

经筋手法结合改良小角度矢状位扳法治疗寰枢关节半脱位 40 例的临床疗效观察*

何育风,戴李国**,练湛雄,容 华

(广西中医药大学第一附属医院 南宁 530023)

摘 要:目的:探讨对寰枢关节半脱位采用经筋手法结合改良小角度矢状位扳法与常规推拿疗法治疗的临床疗效观察,为临床治疗该病症提供参考。方法:对 80 例寰枢关节半脱位患者随机分组,观察两组的治愈率、好转率和治疗前后影像学寰齿间隙差值等指标,并统计结果。结果:治疗组治愈率为 70.00%,对照组为 42.50%,治疗组总有效率为 97.472%,对照组为 82.50%,两组经 χ^2 检验差异有显著性;治疗前后影像学寰齿前间隙及齿状突侧间隙差值比较($P < 0.05$),差异有统计学意义。结论:经筋手法结合改良小角度矢状位扳法治疗寰枢关节半脱位疗效优于常规推拿疗法,本法值得临床进一步推广。

关键词:寰枢关节半脱位 经筋手法 改良小角度矢状位扳法 常规推拿疗法

doi:10.11842/wst.2017.09.022 中图分类号:R24 文献标识码:A

寰枢关节半脱位是临床中的常见病和多发病,是指寰椎和枢椎之间的关节失去正常的对合解剖关系,从而引起一系列的症状。临床症状以头向健侧偏斜前倾,患侧颈部压痛明显,颈椎活动受限,颈部被动活动时剧烈疼痛伴有不同程度的头晕、头疼、恶心等症状,影响患者的正常工作和生活^[1]。本病以寰枢关节为中心,是寰枢关节及寰枕关节的微小错位及其周围组织的损伤、劳损、退行性改变等病变所产生的病症。由于近年来随着人们生活节奏加快、工作方式的改变、强度大等原因,其发病率日渐增多,给患者带来莫大的痛苦。

通过查阅相关文献资料表明,药物治疗本病缺乏相关循证医学证据,且临床上难以奏效,手法整复始终为首选疗法。但目前手法治疗中往往存在着对寰枢关节周围软组织松解不够彻底、整复手法缺乏安全性以及整复过程中患者有恐惧抵抗的心理等因素影响到手法整复的实际效果和临床治疗效果等诸多问题。本研

究基于提高寰枢关节半脱位临床疗效,

为临床治疗寻找更合理、更优化的治疗方案之目的出发,在谭家祥老师对颈椎病复位手法的经验指导下,结合本人在经筋手法方面多年的经验和研究,运用经筋手法结合改良小角度矢状位扳法整复寰枢关节错位,以期的手法治疗寰枢关节错位拓展新的思路。现特报告如下:

1 资料与方法

1.1 诊断标准

以《实用脊柱病学》^[2]中的“寰枢关节紊乱”诊断标准拟定诊断标准:

①眩晕,颈部体位改变时加重,枕部疼痛,或伴恶心、呕吐等;②触诊寰、枢椎横突一侧饱满压痛,或枢椎棘突偏歪,寰枢椎旁有肌肉紧张痉挛的结节或条索状,压痛明显;③颈椎活动受限,以左右旋转明显;旋颈试验可呈阳性;④颈椎开口位 X 线片显示寰枢椎两侧寰

收稿日期:2017-05-13

修回日期:2017-09-23

* 广西卫计委壮瑶医研究与开发项目(GZZY13-15):壮医经筋手法结合整脊手法对腰椎间盘突出症的疗效研究,负责人:何育风。

** 通讯作者:戴李国,主治医师,主要研究方向:整脊手法治疗脊柱相关疾病。

齿间距不等,寰齿间距大于3 mm,枢椎有“双边征”或“双突征”^[3,4]。⑤椎-基底动脉造影示脑部供血不足。

满足上述①、②、③、④或⑤条件中的任一条即可诊断为寰枢关节半脱位。

1.2 纳入标准

①合上述诊断标准,年龄在7-65岁之间,症状呈间歇性,反复发作并逐渐加重,部分患者在轻微的外伤后明显加重。有头晕、恶心呕吐病史,有肌肉骨骼系统阳性体征(包括运动功能局限、局部压痛点);②病人意识清醒,无失语、智能障碍,小学文化程度以上,能理解量表内容并配合治疗;③愿意参加本次研究的知情同意者(需签定知情同意书);④有良好医从性,在接受本疗法期间暂停其他疗法。

