

(1) 椎板峡部内层皮质向内增生而引起侧隐窝狭窄;
 (2) 在此基础上,与椎板相连的黄韧带肥厚,也引起侧隐窝狭窄;(3) 小关节突增生、内聚也造成侧隐窝狭窄;
 (4) 椎板由于先天性和退行性改变而增厚,导致椎管呈现明显三叶草形(三叶草形比例上升),使中央管狭窄;
 (5) 腰椎间盘突出,进而骨化,从前方压迫神经根、硬膜囊而造成中央管和侧隐窝狭窄;(6) 伴随腰间盘突出椎体后面上下缘骨赘增生,也压迫硬膜囊和神经根而造成椎管狭窄;(7) 小关节突由于炎性退变而增厚压迫神经根。

2. 老年性腰椎管狭窄的治疗:对于腰椎管狭窄的手术治疗方式目前仍颇有争论。从我们汇总的结果来看,可把狭窄分为下面几种类型:(1) 限局型:单侧一个节段神经根管狭窄伴中央管狭窄;(2) 连续型:单侧2个以上节段的神经根管狭窄伴中央管狭窄;(3) 广泛型:双侧广泛性神经根管狭窄、伴中央管狭窄及广泛的神经根粘连。对于限局性腰间盘突出伴神经根管狭窄者,则应采用开窗式髓核摘除加神经根管扩大术为宜^[1],而双间隙者应作半椎板切除术,对于连续型腰椎管狭窄者,有人主张采用扩大的半椎板切除术^[2],而广泛型腰椎管狭窄者,则以上两种方法均有明显的局限性,都有减压不彻底之虞。对于老年性腰椎管狭窄者,因其病史长,病变部位改变明显且较广泛,再加上老年人腰椎各方向均有明显的骨赘形成,相邻椎体更有

骨桥形成,致病人腰椎稳定性较好,而且老年病人术后多不再从事重体力劳动。考虑以上因素,结合我们的病例总结,我们认为老年性腰椎管狭窄的治疗仍然应该以后路双侧椎板切除减压为主。鉴于此,我们设计了次全椎板切除术的术式,即在保留完整棘上、棘间韧带,小关节突,外侧 1/3 椎板的基础上,切除内侧 2/3 椎板和棘突根部的手术,有条件者可保留大部棘突。如此手术操作,我们可保证手术视野开阔,不仅可解决中央管的狭窄,同时也可保证充分地侧隐窝施行减压并彻底松解神经根的粘连,并能清晰地观察到受损神经根的水肿和表面静脉怒张的情况,此可很直观地说明神经根受压程度的轻重,这对手术后用药以利神经根的恢复,充分估计预后提供了可靠的保证。

有关减压的标准,我们以受压神经根能自如移动达 5~10mm 为标准,中央管狭窄以受累硬膜和神经根能自由移动,8 号橡胶导尿管可沿神经根插入根管,并可见到硬膜正常波动为准。

参考文献

1. 严力生,李国东,吴光,等. 腰椎间盘突出症及神经根管狭窄的诊断与术式选择. 中国脊柱脊髓杂志, 1996, 1: 10
2. 张力发,刘军,于晓华,等. 扩大的半椎板切除术治疗退行性腰椎管狭窄者. 骨与关节损伤杂志, 1995, 1: 14

(收稿: 1996- 06- 10)

维生素 C 缺乏症并发严重肢体伤残一例

逯大章

青海省海南藏族自治州医院 (813000)

× ×, 男, 7 岁, 牧民, 藏族。身体虚弱, 肢体疼痛 3~4 年, 时有便血, 近半年病情加重, 卧床不起。

体查: 身体消瘦, 贫血容, 营养不良, 神志清楚, 表情痛苦, 四肢不能活动, 身体蜷曲成一团。双肩呈方形, 肩峰部有黑色痂垢物复盖于上, 周围皮肤有大片瘀血斑, 剥开痂垢可见双侧肱骨大结节骨端暴露于外, 尤以左侧为著。双膝关节肿胀, 明显呈屈曲性畸形, 周围皮肤也有大片状瘀血斑。身体多处亦可见大片状瘀血斑。

X 线检查: 双肩关节相: 肱骨近端干骺部分离, 严重错位, 骨干上移穿通肌肉、皮肤暴露于体外, 局部骨干骨膜反应明显, 骨质稀疏。骨骺周围密度增高, 中心

密度较低。双膝关节相: 双侧股骨下端干骺部分离, 干骺明显错位, 骨骺形态不规则, 周围密度增高, 中心部位密度相对较低。股骨下端骨干骨膜反应明显, 局部软组织密度增高。

实验室检查: 血色素 4g/L, 红细胞计数 $1.5 \times 10^{12}/L$ 。

临床诊断: 维生素 C 缺乏症。

讨论 此患儿经大量输血, 同时给予大剂量维生素 C 治疗后, 全身情况有明显改善, 但伴发之双侧肱骨及双膝部病变仍依旧, 恢复尚待时日, 后果很难预料。

(收稿: 1996- 04- 05)