

· 临床研究 ·

侧后方潜式减压术治疗下胸段椎间盘突出症

Treatment of low thoracic intervertebral disc herniation using a lateral posterior undermining decompression procedure

张福华¹ 曹飞¹ 赵东方² 张旭辉¹

ZHANG Fuhua, CAO Fei, ZHAO Dongfang, ZHANG Xuhui

【关键词】 椎间盘移位; 减压 【Key words】 Intervertebral disk displacement; Decompression

自 1996 年 6 月—2000 年 6 月,共收治下胸段椎间盘突出症的病人 16 例,均行侧后方潜式减压髓核摘除术,效果满意,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 16 例中男 14 例,女 2 例;年龄 28~67 岁,平均 50.2 岁;病程 12 d~6 年,平均 1 年 8 个月;有明确外伤史 5 例,11 例无明显诱因。

1.2 临床表现 16 例中 1 例起病较急,以车祸撞击为诱因,病程 12 d。其余发展缓慢,呈进行性加重,但症状各不相同。13 例主要表现为双下肢麻木无力、行走困难、步态不稳易摔倒;8 例有背部下肢、肋间放射痛及腹部束带感;2 例大小便功能障碍;10 例椎体束征阳性;13 例不同程度肌萎缩,肌力下降;10 例膝、踝反射减弱或消失;14 例浅反射减弱。

1.3 影像学检查 16 例均摄 X 线片及行 MRI 检查,8 例行尹索显脊髓造影检查。X 线片均表现为突出间隙的狭窄,4 例表现为突出间隙后方钙化,其增生骨质凸向椎管。MRI 检查 16 例病人中 T_{8,9} 突出 2 例、T_{9,10} 3 例、T_{11,12} 3 例、T_{12L1} 6 例。合并后纵韧带骨化 4 例,黄韧带骨化 3 例。脊髓造影显示 3 例完全梗阻,5 例不完全梗阻。

2 手术方法

16 例病人均术前拍定位片。采用气管插管麻醉。俯卧位,胸壁两侧放置软垫避免胸腹部过度受压,手术台两端倾斜降低,使下胸段后凸。以病变间隙为中心,后正中切口,长约 10~15 cm。依次切开皮肤、皮下组织、棘上韧带,沿棘突两侧行骨膜下剥离,向两侧牵开竖脊肌,显露椎板和上下椎体关节突(若为 T_{12L1} 应显露 L₂ 两侧关节突,以行内固定),用

C 型臂 X 线机再次定位后,切除病变部上下椎板,切除病变部上椎体下关节突内下 1/3 及下椎体上关节突内上 1/2,显露椎间孔内肋间神经及其伴行血管,并加以保护。用小刮匙在下椎体椎弓根基底内、椎体后缘皮质下进行潜式搔刮,方向斜向内上方椎间病变处,使其形成中空状,用小薄神经剥离子小心剥离硬膜与椎管侧后壁及致压物粘连,特制 Y 形椎管凿去椎管后壁皮质骨,循序渐进,直达病变部位,刮除突出髓核及硬化骨嵴。若中央型或对侧暴露困难,则可由对侧用同样方法切除致压物。术中所切(刮)除的松质骨制成碎沫状,植于病变间隙上下横突间。T_{12L1} 行 Scifix 或 Steffee 内固定。彻底止血,逐层缝合,置引流管 1~2 根,24~48 h 内拔除。术后给予 20% 甘露醇 250 ml 每日 2 次、地塞米松 15 mg,每日 1 次静滴,连续 3 d。

3 结果

16 例病人采用此术式手术后,无一例症状加重。所有病人均获得 14 个月~4 年随访,平均 2 年 4 个月。按 Otani 分级法^[1]评价:优 8 例,术后症状消失活动正常;良 6 例,轻度无力或痉挛性强直,偶有疼痛,能进行日常工作;一般 2 例,术前症状轻度改善,仍不能进行正常工作;无症状不减轻或加重病例。优良率达 87.5%。

4 讨论

胸椎间盘突出症临床上无特异性,症状体征差别较大,易出现误诊、漏诊或延迟诊断。胸椎间盘突出症占有椎间盘突出的 0.25%~0.75%^[2],随着诊断技术现代化,其发病率也逐步出现增高趋势。在胸椎间盘突出症的病例中,下胸段发生率最高,T₈ 水平以下约占 75%^[3],这主要与下胸椎稳定性较差、活动范围大、应力集中易退变有关,同时不排除职业

