

愈合仍有内翻角逐渐增大的趋势(术后 3~6 个月内翻角平均增大 5°),这一点用外髌因受刺激生长过度和内髌生长阻滞解释较为合理。

为预防肘内翻的发生、治疗时要重视骨端的轴线对位,对远端向尺侧移位及倾斜者应矫正过正<sup>[2]</sup>。近年来我们注意了这一点,并将开放复位内固定术后屈肘 90°位长臂石膏固定改为屈肘 45°位固定,便于目测肘关节携带角,使肘内翻的发生明显减少。

### 参考文献

1. 天津医院骨科. 临床骨科学(创伤). 北京: 人民卫生出版社, 1973: 184.
2. 李稔生, 等. 肱骨髁上骨折的治疗. 中华骨科杂志 1982; 2(5): 266.
3. 王世清. 肱骨髁上骨折并发肘内翻机制的探讨. 中华骨科杂志 1985; 5(2): 85.

(收稿: 1995-03-28; 修回: 1996-03-20)

## 椎管扩大术与中药治疗脊髓型颈椎病

河北省沧州中西医结合医院 (061001)

崔青 胡思斌 尹同珍 董占引 刘志波 王红梅 许营民 张建华 徐明尧

我院自 1991 年 8 月以来对存在颈椎管狭窄和多节段椎间退行性改变的 32 例脊髓型颈椎病采用单开门椎管扩大术佐以中药治疗, 收到了良好的效果。

**临床资料** 本组男 23 例, 女 9 例; 年龄 39~67 岁; 存在发育性椎管狭窄的 18 例; 伴多节段椎间退行性改变致椎管狭窄的 7 例; 合并后纵韧带骨化(OPLL)的 5 例; 前路术后效果不佳者 2 例; 病程 2 个月~4 年, 平均 1.4 年。术前 X 线检查: 32 例均有程度不同的颈椎退行性改变。发育性颈椎管狭窄即椎管矢径/椎体矢径<0.75 共 20 例; 3~4 节以上多节段退行性椎管狭窄共 7 例; OPLL 5 例。脊髓造影: 共 23 例, 均显示碘柱腹侧多节段间盘水平压迹, 有 8 例存在碘柱背侧受压。CT 及 CTM: 共 21 例, 有 16 例显示椎管呈扁平状致脊髓受压; 另 5 例存在 OPLL, 其骨化块侵占率为 12~30%。MRI: 共 5 例, 见颈椎多节段间盘退变后突, 椎体后缘骨刺突入椎管。

**治疗方法** 1. 手术: 32 例均行颈后路单开门椎板成形椎管扩大术。手术采取俯卧位、局麻、颈后路正中入路。术中于 C<sub>3</sub>~7 椎板两侧关节突关节内缘作“V”形骨槽, 活页侧保留椎板内侧皮质骨, 纵断对侧椎板及黄韧带, 将 C<sub>3</sub>~7 椎板掀向活页侧以扩大椎管, 开门大小约 0.8~1.8cm, 将棘突用丝线悬吊于活页侧椎旁肌上, 对存在椎间不稳可于活页侧椎板向植骨。术后 1 周内去

枕平卧, 3 个月内带颈围领保护。2. 中药: 于术后第 3 天开始服用。采用桃红四物汤加减。组成为: 桃仁、红花、归尾、赤芍、丹参、川芎、葛根、党参、白术、云苓、陈皮、甘草等。制成胶囊, 3 粒/次。日三次, 口服。

**治疗结果** 按北医三院颈椎病脊髓功能状态评定法(40 分法)进行评价<sup>[1]</sup>, 随访术后半年优良率 93.8%, 术后 1 年优良率 96.9%。

**讨论** 单开门颈椎管扩大成形术是由中野首创<sup>[2]</sup>。它在扩大椎管, 解除脊髓压迫的同时, 减少了对颈椎后部结构的损伤, 较传统全椎板切除减压优点在于: 手术操作在椎管外, 不刺激硬膜, 减少了损伤脊髓的可能性, 同时保留了后部的椎管结构, 避免了术后不稳, 另外还能防止医源性椎管狭窄。其适应症为: 发育性颈椎管狭窄; 脊髓前后方均受压; 多节段受压病例及前路术后疗效不佳者。采用桃红四物汤加味治疗, 可活血化瘀, 舒筋通络。

### 参考文献

1. 杨克勤, 对颈椎病的一些认识, 中华骨科杂志, 1982, 2: 29.
2. 中野昇, 他. 頸椎症性 Myelopathy に対する頸椎椎管拡大術の術經驗について, 整形外科 1980, 31: 453.

(收稿: 1996-05-15)