

经皮松解术治疗第三腰椎横突综合征

河南省襄城县骨科医院 (461700)

王相奇 李松林 王相友* 刘擎国** 虎小君 雷春霞

自 1989 年以来我们采用经皮松解术与外科手术作对照,对 103 例重症第三腰椎横突综合征病人进行了临床观察,现报告如下。

临床资料

本组 103 例均为经过 2 个月以上的非手术治疗效果不显或多次复发而病情较重,影响工作与生活者。其中病程最长 16 年,最短 3 个月;年龄 17~65 岁;单侧发病 82 例,双侧 21 例;腰痛、臀痛,并波及股后者 62 例,波及股内收肌者 47 例,波及小腿者(踝关节以上)30 例,波及下腹部者 6 例;查体第三腰椎横突处均有明显压痛,腰肌较健侧紧张丰满;95 例伴有臀中肌后缘压痛,伴内收肌附丽处压痛 47 例,第三腰椎横突处有明显结节伴臀中肌筋膜有条索硬块者 42 例,直腿抬高试验 45°以下者 11 例;随机分为两组,经皮松解组 78 例,外科手术组 25 例,两组病情基本相同。

治疗方法

1. 经皮松解术:患者俯卧位,取第 2、3 腰椎棘间隙中点旁开 2~3.5cm(第 3 腰椎横突压痛点),用龙胆紫标记定位。常规消毒铺巾,1%利多卡因 20ml 做局部麻醉。在定位标记处取一约 0.6~1.0cm 切口,血管钳钝性分离至横突,用微型骨膜剥离器将横突周围进行剥离,使周围粘连之筋膜组织充分松解;切断附丽在横突尖部的肌纤维,椎板咬骨钳切除横突 1~2cm,使受“卡压”的神经血管束得到彻底松解,手术即告结束。皮肤缝合一针或用创可贴敷伤口。对臀中肌筋膜有条索硬块者,用改制针刀进行纵行剥离松解。术后即可下床活动并进行腰背肌及直腿抬高锻炼,以巩固其疗效。

2. 手术方法:在髂棘肌外侧自第 12 肋下缘至髂嵴上缘做 15cm 切口,暴露第 3 腰椎横突后切除松解增厚的筋膜或疤痕组织,切断附丽于横突尖部的肌纤维,切

除第 3 腰横突 1~2cm,使“卡压”的神经血管束得到彻底松解。对伴臀上皮神经部位条索状物及压痛明显者,可自腰,平面髂棘肌外缘向下至髂嵴部再沿髂嵴后缘向外延长 10cm,切除疤痕及变性脂肪组织,术后放置引流 48 小时。

治疗结果

1. 疗效标准:痊愈:临床症状消失,活动正常,随访一年无复发者;显效:腰腿痛大部减轻,局部压痛不明显,功能基本恢复,气候变化或劳累后稍有不舒适感;好转:症状较术前减轻或未完全消除,时轻时重,不能坚持正常工作;无效:症状减轻不明显或加重者。

2. 疗效评定:经皮松解组术后即可下床活动,5~7 天恢复工作,2 例合并腰椎间盘突出及椎管狭窄而失败。无出现感染及其它合并症。手术组住院时间平均 17.5 天,恢复工作时间平均 28 天,1 例出现伤口感染,1 例发生严重过敏反应。得到随访的 90 例(经皮组 65 例,对照组 25 例)随访时间最短 1 年,最长 6 年,平均 3.5 年,按上述标准评定结果,经皮组:痊愈 55 例,显效 7 例,无效 3 例;手术组:痊愈 13 例,显效 6 例,有效 3 例,无效 6 例。

体 会

经皮松解术治疗第 3 腰椎横突综合征是根据病理学、解剖学、组织学原理,使病变增厚瘢痕挛缩的筋膜得到充分松解,切断挛缩紧张的肌腱止点,切除部分横突,从而解除神经血管束的“卡压”,阻继软组织无菌炎性反应的“恶性”循环等不利因素,神经反射性疼痛症状亦随之消失。不需对其它部位的软组织进行广泛松解,避免破坏维持脊柱正常弧度的肌肉,疤痕挛缩,以及可能发生的神源性关节炎及术后感染再次粘连等合并症。