

小切口双 L 截骨治疗退行性腰椎管狭窄症

徐立录 许勳宇 谢道远 蔡显义

(清远市人民医院, 广东 清远 511500)

我院自 1989 年~ 1997 年,应用小切口双 L 截骨法治疗退行性腰椎管狭窄 128 例,取得一定疗效,报告如下。

1 临床资料

本组男 72 例,女 56 例,年龄 23 岁~ 68 岁。病程 3 个月~ 8 年。术前有腰痛和下肢症状、间歇性跛行者 116 例;以持续性坐骨神经痛为主者 97 例;以臀部、下肢酸胀、刺痛、麻木为特点者 36 例。症状和体征在单侧下肢者 102 例,双侧者 26 例;单间隙狭窄 122 例(95.3%),双间隙者 6 例。L_{4,5} 狭窄 49 例;L₅S₁ 狭窄 73 例;L_{4,5}、L₅S₁ 同时狭窄 6 例。本组经影像学 and 手术中所见,椎板增厚、关节突增生肥大、侧隐窝狭窄者 27 例;黄韧带肥厚、侧隐窝狭窄并椎间盘膨出者 76 例;黄韧带肥厚、椎间盘膨出并椎体后缘增生、后纵韧带钙化者 25 例。

2 治疗方法

(1) 术前 24 小时常规在 X 线电视下,根据腰椎管狭窄的部位,在椎间隙上位棘突下缘旁侧穿刺,注入少量美兰液进行定位,使其在椎板、棘突旁、棘上韧带旁侧及皮下、皮肤形成一美兰染色线,作为手术入路的依据。

(2) 持续硬膜外麻醉,取侧卧屈膝屈膝位。

(3) 采用旁正中切口,长 3~ 5 cm,切开皮肤、皮下、深筋膜,沿棘突行骨膜下剥离骶棘肌达椎板及关节突外侧,沙条填压止血,用特制小切口椎板拉钩牵开肌肉,显露椎板间隙。

(4) 在上位椎板外侧和下关节突根部至尖端内侧,用骨刀行“ Γ ”形截骨,露出下上位上关节突关节面,在关节面内侧缘至下位椎板上缘,用骨刀行“ \neg ”形截骨,使椎板间隙形成“ $\Gamma \neg$ ”形截骨面,并用椎板咬骨钳作补充修整。

(5) 切除后侧和外侧黄韧带,探查椎管及神经根、椎间盘、椎体后缘及和神经根的关系,对椎板增厚的将截骨面向中线扩大;对关节突增生肥大者,在截骨面的基础上适当咬除增生肥大部份,但须保留外侧部分的关节突结构;侧隐窝狭窄者敞开侧隐窝后壁,扩大神经根管。

(6) 凡椎间盘膨出构成对硬膜囊、神经根压迫的,一律切开纤维环用髓 钳摘除髓核,椎体后缘增生者咬除增生骨赘使之平整。椎管减压标准、硬膜囊无压迫、充盈良好、恢复正常搏动,可向中央部分牵开移动,神经根松弛、无粘连,可移动 0.5~ 1 cm。

(7) 明胶海绵止血,冲洗切口,常规放置负压引流管。

(8) 术后处理:使用抗生素、止血剂,48 小时拔出负压引流管。允许患者自由翻身,变换体位,双下肢伸展练习活动。一般 3 天后带腰围下床行走,12 天拆线出院,3 个月内不宜参加体力劳动,坚持腰肌练习半年以上。

3 治疗结果

随访 1~ 7 年,疗效评定按 1994 年腰椎管狭窄专题研

会纪要标准^[1]。优 88 例(68.8%);良 33 例(25.7%);差 7 例(5.5%),优良率(94.5%)。

4 讨论

随着对腰椎管狭窄症研究的不断深入和影像学诊断技术的发展,对退行性腰椎管狭窄症的定义、发病机理及诊断治疗,已有较多报道^[1,2]。认为在构成退行性椎管狭窄骨性因素和软组织因素中,以软组织因素为重要特点^[3,4]。本组退行性腰椎管狭窄症的原因,影像学 and 手术所见,黄韧带肥厚、椎间盘膨出者 101 例(79%);椎板增厚、关节突增生肥大、侧隐窝狭窄者 27 例(21%)。造成压迫的部位在侧隐窝,临床表现为神经根受压和缺血症状,大多数症状限于一侧。

对退行性腰椎管狭窄症如何选择手术减压方式,是值得探讨的课题。有认为广泛性椎板切除减压范围通常包括腰椎柱的中柱和后柱,使正常的结构应力减弱,出现术后腰背部无力,一些从事体力活动的患者受到限制。由于切除广泛、时间长,出血量也相应增多,术后神经粘连的机会增加,手术方式应以狭窄的程度和范围而定,不能一概而论^[2]。也有认为大多数腰椎管狭窄症的病变和症状只局限于一侧,对此类病人仅用单侧显露,作半椎板切除或开窗法即可达到手术目的^[4]。

我们认为对退行性腰椎管狭窄,首先是根据患者的症状、体征结合影像学检查分析,准确定位,采取有限减压。对于多间隙狭窄者,应用脊髓造影检查,大多能发现造成严重狭窄的部位往往是一个间隙,而手术减压也限于一个间隙,以去除病变、缓解症状、保留稳定结构、减少并发症为目的。

本组采用小切口双 L 截骨椎管减压术,主要针对单间隙、单侧椎管狭窄者,切口长 3~ 5 cm,旁正中切口,不损伤棘上韧带、椎板之间和关节突内侧。椎板外侧行双“L”形截骨,保留上、下关节突的大部分结构,是介于半椎板切除和椎板间开窗之间的一种减压方式。截骨面的大小,则根据病变程度而定。

由于椎板上部及黄韧带、关节突的内侧区域常常是狭窄的主要区域。减压手术法则着重于关节突、侧隐窝、神经根、椎间盘等部位的显露。保留部分椎板,使椎弓保持连续性,尽量避免对腰椎稳定性结构和应力点的破坏。

参考文献

- [1] 腰椎不稳与腰椎管狭窄专题研讨会纪要. 中华骨科杂志, 1994, 14(1): 61-62.
- [2] 李迈, 党耕町, 蔡钦林, 等. 腰椎管狭窄症的外科治疗(附 113 例临床分析). 中华骨科杂志, 1993, 13(5): 327.
- [3] 胡有谷, 陈伯华, 周秉文, 等. 退行性腰椎管狭窄症的 CT 测量及意义. 中华骨科杂志, 1993, 13(3): 195.
- [4] 李稔生, 陆裕朴, 王全平, 等. 1741 例腰椎间盘突出和狭窄症的手术疗效. 中华骨科杂志, 1993, (3): 180.

(收稿: 1998 08 21 编辑: 李为农)