

推拿结合睡枕的调节治疗寰枕后膜挛缩症的研究 *

叶辉 涂新生 # 罗德成
(广东省东莞市大朗医院 东莞 523770)

摘要:目的:探讨推拿结合睡枕的调节治疗寰枕后膜挛缩症的临床疗效。方法:收集寰枕后膜挛缩症患者 300 例,随机分为 A、B、C 三组,每组 100 例。A 组采用手法推拿治疗;B 组采用量身定做的孙思邈五行颈枕治疗;C 组采用推拿结合睡枕治疗。观察三组患者的临床疗效、治疗前后寰枕后间距及双侧椎动脉平均血流流速、随访 3 个月内复发情况。结果:C 组总有效率为 98%,明显高于 A 组的 81.1%和 B 组的 79.3%($P<0.05$);C 组治疗后寰枕后间距明显大于 A 组和 B 组 ($P<0.05$);C 组治疗后双侧椎动脉平均血流流速明显快于 A 组和 B 组($P<0.05$);C 组复发率明显低于 A 组和 B 组($P<0.05$)。结论:推拿结合睡枕的调节治疗寰枕后膜挛缩症疗效显著,值得临床推广。

关键词:寰枕后膜挛缩症;推拿;睡枕;寰枕

Treatment of Contracture of Posterior Atlantooccipital Membrane with Massage Combined and Sleeping Pillow

YE Hui, TU Xin-sheng#, LUO De-cheng
(Dalang Hospital of Dongguan, Guangdong 523770)

Abstract: Objective: To explore the clinical effects of massage combined with sleeping pillow in the treatment of contracture of posterior atlantooccipital membrane. Methods: 300 Cases with contracture of posterior atlantooccipital membrane were randomly divided into A, B and C groups, 100 cases in each group. The group A was treated by manipulation massage; the group B was treated individually by SUN Si-miao five elements neck pillow; the group C was treated by massage combined with pillow. All of the patients in the three groups were followed for 3 months. Results: The total effective rate in group C was 98%, significantly higher than that in the group A (82%, $P<0.05$) and that in the group B (80%, $P<0.05$); the posterior occipital space in the group C was significantly bigger than lateral vertebral artery in the group C was significantly faster than that in the group A and the group B ($P<0.05$); the recurrence rate in the group C was significantly lower than that in the group A and the group B ($P<0.05$). Conclusion: The clinical effects of massage combined with sleeping pillow in the treatment of contracture of posterior atlantooccipital membrane are very good, it is worthy of clinical promotion.

Key words: Contracture of posterior atlantooccipital membrane; Massage; Sleeping pillow; Atlantooccipital

中图分类号: R244.1 文献标识码: B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.05.003

寰枕后膜挛缩症没有统一的定义,大多数学者认为是颈部长处于过于前屈位致使寰枕后膜痉挛,刺激和压迫颈部血管和神经,使人产生头昏、头晕或后枕疼痛的综合征^[1]。临床以药物及针灸治疗为主,鲜有推拿结合睡枕的调节治疗此症报道。本研究采用推拿结合睡枕的调节治疗寰枕后膜挛缩症,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2013 年 2 月~2015 年 9 月在我院门诊及住院患者 300 例,根据就诊顺序随机分为 A、B、C 三组,每组 100 例。A 组男 61 例,女 39 例;年龄 17~61 岁,平均年龄(35± 5.5)岁。B 组男 57 例,女 43 例;年龄 16~64 岁,平均年龄(37± 5.8)岁。C 组男 54 例,女 46 例;年龄 18~62 岁,平均年龄(36± 5.4)岁。三组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 参照相关文献^[2-4]:(1)有颈部长劳损史,如长时间伏案工作、卧床看书及手机、高枕睡觉等;(2)出现间断或持续的头晕、头昏或颈枕部

顽固性疼痛;(3)或伴有恶心、呕吐、耳鸣、耳聋、眼花等症状;(4)枕下肌群压痛,病程长者甚至有结节或条索状改变;(5)颈椎侧位 X 线片示:寰枕后间距(暂定义为寰椎后弓与枕骨之间的最短骨性距离)变窄;(6)彩色多普勒超声血流显像(CDFI)显示椎动脉血流平均流速偏低。

