。支配胃的交感神经的机能主要是抑制胃的运动,减少胃液分泌并传出痛觉;迷走神经的机能主要是促进胃的运动,增加胃液的分泌。交感神经和迷走神经互相拮抗,共同维持胃的正常功能活动。

(一)临床表现

1. 症状

早期可出现胃脘部的间歇性闷胀和不适,甚至钝痛和绞痛。疼痛范围较大,可沿肋间神经走行方向逆向出现,伴胸背部酸痛不适、食欲不振、暖气返酸、或恶心与呕吐。日久可逐渐出现胃脘部的饥饿样痛或灼痛感,持续时间较长。患者可能会出现便秘或腹泻,少数出现柏油样黑便。此时需要及时住院检查,以防不测。

2. 体征

胃脘部可出现压痛,腹软、无压痛、反跳痛;胸椎棘突可出现后突移位,以第 6-10 胸椎棘突多见。且局部压痛明显,椎旁可扪及条索状物或结节。

3. 临床检查

胃镜检查、X 线钡餐检查及胃液分析,可能无异常或呈轻度炎性改变。病程长者,有可能呈溃疡性改变。胸椎正侧位片大多无阳性发现,或呈轻度骨质增生样改变。

(二)诊断及鉴别诊断

1. 诊断要点

(1)胃脘部经常出现胀痛、钝痛、灼痛等,可沿肋间神经行走方向逆行出现,常伴胸背酸痛、全身不适、食欲不振或返酸暖气等。

(2)有长期低头伏案工作劳损史或胸背部外伤史。

(3)胃脘部可出现胀气、轻度压痛,腹软、无反跳痛。胸椎可触及后突或增粗,以第 6~10 胸椎多见,椎旁可扪及条索状硬块,有明显压痛。

(4)X 线片示胸椎无异常或见椎间隙模糊变窄。纤维胃镜可能有炎性或溃疡性改变。

2. 鉴别诊断

(1)急性结石性胆囊炎

右上腹部胀痛,或间歇性绞痛,右肩胛下区可出现放射痛,伴恶心呕吐。但大都起病突然,腹痛多呈持续性,伴发热、右上腹部压痛、腹肌紧张、腹式呼吸受限,莫非氏征阳性。血常规检查多见白细胞及中性粒细胞增高,B 超检查有炎性改变或呈结石性炎症改变。

(2)急性胰腺炎

多表现为上腹部剧痛，并向腰背部放射。此病起病急骤，一般为持续性刀割样痛，阵发性加剧，伴高热、畏寒、恶心、呕吐，腹肌紧张、压痛、反跳痛，血、尿淀粉酶检测均可增高。

(三)治疗方法

1. 手法治疗

点按揉压胸椎两侧，以解除肌肉痉挛，纠正错位小关节，并注意调理脾胃功能。患者取俯卧位，医者用拇指分别按揉脊椎两旁之肝俞、脾俞、胃俞、三焦俞等穴位；再换仰卧位，术者用拇指分别按揉上脘、中脘、气海、天枢、足三里等穴位，力度以患者感觉到酸麻胀为宜。另外还可让患者俯卧位，术者用拇指分别沿着脊椎两侧走太阳膀胱，经顺序从杼穴向下推按至三焦俞，每侧施术 5~7 遍。

2. 特效点穴治疗

(1)膈俞、肝俞、脾俞：分别位于背部肩胛骨的下方，第 7 胸椎棘突下，第 9 胸椎棘突下，第 11 胸椎棘突下旁开 1.5 寸处。

(2)足三里穴：位于小腿前外侧，腓骨小凸下缘三横指与胫骨交叉处的下方。

(3)梁丘穴：位于大腿前面(屈膝)，当髌前上棘与髌底外侧端的连线上，髌底上 2 寸处。

(4)中脘穴：位于上腹部，前正中线上，脐上 4 寸处。另可配合点委中、曲池等穴。

3. 锻炼与调理

(1)注意颈胸椎的保养，防止过度疲劳和外伤造成椎体及小关节错位。

(2)坚持摩腹。以肚脐为圆心，顺时针和逆时针各转 36 圈。摩腹后再按揉肚脐 3—5 分钟，每天一次。

(3)坚持按揉足三里、三阴交、上、中脘等穴位。

(4)保持乐观情绪，注意饮食调节，戒烟戒酒，忌食辛辣等刺激性食物。

四、慢性胆囊炎、胆石症

胆囊炎、胆石症是消化系的常见病症之一，它缠绵不愈，可伴随人生几十年，严重者可反复发作，引起体内代谢障碍、感染及胆汁潴留，形成结石或梗阻，引起右上腹剧烈疼痛，此时必须采取手术治疗。

支配胆道的交感神经主要来自大、小内脏神经，大内脏神经由第 7、8、9 胸段脊髓背节发出的 3 个根束所组成，然后在第 10 或第 11 胸椎体外侧，恰在交感神经干的前内方会合，最后在第 12 胸椎体的平面穿过膈肌中脚和内侧脚之间，进入腹腔并至腹腔神经节外角。小内脏神经的根束来自第 10、11 胸神经节，有时亦来自第 12 胸神经节，它穿过膈肌外侧脚和腰肌弓之间，最后进入腹腔神经节。所有交感神经的神经元在腹腔神经节内都有联合，并且在节内有纤维交叉，左侧的一些纤维进入胆道。节后的交感神经纤维和迷走神经交汇在一起，而向其所支配的器官行走，其分布情况大致如下：

1. 伴随胃、十二指肠动脉行程的交感神经纤维至胆总管下部，奥狄氏括约肌和胰头部。

2. 伴随肝动脉行程的交感神经纤维最后至肝门的前后神经丛，并分出纤维到胆总管上半部和胆囊。交感神经的机能是使胆囊、胆道和十二指肠的张力减弱，并将胆囊、胆道的感觉向上传递。迷走神经维持胆道张力，交感神经使之松弛，两者相互制约，使胆囊张力维持在功能状态。当椎体错位，引起迷走神经张力减低时，胆囊的收缩力降低，胆囊炎、胆结石的发病率也随之增高。

(一)临床表现

1. 症状

右上腹部疼痛和不适，有时有灼热感，并向右侧肩胛下区放射。常见于晚上和饱餐后和进食油腻食物后，疼痛明显加重，甚至可发生绞痛。部分患者可出现恶心呕吐、返酸暖气、消化不良、腹痛腹胀等。

