

效也较确切。该复位器克服了慢性复位的弊病。本组 23 例，经临床随访，疗效较为满意。

参考文献

1. 饶书城. 脊柱外科手术学. 北京: 人民卫生出版社,

1993. 202~205

2. 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰. 等. 实用骨科学. 人民军医出版社. 1991. 808

(收稿: 1998-03-06)

多间隙腰椎间盘突出症的治疗探讨

张衡敏 黄日南 欧志东 骆建宁

广东省珠海市香洲区人民医院 (519070)

笔者自 1992 年~1997 年治疗多间隙腰椎间盘突出症 38 例，取得较好疗效，报告如下。

临床资料

1. 统计 1992 年~1997 年手术治疗两个间隙以上椎间盘突出者 38 例。男 25 例，女 13 例；年龄 14~69 岁。病程 2 月~13 月。

2. 临床特点: (1) 两处以上棘突旁侧或棘突间隙压痛点，但普遍以一处为重，另一处或一处以上较轻或无压痛。(2) 两个或两个间隙以上神经根受压症状体征，但往往以一个间隙神经根受压症状体征为主。

3. X 线片检查: 往往有一个主要病变间隙有典型的腰椎间隙不对称变窄，造影显示碘柱压迹，而其它间隙略有改变或基本正常。

4. CT 或 MRI 检查: 椎间盘病变 L₄₋₅、L₅-S₁ 17 例，L₃₋₄、L₄₋₅ 15 例，L₂₋₃、L₄₋₅ 1 例，L₃₋₄、L₄₋₅、L₅-S₁ 3 例，L₂₋₃、L₃₋₄、L₄₋₅ 2 例。其中以二个间隙脱出或突出、另一个间隙或两个间隙轻微突出或膨出者 35 例，二个间隙脱出或突出明显者 3 例。

治疗方法

38 例患者术前均常规卧床休息加骨盆牵引 1~2 月，配合按摩、理疗、针灸等，或辅以椎间孔外神经根封闭，硬膜外封闭等疗法，待椎间盘轻微突出或膨出间隙的症状体征有所缓解，即行手术。本组显微椎间盘摘除 9 例，扩大开窗或半椎板切除 22 例，双侧椎板开窗摘除 5 例，全椎板切除 2 例。其中一个间隙椎间盘摘除 35 例，二个间隙椎间盘探查 5 例，二个间隙椎间盘摘除仅 3 例。

术后一般卧床 3~4 周，但注意早期床上作直腿抬高功能锻炼及后期适当腰背肌功能锻炼，配合理疗、中药等。

治疗结果

本组 38 例多间隙椎间盘突出症患者术后全部随访，随访时间 1~5 年。以腰腿痛临床症状体征消失及

正常生活和工作情况的恢复作为评定疗效的标准，其中治愈 35 例，显效 1 例，好转 2 例，治愈率 92.1%。

讨 论

多间隙(或多平面)腰椎间盘突出症的发生率在腰痛病人中占有相当的比例。国内张伯勋^[1]等报告占腰椎间盘突出症发生率的 3%~8.5%; 陆裕朴^[2]等报告占手术病人的 14.9%。通过临床仔细检查，结合日趋先进的影像诊断技术，其诊断并不困难。然而，在手术治疗方面，与单个间隙椎间盘突出症相比，有一定的特殊性与复杂性，临床上争议较多。有些学者主张常规探查 L₄₋₅、L₅-S₁ 二个间隙，有些学者认为，病变椎盘均予以摘除。我们认为这些观点在一定程度上都具有其相对盲目性，常常导致不必要的扩大手术损伤范围，增加了诸如术后腰椎不稳、术后瘢痕广泛粘连形成椎管狭窄等并发症的发生率。Harold^[3]认为，许多看起来似乎必须手术的椎间盘突出的病人，约 1%~2% 术后疗效不佳；包括 10% 以上的椎间盘突出症的病人，实际上并不需要手术治疗。Frymoyer^[4]报告单个椎间盘术后腰椎不稳发生率为 20%。因此，对多间隙腰椎间盘突出症的病人来说，摘除两个特别是相邻上下两个椎间盘，势必更增加了腰椎不稳等并发症的发生率。

本组根据不同间隙椎间盘突出程度不同，术前术后采取适当针对程度较轻间隙的突出或膨出的椎间盘(非必需手术椎间盘)的非手术治疗，大部分多间隙椎间盘突出症只摘除一个产生较严重病变的椎间盘(必需手术椎间盘)是行之有效的。因为术前牵引，增宽了腰椎间隙，结合按摩、理疗、针灸、封闭等缓解了腰肌痉挛和腰椎侧弯；而手术摘除主要病变椎间盘，缓解了最主要的疼痛因素；术后卧床时间适当延长，避免过早负重，为病变程度较轻间隙的椎间盘的恢复创造了良好的条件。

