

Clay & Pounds

Masaż leczniczy

Podstawy anatomiczne i techniki



Clay & Pounds

Masaż leczniczy

Podstawy anatomiczne i techniki

WYDANIE 3

Laura Allen

David M. Pounds

REDAKCJA WYDANIA POLSKIEGO

JERZY WALOCHA

Zdjęcia

Vicki Overman

Black Horse Studio, Winston-Salem, North Carolina

Ryciny

David M. Pounds, Certified Medical Illustrator

This is a translation of *Clay and Pounds' Basic Clinical Massage Therapy. Integrating Anatomy and Treatment*
Third Edition

Autorzy: Laura Allen, BA, LMBT; David M. Pounds, MA, CMI, FAMI

Wolters Kluwer

Copyright © 2016 Wolters Kluwer. All rights reserved. This book is protected by copyright.

Copyright © 2008 Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business. Copyright © 2003 by Lippincott Williams & Wilkins. All rights reserved. This book is protected by copyright.

Original English edition published by Wolters Kluwer Health.

Published by arrangement with Wolters Kluwer Health Inc., USA.

Wolters Kluwer Health did not participate in the translation of this title and therefore it does not take any responsibility for the inaccuracy or errors of this translation.

ISBN 978-1-4511-8546-1

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych lub odmienne nieraz opinie na temat leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji terapeutycznej uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędu lekarskiego.

Czytelnik powinien zapoznawać się z informacjami dostarczonymi przez producentów leków. Autorzy, redaktorzy, wydawca ani dystrybutorzy nie ponoszą odpowiedzialności za błędy czy braki ani za żadne skutki zastosowania informacji zawartych w tej pracy i nie dają żadnych gwarancji, wyraźnych czy dorozumianych, w odniesieniu do treści publikacji. Autorzy, redaktorzy, wydawnictwa ani dystrybutorzy nie ponoszą żadnej odpowiedzialności za jakiegokolwiek urazy czy szkody dotyczące osób bądź mienia wynikające z niniejszej publikacji.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.

Redakcja naukowa wydania polskiego:
prof. dr hab. n. med. Jerzy Walocha

Tłumaczenie z języka angielskiego:
Klaudia M. Walocha (części wstępne, rozdz. 1–3, 6, 8, 9)
dr n. med. Przemysław A. Pękala (rozdz. 4, 5, 7, 10, Dodatki A–C, Słowniczek)

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti
Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska
Redaktor tekstu: Jolanta Kardela
Redaktor prowadzący: Dorota Lis-Olszewska
Opracowanie skorowidza: lek. med. Anna Świdorska-Popczyk

ISBN 978-83-65835-64-2

Edra Urban & Partner
ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław
tel. +48 71 726 38 35
biuro@edraurban.pl
www.edraurban.pl

Przygotowanie do druku: Marta Radlak
Druk i oprawa: Białostockie Zakłady Graficzne S.A.

Przedmowa

Masaż leczniczy. Podstawy anatomiczne i techniki (Basic Clinical Massage Therapy: Integrating Anatomy and Treatment), oryginalnie autorstwa zmarłego James'a Claya („Doc”) i Davida Poundsa, był przełomowym tekstem w okresie swojej publikacji w 2003 roku. Szybko został najlepiej sprzedającym się podręcznikiem i drugie wydanie opublikowano w roku 2008. Zaprezentowane tu połączenie anatomii i klinicznych zastosowań terapii masażem jest kontynuacją pierwotnej wizji tej książki: dotrzeć do studentów terapii masażem, którzy są gotowi by doskonalić swoje zdolności badania palpacyjnego i oceny klinicznej, podnosić poziom wiedzy na temat budowy i funkcji mięśni, i wykroczyć poza techniki masażu szwedzkiego, aby umiejętnie odpowiedzieć na dolegliwości bólowe i dysfunkcje w zakresie tkanek miękkich zgłaszane przez pacjenta.

Z ogromną przyjemnością przystąpiliśmy do redakcji tekstu wydania trzeciego. Studenci i instruktorzy zajmujący się terapią masażem zwracają uwagę, że szczegółowe ilustracje anatomiczne, które zostały opracowane na podstawie fotografii ciała ludzkiego stanowią jedną z najbardziej użytecznych i pomocnych części książki, nie tylko w zakresie przygotowania do zajęć, ale także edukacji pacjenta. Trzecie wydanie zawiera ponad 550 kolorowych rycin ilustrujących mięśnie, otaczające tkanki, anatomiczne punkty odniesienia, właściwe techniki drapowania dla każdej z okolic ciała, sposoby ułożenia ręki terapeuty i strzałki wskazujące kierunek wykonywania sekwencji dla terapii poszczególnych mięśni. W tym wydaniu dodatkowo załączamy niewielkie fotograficzne przewodniki ukazujące prawidłowy sposób okrycia pacjenta podczas wykonywania technik opracowanych dla danej okolicy ciała.

Każda grupa mięśni została wyeksponowana z nazwą, wymową, etymologią, wprowadzeniem, komentarzem, funkcją, przyczepami, uwagami, strefami odniesienia bólu, innymi mięśniami, które należy zbadać oraz opisem czynności stosowanych w leczeniu poszczególnych mięśni i dolegliwości. Ikony zwracają uwagę czytelnika na kluczowe informacje. Opisy przypadków oraz pytania podsumowujące na końcu

rozdziałów pomagają studentom zebrać studiowany materiał i zastosować go w praktyce klinicznego masażu terapeutycznego.

