

# 经后路开窗手术治疗腰椎间盘突出症

刘建水

(湖南省洞口县人民医院 洞口 422300)

**摘要** :目的 :观察和探讨经后路开窗腰椎间盘突出治疗腰椎间盘突出症的特点 ,手术时机的选择与疗效的关系 ,以提高手术疗效。方法 :经腰椎棘突旁小切口进入 ,直视下半环切除椎板下部、外侧黄韧带、关节突内侧,保留硬膜束后方黄韧带 ,环切突出的纤维环和髓核组织 ,扩大神经根管 ,松解受压的神经根。本组共 132 例 ,经术后随访半年 ~2 年。结果 :治愈率 81.2% ,有效率 100%。手术时机的选择与疗效的关系是 :手术越早 ,效果越好。结论 :经后路开窗手术在直视下直接切除髓核、钙化的后纵韧带、增生骨 ,减压彻底 ,创伤小 ,不影响脊柱稳定性 ,不易损伤神经根 ,术后并发症少。

**关键词** :椎间盘突出 ;后路开窗 ;椎间盘切除术

中图分类号 :R 681.5<sup>3</sup>

文献标识码 :B

文献编号 :1671-4040(2005)02- 0029-01

经后路开窗椎间盘节除术治疗腰椎间盘突出症 ,创口小,减压彻底,可维持腰椎的稳定性。我院自 1998 年 10 月 ~2004 年 2 月,经后路开窗行椎间盘切除术和神经根管扩大术 132 例,效果满意。

## 1 一般资料

本组男 90 例,女 42 例;年龄 22~68 岁,平均 38.5 岁;病程 20d~8 年,平均 28.6 月。都有明显腰腿痛症状和不同程度的肢体麻木,肌力减退,直腿抬高试验阳性,均经 CT 检查确诊。腰 4/5 椎间盘突出者 90 例,占 68.2%;腰 5/骶 1 者 29 例,占 21.9%;二者同时突出者 13 例,占 9.9%。左侧神经根受压者 77 例,占 58.3%;右侧神经根受压者 48 例,占 36.4%;双侧神经根受压者 7 例,占 5.3%。91 例伴单侧神经根管狭窄,6 例伴双侧神经根管狭窄,132 例手术前均经系统保守治疗无效而选择手术。

## 2 手术方法

患者硬膜外麻醉后俯卧位,腹部悬空。根据术前 X 片定位,在患侧棘突旁 1.5cm 处,作一长约 3~4cm 之纵行切口<sup>[1]</sup>,向下分离,并锐性剥离患侧骶棘肌,暴露椎板及椎间隙,电凝止血,半环切除椎板下部,靠近棘突根部切开椎板至黄韧带上缘,神经剥离器进入椎管达硬脊膜表面。用尖刀切除外侧黄韧带,显露出硬脊膜。用神经拉钩或小号脑压板轻轻将硬脊膜推向对侧,即显露脊神经根部,以此为中心寻找致压性病变,并判定神经根管内径及脊神经根受压情况。操作勿损伤脊神经根周围的动静脉血管支。若椎间盘髓核脱出,可用髓核钳直接取出,对突出者则用尖刀环切突出的纤维环和髓核组织,再用髓核钳小心伸入椎间隙内将髓核取尽,以免日后复发。沿神经根探查根管,如根管狭窄,需小心用咬骨钳去掉关节突内侧、神经根周围的骨唇等致压物,扩大根管使神经根充分松解。用生理盐水反复冲洗,清除积血、残余髓核和骨屑,以减轻炎症反应和预防术后粘连及感染。缝合腰背筋膜及皮下组织、皮肤,切口内常规留置引流管引流。双节段椎间盘突出者可同时行双节段开窗椎间盘切除术,双侧神经根受压者可同时行双侧开窗椎间盘切除术。

本组手术时间为 40~110min,平均 46.4min,术中出血 20~150mL,平均 68.3mL,硬脊膜轻度破损 2 例,用无损伤缝线缝合修补,无 1 例神经根损伤。

术后处理:术后静滴 20%甘露醇 125mL,每天 2 次,连续 3d,每日分别给予地塞米松 10mg、10mg、5mg,静滴抗生素

7~10d,术后第 2 天拔去引流管,可在床上活动患侧肢体,10~12d,伤口拆线,拆线后可下床活动,1 月后逐渐恢复工作。

## 3 结果

术后随访时间为 6~24 个月,平均 18 个月。症状完全或基本消失,恢复正常工作者为治愈,共 106 例,治愈率为 80.3%;症状减轻,能从事一般工作为好转,共 26 例,好转率 19.7%;总有效率 100%。术后并发症:本组 2 例手术后 1 月内出现切口处疼痛、发热、腰腿痛复发,考虑为椎间隙感染,经积极抗感染治疗 12~15d,感染得到有效控制,症状明显改善,随访 6 个月未再复发。

## 4 讨论

腰椎间盘突出症是一种常见病和多发病,以青壮年体力劳动者居多。虽然大多数病人早期可经保守治疗使症状得到改善,但仍然有相当一部分病人,尤其是椎间盘突出明显者(>5mm),甚至椎间盘脱出者,保守治疗往往难以奏效,如不及时手术,脊神经根长期受压可发生变性,则患肢可发生肌萎缩,肌力减退,将严重影响患者工作及生活。手术时机的选择非常重要,与治疗效果有明显相关性,即手术越早,效果越好。本组病例,病程在 3 个月内者 72 例,治愈率 100%。笔者认为正确把握好手术指征是提高手术效果的关键。一般来说,腰椎间盘突出症经保守治疗 5~7d,症状无明显改善者,CT 显示椎间盘向后突出 >5mm 病人有明显症状者均应早期手术治疗。经后路开窗椎间盘切除术的优点有:(1)术野暴露好,可在直视下切除压迫脊神经的髓核、钙化的后纵韧带、增生骨等,能充分减压。(2)损伤小,术后病人痛苦少,脊柱稳定性不受影响。(3)椎间盘切除较彻底,手术效果好,不复发。(4)手术并发症少,由于在直视下手术,不易损伤脊神经根,本组无 1 例神经根损伤。

虽然近年来椎间盘的溶酶治疗、介入治疗和显微内窥镜手术相继在一些医院兴起,但也有它们的局限性,在基层医院难以推广。因此,笔者认为,经后路开窗椎间盘切除术仍然是目前值得推广的治疗椎间盘突出症的有效方法。

## 参考资料

[1]李承球,朱盛修.骨科手术图解[M].北京:人民卫生出版社,1996. 1 483  
[2]吴在德,吴肇汉.外科学[M].北京:人民卫生出版社,2003.872  
[3]王欢,王海义,安春厚.经显微内窥镜手术治疗腰椎间盘突出症[J].中华骨科杂志,2002,1(22): 17~19

(收稿日期: 2004 - 09 - 01)