

对颈椎病外科干预中几个问题的我见

赵定麟

(同济大学附属东方医院骨科 200120 上海市浦东区即墨路 150 号)

中图分类号:R681.5 文献标识码:C 文章编号:1004-406X(2007)-02-0087-02

自 30 年前首例以切除骨赘为目的的颈椎前路扩大性减压术成功实施以来,由于其有效性和手术操作程序、切骨工具等持续发展,使颈椎病手术疗法在全国各地迅速开展起来,现已遍及各地、县医院,使数以万计患者受益,且有更加扩大之势。由于手术的广泛开展,其并发症及翻修术的几率也随之增加,这就为我们提出新的问题,即在当前广泛开展这一高风险手术的同时,如何更进一步从理论上、技术上加深认识,在杜滥的同时尽最大努力减少一切不良后果。笔者对与手术相关的几个问题提出己见,以求抛砖引玉。

1 仍应严格手术适应证

随着施术病例增多、外科技术成熟和人们对生活质量要求的提高,在手术病例增加的同时,手术适应证亦有逐年放宽之势;除脊髓型、保守治疗无效的神经根型和椎动脉型颈椎病外,易被忽视的脊髓前中央动脉型颈椎病在临床上并非少见,且易被误诊,因其症状除脊髓受压征外,更多表现为头部及视力、听力障碍等类似神经内科或五官科症状,甚至可有心脏病表现。此类患者只有在非手术治疗无效时方可选择手术。此外,对严重的颈型颈椎病患者,如已影响工作和生活时亦可酌情选择手术治疗,但务必在安全前提下,对诊断不肯定或如无把握时切勿施术。总之,颈椎病的手术适应证仍应从严掌握。

2 手术入路选择

对多节段颈椎病患者手术常有选择后入路者,笔者认为:如果致压物位于椎管前方,手术入路与减压途径仍需从前方切骨减压才能彻底。如果因为致压范围广、手术难度大而改为后路;此不仅直接影响疗效,且是发生缺血再灌注综合征及第五颈脊神经综合征之主因。笔者曾会诊过引起四肢瘫痪的实例,为避险反而引起更大风险,实在得不偿失。如果椎管前后方均需减压,笔者建议先前路、并辅加内固定后再后路施术为妥,其原因同前。

3 术前检测患者颈部仰伸程度,以免术中引发过伸性损伤

发育性颈椎椎管狭窄是颈椎病发病的病理解剖学基础,因此在与前方骨赘形成前后夹攻状态下,稍许超限的屈伸即可加重对硬膜囊的压迫而引发意外。而气管插管是全麻的首项操作,多需在仰颈状态下完成。为使喉头获得良好暴露,大多将头颈仰伸,如用力过度则易引发脊髓损伤,此在临床上并非罕见。为避免此种不良后果,术前术者(或第一助手)应邀请麻醉师共同检测患者颈椎仰伸的最大限度,以不诱发脊髓刺激症状为基本要求。

4 选择横切口更好

随着人们对外貌的日益苛求,横切口应视为颈前路手术的最佳选择。根据作者 30 余年施术经验,从单椎节到四个椎节,无论是 cage 置入或是钛网加钢板,一个 3~5cm 的横切口均可顺利完成。其范围包括 C2~T1/2 之间;如此则概括了 98% 以上病例。实际上,良好的暴露取决于对颈深筋膜的充分松解和切口高度与施术节段的对应。当然,不断提升临床施术经验和娴熟的手术技巧是取得成功的关键。

5 术中不宜用自动撑开器

目前市场上供应的颈椎前路撑开器虽可减轻助手的工作强度,但却易伤及血管、食道和气管等重要组织;尤其是牵拉强度大、持续时间长和拉钩较锐者。作者在既往各本专著中一贯强调颈前路手术禁用自动拉钩的观点,目前在发现食道受损病例(食道瘘)后更感禁用自动拉钩的必要性;食道瘘的严重后果

