

经皮腰椎间盘突出切吸术的治疗应用

四川成都市第三人民医院(610031) 刘西平 周孝强 贾少磊 杨荣和

现将近年来我院应用 APLD 技术治疗腰椎间盘突出症 100 例, 总结分析如下。

资料和方法

100 例中男 72 例, 女 28 例; 年龄 25~68 岁; 术前均经临床、CT 及 X 线片检查确诊, 6 例同时作了 MR 检查; 100 例中 L_{3,4} 椎间盘 2 例, L_{4,5} 椎间盘 75 例, L₅S₁ 椎间盘 23 例; 病史最短 1 月, 最长 12 年。

治疗方法

应用济南龙冠公司电动式经皮穿刺腰椎间盘治疗仪及负压吸引器, 在 Philips 1250mA “U”臂 X 线机电视增强系统监视下进行手术。

病人取俯卧位, 在 TV 透视下确定穿刺椎间盘平面, 划线, 棘突旁 8~14cm 处为穿刺点。穿刺点贴金属标志, 旋转“U”臂机, 使金属标志与椎体后 1/3 缘重叠时, 该机的角度指示数即为穿刺角度, 一般在 20°~45° 之间。然后下腰局部皮肤严格消毒铺巾。局麻, 穿刺点皮肤切开 3~5mm。将穿刺针芯在 TV 透视下穿入髓核内, 分别置入各级套管, 环锯纤维环开窗再置入最后一级套管。手持髓核钳, 反复不同方向尽量钳夹髓核, 将髓核切除器通过套管送入, 联拉负压吸引器, 用 0.9% NS 1500ml 加庆大霉素 48 万^u 同步进引髓核切割与抽吸, 髓核取出量 2~4.5g。如部份 L₅S₁ 椎间盘不能直接穿刺者, 则采用侧后方髂骨翼钻孔, 钻孔后仍按常规操作进行。

治疗结果

本组 100 例病人行 APLD 术对 104 个腰椎间盘进行了切吸术。穿刺成功率为 100%。每个间盘的髓核切吸重量 2~4.5g, 其中 72 例术后当即缓解和减轻, 少部分病例 1 周或 1~3 月后逐渐恢复。随机抽选 30 例进行了 CT 复查, 间盘回纳率 45.3%。症状体征完全消失 82 例。有轻微或偶有症状 14 例, 症状体征无改变 4 例。本组 1 例术后发生椎间盘感染, 经大量抗生素等综合治疗后痊愈。

1 例再次 APLD 术后获效。无 1 例发生神经及大血管损伤等并发症。

讨论

1、APLD 术的治疗机理是切吸髓核降低间盘内压, 在后纵韧带或纤维环的反压力作用使突出物还纳、消除或减轻对神经根的压迫、刺激。正确选择适应症是该项技术的关键。我们赞同 Onik^[1] 等的意见: 适合于临床明确的椎间盘突出症状和体征, 并以 CT 扫描检查证实为椎间盘突出、膨出等单纯性和包容性间盘突出症。而严重的椎管狭窄, 腰椎手术间盘切除, 游离的椎间盘碎块, 严重的椎间小关节退变, 突出物超过硬膜中的 50% 均视为禁忌症。

2、穿刺点的选择与角度: 国内外学者认为穿刺点应距棘突中线 8~14cm, 由于穿刺点距离的不同, 其角度亦不同。所切吸椎间盘有效部位就不同, 从而切吸有效部位的髓核程度也不同。如椎间盘后突较大者, 可将距中线旁距加大到 12~14cm; 椎间盘后突较小者, 旁距减少到 8~10cm, 其进针角加大约 35~45°, 进针旁距偏大, 角度偏小, 有利于直接取出椎间盘后突部位的髓核。但不能过于水平, 可造成腹膜后脏器损伤及间盘突出的部份完整的纤维环破损。另外, 穿刺侧的选择, 根据 CT 扫描显示结果。中央型突出者, 双侧进针均可, 最好选择症状体征较明显侧。侧突者, 以本侧为穿刺侧。

3、严格无菌操作, 是防止椎间盘感染的保证。术后应卧床休息 3 天, 大剂量抗生素 3~7 天, 3 天后即可下床活动。这样有利于椎间盘的回纳, 有益于提高手术疗效。

参考文献

1. Onik G. Helms CA. Automated percutaneous Lumbar diskectomy AJR Am J Roenlgenol, 1991, 156:531.

(收稿: 1995—05—06)

《中国民间疗法》杂志征订启事

《中国民间疗法》杂志为中央级技术性期刊。由中国中医药出版社与中国民间医药研究开发协会主办, 国家中医药管理局主管。双月刊 28 日出版, 每册 2.2 元, 全年 13.2 元。可以当地邮局(所)订阅, 邮发代号 82-695。

来稿请寄: 北京朝阳区东兴路 7 号《中国民间疗法》编辑部, 邮编: 100027。