

短篇论著

胸椎间盘突出症的诊断和治疗

曹正霖, 夏 虹, 尹庆水, 徐国洲, 吴增晖, 刘 晖

(广州军区广州总医院骨科 510010 广州市)

中图分类号: R681.5 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2007)-01-0074-02

胸椎间盘突出症在临床上相对较为少见, 我院近 10 年间共收治胸椎间盘突出症患者 22 例, 分析讨论其临床表现、诊断和治疗上的特点, 报告如下。

临床资料 本组男 8 例, 女 14 例, 年龄 31~75 岁, 平均 45 岁。明显外伤后诱发病 1 例, 轻微外伤诱发病 2 例, 无明显诱因出现症状 19 例。急性起病 2 例, 缓慢起病逐渐加重间或有缓解期 20 例。患者症状多种多样, 表现为胸背部疼痛 20 例, 胸腹部束带感 14 例, 下肢麻木或疼痛 10 例, 感觉运动障碍 14 例, 感觉障碍 5 例, 膀胱直肠功能障碍 8 例, 椎体束征 15 例; ASIA 脊髓损伤分级 C 级 2 例, D 级 12 例, E 级 8 例。

所有患者均行胸椎正侧位 X 线片和 MRI 检查, 根据 MRI 检查结果结合临床表现确定诊断。其中, 胸椎单节段椎间盘突出 14 例, T2/3 1 例, T7/8 3 例, T10/11 2 例, T11/12 8 例; 胸椎多节段椎间盘突出 8 例, T2~T5 1 例, T2~T6 1 例, T4~T7 1 例, T10~T12 4 例, T6/7+T11/12 1 例。合并黄韧带肥厚或胸椎管狭窄 6 例; 合并颈和/或腰椎间盘突出 20 例, 症状明显的 5 例患者同期手术处理, 其中 2 例合并颈椎间盘突出者行颈椎前路减压植骨内固定术, 3 例合并腰椎间盘突出者行腰椎后路椎板间开窗髓核摘除术。

治疗方法 非手术治疗 7 例 (均为无脊髓损伤症状者), 包括休息、体位锻炼、非甾体类消炎镇痛药、神经营养药物和理疗等。手术治疗 15 例, 为 14 例具有脊髓压迫症状和 1 例顽固性放射痛者。术式包括经胸骨切开前路 T2/3 椎间盘切除植骨钛板内固定术 1 例, 侧前方入路椎间盘切

除术 5 例, 后外侧入路椎间盘切除术 4 例, 后路椎管扩大椎间盘切除术 5 例, 后路椎管扩大术 1 例 (注: 有 1 例患者行了 2 次手术)。

结果 20 例患者获得随访, 随访时间 3~45 个月, 平均 11 个月。5 例非手术治疗患者中 4 例症状明显缓解, 1 例反复腰背部中度疼痛药物可控制。15 例手术患者疗效评价参照采用 Otani 分级方法^[1]来评价手术效果, 优, 无症状, 活动完全正常; 良, 轻微无力或痉挛强直, 偶尔出现疼痛, 工作无困难; 一般, 轻度到中度无力, 残留放射痛, 工作有困难; 不良, 术前症状没有改善; 失败, 比术前症状加重。优 10 例, 良 4 例, 失败 1 例, 优良率为 93.3%, 未出现大血管损伤、神经根损伤和脑脊液漏等手术并发症。术后脊髓损伤症状加重 1 例, 为 T2~T7 多节段椎间盘突出并椎管狭窄的患者, 初次手术 (T4~T7 全椎板切除椎管扩大减压术) 后 ASIA 分级从 D 级加重至 B 级, 二期行侧前方入路 T6/7 椎间盘切除术, 术后 2 个月脊髓功能逐渐恢复至 C 级。其余病例症状均明显减轻, 脊髓功能恢复至 E 级 11 例, D 级 2 例 (表 1)。

表 1 术前及末次随访时脊髓功能 ASIA 分级

术前 ASIA 分级	例数	末次随访时 ASIA 分级		
		C	D	E
C	2		1	1
D	12	1	1	10
E	8			6*

注: * 失访 2 例

椎管外突出则极为罕见^[5]。最后要根据神经系统检查结合影像学提供的可能病变部位分析来完成定位诊断。例如图 5 腰椎 MRI 所示 L4/5 椎间盘右后突出并同时波及椎间孔, 神经通道的解剖知识告诉我们该椎间孔走出的神经为 L4 神经根, 并且该神经根在椎间盘上方越过, 箭头所指 L4 神经根截面, 已在椎管外, 该患者的体征提示 L5 神经损害, 证明该病变位于椎管内, 没有椎间盘极外侧突出。

4 参考文献

1. 冯传汉, 张铁良. 临床骨科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004.1868-1897.

