

球炎症的表现。浮肿、高血压及循环充血为钠水潴留的症状。而两者出现的程度因人而异,差别较大。本病可能为未发生血尿,蛋白尿之前,而先出现钠水潴留的肾外症状。也有人认为可能由于血尿较轻呈一过性而未

五、治疗与预后

本病的治疗与急性肾炎相同。41例中有

2例并发高血压脑病。经用利血平和速尿治愈,本病预后较好。

(本文承蒙江西医学院徐雷儿副教授指导,谨此志谢)

参 考 资 料

- 1、岩山精三 他:国外医学(儿科学分册), 4:222, 1981
- 2、杨霁云:小儿肾脏病学, 136, 人民卫生出版社, 北京, 1983
- 3、赵松乔:中华儿科杂志, 5:295, 1984

下 腰 椎 退 变 型 椎 管 狭 窄 症

(附32例分析)

江西医学院 伤骨科教研组
附院 骨伤科
南昌市中西医结合医院 骨科
江西省第二人民医院 骨科

肖永安 邓远明 杨伟民
万相印 彭太平
周永进
詹占高

腰椎管狭窄症有原发性和继发性两类,后者包括退变性、脊椎滑脱、医源性、外伤性、⁽¹⁾复合性、杂类(如氟骨症、畸形性关节炎)6型Getty⁽²⁾氏认为,退变型发生率最高。

自1978年以来,我们共收治了腰椎管狭窄症43例,内中经手术证实属退变型椎管狭窄症32例,术后均获得了较为满意的疗效。现将本组病例简要介绍如下。

临 床 资 料

一、一般情况

32例患者中,男29例,女3例,年龄24~63岁,平均40.6岁。其中有外伤史者25例(78%)。病程最短者2月,最长者20年,平均6年另5个月。

二、症状与体征

患者的主要症状、体征见表1。

三、X线平片

本组32例患者中,腰椎正侧位X线平片显示,部分患者有某些退变性改变(见表2)。

四、椎管造影

本组32例术前均采用碘苯脂3ml作椎管造影,结果均显示有不同程度的充盈缺损,内中以完全性梗阻多见,具体情况见表3。

完全梗阻断面呈毛刷状、幕帘状,部分梗阻者油柱呈点滴样通过,摄片呈哑铃状或葫芦状改变。

五、手术方法及术中所见

手术全部采用硬膜外麻醉。按常规操作行椎板切除减压术。手术平面主要根据造影所见确定。手术过程中,根据硬膜囊减压情

表1 主要症状体征

症状、体征	例数	%
单纯慢性腰痛	8	25
单纯慢性腿痛	5	16
腰腿痛 (呈触电样)	单侧	16 50
	双侧	3 9
间歇跛行	19	60
神经功能障碍	小腿或鞍区麻木	9 28
	下肢感觉减退	5 16
脊柱侧弯	12	38
腰椎活动程度	前弯受限	5 16
	后伸受限	20 60
	过伸试验阳性	25 80
椎旁压痛	24	75
梨状肌压痛	5	16
直腿抬高试验(<70°)	22	69
拇趾背伸力减弱	8	25

表2 腰椎正侧位片

表现	例数	%
脊柱侧弯	12	38
椎间隙变窄	8	25
椎板密度增高	5	16
椎体缘骨赘	7	22
小关节突肥大	2	6

• 1例为多个椎体上下缘均呈凹面镜样改变,且L_{3,4,5}椎间孔充斥增生生物,骶椎呈隐性骶椎裂改变,双侧扁平髓、右侧股骨颈下内有多增生骨块。
况,脊髓管有无搏动来确定所应切除的椎板

