DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.02.034



# 腰椎间盘突出症再次手术6例原因分析

吴继明 李起鸿 (第三军医大学西南医院骨科) 630038

我院自1976年6月至1990年12月共行腰椎间盘摘除术185例,优良率为95%,其中再次手术6例(占3.2%)。为提高疗效,就本院腰椎间盘再次手术原因报告如下。

## 1 临床资料

(见附表)。

| 例号 | 性别 | 年龄 | 第一次手术 | | | 第二次手术 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 术前诊断 | 术后诊断 | 术后观察 | 间隔时间 | 术前诊断 | 术后诊断 | 最后疗效 |
| 1 | 女 | 26 | $L_{4\sim5}$(右) | $L_{4\sim5}$(右) | 6周加重 | 6月 | 原位复发 | $L_{4\sim5}$(中) | 良 |
| 2 | 女 | 25 | $L_4\sim S_1$(中央) | $L_4\sim S_1$(中央) | 腰痛 | 7月 | $L_5$不稳 | $L_5$不稳 | 优 |
| 3 | 女 | 34 | $L_{4\sim5}$(右) | $L_{4\sim5}$(右) | 6月后腰痛加重 | 2年 | 植骨断裂 | 植骨断裂 | 良 |
| 4 | 女 | 44 | $L_5\sim S_1$(左) | $L_5\sim S_1$(左) | 2周后加重 | 8月 | 原位复发 | 原位复发 | 良 |
| 5 | 男 | 27 | $L_{4\sim5}$(右) | $L_{4\sim5}$(右) | 2月后对侧加重 | 6月 | 原间隙对侧突出 | 局限狭窄 | 良 |
| 6 | 男 | 26 | $L_{4\sim5}$(右) | $L_{4\sim5}$(右) | 6月后腰痛加重 | 14月 | $L_{4\sim5}$"TB" | $L_{4\sim5}$"TB" | 良 |

## 2 讨论

### 2.1 原位复发

本组2例,例1:$L_{4\sim5}$右侧突出第一次手术后症状缓解,6周后原腰腿痛加重,并出现鞍区痛觉减退及小便失禁。经保守治疗6个月无效,再次手术探查发现原间隙中央型椎间盘突出。再次手术后症状消除。例4,$L_5\sim S_1$左侧突出,术后症状缓解。2周下地负重时出现症状,经保守治疗6个月无效。再次手术探查发现原位复发。再次手术后症状消除。文献中原位复发的报告甚少。本文两例原位复发均为经验不足的医师手术,第一次手术虽将突出之纤维环切除,但椎间隙内的部份髓核未彻底刮除,是造成原位复发的主要原因。

### 2.2 腰椎间盘突出合并腰椎管狭窄

腰椎间盘突出合并同部位的椎管狭窄,其病因尚不明了。Burton[1]在225例腰椎间盘突出症手术探查中发现,侧隐窝狭窄占56%,叶根茂等[2]283例腰椎间盘突出症手术发现合并椎管狭窄72例(25.4%),陆裕朴等[3]报告为37.6%。我院185例腰椎间盘突出症手术中探查证实合并椎管狭窄70例(占37.8%)。从手术探查中所见:腰椎间盘突出合并椎管狭窄病例,绝大多数局限于椎间盘突出的同一间隙或同一侧。作者认为这类狭窄的原因可能继发于腰椎间盘突出和退变。其术后疗效优于单纯的腰椎管狭窄症。本组例5,因$L_{4\sim5}$右侧突出,行右侧半椎板切除,摘除突出之椎间盘,术中发现同侧黄韧带肥厚及神经根粘连,术后症状缓解。但2个月后又出现左侧腰腿痛,经保守治疗无效,6个月后又行左侧探查,发现左侧$L_{4\sim5}$椎板间及外侧黄韧带厚达12mm,行左侧半椎板及黄韧带切除神经根松解,术后症状消失。

