

不减轻或稍减轻。

100例中痊愈60例,显效28例,好转10例,无效2例。

讨论

1. 中医及美国神经整脊一致认为颈椎前后位观棘突顶线的连线应在正中线,侧位颈曲应前凸,在整个治疗过程中应松解软组织矫正错位,解除神经血管压迫,使骨与软组织恢复正常的功能状态。

2. 正常颈曲应向前凸,而颈曲变直48例,颈曲反张32例,共80例曲度不正常,主要的致病因素是生活方式不正确,长期低头的姿势及枕头不合理,所以睡有助于恢复颈曲的枕头及让患者少低头。上颈椎位置重要,其位置好坏对人影响很大,且上颈椎复位难度较大及危险性高。作者把张口位片做为常规检查,在这100例病例中上颈椎椎骨偏歪者共69例,均施行了上颈椎的手法治疗,从临床上观察效果不错,有些病人甚至感

到疗效显著。

3. 颈椎偏歪合并上胸椎椎骨偏歪者60例,上胸椎活动小,颈椎活动性大,上胸椎为颈椎的基部,两者关系密切,轻微的上胸椎错位将会影响颈椎,所以在临床中即使患者没有明显自我上胸椎症状,但局部可触及筋结及疼痛者也一同矫正上胸椎偏歪。

4. 治疗髓型病人一定不要用暴力扳动椎体,在松解软组织点揉穴位基础上常用拇指推偏歪棘突法,这种方法容易控制力度。本组治疗髓型病人13例,痊愈3例(霍夫曼征阳性仍存在),显效5例,好转4例,1例因疗程长病重,全身麻木治疗失败。

参考文献

1. 陆裕朴,胥少汀,葛宝丰等.实用骨科学.北京:人民军医出版社,1993,1111—1112

(收稿:1998-05-11)

卧位旋转复位法治疗根型颈椎病

郑良义

广东省珠海市中医院(510015)

1994年6月~1997年11月,采用卧位定点旋转复位法治疗根型颈椎病132例,疗效满意,小结如下。

临床资料

132例均为门诊病例,其中男54例,女78例;年龄25~68岁。根据颈椎病节段分布:C₃₋₄8例,C₄₋₅39例,C₅₋₆64例,C₆₋₇21例。

治疗方法

1. 定点:(1)触摸痛点。(2)神经节段定位,主要依据神经分布所支配的上肢运动、感觉和反射进行综合分析,譬如:患肢肩部外展乏力,肩部外侧感觉迟钝,肱二头肌反射稍弱,在定位上便考虑C₄₋₅节段。(3)定椎体,确定病变节段后,临床上,以定位节段之上椎体为治疗对象。因为颈椎的偏歪,往往是上位椎体相对下位椎体而发生的。如定位于C₄₋₅,那么,定椎体便是C₄,即定点为C₄棘突。因定点旋转复位的施术关键在明确那一个椎体偏歪,而手法治疗是通过力作用于棘突来完成的。

2. 定向:(1)手摸心会,通过触摸颈椎棘突顶线及两旁线,以确定椎体是否出现偏歪。同时,由于颈椎棘突的生理变异,存有一定误差。故这一步只作粗略估计。(2)寻找痛点,临床上痛点明显侧,便意味着棘突

偏歪侧。(3)颈部运动功能检查,颈部旋转受限方向侧,往往和痛点侧相符,多数便是棘突偏歪方向。如C₄左压痛,头部左旋受限,提示C₄棘突左偏歪。

3. 旋转复位法:以C₄左偏歪为例。行颈部点揉等手法放松肌肉后,取仰卧位,头稍左旋,医者以右手虎口叉开托后枕部,右拇指定点并抵顶于C₄棘突左侧,向右方向用力。左手搂托下颌部,双手同时轻度用力作拔伸牵引,然后左旋颈部至有“锁紧”感时,双手协调用力作一过度左旋,同时右拇指用力,将C₄棘突顶向右侧方向,常可觉棘突复位响声。这是复位手法关键所在。

双手交换位置,以左手拇指抵顶C₄棘突,如前向右侧扳一次,一样闻响声,手法成功。须注意旋转过程手法要轻柔,扳的瞬间手法要有一定弹性,令其即扳即松回原位,以策安全。

治疗结果

1. 疗效标准:优:颈部连及上肢麻痹疼痛消失,劳累后无明显不适;良:颈部或上肢麻痹疼痛轻微,劳累后无明显加重;好转:颈部及上肢疼痛减轻,劳累后易加重,但较治疗前为轻;无效:颈部连及上肢麻痹疼痛无明显减轻。

