

位切开复位的疗效取决于手术时间,手术愈早,疗效愈好。脱位时间超过 4 个月者,常有软骨面的坏死剥脱及肱三头肌的挛缩,术后经刻苦锻炼虽可恢复一定的功能,但恢复期延长,肌力差,关节活动范围始终达不到正常<sup>[6]</sup>。如关节软骨已破坏,应考虑作肘关节成形术或人工关节置换术。⑦术后服用消炎痛,能抑制疤痕和异位骨化,有利于肘关节功能的恢复。

#### 参考文献

1 朱通伯,戴 戎. 骨科手术学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 378.

- 张贵林,李楠,伊明江,等. 经肱三头肌两侧入路治疗肱骨髁间骨折. 中华骨科杂志, 2001, 21(5): 280-281.
- 杨丰真,姜正明,陆宸照,等. 改良外侧径路治疗创伤后肘关节挛缩 23 例. 中华创伤杂志, 2001, 17(2): 123-124.
- 何兴红. 内外侧联合切口治疗陈旧性肘关节脱位 5 例. 西藏医药杂志, 1999, 20(1): 57.
- 胡怀建,雍宜民,常棣芳,等. 创伤后肘关节功能障碍的手术治疗. 中华创伤杂志, 2001, 17(12): 718-721.
- 黄光文. 切开复位治疗陈旧性肘关节脱位 58 例疗效观察. 右江医学, 1997, 25(2): 177.

(收稿日期: 2003-06-26 本文编辑: 连智华)

## • 病例报告 •

### 腰椎间盘突出入硬脊膜内 1 例治疗体会

#### Treatment for lumbar intervertebral discs herniation entering dura mater of spinal cord

徐旱情, 许永富

XU Han-qing, XU Yong-fu

关键词 椎间盘移位; 硬膜 **Key words** Intervertebral disc displacement; Dura mater

我院于 2001 年 5 月收治 1 例腰椎间盘的髓核突入硬脊膜内的患者, 现将治疗体会报告如下。

#### 1 资料与方法

患者, 徐某, 男, 48 岁, 已婚。患者于 2001 年 1 月开始在无明显诱因下出现下腰痛, 并伴有左下肢放射痛, 劳累后加重, 休息后缓解, 打喷嚏及咳嗽时疼痛加重。曾在当地医院行对症治疗, 效果不佳, 近 1 个月自感到腰部及左下肢的疼痛加重, 会阴区及肛门周围有麻木感。患病以来患者食欲可, 夜间睡眠欠佳, 大小便功能基本正常。查体示: 脊柱无侧弯, 腰椎生理曲度变直, L<sub>3,4</sub>棘突旁左侧有压痛及叩击痛, 向左小腿外侧放射, 双直腿抬高左 40°、右 80°, 双下肢加强试验阳性, 左小腿外侧皮肤浅感觉减弱, 马鞍区感觉减弱, 左趾背伸肌力下降, 双膝腱反射减弱, 左下肢股神经牵拉试验阳性, 双“4”字征阴性, 双上肢感觉及运动正常。CT 片示: L<sub>3,4</sub>椎间隙后缘可见块状软组织阴影偏向左侧并压迫硬脊膜及左侧神经根, L<sub>4,5</sub>椎间隙左后侧可见膨出的软组织阴影。初步诊断: L<sub>3,4</sub>、L<sub>4,5</sub>椎间盘突出症。

于 2001 年 5 月 10 日在硬膜外麻醉下行 L<sub>3,4</sub>左侧开窗髓核摘除神经根减压术, 术中在 L<sub>3,4</sub>椎间隙处硬膜外探查时, 发现硬膜内有硬块, 硬脊膜前缘与后纵韧带粘连严重, 无法将硬脊膜分离。术中予以打开硬脊膜的后外侧, 同时将马尾神经牵向内侧, 术中见 L<sub>3,4</sub>椎间盘向后突出明显, 有一块约 1 cm×0.5 cm×1 cm 的髓核嵌在硬脊膜内, 术中用髓核钳取出髓核, 此时见前硬膜处有 5 mm 长的不规则裂口。沿突入硬膜内髓核的通道取出未脱出的髓核组织, 总取出约 4.0 g, 松开马尾神经拉钩。在硬脊膜外探查见左侧神经根已松解。

用 3-0 线缝合硬脊膜。同时探查 L<sub>4,5</sub>椎间盘无突出。见神经完全松解后, 冲洗伤口, 擦干, 依层次缝合伤口, 手术顺利, 术中出血约 150 ml。术后与其他病人一样进行抗炎及营养神经等对症治疗。病理检查报告证实术中取出的是髓核组织。

术后患者下腰痛及左下肢放射痛基本消失。1 年后对该患者的随访: 左小腿外侧皮肤及马鞍区感觉减弱于术后 6 个月左右恢复正常。随访时患者已参加正常的生活及工作。

#### 2 讨论

腰椎间盘突出入硬膜内是腰椎间盘突出症的一种特殊表现, 这种类型的腰椎间盘突出病人一般有马尾神经损伤的症状, 因此如病人有马鞍区感觉减弱, 术前就应考虑是否有髓核突入硬膜内。只有术前考虑到这种类型, 才能制定出完善的手术方案。我们认为手术中应注意事项有: ①手术动作要轻, 特别打开硬脊膜时, 要用脑膜棉片保护马尾神经, 防止损伤马尾神经; ②手术中打开的后侧硬脊膜要予以缝合, 防止脑脊液漏, 前侧原有的硬脊膜裂口可不予以缝合, 因为在术野中前侧原有的硬脊膜裂口处未见有明显的脑脊液漏, 考虑前侧硬脊膜长期受压与后纵韧带粘连可能, 在术中尽可能不要过多地剥离硬脊膜, 这可防止脑脊液漏。③在腰椎间盘突出症手术中如术中在剥离硬脊膜及神经根较困难时, 不要强行剥离, 要认真的探查分析, 要考虑到是否会有髓核突入硬脊膜内的可能。否则会造成脑脊液漏或马尾神经损伤。④术中能在开窗条件下取出髓核, 就尽量不进行半椎板切除或全椎板切除, 避免影响脊柱的稳定性。

(收稿日期: 2003-05-20 本文编辑: 李为农)