

络药物,或配合手法按摩,以防止粘连和肌肉萎缩,指导病人做有利于功能恢复的练功活动,达到筋骨同步治疗的目的。

讲求医患配合

调动病人的主观能动性,最大限度的配合治疗,是吴老治疗骨折的又一特色,其要点将治疗目的和程序向病人讲清楚,让病人明白配合的重要性和具体作法,使病人主动配合,正如夏氏所讲“十斤硬拔不如一两伸”,即在骨折牵引时病人不紧张,主动放松配合牵引,复位就变得容易了。在骨折复位后固定物的位置,松紧更要求病人详细了解,注意避免引起移位的不利因素,及时复诊调整夹板的松紧及观察有无固定物的移位。在后期练习功能活动时,更要给予详尽的不厌其烦的指导。成人因顾虑骨折再移位而练功多不够,儿童则由于控制不了自己而过早活动,均需给予高度重视。

强调医者练功

做为正骨科的医生必须练习功法,功法分为健身功和临床基本功。健身功的目的是修炼元气,增强体质,提高耐力和爆发力,以适应工作需要,包括臂力、腕力、指力的练习。器具有练功棒、拉弓、抓揉沙袋等。要求长期持之以恒。

临床正骨按摩手法的练习是第二步,为临床工作的开始前及工作中不可缺少的一环,认为正骨手法“呈正骨之首务哉”。

正骨八法是清代医者对前人手法的总结,实际上包含了伤科疾病从诊断到治疗的全过程,它高度概括了传统中医伤科的治疗手法。八法中摸法为先,它在临床工作中最为重要。是骨伤科医生的专长,练好摸法,

吴老要求摸法要勤练、苦练,比较正常与异常的细微区别,鉴别伤筋与骨折的不同,提高手指的精细感,灵敏度,平时在健康人身上练习,最重要的是在临床实践中,有意识的锻炼触觉,细心体会,反复验证,摸法不仅在临床诊断,而且治疗中也十分重要。在治疗中,骨折对位如何,以手摸之,即已明了。其水平的提高,要靠平时大量的实践,有意识的去体会,不厌其烦的检查。

吴老多年坚持练习功法,有深厚的内功,按摩推拿手法特点是:柔中有刚,刚柔相济,轻而不浮,重而不烈,下指重则深沉有力,穿筋透骨,轻则如水浮舟,力在肌肤。点按以活脉络之血,揉压以通郁闭之气,牵抖盘合以正筋,屈伸旋转以合缝。颈部治疗手法以点揉为主,配合弹筋拨络为辅,轻法提牵,不使用暴力旋转。腰腿痛点揉下腰膀胱经穴位,拨臀按摩八髎,配扳腿、扳腰、疗效显著。

注重中药的使用

中药在骨伤科的使用有悠久的历史 and 确实的疗效。吴老在研究古方的同时,结合自己的多年临床经验,对夏氏秘方进行整理、归纳、筛选化裁,使组方更严谨,疗效更显著,是我院治疗骨伤必备药物。有跌打万应膏(散),正骨紫金丹,夏氏正骨通药等。治疗药物既有内服,又有外用,体现了既重视整体治疗,又不忽视局部治疗的学术思想,缩短了骨折治疗的时间。这种内服与外用结合,全身与局部并重的特点,是吴老治病的一大特色。

(收稿:1995—08—15)

颈椎后纵韧带骨化的 X 线、CT 及 MRI 诊断比较

王次俭 孙建民* 冯涛**

山东省枣庄矿务局枣庄医院 (277100)

我院自 1991 年共收治后纵韧带骨化患者 53 例,同时作 X 线、CT、MRI 检查者 32 例,大部分做了手术治疗,效果满意。

临床资料

本组 32 例中男 28 例,女 4 例;年龄 45~72 岁;病程 3 月~15 年;按颈椎病脊髓功能评分法^[1]:二级肢体

残疾、基本生活不能自理者 7 例,三级肢体残疾能部分实现日常生活者 9 例,四级肢体残疾,基本能实现日常生活者 16 例。

检查结果

1. X 线表现:颈椎侧位片见后纵韧带骨化,连续型 22 例,节段型 8 例,局限型 5 例,混合型 2 例。受累节

* 山东省立医院

** 山东省枣庄矿务局八一煤矿医院

数：C₅₋₆28 例，C₄21 例，C₃18 例，C₇19 例，C₂15 例。动力侧位片见合并颈椎不稳者 6 例。

2. CT 表现：后纵韧带骨化范围在 2 个椎体以上，按椎体受累数累计依次为：C₅₋₆30 例，C₄25 例，C₃23 例，C₇25 例，C₂18 例，C₁2 例。骨化块最厚达 11mm，最薄 3mm。横断面骨化形态多种多样，常见骨化形态有蘑菇状，半月状，横条状，三角状，飞鸟状及斑点状。通常是同一病人的不同节段可见不同的骨化形态。骨化块位于椎体和椎间盘后缘，突入椎管内，位置有居中特点，也有偏向一侧者，合并有椎间盘突出者 5 例。

