

## 多间隙腰椎间盘突出症

合肥市第三人民医院(230022) 王伟 黄公明

多间隙(二个以上)腰椎间盘突出症临床较少见,我院自1985年~1989年以来共收治此类病人7例,占同期收治腰椎间盘突出症病人的5.3%,均经脊髓造影及手术证实,现报道如下。

### 临床资料

一般资料:本组病例男6例,女1例。年龄最大55岁,最小32岁,50岁以上4例。3例农民,2例工人,2例干部。

临床症状:体征:全部病例均有腰痛、继发单侧下肢痛、麻或单侧下肢痛重而另侧下肢疼轻。病史最长14年、最短2周。5例有外伤史。2例有间歇性跛行病史。全部病例都有病侧椎旁叩击痛并串痛,腰部活动均受限,有侧弯及平腰者5例。直腿抬高双下肢阳性者5例,重者仅10°。但1例双下肢直腿抬高90°。一侧跟腱反射减弱者5例。足下垂1例。单侧膝反射异常者2例。双侧膝、跟腱反射异常者3例。6例有不同程度的痛侧大腿、小腿外侧及足背外侧皮肤感觉迟钝。股神经牵拉试验阳性者2例。仰卧挺腹7例均呈阳性。全组病例X线平片可见多处椎间隙变窄,不同程度的椎体及椎间隙后缘增生等退行性变化。7例均经脊髓造影全部符合高位多间隙腰椎间盘突出:其中5例为L<sub>3,4</sub>和L<sub>4,5</sub>突出,1例为L<sub>3,4</sub>, L<sub>4,5</sub>, L<sub>5-S<sub>1</sub></sub>三个间隙突出,另1例为L<sub>4,5</sub>, L<sub>5-S<sub>1</sub></sub>间隙突出。而造影前诊断高位突出者仅2例。1例造影前CT提示L<sub>5-S<sub>1</sub></sub>椎间盘突出,造影提示L<sub>2,3</sub>, L<sub>5-S<sub>1</sub></sub>椎间盘突出。

手术所见:全部符合脊髓造影所见。手术方法:采用保留小关节突的上、下椎板各半切除扩大开窗。中央型突出者采用全椎板。术中见黄韧带厚者5例;全部符合高位多间隙突出之诊断。L<sub>3,4</sub>, L<sub>4,5</sub>突出5例, L<sub>2,3</sub>, L<sub>5-S<sub>1</sub></sub>突出1例, L<sub>3,4</sub>, L<sub>4,5</sub>, L<sub>5</sub>, S<sub>1</sub>突出1例。但突出

物一个间隙较大,而另间隙较小。一间隙为破裂型或成熟型,一间隙为成熟型或幼稚型。同时有两个间隙中央型突出2例。合并侧隐窝狭窄者3例。术后观察:1例男性病人,因病程长、足下垂已达13年,术后腰腿痛症状消失,术后二年、下垂未见改善。其余6例术后二周内原症状消失,休息半年后,均恢复正常工作。

### 讨论

临床体征:高位多间隙腰椎间盘突出症存在多处神经根受压迫现象,因此,在临床症状与体征上具有以下特点:1、有长期的腰痛继发单侧肢体痛、麻或单侧下肢重而另侧下肢轻的病史。2、病程长,病程变化复杂、体征多。3、腰部压痛点与相应神经根支配区是多节段的。4、腰部活动受限,多有侧弯或平腰。5、有多处皮肤感觉异常。6、膝反射、股神经牵拉试验可呈阳性。7、因多发性突出致椎管容量减小,全部病例均有仰卧挺腹试验阳性。8、多有直腿抬高试验明显受限,但在间歇期亦可不受影响。9、X线片可见多处椎间隙变窄、椎体及椎体后缘骨质增生等。

诊断与治疗:由于此病病程长,临床症状与体征多,给诊断带来一定的困难。仔细的询问病史及体检虽能给诊断带来一定的帮助,但最后的确诊仍需经脊髓造影,CT在诊断腰椎间盘突出症虽有其很多优点因其价格昂贵,难以在基层医院开展。另外,CT在扫描中一般是扫两个间隙,对此高位多间隙腰椎间盘突出症病人容易造成漏诊。本组7例病人,在造影前仅诊断2例,充分说明脊髓造影在诊断较复杂的腰椎间盘突出症中的地位。

