

## 腰椎间盘突出症 533 例诊治失误和预防分析

浙江富阳市人民医院(311400) 方尚志 章智伟 倪建国 洪元宏 屠玉兰 徐国康

笔者对我院自 1989 年以来诊治的 533 例腰椎间盘突出症的病例,进行分析,对其在诊治过程中容易发生的错误作一回顾性总结,并提出相应的预防措施。

### 一般资料

533 例中,男 270 例,女 263 例;年龄最大 69 岁,最小 24 岁;腰椎间盘突出节段分布:L<sub>3,4</sub> 31 例,L<sub>4,5</sub> 343 例,L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 208 例,其他 12 例,其中有二个椎间以上突出的 56 例。

采用中西医结合方法治疗,药物、推拿、针灸、理疗 343 例,椎管内封闭治疗 27 例,手术治疗 163 例。

### 诊断中容易发生的错误及预防

1. 误诊:许多疾病可引起腰腿痛,需加以鉴别。必要时,需辅以 X 线、SEP、CT、MRI 检查或脊髓造影进行确诊。

2. 特殊检查中的失误和假阳性:在 CT、MRI 以及脊髓造影检查中,经常可发生假阳性报告,有时将黄韧带、联合神经误认为突出的椎间盘。在造影时,有时由于导管刺入硬膜外间隙血管丛,造影剂沿血管丛扩散吸收快,拍片可不显影,造成造影拍片失败。

### 治疗中的失误和预防

1. 治疗方案选择不当:对病史短,症状、体征不严重,而从未作过正规治疗的病人,CT、MRI 报告为膨出或稍有突出者均用中西医结合方法治疗。对持续时间比较长,经药物、推拿、针灸、理疗等治疗,效果不明显者,而 CT、MRI 提示:椎间盘突出较轻,突出的表面较光整,呈弧形者,尤其居中央突出者,住院作腰椎骨盆牵引。本组治愈好转率为 76%。对保守治疗效果欠佳者,特别是中老年病人,CT、MRI 提示:突出物较大,表面高低不平,特别是突出物偏向一侧,包裹在神经根周围者,以及患肢已由疼痛转向持续麻木者需尽早手术探查。本手术组近期治愈、好转率为 93%。

2. 推拿治疗中的失误:推拿时,由于手法过重,手法不当,可得到相反的结果。

3. 牵引治疗的错误:通过牵引使椎间产生负压,使后纵韧带处于高度紧张状态,使突出的髓核回缩以解除神经压迫。牵引的重量过轻效果欠佳,过重容易引起腰肌牵拉伤,引起腰痛。头低脚高位单带牵引,病人往往感到不适。本组取平卧位双带牵引,上带固定,下带

牵引重量二侧各为体重的十分之一,一日三次,每次 2 小时,半个月一疗程。

### 4. 手术中的失误

#### (1) 麻醉意外

(2) 定位错误:本组 163 例手术病人,2 例 CT 报告定位错误,对照 X 光片而发现纠正。其中 1 例为腰椎骶化,另 1 例为骶椎腰化。因此,在手术麻醉前再次复习分析 X 光片和 CT 片,再作手术定位十分重要。另外,术中准确识别腰<sub>5</sub>、骶<sub>1</sub>的方法也必不可少。

(3) 合并有侧隐窝狭窄、椎间孔狭窄的漏诊和漏治:中老年腰椎间盘突出症的病人,大部分病史较长,症状体征明显。保守治疗效果欠佳者,往往合并有侧隐窝狭窄。本组 40 岁以上手术者 86 例,伴有侧隐窝狭窄者 59 例,因此,对中老年病人仅小切口开窗摘除椎间盘髓核是不够的。一般情况下宜作半椎板切除,需切除上关节突的内侧大部,以利扩大侧隐窝。有椎间孔狭窄者需扩大椎间孔作扩大成形术。若为双侧需作全椎板切除。

(4) 术中误伤硬膜:本组术中误伤硬膜 7 例,造成脑脊液外溢。其中 2 例,裂口较大未作修补,术后仍作负压吸引,引起低颅压症,造成头痛,夹管引流后症状解除。在手术中特别是咬除黄韧带时要避免牵拉,以免撕破硬膜。另外,椎管狭窄或者硬膜有粘连者需要用神经剥离器剥离,以免损伤硬膜。

(5) 误伤脊神经及神经根:本组术中误伤脊神经 2 例,均为硬膜破裂后被吸引器吸出。术中要求操作稳、准、轻,吸引器吸力不宜过大,特别是发现硬膜已破者需立即修补,或马上复盖棉片。

(6) 误伤静脉丛:术中容易误伤椎管内静脉丛,严重的造成渗出血不止,视野不清,本组 9 例。除避免操作粗暴造成血管损伤外,病人手术时的体位,腹部受压,腹部压力增高也是出血不止的原因之一。

