

腰椎间盘突出症 5 次手术一例

A case of prolapse of lumbar intervertebral disc undergone five times of surgery

冷向阳¹ 黄铁银¹ 李振华¹ 白云深²

LENG Xiang-yang, HUANG Tie-yin, LI Zhen-hua, BAI Yun-shen

【关键词】 椎间盘移位; 外科手术 【Key words】 Intervertebral disk displacement; Surgery, operative

1 病例介绍

患者某某,女,37岁,既往腰椎间盘突出症病史10年,分别经1992年、1995年3次手术治疗,其中1995年第2次手术治疗时不慎致硬膜囊破裂形成脑脊液漏,后形成硬膜外脑脊液囊肿,于第2次手术后15天行第3次手术治疗,术后腰腿疼痛明显缓解。

本次住院因躲闪他人打击时致腰部疼痛,活动不利,体格检查见L₅椎旁右侧1.5cm处压痛(+),叩击痛(+),并向下方放射至右小腿后侧,双侧膝腱反射(-),右侧跟腱反射减弱,双拇背伸肌力正常,直腿抬高试验左75°(+),右45°(+),右侧足外侧及小腿后外侧皮肤感觉迟钝,腰部CT显示:L₅棘突缺如(术后改变)L₅S₁间盘脱出。本患者经保守治疗无效后,(提查腰部核磁回报:L₅S₁间盘疝)于硬膜外麻醉下行腰椎间盘突出髓核摘除术,术中见硬膜囊已与骶棘肌粘连,分离较顺利,未损伤硬膜囊。用神经剥离子剥离神经根后,保护好神经根和硬膜囊,用尖刀切开突出间盘后,用髓核钳取出脱出髓核,将游离状脱出髓核充分取出后,逐层关闭切口,术后负压引流,引流不通畅,于12小时内拔除引流管。

术后患者自觉右下肢疼痛症状较术前略减轻,给予活血化瘀红花注射液20ml日1次静脉点滴,术后1周患者腰及右下肢疼痛加重,考虑为术后血肿压迫所致,继续静脉点滴红花注射液,并静脉点滴甘露醇250ml日1次,静脉点滴3天,以缓解神经根水肿,同时静脉点滴胞磷胆碱钠注射液,肌肉注射维生素B₁₂,口服维生素B₁和维生素B₆以营养神经,患者疼痛仍不缓解,2周后查右小腿外侧及右足背皮肤感觉迟钝,右拇背伸肌力减弱,右下肢肌肉明显萎缩,腰部CT及MRI提示:L₅S₁椎体变性伴骨质增生、L₅S₁椎体术后改变,从MRI中可见L₅S₁间盘已摘除,但仍有一高密度影压迫硬膜囊,考虑为术后瘢痕,建议患者再次手术治疗,患者同意。

在硬膜外麻醉下行“腰椎管探查术”,手术取原入路、术中见有广泛瘢痕与硬膜粘连成块压迫硬膜囊,分离硬膜囊,分离顺利,硬膜囊完整,切除瘢痕后,探查未再见有突出物,逐层关闭切口,术后负压引流、引流通畅,静脉点滴甘露醇250ml日1次,静脉点滴3天,以减轻神经根充血水肿,12小时后拔除引流管,术后患者自诉腰腿疼痛明显减轻,3天后嘱患者加强

下肢直腿抬高练习,术后4周嘱患者在床上坐起、并在家人协助下进行腰背肌练习,为促进瘢痕吸收,给予腰部轻手法按摩及腰部理疗,8周后患者下地行走,体格检查见:右侧跟腱反射减弱,双拇背伸肌力正常,直腿抬高试验左80°,右90°。右侧足外侧及小腿后外侧皮肤感觉略迟钝,半年后随访,患者腰部及右下肢疼痛基本消失,右侧跟腱反射正常,右侧足外侧及小腿后外侧皮肤感觉正常。

2 讨论

腰椎间盘突出症是临床常见病,多发病。随着诊疗手段及手术技术改进与提高,手术优良率大都在90%~95%之间,即便如此,术后效果欠佳的腰椎间盘突出症仍时有发生,据报道再次手术率为2%~9.2%^[1],但一个部位间盘手术5次比较罕见,值得探讨反思。

