

三联疗法治疗寰枢关节半脱位疗效观察

胡神笔 王肃

(江西省高安市人民医院 高安 330800)

摘要:目的:观察三联疗法治疗寰枢关节半脱位 168 例的疗效,探讨对寰枢关节半脱位的治法是否应该统一规范化。方法:将 168 例患者随机分为三组,分别采用三联疗法、颈椎牵引、手法复位等三种方法治疗,比较三组疗效。结果:A 组与 B 组比较, $\chi^2=7.40>6.63$,即 $0.005<P<0.01$,有显著性意义;A 组与 C 组比较, $\chi^2=8.58>7.88$,即 $P<0.005$,有极显著性意义;B 组与 C 组比较, $\chi^2=0.0275<3.84$,即 $P>0.05$,无显著性意义。结论:三联疗法治疗寰枢关节半脱位疗效明显优于单一的颈椎牵引、手法复位。

关键词:三联疗法;寰枢关节半脱位;疗效比较

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2009)02-0024-02

目前治疗寰枢关节半脱位的方法较多,有手法整复、颈椎枕颌带牵引、西式整脊疗法、麦肯基疗法、小针刀疗法等,方法不一、疗效不等。我院自 1997 年起,采取三联疗法(颈椎牵引+手法复位+颈椎医疗体操)治疗寰枢关节半脱位,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 168 例病人随机分为三组,三联疗法组为治疗组(即 A 组),颈椎牵引组为对照组(即 B 组),手法复位组为对照组(即 C 组)。其中男 85 例,女 83 例;年龄最小 6 岁,最大 78 岁,平均 42 岁;先天性发育不良者 2 例,类风湿性关节炎者 25 例,退行性病变者 12 例,外伤所致者 129 例;寰椎前脱位者 64 例,侧向旋转半脱位者 73 例,后仰型脱位者 31 例。A 组 96 例,B 组 30 例,C 组 42 例。

1.2 诊断标准 参照《实用脊柱病学》^[1]对寰枢关节脱位的诊断标准:(1)患者有明显头晕,颈项强痛,可波及到头枕部和胸背部,伴恶心、眼胀、视物模糊、耳鸣、头颈向一侧歪斜且活动受限。(2)触诊可查得颈部患侧的肌肉紧张,寰椎和枢椎的棘突或横突处有明显压痛,并有高于对侧的隆起感、偏歪感。(3)颈椎张口位 X 线片示齿突与侧块间距离左右不

体积较大、接触面积大,容易愈合,重新复位后用拉力螺钉固定使得骨块得到良好的固位,螺钉和前方 7 字转折点成为三角形稳定固位力,“7”字形斜线面防止三头肌在伸肘时骨瓣翻转,能承受早期关节的固位要求,而且截骨块的固定比张力带操作简便。

3.3 固定方法的选择 肱骨髁间骨折为累及肱骨小头和滑车的关节内骨折,因此,重建滑车和肱骨小头恢复解剖复位是最为主要的环节。固定滑车时应避免用加压半螺纹松质骨钉,其加压作用可致滑车宽度的迟发性变窄。肱骨髁与肱骨干复位固定,采用塑形双钢板固定,该固定稳定。

3.4 功能锻炼 在不影响骨块血供的情况下坚强固定,术后早期即可在药物控制疼痛下开始功能锻炼。中医学认为,骨折的治疗应该动静结合^[2],筋骨并重,尤其是关节部骨折,功能锻炼往往决定了治

等宽;过伸过屈位 X 线片示寰齿间距(即寰椎前弓后缘至齿突前缘间距离)ADI>3mm。(4)排除脑血管病变、颈部肿瘤、颈椎骨折、五官的器质性病变及炎症性疾病。(5)颈椎寰枢关节 CT 或 MRI 检查可进一步明确诊断。

1.3 治疗方法

1.3.1 三联疗法组(A 组) 患者先行颈椎电动牵引,方法同 B 组,然后再行手法复位,方法同 C 组,最后嘱患者做颈椎医疗体操练习,主要做颈椎活动度练习和颈椎前后左右肌肉肌力的对抗练习,每日 1 次,10 次为 1 个疗程。

