

【编者按】 颈椎病的外科治疗是近十余年来脊柱外科发展中最快、最广泛的技术之一,在取得很大成绩的同时,也带来一些新的、不可忽视的问题,颈椎病究竟什么情况适合外科治疗?怎样认识手术的时机?应该怎样选择手术的入路?减压减到什么程度为适宜?什么情况需要内固定?前、后路联合一期手术有无必要?哪些是颈椎病外科治疗中存在的不良倾向和值得思考或应注意的问题?这些将在本期《述评》和《学术讨论》栏目由专家做详细论述和进一步讨论,供同道参考。

述评

颈椎病外科治疗的现状与思考

党耕町

(北京大学第三医院骨科 100083 北京市)

中图分类号:R681.5 文献标识码:C 文章编号:1004-406X(2007)-02-0085-02

脊髓型颈椎病在我国是一种常见疾病。其外科治疗在我国已由大城市中的大医院更广泛地向其他地区 and 二、三级医院普及。从总体上看,诊疗水平日益提高。有关脊髓型颈椎病外科治疗的中、长期随访结果报道表明,优良率或脊髓功能改善率(JOA 评分)达到 80%左右。

目前,颈椎病外科手术的方法与技术多种多样,如当前被普遍应用的减压技术,包括经前路椎间盘切除、次全椎体切除、多节段次全椎体切除;后路各种方式的椎板成形椎管扩大术、全椎板切除术等。颈椎固定融合技术的种类更为繁多:经前路的椎间融合器(cage)、长短不同的钛网、多种钛板内固定;后路有侧块钢板内固定,椎弓根螺钉内固定等。此外,还有微创的融合术,减压内固定术,人工髓核或人工颈椎间盘置换技术等。治疗方法与技术的种类越多,临床医生的选择余地越大。如果适应证选择合理,技术运用得当,无疑将提高医疗水平和治疗效果,但其关键在于“选择”。现代科技日新月异,诊断、治疗的新概念、新方法、新技术在不断地出现,因此外科医生所面临的这种“选择”也越来越具挑战性,不得不思考,不得不研究。怎样依据患者个体的病情,选择合适的治疗方法与技术?用什么标准或依据来衡量所选择的治疗方法与技术是合理的?是有价值的?

就脊髓型颈椎病的外科治疗而言,是否“减压越彻底、越广泛越好?”,“内固定越坚强、融合率越高越好?”,“技术越新越好?”。例如,脊髓型颈椎病患者术前 MRI 显示多节段脊髓遭受前、后方压迫。根据多数作者通常所采用的治疗原则,对这类患者宜选择颈椎后路椎板成形、椎管扩大术治疗。近 3~4 年来越来越多的医生对减压方法进行了改进,采取一期后、前路广泛减压术。在后路椎管扩大术之后,再行前路椎间盘切除,或椎体次全切除,或多节段椎体次全切除术。再如,后路椎管扩大术后附加侧块钢板固定,甚至采用椎弓根螺钉内固定,以治疗或预防节段性不稳定。当然,治疗决策者或手术者对治疗方法的改进或选择必定有其依据和道理,不能认为新方法、新技术没有价值。问题是用什么样的临床结果和方法去验证新的治疗方法与技术的优异价值。

当前,对颈椎病外科治疗结果的评价方面太多关注影像学研究,如颈椎内固定是否坚强,融合率是否提高,神经根或脊髓减压是否彻底,颈椎活动范围增加,术后相邻节段的退变情况等;而患者或社会关注的则是自身的症状与功能改善,以及得失的权衡。颈椎病外科治疗结果应当是较长期的观察结果,应主要反映患者症状、痛苦解除的程度,生活质量、生活能力、工作能力改善的程度,以及患者和社会为治

作者简介:男(1935-),主任医师,教授,研究方向:脊柱外科

电话:(010)62017691 E-mail:puh3_GK@bjmu.edu.cn

疗付出的代价同上述结果的权衡。这种治疗结果应成为衡量治疗方法与技术的基本依据。这既是各种新疗法、新技术应用或研究的出发点,也是它们的归宿。为了获得这种最终的治疗结果,首先需要患者对痛苦、生活质量、工作能力改善的表述。其次,医生应对治疗过程和长期随诊中所作的观察,包括所作的物理、解剖、生理方面的观测资料进行记录。全面地收集这些方面的临床资料,需要设计和确立与最终结果直接和间接相关的指标观测体系,以及观测方法与技术。来自患者对治疗后各种体验的主观描述受个体表达能力、心理因素、社会因素等多方面的影响,它的客观性、重要性、有效性常常受到质疑,被称为“软资料”。然而,它是重要的,在治疗结果中是不可缺少的。

