

中西医结合治疗复发性腰椎间盘突出症

范升华 王三华 闵筠杰 王建军

(江西省高安市人民医院 高安 330800)

摘要:目的:探讨复发性腰椎间盘突出症中西医结合治疗的方法及疗效。方法:通过回顾性分析 2001 年 3 月~2009 年 6 月间中西医结合治疗复发性腰椎间盘突出症病例 26 例,其中非手术治疗 10 例,手术治疗 16 例。结果:非手术治疗优 6 例,良 4 例,优良率 100%;手术治疗优 8 例,良 7 例,差 1 例,优良率 93.8%。结论:复发性腰椎间盘突出症治疗难度大,应根据复发的不同病因,个体化选择治疗方案。

关键词:腰椎间盘突出症;术后复发;中西医结合疗法

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.02.021

腰椎间盘突出症是临床上十分常见的疾病,也是引起腰腿疼痛的最常见原因,大多数病人经过保守治疗症状得到缓解,其中 10%~20%的病人需手术治疗。随着腰椎间盘突出症手术的普及和接受手术患者的增加,国内外对该手术的优缺点及并发症的相关报道也逐渐增多。单纯髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症已广泛地开展,临床效果确切,已被证明是一种有效方法,但临床上确有部分病人手术后效果不佳或再复发,对于这类病人大多还可通过非手术治疗好转,也确有部分病人需要再次手术治疗。再手术较初次手术难度大,术后效果不容易估计,是临床治疗的一大难题。笔者对 2001 年 3 月~2009 年 6 月间我院中西医结合治疗腰椎间盘突出症术后复发病例 26 例进行回顾性分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例 26 例,其中男 19 例,女 7 例;年龄 31~65 岁,平均 45.3 岁;再手术距初次手术时间 1~9 年,平均 4 年 8 个月;病程 9 个月~6 年,平均 2 年 8 个月;初次手术采用椎板间开窗 15 例,半椎板切除 8 例,采用全椎板减压者 3 例。复发的主要症状:腰痛伴单侧下肢放射痛 10 例,腰痛伴双侧下肢放射痛 6 例,单纯腰痛 2 例,单纯下肢疼痛 8 例,有间隙性跛行 11 例。全部病例术前均经过腰椎动力位摄片、CT、MRI 等检查,明确腰椎间盘突出节段与患者症状体征吻合。

1.2 非手术治疗 分别采用平卧硬板床、普通腰椎牵引、神经根管抗炎阻滞、硬膜外滴注治疗法、斜扳正骨、三维腰椎牵引、服用中西药物等综合治疗方法。根据病情同时合用几种保守治疗方法。

1.3 手术方法 经保守治疗无效者再次手术:对于单纯椎间盘突出复发者,我们采用扩大开窗术,从未粘连的正常椎板区用磨钻打磨形成周边凹槽,再用骨刀沿凹槽凿开椎板骨,再用椎板咬骨钳小心咬去椎板骨质及关节突部分,以此无粘连区从四周向中心粘连区小心剥离,松解神经根和硬脊膜上的瘢

痕,适当扩大神经根管,分离出脱出的髓核后摘取髓核,并用髓核钳取出椎间隙内的残留髓核组织,并用专用骨刀将纤维环破口处的增生组织或骨赘切除,检查神经根松解完全,椎管内无髓核组织残留,术中注意用双极电凝止血。对于椎间盘突出在原手术对侧或非同一间隙者,手术方法与初次手术相同。对于伴有明确的椎管狭窄或节段性脊柱不稳、2 节段以上的椎间盘突出者,在需稳定节段置入椎弓根螺钉,切除全椎板及部分上位椎板,扩大神经根管,充分减压,中央瘢痕区松解,切除突出髓核及纤维环口处理与扩大开窗手术方法相同,适当撑开椎间隙,取自体髂骨行横突间植骨或椎间植骨。

1.4 术后处理 术后安放引流管引流,24~48 h 拔除引流管,预防使用抗生素 1~3 d,术后第 2 天开始行双下肢直腿抬高功能训练。扩大开窗手术者术后 1 周带支具保护下床活动,椎弓根系统内固定植骨融合者卧床 4~6 周带支具下床活动,术后半年避免重体力劳动。

2 结果

本组均获随访 6 个月~5 年,平均 2.5 年。临床疗效评定根据陆裕朴等制定的腰椎间盘突出术后疗效评定标准^[1]:非手术治疗 10 例,结果优 6 例,良 4 例,优良率 100%;手术治疗 16 例,结果优 8 例,良 7 例,差 1 例,优良率 93.8%。未发生椎间隙感染、脑脊液漏等并发症。

3 讨论

复发性腰椎间盘突出症是指初次手术后症状缓解至少 6 个月以上,症状复发与初次诊断的节段一致并与 MRI 相符。目前国内外文献报道椎间盘初次手术后的复发率 5%~20%,甚至更高^[1]。术后症状复发的原因存在于治疗的全过程,包括术前、术中及术后等因素。术前严格的体格检查,把握腰椎间盘突出症的根性痛与其他腰腿痛的区别,特别是臀部痛而小腿痛和足痛不明显者,要作梨状肌张力试验、4 字试验、斜扳试验、拾物试验等,结合相应影像

