

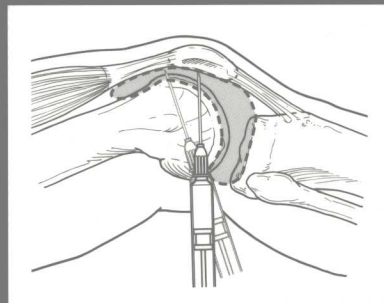
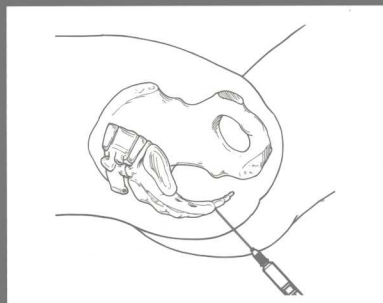
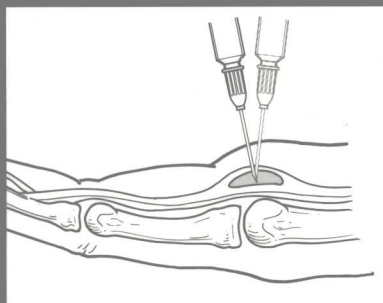
第3版

门诊骨科基础治疗学

Office Orthopedics for Primary Care: Treatment

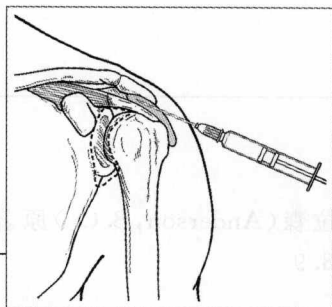
原著者 Bruce Carl Anderson [美]

主译 崔 赓 唐佩福 孙改生



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS



门诊骨科基础治疗学

Office Orthopedics for Primary Care:
Treatment

第 3 版

原著者 Bruce Carl Anderson [美]

主 译 崔 赓 唐佩福 孙改生

副主译 黄 鹏 陈 华 许 猛

主 审 王 岩 刘玉杰 肖嵩华 陈继营

唐佩福 王 征 崔 赓

译 者 (以姓氏汉语拼音排序)

陈 华 崔 赓 黄 鹏 孙改生

唐佩福 田学忠 许 猛 于海龙

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

门诊骨科基础治疗学/(美)安德拉森(Anderson, B. C.)原著;崔赓,唐佩福,孙改生译.
—3版. —北京:人民军医出版社,2008.9
ISBN 978-7-5091-2034-7

I. 门… II. ①安…②崔…③唐…④孙… III. 骨疾病—治疗 IV. R680.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 129272 号

策划编辑:郭伟疆 尚 军 孟凡辉 文字编辑:张浩东 责任审读:张之生

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927270;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927272

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:三河市春园印刷有限公司 装订:春园装订厂

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:24 字数:585 千字

版、印次:2008 年 9 月第 3 版第 1 次印刷

印数:0001~3000

定价:128.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

致 谢

ACKNOWLEDGMENTS

本书代表了 27 年来医师教育和临床经验的发展,包括 50 000 多例的局部操作,这些没有多方面的支持和鼓励是不可能完成的。我想感谢 Sunnyside 医疗中心药学、家庭医疗、理疗学、神经外科学和矫形外科学等部门的所有成员,尤其是感谢药学部 Ian MacMillan 医生在矫形外科发展上所给予的支持和帮助,感谢矫形外科的 Steven Ebner 医生、Edward Stark 医生和 Stephen Groman 医生们给予的积极反馈。我也想感谢我的得力助手 Linda Onheiber 医生,感谢她对医学矫形外科部门的贡献。感谢俄勒冈州健康科学大学 Eastmoreland 医院、Legacy Emanuel 医院的 2003 和 2004 级毕业班的住院医师和州立教学医院护士长,感谢他们不断的鼓励、帮助和宝贵意见。我还想感谢波特兰、俄勒冈教学医院各位主任们的支持,他们是州立 St. Vincent 医疗中心的 Nancy Loeb 医生、Legacy Emanuel 医院的 Steven Jones 医生和俄勒冈州健康科学大学的 Don Girard 医生。最后,我想感谢 David Gilbert 医生,波特兰医疗中心的荣誉教授——我的内科学导师——感谢他的不断鼓励、支持,使我重新回到临床研究中来。

