

泉州正骨推手手法治疗胸椎小关节紊乱症的临床观察

陈长贤¹ 林思雄¹ 翁文水¹ 吴铅谈¹ 王金鑫¹ 杨原芳¹

[摘要] **目的:**观察泉州正骨推手手法治疗胸椎小关节紊乱症的有效性、安全性。**方法:**选取 2019 年 3 月至 2020 年 5 月就诊的胸椎小关节紊乱症患者共 70 例,按随机数字表法随机分为治疗组、对照组各 35 例。对照组给予常规治疗,治疗组予以泉州正骨推手手法治疗。记录并比较视觉模拟评分法(VAS)、行为疼痛测定表(the 6-point Behavioral Rating Scale,BRS-6),并比较两组治疗前后的临床疗效。**结果:**治疗后两组的 VAS 评分、BRS-6 评分均明显低于治疗前,且治疗组明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗组治疗后的临床疗效明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**泉州正骨推手手法应用于胸椎小关节紊乱症,能缓解疼痛、提高临床疗效。

[关键词] 推手手法;胸椎小关节紊乱症;临床观察

[中图分类号] R681.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2021)05-0025-04

Clinical Observation of Quanzhou Zhenggu Tuishou Manipulation in the Treatment of Small Joint Disorder of Thoracic Vertebrae

CHEN Changxian¹ LIN Sixiong¹ WENG Wenshui¹ WU Qiantan¹
WANG Jinxin¹ YANG Yuanfang¹

¹ Quanzhou Orthopedic-Traumatological Hospital, Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Quanzhou 362000, Fujian China.

Abstract Objective: To observe the efficacy and safety of Quanzhou Zhenggu Tuishou manipulation for treating thoracic facet joint disorders. **Methods:** 70 patients with small joint disorder of thoracic vertebrae from March 2019 to May 2020 were randomly divided into the treatment group ($n=35$) and the control group ($n=35$) according to the random number table method. The control group was treated with conventional western medicine, while the treatment group was treated with Quanzhou Zhenggu Tuishou manipulation. The visual analogue scale (VAS) and the 6-point behavioral rating scale (BRS-6) were recorded and compared. The clinical efficacies of the two groups were compared. **Results:** After treatment, the VAS score and BRS-6 score of the two groups were significantly lower than those before treatment. The treatment group was significantly lower than that in the control group ($P<0.05$). The clinical efficacy of the treatment group was significantly higher than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Quanzhou Zhenggu Tuishou manipulation can relieve pain and improve clinical efficacy when applied to small joint disorder of thoracic vertebrae.

Keywords: Quanzhou Zhenggu Tuishou manipulation; small joint disorder of thoracic vertebrae; clinical observation

胸椎小关节紊乱症主要是由于各种原因引起胸椎关节突关节和肋椎关节的错位,导致周围软组织受牵拉,刺激神经引起相应的症状和体征^[1]。目前临床对于其治疗方法较多,主要包括推拿、针刺、针刀、电针、药物等治疗方法,其中推拿手法治疗广泛应用于胸椎小关节紊乱症的治疗^[2]。泉州正骨推手手法是本院运用医武结合理论形成的一套南少林整脊手法。本研究

旨在观察泉州正骨推手手法治疗胸椎小关节紊乱症的临床疗效,现报告如下。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

选取 2019 年 3 月至 2020 年 5 月就诊于本院的胸椎小关节紊乱症患者 70 例,按随机数字表法随机分为治疗组、对照组各 35 例。

1.2 诊断标准

参考《推拿学》^[3]中有关胸椎小关节紊乱症的诊断标准:1)有牵拉、过度扭转外伤史。2)局部疼痛剧烈,

基金项目:泉州市科技计划项目(2019N003S)

¹ 福建中医药大学附属泉州正骨医院(福建 泉州,362000)

