

老年人腰椎间盘突出症的手术治疗

钟新翔 何火明 龚明林

(中国建筑八局四公司医院, 山东 东营 257031)

我院近 5 年来行老年人腰椎间盘突出症手术 37 例, 疗效显著, 现就老年人腰椎间盘突出症手术治疗的有关问题分析讨论如下。

临床资料

本组 37 例, 男 22 例, 女 15 例; 年龄 60~76 岁; 病史 2 个月~30 年。全组病人均有腰腿痛病史, 因劳累、外伤诱发或使疼痛加重, 其中腰痛伴双下肢疼痛、麻木者 8 例, 腰痛或伴单侧下肢疼痛、麻木者 29 例, 伴下肢间歇性跛行者 24 例, 伴括约肌功能障碍者 6 例, 不能站立行走者 4 例。腰椎间盘突出部位: L_{3/4} 间隙 2 例, L_{4/5} 间隙 12 例, L₅S₁ 间隙 17 例, L_{4/5}、L₅S₁ 两个间隙同时突出 6 例。全部病例摄腰椎正侧位片, 示椎间隙狭窄或不等宽者 31 例, 椎体边缘骨质增生 37 例, 示小关节突肥大、排列不对称者 29 例。8 例行椎管造影, 5 例显示硬膜囊有充盈缺损及单侧神经根袖影中断。21 例行 CT 椎管扫描, 15 例表现为腰椎间盘突出呈旁侧型突出, 6 例表现为腰椎间盘突出呈中央型突出, 其中示单侧侧隐窝狭窄者 11 例、示双侧侧隐窝狭窄者 2 例。4 例行 MRI 检查, 3 例显示腰椎间盘突出呈旁侧型突出, 1 例显示腰椎间盘突出呈中央型突出。

手术方法及结果

全部病例均经后路手术, 采用俯卧位, 局部麻醉。行全椎板切除术 4 例, 半椎板切除术 28 例, 双侧椎板扩大开窗术式 5 例。

疗效评定标准: 优: 术后腰腿痛症状全部消失, 恢复正常生活。良: 术后腰腿痛症状基本消失, 偶有腰部或小腿酸胀不适、恢复正常生活。可: 术后腰腿痛症状明显减轻, 遗留小腿酸胀或麻木。本组 37 例中获访 36 例, 随访时间 6 个月~4 年, 平均 21 个月, 结果: 优 21 例、良 12 例、可 4 例, 优良率: 89.2%。

讨论

1. 老年人腰椎间盘突出症的临床特点 由于老年人脊柱本身的退行性改变及其生理特点, 腰椎间盘突出后椎间隙变窄、椎间韧带松弛、椎节的松动与不稳导致腰椎的生物力学分布异常, 腰部后结构的应力增加, 集中于小关节突上^[1]。由此产生一系列的病理改变, 如黄韧带的肥厚、小关节突的增生、肥大、内聚等,

直接导致椎管的有效容积减小, 造成椎管狭窄, 或在原有相对狭窄的基础上加重了狭窄而引起症状。特别是椎间小关节和椎体后缘的增生往往造成侧隐窝、神经根管及椎间孔的狭窄, 有时紧紧嵌压神经根, 引起严重的腰腿疼痛。大多数病例根据临床表现和体征即可作出诊断, 对少数症状不典型、定位不明确的病例, 可借助特殊检查来协助诊断。我们体会 CT 椎管扫描诊断价值可靠, 这是因为 CT 有较高的空间分辨能力, 能显示腰椎各横断面骨性及软组织结构, 除可分辨突出的髓核对神经根的压迫程度外, 还可较清楚地显示侧隐窝、椎间小关节增生情况及黄韧带的厚度等, 并能在图象上精确地测量侧隐窝矢状径的大小, 对诊断及术前定位有较大的帮助。

2. 老年人腰椎间盘突出症的术式探讨老年人腰椎间盘突出症采用保守治疗的方法往往效果欠佳, 对病程长、症状重者应尽早手术。手术原则是在彻底解除压迫因素的前提下, 尽可能减少腰部正常结构的破坏, 尽量保持脊柱的稳定性。由于老年人腰椎间盘突出症除腰椎间盘突出外, 往往合并侧隐窝、神经根管及椎间孔的狭窄, 因此, 手术切除椎间盘的同时应彻底切除增生肥大的关节突、肥厚的黄韧带、后纵韧带及椎体后缘骨赘等, 解放侧隐窝、松解神经根周围粘连, 使神经根通道完全减压。我们体会: 半椎板切除术式即可完成切除突出的椎间盘及椎体后缘骨赘、扩大椎管, 达到减压的目的。本术式对脊柱的正常结构破坏较小, 尽可能地保持了脊柱的稳定性, 术后腰背痛的发生率低, 优于以往常用的全椎板切除术式。因为全椎板切除术常要切除腰椎的后柱, 易引起腰椎不稳定, 出现术后腰背无力、酸痛等症状, 甚至腰椎滑脱。所以对全椎板切除术要严格掌握手术适应症, 术前应对腰椎的稳定程度作全面估价, 明确有否腰椎不稳的潜在性因素, 只有在腰椎间盘突出呈中央型突出合并双侧侧隐窝狭窄或已做过一侧手术时, 才考虑全椎板切除^[2]。

