

• 临床研究 •

老年退变性腰椎间盘病的临床特征和手术治疗

Clinical characteristics and operative treatment of degenerative lumbar disk disease in old patients

胡传亮, 胡玉华, 殷磊, 钱金用, 姜景辉, 杜广军

HU Chuang liang, HU Yuhua, YIN Lei, QIANG Jinyong, JIANG Jinghui, DU Guangjun

关键词 椎间盘; 疾病; 外科手术 **Key words** Intervertebral disk; Disease; Surgery, operative

退变性腰椎间盘病是老年人腰腿痛最常见病因,病情较复杂常合并其他疾病,因此在诊治上有其特殊性。回顾性分析 1990 年 1 月-2001 年 12 月手术治疗 266 例老年患者。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 266 例(占同期腰椎间盘病手术病人 3 248 例中 8.2%),年龄 60~81 岁,平均 65.1 岁;男 154 例,女 112 例。病程 2~20 年,平均 3.6 年。临床症状:有慢性腰背痛 205 例,单侧/双侧下肢放射痛 152 例,间歇性跛行 82 例,小腿外侧及足外侧感觉异常 47 例,足下垂 18 例。体征:腰椎生理弯曲正常 56 例,消失 137 例,弯曲加大 73 例,局部叩压痛 164 例,直腿抬高阳性 176 例,下肢及拇背伸力减退 31 例,腱反射异常 53 例。无病理反射阳性。合并疾病:骨质疏松 86 例,心血管方面疾病 39 例,糖尿病 18 例,颈椎病 9 例,15 例伴有肺部或其他疾患。

1.2 影像学表现 椎管造影 62 例,CT 检查 226 例,MRI 检查 145 例;突出间隙:1 个间隙 197 例,2 个间隙 51 例,3 个间隙 18 例;L_{3,4}72 例,L_{4,5}113 例,L₅S₁168 例。182 例有退变性椎管狭窄或侧隐窝狭窄,突出髓核或/和后纵韧带钙化 67 例,黄韧带肥厚钙化 45 例,前纵韧带或纤维环钙化 42 例,椎间盘真空化 23 例,退变性滑脱 16 例。X 线片上均有腰椎退变表现,椎体前后缘骨质增生、骨桥或骨赘 235 例,病变间隙狭窄 67 例。

2 方法与结果

2.1 手术方法 本组采用双侧开窗 115 例,半椎板 98 例,全椎板 53 例(其中椎间融合 14 例)。

2.2 术后处理 术后常规应用抗生素 5 d。神经根牵拉严重或水肿者,予以消肿或脱水药 3 d。术后 24 h

行腰背肌功能训练,1 周后带腰围下床活动,3 个月内避免负重。

2.3 手术并发症 硬脊膜损伤 9 例,硬膜外血肿 5 例,神经根损伤 2 例,椎间隙感染 2 例,下肢静脉栓塞 1 例。

2.4 治疗结果 按改良 Macnab 疗效评定标准:优:完全没有症状,恢复正常的工作和生活;良:存有轻度疼痛,经休息即可恢复,不影响工作和娱乐;可:存在持续和间歇性腰痛及并存下肢症状,不能从事某些工作和娱乐受限;差:无效或症状持续或加重。术后随访 6 个月~11 年,平均 18 个月。本组优 187 例,良 46 例,可 30 例,差 3 例。有 3 例术后评价优,分别于术后 4、8、11 年复发再手术。

3 讨论

3.1 老年退变性腰椎间盘病的临床特征 不典型,有如下特点:①临床症状:起病慢,病程长,绝大多数以慢性腰背痛为主诉,近 60% 有下肢放射痛,30% 有间歇性跛行,10% 伴有感觉异常,其次为足下垂;②体征:以生理弯曲改变为多,约半数有直腿抬高阳性和局部叩压痛,少数有下肢及拇背伸力减退及腱反射异常,多无病理反射;③合并疾病多:30% 有骨质疏松,其次伴有心血管方面疾病、糖尿病、肺部等其他疾患和颈椎病。

3.2 老年退变性腰椎间盘病的影像学特征 ①近 70% 有椎管狭窄,以退变性及侧隐窝部位狭窄多见,主要病理表现为小关节突增生和内聚;②40% 有突出髓核、后纵韧带或/和黄韧带钙化;③全部病人均有腰椎退变表现,如骨质增生、骨桥或骨赘、椎间隙狭窄、椎间盘真空化、退变性滑脱等征象。

