

除，临床治愈。

(收稿：1996-02-06)

腰椎多椎间盘突出症的治疗

兰州西北民族学院 (730030)

吕景余 陈翠竹 刘宗智 何玉珍
孙慧莉 韩玺昌

腰椎多椎间盘突出症是指腰椎有两个或两个以上的椎间盘同时突出。从 1988 年~1995 年我们以硬脊膜外腔滴注术为主辅以牵拉、侧扳治疗腰多椎间盘突出症 22 例疗效显著。

临床资料 22 例，男 16 例，女 6 例；年龄 25 岁~58 岁。三个椎间盘突出者 2 例，2 个椎间盘突出者 20 例；合并椎管明显狭窄者 10 例，腰椎骨质增生者 16 例，坐骨神经盆腔出口狭窄症 8 例。病程：1 月~3 年。22 例患者均以腰腿剧烈疼痛，伴功能障碍为主诉。

治疗方法 1. 滴注术：患者侧卧在 L_{3/4} 或 L_{4/5} 或 L₅~S₁ 行硬膜外穿刺术，成功后向头侧置入导管，固定后接输液滴管。2. 滴注药物：生理盐水 200~250ml+地塞米松 25mg+2%利多卡因 5~10ml+vitB₁₂ 0.5mg。以每分钟 30 滴滴注。滴注结束时再向导管内推注 2%利多卡因 5ml。3. 牵拉、侧扳：滴注完毕 20 分钟后令患者仰卧，助手固定患者双腋部，术者两手分别握住患者两侧踝部，平行对抗牵拉约 5 分钟。然后令患者屈膝侧卧行侧扳术，术者一手扶住患者上侧肩部向后扳，另一手放在患者上侧髂部以 45°角同时向前外方推，可反复数次，另一侧用同样方法侧扳。听到响声即停止侧扳。1 小时半~2 小时后如果患者仍述疼痛可再推注 2%利多卡因 5ml，再牵拉侧扳 1 次。利多卡因总量不超过 400mg，牵拉、侧扳后卧床休息。22 例患者均滴注 1 次。经上述方法治疗后，患者若仍有不适，可每间隔 1 周行硬膜外阻滞 1 次，一般 1~3 次，或局部痛点封闭。

治疗结果 22 例患者腰腿痛及麻木感全部消失，脊柱侧弯消失，直腿抬高 85°以上，功能恢复，能正常生活与工作。22 例患者均在 1~6 周内临床治愈。

讨论 多椎间盘突出症在治疗上并不比单椎间盘突出症困难，因为引起疼痛的原因可能只是突出的椎间盘中的某一个髓核压迫脊神经而引起症状，另外的椎间盘髓核尽管有突出，并没有引起症状。我们曾对治愈后的 22 例患者中的两例做 MRI 或 CT 复查，证实突出的髓核可完全回纳或部分回纳。尽管有的髓核没有完全复位，但是只要症状消失，功能恢复，说明压迫解

手术治疗腰椎间盘突出症

江西省玉山县中医院 (334700) 汪益荣

自 1992 年开始手术治疗腰椎间盘突出症 17 例，取得了满意疗效。本文就提高手术疗效谈几点体会。

临床资料 17 例中，性别：男 10 例，女 7 例；年龄：20~30 岁 5 例，31~40 岁 8 例，41~50 岁 3 例，50 岁以上 1 例；病程：最短 3 个月，最长 21 年；突出间隙：L₃₋₄ 例，L₄₋₅ 例，L₅-S₁ 例。L₄₋₅~S₁ 同时突出 2 例；合并症：神经根管狭窄 5 例，中央管狭窄 2 例。

治疗方法 单纯间盘突出的采用椎板开窗方法摘除突出髓核。伴有神经根管狭窄的，配合神经根管扩大，切除增厚的黄韧带、松解神经根粘连，凿除小关节内侧增生的骨突部分。伴有中央管狭窄的配合椎管扩大，切除全椎板或半椎板。

治疗结果 疗效标准：优：症状消失，恢复原工作；良：症状基本消失，能从事一般工作；可：症状减轻，工作后有腰腿痛；无效：症状无改善。结果：治疗后经半年以上随访，优 10 例，良 5 例，可 2 例。

体会 1. 诊断要确切。临床上对典型的腰椎间盘突出症作出正确诊断多无困难。当腰椎间盘突出本身与椎管内疾病同时存在，往往容易造成诊断不够确切，比如遗漏侧隐窝狭窄、椎管狭窄，椎弓崩裂，退行性骨关节炎以及颈胸段的疾病等。而做单纯的椎间盘切除，这样就会影响手术效果。

2. 术中操作要精细。在显露神经根时要小心分离其粘连，用剥离子从神经根外侧进入，不要在神经根上来回弹拨。同时还要注意避免用力过猛和过长时间地牵拉神经根及马尾。摘除髓核充分，破入椎管内髓核要摘净。对于硬膜破裂的一定要修补，止血要充分。否则也会影响手术的成功。

3. 要尽可能地预防粘连和瘢痕的形成，腰椎间盘突出术后引起的硬膜外，神经根周围粘连和疤痕导致医源性的椎管狭窄是影响手术效果的主要原因，其发生与术中对神经根直接损伤，如过度牵拉，手术器械触碰等和术后血肿形成有关。其处理主要在于预防，手术时要细致，不要粗糙，在硬膜外植入一层自体脂肪和覆盖明胶海绵片，放置负压引流管，早期直腿抬高锻炼，这样能够较好地减少术后粘连和瘢痕的形成。

(收稿：1995-04-10)