ELAP

Trzecie wydanie określa również efekty kształcenia, które są odzwierciedleniem wiedzy i umiejętności zawartych w The Core: Entry Level Massage Education Blueprint, która jest rezultatem ELAP (Entry-Level Analysis Project), wysiłku, który został podjęty dzięki wsparciu wszystkich siedmiu krajowych organizacji. ELAP podejmuje starania w kierunku określenia zakresu wiedzy i umiejętności, jakie powinien posiadać adept kursu terapii masażem obejmującego 625 godzin zajęć. Mimo że znaczna część materiału z zakresu ELAP nie jest poruszana w tej książce, wiele umiejętności i wiadomości zalecanych przez Blueprint znajduje się w tym wydaniu: historia i ewolucja masażu; podstawy mechaniki ciała; terminologia anatomiczna; budowa i funkcje układu kostnego, nerwowego, powięziowego i układu mięśniowego; sposoby oceny stanu klinicznego; umiejętności związane z wywiadem, komunikacją i pracą ciałem; sposoby drapowania, ułożenie pacjenta; badanie palpacyjne; planowanie sesji masażu; obserwowanie przeciwwskazań; fizyczne i etyczne uwagi; techniki mięśniowo-powięziowe i nerwowo-mięśniowe.

W odpowiedzi na nasze komunikaty w mediach społecznościowych dotyczące planowanych zmian wielu właścicieli szkół masażu i instruktorów natychmiast odpowiedziało „Nie zmieniajcie nic!”. Mamy nadzieję, że wprowadzone zmiany są zmianami na lepsze. Włączono najnowsze doniesienia na temat obszarów występowania punktów spustowych, powięzi, nauki o bólu – i zapewne będą one uzupełniane w kolejnych wydaniach, ze względu na fakt, że stare hipotezy są rozwijane, przekształcane lub całkowicie zmieniane. Tak jak postępuje technologia medyczna, postępuje nasza wiedza na temat ludzkiego ciała i sposobów jego funkcjonowania. Wiele wciąż pozostało do odkrycia, co sprawia, że terapia masażem jest wciąż rozrastającą się dziedziną wiedzy.

Spis treści

1 Wstęp do klinicznej terapii masażem 1

- Wstęp 2
- Kliniczna terapia masażem a opieka zdrowotna 3
- Zasady klinicznej terapii masażem 4
 - Nauka o bólu i zastosowanie w terapii masażem – aktualne wiadomości* 5
- Budowa i funkcje mięśni 6
 - Komórka mięśniowa* 7
 - Teoria ślizgowa skurczu* 7
 - Złącze nerwowo-mięśniowe* 8
 - Makrostruktura mięśni* 8
- Punkty tkliwe, punkty spustowe, rozluźnienie 9
- Agoniści i antagoniści 10
- Typy skurczu mięśnia 10
- Powięź 10
 - Powięź podskórna* 13
 - Powięź trzewna* 13
 - Rodzaje terapii mięśniowo-powięziowej* 13
 - Leczenie powięzi, leczenie mięśni* 14
- Mechanika ciała 14
- Odmiany technik manipulacji tkanką miękką 19
 - Sztuka bezpośredniej manipulacji tkankami: „dialog tkankowy”* 20
 - Ciało terapeuty jako narzędzie pracy* 20
 - Szczególne techniki leczenia* 23
- Stoły 27
- Drapowanie 27
- PODSUMOWANIE ROZDZIAŁU 30

2 Wstępna ocena stanu pacjenta 31

- Wstęp 32
- Historia pacjenta 33
 - Projektowanie formularza do zbierania informacji o pacjencie* 33
 - Przeprowadzanie wywiadu* 36
- Badanie przedmiotowe 37
 - Obserwacja nieformalna* 38
 - Formalna ewaluacja postawy* 39
 - Badanie obszarów właściwych dla danej dolegliwości* 44
 - Badanie ruchów oddechowych* 45
 - Badanie manualne (palpacja)* 45
- Podsumowanie i doszukiwanie się informacji 46

- Łączenie zebranych danych 47
- Komunikacja z pacjentami 48
- Wprowadzanie wniosków z badania w życie 48
- Komunikacja z przedstawicielami innych zawodów medycznych 49
- Szczególne populacje 49
 - Kobiety ciężarne* 49
 - Osoby starsze* 50
 - Dzieci i nastolatki* 51
 - Osoby niedołążne* 52
- PODSUMOWANIE ROZDZIAŁU 52

3 Głowa, twarz i szyja 53

- Wprowadzenie do okolicy ciała (tablice od 3-1 do 3-10) 64
- Mięsień głowy i twarzy 66
- Mięsień szeroki szyi i mięśnie przyczepiające się do kości gnykowej 81
- Mięsień pochyły 88
- Wprowadzenie do mięśni tylnego zakresu szyi 91
- PODSUMOWANIE ROZDZIAŁU 101

4 Ramię i klatka piersiowa 103

- Wprowadzenie do okolicy ciała (tablice od 4-1 do 4-7) 111
 - Okolica ramienia* 111
 - Elementy budujące okolicę ramienia* 111
 - Mięśnie związane z żebrami oraz oddychaniem* 112
- Okolica przednia ramienia 112
- Klatka piersiowa 122
- Stożek rotatorów 132
- Mięśnie żeber 141
- Mięśnie oddechowe 144
- Nauka przeponowego toru oddychania 157
- PODSUMOWANIE ROZDZIAŁU 158

5 Kończyna górna 161

- Wprowadzenie do okolicy ciała (tablice od 5-1 do 5-10) 172
- Mięsień ramienia 172
- Mięsień przedramienia i ręki 180
- Mięsień prostowniki nadgarstka oraz palców 184
- Terapia manualna mięśni prostowników nadgarstka oraz palców 191

Zginacze nadgarstka oraz palców 193
Terapia manualna mięśni zginaczy ręki,
nadgarstka oraz palców 199
Mięśnie ręki 200
Mięśnie kciuka 200
Terapia manualna mięśni kciuka 203
PODSUMOWANIE ROZDZIAŁU 209

