

即病变部位静脉回流受阻,致囊腔压力增高,超过骨髓内压力。也有人认为与外伤和炎症有关,此外尚有渗出液潴留学说、骨质吸收学说等^[2]。骨囊肿的治疗方法很多,经典的治疗方法是囊肿刮除植骨术,但术后复发率较高,尤其是“活动性”骨囊肿。而且手术创伤较大,需要植骨。也有人主张行病灶次全切除植骨术,或次全切除不植骨。保守治疗的方法除了钻孔引流以外,主要是囊腔内注射,注射成分有类固醇激素、自体红骨髓^[2]、金葡液^[3]等,激素治疗方法已成为一种较成熟的保守治疗方法。

激素注射后,绝大多数病例囊肿壁很快增厚,囊腔出现中间分隔、硬化、囊腔缩小,多数病例完成治疗后 X 线片仍显示有较小囊腔,和正常骨有区别,需要经过长时间的修复重建。激素治疗的机制不完全清楚,考虑类固醇类药物具有抗炎、抑制渗出的作用,可以减少骨囊肿的漏出液,有利愈合。另外,多次穿刺抽吸可以降低腔内压力(所以我们仍坚持推荐用两点穿刺),并且穿刺会使骨髓血进入囊腔,带

入大量成骨细胞,有利于成骨。

类固醇注射治疗的优点是操作简单,局麻下完成,创伤小,不遗留瘢痕,无需住院,患者容易接受,注射治疗失败后仍可手术治疗。但是目前多数医生已不愿采用类固醇注射治疗,主要原因可能是:①疗程长,多次穿刺,每次穿刺难度逐渐加大,不如手术一次成功干脆。②多次穿刺给患儿带来的肉体痛苦及心理压力甚至比手术更大。③需要在透视下操作,尤其是后期穿刺困难时透视时间较长。医患都要承受一定的放射剂量,尤其是病例很多的医生。④不排除受经济效益的影响。

参考文献

- 1 张立军,吉士俊,周永德,等.类固醇注射治疗骨囊肿的远期疗效.中华骨科杂志,2001,21(2):90.
- 2 王来喜.单纯性骨囊肿病因及治疗现状.临床小儿骨科杂志,2003,2(1):47.
- 3 董岭生,寇炳祯.金葡液治疗骨囊肿 36 例报告.骨与关节损伤杂志,1999,14(3):151.

(收稿日期:2004-09-17 本文编辑:连智华)

重症腰椎间盘突出症术式选择

Selection of surgical operation for the treatment of severe proplase of lumbar intervertebral disc

陈有光,傅俊伟,于继华,李建军,黄晓东

CHEN Youguang, FU Junwei, YU Jihua, LI Jianjun, HUANG Xiaodong

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

腰椎间盘突出症的手术方式有多种选择,尤其是有严重症状的腰突患者选用何种术式来取得最佳疗效,这是本文探讨的目的。

1 资料与方法

1.1 一般资料 1991年10月-2003年10月,手术治疗腰椎间盘突出症 240 例,筛选其中有严重症状的 23 例进行分析,男 16 例,女 7 例;年龄 25~60 岁,平均 45.7 岁。

1.2 临床表现 ①有马尾综合征 10 例,其中小便排解点滴费力 5 例,均伴有严重的腰腿痛症状,入院时距出现马尾综合征时间为 0.5~2 个月;鞍区麻木,尿潴留伴一侧足下垂 2 例,距发生马尾综合征时

间为 2 周;鞍区麻木、大小便困难伴双下肢肌力 III-IV 级 1 例,距发生马尾综合征时间为 2~3 周;2 例足下垂,大小便功能无障碍,1 例为男性患者伴右下肢水肿,距发病时间为 1 个月,1 例为女性患者,距发病时间为 3 个月。②有卧床不起 2 个月以上者 3 例;不能卧床,坐在床沿,趴着睡,伴一侧下肢持续性剧烈疼痛 3 例;不能仰卧,站立 1 min 即会使下肢疼痛,甚至抽筋 2 例;腰腿剧痛不能自行站立,需扶着走仅 20 m 以内 4 例。③有严重腰椎侧弯畸形 1 例,该例为一女性患者,腰腿疼痛伴腰椎侧弯 3 年,并日渐加重,入院时双下肢行走困难,如同鸭步。

1.3 影像学检查 23 例患者均常规拍摄腰椎正侧位 X 线片、CT 检查,其中 10 例增加了 MR 检查。结果 L_{4,5}椎间盘突出 13 例,其中 1 例伴腰椎管狭窄;

L_{4,5}及 L₅S₁ 椎间盘突出伴腰椎管狭窄 1 例; L₅S₁ 椎间盘突出 8 例; L_{1,2}椎间盘突出 1 例。23 例影像学中 7 例表现为巨大的椎间盘突出, CT、MRI 显示突出物高度均大于 10 mm, 其中 2 例椎间盘突入硬膜。

