

· 临床研究 ·

微切口潜行开窗术治疗腰椎间盘突出症 200 例

Treatment on 200 cases of lumbar intervertebral disc herniation with tiny incision fenestration discectomy

胡卫国¹ 王鹏² 曾江民¹ 万星福¹ 鄢明东¹

HU Weiguo, WANG Peng, ZENG Jiangmin, WAN Xingfu, YAN Mingdong

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

我院自 1997-2001 年通过改良手术器械,采用微切口潜行开窗手术治疗腰椎间盘突出症 200 例,取得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

本组 200 例中男 162 例,女 38 例;年龄 21~72 岁;病程 1 个月~20 年。病史中有明显外伤者 62 例。腿痛左侧 108 例,右侧 69 例,双侧 23 例;单足下垂 1 例。单阶段椎间盘突出 185 例,多阶段突出 15 例,其中 L_{1,2}1 例, L_{3,4}3 例, L_{4,5}116 例, L₅S₁65 例, L_{3,5}2 例, L_{3,4}、L₅S₁1 例, L_{3,5}S₁1 例, L_{4,5}S₁11 例。中央型突出 28 例,后外侧型 169 例,极外侧型 3 例。椎间盘突出合并侧隐窝狭窄者 22 例,椎间盘钙化者 10 例,椎间盘吸收症 2 例,二次手术 5 例,无三次手术者。

2 手术方法

术前标志 X 线摄片定位,确定病变椎间隙。病人俯卧于自制桥式托架上,腹部悬空,采用脊神经后支阻滞麻醉。以术前定位标志为中心取背部正中略偏棘突旁切口,切口自上一棘突至下一棘突长约 3 cm。距中线旁 0.5 cm 切开腰背筋膜,缝线牵引腰背筋膜牵向两侧,骨膜剥离器从中线处向外钝形剥离患侧骶棘肌,向深处直达黄韧带。用自制带冷光的小半椎板拉钩牵开伤口,切除黄韧带,视椎板间隙大小决定开窗。用斜角椎板钳切除上下部分椎板,开窗 2 cm×1.5 cm 大小,先行分离粘连,潜行切除上下椎板的内板和棘突的基底部,扩大椎管内径,用棉片保护神经根并推开之,显露突出或脱出的椎间盘,用自制前端有冷光照明的细长吸引管边吸血边用尖刀

梭形或十字切开纤维环,摘除髓核。因纤维环钙化、骨化致椎间隙变窄,髓核钳无法进入时用半弧形小峨眉凿开窗,经扩大后再用髓核钳摘除突出椎间盘,尽量彻底摘除髓核。椎间盘摘除后若神经根仍有紧张和触痛,多考虑侧隐窝狭窄和神经根管狭窄,再扩大侧隐窝和神经根管,直至神经根完全松弛。若相邻 2 个椎间盘突出,则延长切口至 4 cm,分别潜行开窗摘除椎间盘;如为中央型突出或同间隙双侧突出,可取正中切口 3 cm 长,双侧潜行开窗摘除突出椎间盘;如为不相邻 2 个椎间盘突出,则根据需要延长切口,再间断潜行开窗摘除椎间盘。术毕伤口内置负压引流,从切口旁引出,逐层缝合,皮内可吸收线连续缝合,不拆线。术后 48 h 拔引流管,3 d 佩带腰围下地活动。

3 治疗结果

本组随访 142 例,随访时间 1~5 年,平均 2.5 年。根据自拟疗效标准:优 153 例(76.5%),术后无任何症状,恢复原工作者;良 40 例(20%),术后症状基本消失,能坚持原工作,偶感小腿酸胀者;可 6 例(3%),术后症状有改善,从事体力劳动有困难者;差 1 例(0.5%),术后症状无改善,影响工作和生活者。

4 讨论

腰椎间盘突出微创手术主要有两类技术:一是经皮穿刺技术;二是内窥镜辅助技术。经皮椎间盘髓核切除术在透视下而非直视下进行,术中无法切除突出的椎间盘组织,难以得到彻底减压,术后多复发^[1]。20 世纪 90 年代中后期后路内窥镜应用于腰椎间盘突出切除术,其手术适应症可以和传统手术方式相同,但对巨大中央型、极外侧型椎间盘突出以及再手术椎管内粘连严重者处理相当困难,有一定禁忌

