

# 提肩顶胸法治疗胸椎小关节紊乱症 431 例

柳小林<sup>1△</sup>

**〔摘要〕** 目的:介绍提肩顶胸法整复手法并观察提肩顶胸法治疗胸椎小关节紊乱症的临床疗效。方法:运用提肩顶胸法治疗胸椎小关节紊乱症 431 例,采用疼痛视觉模拟评分(VAS)评价标准和临床表现改善度评价标准,在治疗前以及治疗 2 周后进行临床疗效评价。结果:治疗前 VAS 评分为 $(7.43 \pm 2.47)$ ,治疗后 VAS 评分为 $(2.12 \pm 1.45)$ ,治疗前后 VAS 评分差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。结果:临床症状与体征的改善度,治愈 375 例,治愈率 87.01%;显效 33 例,显效率为 7.66%;好转 21 例,好转率为 4.87%;无效 2 例,无效率为 0.46%。结论:提肩顶胸法治疗胸椎小关节紊乱症疗效显著,可作为胸椎小关节紊乱整复手法之一在临床选择使用。

**〔关键词〕** 胸椎小关节紊乱症;提肩顶胸法;临床疗效

**〔中图分类号〕** R681.5 **〔文献标志码〕** B **〔文章编号〕** 1005-0205(2017)06-0073-03

胸椎小关节紊乱症是指胸段脊柱退变或损伤导致胸椎小关节正常空间位置的微细变化,从而产生相应的临床症状,中医俗称“筋出槽,骨错缝”。其临床表现的常见症状是背痛但还经常伴发或者单独出现肋间神经痛<sup>[1]</sup>,前胸痛,甚至表现为胸闷憋气等情况,是一种临床常见病和多发病,治疗的方法也多种多样,包括多种手法治疗方法,以及许多康复理疗的治疗方法。各种手法治疗方法中,骨伤科同仁采用较多的方法是“俯卧位整复法”<sup>[2]</sup>,包括“俯卧位直压整复法”和“俯卧位旋压整复法”。笔者从 1988 年开始在临床上运用俯卧位整复法手法治疗胸椎小关节紊乱症,疗效很好,但是一部分病程较长,胸段脊柱陈旧性病变,表现为急性发作或者慢性疼痛的患者,采用上述“俯卧位整复法”手法整复时无法复位,或者说手法整复无法完成从而达到治疗的目的。后来笔者在“坐位膝顶法”基础上进行改进,总结出“提肩顶胸法”,自 1990 年开始在临床上使用这一方法治疗胸椎小关节紊乱症,尤其是难治型的患者,往往收到立竿见影的效果,特介绍给骨伤科同仁。为了更科学地评价该方法的疗效,笔者从 2014 年 5 月至 2016 年 5 月,用“提肩顶胸法”治疗 431 例胸椎小关节紊乱症患者,用疼痛视觉模拟评分(VAS)方法进行疗效评价,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

431 例病例为本院门诊病例:其中男性 175 例,女性 256 例;年龄 17~59 岁,平均 39.1 岁;病程 1 h~18 年,平均 2.3 个月。患椎部位:T<sub>2</sub> 3 例,T<sub>3</sub> 5 例,T<sub>4</sub> 59

例,T<sub>5</sub> 129 例,T<sub>6</sub> 113 例,T<sub>7</sub> 105 例,T<sub>8</sub> 14 例,T<sub>9</sub> 3 例。

### 1.2 诊断标准

胸椎小关节紊乱症是因为关节错缝导致的一种临床综合症,主要表现为背痛,但胸闷气短,心悸以及胃痛都有可能出现,目前没有统一的诊断标准。如下的诊断标准笔者在临床应用 30 多年:1)胸段脊柱慢性损伤史或外伤史。2)多数病人主诉背痛,部分病人主诉前胸痛或者肋间神经痛,有些病人主诉胸闷气短,个别病人主诉背部麻木或发凉。3)脊柱触诊检查可发现单(多)个棘突后凸改变或棘突的旋转变位(即通常所说的棘突的偏歪),后凸或偏歪的棘突顶以及其上一个棘突间隙或下一个棘突间隙有压痛感,或者在患椎(偏歪或旋转的棘突所代表的同一个椎体,下同)椎旁有压痛,患椎侧方肌张力高,可触及肿胀僵硬的肌肉。4)影像学检查排除胸段脊柱其他器质性病变。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

