

# 无骨折脱位型颈脊髓损伤 30 例临床分析

胡思斌 崔青 尹同珍 董占引 刘志波 王红梅  
(沧州市中西医结合医院, 河北 沧州 061001)

无骨折脱位型颈脊髓损伤指颈椎遭受外力损伤并无骨折脱位, 然而发生急性颈脊髓损伤。我院自 1990 年 4 月—1995 年 10 月对 30 例无骨折脱位型颈脊髓损伤病人根据不同情况分别采取前路或(和) 后路手术方法治疗, 取得了较好效果。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 30 例中男 26 例, 女 4 例; 年龄 21~ 68 岁。因车祸、高处坠落引起的损伤为重度损伤, 6 例; 骑自行车意外跌倒的损伤为中度损伤, 16 例; 日常生活中受到意外的力的损伤为轻度损伤, 8 例。外伤后至入院时间 2 小时~ 1 年。

1.2 影像学检查 本组病例伤后均立即拍摄颈椎正侧位片, 当发现无骨折脱位后再拍过伸、过屈位 X 线片, 其中 11 例存在发育性颈椎管狭窄( 椎管矢状径/ 椎体矢状径 < 0.75); 9 例存在曲度异常, 椎体间不稳定; 7 例既存在发育性颈椎管狭窄因素又有椎体间不稳定; 3 例后纵韧带骨化(OPLL)。共有 17 例行 MRI 检查, 均见脊髓损伤征象: T<sub>1</sub>WI 脊髓增粗; T<sub>2</sub>WI 沿脊髓长轴分布条状形高信号区, 并向上、下蔓延几个节段; 颈椎间盘向后突入椎管内压迫脊髓, 使局部弯曲变形, 移位、或出现凹陷。

1.3 临床表现 四肢不能离床活动 3 例; 可离床活动, 步态不稳, 双手握力差, 生活不能自理 4 例; 可离床活动, 步态不稳定但生活可自理 13 例; 可独立活动, 手部功能稍差, 可参加劳动 10 例; 根据对颈脊髓损害功能评定标准(40 分法) 评价<sup>[1]</sup>, 10 分 2 例, 11~ 20 分 5 例, 21~ 30 分 12 例, 31~ 37 分 11 例。

## 2 治疗方法

所有病例均佩带颈围领, 一方面使颈部制动, 另一方面术前适应支具。伤后一周之内主要给予保守治疗, 包括: 20% 甘露醇 250ml 及 50% 葡萄糖 80ml 交替静推, 每 4~ 6 小时一次; 地塞米松 20mg, 静滴, 每 12 小时一次。维持 5 天。对存在发育性颈椎管狭窄或后纵韧带骨化而无较明显颈间盘后突的 20 例采用颈后路“单开门”椎管扩大椎板成形术治疗, 对其中有椎体间不稳定的 6 例同时行椎板间植骨融合术。而对于 MRI 示颈间盘后突压迫脊髓明显的 10 例病人采用颈前路椎间盘切除减压椎间植骨融合术治疗, 对其中 1 例同时存在发育性颈椎管狭窄因素又有明显间盘后突的病人在前路术后两个月后行后路手术。

## 3 治疗结果

根据 40 分法评定, 改善率 = (治疗后分 - 治疗前分) / (40 分 - 治疗前分) × 100%。改善率 ≥ 80% 为优, 50% ≤ 改善率

< 80% 为良, 5% ≤ 改善率 < 50% 为有效, 改善率 < 5% 为无效, 改善率 < 0% 为加重。随访 1 年 6 个月—6 年, 平均 2 年 2 个月, 优良率 90.8%。

## 4 讨论

4.1 无骨折脱位型颈脊髓损伤的发生机理<sup>[2]</sup> 一类病人的脊髓是受到了一过性损伤, 且这种损伤类型绝大多数为过伸性损伤。如果存在椎管狭窄因素, 这种损伤更易发生。本组病人中有 20 例应属此类损伤。当颈椎遭受过伸暴力时, 脊髓可被椎体后缘与椎管后部的黄韧带折褶相互挤压损伤, 导致以颈髓中央管为中心的损伤。这种损伤的主要病理变化为中央管周围出血水肿, 严重者可出现脊髓中央坏死。另一类病人脊髓损伤平面可以见到明显的间盘向后突出及脊髓受压改变, 这类病人即是所谓的“急性创伤性颈间盘突出”, 本组中有 10 例病人属此类型。

4.2 治疗方法的选择 无骨折脱位型颈脊髓损伤的治疗方法文献报道很多, 其中持积极手术观点的占多数<sup>[3,4]</sup>。其理由是病人有明确的椎管狭窄和(或) 存在有致压物, 颈椎不稳定等。在椎管狭窄条件下, 脊髓的损伤后水肿, 将增加脊髓损伤而恢复不佳。故通过手术, 保护未伤害的脊髓, 防止进一步损害, 使其最大限度地恢复功能。另一方面, 手术可直接去除致压物以及可使颈椎重获稳定性。我们对 30 例病人根据不同情况分别采取前、后路手术方法治疗, 取得了 90.8% 的优良率。我们的治疗体会是: ①影像学资料显示有椎管狭窄而无较明显颈间盘后突者, 以行 C<sub>3-7</sub> 后路“单开门”椎管扩大成形术为首选, 既达到减压又能不影响脊柱稳定性。②X 光片、MRI 显示颈椎不稳定、有明显的颈间盘后突及脊髓受压者应需前路减压椎体间植骨融合术。③对个别既有椎管狭窄因素同时又有较明显间盘后突压迫脊髓的病例, 可首先行前路手术, 待观察 2~ 3 个月如疗效不满意再行颈后路手术。④对于不完全截瘫, 影像学检查存在脊髓压迫, 而脊髓信号非液化、坏死、萎缩或大囊肿者, 仍适应手术减压。

### 参考文献

- [1] 孙宇, 陈琪福. 第二届颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 472.
- [2] 路磊, 王星铎, 邓向乐, 等. 无骨折脱位型急性颈脊髓损伤的发病机制及治疗. 中华骨科杂志, 1995, 15(9): 588.
- [3] 石道原, 饶书诚. 颈椎管狭窄与脊髓损伤. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 470.
- [4] 胥少汀. 近年脊髓损伤临床处理进展. 中华骨科杂志, 1997, 17(1): 74.

(收稿: 1998 03 31 编辑: 程爱华)