

老年人脊髓型颈椎病的特点及手术治疗

龚辉¹ 袁文² 贾连顺² 陈德玉² 羊明智²

(1. 吉首市人民医院,湖南 吉首 416000; 2. 上海长征医院)

【摘要】 目的 探讨老年人脊髓型颈椎病的临床特点及手术方法。方法 对 26 例 60~81 岁老年人脊髓型颈椎病患者行颈前路开槽式减压,24 例取自体髂骨移植,并行带锁钢板内固定,2 例用 Cage 内充填减压椎体之松质骨植入。结果 23 例获随访,平均随访时间为 24.6 个月,植骨融合率为 100%,术后椎间高度及颈椎生理曲度维持良好,临床疗效优良率 73%。结论 老年患者由于全身多器官功能退化,颈部骨质退变,临床表现复杂,多节段发病,诊断及治疗都存在一定的难度,只要选择适当,高龄并非手术禁忌症。

【关键词】 颈椎; 骨移植; 外科手术

The characteristics and surgical treatment of the cervical spondylomyelopathy in the elderly GONG Hui, YUAN Wen, JIA Lian-shun, et al. The People's Hospital of Jishou (Hunan Jishou, 416000)

【Abstract】 Objective To investigate the characteristics and operative treatment of the cervical spondylomyelopathy in the elderly **Methods** 26 cases (aged from 60 to 81 years old) of the cervical spondylomyelopathy were treated with slot decompression with anterior approach; 24 of them were treated with fusion using autogenous iliac bone graft and self-lock plate internal fixation; 2 were treated with Cage implant with vertebral cancellous bone. **Results** 23 cases were followed up with a mean period of 24.6 months. The fusion rate was 100% and the height of disc space, the lordosis of cervical spine were restored well after operation. The rate of excellent and clinical effect was 73%. **Conclusion** With the degeneration of the cervical spine and multiple organs in the elderly as well as the complexed clinical presentation with multiple segmental myelopathy, both the diagnosis and treatment are tough problems; however, the cases were selected carefully, the age of the patients in itself should not be considered as a surgical contraindication.

【Key Words】 Cervical vertebrae; Bone transplantation; Surgery, operative

老年性脊髓型颈椎病在临床占有较大的比例,并具有其自身特点,临床表现较为复杂,因而,治疗上也有所不同,需要具有老年病的相关知识。本组收集了 1996 年以来 60~81 岁老年性脊髓型颈椎病 26 例,就其临床特征及手术方法进行分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 26 例中男性 17 例,女性 9 例;年龄 60~81 岁,平均 68.2 岁。病程 6~132 个月,平均 36.5 个月。临床表现:单侧肢体麻木、疼痛 19 例;单侧头痛、头晕 11 例;行走不稳 5 例;双侧手、足麻木 2 例;肌力减弱 18 例;其中双侧上肢肌力减弱 10 例;单侧上、下肢肌力减弱 8 例;单侧感觉减退 6 例;肱二、三头肌腱反射减弱或消失 12 例;Hoffman 征(+) 8 例;有明显颈部外伤史的 3 例。

并发高血压病 4 例;慢性冠状动脉供血不足 5

例;慢性支气管炎 16 例;糖尿病 2 例;前列腺肥大 2 例;泌尿系结石 2 例;青光眼 1 例。

1.2 影像学表现 全部病例术前均进行常规颈椎 X 线正侧位拍片及 MRI 检查,部分病人有近期 CT 片资料,X 线片示全部病例均有不同程度的颈椎退变,其中,生理曲度改变 16 例;单节段椎间隙狭窄 15 例;多节段椎间隙狭窄 4 例;多节段后缘骨赘形成 18 例;合并椎管狭窄 8 例;后纵韧带骨化 5 例。病变累及节段:单个椎体 2 个节段 20 例,包括 C₃₋₅ 3 例,C₄₋₆ 10 例,C₅₋₇ 5 例,C₆₋₇ 2 例;2 个椎体 3 个节段 6 例,其中 C₃₋₆ 2 例,C₄₋₇ 4 例;MRI 检查均有颈椎间盘突出及骨赘形成压迫脊髓,呈凹陷或波浪改变,其中 4 例还伴有受压节段脊髓内高信号改变。

