

老年性腰椎管狭窄症保守治疗和手术治疗的疗效比较研究

蓝勇波

作者单位:530012 南宁,广西骨伤医院

作者简介:蓝勇波(1968-),男,医学博士,主治医师,研究方向:创伤骨科,脊柱外科。

[摘要] 目的 探讨腰椎管狭窄症的手术及非手术治疗的适应证。方法 将回顾分析确诊的96例腰椎管狭窄症患者分为2组,手术组54例确诊后1周进行手术治疗,术后1周行腰背肌功能锻炼;非手术组42例采用卧床休息、非激素类抗炎药物治疗、理疗、银质针、腰背肌锻炼、推拿以及护腰带护腰。平均随访2.5年。结果 手术组治愈率为94.2%,非手术组治愈率为90.5%,两组比较经 χ^2 检验差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 并非所有的腰椎管狭窄症都需要手术治疗,应严格掌握手术及非手术治疗的适应证。

[关键词] 腰椎管狭窄症; 手术治疗; 保守治疗

[中图分类号] R 681 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2008)01-0029-03

Comparison of the therapeutic efficacy between conservative therapy and surgery treatment of lumbar spinal stenosis in elder patients LAN Yong-bo. *Guangxi Orthopaedic Traumatology Hospital, Nanning 530012, China*

[Abstract] **Objective** To discuss the adaptation of conservative therapy and surgery treatment of lumbar spinal stenosis in elder patients. **Methods** The analysed elder patients of lumbar spinal stenosis were divided into 2 groups. Fifty-four cases in the surgery group were performed surgery treatment one week after diagnosis and performed the waist muscle function exercise after one week of surgery treatment. Forty-two cases in the conservative therapy group were treated by such conservative treatments as bed rest, the non-hormone pharmacological treatment, the physical therapy, the silver nature needle treatment, the waist muscle exercise, the massage as well as the waistband to protect the waist. **Results** The cure rate in surgery group was 94.2%, that in conservative therapy group was 90.5%. There were no significant difference between two groups ($P>0.05$). **Conclusion** All lumbar spinal stenosis in elder patients needs the surgery by no means and should grasp strictly the adaptation between conservative therapy and surgery treatment.

[Key words] Lumbar spinal stenosis in elder patients; Conservative therapy; Surgery treatment

腰椎管狭窄症是骨科的常见病、多发病,其诊断和治疗已被大多数骨科医生所了解,但是对于一些具体病例治疗方法的选择还存在着不少问题,有不少学者认为手术治疗的效果更好。但也有作者^[1]认为非手术治疗也可以达到理想的治疗效果。究竟选用何种治疗方法,应该有其各自的指征。本文通过对96例腰椎管狭窄症的手术及非手术治疗对照分析,探讨其手术及非手术的适应证,以供同行在治疗腰椎管狭窄症时借鉴。

1 临床资料

1.1 一般资料 96例均为我院2001-06~2007-

09期间的住院病人,分为手术组54例,男性30例,女性24例,年龄60~78岁,平均68.4岁。非手术组42例,男24例,女18例,年龄60~75岁,平均年龄66.7岁。主要临床表现为腰腿麻痛伴间歇性跛行,下肢轻度感觉障碍或腱反射异常,部分伴有马尾神经压迫症状,主要表现为小便不畅或马鞍区麻木感。

1.2 影像学狭窄类型 常规摄腰椎正侧位X线片,测量L4~5段矢状径最大1.7cm,最小1.0cm,普遍狭窄,横径最大3.0cm,最小2.6cm,均正常;CT或MRI扫描,椎管狭窄分中央狭窄和神经根管

狭窄(见表1)。

1.3 治疗方法

1.3.1 手术组 病人确诊后均在1周内进行手术治疗,采用硬膜外阻滞麻醉,手术时间长或年龄偏大

表1 CT或MRI扫描示腰椎管狭窄症情况在两组中的分布(例)

分型	手术组	非手术组	合计
中央管型	5	4	9
中央管并侧隐窝	20	16	36
中央管并椎间孔	8	6	14
单纯侧隐窝	21	16	37

者选择气管插管。椎板间开窗减压25例,半椎板切除15例,全椎板切除14例。术后常规输液和用抗生素治疗,20%甘露醇250ml静滴,12h1次,连续7~10d,术后1周进行腰背肌功能锻炼,2周下床活动,挺胸抬头,避免弯腰活动,出院后避免重体力劳动,坚持腰背肌功能锻炼6个月以上。

1.3.2 非手术组 入院后病人绝对卧硬板床4周,生理盐水500ml+活血药物静脉注射,20%甘露醇250ml静滴,12h1次,连续7~10d;口服非激素类抗炎药物,同时辅以银质针治疗,7天1次;急性症状缓解后给予腰部理疗推拿,每日1次,并行腰背肌功能锻炼,早、中、晚各1次,每次30min;起床时戴护腰;出院后避免重体力劳动,坚持腰背肌功能锻炼6个月以上。