对高位多间隙腰椎间盘突出症的治疗上,是否要同时去除多间隙之突出物,国内、外学者意见不一。日本学者高桥启介认为:对无症状的造影缺损像,没有必要手术。董天华

## 有机玻璃小夹板在手部骨伤中的应用

河北省任丘市华北石油总医院 (062552) 高振东 顾言行

手部骨伤临床最常见, 早期制动的好坏直接影响后期功能。我们通过19年的临床实践, 认为采用有机玻璃小夹板做为固定器材, 效较好, 特介绍如下。

### 制作方法

①有机玻璃厚度的选择以1~3mm为宜。部位不同, 材料薄厚亦不同, 如手掌侧板用3mm厚, 手背侧1~2mm, 第一掌骨基底骨折用3mm厚, 而手指伸指肌腱断裂则用1~2mm。

②制作过程: 先将有机玻璃用酒精灯加温, 或用电炉加温。进行软化, 然后剪裁塑型。反复加温修正塑型, 变硬时不可继续剪裁, 否则会使有机玻璃碎裂。塑型时, 制作者戴上普通线手套, 患部垫以纱布, 以防止烫伤皮肤。可在患者手部直接塑型, 也可用他人手在相似的部位上进行塑型, 尽量做到不同部位细致的塑型。例如指骨骨折, 不仅要注意到手指的功能, 而且也要注意到手心及大小鱼际肌等的形态, 塑型后试用, 查看是否达到设计要求, 有不适宜之处, 继续调塑修正。对周边的刺状物, 用锉锉平或用沙纸磨平即可。塑型后用泡沫海绵做衬垫, 并用粘敷剂粘贴, 防止滑脱。粘敷剂采用脂酸乙酯(又名香胶水), 溶解有机玻璃碎块1~2天呈糊状便可应用, 将粘敷剂涂于夹板的内面, 再将泡沫海绵覆盖其上, 用手压迫20~30秒即可粘牢, 将已制好的夹板用胶布进行固定, 然后用绷带包扎。

小夹板可先制成半成品, 待用时进一步加工。

### 临床应用情况

1、手指骨骨折, 有掌侧板和背侧板两种, 而多用于掌侧固定。

2、末节指骨基底骨折或外伤性垂指。将末节过伸, 近位指关节及掌指关节屈曲, 用掌侧板固定。

3、第一掌骨基底骨折, 用带有S形牵引的夹板, 同时可进行自身的牵引, 可使第一掌骨基底骨折畸形得到纠正。

4、第2~5掌骨骨折, 用掌背两侧夹板固定, 背侧板常用石膏模型制作, 操作方便, 形态理想, 否则需时较长, 形状难以满意。

5、腕掌屈夹板常用于手、腕的屈肌腱与神经血管等修复和重建术后固定。

6、腕背伸夹板, 多用于伸肌腱的修复术后固定。

### 讨论

手部骨伤中, 肌腱损伤与骨折早期制动的好坏, 直接关系到手部功能的恢复。我们从1971年开始将有机玻璃小夹板用于手部的固定, 认为比较理想, 它可以根据手部损伤的不同类型、部位进行理想的塑型。成型后用夹板贴敷泡沫海绵作衬垫, 利于固定的舒适与牢靠, 材料轻便, 外形雅致, 且X线穿透度好, 便于骨折复查。

等分析405例腰椎间手术病例再手术者有25例, 原因有定位错误, 暴露不清, 双间隙突出漏诊等。我们认为: 由于此病的临床体征复杂, 术前无法确定是哪个间隙引起患者的症状, 既然发现有多间隙突出, 手术时应将其全部切除, 以免遗漏而再次手术。在治疗上, 我们采用保留小关节突的上、下椎板各半切除扩

大开窗, 对中央型者则作全椎板切除。切除增厚的黄韧带, 清扫侧隐窝及神经根管扩大, 去除多间隙突出之间盘组织。效果满意, 随访半年至5年, 无复发。仅一例因病程长、压迫过久, 足下垂无改善, 但其它症状消失。故对此类病人应强调早期诊断, 早期治疗。