

· 临床研究 ·

颈椎小关节紊乱症的手法治疗

宋其良 宋娟

在高原地区,由于低氧、低压对人体的影响,颈椎小关节紊乱症(包括颈椎上、下关节突错位和小关节囊滑膜嵌顿)的发病率和误诊率较高。近年来,我们对该病的治疗进行了深入细致的探索、总结与研究,发现手法治疗疗效显著^[1,2],报道如下。

资料和方法

一、一般资料

颈椎小关节紊乱症患者 300 例,其中男 174 例,女 126 例;汉族 259 例,藏族 41 例;年龄 <20 岁 2 例,20~29 岁 50 例,30~39 岁 132 例,40~49 岁 94 例,50~59 岁 22 例;军人 144 例,地方人员 156 例;病程≤1 个月 148 例,>1 个月 152 例;有急性外伤史者 113 例,有慢性劳损者 187 例。

二、治疗方法

(一)手法复位前准备

告知患者手法复位的重要性和必要性;使患者了解复位时至复位次日可出现复位处疼痛或原有疼痛症状加重,以急性损伤或损伤严重者表现突出,一般 1~2 d 后即可消除;慢性患者可能需多次手法复位才能恢复,有的甚至不可能完全恢复。

对年龄偏大或损伤严重的患者,在手法复位前行颈椎 X 线片或 CT 检查,以排除骨折、转移性骨肿瘤、骨质疏松症等骨质破坏性疾病,防止在手法复位时发生意外。

手法复位前沿颈椎两侧自上而下施行滚、揉、按摩手法 5~10 min,以松弛紧张或痉挛的颈、肩、背部肌肉和韧带,有利于改善临床症状,提高手法复位的成功率。

(二)手法复位

1. 双拇指对推复位法:患者俯卧于硬板床上,头正直略向下低,四肢自然伸直,全身放松。术者站立于患者左侧,确定其左、右偏移的棘突,用双拇指指尖腹侧分别紧贴在相邻两个偏移棘突的外侧,其余四指自然平放于颈椎两侧,然后嘱患者深呼吸,于呼气末,以适当的瞬间爆发力用两拇指指尖将相邻棘突向脊柱中线对推,使其恢复到正常位置。此时,颈痛等诸多症状、体征可立即减轻或消失,患者可有轻松舒适感。此法适用于所有颈椎小关节紊乱症(小关节突错位)患者。部分患者采用手法治疗不能 1 次达到复位,可每日做 1 次,5~7 d 为 1 个疗程。

2. 牵引颈椎复位法:此法适用于颈椎损伤、疼痛及肿胀严重,无法确定病损椎体及棘突偏移或偏移不明显的颈椎小关节紊乱症(滑膜嵌顿)患者。①俯卧位牵引颈椎复位法——患者体位同双拇指对推复位法,术者站立于患者床头,一手托起患者下颌并略上抬,另一手环抱患者后枕部,形成两手合抱头部状态,由 1 名助手按住患者双肩或髋部,与术者形成对牵状态。术者两手抱头由轻到重、活动范围由小到大,向左右、上下活动

头颈部 3~5 次,并适当用力向前方缓慢牵引头部至最大限度,再施以瞬间爆发力牵引颈椎,以患者能忍受为度,维持此牵引状态 5~10 s 后放松。如此反复 5~7 次能使罹病的小关节恢复到正常位置。②坐位牵引颈椎复位法——患者取坐位,头正直,双手自然下垂,全身放松。术者站立于患者右侧,右手托起患者下颌,左手环抱患者枕部,两手合抱上提头部,力量由轻到重,活动范围由小到大,向左右、前后活动头颈部 3~5 次。然后逐渐用力将头向上上提,与患者自身体重下坠形成对抗牵引颈椎,以患者能忍受为度,维持牵引状态 5~10 s 后放松。如此反复 5~7 次,能使罹病的小关节恢复到正常位置。此手法还适用于颈椎损伤重,不便做俯卧位牵引者。③牵引颈椎配合单拇指对推复位法——患者体位同坐位牵引颈椎复位法,术者站立于患者棘突偏移侧,前臂绕过患者颈前方,用肘部环抱、托起下颌并向上上提头部牵引颈椎,另一手拇指指尖腹侧用力将偏移的棘突向对侧斜上方对推,使其恢复到正常位置。此手法主要适用于颈椎小关节紊乱症 C₂ 棘突偏移者。