2. Spivak JM. Current concepts review: degenerative lumbar spinal stenosis[J]. J Bone Joint Surg (Am), 1998, 80(8): 1053-1066.
3. 平林冽, 里见和彦. 髓症的高位诊断学[J]. 整形外科, 1992, 43(2): 121-127.
4. Ditunno JF, Young W, Donovan WH, et al. The international standards booklet for neurological and functional classification of spinal cord injury[J]. Paraplegia, 1994, 32(1): 70-80.
5. Postacchini F. Management of lumbar spinal stenosis[J]. J Bone Joint Surg (Br), 1996, 78(2): 154-164.

(收稿日期: 2006-09-20 修回日期: 2006-10-23)

(本文编辑 彭向峰)

讨论 胸椎间盘突出症临床相对较少, 仅占有椎间盘突出症的 0.15%~4%。可发生在各个椎间隙, 常见于下胸椎, 最常见为 T11/12 间隙, 其次为 T10/11。本组病例中此两间隙占 53%, 与文献报道一致^[2-4]。原因是下胸椎为胸腰椎移行部, 间盘所受应力较大, 容易受损退变。胸椎间盘突出的部位, 可分为中央型、旁中央型和外侧型, 以中央型和旁中央型居多。

(1) 诊断与鉴别诊断。由于胸椎间盘突出症的检出率相对较低、症状不典型等原因, 易出现误诊和漏诊。临床症状以胸、背部、下肢甚或下腹疼痛为主, 当脊髓压迫症状不典型时, 常误诊为胸腹其他脏器疾患、慢性腰背肌劳损等; 而在出现胸背部束带感、双下肢麻木无力或强直、感觉异常、大、小便功能障碍等症状时又易误诊为颈或腰椎间盘突出症; 出现明显的脊髓压迫时, 首诊也往往为椎管内肿瘤。因此, 对存在下列情况时应警惕患有胸椎间盘突出症的可能: ①进行性双下肢麻木无力者; ②胸腹束带感者; ③大小便及性功能障碍者; ④肋间神经痛者; ⑤反复发作胸腰背疼痛不适者; ⑥存在下肢锥体束征而颈椎无不适者。一旦拟诊胸椎间盘突出症, 我们主张立即进行 MRI 检查, 以明确诊断, 同时了解是否合并有胸椎管狭窄、黄韧带肥厚骨化等情况。另一方面, 并非所有的胸椎间盘突出都产生神经症状, 事实上, 无症状胸椎间盘突出远较症状性胸椎间盘突出为多。Wood 等应用 MRI 检查了 90 例无症状者, 发现 33 例 (37%) 存在胸椎间盘突出^[5]。而且, 多节段胸椎间盘突出也较为常见, 文献报道约为 23%~39%^[5,6]。本组为 8/22 (36.4%)。因此, 确定责任椎间盘是非常重要的。神经电生理检查对于神经损伤节段定位具有一定的作用, 确定责任椎间盘的最佳方法仍然为详细的体格检查和神经损伤节段定位。

