

腰椎后关节紊乱症的临床研究

朴盛树

(中国中医研究院骨伤科研究所, 北京 100700)

腰后关节紊乱症的发病率由于人群不同在 7.6%~37% 之间^[1]。全身性疾病如风湿性关节炎、强直性脊柱炎、淀粉样疾病、银屑病、肾病性骨营养不良、Paget's 病等, 时常会累及腰椎小关节。患有肾病性营养不良时, 腰椎小关节节突上出现多个可溶性的、圆形病损, 但关节本身不受累。这是由于甲状旁腺机能亢进, 形成破骨细胞之故。患银屑病时, 腰椎小关节的改变同退行性关节炎无区别, 即关节腔狭窄、骨刺, 关节面不规则。

1 症状和体征

腰后关节紊乱症的临床病象无特异性, 腰痛、臀及大腿后痛往往是病人的主诉。Lippitt^[2]规定本病的症状: (1) 腰、臀及髋部痛; (2) 痉挛样腿痛在膝上; (3) 腰僵硬, 特别在晨起或静息时重; (4) 无感觉异常。体征: (1) 脊旁局限性压痛; (2) 伸腰时痛; (3) 无神经缺失征; (4) 无神经牵拉痛; (5) 直腿抬高时可有髋、臀、腰背部痛。

Moran (1988)^[3]规定本病的病象如下: (1) 腰痛常伴有臀及大腿放散痛; (2) 痛可因更换体位及姿势而缓解; (3) 小关节区可有压痛; (4) 下肢无神经系缺失现象; (5) 腰过伸时痛加重。

Jackson^[4]提出小关节痛应与椎间盘突出痛相鉴别。两者皆有俯卧、后伸痛, 仰卧左、右屈痛, 直腿抬高时腰痛; 椎间盘突出者仰卧起坐、蜷曲及长期坐位时痛; 小关节则坐位时左右扭曲、后伸痛重。站立弯腰伸直时腰痛多来源于小关节。

2 放射学改变

X 线改变: 可见小关节间隙不对称、小关节间隙狭窄或消失、关节面错位相嵌、小关节面骨质密度增高、小关节骨质增生、椎体关节突连线的改变、脊柱失稳、退变性脊柱滑脱、脊柱侧弯。但这些改变与临床症状并不平行, 因而 X 线检查并不是结论性的。

具体说^[5], 在 CT 图上, 小关节由退行性病变的主要征象有: (1) 关节突尤其是上关节突增生。 (2) 关节边缘骨赘能改变椎管形状, 也能突出到侧隐窝或椎间孔, 引起神经根痛。 (3) 软骨下硬化。 (4) 关节腔狭窄及不规则, 这是由于关节软骨广泛或局部变薄所致。在 MRI 图上, 常能看到软骨变薄。 (5) 关节边缘腐烂。 (6) 关节下囊肿, 由滑液囊向内生长或囊肿退化所致, 这是由退行性小关节病变在 CT 图上最早显示的改变。 (7) 关节内气体 (真空关节), 气体位于关节腔内, 但气体常进入软骨小糜烂区及关节小囊肿内。关节内气体进入滑液囊肿内, 产生特征性 CT 表现。在正常的小关节内, 也常发现有气体, 这是关节周围韧带松弛, 关节过度运动而产生的真空现象。 (8) 关节囊或黄韧带近关节处钙化。 (9) 有时还可

发现关节鼠, 主要由钙化的软骨碎片所形成。 (10) 关节产生渗出液, 在 CT 图上不会压迫邻近神经根。

3 诊断

典型的临床症状及体征是诊断的主要依据。如 Helbig^[6]提出诊断的评分标准。 (背、臀、大腿痛 30 分、固定脊旁压痛 20 分、腰旋转痛 30 分、相应放射学改变 20 分, 60 分以上诊断成立)。

小关节的疾病常合并有椎间盘结构和功能上的异常, 二者可互为因果, 况且退变的椎间盘或小关节不一定会引起临床症状, 疼痛可源于椎间盘和/或小关节的病变, 从而使诊断变得异常困难。因此有人提出, 诊断的建立常常依赖于排除其他疾病^[7]。

