

## 有关腰椎间盘突出症的几点看法

王尚全, 于杰, 冯敏山, 罗杰, 杨克新, 赵国东  
(中国中医科学院望京医院脊柱二科, 北京 100102)

**关键词** 腰椎; 椎间盘移位; 诊断; 治疗

**DOI:** 10.3969/j.issn.1003-0034.2012.01.015

**Opinion of lumbar intervertebral disc herniation** WANG Shang-quan, YU Jie, FENG Min-shan, LUO Jie, YANG Ke-xin, ZHAO Guo-dong. Department of the Second Spinal Surgery, Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100102, China

**KEYWORDS** Lumbar vertebrae; Intervertebral disk displacement; Diagnosis; Therapy

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2012, 25(1):55-57 www.zggszz.com

腰椎间盘突出症 (lumbar disc herniation, LDH 或 lumbar intervertebral disc herniation, LIDH) 是指由于各种原因 (退变、劳损、损伤等) 导致椎间盘纤维环部分或全部破裂, 髓核组织从破裂口向后突起或突出, 刺激或压迫腰脊神经根、马尾神经而引起腰腿窜痛或膀胱、直肠功能障碍, 即腰痛伴根性坐骨神经痛或二便功能障碍等症状者, 也有人称为椎间盘纤维环破裂症或髓核脱出症<sup>[1]</sup>。腰椎间盘突出症是一种比较常见的脊柱退行性疾病, 也有人将此病认定为自限性疾病。随着脊柱外科的发展, 对这一疾病的认识也逐渐深入, 但在临床工作中仍存在许多问题, 影响了疾病的治疗效果。现在结合临床经验, 谈一谈疏浅的看法, 与同道探讨。

### 1 关于腰椎间盘突出症的诊断问题

**1.1 腰椎间盘突出与腰椎间盘突出症** 只有腰椎间盘突出累及到周围组织和结构并出现相应的临床表现时, 方可诊断为腰椎间盘突出症, 否则只能诊断为腰椎间盘突出<sup>[2]</sup>。评价腰椎间盘突出主要通过影像学手段, 其技术不断进步, X 线片可以观察到椎间隙变窄、前窄后宽、骨赘形成、椎间不稳等退行性改变的表现; CT 可以观察到椎间盘突出, 骨赘形成; MRI 除了可以观察到上述表现外, 还可以更早地观察到椎间盘内水分丢失所带来的信号改变。退行性改变累及周围的神经根、硬脊膜可以通过影像学手段加以证实; 临床表现需要医生仔细询问病史、严格进行体格检查来确定。这些资料收集完成后, 就需要医生分析腰椎间盘突出与临床表现之间是否存在必然联系, 只有当肯定了这种联系之后, 才能明确腰椎间盘突出症的诊断。不与临床相结合就诊断为腰椎间盘突出症, 扩大了腰椎间盘突出症的诊断范围。因为有间盘膨出或突出临床上不一定就有相应的症状或体征, 此时只能诊断为腰椎间盘突出而不能诊断为腰椎间盘突出症。

**1.2 责任节段的确定** 现在腰椎间盘突出症的诊断已经比较容易, 但临床上容易忽略定位的诊断, 不同节段的椎间盘突出, 压迫不同的神经根, 责任节段是否与定位相符? 多节段突出时, 哪一个才是真正的责任节段? 往往决定治疗方案的选择及治疗效果的好坏。准确的诊断是指治疗前除明确椎间盘病变

的部位 (左/右)、节段 (单/多) 及病理改变外, 更重要的是了解致痛的真正部位, 即所谓“责任部位或责任椎间盘”, 这样才有可能使某些较复杂的腰椎间盘突出症, 采用“有限手术原则”而解决患者的病痛。随意采用“彻底的或预防性手术”治疗大多数腰椎间盘突出症患者是不适宜的, 将手术做得过大不仅给患者增加痛苦及经济负担, 更可能带来与预期相反的效果。

**1.3 神经系统疾病误诊为腰椎间盘突出症** 运动神经元病无感觉功能障碍, 腰椎间盘突出症常常有感觉功能障碍, 此时要仔细鉴别诊断。如果神经电生理检查发现颅神经损害的表现, 患者有吞咽困难、声音嘶哑、肉跳而无二便功能障碍, 应考虑运动神经元病。感觉神经元病和多发硬化均可以通过临床表现和神经电生理检查来鉴别。当上述疾病未累及颅神经, 而退行性改变导致的脊髓或神经根受压迫存在时, 鉴别诊断比较困难。