2 手术方法

取仰卧位,肩背部垫高,颈部略后仰并垫实,头置于特制头圈中,气管内插管全麻。做颈前右侧横或斜切口,长 4~6cm,沿颈脏器筋膜和血管鞘之间进入到达椎体前缘,C 型臂机定位。安放椎体撑开器,调节其张力,根据病变部位切除与病椎相邻的椎间盘,再咬除需切除的 1 个或 2 个椎体呈槽状,用刮匙或长椎板咬骨钳将椎体后缘四周的残余椎间盘及骨赘等致压物彻底清除,若后纵韧带骨化或肥厚也应小心咬除。切取自体三面皮质髂骨修剪成形后植入骨槽内,选用相应长度的钛质带锁钢板螺钉内固定。对于单节段椎间盘突出,也可在咬除椎间盘刮除上下软骨终板后,用 Cage 充填松质骨后嵌入椎间隙内。

术后常规使用抗生素、脱水剂、激素及维生素 3~5 天,术后 1~2 天病人可在颈托保护下坐起或离床活动,常规拍摄颈椎正侧位 X 线片以了解内置物位置,颈托固定时间为 6~8 周。

3 结果

本组手术中无并发症,手术时间 60~210 分钟,其中一例前后路联合手术费时 120 分钟,出血量平均 120ml,术中均未输血,术后一例在麻醉监护室出现颈部血肿,经扩创止血负压引流后改善。3 例声音嘶哑,8 例一过性咽痛、吞咽困难,均经对症处理后 3~7 天恢复正常。术后随访 23 例,随访时间 6~40 个月,平均 24.6 个月,植骨在 12~16 周内融合,融合率为 100%,无骨不连、假关节发生,未发生钢板、螺钉折断与松脱。术后恢复的椎间高度和生理曲度未发生再改变的现象。临床疗效采用 Odom's 临床疗效评定标准^[1],优:无颈椎疾病相关主诉,日常生活自理;良:症状明显改善,有间歇性不适但不影响日常生活;中:自觉症状有改善,日常生活自理仍受影响;差:与术前相比无改善,甚至加重。结果:优 7 例,良 12 例,中 5 例,差 2 例,优良率 73%。

4 讨论

4.1 临床特点 老年人颈椎病是以椎间盘退变为病理基础,早期有颈椎节段不稳和生理弧度改变等,以后钩椎关节、椎间关节及椎体边缘骨赘形成,周围韧带亦可增生肥厚^[2]。大多数起病缓慢,病程迁延,临床表现复杂,多节段发病,因而,对临床诊断带来了一定的难度,常有与影像学的主要改变不一致,片面地依靠影像学检查将会影响治疗效果。由于老年患者多数经过长期保守治疗,脊髓及神经根的受压经历了相当长的时间,严重者表现为肢体肌

萎缩、功能障碍、肌肉痉挛、关节僵硬、行走及站立困难,表明脊髓已经遭受部分不可逆损害,外科治疗效果必将受到影响。老年患者骨质退化、增生、疏松,缺乏牢固的支撑,植骨界面的塌陷和吸收,极易发生植骨不融合,内置钢板螺钉松动等。

老年人由于全身多脏器功能退化,合并症增多,一些严重的合并症如肝肾功能衰退,心肺功能不全等是不宜手术治疗的,对于一些慢性合并症,症状不是很重的,可在术前对手术及麻醉耐受力进行全面评估,经过一段药物治疗得到有效控制后方可考虑手术治疗。

