·综 述·

老年腰椎间盘突出症围手术期处理的进展

Treatment for the elderly patients with lubar intervertebral disc protrusion during perioperative period

贾桂林,周连生,曲爱娜,窦贺荣 (武警医学院实验动物中心,天津 300162)

[关键词] 腰椎间盘突出症;围手术期;老年患者
[中图分类号] R681.5;R687.3 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2009)01-0054-02

随着人类寿命的延长,老年腰椎间盘突出症的发病率也有明显上升的趋势。常见的老年腰腿痛的临床症状,主要是由于椎间盘变性,纤维环破裂,髓核突出刺激或压迫神经根、马尾神经所致。由于长期慢性腰腿痛,严重影响老年人的生活质量,而且常常合并其它慢性疾病,使得手术治疗较为棘手[1]。现就近年来60岁以上老年腰椎间盘突出症围手术期的处理进展作一综述。

1 临床特点

老年人腰椎间盘突出症与其它年龄段有所不同,其主要临床特点是:①大多数人以腰部疼痛或间歇性跛行为主要症状。有资料显示在224例腰椎间盘突出症中,腰痛伴腿痛212例,单纯腰痛5例,单纯腿痛7例,伴有间歇性跛行168例,除上述症状外,还有其他臀部放散痛、下肢放散痛、下肢酸胀麻木、感觉减退、直腿抬高实验阳性、膝腱、跟腱反射减退等[1-2];②起病缓慢,呈渐进性发展,病程长,并有长期服药史,部分患者可能无明显诱因突然加重;③合并椎管狭窄发生率高,尤其是侧隐窝、神经根管狭窄等病理改变;④合并内科疾病多,尤以高血压、心脏病和糖尿病所占比例高[3]。

2 影像学特点

影像学检查可以进一步明确诊断,主要以X线平片、CT、MRI三项检查为主。综合国内近年临床资料显示,老年人腰椎间盘突出症的影像学特点是:①95%的患者有腰椎生理曲线变直,并有增生骨赘形成;②近50%患者合并椎管狭窄者,也有学者报告可高达75%;③50%发生于L_5、S_1;④25%为2个节段椎间盘突出者;⑤70%合并侧隐窝狭窄;⑥13%合并脊柱侧弯;⑦78%并存小关节增生肥大内聚;⑧92%出现椎间隙狭窄;⑨13%合并椎管梗阻;⑩侧方型突出者占65%[4-5]。

3 手术方式的选择

手术均采用连续硬膜外麻醉,取侧卧位或俯卧位。手术原则:应同时解决椎间盘的压迫及神经根管狭窄两个问题,把握好手术彻底减压和维护脊柱稳定两个原则。手术方式的选择应强调"个体化"的原则,根据每位患者的病情、全身情况以及对手术耐受力的不同,选择不同的术式。目前多采用开窗术(包括潜行扩大开窗、双侧开窗或多间隙开窗)、半椎板切除、全椎板切除,术中充分摘除突出髓核或游离髓核,合并椎管狭窄予切除增厚椎板、黄韧带及增生内聚关节突,作椎管中央、侧隐窝及神经根管减压等[6]。

4 手术效果评价

4.1 Macnab疗效评定标准

优:疼痛消失,无运动功能受限,恢复正常工作;良:偶有疼痛,能正常工作和生活;可:疼痛有改善,能做轻工作;差:神经根受压表现,需进一步手术治疗[7]。有学者报告手术治疗224例,随访191例,平均随访时间为5.5年,按照此标准评定:优101例,良83例,可7例,无差例,优良率为96.3%[1]。近期并发症主要有:①硬脊膜撕裂;②切口延期愈合。另有学者报告33例获得随访,随访时间4~36个月,平均随访9个月,其中优17例,疼痛消失,无运动功能受限,恢复正常工作和生活;良11例,偶有疼痛,能做轻微工作;可4例,症状有改善,仍有疼痛不能工作;差1例,有神经根受压表现,需进一步手术治疗,优良率为84.8%[8]。

