

# 颈椎间盘突出症的治疗

解放军总医院(100853)

章诗银 熊 健

颈椎间盘突出症在临床并非少见,临床表现常为慢性脊髓或神经根损害受压,因此常与颈椎病(脊髓型、神经根型)相混淆。现将我院 1994 年 3 月~1996 年 4 月门诊收治颈椎间盘突出症患者 28 例临床资料报告如下:

### 临床资料

1. 一般资料:男 18 例,女 10 例。年龄 31- 58 岁,平均 44.5 岁。病程:最长 10 年,最短 20 天。

2. 临床表现:颈部活动受限 26 例,颈棘突压痛 27 例,头痛 18 例,头晕 13 例,心慌 4 例,有束带感 6 例。冈上肌,头夹肌,菱形肌和胸锁乳头肌均有不同程度的压痛。上肢麻木:单侧麻木 23 例,双侧麻木 4 例。检查:椎体挤压试验阳性(单侧 18 例,双侧 6 例)。头顶挤压试验阳性 14 例。霍夫曼氏阳性 8 例,膝反射活跃 5 例,跟腱反射阳性 4 例。

3. 颈椎 X 线平片:本组病例摄颈椎正,侧位,双斜位及过伸过屈位,颈椎生理曲度变直 19 例,椎间隙变窄 12 例,骨质增生 25 例,椎间孔变小 17 例,颈椎小关节不稳 9 例,项韧带钙化 12 例。28 例匀做 CT 或 MRI 检查结果见表 1,2。

CT、MRI 结果 表 1

颈椎间盘突出间隙	例数	合计(%)
1 个间隙	17	60.7
2 个间隙	8	28.6
3 个间隙	3	10.7
合计	28	100

颈椎间盘突出的节段分布 表 2

节段	节段数(个)	%
C3-4	3	7.3
C4-5	10	24.4
C5-6	21	51.2
C6-7	7	17.1
合计	41	100

### 治疗方法

采用仰卧位牵引,牵引机是日本进口 ITO 公司产

品,TR-200 型。时间 20 分钟,牵引持续时间 99 秒,放松休息时间 5 秒。重量从 10~22 公斤。仰卧位置将枕头 10 公分高置于头部,牵引后进行手法治疗,病人平卧,医者一只手托住病人的后枕部,另一只手在颈部做放松肌肉的手法,做轻揉点按,点压颈部及肩背部肌肉的起止点,在人工牵引状态下对小关节错位行复位治疗,使小关节松动,把小关节推向脊柱方向,有时能感觉到小关节松动的响声。这种手法治疗对颈椎间盘突出症很适用。隔天一次,6 次为一个疗程,最短治疗两个疗程,最长治疗五个疗程。

### 治疗结果

痊愈 8 例:颈部疼痛,上肢麻木及体征消失,颈部功能活动正常,头晕头痛消失;显效 2 例:颈部疼痛、头晕头痛及体征消失;上肢麻木基本消失,颈部功能活动接近正常;好转 7 例:颈部疼痛减轻、体征及上肢麻木存在、颈部活动功能自主;无效 1 例:治疗前后颈部疼痛及体征,上肢麻木等症状无任何变化。

### 讨论

颈椎间盘突出常由于颈部突然的过度活动,长期的慢性劳损,引起椎间盘发生退行性变,受凉受寒以及年龄增长引起椎间盘逐渐发生退行性变。

1. 诊断依据:具备颈椎间盘突出的症状和体征、颈部剧烈疼痛、上肢麻木(严重者出现下肢麻木),有时出现胸闷、心慌、颈肩部肌肉痉挛,颈部活动受限。椎体挤压试验或头顶加压试验阳性等。辅助检查:X 线,CT 及 MRI 显示颈椎间盘突出或者膨出,脊髓受压。本组 28 例患者除一例急性发作外,其余均为慢性发病。其中 16 例发病初期诊断为一般的颈椎骨质增生,行理疗针灸治疗,效果不好,而且症状逐渐加重,进一步做 CT 和 MRI 检查确诊为颈椎间盘突出症。

2. 病因及发病机制:①椎间盘退变,一般发生在颈 3 以下,除椎管发育因素外,外伤和长期的慢性劳损,受一定外力作用后,使椎间盘纤维环破裂。髓核突出而引起髓核或神经根受压。主要是由于颈椎屈曲状态下椎间隙内压突然增加,髓核向椎节后方位移,当其压力超过纤维环之强度或是纤维环本身伴有退变时,髓核即可在后纵韧带下突出椎管,形成椎间盘突出症<sup>[1]</sup>。国外

