

曲度的不同)的变化而改变。上下关节突亦由滑膜囊包围成为一个整体。在上下关节突结合处之外,主要特点是有骨性标志:乳突、副突、横突,其间神经丰富,每一支神经旁都伴有血管。各骨性标志的间距如表 1、2,与孙琳^[1]文中值相比夹脊穴距腰椎中线的距离大约分布在副突之外,横突之内;夹脊穴的针刺深度超过了棘突尖到椎间孔的距离。

从整个腰椎段来说,如表 2 所示,各骨性标志两侧之间距从上至下呈递增趋势,但 L₄、L₅ 两平面各数值相近,无明显增幅。棘突尖至椎间孔间距数值如表 1 所示,L₁~₄呈明显上升,L₅ 则锐减,是最低值。腰椎段肌肉分为深浅层。各椎骨间连接紧密,有多个韧带、血管。

腰椎段后方神经为脊神经后支,自椎间孔处由脊神经分出后,绕上关节突外侧向后行,至相邻横突间分为后内侧支和后外侧支。后内侧支分布在背深肌和脊柱,后外侧支进入竖棘肌,再由胸腰筋膜浅出斜向外下行。腰神经后内侧支出骨纤维管后斜行向内下方,经过 1~3 个椎骨,重叠分布于关节连线内侧的关节囊及多裂肌。腰椎间关节由腰神经后内侧支发出的关节支配。后内侧支在横突基部平面发出分支至椎间关节的关节囊。其主干继续下行发出分支至棘突旁的肌肉、韧带和皮肤,同时又发出细支至下一平面的椎间关节囊的内上部。这样,每个内侧支至少要供给同一平面和下一平面的两个椎间关节,同时每个椎间关节至少要接受两个腰神经后内侧支所发出的关节支。

3 讨论

夹脊穴治疗腰椎后关节疾病临床效果较好。那么夹脊穴

与腰椎后关节的空间结构关系如何呢?我们首先采用了孙琳^[1]的测量法,不是对 X 线片,而是对腰椎实体进行观测。结果发现孙氏所说的夹脊穴针刺深度超过了棘突尖与椎间孔间距,针刺水平距离大约在乳突与横突之间,说明应用 X 线片定位夹脊穴有局限性。

以骨性标志为基础,我们取得了较为可靠的基础资料(样本数较少),这有助于对夹脊穴疗效的理解;虽然在一个椎体平面各骨性标志的位置较为固定,但是在解剖中我们认识到在总体平面,随着腰椎的运动,各点之间的距离变化较大,所以在治疗时须注意体位问题;在实验中注意到,两侧上下关节突结合部之内是一个完整的嵌和骨骼结构,上有棘突覆盖,这提示除非在腰弓位、沿棘突下正中直刺会损伤黄韧带甚至脊髓,平卧位针刺不会有损伤脊髓的危险。斜刺较深时有可能刺到椎间孔损伤脊神经,或在其他较深部位直接刺伤脊神经主要分支。

在实验中,尤其是在着重解剖脊神经后内侧支以后,脊神经的后内侧支形成的神经小网络,加上后外侧支、前支包围脊柱内外形成的网络形式引人注目。是否可以认为腰椎甚至脊柱是以神经调节为中心的骨骼、肌肉、韧带等的功能单位。夹脊穴不是一个实体结构,它的作用即在于促进这个神经网络的调节能力。

参考文献

[1] 孙琳.腰夹脊的定位及针刺深度.上海针灸杂志,1994,13(1):31-32.

(收稿:2000 05 25 编辑:李为农)

•病例报告•

颈椎病致眼胀痛、牙痛、味觉减退 2 例

谢锦祺¹ 贺公德²

(1. 新邵县人民医院,湖南 新邵 422900; 2. 新邵县防疫站,湖南 新邵)

例 1,女,50 岁,理发师,因头晕、头痛、颈肩痛 2 年,伴眼胀痛、味觉减退、牙痛、牙齿紧压感、似咬住石头 2 月余,先后在县、市、省级医院多次专家就诊,口腔检查无异常,经洗牙长期抗炎止痛治疗无效,查体 C₃~₆椎旁压痛,叩顶试验阳性,颈椎 X 线片示 C₃~₇椎体骨质增生,生理曲度变直,脑血流图示脑供血不足,转颈试验阳性。脑 CT 无异常。按颈椎病治疗:颈椎牵引按摩,穴位注药,静滴蝮蛇抗栓酶等治疗 1 周,眼胀痛、牙痛消失,味觉恢复,头晕、头痛、颈肩痛症

状消失。

例 2,男,58 岁,教师,因头晕、头痛、颈肩痛 3 年,伴眼胀痛、牙痛、味觉减退,左侧肢体麻木乏力 1 月按脑梗塞治疗无效,经洗牙抗炎止痛治疗半月无好转。查体 C₃~₆椎旁压痛,叩顶试验阳性,左臂丛神经牵拉试验阴性,颈椎 X 片: C₃~₇椎体骨质增生, C_{3,4}、C_{4,5}椎间隙变窄,生理曲度变直。脑血流图示脑供血不足,转颈试验阳性,按颈椎病治疗(同例 1) 10 天,症状消失。

讨论

本文 2 例均有眼胀痛、牙痛、味觉减退、头晕、头痛、颈肩痛等症状,都是长期低头姿式工作职业,经多家医院口腔检查无异常,脑 CT 无异常,经洗牙抗炎止痛治疗无效,而按颈椎病治疗显效,且颈椎 X 片脑血流图支持颈椎病,因此眼胀痛、牙痛、味觉减退是颈椎所致,其发生机理是颈椎骨赘激压椎动脉,引起脑干缺血,三叉神经核因缺血引起神经功能障碍,其神经支配部位出现感觉异常,出现眼胀痛、牙痛、味觉减退。

(收稿:2000 11 03 编辑:李为农)