

# 极外侧型腰椎间盘突出症

浙江省安吉县第三人民医院 (313301) 潘宏武 张世民\*

极外侧型腰椎间盘突出症包括突出物位于椎间孔处和椎间孔外,临床上比较少见,国内报道甚少。根据我们对此病的认识结合国外文献,对此病型作一讨论。

## 典型病历

患者女性,68岁,主诉为腰扭伤后腰痛伴左大腿疼痛不能活动半月。查体:L3、4在棘突旁压痛,左股四头肌肌力四级,左膝反射下降,左直腿抬高试验阴性,加强试验阴性,左大腿前方针刺觉下降。腰椎X线显示L3、4间隙变窄。CT扫描显示L3、4左侧椎间孔水平间盘突出(图1)。MR矢状面显示L3、4间盘突出上移,在椎间孔处压迫神经根,脂肪间隙消失(图2)。入院诊断:极外侧型腰椎间盘突出症(L3、4)。



图 1



图 2

## 治疗及结果

硬外麻醉下行脊柱后外侧切口,从腰大肌、腰方肌与髂棘肌间隙进入,达L3椎间孔外侧,可见L3神经

根被顶于椎间孔上端,水肿明显,不能移动,神经根下面可见椎间盘巨大突出,将间盘切除,重约3.5g,L3神经根即刻松弛,左右移动大于1cm,关闭切口。术后患者腰腿痛症状完全消失,左大腿前方针刺觉正常,左股四头肌力V级。

## 讨 论

1. Abdullah AF<sup>[1]</sup>于1974年最早报导了极外侧型腰椎间盘突出症,在280例腰椎间盘突出症中此种证型有24例,发病率为11.7%。Jackson R. P<sup>[2]</sup>报导发病率为10.3%,综合文献此病的发病率为1~11.7%之间,此病男女性别无明显差别。常发于L3-4、L4-5、L5-S1三间隙,但以L4、5间隙最为多见。发病年龄多见于老年人,Michael J<sup>[3]</sup>与Jackson R. P<sup>[2]</sup>均报导平均发病率年龄为57岁,Komberg M<sup>[4]</sup>介绍4例极外侧型椎间盘突出症,其中57岁以上的有3例。

2. 极外侧型腰椎间盘突出症临床表现有以下几个特点:(1)患者以下肢根性放射痛为主要症状,部分病人下腰痛不明显,椎旁肌痉挛及压疼,脊柱活动受限的严重程度不及后外侧及后侧椎间盘突出症;部分病人的腰痛主要是椎间盘对神经根的刺激,而未累及后纵韧带及前方硬膜。(2)查体可见直腿抬高试验大多为阴性,但L5、S1节段极外侧腰椎间盘突出症常表现为阳性,可能由于此节段的神经根在直腿抬高试验时比上节段神经根牵拉移动范围大<sup>[5]</sup>。(3)极外侧型腰椎间盘突出症往往压迫同位神经根,既L4-5突出压迫L4神经根;L5-S1突出压迫L5神经根。表现为相应神经根支配和分布区域内的运动和感觉改变。

3. 极外侧型椎间盘突出症应用一般方法不易确诊,X线平片可显示椎间隙变窄,但无特异性。脊髓造影不能显示如此外侧间盘突出,CT扫描在椎间孔处椎间盘密度局部膨出是其典型表现。Jackson R. P<sup>[2]</sup>对174例腰椎间盘突出症的病人均进行了CT扫描、脊髓造影、椎间盘造影和椎间盘造影增强CT扫描,结果诊断为极外侧椎间盘突出症的比率依次为50%、12.5%、37.5%和93.8%,该作者认为确诊极外侧椎间盘突出症最好的诊断方法是间盘造影增强CT。Michael J等

\* 中国中医研究院骨伤科研究所

人<sup>[3]</sup>报导 13 例极外侧椎间盘突出症, MR 诊断出 2 例, 脊髓造影仅 1 例为阳性, 通过高分辨率的 CT 全部得以确诊, 并且被手术所证实。我们认为 MR 对此病的诊断具有特殊性意义, 除了无损伤, 病人易于接受外, MR 常可在旁正中矢状面上显示椎间盘向上移位至椎弓根上缘压迫神经根, 椎间孔处脂肪间隙消失而得以确诊。椎间盘造影也是一种很好的诊断方法, 但有一定的技术难度。

