

# 胸椎间盘突出症的外科治疗

唐长友<sup>1</sup> 陈松<sup>2</sup> 曾小鹏<sup>2</sup> 向清国<sup>3</sup> 罗建平<sup>3</sup>

(1. 湘西州中医院骨科, 湖南 吉首 461000; 2. 湘西州医院骨科; 3. 永顺县医院骨科)

**【摘要】** 目的 探讨胸椎间盘突出症的临床特点、手术与术后近期疗效的关系。方法 17 例胸椎间盘突出症患者均行后方入路侧前方减压术, 其中 3 例合并颈、腰椎间盘突出症患者先后或同时予以手术。结果 全部病例术后症状无加重, 14 例得到随访, 平均 4 年 2 个月(6 个月~ 6 年), 优良率 78. 4% (11/14)。结论 临床表现以胸髓损害为主, 侧前方减压摘除椎间盘是手术治疗胸椎间盘突出症的安全、有效方法, 同时应注意勿忽视多发椎间盘突出症(颈、腰)等合并病变的处理。

**【关键词】** 胸椎; 椎间盘移位; 外科手术

**Surgical treatment of the thoracic disc herniation** TANG Changyou, CHEN Song, ZENG Xiaopeng, et al. Department of Orthopaedics, Xiangxi Hospital of TCM (Hunan Jishou, 416000, China)

**【Abstract】 Objective** To explore the clinical characteristic of the thoracic disc herniation and the relationship between operative treatment and short term results **Methods** 17 cases of the thoracic disc herniation were operated from posterior approach and anterolateral decompression was done. Among them, 3 cases combined with the cervical or lumbar disc herniation were treated at the same time or first and after. **Results** The symptom in all the cases had not got bad after operation, 14 cases of them were followed up from 6 months to 6 years with an average of 4 year and 2 months. The excellent and good rate was 78. 6%. **Conclusion** The clinical symptoms mainly occurred as the injuries of the thoracic spinal cord. The anterolateral decompression to remove the disc herniation is a safe and effective operation for treatment of the thoracic disc herniation, meanwhile, complicated cervical/ lumbar disc herniation should not be ignored

**【Key words】** Thoracic vertebra; Intervertebral disk displacement; Surgery, operative

胸椎间盘突出症发病率低, 临床表现无特异性, 症状体征变化大, 有时又被并存的颈腰椎间盘突出症所掩盖, 从而引起误诊、漏诊和延迟诊断, 影响治疗效果。随着影像学技术的发展和对本病认识的提高, 近年来胸椎间盘突出症的报告也逐渐增多。我们自 1990 年 1 月— 2001 年 1 月经手术治疗胸椎间盘突出症 17 例, 现对其诊断、手术方法与近期疗效进行探讨。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本组 17 例, 男 11 例, 女 6 例; 年龄 29~ 69 岁, 平均 49. 3 岁。病程最短的为 10 d, 最长的为 11 年, 平均 2 年 8 个月。病人均为体力劳动者, 有坠落跌伤史者 5 例, 弯腰背重物致伤 1 例; 发病部位: T<sub>4</sub>, 5 例, T<sub>7</sub>, 8 例, T<sub>8</sub>, 9 例, T<sub>9</sub>, 10 例, T<sub>10</sub>, 11 例; T<sub>11</sub>, 12 例, T<sub>12</sub>L<sub>1</sub> 3 例; 合并胸椎黄韧带骨化 4 例, 胸椎后纵韧带骨化 5 例, 颈椎间盘突出症 1 例, 腰椎间盘突出症 2 例。

**1.2 临床表现** 1 例起病急, 为坠落伤, 16 例缓慢起病, 渐进性加重间或有缓解期, 症状多种多样, 主要表现为: 胸腰背痛或一侧、双侧下肢酸胀、乏力、麻木 7 例; 胸腹束带样感下肢麻木 4 例; 肋间神经痛 3 例; 间歇性跛行、二便障碍 2 例; 性功能减退 1 例。体格检查: 病损平面以下感觉减退或消失。完全截瘫 5 例, 呈上运动神经元瘫痪; 肌萎、肌力下降、肌张力低或踝膝反射减弱, 消失 6 例; 二便障碍 2 例; 腹壁反射、肛门反射减弱或消失 4 例。

**1.3 影像学检查** 17 例均拍摄胸椎正侧位 X 线片, MRI 检查 14 例, CT 6 例, CTM 1 例, X 线片仅表现胸椎不同程度退行性变, MRI 显示中央型突出 8 例, 旁中央突出 6 例, 1 例 CTM 显示突出节段梗阻, 6 例 CT 显示间盘突出并椎管狭窄或胸椎黄韧带骨化、胸椎后纵韧带骨化, 脊髓或神经根受压, 变细。

## 2 治疗方法

早期 1 例完全截瘫者行后路全椎板切除减压无

效于一年后行侧前方减压,余 16 例均行后方入路侧前方减压摘出突出间盘。方法是:后正中切口,依据 MRI 等提示显露突出重的一侧,术前、术中定位后,暴露该节段关节突关节、横突及肋横关节,切除肋横关节,经胸膜外入路沿下位椎弓根上缘小心分离达椎体侧前方和间盘后部,去除部分椎弓根,经椎体侧前方显露突出椎间盘并摘除,清除其他致压物,反复冲洗干净,置负压引流。术后常规卧床 6 周。

