

手术矫正特发性脊柱侧凸畸形 17 例体会

叶义军, 朱运武, 黎 炜

[摘要] 目的: 探讨手术矫正特发性脊柱侧凸畸形的临床疗效。方法: 采用后路矫形 TSRH 或中华长城系列内固定(后路矫形术)、前路松解矫形 TSRH 内固定(前路矫形术)及前路松解后路矫形 TSRH 或中华长城系列内固定(前后路联合矫形术)。结果: 术后无切口感染, 无神经系统并发症。随访 1~4 年, 纠正无明显丢失。结论: 脊柱侧凸畸形比较复杂, 应根据患者的特点, 采取不同的手术方式, 才能取得满意的疗效。

[关键词] 脊柱侧凸; 骨骼/外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 682.3; R 687.3 **[文献标识码]** A

特发性脊柱畸形是一种不明原因累及脊柱的三维畸形, 目前国内外的治疗方法繁多, 疗效不一。2000~2007 年, 我们对特发性脊柱侧凸畸形 17 例采用后路矫形术、前路矫形术及前后路联合矫形术, 取得良好效果。现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 5 例, 女 12 例; 年龄 17~45 岁。术前冠状面脊柱侧凸角度 (Cobb 角) $43^\circ \sim 107^\circ$ 。矢状面后凸角度 $-8^\circ \sim 60^\circ$ 。旋转畸形 (NashMoe 法) 为 I~IV 度。King I 型 3 例, II 型 8 例, III 型 4 例, VI 型 2 例。

1.2 手术方法 全麻或硬膜外麻醉, 单纯采用后路矫形术 9 例, 其中 TSRH 内固定 4 例, 中华长城系列内固定 5 例。单纯采用前路矫形术 6 例, 均采用 TSRH 内固定。采用前后路联合矫形内固定 2 例, 采用 TSRH、中华长城系列内固定各 1 例。所有病例均行剃刀背肋骨部分切除, 长度 4~6 cm, 4~6 根, 均行自体骨植骨融合术。

1.3 结果 矫正角度最大 62° , 最小 36° , 平均 41.9° , 均伴有不同程度的剃刀背畸形。术后无切口感染, 无神经系统并发症, 无死亡病例。术后并发肺部感染 1 例, 主要原因是患者年龄偏大, 畸形较重, 肺功能受影响时间较长, 经抗感染治疗后痊愈。所有病例均进行随访, 最长 1~4 年纠正无明显丢失。

2 讨论

2.1 发病原因 脊柱侧凸畸形患者在生长发育过程中, 由于椎体旋转, 凹侧椎体、椎弓根和椎板发育差, 椎体变楔形, 早期发生软骨退行性变, 同时凹侧的软组织发生挛缩增厚, 形成影响畸形矫正的主要原因^[1]。特发性脊柱侧凸约占脊柱侧弯的 70%~

80%, 其形成原因有神经肌肉、脊柱结构、内分泌、遗传因素等多个学说, 女性多于男性^[2]。手术方法应根据患者侧凸发生的部位、程度及年龄等作出选择, 目的是恢复脊柱的生理弯曲。我们的体会是即使有支具保护, 高质量的植骨融合仍然是相当重要的, 内固定不能代替确实有效的植骨融合。

2.2 手术指征

2.2.1 后路矫形术 适用于畸形 $< 80^\circ$, 脊柱柔韧性良好, 侧屈位片显示矫正良好, 年龄不大, 椎体旋转畸形也不大的特发性脊柱侧弯。在治疗中应针对每一个患者的具体情况 (畸形的类型、柔韧性, 是否存在交界性后凸, 轴向的旋转方向等), 来选择融合固定的节段, 避免过度矫正。伴有的剃刀背畸形应同时进行胸廓成形术。切除剃刀背畸形, 可以改善整体的效果, 切除的肋骨可以用来植骨融合, 避免髂骨取骨, 但应小心避免肺部感染、气胸等发生。