2.1 关于前3次手术中存在的问题 患者分别在1992年、1995年进行3次手术治疗,第1次居正中的巨大游离髓核未取出,第2次手术硬膜囊破裂,未予仔细缝合修补,游离髓核块仍未取出,致术后形成巨大的硬膜外脑脊液囊肿,直接导致第3次手术治疗;关于再次手术原因,奚廷震等概括为:①手术损伤大、出血多、止血不彻底、血肿机化及瘢痕粘连造成术后症状复发。②摘除椎间盘不彻底,术后又有髓核组织突出压迫。③术中只摘除了突出髓核组织未彻底松解神经通道。④破入椎管内髓核未取干净。在第4次手术前腰部CT显示L₅S₁有中央巨大间盘疝,相应部位硬膜囊明显受压变形,并可见双侧隐窝狭窄,可见在前3次手术中摘除间盘极不彻底,也没有解决侧隐窝的狭窄。

2.2 手术中瘢痕的处理 腰椎间盘突出症多次手术,必然形成术后疤痕粘连。本病例中第4次手术中摘除了大量突出间盘,术后腰部MRI显示间盘已基本摘除,但患者疼痛症状无明显缓解,后经第5次手术证实有大量瘢痕组织压迫硬膜囊并与其粘连。在第4次手术时,我们应充分考虑到由于多次手术,瘢痕的存在,术中充分松解切除瘢痕,解除硬膜囊及神经根受压迫因素。可避免第5次手术发生。

2.3 关于腰椎间盘突出症术后引流 腰椎间盘突出症多次手术必有大量渗血,所以充分的引流非常重要,术后负压引流器应保持通畅,避免因血肿机化造成瘢痕粘连,从而遗留术后疼痛。

2.4 康复锻炼 腰椎间盘突出症手术后应及早行康复锻炼,

(1. 吉林省中医院, 长春 130021; 2. 吉林大学第二医院)

减少神经根粘连,该患者 3 天后行双下肢直腿抬高练习,1 周后直腿抬高试验患肢可达 90°,避免了以后行走的疼痛。患者多次手术,腰椎稳定性较差,所以 4 周后嘱其行腰背肌练习,初次练习时患者由于腰背肌力量不够,应由家人协助,同时辅助以手法按摩及理疗,促进了术后瘢痕的吸收。

2.5 关于多次手术困难及体会 腰椎间盘突出症给予术者只有一次良机。多次手术破坏了正常解剖结构,形成大量瘢痕组织与肌肉、硬脊膜、神经根互相粘连,导致解剖关系不清,寻找突出间盘很困难,分离瘢痕时容易损伤硬膜囊,马尾神经和神经根,从而带来严重后果。

第 5 次手术见瘢痕组织紧密包绕硬膜囊及神经根,造成椎管狭窄。分离粘连时应细心,应认清硬膜和神经根,切除瘢痕组织、解除椎管狭窄,松懈神经组织,切勿损伤硬脊膜,马尾神经和神经根。

参考文献

- 1 陆裕朴. 腰椎间盘突出症再次手术治疗: 56 例临床观察. 中华骨科杂志, 1991, 11(2): 81-84.
- 2 奚廷震, 张则正. 腰椎间盘突出症再次手术的临床分析. (附 7 例报告). 北京医学, 1994, 16(3): 174-175.

(收稿: 2001-11-19 修回: 2002-03-06 编辑: 李为农)

· 短篇报道 ·

髓内钉固定肱骨干骨折致肩关节脱位 4 例临床分析

卢伟 张风琴

(焦作矿务局中央医院, 河南 焦作 454150)

