

经根型、脊髓型、椎动脉型、交感神经型和其他型,一直沿用至今;1992 年召开的第二届全国颈椎病专题会议只是对上述分型重新制定了诊断标准。近年来在临床治疗颈椎病的过程中,开始有人注意到颈部软组织病变与颈椎发病高度相关,在共性认识的基础上,吴氏^[17]根据临床实践中存在颈部软组织病变与颈椎病、交感神经症状与颈椎病、颈椎病临床分型原则的确定三个方面有认识分歧,又提出了显性颈椎病(I型:脊神经根型;II型:脊髓型;III型:椎动脉型;IV型:混合型;V型:无症状型)和隐性颈椎病的“二类五型”分类法;韦以宗^[18]根据病变之钩椎关节、椎体部位及压迫脊髓之椎间盘,分为颈枕型、成角型和退化型,每型又分为I、II、III型,认为此分类法不仅可指导临床,且可作为预防诊断的依据。

综上所述,这些分型方法针对的大多为临床上已出现颈椎骨性结构病变并累及到神经、血管、脊髓等组织的器质性病变患者,而且也多为X线、CT、MRI等检查所证实。大家认识不统一的主要原因,大致缘于颈椎病到了此阶段,面对颈椎骨器质性改变引发的一系列复杂的临床症状,采取手术疗法也好,非手术疗法也罢,在目前尚缺乏一种能彻底根除病因、保持持久疗效的疗法,并且在临床上运用源于骨性结构变化的颈椎病影像学诊断结果,常难以解释临床疗效与影像学变化的不同步表现等诸多问题,也反映出颈椎发病机制的复杂性,因此便产生了临床上对颈椎病诊断分型认识的分歧。通过研究,使临床工作者逐步认识到颈部软组织在颈椎发病环节中,开始可能是病因,最终又是症状的体现者之一。基于颈部肌肉、韧带、椎间盘和颈椎骨等不同层次的病变所引发的临床表现,是否可用逆向思维,由外向内,以年龄增长及劳损等原因导致软组织或椎骨组织的退变为主要依据,重新审视颈椎病:I期[仅出现颈肌病变症状];II期[出现椎间盘、韧带及颈肌病变并主要影响颈椎序列、颈曲异常表现为];III期[出现椎骨退变并累及椎周组织(肌肉、神经、血管、脊髓)引发种种症状],每期各有自己的特征和侧重点,各临床学科根据

自己学科的特色,分而治之。是否符合临床,我们将对此逐步开展相关研究予以证实。

参考文献

- [1] Sni jkens, CT. A biomechanical model for the analysis of the cervical spine in static postures. J. Biomech, 1991, 24: 783.
- [2] 周明志. 颈周周围软组织损伤与颈椎病的关系. 中华骨科杂志, 1989, 4(3): 183.
- [3] R. 凯雷特. 颈和肩臂痛. 北京: 人民卫生出版社, 1988. 23, 31-32.
- [4] 邵宣, 许竟斌. 实用颈腰背痛学. 北京: 人民军医出版社, 1992, 54-56.
- [5] 杨克勤. 对颈椎病的一些认识论. 中华骨科杂志, 1982, 2(1): 29.
- [6] 余家阔, 吴毅文, 汪发贵, 等. 实验性颈椎应力应变分布改变对颈椎组织结构的影响. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 456.
- [7] 张长江. 颈椎病中医防治. 北京: 中医古籍出版社, 1986, 29.
- [8] 许光旭, 编译. 人类骨骼肌的力-速度的关系. 国外医学物理医学与康复学分册, 1992, 15(2): 176.
- [9] 杨桂通, 吴文周. 论生物力学研究的学科发展战略. 国外医学生物医学工程分册, 1992, 15(4): 187.
- [10] 美国生物力学委员会. 生物力学未来的需要. 力学进展, 1987, 17: 2-4.
- [11] Fung YC. Biomechanics. Springer Verlag, 1990, 58.
- [12] Richard shalad and Shu chien. Handbook of Biengineering. McGraw-Hill Book Company, 1987, 71, 91.
- [13] Alan Jordan. A Comparison of Physical Characteristics Between Patients Seeking Treatment for Neck Pain and Age Matched Healthy People. JMPT, 1997, 7(9): 468.
- [14] 李新忠. 青年颈椎病的发病及其诊治. 中医正骨, 1996, 8(6): 15.
- [15] 徐印坎. 颈椎病病因学和分类(上). 解放军医学杂志, 1981, 6: 52.
- [16] 杨克勤, 张之虎. 颈椎病. 北京: 人民卫生出版社, 1981. 57.
- [17] 吴仁秀. 关于颈椎病临床分型问题的商榷. 安徽医科大学学报, 1992, 27(1): 83.
- [18] 韦以宗. 颈椎病诊断分型和辩证施治探讨. 中国中医骨伤科杂志, 1995, 3(6): 18.

(收稿: 1999 06 17 修回: 2000 03 06 编辑: 李为农)

• 病例报告 •

同侧前臂多段骨折并肱骨骨折一例

万永民

(浮梁县中医院, 江西 浮梁 333400)

王×, 男, 36岁, 农民。于1996年4月15日乘坐汽车时, 不慎将左肘屈曲置于窗外, 被相对开过的汽车撞伤左上肢, 伤处剧痛、肿胀、畸形、功能受限。查体: 左上肢高度肿胀, 成角畸形, 活动受限, 桡动脉搏动良好。X线片示: 左尺骨中

上1/3、中下1/3处骨折, 左桡骨中段、桡骨远端骨折、左肱骨中下1/3骨折, 均向掌侧成角, 移位明显。急诊在臂丛麻醉下行切开复位, 尺骨骨折髓内固定; 桡骨骨折、肱骨骨折钢板内固定, 术后石膏托固定2周, 拆线后石膏管型

固定8周, 三个月后随访, 骨折已愈合。

讨论 此患者受伤机制特殊。因暴力大, 骨折移位严重, 且多段骨折难以固定, 故早期切开复位内固定, 术后给予石膏外固定, 防止尺骨发生旋转移位, 获得满意效果。

(编辑: 李为农)