



12-1-1989

Manipulation Therapy in Treating Upper Back Pain: a casereport & introducing the manipulation therapy of James Cyriax

Wen-Hong Pan

Chorng-Song Chou

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Pan, Wen-Hong and Chou, Chorng-Song (1989) "Manipulation Therapy in Treating Upper Back Pain: a casereport & introducing the manipulation therapy of James Cyriax," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 17: Iss. 1, Article 20.

DOI: <https://doi.org/10.6315/JRMA.198912.0011>

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol17/iss1/20>

This Case Report is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

徒手操作治療上背痛－病例報告及Cyriax徒手操作治療法簡介

潘文弘 周崇頌*

一位31歲男性病人因復發性上背痛來院求診，在理學檢查及病史詢問後被診斷為上胸椎椎間板移位的病例。經施以徒手操作治療後，馬上重複治療前的理學檢查，發現有明顯的改善，病人也主訴症狀改善許多。本篇同時對徒手操作治療法作一簡單介紹。

Key words: slipped disc, manipulation therapy.

前言

脊椎疼痛在頸，腰椎是蠻常見的運動傷害，如急性斜頸，急性腰痛等是。然而在胸椎的脊椎疼痛則少見。臨床上常將胸椎分成三個部份[7]：

- (一) 第一區(T-1 & T-2)：功能上與頸椎密不可分，故視為頸椎的一部份，一起討論。
- (二) 第二區(T-3 & T-6)：在此區域的脊椎疼痛更是少見，此可能是因為整個胸廓的固定作用所致。
- (三) 第三區(T-7 & T-12)：此區的脊椎疼痛在胸椎部份算是最為常見者，其治療頗簡單，但復發率也很高。

當醫師面對主訴脊椎疼痛的病人時，常會有一些常見診斷來形容它，如：纖維肌痛(fibromyalgia)[1, 2, 4]，纖維組織炎[1, 3, 4, 5, 6]，肌膜痛[8]等等。各家論點及治療頗有一些爭論，並不一致。

病例

31歲已婚男性，平時喜歡打網球，釣魚，打牌等室內外活動。病人主訴三年多以來，復發性的上背痛，每當發作時前彎頸部可加

劇其疼痛，最後一次發作是在77-9-28，病人於9-29就診台中榮總復健科，當時看起來呈現急病的外觀且頸部像被鎖(locked)在伸展(extension)的位置。(下巴到胸骨凹的距離為17公分。)沒有明顯神經根徵候。理學檢查有下列各點發現：(病人坐姿)

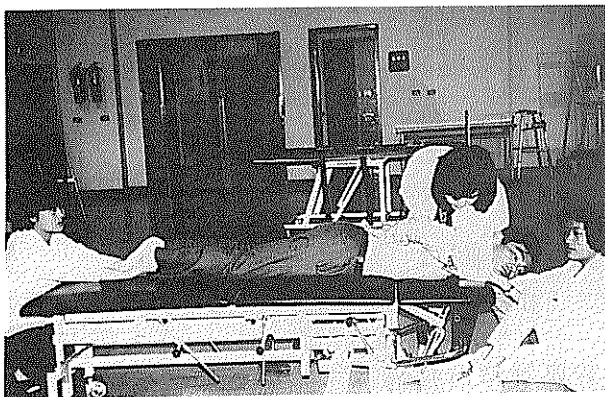
1. T-2, T-3 脊椎的棘突部位有局部壓痛點。
2. 上身被動向左側側彎及向左側旋轉測試活動範圍減少且有終端疼痛。
3. 上背痛可經由下列四項測試誘發而加劇痛感
 - (I) 頸部被動前彎(頸椎活動範圍中唯一受限者)。
 - (II) 上臂上舉及外旋。(flexion & ext.rotation of G-H.joint)
 - (III) 肩胛骨內收或外展。
 - (IV) Valsava 操作法或深呼吸。

鑑別診斷：

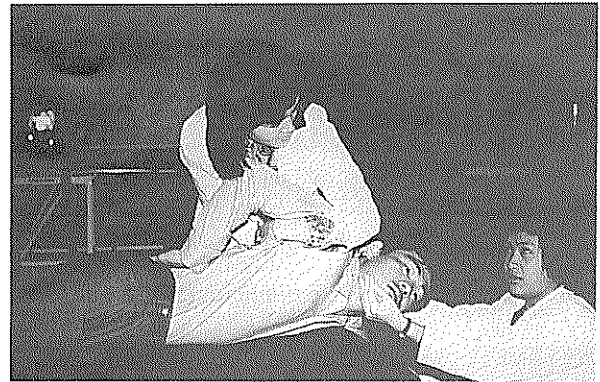
由上述的理學檢查，可有下列鑑別診斷：

- (一) 肌膜痛(myofascial pain)，病人在上背肌群常有疼痛點；而一般都可在此些肌肉部位找到一定數目以上的壓痛點，且這些疼痛與頸椎活動沒有相關性，所以在本病例不

