

抗压强度明显下降, 脊柱严重失稳、失衡。况且容易造成医源性脊髓和神经根损伤, 重建脊柱稳定性也较为困难。

作者提倡前入路侧前方减压, 认为此种术式, 在直视下进行, 暴露充分, 向硬膜囊前方牵拉致压物并取出, 脊髓神经根再损伤的机会减少, 减压直接彻底, 保留了后柱结构, 对脊柱稳定性影响小, 同时制造了良好的植骨床, 为前中柱永久融合创造了良好的条件。多数作者认为一侧椎弓根及中柱破坏不会明显影响脊柱稳定性, 同时重建脊柱稳定方法在侧前方减压术中方法甚多。戴力杨和阮狄克等实验证明, 前入路侧前方减压比后路侧方减压术对脊柱异常位移和稳定性影响较小^[3,4]。因此, 我们认为对胸腰椎陈旧性骨折伴脊髓损伤, 清除椎管前方的致压物时, 前入路侧前方减压是优选方法。

3. 前入路侧前方减压的技术要点: 以上分析表明, 前入路侧前方减压治疗胸腰椎陈旧骨折伴脊髓损伤的优点很明显, 手术的主要问题是损伤广泛, 出血量多, 操作技术要求高。为成功开展此术式应注意下列几

点: (1) 熟悉手术入路的解剖及毗邻关系; (2) 切除肋骨头时, 切勿伤及胸膜反折; (3) 结扎肋间动静脉或腰横动静脉, 在骨膜下显露椎体可避免胸腹腔大血管损伤; (4) 对伤椎与脊髓神经根的病理解剖关系有立体概念, 避免切除伤椎时脊髓神经根再损伤; (5) 保留前柱的前部, 有利于大血管和其他组织免受损伤, 对植骨块的稳定和脊柱稳定的重建很重要。

参考文献

1. McAfee PC, Boxhman H. Anterior decompression of traumatic thoracolumbar fractures with incomplete neurological deficit using a retroperitoneal approach. J Bone Joint Surg (Am), 1985, 67: 89
2. Denis F. Spinal instability as defined by the three column spine concept in acute spinal trauma. Clin Orthop, 1984, 189: 65
3. 阮狄克, 沈根标, 罗卓荆, 等. 胸腰段各种减压术对脊柱稳定性影响的生物力学实验研究. 生理医学工程学杂志, 1992, 9(1): 35
4. 戴力杨, 徐印坎, 张文明, 等. 老年人腰椎的应力分布及其临床意义. 中华老年医学杂志, 1991, 10: 163

(收稿: 1999-02-10)

颈椎损伤伴不全性瘫 18 例

辜志昌 罗燕青

福建省三明市中医院(365000)

颈椎损伤是脊柱损伤中较为严重的创伤之一。文献报道约 40% ~ 50% 的颈椎损伤伴有神经损害^[1]。近年来虽诊断与治疗水平明显提高, 然仍存在较高的死亡率和致残率。我们从 1988 ~ 1995 年 6 月份, 采用中西医结合等综合治疗该类损伤伴不完全性瘫痪 18 例, 取得满意疗效, 现分析如下。

临床资料

本组病例 18 例, 男性 12 例, 女性 6 例; 年龄最小 22 岁, 最大 52 岁。病例中属交通事故伤 10 例, 高处坠落伤 5 例, 重物压砸伤 3 例; 其中屈曲型损伤 9 例, 伸直型损伤 9 例。

临床表现与诊断: 全部病例中均为新鲜性损伤。伤后至入院时间最短者为 3 小时, 最长为 4 天, 其中属重度不全瘫 2 例, 1 例系 C₃ 骨折伴前脱位, 另 1 例 X 线仅见 C₄ 轻度前脱位。入院时全部摄颈椎 X 光片, 包括前后位片, 张口位片和斜位片; 其中单纯椎体前脱位者 4 例, 椎体压缩性骨折伴脱位者 5 例, 椎体脱位伴关节突骨折 2 例, 单纯椎体前下缘骨折 2 例, 未见明显骨折

及序列改变者 5 例; 全部病例除有颈部软组织痉挛、压痛和活动受限等共同症状外, 均呈现不同程度的不全性瘫征象。上肢肌力肩、肘、腕、手部平均为 3、2、2、1 级, 下肢肌力髋、膝、踝、足部平均为 4、3、3、2 级。均有不同平面的痛、温、触觉不规则丧失, 深部感觉均存在, 3 例出现尿潴留。

