

# 腰椎间盘突出症中央型侧偏型的分类标准

张大勇<sup>1</sup> 李重茂<sup>2</sup>

(1. 宁波市灵塔医院, 宁波市海曙骨病临床研究所, 浙江 宁波 315000; 2. 解放军宁波市 113 医院)

腰椎间盘突出症(LDH)术前认真分型、拟定手术方案与术后效果好坏有着重要的参考意义。对Ⅲ度中央型LDH多考虑双侧手术减压,对侧偏型LDH多采取单侧开窗。但对易混淆的Ⅰ~Ⅱ度中央型(介于中央与侧偏型之间)的突出病例,在拟定手术方案时如按侧偏型突出,施以单侧开窗或摘除髓核量的不足,有导致术后继发对侧再突出的潜在可能性。结合1996~1999年收治的500例术前诊断为侧偏型LDH,施行单侧开窗髓核摘除术后随访1年,有5例继发对侧再突出的不良发生;促使对500例术后资料的分型进行回顾,结果其中有25例实属中央型Ⅰ~Ⅱ度的突出,而5例术后继发对侧再突出的患者均在25例之中,报告如下:

## 1 临床资料

500例术前诊断为侧偏型LDH患者中,男350例,女150;年龄18~78岁,平均50岁;L<sub>4</sub>/S<sub>1</sub>400例,L<sub>5</sub>/S<sub>1</sub>100例;左侧360例,右侧140例;病程最短者5个月,最长者35年,平均6年5个月。术前诊断依据<sup>[1]</sup>:综合临床病史、体征和影像学检查为参考,腿痛重于腰痛,腿痛呈典型的一侧坐骨神经分布区域的疼痛;按神经分布区域的皮肤感觉麻木;直腿抬高较正常减少50%,兼或有健肢抬高试验阳性,作弓弦试验即窝区域指压胫神经引起肢体的远近端的放射痛;出现4种神经体征中的2种体征(肌肉萎缩、运动无力、感觉减退和反射减弱);与临床检查一致水平的影像学检查发现,包括椎管造影、CT或MRI等。手术指证参考依据<sup>[2]</sup>术前评分均在20分以上,符合手术适应症。

## 2 治疗方法

术前常规X线定位,即:参考尾骨末端查找L<sub>5</sub>/S<sub>1</sub>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L<sub>5</sub>/S<sub>1</sub>、L<sub>4</sub>/S<sub>1</sub>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。单侧开窗髓核摘除神经根松解术,腰椎后路,旁正中切口,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,显露神经根及突出的椎间盘,此时触及神经根(病变涉及的神经根),多有难以忍受的触痛,给少量利多卡因神经根阻滞,行患侧的髓核切除及神经根松解,放置橡皮引流条1枚(引流48小时)依次缝合关闭切口。术后抗生素、对症、卧床3周。

## 3 治疗结果

术后平均随访1年,疗效评定<sup>[3]</sup>:优480例,良15例,有5例术后3~6个月出现手术责任间隙的对侧继发再突出,表现为术后腰椎负重时继而再次出现腰痛向对侧下肢放射等一系列LDH根性压迫的症状和体征,经影像检查有与临床检查一

致水平的影像学检查发现。对5例术后继发对侧再突出患者,自术后出现对侧症状之日起,观察治疗半年后仍未缓解,且有加重趋势,再次给予手术髓核摘除(在发病侧,即第一次手术的对侧,行单侧开窗髓核摘除术),术中发现椎间盘突出与术前诊断相符合,术后症状消失,随访1年无不良发生。

## 4 讨论

根据腰椎间盘向后突出的部位不同,大致分为:中央型突出、侧偏型突出(包括左、右侧偏的后外侧方突出及椎间孔内突出)等。对中央型突出又可分为三种类型<sup>[4]</sup>:中央Ⅰ度突出,即突出以一侧为主,伸展已过中线2mm;中央Ⅱ度突出,即突出以一侧为主,伸展已过中线4mm;中央Ⅲ度突出,即突出基本居中,并伸展到两侧。

分析造成术后对侧再突出的原因,多见以下几种情况:

(1) 临床对临界侧偏型LDH的分类缺乏重视,如把中央侧偏型突出往往与单纯侧偏型突出症混淆,尤其对中央Ⅰ度侧偏的LDH患者,多因患侧的严重症状掩盖而忽略了对侧的轻微症状史,对影像理论上的中央型突出详细分类缺乏足够的重视,以致于把中央型的突出误以为是侧偏型的外侧突出,加之过多的顾忌术后的脊椎稳定性和尽量减少手术的创伤而放弃了双侧手术方案。

(2) 导致术后继发对侧再突出的物质条件和力学基础,对一些腰椎间盘退变尚不十分严重的中央侧偏型突出症,特别是年龄相对较轻,腰椎活动负荷较大,多因患侧椎间盘摘除术后与对侧剩余椎间盘组织形成量差,脊柱负重后,椎间盘垫出现楔形变,造成两侧受力不均,术后对侧的椎间盘组织受力及负荷较大,加速退变及继发突出。

(3) 术式选择欠佳,在上述原因的基础上,本应选择双侧的手术而施行了单侧手术,或在单侧手术的过程中,只考虑压迫神经根的松解而忽略了对侧;另外对部分患者本来就有双侧症状,而相对一侧较为严重,特别是对侧同时伴有黄韧带肥厚或椎管狭窄的患者,如施行主要患侧的单侧手术后,对侧将仍有神经压迫症状,且会因主要患侧的症状解除后,而原本对侧较轻的症状反映集中,表现为术后对侧症状加重。

### 参考文献

- [1] 胡有谷. 腰椎间盘突出症. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 221.
- [2] 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.
- [3] 杨惠林, 唐天骢. 腰椎不稳与腰椎管狭窄症专题研讨会纪要. 中华骨科杂志, 1994, 14(1): 60.
- [4] 邵宣, 许意斌. 实用颈腰痛学. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 374.

(收稿: 2001-04-16 修回: 2001-07-13 编辑: 李为农)