

张,并对神经根产生阻滞麻醉止痛作用,在此作用下,我们再配合作一次较强的手法治疗,在患侧无痛的条件下使各种手法起更好的作用,改善突出的髓核与神经根的位置,减轻和消除突出物对神经根的压张力,解除神经根的粘连,在重手法作用下产生的创伤性炎性渗出,也能及时被康宁克通抑制,防止再次炎性粘连。本组病人中 48 例(占 85.7%)行腰神经根封闭后配合手法治疗后 1~2 天内疼痛症状改善,直腿抬高试验可提高 15°左右,证明此方法治疗腰突症,简便可靠,效果肯定,又能避免全身用药及硬膜外麻醉用药的不良反

应。尤对疼痛重的患者应用这一方法,能及时减轻疼痛症状,早行手法治疗,有利患者早日康复。

参考文献

1. 宣垫人,等. 椎管外软组织松解术治疗腰椎间盘突出术失败病例的临床报告. 中华骨科杂志 1981;1(2):89.
2. 蒋位庄,等. 中西医结合治疗腰椎间盘突出症 218 例临床分析. 中医杂志,1981,12:30
3. 张显崧,等. 中医手法治疗腰椎间盘突出症的作用机理研究. 中国骨伤. 1994. 增刊:12

(收稿:1994—12—03)

经皮穿刺髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症 64 例

上海长征医院(200003) 王晨光 肖湘生 董生 贾连顺 陈德玉

本文总结了经皮椎间盘穿刺髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症 64 例,对手术的临床价值进行初步评价。

材料与方

1. 一般资料:64 例中男 49 例,女 15 例;年龄 21~51 岁;病程 4 月~7 年。术前全部经过 CT 或 MRI 检查,症状符合影像学结果。

2. 适应症选择:参照 McCulloch 临床标准^[1]及影像学结果选择病人。

3. 手术设备:用国产济南龙冠公司生产的 YZJPQXY 自控式经皮穿刺椎间盘髓核抽吸摘除系统,在电视透视下进行手术。

4. 操作方法:患者侧卧或俯卧位。透视确定手术椎间盘的体表位置。穿刺区皮肤严格消毒铺巾。参考术前 CT 定位决定穿刺点及进针角度。L_{3,4}, L_{4,5} 皮肤进针点距中线 9~12cm, 平均 10cm, 夹角 30°~45°。L₅S₁ 皮肤进针点距中线 15~19cm, 平均 17cm, 夹角 0°~5°(与手术台近乎水平)。局麻后将长 25cm, 直径 1.2mm 带芯无针座套管针从背部皮肤进针点经腰部肌群穿刺进入病变椎间隙中央(侧位针尖位于椎间隙后 1/3 处, 正位针尖位于椎间隙中央), 正侧位透视确认穿刺针位于椎间盘内, 留置套管, 退出针芯。顺此套管由细到粗逐一放入扩张套管。最终将直径 5.6mm 的工作套管放入纤维环边缘约 0.5cm 处固定, 余扩张套管全部退出, 至此手术通道建立。沿工作套管置入环锯切断纤维环后用长 20cm 直髓核钳和转向髓核钳反复钳取或夹碎髓核;最后用自控髓核切吸仪切割抽吸 30~45 分钟, 拔出工作套管, 包扎创口手术完毕。手术取出的髓核组织称重送病理。对 L₅S₁ 椎间盘穿刺则先在

同侧髂骨翼上钻直径 1cm 的骨窗, 经此窗按上述步骤进行手术。术中应密切观察病人情况, 若遇神经根刺激症状应立即停止操作改变穿刺方向。

5. 疗效评价:按 Hijikata 的标准^[2]分别于术后即刻、1 周、1 月、3 月、6 月以上进行随访观察。疗效在 2 级以上者均认为手术有效。部分病人于术后复查 CT。

结果

1. 64 例手术病例中单一 L_{3,4} 突出 1 例(旁侧型); 单 L_{4,5} 椎间盘突出 51 例(中央型 9 例, 旁侧型 42 例); 单一 L₅S₁ 椎间盘突出 11 例(中央型 1 例, 旁侧型 10 例); L_{4,5}, L₅S₁ 同时突出者 1 例(旁侧型), 共 65 节椎间盘。61 例行一次单侧穿刺手术; 1 例行一次双侧同时进针穿刺手术, 1 例行 2 次同侧穿刺手术。1 例同时行 L_{4,5} 和 L₅S₁ 穿刺手术。

