

增高,只有通过抽吸髓内血液,减轻骨内压,恢复血液正常循环,才能从根本上解除跟痛。

采用经皮跟骨减压术治疗跟痛要严格掌握适应证,不是所有跟痛者都需行跟骨减压术。导致跟痛的原因很多,只有经详细检查排除跟骨其他性质的疾病,拟诊跟骨髓内压增高导致跟痛,且采用其他疗法无效时方可行经皮跟骨减压术。

经皮跟骨减压术应在严格无菌下施术,操作要快捷、准确,尽量缩短时间,以防感染。

本组使用的骨钻直径 7 mm,带齿,空心,比常规骨穿刺针粗,但骨损仍很小,与骨穿针比较,更容

易抽吸,减压效果更好。需要注意的是在进入软组织内时,要逆时针方向旋转引进,否则齿口会损伤组织,特别是割损小血管,致出血较多。本组病例每次抽吸血 30~50 ml,效果满意。本疗法简便、安全、有效,是治疗因跟骨髓内压增高导致的顽固性跟痛的首选方法。

参 考 文 献

- 1 周义成.跟骨疼痛的经皮减压治疗.放射学实践学术研究专辑,1998(特刊 II):51.
- 2 田信昌.跟痛症 42 例分析.红河医刊 2000,1:8-9.

(收稿日期 2002-05-25)

· 临床经验 ·

经皮穿刺椎间盘摘除术治疗颈椎间盘突出症

赵建华 梁棉 梁兆本 池宝成 王永述 康维东

颈椎间盘突出症是一种常见病,自无创性影像学 CT、MRI 检查应用以来,该症诊断更为明确。

继周义成报道用经皮穿刺颈椎间盘摘除术即(PCD)治疗颈椎间盘突出症后,我们于 1997 年 6 月起分别用 3 种切割器对 87 例 127 个颈椎间盘突出行前路 PCD 治疗,获优良效果,现报道如下。

材料与方 法

一、一般资料

本组经前路 PCD 治疗的 87 例 127 个颈椎间盘突出症患者中男性 67 例,女性 20 例。年龄 32~70 岁,平均 51 岁。病史 1 个月~8 年,其中 4 例曾行后入路椎板切除减压效果不佳者,主要临床症状、体征有:枕、颈、臂、上肢、手部放射性灼痛,麻木 72 例,颈髓型截瘫 4 例。肱二、三头肌反射亢进 30 例,膝、跟腱反射亢进 31 例,Hoffmann 征阳性 27 例,Babinski 征阳性 28 例。MRI 片示 C₂₋₃ 3~4 4~5 5~6 椎间盘突出 37 例、C₅₋₆ 6~7 椎间盘突出 50 例。临床分型及分级参照全国颈椎病专题座谈会所定标准¹而定。本组 87 例脊髓型 24 例,神经根型 53

例,混合型 9 例,交感神经型 1 例,瘫痪分级情况为:I 级 3 例,II 级 11 例,III 级 4 例。

二、适应证及禁忌证

(一)适应证 ①患者症状、体征较重,影响日常生活和工作,经非手术治疗 2 个月无效者;②神经根或脊髓压迫症状加重及反复发作者;③症状突然发作确诊为颈椎间盘突出、脊髓受压明显者。

(二)禁忌证 ①临床症状、体征轻,经保守治疗或休息有效者;②虽有临床症状,但影像学检查阴性者;③临床检查和影像学检查符合椎间盘突出,但有椎管内肿瘤或脊髓本身病变者、椎体感染者等;④病史过长,MRI 片示脊髓变性,估计术后不能恢复者;⑤椎间盘突出合并黄韧带肥厚、钙化、骨质增生颈椎管狭窄;⑥有严重心、脑血管病、出血性疾病或神经、精神疾病患者均属本手术治疗的非适应证²。

三、手术方法

(一)切割设备 自行设计颈椎间盘切割器,“C”型臂有影像增强器大型 X 线机。

(二)术前准备 ①术前 3~5 d 指导患者推移气管;②检查血常规、血沉、PT、PTT;③术前开始静滴抗生素;④术前 30 min 肌注镇静剂。

(三)手术方法 ①患者仰卧于 X 线诊断床上,肩部垫以 5cm 高软枕,使头、颈部后伸,便于手术操作;X 线机置水平侧位;②取右前入路、电视导向下操作。局部皮肤消毒,无菌下利多卡因麻醉切开皮肤 3~4 mm;左手拇指向左侧推移气管,右手持定

作者单位:121001 锦州市 中国人民解放军第二〇五医院骨科(赵建华、梁棉、梁兆本) 沈阳铁路局总医院介入科(池宝成) 锦州铁路分局山海关铁路医院骨科(王永述) 锦州市 65659 部队卫生队(康维东)

位针沿手拇指甲与气管右缘约与脊柱矢状面 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 斜向左后方刺入病变椎间隙内,切勿穿过椎体后缘,沿定位针逐级插入扩张套管及工作套管致椎体前缘,取出扩张套管,用环锯钻开纤维环,用髓核钳夹取髓核,至无髓核夹除,插入切割器扇形切吸髓核约 $5 \sim 10$ min,内拉复位 $2 \sim 3$ 次,关掉负压取出切割器和工作套管,止血、缝合,术毕。术后应用 1 周抗生素。术中注意询问有无异常感觉,避免神经损伤 ③ 术后 2 周、2、3、6 和 12 个月随访,观察疗效。

