

手术治疗椎间盘突出症 58 例疗效分析

来秋山

河南省内黄县人民医院 (456300)

我院自 1992 年 10 月~1997 年 7 月共收治腰椎间盘突出症 58 例, 疗效满意, 报告如下。

临床资料

一般资料: 本组病例 58 例, 男 37 例, 女 21 例, 年龄 25~43 岁, 平均年龄 38 岁; 所有病例均有不同程度的腰部外伤史或慢性腰痛病史; 部位 L₃₋₄ 2 例, L₄₋₅ 33 例, L₅~S₁ 15 例, L₄₋₅、L₅~S₁ 双间隙 8 例。术前分别接受过牵引、按摩、针灸、理疗及椎管封闭等保守治疗。

临床症状与体征: 全部病例分别有不同程度的腰痛伴单侧或双侧下肢放射痛、间歇性跛性、棘突间旁侧压痛伴下肢放射痛、神经功能损害症状(包括运动、感觉及反射)及活动受限、脊柱畸形。其中: 腰痛伴单侧下肢疼痛 54 例, 双下肢疼痛 4 例(其中一侧较重); 间歇性跛行 16 例, 行走困难 14 例; 脊柱明显侧弯 50 例。伸膝无力 2 例, 跟腱反射减弱 20 例, 趾背伸无力 41 例, 足跖屈无力 20 例, 马鞍区感觉障碍 4 例; 直腿抬高试验阳性和加强试验阳性 56 例, 健腿抬高试验阳性 22 例, 股神经牵拉试验阳性 2 例。

影像学检查: (1) X 线平片: 全组病例显示病变椎间隙狭窄或前窄后宽, 正位片显示不同程度的腰椎侧弯; 36 例显示不同程度的骨质增生, 侧隐窝狭窄 22 例。

(2) CT 扫描 52 例, MRI 6 例, 椎间盘突出向左侧 26 例, 右侧 28 例, 混合型(中央型+单侧) 4 例, 合并椎管狭窄 16 例。

全组病例均行椎间盘摘除术, 其中椎板间开窗 16 例, 半椎板切除 38 例, 全椎板切除 4 例。

治疗方法

(1) 体位: 采用侧卧位 54 例(突出侧在上), 俯卧位 4 例。(2) 麻醉: 采用硬膜外麻醉 53 例, 局部浸润麻醉 5 例, 全部病人采用 250ml 生理盐水加去甲肾上腺素针 1mg 皮下浸润。(3) 切口: 取棘突后正中切口, 以病变间隙为中心, 上下延长 10cm 左右。(4) 显露椎板和黄韧带, 小心切除黄韧带, 采用半椎板切除, 椎板间开窗或全椎板切除打开椎管, 用神经剥离子或神经拉钩, 轻轻牵开硬膜及神经根, 显露突出的椎间盘, 用 7 号尖刀环形或十字形切开纤维环组织(其中 8 例纤维环已破裂, 髓核已大部分脱出), 用髓核钳彻底摘除椎

间盘组织。(5) 用 500ml 生理盐水加地塞米松 10mg、庆大霉素 40 万^u 冲洗切口, 用止血棉片或明胶海绵压迫止血后取出, 逐层缝合, 放置引流管, 手术完毕。

治疗结果

全组病例全部随访, 时间为 0.5~4 年, 平均 2 年。疗效标准: 优: 术后无任何症状及体征残留, 能正常工作; 良: 术后症状、体征基本消失, 能正常工作; 尚可: 术后主要症状、体征有所改善, 从事体力劳动有困难; 差: 术后症状改善不明显, 只能做些轻体力劳动或不能工作。58 例中优 41 例, 良 12 例, 尚可 3 例, 差 2 例; 优良者 53 例, 优良率 91.3%。

讨论

1. 椎间盘肿胀、纤维环破裂及带之而来的椎间盘小关节损伤是造成压迫神经根继而引发疼痛的主要原因, 所以说椎间盘突出症是造成腰腿疼的主要原因之一^[1]。

2. 诊断腰椎间盘突出症并不困难, 物理检查必不可少, 临床症状和体征可以说是最重要的诊断依据, 拍 X 线平片不失为最初的助诊手段及鉴别诊断手段, 虽然 CT 和 MRI 可以更进一步明确诊断, 但必须和临床表现相结合, 方能做出正确诊断。

3. 应该严格掌握手术适应症。

4. 术前准备要充分。

5. 术前皮下及椎旁肌用 250ml 生理盐水加去甲肾上腺素 1mg 浸润, 术中出血较少, 术野清晰, 能缩短手术时间; 术中一定要彻底切除肥厚的黄韧带及椎间盘残余组织, 在椎管减压的同时, 仔细探查椎间孔, 使神经根得到充分松解; 如果发现个别黄韧带和硬膜囊、神经根粘连明显, 一定要小心分离, 以防硬脊膜破裂, 一旦破裂, 应及时缝合修补^[2]。

参考文献

1. 李可心, 马达. 腰椎间盘突出症国外研究概况. 中国骨伤, 1997, 5 (3): 61
2. 李秀坤. 腰椎间盘突出症手术失败的诊断及治疗探讨. 颈腰痛杂志, 1997, 5 (2): 115

(收稿: 1997- 11- 20; 修回: 1998- 04- 26)