

高位腰椎间盘突出症

张涛 高延征 赵永强 王宏鹤 李广玉
(河南省人民医院,河南 郑州 450003)

【摘要】 目的 探讨高位腰椎间盘突出症的临床特点、诊断和治疗。方法 根据突出部位与程度,分别采用五种不同的手术方法治疗高位腰椎间盘突出症 68 例,其中侧方入路 1 例,单开窗法 25 例,双开窗法 13 例,半椎板切除 18 例,全椎板切除 11 例。结果 42 例患者获随访,平均随访时间 25 个月,优良率 90.5%。结论 高位腰椎间盘突出症的临床表现复杂,多伴有低位突出,应充分重视临床查体。手术中仔细探查椎管、重视狭窄侧隐窝的减压、注意潜行椎间盘突出和脱出髓核是提高疗效,减少复发的关键。

【关键词】 腰椎 椎间盘移位 治疗应用

Upper lumbar disc herniation ZHANG Tao, GAO Yan-zheng, ZHAO Yong-qiang, et al. Henan Province Hospital (Henan Zhengzhou, 450003)

【Abstract】 Objective To explore the clinical characteristics, diagnosis and treatment method of upper lumbar disc herniation. **Methods** Based on the position and degree of the upper lumbar disc herniation, 68 cases were treated with 5 different surgical methods: side approach in 1 cases, unilateral fenestration in 25 cases, bi-lateral fenestration in 13 cases, semi-laminectomy in 18 cases and total laminectomy in 11 cases. **Results** 42 cases were followed up and the mean period was 25 months. The excellent-good rate reached 90.5%. **Conclusion** Upper lumbar disc herniation often combined with low disc herniation and has complicated clinical situation, so we should pay more attention to the physical examination. During the operation, exploring the spinal canal carefully and resecting the herniated nucleus pulposus completely are the key to increase the curative effect.

【Key Words】 Lumbar vertebrae Intervertebral disk displacement Therapeutic use

高位腰椎间盘突出症临床上并不少见,文献报告发病率占 1%~10%不等^[1~3]。由于其临床表现较为复杂,且常常与低位腰椎间盘突出症并发,因此容易造成漏诊和误诊。我院近十年来收治高位腰椎间盘突出症 68 例,占同期手术治疗腰椎间盘突出症的 6.5%。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 40 例,女 28 例;年龄 19~73 岁,平均 47.9 岁;其中 40 岁以上 53 例,占 78.1%;发病和病程:有明显外伤史者 26 例;无外伤史缓慢发病者 31 例,无诱因突然发病者 11 例;病程最短 8 天,最长 28 年,平均 5.1 年。

1.2 症状和体征 (1) 症状:明显腰痛者 64 例;下肢放射痛 55 例,其中双侧下肢放射痛 32 例,括约肌功能障碍 14 例;(2) 体征:其中跛行伴腰椎侧凸 45 例,棘突旁压痛阳性 65 例,股神经牵拉试验阳性 48

例,直腿抬高试验阳性 36 例,膝腱反射减弱 37 例,双侧下肢广泛感觉减退 9 例,单侧广泛感觉减退 21 例,股前、小腿内侧及脚趾感觉减退者 17 例;仅小腿及足感觉减退者 17 例。

1.3 影像学检查 腰椎 X 线摄片显示腰椎生理曲度改变者 49 例,相应椎间隙变窄者 50 例,腰椎退变性滑脱者 5 例,椎间盘钙化 3 例;CT 扫描 41 例,显示椎间盘钙化 4 例,合并侧隐窝狭窄 14 例;脊髓造影 15 例,显示突出平面梗阻 6 例,椎间隙部位充盈缺损或弧形压迹 9 例;MRI 检查显示突出间隙硬膜囊受压变细 13 例,髓核脱入椎管 1 例;19 例 EMG 或 SEP 检查均报告神经根病损。

