

- 用影响因素分析. 中华医院管理杂志, 2005, 21: 161-165.
- 8 邱纪方, 李建华, 梁小平, 等. 康复科住院患者功能独立性测量与住院费用和时间的关系. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24: 391-393.
- 9 刘鹏, 黄东锋, 陈少贞, 等. 脑出血和脑梗塞的住院医疗康复效益分析. 中国康复医学杂志, 2000, 15: 75-77.
- 10 李建华, 许志生, 陈文君. 脑梗死短期住院患者康复效益研究. 中国康复医学杂志, 2004, 19: 349-352.
- 11 励建安. 美国托马斯·杰佛逊大学医疗体系的康复医学. 中华物理医学与康复杂志, 2001, 23: 119-120.

(收稿日期: 2006-06-20)

(本文编辑: 熊芝兰)

牵引并手法复位治疗侧向旋转型寰枢关节半脱位的疗效观察

王常鸿

【摘要】 目的 探讨牵引并手法复位治疗侧向旋转型寰枢关节半脱位的治疗效果。**方法** 将 96 例侧向旋转型寰枢关节半脱位患者随机分为治疗组和对照组, 每组 48 例, 治疗组采用牵引加手法定位旋转复位法治疗, 对照组采用牵引配合中频电治疗, 观察 2 组治疗效果。**结果** 治疗组总有效率为 97.9%, 对照组总有效率为 83.3%, 2 组差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 随访 1 年, 治疗组复发 5 例, 对照组复发 12 例, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 牵引并手法复位治疗侧向旋转型寰枢关节半脱位能针对病因, 纠正半脱位, 恢复颈椎的动力性平衡, 疏通经络, 活血化瘀, 复发率低, 具有较好的疗效。

【关键词】 寰枢关节半脱位; 手法治疗; 牵引

寰枢关节旋转半脱位早在 1907 年由 Corner 首先报道, 1968 年 Wortzman 正式将其命名为“寰枢关节旋转-固定”, 国内至 1981 年才提及此病。近年来关于此病的诊断和治疗方面的报道有所增加, 但诊断标准仍不够统一和全面^[1]。为寻求更科学有效的治疗方法, 我科采用颈椎牵引并手法复位治疗侧向旋转型寰枢关节半脱位, 取得了较理想的效果, 现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

选择 2002 年 12 月至 2004 年 12 月来我院门诊治疗的侧向旋转型寰枢关节半脱位患者 96 例。临床表现以上颈部疼痛不适、头晕目眩、恶心、呕吐和头部旋转功能障碍为主, 可伴有心慌、耳鸣或猝倒病史; 触诊发现 C_2 棘突偏向一侧, 患侧明显隆起、肿胀、压痛, 对侧空虚凹陷; X 线检查表现为张口位片齿状突与两侧块间隙不对称, 间距差 > 2 mm。根据以上表现, 同时排除齿状突骨折、寰齿关节前后脱位和相关部位的肿瘤、结核, 确诊为侧向旋转型寰枢关节半脱位。入选患者按就诊顺序随机分为治疗组和对照组, 每组 48 例。2 组病例性别、年龄、病因、齿状突偏移情况等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性 (表 1)。

二、治疗方法

治疗组采用牵引加手法定位旋转复位法治疗, 对照组采用牵引配合中频电治疗。

1. 牵引: 采用枕颌布带坐位牵引法, 低头 $10 \sim 15^\circ$, 首次牵引重量为 $3 \sim 5$ kg, 牵引时间 20 min, 以后逐渐增加重量至 $10 \sim 15$ kg, 延长时间至 30 min。每日牵引 1 次, 10 次为 1 个疗程。

2. 定位旋转复位法: (1) 整复准备。先用揉、捏、摩、擦等手法放松颈椎两侧及颈肩部肌肉, 再重点点揉风池、天宗、合谷等穴

位, 拿肩井, 充分放松肌肉。(2) 整复手法。患者低坐位, 医者立于患者患侧后方, 待其颈部肌肉充分放松时, 左手拇指顶住偏移的 C_2 棘突侧缘 (以 C_2 棘突向右偏移为例), 令患者低头, 医者右侧上肢肘部托住患者颈部, 右手轻扶左枕部, 使患者头部前屈并向右侧旋转至固定位, 患者右侧面部紧贴医者前胸, 医者轻提起患者头部, 牵引 $10 \sim 15$ s, 双手协调配合, 右手带动头部继续向右上方牵引, 做 $5 \sim 10^\circ$ 可控制的旋转, 左手拇指同时将 C_2 棘突向左侧推移, 此时左手拇指下有移动感, 并可听到“咔哒”的清脆响声, 患者自觉症状减轻, 头部旋转自如, 表示手法复位成功。以上手法在每个牵引疗程末治疗 1 次, 可治疗 1~2 次。

