

腰椎管狭窄症并腰椎不稳的手术治疗

刘伟¹ 李寿斌²

(1 广西中医学院 2006 级骨科研究生 南宁 530001; 2 广西中医学院附属瑞康医院 南宁 530011)

摘要:目的:探讨腰椎管狭窄症并腰椎不稳的诊断和治疗。方法:52 例腰椎管狭窄症并腰椎不稳,男 31 例,女 21 例,平均年龄 58.7 岁,采用双侧半椎板有限元减压保留棘突韧带同时加椎弓根螺钉内固定植骨术治疗。结果:随访 1.5~4.5 年,平均 2 年 7 个月,植骨全部愈合,内固定位置正常,但有 4 例延迟愈合。术前 JOA 评分平均 3.2 分,术后平均 13.8 分,平均改善率 89.83%,优良率 94.23%。结论:在充分减压的同时保留棘突韧带,提供椎弓根螺钉内固定并植骨,能保持脊柱的稳定性,临床应用疗效肯定。

关键词:腰椎;椎管狭窄;失稳;椎弓根内固定

Abstract:Objective:To discuss the key point of lumbar spinal channel stenosis surgery and influence of trans-pedicle internal fixation in the unstable low lumbar vertebra with lumbar spinal stenosis. Methods:52 patients with lumbar spinal stenosis and lumbar instability (31 male,21female,the mean age was 58.7 years) were undergone decompression and bone graft fusion with a pedicle screw system.Design using finite element bilateral semi-laminectomy decompression increase at the same time retain the spinous ligament pedicle screw fixation and bone grafting Results:Fifty-two patients were followed up18~54 months (average 31 months). bone grafting were obtained, fixed position within the normal, However, four cases of delayed healing. The overall mean JOA scores improved from preoperative 3.2 to postoperative13.8 period. The mean recovery ratio was 89.83%,the excellent and good rate was 94.23%.Conclusion: Full decompression at the same time retained the spinous ligament,to provide the pedicle screw fixation and bone grafting, they can rebuild the spine to maintain stability,clinical efficacy sure.

Key words: Lumbar spine; spinal stenosis; instability;Internal fixation

中图分类号:R 681.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0070-02

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 52 例,男 31 例,女 21 例;年龄 70 岁以上 10 例,60~69 岁 20 例,50~59 岁 14 例,45~49 岁 7 例,45 岁以下 1 例,平均 58.7 岁;病程 6 个月~20 年,平均 3 年 11 个月。病变节段单节段 15 例,L₄ 节段 7 例,L₅ 节段 8 例;双节段 26 例,L₄₋₅ 节段 20 例,L₃₋₄ 节段 6 例;三节段 L₃₋₅ 共 11 例。全组病人均有腰痛及双下肢麻木放射性痛,间歇性跛行 38 例,下肢皮肤感觉异常 49 例,下肢肌力减弱 25 例。直腿抬高试验阳性 37 例。

1.2 辅助检查 全组病人常规行腰椎正侧位、过伸过屈及左右斜位 X 线检查和 MRI 检查。X 线片示:腰椎间隙狭窄 45 例,过屈位侧位片呈椎间隙前窄后宽 38 例,过屈过伸位片上椎体水平向前滑移≥3mm 40 例,合并腰椎滑脱 19 例,椎体缘骨赘形成 26 例,小关节退变、增生 47 例。MRI 片测量椎管前后矢状径≤10mm 者 46 例,≤12mm 者 6 例。其中椎板黄韧带肥厚 30 例,小关节内聚 15 例。

1.3 手术方法 全组均采用气管插管下全麻,俯卧位,术前 X 线定位手术节段,取腰椎后正中切口,常规显露椎板,保留棘上韧带、棘突与棘间韧带,减压切除狭窄节段两侧半椎板、黄韧带,桥式减压棘突基底部,有侧隐窝狭窄者应扩大侧隐窝以解除神经根压迫。19 例并腰椎滑脱和腰椎不稳者均打入 6~8 枚椎弓根螺钉,C 型臂 X 光机下透视定位,装上固定棒复位固定。不稳定节段做椎体间植骨或安装 cage 融合,放置负压引流管关闭切口。术后 48h 开始做直腿抬腿锻炼,卧床 8~12 周。