1.3 排除标准

①拒绝分组后的治疗方案;②存在其他严重系统疾病如糖尿病、心血管疾病、风湿性疾病、凝血功能障碍等,以及遗传疾病如血友病等;③有骨质疏松症、先天性枢椎齿突缺如,既往有寰椎骨折、枢椎齿突骨折等寰枢关节骨性结构不完整或手术史;④神经系统功能缺陷或异常者,如肌无力或脊神经反射异常,先天脊椎异常,系统性骨或关节疾病;⑤眼源性眩晕或者耳石症;症状严重的更年期综合症者;⑥怀孕妇女。

1.4 一般资料

于2014年1月至2016年1月间,选取广西中医药大学第一附属医院本部和仁爱分院推拿门诊就诊80例寰枢关节错位患者,采用简单随机分为治疗组(经筋手法结合改良小角度矢状位扳法)与对照组(常规推拿疗法组)各40例。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组(经筋手法结合改良小角度矢状位扳法组)

(1)经筋手法:患者取坐位或俯卧位,按照“以痛为输”的查灶原则,根据本病症状特点、运动障碍和疼痛部位,主动运动头颈部,从患侧肩关节、颈椎和后头部和头面部的顺序,逐一查找手、足三阳经筋病灶点。在确定病灶点后,医者用拇指或者肘部,治疗的方向从远端至近端,对病灶点进行点、按、弹、拨,力度由轻至重^[5],刺激强度要考虑患者年龄和耐受为度,每处约20-30 s,受术部位的反应有酸胀、发热、针刺等感觉,如能向头枕部或两侧颞侧放射为好,以达到病灶点能疼痛减轻和松解软化之目的,共施术约10 min。

(2)对寰枢关节错位予改良小角度矢状位扳法复位:在上述经筋手法的基础上,患者取坐位,全身放松,

术者站于其侧后方。以一手拇指顶住C1、C2的偏歪横突或后关节突、C2偏歪棘突之饱满侧,余4指置于后枕部,另一手前臂置于同侧肩部,拇指和其余4指分开,捏住下颈部,令其低头至感觉顶住饱满侧的拇指指下的横突、关节突或棘突有活动时(颈椎约前屈25°-30°),即本段颈椎关节间隙张开时,然后保持这一角度后将头侧屈(约30°),并慢慢向患侧或健侧旋转到颈椎有阻力时(约40°),稍做停顿,再将捏住的下颈部稍后仰5°,医者感觉到力的支点集中在欲复位的部位时,捏住下颌骨的手随即做一个稍增大幅度、有控制的矢状位(前后位)的快速扳动^[5],即捏住下颌部的手腕往后上方向抖动发力,顶住饱满部位的拇指往前和对侧方向发力,以求两者相对用力,一般可听到“咯”的复位弹响声,同时拇指下亦有移动感,操作时不可强求弹响声。

1.5.2 对照组(常规推拿疗法组)

对照组参照《推拿治疗学》^[6]制定:

(1)解痉松肌法:患者坐位。医生用滚法、按揉法在颈肩部、颈项部操作。

(2)推上颈段法:用一指禅推法、按揉法在上颈段操作,重点在寰枕和寰枢关节部位。

(3)推按穴位法:继上势,取风府、风池、颈夹脊及阿是穴,用一指禅推法或按揉法操作。

(4)整复错位法:轻者可用坐位颈椎旋转复位法,重者宜仰卧位整复法。患者仰卧位,头置于治疗床外,便于操作。一助手两手按住患者两肩,医生一手托住其下颌部,使头处于伸直位牵引,助手配合做对抗性拔伸。在牵引拔伸状态下,医生做头部缓慢轻柔的前后运动和试探性旋转运动,当阻力减小时则进行整复。如出现弹响,颈部运动改善,疼痛减轻,表示手法整复成功。整复成功后可用颈托固定。