2. 疗效观察:对 51 例进行 6~8 月以上的术后随访, 有 32 例疗效为 3 级, 其中术前旁侧型突出 28 例(L_{4,5}20 例, L₅S₁8 例); 中央型突出 4 例(L_{4,5}4 例, L₅S₁0 例)。18 例疗效 2 级; 其中术前旁侧型突出 16 例(L_{4,5}16 例); 中央型突出 2 例(L_{4,5}1 例, L₅S₁1 例)。1 例自觉穿刺术后症状加重, 术后 CT 复查原椎间盘后方突出物较前增大, 于穿刺术后行经椎管髓核摘除。有 1 例穿刺术后症状有改善(疗效 1~2 级)但病人不满意而行外科手术治疗。对 12 例进行了 3~5 月的术后随访。10 例疗效 3 级, 其中旁侧型突出 8 例(L_{3,4}1 例; L_{4,5}5 例; L₅S₁2 例); 中央型突出 2 例(L_{4,5}椎间盘)。2 例疗效 2 级, 均为 L_{4,5} 中央型突出。总有效率 96.87%; 显效率 65.63%, 术后外科手术率 3.13%。

3. 20 例术后 CT 复查, 椎间盘完全回纳 3 例, 髓核

部分回纳 13 例,髓核无回纳 2 例。髓核突出加重 1 例。

4. 髓核取出量:取出髓核重 0~2.6g,平均 1.8g,其中有 2 例因穿刺中不能忍耐仅行纤维环钻孔而未摘除髓核。

5. 术后恢复时间:62 例术后 8 天~2 月恢复原工作。2 例经保守治疗无效或症状改善不明显而行外科开放手术。

讨 论

1. 关于适应症选择:一般认为经皮椎间盘穿刺髓核摘除术仅局限于纤维环未完全穿破的椎间盘突出(即包含型),但从本组经验看轻微的髓核脱出 PLD 术后仍有较好的疗效。由于经皮穿刺髓核摘除术的机理是旁路介入椎间盘减低椎间盘内部压力而促使突出髓核回纳,因此轻度髓核穿破纤维环而未形成嵌顿则突出的髓核仍有可能回缩,CT 或 MRI 能有效地判断突出髓核突出是否嵌顿。若髓核脱出无嵌顿且未超过椎

管前后经 3/4 则不能认为是绝对禁忌症。

2. 关于手术方法:从本组经验看髓核取出量以 2g 左右较合适,这样即可达到椎间盘减压目的又不会因取核过多而引起并发症。

3. 影像学复查:我们认为术后影像学复查有一定意义,但不能完全根据影像学结果解释评价治疗效果。

4. 术后护理:(1)术后 2 周~1 月内卧床休息,严禁负重;(2)加强腰背肌锻炼;(3)骨盆牵引,帮助突出髓核回纳。

参考文献

1. McCulloch JA. Chemonucleolysis. J Bone Joint Surg (Br). 1977;59:45
2. Hijikata S. Percutaneous nucleotomy. A new concept technique and 12 years' experience. Clinical Orthopedics and Related Research 1989;238:9

(收稿:1994-06-21)

全国第二届腰椎间盘突出症学术交流会 征 文 通 知

全国第二届腰椎间盘突出症学术交流会拟定于 1996 年第三季度在陕西省西安市召开。现将征文有关事宜通知如下:

一、征文内容:1. 腰椎间盘突出症的生理、解剖、病理、药理、生物力学等基础理论方面的研究。2. 腰椎间盘突出症的流行病学调查研究。3. 腰椎间盘突出症的临床检验(平片、断层、造影、CT、MRI、B 超、肌电图、血流图等)技术的研究。4. 腰椎间盘突出症的临床分型与治疗(手术、传统手法、麻醉下的手法、牵引、针灸、中药、理疗、体疗、止痛等)。5. 腰椎间盘突出症的诊断标准与疗效评价标准。6. 腰椎间盘突出症的新药、新方法、新仪器的研制。7. 腰椎间盘突出症的国内文献综述。8. 其它与腰椎间盘突出症的有关内容。

二、征文要求:1. 论文要求以未曾在全国第一届腰椎间盘突出症学术交流会选用者。2. 本次学术交流会所选用之论文,拟将由国家出版社正式出版发行。因此,凡来稿请务必将全文打印一式两份,不要摘要。并经单位盖章。请自留底稿,概不退稿。3. 工作单位要写全称,并注明地址、邮编,以避免通讯当中发生差错。4. 每篇来稿交专家评审费 30 元。5. 截稿日期:1995 年 9 月 30 日。6. 论文请寄:石家庄市中山西路 21 号中国人民解放军白求恩国际和平医院刘永俭同志收,邮编:050082。电话:(0311)30024629 转 65728。7. 专家评审费请寄:石家庄市合作路 10 号河北省直属机关第二门诊部王宝利同志收。邮编:050051。电话:(0311)7043419

中国腰椎间盘突出症研究会陕西省西安市六三〇医院