

物所在节段一致;④肌电图显示受损害的神经根呈明显的节段性分布;⑤部分病人在肌萎缩出现后的不同时间可出现感觉损害。对于肌萎缩型颈椎病掌握其发病特点将不难诊断。

4.2 治疗

本组 4 例病人均采用颈椎病手法治疗,病情得以控制并呈逐渐好转趋势,中医治疗肌萎缩型颈椎病是一种行之有效的治疗方法。

颈椎病引发的神经损害一般是感觉与运动同时受累,但该书主要症状是上肢肌的乏力、萎缩,不伴有感觉障碍,不同于神经根型颈椎病,又区别于脊髓型颈椎病,其发病为下运动神经元性损害,即颈脊神经前根和颈脊髓前角病变所致^[5]。人体随着年龄的增长,颈椎退变,椎间隙变窄,颈椎失稳,椎间关节增生,椎间盘突出,上述原因对腹侧神经根即神经前根产生压迫,同时对供应脊髓前角血运的前根动脉及脊髓前动脉产生压迫。

手法治疗肌萎缩型颈椎病调整颈椎关节的紊乱,恢复关节的正常关系,增大椎间孔、椎间隙容积,缓冲椎间盘组织向

周缘的压力,促进已经突出的髓核组织还纳复位。同时手法缓解颈部肌肉痉挛,降低椎间盘内压,改善椎间隙的塌陷状态,使颈神经前根所受的压迫得到缓解,脊髓前角的血液循环得到改善,从而达到治疗的目的。

参考文献

[1] Keegan JJ. The cause of dissociated motor loss in upper extremity with cervical spondylosis: A case report. *neurosurg*, 1965, 23: 528-536.

[2] 孙树椿. 实用推拿手法彩色图谱. 北京: 中国医药科技出版社, 1994. 27-32.

[3] Shinomiya K, Komori H, et al. Neurologic and electrophysiologic assessment of cervical spondylotic amyotrophy [M]. *Spine*, 1994, 19 (1): 24-25.

[4] 崔丽英. 神经电生理检查在脊髓型颈椎病与肌萎缩侧索硬化症中的应用价值. *中国脊柱脊髓杂志*, 2000, 10(4): 254-256.

[5] 陈福文. 颈脊髓血供及其与脊髓型颈椎病关系的研究. *中国脊柱脊髓杂志*, 2000, 10(2): 115-117.

(收稿: 2000-12-28 修回: 2001-03-10 编辑: 李为农)

胸椎小关节紊乱引起右肋部疼痛的临床观察

朱军¹ 李赛玲¹ 郭效东²

(1. 首钢总医院门诊部, 北京 100041; 2. 中国中医研究院骨伤科研究所)

右肋部疼痛常见于肝胆疾病,但我们在临床治疗中常发现一部分右肋部疼痛不适的患者是因下胸段胸椎关节紊乱所引起

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 18 例,男 5 例,女 13 例;年龄 28~51 岁,平均年龄 37.2 岁;病程 3 天~半年。

1.2 临床表现与诊断 (1)患者感到右肋部疼痛不适,有时疼痛延向腰背部,深呼吸或活动腰背部有时感到疼痛加重;(2)肝胆无明显的相应体征,肝功能、B 超检查肝胆无异常;(3)查 T₇~T₁₂棘突间、棘突旁、横突、肋间隙可有明显压痛,有时有沿肋间隙放射痛,局部胸椎叩击放射痛(+),X 线片示胸椎无明显异常,有时可发现椎体棘突偏歪、椎体缘唇样增生、椎间隙变窄、肋间隙不等宽等。

2 治疗方法

2.1 准备手法 患者取俯卧位,术者在患者右侧腰背部先后施法、揉法、点压法共 10 分钟左右,以松弛紧张的腰背肌,同时提高患者的局部痛阈,促进局部的血液循环。

2.2 关节复位手法

(1)斜扳法:该法与腰椎斜扳法要求相同,只是脊柱旋转的对抗扭点在下胸段病变部位,手法成功后常在病变部位发出关节弹响声。

(2)双掌按压法:患者取俯卧位,术者双手腕交叉,用掌根部按压胸椎的两侧上下位横突,在患者深吸后开始呼气时,双掌根部同时按压椎体横突,使胸椎关节复位并发出弹响。

(3)坐位旋转复位:该法与腰椎坐位定点旋转复位法相

同,当脊柱的旋转到达旋转极限时,拇指用力顶压偏位的胸椎棘突使胸椎小关节复位。

(4)坐位胸椎对抗复位法:患者取坐位,两手交叉抱于枕后,术者立于患者背后,用膝部顶住病变椎体的下位棘突,双手从患者腋下向前握住患者双肩,膝手同时慢慢用劲,使患者因疼痛紧张屏气时,手膝同时用劲,使胸椎小关节复位,并发生弹响声。

