

无骨折脱位型急性颈脊髓损伤 30 例探讨

海南省人民医院骨科(570311) 沈宁江

新疆维吾尔自治区体育局体训一大队医务所(830002) 翟琦

无骨折脱位型颈脊髓损伤并非少见,约占成人全部脊髓损伤的 37%~52%^[1]。以往由于对此类损伤认识不够及检查手段的限制,认为是一过性颈椎脱位或半脱位导致的“挥鞭性损伤”。自 1982 年 Pang 等^[2]将此类损伤列为脊髓损伤的一种特殊类型以来,逐渐被大家所共识。在竞技体育运动中,此伤多见于体操(单杠和自由体操)和跳高中的错误落地方式,及跳水时颈部被运动器械击伤。同时京剧和杂技表演中的失误,其受伤动作依然是头部受撞或高空落地时,头部撞地,颈部突然屈曲或伸展所致。

资料与方法

一、一般资料:本组 30 例,男 23 例,女 7 例,年龄 20~72 岁,平均 45.4 岁。受伤至住院时间 2 小时~10 天,72 小时入院者 27 例。致伤原因:摔伤 14 例、交通事故 9 例,高处坠伤 7 例。损伤方式:屈曲型 19 例,伸展型 9 例,方式不详 2 例。颈脊髓损伤节段按美国脊髓损伤学会(ASIA)标准^[3],C₃ 3 例,C₄ 4 例,C₅ 12 例,C₆ 10 例,C₇ 1 例。

二、影像学检查:所有患者入院后急诊行颈椎 X 线片、CT 检查,均未发现颈椎有骨折脱位征象,30 例患者均进行 MRI 检查。结果发现 22 例颈椎间盘明显突出并压迫脊髓,其中 14 例为单个颈椎间盘突出,6 例为双间隙颈椎间盘突出,2 例为三间隙颈椎间盘突出,共 32 个颈椎间盘突出。其中 C₃₋₄ 椎间盘突出 5 例,C₄₋₅ 椎间盘突出 13 例,C₅₋₆ 椎间盘突出 11 例,C₆₋₇ 椎间盘突出 3 例。MRI 检查发现颈脊髓损伤征象,其中脊髓水肿 14 例,表现为受伤段脊髓局限性或弥漫性增粗。脊髓血肿 2 例,脊髓挫伤 3 例,表现为髓内出血点及脊髓水肿。以上脊髓损伤信号多位于颈椎间盘水平。此外,X 线片、CT、MRI 发现 25 例患者合并颈椎退行性变,如骨性椎管狭窄、椎体后缘骨质增生、后纵韧带骨化、黄韧带肥厚。

三、治疗:入院后给予枕颌带牵引,甲基强的松龙或地塞米松、甘露醇、神经营养药等静滴。MRI 检查

确诊后,继续非手术治疗 8 例、并行颅骨牵引、高压氧治疗等。22 例颈椎间盘突出者行手术治疗。

讨论

一、发病机制。根据本组资料分析,83.3% 的患者存在颈椎退行性变,椎管有效储备减小或消失,为本病的发病基础,造成颈脊髓损伤有三个主要原因:(1)颈椎间盘突出压迫脊髓,本组有 22 例 32 个颈椎间盘突出,此突出可能在外伤前已存在,也可因外伤引起或加重。当颈部反射性采取屈曲保护姿势,前额向前冲撞,应力首先作用于颈椎间盘前部,后部纤维环突然受到较大的张应力,随着由屈曲转变为过伸状态,应力由前向后传递集中压缩椎间盘,使椎间盘内压升高,髓核后移而挤压纤维环使纤维环发生破裂,髓核向后突出压迫脊髓。当椎间盘存在退变时更易受损伤。本组单个椎间隙突出 14 例,多椎间隙突出 8 例,并且主要为 C₄₋₅、C₅₋₆ 椎间隙突出。突出的椎间盘不仅对脊髓产生压迫损伤,还可以造成脊髓水肿,压迫脊髓前中央动脉可影响脊髓的血液循环。(2)颈脊髓一过性挫伤,多见于中老年人,伤前已存在颈椎慢性退行性改变,如:椎间隙狭窄、椎体后缘骨质增生,后纵韧带骨化、黄韧带肥厚、骨性椎管狭窄等。致椎管内代偿间隙减小或消失。外伤时颈椎突出过伸,在伤应力集中的椎间可因剪切力产生较小的水平滑移,使椎管矢状径更加狭小,颈髓受到挤压。而原先存在的椎体后缘骨质增生或骨化的后纵韧带也同时参与了对颈脊髓的压迫,肥厚的黄韧带也可向前皱折,自后方压迫脊髓。当伤力消失后颈椎位于轻度前屈位或中立位时椎旁未受损伤的肌肉、韧带等弹性回缩又使滑移的椎体复位,造成颈脊髓一过性挫伤,故 X 线片、CT、MRI 检查即无颈椎骨折脱位又无颈椎间盘突出的征象。(3)颈脊髓牵拉损伤,常在颈椎过伸暴力时发生。当应力由下向上作用于下颌或颌面部且伴随躯体下坠时,可致颈椎向后上牵拉过伸椎管延长变窄,其内颈脊髓相应牵拉延伸并向前伸,当超过延伸的生理范围

