

頭部下垂症候群 - 物理治療建議

文／臺中榮總復健醫學科技術主任 陳彥文

當您走在街上或市集，偶爾會遇見低著頭駝著背走在路上的長者，頭似乎很難抬至水平直視前方。張女士因罹患巴金森氏症後，隨身體活動能力限制多了，脖子也日久越來越抬不起來。上述情況，可能代表存在著「頭部下垂症候群（dropped head syndrome, DHS）」。

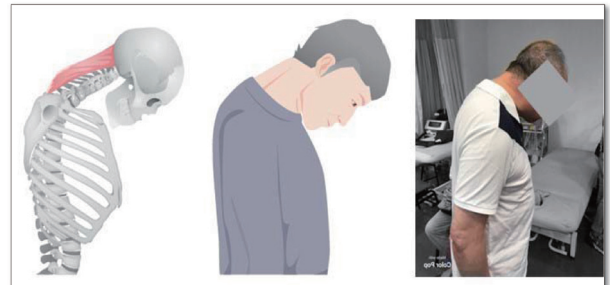
頭部下垂症候群特徵

「頭部下垂症候群」主要特徵是頸椎兩旁的肌群出現嚴重無力現象，導致頭部及頸椎慢慢地下垂前傾現象，頭部最終導致呈現經典的「下巴觸及前胸」姿勢型態（圖一）。頭半棘肌（Semispinalis cervicis muscle）衰弱或鬆弛被認為是造成「頭部下垂症候群」主要因素（圖二）。然而，醫學上對於「頭部下垂症候群」確切的病因仍有爭議，尚無定論。許多假設的支持認為：畸形是由脊椎旁肌肉組織損傷和疲勞有關。而這種續發性頸椎前傾變化的姿勢變化，這與年齡增長相對組織彈性喪失有一定的關聯性。頭部前移增加，相對也會對身體重心造成影響，限制活動能力、反應力及平衡感等問題，可能加速衍生出年長者失能風險（圖三）。

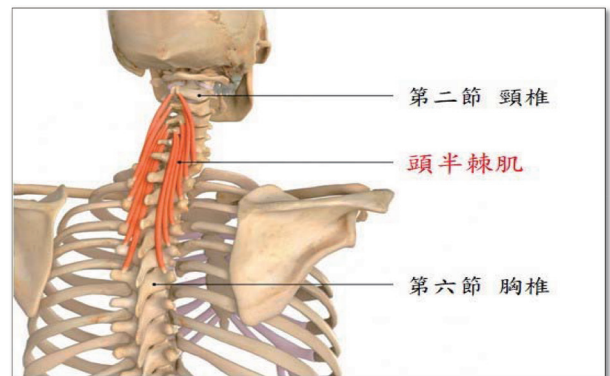
「頭部下垂症候群」明顯表徵：

1. 頸椎弧度變型

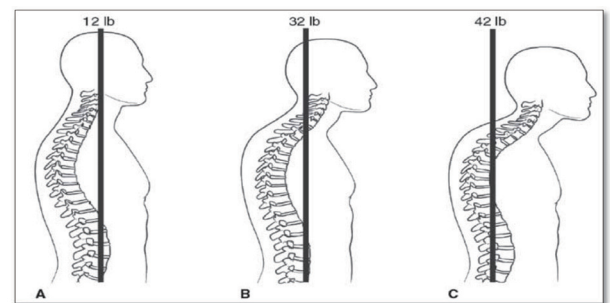
2. 頸部肌肉嚴重無力、無法抬起頭、影響視線（無法平視前方）



▲（圖一）頭部下垂症候群示意圖



▲（圖二）頸椎-頭半棘肌 解剖位置示意圖




▲（圖三）正常直立的頸椎前傾幅度（A）和頭部過度前移的頸椎後凸（B和C）圖示（當頭部每向前傾一英寸（2.54cm），頸椎承受的重量就會增加10磅-約4.5斤）。

頭部下垂症候群常見原因

「頭部下垂症候群」可由多種病因發展而來，包括：例如帕金森氏症、運動神經元疾病、神經肌肉疾病（重症肌無力和皮肌炎等）、脊柱疾病（頸椎脊髓病變和頸椎病肌萎縮症）以及頸椎手術後的併發症等。除此之外，也發生於一些衰弱（肌少症/骨質酥鬆症）年長者身上出現。由於「頭部下垂症候群」由許多不同的疾病誘發，因此其發展似乎涉及多種的致病機制。在治療上，首先一定要先至醫院相關部科門診接受醫

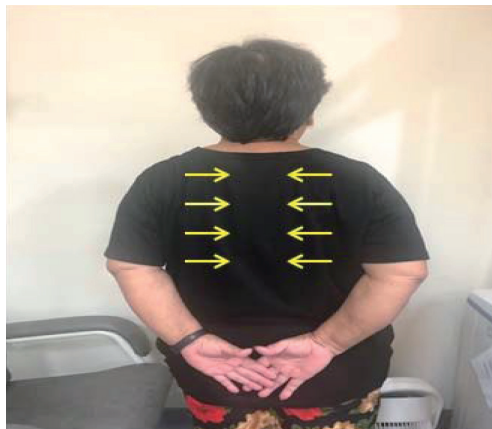
師評估與安排相關檢查，了解造成「頭部下垂症候群」的可能機制，然後再根據具體病理來選擇合適的治療方法。

物理治療 - 運動矯正建議

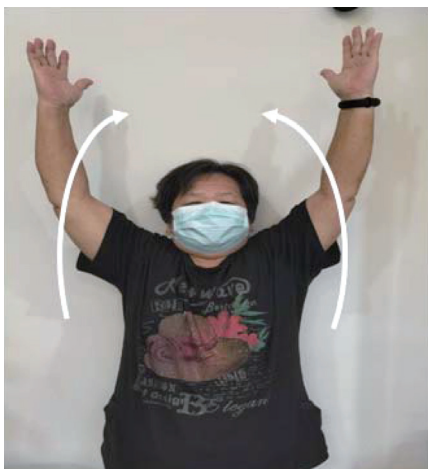
以下為非特異性「頭部下垂症候群」的自我居家運動建議，提供給大家參考，各個動作訓練（圖四、圖五、圖六、圖七、圖八），建議每日執行三次，每次每個動作重覆做5-10次。如果執行上有任何問題可於本院就醫時，跟相關復健科專業團隊諮詢。 



▲（圖四）背靠貼牆，雙手外擴夾背挺直身。



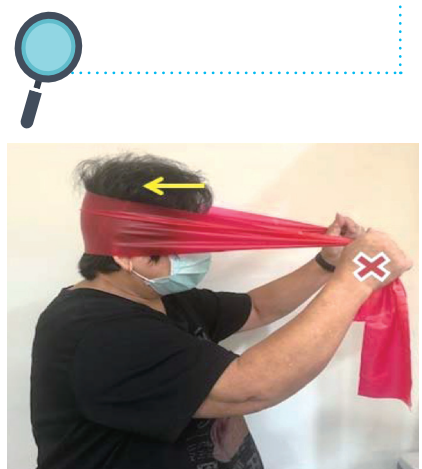
▲（圖五）站挺縮下巴，隻手交叉背，夾肩胛骨動作，減駝背效果。



▲（圖六）貼牆站挺，縮下巴，雙手盡量上舉往後抬，達到伸展的效果。



▲（圖七）坐姿少女祈禱式，雙手合十撐下巴，接著縮下巴，以達到頸伸肌訓練效果。



▲（圖八）抗彈力帶（肌力）阻力，練習縮下巴，達到頸椎深層伸直肌訓練效果。