

多间隙腰椎间盘突出症的有限化手术治疗

Limited operative treatment of lumbar intervertebral disc herniation with multiple level

曾述强, 葛宝丰, 文益民

ZENG Shu-qiang, GE Baofeng, WEN Yi-min

关键词 椎间盘移位; 腰椎; 外科手术 **Key words** Intervertebral disk displacement; Lumbar vertebrae; Surgical procedures, operative

由于影像学诊断的迅速发展, 多间隙腰椎间盘突出症的检出率大大增加, 从 1998 年 10 月- 2002 年 10 月对收治的 128 例腰椎间盘突出症患者进行研究, 发现多间隙腰椎间盘突出 50 例, 现将其临床诊断及手术方式的选择加以讨论。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 128 例, 多间隙腰椎间盘突出 50 例, 其中男 38 例, 女 12 例; 年龄 22~ 65 岁, 平均 43 岁。全部患者均有腰腿痛, 其中伴有感觉减退者 42 例, 肌力减退者 28 例, 双下肢痛者 3 例, 直腿抬高试验 30° 以下 32 例, 30°~ 60° 者 16 例, 60° 以上 2 例。病史 2 个月~ 2 年, 全部患者均行有限手术治疗。

1.2 影像学诊断 50 例患者行正侧位 X 线拍片, 显示有椎间隙变窄及不同程度退行性改变, 全部行 CT 检查, 16 例行 MR 检查。双间隙病变 36 例, 3 间隙病变 12 例, 4 间隙病变 2 例。多间隙病变以不同程度的退变形式出现, 其中以 1 个间盘突出合并 1 个间盘膨隆或伴有侧隐窝狭窄者 36 例, 其余 14 例为 1 个间盘突出合并多个间盘膨隆或伴有侧隐窝狭窄。

2 手术方法

多间隙腰椎间盘突出病变的各个节段退变程度往往不同, 手术根据临床神经受损定位和影像学特点来确定手术间隙, 手术以开窗或半椎板显露为主。手术原则: ①多间隙病变, 临床神经受累定位与突出间隙一致者, 只行突出髓核的摘除, 膨隆间隙不予处理。②对突出伴有侧隐窝狭窄, 同时扩大侧隐窝。③对多间隙病变伴有侧隐窝狭窄者, 摘除突出节段的髓核, 对另一节段的侧隐窝进行有限的扩大。

3 结果

50 例患者行单间隙髓核摘除 32 例, 一个间隙髓

核摘除, 另一间隙侧隐窝扩大 10 例, 同一个间隙髓核摘除和侧隐窝扩大 8 例。全部患者得到随访, 最短 1 年, 最长 4 年, 疗效评定: 症状体征全部消失, 恢复正常工作者为优; 长时间行走感下肢不适, 但恢复工作者为良; 术后下肢仍有麻木, 生活可耐受者为尚可; 术后症状未改善者为差。本组优 40 例, 良 6 例, 尚可 3 例, 差 1 例。本组术后疗效不佳者, 2 例为早期手术的病人, 侧隐窝狭窄未进行扩大, 1 例术后突出复发, 1 例术后发生脑脊液漏。

4 讨论

多间隙腰椎间盘突出症的检出率逐年增多, 尤其在行 MR 检查时, 大多数病人表现为多间隙退行性变。是否对病变的间隙都要进行手术? 国内许多学者认为对多间隙病变要进行彻底的手术^[1,2]。作者认为, 多间隙手术干预有嫌于手术指征扩大化, 而只对引起神经症状的间隙进行有限的手术, 不但解除了患者的痛苦, 还最大限度的保持了患者脊柱的稳定性。

影像学检查可定量诊断多间隙病变程度, 腰椎间盘突出病理分为 4 型: I 型(膨隆型), 髓核呈纤维环下原位突出, 纤维环完整或部分断裂, 髓核突出部分与原间盘紧密相连; II 型(破裂型), 髓核呈后纵韧带下突出纤维环已完全断裂, 后纵韧带完好; III 型(游离型), 髓核呈后纵韧带下巨大突出并上下潜行, 或完全游离于椎管内; IV 型(狭窄型), 髓核突出伴中央椎管或侧隐窝狭窄。彭耀庆等^[3] 将腰间盘突出症 CT 图像的 5 个指标、14 种表现与术后病理诊断进行研究, 其定量诊断正确率达 84.73%, 认为: I 型和无侧隐窝合并症的 II 型首选非手术治疗; 突出物巨大或伴有侧隐窝狭窄、椎体后缘骨赘的 II 型, 短期正规保守治疗无效者行手术治疗; II 型和 IV 型尽早手术。