### 2 腰椎间盘突出症治疗中存在的问题

腰椎间盘突出症如果能够及时诊断和治疗, 对于病程短、症状轻、神经没有损害患者, 经过系统保守治疗同时注意保健及加强合适的体育锻炼, 大部分可以治愈。对于部分病情严重, 或失治误治及保守治疗无效或疗效欠佳者, 病症将影响患者的生活及工作能力, 表现为神经有损害者, 应当行手术治疗。

目前治疗腰椎间盘突出的方法很多, 各种介入及微创外科治疗, 不同方式的开放手术治疗等。它们之间不应相互排斥, 而是各有所长, 各有其最佳适应证, 正确治疗方式的选择要以椎间盘突出的病理改变为基础, 明确是椎间盘单纯退变还是椎间盘膨出, 如有突出, 突出到什么程度, 有无钙化, 是否合并椎管其他病理改变如黄韧带肥厚、侧隐窝狭窄, 要根据椎间盘不同病理改变选择不同的治疗方法。想用一种方法治疗所有类型的椎间盘突出症的做法是不可取的, 也是不科学的。

**2.1 关于腰椎间盘突出症的非手术治疗** 目前有关非手术临床治疗存在着较大片面性与随意性。具体表现在多数疗法的有效性并未得到标准随机对照研究与客观评价方法的证实, 临床适应证的选择较为模糊, 对疗效机制的认识也非常肤浅与原始。这些都严重制约着这一学科的发展与深入研究<sup>[3]</sup>。LIDH 临床症状体征复杂多变, 各个体间及不同病程阶段的同

一患者,其临床表现与寻求医学治疗的目的也各有不同。绝大多数疗法的疗效并无规范的随机对照研究与客观统一的评价方法加以证实,使“有效疗法”难以得到公认与推广;如何将临床查体、神经体征、影像学发现、电生理检查,乃至患者的生活质量纳入综合量化评定标准,并加强定性评定方法精确性、可比性及区分度的相关研究,来探讨手术或非手术适应证是目前存在的主要问题<sup>[4]</sup>。

**2.2 腰椎间盘突出症手术治疗中存在的主要问题** 迄今为止,腰椎间盘突出症的外科手术不外乎髓核摘除术、椎间融合术、人工椎间盘置换术,以及各种侵入式有限手术等等。无论哪种术式均以破坏已经发生病变的椎间盘为代价,而且尚未根本解决病变椎间盘自身结构及其功能重建的问题,因而致使部分患者术后症状未除,甚或造成腰椎结构的医源性破坏。这给医生和患者都带来了心理上的阴影。由于术前诊断错误或适应证过宽、术中定位错误或操作失误、术后瘢痕粘连或椎间盘再突出等原因,导致部分病例术后症状持续存在,引起所谓的腰椎手术失败综合征或术后疼痛综合征<sup>[3]</sup>。

传统的椎间盘摘除术后往往都会出现椎间隙变窄并继发腰椎不稳、椎管狭窄和退行性小关节炎,为此有人主张行椎板或椎体间植骨或用螺纹融合器椎间融合,但该方法不仅消除了病椎椎间运动,减弱了脊柱功能,而且使相邻节段椎间盘退变加速和邻近节段生物力学的异常,因此而引起的邻近节段退行性疾病也越来越引起人们的重视。为此,脊柱外科专家又采用了椎间盘置换和椎间盘再生的方法来处理因此而带来的问题。前者包括人工全椎间盘置换、单纯髓核植入和异体椎间盘移植术,后者包括髓核的再生和诱导纤维环的重建等,但迄今只有人工椎间盘置换术和单纯髓核植入术达到了临床实用阶段,其主要效果也体现在远期,且在国际上运用时间短,加之严格的手术指征、可能的并发症与高昂的医疗费用,使得该疗法短期内难以成为临床治疗的主流。

**2.2.1 过多地依赖影像学检查** 只根据临床症状和影像学资料所示突出髓核的大小和类型(髓核游离、钙化)作为手术或非手术的做法是片面的,原因在于 LIDH 临床症状的多源性,髓核突出的大小与类型跟腰腿痛的类型(腰痛或下肢放射痛)与程度无关。临床经验告诉我们,LIDH 的诊断关键是症状、体征的独特表现,其中最重要的是不同程度的腰腿痛和与之密切相关的腰椎活动功能障碍。目前 LIDH 手术治疗的适应证有被扩大的倾向<sup>[5]</sup>。

**2.2.2 过多地采用手术治疗** 无论哪种术式均以破坏已经发生病变的椎间盘为代价,而且尚未根本解决病变椎间盘自身结构及其功能重建的问题,因而致使部分患者术后症状未除,甚或造成腰椎结构的医源性破坏。这给医生和患者都带来了心理上的阴影。

**2.2.3 过多地应用内置物** 内置物的应用,使术后局部腰椎节段的稳定性得到了加强,但同时不仅消除了病椎椎间运动,减弱了脊柱功能,而且使相邻节段椎间盘退变加速和邻近节段生物力学的异常,因此而引起的邻近节段退行性疾病也越来越引起人们的重视<sup>[6]</sup>。

