

- 21 孙康, 姜长明, 王立德. 胸腰段骨折脱位并截瘫手术内固定疗效比较. 骨与损伤杂志, 1999, 14(2): 97-99.
- 22 Clohisy JC, Barnia BA, Bucholz RD, et al. Neurological recovery associated with anterior decompression of spine fractures at the thoracolumbar junction(T₁₁₋₁₂). Spine, 1992, 17: 325.
- 23 Dick W. A new device internal fixation of thoracolumbar and lumbar spine fractures: the fixateur interne. Paraplegia, 1985, 23: 225.
- 24 McAfee PC. A biomechanical analysis of spinal instrumentation system in thoracolumbar fractures: comparison of traditional Harrington

- distract instrument with segmental spinal instrumentation. Spine, 1985, 10: 204.
- 25 邹德威, 马华松, 海涌. 胸腰段脊柱骨折治疗方法的选择及手术指征. 中华外科杂志, 1995, 33(12): 731-733.
- 26 彭亦良, 吴梅英, 廖维宏. 脊髓损伤实验性修复的研究现状和展望. 中华创伤杂志, 1999, 15(2): 155-156.
- 27 金宇, 郭世斌, 赵虬. 实验性大鼠胚胎脊髓移植对损伤脊髓影响的观察. 中华骨科杂志, 1999, 19(2): 80-82.

(收稿: 2001-07-06 编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

双侧椎板间开窗治疗腰椎间盘突出症伴骨赘形成

梁显球 黄绍贤 陈志军 谢广文 余斌
(肇庆市第二人民医院, 广东 肇庆 526060)

1995 年至 2000 年 12 月, 我科共手术治疗腰椎间盘突出症 436 例, 其中伴椎体后缘骨赘形成 23 例, 经施双侧椎板间开窗, 髓核摘除, 骨赘凿除术, 收到较好的治疗效果。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 23 例, 男 18 例, 女 5 例, 年龄在 24 岁至 65 岁之间, 病程长者 5 年, 最短 3 个月, 平均 2 年 3 个月, 有腰部扭伤史 4 例, 23 例均有腰痛并单或双下肢放射痛。间歇性跛行 16 例, 18 例单侧肢体直腿抬高试验阳性, 5 例双侧肢体直腿抬高试验阳性, 其中 1 例在怀孕后期因腰部突然用力出现双下肢瘫痪及大小便失禁。

1.2 影像学检查 所有病例腰椎 X 线侧位片见患椎间隙变窄, 8 例椎体前缘见骨赘形成, L_{4,5} 或 L₅S₁ 椎间隙后方见骨赘阴影 13 例, 其余显示不清, 腰椎 CT 见腰椎间盘突出, L_{4,5} 10 例, L₅S₁ 9 例, L_{4,5}、L₅S₁ 同时突出 4 例。L_{4,5} 扫描于该椎间隙后上缘或下缘有骨赘阴影 14 例, L₅S₁ 9 例, 骨赘均在原椎间隙出现, 形状可见长方形、弧形、圆形等, 局限于一侧 8 例, 横贯椎体后缘 15 例, 骨赘矢状径 10~6mm, 平均 7.5mm, 横径 12~17mm, 平均 14mm, 椎间盘突出中央型 9 例, 中央旁型或侧旁型 14 例, 突出程度 5~7mm。

2 手术方法

硬膜外或全麻下俯卧位, 后腰正中切口, 将双侧骶棘肌切开、分离, 暴露双侧椎板行双侧对称椎板间开窗, 骨窗大小约 2cm×2cm, 切除黄韧带及内侧 1/3 关节突, 暴露双侧硬膜囊及神经根, 先将手术床向一侧倾斜 30°, 从倾斜侧骨窗将硬膜囊及神经根推向对侧, 切除突出之髓核, 暴露骨赘, 用小弯钩轻轻凿去同侧骨赘, 然后再将手术床向对侧倾斜, 从对侧骨窗用同样方法凿除骨赘, 检查骨赘凿除后椎体后缘平整, 不压迫硬膜囊后, 伤口放置负压引流, 术后按腰椎间盘突出症术后常规治疗。

3 治疗效果

临床疗效评定参照 Nahal 标准, 优: 间歇性跛行, 腰腿痛症状完全消失, 下肢肌力正常, 工作能力完全恢复, 本组 20 例。良: 术后症状消失, 但劳累后有轻度腰腿痛, 不影响原工作, 本组 2 例。中: 术后仍有腰腿痛, 下肢肌力和膀胱、肛门括

约肌功能仍未完全恢复, 但均较术前减轻, 本组 1 例。差: 术后症状未能解除, 不胜任原工作, 仍需进一步治疗, 本组 0 例。1 例因怀孕后期出现双下肢瘫痪及大小便失禁, 出现症状 2 个月, 产后才施行手术, 失去最佳手术时机, 术后随访半年, 双下肢肌力及感觉恢复, 但仍有动力性尿失禁。

4 讨论

虽然本病例国内报道逐年增多, 但对于手术方法的选择, 尚无肯定的意见, 部分学者趋向于半椎板, 全椎板甚至扩大全椎板切除行骨赘及椎间盘髓核切除术, 此法虽然暴露清楚, 容易切除突起的骨赘, 减压彻底, 但因椎板切除范围较大, 术后容易出现腰椎的不稳定, 再次出现腰痛。我们采用双侧椎板间开窗髓核摘除及凿除骨赘的方法, 既切除了骨赘及突出之间盘组织, 达到去除压迫及减压目的, 又不影响术后腰椎的稳定性, 本术式具有下列优点 ①手术创伤相对小, 较大程度保留了腰椎后部结构的完整性。②经椎管双侧开窗对骨赘块分割凿除, 视野清楚, 操作方便, 不易损伤血管、神经^[1]。所以, 双侧椎板间开窗, 髓核摘除、骨赘块凿除是治疗腰椎间盘突出症伴骨赘形成的较理想的治疗方法。但对于局部粘连严重, 局部神经根发生变异, 不能拉开神经根及硬膜囊而切除骨赘的, 则应采取半椎板甚至全椎板切除而达到解除压迫及减压的目的。

椎体后缘骨赘伴椎间盘突出凸起于椎管内向后压迫硬膜及神经根, 产生神经根痛或马尾神经症状, 本病的病因发病机制尚未完全明了, 近年国内学者报道较多, 有学者认为是由于椎间盘脱水变性及容积减少引起椎节动力性不稳, 椎体受到纤维环和后纵韧带的病理性牵引刺激引起相应骨赘形成, 亦有学者认为是局部骨化障碍和外伤撕脱或骨折^[2]。

参考文献

- 王平均, 方健, 倪凤民, 等. 腰椎椎体后缘骨质凸出时的手术治疗. 颈腰痛杂志, 2000, 21(2): 114.
- 陈晓亮, 周秉文, 胡有谷, 等. 椎后缘骨内软骨结节. 中华骨科杂志, 1995, 15(10): 684.

(收稿: 2001-09-28 编辑: 李为农)