

少, 过少截骨, 肘内翻畸形得不到矫正。⑤固定术式的选择: 传统的 2 枚克氏针交叉固定, 或 1 枚克氏针斜行台阶式固定, 简便易行, 但稳定性差, 有再发生肘内翻畸形的可能; 螺钉、钢板固然可以使骨折固定可靠, 但需二次手术取出; 2 枚克氏针平行固定, 同样可以起到螺钉、钢板的固定作用, 而且可免除二次手

术之苦。因此, 肘内翻畸形截骨后, 平行克氏针固定的方法操作简便、固定可靠, 是理想的治疗方法。

参考文献

- 1 袁侨. 小儿肱骨髁上骨折术后肘内翻的预防. 中国矫形外科杂志, 1999, 6(2): 154.

(收稿日期: 2004-08-05 本文编辑: 王宏)

相邻神经根均受累的腰椎间盘突出症

Lumbar intervertebral disc herniation combined with adjacent nerve root compression

吴炳松¹, 夏明忠¹, 汪益荣²

WU Bing-song, XIA Ming-zhong, WANG Yi-rong

关键词 椎间盘移位; 神经根压迫 **Key words** Intervertebral disk displacement; Nerve root compression

自 1992 年 1 月—2002 年 2 月手术治疗腰突症 550 例, 发现有 10 例单间隙椎间盘突出累及相邻两条神经根, 在临床上有其特征, 根据我们的经验, 作一小结。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组单间隙腰椎间盘突出症累及相邻两条神经根并引起症状的 10 例, 占同期腰突症手术总数的 1.8%, 其中男 6 例, 女 4 例; 年龄为 25~55 岁, 平均 33 岁; 病史最长 5 年, 最短 15 d。突出节段: L_{3,4} 1 例, L_{4,5} 7 例, L₅S₁ 2 例。左侧突出 6 例, 右侧 4 例。突出的节段与神经根关系见表 1。

表 1 突出节段与神经根关系

突出节段	受累的神根	髓核移位	n	分型
L _{3,4}	L ₃ 、L ₄	椎间孔内	1	III
L _{4,5}	L ₄ 、L ₅	髓核上移	2	II
	L ₅ 、S ₁	髓核下移	5	I
L ₅ S ₁	L ₅ 、S ₁	髓核外移	2	I

1.2 临床表现 10 例均有慢性腰腿痛史, 先腰痛后腿痛者 7 例, 先腿痛后腰痛者 3 例。入院时均有 2 条神经根受压的症状及体征, 腰部活动受限, 相应的椎旁压痛或臀部压痛, 伴下肢放射痛, 直腿抬高试验阳性 10 例, 加强试验阳性 10 例, 健肢抬高试验阳性 6 例, 膝反射减弱或消失 2 例, 跟腱反射减弱或消失 4 例, 伸肌力减弱 3 例, 小腿三头肌肌力减弱 3 例, 皮肤针刺感迟钝 10 例。

1.3 影像学特征 术前摄腰椎正侧位片, 正位片见腰椎不同程度侧弯, 椎间隙不等宽; 侧位片见腰椎生理前凸减少或消失, 相应的椎间隙减少或明显狭窄, 少数患者有轻度退变及增生, 3 例患者伴有移行椎, 2 例伴有隐裂。10 例均行 CT 薄层扫描(1 例行 MR 检查)提示: 椎间孔内突出 1 例, 后外侧突出 9 例。

1.4 手术方法 采用硬膜外麻醉, 单侧开窗减压脱出髓核摘除加椎间盘切除 2 例, 单侧扩大开窗椎间盘切除 7 例, 单侧扩大开窗加椎间孔扩大 1 例。

2 结果

采用以下疗效评定标准^[1]: 优, 术前症状缓解, 腰椎活动度、直腿抬高试验、神经功能均恢复, 并能恢复原来的工作和生活; 良, 术前症状部分缓解, 腰椎活动度、直腿抬高试验和神经功能部分改善, 不能恢复原来的工作和生活; 差, 治疗无效或症状加重, 有关体征无改善。本组 10 例, 经 2~10 年, 平均 5 年随访, 患者自我感觉非常满意, 其中优 6 例, 良 3 例, 差 1 例, 优良率 90%。10 例按髓核突出的形态和移位的情况不同分为以下 3 种类型: I 型(常见型)指较大块髓核脱出, 伴或不伴有下移, 同时挤压相邻两条神经根; II 型(上移型)指小块髓核脱出, 游离上移压迫上位椎节间行走的神经根, 间隙内髓核突出压迫对应椎节间行走的神经根; III 型(极外侧型)指髓核脱出于椎间孔内, 压迫上位椎节间行走的神经根, 间隙内髓核突出压迫对应椎节间行走的神经根。本组中 I 型 7 例, II 型 2 例, III 型 1 例。