能成立。(二) 僵直性脊椎炎(A.S.) 病人常有脊椎疼痛，且多患男性年輕者，故應列入考慮；然A.S. 病人之脊椎活動多為廣泛性受限，且有上昇型(Acending type)，與此病例的僅有頸椎屈曲受限顯然不符。(三) 心臟疾病亦常有上背之幅射痛；但其疼痛程度概不會因深呼吸而加劇，亦與頸椎、上臂活動無關，所以，應該可以將之剔除。(四) 椎間板移位，可刺激硬腦膜而產生非節區分佈之幅射痛(Extrasegmental refer pain)，佐以前述理學檢查結果，符合James Cyriax 所明示的硬腦膜活動徵象(Dura mobility sign)、關節徵象(Articular sign)[7]，所以我們認為這是一個上胸椎椎間板移位的病例，而施以徒手操作治療—牽引下，上段胸椎快速旋轉及背屈徒手操作[7]。由於病人主觀感覺症狀改善許多，所以同一手法共重覆使用了四次。至此，客觀的脊椎活動度增加，更加證實了原診斷的正確性。而徒手操作法也絕不會使肌膜痛、A.S.、心臟疾病等的症狀獲得立即的改善，所以rule out 合理。



圖一、準備位置：病人俯臥，二助手施牽引力於雙足及下巴和後腦。



圖二、操作時：助手維持牽引力1.2 秒鐘後，操作者側彎向病人下肢，提起患側之肩膀。

圖片介紹附於上一頁，上胸椎牽引下同時予上段胸椎快速旋轉，背屈徒手操作(rotation extension thrust under traction of the U.T. spine)：見圖一及圖二：此徒手操作適用於治療上段胸椎椎間板移位而其禁忌症為病人理學檢查有脊髓徵候或在使用抗凝血劑治療者為絕對禁忌。徒手操作擺位為病人採俯臥(prone)患側手背在背後，頭側向患側。醫師站立于健側，雙手在病人臂彎內互握，近側手壓在T-6到T-8 背側相對椎骨，另一手臂提起病人肩膀到達阻力增大的終末端。操作時，由兩位助手經由病人下巴，枕骨及兩下肢施加牽引力量維持數秒後，醫師猛然側身朝向病人下肢端而將患側肩胛提起。如此操作法可對上段胸椎各關節同時造成伸展及旋轉的衝力。

結果

經四次同樣的操作之後，病人主觀感覺上背痛幾乎完全消失；客觀理學檢查病人下巴到胸骨亂的距離已可縮短至3公分(治療前只能有17公分)頸椎的活動範圍仍是正常的，而內收或外張兩個肩胛骨也不再疼痛。

討論

以下對椎間板移位稍作整理介紹：

1. 椎間板朝中央部位突起會刺激硬腦膜 (dura)，而引起非節區性分佈的幅射痛 (extrasegmental refer pain)。
2. 椎間板朝後側位突起則可以刺激到硬腦膜神經套膜 (dura sleeve)，而造成節區性分佈的幅射痛，也就是一般所稱的神經根傳導疼痛 (root pain)。
3. 在椎間板移位的病例，其關節徵候並不常見，若存在時，其會限制軀體的側屈及旋轉。
4. 在解剖學上，當頸椎由中立位置向前彎時，整個硬腦膜約可有三公分的位移，當存在有椎間板移位時這個位移會誘發引起疼痛而受到限制，(疼痛乃因椎間板對硬膜的刺激而造成)。

參考文獻：

1. Yunus M.B.: Fibromyalgia Syndrome : A Need For Uniform Classification .The J. of Rheumatology, 11:6:841-844, 1983.
2. Kalyan-Raman U.P., Kalyan-Raman K., Yunus M. B. & Masi A.T.: Muscle Pathology in Primary Fibromyalgia Syndrome. The J. of Rheumatology, 11:6:8087-814, 1984.
3. Wolfe F., Hawley D.J., Cathey M.A., Caro X. & Russel I.J.: Fibrositis: Symptom Frequency & Criteria for Diagnosis. The J. of Rheumatology, 12:6:1159-1163, 1985.
4. Dinerman H., Goldenberg D.L. & Felson D.T.: A Prospective Evaluation of 118 Patients with the Fibromyalgia Syndrome. The J. of Rheumatology, 13:2:368-373, 1986.
5. Littlejohn G.O.: Repetitive Strain Syndrome. The J. of Rheumatology 13:6:1004-1006, 1986.
6. Bennet R.M.: Fibrositis : Evolution of an Enigma. The J. of Rheumatology, 13:4:676-678, 1986.
7. Cyriax J.: Illustrated Manual of Orthopaedic Medicine. 167-182, London, 1982.
8. Travell J.G. & Simons D.G.: Myofascial Pain & Dysfunction---The Trigger Point Manual. 331-462, U.S.A., 1983.

結論

雖然在復健醫學領域有許多有用的設備足資利用，由於；“徒手操作治療”的效果立現且幾乎是隨地可作，其仍不失為一個很令人滿意的治療方法。當然，正確的診斷與適當地選擇治療法-O 最重要的先決條件。

Manipulation Therapy in Treating Upper Back Pain - a case report & introducing the manipulation therapy of James Cyriax

Wen-hong Pan , Chorng-Sonq Chou*

A 31 y/o male adult with recurrent upper back pain was examined & diagnosed as a case of slipped disc syndrome of the upper thoracic spine. After manipulation therapy, there were

both subjective & objective improvements. The author also attempted to introduce to the manipulation therapy to a certain extent.

Department of Physical Medicine & Rehabilitation, Provincial Feng-yuan Hosp.
* Department of Physical Medicine & Rehabilitation, VGHTC. Taichung, R.O.C.