笔者在传统的膝顶复位法的基础上,设计了提肩顶胸法来整复胸椎小关节紊乱。该手法的具体操作要领是:患者取坐位(靠背椅反向骑坐或普通凳子取坐位均可,我科专用复位椅更佳),术者坐其后,先用冯氏三指触诊法检查到错位的棘突<sup>[3]</sup>,嘱患者双手十指交叉相扣手掌心抱头(后枕部),术者坐或站立患者身后,双手分别从患者左右腋下向前,然后从颈侧方向后十指交叉掌心反扣在患者颈项部,术者前胸紧贴患者后背,嘱患者放松,向上提肩把病人垂直向上提起同时前胸用力顶住患者后背患椎处,二者瞬间的合力促使变位椎体复位,往往可听到一声或多声“咔”的弹响声,表明手法复位成功。手法治疗 1 周 1~2 次,2 周后评价临床治疗疗效。

<sup>1</sup> 解放军空军总医院中西医结合正骨治疗科(北京,100142)

<sup>△</sup> 通信作者 E-mail:lxlbj67@sina.com

## 2.2 疗效评价标准

**2.2.1 疼痛视觉模拟评分 (Visual Analogue Scale, VAS)<sup>[3]</sup>** VAS 由一条长 10cm 的直线组成, 起点标记为 0, 终点标记为 10, “0”表示“正常无痛”, “10”表示“剧痛难以忍受”。患者在 0 到 10 cm 范围内挑选一点代表其疼痛的程度, 挑选的标记点到 0 的距离代表该患者疼痛的轻重, 距离越长代表疼痛的程度越重。

**2.2.2 临床表现改善度评价标准** 1) 临床治愈: 背痛, 肋间神经痛, 前胸痛等胸椎小关节紊乱所致相关临床症状消失。局部压痛, 肌肉肿胀, 僵硬等体征消失, 胸椎棘突位置纠正。胸段脊柱功能活动正常, 恢复正常工作及生活。2) 显效: 相关临床症状及体征基本消失, 虽然有余留症状, 但基本不影响生活及工作。3) 好转: 临床症状及体征有所改善, 但对生活及工作有一定程度影响。4) 无效: 临床症状及体征无改善, 影响生活及工作。

## 2.3 统计学方法

采用 SPSS 11.5 统计软件包进行  $t$  检验, 数据用  $\bar{x} \pm s$  表示。  $P < 0.05$  差异有统计学意义。

## 3 结果

本组病人 431 例分别在治疗前及治疗 2 周后评价治疗效果。VAS 结果治疗前为  $(7.39 \pm 3.48)$  分, 治疗后为  $(2.12 \pm 1.45)$  分, 手法治疗后 VAS 评分低于治疗前, 治疗前后相比差异有统计学意义 ( $t = 70.04, P < 0.001$ )。临床症状与体征的改善度结果: 治愈 375 例, 治愈率 87.01%; 显效 33 例, 显效率为 7.66%; 好转 21 例, 好转率为 4.87%; 无效 2 例, 无效率为 0.46%。

## 4 讨论

目前针对胸椎小关节紊乱症的治疗方法繁多, 大致分为手法治疗, 药物外敷, 针灸治疗, 理疗 (红外线, 中频, 磁疗等), 以及椎板注射疗法等, 但多数医务工作者选择用手法治疗的方式, 广大的病患者也乐于接受手法治疗这种形式, 其中原因主要是手法治疗疗效好<sup>[5]</sup>, 见效快, 治疗过程简捷。

运用于胸椎小关节紊乱的治疗手法很多, 比如俯卧位掌压复位法 (又分为双掌叠加掌压法和双掌旋压掌压法)<sup>[4,6,7]</sup>, 仰卧压胸复位法或仰卧对冲复位法<sup>[8]</sup>, 坐位旋转复位法<sup>[4]</sup>, 夏氏背提法<sup>[6]</sup>, 坐位膝顶法<sup>[9]</sup>, 以及上述手法的变异手法<sup>[10]</sup>。笔者在临床上常用俯卧位掌压复位法和坐位胸椎定点旋转复位法。坐位胸椎定点旋转复位法适合胸椎旋转变位的病人, 后凸变位的患者需要用俯卧位掌压复位法来治疗, 但临床上经常遇到一些病人用这种方法难以复位, 以及在没有诊断床或硬板床的情况下无法进行手法治疗, 所以笔者在坐位膝顶法的基础上创用了提肩顶胸法, 从 1990 年开始运用至今, 在基层巡回医疗和义诊时发挥了积极作用。为了科学评价该疗法的临床疗效, 笔者从 2014

年 5 月至 2016 年 5 月, 用提肩顶胸法治疗 431 例胸椎小关节紊乱症患者, 用 VAS 评价临床疗效, 结果显示疗效显著, 2 周内的临床治愈率达到 87.01%, 说明这一方法疗效确切可靠。

