

comparison of four anterior atlantoaxial plate systems [J]. J Neurosurg (Suppl 3), 2002, 96(3): 313-320.

7. Anonymous. Clinical assessment after acute cervical spinal cord injury [J]. Neurosurg, 2002, 50(Suppl 3): 21-29.

(收稿日期: 2005-10-08 修回日期: 2005-12-08)

【专家点评】对固定性 C1/2 脱位(本文称“难复性脱位”)传统的手术疗法为经口减压, 原位后路枕颈固定与融合。一些报道表明, 它可以满意地改善脊髓功能。但是手术操作困难, 严重并发症发生率高, 而且不能矫正 C1~C2 后凸畸形。近几年国内报道, 经口松解、牵引复位, 后路 C1~C2 或 C0~C2 固定融合术治疗该疾患, 初步结果满意, 能够矫正后凸畸形, 解除了脊髓腹侧的压迫, 并发症发生率也较低。这不仅是治疗方法与技术的进步, 也是治疗概念的一种突破。因为传统观点认为, 陈旧性 C1/2 脱位患者软组织中的粘连, 椎管内的疤痕与粘连, 将会因术中复位而导致脊髓损伤加重, 或椎-基底动脉供血障碍。国内的报道表明“松解复位”是安全的, 尚未遇到上述两种并发症。然而所报道的“松解复位”的病例数量尚少, 仍不能完全排除

发生上述并发症的可能性。因此, 仍需继续观察与研究, 在采用此疗法时尚需警惕。

作者采用自行研制的经口咽寰枢椎复位钢板内固定治疗难复性 C1/2 脱位 11 例, 获得了满意结果。从理论上讲, C1 复位的运动轨迹应是由前、下方向上、后方移动。所以“钢板”的设计较为合理。加上钉板间的锁定装置与螺钉进钉方向上的要求, 使得本内固定系统较之以前的同类更具优越性, 应当有较好的复位与固定效果。遗憾的是本文中缺乏细致的观察, 病例数量较少, 对适应证、禁忌证、可能发生的并发症等还不能有明确的界定。另外, 一种新的手术方法与技术, 恰如一种新的临床药物, 它应当具有发明或研发的背景和预期的应用价值, 有可重复使用的方法与技术, 有优良的治疗效果和较轻的副作用, 有明确的适应证和禁忌证, 有完备的法律法规手续。只有这样, 新技术或新方法才能发挥其本身的实用价值。从这个角度上看, 本文介绍的新疗法尚有不足之处。

——党耕町

(英文编审 蒋欣)

(本文编辑 卢庆霞)

个案报道

枢椎椎体骨折并吞咽困难 1 例报告

梁建科

(甘肃省平凉市人民医院骨科 744000)

中图分类号: R683.2 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2006)-01-0037-01

患者男, 35 岁, 司机。驾车高速行驶时不慎与前面车辆追尾, 头额部撞于挡风玻璃上, 右胸顶压于方向盘上。当时患者感颈部、右手及右胸部疼痛, 颈部及右手活动受限, 胸闷、气短。但患者神志清楚, 无恶心呕吐及大小便失禁, 被路人送来我院急诊。查体: 患者神清、生命体征正常, 前额部有皮肤擦伤, 右胸叩诊呈鼓音, 听诊呼吸音减弱, 右手背肿胀, 可扪及骨擦音, 活动受限, 颈部强迫位, 活动受限, 四肢感觉、运动、反射均正常, 无病理征。X 线片显示枢椎椎体前下冠状位骨折, 骨折块向前移位明显, 压迫食道, 椎前软组织影增宽, 颈椎序列尚好(图 1), 右手 2、3 掌骨骨折, 无明显移位, 右侧创伤性湿肺并气胸, 肺压缩近 20%。即刻行卧床, 颈部枕枕带牵引, 并行右侧胸腔闭式引流术。患者自觉吞咽困难, 不能正常进食, 有明显梗阻感。经持续颅骨牵引, 床边拍 X 线片复查示枢椎骨折块仍压迫食道, 无复位。请五官科协助行咽后壁浸润麻醉, 手法复位不成功。遂择期在颈浅丛麻醉下行右侧颈前入路 C2 椎体冠状位骨折切开复位、C2/3 椎间植骨融合、自锁式钛板内固定术。手术顺利, 术后患者吞咽困难及梗阻感消失, 恢复正常进食。X 线片示枢椎骨折复位固定良好, 食道压迫解除(图 2)。

讨论 枢椎椎体骨折少见, 而枢椎体冠状位骨折及骨



图 1 术前 X 线片示枢椎椎体冠状位骨折, 骨折块前移压迫食道

图 2 术后 X 线片示枢椎骨折复位, 固定良好, 食道压迫解除

骨折前移压迫食道, 致吞咽困难更少见。分析成因, 可能是撞车后由于惯性的作用, 患者前额撞于挡风玻璃时头向后过度仰伸, 致纤维环前纵韧带自 C2/3 处断裂, 瞬间头颈又前屈, 枢椎前下与 C3 椎体撞击, 使其前下成冠状位骨折, 骨折块前移, 压迫食道而引起吞咽困难, 此种骨折牵引及手法复位均难成功, 需手术治疗。

(收稿日期: 2005-10-24)

(本文编辑 彭向峰)