

经验交流

胸椎间盘突出症(附一例报告)

福建中医学院附属人民医院 王和鸣 陈新民 卢心宇

摘要:胸椎间盘突出症在临床中甚为罕见,约占所有椎间盘突出的1%。作者复习大量国内外文献资料,认为胸椎间盘突出的类型和部位是决定症状和体征的主要因素,临床可分为三型:

(1) 外侧型, (2) 中央型, (3) 旁中央型。

本文报告一例男性、32岁患者,入院后即连续硬膜外麻醉下行手术探查,发现胸椎8—9间隙后方椎间盘突出,取出椎间盘组织约 $0.6 \times 1.2\text{cm}$ 大小。

作者认为,胸段椎管较小,发生椎间盘突出后,容易压迫脊髓,一旦诊断确立,应急诊手术,术后配合中药、针灸、按摩及功能锻炼,可提高疗效。

胸椎间盘突出症在临床中甚为罕见,约占所有椎间盘突出的1%左右。成人的椎间盘共23块,其中颈部6块(第1~2颈椎间盘缺如),胸部12块,腰部5块。胸部椎间盘的数目虽占椎间盘总数一半以上,但因胸椎的活动远较颈、腰部为少,故胸椎间盘突出的发生率极低。胸椎间盘突出多发生于下部胸椎,赵雅度报告6例,其中位于胸2、3一例,胸3、4一例,胸4、5一例,胸10、11一例,胸11、12二例,下部胸椎间隙发生率占50%。

临床分型

胸椎间盘突出症没有很特殊的症状和体征,由于胸椎椎管管腔较小,因此当椎间盘突出时,易使脊髓和神经根受累。笔者复习国内外文献资料,认为胸椎间盘突出的类型和部位是决定症状和体征的主要因素,临床可分为三型:

(1) 外侧型:表现神经根痛和受累神经分布区的感觉障碍。因突出部位不同,可表现为

上臂内侧痛、肋骨区痛、下腹痛、腰痛或腹股沟放射性疼痛。

(2) 中央型:可致脊髓受压,发生截瘫,出现损害平面以下感觉,运动及大小便功能障碍。

(3) 旁中央型:表现神经根痛和半侧脊髓受压,出现勃朗——色夸(Brown—Sequard)氏综合征。即损害平面以下同侧肢体中枢性瘫痪和深部感觉障碍,对侧肢体痛、温觉障碍。

诊断要点

本病罕见,术前作出明确诊断颇为困难,常被误诊,下述情况有助于本病之诊断。

(1) 损伤:胸椎间盘突出多系退行性变所致,发病迟缓者可无明显外伤史,急性发病者多与损伤有关。

(2) 发生上述胸部神经根或脊髓受压症状。

(3) 胸椎X线平片表现脊柱变直,生理弯曲度消失,受累椎间隙狭窄,椎体边缘致密或增生,椎管内钙化阴影等。

(4) 脊髓造影可呈现完全性梗阻(中央型),部分梗阻或充盈缺损(旁中央型或外侧型)。

(5) CT检查:可见椎间盘突入椎管内,呈高密度影。

病例报告

患者男性,32岁,住院号16854。以搬重物后双下肢瘫痪、二便功能障碍三天为主诉,于1990年2月23日入院。患者三天前弯腰搬石块时,腰背部突然扭伤,出现“咯噎”声响,随即双下肢麻木、酸楚、不能站立与自主活动,大小便不能自解。辗转两处医院,X线摄片报告:“胸椎骨质未见异常”,因诊断不明,

遂转入我院。患者既往身体素健,无其他外伤及腰背疼痛病史。检查: T₈、T₉棘突压痛(+),叩击痛(+),脐至脐下2 cm间为痛觉减退区,脐下2 cm以下痛觉与触觉消失,双下肢深感觉消失。下肢肌力:左侧0级,右侧0~1级。双膝跟腱反射亢进,踝阵挛(+),Babinski征(+),Shaddock征(+),腹壁反射、提睾反射存在。CT扫描报告:“T₈₋₉椎管内占位,有一高密度影,大小1.0×0.5cm,考虑椎间盘突出可能性大”。

