

腰椎间盘突出术中的问题与对策

Problems and countermeasures during excision of lumbar intervertebral disc: a report of 52 cases

肖奇
XIAO Qi

关键词 椎间盘移位; 骨科手术方法 **Key words** Intervertebral disk displacement; Orthopaedics operative methods

腰椎间盘突出症经保守治疗无效采用手术治疗已被广大患者所接受,为了进一步提高疗效,现将我院近几年采用手术治疗腰椎间盘突出症 246 例术中出现问题 52 例,总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 52 例中男 34 例,女 18 例;年龄 21~62 岁,平均 43 岁。病程 2~21 个月,平均 18 个月。间盘突出类型:单侧 24 例,双侧 5 例,中央型 8 例,旁中央型 15 例。突出程度:膨出型 10 例,脱出型 25 例,破裂型 8 例,游离型 9 例,其中间盘或后纵韧带钙化 5 例,神经根管狭窄 16 例,腰椎骶化 3 例。突出部位: L_{3,4} 8 例, L_{4,5} 26 例, L₅S₁ 18 例, L_{3,4} 及 L_{4,5} 双间隙 6 例, L_{4,5} 及 L₅S₁ 双间隙 9 例。

1.2 手术方法 开窗式髓核摘除 15 例,半椎板切除 29 例,全椎板切除 8 例。

1.3 手术问题所见 ①术中定位错误 9 例,其中将 L_{3,4} 误认为 L_{4,5} 4 例,将 L_{4,5} 误认为 L₅S₁ 3 例,将 L₅S₁ 误认为 L_{4,5} 2 例;术中及时发现改探 7 例,遗漏 2 例(术后因症状加重,经 MR 复查再次手术获成功)。②椎管静脉丛出血 13 例,其中有 2 例术后血肿压迫致神经症状加重,经 MR 确诊,分别在术后 3~5 d 再次手术血肿清除而愈。③术中硬脊膜损伤 11 例,其中钳夹撕裂伤 6 例,剥离牵拉伤 5 例,均在术中及时修补,无一例后遗症。④神经损伤 7 例,其中马尾神经损伤 2 例,神经根损伤 5 例,术后出现不同程度的神经症状,经保守治疗有 5 例神经症状消失,另有 2 例神经症状部分消除。⑤术中髓核部分残留 12 例,因术后症状复发经 MR 证实,10 例经保守治疗症状消失,另外 2 例因症状继续加重而再次手术痊愈。

2 讨论

2.1 手术定位 定位问题是椎间盘手术首要解决的问题,椎间盘手术的定位包括术前受累神经根的定位和术中病变椎间隙的定位。本组有 9 例定错间隙。分析其原因多系手术视野不清,盲目追求小切口;如伴有移性脊柱退变或肥胖患者更易定错间隙^[1]。为了准确定位,手术应充分显露棘突及椎板,仔细辨解剖关系,触摸骶椎骨性斜坡标志,用钳夹 L₅S₁ 棘突

并轻提摇晃,因为 L₅ 有微动而 S₁ 固定不动,在确定 L₅S₁ 间隙后再依次确定 L₅、L₄、L₃ 间隙,如患者伴有移性脊柱退变,术前应在 X 线透视下用 2% 美兰棘突定位,如术中未发现突出物则应探查相邻的椎间隙,以免遗漏。

2.2 术中硬脊膜损伤 主要因为手术操作不当及椎管内严重粘连,为防止硬脊膜损伤,应先切除椎板,后切除黄韧带。根据黄韧带的附着特点,先于下位椎板的上缘适当切割黄韧带,从切缘处插入剥离器紧贴椎板下潜行剥离^[2],并在剥离器保护下用小骨圆刀在椎板下缘靠近棘突根部开一窗口,再用椎板咬骨钳扩大开窗,然后再切除黄韧带,这样可避免椎板开窗时误伤硬脊膜。对于髓核与硬脊膜及神经根粘连严重时,不可盲目强行剥离牵拉,而在离粘连重的位置寻找薄弱地带,先扩大椎管及神经根管,在粘连带边缘逐步潜行剥离牵拉。

2.3 术中出血 手术操作稍有不慎就会造成椎管底部静脉网状出血,导致手术难以进行,为此我们采取了以下方法:①手术操作由浅入深,从易到难,小心仔细松解粘连;②牵开硬脊膜和神经根,显露曲张充血的静脉丛,用双极电凝止血^[3];③用代线小棉片压迫止血,其不但能止血,而且有阻挡保护神经根的作用;④出血难以制止时采用“速凝沙”布块止血,它不但具有机械压迫止血作用,又含有凝血酶原和凝血因子,具有快速化学凝血作用,如遇凝血机制下降者,可在术前预先静脉滴注立止血,每次 2~4 g。

2.4 术中马尾神经和神经根损伤 主要因为操作不当,术中牵拉硬脊膜或神经根时间过长,力量过大,在剥离松解粘连时反复在神经根处弹拨,在使用咬骨钳或髓核钳时误伤神经根。为防止神经损伤,在使用钳或骨刀时应先探查神经根,并在剥离器保护硬脊膜及神经根的情况下再使用钳或骨刀,如遇椎管、神经根管狭窄时最好不用咬骨钳,而用剥离器阻挡垫护在硬脊膜或神经根表面加以保护,再用骨刀逐步切除扩大椎管和神经根管,这样可防止失手误伤神经根。在硬脊膜和神经根未得到充分松解时不用牵拉器,原则是:硬脊膜有松动,神经根能横向移动 1 cm 时方能使用牵拉器^[4],并且牵拉力要轻柔,时间不应太长,每 5 min 放松 1 次,每次 30 s。在进行椎间盘切除时,严格遵守不见神经根不下刀的基本原则,保证手术安全成功。

