

临床研究

耳穴诊断颈椎病的临床研究 (附病例分析115例)

安徽省《耳廓诊断》研究协作组

宋一同 刘士佩 陈三立 杨先庆 朱长进 周启俊 王若葵 卢蕴芳 吴信忱

耳穴诊断颈椎病国内外尚无报道。1984起，我们通过115例取穴“颈椎区”的形态，色泽变化，与临床表现，X片检查进行综合分析，确诊97例为颈椎病。并对32例非颈椎病患者作为对照组，观察“颈椎区”的不同表现。对耳轮下1/3处，无颈椎病人光滑平整且无色泽改变。有颈椎退变、增生时，“颈椎区”出现高低不平的结节状、珠状、条索状隆起以及“点白边红”的色变。同时也均有不同程度的临床表现。从而推断耳穴“颈椎区”形态，色泽改变与颈椎病病理有密切联系。为耳穴视触诊提供一诊断依据。

临床资料

一、一般资料（本组均经耳穴观察确诊为颈椎病）：男48人，女49人。病程1/2以内~16年以上。年龄18~60岁以上。

神经根型65例（43.6%）颈型20例（13.4%），交感型23例（15.4%），椎动脉型36例（24.1%），脊髓型5例（3.4%），总计149例，其中有较多是混合型者。

二、比较资料：（1）耳诊反应与分型

反应类型	结节	条索状 (潮红)	点白边红	片状增薄	隆起
耳数	82	39	32	17	11
疾病分型	神经根型	椎动脉型	交感	颈型	脊髓
入数	65	36	23	20	5

（2）观察组与对照组比较

对照组	总数	阳性反应人数				5人	阴性率
		阳性反应人数	其中	结节 2人	片状隆起 2人		
	32	27			潮红 1人	84.1%	
观察组	总数	强阳性反应入数	阴性反应入数	可比人数	确诊人数	诊断符合率	
		97	18	27	97		
	115					84.3%	

三、诊断依据：本观察组依照颈椎病专题座谈会纪要（中华外科杂志1984；12：719和1985，1：55）的诊断标准而分为上述诸型。

四、耳穴“颈椎区”的观察方法：医者以拇、食二指托住患者耳廓耳穴“颈椎区”的外缘，食指顶住颈椎区的背面，松紧要适宜。在对耳轮下1/3处——“颈椎区”观察该区的形态、色泽改变，力求排除假象。并作记录。同时完成临床表现的病历和X线摄片检查。

五、耳诊结果：观察组115例双耳耳穴“颈椎区”变化中97例为阳性反应，结合X片和临床表现均确诊为颈椎病。18例中6例仅为轻度隆起变化，X片示增生。但临床颈椎病症状明显。另12例亦为颈椎病，但耳廓无明显变化。观察组中，双耳反应80例，单耳反应17例。其阳性结果分类已前述，诊断符合率达84.3%。

对照组32例均为40~60岁无颈椎病症状者，颈椎区27例阴性反应，其中有5例的结节等反应，但无压痛，虽在X片颈椎有增生或退变，但不能诊断为颈椎病。

讨论和研究

从115例病人耳穴观察，97例符合诊断。不难发现耳廓确是一个人体的缩影，体表与内脏相关，颈椎病以特有形式在相应耳廓部位发生真实的病理反应，揭示了颈椎病与耳廓部位变化的内在联系——颈椎病发生的病理生理与耳穴有密切的联系。通过这种重推导，为中医耳诊疾病提供了一个临床依据。进而，对颈椎病的诊断，增添了一个比较客观的有效辅助方法。

（一）颈椎区反应与临床表现、X线之间关系：本组中，97例均有不同程度的临床表现，“颈椎区”有不同形态、色泽的变化，同时X片也显示不同程度的异常。耳穴“颈椎区”病理反应和临床表现的出现是同步的。而另外18例中，部分病例有X线征变化，症状显著，而“颈椎区”变化却无显著异常，诊断符合率达84.3%。

（二）“颈椎区”反应的机制推论：颈椎病病因、病理繁多。由于耳穴“颈椎区”反应出“结节”、“条索”、“色变”等改变，这虽与颈

椎局部周围关系的改变有关,应考虑到神经、体液内分泌等调节的失衡。郑思竞认为:颈椎病化学性因素研究不可忽视一样。笔者以为,还应该重视颈椎病全身变化的研究。

中医学对此认识,将颈椎病归属于“痹证”、“眩暈”、“痉证”、“痿证”等证候中,认为与脾胃不足,筋骨失养,肝虚风动,血虚痰阻;气血失调、升降相悖等病机相关。耳廓出现结节、串珠与痰证相关;潮红和凤火相应,色白同湿、虚相符。如椎动脉型颈椎病中,辨证为“中虚痰泛”其反应为色变隆起。

