

腰 5 骶 1 结核 35 例临床分析

傅晨 刘兴炎 王晓峰 甄平 牛海平

(兰州军区总医院全军骨科中心,甘肃 兰州 730050)

【摘要】 目的 探讨腰 5 骶 1 结核的发病特点及治疗手段。方法 本组 35 例腰 5 骶 1 结核病人均给予正规、联用抗痨治疗 4 周后手术,其中单纯行经前路倒“八”字切口椎体病灶清除术者 26 例。5 例行经前路倒“八”字切口椎体病灶清除术合并椎管探查、病灶清除术。4 例先行经前路倒“八”字切口椎体病灶清除术,半年后 期行椎管探查、病灶清除术。结果 经 2~5 年随访,本组结核病人均已治愈,植骨均融合满意。其中 26 例腰椎活动度正常,无任何不适。其余 9 例遗留轻度腰痛,腰部活动度略受限,该 9 例中 4 例遗留下肢部分区域皮肤感觉麻木。结论 对于腰 5 骶 1 结核病例,误诊情况较普遍,强调抗痨治疗要充分、足量,对于该部位手术指征应放宽,术中要注意对下腔静脉分叉区域的正确处理。

【关键词】 骨科手术方法; 结核,骨关节; 回顾性研究

Analysis of 35 cases of the tuberculosis in the lumbar-sacral vertebrae FU Chen, LIU Xingyan, WANG Xiaofeng, et al. Department of Orthopaedics Surgery, The General Hospital of the PLA of Lanzhou (Gansu Lanzhou, 730050, China)

【Abstract】 Objective To investigate the clinical features and treatment of the fifth lumbar vertebrae and the first sacral vertebrae tuberculosis (FLFST). **Methods** 35 cases with FLFST were operated after regular combined with anti-tuberculous medication. Among them, 26 cases were operated for focal cleaning with simple front inverse “八” incision, intravertebral exploration and focal cleaning were conducted in 5 cases besides what had done above. 4 patients were operated for focal cleaning with simple front inverse “八” incision at first, 6 months later, intravertebral exploration and cleaning were conducted in secondary operation. **Results** After 2 to 5 years follow-up, all patients were cured and have a satisfactory fusion. 26 cases felt no discomfortable and have normal lumbar vertebral activity. 9 cases leaved slight back pain and limited lumbar motion. Among the 9 cases, 4 leaved partial skin hypoesthesia on lower limbs. **Conclusion** Patients with FLFST are easy to misdiagnosis. Full antituberculous medication was emphasis. The operation indication should be compromised to FLFST. It should be paid attention to the furcated regions in lower limbs vena.

【Key words】 Orthopaedics operative methods; Tuberculosis, bone joint; Retrospective studies

在临床骨科工作中,骨与关节结核尤其是脊柱结核一直是发病率较高的病种。尤其是在西北欠发达地区,结核病更为多发,近年来,我科共收治脊柱结核病人约千例,其中发病部位为腰 5 骶 1 者共 35 例,报告如下。

1 临床资料

本组共 35 例,其中男 26 例,女 9 例;年龄 15~57 岁,平均 39.5 岁。自出现腰骶部疼痛至诊断明确时间为 0.5~4.5 年,平均 1.2 年。X 线片表现均为腰 5 和(或)骶 1 椎体出现骨质破坏、形成大小不等的腔性骨缺损,有些病例合并有死骨。本组均行 CT 检查,图像显示病变范围累及腰 5 和(或)骶

1 椎体,部分病例累及一定范围的椎间盘破坏,但本组未见有累及附件者。其中 11 例合并死骨或脓肿突入椎管,并伴有程度不同的双下肢神经刺激痛和鞍区麻木,本组未发现有合并完全截瘫或大小便失禁者。

2 治疗方法

2.1 一般处理 所有病人诊断明确后,即按照经典的抗痨治疗方案给予正规、联用抗痨治疗,一般可采用异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、乙胺丁醇、对氨基水杨酸钠等药物组合应用,并注意监测肝肾功能、电解质。正规抗痨治疗最短持续 4 周,血沉明显下降,结核中毒症状好转,方可手术。所有病例均需维持抗

痨治疗 1.5 年以上,经复查结核确已治愈,方可停药。

本组所有病人均查血沉、血生化,血沉可作为一项重要的定性数据,本组血沉数值为:入院时 26.5 ~ 75.5 mm/h,平均 40.5 mm/h;手术时复查为 15.5 ~ 60.5 mm/h,平均为 28.5 mm/h。

2.2 手术方式选择

(1) 单纯行经前路倒“八”字切口椎体病灶清除术共 26 例,其中植骨 16 例。均采用左侧进入,显露腰 5 骶 1 椎体,行病灶清除。该术式适用于单纯椎体结核不累及椎管者。

(2) 本组中 5 例先行经前路倒“八”字切口椎体病灶清除术,均植骨,完成后即翻动病人成俯卧位,再经后路行椎管探查、病灶清除术,两次手术一次完成,该术式适用于病人体质尚可、神经症状典型、椎管内病灶明确者。