1.3 排除标准 (1)梅尼埃病、良性阵发性位置性眩晕、冠状动脉粥样硬化性心脏病、低血压等非寰枕后膜性的因素所引起的眩晕症状者;(2)寰枢段畸形者;(3)有明显上运动神经元损害者;(4)有严重的骨质增生、疏松或明显的椎管狭窄者;(5)不符合纳入标准、资料不全等影响疗效判断者。

1.4 脱落标准 经筛选合格并知情同意参与研究者因故未完成本研究所规定的疗程及观察周期作为脱落病例。

1.5 治疗方法 三组均口服复方氯唑沙宗片(国药准字 H10940040),2 片/次,3 次/d,10 d 为 1 个疗程。A 组患者采用手法推拿治疗。患者取坐位,操作者面对患者立于其侧,与患者正前方方向同侧的操

* 基金项目:广东省东莞市科技项目课题(编号:20140515000507)
通讯作者:涂新生, E-mail: dhnzmn@163.com

作者的肘部弯曲,用上臂和前臂环抱患者的下颌,另一手掌部扶住患者对侧颞部,使其头部向操作者侧偏斜约 10°,并固定好,再用食指中指并拢沿枕外粗隆向下有一凹陷,再向下推摸可触及一骨突即为颈 2 棘突,颈 2 棘突向上一横指对应的是寰椎,在此处双外侧可扪及寰枕横突。以寰椎横突所在位置作为手法治疗起点,下项线作为止点,用一指禅推法在此范围的枕下肌群进行紧推慢移的推拿,直至患者的枕后中线为止。按照此法反复推拿之后换对侧继续,操作方法相同。用弹拨法施于患者的筋节处和各阿是穴,各个穴位 1 min,每次治疗 15 min,1 次/d,1 个疗程为 10 d,治疗 2 个疗程。B 组采用量身定做的孙思邈五行颈枕(佛山市龙泽佰川医疗器械有限公司)治疗。按照人体的颈椎生理弧度及仰卧、侧卧高度的不同设计仰卧区及侧卧区,用可以装拆的面板和底板调节每个患者的适合高度。C 组采用推拿结合睡枕治疗。方法同 A、B 组。

1.6 观察指标 观察三组患者的临床疗效、治疗前后寰枕后间距及双侧椎动脉平均血流流速、随访 3 个月内复发情况。

1.7 疗效判定标准 治愈:患者症状消失,X 线片示寰枕后间距及椎动脉平均流速正常;好转:患者症状基本消失或减轻,X 线片示寰枕后间距及椎动脉平均流速有改善;未愈:患者症状无好转,X 线片示寰枕后间距及椎动脉平均流速没有改变。总有效率=[(治愈+好转)例数/总例数]×100%。

1.8 复发判定标准 随访 3 个月内再次出现纳入标准症状确定为复发。

1.9 统计学方法 采用 SPSS21.0 统计软件进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 脱落病例 A 组完成 90 例,脱落 10 例均为用药疗程不足。B 组完成 92 例,脱落 8 例均为用药疗程不足。C 组完成 100 例,无脱落病例。

2.2 三组临床疗效比较 C 组总有效率为 98.0%,明显高于 A 组的 81.1%和 B 组的 79.3% ($P<0.05$)。A 组与 B 组总有效率比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。见表 1。

表 1 三组临床疗效比较					
组别	n	治愈(例)	好转(例)	未愈(例)	总有效[例(%)]
A 组	90	51	22	17	73(81.1)
B 组	92	48	25	19	73(79.3)
C 组	100	70	28	2	98(98.0)

2.3 三组治疗前后寰枕后间距比较 C 组治疗后

寰枕后间距明显大于 A 组和 B 组 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 三组治疗前后寰枕后间距比较(mm, $\bar{x} \pm s$)			
组别	n	治疗前	治疗后
A 组	90	2.04± 0.38	3.01± 0.96
B 组	92	2.05± 0.36	3.06± 0.89
C 组	100	2.06± 0.37	5.61± 0.99

2.4 三组治疗前后双侧椎动脉平均血流流速比较 C 组治疗后双侧椎动脉平均血流流速明显快于 A 组和 B 组 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 三组治疗前后双侧椎动脉平均血流流速比较(cm/s, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	左侧椎动脉平均血流流速		右侧椎动脉平均血流流速	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	90	20.10± 5.38	48.56± 10.96	18.80± 5.02	46.56± 9.86
B 组	92	21.05± 6.36	49.61± 10.89	19.10± 5.45	47.61± 10.01
C 组	100	22.10± 5.37	126.12± 23.09	19.50± 5.78	110.32± 19.35

