

折时,体感诱发电位有时会出现波形改变,停止操作后波形会瞬即恢复,只要截骨刀不进入椎管内,操作是安全可靠的。②椎板回植时,要求把椎板前方骨化或肥厚的黄韧带、椎板内板去除后,再进行原位回植。在椎板间黄韧带处用粗丝线与两侧黄韧带缝合,将棘突与上下方棘突缝合完成固定,使截骨面对合满意,加上骶棘肌的作用,截骨面存在一定的压应力,便于融合。③对单纯胸椎间盘突出患者,可经侧后方入路,通过切除一侧关节突横突达到显露和切除前方突出椎间盘的目的^[4],保留对侧的部分后柱结构,维持脊柱稳定性。④多节段切除关节突、椎间盘切除过多的患者,应给予椎间植骨融合钉棒系统内固定。如一侧破坏,可以单侧固定,如两侧破坏则行双侧固定^[5]。对于切除椎间盘过多的患者,为便于植骨融合,椎间隙必须处理达椎体终板,将取下的关节突、肋骨骨质植入椎间隙。⑤切除椎间盘时,可先将突出椎间盘的前方切除,再用神经剥离子将突入椎管内的椎间盘与硬脊膜小心仔细分离,而后将之推向前方切除,可以避免反复操作伤及脊髓,提高了手术的安全性。⑥

胸椎的解剖结构特点使手术操作极易加重脊髓损伤程度。有条件的医院应常规行术中诱发电位监护。

4 参考文献

1. Tokuhashi Y, Matsuzaki H, Uematsu Y. Symptoms of thoracolumbar junction disc herniation [J]. Spine, 2001, 15, 26 (22): 512-518.
2. 彭新生,李佛保,廖威明,等.胸腰段椎间盘突出症的临床特点[J].中国脊柱脊髓杂志,2002,12(5):381-384.
3. Lawson KJ, Malycky J, Berry JL, et al. Lamina repair and replacement to control laminectomy membrane formation in dogs [J]. Spine, 1991, 16(Suppl): 222-225.
4. Levi N, Gjerris F, Dons K. Thoracic disc herniation. Unilateral transpedicular approach in 35 consecutive patients [J]. J Neurosurg Sci, 1999, 43(1): 37-42.
5. Simpson JM, Silveri CP, Simeone FA, et al. Thoracic disc herniation: re-evaluation of the posterior approach using a modified costotransversectomy [J]. Spine, 1993, 18(13): 1872-1877.

(收稿日期:2004-06-08 修回日期:2005-01-12)

(英文编审 郭万首)

(本文编辑 彭向峰)

热烈祝贺徐印坎教授九十华诞



徐印坎教授,1915 年生于江苏省武进县长队村一个中医家庭,1936 年考入南京军医学校,在黄埔军校五校接受六个月军事训练后开始读书;1937 年夏,抗日战争爆发,随学校曾迁移到广州、桂林,最后迁至贵州安顺;1941 年,在军医学校本科 28 期毕业。毕业后被分配到湘北第四军 59 师,赴抗日前线参加救治抗战将士,直到 1945 年抗战胜利。1949 年上海解放,留在华东医学院(后改名第二军医大学)及华东医学院附属医院,任外科主治军医,分科后任骨科主治军医。1950 年积极地参加了伟大的抗美援朝工作,1956 年在上海成立亚洲

第一所急症外科医院,徐教授当时任第二外科主任。1959 年急症外科医院并入原同济医院称第二附属医院(后来更名为长征医院),任该院骨科主任,副教授、教授等。徐教授曾任全军骨科专业组组长、上海骨科专业组组长、中华骨科杂志编委等职。徐教授不仅是长征医院骨科的奠基人,也为全国骨科事业的发展做了不懈的努力。他是我国进行断肢再植实验研究获得成功的最早学者之一。他和他的学生是颈椎前路减压环锯减压法的发明者,除此之外,他还有许多创新:如腰椎人工髓核及其注入器,腰椎前路环锯减压器,寰枢椎后弓固定器,椎板打孔器,枢椎齿状突骨折螺钉内固定器,椎板切开凿等。他培养了大批的进修生、研究生和骨科年轻医生,可谓“桃李满天下”,为我国骨科、脊柱外科,特别是颈椎外科做出了巨大贡献。目前徐教授虽然年事已高,但他仍非常关心骨科和脊柱外科事业的发展和进步。在徐教授九十华诞之际,我们衷心地祝贺徐老健康长寿!

感谢上海长征医院骨科供稿!

《中国脊柱脊髓杂志》编辑部