

讲座

运动员的椎体缘离断症(椎体骨骺炎)

北京医科大学运动医学研究所(100083) 李学文

本病是以腰椎椎体环状骨骺病变为主的慢性损伤(4)。多见于青少年体操运动员及舞蹈、杂技演员等(1)。它不仅影响运动员或演员的训练及成绩,甚至影响青少年的身体发育,且诊断难度大,易误诊为脊柱结核病而进行错误治疗。应引起进一步重视。

一、解剖特点:环状骨骺是椎体的继发化骨中心,位于椎体的上下缘,属于牵拉骨骺。其功能为完善椎体形态而不参与纵向生长。10~12岁出现,18~20岁闭合(4)。

二、流行病学:一般人发病率0.1%~5%。曲绵域曾统计体操运动员102名,患本病32名,占31.3%。而33名举重运动员中,仅1名罹患此症,占0.3%。年龄分布均小于20岁(1)。邱励慎等曾调查过竞技体操运动员28名,患此症24名,发病率高达85.71%,女性多于男性,年龄分布12~14岁,15人,占62.5%,该组病例中未发现16岁以上者(2)。

三、病因及病理:

多数学者认为本病为脊柱反复过伸引起的环状骨骺的慢性损伤。这种脊柱的过伸活动使髓核被挤向椎体前部,由于前纵韧带的阻挡,髓核产生对环状骨骺的挤压。反复多次或持久的挤压,导致环状骨骺变性。尤其是椎体前缘上下角,可逐渐显示去钙、吸收塌陷,呈阶步状或骨骺碎裂或呈不规则增生(5)。抑或因骺板尚未愈合,髓核侵入,使骨骺分离(4)。吴标生等(1983年)在“骨骺慢性损伤实验病理研究”中提出,牵拉骨骺的慢性损伤是以增生肥大为主的骨发育紊乱性疾病,还包括末端病改变。均未见骨坏死,故不宜称骨骺炎。缺血是导致此种病理改变的因素。牵拉时间越长,发病率越高(3)。

四、命名:

1967年国际医学分类中定为Osteochondrosis,译为“幼年儿童骨发育障碍病”或“骨软骨病”(4)。

曲绵域根据本症的病史、年龄特点、临床检查、病理及X线改变等认为以“运动员椎体缘离断症”命名为宜。

五、症状及体征:

本症的常见症状为腰酸、胀,疼痛或不适,疲劳感,活动后加剧。部位多局限于脊柱正中区域、坐位时,放松腰肌疼痛明显,怕做折腰及做桥动作。

检查时见腰椎前凸消失,严重者可致胸腰段后凸或侧弯。部分消瘦者腹部触诊椎体有压痛。少数患者在病变急剧变化期腰椎有前屈。脊柱的屈伸运动不同程度地受到限制。

六、诊断和鉴别诊断:

本症的症状无特异性,仅凭病史,症状与体征难以确诊。

其诊断基本依赖于椎体的X线改变。

依据X线改变,本症可分三期。第一期:吸收期,表现为骨的破坏、吸收和缺损。多发生于16岁以下。第二期:修复期,发病2~3年后,椎体缺损处出现钙化和骨化,密度不匀。第三期:静止期,病变停止发展,未修复者留有不同程度的畸形(4)。可分6型:①椎体前缘吸收塌陷型;②椎体前缘骨与骨骺不规则增生型;③单纯性骨骺炎型;④椎体唇样变型;⑤髓核突入椎体型;⑥骨骺分离不愈合型(5)。

本病易误诊为脊柱结核,结核有全身症状,如低热、盗汗、消瘦等。腰痛、活动受限等症状明显。X片多先有椎间隙变窄,骨破坏于椎体中间居多。正位片腰大肌影常增宽(1)。

七、治疗:

一般行腰部按摩、理疗。按摩以舒筋活络、解痉止痛为主,方法如下:

1. 俯卧位,点按昆仑,太溪、承山、委中、承扶穴,各30秒钟;
2. 按揉背、腰部肌肉,约5分钟;
3. 点按膈俞、胆俞、肾俞、大肠俞,关元俞,各30秒钟。搓八髻约1分钟;
4. 重治(点拨)脊柱两侧腰肌痛点,每个痛点3~5下,每次范围不要过大,选择2~3个痛点即可;
5. 行腰椎牵引,患者双手抓住床沿或由助手固定躯体上部,医者握患者双踝,用力纵向牵拉,并施抖法;
6. 患者仰卧,分别摇双膝双髻,约5次。再行下肢顿拔法,2~3次;
7. 于腰部正中行震颤法、重点在病变部位,约3~5下;

