

· 经验介绍 ·

# 骶管囊肿伴腰椎间盘突出症的手术治疗

王 璨 喻军华 袁学刚

**【摘要】目的** 探讨骶管囊肿伴腰椎间盘突出症的手术治疗方法及疗效。**方法** 回顾性分析 2015 年 1 月~2017 年 1 月手术治疗的 7 例骶管囊肿伴腰椎间盘突出症的临床资料。采取小切口开窗潜行减压髓核摘除及大部分切除、肌肉填塞交通孔处理骶管囊肿。**结果** 术后随访 10~30 个月,平均 15 个月。术前囊肿压迫所致神经根症状和突出椎间盘压迫所致运动感觉症状觉缓慢恢复,1 例性功能障碍术后部分恢复,2 例排尿困难术后恢复。**结论** 手术摘除突出的髓核及同期修补骶管囊肿交通孔是有效治疗骶管囊肿伴腰椎间盘突出症的方法。

**【关键词】** 骶管囊肿;腰椎间盘突出症;显微手术

**【文章编号】** 1009-153X(2018)12-0804-02 **【文献标志码】** B **【中国图书资料分类号】** R 739.42; R 651.1+1

骶管囊肿是一种少见的椎管内良性病变,中老年人多见,常合并腰腿部疼痛不适,按腰腿痛长期治疗。对于骶管囊肿伴腰椎间盘突出症,更易误诊误治。2015 年 1 月~2017 年 1 月手术治疗骶管囊肿伴腰椎间盘突出症 7 例,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 7 例中,男 4 例,女 3 例;年龄 38~55 岁,平均 42 岁;病程 5 个月~3 年,平均 18 个月。腰椎间盘突出部位:腰<sub>4-5</sub> 3 例,腰<sub>5</sub>~骶<sub>1</sub> 3 例,腰<sub>3-4</sub> 1 例。骶管囊肿部位:骶<sub>1</sub> 2 例,骶<sub>2</sub> 3 例,骶<sub>2-3</sub> 2 例。7 例均有骶管囊肿长期压迫所致神经根刺激症状,如大小便功能障碍、会阴部疼痛等,也有椎间盘突出压迫神经根所致的腰部疼痛、间歇跛行等。1 例合并性功能障碍,2 例合并排尿困难。

1.2 影像学检查 7 例术前均行腰椎动力位 X 线、腰椎 CT、腰骶部 MRI 检查。X 线明确是否合并腰椎滑脱,CT 扫描明确椎间盘突出情况,MRI 检查明确骶管囊肿大小、骶骨侵蚀后改变等。骶管囊肿 MRI T<sub>1</sub> 加权像表现为低信号,T<sub>2</sub> 加权像表现为高信号(图 1)。

1.3 手术方法 ①骶管囊肿切除术。7 例均采用后正中切口,显露骶椎椎板并咬除骶椎部分椎板。骶椎因囊肿长期压迫,骨质菲薄,完整暴露囊肿困难,咬除骶骨过程中,容易破坏囊肿壁,打开囊肿后可见囊肿内纵行排列神经根。吸出囊肿内囊液后,顺神经

根向头端方向探查,寻找囊肿漏口<sup>[1]</sup>。双极电凝小功率轻微电灼漏口,见漏口缩小,取一小块骶棘肌塞入囊肿交通孔。针线荷包缝合漏口,取生物胶明胶海绵再次加固,调整头高脚低体位后,镜下未见明显脑脊液流出,囊肿壁可选择性切除部分,并用细丝线荷包缝合固定骶棘肌。生物胶二次加固。

②小切口开窗潜行减压髓核摘除术。处理完骶脊膜囊肿后,保护骶管部分,向上探查,切开患侧骶棘肌,在不损伤棘上韧带和肌腱韧带的情况下切除椎间板间的黄韧带。显露椎板间隙,用直角椎板咬骨钳和成角椎板咬骨钳咬除椎板的上下缘和椎板的棘突基底部和内板,之后再继续扩大减压范围,镜下显露突出的椎间盘和神经根,用明胶海绵保护神经根后切开纤维环,分块切除髓核,在切除髓核的过程中,切记不能伤椎板软骨。术中遇到出血可用明胶海绵压迫止血,止血完全后尽量取出压迫的明胶海绵,特别是使用速即纱止血时,一定要取出,否则后期回出现神经根刺激症状。

## 2 结果

7 例术后病理检查为致密的纤维结缔组织。术后随访 10~30 个月,平均 15 个月。术前囊肿压迫所致神经根症状和突出椎间盘压迫所致运动感觉症状觉缓慢恢复,1 例性功能障碍术后部分恢复,2 例排尿困难术后恢复。

## 3 讨论

3.1 诊断 骶管囊肿是一种少见的椎管内良性病变,很多病人无临床症状;合并症状一般为囊肿压迫神经根所致,如大小便控制力差、会阴部疼痛、麻木

doi:10.13798/j.issn.1009-153X.2018.12.014

作者单位:436000 湖北,鄂州市中心医院神经外科(王 璨、喻军华、袁学刚)

通讯作者:喻军华,E-mail:hbezyjh@126.com

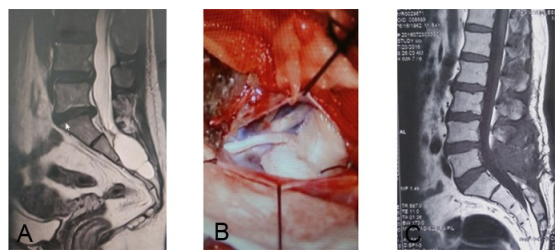


图1 腰<sub>5</sub>~骶<sub>1</sub>椎间盘突出伴骶<sub>2-3</sub>水平囊肿手术前后表现  
A. 术前MRI; B. 术中显微镜下观察; C. 术后MRI

