

# 腰椎间盘突出症患者太胖,手术咋办?

## 专家成功实施微创手术,患者术后两天顺利出院

肥胖一直是脊柱手术的相对禁忌症,肥胖患者的手术期与围手术期风险较一般患者高出很多。近日,现代快报记者从南京中医药大学第二附属医院(江苏省第二中医院)获悉,该院院长、脊柱外科主任李志伟带领团队,成功为一名体重达250斤的重度肥胖腰椎间盘突出症患者行微创手术,手术顺利,术后患者症状明显好转,术后两天顺利出院。

通讯员 苗卿 端梓任  
现代快报+/ZAKER南京记者 任红娟



李志伟院长为患者手术 医院供图

### 28岁小伙过于肥胖,手术面临高危因素

28岁的郑先生最近十几天突发右下肢疼痛不适,卧床休息与口服消炎止痛药效果均不佳,严重影响生活,到江苏省第二中医院院长李志伟门诊查腰椎MRI显示腰L4/5右侧巨大髓核突出压迫神经,结合门诊系统查体后确诊腰椎间盘突出症。

“对于这种疾病,如果患者保守治疗时间超过3个月依然未见缓解,或者急性疼痛严重影响生活的,就需要进行手术治疗。”李志伟介绍,郑先生身高180厘米,体重达125公斤,属于重度肥胖,脂肪层层堆积。由于肥胖这个高危因素,给患者的手术带来重重挑战。如果采用传统的开放手术,可能面临较多的术后并发症,如伤口难以愈合、脂肪液化等。

### 1小时,微创手术解决患者病痛

相对于传统的手术方式,脊柱内镜手术具有无可比拟的优势,但在这种情况下,脊柱内镜手术在严重肥胖患者面前难度系数也大大提高。该患者脂肪层厚,穿刺针与工作器械长度有限,想要通过背部厚厚的脂肪层进入椎体间隙,难度也比普通人高很多,极有可能工作通道全部置入而未到达相应椎体间隙。

李志伟带领团队仔细商讨,决定给郑先生行“经皮椎间孔入路脊柱内镜下L4/5突出髓核摘除术”。李志伟表示,脊柱内镜下视野开阔,整体创伤小、出血量

少,不破坏椎旁肌肉附着点,也不影响脊柱稳定性,特别在术后切口愈合方面占据明显优势,并且做完手术佩戴好腰围就能尽快下地,是目前解决腰椎间盘突出症及腰椎管狭窄症高效高质的治疗办法。郑先生与家人商议后,最终选择微创手术。

经过紧张的1个小时后,李志伟成功为郑先生完成了手术,手术中出血极少,突出髓核被悉数摘除干净,被压迫的神经根也被完全解压,等到郑先生反应过来,手术已经结束了。郑先生术前无法伸直抬高的右腿已经恢复了正常,术后两天患者就开心地出院回家了。

### 腰椎间盘突出症多发于中青年

随着人们生活水平的不断提高,腰椎间盘突出症患者也越来越多,而且一般好发于中青年,这种疾病病程较长,致使患者的生活质量受到严重影响,主要是发生在下腰部的一组以腰腿疼痛为主,有时可伴有下肢放射痛、麻木的一系列临床综合征。过去,开放式腰椎手术是治疗腰椎病变的普遍治疗方法,但近年来,随着脊柱内镜技术的不断发展,脊柱内镜下便可解决大部分腰椎疾病,且应用越来越广泛,解决了困扰无数患者害怕开刀的难题。

李志伟表示,对于患有腰腿痛的患者而言,若症状严重影响生活或长期保守治疗未见明显缓解,可以放心大胆地尝试微创手术,获得高效、安全、快速康复。

南京中医药大学第二附属医院(江苏省第二中医院)骨伤科是江苏省重点专科,在临床医疗、科学研究、科室建设、师资培养、临床教学、名老中医学学术继承等方面取得了显著成绩。既保持中医骨伤传统特色,又与现代医学手段有机结合,科室管理日益规范,医疗技术精益求精,学术水平不断提高。脊柱专科创建于2018年,擅长诊治单节段、多节段突出及狭窄的颈椎病,腰椎间盘突出症,退行性腰椎管狭窄症,胸腰椎骨折,脊柱肿瘤,脊柱结核等。

### 研究方向:

- (1) 颈腰椎微创手术;
- (2) 腰椎退行性病变的中西医结合治疗;
- (3) 手法复位与外固定结合治疗胸腰部疾病。

### 技术专长:

- (1) 颈前路椎体次全切椎间植骨、融合内固定术(ACCF)、颈椎低温等离子射频消融术;
- (2) 经皮内镜经椎间孔入路腰椎间盘摘除术、椎间盘镜下腰椎间盘摘除术、微创通道经椎间孔入路腰椎椎间融合术;
- (3) 经皮椎体成形术(PVP)及经皮椎体后凸成形术(PKP)等。

新闻链接

# 微创高超技术助小伙回归正常生活

**南京市第二医院**

**特色科室**

医院的特色科室是一个医院临床技术的重要体现,也是病人选择医院的“印象标签”。该栏目我们将探访南京市第二医院的各个特色科室,揭秘其核心技术、医疗特色、研究成果,让更多患者从中受益。