2. 体征

右上腹部有触痛，在右锁骨中线的右肋弓下，有时可扪及圆形块状物，胸 6—9 可发现棘突后突或偏歪，偏歪侧棘突旁可触及条索状或结节状肿物，压痛明显。

3. 临床检查

肝胆 B 超可测定胆囊大小、胆汁多少、囊壁厚薄、结石大小等；胆囊造影可能不显影，表示胆囊功能丧失或显示有结石。

(二)诊断及鉴别诊断

1. 诊断要点

(1)反复发作性右上腹部疼痛,并向右侧肩胛下区放射,进食高脂餐后疼痛明显加重,莫非氏症阳性。
(2)胸椎 6~9 可触及棘突后突或偏移,且压痛明显,偏歪椎旁可触及条索状硬结物。腹部平片可示阳性结石影;肝胆 B 超示胆囊结石、胆囊增大、囊壁增厚。

(3)服药治疗效果不佳。

2. 鉴别诊断

(1)胃及十二指肠溃疡

腹痛有规律性,多表现上腹部钝痛、绞痛或灼痛,伴返酸暖气等,但溃疡一般具有长期性、周期性和节律性,进食、服抗酸剂可缓解,钡剂 X 线、内窥镜检查等可确诊。

(2)泌尿系结石及感染

除了有腹部隐痛外,常有血尿、尿频、尿痛,向阴部及大腿放射,尿常规检查有红、白细胞、蛋白等。

(3)慢性胰腺炎

患者上腹部疼痛,向左右季肋下或背部放射。但慢性胰腺炎多为上腹部剧烈疼痛或钝痛,持续时间较长,大便常规检查中性脂肪增多,肌纤维及氮含量增高;发作期血、尿淀粉酶可一过性增高;血、尿糖升高;B 超检查胰管有不规则扩张及管壁回声增强,有结石及钙化时可见光团及声影。

(三)治疗方法

1. 手法治疗

首先以纠正胸椎的小关节错位为主,配合调理手法,以改善胆囊的收缩和胆汁的排泄功能。

(1)指禅推法:待错位小关节复位后,用拇指指腹沿胸椎两侧足太阳膀胱经,自上而下或由下而上推按,重复 4—6 次。

(2)舒筋调理法:患者仰卧位,医者坐于右侧,先用四指摩法施于右上腹及剑突下 3—5 分钟,再以掌推法施于两胁,配合点揉章门、期门及两侧太冲等穴。

2. 特效点穴治疗

(1)肝俞穴:位于背部,第 9 胸椎棘突下旁开 1.5 寸。

(2)胆囊穴:位于双下肢阳陵泉下 3~7cm 间的敏感区。

(3)太冲穴:位于足背部,第一趾骨间隙后方的凹陷处。

(4)足三里:位于双下肢小腿外侧,犊鼻下 3 寸,距胫骨前缘一横指(中指)。

3. 锻炼与调理

(1)平时保持乐观情绪,避免脊椎损伤,尽量减少肝气瘀结及阴阳平衡失调。

(2)注意饮食调养,多吃蔬菜、水果、瘦肉、豆制品等清淡有营养的食物,少食肥甘辛辣之食物。

(3)经常点按足三里、胆囊穴等穴,以保持和增强脏腑的自我调节功能。

五、糖尿病

糖尿病是中老年人的常见病,主要是胰岛素分泌不足,引起糖代谢紊乱的一种疾病。临床表现为多饮、多食、多尿的“三多”症状,同时出现全身乏力、消瘦、精神倦怠、糖尿、血糖升高、易感染等。严重时可致蛋白质、脂肪、水及电解质的代谢紊乱,引起心、脑、肾、神经、肝胆、胃肠、生殖器、皮肤、骨骼和肌肉等的病变。尤其是脂肪代谢紊乱,可引起酮症酸中毒、失水、昏迷等而危及生命。

(一)临床表现

1. 症状

典型的“三多一少”,即多饮、多食、多尿、体重明显减少。一般有口渴、乏力、精神萎靡,胸背部有明显疼痛,活动时疼痛加剧。

2. 伴随症状

(1)皮肤瘙痒,女性的外阴瘙痒是常见症状之一,其原因为尿糖刺激局部所致。

(2)男性会出现勃起功能障碍(俗称阳痿),女性可出现月经紊乱或闭经。

(3)酮症性酸中毒,是糖尿病的严重急性并发症。当代谢紊乱发展至脂肪分解加速、血酮超过正常时,称为酮血症。酮体系酸性代谢产物,消耗体内碱储备,可引起代谢性酸中毒,病情严重者可发生昏迷。

(4)感染包括皮肤感染,结核、泌尿系感染及其他部位的化脓性感染。

(5)血管病变、基本病理变化是动脉硬化及微血管病变，常并发高血压性心脏病、脑血管疾病等。若眼底动脉病变可引起失明。

(6)神经病变，常为末梢神经首先受损，下肢较上肢严重，常出现脚踏海绵感，肢端麻木、针刺样痛等，严重者可出现肌肉萎缩以至瘫痪。

3. 体征

大多病人有脊椎侧弯、错位，表现为棘突排列不齐、隆起或凹陷，棘突旁压痛明显；错位椎体旁肌肉僵硬，呈条索状或可触及结节状颗粒。

4. X线正、侧位片

可能出现脊柱代偿性侧突，棘突排列不齐，椎小关节间隙模糊不清，部分患者可出现骨质增生。也有相当部分患者拍片无异常改变。

(二)诊断及鉴别诊断

1. 诊断

- (1)有“三多一少”症状，即多饮、多食、多尿、消瘦。
- (2)化验检查尿糖可达1~4个“+”号，血糖都在6.0以上。
- (3)部分病人有家族遗传史。
- (4)脊柱错位，肌肉劳损，可能与长期姿势不正、外伤、劳损及污染中毒有关。