肱骨干骨折利用中西医结合小夹板, 切开复位钢板, 髓内钉等方法治疗大多数能获得好的效果, 仍有一小部分由于各种原因致骨折延迟愈合甚至骨不连。但出现肩关节半脱位实属少见。1992~1994 年作者收治 4 例髓内钉固定肱骨干骨折致肩关节半脱位, 经妥善处理均达到满意的治疗效果, 本文就我院收治的 4 例据其原因、教训及预防等方面进行分析讨论。报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 4 例患者中男 3 例, 女 1 例; 年龄 19~38 岁, 平均 27.5 岁; 职业: 工人 3 例, 农民 1 例; 交通伤 2 例, 井下绞伤 2 例, 均为肱骨中段骨折; 3 例为开放性损伤, 1 例为闭合性损伤; 其中 2 例合并桡神经损伤, 1 例合并同侧股骨干骨折, 4 例中有 2 例原行钢板螺丝钉固定, 其中 1 例因术后 3 个月再次外伤致钢板折断, 另 1 例因骨不连分别于术后 4、10 个月再次行钢板取出, 髓内钉内固定加植骨术。3 例系经肱骨大结节顺行插入法, 1 例经骨折端逆行打入法。4 例在髓内钉内固定术后 3~6 个月复查 X 线片幸免发现肩关节呈半脱位状态, 但骨折处已临床愈合。临床表现有三角肌萎缩, 方肩畸形, 杜加氏征阳性, 肩关节活动受限, 以外展受限为主。X 线片示: 4 例肩肱曲线呈锐角改变, 肩峰-肱骨头间隙 16~20mm。髓内钉尾部顶在肩峰下, 其中 1 例钉尾嵌入肩峰 3mm。肱骨头均呈孟下型半脱位状态。

1.2 治疗 由于 4 例骨折端均已临床愈合, 在局麻下拔出髓内钉, 患肢以三角巾托起悬吊, 妥善固定于侧胸壁。术后 2 周开始行肩关节功能锻炼, 易白天锻炼晚上重新固定。经术后两个月复查, 肩关节功能恢复正常, X 线片示骨折端愈合, 肩关节脱位纠正。经 3 个月至两年随访未见再脱位及关节退行变。

2 讨论

2.1 造成肩关节脱位原因分析 ①手术技术操作或选择髓

内钉型号不当: 髓内钉尾部外露过长, 术后肩关节的轻微活动可造成钉尾顶在肩峰下, 由于髓内钉尾的拔出孔距尾端 17mm 左右, 一旦钉尾顶于肩峰下, 即可造成肩关节半脱位情况。②肱骨干髓腔的特殊性: 肱骨干本身呈象螺旋形, 故髓腔随之, 当髓内钉插入后, 着力不均匀, 固定中期, 肌肉废用性萎缩, 血运减少, 易出现脱钙, 髓钉本身在髓腔内受力不均匀, 这样就会出现髓腔着力点萎缩, 随之而来的就是松动, 加之术后外固定的不可靠性, 髓钉就发生少量退出作用于肩峰就出现脱位。③关节囊松弛: 其为肩关节特点, 由于长期制动, 肌肉萎缩和肌张力降低, 同时在肩关节前方没有韧带, 肌肉所加强为关节囊的薄弱区亦为容易发生脱位的因素。故当髓内钉尾端顶在肩峰下后极易出现半脱位情况。④进钉点选择不当: 本组病例中有 1 例在行髓内钉固定时, 选用经骨折端逆行打入法, 钉尾在肱骨头与大结节间出钉, 这样就更易造成钉尾顶在肩峰下, 所以选择进钉方式尤为重要。

2.2 预防 肱骨干骨折的治疗目前趋向于保守治疗, 对于合并有血管神经损伤软组织嵌顿的肱骨干骨折往往以手术治疗为主, 本组病例有 2 例桡神经损伤, 另外两例出现再骨折和骨不连, 而进行了手术治疗。对于肱骨干骨折很少使用髓内钉固定, 原因之一是骨折端沿着髓钉分离现象时有发生, 另外钉尾露在肩袖外影响功能又可引起慢性机械刺激, 发生炎症形成凝肩, 甚至脱位。本文介绍的病例均为髓内钉固定, 由于应用不当均造成肩关节的半脱位。如何正确使用髓内钉, 预防此类情况发生, 作者认为预防的方法有: ①严格掌握肱骨切开复位内固定的指征; ②肱骨干骨折要选用合适的方法治疗, 做到能简单解决问题不要复杂化; ③内固定器械的选择要得当; ④髓内钉应用时由近端向远端插入时, 进钉点选在大结节处, 钉尾外露部分要尽量短; ⑤避免经骨折端逆行打入固定法; ⑥术后外固定要可靠。

(收稿: 2001-10-24 编辑: 李为农)