因此,对多间隙间盘病变,要认真做好病变程度的判断,从 CT 片推断其病理类型,结合临床症状、体征对其“责任间隙”进行手术。临床上通常将腰间盘病变分为 5 型:退变(degeneration)、膨隆(bulging)、突出(protrusion)、脱出(extrusion)、游离(sequestrusion)。5 型可单独存在于一个间隙,也可几种组合存在于一个个体的不同间隙,一般情况下,临床症状的出现与上述病变程度是一致的,但我们要始终坚持只对有相应临床症状、体征出现的突出进行手术。我们的原则是:①对于 1 个间隙突出和其他间隙膨隆者,只行突出间隙的髓核摘除;②对于 1 个间隙突出、另一个间隙膨隆并有侧隐窝狭窄者,只做突出髓核的摘除和膨隆间隙侧隐窝的扩大;③对于高、低位突出共

存者,只做下位突出物切除而不做上位,除非有典型的上位症状者。椎间盘膨隆是可逆的,可以回缩、钙化,不一定要手术,我们也发现,手术时很难切除膨隆的间盘,而且还破坏了后纵韧带的完整性。总之,多间隙间盘病变临床定位比较困难,只有将 X 线片诊断、CT 诊断与临床检查有机的结合起来,才能做出合理的选择,使手术做到准确、有限化。

参考文献

- 1 陆裕朴,石凯军,黄耀添,等. 腰椎间盘突出症的手术治疗. 中华骨科杂志, 1981, 1: 77-80.
- 2 欧阳甲,王宏伟,宋兴华. 多间隙腰间盘突出的 MRI 诊断与治疗. 中国脊柱脊髓杂志, 2000, 12(1): 23-26.
- 3 彭耀庆,张朝跃,李小如,等. 腰椎间盘突出症的 CT 计量诊断探讨. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(1): 19-22.

(收稿日期: 2003-02-18 本文编辑: 连智华)

胫骨平台骨折及其合并症的治疗

Treatment of fracture of tibial plateau and its complications

张国如,王体沛,王佰亮,董平

ZHANG Guoru, WANG Ti-pei, WANG Bai-liang, DONG Ping

关键词 胫骨骨折; 骨折固定术 **Key words** Tibial fractures; Fracture fixation

胫骨平台骨折治疗比较困难,治疗方法存在一定的争论^[1]。现就近年收治的 46 例胫骨平台骨折治疗体会报告如下。

1 临床资料

本组 46 例中男 32 例,女 14 例;年龄 15~62 岁,平均 31 岁。左侧 17 例,右侧 29 例。致伤原因:车祸伤 30 例,砸伤 11 例,坠落伤 3 例,运动伤 2 例。合并血管神经损伤 3 例,交叉韧带伤 6 例,侧副韧带伤 6 例,半月板伤 4 例。骨折类型按 Hohl 分类^[2]: I 型 9 例, II 型 27 例, III 型 10 例。

2 治疗方法

对所有骨折除作常规膝关节检查及 X 线摄片外,对 X 线片示有平台塌陷及体检疑有半月板损伤者均行膝关节 CT 扫描,根据不同的损伤程度及年龄等采取不同的治疗方法。

2.1 非手术治疗 对平台压缩在 3 mm 以内,劈裂骨折分离在 5 mm 以内,无半月板及韧带损伤者,行

非手术治疗,本组共 15 例。具体方法包括跟骨骨牵引、石膏托或石膏管型外固定,治疗期间指导患者行股四头肌功能锻炼。

2.2 手术治疗 共 31 例,其中 II 型 22 例, III 型 9 例。L 型钢板固定 7 例, T 型钢板固定 8 例,单纯螺钉或螺栓固定 5 例,内固定同时加自体髂骨移植 11 例。处理骨折后行交叉韧带修补 1 例,重建 5 例;侧副韧带修补 5 例;半月板切除 2 例,修补 2 例。

3 治疗结果

本组病例手术组均未感染,39 例获随访,时间为 1~4 年,平均 2 年 1 个月。其中 I 型 8 例, II 型 22 例, III 型 9 例。疗效按雍氏评级标准计算^[3],总分为 10 分,即关节稳定占 4 分,关节情况占 4 分(关节活动范围达 100 者 1 分,伸直完全者 2 分,屈曲完全者 1 分),疼痛占 2 分。评分后达 9 分或以上者为优,达 8 分者为良,达 7 分者为可,6 分以下者为差。结果优 12 例(I 型 7 例、II 型 4 例、III 型 1 例),良 18 例(I 型 1 例、II 型 14 例、III 型 3 例),可 6 例(II 型 3 例、III 型 3 例),差 3 例(II 型 1 例、III 型 2 例),优良