

不规则锯齿状改变者; (2) 有大块纤维环、软骨板或髓核组织块脱落游离进入椎管内者; (3) 突出物伸延至椎管, 伴有钙化骨化者; (4) 椎间盘突出合并腰椎管狭窄或侧隐窝狭窄, 以及腰椎不稳者; (5) 病史长, 经反复重手法推拿按摩或经化学溶核疗法失败等因素造成神经根粘连固定者; (6) 年龄较大, 尤其超过 45 岁以上, 因椎间盘变性明显, 椎间盘弹性程度降低者。本组 46 岁以上的 10 例患者, 疗效均不满意。这可能与椎间盘退变严重, 弹性回缩能力降低有关<sup>[3]</sup>。

椎间盘是无血运直接供应而仅以组织液维持新陈代谢的组织, 抗感染能力极差, 一旦发生感染, 症状常很剧烈, 治疗也比较困难。谷汉章<sup>[4]</sup>报道占总数的 6% 以上。Schreiber 等<sup>[5]</sup>报道的 109 例手术中有 8 例椎间盘炎, 占 7.3%。本组 2 例占 2.7%。在大部分医院该手术是在放射科完成, 无菌条件差, 是造成感染的主要原因。另外器械消毒不严格, 无菌操作观念不强等也是引起感染的因素。

APLD 虽然创伤很小, 但仍属于有创伤的深部操作, 加之切吸是在缺乏血运供应易于感染的部位进行, 故应充分注意加以预防。防止感染的有效措施是严格执行手术禁忌证。本组 2 例均有术前 3 d 发热上感。严格无菌技术, 按无菌手术室标准严格控制人员出入和着装, 按骨科无菌手术常规备皮, 手术前后连续使用抗生素, 术终前插管推入抗生素液, 将感染控制到最低限度。出院后应继续随访, 因为迟发性感染可能在手术 2 月后发生。

APLD 在临床应用方面已取得较大进展, 但这一

新的治疗技术, 目前尚处于发展、完善阶段。如何正确认识和使用该项新疗法, 对提高疗效至关重要。APLD 的出现丰富了腰椎间盘突出症的治疗手段, 但它绝不能代替该病的非手术治疗, 也不能完全取代外科手术疗法。大量的文献报道证实 APLD 只是对部分病例治疗效果良好, 这种治疗的局限性或有限性体现在治疗中必须严格选择适应证。它是腰椎间盘突出症非手术治疗无效者的首选疗法, 也是外科手术治疗之初优先选择的治疗方法。盲目乐观而滥用切吸技术, 是当前影响疗效提高的又一重要因素, 任何违背科学规律的作法, 只能导致治疗的失败和并发症的增多。只有在精确的定性、定位诊断基础上, 严格地选择适应证, 正确地运用操作技术, 才能取得满意的治疗效果<sup>[6]</sup>。

#### 4 参考文献

- 1 Macnab L. Negative disc exploration. An analysis of the causes of nerve root involvement in 68 patients. J Bone Joint Surg (Am), 1971, 53: 891
- 2 侯希敏, 崔海岩, 陈德喜等. 提高自动经皮穿刺腰椎间盘切吸术成功率的作法和体会. 中华骨科杂志, 1997, 5: 325
- 3 胡有谷编著. 腰椎间盘突出症. 北京: 人民卫生出版社, 1985. 70
- 4 谷汉章, 李承球. 经皮穿刺椎间盘切吸术的国内进展. 中国矫形外科杂志, 1995, 2: 36
- 5 Schreiber A, Snezawa Y, Hansjoerg L. Does percutaneous nucleotomy with discoscopy replace and result in treatment of herniated lumbar disc. Clin Orthop, 1989, 238: 35
- 6 党耕町, 杨克勤. 治疗腰椎间盘突出症的一项新技术. 中华骨科杂志, 1993, 1: 2

(收稿: 1997- 10- 16 修回: 1998- 01- 04)

## 发芽马铃薯中毒致肠源性青紫症 2 例

宋建丽 南京市小市医院 (南京 210000)

例 1, 男, 83 岁。因胸闷、气急、紫绀 4 h, 昏厥 1 次, 于 1997 年 6 月 28 日 16 时来我院。当日中午进食土豆、苋菜和米饭。无吐泻。查体: T 36.5, R 25 次/ min, P 100 次/分, Bp 16.0/10.7 kPa, 神清, 全身皮肤呈青紫色, 瞳孔(-), 颈软, 心律齐, 100 次/ min, 肺(-), 腹(-), 神经系统(-)。入院后即给予吸 O<sub>2</sub>, 50% GS 20 ml 加美蓝 40 mg 静脉推注, VC 加静脉补液治疗。同时给予清水洗胃。15 min 后症状开始缓解, 1 h 后症状全部消失。24 h 后出院。

例 2, 女, 38 岁。为例 1 之女, 因午餐进食凉粉和土豆出现胸闷、气急、紫绀、昏厥等同样的临床表现而入院。神清, 全身皮肤青紫, 经与例 1 同样的抢救措施而愈。

讨论: 上述两例为父女关系, 同食自家种的土豆, 土豆经曝晒, 表皮发绿, 食后引起中毒。经用美蓝等解毒处理而愈。马铃薯中毒在临床上不甚多见, 一般发芽马铃薯中毒的临床表现以

粘膜刺激、中枢神经系统麻醉及红细胞溶解为主。而该两例以肠源性青紫症为中毒表现, 临床上报道的不多。可能因本例所食土豆经曝晒后表皮发绿含有较多的亚硝酸盐, 食后亚硝酸盐进入血液使低铁血红蛋白变成高铁血红蛋白, 丧失携氧和释氧能力, 引起青紫。

肠源性青紫症(高铁血红蛋白血症)轻者除粘膜、指(趾)甲呈灰蓝色外, 可无其他症状。重者可有头晕、头痛、恶心、呕吐、气促、脉细速、血压下降等, 皮肤呈青紫色。严重者可出现昏迷、惊厥、呼吸困难、心律不齐、瞳孔散大、血压明显下降, 甚至呼吸衰竭、循环衰竭。上述两例属于重度中毒。治疗重症病人主要是用小剂量美蓝解毒, 机体内还原型辅酶 脱氢酶可使美蓝还原为白美蓝, 白美蓝能将高铁血红蛋白还原为低铁血红蛋白, 而使血红蛋白恢复携氧功能解除中毒症状。

(收稿: 1997- 09- 18 修回: 1998- 01- 16)