

3. 垫枕和练功疗法主要治疗适应症是屈曲型脊椎(胸·腰·椎·体)骨折。但临床上我们对附件骨折或未经X线认真分型的病例也采用本疗法, 同样安全和达到治疗目的。所以本组数百例均采用布垫枕背伸功能锻炼。其次本疗法还适用于治疗急性腰扭伤, 腰椎间盘突出症等腰部软组织损伤疾患, 均能收到满意效果。

4. 关于接受练功疗法后的伤者, 何时下地负重比较合适。我们认为一般是6~8周后。待骨折达到临床愈合标准后才下地负重。临床中我们发现有些病例经治疗4~5周过早下地负重,

结果受伤的椎体又重新压缩变扁。因此认为最好是10周下地负重为宜。

参 考 文 献

- (1) Shang T. Y. et al: Spinal fracture complicated with multiple fractures treated by integrated method of traditional Chinese and Western medicine, J of Traditional Chinese Medicine 1982; 105~109
- (3) 顾云五等. 中华骨科杂志, 1981:4
- (4) 佛山市中医院. 骨折与脱位的治疗. 1981年广东科技出版.

前斜角肌综合症

天津市河西骨科医院 (300200) 李文尧 李迎国

前斜角肌综合症临床上并非罕无, 1927年Adson氏早有报导, Ochner氏认为临床表现症状与颈椎综合症甚易混淆⁽¹⁾。Naffziger's称为颈肋综合症。陆裕朴氏认为没有颈肋也可有臂丛或血管受压症状, 但前斜角肌多数肥厚痉挛, 叫做前斜角肌综合症⁽²⁾。张世范氏将前斜角肌综合症概括在胸腔出口狭窄综合症的范畴内⁽³⁾。我们认为是颈部软组织病变产生血管神经症状。而后加重发展到颈椎解剖结构及骨性病变。作者自1980年至1990年通过对颈椎病治疗824例。发现前斜角肌综合症有60例, 对其发病机制与临床进行分析。

临床资料

本组女性42例, 男性18例; 年龄最小20岁, 最大63岁; 右侧36例, 左侧17例, 双侧7例, 职业以体力劳动者多, 有外伤史者40例。均具有前斜角肌痉挛肥厚, 尺神经支配区疼痛及麻木感, 与叹息样呼吸。前臂间歇跛行试验不超过一分钟。此外交感神经亢进或麻痹者15例。桡动脉搏动减弱33例。还并有其它的斜方肌或冈上、下肌, 或菱形肌疼痛及肌痉挛者35例。

X线所见: 1. 生理曲度异常, 颈椎不稳; 2. 颈3、4, 4、5, 5、6, 后关节半脱位, 椎间孔

不同程度变小, 横径变窄, 纵经变短; 3. 颈3、4, 颈4、5, 颈5、6钩椎关节增生, 间隙不等宽。4. 颈3、4, 颈4、5, 颈5、6椎体间隙变窄18例; 5. 项韧带, 前、后纵韧带钙化15例; 6. 第7颈椎横突肥大12例; 7. 第7颈肋9例; 8. 颈4、5椎体发育小者2例; 9. 颈椎隐性裂者2例;

治疗方法

主要采用卧位颈椎前屈、平伸、后伸牵引法。每种姿势牵引一周。每日两次, 每次30分钟。重量为6~7kg。并用甲基强的松龙40mg加0.5%奴佛卡因2ml封闭患侧前斜角肌。每周一次, 3次为一疗程。有交感神经症状者封闭颈中交感神经节。有臂丛神经支配区疼者, 作颈3、4、5神经根封闭效果最佳⁽⁴⁾此外, 配合止痛, 活血药, 控制病人颈、肩重力活动。纠正工作及睡眠的不良姿势。经此治疗无效的14例占(23%)给予手术治疗。切断前斜角肌及部分颈肋切除⁽⁵⁾。术中见前斜角肌较正常增粗, 最高达一倍以上。术后次日神经及血管症状即消失。病理所见为增生的肌纤维及细胞浸润。

