

小切口开窗治疗老年腰椎间盘突出症 39 例临床分析

曾建军

(浙江省嘉兴市中医医院 嘉兴 314001)

关键词: 腰椎间盘突出症; 老年人; 手术疗法

中图分类号: R 681.53

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0043-02

随着社会老龄化及人们生活质量提高, 腰椎间盘突出导致老年人腰腿疼痛逐年增多。我科从 2003 年 1 月~2006 年 5 月采用小切口局限开窗治疗 39 例 60 岁以上腰椎间盘突出症患者, 均取得较好的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 39 例中男 24 例, 女 15 例; 年龄 60~88 岁, 平均年龄 66.5 岁; 病程 1 个月~10 年, 平均 7 个月; 术后随访平均 3.6 个月。

1.2 临床表现 所有病例均有明显下肢放射痛, 直腿抬高试验阳性(小于 60 度), 与受累神经根相对应的跟腱反射或跖背伸肌力减弱, 相对应神经支配区域下肢皮肤感觉障碍, 5 例有间歇性跛行。合并有不同程度高血压 16 例, 糖尿病 2 例。

1.3 影像学检查 全部患者均行胸部正位、腰椎正侧位、骨盆正位 X 线检查, 腰椎间盘 CT 平扫, 12 例行腰椎 MRI 检查。椎间盘突出间隙: L₄₋₅ 15 例, L₅~S₁ 13 例, L₃₋₄、L₄₋₅ 4 例, L₄₋₅、L₅~S₁ 7 例, 所有病例均有不同程度侧隐窝狭窄、黄韧带肥厚等腰椎退行性病变。

1.4 手术方法 所有病例术前均需仔细分析, 结合临床症状及影像检查, 确定病变节段及神经根, 双下肢有症状或单侧多根神经受累者常采用双侧或双节段单侧开窗。手术均采用俯卧位, 常规术前 C 臂透视定位, 以病变椎间隙为中心, 正中取一长 4.0~5.0cm 切口, 逐层切开皮下组织、筋膜, 钝性剥离骶嵴肌, 暴露病变椎间隙, 安置好椎板拉勾, 用枪钳部分咬除上位椎板, 剥离黄韧带, 沿硬膜外侧找寻神经根并向外侧扩大开窗, 向内侧牵开神经根, 探查椎间隙, 可见突出间盘组织, 切开纤维环取出变性髓核, 沿神经根用枪钳行侧隐窝及神经根管扩大, 去除骨性、肥厚韧带等卡压因素, 扩大神经根通道, 一般为神经根位移 0.8~1.0cm 为宜。术后常规负压引流有效的方法^[1], 这是因为椎弓根是脊柱内最坚强的骨性部分^[2], 椎弓根钉放入后可同时控制脊柱的前、中柱, 固定效果确定, 且该内固定系统只固定病椎相邻 2 个关节, 术后对脊柱活动度影响小, 术后可以早期进行功能康复训练, 减少了卧床带来的并发症。

自 20 世纪 80 年代后, 脊柱内固定系统有 Steffee 钢板、Dick 及 RF 系统, 这些固定系统对脊柱复位和手术操作均存在不足之处, 尤其是椎体高度的撑开恢复方面, 术后患者常有脊柱后凸畸形现象发生。而 SOCON 脊柱内固定系统却有以下优点: (1) SOCON 脊柱内固定系统是钛合金材料, 与人体组织有良好的生物相容性, 不影响 CT、MRI 检查, 有利于术后检测脊髓的功能情况; (2) SOCON 系统是复位系统, 在相邻上下椎体放入椎弓根螺钉后, 螺钉的尾部放入复位杆, 利用特殊的撑开复位器进行直接撑开, 由于复位杆的尾部已

24~48h, 常规用抗生素、激素抗炎, 消肿治疗 4~5d, 术后第 2 天即开始直腿抬高锻炼, 术后常规卧床 2 周开始带腰围下地活动。本组病例单节段单侧开窗 27 例, 单节段双侧开窗 8 例, 双节段单侧开窗 4 例, 其中行髓核摘除 42 个间隙, 单纯行侧隐窝扩大、神经根减压, 未摘除髓核 9 个间隙。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 按 Macnab 标准评定疗效, 优: 症状消失, 恢复正常生活; 良: 症状消失, 下肢遗留少许麻木或感觉减退, 基本恢复正常生活; 可: 症状大部分消失, 能维持一般基本生活; 差: 症状无改善。

