

单侧椎间融合椎弓根螺钉固定治疗腰椎间盘突出症

张学恒 曾桃云 郭筱秋 颜嵩 凌峰

(江西省泰和县中医院 泰和 343700)

关键词:腰椎间盘突出症;单侧椎弓根螺钉内固定;手术疗法

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.047

自 2007 年 10 月开始,我院采用单侧椎弓根螺钉内固定、开窗(或半椎板切除)减压、椎间融合器植骨融合术治疗腰椎间盘突出症 38 例,取得满意效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 38 例,男 26 例,女 12 例;年龄 28~69 岁,平均 46 岁。单纯腰椎间盘突出症 26 例,合并腰椎失稳 5 例,合并椎管狭窄及侧隐窝狭窄 10 例,复发 8 例。突出部位:L₃₋₄ 3 例;L₄₋₅ 22 例,L₅~S₁ 13 例。突出类型:中央型 8 例,单侧型 30 例。病程 3 个月~10 年。临床表现:腰痛伴右下肢放射痛 18 例,腰痛伴左下肢放射痛 14 例,单纯腰痛 6 例;伴下肢皮肤麻木 21 例,足下垂 2 例,伴尿潴留 2 例,伴下肢肌肉萎缩 12 例。直腿抬高试验均为阳性,膝反射减弱 13 例,踝反射减弱 15 例。X 线过伸过屈应力片脊柱不稳 5 例,椎间隙变窄 14 例。CT、MRI 检查均有腰椎间盘突出,硬膜囊及神经根均可见受压,侧隐窝狭窄 10 例。

1.2 手术方法 持续硬膜外麻醉或全麻气管插管下采用俯卧位,以髓核突出棘突间隙为中心作后正中纵形切口或弧形切口,于下肢症状明显一侧用电刀剥离骶棘肌,显露棘突、椎板、上下小关节突及黄韧带。于突出上下椎体椎弓根上置入 2 枚椎弓根螺钉。C-臂机摄片确定定位准确后,切除黄韧带、小关节突内侧缘骨质,扩大骨窗,显露硬膜囊、神经根及侧隐窝,向内侧小心牵开硬膜囊及神经根,切除突出髓核组织,用 7~11 号椎间撑开器依次将椎间隙撑开至适当程度,用绞刀和刮刀清除上、下侧终板软骨及剩余髓核组织。将自体骨处理成小骨粒压实打入合适的 Cage 内。多余的骨粒置入椎体间隙前部,压实后置入 Cage,Cage 后缘低于椎体后缘 0.3 cm。安装连接棒,适当加压,使 Cage 紧嵌于上、下终板之间。放置引流,缝合切口,结束手术。术中失血 150~500 mL,平均 380 mL,未输血。

1.3 术后处理 术后 24 h 内拔除引流管,以避免逆行感染。卧床 1 个月,麻醉消失后即可起床解大小便,1 个月后带腰围下地活动,3 个月内避免弯腰,旋转活动及负重。术后适度进行腰背肌及双下肢肌肉功能锻炼。

1.4 疗效标准 优:腰痛症状消失,植骨融合,神经症状消失,恢复原有工作。良:腰痛症状大部分消失,植骨融合,神经症状大部分消失,遗留神经麻木,能从事原有工作。可:有轻度腰痛或腰痛症状,植骨融合,有轻度神经症状,能从事少量工作。差:腰腿痛症状存在,植骨不融合,神经症状存在,不能恢复原有工作。

1.5 结果 手术时间平均 80 min,术中失血量平均 380 mL,术后随诊 5~23 个月,平均随访 10 个月,术后 3~6 个月达到植骨融合,无假关节发生。优 30 例,良 5 例,可 3 例,差 0 例,优良率 92.1%。复查 X 线显示内固定位置良好,未出现螺钉松动、断钉、断棒、Cage 松动病例,未发生感染、排异等不良反应,术后发生脑脊液漏 1 例经处理后痊愈。

2 讨论

对于腰椎间盘突出症的治疗,传统治疗多采用单纯开窗+髓核摘除术,尤其是对腰椎失稳或已有椎间隙变者,手术使脊柱稳定性进一步破坏,导致手术远期效果差。因此应用 Cage 植骨融合内固定术治疗腰椎间盘突出症已获得了大多数学者的认同(或肯定)^[1]。椎间融合器(Cage)手术能够撑开椎间隙,有效恢复椎间隙高度,能够即刻稳定失稳椎体,恢复椎管容积及椎间孔大小,具有术后恢复快、可以早期下地活动、手术融合率高、效果确切、不复发等优点。

单侧椎弓根螺钉固定和双侧椎弓根螺钉固定,均能达到椎体间融合稳定^[2]。双侧内固定,进一步加大破坏脊柱稳定性,手术时间长,术中出血量多,创伤增大,而且费用增多。而单侧内固定对脊柱稳定破坏性减少,无需将另一侧骶棘肌剥离,缩短了手术时间,减少了术中损伤,费用低,有利于患者早期恢复,有着明显优势。

操作要点体会:(1)原则上充分减压,将小关节突内侧缘切除,椎管及神经根管作潜行减压,彻底解除脊髓及神经根压迫。(2)充分处理植骨床,椎间盘终板软骨面,应尽量刮除彻底,使软骨下骨外露。(3)处理椎间盘和置入 Cage 时要小心、保护好神经根和硬膜囊。(4)置入 Cage 前,将自体小骨粒先置入椎间隙前部并压实,再置入 Cage。且 Cage 后缘低