2 治疗方法

本组 67 例采用后方入路显露髓核摘除术,1 例采用侧方入路。后入路手术中,单开窗法 25 例,双开窗法 13 例,半椎板切除 18 例,全椎板切除 11 例。

手术证实 L_{1,2} 突出 2 例, L_{2,3} 突出 6 例, L_{3,4} 突出 21 例, L_{2,3}、L_{3,4} 突出 2 例, L_{3,4}、L_{4,5} 突出 28 例, L_{3,4}、L_{4,5}、L₅S₁ 突出 4 例, L_{3,4}、L₅S₁ 突出 5 例, 其中多间隙突出 39 例, 占 57.4%, 旁侧型突出 22 例, 旁中央型突出 19 例, 中央型突出 27 例, 髓核脱出型 23 例, 游离型 5 例。

3 治疗结果

本组获随访 42 例, 随访时间半年~7 年 2 个月, 平均 2 年 1 个月。评定标准按陆裕朴等^[4]方法, 优 28 例, 良 10 例, 可 3 例, 差 1 例, 优良率 90.5% (见表 1)。

表 1 髓核突出间隙与疗效的关系

突出间隙	疗效				合计
	优	良	进步	差	
L _{1,2}	1	1			2
L _{2,3}	3		1		4
L _{3,4}	11	3	1	1	16
L _{2,3} 、L _{3,4}		1			1
L _{3,4} 、L _{4,5}	10	4			14
L _{3,4} 、L _{4,5} 、L ₅ S ₁	1		1		2
L _{3,4} 、L ₅ S ₁	2	1			3
合计	28	10	3	1	42

本组发生各种并发症 5 例, 其中低颅压综合征 3 例, 源于术中硬膜破裂脑脊液漏, 经拔除引流管、停用脱水剂及局部刀口加压包扎等治疗后症状消失; 马尾神经损伤 1 例, 源于术中咬除椎板过程中硬膜撕裂, 并扯断 1 根马尾神经, 虽经及时修补和严密缝合未造成脑脊液漏, 但术后出现剧烈的骶部疼痛, 经应用激素和止痛药物治疗, 2 周内症状逐渐缓解; 椎间隙感染 1 例, 术后第 8 天明显的腰部疼痛和肌肉痉挛, 伴有低热, 血沉升高至 75mm/h, 经绝对卧床和大剂量广谱抗生素应用, 症状逐渐缓解, 1 月后痊愈。

本组经历两次手术者 5 例, 其中 2 例为 L_{4,5} 髓核摘除术后, 再发 L_{3,4} 突出, 手术间隔时间分别为 6 个月和 3 年, 1 例为 L₅S₁ 左侧突出髓核摘除后症状缓解不明显, 经复查 CT 发现 L_{3,4} 右侧突出, 二次手术后痊愈; 1 例为 L_{3,4}、L_{4,5} 椎间盘突出、L_{3,4} 纤维环钙化, 采用双开窗法自两侧摘除, 术后马尾神经功能无恢复, 复查 CT 发现 L_{3,4} 钙化部分未能切除, 采用全椎板减压切除钙化部分, 术后马尾神经功能逐渐恢复, 但仍残余鞍区麻木症状; 1 例患者为外院转入, 为 L_{3,4} 半椎板切除减压髓核摘除术后双下肢瘫、大小便失禁, 二次手术给予全椎板减压马尾神经切开减压, 术后症状无缓解。

4 讨论

4.1 高位腰椎的解剖特点 腰椎由上到下椎体的高度和横截面积逐渐增加, 椎间盘厚度也相应增加, 这就构成了下腰椎活动度较大的基础, 也是下腰段椎间盘突出好发的原因之一。同下腰椎相比, 上腰椎椎管呈卵圆形或三角形, 没有或仅有较浅的侧隐窝, 同时, 上腰部硬膜囊内有较多的神经组织, 而硬膜外脂肪相对较少, 硬膜前间隙明显小于低位, 上位腰神经根出硬膜囊后的斜行走行短、活动度小^[5,6], 因此, 高位腰椎间盘突出后压迫较多的神经组织, 且神经受压后的缓冲余地小, 易引起较重的神经损害。

