

脊髓型颈椎病的围手术期处理

袁峰 龚维成

(附属医院骨科 221002)

摘要 目的 增加脊髓型颈椎病患者手术的安全性,减少并发症的发生。方法 对本院 1993 年 1 月~1997 年 6 月 60 例脊髓型颈椎病患者行手术治疗。结果 无 1 例死亡及重要并发症发生。结论 恰当的围手术期处理可增加脊髓型颈椎病患者手术的安全性。

关键词 脊髓型颈椎病 手术途径 围术期处理
中图分类号 R681.55

颈椎病脊髓型(包括后纵韧带骨化症 OPLL)的发病率在颈椎病中占 10%~15%,经国内外材料分析,非手术治疗效果不满意^[1]。颈脊髓受压程度不同临床表现不同,一般常有程度不等的四肢运动、感觉及括约肌功能的改变,重者呈痉挛性瘫痪。北医三院对 650 例颈椎病患者前路手术并发症的发生率进行统计,体位性及震荡性脊髓损伤 0.3%,脊髓损伤 0.5%,植骨块脱出 0.3%,椎间盘错切漏切 0.3%,植骨区感染 0.3%^[2]。本院自 1986 年开展颈椎病手术以来,曾有围术期处理不当而发生瘫痪加重 2 例,植骨块脱落、食管损伤各 1 例等并发症,临床应予重视。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组资料取自 1993 年 1 月~1997 年 6 月本院患者病例。男性 44 例,女性 16 例;年龄 30~76 岁,平均 52.6 岁;其中合并高血压 13 例,行前路颈椎间盘摘除/次全椎体切除取髂骨植骨融合术 33 例,后路单(双)开门颈椎管扩大成形术 30 例。

1.2 围手术期处理的关键措施 ①术前心肺功能检查,注意改善呼吸功能,控制高血压。②正确选择手术途径。③病员术前 3~5 d 行床上排便练习;前路手术行内脏鞘(气管、食管、甲状腺)^[3]牵拉练习,本人或他人以 2~4 指插入手术侧内脏鞘与颈动脉鞘之间,向非手术侧牵拉,开始 10~20 min/次至 30~40 min/次;后路手术行床上俯卧位练习,胸部垫被,低头暴露后颈部,需能坚持 2~3 h。④术中局麻监测,病情严重,有呼吸困难者,则全麻气管插管,尤其俯卧位者需防止颈过伸过屈致损伤颈髓。⑤控制术中出血,清晰暴露术野。术中平均动脉压可控制在 10.7 kPa 左右;手术部位于最高位置,头颈部高于胸部;俯卧位勿使腹部受压,以免静脉压升高;前路手术患者一般出血量不大,后路手术需备血 400

~800 ml。⑥术中摄片定位。⑦脊髓功能监测。⑧术后充分引流。前路手术行皮片引流,术后 24~36 h 内拔管。⑨术前 30 min 预防性应用抗生素,术后 3~5 d 常规使用地塞米松 10 mg、甘露醇 1 g/kg,静脉滴注 2 次/d,预防性使用抗生素及止血药物。⑩前路手术预防震荡及减压后脊髓水肿^[2],注意补钾。术后雾化吸入 2 次/d,减轻喉头水肿,减少气管分泌物。术后仰卧颈中立位,注意呼吸及四肢情况。

2 结果

无 1 例发生瘫痪加重,大出血,定位错误,植骨块脱落,感染以及损伤食管、气管、甲状腺等严重并发症。无死亡病例。

3 讨论

3.1 正确选择手术途径和方法至关重要,术前宜仔细阅读颈椎 X 片、MRI 片、CT 片,测量椎管。如单纯型颈椎间盘突出症、节段性椎间不稳及广泛椎板切除术后颈椎不稳者、孤立型 OPLL、钩椎关节骨赘严重压迫椎动脉或神经根者,本组资料表明选择前路颈椎间盘摘除或全椎体切除取髂骨植骨融合术较佳;发育性或 OPLL 致广泛颈椎管狭窄、3 节以上多发颈椎间病变、黄韧带肥厚、氟骨症、前路手术 0.5 a 后症状无减轻者,以选择后路颈椎管扩大成形术为宜。

