

后路减压复位内固定治疗胸腰椎骨折脱位合并截瘫

房文祥, 卢峰, 贡凯, 季文迅

[摘要] 目的: 探讨下胸、腰椎体骨折脱位合并脊髓马尾神经损伤的治疗方法。方法: 应用后路椎板减压、牵引复位、RF 内固定和横突间植骨治疗下胸、腰椎骨折脱位合并脊髓马尾神经损伤。结果: 6 例患者经 6~18 个月的随访, 效果优良。结论: 椎板减压、牵引复位、RF 内固定及横突间植骨是治疗下胸、腰椎骨折脱位合并脊髓马尾神经损伤的优良方法, 可有效地整复下胸、腰椎骨折脱位, 可彻底解除脊髓马尾神经的压迫, 为脊髓马尾神经功能恢复创造良好的外部环境, 为脊柱稳定提供有力支持。

[关键词] 骨折固定术, 内; 胸椎; 腰椎; 牵引复位

[中国图书资料分类法分类号] R 687.32 [文献标识码] A

2002 年 1 月~2003 年 9 月, 我们对下胸、腰椎骨折脱位并脊髓马尾神经损伤 6 例患者采用椎板减压、术中牵引复位、脊柱复位固定系统(RF) 内固定和横突间植骨治疗, 取得了优良效果, 现作介绍。

1 资料与方法

1.1 临床资料 6 例中男 3 例, 女 3 例; 年龄 22~50 岁。致伤原因: 高处坠落伤 5 例, 车祸伤 1 例, T₁₁ 1 例, T₁₂ 2 例, L₁ 2 例, L₅ 1 例。合并脊髓损伤 5 例, 马尾神经损伤 1 例, 不全瘫 5 例, 完全瘫 1 例, 6 例均为爆裂性骨折。合并脱位 1 例。受伤距手术时间 3~6 天。

1.2 手术方法 气管插管或硬膜外麻醉后患者俯卧于手术台上, 用海绵垫将胸部及两侧髂嵴垫高, 使腰呈轻度后伸位。以损伤椎骨棘突为中心后正中纵行切口, 长度为损伤椎骨与相邻上下各一个正常椎骨。显露损伤椎骨与上下各一个正常椎棘突、椎板、关节突, 切除损伤椎骨椎板及部分上下椎之椎板暴露硬脊膜致正常无压迫处, 彻底后路减压。分别在上下各正常椎骨两侧上关节突与横突交点处打入 4 枚 RF 椎弓根钉。台下助手牵引腋窝及两下肢复位压缩爆裂的椎体。床边 X 线机摄下胸腰椎体侧位片, 观察椎体骨折脱位复位情况及椎弓根钉位置, 如椎体完全复位、椎弓根钉位置长度良好则放置 RF 固定棒固定损伤椎骨, 如椎体高度复位不完全则再利用牵引和 RF 钉棒复位固定, 再次摄片直至椎体高度完全复位为止。探查椎管前壁, 若有后突骨块则用小骨膜剥离器向前压回, 对椎管内游离小骨块切除之, 彻底解除脊髓马尾神经的压迫, 修补破裂的硬膜, 横突间植骨, 放置 RF 横连接杆, 放置引流逐层缝合。术后予营养神经药物治疗。

2 结果

6 例均随访 6~18 个月, 所有病例的椎体骨折脱位均完全复位愈合, 横突间植骨骨性融合。不完全瘫 5 例, 3 例完全恢复, 2 例后遗部分下肢感觉减退, 下肢肌力、活动完全恢复。完全瘫病例脊神经功能无恢复。

3 讨论

对下胸、腰椎不稳定性骨折脱位合并完全或不全脊髓马尾损伤的治疗大都采用后路椎板减压、复位、短节段椎弓根固定系统固定及横突间植骨的方法治疗。这种方法为脊髓功能恢复提供最大可能, 为脊髓稳定创造条件^[1]。临床实践表明屈曲压缩与爆裂性骨折, 椎体压缩、骨折脱位直接影响椎管容积大小, 使脊髓马尾神经受压。整复骨折脱位, 恢复椎体高度和椎管容积至关重要^[2]。通过牵引结合 RF 钉棒复位固定和横突间植骨, 可完全恢复椎体高度和脊柱的稳定性, 通过去除椎管内碎骨块和压回凸入椎管内的椎体骨块可完全恢复椎管容积, 彻底解除脊髓马尾神经压迫, 为脊髓神经功能恢复创造了良好的解剖学条件^[3]。同时通过牵引复位可减低单纯依靠钉棒复位, 椎弓根钉所承受的牵张力。有利于防止钉的松动。再辅以脊髓神经功能恢复性药物治疗可使不全瘫患者得到良好的康复。为完全瘫患者提供稳定的脊柱支持, 为今后生活和工作创造良好条件。

[参考文献]

- [1] 金大地. 现代脊椎外科手术学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001: 89~94, 213~329.
- [2] 苗华, 周健生. 骨科手术入路解剖学[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1995: 258~304.
- [3] 张贵林, 李楠, 公茂琪, 等. 中老年人脊柱胸腰段爆裂型骨折采用椎弓根系统治疗的特点[J]. 中华骨科杂志, 2002, 22(12): 727~731.