

# 腰椎间盘突出症的手术治疗效果分析

廖小明 李濂 罗木生 陈智盛 彭伟波 瞿岳洪

(广东省肇庆市鼎湖区人民医院 肇庆 526070)

关键词: 腰椎间盘突出症; 椎间盘髓核摘除术; 疗效分析

中图分类号: R 681.53

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.062

腰椎间盘突出症是骨科的常见病、多发病,是腰腿痛最常见的原因。统计表明腰痛在轻劳动者中占 53%、重劳动者中占 64%,患腰痛者 35% 发展为椎间盘突出。1934 年 Mixer 及 Barr 确定椎间盘突出症为产生坐骨神经痛的主要原因<sup>[1]</sup>。现已认识到大多数腰痛合并坐骨神经痛是由椎间盘突出症引起的,本病多发于青壮年,患者痛苦大,有马尾神经损害者可有大小便功能障碍,严重者可致截瘫,对患者的生活、工作和劳动均可造成很大影响。目前椎间盘突出症最常见的治疗方法仍然是后路椎间盘摘除术,如何提高疗效、减少并发症,一直都是我们骨科医生的一个重要课题。笔者对 106 例椎间盘突出症患者进行手术治疗,并对其疗效进行了分析。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2000 年 1 月~2010 年 4 月行椎间盘摘除术患者 106 例,男 76 例,女 30 例;年龄 29~61 岁,平均 49 岁;病程 7~240 个月,平均 78 个月。椎间盘摘除间隙: L<sub>3</sub>~L<sub>4</sub> 间隙 10 例, L<sub>4</sub>~L<sub>5</sub> 间隙 54 例, L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 间隙 29 例, L<sub>3</sub>~L<sub>4</sub> 及 L<sub>4</sub>~L<sub>5</sub> 间隙 5 例, L<sub>4</sub>~L<sub>5</sub> 及 L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 间隙 8 例。

1.2 典型症状体征及诊断标准 一侧或双侧腰痛和放射性下肢疼痛,麻木,跛行;腰肌痉挛、脊柱后凸或侧凸畸形和活动受限;棘突间旁侧压痛与放射痛;下肢受累神经支配区出现感觉减退、肌力减弱或腱反射减弱;直腿抬高试验、加强试验阳性,CT 及 MRI 可以发现椎间盘突出的部位、大小、形态,各神经根、硬膜囊受压的形象,同时可显示椎板及黄韧带肥厚、小关节增生肥大、椎管及侧隐窝狭窄等情况。

1.3 治疗方法 经后路(扩大)开窗法、半椎板切除法或全椎板切除法行椎间盘髓核摘除,必要时行神经根管扩大术。单一间盘突出行开窗术,两个间盘突出行半椎板切除术,合并椎管狭窄者行全椎板切除及侧隐窝扩大术。

1.3.1 手术方法 术先在棘突间旁侧压痛、放射痛最明显处做好标记,用胶布固定一金属物摄 X 片估计病变部位,结合 CT 或 MRI 可大致定位。术中触

摸骶骨斜坡和反复牵拉 L<sub>5</sub>、S<sub>1</sub> 棘突,观察腰骶小关节的活动,来确定腰骶椎间隙,即可准确判断突出部位<sup>[2]</sup>。后正中入路,切口长 8~10 cm。根据椎间盘突出症的不同类型选择性行单侧椎板间开窗、扩大开窗、半椎板或全椎板切除椎间盘髓核摘除术。术中尽量摘除病变节段的椎间盘髓核及破损的纤维环。对椎管、神经根管常规探查,如有压迫因素,彻底减压。常规用生理盐水冲洗并放置引流管。

1.3.2 术后处理 (1)预防感染治疗 5~7 d。(2)甘露醇加激素治疗 3 d。(3)术后 2~3 d 拔除伤口引流管。(4)严密观察双下肢、会阴部神经功能的恢复情况以及切口情况。(5)术后第 3 天开始直腿抬高锻炼,拆线后进行腰背肌功能锻炼。(6)术后卧床 1 个月,之后在皮腰围保护下起床活动至术后 3 个月。

## 2 结果

获得随访 1 年以上者 106 例,随访 12~88 个月,平均 41.5 个月。根据日本骨学会下腰痛治疗成绩判定标准(JOA29 分),106 例患者术前平均 8.8 分,术后平均 24.7 分,术后平均改善 15.9 分。按照 Macnab 标准评价术后疗效,优:疼痛消失,无运动功能受限,恢复正常工作和活动者 80 例;良:有疼痛,能做轻工作者 16 例;可:有些改善,仍有疼痛感,不能工作者 10 例;差:有神经根受压的表现,需进一步手术治疗者 0 例。优良率为 90.57%。

## 3 讨论

腰椎间盘突出症的手术治疗是为了解除椎间盘对神经根及马尾的压迫,消除神经根刺激症状,同时维护椎体的稳定性,恢复患者的生活质量和劳动能力。对于经保守治疗无效、症状明显的椎间盘突出患者,手术治疗是治疗椎间盘突出的有效方法,对于病情反复发作、单纯椎间盘突出患者效果更佳。

3.1 术前病例的选择 诊断明确,经系统非手术治疗 6 个月以上无效或加重者;初次发作,神经根性剧痛且不断加重者;症状体征与影像学定位完全吻合者。

3.2 手术方式的选择 既要保持脊柱稳定要素,又要根据客观条件来选择不同的手术方式:(1)扩大

# 儿童尺桡骨下 1/3 骨折完全型背侧移位的临床治疗探讨

曹舸飞 宋小平 何思君

(四川省绵阳市骨科医院 绵阳 621000)

