

颈椎骨折脱位合并瘫痪 32 例

律德利¹ 马克仁¹ 张洪战¹ 许家祥¹ 姜鸿志²

(1. 敦化市医院, 吉林 敦化 133700; 2. 白求恩医科大学第三临床医院, 吉林 长春)

在工农业生产, 交通运输业中发生颈椎骨折, 或骨折脱位合并脊髓损伤瘫痪病人中占一定比例。对这部分病人的处理, 目前仍有很大争议, 尤其对晚期脊髓损伤。我们对早期颈椎骨折或骨折脱位合并脊髓损伤瘫痪 32 例病人, 根据损伤程度不同, 临床体征不一, 采取不同治疗方法, 现报告如下。

1 临床资料

本组 32 例中, 男 30 例; 女 2 例。年龄 7~55 岁, 平均 36 岁。颈椎骨折 6 例, 颈椎骨折脱位 18 例, 单纯颈椎脱位 8 例。屈曲型损伤 30 例其中椎体压缩粉碎性骨折, 或椎体粉碎型骨折 24 例。过伸型损伤 2 例, 均为椎体脱位合并椎体、椎板骨折。损伤部位以 C₄₋₇ 最多, 占 30 例, C_{2,3} 各 1 例。32 例均为伴有脊髓损伤, 其中四肢完全瘫痪 18 例, 不完全瘫痪 14 例。

2 治疗方法与结果

完全瘫痪 18 例均在入院后即行剃头并行颅骨牵引, 2 周后采用颈前方入路行椎体前路减压, 自体髂骨块植骨融合术。其中 1 例伤后 2 天行急诊手术, 术后 2 小时呼吸麻痹死亡; 1 例术后 7 天, 植骨块脱出, 刮破食道修补后愈合。于术后 18 日因坠积性肺炎, 高热死亡。余 16 例术后继续颅骨牵引 3 周后改为石膏围领固定 3 个月。

不全瘫痪 14 例中, 1 例 7 岁女童 C₄ 前脱位不全瘫痪, 行颌带牵引 3 天后拍片恢复解剖复位, 用颌带减轻重量维持牵引 6 周后治愈。6 例单纯椎体骨折, 不全瘫痪病人, 4 例单纯脱位不全瘫痪病人, 经颅骨牵引复位后维持牵引 6~8 周后打石膏领 3 个月治愈。1 例椎体骨折脱位合并椎板、棘突骨折不全瘫痪病人, 颅骨牵引复位后, 行后路椎板切除减压, 植骨, 钢丝固定术, 术后颅骨牵引 3 周后石膏领固定 3 个月治愈。

30 例随访 6 个月~17 年; 16 例完全瘫痪病人中, 死于并发症者 4 例; 8 例脊髓功能无恢复; 3 例术后手部功能获得有意义的恢复, 能捏、夹持物, 但下肢功能和括约肌功能无改善; 1 例大小便能控制, 并能扶单拐行走。

14 例不全瘫痪病人中, 13 例术后感觉、运动、二便都恢复正常; 1 例有双上肢麻木, 走路不稳, 经磁共振检查合并有颈间盘突出症。

3 讨论

3.1 手术指征 颈椎前路减压椎体融合术治疗颈椎外伤性四肢瘫痪的手术指征要严格掌握, 有以下情况可考虑手术: 颈椎骨折脱位所致的椎间盘破裂或脱出, 骨折片、成角畸形等对椎管前方的机械性压迫是造成脊髓损害的重要原因, 这

些致压因素很难靠颅骨牵引彻底解除。采用椎板切除减压, 部分病例可加重颈椎的不稳定, 且不可能充分解除椎管前方的压迫。颈椎前路减压能切除损伤的椎间盘组织, 移除骨折片, 使颈椎融合稳定^[1]。

3.2 颈椎前路减压融合术的优点 对脊髓损伤的治疗目的, 是为了保存脊髓和神经根的功能及解剖上的连续性; 尽早最大地恢复神经功能; 恢复椎管的轴线以解除神经压迫; 建立颈椎的稳定性以解除伤后疼痛或神经症状。颈前路减压手术属高度危险的手术部位, 但入路容易, 手术创伤小, 椎骨用骨钻开窗, 出血量少, 技术上易掌握; 术野相对无血, 显露好; 直视下观察处理病变, 易于解除骨折片及破碎间盘对脊髓的压迫; 对不稳定部位的植骨融合率高, 可获得早期固定的目的; 手术后允许病人早期活动和功能锻炼, 减少了由于长期卧床引起的并发症, 缩短了住院时间。除有些过伸型损伤外, 主司骨骼肌随意运动的椎体束损害多因前方压迫所致, 前路减压有利于这些传导束功能的恢复。

3.3 手术并发症 本组 18 例颈前路减压手术 1 例伤后 2 天急诊手术, 术后 2 小时死于呼吸麻痹。因伤后脊髓水肿高峰危险期内行急诊手术, 术中刺激脊髓, 加重了脊髓水肿, 压迫抑制呼吸中枢而致呼吸衰竭, 伤后 2 周水肿高峰危险期过后手术病人可避免或减少此类并发症, 提高生存率。1 例术后 7 天植骨块滑出, 刮破食道, 经食道后壁修补术后 18 日因坠积性肺炎、肺内感染、高热死亡。此例病人术后因精神分裂症发作, 头颈部不停摆动而致植骨块脱出, 刮破食道。其余病人无任何并发症。

3.4 颈椎过伸型损伤脱位、合并椎板、棘突骨折的处理 本组 1 例由桥上坠下, 高度 10 米左右, C₅ III 度脱位。C₅₋₇ 椎板棘突骨折而自行减压, 病人不全瘫痪, 用颅骨牵引复位, 牵引重量达 20kg, 由于关节突交锁仍未能复位, 行后路减压, 解除关节突交锁而复位, 并植骨后用钢丝固定, 病人完全恢复正常。

无论采取前、后路手术, 我们认为都要根据病人具体损伤机制、骨折脱位程度、伤后截瘫情况而决定, 不能草率行事。首先要挽救病人生命, 立即采取必要的颅骨牵引, 待病情稳定后, 再选择适当的术式及治疗方法, 使病人得到最恰当的治疗, 最大程度地恢复功能。

参考文献

[1] 王金成, 刘佐庆, 高中礼, 等. 自体髂骨移植的颈椎前路减压融合术. 吉林医学, 1999, 8(4): 203-204.

(收稿: 2000-03-29 编辑: 李为农)