

·手法介绍·

侧卧位手法治疗神经根型颈椎病的疗效观察

Treatment of cervical spondylotic radiculopathy with manipulation at lateral decubitus position

胡建锋, 潘庆辉

HU Jianfeng, PAN Qinghui

关键词 神经根型颈椎病; 手法治疗 **Key words** Cervical spondylotic radiculopathy; Manipulation therapy

神经根型颈椎病是临床上最为常见的颈椎病类型, 多发于中老年人, 是由于颈椎间盘退行性改变、颈椎骨质增生及颈部损伤等原因引起脊柱内、外平衡失调, 刺激或压迫神经根而引起。推拿治疗时患者一般都采用坐位接受手法治疗。近年来, 我院以侧卧体位下利用手法治疗神经根型颈椎病 95 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 治疗组 95 例, 男 50 例, 女 45 例; 年龄 38~65 岁, 平均 52 岁; 病程 3 个月~2 年, 平均 5.5 个月。对照组 80 例, 男 46 例, 女 34 例; 年龄 42~64 岁, 平均 53 岁; 病程 2 个月~3 年, 平均 6 个月。两组之间性别、年龄、病程经统计学分析, 差异无显著性意义, 具有可比性。

1.2 诊断标准 依据第二届颈椎病专题座谈会纪要^[1]和国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[2]: ①年龄 25~65 岁; ②颈、肩、臂疼痛或麻木, 向上肢或枕部放射; ③颈部活动时症状加重; ④颈椎旁压痛; ⑤肩及上肢感觉障碍、肌力下降; ⑥压颈试验或臂丛神经牵拉试验阳性; ⑦影像学检查异常。

1.3 纳入、排除标准 纳入标准: 年龄 25~65 岁, 确诊为神经根型颈椎病患者。排除标准: 非神经根型颈椎病; 孕妇、产妇; 颈椎骨折或脱位; 合并心、脑血管、肝、肾及造血系统严重疾病; 精神病患者; 颈椎骨质疏松及颈椎肿瘤。

1.4 统计学处理 统计分析采用 SPSS 11.0 统计软件进行计算机处理, 计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验或 Ridit 分析, 显著性标准为 $P < 0.05$ 。

2 治疗方法

2.1 治疗组 患者均采用侧卧位, 垫高枕与肩同宽, 医者站于患者头侧方或者上方。①拔伸: 一手拖住患者下颏部, 另一手扶住患者后枕部, 使其固定, 沿着生理曲度做牵拉。重复做 5 次。②推法: 用一指禅偏锋分别在颈部督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经上做推法 5 次。③弹拨: 分别按揉风池、天柱、天鼎、大椎、肩井、阿是穴等, 在胸锁乳突肌、华佗夹脊穴、斜方肌中寻找阳性反应物并做弹拨。④理法: 根据足太阳膀胱经的走向自上而下平推 5 次。手法治疗过程中医生可以用辅助手按住患者前额来调整患者的颈部前屈侧屈的角度来配合治

疗手的操作。以上手法均每日 1 次, 每 5 次为 1 个疗程, 疗程间休息 2 d。

2.2 对照组 患者采取坐位, 医者站于患者后方。①法: 医生在患者双侧肩颈背部沿着督脉、膀胱经做法, 左右各 3~4 次。②弹拨: 一手按住患者上颌部, 另一手用一指禅偏锋沿颈棘突两旁、肩部斜方肌做弹拨 5 次。③摇法: 医者双手拖住患者颈部, 前后互相发力, 使患者头部做左右摆动。④理法: 医者提捏患者双肩, 再用手掌在患者项背及肩胛部进行拍打敲击 5 次。以上手法均每日 1 次, 每 5 次为 1 个疗程, 疗程间休息 2 d。

3 治疗结果

本组患者疗效标准参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[2]拟定。优: 原有各型症状、体征消失, 颈及肢体功能恢复正常, 能参加正常劳动和工作; 良: 原有各型症状、体征基本消失, 颈及肢体功能基本正常, 不影响正常劳动和工作; 好转: 原有各型症状减轻, 体征有所改善; 无效: 症状、体征无改善。经过 6 个疗程, 治疗组优 36 例, 良 40 例, 好转 17 例, 无效 2 例, 有效率为 97.89%; 对照组优 19 例, 良 30 例, 好转 27 例, 无效 4 例, 有效率 95.00%。经 Ridit 分析, $u = 2.7938, P = 0.0052 (P < 0.05)$, 两组间的差异有显著性意义。

4 体会

4.1 侧卧位手法治疗颈椎病技术优点 本法巧妙地利用侧卧体位, 患者在此体位下颈部痉挛肌肉最易于放松, 此时施以放松手法, 使手法放松肌肉痉挛更加有效; 并且在施以推、揉、弹拨手法的同时, 医生可以根据局部痉挛“筋结”的大小、方向, 用辅助手按住患者前额来调整患者的颈部前屈侧屈的角度, 使手法在没有患者肌肉抵抗的情况下最有效地深透到“病所”。体位的调整等于提高了医生手法的柔和度, 手法的柔和性能增加患者的顺应性。

4.2 其他体位下手法治疗颈椎病的不足 手法治疗神经根型颈椎病时患者一般都采用坐位, 一些神经根压迫明显, 局部肌肉痉挛表现为急性症状的患者, 如采用坐位, 用一指禅推法来缓解肌肉的紧张状态时, 由于体位的关系, 痉挛的斜方肌和提肩胛肌要维持坐位颈部直立, 所以很难放松, 盲目加重手法力度只能适得其反。近些年有人对此进行了改进, 如仰卧位拔伸的手法治疗颈椎病^[3], 取得了很好的疗效。但是

仰卧位拔伸法在顺颈椎生理曲度拔伸颈部放松斜方肌、提肩胛肌的同时可能会过度牵拉斜角肌,使斜角肌紧张、痉挛,产生斜角肌综合征^[4]。

参考文献

1 孙宇,陈琪福. 第二届颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 472.

