

寰枢椎旋转半脱位 29 例康复治疗体会

苏江宁¹, 赵晓勇¹, 梁树军², 李旭明¹

(1. 河北省人民医院骨科, 河北 石家庄 050051; 2. 丰宁县医院骨科)

关键词 寰枢关节; 半脱位; 康复

Experience of treatment for twenty-nine patients of the atlanto-axial rotatory subluxation SU Jiang-ning*, ZHAO Xiaoyong, LIANG Shu-jun, LI Xu-ming. *Department of Orthopaedics, the People's Hospital of Hebei, Shijiazhuang 050051, Hebei, China

Key words Atlanto-Axial joint; Subluxation; Rehabilitation

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(9): 702-703 www.zggszz.com

寰枢椎旋转半脱位 (atlanto axial rotatory subluxation, AARS) 是一种多发于儿童、也发生于成年人的疾病。1998 年至 2003 年共收治 29 例, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 29 例中男 18 例, 女 11 例; 年龄 4~35 岁, 平均 9.5 岁, 其中 15 岁以下 25 例。病程 2 h~4 个月, 平均 25 d。12 例有头颈部外伤史, 9 例发病前有呼吸道感染病史, 2 例有类风湿关节炎, 1 例齿状突发育畸形, 5 例原因不明。

1.2 临床表现 枕颈部疼痛与斜颈者 27 例, 颈部发僵、旋转受限者 24 例, 有枕大神经支配区痛觉过敏者 17 例, 2 例成年患者有四肢麻木无力、行走不稳等脊髓压迫症状和体征。

1.3 诊断 全部病例颈椎开口 X 线正位片示: 寰椎侧块与齿状突距离不等, 两侧差值大于 3 mm。23 例侧位片显示寰齿前间距 (ADI) < 3 mm, 按 Fielding 分类为 AARS I 型; 4 例 3 mm < ADI < 5 mm, 为 AARS II 型; 2 例 ADI > 5 mm, 为 AARS III 型。其中 21 例 CT 证实上述结果。

1.4 治疗 对于 AARS I、II 型患者, 我们采用枕颌带或颅骨牵引, 重量 2~5 kg, 同时行颈部痛点封闭或非甾体抗炎药口服。有感染病史者, 应用抗生素^[1]。1~3 周去牵引复查 X 线片显示畸形复位, 其中 3 例存在寰枢椎不稳, 给予佩戴 Halo-Vest 架, 24 例行颈托固定。2 例 AARS III 型成年患者, 经 2 周 5 kg 的颅骨牵引复位后, 行颈后路寰枢椎侧块螺钉固定加椎板间植骨融合术^[2], 术后颈托固定 12 周。

2 结果

术后 3 个月所有经保守治疗的患者复查结果: 斜颈消失, 疼痛缓解, 颈部活动正常。2 例手术患者 X 线片显示: 寰枢椎呈骨性融合。症状改善率为 85%。26 例得到 3~5 年的随访, 平均随访时间为 41 个月, 失访 3 例, 除 1 例患者因意外伤害及 2 例因长期伏案工作, 颈部肌肉过度疲劳导致症状反复外, 其余均未见复发。

3 讨论

3.1 临床特点 此病多发于儿童, 成人发病率较低。我们对 4 例成人病例进行分析发现: 轻中度外伤、上颈椎发育不良、

类风湿关节炎、长期的颈肌劳损等, 是其发病的主要原因。其发病特点是: 病程长、症状重、易反复, 多数治疗较儿童期困难, 手术病例多发生在成人。头部外伤或昏迷的患者容易漏诊, 应注意查体。

