

● 中医伤科 ●

俯卧单向冲压法治疗上交叉综合征临床观察

龚智超¹, 吴清明²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第二附属医院, 湖南 长沙, 410005)

[摘要] 目的: 观察俯卧单向冲压法治疗上交叉综合征的临床疗效。方法: 选取60例上交叉综合征患者, 随机分为2组, 每组各30例。治疗组予俯卧单向冲压法治疗, 对照予传统推拿手法治疗, 均隔天治疗1次, 共治疗2周。分别测量治疗前后颈曲值(Borden氏法)及肩胛下角到棘突之间的距离。结果: 2组颈曲值及肩胛下角到棘突之间的距离治疗前后组内比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 且治疗组优于对照组($P < 0.01$)。结论: 俯卧单向冲压法较一般推拿手法更能有效改善颈曲值和肩胛下角到棘突之间的距离, 从而明显改善上交叉综合征颈部应力及姿势体态。

[关键词] 上交叉综合征; 俯卧单向冲压法; 颈曲值

[中图分类号] R274.915 **[文献标识码]** A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.06.028

上交叉综合征是由弗拉基米尔·扬达博士首次提出, 是主要由于颈椎与胸椎正常生理曲度发生改变所引起的一系列病症。上交叉综合征的生理曲度改变主要为胸椎向后屈曲更多。患者最突出的身体姿势是头部常常不自觉的向前倾, 可以看出头部并不在胸廓的正上方而在前上方。它的名字是根据无力松弛和无力紧张的肌肉在侧面形成交叉连线而得。笔者采用俯卧单向冲压法治疗上交叉综合征30例, 取得满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取湖南中医药大学第二附属医院针灸科门诊、脑病科门诊及体检中心就诊的上交叉综合征患者60例, 通过随机数表法随机分成2组, 每组各30例。治疗组中, 男15例, 女15例; 年龄17~56岁, 平均 (43.58 ± 3.22) 岁, 病程1~38d, 平均 (18.36 ± 5.01) d。对照组中, 男14例, 女16例; 年龄18~55岁, 平均 (44.26 ± 5.03) 岁; 病程2~40d, 平均 (20.01 ± 4.40) d。2组一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照扬达博士提出的上交叉综合征的诊断依据制定^[1]。以颈肩疼痛、活动受限为主症; 头颈部前伸, C6~T3均有单多个椎体错位; 肩胛骨与脊柱棘突的距离超过本体手指4指的宽度; 颈椎C7~C1的曲度间隙能够装进本体手指4指的宽度; 肩胛骨平面与冠状面的夹角 $> 15^\circ$ 。颈椎X线正侧位片未发现颈椎及胸椎上段严重骨质增生及骨桥形成。

1.3 纳入标准 1) 符合上述诊断标准; 2) 治疗前

1周末进行过相关治疗; 3) 年龄18~60岁, 且病程在6个月以内; 4) 能严格遵照治疗要求; 5) 患者知情同意。

1.4 排除标准 1) 不符合纳入标准; 2) 患有其他严重原发性疾病如心脑血管、胃肠道、肝、肾和造血系统疾病等; 3) 颈椎骨折、脱位、关节肿瘤结核; 4) 有严重的骨质增生甚至骨桥形成; 5) 不能按时治疗, 无法判断疗效, 或资料不全影响疗效判断; 6) 推拿区域皮肤有感染。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用俯卧单向冲压法治疗。给患者行放松手法后, 针对胸椎曲度过大及侧弯侧摆式的错位, 可使用俯卧单向冲压的正骨手法, 最终目的是纠正错位椎体, 使之回到正常位置。操作方法: 患者俯卧, 胸下平放一薄枕, 术者单手或双手重叠, 掌根放置于后突的棘突上(如向右侧弯侧摆者, 术者站于患者右侧, 双手用力方向偏左前方, 可同时治疗侧弯侧摆及胸曲过大等形式的错位), 嘱其做深呼吸, 呼气时, 术者用有限度的冲压力, 重复2~4次。手法结束后, 再根据治疗前患者上交叉综合征静态姿势的肌筋膜链评估结果, 采用强化手法和痛区手法治疗头、颈、背区相应紊乱的前表链、后表链及体侧链, 长而弱的节段强化, 短而紧的节段延长^[2]。

2.2 对照组 采用推拿手法治疗。即以传统推拿手法松解颈胸交界区肌群的压痛点及痉挛的条索状组织。

2 组均隔天治疗 1 次,2 周为 1 个疗程,治疗 1 个疗程后比较疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 测量记录 2 组患者治疗前后颈曲值(Borden 氏法)和肩胛下角到脊柱棘突间距离的改善程度。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件进行统计学处理。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,样本差异采用 q 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组治疗前后颈曲值比较 2 组颈曲值治疗前后组内比较,差异均有统计学意义,且治疗组优于对照组。(见表 1)