治疗方法

1. 牵引与固定: 全部病例早期均采用牵引治疗, 其中 7 例 X 片上有明显征象者常规行颅骨牵引, 11 例行颌枕带牵引。牵引体位依受伤机制分别予以略屈曲位或正中位, 双侧砂袋制动, 牵引重量依病情、年龄及体质诸情况而定, 一般以 4kg 为基础, 逐渐递增, 颅骨牵引可增至 12kg。本组有 3 例脱位明显者采用 24 小时内大重量牵引并配合适当手法复位, 床透下复位基本满意后改为 4kg 维持量。牵引时间为 4 ~ 8 周。牵引解除后依病情继续以颈胸石膏、肩托石膏领及领围外固定。

2. 药物治疗: (1) 激素脱水剂、654-2 及复方丹参的应用, 本组病例早期均使用地塞米松 10 ~ 15mg, 甘露

醇 250ml, 654-2 20mg、复方丹参注射液 16ml 加入 10%GS 中静脉滴入治疗, 每日一次, 连用 10~14 天; 并配合 B₁、B₁₂ 肌注。

(2) 中药: 全部病例均配合中药内服, 采用我院经验方。早期为颈椎 1 号(葛根、桂枝、丹参、红花、赤芍、生地、川芎、乳没、当归等); 中晚期为颈椎 2 号(黄芪、当归、地龙、赤芍、丹参、川断、碎补、杜仲、桑枝等)。

治疗结果

本组病例全部进行随访, 随访最长为 7 年, 最短为 9 个月, 平均为 4 年。其中除 2 例手部肌肉略见萎缩, 肌力为 3~4 级外, 其余 16 例均完全恢复正常, 可从事原来工作。

讨论

1. 致伤原因与机理: 任何一种暴力均可能造成颈椎骨折脱位, 颈椎的骨性损伤又常合并脊髓损伤, 文献研究表明, 车祸伤和高处坠落伤是其损伤的重要原因。本组这两者之和为 15 例, 亦占大多数。其致伤机制主要为屈曲型损伤和过伸型损伤, 屈曲和过伸暴力均可致颈椎骨折脱位而造成损伤节段椎管正常形态破坏。屈曲致椎管狭窄和变形, 过伸致椎管内径减少, 脊髓短缩变粗, 椎板间韧带凸入椎管, 前后挤压等, 均可造成脊髓损伤。损伤后首先是颈髓中央管周围的组织出血、水肿、变性坏死。病变最重的部位为灰质前柱、中央部及白质的前、侧索深部。临床上表现为上肢瘫重于下肢瘫, 损伤平面以下痛、温、触觉不规则受损, 深部感觉存在。

2. 重视无骨折脱位型的颈椎损伤: 该类损伤文献报道约占脊髓损伤的 5.2%~37%^[2], 在颈髓多见。青壮年中以车祸伤为主。表现为颈椎的加速与减速性损伤。本组有 3 例。因撞车头部突然猛力前屈后伸而致。主要为颈椎过度前屈、后伸后, 周围韧带损伤但弹性尚好而使颈椎呈暂时性半脱位, 伸展时又自行复位, 故在 X 线片上无骨性异常改变。然其病理过程中已造成颈髓损伤。另一类以中老年多见, 多为原有颈椎病变, 如颈椎病等, 椎体间不稳, 椎管储备间隙本身就小, 轻度过伸外力可致椎管内径更小, 椎板间韧带挤入椎管挤压而致伤, 因外力不大, 一时性的半脱位亦同样自行复位, 本组有 2 例。故我们强调对于有临床体征者, 仅从 X 线片是不能代表受伤的实际情况, 无法判断其损伤机理与程度, 临床上应以症状和体征为该类损伤的重要诊断依据, 有条件者可行 CT 检查, 不可因 X 线上无异常而延误治疗。

3. 治疗中的几个问题: (1) 治疗方法的选择: 对于颈椎伴颈髓损伤的治疗, 迄今尚未能找到很好解决的

办法。部分学者认为手术治疗仅限于解除脊髓的外在压迫, 对脊髓实质性损害和创伤反应的继发性损害不能遏止, 而后者才是影响疗效的主要因素, 故强调一律进行手术是不妥^[3]。作者认为对于颈椎颈髓损伤伴不完全性瘫的治疗, 手术并无益, 强调采用中西医结合等综合治疗。即在牵引的情况下, 必要时配合适宜的轻柔手法, 选择有效的外固定, 并配合中西药等治疗是行之有效的办法。

