

- [7] Guerra JJ, Steinberg ME. Distinguishing transient osteoporosis from avascular necrosis of the hip. *J Bone Joint Surg (Am)*, 1995, 77(4): 616-624.
- [8] 王武, 张雪哲, 卢延, 等. MRI 观察 SARS 患者激素治疗后骨缺血性坏死改变. *中华放射学杂志*, 2004, 38(3): 236-239.
- [9] 高莉, 肖红喜, 蒋学祥, 等. 股骨头无菌性坏死 MRI 特征及平片的对比研究. *中国医学影像技术*, 2001, 17(6): 495-497.
- [10] 金智勇, 陈卫衡, 王琪, 等. 髋关节骨髓水肿及其相关研究进展. *中国矫形外科杂志*, 2008, 10(5): 753-755.

(收稿日期: 2009-12-23 本文编辑: 连智华)

·手法介绍·

高海拔地区脊椎小关节紊乱的手法康复治疗

宋其良, 宋娟, 何贵强

(西藏军区总医院康复理疗中心, 西藏 拉萨 850007)

关键词 脊椎关节紊乱; 正骨手法; 高海拔

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2010.05.009

Rehabilitation treatment of spinal small joint disorder by manipulation SONG Qi-liang, SONG Juan, HE Gui-qiang.

Department of Physiotherapy, Genaral Hospital of Tibet Military Area, Lasa 850003, Tibet, China

Key words Spondyloarthropath; Bone setting manipulation; Altitude

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2010, 23(5): 348-349 www.zggszz.com

高原是指海拔 3000 米以上的地区, 由于特殊的气候环境对人体的不良影响, 脊椎小关节紊乱(以下简称小关节紊乱)发病率相当高。本病表现复杂、多样化, 并缺乏特异性, 再加上临床医生对本病的认识不足或警惕性不高, 使相当一部分患者较长时间不能得到正确的诊治或被误诊误治, 严重影响到患者的正常生活、工作质量。自 2003 年 2 月至 2007 年 10 月间共收治脊椎小关节紊乱 892 例, 现将该病的临床表现特点和常用的几种康复治疗手法作介绍。

1 临床资料

1.1 一般资料 收治脊椎小关节紊乱患者 892 例, 其中男 480 例(占 53.81%), 女 412 例(占 46.19%); 汉族 755 例(占 84.64%), 藏族 137 例(占 15.36%)。年龄 15~59 岁, 平均 36 岁; 15~19 岁 8 例(占 0.90%), 20~29 岁 174 例(占 19.51%), 30~39 岁 372 例(占 41.70%), 40~49 岁 289 例(占 32.40%), 50~59 岁 49 例(占 5.49%)。职业: 干部 569 例(占 63.79%), 工人 225 例(占 25.22%), 战士 90 例(占 10.09%), 学生 8 例(占 0.90%)。病程 30 min~20 年。

1.2 发病因素 有外伤史(头、颈、胸、腰部活动时不慎损伤或保持某一固定姿势过久)412 例(占 46.19%), 无明显诱因发病 480 例(占 53.81%)。

1.3 脊椎病损节段分布情况 颈椎病损 185 例(占 20.74%), 其中 C₁-C₂ 43 例, C₂-C₃ 20 例, C₃-C₄ 6 例, C₄-C₅ 17 例, C₅-C₆ 14 例, C₆-C₇ 54 例, C₇-T₁ 31 例。胸椎病损 262 例(占 29.37%), 其中 T₁-T₂ 8 例, T₂-T₃ 31 例, T₃-T₄ 94 例, T₄-T₅ 89 例, T₅-T₆ 11 例, T₆-T₇ 6 例, T₇-T₈ 6 例, T₉-T₁₀ 14 例, T₁₁-T₁₂ 3 例。腰椎病损 133 例(占 14.91%), 其中 L₁-L₂ 8 例, L₃-L₄ 31 例, L₄-L₅ 94 例。脊椎多节段病损 312 例(占 34.98%), 其中颈椎多

节段病损 32 例, 胸椎多节段病损 147 例, 腰椎多节段病损 17 例, 颈、胸椎多节段联合病损 90 例, 颈、腰椎多节段联合病损 3 例, 胸、腰椎多节段联合病损 17 例, 颈、胸、腰椎多节段联合病损 6 例。