甚则牵掣肩背痛,俯仰转侧困难,常固定于某一体位,不能随意转动,疼痛随着脊柱活动增强而加重,且感胸闷不舒、呼吸不畅、入夜翻身困难,重者可有心烦不安、食欲减退。部分患者可出现脊柱水平面胆囊、胃区等脏腑反射性疼痛。3)体格检查:胸椎触诊发现病损处胸椎棘突偏离中轴线,或后凸、前凹,其偏歪一侧软组织局限性压痛,肌紧张,棘上韧带可摸到条索状硬块。4)胸椎 X 线片:一般无明显异常,或表现脊柱侧弯、棘突偏歪等改变。

1.3 纳入标准

1)符合胸椎小关节紊乱症诊断标准;2)年龄在18~70岁之间;3)患者知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准

1)不符合上述胸椎小关节紊乱症诊断标准;2)合并有胸椎畸形、肿瘤、结核、骨折等;3)伴有循环系统、血液系统等严重内科疾病患者;4)伴有意识障碍、认知功能障碍或精神疾病患者;5)哺乳期、妊娠期妇女。

1.5 方法

1.5.1 治疗方法 1)对照组:参考《中西医结合软组织损伤的临床研究》^[4]有关内容予以常规治疗,口服塞来昔布胶囊,100 mg/次,1次/d;泮托拉唑钠肠溶片,40 mg/次,1次/d;盐酸乙哌立松片,50 mg/次,3次/d。连续治疗3 d。2)治疗组:予以泉州正骨推拿手法治疗。手法操作:患者取俯卧位,头部自然放松垂放于推拿床沿前方,双手自然下垂置于床的两侧。以右侧为例,手法操作医生双脚足分开平肩站立,上半身略向前倾,略收腹,呈“马弓步”姿势,立于患者头侧前方偏右侧,医生左手掌根平行脊柱置于患处关节突关节上外方,右手掌根垂直脊柱置于患处对侧关节突关节平面处。配合患者的呼吸,在呼气末,双手掌同时行对应旋转剪切力,即“寸劲”。发力方向:右手掌在患侧对侧向下按压的同时向脚部方向推旋之力,左手掌在患侧

向下压的同时向头部方向的推旋之力,常可听到关节弹响声,从上至下逐节段整复。以同样的动作方法,反方向完成患者另一侧手法。1次/d,连续治疗3 d,疗程结束后进行评价。

1.5.2 疗效评定方法 1)疼痛视觉模拟评分:采用视觉模拟评分法(VAS)评价两组治疗前后疼痛评分,总分0~10分,0分表示无痛,10分代表难以忍受的最剧烈的疼痛,分值越高表示疼痛越剧烈。2)行为疼痛测定表:采用行为疼痛测定表(the 6-point Behavioral Rating Scale,BRS-6)^[5],两组治疗前后疼痛进行测定比较,分析治疗的疗效。将疼痛分为以下6点(0~5分),具体如下:无疼痛;有疼痛但易被忽视;有疼痛,无法忽视,但不干扰日常生活;有疼痛,无法忽视,干扰注意力;有疼痛,无法忽视,所有日常活动均受影响,但能完成基本生理需求(如进食和排便等);存在剧烈疼痛,无法忽视,需休息或卧床休息。3)疗效指标:参考《中医病证诊断疗效标准》^[5]中有关内容进行疗效评定。治愈:症状和体征基本消失,胸椎活动功能正常。显效:症状和体征较前改善,胸椎活动功能改善。无效:症状和体征无明显改善。有效率=[(治愈例数+显效例数)/总例数]×100%。

1.6 统计学方法

运用SPSS 22.0统计软件进行数据分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,方差齐且符合正态分布的计量资料比较用 t 检验;方差不齐时采用 t' 检验;不服从正态分布的资料用秩和检验;率的比较用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