### 3 治疗结果

17 例术后脊髓功能无进一步损害。其中 14 例获得随访,平均为 4 年 2 个月(6 个月~6 年),根据 Otani 等分级方法评价<sup>[1]</sup>:优 5 例,脊髓损害症状消失,活动正常;良 6 例,症状改善明显,日常生活自理,胜任轻工作;一般 3 例,小便功能恢复,下肢可扶杖行走,日常生活勉强自理,不能胜任工作。

### 4 讨论

**4.1 早期诊断胸椎间盘突出症的意义** 胸椎间盘突出症是一种少见病,其发病率约为每年百万分之一<sup>[2]</sup>,其临床表现无特征性,脊髓压迫症状不典型,表现为胸、腹、背酸胀不适、疼痛,常误诊为胸腹其他疾患、慢性腰肌劳损,或被颈腰椎间盘突出症所掩盖而漏诊和延迟诊断,或与椎管内肿瘤相混淆。脊柱胸段恰为脊髓膨大所在,椎管内代偿间隙最小,且该中下段脊髓血供为末梢循环,十分脆弱,受伤后极易导致供血障碍、脊髓功能受损,进行性发展,后果严重,因此强调早期诊断早期手术减压以保护和挽救脊髓功能。在日常临床工作中对有下列症状者应警惕:①进行性双下肢麻木无力者;②胸腹束带感者;③二便及性功能障碍者;④肋间神经痛者;⑤椎管内占位手术后效不佳者;⑥反复发作胸腰背不适多方治疗无效者。

一旦怀疑胸椎间盘突出症就应作影像学检查,提供直观依据,常规 X 线片、CT、MRI 等酌情选做。MRI 可在轴位、矢状位、冠状位上建立清晰的立体概念,明确定位退变的椎间隙、突出物位置及其与周围结构、脊髓的关系,突出物的性质及胸椎黄韧带骨化症等合并症,因而 MRI 是目前诊断胸椎间盘突出症最为理想的影像学检查方法,本组 14 例行 MRI 检查均明确了诊断及突出物部位、程度,故应作首选常规检查方法。

**4.2 手术指征和方法选择** 胸椎间盘突出症原则上只要具备了相应临床表现和相关的影像学基础就可考虑手术,一旦出现神经功能损害时,则应尽早手术,因为唯有手术才能去除致压物改善和恢复受累脊髓的血供和功能。

胸椎间盘突出症的手术入路和方法还有争议。由于脊髓受齿状韧带、神经根及其本身椎管代偿间隙小的限制,前后位移很小,单纯后路全椎板切除、未去除真正致压物显然只能徒增损伤,而试图牵开脊髓囊摘除突出间盘会加重脊髓损害,应予放弃<sup>[3,4]</sup>。经胸腔侧前方入路椎间盘切除术<sup>[4]</sup>由于直视下显露突出的椎间盘,能避免对脊髓的损伤,但仅适用于医院条件好和病人体质好、多段或多处以及 T<sub>4</sub> 以下胸椎间盘突出症。后入路侧前方减压椎间盘切除术与上述方法比较,则明显简单、安全和有效。①暴露清楚,能有效防止脊髓误伤,手术安全;②直视下彻底切除所有致压物,减压彻底,疗效可靠,不需开胸,手术也大大简化。

**4.3 手术的疗效** 胸椎间盘突出症手术疗效的决定原因很多。为了提高疗效,就应该做到:熟悉脊神经与椎间孔、椎间盘与下位椎弓根及肋横突关节的解剖关系;术前、术中准确定位确保手术顺利进行;手术应在脊髓功能未有实质性损害之前进行;警惕椎管内肿瘤、颈腰椎间盘突出等合并症或予相应处理。

胸椎间盘突出症手术并发症有很多,它也是影响手术疗效的重要因素之一。常见有:脊髓损伤、切口感染、脑脊液漏、肺不张、乳糜胸等<sup>[5]</sup>,发生的原因与手术技术、病人体质、年龄、手术入路及方式有关。关键在于预防:术前细致的检查、定位、诊断,严格手术指征,选择适合的入路和方式,尚可减少或避免其发生。

#### 参考文献

- 1 Otani K, Yoshida M, Fuji E, et al. Thoracic disc herniation: Surgical treatment in 23 patients. *Spine*, 1988, 13: 126F-1266.
- 2 Fessler KG, Sturgill M. Complications of surgery for thoracic disc disease. *Surg Neural*, 1998, 46: 608-618.
- 3 Tirbolet N, Schnyger P, Livio J, et al. Transthoracique deshernies discales. *Neurochirurgia*, 1982, 28: 187-193.
- 4 李瑞明,姜延州,吴奋起,等.经胸腔侧前方入路治疗胸椎间盘突出症. *中华骨科杂志*, 1997, 17(8):492-499.
- 5 Morgan H, Abood C. Disc herniation at T<sub>1,2</sub>: Report of four cases and literature review. *J Neurosurg*, 1998, 88: 148-153.

(收稿:2002-04-20 编辑:李为农)