

础训练,提高心脏听诊水平,对年龄偏大(60岁以上)、病情较重、上腹部以上手术病人,有条件时应做心电图检查,详细的问诊也应首先做到。对病人的心功能情况充分了解后再进

行手术应列为必要措施之一。

(收稿:1997-02-04 修回:1997-06-21)

(本文编辑:程春开)

脊髓型颈椎病的手术治疗(附 116 例报告)

龚维成 施健行 毛冠群 汤押庚 王业华

(附属医院骨科)

摘要 目的 探讨手术治疗脊髓型颈椎病的有关问题。方法 回顾分析手术治疗的该病例 116 例,合并发育性颈椎管狭窄 33 例;颈前路椎间盘切除、骨刺刮除加椎间植骨融合术 64 例,颈后路单开门椎板成形椎管扩大术 52 例。结果 术后随访 76 例,随访时间 6 月~3a,平均 1.3a;按文中疗效标准,总的进步率为 82.9%。结论 掌握手术适应症,注重前、后径路的选择,局麻下手术可提高手术的成功率。

关键词 脊髓型颈椎病 椎间盘切除椎间融合术 椎板成形椎管扩大术

中图法分类号 R681.55

脊髓型颈椎病表现为不同程度的四肢瘫痪和括约肌功能障碍,是中老年人严重致残的疾病。1986 年 6 月~1995 年 2 月,我院采用颈前路多节段椎间盘、骨刺切除加椎间植骨融合术和颈后路单开门椎板成形椎管扩大术治疗脊髓型颈椎病 116 例,获得满意的疗效。

1 资料和方法

1.1 临床资料

本组 116 例,男 92 例,女 24 例。年龄 35~71 岁,平均 53.4 岁。其中 40~60 岁 82 例,占 70.6%。病程 1 月至 12a,平均 1.3a。临床表现为不同程度的四肢、躯干麻木,四肢不全瘫痪和部分排尿困难。按杨克勤等^[1]分级法将脊髓型颈椎病分为 5 级。Ⅰ级:卧床不起。Ⅱ级:扶双拐可下地但生活不能自理。Ⅲ级:扶手杖可行走少许,不能工作,但生活可自理。Ⅳ级:痉挛步态,下肢抬举困难。Ⅴ级:轻度下肢痉挛,不能快走,不能跑。本组 Ⅰ级 9 例,Ⅱ级 24 例,Ⅲ级 28 例,Ⅳ级 36 例,Ⅴ级 19 例。116 例全部作 X 线摄片检查,包括颈

椎正位、侧位、过伸过屈侧位片。79 例作颈椎 CT 扫描,21 例作脊髓造影,其中 14 例作造影后行 CT 扫描(CTM)。69 例作颈椎核磁共振检查。以上影像学检查示椎间隙变窄、节段不稳、骨刺形成和椎间盘突出压迫脊髓共 281 个椎间隙。其中颈₄~₅、颈₅~₆间隙 214 个,占 76.5%。颈椎侧位片测量颈椎管矢状径与相应椎体矢状径比值小于 0.75^[1]的发育性椎管狭窄者 33 例,占 28.4%。

1.2 手术方法

1.2.1 颈前路手术 颈前路手术 64 例,手术间隙 174 个,平均 2.7 个。单独用刮匙行椎间盘刮除术 84 个,椎间盘、骨刺同时刮除术 90 个。椎间盘切除范围包括上下软骨板,后在椎间以髂骨块填塞植骨。手术间隙的定位依据:临床上上肢感觉、运动和腱反射障碍与影像学检查的节段不稳、骨刺形成、椎间盘突出压迫脊髓、椎管狭窄的部位一致,且互为解释者^[2]。术中常规作椎间隙穿刺针摄片定位。术后颈围固定 3 月。

