

讨 论

膝关节退行性骨关节炎属痹证范围,《素问·痹论》“风寒湿三气杂至合而为痹。”故临床治疗多从祛风散寒胜湿而论治,而叶海主任医师认为:膝关节退行性骨关节炎疾病多见于老年患者,本组病例患者年高体衰,且多有慢性劳损史。其病机以血虚为本,血虚不能濡养筋骨、滑利关节,充盈经脉,经血运行不畅,致患膝关节肿胀,疼痛,活动乏力。治疗的关键在养血活血。因气血互为生化,气为血帅,方中选用生黄芪为主药,益

气生血,行气活血,同时顾护脾胃,避免补血药的滋腻而滞脾胃,妨碍消化。辅以当归、白芍,既能补血而又能活血。并配伍赤芍、泽兰加强行血、止痛;川桂枝温通血脉经络,怀牛膝活血祛瘀,引血下行;桑枝祛风通络,通利关节;清甘草味甘益脾,调和诸药。临床诸药合用,并辨证加减。同时配合中药薰洗,疏通经血,疏导腠理,舒松关节筋络,促进关节功能恢复起到良好作用。

(收稿:1997-12-04)

自制复位器治疗胸腰椎骨折脱位 23 例

苏纪健 黄锦芳* 卢利平

福建省永定县医院 (364100)

我院自 1990~1996 年 3 月共收住胸腰椎骨折 23 例,采用自行改制复位器整复后用哈氏棒或 Dick 钉行内固定,取得较满意效果,报告如下。

临床资料

本组 23 例中男 15 例,女 8 例;年龄 25~50 岁。骨折椎体: T₁₀~L₁ 16 例, L₁~₃ 7 例。骨折类型: 屈曲压缩骨折脱位 4 例,爆裂型并脱位 15 例,屈曲旋转脱位 4 例。病程: 1 周以内 15 例,2 周内 6 例,3 周以上 2 例。应用自制复位器复位后,哈氏棒固定 13 例, Dick 钉固定 10 例。

治疗方法

1. 材料: 取 SUR166 型甲状腺拉钩,规格长 20.5cm,宽 1.0~1.3cm,截除两侧钩端,成为“□”型复位器(见图 1)。

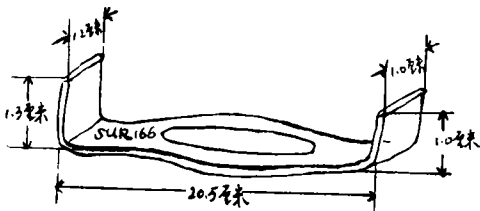


图 1. 改良整复器

2. 方法: 采用后入路,显露并咬除骨折椎板后,显露硬脊膜,将硬脊膜用神经拉钩拉向一侧,将“□”型复位器轻轻地绕过硬脊膜前方,对准骨折脱位突出的

椎体后缘,然后助手牵拉患者躯干上段,另一助手拉下肢,同时配合牵拉下,术者敲击“□”型复位器,敲击时觉得落空感,检查椎管前壁硬脊膜前方无压迫感,示整复完毕,然后再行其他内固定,并对受损脊髓相应治疗。

治疗结果

椎体骨折压缩 1/3 以上合并脱位,出现神经不全损伤,经整复后, X 线摄片复位良好,截瘫按 Frankel 分级,临床随访时间最长 5 年,最短 16 个月,获得 I 级以上恢复的有 16 例,占 70%。经复位后,椎体脱位明显改善,因脊髓神经严重损伤及其他原因,获得 II 级以上恢复的有 6 例,占 26%。经复位,椎体脱位无改善,合并脊髓已完全断裂无改善 1 例。

讨 论

胸腰椎骨折以压缩、爆裂型骨折较为多见,椎体压缩达到超过 1/2 者,常发生慢性不稳定,如早期通过可靠整复方法复位并加良好的内固定(哈氏棒、经椎弓根用螺丝钉或 Dick 器械)恢复椎体有良好效果^[1]。

自制“□”型复位器,其优点是两端不同大小,可以随椎管大小而选择一端,其两端的角度也比较符合椎管,整复器的厚度也只有 0.2cm,灵活,轻巧。硬脊膜拉开后,可达到预想的位置,复位方法简单,又是在术中直视下进行,所以可称之塌陷法减压^[2],能达到较为满意效果。除粉碎性骨缺损,可以给予咬除。整复后椎管内平整,稳定,无压迫脊髓,对脊髓神经的恢复起有一定的作用。再加哈氏棒或 Dick 氏固定,远期疗

* 福建省永定县坎市医院

效也较确切。该复位器克服了慢性复位的弊病。本组 23 例，经临床随访，疗效较为满意。

参考文献

1. 饶书城. 脊柱外科手术学. 北京: 人民卫生出版社,

1993. 202~205

2. 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰. 等. 实用骨科学. 人民军医出版社. 1991. 808