3.2 治疗

3.2.1 非手术治疗 ① 颈部制动: 对 AARS I、II 型患者我们采用枕颌带或颅骨牵引。在国外最大牵引重量, 青少年可用至 6.5 kg, 成人用至 9 kg。依据我院治疗的经验, 牵引重量均比国外轻 2~3 kg, 可能与国人体格及肌肉强度有关。如果畸形得到纠正, 可继续用 2~3 kg 的重量维持牵引 1~3 周^[3]。② 非甾体抗炎药物或痛点局部封闭可以缓解疼痛, 对牵引复位有一定帮助。有呼吸道感染病史者应尽早给予抗生素应用。③ 固定: AARS 经牵引复位后, 固定是关键, 以确保愈合后关节的稳定。目前方法很多, 我们的经验是病程较短, 在 4 周以内、牵引复位位置稳定者、内固定植骨术后的患者给予颈托固定即可, 不必采用颈胸石膏或 Halo-Vest 架, 以免给患者带来不必要的痛苦。体位大多为中立位。固定时间, 国内的报道有 5 d 痊愈的, 也有 6~8 周甚至更长时间的。我们依据多年的治疗经验, 主张固定时间在 4 周左右, 软组织的修复一般在此期间都可完成。固定时间过长易造成关节僵直, 时间太短不利于软组织及韧带的恢复。对于手术的患者, 建议外固定 12 周, 以使植骨达到骨性愈合。在此期间, 应鼓励患者积极进行颈部肌肉的功能锻炼, 以争取在较短时间内获得颈椎功能的恢复。④ 我们不提倡手法复位及按摩, 因为它存在潜在的危险。

3.2.2 手术治疗 手术适应证为 AARS III 型或经保守治疗无效者。术前应采取 1~2 周的颅骨牵引, 以达到初步复位。我们采用的是颈后路寰枢椎侧块螺钉固定, 同时取髂后上棘松质骨约 25 g 修剪成颗粒状植于 C₁₋₂ 椎板间。此术式的优点: ① 操作相对安全、简单, 效果可靠; ② 术后可以免去患者佩戴 Halo-Vest 架所带来的不适, 仅以颈围领保护即可; ③ 由于采用寰枢椎短阶段固定, 术后颈部旋转受到的限制一般在 15° 左右, 故对患者的生活工作不会带来太大的影响。

3.3 术后康复 我们非常重视术后的康复, 鼓励患者早期进

· 经验交流 ·

硬膜外腔注射脉络宁复合液治疗腰椎间盘突出症临床观察

郑天源,侯进才,卢锦玲,徐 ■ 琦,高飞宇,杨玉红,万政佐,支满霞

(中国中医科学院望京医院,北京 100102)

关键词 椎间盘移位; 腰椎; 注射,硬膜外; 中药疗法

Clinical observation for curative effects of epidural injection of Mailuoning for the treatment of lumbar intervertebral disc herniation ZHENG Tian-yuan, HOU Jin-cai, LU Jing-ling, XU Jing-qi, GAO Fei-yu, YANG Yu-hong, WAN Zheng-zuo, ZHI Man-xia. Wangjing Hospital of China Academy of Chinese Medical Science, Beijing 100102, China

Key words Intervertebral disk displacement; Lumbar vertebrae; Injections, epidural; Treatment with Chinese herbs

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(9): 703-704 www.zggszz.com

1999 年至 2003 年用将脉络宁复合液用于硬膜外腔注射方法治疗腰椎间盘突出症 1 546 例,其中 210 例完成了 36 个月远期疗效观察,现报告如下。

1 临床资料

本组男 94 例,女 116 例;年龄 17~81 岁,平均 58.2 岁。病变部位 L_{3,4} 16 例, L_{4,5} 90 例, L₅S₁ 36 例, L_{4,5}、L₅S₁ 46 例, L_{3,4}、L_{4,5}、L₅S₁ 22 例。病程 0.3~10 年,平均 3.2 年。纳入标准:伴有腰痛且向下肢放射痛,跛行,直腿抬高试验阳性以及特定部位感觉放射异常,并经腰椎 CT 检查确诊的腰椎间盘突出症的患者。排除标准:未控制的心脑血管疾病,代谢和内分泌疾病,伴有出血倾向的血液病,腰椎及椎管内结核、肿瘤,腰椎滑脱,腰椎手术后,骨性椎管狭窄及突出物已有钙化的患者。

