

# 仰卧牵扳法治疗椎动脉型颈椎病 45 例疗效分析

齐鸿

(北京按摩医院,北京 100035)

关键词 颈椎病; 骨科手法; 椎底动脉供血不足

**Supination and pulling method for the treatment of vertebral artery type of cervical spondylosis: a report of 45 cases**

Qi Hong. The Massage Hospital of Beijing, Beijing 100035, China

**Key words** Cervical spondylopathy; Orthopedic manipulation; Vertebrobasilar insufficiency

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(6):462-463 www.zggszz.com

椎动脉型颈椎病一般认为是由于颈部的椎间盘、椎骨发生退变后,刺激或压迫了椎动脉及交感神经,导致椎基底动脉供血不足,从而引起以头晕、头痛为主症的一种疾病,手法治疗是行之有效的方

## 1 资料与方法

**1.1 诊断标准** 参照 1992 年青岛全国第二届颈椎病专题座谈会拟定的诊断标准及分型标准<sup>[1]</sup>拟定,符合颈椎病诊断标准:以眩晕为主要症状,伴有不同程度的头痛、视觉症状及神经根征;上颈段及枕大神经处有压痛,颅脑多普勒(TCD)检查椎基底动脉血流速度异常;并有颈椎 X 线片支持诊断。排除标准:有眩晕症状但颈椎 X 线片或 TCD 检查显示正常者;眩晕伴严重高血压者;伴有内耳、前庭神经病变,脑干病变,小脑病变及大脑病变者。

**1.2 观察对象** 选择符合上述标准病例 45 例,男 18 例,女 27 例;年龄 18~83 岁,平均 46 岁;病程 2 d~16 年,平均 7 年。影像学表现:寰枢关节位置异常 39 例,生理曲度变直 43 例,骨质增生 32 例,椎间隙变窄 35 例。临床症状及体征:头晕、头痛者 45 例,恶心、呕吐者 18 例,耳鸣、耳聋者 16 例,视物模糊者 36 例,枕骨后有压痛者 45 例,伴有猝倒 3 例,旋颈试验阳性 39 例,C<sub>2</sub> 棘突偏歪 41 例。

## 1.3 治疗方法

**1.3.1 基础手法** ①患者取俯卧位,胸下垫 1 个软枕,前额置于手背上,医生站于其头前。用双手拿捏颈部及两肩部,用力轻柔,反复施术 2 min,以放松肌肉为主。②用双手拇指拨揉两侧颈肌及项韧带,由轻而重,重点施术于阳性反应物以及疼痛点,反复施术 2 min。③用多指拿捏后头部及项部,反复施术 2 min。④用双拇指拨揉两侧肩胛提肌,再用肘尖按揉肩胛间区的菱形肌,反复施术 2 min。若局部有压痛点,可用双手拇指重点按压。⑤用拇指揉点风池、风府、天柱、肩中俞、肩外俞、膏肓、膈俞、肝俞,每穴约 1 min。⑥患者取仰卧位,头下枕 1 个低枕,用小鱼际沿胸锁乳突肌自上而下做揉法,反复施术 3~5 次,随后点按颈中穴(风池与翳明连线中点下 2 寸,胸锁乳突肌后缘处),时间约 1 min。⑦用双手拇指分推前额部,由内

而外,多指拿捏头部膀胱经及胆经 3~5 次,点按印堂、睛明、太阳、百会、率谷、后溪各 1 min。

**1.3.2 颈椎仰卧牵扳法** 患者仰卧位,颈部放松,以右侧为例,医生站其头前,右手勾住其下颌部,使患者头部放在医生右前臂上,医生左手虎口张开托住患者项后部,双手相互配合,先是患者头部屈曲 20°,旋转 30°,侧屈 10°。再将患者头部沿颈椎纵轴方向缓缓向上牵引,至最大限度后,使所要扳动的位置处于最大牵张位,保持此角度并发力向上牵拉,此时可听到关节复位的响声,手法即告成功。施术完毕让患者稍事休息。

