

学习园地

经皮腰椎间盘突出切吸术与麻醉推拿术治疗 腰椎间盘突出症

江苏省睢宁县中医院(221200) 沈三歌 沈 岩

经皮腰椎间盘突出切吸术(APLD)是国内近年来推广的治疗腰突症的新技术,它与麻醉手法大推拿都是非开放性的治疗方法,我们选择了 40 例患者,甲组(APLD 组)20 例,乙组(麻醉推拿组)20 例分别采用 APLD 与麻醉推拿手法给予治疗,现报导如下。

临床资料

我们把 APLD 组作为治疗组,麻醉推拿组作为对照组。在选择病人时,尽量使其年龄相近,CT 突出影像近似,病史时间相近,全部病例均以 CT 证实为腰 4、5 椎间盘突出症(非中央型)。疗效标准:显效病人症状及体征完全消失;有效病人症状及体征较术前有明显改善,患侧直腿抬高试验较术前提高 30°;无效病人症状及体征无明显变化。

两组临床资料如下:APLD 组(20 例):平均年龄 41 岁;病史 1 年;CT 检查椎间盘突出物皆小于 7mm,无疝出;治疗结果:显效 18 例,有效 1 例,无效 1 例;一年随访复发者 2 例。麻醉推拿组(20 例):平均年龄 38 岁;病史 10 个月;CT 检查椎间盘突出物皆小于 7mm,无疝出;治疗结果:显效 14 例,有效 2 例,无效 4 例;一年随访复发者 5 例。

治疗方法

甲组 20 例采用经皮椎间盘切吸术。在有影像增强装置的 X 光机透视台上,患者取俯卧位,腹部垫一软枕,使腰部后凸弯曲 20°左右,在透视下选择病变椎间盘平面,以脊中线向患侧旁开 10cm 左右为穿刺点。腹背部常规消毒,铺巾,局麻,将直径 1.2mm 带芯无针座套管针从后侧方斜行刺入,进针方向与椎间盘横断面成 15°夹角,与人体额状面成 40°夹角,正侧位 X 光透视确定进针位置,进针位置以椎间盘后 1/3 为宜,套管针到位后,取出针芯,用套管针由细至粗扩张通道,最终将 5.6mm 的套管针送入椎间盘 0.3mm 至 0.5mm,并予以保留,余套管针拔出,沿此通道送入环锯,切割纤维环,退出环锯,送入髓核夹取钳,夹碎和取出髓核,取出夹取钳后,置入髓核切除器,使其在纤维环内以每分钟 300 次速度切割、抽吸,以吸出髓核 2~3 克为宜,最后取出髓核切除器及套管,局部包扎。

乙组 20 例,予以麻醉下手法大推拿。先进行硬脊

膜外麻醉,作腰椎对抗牵引 3~5 分钟再按以下步骤实施手法:1. 仰卧牵引;2. 患肢直抬伸筋松解;3. 屈膝屈髋旋转;4. 脊柱侧扳;5. 俯卧位牵引按压;6. 旋脊过伸;7. 俯卧斜扳;8. 整理。手法推拿后患者绝对卧床休息十天左右,并根据病情痊愈情况进行腰背肌功能锻炼。

讨 论

1. 各种不同程度椎间盘病变的形态变化大致可以分为如下四个方面:(1)椎间盘退变,是指其生化与结构改变,并不影响腰椎生理功能只是造成腰椎周围酸胀而已。(2)椎间盘膨出,是指椎间盘周围性增大,其中只有轻微的纤维环裂隙。(3)椎间盘突出,是指椎间盘局部性突出,该情况下髓核可能仅仅被最外层纤维环所限制。(4)椎间盘疝出,是指髓核通过破裂的纤维环向外挤出,或停留在后纵韧带下,或出现游离的髓核碎块。APLD 与麻醉推拿术只适用于椎间盘突出症的治疗,不适宜椎间盘疝出症的治疗。

2. APLD 与麻醉推拿两种手术比较起来,APLD 通过椎间盘打洞及髓核的切吸,无疑缓解了椎间盘的内压力,解除了根性疼痛的原因,麻醉推拿术通过手法去解除突出物与神经根的压迫关系,相对是比较困难的。

APLD 通过对髓核内容物的切吸、减压,除了对神经根的机械性压迫起到缓冲作用外,同时也终止了髓核液里渗出的糖蛋白、 β 蛋白质等对神经根的化学性刺激。麻醉推拿术通过手法牵引、推拿、疏筋活血来终止这种生物物质的刺激相对就要缓慢得多。所以,腰椎间盘突出症引起腰腿痛的原因,不管是受压说,还是根性炎症说,或者两者皆有之,APLD 既缓解了突出物对神经根的压迫,又消除了生物物质对神经根的化学刺激,于是 APLD 就相对地显示出比较麻醉推拿术治疗腰突症的可选性。

3. APLD 在以下几个方面显露其优势:(1)创伤小;(2)不扰乱脊柱稳定性;(3)安全系数大,后遗症少;(4)手术简单,容易掌握和操作;(5)住院时间短,经费开支少。但是仍有许多问题尚待进一步探讨、研究和提高,如复发率、术中感染等。

(收稿:1995—08—15)