

肌群，而在功能障碍的后期则应放在轴向运动的拮抗肌群。

4. 推拿手法对肩关节功能障碍的治疗，具有松解粘连、软坚散结、促进活血，使形变复原，恢复肌肉弹性的作用。我们认为肩关节功能障碍一是关节内粘连，二是塑性形变因素所致，采用关节杠杆扳法^[1]能有效松解关节内粘连，而推、按、揉、弹拨等手法，对肌肉形变复原，缓解拮抗有明显作用。从临床疗效情况看，对上肢骨折固定后引起的功能障碍恢复较快，其次为肩部外伤引起的功能障碍，肩部骨折固定后所致的

功能障碍恢复较慢，且恢复效果也较前两组逊色。这可能与骨折因素及关节结构改变有关。我们认为应用肌肉的协同与拮抗原理，对拮抗肌群作针对性的手法治疗，改变肌肉形变是治疗肩关节功能障碍的有效方法。

参考文献

1. 范炳华. 关节杠杆扳法. 中国骨伤, 1998, 11 (4): 54
2. 天津医院骨科. 临床骨科学 (一) 创伤. 北京: 人民卫生出版社, 1973. 130

(收稿: 1999-02-20)

中医结合美国神经整脊法治疗颈椎病 100 例

张建华

中国中医研究院骨伤科研究所 (北京 100700)

作者曾到美国生命整脊学院进修学习过美国神经整脊，从 1995 年 9 月~1997 年 10 月共治疗 100 例颈椎病患者，报告如下。

临床资料

1. 一般资料: 本组 100 例中男 33 例, 女 67 例; 20~60 岁 92 例, 60 岁以上 8 例; 病程 0.5~3 年以上。颈椎病分型^[1]: 局部型 10 例, 神经根型 36 例, 椎动脉型 15 例, 髓型 13 例, 交感型 6 例, 混合型 (根、动脉、交感) 20 例。

2. 诊断依据: (1) 病史; (2) 骨科检查; (3) X 线照片; (4) 髓型有 CT, MRI 检查; (5) 除外其它疾病。

3. 合并胸椎疼痛 12 例, 合并腰痛 23 例, 颈椎病合并腰痛及胸椎痛 7 例。

4. X 线片: (1) 颈曲变直 48 例, 颈曲反张 32 例。(2) 单纯上颈椎 (C₁₋₂) 椎骨偏歪者 4 例, 上颈椎合并其它颈椎椎骨偏歪者 65 例, 颈椎合并上胸椎 (T₁₋₄) 椎骨偏歪者 60 例。

治疗方法

1. 手法治疗: 先用 法及拇指揉捻法松解颈肩背软组织, 并点揉颈臂、风池、肩井、天宗穴。操作时间及次数以痉挛、僵硬组织变松弛柔软为度。

合并上肢疼痛麻木者, 用拨筋筋法弹拨上臂部尺、正中及桡神经, 点揉曲池、列缺穴, 后伸上肢牵拉神经根法, 单侧上肢操作时间需 3 分钟。

如有头部症状 (头痛, 头晕, 视力模糊等) 用拇指点揉头部足太阳膀胱经, 足少阳胆经, 督脉。从前向后循三经点揉, 操作据病情轻重点揉 3~5 次。

椎骨偏歪者, 患者坐位低头, 医生拇指推偏歪棘突法及美国神经整脊搬脊椎法给以矫正。

2. 介绍两种美国神经整脊的矫正错位方法: (1) 以 C₁ 椎体向右移位及右侧横突向后旋转 (以 C₂ 为参照物) 这一多向综合错位为例: 患者仰卧, 医生站在患者的偏右侧, 医生右食指外侧按住患者 C₁ 右侧横突的后面, 左手食指外侧固定枕骨的左后部分, 先右侧弯头部, 然后把脸部向左侧旋转, 当旋转到受阻时, 左手固定不动, 右手食指用一个由后向前, 由外向内的合力扳动 C₁ 横突, 可听到扳动响声。(2) 以 T₂ 棘突向左偏歪为例 (如上胸椎有侧弯须以右侧凸为例): 患者俯卧, 医生站在患者右侧, 医生右手大鱼际固定在 T₂ 的右侧横突, 医生左手大鱼际固定在 T₂ 的左侧横突, 双肘必须伸直, 左手起固定作用不动, 右上肢向下用力通过大鱼际扳动右侧横突, 可听到响声。手法治疗据病情轻重每周 2~3 次, 每次需 20~30 分钟。