Bruce Carl Anderson, MD

前言

PREFACE

在过去的 60 年里,皮质激素已经被用来治疗各种疾病所引起的急性和慢性炎症。20 世纪 30 年代,最初的可的松(Cortisone)在动物的肾上腺被发现并提纯出来。15 年后,氢化可的松(Hydrocortisone)被从胆汁酸中合成出来,这给在 20 世纪 40 年代后期糖皮质激素的临床应用提供了平台。最初可注射的氢化可的松被 Mayo 临床中心的风湿病学家用来治疗类风湿关节炎导致的急性和慢性炎症。此后不久,在证明氢化可的松治疗患者的显著疗效后,这种新颖的疗法被扩大应用于其他关节炎的炎症治疗,后期还应用在局部骨科炎症的治疗。之后的 30 年间,氢化可的松和它的衍生物(曲安西龙、甲泼尼龙、地塞米松和倍他米松)被用来治疗所有的急性和慢性炎症的各个阶段,从轻度的骨关节炎炎症和局部腱炎到严重的炎性痛风和系统性红斑狼疮。Percy Julian,一位出生在美国阿拉巴马州的黑人教育家,在 20 世纪 50 年代以大豆为原料合成了可的松。

在 20 世纪 40 年代后期和 50 年代早期,Mayo 临床中心最先将可的松用作一种有效的抗炎药。Kendall, Henoch 和 Slocumb 首次给类风湿关节炎的患者每天注射可的松。他们的结果(Mayo Clin Proc 24:181,1949)与 Hollander, Brown, Frain, Udell 和 Jessar 等人随后发表的研究结果(JAMA147:1629-1635,1951;J Bone Joint Surg Am 35A:983-990,1953;Am J Med 15:656-665,1953)一起被认为是十分重要的研究发现,以至于当时人们认为可的松是一种“能真正治愈关节炎的方法”。因为它早期治疗关节炎患者的成功,可注射的可的松也被看做是一种可能的治疗骨科各种局部炎症的抗炎药物。Kendall, Lapidus 和其他人在 50 年代后期和 60 年代早期发表的研究证明了可的松在阻止肌腱炎、滑囊炎和其他局部的肌肉骨骼疫病所引起的持续炎症方面有着显著的效果(Industr Med Surg 26:234-244,1957;BMJ 1:1500-1501,1955;Ann Phys Med 6:287-294,1962;BMJ 1:1277-1278,1956)。

20 世纪 60 年代早期的一些出版物和评论总结概括了这些早期的研究。Hollander 在 1961 年发表了他的 10 年经验。他的研究小组实施了 100 000 例的关节内注射,并且相当安全,仅有万分之一的患者有注射后感染的风险(Bull Rheum Dis 11:239-240,1961)。从 1954 年 3 月到 1957 年 3 月的 3 年期间,Kendall 分析了 6 700 例注射后得出相同的结论。“因为它发挥了巨大的局部效应,并且没有增加任何全身的激素水平,证明局部注射氢化可的松治疗孤立的关节和软组织疾病有很大的价值。”并且“局部应用氢化可的松后不良反应总的发生率和死亡率很低,都不能成为这种治疗方法的禁忌证”(Ann Phys Med 4:170-175,1961)。

然而,临床应用可的松治疗关节炎和局部肌肉骨骼炎症的热情仅持续了短暂的时间。从 20 世纪 60 年代到 20 世纪 70 年代,一系列的出版物均强调在长期大剂量给予可的松后会发