3.3 手术方式的选择 退变性腰椎间盘病引发腰腿痛的机制有两方面:一是累及神经;二是椎间关节功能异常、不稳定。临床上手术治疗以减压和融合

为主,即解除神经结构的压迫和重建椎间关节的稳定性,大量文献表明正确运用这些技术,可提高成功率^[2]。有报道多节段椎板开窗椎管潜行扩大减压成形术治疗老年人腰椎管狭窄症获得 87% 优良率^[3]。有文献认为老年退变性腰椎间盘病单纯减压疗效良好^[4,5]。由于多有合并疾病,如做融合或器械固定,则会增加手术时间和失血量,使手术风险加大。本组有 14 例融合术中 7 例用融合器/和后路器械固定,有 2 例发生神经根损伤。因此作者认为对退变性腰椎不稳除非滑脱严重以及产生的症状明显时,方可考虑行后路器具融合。其余 252 例采用单纯椎板切除减压和切除致压物,并尽可能最大限度保留后部结构,结果优良率达 87.6%,疗效满意。我们的经验是 ①在手术方式上:对中央椎管狭窄的采用全椎板切除减压术,对侧隐窝狭窄的采用开窗或半椎板切除潜行扩大减压;②在手术方法上:除摘除突出的椎间盘组织、骨赘等致压物外,尽可能减少对关节突的破坏,潜行扩大椎管、侧隐窝和神经根管入口部分,保持神经根上下有 5 mm 的移动范围,并注意神经根管的探查。

3.4 围手术期处理 对老年患者的围手术期处理关系到治疗的成败,结合本组的临床经验体会如下:①术前详细检查化验,了解全身情况及有无手术禁忌症。②对伴有疾病特别是糖尿病、心血管疾病等要积极处理,必要时请相关科室及麻醉师协助治疗和评估对手术的影响。③术后抗生素要选择对肝肾

毒性小的,常用的以青霉素类或头孢类为主;其次由于老年患者的血液黏滞度高,为防止血栓性疾病发生,最好不用止血药物;有心血管系统疾患的输液速度和量都要控制。④术后的功能锻炼要循序渐进,术后 24 h 鼓励抬高下肢,即可防止神经根粘连,也可减少下肢的静脉血栓形成;腰背肌功能训练要比青壮年每日时间短,卧床时间要长,3 个月内要以卧床为主。⑤骨质疏松是加重腰腿痛及影响疗效的重要原因之一^[1],所以对骨质疏松的治疗也很重要。

3.5 术中注意事项 ①由于病程长及椎管狭窄等,硬膜囊多有粘连,手术时应仔细分离,谨防损伤硬脊膜和神经根;②由于椎间隙变窄、椎体后缘增生、后纵韧带钙化等因素,当髓核钳难以进入椎间隙时,要防止用力过大冲破前纵韧带而损伤腹腔大血管;③老年人多有高血压、血管硬化和凝血功能障碍,术中要止血完全彻底,术后要引流充分。

参考文献

- 1 宋恒平,方健,王磊.老年女性腰椎间盘突出症手术与骨质疏松症.中国矫形外科杂志,2000,7(7):707.
- 2 党耕町.退变性腰椎间盘病外科治疗现状与研究.中华骨科杂志,2002,22(6):321.
- 3 阮狄克,沈根标,催海相.老年人腰椎管狭窄症的手术治疗 46 例分析.中华老年医学杂志,1997,16(5):272.
- 4 张世民,蒋位庄,周卫,等.老年人腰椎间盘突出症.中国骨伤,2000,13(9):529.
- 5 安春厚,王欢,王海义,等.次全腰椎板切除术治疗老年性腰椎管狭窄.中国骨伤,1999,12(7):45.

(收稿日期:2003-09-29 本文编辑:李为农)

中国中医研究院望京医院骨伤科进修招生通知

中国中医研究院望京医院(中国中医研究院骨伤科研究所)为国家中医药管理局批准的“全国中医骨伤专科医疗中心”、“全国重点骨伤学科”单位。全院共有床位 400 余张,其中骨伤科床位近 300 张。骨伤科高级专业技术职称人员 40 余名,博士生导师 8 名,硕士生导师 15 名,具有雄厚的骨伤科临床、教学与科研能力,是全国中医骨伤科医师培训基地。开设创伤、脊柱、骨关节及推拿等专科,在颈椎病、腰椎间盘突出症、骨关节病、创伤骨折、外翻等专病方面的治疗独具特色,部分专病的治疗在国内居领先水平,在国际上享有盛誉。骨科日门诊量达 400 人次左右,每周骨科手术逾 30 台,每周三安排知名专家授课,为中、西医骨科医师培训提供充裕的理论学习与临床实践的机会。几十年来为全国各地医院培养了大批优秀技术骨干。

我院每年 3 月、9 月招收两期进修生(要求具备执业医师资格),每期半年或一年(进修费 3 600 元/年)。欢迎全国各地中、西医骨科医师来我院进修学习。

地址:北京市朝阳区花家地街中国中医研究院望京医院 医务处

邮编:100102

电话:(010)64721263 (010)64711199-4032

传真:(010)64721263

联系人:苏霞