2. 鉴别诊断

(1)肾性糖尿

因肾小管吸收功能低下，肾糖阈降低所致。

(2)其他高血糖糖尿

因摄食大量含糖食物，餐后一时引起血糖、尿糖增高。空腹时，血糖尿糖正常。

应激性糖尿，因外伤、心肌梗塞等，可使血糖、尿糖短暂性增高。

继发性糖尿病，常见于急性胰腺炎、胰腺癌、嗜铬细胞瘤等，可根据病史及临床检查作鉴别。

(三)治疗方法

1. 手法治疗

主要采取点、压、揉、按等手法，纠正偏歪的棘突和错位的横突，重点按摩胸4-8椎体两旁及两侧的膀胱经，使其肌肉痉挛得以解除，椎体错位得以恢复。

2. 特效点穴治疗

- (1)脊中穴：位于第11胸椎与第12胸椎棘突连线的中点上，即背部的中央。
 - (2)胰俞：位于第8胸椎旁开1.5寸。
- 另可配合点肝俞、胆俞、足三里、三阴交等穴，每穴点按揉压3~5分钟。

3. 锻炼与调理

- (1)平时应加强自我保健按摩，重点放在脊椎两侧、上腹部、手、足部相关反射区、足三里等。
- (2)保持正确姿势，防止脊椎劳损错位。
- (3)保持乐观情绪，避免精神紧张和过度刺激。
- (4)严格合理的饮食控制，根据血糖、尿糖的变化，及时调整饮食和降糖用药。
- (5)预防感冒、预防感染、尽量减少合并症的发生。

第四节腰、骶椎错位所致的常见疾病

一、急性腰扭伤

急性腰扭伤，是指人们在日常生活活动中，突然发生腰部功能严重障碍的一种急性损伤性腰痛，俗称“闪腰”。腰部急性扭伤包括肌肉、韧带、筋膜、小关节突椎间盘等组织的急性损伤，90%发生在腰骶关节或骶髂关节，是平常生活中的常见病，男性多于女性。

(一)临床表现

急性腰扭伤时，患部立即出现剧烈疼痛，腰部僵硬不能翻动，疼痛持续，休息也不能消除，止痛药一般无效。共同表现为剧烈疼痛，腰部僵硬，不能活动。不同表现为以下几点：

1. 棘上、棘间韧带急性扭伤

脊柱急骤屈曲或后方暴力直接冲击局部，均可引起棘上韧带损伤。根据损伤程度可分为完全断裂和不完全断裂。

棘上韧带完全断裂是在强大暴力冲击下发生的，多伴有腰椎骨折与脱位，同时也伴有棘间韧带断裂。检查时，可见椎体局部后凸畸形、肿胀，并有明显压痛，x线片显示棘间隙加宽，棘突后软组织阴影增厚。

棘间韧带急性损伤多发生于腰骶部，或常与棘上韧带损伤同时发生。腰骶椎之间是活动的腰椎与固定的骶椎相接之处，因骶椎无活动性，缺乏缓冲外力和吸收震荡的能力，故腰骶间隙容易遭损害。临床表现为损害处疼痛，不能向前弯腰，后伸亦微痛，不能达到最大限度的后伸。压痛点在腰骶之间的正中，其定位是两侧髂嵴直线通过的棘间隙为4、5棘间韧带，再往下越过一棘突，即是腰骶棘间韧带。

棘上韧带与棘间韧带损伤的区别在于，前者压痛表浅，无论腰前屈后伸检查，其压痛程度不变；后者在腰前屈压痛不明显。这是因为腰前屈时，棘上韧带被拉紧，后伸压痛时，棘上韧带松弛，棘间韧带受压痛明显。

2. 腰背筋膜及骶棘肌的急性扭伤

平时人们用右手取物机会较多，在身体向右前方弯曲的姿势突然遭受强力扭转或侧方暴力时，常把左侧下腰部的腰背筋膜和骶棘肌拉伤。损伤的判断是靠压痛点的位置，腰向前屈患处有牵拉痛，压痛点在第5腰椎棘突左下方，相当于左侧小关节处。

与椎小关节损伤的区别是，小关节突损伤以腰的后伸痛为主，另外小关节囊的浅层为黄韧带，所以小关节损伤也常伴有椎管内症状，即腰后伸伴有腿痛的特点，骶棘肌和腰背筋膜的损伤无根性神经痛。

3. 后纵韧带和纤维环急性损伤

急性腰扭伤同时可累及后纵韧带和纤维环，也就是腰椎间盘突出阶段。病人自述先腰痛，经过数日或数周后逐渐变成腿痛。腰痛是纤维环和后纵韧带的损伤阶段，腿痛是椎间盘突出的开始。

后纵韧带上分布着非常敏感的硬脑膜返之神经末梢，是椎管的前壁，有着特殊的敏感性。当后纵韧带和纤维环受到损伤后，出现明显的椎管内症状，即一切能使椎管内压力增高的活动均能引起疼痛，如咳嗽、喷嚏、下蹲等。它与腰椎间盘突出症的鉴别是，它只有腰痛，没有放射性腿痛，这时腰不能负重，不能转动身体，翻身起立均有困难。如果未很好的固定腰部，后纵韧带及纤维环尚未愈合牢固，过早活动和负重，容易引起腰椎间盘突出。

(二) 诊断及鉴别诊断

1. 诊断

(1) 有急性发作的外伤史，常发生在活动的一瞬间。

(2) 腰部剧烈疼痛，被动体位，活动困难。

(3) 腰部肌肉痉挛，压痛明显。如压痛在棘突旁、腰椎横突或髂嵴后部时，多为骶棘肌损伤或筋膜损伤；在棘突旁有深压痛时，常为椎间小关节损伤；骶髂关节压痛伴伤侧下肢抬举屈伸障碍时，为骶髂关节损伤；腰骶关节压痛并侧卧屈腿腰痛加重时，多为腰骶关节损伤；腰骶部可摸到弹性皮下肿块和压痛时，多为腰背筋膜损伤等。

2. 鉴别诊断

从发病时间上进行鉴别，急性腰扭伤往往发病突然，其他腰部疼痛相对进展缓慢。与椎间盘突出相鉴别，急性腰扭伤一般无下肢痛，直腿抬高试验，腰部疼痛；椎间盘突出有下肢坐骨神经压迫症状。

