

腰椎间盘突出和侧隐窝扩大术 72 例

Excision of lumbar intervertebral disc and enlargement of lateral recessus: A report of 72 cases

杨建平 胡耀华

YAN G Jian-ping, HU Yaohua

【关键词】 椎间盘移位; 腰椎; 外科手术 【Key words】 Intervertebral disc herniation; Lumbarvertebral; Surgical operation

腰椎间盘突出合并侧隐窝狭窄是引起腰腿痛的常见原因,单纯施行椎间盘摘除往往不能获得满意的治疗效果。这点已为越来越多的学者所证实。1992 年 8 月~2000 年 7 月我们共为 72 例患者施行腰椎间盘摘除,其中 38 例行侧隐窝扩大术获得满意疗效。

1 临床资料

本组男 56 例,女 16 例,年龄在 20~68 岁,平均 38 岁,病程最短 3 个月,最长 30 年,所有病例均有腰痛,大部分有不同程度下肢放射痛或酸痛、乏力、感觉减退或麻木,1 例腰 II 度滑脱。L_{4,5}髓核摘除全椎板减压, Dick 钉复位固定;1 例外伤后诱发疼痛发作。全部病例均摄 X 线正侧位片,40 例有骨质增生,26 例有椎间盘间隙变窄或两侧不等宽,仅 1 例显示椎间孔狭窄,所有病例均行 CT 椎管、椎间盘扫描,提示 L_{4,5}椎间盘突出 48 例, L₅S₁ 椎间盘突出 22 例,两个间隙同时突出 2 例,合并侧隐窝狭窄 29 例,中央型椎管狭窄 9 例。

2 治疗方法

取俯卧位,胸部、髂前部下垫软枕使腹部悬空,硬腰外麻醉,常规探查 L_{4,5}和 L₅S₁ 两个间隙,其中开窗法 25 例,半椎板 41 例,全椎板 6 例,用小鹤眉凿开椎板,再用椎板钳扩大窗口,切除肥厚之黄韧带,显露硬脊膜和神经根,对有神经根粘连或硬脊膜粘连者先用神经剥离器小心分离,用脊髓拉钩小心向对侧上方向牵开神经根,用小刀环形切开椎间盘纤维环,慢慢插入髓核钳,钳夹后亦缓缓用力拉出。我们入钳深度,一般不超过 2cm,将可能钳夹到之髓核碎片尽行取出,用生理盐水冲洗 1 次。

继续探查神经根,根据术前诊断为侧隐窝狭窄,切除关节突内侧部分,清除侧隐窝内增生组织并扩大直至神经根松动而无压迫,如有椎间孔狭窄,继用椎板钳或尖头咬骨钳扩大。

手术情况:手术共摘除突出的椎间盘 74 个,其中 L_{4,5}48 个, L₅S₁22 个,同一患者摘除 2 个腰椎间盘 2 例与术前 CT 检查相符。侧隐窝狭窄扩大术 38 例,术前 CT 检查仅为 29 例。

3 治疗结果

72 例中仅 50 例获得随访,随访时间 6~24 个月,疗效标

准:优,术后全部症状消失,26 例;良,术后腰腿痛症状基本消失,仅有轻度小腿酸胀或麻木感者 16 例;可,术后腰痛症状明显减轻,小腿仍有酸痛、乏力麻木者 6 例;差:术后腰痛症状略有减轻,但小腿仍感酸痛、无力麻木者 2 例。优良率 84%。