研究显示肌腱和其他软组织炎症的局部注射不是没有危险的。局部可的松注射可能出现注射后肌腱断裂、组织萎缩、髋关节缺血坏死等并发症。不断的负面报道给 Kendall 和 Hollander 从 20 世纪 50 年代开始的广泛研究报道带来了很大的负面影响,并且给此后的 20 年里可的松的应用蒙上了一层阴影,尤其是局部注射可的松。

20 世纪 60 至 70 年代发表了 35 篇研究,所有的这些报道都认为可的松的注射和不好的临床结果之间有着直接关系。然而,对这些病例报道的深入分析发现其他因素对结果的影响同样重要。例如,一篇综述报道了 23 例注射后肌腱断裂,描述了 50 例相关的病人(其中一个 5 例病人的研究出版在西方医学杂志上),说明这 50 例病人中的一半在注射的同时服用类固醇(甾族化合物)。其中一大部分病人有潜在的结缔组织疾病,多为类风湿关节炎和系统性红斑狼疮。然而,这些报道中并没有详细描述操作步骤和康复方法的细节,没有提供对病情严重程度的评估,没有提供放射学资料来明确是否存在退行性改变或部分撕裂,没有提供确切的注射方法,是腱鞘周围还是腱内,等等。最终,23 篇文章中没有一篇提供注射后病人任何处理的细节,也没有提供注射后关节被保护到什么程度或是恢复所需要的特殊功能锻炼。

有趣的是,这些报道中仅描述了 4 类肌腱断裂,包括跟腱、髌韧带、二头肌腱和肩袖。这四条人体最大的肌腱承受着体内最大的张力,更重要的是,当慢性炎症时,这些肌腱经历着一个缓慢的退变过程(类黏蛋白退变性,肌腱变细),导致肌腱可直接发生创伤性断裂,这一点是众所周知的。这与那些未被描述的肌腱形成了鲜明的对比(如髋关节臀中肌腱和四肢远端的中小肌腱)。这种差异引出了这样的问题,即在肌腱断裂的过程中注射可的松与慢性炎症和退行性变哪个因素更重要。

皮质类固醇的注射与髋关节的缺血坏死的关系更加微妙,仅有一篇文献认为局部注射皮质类固醇与髋关节缺血坏死有关(*Am J Med* 77:1119-1120, 1984)。在这个病例报道中,患者经历了长达 18 年的多次注射治疗。患者总共接受了至少 200 次甲泼尼龙注射,每周 1 次,注射部位分别为粗隆间滑液囊、上颈部和鹰嘴滑液囊。那时患者患了急性血管性疾病,他实际上是类库欣综合征患者。自从全身应用类固醇成为缺血坏死的众所周知的原因,单纯注射与缺血坏死的关系似乎受到质疑。三篇文献描述了注射皮质激素后局部皮下萎缩(*Ann Intern Med* 65:1008-1019, 1966; *BMJ* 3:600, 1967; *J Bone Joint Surg Am* 61A:627-628, 1979),所有这些均发生在浅表区域,如手、前臂和膝关节前方。英国研究者 Ann Beardwell 认为,“虽然局部萎缩并不被认为是一种皮质激素治疗的严重并发症,但是它确实影响美观并且可能持续几年。”

当然,局部皮质激素注射并不是没有潜在的问题。然而,通过彻底评估病人,筛选哪些病人有感染和肌腱断裂的高危因素,实施标准的注射方法,实行个体化的注射后护理方案和通过密切随访来调整功能锻炼,可以将不利结果最小化。为了达到令人满意的治疗结果,不断改良和发展技术是极其重要的。

这本内容扩充了的第 3 版,强调用各种不同的方式对每一位患者的骨与关节疾病进行评估和治疗。当存在一种以上的注射方法可供选择时,应选择最安全和简单的方法和给药途径。本书中“阶梯式治疗”的治疗规程;详细的注射后处理指南;物理治疗锻炼指导表;各种支架、模型和支具使用说明;详细描述局部注射技术使临床医师在门诊能够有效地处理 90%~95% 的骨科问题,同时将不良反应最小化。治疗指南提供详细的限制性规则。制动的时间兼顾有效性和实用性。还包括局部注射的解剖特点以及注射时间表和极其重要的注射后康复锻炼。

