

## 参 考 文 献

- 1 陈敏山,李锦涛,张亚奇,等.大剂量碘油肝动脉栓塞化疗治疗中晚期肝癌.中华肿瘤杂志,2001,23:167.
- 2 汤钊猷,主编.现代肿瘤学.上海:上海医科大学出版社,1993.

373.

- 3 周洪语.榄香烯抗肿瘤作用机制的研究进展.中国肿瘤临床,2000,5:392.
- 4 张旭光,王绪,武维恒,等.动脉使用榄香烯对心电图的影响.介入放射学杂志,1998,7:47-48

(收稿日期:2002-03-25)

## · 临床经验 ·

# 前径路经皮穿刺椎间盘摘除、切吸术治疗腰 5 骶 1 椎间盘突出症

王英 刘彩玉 吴娟 张立新 李宏飞

腰椎间盘突出症是一种常见病、多发病,严重影响患者的日常工作和生活。目前临床上大多采取后径路经皮穿刺行腰椎间盘突出症的介入治疗。但对于腰 5 骶 1 L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> 椎间盘来说,由于受髂骨翼阻挡和腰骶角大小的限制,采用侧后方入路介入治疗成功率低,且易损伤腰骶部神经和血管。为此,我们采取前径路经皮穿刺法对 25 例 L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> 椎间盘突出症患者实施椎间盘摘除、切吸术,收到良好效果,现报道如下。

## 材料与方 法

### 一、一般资料

本组 25 例患者,腰痛者 19 例,下肢放射痛 22 例,直腿抬高或加强试验阳性 24 例,跛行 20 例。25 例患者均有腰椎正侧位片和 CT 片,中央型突出者 9 例,中央旁型 12 例,外侧型 4 例。

### 二、设备与器械

1、东芝 2000mA 数字减影 X 线机;2、济南龙冠公司产电动式椎间盘切吸仪(包括工作套管、逐级扩张管、环锯、髓核钳);3、18 号血管穿刺针、40cm 长的硬导丝;4、压腹定位器及角度板。

### 三、术前准备

1、术前 12h 冲服番泻叶 18g;2、术前 90min 口服硫酸钡粥 150ml;3、术前 1h 肌注或口服甲氧氯普胺 10mg;4、术前 30min 直肠及膀胱排空。

### 四、手术操作要点

1、以角度板抬高患者臀部,使 L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> 椎间盘与手台垂直,压腹定位器行下腹局部施压;2、用穿刺针

抽吸状态下经腹穿刺 L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> 椎间盘;3、经导丝逐级插入扩张管、工作套管并行椎间盘前缘开窗;4、以突出部位为重点钳取髓核组织;5、负压切吸、冲洗(冲洗液为 500ml 生理盐水加庆大霉素 32 万 U 及甲硝唑 250ml);6、沿套管注入庆大霉素 16 万 U、拔管、包扎。

### 五、注意事项

1、严格无菌操作,手术室及器械需严格消毒;2、术中压腹定位器要将肠管压向周围,穿刺时穿刺针要在抽吸状态下进针,以确定有无血管损伤;3、环锯、髓核钳、切吸器不能超出突出物后缘;4、术后给予静脉滴注抗生素 3~7d。

## 结 果

以临床症状和体征改善情况来评价治疗效果,其标准分为(1)显效:患者症状和体征完全消失。(2)有效:患者症状及体征较术前明显改善。(3)无效:患者症状及体征较术前改善不明显或无改善。本组 25 例患者行经腹穿刺 L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> 椎间盘摘除、切吸术,均获得成功,患者术后症状和体征完全消失者 23 例,2 例无明显效果,有效率为 92%。25 例患者术后均无明显腹痛症状,均无肠管及血管损伤,亦无椎间盘感染症状。

## 讨 论

由于 L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> 椎间盘之前无大血管,小肠及乙状结肠移动范围较大,且肠系膜血管在 L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> 椎间盘水平分支细,活动度大,压迫定位器可使其压向周围,故穿刺径路非常安全。L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> 椎间盘前部厚度明显大于后部,可根据需要合理选择穿刺角度,以利于

钳取异位的椎间盘组织。且前径路可使工作套管活动度大,有利于多角度钳取或切吸椎间盘组织,甚至可直接钳取突出物,实现局部直接减压。另外,前径路手术过程中对腰肌和神经根无损伤,有利于患者术后早期进行腰背肌锻炼。

总之,前径路经皮穿刺法治疗  $L_5-S_1$  椎间盘突出症,不仅使患者免受开放手术之苦,同时又具有创伤小、安全性高和恢复快等优点,是一种较理想的介入治疗方法。

## 参 考 文 献

- 1 李明华,主编.神经介入影像学.第1版,上海:上海科学技术文献出版社,2000,187-193.
- 2 郭江.经皮穿刺腰5-骶1椎间盘髓核摘除术(附51例报告).中华放射学杂志,1995,29:700.
- 3 周成义,王承缘,等.经皮穿刺切割椎间盘治疗腰椎间盘突出症.临床放射学杂志,1991,10:144.
- 4 赵洪全,孙海成,刘建成,等.前入路经腰  $L_5-S_1$  椎间盘髓核摘除术的穿刺技术.介入放射学杂志,2001,10:288-291.

