

3. 椎弓根钻孔技术: 钻孔技术是手术成功的关键, 术者必须熟悉椎弓根解剖, 选择合适的钻孔点, 即髂双侧横突中点的横线及沿小关节突外侧缘的纵线相交点与棘突成 15° 角。这样正好与椎弓根管道斜度一致, 钻入螺钉。由于腰椎滑脱往往伴有椎体倾斜, 尤以 III° 滑脱更为明显。因此每当打钉时均应在 C 臂 X 线监视或通过 X 线摄片定位, 才能准确确定矢状面上的角度(螺钉与椎体上下板平行)。螺钉应一次进入, 二次进钉往往会减少把持力而影响复位的完善。同时还应注意螺钉进入的深度。推拉力螺钉尖部最好吃入椎体前方皮质骨, 以增强拉力。这一点对伴有骨质疏松的患者尤为重要。本组 I 例 III° 滑脱者, 术后恢复到 I°, 但 2 个月后又发生 II° 滑脱。其原因是患者年龄较高, 骨质稀疏, 推拉力螺钉只进入椎体的 70%, 以致当骨质吸收螺钉抓握力不足而再次发生滑脱现象。目前临床上使用的推拉力螺钉比其它弓根螺钉尖部平滑, 穿入椎体前方, 如不超过一个螺钉一般不会发生血管损伤的并发症。

4. 椎管探查与植骨融合: 对于是否进行椎管探查,

各家意见不一。作者认为治疗腰椎滑脱, 除恢复腰骶部正常生物力学解剖位置外, 还应彻底解决造成或可能造成椎管及神经根管狭窄的继发因素。本组 5 例椎间盘突出, 2 例椎体后缘骨嵴增生都是通过手术探查发现的。可以说椎管探查是保证治疗和维持治疗效果不可缺少的治疗措施, 还可以防止滑椎矫正过度。

植骨融合是治愈本病的最后标准。滑脱复位能否满意取决于复位固定器的作用和操作技术, 而最终维持复位则依靠坚强的脊柱融合, 尤其是取出内固定器后, 更是维持脊柱稳定的唯一依靠。

5. 中医认为肾与骨骼系统、神经系统及腰部有密切的关系。患者禀赋不足、肝肾亏损、筋骨不强往往是造成腰椎滑脱的主要原因, 故作者在腰椎滑脱术后着重给以补养肝肾、强壮筋骨之剂以促进植骨融合, 减少腰痛等后遗症。本组经随访 6 个月以上的 12 例, 均一次融合成功, 术后 3 个月以上的 4 例也见骨痂生长, 可见结合中药调理可以提高治疗效果。

(收稿: 1995-10-06)

膝关节镜诊断和治疗膝关节损伤 130 例

长春一汽集团职工医院 (130011) 刘 强

我院自 1991 年~1994 年用德国引进的膝关节镜检查和治疗膝关节损伤 130 例, 效果满意, 报告如下。

临床资料 本组 130 例, 男 99 例, 女 31 例; 年龄 25~65 岁; 半月板切除 69 例(镜下切除 28 例, 小切口切开关节囊行半月板切除 41 例), 关节内骨性游离体摘除 17 例, 风湿性滑膜炎 13 例, 外伤性滑膜炎 22 例, 结核性滑膜炎 9 例。

治疗方法 (1) 病人在腰麻下取仰卧位, 屈曲膝关节在 40° 左右, 在髌骨外上缘进入一条小管使膝关节充分冲洗。其次在膝关节下方进入关节囊内广角镜(0°~15° 角), 放出冲洗的液体后用膝关节镜配合电视观察膝关节内外侧韧带、半月板、滑膜、前交叉韧带的改变。术后用弹力绷带, 一周后可离床活动。(2) 韧带损伤: 经镜下观察如侧付韧带不全损伤可用长腿石膏托外固定, 完全断裂采用切开韧带修补术, 其中前交叉韧带断裂也可采用切开钢丝内固定术。(3) 关节软骨损伤: 如果关节面脱落可利用抽吸系统吸出或生理盐水冲洗及用关节镜钳去除。(4) 关节游离体: 直接用关节镜钳去除。(5) 半月板软骨损伤: 如有边缘不整齐或撕裂可在镜下用关节镜刀部分切除。如半月板损伤较重, 行小切口切开关节囊行半月板切除。(6) 膝关节滑膜

炎: 可行镜下剪除、切除、刨削及大量生理盐水冲洗, 尤其结核性质的滑膜炎可以注射药物。

治疗结果 本组 130 例, 经过膝关节镜检查确诊, 治疗效果均为满意。半月板切除, 除 41 例行小切口切开关节囊半月板切除时间在 4~6 周愈合外, 其余均为 7~12 天愈合。经过 6~15 个月随访, 130 例经膝关节镜检查治疗后无膝关节明显疼痛、肿胀、功能受限等。17 例关节内游离体镜下摘除后 3 个月无疼痛。69 例半月板切除后一年内无明显疼痛及绞锁现象。35 例滑膜切除后半年内无肿胀、渗出或明显疼痛现象。9 例结核性滑膜炎切除后约 2 年随访仍然时有渗出、疼痛、膝关节活动略有受限。

体会 应用膝关节镜应注意: ①膝关节镜与电视连接线因无法消毒, 操作不慎易造成皮肤及关节内感染; ②探查膝关节外侧时要防止用力过度造成腓走神经损伤; ③探查前交叉韧带时防止腘窝动脉误伤; ④探查时不能盲目, 不能乱钻孔否则易造成胫前筋膜间隙综合症; ⑤只要正确选择穿刺部位, 及选用不同直径的关节镜, 手术是安全可靠的。其次需要扎实的解剖学知识及熟练的操作技术, 可以减少创伤, 有利于手术后的功能恢复。

(收稿: 1996-03-19)