1.2.2 颈后路手术 颈后路行颈₃~颈₇的椎

板成形椎管扩大术(又称单开门手术)52例。采用中野式由左向右侧掀开椎板,间隙1.2cm左右,硬膜表面覆盖游离脂肪片或明胶海绵。于棘突根部打孔并穿入10号丝线,将线从椎旁肌前面穿过,在肌束外侧缘打结,将掀开的椎板进行悬吊固定。术后平卧,颈围固定3个月,术后1周可下地活动。

2 结果

我们对76例患者进行了6个月至3a的随访,平均随访时间1.3a。疗效评定标准^[1]原I、II、III、IV级者,术后进2级者为优,1级者为良;原IV、V级症状消失者为优,进步50%者为良;同级症状有改善者为尚可;症状同术前者为不变;加重者为恶化;本组76例中优19例,良24例,尚可20例,不变10例,恶化3例。总的进步率为82.9%。3例恶化者中2例合并脊髓侧束硬化,1例为术中刺激神经根,使一侧上肢症状加重。

术后并发症有后路手术切口下积血1例,食管瘘1例,切口裂开延迟愈合2例,植骨块延迟愈合3例,植骨块部分脱出1例。

3 讨论

3.1 脊髓型颈椎病的病理是由于颈椎间盘退行性变后,失去水分和弹性的髓核突向椎管压迫脊髓或椎体后缘骨刺、小关节增生,黄韧带肥厚引起椎管狭窄,压迫脊髓或影响脊髓血供。椎间盘退变导致椎间不稳,相邻椎体前后滑动刺激交感神经,引起脊髓血管痉挛或血栓形成,导致脊髓病变^[3]。因此压迫和不稳定是引起脊髓病变的主要原因。颈椎前、后路手术正是针对以上原因,达到到减压和稳定的目的,以此阻止病变的发展,为脊髓的修复创造条件。

3.2 前、后路手术的选择有一定的规律。入路选择不当可增加手术的风险和影响疗效。单节段椎间盘突出、骨刺压迫或椎间不稳,无

椎管狭窄者,应选前路直接减压和稳定手术。合并有发育性椎管狭窄、后纵韧带骨化、或多节段椎间盘突出、骨刺压迫者,应首选颈后路椎管扩大术;虽为间接减压,也可获得满意效果。若前方仍有压迫,可补做前路手术,但此时手术的安全性大大提高。

3.3 本组前、后路手术均采用局部麻醉,使病人在清醒情况下手术,配合术者了解操作对神经刺激的程度和减压的效果,大大增加手术的安全性。前路减压一般用刮匙刮除椎间盘或骨刺,手感较好,相对安全。在骨刺较大、不规则或怀疑压迫物与硬膜粘连时,环钻减压法应慎用,有损伤脊髓或神经根的可能。椎间植骨时应作牵引,用带有皮质的植骨块,牢固嵌入使椎间隙增宽,椎间孔扩大,达到间接减压效果。

3.4 刘岩等^[4]报告721例颈椎病手术有11种并发症发生,本组有5种共8例并发症,分析原因均与手术操作有关。食管瘘者为迟发性,与术中拉钩压迫局部坏死相关,通过胃造瘘,换药2周愈合。切口裂开均为后路手术时电刀烧灼脂肪组织太多引起。切口下积血为止血不彻底、引流不畅所致。植骨块移动、部分脱出、延迟愈合与植骨块太小,嵌入不牢固,术后颈围固定不当有关。若术中正规操作,以上并发症是可以避免的。

3.5 本组病例手术效果与病程长短呈对应关系。病程短者手术效果好,本组病程1a内的优良率达69%,而2a以上者,优良率仅为28%。脊髓型颈椎病的病理变化早期是可逆的,一旦脊髓发生变性则为不可逆的。因此,一旦明确诊断,应及早手术。

