

研究会议对腰椎管重新提出 Kemp 试验, Hasue 发现在诊断腰椎管狭窄症特别是侧隐窝狭窄阳性率很高, 此试验检查时, 病人伸膝直立, 检查者纵向用力使病人向后患侧侧弯, 当出现坐骨神经痛为阳性。作者检查 15 例阳性者, 14 例证实为侧隐窝狭窄。

4.2 手术治疗问题 腰椎间盘突出合并侧隐窝狭窄保守治疗效果不佳, 均应手术治疗, 常用的术式主要有: ①开窗术。主要用于腰椎间盘突出症状典型, 初发无间歇性跛行的年轻患者。②半椎板切除术。对于术前考虑为椎间盘突出合并侧隐窝狭窄者, 我们均采用一侧或双侧半椎板切除术。

本组术后优良率 84%, 分析疗效差的病例原因与病程长、病理变化复杂、手术难度大有关, 但也与未探查椎管可能漏诊有关, 应值得警惕。陶舜^[5]强调做腰椎管狭窄手术时要探查椎间盘, 同样做椎间盘突出症手术重视探查侧隐窝, 尤其对中老年患者, 仅开窗摘除突出椎间盘是不够的。

探查了狭窄就要彻底减压, 腰椎管手术失败综合原因各异^[4], Dekntoski 认为侧隐窝和椎孔减压不彻底, 仍有狭窄存在。陆裕朴等^[6]认为节段性狭窄纵向减压不够, 神经根管狭窄减压宽度不充分及椎间孔狭窄未行处理。本组减压标准按 1993 年腰椎不稳与腰椎管狭窄专题研讨会提出的减压标准^[7], 神经根通道的减压应以受限神经根能自如移动达 1cm 为标准, 中央椎管狭窄以受累硬膜和神经根能自如移动, 8 号橡胶管可沿神经根插入神经根管为标准。

石道原^[8]认为腰椎管一侧侧方狭窄引起神经根卡压时, 对侧也可能存在狭窄, 即使暂时无症状, 如不进行预防性减压, 日后很可能出现神经卡压症状, 目前主张对无症状侧有选

择性的预防性减压。这意味着侧隐窝狭窄, 不论是单侧还是双侧均应考虑行双侧半椎板减压术。而本组患者仅 2 例行双侧半椎板减压, 另 3 例全椎板减压是椎体后缘有显著增生突入椎管形成骨嵴或椎体滑脱, 其余伴侧隐窝狭窄, 只行半椎板减压, 而未行预防性减压, 随访病例也没发现对侧肢体出现症状。

最后提出是减压后是否需植骨融合^[4], VavAK Kerveeken 比较广泛椎管减压的效果, 单侧椎板间切除术腰背痛发生率明显低于加融合术患者, 本组行单侧椎板切除患者均未行植骨融合术, 腰痛访返率极低。

参考文献

- 1 陆裕朴, 王全平, 李明全, 等. 腰椎管狭窄合并或不合并椎间盘突出症的手术治疗. 中华骨科杂志, 1988, 8(3): 162.
- 2 曾昭荣. 中华医学会脊柱疾患专题学术会议颈肩腰腿痛组小结. 中华骨科杂志, 1982, 2(5): 323.
- 3 贾连顺, 董力军, 李家顺, 等. 磁共振成像(MRI)与椎管造影的比较研究. 中华骨科杂志, 1991, 11(2): 85.
- 4 胡有谷, 郭世绂. 1993 年国际腰椎研究会议纪要. 中华骨科杂志, 1994, 14(1): 58-59.
- 5 陶舜. 脊柱外科诊断治疗的新动向. 中华骨科杂志, 1990, 10(1): 8.
- 6 陆裕朴, 王全平, 李稔生, 等. 腰椎间盘突出症再次手术治疗. 中华骨科杂志, 1991, 11(2): 83.
- 7 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): 62.
- 8 石道原. 腰椎退变性疾患. 见: 饶书城主编. 脊柱外科手术学. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 409.

(收稿: 2000-09-27 编辑: 李为农)

• 病例报告 •

右髌骨骨囊肿一例

郭许江¹ 扈文海² 高静² 罗军忠²

(1. 武安市中医院, 河北 武安 056300; 2. 河北医科大学第三医院, 河北 石家庄)



图 1 右髌骨骨囊肿或骨巨细胞瘤并发病理性骨折

患者, 男, 29 岁, 主因右膝外伤后疼痛, 肿胀, 活动受限 5 小时入院。查体: 一般情况好, 心肺未见异常。右膝关节明显肿胀, 皮肤青紫, 无破损, 触痛, 浮髌试验阳性, 可触及骨擦感及分离骨块。X 线表现: 右髌骨骨小梁及皮质断裂, 断端有分离, 两骨折块可见骨质密度减低破坏区, 边缘尚清, 周围皮质薄厚不均, 稍有硬化, 轻度骨膨胀, 其内有骨嵴样分隔, 未见明显钙化、骨化影。印象: 右髌骨

骨囊肿或骨巨细胞瘤并发病理性骨折(见图 1)。手术所见: 右髌骨呈横断骨折, 两骨折块骨膜无变化, 骨皮质菲薄, 内有浅黄色液体及凝血块, 有骨嵴构成骨性间隔, 行髌骨切除术。病理诊断: “右髌骨”囊性变, 囊壁附着少许纤维结缔组织及多核巨细胞, 囊腔内见凝血块。诊断骨囊肿。

讨论

发生于髌骨的肿瘤较少见, 其中以骨巨细胞瘤、软骨母细胞瘤为多, 骨囊肿极为罕见。骨囊肿为一生长缓慢的破坏性骨病, 形成原因不明, 常见于青少年, 好发于长管状骨干骺端, 最常见的是股骨、肱骨上端; 其次胫骨近端、股骨下端; 其他如腓骨、尺骨、桡骨、跟骨、距骨、髌骨等部位。诊断此病主要根据病史、X 线表现。确诊靠病理诊断。但此病应与骨巨细胞瘤、软骨母细胞瘤鉴别。

(收稿: 2001-01-27 编辑: 李为农)