手术治疗青年多节段巨大腰椎间盘突出症1例

殷 翔,孙红振 (第三军医大学附属大坪医院野战外科研究所骨科,重庆 400042)

[关键词] 脊柱;腰椎间盘突出症;手术
[中图分类号] R681.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2008)06-0429-01

青年腰椎间盘突出症在临床上较为少见,需手术治疗的多节段巨大腰椎间盘突出症更为罕见。近期我科手术治疗1例青年多节段腰椎间盘突出症患者,现报告如下。

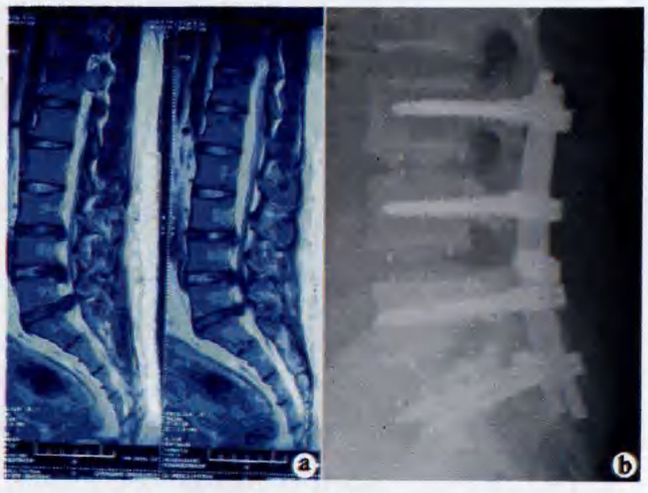
1 资料与方法

1.1 临床资料

患者,男,21岁,身高165 cm,体重89 kg。临床表现反复腰痛4年,加重伴右下肢放射性疼痛、麻木、乏力,疼痛性质为胀痛。曾对症处理,疼痛情况均可缓解,后来疼痛加重,并出现右下肢放射痛,保守治疗后疼痛无缓解。查体:股神经牵拉试验阳性,右侧直腿抬高试验阳性,右足背、小腿外侧皮肤痛触觉减退,右侧股四头肌肌力Ⅲ级,拇趾背伸肌力Ⅱ级,小趾背伸肌力Ⅲ级,其余各肌肌力正常。辅助检查:CT、MRI示:$L_3\sim L_4$、$L_4\sim L_5$、$L_5\sim S_1$椎间盘突出明显,相对应硬膜囊受压明显。行后路$L_3\sim L_4$、$L_4\sim L_5$、$L_5\sim S_1$椎间盘髓核摘除、植骨融合内固定术。

1.2 手术方法

充分进行L_4、$L_5\sim S_1$半椎板暴露,L_5右侧有黄韧带的增厚,仔细清除后显露出硬脊膜及神经根并加以保护,显露$L_3\sim L_4$、$L_4\sim L_5$、$L_5\sim S_1$椎间隙,探查见$L_3\sim L_4$、$L_4\sim L_5$、$L_5\sim S_1$椎间盘髓核明显突出,相应神经根受压变性,$L_4\sim L_5$、$L_5\sim S_1$后纵韧带破裂,髓核脱出进入椎管内,彻底清除椎间盘髓核组织,植入内固定,并撑开椎间隙,分别放置单枚Cage于$L_3\sim L_4$、$L_4\sim L_5$、$L_5\sim S_1$椎间隙内,并使用钉棒系统加压固定于腰3、4、5、骶1椎体(见图1)。



a:术前MRI片;b:术后X片

图1 术前、术后影像学检查对比

2 结果

术后予以抗感染、止血、神经营养、脱水治疗后患者症状明显改善,随访过程中患者恢复情况好,腰腿痛消失,下肢肌力恢复正常。

3 讨论

青少年腰椎间盘突出的常见原因有过早退变、外伤、腰椎结构异常等[1-3]。本例患者的过度肥胖是加重腰椎退变的一个重要原因。青少年腰椎间盘突出常具有典型的成人腰椎间盘突出症的临床特点和体征,如腰痛、坐骨神经痛、腰部畸形、保护性肌肉痉挛、活动受限等,同时直腿抬高试验阳性率也较高,可能与青少年对疼痛刺激的耐受性差有关。一般无肌萎缩或萎缩较轻。X线片多无异常改变,CT、MRI检查可发现硬膜外脂肪变薄,硬膜外间隙中有软组织密度影,硬膜囊受压变形,神经根鞘受压明显等变化。

因为青少年椎间盘突出症髓核水份多,呈胶冻状,弹性大,经卧硬板床休息、加强腰背肌功能锻炼及腰椎牵引等保守治疗,突出的髓核多可复位。但本例患者经过长期正规保守治疗仍无效,甚至症状加重,故选择手术治疗。手术须将突出的髓核和一起突入椎管内的纤维环、软骨板一并摘除,达到神经根的减压,若仅摘除软性的髓核与部分纤维环,则将影响手术效果[3-4]。因椎间盘切除后脊柱稳定性受到一定影响,关节突关节承重增大,致关节面磨损、增生、退变,引起侧隐窝、椎间孔和神经根管狭窄,是导致术后复发的主要原因,且本例患者同时切除3个椎间盘,故同时采用椎间Cage植入以稳定脊柱,应尽量保留小关节的完整性,术后加强腰背肌锻炼,以增加脊柱的稳定性。

[参考文献]

[1] 郑文杰,周 跃.后路腰椎间盘镜治疗多节段腰椎间盘突出症[J].局解手术学杂志,2005,14(3):149-150.
[2] Durham SR,Sun PP,Sutton LN. Surgically treated lumbar disc disease in the pediatric population:an outcome study[J]. J Neurosurg,2000,92(1 Suppl):1-6.
[3] 王吉兴,金大地,陈健庭,等.青少年腰椎间盘突出症12例临床分析[J].第一军医大学学报,2001,21(3):222-223.
[4] 李念虎.手术治疗少年型腰椎间盘突出症1例[J].中国矫形外科杂志,2008,16(5):1195-1196.

(编辑:周小林)

[收稿日期] 2008-09-10 [修回日期] 2008-10-19