2.5 术后复发 本组首次手术发生 12 例,均在术后 2~6 个月出现症状不同程度复发,经 CT 或 MR 证实从原间隙再次髓核突出,其中有 2 例因症状继续加重而再次手术。其主要原因为首次手术不彻底,残留髓核组织;另一原因是术后卧床时间过短,负重过早或腰部再次损伤等所致。随着脊柱活动增加、反复椎间隙挤压,导致残留髓核再次突出,为防止类似情况发生,首次手术髓核摘除要彻底,尽可能在使用髓核钳的同时,再用小刮匙伸入椎间隙反复刮除髓核组织^[2],并反复多次行椎间隙带一定压力的生理盐水冲洗清除残留髓核碎片。

参考文献

- 1 吕锡好,李西,马利平,等.腰椎间盘突出术中失误与防治.骨与关节损伤杂志,1999,14(3),186.
- 2 苗华,周建生.骨科手术入路解剖学.安徽:科学技术出版社,1999.273-281.
- 3 肖奇.腰椎间盘摘除后再治疗分析.中国骨伤,2000,13(5):300.
- 4 包茂德,姜阳.腰椎间盘突出术中失误分析与防治.中国骨伤,2001,14(7):438.

(收稿日期:2003-07-14 本文编辑:王宏)

•手法介绍•

对抗牵引整复肩关节前脱位的体会

Experience of application of countertraction for the treatment of anterior dislocation of shoulder joint

陈伟,王月秋,张华

CHEN Wei, WANG Yueqiu, ZHANG Hua

关键词 肩关节; 脱位; 正骨手法 **Key words** Shoulder joint; Dislocations; Bone setting manipulation

1999 年来采用椅背整复法(观察组)治疗的肩关节前脱位 38 例,与同期采用手牵足蹬法(对照组)治疗的肩关节前脱位 40 例比较,现报告如下。

1 临床资料

观察组 38 例,男 22 例,女 16 例;右侧 21 例,左侧 17 例,均为闭合性脱位。其中,孟下脱位 25 例,喙突下脱位 9 例,锁骨下脱位 4 例,合并肱骨大结节撕脱骨折者 10 例,合并其它部位骨折者 4 例。对照组 40 例中,男 24 例,女 16 例;右侧 22 例,左侧 18 例,均为闭合性脱位。其中孟下脱位 24 例,喙突下脱位 10 例,锁骨下脱位 6 例,合并肱骨大结节撕脱性骨折者 8 例,合并其它部位骨折者 3 例。伤后至就诊时间 30 min~2 d。所有病例均经 X 线摄片明确诊断。

2 治疗方法

对照组采用传统的手牵足蹬法复位。观察组采用椅背法复位(以右侧肩关节脱位为例):患者坐于带有靠背的椅子上,右侧腋窝置于椅背上,腋窝下垫绵垫,身体不要与椅背靠紧,臀部离开椅背约 20 cm,使右上肢以外展 30° 的角度自然下垂,术者立于患者右前侧,左手握住患者腕部维持屈肘 90°,右手置于患者肘部,向下缓慢持续施压。同时使肩关节作前屈后伸的摆动,注意摆动幅度不宜过大。该过程中可以感到或听到肱骨头入臼的感觉或入臼声,检查方肩畸形消失,搭肩试验阴性,X 线检查已复位。整个过程应连续不间断,持续施压,切不可使用暴力。术后用绷带将上肢内收内旋屈肘 90° 固定于胸壁,并

嘱患者主动进行手指及肌肉活动的锻炼。于 3 周后去除外固定,在医生的指导下,进行肩关节的功能锻炼。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 优:肩关节无痛肿,功能恢复正常,可正常劳动,不出现复发;良:肩关节有轻微疼痛,功能恢复正常,能正常劳动,不出现复发;差:肩关节仍痛肿,活动受限,不能持重,有复发现象。

3.2 结果 所有患者经 1~2 年随访。观察组:优 28 例,良 8 例,差 2 例,优良率 95.2%;对照组:优 27 例,良 11 例,2 例差,优良率 95.0%。两组比较, $\chi^2 = 0.003$, $P > 0.05$, 差异无显著性意义。观察组 38 例中,1 次复位成功 36 例,2 例 2 次复位成功,1 次成功率 94.7%;对照组 40 例中,1 次复位成功 30 例,8 例 2 次复位成功,2 例患者因紧张而在颈丛麻醉下复位成功,一次复位成功率 75%。两组比较, $\chi^2 = 5.83$, $P < 0.05$, 差异无显著性意义。

4 讨论

椅背复位法复位机制在于使肱骨头在关节盂周围活动,提高了肱骨头纳入关节盂的机率。患者坐位不需要复位床,术者独自可以完成复位,且用力不大,对腋窝及胸壁组织造成的创伤小。患者痛苦少,能提高复位率。对一些老年患者合并有其它疾病如脊柱畸形、肺气肿不宜采取平卧位复位时,可以采用此法。特别是在临床工作繁忙、人手不够时采用此办法更显方便。两种方法的优良率无显著性差异,但一次性复位成功率观察组明显高于对照组,此方法值得推广。

(收稿日期:2003-06-20 本文编辑:王宏)