两组之间的年龄、性别、病程等方面差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表1。

2.2 两组治疗前后VAS评分比较

表1 两组一般资料比较

组别	例数/例	年龄/岁 ($\bar{x} \pm s$)	性别/例		病程/a		
			男	女	<1	1~3	>3
治疗组	35	47.40±8.31	18	17	4	19	12
对照组	35	48.03±7.12	20	15	1	21	13
$t/\chi^2/Z$		0.340	0.230		-0.670		
P		0.735	0.631		0.503		

治疗前治疗组和对照组的VAS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后治疗组和对照组的

VAS评分均较治疗前降低,且治疗组VAS评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组治疗前后VAS评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/例	治疗前VAS评分/分	治疗后VAS评分/分	t	P
治疗组	35	7.37±1.06	3.77±1.03	9.697	<0.001
对照组	35	7.09±1.29	5.40±1.17	8.824	<0.001
t		1.012	6.183		
P		0.315	<0.01		

2.3 两组治疗前后 BRS-6 评分比较

治疗前治疗组和对照组的 BRS-6 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后治疗组和对照组的

BRS-6 评分均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组 BRS-6 评分均低于对照组($P<0.05$),差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组治疗前后 BRS-6 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	治疗前 BRS-6 评分/分	治疗后 BRS-6 评分/分	<i>t</i>	<i>P</i>
治疗组	35	3.11±0.96	1.51±0.74	14.595	<0.001
对照组	35	3.40±0.91	2.23±0.73	9.022	<0.001
<i>t</i>		1.273	4.056		
<i>P</i>		0.207	<0.001		

2.4 两组疗效比较

经治疗后,治疗组有效率为 97.14%,明显高于对照组的 80.00%,差异具有统计学意义($Z=-3.678$, $P<0.05$),见表 4。

表 4 两组临床疗效比较(例)

组别	例数	治愈	有效	无效	有效率/%
治疗组	35	16	18	1	97.14
对照组	35	11	17	7	80.00

3 讨论

3.1 胸椎小关节紊乱症发病机制研究

现代医学对于胸椎小关节紊乱症的病因认识,主要包含骨性学说和肌性学说两种。骨性学说认为其发病多由于长期姿势不当或体位突然的改变,引起脊椎小关节的错位,引起附着于胸椎关节的肌肉、韧带等周围软组织牵拉,甚至痉挛、水肿,引起疼痛等症状;肌性学说认为各种损伤刺激感觉神经末梢,引起肌肉反射性痉挛,肌肉痉挛后脊椎应力失常引起相应的解剖位置的相对改变,引起关节交锁,导致相应的症状^[6]。脊柱的结构单元由椎间盘、椎间关节、椎间韧带和肌肉构成。每一节段生物力学由静力性因素和动力性因素构成,共同维持脊柱的内外平衡。动力性学因素主要包括肌肉组织,静力性因素主要包括椎骨、椎间盘、韧带等组织,二者相互协调、相互影响。因此对于胸椎小关节紊乱症的病因认识,无论骨性学说和肌性学说,实质上是脊柱力学平衡失衡,导致脊神经根和交感神经受椎间孔狭窄的刺激和压迫或周围软组织炎性刺激或软组织肿胀、粘连,肌肉紧张牵拉和压迫,导致各种临床表现和体征^[7]。因此,对于胸椎小关节紊乱症调整脊柱关节结构及生物力学,恢复脊柱的稳定性是治疗的关键。

3.2 胸椎小关节紊乱症手法治疗机制

推拿手法作用机制涉及生理、电生理、生化、生物力学等多学科内容。手法可影响血流动力学,降低外周阻力,促进血液循环,利于代谢废物排出,同时可调节血液中镇痛物质含量,发挥镇痛作用;手法可通过调节神经—内分泌—免疫系统,降低炎症水平,调节人体免疫,促进损伤修复;解除软组织痉挛、粘连,伸展肌

