

• 临床研究 •

手术治疗胸腰段椎间盘突出症 35 例

Operative treatment of thoracolumbar intervertebral disc herniation: A report of 35 cases

申勇¹, 程志山², 孟宪国¹, 孟宪忠¹, 董玉昌¹, 戈元¹

SHEN Yong, CHENG Zhi-shan, MENG Xian-guo, MENG Xian-zhong, DONG Yu-chang, DING Wei-yuan

关键词 椎间盘移位; 腰椎; 胸椎; 外科手术 **Key words** Intervertebral disk displacement; Lumbar vertebrae; Thoracic vertebrae; Surgical procedures, operative

胸腰段椎间盘突出症临床上较少见, 临床症状及体征多变, 缺乏特异性, 易于造成漏诊或误诊。1998 年 3 月至 2002 年 6 月我院共诊治此病 35 例, 占同期椎间盘突出症的 9%, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 35 例, 男 21 例, 女 14 例; 年龄 36~67 岁, 平均 53 岁; 平均体重 82.4 kg; 有明显胸背部外伤史 7 例; 平均病程 32 个月。

1.2 临床表现 35 例患者均存在不同程度的下肢麻木、无力、行走困难, 其中伴有下肢放射痛 9 例, 胸腹部束带感 15 例, 大、小便困难 14 例, 腰背痛 12 例, 站立时踩棉花感 8 例, 蹒跚步态 14 例, 股四头肌萎缩、肌力下降 11 例, 膝反射亢进 12 例, 膝反射减弱或消失 13 例, Babinski 征阳性 11 例。

1.3 影像学检查 所有病人均行胸腰椎的 X 线检查及 MRI 检查, 其中 11 例另加脊髓造影及 CT 检查。结果显示: 椎间盘突出平面 T₁₁₋₁₂ 6 例, T_{12-L1} 12 例, L₁₋₂ 17 例; 中央型 11 例, 旁中央型 8 例, 外侧型 16 例; 合并黄韧带肥厚、钙化 6 例。

2 手术方法

本组 35 例均行侧前方腹膜外或胸膜外入路椎间盘切除、植骨及内固定术。病人侧卧位, 患侧或症状严重的一侧在上。术中 C 型臂 X 线机定位。据病变部位需要切除 T_{11,12} 或 T₁₂ 肋骨, 切除一侧横突。椎间隙显露后, 咬除相邻的侧方部分椎体, 切除椎间盘物质和软骨终板, 从硬膜外切除所有突出的椎间盘组织。凿成跨过已切空的椎间隙的骨槽, 将长短合适的肋骨条打进槽内, 并确认未压迫脊髓, 再行两椎体间钢板内固定。若 MPI 或脊髓造影显示后方也存在受压者, 则同时行半椎体切除。放置负压引流。

术后静点氟美松 3 d。卧床 1 个月后腰围固定下床活动。

3 结果

随访 0~41 个月, 平均 22.6 个月。32 例术后症状及体征均有不同程度的改善, 其中下肢麻木消失 15 例, 胸腹部束带感消失 13 例, 大、小便恢复 11 例, 腰背痛消失 9 例, 踩棉花感消失 6 例, 下肢肌力恢复、行走正常 16 例, 膝反射正常 19 例, Babinski 征阳性转阴者 8 例。

根据 Otani 等^[1] 的胸椎间盘突出疗效评定标准及陆裕朴等^[2] 的腰椎间盘突出疗效评定标准, 疗效优 19 例, 良 8 例, 可 5 例, 差 3 例。

4 讨论

4.1 临床特点及诊断 胸腰段椎间盘突出症发病率低, 症状不典型, 临床表现原较低位腰椎间盘突出复杂, 体征存在很大的差异, 临床上对其漏诊、误诊的较多。孙建民等^[3] 将 T_{9-L2} 椎间盘突出称为胸腰段椎间盘突出, 认为上、下运动神经元损伤双重存在, 多组肌肉无力、肛周感觉障碍是其主要临床表现。但是, 脊髓后柱的功能(位置觉和振动觉)通常能保留, 这是因为脊髓被挤压的部位多在脊髓前柱。

胸腰椎常规的正位和侧位 X 线片是首选的诊断检查。脊髓造影后再行 CT 扫描是一种更准确的诊断方法, 如不先行脊髓造影, 而直接用 CT 扫描检查, 将会弄错受损脊髓的准确节段。MRI 矢状位影像可提供一种无创伤性纵向研究整个胸腰椎的办法, 是应选择的主要诊断办法。MRI 的优点是无创性和使病人免于暴露在离子化的射线中, 但它可显示出多个椎间盘不同程度的退变, 因而, 使临床判断究竟是哪一个节段是致病性的变得困难。所以, 不论使用哪一种影像学检查, 都必须紧密结合临床检查, 方可做出正确的诊断。

1 河北医科大学第三医院脊柱外科, 河北 石家庄 050051; 2 邯郸市第一医院骨科

4.2 治疗 无症状的胸腰段椎间盘突出不需治疗。没有明显神经缺陷的,可先行保守治疗,如非甾体类抗炎药物、改变体力活动等。对保守治疗无效、症状明显者应手术治疗。

以往通过椎板切除术来显露脊髓行椎间盘切除,其并发症发生率相当高,令人难以接受。所以,椎板切除也不能作为胸腰段椎间盘突出的主要入路。目前多采用侧前方或侧后方入路。同时行椎体间融合术的指征虽然未得到普遍认可,但椎体间固定术比较适宜那些主要症状是胸背痛和节段性退变性椎间盘病变的病人。

采用胸腰段侧前方入路切除椎间盘,同时行椎体间植骨内固定术,作者认为有以下优点:①避免脊髓的牵拉损伤和减少截瘫的发生;②显露清晰,操作安全,减压充分,疗效可靠;③植骨内固定后脊柱的稳定性好,卧床时间较短,减少了并发症的发生。

参考文献

- 1 Otani K, Yoshida M. Thoracic herniation surgical treatment in 23 patients. Spine, 1998, 13: 1262.
- 2 陆裕朴,石凯军,黄耀添,等.腰椎间盘突出症的手术治疗(附 238 例处理体会).中华骨科杂志,1981,(2):77.
- 3 孙建民,于夕欣,李玉金.胸腰段椎间盘突出症.医学影像学杂志,1995,5(4):193.