(收稿日期 2001-07-13)

## · 临床经验 ·

# CT 导向胶原酶溶核治疗腰椎间盘突出症

孙殿敬 赵明东 庄悦新 马爱武 张培功 秦东京

胶原酶化学核溶解治疗腰椎间盘突出症是近年来发展起来的微创手术治疗椎间盘突出的新方法。在 CT 导向下治疗,方法简单有效、安全性高、越来越多地得到应用<sup>[1]</sup>。我院自 1997 年 2 月~2000 年 5 月间,对 72 例患者进行胶原酶化学核溶解治疗腰椎间盘突出。近期疗效良好,现总结报道如下。

## 材料与方 法

### 一、一般资料

选择病例的标准是:经临床检查和 CT 扫描证实为腰椎间盘突出或突出,伴有明显的根性痛症状,经 3 个月的正规保守治疗无效者。对于伴有椎间盘钙化或椎管及侧隐窝狭窄、椎间盘脱出游离于椎管内的病例,不在选择之列。根据以上标准,我们自 1997 年 2 月~2000 年 5 月,共选择 72 例患者进行 CT 导向腰椎间盘突出内注射胶原酶化学核溶解治疗椎间盘突出。其中男 48 例,女 24 例。年龄 17~58 岁,平均年龄 42 岁。病程 6 个月~5 年,平均 15 个月。 $L_4-L_5$  椎间盘突出 38 例,膨出 10 例, $L_5-S_1$  椎间盘突出 18 例,膨出 6 例。穿刺成功率 100%,随访时间 3~20 个月,平均 12 个月。

### 二、操作方法及步骤

导向仪采用 Siemens somatom AR.C,穿刺针为 Cook 公司产 20G 抽吸活检针。胶原酶注射方法采用盘内注射法。

(一)术前准备 同患者谈话,让患者了解治疗的意义及手术过程和术中可能出现的情况,以取得患者合作。检查出凝血时间,测脉搏、血压,上肢开放静脉通路,缓慢滴入生理盐水。术前 50%葡萄糖 20ml 加入地塞米松 10mg,静脉推注,以预防过敏反应。

(二)患者取俯卧位,腹部垫枕,以使腰生理前突和腰骶角变平直,利于穿刺,尤其对  $L_5-S_1$  穿刺特为重要。

(三)CT 连续扫描,选择最佳穿刺层面,确定皮肤穿刺点(一般中线旁开 8~10cm 处),并测出进针角度及深度。

(四)皮肤穿刺点常规消毒铺巾,于局麻下按预定角度及深度,缓慢旋转进针,当针尖触到纤维环时,有砂砾样感,进入椎间盘内有减压感。然后行 CT 扫描确定针尖位置,如针点位置满意后(针尖位于椎间盘后二分之一,邻近突出物),再缓慢注入胶原酶 900U 左右(溶于 2ml 生理盐水中),注入后留针 10min 后拔针,针孔用创可贴封闭。

(五)术后处理 患者回病房后,采取屈膝、屈髋仰卧位,测血压、脉搏,密切观察患者情况,以期及早发现过敏反应。抗生素预防治疗 5d。术后一般卧床 5~10d,后可下地行走,鼓励患者行腰背肌锻炼。

## 结 果

疗效评价标准定 4 级。Ⅰ级:直腿抬高试验大于 70°,疼痛消失,脊柱侧弯消失,活动正常,肌力正

作者：[王英](#)，[刘彩玉](#)，[吴娟](#)，[张立新](#)，[李宏飞](#)

作者单位：[王英, 刘彩玉, 吴娟, 张立新 \(157011, 黑龙江牡丹江心血管病医院介入放射科\)](#)，[李宏飞 \(牡丹江市中医院放射科\)](#)

刊名：[介入放射学杂志](#)

ISTIC PKU

英文刊名：[JOURNAL OF INTERVENTIONAL RADIOLOGY](#)

年，卷(期)：2002， 11 (3)

被引用次数：0次

参考文献(4条)

1. [李明华](#) [神经介入影像学](#) 2000

2. [郭江](#) [经皮穿刺腰5-骶1椎间盘髓核摘除术（附51例报告）](#) 1995 (10)

3. [周成义](#), [王承缘](#) [经皮穿刺切割椎间盘治疗腰椎间盘突出症](#) 1991

4. [赵洪全](#), [孙海成](#), [刘建成](#) [前入路经腹L5/S1椎间盘髓核摘除术的穿刺技术\[期刊论文\]-介入放射学杂志](#) 2001 (05)

本文链接：[http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical\\_jrfsxzz200203022.aspx](http://d.wanfangdata.com.cn/Periodical_jrfsxzz200203022.aspx)

授权使用：qkahy(qkahy)，授权号：57c2770f-d4ad-4409-a6da-9e3801629d2e

下载时间：2010年11月24日