

# 腰椎间盘突出症手术 治疗后效果不佳 15 例分析

甘肃省兰州市第二人民医院(730046) 张奋勇 韩韬

我院自 1984 年开展手术治疗腰椎间盘突出症以来,经一年以上病例随访,有 15 位患者术后效果不佳,现报告如下:

### 临床资料

15 例中,男 9 例,女 6 例;年龄最大 58 岁,最小 26 岁;病史最长 3 年,最短 1 月;15 例中有 11 例行椎管造影确诊,4 例行椎管造影及 CT 检查确诊,其中 L<sub>3-4</sub> 间盘突出 2 个, L<sub>4-5</sub> 为 8 个, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 为 8 个。15 例患者均主诉有腰腿痛,阳性体征为腰部活动不同程度受限,椎旁有压痛点,并向下肢放射,直腿抬高及加强试验均(+),下肢肌力及感觉不同程度减弱。

### 手术方法

均采用连续硬膜外麻醉,患者取侧卧位,14 例行全椎板切除,1 例行半椎板切除,显露硬脊膜,在直视下行突出髓核摘除术。

### 治疗结果

15 例患者术后无一例感染,平均住院 1 月后出院,有 4 例近期疗效良好,但经一年以上随访,有 8 例症状同术前,无明显变化,7 例较术前加重,主要表现在仍有腰腿痛,肌力及感觉未好转。

### 原因分析

15 例椎间盘突出症、术前诊断均明确,术中均摘除了突出髓核,但症状未缓解,其中 7 例反而加重,进一步分析病例及手术过程,考虑失误原因如下:髓核切除不完全 1 例,术中错取髓核 1 例,术前、术中忽视了神经根卡压情况 4 例,忽视了合并有椎管狭窄 4 例,术中破坏了多个椎间关节而未行固定或融合术

1 例,手术后合并脑脊液漏 2 例,出现血肿机化压迫 2 例。

### 预防措施

术前应详细询问病史及体格检查,明确椎间盘突出是否合并有神经根卡压情况,是否合并有椎管狭窄,如怀疑有神经根卡压情况,建议除椎管造影外,应行 CT 检查以明确诊断。术前应行棘旁亚甲蓝定位,以便术中正确定位突出间盘,不能仅凭髂嵴连线,本文有一例错取髓核就是未行术前定位而术中凭借髂嵴连线定位造成失误。术中应操作仔细,髓核切除完全,如有神经根卡压,应同时行神经根松解术,本文有 4 例因术前及术中未考虑神经根卡压情况而未予松解,造成术后疗效不佳。另外,如合并有椎管狭窄,应明确诊断,彻底减压,建议行全椎板切除,以便彻底减压。手术中如出现硬脊膜破裂,最好给予缝合或修补,同时处理好周围软组织,以免术后脑脊液漏而影响手术效果,本文有 2 例即此种情况。同时,手术中止血应彻底,必要时行负压引流,以减少血肿极化压迫脊髓及神经根。术后如有脊柱不稳定,应同时行脊柱融合固定术,这样可防止因脊柱不稳引起的并发症。

编者按:本文能如实报导手术失败的原因及教训,这种实事求是的文风应该提倡。腰椎间盘突出和椎管狭窄是难度较大的手术,手术应抓住三个中心环节,即术前严格掌握手术和手术治疗的适应症;明确定性定位诊断;正确合理的操作技术;手术过程中无血操作,使能清楚分辨突出部位大小、形态和神经根受压情况,无误的判定受累椎间隙是手术成功的关键。