

手法介绍

动力性颈椎椎管狭窄症手法治疗

解放军总医院(100853) 王军 王福根 和静彬 侯京山

作者自 1993 年 4 月至 1994 年 11 月采用坐位颈椎伸引归挤手法治疗动力性颈椎管狭窄症 20 例,效果良好,现报告如下。

一般资料

20 例中男 12 例,女 8 例;年龄 34 岁~63 岁;病程 13 天~14 年;临床症状均表现有颈发僵,项背肩臂痛,双上肢或单(双)手麻木无力,手的灵活性握力减退,下肢单侧或双侧发麻发沉,下肢各块肌肉发紧,抬步慢,不能快走,重者步态不稳,20 例中上肢及颈项有 1~3 项症状者 14 例,上下肢均有 2~4 项症状者 6 例。

20 例患者均有颈后伸或侧弯活动受限,颈棘突旁、斜方肌上斜部、提肩胛肌起始部、岗下肌、大小圆肌有压痛,举臂耐力试验阳性,椎间孔挤压试验双侧或单侧阳性,上肢肱二、三头肌腱反射亢进 6 例,霍夫曼氏征阳性 13 例,膝、跟腱反射亢进,肌痉挛侧巴彬斯基氏征阳性 4 例,20 例位置觉,振动觉均存在。X 光片显示:颈椎退行性改变 17 例,椎管矢状径与同椎体矢状径之比小于 75%者 4 例,过伸位向后方滑移 15 例,伸屈均有滑移 5 例,中上颈段者发病多于中下颈段。

治疗方法

患者端坐位,躯干向后紧靠椅背,首先用 2 条专用布带将双肩固定于椅背,手法放松颈肩背的肌肉,然后调整颈椎前屈角度,病变在上颈段前屈约 10~15°,中颈段 15~30°,下颈段 >30°。助手站在患者一侧,一只手托住下颌,另只手放置枕后粗隆部,双手沿之调整好的前屈角度用力将头颅向上托起,医者立于患者身后,双手呈握空拳状分放置颈的两侧。

以右侧为例,左手拇指指腹按于病变节段后小关节处,右手拇指指尖向左顶在下一节颈椎棘突的端侧,在助手向上托起的瞬间,医者随之左拇指向前上顶推,右拇指向左速顶重推,治疗左侧时,左右手拇指交换位置,以同样手法实施。医者指下可感觉关节松动并闻及咯吱响声,手法即告成功。颈椎多节段病变者由下往上顺序治疗,10 次为一疗程。手法结束后患者自觉颈项部有轻微酸痛,医者即可查病理的反射及增强的腱反射

有否变化。

治疗结果

优:症状、体征消失,功能活动正常 10 例;良:症状、体征明显减轻,功能活动基本正常 8 例;可:症状、体征稍有减轻,功能活动略有改善 1 例;差:症状、体征无变化或加重 1 例。

讨论

颈椎不稳是引起动力性椎管狭窄的发病机理。在动力性椎管狭窄引起的颈脊髓刺激压迫的病例中,发现颈椎退行性变与维持其力学平衡的软组织损害,可引起椎体向后滑移,随着向后滑移度增加,椎管矢状径减小,临床症状亦逐渐加重。作者依据临床观察认为,颈背部肌群的功能活动是维持脊柱稳定的力学基础。参与颈部功能活动的诸肌中,某块或某组肌肉由于损害性病变引起肌痉挛,必然会使颈椎及其连结组织失去正常的力学平衡,不同收缩功能的颈部肌群发生痉挛后将引起不同颈椎节段的不稳,称做节段性颈椎不稳。颈椎前屈肌群痉挛可致下颈段(C₅~T₁)不稳,颈部后伸肌群痉挛可致中颈段(C₃~C₅)不稳;颈部旋转肌群痉挛可致上颈段不稳(C₁~C₃)。临床上动力性颈椎管狭窄一般继发于原有的后纵韧带骨化性狭窄(间断性),发育性椎管狭窄,椎间盘变性,黄韧带增生肥厚等退变颈椎节段性失稳的基础上。一般认为,颈椎的易弯性其中与椎间盘有密切关系,并由颈肩部肌肉协调动作来完成的,而后纵韧带久张不弛,慢性损害时椎间盘变性也较重。加之,椎管外软组织损害,无菌性炎症反应肌痉挛或肌挛缩导致颈椎力学的平衡失调,进一步加剧了颈椎的失稳。

上述椎管内外相互影响,相互作用的病理性因素是我们采用非手术治疗动力性颈椎管狭窄症的理论依据。采用坐位颈椎伸引归挤手法,颈围领制动,颈椎牵引,旨在松解、减压,矫正滑移,消除嵌夹恢复颈部肌肉正常的力学平衡,达到颈椎支撑稳定的作用,使病症得到改善或治愈。

(收稿:1995-02-14;修回:1995-08-25)