3. 中频电治疗: 采用北京产 HY-DO2 型电脑中频治疗仪, 将 2 个大小 $12 \text{ cm} \times 10 \text{ cm}$ 的电极板套上温湿布垫, 分别置于颈椎和肩胛内缘, 选择内置颈椎病处方, 中频电频率为 4 kHz, 调制低频电频率为 $1 \sim 150$ Hz, 调制波型为矩形波、尖波、三角波、指数波和锯齿波等, 调幅为 100%, 输出强度以患者感觉舒适能耐受为宜。每日治疗 1 次, 每次 20 min, 10 次为 1 个疗程。

同时教授 2 组患者日常预防知识和保健措施, 如不要长时间处于低头状态, 避免快速转头, 调整枕头高度及睡姿, 保持颈椎的正常生理曲度, 做颈椎“米”字保健操等。

三、疗效评定标准

所有患者均治疗 2 个疗程后进行疗效评定。治愈: 临床症状和体征消失, 张口位片示齿状突居中, 偏移纠正; 显效: 临床症状和体征消失, 张口位片示齿状突与寰椎侧块间距欠对称, 但间距差 < 2 mm; 有效: 临床症状和体征减轻, 张口位片示齿状突仍有偏移, 间距差 > 2 mm, 但较初诊时改善 1 mm 以上; 无效: 临床症状和体征及 X 线检查无改善。随访 1 年观察患者复发情况。

四、统计学分析

采用 χ^2 检验和 t 检验进行统计学分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表 1 2 组患者一般情况比较

组 别	例数	性别(男/女,例)	年龄(岁)	病因(例)				齿状突偏移情况			
				头颈部外伤	长期低头工作	上呼吸道感染	其他	齿状突右偏		齿状突左偏	
								例数	偏移距离(mm)	例数	偏移距离(mm)
治疗组	48	20/28	34.8 ± 10.2	15	17	6	10	29	1.6 ± 0.5	19	1.7 ± 0.6
对照组	48	19/29	33.6 ± 11.4	13	19	8	8	27	1.5 ± 0.4	21	1.6 ± 0.4

结 果

治疗组治愈 22 例,显效 15 例,有效 10 例,无效 1 例,总有效率为 97.9%;对照组治愈 12 例,显效 15 例,有效 13 例,无效 8 例,总有效率 83.3%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。对治疗有效的患者随访 1 年,治疗组复发 5 例,对照组复发 12 例,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组近期疗效与远期复发情况比较

组 别	例数	2 个疗程后疗效评定					随访 1 年复发情况(例)
		治愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)	
治疗组	48	22	15	10	1	97.9*	5*
对照组	48	12	15	13	8	83.3	12

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

讨 论

90% 的头部旋转运动发生于寰枢关节,该关节不但运动灵活,且周围有多数韧带连接枕骨、寰椎、枢椎及其它颈椎^[2]。寰枢关节半脱位受多种因素影响,其中力学因素起着极其重要的作用。正常的自然体位下,颈椎处于平衡稳定的最佳应力状态。过度前屈、后伸及旋转,可使维持与调节颈椎动态稳定的颈部肌肉组织失去协调性,即出现动力性平衡失调,改变原有的内在应力平衡状态,对前、后纵韧带及横韧带形成过度牵引,造成韧带下间隙血肿形成、韧带损伤,导致寰枢关节前半脱位或旋转半脱位^[3]。马奎云等^[4]的研究认为,正常人齿状突一般无偏移或偏移小于 0.49 mm;齿状突偏移大于 0.5 mm,尤其是大于 1.0 mm 者应考虑为侧向旋转型寰枢关节半脱位。本研究入选患者的诊断除依据临床症状和体征外,其张口位 X 线片齿状突与两侧块间距差 > 2 mm,符合马奎云等^[4]的观点。

