

第四步, 重复第一手法。共 15 分钟。

治疗结果

评价标准: 优: 症状体征完全消失, X 线见颈椎生理曲线恢复正常; 良: 症状基本消失, 体征无明显阳性表现, X 线见颈椎生理曲线基本恢复正常; 可: 症状大部减轻, 可有或无明显体征, X 线见颈椎生理曲线略有恢复或无改变; 差: 症状、体征及 X 线表现同治疗前, 或略有好转。

结果: 优: 58 例, 良: 43 例, 可: 9 例, 差: 2 例。优良率达 90.2%。随访: 第 1 年复发 2 例, 第 2 年复发 8 例, 第 3 年复发 14 例, 三年总复发率为 21.4%。

讨论

1. 关于病因与病机: 本组患者发病年龄较低, 其颈椎的退行性改变轻微或未出现, 临床表现已形成颈椎病, 这与促成颈椎病变的外在因素有关。(1) 急性颈部损伤: 本组中有明确颈部外伤史者 40 例, 占 35.7%。如玩耍、体育锻炼、刹车时的颈部损伤。这些损伤使颈、肩背部软组织肌纤维、筋膜或韧带等受损, 血液或组织液外溢并积聚于组织间隙而出现局部肿胀, 如未及时治疗, 渗出的血液或组织液机化粘连, 使肌肉、肌腱、韧带纤维变性和缺血性挛缩, 出现颈部活动受限和僵硬。(2) 慢性颈部劳损: 本组有 57 例, 占 50.9%。由于长期从事低头扶案工作或屈颈持续体力劳动, 颈、肩背部软组织牵掣性累积劳损, 使原组织的张力和弹性丧失, 减弱了对颈椎的支撑和保护作用。(3) 颈、肩背部风湿性肌筋膜炎, 长期失治, 渗出物机化粘连, 加之组织挛缩, 使部分肌肉丧失收缩功能, 从而使颈椎受力不平衡而失稳。本组中有 13 例, 占 11.6%。(4) 颈部感染: 其发病机制被认为是炎症沿淋巴管扩散到颈部深层软组织及关节囊, 产生渗出液, 导致充血、脱钙及附近韧带松弛, 使颈椎稳定性受到破坏。本组 1 例, 瘢痕深达右斜方肌, 为化脓性感染所致, 外观颈部无畸形, 但向健侧活动受限。(5) 先天畸形: 本组 1 例 C₂~₃椎体及小关节融合, 从力学观点看加长了 C₃ 以上的力臂, 使 C₃~₄

间的力矩增大, 易致该处间盘韧带劳损和退变, 最后形成颈椎病。

颈椎的机械功能是持重和运动, 要完成此功能, 必须具有正常的解剖结构, 以及这些结构保持力的动态平衡。由于以上致病因素使颈部解剖结构发生改变, 当机体失去代偿机能时, 颈部受力不平衡。间盘长期受到固定方位的不平衡力的作用, 导致偏侧性磨损, 进而萎缩、退变或纤维环撕裂, 髓核脱出, 椎间隙狭窄, 关节突关节囊松弛, 两椎体间关节不稳或移位, 椎间孔变窄或横突孔的相互位置发生变异, 刺激椎间孔及横突孔周围软组织产生炎症反应而出现渗血、水肿、细胞浸润及粘连等。这就形成对神经根和椎间孔的刺激和压迫, 它同时也可刺激交感神经而反射性地引起椎动脉痉挛和其它一系列症状。这与 40 岁以后的以退行性改变为主因的颈椎病有所不同, 其 X 线表现支持这一观点。

2. 关于诊断方面的几个问题: (1) 本组病例中, 椎动脉型比例较高 (占 49.1%)。而中老年型中, 则以神经根型比例较高^[3]。(2) 本组患者的 X 线表现中, 发现骨质增生性改变者, 只有 25%, 且程度较轻, 但颈椎曲线的改变则为 100%。这是因为早期轻微的骨质改变难以在 X 光片上显示, 而骨化前的软组织改变所引起的症状可较骨关节改变更为重要。

从以上探讨中可看出, 40 岁以下的青年患者与 40 岁以上的中老年患者, 在病因、病机、临床表现等方面有所不同, 有必要将其单独列为一型。

参考文献

1. 杨克勤. 矫形外科学. 第 1 版, 上海: 上海科学技术出版社, 1987: 596
2. 孙 宇, 陈琪福. 第二届颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志, 1993; 31 (8): 472
3. 倪朝民, 刘成英. 颈椎病 290 例临床分析. 颈腰痛杂志, 1997; 18 (4): 236

(收稿: 1995-05-06 修回: 1998-01-21)

双向定点扳法治疗脊柱小关节错位

江苏省无锡市北塘医院 (214043)