(2) 牵引与固定: 对于该类损伤无论有无骨性异常均应采用牵引治疗。骨性损伤移位严重或神经压迫症状严重者, 应采用颅骨牵引; 骨性移位较轻者和无骨性破坏者, 可采用颌枕带牵引。牵引位置可依损伤情况而定。研究表明, 颈椎椎管矢状径和颈椎容量与颈椎位置有明显关系, 即在屈曲位时增大而伸展位时缩小^[4]。故我们认为牵引时头颈略呈屈曲位, 无疑为椎管容量和矢状径扩大创造了良好条件, 而主张采用略屈曲位牵引为好, 尽量减少过伸和旋转, 以免加重损伤。骨折脱位明显, 压迫症状严重者宜早期快速复位, 最好在 24 小时内大重量牵引, 以便恢复其骨性结构, 减少压迫时间, 可适当配合轻柔手法, 本组有 3 例。牵引时间为 4~8 周, 摄片证实复位或估计稳定后, 无骨性序列改变者可用颈围固定, 有骨性改变者可依次选用颈胸石膏和肩托石膏领等固定, 直至获得骨性愈合或确实稳定止。

(3) 重视内科药物的治疗: 牵引与固定仅解决其骨性结构紊乱和压迫, 然脊髓损伤早期尚仅局限于中央灰质, 周围白质仍保持完整而未受到继发性损害, 其功能仍有逆转的可能, 宜抓住有利时机, 配合有效的药物治疗, 以便打乱损伤后发展的各个不利环节, 利于神经功能的恢复。自 White 等用地塞米松治疗该类损伤后, 激素已普遍用于该损伤的治疗, 因其具有抑制创伤后组织内儿茶酚胺的代谢和积聚作用, 普遍认为宜早期使用, 周期不要超过 2 周; 甘露醇曾用于实验性脊髓损伤和人类截瘫的临床治疗, 具有减少脊髓的充血水肿, 且能清除组织中 OH 的作用, 使其免受脂质过氧化损害^[5], 故主张宜在早期使用, 然用量不宜过大。

(4) 654-2 的应用价值: 脊髓损伤后的病理改变主要系脊髓的微循环障碍, 损伤早期微循环出现紊乱。光镜下 654-2 调整了微循环, 改善了脊髓损伤后的血液供应; 654-2 的治疗, 虽不能完全阻止脊髓损伤后灰质坏死, 但对白质的存活创造了条件, 使脊髓的传导功能得以改善^[6]。本组病例早期均使用 654-2 静滴, 而且使用越早越好, 2 周内可连用, 定能获得极好的疗效。2 周后使用因周围白质已大部分破坏而丧失其意义。

(5) 中药的应用: 活血化瘀类药物能使损伤部位的血肿吸收, 改善全身的血液循环和损伤局部的微循环, 可解除脊髓血肿压迫, 并提高其细胞的携氧量, 利于修复。故对该类损伤早期同时配合复方丹参注射液静滴, 并连用 2 周, 效果满意。同时配合中药内服, 早期以活血化瘀, 通络止痛为主, 中晚期宜益气通络, 强筋壮骨, 使用我院的颈椎 1 号和 2 号, 有利于早日恢复。

参考文献

1. 曾幼鲁, 卢铸, 诸宝成, 等. 颈椎损伤的 CT 诊断. 中华骨科杂志, 1995, 5(4): 214

2. 邢肇诩, 周国昌, 熊祥虎, 等. 无骨折脱位型脊髓损伤. 中华骨科杂志, 1993, 13(6): 408
 3. 王亦璁, 孟继懋, 郭子恒, 等. 骨与关节损伤. 第二版. 北京: 人民卫生出版社, 1991: 517
 4. 贾连顺, 刘洪奎, 侯铁胜, 等. 无脊髓损伤的颈椎骨折脱位临床研究. 骨与关节损伤杂志, 1994, 1: 5
 5. 郭世绂. 脊髓损伤的实验性药物治疗. 骨与关节损伤杂志, 1990, 1: 4
 6. 苗福麟. 654-2 治疗早期脊髓损伤的实验研究. 骨与关节损伤杂志, 1990, 1: 27

