

腰椎间盘突出症_骨科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，
建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E8_85_B0_E6_A4_8E_E9_97_B4_E7_c22_609794.htm 早在1764年contugno曾描述过腰椎间盘突出症的综合症状。1857年virchow报告一例，1896年kocher发现因外伤所致的一例腰椎间盘突出症。1911年middleton和teacher报告了因腰椎间盘突出症压迫神经根而致死的一例。同年good-thwait说明腰椎间盘突出症与坐骨神经痛的关系。1928-1929年schmorl等腰椎间盘突出退性形变与腰椎间盘突出有关。1934年mixter,barr报告于手术切除脱出的腰椎间盘突出获得成功，并取得良好的效果。其后国内外学者相继开展了腰椎间盘突出术，并对腰椎间盘突出症进行了深入的研究。目前本症已被国内外学者所公认，并认为本症与95%的坐骨神经痛，和50%的腰腿痛有着密切的关系，并可引起继发性腰椎管狭窄。

【治疗措施】（一）非手术治疗 卧硬板床休息，辅以理疗和按摩，常可缓解或治愈。牵引治疗方法很多。俯卧位牵引按抖复位，是根据中医整复手法归纳整理的一种复位方法，现已研制出自动牵引按抖机，其治疗原理是：牵开椎间隙，在椎间盘突出部位以一定节律按抖，使脱出的髓核还纳。此法适用于无骨性病变、无大小便失禁、无全身疾患的腰椎间盘突出症。治疗前不宜饱食，以免腹胀，治疗后须严格卧床一周。一次不能解除症状者，休息数日后再次牵引按抖。本法简便，治愈率高，易为患者接受，为常用的非手术疗法。（二）手术治疗 手术适应证为：非手术治疗无效或复发，症状较重影响工作和生活者。神经损伤症状明显、广泛，甚至继续恶化，疑有椎间盘纤维环完全

破裂髓核碎片突出至椎管者。 中央型腰椎间盘突出有大小便功能障碍者。 合并明显的腰椎管狭窄症者。 术前准备包括x线片定位，方法是在压痛、放射痛明显处用美蓝划记号，用胶布在该处固定一金属标记，拍腰椎正位x线片供术中参考。 手术在局麻下进行。 切除患部的黄韧带及上下部分椎板，轻缓地牵开硬脊膜及神经根，显露突出的椎间盘，用长柄刀环切突出部的纤维环后取出，将垂体钳伸入椎间隙去除残余的退化髓核组织，冲洗伤口，完全止血后缝合。 操作必须细致，术中注意止血，防止神经损伤，术后椎管内注入庆大霉素预防椎间隙感染，闭合伤口前，放置橡皮管引流。 手术一般只显露一个椎间隙，但如术前诊断为两处髓核突出或一处显露未见异常，可再显露另一间隙。 合并腰椎管狭窄者，除作椎间盘髓核摘除术外，应根据椎管狭窄情况做充分的减压。 因系采用椎板开窗法或椎板切除法进行手术，不影响脊柱的稳定性。 术后3天下地活动，功能恢复较快，2~3月后即可恢复轻工作。 术后半年内应避免重体力劳动。 【病因学】 青春后期人体各种组织即出现退行性变，其中椎间盘的变化发生较早，主要变化是髓核脱水，脱水后椎间盘失去其正常的弹性和张力，在此基础上由于较重的外伤或多次反复的不明显损伤，造成纤维环软弱或破裂，髓核即由该处突出。 髓核多从一侧（少数可同时在两侧）的侧后方突入椎管，压迫神经根而产生神经根受损伤征象；也可由中央向后突出，压迫马尾神经，造成大小便障碍。 如纤维环完全破裂，破碎的髓核组织进入椎管，可造成广泛的马尾神经损害。 由于下腰部负重大，活动多，故突出多发生于腰4-5与腰5-骶1间隙。 【临床表现】 （一）腰痛和一侧下肢放射痛是该病的主要症状

