

thop. 1981, 157: 191

2. 陆裕朴, 王全平, 侯树勋, 等. 腰椎管狭窄合并或不合并椎间盘突出症的手术治疗. 中华骨科杂志, 1988, 8 (3): 162
3. 陆裕朴, 石凯军, 黄耀添, 等. 腰椎间盘突出症的手术治疗. 中华骨科杂志, 1981, 1 (2): 77
4. 邵林, 潘海涛, 王耶, 等. 腰椎间盘突出并发神经根管狭窄症的诊断与手术治疗. 中国脊柱脊髓杂志, 1994, 4 (4): 150

5. 吴振东, 王海义, 王欢, 等. 腰椎间盘突出症再手术原因探讨. 中华骨科杂志, 1994, 14 (1): 32
6. 林勇, 万年宇, 宋展昭, 等. 小切口选择性减压治疗腰椎间盘突出症合并侧隐窝狭窄. 中国脊柱脊髓杂志, 1996, 6 (5): 215

(收稿: 1997-01-30 修回: 1997-10-20)

中西医结合治疗颈椎间盘突出症 80 例

彭其林

中国中医研究院骨伤科研究所 (北京 100700)

作者自 1983 年~1994 年底, 采用中西医结合的非手术疗法诊治颈椎间盘突出症 80 例, 取得较满意的效果。现报告如下。

临床资料

本组 80 例中男 57 例, 女 23 例; 年龄 25~65 岁; 有外伤史 36 例, 原因不明 44 例; 急性发病 21 例, 慢性发病 59 例。

临床症状: 患者病发初起时均有颈肩背部的轻度疼痛, 上肢手指麻木串痛, 继而出现颈肩背部疼痛加重, 甚至出现难以忍受样剧痛, 手指发胀, 握力减弱。有 25 例出现双下肢足趾麻木、行走无力, 其中有 6 例出现程度不同的双下肢发沉, 行走时似踩棉花样感, 但无跛行及躯干胸腹的束带感, 二便正常。

体征: 患者均有程度不同的头颈椎功能活动受限。肩胛背部的冈上肌、三角肌、手部骨间肌萎缩 17 例、肱二、三头肌腱反射亢进或减弱 36 例, 霍夫曼氏征阳性 35 例, 膝腱反射亢进并巴彬斯奇氏征阳性 8 例。

X 线片检查显示: 颈椎生理曲度消失变直, 或反张后凸畸形, 颈椎后缘骨质增生, 椎间隙变窄, 椎间孔变形变窄或伴有椎管狭窄。本组病例均作 CT 或 MRI 检查, 确诊颈椎间盘突出, 其中单节段突出 18 例, 两个节段突出 47 例, 三个节段以上 15 例。突出位置: C₃₋₄ 共 18 例, C₄₋₅、C₅₋₆ 共 47 例, C₁₋₂、C₅₋₆、C₆₋₇ 共 15 例。

治疗方法

1. 手法治疗: (1) 颈肩背部的软组织放松手法; (2) 冯氏坐姿颈椎定点旋转复位法; (3) 仰卧位拔伸牵引旋转复位法; (4) 坐姿端提法; (5) 肢体牵抖法; (6) 穴位点压、点揉、弹拨、分筋、理筋、拿、捏法。
2. 封闭治疗: 根据病情酌情颈椎痛点、椎板的封闭治疗。

3. 中西药内服治疗: 炎痛喜康、芬必得、地塞米松、当归杜仲汤、桃红四物汤、舒筋汤、芍药甘草汤等加减辨证施治。
4. 低枕睡觉, 治疗期间不做功能锻炼。

治疗结果

疗效标准: 优: 症状、体征消失, 颈椎功能活动正常, 恢复原工作; 良: 症状、体征消除, 功能正常, 但病理反射仍为阳性; 差: 症状、体征部分消失, 病理反射阳性; 无效: 症状、体征与治疗前没有改变。

治疗结果: 优 18 例, 占 22.5%; 良: 45 例, 占 56.25%; 差: 9 例, 占 11.25%; 无效: 8 例, 占 10%。

本组病例跟踪随访 50 例。近期疗效 6 个月~1 年随访的 30 例: 优 18 例, 良 10 例, 差 2 例; 远期疗效 1~5 年随访的 20 例: 优 7 例, 良 10 例, 差 3 例。本组患者治疗时间最长达半年余, 最短一个半月。

讨论

1. 颈椎间盘突出症为骨伤科常见病之一, 大多归属于颈椎病。较轻的突出一般不引起症状, 往往在出现颈椎病某一个类型的症状时, 就医检查而被发现, 或与颈椎病同时发病, 故容易与颈椎病相混淆。1992 年全国第二次颈椎病座谈会时, 将颈椎间盘突出列为单独的一种病症, 故在诊断时应与颈椎病加以区别。

