

# 腰椎吻合棘

王新玲

江苏省赣榆县人民医院 (222100)

腰椎吻合棘或称棘间骨关节病, 或 Bastrup 病<sup>[1]</sup>。今收集我院 1990 年 6 月~ 1995 年 6 月间 286 例腰椎吻合棘, 就有关问题作以讨论。

## 临床资料

286 例中男 108 例, 女 178 例; 年龄 31~ 82 岁。286 例均有腰痛症状, 伴有棘突间压痛 213 例, 旋转或后仰时疼痛加重 167 例, 伴有下肢疼痛或/和感觉异常者 113 例。胸腰段区陈旧压缩骨折 21 例, 结核 10 例。

全部病例均使用常规腰椎正侧位片, 21 例加照过伸侧位片。其结果: (1) 发病部位: 同一病例可见一个或两个甚至三个吻合棘。(2) 形态: 棘突相互靠近, 相对处棘突增生、硬化, 甚至变平, 并形成假关节。关节面大多位于棘突后部分, 少数情况棘突大部分成为关节面。假关节间隙呈斜形、弧形或平直。(3) 腰段脊柱过度前凸。本组有 267 例。(4) 脊柱退行性改变。

## 讨论

1. 形成原因: 正常情况下腰椎棘突几乎呈水平走向, 相互间保持一定距离, 当棘突间距变小, 腰后伸时相互撞挤产生接触痛谓之吻合棘突。本症可分原发性和继发性两种。原发性的有先天性棘突过大, 或是由于棘上和棘间韧带的牵拉, 使附着在棘突上的韧带钙化, 增添了棘突后部的体积, 逐渐达到上下棘突接触程度。继发性则是由腰椎过度前凸或/和椎间盘狭窄, 腰段脊柱前凸程度过度, 造成其后方棘突被迫聚拢, 棘突间距缩小; 椎间盘退化, 使椎间隙变窄, 椎体下落, 则棘突也随之下移, 也可使棘突间距缩小。腰椎过度前凸可有水平骶椎, 肌肉韧带松弛, 脊柱失稳, 椎体滑脱, 姿势不良等因素引起; 再则可因胸腰段区椎体陈旧性压缩骨折或结核的椎体破坏, 局部产生明显后凸, 在其下方腰骶段产生代偿性前凸。

2. 病理变化: 相邻棘突的紧密接触导致棘上韧带的松弛与棘间韧带的损伤, 后者纤维形成和/或破裂产生潜在间隙, 韧带未受损部分伴有进行性增厚。棘突间反复撞挤, 刺激产生纤维炎性渗出, 滑膜化生与棘突间滑囊形成<sup>[2]</sup>。同时导致复盖于棘突相对表面的

组织缺失, 其下方骨质硬化, 由于这种过程继续, 相对处形成小面, 而侧缘产生骨刺。接触面走行可呈水平、斜形成弧形, 表面可出现纤维软骨, 其最深层可以钙化。随着病变进展, 滑膜可充分发育, 因而很像真正的关节<sup>[2]</sup>。

3. 临床表现: 下腰部疼痛, 腰前屈时疼痛减轻, 后伸时疼痛加重, 即所谓棘突间接触痛为本症的重要表现。压痛在棘突间, 压痛浅在。体表可见腰曲前凸增大, 骶骨显示上翘。

4. 诊断问题: 吻合棘突形成是一个逐渐过程, 在 X 射线片上尚未形成典型假关节之前患者就可有明显临床症状。棘突间距变化则是早期 X 射线表现。因此当棘突间距缩小, 并伴有局部临床症状及体征时, 应及时摄照腰椎过伸位片。本文 21 例摄有过伸位片, 均证实棘突后有异常接触。或者早期作诊断性治疗, 用 0.2~ 0.5% 普鲁卡因注入棘间韧带两侧, 麻醉后腰的后伸挤压痛消失, 此法诊断较为准确。而其典型 X 射线表现则是棘突间的异常接触伴有邻接棘突上下部分的硬化和变扁, 并形成假关节。

5. 了解腰椎吻合棘形成的临床意义: 腰麻或腰部硬脊膜外麻醉, 多采用正入穿刺技术<sup>[3]</sup>, 即在腰棘突间隙正中点作穿刺。棘突间假关节形成, 使腰穿针在行程中受阻, 即使改变针尖方向也无法深入, 致使正入穿刺失败。因此, 在腰部实施正入穿刺技术之前了解棘突间有无假关节形成, 有其重要临床意义。一可正确选择穿刺点或改用侧入穿刺技术。二可避免腰部韧带再损伤。

## 参考文献

1. 张兆琪译. 脊柱退行性病 II. 国外医学临床放射学分册, 1987, 10 (1): 36
2. 阳正星译. 脊椎棘突及有关软组织的年龄相关性变化 (X 线与病理对照). 国外医学临床放射学分册, 1986, 9 (6): 357
3. 谢柏樟. 麻醉手册. 北京. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1990. 252

(收稿: 1996- 04- 05)