2.2.2 前路矫形术 椎体放置的测量有助于预计进展及对手术矫正率进行评估^[3]。前路矫正可获得对旋转更好的纠正, 可以直接作用于旋转的椎体^[4]。适应于: (1) 青少年非僵硬性侧凸; (2) 中度的胸腰椎侧弯 (Cobb 角 $< 75^\circ$); (3) 主弯再侧屈位上被矫正达到 50% 以上; (4) 具有柔韧的胸椎侧弯, 在侧屈位片上可减少至 20° 或更少; (5) 侧弯上方没有大于生理性的胸椎后凸; (6) 椎体的旋转 $< III$ 度。

2.2.3 前后路联合手术 重度特发性脊柱侧凸临床治疗方法不多, 效果不佳。因椎体的可塑性变形能力已经下降, 更多的轴向旋转发生于患者的椎间盘^[5]。导致严重畸形和僵硬, 缺乏适当的手术方法, 且有较高的并发症发生率。在侧弯 $> 80^\circ$, 弹性较差的患者应主要采取前后路联合手术。一期采用前路椎间盘切除松解植骨融合, 术后 Halo 氏牵引 14 天, 二期采用后路矫正内固定术。本组 2 例取得了良好的效果。

2.3 脊柱矫正有利于肺功能改善 脊柱及胸廓畸形造成胸廓结构异常, 胸腔容积减少, 长期脊柱侧凸

[收稿日期] 2008-02-21

[作者单位] 安徽省霍山县医院 骨科, 237200

[作者简介] 叶义军(1964-), 男, 副主任医师。

对肺功能是一种慢性损害,随着侧凸的加重,心肺功能进一步衰竭。因此,及早手术矫正脊柱侧凸及剃刀背畸形有利于患者肺功能改善。矫正后,使胸廓形态趋于正常;胸壁顺应性改善;身高增加,胸腔上下径扩大,横膈受限得到解除;肺活动度增大,使肺的通气功能改善。

2.4 矫正丢失的预防 矫正率丢失主要原因是矫正后植骨融合不确切或融合范围不够。因此,要取得脊柱侧凸矫正成功,除了选择合适的手术方法外,还应注意:(1)正确选择融合范围,既要防止畸形复发和保证躯干平衡,又不能过多融合以保证脊柱的弯曲性能;(2)应重建脊柱的生理弧度,即根据患者畸形度预弯好合适的胸后凸及腰前凸;(3)维持躯干平衡,如在冠状面上两肩和骨盆不应倾斜,在矢状面上应有平衡的胸后凸和腰前突。

[文章编号] 1000-2200(2008)04-0463-02

· 临床医学 ·

剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠 9 例临床分析

王剑南

[关键词] 妊娠,异位/外科手术;剖宫产术;瘢痕

[中国图书资料分类法分类号] R 713.8;R 619.6;R 719.8

[参 考 文 献]

- [1] 杨克勤,过邦辅. 畸形外科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1987:639.
- [2] 张光铂,李子荣,魏新荣,等. 学校青少年脊柱侧凸普查与治疗[J]. 中华骨科杂志,1989,9(1):43-46.
- [3] Kuklo TR, Potter BK, Lenke LG. Vertebral rotation and thoracic torsion in adolescent idiopathic scoliosis: what is the best radiographic correlate[J]. *J Spinal Disord Tech*, 2005, 18(2): 139-147.
- [4] Denis F. Anterior surgery in scoliosis[J]. *Clin Orthop Relat Res*, 1994, 300:38-44.
- [5] Birchall D, Hughes D, Gregson B, et al. Demonstration of vertebral and disc mechanical torsion in adolescent idiopathic scoliosis using three-dimensional MR imaging[J]. *Eur Spine J*, 2005, 14(2): 123-129.
- [6] 邱贵兴,李其一,王以朋,等. 特发性重度僵硬性脊柱侧凸的手术治疗[J]. 中华医学杂志,2005,85(12):807-810.