4.2 陆裕朴疗效评定标准

优:腰腿痛症状完全缓解,能参加日常活动;良:症状解除,参加日常活动,但有轻微的残余症状;可:主要症状解除,有轻度残余腰腿痛痛麻。劳动时加重,能参加日常生活;差:症状如旧,日常生活困难[9]。有资料显示:手术后随访78例,时间7个月~3年,优65例,占83.3%;良11例,占14.1%;可2例,占2.6%;优良率97.4%[9]。

4.3 中华骨科学会脊柱学组腰背痛手术评分标准

优为分值大于或等于16,良为15~11分,可为10~6分,差为5~0分。有资料显示122例得到随访,随访时间6个月~8年,平均2.5年,按中华骨科学会脊柱学组腰背痛手术评分标准:优67例,良53例,差2例,优良率98.4%[10]。

4.4 日本矫形外科学会(JOA)下腰痛疗效评定标准

采用日本矫形外科学会(JOA)下腰痛疗效评定标准(15分法),评分后计算改善率。改善率=(术后得分-术前得分)÷(正常15-术前得分)×100%。计算改善率时,不计入第3

[收稿日期] 2008-09-30 [修回日期] 2008-10-19

项分值。改善率大于75%为优,改善率小于或等于75%为良,改善率小于或等于50%为可,改善率小于或等于25%为差[11]。经手术治疗按上述标准评定41例,结果优30例,良9例,可2例,优良率为95%[12]。

综合采用上述四种疗效评定标准进行评定的结果证明,老年腰椎间盘突出症,只要符合手术适应症,无手术禁忌,选择适当的手术方式,积极进行围手术期处理,绝大多数(94.3%)患者能获得良好的手术效果。

5 围手术期处理

5.1 术前准备

对老年人腰椎间盘突出症是否进行手术治疗,关键是看患者的病情及并存疾病的情况。对于病程短、症状轻、单节腰椎间盘膨出或合并严重其他系统疾患不宜手术者,可采用保守治疗的方法;而病程长、症状重、合并椎管中央或侧隐窝狭窄,且无手术禁忌者,应积极采用手术治疗。对于年龄问题,现已不作为重点考虑因素。国内报告最大年龄为82岁,平均64.2~67.5岁。有学者建议用ASA评分标准评估手术的风险及术后并发症发生的预示,认为该评分具有较高的预示价值,ASA级别越高,考虑手术越应慎重[4]。术前应对患者进行全面检查,对主要脏器的功能进行正确评估,调整并改善机体耐受手术的能力。对合并高血压患者,术前尽早给予降压治疗,使收缩压保持在120~150 mmHg(1mmHg=0.133 kPa),舒张压60~90 mmHg为妥。冠心病患者应用扩张冠状动脉血管、营养心肌的药物,减轻心肌缺血。对于合并糖尿病患者,血糖应控制在8.0 mmol/L以下,餐后血糖在10.0 mmol/L。对于全身情况较差者,应积极纠正贫血。对合并水电解质及酸碱平衡紊乱者,应给予纠正[5-6];术前常规检查心、肺、肝、肾功能、血常规、出凝血时间、血小板等。术前2周戒烟,预防性应用抗生素,术前12 h禁食,6 h禁水,术前1 d晚酌情给予镇静剂。术晨灌肠,必要时留置导尿管,术前30 min肌注安定[9]。

5.2 术中处理

对于年龄较大或合并有心肺疾患的患者,最好选用对心肺功能影响小、镇痛效果好、操作简单的持续硬膜外麻醉。鉴于老年人腰椎间盘突出症的发生多与腰椎管退行性狭窄伴行,因此,手术摘除髓核应同时扩大椎管,尤其是神经根管,并遵循"有限手术"的原则,避免手术引起的腰椎不稳和并发医源性椎管狭窄,具体手术方式可根据不同情况进行选择[6]。也有学者指出,彻底减压清除一切致压因素是保证手术获得优良效果的关键,提出了"扩大减压"的概念[1]。即常规探查侧隐窝及神经根管,清除所有局部的骨性及软组织性压迫因素。心电监护,严密监测心电图、心率、血氧饱和度,必要时请内科医师协助,以便能及时处理心肺功能不全所引起的各种并发症。术中操作要有针对性,减少不必要的探查,尽可能缩短手术时间,彻底止血。

