

## · 学术探讨 ·

整脊疗法核心理论中“半脱位”概念的演变  
及其行业价值探讨

杨小存, 郝锋, 徐颢, 王建珠, 秦宇航

(南京中医药大学针灸推拿学院, 江苏 南京 210023)

**摘要** “半脱位”是整脊疗法(chiropractic)的核心病理概念。整脊医生通过评估和确定相应的半脱位进行临床诊断与治疗,然后应用手法对其加以矫正。本文梳理了“半脱位”概念的由来与发展脉络,探讨其如何从一个饱受争议的哲学概念逐渐丰富和发展成为整脊疗法的核心理论,以加深我国手法医生对整脊疗法理论发展的认识,为中医推拿的传承发展提供启示与借鉴。“半脱位”是整脊疗法的理论基石,其在指导临床实践的同时,既帮助整脊疗法与其他徒手疗法划清了界限、勾勒出了学科主体边际,又推动了特色治疗技术的形成,使整脊从一种疗法发展成为一门独立的临床学科。

**关键词** 推拿; 脊柱; 整脊疗法; 半脱位; 理论演变

“半脱位”是整脊疗法(chiropractic)的核心病理概念<sup>[1]</sup>。整脊医生对疾病的诊断和治疗都是围绕“半脱位”进行的,即先评估和确定相应的半脱位,然后通过手法对其加以矫正。简而言之,整脊疗法就是一种以矫正半脱位为核心的脊柱徒手治疗方法。“半脱位”作为整脊疗法的核心理论,从一个饱受争议的哲学概念,不断丰富、完善、蜕变成为具有循证医学证据和科学理论支撑的学科理论基石,最终得到了美国社会和学术界的认可。全面梳理和介绍半脱位理论的演变历程,有利于系统了解整脊学科的全貌,加深我国手法医生对整脊疗法的认识,为中医推拿的传承发展提供启示与借鉴。

## 1 “半脱位”的由来

**1.1 “半脱位”的语义构成** “半脱位”的英文名“subluxation”由“sub(亚于,次于)”和“luxation(脱位)”2个词组合而成,意思是“不完全脱位”。目前国内学者多将“subluxation”翻译为“半脱位”<sup>[2]</sup>。骨科学中也有“半脱位”的概念,通常指骨关节之间失去正常对位关系,但还有部分关节面相接触的状态。与整脊学中的“半脱位”不同,骨科学中的“半脱位”通常能够找到影像学证据。因此可考虑将“subluxation”译为“亚脱位”,以免与骨科学中的“半脱位”混淆。

**1.2 整脊疗法创立之前的“半脱位”** 1746 年,

Joannes Henricus Hieronymi 首次将“半脱位”的特征描述为:“关节半脱位是构成关节的连接骨的位置发生微小变化,其特点是关节运动度减小并伴有疼痛。”<sup>[3]</sup> 尽管这一描述略显粗糙,但却认识到半脱位这种病理变化能够引发关节的功能障碍,而且 Hieronymi 认为脊柱关节所发生的错位多为半脱位而非脱位。1821 年,英国内科医生 Edward Harrison 对脊柱半脱位作了进一步阐述:“任何一个椎体错位或过分突出都可能导致局部神经功能紊乱,患者因出现一系列的神经功能症状而感到不适。”<sup>[4]</sup> 1824 年,他再次对椎体错位或突出作了进一步解释:“椎体错位是指构成关节的骨端发生了部分位移,关节没有完美地连接在一起,并且由于关节面不能完全贴合,关节运动不能正常进行。”Harrison 初步论述了脊柱半脱位所包含的脊柱序列不齐和运动功能改变两个特征,但更重要的是将脊柱半脱位与神经功能联系在一起,为后来将脊柱半脱位的病理核心确定在神经系统奠定了基础。

**1.3 整脊疗法创立之后的“半脱位”** 1895 年, Daniel David Palmer 创立了整脊疗法。Palmer 在对解剖学和生理学进行系统研究之后认为,体温是由神经系统而非血液控制的,并据此确定神经系统是唯一能够调控疾病的系统。综合前人对“半脱位”的认识,Palmer 将脊柱半脱位的病理核心锁定在神经系统,并对脊柱半脱位所致的神经功能异常进行了较为详细的论述:“脊柱半脱位的病理变化是一个级联反应,即相邻椎体发生错位或相对位移可刺激脊神经而影响神经功能,从而导致该神经所支配的内脏器官功能发生异常而引发疾病。”由于控制身体的大部分神经都

