

社 .1991: 825 ~ 828

2. 过邦辅, 等. 骨折与关节损伤. 上海: 上海科学技术出版社 .1984: 472 ~ 476

3. 董天华, 唐天驷. 髋关节外科. 南京: 江苏科学技术出版社 .1992: 96

4. 赵炬才, 张铁良. 髋关节外科学. 北京: 中国医药科技出版社 .1992: 93 ~ 94

(收稿: 1998- 05- 11)

股骨头缺血性坏死的甲皱微循环分析

汪杰 邓秀荣 邓国生*

空军兴城疗养院 (125100)

我们对 57 例股骨头缺血性坏死 (ANFH) 患者进行了甲皱微循环观测, 分析如下。

材料与方 法

1. 对象: 受检对象均为来院疗养员, 男 30 例, 女 27 例; 年龄 15 ~ 67 岁; 病史 3 月 ~ 11 年; 所有股骨头坏死病例均经 X 线确诊, 单或双侧股骨头坏死共 92 处, 其中诊断为 I 期 21 处, II 期 25 处, III 期 26 处, 期 20 处。曾不同程度用过活血止痛或激素等药, 观测前已停药半月以上。

2. 方法: 根据解放军微循环研究中心田牛加权积分法的正常标准和常用的甲皱微循环活体观察方法, 采用锦州产 XQX- IA 型微循环显微镜。放大 62.5 倍, 光源为 GCQ75 超高压球形汞灯, 以 45 角斜落射照明。被检者均在午休后安静状态下, 取坐位, 手与心脏同一水平, 先后对左右手无名指甲皱前排微血管进行观测, 室温 20 , 观察指标为八个应急指标加管祥形态和长度。

结 果

股骨头缺血性坏死 (ANFH) 患者甲皱微循环异常

表 2. 57 例 ANFH 患者微血管数目、管径、长度观测值 ($\bar{x} \pm S$)

侧别	管祥数	输入枝	输出枝	祥顶	祥长
左侧	5.643 ± 1.925	10.321 ± 3.838	12.464 ± 4.302	13.625 ± 5.304	125.893 ± 75.264
右侧	5.643 ± 2.000	10.054 ± 3.787	12.232 ± 4.729	13.714 ± 4.990	118.214 ± 76.518
正常值	8.0 ± 1.0	11 ± 2	14 ± 3	15 ± 3	200 ± 50

与正常人对参照全年微循环研究中心解放军总医院的检测标准。

从表 2 数值可见, ANFH 患者管祥数减少较明显。显然管径和管祥长度较正常人相比有不同程度地缩短, 但从均数和标准差总体分析又与正常值比较接近, 单项评定属轻度异常。

讨 论

根据十项甲皱微循环的观测指标分析, ANFH 患

检出率见表 1。

表 1. ANFH 患者甲皱微循环异常检出率 (单位: 指)

项目	正 常		异 常	
	左	右	左	右
清晰度	44	39	13	18
管祥形态	46	46	11	11
血流速度	13	11	44	46
红细胞聚集	40	40	17	17
白微栓	56	55	1	2
渗 出	19	12	38	45
陈旧出血	55	54	2	3

从表 1 可见 ANFH 患者在微循环改变方面主要是流速减慢和渗出增多, 其次为清晰度欠佳和轻中度的红细胞聚集。对左右食指观察的微循环指标, 经推算 R 值, 95% 可信限两者有重叠; 表示相差不显著, 说明左右两侧微循环变化是一致的。

股骨头缺血性坏死 (ANFH) 患者微血管数目、管径、长度观测值见表 2。

者的微循环特点主要是管祥数目减少, 流速减慢以及渗出现象增多。另外, 我们还观察到瘀顶显著增多, 在观察的 114 指中有 48 指可见到瘀顶, 这 48 指中共 309 条管祥, 而存在瘀顶者达每毫米 175 条, 平均每指可见 3.65 条/48 指、1.54 条/114 指。笔者以为瘀顶出现机率增多的原因是和血流速度减慢, 渗出增多以及管祥