三、疗效评定

痊愈——临床症状及体征(颈痛伴头昏、头痛,肩背部酸困痛,棘突偏移,椎旁压痛,头颈部运动障碍等)完全消失,能参加正常工作;显效——临床症状及体征基本消失,能参加日常工作;好转——临床症状及体征明显改善,尚能坚持日常工作;无效——治疗前、后症状及体征无改善,不能坚持日常工作。

结 果

痊愈 268 例(占 89.3%),显效 20 例(占 6.7%),好转 12 例(4.0%),总有效率 100%。大多数患者见效较快,其中治疗 1~5 次痊愈者达 231 例。

讨 论

一、发病原因

颈椎小关节紊乱症的发生,是由于头颈部受到外力的撞击或急骤转头等不协调动作造成急性损伤,或因长时间低头、抬头、偏头的不良姿势造成慢性劳损,以致颈肌平衡失调,发生颈椎小关节突错位或滑膜嵌顿(被夹)在小关节间隙中不能自行恢复到正常位置,并继发损伤处肿胀等改变,引起脊神经、椎动脉、交感神经受刺激和压迫而出现一系列临床症状和体征。高原居民受缺氧环境的影响,易发生早老、早衰^[3],劳动能力和抗疲劳、抗损害能力降低,退行性改变较平原人发生早、进展快,加上高原地区昼夜温差大,容易受凉^[4],是诱发或加重本病的另一重要因素。

二、手法复位的机理

手法复位,特别是双拇指对推复位法,着力点和定位准确,通过对推或颈椎牵引的直接作用力,能使罹病的颈椎小关节恢复到正常位置,消除了病损组织的渗出、肿胀、移位等对脊神经、椎动脉及交感神经的刺激和压迫。另外,松弛手法可解除

肌肉、韧带的紧张与痉挛,改善局部血液循环,促进致炎、致痛物质和代谢废物的清除,加速肿胀、疼痛的减轻与消除,从而阻断局部刺激、肿胀、压迫与肌紧张、缺血、疼痛等病理改变相互影响的恶性循环,有利于临床症状、体征的改善,促进病损组织的康复。

三、治疗中的注意事项

1. 手法复位治疗期间应适当休息,避免头颈部急骤、大幅度旋转,并注意颈、肩部保暖,尤其是寒冷季节。治疗室内及术者的手一定要暖和,以免患者受到冷刺激而引起颈肩部肌肉紧张、痉挛,影响治疗效果。

2. 手法复位的动作宜轻巧、准确,切忌盲目粗暴。

3. 部分患者颈椎小关节错位较多,虽经多次手法复位也难以完全恢复正常,不可强求将其推到正常位置,以临床症状的

改善或消失为准,以免造成新的损伤或发生意外。

参 考 文 献

- 1 唐文启. 颈椎小关节紊乱症 730 例诊治体会. 中国中医骨伤科杂志, 1991, 5: 40-41.
- 2 宋其良, 雷明全, 钟新民. 手法复位治疗颈椎小关节紊乱 33 例. 中华理疗杂志, 1998, 21: 243.
- 3 张彦博, 汪源, 刘学良, 等, 主编. 人与高原. 西宁: 青海人民出版社, 1996. 325-355.
- 4 牟信兵, 李素芝, 主编. 高原病学. 西藏: 西藏人民出版社, 2001. 7.