入院后即在连续硬膜外麻醉下行手术探查,切除T₈、T₉全椎板,见该处硬脊膜水肿,无脊髓搏动,T₈₋₉间隙后方可触及一弹性肿物,突入椎管,压迫脊髓。用神经剥离器轻轻牵开脊髓与神经根,充分暴露突出的椎间盘,由于椎间盘受挤压,发白的髓核自破裂口处如挤牙膏似地自行逸出,取出椎间盘组织共约0.6×1.2cm大小,但硬膜搏动仍不明显,导尿管插入探查,椎管上下通畅。术前、术后予以激素、脱水、抗炎、止血等措施,伤口一期愈合。术后还配合口服中药、针灸和按摩等方法。中药分为三期辨证:早期(术后2周内),予以活血化瘀,行气止痛,方用:归尾12克、川芎9克、赤芍9克、制乳香6克、制没药6克、地鳖虫6克、红花6克、泽兰6克、牛膝9克、乌药9克、威灵仙9克。中期(术后3~6周),予以活血续筋、和营生新,方用:归尾12克、川芎9克、白芍9克、赤芍9克、制乳香6克、制没药6克、川续断12克、牛膝9克、骨碎补12克、生地黄12克。后期(7周以后),予以养气血、补肝肾,方用:当归12克、白芍9克、党参15克、白术9克、黄芪15克、川续断12克、杜仲12克、牛膝9克、桑寄生12克、丹皮9克、五加皮10克。针灸主穴取华佗夹脊、足三里、委中,配穴取血海、梁丘、阳陵泉、三阴交、解溪、环跳、承筋、承山、昆仑。每日选1~2个主穴,3~4个配穴。此外,在腰背部、双下肢每日施以按、摩、

推、揉、擦、滚、摇等理筋手法。术后三个月,左侧下肢触觉已恢复正常,右侧下肢触觉稍减退,脐下痛觉稍减退,双下肢肌力提高,左侧达2~3级,右侧达3~4级;二便功能已恢复正常;膝反射与跟腱反射仍亢进,踝阵挛(+);患者可扶拐下地行走。

讨 论

(1) 胸椎间盘突出症临床较罕见,其表现与椎管内肿瘤、炎症感染、骨质增生及外伤性截瘫等类型相似,故术前作出临床诊断比较困难,需结合病史(损伤)、临床表现(神经根或脊髓受压)及X线检查(脊髓造影或CT)综合分析。

(2) 中央型或旁中央型有脊髓受压者,一旦诊断确立,应急诊手术。胸段椎管较小,发生椎间盘突出后,容易直接压迫脊髓,同时由于脊髓前动脉或根动脉受压,而导致脊髓缺血、坏死,使截瘫难以恢复。本病例曾辗转两处医院,发病三天后才转入我院,故延误了手术时间,虽经精心治疗,术后两个月尚未能完全恢复肢体功能。

(3) 术后配合中药、针灸、按摩及功能锻炼,可提高疗效。

(4) 椎间盘切除时是否经硬脊膜内进行?各家意见不一。有人认为,切开硬脊膜容易造成脊髓或神经根粘连,故主张尽可能在硬膜外摘除突出的髓核;有人认为硬脊膜内手术暴露好,对脊髓损伤少,故主张应经硬脊膜内进行。本例在硬膜外探查时,髓核即从破裂口逸出。故我们认为:可先行硬膜外探查,若能充分暴露突出的椎间盘,即在硬膜外摘除;若暴露困难,不要勉强,可改为硬膜内手术。

(上接48页)

性。与正常骨比较,骨折骨的声音强度及自然频率降低,而输出电压增高。因此本方法可作为骨折愈合研究的基础。

(摘自《生物医学工程》1989,11:457-461)