

现为注射后的肌肉及其筋膜挛缩。挛缩组织失去正常的伸缩性,限制髋关节的内收、内旋,在中立位屈髋时髂胫束及臀肌纤维紧张,受阻于股骨大转子后方,髋关节不能再屈曲而表现出临床症状<sup>[1]</sup>。术中发现挛缩组织主要为臀大肌及其筋膜、臀中肌、臀小肌及髋后外旋肌群,症状重者甚至有关节囊的挛缩,故术中症状重的患儿在挛缩肌肉均充分松解后,髋关节屈曲内收仍受限,松解关节囊后外侧后,髋关节恢复正常的活动度。

目前治疗臀肌挛缩症的主要方法是行挛缩组织切断术<sup>[1,2]</sup>,辅以术后的功能锻炼。手术应彻底松解一切妨碍髋关节内收、内旋的挛缩组织,如果术中松解不充分,则术后效果不佳,难以用其它方法弥补。手术最严重的并发症为坐骨神经损伤<sup>[1,2]</sup>。坐骨神经走行在髋后浅、中层肌群之间,位于股骨后方。在大转子外后方,臀大肌、髂胫束与大转子之间存在一个滑囊,手术时可用食指伸入此滑囊作引导,沿手指边缘皮下潜行松解此处浅层挛缩组织,松解要在股骨大转子前外侧进行,这样可有效地避免坐骨神经

损伤;股骨大转子后方的浅层挛缩组织,可在屈曲髋关节时使之滑到大转子前外侧后松解,因坐骨神经在屈曲髋关节时不会随肌肉滑动到股骨前外侧,故无伤及到坐骨神经的可能。挛缩的臀中肌、臀小肌、梨状肌及髋关节囊后侧,均可在切口内直视下沿大转子边缘肌肉止点处切断。因刀口前侧无重要血管神经,用手指引导,可于皮下松解触及到的挛缩的臀肌筋膜、阔筋膜张肌腱膜及皮下浅腱膜,故小切口足够手术松解挛缩组织的需要而又能防止坐骨神经的损伤。我们体会到小切口挛缩组织松解法治疗臀肌挛缩症手术创伤小、安全、时间短、效果好,是一种可以推荐的治疗臀肌挛缩症的手术方法。

### 参 考 文 献

- 1 王业华,施健行,肖光弟,等. 40例臀肌挛缩症的手术治疗. 徐州医学院学报, 1997, 17(2): 160
- 2 俞辉国,童学波,刘红兵,等. 臀肌挛缩症的手术治疗探讨. 中华骨科杂志, 1996, 16(6): 375

(收稿:1999-04-06)

(本文编辑:吴 进)

## 手术治疗 60 岁以上腰椎间盘突出症

谢 跃 郑国明 姚舜华

(淮阴市第一人民医院骨科 223300)

**摘要** 目的 探讨老年性腰椎间盘突出症的临床特点和手术方法。方法 经后路髓核摘除(半椎板或全椎板切除)+侧隐窝及神经根管扩大术。结果 手术治疗效果优良率达 90%。结论 对 60 岁以上本病患者应采用髓核摘除+侧隐窝及神经根管扩大术,并应严格掌握手术适应证,同时作好充分的术前准备和术中术后管理。

**关键词** 椎间盘突出症 脊柱 手术

**分类号** R681.53

腰椎间盘突出症以青壮年好发,经非手术疗法大多数可获得满意效果,只有少数病例需手术治疗,而老年患者发病率及手术率更低。本院自 1987 年以来共手术治疗 589 例腰椎间盘突出症患者,其中 60 岁以上者占 6.3%,采用髓核摘除(全椎板或半椎板切除)+侧隐窝及神经根管探查扩大术,经 1~8 a 随访,效果满意,现小结如下。

### 1 资料和方法

1.1 一般资料 本组 37 例,男 20 例,女 17 例;最大年龄 78 岁,最小年龄 60 岁,其中 70 岁以上者 10 例。临床表现为腰痛伴单侧下肢放射痛 25 例,单纯下肢放射痛 5 例,间歇性跛行 7 例,马尾功能障碍表现为排尿困难者 1 例。直腿抬高试验阳性 8 例,双

下肢肌力下降 2 例。病程 4 d~20 a(其中 10 a 以上 11 例),平均 5 a。术前均作脊髓造影或 CT 检查,20 例合并椎管狭窄。10 例合并冠心病,6 例有高血压病,4 例合并 II 型糖尿病。

1.2 手术方法 术前经短期的合并症治疗,如降压、降糖治疗。手术在心电监护下进行,以防止发生重要脏器的并发症。体位以侧卧位为主。对 36 例进行了 L<sub>4</sub>、L<sub>5</sub> 全椎板切除及 L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 部分全椎板切除并行突出髓核摘除术+侧隐窝及神经根管扩大减压。对 1 例合并 L<sub>4</sub> 峡部裂患者采取了半椎板切除,另一半行椎板植骨融合术。术后统计,左侧突出 22 例,右侧突出 6 例,L<sub>4</sub>~L<sub>5</sub> 突出 20 例,L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 突出 12 例,L<sub>3</sub>~L<sub>4</sub> 突出 3 例。突出髓核和受压神经根的关系:“肩上型”12 例,即突出髓核位于受压神经根的

