

手术治疗腰椎间盘突出症伴侧隐窝狭窄 47 例

王家余 陈友纳

安徽肥西县三河医院(231221)

我院自 1988 年至今共收治腰椎间盘突出症伴侧隐窝狭窄 47 例, 手术后经 1~7 年的随访效果满意, 报告如下。

临床资料

1. 一般资料: 47 例中男 26 例, 女 21 例; 年龄 38~63 岁; 病程 1 年~28 年;

2. 临床表现: 所有病人均有腰腿痛病史。18 例双侧下肢疼痛, 12 例为左下肢疼, 17 例为右下肢疼痛, 36 例有间歇性跛行, 12 例有小腿肌肉萎缩或趾背伸肌力减弱, 18 例小腿外侧及足背麻木, 32 例直腿抬高小于 60° 加强试验(+)。所有病人均有椎旁压痛, 叩击痛, 其中 37 例有典型的沿神经根放射性疼痛。全部病人均接受过不同时间、不同方式的保守治疗, 症状反复发作。全部病人均拍腰椎正侧位片及 CT 扫描。

3. 治疗结果: 症状全部消失, 恢复原工作者 33 例。症状基本消失, 足背及小腿外侧轻度麻木或异样感觉, 不影响生活及工作者 12 例。症状大部分缓解, 腰腿轻度酸痛者 2 例。

治疗方法

1. 手术方法: 采用局麻或连续硬膜外麻醉。俯卧位, 两髂嵴垫高, 以减少腹部受压。取后正中切口, 紧贴棘突及椎板剥离肌肉, 显露出棘突、椎板及小关节突。根据术前定位, 结合术中提拉 L₅ 棘突, 进一步确定病变的椎间隙。切除病变间隙的棘突黄韧带及上下缘椎板少许, 暴露硬脊膜及相应的神经根, 根据临床表现, CT 所示, 结合术中情况, 扩大手术范围, 决定手术方式。47 例中行全椎板切除 28 例, 半椎板切除 19 例。术中去除明显增厚的椎板及黄韧带扩大侧隐窝, 充分松懈神经根周围组织的粘连, 13 例因狭窄严重, 切除了部分小关节, 另用切取的棘突行关节突间植骨。2 例滑脱者加横突间植骨。

2. 术中所见: L₅ 突出 28 例, L₅S₁ 突出 29 例, 双间隙突出 5 例, 中央型突出 16 例, 旁侧型 31 例。47 例均有不同程度的椎板及黄韧带肥厚。其中椎板厚 0.4~

1.2cm, 黄韧带厚为 0.5~1.1cm。全部病人有关节突肥大, 内聚, 使侧隐窝变窄。神经根大部分表现为苍白、水肿, 张力高不易推动, 椎管内静脉曲张。9 例椎间盘已完全突入椎管, 压迫硬膜囊及神经根并同神经根粘连, 其中 1 例在椎体后缘形成钙化。

讨论

1. 手术时机: 椎间盘突出形成后, 相应的椎间隙变窄, 椎体间松动不稳, 椎体后部结构负荷增加, 导致椎板肥厚, 黄韧带肥厚, 变性, 小关节突增生肥大, 使椎管及侧隐窝狭窄, 加重了椎间盘突出的症状, 这部分病人保守治疗效果不理想。故腰椎间盘突出症伴侧隐窝狭窄诊断明确后, 或经过一段时间的保守治疗症状不缓解, 应采取手术治疗。

2. 使受压的马尾及神经根充分减压: 手术过程中, 摘除突出的椎间盘后, 咬去肥厚的椎板, 黄韧带, 切除肥大, 内聚的小关节内侧部分, 使受压的神经根上下移动达 1cm。对关节突切除较多或术后可能出现腰椎不稳定因素者, 采用椎间关节突间植骨或加横突间植骨, 待术后麻醉作用消失后, 疼痛及神经根受压症状消失或缓解。本组 47 例中 13 例采用植骨, 仅 1 例术前存在滑脱者, 术后 3 年仍存在部分腰腿痛, 其余 12 例无明显的腰椎不稳。

3. 减少对神经根的刺激: 在手术过程中, 先将侧隐窝扩大, 咬除肥厚的黄韧带, 使神经根显露的充分些。在张力较小的一侧取出部分突出的髓核组织, 使神经根减张, 然后再分离硬膜及神经根的粘连, 进一步取出突出的髓核组织。本组 17 例中央型突出, 19 例旁侧型突出, 采用这种方法切除髓核, 术中未发现损伤, 术后恢复满意。

4. 正确的术后处理有利于康复: 术后椎管置引流片并适当的加压, 排出椎管内积血, 并应用适量的激素、脱水剂, 结合早期的抬腿、腰背肌锻炼, 有利于防止神经根的粘连, 促进神经功能的恢复。

(收稿: 1996-04-05)