



Differentiering mellem Cx og Tx (1):

PT siddende.

TP står ved siden af PT og fatter omkring PT's hoved med begge hænder.

Metode:

TP roterer PT's hoved til EOR med samme sides underarm placeret på dorsalsiden af PT's skulder for at fiksere denne. Således begrænses rotationen til Cx og CTO.

Derefter fortsættes med:



Differentiering mellem Cx og Tx (2):

Metode:

TP slipper lidt af rotationen i Cx, flytter samme sides underarm om på forsiden af PT's skulder og presser den med i rotationen.

Således reduceres rotationen i Cx samtidig med, at den øges i Tx.

Obs:

Hvis symptomerne forværres ved (1) og letter ved (2) tyder det på et cervicalt problem (og omvendt, et thoracalt problem).





Siddende ekstension:

PT siddende med armene krydset foran brystet, så hænderne holder om modsatte skulder.

TP står tæt op ad PT's side med den ene arm omkring PT's krop (omkring PT's arme, evt. *under* PT's arme, hvis det er svært at nå omkring).

TP placerer den anden hånd på PT's columna, så det aktuelle segment kan palperes.

Metode:

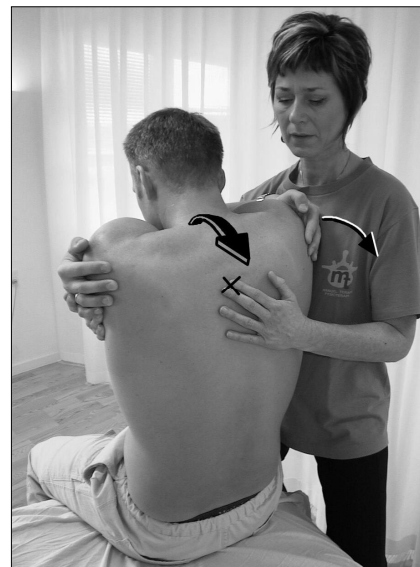
TP "pakker" PT med den arm, der holder omkring PT.

Derefter udfører TP en lille sidebøjning i sin egen columna, som medfører en ekstension i PT's columna.

Bevægelsen styres, således at toppunktet for bevægelsen bliver i det segment som palperes.

Obs:

Apex over basis.



Siddende fleksion:

Udgangsstilling som ovenfor.

Metode:

Som ovenfor, men i fleksionsretning.



Siddende lateralfleksion:

Udgangsstilling som ovenfor.

Metode:

TP "pakker" PT med den arm, som holder omkring PT.

TP løfter sin krop en smule ved at strække knæene.

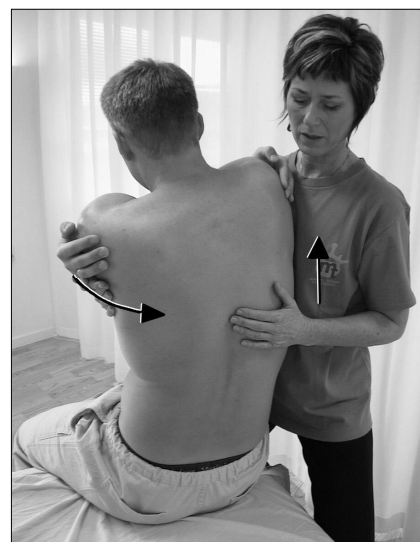
Samtidig trækkes PT over mod TP.

Derved opstår en lateralfleksion væk fra TP.

TP styrer bevægelsen, så toppunktet for lateralfleksionen er i det segment, som palperes.

Obs:

Apex over basis.





Palpation columna thoracalis

3,02 F

Rotation til højre:

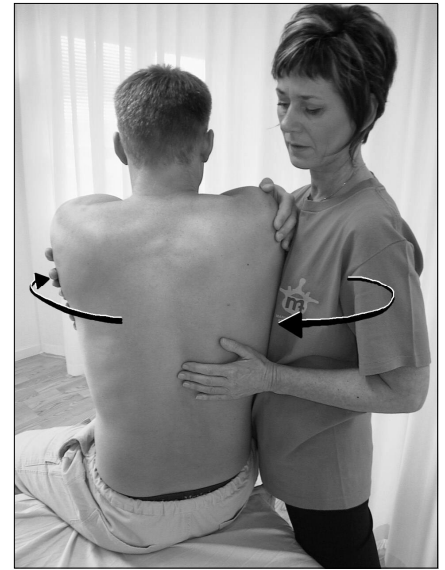
PT siddende med armene krydset foran brystet, så hænderne holder om modsatte skulder.