(5)理筋顺络法:在颈项部用推法、揉法、摩法操作,以理顺筋络。

治疗组和对照组在复位后若触摸寰枢关节的横突或者枢椎的棘突、横突以及后关节突位置无明显隆起或者凹陷,局部压痛不明显,则后续的治疗中不再复位。两组共组2个疗程,每疗程均为隔日1次,3次为1疗程,两疗程间隔2天。

1.6 观察指标

以反映齿状突是否居中即寰枢关节半脱位程度的寰齿间隙作为观察指标。采用影像学检查方法,观察两组治疗前后寰齿前间隙及齿状突侧间隙差值。

表1 两组患者性别、年龄和病程比较($\bar{x} \pm s$)

组别 n	性别		平均年龄(岁)	平均病程(月)
	男	女		
治疗组 40	21	19	34.71±6.91	1.11±3.05
对照组 40	18	22	34.13±6.20	1.31±3.58
<i>t</i>			0.3428	-0.2102
<i>p</i>			0.7332	0.8341

表2 治疗前后齿状突侧间隙差值比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别 n	齿状突侧间隙差值		<i>t</i>	<i>P</i>
	治疗前	疗程结束后		
治疗组 40	0.238±0.023	0.011±0.043	25.4965	0.0000
对照组 40	0.234±0.024	0.164±0.029	-10.1853	0.0000
<i>t</i>		16.1576		
<i>p</i>		0.0000		

表3 两组病人治疗前后寰齿前间隙比较($\bar{x} \pm s$)

组别 n	寰齿前间隙		<i>t</i>	<i>P</i>
	治疗前	疗程结束后		
治疗组 40	0.351±0.059	0.202±0.066	9.2187	0.0000
对照组 40	0.349±0.070	0.258±0.052		0.0000
<i>t</i>		-3.6504		
<i>p</i>		0.0006		

表4 两组疗效相互比较[例(%),n=40]

疗效	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	28(70.00)	9(22.25)	2(20.00)	1(2.25)	97.72%
对照组	17(42.50)	8(20.00)	8(20.00)	7(17.50)	82.50%

注:经用 χ^2 检验两组痊愈率相比较,差异有非常显著性($\chi^2=7.846, P=0.005, P<0.01$);两组总有效率相比较,差异有显著性($\chi^2=5.489, P=0.022, P<0.05$)。

1.7 疗效标准

依据《中医病证诊断疗效标准》^[7]和《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[8]拟定以下疗效评价标准,观察指标时间以纳入前和疗程结束后2天的时间为准。

治愈:临床症状和体征全部消失,X线开口位片示寰枢关节脱位纠正,能正常工作和生活;显效:临床症状、体征基本消失,X线开口位片示寰枢关节脱位基本纠正,基本恢复正常工作和生活;有效:临床症状、体征减轻,X线开口位片示寰枢关节脱位部分或未纠正,不能恢复正常工作和生活;无效:临床症状、体征无改善,X线开口位片示寰枢关节脱位未纠正,不能进行正常工作和生活。

1.8 统计学方法

本研究所有数据采用SPSS 19.0统计软件进行处

理,计量资料采用成组资料*t*检验,所测值用($\bar{x} \pm s$)表示。计数资料比较采用 χ^2 检验。检验水准 α 取0.05,采用双侧检验。

2 结果

2.1 两组患者性别、平均年龄、平均病程等因素进行组间比较,经统计学处理。

两组患者性别比,经统计学分析(χ^2 检验), $\chi^2=0.068, P=0.794 > 0.05$,无统计学意义,即性别因素不能对疗效产生影响;两组患者平均年龄,经统计学分析($P > 0.05$),差异没有统计学意义,即年龄因素不能对疗效产生影响。两组患者平均病程,经统计学分析($P > 0.05$),无显著性差异,即两组患者的病程不能对疗效产生影响;经对比,两组分别在年龄、性别、病程等方面均无明显差异,具有可比性。见表1。

