

## · 短篇论著 ·

## 关节松动术配合推拿治疗退行性下颈椎不稳症的疗效观察

杜广中<sup>1</sup> 吴淑梅<sup>1</sup> 张磊<sup>1</sup>

退行性下颈椎不稳症(lower cervical vertebral degenerative instability)是指C2-3以下的颈椎椎节由于退变导致颈椎各结构功能减退,以致在生理载荷下即出现过度活动和/或异常活动,并由此引起一系列相应的临床表现和潜在进行性颈椎畸形及神经损害表现。该症临床并非少见,现对我科2003年10月—2006年11月应用关节松动术配合推拿治疗48例,并与单纯关节松动术治疗进行比较,报告如下。

## 1 资料与方法

## 1.1 一般资料

根据赵定麟诊断标准<sup>[1]</sup>,选择退行性下颈椎不稳症患者87例,均为门诊病例,随机分为两组。关节松动术配合推拿组(观察组)48例,男32例,女16例;年龄17—54岁,平均34±9.21岁;病程在2天—3年;单纯关节松动术治疗组(对照组)39例,男27例,女12例;年龄为19—57岁,平均35±10.01岁;病程在6天—3年。

病变部位:C4/5 61例,C5/6 34例,C3/4 17例,C6/7和C7/8共6例,2节段病变15例,3节段病变8例,不稳椎体向前移位或向后移位2.3—5.6mm,平均3.6mm,向前移位29例,向后移位者50例,前后都有移位者8例。有长期低头伏案工作者,尤其是长期电脑操作者59例;有长期半仰卧位读书、看电视习惯者65例;慢性咽部炎症者32例。所有病例均于治疗前及6个月后摄颈椎正侧位、动力性侧位X线片。两组临床表现:颈项疼痛观察组37例,对照组30例;颈项僵直观察组45例,对照组36例;眩晕观察组23例,对照组15例;上肢放射痛观察组6例,对照组5例;固定性压痛观察组48例,对照组39例;项硬观察组39,对照组31例。

## 1.2 治疗方法

1.2.1 关节松动术:采用Maitland手法,患者取坐位,分别进行:①分离牵引;②侧方推棘突;③垂直按压横突;④屈伸摆动;⑤侧屈摆动;⑥旋转摆动等。每次8—10min,每日1次,5次为1疗程。

1.2.2 推拿:患者正坐位,医者立于患者背后,先以滚法放松颈项肩部肌肉,点按或弹拨局部压痛点及风池、大椎、至阳、肩井、手三里、腕骨、后溪、昆仑、束骨等腧穴,后端提旋颈,截按患肢,再按揉、掌擦颈肩部,牵抖上肢。计15—20min,每日1次,5次为1个疗程。治疗结束后嘱患者再卧床休息30min,禁止不良行为习惯及姿势,夜间卧硬板床仰卧睡眠。6个月后测量结果。

## 1.3 疗效评定

治疗前后由专人评定患者的症状、体征,用量角器测量颈部活动范围并摄颈椎正侧动力性侧位片比较颈椎生理曲度的变化。疗效标准:①治愈:症状体征消失,X线颈椎动力性侧位片提示椎节水平位移小于3.0mm和/或角位移小于11°;②好转:症状体征基本消失,X光片没有显著改变;③无效:

症状体征及X线表现均没有显著改善。

## 1.4 统计学分析

测量数据用均数±标准差表示,组间疗效比较采用Ridit分析, $P<0.05$ 表示差异有显著性意义。

## 2 结果

治疗前两组症状、体征、X线颈椎动力性侧位片表现差异无显著性( $P>0.05$ )。两组疗效比较见表1。两组疗效对比,无显著性差异( $P>0.05$ )。

观察组治疗前后动力性X线侧位片显示,其角位移和水平位移已有明显改善( $P<0.01$ ),见表2。而椎管矢状径虽然有轻度增加,但差异无显著性意义。

表1 治疗后两组疗效比较

组别	例数	治愈		好转		无效		P值
		例	%	例	%	例	%	
观察组	48	32	66.67	11	22.92	5	10.42	>0.05
对照组	39	17	43.59	16	41.03	6	15.38	

