

手术治疗中老年人腰椎间盘突出症 252 例

江西省新余市人民医院 (336500)

温晓阳 胡文斌 宋洪如

1986 年 1 月~1996 年 4 月,手术治疗中、老年人腰椎间盘突出症 252 例,现结合病理、临床特点报告如下。

临床资料

一般资料:本组 252 例中男 187 例,女 65 例;年龄 46~75 岁;病程 3 月~20 年;病变部位:L₃₋₄18 例,L₄₋₅93 例,L_{5-S1}10 例,L₄₋₅、L_{5-S1} 双间隙 31 例;单纯性椎间盘突出症 57 例,合并中央椎管狭窄 123 例,伴神经根管及侧隐窝狭窄 72 例,伴腰椎滑脱 12 例。

临床表现:本组 216 例既往有腰痛病史,所有病例发病以来均伴有下肢坐骨神经放射痛,其中单侧 81 例,双侧 176 例,静止状态下双下肢发麻 39 例,间歇性跛行 148 例,剧烈疼痛坐卧不安 23 例,腰椎生理前凸变小或消失 250 例,直腿抬高试验阳性 236 例,伸趾肌力减弱 229 例,27 例伴马鞍区麻木,12 例有足下垂,所有的患者均有相应的神经根支配区感觉减弱,9 例伴马鞍区痛觉障碍,反射减弱 112 例。

3. 影像学检查:所有患者腰椎 X 线平片上均有不同程度的退行性改变,包括相应的间隙变窄,椎体骨质增生,小关节增生内聚,生理性前屈减少或消失等,伴 I 度滑脱 6 例,II 度滑脱 6 例。本组病例全部经 CT 扫描,均提示髓核突出,72 例合并侧隐窝狭窄。

4. 术中所见及手术方式:本组 252 例中均有不同程度黄韧带肥厚,硬膜外脂肪减少或消失,椎板增厚,关节突肥大内聚。椎间盘突出形式:膨出型 11 例,明显突出但未破裂 156 例,破裂型 33 例,钙化基底坚固型 62 例。神经根均有不同程度受压,颜色苍白,与髓核发生粘连。

治疗方法

全部采用连硬膜外麻醉,取俯卧位。由髓核突出相应间隙进入。有 25 例行潜行棘突两侧开窗减压,黄韧带切除,髓核摘除术;有 182 例行半板扩大减压。髓核

摘除术,即充分切除黄韧带及棘突根部,扩大神经根管;有 30 例行全板切除减压,黄韧带切除,侧隐窝扩大,髓核摘除术,即彻底切除椎间盘及上下软骨板,取 1×1.5×1.5cm 髂骨块,柱状椎间嵌入植骨;有 15 例行全板减压,黄韧带切除,髓核摘除,侧隐窝扩大,棘突翻转 90°回植代椎板椎管扩大成形术。

治疗结果

252 例经 5 月~10 年随访。优:腰腿痛及脊柱侧凸完全消失 181 例;良:腰腿痛消失,小腿及足背仍有麻木 40 例;可:腰腿痛好转,未完全消失,尚能坚持一般劳动 25 例;差:术后症状改善不明显 6 例。优良率为 88%。

讨论

1. 中老年人的腰椎间盘突出症有着其特殊的病理特点,往往合并椎管狭窄,侧隐窝狭窄,椎体不稳。这就要求我们手术时既要彻底减压、神经根管扩大,又要防止因后柱切除后所引起腰椎不稳^{[1][2]}。根据 Denis 三柱理论,椎弓后侧部分缺失,可引起腰椎不稳,产生腰痛不适症状,重者可产生滑椎,所以椎体间植骨和棘突代椎板翻转回植椎管扩大成形术是稳定脊柱最佳方法。

2. 棘突翻转回植代椎板椎管扩大成形术,可以防止硬脊膜与肌肉的粘连及运动时肌肉产生对硬膜牵拉,或增厚瘢痕形成对硬脊膜新的压迫等并发症。总之,椎板截骨再植可恢复脊椎后柱结构,在防止粘连上有较好效果,不需另外取骨,是值得采用的。

参考文献

- 戴力杨,徐印坎,等. 后部结构切除时腰椎稳定性影响的生物力学研究. 中华骨科杂志 1988; 26: 272.
- 陆裕朴,王全平,等. 腰椎间盘突出症和腰椎管狭窄症的手术并发症. 中华骨科杂志 1992; 12: 241.

(收稿:1997-01-13 修回 1997-05-04)

1998 年征订启事

《中国医药学报》为双月刊,每期 80 页 定价为 4.8 元,全年 28.8 元。由河北省保定邮局发行,发行代号:18-90 欢迎订阅。