2 手术方式

硬膜外麻醉成功后, 俯卧在弓形架上, 腹部垫空, 后侧入路。常规消毒铺巾, 从 L₃ 至 S₁ 作一纵形切口, 如为 L_{3,4}椎间盘突出略向上延长; 如为 L_{1,2}椎间盘突出则以 L₁ 棘突为中心向上、下延长。骨膜下显露椎板, C 形臂 X 线机下定位。根据手术需要行半椎板或全椎板切除。如为全椎板切除, 术中尽量保留两侧上下关节突, 对日后脊柱稳定有帮助; 如有侧隐窝狭窄则松解神经根至出口处; 如为主椎管狭窄应松解至硬膜有搏动为止。术毕放引流管, 术后 24 h 拔去。本组全椎板切除 18 例, 双侧半椎板切除 1 例, 一侧半椎板切除 4 例, 全椎板切除中有 3 例打开硬脊膜取出椎间盘。

3 结果

疗效评定标准: 优, 能参加体力劳动, 下肢肌力正常, 感觉留有轻度障碍, 基本恢复至健康时水准; 良, 能参加一般轻体力劳动, 下肢肌力 IV 级以上, 感觉轻度障碍; 差, 下肢肌力 III~IV 级, 不能胜任轻体力劳动。本组经过 1~12 年随访, 优 20 例, 良 2 例, 差 1 例。

4 讨论

本组 10 例马尾综合征患者, 有一例行双侧半椎板切除, 其余全部行全椎板切除。结果有 5 例小便排解困难患者, 术后小便功能立即恢复正常; 2 例尿潴留患者术后 2 周内恢复小便功能, 足能背伸; 1 例大小便功能障碍伴双下肢肌力差者, 术后小便功能部分恢复, 大便仍有失控, 下肢肌力有不同程度的恢复。2 例足下垂, 1 例男性患者足下垂伴右下肢水肿, 术后 2 周内水肿消退, 足背伸功能恢复; 1 例女性患者, 术后腰腿痛消除, 足下垂 3 个月后恢复。根据上述病例分析, 认为腰椎间盘突出症一旦出现马尾综合征, 手术时间争取越早越好, 功能恢复越完全^[1]。双侧半椎板切除有一定的优点, 对术后脊柱稳定有一定的作用, 但对较重的马尾综合征以全椎板切除最佳, 具有术野清晰, 操作方便, 探查准确, 神经功能恢复最快、最完善的特点。

本组有 3 例打开硬膜取出椎间盘, 其中 1 例为 L_{1,2}椎间盘突出患者, MRI 显示肿瘤状物体占据 L_{1,2}

椎管硬膜内, 切开硬脊膜, 发现是突入硬脊膜的椎间盘组织, 取出约有 4~5 g 左右, 像这样巨大的椎间盘组织突进硬膜, 周围神经根被拉得很紧, 术中无法拉动神经根, 如硬拉势必损伤神经根及马尾, 而切开硬膜取椎间盘, 视野清晰, 能避免误伤马尾神经, 取出椎间盘后, 缝合硬膜要严格遵循针距 2 mm、边距 1 mm 缝合方法, 术后硬膜外盖以明胶海绵, 严密缝合深筋膜, 这样术后不易出现脑脊液漏。

本组对卧床 2 个月以上、不能下地、影像学上显示巨大髓核突出 3 例患者; 对严重腰椎侧弯 3 年 1 例患者, 行全椎板切除, 基于影像学不能完全反映腰椎间盘突出产生的所有病变, 以及 CT、MR 检查有一定的伪影和盲区, 除了术前认真分析患者的症状和临床检查的体征外, 术中以全椎板切除, 仔细检查, 可以确定椎间盘突出所占据的位置、体积的大小以及黄韧带的肥厚, 两侧上、下关节突增生改变, 侧隐窝的狭窄对硬脊膜及神经根的压迫。如为开窗或半椎板对全面探查椎间盘突出引起椎管的病变有一定的限制, 有遗漏病变区域的可能。所以我们认为每一种术式均有一定的适应证, 有它一定的优点。不论何种术式都以能消除椎间盘突出引起的所有病变, 术后使病人获得最佳疗效为基础的。

对于影像学上有 2 个以上椎间盘突出患者, 是否突出间隙的椎间盘都必须切除, 这有一定的争议^[2]。我们认为应根据患者的症状、临床体征检查为主, 如符合两个椎间盘突出, 则应切除两个椎间隙的椎间盘, 如果符合一个椎间隙椎间盘突出, 那么另一个影像学上有椎间盘突出, 手术时就不予以探查, 或预防性地切除椎间盘, 因要不要打开一个椎间隙是非常严格的事情。假如轻易地打开一个椎间隙, 椎管周围静脉丛的出血, 硬膜及神经根的刺激、误伤, 椎间隙椎间盘组织中化学物质的释放都对患者术后功能的恢复产生一定的影响。其次医生做手术的椎间隙取出髓核的大小, 对神经组织的压迫应完全能解释患者的症状、临床检查的体征, 这样才能说明手术间隙定位准确, 才能获得术后满意疗效。

参考文献

- 何风春, 陈志雄, 陈逊文, 等. 影响腰椎间盘突出症手术效果因素分析. 中国骨伤, 2003, 16(10): 607.
- 曾述强, 葛宝丰, 文益民. 多间隙腰椎间盘突出症的有限化手术治疗. 中国骨伤, 2004, 17(3): 178-179.

(收稿日期: 2004-07-30 本文编辑: 连智华)