

手法治疗先天性颈椎融合伴颈椎间盘突出症 11 例

王悦娜¹ 刘步先¹ 陈丕刚²

(1. 机械部青岛疗养院, 山东 青岛 266071; 2. 青岛市黄岛骨伤医院)

先天性颈椎融合伴颈椎间盘突出症临床并非罕见, 其治疗方法有非手术和手术疗法二种^[1], 笔者采用“松扳牵按点”五步整骨推拿法为主的中西医结合疗法收到良好效果, 报道如下。

临床资料

1. 一般资料: 本组 11 例中男 7 例, 女 4 例; 年龄 38~64 岁。来院前已发现有先天性颈椎融合者 9 例, 2 例系因颈部外伤后出现症状来院摄 X 线片始发现畸形。

2. 临床表现: 本组有 9 例因长期颈部酸痛不适活动受限而去医院摄颈部 X 线片发现颈椎融合畸形。11 例均有颈部僵硬酸痛、活动不灵; 6 例伴有肩臂痛、肌力减弱和上肢腱反射减弱, 3 例伴有后头痛, 2 例表现为轻度颈髓受压, 出现四肢麻木乏力、腱反射亢进、病理反射阳性, 但无大小便异常。

3. 影像学检查结果: 本组 11 例全部摄颈椎 X 线正、侧及斜位片。发现: C₂₋₃椎体及所属附件融合者 5 例, 椎体及椎弓融合而棘突尚未融合者 2 例, 其融合椎体的下一椎间隙即 C₃₋₄椎间隙变窄者 7 例; C₃₋₄椎体融合者 3 例, 其融合椎体的上一椎间隙即 C₂₋₃椎间隙变窄者 1 例, 其下一椎间隙即 C₄₋₅椎间隙变窄者 2 例; C₅₋₆椎体融合者 1 例, 其融合椎体的下一椎间隙即 C₆₋₇椎间隙变窄者 1 例; 椎体后缘增生者共 6 例, 颈肋 1 例。

有 6 例行颈椎 CT 检查, 显示 C₃₋₄椎间盘中央突出 0.2~0.3cm 者 4 例, C₄₋₅椎间盘后中央突出 0.22cm 者 1 例, C₅₋₆椎间盘后中央突出 0.2cm 者 1 例。有 4 例行 MRI 检查, 可直接观察到在椎体融合部位邻近的椎间盘向后程度不同的突出椎管内出现弧形压迹者共 6 处, 有 2 例融合椎体的上一椎间隙和下一椎间隙均示椎间盘突出, 有 2 例仅在融合椎体相邻的下一椎间隙显示弧形压迹。

治疗方法

1. 松: 患者端坐矮凳略低头, 术者站于其后以双拇指触诊, 用分筋理筋手法依次按摩颈棘上韧带、项韧带、斜方肌、胸锁乳突肌及副神经两个分支(一支在胸锁乳突肌后缘中点进入该肌处, 一支在肩胛骨内上角

的内上方进入斜方肌处)。

2. 扳: 即用定点正向及反向旋转复位法, 仰头端拿法或侧向推顶法有针对性的矫正患椎的旋转性位移、前后位移以促使突出的椎间盘复位或部分复位, 恢复颈椎力学平衡, 解除或减轻对椎动脉、神经根乃至颈脊髓和交感神经的刺激与压迫, 以利症状之缓解, 此系治疗之关键手法, 需稳妥实施, 准确操作。

3. 牵: 术者用双手 3~5 指分别托双下颌角处, 拇食二指扶持面颊, 助手自前方双手托住术者双手协同用力与纵轴呈 10°~15°角牵引; 对椎体后缘有骨赘和下段中央型椎间盘突出者行牵引方向应不超过纵轴为宜, 以免加重后缘骨赘和突出椎间盘对颈髓的损伤。

4. 按: 以拿捏法依次按揉颈椎双侧横突、肱二头肌短头、三角肌下滑囊、冈下肌、风池、内外关、合谷等穴, 以达解除肌肉痉挛、舒通经络、消炎镇痛之目的。

5. 点: 以叩打、点穴、揉等手法顺患侧颈肩臂手点按 2~3 遍, 以舒理患肢软组织, 调理气血, 促进痛区症状之缓解。

此手法每周 2 次, 8~10 次为 1 疗程。手法期间可根据病情口服通痹片、颈痛灵、汉桃叶片、安络痛、维生素 B₁、地巴唑等药物, 或辅以中药离子导入、酒醋疗法粉局敷, 或超短波、频谱理疗。个别痛点明显或伴有肩周炎者, 可配以氢化泼尼松 25mg、地塞米松 5mg、维生素 B₁₂500μg、维生素 B₁100mg、ATP20mg、2%利多卡因 5ml 行痛点阻滞。

治疗结果

本组病例经上述治疗 8~10 次后并随访 2~12 个月, 效果优良者 8 例, 神经功能恢复较满意, 劳累时感颈部不适肢体轻度酸痛, 但不影响日常工作和生活; 有效者 2 例, 临床症状部分缓解, 神经功能部分恢复, 劳累时又可出现部分症状; 无效 1 例, 治疗前后症状体征改善不大。

讨论

先天性颈椎融合畸形并非罕见, 但同时伴有颈椎间盘突出的报告则尚不多见。本组病例中发生椎间盘突出部位多在先天性椎体融合的下一椎间隙, 仅有 1 例在其上、下椎间隙均有突出。不难看出, 此种类