2 结果

所有病人治疗后均得到随访,时间1~3年,平均2.5年。疗效评定按照中医病证诊断疗效标准^[2]。手术组54例中优40例,良9例,可2例,差1例,优良率94.2%。非手术组42例中优28例,良10例,可1例,差3例,优良率90.5%。两组优良率经 χ^2 检验,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗结果见表2。

表2 两组腰椎管狭窄症的治疗结果比较

分组	功能评定(例)				合计	优良率(%) [△]
	优	良	可	差		
手术组	40	9	2	1	54	94.2
非手术组	28	10	1	3	42	90.5

注:两组优良率比较,[△] $P > 0.05$

3 讨论

3.1 腰椎管狭窄症是指由于各种原因引起的腰椎管、神经根管、椎间孔等任何形式的异常狭窄,神经根或马尾神经的压迫综合征。1954年由 Verbiest^[3]首先提出这一名称。随着诊断技术水平的不断提高,CT及MRI的广泛应用,对本病的诊断越来越准确。本病确诊后如不论病程长短,不论是否有椎骨

狭窄与侧隐窝狭窄,不论是否伴腰椎间盘突出,而都一律行手术治疗,这样不但给病人增加手术痛苦和经济负担,而且由于某些手术效果不好,而出现其它并发症和后遗症。白晓东等^[1]认为非手术治疗也可以达到理想的治疗效果,因此,绝大多数病人的首选治疗是非手术治疗,而不是手术治疗。本组的手术与非手术组的优良率比较,无统计学差异($P > 0.05$)。

3.2 关于腰椎管狭窄症的治疗选择,根据我们的经验并非所有的病人都需要手术治疗,应严格掌握手术及非手术治疗的适应证。对老年性腰椎管狭窄症伴骨质疏松症患者,主张非手术疗法即采用卧床休息、硬膜外封闭、推拿、按摩、理疗等治疗为宜。由于非手术治疗不能从根本上解除病因,尤其是重度狭窄者,其治疗难于奏效,即使一度缓解,亦易复发。由于病程长,有的常卧床不起,而且多数患者常伴有高血压病、冠心病、糖尿病等内科疾病,因此,一般对手术治疗难以接受,只有在万不得已的情况下,才同意手术。老年性腰椎管狭窄症伴骨质疏松症选择手术时,必须慎重对待,认真检查,反复斟酌。对伴有内科疾病者待病情稳定后,方能手术治疗。

3.3 腰椎管狭窄症的发病机制不但有对脊髓、马尾及神经根的直接物理性压迫因素,同时循环异常也是一个很重要的原因^[4,5],特别是神经性间歇性跛行症状的出现与马尾、神经根的循环之间存在着很深的关系。Kavanaugh认为^[4],脊椎椎管的狭窄导致相应截面以下的脊髓压上升,当这种压力超过马尾静脉压时,静脉回流障碍,导致马尾或神经根的淤血及缺氧,并导致相应症状的发生。卧床休息、推拿和银质针治疗以及理疗能使腰背肌松弛,非激素类抗炎药物如消炎痛、布洛芬、芬必得等,可部分缓解临床症状。护腰带的使用目的仍是加强脊柱的稳定和缓解症状。静脉注射甘露醇具有抗炎消肿作用,也有采用具有扩张血管、增加血流量及抑制血小板凝集作用的复方丹参注射液治疗,对较轻的腰椎管狭窄同样有效。症状减轻、疼痛减轻后进行腰背肌功能锻炼亦能使脊柱得到稳定,疗效巩固。

3.4 老年性腰椎管狭窄症伴骨质疏松症者,脊柱均有退行性改变,椎间隙变窄,椎间盘弹性差,椎体关节面均有不同程度的唇样增生、黄韧带肥厚及神经根受压迫。因此,手术经椎管扩大开窗,行全椎板或半椎板切除、侧隐窝扩大、神经根松解^[6],以求真正解除神经根受压、缓解疼痛,从而达到理想的手术效

(下转33页)