### 2.3 腰椎间盘突出合并腰椎不稳

我院腰椎间盘手术病例合并腰椎不稳者占9.7%。主要为$L_4\sim S_1$单侧或双侧峡部裂,

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

部份合并轻度滑脱。其中大部份病例在腰椎间盘手术的同时分别行对侧椎板，同侧横突间及后路椎间隙植骨，术后均取得较好的结果。本组有 2 例，1 例因在腰椎间盘手术中已发现 $L_5$ 不稳，但当时未作处理，术后负重时腰痛加重，7 个月后再次行脊柱后触合，腰痛基本消除。例 3 为 $L_{4\sim5}$ 椎间盘突出合并 $L_5$ 峡部裂，手术行半椎板切除并摘除突出椎间盘，对侧椎板植骨。术后因植骨块断裂腰痛，2 年后再次后路植骨脊柱融合，腰痛基本消除。作者认为腰椎间盘突出同时合并有脊柱不稳者，需在椎间盘手术的同时行腰椎间融合方可取得满意的疗效，否则腰痛难以消除。后路腰椎融合有骨愈合不可靠、时间长等缺点，此类患者以前路手术为好。

2.4 腰椎间隙结核误诊为椎间盘突出症

腰椎间隙结核误诊为椎间盘突出症甚为少见，刘广杰等[4]报告 1 例（占同期病例的 0.2%）。本文例 6，因以 $L_{4\sim5}$ 椎间盘右侧突出术后 6 个月，不明原因复发，再次入院诊断为腰椎间盘术后复发，当时发现肺结核而出院治疗。距第一次手术后 9 个月时，腰椎片发现 $L_{4\sim5}$ 相邻椎间骨质破坏，血沉增高才意识到，椎间隙结核误诊为椎间盘突出。故再次入院经抗结核治疗及病灶清除治愈。作者认为单纯的椎间盘结核较少见，尤其在被破坏的椎间盘向椎管内突出时，可出现与一般椎管狭窄及椎间盘突出的类似症状。临床上在没有可靠的 X 线骨质改变时，易误诊为一般的腰椎间盘突出而行后入路手术，这将造成结核病变椎管内扩散的危险。同时对病灶的处理造成一定的困难。术前高质的 X 线片、详细地追问病史及常规的化验检查是防止误诊的有效措施。

**关键词** 椎间盘/外科手术

## 参考文献

1. Burton CV, Kirkaldy-Willis WH, Yong-Hing K, et al. Cases of failure of surgery on the lumbar spine. Clin Orthop, 1981; 157: 191
2. 叶根茂 邵宣 吴世樵，等。72 例合并椎管狭窄的腰椎间盘突出的治疗。人民军医，1988; 11: 52
3. 陆裕朴 王全平 候树勋，等。腰椎管狭窄合并或不合并椎间盘突出症的手术治疗（附 225 例分析）。中华骨科杂志，1988; 3: 162
4. 刘广杰 林发雄。腰椎间盘突出症手术治疗远期随访及有关问题探讨。中华骨科杂志，1981; 1(2): 92

（收稿：1992-04-15；修回：1992-07-27）

# 对 65 例重型肝炎患者施行经皮肝活检术的经验

毛 青 郑 江 张永明 （第三军医大学西南医院传染科）630038

由于重型肝炎（重肝）患者凝血机制障碍，且多并发腹水、肝性脑病等，经皮肝活检术（肝活检）后易发生出血、胆汁性腹膜炎等严重并发症，长期以来对重肝患者肝活检的指征看法不一。近几年来，我们采用单人 Menghini 法对 65 例各型重肝患者进行肝活检，全部获得成功，无一例发生严重并发症，现总结如下，并提出重肝肝活检适应症及禁忌症的商榷意见。

## 1 一般资料

### 1.1 患者

65 例重肝患者均系 1988 年 1 月～1991 年 12 月的住院病例，经病理确诊急性重型 2 例，亚急性重型 15 例，慢性重型 48 例，年龄 15～67 岁，平均 38.1 岁。

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net