

· 临床研究 ·

非创伤性硬膜外游离型颈椎间盘突出症的
诊断和治疗

杨民, 丁国正, 徐祝军

(皖南医学院附属弋矶山医院创伤骨科, 安徽 芜湖 241001)

【摘要】 目的: 探讨非创伤硬膜外游离型颈椎间盘突出症的临床特点和治疗方法。方法: 自 2002 年 1 月至 2011 年 7 月采用颈前路椎体次全切除并后纵韧带切除髓核摘除减压内固定术治疗非创伤硬膜外游离型颈椎间盘突出症患者 10 例, 其中男 6 例, 女 4 例; 年龄 42~65 岁, 平均 48.2 岁; 病程 1 个月~4 年, 平均 15 个月。所有患者术前有不同程度的四肢麻木、无力、行走不稳及括约肌功能障碍。术前颈椎 MRI 均提示有节段性颈脊髓受压。术前及术后随访时按 JOA 评分标准进行神经功能评分。结果: 10 例患者术后 15~32 个月随访(平均 21 个月), 无手术相关并发症发生。10 例患者术前颈椎 MRI 显示, 穿破后纵韧带游离于椎体后方的髓核在 T1 相上和相应病变椎间隙等信号, 而在 T2 相上为等或高信号。患者术后 JOA 评分由术前的 7.20 ± 1.55 提高到 13.60 ± 1.90 ($t = -11.8, P < 0.001$), 其改善率为 66.7%, 优 3 例, 良 6 例, 可 1 例。结论: 明确诊断后早期行前路椎体次全切除并后纵韧带切除髓核摘除减压内固定术是治疗非创伤硬膜外游离型颈椎间盘突出症成功的关键。

【关键词】 硬膜外; 颈椎; 诊断; 治疗

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2013.06.008

Diagnosis and management for the non-traumatic epidural sequestered cervical disc extrusion YANG Min, DING Guozheng, and XU Zhu-jun. Department of Orthopaedics, Yijishan Hospital of Wan Nan Medical College, Wuhu 241001, Anhui, China

ABSTRACT **Objective:** To explore the clinical characteristics and management of non-traumatic epidural sequestered cervical disc extrusion. **Methods:** From January 2002 to July 2011, the clinical data of 10 patients with non-traumatic epidural sequestered cervical disc extrusion were treated by anterior cervical mostly vertebraectomy and nucleus pulposus removal after decompression and internal fixation through longitudinal ligament resection. Of them, there were 6 males and 4 females with an average age of 48.2 years old (ranged from 42 to 65), the course of disease ranged from 1 month to 4 years (mean, 15 months). All patients manifested numbness and weakness of four limbs, unstable walking and sphincter of oddi dysfunction. Preoperative MRI showed segmental cervical spinal cord compression. JOA scoring criteria was applied to evaluate preoperative and follow-up neurologic function. **Results:** Ten patients were followed up, and the duration ranged from 15 to 32 months, with an average of 21 months. No complications related to operation occurred. Preoperative MRI showed nucleus pulposus sequestered longitudinal ligament were on equal signal on T1-weighted and corresponding pathological, while it showed equal and high signal on T2-weighted. JOA score were increased from 7.20 ± 1.55 preoperative to 13.60 ± 1.90 postoperative ($t = -11.8, P < 0.001$), and excellent in 3 cases, good in 6 cases and moderate in 1 case. **Conclusion:** Anterior cervical mostly vertebraectomy and nucleus pulposus removal after decompression and internal fixation through longitudinal ligament resection after early diagnosis is the key to success of treating non-traumatic epidural sequestered cervical disc extrusion.

