

5. 此种术式的缺点是加重了锁骨的创伤, 但由于骨膜剥离较少, 一般不影响术后的愈合, 且这种创伤的程度较锁骨远端切除要小。

参考文献

1. 王桂生. 骨科手术学. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社,

1982. 278

2. 王亦璁, 孟继懋, 郭子恒. 骨与关节损伤. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1980. 309 ~ 310

(收稿: 1996- 01- 16)

## 术后椎间盘炎的诊治

王 瑞 喻崇钊 胡 军 翟广田 王学明 段永壮

河南省新乡医学院第一附属医院 (453000)

我们于 1988 年 ~ 1996 年 7 月收治 9 例术后椎间盘炎, 应用中西医结合方法治疗, 效果满意。经随访无症状复发。

临床资料

自 1988 年 ~ 1996 年 7 月, 我们共做腰椎间盘突出髓核切除术 426 例, 术后发生椎间盘炎 7 例。外院转入 2 例, 共 9 例。男 6 例, 女 3 例; 年龄 27 ~ 61 岁。发病于术后 10 天 ~ 2 月。疗程为 2 ~ 4 月。发病时 9 例病人均有术后腰部疼痛明显缓解, 但又出现, 并且疼痛严重, 向下肢及腹部放射。骶棘肌痉挛, 腰部活动明显受限, 即使卧床翻身, 亦能诱发肌痉挛疼痛。体温在 38 左右低热, 伤口一期愈合, 局部有深压痛。血象在正常范围内 8 例, 1 例白血球稍升高 13000 个/mm<sup>3</sup>。血沉在 33 ~ 87mm/h 之间, 平均 47mm/h。X 线片示病变椎间隙变窄, 相邻椎体软骨面疏松, 骺线模糊, 边缘毛糙。CT 示椎体骨质破坏。

治疗方法及结果

早期足量联合应用广谱抗生素, 地塞米松静脉滴注, 半个月一疗程。中药祛风通络, 益气养阴活血, 以黄芪, 甘草, 玉竹, 当归, 生地, 蜈蚣, 全虫, 羌、独活, 钩藤, 细辛等。卧硬板床, 腰椎牵引或带腰围保护。选择超短波及音频电疗。腰疼缓解后, 可带腰围下地行走。本组病人随访 6 ~ 36 个月, 平均 19.5 个月, 7 例临床症状完全消失, 恢复原来工作, 2 例在劳累后有轻度腰部酸胀不适。后期随访摄片: 椎间隙变窄, 椎体前缘骨桥, 椎体间融合。

讨 论

1. 髓核切除术后, 椎间盘炎的发病率, 据 Lindholm<sup>[1]</sup>报道为 0.7 ~ 1.5%。Pilgaard<sup>[2]</sup>报道高达 2.8%。国内陆宸照等<sup>[3]</sup>报道为 1.3%。本组为 1.17%。虽然椎间盘炎发病率不高, 但是一种严重并发症, 陆氏认为椎间盘炎的预后取决于诊断是否及时。本组 7 例 6 ~ 12

个月后恢复工作, 2 例在一年后劳累后有轻度腰部酸胀不适。

2. 椎间盘炎临床症状较模糊, 若能掌握椎间盘炎的临床特征, 诊断并不困难。病人术后短期内腰腿疼痛状缓解, 又出现腰腿疼, 伴有骶棘肌痉挛, 体温正常, 白细胞正常, 血沉加快, 应考虑椎间盘炎。Lindholm 认为髓核切除术后 1 ~ 2 周血沉升高, 高于 50mm/h, 腰痛加剧, 伴有骶棘肌痉挛应考虑椎间盘炎。本组 9 例中有确诊时血沉低于 50mm/h。我们认为术后腰腿疼缓解后又加重, 伴有骶棘肌痉挛者, 即使血沉低于 50mm/h, 也应根据临床特征诊断椎间盘炎。

3. 椎间盘炎可能是血源性的, 亦可能为手术时污染。椎间盘组织血供差, 术中止血不彻底, 术后形成椎间隙水肿和组织碎片残留, 均是椎间盘炎的诱因。因此我们在术中应彻底止血, 大量生理盐水冲洗伤口内组织碎片, 才逐层关闭伤口, 术后常规放置负压吸引管。同时术后应用大剂量抗生素, 以减少椎间盘炎的发病率。

4. 椎间盘炎的治疗。王惠生<sup>[4]</sup>认为椎间盘无血循环, 实验证实抗生素不能随血供进入椎间隙。因此对椎间盘炎的治疗不主张应用抗生素, 而主张明确诊断和手术处理为宜。手术能尽早解除病人痛苦, 早期手术视野清楚, 可直接去除病因。陆宸照等<sup>[3]</sup>认为椎间盘炎主要采用非手术治疗, 应用大剂量广谱抗生素, 直至血沉正常, 辅以腰部制动等治疗。

参考文献

1. Lindholm TS. Discitis following removal of intervertebral disc. Spin, 1982, 618 ~ 622  
2. Pilgaard. al. Discitis (dosed space infection) following removal of lumbar intervertebral disc. J Bone Joint Surg (Am), 1969, 51: 713  
3. 陆宸照, 等. 术后椎间盘炎及文献复习. 中华骨科杂志, 1990, 6: 435

4. 王惠生. 腰间盘术后感染3例报道. 上海医学, 1990, 143

(收稿: 1998-01-15)

