

开窗潜式扩大减压术治疗椎间盘突出合并侧隐窝狭窄症

周占国 关涛 梁春雷

(聊城市中医院, 山东 聊城 252058)

为提高腰椎间盘突出合并侧隐窝狭窄术后疗效及稳定腰椎, 作者 1993 年 3 月~ 1997 年 4 月采用开窗潜式扩大减压术治疗此症 34 例, 效果良好, 报告如下。

1 临床资料

本组共 34 例, 男 14 例, 女 20 例, 年龄 28~ 56 岁, 平均 41.2 岁。所有患者都有腰痛病史, 并以下肢疼痛较重为特点, 经系统保守治疗效果不佳。其中双下肢疼痛、麻木, 但一侧为重者 8 例, 间歇跛行 9 例, 直腿抬高试验均 $< 50^\circ$ 。小腿外侧、足背侧皮肤感觉减退 31 例, 踝反射减弱 6 例, 背伸力减弱者 17 例, 所有患者均经 CT 扫描, 其中 L_{4,5} 间盘突出伴一侧狭窄者 9 例, 双侧 10 例。L₅S₁ 单侧 4 例, 双侧 7 例, L_{4,5} 和 L₅S₁ 4 例, 黄韧带肥厚达 5~ 8 mm, 隐窝均少于 4 mm, 中央型突出 6 例, 突出并钙化 8 例。手术单窗 16 例, 双窗 12 例, 多窗 6 例。

2 治疗方法

侧卧位, 患肢在上, 硬膜外麻醉或局麻, 正中切口, 长 6~ 10 cm, 显露病变椎板间隙。用骨刀切除上椎板下 1/3 及下椎板上 1/4, 内侧达棘突基底部, 外达关节突内侧, 即开一个长方形骨窗, 小心清除窗内黄韧带, 用弯骨刀切除上下椎板的内板一部分, 潜行扩大并利于去净黄韧带。然后用剥离子沿硬膜外侧面小心向内分离硬膜及神经根, 由于间盘突出较大及(或)神经根、硬膜与之粘连向内牵拉较困难, 因此分离后, 用直骨刀斜向前外切除椎板峡部内侧、增生内聚关节突内侧、椎弓根内侧约 1.5 mm 骨质, 连同侧方黄韧带一并移除。此时侧方已扩大, 向内分离硬膜及神经根, 小心推开静脉丛, 显露突出的间盘, 上下棉片压迫, 并保护好神经根, 环形切开后纵韧带, 彻底摘除破裂的髓核组织, 对椎体后缘骨突或钙化的间盘, 用骨刀铲除。之后沿神经根向下用小骨刀、斜口咬骨钳、刮匙扩大侧隐窝下部及神经出口, 使神经根得到充分活动度, 最后用弯骨刀或斜口咬骨钳, 去掉棘突基底部内板一部分。对于中央型突出, 马尾症状重及双侧狭窄或多间隙者双侧开窗或多窗。用导尿管探查上下椎管若无放射痛表现, 则大量庆大霉素、生理盐水多次冲洗后, 用脂肪片覆盖窗口, 放引流管关闭刀口, 术后 3 天练习直腿抬高, 半月拆线带腰围下地活动, 同时练习腹肌及腰背肌, 3 个月不负重。

3 治疗结果

手术完后下肢疼痛明显减轻, 其中有 7 例消失。无 1 例刀口感染。经 1~ 4 年随访, 优 26 例, 能参加正常活动, 腰腿无疼痛; 良 5 例, 能参加正常劳动, 但劳累后易引起酸胀不适; 差 3 例。经 CT 及 MRI 证实, 手术上位间隙突出 2 例, 1 例单

窗对侧突出。经保守治疗后减轻, 总优良率 91.18%,

4 讨论

4.1 正确认识侧隐窝、侧椎管与其发病机理 侧隐窝是 L₄~ S₁ 椎管所特有的解剖结构, 一般认为大于 5mm 为正常, 小于 3mm 为狭窄, 3~ 4mm 为相对狭窄^[1]。当劳损等引起腰椎退变时, 黄韧带肥厚皱折, 关节突内聚增生, 从侧方及后方压迫神经根。或原发性侧隐窝狭小, 当间盘突出, 从前方挤压神经根时, 引起神经根的损伤即出现临床症状。由于行间盘摘除术后, 上位椎体下沉, 亦致侧隐窝变小, 术后继发性狭窄。鉴于以上两种情况, 手术时不但要去掉纤维性狭窄因素(间盘、黄韧带), 而且要做相应的骨性扩大, 这样才能致远期疗效满意。那种仅满足于间盘突出物摘除而忽略侧隐窝减压, 即使半椎板或全椎板减压, 术后效果亦不佳或易复发^[2~ 4]。

4.2 手术选择 以简单易于掌握、损伤小、安全且保持腰椎的稳定性为原则, 选择扩大减压-取间盘再扩大的方法。本术式开窗即在病变椎间隙上下椎板开一个长方形骨窗, 形象易于掌握, 然后用骨刀潜行扩大。由于间盘突出后挤压神经根, 使神经根及硬膜紧张并与其粘连。若强行分离牵拉, 易拉伤神经根及硬膜, 且显露欠佳, 危险性大。只有先切除肥厚的黄韧带、增生肥厚的小关节突内侧部分, 才能更好更有利于显露间盘并取出。去掉部分骨性狭窄, 可使黄韧带易于去净。术中从侧方及后方均行减压, 扩大了有效容积。当间盘取出, 椎间隙再度变狭后, 不致于在侧方及后方形成新压迫, 同时保留了关节突、棘突及其韧带、部分椎板。因此最大限度的保持了腰椎的稳定性, 避免了半板或全板切除带来的不稳, 术后效果良好, 减少了复发率。

另外, 术中多使用骨刀, 既缩短了手术时间, 又能操作方便。在黄韧带之外的骨性部分操作, 既安全又易将黄韧带彻底去除。术中大量庆大霉素、生理盐水冲洗, 能预防椎间隙及刀口感染。常规放置脂肪片及引流管, 并配合早期练功, 能有效减轻神经根及硬膜粘连。

参考文献

- [1] 赵定麟主编. 脊柱外科学. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1996. 493.
- [2] 刘淼, 张长明, 董硕文, 等. 腰椎间盘突出症再手术原因分析. 中华外科杂志, 1988, 26(3): 153.
- [3] 邱宜进, 夏桂英, 邵宜. 腰椎间盘突出症手术效果欠佳原因分析. 颈腰痛杂志, 1996, 17(2): 84.
- [4] 方振东, 沈晓秋, 陈长玉, 等. 腰椎间盘突出症再手术治疗 90 例分析. 颈腰痛杂志, 1996, 17(3): 145.

(收稿: 1998 07 18 编辑: 李为农)