

• 临床研究 •

颈前路植骨钛板内固定术治疗颈椎病

Anterior cervical decompression and interbody fusion with plate fixation for the treatment of the cervical spondylosis

黄省利 贺西京 李浩鹏 王栋 徐思越 吕惠茹

HUANG Shengli, HE Xijing, LI Haopeng, WANG Dong, XU Siyue, LÜ Huiru

【关键词】 颈椎病; 外科手术 【Key words】 Cervical spondylosis; Surgery, operative

1999 年 1 月—2001 年 10 月, 我科应用颈前路植骨钛板内固定治疗颈椎病 32 例疗效满意, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 32 例, 男 28 例, 女 4 例; 年龄 35~68 岁, 平均 53.6 岁; 病程 1 个月~10 年, 平均 2.4 年。

1.2 症状与体征 颈肩疼痛者 12 例, 四肢麻木无力者 24 例, 胸或腰部束带感者 4 例, 上肢深反射亢进者 18 例, 下肢深反射亢进者 14 例, Hoffman 征阳性者 16 例, Babinski 征阳性者 12 例。

1.3 影像学检查 X 线片显示均有程度不同的椎体后缘骨赘, 颈椎生理前凸减少, CT 检查 8 例, MRI 检查 24 例, CT 显示病变椎间隙相应节段颈髓不同程度的受压, MRI 显示突出的椎间盘及椎体后缘骨赘压迫脊髓, 局部变曲、变扁或凹陷, 并向后方移位。单节段受累者 12 例; 两节段以上受累者 20 例, 4 例伴有后纵韧带骨化。

2 治疗方法

颈丛神经阻滞麻醉, 仰卧位, 颈部置于轻度后伸位, 作颈前横行切口长约 6 cm, 按颈前入路显露椎体前方, C 型臂 X 线机定位, 切除病变节段椎间盘, 用环锯行椎体及椎间盘部分切除, 显露硬脊膜和致压物, 用咬骨钳咬除致压物, 用弧形刮匙沿椎骨后壁刮除增生的骨赘。常规取髂骨块植入开槽区内, 将合适的钛板固定于开槽减压区上下椎体上, C 型臂 X 线透视证实钛板系统安放满意后, 切口内置橡皮引流条 1 根, 逐层缝合。术后常规静脉抗生素、地塞米松和速尿 3~5 d, 术后戴颈围 3 个月。术后 3 个月, 6 个月分别摄颈椎正侧位片。

3 治疗结果

采用 Odom 临床疗效评定标准^[1]: 优 27 例, 良 4 例, 中 1 例, 差 0 例。X 线融合标准为: 正侧位片间隙可见骨小梁桥接, 且屈伸位片上融合处无活动。术后 6 个月 X 线片示全部病例植骨融合良好, 无钛板和螺钉松动或断裂现象发生。

4 讨论

4.1 手术适应症和手术时机 凡椎管前方有骨性、软骨性或椎间盘等致压物并引起脊髓等组织前方受压而出现临床症状者均可实行颈前路植骨钛板内固定术。常见于 ①脊髓型颈椎病: 椎管前方有骨赘的骨源性颈椎病和髓核脱出引起脊髓受压者; ②根型颈椎病: 骨赘或向侧后方突出的髓核压迫神经根者; ③混合型颈椎病: 脊髓型合并其他类型者。对年老体弱者, 有严重内科疾病经治疗无法改善者, 有严重的神经官能症者, 有四肢广泛性肌肉萎缩及完全性脊髓功能障碍者, 应列为手术禁忌症。手术时机的选择常依据: ①脊髓压迫症状, 如感觉异常, 肢体无力; ②肢体肌张力增高, 腱反射亢进, 病理反射阳性; ③原有的颈椎病症状加重; ④CT 或 MRI 检查有脊髓受压的征象。

4.2 注意事项 术中应强调微创或微创操作。彻底的减压, 牢固的椎间固定及对椎节原有高度的恢复是取得优良疗效的前提。应注意: ①充分减压: 在进行开槽或扩大减压时, 应将椎体大部分切除, 切除椎间盘和彻底去除致压物, 使脊髓得到充分减压。②嵌紧植骨块: 植骨融合是保证术后远期效果优良, 避免复发的关键。应做到植骨高度恰当, 达到嵌紧牢固的要求, 确保颈椎在正常曲度上融合。③正确选择钛板长度, 确保螺钉能植入椎体高度的 1/2 部位, 且应选择间距较大、螺纹较深的规格, 以增强内固定

的牢靠性。④注意止血: 颈椎处血管丰富, 又临近心脏, 较大的静脉丛或小动脉破裂, 即可大量出血, 如盲目止血, 易误伤脊髓, 应在吸引下迅速找到出血点用明胶海绵充填。

参考文献

1 Schnieberger AG, Boos N, Schwarzenbach O, et al. Anterior cervical interbody fusion with plate fixation for chronic spondylotic radiculopathy: A 2 to 8 year follow up. J Spinal Disord, 1999, 12: 215-220.