每一位患者通过采用一两种方法就能达到治疗效果,至于选哪一种方法则视患者体质和肌肉韧带的松弛情况而定。

2.3 整理手法 以轻柔的掌揉法使腰背部肌肉放松,并用按摩乳作润滑剂,采用擦法使局部发热,加快病变部位的恢复。手法治疗每日一次。

3 治疗结果

根据连续治疗 3 次的前后临床表现制定如下疗效评定标准:优:右肋部疼痛不适消失,胸腰背部活动自如,深呼吸正常无疼痛;良:右肋部疼痛不适明显减轻,腰背部活动自如,深呼吸有时感到疼痛,3 天后疼痛消失;无效:右肋部疼痛不适仍存在,并未明显减轻。本组 18 例中优 14 例,良 4 例。

4 讨论

胸椎关节紊乱症是指因胸椎关节突关节、肋骨小头关节、肋横突关节发生错位所引起的一系列神经、软组织及内脏器官的症状。胸椎关节紊乱所引起的右肋部疼痛在临床上并非少见,但在诊断上首先应排除肝胆疾患,并具有以下特点:1)右肋部疼痛不适,有时放射至腰背部;2)相应椎体周围有明显的压痛点,有时按压后疼痛加重;3)对胸椎进行手法治疗后,右肋部

疼痛不适明显减轻或消失; 4) 对肝胆胃等药物治疗无效。

本组患者是在针灸推拿治疗胆囊炎时筛选出来的, 其发病机理可能是胸椎关节错位, 刺激了脊神经, 出现肋间神经的牵涉痛或放射痛; 或交感神经受刺激异常兴奋产生的刺激痛, 表现出右胸部疼痛不适。本组患者胸椎小关节错位从 T₇~ T₁₂ 均有发生, 其中主要为肋骨小头关节和肋横突关节错位, 至于

所有患者主诉相同, 这可能与神经支配相互交叉重叠(特别是交感神经支配)有关, 另外还与患者主诉定位不明确有关, 因此在临床上, 患者主诉右胸部疼痛不适, 不能草率的把它们归于肝胆疾患来治疗, 以免延误病情, 这应该引起我们临床工作者的重视。

(收稿: 2001-02-08 编辑: 李为农)

股方肌带蒂骨瓣移植治疗股骨颈骨折

邹季 毛小兵 李章华

(湖北中医学院附属医院, 湖北 武汉 430061)

股方肌带蒂骨瓣移植术为治疗股骨颈骨折的常用方法之一。现将 1993 年 4 月~ 1999 年 4 月以此法治疗的 48 例病人治疗情况报告如下。

1 临床资料

本组 48 例中男 33 例, 女 15 例; 左侧 19 例, 右侧 29 例; 年龄为 35~ 68 岁, 平均年龄 55 岁; 骨折后 3 周内手术者 45 例, 3 周后手术者 3 例。术后随访时间为 6 个月~ 6 年 6 个月。