KEYWORDS Epidural; Cervical vertebrae; Diagnosis; Therapy

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2013, 26(6):471-475 www.zggszz.com

颈椎间盘组织突破后纵韧带游离位于硬膜外压迫脊髓或神经根而出现颈肩疼痛及四肢无力的临床症状, 通常称为硬膜外型椎间盘突出(epidural cervical disc extrusion, ECDE)^[1]。文献报道^[2]外伤是导致硬膜外型颈椎间盘突出的一个重要原因, 非外伤退变性硬膜外型椎间盘突出则少见。此外, 硬膜外型椎间盘突出穿破后纵韧带到达硬膜外后, 游离的髓核通常位于椎间隙水平, 而移位到椎体后方的病例则更为罕见, 定义为非创伤硬膜外游离型颈椎间盘突出(non-traumatic sequestered epidurally migrated cervical disc extrusion, NTSEMCD), 既往国外文献

基金项目: 国家自然科学基金(编号: 81171732); 安徽省卫生厅医学科研课题(编号: 2010C065)

Fund program: Supported by National Natural Science Foundation of China (No. 81171732)

通讯作者: 丁国正 Tel: 0553-5739536 E-mail: yjsygyk@sohu.com

报道共有 18 例^[3]。本文回顾性总结我科自 2002 年 1 月至 2011 年 7 月间收治的经手术证实该类型颈椎间盘突出患者共 10 例,总结并探讨该类型颈椎间盘突出临床特点及治疗方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 10 例,男 6 例,女 4 例;年龄 42~65 岁,平均 48.2 岁;病程 1 个月~4 年,平均 15 个月。本组患者均无外伤史,均有不同程度的四肢麻木、无力、行走不稳及括约肌功能障碍。3 例患者同时有明显的颈肩部疼痛。术前患者 JOA 评分为 7.20±1.55。所有患者接受颈椎 X 线、CT 和 MRI 检查。10 例中,脱出游离髓核位于 C_{3,4} 者 2 例,C_{4,5} 者 4 例,C_{5,6} 者 3 例,C_{3,4} 及 C_{4,5} 双间隙者 1 例。所有病例中,游离于椎体后方的髓核在 T1 相上和相应病变椎间隙等信号,而在 T2 相上为等或高信号。T1 加权像上可见后纵韧带被髓核穿过的条状阴影,髓核表面不光滑且不规整,与脊髓之间界限不清。2 例患者术前 MRI 受压节段脊髓 T1 相等信号,T2 相高信号。

1.2 入选标准^[3] ①游离的颈椎间盘髓核位于病变椎间隙上或下方椎体的后方;②矢状面上,脱出游离的髓核压迫硬膜囊导致硬膜下腔完全闭塞,且髓核到达椎体后中部水平;③矢状面上,髓核从前方压迫脊髓导致前后径<8 mm。

1.3 排除标准^[3] ①脱出游离的髓核仅位于病变椎间隙者;②髓核游离至颈脊髓的背侧或突破硬膜疝入髓内;③CT 证实致压物为增生骨赘。

1.4 手术方法 所采用的术式均为颈前路椎体次全切除合并后纵韧带切除髓核摘除减压内固定。术中行椎体次全切除减压,直视下充分显露后纵韧带。若能清楚辨明后纵韧带上髓核突破口和疝入的髓核蒂部,则用神经剥离子钩沿此破裂口细心分离扩大破口并轻轻提起韧带,并用超薄枪钳细心咬除韧带,轻轻取出脱出游离于后纵韧带下方的髓核组织。若髓核在后纵韧带上穿过的破口已愈合,后纵韧带光整,则将小型神经剥离子钩沿韧带走行向上从近端椎体外侧薄弱处细心钩入韧带下,然后轻轻旋转 90° 并提起,用尖刀轻轻沿剥离子钩的纵向沟槽横行切开后纵韧带,再以超薄枪钳细心咬除韧带并取出游离髓核。后纵韧带完整切除后可细心探查减压节段有无遗漏的游离状小的髓核碎片,彻底减压后,减压节段硬膜立即膨隆且恢复搏动。本组有 3 例术中发现游离于椎体后方后纵韧带下的髓核为多个碎片状,其余 7 例为整块游离的髓核组织。这些游离的髓核组织及碎片表面多光滑,和后纵韧带及硬膜囊无明显的粘连,易于取出。术毕,术中所摘除的髓核组织送病理检查证实为髓核组织,且终板及纤维环组

