

要进行彻底的松解。

腰椎的退变多为广泛性，椎间盘突出往往又是多发性，所以老年患者的腰椎间盘突出症都不同程度地伴有腰椎管狭窄症，这就决定了椎间盘的手术应彻底、完全。肥厚的黄韧带，后纵韧带及增生的椎板都要彻底切除，神经根管的狭窄部分亦应扩大，有时甚至要部分切除增生的关节突，这些因素增加了手术中损伤硬膜或神经根的机会，增加了手术难度。

老年腰椎间盘突出度的程度不重，而且突出的间盘以向四周膨出为多，造成了术中寻找病变间盘的难度，致手术定位错误，错摘间盘；由于椎间盘向四周膨出，不能从一侧摘净间盘，多要从两侧分别摘除髓核，增加了手术难度。有的病例，要同时摘除多个间盘，更使手术复杂化。本组有 19 例病人，一次手术都摘除了两个突出的间盘。

在分离粘连时，椎管内多存在不同程度的出血，在静脉丛受损时，出血更剧。瘀血留在椎管之内，很易机化引起神经、硬膜的粘连。因此，术毕放置引流及游离脂肪原覆盖硬膜更显得重要。

4. 康复全面：腰椎的全椎板切除后对脊椎的稳定性有部分破坏，术后一般需要较长时间的卧床、腰背肌锻炼后方可下地，而卧床对老人有很多危害。坠积性肺炎、心血管的病变、泌尿系统、消化系统都可能出现病变，褥疮的发生多在初手术后，因此，对老年腰椎间盘突出症的治疗除了治疗腰腿痛外，还要全面康复心、肺、肾等，以求尽收全功。

参考文献

1. 周秉文. 腰背痛. 第一版. 北京: 人民卫生出版社, 1989: 9,

(收稿: 1995-04-10)

寰椎骨折合并齿突骨折一例

中日友好医院 (北京 100029) 孟官维 戚 鸣

寰椎骨折在临床上是一种比较少见的骨折，而寰椎骨折合并齿突骨折在临床上则更为罕见。

患者郑××，男，韩国留学生，于 1995 年 4 月 3 日跳舞时被重物砸伤头部。当时病人神清，自觉头颈部疼痛。当时被送至北京某医院诊治，经临床及 X 片检查诊为“颈部软组织损伤”，嘱病人回家观察，静养。第二天病人因颈部疼痛剧烈来我院就诊。当时见病人神清、应答切题、自觉头颈部疼痛、颈部旋转明显受限，头部处于强迫性前倾位。无四肢麻木无力等症。查：颈枕部压痛(+)性，被动旋转颈部时病人疼痛明显，全身皮肤感觉未见异常，四肢肌力尚可，二便正常，拍颈椎正侧位及开口位片检查。正位未见异常，侧位片见颈椎曲度变小，开口位因病人配合欠佳，故显示较差。CT 扫描示：寰椎前弓骨折合并齿突骨折，骨折块向右侧脱落，脊髓无受压迹象(见照片)。当即由门诊收住院治疗。

住院后嘱病人卧床休息并行枕颌部牵引 W3Kg，内服中药活血化瘀，疏经通络，并配合静点 20% 的甘露醇 250ml Bid 一周。患者经以上治疗后，二周后疼痛明显减轻。持续牵引七周后，病人症状已不明显。复查核磁共振未见脊髓损伤，遂解除牵引，改行颈托固定，患者自行下地活动。但仍有颈肩部软组织疼痛，颈椎曲伸及旋转中度受限。于 8 月 19 日出院，嘱病人仍坚持颈

托固定，门诊定期复查。随诊半年，病情稳定。



讨 论

本病突发时除有颈椎疼痛及旋转受限外，早期常无神经受损的症状或症状比较轻微。临床体征以枕颈部剧烈疼痛，颈部旋转受限为主，其中尤其以颈部旋转受限最有鉴别意义。因损伤部位为上颈段，故颈椎正侧位片很难清晰显示颈椎的损伤情况，颈椎开口位，则因患者为强迫的头前倾位，拍片时难度较大，也很难完整的显示骨折情况，所以对于本病而言，颈椎 CT 应为较好的检查手段。对于本病的治疗，早期应以颈椎牵引复位为首选的治疗方法，而牵引之后较长时间的颈托固定，也是十分必要的。若后期复查中如出现颈椎不稳的迹象，则应考虑行寰枢椎融合术治疗。

(收稿: 1996-03-11)