4. 极外侧椎间盘突出症可行保守和手术治疗。神经根在椎间孔内受挤压较重, 临床症状及体征明显, 常需行手术治疗, 可经后外侧切口或峡部切口暴露椎间孔切除突出之椎间盘, 若关节突增生可切除关节突外侧增生部分。国外有报道<sup>[2,3]</sup>经后正中切口, 切除双侧部分椎板及上下部分棘突, 凿除部分关节突扩大椎间孔, 摘除突出物。也有作者<sup>[4]</sup>主张切除相应节段的下关节突, 摘除髓核后作横突间融合。部分极外侧椎间盘突出在椎间孔外, 临床症状和体征较轻, 可行保守治疗。

### 参考文献

1. Abdullah AF, Ditto EW, Byrd EB, et al. Extreme-lateral lumbar disc herniations, clinical syndrome and special problems of diagnosis. J Neurosurg 1974; 41: 229-234.
2. Jackson RP, Glah JJ. Foramina and extraforamina lumbar disc herniation: Diagnosis and treatment. Spine 1987; 12: 577-585.
3. Michael J, Broom MD. Foramina and extraforamina lumbar disk herniations. Clinical Orthopaedics and Research 1993; 289: 118-126.
4. Kornberg M. Extreme lateral lumbar disc herniations clinical syndrome and computed tomography recognition. Spine 1987; 12: 586-589.
5. Goderky JC, Erickson DL, Seijeskog EL. Extreme lateral disc herniation: diagnosis by computed tomographic scanning. Neurosurgery 1984; 14: 549-552.

(收稿: 1996-10-22)

## 经皮穿针内固定治疗锁骨骨折

内蒙古巴盟医院 (015000)

武永刚 宝音 赵连斌 汤志鹏 张镇江 任志坚 齐明 周金贵

我们从 1990 年以来, 对 34 例锁骨骨折采用经皮穿针“√”型克氏针内固定治疗, 效果满意。

**临床资料** 本组 34 例, 男 26 例, 女 8 例; 年龄 12~66 岁; 部位: 中 1/3 27 例, 外 1/3 7 例。类型: 横型骨折 12 例, 斜型骨折 19 例, 粉碎型骨折 3 例。受伤时间: 最短 1 小时, 最长 12 天, 平均 4.3 天。

**手术方法** 患者平卧位, 患肩垫高, 常规消毒铺巾, 局部用 1% 利多卡因浸润麻醉骨折断端及穿针部位。助手将患者双肩往下压使骨断端拉开进行整复, 整复困难时需在 C 型臂电视 X 光机监测下整复, 整复不满意者可改行切开复位。整复后于骨折断端内侧约 5~7cm 处用一尖锐的锥子 30°角刺入至锁骨皮质, 并在皮质上钻出个凹迹, 然后用 2mm 钻头同一角度钻透该侧骨皮质, 将直径 2mm “√”型克氏针钻入锁骨近折端。钻时应摆动前移, 切不可 360°旋转, 当遇到阻力时为克氏针顶端撞到对侧骨皮质, 将手钻旋转 180°继续穿入, 同法钻入直到克氏针穿过骨折线约 5cm 时即可。将针尾折弯、剪断埋于皮下。术后无需外固定, 可参加日常活动。对粉碎性骨折用三角巾悬吊制动 4 周。

**治疗结果** 本组病例均得到随访, 无克氏针外滑,

无神经血管副损伤。通过平均 27.4 个月的随访, 均达到骨性愈合, 亦无延迟愈合的。本组患者拔针后 1 周肩关节功能恢复正常, 仅有 2 例 55 岁以上老年患者拔针 3 周后恢复正常。

**体会** 经皮穿针内固定不破坏骨折部位的血运。由于“√”型克氏针进入骨髓腔内形成“W”型内固定, 防止了骨折断端间的旋转力, 较以往的克氏针固定可靠, 有利于骨折愈合。

经皮穿针内固定锁骨的适应症: 新鲜不稳定型骨折, 全身多处合并伤, 克氏针固定锁骨后便于护理。但粉碎性及陈旧性锁骨骨折慎用。

术中注意点: ①患肩下方用沙袋垫高, 使患肩下垂、纠正重叠移位, 便于整复操作。②“√”型克氏针钻入时应摆动前移, 必要时用锤子缓慢击入, 切不可旋转 360°, 利用克氏针的柔韧性使其顺应骨髓腔外形变化通过有角度的克氏针反复翻转前移, 在髓腔内形成“W”型而固定骨折断端。③术后避免肩关节过度外展及环转运动, 以免在骨折断端产生较大剪力。

(收稿: 1996-02-06)