(3) 本组中 4 例先行经前路倒“八”字切口椎体病灶清除术,均植骨,然后嘱其出院休养半年,期行椎管探查、病灶清除术。该术式较保守,适用于病人体质较弱、神经症状不典型、椎管内病灶侵袭较轻者。

3 结果

经 2 ~ 5 年随访,本组结核病均已治愈,植骨均融合满意。均可参加正常工作、学习,其中 26 例腰椎活动度正常,无任何不适。其余 9 例遗留轻度腰痛,腰部活动度略受限,该 9 例中 4 例遗留下肢部分区域皮肤感觉麻木。

4 讨论

4.1 对于腰 5 骶 1 结核误诊的情况极其普遍 对于腰 5 骶 1 结核,临床较少见,主要因为该病在脊柱结核中发病率较低,医生对此病的经验亦较欠缺。二十世纪 70 年代天津医院统计,1 696 例脊柱结核中骶椎结核 7 例,二十世纪 80 年代龚家琳等^[1]收集 440 例脊柱结核中骶椎结核 3 例,二十世纪 90 年代后对于该病文献报道较少,医生要对该病的误诊问题给予足够的重视^[2]。本组中确诊该病最短为半年,最长为 4.5 年,很多病人都是反复就诊。可被误诊为很多疾病如:坐骨神经痛、腰肌劳损、骶髂关节劳损、椎间盘突出、肾虚等,甚至给予不恰当的牵引、按摩治疗。究其误诊的原因,可能在以下方面: 腰 5 骶 1 结核在脊柱结核中发病率较低,症状不典型,多数病人仅表现为单纯腰痛,不侵犯椎管,一般无神经定位体征,医生很容易忽视。 腰 5 骶 1 结核因无

腰大肌附丽,故脓肿均极其局限,不如腰 1 ~ 3 结核那样很快形成流注性脓肿。 有些病人做过 CT 检查,扫描椎间盘见椎间盘有膨隆或突出,更容易使接诊医生形成第一印象,导致误诊。

为避免误诊该病,需把握以下几点: 目前结核病有逐渐抬头、上升趋势,医生在头脑中对结核病要给予足够的重视,要注意询问病人是否来自贫困、边远地区及牧区,并注意观察是否有乏力、纳差、盗汗、午后低热等结核中毒症状,对于可疑病例,可查血沉及做结核菌素实验,以确定诊断。 对于怀疑腰骶部病变者,常规要摄 X 线片,以明确椎体是否存在骨质破坏,而且阅片要十分仔细,切忌马虎,不可盲目迷信 CT 检查,CT 一般均扫描椎间盘组织,具有很大的欺骗性。尤其需注意观察腰骶椎侧位 X 线片,正位 X 线片因有盆腔脏器重叠一般显影不清。 该病发病有时极为隐匿,病灶及脓肿有时十分局限,需仔细阅读 X 线片及 CT 图像方可辨认,且极易与骨肿瘤混淆。笔者曾见到一例病变范围仅蚕豆大小,探查脓肿仅 15 ml,经手术及病检方才证实为结核。

4.2 抗痨治疗要充分、足量 该病一经确诊,全身抗痨治疗即十分重要。手术前一般要抗痨治疗 4 周以上,血沉明显下降,全身症状好转,方可手术。曾有 1 例腰 3 结核病人抗痨治疗 2 周即安排手术,术后发生结核播散,导致结核性脑膜炎。此类结核病人往往合并有贫血、营养不良、低蛋白血症,故术前给予少量多次输血、补充蛋白、血浆十分必要,需将机体状态加以改善,而不可急于过早安排手术。目前全身抗痨治疗仍为经典方案,尚无实质性进展,1978 年柳州全国结核病会议制定的“早期、规律、全程、适量、联用”之抗结核治疗原则至今适用,对于骨与关节结核也不例外,李源大^[3]指出,脊柱结核术后复发原因中化疗不规律占 32.5%,严碧涯^[4]亦指出,抗痨失败的原因,主要是不规律用药或过早停药,化疗方案不合理和药物反应处理不当等,由此可以看出,坚持化疗用药原则是何等重要。不论采用哪种化疗方案,均必须维持 1.5 年以上方可考虑停药,否则一旦复发,将给治疗造成极大的困难。应用利福平治疗有时副作用较大,笔者喜欢用利福喷丁 0.6 口服,每周 2 次,疗效满意。新一代抗结核药物如力排肺疾 (INH 与 PAS 化学合成)、结核清、奥复星 (喹诺酮类)、卫非特等临床应用不多,尚无相关文献报道其疗效,且都价格昂贵,故我国目前很少应用^[5]。