肉、韧带,调节肌力肌电,恢复肌群性能;手法可使紊乱小关节恢复正常解剖位置,解除对脊髓、神经根、血管的刺激和压迫,恢复脊柱生物力学平衡^[8-10]。目前对于胸椎小关节紊乱症整复手法多种多样,包含胸椎对抗复位法、俯卧推按法、双肩端提法、旋转复位法、卧位鼓咳按压法、摇腿揉背法、端坐提肩拍打法、抱膝滚动法等手法^[11]。

3.3 泉州正骨推手手法的理论依据

胸椎小关节紊乱症属中医学“筋出槽”“骨错缝”范畴,认为筋骨相连,各居其位,筋束骨,骨张筋,共同维持机体平衡,正所谓“骨为干,筋为刚”。若因积劳损伤、跌扑损伤、外感邪气等因素,筋位置错动、改变或骨的关节错动、移位,使气血运行不畅,瘀阻筋脉,筋肌节黏,致疼痛,甚至僵硬。结合现代解剖学认识,总结出目前对于“筋出槽”“骨错缝”的认识^[12-13]:“筋出槽”是指机体由于各种原因,引起损伤后,引起肌腱、筋膜、韧带、滑膜等软组织产生滑脱或相对解剖位置改变,影响正常的生理机能,影响日常的生活和工作;“骨错缝”是指各种致病因素作用于机体,使人体骨关节正常解剖位置发生位移和错动,且无法自行恢复,产生相应的临床症状。筋出槽和骨错缝之间常相互作用、相互影响。《医宗金鉴》记载:“或有骨节间微有错落不合缝者,是伤虽平,而气血之流行未畅……惟宜推拿,以通经络气血也”,可见对于筋出槽和骨错缝,手法整复为其首先治疗方法,理筋整复,滑利关节,恢复筋、骨正常解剖位置,以达骨正筋柔。

3.4 泉州正骨推手手法来源与应用

本研究采用泉州正骨推手手法,继承南少林骨伤学术流派,在中医整体辨证论治及现代解剖学、生物力学理论基础上,结合南少林武术理论,创造出一套具有南少林医武结合的泉州正骨推手手法。其特点是将推拿手法与武术元素相结合,步法上融合“站桩”“技击”方法,主张意念统帅身体,即“手随心转,法从手出”,操作过程注重身体“内轻虚,而外脱化,松和自然”,讲究“意、气、形”有效结合,提高操作者身体协调性和准确性。身法重视“正”,操作过程避免肢体晃动、摆动,正所谓“形不正则气不顺,气不顺则意不宁,意不宁则气

散乱,气散乱则手法难成”^[14]。推手发力技巧讲求螺旋力,即将全身的力同向叠加,发力技巧讲究巧劲,借助发力技巧发挥出最强的爆发力,融合“寸劲”技巧。推手螺旋力的原理类似连续旋转的杠杆,发力过程是将全身分散的力集中于一点,将全身肢体关节形成一个整体,发力点源于双脚,行于双腿,发自腰部,而体现于手。正如拳谱所言:“力起于脚,行于腿,主宰于腰,发于梢”。胸椎小关节错位的分型包括旋转型错位、过伸型错位、过屈型错位,由于胸廓运动的复杂性,常常是混合型错位,临床治疗中首要解决的是旋转型错位,过伸型错位、过屈型错位一般可通过胸廓屈伸活动改善。根据胸椎解剖特点以及生物力学特性设计,主要在于改善胸椎小关节旋转型错位,利用旋转顿挫之力,带动关节突关节、肋椎关节及肋横突关节三个小关节运动,利于错位小关节恢复正常解剖位置,手法带动关节运动过程,小关节间隙打开,解除神经、血管及周围软组织压迫,从而恢复脊柱内外稳定系统。研究表明泉州正骨推手手法根据脊柱及周围软组织的解剖特点、病理改变,整复恢复关节错位,松解肌肉挛缩或粘连,调畅气血,舒筋通络,恢复脊柱生物力学平衡^[15]。

