

老年腰椎管狭窄伴椎间盘突出症治疗的探讨

叶 斌¹, 陈友燕¹, 李 双¹, 马 辉², 许硕贵²

[摘要] 目的:探讨老年腰椎管狭窄伴椎间盘突出症的临床特点及治疗方法。方法:椎管减压加髓核摘除 18 例,椎管减压加髓核摘除加后路固定 18 例。结果:随访 1.5~5 年。椎管减压加髓核摘除优良率 83.3%,椎管减压加髓核摘除加后路固定优良率 94.4%。结论:老年腰椎管狭窄伴椎间盘突出症有手术条件者尽早手术,有关节突增生应进行固定手术,手术前后行抗骨质疏松治疗。

[关键词] 椎管狭窄;腰椎间盘突出症;内固定手术

[中国图书资料分类法分类号] R 681.5 **[文献标识码]** A

Treatment of the lumbar spinal canal stenosis coupled with disc protrusion of the elderly

YE Bin¹, CHEN You-yan¹, LI Shuang¹, MA Hui², XU Shuo-gui²

(1. Department of Orthopaedics, Yangpu Geriatric Hospital, Shanghai 200090;

2. Department of Orthopaedics, The Affiliated Changhai Hospital of The Second Military Medical University, Shanghai 200090, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the clinical characteristics and therapies of the lumbar spinal canal stenosis coupled with lumbar disc protrusion the elderly. **Methods:** Eighteen cases were operated on with Spinal decompression and spinal cord nucleus extraction, the other 18 cases were operated on with spinal cord nucleus extraction and internal fixation. **Results:** Following-up from 1.5 to 5 years, the efficient rate of the patients using the spinal cord nucleus extraction and spinal decompression is 83.3%, the efficient of these cases added to internal fixation is 94.4%. **Conclusions:** The elderly lumbar spinal canal stenosis coupled with lumbar disc protrusion should be operated on as soon as possible. The articular facet hyperplasia should be fixed and the anti-osteoporosis therapy should be carried out pre/post-operation.

[Key words] spinal canal stenosis; lumbar disc protrusion; internal fixation surgery

近年来,随着我国人口日益老龄化,老年腰椎管狭窄伴椎间盘突出症的发病率明显上升;50 岁以上发病的椎间盘突出多为退变型突出^[1],其大部分患者伴有增生性椎管狭窄症,由于担心手术影响其脊柱稳定性,所以很多必须手术治疗的患者未能及时给予手术治疗。本文就 60 岁以上老年腰椎管狭窄伴椎间盘突出症治疗情况作一报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 36 例均为我院 2003~2009 年收治的腰椎管狭窄伴椎间盘突出症,男 26 例,女 10 例;年龄 60~92 岁。病程 8~39 年。骨质疏松程度按照 Singh 指数分级:4 级 16 例,3 级 20 例。反复发作急、慢性腰痛 36 例,下肢疼痛 36 例,下肢疼痛伴麻木 36 例。下肢疼痛活动后加重、间歇跛行、行走困难 36 例。体格检查:腰部活动受限 36 例,腰椎侧突 28 例,椎旁局限性压痛 36 例,臀部、下肢放射痛 36 例;直腿抬高 5°~30°者 36 例, <10°者

22 例;膝、踝反射减弱 32 例;椎间盘定位区感觉异常 36 例。经常性腰背部疼痛 36 例,曾接受抗骨质疏松治疗 29 例,有骨质疏松性相关骨折史 19 例。辅助检查:X 线示 36 例均有腰椎骨质增生及腰椎间隙狭窄,腰椎体密度明显下降。CT 或 MRI 示腰_{3,4}椎间盘单节突出伴椎管狭窄和侧隐窝狭窄 5 例,腰_{4,5}椎间盘单节突出伴椎管狭窄和侧隐窝狭窄 18 例,腰₅ 骶₁ 椎间盘单节突出伴椎管狭窄和侧隐窝狭窄 8 例,腰_{4,5} 和腰₅ 骶₁ 椎间盘两节突出伴椎管狭窄和侧隐窝狭窄 4 例,腰_{3,4} 椎间盘、腰_{4,5} 和腰₅ 骶₁ 椎间盘三节突出伴椎管狭窄和侧隐窝狭窄 1 例。