因此,对颈椎病的现代医学实验研究同中医的推导,应进行结合。

(三)耳穴“颈椎区”反应的定位和定性,在本组病例的临床表现、X片和耳穴反应的定位基本上是一致的。在对耳轮的“颈椎区”中,我们由下而上七等分投影区。观察到临床表现和反应的节段是相符合,如颈椎病多发于中下段,而“颈椎区”也是在相应区域出现了阳性反应。因

而,耳穴“颈椎区”观察对本病有定位意义。

颈椎病的分型诊断,在颈椎区同样有不同形态色泽的改变。正如前所示,神经根型颈椎病以结节、压痛为多见。椎动脉型的潮红隆起或条索为主;交感型以点白边红及不规则红点(色变)明显;脊髓型以褐色质硬隆起显著。颈型以片状增厚为特征等等。混合型则几种反应同时出现。通过这些反应,作者观察到可以从不同变化,基本上推断疾病类型和性质。因而,形态、色泽改变对颈椎病也具有定性的参考价值。

(四)耳穴对颈椎病的鉴别诊断:正因为“颈椎区”反应,往往比较特异性反应看颈椎病的发生发展和预后。因此,对颈椎病的鉴别诊断提供了一个物理诊断依据。如本组病例中有8例,原出现类似血管神经性头痛的症状。经我们观察到“颈椎区”有异常反应点,再结合体征和X线征而确诊为颈椎病。同样4例诊断为内耳性眩暈,最后也由于“颈椎区”反应,帮助我们明确了诊断。

肘关节

是铰链状的关节,其活动度自180度——30度。构成肘关节的骨结

构由肱骨的滑车,与尺骨的鹰咀窝互成关节,肱骨小头与桡骨的杯状窝互成关节,尺骨上端与桡骨上端互成关节,形成肱尺、肱桡、上尺桡关节。术者近10年来,在临床上发现罕见的肱尺关节《骨错缝》。现报道如下:

一、临床资料:肱尺关节《骨错缝》12例,年龄最大的8岁,最小的5岁,其中男性8例、女性4例。

二、临床表现与诊断:

(1)均有上肢处于外展过伸拉,跌倒时手掌着地的典型外伤史。

(2)常用健手托住伤侧前臂,肘部疼痛剧烈,肿胀不明显。

(3)肘关节弹性固定于140度半伸半屈位。

(4)X光片检查:肱尺关节间隙变宽。

三、手法治疗:可不用麻醉,进行手法整复,先用手握住患肘,拇指抵住肱骨下端向后推按,其余四指抵住鹰咀向前端提,另一手握住同侧腕部,在牵引的同时慢慢将肘关节屈曲,可立即感到或听到滑入声,同时疼痛立即消失。

复位后肘关节取屈曲90度位置,用肘“8”形绷带包扎,前臂悬吊于胸前。固定1—2周。固定期间,除限制肘部的屈伸活动外,其他活动不

必限制。去除固定后逐步练习肘关节屈伸活动。

四、典型病例:

黄涛 男 8岁 武汉市仁寿路小学学生,患孩于84年6月22日,因在学校玩耍不慎跌倒左上肢外展过伸位手掌着地,立即感肘部疼痛,活动受限,肿胀不明显。经某医院拍片未发现肘关节异常,诊断为桡骨小头半脱位,手法整复后,肘部仍疼痛活动受限。两天后来我院就诊,见患孩右手托住伤前臂,肘关节弹性固定于140度半伸半屈位,肘部肿胀不明显,经我院拍片左肱尺关节间隙变宽。我仍用上手法治疗后,经拍片复查证实复位。

五、讨论:

(1)肱尺关节《骨错缝》应与桡骨小头半脱位相鉴别,后者前臂旋前位,前臂不敢旋后,X光片上常不能显示病变,而前者肱尺关节间隙增宽。

(2)肱尺关节《骨错缝》在临床上罕见,放射科一般不认为有异常。但临床上确实有症状,从解剖角度上讲,是否是肘关节前侧关节囊嵌夹,造成肱尺关节间隙增宽,而不能回复原位。

(3)祖国医学的“骨错缝、筋出槽”就是骨节之间,由于损伤使正常解剖结构发生微小错缝,本病大概属于这个范畴。

(4)本病在临床上罕见,常常被忽视,也有可能被误为桡骨小头半脱位进行治疗。

肱尺关节《骨错缝》的手法治疗

武汉市硚口区硚口医院 张稳银