* 山东省烟台市卫生检疫站

数减少有关。临床中早有人发现高血脂症、动脉硬化或动脉炎、冠心病等易患股骨头坏死。另有人用仪器测量骨髓内压,发现骨髓内压增高的原因则来自动脉压力的减低和血流量减少以及静脉和毛细血管的郁滞,血液动力学的改变,日久必然带来组织学和代谢等方面

的改变,因而出现局部水肿、出血、纤维变性乃至缺血坏死。本观察甲皱微循环的几项指标异常,正好与前人所作实验相吻合,说明 ANFH 与微循环异常变化有关,但今后仍需积累更多的临床资料进一步证实。

(收稿: 1996- 06- 06)

原位复发腰椎间盘突出症分析

戴志和

江苏省戚墅堰机车车辆厂医院 (213011)

我院自 1986 年 9 月~1997 年 3 月共行腰椎间盘突出症髓核摘除手术 279 例,其中二次手术共 16 例 17 次,其中原位复发 9 例共 10 次,占同期二次手术的 58%,现就此作一分析。

临床资料

1. 一般资料: 本组 9 例病人中,男 6 例,女 3 例; 年龄 30~60 岁,平均 43 岁。复发时间: 最长 15 年,最短 3 个月,平均 2 年。首次术式: 全椎板切除 4 例,半椎板切除 2 例,开窗法 3 例。1990 年前首次手术复发 9 例,1990 年后 1 例。其中一例 30 岁女性患者复发两次,因在手术后 2 月内即通宵达旦跳舞,不久就产生症状。

2. 再次手术情况: 本院 10 例再次手术病人,均系用原位进入手术的方法,尽量不扩大手术创伤,分离粘连后找到神经根,再拉开神经根,找到脱出的髓核,10 例次均为变性髓核呈团块样脱出,取走后均发现上次手术切开的纤维环的破洞未牢固愈合,5 年以内复发者洞口完全敞开。在椎间隙内均取不出多少髓核组织。

讨 论

1. 原位复发原因分析: 本组平均年龄 43 岁,均属青壮年,手术前症状严重,手术后症状一旦解除,思想上放松警惕,均在术后 3 个月后即参加原来体力劳动,活动量大是复发原因之一^[1]。

其次,首次术式全椎板切除者有 4 例,其中 1 例半椎板切除者,因侧隐窝狭窄,咬除部分关节突。首次手术损伤了脊柱稳定结构,也是手术后复发髓核脱出的原因^[2]。

再次,年轻患者髓核退变不全,首次手术难以取出更多的髓核,残留髓核随着逐步变性就很容易再次

从原创口脱出。另外,纤维环血供极差,其破口疤痕修复能力差,不能在破口形成强有力的疤痕组织,故而容易原位复发。

最后,本组 9 例次属我院早期开展手术病例,手术经验不足,不敢尽可能多地摘除椎间隙内髓核,以免损伤腹部血管造成严重后果,所以残留髓核多,故易于复发。

2. 为避免腰椎间盘突出术后复发,建议注意以下几点: (1) 首次手术要摒弃全椎板切除这种破坏较大的手术,宁可两侧开窗也不将脊柱稳定结构破坏。最好也不要采用半椎板切除,宁可上下两间隙分别开窗,也不去破坏脊柱后柱的完整性。(2) 首次手术尽可能多摘除些椎间隙内髓核组织,但又要注意千万不能进入过深以免损伤大血管。采用 130 弯头髓核钳可以摘出较多的对侧髓核组织。对于纤维环破口我们尚未找到行之有效的办法促其愈合。(3) 加强术后管理,早期坚持作腰背肌锻炼,3 个月内尽量不作弯腰活动,避免外伤,打喷嚏及咳嗽时尽量少用力屏气。避免过早恢复重工作,我们认为术后 3 个月作一些轻工作,6 个月可适当加大劳动量。尽量注意腰部保护。通过以上的改进及注意,可以最大限度减少椎间盘手术的复发率。

参考文献

1. 冉永欣,谷加炎,龚祖元,等. 复发性腰椎间盘突出症外科治疗与椎间盘术称商榷. 中华骨科杂志, 1996, 16 (7): 423.
2. 吴振东,王海义,王欢,等. 腰椎间盘突出症再手术原因探讨. 中华骨科杂志, 1994; 14 (1): 32.

(收稿: 1997- 05- 21)