

出发病率高,行 CT 检查时,我们往往习惯于扫描 L_{3,4}, L_{4,5}, L₅S₁ 间隙,而忽略对 L_{1,2}, L_{2,3} 的检查,容易造成漏诊。因此,我们应充分重视临床查体,对于临床表现复杂的腰腿痛,上腰部棘突压痛,不能用单一椎间盘突出解释,尤其是不能用低位腰椎间盘突出解释的,应考虑到本症而行 L_{1,2}, L_{2,3} 的 CT 扫描或 MRI 检查以明确诊断;

(2) 重视多间隙椎间盘突出:本组多间隙椎间盘突出 39 例,占 57.4%,术中应常规使用细尿管进行椎管探查,以免漏治;

(3) 双侧处理中央型突出:国内外文献报道^[7,8] 术后椎间盘突出发生率在 0.86%~5.5% 之间,是椎间盘突出症再手术的主要原因。因此,手术探查一定要仔细,髓核摘除要彻底,尽量避免髓核残余,对于中央型突出,应采用全椎板切除或双开窗的方法从双侧摘除突出髓核;

(4) 重视潜行椎间盘和脱出髓核:本组 4 例发生髓核沿后纵韧带向椎体后方移行,其中 1 例移位至椎体中部,因此如术中发现神经根松弛,硬膜囊前方不能触及硬韧包块,此时不可轻易放弃手术,应向上或向下扩大开窗探查。对于破裂型髓核突出,碎块可以在椎管内上下移动或向椎间孔移动,做开窗和半椎板切除时不要遗漏,如髓核摘除后神经

根或硬膜的紧张状态未解除,多系破入椎管内的碎块未取干净所致;

(5) 重视侧隐窝狭窄的减压:本组合并侧隐窝狭窄 14 例,占 20.6%,对这种类型,术中应常规进行侧隐窝扩大减压,切除关节突内侧 1/3,充分游离神经根;对于双下肢交替痛的患者,应常规探查双侧神经根;

(6) 准确定位:高位腰椎的解剖标志不明显,术前应进行常规定位。

参考文献

[1] 林安侠,沈翰桑,李树添,等. 腰椎间盘突出症的诊断和手术综合治疗. 中华骨科杂志, 1982, 3(3): 162.

[2] 王全平,陆裕朴,李稔生,等. 高位腰椎间盘突出症的手术治疗. 中华骨科杂志, 1992, 12(1): 48.

[3] Teng P, Papthodorou C. Compined cervical and lumbar spondylosis. Arch Neural, 1964, 10: 298.

[4] 陆裕朴,石凯军,黄耀添,等. 腰椎间盘突出症的手术治疗. 中华骨科杂志, 1981, 2(2): 77.

[5] 刘广杰,林发雄,吴南林,等. 对腰椎管狭窄症有关问题的探讨研究. 中华骨科杂志, 1982, 2(6): 333.

[6] 郭世绂,陈仲欣,邱敬清,等. 腰神经通道与腰腿痛的关系. 中华骨科杂志, 1987, 7(4): 241.

[7] 侯树勋,韦兴,吴闻文,等. 下腰痛患者后路手术并发症的防治. 中国脊柱脊髓杂志, 1998, 8(6): 315.

[8] Dietmar S, Wolf Peter S, Volker S, et al. Intra and post operative complications in lumbar disc surgery. Spine, 1989, 14(1): 56.

(收稿: 2000 02 25 修回: 2000 06 07 编辑: 李为农)

•手法介绍•

改进 Kocher 法整复老年肩关节前脱位伴肱骨大结节骨折 30 例

黎 余锡明

(宿松县人民医院, 安徽 宿松 246500)

老年人外伤性肩关节前脱位是骨伤科临床常见的损伤之一,因多伴有肱骨大结节的撕脱性骨折,用 Kocher 氏手法较难复位,而传统的手拉足蹬法,亦因其暴力过大,容易造成新的损伤^[1],故不适宜于老年人。自 1992 年以来,我们根据 Kocher 复位法的原理,对此作了些改进,现已成功整复了 30 例,本文作一介绍。

1 临床资料

本组 30 例,男 11 例,女性 19 例;年龄: 50~60 岁者 21 例,61~70 岁者 7 例,71 岁以上者 2 例。受伤时间: 30 分钟~17 天。所有病例均伴有肱骨大结节的撕脱性骨折,在局麻或臂丛麻醉下经手法一次整复成功。

2 复位方法

以右肩关节脱位为例。患者仰卧,术者站立于右侧,用穿袜的右足伸入患肩腋窝部,以趾关节部抵住脱出的肱骨头或肱骨上端,右手持患肘屈曲 90° 位沿上臂方向做牵引,左手持患腕在维持牵引下轻柔匀缓的外旋上臂,在维持牵引及肩

外旋位,内收上臂,移向胸前达于体中线,再内旋上臂,使患肢手搭在对侧肩峰。在此过程中,一般都能感觉到肱骨头滑入复位的弹响。

3 讨论

在行肩关节脱位的开放复位中,我们曾观察到,肱骨头的滑动是以肱骨大结节的背面为支点而转动,但是,当伴有肱骨大结节的骨折时,这一支点效能则部分或完全丧失。据此现象,我们在整复本症时,在患肢腋窝部用医者的足掌为其建立一个外在的支点,当患肩被动外展、外旋、上臂作内收动作时,整个肱骨上端可以依靠医者足掌趾关节的支撑而进行旋转滑动,从而避免了肱骨上端因缺乏有效支撑扭转所造成的意外。我们认为,只要整个操作过程以缓慢为原则,是极为安全可靠的。

参考文献

[1] 赵碧衡,曹岳俊. 肩关节脱位闭合复位医源性肋骨骨折 2 例. 中国骨伤, 1992, 5(3): 38.

(收稿: 2000 03 24 编辑: 李为农)