1.4 临床表现特点 所有患者都有脊椎病损相应节段的脊神经根、植物神经节(纤维)受压迫、牵拉刺激的一系列症状和体征。脊椎检查: 有病损脊椎棘突左、右偏移, 椎旁压痛。X 线或 MRI 检查: 多数患者无阳性征, 有的患者可有病损脊椎小关节间隙变狭或两侧间隙不对称等影像改变。病损脊椎节段不同表现也有差异: 如颈段有颈部疼痛, 活动受限, 可伴有头昏、头痛、眩晕、血压低、颈肩部或上肢疼痛、麻木等。脑血流图检查: 可有椎基底动脉痉挛、脑供血不足等改变。胸段有胸背部疼痛或阵发性刺痛、窜痛, 可向同侧前胸放射痛; 还可出现胸闷、心慌、气短等。心电图检查: 可有心律失常、心肌缺血等改变^[1]。腰段有腰痛及活动受限, 并可向同侧臀部、下肢放射痛等。

2 治疗方法

2.1 手法复位 患者可取坐位或俯卧位, 全身尽量放松, 先确定受损椎体和棘突偏移的位置, 再沿脊柱两侧自上而下施行揉、按摩 5~15 min, 以松弛紧张、痉挛的肌肉、韧带, 有利于手法复位。复位时指下可感到棘突移动或听到“咔嚓”声, 患者顿感如释重负, 诸多症状立即消失或明显减轻, 示复位成功。对个别损伤重、局部有皮下出血、肿胀、疼痛严重者, 可先作局部外敷活血化瘀止痛的中草药或口服消炎止痛药物, 待肿胀、疼痛缓解后再手法复位治疗。

2.1.1 拇指对推复位法 此手法是在临床实践工作中不断总结、独创的一种治疗手法。患者俯于硬板床上, 两手置于身旁, 术者站在患者左侧, 确定棘突偏移位置后, 用双拇指抵(按)在左、右偏移的棘突外侧; 令患者深吸气, 趁患者

通讯作者: 宋其良 E-mail: lxpbox@sina.com

不备时两拇指施以适当的瞬间爆发力向中线对推,使错(移)位的小关节恢复到正常位置。此手法广泛适应于颈、胸、腰椎小关节紊乱症的棘突左、右偏移者。

2.1.2 牵引颈椎复位法

(1)手法牵引颈椎复位法:患者取坐位,两手自然下垂,术者立于患者身旁,一手前臂环抱患者头部,肘窝托住患者下颌,适当用力上提头部牵引颈椎,另一手拇指将偏移的棘突向对侧斜上方抵推,使偏移的棘突恢复到正常位置。此手法适用于颈椎小关节紊乱症棘突左、右偏移者。

(2)牵引器牵引颈椎复位法:患者取坐位,双手自然下垂,术者位于患者后方,调整好颈椎牵引器与患者身体位置和牵引力量(一般为 6~10 kg)。患者颈椎牵引状态下,术者两手拇指指腹放置颈椎棘突偏移的两侧,余指放置肩前锁骨近端上方,一边以双手腕适当用力作前后推拉、摆(晃)动患者的躯体,一边用双拇指抵推、调整左、右偏移的棘突。同时利用摆动躯体时的力量和对抗性牵引的力量使颈椎小关节错(移)位或滑膜囊嵌(夹)顿恢复到正常位置。此手法适用于颈椎小关节紊乱症棘突左、右偏移或滑膜囊嵌(夹)顿的患者。但不适用于年龄大、有高血压、动脉硬化者。

2.1.3 提肩推胸椎复位法 患者俯卧硬板床上,两手自然置于身体两侧。以 T₃ 左偏为例,术者立于患者右侧,右手抓握、向上提(拉)患者左肩峰处至最大限度时,左手半握拳,以食、中、无名指指间关节抵、推胸 T₄。右侧,两手同时施以瞬间爆发力向脊柱中线作推拉动作,使错(移)位的胸椎小关节恢复到正常位置。此手法适应于胸椎上段小关节紊乱症棘突左、右偏移的患者。

2.1.4 提髂推腰椎复位法 患者俯卧硬板床上,两手自然置于身体两侧。以 L₄ 椎棘突右偏为例:术者站立患者左侧,右手抓住患者右侧髂前上棘并向左后上方提(拉)至最大限度状态,左手半握拳,以食、中、无名指指间关节抵、推腰 L₂₋₄ 棘突左侧,两手同时施以瞬间爆发力向脊柱中线作推拉动作,使错(移)位的腰椎小关节恢复到正常位置。此手法适用于腰椎下段小关节紊乱症棘突左、右偏移的患者。