2. 治疗结果: 本组病例, 每隔天治疗 1 次, 5 次为 1 疗程, 平均 1.7 个疗程, 优良率达 74%。

讨论

根型颈椎病的发生, 和“骨错缝”, 即椎体细微错位有着密切关系。其解剖和病理上的这种改变, 除了影像学上偶有双边、双影变化外, 很难得到客观而确切的依据, 临床治疗结果又往往提示“骨错缝”的客观存在。因而, 如何客观地确定偏歪棘突, 便成了手法成功的关键。过去, 靠触摸三线、阅片进行定点定位, 往往受颈椎生理变异、投照角度、体位等因素干扰, 而使定点定位可靠性受到质疑。作者以触摸, 结合运动, 感觉和反射检查进行定点定位, 综合 X 光片分析进行确定, 使得定点定向更加有理有据, 客观准确, 为复位成功创造了

条件, 临床也证实切实可行。

卧位定点旋转复位手法衍生于冯氏定点旋转复位手法。卧位减轻了患者坐姿的恐惧和紧张而产生的颈肌对抗, 由坐而改卧令颈肌更为放松, 给手法实施消除了负面影响, 为定点旋转复位成功操作奠定了基础, 同时颈肌放松, 使手法更加轻巧灵便, 得心应手, 安全稳妥。避免了过度、勉强用力所造成的损伤, 方便对手法过程出现眩晕等问题的应急处理。

定点旋转手法作为一个治疗方法, 没有必要每次必用, 应该“点到即止”, 以免因连续多次施治而增加医源性椎间失稳的机会。治疗手法也没有必要每天进行, 应在治疗后给肢体一个休养将息的时间。

(收稿: 1999- 01- 24)

股骨髁骨牵引治疗股骨下端骨折

马富恒 陈建平 张昌文 贾连军

山西省大同市第三人民医院 (037008)

我们从 1988 ~ 1995 年采用股骨髁牵引治疗股骨髁上骨折及股骨髁间粉碎骨折共 18 例, 取得满意的疗效, 现报道如下。

临床资料 本组 18 例中男 15 例, 女 3 例; 年龄 20 ~ 91 岁; 其中髁上骨折 6 例, 髁间粉碎骨折 12 例; 致伤原因有车祸、砸伤、撞伤。

治疗方法 均采用股骨髁骨牵引, 克氏针自内收肌结节由内向外穿出, 将患肢置于布朗氏架上进行牵引。对于髁上骨折, 通常是先行牵引, 再手法复位; 对于髁间粉碎骨折, 通常是先手法对抗牵引, 术者用两手掌向中心挤压两髁 (抱髁), 然后再行克氏针股骨髁骨牵引。牵引时间一般为 5 周, 然后以石膏固定 3 周。在牵引期间积极进行股四头肌功能锻炼。

治疗结果 18 例中取得随访的 15 例, 平均随访时间为 1.5 年。按 Kolmert 制定的标准评定疗效, 优: 膝关节完全伸直, 屈 120°; 无疼痛和成角, 短缩 < 1cm; 良: 完全伸直, 屈曲 90°; 无或偶有轻痛, 轻微成角, 短缩 < 2cm; 可: 伸直差 10°; 活动范围 > 60°; 常有轻痛, 内外成角 < 10°; 短缩 < 3cm; 差: 伸直差 10°; 活动范围 < 60°; 疼痛明显而持久, 内外成角 > 10°; 短缩 > 3cm。结果: 在随访的 15 例中, 优 10 例, 良 2 例, 可 2 例,

差 1 例。优良率为 80%。

讨论 股骨髁上骨折及股骨髁间粉碎骨折通过股骨髁骨牵引, 确能够获得满意疗效, 因此该法不失为治疗此两种骨折的一种简单而有效的方法。通过骨牵引, 有时加上手法复位, 不仅能使骨折复位, 而且能使之维持复位。由于此法能尽早地进行股四头肌功能锻炼, 减少了伸膝装置粘连, 就为膝关节的功能恢复奠定了基础。运用股骨髁骨牵引, 材料很简单, 操作也容易, 病人痛苦小, 对于条件和设备不具备进行复杂的切开复位内固定的医院无疑是治疗这两种骨折的一种途径。

该法的不足之处是有些病例不能达到满意的复位。然而对于严重的股骨髁间骨折, 切开复位内固定欲达到满意的位置也常常是相当困难的。

股四头肌功能锻炼与疗效直接有关, 然而忽略这种锻炼时有发生。我们曾有一例左股骨髁间粉碎骨折给予股骨髁骨牵引后, 由于惧痛而未主动配合进行股四头肌功能锻炼, 以致伤后 4 个月复查时膝关节才能屈曲 10°; 因此我们认为早期即开始进行认真、积极、主动、有效的股四头肌功能锻炼, 通过髌股关节面的早期磨造对膝关节的功能恢复至关重要。

(收稿: 1996- 04- 24)