

椎间盘镜建立通道时神经损伤的预防

王军 赵兵 石波

四川省绵阳市中心医院(绵阳 621000)

我院自 2001 年 1 月开始使用椎间盘镜治疗腰椎间盘突出症 22 例,其中早期的 3 例在扩张工作通道过程中发生神经根及硬脊膜损伤,经改进操作后未再发生。现报告如下,可能对刚开展此项工作的同道有所帮助。

临床资料

本组 3 例,1 例在插入定位针时过深,拔出扩张管后即见脑脊液流出,清除黄韧带后在硬脊膜上发现一细小破口,未行修补;另 2 例在使用最小直径扩张管时有明显落空感,同时患者沿坐骨神经有电击样疼痛,放入内镜后发现黄韧带破口,1 例术后沿坐骨神经有烧灼样疼痛,经对症治疗一周后缓解。3 例均未遗留运动及感觉障碍。

讨 论

椎间盘镜工作通道的建立是首先用定位针定

位,然后用扩张管逐级扩张,可使肌肉及软组织损伤减少至最小程度,术毕不需逐层缝合,利于术后恢复,定位针插入后针头上下移动以确定椎板间间隙,然后插入扩张管。如果椎板间间隙过宽,加上操作时用力过猛,极易发生定位针及扩张管穿破黄韧带损伤硬脊膜或神经根。本组 3 例经手术证实均有椎板间间隙增宽,所以在插入定位针前确定椎板间间隙宽窄可提醒操作注意。

改进后操作为:根据体表标志选定进针点,轻柔插入定位针,如针尖遇骨质或厚韧组织立即停止进针,用 C 形臂 X 光机定位,确定间隙无误,切开皮肤皮下及肌筋膜约 1.5cm,用食指伸入切口内钝性分离至椎板,可探知椎板间隙宽窄及深度,在插入定位针及扩张管时心中有数,如椎板间间隙大于扩张管直径,则改用大一号扩张管,始终保证扩张管直径大于椎板间间隙,可有效防止穿破黄韧带误伤硬脊膜或神经根,改进后未发生黄韧带穿破情况。