

# 大重量牵引治疗脊髓型颈椎病

国家体委体育科学研究所 (100061) 周海强 贾国庆\*

1977 年至 1986 年, 本所采用“自体悬吊重力牵引”<sup>[1]</sup>等综合性非手术方法, 共收治 286 例脊髓型颈椎病患者, 现将其中研究资料完整的 86 例总结分析如下。

## 临床资料

本组 86 例, 男 69 例, 女 17 例; 年龄: 16~69 岁, 40 岁以上 69 例。经颈部 X 线, 肌电图、CT 扫描诊断为脊髓型颈椎病, 其中单纯脊髓型 16 例, 脊髓、神经根混合型 31 例, 脊髓、椎动脉混合型 10 例, 脊髓神经根椎动脉混合型 16 例, 脊髓神经根交感神经混合型 13 例。其中 3 例陈旧性齿状突骨折合并脊髓型颈椎病, 2 例合并后纵韧带钙化。

## 治疗方法

采用本研究所设计的立坐两用颈部牵引机作“自体悬吊重力牵引”和“超体重牵引”, 配合手法等综合性非手术方法。

1. 重力牵引: 牵引重量超过国内外传统方法 (11.4kg)<sup>[2]</sup>10 倍以上, 但牵引时间短。在决定牵引重量时, 首先注重分析个体差异, 包括性别、年龄、体质和病情严重程度等, 初次牵引选体重 1/2 或 2/3 为牵引力, 每次牵引 30 秒至 1 分钟, 间断牵引 3 次, 两次牵引间休息片刻。1 至 2 周后用全体重牵引, 每次牵引 30 秒, 间断牵引 3 次, 以后每两周延长牵引时间 30 秒或增加 5kg 牵引力。轻患者隔日一次, 重患者每日牵引。治疗 30 次为一疗程, 疗程间休息一周。86 例平均体重 65kg, 平均牵引重量 68kg, 最小 36kg, 最大 120kg, 平均每次牵引时间 2 分钟。

①自体悬吊重力牵引: 患者立于牵引架下戴好牵引套, 医者操纵手轮, 将患者逐渐吊起至双脚离开地面, 此时牵引力相当于自身体重的 93% (头部重量占 7%) 用本牵引法治疗 65 例。

②坐位超体重牵引: 经自体悬吊重力牵引 1 至 2 疗程后症状改善不明显可试行坐位超体重牵引。患者坐于坐椅上, 用骨盆带固定骨盆及双大腿, 医者操纵手轮, 加力牵引, 弹簧称上显示出公斤数即为实际牵引重量。牵引时要密切观察患者的脉搏及血压的变化。21 例

作超体重牵引, 平均牵引重量与体重比值: 牵引重量 91kg: 体重 71kg=1.3:1, 牵引时间同自体悬吊重力牵引。

③自调便携式颈部气动牵引: 严重患者除卧位外, 其它体位必须使用此法牵引。卧位时先将多层气囊围在颈部, 接好充气导管, 用手泵向多层气囊内充气至额定压力, 去掉导管, 将气门关闭, 方可起床活动。

2. 手法治疗: 脊髓型颈椎病患者肢体软组织常呈不同程度的痉挛状态, 血循障碍, 代谢产物积聚。牵引后, 重点在其颈部背部及四肢找准痉挛、僵硬之条索、结节状物以及肿胀、压痛、激痛点等部位施以手法治疗及按压有关的脉络, 同时对肢体关节进行牵拉反张, 能起到改善肢体血液循环, 松弛肌肉, 缓解痉挛, 促使周围神经功能恢复之功效。手法宜重, 指力要透达。重者每日一次, 轻者隔日一次, 牵引配合手法治疗, 平均 83 次。

颈椎旋转复位: ①牵引下颈椎定点或不定点旋转法或棘突推顶法; ②坐位患椎定点正向反向旋转法; ③仰卧位旋转拔伸法; 以纠正偏歪之棘突, 使其恢复原解剖位置, 解除因患椎异位对血管、神经、脊髓的刺激或压迫, 进一步促使临床症状和体征减轻或消失。患椎复位次数不宜过多过频, 一般不超过 5 次。

3. 水疗: 采用本所研制的 MB-2 型脉冲式水按摩机, 患者仰卧于浴槽中, 水温控制在 38℃ 压力 1.5kg/cm<sup>2</sup>。槽底 4 对脉冲式水桩冲击躯干及四肢。水疗能提高肌体组织的温度, 扩张血管, 促进皮肤, 皮下组织和肌肉的血液循环, 提高组织的代谢率, 缓解肌肉痉挛, 止痛和舒筋活血。隔日一次, 每次 15 分钟, 10 次为一疗程。