本研究显示泉州正骨推手手法治疗胸椎小关节紊乱症,可以缓解疼痛,提高临床疗效。

参考文献

- [1] 罗才贵. 推拿治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:78.
- [2] 严隽陶. 推拿学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:138-139.
- [3] 范炳华. 推拿学[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:151.
- [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,200:24-25.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:254.
- [6] 关锦峰,李宇明. 双人徒手整脊操作手法治疗上段胸椎小关节紊乱 183 例[J]. 中国中医急症,2012,21(10):1689-1691.
- [7] SINGH V, MANCHIKANTI L, SHAH R V. Systematic review of thoracic discography as a diagnostic test for chronic spinal pain[J]. Pain Physician, 2008, 11(5): 631-642.
- [8] 刘皓,王文岳,刘洪旺. 推拿手法治疗软组织疾病的作用机制[J]. 现代中西医结合杂志,2014,23(34):3861-3863.
- [9] 付玉平,严清毕,潘烨. 手法复位治疗胸椎后关节紊乱[J]. 湖北中医杂志,2014,36(12):66-67.
- [10] 王国才. 推拿手法学[M]. 北京:中国中医药出版社,2003:28-29.
- [11] 左海峰,王遵来,葛超,等. 整脊手法治疗胸椎小关节紊乱研究进展[J]. 风湿病与关节炎,2016,5(6):69-72.
- [12] 莫灼锚,张人文,唐树杰. “骨错缝筋出槽”、椎间盘退变与脊柱退变性疾病关系探讨[J]. 时珍国医国药,2017,28(12):2970-2972.
- [13] 莫灼锚,张人文,舒新农,等. 脊柱“骨错缝,筋出槽”相关理论论述[J]. 中国中医骨伤科杂志,2018,26(2):86-88.
- [14] 徐军. 浅谈八极门武术劲力、身法、步法在推拿术中的运用[J]. 按摩与导引,2003(3):51-52.
- [15] 陈长贤,曹旺烽,吴志强,等. 正骨推手手法治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志,2016,24(12):23-28.
- [10] JANSEN S C P, BRANSEN J, VAN MONTFORT G, et al. Should the extended lateral approach remain part of standard treatment in displaced intra-articular calcaneal fractures? [J]. Journal of Foot and Ankle Surgery, 2018, 57(6):1120-1124.
- [11] 温晓东,李玉茂,张玉九. Sanders II、III型跟骨骨折术后切口并发症影响因素分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2017,32(2):215-217.
- [12] 中国医师协会内分泌代谢科医师分会,中国住院患者血糖管理专家组. 中国住院患者血糖管理专家共识[J]. 中华内分泌代谢杂志,2017,33(1):1-10.
- [13] 曾桂平,柯文,方忠. Sanders II~IV型跟骨骨折术后切口皮缘坏死的非感染因素分析[J]. 骨科,2020,11(4):341-343.
- [14] 杨晓豪,王齐,张宇航,等. 闭合性关节内跟骨骨折手术切口并发症相关因素研究进展[J]. 山东医药,2019,59(15):107-110.
- [15] DE BOER A S, VAN LIESHOUT E M M, VAN'T LAND F, et al. Soft tissue complications and timing of surgery in patients with a tongue-type displaced intra-articular calcaneal fracture: an international retrospective cohort study[J]. Injury, 2018, 49(2):425-429.
- [16] 杨晓豪,王齐,张宇航,等. 闭合性关节内跟骨骨折手术切口并发症相关因素研究进展[J]. 山东医药,2019,59(15):107-110.
- [17] WU K, WANG C, WANG Q, et al. Regression analysis of controllable factors of surgical incision complications in closed calcaneal fractures[J]. J Res Med Sci, 2014, 19(6): 495-501.
- [18] 徐文铭,彭力平,徐倩. 跟骨骨折切开复位内固定伤口并发症发生因素及预防对策[J]. 中国医学工程,2015,23(5):27-28.

(收稿日期:2020-08-11)

(上接第 24 页)

(收稿日期:2020-10-09)