

短篇论著

开窗潜式减压治疗腰椎间盘突出合并侧隐窝狭窄症

王忠发, 王金亮, 顾 镇

(辽宁省鞍山市第二医院骨科 114014)

中图分类号: R681.5 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2006)-01-0074-02

腰椎间盘突出合并侧隐窝狭窄症是中老年较常见的脊柱疾患。这类患者常合并脊柱多节段不稳、多平面椎管狭窄及椎间盘突出, 治疗比较困难。采用后路充分减压、融合及内固定治疗后, 往往加剧邻近节段的退变, 如果症状复发, 治疗更加困难。近年来, 应用微创外科技术不仅可达到充分减压的目的, 而且可以最大限度地保留脊柱的稳定性, 延缓甚至可以避免融合手术。我院自 1999~2003 年采用开窗潜式减压治疗腰椎间盘突出合并侧隐窝狭窄症患者 36 例, 总结报告如下。

临床资料 本组男 23 例, 女 13 例, 年龄 61~75 岁, 平均 68 岁。临床表现为腰痛伴下肢放射性疼痛、麻木, 并伴有神经性间歇性跛行。所有患者均经正规保守治疗无效或症状复发。腰椎生理曲度消失或出现侧凸畸形, 屈伸活动受限, 腰骶部有叩击痛并向下肢放射, 直腿抬高及加强试验阳性, 相应部位有感觉、肌力及反射等异常改变, 或伴有下肢肌肉萎缩, 6 例出现鞍区麻木及大小便困难。

全部病例行 CT 扫描, 其中侧方型腰椎间盘突出 30 例, 中央型腰椎间盘突出 6 例。突出节段: L4/5 25 例, L5/S1 7 例, L4/5、L5/S1 同时突出 4 例。合并 L4 侧隐窝狭窄 15 例, L5 侧隐窝狭窄 12 例, L4、L5 侧隐窝同时狭窄 9 例。单侧侧隐窝狭窄 20 例, 双侧狭窄 16 例。

手术方法 硬膜外麻醉, 患者俯卧于脊柱手术托架上, 消毒铺单后选择相应棘突间隙刺入一无菌注射针头, C 型臂 X 线机定位。确定手术节段后作腰骶部正中纵行切口, 切口长度一个间隙 3~4cm, 两个间隙 6~7cm。紧贴棘突两侧分开椎旁肌, 用椎板拉钩显露椎板和关节突, 保留棘突、棘上和棘间韧带。咬除少许上位椎板的下缘及下位椎板的上缘, 开窗约 1.5×1.3cm 左右。自椎板间隙仔细剥离增厚的黄韧带并予以切除。用神经剥离子沿椎板和黄韧带与硬膜或神经根间隙进行分离 (此处间隙狭窄粘连紧密, 应防止副损伤)。根据病变部位的具体情况, 先用超薄型椎板咬骨钳将病变侧上、下椎板边缘部分咬除, 使骨窗扩大到适当程度。切除残存的黄韧带, 用弧形锐利骨刀顺开窗椎板的断面从内至外逐层切除, 辅以锐刮匙对骨创面进行搔刮, 椎板外层予以保留。注意此时减压的位置一定要准确, 动作一定要稳妥。剥离、松解和牵开硬膜和神经根, 将增生内聚的关节突骨赘和椎弓根峡部内缘予以部分切除, 然后切除突出的髓核组织, 扩大侧隐窝和神经根管, 仔细松解神经根, 使其移动度在 0.5cm 以上。彻底止血和冲洗切口, 硬膜暴露者取薄层皮下脂肪覆盖。两侧或两个间隙

都有病变者同法处理。术后卧硬板床, 用激素和脱水剂 3~5d, 常规应用神经营养药。术后 48h 开始作直腿抬高练习 3 周, 每日 1 次, 每次 30min。术后 1 周开始行腰背肌功能练习, 并离床活动。

结果 随访 1~5 年, 平均 3 年, 采用北美脊柱外科协会的腰椎功能障碍指数 (Oswestry disability index, ODI) 评定, 本组优 (4~5 分) 20 例; 良 (7~8 分) 11 例; 可 (11~13 分) 13 例; 差 (15~18 分) 2 例, 优良率 86%。2 例疗效差者术后症状无改善, 分别于术后 6 个月、9 个月行椎管扩大减压、神经根松解及脊柱融合术, 症状得到改善。

讨论 腰椎间盘突出合并侧隐窝狭窄症经正规保守治疗无效或者复发的患者, 手术治疗是重要手段, 但常规的半椎板或全椎板切除减压手术切口长、创伤大, 术中出血多, 术后因腰椎生物力学结构破坏较大, 容易加重腰椎不稳。开窗潜式减压治疗腰椎间盘突出合并侧隐窝狭窄症正是基于这一理论所采取的术式。在手术过程中尽量避免或减少对脊柱后部结构的侵扰, 一个间隙手术切口仅为 3~4cm, 手术只需要切除部分相邻的椎板上下缘及其间的黄韧带即可以摘除突出的腰椎间盘突出, 无需过多地切除椎板及棘间、棘上韧带。同时, 通过潜行切除部分小关节突、骨赘和椎弓根峡部, 可以达到侧隐窝和神经根管扩大的目的, 从而使受挤压的硬膜和神经根得到减压。潜行减压使对脊柱稳定性维持起到重要作用的小关节大部分得到了保留, 因此可延缓或者避免腰椎融合术。本组除 2 例因首次手术减压不够彻底致疗效不佳而行椎管扩大减压、神经根松解及脊柱融合术外, 其余均未行融合术, 随访中未发现脊柱不稳的情况出现。

但应注意以下问题: ①要严格掌握手术适应证。术前应根据患者的临床表现及影像学检查结果选择手术方式, 对不适于潜式减压者应采取其它术式。如患者合并明显节段不稳时, 应该采取减压及融合, 此时单纯的减压无法解除症状。②术中定位要准确。因为手术切口小, 视野小, 容易导致手术节段错误, 常规需要 C 型臂 X 线机透视定位。③术中止血要彻底, 操作小心轻柔, 避免损伤硬膜和神经根。在小视野情况下, 容易损伤神经根, 而且止血困难, 术中必须仔细操作, 仔细止血, 防止由于视野不清导致误伤神经根和术后血肿形成。

(收稿日期: 2005-05-08 修回日期: 2005-10-26)

(本文编辑 彭向峰)