

理进行功能练习,酌情内服活血化瘀之剂,以促进肿胀尽快消退。本组有 1 例儿童肱骨髁上骨折夹板固定 8 小时发生前臂筋膜间隔区综合征,家长感情用事,坚决拒绝筋膜切开减压,以致患儿伤肢残废。为了预防受累肌肉永久性挛缩,恢复肌肉弹性,抢救伤肢功能,筋膜切开减压务必及时,宁可失之于早,不可失之于晚。

综上所述,夹板固定只要病例选择适当,器具规范,固定正确,观察仔细,处理及时,就能有效地预防发生筋膜间隔区综合征;即使一旦发生,也能早期诊断、早期治疗。

(收稿:1994—04—11)

100 例腰椎间盘突出症的 CT 表现与中医证型分析

北京中医药大学东直门医院(100700) 彭晓惠 李旋歌 吴玉改

现将我院 CT 诊断的 100 例腰椎间盘突出症结合中医证型分析如下。

临床资料

本组 100 例,男 60 例,女 40 例;年龄 23~60 岁;病程 1 周~15 年;病人均有腰痛、腿痛、下肢麻木,腰部活动受阻,直腿抬高试验阳性。

检查方法

用 Sytec400 高分辨力全身 CT 扫描机,患者取仰卧位,双下肢屈曲,臀部垫高 40°左右,尽量使腰椎曲度拉直、角度变小。如腰椎仍有角度,须将机架倾斜一定角度,使扫描 X 线光束能垂直通过椎间隙。每个椎间隙做 3 层,椎体做 1 层,先照侧位定位片。一般使用窗宽 250~300Hu,窗位 50Hu,扫描参数 120KV,40~160mAS,矩阵 512×512,扫描野 35cm,椎间盘层厚为 3mm,层距为 3mm,扫描范围从第 3 腰椎至第 1 骶椎。

中医证型与 CT 改变分析

腰椎间盘突出症在祖国医学中属腰腿痛连膝范畴,中医辨证分为四型:

1.气滞血瘀型:此证型的病人 32 例,有明显的外伤史,为气血瘀阻经脉,不通则痛,行走困难。CT 改变,中央型椎间盘突出 13 例,向后或偏左或右突出者 19 例,椎间孔变窄 5 例。纤维环膨出 5 例小关节增生错位 2 例。

2.风寒湿滞型:本组 40 例,均有明显的劳伤劳损病史,病程较长,为风寒湿邪痹阻经络,气血运行失调,肌肉筋膜失养,故腰腿疼痛,麻木不仁,活动受限。CT

表现为中央型突出 29 例,偏侧型突出 11 例,椎间孔变窄 3 例,髓核钙化 8 例,纤维环膨出 10 例,小关节增生错位失稳 7 例。

3.湿热痰滞型:本组病人 32 例,素有脾虚痰湿留滞,久之则化热,腰酸腿痛,下肢沉重。CT 所见为中央型椎间盘突出 8 例,偏侧型突出 12 例,椎间孔变窄 3 例,髓核钙化 5 例,纤维环膨出 6 例,小关节增生失稳 3 例。

4.肝肾亏虚型:本组病人 5 例,年龄偏大,50~60 岁之间,素有肝肾亏损,经脉失养,腰膝酸软,腰痛腿麻。CT 表现为中央型椎间盘突出 2 例,偏侧型突出 3 例,4 例合并椎间盘纤维环膨出,小关节增生失稳 3 例。

讨论

1.气滞血瘀型病人:椎间盘突出的类型以偏侧型突出为主。椎间盘突出的程度较重,一般为中度或重度突出。

2.风寒湿滞型病人:椎间盘突出的类型以中央型突出为主。常伴有纤维环膨出,小关节增生失稳及椎间孔狭窄,髓核钙化。

3.湿热痰滞型病人:椎间盘突出的类型均无明显差别。常伴有髓核钙化、纤维环膨出、椎间孔变窄,小关节增生、错位失稳。

4.肝肾亏虚型病人:突出的椎间盘块影 CT 值偏高或有钙化,绝大多数伴有纤维环膨出、小关节增生、错位失稳。

(收稿:1995-04-10)