6 Kręgosłup 211

Wprowadzenie do okolicy ciała (tablice od 6-1 do 6-3) 215
Powierzchnowe mięśnie przykręgosłupowe 217
Wprowadzenie do grupy mięśni
biodrowo-żebrowych 218
Głębokie mięśnie kręgosłupa 225
PODSUMOWANIE ROZDZIAŁU 229

7 Okolica lędźwiowo-krzyżowa i brzuch 231

Wprowadzenie do okolicy ciała (tablice od 7-1 do 7-5) 237
Opis mięśni okolicy brzucha 237
Opis mięśni okolicy lędźwiowo-krzyżowej 244
PODSUMOWANIE ROZDZIAŁU 248

8 Miednica 251

Wprowadzenie do okolicy ciała (tablice od 8-1 do 8-7) 259
Wprowadzenie do mięśni dna miednicy 265
Wprowadzenie do mięśni pośladkowych 268
Warstwa głęboka rotatorów bocznych biodra 274
PODSUMOWANIE ROZDZIAŁU 281

9 Udo 283

Wprowadzenie do okolicy ciała (tablice od 9-1 do 9-6) 290
Wprowadzenie do grupy przedniej mięśni uda 290
Wprowadzenie do grupy tylnej mięśni uda 296

Wprowadzenie do grupy bocznej mięśni uda:
mięsień napinacz powięzi szerokiej i pasmo
biodrowo-piszczelowe 300
Wprowadzenie do grupy przyśrodkowej
mięśni uda (przywodzicieli biodra) 302
PODSUMOWANIE ROZDZIAŁU 311

10 Podudzie, staw skokowy i stopa 313

Wprowadzenie do okolicy ciała
(tablice od 10-1 do 10-8) 322
Tkanki łączne podudzia, stawu skokowego
oraz stopy 322
Trocзки 323
Mięśnie przedniego przedziału podudzia 327
Mięśnie boczego przedziału podudzia 331
Mięśnie tylnego przedziału podudzia 334
Terapia manualna mięśni tylnej
grupy podudzia 342
Wewnętrzne mięśnie stopy 342
Terapia manualna zginaczy palucha 345
Ogólna terapia manualna stopy 352
PODSUMOWANIE ROZDZIAŁU 353

