

LDH、椎管狭窄、神经根管狭窄混同并存)的老年患者,施行手术时应主要以椎管后方及侧方的神经减压为主,通过减压神经松解仍不理想者,必要时可考虑部分椎间盘(即硬化的纤维组织及增生的后缘)突出部分咬除,手术不进入椎间隙,即是部分老年患者椎间隙内有少量退变脱水的髓核,因其膨胀力的减小,纤维环虽破裂,髓核多不突出^[4]。经大量临床病例证实,在老年 LDH 术后的患者中,因术后髓核再突出而发病者,机会不多。

4.2 老年机体的特点及手术治疗 手术是不得已而为之的一种临床治疗手段,具有一定的风险性,大的手术创伤,其风险性及术后愈合康复期和不良反应都会得到相应的体现,是显而易见的,不多赘述,尤其对老年患者表现更为突出。手术医生在熟练掌握解剖和病生理的基础上,通过娴熟的手术操作,以达到最大程度解决患者痛苦为目的,而不能以手术的大小及解剖入路的凶险程度来衡量医生的水平高低。随着人们物质生活和消费意识的不断提高,因而对手术效果的要求不仅仅是满足在良的基础上,所以我们把优与良差分组统计,就是这个原因。展望二十一世纪的手术医生,将面临着严峻的挑战和考验,因而手术治疗的精巧化、安全化将是一个值得深思和研究的问题。

总结认为,对以下几种 LDH 患者不易干扰椎间隙:(1)椎间隙严重变窄,责任椎间盘严重退变且突出的发展大势已去的老年患者。(2)彻底腰椎骶化的 L₅S₁ 突出的老年患者,经椎管后方减压神经压迫松解理想者。(3)混同 LDH 及椎管狭窄和神经根管狭窄并存且以后两者为主的老年患者。(4)髓核大块脱出并游离于椎间隙外,经 CT 等影像检查椎间隙内再无明显游离块存在者。

4.4 本文统计中的偏倚及不足

(1)术者手术操作技术的具体体现,在各病例中的不完全一致性。(2)各组患者的性别、职业、体质状况、尤其是神经压迫时间及受损程度的不完全一致性。(3)术后不良-腰痛的程度区分无科学的参考值。

参考文献

- [1] 杨连发,李子荣,岳得波,等.腰椎间盘突出症手术疗效预测因素.中国脊柱脊髓杂志,2000,10(1):20.
- [2] 杨惠林,唐天驷.腰椎不稳与腰椎管狭窄专题研讨会纪要.中华骨科杂志,1994,14(1):19.
- [3] 张立国,童立苗,徐玉良,等.术后椎间盘炎相关因素的临床研究.中国脊柱脊髓杂志,2000,10(1):49.
- [4] 刘子君.骨关节疾病学.北京:人民卫生出版社,1994.441.

(收稿:2001-04-20 修回:2001-05-28 编辑:李为农)

• 病例报告 •

小针刀致右前臂背侧外伤性神经瘤 1 例

晓峰

(萧山市中医骨伤科医院,浙江 萧山 311261)

患者,男性,64岁,因长期慢性劳损感右前臂酸痛1年。在当地县医院就诊,诊断“右桡侧伸腕肌腱炎”,给予小针刀治疗。术后发现局部疼痛症状未解除。疼痛异样,逐渐出现一肿块,局部感觉过敏,触之有放电样传导。小针刀后至今近4月,肿块向皮表突起。因疼痛及症状加重影响生活,故来本院医治,门诊及入院诊断:“右前臂背侧神经瘤”。

入院后查体:见右前臂中下1/3背侧,有一直径1cm隆起,触之感觉过敏,向上臂有放电感,手腕活动时牵拉痛。

择期在臂丛神经阻滞麻醉下行瘤体切除术。术中见肿块外有二层包膜,周围见疤痕粘连,瘤体大小约1cm×1cm×1.5cm呈类球形,表面光滑,呈白色,质地中,远端有一条直径为0.5mm神经发出,支配桡侧腕短伸肌。切除瘤体并送病理。术后第一天患者自述症状消失。一周后病检结果:“神经纤维瘤”。

讨论

神经纤维瘤起源于神经内膜、束膜及外膜。位于神经干,表现为神经干的圆形或条状肿块,外伤后产生,生长较

快,疼痛明显。主要依据为神经鞘瘤位于神经干一侧,瘤体组织无神经纤维通过,可以从神经干上剥离切除。而神经纤维瘤瘤体中有神经纤维通过,瘤体包绕神经纤维束。病理切片中很难区分神经鞘瘤与神经纤维瘤。

本例外伤性神经瘤是小针刀操作损伤神经分支引起的。因此,操作时要熟悉局部解剖,掌握原则,使刀口线与周围的血管神经及肌肉纤维平行,避免不必要的损伤,否则适得其反。

(收稿:1999-07-20 编辑:李为农)

欢迎订阅 欢迎投稿