维普资讯 http://www.cqvip.com

脊柱后路植骨椎管成形治疗胸腰段骨折

牛广续，吕宝民，余剑峰，王中卫 （新疆兵团奎屯医院骨科，新疆 奎屯 833200）

[关键词] 植骨；椎管成形；骨折
[中图分类号] R681.5 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)03-0209-01

胸腰段骨折的治疗目前有多种方法，且大多疗效较好，对于有脊髓损伤的病人行全椎板减压并植骨内固定是可行的。植骨方法有多种，植骨的愈合与否与术后脊柱是否稳定关系密切。我们自2002年至今，用大块髂骨后路植骨椎管成形内固定治疗胸腰段骨折23例，具有植骨愈合率高，并发症少的优点，取得了较好的疗效，现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组23例中男性17例，女性6例。年龄最大64岁，最小19岁，平均41岁。高处坠落伤11例，车祸9例，重物砸伤2例。合并脊髓损伤全瘫者5例，不全瘫14例，4例无脊髓损伤症状。

1.2 手术方法

连续硬膜外麻醉下行手术。先平卧位，于髂前上棘处取全板髂骨，据术前测量椎板减压的长度取大小合适的髂骨。改为俯卧位，以伤椎为中心作脊柱后正中切口，切开到椎板后，在C臂下定位，全椎板减压，完全解除脊髓压迫后，拧入椎弓根镙钉，将所取髂骨纵行切为两片，据术中椎板减压的长度作修整，较厚处皮质骨成面切为粗糙面，两髂骨块皮质面向下，较薄处向正中，卡入减压间隙，两侧钢板压于髂骨块上，固定，碎骨再植于两侧。术后常规引流24 h，卧床6～8周。

2 结果

本组病人术后随访，植骨全部愈合。全瘫病人有2例未恢复，不全瘫病人除有1例恢复较差外，余均有较好恢复，优良率达87%。术后一年随访拍片，骨折椎体高度恢复较好，脊柱节段稳定，内固定无松动情况。

[收稿日期] 2005-01-15 [修回日期] 20005-02-20

3 讨论

作脊柱内固定术时，最好同期做骨折或脱位处的短段植骨融合[1]，而植骨的愈合率是评价胸腰段骨折远期疗效的关键，如植骨不能很好的愈合，脊柱不能重获长久稳定，则术后病人就会出现脊柱不稳和假关节的形成等相应的症状。假关节形成表现为融合区内有疼痛和局限性压痛点[1]。将所用的植骨块固定于钢板下，非常稳定，不会松动，利于植骨愈合。本组病人未出现植骨不愈合及假关节形成等症状，术后脊柱稳定，取得了良好的疗效。

脊柱手术的目的是矫正畸形、缓解疼痛、稳定脊柱和保护神经，坚固的内固定器械对脊柱进行可靠的固定，往往是达到上述目的、保证手术成功的重要因素之一[1]。术中用后路施太宝钛板经椎弓根镙钉固定。因镙钉与钛板牢固锁定，且钛板紧密压迫植骨块，在植骨愈合期不产生松动，可达到以上目的。

腰椎后路术后出现脊髓神经根粘连、椎管狭窄、血肿压迫等并发症，也是术后疗效不好的原因之一。在此手术中，植骨可以有较好的预防作用。在植骨前，应吸尽术野出血，骨块的皮质面向下，且利用髂骨自身的弧度，充分的扩大了椎管的容积，可有效的防止此类并发症的发生。

腰椎后路手术后早期进行腰背肌的功能锻炼可以防止发生腰背肌衰弱综合症。本组病人因术中植骨块非常稳定，故术后二周，即嘱病人开始进行腰背肌功能锻炼，随访中未发现腰背肌衰弱综合症发生。

胸腰段的骨折一旦出现脊髓损伤症状，CT或MRI显示有骨块突入椎管，均应急诊手术，以利脊髓损伤的恢复。对于非横断的完全脊髓损伤，手术应当愈早愈好，在伤后6 h为黄金时间[2]，本组病人中有5例病人术前全瘫，经急诊手术后，3例基本恢复，有4例病人术中发现硬脊膜破裂，马尾神经卡于骨折之椎板间，经手术后恢复较好，取得了满意的疗效。

（编辑：张集建）

关于分子生物学名词术语的使用

近几年分子生物学发展很快，并已渗碳透到许多学科，大多数分子生物学名词术语的符号已有统一的确定形式，要对符号的来源及其内涵有深刻的了解，使用时不致发生错误，例如：RNA有rRNA(ribosomal RNA)、tRNA(transfer RNA)、mRNA(messenger)3类。r、t、m是表示类型的符号应小写，RNA应大写。

（本刊编辑部）