

老年腰椎间盘突出症特点及不同术式效果观察

张大勇¹ 李重茂²

(1. 宁波市灵塔医院海曙骨病临床研究所, 浙江 宁波 315000; 2. 宁波市 113 部队医院)

自 1996 年 10 月~ 2000 年 3 月, 对不同术式的老年 LDH 术后资料, 进行术前临床资料综合评分和术后优及良差率的统计结果对比发现: 在同样的病情条件下, 手术时不进入椎间隙, 术后优者占的比率较高, 康复期较快; 切除椎间盘涉及椎间隙手术的老年患者, 术后的不良发生较多, 康复期较慢, 报告如下:

1 资料与方法

从术后患者的资料中, 筛选出所需病例, 由不知选择目的的专业人员进行。先将初选的病例, 初步分组, 四种术式 (1) 单侧椎板间开窗椎管扩大神经根松解; (2) 在术式 1 的基础上加椎间盘切除; (3) 双侧椎板间开窗椎管扩大神经根松解; (4) 在术式 3 的基础上加椎间盘切除; 分为 4 组, 各组按手术时间的先后顺序取前 30 名 (余舍), 4 组共取 120 名, 其中男性 80 例, 女性 40 例; 男女之比 2:1; 最小年龄 60 岁, 最大者 76 岁, 平均 63 岁。(≥20 分时预测手术效果较好, < 20 分时预测手术效果较差)^[1], 得分如下: 长者 35 年, 最短者 6 年, 平均 12 年, 得分 0 分; 腰痛持续中度者 30 例, 持续重度者 90 例, 平均得分 3.75 分; 腿痛持续中度者 20 例, 持续重度者 100 例, 平均得分 3.83 分; 间歇跛行 500~ 100 米者 50 人, < 100 米者 70 人, 平均得分 2.58 分; 腰部叩痛阳性无放射者 15 例, 阳性有放射者 105 例, 平均得分 1.88 分; 感觉障碍与突出节段部分相符者 10 例, 与突出节段完全相符者 110 例, 平均得分 1.92 分; 肌力 4 级者 2 例, 3 级者 25 例, 3 级以下者 93 例, 平均得分 2.75 分; SLR70°~ 50° 阳性者 18 例, 50°~ 30° 阳性者 35 例, ≤30° 阳性者 67 例, 平均得分 2.57 分; 反射不对称减弱者 30 例, 消失者 90 例, 平均得分 1.75 分。以上各项共计每人平均得分 21.03 分 (已 > 20 分, 说明了凡老年要求手术的患者, 多具有一定的严重性)。

针对老年 LDH 患者多伴有椎管狭窄的特点, 在影像检查时, 认为椎管造影较为合适, 因此 120 例患者术前均进行腰椎管造影检查, 造影结果均显示病变椎间盘严重的突出伴椎管狭窄影像。对综合评分表 CT/MRI 测量三项, 无法打分, 各项若按其不出原则的较低分 1 分计算, 共得 3 分, 那么上述各项共计平均每人得分的值将为 24.03 分。评分参考项目如下: 病程 0~ 3 分, 症状 0~ 11 分, 体征 0~ 13 分, CT/MRI 测量 0~ 9 分。即病程越短、症状、体征、影像表现越重, 得分越高, 反之越低。以 20 分为界, 病人得分越高, 预测手术效果越好, 反之越差。

2 手术方式

术前常规 X 线定位, 即: 参考尾骨末端查找 L₅S₁ 棘突间隙, 依次找出病变间隙及病变所在的叩痛强点, 用甲紫分别在 L₅S₁、L₄、L₅ 画两条横线, 各放一铁丝, 在痛点上放左或右标记,

