

明显坏死者谨慎采用该手术。

4.3 本术式的优点 ①股骨头缺血坏死率低,本组病例除术前已有股骨头坏死者外,无其他新病例发生;②随访病例中无痛性关节炎发生。患髋无明显的活动障碍,既使个别早期出现关节僵硬,通过积极的功能锻炼,中药熏洗也明显好转;③髋再脱位发生率,本组中发生 1 例,为术前股骨头坏死,术后外伤所致;④随访 1 年以上,患肢未发现明显短缩情

况,无感染及死亡病例;⑤术前未行任何牵引,缩短住院时间。

参考文献

- 1 朱通伯,戴克戎.骨科手术学.第 2 版.北京:人民卫生出版社,1998.1776-1777.
- 2 郭文通,李文琪,温树正,等.牵引复位有限制动治疗先天性髋关节脱位的疗效观察.中华骨科杂志,1997,17(1):44-47.
- 3 杨玉峰,唐树森,王冬,等.带调节托双髋外展 60° 支架治疗婴幼儿先天性髋脱位.中华骨科杂志,1997,17(3):177-179.

(收稿:2002-05-27 编辑:荆鲁)

• 短篇报道 •

老年腰椎间盘突出症的手术治疗

单幸灿

(解放军第 476 医院骨科,福建 福州 350002)

我院从 1991 年 1 月起共收治腰椎间盘突出症患者 386 例,并分别采用牵引、推拿、中药外敷以及理疗等方法进行综合治疗,其中 38 例 60 岁以上患者因疗效欠佳而改行手术治疗。现就老年腰椎间盘突出症手术治疗中的有关问题进行分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 38 例中男 31 例,女 7 例;年龄 60~75 岁。病程 3~6 年,平均 3 年。39 例患者均有患侧腰部压痛、叩击痛和下肢放射痛。其中双下肢疼痛 3 例;小腿或足背部麻木 28 例;间歇性跛行 15 例;腰椎轻度侧弯 5 例;直腿抬高试验 20° 者 12 例,30° 者 18 例,40° 者 8 例;背伸肌力下降 26 例;小腿外侧及足背皮肤感觉减退 26 例。

1.2 影像学检查 腰椎 X 线片均有不同程度的退行性改变,CT 提示腰椎间盘突出的同时,均显示有不同程度的骨质增生、黄韧带肥厚和关节突增生等征象。

1.3 合并症及其处理 38 例患者均有不同类型和不同程度的合并症存在。其中高血压 5 例,冠心病 5 例,高血压合并冠心病 16 例,慢性支气管炎 5 例,糖尿病 4 例,前列腺炎 3 例,手术前分别对有关合并症进行对症处理,术中进行了必要的监护。

2 治疗方法

全部采用局部麻醉后入路,其中 13 例行全椎板切除术,14 例行半椎板切除术,11 例行椎板开窗加侧隐窝扩大术。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 对患者手术后腰腿疼痛是否消失、腰部活动是否正常、日常生活有无影响,以及直腿抬高试验是否恢

复正常等指标进行疗效评定。优:术后腰腿疼痛消失,腰部活动正常、自如,直腿抬高试验阴性,恢复正常生活;良:术后腰腿疼痛消失,早期腰部活动稍受限,锻炼后恢复正常,直腿抬高试验阴性或大于 60°,日常生活可自理;可:术后腰腿疼痛明显减轻,直腿抬高试验可达 50°,腰部活动感觉不便。

3.2 结果 35 例均获得随访,随访时间为 2~5 年,其中优 18 例,良 12 例,可 5 例。优良率为 85.7%。

4 讨论

4.1 手术方式的选择 手术应同时解决髓核突出和椎管狭窄两个问题。本组资料证明,老年腰椎间盘突出症行髓核摘除,应以半椎板减压术为首选。其特点是暴露充分,既可探查神经根管,又便于切除增生的小关节突及肥厚的黄韧带,彻底解除马尾或神经根的压迫。但对于骨性压迫广泛、神经压迫严重或髓核中央型突出合并椎管狭窄时可作全椎板切除。

4.2 手术定位要准确 术前应常规拍摄腰椎正侧位 X 线片并局部注射美蓝,作为标志以避免出错。术中先显露 L₅、S₁,然后摇动棘突即可定位。

4.3 要注意保护好神经根和硬脊膜 操作不熟练和动作粗暴,均可损伤神经根或硬脊膜。故手术切忌粗暴,以免酿成不良后果。

4.4 椎板和腰背肌不宜破坏太大 切除椎板要有度,不要盲目过多地切除起着稳定作用的椎板和小关节突,也不要随意损伤双侧腰背肌。

4.5 术中止血要彻底 术中动作一定要轻柔,操作要细心、止血要彻底,冲洗要干净,术后要常规放置负压吸引,伤口要压沙袋,以防止血肿的形成。

(收稿:2002-11-11 修回:2002-12-16 编辑:李为农)