织很少。

1.5 观察项目与方法 按照日本骨科学会 JOA 评分标准^[4],在术前及术后随访时由 2 位未参加治疗的骨科医师进行神经功能评分(上下肢运动功能各 4 分,感觉功能 6 分,膀胱功能 3 分,共 17 分)。按评分计算改善率来评价手术效果:神经功能改善率=[(术后分-术前分)/(17 分-术前分)]×100%,JOA 评分改善率 75%以上者为优;50%~74%为良;25%~49%为可;25%下为差。

1.6 统计学处理 采用 SPSS 13.0 统计软件进行统计学分析,术前及术后随访的 JOA 评分用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用配对 *t* 检验进行统计学处理。以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

本组 10 例均获得随访,时间 15~32 个月,平均 21 个月。平均手术时间(160±22) min,失血量(320±30) ml。所有患者颈部手术切口 I 期愈合,无脑脊液漏,感染及血管、气食道损伤等并发症。X 线片定期复查,无内固定松动和失效。术后颈椎 MRI 检查时间在术后 3 个月以上,脊髓形态饱满、平滑,减压节段及减压临近节段无压迫。脊髓功能恢复情况:JOA 评分由术前的 7.20±1.55 提高至术后的 13.60±1.90,术前和术后 JOA 评分比较差异有统计学意义(见表 1),改善率 66.7%,疗效评定优 3 例,良 6 例,可 1 例。典型病例见图 1-2。

表 1 10 例颈椎间盘突出患者手术前后的 JOA 评分情况 ($\bar{x}\pm s$, 分)

Tab.1 Comparison of JOA scores of 10 patients with cervical disc herniation between preoperation and postoperative ($\bar{x}\pm s$, score)

项目	术前	术后
上肢运动功能	1.90±0.32	3.20±0.63
下肢运动功能	2.20±0.42	3.80±0.42
感觉功能	1.30±0.95	3.90±0.74
膀胱功能	1.80±0.42	2.70±0.48
总评	7.20±1.55	13.60±1.90*

注:与术前比较,**t*=-11.8,*P*<0.001

Note: Compared with preoperative data,**t*=-11.8,*P*<0.001

3 讨论

3.1 发病率及发病机制 在外伤和退变的情况下,突出的椎间盘组织突破后纵韧带而游离位于硬膜外形成硬膜外型椎间盘突出压迫脊髓和神经。张佐伦等^[1]报道 400 例颈椎病患者中 ECDE 占 24.3%。国外 Bertalanffy 等^[5]报道 ECDE 的发生率则高达 35%,作者推测可能和纳入统计的患者标准不一所致。有学者^[2]统计 27%~100%患者发病前有颈部外伤史,若在颈椎间盘退变的基础上,外伤可导致椎间盘纤维