正位 X 线摄片做为定位参考。术前半小时常规基础镇静, 度冷丁 50mg 静脉给药, 利多卡因 0.3g 稀释成 60~ 80ml 局部麻醉。术式 1: 单侧椎板间开窗椎管扩大神经根松解: 依次切开显露一侧病变椎板间隙, 切除一侧的黄韧带及上下部分椎板, 开窗范围根据造影片及术中的实际情况而定, 此时触及神经根, 病变涉及的神神经根, 多有难以忍受的触痛, 给少量利多卡因神经根阻滞, 上下关节突内 1/3 切除, 查看神经根, 压迫处彻底松解后, 当手术床升桥或降桥时神经根均有较好的活动范围, 椎间盘不予切除, 如有个别椎间盘有较硬而锐的突出, 经后方减压, 神经松解仍不理想者, 可一并将硬化突出的椎间盘部分咬除, 手术不进入椎间隙。盐水、甲硝唑冲洗, 降桥后确无出血, 放置橡皮引流条一枚 (引流 48h) 依次缝合关闭切口。术后抗生素、对症、卧床 3 周。术式 2: 在术式 1 的基础上加间隙内椎间盘切除。术式 3: 双侧椎板间开窗椎管扩大神经根松解 (参照术式 1, 手术在双侧进行)。术式 4: 在术式 3 的基础上加间隙内椎间盘切除。

3 结果

对 4 种不同的手术方式 (各 30 例) 共 120 例术后患者, 随访平均 24 个月, (对随访期不良者, 不纳入康复期的计算范围), 结果^[2]: 术式 1: 均为优, 平均康复期 1 个月。术式 2: 优者 24 例, 良和差有 6 例, 平均康复期 4 个月。术式 3: 均为优, 平均康复期 1 个半月。术式 4: 优 21 例, 良和差 9 例, 平均康复期 6 个月。

4 讨论

4.1 老年严重退变的腰椎及椎间隙创伤后的不良反应 伴随年龄的老化, 腰椎的退变程度呈逐渐加重趋势, 表现为椎间隙的严重变窄, 或骨质增生及椎间隙的骨桥形成, 使椎体间由开始的失稳, 日趋于稳定状态的一个病理过程, 尤以 L₄、L₅S₁ 较为显著。

常年的腰椎间盘突出, 使退变的椎间软骨终板含水量及亲水性粘多糖日趋减少, 使得软骨细胞的营养过程发生障碍, 导致软骨基质变性, 负重透明软骨变薄, 软骨表面由光滑变粗糙, 部分软骨破坏而露出软骨下骨。在上述情况下, 对老年 LDH, 手术医生如果一味追求手术的“彻底”性, 切除已经相对稳定的椎间盘, 结果可能会事与愿违, 必然为手术后期的不良发生提供滋生沃土: (1) 最为严重的是增加了脊柱 (中柱、前柱) 的创伤, 为术后的康复和术后的腰椎失稳, 种下了不良的因素。(2) 在狭窄的椎间隙内手术器械的操作, 必然会伤及本来已经脆弱的椎间软骨, 造成椎间软骨终板损伤破裂, 导致术后发生椎间盘炎的机率增多^[3]。(3) 或因间隙内的骨组织手术创伤, 造成隐性出血, 引流不畅或凝血块的脱出, 均可导致术后神经根的粘连发生。因而认为对上述特殊的 LDH (即

LDH、椎管狭窄、神经根管狭窄混同并存)的老年患者,施行手术时应主要以椎管后方及侧方的神经减压为主,通过减压神经松解仍不理想者,必要时可考虑部分椎间盘(即硬化的纤维组织及增生的后缘)突出部分咬除,手术不进入椎间隙,即是部分老年患者椎间隙内有少量退变脱水的髓核,因其膨胀力的减小,纤维环虽破裂,髓核多不突出^[4]。经大量临床病例证实,在老年 LDH 术后的患者中,因术后髓核再突出而发病者,机会不多。