3. 注意事项 (1) 老年人常伴有高血压、冠心病、糖尿病等老年性疾病及其潜在因素, 应做好术前检查及适当的术前治疗。(2) 术中切除肥厚的黄韧带时要彻底, 可先用神经剥离离子在黄韧带与硬膜外脂肪间进行

钝性分离,使粘连分开,避免损伤硬膜和神经根。(3)切除关节突扩大侧隐窝时,应先找到神经根并将其拉开加以保护后进行。(4)作神经根管扩大时宜由远向近逐步扩大,在远端扩大时要到达神经根出口处,近端扩大时要到达神经根袖部,并完全暴露根袖,扩大后要求神经根有 0.5~1cm 左右移动度^[3]。(5)切除椎间盘时应将神经根和硬膜尽量拉开、保护,使其充分暴露后刀背背离神经根及硬膜将纤维环环形切开,使用髓核钳时注意其深度和方向,避免损伤椎体前血管。(6)术毕

彻底止血,有效引流,早期行双下肢直腿抬高锻炼。

参考文献

- ① 戴力扬,贾连顺,钱齐荣,等.老年人腰椎应力分布及其临床意义.中华老年医学杂志,1991,10:163.
- ② Brodsky AE. Post-laminectomy and Post fusion stenosis of lumbar spine. Clin Orthop, 1976, 115 (3): 130
- ③ 李子荣.腰椎管侧隐窝狭窄症.国外医学外科分册,1985,3:131.

收稿:1997-01-13

踝关节骨折脱位的手术治疗

王树金 姜辛耕 周慧礼

(丹阳市人民医院,江苏 丹阳 212300)

自 1989 年以来,收治各种踝关节骨折脱位 74 例,手术治疗 56 例,对其中 43 例进行了随访,发现外踝及腓骨的处理方法与踝关节功能有密切关系。

临床资料

本组 43 例中男 31 例,女 12 例;年龄 18~73 岁。损伤原因:车祸 16 例,跌伤或扭伤 12 例,坠落伤 9 例,车碾压伤 6 例。损伤部位:单踝 11 例,双踝 25 例,三踝 7 例。按 Lauge-Hanse 分类:旋后—外旋型 17 例,旋后—内收型 5 例,旋前—外旋型 11 例,旋前—外展型 8 例,垂直压缩型 2 例。合并距骨脱位 32 例。开放性骨折脱位 24 例。

治疗方法

43 例行切开复位内固定,术中尽可能恢复踝穴的关系。双踝骨折先行外踝固定 14 例。三踝骨折按外踝、后踝、内踝顺序整复固定 4 例。内踝:螺丝钉固定 18 例,双克氏针 7 例,张力带钢丝 8 例。外踝:钢板 12 例,张力带钢丝 8 例,克氏针 16 例,单纯钢丝 3 例。下胫腓韧带联合分离 24 例,17 例内固定,其中骨栓 6 例,螺丝钉 11 例。

治疗结果

43 例随访 6~30 月,平均 22 月。根据病人主诉、踝关节外形、功能及 X 线征象作 4 级评价^[1]。优:无痛,无畸形,功能正常或接近正常,X 线显示骨愈合,16 例;良:劳累后踝关节轻度疼痛或不适,背伸或跖屈受限在 10~15°;X 线显示骨愈合无畸形,13 例;可:时感踝关节酸痛乏力,背伸或跖屈受限在 16~20°;X 线显示踝关节轻度畸形,9 例;差:踝关节负重即痛,需要扶拐行走,背伸或跖屈受限在 30°以上,外观及 X

线显示明显畸形,5 例。

讨论

由于踝关节承受全身重量,要求稳定性好,灵活度高。几乎所有的踝关节骨折脱位都是关节内骨折,对关节面的确切复位和早期活动练习是治疗踝关节骨折脱位获得良好效果的最基本点。内固定不仅可保持骨折端的解剖复位和距骨在踝穴中的正常关系,且有利于软组织的修复和骨折愈合,也为早期功能活动创造了条件。根据踝关节生物力学研究,对腓骨骨折和下胫腓分离整复明显重要。应先整复腓骨外踝,然后依次下胫腓分离,后踝,内踝骨折的复位固定。

踝关节骨折脱位在整复时,不但要求胫骨下关节面与距骨滑车的鞍形关节面保持生理解剖一致的对合,而且要求内、外踝恢复其生理斜度,以适合距骨后上窄,前下宽的形态^[1]。由于腓骨轴线与外踝轴线有 10~21° 平均 13° 的夹角,在负重与小腿肌肉的作用下及距骨与外踝的相互作用下,如腓骨远端骨折未行坚强的内固定,又未固定下胫腓联合,则外踝将上移,可造成踝穴增宽,距骨外移,术后发生创伤性关节炎。本组有 8 例,忽视了外踝与腓骨对踝关节的稳定和维持距骨正常位置的作用,用克氏针自外踝穿入髓内固定,破坏了腓骨与外踝的夹角,术后出现功能障碍,以致出现创伤性关节炎。改行钢板和张力带钢丝固定,由于钢板进行了预弯,保持了夹角,20 例中仅 2 例术后出现踝关节背伸、跖屈受限。固定失当也可引起踝穴狭窄或距骨倾斜,引起关节疼痛而活动受限。Yablon 等^[2]报告 53 例双踝骨折,经外踝解剖复位及四孔钢板固定后,均使距骨及内踝获得解剖复位,并认为外踝的整