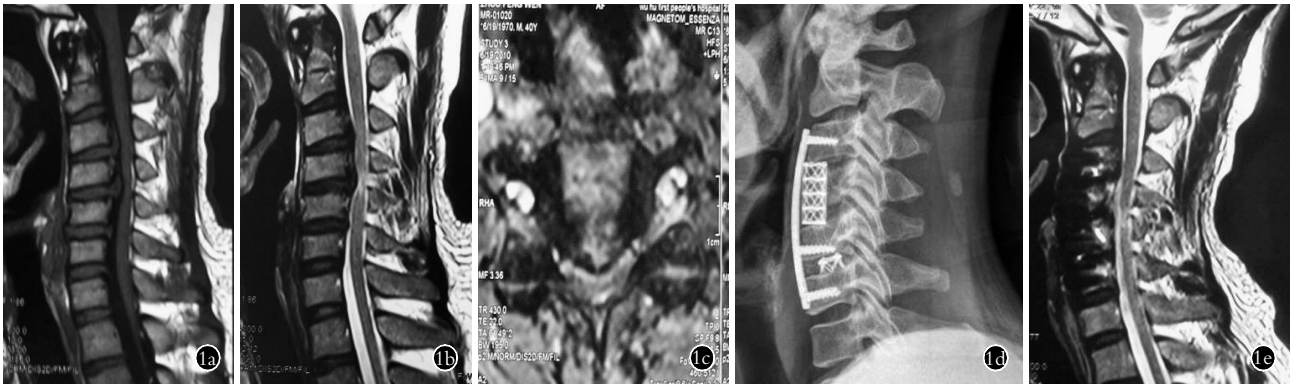


图 1 患者,男,40岁,脊髓型颈椎病 **1a.** 术前 MRI T1 相显示 C_{3,4},C_{4,5} 及 C_{5,6} 椎间盘突出,其中 C_{3,4},C_{4,5} 髓核向上游离至椎体后方,且和 C_{3,4},C_{4,5} 椎间残余髓核等信号 **1b.** 术前 MRI T2 相显示 C_{3,4},C_{4,5} 及 C_{5,6} 椎间盘突出,为稍高信号,且硬膜囊受压闭塞,脑脊液信号中断,C_{4,5} 水平髓内高信号 **1c.** 术前 MRI 轴位提示巨大髓核后中央突出,脊髓严重受压 **1d.** 行前路 C₄ 椎体开槽切骨后纵韧带切除及 C_{5,6} 椎间盘突出减压内固定术后 X 线片 **1e,1f.** 术后复查 MRI 提示减压彻底,无髓核残余遗留,脑脊液信号无中断,硬膜囊无受压 **1g.** 术中 C₄ 椎体开槽减压图,显示后纵韧带完整切除后硬膜囊膨隆

Fig.1 Male,40-year-old,cervical spondylotic myelopathy **1a.** Preoperative MRI on T1-weighted showed protrusion of intervertebral disc at C_{3,4},C_{4,5} and C_{5,6},nucleus pulposus at C_{3,4},C_{4,5} freed behind the vertebral body and showed equisignal with residual nucleus pulposus between C_{3,4},C_{4,5} **1b.** Preoperative T2-weighted MRI showed intervertebral disc and high signal at C_{3,4},C_{4,5} and C_{5,6},dural sac were blocked caused by compression,cerebrospinal fluid signal interrupted, and intramedullary at C_{4,5} showed high signal **1c.** Preoperative axial MRI showed syringomyelocoele,severe spinal cord compression **1d.** X-ray after longitudinal ligament resection through C₄ vertebral body and C_{5,6} disc resection decompression and internal fixation **1e,1f.** Postoperative MRI showed complete decompression,no residual of nucelus pulposus,no interruption of cerebrospinal fluid signal and no compression of dural sac **1g.** C₄ decompression by slotting vertebral body showed distention of dural sac after longitudinal ligament resection