关键词: 儿童; 尺桡骨下 1/3 骨折; 完全型; 背侧移位; 治疗

中图分类号: R 683.41

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.063

尺桡骨下 1/3 骨折在儿童骨折中仅次于肱骨髁上骨折,完全型背侧移位发生率高,临床治疗效果欠佳。自 2008 年“5.12”地震以来,我院运用中医手法整复及小夹板外固定治疗儿童尺桡骨下 1/3 骨折完全型背侧移位 41 例,取得满意疗效。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组患儿 41 例,男 32 例,女性 9 例;年龄 3~13 岁,平均 6.9 岁。受伤原因:跌伤 36 例,车祸伤 3 例,打击伤 2 例。受伤至就诊时间最短伤后 10 min,最长 9 d,平均受伤后初诊时间约 18 h。开放伤 3 例,并发软组织挫擦伤 5 例、正中神经损伤 1 例;伤后曾在外院就诊者 5 例。

1.2 治疗方法 一般采用臂丛麻醉或氯胺酮麻醉,患儿取仰卧位,伤肢肩外展 70~90°,肘屈 90°,开窗髓核摘除术:适用于病程短、症状典型、无椎管狭窄临床表现的侧旁型椎间盘突出,CT 或 MRI 示黄韧带肥厚。(2)半椎板切除髓核摘除术:适用于病程短、症状典型及 CT 或 MRI 扫描有椎板、小关节突增生、黄韧带肥厚或单侧隐窝狭窄的侧方型椎间盘突出,在摘除髓核的同时彻底切除黄韧带,并行关节突部分切除和单侧神经根管减压。(3)保留棘突的全椎板切除髓核摘除术:适用于病程长、中央型腰椎间盘突出或合并有明显的椎板增厚、黄韧带肥厚、双侧小关节突增生所致的中央型椎管狭窄或双侧根管狭窄者<sup>[1]</sup>。椎板开窗术只是显露单侧椎间隙,能够处理单纯突向该侧的椎间盘,如果髓核脱落进入椎管或是合并椎管、神经根管狭窄,则无法处理。半椎板切除术可以充分暴露一侧椎管,全椎板切除暴露最充分,能够全面探查病变节段,给予相应处理,不易遗漏造成后患<sup>[2]</sup>。手术时应尽可能保持脊柱的完整性,减少对其正常组织的破坏。在减压操作中,既要摘除病变的椎间盘髓核及纤维环,也要切除部分增生的骨赘、钙化的后纵韧带、肥厚的黄韧带,甚至关节突关节。为了保持脊柱的完整性及稳定性,必要时可给予取髂骨行椎间植骨融合或加行脊柱内固定。

前臂中立位,一助手握住骨折远段的腕部及大、小鱼际,另一助手握住伤肢肘部行对抗牵引(牵引力不宜过大)。术者两拇指合并置于背侧桡尺两骨的间隙中,示、中、环指置于相对位置的掌侧桡尺两骨的间隙中,沿间隙进行叩挤分骨,以恢复骨间膜最大宽度;通过内外推端纠正侧方移位后,助手牵引下将远折端过度背伸,术者双拇指推按骨折远端,加大骨折端原有成角,抱紧其近端使之固定,触及骨折远近折端背侧骨皮质接近相对,骤然反折,助手牵引下协同将远折端掌屈,纠正重叠、背侧移位。最后在牵引下通过小幅度的提按升降、碰撞摇动调节骨折端接触更为稳定<sup>[3]</sup>。骨折整复后,在助手维持牵引下,采用四夹中立位固定,外敷接骨膏,2 d 换药一次,并检查骨位情况。3~6 周解除夹板外固定后,伤肢给予中药熏洗,指导腕关节及前臂功能锻

3.3 术后康复锻炼 有学者<sup>[4]</sup>术中观察到,侧卧位时伸膝屈髋 30~45° 时神经根紧张,45~90° 时神经根能随下肢运动而上下移动 0.5~1.0 cm。由此提示术后直腿抬高运动,使神经根牵张、松弛,上下移动,促进神经根本身的血液循环,利于神经根的炎性反应早期消退,同时避免其在局部组织修复过程中的粘连。但术后 24 h 内以不运动为好,避免过早运动增加创口渗血,切口难以愈合。术后康复锻炼一定要注意锻炼的力度及方法,不可负重过大,尽量减少脊柱的扭曲和屈曲。对于肥胖者,应建议控制体重。术后要减少重体力劳动,必要时更换工种,可减少复发并保证手术效果。总之,把握好手术适应证,严格术中操作,注意术后康复锻炼、保养,是提高并保证手术疗效的关键。

## 参考文献

[1]陆裕朴,胥少汀,葛宝丰,等.实用骨科学[M].北京:人民卫生出版社,1997.1 141

[2]周光林,杨俊波,赵德军,等.手术治疗 380 例腰椎间盘突出症临床分析[J].黑龙江医药,2007,20(4):385

[3]王锦林.手术治疗腰椎间盘突出症 96 例分析[J].实用临床医药杂志,2010,14(24):31

[4]王渊,孟庆丰,马志勇,等.腰椎间盘突出摘除术 308 例疗效分析[J].中国煤炭工业医学杂志,2010,13(1):18

[5]张启明,丁少华,姚明.直腿抬高运动对腰椎间盘突出症术后的影响[J].中国脊柱脊髓杂志,2000,10(1):61

(收稿日期: 2011-05-18)