胸椎小关节是由三组关节构成, 包括胸椎关节突关节 (或称为后关节), 肋横突关节和肋骨小头关节。胸椎退行性改变以及急慢性损伤时, 可导致胸椎小关节解剖位置的微细变化, 由于胸椎小关节不仅是微动关节还是联动关节, 脊柱关节的特点不仅是同一节段且相邻节段的关节也属于联动关节, 所以胸椎小关节的这种微细解剖位置的变化可以是单个发生, 也可以多个发生, 临床上笔者称为单 (多) 个椎体位移, 这种单 (多) 个椎体位移触诊检查时可发现棘突的后凸变位和旋转变位, 这种变位的椎体我们称为患椎 (现在有人称为责任椎)。胸椎椎体位移导致胸段脊柱内外平衡失调, 进而出现相应的临床症状。

胸椎小关节紊乱症临床表现多样, 多数表现为背痛, 其余表现为肋间神经痛, 背部发凉或麻木, 前胸痛, 胸闷, 气短, 心悸, 胃部不适等, 其临床表现似乎涉及多个学科的问题, 实际上是由于胸椎小关节紊乱所致, 究其原因, 与胸段脊柱的生理解剖结构有直接关系。

胸脊神经 (或称胸神经) 共 12 对, 由相应的胸段脊髓发出, 出椎间孔后又分为前支, 后支和脊膜支。脊膜支返回椎管支配脊膜, 椎骨, 椎骨韧带等, 后支向后在背部分为内侧支和外侧支, 支配椎旁肌群的运动 (包括多裂肌, 回旋肌, 胸棘肌, 棘间肌, 横突间肌, 胸最长肌, 胸髂肋肌等) 和背部皮肤的感觉。前支比脊膜支和后支大, 胸 12 对脊神经前支从 1 到第 11 支由后向前走行于肋骨间, 称为肋间神经, 第 12 对胸脊神经前支走行于 12 肋骨下, 称肋下神经。上 6 对肋间神经只分布于胸壁, 下 6 对肋间神经不仅分布于胸壁, 还向下走行分布于腹壁。胸部交感神经干由胸交感神经节以节间支相连而成, 由于第 1 胸神经节常与颈下神经节融合形成星状神经节, 第 12 胸神经节有时与第 1 腰神经节合并, 所以胸神经节大约为 10~12 个, 其位置大致在肋骨小头的前方, 胸椎椎体的侧面。胸神经节的节后纤维 (灰交通支) 与胸神经相连, 随胸神经的分支分布, 随脊膜支返回椎管内分布于椎体, 椎间韧带, 脊髓被膜等, 随胸神经的前支和后支, 分布于胸壁和腹壁的血管, 皮肤腺体等。从胸神经节发出内脏的分支分布于气管, 支气管, 肺, 胸膜, 心, 心包, 主动脉, 食管等, 其心支和肺支加入心丛和肺丛。当胸椎小关节错缝时, 就可能刺激或压迫关节周围的胸脊神经及其分支, 胸交感神经节, 以及灰交通支或白交通支, 因此产生相应的临床症状和体征。胸椎小关节紊乱本身就可导致其周围的关节韧带、关节囊和肌肉的损伤而出现背痛, 胸神经后支的刺激或压迫出现背痛, 或者背部麻木等表现。肋间神经受压或刺激, 表现出肋间神经痛, 其特点是沿

肋间神经分布区,呈环形或半环形疼痛。当交感神经节及其分支受压时,表现出交感神经相应支配节段的内脏不适或病变,比如胸闷,气短,呃逆,胃痛,背部发凉,背部不出汗等临床表现。

根据胸椎关节解剖结构,胸椎小关节紊乱或错缝,包括胸椎关节突关节错缝,肋椎关节错缝,肋横突关节错缝,以及肋胸关节错缝。那么为什么胸椎小关节会发生紊乱或错缝呢?我们知道脊柱是由内支架和外支架协调一致构成一个内外平衡系统,内支架主要是指脊柱骨结构及其关节和韧带,包括椎间盘,关节突关节,椎间韧带等。当脊柱的退变出现椎间盘的老化(水分的丢失,间盘的突出等),关节周围韧带的弹性或韧性的退步,关节突关节的增生退变,意味着脊柱内支架或内平衡的功能的下降或退步,在此基础上,如果长期的搬抬拎提重物导致积累性损伤,或上述活动时不小心出现一过性的损伤,破坏了脊柱的内外平衡,导致胸椎的单(多)个椎体的位移,刺激或压迫了胸脊神经或胸交感神经,导致其支配的组织或器官功能障碍,出现相应的临床表现。