2.1.5 掌压复位法 患者俯卧硬板床上,两手自然置于身体两侧。术者站在患者侧方或跪在一侧床上,双手掌大鱼际肌紧贴压痛明显的棘突两侧,掌根压在胸椎两侧的小关节突上方,令患者深呼吸,于呼气末双手掌同时施以适当的瞬间爆发力向下按压,使紊乱的小关节突受到瞬间冲击滑移恢复到正常位置或使小关节滑膜囊嵌(夹)顿得到解脱。此手法适应于符合胸椎小关节紊乱症诊断而棘突偏移不明显或体胖不易摸清棘突偏移者以及小关节滑膜囊嵌(夹)顿的患者。

手法复位康复治疗一般每日 1 次,每次 20~30 min, 5~7 次为 1 个疗程。

3 结果

3.1 疗效评价标准^[2] 治愈:临床症状及体征(颈、肩、背、腰、腿疼伴活动受限,棘突偏移、椎旁压痛等)完全消失,正常工作,随访 1 年无复发;显效:临床症状及体征(颈、肩、

背、腰、腿疼伴活动受限,棘突偏移、椎旁压痛等)基本消失,能参加日常工作,随访半年内有复发;好转:临床症状及体征有显著减轻,能坚持日常工作;无效:治疗前后临床症状及体征无改善。

3.2 治疗结果 892 例患者获得随访,时间 6 个月~1 年,其中治愈 786 例(占 88.12%),显效 65 例(占 7.28%),有效 41 例(占 4.60%)。其中,接受 1~3 次治疗 643 例(占 72.09%),6~10 次治疗 168 例(占 18.83%),10 次以上治疗 81 例(占 9.08%)。颈椎小关节紊乱病程越短,治疗效果越好,相当一部分患者常能收到立竿见影的治疗效果;对个别病损严重、疼痛明显或病程长的慢性患者可辅以痛点封闭,电针,高频、中频电治疗,对病损部位有消炎消肿、止痉止痛作用,能改善局部血液循环,增加新陈代谢,促进慢性病变组织的康复。

4 讨论

颈椎小关节紊乱症是由头颈部、胸背部、腰部的活动过猛或转动幅度过大时被闪挫、扭伤或颈椎(柱)受到外力撞击、挤压时,部分肌肉运动不协调或来不及保护以及各种原因使连接、支持颈椎(柱)的肌肉、韧带损伤,肌力被削弱难以维持颈椎(柱)的正常平衡与稳定,造成颈椎小关节面错(移)位或小关节滑膜被嵌(夹)在小关节间隙中不能自行恢复到正常位置,引起颈肩部、胸背部、腰部疼痛等一系列的临床症状和体征,统称为颈椎小关节紊乱症。

由于高海拔地区的低氧低气压等诸多因素对人体的影响,使人体的退行性变发生较早较快,适应能力、耐受能力和抗损害能力降低,致使一些不在意的日常生活动作(打喷嚏、穿脱衣服、扫地、弯腰拾物等)都可能引起颈椎小关节紊乱症的发生。加之高原昼夜温差大,尤其是冬季,夜间容易受凉使肌肉的紧张度增高,甚至发生痉挛,维持颈椎(柱)的正常平衡被打乱或遭到破坏也是诱发本病的重要因素。

从发病率看,男女差异性不大,但是以移居者(汉族)20~49 岁年龄段的人群居首位,可能一是这些人群受高原特殊环境的影响,适应能力、耐受能力和抗损害能力降低有关,二是这些人在移居者中所占的比例较大,也与他们的工作量、活动量大和过度疲劳有一定关系。从脊椎病损节段分布看,不论是单节段损伤或是多节段联合损伤,都是以胸椎居首位,颈、腰椎次之,可能与胸椎活动的灵活性较差、负重活动较多,容易发生疲劳、劳损等因素有一定关系。

临床经验证明:手法复位法是治疗小关节紊乱症最常用、最经济、最简单、易于掌握的方法^[2],特别是对急性患者常能收到立竿见影的治疗效果。对提高高原人群身体、生活质量和工作效率有重要意义,值得推广应用。

参考文献

- [1] 宋其良,宋娟.胸椎小关节紊乱症 376 例临床分析.中国骨伤,2004,17(6):375-377.
- [2] 宋其良,宋娟.颈椎小关节紊乱症的手法治疗.中华物理医学与康复杂志,2003,25(12):743-744.

(收稿日期:2009-12-25 本文编辑:王玉蔓)