

颈肩综合症预防

主要改变颈部不良姿势和软组织的累积性疲劳和损伤。经常做颈部保健体操，可以避免颈肩部的劳损。此外，还要调整好枕头的位置，高低和软硬等。

参考文献

1. 戴克戎. 肩部外科学. 北京: 人民卫生出版社, 1992.

2. Jug A et al The Cervicalspine Hans Huberpubis Hers Bern Stutyary Viema. 1974.
3. Dorym mA Arrography of the cervical Facet Jointsradiology. 1983. 148~379.

(收稿: 1995-01-24; 修回: 1995-11-03)

老年性腰椎间盘突出症的特点及手术治疗

福建省泉州市中医院 (362000) 蔡立志 钟国荣* 陈亦斌** 黄碧玲 张建新
高建辉 孙永跃 温端生* 陈学明* 林松庆* 徐皓*

我们从 1980 年 1 月~1994 年 1 月共收治腰椎间盘突出症 856 例, 在行髓核摘除术的 564 例中, 60 岁以上者 76 例, 占本组手术治疗的 13.5%。现就老年性腰椎间盘突出症的临床特点和手术治疗的有关问题作一分析讨论。

临床资料

本组 76 例中, 男 58 例, 女 18 例; 年龄 60~71 岁, 平均 63.5 岁。临床上均表现为长期, 反复发作性腰痛, 其中 41 例有间歇性跛行, 18 例大小便功能障碍, 9 例下肢跛行, 行走无力, 3 例需扶拐行走, 髓核突出部位: L₄₅: 38 例, L₅S₁: 29 例, L₄₅+L₅S₁: 9 例; 左侧 31 例, 右侧是 24 例, 中央型 21 例; 24 例中央椎管狭窄, 23 例侧隐窝狭窄。手术方法: 扩大开窗髓核摘除 19 例, 半椎板切除途径 33 例, 全椎板切除途径 24 例。手术并发症 9 例。获得随访者 54 例, 随访时间 10 个月~14 年 10 个月, 平均随访 7 年 2 个月。按陆裕朴^[1]提出的方法评定结果: 优 28 例, 占 51.85%; 良 15 例, 占 27.78%; 较好 7 例, 占 12.96%; 差 4 例, 占 7.41%。优良率为 79.63%。

讨 论

1、老年性腰椎间盘突出症的临床特点

(1) 病程较长, 本组 76 例中病史最短 5 年, 最长 27 年, 平均病程 8.6 年。

(2) 症状反复发作, 本组病例均有 2 次腰腿痛发作史, 短者 2~6 个月发作一次, 长者间隔 2 年左右发作一次, 每当腰扭伤, 甚至姿势不当而发作, 且症状有逐渐加重的趋势。

(3) 症状复杂, 61 例有腰扭伤或腰骶部外伤史, 初

起仅有腰痛, 经休息好转, 经几次发作后渐有腰腿痛; 41 例伴有间歇性跛行; 小腿外侧, 足部麻木, 每当咳嗽或打喷嚏时下肢放射痛及麻木加重 38 例; 18 例逐渐出现大小便功能障碍, 其中 6 例于入院前 3~5 天小便不能自解。

(4) 自持力差, 由于临床症状逐渐加重, 渐失去生活自持能力, 本组有 23 例需有他人相助。

(5) 体征典型: 椎间盘突出间隙压痛, 叩击痛及放射痛均较明显, 直腿抬高 $\leq 15^\circ$ 8 例, $20^\circ \sim 30^\circ$ 21 例, $45^\circ \sim 60^\circ$ 32 例, $\geq 60^\circ$ 15 例, 加强试验阳性者 47 例。膝反射减弱 24 例, 亢进 3 例, 跟腱反射消失 7 例。2/3 病例有小腿及足部感觉障碍, 鞍区痛觉消失 9 例。患侧伸蹲肌力差 48 例。腰椎 X 线片示椎体缘骨赘 47 例, 小关节增生 34 例。CT 扫描 54 例, 均能显示椎间盘突出部位及大小, 其中 26 例示纤维环及/或髓核钙化。

(6) 病理改变多重性: 椎板呈透瓦状及增厚 46 例, 有 4 例增厚度达 1.5cm。黄韧带肥厚 37 例, 其中 3 例达 0.8cm。侧隐窝狭窄 23 例。神经根管狭窄 14 例, 其中 6 例将神经根紧紧嵌压。小关节突增生肥大 21 例。硬脊膜外粘连 24 例。神经根受压、粘连、水肿 23 例。上述病理改变导致临床症状的加重和复杂性, 增加了手术难度, 稍有不慎, 势必造成误伤及并发症。