(三) 治疗方法

1. 手法治疗

患者俯卧，全身尽量放松，术者用两手从背部至腰骶部的两侧，自上而下点按揉压，逐步解除肌肉痉挛，缓解疼痛。

2. 特效点穴治疗

(1) 鱼际穴：位于第一掌骨中点桡侧，赤白肉际处。术者双手点按鱼际穴，嘱患者两脚开立，慢慢作

腰部的转动，动作由慢到快，活动范围由小到大。可起到立竿见影的效果。

(2)上仙：位于第 5 腰椎与骶骨之间的中线上。只要刺激这个穴位，疼痛也会很快减轻。

(3)肾俞：位于第 2 腰椎棘突下旁开 1.5 寸。

(4)大肠俞：位于第 4 腰椎棘突下旁开 1.5 寸。

点穴之后，使用腰部旋转复位法，使其错位得以恢复。

3. 锻炼与调理

(1)在日常生活和劳动中，注意保持正确姿势，加强背部肌肉的锻炼，使背部肌肉韧带等随时处于协调状态，是预防椎体及小关节错位的最好方法。

(2)对已发生腰扭伤者，要尽早查明原因，卧硬板床休息，及时采取措施，解除肌肉韧带的水肿痉挛，对错位的椎体及小关节及时复位。

(3)每次作剧烈运动或搬重物时，先作好准备活动。特别是搬重物时，要尽量屈髋屈膝下蹲，使重物尽量靠近躯体，减小力矩，以防腰肌损伤。

二、腰椎间盘突出症、

腰椎间盘突出症是由于椎间盘本身的病变，急性损伤、慢性劳损等因素使纤维环破裂、髓核组织突向椎管内压迫神经根所致。又因局部充血、水肿等无菌性炎症反应，使神经根进一步受压，应激性增高，从而出现一系列的临床综合表现，是一种常见病。好发于 20~50 岁的青壮年，男性比女性多见。部位以腰 4、腰 5 至骶 1 椎间盘突出最常见。根据髓核突出的形态和程度，大致可分为三型，即突出型、破裂型和游离型。

椎间盘是一种富有弹性的软骨组织，位于两个椎体之间，从第 2 颈椎起到第 1 骶椎上，共有 23 个椎间盘，即颈椎间盘 6 个，胸椎的 12 个，腰椎的 5 个。每一个椎间盘由三部分组成，即髓核、纤维环和软骨板。

1. 髓核

髓核是椎间盘的主要成分，为胶粘状半液体物质，含有 85% 的水分和退化的脊索残余，位于椎间盘的中央偏后，本身张力大，无一定形状，并由周围的纤维环及上下软骨板所围绕固定。随着年龄的增长，髓核组织逐渐被纤维软骨所代替。

2. 纤维环

位于上下软骨板的周围，由胶原纤维及纤维软骨构成。纤维环是椎间盘主要的负重组织，并与上下软骨板和脊柱的前、后纵韧带紧密相连。纤维环围绕髓核并使其维持一定的位置及形态。在周围压力的作用下，将力量平均分散在环上，有较好地缓冲震荡作用。

3. 软骨板

软骨板构成椎间盘的上下壁，紧贴椎体，其边缘在 10 岁以后有骨化中心出现，20 岁以后骨化完成，并与椎体缘相融合而成骨环。此软骨板可承受压力保护椎体，在一定渗透压下，可将水分扩散到椎间盘，但无血液供应。

椎间盘的主要机能是承受与传达压力；吸收脊柱之震荡，缓冲压力；维持脊柱的稳定性与弹性。髓核是椎间盘机能的基础，纤维环与软骨板均有保护髓核作用，而软骨板借其具有半透膜的渗透作用，与椎体进行水分交换维持髓核的正常饱和量，以保持髓核半液体状态。

椎间盘的发育退变过程一般认为分为三个阶段。20 岁以前为生长发育期；20—35 岁为发育成熟期；35 岁以后为退变期。在生长发育期，有血管自软骨穿入椎间盘。这些血管，随年龄的增长逐渐被纤维组织所梗塞，至发育成熟血管消失，血液供应逐渐减少，随之髓核的含水量也随年龄的增长而逐渐减少，使其丧失弹性而诱发纤维环与软骨板的退变。

腰椎间盘的特点为：腰椎间盘位于椎间盘偏后外侧，纤维环前厚后薄；后纵韧带到达腰部时逐渐变窄，且承受的压力较大。加之下腰段是脊柱活动量最大的部分，其椎间盘被牵拉、挤压的机会就会增多。所以腰椎间盘突出症的发生率比颈、胸椎间盘突出的多。

(一)临床表现

1. 腰背部疼痛

这种疼痛一般出现在腿痛之前，腰背痛的范围较广，但主要在下腰部及腰骶部，其疼痛的主要原因

是因为椎间盘突出后刺激了纤维环外层和后纵韧带中的窦椎神经纤维。疼痛的部位较深，难以定位，一般为钝痛、刺痛或放射性疼痛，并沿坐骨神经向下放射。当行走、站立、咳嗽或负重劳累时症状加重，多数患者经卧床休息后症状缓解。如向椎管内突出，可压迫马尾神经出现部分性双下肢瘫痪、会阴部麻木和大小便功能障碍，病程长者可出现小腿、足背外侧、足跟和足底外侧麻木。发病男性多于女性，好发部位多在腰4、5和骶1椎间盘，常伴有下肢肌肉萎缩、间歇性跛行。

脊柱姿势发生改变，腰椎间盘突出症患者约90%以上有不同程度的脊柱侧弯、平腰或呈后凸状，脊柱运动受限(后伸限制更显著)。侧弯能使神经根松弛，疼痛减轻。

2. 临床检查

(1) 脊柱运动检查

当椎间盘突出后，脊柱的各项活动均受到限制，这主要因为脊柱屈曲时，椎间盘前部受到挤压，后侧间隙加宽，髓核后移，使突出物的张力加大；同时脊髓上移，牵拉神经根，故疼痛加重，使运动受限。当腰部伸展时，突出物亦增大，且黄韧带皱褶向前突出，造成前后挤压神经根，使疼痛加重而限制了脊柱的活动。

(2) 突旁压痛点及阳性反应物

患者俯卧于床，放松腰部肌肉，检查者沿腰部棘突两侧按压，若有椎间盘突出，其相应椎旁肌肉明显变硬、呈条索状，并有明显压痛点。疼痛沿坐骨神经分布区向下肢放射，称为放射性压痛。这种棘突旁的压痛，以腰4、5椎间盘突出较为明显，腰5骶1椎间盘突出有时不明显。