(2) 治疗方法的选择。胸椎管内代偿间隙较颈椎和腰椎小, 一旦发生间盘突出, 脊髓受压后缓冲余地很小。而且胸段脊髓供养血管相对细小, 挤压后极易造成脊髓缺血变性, 加之胸椎间盘突出多为中央型或旁中央型突出且常钙化, 容易压迫脊髓前血管。因此, 胸椎间盘突出一旦压迫脊髓或脊髓前动脉, 将可能发展为严重的脊髓损害, 我们主张出现脊髓受压症状时应该早期行减压手术。从临床表现而言主, 手术指征为: ①进行性脊髓损害; ②下肢无力或瘫痪; ③大小便失禁; ④节段性感觉障碍; ⑤顽固性放射痛, 保守治疗效果差。手术方法有: ①后路全椎板切除减压术或同时行前路或侧前方入路椎间盘髓核摘除术。单纯全椎板切除, 由于胸椎为后凸且椎管内脊髓代偿空间小, 胸髓后退不明显会导致减压效果不满意, 本组 1 例单纯行全椎板切除椎管扩大术后出现脊髓损伤明显加重, 考虑可能为手术操作或缺血再灌注造成脊髓损伤; 后路牵开脊髓行椎间盘摘除减压难免损伤脊髓, 现已基本放弃。②经胸腔侧

前方入路椎间盘切除术。能较好显露突出的椎间盘节段, 避免对脊髓的牵拉损伤, 便于操作。但手术创伤较大, 只有在突出明显的中央型椎间盘突出、伴有钙化或估计与周围组织粘连的胸椎间盘突出我们选择此方法, T4 以上平面胸椎间盘突出由于心脏、血管的干扰, 不适宜采用此方法^[7]。③侧后方入路 (切除横突和肋骨) 胸椎间盘的切除术。临床应用较广泛, 为有效、简单、安全的术式, 对于外侧型及旁中央椎间盘突出我们首选此方法。④后路全椎板切除减压加侧后方胸椎间盘切除术。适合于胸椎间盘突出合并胸椎管狭窄者或黄韧带肥厚者, 减压彻底。⑤前路胸椎间盘切除术, 可采用经胸骨或经锁骨内侧开胸入路手术, 适合于 T4 以上的胸椎间盘突出。⑥胸腔镜下胸椎间盘切除术, 具有微创、恢复快、可直视突出的椎间盘等优点, 是胸椎间盘切除术的发展方向^[8,9]。

一般认为, 由于胸廓的夹板样作用, T10 以上的胸椎间盘切除术无须使用内固定。内固定主要用于: ①主要症状为胸背痛的患者; ②伴有休门氏病; ③同时行 T10 以下椎体间融合; ④合并或手术造成脊柱不稳者。本组 1 例 T2/3 椎间盘突出患者, 由于突出的椎间盘向上移位, 行 T2 椎体次全切除后造成脊柱不稳, 因此加用了钛板内固定。

参考文献

1. Otani K, Yoshida M, Fujii E, et al. Thoracic disc herniation surgical treatment in 23 patients[J]. Spine, 1998, 13(11): 1262-1268.
2. 郑燕平, 关涛, 刘新宇, 等. 胸椎间盘突出症的手术治疗[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2005, 15(6): 349-352.
3. 刘屹林, 王利民. 侧前方和侧后方入路手术治疗胸椎间盘突出症[J]. 中医正骨, 2005, 17(2): 37.
4. Videman T, Battie MC, Gill K, et al. Magnetic resonance imaging findings and their relationships in the thoracic and lumbar spine. Insights into the etiopathogenesis of spinal degeneration[J]. Spine, 1995, 20(8): 928-935.
5. Wood KB, Garvey TA, Gundry C, et al. Magnetic resonance imaging of the thoracic spine: valuation of asymptomatic individuals[J]. J Bone Joint Surg Am, 1995, 77(11): 1631-1638.
6. Ross JS, Perez N, Masaryk TJ, et al. Thoracic disc herniation: MR imaging[J]. Radiol, 1987, 165(3): 511-515.
7. Fessler KG, Sturgill M. Complications of surgery for thoracic disc diseases[J]. Surg Neurol, 1998, 49(6): 609-618.
8. Oskouian RJ, Johnson JP. Endoscopic thoracic microdiscectomy [J]. J Neurosurg Spine, 2005, 3(6): 459-464.
9. Perez Cruet MJ, Kim BS, Sandhu F, et al. Thoracic microendoscopic discectomy[J]. J Neurosurg Spine, 2004, 1(1): 58-63.

(收稿日期: 2006-08-14 修回日期: 2006-10-23)

(本文编辑 彭向峰)