

• 临床研究 •

伴椎管狭窄过伸性颈脊髓损伤的治疗

潘宏武¹ 章军辉¹ 夏永法² 艾建平¹

(1. 绍兴文理学院医学院, 浙江 绍兴 312000; 2. 安吉县第三人民医院, 浙江 安吉 313301)

我院 1997 年 4 月至 1998 年 8 月共收治颈椎管狭窄的过伸性颈脊髓损伤 5 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病人共 5 例, 其中男 4 例, 女 1 例。年龄 40~65 岁, 平均 49 岁。致伤原因: 粗木压伤颈部 1 例, 跌倒头面部着地 3 例, 侧方跌倒额部着地伤 1 例。自受伤到入院治疗时间为 19 小时~8 个月, 伤前均无颈部及脊髓受压症状。

1.2 症状与体征 本组 5 例均为不完全性颈脊髓损伤, 4 例就诊时间超过 3 周。陈旧性颈脊髓损伤, 就诊时见到上运动神经元损害表现, 四肢肌力减退, 肌张力增高, 四肢呈屈曲性强直, 双手不能持筷、持勺。双下肢不能在平地行走或需扶拐。小便频急, 受累肢体痛、温觉障碍, 腱反射亢进, 深感觉正常, Hoffmann 征(+), Rossolimo 征(+), Babinski 征(+)。另一例患者伤后送入本院, 表现为左 T₂ 以下痛、温觉障碍, 右下肢弛缓性瘫痪, 深感觉正常, 大小便障碍。本组 5 例均无头颅损伤。根据 JOA17 分评分法^[1] 和美国脊髓损伤学会脊髓损伤的神经和功能分类标准^[2], 5 例患者的术前神经功能评分见表 1。

表 1 手术前后 Frankel 及 JOA 评分比较

病例	术前		术后	
	Frankel	JOA	Frankel	JOA
1	C	1 分	D	9 分
2	D	3 分	E	13 分
3	D	4 分	E	14 分
4	D	6 分	E	14 分
5	D	4 分	E	17 分

1.3 影像学检查 本组 5 例 X 线检查均可见颈椎生理前凸减小或消失, 均存在发育性及退行性颈椎管狭窄(椎管矢状径/椎体矢状径 < 0.75)。1 例见 C₅ 前上缘撕脱性骨折, 1 例 C₇ 轻度压缩性骨折。5 例均行 MRI 检查, 4 例陈旧性颈脊髓损伤, MRI 检查均显示颈髓腹侧及背侧多节段受压, T₂ 加权像硬脊膜影中断, 其中 1 例 T₂ 加权像显示 C₅、C₆ 处颈髓中高信号, T₁ 加权像信号正常。1 例伤后即行 MRI 检查, T₂ 加权像 C₅、C₆ 处显示梭形高信号, T₁ 加权像信号正常。矢状面显示颈髓腹侧及背侧多节段受压。

2 治疗方法

本组 4 例陈旧性颈脊髓损伤, 确诊后常规术前检查, 均行颈后路中野式单开门椎管扩大成形术, 开门从 C₅ 至 C₇。另 1 例入院后即行颈枕带牵引, 同时激素及脱水治疗 1 周后, 右下肢肌力恢复正常, 但左侧躯体 T₂ 以下痛、温觉障碍, 2 周后行

颈后路中野式单开门椎管扩大成形术(C₄~C₇)。

3 结果

本组 5 例, 术后经 23~39 个月的随访, 症状均有不同程度改善。其中 1 例颈脊髓损伤经后路椎管扩大成形术后, 四肢活动正常, 左侧躯体痛、温觉正常。疗效见表 1。5 例术后椎管矢状径/椎体矢状径均 > 90%。

4 讨论

4.1 及时发现 随着交通事业的飞速发展, 颈椎颈髓损伤发生率渐增, 明显骨折脱位常引起人们重视, 对无骨折脱位或轻微骨折脱位同时伴有颈椎管狭窄的颈脊髓损伤认识欠缺。本组 4 例陈旧性颈脊髓损伤, 伤后在首诊医院急诊抢救后, 对残留神经、脊髓损伤未予重视, 未进行 MRI 检查, 延误了治疗时机。临床上典型的过伸性颈脊髓损伤有以下特征^[3]: ①头面部存在软组织损伤, 颈前气管后有压痛; ②上肢重于下肢; ③浅感觉障碍, 深感觉存在; ④X 线片可见椎前软组织阴影增厚, 椎间隙高度变化。颈椎管狭窄, 本身椎管绝对容积很小, 颈髓回旋余地小, 当遭受过伸暴力时, 椎管矢状径相对变小, 颈髓可被椎体后缘与椎管后部的黄韧带褶皱相互挤压损伤, 导致以颈髓中央管为中心的损伤, 其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。

4.2 明确诊断 临床上考虑过伸性颈脊髓损伤, 同时 X 片提示颈椎管狭窄时, 应及时行 MRI 检查, MRI 能无创地观察椎体及其周围解剖形态学的变化, 可观察脊髓损伤的程度及病理变化, 有助于预后的判断, 有助于制订治疗方案。

4.3 积极治疗 目前对颈脊髓损伤治疗方法和手术时机尚无一致意见。我们认为脊髓压迫可引起继发性缺血坏死, 特别是颈椎管狭窄时, 只要病情允许, 尽早手术。在伤后 24h 内进行后路椎管扩大成形减压术。椎管扩大成形术能缓解椎管狭窄等因素对脊髓压迫, 有助于脊髓损伤的愈合和症状体征缓解, 对陈旧性颈脊髓损伤也应积极手术减压。

4.4 普查随访 若条件允许, 对成年人行颈椎 X 片普查, 对椎管矢状径/椎体矢状径 < 0.75, 应列为高危人群, 做好宣传教育, 预防颈椎外伤。

(本文承蒙蒋位庄教授指导。在此致谢。)

参考文献

[1] Itoh T. Technical improvements and results of laminoplasty for compressive myelopathy in the cervical spine. Spine, 1985, 10(6): 729.
 [2] 美国脊髓学会. 脊髓损伤的神经和功能分类标准. 中国脊柱脊髓杂志, 1994, 4(2): 80.
 [3] 侯铁胜, 刘洪奎, 贾连顺, 等. 过伸性颈椎颈髓损伤的诊断和治疗. 中国脊柱脊髓杂志, 1995, 5(6): 241-243.