1. 玉山博爱医院, 江西 玉山 334700; 2. 上饶凤凰医院

3 讨论

3.1 I 型(常见型) 见于 L_{4,5}和 L₅S₁ 间隙,以 L_{4,5} 间隙为多,患者大多为重体力劳动者,全部是青壮年,临床检查均有 L₅ 和 S₁ 神经根受压的典型表现,CT 薄层扫描显示大块髓核脱出,挤满一侧椎管。L_{4,5}突出者,间隙内无突出,需在 L₅ 椎体平面中上段才能显示;L₅S₁ 突出者,需在 S₁ 椎体平面才能发现。本组 5 例 L_{4,5}突出者,术中见 4 例髓核尚未突破后纵韧带,脱于后纵韧带下,均有不同程度下移约 0.5~1.5 cm,平均下移 0.8 cm,1 例髓核突破后纵韧带,游离于硬膜外腔,下移于 L₅ 椎体后方。全部病例术中发现髓核挤压 L₅ 神经根走行处,同时挤压 S₁ 神经根在硬膜囊内部分的 3 例;挤压 S₁ 在硬膜囊发出处的 2 例。2 例 L₅S₁ 突出者术中发现髓核大块脱出偏于外侧,游离挤压于 L₅ 椎体外侧缘,L₅ 及 S₁ 神经根同时受累。

3.2 II型(上移型) 本组中 2 例均见于 L_{4,5} 间隙,患者原有腰腿痛病史,近期出现小腿前内、外侧疼痛麻木,一侧膝反射减弱或消失,既有 L₅神经根受压症状和体征,又有 L₄ 神经根受压症状及体征,CT 扫描示 L_{4,5}间隙后外侧突出、L_{3,4}间隙无异常发现,疑有神经根肿瘤和变异。术中见脱出小块髓核游离上移至 L₄ 神经根腋下,神经根充血水肿,原间隙纤维环有一小裂孔,残存髓核突出挤压 L₅ 神经根。分析其原因我们认为:L_{4,5}间隙原有间盘突出且轻度下移,遇有轻微外伤史,腹压增加,已变薄的纤维环破裂,间隙内小块髓核沿破裂口脱出,原突出的间盘组织阻碍其因重力而下移,该小块髓核被限制活动于由硬膜囊、突出的间盘和上位神经根组成的三角形硬

膜外腔内,伴随体位的改变而改变,直到上移卡压于 L₄ 神经根腋下才停止活动。郭文荣等^[2]亦持相同观点,认为游离的髓核组织比较小,可以随体位的改变而游离,髓核组织可以在椎间隙周围,也可以在其上或下缘,也可以游离出椎间隙。

3.3 II型(极外侧型) 本组中年龄最大的患者即是此型,根据患者的症状和体征,结合 CT 检查,入院时即明确诊断为极外侧型椎间盘突出症,手术方法为扩大开窗加椎间孔扩大术,术后次日症状消失。

3.4 注意事项 总结本组病例均属于髓核脱出型,但脱出髓核大小不一、脱出位置不同,症状多数较重,都需手术治疗才能解决问题,需根据突出位置不同采取不同手术方法,手术摘除游离的髓核后,同时需注意探查原间隙,如有突出一并切除,切勿遗漏。

本组中 I 型需与中央型椎间盘突出症相鉴别,中央型椎间盘突出症伴有马尾神经损伤症状,如大小便失禁、鞍区麻木等,一经发现需急诊手术,临床不难区别。其本质在于:中央型椎间盘突出症是髓核向内移位挤压马尾,引起马尾受压综合征,I 型椎间盘突出症是髓核向外移位挤压神经而产生神经根受压综合征。

本组病例需排除以下几种情况:①双间隙或多间隙椎间盘突出;②骨性椎管狭窄(包括侧隐窝和神经根管狭窄)所引起的病例;③神经根畸形或肿瘤所引起的病例。

参考文献

- 1 杨惠林,唐天驷.中华骨科学会脊柱学组腰背痛评定标准.腰椎不稳与椎管狭窄专题研讨会纪要.中华骨科杂志,1994,14(1):60.
- 2 郭文荣,赵勇,李平生,等.小型破裂型椎间盘突出症的临床特点与手术疗效分析.骨与关节损伤杂志,2002,5(3):206.

(收稿日期:2004-10-29 本文编辑:连智华)

第 6 次全国中西医结合血瘀证及活血化瘀研究学术大会和继续医学教育班征文通知

中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会拟于 2005 年 8 月 19-21 日在吉林省延吉市召开“第 6 次全国中西医结合血瘀证及活血化瘀研究学术大会和全国继续医学教育班”(授 I 类 15 学分)。届时将邀请国内外知名专家就血瘀证及活血化瘀研究新成果、新理论、新方法作讲演。征文内容包括血瘀证及活血化瘀研究进展、活血化瘀治疗疑难病及危重病、活血化瘀方药的临床及实验研究、血瘀证诊断标准研讨、血瘀证及活血化瘀其他相关研究。

大会同时举办敖东®血府逐瘀口服液和敖东®利脑心胶囊专题研讨会,并设立“敖东®血府逐瘀口服液杯”、敖东®利脑心胶囊杯”优秀学术论文奖。征文内容包括上述两药的动脉粥样硬化性疾病、以及属于中医血瘀证的其他各科疾病的基础及临床研究。论文经大会专家评审委员会统一审稿评出以下奖项,特等奖 1 名,一等奖 2 名,二等奖 5 名,三等奖 10 名,分别给 8 000 元、5 000 元、3 000 元、2 000 元的学术赞助。对优秀论文可向中国中西医结合杂志等推荐发表。

征文要求:①来稿请寄全文及 1 000 字以内的摘要 1 份;②请自留原稿,恕不退稿;③截止日期:2005 年 7 月 31 日。

无论作者,欢迎报名参加学习班。来稿请寄:北京中日友好医院中医心肾内科(100029);联系人:杜金行、刘燕;联系电话:010-84205053;传真:010-64284945;E-mail:shizaixiang@163.com