

· 经验交流 ·

围手术期综合救治对颈前路手术并发症的影响

Effects of perioperative synthetic cures on complications of anterior cervical surgery

周章彦, 周茂垣, 连福明, 林智勤, 谢彬

ZHOU Zhang-yan, ZHOU Mao-yuan, LIAN Fu-ming, LIN Zhi-qin, XIE Bin

颈椎伤病致颈髓损伤是极具破坏性损伤, 常常危及生命。颈前路减压植骨内固定是治疗颈椎伤病重要而有效的手术方法。围手术期综合救治对颈前路手术良好实施、促进颈髓神经功能恢复、有效防止各种并发症发生具有重要作用。现将自 2004年 3月 - 2006年 1月开展的 16例颈前路手术围手术期综合救治情况作如下分析。

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组共 16例, 男 14例, 女 2例; 年龄为 26~78岁, 平均 46岁。颈椎骨折脱位或滑脱 9例, 按 ASIA 标准分级^[1]: A级 1例, B级 1例, C级 4例, D级 3例。颈椎体炎性破坏并跌伤 1例, 无颈髓神经损伤征。颈椎病并跌伤 6例, JOA 评分 8~11分, 平均 (9.52±1.40)分。全瘫 1例, 不全瘫 13例, 无瘫痪 2例。入院时合并糖尿病 1例, 脾破裂、左 6~11肋骨骨折伴血气胸 1例, 高血压 1例, 无症状性冠心病 2例。全组病例术前均行颈椎 X线片及 MR、CT 检查, 诊断明确。

1.2 治疗方法 入院后即以颈托外固定或颅骨牵引制动, 检查生命征及呼吸功能, 保持呼吸道通畅, 吸痰、给氧, 检查有无合并内脏及肢体损伤, 建立深静脉通道, 保证足够的维持循环血量。急性颈髓损伤者全部在伤后 1~7 h 内就诊, 即给予大剂量甲基强的松龙、甘露醇及弥可保药物治疗。对合并高血压、糖尿病者口服降血压和降血糖药物。合并脾破裂、左 6~11肋骨骨折伴血气胸者急行“脾切除、胸腔闭式引流术”。受伤到手术时间为 3~28 d, 气管内插管全麻下行术。取右胸锁乳突肌前内缘斜切口, 沿内脏鞘和颈动脉鞘间进入达椎体前, X线透照定位, 切除突出椎间盘, 将骨折脱位椎体次全切除, 咬除骨赘, 充分减压, 取自体髂骨植骨, 钛钢板螺钉固定。术后, 应用抗生素、脱水、神经营养药物, 卧床、颈托保护 6周。继续治疗内科并发症。

1.3 统计学处理 本组病例对术前与术后 JOA 平均得分采用 SPSS 软件进行配对设计定量资料的 *t* 检验进行统计处理, 比较两者差异是否有统计学意义, 从而评定神经功能恢复效果。

2 治疗结果

本组病例均获随访, 时间 3~18个月, 平均 8个月。术后复查 X线片示: 骨折复位良好, 植骨块及内固定位置好。未发生与手术入路、减压、植骨融合、内固定相关性并发症。术后并发肺部感染 1例; 中枢性高热伴脱水、低氯低钠血症及轻度低渗性脑昏迷 1例; 1例因年老体弱, 术后 1周应激性上消

化道出血致心肺功能衰竭死亡。术后, 骨折合并截瘫 ASIA 分级中 A级 1例无改善, B级 1例改善至 C级, C级 4例改善至 D级, D级 3例中 2例改善至 E级, 1例无改善。术后 JOA 评分 13~17分, 平均 (15.38±1.41)分, 与术前 JOA 平均 (9.52±1.40)分相比较, $t=3.94, P<0.05$, 差异有显著性意义。定期复查 X线片, 无断钉、断板、钉板松脱、椎间高度丢失、植骨块移位等并发症, 植骨节段有不同程度骨融合。合并内科疾病者术后病情无加重。

3 讨论

颈椎损伤早期综合急救是治疗过程中的重要环节, 快速准确临床评价, 积极生命征支持, 严格颈椎制动, 脊髓保护, 各项常规检查, 心肝肾肺功能测定, 对高血压、糖尿病、冠心病患者应控制好血压 (140~160/90~100 mmHg)、血糖 (空腹血糖应 < 8 mmol/L, 餐后 2 h < 10 mmol/L)、心肌供血。为各种紧急合并症及下一步颈前路手术良好实施并取得良好疗效创造至关重要的先决基础条件。

急性颈髓损伤后易并发全身性炎症反应 (SRS), 它是急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 和多器官功能障碍的始动因素^[2]。手术前后应严密监测 SRS 及 ARDS, 并请呼吸科、麻醉科及其他相关科室会诊, 综合评估患者心肺等重要脏器功能和储备能力以及对麻醉和手术创伤的耐受力, 积极治疗内外科合并症, 有效防止并发症发生。一旦条件具备, 应尽早最佳时机手术减压, 重建稳定, 有利颈髓神经功能恢复。把术前预防和术后发生的各种并发症治疗与颈髓损伤治疗视为同等重要。避免由于并发症的发生而造成手术治疗无法实施、愈合不良、甚至死亡, 增加医护和治疗费用以及住院时间, 给康复治疗带来巨大困难。

急性颈髓损伤后应积极去除脊髓致压因素, 彻底减压, 恢复椎管容量形态, 避免继发损伤, 为其功能恢复创造条件。但过分减压会对颈椎功能造成很大影响, 应遵循“减压与稳定”原则, 在充分减压前提下最大限度保护颈椎生理功能。对施术椎节植骨、钉板系统内固定, 可加强稳定, 有利骨愈合。可重建椎间隙和椎间孔高度, 消除后纵韧带及黄韧带皱褶形成的致压因素, 撑开纤维环, 恢复或保持生理前凸。避免出现植骨块移位、脱出、椎间高度丢失、假关节形成、后凸畸形等并发症。

参考文献

- 1 侯树勋. 现代创伤骨科学. 北京: 人民军医出版社, 2002 921-922
- 2 郑联合, 马保安, 王育才, 等. 急性脊髓损伤手术前后综合处理对患者并发症的影响. 中国临床康复, 2003, 7(23): 3224-3225

(收稿日期: 2006-07-21 本文编辑: 连智华)