2.5 三组复发情况比较 A 组 90 例患者中有 4 例复发,占 4.44%;B 组 92 例患者中有 6 例复发,占 6.52%;C 组 100 例患者中有 1 例复发,占 1.00%。C 组复发率明显低于 A 组和 B 组 ($P<0.05$)。

3 讨论

临床上对于寰枕后膜挛缩症大多数学者采用按摩手法、针灸、针刀进行治疗。特别是针刀治疗,有的学者提出可操作性差,而且危险系数高,易伤及延髓、动脉^[5]。寰枕后膜功能主要是限制头颈过度前屈及稳定寰枕关节。两侧椎动脉穿出寰椎的横突孔后,向内侧进入枕下三角,经过寰椎后的椎动脉沟,再穿过寰枕后膜与硬脑膜,经枕骨大孔入颅腔^[6-7]。本研究在于探索治疗此症的安全有效的方法,采用推拿与睡枕联合治疗,研究中发现此法可以使原来狭窄的 (2.06± 0.37)mm 寰枕后间距恢复到正常水平 (5.61± 0.99)mm,差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。而单纯推拿和单纯依靠睡枕调节的恢复不理想,分别从原来的 (2.04± 0.38)mm 和 (2.05± 0.36)mm 恢复到 (3.01± 0.96)mm 和 (3.06± 0.89)mm,两组间治疗后比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。研究中还发现联合治疗方法可以显著改善双侧椎动脉血流供给,可以使原来因椎动脉的阻力指数增加导致供血量减少的状态明显改善,左侧椎动脉平均血流流速从治疗前的 (22.10± 5.37)cm/s 提升至治疗后的 (126.12± 23.09)cm/s,右侧椎动脉平均血流流速从治疗前的 (19.50± 5.78)cm/s 提升至治疗后的 (110.32± 19.35)cm/s,左、右侧治疗前、后 A 组、B 组分别与 C 组比较,差异有统计学意义 ($P<0.05$),而对照组 A 组、B 组左、右侧椎动脉平均流速分别从治疗前的 (20.10± 5.38)cm/s、(下转第 25 页)

表 2 对比两组患者脑氧代谢评测的结果(%, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	CaO ₂			CvO ₂		
		术前	麻醉诱导 30 min 后	术后	术前	麻醉诱导 30 min 后	术后
实验组	45	18.24± 2.31	2.39± 1.12	14.78± 1.79	11.65± 2.78	9.38± 2.01	9.25± 1.84
对照组	45	18.36± 2.42	2.48± 1.08	14.31± 1.97	12.01± 3.12	9.42± 1.24	9.27± 2.01
t		0.240	0.388	1.184	0.577	0.113	0.049
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.3 对比两组患者麻醉效果 实验组的苏醒、拔管、定向力恢复时间显著低于对照组 ($P<0.05$), 差异显著。见表 3。

表 3 对比两组患者麻醉效果(min, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	苏醒时间	拔管时间	定向力恢复时间
实验组	45	13.35± 2.13	18.67± 3.12	24.15± 3.15
对照组	45	16.34± 2.87	21.54± 2.41	27.24± 3.21
t		5.612	4.883	4.609
P		<0.05	<0.05	<0.05

2.4 对比两组患者不良反应 实验组患者切口感染、恶心呕吐、肺部感染、低氧血症各发生 1 例, 不良反应发生率为 8.89%; 对照组切口感染、恶心呕吐、肺部感染、低氧血症分别为 5、4、2、1 例, 不良反应发生率为 26.67%。对照组不良反应发生率显著高于实验组 ($P<0.05$), 差异显著。

3 讨论

腹腔镜下胆囊切除术作为微创手术, 广泛用于临床治疗中。术后并发症之一为术后认知功能障碍^[3-4], 表现为患者记忆力减退、缓解时间较长等, 过深的麻醉容易导致患者出现严重并发症, 也不利于患者手术恢复^[5-6]。本研究结果显示, 两组患者术后 1 d 的评分显著低于术前 ($P<0.05$), 差异显著; 对照组患者术后 5 d 的评分显著低于实验组 ($P<0.05$), 差异显著。表明术中 BIS 在 40~49 较 BIS 在 50~59, 对术后认知功能恢复有促进作用, 防止患者认知功能障碍发生。两组患者麻醉诱导 30 min 后与术后的