中西医结合治疗腕管综合征 40 例

李国德

(广西贺州市中医院 贺州 542800)

关键词:腕管综合征;中西医结合疗法;中药熏洗;封闭疗法

中图分类号:R 681.7

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.048

腕管综合征为针灸临床常见病症,是由正中神经在腕管内被卡压而引起的一组症候群。因为病因比较复杂,所以治疗也比较复杂且容易复发。笔者近几年采用中西医综合治疗,取得了良好的效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为 2008 年 1 月~2009 年 6 月我科住院病人,其中男性 15 例,女性 25 例;年龄 21~71 岁,平均(43±3.5)岁;病程 3 d~12 个月;其中屈肌腱鞘炎引起 17 例,慢性劳损引起 6 例,腱鞘囊肿引起 7 例,腕骨脱位引起 4 例,石膏固定不当引起 2 例,其它不明原因引起 4 例。

1.2 临床症状 主要为正中神经分布区(桡侧三个手指端)烧灼样痛,感觉异常、麻木,刺痛,夜间加剧,时常痛醒,持物无力,以中指为甚^[1]。有时疼痛可牵涉到前臂,但感觉异常仅出现在腕下正中神经支配区。

1.3 体征 拇指内收试验、外展试验阳性,屈腕试验阳性,腕部叩击试验阳性,腕部正中神经压迫试验(直接压迫腕横韧带部位)在 30 s 内引起神经支配区域感觉异常,为阳性结果。肌电图检查:拇对掌肌、拇内收肌、拇短展肌及第 1、2 蚓状肌有周围神经受损的肌电出现,正中神经传导速度明显延长。

1.4 治疗方法

1.4.1 中药熏洗 熏洗方:黄芪 120 g、当归 30 g、川芎 15 g、赤芍 20 g、地龙 15 g、桃仁 15 g、红花 15 g、桂枝 15 g、伸筋草 30 g,上述中药用纱布袋包好,煎药取汁大约 600 mL,置于 1 个木盆内待温度合适,把患手腕放到温药水中浸泡,同时把药袋放在患腕处。每次熏洗 30 min,每天 2 次,每 2 天 1 剂,10 d 为 1 个疗程。熏洗治疗期间让患者自己局部按揉。

1.4.2 封闭疗法 曲安耐得 20 mg、2%利多卡因 2 mL、注射用水 2 mL 配制成混合液。病人仰卧位,上肢外展,前臂旋后位。让病人握拳,就可看到掌长肌

腱。将注射针刺入 5/6 长度后,回抽无血就边注边退,使注射液均匀注入腕管,推注时应无阻力,封闭液切忌注入神经内。10 周封闭 1 次,封闭次数控制在 2 次,封闭后患手局部可作按揉治疗。

1.5 疗效评定 参照《中药新药临床研究指导原则》及相关文献^[2]制定。治愈:症状消失,感觉、肌力、功能恢复正常,肌电图检查神经传导功能恢复满意;好转:症状基本消失,感觉、肌力、功能明显恢复,肌电图示神经传导功能明显改善;无效:症状、肌力及肌电图均无明显改善。

1.6 治疗结果 全部 40 例病例中,治愈 15 例,好转 20 例,无效 5 例,总有效率 87.50%。

2 讨论

现代研究表明,任何腕管内压力增高均可引起正中神经受压、缺血而造成正中神经功能障碍,包括外伤、占位性病变、炎症、解剖异常等^[3]。该病属中医学“痹症”范畴,本病的发生系腕部感受风、寒、湿、热之邪所致。素体虚弱、正气不足、腠理不密、卫外不固是引起该病的内在因素。腕部在感受外邪之后,经络阻滞,气血运行不畅“因虚致瘀”而为痹。

采用活血化瘀药物熏洗治疗,方中黄芪重用大补元气,使气旺,祛瘀而不伤正;当归、川芎、桃仁、红花活血祛瘀;地龙通经活络;桂枝、伸筋草温阳益气活血;全方共奏益气活血、疏经通络、祛湿除痹之功。采用熏洗的方法治疗,用药方便,药能直达病所,从而提高疗效。封闭疗法能促进腕部肿胀的消散和吸收,加速血液循环,改善营养状况,防止软组织粘连、纤维化及骨化;消除或减轻腕部的炎症及疼痛,防止痉挛,有利于功能的恢复;消除原发病灶的疼痛刺激,阻止其病理反应的发生。

参考文献

[1]吴在德,吴肇汉.外科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004:5
 [2]嵇宝华.封闭配合局部制动治疗腕管综合征[J].中国骨伤,2006,19(4):246-247
 [3]王艳珩,苏丽繁.腕管综合征的临床诊断进展[J].中国社区医师,2007,9(3):4-6

(收稿日期:2010-06-21)

参考文献

[1]岳勇,阿德力,哈巴西,等.椎弓根内固定脊椎融合治疗腰椎间盘突出 40 例[J].中国骨与关节损伤杂志,2008,23(4):317
 [2]Kabins MB,Weinstein JN,Spratt KF,et al.Isolated L45 fusins using the variable screw placement system:unilateral versus bilateral[J].J Spinal Disrd,1992,5:39

(收稿日期:2010-12-06)

于椎体后缘 0.3 cm,以免造成椎管狭窄。(5)利用钉棒内固定系统适当加压,避免 Cage 松动、滑出,影响植骨融合。