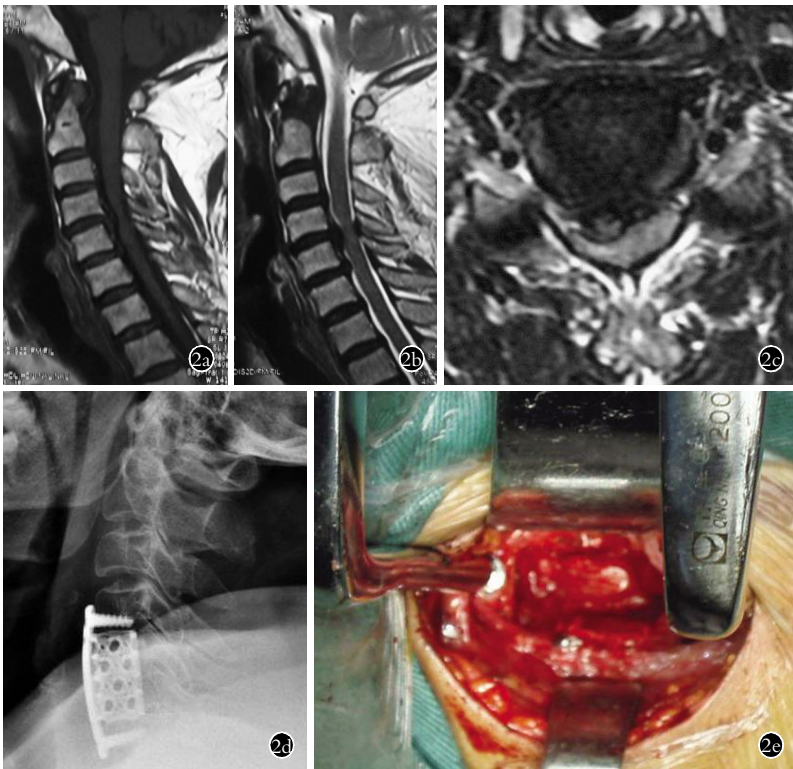


图 2 患者,女,67岁,脊髓型颈椎病 **1a.** 术前 MRI T1 相显示 C_{4,5} 及 C_{5,6} 椎间盘突出,C_{4,5} 髓核向后突出,突破后纵韧带并向下游离至椎体后方,且与母核等信号,局部呈多个碎片状 **1b.** 术前 MRI T2 相显示,C_{4,5} 及 C_{5,6} 椎间盘突出,为等信号,且硬膜囊受压闭塞,脑脊液信号中断,C_{4,5} 水平髓内略高信号 **1c.** 术前 MRI 轴位提示巨大髓核后旁中央突出,脊髓严重受压 **1d.** 行前路 C₅ 椎体开槽切骨后纵韧带切除减压内固定术后 X 线片 **1e.** 术中 C₅ 椎体开槽减压图,显示后纵韧带完整切除后硬膜囊膨隆

Fig.2 Female,67-year-old,cervical spondylotic myelopathy **2a.** Preoperative T1-weighted MRI showed protrusion of intervertebral disc at C_{4,5} and C_{5,6},posterior C_{4,5} nucleus pulposus protrusion ,and freed behind the vertebral body,which had equal signal with parent nucleus ,and locally showed fragmented **2b.** Preoperative T2-weighted MRI showed intervertebral disc and equal signal at C_{4,5} and C_{5,6},dural sac were blocked caused by compression,cerebrospinal fluid signal interrupted,and intramedullary at C_{4,5} showed high signal **2c.** Preoperative axial MRI showed syringomyelocoele,severe spinal cord compression **2d.** X-ray after longitudinal ligament resection through C₄ vertebral body and disc resection decompression and internal fixation **2e.** C₅ decompression

by slotting vertebral body showed distention of dural sac after longitudinal ligament resection

环破裂,压力大的髓核突出,可穿破较薄弱的后纵韧带全层猛然突出而到达硬膜外腔,并与纤维环内髓

核组织分离,可向椎管内或椎间孔内任何方向移动。相反,退变性 ECDE 中,病程进展缓慢,无外伤史。国

外学者^[3]认为存在两种 ECDE:即髓核突破后纵韧带到达硬膜外腔后停留于椎间隙水平而不上下游离;或髓核向上下游离到椎体后方,达椎体高度的一半即 NTSEMCDE。

目前国外文献仅有 18 例 NTSEMCDE 病例报道,Carviy 等^[6]回顾性分析了这 18 例临床特点和手术治疗方案。综合文献和本文所报道的共 28 例患者的临床特点,笔者分析产生这种类型颈间盘突出的可能原因是:①患者原有颈椎退变,髓核突出穿越后纵韧带并停留在椎间隙水平相应的硬膜外腔。游离型髓核通过血管化及凋亡等因素为机体逐步吸收而缩小或裂解为多个髓核碎片,这些缩小和裂解的髓核碎片较大块髓核更容易上下潜行而到达椎体后方。②通常有明确外伤史的 ECDE 及时就诊,发现压迫通常手术治疗,缺失连续动态追踪的机会。

3.2 临床特点及 MRI 诊断 NTSEMCDE 患者发病时间相对较长,椎间盘突出穿破后纵韧带到达硬膜外后,继续移位到椎体后方。因病程长久,退变因素持续存在,突出物通常较大,压迫硬膜囊前方导致脊髓前动脉或沟动脉损伤致脊髓前角和灰质联合部位缺血缺氧,致脊髓功能受损,临床表现为脊髓受压椎体束症状。脱出髓核如位于侧方,则表现为典型的脊髓半切综合征。因此,通常从患者的临床表现很难将常见的颈椎间盘突出症和 NTSEMCDE 进行区分。但是,该类型间盘突出因和常规突出有着不同的疾病机制,因此其颈椎 MRI 有着独特的信号改变,这是判断该类型突出的最佳方法。本组 10 例中,在 T1 矢状位上可清楚判断游离移位到椎体后方的髓核组织,这些髓核组织和其母核椎间隙的信号是一致的等信号。同时,也能大致判断椎体后方游离髓核碎片的数目,而轴位相则可显示髓核压迫脊髓的位置和压迫的程度。矢状位 T2 相则显示椎体后方团块状等信号或高信号影,但不能判断这就是游离髓核组织。