上方;“骑跨型”8例,即髓核由前向后压迫神经根;“腋下型”6例,髓核位于神经根下方;“中央型”突出2例;L<sub>4</sub>~L<sub>5</sub>、L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub>同时突出3例。合并腰椎管狭窄20例,包括侧隐窝狭窄、神经根管狭窄、黄韧带肥厚,绝大多数病人合并骨质疏松症。

1.3 手术效果 37例全部获得随访,疗效标准如下。优:腰痛消失,直腿抬高试验阴性,下肢无神经功能障碍或仅留少许麻木感,能做日常工作;良:腰腿痛基本消失,直腿抬高试验大于70°,下肢有轻度运动减退,能做日常工作;进步:腰腿痛大部消失,直腿抬高大于60°,下肢有轻度运动及感觉障碍,能做一般工作;差:腰腿痛减轻不明显,直腿抬高试验小于60°,只能做轻微工作。本组优30例(81.1%),良4例(10.8%),进步1例(2.7%),差2例(5.4%)。25例术前表现为根性症状为主的患者,于术后近期获得满意效果,表现为根性疼痛消失或明显减轻,直腿抬高试验阴性或明显减轻。而术前表现为间歇性跛行、下肢麻木的患者,近期效果不明显,往往在术后3至6个月内症状逐渐消失。1例中央型患者,尿失禁症状于1a后恢复。1例于术后1周死于心脏病合并心衰。手术效果优良率达90%以上。

## 2 讨论

2.1 临床特点 本组60岁以上腰椎间盘突出症患者具有如下特点:①起病时间长,本组最长20a,10a以上11例,平均5a,且反复发作;②往往表现为腰椎椎管狭窄症状,直腿抬高试验阴性,术中探查神经根肥大,这可能和病程长及髓核突出长期压迫,神经根已适应这种压迫有关;③大多合并骨质疏松症,这

是长期腰部限制活动的结果;④重要脏器合并症多,如高血压、心脏病、糖尿病等。

2.2 手术适应证 老年患者往往合并心脏等重要脏器疾病,本手术创伤较大,在手术适应证上更应慎重掌握,术前应加强合并症的治疗,术中应加强监护,术后注意观察生命体征变化,及时处理并发症,降低病死率。

2.3 手术方式的选择 60岁以上腰椎间盘突出症患者,一般病程较长,本组最长20a,平均5a,常合并腰椎椎管狭窄,所以在手术方式上既要考虑到手术创伤应尽可能小,又要兼顾到彻底去除神经根及马尾的致压物。我们多采用L<sub>5</sub>全椎板切除(包括L<sub>4</sub>~S<sub>1</sub>部分全椎板)+突出髓核摘除+侧隐窝及神经根管扩大的手术方式。1例采用半椎板切除+髓核摘除+对侧半椎板植骨融合术(因合并腰椎弓根峡部裂)。这样既切除了致压物,又通过椎板植骨融合而稳定了下腰椎。本组有3例为L<sub>3</sub>~L<sub>4</sub>椎间盘突出症,所占比例不小,这可能和L<sub>4</sub>~L<sub>5</sub>、L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub>椎间盘退变较早,而L<sub>3</sub>~4椎间盘相对负担较重有关,应引起重视。

2.4 功能锻炼 对高龄本病患者术后应早期进行不负重腰肌功能锻炼。本组于术后2~3周开始在床上进行腰肌锻炼,术后2~3月在腰围保护下下床活动,这样既可以让损伤的腰椎得到充分休息,又能增强腰背肌力量,增强脊柱的稳定性。同时要配合钙剂等防治骨质疏松症药物的应用,治疗骨质疏松症。

(收稿:1998-07-29 修回:1998-12-05)

(本文编辑:程春开)

# 胸肌筋膜瓣在扩大乳癌根治术中的运用

荣国强 金培生\* 朱孝成 申耀宗

(附属医院普外科)

**摘要** 目的 探讨对侧胸肌筋膜瓣在扩大乳癌根治术中的应用及其表面植皮情况。方法 对于扩大乳癌根治术患者肋软骨及肋间组织的缺损采用翻转对侧胸肌筋膜覆盖修复,对皮肤缺损患者在筋膜表面中厚植皮。结果 6例手术患者,植皮均成活,2例I期愈合,4例II期愈合。结论 胸肌筋膜瓣修补缺损,不仅手术简单,而且不增加手术创面,明显提高植皮成活率。

**关键词** 胸肌筋膜瓣 扩大乳癌根治术 中厚植皮

**分类号** R737.9

\* 附属医院整形外科