1.3.2 颈椎牵引组(B 组) 采用 DKQ-IV 多功能康复牵引床行颈椎电动牵引。患者平卧于牵引床上,用枕颌带将头部悬挂于牵引床头的一侧,然后在微电脑的控制下,将床面倾斜与水平面成一夹角,一般保持在 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$,用间歇牵引的方式以保证患者能得到充分的治疗和适当的休息,每日 1 次,每次 25min,10 次为 1 个疗程。

1.3.3 手法复位组(C 组) 患者仰卧于治疗床上,嘱患者全身放松,消除患者的紧张与顾虑,再于患者头颈部的穴位(印堂、阳白、上星、百会、太阳、风)治疗效果,过迟锻炼或过久固定使得筋脉粘连、关节僵硬。张介宾说:“导引,谓摇筋骨,动肢节,以行气血。”合理的锻炼对治疗损伤有推动气血流通和加速祛瘀生新的作用,能改善和消除全身和局部的损伤症状,促进骨折愈合,防止肌肉萎缩和关节僵硬。锻炼以屈肘为主,伸肘为辅,主、被动活动相结合,但要避免肘关节的强力被动牵拉,减少异位骨化发生的可能性。

参考文献

[1] Hausman M, Panozzo A. Treatment of distal humeral fractures in the elderly[J]. Clin Orthop, 2004, 425: 55-63

[2] 荣国威. 骨科内固定[M]. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 90-91

[3] 黄雷, 张波, 王满宜, 等. 肱骨髁间骨折的手术治疗[J]. 中华骨科杂志, 2001, 21(3): 158-162

[4] Helfet DL, Schmeling GJ. Bicondylar intraarticular fractures of the distal humerus in adults[J]. Clin orthop, 1993, 292: 26

[5] 张安桢. 中医骨伤学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1999. 37-38

(收稿日期: 2009-01-05)

池、肩井等处)行点、揉、推、按等手法,然后于颈肩部的肌肉处行分理揉拿等手法,以松解局部肌肉的痉挛,以克服手法复位时的肌肉对抗,然后再行拔伸牵抖复位法或侧摆旋转复位法治疗,手法宜轻巧,避免粗暴用力,以免造成不必要的损伤。复位不到位者,可采用坐位旋转复位法以补充。

以上三种方法治疗结束后均要用气囊颈围固定,以限制颈部的活动,防止受到外界的影响,同时颈围还可作为颈椎牵引的继续,而且使用方便、携带自如。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照文献^[2]疗效标准:(1)痊愈:症状体征消失,X线片复查无异常发现。(2)好转:症状体征消失,复查张口位X线片示:ADI值<3mm或齿突与寰椎侧块间距不等或趋于正常,正侧位片示颈椎生理弧度及颈椎椎体旋转均有所改善。(3)无效:症状体征无变化,X线片复查无明显改善。

2.2 三组疗效结果 见表1。A组与B组比较, $\chi^2=7.40>6.63$,即 $0.005<P<0.01$,有显著性意义,说明A组疗效高于B组;A组与C组比较, $\chi^2=8.58>7.88$,即 $P<0.005$,有极显著性意义,说明A组疗效高于C组;B组与C组比较, $\chi^2=0.0275<3.84$,即 $P>0.05$,无显著性意义,说明B组与C组之间无明显差异。