。腰痛常发生于腿痛之前，也可二者同时发生；大多有外伤史，也可无明确之诱因。疼痛具有以下特点：1.放射痛沿坐骨神经传导，直达小腿外侧、足背或足趾。如为腰3-4间隙突出，因腰4神经根受压迫，产生向大腿前方的放射痛。2.一切使脑脊液压力增高的动作，如咳嗽、喷嚏和排便等，都可加重腰痛和放射痛。3.活动时疼痛加剧，休息后减轻。卧床体位：多数患者采用侧卧位，并屈曲患肢；个别严重病例在各种体位均疼痛，只能屈髋屈膝跪在床上以缓解症状。合并腰椎管狭窄者，常有间歇性跛行。（二）脊柱侧弯畸形：主弯在下腰部，前屈时更为明显。侧弯的方向取决于突出髓核与神经根的关系：如突出位于神经根的前方，躯干一般向患侧弯。左：髓核突出位于神经根内前方，脊柱向患侧弯，如向健侧的弯则疼痛加剧右：髓核突出位于神经根外前方，脊柱向健侧弯，如向患侧的弯则疼痛加剧（三）脊柱活动受限 髓核突出，压迫神经根，使腰肌呈保护性紧张，可发生于单侧或双侧。由于腰肌紧张，腰椎生理性前凸消失。脊柱前屈后伸活动受限制，前屈或后伸时可出现向一侧下肢的放射痛。侧弯受限往往只有一侧，据此可与腰椎结核或肿瘤鉴别。（四）腰部压痛伴放射痛 椎间盘突出部位的患侧棘突旁有局限的压痛点，并伴有向小腿或足部的放射痛，此点对诊断有重要意义。（五）直腿抬高试验阳性 由于个人体质的差异，该试验阳性无统一的度数标准，应注意两侧对比。患侧抬腿受限，并感到向小腿或足的放射痛即为阳性。有时抬高健肢而患侧腿发生麻痛，系因患侧神经受牵拉引起，此点对诊断有较大价值。（六）神经系统检查 腰3-4突出（腰4神经根受压）时，可有膝反射减退或消失，小腿内侧感觉减退。腰4-5突

出（腰5神经根受压）时，小腿前外侧足背感觉减退，伸及第2趾肌力常有减退。腰5骶1间突出（骶1神经根受压）时，小腿外后及足外侧感觉减退，第3、4、5趾肌力减退，跟腱反射减退或消失。神经压迫症状严重者患肢可有肌肉萎缩。如突出较大，或为中央型突出，或纤维环破裂髓核碎片突出至椎管者，可出现较广泛的神经根或马尾神经损害症状，患侧麻木区常较广泛，可包括髓核突出平面以下患侧臀部、股外侧、小腿及足部。中央型突出往往两下肢均有神经损伤症状，但一侧较重；应注意检查鞍区感觉，常有一侧减退，有时两侧减退，常有小便失控，湿裤尿床，大便秘结，性功能障碍，甚至两下肢部分或大部瘫痪。【辅助检查】需拍腰骶椎的正、侧位片，必要时加照左右斜位片。常有脊柱侧弯，有时可见椎间隙变窄，椎体边缘唇状增生。x线征象虽不能作为确诊腰椎间盘突出症的依据，但可借此排除一些疾患，如腰椎结核、骨性关节炎、骨折、肿瘤和脊椎滑脱等。重症患者或不典型的病例，在诊断有困难时，可考虑作脊髓碘油造影、ct扫描和磁共振等特殊检查，以明确诊断及突出部位。上述检查无明显异常的患者并不能完全除外腰椎间盘突出。大多数腰椎间盘突出症患者，根据临床症状或体征即可作出正确的诊断。主要的症状和体征是：腰痛合并“坐骨神经痛”，放射至小腿或足部，直腿抬高试验阳性；在腰4-5或腰5骶1棘间韧带侧方有明显的压痛点，同时有至小腿或足部的放射性痛；小腿前外或后外侧皮肤感觉减退，趾肌力减退，患侧跟腱反射减退或消失。x线片可排除其它骨性病变。

【鉴别诊断】（一）腰椎后关节紊乱 相邻椎体的上下关节突构成腰椎后关节，为滑膜关节，有神经分布。当后关节上、

下关节突的关系不正常时，急性期可因滑膜嵌顿产生疼痛，慢性病例可产生后关节创伤性关节炎，出现腰痛。此种疼痛多发生于棘突旁1.5厘米处，可有向同侧臀部或大腿后的放射痛，易与腰椎间盘突出症相混。该病的放射痛一般不超过膝关节，且不伴有感觉、肌力减退及反射消失等神经根受损之体征。对鉴别困难的病例，可在病变的小关节突附近注射2%普鲁卡因5毫升，如症状消失，则可排除腰椎间盘突出症。

（二）腰椎管狭窄症 间歇性跛行是最突出的症状，患者自诉步行一段距离后，下肢酸困、麻木、无力，必须蹲下休息后方能继续行走。骑自行车可无症状。患者主诉多而体征少，也是重要特点。少数患者有根性神经损伤的表现。严重的中央型狭窄可出现大小便失禁，脊髓碘油造影和ct扫描等特殊检查可进一步确诊。（三）腰椎结核 早期局限性腰椎结核可刺激邻近的神经根，造成腰痛及下肢放射痛。腰椎结核有结核病的全身反应，腰痛较剧，x线片上可见椎体或椎弓根的破坏。ct扫描对x线片不能显示的椎体早期局限性结核病灶有独特作用。（四）椎体转移瘤 疼痛加剧，夜间加重，患者体质衰弱，可查到原发肿瘤。x线平片可见椎体溶骨性破坏。（五）脊膜瘤及马尾神经瘤 为慢性进行性疾患，无间歇好转或自愈现象，常有大小便失禁。脑脊液蛋白增高，奎氏试验显示梗阻。脊髓造影检查可明确诊断。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com