3.3 临床治疗 保守治疗:通常游离型、穿破后纵韧带、脱出越大且髓核成分越多的椎间盘越容易吸收,其机制可能是通过免疫炎症反应、再血管化和凋亡等途径促进间盘的吸收,腰椎间盘突出后的再吸收现象为某些类型的腰椎间盘突出保守治疗提供了理论依据。据此,本文所报道的颈椎游离髓核具有游离移位距离大、突出大、穿破后纵韧带、髓核成分为主等临床特点,推测自然吸收的可能性较大。但是,因颈椎和腰椎的解剖环境不同,通常认为颈椎间盘突出造成的脊髓受压功能受损宜早期减压以挽救脊髓功能,晚期减压可能会导致脊髓功能不可逆,因此,文献报道颈椎间盘突出通过保守治疗而自然吸收的报道相对较少。Shimomura 等^[7]通过对 56 例非

手术治疗的脊髓型颈椎病患者进行回顾性研究表明,对于轻度(术前 JOA 评分 13~17 分)脊髓型颈椎病患者通过保守治疗可以获得良好的临床疗效,而对于存在 MRI 轴位上脊髓有环状受压、硬膜下腔消失的轻度患者则需手术治疗。本组 10 患者术前 JOA 评分为 10 分以下,故不适宜采用保守治疗,手术治疗为首选。本组手术后随访终点的 JOA 评分为 13.60 ± 1.90 ,较术前 7.20 ± 1.55 明显提高,平均改善率为 66.7%。而 Srinivasan 等^[3]则报道该类型患者因拒绝手术治疗造成临床症状恶化。

手术特点:笔者总结 NTSEMCDE 前路手术有以下特点:①因游离突出的髓核位于椎体的后方,行前路椎体次全切除复合后纵韧带切除减压植骨内固定术可充分显露椎体后方的后纵韧带并切除后纵韧带则可完整而无遗漏地摘除所有游离的髓核组织,从而达到彻底减压的目的。②后纵韧带需切除^[11]:彻底切除后纵韧带可充分显露并摘除游离的髓核块,有时术前 MRI 显示为一整块的髓核影像,而术中切开后纵韧带则观察到为数块游离的髓核碎片。不做韧带切除容易遗漏,难以做到彻底减压。此外,某些病例中,髓核穿破后纵韧带的破裂口再次愈合,如不切除后纵韧带行硬膜外腔探查,亦造成遗漏。③后纵韧带切除的注意事项:如能观察到髓核穿过后纵韧带的破口,则采用小型神经剥离子沿破口扩大并配合超薄枪钳逐步咬除韧带。若髓核在后纵韧带上穿过的破口已愈合,后纵韧带光整,则将小型神经剥离子钩沿韧带走行方向上从近端椎体外侧薄弱处细心钩入韧带下,然后轻轻旋转 90°并提起,用剪刀轻轻地沿剥离子钩的纵向沟槽横行切开后纵韧带^[8],再以超薄枪钳细心咬除韧带并取出游离髓核。因本组 10 例均为软性游离椎间盘突出,无明显的后纵韧带肥厚、骨化,且术中所取的游离髓核组织和硬膜囊及后纵韧带均无明显的紧密粘连,只要细心操作,保持良好的照明和引流,操作并不困难。本组无硬膜破损及脑脊液漏发生。相反,文献报道^[9]部分硬膜外型间盘突出后髓核和硬膜粘连很严重,需要显微切除。笔者分析其可能的原因是外伤所致的硬膜外型椎间盘突出物不仅包含髓核,可能有部分终板及纤维环组织,这些突出物和单纯髓核突出后的组织学表现可能不一。其次,突出物可能并非软性椎间盘突出,如存在硬性突出致压,则突出物和硬膜粘连较重。④NTSEMCDE 合并其他节段退变的术式选择:通常对于 3 节段及以上椎间盘突出及发育性颈椎管狭窄患者而言,后路椎板开门成型手术是其适应证。但是,对于本型 ECDE 而言,后路椎板成型术后脊髓向后退让并不能缓解游离髓核对脊髓的压迫,Srini-

vasan 等^[3]报道的 1 例行后路椎板成型手术后,疗效欠佳且神经功能恶化病例,佐证了上述观点。基于此,本组 1 例患者 ECDE 合并相邻节段椎间盘退变,笔者采取开槽切骨减压同时行相邻节段单间隙椎间盘摘除减压植骨固定,手术顺利,恢复良好。