等;多为中老年;多合并椎间盘突出。有部分病人以椎间盘突出症状为主,在门诊行针灸理疗,长期的物理治疗,不正确的按摩推拿,可能导致骶管脑脊液循环障碍,使合并的骶管囊肿症状不仅没有缓解,反而加重。

骶管囊肿合并腰椎间盘突出主要采用影像学检查诊断,常用的检查手段包括腰椎和骶椎X线检查、CT检查和腰骶椎MRI检查。腰椎动力位X线检查可显示椎间盘损伤后腰椎是否稳定。CT可完整显露腰椎的稳定程度,腰椎间盘CT可显露腰椎间盘突出的程度。腰骶椎MRI是诊断骶管囊肿合并腰椎间盘突出症最可靠、准确且无创伤的检查方法。CT检查完毕后仍需行腰骶椎MRI检查<sup>[2]</sup>,可清楚了解骶管囊肿的形态和大小等。MRI主要变现为:①骶管囊肿多位于骶管内,边界清楚,囊肿菲薄,骶管内液体和脑脊液信号一致,可见骨质破坏明显,囊肿多表现为椭圆形和不规则形态;②可见硬膜囊末端和囊肿之间有清楚的高信号,多为脂肪结构;③MRI可清楚显露突出椎间盘及腰椎稳定性与否;④增强扫描囊液,囊壁和突出椎间盘均不强化。

3.2 治疗 单纯骶管囊肿一般没有明显症状,多以腰腿痛为主,MRI检查后才发现。本文7例中,1例合并性功能障碍,2例合并排尿困难。以大小便控制力差为主病人就泌尿外科,多会漏诊,但随着囊肿的增大,囊内压增高,对马尾神经的压迫也慢慢增大增大,神经症状也加重<sup>[3]</sup>。因此,对有症状的骶管囊肿伴腰椎间盘突出症病人,应行积极手术治疗,否则长期压迫导致神经变性后,即使手术,术后症状改善不明显<sup>[4]</sup>。但是手术的适应证把握也比较重要,我们通过多年的总结,认为以下情况可采取手术治疗<sup>[4,5]</sup>:①囊肿巨大,长期的囊液压迫导致骨质侵蚀严重,骶部外伤可能导致皮肤损伤导致囊肿破溃致颅内感染;②腰腿疼症状严重,药物、理疗均无效,且合并感觉异常;③会阴部疼痛或感觉减退,大小便、性功能障碍。手术操作中,骶管囊肿的治疗要点为,术中必须

找到交通孔,成功封堵,避免损伤马尾神经。椎间盘突出主要采用小切口开窗减压髓核分块摘除术,手术的操作要点在不能损伤椎板软骨,小切口定位准确,创伤较小,术后恢复较快<sup>[6]</sup>。

手术操作的注意事项<sup>[7,8]</sup>:①处理骶管囊肿时,骶骨破坏严重,有时呈蛋壳状,亦有神经根从上方走行,切除时注意辨清保护,可采取小切口进入后抽取囊液,显微镜下咬除余椎板骨质。②探查交通孔时,如果孔内神经根与囊壁黏连紧密,不可强行分离,电灼时也要注意功率大小,交通孔缩小后即可取肌肉缝合固定。③处理椎间盘时,有的椎间盘突出严重,骨质破坏较大,术后腰椎不稳定,可选择性使用椎弓根内固定,以增强术后脊柱的稳定性。④术后常规放置引流管,肌肉层严密缝合,缝合上层时连同下层一起严密缝合,引流管2 d内拔除,全层缝合引流口。本文7例术后均无脑脊液切口漏。如发生脑脊液切口漏,可行持续腰大池引流术。如仍有漏水症状,需及时二次手术修补。同时使用高级别针对球菌抗菌药物,如万古霉素抗感染治疗。

【参考文献】

[1] 喻军华,王 璨,黄锦锋. 骶脊膜囊肿的显微外科治疗(附12例报告)[J]. 中国临床神经外科杂志, 2014, 19(6): 370-371.

[2] 郭朋坤,何少宇,刘孙江,等. 骶管重建在症状性骶管囊肿后路手术中的应用[J]. 中国临床神经外科杂志, 2016, 21(2):85-86

[3] 李传坤,何百祥,鲍 刚,等. 带蒂脂肪瓣及神经根包裹术在神经根型骶管囊肿手术中的应用[J]. 西安交通大学学报(医学版), 2016, 37(2):187-189.

[4] 张绍辉,高 超,丁 平,等. 成人症状性骶管囊肿的外科治疗[J]. 中国临床神经外科杂志, 2016, 21(11):676-678.

[5] 文泽贤,储卫华,叶信珍,等. 显微填塞治疗症状性骶管囊肿的长期疗效[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2017, 22(4):172-175.

[6] 王晓东,郝定均. 经显微内窥镜手术治疗腰椎间盘突出症[C]. 中华医学会学术大会, 2010. 17-19.

[7] 郭剑锋. 症状性骶管囊肿的手术治疗效果分析[J]. 中国医学工程, 2013, 21(8):163.

[8] 史 良,乔京元. 显微手术治疗症状性骶管囊肿[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2015, 25(1):90-91.

(2018-04-12收稿,2018-05-13修回)