1.2 治疗方法 椎管减压加髓核摘除 18 例,均经后路手术,健侧卧位,连续硬膜外麻醉,采用次全椎板切除、摘除突出的髓核及椎间盘内变性髓核;均行椎管及神经根管扩大减压术,术后均采用负压引流,引流量 24 h < 20 ml 时停止引流,绝对卧床 3 周,术后第 3 天腰局部理疗,术后第 8 天标准化实施^[2]腰背肌功能训练。

椎管减压加髓核摘除加后路固定 18 例,均经后路手术,俯卧位,连续硬膜外麻醉,采用次全椎板切除椎弓根固定,再扩大减压椎管、侧隐窝、神经根管,后摘除突出的髓核及椎间盘内变性髓核;术后均采用负压引流,引流量 24 h < 20 ml 时停止引流;术后

[收稿日期] 2009-12-28

[作者单位] 1. 上海市杨浦区老年医院 骨科, 200090; 2. 第二军医大学附属长海医院 骨科, 上海 200090

[作者简介] 叶 斌(1967-),男,副主任医师,副教授。

第 1 天开始半卧锻炼, 18 例术后第 8 天腰背肌功能训练均按同一标准实施^[2]。

术后 36 例均静脉运用七叶皂钠、甲钴胺、促循环药物治疗; 抗骨质疏松治疗均用鹿瓜多肽注射液、钙尔奇 D 片及鲑鱼降钙素注射液。术后抗凝药物使用 10 天(凝血功能延长的患者除外)。

2 结果

2.1 疗效评定 参照胡有谷^[3]标准。优: 症状完全消失或接近消失, 直腿抬高试验可达 60° 以上, 能恢复正常生活(排除其他疾病因素)。良: 症状大部分消失, 直腿抬高试验超过 50°, 可恢复正常生活(排除其他疾病因素)。可: 症状大部分消失, 直腿抬高试验较治疗前改善, 可自理日常生活(排除其他疾病因素)。差: 症状体征无明显减轻, 日常生活难以自理(排除其他疾病因素)。

2.2 疗效 随访 1.5~5 年。椎管减压加髓核摘除组优良率 83.3%, 椎管减压加髓核摘除加后路固定组优良率 94.4%。椎管减压加髓核摘除组的良可患者随访时间延长, 其腰部症状不断加重, CT 检查关节突及椎体周围增生逐渐加重, 3 例出现滑脱; 椎管减压加髓核摘除加后路固定组的患者随访时间延长, 其腰背肌在康复中功能不断增强, 腰部酸痛症状逐渐减轻甚至消失, 无脊柱滑脱, 3 例钉道有硬化但未出现钉移位。

表 1 两组患者疗效比较(n)

分组	n	优	良	可	差	优良率(%)
椎管减压加髓核摘除组	18	8	7	3	0	83.3
椎管减压加髓核摘除加后路固定组	18	15	2	1	0	94.4
合计	36	23	9	4	0	88.9

3 讨论

3.1 临床特点 (1) 女性发病率高于男性, 绝大多数患者以广泛腰背痛为首发症状而且持续存在, 这与骨质疏松症发病率是一致的^[4], 经抗骨质疏松治疗和腰背肌功能训练后腰背痛明显缓解或消失, 说明腰背痛主要是由骨质疏松和脊柱稳定性下降引起的。(2) 老年腰椎管狭窄伴椎间盘突出症均有伴行走困难或间歇跛行, 其产生原因是由于老年人椎间盘纤维环和髓核组织本身的退行性病改变, 极易破裂突出; 作为承担人体主要活动的腰椎因骨质疏松后对椎间盘终板的固着作用下降导致脊柱稳定性下降、黄韧带肥厚、不同程度的小关节异常(增生、肥大、内聚)引起椎管及神经根通道狭窄; 向椎管内突