表2 观察组治疗前后颈椎X线测量结果 ( $\bar{x}\pm s$ )

	水平位移(mm)	角位移(°)	椎管矢状径(mm)
治疗前	2.37±0.96	6.57±2.58	14.92±4.29
治疗后	1.84±0.94	3.17±3.42	15.67±5.12
U	14.09	8.89	0.81
P	<0.01	<0.01	>0.05

## 3 讨论

下颈椎不稳症临床十分常见,而且与颈椎病和后纵韧带钙化症等疾病的发生密切相关<sup>[2]</sup>。但临床医生认识不足,原发性多见,但亦可见于颈椎病某一病理生理阶段和/或合并出现。其临床颈部主要表现为颈椎局部症状,包括颈部不适、僵硬感、活动不便及疼痛等;当不稳的椎节由于椎节位移继发根管狭窄时,则可使脊神经根遭受刺激或压迫而引起根性症状;椎动脉受椎体间关节位移引起钩椎关节变位以致被刺激或压迫,也可导致椎动脉供血不全症状。其影像学特点在X线平片,除常规的颈椎正、侧、斜位片外,主要通过拍摄过伸、过屈动力性侧位片,以清晰显示椎节位移的方向和程度<sup>[1,7-8]</sup>。

该症绝大多数通过非手术治疗,即可获得满意疗效。其中关节松动术和传统推拿是治疗下颈椎不稳症的常见治疗手段<sup>[2-3]</sup>,但有关这两种治疗方法的比较较为少见。本研究对下颈椎不稳症采用以关节松动术配合推拿为主的综合治疗,结果显示观察组的总体疗效与单纯采用关节松动术的对照组比较差异无显著性意义;但是治愈率观察组为66.67%,对照组为43.59%,观察组治愈率较高,而且观察组治疗前后动力性X线侧位片显示,其角位移和水平位移已有明显改善,

1 山东大学齐鲁医院针灸推拿科,济南250012

作者单位:杜广中,男,主治医师,硕士

收稿日期:2007-02-25

这表明以关节松动术配合推拿为主的综合康复治疗可以用于下颈椎不稳症的治疗。

关节松动术是现代康复治疗的基本技术之一, 该技术根据关节运动的生物力学原理, 在关节面上施以微小活动而引起关节较大幅度运动<sup>[5]</sup>。将关节松动术运用于下颈椎不稳症, 重点是通过调整颈椎间关节, 着眼于这一颈椎内源性静力性稳定结构, 能使颈部有节律地、反复地进行被动活动, 进而解除肌肉痉挛, 改善肌肉血液循环, 缓解疼痛, 并可直接牵拉关节和周围软组织, 保持关节的伸展性, 改善关节活动范围。

传统推拿手法治疗下颈椎不稳症, 首先注重调整肌肉与相应软组织等外源性动力性稳定结构, 可松解劳损、紧张甚至痉挛的颈肌, 尤其是颈伸肌群; 既而调整失稳的颈椎节段位移或成角, 实现其筋骨整体调整。恢复颈椎的正常活动<sup>[6]</sup>。

关节松动术主要从关节的位移或成角入手, 以临床解剖学的观点, 重视关节的手法调整, 但对颈部肌肉与相应软组织等外源性动力性稳定结构等不够重视。而传统推拿, 虽然由松解-调整-整理等三部分组成, 强调筋骨整体观, 但对颈椎间关节, 这一颈椎内源性静力性稳定结构的调整, 其针对性不强。我们将二者有机结合起来, 首先采用推拿方法, 松解局部肌肉与相应软组织, 刺激远端相应的太阳经腧穴; 进而