TP står tæt op ad PT's side med den ene arm omkring PT's krop (omkring PT's arme, evt. *under* PT's arme, hvis det er svært at nå omkring).

TP placerer den anden hånd på PT's columna, så det aktuelle segment kan palperes.

Metode:

TP "pakker" PT med højre arm og roterer sin egen krop hvorved PT's krop roterer med, og bevægelsen i det enkelte segment kan palperes.



Generel mobilisering CTO:

PT siddende med ryggen til TP og placerer (H) hånd i nakken.

TP står bagved PT, så PT kan læne sig op ad TP.

TP placerer sin (V) hånd på PT's skulderåg, så tommelfingeren kan palpere processus spinosi i CTO. TP's (H) hånd støtter PT's hoved med underarmen omkring PT's løftede arm.

Metode:

TP udfører en cirkulær bevægelse med sit eget bækken.

PT følger med i bevægelsen. TP styrer PT's hoved med (H) hånd, så bevægelsen får focus i det segment som (V) hånds tommel palperer.

Obs:

Apex over basis. Kan anvendes både som mobilisering og bløddelsbehandling til hele Cx og CTO.

**Generel mobilisering CTO (alternativ):**

Samme som ovenfor, men TP placerer sin ene fod på plinten så PT kan lægge (H) arm over TP's lår. TP's (H) hånd placeres på PT's isse med underarmen langs siden af PT's hoved.

Undgå at presse PT's hoved caudalt!

Metode:

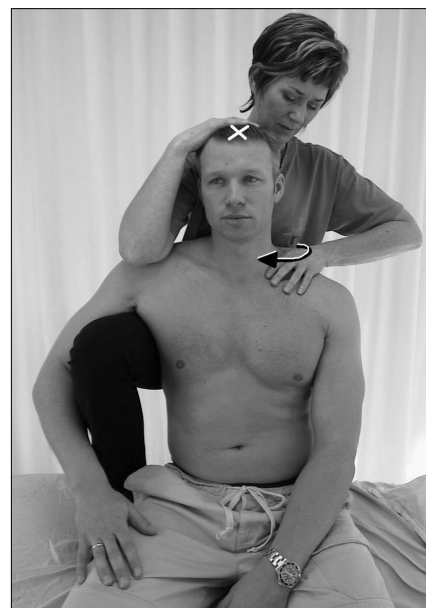
TP udfører en cirkulær bevægelse med sit eget bækken.

PT følger med i bevægelsen.

TP styrer PT's hoved med (H) hånd, så bevægelsen får focus i det segment som (V) hånds tommel palperer.

Obs:

Apex over basis. Kan anvendes både som mobilisering og bløddelsbehandling til hele Cx og CTO.



Dorsalglidning cervico-thoracale overgang (Cx/Tx):

PT sideliggende.

TP står gangstående med fødderne pegende mod hovedgærdets modsatte hjørne.

TP fatter med den craniale arm omkring PT's hoved, så fingrene ligger omkring os occipitale og overarmen mod PT's pande. Den caudale hånd placeres på langs af PT's columna med fingerspidserne af 1. og 2. finger i interspinalrummet på det segment som ønskes behandlet.

Metode:

TP udfører en dorsalglidning i segmentet ved at bevæge PT's hoved i en dorsocaudal retning svarende til apofyseleddenes orientering. Den caudale hånds 2. og 3. finger danner omdrejningspunktet.

Obs:

Undgå at ekstendere Cx, men hold den neutral, mens teknikken udføres.



Dorsalglidning Cx/Tx (alternativ):

PT sideliggende, fatter omkring sin nakke med den venstre hånd.

TP holder omkring PT's venstre hånd med sin craniale hånd og støtter samtidig PT's venstre albue med sit højre lår.

Metode:

Som ovenfor, men TP kan understøtte bevægelsen ved at skubbe til PT's venstre albue med sit højre lår.



Generel ekstensionsmobilisering:

PT siddende på plinten eller på en skammel med fødderne på gulvet. Armene lægges over kors foran panden og hviler på TP's clavicolae.

TP gangstående foran PT. TP fatter med begge arme omkring TP's thorax, så processus spinosus kan palperes.

Metode:

TP bevæger sig lidt bagud og opad, og trækker samtidig PT med.

TP presser let i PA-retning med håndfladerne, så der dannes et omdrejningspunkt i det område, som skal behandles.

