

脊髓腹侧受压颈椎病合并重度骨质疏松症的手术治疗

方法及效果

◎ 徐阳 / 临沂市第三人民医院 山东 临沂 276000

摘要: **目的:** 探讨脊髓腹侧受压颈椎病合并重度骨质疏松症的手术治疗方法及效果。**方法:** 对我院近三年来经手术治疗的 24 例脊髓腹侧受压颈椎病合并重度骨质疏松症患者进行回顾性分析。术后评估患者四肢神经及颈肩疼痛情况, 用 JOA 作为评分标准进行评估。**结果:** 经一段时间对 24 例患的调查访问, 用 MRI、CT 对患者进行复查, 24 例患者的脊髓得到充分后移, 脊髓腹侧减压满意。基本功能在术后一个月左右得到完全恢复, 使用 JOA 对患者手术前、术后 10 天、术后半年进行评分, 术前显示为 (7.2 ± 1.5) 分; 术后 10 天显示为 (12.3 ± 1.4) 分; 术后半年显示为 (16.2 ± 1.6) 分, 经过对患者三个阶段的数据分析, 使用 JOA 评分, 术后 10 天评分高于术前, 术后半年评分高于患者术后 10 天评分。统计学意义显著 $P < 0.05$ 。患者的神经功能在术后半年的改善率为 $(85.2 \pm 13.9)\%$, 对患者术后神经功能恢复改善评价为优。**结论:** 脊髓腹侧受压颈椎病合并重度骨质疏松症的手术操作具有一定的安全性, 未有明显术后并发症发生。

关键词: 脊髓型颈椎病; 脊髓腹侧受压; 骨质疏松症; 手术

前路手术和后路手术是颈椎病主要治疗的手术方法。彻底解除脊髓和神经的压迫是前路手术的主要目的, 对稳定颈椎有着重要作用。扩大椎管、解除脊髓的压迫是后路手术目的。前路手术多用于脊髓腹侧受压的颈椎病患者, 由于重度骨质疏松症患者的骨量下降, 骨质强度及韧性度也随之下降, 手术时, 降低了螺钉的固定性, 会出现螺钉固定的不牢靠, 术后会出现螺钉松动、螺钉脱落现象, 此外骨质疏松患者术中椎体松质骨出血也较多。手术治疗是在最大程度上对脊髓的减压, 通过固定能使患者在早期下床功能锻炼时患处不受影响并能及时去除颈托的外固定。本文对我院近三年来经手术治疗的 24 例脊髓腹侧受压颈椎病合并重度骨质疏松症患者进行回顾性分析。术后评估患者四肢神经及颈肩疼痛情况, 用 JOA 作为评分标准进行评估。经一段时间对 24 例患的调查访问, 用 MRI 对患者进行复查后, 24 例患者的脊髓得到充分后移, 脊髓腹侧减压满意, 显示了治疗的有效性、安全性。具体如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入标准: 纳入我院近三年来经手术治疗的 24 例脊髓腹侧受压颈椎病合并重度骨质疏松症患者进行回顾性分析, 其中男患者为 13 例, 女患者为 11 例, 年龄在 55-80 岁之间, 平均年龄 68.6 岁左右。一般资料显示, 无统计学意义 $p > 0.05$ 。

1.2 方法 前路手术和后路手术是颈椎病主要治疗的手术方法。彻底解除脊髓和神经的压迫是前路手术的主要目的, 对稳定颈椎有着重要作用。扩大椎管、解除脊髓的压迫是后路手术目的。手术目的是将病变节段椎间盘组织、及病变处进行植骨重建椎体的稳定性。通过 MRT、CT 影像学资料进行分析判断, 如有后纵韧带厚及游离的髓核组织突破后韧带进入椎管等病变, 要想做到彻底减压, 需将肥厚的后纵韧带或者将游离的髓核组织取出。通过 MRI、CT 影像学检查后, 以此为准, 以较重侧为开门处; 开门角度: 椎板角度为横突孔连线与椎板内板平行线的夹角, 术前、术后对椎板角度进行测量; 椎板固定: 分为两

