

个案与短篇

DOI: 10.11699/cyxh20131233

巨大型中央型腰椎间盘突出症 1 例

王 信¹, 罗 艳², 廖文波¹, 杨小中³, 罗 茜⁴, 王曾思⁴

(1. 遵义医学院附属医院脊柱外科, 遵义 563000; 2. 遵义医学院附属医院新生儿科, 遵义 563000;

3. 重庆医科大学附属第一医院骨科, 重庆 400016; 4. 遵义医学院临床医学系, 遵义 563000)

【中国图书分类法分类号】R681.5+3

【文献标志码】B

【收稿日期】2012-07-17

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)是因椎间盘的变性、纤维环破裂、髓核突出刺激或压迫神经根、马尾神经所表现的一种综合征,是腰腿痛最常见的原因之一。大部分 LDH 患者可经非手术疗法得到可观缓解或治愈^[1,2]。传统的手术方法如椎板切除髓核摘除术,过分侧重于切除占位病变或解除对神经根、马尾神经的压迫,而对术后脊柱的稳定性重视不足^[3]。椎板切除术的目的是充分减压、扩大椎管,但对脊柱后柱结构有不同程度的损害。Skenkin 和 Hash^[4]对 59 例病人随访 6 年后认为,椎板切除范围越大,术后腰椎滑脱的几率明显增高。术后瘢痕的形成反而使椎管变得更加狭窄,加重腰椎的不稳^[5]。我科对该例巨大中央型 LDH 患者施以经后路单侧开窗髓核摘除加椎体植骨融合加椎弓根钉棒系统内固定术,取得了良好的治疗效果,同时又不至于影响脊柱稳定性。

1 病史资料

男,35 岁,反复腰部疼痛 4 年,加重伴会阴部、双下肢麻木 2 d。4 年前无明显诱因出现腰部疼痛,呈间歇性钝痛,休

息后可自行缓解,之后腰痛反复发作。2 d 前突然出现会阴部、双下肢麻木。查体:腰 4、5 椎棘突处及棘突旁压痛,脊柱活动度受限,鞍区感觉明显减退,左侧提睾试验反射存在,右侧提睾试验反射未引出,肛门反射消失,肛门括约肌收缩无力。双下肢皮肤针刺痛觉减退。左腿 Bragard(+):50°,Lasegue(+),双侧股神经牵拉试验(-)。双侧膝反射存在,左侧跟腱反射消失,右侧跟腱反射存在。腰椎 CT 示:腰 4/5、腰 5/骶 1 椎间盘突出(中央型)。腰椎 MRI 示:腰 5/骶 1 椎间盘突出。取后正中入路,以腰 5/骶 1 棘突为中心做小切口,显露腰 5/骶 1 棘突,双侧椎板及关节突。首先行腰 5/骶 1 左侧椎板间隙开窗,术中见椎间盘巨大突出,摘除变性髓核组织 6 cm×2 cm×1 cm,椎间盘突出部分卡压于硬膜囊和左侧骶 1 神经根之间,关节突略增生内聚,侧隐窝无明显狭窄,分离并完整摘除突出椎间盘及钙化组织。分别于腰 5、骶 1 椎双侧放置椎弓根螺钉定位针(人字嵴法),经透视见位置满意,分别放置 6.0 mm×4.5 mm、6.0 mm×4.0 mm 大小螺钉各 2 枚,放置连接棒,适度撑开,经 C 臂透视见位置可靠、满意。用刮勺刮除上下终板和残余髓核组织,撑开腰 5/骶 1 间隙,用置入自体椎板碎骨及同种异体松质骨粒填充大小合适的椎间融合器植入其中,用混合骨植入残余间隙,于松近端螺帽后间隙加压,再次固定,经透视见固定满意,融合器植入较好,探查硬膜囊和神经根无卡压,放置横连器,将右侧腰 5/骶 1 椎板骨用磨钻去除部分皮质骨,在其上混合植骨,胶原蛋白海绵覆盖创面,放置负压引流,逐层关闭切口,患者术中出血 200

作者介绍:王 信,Email:276803000@qq.com,

研究方向:骨质疏松。

通信作者:廖文波,Email:wenbo900@sina.com。

基金项目:贵州省科技厅遵义医学院遵义市科技局联合基金资助项目(编号:黔科合 J 字 LKZ[2012]07 号)。

斑区可见不规则形的“岛状”强荧光,符合 CHM 的诊断标准。

CHM 目前尚无特殊有效的治疗方法。可给予维生素等支持药物,多数患者可保持一定的视力。

参 考 文 献

[1] 付 群,朱晓谦,余 涵.无脉络膜症 1 例[J].眼科新进展,2007,27(4):243.

