

窄、神经根粘连、黄韧带肥厚等复合性病变都局限在突出间盘周围,本术式既能摘除髓核又能根管减压和神经根粘连松解。由于保留了椎板与椎弓根连续性,脊柱稳定性几乎不受影响。因暴露面小对马尾神经血供损伤甚少。根据长期随访的结果就解除坐骨神经痛而论两种术式无差异。但全椎板切除后由于脊椎后柱严重破坏,脊柱稳定性受到影响,加之广泛疤痕粘连压迫引起慢性腰痛劳动能力低下,由于健侧不必要的暴露和术后积血机化粘连引起健肢麻木不适者占 9.4%。X 线复查部分病例呈现腰前凸增大,椎体排列不整,个别病例发生滑脱,这种不稳定征象随着时间推移而加重。Newman 认为腰部无力或发生症状与全椎板切除有关^[1]。我们认为只有在巨大中央型突出或合并中央管狭窄时方行全椎板切除。在同侧双突出或髓核脱出累及二个神经根时可开二个窗或半椎板切除。

3. 术后复发问题:手术治愈若干年后部分病例因残留髓核脱出引起复发已成为椎间盘突出症再手术主要原因^[2~5]。本组有 10 例发生在术后 1~17 年,占同期再手术病例的 45.5%,其中开窗术式 5 例在同侧,全椎

板切除 5 例中 4 例在对侧 1 例在同侧。根据再手术摘除髓核量和同侧脱出处看不到愈合的纤维环说明髓核遗留过多是复发的主要因素。随着术后椎间活动增加和椎间压力不平衡,促使遗留在椎间内的髓核加快退变进程,当椎间压力超出未能完全愈合的纤维环强度时残留髓核就会从原位再脱出。全椎板切除病例又因椎间明显失稳促使对侧已变弱的纤维环发生破裂^[5]。所以应尽量将髓核摘除防止复发。

参考文献

1. Newman, P. H. Sprung Back, J. Bone & joint Surg 34-B:30. 1952.
2. 陆裕朴,等. 腰椎间盘突出症再手术治疗 56 例临床研究. 中华骨科杂志. 1991;2:81.
3. Tregonning GD, Recurrent Lumbar disc prolapse after discectomy. Bone joint Surg (Br). 1983;65:520.
4. 陈长玉. 腰椎间盘突出症再手术 30 例报告. 中华外科杂志. 1989;10:585.
5. 董天华,等. 腰椎间盘突出症再手术病例分析. 中华骨科杂志. 1986;6:441.

(收稿:1994-02-14)

起重机外固定架治疗股骨颈骨折的护理

河北省廊坊市人民医院(102800) 王宝萍

我科用起重机外固定架治疗股骨颈骨折,通过对 186 例股骨颈骨折患者的临床护理,摸索出初步的护理方法,介绍如下。

术前护理

1. 此病多见于老年人,大多数患者表现为恐惧,忧虑,固执的心理。极需进行技巧的语言安慰,熟练的操作技术,细心的生活护理。使患者对护士产生信赖感,尽快的建立适应心理,配合治疗。

2. 按照骨科的护理常规进行护理。

术后护理

1. 术后 2 小时患者可自行坐起,睡眠以仰卧位为佳,患肢保持中立位。膝下垫约 10cm 软枕。

2. 术后 24 小时可指导患者进行股四头肌的功能锻炼,患者仰卧,伸直两腿平放床上,待伸直膝关节后抬足跟距床面约 3cm,同时用力足背伸,每日 3~4 次,每次 20 分钟。

3. 减轻患肢肿胀:护士教会患者卧床时由远而近的向心性按摩患肢。每日 3 次,每次 10~15 分钟,平卧时患肢抬高 15°,有利于静脉血回流,减轻肿胀。

4. 适时调整固定架,使之保持固定架的杠杆应力。以上诸项开始几日由护士调整,而后教会患者自行调整。

5. 进针部位的护理:每周更换敷料 2 次,若局部有炎症反应可隔日更换敷料一次,并用红外线照射。停止下床活动,继续床上功能锻炼。

6. 指导患者进行功能锻炼。

7. 出院指导:出院时将患者的治疗情况,入院、出院及复查时间予以及时登记。同时以口头、护士示范动作、文字指导等形式方法进行出院指导。尤其交待功能锻炼的进行及进针部位的护理,复查时间及进行定期随访。

(收稿:1994-10-20)