使用关节松动术有针对性地精确调整颈椎间关节; 最后顺势采用整理手法结束治疗, 取得了较好的治疗效果。

参考文献

[1] 赵定麟. 现代颈椎病学 [M]. 第1版. 北京: 人民军医出版社, 2001.404—405.  
 [2] 黄琴峰, 齐丽珍, 刘立公. 针灸治疗颈椎病[J]. 上海针灸杂志, 2005, 24(1):42.  
 [3] 杜广中, 李岩, 王淑香. 电针配合推拿治疗退行性下颈椎不稳症 117例[J]. 上海针灸杂志, 2006, 25(6):9—10.  
 [4] 崔志明, 贾连顺, 倪斌. 下颈椎不稳对颈椎后纵韧带骨化症早期发病的影响[J]. 中国临床康复, 2002, 6(16):2402—2403.  
 [5] 燕铁斌. 现代康复治疗技术[M]. 第1版. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1994. 59—68.  
 [6] 严隽陶. 推拿学 [M]. 第1版. 北京: 中国中医药出版社, 2005. 132—135.  
 [7] 李振平, 焦海霞, 杨彩琴, 等. 椎过屈过伸 X 线检查在颈椎病诊断中的应用[J]. 医学影像学杂志, 2006, 16(9):957—959.  
 [8] 毛军胜, 聂林, 汤继文. 颈椎病患者颈椎不稳的 X 线指数法分析 [J]. 中国矫形外科杂志, 2002, 9(3):288—292.

·短篇论著·

## 指伸肌腱修复后的早期康复治疗

武瑞臣<sup>1</sup>

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2005 年 8 月—2006 年 12 月在我院手术进行指伸肌腱修复术后的 21 例患者为治疗组, 其中男 17 例, 女 4 例; 年龄 14—52 岁, 平均 36.4 岁; 右手 16 例, 左手 5 例; 拇指 6 个、食指 15 个、中指 17 个、环指 14 个、小指 14 个; 肌腱损伤的部位按国际手外科联合会Ⅷ区分区法, 患指的分布按国际通用的划分法见表 1; 致伤原因均系手及腕背部切割伤, 致伸

指、伸腕肌腱断裂。所有病例均无合并损伤, 伤后 6h 内急诊手术, 1/0 尼龙肌腱线双水平褥式缝合。对照组为 2003 年 8 月—2005 年 7 月在我院手术后的 15 例患者, 其中男 12 例, 女 3 例; 年龄 17—48 岁, 平均 34.2 岁; 右手 9 例, 左手 6 例; 拇指 3 个、食指 11 个、中指 15 个、环指 12 个、小指 10 个; 肌腱损伤的部位、患指的分布见表 1。两组治疗前肌腱损伤区域都是 V、VI、VII 区, 具有可比性。

#### 1.2 治疗方法

表 1 患指指别及伸肌腱损伤区域的分布 (条)

损伤区域	治疗组							对照组						
	例数	拇指	食指	中指	环指	小指	伸腕肌	例数	拇指	食指	中指	环指	小指	伸腕肌
V	4	1	5	3	1	2	0	2	0	4	2	2	0	0
VI	8	3	11	7	7	12	0	6	3	8	6	4	8	0
VII	9	5	12	7	6	14	16	7	4	8	7	6	11	10

治疗组术后第 2 天—2 周选用超短波治疗, 每日 1 次, 每次 15—20min。局部肿胀明显者紫外线红斑量照射, 隔日 1 次。术后 2 周伤口 I 期愈合者给予中频电疗 20min, 1 次/日, 7 天 1 疗程。术后第 1 天患指配戴自制的动力支具, 保护指伸肌腱, 提供患指活动的动力作用, 动力支具使用掌侧夹板, 固定腕关节 30°—40°伸直位, 同时用橡皮筋牵拉伸直所有的指

间关节, 同时掌侧夹板防止掌指关节屈曲。术后 1—3 周内夹板控制范围内练习主动屈指和被动伸指, 禁止被动屈指和主动伸指, 3 周后去除掌侧夹板。术后第 1 周患指在动力支具

1 邯郸市中心医院骨科, 河北邯郸, 056001

作者简介: 武瑞臣, 男, 主治医师

收稿日期: 2007-05-25