(四) 疗效标准评定 参考外科手术标准而定^[3] ① 优:术后 2 周内临床症状、体征完全消失,1 个月内恢复原工作;② 良:术后 1 个月内主要症状、体征消失,个别症状减轻,1 个月内可以恢复原工作;③ 有效:症状、体征部分消失,有 1 或 2 项体征存在 3 个月完全消失,但能做较轻的工作;④ 无效:症状、体征无改善。

结 果

本组 87 例中优 79 例,良 7 例,有效 1 例,未发生严重并发症,1 例术中由于肩背部垫枕过高,手术时间 70 min,术后患者症状、体征加重,40 d 后恢复,与杨克勤等^[4]所述相符^[4]。术中 1 例在钻纤维环时出血较多(约 20 ml),另 1 例对侧肩部及颈部疼痛,经对症治疗消失。

讨 论

一、PCD 治疗颈椎间盘突出症的原理

通过纤维环、环锯钻孔开窗,摘除髓核进行有效的机械减压,虽 MRI 复查部分患者外突的纤维环并没有还纳,但纤维环内已无压力,不再构成对脊髓神

经根的机械压迫。

二、效果分析评析

在本组 87 例中,疗效优 79 例,良 7 例,有效 1 例。从我们有限病例疗效来看,较国内采用前入路外科手术优良率 90.1% ^[3] 为高,我们认为主要是病例数较少和适应证选择不同有关。我们自行设计外切割器前端为开口式,内切割器为双面管刃型。操作较为方便。

三、并发症

整个 PCD 操作过程中要在电视透视导向下进行。穿刺椎间盘过程中,侧位观察定位针,不要穿过椎体后缘,以免伤及脊髓,造成严重并发症。穿刺角度与矢状面夹角勿过大,一般 15° 即可。另外手术过程中肩、背部勿垫过高,本组 1 例由于黄韧带肥厚,肩、背部垫枕过高,头、颈部过度后伸,致术后患者症状、体征加重,40 d 才恢复,由于颈部过度后伸,肥厚的黄韧带,皱褶内突,引起椎管更加狭窄^[4],加之电动切割器在椎间隙前端抵住后缘的震动关系所致。

PCD 操作过程中无菌至关重要,操作室要严格消毒,术前、后常规应用抗生素,术前、后检测红细胞沉降率,以便早期发现感染,得到及时处理。

参 考 文 献

- 1 张之虎. 全国颈椎病专题座谈会简介. 中华外科杂志, 1985, 23: 57.
- 2 池宝成, 潘鑫, 高淑兰, 等. 经皮穿刺摘除颈椎间盘突出症. 介入放射学杂志, 1998, 2: 105.
- 3 殷华符, 张之虎. 前入路手术治疗颈椎间盘突出症及颈椎病远期疗效观察. 北京医科大学学报, 1975, 3: 152.
- 4 杨克勤, 张之虎, 主编. 颈椎病. 北京: 人民卫生出版社, 1981: 167.

(收稿日期 2002-07-05)

· 临床经验 ·

鼻泪管支架的临床应用

侯庆荣 舒克周 田联玉

鼻泪管支架是一种聚胺脂内涵管, 1996 年 Song 等^[1]即用于治疗鼻泪管阻塞, 取得良好疗效。我院自 1998 年 12 月至 2001 年 10 月间对 23 例 27 侧鼻泪管阻塞患者施行鼻泪管支架介入治疗, 亦取得较

为满意的疗效。

材料和方法

一、临床资料

本组 23 例患者中女 19 例, 男 4 例。年龄为 $14 \sim 65$ 岁, 平均年龄 42 岁。病程 $1 \sim 10$ 年不等, 平均 4.8 年。双侧同时阻塞 4 例, 均为女性。临床溢泪

经皮穿刺椎间盘摘除术治疗颈椎间盘突出症

作者: 赵建华, 梁棉, 梁兆本, 池宝成, 王永述, 康维东
作者单位: 赵建华, 梁棉, 梁兆本 (121001, 锦州市, 中国人民解放军第二〇五医院骨科), 池宝成 (沈阳铁路局总医院介入科), 王永述 (锦州铁路分局山海关铁路医院骨科), 康维东 (锦州市65659部队卫生队)
刊名: 介入放射学杂志 ISTIC PKU
英文刊名: JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY
年, 卷(期): 2003, 12 (2)
被引用次数: 0次

参考文献(4条)

1. 张之虎 全国颈椎病专题座谈会简介 1985
2. 池宝成, 潘鑫, 高淑兰 经皮穿刺摘除颈椎间盘治疗颈椎间盘突出[期刊论文]-介入放射学杂志 1998 (02)
3. 殷华符, 张之虎 前入路手术治疗颈椎间盘突出症及颈椎病远期疗效观察 1975
4. 杨克勤, 张之虎 颈椎病 1981

本文链接: http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200302023.aspx
授权使用: 西安交通大学(xajtdx), 授权号: b27c0bf2-4617-4744-8683-9e4100d336e8

下载时间: 2010年12月3日