2 治疗方法

根据影像学检查及病史体征确定穿刺部位。患者患侧胸膝卧位,常规消毒铺巾,用 16 号硬膜外穿刺针行硬膜外穿刺。穿刺成功后,回吸无血液及脑脊液,推空气阻力消失,证实针尖已达硬膜外腔。首先注入试验量观察 5 min,然后注入脉络宁复合液(2%利多卡因加 5%碳酸氢钠加脉络宁注射液)12~15 ml。患侧卧位 30 min 后平卧,双腿屈膝左右摇摆并带动牵引腰部。再观察 30 min 后,平车送回病房。每 7 d 治疗 1 次,共治疗 4 次。如有多节段突出则适当增加注射次数。

3 治疗结果

3.1 疗效评价 治疗 4 次后 1 周内做第 1 次疗效评定,以后每 12 个月来院复查 1 次,末次随访时间为治疗后第 36 个月。

根据日本骨科协会(Japanese Orthopedic Association, JOA)下腰痛 29 分评分法进行评分,正常为 29 分,最差为-6 分^[1](见表 1)。其中自觉症状 9 分,包括腰痛、下肢痛及麻木、步行能力;体征 6 分,包括直腿抬高试验、感觉和肌力;日常生活动作 14 分,包括睡觉翻身、起立动作、洗脸动作、欠身动作和持续站立、长时间坐、持重物并保持、步行;膀胱功能 0~6 分。改善率计算方法为:改善率=(治疗后 JOA 分数-治疗前 JOA 分数)/(29-治疗前 JOA 分数)×100%。改善率 80%以上为优,65%~80%为良,50%~64%为有效,低于 50%为无效。

3.2 治疗结果 将患者接受 1 个疗程治疗后 1 周内的改善率视为近期疗效,治疗后的改善率视为远期疗效。结果表明,本组患者 12、24 及 36 个月远期疗效优良率分别为 73.3%、75.2%及 76.2%,虽然高于优良率为 69.5%的近期疗效,但经统计学分析差异无统计学意义,见表 2。

在本组患者中复发 2 例,分别发生在治疗后第 14、21 个月;新发突出 1 例,经再次治疗后均收到良好的治疗效果。分析复发原因与患者搬重物有关。在治疗过程中 12 例有一过性轻度疼痛加重,一般在治疗后 1~3 d 疼痛明显好转,未见其他并发症发生。

4 讨论

近年来大多数学者认为,炎症物质刺激神经根引起的慢性神经根炎性痛是导致腰腿痛的主要原因。白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)是重要的炎性介质之一,其具有明显的诱导痛觉过敏的作用^[2]。硬膜外注射脉络宁复合液可使 IL-6 水

行颈背肌锻炼,保持良好的颈部姿势,恢复颈椎生理曲度,重建颈椎动力平衡。避免长期伏案工作和过度颈肌劳损,以防止半脱位畸形的再次发生。我们实行一种简单有效的颈肌锻炼方法:患者直立,身体后倾 15°,颈部保持中立位,枕部用力顶靠墙面而不能晃动,1 次坚持 20 s、休息 5 s,10 次为 1 组,每日 5~10 组,循序渐进。此法对改善颈部血循环、缓解肌肉痉挛、减轻疼痛等症状效果显著。

参考文献

- 1 吕洪海. 关于儿童自发性寰枢关节半脱位的现代诊断和治疗探讨. 中国矫形外科杂志, 2007, 15(6): 427.
- 2 党耕町,王超,刘忠军. 使用颗粒状自体松质骨的寰枢椎后路融合术. 中华骨科杂志, 1997, 17: 544-546.
- 3 金添,金朝晖. 牵引正骨法治疗急性慢性寰枢椎半脱位 300 例. 中国骨伤, 2004, 17(2): 97-98.

(收稿日期:2008-02-26 本文编辑:连智华)