

腰椎间盘突出症再次手术及术后并发症分析

屈家棋 徐寿山

(遵义市中医院, 贵州 遵义563000)

1991年~1997年行腰椎间盘突出手术的124例中男性87例, 女性37例; 年龄最小18岁(1例), 最大65岁, 平均42岁。突出部位均在L₄₋₅, L₅~S₁节段。

手术方法: 一律侧卧位, 0.5%利多卡因局麻下椎板开窗, 切除上下关节突内侧部位, 拉开神经根切除突出物。

再次手术9例, 占同期手术的7.25%, 其中粘连5例, 第一次手术未彻底切除突出物2例, 定位错误2例。

手术并发症8例, 7例脊膜破裂, 其中1例术后出现严重气脑, 1例暂时性马尾神经麻痹, 3个月后恢复。

讨论

1. 第二次手术问题: (1) 本组第二次手术9例, 占7.25%, 分析原因是粘连。9例中有5例, 其特点是发生在第一次手术后较长时间, 又出现腰椎间盘突出症的症状和体征, 5例中4例发生在第一次术后一年, 1例发生在术后13年。预防方法应是尽可能彻底止血, 术后伤口引流24小时, 减少手术区积血。术后早期直腿抬高患肢, 防止神经根粘连。(2) 是切除不彻底。有2例, 其特点是第一次手术后症状未完全解除, 2例均在术后一个月再次手术, 均因是偏中央突出而且较大, 纤维环钙化, 第一次手术时因开窗暴露范围较小未能完全切除, 得此教训后, 遇此情况, 切除相应棘突大部分或全椎板, 扩大手术野, 充分显露突出物, 彻底清除, 未再发生此类情况。(3) 是定位错误。本组2例均是外单位第一次手术病人, 其特点是第一次手术后症状一点也没有改善。定位错误有两种情况, 一是明确突出在L₅~S₁而误认为L₄₋₅, 二是过份相信CT报告, 是探查CT报告突出部位, 实际报告突出部位没有突出, 而突出物在相邻节段。本组各有1例, 我们的定位方法是: 下肢后侧放射性疼痛必然是坐骨神经受压, 坐骨神经由L₅~S₁

神经根组成, 受压部位必然在L₄₋₅或L₅~S₁或两者兼有, 手术时先找到骶骨向上确定L₅、L₄椎板。切开L₅~S₁之间和L₄~L₅之间黄韧带用止血钳依次伸入椎管向外触及S₁和L₅神经根, 如出现剧烈放射性痛, 病变必在此间隙, 如两处都剧痛两处都有问题。开窗就在剧烈疼痛处间隙进行, 因为不受压的神经根不会感到剧烈疼痛。这样既可防止定位错误又可防止遗漏双间隙突出。我们自己病例从未发生定位错误和遗漏。

2. 并发症问题: 本组8例, 7例是脊膜撕破, 6例是因为有粘连, 剥离神经根时分破, 多在神经根与脊膜囊交界附近, 1例因为突出物较大, 脊膜囊被顶向后与椎板紧贴, 咬椎板时被椎板咬骨钳咬破。处理方法: 3例缝合脊膜, 4例因破损小, 脑脊液停止外溢, 不易找到而用肌肉片贴盖线固定, 术后均无脑脊液漏。唯其中一例, 术后出现严重全身抽搐, 口唇发绀, 开始认为是脂肪栓塞综合征, 后经颅脑CT检查, 发现是颅腔大量积气, 诊断为气脑, 经镇静, 抗痉等治疗逐渐好转。本例1年前作腰椎间盘突出手术, 症状复发作第二次手术, 术中见严重粘连, 骶棘肌内层疤痕化, 极硬。术中分破脊膜, 肌片盖破口, 线固定, 橡皮条植入伤口引流。为何出现这罕见的严重气脑, 分析原因, 可能是骶棘肌严重疤痕化, 不能充分被合创面, 形成风箱似结构, 将空气挤入蛛网膜下腔所致。

8例有1例是术后出现马尾神经暂时性麻痹, 该例间盘突出较大较硬, 偏中央, 切除时牵拉脊膜囊较久, 术后出现骶尾部肛门坠胀, 大便干结困难, 双下肢无力, 肌力减退, 肛门周围痛觉减低, 三个月后自行恢复, 预防方法是充分暴露手术范围, 牵拉脊膜囊时用力不可过大, 时间不能过长, 中途应休息一会儿再做。

(收稿: 1998-04-04)