(7) 误伤腹腔血管:本组未曾发生。手术时需注意髓核钳的深度,一般不超过 2cm。手术时只要挖出髓核组织,不必掏空间隙。

(8) 髓核以及破裂游离的纤维环残留:本手术组,12 例见有后纵韧带破裂,髓核突入椎管,分别压迫神经根和脊神经。其中有 2 例突入硬膜内,进入马尾神经纤

维中。开始误认为脊髓神经肿瘤。切开硬膜,用神经剥离离子轻轻剥离拖出,送病检报告为髓核组织。手术中加压冲洗椎间隙,用手指触摸脊髓往往能发现残留组织的部位和大小。

(9)术后椎间隙及其切口的感染问题:椎间隙感染局部往往有剧烈疼痛伴有发热,本组未曾发生。皮下感染发生 1 例,经提前拆线、引流、换药、抗炎治疗后治愈。分析其原因为血肿感染引起。术中充分止血,置放负压引流管,仔细缝合深筋膜能预防感染。

(10)脊柱稳定性破坏:有些病例原有内源性不稳定,在单侧椎板减压后易引起真性不稳定,造成三点负重变成四点负重传导(棘突撞击)。有些病例在术前已有节段性不稳,手术后易造成下一脊椎的上关节突向

上、向前移动导致椎间孔狭窄,骨膜下新骨形成,使上关节突肥大,神经根及交感神经节受压,同时也继发侧隐窝狭窄和神经根管狭窄。因此,对于那些单纯性腰椎间盘突出症病人,特别是青少年病人,提倡小切口的开窗手术,必要时植骨。

(11)术后粘连和纤维化:术后由于原发性炎性病灶,突出髓核残存的自体免疫反应,以及造影时残留的油性造影剂的刺激均可产生术后粘连性蛛网膜炎,甚至发生严重的硬膜外及神经根周围纤维化。使用油剂造影剂持慎重态度。尽可能使用水溶性造影剂,常用的如欧乃派克造影剂等。据报导:聚乳酸泡沫膜置入可防止粘连和疤痕形成。

(收稿:1994-06-01)

## 加压滑动鹅头钉(Richard)治疗股骨粗隆区骨折 38 例

安徽宿县地区人民医院(234000) 刘体彬 李国强

我院从 1990 年 12 月~1994 年 11 月,用加压滑动鹅头钉(Richard)治疗粗隆区骨折 38 例,报告如下。

**临床资料:**本组 38 例中男 22 例,女 16 例;年龄最小 44 岁,最大 82 岁;右侧 18 例,左侧 20 例;稳定型 13 例,非稳定型 25 例;交通事故伤 19 例,滑跌摔伤 17 例,砸伤 2 例。

**治疗方法:**采用硬膜外麻醉。仰卧位,患侧臀部垫一砂袋。取大粗隆外侧切口(改良 Watson-ione 切口),直接显露大粗隆及股骨上段,T 型切开关节囊,致髓白缘,暴露股骨颈前壁。手法牵引复位满意后,在大粗隆下 2.5cm 用环钻钻一直径略大于套筒的园孔,然后钻入一导针,其深度距股骨头软骨面 1cm,注意前倾角及颈干角。如能在电透视镜下则导针的位置更加确切。用旋入器套上螺钉尾部约 2.5cm,沿导针方向缓缓将螺钉拧入致预定位置,最后套上套筒,使筒内的突起嵌入螺纹钉的滑槽内。连接套筒远端的接骨板紧贴股骨干外侧皮质上,常规螺丝钉钻孔固定。对不稳定型(粉碎型),可用钢丝或螺钉固定捆扎。术毕放橡皮管引流 48 小时

左右。术后 3 日坐起并练习屈髋屈膝活动。如无其它并发症,对于稳定性骨折如顺粗隆间型术后 1 周即可扶拐不负重下地活动,对于不稳定型于 3 周后视骨折愈合情况扶拐逐步行走。

**治疗结果:**38 例均进行了随访。1 例高龄患者因其它原因病故。37 例中随访时间 3 个月~4 年。骨折均愈合。愈合时间为 3~4 个月。无 1 例髓内翻及下肢短缩或外旋畸形。35 例髋膝关节功能恢复正常,2 例功能欠佳。

**讨论:**Richard 压缩螺钉是目前用于治疗各种类型粗隆区骨折的较为理想的新的内固定方法,特别是对于非稳定性骨折尤为适宜。它不仅具有机械性能强,固定牢固等优点,而且为早期连接提供了生理性加压,从而促进骨折早期愈合,大大缩短了病人的卧床时间,减少了并发症的发生。特别是对有内科方面的合并症者更为适宜。禁忌症:为年龄过高而身体脆弱者及严重的心脑肝肾功能失代偿者。

(收稿:1994-11-21)