是每位术者都不愿意看到的。

6 术式的选择

用于颈椎病的术式大家都较熟悉,主要有:单纯椎间盘切(髓核摘)除术、椎间盘切除加骨赘切除术、环锯法切骨减压术、椎体次全切除减压加植骨(钛网)融合术、侧前方(钩椎)切骨减压术、人工椎间盘(人工椎体间关节)置入术及人工椎体置入术等。在众多手术方式中如何选择是一个既复杂而又需反复斟酌的难题,在决策之前应从不同角度加以权衡。根据本人经验主要强调以下几点:(1)因病理特征而异。视患者病理解剖特点不同,以能够彻底去除病变相吻合之术式为首选。例如单纯性髓核后突(脱)者,椎间盘切除术即可;伴有椎节不稳时,可附加植骨或扁形 cage 置入;对以骨赘形成为主者,则宜选用环锯全椎节切骨加刮匙扩大减压术,并植入髂骨块或 cage 为宜;而伴有 OPLL 的病例则多选用椎体开槽切骨减压加骨块(或钛网、或人工椎体)植入术等。(2)因个人经验及操作习惯而异。每位医师均有其操作习惯,用电钻、用凿、用咬骨钳和用刮匙者当然会选择不同的术式。由于椎体后缘致压物多呈凸凹不平状,如选用电钻则易因滑动而失手,椎板咬骨钳则有占位挤压脊髓之虑,骨凿更因顾及失手而少有敢在颈前路应用者;因此,从安全角度考虑,笔者宁愿选择刮匙。但操作时应小心谨慎,双手持匙,以椎体前缘为支点、椎体后方致压骨为力点,采用旋转手法切骨,一般均无困难,包括对后纵韧带的切除,笔者多年来尚无失手病例发生。(3)因医院具备条件而异。每个单位条件并非一致,血源紧张的单位或地区切勿选择大块切骨类术式;因为脊柱血供状态差别巨大,出血量可相差 20 倍,万一遇到大失血病例则易引发意外。对年迈及心肺机能不佳者,亦应注意对全身状态评估,并请麻醉、心肺等相关科室会诊,筛选安全简便的术式为宜。(4)其他。术式选择还与其他多种因素有关,包括个体差异、职业特点、经济状况及对室外活动的要求等。一个热衷于舞蹈及野外运动者当然与文静者术式有别。作者曾对一位亚洲某地三(年)连贯拳击冠军施术,其颈部肌肉几乎完全疤痕化,不仅解剖异常,操作困难,且出血多,止血困难。尽管如此,该患者术后当日即下床活动,甚至只身上街购物。幸好对其选用的是最安全术式。

7 内固定(置入物)的选择

减压术毕接踵而来的是内固定物的选择。单纯减压不作内固定,不仅易丢失减压效果,且易因术后椎节失稳加剧而使症状复显。因此任何减压术毕均应立即予以内固定,要求在恢复椎节原有高度与曲度的同时,确保椎节的稳定。当然,在前者基础上选用人工椎间盘或人工关节亦可。在众多内固定物中究竟选择何者?主要取决于:(1)减压范围及其对椎节稳定性影响的程度。此对内固定方式选择至关重要,丢失大量骨质的椎体次全切除术只有选择骨块+钢板、人工椎体或钛网+钢板中的一种;而环锯切骨减压者一般多采用圆形 cage、柱状植骨块或钛网+钢板;单椎节减压则宜选用扁形 cage。总之,视切骨范围及特点不同选择可以支撑与恢复椎骨原有状态的置入物为基本原则。(2)置入物本身特点。主指材料、设计特点及应用范围,目前公认聚醚醚酮(peek)的弹性模量最接近椎骨,从而为大家所乐意接受。而形状设计及规格则要求与切骨减压的范围和特点相一致;因个体差异较大,因此在选择时需认真加以比较,择优而用。目前世界各大公司均有多种设计,以供手术病例有更多选择的余地。(3)其他。包括患者的经济状况(对经济困难者,选用自体髂骨最佳),全身骨质、尤其是椎骨有无骨质疏松或其他病变,这些与内固定的选择均直接相关。

总之,内固定的选择应全面加以考虑,树立以最大程度恢复颈椎解剖与功能状态为前提的理念。

8 重视术后处理

到目前为止,颈椎手术仍是一个高难度、高风险和高技巧的手术,术中任何不当操作都会引发术后的不良后果,术后反应的程度与个体差异甚大,如稍有疏忽即可发生严重后果,尤其是术后 24h 以内更关键,90%以上致命的喉头痉挛与颈深部血肿都发生于这一时间段,因此,术后务必重视。

(收稿日期:2007-01-15)

(本文编辑 彭向峰)