

甚至可致神经根的坚固粘连。因此,若有此种病史的患者不宜行 APLD 治疗。

综上所述,APLD 成功的关键在于术前的正确诊断和适应症的选择。而适应症的选择直接关系到治疗的成败,Maroon^[5]认为如放宽适应症,治疗成功率将下降 15%。目前报道的 APLD 治疗的优良率在 57%~84%^[2],本组 45 例病人,因严格选择适应症,宁缺勿滥,故治疗的优良率达 97.8%。因此,术前应严格掌握手术适应症,以提高 APLD 治疗的成功率。

参考文献

1. 刘加林. 关于经皮髓核切除术的三个问题. 中华骨科杂

志, 1993, 13(1): 11

2. 侯希敏, 崔海岩. 提高自动经皮穿刺腰椎间盘切除术成功率的作法和体会. 中华骨科杂志, 1997, 17(5): 325

3. 银和平, 温贵满. 经皮穿刺切吸术治疗伴钙化的腰椎间盘突出症 35 例体会. 骨与关节损伤杂志, 1996, 11(2): 92

4. 于秀淳, 刘晓平, 周银. 经皮腰椎间盘髓核切除术失败原因分析. 中华骨科杂志, 1996, 16(6): 364

5. Maroon JC, Onik G, Sternau L. Percutaneous automated discectomy. Clin Orthop, 1989, 238: 64

(收稿: 1998-06-01)

颈性眩晕 150 例临床分析

韦良渠 刘世杰

北京空军总医院(100036)

1994 年 2 月~1996 年 1 月, 我们接诊了由颈椎病引起颈性眩晕患者 150 例, 现报告如下。

临床资料

1. 一般资料: 本组 150 例中男 55 例, 女 95 例; 年龄 14~74 岁, 以 30~50 岁者最多(86 例)。有颈部扭伤史者 2 例, 无明显诱因者 148 例。病程 2 时~10 年, 其中 1 月以下者 89 例。

2. 症状和体征: 150 例患者均有眩晕, 单纯眩晕者 54 例, 余 96 例眩晕者分别伴有颈僵痛、双肩痛、头痛、心慌、胸闷、恶心、呕吐、单或双耳鸣、耳堵、单侧面部或上肢麻木、手抖、四肢麻木、视物模糊、记忆力下降等症状。体征: 150 例均有颈椎曲度变直、颈 2 棘突偏歪、椎旁压痛; 此外, 伴有颈椎活动受限 18 例, 手桡或尺侧感觉异常 3 例。150 例中, 右利患者 140 例, 其中 C₂ 棘突右旋 133 例, 左旋 7 例; 左利患者 10 例, 其中 C₂ 棘突左旋 9 例, 右旋 1 例。

3. 影像学改变: 本组有 121 例摄了颈椎正侧位 X 线片, 其中颈椎曲度变直 88 例、反向 30 例、向前成角 1 例、曲度正常 2 例, 颈椎侧弯 10 例, 椎间隙变窄 34 例, 环椎后结节上翘 38 例, 齿状突不居中 33 例, 颈椎骨质增生 47 例, 环枕先天性融合 1 例, 颈 2、3 先天性融合 1 例。有 50 例作了椎动脉彩超及脑血流图检查, 发现椎动脉血流量减少 31 例, 正常者 18 例, 脑动脉硬化供血不足 1 例。其中伴有颈动脉、椎动脉硬化者 7 例, 脑动脉硬化者 5 例。

4. 患者与正常人颈 2 棘突偏歪之对比: 无选择检

查了门诊目前无眩晕症状的腰腿痛患者 121 例, 其中男 67 例, 女 54 例, 男女之比为 1.2:1。年龄 19~73 岁, 平均 42.2 岁。发现颈 2 棘突无偏歪 109 例(90.1%), 颈 2 棘突偏歪 12 例(9.9%), 后者既往分别曾有头晕痛、颈僵、手麻等病史。

患病组颈 2 棘突偏歪 150 例, 对照组颈 2 棘突偏歪 12 例, 经 X² 检验, 二组有显著性差异(P < 0.01)。

5. 治疗与结果: 我们用冯氏脊柱定点旋转复位法(简称手法)^[1], 共治疗颈性眩晕患者 77 例, 治疗结果按倪氏疗效标准^[2]进行评定, 治愈 53 例, 好转 19 例, 无效 5 例, 总有效率达 93.5%。

讨 论

颈性眩晕又称椎动脉型颈椎病, 其发病原因目前认为一是处于第三段的椎动脉有 6~7 个弯曲^[3], 使椎动脉易受外界刺激; 二是由于钩突骨赘的形成, 刺激或压迫其外侧的椎动脉和椎动脉丛; 三是由于椎动脉硬化, 其弹性回缩力下降, 绝对长度增加, 再加上颈椎间盘退变变薄, 椎动脉相对变长, 更易发生扭曲^[4]; 四是由于颈椎的损伤和/或退变, 颈椎内外平衡因素失调, 颈椎生物力学发生改变, 导致颈椎单(多)个椎体位移^[1]等诸因素, 刺激或压迫椎动脉、交感神经丛, 使之痉挛或管腔狭窄, 血流量减小, 如出现代偿不足, 则呈现椎动脉供血不足, 引起眩晕、恶心等症状, 尤其在颈部活动时可诱发或加重症状。