1. 桃源县中医院骨科,湖北 桃源 415700; 2. 北大医院集团市二医院外科

症^[2]。设备要求高,很难在基层医院开展。

微切口潜行开窗术是对小切口开窗术的改良,借助微创手术理论,通过使用自制带冷光的小半椎板拉钩和吸引器,将手术切口减至最小而不影响手术操作。同时因术野冷光照明充分,视野清晰,直视下操作,从而避免了内窥镜手术因视觉差而致大血管、神经损伤的严重并发症,使手术更安全。手术适应症包括凸起型、破裂型、游离型、钙化型、巨大中央型、极外侧型、椎间孔型、侧隐窝狭窄、小关节突增生内聚、局限性椎管狭窄、经皮切吸和化学溶核等治疗无效者以及再手术者,与传统手术适应症完全相同,对复杂手术可根据需要延长切口。理论上手术切口 ≤ 4 cm 为微小切口,本组手术单间隙切口均为 3 cm,双间隙为 4 cm。对腰椎间盘突出伴有椎管狭窄,不

能只强调微小切口,而应采用扩大开窗、双侧开窗或者间断开窗,达到减压彻底,半椎板和全椎板切除减压要慎重。邵振海等^[3]采用等动功能测试系统评价开窗摘除椎间盘的远期效果显示对腰椎稳定性破坏小。因此本手术具有定位精确、手术创伤微小、出血少、神经粘连和医源性椎管狭窄机会少、不影响脊柱稳定性等优点,加之切口美容缝合切口痕微小,患者乐于接受。

参考文献

- 1 金大地,瞿东滨. 腰椎间盘突出微创手术. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(1): 58-59.
- 2 韦绍仁,李荣祝,尹东,等. MED 与传统手术治疗腰椎间盘突出症的比较分析. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(3): 184-186.
- 3 邵振海,靳安民,舒小秋,等. 小切口潜行开窗术摘除椎间盘突出远期随访. 中国矫形外科杂志, 1997, 4(2): 83-84.

(收稿:2002-08-20 修回:2002-12-13 编辑:王宏)

· 病例报告 ·

二甲亚砜外用致局部过敏 4 例报告

Local allergic reaction caused by external administration of dimethyl sulfoxides: A report of 4 cases

姜少伟

JIANG Shaowei

【关键词】 二甲亚砜; 过敏,接触性 【Key words】 Dimethyl sulfoxide; Hypersensitivity, contact

自 2001 年 9 月至 2002 年 8 月笔者在本所运动医学诊所对一些局部损伤及疼痛较严重或顽固的患者,在消炎止痛药膏^[1]中加入一些二甲亚砜外敷,导致 4 例患者过敏,现报告如下。

1 临床资料

4 例中男 1 例,女 3 例;年龄 32~58 岁;发病部位:治疗前诊断为右网球肘 1 例、右膝急性创伤性滑膜炎伴内侧副韧带拉伤 1 例、左急性腓肠肌拉伤 1 例、左髌腱周围炎 1 例(重度肥胖)。

2 治疗方法

将适量的消炎止痛药膏^[1]成分:木瓜 60 g、栀子 30 g、大黄 150 g、公英 60 g、地鳖虫 30 g、乳香 30 g、没药 30 g,研为细末;功效:活血祛瘀,消肿止痛;用 40% 的蜂蜜水及 3~5 ml 二甲亚砜(分析纯,批号:960904,北京亚太精细化工公司)拌成糊状摊在双层报纸上,再在患处消毒后用七星针叩刺数次,局部充血或出小血珠后外敷患处并包扎,2 d 1 次;敷药 2 次过敏者 1 例,3 次后过敏者 2 例,5 次后过敏者 1 例。

过敏情况:敷药前均无皮肤过敏史;过敏表现为:局部肿

胀发硬、皮肤潮红瘙痒、皮温升高、边界清晰、无明显的疼痛感。

治疗及预后:经抗过敏治疗:息斯敏口服、强力解毒敏肌注、10% 葡萄糖酸钙静注、患处七星针叩刺出血后拔火罐及皮炎平外用等措施,患者于 7~15 d 内逐渐恢复正常,皮肤无色素沉着,亦无其他不适症状。

3 讨论

二甲亚砜引起的过敏特点:发病较急,发展快,局部红肿、瘙痒严重;但无全身反应,对症治疗后亦能较快地完全恢复;发生率偏高。

致敏可能原因:二甲亚砜用量偏大和连续用药等造成该药在患处蓄积,局部热疗后蓄积的药物进入扩张的血管和肌肉组织并刺激之,导致过敏反应。

正确掌握使用剂量、时间、次数,用量不宜过大、间隔不宜太短、次数不宜过多、治疗期间局部也不宜热疗。二甲亚砜致敏,希望引起重视,否则会给医患双方均带来不良影响。

参考文献

- 1 黄荣宗. 骨伤方剂学. 北京:人民卫生出版社, 1990. 122.

(收稿:2002-09-20 编辑:李为农)