2.2 两组患者正位片齿状突侧间隙差值比较

组内齿状突侧间隙差值比较,经统计学分析($P < 0.05$),差异有统计学意义,可以认为治疗前后齿状突侧间隙差值不同程度的降低,治疗有效。治疗后治疗组与对照组齿状突侧间隙差值,经统计学分析($P < 0.05$),差异有统计学意义,可以认为,治疗组齿状突侧间隙差值较对照组下降明显,治疗组优于对照组。见表2。

2.3 两组患者颈椎侧位片寰齿前间隙比较

组内寰齿前间隙,经统计学分析($P < 0.05$),差异有显著性意义,疗程结束后,可以认为治疗前后寰齿前间隙不同程度的降低,治疗有效。治疗后两组患者的寰齿前间隙,经统计学分析($P < 0.05$),可以认为治疗组寰齿前间隙较对照组下降明显,治疗组对整复错位更精准。见表3。

2.4 两组患者临床疗效比较

治疗组治愈率为70.00%,对照组为42.50%,两组治愈率比较,差异有非常显著性($P < 0.01$);治疗组总有效率为97.472%,对照组为82.50%,两组总有效率比较,差异有显著性($P < 0.05$)。见表4。

3 讨论

本研究是通过经筋手法结合改良小角度矢状位拔法与常规推拿疗法治疗的治疗寰枢关节半脱位的临床疗效观察,随机分为对照组和治疗组,两组分别在年龄、性别、病程等方面对比,均无明显差异,具有可比性;通过颈椎正侧位片和开口位片影像学的客观指标

观察,对比分析两组患者在治疗前后组间、组内齿状突侧间隙差值和组内寰齿前间隙的差值,发现治疗组下降更为明显,可见治疗组的复位效果更好和更精准;我们也通过两组临床疗效对比,同样发现治疗组在治愈率和显效率等方面均优于对照组。以上结果分析表明:经筋手法结合改良小角度矢状位扳法是治疗寰枢关节半脱位的一种行之有效的办法。

目前中医认为本病病因多与外伤或劳损、风寒湿邪侵袭和肝肾亏虚等有一定关系,故外治方面针对病因治疗的方法也非常丰富。郑良佐^[9]以祛风散寒止痛为法,用手法结合中药治疗本病。魏社军^[10]认为本病以肝肾亏虚、气血衰少为本,用针刀和中药补肝肾气血为法,方用丸蠲痹汤加减。冀洪伟^[11]选取脑空、大椎、陶道、魄户、天宗穴按照针刀的“四步八法”进针施术。罗健^[12]治疗组针刺双风池、双眩晕区、百会、印堂,行平补平泻手法。阮红良^[13]等采用手法整复后枕颌带牵引再辅以头颈胸支具外固定等综合治疗。上述方法均取得了较好的疗效,但对于保守疗法治疗本病来说,通过查询相关文献资料,整复手法还是最主要的行之有效的治疗手段,其他方法都为辅助疗法,但整复手法在安全性、规范性和个体化等方面有待进一步深入研究。

在诊断方面,本病的诊断除临床症状和体征是主要的考量因素之外,现代影像学的X线、CT、MRI等指标也是诊断寰枢关节半脱位的重要环节和主要手段,尤以颈椎正侧位和开口位X线为最重要的诊断和疗效参考指标。孟氏^[14]等研究相关文献后得出大部分正常人齿突居中无偏移的结论。桂志雄^[15]对100例寰枢患者行复位治疗后复查颈椎X线片,得出齿突侧块间距在治疗前后有明显差异。而侯玉亭等^[16]认为,结合患者症状以及体征,寰齿前间隙差值 $>0.5\text{ mm}$ 对诊断有意义。周爱民^[17]认为枢椎棘突偏移的存在,是枢椎旋转失稳重要证据,可作为临床的诊断指标。唐学章^[18]对42例寰枢椎半脱位患者的棘突偏移进行研究,发现正常组的棘突偏移率仅为36.67%,而寰枢椎半脱位组的棘突偏移率83.33%。本研究也从治疗前后影像学寰齿前间隙及齿状突侧间隙差值进行了对比研究,证实了本病确实存在以上因素,经过治疗后有明显的改善。