基金项目:江苏省中医药科技发展计划项目(MS2021006);南京中医药大学中医学优势学科教育教学改革研究课题(ZYX03JG023)

通讯作者:杨小存 E-mail: ethanyang521@163.com

必须经过脊柱,因此脊柱不同节段的错位将产生不同的疾病<sup>[5-6]</sup>。Palmer 对脊柱与健康通过神经系统紧密联系的认识,确立了“半脱位”作为整脊疗法诊断和治疗核心的地位。

Palmer 虽然确立了“半脱位”在整脊疗法理论中的核心地位,但这种脊柱关节解剖结构的细微改变无法在影像学检查中得到证实,而且椎体位置的改变与患者的临床表现之间也没有必然的联系。由于级联反应学说并不能完全解释脊柱半脱位的病理变化,Palmer 又提出了神经刺激学说,认为错位的椎体对神经根造成挤压,引发神经传导异常,从而出现各种临床表现。但除疼痛症状外,没有其他临床证据能够证明神经根受压与神经传导异常有关。而另一方面,随着 Palmer 对神经系统认识的提高,他逐渐发现了控制肌肉收缩和四肢运动的“随意神经系统”和调节器官的“非随意或自主神经系统”的区别,并将这种差别用“先天”和“后天”神经来表示<sup>[7]</sup>。其后这一假说上升至有关疾病与健康的活力论,该理论认为人体功能的调节是由先天智能和后天智能控制<sup>[8]</sup>。先天智能是“宇宙智能或上帝的一部分”,通过神经系统向身体各器官发送信号来控制人体生命活动;后天智能是人类本身具备的,并且依赖人类意识和后天学习的能力。按照活力论的观点,人之所以生病是因为脊柱半脱位阻碍了先天智能在体内的运行,而手法矫正脊柱半脱位可以恢复其在体内的运转<sup>[9]</sup>。活力论的出现,逐渐完善并奠定了半脱位理论的哲学基础。

由于 Palmer 的理论不能完全解释针对半脱位的徒手操作的作用机制并为半脱位引入哲学内涵,后来的整脊医生对半脱位的真实内涵产生了怀疑,导致整脊学界对半脱位理论形成了不同的诠释<sup>[10]</sup>。为了进一步解释半脱位的病理表现,修正和补充 Palmer 的半脱位理论,有学者提出了滑膜囊或脊柱关节突关节的半月板样结构受损,局部肌肉痉挛导致关节运动障碍的假说<sup>[11]</sup>;还有学者认为神经、肌肉、韧带、血管和其他结缔组织的病理变化,以及它们之间复杂的相互作用,是导致脊柱半脱位节段运动功能失常的主要原因<sup>[12]</sup>。为此,在综合整脊疗法临床和基础研究证据的基础上,美国整脊协会(American Chiropractic Association, ACA)于 1994 年按照术语学的研究方法结合德尔菲问卷调查,对脊柱半脱位的概念进行了研究,

将其表述为:“因关节面的接触位置发生微小位移,(脊柱)运动节段在序列、运动整体性及(或)生理功能上的改变。”<sup>[13]</sup>

## 2 “半脱位”的内涵

随着整脊疗法临床实践的发展,以及对“半脱位”实质的深入研究,人们对“半脱位”的内涵也有了更为深入的认识。1997 年,美国整脊联合会提出“脊柱半脱位是一种功能和(或)结构的病理性关节改变综合征,它可能损害神经系统完整性,影响器官功能和健康”,这得到了 ACA、国际整脊协会、国际整脊组织和世界整脊联盟的一致认可<sup>[14-16]</sup>。2005 年,世界卫生组织发布 *WHO Guidelines on Basic Training and Safety on Chiropractic*,该指南中将“半脱位”的概念表述为:“一种结构完整的关节或(脊柱)运动节段在序列、运动完整性和(或)生理功能上的损伤或功能障碍,这种损伤或功能障碍可能影响其生物力学和神经功能。”<sup>[17]</sup>不难看出,整脊行业对“半脱位”的认识已从结构病理变化上升到功能病理和结构病理的统一。

