



颈前路手术治疗 55 例下颈椎骨折脱位患者的临床效果及安全性评价

陈 识

(岳阳市二人民医院脊柱外科 湖南岳阳 414000)

摘要: **目的** 探讨颈前路手术治疗下颈椎骨折脱位患者的临床效果及安全性。**方法** 回顾性分析我院 2013 年 1 月~2016 年 1 月行颈前路手术治疗的 55 例下颈椎骨折脱位患者的临床疗效、并发症发生情况及神经功能恢复情况。**结果** 在对 55 例患者术前和术后不同时期的精神功能恢复情况比较中, 术前 A 级 9 例, B 级 26 例, C 级 13 例, D 级 6 例, E 级 1 例; 术后 3 个月 A 级 7 例, B 级 14 例, C 级 18 例, D 级 12 例, E 级 4 例; 术后 6 个月 A 级 7 例, B 级 9 例, C 级 11 例, D 级 16 例, E 级 12 例; 术后 1 年 A 级 7 例, B 级 7 例, C 级 9 例, D 级 17 例, E 级 15 例。与术前比较, 差异均有统计学意义 ($p < 0.05$)。在对 55 例患者术后不同时期并发症发生率比较中, 术后 3 个月并发症发生率为 52.73% (29 例), 术后 6 个月为 32.73% (18 例), 术后 1 年为 10.91% (6 例), 术后 1 年并发症发生率与术后 3 个月和术后 6 个月的并发症发生率比较, 差异有统计学意义 ($p < 0.05$)。**结论** 对下颈椎骨折脱位患者行颈前路手术治疗, 能够有效地减少并发症的发生

关键词: 颈前路手术; 下颈椎骨折脱位; 临床疗效

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2017) 22-073-02

下颈椎骨折脱位是临床常见的骨折之一, 其主要致伤原因是各种暴力(伸展、屈曲、旋转、压缩和剪切等)导致的骨折脱位损伤片[1]。现目前, 治疗下颈椎骨折脱位的术式方法有前路、后路、后-前路、前-后-前路四种[2], 这些临床治疗的目的主要是使骨折复位、减压、固定、融合, 恢复颈椎序列, 保护脊髓, 减轻或防止其产生继发性损害, 提高患者的生活质量[3]。本研究通过对下颈椎骨折脱位患者行颈前路手术治疗, 探讨其临床疗效及安全性。现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析我院 2013 年 1 月~2016 年 1 月行颈前路手术治疗的 55 例下颈椎骨折脱位患者, 其中男 26 例, 女 29 例; 年龄 25~76 岁, 平均年龄 (50.5 ± 3.1) 岁; 受伤至入院时间 0.5~18d, 平均时间 (9.3 ± 1.2) d。ASIA 分级: A 级 9 例, B 级 26 例, C 级 13 例, D 级 6 例, E 级 1 例。损伤节段: C3-4 10 例, C4-5 19 例, C5-6 17 例, C6-7 9 例。

1.2 纳入标准和排除标准

纳入标准: 经影像学证实的下颈椎骨折脱位患者。

排除标准: ①年龄 < 18 岁患者; ②患有严重心血管疾病及精神疾病患者; ③陈旧性颈椎骨折脱位患者。本研究经过我院医学伦理委员会批准同意进行, 所有患者均自愿参加, 并签署知情同意书。

1.3 方法

患者取仰卧位, 进行全身麻醉, 采用颈前横切口, 经胸锁乳突肌内缘、颈血管鞘与食管气管鞘之间到达椎体前缘。使用定位针将其插入病变的椎间盘内, 在节段定位准确后, 拧入 Casper 牵开针向上下牵开、复位, 并将椎间盘松解椎间隙切除。凿取与间隙大小相等形状

相似的肋骨植骨块, 将其置入椎间隙, 松开 Casper 椎体牵引。确认植骨块置入稳定后, 用颈椎前路钛板螺钉固定, 冲洗, 放置引流管, 组层将伤口进行缝合。术后 24~48h 将引流管拔除, 术后颈托固定 3 个月。