- 8.叩击背、腰部肌肉；
 - 9.局部擦搓按摩乳，以透热为度。结束治疗。
- 八、预防：

本症应以预防为主。1.选择柔韧性好的运动员苗子(4)；2.早期开始专门化训练，8~10岁(1)(4)(5)；3.加强背、腹肌训练，以使椎间关节稳定(1)；4.加强胸椎、肩和髋的柔韧性训练，以减少腰部的过度负担(1)(4)；5.腰部背伸时，应避免被动的突然超常范围的用力(1)；6.全面训练，循序渐进，个别对待，对易发生骨骺损伤的部位不宜集中地采用长时间，大强度训练方法(5)。

小 结

椎体环状骨骺属牵拉骨骺，为椎体继发化骨中心，位于椎体上下缘。本症多发于青少年。病因为脊柱反复过伸，病理以局部缺血导致骨骺慢性损伤，增生肥大改变或髓核侵入骺板。症状为腰痛、酸、胀、僵硬不适，但无特异性，故诊断难度大。须以X片为依据。特别要与椎柱结核相鉴别。一般不影响训练。重者停训，桎架固定。可予按摩、理疗治疗。本症应以预防为主，如注意选择好柔韧性好的运动员苗子，

早期从事专门化训练，加强背、腹肌锻炼及增强胸、肩和髋的柔韧性训练等。

参考文献

- (1)曲绵城 林万利，运动员的椎体缘离断症 1972.年运动医学论文集110 北医三院运动医学研究所1973年
- (2)邱励慎 欧建华：竞技体操运动员的骨骺损伤 中国运动医学杂志 P7 2:2:1983
- (3)吴林生等：骨骺慢性损伤实验病理研究 中国运动医学杂志 P3 2:2:1983
- (4)王嘉美：椎体骨骺炎 中国医学百科全书运动医学分册 P66 第1版1983年
- (5)吴福同：青少年运动员的慢性创伤性骨骺损伤 (第四讲) 中国运动医学杂志 P48 4:3:1984
- (6)柴垣荣三郎：Schmorl软骨结节と椎体缘离断 Kantentabtrennungとの移行型と思次百X线象 整形外科14(12):1196, 1963
- (7)津田多加良，松本一成：Kantentabtrennung汇一Lz, 14(12):1047, 1963
- (8)土方贞久，わゆるKantentabtrennung Schmorl发生说查实证李百临床手术例，日整会志，38(4):470, 1964
- (9)神中正一：神中整形外科学 第9版460页，1956

头部帽状腱膜下血肿的中医治疗

江西省南昌船厂医务所(330008) 张忠仁

帽状腱膜下血肿是指由于外伤造成头部小血管破裂，纵而引起头部四周明显肿胀的一类创伤。其症候特点：皮下血肿明显，恰似帽子一样罩在头部，按压点波动感，海绵状。轻微的血肿一般可自行吸收。严重肿胀者，可引起血肿机化、后果严重。笔者於1989年4月份用中医疗法治愈一例，现报告如下。

患者男，17岁。在田间劳动时，不慎将头部跌伤。当时，头部无任何外伤痕迹，但头部四周肿胀明显，并伴创伤性发热，经在乡下医治无效而来余处诊治。

查体：神清合作，谈吐清晰，头部血肿明显，其肿势高于头皮2cm左右，其散在瘀斑延至两耳轮及眉眶四周、压痛(+) 大便数日未解、口干，舌质淡红，苔稍黄腻，脉洪有力。体温39℃，无恶心及呕吐，头部亦无破损。X线摄片，示：颅骨无骨折。诊断为头部帽状腱膜下血肿伴创伤性发热。

治法：①患者剃除毛发(以利于外用药物的渗透吸收)；②内服中药(以“大成汤”为主方，佐以生地、丹皮、赤芍等活血凉血之品)；③用内服中药渣

煎水、薰洗头部，每次半小时左右；④外敷祖传“活血消肿散”，隔日壹次；⑤加压包扎。

“活血消肿散”组方及用法：红花、桃仁、当归、川芎、血竭、栀子、川军、丹皮、元胡索、枳实、制乳没、然铜、骨碎补、广木香、陈皮、川乌、草乌等20余味药物。

将上药研末，贮藏于罐中。治疗时，用食醋、香油、蜂蜜调匀。贴时，酌加麝香、冰片等芳香开窍药。敷於头部，以绷带加压包扎。隔日换药壹次。用上法治疗伍次，患者瘀血完全消散，并且一直无发热而愈。无任何后遗症。

体会：

帽状腱膜下血肿属中医瘀血症范畴。余在治疗此例瘀血症患者中，采取内外兼治、综合治疗。内治以活血化瘀为主。但血离经脉、瘀积不散，壅而化热，故后以清热凉血之品、防止了病症的逆变。外治则采用了温熏、外敷、加压包扎等治疗手段，加强了活血散瘀作用，通过内外兼治、综合治疗，治疗时间较短，疗效较好，费用节省，且无副作用。