

保留棘突及部分椎板节段性扩大减压术治疗腰椎管狭窄症

谢小庆

四川省泸州市中医院(646000)

我院对 28 例腰椎管狭窄患者采用保留棘突及部分椎板节段性扩大减压术治疗,现介绍如下。

临床资料

1. 一般资料:本组男 16 例,女 12 例;年龄 45~68 岁。病程 2~15 年。

2. 症状与体征:所有病例均有反复腰痛,渐出现单侧或双侧下肢麻木疼痛,有典型的间歇性跛行 25 例,直腿抬高试验 30°~50° 18 例,50°~70° 5 例,70°以上者 5 例,伴下肢感觉减退 18 例。

3. 影像检查:28 例均经 X 线检查,其中 21 例腰椎管前后缘不同程度增生性改变,经 CT 检查 23 例,多表现为黄韧带肥厚、小关节增生、发育性腰椎管狭窄症。其椎板均增厚共 5 例,伴椎间盘突出 16 例。

治疗方法

局麻或连续硬膜外麻醉,患者呈俯卧位。后正中切口以 L₄₋₅、L₅~S₁ 节段为例说明。

后正中切口以 L₃~S₁,沿其棘突一侧显露椎板及关节突,保护棘上及棘间韧带。同上法剥离另一侧。切断 L₅~S₁ 棘上及棘间韧带,用多功能骨刀及鸟形咬骨钳于 L₄~L₅ 两侧椎板中 1/2 处凿开,用巾钳或打孔器提起 L₅ 棘突使其上翻,呈“卷帘门”状,充分显露病变部之椎管、小关节突以及侧隐窝。病变节段椎管显露后,分别切除 L₄~L₅、L₅~S₁ 节段增厚黄韧带,显露侧隐窝,应扩大的均扩大,松解神经根。对合并间盘突出者,将其髓核摘除。充分减压及扩大侧隐窝后,将翻转之棘突用多功能骨刀从中间纵行凿开,经棘突根部及椎骨环上端钻孔,以 10 号粗丝线进行结扎,局部无需植骨,术后平卧硬板床两周后拆线,继续卧床 1 个月,同时行腰背肌功能锻炼后可下床活动。

治疗结果

本组 28 例中,经 1~3 年随访 21 例,平均随访 6

个月。疗效标准:优:手术后症状、体征消失,腰部活动基本不受限;良:术后腰痛症状消失,尚有腰腿酸痛不适感;好转:术后腰腿疼痛减轻,但仍有轻度腰腿痛;差:术后症状无缓解。按以上标准:优 16 例,良 4 例,好转 1 例。

讨 论

1. 稳定与减压范围:对于腰椎管狭窄症的手术,目前仍以全椎板切除以及小关节部分切除为主。这样椎体后部结构的广泛切除,可导致术后腰椎不稳,因此,强调手术中重视脊柱的完整和稳定性。但过分地强调脊柱的完整和稳定性,势必导致减压范围过小或减压不足。我们主张在充分减压的基础上,尽量保持脊柱的稳定。因此,手术中充分减压的情况下,尽量保留小关节或部分小关节而扩大椎管,这样术后出现脊髓和神经根受压的可能性减小,使脊柱的稳定与减压得以共同实现。

2. 手术特点:该手术在保持脊椎棘上、棘间韧带的同时,充分减压,扩大椎管,而椎管后部之骨性支架得以扩大,较大幅度地暴露椎板及关节突,手术视野广,便于操作,不致损伤硬膜及神经根,也便于摘除突出之椎间盘,保留棘突及部分椎板,起到椎管后部的骨性支架作用,保护硬脊膜。

3. 手术注意点:(1)行 L₅、S₁ 棘上、棘间韧带切断后,用鸟形咬骨钳作椎板两侧凿开,术中注意勿伤及神经根及硬膜囊。(2)术中尽可能保留椎板外 1/3 椎管环完整,侧隐窝有狭窄者可用多功能骨刀去掉部分椎板,彻底使神经根松解。(3)用多功能骨刀剖开棘突时,注意勿使之完全分离,这样,骨性支架作用更完整,而椎管变大,而不致于出现硬膜囊及神经根受压现象。

(收稿:1998-05-11)