Fu Q, Zhu X Q, Yu H. A case of choroideremia[J]. Recent Advances in Ophthalmology, 2007, 27(4): 243.

[2] 程建贞.无脉络膜症一家系四代 16 例[J].中华医学遗传学杂志, 2010, 27(3): 298.

Cheng J Z. Choroideremia in four generations of a family of 16 cases[J]. Chinese Journal of Medical Genetics, 2010, 27(3): 298.

[3] 李娟娟,黎 铎,和 丹,等.无脉络膜症的荧光素眼底血管造影[J].中华眼底病杂志, 2011, 27(4): 375-377.

Li J J, Li H, He D, et al. Fundus fluorescein angiography without choroidal disease[J]. Chinese Journal of Practical Ophthalmology, 2011, 27(4): 375-377.

[4] 邴 寒,赫红丹,郭续媛,等.女性无脉络膜症三例[J].中国实用眼科杂志, 2012, 30(4): 494-496.

Bing H, He H D, Guo X Y, et al. Three cases of women without choroidal disease[J]. Chinese Journal of Practical Ophthalmology, 2012, 30(4): 494-496.

(责任编辑:关蕴良)

ml, 手术顺利, 术毕予以抗生素使用 3 d, 卧床休息 5~7 d, 下床活动时佩戴腰围 1 余月, 开始腰背肌、股四头肌锻炼, 半年内避免重体力、剧烈运动。

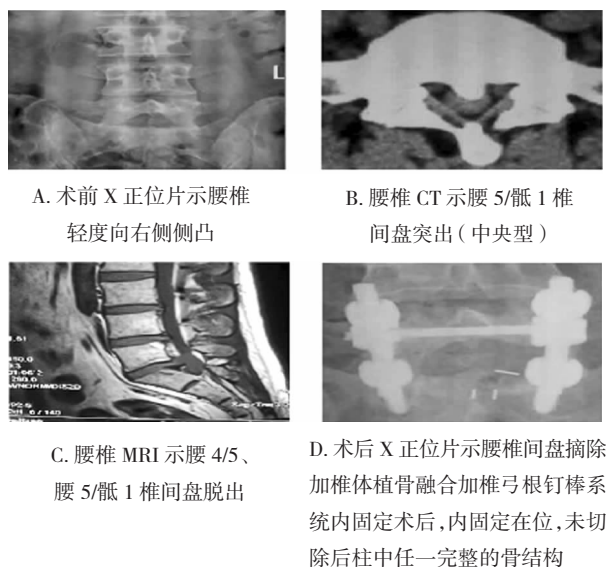


图 1 巨大型中央型腰椎间盘突出症患者术前 X 片、CT、MRI 及术后 X 片表现

Fig.1 Giant lumbar disc herniation (central type): preoperative X-ray, CT, MRI and postoperative X-ray manifestations

术后诊断为: ①腰 5/骶 1 中央型椎间盘突出症 (巨大型) ②马尾神经损伤并不全瘫 (Frankel B 级)。病理报告: 退变髓核组织和纤维环。术后 3 d 患者明显感觉会阴部感觉敏感程度提高, 大小便功能明显改善, 双下肢麻木较术前明显缓解。术后随访 6 月, 临床疗效显著, 未见其他并发症。

2 讨论

目前, 巨大型腰椎间盘突出并无明确的概念。胡有谷等^[6]认为从影像学上来判断, 无论髓核突出物位于椎管的哪一半部分, 只要超过椎管矢状中线的一半, 即可定义为巨大型腰椎间盘突出。本案例术中所取髓核组织 6 cm × 2 cm × 1 cm 极为罕见, 诊断上应与硬膜外肿瘤相鉴别。突出物可产生占位效应, 也可同时压迫多根神经根和马尾神经, 出现截瘫, 所以应早期手术治疗。

