DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.02.033



# 手术治疗胸腰椎结核的体会（附80例报告）

李 柏（新桥医院 骨科）

我院自1970年6月～1988年12月，手术治疗胸腰椎结核80例，效果满意。本文就80例作一临床分析及各种手术方法作一讨论。

## 1 临床资料

男38例，女42例；年龄最小5岁，最大60岁，以21岁～40岁组居多，占本组60%；病程1个月～20年；病椎数1个～5个；病椎部位：胸椎29例，胸腰椎16例，腰椎35例；临床表现：后凸畸形63例，寒性脓肿55例，流脓窦道19例；单纯性60例，合并截瘫20例，其中完全性截瘫6例，不全性14例，截瘫发生在胸椎18例，腰椎2例。

76例得到随访。随访时间1a～16a，平均6年9个月。单纯脊柱结核56例均经2a以上随访，未发现畸形加重或复发。截瘫20例中，不全性14例及完全性4例均得到恢复，可参加中等劳动6例，可上学、从事家务劳动或一般轻工作12例；截瘫恢复不全2例，其中1例胸椎6～8结核伴全瘫，经胸腔病灶清除前外侧减压及前路植骨，术后未恢复又行椎管后外侧减压，3个月后第3次行脊髓移位术，截瘫仍恢复不全；另1例胸椎7～10结核伴全瘫，经椎管后外侧减压，术后背部出现脓肿，经多次穿刺渐消，1个月后播散为结核性脑膜炎，经治疗好转，但截瘫恢复不全。

## 2 讨论

2.1 抗痨与结核播散复发有很大关系 脊柱结核是全身性结核的局部表现。全身情况的改善对脊柱结核治疗与恢复有显著影响。术前先行链霉素加异烟肼抗痨2周～3周，同时加强营养，改善全身情况，待中毒症状减轻，食欲增加、血沉下降50mm/h以下可行手术。本组1例播散为结核性脑膜炎因链霉素过敏改用卡拉霉素准备时间短，术后抗痨药又未加强有关。

2.2 脊柱结核的手术适应证 （1）有较大的寒性脓肿经抗痨治疗无法吸收者。(2)脊髓受压致完全性或不全性截瘫者。（3）经久不愈的窦道。（4）有明显骨空洞或死骨形成，均可为手术指征。

2.3 胸腰椎结核伴截瘫的手术方式 脊柱结核伴截瘫多因冷脓肿、干酪样肉芽肿、坏死的椎间盘或死骨以及不稳定的骨嵴压迫脊髓所致。这是脊柱结核的严重并发症，治疗较困难。本组采用：(1)前方减压术[1]：虽没有切开椎管减压，但引流了张力脓肿，扩大骨瘘孔，分开病椎取出压迫脊髓的死骨及坏死的椎间盘以及干酪样肉芽组织达到减压之目的。本组5例不全性截瘫采用此法均已恢复。（2）椎管前外侧减压术[2][3]：胸椎结核伴截瘫尤为适用。病灶清除前方不能达到减压时，切开椎管减压是必要的。胸椎3～11结核伴截瘫行椎弓根切除减压及椎体前路植骨；若切除椎管前方骨嵴则切除肋骨横突及关节突，扩大操作范围以免损伤脊髓。本组6例中5例截瘫得到恢复。仅1例胸椎6～8结核伴完全性截瘫做了3次手术，先开胸病灶清除，切除椎弓根减压及前路植骨。3个月后又作了椎管后外侧减压，切除部分骨嵴，截瘫恢复不大，考虑脊柱后突畸形严重而行脊髓移位，术后9个月截瘫才有所恢

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

复。（3）椎管后外侧减压：适用于胸椎、胸腰椎结核或继发一侧关节突、椎弓根结核性破坏，结核性物质压迫脊髓致截瘫者。手术切除肋骨横突、一侧椎板、关节突及椎弓根减压。若未行前路植骨时，可行另一侧半椎板后融合。本组9例效果满意。

我们体会，开胸病灶清除，前外侧减压及前路植骨融合治疗胸椎结核伴截瘫是值得提倡的手术。它不仅使脊髓减压，并行植骨融合，使脊柱处于稳定状态，即便截瘫未恢复再作其它减压术也无后顾之忧。本组无术中术后死亡病例。

2.4 *脊柱融合问题* 脊柱结核治愈须达到病椎骨性融合，而病椎自身融合的机会极少，须借助外力。胸椎3～11及腰椎3～5及骶1结核行开胸开腹或腹膜外病灶清除或减压同时前路植骨融合。前路植骨术适用于椎体破坏多、不稳定、骨空洞或已作了椎板切除不便后路植骨者。植骨来源以髂骨或带血管蒂肋骨为佳。骨性愈合后较坚强，能负重。本组57例一次即达骨性融合。游离肋骨移植仅适用于年老体弱、手术耐力差者。

脊柱后路植骨融合适于病灶静止，血沉在20mm/h以下，血色素10g以上，体温正常的脊柱不稳定，畸形有加重趋势或病灶清除后未行前路植骨者。

近年来，我们在胸椎或腰椎结核病灶除清或减压同时，采用椎间钉作内固定。它具有稳定脊柱、矫正部分脊柱后突畸形、前路植骨骨块不易滑脱和术后不用石膏外固定之优点。若发生感染取出较困难。本组6例无感染发生。

2.5 *脊柱结核合并瘘管的治疗* 脊柱结核伴冷脓肿穿破后继发性感染。它给治疗带来一定的困难。本组19例，在抗痨治疗加广谱抗生素应用下，彻底清除病椎的肉芽组织、死骨及坏死的椎间盘以及瘘管壁及其周围硬化疤痕组织一并切除。近大血管神经者则将坏死组织进行刮除。大量盐水冲洗后，病灶内放置青霉素及链霉素粉剂，关闭伤口，放置2根引流管，细管滴注庆大霉素液，粗管负压吸引5 d～7 d，停止滴注继续负压吸引，待渗出物无残留拔除。本组19例中10例出院时瘘管已闭合，未复发；1例因引流管阻塞而更换后愈合；7例在出院半年内瘘管愈合；1例术后1 a瘘管未愈又经病灶清除而愈。

通过实践，我们体会到各种手术方式都具有其特点和适应证。一定的手术方式往往适用一定的病例，应根据病人的具体情况及手术者的习惯而选用。选择最适宜的手术方法、细熟练的操作技巧，做到干扰脊髓少，促使抗痨药物进一步提高疗效，则按不同情况进行脊柱融合或后融合术，达到脊柱结核骨性愈合之目的，争取尽快治愈脊柱结核及其并发症。

## 参 考 文 献

1. 天津医院骨科。临床骨科学（二）结核。北京：人民卫生出版社 1974：257
2. Martin NS. Pott's paraplegia—A report on 120 cases. J Bone Joint Surg (Br) 1971; 53:596
3. Crenshaw AH. Campbell's Operative Orthopedics. 7th ed, Mosby, St Louis, 1987: 3341

（收稿：1990.02.21；修回：1991.01.11）

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