参 考 文 献

- 1 杨克勤,卢恩学,蔡钦林,等.前路多节段减压及融合术治疗脊髓型颈椎病.中华骨科杂志,1985,5(3):130
- 2 康文成,孙保国,左铁巨,等.颈椎病前路减压手术治疗.中华骨科杂志,1987,7(3):214
- 3 杨克勤主编.颈椎病.北京:人民卫生出版社,1981.72

4 刘岩,蔡钦林,杨克勤,等.颈椎病 773 例临床分析.中华骨科杂志,1989,9(4):283

(收稿:1996-10-27 修回:1997-06-26)

(本文编辑:程春开)

严重肝外伤 44 例诊治体会

刘晓玲

(第二附属医院普外科 221006)

关键词 肝外伤 诊断 治疗

中图法分类号 R657.3

我院普外科在近 10a 期间共收治 92 例肝外伤,其中严重肝外伤 44 例,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 44 例中,男 40 例,女 4 例。年龄 8~56 岁。闭合性损伤 40 例,开放性损伤 4 例。挤压伤 22 例,车祸伤 8 例,砸伤 6 例,摔伤 4 例,刀刺伤 4 例。肝右叶损伤 28 例,肝左叶损伤 16 例。合并胸外伤 10 例,脑外伤 2 例,脾破裂 4 例,胰腺裂伤 2 例,肠穿孔 3 例,后腹膜血肿 8 例,下腔静脉破裂 4 例,胃破裂 2 例。

1.2 损伤程度 按有关文献^[1],将损伤分为四级。一级为轻度肝损伤,损伤局限于 1 叶,肝实质破坏长 < 10cm,深 < 3cm;二级为严重肝损伤,包括有严重肝实质破坏长 > 10cm,深 > 3cm,多发性轻度及星芒状破裂;三级为极其严重肝损伤,包括肝实质广泛碎裂以及严重肝损伤伴有肝内大血管损伤或肝外胆管损伤;四级为肝损伤伴有肝外大血管损伤,肝损伤伴肝静脉或肝后下腔静脉损伤及门静脉损伤。根据以上标准,本组病例二级损伤 25 例,三级损伤 15 例,四级损伤 4 例。

1.3 手术方法与结果 不规则肝叶切除 15 例,清创止血后用带蒂大网膜填塞 12 例,全层褥式缝合加明胶海绵填塞 11 例,纱垫填塞压迫止血 2 例,下腔静脉修补加右半肝切除 2 例。以上 42 例均治愈,2 例合并腔静脉严重

撕裂失血性休克,未及处理而死亡。术后并发肝内血肿 1 例,膈下脓肿 1 例。

2 讨论

2.1 关于早期诊断

除 B 超、CT 等影像学检查外,细致地体检,结合化验检查以及腹腔穿刺,是肝外伤早期诊断的主要手段,特别是在基层医院更不可少。应注意病人的受伤机制、部位,伤在右上腹、右背部时,首先应想到有肝损伤的可能。注意腹部体征的鉴别,肝破裂时血性腹膜炎往往腹肌紧张,压痛较轻,不似消化道破裂。在合并胸外伤时,因胸痛明显,腹部体征易被掩盖。合并脑外伤时,因病人反应差,腹部阳性体征不易检出,此时要及早作腹腔穿刺。穿刺时要注意:①伤者腹壁厚度不同,应避免穿刺针过短而不能进入腹腔。②注意不要穿入腹壁血肿造成假阳性。③最好边进针边推入麻药直至腹腔,避免穿刺时肌纤维碎块堵塞针头。④右下腹穿刺一次不成功,要变换位置穿,否则,有可能因腹腔液体过多把小肠及网膜漂浮起来堵塞针头。⑤注意穿刺出血液的颜色,可滴于纱布上观察,如染有胆汁颜色应考虑肝破裂。

2.2 关于早期治疗

迅速明确诊断后应紧急补充和维持有效血容量,若经积极扩容而休克不能纠正,即在继续恢复血容量的同时进行手术。如合并血