

· 学术探讨 ·

# 从手法角度探讨颈椎病分型的新方法

高仰来

(甘肃省张掖医学高等专科学校附属医院,甘肃 张掖 734000)

**关键词** 颈椎病 推拿,脊柱

颈椎病又称颈椎综合征,是由于颈椎椎间盘退行性改变及其继发病变刺激或压迫脊髓、神经根、椎动脉、交感神经等邻近组织引起的头晕、头痛、颈肩部等一系列临床症状<sup>[1]</sup>。推拿手法,是中国传统医学的重要组成部分,有着悠久的历史,作为治疗颈椎病的主要方法之一,日益受到国内外医学界的重视。笔者依据颈部的解剖学和运动生理学特征以及十余年治疗颈椎病的临床经验,从手法角度探讨该病的分型,论述如下。

## 1 颈椎病的中医证候分型

颈椎病按中医辨证分为风寒湿、气滞血瘀、痰湿阻络、肝肾不足、气血亏虚 5 型<sup>[2]</sup>。这些证型是在中医整体观念指导下,依据脏腑、病因、气血津液、经络等学说对四诊所收集的病史、症状、体征及其他有关临床资料进行分析、综合、辨别判断的结果,是对患者全身状况的综合判断。在应用手法治疗颈椎病时中医证候分型对治则治法的确定、手法和药物的组合等具有重要的指导意义。辨证分型后,通过对全身经络腧穴的组合应用,能有效改善患者的全身症状,证型也为医生对疾病的预后及转归进行判断提供了一个综合指标。

## 2 颈椎病的病理分型

颈椎病的病理分型有颈型、神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感神经型 5 型<sup>[2]</sup>。这种按病理分型的方法把临床表现和组织的病理损害有机地结合在一起,有助于指导临床工作中依据不同分型采用不同推拿治疗手法。病理分型对颈椎局部组织的病理状况有一个准确的定性,在颈椎病的手法治疗中有重要的指导作用,处于指导地位<sup>[3]</sup>。

## 3 颈椎病的解剖分型

颈椎是连接头颅和胸椎的纽带,脊柱运动生物学将颈椎的运动节段分为上位颈椎和下位颈椎。上位颈椎主要为寰枢椎及与其有关的附属结构,下位颈

椎包括 C3 ~ C7 及与其有关的附属结构。上位颈椎的枕寰枢复合关节是人体最复杂的关节,颈部的屈伸活动发生在枕寰和寰枢关节;侧屈发生在枕寰关节;轴向旋转发生在寰枢关节,且活动范围最大(大约 47°),50% 的颈部旋转发生在寰枢椎之间<sup>[4]</sup>。寰枢椎形态奇特,椎体间无椎间盘,上位颈椎病变主要为寰枢椎位置改变和骨质增生所致<sup>[5]</sup>。下位颈椎的运动与枕寰枢复合关节的差别较大,越向下,颈椎侧屈和轴向旋转活动的范围越小。下位颈椎病变主要是下颈椎不稳,由颈椎退变和功能减退造成的退行性下颈椎不稳症也属于广义的颈椎病范畴<sup>[6]</sup>。

解剖分型法将以头痛、头晕等症状为主的颈椎病列为上位颈椎病,以颈、肩、臂痛和麻木等症状为主的颈椎病列为下位颈椎病。手法治疗时对两种类型的施治手法不同,上位颈椎病以侧屈旋扳法为主,下位颈椎病以前屈旋扳法为主。

## 4 解剖分型法与其他分型法的配合应用

中医辨证分型对颈椎病的局部病理状况缺乏准确的定性和定位,对手法缺乏具体的指导作用,因此在颈椎病的推拿治疗中往往被忽视。病理分型在对患者进行全身状况综合判断、改善患者的全身症状方面存在缺陷。以上两种分型法均没有考虑颈椎的解剖及运动生理特点,在部分颈椎病的治疗中缺乏指导意义。解剖分型法依据颈椎的解剖和生理运动特点对颈椎病进行分型,但缺乏对患者全身状况的综合判断和对颈椎局部病理状况的准确定性。因此,在进行颈椎病的手法治疗时应将 3 种分型法配合应用,以中医证候分型为纲领,从整体上综合判断患者全身状况;以病理分型为指导,依据不同病理分型,选择相应推拿手法;依据解剖分型采取具体治疗措施。3 种分型法相互参照,对病情进行综合判断、整体辨证和具体分析,从而达到选取最佳治疗方案、取得满意疗效的目的。(下转第 45 页)