2. 颈椎间盘突出有单节段发病, 也有双节段或多节段发病; 颈椎间盘突出有轻度的膨出, 也有较大块的突出; 突出轻的对相应节段的脊髓压迫不甚明显, 相反则可对相应节段的脊髓构成明显的压迫; 而临床症状、体征则不尽相同, 有的可没有明显的截瘫症状及病理反射。

3. 颈椎间盘突出的病人在做 MRI 检查时, 可以同时发现有颈段脊髓空洞、或小脑扁桃体疝等病症。故临床在运用手法治疗时应加以注意, 作者主张对此类病

例应切忌手法治疗。

4. 颈椎间盘突出的病人在做 X 线片检查时, 可以发现患者原已患有环枕、环枢或 C_{1,2,3} 的椎体融合畸形, 个别病例也可以患有先天性颈椎管狭窄或后天骨质增生致椎管狭窄, 对伴有大块椎间盘突出, 或外伤所致颈椎关节突关节跳跃、椎体向前滑移, 此时在运用手法治疗时, 亦应注意, 切忌鲁莽从事。

5. 颈椎间盘突出症的治疗, 应视具体病情辨证施治。对没有明显运动、感觉障碍, 没有大小便失禁的, 采用中西医结合的非手术疗法, 确实为一行之有效的疗法。值得一提的则是在施展手法治疗时, 切忌使用暴力, 手法要求轻、巧、恰到好处。必要时配合颈椎悬吊牵引或手术治疗。

(收稿: 1996-03-21)

手部腱鞘囊肿 459 例手术治疗分析

邱永敏 顾兴初

上海市浦东新区人民医院 (201200)

作者通过对 1985 年 9 月~1995 年 8 月十年间 459 例手腕部腱鞘囊肿的手术处理情况作如下分析。

临床资料

本组 459 例中男 149 例, 女 310 例; 年龄 5~86 岁。发生部位: 腕背部 292 例, 腕掌部 79 例, 手背部 43 例, 手掌 20 例, 手指 25 例; 左侧 211 例, 右 248 例。

治疗方法及结果

本组腱鞘囊肿均在门诊作手术切除。在局麻下进行, 14 天后拆线, 伤口均 I/甲愈合。对其中 369 例进行了随访 6 月~9 年。复发为 28 例, 复发率为 7.9%, 其中腕掌侧 12 例, 手指、腕关节均无功能影响。

讨论

手、腕部腱鞘囊肿任何年龄都可以发生, 但多见于中青年。从本组资料看, 21~30 岁、31~40 岁年龄段分别为 29.41% 和 24.40%, 明显多于其他年龄段 ($P < 0.001$)。女性患者 (67.54%) 明显多于男性患者 (32.46%)。本组腱鞘囊肿发生率中与侧别无明显差异。手腕部有二个部位多见。最常见于腕背, 起自腕舟骨及月骨关节的背侧, 位于伸拇长肌腱及伸指总肌腱之间, 占 292 例, 明显多于其它各部位。其次多见于腕掌面偏桡侧, 在桡侧屈腕肌腱与外展拇长肌腱之间, 常与桡动脉紧密相邻, 占 79 例。背面与掌面的发病率有学者报导为 5:1^[1], 而本文的比率为 3.37:1。

治疗手部腱鞘囊肿的方法很多, 但治疗都难以彻底, 均有复发的可能。长在背部的腱鞘囊肿, 大部分质地较柔, 则可先行手压法, 但复发率较高。但由于方法简单方便, 可先试此法。有学者报导用针刺疗法, 总有效率为 94.74%, 复发率为 17.64%^[2]。也有局麻后用粗针作多处穿刺囊肿, 然后加压按摩; 或将胶冻抽去后注入类固醇药, 这些方法治疗后复发机会较多。所以比较可靠的方法是手术作囊肿摘除术。手术的关键是将囊肿蒂连同其基底部的病变组织以及周围正常的腱鞘及韧带部分切除。如此操作, 可减少复发机会。但由于长在腕掌面桡侧的腱鞘囊肿常与桡动脉紧密相邻, 或在其中穿过, 不易作彻底切除, 在此处的术后复发率就更高。本文总的复发率为 7.9%, 而此处随访的 60 例中就有 12 例复发, 复发率为 20%。所以, 作此处的腱鞘囊肿摘除术时, 宜在止血带下进行, 便于作彻底切除, 减少复发率。

参考文献

1. 郭巨灵. 临床骨科学 (骨病). 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1990. 8
2. 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等主编. 实用骨科学. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社, 1991. 128

(收稿: 1998-01-15)

《苏氏推拿与临床》征稿启事

《苏氏推拿与临床》由海城正骨医院院长苏继承等编写, 人民卫生出版社出版发行。每册定价 29.00 元, (购十册以上者每册 22.00 元)。欲购者汇款至: 辽宁省海城市正骨医院刘明武教授收, 邮编: 114200。联系电话: (0412) 3288324 转中医专家诊室。