

手法整复颈椎半脱位41例报告

广东省湛江市第一中医院 周荣来

颈椎半脱位，在人们的劳动生活中常有发生。我们自1981年以来，使用扳按旋转手法对41例颈椎半脱位患者进行整复治疗，取得满意效果，现报告如下：

临床资料

一、一般资料

(一)、性别与年龄：本组41例中男性29例，女性12例；年龄最小21岁，最大65岁，30岁以下4例，31~40岁12例，41岁至50岁16例，50岁以上9例。

(二)、发病与病程：因外伤脱位者29例，长期低头操作劳损者12例；病程最短4小时，最长13个月。2周内28例，3周~半年的10例，半年以上的3例。

二、临床表现

(一)、X线片显示：环椎半脱位10例，第3颈椎以下31例；屈曲型40例，过伸型1例，单侧脱位27例，双侧14例。

(二)、症状与体征：主要表现为颈项疼痛，头晕目眩，颈部活动受限。病人多伴有枕后疼痛和肩部放射性疼痛，上肢痹痛或麻木无力。本组所有病人的患部都有不同程度的压痛，头颈侧斜或前倾的表现。

治疗方法

患者俯卧床上，两肩平贴床头，一助手以一、手托扣下颌，一手抱握后枕部，另一助手扳拉患者两侧肩部，顺势对抗牵引2~4分钟，术者于侧边，一手托扳着颈部前上段，一手用拇指按于伤椎的下一个后突棘突，余四指抱拿于颈前，两手配合同时用力，一按一扳，用力适度，此时有“咯登”的复位音或滑动感，病人疼痛立即消失或减轻，颈斜等症状消失，伤部棘突平复，是复位成功，如是单侧半脱位者，一手托扳颈部并向伤侧旋转的同时，另一手拇指按住伤椎偏歪之棘突，向健侧推按，即可复位。复位后，仰卧床上，以颌枕带牵引2周，改用硬纸壳高颈围固定一周。

疗效分析

一、疗效标准

治愈：颈项疼痛，头晕目眩和颈项倾斜等症状消失，活动功能恢复正常，X线摄片复查颈椎生理弧度正常，颈椎棘突中轴线对位良好。

显效：症状和体征基本消失，X线摄片颈椎脱位已纠正，椎棘突中轴线偏离已基本复合。

有效：症状减轻，体征改善，X线摄片颈椎脱位较前好转。

无效：症状和体征无改变，X线摄片颈椎脱位与治疗前相同。

二、治疗结果

本组41例病人，治愈30例，显效8例，有效3例。

| 脱位情况 | | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 |
|------|----|----|----|----|----|
| 双侧脱位 | 外伤 | 10 | 2 | 0 | 0 |
| | 劳伤 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 单侧脱位 | 外伤 | 13 | 4 | 0 | 0 |
| | 劳伤 | 7 | 1 | 2 | 0 |

典型病例

例一、黄××，男35岁，干部，病案号6158。1981年8月2日初诊，以颈部跌伤疼痛受限一天为主诉。患者于一天前因不慎从一米高梯阶上跌倒，头枕部屈曲着地，当即觉颈部疼痛，活动功能受限，到他院治疗症状无缓解，前来本院要求诊治。体查：颈部前倾受限，第3、4颈椎棘突处压痛明显，颈4棘突稍后突，颈后肌肉紧张，前屈20°，后伸5°，左右侧屈20°，旋转各15°。X线摄片：颈椎侧位片显示，颈3下关节突移至颈4上关节突尖部，颈3椎体略向前移并轻度前倾。诊断为颈3~4间双侧半脱位。以牵引扳按手法整复一次，颈痛当即消失，活动自如，摄X线片复查：颈椎前弓弧度正常，颈3~4上下关节突无移位，椎体无前倾移位征。用硬纸壳高颈围固定三周后告愈。

例二、林××，女，41岁，打字员，病案号16266。1985年7月15日初诊，以颈项因痛不适二个月为主诉。患者于2个月前无任何外伤诱因，

(下转第15页)

透到脊柱，患者有温热舒适感为宜，而使局部紧张肌肉得以松弛，气血得以流畅，进一步减轻局部疼痛。

(4) 中药内服：以活血化瘀，通腑降气为主应用桃仁承气汤加减，(药物从略)每日一付。

2月5日X光第二次摄片复查正位腰椎_{1,2}原脱位有显著改善，移位约1.5cm椎间隙轻度狭窄。侧位：原腰椎_{1,2}重叠移位已恢复正常位，但正位片尚不理想，还有进一步改善可能，故按上述三法，每日一次，连续六天。