2. 药物治疗: 髓型及重度神经根型病人热象不明显者建议服大活络丸以行气活血, 通利经络。

3. 指导患者睡有助于颈曲弧度的枕头, 并嘱患者平时少低头。

4. 功能锻炼: 在恢复期教患者做颈后伸, 颈左右旋转后仰锻炼, 要求动作稳缓, 逐步增加运动量, 运动量以锻炼后颈部舒适为标准。

治疗结果

疗效标准: 痊愈: 症状消失或基本消失, 恢复工作。显效: 症状明显减轻, 平时症状不明显, 劳累时有轻度症状, 不影响一般工作。好转: 症状减轻。无效: 症状

不减轻或稍减轻。

100例中痊愈60例,显效28例,好转10例,无效2例。

讨论

1. 中医及美国神经整脊一致认为颈椎前后位观棘突顶线的连线应在正中线,侧位颈曲应前凸,在整个治疗过程中应松解软组织矫正错位,解除神经血管压迫,使骨与软组织恢复正常的功能状态。

2. 正常颈曲应向前凸,而颈曲变直48例,颈曲反张32例,共80例曲度不正常,主要的致病因素是生活方式不正确,长期低头的姿势及枕头不合理,所以睡有助于恢复颈曲的枕头及让患者少低头。上颈椎位置重要,其位置好坏对人影响很大,且上颈椎复位难度较大及危险性高。作者把张口位片做为常规检查,在这100例病例中上颈椎椎骨偏歪者共69例,均施行了上颈椎的手法治疗,从临床上观察效果不错,有些病人甚至感

到疗效显著。

3. 颈椎偏歪合并上胸椎椎骨偏歪者60例,上胸椎活动小,颈椎活动性大,上胸椎为颈椎的基部,两者关系密切,轻微的上胸椎错位将会影响颈椎,所以在临床中即使患者没有明显自我上胸椎症状,但局部可触及筋结及疼痛者也一同矫正上胸椎偏歪。

4. 治疗髓型病人一定不要用暴力扳动椎体,在松解软组织点揉穴位基础上常用拇指推偏歪棘突法,这种方法容易控制力度。本组治疗髓型病人13例,痊愈3例(霍夫曼征阳性仍存在),显效5例,好转4例,1例因疗程长病重,全身麻木治疗失败。

参考文献

1. 陆裕朴,胥少汀,葛宝丰等.实用骨科学.北京:人民军医出版社,1993,1111—1112

(收稿:1998-05-11)

卧位旋转复位法治疗根型颈椎病

郑良义

广东省珠海市中医院(510015)

1994年6月~1997年11月,采用卧位定点旋转复位法治疗根型颈椎病132例,疗效满意,小结如下。

临床资料

132例均为门诊病例,其中男54例,女78例;年龄25~68岁。根据颈椎病节段分布:C₃₋₄8例,C₄₋₅39例,C₅₋₆64例,C₆₋₇21例。

治疗方法

1. 定点:(1)触摸痛点。(2)神经节段定位,主要依据神经分布所支配的上肢运动、感觉和反射进行综合分析,譬如:患肢肩部外展乏力,肩部外侧感觉迟钝,肱二头肌反射稍弱,在定位上便考虑C₄₋₅节段。(3)定椎体,确定病变节段后,临床上,以定位节段之上椎体为治疗对象。因为颈椎的偏歪,往往是上位椎体相对下位椎体而发生的。如定位于C₄₋₅,那么,定椎体便是C₄,即定点为C₄棘突。因定点旋转复位的施术关键在明确那一个椎体偏歪,而手法治疗是通过力作用于棘突来完成的。

2. 定向:(1)手摸心会,通过触摸颈椎棘突顶线及两旁线,以确定椎体是否出现偏歪。同时,由于颈椎棘突的生理变异,存有一定误差。故这一步只作粗略估计。(2)寻找痛点,临床上痛点明显侧,便意味着棘突

偏歪侧。(3)颈部运动功能检查,颈部旋转受限方向侧,往往和痛点侧相符,多数便是棘突偏歪方向。如C₄左压痛,头部左旋受限,提示C₄棘突左偏歪。

3. 旋转复位法:以C₄左偏歪为例。行颈部点揉等手法放松肌肉后,取仰卧位,头稍左旋,医者以右手虎口叉开托后枕部,右拇指定点并抵顶于C₄棘突左侧,向右方向用力。左手搂托下颌部,双手同时轻度用力作拔伸牵引,然后左旋颈部至有“锁紧”感时,双手协调用力作一过度左旋,同时右拇指用力,将C₄棘突顶向右侧方向,常可觉棘突复位响声。这是复位手法关键所在。

双手交换位置,以左手拇指抵顶C₄棘突,如前向右扳一次,一样闻响声,手法成功。须注意旋转过程手法要轻柔,扳的瞬间手法要有一定弹性,令其即扳即松回原位,以策安全。

治疗结果

1. 疗效标准:优:颈部连及上肢麻痹疼痛消失,劳累后无明显不适;良:颈部或上肢麻痹疼痛轻微,劳累后无明显加重;好转:颈部及上肢疼痛减轻,劳累后易加重,但较治疗前为轻;无效:颈部连及上肢麻痹疼痛无明显减轻。