**1.3.3 注意事项** ①基础手法要充分,以松弛紧张肌肉,解除局部痉挛。②行整复手法时,角度一定要准确,双手动作协调一致,使所发力量准确达到施术部位。③施术前消除患者紧张情绪,施术后嘱患者注意休息,减少运动,保暖避寒。

**1.3.4 疗程** 基础手法每日 1 次,颈椎仰卧牵扳法隔日 1 次,治疗 10 次为 1 个疗程,患者均经 2 个疗程的治疗。3 个月后进行随访。

**1.4 观测指标与方法** 所有患者均在治疗前、后采用颈性眩晕症状与功能评分量表<sup>[2]</sup>进行评分,眩晕 16 分(眩晕程度 8 分,频度 4 分,持续时间 4 分),颈肩痛 4 分,头痛 2 分,日常生活及工作 4 分,心理及社会适应 4 分,全表满分 30 分,每项均分为 5 个等级。

**1.5 疗效评价标准** 以国家中医药管理局发行的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>颈椎病的疗效标准为依据。①治愈:原有病症消失,颈、肢体功能、肌力恢复正常,能参加正常劳动和工作。②好转:原有症状减轻,颈肩背疼痛减轻,颈、肢体功能改善。③未愈:症状无改善。

**1.6 统计学处理** 用 SPSS 11.0 软件,对治疗前后得分采用配对设计定量资料的 t 检验进行比较。

## 2 治疗结果

按上述疗效标准,本组治愈 38 例,好转 6 例,未愈 1 例,总有效率 97.8%。以上治愈病例 3 个月后随访均无复发。治疗前、后症状及功能评分平均值分别为(16.0±0.77)分和(24.5±0.46)分,两者比较, t=43.1, P<0.01, 差异有统计学意义,说明

治疗后评分高于治疗前。

### 3 讨论

笔者发现在临床上绝大多数患者有长期伏案和电脑前工作的病史。颈部长时间保持特定姿势,使颈项部的肌肉、筋膜等软组织长时间紧张,导致局部缺血、缺氧,从而发生肌肉痉挛,特别是位于枕下三角的椎枕肌群的痉挛可直接压迫椎动脉,出现椎基底动脉供血不足。长期、慢性的软组织损伤会进一步影响颈椎的静力平衡,造成颈椎的寰枢关节紊乱。枕寰、寰枢关节的旋转式错位是导致椎动脉供血不足的常见原因<sup>[4]</sup>。可见,颈椎关节的排列异常及肌肉等软组织(特别是椎枕肌群)的痉挛才是导致本病的主要原因。

对于以往所采用的旋转复位手法,各家观点不一,有学者研究<sup>[5]</sup>在头颈部受到极度旋转时椎动脉会受到不同程度的牵拉及扭曲,可导致动脉壁的损伤以及血管狭窄甚至闭塞,手术中存在着一定的危险。旋转颈部时如症状加重表明椎动脉受到卡压,对此笔者也有同感。因此对颈椎手法加以改进,运用仰卧位牵扳手法可减小对颈椎的旋转角度,在颈部肌肉充分放松的前提下,按特定角度加以牵引扳动,不仅有利于扩大椎间隙、调整椎间关节紊乱、恢复颈椎生理曲度、缓解肌肉痉挛,还可使骨刺和被压的椎动脉的相对位置发生变化,从而减轻或解除对椎动脉的压迫,达到缓解或消除症状的目的。另外通

过本法,还可对深部组织如关节囊、椎间韧带、滑膜起到梳理松解作用,改善其代谢状态和炎症,减轻这些因素对椎动脉的刺激。其操作安全可靠,本组病例无因手法而发生猝倒或眩晕加重的情况。基础手法作为整复手法的铺垫,可起到活血、解痉、止痛、消除局部炎症反应的作用,二者结合使用,能更好地提高牵扳法的治疗效果。

