

加纳脊柱外科发展见闻

Information on the development of spinal surgery in Ghana

瞿东滨^{1,2}

(1 南方医科大学南方医院 广州 510515; 2 驻加纳中国医疗队 阿克拉市)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2012.07.21

中图分类号: R681.5 文献标识码: C 文章编号: 1004-406X(2012)-07-0671-02

加纳共和国(Republic of Ghana)是西部非洲的一个发展中国家,国土面积 23.8537 万平方公里(相当于中国广西),人口 2439 万,首都阿克拉市。近年加纳政局社会稳定,社会经济发展迅速,民生改善明显,2009 年人均 GDP 为 1283 美元,相当于中国 2003 年度指标,成为非洲国家之星,更是西非共同体的代表。但是加纳医生数量显著不足,2009 年每一千人口仅有医生数为 0.083,而专科医生更加匮乏,如神经外科医生仅 10 人、骨科医生也仅 13 人(均指 Consultant)。这种缺医局面显然无法满足加纳社会经济发展要求,加大医生培养、积极人才引进、扩大人员交流、加强国际合作等成为目前加纳政府壮大医生队伍的主要举措。笔者受国家派遣,作为驻加纳中国医疗队成员,2011 年 12 月起在加纳大学医学院克里布教学医院(Korle Bu Teaching Hospital)神经外科工作,现就加纳脊柱外科发展状况作一介绍。

1 基本状况

加纳没有脊柱外科这个专业分工(sub-specialty),因此更不用说脊柱外科专科了。在加纳,骨科负责矫形与创伤,主要是创伤骨科内容,脊柱外科疾患主要由神经外科进行诊治。由于神经外科医生本身就少,集中于加纳二个大城市——阿克拉市和库玛西市,所以基本就是几家大医院开展脊柱外科手术,包括加纳大学医学院克里布教学医院(阿克拉市)、恩克鲁玛大学医学院 Komfo Anokye 教学医院(库玛西市)、同时也是联合国西非维和部队后方医院的加纳军队 37 军医院(阿克拉市)。这几家医院亦仅能开展一些常规脊柱外科手术。

尽管加纳有全国性医疗保险,但是自费率达 43%,对于严重复杂的脊柱畸形,一般家庭难以承受高昂医疗费用,这一类患者中有少部分能获得慈善机构等帮助,接受矫形重建手术,如以脊柱外科专家、加纳裔美国人 Boachie-Adje 领导的 FOCOS 基金在西非就开展了这些慈善救治活动。最近,该基金会在阿克拉市郊建立了一所骨

科医院,因此也有骨科医生参与脊柱外科手术开展,但该医院并非完全慈善性质。

加纳大学医学院克里布教学医院是全国转诊中心,各省区患者均可以按级转诊到该院,因此该院脊柱外科诊治状况基本可以反映该国脊柱外科的发展水平。

2 常见病种

很难获得比较翔实主要病种资料,除个别脊柱肿瘤病例外,在公立医院常见病种有三类:

(1)退变性疾患。退变性疾患可能是所有人种最常见的脊柱疾患。由于非洲女性习惯头顶物品,中年女性中颈椎退行性变非常显著,故颈椎病发病在女性稍多见。腰椎退变性疾患主要为腰椎管狭窄、腰椎退变性滑脱,而单纯腰椎间盘突出症并不多见。一般颈椎病较腰椎病多见,女性患者多于男性患者。饶有兴趣的是,腰椎峡部裂性滑脱极为少见,以国内常持的疲劳损伤观点,非洲大部分人群从事体力劳动,无论劳动强度或者时间并不逊于国内相应群体,因此可能还存在其他一些因素。从形体上观察,非洲人群腰椎前凸角度较大,较亚裔、欧美白人人群均明显,但是影像解剖学研究表明,非洲人群腰椎前凸并无差异,但骶骨部后凸明显^[1]。习惯生活和劳动姿势可能发挥主要作用,如中国人习惯弯腰动作,而非洲人多采用屈髋代替弯腰,因此腰部活动少,可以减轻腰部结构的受力和疲劳。腰椎管狭窄病例中,单节段多见,并以黄韧带肥厚及退变性滑脱为主,且椎间隙高度基本可以维持,单纯严重腰椎间盘突出较少见,而未波及节段 MRI 椎间盘信号多为基本正常,这也说明了生活及劳动习惯等因素密切相关。正因为腰椎管狭窄疾病存在这些特点,所以有加纳医生就认为,对于腰椎管狭窄,单纯全椎板切除就可以满足需要,而不需要处理椎间盘或者融合^[2]。

(2)脊柱骨折。多数为车辆交通事故。据世界银行资料,加纳每公里道路平均 13 辆车,与中国相似,说明道路上车辆较为密集,特别农村地区道路上充斥来自欧美地区的二手车,所以不少病例记载中提及车辆刹车失灵等原因,而行人和车辆之间碰撞事故也较多。尽管加纳基础设施建设发展迅速,但建筑工地一般楼层不高,而且安全工作规