4. 踩腿法: 患者俯卧在垫子或床上, 足背垫一软垫, 全身放松, 踩者双脚分别站在患者的两大腿后面, 按每分钟 30-60 次上至臀皱褶, 下至小腿 1/3, 连续踩 15-20 分钟, 隔日一次。

纵踩: 踩者的脚与患者的下肢平行, 适用于开始或疼痛明显者。

横踩: 踩者的脚与患者的下肢呈垂直位;

\* 北京大兴县红星医院

点踩：踩者用足跟或足前 1/3 处，重点踩僵硬较明显部位。踩法有解除下肢痉挛，止痛的作用，对脊髓型颈椎病患者常用点踩法。

5. 医疗体育：针对患者肢体的功能障碍程度制定相应锻炼项目和强度，调动患者的主观能动性，促进其功能恢复。关于医疗体育的常规锻炼主要是以下几个方面：

- ①卧床不起者：被动或主动屈伸上下肢各关节；
- ②柱拐能走者：上肢作俯卧撑，下肢作双腿深蹲起，功率自行车等。
- ③自由行走者：上下肢练习同②，但强度，密度和量比②大。

### 治疗结果

1. 脊髓型颈椎病瘫痪分为 V 级：I 级：四肢或双下肢瘫痪，无自主活动，II 级：四肢或局部不全瘫痪，稍有自主活动，但生活不能自理；III 级：四肢或局部痉挛，活动有一定困难；IV 级：四肢无力，步态不稳或持物坠落，生活基本自理；V 级：局部肌力减退，肌肉萎缩。86 例中 I 级者 6 例，II 级者 17 例，III 级者 17 例，IV 级者 18 例，V 级者 28 例。

2. 疗效评定标准：原属 1~3 级者，治疗后功能恢复 2 级以上者为优；1 级者为良；原属 4~5 级者症状完全消失为优；减轻显著者为良；分级与治疗前相同，但自觉症状和体征有进步者为好转，症状同前者为无效，加重者为恶化。

3. 疗效：经治疗后优良率 38.4%，总有效率达 87.20%（见表）。

	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
优	1	1	1	0	7
良	1	2	7	5	8
好转	3	12	8	11	8
无效	1	2	1	2	4
恶化	0	0	0	0	1
合计	6	17	17	18	28

### 讨 论

1. 影响疗效的因素：本文资料证实病程长病情重，效果差，反之病程短病情轻，效果好之普遍规律。一些患者误诊为“脊髓侧索硬化”、“脊髓空洞症”、“重症肌无力”等，另有一些患者不愿意手术治疗，辗转于各大医院长达数年之久，延误了有效的治疗时期。因此遇到该类患者应尽早明确诊断，早期治疗，阻止其功能障碍阶段转变为不可逆的脊髓变性阶段，促使其向正常功能转化。本组病例治疗 30 天以下者优良率 20%，而治疗 150 天以上者优良率达 80%，由此可见，治疗次数不足，仍难以达到牵引的作用。本文最少治疗 7 次，最多 200 次，平均 83 次。常规为 3 个疗程（90 次），效果不佳者可考虑手术治疗。

2. 非手术方法治疗脊髓型颈椎病的优点：本组收治的患者中，有些因条件限制不能来门诊或住院治疗，我们教会患者及家属大重量枕颈双环牵引方法，开展家庭病床，本文 10 余例患者在自家牵引，我们定期复查，收到一定疗效。

3. 外伤引起脊髓型颈椎病的疗效分析：本组有外伤史者 62 例，占总数 72.1%，其中外伤诱发性脊髓型颈椎病 42 例，迁延性脊髓型颈椎病 20 例。前者因起病急、症状明显，求治及时，治疗有效，愈后相对较好，后者因外伤后无明显不适感觉，待赘生物形成或关节松弛错位刺激或压迫脊髓，或造成脊髓的血运障碍经过长短不等的时间，因是缓慢发病，逐渐呈波浪式进行性加重，与退行性基本相似，其予后差。（本文导师：任玉衡）

（收稿：1995-01-24；修回：1995-11-27）

## 欢迎订阅本刊 1995 年增刊

《中国骨伤》1995 年增刊已出版，该刊选题广泛，内容繁多，能反映近年骨伤科的发展。每册定价为 30.00 元，另加 20% 邮资。欲购者汇款至：100700 北京东直门内北新仓 18 号《中国骨伤》编辑部。请注明所要书名。

1994 年增刊尚有少量库存，分上下两册，上册定价 27.50，下册 20.00（包括邮资）。1993 年增刊余册每册定价 25.00（含邮资）。