表3 椎管造影结果

充盈状况	例数	%	附注
梗阻	部分	12 38	梗阻平面多在L _{4,5} 处或L _{4,5} ~S ₁ 处,少数在L _{3,4}
	完全	19 59	

表4 术中所见

发现	例数	%
单纯骨性因素	椎板肥厚(多为1.5~2cm)	8 25
	关节突肥大	2 6
单纯软组织因素	椎体后缘骨赘	1 3
	黄韧带肥厚	2 6
骨性因素+软组织因素	黄韧带肥厚+硬膜外粘连	5 16
	黄韧带肥厚+硬膜外粘连+椎间盘突出	3 9
椎管狭窄平面	椎板肥厚+黄韧带肥厚	7 22
	椎板肥厚+黄韧带肥厚+硬膜外粘连	3 9
狭窄部位	椎板肥厚+黄韧带肥厚+硬膜外粘连+椎间盘突出	1 3
	L ₄ ~5	17 53
	L _{4,5} ~S ₁	12 38
	L ₃ ~5	3 9
椎管狭窄部位	椎管	14 44
	椎管+侧隐窝	9 28
	椎管+侧隐窝+椎间孔	6 19
	椎管+椎间孔	3 9

范围。本组32例中,行L₃₋₅全椎板切除者3例,行L₄₋₅全椎板切除者14例,行L₄₋₅S₁全椎板切除者12例,行L₄₋₅半椎板切除者3例。共有26例分别切除了L₃₋₅或L₄₋₅椎体的一个关节突。本组32例术中见到脊髓管搏动已消失者29例,经手术减压后24例立即可见脊髓管恢复正常搏动。

术中常规探查梗阻平面上下两侧之侧隐窝和椎间孔。如发现神经根部受压,应及时仔细扩大侧隐窝和椎间孔。

椎板切除后,仅2例采用石膏围腰固定,其余不作内固定。而采取卧硬板床休息3~6个月。

六、疗效

出院后经1~2年的随访,症状、体征消失,恢复原工作者30例(94%)。症状基本消失,可参加原工作,但患肢残留疼痛者2例(6%),内有1例系渔民,术前弯腰感双下肢麻木酸痛,术后有1侧下肢仍残留疼痛,患者自述“少开了一刀”,究其原因应是疼痛侧之椎板减压不充分所致。

讨 论

一、发病机理

本组患者X线可见有,椎间隙变窄,椎板肥厚、密度增高,椎体缘骨刺和关节突肥大及黄韧带肥厚等,上述病理变化作为本是退变型椎管狭窄症的依据基础。

此症发生原因主要是退变和损伤。本组病例平均年龄都在40岁以上,大部分为体力劳动患者,长期的劳损、外伤也可加剧这一退变过程,且L₄~₅活动范围大,易受伤,故此处多发。

二、诊断

(一)症状、体征

腰椎管狭窄症的症状和体征方面有两个特点,一是症状较多,但缺乏典型症状。二是症状较重,而体征多不明显,或体征比较轻微。

一般认为:间歇性跛行是腰椎管狭窄症表现最突出的症状。本组病例有间歇性跛行共19例(60%),也有的是以坐骨神经痛为主诉症状。故Nelson⁽²⁾氏将腰椎管狭窄症分为间歇性跛行与坐骨神经痛两型。但间歇性跛行也并非其特异症状,必须注意临床鉴别。

坐骨神经痛。合并有根性体征者,除了考虑腰椎管狭窄症外,尚应考虑患者是否患有中央型或多发性腰椎间盘突出症。腰椎管狭窄可以合并有腰椎间盘突出,本组有1例此类病人,两者术前难以鉴别。因为从理论上讲,陈旧性腰椎间盘突出症患者斜间隙的狭窄,必然会导致继发性黄韧带肥厚,因此也可造成腰椎管狭窄。而巨大的中央型椎间盘突出本身,实质上已构成腰椎管狭窄。

(二)X线平片

32例患者中,X线平片阳性者不多,但如果在平片上见到有椎间隙变窄,椎板密度增高,小关节突肥大等退变性改变,诊断可确立。

有作者⁽⁴⁾指出,凡腰椎管横径<25mm,矢状径<16mm时,可诊断为腰椎管狭窄症。本组32例中只有2例横径<25mm,3例矢状径<16mm,阳性率不高,因此看来,腰椎管径X线读片测量的临床意义不大。究其原因,正如陶甫氏⁽⁵⁾指出的两点,其一是摄片时因患者体位的倾斜旋转均可使显影不确切导致读片测量径线小于实际病变径线;其二则是因造成腰椎管狭窄的因素不少是由软组织病变所致。