2 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994. 186.
3 詹红生, 应航, 詹强, 等. 仰卧拔伸整复手法治疗颈椎病 257 例临床总结. 中国医药学报, 2000, 15(3): 45-47.
4 胡建锋, 潘庆辉. 手法为主治疗前斜角肌综合征 33 例报告. 中医正骨, 2004, 16(12): 32.

(收稿日期: 2005-08-18 本文编辑: 连智华)

• 病例报告 •

颈椎后路手术后硬膜外血肿形成 2 例

Epidural hematoma after cervical spinal operation by posterior approach: A report of 2 cases

张卫¹, 翟建国¹, 翟英¹, 张恩忠¹, 周硕霞¹, 张宏伟²

ZHANG Wei, ZHAI Jianguo, ZHAI Ying, ZHANG Enzhong, ZHOU Shuoxia, ZHANG Hongwei

关键词 血肿, 硬膜外; 手术后并发症 Key words Hematoma, epidural; Postoperative complication

例 1, 男, 47 岁, 颈部疼痛并双下肢麻木无力 14 个月, 于 1997 年 5 月 17 日收住我院。查体见双下肢肌张力增高, 肌力 3 级, 双侧膝反射、踝反射增强, 巴氏征阳性; 颈部 CT 及 MRI 检查示 C₃-C₆ 椎间盘突出, 椎管矢径 < 11 mm; 颈椎侧位 X 线片示椎体骨质增生明显, 测量椎管与椎体比值 < 64%。行颈后路单开门减压, 术后 3 h 出现双下肢麻木加重, 伴沉重感, 双腿不能活动, 双侧脐以下痛觉消失, 双侧髂腰肌、股四头肌、胫前肌及小腿三头肌肌力 0 级, 膝、踝反射消失, 病理反射未引出。急送手术室行切口敞开引流术, 术中见切口内大量血凝块形成, 压迫硬脊膜。清除血肿后见软组织广泛渗血, 未见明显出血点, 予生物蛋白胶喷洒止血后, 放置橡皮引流管, 逐层关闭切口, 术后应用立止血肌注, 止血敏、止血芳酸静滴, 术后 48 h 颈后区无明显瘀血肿胀, 引流管内暗红色血量明显减少, 拔除引流管。患者引流术后即感双下肢麻木减轻, 但双下肢仍不能活动; 术后 3 d 肌力由 0 级恢复到 3 级, 术后 7 d 恢复到 4 级。

例 2, 男, 57 岁。因双下肢麻木无力 13 个月于 1998 年 3 月 19 日收入我院。查体见双下肢肌张力增高, 肌力 2 级, 双膝、踝反射减弱, 双下肢病理反射阳性; MRI 及 CT 检查示 C₃-C₇ 椎间盘突出, 椎管矢径 < 10 mm, 椎管与椎体比值 < 67%。颈后路单开门减压术后 5 h 出现双下肢麻木无力加重, 继之出现呼吸困难, 不久呼吸停止。查体: 昏迷, 自主呼吸消失, 心率 110 次/min; 行人工呼吸, 并在床边迅速将颈部伤口敞开引流直至椎板处, 放出大量血凝块后 5 min 自主呼吸恢复, 神志逐渐转清。转入手术室行切口引流, 探查伤口见软组织广泛渗血, 无活动性出血, 生物蛋白胶止血后放置多孔引

流管, 术后应用止血敏、止血芳酸等。患者引流术后双下肢麻木即消失, 未再出现呼吸困难, 双下肢肌力于术后 3 d 开始恢复, 术后 1 周恢复至 4 级。

讨论

颈椎后路手术后硬膜外血肿形成临床上比较少见, 但后果严重, 如诊断及处理不及时可危及患者生命。血肿主要是伤口内渗血, 尤其是凝血机制不良的慢性肝炎患者、术中止血不彻底者易发生, 而当引流管不通畅时, 常形成硬膜外血肿压迫硬膜囊及脊髓^[1]。硬膜外血肿多在术后当日发生, 出现下肢无力, 进行性加重, 重者上肢亦感无力, 自主运动、深反射与术前相比减弱或消失^[2]。对于该病的认识重点在于预防、早期诊断以及及时处理。为防止术后硬膜外血肿形成压迫脊髓, 术前肝功能异常或凝血机制不良者不宜手术, 需先行内科治疗; 术前及术后应大量使用止血药物, 如止血敏、止血芳酸及维生素 K 等; 术中应彻底止血, 即使是软组织渗血也不能忽视, 有时需用骨蜡封闭椎板残端渗血; 术后加强管理, 应保证引流管通畅, 搬动患者或翻身时, 不能将其拔出或扭曲; 术后如果患者出现四肢麻木症状比术前加重, 应密切观察, 一旦出现双下肢不能活动, 应立即行再次手术探查引流, 不可消极等待, 分层拆除全部缝线, 清除硬膜外血肿, 结扎活动出血点, 硬膜外用冷盐水冲洗 30 min, 更换负压引流管, 防止因髓腔呼吸中枢受压导致患者死亡。

参考文献

1 梅伟, 杜良杰, 蔡钦林, 等. 颈椎单开门扩大成形术并发症及防治对策. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(1): 50-51.
2 钱列, 贾连顺. 脊髓硬膜外血肿的诊断与治疗. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(1): 65.

(收稿日期: 2005-03-01 本文编辑: 连智华)

1. 文登整骨医院, 山东 文登 264400; 2. 文登中心医院
通讯作者: 张卫 Tel: 0631-8463926