虽然局部皮质激素注射一直被强调,但本书并不打算成为简单的“注射手册”。皮质激素的注射对评估和减少局部组织损伤后的炎症反应非常有帮助,但是绝不能代替更简单、创伤更小的治疗方法。注射的抗炎效果与制动和物理的牵引和康复锻炼同样重要。针对每个患者的治疗必须个体化。

在骨骼、肌肉医疗领域,有许多治疗方法可以达到同样的治疗目的。在这个往往被忽视的领域,技术方法的差异非常普遍。对于那些希望扩展在骨骼、肌肉疾病门诊治疗方面专业知识的人士来说,我希望本书能作为一个起点。另外,我希望本书所包含的信息能作为沟通风湿病学、矫形外科学、神经病学和理疗学之间的桥梁。

关于皮质类固醇注射治疗局部骨科疾病,Kendall 概括了他的观点:“一种经验治疗,例如局部皮质类固醇注射治疗所有的风湿疾病,已被广泛接受也许令人惊讶。然而,作为所有处理方法的一种补充,它已牢固确立了地位并且是十分有价值的。也许我们应该把对于此种治疗的最大信任给予此疗法的安全性,不良反应非常少见,以至于医生们都认为注射后即使是没有治疗作用,也会让医生们感觉放心,很少会出现有伤害的不良反应。”经过 27 年的临床实践和超过 50 000 例的局部皮质类固醇注射,我同意 Kendall 医生的结论。然而,我想补充的是:只有与特定的休息、选择性固定治疗和持续的功能锻炼相结合,局部皮质类固醇注射才会是治疗局部骨骼、肌肉疾病最有可能成功的治疗方法之一,可以减轻和限制机体对损伤的炎症反应。

幸运的是,六、七十年代的悲观主义正在消失,很大程度上是因为在过去的 10~15 年里大量的临床研究已经发表。20 世纪后期和 21 世纪初期的临床学家和研究者们已经将 Hollander 和 Kendall 的观点牢记于心,并已经重新调查局部皮质类固醇注射的作用。纵向研究和对照双盲研究评估皮质激素的功效已经发表在不同的领域,如颈腰神经根病,腕管病变,肩袖肌腱炎,凝肩,莫顿神经瘤,肱骨外上髁炎,鹰嘴滑囊炎,扳机指,转子间滑囊炎和痛风。关于这些和其他的主题的研究报道在本书的相关部分均有列表显示。

Bruce Carl Anderson, MD

目 录

CONTENTS

第一篇 67 种门诊最常见的骨科疾病

第 1 章 颈部	(3)
第一节 颈部疼痛的鉴别诊断	(3)
第二节 颈部劳损	(4)
第三节 神经根型颈椎病	(8)
第四节 枕大神经炎	(12)
第五节 颞下颌关节炎	(16)
第 2 章 肩关节	(21)
第一节 肩关节疼痛的鉴别诊断	(21)
第二节 撞击综合征	(22)
第三节 肩袖肌腱炎	(25)
第四节 凝肩(粘连性关节囊炎)	(31)
第五节 肩袖韧带撕裂	(36)
第六节 肩锁关节扭伤和骨性关节炎	(41)
第七节 肱二头肌肌腱炎	(45)
第八节 肩胛下滑囊炎	(49)
第九节 肩关节骨性关节炎	(53)
第十节 肩关节多向不稳定	(57)
第 3 章 肘部	(61)
第一节 肘部疼痛的鉴别诊断	(61)
第二节 肱骨外上髁炎	(62)
第三节 肱骨内上髁炎	(66)
第四节 尺骨鹰嘴滑囊炎	(70)
第五节 肱桡关节穿刺术	(74)
第 4 章 腕部	(78)
第一节 腕部疼痛的鉴别诊断	(78)
第二节 桡骨茎突狭窄性腱鞘炎	(79)
第三节 腕掌关节骨性关节炎	(82)