出的椎间盘和椎管内增生的组织导致椎管有效容积减少即“储备容量”不足, 脊神经根或马尾神经经常处于一种受压危象之中^[5]。(3) 由于老年人椎间盘组织中水分与蛋白多糖均明显减少, 可使椎间盘组织所释放的化学物质对神经根刺激及所引起的自身免疫反应明显减少^[6], 所以老年患者的下肢放射灼热痛程度较青壮年明显降低, 但直接机械刺激引起的下肢放射锐痛及直腿抬高试验阳性率较青壮年无明显不同。

3.2 治疗方式选择 (1) 手术应尽早进行, 由于老年人就诊时大多合并不同程度的重要脏器病变, 术前应明确有无内科合并症及严重程度, 以便作相应的调整及处理。在主要脏器并发症纠正后能够完全达到手术要求者方可进行手术。年龄只作为手术风险和预后的因素之一, 但不作为手术禁忌证。骨质疏松症程度只作术后抗骨质疏松和术中减压操作力度控制的参考, 但不作为手术禁忌证。患者手术前后对骨质疏松治疗必须规范, 对原有的无菌性炎症应给予相应药物。(2) 对于关节突及椎体无明显增生的, 椎管狭窄主要由软组织增生引起者只要椎管减压加髓核摘除就可以, 但术后患者应绝对卧床 3 周, 有利于髓核摘除后遗留空间内血肿的机化, 对维持术后椎间隙高度起着积极作用。本组椎管减压加髓核摘除组优良率 83.3%。(3) 对于关节突明显增生提示椎间隙不稳的, 椎管狭窄主要是由骨组织增生引起的患者应进行椎管减压加髓核摘除加后路固定手术; 本组应用此术优良率 94.4%。内固定既可以防治远期脊柱滑脱, 又可以为髓核摘除后遗留空间内血肿的机化保留足够空间, 对维持术后椎间隙高度及脊柱稳定有着积极作用; 术后 3 周患者无须绝对卧床。

3.3 椎管减压加髓核摘除加后路固定注意事项 (1) 彻底解除压迫因素, 最大限度保护影响脊柱稳定的骨性结构。术前准确的定位诊断, 熟练而轻柔的操作, 仔细的术中探查非常重要, 由于患者骨质疏松切骨时一定要从小力开始, 避免力量过大失控误伤椎管内结构。椎管减压不可破坏椎板峡部的连续性, 如果需要可进行峡部以外椎板全部切除和椎板峡部内侧板切除; 神经根减压不可破坏关节突关节的连续性, 如果需要可以切除上下两个小关节突的内侧 1/2~1/3 部分, 神经能推移活动范围达到 5 mm 是基本要求。选择满足椎弓根最小直径的椎弓根钉可以保证内固定系统的稳定, 可以有效防治脊柱滑脱和假关节形成^[7]。(2) 积极预防积血性粘连和血肿机化性椎管内压迫。由于骨质疏松保留的骨创面单靠切骨压力不易止血, 应予骨蜡封闭止血,

肺部占位病理诊断的影响因素分析

蒋宗惠, 胡加海, 何广思

[摘要] 目的: 探讨肺部占位病理诊断的影响因素。方法: 回顾性分析肺部占位患者 148 例资料, 按病理诊断结果将其分为肺癌组 99 例和非肿瘤组 49 例进行分析。结果: 年龄 >60 岁的肺部占位患者中肺癌发病比例高于年龄 ≤60 岁组 ($P < 0.01$), 男性肺癌与女性肺癌患者中央型肺部占位与周围型肺部占位肺癌患者差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 肺部占位患者中年龄 >60 岁肺癌发病率最高。