4.2 高位腰椎间盘突出症的临床特点 由于高位腰椎间盘突出常与低位腰椎间盘突出并发, 因此, 临床表现较为复杂, 其主要特点是: (1) 腰腿痛程度重、范围广, 整个下肢或双下肢痛多见; (2) 单侧或双侧下肢感觉减退广泛者多见; (3) 膝腱反射多减弱或消失; (4) 股神经牵拉试验阳性者多见; (5) 合并括约肌功能障碍的比例大。

4.3 高位腰椎间盘突出症的治疗和经验 高位腰椎间盘突出症的早期, 或症状较轻的患者, 仍然以保守治疗为主, 如卧床休息、牵引、按摩以及药物治疗等。但是, 由于上腰部椎管容积相对较小, 神经受压后缓冲余地小, 几乎不能自行缓解, 因此, 其手术适应症应较低位腰椎间盘突出症适当放宽。对于神经损害严重、广泛, 中央型突出, 伴有椎管狭窄, 或疑为髓核破入椎管的, 则应及时手术, 以免发生截瘫或因神经急性挤压损害重而难以完全恢复。

同低位腰椎间盘突出症一样, 准确的显露椎间盘突出物和神经根, 辨认其相互关系, 防止神经根损伤仍然是手术的关键。上腰椎椎板上下宽, 左右窄, 椎板间隙小, 小关节近中线, 进入椎管较为困难, 应先咬除相应椎板间隙的上位椎板下缘, 然后切除黄韧带进入椎管, 多数情况下, 需要切除部分小关节才能显露神经根和突出椎间盘。高位腰神经根出硬膜后向前下行, 较短且位置深而固定, 不易牵开, 用力牵拉容易造成损伤, 此时可用宽神经剥离子轻轻推开神经根少许, 摘除部分髓核, 待神经根张力减低后再较大幅度的牵开做彻底的髓核摘除。

高位腰椎间盘突出症二次手术比例较大, 王全平等^[2] 报道为 26.7%。本组二次手术 5 人, 占 7.4%, 究其发生率较低的原因, 我们的体会是: (1) 重视术前查体: 目前, CT 扫描已成为诊断腰椎间盘突出的主要手段, 但是, 由于临床上低位腰椎间盘突出

出发病率高,行 CT 检查时,我们往往习惯于扫描 L_{3,4},L_{4,5},L₅S₁ 间隙,而忽略对 L_{1,2}、L_{2,3} 的检查,容易造成漏诊。因此,我们应充分重视临床查体,对于临床表现复杂的腰腿痛,上腰部棘突压痛,不能用单一椎间盘突出解释,尤其是不能用低位腰椎间盘突出解释的,应考虑到本症而行 L_{1,2}、L_{2,3} 的 CT 扫描或 MRI 检查以明确诊断;(2) 重视多间隙椎间盘突出:本组多间隙椎间盘突出 39 例,占 57.4%,术中应常规使用细导尿管进行椎管探查,以免漏治;(3) 双侧处理中央型突出:国内外文献报道^[7,8] 术后椎间盘再突出的发生率在 0.86%~5.5% 之间,是椎间盘突出症再手术的主要原因。因此,手术探查一定要仔细,髓核摘除要彻底,尽量避免髓核残余,对于中央型突出,应采用全椎板切除或双开窗的方法从双侧摘除突出髓核;(4) 重视潜行椎间盘和脱出髓核:本组 4 例发生髓核沿后纵韧带向椎体后方移行,其中 1 例移位至椎体中部,因此如术中未发现神经根松弛,硬膜囊前方不能触及硬韧包块,此时不可轻易放弃手术,应向上或向下扩大开窗探查。对于破裂型髓核突出,碎块可以在椎管内上下移动或向椎间孔移动,做开窗和半椎板切除时不要遗漏,如髓核摘除后神经