表 1 2 组治疗前后颈曲值比较($\bar{x} \pm s$,mm)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	20	7.16 $\pm$ 1.35	8.38 $\pm$ 1.42 ^a	1.22 $\pm$ 0.20 ^b
对照组	20	7.12 $\pm$ 1.34	7.88 $\pm$ 1.41 ^a	0.76 $\pm$ 0.20

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.01$ 。

3.3.2 2 组治疗前后肩胛下角与脊柱棘突间的距离比较 2 组肩胛下角与脊柱棘突间的距离治疗前后组内比较,差异均有统计学意义;且治疗组优于对照组。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后肩胛下角与脊柱棘突间的距离比较($\bar{x} \pm s$,mm)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	20	11.65 $\pm$ 2.25	9.63 $\pm$ 2.35 ^a	2.02 $\pm$ 0.32 ^b
对照组	20	12.35 $\pm$ 3.15	11.32 $\pm$ 2.85 ^a	1.03 $\pm$ 0.37

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.01$ 。

4 讨论

上交叉综合征的发生与平时的工作、生活密切相关,因身体在维持一种体态的时间过长会造成相关肌群被动的长时间拉长,从而导致疲劳痉挛,久之必然会造成人体的骨关节、肌肉的生理结构、颈椎和胸椎曲度位置发生改变。长期的不良姿势,必然会导致肩颈部肌肉肌力失衡,并进一步引发颈椎弓生理曲度的改变,进而引发上交叉综合征。上交叉综合征也会导致颈椎与胸椎相对位置的改变,因为任何部位的自如活动都需要相关主动肌群的动力和拮抗肌群的协调,并在神经的支配下完成。而长时间的不良工作状态导致肩颈部周围的肌肉群慢性劳损,破坏了动力性平衡。失去动力性平衡,颈椎则不能维持其正常的生理运动功能和正常生理弧度^[3]。

对于上交叉综合征的治疗,传统正骨推拿手法

治疗颈椎多集中于上颈段,忽视了颈胸交界处对颈段的稳定作用及对胸段的引领作用。另外,临床正骨治疗大多以正骨手法为主,处理单个或小范围的错位,忽视了颈胸交界处周围的肌肉筋膜对颈胸部姿势的维持作用,缺少对上交叉生物力学的整体认识,故对上交叉综合征相关软组织治疗较少,以致颈、胸椎不稳定,疼痛不适等症状反复出现,周围肌痛点反复刺激,终致病情迁延难愈。这在上交叉综合征年轻患者中显得尤为严重^[4-5]。

本研究所用之俯卧冲压法则对病位施加反方向的力以纠正颈胸交界处错位后,再以肌筋膜理论及神经肌肉本体感觉理论为指导,在诊断出目标肌肉群的对应部位并给予强壮手法及痛区手法,整个治疗流程更加科学,并且有目的性。从整体治疗上交叉综合征相关脊柱与软组织的平衡,通过加强颈部肌群肌力,改善颈椎病,强化颈胸交界处的软组织,以防治上交叉综合征。椎体位置纠正及肌筋膜张力改善后,上交叉综合征相关肌肉群的整体张力都可以降低,之后的良性效应可以使肌群的功能部分得到强化。

上交叉综合征患者中,因为长期低头伏案工作,颈椎及周围软组织被过度维持头的位置及平衡,从而导致颈椎生理曲度在头重力的长期牵拉下变得越发笔直,即颈曲变直甚至部分患者反弓,进而导致颈胸交界处膨隆(俗称富贵包)。因而,通过对比颈曲值治疗前后有无改善,可以客观地知道患者体态改善情况。除了颈曲值,肩胛下角到脊柱棘突间的距离也可以很好地反映出患者体态。上交叉综合征患者驼背严重,不可避免的发生翼状肩胛,在胸小肌的过度牵拉下,肩胛骨势必远离脊柱中线,故比较治疗前后肩胛下角到脊柱棘突间的距离可以客观地评价治疗效果。本研究结果表明,治疗组颈曲值、肩胛下角到脊柱棘突的距离改善程度均优于对照组,此法可资临床借鉴。

参考文献

- [1] Janda. Janda Compendium volii[M]. Minneapolis:Orthopedic Physical Therapy Products,1997:7-13.
- [2] 龙层花. 脊柱病因治疗学[M]. 北京:世界图书出版公司,2012:190.
- [3] 叶添文,贾连顺. 颈椎周围肌肉系统病变和颈椎病的关系[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2005,20(1):11.
- [4] 潘崇海. 中医推拿临床手册[M]. 上海:上海科技出版社,2005:212-215.
- [5] Umeyama T, Kugimiya T, Ogawa T, et al. Changes in cerebral blood flow estimated after stellate ganglion block by single photon emission computed tomography [J]. Journal of the Aulonomic Nervous System,1995,50(3):339.

(收稿日期:2018-12-13)