[关键词] 肺疾病; 肺肿瘤; 穿刺术; 病理学

[中国图书资料分类法分类号] R 563 [文献标识码] A

Influencing factors for pathological diagnosis of lung mass

JIANG Zong-hui, HU Jia-hai, HE Guang-si

(Department of Oncology, Chuzhou First People's Hospital, Chuzhou Anhui 239000, China)

[Abstract] Objective: To explore the factors affecting the pathological diagnosis of lung mass. Methods: A retrospective analysis of 148 cases of mass distribution in lung was performed. The cases were divided into tumor group and non-tumor group according to the results of pathological diagnosis. Results: The incidence of lung cancer was higher in patients above the age of 60 than that under 60 ($P < 0.01$); but the positive rate had not significant difference in gender or distribution of lung mass. Conclusions: The highest incidence of lung cancer is observed in patients with lung mass above the age of 60.

[Key words] lung disease; lung neoplasms; puncture; pathology

原发性支气管肺癌(简称肺癌)是世界各地目前发病率和死亡率增长速度最快的恶性肿瘤, 目前引起了大众广泛关注。肺癌可通过影像学手段发现, 如 CT、X 线片等, 影像学常表现为肺门或外周占位, 最终可经过纤维支气管镜检查、肺活检、肺穿刺等手段取得病理学结果来明确诊断。2003 年 10 月至 2008 年 3 月, 我院经肺组织穿刺方法确诊肺部占位 148 例, 现就肺癌与发病年龄、患者性别及肿块位置的关系作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 148 例在我院或外院经 CT 发现为肺部占位, 后经病理学或细胞学检查确诊为肺癌 99 例, 非肿瘤患者 49 例。男 119 例, 女 29 例; 年龄 <30 岁以下 7 例, 30~60 岁 41 例, >60 岁 100 例。

1.2 方法 穿刺前根据病变部位选择相对舒适的体位, 并在相当于病变的体表穿刺点放置自制的“栅栏样”体表定位器行 CT 扫描。获得 CT 扫描图像后制定穿刺计划, 确定穿刺点、进针方向、角度及深度, 选定穿刺针的长度和粗细。用 2% 利多卡因局部麻醉, 在 CT 扫描监控下, 根据设定的穿刺计划, 用穿刺针经穿刺点病灶穿刺。针尖接近或进入

[收稿日期] 2009-03-24

[作者单位] 安徽省滁州市第一人民医院 肿瘤内科, 239000

[作者简介] 蒋宗惠(1965-), 女, 副主任医师。

术中出血点和渗血点进行彻底止血。术后切口放置有效的负压引流, 既可以充分引流和观察积血产生情况, 也可以早期发现椎间隙感染征兆及防治切口脂肪液化^[8]。早期主被动直腿抬高训练避免神经根粘连^[2]。

[参 考 文 献]

[1] 冯传汉, 张铁良. 临床骨科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 1885.

[2] 叶斌, 金鹿. 腰椎间盘突出症术后康复治疗分析[J]. 现代康复杂志, 1999, 3(3): 278-279.

[3] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 255.

[4] 曹建中, 何玉香, 吕维善. 老年骨内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 140-158.

[5] Weisz GM, Lee P. Spinal Canal stenosis concept of spinal reserve capacity: radiologic measurement and clinical application [J]. Clin Orthop, 1983, 179(1): 134-140.

[6] 戴力扬. 年龄对腰椎间盘突出症患者症状与体征的影响[J]. 临床骨科杂志, 1999, 2(3): 170-172.

[7] Emami A, Deviem V, Berven S, et al. Outcome and complications of long fusions to the sacrum in adult spine deformity. Luque-Galveston, combined iliac and sacral screws, and sacral fixation [J]. Spine, 2002, 27(7): 776-786.

[8] Ragab AA, Fye MA, Bohlman HH, et al. Surgery of the lumbar spine for spinal stenosis in 118 patients 70 years of age or older [J]. Spine, 2003, 28(4): 348-353.