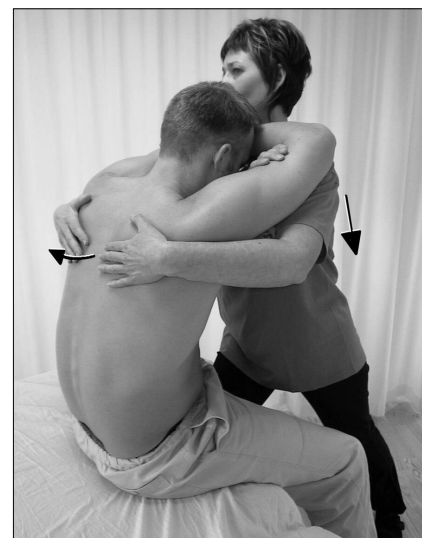


Generel fleksionsmobilisering:

Udgangsstilling som ovenfor.

Metode:

TP bevæger sig lidt fremad og nedad så PT skubbes i fleksion.



Generel mobilisering:

PT sidder på plinten eller på en skammel med fødderne på gulvet og læner sig frem over TP's knæ (gerne med en pude imellem) med armene over kors.

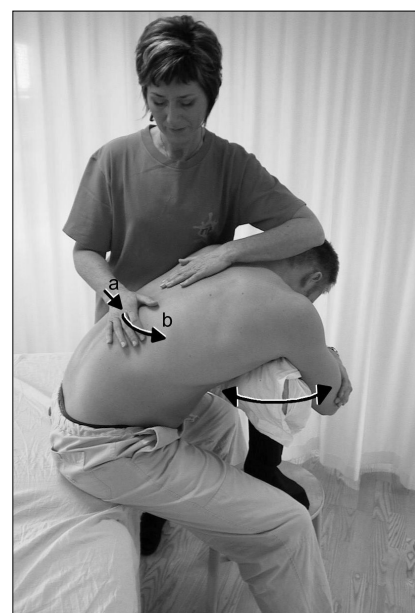
TP står med den ene fod på en skammel foran PT.

Den caudale hånd placeres over det område, som skal behandles, mens den craniale hånd støtter PT's øvre Tx.

Metode:

TP bevæger det ben som PT hviler på, i abduktion og adduktion, så PT følger med i bevægelsen.

TP kan i takt med bevægelsen udføre PA-mobilisering (pil a) eller lateralfleksionsmobilisering (pil b).



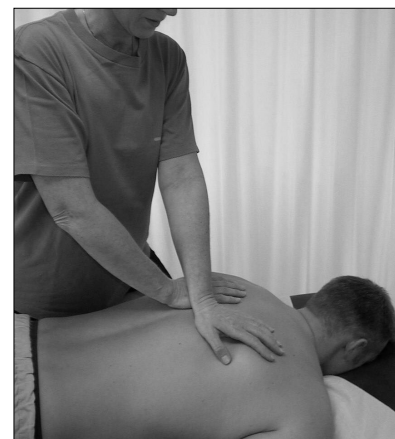
"Cross-handed springing":

PT fremliggende. TP gangstående ved siden af PT med underarmene krydset og hænderne placeret på hver side af columna så ossa pisiformia ligger over to processi transversi i samme segment.

Metode:

TP udfører en mobilisering med PA-komponenten som den primære.

For at opbygge en barriere kan f.eks. lateralfleksion og rotation introduceres.



Mobilisering art. costovertebrale:

PT fremliggende.

TP gangstående ved siden af PT med (H) hånds os pisiforme placeret på en angulus costae på PT's (H) side.

TP's (V) hånd placeres med håndroden på (V) sides angulus costae.

Metode:

TP presser let i PA retning med (V) hånd, så costae i (H) side kommer op mod TP's (H) hånd.

TP udfører med (H) hånd en mobilisering af det aktuelle costa i ekspirationsretning (da sternum og den forreste ende af costae er fikseret i underlaget, vil en mobilisering i cranial retning – som pilen viser – medføre en bevægelse af costae i ekspiration)



Obs:

Kan evt. udføres i takt med PT's respiration.

Costamobilisering i inspiration:

PT sideliggende med ansigtet mod TP og (H) skulder flekteret. TP stående foran PT, fatter med (H) arm omkring PT's (H) arm. TP placerer (H) hånd, så de 4 ulnare fingre får fat i det aktuelle costa.

Den (V) hånds ulnare kant lægges som ekstra støtte til (H) hånds fingre.