(收稿: 1998-03-06)

多间隙腰椎间盘突出症的治疗探讨

张衡敏 黄日南 欧志东 骆建宁

广东省珠海市香洲区人民医院 (519070)

笔者自 1992 年~1997 年治疗多间隙腰椎间盘突出症 38 例，取得较好疗效，报告如下。

临床资料

1. 统计 1992 年~1997 年手术治疗两个间隙以上椎间盘突出者 38 例。男 25 例，女 13 例；年龄 14~69 岁。病程 2 月~13 月。

2. 临床特点：(1) 两处以上棘突旁侧或棘突间隙压痛点，但普遍以一处为重，另一处或一处以上较轻或无压痛。(2) 两个或两个间隙以上神经根受压症状体征，但往往以一个间隙神经根受压症状体征为主。

3. X 线片检查：往往有一个主要病变间隙有典型的腰椎间隙不对称变窄，造影显示碘柱压迹，而其它间隙略有改变或基本正常。

4. CT 或 MRI 检查：椎间盘病变 L₄₋₅、L_{5-S₁} 17 例，L₃₋₄、L₄₋₅ 15 例，L₂₋₃、L₄₋₅ 1 例，L₃₋₄、L₄₋₅、L_{5-S₁} 3 例，L₂₋₃、L₃₋₄、L₄₋₅ 2 例。其中以二个间隙脱出或突出、另一个间隙或两个间隙轻微突出或膨出者 35 例，二个间隙脱出或突出明显者 3 例。

治疗方法

38 例患者术前均常规卧床休息加骨盆牵引 1~2 月，配合按摩、理疗、针灸等，或辅以椎间孔外神经根封闭，硬膜外封闭等疗法，待椎间盘轻微突出或膨出间隙的症状体征有所缓解，即行手术。本组显微椎间盘摘除 9 例，扩大开窗或半椎板切除 22 例，双侧椎板开窗摘除 5 例，全椎板切除 2 例。其中一个间隙椎间盘摘除 35 例，二个间隙椎间盘探查 5 例，二个间隙椎间盘摘除仅 3 例。

术后一般卧床 3~4 周，但注意早期床上作直腿抬高功能锻炼及后期适当腰背肌功能锻炼，配合理疗、中药等。

治疗结果

本组 38 例多间隙椎间盘突出症患者术后全部随访，随访时间 1~5 年。以腰腿痛临床症状体征消失及

正常生活和工作情况的恢复作为评定疗效的标准，其中治愈 35 例，显效 1 例，好转 2 例，治愈率 92.1%。

讨 论

多间隙(或多平面)腰椎间盘突出症的发生率在腿腿痛病人中占有相当的比例。国内张伯勋^[1]等报告占腰椎间盘突出症发生率的 3%~8.5%；陆裕朴^[2]等报告占手术病人的 14.9%。通过临床仔细检查，结合日趋先进的影像诊断技术，其诊断并不困难。然而，在手术治疗方面，与单个间隙椎间盘突出症相比，有一定的特殊性、复杂性，临床上争议较多。有些学者主张常规探查 L₄₋₅、L_{5-S₁} 二个间隙，有些学者认为，病变椎盘均予以摘除。我们认为这些观点在一定程度上都具有其相对盲目性，常常导致不必要的扩大手术损伤范围，增加了诸如术后腰椎不稳、术后瘢痕广泛粘连形成椎管狭窄等并发症的发生率。Harold^[3]认为，许多看起来似乎必须手术的椎间盘突出的病人，约 1%~2% 术后疗效不佳；包括 10% 以上的椎间盘突出症的病人，实际上并不需要手术治疗。Frymoyer^[4]报告单个椎间盘术后腰椎不稳发生率为 20%。因此，对多间隙腰椎间盘突出症的病人来说，摘除两个特别是相邻上下两个椎间盘，势必更增加了腰椎不稳等并发症的发生率。

本组根据不同间隙椎间盘突出程度不同，术前术后采取适当针对程度较轻间隙的突出或膨出的椎间盘(非必需手术椎间盘)的非手术治疗，大部分多间隙椎间盘突出症只摘除一个产生较严重病变的椎间盘(必需手术椎间盘)是行之有效的。因为术前牵引，增宽了腰椎间隙，结合按摩、理疗、针灸、封闭等缓解了腰肌痉挛和腰椎侧弯；而手术摘除主要病变椎间盘，缓解了最主要的疼痛因素；术后卧床时间适当延长，避免过早负重，为病变程度较轻间隙的椎间盘的恢复创造了良好的条件。

对均已同时产生明显症状体征，CT 或 MRI 报告有两个间隙椎间盘显著突出或脱出，压迫硬膜囊或神