维普资讯 http://www.cqvip.com



中国局解手术学杂志 2002年第11卷第2期
Chin J Regional Anat & Operative Surg,2002,Vol.11,No.2

·经验交流·

# 经皮穿刺腰椎间盘切吸术治疗108例腰椎间盘突出症

王建民* 周宝才* 徐 杰** 付和春***

经皮穿刺椎间盘切吸术治疗腰椎间盘突出症是近年来开展的一项新的介入技术,其疗效是确切而肯定的。现将我院7年来应用本方法治疗的108例病人情况报告如下。

一、资料和方法

(一)临床资料:本组病人共108例。男68例,女40例。年龄18~55岁,平均36.5岁。病程1~39个月,平均20个月。患病节段:$L_4$,83例,$L_5 \sim S_1$ 25例。手术时间30~60min,平均45min。病人均于术前常规摄腰椎正侧位片,常规化验检查。每例均有CT片作为突出分型依据。

(二)手术方法:1.设备:西门子800毫安X光机。自动式腰椎间盘切吸治疗仪,医用电动负压吸引器。2.术前准备:常规手术前准备,仔细阅读X线片及CT片,明确病变间隙、位置及设计进针角度和穿刺点。3.体位:病人仰卧于X线检查床上,下腹部垫软枕使腹部呈弓形弯曲,使脊椎间隙后侧增宽。透视下确定病变间隙。4.操作:进针点局部麻醉后,切开约0.5cm皮肤。透视下将定位针与后背呈30°插入病变间隙后外侧(遇有病人出现放射性神经根性症状时调整进针方向),针端进至椎间后1/3、反复观察确定针端位置后将套管由细至粗逐次插入,直至将外套管插入并保留,其余内套管逐一拔出。沿外套管插入环锯,切割纤维环,伸入髓核钳钳取髓核组织10~20次,置入套管式切割器,连接冲洗用庆大生理盐水瓶与负压吸引器。切割、冲洗、负压吸引同步进行。以300rpm/min速率切吸髓核组织,再次钳夹,直至无髓核取出为止[3]、冲洗液体约1000ml。拔出外套管,缝合切口,包扎。常规抗生素预防感染5d。3d后下床活动,7d拆线出院。

二、疗效评价:优:疼痛消失、无运动障碍及功能受限,恢复正常工作和活动,80例,占70%。良:偶有疼痛,能从事轻体力劳动,24例,占22%。可:有些改善、仍有疼痛,不能从事工作,须进一步手术治疗,4例,占3.7%。

三、讨论

(一)治疗机理

1.减压:通过对腰椎间盘的侧后方小开孔吸出部分髓核,明显降低椎间盘内压、从而使突出部分的压力减低并相对还纳,缓解了突出物对神经根的压力和刺激,使症状和体征缓解或消失。

2.改变髓核突出方向:由于在椎间盘侧方小开孔(约3个月才封闭),人为的改变了髓核的突出方向,下床活动后将使部分残留髓核由该孔进入腰肌,避免向后再突出。

3.阻止椎间盘的发展过程:腰椎间盘突出症是纤维环由内向外的积累性损伤、断裂,变性的髓核逐渐沿断裂的纤维环裂隙向外膨隆,重者纤维环破裂而突出。本方法开窗减压,阻止了上述病程发展过程。

(二)适应症和禁忌症

1.符合临床诊断标准[1]。

2.CT示:突出椎间盘表面平滑,无髓核游离。

3.排除椎间盘以外的其他病变所致坐骨神经损伤及病变。

(三)影响疗效因素

1.切吸出髓核组织过多,效果欠佳。

2.病程短,疗效好。

3.切吸部位越靠近突出部位效果越好。

4.髓核游离型疗效最差。

5.合并其他椎管病变往往短期内症状再发。

(四)操作技巧

1.术中一旦出现下肢放射痛,应立即调整进针方向。

2.腰4,5椎间盘因腹主动脉后壁距左侧腰丛较下腔静脉至右侧腰丛距离大,故以左侧进针为宜。腰5骶1因腰5神经根及其周围血管比较固定,不易移位,采用细针穿刺,正确的穿刺角度可减少并发症。

3.套管由细到粗,不宜操之过急,以免挤压神经根。

4.严格无菌操作,避免椎间感染。

此项技术发展十多年来,目前尚无一例出现内脏、神经、血管损伤的报道,证明此项技术是安全的。因其创伤小、恢复快、不造成神经粘连、不影响脊柱稳定,其优点是显而易见的,是介于保守和手术治疗之间的一种治疗方法[2]。但术后被称为"第二脊柱的腰背肌"功能训练是必要的,而且要坚持不懈。

## 参 考 文 献

1.陆裕朴,胥少汀,葛宝丰,主编.实用骨科学.北京:人民文学出版社,1991 1141-1722.

2.孙刚.自控式经皮穿刺椎间盘切吸仪及临床应用.中华放射杂志,1992,26,6:367.

(收稿日期:2002-01-22)

* 作者单位:157011 黑龙江省牡丹江市解放军209医院外二科
** 长春市208医院骨3科
*** 黑龙江省牡丹江市65444部队