

学习园地

发育性颈椎椎管狭窄症

哈尔滨医科大学附属第二医院 (150086) 邵 林 潘海涛 王新婷 孙钟万*

发育性颈椎椎管狭窄症(简称 DSCSC)多见于中老年人,可引起颈髓损害。我院从 1991 年~1993 年诊治 20 例。

临床资料

本组 20 例,男 14 例,女 6 例;年龄 35~75 岁;工人 6 例,农民 7 例,干部 3 例,教师 2 例,其他 2 例;发病因素:颈部轻外伤 3 例,较重外伤 4 例,无明显诱因 13 例;发病时间最短 3 天,最长 7 年。临床表现:多数病人以双下肢麻木起病,病程较缓慢,渐出现走路不稳,似踩棉感,易摔倒,病变呈上行性发展,严重者出现束胸、束腰感,肌张力亢进,病理反射出现,二便障碍出现较晚。20 例通过 X 线、CT 检查证实为发育性颈椎管狭窄,其中 8 例行 MRI 检查,颈椎椎管狭窄并压迫脊髓。合并颈椎骨赘形成者 7 例,颈椎间盘突出者 2 例, OPLL 者 3 例。非手术治疗 11 例,手术治疗 9 例,手术方法单侧椎板开门成形术 5 例,椎板切除减压术 3 例,前路颈椎间盘切除、植骨融合术 1 例。20 例病人全部随访,随访时间 6 月~2 年 8 月,按 40 分法评定,优 8 例,良 9 例,进步 2 例,差 1 例,优良率 85%。

讨论

1. 发育性颈椎椎管狭窄是因颈椎在胚胎发育和发育过程中,由于某种因素造成椎弓发育过短,导致椎管矢状径小于正常。椎管比值(椎管矢状径/椎体矢状径)小于 0.75,并连续三个节段或以上,称之为发育性颈椎椎管狭窄并引起脊髓受压,出现临床症状者则称之为发育性颈椎椎管狭窄症。DSCSC 在幼年时无症状,但随着发育过程和其内容物逐渐不相适应时,则出现狭窄症状。Murone^[1]认为颈椎管矢状径 11~12mm 时,脊髓有可能受压,10mm 以下则出现脊髓受压症状。Hinck^[2]在 1966 年认为发育性颈椎椎管狭窄应区别于退变性狭窄。作者认为,发育性颈椎管狭窄是颈椎椎管狭窄症的重要发病基础,和颈髓性颈椎病的关系较密切。随着颈椎退变,间盘突

出,椎体后缘骨赘形成;颈椎失稳,出现搓板效应;OPLL 等,病理变化的结果都导致颈椎椎管狭窄而压迫颈髓,在发育性颈椎管狭窄的基础上,上述的病理变化更易出现颈髓受压症状或加重。

2. 比值法测量颈椎管矢状径,对诊断和预防发育性颈椎管狭窄症有重要意义。摄颈椎标准侧位片,测量椎体中矢径(椎体前缘中点至后缘连线)和测量椎管中矢径(椎体后缘中点至椎板连线的距离)。椎管比值 = $\frac{\text{椎管中矢径 (mm)}}{\text{椎体中矢径 (mm)}}$ 。根据国内统计,在 X 线侧位片上,国人颈椎椎管矢状径大于 13mm 为正常,11~12mm 为椎管狭小,10mm 或以下为椎管狭窄。椎管比值大于 0.75 为正常,小于 0.75 为椎管狭窄。作者测量了 100 例正常人或有轻度退变病人颈椎 X 线侧位片,椎管比值小于 0.75 有 16 例,其中 12 例无任何临床表现,诊断为发育性颈椎管狭小,4 例下肢有发凉、轻度发麻症状,诊断为发育性颈椎管狭窄症。因此,早期发现,早期诊断,早期得到预防和治疗。

3. DSCSC 占同期脊髓性颈椎病的 18.6%,发病年龄多数超过 50 岁,病程缓慢,但往往在退变、失稳、骨赘形成、OPLL、创伤等病变基础上,甚至轻微外伤就可以发病或加重。DSCSC 诊断标准:(1)无明显诱因的慢性发病,或颈部轻外伤后出现下肢麻木者;(2)出现典型的脊髓受压症状和锥体束征;(3)X 线片椎体后缘增生不超过 3mm,无后纵韧带骨化或融合椎畸形;(4)椎管比值小于 0.75 并连续三个节段;(5)CT、MRI 或其他方法测定椎管实际矢状径值 10mm 或以下;(6)椎管比值小于 0.75,但未出现临床症状,只能诊断发育性颈椎管狭小,若出现临床症状,才能诊断发育性颈椎管狭窄症。