2 治疗方法

入院后根据病人骨折端移位情况行下肢皮牵引或骨牵引, 纠正骨折端移位并维持复位。同时明确手术适应症及排除禁忌症, 并作好术前相应准备。

手术中病人取俯卧位或 60° 侧卧位, 患侧向上。取髋部后方 Gibson 氏或 Moore 氏皮肤切口进入, 依次分开臀大肌纤维、将小孔肌及闭孔内肌止点切断并向内侧牵开, 向上推开梨状肌, 保护其上、下缘的营养血管, 显露出扁而宽的股方肌, 将其向下方牵拉即可显露髋关节囊后壁。操作时注意紧靠股骨大粗隆以保护居于大粗隆与坐骨结节之间的坐骨神经。然后分离出股方肌在股骨粗隆部位的附着部, 以骨刀切下长 4~ 5cm、宽 2cm、厚 1~ 1.5cm 骨块, 注意勿伤及股方肌附着部, 带肌蒂骨块游离备用。下行切开髋关节囊后壁显露股骨头颈后方, 探查骨折两端情况, 直视下复位。在维持骨折复位情况下, 从大粗隆侧面下方依次拧入 3 枚螺钉, 穿过骨折线, 进入股骨头, 尖端止于关节面下方约 0.5cm 处为度。手术台旁以电视 X 线机核实骨折复位情况及螺钉固定情况。以 Garden 氏^[1] 对线指数判断和评价骨折复位质量。证实复位和固定满意后, 于股骨颈后侧, 垂直于骨折线作一长方形骨槽, 并将股方肌带蒂骨瓣嵌入骨槽内、使之跨越骨折线, 近端稍插入股骨头内, 使之紧贴其后, 然后以一枚螺钉固定。

3 治疗结果

所有病例随访时间为 6 个月~ 6 年 6 个月, 平均为 2 年 3 个月。所有病例均在术后 3 个月经 X 线片复查证实骨折端达骨性愈合。按照 Karkun 标准^[2] 评价本组病例疗效, “优良”为 23 例, “满意”为 24 例。共约占 98%。“较差”为 1 例, 占 2%, 主要是由于轻度髓内翻(Garden 正位对线指数变小)及

骨关节炎。

4 讨论

选用股方肌带蒂骨瓣移植治疗股骨颈骨折有其独特优点。首先, 该肌呈扁而宽状, 无腱性部分, 附丽于骨质的面积较大, 血供比较充足, 能比较理想地重建股骨颈骨折后永久性血供系统。由于骨瓣的供部与受部相距不远, 肌蒂在骨瓣转移过程中旋转角度不大(20°~ 30°), 故而手术对其供血不会造成损害。这些均为股骨颈骨折愈合创造了良好基础。其次, 股方肌附丽部骨质较为丰富, 足以充填股骨颈骨折后颈后部因压缩、塌陷所形成的骨质缺损, 借助于骨瓣充填使骨折端对合严密、平整, 有利于骨折愈合。同时, 股方肌止点的转移, 不影响髋关节的功能。

本手术不仅适合于新鲜股骨颈骨折病例, 能有效促进骨折愈合, 防止骨折延迟愈合或不连, 防止发生股骨头缺血性坏死。对于陈旧性骨折病例, 只要充分刮除骨折端间肉芽, 必要时另取髂骨片植骨, 以使缺损得以充分充填, 同时作牢固固定, 使骨折端对合紧密、稳定, 也同样取得满意疗效。

本手术成功的要素: ①术前必须通过下肢牵引、纠正骨折端的重迭移位、远折端上移并松解髋部肌肉痉挛、为手术创造条件。②必须在骨折满意复位和可靠的内固定基础上移植骨瓣。二者均须在手术台上以电视 X 线机核实无误。③手术中谨慎保护好坐骨神经, 操作中要尽量紧靠大粗隆一侧, 或事先将坐骨神经辨认后妥善加以保护。④保护骨瓣肌蒂上血供、转移骨瓣过程勿使肌蒂扭转。⑤使骨槽与骨折线垂直, 骨瓣的近端插入股骨头内一部分使之紧密相贴。⑥对陈旧性骨折病例应彻底刮除骨折端间肉芽组织、显露新鲜有活力的断面, 如缺损较大, 应加取髂骨块植入充填, 并予以可靠固定。另外, 术后宜作皮牵引制动 3~ 4 周, 术后 2~ 3 个月 X 线片证实已达骨临床性愈合后方可下床负重活动。在骨愈合之前, 也不宜作手术侧卧位。

参考文献

- [1] Garden RS. Malreduction and avascular necrosis subcapital fracture of the femur. J Bone Joint Surg (Br) 1971, 53: 183.
- [2] 王长有, 胡永俭, 赵增锡, 等. 股方肌动脉的显微解剖与临床应用. 中华骨科杂志, 1987, 7(4): 254.

(收稿: 2000-11-17 编辑: 李为农)