Dodatek A

Nazewnictwo związane z ruchem,
kierunkami i położeniem 356

Dodatek B

Mięśnie i ich strefy bólu odniesionego 363

Dodatek C

Literatura dodatkowa 369

Słowniczek 371

Piśmiennictwo 375

Skorowidz 377

Kończyna górna

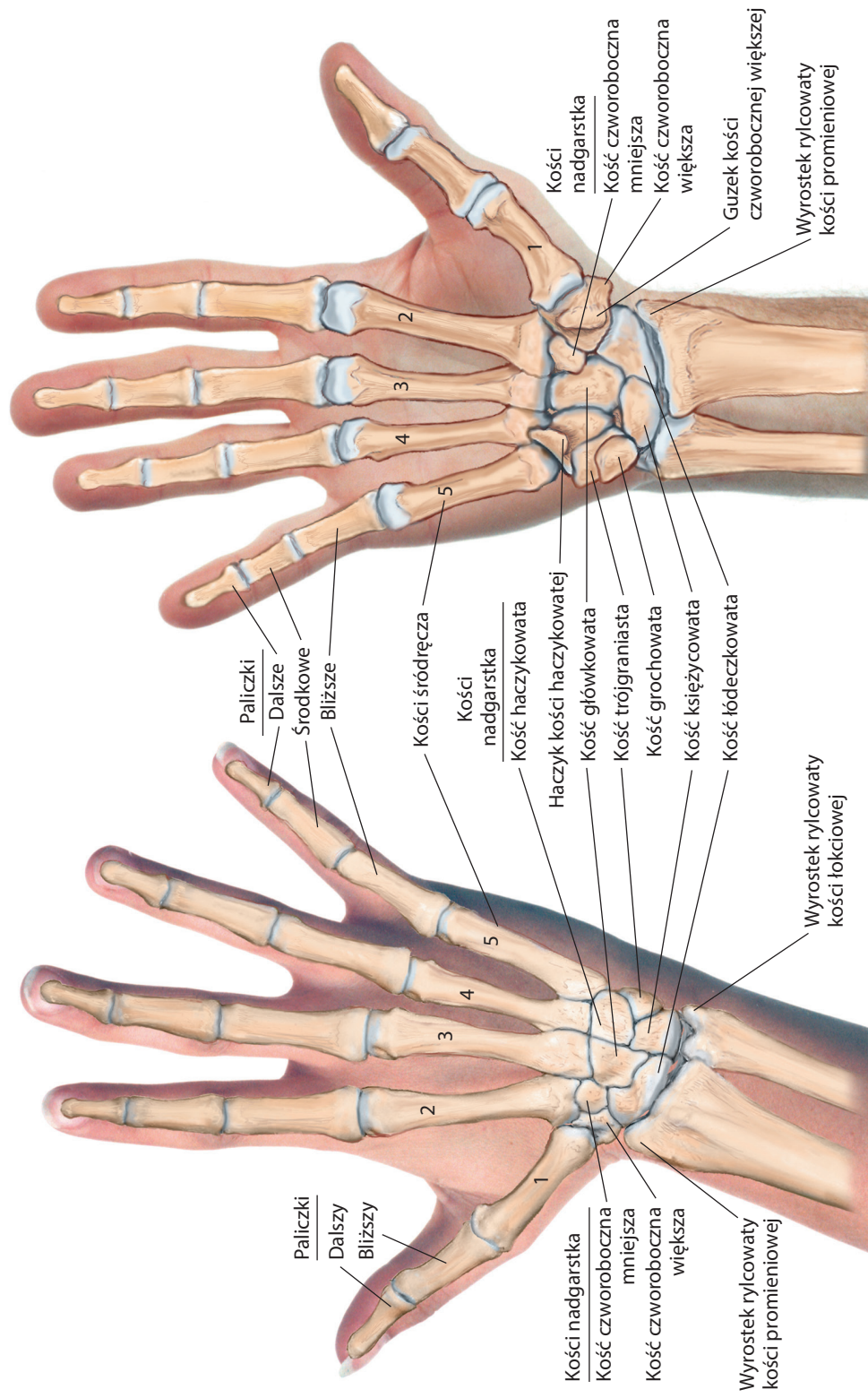
CELE NAUCZANIA

Po zapoznaniu się z tym rozdziałem czytelnik powinien umieć:

- Nazywać mięśnie kończyny górnej, używając poprawnej terminologii anatomicznej.
- Badać palpacyjnie mięśnie kończyny górnej.
- Zidentyfikować ich przyczepy początkowe oraz końcowe.
- Określić funkcje tych mięśni.
- Opisać obszary odczuwania bólu odniesionego.
- Nazwać powiązane ze sobą mięśnie.
- Rozpoznać okolice ciała, w których zastosowanie terapii manualnej nie jest wskazane, oraz być świadomym obostrzeń etycznych dotyczących terapii manualnej.
- Wykazać się biegłością w posługiwaniu się technikami terapii manualnej w zakresie mięśni kończyny górnej.

Opis okolicy ciała rozpoczyna się na str. 172, po tablicach anatomicznych.





TABLICA 5-2 ■ Struktury kostne ręki i nadgarstka.

Wprowadzenie do okolicy ciała (tablice od 5-1 do 5-10)

Dolegliwości bólowe kończyny górnej są wyzwaniem klinicznym, ponieważ mogą mieć przeróżne przyczyny. Niektóre z nich to: zespoły ucisku korzeni nerwów rdzeniowych, zespół górnego otworu klatki piersiowej, schorzenia przyczepów mięśniowych, bóle kostne i urazy. Ból kończyny górnej może być również bólem odniesionym, pochodzącym z jej mięśni lub na przykład mięśni karku. W trakcie diagnozowania pacjenta należy uwzględnić wszystkie możliwe powody bólu.

W anatomii termin „ramię” (łac. *brachium*) odnosi się jedynie do górnej części kończyny górnej. Natomiast termin „przedramię” opisuje struktury anatomiczne znajdujące się między ramieniem a ręką. W skład ramienia wchodzi jedna kość (ramienna), która łączy się z łopatką poprzez staw ramienny. W rozdz. 4 opisano mięśnie łopatki, które rozpięte są nad tym stawem. Natomiast w tym rozdziale opisane zostaną mięśnie krzyżujące staw ramienny, lecz zaliczane do mięśni ramienia:

- dwugłowy ramienia
- trójgłowy ramienia
- kruczo-ramienny

Staw łokciowy tak naprawdę zbudowany jest z dwóch połączonych stawów: ramiennie-promieniowego oraz ramiennie-łokciowego. Najważniejsze mięśnie, które przebiegają nad tymi stawami, to:

- dwugłowy ramienia
- trójgłowy ramienia
- ramienny
- łokciowy
- ramiennie-promieniowy.

Kombinacje ruchów w poszczególnych stawach kończyny dolnej powodują, że charakteryzuje się ona tak dużą sprawnością. W stawie łokciowym wykonywane są ruchy zgięcia oraz prostowania. Ruchy prowadzące do zmiany wzajemnego położenia kości łokciowej i promieniowej odbywają się w stawach promieniowo-łokciowym bliższym i dalszym. Na ruchy te składają się: **odwracanie** (supinacja, rotacja zewnętrzna, dłoniowa część ręki obrócona do góry) oraz **nawracanie** (pronacja, rotacja wewnętrzna, dłoniowa część ręki obrócona do dołu). Ruchy te możliwe są dzięki skurczom mięśni, takich jak: **dwugłowy ramięnia, odwracacz, nawrotny czworoboczny, nawrotny obły**.

Dystalnie kości promieniowa oraz łokciowa tworzą połączenie stawowe z kośćmi nadgarstka oraz między sobą (**staw promieniowo-łokciowy dalszy**).

Strukturą o szczególnym znaczeniu klinicznym jest **kanał nadgarstka**. Jego dno tworzą kości nadgarstka, natomiast strop tworzy **troczynek zginaczy**. Poprzez ten kanał do ręki przechodzą m.in. ścięgna zginaczy oraz nerw pośrodkowy (ryc. 5-33). Stany zapalne w jego obrębie mogą prowadzić do ucisku nerwu pośrodkowego, który objawia się zaburzeniami czuciowymi oraz ruchowymi z zakresu unerwienia tego nerwu. Dolegliwości te znane są pod nazwą **zespołu cieśni kanału nadgarstka**. Drętwienie oraz mrowienie może być spowodowane również neuropatią w przebiegu cukrzycy, stwardnienia rozsianego, chorób autoimmunologicznych, zaburzeń funkcjonowania tarczycy oraz wielu innych schorzeń.

Mięśnie, które przebiegają nad kośćmi nadgarstka, to zarówno prostowniki, jak i zginacze. Będą one szczegółowo opisane w niniejszym rozdziale.

Należy zwrócić uwagę na terminy dotyczące kierunków, jakie będą stosowane w tym rozdziale. Do określenia przedniej powierzchni ręki służy termin **dłoniowy**, natomiast tylnej – **grzbietowy**.