自 20 世纪 80 年代初期以来,脊柱疾患治疗结果的研究受到广泛关注。如在一些脊柱外科专著中,以“Outcomes Research for Spinal Disorders”为标题进行了介绍和讨论中,作者们一致地认为,脊柱疾患的临床结果主要内涵应是症状、生活质量与工作能力的改善与恢复。并且以此为依据形成了一套有关治疗后的生活、健康指标评价体系、评价方法与技术。对于所谓“软资料”的可重复性、有效性或精确性,以及指标内容、评价方法与技术的实用性都作了很多对比研究。笔者认为,关于上述脊柱疾患治疗结果的研究反映了近 20 多年来脊柱外科方面的进展,应引起认真的思考。JOA 17 分评分系统是当前国内文献报告中常常采用的方法。它的内容注重了功能的改善,方法比较简单,用来评价治疗后的结果,提供了不同治疗彼此比较的根据。但是它在指标的全面性或精确性(例如症状改善、生活质量与能力改善)方面和方法的可重复性方面都存在不足,值得进一步研究与完善。

关于脊髓型颈椎病的诊断和手术指征也谈谈个人的粗浅看法。根据 1992 年“青岛颈椎病研讨会”的建议,颈椎椎间关节退变,累及神经、血管,产生相应的临床表现(包括症状、病史与体检发现)称为颈椎病。这是定义,也是诊断标准。其中包括有三个不可或缺的要点:一是颈椎椎间关节退变;二是退变的某些病理变化累及神经根或/和脊髓;三是受累的神结构产生了与之相应的临床症状和异常体征。这个诊断标准在当时是合理的。但是,随着 CT、MRI 等诊断技术的普遍应用,临床中越来越多的发现神经根受压迫,甚至脊髓受压,并没有相应的神经传导功能障碍,即没有放射性颈肩臂痛,没有肢体运动或感觉障碍的临床症状。如同常人一样的生活、工作。在以往手术治疗的脊髓型颈椎病患者中,有不少患者仅有脊髓长束的症状与体征,而其颈椎 MRI 显示不仅脊髓受压,神经根也有明确受压的征象,但是没有神经根受压的症状与体征。颈椎 MRI 显示脊髓明显受压变形,而没有临床症状与肢体运动功能异常的人也不少。1995~2001 年期间笔者在门诊工作中观察了 120 例有颈椎 MRI 资料的病例,其中 24 例没有脊髓功能障碍,其余 86 例因有肢体功能障碍诊断为脊髓型颈椎病,并进行了手术治疗。2003~2005 年在门诊连续观察中,发现 29 例颈椎 MRI 显示脊髓受压(脊髓受压变形,或矢状径减少,严重者矢状径减少 2/3)而无脊髓传导功能障碍的症状。其中 17 例 Haffmann 征阳性,膝反射亢进,余 12 例没有病理体征。当然,上面的这些资料比较粗糙,并不是严谨的研究报告。但足以证明,一部分患者颈椎 MRI 显示神经根、脊髓受到明显压迫可以没有神经受损的临床表现。那么,根据颈椎病的定义和诊断标准,这部分人能否诊断为颈椎病,在治疗上采取什么态度?

上面这种临床现象至少提醒我们,第一,在颈椎病的临床诊断与治疗中要特别重视患者的临床表现,不能片面地强调影像学所见。第二,对颈椎病的认识人们依然有许多未知的问题,需要扎实地深入研究。不能过分地把兴趣和研究的精力放在内固定技术、减压方法的求新与改进上。

总之,颈椎病外科治疗的临床工作在我国越来越普遍地开展。现代诊疗新技术也越来越广泛地被应用。但在这种进展趋势中,不能忽视对颈椎病外科治疗结果的研究。应该以长期、全面观察的最终结果为主要依据,应从结果的检验中合理地选择和应用新的诊治技术与方法。对颈椎病的认识仍有许多重要的未知课题有待深入研究,概念的创新与技术创新应相辅相成,不可偏废。

(收稿日期:2006-12-31)

(本文编辑 卢庆霞)