(修回日期: 2003-07-04)

(本文编辑: 吴 倩)

11 例外伤性截瘫康复治疗临床疗效观察

李凤敏 王伟 王铮 周淑梅

外伤性脊髓损伤及其所致瘫痪是一种严重的残疾,无论在物质还是精神上都给患者和家庭带来沉重的负担,但绝大多数患者年富力强,具有很大的功能重建和代偿潜力,因此对这些患者应采取积极有效的康复治疗。

资料和方法

一、临床资料

1993 年 7 月~2002 年 5 月我科共收治 11 例外伤性 T₂~L₅ 脊髓损伤患者,均经 CT/MRI 确诊、由骨科手术哈式棒内固定伤口愈合后转至我科,其中男 6 例,女 5 例;平均年龄 30.7 岁;住院治疗时间平均为 10.2 个月;11 例患者中,完全性损伤 6 例,不完全性损伤 5 例。

二、治疗方法

(一) 静卧期治疗

静卧期(术后 2~3 个月)采用如下方法治疗。

1. 药物治疗:患者在骨科拆线转至我科时抗生素及激素均已停用。给予爱维治、神经妥乐平、弥可保、VitB₁、VitB₁₂ 等药物治疗。

2. 预防并发症:预防褥疮和肢体挛缩,每 2 h 平衡翻身 1 次,踝关节保持 90°,其余关节保持功能位,同时注意大、小便后的卫生。

3. 运动疗法:指导家属掌握基本的运动治疗方法,髋、膝、踝关节的被动运动,每日 1~2 次,每个关节至少活动 5 min。

4. 排便及膀胱功能的训练:一般患者留置导尿,用 0.9% NS 500 ml 加庆大霉素 16 U 冲洗膀胱,每日进入量 2 500~3 000 ml,一般 2 h 夹放导尿管,利于膀胱的自主收缩,使用开塞露定时排便,以训练其括约肌功能。

5. 中频电疗:采用 K-864 电脑中频治疗仪,功能性电刺激处方,以减缓双下肢肌肉萎缩、同时改善血液循环,每日 1 次,每次

10 min。

6. 超声波:手术疤痕区 1.2~1.5 W/cm²,脉冲式,每日 1 次,每次 10 min。

7. 电针治疗:伸肌群与屈肌群交替治疗,均采用上海产 G6805-2A 治疗仪,取穴为手术伤口两旁的夹脊穴及双下肢(环跳、阳陵、悬钟、伏兔及足三里等)穴位,选择连续波,频率为 50 Hz,电流强度在感觉阈与痛阈之间为佳,留针 40 min,隔日 1 次,10 次为 1 个疗程。

8. 心理治疗:因为脊髓损伤对患者的身心及生活方式均产生了严重影响,应稳定患者情绪、鼓励其树立信心、积极配合临床治疗和参与康复训练。

(二) 坐起后的治疗

术后 3 个月,静卧期的治疗仍继续进行,复查 X 线片,内固定完好者,可确信脊柱稳固性好,配戴胸腰段脊柱固定支具,练习离床并能坐在轮椅上 2 h 以上时即可开始坐起后的治疗,此期要以运动疗法为主,增强肌力练习、平衡训练及抗痉挛训练,一般需要 6~9 个月。

1. 肌力练习:卧位、坐位均要重视锻炼肩带肌肌力,如举重、支撑等动作,为了步行训练,要进行腹肌、髂腰肌、腰背肌、股四头肌及内收肌等训练。

2. 肌肉牵张练习:包括腓绳肌、内收肌牵张和跟腱牵张,每日不少于 2 h,在康复治疗中必须始终坚持此练习。

3. 平衡训练:坐位平衡训练,体位转移及爬行训练、站立平衡训练。

4. 膀胱排尿训练:随着病情的恢复,导尿管延至 4 h 夹放,待后期拔除导尿管行膀胱排尿训练,大部分不完全脊髓损伤者可自主控制排尿,其余患者需配戴外集尿器装置。

三、评定方法

脊髓损伤程度的确定采用 ASIA 标准^[1],疗效评定参照林惠等^[2]的方法进行。

四、统计学方法

采用 SAS 统计分析软件,对数据分别进行秩和检验及治疗