

临床论著

支撑式可活动颈托治疗颈椎病

南京中医学院(210029) 黄桂成 诸方受 赵毅*

1989年10月至1990年6月,临床应用自制“支撑式可活动颈托”(以下简称“可动颈托”)。治疗非脊髓型颈椎病116例,近期治疗效果满意,证明该器具有一定的先进性、多用性和实用性。现报告如下。

构造原理与使用方法

“可动颈托”(图)有固定支撑和调节活动两大部分构成。固定支撑部分包括下颌托、枕托、胸垫、背垫、固定座、导向杆、弹簧、固定轴和连结搭扣等。调节活动部分有螺旋副、弹簧和固定轴等。其中螺旋副为主要调节装置,固定轴、弹簧为主要活动装置。如图那样,将下颌托与胸垫、枕托与背垫分别通过上、下固定座、固定轴、导向杆和弹簧进行连结,组成一个弹力支柱的前托和二个弹力支柱的后托。其中各固定座一端带有螺旋副、下颌托、枕托、胸垫、背垫配有相应连结搭扣,固定轴与固定座仅有一个约束。这就构成“可动颈托”。

将前托和后托分别置于颈前上胸部和颈后上背部,连结下颌托与枕托、胸垫与背垫相应部位的搭扣,并收紧肩部连结搭扣,使“可动颈托”位置上升,即有稳定颈椎或轻度支撑颈椎作用。再调节螺母,使弹簧加压,即起到弹性支撑颈椎作用。由于固定座与固定轴仅有一个约束,弹簧受力后可压缩,因而头颈仍有一定范围的活动。根据实验测试,“可动颈托”采用的弹簧,其弹性支撑力为0~5kg,弹簧每压缩2mm约有1kg支撑力。弹簧为撑力。弹簧为无级压力调节,在5kg范围内可任意调节。佩戴“可动颈托”后,头颈的最大活动范围是,前屈30度、后

伸10度、左右侧屈各15度、左右旋转各40度。

治疗方法

使用“可动颈托”治疗颈椎病,根据不同情况,采用如下方法:

1.凡诊断为颈椎病者,均佩戴使用“可动颈托”支撑颈椎。支撑力调节到3~5kg(弹簧压缩6—10mm)。一次支撑佩戴0.5~1小时,每间隔10分钟作一次头颈屈伸、旋转活动。每日支撑佩戴1—2次。

2.颈椎病急性发作者,在急性期内,除卧床休息外,其它时间均须佩戴。急性期过后及慢性患者,在做颈部容易劳累的工作或劳动时,如伏案工作,织毛衣,看电视等亦须佩戴。以上佩戴时,均应调节有轻度支撑力(0.5—1kg)。

3.除颈椎病急性发作,症状严重者外,应佩戴“可动颈托”,在2kg左右轻重量支撑力下,作头颈前屈后伸、左右侧屈和左右旋转活动。活动要求节奏缓慢。每次活动5—10分钟。每日2—3次。

临床资料

1.一般资料:佩戴“可动颈托”治疗非脊髓型颈椎病共116例。其中男性48例,女性68例。年龄最小33岁,最大78岁。40岁以上发病者占89.65%。病程最短3天,最长20年,平均2.4年。半年以上者占77.59%。类型:颈型30例,神经根型66例,椎动脉型12例,混合型8例。

疗程最短7天,最长75天,平均20天。

2.诊断标准:按照1984年全国颈椎病专题座谈会提出的颈椎病诊断标准⁽¹⁾。

* 南京中医学院附属医院

3.疗效标准：非脊髓型颈椎病疗效标准如下：优：自觉症状完全消失；良：自觉症状减轻60%以上；好转：自觉症状减轻在60%以下；无效：自觉症状无减轻，与治疗前相同。

4.近期疗效：本组治疗116例，近期疗效见表1。优良率占89.66%，有效率99.14%。

表1 116例颈椎病近期疗效

分型	疗效				合计
	优	良	好转	无效	
颈型	20	9	1		30
神经根型	29	30	6	1	66
椎动脉型	5	4	3		12
混合型*	3	4	1		8
合计	57 (49.14%)	47 (40.52%)	11 (9.48%)	1 (0.86%)	116