时,出现颈脊髓前部牵拉,后部压挤并撞击向前皱折的黄韧带和椎管后壁,致颈脊髓损伤。

二、诊断:急性颈脊髓损伤多由于颈椎骨折脱位所致。如 X 线片和 CT 扫描均未发现颈椎骨折脱位时,很少再有医生对本病的病因进行认真分析、一查到底,急诊入院时常考虑是颈脊髓休克,但 24 小时或 48 小时后症状无任何恢复就束手无策,有时被误诊的颅脑损伤,从而延误治疗,失去手术治疗的良机,造成严重后果。根据本组资料分析,我们认为如患者有颈部外伤史,颈部疼痛、活动受限,四肢运动、感觉、括约肌功能障碍,似颈椎 X 线片、CT 均未发现骨折脱位者应高度怀疑此型颈脊髓损伤,确认需靠颈椎 MRI 检查。MRI 可清楚显示颈椎间盘突出的部位、大小、形态、脊髓受压的程度等。显示脊髓水肿、血肿及挫伤的范围及程度。对早期诊断及正确制订治疗计划有重要价值。

三、治疗:目前对本病是否采取手术治疗还存在争议。一是损伤后脊髓功能恢复与最初的损伤程度密

切相关。二是手术适应证的选择尚不明确。我们认为是否手术治疗需认真分析 MRI 检查结果,结合脊髓损伤的三个机制,可分为两种类型,一是颈椎间盘突出致脊髓损伤型,二是无颈椎间盘突出的脊髓损伤型。对前者应尽早手术治疗,对后者则采用非手术治疗,包括颅骨牵引、激素、脱水剂、神经营养药、高压氧等治疗。

参 考 文 献

1. 赵敦炎,赵剑. 对急性创伤性无骨折脱位型颈脊髓损伤的病因探讨. 中国骨科杂志,1997,17(5): 284.
2. Pang D, Wilberger JE. Spinal cord injury without, radio graphic, abnormalities in children. J Neurosurg, 1982,57:144.
3. 王彤,励建安译. 脊髓损伤的神经和功能分类标准(一). 中国脊椎脊髓杂志,1994,4(2):80.

米非司酮配伍米索前列醇终止孕 12~16 周 40 例

新疆巴州卫生防疫站妇科(841000) 周惠玲 郑毓玲 周建华

米非司酮配伍米索前列醇终止停经<49 天的早孕完全流产率达 95% 以上,对妊娠超过 10 周以上的,特别是 12~16 周妊娠是临床较多难处理的一种流产类型。既往多采用钳刮术,由于钳刮术手术难度大,易引起严重的术中、术后并发症。我科自 1999 年采用米非司酮配伍米索前列醇用于终止 12~16 周妊娠 40 例进行了临床观察,效果满意,现报告如下。

资 料 与 方 法

一、一般资料:选择 1999 年 1~12 月来我科就诊要求终止妊娠的妇女。经妇检和 B 超检查为正常宫内妊娠,孕囊大小与孕周相符,选择妊娠 12~16 周 40 例,年龄 19~31 岁,最大孕周 16⁺ 周,最小 12 周,初孕妇 26 例,经产孕妇 6 例;出凝血时间,肝、肾功能正常,无使用米非司酮及米索前列醇禁忌证。

二、服药方法:第 1 天空腹口服米非司酮 50 mg,第 2、3 天早 50 mg,晚 25 mg。第 4 天早晨空腹口服米索前列醇 0.6 mg,视宫缩情况 2 天经阴道给药 0.4 mg。

三、疗效判断:①完全流产:胎儿胎盘完全排出;②不全流产:胎儿完整排出,胎盘未排出或部分排出;③失败:服米索前列醇或阴道给药后 2d 胎儿仍未排出。口服药期间同时观察宫颈扩张情况、出血量以及手术时间、组织物排出时间等。

结 果

一、组织物自然排出情况:32 例中未服用米索前列醇组织物自然排出者 4 例,占 12.5%;服用米索前列醇后出现宫缩组织物排出的 26 例,占 81.3%;因服用米非司酮或米索前列醇后阴道流血量多改行钳刮