## 胸椎小关节整复法在内科病中的应用

余宗南

福建省厦门市中医院 (361001)

运用胸椎小关节整复法治疗一些运用常规治疗难以奏效的内科病, 取得意想不到的良效, 现举验案数例报告如下。

### 治疗方法

1. 准备手法: (1) 指推夹脊: 先用右手拇指偏峰侧推患者左侧夹脊穴 (以脊椎痛点为中心的上下各5个脊椎区间) 1~2分钟, 再用左手拇指偏峰侧推患者右侧夹脊穴 1~2分钟, 使被推处发热, 如有热感向内脏传导更好。(2) 点按背俞: 用拇指指尖点按背部俞穴, 以痛椎相平行的背俞穴为主, 每侧点按3~4个背俞穴。每个穴位点按1分钟, 以穴区有较强的酸胀感为佳。(3) 揉捏胸椎: 用二手指交替揉捏胸椎, 每侧揉捏1~2分钟, 以痛椎为中心, 揉捏的力度以患处可耐受的胀痛感为宜。

2. 胸椎小关节整复法: 患者仰卧, 医者立于患者右侧, 令患者双手交叉用力紧抱对侧肩部, 颈椎尽力向前屈曲, 胸廓尽量前屈, 充分暴露胸椎, 术者左手前臂穿过患者颈部, 用肘窝夹持患者颈部后侧, 并将患者胸段抱起, 让患椎离床面约拳高, 右手握空拳从患者左侧插入要整复胸椎的下一节胸椎处。如胸椎棘突向左偏歪, 空拳就移向左侧, 如胸椎棘突向右偏歪, 则空拳向右侧移动。拳心向上, 而后术者用右肩的前部紧贴于患者两交叉的手臂上, 并以身体的力量向下、同时合并向上 (向患者头部方向) 用力压推, 使之产生杠杆力传导至右手空拳处, 这时可听到右手上方的胸椎复位的弹响声, 表示手法成功。

### 病例介绍

1. 胃脘痛 张××, 男, 45岁, 1992年9月25日诊。患者诉胃脘反复不适作痛1年余, 近1个月余疼痛频繁, 多发生在晚饭后至入睡, 与情志变化有关, 疼痛严重时常牵涉背部痛, 饮食基本正常。经中西药内服治疗无好转。X线钡餐检查无明显异常发现。查: 面色正常, 腹部无明显压痛, 脊柱触诊发现T<sub>10</sub>棘突向后偏左突出, 并有明显压痛, 腰背肌较紧张, 有轻度压痛。诊断: 胃脘痛。治疗: 用上述手法治疗1次, 当整复手法成功后, 患者感觉背部很轻松、舒适, 胃痛消失。随

访1年上症全消。

2. 冠心病 赵×, 男, 57岁, 1992年10月19日诊。患者诉左心前区时常烦闷3年, 偶年压迫样或针刺痛, 每次30秒至2分钟, 服速效救心丹可缓解疼痛, 时常感到心慌、气短和气急。曾做心电图和超声心动图检查, 诊断为冠心病和心律失常。患者还诉有背脊痛史。查: 患者T<sub>4</sub>棘突向左偏歪, 并有明显压痛, 左侧菱形肌劳损, 可扪及条索样硬结, 压痛明显。治疗: 用上法治疗1次, 当即背脊痛减轻, 心胸有舒适感。继续上法治疗, 并配合用弹拨法治疗劳损的菱形肌, 5次痊愈。随访一年无复发。

3. 失眠 陈××, 女, 33岁, 1993年4月7日诊。患者诉3个月前因车祸造成失眠、多梦, 每晚难以入睡, 入睡后恶梦不断, 2~3小时醒后就再无法入睡, 并有头痛, 头晕, 纳呆, 精神疲倦, 心情恍惚, 健忘, 烦躁不安等症。内科诊为失眠, 经中西药内服疗效差。查: 车祸时背部受伤处, 现仍有疼痛, 触诊T<sub>3-4</sub>棘突向左偏歪, 压痛明显。治疗: 用上法治疗1次, 手法成功后患者自觉症状有显著改善, 心情好转, 当晚睡眠5小时, 恶梦消失。共治疗3次, 睡眠正常。一年后随访, 未复发。

4. 哮喘 丁×, 男, 28岁, 1990年10月16日诊。患者诉1个月前打篮球时背部被同事肘尖碰伤, 当即感觉背部疼痛, 呼吸困难, 心跳加快, 次日开始呼吸急促, 胸闷心悸, 有哮鸣音, 略加活动上症加重, 并呈张口抬肩状, 晚上卧位时上症减轻。因几天前曾患感冒, 内科诊为支气管哮喘, 并按支气管哮喘治疗1个月无好转。患者自觉碰伤处疼痛与哮喘有关, 故到我科诊治。查: T<sub>3</sub>椎棘突向右偏歪, 并有明显压痛, 患者诉该处就是碰伤处。治疗: 用上法治疗1次, 手法成功后, 患者自觉背痛减轻, 呼吸顺畅, 胸闷心悸消失, 无哮鸣音出现。治疗1个月病症顿时消失, 1个月后随访上症状无复发。

### 讨论

胸椎后关节、肋脊关节及肋横突关节三者合称胸椎小关节。由于胸椎间盘及韧带组织退变、外伤、长期