1.4 观察指标和判定标准

观察指标: 随访术后 3 个月、6 个月、1 年患者的精神功能恢复情况。观察患者术后的治疗效果、并发症发生率, 如术区红肿、疼痛、感染、声音嘶哑、吞咽困难等。

判定标准: 参照美国脊柱脊髓损伤学会 (American Spinal Injury Association, ASIA) 根据 Frankel 分级修订的标准[4]: A 级: 完全性损伤, 骶段 (S4, S5) 无任何运动及感觉功能保留; B 级: 不完全性损伤, 在神经损伤平面以下, 包括骶段 (S4, S5) 存在感觉功能, 但无任何运动功能; C 级: 不完全损伤, 在神经损伤平面以下有运动功能保留, 一半以上的关键肌肌力 < 3 级, 感觉存在; D 级: 不完全损伤, 在神经损伤平面以下有运动功能保留, 至少一半的关键肌肌力 ≥ 3 级; E 级: 正常, 感觉和运动功能正常。

1.5 统计学方法

本次研究所有结果数据均采用 SPSS16.0 for Windows 进行统计学处理, 计数资料以 % 表示, 采用 χ^2 检验。差异有统计学意义以 $p < 0.05$ 表示。

2. 结果

2.1 比较 55 例患者术前和术后不同时期的精神功能恢复情况

在对 55 例患者术前和术后不同时期的精神功能恢复情况比较中, 术后不同时期的患者精神功能恢复情况明显优于术前, 差异有统计学意义 ($p < 0.05$)。详见表 1。

表 1 55 例患者术前和术后不同时期的精神功能恢复情况 [n; (%)]

时间	ASIA 分级				
	A 级	B 级	C 级	D 级	E 级
术前	9 (16.36)	26 (47.27)	13 (23.63)	6 (10.91)	1 (1.83)
术后 3 个月	7 (12.73)	14 (25.45)	18 (32.73)	12 (21.82)	4 (7.27)
术后 6 个月	7 (12.73)	9 (16.36)	11 (20.00)	16 (29.09)	12 (21.82)
术后 1 年	7 (12.73)	7 (12.73)	9 (16.36)	17 (30.91)	15 (27.27)
χ^2 值	41.5940				
p 值	0.0000				

2.2 比较 55 例患者术后不同时期并发症发生率

在对 55 例患者术后不同时期并发症发生率比较中, 术后 3 个月、

术后 6 个月、术后 1 年的并发症发生率越来越低, 且三个时期并发症发生率比较, 差异有统计学意义 ($p < 0.05$)。详见表 2。



•临床研究•

表2 55例患者术后不同时期并发症发生率比较[n:(%)]

时间	并发症					
	术区红肿	疼痛	感染	声音嘶哑	吞咽困难	发生率
术后3个月	8	4	5	5	7	29 (52.73)
术后6个月	4	3	2	4	5	18 (32.73)
术后1年	0	2	0	3	1	6 (10.91)
χ ² 值	22.0704					
P值	0.0000					

3.结论

下颈椎骨折脱位是临床最常见的骨折损伤之一,其多由于高能量复合暴力所致,常伴有脊髓损伤,致使脊柱的稳定性遭到破坏,导致患者脊髓神经功能严重受损,加之椎体水平移位、椎体间成角畸形[5]。就目前,治疗的原则是尽早复位、脊髓减压及植骨内固定。手术的目的是充分减压,使颈椎高度及生理前凸得以恢复,重建颈椎的稳定性,防止上下节段椎间盘的继发性退变[6]。

本次研究结果显示,在对55例患者术前和术后不同时期的神经功能恢复情况比较中,术前与术后3个月、6个月、1年的神经功能恢复情况比较,差异有统计学意义($p < 0.05$)。颈前路手术的优点有:①术中患者保持一致体位,减少搬运过程中对患者造成的二次伤害;②能够直接、彻底的对压迫脊髓前方的椎间盘碎片进行清除;③能够很好地恢复颈椎生理前凸和椎间高度,且对颈椎活动度影响小;④手术创伤小,术中出血量小,手术时间短,有利于患者的尽快恢复[7]。颈椎手术的并发症通常分为早期并发症和晚期并发症,早期并发症是指在手术中或手术结束早期内发生的,其包括:术中重要血管神经的损伤、脑脊液漏或硬膜外血肿等,术后切口感染、吞咽困难、食道损伤等;而晚期并发症包括:假关节形成、内固定物松动、滑落、术后轴性症状以及邻近间隙退变等[8]。在对55例患者术后不同时期并发症发生率比较中,术后1年的并发症发生率明显低于术后3个月、6个月的并发症发生率,与术后3个月、6个月比较,差异有统计学意义($p < 0.05$)。说明,在行颈前路手术治疗前期,应做好充分的术前准备,熟悉颈前路解剖,严格规范化操作,这样就能有效地避免颈前路手术治疗后并发症的发生[9]。