4.3 对于腰 5 骶 1 结核手术指征的把握 腰 5 骶 1

位于脊柱的最远端,其血供缓慢,血运明显较脊柱其他部位为差。该解剖特点决定其发病率亦较其他循环丰富部位为低。但结核一旦转移、发病于此,则会因该部位血循缓慢而顽固存留下来,而此处又为人体应力集中部位(腰骶角),很难制动、休息,故病灶往往局限化而迁延不愈。需人为手术方可清除病灶,单纯口服药物抗痨治疗往往难以奏效。故笔者认为,对于腰 5 骶 1 结核手术指征要适当放宽。只要有病灶及脓肿,即应积极手术、清除病灶,视病变情况不同决定是否植骨及是否分次手术,当前对于脊柱结核的治疗很强调脊柱稳定性的内固定重建,此类文献也很多^[6,7],但对于腰 5 骶 1 结核,其病变范围均很局限,对脊柱的稳定性一般不造成太大影响,故可不采用内固定,本组病例均未行内固定手术,但疗效均满意,未见有复发或脊柱不稳定者。

4.4 手术中的具体操作注意事项 对于该部位的结核一经确诊,即应手术治疗。常规倒“八”字切口进入,腰大肌往往结构正常,不需探查,将后腹膜向中线推开,大血管分叉处即为腰 5 下缘,如有 C 型臂 X 线机可协助定位,骶前静脉丛侧枝循环密集,需耐心一一结扎、显露。处理下腔、髂总静脉尤其要小心,特别是对于病程长之病例,病灶与静脉往往有粘连,操作略有不慎,即可将十分菲薄之下腔静脉、髂总静脉壁撕破,此时可由助手用双手捏紧下腔静脉之上下端使血流阻闭,吸出积血,寻找静脉破口,然后术者可用 7-0 无损伤线缝合静脉破口,彻底止血后继续清除病灶。切不可惊慌失措、在视野不清时

用血管钳乱夹,此种做法非但不能止血,反而会将静脉壁破口越撕越大,最后不可收拾。亦不提倡先用止血钳夹住出血点^[8],1 周后再进手术室处理,因为此种做法并不能排除继发性出血的可能,而且病人还要承担感染的危险。只要手术医生稍具显微外科血管吻合的基本功,都可以处理此种大血管损伤,只要台下训练过,处理此类情况并不复杂。有人亦喜欢经腹腔途径行腰 5 骶 1 病灶清除,但需注意在病灶清除完毕后将后腹膜严密缝合,以避免结核污染腹腔。

如病变累及腰 5 骶 1 椎间盘组织,则坏死椎间盘组织可侵入椎管,如前路切除困难,则不可勉强进行,需将病人翻转成俯卧位将椎间盘摘除,或留待后期处理。

参考文献

- 1 龚家琳,柳用墨. 骶椎结核. 中华骨科杂志, 1984, 4(5): 273-275.
- 2 彭珂文,萧汉新. 骶椎结核误诊一例. 现代诊断与治疗, 2001, 12(5): 317.
- 3 李源大. 脊柱结核术后复发 83 例临床分析. 中华骨科杂志, 1990, 10(2): 72-73.
- 4 严碧涯. 结核病化学疗法的现代观点. 国外医学·呼吸系统分册, 1983, 3(2): 63-67.
- 5 周英杰,盖美茹. 骨关节结核化疗进展. 中国矫形外科杂志, 2000, 7(2): 184-186.
- 6 李承球. 脊柱结核的诊断和治疗进展. 颈腰痛杂志, 1999, 20(3): 161-163.
- 7 金大地,陈建庭,张浩,等. 一期前路椎体间植骨并内固定治疗胸腰椎结核. 中华外科杂志, 2000, 38(12): 900-902.
- 8 夏亚一,孙正义,张祥生,等. 下腰椎结核手术损伤髂静脉的教训. 中国矫形外科杂志, 1999, 6(3): 173.

(收稿:2002-08-23 编辑:李为农)

中国中西医结合学会接纳新会员通知

本会是依法登记成立的全国性社团法人、学术性群众团体。宗旨是团结广大中西医结合医学科学技术工作者,促进中西医结合医学科学技术的繁荣和发展,促进中西医结合医学科学技术的普及和推广,促进中西医结合医学科学技术人才的成长和提高,积极开展中西医结合科技咨询工作,为我国人民的健康和社会主义建设服务。

本会的主要任务是开展中西医结合医学学术交流;编辑出版综合性和专业性中西医结合医学学术期刊;开展医学继续教育;普及中西医结合医学知识;开展国际间的联络与交流;开发和推广科技成果等。

本会设有普通会员、外籍会员、资深会员、团体会员、名誉会员等,欢迎在科研、教学、医疗、预防、药物、编辑出版及组织管理等部门从事中西医结合工作(大学本科毕业工作三年以上、专科毕业工作五年以上)的科技工作者和单位、企业、团体等加入本会。具体入会办法请与北京市东直门北新仓 18 号中国中西医结合学会办公室(电话 010-64025672)及各省、自治区、直辖市中西医结合学会联系。

中国中西医结合学会