组固定方式, 分为锚钉发和丝线发, 两种方法最后将各个节段尾线进行串联, 再造棘上韧带样连接, 使其成为一体。

1.3 疗效评估、统计学方法 对患者术前、术后 10 d、术后半年进行 JOA 评分, 通过对术后患者神经功能的改善情况, 进行对比分析。数据均采用 SPSS 22.0 统计学软件进行分析, 符合正态分布的计量资料数据以均数 \pm 标准差表示, 并采用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 讨论

对患有颈椎且伴有严重的骨质疏松患者, 要尽量避免采用内固定式手术治疗, 无论是前路手术还是后路手术, 都有可能出现固定失败及螺钉术后松动、脱落, 发生植骨愈合不良或骨吸收率增高。脊髓腹侧受压颈椎病一般采用前路手术, 根据脊髓受压位置进行手术, 手术能使受压脊髓获得直接的神经减压, 手术效果明显, 患者比较满意。但对骨质疏松患者, 实施手术受到一定限制。合并重度骨质疏松患者的骨质强度、韧性度下降, 严重影响术中螺钉的固定, 固定力降低, 会出现术后螺钉松动, 螺钉还有可能脱落, 影响患者术后恢复。且有部分患者可能出现椎体骨折, 所以进行前路手术也需要谨慎。

研究我院近三年来经手术治疗的 24 例脊髓腹侧受压颈椎病合并重度骨质疏松症患者进行回顾性分析。使用 JOA 对患者手术前、术后 10 天、术后半年进行评分, 术前显示为 (7.2 ± 1.5) 分; 术后 10 天显示为 (12.3 ± 1.4) 分; 术后半年显示为 (16.2 ± 1.6) 分, 经对比后, 患者术后 10 天的 JOA 评分明显较术前评分高, 在患者术后半年比患者术后 10 天 JOA 评分显著提高, 存在统计学意义 $P < 0.05$ 。患者的神经功能在术后半年的改善率为 $(85.2 \pm 13.9)\%$, 对患者术后神经功能恢复改善评价为优。术后评估患者四肢神经及颈肩疼痛情况, 用 JOA 作为评分标准进行评估。经一段时间对 24 例患的调查访问, 用 MRI 对患者进行复查, 24 例患者的脊髓得到充分后移, 脊髓腹侧减压满意。患者的基本功能在术后一个月左右能完全恢复。手术优点是, 脊髓背侧能得到充分减压与后移, 患者对临床效果满意, 术后避免瘢痕粘连造成脊髓继发性压迫, 患者对植骨的融合也较为满意, 术后经 CT 检查发现, 未发现骨吸收及椎骨骨折现象, 骨愈合面积增加, 植骨后各节段骨愈合较满意。

手术后颈肩部疼痛会逐渐缓解, 通过前路手术对治疗合并骨质疏松的脊髓腹侧受压颈椎病的患者, 术后并发症明显减少, 手术操作较安全, 有一定可靠的疗效性。

参考文献

- [1] 杜文君, 李辉南, 耿梦龙, 夏英鹏, 申庆丰, 于斌. 脊髓腹侧受压颈椎病合并重度骨质疏松的手术治疗方法 [J]. 中国骨与关节损伤杂志. 2018. 1. (33). 5-8.
- [2] 武博, 朱宏刚. 骨质疏松对颈前路减压椎间融合固定术后相邻节段异位骨化的影响 [J]. 广西医科大学学报. 2019. 03. 463-466.
- [3] 张志敬, 卢一生, 陈宏. 颈椎前路手术应用端盖钛网治疗合并骨质疏松的老年脊髓型颈椎病对照研究 [J]. 中国骨伤. 2018. 01. 5-11.