寰枢关节半脱位的发生因近年来人们的各方面压力剧增而呈增长趋势。其轻者卡压椎动脉,可出现后循环供血不足表现为全头昏沉感、视物模糊,若影响交感神经可出现心悸汗出、精神不能集中,严重影响患者工作、生活。目前治疗寰枢关节半脱位的方法大部分

还是以手法复位为主,但是患者始终对复位手法有恐惧抵抗心理,寻找患者更容易接受的复位手法至关重要。复位前常需要松解局部肌肉,常规的做法仅仅是手法作用于局部肌肉,效果不理想,而且追求预期松解效果的力度较重,后期手法反应重,甚者出现皮下瘀斑,影响美观,用柔和手法松解时间相对比较长,患者难以接受,始终难以达到两者完美的切合点,本方法恰好符合两者的切合点和临床要求。

寰枢关节半脱位属祖国医学“眩晕”和“项痹”等范畴,在《黄帝内经·痿论》曰:“宗筋主束骨而利关节也”,而在《灵枢·经筋》所记载的手、足三阳经筋,从生理上看与椎动脉和枕大神经的解剖循行走向和生理功能十分相似。手、足三阳经筋的病候多表现为该经筋循行所处的筋肉疼痛及运动障碍,寰枢关节半脱位有头颈部疼痛和活动受限的症状,《经筋篇》云:“手阳明之筋…其病…肩不举,颈不可左右视”,“手太阳之筋…其病…绕肩胛引颈而痛,应耳中鸣痛引领,目瞑良久乃得视,颈筋急”,“足太阳之筋…其病…上引缺盆,胸乳、颈维经急”等等论述,表明寰枢关节半脱位的病理与手、足三阳经筋病的病理基本相同,本病亦可属于“经筋”病范畴。

经筋疗法“以痛为腧”的取穴原则是治疗经筋病行之有效的办法^[19],据《灵枢·经筋》“以痛为腧”和“经皆有筋,筋皆有结,结皆有痛”的记载,治疗时既要头面部、头枕部、颈肩部等部位进行所犯经筋的全线查灶,经筋手法可以达到松筋解结、解除粘连、疏通气血之目的,相对于传统松解手法而言,对寰枢关节半脱位患者紧张痉挛的软组织松解效果更好,有简、便、效、准和用时短的优势^[5];常规推拿疗法中的扳法与改良颈椎小角度矢状位扳法相比,后者可使患者对于手法整复的抗拒心理降低、复位效果和安全性高之优势,其原理是在整复错位时,医者对患者的把控更为全面,而且因复位时施力方向以矢状位为主,旋转角度少,避免了复位时旋转角度大对患者的伤害,力点更加准确集中在扳动部位上,并且操作时医者置于患者肩上的前臂一是能起到杠杆的作用,可以减轻医者的发力,二是结合本手臂腕关节的抖动发力,可以更加有效地控制颈椎的活动范围,安全性更高,复位手法显得更为灵活轻巧,患者容易接受,符合整复类手法“稳、准、巧、快”的基本原则。改良颈椎小角度矢状位扳法能否操作成功的关键取决于医者对颈椎屈伸角度的大小、发力时前后手之间力矩的长短、瞬间爆发力的掌控以及患者的配合

情况有关。观察表明:经筋手法结合改良小角度矢状位扳法治疗寰枢关节半脱位疗效优于常规推拿疗法,本方法也是本人学术思想“筋骨并重、调脊整曲、辩证施‘法’(手法)”在临床中的具体应用,本法值得临床进一步推广。

