

手法介绍

整脊疗法治疗少年寰枢椎半脱位

山东省潍坊市中医院(261041)

自 1989 年 3 月~1994 年 7 月,采用整脊手法,枕颌带牵引治疗 15 岁以下的少年寰枢椎半脱位病人 11 例,效果满意,介绍如下。

临床资料

本组 11 例中男 8 例,女 3 例;年龄 7~10 岁 5 例,11~15 岁 6 例;头颈向左侧歪斜者 4 例,向右侧歪斜者 7 例;合并枢椎齿状突骨折者 2 例;有外伤史者 6 例,上呼吸道感染者 3 例,原因不明者 2 例。均有颈部疼痛,头颈部畸形,头偏向一侧,活动受限,颈部肌肉紧张,寰枢关节处压痛等表现。X 线检查:张口位发现齿状突轴线与寰椎轴线重合的正常关系破坏,其偏离度均超过 3.44mm 以上,齿状突两侧缘与寰状侧块内缘间距不等。侧位片发现寰椎前弓前移,与齿状突间距均大于 4mm。并有 2 例发现齿状突骨折。

治疗方法

1. 整脊手法:以头颈部向左侧歪斜者为例,病人端坐,术者立于患者背后,左手扶住患者头颈部,右手拇指食中指轻轻按揉风池、风府、大椎、天柱及颈项两侧的肌筋,使紧张痉挛的肌肉放松。然后在乳突下方,即寰枢椎横突部位压痛点,右拇指外展,食指置放在乳突下缘处,左手捂耳稳固,下颌前倾,头枕主动右倾,右手按推轻巧、快速震颤、闻及“卡卡”响声,手法即已完成。

对伴有枢椎齿状突骨折的 2 例患者,须再进行整骨疗法,嘱病员仰卧位,放松颈项部肌肉,术者以双手环托患者下颌及颞枕部,右手食、中指触寰椎处,在保持颈椎轻度前屈位下,将头向后上方牵引,在维持牵引力下,将患者头部旋转向棘突偏凸侧,至弹性限制位后再作一突发性有控制的扳动,扩大旋转幅度 $3^{\circ}\sim 5^{\circ}$,此时指下有复位感或闻及“咯噔”响声即已复位。头颅保持中立,然后抚摩、揉颈使患者有舒适感,结束手法。

2. 枕颌带牵引:经上法后,患者保持仰卧位,用枕头垫于患者肩背后,头置于后伸位,作枕颌带牵引,重量 2~3.5kg,连续 3 周为一疗程。同时内服云南白药。伴有肢体麻木脊髓神经症状的 3 例患者,通过枕颌带牵引结合服中药葛根黄芪桂枝五物汤剂(葛根、黄芪、白芍、炙甘草、生姜、大枣)使症状逐渐缓解。避免风寒外邪侵入,四周后进行颈部前屈、后伸、左右侧屈和左

赵凤龙 王京彦 刘葆印

右环转等功能活动。对有枢椎齿状突骨折患者,枕颌带牵引须延长到 6 周,而后再行活动锻炼。

治疗结果

本组 11 例中 7 例用整脊手法一次即获得复位。2 例伴齿状突骨折患者,通过整脊手法及枕颌带牵引后,再次施行整骨手法方完成复位。3 例呼吸道感染发烧者用抗生素控制感染后再进行复位。其中 1 例经第一次手法后症状体征仍不见改善,先后 3 次进行整脊手法方得成功。所有患者颈部疼痛症状体征均在 4 周内消失。经 3~12 个月的复诊和 1 年后的随访,无再发生寰枢椎半脱位的病例,骨折愈合良好,且寰枢关系恢复正常,颈部运动也正常。

讨论

寰枢关节,由寰椎前弓与枢椎齿状突形成轴承关节,寰椎侧块下关节面与枢椎上关节面对应也形成关节,二者位置发生部分变化称寰枢关节半脱位。寰枢椎半脱位常见于少年。因解剖学关系少年的颈椎肌肉韧带较薄弱,少年颈椎活动的支点在 $C_2\sim C_3$ 部位与寰枢关节接近,当呼吸道感染,或咽喉部发生炎症时,或头枕部外伤颈部附近软组织发生炎症改变时,而使原来稳定齿状突的寰枢横韧带及侧块关节间韧带变得松弛,失去了原来的稳定性即易发生寰枢关节半脱位。寰枢关节半脱位后导致颈部肌肉痉挛性疼痛和颈椎活动受限,头颈部明显畸形,头偏向一侧,寰枢椎棘突旁压痛。如有枕颌部疼痛麻木的病例即说明有 $C_{1,2}$ 神经根刺激症状。脱位亦会压迫脊髓,本组伴有肢体麻木的 3 例证明了这点。确诊还要根据 X 线摄片,除照寰枢侧位外,必须加照张口正位片方显示出病变部位。

寰枢椎半脱位,分前脱位和后脱位二种,后脱位少见。本文所述 11 例患者均系前半脱位,本整脊手法也只适用于前半脱位患者。整脊时要求给被施术者摆好合适的体位,手法使病变关节肌肉松弛,关节间隙增大,减少整复操作时的阻挡,用力要求平稳、以巧、短促、随发随收,其过程可先平稳缓慢地将关节运动到某一限制位,然后作一轻巧、短促的突发动作,扩大关节运动幅度,随即停止,使关节恢复中立位。

