

力作用,尤其是产生旋转的剪力^[4]作用,使其椎间承受更大的牵张和扭曲(剪)应力,不仅使已突出的间盘更加突出,同时加快并逐渐加重本节段的病变,使脊髓及神经根等的卡压进一步加重。尤其是旁中央型的间盘突出。有学者称之为动态性椎管狭窄^[6]。当椎间关节的稳定得以重建之后,局部创伤不再发生,即使“压迫”并未完全解除,病情也可以稳定或症状消失^[7]。

4.3 脊髓型颈椎病保守治疗的适应证 综上所述,我们对髓型颈椎病的保守治疗的标准提出了以下观点:(1)早、中期的脊髓型颈椎病,尚无不全性截瘫、大小便失禁、非进行性加重。(2)影像学检查其间盘突出、或椎体后缘赘、或后纵韧带骨化、或黄韧带肥厚、或几种情况并存,于椎管内占位小于 1/3。(3)椎管发育较宽并排除发育性椎管狭窄,X 线片上椎管中矢径和椎体中矢径比值小于 0.75^[8]。(4)脊髓虽有压迹,但呈钝性的弧形压迹而非锐角性压迫。(5)病变节段椎间出现颈曲改变及“双边”、“双凸”、“双凹”之椎间紊乱征(除外功能位椎体滑移超过 3mm 者),其手法配合中药治疗大多有明显疗效。但手法治疗一定要稳、准、巧,切忌暴力。有个别病例疗效不佳,考虑为脊髓长时间受压、脊髓变性所致、或尚待进一步研究。

4.4 手法配合中药治疗髓型颈椎病的机理 我们认为:运用滋补肝肾、活血通络之中药,能够促进脊髓滋养血管的血运,纠正局部静脉淤阻,改善无菌性炎症反应,改善脊髓的神经营

养。而运用手法松解肌肉,减轻椎间压力,调正椎体位移,纠正椎间紊乱,改变椎间不正常的力学关系,改变椎管内突出之间盘组织等与脊髓、神经根之间的关系,减轻或解除神经根、脊髓受压,个别病例使尚有弹性的突出之间盘组织还纳而达到治疗目的。所以对于大部分脊髓型颈椎病的患者,选择性的进行手法配合中药治疗,不失为一种较理想的办法。

参考文献

- 1 第二届颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 474-475.
- 2 姜永宏, 王仪生, 李松解. 脊髓型颈椎病 CT 脊髓造影测量研究. 中华骨科杂志, 1990, 10(2): 135.
- 3 邑晓东, 马忠泰, 张瑜. 颈脊髓压迫症脊髓受压程度与术后效果的关系. 中华外科杂志, 1999, 37(10): 612.
- 4 王沛, 郭世斌, 张文修, 等. 颈椎生理曲线异常和颈椎病的发病. 中华骨科杂志, 1995, 15(10): 668-669.
- 5 王清, 党耕町. 节段性不稳定在颈椎病性脊髓病发病中的作用. 中华骨科杂志, 1997, 17(8): 483-484.
- 6 宋滇文, 贾连顺. 脊髓型颈椎病的发病过程与自然史. 中华骨科杂志, 1999, 19(9): 544.
- 7 党耕町. 颈椎病外科治疗中的一些问题. 中华骨科杂志, 1999, 19(9): 518.
- 8 党耕町. “比值法”与发育性颈椎管狭窄的诊断. 中国脊柱脊髓杂志, 1992, 2(4): 146.

(收稿:2001-07-20 编辑:李为农)

病例报告

髂腰肌血肿股神经麻痹 2 例

郭文川 林璋 陈恩博 林亚辉
(龙海市第一医院, 福建 龙海 363100)

临床上没有明确暴力外伤史的髂腰肌出血偶可见到,由于解剖上的原因髂腰肌的血肿易合并股神经麻痹,本文报告 1994 年以来 2 例在日常活动后发生的髂腰肌血肿股神经麻痹。

1 临床资料

1.1 男, 15 岁。因左侧屈髋畸形腿痛 7 天入院。入院前 7 天于体育课热身活动时, 突感左大腿上侧酸痛肿胀感, 第二天出现髋部屈曲畸形, 大腿前侧疼痛麻木, 在院外按“扭伤”治疗。查体: 左侧屈髋畸形, 左大腿前侧感觉丧失, 大腿萎缩。X 线未发现骨盆、髋关节异常。入院 10 天按“股神经麻痹”行股神经探查手术, 术中见左侧髂腰肌陈旧性血肿, 经血肿引流腹股沟肌肉裂孔减压术, 随访半年, 感觉改善不明显。

1.2 男, 17 岁。因左侧屈髋畸形腿痛 2 天入院。2 天前于骑摩托车 5 公里后感左侧腹股沟区酸痛不适, 伸髋不利, 8 小时后大腿前侧剧痛痛辄疼痛加剧, 左大腿麻木感, 屈髋畸形, 无发热, 在院外按“伤筋”推拿按摩。6 岁时发现“血友病”, 多次

因皮肤、牙龈及上消化道出血住院治疗。查: 左侧屈髋畸形, 髋关节自主活动丧失, 左髋窝包块, 固定、界不清, 左大腿前侧痛觉过敏, 左大腿前外侧感觉减退, 左膝腱反射消失。CT: 髂腰肌肿胀边界清楚, CT 值 30-50 左右。超声波发现腰肌区可见液性暗区。肿物穿刺先抽出血清样液, 接着抽出不凝固血液。血检测: 第 因子缺乏。诊断: 髂腰肌血肿股神经麻痹, 血友病。

2 讨论

临床上没有明确暴力外伤史的髂腰肌出血并不多见, 本组 2 例均没有明显的外伤史, 以屈髋畸形、股神经受压症状而入院, 院外均按伤筋治疗。诊断关键在于仔细体检, 以解剖关系加以分析, 5 年前的第一例因辅助检查不全面, 延迟手术, 术后神经恢复不满意, 第二例因血友病没有手术。临床上应与髋窝脓肿、髋窝肿瘤鉴别。股神经位于髂腰筋膜后方, 由于肌肉裂孔狭窄, 其上、内及后外的构成质坚, 髂腰肌出血, 间隙压力的增大容易使股神经受压损伤。

(收稿:2001-06-26 编辑:李为农)