2月13日X光第三次复查腰椎_{1,2}移位有进一步改善，移位1cm、两侧横突反椎弓根骨折线基本消失，其脊椎棘突纵线及曲度有改善。

继卧硬板床，内服中药改以“接骨续筋”与“通经活络”为主，内服“正骨紫金丸”，局部采用按揉手法并擦舒筋药水，住院19天，患者要求出院，七天后步行来院致谢，出院两个月开始铲土劳动，至今已两年有余，仍然体力劳动未间断，一天连续劳动数小时无不适之感，被动与主动前屈、后伸、侧弯及旋转躯干无障碍，已基本恢复正常。

讨论与体会

此例属暴力直接冲击脊柱胸腰段左侧，作用力与脊柱所形成角近90°，水平分力较大，造成第一腰椎完全脱位，作用于第一、二腰椎关节突，横突及椎弓部分骨折和部分韧带撕裂。本例严重脱位伴附件骨折，而脊髓未形成横断性损伤及临床未出现截瘫，此属罕见病例。其主要原因

是成人脊髓末端仅达第一腰椎下缘，第二腰椎以下为马尾神经，椎管容积相对较大而腰椎骨折脱位所造成的剪力未伤及马尾神经的缘故。

本例为非稳定性腰椎骨折脱位，在未治疗之前，有人提示：现在未瘫，“纵牵横挤”有可能导致瘫痪，并介绍82年6期中华骨科杂志类似一例，采用保守疗法。

本例在很短时间得到康复的原因，首先正确运用“纵牵横挤”与传统手法有机配合，从实践体会只有俯卧“纵牵横挤”等手法是使腰椎复位捷径之道。其次是治疗及时，从入院诊断到首次复位未超过18小时，脊柱基本恢复正常解剖位，后又连续六次采用相同手法，完全达到正常解剖位，若延长治疗，或采用不适当措施，躯干略有活动，必然加重骨折脱位创伤。延迟日久，损伤部位血肿，水肿、粘连脊髓可能变性，那时复位颇为困难，并发症接踵而至，预后多为不良。

对病例的分析，特别是发生机理，只是笔者拙见和推断，在此抛砖引玉，冀望同道斧正。

此文呈蒙湖北中医学院、熊敦善教授，武汉市第一医院付主任医师鲁周同指导。特此致谢。

参考资料

- 1.《中华骨科杂志》1982年6期
“腰椎骨折脱位罕见类型一例报告”
- 2.《临床骨科学》天津医院骨科编484页
“非稳定型脊柱骨折或脱位处理”
- 3.《腰痛痛》葛宝丰编著 181页
“脊柱骨折和脱位”

(上接第21页)

中午下班后自感颈项困痛，活动不便，头晕不适。曾于多方治疗，症状时轻时重，前来本院求治。体查：颈项右斜，颈2棘突处有轻度压痛，活动受限，前屈25°，背伸10°，左屈25°，右屈20°，左旋25°，右旋30°，摄X线片：环齿关节开口正位片示，环枢中轴线偏离1.8mm，环齿间隙不等。诊断为环枢半脱位。使用扳按旋转手法进行整复，患者颈斜和疼痛症状消失，X线摄片复查：齿状突正中，环枢椎中轴线正常。以法牵引及硬纸皮高颈围固定二周而愈。

讨论

一、颈椎的后关节比较短小，后关节面接近水平位，如果长期低头工作劳损，或外来暴力致使颈部过屈和过伸，都会使后关节的关节束松弛或撕裂，上一个颈椎的下关节很易向前滑移，造成颈椎半脱位。患者常有神经根刺激症状，出现枕后颈项困痛，肩背部与上肢放射性疼痛，或麻

木无力。临床上应根据以上病史和症状，以及颈椎棘突的畸形压痛之体征，而考虑为本病，切误诊与漏诊。

二、对本病治疗要先做到准确诊断，既要认真细致的临床检查，又必须摄X线正、侧位片加以确诊。及早采用本法复位治疗。本组病例所见，早期复位治疗者效果甚佳，病程长者复位疗效次之，外伤脱位者手法复位较劳损脱位疗效好。

三、实施手法时，用力要适度，两手须协调，避免采用暴力复位，粗暴妄目的复位方法，容易使脱位加重，或造成齿突和关节突骨折。所以，要求对抗牵引必须顺势进行，扳按不能用力太过，旋转幅度不要过大，急于求成的心理，往往会导致复位失败。本组28例是一次手法复位成功外，8例需整复2次，5例整复3次。

四、应用扳按旋转手法整复颈椎半脱位，是一种简易可靠的治疗方法。本组41例中有30例达到解剖复位和近解剖复位，有效率达到100%，较以往单纯使用内服外敷药物治疗或针灸理疗的效果显著。