第四节	Gamekeeper 拇	(86)
第五节	腕管综合征	(90)
第六节	桡腕关节穿刺术	(94)
第七节	腕背侧囊肿	(98)
第八节	舟状骨骨折和严重的腕关节扭伤	(102)
第 5 章	手部	(105)
第一节	手部疼痛的鉴别诊断	(105)
第二节	弹响指	(106)
第三节	肌腱囊肿	(109)
第四节	掌腱膜挛缩症	(113)
第五节	掌指关节穿刺术	(115)
第六节	指间关节骨关节炎	(118)
第七节	类风湿关节炎	(121)
第 6 章	胸部	(126)
第一节	胸部疼痛的鉴别诊断	(126)
第二节	胸骨软骨炎/肋软骨炎	(127)
第三节	胸锁关节肿胀	(130)
第 7 章	腰背部	(134)
第一节	下腰痛的鉴别诊断	(134)
第二节	腰骶部劳损	(135)
第三节	腰椎神经根病变、腰椎间盘突出和坐骨神经痛	(139)
第四节	骶髂关节劳损	(143)
第五节	尾骨痛	(148)
第 8 章	髋部	(152)
第一节	髋部疼痛的鉴别诊断	(152)
第二节	大转子滑囊炎	(153)
第三节	臀中肌滑囊炎/梨状肌综合征	(157)
第四节	髋关节骨性关节炎	(161)
第五节	感觉异常性股痛	(165)
第六节	髋关节缺血性坏死	(168)
第七节	严重髋关节疼痛(髋关节隐性骨折、化脓性关节炎以及股骨转移瘤)	(171)
第 9 章	膝关节	(175)
第一节	膝关节疼痛的鉴别诊断	(175)
第二节	髌股关节综合征	(176)
第三节	膝关节积液	(179)
第四节	膝关节的干抽注射	(184)
第五节	关节积血	(186)
第六节	膝关节骨性关节炎	(190)
第七节	髌前滑囊炎	(194)

第八节 鹅足滑囊炎	(198)
第九节 贝克囊肿	(202)
第十节 内侧副韧带扭伤	(205)
第十一节 内侧半月板撕裂	(210)
第 10 章 踝部和小腿	(214)
第一节 踝部和小腿疼痛的鉴别诊断	(214)
第二节 踝关节(距小腿关节)扭伤	(215)
第三节 踝关节(距小腿关节)穿刺术	(219)
第四节 跟腱炎	(223)
第五节 跟腱浅层滑囊炎	(228)
第六节 跟骨后滑囊炎	(231)
第七节 胫骨后肌腱鞘炎	(235)
第八节 跖底筋膜炎	(238)
第九节 足跟垫综合征	(242)
第十节 胫骨疲劳性骨折	(244)
第十一节 腓肠肌撕裂	(247)
第 11 章 足	(251)
第一节 足部疼痛的鉴别诊断	(251)
第二节 跖囊炎	(252)
第三节 第 1 跖趾关节外滑囊炎	(255)
第四节 痛风	(259)
第五节 锤状趾	(262)
第六节 莫顿神经瘤(Morton 神经瘤)	(266)

第二篇 骨折的诊断、治疗和康复

第 12 章 常见骨折的基础治疗	(273)
第一节 骨折概述	(273)
第二节 肱骨骨折:肱骨干和肱骨颈	(276)
第三节 锁骨骨折	(277)
第四节 肘关节及前臂骨折与脱位	(278)
第五节 桡骨远端骨折	(279)
第六节 手部创伤	(280)
第七节 脊柱椎体压缩骨折	(282)
第八节 肋骨骨折	(284)
第九节 骨盆与下肢骨折	(285)
第十节 踝关节(距小腿关节)与足部骨折	(288)
第 13 章 影像学检查和操作方法	(293)
第 14 章 最常用的支撑物、支具和管型	(297)