* 为神经根型、椎动脉、交感神经型三者两种以上类型的混合。

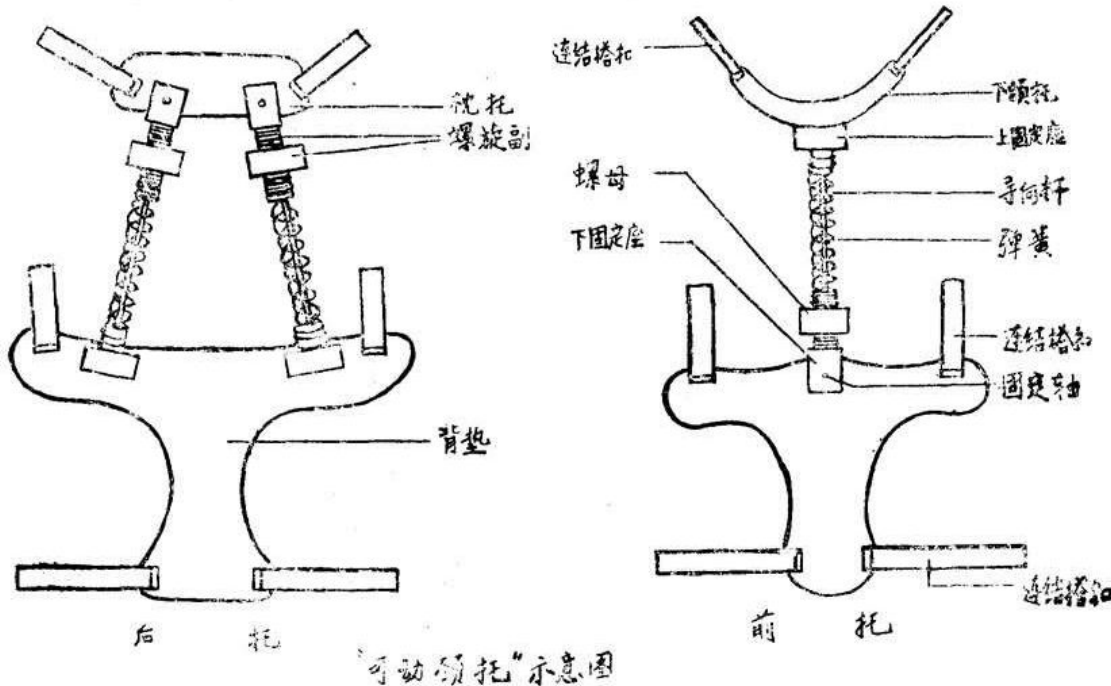
5.典型病例：沈某，女，54岁，退休工人。自觉颈右肩疼痛逐渐加重，并向右上臂外侧前臂桡侧至拇、食、中指串痛麻木，就诊前4天

夜间因疼痛仅能入睡4小时左右，病史一月余，无颈部外伤史。它院治疗无效，于1990年4月14日来门诊。检查：左侧颈肩广泛压痛，颈活动明显受限，双手握力正常，右肱二、三头肌腱反射稍亢进，前臂外侧及拇、食、中指感觉稍过敏。臂丛神经牵拉试验阳性，椎间孔压缩试验阳性。X线正、侧、斜位片所见：颈椎3、4失稳，颈椎向前凸出成角，颈5、6椎间隙狭窄，颈椎3、4、5前下缘和颈4、5、6椎后小关节增生。临床诊断：颈椎病(神经根型)。使用“可动颈托”治疗，5天后自觉症状改善50%以上，夜间不影响睡眠，11天后自觉症状全部消失。摄颈椎正、侧、斜位X线片与前片比较，颈椎3、4间失稳和向前成角消失，颈椎生理弧度正常，颈椎诸椎间隙有不同程度增宽。近期治疗效果为优。