Reguły przeprowadzania terapii manualnej nakazują, aby była ona wykonywana przez stojącego terapeutę. Jednakże wielu masażyści, pracując w okolicy kończyny górnej, czuje się zdecydowanie bardziej komfortowo, gdy siedzi. Najczęściej siedzą oni na wysokości bioder pacjenta, gdy pracują w okolicy ramienia, oraz na wysokości połowy uda, gdy wykonują terapię rąk lub przedramion. Technika wykonywania masażu na stojąco pozwala np. wyrzucić większą presję podczas wykonywania techniki ucisku. Jednakże przyjęło się, że terapeuta powinien wykonywać masaż w sposób najbardziej wygodny dla niego.

Etymologia

- łac. *palma*, dłoniowa powierzchnia ręki
- łac. *dorsum*, grzbiet

Mięśnie ramienia

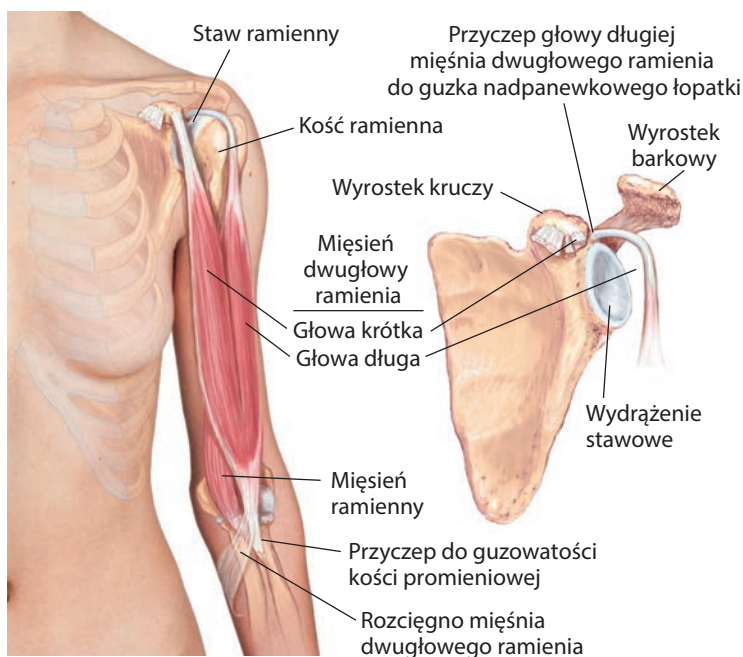
MIĘSIEŃ DWUGŁOWY RAMIENIA

(*BICEPS BRACHII*)

ETYMOLOGIA łac. **biceps**, dwugłowy + **brachii**, ramię. Należy pamiętać, że łaciński termin **brachium** odnosi się do ramienia i nie obejmuje przedramienia.

Wprowadzenie

Mięsień dwugłowy ramienia (ryc. 5-1) przebiega nad trzema stawami: ramiennym, łokciowym oraz promie-



RYCINA 5-1 Anatomia mięśnia dwugłowego ramienia.

niowo-łokciowym bliższym. Jest mięśniem ramienia, lecz nie przyczepia się do kości ramiennej. Mimo iż jest on uważany za zginacz ramienia, to jest najsilniejszym supinatorem oraz uczestniczy w ruchach w stawie ramiennym.



PRZYCZEPY

- Przyczep początkowy: dla głowy długiej guzek nadpanewkowy łopatki, dla głowy krótkiej wyrostek kruczy łopatki.
- Przyczep końcowy: guzowatość kości promieniowej, rozciągno mięśnia dwugłowego przechodzące w powięź przedramienia.



BADANIE PALPACYJNE

Przyczep początkowy

- Włókna mięśnia dwugłowego ramienia ułożone są równoległe do kości ramiennej oraz do siebie nawzajem.
- Głowa długa: można prześledzić przebieg brzośca aż do bruzdy międzyguzkowej, za którą mięsień przechodzi pod wyrostkiem barkowym i nie jest już badalny.
- Głowa krótka: można prześledzić przebieg brzośca aż do samego przyczepu, podążając do dołu pachowego, a następnie w górę do wyrostka kruczego.



FUNKCJE

Zgina kończynę w stawie łokciowym, supinuje przedramię, pomaga zginać kończynę w stawie ramiennym, przywodzi oraz odwodzi kończynę (głowa długa odwodzi, a krótka przywodzi).



STREFY ODNIESIENIA

Nad powierzchnią mięśnia, do wewnętrznej powierzchni stawu łokciowego, a także części środkowej mięśnia naramiennego oraz bliższej części mięśnia nadgrzebieniowego.



INNE MIĘŚNIE, KTÓRE NALEŻY ZBADAĆ

- Mięsień ramienny
- Mięsień odwracacz
- Mięsień ramiennie-promieniowy
- Część środkowa mięśnia naramiennego
- Mięśnie stożka rotatorów



TERAPIA MANUALNA

Technika masażu podłużnego

- Pacjent leży na wznak.
- Terapeuta stoi obok pacjenta, na wysokości jego bioder.



RYCINA 5-2 Technika masażu podłużnego mięśnia dwugłowego przy użyciu kostek.

- Terapeuta kładzie kostki na mięśniu dwugłowym w okolicy stawu łokciowego.
- Następnie naciska stanowczo tkanki miękkie pacjenta, przesuując kostki wzdłuż przebiegu mięśnia (ryc. 5-2), w kierunku głowy kości ramiennej.
- Zaczynając w tym samym miejscu, terapeuta powtarza wyżej opisane czynności, podążając za przebiegiem krótkiej głowy mięśnia przyśrodkowo do dołu pachowego.