第一节	颈部	(297)
第二节	肩部	(298)
第三节	肘部	(300)
第四节	腕部	(301)
第五节	手部	(306)
第六节	腰骶区	(309)
第七节	髋部	(311)
第八节	膝部	(311)
第九节	踝部	(314)
第十节	足部	(318)
第 15 章	康复训练总汇	(322)
第一节	前言	(322)
第二节	颈部总体治疗	(322)
第三节	肩部总体治疗	(326)
第四节	肘关节总体治疗	(331)
第五节	腕关节和手的总体治疗	(334)
第六节	腰背部总体治疗	(334)
第七节	髋关节总体治疗	(339)
第八节	膝关节总体治疗	(342)
第九节	踝关节(距小腿关节)总体治疗	(346)
附录	骨折、药物和实验室检验值	(349)
附录 A	骨折	(349)
附录 B	药物	(351)
附录 C	实验室检查	(354)
参考文献		(356)

(297)	.....	骨科基础治疗学 第 15 章
(298)	.....	骨科基础治疗学 第一节
(300)	.....	骨科基础治疗学 第二节
(301)	.....	骨科基础治疗学 第三节
(306)	.....	骨科基础治疗学 第四节
(309)	.....	骨科基础治疗学 第五节
(311)	.....	骨科基础治疗学 第六节
(311)	.....	骨科基础治疗学 第七节
(314)	.....	骨科基础治疗学 第八节
(318)	.....	骨科基础治疗学 第九节
(322)	.....	骨科基础治疗学 第十节
(322)	.....	骨科基础治疗学 附录 A
(326)	.....	骨科基础治疗学 附录 B
(331)	.....	骨科基础治疗学 附录 C
(334)	.....	骨科基础治疗学 参考文献
(334)	.....	骨科基础治疗学 参考文献
(339)	.....	骨科基础治疗学 参考文献
(342)	.....	骨科基础治疗学 参考文献
(346)	.....	骨科基础治疗学 参考文献
(349)	.....	骨科基础治疗学 参考文献
(349)	.....	骨科基础治疗学 参考文献
(351)	.....	骨科基础治疗学 参考文献
(354)	.....	骨科基础治疗学 参考文献
(356)	.....	骨科基础治疗学 参考文献

第
一
PART 1 篇

67 种门诊最常见的骨科疾病

第1章

CHAPTER

颈部

第一节 颈部疼痛的鉴别诊断

颈部疼痛的鉴别诊断,见表 1-1。

表 1-1 颈部疼痛的鉴别诊断

诊断	确诊
颈部劳损(最常用的诊断) 精神压力 挥鞭样损伤及相关损伤 脊柱后凸畸形 纤维肌痛 颈部骨性关节炎 “不稳定性颈部劳损” 神经根型颈椎病 椎体骨折 脊髓损伤或肿瘤	社会经济的或心理问题 摩托车事故或头颈部外伤 典型的畸形见于老年人或情绪抑郁患者 通过检查可确诊:多发的疼痛触发点;实验室检查结果正常 颈椎 X 线摄片(侧位) 脊柱、神经或颈髓受到潜在的威胁 神经系统检查 骨扫描或 MRI MRI
神经根型颈椎病 侵犯神经根孔 髓核脱出 颈肋 胸廓出口综合征 硬膜外的病变	颈椎 X 线摄片(斜位);肌电图 MRI 颈椎 X 线摄片(正位) 神经传导速度/肌电图 MRI
枕大神经痛	局部神经阻滞麻醉
牵涉痛 冠状动脉 Takyasu 动脉炎 胸主动脉瘤 甲状腺疾病	心电图、肌酸磷酸激酶、血管造影照片 血沉、血管造影照片 X 线胸片 促甲状腺激素(TSH);甲状腺素;血沉;甲状腺扫描

