

## 临床研究

## 牵引正骨法治疗急慢性寰枢椎半脱位 300 例

Treatment of atlanto-axial subluxation with traction and bonesetting for 300 cases

金添<sup>1</sup>, 金朝晖<sup>2</sup>

JIN Tian, JIN Zhao hui

关键词 寰枢椎半脱位; 牵引术; 手法; 骨科      Key words Atlantoaxial subluxation; Traction; Manipulation, orthopaedic

近五年采用牵引、正骨方法,治疗急、慢性寰枢椎半脱位 300 例,报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 300 例,男 108 例,女 192 例;年龄 3~76 岁,其中 3~10 岁 17 例,11~20 岁 9 例,21~30 岁 51 例,31~40 岁 126 例,41~50 岁 45 例,51~60 岁 21 例,61~70 岁 26 例,71~74 岁 5 例;病程 2 d~5 年。

1.2 病因分类 本组 300 例患者中病因单一或叠加致病,其中长期颈痛史 237 例,近期有上呼吸道感染史及慢性咽部炎症史 83 例,有明显外伤史 36 例,无任何病因突然发病 47 例。

1.3 自觉症状 患者可有如下自觉症状:颈背部疼痛不适,肌肉僵硬;颈椎旋转、屈伸活动功能受限;头昏、偏头痛、头痛;间或有恶心、呕吐等症状;上呼吸道感染后期颈、咽、上背部仍有不适感;间杂各型颈椎病症状;无任何自觉症状。

1.4 误诊情况 由于患者病因、自觉症状复杂及临床检查不完善,故诊断中漏、误诊较多,300 例患者中 51 例曾诊断为心脑血管疾病,服药后症状无缓解;72 例曾诊断为肌性颈椎病,按摩、服药后症状无缓解;44 例曾诊断为椎动脉型颈椎病,服药后症状无缓解;46 例曾诊断为上呼吸道感染,服药后症状无缓解。

1.5 诊断标准 具有自觉症状中的任意一或数项。查体:C<sub>2</sub>棘突旁明显压痛并一侧饱满,另一侧有陷空感,颈椎曲度改变,Hoffman 征阴性阳性均可。

颈椎张口正位 X 线显示:寰枢椎关节面不平行<sup>[1]</sup>,齿状突轴线偏移寰枢椎轴线 0.5 mm 以上<sup>[2]</sup>,齿状突和寰椎两侧侧块距离不等;颈椎侧位 X 线显示:寰椎

前弓后下缘与齿状突前缘的间距(ADI)数值正常或发生变化,关节面不平行。

## 2 治疗方法

2.1 分组情况 300 例中急性(符合诊断标准,就诊在发病 1 周以内)128 例,治疗时随机均分为 A、B 两组;慢性(符合诊断标准,就诊在发病 1 周以上)172 例,治疗时随机均分为 C、D 两组。A、C 两组采用单纯牵引进行治疗,B、D 两组采用牵引、正骨相结合进行治疗。

2.2 对症治疗 上呼吸道感染、慢性咽部炎症,应先给予对症抗炎治疗;头昏、头痛较重者应先行活血化瘀、舒筋止痛药物治疗;恶心、呕吐不能耐受牵引、正骨治疗者,先采用镇吐对症处理待症状好转后,结合牵引、正骨等治疗方法。

2.3 牵引治疗 采用重量 3~10 kg,时间 < 20 min。每 1~2 d 1 次,1 周为 1 个疗程。

2.4 正骨治疗 先用手指的指腹沿颈部肌纤维走行方向施以揉、捏、提、拿法,以放松紧张僵持的颈部肌肉;再点按风池、肩髃、肩井等穴位,以疏通经络;对 C<sub>2</sub>棘突、枕区、肩胛冈上区给予重点放松。待颈部肌肉充分放松后,实施复位手法。患者取坐位,嘱其放松颈肩部肌肉。术者立于患者身后,一手托患者枕部,用另一侧肘夹持患者下颌部,顺势向上、向后牵提旋转,闻及“咯”声即表示复位。依法整复对侧。如一次未闻及响声待第 2~3 日重复上法继续治疗。

2.5 统计方法 临床数据采用 SPSS 统计软件分析结果。

## 3 治疗结果

3.1 疗效标准 治愈:自觉症状消失,查体棘突居中,Hoffman 征阴性,X 线齿状突回位,齿状突与寰椎

1. 中国中医研究院西苑医院骨科,北京 100091; 2. 北京大学人民医院脊柱外科

侧块距离等宽,寰枢椎间隙平行对称。好转:自觉症状改善,查体及 X 线中寰枢椎位置改善但未达到正常标准。无效:症状无改善, X 线无变化。

### 3.2 治疗结果(见表 1)

表 1 4 组寰枢椎半脱位患者 4 周治疗中好转(治愈)数据分析(例)