CaO₂ 与 CvO₂ 显著低于术前 ($P<0.05$), 差异显著; 各个时间点组间对比 CaO₂ 与 CvO₂ ($P>0.05$), 无显著差异。表明不同麻醉深度对脑氧代谢影响较小, 可减少脑氧代谢失衡的发生。实验组的苏醒、拔管、定向力恢复时间显著低于对照组 ($P<0.05$), 差异显著。表明术中 BIS 在 40~49 较 BIS 在 50~59, 患者术后恢复用时更短。对照组不良反应发生率 (26.67%) 显著高于实验组 (8.89%) ($P<0.05$), 差异显著。表明术中 BIS 在 40~49 较 BIS 在 50~59, 患者出现不良反应及并发症较少, 更有利于患者术后机体恢复。综上所述, 在老年患者腹腔镜胆囊切除术中给予 BIS 值在 40~49 的麻醉效果较好, 对脑氧代谢负面作用较小, 对术后恢复认知功能有促进作用, 安全性更高, 值得在临床应用中推广。

参考文献

[1]唐建成,姚丹丹,朱茂恩,等.体外循环中复温对丙泊酚血药浓度的影响[J].中国现代医学杂志,2015,25(5):53-56
[2]姜蓉,赵侠勇,马玉林.BIS 监测预防全凭静脉麻醉术中知晓作用的研究[J].热带医学杂志,2015,15(5):670-673
[3]李静,刘丹彦.全麻术中知晓研究相关进展[J].东南大学学报,2015,34(6):1029-1033
[4]贾娜,张昊鹏,文爱东,等.临床麻醉深度监测方法的新进展[J].临床麻醉学杂志,2015,31(9):922-925
[5]岳芳,吴涯雯,张双全,等.不同 BIS 值对术后认知功能障碍的影响 Meta 分析[J].临床麻醉学杂志,2015,31(8):743-746
[6]贾茜茜,刘小颖.麻醉深度监测的研究进展[J].中国微创外科杂志,2014,14(1):81-83,94

(收稿日期: 2016-04-13)

(上接第 7 页) (18.80± 5.02)cm/s、(21.05± 6.36)cm/s、(19.10± 5.45)cm/s 提升至治疗后的 (48.56± 10.96)cm/s、(46.56± 9.86)cm/s、(49.61± 10.89)cm/s、(47.61± 10.01)cm/s, 治疗后 A 组与 B 组比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 虽然 A 组与 B 组治疗后椎动脉流速有一定提升, 但 C 组疗效明显高于对照组。三组总有效率比较, C 组为 98.0%, 分别与 A、B 组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 提示 C 组疗效高。复发率比较, C 组为 1.00%, 分别与 A、B 组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$), 提示 C 组复发率低。总之, 推拿结合睡枕的调节治疗寰枕后膜挛缩症总有效率高, 复发率低, 优于对照组, 值得临床推广。

参考文献

[1]于高璐,英健民,李茵,等.寰枕后膜推拿松解术的初步临床应用[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(2):12-13
[2]文朝,潘会琴,古安武,等.寰枕后膜解剖结构及其临床意义[J].临床骨科杂志,2012,15(5):567-569
[3]李义凯.枕下痛[J].颈腰痛杂志,2010,31(4):243-248
[4]李伟,孙霓虹,赵昌谋.针刀配合手法治疗寰枕筋膜挛缩型颈椎病疗效观察[J].西部中医药,2011,24(9):82-83
[5]高攀,孙涛,刘净,等.椎动脉与寰枢椎之间的解剖学关系[J].中华神经外科杂志,2014,30(6):589-591
[6]Pimenta NJ,Gusmao SS,Kehrli P.Posterior atlanto-occipital and atlanto-axial area and its surgical interest [J].Arq Neuropsiquiatr,2014,72(10):788-792
[7]Katsuno M,Tanikawa R,Uemori G,et al.Occipital artery-to-posterior inferior cerebellar artery anastomosis with multiple-layer dissection of suboccipital muscles under a reverse C-shaped skin incision[J].Br J Neurosurg,2015,29(3):401-405

(收稿日期: 2016-03-21)