2、手术方法的选择: 基于老年型腰椎间盘突出症的病程冗长及上述病理改变的多重性, 不宜采用经皮髓核摘除术, 而开窗法也较困难。其次, 由于老年患者体力劳动少, 较少考虑术后脊柱稳定性问题, 为达到彻

* 南京军区福州总医院
** 福建省晋江市金井卫生院

底减压的目的,多数需采用半椎板或全椎板切除的手术途径。

(1) 扩大开窗髓核摘除:适用于病史较短、症状典型的侧偏型椎间盘突出,X线片及CT扫描没有或轻度椎板、黄韧带肥厚或合并单侧侧隐窝狭窄,用开窗法手术又困难者。

(2) 半椎板切除减压髓核摘除:对侧偏型椎间盘突出,X线片及CT扫描表现为椎板、小关节突及黄韧带肥厚、单侧侧隐窝狭窄明显者,宜采用半椎板切除途径。

(3) 全椎板切除髓核摘除术:对中央型或巨大型椎间盘突出,X线片及CT扫描有明显的椎板及小关节突增生、黄韧带肥厚、侧隐窝及神经根管狭窄或纤维环和髓核钙化,或半椎板切除术中发现硬脊膜外和神经根粘连、水肿明显、分离困难者,宜用全椎板切除途径,才能达到彻底减压的目的。

3、术中应注意的问题:由于病理改变复杂,因而增加了手术的难度,在分离粘连、摘除髓核过程中尤应谨慎,否则易发生误伤等并发症。本组曾发生术中硬脊膜撕裂6例,神经损伤3例(马尾麻痹1例,神经根损伤2例)。因此,术中应注意以下几个问题。

(1) 对伴有心肺功能不全的患者,术中应加强监护,采用侧卧位为宜。

(2) 当椎板呈迭瓦状及明显增厚时,先用骨凿或尖头咬骨钳咬除少许椎板,尔后再扩大开窗。

(3) 切开黄韧带进入椎管后,先用神经剥离子于黄韧带下轻轻推开与其粘连的硬膜囊,避免在切除椎板及黄韧带时伤及硬脊膜。

(4) 切除嵌压神经根的骨性组织时,必须遵循从上向下外的操作原则,使椎板咬骨钳与神经根平行插入;切除神经根周围组织时,应作试探性钳夹,以免误伤神经根。

(5) 在用神经根拉钩牵拉硬脊膜囊或神经根时,应间断放松,避免长时间牵拉,一般每15分钟左右放松一次。

(6) 切除椎间盘时,应将硬脊膜和神经根牵开,充分暴露病变;切除髓核时,尖刀刃应背着神经根的方向,以免损伤神经根;在钳夹髓核组织时,其深度不超过3cm,否则有损伤椎前血管的危险。

(7) 在切除关节突扩大侧隐窝时,先将神经根拉开保护后方可进行;在扩大神经根管减压时,尤应注意勿损伤神经根。减压后能使神经根移动2mm左右。

(8) 术前、术后除给予广谱抗生素外,术中应严格无菌操作,尽量减少创伤,术毕常规放置负压吸引管,以排除创口内的积血,减少感染的机会。

参考文献

1. 陆裕朴,等. 腰椎间盘突出症的手术治疗(附238例处理体会). 中华骨科杂志 1981.1(2): 77.

(收稿:1995-03-06 修回1995-11-27)

术前误漏诊非半月板源性前膝痛 44 例诊治分析

杭州市中医院(310006) 成 昇 毕大卫* 刘晋闽**

1984年~1994年共手术治疗半月板损伤患者496例,其中40例术中未发现半月板损伤,4例因术后症状无明显改善而行再次手术。其致痛原因分别为皱襞综合征,髌下脂肪垫增厚,滑膜肉芽肿,关节游离体和软骨瓣等引起,经手术处理后,疗效满意。本文将其诊治要点分析如下。

临床资料

本组44例非半月板源性前膝痛患者中男18例,女26例;年龄21~53岁,平均39.5岁;有明显外伤史者38例;患者在膝关节活动时均有明显的疼痛,大多在上下楼梯时疼痛加剧,32例在夜间有静息痛;检查

发现有压痛,疼痛和压痛部位大多在膝关节内侧或外侧,6例压痛部位不恒定;其中伴有关节交锁的34例,有关节弹响的29例,本组所有患者均有不同程度的股四头肌萎缩;30例局部肿胀较为明显,10例浮髌试验阳性;12例于髌内侧可触及痛性条索状物;X线检查除6例髌间隆突稍变尖外,无其它异常;B型超声波检查假阳性者18例,CT检查假阳性者6例,核磁共振检查假阳性者2例;术前误诊为内侧半月板损伤者28例,误诊为外侧半月板损伤者16例。

术中所见及处理

术中探查致痛原因,发现有以下5种病变:1. 皱襞

* 杭州市红十字会医院
** 浙江省中医院