枕颌带牵引,须仰卧位,肩后垫高低适宜的扁枕,

保持颈部过伸位,以稳定复位后的寰枢关节,起到扩大椎间隙,疏通气血,缓解颈项疼痛,稳定颈椎,并符合脊柱生物力学原理。内服云南白药以活血化瘀,通络止痛。服葛根黄芪桂枝五物汤起到益气续损,解肌疏风,

养血濡筋和营的效果。适时配合适当的颈部功能锻炼,以调理善后,恢复功能。

(收稿:1995-01-10 修回:1995-10-20)

摇晃扳旋挤压法治疗跟骨体骨折

浙江省绍兴市中医院(312000) 沈国海

跟骨骨折一般常分为两大类^[1],一类是不波及跟距关节的骨折包括:跟骨结节纵形骨折、跟骨结节的横形骨折、载距突骨折、跟骨前端骨折、接近跟距关节的骨折;另一类是波及跟距关节的骨折包括:跟骨外侧跟距关节面塌陷骨折、跟骨全部跟距关节面塌陷骨折。本文主要报告第二类及第一类中的接近跟距关节的骨折,亦即跟骨体部骨折的治疗。

临床资料

本组 58 例中男 51 例,女 7 例;年龄 18~65 岁;受伤至就诊时间 4 小时~11 天;58 例中 61 只跟骨发生骨折,它们的结节关节角变小(-20°~15°),跟骨体横径增宽(比健侧增宽 1/3~1 倍)。

治疗方法

本组病例全部用摇晃扳旋挤压法整复,石膏加小夹板固定及药物内外兼治等。

1. 整复:在坐骨神经阻滞麻醉下,抽吸跟骨内积血。患者俯卧位,使足刚好超出床边。踝关节前方垫枕,近侧助手双手握住膝关节,远侧助手双手握住前足保持稳定并向下牵引,术者半蹲,双手的四指合扣,用小鱼际肌夹住跟部向上牵引。接着在牵引的基础上,术者双手以小鱼际肌为力点,用力左右摇晃跟骨,觉有骨擦感后用力向跖心扳旋,远侧助手同时将前足牵拉向跖屈曲,此手法以术者双手的鱼际肌刚能夹住跟部为度,不能用力扣挤。这样反复摇晃扳旋 2~4 次,至骨擦感在扳旋时几乎消失为目的。

第二步,接上手法,在将足跟向跖心扳旋后用力将双手小鱼际肌扣紧挤压跟骨体部,以纠正横径的增宽,反复几次,最后对比双侧跟骨,满意后进行外固定。

2. 固定:从胫骨结节下 2cm 处经踝前至足跖趾关节处用 10cm 宽的石膏绷带将伤肢固定于跖屈位。石膏干硬后,在小腿的内、外、后侧加夹板,其中后侧夹板至跟骨结节上 1cm 处,内外侧夹板超过足跟底,并在足跟体的两侧加上压力垫以防止因血肿的漂浮使横径再增宽,然后将两侧夹板在足底以适当的力度系紧。

3. 锻炼:石膏、夹板固定期间,先锻炼足趾活动。3 周后去外固定物,开始锻炼踝关节的背伸活动和足的内外翻活动。6 周可扶拐不负重行走;不能过早负重,否则跟骨有慢慢再塌陷的可能。3 个月后,骨折已基本愈合较为坚强,关节活动也基本恢复,这时可进行负重行走训练,以使行走的功能较快地恢复。

4. 药物治疗:内服药初期重在活血破瘀,后期注重补肾壮骨。外用药初期贴活血膏,中期贴接骨膏,后期贴活络膏(本院制)。对关节活动恢复不理想者,可配以中药熏洗以促其恢复。

治疗结果

61 只跟骨中获解剖对位者 21 只,近解剖对位者 28 只,其余 12 只跟骨均有不同程度的恢复,但其中有 5 只跟骨因跟骨距下关节丘部被压缩嵌入跟骨体内,无法恢复高度,结节关节角的恢复程度较小。

58 例病人一年内的近期疗效:优者 38 例(行走负重无跟痛,关节功能正常);良者 15 例(行走过长或负重后时有隐痛,关节功能基本正常);差者 5 例(不能行走过长或过于负重,行走不稳)。

34 例二年以上的远期随访:优者 30 例,良者 3 例,(原为差者)差者 1 例(原为差者中年龄最大者,65 岁)。

讨论

1. 跟骨为人体主要负重骨之一,为松质骨,根据生物力学的研究,松质骨多孔结构具有较高的能量储存能力,故要使跟骨发生骨折并产生移位,必需要较大的暴力,所以常见于高处坠下,跟部着地者。

正常的结节关节角,各书的记载略有出入,一般为 30~45°^[1]。跟骨骨折后主要表现为此角的减小甚至成负角,以及跟骨体的横径增宽。由于结节关节角的缩小(或成负角),跟腱变相延长,减弱了小腿三头肌力,不能跖足,影响正常行走。如果横径增宽加上结节关节角变为负角,使腓骨肌腱及胫位肌腱被挤压在下降的踝尖部与增宽的跟骨之间,产生疼痛,影响行走(常见为外侧疼痛)。随着建筑业的发展,跟骨骨折已经较为常