MIĘŚNIEN RAMIENNY

(BRACHIALIS)

ETYMOLOGIA łac. *brachium*, ramię

Wprowadzenie

Mięsień ramienny (ryc. 5-3) jest najsilniejszym zginaczem w stawie łokciowym. Przez swój przyczep do kości łokciowej równoważy siłę, jaką mięsień dwugłowy przynosi na kość promieniową. Aby przeprowadzić

terapię manualną tego mięśnia, należy najpierw odsunąć włókna mięśnia dwugłowego.



PRZYPY

- Przyczep początkowy: przednia powierzchnia dolnej połowy kości ramiennej oraz przegrody międzymięśniowej.
- Przyczep końcowy: wyrostek dziobiasty kości łokciowej.



BADANIE PALPACYJNE

Mięsień ramienny jest najłatwiej badalny po stronie przyśrodkowej, w dystalnej połowie ramienia, pomiędzy mięśniu dwugłowym a kością ramienną. Jego włókna ułożone są równoległe do kości ramiennej oraz do siebie nawzajem.



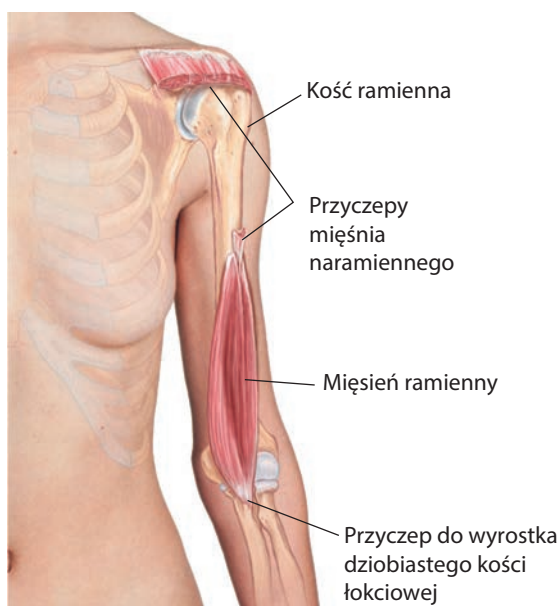
FUNKCJE

Zgina kończynę górną w stawie łokciowym.



STREFY ODNIENIA

Przednia powierzchnia ramienia, okolica wyrostka barkowego, przednia powierzchnia stawu łokciowego, boczna i tylna powierzchnia nasady kciuka.



RYCINA 5-3 Anatomia mięśnia ramiennego.



INNE MIĘŚNIE, KTÓRE NALEŻY ZBADAC

- Mięsień dwugłowy ramienia
- Mięsień odwracacz
- Mięsień ramiennie-promieniowy
- Mięsień przeciwstawiacz kciuka
- Mięsień przywodziciel kciuka



RYCINA 5-4 Technika masażu podłużnego mięśnia ramiennego za pomocą wspartego kciuka (strona boczna).



RYCINA 5-5 Technika masażu podłużnego mięśnia ramiennego przy użyciu kciuka (strona przyśrodkowa).



TERAPIA MANUALNA

Technika masażu podłużnego

- Pacjent leży na wznak.
- Terapeuta stoi obok pacjenta, na wysokości jego bioder.
- Terapeuta kładzie swój kciuk na bocznej części mięśnia ramiennego w okolicy stawu łokciowego, przesuwając mięsień dwugłowy w stronę przyśrodkową.
- Naciskając stanowczo tkanki miękkie pacjenta, terapeuta przesuwa kciuk wzdłuż przebiegu włókien mięśnia ramiennego (ryc. 5-4) aż do jego przyczepu do kości ramiennej, znajdującego się tuż poniżej przyczepu części środkowej mięśnia naramiennego.
- Opisane czynności należy powtórzyć na przyśrodkowej części mięśnia (ryc. 5-5), kontynuując do połowy długości kości ramiennej.

MIĘŚIEŃ TRÓJGŁOWY RAMIENIA

(*TRICEPS BRACHII*)

ETYMOLOGIA łac. *triceps*, trójgłowy + *brachii*, ramienia

Wprowadzenie

Dwie z trzech głów mięśnia trójgłowego ramienia (ryc. 5-6) przebiegają jedynie nad stawem łokciowym. Natomiast głowa długa krzyżuje staw zarówno łokciowy, jak i ramienny. Mięsień ten jest antagonistą mięśnia



RYCINA 5-6 Anatomia mięśnia trójgłowego ramienia.

dwugłowego oraz ramiennego. Punkty spustowe, które mogą występować na jego terenie, mogą powodować ból odniesiony w obszarze od karku do palców rąk.



PRZYCZEPY

Przyczep początkowy

- Głowa długa przyczepia się do guzka podpanewkowego łopatki.
- Głowa boczna do tylnej powierzchni kości ramiennej, poniżej guzka większego.
- Głowa przyśrodkowa do tylnej, dalszej powierzchni kości ramiennej.

Przyczep końcowy

- Wyrostek łokciowy kości łokciowej.



BADANIE PALPACYJNE

Badanie należy rozpocząć od wyrostka łokciowego. Aby zidentyfikować głowę długą, należy je prowadzić w kierunku brzegu bocznego łopatki. W celu palpacji głowy przyśrodkowej należy zbadać tylną powierzchnię górnej połowy ramienia. Głowy bocznej należy poszukiwać na zewnętrznej powierzchni tylnej kości ramiennej. Większość włókien mięśniowych ułożonych jest równoległe do kości ramiennej. Układ włókien w mięśniu jest pierzasty, równoległy do kości ramiennej.



FUNKCJE

Prostuje kończynę w stawie łokciowym. Pomaga prostować i przywodzić kończynę górną w stawie ramiennym.



