

手法治疗颈椎病30例临床报导

内蒙古扎兰屯市中蒙医院

杨春生

颈椎病通称颈椎退行性脊椎病,是一种以颈项,肩胛上背上胸臂及上肢疼痛或麻木为主要特征的慢性病,脑力劳动者多于体力劳动者,临床上因无特效药物治疗,往往久治不愈,给患者造成极大痛苦。几年来笔者采用按摩旋转手法治疗本病30例,收到满意效果,特报导如下:

一、临床资料

女性10例男性20例,其中35岁以上5例、40~50岁者25例,脑力劳动者占80%,体力劳动者占20%,病程最长约8年、最短3个月。

30例中神经根型15例,混合型5例,椎动脉型10例,大多数均有落枕史,少数有外伤史。本病以颈、肩、背部或颈臂部疼痛、不适及颈部活动障碍等为主要症状。神经根型以颈项疼痛,向枕

部或肩部及上肢放射伴有麻木感,并可出现枕部或肩部及上肢皮肤感觉障碍,肌力减弱等症状;

椎A脉型:出现头部眩晕、恶心、耳鸣耳聋,视线不清,头痛头晕等症;

混合型:视力减弱,头痛等症状。X光片示,正位可见勾椎关节侧方有骨刺增生(骨桥形成)斜位片可见椎间孔变小,侧位片可见生理弧度有改变或消失。

二、治疗

手法:以推、按、点、拿、捉、揉、滚、拔等法。其方法操作分述如下:

患者平坐,头部前屈至适当的角度。医者一手拇指按住患椎棘突,再以督脉向风府哑门至大椎反复按揉(主要按揉酸痛点)再两手拿捉肩部深肌群,点肩井、大抒,谿谿阿是穴等,活动颈部,配合摇摆法,按揉颈项部,拍打背部,在患臂小肠经(屈肌群)和大肠经(伸肌群)部位,施用按滚法,并按点足三里。椎A脉型:按上述手法基本操作,按点百会揉太阳,推印堂,拿风府、风池穴,再按太阳片刻沿少阳经点推肩中俞。

混合型:按上述基本操作加重点压缺盆、中府穴。旋转按正法,施上述手法后嘱其患者将颈部放松,先找到疼痛部位所在(第几颈椎)然后用拇指抵住棘突(左侧用右手,右侧用左手)让其在放松颈部同时颈部向健侧旋转,术者用另一肘部挟住患者头部向健侧旋转(切勿暴力)同时可闻及关节对位声,以示手法成功。

在临床运用上述手法时,因人实施,灵活运用,对脊髓型 and 高血压及A脉硬化,心脏病史的患者应慎用,手法宜轻、缓,不能一次求成。

三、疗效

采用上述手法治疗,隔日按摩一次,10次为一疗程,30例中最短的2次即愈,有的治疗10次痊愈,最长的3个疗程。

疗效标准:

(一)基本治愈:治疗后症状消失,颈椎活动自如,康复后可恢复原来工作。

(二)有效:经手法治疗后症状明显改善,但不能彻底根除。

(三)显效:治疗后症状基本消失,颈椎自如活动,可恢复工作。

(四)无效:经手法治疗后当时感觉轻松但不持久或几小时后又恢复原来症状。

典型病例介绍:

陈××,女50岁,市委机关干部,一九八六年1月5日就诊。

半年前出现右上肢麻木、疼痛、发凉、同时感到颈部发硬不适,自己按压颈部某部位时,出现触电及热痛感,曾多次诊为“劳损”“风湿”口服中药,肌注维生素B₁B₁₂均不奏效。

查:头颈后伸,右侧转动受限,臂丛牵扯试验右侧(++)右手皮肤温度低。颈₄棘突向右偏歪,压颈₄椎旁出现传导性疼痛。X光片示颈₄向后颈₃向前错位约2mm颈曲改变不明显。

诊断:颈椎病(N根型)

施上述手法后3次痊愈。

病例(二):

李×,女性,40岁。市库堤河乡社员,颈伴双上肢、右胸臂麻木及头晕,头痛视物昏花6月余。85年12月就诊。

检查:颈部后伸受限,颈₅棘突偏左,X线片显示正常颈曲消失,颈₄—₅向后成角。

诊断:颈椎病(N根型)