综上所述,颈部软组织的劳损痉挛及颈椎关节的错位才是导致本病的主要原因。采用以仰卧牵引扳动为主的按摩手法可有效地缓解肌肉痉挛,纠正关节错位,改善椎动脉供血情况,是对椎动脉型颈椎病安全有效的治疗方法。

### 参考文献

- 1 孙宇,陈琪福. 第二届颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志, 1993, 13(8):472-476.
- 2 王楚怀,卓大宏. 颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究. 中国康复医学杂志, 1998, 13(6):245-247.
- 3 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社, 1994. 186.
- 4 李伟居,黄桂忠,王少伟. 手法治疗颈性眩晕. 中国骨伤, 2006, 19(10):633.
- 5 王楚怀,卓大宏,赖在文,等. 旋转复位手法对颈性眩晕患者椎-基底动脉流速的影响. 中国康复医学杂志, 1999, 14(3):1-5.

(收稿日期:2007-12-14 本文编辑:连智华)

## 微创路径椎间盘髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症

翟羽东<sup>1</sup>,王寅<sup>2</sup>,李宏兴<sup>1</sup>,刘胜锋<sup>1</sup>,李海群<sup>1</sup>

(1.承德县医院骨科,河北 承德 067400;2.承德医学院附属医院骨科)

关键词 腰椎; 椎间盘移位; 椎间盘切除术; 外科手术,微创性

**Minimally invasive discectomy for the treatment of lumbar disk herniation** ZHAI Yu-dong\*, WANG Yin, LI Hong-xing, LIU Sheng-feng, LI Hai-qun. \* The Chengde Country Hospital of Hebei, Chengde 067400, Hebei, China

**Key words** Lumbar vertebrae; Intervertebral disk displacement; Discectomy; Surgical procedures, minimally invasive  
Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(6):463-464 www.zggszz.com

对不伴椎管或侧隐窝狭窄的腰椎间盘突出症的部分患者,我院原来多采取椎间盘切吸方法治疗。2000年11月至2006年4月对61例腰椎间盘突出症患者利用切吸设备中的穿刺针和套管等器械,行微创路径椎间盘髓核摘除术治疗,取得了较好疗效,报告如下。

### 1 临床资料

本组61例(81节椎间盘),其中男32例(42节椎间盘),女29例(39节椎间盘);年龄22~64岁,平均43岁;病史1个月~12年,平均2年6个月。81节椎间盘中同时摘除1节椎间盘45例,2节椎间盘12例,3节椎间盘4例, L<sub>3,4</sub>23节, L<sub>4,5</sub>40节, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>18节。61例均做腰部CT、核磁或脊髓造影检查。腰部CT或核磁均有硬膜囊或神经根不同程度的受压现象,脊髓造影均有不同程度的充盈缺损和神经根袖未充盈等受压现象,且CT和核磁或造影均有受压现象与阶段相符,其中造

影剂几乎中断2例。术后平均住院7.2 d。

### 2 治疗方法

**2.1 手术方法** 患者俯卧位,腹部垫一软枕,使腰椎前突变直,椎间隙后部变宽,利于穿刺。在有影像增强装置的X线透视下确定病变椎间隙平面,并在体表做一横向标记线,沿标记线向患侧旁开距后正中线8~12 cm处为穿刺点。常规皮肤消毒、铺巾、局麻,将带有针芯的穿刺针在穿刺点处与脊椎矢状面呈40°~45°进针,依次穿过皮肤、皮下组织、下腰部肌群直至椎间盘后1/3~1/4处,穿过纤维环进入髓核。在穿刺过程中如发生神经根痛症状,则将针退出少许,重新调整方向及角度再次进入,通过电视监视器观察正侧位确定进针位置准确后,拔除针芯。切开穿刺处皮肤及皮下组织约1.5 cm,用套管由细至粗依次逐级旋转式套入,最后将直径5.6 mm工作套管送至椎间盘约0.5 cm并予以保留。内套管拔出,沿此套管