赵利云 鲁湘苏

脊柱小关节错位在临床上较多见, 笔者采用双向定点扳法治疗 58 例, 疗效满意, 报告如下。

临床资料

本组 58 例中男 31 例, 女 27 例; 年龄 10~57 岁, 病程: 最长 12 月, 最短半小时。发病部位: 颈椎小关节错位 15 例, 胸椎 20 例, 腰椎 23 例。临床特点: 表

现为脊柱强直，局部肌肉痉挛、压痛、活动受限，棘突有不同程度偏歪。X 线片示：可有生理弧度变直，脊柱侧弯，骨质增生等。

治疗方法

1. 颈椎小关节错位：以棘突向左侧偏歪为例。患者取坐位，医者立于其后，右拇指推顶偏歪棘突，左手向左侧扳下颌，当扳至最大限度时，再适当用力向左侧旋转，可感到指下有跳动感。然后以医者左拇指推顶偏歪棘突之下位棘突，右手向右侧扳患者下颌。

2. 胸椎小关节错位：以棘突向右侧偏歪为例。患者取俯卧位。医者立于其右侧，右手掌根推顶偏歪棘突，左手向右上扳其左肩，同时用力。然后立于其左侧，医者右手掌根推顶偏歪棘突之下位棘突，左手向左上扳患者右肩。

3. 腰椎小关节错位：以棘突向右侧偏歪为例。患者取左侧侧卧位，左腿伸直，右腿在上面屈曲。医者面对患者，两肘分别按患者肩前及臀部，右拇指推顶偏歪棘突，同时两肘作反方向缓慢用力扳动，当扳到最大限度，再用力旋一下。然后患者取右侧侧卧位，右下肢伸直，左下肢在上面屈曲，医者左拇指推顶偏歪棘突之下位棘突，两肘放于患者肩前及臀部用反方向力旋转扳动腰椎。

治疗结果

疗效标准：痊愈：错位复位，症状消失；显效：错位复位，症状明显好转；无效：错位不能复位，症状略有减轻。

结果：痊愈 54 例（其中 1 次手法成功 46 例，2 次手法 6 例，5 次手法 2 例），显效 3 例，无效 1 例。

讨论

1. 脊柱小关节错位，病人主诉常有外伤史或长时间单一姿势史，查体时脊柱可有棘突偏歪或棘突间隙变窄、棘突旁肌肉痉挛、压痛。因本病属解剖结构的细微变化，目前尚无法借助 X 线片及其他诊查手段作出明确诊断，我们主要通过病史和临床表现来进行诊治。

2. 本病机理：一方面脊柱间盘退变及脊柱内外韧带、肌肉劳损，可使脊柱稳定性相对减弱，轻微外伤或长时间单一姿势可使脊柱小关节错位。另一方面，急剧扭转或挫伤时，使脊柱强烈扭转而使小关节错位。

3. 双向定点扳法，一方面作用力直接作用到患椎上，另一方面脊柱旋转力间接作用于椎体，两力同时作用可使小关节错位复位。此法用力轻巧，而不同于传统手法，且可根据手下跳动感，判断复位是否成功。

4. 整复后的固定相当重要。一般而言，超过二个月的脊柱小关节错位整复后易复发，因此，术后可根据病程长短给予适当的固定和休息。

(收稿：1997-09-21)

垫枕法治疗单纯性胸腰椎骨折

浙江省安吉县第三人民医院 (313301)

吴向武 潘宏武 夏永法

本院自 1988 年开始采用垫枕法治疗单纯性胸腰椎压缩性骨折，并取得了满意的结果，现就资料比较完整的 92 例病例报告如下。

临床资料

本组 92 例中男 75 例，女 17 例；年龄 23~65 岁，平均 37.5 岁。均为胸腰椎单纯性压缩性骨折，其中 T₁₂ 骨折 33 例，L₁ 骨折 41 例，L₂ 骨折 18 例。受伤时间 1~5 天。

治疗方法

患者卧硬板床，取仰卧位，骨折处垫软枕，并逐渐增高，使脊柱过伸，同时指导患者用头部、双肘及双足跟撑在床上，使背部尽力腾空后伸。这样既能使骨折得到复位，又能使腰背肌得到恢复。

治疗结果

1. 疗效标准 有效：压缩骨折复位大于 70%，脊柱生理曲度恢复正常。显效：压缩骨折复位达到 30% 以上，脊柱生理曲度正常。无效：压缩骨折未恢复，脊柱生理曲度未改变。

2. 治疗结果 92 例中有效 53 例，显效 37 例，无效 2 例，有效率达 98%。

讨论

1. 《医宗金鉴·正骨心法要旨》介绍攀索叠砖法后说：“但宜仰睡，不可俯卧侧眠，腰下以枕垫之，勿令左右移动”。我们根据这一原则指导患者仰卧硬板床，骨折部置软枕，垫枕可逐渐加高，使脊柱过伸。同时指导病人主动功能锻炼。这方法主要适用于屈曲型单纯性胸腰椎压缩骨折。