讨 论

根型颈椎病出现尺神经症状者, 病变应在颈6、颈7与胸1。凡前斜角肌肥厚及痉挛牵拉

第一肋,使锁骨下动脉紧张并刺激臂丛下干及膈神经者,都能产生前斜角综合症。

1.发病机制:我们认为由颈部肌性劳损可发展到颈椎解剖结构改变形成根型颈椎病。本组由颈部软组织外伤、劳损、使前斜角肌痉挛、肥厚占100%,发生颈椎生理曲度改变,颈椎不稳定、生理曲度失常,出现颈椎3、4,颈4、5,颈5、6后关节半脱位,椎间孔横经,纵经变小占100%,神经根管出口狭窄,致使颈3、4、5神经根受压,所以肌性劳损可产生颈椎病症状与体征。由于颈3、4、5神经根前支配前斜角肌,因此颈椎病可产生前斜角肌痉挛,日久后使它肥厚变粗。刺激周围的臂丛神经下干膈神经及牵拉第一肋,使锁骨下动脉出现一系列症状。因此,颈椎病也可产生前斜角肌综合征症状及体征^[7]。

2.我院用前斜角肌封闭术及理疗,解除肌肉的疼痛便达到松弛。同时采用颈椎卧位牵引疗法,使颈椎生理曲度及颈3、4,颈4、5,颈5、6,椎间孔解剖复位,颈3、4、5、神经根不再受压,前斜角肌刺激解除,颈部活动恢复正常,症状消除。对前法治疗无效者14例,采用锁骨上横切口,术中解剖出膈神经,臂丛神经,见到粗大的前斜角肌,将该肌切断,立即回缩3~4

cm,可见其后下方的锁骨下动脉搏动恢复正常,解除了上牵第一肋的外力。待伤口愈合后,再作颈椎卧位牵引,消除了前斜角肌的阻力后,很容易使颈椎生理曲度、后关节的半脱位及椎体间隙变窄得到解剖复位,疗效完全满意。对单纯手术治疗,认为效果不满意。陈履平等最近报告优良率仅78%。我们认为仍需坚持一疗程的牵引治疗,才能达到颈椎的解剖复位,获得满意疗效。对随访达一年半以上的14例,未见复发。

参 考 文 献

- (2) 陆裕朴. 颈肋及前斜角肌综合症. 天津医药骨科附刊 1979; 4:146.
- (3) 张世范. 经腋路第一肋骨切除术治疗胸腔出口综合症. 天津医药骨科附刊, 1979; 4:150
- (4) 杨克勤等. 颈椎病. 人民出版社, 1982.
- (5) shiniche, et al: Localization of the level of symptomatic cervical disc degeneration J Bone Joint Surg: Vol. 63-B. No2. 1981.
- (6) Adson, AN: Jinter. coll, Surg, 1951; 16: 540
- (7) 杨克勤. 对颈椎病的一些认识. 中华骨科杂志 1982; (2)51

眼针与手法结合治疗髋髂关节错位

辽宁省沈阳市新新医院 (110141) 曲大纯

笔者运用眼针与手法治疗髋髂关节错位52例,疗效极好,现提出粗浅看法,与同道商榷。

临床资料

本组52例,男19例,女33例,年龄最大54岁,最小20岁;病程最长三年,最短半月;左侧34例,右侧18例;髋髂关节向前扭转错位20例,髋髂关节向后扭转错位32例。

治疗方法

1. 推拿:

(1) 对髋髂关节向前扭转错位的方法:

病人健侧卧位,健侧下肢伸直,患侧屈髋屈膝,医者站于前面,一手按住病人肩前部向右固定其躯体;另一手按住患侧臀部,向前推动至最大限度。然后两手同时对称用力斜扳。

(2) 对髋髂关节向后扭转错位的方法:患者侧卧位,患侧在上,术者立于患者背侧,左手推住患侧髂骨翼的后部,右手持握患者足踝部,将膝关节放于90°屈曲位。此时,术者左手向前推,右手持握足踝部向后徐徐牵拉至最大限度时,突然向后用力牵拉。在整复前后错