(收稿: 1996-04-05)

中医指针综合疗法治疗颈椎病

宏树臣

天津中医学院第一附属医院(300193)

颈椎病是临床常见疑难病, 自 1995 年~ 1998 年, 在门诊经中医指针、中药、推拿等法辨证施治, 146 例疗效满意, 现汇报如下。

临床材料

1. 一般情况: 146 例均为门诊病人, 年龄 12~ 83 岁, 病程最短一周, 最长 22 年, 其中颈型 26 例、神经根型 60 例、椎动脉型 28 例、交感神经型 16 例、脊髓型 16 例。

2. 临床症状: 颈肩背疼痛不适者 82 例、手臂麻 60 例、头晕耳鸣 32 例、呕吐恶心 20 例、有早博、心慌 10 例、颈神经根牵拉试验阳性 40 例, 击顶试验阳性 25 例。

3. X 线检查: X 线平片表现颈椎排列不整齐, 寰枢关节不对称 46 例、颈椎增生 106 例、椎间孔缩小变形 62 例, 颈椎生理弧度变直或后突 88 例。CT 扫描, 颈椎间盘膨出、突出者 28 例, 相应椎管狭窄和骨性椎管狭窄者 18 例。

治疗方法

1. 指针疗法: 以指代针在症状相关的穴位或阿是穴上点按治疗。(1) 头痛眩晕者取穴: 印堂、脑户、前顶、后顶、玉枕、率谷、完骨、风池、风府。(2) 颈肩背疼痛麻木取穴: 肩外俞、天柱、肩贞、天宗。(3) 呕吐心悸取穴: 合谷、风池、内关、大椎等。以上诸穴临床选用。每日一次, 10 日为一疗程。起到疏通经络、调和阴阳扶正去邪的作用。

2. 手法治疗(1) 颈、肩、臂背部按摩, 自上至下, 其力度因人而宜, 由轻到重, 但基本上宜轻宜柔, 不可用暴力, 时间可稍长些, 颈肩处和背部适加提拿和弹拨手

法, 可起到行气活血, 通经活络, 剥离粘连, 解痉止痛的作用, 对缓解症状可有立效。(2) 端提旋转和侧扳颈部, ①端提旋转法: 患者端坐方凳之上, 颈部和身体尽量放松, 医者立于患者前面, 两手拇指和余四指分开自双耳下分别托抱患者颌枕部, 自下而上徐徐用力端提患者头部, 使患者颈部尽量向上伸展, 然后坚持持续端提片刻, 垂直水平左右转动, 注意转动的角度和力度, 最后回到颈部的中立位, 慢慢使之减弱端提之力至恢复原状。②侧扳法: 医者立于患者侧面, 一手扶按患者对侧肩部, 另一手扶于同侧面颊部, 此时医者扶颊部之手徐徐用力扳按, 侧扳的角度一定要因人而宜, 施术要精巧得体, 扳按后随加顺颈颈部肌筋手法。然后用同法治疗对侧, 手法治疗每日一次, 10 次为一疗程。此法有舒理筋脉、通经活络、解痉止痛、调整颈椎小关节紊乱的功效。

3. 中药治疗: 自拟颈复康汤剂对各型颈椎病的治疗, 基本方: 独活 10g, 羌活 10g, 葛根 15g, 防风 10g, 陈皮 10g, 黄芩 10g, 云苓 10g, 桑枝 15g, 丹参 15g, 忍冬藤 30g, 鸡血藤 30g, 地龙 15g, 狗脊 12g, 头痛目眩重加川芎 10g, 杭菊 10g, 细辛 3g, 气滞血瘀重加桃仁 10g, 红花 10g, 三七 3g, 香附 10g, 气虚重加党参 10g, 黄芪 15g, 血虚重加当归 10g, 熟地 15g, 阿胶 10g(烊化), 年迈体衰肝肾亏损加杜仲 10g, 骨碎补 10g, 枸杞 15g, 山萸 10g, 山甲 10g, 每日一剂, 每日服二次, 每次服 150ml, 10 天为一疗程。内服中药可起活血化瘀、通经活络、理气化痰、清热祛风、缓解痉挛、消炎止痛、养血荣筋、补益肝肾、疏通督脉之作用。