1.4 结果 52 例全部获得随访,随访时间最长 4.5 年,最短 1.5 年,平均 2 年 7 个月。植骨块愈合时间最短 8 周,最长 18 周,平均 13 周,4 例延迟愈合。融合节段腰椎稳定性好,但 8 例椎间隙高度不理想,无 1 例长期存在下腰痛症状,按日本骨科学会(JOA)下腰痛评分 15 分法^[1]进行评定,术前平均 3.2 分,术后平均 13.8 分。随访结果用改善率^[1]表示。计算方法:改善率=(术后 JOA 得分-术前 JOA 得分)÷(15-术前 JOA 得分)×100%

结果:术后平均改善率 89.83%。优级改善率(75%~100%)共 41 例(78.85%),良级改善率(50%~74%)共 8 例(15.38%),可级改善率(25%~49%)仅 3 例(5.77%),差级改善率(25%以下)本组 0 例。全组优良率 94.23%。

2 讨论

腰椎管狭窄症的治疗到目前为止仍有争议,但 Atlas 等^[2]通过长期随访比较腰椎管狭窄的手术组与非手术组,用 Roland - Morris 评分评估发现手术组明显优于非手术组,术后优良率 69%。随着人口的老龄化和对腰椎管狭窄症了解的增加,选择合适的治疗方案已显得越来越重要。退行性腰椎管狭窄症手术治疗的疗效由于受到诸多因素,包括手术损伤的影响,不同作者报道的优良率存在差异。Turner 等人^[3]对 1966~1991 年有关治疗腰椎管狭窄症文献总结发现手术成功率仅为 64%,Grbias^[4]报道为 70%。近年来由于手术技术的发展和手术器械的进步,使退行性腰椎管狭窄症手术治疗的疗效提高,本组病人 52 例随访 1.5~4.5 年,术后平均改善率

银杏叶片治疗冠心病心绞痛体会

吴英宝

(江西省南昌市第一医院 南昌 330006)

关键词:银杏叶片;冠心病;心绞痛

中图分类号:R 541.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0071-02

由冠状动脉供血不足致心肌短暂缺血与缺氧而引发的心绞痛是临床常见多发病,以胸痛彻背、短气、喘息为主症,轻则胸闷憋气,呼吸欠畅,重则心痛彻背,手足发凉和汗出,中医学称之为“胸痹”。近年临床和试验均发现银杏叶能改善冠状动脉循环和心肌代谢。我科应用银杏叶片对 30 例冠心病心绞痛患者进行临床观察,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 患者 30 例,男性 18 例,女性 12 例,年龄 48~73 岁,平均 54.37 岁。30 例中合并轻度高血压 16 例,伴偶发房早 3 例,室早 2 例,诊断标准为有典型的心绞痛症状和缺血性心电图改变。所有观察对象均除外其他心脏病、严重高血压、心肺功能不全和重度心律失常。

