

# 腰椎间盘突出髓核摘除术后症状重现原因分析

四川省眉山县人民医院 (612160)

张 勇

笔者 1989 年~1994 年收治腰椎间盘突出症 68 例,行手术经后路椎间盘髓核摘除 24 例,术后 1 周~5 个月症状不同程度复发或症状未除者 7 例,经追踪随访、二次手术、CT 复查等,总结原因分析如下。

### 手术性因素

1. 椎间盘再突出:术中髓核摘除未尽,或破裂突入椎管内的纤维环切除不彻底或未切除,术后残余髓核突出或纤维环水肿、粘连而压迫神经根。

2. 神经根损伤:术中不同程度的神经根损伤,如电烙损伤、钳夹损伤、神经根牵拉过度过久,致神经根充血、水肿,乃至损伤后粘连,术后均有不同程度的神经根症状再现。

3. 错切椎间盘:术中定位错误,应该切除的椎间盘未作切除,神经根受压因素依然存在。

4. 漏切椎间盘:个别特殊病例,同时有相邻两个椎间盘突出,术中只切除了明显突出者,术后由于脊柱纵向受力,原不明显突出者变成了“出林笋子先遭难”,致使症状重现(当然,不排除无指征切除的这种椎间盘)。

5. 止血不严:术中止血不彻底致椎管内形成血凝块,逐渐增大而压迫神经根;或术中椎管内出血,填塞止血纱布、明胶海绵过多,且位于神经根周围,它们被机化吸收前直接压迫神经根。

### 诊断性因素

1. 定位错误:如过度椎畸形,椎间盘序数错位导致手术定位错误而错切椎间盘。为避免发生此情况,读片和手术时均应以肋骨确定 12 胸椎后依次下数确定应该切除的病理性椎间盘。

2. 临床诊断欠准确:术前单凭症状、体征来确定哪个椎间盘突出,因各种原因忽视了做 CT 等诊断定位,术中可能造成错切或漏切椎间盘。

3. 手术指征不全:虽经 CT 或椎管造影检查,但为椎间盘膨出,且程度不显著者,同时并有其它腰椎疾患(如椎管狭窄、椎间孔骨性狭窄、椎管内肿瘤等)共致腰腿痛者,在病员强烈要求手术下单纯作了椎间盘手术,而从根本上尚未解除症状者。

4. 误诊:因多种原因诊断错误,盲目手术切除椎间盘而症状尚存(如马尾肿瘤误诊为椎间盘突出症)。

### 并发症因素

1. 术后椎体滑脱:如 L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 椎间盘突出,由于摘除了髓核及切除了部分纤维环,两椎体间固定连接装置受到破坏,术后因外力或姿态不当,较正常人更易出现腰椎滑脱,导致腰痛症状出现。

2. 术后神经根粘连:术中椎管内出血、神经根本身的损伤,术后双下肢短时间内的活动度减弱等,均可致神经根的椎管内段、椎间孔段不同程度粘连。故术后 2~3 天开始鼓励病员多做直腿抬高活动,以牵拉神经根防止粘连。

3. 新病灶的出现:术后邻近椎间盘新的突出、马尾肿瘤、腰椎骨折、腰椎管狭窄、腰椎小关节综合征、梨状肌综合征等等,均可出现类似症状,可通过具体详细的症状、体征、病史特点或 CT、椎管造影、MRI 等鉴别诊断。

4. 术后后纵韧带病变:椎间盘髓核摘除术后后纵韧带与破裂的纤维环粘连、纤维化、肥厚,甚至远期出现后纵韧带钙化,因其占据椎管内一定容积,常见其压迫硬膜囊及神经根,雷同于椎间盘突出原理。

综上所述,无论术前、术中、术后,如能认真、仔细、耐心地诊断和操作手术,指导病员正确活动,均能尽可能减少术后并发症的出现。

(收稿:1995—04—24)

## 安徽省高校科技函授总部中医函授面向全国招生 省教委办学许可证 0192005 号

为给广大中医爱好者开辟自学成长、自谋职业之路,以解决晋升、开业和应聘的需要,本专业继续面向全国常年招生。本部建校十年,已有丰富的教学经验和完善的师资队伍。开设十二门中西医结合课程,各科均由专家教授全面辅导教学。选用《全国高等中医学院函授教材》,与高等教育中医自学考试紧密配合,确保大专水平。凡初中以上文化程度者均可报名,汇款 5 元至“236000 安徽阜阳高函办公室”即寄简章。电话:0558-2318260。