4 治疗

1972 年 Shealy^[7]应用射频损毁法快速去除背痛和神经痛。Stolker 等^[8]认为它适于慢性小关节病, Chao^[9]在应用 5 年后认为此法有效、安全。Jerosch^[10]报道 93 例 50% 即时疗效好, 3 个月后疗效为 38%, 6 年后为 25%。

Goupille^[11]报道采用麻醉剂和类固醇在 X 线下小关节阻滞的短期有效率 22%~76%、长期有效率 8%~62%。有人^[2]认为, 类固醇激素不仅具有消炎作用, 而且可使关节囊内的脂肪萎缩, 从而减轻对滑膜绒毛的压迫, 使疼痛缓解。Schleifer^[12]报告在 CT 引导下进行注射, 介绍了应用 Schober 指标^[13] (测量沿脊柱 10cm 在弯曲后的差别)、腰部的旋转活动度来评价疗效。

对于腰后关节紊乱症的西医保守治疗包括姿势锻炼、腰围及支架保护、牵引、按摩等。有人认为按摩治疗腰后关节紊乱症在于使半脱位的小关节复位, 也有人提出按摩可以解除嵌顿的滑膜, 但都缺乏充分的根据。

腰后关节紊乱症的中医保守治疗包括按摩推拿、牵引、针灸^[14]、穴位注射^[15]、耳穴按压^[16]等, 其中多采用按摩推拿法。它又包括拔伸侧扳点穴法^[17]、双连椅旋腰法^[18]、蹲压法^[19]等。各家报道对于急性腰后关节紊乱症的治疗有效率在 95% 以上, 治愈率在 85% 以上。对慢性腰后关节紊乱症治疗报道少。

综上所述, 腰后关节紊乱症已被相当一部分作者承认作为一种独立的疾病, 目前对其发病机制及诊治尚缺乏深入系统的认识。目前对此病的了解在于^[20]: (1) 小关节在脊柱运动过度时承受较大压力, 在脊柱伸展极限时关节囊易于突出, 局部组织病理学证据可靠; (2) 大量小神经纤维和神经末梢分布在关节囊周围, 其中包括 P 物质 (痛觉调节物质); (3) 脊柱伸缩时可触发高低机械感受器, 受伤、炎症时局部神经敏感,

神经释放化学刺激物引起疼痛; (4) 注射氢化可的松和利多卡因可显著降低神经活动。

参考文献

- [1] Borensteir DG. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. *Curr opin Rheumatol*. 1997, 9(2): 144-50.
- [2] Lippitt AB. The facet joint and its role in spine pain, Management with facet joint injection. *Spine*, 1984, 9: 746.
- [3] Moran R. The diagnostic value of facet joint injection. *Spine*, 1988, 13: 1407.
- [4] Jackson RP. Facet joint injection in low back pain, a respective statistical study. *Spine*, 1988, 13: 966.
- [5] Teplick JG. Lumbar spine CT and MRI Philadelphia. JB: Lippincott company, 1992, 35F 373.
- [6] Helbig T, Lee CK. The lumbar facet syndrome. *Spine*, 1988, 13(1): 61-4.
- [7] Shealy C N. Percutaneous radiofrequency denervation of spinal facets and treatment for chronic back pain and sciatica. *J Neurosurg*, 1975, 43: 448-451.
- [8] Stolker RJ, Vervest AC, Groen GJ. Percutaneous facet denervation in chronic thoracic spinal pain. *Acta Neurochir(Wien)* 1993, 122(12): 82-90.
- [9] Chao J, Park YG, Chung SS. Percutaneous radiofrequency lumbar facet rhizotomy in mechanical low back pain syndrome. *Stereotact Funct Neurosurg*, 1997, 68(1): 212-7.
- [10] Jerosch J, Castro WH, Halm H. Muller Silvergieter G. Long term

results following percutaneous facet coagulation. *Z Orthop Ihre Grenzgeb*, 1993, 131(3): 241-7.