(3) 直腿抬高试验

正常人仰卧位膝关节伸直时，被动抬高下肢，活动度为 $60^{\circ} \sim 120^{\circ}$ 。当腰椎间盘突出时，其活动度明显减小。检查时，患者仰卧，患肢直腿抬高时，出现腰部及患肢疼痛为阳性。此病多数患者为阳性，这是由于直腿抬高时坐骨神经受到牵拉刺激所致。

(4) 股神经牵拉试验

病人俯卧位，双下肢伸直，检查者一手按于臀部，另一手托膝前部并向上提托，使髋关节处过伸位，大腿前侧沿股神经分布区出现牵拉放射性疼痛为阳性，常见于腰2、3和腰3、4椎间盘突出症。此试验的机制是使股神经紧张性增高，刺激了突出物所压迫的神经根。

(5) 仰卧挺腹试验

病人仰卧于床，双下肢伸直，作提臀挺腹动作，使腰、背、臀部离开床面，仅以头及双足支撑身体。如出现腰及下肢放射性疼痛，即为阳性。

(6) 拇趾背伸试验

病人仰卧，双下肢伸直，检查者两手置于病人两侧拇趾背侧，嘱病人用力将两拇趾向足背伸。正常时，两侧拇趾对称有力，如一侧无力或比另侧有明显减弱，即为阳性。

(7) 弓弦试验

病人在直腿抬高至极限时，使膝关节略屈，将腿置于检查者的肩上，检查者用双拇指突压腘窝，坐骨神经分布区放射性疼痛为阳性。

(8) 压颈试验

病人站立位或仰卧位，检查者用拇指和食指压迫颈静脉，持续1~3分钟，使椎管内压力增高，腹及双下肢麻木疼痛者为阳性。

(9) 跟腱反射

用叩诊锤叩击跟腱，如腰5、骶1椎间盘突出者，多有患侧反射减弱，如中央型突出，常有两侧跟腱反射减弱。

(10) 感觉检查

用棉花纤维触及或用针头点刺两侧下肢皮肤进行比较，如腰4、5椎间盘突出，可使足背和小腿前外侧感觉减退；腰5、骶1椎间盘突出，可使足底外侧和足跟皮肤感觉减退。

3. 影像学检查

腰椎间盘突出症的影像学检查，包括X线平片、计算机体层扫描(CT)、磁共振成像检查(MRI)等。

(1) X线平片检查

X 线平片可有脊柱侧弯或腰曲变直或反张，椎间隙左右不等宽。严重者或晚期病人可有椎体轻度前后错位，椎体前后缘骨质增生，椎间孔变窄的改变。

(2) 机体层扫描(CT)

椎间盘后缘变形：正常情况下椎间盘的后缘与骨性关节板的边缘平行。在髓核突出后，椎间盘后缘有一局部突出影。

硬脊膜外脂肪移位：正常情况下，腰₄₋₅和腰₅骶₁平面有丰富的硬脊膜外脂肪，硬脊膜外透亮区的形态和大小对称。椎间盘纤维环破裂后，突出的髓核替代了低密度的硬脊膜外脂肪，在椎间盘破裂的平面上，两侧对比可发现透亮区不对称。

硬脊膜外间隙中有软组织密度影：根据其 cT 值，突出的髓核密度高于硬脊膜囊和硬脊膜外脂肪的密度，故硬脊膜外间隙中的软组织密度影代表突出物的形状、大小和位置。

硬脊膜囊变形：椎间盘突出压迫硬脊膜囊，使硬脊膜囊变形，出现半圆形、新月形压迹影。

神经根受限移位：当碎片向骨性椎管外侧突出时，可将神经根向后推移挤压。

髓核钙化：髓核突出的时间较长时，可发现碎片与椎间盘面板边缘连在一起。

(3) 磁共振成像检查(MRI)

磁共振检查是一种新型的、对人体无害的检查技术，并能清晰地显示所检查部位的解剖图像。脊柱 MRI 检查可作横断面、矢状面、冠状面成像。MRI 图像可显示出突出髓核的形状(扁平形、圆形、卵圆形或不规则形)。在矢状位图像中，可见到突出的髓核与硬脊膜外脂肪分界清楚，突出的部分髓核与未突出的部分髓核之间有窄颈相连。

(4) 脊髓造影

脊髓造影是临床上诊断腰椎间盘突出的一种理想的方法，特别是对椎管内占位性病变的诊断率较高。但造影的并发症较多，使用时要慎重。脊髓水溶性碘油造影(简称碘水造影)是一种比碘油造影更为安全可靠，且并发症少的检查方法。

(二) 诊断及鉴别诊断

腰椎间盘突出诊断并不难，腰椎侧弯、脊柱运动受限、腰椎棘突或棘突旁压痛、放射痛，cT 或 MRI 检查即可确诊。

1. 急性腰肌劳损

急性腰肌劳损与椎间盘突出都有外伤史和腰腿痛。前者的腰痛和坐骨神经痛是反射性引起，故只有自觉性腿痛，且区域不明显，坐骨神经无明显的压痛点。最好的鉴别办法是痛点封闭，封闭后疼痛立即减轻或消失，且 x 线平片未见脊椎病变。

2. 马尾神经瘤

易与腰椎间盘突出症的中央型相混淆。但马尾神经瘤呈进行性疼痛，夜间疼痛加重，骶尾部皮肤感觉减退，常伴有大小便功能紊乱。脑脊液检查蛋白增高，x 线平片示椎板常有破坏，脊髓造影有阻塞。

3. 肥大性腰椎炎合并神经根激惹症

腰椎骨质增生如发生在椎间孔，有时可出现激惹神经根引起下肢反射性疼痛，但一般较轻，且在腰部各方位活动都有疼痛，休息后症状多会自行消失。

4. 椎管狭窄症

本病呈间歇性跛行，休息后症状减轻。后伸受限，下蹲或平卧疼痛缓解或消失。必要时进行脊髓造影。

5. 骶髂关节炎或错位

本病有时也出现骶部与下肢麻痹，但局部压痛明显，单腿负重试验多阳性，“4”字试验多阳性，骨盆纵轴旋转多阳性。X 线片示骶髂关节密度增高或其关节间隙变窄。

(三) 治疗方法

腰椎间盘突出症的治疗方法很多，但其效果各有差异，现介绍几种较为有效的方法。

1. 手法治疗

应根据患者具体情况决定治疗手法，年高体弱者应轻柔适中。每天可作 1 次，5 次为一疗程。

(1) 侧搬复位法

患者侧卧床上，上面的下肢的膝、髋关节屈曲 80°，医者一手扶持肩部前侧，另一手扶持髂骨后外缘，两手用力，方向相反、力量相等，推拉侧搬(注意两个力的交叉点尽可能在患椎上)。当遇到阻力不动时，突然加上推拉力，常听到“咯”的一声。然后患者改另一侧卧，按照上述操作方法进行推拉侧搬，手法告毕。