施上述手法治疗后明显好转,4次后上肢、胸

手法整复肱骨颈骨折并肩关节前脱位

广西桂平县中医院骨伤科 谢春升

在所有肩关节损伤中,最难治疗的是肱骨颈骨折并肩关节前脱位^{1,2}。它是一种少见而又严重的创伤。闭合复位极为困难,大多主张手术治疗。术后往往遗留较严重的关节功能障碍。我们曾收治此种患者12例,用手法整复、小夹板超肩关节固定或加用外展架固定的方法治疗,其中9例获得复位成功,取得较满意的效果,现报告如下:

临床资料

本组病人新鲜伤11例,陈旧伤1例。男性2例,女性10例。年龄最小14岁,最大80岁。50岁以上共8例。左侧3例,右侧9例。受伤距治疗时间最早1天。最迟21天。无严重心血管合并症者,入院后先作手法复位。其中1—3次获得成功者8例。有1例经3次整复失败后,肢体肿胀较甚,待一周肿胀明显消退后,再行闭合复位成功。陈旧伤1例,因80岁高龄而放弃治疗。2例经多次整复后,发生肱骨头旋转倒置,导致闭合复位失败而改行手术治疗。闭合复位成功者,临床愈合时间最短3周,最长5周。除2例外均进行随访,随访时间最短3个月,最长2年。随访结果,手法复位成功者,功能恢复满意。

复位方法

1、无牵引复位法:患者坐位或仰卧位,伤肢保持于侧身或轻度外展位,令一助手握住前臂下段,不加牵引,术者于腋下向外上后方推压肱骨头使之还纳关节孟内,往往可将骨折脱位一起复位。

2、外展复位法:患者仰卧位,助手握伤肢腕部顺势牵引,使上臂外展外旋,外展达90度至180度,使骨折远端抵住脱位的肱骨头骨折面,当感到两骨折端接触稳定后,使上肢内收,同时术者两手从腋部向外上后方推动肱骨头,往往可听到明显的

复位响声,并有复位感。一般骨折随脱位的复位而复位³。运用此法时要注意,牵引只宜顺势,不用大力,因肱骨头的一段骨块实属一游离骨段,大力牵引上臂于整复无益。

固定方法

根据我们多年的临床体会,肱骨颈骨折并肩关节前脱位,闭合复位成功后,单纯用小夹板超肩关节固定。若骨折在外展位对位较好和稳定,则加用外展架固定。固定后的管理很重要。练功时内收型骨折禁忌内收,外展型骨折禁忌外展³,以防再错位。

讨论

1、肱骨颈骨折合并肩关节前脱位应值得注意的是肩关节假性脱位相鉴别⁴。所谓肩关节假性脱位,是由于损伤暴力大,合并腋神经挫伤或断裂,致使肩部肌肉瘫痪,或因年老患者,由于肩部肌力减退,关节囊松弛,及上肢垂力作用,盂肱关节间隙加大,肱骨头下移至关节囊窝内造成假性脱位。有时X线投照角度不正确也是造成误诊的主要原因。在肩胛骨处于旋前45度角左右投照肩关节正位相时,X线片上的显影是肩胛盂与肱骨头重叠,加上肢体重力,关节间隙加大,很容易误诊为合并肩关节脱位。为了辨别真假脱位,拍照肩关节正位相时,X线的球管应与肩胛骨垂直而不应与躯干垂直,即X线的暗盒要紧贴肩关节的背侧,上臂保持在中立位,球管对准肩关节。拍照肩关节侧位相时,以穿胸位为准,即健肢上举,球管由健侧胸壁通过脊柱与胸骨之间,可清楚地显示出肱骨头有无旋转及骨折移位情况,肱骨干也必须处在中立位置。对怀疑有脱位者,在投照正位片时“兜肘”,

壁麻痛消失,视物清楚,颈部活动自如。X光片复查,颈曲恢复正常,可做家务工作。4月随访,疗效巩固。

体会:

颈椎病现代医学认为属颈椎退行性改变,祖国医学在颈椎病中无专题论述,也无此病名,但考其病因、病理及临床表现,乃属“痹证”范畴。本病发生与颈项部位反复扭挫伤及劳损有密切关系,疼痛

的程度因过度劳累或受寒而加剧,疼痛部位与经络的循行有关《灵枢·经脉》所述小肠手太阳之脉“是动则病不可以顾,肩似拔,臑似折”清·张隐庵注颈项肘臂痛:“皆经脉所循之部分而为痛也。”

通过几年来的临床实践,我对手法治疗颈椎病的认识是,这种方法值得推广,是符合科学的。

由于本人才学疏浅,本文存在许多缺点错误,敬请同道指正。