总之,对于该类临床上较少见的游离至椎体后方的硬膜外型颈椎间盘突出患者,术前仔细阅读颈椎 MRI,如在矢状位 T1 相上发现椎体后方较大的团块状髓核组织,且这些髓核组织和其母核椎间隙的信号是一致的等信号,则基本可以确诊为游离硬膜外型颈椎间盘突出症。治疗宜早期行颈前路椎体次全切除并后纵韧带切除减压内固定手术,完全切除游离的整块和碎裂髓核而彻底减压是手术治疗成功的关键。

参考文献

[1] 张佐伦,蒋振松,袁泽农,等. 硬膜外型颈椎间盘突出症的诊断和治疗[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(4): 264-266.
Zhang ZL, Jiang ZS, Yuan ZN, et al. The diagnosis and treatment for the epidural cervical disc extrusion[J]. Zhongguo Ji Zhu Ji Sui Za Zhi, 2002, 12(4): 264-266. Chinese.

[2] Ikeda H, Hanakita J, Takahashi T, et al. Nontraumatic cervical disc herniation in a 21-year-old patient with no other underlying disease [J]. Neurol Med Chir (Tokyo), 2012, 52(9): 652-656.

[3] Srinivasan US, Kumar GS, Mahesha KB. Posterior epidural migra-

tion of sequestered cervical disc fragment; case series [J]. Asian Spine J, 2011, 5(4): 220-227.

[4] Ikenaga M, Mukaida M, Nagahara R, et al. Anterior cervical reconstruction with pedicle screws after a 4-level corpectomy [J]. Spine (Phila Pa 1976), 2012, 37(15): E927-930.

[5] Bertalanffy H, Eggert HR. Clinical long-term results of anterior discectomy without fusion for treatment of cervical radiculopathy and myelopathy. A follow-up of 164 cases [J]. Acta Neurochir (Wien), 1988, 90(3-4): 127-135.

[6] Carviy Nievas MN, Hoellerhage HG. Unusual sequestered disc fragments simulating spinal tumors and other space-occupying lesions [J]. J Neurosurg Spine, 2009, 11(1): 42-48.

[7] Shimomura T, Sumi M, Nishidda K, et al. Prognostic factors for deterioration of patients with cervical spondylotic myelopathy after nonsurgical treatment [J]. Spine (Phila Pa 1976), 2007, 32(22): 2474-2479.

[8] Wang X, Chen Y, Chen D, et al. Removal of posterior longitudinal ligament in anterior decompression for cervical spondylotic myelopathy [J]. J Spinal Disord Tech, 2009, 22(6): 404-407.

[9] 宋红浦,郭峭峰,张晓文,等. 显微镜下减压融合术治疗脊髓型颈椎病[J]. 中国骨伤, 2012, 25(9): 708-710.
Song HP, Guo QF, Zhang XW, et al. Anterior cervical decompression and fusion by microscope for the treatment of cervical spondylotic myelopathy [J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2012, 25(9): 708-710. Chinese with abstract in English.

(收稿日期: 2012-10-23 本文编辑: 王宏)

广告目次

1. 盘龙七片(陕西盘龙制药集团有限公司) …………… (封 2)	4. 施沛特(山东博士伦福瑞达制药有限公司)
2. 同息通,曲安奈德注射液(广东省医药进出口公司珠海公司) …………… (对封 2)	…………… (对英文目次 2)
3. 祖师麻膏药(甘肃泰康制药有限责任公司)	5. 奇正消痛贴膏(西藏奇正藏药股份有限公司)
…………… (对中文目次 1)	…………… (封底)