(收稿: 2002- 08- 29 编辑: 王宏)

• 病例报告 •

趾跖趾关节滑膜性骨软骨瘤病 1 例报告

Synovial osteochondromatosis on metatarsophalangeal joint of the great toe: A case report

温建民 桑志成 胡海威 韩风岳

WEN Jianmin, SANG Zhicheng, HU Haiwei, HAN Fengyue

【关键词】 骨软骨瘤病, 滑膜性; 外科手术【Key words】 Osteochondromatosis, synovial; Surgery, operative

患者, 女, 32 岁, 因左 趾内侧疼痛 8 年, 加重伴 趾肿胀 1 个月入院。入院前曾行血尿酸、抗 O、RF 未见异常, ESR 28 mm/L。入院查体: 疼痛性跛行, 左 趾跖趾关节周围红肿, 有压痛, 第一跖趾关节活动度检查: 跖屈与背伸均

为 30°。X 线示左 趾第一跖趾关节跖内侧可见多数散在的、大小相仿的高密度钙化影(图 1)。

入院诊断: 左 趾跖趾关节滑膜性骨软骨瘤病。完善术前各项准备后, 于 2001 年 7 月 24 日在连续硬膜外麻醉下行



图 1 术前术后 X 线对比(斜位)



图 2 术中显露滑膜性骨软骨瘤

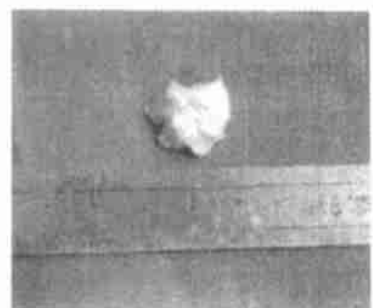


图 3 切除的肿物大体标本

左 趾跖趾关节滑膜性骨软骨瘤切除术。术中(图 2、图 3)见跖趾关节内滑膜变性, 关节内侧及跖侧有沙砾状软组织肿块, 质地硬, 色微黄, 与周围组织有粘连, 无完整包膜, 彻底切除肿物及滑膜。术后 趾“8”字绷带固定于内收位。标本送病理检查。1 周后回报为(左足 趾关节)符合滑膜性骨软骨瘤病。术后 2 周拆线。术后 15 个月复查, 步态正常, 趾跖趾关节周围皮色正常无压痛, 第一跖趾关节活动度检查: 跖屈 30°、背伸 50°。趾屈伸肌力均 V 级。X 线示跖趾关节周围未见高密度钙化影。

讨论

滑膜性骨软骨瘤病是指在关节之滑膜或滑囊、腱鞘内发生的软骨性、纤维软骨性或骨软骨性小体, 并不是真正肿瘤。其病因尚不明, 一般认为是关节滑膜结缔组织通过化生转化

为许多软骨结节, 这些结节脱落, 进入关节腔内, 受关节液滋养, 逐渐长大。以后大部分软骨结节发生钙化, 甚至骨化, 而称为滑膜性骨软骨瘤病。以男性青年或成年患者多见。好发于膝、髋、肩等大关节, 偶见于肘关节。此肿瘤将向关节腔及邻近软组织内突出, 当它发生钙化或骨化时, 才能显影于照片上。因此, 大多数病例往往通过 X 线确诊。如果其结构成分只有软骨, 则需要作关节造影或关节镜检查证实其存在。临床上比较常见, 但发生于 趾跖趾关节部位则罕见报导。其临床症状以关节交锁和急性疼痛为主, 以致立即终止活动为特点。经过一定时间, 疼痛减轻, 关节功能可恢复。如疼痛持续存在, 可手术切除。由于关节镜具有损伤小、恢复快的优点, 也可采用关节镜手术。但要注意手术必须彻底取出关节内的游离体, 防止复发, 术后一般功能影响不大。

(收稿: 2003- 03- 02 编辑: 李为农)