1. 本文 150 例颈性眩晕患者均有颈 2 棘突偏歪, 且颈 2 棘突偏歪数与对照组有显著性差异(P <

0.01), 提示环枢关节的旋转位移, 可使此处的椎动脉受到牵拉和扭曲, 是引起颈性眩晕的重要原因之一。本组右利患者颈 2 棘突右旋占 95%, 可能与这类人员长期习惯用右手持重物, 第 2 颈椎经常受到外力的牵拉有关。

2. 颈椎平片显示有 119 例 (98.3%) 患者的颈椎曲度有变直、反向、成角的变化, 这就有可能影响上颈段运动应力的中心——枢椎的稳定性^[4], 如遭受不协调外力, 就可造成颈椎体的位移。颈椎平片中还显示, 环椎后结节上翘有 38 例 (34.1%), 齿状突不居中有 33 例 (27.3%), 这可能是由于环枢关节错缝是以旋转和侧方移位为主^[5]而引起的, 这两种 X 线征像可作为临床诊断的参考依据。

3. 颈椎动脉彩超及脑血流图检查的阳性率在本文为 62%, 因彩超能正确评价椎动脉功能、病变部位和程度, 进行血流动力学分析^[6], 故其可作为辅助诊断颈性眩晕的重要参考标准。

4. 用脊柱定点旋转复位法治疗颈性眩晕的有效率为 93.5%, 在治疗中用手法拨正偏歪棘突, 使其恢复到解剖或代偿位置, 解除对椎动脉及交感神经丛的刺激、压迫和牵拉, 从而改善椎动脉供血部位的血流

量, 临床症状就可减轻或消失, 有时有手到病除之功效。

但因其处于上颈段, 也有一定的风险性。故在手法治疗前, 一定要先给患者摄颈椎正位 (张口)、侧位 X 光片, 有条件者要查颈、椎动脉彩超, 医师要常规检查患者相应的颅神经, 四肢腱反射有无相应神经受损的表现, 以除外患者因骨病、颅内血管、中枢神经、畸形等引起眩晕的其他病变。医者在实施手法时一定要稳准轻巧, 以确保医疗安全。

参考文献

1. 冯天有. 中西医结合治疗软组织损伤. 北京: 人民卫生出版社, 1977: 29~36
2. 倪文才, 沈志祥, 范明, 等. 椎动脉型颈椎病的手法治疗和发病机理的研究. 中华骨科杂志. 1985; 5(3): 144
3. 余家阔, 吴毅文. 椎动脉型颈椎病及其研究进展. 安徽医科大学学报. 1990; 25(1): 71
4. 周卫, 蒋位庄, 章永东, 等. 环枢关节错缝与上颈段解剖的关系. 中国骨伤. 1996; 9(1): 5
5. 姚克纯, 李德芬. 彩色多普勒在椎动脉型颈椎病诊断中的应用. 中国医学影像技术. 1990; 6(3): 24

(收稿: 1996-03-27; 修回 1997-01-29)

肱骨远端肱髁角测量的临床意义

金时恩 赵正发 曾尚波 陈鲁峰

福建省漳州市中医院(363000)

Baumann 氏在 1929 年提出测量肱骨干长轴与肱骨小头骨骺线外侧夹角 (简称肱髁角), 可用于判定肱骨髁上骨折后肘内翻畸形的程度^[1]。但 Baumann 氏角对拍片的位置要求较高。近几年我们在实践中发现, 肱髁角在正位 X 线片上基本不受肘关节屈伸角度的影响。如能掌握该角的正常范围, 那么骨折后无论固定在屈肘或伸肘位, 只要拍肱骨远端的正位片, 测量该角, 就可以预测出整复后有否肘内翻的可能; 并在固定后数天再拍正位片复查, 了解该固定稳定与否, 有否再尺倾的可能, 从而能及早采取有效措施, 避免肘内翻的发生。两年来我们做了这方面的研究。

材料和方法

测量了 115 名正常儿童和 18 名严重肘内翻矫正术前儿童的肱髁角。115 例中男 86 人, 女 29 人; 年龄 1~14 岁; 左侧 51 例, 右侧 64 例。18 例肘内翻儿童男

14 人, 女 4 人, 年龄 5~14 岁, 平均 9.2 岁。均是肘关节正侧位片 (放射科掌握体位), 测量正位相上的肱髁角。5 岁以上儿童测量肱骨小头骺线与骨干纵轴的外侧夹角; 4 岁以下骨骺呈圆形时, 测量肱骨远端外侧干骺端正对小头的骨缘与骨干纵轴的外侧夹角。肘内翻儿童拍双侧肘关节正位片进行测量。

治疗结果

115 名正常儿童肱髁角, 最大 85° (仅 3 例, 分别 3、6、14 岁), 最小 64° (仅 1 例 6 岁), 平均 73.5°。

1. 年龄与肱髁角的关系 (见表 1、表 2)。

表 1. 三个年龄组肱髁角的情况 (单位: 例)

年龄组	例数	肱 髁 角		
		64°~69°	70°~80°	81°~85°
4 岁以下	28	3	20	5
5~8 岁	47	8	35	4
9~14 岁	40	14	23	3