1. 解放军 371 医院骨科,河南 新乡 453000; 2. 虞城县公疗医院

因素的作用,本组 16 例有 13 例为体力劳动者。有人认为发病的主要原因为损伤,以后纤维环出现退化萎缩,髓核及其周围组织应力逐渐减弱,导致突出及骨化^[4]。

下胸段是胸椎间盘突出的好发区,对其采取的治疗方法是否安全有效,是提高胸椎间盘突出症治愈率的主要环节。在治疗上特别是在手术方法选择问题上,争议颇多。后路全椎板切除减压,需试图牵开脊髓,易造成损伤,效果多不满意,已被许多临床医师所放弃;经胸腔侧前方入路切除椎间盘,虽能较好显露,但对病人搔扰太大,特别是下胸段有膈肌阻挡,显露困难^[5]。我们根据下胸段椎弓根较粗大、有充分手术操作空间的解剖特点,对下胸段椎间盘突出进行经椎弓根侧后方潜式减压术,该术式能保证手术操作主要在椎体后缘皮质下进行,减少了与脊髓接触的机会,避免了对脊髓的牵拉,使脊髓损伤的可能性降低到最低限度,手术可在两侧进行、直视下

完成,减压彻底,不留死角。适用于中央型、旁中央型、侧旁型椎间盘突出及后纵韧带骨化骨嵴形成的患者。且保留了部分小关节,对脊柱稳定影响不大。但此手术出血量差异较大,术前要有充分准备,本组 16 例输血量在 200~ 2 000 ml,切除上下关节突时要注意保护椎间孔通向脊髓的血管,减少对脊髓血供的影响。

参考文献

- 1 Otani K, Yoshida M, Fuji E, et al. Thoracic disc herniation: Surgical treatment in 23 patients. *Spine*, 1988, 13: 126F-1266.
- 2 Fessler KG, Sturgill M. Complications of surgery for thoracic disc diseases. *Surg Neural*, 1998, 49: 609-618.
- 3 李少华, 候铁胜, 易志坚, 等. 胸椎间盘突出症的诊断和手术治疗. *颈腰痛杂志*, 2000, 21(4): 179-181.
- 4 郭世绂. *临床骨科解剖学*. 天津:天津科学技术出版社, 1988. 199.
- 5 沈是铭, 毛宾尧, 应忠道. 胸椎间盘突出症的诊断与治疗. *中国脊柱脊髓杂志*, 1998, 8(5): 27F-273.

(收稿: 2002- 05- 07 编辑: 连智华)

• 短篇报道 •

麻沸散外敷治疗急性软组织损伤 90 例

巩团伟

(户县余下医院, 陕西 户县 710301)

采用自制麻沸散治疗急性软组织损伤 90 例, 疗效显著, 报告如下。

1 临床资料

本组 90 例中男 69 例, 女 21 例; 年龄 15~ 68 岁。病例选择有明显外伤史, 受伤部位踝部占 80%, 其它部位占 20%。病程 30 min~ 11 d, 受伤后局部肿胀疼痛, 功能障碍, X 线片排除骨折与相关疾病后为用药对象。

2 治疗方法

2.1 药物制备 洋金花 20 g 生川乌 15 g 生草乌 15 g 栀子 20 g 水蛭 20 g 大黄 15 g 当归 12 g 甘草 15 g 丹参 15 g 泽兰 15 g 透骨草 15 g 桃仁 15 g 红花 15 g

2.2 使用方法 根据损伤部位大小, 取生药粉 20~ 40 g 不等, 加 2% 利多卡因 5~ 10 ml, 少许酒精(50% 酒精即可), 调成糊状, 直接将药膏敷患处, 绷带固定, 2~ 3 d 换药 1 次。疼痛消失后停用利多卡因。

3 治疗结果

疗效评定标准 治愈: 肿胀、疼痛消失, 功能恢复正常; 显效: 肿胀、疼痛基本消失, 功能基本恢复正常; 无效: 敷药 1 周症状无改善。本组 90 例敷药 3 d 治愈 54 例, 1 周治愈 25 例, 显效 11 例。本组中疼痛消失时间最短为 20 min, 最长为 3 d。一般用药 1 次可见大片青紫或黑紫色瘀血斑块出现。

4 讨论

本方由《疡医大全》中记载麻沸汤化减而成, 配合局麻药物治疗软组织损伤, 本方中洋金花、生川乌、生草乌麻醉止痛, 温经散寒, 通关利窍; 栀子清热解毒、凉血活血; 红花、桃仁、当归、丹参、泽兰、透骨草活血化瘀、养血; 大黄既能祛除瘀血、推陈致新, 又能排除郁热, 并能增加活血祛瘀的功效; 水蛭破血逐瘀, 通络; 甘草具有保护皮肤, 减少皮肤过敏作用。利多卡因外用局部有麻醉止痛的效果。诸药合用共奏活血散瘀, 消肿止痛之功效, 故本方外敷对软组织损伤有良好的临床效果。

(收稿: 2002- 07- 11 编辑: 李为农)