1.2 治疗方法 口服银杏叶片,每次 1 片,每日 3 次,89.83%,优良率 94.23%。

腰椎管狭窄症临床一般采用全椎板切除术,若有神经根管狭窄则同时行神经根管扩大、切除全部或部分小关节,这虽然能达到减压目的,但要注意预防因手术造成腰椎失稳。腰椎退行性滑脱伴椎管狭窄者椎板切除术后滑脱加重的发生率达 65%^[1]。对于腰椎管骨性及纤维性狭窄,产生持续性神经根或马尾神经受压且临床症状严重者,手术治疗较为理想的方案^[2]是椎弓根螺钉钢板内固定、脊柱植骨融合。植骨是纠正原有腰椎不稳和减压后可能出现不稳的重要措施,尤其对广泛的减压术后,有利于改善临床症状,对重建腰椎的稳定性是十分关键的。许多学者建议术前有脊柱不稳或术中脊柱结构破坏较大,术后可能有医源性不稳者,可行短节段内固定。椎弓根内固定技术在很大程度上为腰椎管狭窄症的彻底减压提供了可靠的技术支持^[3]。张保东等^[4]通过对 48 例腰椎不稳症的手术治疗及术后效果的评价分析,提出腰椎不稳植骨融合和椎弓根内固定是治疗的关键所在。张明生等^[5]对 36 例腰椎管狭窄症伴有腰椎不稳的患者采用全椎板减压、椎弓根螺钉系统内固定加横突间植骨术,应用日本矫形外科协会(JOA)下腰痛手术疗效评分标准,结果优 21 例,良 12 例,中 2 例,差 1 例,优良率达到

次,1 个月为 1 个疗程,可连服 2 个疗程。记录治疗前后的临床症状,包括胸闷、心绞痛程度、心绞痛频率、气短和心悸等。用记分积分法评定:(1)3 分:症状严重存在,发作频繁,持续时间长;(2)2 分:症状中等程度存在,经常发作;(3)1 分:症状较轻,或偶尔发作;(4)0 分:无症状。观察心绞痛缓解时间:(1)3 分:>15min;(2)2 分:10~15min;(3)1 分:5~10min;(4)0 分:0~5min。心电图主要观察 ST 段、T 波变化及心律。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 (1)显效:治疗后积分减少 >1/2。(2)有效:治疗后积分减少在 1/2~1/3 之间。(3)无效:治疗后积分减少 <1/3。

2.1.1 心绞痛疗效评定标准 参照 1997 年中西医结合治疗冠心病座谈会所订立《冠心病、心绞痛评定标准》:(1)显效:劳力型心绞痛治疗后心绞痛症状 91.7%。对于腰椎不稳定的腰椎管狭窄症病人施行后路减压手术时,将增加腰椎的不稳定,可能产生较减压前更严重的临床症状。本组病例术前明确诊断,单纯腰椎管狭窄者行双侧半椎板次全切以彻底减压为目的,同时保留了棘突及棘上韧带,为术后脊椎稳定性提供了保障,伴有腰椎不稳者同时行椎弓根内固定,椎间植骨或安装 cage 融合器。本术式不仅达到了减压的目的,同时又保留了脊椎必要的骨性结构,临床疗效肯定。

参考文献

[1] Satom iKH,irabayashiK,Toyama Y,et al. A clinical study of degenerativer spondylo listhesis. Radiographic analysis and choice of treatment [J].Spine,1992,17:1 329
[2] Atlas SJ,Deyo RA,Keller RB.The Maine lumber spine study,Par III: 1-year outcomes of surgical and nonsurgical management of lumber spinal stenosis[J].Spine ,1996,21:1 787
[3] Turner JA, Ersek M, Herron L,et al.Surgery for spinal stenosis:An attempted meta - analysis of the literature [J].Spine,1992,17:1-8
[4] Grabias S.The treatment of spinal stenosis [J].Bone Joint Surg(Am), 2000,82:308-313
[5] 金大地.现代脊柱外科手术学[M].北京:人民军医出版社,2001. 432-439
[6] Fujii K, Heumi T, Kanemalsu Y, et al. Surgical treatment of lumbar-disk herniation in elderly patiemtms[J]. J Bone Joint Surg (Br),2003,85 (8):1 146-1 150
[7] 朱建平,于晓华,刘云鹏,等.退行性腰椎管狭窄椎板减压术后远期随访分析[J].中国脊柱脊髓杂志,2002,12(1): 55-57
[8] 张保东,陈建常,张鹏,等.钉棒内固定治疗腰椎不稳症[J].新疆医学, 2007,37(5): 175
[9] 张明生,任强,马希峰,等.手术治疗伴有腰椎不稳的退行性腰椎管狭窄症[J].医药论坛杂志,2008,29(9): 66-68

(收稿日期: 2008-12-25)