型的颈椎间盘突出的发生与先天性椎体融合有密切关系,其机理可能因融合的椎体限制了本节段的活动,必然会增加其他节段尤其是相邻上下节段椎体的活动幅度,久而久之,必然促使椎间盘较早和较容易发生退行性改变。在此基础上,轻微的外伤或积累性劳损,便可使退变到一定程度的椎间盘纤维环破裂,髓核突出,产生一系列临床症状。本组有 9 例来院前就已摄 X 线片发现颈椎先天融合畸形,仅有 2 例轻度颈外伤后始发现本病,说明积累性劳损已造成了未融合节段椎间盘突出的潜在产生,轻微外伤即可发生临床症状。

X 线摄片即可确定颈椎先天性融合畸形的存在,但对早期颈椎间盘突出的诊断尚有一定困难,而 CT 和 MRI 则对颈椎间盘突出的早期诊断具有重要价值, MRI 更优于 CT 造影^[2],可直接显示脊髓的压迫程度和范围。惜因收费较高不能被所有患者所接受,故本组仅有 4 例行 MRI 检查,均获确切影象。因此认为,在基层医疗单位凡发现颈椎先天性融合患者,若 X 线片尚未表现出椎间盘影象而临床已有突出症状者可尽早行 MRI 检查,以便早期诊断,早期治疗,早获愈转。

众所周知,对颈椎先天性融合是无须治疗的,但当引发颈椎间盘突出产生临床症状时则需进行相应治疗。本组采用“松扳牵按点”五步整骨推拿法,旨在松弛项背部肌肉,纠正偏歪患椎棘突,增加椎间盘内负压,促其突出之髓核还纳,恢复颈椎力学平衡,减轻对颈髓、神经根及椎动脉的刺激与压迫,促进周围神经功能恢复,以达到缓解临床症状改善体征之目的。实践证明,此种整骨推拿法对各型颈椎病均有良好治疗效果,笔者经治的近千例统计总有效率为 97.9%^[3]。仅对颈脊髓明显受压者方可考虑手术治疗。

参考文献

- [1] 候铁胜,沈强,刘洪奎,等.先天性颈椎融合伴颈椎间盘突出症 12 例报告.颈腰痛杂志,1995,16(2):68
- [2] Mrvis SE, Geisler FH, Jelinek JJ, et al. Acute cervical spine trauma: Evaluation with 1. 5- TMR imaging. Radiology, 1988, 166(3): 807
- [3] 王悦娜,刘步先,陈应钢,等.松扳牵按点推拿法治疗颈椎病 292 例.疼痛学杂志,1996,4(1):21

(收稿:1997-03-06)

加大屈肘角固定治疗儿童伸直型肱骨髁上骨折

田中奎

(濮阳市中医院,河南 濮阳 457000)

我们自 1993 年以来,采用加大屈肘角石膏托固定,治疗儿童伸直型肱骨髁上骨折,取得了满意的效果,现报告如下。

临床资料

本组 50 例中男 29 例,女 21 例;年龄 3~15 岁;右侧 27 例,左侧 23 例;单纯向背侧移位 7 例,尺偏型 32 例,桡偏型 11 例;就诊时间最短半小时,最长 1 周。

治疗方法与结果

患者仰卧,麻醉后一助手握住患肢上臂,另一助手握住前臂下端及腕关节,使前臂旋后位沿上臂纵轴方向顺势牵引。首先矫正侧方移位(以尺偏为例),术者以两拇指置于骨折远端的尺侧用力推按,其余手指置于骨折近端的桡侧与两拇指对抗,同时两助手使肘关节外翻,尺偏即可矫正。(桡偏反之)。侧方移位矫正后,术者再以两拇指置于骨折远端后侧,推按骨折远端向前,其余手指置于骨折近端前侧与两拇指对抗,同时两助手在牵引下将肘关节屈曲至最大限度,经 X 线透视准确对位后,给予石膏托固定。两周后拍 X 线片,如有骨痂生长,可改为 90°石膏托固定,3~4 周解除

固定,开始功能锻炼。结果,50 例伸直型肱骨髁上骨折,经手法整复加大屈肘角石膏托固定后,均未发生再移位。3 个月后复查,患肘关节功能恢复正常。

讨论

伸直型肱骨髁上骨折,历来采用手法整复小夹板固定或 90°石膏托固定,效果不佳,往往发生再移位。采用加大屈肘角石膏托固定克服了这一缺点。原理是,伸直型肱骨髁上骨折远折端向后侧移位,前侧骨膜及软组织被拉伤或被骨折近端刺伤,后侧骨膜及软组织却很完整,复位后加大肘关节的屈曲度,使后侧的骨膜及软组织被拉紧,前臂近段与上臂下段对骨折端形成挤压力,而且由于肘关节周围的肌肉、肌腱、关节囊、皮下组织及皮肤张力增加可起到内在的夹板作用,加之外侧石膏托的固定,使骨折端更加稳定可靠,是一个较理想的治疗方法。此外,由于肘部骨折后形成的血肿,加上屈度加大,局部张力增加,容易出现神经受压及血液循环障碍,要密切观察,发现问题及时处理。

(收稿:1997-06-21)