第二节 颈部劳损

一、概述

颈部劳损是一种上背部和颈部肌肉的激惹和痉挛。身心压力、颈部骨关节炎、颈部挥鞭样损伤、脊柱后凸畸形和潜在的颈椎排列异常是常见的原因。神经和颈髓损伤和激惹是少见原因。斜方肌上部、肩胛提肌、大小菱形肌和颈长肌是最常受累的肌肉。大多数患者为双侧症状。根据病因、症状出现时间的长短和解剖学部位,此类疾患可被称为颈部劳损、颈部挥鞭样损伤、斜方肌劳损、斜颈、纤维肌痛和纤维组织炎。

二、症状

患者主诉颈部或上背部有疼痛、僵硬、紧缩感。患者会特征性地把手放在上背部或下颈部,对相应的受累区进行按摩,同时叙述症状:

“唉! 颈部疼痛。”

“我颈部像打结了一样。”

“我颈部又紧又痛。”

“劳累一天后,我颈部特别紧。”

“我上背部像被钳子夹着了一样。”

“我的上肩部又僵又紧。”

“我如果睡觉姿势不对,醒来后颈部特别僵硬,然后头就特别痛。”

三、检查

检查时会发现患者的上背部和下颈部有不同程度的肌痉挛、疼痛点和不同程度的颈部活动受限(表 1-2)。

表 1-2 颈部劳损检查总结

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 疼痛点(上背部、颈旁、大小菱形肌) 2. 颈部同侧的被动旋转功能和对侧的被动弯曲功能减退 3. 神经查体正常 4. 无骨性疼痛 |
|---|

1. 触痛点常见于上斜方肌中部、颈部基底处的颈长肌(C_6 - C_7 椎体水平)、菱形肌的肩胛骨内侧缘。压痛明显的地方可能局限于一个小的方形区域,而在慢性患者中压痛可能影响到肌肉的大部分区域。

2. 颈椎的活动范围也可能减少,减少的范围与肌肉的痉挛程度有一定的关系。当肌肉的痉挛程度加重时,颈椎同侧的旋转运动和对侧的屈曲运动范围也明显减少(正常颈椎有 90° 的旋转角度和 45° 的屈曲角度)。在严重的病例和有潜在关节炎的患者颈部的屈伸活动也受影响。

3. 在病情轻的患者中,上肢的神经功能检查一般都是正常的。
4. 颈部、肩部和上背部的骨性结构一般没有压痛。

四、X线检查

推荐拍颈椎系列X线片(包括颈椎前后位、侧位、双斜位和张口位),轻中度颈椎劳损的患者X线检查一般没有异常或特别的关节炎改变。只有在中、重度颈椎劳损的患者拍片后才会有异常。正常的颈椎前凸可能消失同时出现颈椎变直甚至反屈畸形。侧位片可以很好地显示出正常椎体解剖排列形态的丧失。严重的斜颈畸形可以引起颈椎侧向的偏斜,颈椎正位片可以很好地显示此畸形。

五、特殊检查

MRI和肌电图可用于长期并发或有中重度神经根症状的患者。

六、诊断

基于病史和物理检查一般可作出诊断。包括:局限性的上背部、颈部疼痛;同侧颈部旋转和对侧颈部屈曲时症状特征性地加重;放射学检查一般没有阳性发现。颈椎平片用于评估疾病的严重程度和排除骨性疾病。对于复杂病例局部痛点的封闭试验有助于鉴别放散痛是否是由于神经根型颈椎病变或肩胛下的黏液囊炎引起的。

七、治疗

治疗的目标是减轻肌肉的刺激和痉挛症状,重建颈椎生理性前凸。冰敷、晚上使用肌松弛药7~10d和理疗都可以选择。

1. 第一阶段 颈部仔细充分查体,测量颈部运动范围,如果症状重或持续时间长可行X线检查,如果存在神经根性感觉和运动异常可行MRI检查。

(1)建议改变一些生活习惯,包括直立坐时使用肩垫支撑肩部,睡觉时应保持头颈部与身体呈一生理轴线(颈部下方可垫一小枕头),上提上肢保持轻度耸肩的姿势(上肢休息),避免肩关节受到束缚。