对均已同时产生明显症状体征，CT 或 MRI 报告有两个间隙椎间盘显著突出或脱出，压迫硬膜囊或神

经根的病例, 我们依然地采取两个间隙椎间肋同时检查和摘除。考虑椎体术后的稳定性, 我们一般作了椎体间或横突间后外侧植骨融合术。

参考文献

1. 张伯勋, 卢世璧, 朱盛修, 等. 腰椎间盘突出症术后疗效欠佳原因分析. 中华骨科杂志, 1981, 29: 83
2. 陆裕朴, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社

. 1991. 1145

3. Harold NW. The failed back syndrome etiology and therapy. Harper and Row publishers inc. philadelphia, 1983, 8: 9
4. Frymoyer JW, Hanley. EN. Jr, Howe, et al. A comparison of radiographic findings in fusion and non-fusion patients ten of years following lumbar disc Surgery. Spine, 1979, 4: 4335

(收稿: 1998-04-01)

膝关节骨性关节炎 108 例

陈 葵

福建省宁德地区中医院 (352100)

自 1988 年~1994 年, 作者采用中西医结合方法诊治膝关节骨性关节炎 108 例, 效果满意, 报告如下。

临床资料

本组 108 例中男 32 例, 女 76 例; 年龄 40~76 岁; 病程 2 个月~18 年。

临床症状: 最早的主诉是关节疼痛, 关节绞锁、关节胶着和运动受限; 主动和被动活动时常可听到或触到摩擦声, 偶有关节积液, X 线表现为: 沿关节边缘部及髁间隆突+十字韧带附着处有明显骨刺形成, 关节面硬化和变形, 关节间隙不对称狭窄, 关节面下假囊肿及关节内游离体等。

治疗方法

1. 全身用药: (1) 消炎镇痛药物任选 1~2 种口服, 只在关节炎症状发作时服用, 症状缓解后即应停止服用。(2) 中药: 当归 10g, 川芎 10g, 川断 10g, 鸡血藤 20g, 骨碎补 12g, 五加皮 15g, 细辛 10g, 丹参 30g, 牛膝 10g。每日一剂, 水煎早晚分服。10 日为一疗程, 亦可加工成散剂冲服。

2. 局部治疗: (1) 局部封闭: 用 1~2% 普鲁卡因 2~4ml, 加强的松龙 12.5~25mg 或康宁克通 10~20mg。选取 1~2 个痛点封闭, 每周 1 次, 4 次为一疗程。亦可局部关节内注入 1~2% 普鲁卡因 2~4ml 加强的松龙 25~50mg 或康宁克通 20~40mg 以控制急性症状, 每间隔两周注射 1 次。(2) 醋热水熏洗: 半盆热水加入食醋半斤, 先熏后泡洗患膝, 约 20 分钟, 每晚

1 次, 10 次为一疗程。(3) 骨质宁搽剂: 熏洗后在关节上下涂搽按摩至局部潮红, 使药液充分渗透, 每晚 1 次。

治疗结果

1. 疗效评定标准: 优: 患膝症状、体征消失, 功能活动恢复正常, 能胜任原有工作, 随访半年以上无复发; 良: 症状、体征基本消失, 活动尚可, 但劳累时仍有轻微疼痛, 可坚持一般工作; 可: 症状、体征部分消失, 膝伸屈活动仍稍受限, 劳累时局部症状加重; 差: 治疗前后症状体征无变化。

2. 治疗结果: 本组 108 例, 平均随访 14 (6~24) 个月, 优 65 例, 良 22 例, 可 17 例, 差 4 例。

讨 论

膝关节骨性关节炎是由于关节软骨退行性变和在关节表面、边缘形成新骨的内在的非炎症性疾病。本病属慢性疾患, 中医多按“痹证”论治, 作者结合祖国医学“久病从瘀论治”及“痛则不通, 通则不痛”理论, 采用活血化瘀中药内服, 症状明显时以汤药口服, 症状缓解时改散剂送服, 以巩固疗效。达到标本兼治, 弥补了局部封闭疗法有时疗效不持久, 容易复发的不足。治疗上并配合醋热水熏洗患膝、骨质宁搽剂按摩以期达到增加血流, 改善循环, 解除瘀滞, 而减轻或消除疼痛, 同时还可防止长期休息所带来的肌肉萎缩, 利于病情的恢复。

(收稿: 1996-10-22)