“半脱位”的概念和内涵自提出以来一直是学术界争论的焦点。根据 Palmer 对半脱位的解释,脊柱半脱位是椎体关节骨性结构的相对解剖位置发生微小位移,挤压神经后导致身体发生疾病。但这缺乏相应的影像学证据,而且该理论仍不能完全解释临床中遇到的问题,加之“半脱位”所蕴含的哲学思想与现代医学和科学对疾病的认识相去甚远,因此“半脱位”的内涵及其存在的真实性一直受到质疑。通过对半脱位理论演变过程的梳理可以发现,早期人们对“半脱位”的认识主要集中在关节解剖位置的变化,但这种认识是有缺陷的。在脊柱解剖结构位置变化的基础上增加关节功能障碍的内容,可以更好地解释整脊疗法矫正半脱位所获得的良好疗效。由此可见,“半脱位”的理论内涵应该包括两方面的内容,即关节解剖位置的微细改变(不论是否具备影像学证据),以及在此基础上形成的关节功能障碍。

## 3 “半脱位”对于整脊疗法的价值

整脊疗法诞生已 120 余年,“半脱位”一直是行业内外争论的焦点。对半脱位理论的崇拜者来说,“半脱位”是他们的“圣词(holy word)”<sup>[18]</sup>;而对于坚持使用现代医学理论充实该理论的从业者而言,“半脱位”则是一个难以摆脱的苦恼<sup>[18-19]</sup>。“半脱位”这一概念之所以饱受质疑,却仍然被坚持使用,是因为这一概念

不仅包含学术思想,而且整脊疗法还为其赋予了更多的哲学内涵,使整个行业牢牢地凝聚在一起。

首先,“半脱位”在早期划清了整脊疗法与同类其他徒手疗法的界限,勾勒出了本学科的主体边际。学科的主体边际,即学科的主体内容,是最能反映学科发展趋势和本质特征的基本线索,它集中反映了学科演进的历史进程<sup>[20]</sup>。Palmer 在创立整脊疗法之前曾是一名磁疗师,多年的磁疗工作使他积累了丰富的触诊经验,后来 Palmer 又跟随整骨疗法创始人 Andrew Taylor Still 学习了脊柱调整手法,最终 Palmer 综合所学并依据自身的临床实践创立了整脊疗法。但整骨疗法的从业者却认为,Palmer 所创立的疗法本质上是对整骨疗法的“抄袭”。因而在整脊疗法创立之初,整脊疗法从业者包括 Palmer 本人在内,时常因“无证行医”而被告上法庭<sup>[21-22]</sup>。1903 年,Palmer 对整脊疗法的理论进行了总结,将半脱位与神经系统之间的关系作为新的理论核心,而这一点与整骨疗法将关节错位和循环系统密切相关的认识明显不同。加之 Palmer 坚持认为整脊并非医学,而是“使用调整手法消除半脱位的哲学”。此后,整脊医生在“无证行医”的诉讼中能够全身而退,多得益于这种区分。今天看来,Palmer 的这种区分方法算不上科学,甚至有些勉强,但整脊行业却因此实现了他们的意图,与整骨疗法划清了界限,勾勒出了整脊的学科主体边际,也为后来整脊疗法作为一种全新的脊柱徒手疗法问世迈出了关键性的一步。

其次,半脱位理论指导着整脊疗法的临床实践。通过对整脊基础理论的梳理不难发现,整脊疗法理论最初对于疾病认识的神经刺激学说,已与今天我们对脊柱功能单位的认识比较接近。而后,Palmer 引入活力论解释疾病的病理变化,大约在 20 世纪初,活力论成为整脊疗法理论的哲学基础。随着现代医学的发展,尤其是解剖学的进步,人们对半脱位有了新的理解,即神经、肌肉、韧带、血管及其他结缔组织的病理变化及其复杂的相互作用,导致脊柱半脱位节段运动功能失常,从而成为疾病发生的关键<sup>[23-24]</sup>。后来,整脊从业者认识到,“半脱位”的核心病理变化是一种结构完整的关节或(脊柱)运动节段在序列、运动完整性和生理功能上的损伤或障碍,这便是业内熟知的半脱位理论的现代认识。无论整脊疗法理论对于疾病认识的内涵如何变化,“半脱位”始终是其临床治疗的核