(2)急性期推荐在颈椎基底部和上背部使用冰敷来临时缓解疼痛和肌痉挛。

(3)每天做轻柔的伸展活动,包括肩部回旋运动,肩胛区挤压按摩和颈部伸展运动。

(4)晚上使用肌松弛药。

(5)推荐对颈椎基底部和上背部进行热疗和按摩。

(6)与患者交代应减轻精神压力,同时告知患者精神压力可导致症状的复发和加重。

(7)使用非甾体抗炎药(NSAID)(例如,布洛芬),注意药物的不良反应(炎症并不是颈部劳损最主要的病理改变)。

2. 第二阶段 颈部X线检查(对于症状持续3~4周的持续病例)。

(1)对于持续劳损患者可使用超声波进行治疗。

(2)推荐使用深部按摩进行姑息对症治疗。

(3)轻度颈部牵引治疗,初始重量为2.268kg(5 lb),持续5~10min,每天1次。

(4)白天特别是体力工作时应使用软颈围或软的费城颈围。

3. 第三阶段 应用局麻药物进行痛点注射。可联合使用长效皮质类固醇激素(对于症状持续 6~8 周的慢性病例)。

(1) 可使用三环类抗抑郁药对疼痛患者进行长期治疗。

(2) 考虑使用经皮神经电刺激器的理疗方式或求助于疼痛门诊来治疗长期顽固性的疼痛。

八、理疗

理疗是治疗和预防颈椎劳损的重要手段(表 1-3)。

表 1-3 颈部劳损理疗总结

- | |
|-----------------------|
| 1. 冰敷 |
| 2. 颈椎和上背部肌肉伸展活动前进行热疗 |
| 3. 深部肌肉按摩 |
| 4. 超声波治疗 |
| 5. 手法或使用牵引器进行轻度颈部牵引治疗 |

1. 急性期 使用热疗、按摩和轻度颈椎牵张训练来减轻肌肉的激惹症状。在家中这些措施应每日进行。对颈椎基底部和上背部进行热疗和按摩能够临时缓解疼痛和痉挛。联合晚上使用肌松弛药能取得更好的治疗效果。牵张训练能够恢复肌肉的柔韧性,减轻肌痉挛。热疗和肌松弛药能增加牵张训练的治疗效果。对于进展较快和迁延病例可能需要来自专业理疗医生提供的深部按摩治疗和超声波治疗。

2. 痊愈和康复 肌肉牵张训练和颈部牵引治疗用于治疗持续患者或慢性患者。为了保持颈部的柔韧性,牵张训练必须 1 周连续进行 3 次。对于慢性患者,使用轻度颈部牵引治疗是有益的,初始重量为 2.268~4.536kg(5~10lb),持续 5min,每天 1~2 次。严重的颈部肌肉受累患者进行颈椎肌肉牵张训练时应当十分小心。如果牵引时间过长、频率过高、重量过大会导致颈部肌肉受累加重。患者对牵引的耐受程度应在门诊通过人工或牵引器进行垂直牵引来评估。

九、注射技巧

局部注射麻醉药物、皮质类固醇激素或两者联合使用来治疗斜颈患者的急性肌肉痉挛、严重的颈椎劳损和辅助治疗纤维肌痛急性发作和严重症状。它的作用充其量是对理疗的辅助(图 1-1,图 1-2)。

1. 体位 患者坐位,肩关节后伸,手放在膝盖上。

2. 体表解剖和进针点 上斜方肌的中点位于棘突和肩峰外侧连线的中点。肌肉附着于棘突外侧 1in 处。

3. 进针角度和深度 垂直皮肤进针,深度为 2.54~3.81cm(1~1.5in)。

4. 麻醉 氯乙烷喷洒在皮肤上。在外层筋膜(1ml)和肌腹中(0.5ml/处)注射局麻药。

5. 技巧 对于严重受累的肌肉,成功的注射依赖于准确的操作。触诊确定最痛点。快速刺穿厚的皮肤,然后尽可能轻地把持注射器,进针深度为 1.90~2.54cm(0.75~1in),穿过