4.2 老年机体的特点及手术治疗 手术是不得已而为之的一种临床治疗手段,具有一定的风险性,大的手术创伤,其风险性及术后愈合康复期和不良反应都会得到相应的体现,是显而易见的,不多赘述,尤其对老年患者表现更为突出。手术医生在熟练掌握解剖和病生理的基础上,通过娴熟的手术操作,以达到最大程度解决患者痛苦为目的,而不能以手术的大小及解剖入路的凶险程度来衡量医生的水平高低。随着人们物质生活和消费意识的不断提高,因而对手术效果的要求不仅仅是满足在良的基础上,所以我们把优与良差分组统计,就是这个原因。展望二十一世纪的手术医生,将面临着严峻的挑战和考验,因而手术治疗的精巧化、安全化将是一个值得深思和研究的问题。

总结认为,对以下几种 LDH 患者不易干扰椎间隙:(1)椎间隙严重变窄,责任椎间盘严重退变且突出的发展大势已去的老年患者。(2)彻底腰椎骶化的 L₅S₁ 突出的老年患者,经椎管后方减压神经压迫松解理想者。(3)混同 LDH 及椎管狭窄和神经根管狭窄并存且以后两者为主的老年患者。(4)髓核大块脱出并游离于椎间隙外,经 CT 等影像检查椎间隙内再无明显游离块存在者。

4.4 本文统计中的偏倚及不足

(1)术者手术操作技术的具体体现,在各病例中的不完全一致性。(2)各组患者的性别、职业、体质状况、尤其是神经压迫时间及受损程度的不完全一致性。(3)术后不良-腰痛的程度区分无科学的参考值。

参考文献

- [1] 杨连发,李子荣,岳得波,等.腰椎间盘突出症手术疗效预测因素.中国脊柱脊髓杂志,2000,10(1):20.
- [2] 杨惠林,唐天驷.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):19.
- [3] 张立国,童立苗,徐玉良,等.术后椎间盘炎相关因素的临床研究.中国脊柱脊髓杂志,2000,10(1):49.
- [4] 刘子君.骨关节疾病学.北京:人民卫生出版社,1994.441.

(收稿:2001-04-20 修回:2001-05-28 编辑:李为农)

• 病例报告 •

小针刀致右前臂背侧外伤性神经瘤 1 例

晓峰

(萧山市中医骨伤科医院,浙江 萧山 311261)

患者,男性,64岁,因长期慢性劳损感右前臂酸痛1年。在当地县医院就诊,诊断“右桡侧伸腕肌腱炎”,给予小针刀治疗。术后发现局部疼痛症状未解除。疼痛异样,逐渐出现一肿块,局部感觉过敏,触之有放电样传导。小针刀后至今近4月,肿块向皮表突起。因疼痛及症状加重影响生活,故来本院医治,门诊及入院诊断:“右前臂背侧神经瘤”。

入院后查体:见右前臂中下1/3背侧,有一直径1cm隆起,触之感觉过敏,向上臂有放电感,手腕活动时牵拉痛。

择期在臂丛神经阻滞麻醉下行瘤体切除术。术中见肿块外有二层包膜,周围见疤痕粘连,瘤体大小约1cm×1cm×1.5cm呈类球形,表面光滑,呈白色,质地中,远端有一条直径为0.5mm神经发出,支配桡侧腕短伸肌。切除瘤体并送病理。术后第一天患者自述症状消失。一周后病检结果:“神经纤维瘤”。

讨论

神经纤维瘤起源于神经内膜、束膜及外膜。位于神经干,表现为神经干的圆形或条状肿块,外伤后产生,生长较

快,疼痛明显。主要依据为神经鞘瘤位于神经干一侧,瘤体组织无神经纤维通过,可以从神经干上剥离切除。而神经纤维瘤瘤体中有神经纤维通过,瘤体包绕神经纤维束。病理切片中很难区分神经鞘瘤与神经纤维瘤。

本例外伤性神经瘤是小针刀操作损伤神经分支引起的。因此,操作时要熟悉局部解剖,掌握原则,使刀口线与周围的血管神经及肌肉纤维平行,避免不必要的损伤,否则适得其反。

(收稿:1999-07-20 编辑:李为农)

欢迎订阅 欢迎投稿