4. 对发育性颈椎管狭小及发育性颈椎管狭窄症早期病人,主要采取中医中药、理疗按摩等方法,控制或推迟退变发生,避免颈椎外伤,定期复

* 黑龙江省延寿县人民医院

查，但禁用重手法推拿、按摩或牵引，以免病变加重。对椎管狭窄压迫脊髓，引起长束征者则需手术治疗。本组采用了两种术式：一种是椎板切除椎管减压术，术中应注意减压后反应性脊髓水肿，当用椎板钳咬除椎板时，椎管内压力高，脊髓疝出，加重脊髓损伤；为了避免脊髓损伤，可以采用揭盖式方法，即用咬骨钳将整个椎板外板及松质骨切除，仅剩一薄层内板，用剪刀整体切除，防止脊髓疝出。由于全椎板切除后，远期疤痕增生，又将压迫脊髓，故可采用半椎板切除，即可达到有效减压目的，又可避免颈椎后柱破坏过多而影响稳定性，另一种是单侧椎板开门或成形扩大椎管术，手术注意要点（1）椎板铰链侧宜先行操作，一旦内外皮质全断裂时，可选对侧再作铰链

侧；（2）椎板开门要适中，开门每增加 1mm，椎管直径则增大 0.5mm。椎管一般扩大 6~8mm 即足够；（3）开门后牢固固定棘突于铰链侧十分重要，我们通常取肋骨支撑开门侧，防止再关门；（4）术后用颈托固定；（5）术中如对脊髓有刺激或扰动，则宜应用脱水剂和激素类。

参考文献

1. Murone I. The importance of the sagittal diameter of the cervical spinal canal in result to spondylosis and myelopathy. J. Bone Jont Surg, 1974, 56-B: 30
2. Hinck VC, Sachder NS. Developmental Stenosis of the cervical spinal, Brain, 1966, 89: 27

(收稿: 1994—06—21)

股骨粗隆间骨折的护理

山东莱西市中医医院 (266600) 宋淑华

我院共收治股骨粗隆间骨折病人 36 例，其中男 16 例，女 20 例；年龄 65~89 岁；在长期的住院过程中，我们采取了相应的护理措施，无 1 例患者发生合并症，收到良好的效果。现将护理体会介绍如下。

1. 情志护理：由于突遇不幸，患者的思想负担很重，故应向病人解释骨折的原因和骨折后可以治愈的道理。

2. 牵引后护理：（1）勤观察，保持患肢正确位置。检查牵引装置是否稳固，舒适，安全，有效；检查牵引力和反牵引力是否平衡，牵引角度和方向是否符合要求；检查牵引重锤是否着地或靠床边，牵引重量是否合适；检查牵引绳与被牵引的肢体长轴是否成一直线，避免因过牵使骨折端分离，移位，造成循环障碍，血流受阻而供血不足导致骨不愈合和肢端血运失常而造成不良后果；防止牵引力过小而达不到复位、固定的目的或骨折畸形愈合等不良现象。（2）勤巡视，防止并发症。应保持床铺平整，干燥舒适，无渣滓，经常按摩身体受压部位，促进血液循环，必要时可用 5% 的红花酒按摩。伤后两周内，绝对卧床静养，避免坐起和扭转髋部，2 周后局部疼痛减轻，肿胀消失，病人敢于任意移动体位，此时骨折端粘连尚未恐固，容易发生髓内翻，导致患肢短缩，大粗隆升

高，臀肌松弛而发生跛行。故应嘱病人不盘腿，不侧卧，不下地，患肢处于外展位。

3. 皮肤护理：（1）应用皮肤牵引者，术前清洗皮肤，涂以安息香酊保护皮肤。术后检查胶布是否固定，皮肤有无受压，皱褶，扩张板是否与床架相抵触，绷带的松紧度是否适宜，骨隆起处垫以气圈或棉垫皮肤有无起水泡或破损及肢体血运情况。（2）应用骨牵引者，术前清洗局部皮肤，刮去毛发。术后两端针眼处需用无菌纱布盖好，钢针两端各插上无菌小瓶，并每日用 75% 酒精点滴钢针两端与皮肤相接处 2 次，针眼处的痂皮不能随便擦掉。

4. 饮食护理：应给予高热量，高蛋白，高脂肪之营养丰富含钙及胶质较高的饮食。及可使大便通畅之食品。

5. 加强锻炼，促进功能恢复：（1）伤后 1~2 周，经常练习患侧膝、踝关节活动，促进运动，这样有利于消肿，防止肌肉萎缩。（2）伤后 3~5 周，应指导病人进行撑臂抬臀，抬起上身，起坐及膝关节自主收缩活动。（3）拆除牵引后，仍需抬高患肢，协助病人进行关节被动活动或肢体按摩。（4）下床锻炼时，应详告扶杖使用方法及注意事项。

(收稿: 1994—10—11)