

再谈提高对腰椎间盘突出疾患诊治的认识

侯树勋

(解放军总医院 304 临床部骨科 100037 北京市)

中图分类号: R681.5 文献标识码: C 文章编号: 1004-406X(2005)-06-0325-01

自 1934 年 Mixture 和 Barr 提出后路椎板切除髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症以来, 70 年间各国医生采用该方法治疗了大量腰椎间盘突出症患者并取得了良好的疗效。Adams 关于“髓核突出到后纵韧带下引发急性腰痛, 穿破后纵韧带压迫神经根时, 即产生放射痛”的解释长期以来被广大学者所接受。近年来, 随着基础研究的不断深入, 腰椎间盘突出症这一传统概念引发了新的置疑。人们发现单纯的机械压迫理论, 很难解释临床中的很多征象。髓核组织引发的炎症和自体免疫反应, 在腰椎间盘突出症中的作用逐渐被人们所认识。

椎间盘源性腰痛理论的提出, 使很多原先不明原因腰痛的患者得到了准确的诊断和有效的治疗。但是, 由于该病缺乏特征性的症状和体征, 常规影像检查(包括 X 线和 CT)常无阳性发现, 因此, 提高椎间盘内破裂的诊断水平是临床亟待解决的问题之一。一般认为椎间盘造影是诊断椎间盘内破裂的理想方法, 但长期慢性疼痛导致的中枢致敏, 以及某些患者存在的心理因素都会影响该方法的准确性。因此, 要根据造影时注射药物的阻力、剂量、造影剂的分布形式、患者感受的疼痛强度以及与造影术前疼痛性质是否一致等因素综合判断。应该指出的是, 椎间盘造影仍是一种有创检查, 由此引起的椎间盘炎、蛛网膜炎、腹膜后出血等并发症时有报道, 所以, 在采用该检查方法时应注意适应证的选择和并发症的预防。另外, 要避免将一般性的软组织损伤或小关节突的病变误诊为该病。

磁共振成像是一种有价值的检查方式, 在 T2 加权像纤维环后部出现的高信号影(high intensity zone, HIZ)被认为是具有诊断意义的影像, 但也有作者指出 HIZ 具有高敏感性和低特异性, 即部分无腰痛症状者 MRI 检查也可以出现 HIZ, 对其形成的病理基础也存着不同的观点。

对于椎间盘源性下腰痛的治疗目前更呈现出“百花齐放”的局面, 从损伤最小的微创手术如射频、激光、经皮髓核摘除术, 到单纯间盘摘除、间盘摘除后椎间融合内固定、人工椎间盘置换等。面对如此多样的治疗方法, 我们应该如何选择? 创新是骨科发展的动力, 这是不争的事实, 但不是每一项新技术都一定优于传统的治疗方法。随着各种新技术、新器械开始广泛应用于椎间盘疾病的治疗, 使该领域学术气氛十分活跃, 但也出现了一些值得注意的现象。

1、不重视病史采集及理学检查, 过度依赖影像学结果。CT 和 MRI 的出现虽然大大提高了椎间盘疾患的诊断水平, 但是部分医生忽略了对患者特有症状、体征的分析, 单凭影像学改变就决定是否手术、手术部位, 结果导致手术适应证和手术范围盲目扩大, 既给患者增加了无谓的痛苦, 又增加了患者的经济负担。

2、不重视非手术治疗。有些腰椎间盘突出疾患在发病的初始阶段, 如能接受正规的非手术治疗, 可以使其椎管内炎症消退, 神经根张力降低, 疼痛症状得到缓解, 甚至治愈。对这类患者不做具体分析过早进行手术治疗会增加不必要的损伤和并发症。

3、片面求新, 手术越做越大。对椎间盘突出症来讲最理想的手术是以尽可能小的创伤, 有效的摘除椎间盘破碎组织, 解除神经根压迫。为此, 出现了许多微创手术方法, 尽量减小手术切口, 减少手术中对组织的牵拉。当我们努力将手术控制在最小范围的时候, 我们是否应该对那些组织损伤大、内置物多、并发症多、远期疗效尚不确切的治疗技术持慎重态度?

医生不仅仅要注意术后的近期效果, 还要考虑患者的一生健康。对任何一项新的技术, 只有经过长时间的随访才能判断其存在的价值。在临床科研中我们要大力提倡随机的前瞻性的对照研究, 鼓励做客观的、扎实的长期随访观察。在选择手术方法时我们应该冷静分析, 全面考虑, 避免盲目陷入市场促销和被有意夸大的临床效果中。寻找一种对患者创伤最小、并发症最少、经济负担最低、康复最快、远期疗效最佳的治疗方法是我们的共同追求。

(收稿日期: 2005-05-26)