2.2 结果 优 12 例, 良 22 例, 可 5 例, 差 0 例, 优良率达 87.2%, 全部患者无椎间隙感染、脑脊液漏等并发症。手术出血 50~150mL, 平均 65mL; 手术时间 40~90min, 平均 60min。所有患者术后症状均有明显缓解或消失, 术后随访 2~14 个月, 平均 3.6 个月。

3 讨论

老年人腰椎间盘突出大多病程较长, 或多或少接受了中西药口服、牵引、推拿、针灸等保守治疗, 接受手术前大多症状较重, 有明显的下腰痛及下肢放射痛, 间歇性跛行, 严重者有明显行走困难及生活不能自理, 老年人多数又合并心肺、糖尿病等老年性疾病, 增加手术潜在风险, 亦不能耐受长时间手术。术前检查应尽可能全面, 包括心、肺、腹部检查及专科情况检查, 专科情况检查包括腰椎及骨盆摄片, 腰椎间盘 CT、MRI 检查, 椎管造影检查等, 影像检查与临床症状、体征相吻合^[3]。本院同期同类病例术前检查发现 2 例原发性肺癌病例, 2 例腰椎及骨盆骨转移病例, 1 例椎管内肿瘤病例。

老年人随着年龄增长, 腰椎间盘突出大多合并有不同程度的小关节增生、肥大、内聚, 黄韧带肥厚, 骨质疏松等退行性限制, 在脊柱纵向撑开的同时, 椎体的前缘随之张开, 能最大限度地恢复脊柱的生理弧度及椎间隙和椎体的高度。

因此 SOCON 系统作为一种专门用于治疗胸腰椎骨折的新型脊柱后路内固定系统, 在生物力学、材料学以及手术操作等方面, 较传统的后路椎弓根钉内固定系统更加具有科学性和实用性, 是胸腰椎不稳定性骨折患者后路脊柱内固定手术的较佳选择。

参考文献

- [1]Lund T, Oxland TR, Jost B, et al. Interbody cage stabilization in the lumbar spine: biomechanical evaluation of cage design, posterior instrumentation and bone density [J]. J bone Joint surg Br, 1998, 80: 351~359
- [2]Grassmanns, Oxland TR, Gerich U, et al. Constrained testing Conditions affect the axial rotation response of lumbar functional spinal units [J]. Spine, 1998, 23: 1 155~1 162

(收稿日期: 2007-01-27)

急性下肢动脉栓塞取栓的手术配合

章雅萍 陈群 张芳燕

(浙江省杭州市萧山区第一人民医院 杭州 311200)

关键词:急性肢体动脉栓塞;手术;术中溶栓

中图分类号:R 473.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0044-02

急性肢体动脉栓塞是发病急骤、后果严重的血管外科急症,目前其主要的治疗方法是手术取栓加药物溶栓、抗凝治疗^[1]。同时此症又以高龄患者多见,常合并冠心病、房颤、糖尿病史,增加了治疗尤其是手术的风险性,因此,精细周到的手术期护理是提高手术成功率的重要环节。我院自 1999 年 7 月~2005 年 7 月采用此方法治疗急性下肢动脉栓塞患者 25 例,效果满意。现将手术配合报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 25 例,男 18 例,女 7 例;年龄 75~92 岁,平均 78.5 岁;手术距发病时间 1h~7d。所有患者术前均行彩超检查明确栓塞部位,其中髂总动脉 9 例,髂外动脉 10 例,股动脉 5 例,腘动脉 1 例,临床均表现为“5P”征:疼痛、麻木、苍白、无脉、运动障碍^[2]。

1.2 手术方法 本组所有病例均在硬膜外或局麻下采取 Fogarty 导管取栓。在患肢股三角作切口,全身肝素化后控制股动脉远近端,作股动脉切开。用 6、7F 取栓导管向近端插入 20~30cm 至主动脉分叉取栓至动脉喷血为止,应用 3~5F 取栓导管向远端插入 40~70cm 取栓,肝素盐水反复冲洗,直到有动脉回血为止,然后向动脉远端灌注尿激酶 25 万 U,再用 5-0proline 线缝合股动脉,彻底止血,最后常规逐层缝合切口。

