

手术治疗腰椎间盘突出症

邢太和 徐建平 孙守忠 刘卫国 唐丽江
(青岛市第五人民医院, 山东 青岛 266002)

我院自 1991~1994 年共收治经 CT 扫描诊断为腰椎间盘突出症 394 例, 对 59 例重症施行了手术治疗, 介绍如下。

1 临床资料

本组 59 例中男 29 例, 女 30 例; 年龄 20~61 岁。病程 10 天~16 年。CT 诊断 59 例有 77 个间隙突出, 其中 L_{2,3} 1 个, L_{3,4} 5 个, L_{4,5} 38 个, L₅S₁ 33 个; CT 诊断椎间盘膨出有 5 个间隙, 其中 L_{4,5} 4 个, L₅S₁ 1 个; 59 例中单间隙突出 39 例, 双间隙突出(膨出) 17 例, 三间隙突出(膨出) 3 例, 中央型突出 13 例; 合并椎管(侧隐窝)狭窄 10 例, 突出物钙化 2 例, 椎弓裂并脊椎滑脱 2 例, 腰椎压缩骨折 2 例; 59 例中有马尾神经功能障碍(表现为神经性排便排尿异常、肛门会阴区皮肤感觉减退等) 7 例。

2 手术方法

根据 CT 及术中探查, 针对不同病变采取不同术式。术中探查有 69 个椎间盘髓核突出, 合并黄韧带肥厚(大于 6mm) 21 例, 突出块大且硬化(钙化) 39 例, 突出物与神经根粘连 14 例, 神经根变性(粗、硬、色苍白) 6 例, 骨性椎管(侧隐窝)狭窄 10 例。

本组 59 例共摘除 69 个突出的椎间盘, 其中开窗法 14 例, 半椎板法 19 例, 全椎板法 26 例。除将压迫神经的突出物摘除外, 对肥厚的黄韧带尽量切除, 对神经根粘连仔细钝性加锐性剥离; 对骨性椎管、神经根管狭窄则行扩大减压; 对 2 例合并椎弓裂脊椎滑脱的病例, 则同时施行椎间植骨融合术。经手术证实,

59 例中有 54 例与 CT 诊断相符, CT 诊断符合率为 91.5%。

3 随访结果

本组随访 6~36 个月, 平均 21.4 月。根据改良的 Macnab^[1] 疗效评定标准: 优 49 例, 良 6 例, 可 3 例, 差 1 例。

4 讨论

对年龄大、中心大块突出伴钙化、椎管(侧隐窝)狭窄等重症病例, 笔者主张全椎板切除, 而对并发椎弓裂脊椎滑脱者则取开窗法, 同时行椎间植骨融合术。

参考文献

[1] 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.

(编辑: 连智华)

延长加压外固定治疗胫骨创伤性骨缺损

李卫忠 张国强 段伟焘 宋志勇 梁林
(中牟县人民医院, 河南 中牟 451450)

自 1992 年 1 月~1997 年 1 月, 我们收住 15 例外伤性胫骨骨缺损患者, 采用延长加压外固定方法取得了满意的治疗效果, 报告如下。

1 临床资料

本组 15 例中男 9 例, 女 6 例; 年龄 17~49 岁。左小腿 8 例, 右小腿 7 例。骨缺损长度 3~8cm。彻底清创骨折端加压外固定, 同期进行截骨延长 5 例, 延期行骨延长 10 例。

2 治疗方法

对骨折部位无创面缺损或已有瘢痕组织形成, 感染基本静止者, 手术中彻底清除骨端肉芽组织, 有内固定物者一并去除。修整骨折端, 使更适应加压固定。安装半环式外固定架, 即每组用 3mm 骨

圆针 2 根, 在骨折的远近侧骨干穿针, 对骨折端进行加压达两骨折端紧密结合为止。同时行干骺端截骨, 去除或截断腓骨。胫骨干骺端穿针, 缝合切口。术后 7~14 天肿胀基本消退后即开始延长, 延长期间不断活动膝踝关节。延长以每日 1mm 为度。如出现血管神经危象则暂停延长。

对于有感染者, 彻底清创反复用洗必泰液冲洗、浸泡。而后安放外固定架, 待感染控制后再进行延长。对存在软组织明显缺损者, 加压外固定同时进行转移皮瓣或肌皮瓣覆盖创面。

3 治疗结果

本组 15 例, 其中 2 例发生针道感染, 钢针松动, 拆除外固定, 针道感染控

制后改变穿针部位延期骨延长, 达到骨愈合和平衡下肢长度目的。有 4 例伤口部分裂开形成窦道, 经换药和窦道搔刮后闭合。全组病例均达到骨愈合和下肢均衡的目的, 平均骨愈合时间 5 个月。

4 讨论

本方法与传统方法比较具有如下优点: ①创伤病灶区外穿针对骨折端血运干扰小, 同时避免了内固定物对局部的不良作用。②骨折端加压固定, 固定可靠并促进骨折早期愈合。③外固定同时胫骨干骺端延长术理想解决了骨缺损。④外固定后便于伤口局部处理, 并能活动膝踝关节, 减少挛缩、强直等并发症发生。

(编辑: 连智华)