

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