第一作者简介:男(1966-),主任医师,博士,研究方向:脊柱外科
电话:(020)61641725 E-mail:nfyy_qu@yahoo.com.cn

章严厉,高空坠落伤则较为少见。由于转诊制度要求,以及筹措医疗费用,骨折患者来院均是数日或数周之后,均失去早期救治机会。

(3)脊柱结核。与中国一样,加纳也是全球结核病高负担区,结核病发病率为 400/10 万,脊柱结核亦以胸腰椎结核多见。除非个别脊柱结核患者出现截瘫外,更多脊柱结核患者一般先在门诊接受化疗并定期复诊,而待到血沉降到基本正常时,再接受手术,所以术前化疗时间会达到半年左右,因此多数患者都是处在增殖期再手术,甚少在渗出期进行手术,相对也减少了术后控制不良以及复发的几率。

加纳尚未进入老龄化社会,而且属于毗邻赤道地区,阳光充裕,人群多属于体力劳动者,骨质疏松疾患很少。很多高龄患者影像学检查很少看到明显骨质疏松,因此骨质疏松性压缩骨折较为少见。

3 手术开展

由于病种多局限于退变性疾病、脊柱创伤以及脊柱结核,因此开展脊柱手术亦围绕上述疾病,均采用开放手术。

(1)颈椎前路。对于颈椎骨折以及颈椎病,采用前路颈椎间盘切除或者椎体次全切除减压,采用自体髂骨植骨,并前路钢板内固定术。偶尔采用钛网重建,没有开展颈椎融合器重建等。

(2)颈椎后路。对于多节段颈椎病,采用颈椎后路手术,行全椎板切除减压,没有开展单开门或者双开门椎管扩大成形术。亦少有进行颈椎后路内固定术。对于上颈椎复杂手术没有开展。

(3)胸腰椎后路。对于胸腰椎骨折、结核以及腰椎退变性疾病均采用后路手术,涉及减压,一律采用全椎板切除,极少采用节段性减压或者选择性局限性减压等,连个别椎间盘摘除手术也都是半椎板切除。而融合技术多为横突间融合或者椎板间/关节融合,较少开展椎体间融合。植骨材料均为切除棘突或者椎板骨质,没有应用生物植骨材料。由于多数患者病情较重,基本均采用后路经椎弓根螺钉内固定,一般采用徒手置钉技术,在腰椎部位技术应用尚熟练,但在胸椎部分多没有掌握要领。C 型臂 X 线机使用的意识不强,没有充分利用 C 型臂 X 线机监视下置钉或者置钉后复查。螺钉位置不正多在术后复查 X 线片发现,又进手术室进行调整。

4 一般体会

加纳脊柱外科尚处在发展初期,已经具备一定的基础,但脊柱外科专业发展更是离不开持续经济增长以及医疗保障制度的支撑。加纳脊柱外科发展现状有二个较为鲜明的特点:

(1)患者方面,一般接受最终治疗都较晚。加纳人均 GDP 才进入中等收入偏下国家水平,相当大部分国民仍十分贫穷,而国家医疗保险覆盖面仅达 65%,自费率高达 43%,且脊柱置入物尚没有列入医疗保险支付范围,很多家庭尚难以承担相对高昂的医疗支出。而医疗资源分布不均,城乡差异悬殊,医学人才外流严重,缺乏足够专科人才,更造成患者需要经过多次转诊以及长时间内科治疗。到了真正需要接受手术时,这些患者病情通常属于比较晚、比较重、比较复杂,持续时间长,而一些类似单纯性腰椎间盘突出症等较为少见,即使脊柱创伤等也不是在最早时间内就能接受最终救治,甚至是新鲜脊柱骨折得到接受手术时也变成了陈旧骨折。因为加纳这个具体实际,类似发展腔镜下微创脊柱外科的选择是不切合实际的。

(2)医生方面,存在神经外科医生思维的差异性。从世界范围来讲,脊柱外科医生来自骨科或者神经外科,因此分为 Orthopaedic Spine Surgeon 和 Neurosurgical Spine Surgeon。这二种成长途径的脊柱外科医生在思维上存在明显的差异,骨科历来讲究融合和内固定,达到局部的稳定和骨融合,这种理念是从四肢骨折处理来的;而神经外科则讲究减压,解除对脊髓和神经压迫,而减压有直接和间接之分,对他们来说,大部分病例可以接受,因此全椎板切除是他们最经常采用的手术操作,而很少顾忌脊柱稳定性问题,对融合的意义更是没有深入认识。对于类似颈椎骨折脱位,最基础的颅骨牵引等治疗也没有受到足够重视。脊柱外科已经脱离神经外科、骨外科而独立出来的一门专业,其诊治范围明确,具有独特的支撑科学(如生物力学,医学工程学、生物材料学、神经检测、影像技术等),而且具有独特的治疗手段和技术(减压、融合和内固定),需要独特的培训过程。因此,无论神经外科医生或者骨外科医生从事脊柱外科,都要经历一个转变。单纯从神经外科角度或者骨外科角度认识脊柱外科问题都不可避免地误入一些认识上的偏差。

任何外科专业的建设和发展都需要了解实际、立足实际,需要观念更新和改变。可以相信,随着加纳社会经济发展和国际多向交流日益增多,加纳脊柱外科的明天会更加美好。

5 参考文献

1. Mosner EA, Bryan JM, Stull MA, et al. A comparison of actual and apparent lumbar lordosis in black and white adult females[J]. Spine, 1989, 14(3): 310-314.
2. Andrews NB, Lawson HJ, Darko D. Decompressive laminectomy for lumbar stenosis: review of 65 consecutive cases from Tema, Ghana[J]. West Afr J Med, 2007, 26(4): 283-287.

(收稿日期:2012-04-05)

(本文编辑 彭向峰)