

的保守治疗,神经根及硬膜囊粘连严重。所以不应该单纯追求小切口、小开窗术式。扩大开窗或半椎板切除术式对脊柱的稳定性影响并不大,但能使硬膜囊和神经根充分暴露,易于施术,减少了不必要的麻烦。但若钙化突出物较大,情况复杂时,就应考虑全椎板术式,暴露清楚,彻底解决问题。

手术的时候,先用骨刀切除椎板下缘并向下后翻卷,而不是用枪状咬骨钳。这是因为后者的前端较厚,难于放进去,即使勉强放进去,也挤压神经根,容易撕破硬膜囊。在摘除椎间盘时,一定要尽量取干净。若遗留碎片或钙化的颗粒,也会对将来的预后造成影响。同时,椎体后缘也要予以铲平,目的是为了扩大椎管及侧隐窝的矢状径,彻底解除对马尾神经及神经根的压迫。

#### 4.3 鉴别诊断

(1) 腰椎后缘软骨结节(LPMN) 两者都表现为椎管内的密度较高、接近骨质性质的突出物,在CT上容易出现误导。但本病椎体后缘没有明显的骨质缺损,一般边缘光滑,与椎体后缘相连,CT值也与骨质等同,钙化物后再无骨块突入椎管。腰椎后缘软骨结节在椎体后缘,先有椎间盘性质的突出物,紧接着才是骨性突出物,并进入椎管。在X线片上比较容易鉴别,侧位片腰椎后下缘有半圆形骨质缺损,后下角有一边缘硬化的骨块,与椎体间有透亮间隙骨块向后突入椎管<sup>[6]</sup>。

(2) 脊椎后纵韧带骨化 后纵韧带骨化在X线上的表现主要是从侧位片见椎体和/或椎间隙后方有高密度的条索状或斑块状骨化影,骨化带与椎体间有一线状透明间隙。早期,后纵韧带骨化很难在X线片上发现,CT可提高其显示率,表现为椎管正前方紧贴椎体后缘的高密度骨化影,与椎体后缘可有完整或不完整的条状间隙分开,但对应椎体后缘无骨质缺损。

对于钙化型的腰椎间盘突出症,诊断不难,CT即可明确诊断。具有手术指征的患者,手术治疗是首选的。有一些比较特殊的情况需要引起临床医生的注意。有的钙化型腰椎间盘突出症,突出物比较大,临床症状和体征却不明显,估计与病史较长,病人的耐受有关。有的患者年龄较小,需和运动造成的软骨板分离相鉴别。

#### 参考文献

- 1 裘荣火,梅广文,刘阳春,等.骨化型腰椎间盘突出症(附16例临床报告).中国脊柱脊髓杂志,1997,7(4):174-175.
- 2 安挺秀,吴仁志,李进法,等.钙化型腰椎间盘突出症的手术治疗.中华骨科杂志,1999,(19)8:474-473.
- 3 杨裕红,吴揭地.腰椎间盘突出伴椎间盘组织骨化11例报告.中国脊柱脊髓杂志,1996,6(5):196.
- 4 胡有谷.腰椎间盘突出症.北京:人民卫生出版社,1985.220-221.
- 5 B.S.埃伯斯坦.脊柱X线诊断学.上海:上海科学技术出版社,1987.191-192.
- 6 曹来宾.腰椎后缘软骨结节(附10例临床X线分析).中华放射学杂志,1990,24(6):328-330.

(收稿:2001-07-05 编辑:李为农)

## •手法介绍•

### 膝顶手牵法一人整复肘关节脱位

张道虎 张力 盛天福

(老河口市第一人民医院,湖北 老河口 441800)

我们对34例肘关节脱位患者采用膝顶手牵法复位,全部一次成功,取得了良好疗效,现将方法介绍如下。

#### 1 临床资料

34例患者全部为肘关节后脱位,3例合并侧方脱位,均不伴骨折;其中男26例,女8例;受伤时间均在24小时以内。

#### 2 治疗方法及结果

患者端坐于办公椅上,身体略向右侧倾斜(以左侧肘关节脱位为例),术者立于患者左前方,左足蹬住椅沿,双手托起患者左上肢,略外展,以左膝靠住肘关节内侧,将肱骨下端向后顶压,同时双手分别握住腕部和前臂顺原有畸形方向作持续对抗牵引(不可在完全伸直位或屈曲成直角位牵引),可做

轻微旋前运动,听到弹响声,检查肘后三角恢复正常即表示复位成功。肘关节功能石膏托固定,三角巾悬吊于胸前3周。34例患者全部一次复位成功,无一例神经及血管损伤。

#### 3 讨论

肘关节后脱位的机理是暴力使肘关节过伸,鹰嘴尖端抵住鹰嘴窝成为支点,使半月切迹脱离滑车移向后方,尺骨和桡骨近端滑向后上方,肱骨前下端突破薄弱的关节囊前壁,向前移位。我们介绍的此方法通过前臂牵拉及膝部将肱骨向后顶压使脱位的各骨按原路复位,符合解剖学原理。

(收稿:2001-02-04 编辑:李为农)