1.3 结果 20 例病人治愈(栓塞动脉恢复搏动,行动自如,无任何并发症),2 例病人下肢由于干性坏疽变成湿性坏疽而行高位截肢,1 例并发骨筋膜室综合征而行减压术,1 例并发肌病肾代谢综合征,1 例死亡。

2 手术配合

2.1 术前准备

2.1.1 病人准备 术前访视患者,了解病情及其心理动态。因起病突然、病情危重,患者情绪焦虑、烦躁、恐惧,我们细致体察患者并尽力满足患者需求,给予充分地心理支持,做好相应的解释工作,介绍手术环境,介绍成功病例及 Fogarty 导性病变,常引起退行性椎管节段性狭窄,侧隐窝狭窄、肥厚黄韧带加重椎间盘对于硬膜囊或神经根卡压,对于非手术治疗效果不好的确诊病例,应积极主张手术治疗^[2]。随着手术器械的改进,相对于椎板或半椎板切除减压手术,局限开窗手术具有创伤小、出血少、手术时间和术后卧床时间明显缩短等优点,而椎间盘镜手术前期投入大、手术视野小、减压范围有限。本人认为局限开窗手术(必要时扩大开窗)完全可以解决大部分老年人椎间盘突出、侧隐窝狭窄、黄韧带肥厚等问题,使神经根得到充分减压,症状消失或者大部缓解,又最大限度地保持正常脊柱生物学结构,即使双侧开窗或两节段单侧开窗,影响也较小,可避免大范围减压及椎板、关节突切除引起医源性脊柱失稳,我们认为开窗手术对于那些诊断和定位明确,单节段或双节段椎间盘突出合并有侧隐窝狭窄,而非

管取栓术的优点,使他们积极面对病患,消除不良情绪,密切配合。

2.1.2 物品准备 除常规物品及器械外,另加无损伤血管钳、润滑剂、针筒、留置针、肝素盐水(500mL+1 支肝素)、3-0、5-0、7-0proline、2~7F 取栓导管、吸引装置、高频电刀以及血管专用器械,并仔细检查其性能,处于备用状态。

2.2 术中配合

2.2.1 巡回的配合 (1)心理护理:热情接待,利用术前几分钟的时间,安慰、鼓励病人,谈一些与手术无关的事情,以分散其注意力使病人放松心情。(2)入室即开放一条静脉通路,协助麻醉师,术前处置完毕后,根据手术需要摆好病人手术体位。(3)严密观察手术进程,根据手术需要及时补充术中用物,注意观察病人呼吸、血压、脉搏、氧饱和度、肢体颜色等情况,做好急救准备。

2.2.2 洗手的配合 (1)提前洗手,检查术中用物,查看器械是否准备完善。(2)常规消毒铺巾,严格无菌操作,仔细观察医生操作进展,做到有序地、准确地、稳妥地传递所需器械。(3)熟悉手术各种器械的名称、性能及手术步骤,保证手术顺利进行。

3 体会

3.1 良好的心理护理 患者对此手术缺乏了解,对手术存在顾虑。因此,我们为病人提供整体护理,术前进行访视,针对性地进行术前指导及健康教育;术中提供全程陪护,并根据收集的资料制定护理计划,采取有效措施;术后 3~5d 回访,充分体现“以人为本”的护理理念。

3.2 默契的术中配合 术前各项物品准备齐全,熟悉手术步骤,术中器械摆放符合医生习惯,物品放置合理有序,严格执行无菌操作及查对清点制度,杜绝术后感染和差错事故的发生,确实把握好手术护理配合的每一关。

3.3 严密的术中监测 密切关注手术进程,密切观察生命体发育性和广泛性椎管狭窄患者大多适用。同时我们也认为对于老年人椎间盘突出,治疗上有时候处理侧隐窝和神经根管狭窄比单纯摘除髓核更为重要。

小切口局限开窗治疗老年人椎间盘突出,具有创伤小、出血少、术后恢复快等优点,只要严格掌握适应证,在神经根充分减压的前提下,保持脊柱的稳定性,本方法应为治疗老年人腰椎间盘突出症有效且安全的手术方法。

参考文献

[1]胡有谷.腰椎间盘突出症[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1995.118~228
[2]罗光平,肖业生.后路椎间盘镜治疗高龄腰椎间盘突出症的疗效分析[J].脊柱外科杂志,2005,3(5):284~286

(收稿日期:2007-03-19)