RYCINA 5-7 Technika masażu podłużnego mięśnia trójgłowego ramienia przy użyciu kciuków.



STREFY ODNIESIENIA

Grzbietowa powierzchnia kończyny górnej od barku do ręki aż do palców 4. i 5.



INNE MIĘŚNIE, KTÓRE NALEŻY ZBADAĆ

- Wszystkie mięśnie kończyny górnej
- Mięśnie stożka rotatorów
- Mięsień piersiowy mniejszy
- Mięsień piersiowy większy



TERAPIA MANUALNA

Technika masażu podłużnego

- Pacjent leży na brzuchu.
- Terapeuta stoi obok pacjenta na wysokości jego talii.
- Terapeuta kładzie kciuk, kostki lub opuszki palców na mięśniu, tuż nad wyrostkiem łokciowym.
- Uciska stanowczo tkanki pacjenta, przesuując kostki lub opuszki palców (ryc. 5-7 oraz 5-8) wzdłuż przebiegu mięśnia, aż do przyczepu tylnej części mięśnia naramiennego.



RYCINA 5-8 Technika masażu podłużnego mięśnia trójgłowego ramienia przy użyciu kostek oraz kciuka.

- Pacjent leży na plecach.
- Terapeuta stoi przy głowie pacjenta.
- Układa rękę pacjenta pod jego ramieniem (ryc. 5-9A).
- Następnie kładzie nasadę swojej ręki tuż nad wyrostkiem łokciowym.
- Uciska stanowczo tkanki pacjenta, przesuując nasadę ręki wzdłuż przebiegu mięśnia aż do jego przyczepu do łopatki (ryc. 5-9B).



RYCINA 5-9 Technika masażu podłużnego mięśnia trójgłowego ramienia u pacjenta leżącego na plecach przy użyciu nasady dłoni (A) ułożenie pacjenta, (B) terapia.



RYCINA 5-10 Anatomia mięśnia łokciowego, widok tylny (grzbietowy).

MIĘŚNIĘ ŁOKCIOWY

(*ANCONEUS*)

ETYMOLOGIA łac. *ancon*, łokieć

Wprowadzenie

Mięsień łokciowy (ryc. 5-10) jest małym mięśniem, który wspomaga mięsień trójgłowy podczas wyprostu w stawie łokciowym. Jego patologie powodują lokalne dolegliwości bólowe.



PRZYCZEPY

- Przyczep początkowy: tylna powierzchnia nadkłykcia boczego kości ramiennej.
- Przyczep końcowy: wyrostek łokciowy oraz tylna powierzchnia kości łokciowej.



BADANIE PALPACYJNE

Mięsień łokciowy jest badalny dystalnie w stosunku do nadkłykcia boczego kości ramiennej oraz wyrostka łokciowego kości łokciowej. Jego włókna ułożone są zbieżnie w stosunku do siebie i skośnie w stosunku do osi kończyny.



FUNKCJE

Prostuje kończynę w stawie łokciowym.



STREFY ODNIESIENIA

Okolice nadkłykcia boczego kości ramiennej.



INNE MIĘŚNIE, KTÓRE NALEŻY ZBADAĆ

- Mięsień trójgłowy ramienia

- Mięśnie pochyłe
- Mięsień nadgrzebieniowy
- Mięsień zębaty tylny górny



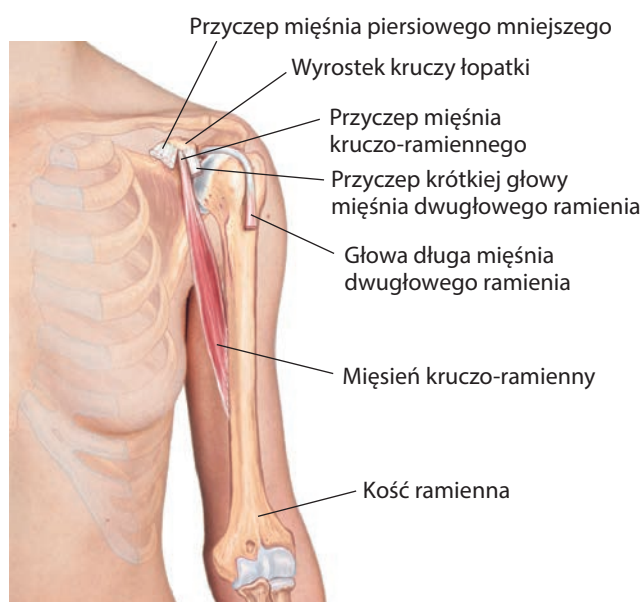
TERAPIA MANUALNA

Technika masażu podłużnego

- Pacjent znajduje się w pozycji umożliwiającej swobodny dostęp do stawu łokciowego.



RYCINA 5-11 Technika masażu podłużnego mięśnia łokciowego.



RYCINA 5-12 Anatomia mięśnia kruczo-ramiennego.

- Terapeuta kładzie kciuk na tylnej powierzchni bliższego końca kości łokciowej, tuż poniżej wyrostka łokciowego.
- Uciska stanowczo tkanki pacjenta, przesuwając kciuk wzdłuż przebiegu mięśnia (ryc. 5-11) skośnie w stronę jego przyczepu do nadkłykcia bocznego kości ramiennej (bardzo krótka odległość!).

MIĘSIEŃ KRUCZO-RAMIENNY

(CORACOBRACHIALIS)

ETYMOLOGIA gr. *korakodes*, kruczy, łac. *brachialis*, ramienny

Wprowadzenie

Mięsień kruczo-ramienny (ryc. 5-12) jest jednym z trzech mięśni, które mają swój przyczep na wyrostku kruczym łopatki oraz utrzymują równowagę w kompleksie, na który składają się: łopatki, ramię i klatka piersiowa. Dwa inne mięśnie to dwugłowy ramienia oraz piersiowy mniejszy.