(三)椎管造影

造影所见梗阻平面与术中所见基本一致,因此椎管造影检查可被认为是诊断的重要依据。通过造影,不仅可以确定有无狭窄,而且还可以准确显示狭窄的平面和范围,这些对临床诊断及确定手术部位和范围均具有重要意义。但缺点是无法显示椎管形态,亦不能显示侧隐窝和椎间孔。

三、治疗

腰椎退变型椎管狭窄症早期均取保守治疗,无效时才采用手术治疗。本组病例大多经历了1~5年,有的甚至长达10~20年的保守治疗。至就诊时,患者多疼痛难忍,严重影响生活和工作,有的丧失了劳动能力,

但就在此种情况下接受手术治疗,也获得了较为满意的疗效。

(一) 手术方法的选择

本组病例全部采用椎板切除或扩大椎板切除减压术。切除多大范围,原则上应是受压多少就切除多少,以达到充分减压之目的。在完成椎板切除、受压的硬膜囊得到充分减压后,可观察到脊髓管恢复搏动。同时,术者应探查梗阻平面上下两侧的侧隐窝和椎间孔,如发现神经根受压,则需仔细扩大侧隐窝和椎间孔,只要减压充分,临床症状就消失彻底,疗效亦就越令人满意。

(二) 手术结果的分析

Grabias氏⁽⁶⁾指出,30岁以下患者广泛切除椎板后,多易发生椎间不稳甚至导致脊椎滑脱。而30岁以上患者,由于退变代偿的结果,腰椎的稳定性增加,能较好地耐受广

泛的椎板切除术而不致于发生脊椎滑脱。本组病例年龄多在40岁以上,都未采用内固定术,经1~5年的随访,大都恢复原工作(包括强体力劳动者)而无1例发生腰椎滑脱者。

参 考 文 献

1. 李同光:天津医药,2:89,1978
2. Getty C.J.M.: J. Bone Joint Surg., [Br.], 62:481, 1980
3. Nelson M. A.: J. Bone Joint Surg., [Br.], 33:595, 1968
4. 北京医学院附属人民医院 外科骨科组、放射科编:骨科临床及x线检查的基本知识和方法,234,人民卫生出版社,北京,1976
5. 陶 甫:中华骨科杂志,3(1):19,1983
6. Grabias S.: J. Bone Joint Surg., [Am.] 62:308, 1980

直 背 综 合 征

(附3例报告)

江西医院 叶如馨

临床上有时于胸骨左缘2~3肋间可听到心脏明显的收缩期杂音,因而常被怀疑或诊断为“先天性心脏病”或其它心脏病,而病人却可以完全没有自觉症状,心电图、心向量图和超声心动图大多正常,这样,常给病人精神上,甚至给学习和就业带来不良后果。近年来,才认识到这是一种“假性心脏病”,通过X线检查可以发现患者胸椎上段生理后凸消失、变直甚或前凸,致使胸廓前后径变小,造成心脏受压和大血管的扭曲⁽¹⁾,称为“直背综合征”(Straight Back Syndrome)。这种病例,临床上并不少见,现就我院近年所见3例报告于后,以引起临床

上的重视。

病 例 报 告

例1,男,32岁,因颜面浮肿、尿少、发热,以急性肾炎于85年4月15日住院,经治疗后上述症状消失,但听诊发现胸骨左缘有4级收缩期杂音,血压120/80,心率74,律齐,心电图、超声心动图正常。追述病史曾多次心脏听到杂音,诊断为“心脏病”。后前位胸片双肺(-),心影不大,心胸比率0.48,左侧位胸片显示胸椎平直,胸骨后间隙及心后间隙均闭塞,胸廓前后径变窄。胸廓横径27.3cm,前后径9.5cm。横