

游离型腰椎间盘突出症 16 例分析

李书奎¹ 李建博¹ 裴宝岩² 何威¹

(1. 沧州市中心医院, 河北 沧州 061001; 2. 峰峰矿务局第一医院, 河北 邯郸)

自 1983 年以来共收治游离型腰椎间盘突出症 21 例, 现将临床资料及随访结果完整的 16 例分析讨论如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 16 例中男 12 例, 女 4 例; 年龄 24~ 55 岁。L₄/5 8 例, L₅/S₁ 7 例, L₃/4 1 例。病程 5 天~ 6 年。

1.2 影像学检查 腰椎 X 线正侧位片, 显示病变间隙狭窄 9 例, 侧弯畸形 7 例。椎管造影 10 例, 于椎间隙水平或附近有充盈缺损或梗阻, 不全梗阻 2 例, 完全梗阻 8 例; 毛刷状梗阻 3 例, 杯口状 3 例, 笔尖状 2 例。CT 检查 11 例, 显示椎管内有大块间盘密度组织, 不规则呈填塞状, 除在间隙水平可显示外, 在椎间孔和椎弓根平面也可显示。位于硬膜前侧 8 例, 侧前方 2 例, 侧方 1 例。

1.3 术中所见 本组全椎板切除 9 例, 半椎板切除 7 例。病变节段硬膜囊较正常颜色变浅发白, 触之硬膜前方或侧前方有硬韧突出物。根据间盘游离部位分硬膜囊外型 and 硬膜囊内型。

(1) 硬膜囊外型 12 例。游离间盘位于椎管内硬膜囊外。病程在一个月之内者 4 例, 突出物呈菜花状, 与硬膜、后纵韧带均无粘连, 很容易从一侧即能完全取出, 其中 1 例位于硬膜右侧, 压迫 L₅ 及 S₁ 神经根。病程在三个月以上者 4 例, 因游离间盘组织周围无菌性炎症反应, 与硬膜粘连, 呈硬韧团块状, 类似硬膜外肿瘤。

(2) 硬膜囊内型 4 例。病程均在半年以上, 突出游离的间盘均位于椎管中央, 硬膜与突出物间不能分开, 勉强分离会有脑脊液流出。自后正中切开硬膜, 见突出物呈菜花状, 呈暗褐色, 硬韧, 最大突出物 15mm × 10mm × 10mm。两侧马尾神经被挤向两侧, 两侧突出物表面有数条纵向走行的马尾神经通过。将马尾神经向两侧分离, 用棉片保护, 即可显露突出物全貌。自突出物基部用尖刀切开, 取净突出间盘组织。硬膜腹侧裂口尽量修复, 背侧硬膜锁边缝合。

椎管内游离的间盘组织摘除后, 要探查相应椎间隙, 将间隙内松动游离的间盘组织摘除干净。

1.4 治疗结果

术后随访 1.5 年至 6 年, 平均 2 年 3 个月, 9 例完全恢复, 7 例遗留不同程度麻木、乏力。

2 讨论

2.1 病因及病理变化 游离型腰椎间盘突出症是在腰间盘退变或突出的基础上, 腰部再有外伤或重手法推拿按摩, 在突然纵向挤压或扭转应力作用下, 已病变的间盘内的压力骤增, 使已病变薄弱的后方纤维环全层破裂, 间盘组织一次大量突出游离入椎管。游离的间盘组织可穿过或绕过后纵韧带直接

压迫硬膜囊, 为硬膜囊外型。或硬膜与病变的间盘组织粘连, 使硬膜变薄、变脆, 相对固定于椎管前壁, 当再次受至剪切应力时, 硬膜极易撕裂^[1], 使突出的间盘组织进入硬膜囊内, 压迫马尾及神经根, 称硬膜囊内型。游离的间盘组织有的与破裂口相连, 多数位于病变间隙水平或略上方。这种因间盘组织一次大量突出入椎管, 常造成广泛的马尾和神经根急性损害。出现下肢无力、鞍区麻木及二便障碍, 因此, 常与椎管内肿瘤相混淆。

2.2 诊断与鉴别诊断 本组病人具有如下特点: 绝大部分有慢性腰腿痛病史及反复出现的神经损伤表现(14/16); 腰部再次外伤后突然出现症状加重或马尾神经损伤体征(15/16); 直腿抬高试验阳性占 1/2; 休息后有不同程度缓解。原发或转移于椎管内的恶性肿瘤, 患者往往有腰腿部剧痛, 此类病人病程虽短, 但突然起病者不多。马尾部神经纤维瘤或先天性肿瘤的症状以双下肢运动、感觉及大小便功能障碍为主, 逐渐加重, 此类患者在休息时加重, 在站立或运动时反而减弱, 且无腰肌痉挛表现^[2]。椎管造影及 CT 检查确定病变部位有参考价值, 但根据梗阻形态及 CT 值很难区别游离型腰椎间盘突出与椎管内肿瘤。因游离型腰椎间盘突出病程长者, 周围炎性组织浸润包绕, 造影时也可出现类似椎管内肿瘤的杯口状改变, 本组有 3 例。MRI 或强化后 MRI 则对游离型腰椎间盘突出与肿瘤能很好区别, 对鉴别诊断意义较大。

2.3 治疗 游离型腰间盘突出症需手术治疗, 尤其是合并马尾神经损伤时需急诊手术, 尽早解除神经压迫^[3,4]。但急性马尾神经受压神经代偿功能差, 故手术后多遗留不同程度的神经损伤表现。根据造影及 CT 所示占位部位, 行全椎板或半椎板切除。近期大部分患者采用单侧部分半椎板切除, 此法手术创伤小, 脊柱稳定性影响小, 功能恢复快, 也能充分显露硬膜和神经根。全椎板切除仅用于老年患者合并双侧侧隐窝狭窄、发育性椎管狭窄及硬膜囊内型者。对于硬膜囊外型粘连严重的病例, 在突出间盘两侧仔细充分剥离, 然后分别由两侧摘除突出游离间盘组织, 在一般情况下, 尽可能避免经硬膜内摘除, 以减少对马尾神经的干扰。

参考文献

[1] 连平, 孙荣华, 刘大雄, 等. 腰椎间盘突出入硬膜囊内七例分析与病理机制探讨. 中华骨科杂志. 1994, 14(5): 294.

[2] 王忠诚. 神经外科学. 脊髓疾患. 北京: 人民卫生出版社, 1983. 217.

[3] Naylor A. The late result of Laminectomy for lumbar disc prolapse. J Bone Joint Surg(Br), 1974, 56: 17.

[4] 李书奎, 李建博, 杨洪泉, 等. 腰间盘突出症合并马尾综合征. 中国脊柱脊髓杂志, 1994, 4: 168.