PRZYCZEPY

- Przyczep początkowy: wyrostek kruczy łopatki.
- Przyczep końcowy: przyśrodkowa część przedniej powierzchni kości ramiennej w połowie jej długości.



BADANIE PALPACYJNE

Mięsień kruczo-ramienny jest badalny na przyśrodkowej powierzchni górnej połowy kości ramiennej aż do jego przyczepu do wyrostka kruczego łopatki. Jego włókna układają się równolegle względem siebie i skośnie w stosunku do osi kończyny.



FUNKCJE

- Przywodzi, zgina i obraca kończynę górną w stawie ramiennym.



STREFY ODNIESIENIA

Tylna powierzchnia ramienia, przedramienia, ręki, tylna przednia oraz środkowa część mięśnia naramiennego.



INNE MIĘŚNIE, KTÓRE NALEŻY ZBADAĆ

- Wszystkie mięśnie kończyny górnej
- Mięśnie stożka rotatorów
- Mięsień naramienny



RYCINA 5-13 Technika masażu podłużnego i ucisku mięśnia kruczo-ramiennego przy użyciu kciuka.



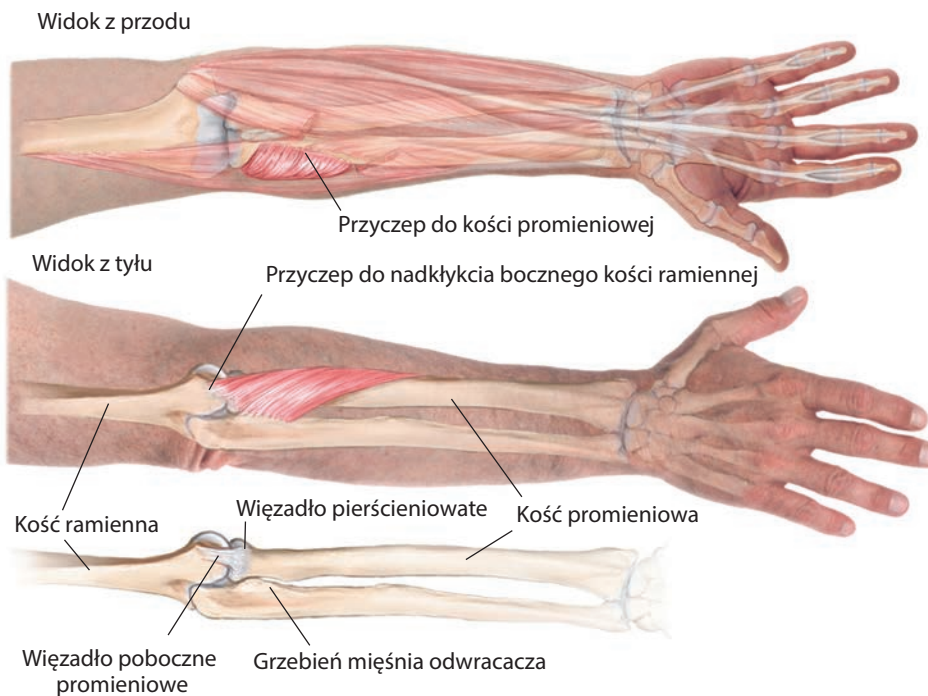
TERAPIA MANUALNA

Technika masażu podłużnego i ucisku

- Pacjent leży na plecach. Terapeuta stoi obok pacjenta z twarzą zwróconą w kierunku pacjenta. Jedną ręką chwytą i przytrzymuje kończynę pacjenta w okolicy stawu łokciowego.
- Drugą ręką (bliższą pacjenta) terapeuta chwytą przyśrodkową część ramienia pacjenta, tak aby kciukiem mógł dotknąć przyśrodkowej powierzchni kości ramiennej.
- Terapeuta wciska kciuk tuż pod mięsień dwugłowy, w połowie długości kości ramiennej, szukając dalszego przyczepu mięśnia kruczo-ramiennego. Uciśka aż do momentu ustąpienia bólu.
- Przesuwa kciuk wzdłuż przebiegu mięśni, uciskając bolesne punkty, aż do momentu ustąpienia bólu (ryc. 5-13).
- Terapeuta powinien podążać za przebiegiem mięśnia aż do jego przyczepu do wyrostka kruczego.



UWAGA! Przeprowadzając terapię manualną na terenie dołu pachowego, nie należy tracić kontaktu z mięśniami oraz należy unikać nerwów i dużych naczyń przebiegających pod wyrostkiem kruczym łopatki.



RYCINA 5-14 Anatomia mięśnia odwracacza.

Clay & Pounds

Masaż leczniczy

Podstawy anatomiczne i techniki

**Połączenie teoretycznej wiedzy anatomicznej
z umiejętnościami praktycznymi**

W niniejszej publikacji m.in.:

- **ponad 550 kolorowych rycin** ukazujących struktury anatomiczne: mięśnie, grupy mięśni, charakterystyczne punkty odniesienia na powierzchni ciała,
- omówienie **technik masażu** wraz z prawidłowym położeniem rąk terapeuty podczas masażu,
- ryciny ilustrujące **prawidłowe sposoby ułożenia pacjenta** oraz osłaniania jego ciała podczas terapii manualnej,
- **opisy przypadków**, które pomogą wykorzystać zdobytą wiedzę teoretyczną w codziennej praktyce klinicznej
- **pytania powtórkowe** – podsumowujące główne założenia teoretyczne i praktyczne oraz pozwalające ocenić swoją wiedzę.