3.2 前路手术内脏鞘牵拉练习,其重要性应反复向患者交待,避免术中因牵拉气管反射性干咳而引起硬脊膜破裂和颈脊髓损伤;防止术中牵拉困难引起的支气管食管损伤、喉返神经牵拉伤,以及术后出现喉头痉挛,气道分泌物大量增多。俯卧位需持续坚持 2~3 h,本组有 1 例患者,因术中憋闷不能坚持而造成手术暂停,重新消毒铺巾,大大增加了手术风险性及发生感染的可能性。

3.3 本组手术一般采取局部麻醉,术中监测,全麻气管插管不利于唤醒法监测,术中牵拉气管亦较为困难,但当合并呼吸道疾病或行高位颈椎手术时,为了保持呼吸道通畅或防止突发呼吸抑制,仍应考虑全麻气管插管。插管时颈部不宜过伸,必要时经鼻插管。在全麻气管插管恢复清醒过程中,尽量避免患者躁动,以防止植骨块移动脱出及脊髓损伤。

3.4 术中肉眼定位较困难,且解剖可有变异,临床资料表明,定位错误情况时有发生,故有必要手术摄片。

3.5 术中仔细谨慎操作,并行脊髓功能监测。局麻监测下唤醒法简单实用,本组手术采用此方法,曾避免6例手术中的危险操作,防止了术中的脊髓器械性损伤。全麻手术在目前使用生物电监测方法,但只能对脊髓侧后索的感觉通道进行监测,对其它部位的监护正在研究中^[4]。生物电监测包括表层体感诱发电位,属侵入性检查,敏感性高,目前记录结果主要是潜伏期及波幅,当波幅下降1/3时应引起注意,当下降1/2时应停止危险操作。

3.6 术后平卧颈中立位。颈椎后路椎管扩大术后,仰卧时仅在头后垫一薄垫,颈后部应悬空,使已开大的椎管不受挤压。72h内严密观察呼吸、四肢运动、感觉情况,预防血肿压迫等继发性颈髓损伤,以及植骨块脱落,呼吸困难等情况的发生。一般术后戴颈围,2周后可下地排便,3月后复查能否去颈围及神经功能恢复情况。

综上所述,完善的围术期处理可大大减少术中术后并发症,增加手术安全性,从而使患者得到更好的康复。

参 考 文 献

- 1 张之虎主编·骨科新技术·北京·天津出版社,1989.43
- 2 杨克勤主编·脊柱疾患的临床与研究·北京·北京出版社,1993.569
- 3 贾连顺主编·现代颈椎外科学·上海·远东出版社,1993.287
- 4 胥少汀主编·新编简明骨科学·北京·人民军医出版社,1996.69

(收稿:1997-08-24 修回:1997-11-16)
(本文编辑:孙立杰)

几种肝病患者血清IV型胶原含量变化及其临床意义

陈文贤

张继和

(附属医院中心实验室)

(第二附属医院同位素科)

关键词 IV型胶原 肝病 放射免疫测定

中图法分类号 R512.62

肝纤维化是各种慢性肝病向肝硬化发展的必经阶段。以前主要依靠肝活检来研究和诊断,但它有创伤性,而且难以动态观察,近来检测肝病患者血清中前III型胶原(PC III)、透明质酸(HA)、粘连蛋白(Ln)诊断肝纤维化的临床意义已有报导^[1,2]。现作者将IV型胶原的检测及其临床意义报导如下。

1 材料和方法

1.1 材料 肝炎诊断参照“病毒性肝炎防治方案(试行)”(第6届全国病毒性肝炎会议讨论修订,上海,1990年5月)。肝癌诊断标准见文献^[3]。共检测肝病患者108例,其中慢性肝炎45例(男38例,女7例),年龄25~56岁;肝硬化32例(男30例,女2例),年龄43~65岁;原发性肝癌31例(男30例,女1例),年龄43~65岁;健康对照组35例(男26例,女9例),年龄20~62岁。

1.2 方法 采用放射免疫检测法,具体操作严格按照说明书进行。试剂药盒由上海海军医学研究所提供。

1.3 仪器 中科院上海原子核研究所日环仪器厂生产的SN-182B-2型γ免疫计数器。

2 结果

见附表。

附表 各组血清IV型胶原含量($\mu\text{g/L}$, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	IV型胶原含量
健康对照组	35	57.71±17.22
慢性肝炎组	45	74.35±29.10*
肝硬化组	32	105.63±35.74*△
原发性肝癌组	31	107.56±30.87*△

*与健康对照组比较, $P < 0.01$; △与慢性肝炎组比较, $P < 0.01$