表1 三组疗效比较 例

组别	n	痊愈	好转	无效	总有效率(%)
A组	96	51	33	12	87.5
B组	30	12	7	11	63.3
C组	42	16	11	15	64.3

3 讨论

潘之清将寰枢关节脱位分为三类:侧向旋转半脱位型、后仰型、前倾型^[1]。沈宁江^[3]等将脱位分为四级:半脱位(A-O距离为3mm以内,无脊髓损伤者);轻度(A-O距离为3~5mm,27%脊髓损伤);中菟(A-O距离为5~10mm,67%脊髓损伤);重度(A-O距离在10mm以上,100%有脊髓损伤);A-O为寰齿间距。寰椎前弓中点至齿状突前缘之寰齿间距,正常值成人 $\leq 3\text{mm}$,儿童 $\leq 5\text{mm}$ 。如果成人间距3~5mm时,提示有部分横韧带断裂;5~10mm时提示有横韧带断裂并部分翼状韧带等辅助韧带断裂;10~12mm说明全部韧带断裂。所以非手术治疗只能针对半脱位和轻度脱位者进行治疗,如果是中度或重度脱位,大部分韧带断裂,有脊髓损伤者,应该考虑手术治疗。因此我们主要针对半脱位和轻度脱位的患者进行研究和探讨。

寰枢关节半脱位最直接有效的治疗方法就是

复位,即纠正寰椎与枢椎之间位置改变,改善寰枢关节解剖结构的异常。复位的方法很多,有牵引复位、手法整复、颈椎医疗体操,也有现在比较流行的麦肯基疗法复位等。我科采用三联疗法,即:颈椎牵引+手法复位+颈椎医疗体操,三种方法分步逐一进行。第一步,先行颈椎电动牵引,用间歇法,通过牵引以牵伸颈部痉挛的肌肉,并可达复位的目的。牵引前必须对受伤机理进行分析,正确判断,然后有针对性地进行牵引。如后仰型脱位者在牵引时适当屈曲 $0^\circ\sim 10^\circ$,前倾型脱位者则在牵引时适当后伸 $0^\circ\sim 10^\circ$,旋转性半脱位者除牵引外,可考虑反旋转复位,或者加大牵引重量。第二步是手法复位。在治疗过程中可根据不同的类型,采用不同的手法:水平旋转型及侧偏旋转型患者可采用坐位旋转复位法或仰卧位侧摆复位法,前倾型或后仰型脱位者可采用仰卧牵抖复位法,纠正复位后可顺带作颈部按摩,以放松局部肌肉及血管的痉挛,促进局部血液的循环,改善大脑供血,缓解疼痛。Selecki^[4]发现寰枢关节旋转 30° 以上可引起对侧椎动脉扭转和牵拉,旋转达 45° 时同侧椎动脉也被扭转,当寰枢关节旋转达 63° 以上时,寰椎侧块可在枢椎上关节面上形成交锁。第三步则指导患者做颈椎医疗体操,它的优点是简便、易行,而且患者可以根据自己症状有针对性地进行锻炼,做颈椎前后左右肌肉肌力的对抗练习,增加颈部肌肉的肌力,加强颈椎的稳定性,减少复发率。同时还可做颈椎活动度的练习,增加它的活动度。有复位不完全者还可通过自我锻炼达到自我复位的目的。

本组研究三联疗法治疗组有效率达87.5%,而颈椎牵引对照组有效率只有63.3%,手法复位对照组只有64.3%,这说明颈椎牵引与手法复位联合应用可增加疗效。周爱民报道^[5]选用枕颌带固定间歇牵引与手法整复配合治疗,患者痛苦少,疗效显著,多数患者能一次整复成功。我们在联合应用颈椎牵引和手法复位的基础上,再配合颈围固定,并做颈椎医疗体操,以稳定病情,巩固疗效,预防复发,三者联合使用可相辅相成,互为补充,疗效更好。

参考文献

- [1]潘之清.实用脊柱病学[M].济南:山东科学技术出版社,1996.345
- [2]郝阳泉.综合疗法治疗寰枢关节半脱位120例体会[J].陕西中医学院学报,2002,25(2):39
- [3]沈宁江,王书成.寰枢椎脱位的机制及诊断[J].颈腰痛杂志,1998,19(3):245
- [4]Selecki BR.The effects of rotation of the atlas on axis:experimental work [J].Med J Aust,1969,1(8):1 012
- [5]周爱民.牵引加手法整复治疗寰枢关节半脱位20例[J].福建中医药,2002,33(4):20