

应在放射科或 C 形臂下准确定位。胸段椎管较之腰段椎管狭小,缺少硬膜外脂肪,并且此段病变多为占位性病变,椎管内结构较为充实,在截骨时脊髓对于震动较敏感,严重时可造成脊髓的损伤,致使截瘫加重。占位性病变更涉及范围较广,往往需较大范围截骨,本组病例中最大跨 4 个椎板截骨,因此要求在截骨时,应尽量选择病变部位上下正常椎板部位截骨,以避免椎管狭窄区,动作应轻柔,持刀稳定,切忌粗暴、摇晃。术中完整显露椎板与小关节突的位置关系,骨刀紧贴小关节突,向外倾斜角度宜大不宜小,以免椎板截骨线与硬膜相交。术中仔细体会截骨深度,防止骨刀突然突入椎管内,损伤脊髓,在各椎板完全断开后应巾钳夹持棘突向上牵引下,用硬膜剥离子插入椎板下,轻轻剥离硬膜与椎板粘连处,由下而上,椎板局部未断离处可用尖嘴侧方咬骨钳咬除,再行撬拨取下椎板。术中应随时注意患者下肢感觉及活动情况,必要时静脉应用脱水及激素药物。此手术的优点在于: 由于手术是在拟

切除椎板部分的脊髓两侧及上下段正常椎管处进行,而不在病变部位骨块后方操作,手术全程基本无触碰脊髓。不是直接去解除压迫因素,而是从操作容易、危险性小的椎管两侧间接地解除压迫。

不仅椎管后方减压,而且椎管两侧壁亦减压,所以减压彻底。手术安全、出血少。术后患者卧床时间短,恢复快<sup>[3]</sup>。采用薄骨刀截骨,骨缝小,无骨质丢失,断面整齐,对合严密,易于愈合,这种截骨韧带破坏性甚少,无需修整,再植后可行缝合固定,无需植骨。这样减少了硬膜外骨痂及瘢痕的形成,因此术后无骨性及增生性椎管狭窄的发生。

**参考文献**

- 1 冯世庆,王沛,郭世斌,等.“微创”操作减压术治疗胸椎管狭窄症. 中国脊柱脊髓杂志,2003,13(8):474-476.
- 2 黄继锋,朱青安,胡耀民,等.胸腰段后路减压术对脊柱稳定性影响的生物力学分析.中国脊柱脊髓杂志,1995,5(1):18.
- 3 王自立,李维杰,孙涛,等.三种减压术式治疗胸椎管狭窄症的疗效对比.中国脊柱脊髓杂志,1996,6(S1):10.

(收稿日期:2004-08-06 本文编辑:王玉蔓)

## 评“CT 引导下骶髂关节注射配合中医辨证治疗强直性脊柱炎”

**Comment the article of “ Treatment of ankylosing spondylitis by injecting in sacroiliac joint under CT guidance combining with differentiation of symptoms and signs of traditional Chinese medicine ”**

朱通伯,颜小琼

ZHU Tong-bo, YAN Xiaojiong

**关键词** 强直性脊柱炎; 中医辨证 **Key words** Ankylosing spondylitis; Syndrome differentiation

在 CT 引导下将药液注入骶髂关节<sup>[1]</sup>,因国外文献有报道,我们也想用于治疗强直性脊柱炎,因而解剖了一具新鲜尸体的骶髂关节,认为是不可能的。因为解剖时观察到骶髂关节周围有极其坚强的向各方向走行的韧带纵横交错地将骶骨和髂骨紧紧地捆绑在一起,而所谓骶髂关节的关节间隙只是像一根头发丝样的缝隙而已,是极细而紧凑的。所以要将注射针头刺入关节间隙在解剖时切除周围的韧带后,还是很难将针头穿刺进关节腔。何况

临床操作要远隔厚硕的肌肉和坚强的韧带。所以在 CT 引导下要将药液注入骶髂关节腔内,事实上是不可能的。建议该文作者于需要对某一例进行药液注射时,可适当添加一些造影剂,然后再拍片观察,液体是否注入了骶髂关节腔内,用以证实该文的可靠性。

**参考文献**

- 1 马镇川,梁永革,武中庆,等.CT 引导下骶髂关节注射配合中医辨证治疗强直性脊柱炎.中国骨伤,2004,17(10):606.

(收稿日期:2004-12-22 本文编辑:李为农)