

腰椎管内压迫致足下垂

合肥市第三人民医院骨科

杨祖华 黄公明 高峻
田立志 王伟 吴刚

腓总神经瘫多为外来压迫和内在受压所致，多数发病较急，可在一次损伤后发生足下垂及小腿外侧，足背部感觉减退。而椎管内压迫（如腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄）致腓总神经瘫者，则病程较慢，且常不为人们所注意。自1987年12月以来，我们遇到三例，均手术治疗，两侧因出现足下垂时间较长，术后一年也未能恢复，一例出现足下垂时间短，术后四个月恢复正常。

临床资料

一、本组三例：男2女1，年龄分别为43、49、57岁，三例均有腰部外伤史，腰腿痛18年一例，出现足下垂近二年；腰腿痛四年一例，出现足下垂一年；腰腿痛五年一例。出现足下垂半月。三例均为左足下垂，均有腰腿痛反复多次发作，因症状加重持续而入院。

三例下腰段棘突旁均有压痛，两例有明显的放射痛；直腿抬高两例患肢均有受限，一例则正常；三例患肢跟腱反射均消失，小腿外后侧皮肤感觉明显减退；一例患肢轻度肌萎缩；三例均足下垂背屈不能，拇趾背伸也不能。

二、三例腰椎x线平片见：两例有腰椎退行性改变，一例L₅~S₁间隙变狭。三例均行脊髓造影见：各为L₃-4；L₄-5；L₅~S₁间隙有大小不等充盈缺损，但三例均于相应节段的左侧神经根袖不显影，一例侧位造影柱仅11毫米宽。

三、手术所见：例一，为黄韧带肥厚达1.0厘米，在L₅~S₁侧隐窝后缘黄韧带厚达0.5厘米，L₅神经根在侧隐窝处前方为巨大已溃破至椎管内间盘组织与后方增厚的黄韧带相挤压，神经根明显水肿，不能牵动，予以髓核切除，小关节突部分切除及侧隐窝扩大。例二，为椎板增厚达0.7厘米，黄韧带亦肥厚，L₃-4间椎间盘突出。摘除后见左侧神经根仍不能牵动，为侧隐窝后壁所嵌，乃切除部分关节突及后缘增厚的黄韧带，予以松解。神经根方牵动自如。例三，见双侧小关节突肥大内聚，黄韧带肥厚0.8厘米，L₄-5左侧侧隐窝后壁亦为肥大的关节突与黄韧带所致侧隐窝狭小，仅3毫米，神经根水肿明显，较对侧增粗一倍，不能牵动，乃切除部分小关节突，扩大侧隐窝，使神经根牵动自如，未发现间盘突出。

四、疗效：例一术后十二天原患肢麻木疼痛消失，术后四个月左足下垂消失，伸屈踝关节自如，行走无碍。例二术后第四天腰痛及左下肢痛开始减退，十日下床活动，一年来左足下垂无改善。例三术后腰

痛消失，一年后左足仍下垂，左足背伸肌力仅I°~II°。

讨论

一、发病率：腰椎管内压迫致腓总神经瘫，以往见于腰椎间盘突出症，国内周人厚等（1981年）⁽¹⁾提到有2.4%的腰椎间盘突出症病人出院出现腓总神经运动麻痹。Hakelius和Hindmarsh（1972年）⁽²⁾统计1,986例腰椎间盘突出症，其中胫前肌瘫痪70例，但因腰椎管狭窄症所致足下垂报告甚少。本组三例均在相应节段侧隐窝处神经根受挤压，神经根不能牵动，两侧神经根明显水肿增粗，两侧并有椎间盘突出，一例侧隐窝狭窄仅3毫米，致神经水肿明显。

二、临床特点：临床上有腰扭伤及腰外伤病史，经常反复发作，逐渐感患肢痛疼、麻木，小腿外侧或后侧足背感觉明显障碍及小腿肌无力者（以胫前肌为显著）。在排除腓骨头外来和内在受压因素后，应考虑因腰椎管内压迫所致的胫前肌麻痹及足下垂，对此类病人应做脊髓造影或CT检查，明确病因，早期手术治疗。对造影片显示一侧或两侧，一节段或多节段的神经袖不显影病例，要考虑到侧隐窝狭窄的存在可能，手术中必须探查隐窝处，相应予以松解减压，本组例三造影有充盈缺损，类似椎间盘突出现象，术中见乃为水肿之神经根及增厚侧隐窝后壁黄韧带所致。此外，本组中两例并有髓核突出，在切除突出物后，检查神经根仍不能牵动，只在侧隐窝扩大松解后，神经根方可牵动，故椎管，特别侧隐窝后壁之软组织增生亦是造成压迫的主要原因，应予注意。

三、手术方式：采用上、下椎板各半切除为宜（或全椎板切除）。这样既可切除增厚的椎板、黄韧带、突出间盘、关节突骨赘，还可扩大神经根管，解除骨性或软组织对神经根的压迫，恢复神经功能，另外也可保持椎体的相对稳定性，手术视野清晰，手术彻底。

四、预后：腓总神经瘫术后恢复是否满意与受压的时间长短有关，亦有报告同其受压的程度有关⁽³⁾，因神经根受压时间过久，可发生缺血变性，而难以恢复，所以对此类疾病要强调早期诊断，早期手术治疗为好。

参 考 文 献

1. 周人厚等：腰椎间盘突出症的诊断和手术疗效，中华骨科杂志，1981；1:73。
2. 胡有谷主编：腰椎间盘突出症，1985；132~134。
3. 甘日升等：腰椎管内压迫致足下垂，中华骨科杂志，1988；2:122。