对于本病的治疗,目前仍以非手术疗法为主。手法治疗较为常用,有助于矫正椎间关节的不稳定,缓解肌肉痉挛,消除或减轻对椎动脉或交感神经的刺激和压迫,改善椎-基底动脉供血和脑部血液循环,从而使症状得以缓解。采用推、揉、捏、滚、拍及穴位点按手法可起到活血化瘀、舒筋活络、调和气血等作用^[5]。且手法治疗直接针对发病原因,能纠正关节半脱位,恢复颈椎的动力性平衡,收到立竿见影的效果。但要切记手法应熟练精巧,复位前需充分放松颈部肌肉,并取得患者的信任、理解与配合,不可盲目追求弹响声。

颈椎牵引也是一种较为有效且应用广泛的治疗方法,具有以下治疗作用^[2]:(1)限制颈椎活动,解除颈部肌肉痉挛,以减轻神经根及突出物的充血和水肿;(2)增大椎间隙及椎间孔,减轻对神经根的压迫;(3)减轻钩椎关节骨刺对神经根及椎动脉的刺激;(4)牵开重叠的小关节或被嵌顿的关节滑膜,使神经根与周围组

织的粘连得到松解,扭曲于横突孔间的椎动脉得以伸张,从而缓解症状。但对年龄偏大,尤其是伴有心脑血管疾病或其它颈椎间隙病变的患者,牵引时要格外小心谨慎,血压控制稳定后,应从小重量(3 kg 左右)开始牵引,有不适感可缩短治疗时间,待患者适应后逐渐增加重量(≤ 15 kg)和延长治疗时间(≤ 30 min)。

中频电疗法也是治疗颈椎病的常用方法之一,调制中频电疗法具有以下治疗作用^[6]:(1)镇痛,即时止痛效果更好;(2)促进血液循环和淋巴回流,有利于炎症消散;(3)断调波具有锻炼骨骼肌,提高平滑肌张力的作用;(4)作用于神经节或神经节段时可产生区域反射作用,调节自主神经功能。调制中频电刺激可根据患者治疗需求合理地调节刺激参数,每次脉冲刺激均可引起神经肌肉兴奋 1 次,刺激粗神经纤维兴奋,进而引发“闸门”关闭效应,切断痛觉传导通道,从而发挥镇痛作用;同时还可产生明显的揉、搓、拍、颤等节律性脉冲电刺激,有效地改善组织血液及营养供应,加速代谢产物排出,从而发挥止痛效应^[7]。

我们对治疗组患者采用颈椎牵引配合手法定位旋转复位法,取得了较好的治疗效果,总有效率达 97.9%,与对照组相比,差异有统计学意义($P < 0.05$)。对治疗有效的患者随访 1 年发现,治疗组复发 5 例,对照组复发 12 例,差异有统计学意义($P < 0.05$)。因此,我们认为颈椎牵引配合手法定位旋转复位是治疗侧向旋转型寰枢关节半脱位的较好方法。另外,对照组采用牵引加中频电治疗,总有效率达 83.3%,也取得了不错的疗效,而且中频电治疗比较舒适,患者容易接受。因此,我们建议对于过于紧张,害怕手法复位的患者,可以采用牵引加中频电的方法进行治疗。

参 考 文 献

- 张彦彩,李盛华.寰枢关节旋转半脱位的诊断进展.中国骨伤,2005,18:383.
- 杨克勤,主编.脊柱疾患的临床与研究.北京:北京出版社,1993.16,539.
- 郑世江,谭龙旺.寰枢关节半脱位与颈椎动力平衡失调关系探讨.陕西中医学院学报,2001,24:37.
- 马奎云,张晓安,孙孝先,等.青年人寰枢关节间隙正常值调查.河南医科大学学报,1998,33:36.
- 刘圣凤,李家蓉,黄源彬.颈牵引加手法治疗椎动脉型颈椎病疗效观察.中华物理医学与康复杂志,2004,26:728.
- 南登崑,主编.康复医学.北京:人民卫生出版社,2004.142.
- 李月.牵引加针灸与牵引加中频电治疗神经根型颈椎病的疗效观察.中华物理医学与康复杂志,2005,27:672.

(收稿日期:2006-04-27)

(本文编辑:吴倩)