当然,经筋手法与改良小角度矢状位扳法相结合

治疗寰枢关节半脱位的研究,还需在生物力学、相关解剖基础和诊疗前后影像学对比等方面进行更深入的研究。

本研究借鉴了导师谭家祥老师的颈椎复位手法等临床经验及学术思想,并得到了导师的大力指导和支持,在此深表谢意,感谢吾师。

参考文献

- 李松明,孙晓天.寰枢关节半脱位非手术治疗发展现状.中外健康文,2014,21:54-55.
- 潘之清.实用脊柱病学.上海:上海科技教育出版社,1999:340.
- 韦坚,韦贵康.经筋疗法.北京:中国中医药出版社,2002:01.
- 龙层花.脊椎病因治疗学.北京:世界图书出版公司,2012.
- 何育凤,吴双等.经筋手法结合小角度矢状位扳法治疗神经根型颈椎病的临床疗效观察.世界科学技术-中医药现代化,2013,15(6):1375-1379.
- 宋柏林,于天源.推拿治疗学.北京:人民卫生出版社,2013:91.
- 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准.南京:南京大学出版社,1994:139.
- 孙传兴.临床疾病诊断依据治愈好转标准(第二版).北京:人民军医出版社,2002:511.
- 郑良佐.手法为主配合中药治疗寰枢关节半脱位77例.广西中医学院学报,2000,17(4):31-33.
- 魏社军,郑标,赵健甫,等.针刀配合中药内服治疗寰枢关节紊乱56例.中国中医骨伤科杂志,2015,11(23):55-57.
- 冀洪伟.针刀松解颈周腧穴治疗难复性寰枢关节半脱位的临床研究.山东:山东中医药大学硕士学位论文,2014.
- 罗健,郭志雄,安建军.针刺治疗寰枢关节紊乱型眩晕36例.中国中医药现代远程教育,2015,13(7):56-58.
- 阮红良,孙绍裘,黄臻.综合疗法治疗儿童寰枢关节半脱位47例.湖南中医杂志,2016,32(5):110-111.
- 张妍,张铎.X线、CT、MRI对寰枢关节半脱位的诊断价值.北华大学学报(自然科学版),2009,10(3):242-245.
- 桂志雄,万子超,简俊峰,等.颈椎牵引摇正调整法治疗寰枢关节半脱位100例.中国中医骨伤科杂志,2013,21(4):40-41.
- 侯玉亭,刘辉,黄范利.环枢关节侧方滑脱的X线诊断.中国煤炭工业医学杂志,2001,4(10):838.
- 周爱民.寰枢关节半脱位手法整复临床观察.山东中医药大学学报,2002,26(5):359-361.
- 唐学章.寰枢椎旋转半脱位中枢棘突X线测量及临床意义.中日友好医院学报,2010,24(2):87-89.
- 杨丽美.《内经》经筋理论的应用.宁夏医学院学报,2006,28(3):26.

Clinical Observation on Combination of Muscle Tendon Manipulation and Sagittal Pull Method Modified with a Small Angle among 40 Atlantoaxial Subluxation Cases

He Yufeng, Dai Ligu, Lian Zhanxiong, Rong Hua

(The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530023, China)

Abstract: This study was aimed to investigate the clinical effect of atlantoaxial subluxation with the combination of the muscle tendon manipulation and the modified small angle sagittal pull and conventional Tuina therapy. A total of 80 atlantoaxial subluxation cases were randomly divided into two groups. The cure rate, rate of improvement, imaging and X-ray space difference between two groups were observed and analyzed statistically. The results showed that the cure rate was 70.00% in the treatment group, and 42.50% in the control group; the total efficiency rate was 97.472% in the treatment group, and 82.50% in the control group. There was significant difference between two groups by χ^2 test. The image of atlanto odontoid anterior space and the side gap difference were significant before and after treatment ($P < 0.05$). It was concluded that treatment of atlantoaxial subluxation with the combination of the muscle tendon manipulation and the modified small angle sagittal pull achieved better effect compared to the conventional Tuina therapy. This method

should be further promoted in the clinical practice.

Keywords: Atlantoaxial subluxation, muscle tendon manipulation, modified small angle sagittal pull, conventional Tuina therapy

(责任编辑:张 静,责任译审:王 晶)