(2) 旋转复位法

我们由采取双人旋转复位法，改用了双连椅单人旋转复位法。患者单坐在双连椅的一椅上，医者正坐患者之后一椅，首先查清侧突最明显的棘突(或肌痉挛、压痛明显的棘突旁)，用一拇疾患，脊椎骨折及转移性肿瘤者禁用。

三、排尿异常

引起排尿异常的原因很多，包括肾脏本身的疾患，如。肾盂肾炎，肾、输尿管和膀胱结石，肾肿瘤、膀胱机能障碍等。脊柱软组织损伤引起的排尿异常，包括尿频、尿急、尿痛、小便失控等，是一种常见病、多发病。其损伤部位多在下腹段和臀部，其次是上腹段与颈段。

(一) 临床表现

1. 尿频。排尿次数增多，每次尿量很少。应与多尿区别，正常人排尿白天 2~4 次，夜间睡眠中不排尿，或仅 1 次；而脊源性尿频，轻者 5~7 次，重者十几次或几十次不等。

2. 尿急。有尿意时，立即就要尿，经常因来不及而尿裤子。

3. 尿痛。排尿时，尿道口疼痛，并有烧灼感。

4. 多尿。指成人超过 1.5 升 / 24 小时，多者可达数千升。常见于尿崩症等病。

5. 遗尿(俗称尿床)。指夜间或某种情况下出现不随意的排尿，不伴有其他排尿异常。

6. 尿失禁。尿液不能控制，自动流出者称为尿失禁。轻者仅在夜间膀胱胀满时出现，重者尿液淋漓不断。

7. 排尿困难。排尿时不能。立即排出，必须经一定的时间如数秒或数分钟后才能排尿，这种现象也叫排尿延迟，有时排尿需要多次用力，尿线呈断续状。

8. 尿潴溜。指尿潴溜膀胱，一滴都不能尿出。常见于尿道损伤、梗阻、尿道扩约肌痉挛等。

脊椎检查为颈部活动受限，肌肉僵硬，颈 3-5、胸 9 至腰骶部棘突发生偏歪，局部压痛明显。尿常规检查为一般无异常，严重者可查到红、白细胞、脓细胞、蛋白等。x 线检查为较重者可有生理曲度改变或骨质增生。

(二) 诊断与鉴别诊断

本病多发生在青少年或壮年，女性多于男性，常有脊柱和腰骶部损伤史。患者排尿次数增多，排尿出现异常。尿常规可能有异常改变。要与肾、膀胱结核和肿瘤相鉴别。

(三) 治疗方法

1. 手法治疗

手法纠正偏歪的棘突，恢复脊椎的内外平衡，松解肌肉痉挛，解除对神经血管的压迫，以恢复其功能。

2. 特效点穴治疗

(1) 中极穴：位于下腹部前正中线上脐下 4 寸。

(2) 曲骨穴：位于下腹部前中线上、耻骨联合上缘中点处。

(3) 足三里：位于小腿前外侧，犊鼻下 3 寸，距胫骨前缘缘一横指(中指)。

(4) 三阴交：位于小腿内侧，足内踝尖上 3 寸，胫骨内侧缘后方。

3. 锻炼与调理

(1) 平时可加强腰部(双肾区)及小腹部按摩，点压中极、曲骨、会阴、足三里、三阴交等穴。

(2) 预防脊柱与臀部的损伤，如有损伤应及时治疗。

(3) 加强脊柱与腰骶部锻炼，防止过度疲劳，有助于本病的预防和恢复。

附一：

脊疗特效歌谣 20 首

1. 主治：头痛、头晕、失眠、多梦
矫正颈椎点太阳，头痛头晕帮大忙；再加风池和玉枕，失眠多梦也无妨。
2. 主治：过敏性鼻炎、皮肤过敏
颈₄胸₉一起上，矫正位置不能忘；喷嚏过敏从此消，一般不需药帮忙。
3. 主治：肩周炎等
肩膀酸痛是信号，左肩酸痛防心脏；右肩酸痛肝胆肠，常按胸椎即可防。
4. 主治：心脏病、高血压
常按胸₂和胸₃，心脏疾患可延缓；再加颈椎和曲池，血压异常可以治。
5. 主治：急性胃肠痉挛(疼痛)
调整胸椎₆至₉，委中中脘三里求；疼痛何需再用药，保你从此不用愁。
6. 主治：糖尿病
糖尿病是老大难，胸₇₋₁₂要常按；百日功夫见成效，胰岛功能逐渐全。
7. 主治：全身不适
脊“三线”墙角擦，上下左右各百下；早上晚上各一次，什么疾病都不怕。
(注：脊“三线”指棘突尖线(即督脉)，两侧膀胱经线。)
8. 主治：延缓肾衰
腰椎按摩很重要，长期坚持防衰老；肾气充盈体健壮，活到百岁有何妨。
9. 主治：内脏功能紊乱
脊椎神经连内脏，发现问题找脊旁；只要位置一矫正，内脏功能可正常。
10. 矫正骨盆治百病
骨盆移位莫小看，发生移位惹祸端；要想脊椎不错位，矫正骨盆最安全。
11. 主治：屈光不正等眼疾
近视眼睛不用烦，脊椎挑治很安全；只要坚持来治疗，去掉眼镜并不难。
12. 主治：主治膈肌痉挛
膈肌痉挛称“呃逆”，反复发做心静难；矫正脊椎点膈俞，指压少商即可停。
13. 主治：哮喘、气管炎
谈起哮喘气管炎，患了此病很可怜；坚持常按“肺三角”，再点鱼际疗效显。
(注：“肺三角”指大椎穴到两侧肺俞穴三点的连线。)
14. 主治：急性腰扭伤
点按鱼际慢转腰；疼痛即可顿时消；再加腰椎轻复位，疗效确实又可靠。
15. 预防衰老：
人老首先脊椎老，要想年青脊椎找；每天坚持做按摩，适当活动防衰老。
16. 主治：发热
头身发热关节酸，按摩颈椎可解烦；耳尖大椎再放血，恢复体温谈何难。
17. 主治：急性肠胃炎
上吐下泻很寻常，按摩腰骶不能忘；再配三里止泻穴，症状再重也无妨
18. 主治：坐骨神经炎
坐骨神经路最长，往往容易受损伤，按摩腰₄至骶₁，环跳三里不能忘。
19. 主治：月经不调
月经不调惹人烦，按摩腰骶最常见；曲骨关元三阴交，一起按摩显奇效。
20. 脊椎骨盆很重要，健康长寿它来保；要想潇洒过一生，劝君早早学脊疗。