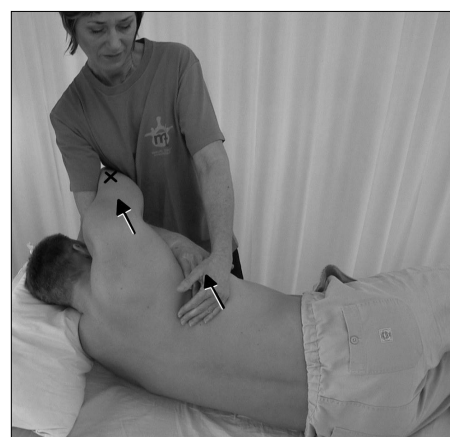
Metode:

TP fikserer PT's arm og læner sig tilbage, mens PT udfører en inspiration.

TP trækker det aktuelle costa med i bevægelsen og bliver ved med at trække, når PT går over til ekspiration.

Derved holdes det ene costa i inspiration, mens de andre går i ekspiration og afstanden mellem det costa som holdes og det nedenforliggende, forøges.

Når PT har afsluttet ekspirationen, slippes costa langsomt.



Mobilisering costa 1:

PT liggende på ⑤ side med columna i neutralstilling.

TP gangstående foran PT.

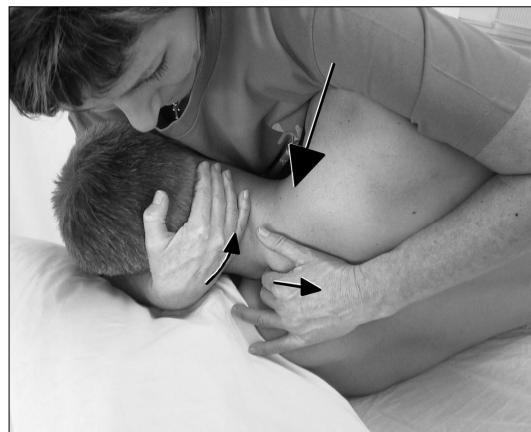
TP holder PT's hoved med ④ arm, så overarmen ligger mod PT's pande og hånden fatter omkring PT's nakke.

⑤ hånds 2. og 3. finger lægger an på costa 1 tæt ved angulus.

Metode:

TP roterer PT's Cx til ⑤ samtidig med et lateral-shift til ④. Costa 1 presses i caudal retning.

Selve mobiliseringen foregår ved at TP lægger lidt vægt på PT's ⑤ skulder i retning mod costovertebralledet som derved "åbnes".



Specifik mobilisering af apofyseled:

PT siddende ved plintens fodende med et ben på hver side af plinten. PT krydser armene foran kroppen og holder med hænderne på skuldrene.

TP står bagved PT, lidt til ④, og fatter omkring PT's krop med ④ arm.

Den ⑤ hånd lægger an med os pisiforme på en processus transversus i ⑤ side..

Metode:

TP "pakker" PT og udfører en fleksion, rotation til ④ og lateralfleksion til ⑤ ned til det segment, der skal behandles.

Herefter skubber TP med ⑤ os pisiforme på processus transversus i cranial, ventral retning.

Derved bliver det aktuelle segment "låst op", idet der i dette segment alene sker en rotation-cranialglidning med TP's os pisiforme som omdrejningspunkt.



Obs:

TP's ⑤ arm kan understøttes ved at placere albuen mod SIAS.

"Dog-technique" Thrust teknik til apofyseled i Tx

PT rygliggende med armene foran brystet og hænderne på modsat skulder.

TP gangstående med fødderne pegende mod hovedgærdets modsatte hjørne og med den bageste hæl løftet fra gulvet.

TP placerer den ene hånd under PT svarende til det segment, som skal behandles.

Kontaktpunkterne er processus transversus på den nederste hvirvel i bevægeselementet.

Den anden arm placeres, så underarmen ligger på tværs hen over PT's albuer

Metode:

TP presser caudalt, dorsalt på PT's albuer, så der opstår en fleksion oppefra i Tx (pil 1).

Når fleksionen er nået til det aktuelle segment, skubber TP med sin krop mod PT's albuer og thorax i cranial retning, dvs. parallelt med apofyseleddenes ledflader (pil 2).

Når der er opbygget en barriere i leddet, introduceres et thrust ved at TP "dumper" ned på den bageste hæl og giver et hurtigt stød i samme retning som pil 2.

For at gøre barrieren mere tydelig, kan TP med den arm, som ligger over PT's albuer, introducere andre komponenter som f.eks. lateralfleksion og rotation.

Obs:

Det er vigtigt at finde frem til en god måde at placere den nederste hånd, så den ikke bliver for hårdt belastet.

