

# 老年腰椎间盘突出症的手术治疗

王银喜

(吴县市第一人民医院, 江苏 吴县 215128)

从 1991 年 1 月至 1997 年 12 月共手术治疗腰椎间盘突出症 550 例, 其中 60 岁以上 25 例, 占 4.54%。现就老年人腰椎间盘突出症的临床特点和治疗等方法报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 25 例中, 男 13 例, 女 12 例, 年龄 60~76 岁; 病程半个月~3 年, 平均 12 个月。有腰痛 22 例, 25 例均有下肢放射痛, 其中 2 例为双下肢痛, 余为单下肢痛; 小腿或足背麻木 11 例; 间歇性跛行 10 例; 腰椎侧弯 5 例; 椎旁压痛或叩痛 23 例; 直腿抬高 70° 以下 16 例; 背伸肌力下降 15 例; 受累神经根支配区域感觉减退 15 例。无会阴部感觉减退者。

**1.2 影像学检查** 腰椎 X 片示 25 例均有不同程度的退行性改变, 其中 3 例伴有 L<sub>4</sub> 向前 I 度滑脱。3 例行 MRI 检查, 1 例行 CTM 检查, 21 例作 CT 检查, 有 22 例提示腰椎间盘突出, 伴有黄韧带肥厚, 关节突增生等征象。

**1.3 合并症及其治疗** 25 例中, 有合并症者 14 例。其中肺结核 1 例, 慢性支气管炎 5 例, 高血压 5 例, 冠心病 4 例, 糖尿病 2 例, 前列腺炎 1 例, 胆囊炎 1 例, 需长期服药者 6 例。1 例肺部结核球未作特殊处理, 慢性支气管炎、胆囊炎、前列腺炎患者, 均于术前静滴或口服抗生素 3~5 天, 待血常规正常无症状后手术。糖尿病患者经用降糖药物, 待空腹血糖降至 8mmol/L 以下后手术。高血压患者经用药至舒张压降至 13kPa 以下后手术。冠心病患者经用药后症状消失, 心电图提示无明显心肌缺血情况后手术, 并在手术后继续用药。

## 2 治疗方法

25 例患者全部采用局部麻醉, 高血压冠心病患者麻药中不加去甲肾上腺素。全部行后入路, 14 例行半椎板切除摘除髓核, 保留大部分关节突, 11 例行椎板开窗式加侧隐窝扩大摘除髓核, 其中 2 例双侧开窗, 均未行全椎板切除。术中所见, L<sub>3,4</sub> 突出 3 例, L<sub>4,5</sub> 突出 16 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 4 例, L<sub>4,5</sub> 和 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 同时突出 2 例; 黄韧带肥厚 13 例, 其中钙化者 2 例; 关节突增生、侧隐窝狭窄 22 例; 椎间盘突出呈破裂型 10 例; 突出椎间盘钙化或骨化 5 例; 神经根粘连明显者 6 例。术中均彻底摘除突出髓核, 对狭窄的侧隐窝神经根管予以扩大, 神经根粘连者予以松解。

## 3 治疗结果

获随访 22 例, 时间为 6 个月至 5 年, 疗效评定标准参照王福权分级法<sup>[1]</sup>, 其中优 13 例, 良 7 例, 可 2 例, 优良率 91%。

## 4 讨论

**4.1 老年腰椎间盘突出症的特点** ①高位者增多。即 L<sub>2,3</sub>、L<sub>3,4</sub> 突出者比例增高, 而 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 突出者则明显减少。②退行性改变明显。本组病例腰椎正侧位片均提示有退行性改变, 术

中见 52% 患者有黄韧带肥厚, 其中 2 例钙化。84% 患者可见明显关节突增生、侧隐窝狭窄, 这可使有些患者在椎间盘突出不很严重的情况下出现神经压迫症状。③腰椎滑脱者比例增高。腰椎滑脱后使该节段的稳定性变差, 腰部活动时椎间盘所受剪力相应增大, 容易引起损伤突出。年老后由于腰部肌肉萎缩, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 骨关节增生而相对稳定, L<sub>4,5</sub> 的应力进一步增大而出现神经压迫症状。④破裂型椎间盘突出和伴钙化者比例高。本组 25 例中破裂型 10 例, 占 40%, 比例明显增高。突出椎间盘钙化者较多, 本组 5 例, 占 20%。这与老年人髓核水份减少, 椎间盘缓冲作用减弱有关, 加之纤维环退变, 韧性降低, 容易造成破裂。

**4.2 手术方法及特点** 本组 25 例中, 14 例行半椎板切除, 11 例行开窗式手术。随访中发现, 两者比较, 半椎板切除者下腰痛较开窗者比例增高。笔者认为, 老年人下部腰椎因关节突等增生, 处于相对稳定状态, 如过多破坏结构, 必将影响其稳定性, 而出现长期下腰椎失稳症状。老年人腰椎间盘突出多数表现为椎间盘突出与侧隐窝狭窄同时存在, 两者夹击压迫神经根而产生症状。故术中只要在摘除髓核的同时, 较彻底地切除增厚的黄韧带、充分扩大侧隐窝和神经根管、松解神经根, 大多能达到治疗目的, 不必强求行半椎板切除, 尽量不要行全椎板切除。只有当椎板及黄韧带明显增厚, 造成椎前后径明显狭窄, 压迫硬膜囊及神经根者, 才宜行全椎板切除。

**4.3 合并症的处理** ①术前处理: 有呼吸、消化及泌尿系炎症者, 予口服或静滴抗生素, 待无症状和血常规正常后手术。高血压、冠心病患者, 予口服降压、活血化痰及扩血管等药物, 使血压下降至正常, 心电图提示无明显心肌缺血改变, 以及无临床症状后手术。②术中处理: 麻醉方法宜采用局部麻醉, 这对呼吸系统、心血管系统干扰较小, 比较安全。对高血压、冠心病者, 麻药中不可用去甲肾上腺素, 以免引起血管收缩导致血压增高及冠状动脉缺血。术中严密进行心电监护, 发现情况及时处理。③术后处理: 除一般处理外, 针对术前合并症继续用药, 加强观察及护理, 鼓励病人在腰围固定下适当作床上翻身及下床活动, 防止并发症发生。保持大便通畅, 防止因大便困难早期过度增加腹压及腰部活动致症状复发。老年人腰椎间盘突出症, 因突出之椎间盘常呈破裂型或钙化, 保守治疗效果差, 一旦确诊宜行手术治疗, 即使有合并症存在, 只要处理得当, 在局麻下手术还是比较安全的, 且效果良好。

## 参考文献

[1] 王福权, 黄公怡. 老年人腰椎间盘突出症的手术治疗. 中华老年医学杂志, 1987, 6(3): 132.

(编辑: 李为农)