也有颈腰椎间盘突出症与家族遗传有关报道,推测这种退变由于髓核蛋白——多糖复合物变性导致髓核液体增多间盘内压增高导致髓核脱出<sup>[2]</sup>。本组病例都在 31~58 岁以下,随着年龄的增长,髓核失去一部分水份及其原有的弹性,颈椎受到一定的外力作用后,致使椎间盘发生退变,引起颈髓或神经根受压。②慢性颈椎间盘突出症,发病无明显的诱因,颈椎间盘突出症的发病与颈部损伤和椎间盘发生退行性变有关,颈椎过伸性损伤,可引起近侧椎体向后移位,屈曲损伤可使双侧小关节脱位或半脱位,椎间盘后方张力增加,引起纤维环和后纵韧带破裂,髓核突出。有学者报道:颈椎过伸性损伤后,有 60% 病例存在椎间盘突出<sup>[3]</sup>。本组颈椎间盘突出症中有 45 岁以下的 21 例,颈椎变直 19 例,椎间隙变窄 12 例,项韧带钙化 12 例,小关节不稳 9 例。

3. 颈椎间盘突出症治疗:牵引采用仰卧,头颈部向前倾斜 5~10 公分,重量逐渐增加,重量不超过 25kg。仰卧位牵引比坐式牵引的优点是,全身放松,能够固定病人的角度,牵引重量直接作用于颈椎。手法治疗采用也是仰卧位,手法治疗的力度直接作用于肌肉起止点,小关节的推动也容易复位。

#### 参考文献

1. 赵定麟主编. 颈椎伤病学. 上海科技教育出版社, 1994: 107.
2. 张佐伦, 赵安仁, 肖子范, 等. 颈腰段并发的椎间盘病. 中华骨科杂志 1993; (6): 402.
3. 贾连顺主编. 现代颈椎外科学. 上海远东出版社, 1993: 156.

(收稿: 1996-09-10)

## 创伤性浮动肘 25 例

河北医科大学第三医院(050051)

李 衡 张淑满 赵昌平 吴春生

浮肘损伤是指同侧肱骨干或肱骨髁和尺桡骨同时骨折的一种损伤。我院从 1989 年至 1995 年共收治 25 例, 疗效满意, 报告如下。

**临床资料** 本组 25 例中, 男 21 例, 女 4 例; 年龄 17~54 岁; 左浮动肘 9 例, 右浮动肘 16 例; 车祸 12 例, 重物压砸伤 7 例, 机器(轧面机、制砖机)绞伤 5 例, 坠落伤 1 例; 合并休克 3 例, 肋骨骨折 2 例, 神经血管损伤 6 例(尺神经损伤 2 例, 尺神经正中神经损伤者 1 例, 桡神经损伤 1 例, 正中神经及肱动脉损伤 1 例, 肱动脉损伤 1 例)。

**治疗方法** 首先对 3 例合并休克者进行抢救, 病情平稳后急诊手术, 复位内固定。6 例合并神经血管损伤者, 进行了探查缝合及内固定, 其中 1 例尺神经缺损约 4cm, 进行了腓肠神经移植。肱骨干骨折者均用 Ender 钉从肱骨大结节顺行打入。肱骨髁骨折者用克氏针及松质骨螺钉固定。尺骨骨折用三棱针或克氏针、桡骨用克氏针内固定。术后给予石膏外固定。

**治疗结果** 25 例均得到随访, 随访时间最短 14 个月, 最长 4 年, 平均 2 年 5 个月。骨折全部愈合, 其中 2 例尺桡骨延期愈合, 经松质骨植骨后愈合。评定标准: 优, 肘关节功能正常, 能从事伤前工作 15 例; 良, 肘关

节屈伸范围在 90°~0°以上, 能从事一般工作者 7 例; 尺神经损伤未恢复者 1 例, 正中神经损伤功能部分恢复者 1 例, 肘关节僵硬 1 例。

**体会** 对于浮动肘的治疗原则应遵循先抢救生命后, 再保肢体, 同时进行全面查体以防漏诊。本组中有一例掌骨骨折漏诊, 一例骨盆骨折漏诊。骨折的治疗应早期复位。同一肢体多处多段骨折, 单纯牵引难以维持两骨折端位置, 且并发症多, 力争坚强内固定及解剖复位, 方能获得满意疗效。肱骨干、尺桡骨骨折宜选用髓内针, 手术简单切口小, 骨膜不需要剥离, 血运破坏轻, 拔钉时容易。石膏外固定有效增加了骨折的稳定性, 固定 6~8 周后根据骨折愈合情况, 改成短节段石膏管或石膏夹, 放出肘关节, 行关节功能锻炼。本组 25 例中, 因 1 例肱骨髁严重粉碎骨折伴骨缺损至肘关节病废。其余 24 例无关节病残。

开放性骨折的处理: 机器绞伤多伴软组织缺损, 除彻底清创可靠的内固定外, 可采用邻近的肌瓣覆盖创面。对缺损较多者可择期行带血管蒂组织转移皮瓣, 或交腹皮瓣亦能修复创面。

(收稿: 1996-09-10)