**2.2.4 腰椎非融合技术** 对于一些保守治疗无效的腰椎间盘突出症合并严重椎间盘源性下腰痛患者,手术融合病变腰椎节段是常用的治疗方法。脊柱融合的结果一直存在着争议。最近的研究发现保留运动功能的内固定物比限制运动的内固

定物更能改善下腰痛,这为下腰痛的治疗提供了新的思路。一个新的概念:“动力内固定”或“软固定”被提出。其定义为:一个保留有益的运动和节段间负荷传送的固定系统,不作椎体节段融合。这种固定系统能阻止产生疼痛的运动方向和运动平面的腰椎运动,但全部保留其他正常的腰椎活动度。目前,在欧美动力内固定系统已广泛应用于临床,主要包括 4 类:①棘突间撑开装置;②经椎弓根固定的动力稳定装置;③经椎弓根固定的半坚固装置;④人工椎间盘装置。需要注意的是非融合技术并不是微创技术。目前存在多种动力稳定装置,均处在不同的发展阶段和临床调查研究中。如何完成详尽的临床研究和进行长期随访,确立每个动力稳定装置最适合的适应证,准确鉴别每个具有特异性脊柱状态的腰痛患者的致痛原因,选择最适合的动力稳定装置进行个体化治疗,是取得满意结果的关键,也是今后腰痛治疗非融合技术的研究重点。

**3 关于腰椎间盘突出症治疗疗效判定标准的研究问题**

随着脊柱外科治疗水平的不断提高,无论何种术式,在去除疾病的致病因素、缓解临床症状方面都取得了令人满意的效果。但是,在临床实际工作当中,有很多患者术后使用常用的影像学、脊髓功能评价都得到了非常理想的结果,如术后 X 线片提示骨性压迫解除彻底,曲度恢复, MRI 显示脊髓减压充分,神经功能得到明显的恢复。但是,随访时患者仍然对术后的生活质量不满意。这种现象让越来越多的脊柱外科医师意识到,随着健康观念的变化,医学模式的转变,人们治疗疾病的目的不再仅仅是去除病痛,而是要能够完全恢复健康生活的状态和能力。也正是在这种观念下,对外科治疗疗效的评价方法逐渐丰富起来,包括生存质量评价在内的综合评价体系被越来越多的脊柱外科医师所认可。随着医学模式由生物-医学向社会-心理-生物模式的转变,腰椎间盘突出症疗效评价方法和体系越发体现出以患者为中心的人本趋势。目前常用的评价方法包括<sup>[7-8]</sup>:①临床症状及相关功能障碍评价;②影像学评价;③生存质量评价;④综合疗效评价。有人在对腰痛的评价方法的相关性和可靠性测试表明,传统的生理、物理学评价对患者的预后只有中等程度的相关性,且生理学等评估方法与症状、功能状态之间的相关性非常有限<sup>[9]</sup>。因此进入 21 世纪以后,更多的医师开始从多个角度对腰椎间盘突出症的治疗结果进行更加全面、系统的评价,更加侧重患者的功能状态、社会能力的恢复以及对治疗满意度的衡量。对于腰背痛治疗结果评价应包括:针对腰背痛的功能评价、一般健康状态评价、疼痛评价、工作障碍程度评价和患者对腰背痛治疗的满意度。

**4 关于腰椎间盘突出症的中西医结合治疗**

中医理论是中国古代的科学理论,中医治病是中国古代传承下来的技术手段,中医理念是中国古代贤者的哲学思想,中医的思维模式是中国古代杰出科学家通过对人与自然规律的探索,而得出的高度概括和总结。如果中医从业人员缺乏中医学理论基础,对中国古代的文言、经学、历史、天文、地理、历法、术数、农牧、日用、修真等等各种基础知识一无所知,在学习中就无法真正理解中医的精髓,更谈不上在科研中体现中医特色,在临床中发挥中医优势了。因此,中医学所涉及的古代知识结构基础是打开中医珍贵宝藏的钥匙。

