维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253 - 3626(2005)06 - 0924 - 01

老年患者腰椎间盘突出手术与非手术治疗疗效探讨

隆晓涛,霍 强,张鹏龄

(重庆市中山医院骨科,重庆 400013)

【中国图书分类法分类号】R681.5+3 【文献标识码】B 【收稿日期】2005 - 03 - 20

目前,对老年患者腰椎间盘突出的治疗仍存在不同的认识,我们对自 1996 - 1998 年所治疗的 53 例老年腰椎间盘突出患者进行了为期 5 年的调查,报告如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

53 例中男性 36 例,女性 17 例,平均年龄 64 岁(55 - 75 岁);平均病程 1.6 年(2 个月 ~ 5 年)。所有患者被分成手术组及保守治疗组,其中手术组 15 例,男 8 例,女 7 例,平均年龄 58.5 岁;保守治疗组共 38 例,男 29 例,女 9 例,平均年龄 69.5 岁。

1.2 治疗方法

1.2.1 手术组 按常规腰椎手术进行术前准备并择期手术。手术采用屈髋屈膝侧卧位,腰桥在病变节段并摇高,使患侧椎间隙张开。后侧正中纵行切口,切开棘上韧带,然后在病变侧沿棘突和椎板注射肾上腺素生理盐水,于骨膜下剥离骶棘肌,切除椎板间黄韧带和小部分椎板开窗,仔细辨认并向内侧牵开神经根,暴露髓核突出部分或向后凸起的后纵韧带,切除突出的椎间盘组织,如有椎管狭窄,予以扩大减压并解除狭窄侧隐窝。术后切口内负压引流 24 ~ 48h,并预防感染。10 ~ 14 天拆线,带腰围在帮助下站立或大小便,腹部及下肢等长肌肉收缩练习,尽量避免久坐和驾车,逐日增加行走距离。前几周内禁止抬重物、弯腰。术后 14 ~ 16 周开始或恢复背部训练。16 周后逐渐开始抬举重物、弯腰等活动。

1.2.2 保守治疗组 避免从事体力劳动,半卧位或侧卧位屈髋屈膝并将一枕头垫于两腿之间,指导其进行腹肌及腰背肌训练,腰腿痛严重时可使用消炎镇痛药物、腰围制动、理疗、牵引及硬膜外激素治疗。

作者介绍:隆晓涛(1969 -),男,主治医师,
主要研究方向:骨科疾病。

1.3 评价方法

所有病人由专人分别对其治疗前、治疗后 3 ~ 5 年进行问卷调查、体检。评价标准为:休息及正常工作、生活均无腰腿痛为优;休息时无腰腿痛,正常工作时有轻度腰腿痛但仍能坚持为良;休息时无腰腿痛,正常工作时有明显腰腿痛,须减轻工作量为尚可;休息时轻度腰腿痛,尚能从事轻工作而不需止痛药为较差;休息时明显腰腿痛,丧失工作能力,须用护腰及服用止痛药为差。

2 结 果

见下表 1。治疗前手术组与保守组相差不明显,治疗后 3 ~ 5 年手术组与保守组均有明显疗效。优良率无明显差异。

表 1 腰椎间盘突出保守与手术疗效比较

	治疗前		治疗后			
保守组	差	较差	较差	中	良	优
(38)	(33)	(5)	(4)	(4)	(23)	(7)
	(86.8%)	(13.2%)	(10.5%)	(10.5%)	(60.5%)	(18.5%)
手术组	差	较差	较差	中	良	优
(15)	(4)	(11)	(2)	(1)	(9)	(3)
	(26.7%)	(73.3%)	(13.3%)	(6.7%)	(60%)	(20%)

2.1 腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出在腰腿痛病人中占重要地位,Kirkaldy - willis 和 Hill 指出它是退变的并发症,它的自然病史特点是疼痛反复发作,间以明显的或完全性的缓解期[1]。在健康人群中,腰椎间盘病变及突出的高发期在 30 ~ 40 岁年龄段,近年来老年患者有增加的趋势。疼痛常开始于下腰段,向坐骨神经支配区域或臀部放射,根性疼痛常放射至膝以下,分布于受累神经根支配区域。椎间盘突出还包括肌力减弱和感

(下转第 928 页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

插管方式及术中气道管理。如果病变是中央型肺癌累及隆突,且另一侧支气管开口未被累及,可选择双腔支气管导管插管,它的优点是可以直接将导管插入支气管保证通气并防止血液及组织进入对侧健康的肺,起到一个很好的保护作用。如果患侧肺完全不张,单靠听诊来确定双腔支气管导管的位置有一定难度,若能用纤维支气管镜定位,就能保证位置准确无误。术中应手术要求需退管送管以确保手术操作的顺利和肺的通气。在处理气管和隆突时,由术者直接插入另一根无菌单腔气管导管至健肺,并通过延长管和消毒螺纹管连接到麻醉机上进行通气,导管最好选择钢丝导管,插入不宜过深以免上肺通气不足,适当的固定防止滑出。若套囊冲气后仍不能完全密闭,应以静脉麻醉为主,注意吸引防止血液返流到健侧。