LDH 手术的首要目的是要解除压迫, 这不仅要解除神经根受压, 还要解除硬膜囊受压, 所以彻底减压是第 1 步。但是后部结构切除得越多, 腰椎不稳的程度就会越重, 而小关节突的切除对其稳定性影响更大^[7]。虽然全椎板减压对髓核突出的暴露有一定的优势, 手术视野好, 有利行椎管减压, 也较彻底, 但是其对椎体后柱结构的损伤大, 并且术中术后造成的出血多、容易形成粘连、椎体不稳甚至滑脱等一系列

并发症。再者, 在椎体不稳的基础上, 继发的椎间隙狭窄、后纵韧带皱褶、钙化等也是引起术后复发一个重要因素。

所以, 术者主张治疗中央型 LDH 使用开窗法。随着现代椎弓根内固定系统的发展, 固定效果满意, 一方面有利于维持椎间隙的高度, 另一方面还可以对缓解后方纤维环、后纵韧带的张力, 间接有效地解除了神经压迫, 对患者早期下床活动行康复锻炼也有明显好处。同时在单侧开窗彻底减压下, 仔细解剖、解除对神经根、硬膜囊压迫后, 并通过椎体植骨融合, 以提高融合率和稳定性^[8]。通过本次手术, 最大限度地保持了脊柱的稳定性, 通过仔细解剖和熟练的手术技能, 是可以尽量避免对硬膜囊和马尾神经根的影响的。术后患者配戴腰围, 在椎体植骨融合、椎弓根钉棒系统内固定的强大支撑下, 即可早期活动, 有效地预防了长期卧床带来的坠积性肺炎、褥疮等并发症。此术的缺点在于椎间融合器和内固定器械价格较贵, 增加患者经济负担, 并且以后需要再次手术取出内固定。

参 考 文 献

- [1] Vroomen P C, De Krom M C, Knotnerus J A. Predicting the outcome of sciatica at short-term follow-up[J]. Br J Gen Pract, 2002, 52(475): 119-123.
- [2] Peul W C, van Houwelingen H C, van den Hout W B, et al. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica[J]. N Engl J Med, 2007, 356(22): 2245-2256.
- [3] 戴力杨, 徐印坎, 张文明. 手术引起的腰椎不稳[J]. 中华骨科杂志, 1989, 9(2): 143-145.
- [4] Dai L Y, Xu Y K, Zhang W M. Lumbar instability caused by the surgery[J]. Chinese Journal of Orthopaedics, 1989, 9(2): 143-145.
- [5] Shenkin H A, Hash C J. Spondylolisthesis after multiple bilateral laminectomies for lumbar spondylosis: follow-up review[J]. J Neurosurg, 1979, 50(1): 45-47.
- [6] 徐印坎, 贾连顺, 戴力杨, 等. 新手术方法治疗获得性椎管狭窄症[J]. 中华骨科杂志, 1992, 12(1): 37-40.
- [7] Xu Y K, Jia L S, Dai L Y, et al. New surgical treatment of acquired spinal stenosis[J]. Chinese Journal of Orthopaedics, 1992, 12(1): 37-40.
- [8] 胡有谷, 吕成昱, 陈伯华. 腰椎间盘突出症的区域定位[J]. 中华骨科杂志, 1998, 18(1): 14-16.
- [9] Hu Y G, Lv C Y, Chen B H. Regional location of lumbar disc herniation[J]. Chinese Journal of Orthopaedics, 1998, 18(1): 14-16.
- [10] Dan L Y, Xu Y K. Lumbar spinal stenosis: a review of biomechanical studies[J]. Chin Med Sci J, 1998, 13(1): 56-60.
- [11] 彭明, 于洪文, 曹春模, 等. 双开窗治疗中央型腰椎间盘突出症[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 1995, 5(4): 171-172.
- [12] Peng M, Yu H W, Cao C M, et al. Double window to the treatment of central lumbar disc herniation[J]. Chinese Journal of Spine and Spinal Cord, 1995, 5(4): 171-172.

(责任编辑: 唐秋姗)