

坚持仰卧下肢外展,也可侧卧,患肢向上,两腿之间放外展枕,坚持扶拐三个月,分别在术后三个月、半年、一年时间随访等。本组 3 例体位性脱位,其中 2 例明确于关节过屈内收时脱出,并且都有过度锻炼的表现。

**4.2 术后脱位的治疗** 所有的术后脱位都应首先进行闭合手法复位,缓解疼痛,手法复位一般都能成功。然后再摄片分析其原因,如能排除假体定位错误和肌力失衡,对体位性脱位采取保守治疗,即卧床外展下肢 6 周,使髋部软组织得到修复和加强。本组 3 例通过这样治疗均获得满意的效果。对假体定位错误和明显的肌力失衡者,应采取手术治疗,但由于假体定位错误极少发生,需要手术治疗的最常见原因是肌力失衡,而且因肌力失衡的脱位中有 82.2% 需手术治疗以及 35.7% 因复发脱位需再次手术<sup>[1]</sup>。在决定是否采取手术治疗之前,先检查侧卧外展试验,即侧卧位患髋朝上,主动做髋关节外展

动作,如外展乏力,应考虑手术治疗。本组 2 例有明显的下肢短缩肌力失衡,经保守治疗,关节仍不稳定,手术予以更换股骨头假体,增长股骨颈,手术过程简单,术后恢复良好。

#### 参考文献

- 1 Dorr LD, Wan Z. Causes of and treatment protocol for instability of total hip replacement. Clin Orthop, 1998, 335: 144-151.
- 2 Turner RS. Postoperative total hip prosthetic femoral head dislocations. Incidence, etiologic factors, and management. Clin Orthop, 1994, 301: 196-204.
- 3 Woo RY, Morrey BF. Dislocations after total hip arthroplasty. J Bone Joint Surg (Am), 1982, 64(9): 1295-1306.
- 4 Pierchon F, Pasquier G, Cotton A, et al. Causes of dislocation of total hip arthroplasty. CT study of component alignment. J Bone Joint Surg (Br), 1994, 76(1): 45-48.

(收稿: 2002-03-26 编辑: 荆鲁)

## • 短篇报道 •

# 腰椎间盘突出症手术并发脑脊液外漏预防及治疗体会

郑可丰 顾沛兴 王占道

(永定县中医院, 福建 永定 364100)

我院自 1997 年 4 月~ 2000 年 11 月手术治疗腰椎间盘突出症 85 例, 其中术后并发脑脊液漏 10 例, 报道如下。

### 1 临床资料

本组术后并发脑脊液漏 10 例中男 6 例, 女 4 例; 年龄 27~ 56 岁, 平均 39 岁。依据临床症状体征及 X 线片, 并做 CT 确诊为腰椎间盘突出症, 其中 2 例合并椎管狭窄, 均有手术指征都行髓核摘除术(开窗式、半椎板切除或全椎板切除), 由于术中不慎撕破或刺破硬脊膜造成脑脊液漏。其中使用椎板咬骨钳时, 硬脊膜被夹于钳口而撕裂硬脊膜 1 例; 使用尖刀切除黄韧带时, 不慎刺穿硬脊膜 2 例; 锐利刀剪失手伤及硬脊膜 1 例; 黄韧带肥厚与硬脊膜粘连分离时撕破硬脊膜 3 例; 突出物巨大与硬脊膜粘连紧密, 剥离时撕破硬脊膜 3 例。

### 2 治疗方法

(1) 术中硬脊膜较大破裂口, 设法用细丝线缝合。如果操作困难应切除破裂口周围骨质, 充分暴露后再行修补。损伤较小或无法缝合情况下可用明胶海绵或用附近肌肉组织填塞封住裂口。

(2) 术后切口内放置负压引流, 负压吸引压力不可太大。密切观察引流颜色: 如引流液颜色较鲜红以血性为主, 可留负压吸引 48~ 72 小时, 如引流液颜色较澄清以脑脊液为主, 应于 24~ 48 小时拔除负压管。

(3) 术后采用头低脚高俯卧 1 周, 可于患者床尾用砖块或木块垫高 20cm, 有牵引床设备可于床尾摇高 20cm。

(4) 拔除引流管更换敷料后用沙袋压迫切口, 密切观察敷料干燥程度, 如湿透应及时更换。

(5) 限制水分过多摄入, 口服减少脑脊液分泌的药物如

醋氨酰胺。

(6) 可适当应用 20% 甘露醇及地塞米松每日 12 小时一次或 8 小时一次。

(7) 术后应用抗生素预防感染同时, 应定期复查血像及血沉, 怀疑有脑脊液感染时加用易通过血脑屏障药物如口服磺胺嘧啶或静滴氯霉素。

### 3 治疗结果

10 例患者均治疗痊愈, 切口如期愈合拆线, 未并发脑脊液感染, 均获得 6 个月~ 2 年随访, 未影响手术疗效。

### 4 讨论

我们对脑脊液漏预防及治疗体会如下: ①术中预防 正确使用手术器械, 操作在直视下进行, 应用神经剥离子分离并置于硬脊膜与椎管壁之间, 保护好硬脊膜, 再进行操作, 可避免手术器械对硬脊膜损伤。术中应看清硬脊膜组织, 剥离时不要太紧靠硬脊膜避免损伤。突出物巨大、压迫及粘连明显时, 张力大、硬脊膜薄无法剥离, 此时应将脑脊液适量抽出减轻张力才更易剥离避免损伤硬脊膜。②术后处理 主张负压吸引不可太大, 以免影响破裂口愈合, 同时密切观察引流液颜色, 如血性为主应延迟拔管以免引流不畅, 大量血肿形成影响手术疗效, 如脑脊液为主应早拔管, 以免脑脊液大量外漏, 造成颅内压过低。术后常规使用头低脚高位及适当应用甘露醇及地塞米松降颅压为减轻脑脊液对破裂口压力, 有利于破裂口愈合, 同时应用甘露醇及地塞米松能减轻神经根水肿及粘连。术后应用俯卧位以便使用沙袋压迫切口有利于破裂口愈合, 保持敷料干燥, 使切口及脑脊液减少感染机会。

(收稿: 2002-01-09 编辑: 荆鲁)