讨论

“可动颈托”治疗机理探讨

笔者对20名患者在佩戴使用“可动颈托”治疗前，头颈中立位和佩戴“可动颈托”，支撑力为4kg，10分钟时，分别给摄颈椎X线侧



“可动颈托”示意图

位片,将两片进行比较,其结果见表2。

表2 支撑前与支撑中X线所见比较

摄片时间	X 线 片 所 见	
	生 理 曲 线	相 邻 两 椎 间 隙 平 均 值 (mm)
支撑前	生理弧度减小、变直、或反弓、成角	5.60
支撑中	生理弧度不同程度变直	6.63*

* 与牵引前比较 $P < 0.01$

笔者还对61例患者治疗前与治疗后的X线片进行分析比较,结果发现治疗前颈椎生理弧度改变(变直、反弓、成角等)、椎间隙变窄、颈椎失稳等现象,在治疗后获得不同程度的改善。其中颈椎生理弧度改变58例,改善52例,椎间隙变窄60例,改善58例,颈椎失稳59例,改善52例。

根据以上观察和疗效结果等综合分析,“可动颈托”治疗颈椎病的作用及机制如下:

1.支撑颈椎:通过3—5kg重量对颈椎的支撑:(1)增大椎间隙和椎间孔,伸张已扭曲的椎动脉,改善颈脊神经根、椎动脉等与钩椎关节、椎体后小关节等增生组织的关系,缓和颈脊神经根、椎动脉、交感神经等所受的刺激和压迫,松解神经根与周围组织的粘连;(2)解除颈部肌肉痉挛;(3)缓冲颈椎盘向周围的外突力。

2.固托头颈:支撑头颅重量,具有固托头颈作用。减轻了颈椎负荷。

3.锻炼颈肌:治疗颈椎病,强调颈肌锻炼,即增强颈椎外平衡。

4.调整颈椎机械性紊乱。恢复颈椎正常生理弧度。

小针刀剥离术治疗骶髂筋膜脂肪疝

福建省南平市32284部队卫生队(353001) 郑光亮

我队自1987年元月至1990年5月,采用小针刀剥离术,治疗骶髂纤维脂肪疝25例,收到良好效果。现总结报道如下。

临床资料:男性14例,女性11例;最大年龄59岁,最小年龄26岁,平均年龄42.5岁;病程最长2年,最短2个月,平均1年零1个月;有明显损伤史19例,6例记忆不清。

治疗方法:1.选择进针点:选择病灶结节处或条索状物为中心点,用3%龙胆紫作标志,常规消毒皮肤,铺巾。2.方法:通常用指切法进针,在结节周围与臀大肌纤维走行方向成垂直,先作骶髂筋膜部分切断,然后直达髂骨面,在骨面上、肌层分别进行疏通剥离。横拨、纵拨各3—4次。留针1—2分钟。用醋酸确炎舒松-A 2ml加布比卡因5ml,经12层消毒纱布滤过20—30ml空气,向病灶的6个不同方向注入药水和空气。注意不要误入血管,伤口不需缝合,酒精纱布包扎即可。

结果:一次性治愈8例,二次性治愈15例,三次性以上治愈2例。

体会:1.小针刀主要是剥离粘连,松解肌肉,切断部分臀筋膜,减轻挤压和嵌顿的脂肪疝,从而达到疏通阻滞、疏通气血,促进病情好转。2.醋酸确炎舒松-A混悬剂局封,主要抑制结缔组织的增生,降低毛细血管壁细胞膜的通透性,又能抑制组织胺及其它毒性物质的形成与释放,防止及减轻组织粘连。3.空气注射到组织内,由于占位、推移而使组织松弛,解除痉挛而止痛。空气在组织内吸收较液体慢,一般5—7天才能吸收完,空气在组织内有同于针刺的作用一样,使脑组织内 β -内啡肽的分泌量及促肾上腺皮质激素的分泌量增加而达止痛作用。4.此法简单方便,见效快,不受条件限制(没有小针刀可用9号针头代替,把针尖稍磨平即可)。

(注:小针刀全体长10cm,针柄长2cm,针身長7cm,针柄为一扁平葫芦形,针身为圆柱形,直径1mm,针头为楔形,末端扁平带刃,末端刀口线为0.8mm,刀口为齐平口和斜口两种,刀口线和刀柄在同一平面内。)