加强术中监护。术中注意输液的量和速度,注意晶胶比例,维持血流动力学的稳定。除常规的生命体征监测外,有创动脉压及中心静脉压的监测更能即时的反映血流动力学的变化,对指导术中输液的量、速度、晶胶比例、维持血流动力学的稳定起到了不可忽视的作用。此外,呼气末二氧化碳分压和血气的监测非常重要,能及时了解机械通气和氧合的情况保证患者的安全。

如果病变累及上腔静脉,在阻断上腔静脉时,应注意脑保护。可给予甲强龙 500mg,冰帽降温,血压维持在较低水平(SBP < 100mmHg)防止出血;如果 CVP > 30mmHg,时短可不予处理,时长则可采用放血或静脉转流或在体外循环下行上腔静脉成型术。

术后气道维持与管理。气管重建术的病人,由于气管部分切除而缩短,术终必须保持头屈位,以减轻气管缝合处张力。如另一侧肺功能良好,直接带双腔支气管导管回 ICU,机械通气辅助几小时就可拔管。若预计呼吸支持需较长时间,可在纤维支气管镜引导下换成单腔气管导管,以利于吸痰和管理。静脉泵注异丙酚或咪唑安定可以增强病人的耐管能力。

总之,隆突重建术的麻醉虽然较难处理,但充分的术前准备,手术医生和麻醉医生的密切配合,术中通气管理和监测的加强,能确保病人的安全和手术的顺利进行。

参 考 文 献

[1] 刘俊杰,赵 俊。现代麻醉学[M]. 第 2 版,北京:人民卫生出版社,1999;750

[2] 耿万明,苏 跃,邝贤宣,等. 高频通气在气管隆突重建术中的应用[J]. 中华麻醉学杂志,2000;20(6): 336 - 337.

(上接第 924 页)

觉异常等其他症状。查体直腿抬高试验(Laseque 征)常为阳性,受累神经根支配区域感觉损害、肌力减弱,反射异常。目前,对腰椎间盘突出症的诊断主要靠临床症状、体征、X 光检查、CT 和 MRI 的综合判断。

2.2 腰椎间盘突出症的保守治疗

腰椎间盘突出症的保守治疗方法很多,从简便的卧床休息到价格昂贵的牵引治疗,均有明显的治愈率。而且由于椎间盘疾病的自然病史特点,发作时症状较重,其后不论治疗与否,症状最终都能缓解,病情改善。目前主要运用的非手术治疗方法有:腰围制动、腹肌及腰背肌功能锻炼、理疗、牵引、硬膜外激素治疗等。只要完成全部疗程的病人疼痛均能减轻。本组资料显示:老年病人手术优良率为 80%,而非手术优良率为 79%。因此我们认为对非急性期老年病人应首选保守治疗。

2.3 腰椎间盘突出症的手术治疗

外科医生和病人都应该知道,手术的目的不是治愈,只能解除症状,手术既不能终止导致椎间盘突出的病变过程,也不能使腰部恢复到以前的状态。如希望延长疼痛缓解期,病人的生活方式必须作某些永久性调整。手术摘除椎间盘是治疗腰椎间盘突出的重要方法,常用的有“开窗”式腰椎间盘摘除术、半椎板切除术、全椎板切除术、经硬脊膜摘除术、前路椎间盘摘除术、微创外科摘除椎间盘及经皮穿刺腰椎间盘摘除术等。手术方式很多,但必须严格掌握手术适应征。本组资料显示:急性期老年患者手术效果明显优于保守治疗. 所以我们认为,对明确诊断的急性期患者以及反复发作的老年患者,手术效果明显优于非手术治疗。

3 总 结

腰腿痛这一古老的疾病目前已成为一种现代的国际性的流行病。随着脊柱的退行性变,腰椎间盘的退变、突出,腰椎管狭窄在腰腿痛中所占比例越来越高,并严重影响身体健康。到目前为止,对腰椎间盘突出手术与否仍存在争议。我们认为对于急性期和严重影响生活质量的老年患者,通过切除椎间盘、椎管减压来缓解临床症状、控制病情发展、提高生活质量无疑具有重要意义。而保守治疗对老年患者特别是初次发作或因为身体等各种原因不宜手术以及症状、体征不是很重的老年患者仍有一定疗效。但一旦在保守治疗过程中有症状加重的情况,应改为手术治疗,且手术范围、创伤以小为好。