附二：

环流检毒及环状测病法

任何对人体有害的物质，都会使人体的神经、肌肉受到损害，从而引发肌张力的下降，这是环流检毒及环状测试法的理论依据。

其测试方法为：被测试者坐下或站立，全身放松，右手拇指和食指握成环状，测试者双手食指呈钩状，双方均使用均衡同等的力量。此时被测试者指环很难被拉开，再嘱被测试者左手于拇指和食指捏住有毒之物(如香烟丝等，测什么拿什么)，或用左手置其身体有病的部位，如果右手指环很容易被拉开，则表示该物有毒或身体某部位有病。如果很难将指环拉开，则表示对人体无害或身体某部位无异常。

当然，这种方法只是初部检测，提请您引起注意，以便作进一步的观测和检查，使用得当，这对您的健康和安全的有益处的。

环状测试更正确的六个实施要点：

1. 戴在身上的金属饰物(手表、戒指、眼镜、皮带等)全部取下。
2. 尽可能与身高、体重相仿的人一同测试。
3. 避免在带有静电的合成纤维或毛毯上操作。
4. 两脚分开，笔直向前，自然端坐。
5. 两手腕约离腋下二十厘米。
6. 一定要以手腕构成环状。

附三：

脊椎锻炼法

宁卫东根据宏纯法师和李和生老师的功法改编

第一式： 摇颈

两脚并立，两臂下垂，低头吐气，松肩塌腰。仰头吸气，胸椎后弯。屏气静立，不慌不急。头正沉气，气沉海底。吐雾低头，缓缓吐气，把气吐尽。轻缓举头，吸气仰首。屏气仰胸，头正沉气……(重复动做，可做3-9次)。

缓缓吐气，平和呼吸，不慌不急，松肩塌腰。头向左转，把气吸足，向左后看。回首向前，吐气呼吸。头向右转，吸气塌腰，向右后看。回首向前，吐气呼吸，目视远方……(重复动做，可做3~9次)。

向左歪头，平缓呼吸，目视远方。向右歪头，平缓呼吸，目视远方。向左歪头……(重复动做，可做3~9次)。

头正颈直，松肩塌腰，低头右旋，一呼一吸。低头右旋，先呼后吸。低头右旋，……做3~9次。头正颈直，松肩塌腰，低头左旋，先呼后吸。低头左旋，一呼一吸。低头左旋，……做3-9次。(在旋转的过程中先小圈，逐步加大旋转角度。)向后旋摇时，仰头吸气，吸气要足；向前旋摇时，低头吐气，吐气要缓；屏气要自然。动做要轻柔、缓慢，不慌不急，下肢和腰部不要随头扭动。

第二式： 转胸椎

头正颈直，松肩塌腰，头正颈正，松肩塌腰。两脚并立，两手轻按胯部。向左旋胯，脊柱随之扭动。一旋一旋，不要太快，向左旋胯，脊柱随之扭动，犹如乌龙盘柱。……(重复动做，可做3~9次)。向右旋胯，不要太快，向右旋胯，乌龙盘柱。……(重复动做，可做3~9次)。

两手松开，自由下垂。向左旋胸椎，左旋胸椎，犹如乌龙盘柱。……(重复动做，可做3~9次)。向右旋胸椎，右旋胸椎，犹如乌龙盘柱。……(重复动做，可做3~9次)。向左旋腰，轻轻慢旋，……(重复动做，可做3—9次)。向右旋腰，轻轻慢旋，……(重复动做，可做3~9次)。

行此式是依次旋转胯、胸椎、腰椎，旋转时要分层次，动做轻柔缓慢，自然呼吸，犹如乌龙盘柱。

第三式： 摇肩

两脚并立，龙爪点肩，两肘向前抬平，轻轻点触。向后摇旋（即一摇），二摇展胸，三摇松颈，四摇松肩，五摇松胸，六摇松腰，七摇松胯，八摇用力，九摇大旋，再向后三摇。共 12 摇。自然呼吸。向前摇旋，（即一摇），二摇用力，三摇用劲，四摇大旋，五摇～第十二摇后停住。同样要依次松颈、松肩、松胸、松胯。停止时松肩垂臂，平缓呼吸。

第四式：摆腰

两脚摆开，相距两尺站直。两臂伸直上抬至头部，掌心向前，然后弯腰摆臂，兜至裆部，头亦随之向下摆动。如此一上一下，不断上下摆动。做 6～9 次。行此式，脚要站稳，腿要伸直，腰要放松，头臂摆动要自然。年老、体弱、病虚者，不要用力，摆动幅度要适度，点到即可。最后直身，站好，两脚并拢。

第五式：脊椎运动

两脚摆开，距离与肩同宽。两臂松垂，两眼平视。两掌转至两大腿前，含胸实腹，屈膝蹲身，溜臀部，头向前微低，两掌心摸到膝盖为止。抬头，身体慢慢直立，不要撅臀，挺胸仰头，使脊椎向后弯。共做 36 次。最多不超过 108 次。

第六式：展臂收功

两脚并立，两臂下垂。起式两掌在腹前指尖相对，掌心向下。两臂向两侧展开，展平时，轻扭脊柱，转掌掌心向上，吸气，至头顶合拾。从体前下落，至腹部时分掌吐气。再两臂展开，如此重复动做，做 3—6 次。收功时搓掌、擦脸、抚目、擦头、搓颈，平和呼吸。

附四：

方开“摩腹运气功”