4 讨论

4.1 腰椎间盘突出并侧隐窝狭窄的诊断问题

4.1.1 侧隐窝狭窄的地位 侧隐窝是腰椎管向两侧的延伸部,实际上即神经根硬膜外段行经的一段骨性通道。Verbiest 在 1954 年将腰椎管狭窄作为一种独立疾病进行系统阐述。Shlesinger 就在 1955 年第 1 次提出骨性侧隐窝狭窄的概念。一般认为侧隐窝矢径小于 3mm 即为狭窄,是神经根受压的重要原因,由于盘黄间隙与侧隐窝之间不存在截然界线,侧隐窝后壁的上份也可有黄韧带覆盖,因此临床上把二者的狭窄统称为侧隐窝狭窄。陆裕朴认为绝大多数腰椎管狭窄为侧隐窝狭窄,绝大多数侧隐窝狭窄合并或继发于椎间盘突出。陆裕朴等^[1]报告手术治疗腰椎管狭窄合并或不合并椎间盘突出症 225 例,其中侧隐窝狭窄 195 例。本组 72 例,手术探查诊断为侧隐窝狭窄 38 例,比陆裕朴报道的比率低。分析原因有两点:第一本组病员年龄偏低,20~30 岁 16 例,31~40 岁 20 例,41~50 岁 18 例,51~60 岁 10 例,61 岁以上 8 例,本地经济滞后,大多数老年人放弃手术治疗;另外存在部分医师追求小切口,迷信 CT 检查,开窗法单纯摘除椎间盘放弃椎管探查。往往年龄大,侧隐窝狭窄发病率就高。1982 年中华医学会脊椎疾患专题学术会议指出“退行改变是腰椎管狭窄症的主要发病原因,先天性发育原因则少见”^[2]。所以一般说来患者年龄在 40 岁以上,病史 1 年以上,有间歇性跛行而保守治疗效果不佳的椎间盘突出者多有侧隐窝狭窄。

4.1.2 侧隐窝狭窄的诊断 有人报道 CT 扫描诊断符合率仅为 75.4%。本组 CT 诊断 29 例,但手术证实不包括漏诊的有 38 例,CT 诊断假阴性率高。1993 年国际腰椎研究会议多数学者认为当前诊断腰椎管狭窄症 MRI 为重要检查方法,但不能代替脊髓造影和椎间盘造影等其他检查方法。贾连顺等^[3]认为 MRI 在腰椎疾患诊断上能够显示病理变化及其周围关系。但 MRI 图像仍有较明显的局限性,所以基层医院的医生更应该详细询问病史和仔细体检^[4]。1993 年国际腰椎

研究会议对腰椎管重新提出 Kemp 试验, Hasue 发现在诊断腰椎管狭窄症特别是侧隐窝狭窄阳性率很高, 此试验检查时, 病人伸膝直立, 检查者纵向用力使病人向后患侧侧弯, 当出现坐骨神经痛为阳性。作者检查 15 例阳性者, 14 例证实为侧隐窝狭窄。

4.2 手术治疗问题 腰椎间盘突出合并侧隐窝狭窄保守治疗效果不佳, 均应手术治疗, 常用的术式主要有: ①开窗术。主要用于腰椎间盘突出症状典型, 初发无间歇性跛行的年轻患者。②半椎板切除术。对于术前考虑为椎间盘突出合并侧隐窝狭窄者, 我们均采用一侧或双侧半椎板切除术。

本组术后优良率 84%, 分析疗效差的病例原因与病程长、病理变化复杂、手术难度大有关, 但也与未探查椎管可能漏诊有关, 应值得警惕。陶舜^[5]强调做腰椎管狭窄手术时要探查椎间盘, 同样做椎间盘突出症手术重视探查侧隐窝, 尤其对中老年患者, 仅开窗摘除突出椎间盘是不够的。

探查了狭窄就要彻底减压, 腰椎管手术失败综合原因各异^[4], Dektoski 认为侧隐窝和椎孔减压不彻底, 仍有狭窄存在。陆裕朴等^[6]认为节段性狭窄纵向减压不够, 神经根管狭窄减压宽度不充分及椎间孔狭窄未行处理。本组减压标准按 1993 年腰椎不稳与腰椎管狭窄专题研讨会提出的减压标准^[7], 神经根通道的减压应以受限神经根能自如移动达 1cm 为标准, 中央椎管狭窄以受累硬膜和神经根能自如移动, 8 号橡胶管可沿神经根插入神经根管为标准。

石道原^[8]认为腰椎管一侧侧方狭窄引起神经根卡压时, 对侧也可能存在狭窄, 即使暂时无症状, 如不进行预防性减压, 日后很可能出现神经卡压症状, 目前主张对无症状侧有选