- [11] Goupille P, Fitoussi V, Cotty P, et al. Injection into the lumbar vertebrae in chronic low back pain. Results in 206 patients. *Rev Rhum Ed Fr* 1993, 60(11): 797-801.
- [12] Schleifer J, Fenzl G, Wolf A, Diehl K. Treatment of lumbar facet joint syndrome by CT-guided infiltration of the intervertebral joints. *Radiologe*, 1994, 34(11): 666-70.
- [13] Schleifer J, Kiefer M, Hagen T. Lumbar facet syndrome. Recommendation for staging before and after intrarticular injection treatment. *Radiologe*, 1995, 35(11): 844-7.
- [14] 张和平. 针刺后顶穴配合“背晃法”治疗腰椎后关节紊乱症 184 例疗效观察. *中国针灸*, 1997, 17(8): 511.
- [15] 杨达人. 穴位水针治疗腰椎后关节紊乱症 537 例. *四川中医*, 1997, 15(10): 51.
- [16] 石庆培. 耳压加自我运动治疗腰椎后关节错缝. *辽宁中医杂志*, 1996, 23(3): 132.
- [17] 王道全. 拔伸侧扳点穴法治疗腰椎后关节紊乱症 65 例. *实用中医药杂志*, 1995, 11(5): 27-28.
- [18] 陈斌. 双连椅旋腰法治疗腰后关节紊乱症. *陕西中医函授*, 1995, 3: 36-7.
- [19] 李文生. 蹲压法治疗急性腰椎后关节滑膜嵌顿症. *中医正骨*, 1996, 8(6): 44.
- [20] Cavanaugh JM, Ozaktay AC, Yamashita HT, et al. Lumbar facet pain: biomechanics, neuroanatomy and neurophysiology. *J Biomech* 1996 Sep, 29(9): 1117-29.

(收稿: 2000-05-25 编辑: 李为农)

• 诊治失误 •

尺骨喙突撕脱性骨折误漏诊 2 例

谭晓毅

(宜昌市第一人民医院, 湖北 宜昌 443000)

1 病例介绍

例 1: 男, 24 岁, 因骑自行车摔倒, 右手掌着地, 感右肘部疼痛, 伸屈活动受限入院。入院拍肘关节正侧位片, 于正位片上查见外上髁处有一小碎片, 侧位片上未见明显异常。诊断为“右肱骨外上髁撕脱性骨折”, 于伤后 3 日在臂丛麻醉下行开放复位术。手术采用肘关节外侧切口, 显露外髁后, 未发现骨折。术中再次仔细阅读侧位片, 发现尺骨喙突尖部分似缺损一点, 怀疑喙突有撕脱性骨折, 将手术切口向内下延长, 显露尺骨喙突发现局部缺损一小块, 于肌肉组织内寻得该碎片后, 予以切除, 手术结束。

例 2: 女, 19 岁, 因上体育课时摔倒, 右手掌着地, 诉肘部疼痛入院。入院检查: 肘关节稍肿胀, 伸屈及前臂旋转活动均受限, 拍正侧位片未见明显异常, 行对症处理后未住院。伤后 5 天, 病人返院复诊, 仍诉肘部疼痛, 未见缓解, 不能活动, 再次仔细查体, 于肘关节前方有压痛点, 再次拍肘关节侧位片,

发现尺骨喙突处有一撕脱性骨折, 于次日行手术切除。

2 讨论

尺骨喙突骨折临床上少见, 多因摔伤时, 肘关节完全伸展, 前臂旋后位, 尺骨喙突与肱骨滑车相撞击而发生骨折, 常合并肘关节后脱位, 而单纯的撕脱性骨折, 是由于肱前肌的强力收缩牵拉所致。

尺骨喙突撕脱性骨折为关节内骨折, 因骨折块较小, 还带有部分不显影的关节软骨, 而使骨折块显影范围较小, 有时在非标准侧位片上, 尺骨喙突与桡骨小头相重叠, 出现读片困难, 导致假阴性。因为骨折片的撕脱方向是向外、上、后, 所以在正位片上, 被误诊为肱骨外上髁撕脱性骨折。

尺骨喙突骨折如不及时正确处理, 可出现肘关节功能障碍。对外伤后疼痛明显, 肘关节活动受限, 且有肘关节前方肿胀的病人, 疑有该骨折而拍片又无异常时, 应仔细询问受伤姿势, 多次拍片, 可以避免出错。

(收稿: 1999-09-30 编辑: 李为农)