(收稿日期:2003-04-22 本文编辑:连智华)

• 短篇报道 •

中药汽疗加手法治疗腰椎间盘突出症

贺为民,林鲁闽

(中国人民解放军 63918 部队门诊部骨伤科,北京 100028)

自 2000 年 6 月以来,采用手法推拿、中药汽疗与中药口服相结合治疗腰椎间盘突出症,取得了良好疗效,现报告如下。

1 临床资料

本组 67 例,男 35 例,女 32 例;年龄 23~61 岁,平均 45 岁;病程 8 d~22 年,平均 11.6 个月。经 X 线 CT 或 MRI 证实,其中椎间盘突出节段 L_{4,5} 者 39 例, L₅S₁ 者 13 例, L_{4,5} 和 L₅S₁ 者 15 例。

2 治疗方法

2.1 中药汽疗 中药汽疗仪(HH-QL 型)由无锡华亨实业公司生产,临床用药分型:①气滞血瘀型:当归 15 g、桃仁 12 g、红花 12 g、川芎 15 g、生地 12 g、赤芍 12 g、羌活独活各 12 g、桂枝 10 g、五灵脂 12 g、蒲黄 12 g、元胡 15 g、生甘草 10 g。有明显外伤史加柴胡 20 g、丹参 30 g;②气血两虚型:党参 30 g、生黄芪 20 g、川芎 15 g、当归 15 g、白芍 12 g、生地 15 g、炒白术 15 g、葛根 20 g、桑枝 20 g、元胡 15 g、枳壳 10 g、杜仲 15 g、泽泻 12 g、淫羊藿 15 g;病深日久,加地龙 12 g、络石藤 20 g。仪器操作注意首次时间应较短,温度较低,一般 20 min 为宜。治疗每次 30 min,10 次为一个疗程。

2.2 手法 手法治疗分如下步骤进行:①预备放松:患者俯卧位,采用揉、按、揉法放松痉挛的腰部肌肉,力量沉缓有力,重而不滞,时间约为 5~10 min。②循经点穴:先点按环跳、委中、承山、阳陵泉等穴位 5 min。如放射痛至下肢后正中者,取足太阳膀胱经点穴为主;偏下肢外侧者,取足少阳胆经点穴为主。操作时用指肘按压弹拨,以得气为度,每穴 1~2 min。③牵引抖按:患者取俯卧位,一助手扳住患者双侧腋下向上牵拉,另一助手紧握住双踝部做下肢背伸对抗牵拉,时间 1 min,术者以双手叠压在突出节段腰部,做弹顿性按压,反复 10 次。④旋转复位:医者正坐患者之后,拇指诊查清偏歪的棘突,以

棘突右偏歪为例,左手自患者右腋下伸向前,掌部压于颈后(嘱患者低头,双脚踏地,坐稳不移动)。助手面对患者站立,两脚夹住患者左大腿,双手压住左大腿根部,医者左手拇指扣住偏向右棘突,右手拉住患者颈部使身体前屈 90°连续向右侧弯,尽量大于 45°,在最大侧弯使患者躯干向后内侧旋转,同时左手拇指顺向左上推顶患椎棘突,即可察觉指下椎体轻微错动,伴随“咔嚓”响声,手法完毕。

2.3 中药口服 气滞血瘀型:身痛逐瘀汤加减。肝肾不足型:独活寄生汤加减。

3 治疗结果

疗效评定标准:治愈:腰腿痛消失,直腿抬高 70°以上,恢复正常工作。显效:腰腿疼痛基本消失,恢复原工作,但有腰部不适感。好转:腰腿仍有轻微疼痛。直腿抬高较健侧低 10°~20°,基本能独立生活。无效:腰腿疼痛无改善或轻度改善后又复发。结果:平均治疗 14 d;67 例患者治愈 28 例,显效 26 例,好转 12 例,无效 1 例。

4 讨论

中药汽疗是近年来发展的一种新型治疗方式。用中草药煎煮产生的药汽熏蒸人体,透皮吸收,提高了药物的利用度,促进血液及淋巴循环,有利于缓解局部痉挛,消除炎症。我们的治疗体会:如腰椎间盘突出症发病急,症状重应该以中药汽疗配合中药内服为主,手法治疗为辅。通过汽疗,药物可直接作用于局部,达到温经散寒,祛风通络,活血止痛作用。该方法可通过温热作用使药物经皮肤渗透到病变部位,软化萎缩的椎间盘,解除神经根粘连,促进血液循环,加速对炎症代谢产物的吸收[中国骨伤,2002,15(7)439]。内服中药治疗以通经活络,活血化瘀,补益肝肾为治疗原则,使经络畅达,气血流通,寒散湿除,以达祛瘀止痛,强肾健腰的效果。

(收稿日期:2004-01-13 本文编辑:李为农)