心所在。

再次,围绕“半脱位”,整脊疗法逐渐演变为以短杠杆调整手法为特色的治疗技术。Palmer 采用整脊疗法治疗的首位患者是其磁疗工作室所在大厦的保安 Harvey Lillard。Lillard 患耳聋 17 年,Palmer 检查后发现他存在椎体错位,以棘突为杠杆将其错位椎体复位后,Lillard 的听力随之恢复<sup>[25]</sup>。这则案例一直被后来的整脊医生传为佳话,其中 Palmer 所强调的“以棘突为杠杆”的手法即后来的短杠杆调整手法。因此,短杠杆调整手法成为了整脊疗法的特色操作技术。业内人士甚至将该手法作为与整骨疗法区分的重要标志,即整脊医生在手法操作上以“短杠杆”调整为主,而整骨医生则以“长杠杆”调整见长<sup>[26]</sup>。后来的整脊医生通过对短杠杆手法的进一步研究,对该手法的特色进行了分析和总结,认为所谓的短杠杆调整手法其实是一种快速、小位移的调整技术,也就是手法医学界熟知的 HVLA (high velocity, low amplitude) 手法<sup>[27-28]</sup>。

#### 4 小 结

在整脊疗法的发展过程中,作为核心病理概念的“半脱位”,其概念和内涵也经历了一个漫长的蜕变过程。早在 1910 年,Palmer 就在其著作 *Textbook of the Science, Art, and Philosophy of Chiropractic* 中总结了整脊疗法的核心理念,即通过短杠杆调整手法矫正脊柱半脱位以治愈疾病。尽管整脊疗法在临床实践中具有良好的疗效,但“半脱位”所蕴含的哲学思想(活力论)一直遭到主流医学界的质疑。这种对疾病带有强烈哲学色彩的认知与主流医学中“半脱位”的概念相去甚远。20 世纪 60—70 年代,整脊行业内部深刻认识到,必须用科学的方法向世人证实手法治疗半脱位的真实内涵。整脊学科的学术研究从此起步,采用科学的方法开展了大量的临床和基础研究,丰富了“半脱位”的理论内涵,最终奠定了其作为整脊疗法理论基石的地位,并在此基础上制定了一系列相关的临床和教育指南,使整脊疗法从一种单纯的治疗技术发展成为一门徒手医疗行业。目前,作为美国初级卫生保健体系的组成部分,整脊疗法已发展成为一门独立的临床学科。整脊疗法能够实现从一种疗法到一门独立医学学科的转变,其中必然有诸多促成因素,我们认为“半脱位”是实现这种转变的理论基石。