Tab 1 Data analysis of improvement and healing in 4 groups of atlantoaxial subluxation patients for 4 weeks( Cases)

组别	例数	第 1 周	第 2 周	第 3 周	第 4 周
A 组	64	32(5)	37(11)	52(12)	48(16)
B 组	64	39(3)	32(21)	31(30)	17(47)
C 组	86	41(7)	52(10)	70(11)	71(15)
D 组	86	37(25)	49(37)	42(44)	30(56)

注:急性寰枢椎半脱位患者第 1 周内无法进行正骨治疗,仅给予对症治疗及牵引治疗

A、B、C、D 组治疗寰枢椎半脱位 4 周后疗效比较:应用卡方检验和 Kendall 等级相关检验,  $P < 0.05$ , A、C 组疗效最差, B、D 组疗效最好。A 组与 C 组 4 周后疗效比较:应用卡方检验  $P = 0.427$ ,  $\chi^2 = 1.27$ ,  $P > 0.05$ , 两组差异无显著性意义。B 组与 D 组 4 周后疗效比较:应用卡方检验,  $P = 0.427$ ,  $\chi^2 = 1.178$ ,  $P > 0.05$ , 两组差异无显著性意义。

### 4 讨论

临床寰枢椎半脱位患者年龄组中,不再以儿童及青少年多见,21~50 岁年龄组发病比率明显增高。此年龄段高发原因:长期从事伏案、开车、电脑操作等工作及活动者,颈部长处于不正确的姿态。

颈部长期不适未能及时治疗。因有其他症状掩盖寰枢椎半脱位疾患。临床医师对此病认识不够造成误诊。

由于本病起病原因隐匿,局部解剖结构复杂,症状缺乏特异性,故临床误诊较常见。查体时 C<sub>2</sub> 棘旁压痛及棘突偏移检出率很高,应给予高度重视。对寰枢椎半脱位临床确诊主要依据 X 线片,摄片要有针对性,测量要准确,有条件可采用 CT、MR 等先进技术设备以提高诊断准确率。

对症治疗目的是缓解主要矛盾,为进一步治疗起到铺垫作用。临床上在对症治疗同时,依据患者的承受能力笔者采用 3~10 kg 重量牵引颈椎,以达到:纠正移位,恢复生理曲度;解除肌肉痉挛,消

除肌张力改变而产生的症状;加大关节间隙,避免黏连;减轻神经根刺激,缓解疼痛。重量依患者适应程度为准,切忌力量过重、时间过长。一部分移位不大、发病时间不长、病情较轻患者可即时好转或治愈。

本病急性期由于组织无菌性炎症的存在,颈椎软组织水肿、疼痛剧烈,患者无法接受手法正骨治疗,加之此治疗带有损伤性质,方法不得当、强行操作可加重损伤,重者可致上颈椎脱位或骨折,从而引发更多的不良反应及更严重的后果。笔者运用简单的手法先对痉挛的肌肉进行松解,以起到舒筋活血、消肿止痛、松解黏连、解除痉挛的作用,穴位的点按加强了松解及通络的效果。前期工作充分完成后,接下来最关键的是正骨部分的治疗。头脑中建立徐光耀“三维空间”分型<sup>[3]</sup>法(在原有齿状突左右偏移基础上对寰枢椎半脱位建立了一个立体模式),使治疗观念形象化,操作有法可依。正骨方法简单,操作并非易事,需反复研习,做到手摸心会,才能使治疗准确有效,避免不必要的损伤。肌肉充分放松后,正骨时肌肉痉挛形成的阻力才会最小,复位时才能完全,损伤才能降至最小,复位的危险性才会最低。切忌采用盲目、粗暴的手法治疗。

统计结果表明,牵引、正骨综合治疗组疗效均显著好于单纯牵引治疗组,但在治疗方式上急性与慢性无差别。发病 1 周以内病人治疗早期(第 1 周)不适用正骨治疗,而从第 2 周开始综合治疗疗效满意。故采用牵引、正骨综合手段进行治疗可提高寰枢椎半脱位的好转率、治愈率。

笔者认为之所以临床 300 例效果满意原因在于:诊断明确是前提;辨证施治、综合疗法是关键;积极预防是保障。症状好转或治愈后随访观察、纠正不良姿态,真正做到防病、治病。

#### 参考文献

- 张佐伦,赵安仁,肖子范.寰枢椎半脱位 X 线诊断.中华放射学杂志,1989,21(2):86.
- 马奎云,张小安,孙孝先,等.青年人寰枢椎间隙正常值调查.河南医科大学学报,1998,33(2):36-38.
- 徐光耀.推拿治疗寰枢椎关节错位 200 例.广西中医药,1994,12(17):244.

(收稿日期:2003-08-13 本文编辑:连智华)