剖宫产术后子宫瘢痕处妊娠(GSP)是剖宫产术的远期并发症,受精卵种植于子宫瘢痕处,很罕见。随着近年来剖宫产率的增加,这种少见的并发症发生率也明显增加。子宫瘢痕处妊娠临床就诊时常误诊为宫内妊娠而行人工流产术,严重威胁妇女健康。1997~2005年,我院收治9例,现就其早期诊断和合理治疗作一探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料 9例孕妇年龄20~36岁,孕2~6次,本次妊娠距离前次剖宫产时间8~47个月,停经天数44~128天。5例因门诊人工流产术后阴道流血>10天未净而复诊,B超进一步检查发现子宫峡部有不均质包块,诊断子宫瘢痕处妊娠而入院进一步治疗。2例在门诊手术时大出血,直接住院后进一步检查确诊。2例为门诊B超检查发现为子宫瘢痕处妊娠而入院。

1.2 治疗方法 9例均检查肾功能排除禁忌证。2例用甲氨蝶呤(MTX)联合米非司酮治疗,MTX 100 mg 肌肉注射,同时米非司酮 150 mg 分3天口服。7例在hCG降为正常后清宫,其中2例在门诊误诊为宫内早孕行人工流产时大出血,给予碘附纱条行宫腔和宫颈填塞后,入院进一步止血以及给予MTX和米非司酮,并检测至hCG降低到正常时再行清宫术;5例人工流产术后持续不规则出血采用MTX加米非司酮治疗,监测至hCG正常后清宫。

1.3 结果 2例阴道流血停止,B超提示子宫瘢痕处血流稀

[文献标识码] B

疏,未清宫予以出院。5例进行清宫的患者均在hCG下降至正常后进行,术中情况良好,出血不多。9例中有1例因孕4个月,在保守治疗过程中出现宫缩,子宫不完全性破裂,立即行剖腹探查,发现子宫瘢痕处有一4 cm大破口,部分胎体位于子宫外,行剖宫产取出胎儿,并修补破口,7天后痊愈出院。9例hCG下降至正常时间9~26天。

2 讨论

近年来,随着剖宫产率的升高,CSP发生率不断增加^[1,2]。GSP其原因不明,有学者^[3]提出子宫瘢痕是由于剖宫产造成的内膜至肌层通道的孕囊种植机制,子宫内膜基底的腺上皮细胞是修复子宫内膜功能层所必需条件,再次妊娠位于切口处,由于着床处底蜕膜发育不良或缺如,绒毛可直接植入子宫肌层。也可能与多次宫腔操作引起子宫内层发育不良以及内膜炎症有关。GSP的病史特点为停经、阴道不规则流血,血或尿hCG阳性,在临床上容易与先兆流产、子宫颈妊娠、滋养细胞肿瘤相混淆,这除了临床医师仔细检测病情变化外,还需要加强彩超检查。通常彩超诊断瘢痕子宫妊娠的标准有^[4]:(1)剖宫产术后再次妊娠,妊娠物位于子宫前壁峡部剖宫产瘢痕处。(2)妊娠物与膀胱之间子宫肌层变薄,早孕者,妊娠物与子宫切口处肌层间分界不清,由低回声变为紊乱回声;中孕者,胎盘后方子宫壁肌层低回声带变薄或消失。(3)瘢痕处肌层血流丰富,呈低速低阻型流速曲线。(4)子宫颈为正常形态,内外口紧闭。对于有前次剖宫产史,并出现停经后阴道流血,一定要考虑是否存在瘢痕处妊娠而提高警惕,病史结合典型的彩超早期诊断不难,笔者遇见2例即经过及时诊断住院给予保守治疗成功。

对于妊娠早期,阴道流血少的患者可以采取保守治疗。

[收稿日期] 2007-06-01

[作者单位] 蚌埠医学院第二附属医院 妇产科,蚌埠 安徽 233040

[作者简介] 王剑南(1974-),女,主治医师。