手法是治疗纠正脊柱小关节紊乱或错缝最有效的方法,胸椎也不例外。纠正胸椎小关节紊乱的方法很多,提肩顶胸法是在膝顶法的基础上,根据临床经验创用的一个治疗胸椎小关节紊乱症的方法。该方法经本组 431 例临床观察证明有显著疗效。此方法的特点是:提肩牵引力作用下的同时用术者的前胸顶患者的后背使移位的椎体复位,一牵,一顶,瞬间复位;对环境要求不高,有凳子时可选择坐位复位,无凳子时

可选择站立复位。在俯卧位掌压或旋压复位遇到障碍或无法复位时,选用此法往往收到奇效,可在临床工作中选用此法,或作为其它方法的补充。

## 参考文献

- [1] 赵杨.李永峰教授治疗胸椎小关节紊乱症引起的肋间神经痛经验总结[J].中医中药杂志,2016,10(3):46.
- [2] 周东辉.俯卧旋压整复法治疗胸椎小关节紊乱症[J].中医正骨,2014,26(12):50-51.
- [3] 高万露,汪小海.视觉模拟疼痛评分研究的进展[J].医学研究杂志,2013,42(12):144-146.
- [4] 冯天有.中西医结合软组织损伤的临床研究[M].北京:中国科学技术出版社,2002:24-25.
- [5] 刘晓东,祁卉卉.手法复位与理疗治疗胸椎小关节紊乱的疗效比较[J].现代中西医结合杂志,2015,24(10):1107-1108.
- [6] 胡勇文,刘刚.清宫庭正骨手法治疗胸椎小关节紊乱症 60 例[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(10):58-59.
- [7] 李志远,孙小慧,师彬.脊柱手法矫正治疗胸椎小关节紊乱症 48 例[J].中医外治杂志,2015,24(3):35-36.
- [8] 陈天成,张少群.胸椎小关节紊乱症的研究进展[J].陕西中医,2012,33(7):927-929.
- [9] 王泉巖,元效勤,秦雪飞,等.中药涂抹擦按复位法结合游走罐治疗胸椎小关节紊乱[J].四川中医,2016,34(1):178-179.
- [10] 刘仍军,李伟,付伟.“半握拳”复位手法配合微波照射治疗慢性胸椎小关节紊乱综合征[J].中医正骨,2014,26(11):45-47.

(收稿日期:2016-11-08)

(上接第 72 页)

本研究中,经过 2 次治疗后患者眩晕、颈肩痛均有明显缓解,生活及工作质量均有所改善,治疗后 2 周、疗程结束后随访 1 个月评估患者的 DHI 评分均有进一步改善的趋势,但两者之间差异无统计学意义, $P>0.05$ ,提示第 2 次治疗后、疗程结束后 1 个月患者的眩晕及相关症状与生活工作质量较术前均有明显改善,显示铍针疗法治疗颈源性眩晕的远期疗效较好。

综上所述,铍针疗法对松解枕下肌群治疗颈性眩晕的疗效满意,可显著改善患者的眩晕症状,具有操作简便、临床疗效确切的特点,值得临床推广应用。

## 参考文献

- [1] 韦贵康.脊柱相关疾病学[M].北京:人民卫生出版社,2012:250-251.
- [2] 陈可冀.眩晕[M].北京:中国医药科技出版社,2000:121-122.
- [3] 孙宇,陈琪.第二届全国颈椎病专题座谈会纪要[J].中华外科杂志,1993,13(8):472.

- [4] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:86.
- [5] 王楚怀,卓大宏.颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究[J].中国康复医学杂志,1988,13(6):246.
- [6] Ryan GM,Cope S.Cervical vertigo [J].Lancet,1955,269(6905):1355-1358.
- [7] 张健,吕守正,刘英春,等.156 例颈性眩晕患者病因分析及治疗探讨[J].当代医学,2012,28(15):83-84.
- [8] 范大鹏,孙波,金哲峰.椎动脉型颈椎病发病机制研究进展[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(10):76-78.
- [9] 杨焕苗.针刺手三里、外关治疗椎动脉型颈椎病临床疗效观察[D].太原:山西中医学院,2013.
- [10] de Jong PT,de Jong JM,Cohen B,et al. Ataxia and nystagmus induced by injection of local anesthetics in the neck[J].Ann Neurol,1977,1(3):240-246.
- [11] 李振宇.铍针考究[J].北京中医药,2016,35(4):358-359.

(收稿日期:2016-12-03)