

急性无骨折脱位型颈脊髓损伤的治疗与预后

Treatment and prognosis of acute cervical spinal cord injury without fracture and dislocation

王剑英, 刘云蛟, 江天蔚

WAN G Jianying, LIU Yunjiao, JIAN G Tianwei

关键词 颈椎; 脊髓损伤 Key words Cervical vertebrae; Spinal cord injuries

我院自 1996—2002 年收治无骨折脱位型颈脊髓损伤 24 例, 全部手术治疗, 术后恢复满意。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 22 例, 女 2 例; 年龄 26~65 岁, 平均 53 岁。过伸型损伤 22 例, 其中 18 例是中央型脊髓损伤, 2 例前脊髓损伤, 2 例全脊髓损伤; 屈曲型损伤 2 例, 中央型和前脊髓型损伤各 1 例。伤后 20 例急诊入院, 4 例 2~11 个月入院。全脊髓损伤病例伤前均有手麻、头昏病史。

1.2 临床表现 按美国脊髓损伤学会(ASIA)损害分级^[1]: A 级 2 例, 完全性脊髓损害; B 级 6 例, 不完全性脊髓损害, 在神经损害平面以下存在感觉功能, 无运动功能; C 级 10 例, 神经损害平面以下有运动功能, 大部分关键肌力小于 3 级; D 级 6 例, 不全损害, 在神经平面以下存在运动功能, 并且大部分关键肌力大于 3 级。4 例陈旧性损伤病人双下肢病理征阳性, 肌张力增高, 除二例全脊髓损伤外, 余 22 例 Hoffman 征阳性。

1.3 X 线、CT 检查 所有病例经 X 线检查均无骨折脱位征象, 存在颈椎退变者 15 例。24 例均行 CT 检查, 发现单纯椎体后缘骨赘 9 例, 骨赘合并颈后纵韧带骨化 5 例, 椎管狭窄 6 例, 其中 4 例脊髓有较明显的受压。4 例 CT 无异常。

1.4 磁共振成像(MR) 行 MR 检查 18 例, 16 例有颈椎间盘突出压迫脊髓, 其中 5 例合并骨赘和(或)后纵韧带骨化。5 例为椎体后缘骨赘压迫脊髓且同时合并后纵韧带骨化, 黄韧带增厚。6 例为颈椎退变, 椎管狭窄。需要指出的是, 在 16 例常规 X 线摄片、CT 扫描均阴性的患者中, MR 检查都发现颈椎间盘突出压迫脊髓。15 例急性期患者中, MR 检查提示了颈髓损伤的征象。其中脊髓水肿 9 例, 表现为 T1 脊髓增粗、长, T2 高信号; 脊髓血肿 2 例, 表现为 T1 低信号、长, T2 高信号; 脊髓挫伤 4 例, 表现为髓内出血点及脊髓水肿。

2 治疗与结果

2.1 治疗 20 例急性损伤病人 17 例伤后 24 h 急诊行手术减压。3 例入院后行下颌带牵引, 利尿、甘露醇脱水, 地塞米松静点, 9~15 d 瘫痪改善不明显的, 行手术减压治疗。其中 16 例椎间盘突出行前路减压、椎间盘摘除加椎间植骨。4 例合并椎管狭窄的行后路椎板减压椎管成形术。4 例陈旧性损

伤, 2 例行全椎板减压, 2 例前路减压后症状加重, 3 d 后再次行后路椎板减压术。

2.2 结果 本组随访最短 3 个月, 最长 25 个月, 平均 12 个月。颈椎前路减压植骨, 骨性愈合。后路较大范围减压, 未见不稳现象。颈髓损伤 2 周内手术者, 术后恢复良好。术前 2 例 A 级恢复至 D 级; 6 例 B 级中的 3 例恢复至 D 级, 3 例恢复至 E 级; 10 例 C 级的 6 例恢复至 D 级, 4 例恢复至 E 级; 6 例术前 D 级恢复至 E 级。70% 的病人能独立或通过辅助支具独立, 不需帮助。而晚期手术减压病人恢复欠佳。

3 讨论

退变性椎管狭窄是无骨折脱位型颈脊髓损伤的主要病理基础^[2]。我们认为颈椎无骨折脱位型颈脊髓损伤最主要的直接致伤因素是椎间盘突出。

脊髓损伤的治疗在于防止或减少脊髓的继发性损害。早期手术减压可以减轻脊髓水肿, 降低脊髓内部压力, 从而改善脊髓的血液循环, 避免或减轻脊髓的继发损害。为脊髓功能的恢复创造良好的条件。同时还可为患者争取宝贵的时间, 避免后期发生创伤性脊髓病, 提高综合治疗效果^[3]。此类脊髓损伤有以下特点: ①颈椎过伸伤多见。②大多为不完全损伤。③保守治疗效果差, 大多数病例逐渐加重, 早期手术有利于脊髓损伤的恢复。④MR 检查既可显示脊髓是否受压, 又可以提供脊髓损伤的异常信号。⑤早期减压稳定手术是较好的治疗方法。

手术治疗的术式选择应根据患者的具体情况应用。对于局限性脊髓腹侧的压迫, 诸如椎间盘突出、退变性颈椎管狭窄、孤立性的后纵韧带骨化等, 可以考虑行前路减压手术。对于多节段脊髓腹、背侧均有压迫, 如发育性颈椎管狭窄、多节段退变性颈椎管狭窄、多节段或广泛的后纵韧带骨化等, 则应选择后路减压为宜。我们认为应当积极争取早期手术。病程越长, 术前再加重比例越高, 远期疗效越不好。

参考文献

- 1 王彤, 励建安译. 脊髓损伤的神经和功能分类标准. 中国脊柱脊髓杂志, 1994, 4(4): 80.
- 2 孙宇, 蔡钦林, 王立瞬, 等. 无骨折脱位型颈脊髓损伤外科治疗随诊观察. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(2): 90.
- 3 党耕町, 孙宇, 刘忠军, 等. 无骨折脱位型颈脊髓损伤及外科治疗. 中国脊柱脊髓杂志, 2003, 13(10): 581.