综上所述,对下颈椎骨折脱位患者行颈前路手术治疗,具有较好的临床效果,能够有效地改善患者临床症状,减少患者术后并发症发

生率。

参考文献:

- [1] 郭琰,周方,田耘等.下颈椎骨折脱位术式选择及疗效分析[J].中华创伤杂志,2015,31(3):232-235.
- [2] 东家茂,邢文华,贺永雄等.单纯一期前路手术撬拨复位治疗下颈椎骨折脱位:80例报告[J].脊柱外科杂志,2015,13(2):126-128.
- [3] 骆渊城,敖传西,华贤章等.不同手术路径对下颈椎骨折脱位并脊髓损伤患者生理功能恢复的影响[J].中国医药导报,2016,13(21):111-114.
- [4] 关骅,陈学明.脊髓损伤 ASIA 神经功能分类标准(2000年修订)[J].中国脊柱脊髓杂志,2001,11(3):164.
- [5] 童哲,李钧,梁水彬等.颈椎前方入路治疗下颈椎骨折脱位伴关节突绞锁[J].中国脊柱脊髓杂志,2016,26(11):1051-1053.
- [6] 邓科峰.三种手术方式治疗下颈椎骨折脱位伴脊髓损伤的临床效果[J].世界临床医学,2017,11(3):57-58.
- [7] Chaudhary, Saad B.,Martinez, Maximilian,Shah, Neel P. et al.Traumatic atlantoaxial dislocation with Hangman fracture[J].The spine journal: official journal of the North American Spine Society,2015,15(4):E15-E18.
- [8] 宁运乾,贾世青,邹焕汶等.早期前路手术治疗下颈椎骨折脱位21例效果观察[J].中国临床新医学,2016,9(7):638-640.
- [9] Shen, Yu,Shen, Hui-liang,Feng, Ming-Li et al.Immediate Reduction Under General Anesthesia and Single-staged Anteroposterior Spinal Reconstruction for Fracture-Dislocation of Lower Cervical Spine[J].Journal of spinal disorders & techniques,2015,28(1):E1-E8.

(上接第70页)

力得到明显的增加,可以抵御在治疗过程中的一些不良反应,防止因为感染以及病毒并发症造成的不适,防止病情的反复,预防该病的复发,整个的服药过程安全有效,患儿在服用过后未出现不适反应,提升了整体的治疗效果[6]。

综上所述,轮状病毒肠炎通过口服轮状病毒活疫苗预防,可缩短婴幼儿恢复时间,降低不良事件发生率,值得临床推广。

参考文献:

- [1]唐伟,甘霖,黄毅,宾冬梅,杨艳芳.口服轮状病毒减毒活疫苗与麻疹-风疹联合减毒活疫苗联合接种的免疫原性和安全性研究[J].川北医学院学报,2016,31(05):710-712+765.
- [2]彭珊珊,彭达意,冯国祝,吴碧海,李秀云.轮状病毒疫苗预防轮状

病毒性肠炎的疗效观察[J].中国医院用药评价与分析,2016,16(06):780-782.

- [3]黎明强,吕榜军,沈潘燕.口服轮状病毒活疫苗罗特威保护效果及安全性 Meta 分析 [J].中华疾病控制杂志,2015,19(10):1038-1041+1056.

[4]钟秋兰.口服轮状病毒活疫苗预防轮状病毒肠炎的临床效果观察[J].现代诊断与治疗,2015,26(09):2090-2091.

- [5]陈茜,张颖,钱智勇,安立群,孙美玲,苟锦博.口服轮状病毒减毒活疫苗对轮状病毒腹泻保护效果的病例对照研究[J].中国疫苗和免疫,2014,20(01):55-58.

[6]于春荣.口服轮状病毒活疫苗预防轮状病毒肠炎效果评价[J].中外医疗,2013,32(28):18+20.