资料,一般不易误诊。术中一定要进行 X 线定位,以避免定位错误。髓核摘除不彻底致术后原位突出是复发的另一术中因素,另外相邻节段再突出、术后粘连、继发性椎管狭窄、术后节段性不稳等为术后因素^[2]。本组病例显示部分患者非手术治疗亦可获得与初次发作相同的治疗效果,国外文献有类似的报道^[1]。对于非手术治疗无效的复发性腰椎间盘突出症患者往往需要再次手术,胡有谷^[3]提出腰椎间盘突出症术后复发再手术的指征为:(1) 术后典型的症状体征未消除或好了一段时间后又复发加重,影像学提示异常;(2) 上次手术部位未复发,而在对侧或另一间隙出现典型的椎间盘突出表现,且为影像学证实;(3) 术后症状不减轻,经非手术治疗无效。本组病例均经过半年以上的正规的保守治疗无效,完全符合以上的再手术指征。再手术病人要取得满意的疗效,我们认为还应注意以下几个方面:(1) 术前与病人充分沟通,取得病人的理解和配合,这点对于再手术的病人尤为重要;(2) 术前要仔细地分析病因,反复对比确定病变节段,制定详细的手术计划,使手术更加准确,保证手术效果;(3) 手术中注意操作技巧,耐心仔细,避免盲目及粗暴,尤其在剥离硬脊膜及神经根瘢痕时应从周边正常组织向瘢痕中心区剥离,尽力减少再损伤;(4) 术中减压要充分,尤其神经根管应仔细探查,防止遗漏椎间盘碎屑,完全松解神经。本组病例从随访结果看,病人症状缓解满意,手术效果良好。胥少汀等^[4]认为,再次手术指征要严格掌握,因再次手术创伤大,难度大,术中情况难以预料,术后效果不易预计。骨科医生对复发病人要采取谨慎的治疗态度,但不盲目排斥手术治疗。首先要明确诊断,症状、体征及影像学资料三者必须统一,常规腰椎 X 线片、CT 及 MRI 检查必不可少。对于确证为复发者,其手术指征为:(1) 剧烈、难以忍受的腰腿痛,患者本人坚决要求手术。(2) 体检有明显的神经根损伤体征,与影像学资料相符。(3) 经 2~3 个月保守治疗后未能改善症状。

对于单纯的椎间盘突出术后复发,不伴腰椎节段失稳和继发性椎管狭窄,再手术时是否选择内固定植骨,目前尚存在争议^[5]。国外学者认为复发腰椎间盘突出均应腰椎融合及内固定,其理由是单纯髓核摘除术易导致术后腰椎节段失稳和继发性椎管狭窄^[6]。但胡有谷^[3]指出腰椎间盘突出症二次手术只要髓核摘除彻底、神经根管减压充分可以取得

与第一次手术相同的手术效果。本组病例中 8 例采用扩大开窗髓核摘除,未做内固定及融合,术中注意避免过多切除椎板、小关节突等,随访期间未发现节段不稳及椎管狭窄现象,近期疗效是确切的,特别是年轻的病人,扩大手术或是过早脊柱融合会并发其他的问题,对病人不利。即使远期出现继发改变,也还有再固定融合的机会,符合目前治疗腰椎间盘突出症阶梯治疗的原则。

腰椎间盘突出症本身椎间盘结构破坏,手术中半椎板或全椎板减压、小关节突过多切除等均可造成初次手术后出现继发不稳或椎管狭窄,或者病人原有脊柱不稳或椎管狭窄术后加重的病例,在摘除椎间盘的同时进行短节段脊柱融合已成大家的共识^[7]。对于腰椎不稳的诊断,临床主要根据 X 线影像表现(椎体间前后移位 $>4.5\text{ mm}$, 椎体间成角 $>22^\circ$),以及患者的临床表现。脊柱融合时常合并使用椎弓根内固定系统,而不单纯椎间或后路植骨,马远征等^[8]认为植骨融合合并使用椎弓根系统具有增加脊柱稳定性、有效维持椎间高度、提高植骨融合率、缩短植骨融合时间、纠正脊柱滑移等优点。本组病例中 15 例采用椎弓根内固定系统椎间或后路横突间植骨,术后随访均达骨性融合,病人症状缓解满意。

总之,复发性腰椎间盘突出症治疗比较棘手,再手术治疗难度大,应根据复发的不同病因,个体化选择治疗的方案,才能取得满意的疗效。

参考文献

- [1]McGirt MJ,Ambrossi GL,Datoo G,et al.Recurrent disc herniation and long-term back pain after primary lumbar discectomy: review of outcomes reported for limited versus aggressive disc removal[J].Neurosurgery,2009,64(2):338-344
- [2]Lee JK,Amorosa L,Cho SK,et al.Recurrent lumbar disc herniation[J].J Am Acad Orthop Surg,2010,18(6):327-337
- [3]胡有谷.腰椎间盘突出症[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1995.282,311-324
- [4]胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].第 3 版.北京:人民军医出版社,2005.1 687-1 711
- [5]Smith JS,Ogden AT,Shafizadeh S,et al.Clinical outcomes after microendoscopic discectomy for recurrent lumbar disc herniation[J].J Spinal Disord Tech,2010,23(1):30-34
- [6]Kim JS,Oh HS, Lee SH. Usefulness of carbon dioxide laser for recurrent lumbar disc herniation [J].Photomed Laser Surg,2012,30(10):568-572
- [7]Ambrossi GL, McGirt MJ, Sciubba DM, et al. Recurrent lumbar disc herniation after single-level lumbar discectomy: incidence and health care cost analysis[J].Neurosurgery,2009,65(3):574-578
- [8]马远征,胡明,薛海滨,等.腰椎间盘突出症术后失稳的手术治疗[J].中华骨科杂志,2004,24(9):534-537

(收稿日期:2012-11-07)

欢迎广告惠顾!

欢迎投稿!

欢迎订阅!