中医方法论的缺失是中医科研和临床的致命伤。由于基础教育内容的时代变化,造成了现代中医研究人员、临床中医

从业人员及各高校中医专业学生的知识结构与准确理解中医学经典所必备的专业知识严重不匹配<sup>[5]</sup>。

现代中医研究者多数具备数理化生等现代科学的知识背景,少数具备有限的文言、历史、哲学等方面知识背景,然而多数缺乏对古代的天文地理、术数命相、农牧物候乃至日常生活等方面知识结构,由此造成对中医核心方法论的不熟悉。欠缺古代知识背景,对其核心方法论的陌生,使得现在中医在临床中只能效仿古人的具体治疗方法,对古人的继承上仅仅停留在某方对某证、某穴对某病的死板的复制化继承上,成为开方匠或扎针匠,针对日益繁杂的疾病谱很难从中医思维的角度找到解决的办法,缺乏不失中医灵魂的创新思路,形不成与新时代同步的新学说。

中西医结合不是简单地用西医来代替中医,更不是把中医西医化。中医不能仅仅停留于对西医的拾漏补缺;中医的自我定位也不能只定在辅助和从属的地位上。否认中医理论,忽视中医学原籍,有意无意地把中医西医化,对中医学的发展是十分不利的。中医学的发展环境如此,中医骨伤的发展同样如此。解剖基础与中医理论同样重要。勤读古训,借鉴西医先进的东西,丰富中医骨科的内容,突出中医骨科的特色,将中医骨科的诊断和治疗不断规范化、标准化,才能迎来中医骨伤事业的新春天。

#### 参考文献

- [1] 胡有谷,党耕町,唐天骧. 脊柱外科学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版,2000:1453.  
Hu YG, Dang GD, Tang TS. Spinal Surgery[M]. 2nd. Beijing: People's Medical Publishing House, 2000:1453. Chinese.
- [2] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社, 2004:411.  
Hu YG. Lumbar Intervertebral Disc Herniation[M]. 3rd. Beijing: People's Medical Publishing House, 2004:411. Chinese.
- [3] 黄仕荣,石印玉,詹红生. 腰椎间盘突出症非手术治疗若干问题的质疑与反思[J]. 中国中医骨伤科杂志,2007,15(4):69-70.  
Huang SR, Shi YY, Zhan HS. Challenge and introspection of the non-operation treatment of lumbar intervertebral disc herniation[J]. Zhongguo Zhong Yi Gu Shang Ke Za Zhi, 2007, 15(4):69-70. Chinese.
- [4] 冯军安,刘瑞珍,李安民. 腰椎间盘突出症保守疗法的适应证探讨[J]. 颈腰痛杂志,2003,24(3):148-150.  
Feng JA, Liu RZ, Li AM. Exploratory of conservative treatment of lumbar intervertebral disc herniation[J]. Jing Yao Tong Za Zhi, 2003, 24(3):148-150. Chinese.
- [5] 周晓敏. 腰椎间盘突出症中西医结合诊疗问题[J]. 中医正骨, 2008,20(2):65-66.  
Zhou XM. Lumbar disc herniation in integrative medicine clinic problem[J]. Zhong Yi Zheng Gu, 2008, 20(2):65-66. Chinese.
- [6] 张光铂. 再谈腰椎间盘突出症诊治中存在的问题[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2004,14(6):325-326.  
Zhang GB. The diagnosis and treatment of lumbar disc herniation problems[J]. Zhongguo Ji Zhu Ji Sui Za Zhi, 2004, 14(6):325-326. Chinese.
- [7] 邱贵兴,费起礼,胡永成. 骨科疾病的分类与分型标准[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:110-112.  
Qiu GX, Fei QL, Hu YC. Standard of classification and typing of department of orthopedics[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2009:110-112. Chinese.
- [8] 刘志雄. 骨科常用诊断分类方法和功能结果评定标准[M]. 北京:北京科学技术出版社,2005:321.  
Liu ZX. Orthopedic commonly used diagnostic classification and functional outcome assessment standards[M]. Beijing: Beijing Science and Technology Press, 2005:321. Chinese.
- [9] 周菲菲,孙宇,党耕町. 颈椎病外科治疗效果评价方法的进展[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2008,18(1):70-73.  
Zhou FF, Sun Y, Dang GD. The advance of the assess method of surgery treatment of cervical spondylopathy[J]. Zhongguo Ji Zhu Ji Sui Za Zhi, 2008, 18(1):70-73. Chinese.

(收稿日期:2011-08-11 本文编辑:王宏)

## 广告目次

- |   |   |
|---|---|
| 1. 盘龙七片(陕西盘龙制药集团有限公司) …………… (封2)          | 4. 颈复康颗粒、腰痛宁胶囊(承德颈复康药业集团有限公司) …………… (对封2) |
| 2. 同息通、曲安奈德注射液(广东省医药进出口公司珠海公司) …………… (封3) | 5. 施沛特玻璃酸钠注射液(山东福瑞达医药集团公司) …………… (对中文目次1) |
| 3. 复方南星止痛膏(江苏南星药业有限责任公司) …………… (封底)       |   |