5.3 术后处理

目前比较统一的看法是术后早期有序的进行功能锻炼。所谓早期,主要是卧床时间问题,目前国内尚无统一的标准,有学者主张不论手术方式如何一律卧床3~4周[13]。也有学者提出,术后急性反应期过后既可在腰围保护下起床活动,椎板开窗显露的卧床3 d即可,半椎板不超过5 d,全椎板不超过1周[1]。但下床活动的前提应在腰围保护下使腰部制动,制动时间不少于6周。也有学者主张半椎板切除1周后下床活动[6]。所谓有序,就是有计划地协助并指导患者进行下肢肌、腹肌、腰背肌的功能锻炼。循序渐进,坚持不懈,并遵守"个性化"的原则。严密监测重要脏器的功能情况,定时监测病人的生命体征,注意血压变化,尿量情况。由于手术可能导致老年患者并存疾患的反复或加重,并容易发生并发症,应积极地进行预防和处理。如多数老年人存在不同程度的骨质疏松,不宜过久卧床或制动;老年人的凝血功能较差,术后椎管内出血相对较多,血肿机化形成,椎管内纤维粘连;应保持大便通畅,减少腹压增高,预防血栓形成。

总之,对老年腰椎间盘突出症应全面考虑,充分考虑到老年患者生理特点及脊柱退行性变的解剖特点,对于诊断明确、短时期保守治疗无效的患者,在对每一个患者进行诊治时,充分考虑其个体化、多样化的特点,有针对性的采取预防和治疗措施,注意手术方式的选择,重视围手术期处理,尽可能减少手术创伤,减少腰椎不稳定的因素,是获得良好的手术疗效、减少术后并发症的重要保证[10]。

[参考文献]

[1] 戴守达,董小雄,栾修荣,等. 老年人腰椎间盘突出症的围手术期治疗[J]. 颈腰痛杂志,2003,24(4):214-217.

[2] 蒋 阅,闻久全,张世斌. 103例老年性腰椎间盘突出症诊治体会[J]. 实用诊断与治疗杂志,2005,19(4):289-290.

[3] 高 宏,王明辉. 腰椎间盘突出症围手术期诊治与护理体会[J]. 局解手术学杂志,2003,12(2):171-172.

[4] 宋 磊,林 欣,邢汝鹏,等. 手术治疗老年游离型腰椎间盘突出症(附26例报告)[J]. 北京医学,2006,28(8):473-475.

[5] 刘钦毅,杨有庚,王相志. 老年腰椎手术的围手术期治疗[J]. 中国修复重建外科杂志,2006,20(4):416-418.

[6] 郑季南,王森林,洪庆南,等. 老年腰椎间盘突出症围手术期治疗[J]. 颈腰痛杂志,2003,24(3):156-158.

[7] 宋玉杰,王 宁,李双齐,等. 腰椎间盘突出症与脊椎滑脱的力学分析和手术治疗[J]. 局解手术学杂志,2008,17(4):239-241.

[8] 蒋尧传,唐志宏,辛桂桐 等. 老年腰椎间盘突出症临床特点及外科治疗[J]. 华夏医学,2006,19(3):479-480.

[9] 乔玉宁. 老年腰椎间盘突出症围手术期护理体会[J]. 淮海医药,2002,20(6):520.

[10] 李锋生,陈瑞光,陈鸿辉,等. 老年腰椎间盘突出症的围手术期处理[J]. 广东医学,2002,23(4):406-407.

[11] 刘钦毅,杨有庚,郑长军,等. 老年腰椎间盘突出症合并腰椎管狭窄症特点与治疗[J]. 中国骨伤,2005,18(6):324-325.

[12] 刘 俊. 中西医结合治疗腰椎间盘突出症156例报告[J]. 贵阳中医学院学报,2008,30(3):25-26.

[13] 赵定麟. 脊柱外科学[M]. 上海:上海科学技术文献出版社,1996.535.

(编辑:左艳芳)