择性的预防性减压。这意味着侧隐窝狭窄, 不论是单侧还是双侧均应考虑行双侧半椎板减压术。而本组患者仅 2 例行双侧半椎板减压, 另 3 例全椎板减压是椎体后缘有显著增生突入椎管形成骨嵴或椎体滑脱, 其余伴侧隐窝狭窄, 只行半椎板减压, 而未行预防性减压, 随访病例也没发现对侧肢体出现症状。

最后提出是减压后是否需植骨融合^[4], VavAK Kerveeken 比较广泛椎管减压的效果, 单侧椎板间切除术腰背痛发生率明显低于加融合术患者, 本组行单侧椎板切除患者均未行植骨融合术, 腰痛访返率极低。

参考文献

- 1 陆裕朴, 王全平, 李明全, 等. 腰椎管狭窄合并或不合并椎间盘突出症的手术治疗. 中华骨科杂志, 1988, 8(3): 162.
- 2 曾昭荣. 中华医学会脊柱疾患专题学术会议颈肩腰腿痛组小结. 中华骨科杂志, 1982, 2(5): 323.
- 3 贾连顺, 董力军, 李家顺, 等. 磁共振成像(MRI)与椎管造影的比较研究. 中华骨科杂志, 1991, 11(2): 85.
- 4 胡有谷, 郭世绂. 1993 年国际腰椎研究会议纪要. 中华骨科杂志, 1994, 14(1): 58-59.
- 5 陶舜. 脊柱外科诊断治疗的新动向. 中华骨科杂志, 1990, 10(1): 8.
- 6 陆裕朴, 王全平, 李稔生, 等. 腰椎间盘突出症再次手术治疗. 中华骨科杂志, 1991, 11(2): 83.
- 7 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): 62.
- 8 石道原. 腰椎退变性疾患. 见: 饶书城主编. 脊柱外科手术学. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 409.

(收稿: 2000-09-27 编辑: 李为农)

• 病例报告 •

右髌骨骨囊肿一例

郭许江¹ 扈文海² 高静² 罗军忠²

(1. 武安市中医院, 河北 武安 056300; 2. 河北医科大学第三医院, 河北 石家庄)



图 1 右髌骨骨囊肿或骨巨细胞瘤并发病理性骨折

患者, 男, 29 岁, 主因右膝外伤后疼痛, 肿胀, 活动受限 5 小时入院。查体: 一般情况好, 心肺未见异常。右膝关节明显肿胀, 皮肤青紫, 无破损, 触痛, 浮髌试验阳性, 可触及骨擦感及分离骨块。X 线表现: 右髌骨骨小梁及皮质断裂, 断端有分离, 两骨折块可见骨质密度减低破坏区, 边缘尚清, 周围皮质薄厚不均, 稍有硬化, 轻度骨膨胀, 其内有骨嵴样分隔, 未见明显钙化、骨化影。印象: 右髌骨

骨囊肿或骨巨细胞瘤并发病理性骨折(见图 1)。手术所见: 右髌骨呈横断骨折, 两骨折块骨膜无变化, 骨皮质菲薄, 内有浅黄色液体及凝血块, 有骨嵴构成骨性间隔, 行髌骨切除术。病理诊断: “右髌骨”囊性变, 囊壁附着少许纤维结缔组织及多核巨细胞, 囊腔内见凝血块。诊断骨囊肿。

讨论

发生于髌骨的肿瘤较少见, 其中以骨巨细胞瘤、软骨母细胞瘤为多, 骨囊肿极为罕见。骨囊肿为一生长缓慢的破坏性骨病, 形成原因不明, 常见于青少年, 好发于长管状骨干骺端, 最常见的是股骨、肱骨上端; 其次胫骨近端、股骨下端; 其他如腓骨、尺骨、桡骨、跟骨、距骨、髌骨等部位。诊断此病主要根据病史、X 线表现。确诊靠病理诊断。但此病应与骨巨细胞瘤、软骨母细胞瘤鉴别。

(收稿: 2001-01-27 编辑: 李为农)