血栓形成引起冠脉血流完全中断或极度降低而非冠脉狭窄闭塞。研究表明,有60%~70%的ACS患者冠脉狭窄程度仅为轻中度^[7], >75%AMI患者中其冠脉狭窄程度<50%^[8],也就是说并非累及的冠脉和病变越多,狭窄越严重,发生ACS的危险性就越大。最近的研究表明^[9],引起轻中度狭窄的斑块易于破裂,富含脂质的易损斑块一般较小,为动脉粥样硬化的早期,一般仅造成轻中度的狭窄。而引起严重狭窄的斑块由于斑块形成时间长,倾向限于纤维化而不容易破裂,表明斑块破裂与斑块的类型有关,而不是与冠脉狭窄的严重程度相关,即ACS的发生与冠脉病变的数量和狭窄程度不呈平行的线性关系^[10]。本组74例ACS病变的相关冠脉影像结果与上述文献报道相同,在本组不同Ba-PWV各组中,轻中度狭窄(<75%)者均多于严重狭窄(≥75%)者,不同Ba-PWV两组比较,ACS相关冠脉狭窄程度也无显著差异,即在不同Ba-PWV水平条件下,ACS发生与相关病变冠脉狭窄程度无关。因此,Ba-PWV水平高的ACS患者其危险因素多于Ba-PWV低者;Ba-PWV与ACS相关冠脉狭窄严重程度不相关。

参考文献

1 Fujimoto H, Yamaguchi T. Definition and pathophysiology of ACS

[J]. Nippon Rinsho, 2006, 64 (4):611-616.

- 2 Wilson PW, Agostino RB, Levy D, et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories[J]. Circulation, 1998, 97 (18):1837-1847.
- 3 Yamashina A, Tomiyama H. Arteriosclerosis and pulse wave velocity [J]. Nippon Rinsho, 2004, 62(1):80-86.
- 4 Sutton-Tyrrell K, Najjar S, Boudreau R M, et al. Elevated aortic pulse wave velocity, a marker of arterial stiffness, predicts cardiovascular events in well-functioning older adults[J]. Circulation, 2005, 111(25):3384-3390.
- 5 Munakata M, Ito N, Nunokawa T, et al. Utility of automated brachial ankle pulse wave velocity measurements in hypertensive patients[J]. AJH, 2003, 16(8):653-657.
- 6 顾惠茜,王淑霞,刘晓方.心血管危险因素与踝踝脉搏波传导速度的关系[J].宁夏医学杂志,2006,28(6):403-405.
- 7 Shak PK. Pathophysiology of plaque and the concept of plaque stabilization[J]. Clin Cardiol, 1999, 14(1):17229.
- 8 Little WC, Downes TR, Applegate RJ. The underlying coronary lesions and acute myocardial infarction: implications for coronary angiography[J]. Clin Cardiol, 1998, 14(1):868-874.
- 9 Meuwissen M, Vander Wal AC, Koch KT, et al. Association between complex coronary artery stenosis and unstable angina and the extent of plaque in inflammation[J]. Am J Med, 2003, 114(7):521-527.
- 10 Preston LM, Calvin JE, Class S, et al. Coronary angiographic morphology in unstable angina: comparative observations of culprit lesions in saphenous vein grafts versus native coronary arteries[J]. J Invasive Cardiol, 2002, 14(2):81-86.

[收稿日期 2008-08-27][本文编辑 谭毅 黄晓红]

(上接30页)

果。手术须注意在椎板切除或开窗时应尽量保留关节突,保持腰椎后柱和韧带的结构,以保持脊柱的稳定性。因患者的胃肠道的吸收功能减弱和肾功能的不同程度减退,其对钙的吸收功能也不同程度的减退,血钙浓度亦随之降低,从而导致甲状腺素(PTH)的作用增强,尤其是绝经期的女性,雌激素分泌的减少而对抗PTH作用减弱。在一增强一减弱的相互作用下,易发生溶骨作用,从而导致骨质疏松。所以除手术解除椎管狭窄外,还应对骨质疏松给予必要的治疗。通过腰背肌肉及下肢肌肉功能锻炼,增加骨细胞动力,促进钙盐的沉积等以改善局部血循环,达到改善骨质疏松的目的。

参考文献

1 白晓东,匡正达,邢更彦,等.非手术治疗老年患者腰椎管狭窄症

的疗效观察[J].中国康复理论与实践,2006,12(1):72-77.

- 2 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:201-202.
- 3 Verbiest H. A radicular syndrome from developmental narrowing of the lumbar vertebral canal[J]. J Bone Joint Surg Br, 1954, 36-B (2):230-237.
- 4 Kavanaugh GJ, Svien HJ, Holman CB, et al. Pseudoclaudication syndrome produced by compression of the cauda equina[J]. JAMA, 1968, 206(11):2477-2481.
- 5 Mizushima Y, Yanagawa A, Hoshi K. Prostaglandin E1 is more effective, when incorporated in lipid microspheres, for treatment of peripheral vascular disease in man[J]. J Pharm Arm Pharmacol, 1983, 35(10):666-667.
- 6 姜世平,钟文明,何建飞,等.椎板扩大开窗,黄韧带及椎板内切除治疗腰椎管狭窄症60例[J].颈腰痛杂志,2002,23(1):58.

[收稿日期 2008-08-16][本文编辑 谭毅 覃柯滔]