本期特色科室:  
**南京市第二医院消化科**

### ■ 科室介绍

南京市第二医院消化病诊疗中心(消化科)拥有先进的内镜系统、DSA及胶囊内镜等专科设备,除消化常见疾病诊疗外,常规开展多项内镜和介入手术,特色包括:胆胰疾病ER-CP、超声内镜及经皮肝胆道引流综合技术;肝硬化门脉高压并发症的一级预防、食管胃底静脉曲张的内镜和介入综合治疗;消化道早癌内镜诊治;消化道梗阻综合治疗(胃肠营养管、肠梗阻导管置入、食管肠道支架置入以及胃造瘘/空肠术)。

他是不幸的,却也是幸运的。10多岁那年,他被诊断为再生障碍性贫血,治疗几年后转化为阵发性睡眠性血红蛋白尿,长期贫血、头晕和乏力。再加上“肝硬化”导致反复消化道出血,他的血红蛋白50多克/升,卧床不起。近日,南京市第二医院消化科主任贺奇彬医生带领团队,通过精准评估,帮他诊断明确病情,并通过微创手术帮他解决了难题,使他过上了正常的生活。

通讯员 魏林玲  
现代快报+/ZAKER南京记者 任红娟

### 小伙长期贫血,原来不是“肝硬化”造成的

小杨30岁,长期头晕、乏力、贫血,还间断吐血,血红蛋白50多克/升,只有正常成年男性的约1/3,已经卧床不起。小杨患有一种少见的血液病。10多年前,当时10多岁的小杨被诊断为“再生障碍性贫血”,治疗后疾病未能康复,短短几年后转化为“阵发性睡眠性血红蛋白尿”,该病导致长期严重贫血以及反复血栓形成。不幸的是“屋漏偏逢连夜雨”,小杨又被诊断为“肝硬化”导致反复消化道出血,此次来南京求医,本意是想来做外科手术切除脾脏,减少门静脉回流血结扎血管的方法来控制消化道大出血。

贺奇彬医生介绍,小杨入院后,通过急诊输血、用药控制稳定病情,预防进一步大出血和肝性脑病等严重并发症的发生,紧接着做进一步完整的评估,胃镜检查明确了他确实存在着非常严重的食管胃底静脉曲张,并且有出血征象。另外,还给小杨完成了肝静脉压力梯度测定,该压力梯度可准确反映门静脉系统血管内压力并且帮助鉴定其原因,检查发现小杨的肝静脉压力梯度达到23mmHg,约是正常值的10倍,是出血最高风险的一个级别。

根据一系列检查,贺奇彬医生确认出血的



贺奇彬在为患者手术 医院供图

病因来自食管胃底静脉曲张,但静脉曲张的原因不是最常见的肝硬化,而是来自门脉主干长期血栓形成导致的门脉海绵样变。

### 治疗大出血难度极大

据介绍,小杨是腹腔血管家族,他腹腔脏器的血液回流最后是经过门静脉回流至肝脏,因为他的门静脉长年长着血栓,而门静脉内长期反复长血栓后主干变堵塞,血管主干道变成了藤蔓样侧枝,称为门脉海绵样变,而脏器周围特别是食管胃底周围的侧枝血管被动开放,最后形成重度食管胃底静脉曲张而发生大出血,治疗难度极大,并发症的风险可想而知。

面对这一复杂而严重的病情,药物治疗已不能控制病情;病因不控制,内镜治疗风险大,效果难以保证;家属寄希望于动大手术,帮助小杨渡过这次大出血的难关。

贺奇彬表示,目前造成病情恶化的主要原因是门静脉血管堵塞和广泛血栓的恶性循环,治疗的目标不是切除脾脏和结扎侧枝循环,而应该是开通闭塞的门静脉血管,同时从侧枝循环的起始部彻底栓塞。小杨一家人听到这个方案连连摇头,因为他们已经跑过多家医院,医生告知门静脉显示不清,放支架分流成功率低,容易并发大出血。

### 勇于挑战,微创高超技术成功完成手术

贺奇彬反复看了CT后判断应该还有一丝希望打通门静脉,觉得还是要试试。最后贺奇彬医生带领团队成功给小杨植入支架,但危险期并没有完全度过,小杨还要经历5天的溶栓期,药物溶栓有导致大出血的风险,而小杨长期血细胞偏少,又刚刚经历手术,这其中大出血风险可想而知。家属看到小杨做完微创手术没有切口,支架成功放入,终于松了一口气,但主刀贺医生很清楚,大出血的风险随时存在,高风险期还没有度过。一天、两天、三天……溶栓药剂量逐渐增加,5天终于结束了,小杨安然无恙,复查造影支架和血管通畅度较术前明显改善。据了解,小杨目前已基本恢复日常生活。

台上一分钟,台下十年功。治疗这样一例复杂的门脉高压食管胃底静脉曲张破裂出血病人关键的不仅是介入技术(经颈静脉肝内门体分流,TIPS),更重要的是对病情的判断和评估、治疗方案的正确选择以及多年的积累和对各项技术的深刻认识。据了解,南京市第二医院消化科能开展门脉高压食管胃底静脉曲张的全病程综合管理,以及关注门脉高压的早期一级预防,指导门脉高压药物控制;开展内镜治疗、肝静脉压力测定和TIPS手术。