能锻炼等缺点;儿童自限能力差,同时该类骨折易导致髓内外翻、双下肢长度差异、骨折畸形愈合与不愈合等;从生理特点来说,股骨近端比股骨远端的生长塑形能力弱,要通过生长塑形来矫正术后遗留畸形,其失败的风险会更高<sup>[3]</sup>。上述特点决定了采用非手术治疗此类骨折常难以奏效。而采用手术治疗可以提高骨折复位质量,缩短住院时间,减轻患者痛苦,早期进行功能锻炼,降低晚期并发症等。

中国儿童股骨近端解剖形态个体差异较大,这就增加了内固定选择和设计的难度,而某些并发症与内固定的不合适密切相关,这就要求在使用内固定时应注意个体化原则,内固定的设计要符合国内儿童的解剖特点<sup>[4]</sup>。正确选择创伤小、并发症少、固定效果牢固的固定物是获得良好手术疗效的关键。鲍谊周等<sup>[5]</sup>认为应禁止使用髓内针治疗儿童股骨转子间粉碎性骨折,因为髓内针必须通过转子及股骨干骺端的骺板部分,而认为以钢板内固定为最佳。由于儿童股骨颈直径较小以及股骨近端骨骺的影响,且不同年龄及同一年龄儿童发育程度都有较大差异,骨骼个体化差异明显,限制了动力髌、髓内钉等内固定物的使用。目前国内已有儿童用角钢板及股骨近端解剖锁定钢板,但对于较复杂的粉碎性骨折难以达到坚强固定,均不是治疗股骨转子间粉碎性骨折理想的内固定材料。所以,我们根据患者的年龄、身高、发育情况及骨折粉碎情况,并结合术前 X 线片及 CT 片,选用肱骨近端解剖钢板、三叶草钢板、胫骨远端内侧解剖钢板、直加压钢板、锁定加压钢板、股骨近端锁定钢板等内固定材料固定儿童股骨转子间粉碎性骨折,其术后疗效满意。

选用个体化的钢板治疗儿童股骨转子间粉碎性骨折有以下优点:①钢板置于股骨大转子及股骨外

侧,折弯后与骨干相服贴,符合生理解剖结构;②在 C 形臂 X 线机透视下,骨折复位好,操作简便,不损伤骨骺;③钢板置于髌关节囊外,降低了股骨头缺血性坏死的发生率;④固定骨折近端的螺钉靠近皮质,内固定效果稳定可靠,术后可进行早期功能锻炼,不需特殊护理。其缺点包括:①与非手术治疗相比,手术创伤较大;②需 2 次手术取出内固定;③术前需用不同类型的实物钢板根据不同患者对比选用,术中折弯钢板时需费一定时间,从而延长了手术时间;④固定近端螺钉时必须在 C 形臂 X 线机透视下进行固定,否则有损伤大转子及股骨颈骨骺板的危险。

综上所述,根据儿童骨骼个体化差异选择不同类型的钢板内固定治疗儿童股骨转子间粉碎性骨折,具有操作简单、固定牢靠、骨折复位好、可早期功能锻炼等优点,值得临床推广应用。

### 5 参考文献

[1] Browner BD, Jupiter J, Levine A, et al. 创伤骨科学[M]. 王学谦, 娄思权, 侯筱魁, 等译. 3 版. 天津: 天津科技翻译出版公司, 2007: 1828.

[2] Pombo MW, Shilt JS. The definition and treatment of pediatric subtrochanteric femur fractures with titanium elastic nails[J]. J Pediatr Orthop, 2006, 26(3): 364-370.

[3] Jeng C, Sponseller PD, Yates A, et al. Subtrochanteric femoral fractures in children. Alignment after 90 degrees - 90 degrees traction and cast application[J]. Clin Orthop Relat Res, 1997, (341): 170-174.

[4] 吴晓东, 廖瑛, 韩志, 等. 儿童股骨近端解剖学参数分析及其临床意义[J]. 南华大学学报: 医学版, 2008, 36(3): 302-305.

[5] 鲍谊周, 刘长胜, 张玉武. 儿童股骨粗隆下骨折 25 例治疗体会[J]. 医学理论与实践, 1995, 8(11): 499-500.

(2010-02-27 收稿 2010-08-06 修回)

(上接第 43 页)

### 5 参考文献

[1] 彭太平. 中医骨伤科学[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2004: 430.

[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京中医药大学出版社, 1994: 186.

[3] 李世刚, 黄先立, 程程. 颈椎病因分型法在推拿治疗中的指导意义[J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(8): 1743-

1744.

[4] 孟和, 顾志华. 骨伤科生物力学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 331-332.

[5] 许建雄. 上颈段颈椎病 X 线诊断 35 例分析[J]. 医学文选, 2003, 22(6): 857-858.

[6] 李念虎. 退变性下颈椎不稳症的中医治疗研究概况[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2008, 16(11): 67-69.

(2010-07-14 收稿 2011-02-27 修回)