

手术治疗腰椎间盘突出症并腰椎管狭窄症 278 例

程永安 原民 陈健 杨隆奎 王帮才 袁恭贵 王家珩*

重庆万县市第二中医院 (404000)

1990 年 1 月 ~ 1994 年 12 月手术治疗腰椎间盘突出

治疗结果

出症与腰椎管狭窄症 278 例, 疗效满意, 报告如下。

随访 220 例, 时间为 1 ~ 4 年。疗效标准: 优: 全部症状消失, 小腿感觉正常 150 例; 良: 腰腿痛轻微, 小腿轻微胀和麻木, 下肢轻度感觉减退 52 例; 可: 腰腿痛大部分消失, 仍有酸、胀、麻木 15 例; 差: 腰腿痛减轻不明显, 小腿仍有酸、胀、麻木 4 例。

临床资料

男 182 例, 女 96 例; 年龄 22 ~ 74 岁; 病程 1 周 ~ 32 年。X 线平片检查: 腰椎生理前凸变浅或接近消失, 椎间隙变窄 98 例, 腰椎侧弯 85 例; 椎体边缘骨质增生 113 例; 腰椎椎体后缘骨质增生 52 例。CT 扫描 230 例腰椎间盘突出症 L₃₋₄10 例, L₄₋₅111 例, L₅S₁109 例, 其中: 中央型 23 例, 偏中央型 32 例; 3 个间隙突出 10 例, 2 个间隙突出 41 例; 椎板增厚 118 例; 黄韧带肥厚 192 例; 椎管狭窄 208 例 (矢状径小于 13mm 86 例, 横径小于 18mm 102 例)。椎体后缘骨质增生 52 例 (L₄12 例、L₅40 例); 椎间关节肥大 94 例; 侧隐窝明显狭窄神经根受压 85 例。本组 278 例术前同时椎管造影 81 例 (L₃₋₄6 例, L₄₋₅45 例, L₅S₁30 例); 平面有油柱压迹, 压迹最大者 15mm, 或显示梗阻或神经根袖不显影, 椎管狭窄显示呈毛刷状或哑铃状改变; 3 个间隙突出 6 例, 2 个间隙突出 16 例。278 例中采用 Neumatic2000 型肌电图仪检查 242 例, 与手术定位符合率 95.7%。

讨论

根据临床表现、CT 扫描征象、结合肌电图, 可疑者行椎管造影的改变, 一旦诊断腰椎间盘突出症并腰椎管狭窄症行全椎板切除术^[1], 摘除突出的椎间盘, 术中摘除椎间盘比较彻底, 特别是中央型或偏中央型显露清晰。全椎板切除尽管破坏了脊柱“三柱”学说的中柱、后柱结构, 对脊柱稳定性有影响, 但是椎体前方有坚强的前纵韧带, 后方有强大的骶棘肌, 术后只要加强腰背肌锻炼, 同样可使脊柱稳定。

治疗方法

硬腰外连续麻醉下 223 例, 局麻浸润麻醉 55 例。俯卧位 231 例, 侧卧位 47 例。后正切口, 切开皮肤前切口浅层组织注入肾上腺素 (100ml 生理盐水加入肾上腺素 1ml), 剥离骶棘肌, 显露椎板, 椎板间开窗术 37 例, 半椎板切除术 91 例, 全椎板切除术 150 例。术中所见腰椎间盘突出与术前 CT 扫描基本一致。中央型 23 例, 偏中央型 32 例, 肩 upper 型 118 例, 腋下型 105 例。椎板增厚 10 ~ 19mm, 黄韧带肥厚 5 ~ 12mm。椎间关节肥大, 侧隐窝狭窄压迫神经根最细仅 3mm, 术中扩大神经根管后神经根为 6mm, 见侧隐窝有的被增厚的黄韧带、关节囊复盖和关节突肥大尤其是上关节突肥大多见。椎管管径 (横径) 狭窄多为 8 ~ 15mm, 最细者为 6mm, 椎板切除后硬脊膜立即膨胀 12 ~ 18mm。椎间盘突出长期压迫硬脊膜, 粘连严重, 难于分离, 撕破硬脊膜者有 18 例, 术时立即修扑。

CT 扫描及术中显示侧隐窝狭窄者应检查神经根在神经根管活动范围, 应作常规手术探查受压神经根在根管内横向范围, 小于 1cm 者应作扩大神经根管, 松解神经根。用小骨凿凿除上关节内侧顶端 0.5cm, 下关节保留不少于 0.5cm, 有足够的关节面接触, 游离神经根 1 ~ 1.5cm^[2], 达到侧隐窝扩大, 神经根彻底松解减压, 既保证脊柱的稳定性, 又解除了神经根受压, 术后下肢感觉很快恢复, 麻木消失。

肌电图检查提示神经根受累或者可疑时, 特别无椎间盘突出时, 手术时应检查相应的椎间隙的侧隐窝有无狭窄神经根在神经根管活动范围是否在 1cm 以上, 才下手术台。否则, 摘除了椎间盘, 未探查神经根是否在侧隐窝受压, 术后酸、胀、麻不能缓解或消失, 造成病人再次手术。

参考文献

1. 苏士海, 张沛川. 腰椎管狭窄合并椎间盘突出物的手术治疗. 中华骨科杂志, 1992, 11 (12): 455
2. 赵敦炎, 王也刘. 腰椎间盘突出合并侧隐窝狭窄的诊断与治疗 (附 55 例报告). 中华骨科杂志, 1992, 11 (12): 44

(收稿: 1996-04-24)

* 第三军医大学西南医院