4.2 手术方式及选择 大部分病人具有两个以上的椎间隙病变,我们采用前路椎体次全开槽减压及自体髂骨植骨,安放颈椎前路钛质带锁钢板内固定。其优点是:重量轻,生物相容性好,不易腐蚀,无磁性,对 MRI 和 CT 检查影响较小,这种方法目前应用比较广泛,其优越性主要体现为:当颈椎伸展时钢板可起到张力带的作用,使通过植骨界面的张力被吸收;而颈部屈曲时又可起到支撑钢板的作用,能较好地维持颈椎间高度和生理曲度,使颈椎稳定性加强,植骨融合率提高^[3],并且前路手术相对创伤小,出血量少,便于术中呼吸和循环的管理,患者易于耐受^[4]。

对于单间隙椎间盘突出,通过髓核摘除,后壁用刮匙充分刮除骨赘及上下软骨终板后,既可采用髂骨块植骨钢板内固定,也可选择 Cage 充填松质骨后嵌进椎间隙。

对于后纵韧带骨化及肥厚的病例,可在手术时充分咬除后纵韧带,使硬脊膜能向前方“膨起”,达到彻底减压效果,出血多时,可先用冰盐水浸泡片刻后覆盖明胶海绵,一般可达到止血的目的。

对于椎管狭窄范围较大或者同时有退变黄韧带皱折突入椎管,造成对脊髓前后卡压者,低龄段、身体状况良好的患者,可行前后路联合减压手术,这要求施术者有娴熟的手术技能和丰富的临床经验;高龄段、耐受力差的患者,可在以后考虑二期后路减压。时间应确定在前路植骨融合后。

建立良好的颈椎稳定性,维持椎间高度和生理曲度,彻底的减压还可以防止邻近节段过度活动和疲劳,避免加速因退变而出现新的不稳和压迫。还可以大大缩短住院天数及卧床时间,最大限度地降低术后并发症,这对老年患者尤为重要。

4.3 重视围手术期管理 做好老年患者围手术期工作,是提高手术成功率、降低术后并发症的重要环

节。努力改善全身状况,特别是应调整心肺功能。术前要锻炼深呼吸,练习咳嗽排痰,禁吸烟,术后保证充分供氧,术毕全麻苏醒后可保留气管插管并在麻醉监护室留观 1~2 小时。糖尿病患者抗感染及组织愈合能力较差,而大部分手术均有植入物置入,一旦感染,很可能导致整个手术失败,因此,术前必需将血糖控制在 9mmol/L 以下。并在术后严密监控血糖变化,少用含糖液体,必要时则在液体内加入胰岛素。另外,根据老年人的心理特征,耐心、细致、策略地帮助他们主动调节心理承受力,对配合术前准备及术后康复都有积极意义。

总之,充分认识老年性颈椎病的特性,遵循治疗原则,选择适当的手术方式,老年人脊髓型颈椎病的手术治疗同样可以获得满意的疗效。

参考文献

- 1 Schneeberger A G,Boos N,Schwarzenbach O,et al. Anterior cervical interbody fusion with plate fixation for chronic spondylotic radiculopathy:A 2 to 8 years follow up.J Spinal Disord,1999,12:215-220.
- 2 郭世级.我国老年医学 50 年进展-骨科学.中国老年医学杂志,1999,18(5):136-138.
- 3 袁文,贾连顺,倪斌,等.前路开槽式减压及带锁钢板内固定治疗多段脊髓型颈椎病.中国脊柱脊髓杂志,2000,10(3):136-138.
- 4 袁文,贾连顺,陈德玉,等.老年人脊髓型颈椎病手术疗效分析.中华老年医学杂志,2000,19(1):29-31.