根或硬膜的紧张状态未解除,多系破入椎管内的碎块未取干净所致;(5) 重视侧隐窝狭窄的减压:本组合并侧隐窝狭窄 14 例,占 20.6%,对这种类型,术中应常规进行侧隐窝扩大减压,切除关节突内侧 1/3,充分游离神经根;对于双下肢交替痛的患者,应常规探查双侧神经根管;(6) 准确定位:高位腰椎的解剖标志不明显,术前应进行常规定位。

参考文献

[1] 林安侠,沈翰桑,李树添,等. 腰椎间盘突出症的诊断和手术综合治疗. 中华骨科杂志,1982,3(3):162.
 [2] 王全平,陆裕朴,李稔生,等. 高位腰椎间盘突出症的手术治疗. 中华骨科杂志,1992,12(1):48.
 [3] Teng P, Paptheodorou C. Compined cervical and lumbar spondylosis. Arch Neural,1964,10:298.
 [4] 陆裕朴,石凯军,黄耀添,等. 腰椎间盘突出症的手术治疗. 中华骨科杂志,1981,2(2):77.
 [5] 刘广杰,林发雄,吴南林,等. 对腰椎管狭窄症有关问题的探讨研究. 中华骨科杂志,1982,2(6):333.
 [6] 郭世绂,陈仲欣,邱敬清,等. 腰神经通道与腰腿痛的关系. 中华骨科杂志,1987,7(4):241.
 [7] 侯树勋,韦兴,吴闻文,等. 下腰痛患者后路手术并发症的防治. 中国脊柱脊髓杂志,1998,8(6):315.
 [8] Dietmar S, Wolf-Peter S, Volker S, et al. Intra and post-operative complications in lumbar disc surgery. Spine,1989,14(1):56.

(收稿:2000-02-25 修回:2000-06-07 编辑:李为农)

手法介绍

改进 Kocher 法整复老年肩关节前脱位伴肱骨大结节骨折 30 例

黎喆 余锡明

(宿松县人民医院,安徽 宿松 246500)

老年人外伤性肩关节前脱位是骨伤科临床常见的损伤之一,因多伴有肱骨大结节的撕脱性骨折,用 Kocher 氏手法较难复位,而传统的手拉足蹬法,亦因其暴力过大,容易造成新的损伤^[1],故不适宜于老年人。自 1992 年以来,我们根据 Kocher 复位法的原理,对此作了些改进,现已成功整复了 30 例,本文作一介绍。

1 临床资料

本组 30 例,男 11 例,女性 19 例;年龄:50~60 岁者 21 例,61~70 岁者 7 例,71 岁以上者 2 例。受伤时间:30 分钟~17 天。所有病例均伴有肱骨大结节的撕脱性骨折,在局麻或臂丛麻醉下经手法一次整复成功。

2 复位方法

以右肩关节脱位为例。患者仰卧,术者站立于右侧,用穿袜的右足伸入患肩腋窝部,以跣趾关节部抵住脱出的肱骨头或肱骨上端,右手持患肘屈曲 90° 位沿上臂方向做牵引,左手持患腕在维持牵引下轻柔缓慢的外旋上臂,在维持牵引及肩

外旋位,内收上臂,移向胸前达于体中线,再内旋上臂,使患肢手搭在对侧肩峰。在此过程中,一般都能感觉到肱骨头滑入复位的弹响。

3 讨论

在行肩关节脱位的开放复位中,我们曾观察到,肱骨头的滑动是以肱骨大结节的背面为支点而转动,但是,当伴有肱骨大结节的骨折时,这一支点效能则部分或完全丧失。据此现象,我们在整复本症时,在患肢腋窝部用医者的足掌为其建立一个外在的支点,当患肩被动外展、外旋、上臂作内收动作时,整个肱骨上端可以依靠医者足掌跣趾关节的支撑而进行旋转滑动,从而避免了肱骨上端因缺乏有效支撑扭转所造成的意外。我们认为,只要整个操作过程以缓慢为原则,是极为安全可靠的。

参考文献

[1] 赵碧衡,曹岳俊. 肩关节脱位闭合复位医源性肋骨骨折 2 例. 中国骨伤,1992,5(3):38. (收稿:2000-03-24 编辑:李为农)