第一节：用两手中：_ . =指按心窝(即剑突下)从左顺时针旋转摩动 21 圈。

第二节：用两手中三指按心窝(即剑突下)向下摩动至耻骨处 21 次。

第三节：用两手中三指从耻骨处向两边分摩，并沿脐两侧向上摩动，直至心窝(即剑突下)两手汇合为止 21 次。

第四节：用两手中三指按心窝(即剑突下)向下直推至耻骨处，往返 21 次。

第五节：以脐为中心，用右手从左顺时针绕摩脐腹 21 圈。

第六节：以脐为中心，用左手从右逆时针绕摩脐腹 21 圈。

第七节：左手大拇指向前，四指托后，轻放腰部，用右手中三指从左乳下直推至大腿根部，反复做 21 次。

第八节：同第七节，唯左右方向互易。（右手大拇指向前，四指托后，轻放腰部，用左手中三指从右乳下直推至大腿根部，反复做 21 次。）

第九节：推摩完毕后，即取盘腿坐位或正坐位，两手捏拳分按于两膝上，两足十趾稍微内曲，将脑部(上半身)自左转前，由右归后，反复摇转 21 次；又照前自右向左反复摇转 21 次。第十节：以手代梳，梳头 21 次。

第十一节：搓后颈部，左右各 21 次。

第十二节：搓双肾区 21—28 次。

最后轻轻拍打全身收功。

摩腹运气功简便易学，动作揉缓，练习时不受时间、场地等限制，也无任何偏差流弊，具有调和营、宣通经络、舒畅气机，从而达到阴平阳秘的医疗保健作用。它既可达到意气合一、精神内守的宁志要求，又可起到推动谷气得消、V 血调达之效益，最适宜于中老年人，特别是一些慢性消化系统疾病患者选用。

适应证：各种胃炎、胃下垂、胃肠神经功能紊乱症；习惯性便秘、慢性结肠炎、肺结核、高血压、神经衰弱症、慢性肝炎等。常练此功，还有助于治疗遗尿、尿潴留、尿失禁、遗精，阳萎、早泄等，对于女子痛经、带下症、功能性子宫出血、月经不调亦有一定辅助治疗作用。

注意事项：

1. 练功时可按本人适应条件采取体位，或站立或平卧。一般要求解开衣裤，以直接揉摩为宜。凡腹内患有恶性肿瘤，内脏出血、腹壁感染及妊娠期间均不宜练此功。

2. 预备姿势，首先应全身放松，集中思想，调匀呼吸，舌顶上腭，意守，丹田，然后顺序进行操作。

3. 摩腹时必须凝神息虑，动作和缓均匀。摇转上身时不可过快过急，切忌闭气着力。练功后以自感轻松舒适无疲劳感为度。

4. 练功期间，由于胃肠蠕动增强等生理功能的变化，常会出现腹内作响、气、腹中温热或易饥饿等现象。这属正常的练功效应，可顺其自然，无需作任何处理。初练功者早晚各做一次，三个月后改每日一次，不可间断。

附五：

中老年人养生运动要点

——摘自洪昭光教授讲话

一、三个半分钟

老年人要注意三个半分钟，即醒来不要马上起床，先躺半分钟，起来再坐半分钟，两条腿下垂在床边等半分钟。这样可减少脑供血不足等造成很多不必要的猝死、心肌梗塞、脑中风。

二、三个半小时

早上起来运动半小时；中午午睡半个小时；晚上散步半小时。这样可以使人精力充沛，减少很多疾病的发生。

三、保持健康的诀窍

合理膳食，适量运动，戒烟限酒，心理平衡。

四、步行运动“三五七”

“三”：一次步行三公里，时间在三十分钟以上。

“五”：一周至少运动五次以上。

“七”：适量运动，运动到你的年龄加心跳等于170。

五、健康“养心八珍汤”

慈爱心一片，好肚肠两寸，正气三分，宽容四钱，孝顺常想，老实适量，奉献不拘，不求回报。

六大功效：诚实做人；认真做事；奉献社会；享受生活；延年益寿；消灾灭祸。

六、四个最好

最好的医生是自己，最好的药物是时间，最好的心情是宁静，最好的运动是步行。

七、一个中心，两个基本点，三个快乐

以健康为中心；糊涂一点，潇洒一点；助人为乐，知足常乐，自得其乐。

附六：

中国老年病防治委员会研究的饮食标准(天)

健康饮食：

1. 半两油
2. 一个鸡蛋
3. 二两豆制品
4. 三两瘦肉，以牛从为主
5. 两四牛奶
6. 五至六两水果
7. 七至八两主食
8. 九至十两蔬菜

主要参考文献

1. 郭光天, 王序. 人体解剖彩色图谱. 北京: 人民卫生出版社, 1999
2. 邵宣等. 实用颈腰背痛学. 北京: 人民军医出版社, 1997
3. 张长江. 脊柱相关疾病. 北京: 人民卫生出版社, 1998
4. 靳瑞等. 经络穴位解说. 广州: 广东科技出版社, 1992
5. 徐建军. 特效点穴祛病健身法. 北京: 学苑出版社, 1990
6. 史可任. 颈腰关节痛及注射疗法. 北京: 人民军医出版社, 1998
7. 上海第一医学院等. 妇产科学. 北京: 人民卫生出版社, 1980
8. 北京按摩医院. 中国按摩全书. 北京: 华夏出版社, 1993
9. 郑良月. 标准针灸经穴挂图. 北京: 中国医药科技出版社, 1990
10. 类维富等. 体壁反馈疗法. 济南: 山东科学技术出版社, 1996
11. 马德水. 手法治疗百病. 北京: 中国青年出版社, 1997
12. 莫文丹. 穴位疗法聚方镜. 南宁: 广西民族出版社, 1990
13. 中山医学院. 内科疾病鉴别诊断学. 北京: 人民卫生出版社, 1975
14. 麻中学. 中国医学法大全. 济南: 山东科学技术出版社, 1990
15. 马秀棠. 点裕疗法. 西安: 陕西科学技术出版社, 1987
16. 季秦安. 季氏手诊手法. 西安: 世界图书出版公司, 1998
17. 郑卫东. 全息诊断治疗学. 西安: 陕西科学技术出版社, 1995
18. 丁希中. 矫正脊柱调整体液百病消. 台湾: 春晖出版社