

Onik 改进发明自动式椎间盘切吸术获得成功 (ADLD)。其治疗机制主要是减压、吸出及复位,孙钢等人的尸体实验报告发现该方法可以将 30% 的髓核组织吸出<sup>[3]</sup>,一般认为髓核抽吸量达到 1.0g 即可达到治疗效果<sup>[4]</sup>。本组髓核吸出量在 2.0g 以上 31 例,优良率占 94%;2.0g 以下 39 例,优良率占 82%。前者的 31 例中有 18 例术中钳夹出孤立性大块瘢痕组织,平均重量约 0.8g(0.5~1.2g)。18 例术后随访中均为优。病理切片报告为“致密结缔组织透明样变”,与开放手术摘除的组织结构是相同的。我们认为切吸出足够量的髓核,特别是椎间盘背侧的瘢痕组织的切出会使减压和复位更充分,效果非常明显。

关于二次手术:本组有 12 例第一次手术后无效且髓核切吸量均 1.0g 以下,我们在术后一周于同间隙同侧调整角度和距离进针再次切取髓核,切吸出髓核 0.8~2.1g,结果 7 例为优,3 例为良,优良率为 83%。我

们认为第一次手术无效的原因可能与切吸减压不充分,进针点选择不恰当,操作手感等原因有关。我们认为进针点及角度以能切取到椎间盘后 1/3 的髓核组织为最佳点进行设计,切取时可使用背向转弯钳夹取。这样可提高一次成功率。

参考文献

1. 刘加林. 关于经皮髓核摘除术的三个问题. 中华骨科杂志 1993;13. 1:11
2. Macnab I. Negative disc exploration An analysis of the causes of nerve root involvement in 68 patients • J Bone Joint Surg (Am). 1971: 53:891
3. 孙钢, 等. 自控式经皮穿刺椎间盘切吸仪及临床应用. 中华放射学杂志 1992;26. 6: 367
4. 王胜. 经皮腰椎间盘切除术. 中国骨伤 1993;6. 1:45

## 外伤性髂腰肌血肿合并股神经麻痹

中国中医研究院骨伤科研究所(100700) 盛旭明

我所于 1993 年 10 月发现一例外伤性髂腰肌血肿合并股神经麻痹,并经手术和病理切片证实。介绍如下。

郑××,男,16 岁。于 1993 年 9 月 9 日在人体直立运动时向后摔倒,左臀部着地。当时感觉左髂窝剧痛,不能行走。由他人扶持送往当地医院。经 X 片检查,未见骨盆及其它部位骨折,仅摸到左髂窝包块。半月后左大腿变细,走路无力,出现跛行。伸膝困难,于 10 月 26 日来我所诊治。

查体:行路跛行,左髂窝触及椭圆形包块,有深压痛。表面皮肤无红肿,左股四头肌力 I 级。不能伸膝,左大腿及小腿外侧知觉减退。

B 超检查:左髂窝可见一大小约为 6.3×1.7cm 之梭形无回声区。其边缘清楚。与健侧比较正常肌肉纹理回声消失。(见封 2 图 1)近髂骨内缘有部分强回声,骨线表面部分回声增厚增强。超声提示:左髂窝囊性肿块。

CT 检查:左髂腰肌阴影较右侧明显增厚,腰大肌深部,髂骨内面之间,有一密度减低区。该区内侧有一弧形钙化线。(见封 2 图 2)。

患者于 1993 年 11 月 8 日手术。术中见髂腰肌筋膜高隆饱满。切开筋膜后见肌肉与筋膜间的股神经呈扁平,色泽苍白。钝性分离髂腰肌纤维后,有一薄层骨

化包壳。将其切开后有暗红色血液溢出约 50ml。清除血肿,清洗创口后未见继续出血。深层肌部分呈肉芽样变性并有骨化现象。

经病理检查:纤维瘢痕组织伴陈旧性出血、部分钙化。

患者术后两周左大腿部知觉恢复,术后三周,股四头肌力恢复四级,左膝已能伸直,术后一月出院。

讨 论

髂腰肌的功能是:当髋关节固定时,使腰部向前弯曲。骨盆固定时,使髋关节屈曲。它是全身最长和力量最强的骨骼肌之一。股神经走行于腰大肌和髂腰肌的间隙内,在腹股沟韧带的深面,经股动脉外侧进入股部。该患者初学人体倒立,在失去保护时卒然摔倒。导致髂腰肌强烈收缩,使部分肌纤维断裂。血肿位于髂肌筋膜下,其后下侧壁为髂骨骨面。血肿于腰大肌深面逐渐扩大。使股神经在髂腰肌筋膜下受压。

本例患者是由于外伤性髂窝血肿,压迫股神经,使股神经血液循环障碍导致麻痹。当临床上怀疑此类疾患时,B 超检查是最简便而可靠的方法。其影象清晰度优于 X 线。必要时可进行 CT 扫描,但其价格昂贵。一旦确诊应当立即手术。清除血肿解除对神经的张力性压迫,使神经功能得以恢复。