(收稿:2001-03-27 编辑:李为农)

病例报告

布鲁氏菌病致腰腿痛 3 例报告

高大增

(解放军 5716 医院脊柱专科,山西 晋城 048000)

布鲁氏菌病(简称布病)是由布鲁氏菌属的细菌侵入机体,并引起一系列临床表现的人畜共患的传染病。2000 年以来,我院诊治 3 例布病,介绍如下:

例 1. x x x,男,45 岁,主因腰痛伴双下肢胀困 20 天入院。病人以腰部及双臀部为重,行走及翻身困难,腰部 CT 示 L₅ 右侧椎间盘突出伴狭窄。在院外行封闭、牵引治疗无效,且进行性加重。查体:体温正常,强迫位,背部无压痛,两小腿后侧压痛,两直腿抬高 50°,交腿试验(+),“4”字试验(+),右侧跟腱反射消失,血像正常,行 L₅ 右侧开窗术。术中在 L₅ 硬膜外发现脓腔,将脓性分泌物彻底清除、冲洗、取病检,然后置引流条后缝合。为了防止感染扩散,未摘除 L₅ 髓核。病检回报为炎性肉芽组织,鉴于病人入院前有间断发热以及局部封闭,考虑为消毒不严致硬膜外间隙感染,用强力抗生素治疗 2 周,体温始终在 37.1~37.4 之间,翻身仍困难,复查血像正常,血沉 22mm/h。由于病人体温仍有波动,行动不便,与腰椎间盘突出病人术后情况不符,与硬膜外感染也不太符合,经过详询病史,病人养羊 2 年,此次病前有发冷发热,自以为“感冒”,曾用抗生素治疗。遂化验布氏病血清血 2 次均为阳性,从而确诊。按布病治疗,庆大霉素 24 万单位/日,静滴 2 周;链霉素 1.0g/日,分 2 次肌注 4 周,磺胺异恶唑 2.0g/日,四环素 2.0g/日。3 个月后病人恢复。

例 2. x x x,男,55 岁,发热伴腰痛 6 天入院。以腰骶部痛为主,尤以变换体位时明显,咳嗽时加重,入院时体温 38.6。腰骶及两侧髂嵴处压痛,腹部轻压痛,“4”字试验(+),骨盆分离试验(+),化验抗“O”(-),RF(-),血沉 26mm/h,X 线片示腰椎退行性变,入院后按髂髂关节炎治疗。应用抗生素后,体温正常,疼痛有所减轻。但不久症状又复发,体温升高,经详询病史,养羊 3 年,经化验布氏病血清血阳

性,治疗同前。

例 3. x x x,男,48 岁,主因腰骶及双髂部疼痛一周,曾查 CT 诊为 L₄ 椎间盘突出,行牵引治疗一周无效,且症状加重,行动困难,拄拐行走,来本院就诊时,发现椎间盘突出不大,病人症状明显,经详询病史,病人放羊二十余年,经查布氏病血清血阳性。按布病治疗,症状渐缓解。

讨论

布病是布鲁氏菌引起的急性或慢性传染病,属自然疫原性疾病,80 年代以来,非典型病例增多^[1],临床主要表现为发热、多汗、关节痛,尤其关节疼痛难忍,主要为髂髂、髂部,一般镇痛药无效。而腰腿痛又是一类常见病,引起的原因很多,其中椎间盘突出就是一个很常见的原因。尤其在中年人,CT 检查,腰椎都有较明显的退行性变、椎间盘膨出,如仅满足于此诊断,往往造成误诊。最近报告,用氟喹诺酮治疗急性布氏菌病时间短,效果好^[2]。

本地为华北南部非牧区,市区边及邻近县,农民散在养羊,近年有增长趋势,但农户不注意个体保护,以及兽医缺乏,患病羊只不及时处理,很易感染布氏菌病。但只要详询病史,提高对此病的认识,本病诊断一般不难。3 例病人均有以下特点:有养羊史,时间不等;中年以上男性;腰骶部疼痛为主,活动明显受限,尤以翻身、改变体位时加重;症状重,体征轻;“4”字试验为(+);体温不规则,可能与抗生素应用有关;都合并有腰椎间盘突出或者腰椎退行性变;布病血清血均为阳性;按布病治疗有效。

参考文献

- 1 李梦东.实用传染病学.第 2 版.北京:人民卫生出版社,2000.480.
- 2 刘卫华.氟喹诺酮治疗急性布氏菌病的临床观察.中国地方病学杂志,2000,19(3):227.

(收稿:2001-07-10 编辑:李为农)