## 参考文献

- [1] 杨小存,程英武,顾一煌,等. 西方整脊疗法发展史研究[J]. 按摩与康复医学,2017,8(7):9-11.
- [2] 元唯安,詹红生,房敏,等. 关于脊柱“半脱位”内涵及名称之思考[J]. 中国骨伤,2011,24(10):861-863.
- [3] SENZON S A. The chiropractic vertebral subluxation part 1: introduction[J]. J Chiropr Humanit,2018,25:10-21.
- [4] GLUCINA T T, KRÄGELOH C U, FARVID P, et al. Moving towards a contemporary chiropractic professional identity [J]. Complement Ther Clin Pract,2020,39:101105.
- [5] SENZON S A. The chiropractic vertebral subluxation part 2: the earliest subluxation theories from 1902 to 1907 [J]. J Chiropr Humanit,2018,25:22-35.
- [6] 杨小存,孔令军,程英武,等. 西方整脊脊柱半脱位理论的发展[J]. 中医正骨,2014,26(10):77-78.
- [7] THORNHILL J T. A vitalism ethos and the chiropractic health care paradigm [J]. J Chiropr Humanit, 2020, 27: 59-81.
- [8] SIMPSON J K, YOUNG K J. Vitalism in contemporary chiropractic: a help or a hinderance? [J]. Chiropr Man Therap, 2020,28(1):35.
- [9] MCDOWALL D, EMMANUEL E, GRACE S, et al. Tone as a health concept: an analysis [J]. Complement Ther Clin Pract,2017,29:27-34.
- [10] LEACH R A. Doing the same thing and expecting a different outcome: it is time for a questioning philosophy and theory-driven chiropractic research [J]. J Chiropr Humanit,2019,26:60-74.
- [11] JENKINS H J, DOWNIE A S, MOORE C S, et al. Current evidence for spinal X-ray use in the chiropractic profession: a narrative review [J]. Chiropr Man Therap,2018,26:48.
- [12] MALTESE P E, MICHELINI S, BARONIO M, et al. Molecular foundations of chiropractic therapy [J]. Acta Biomed, 2019,90(10-S):93-102.
- [13] LISI A J, SALSURY S A, HAWK C, et al. Chiropractic integrated care pathway for low back pain in veterans: results of a delphi consensus process [J]. J Manipulative Physiol Ther,2018,41(2):137-148.
- [14] FUNK M F, FRISINA-DEYO A J, MIRTZ T A, et al. The prevalence of the term subluxation in chiropractic degree program curricula throughout the world [J]. Chiropr Man Therap,2018,26:24.
- [15] OUZTS N E Jr, HIMELFARB I, SHOTTS B L, et al. Current state and future directions of the national board of chiropractic examiners [J]. J Chiropr Educ,2020,34(1):31-34.
- [16] GATTERMAN M I, HANSEN D T. Development of chiropractic nomenclature through consensus [J]. J Manipulative Physiol Ther,1994,17(5):302-309.
- [17] WHO. WHO guidelines on basic training and safety in chiropractic [M]. Geneva: WHO Press,2005:5-6.
- [18] GONCALVES G, LE SCANFF C, LEBOEUF-YDE C. Primary prevention in chiropractic practice: a systematic review [J]. Chiropr Man Therap,2017,25:9.
- [19] MEEKER W C, HALDEMAN S. Chiropractic: a profession at the crossroads of mainstream and alternative medicine [J]. Ann Intern Med,2002,136(3):216-227.
- [20] 李蕴,章莹雪,李文斌,等. 医学院校临床医学学科建设创新机制与对重研究 [J]. 医学教育管理,2021,7(4):437-440.
- [21] YOUNG K J. Politics ahead of patients: the battle between medical and chiropractic professional associations over the inclusion of chiropractic in the American medicare system [J]. Can Bull Med Hist,2019,36(2):381-412.
- [22] RYAN A T, TOO L S, BISMARCK M M. Complaints about chiropractors, osteopaths, and physiotherapists: a retrospective cohort study of health, performance, and conduct concerns [J]. Chiropr Man Therap,2018,26:12.
- [23] 李义凯. 脊柱推拿的基础与临床 [M]. 北京: 军事医学科学出版社,2015:31-33.
- [24] SMITH M S, OLIVAS J, SMITH K. Manipulative therapies: what works [J]. Am Fam Physician,2019,99(4):248-252.
- [25] DEMERS M, GAJIC Z, GERRETSEN E, et al. An audiometric study of the effects of paraspinal stimulation on hearing acuity in human subjects-understanding the harvey lillard phenomenon [J]. Chiropr Man Therap,2014,22(1):39.
- [26] HAAVIK H, KUMARI N, HOLT K, et al. The contemporary model of vertebral column joint dysfunction and impact of high-velocity, low-amplitude controlled vertebral thrusts on neuromuscular function [J]. Eur J Appl Physiol, 2021, 121(10):2675-2720.
- [27] HARWICH A S. Joint manipulation: toward a general theory of high-velocity, low-amplitude thrust techniques [J]. J Chiropr Humanit,2017,24(1):15-23.
- [28] GEVERS-MONTORO C, PROVENCHER B, DESCARREAUX M, et al. Clinical effectiveness and efficacy of chiropractic spinal manipulation for spine pain [J]. Front Pain Res (Lausanne),2021,2:765921.

(收稿日期:2022-09-29 本文编辑:李晓乐)