3. MRI 表现：后纵韧带骨化和骨赘在 MRI 上为低信号区，其受累节段数基本与 CT 显示相符合。颈髓受累节段突出物明显压迫脊髓前方，使颈髓局部弯曲，变扁或呈凹陷状向后移位。29 例椎管狭窄者颈髓呈峰腰状或串珠状改变，T₂ 加权图像示颈髓受压部位信号增强者 18 例，颈髓明显变细信号减弱者 9 例，显示颈髓萎缩变性。

治疗方法及结果

23 例行前路开槽减压加植骨融合术。6 例行后路双开门减压术。3 例因骨化压迫重，脊髓萎缩变性未做手术。术后颈托外固定 6~12 月。

治疗效果：本组手术无死亡。术后症状体征明显缓解者神经功能改善者 18 例，症状缓解神经功能改善者 7 例，症状稍有缓解，但神经功能无改善者 4 例。

讨 论

颈椎后纵韧带骨化所致脊髓病，主要是由于骨化块引起椎管狭窄对脊髓直接压迫，最终导致脊髓实质脱髓鞘、出血、软化及萎缩^[2]。本组资料表明，颈椎侧位 X 线诊断 OPLL 检出率为 82%，沈宁江^[2]报道 X 线 OPLL 检出率为 68%。分析原因系由颈椎骨性结构阴影重叠，致使一些未成熟的颈椎 OPLL 不易显示。下颈椎有时与肩部影重叠，则无法观察，所以 OPLL X 线检查只能作为初诊。由于 OPLL 常合并颈椎不稳，动力侧位 X 线片对该病的检出率则优于 CT 和 MRI，所以 O-PLL 的检查 X 线仍有重要作用。

颈椎骨性椎管在 CT 上呈等腰三角形，CT 对椎管的形态显示极佳。后纵韧带骨化向后突入椎管呈各种形态。并非都位于椎体的后中央部，也可偏左或偏右，造成侧椎管前侧部狭窄。对骨化灶的成熟程度 CT 有较高的分辨率^[3]。成熟的骨化灶表面光滑，边界清楚，骨化灶均匀而致密。未成熟骨化灶密度不均匀，表面不规则，呈火焰状或云雾状，CT 值较低。成熟骨化灶发展缓慢，未成熟骨化灶尚在继续扩大，所以 CT 在 O-PLL 检查中有定性定量作用，对手术方法和减压范围的选择有决定性指导作用。

不少研究证明^[4,5]MRI 不仅可直接显示压迫性颈髓病变的部位与邻近关系，并可灵敏地反应病变的性质和受累程度，如脊髓水肿、出血等。骨赘和骨化韧带信号较弱，根据椎管内各种结构的不同信号可将骨化韧带、骨赘、脊髓区分开来。在 T₂ 加权上受压颈髓信号增强与局部水肿、脱髓鞘变性或微小囊性变有关^[5]，而颈髓变细、信号减弱是由于颈髓压迫呈慢性进行性加重，使颈髓萎缩变性的结果。在矢状面上，MRI 不仅能显示韧带骨化的范围，更清楚显示脊髓受损情况。如脊髓受压萎缩手术减压则没有必要。另外，脊髓其它病变 MRI 亦可显示，如脊髓空洞症，侧索硬化症，肿瘤等。所以它对 OPLL 鉴别诊断和判断预后意义更大。

参考文献

1. 孙宇, 李贵存. 第二届颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志, 1993, 31: 472
2. 沈宁江, 等. 颈椎后纵韧带骨化 X 线与 CT 检查的对比分析. 中华骨科杂志, 1992, 12: 55
3. 黄公怡, 等. 颈椎后纵韧带骨化形态的 CT 观察. 中华外科杂志, 1986, 24: 747
4. Neuhold A, stiskal M, Platzer C, et al. Combined use of spinecho and gradient - echo MR imaging in cervical discdisease. Neur Oradiology, 1991, 33: 422
5. Matsuda Y, Miyazaki K. Tada K, et al. Increased MR signal intensity due to cervical myelopathy. J Neurosurg, 1991, 74: 887

(收稿: 1996-06-26)

可吸收材料张力带固定术治疗关节内骨折

李明祚

上海市日晖医院 (200032)

作者自 1994 年 5 月~1995 年 4 月用可吸收内固定棒 (PGA 棒) 和可吸收线 (PGA 线, 商品名

DEXON) 作关节内骨折张力带内固定术共 8 例, 疗效满意, 报道如下。