

颈椎间盘突出后路全椎板减压钉棒内固定术 治疗脊髓型颈椎病 1 例

吴旭磊 段兰若

河北北方学院 河北省张家口市 075000

【摘要】 颈椎后路手术是治疗脊髓型颈椎病的常用手术方法，主要包括椎板切除术和椎管扩大成形术，是改善患者脊髓及神经功能的有效方法。传统手术方式用时短，出血少，是可靠的治疗方案，但并发症较多，如轴性疼痛、颈椎后凸等。因此，众多学者力求彻底减压，持久扩大椎管，最大程度改善患者症状，恢复脊髓功能设计了很多改良术式。但是，目前对于脊髓型颈椎病手术方式的选择仍存在争议。本研究对常用的颈椎后路手术方式的手术方法及临床疗效予以阐述，为后期各位医师治疗脊髓型颈椎病时提供重要参考。

【关键词】 脊髓型颈椎病；颈椎后路手术；椎板减压；钉棒内固定

Abstract: Posterior cervical surgery is a common surgical method to treat cervical spondylotic myelopathy, mainly including laminectomy and expansive laminoplasty, which is an effective method to improve the spinal cord and nerve function of patients. The traditional surgical method is a reliable treatment with short time and less bleeding, but there are many complications, such as axial pain and cervical kyphosis. Therefore, many scholars strive to completely decompress, expand the spinal canal for a long time, improve the symptoms of patients to the greatest extent, and restore the function of the spinal cord, and design many improved surgical procedures. However, there is still controversy about the choice of surgical methods for cervical spondylotic myelopathy. In this study, the surgical methods and clinical effects of the commonly used posterior cervical surgery methods were expounded, which provided important reference for doctors to treat cervical spondylotic myelopathy in the later period.

Key words: Cervical spondylotic myelopathy Posterior cervical surgery Decompression of lamina Nail rod internal fixation

一、概述

从中医论，中医古籍中未见“脊髓型颈椎病”及相关病名的记载，脊髓型颈椎病是现代医学的病名，根据其病因、病机以及临床表现等，可纳入古籍记载的“项强”“痹症”“骨痹”“痿症”等范畴^[1]。《素问·至真要大论篇》曰：“风寒湿三气杂至，则壅闭经络，血气不行而病为痹，即痛风不仁之属。”《素问·玄枢原病式·五运主病》曰：“痿，谓手足痿弱，无力运行也。”痹证是指由风、寒、湿之邪阻滞经络，气血运行不畅，导致筋骨、关节、肌肉等部位出现疼痛、麻木、肿胀、酸楚等症状的一类疾病^[2]。“痿证”指肢体筋脉弛缓、软弱无力，不得随意运动，日久不用而致肌肉萎缩或瘫痪。“痿证”病名最早见于《内经》，又称为“痿躄”^[3]。本病的常见病机为本虚标实，即肝肾亏虚为本，血瘀气滞、风寒湿邪痹阻为标；可根据其临床症状，从“痹证”“痿证”等方面进行调治。当患者症状加重，中医治疗不足以缓解当前症状之时，应积极选取手术治疗，解决患者病痛。

现代医学来说，颈椎病可分为五类，其中脊髓型颈椎病（CSM）是5类颈椎病中病情恶化最快、预后最差的一种疾病，约占颈椎病发病的10%~15%^[4]，55岁及以上人群发病率较高，其病因主要是颈椎骨质增生、韧带钙化、颈椎间盘退行性变等引起椎管狭窄并压迫脊髓、血管而引起的脊髓神经功能障碍，临床表现为肢体麻木、行动不便、躯干紧束感、二便障碍等^[5]。目前，临床上针对脊髓型颈椎病主要有手术和非手术治疗，当保守治疗无效或上述神经系统症状进行性加重时，选择手术治疗。按

照手术入路的分类方法，主要分为颈前路、颈后路及联合入路^[6-8]。由于颈椎周围的解剖比较复杂，颈椎前方富含影响全身的大血管神经组织，以及食管、气管等。因此，采取颈前路手术治疗脊髓型颈椎病时，不能获得很好的手术视野，影响手术操作；也不可能将压迫脊髓的致压物完全去除干净。颈前路手术适应证窄，且易出现并发症，影响远期的效果。因此，临床上对脊髓型颈椎病，多采取颈后路手术治疗。

二、典型病例

患者李某，中年男性，主因双手麻木伴左下肢无力1月余，加重3天入院。

现病史：患者于1月前因劳累后出现双手麻木伴左下肢无力，自行休息、外用膏药及输液（具体药物不详）等治疗，症状未见好转，3天前无明显诱因出现双手麻木伴左下肢无力加重，遂到当地医院就诊。门诊查颈椎MRI示：颈椎退行性改变。颈2-3、3-4椎间盘略突出。颈4-5、5-6椎间盘明显突出，并椎管狭窄，并相应层面脊髓变性。颈6-7椎间盘左后突出，建议手术治疗。现患者为求进一步系统诊治，遂来我院就诊，现主症见：双手麻木伴左下肢无力，劳累后加重，偶有头部沉重，无心慌、胸闷、气短，胃纳可，夜寐可，二便可，舌质暗，苔薄白，脉弦。

既往史：高血压病史1年余，最高时达180/105mmHg，现口服硝苯地平缓释片（10mg 日一次）治疗，自诉血压控制可；否认冠心病及糖尿病史；否认有肝炎、结核等传染病史；否认手术史及外伤史，无药物过敏史。

查体：颈椎生理曲度存在，于颈椎两侧椎旁可及压痛，双臂丛神经牵拉试验（-），双椎间孔挤压试验（+），旋颈试验（+）；

运动：双上肢、下肢肌力可；

感觉：双上肢前臂桡侧及双下肢痛温觉减退，躯干部乳头平面以下痛温觉减退；

肌张力：双上肢肌张力可，双下肢肌张力高；

生理反射：双侧肱二头肌反射（++++）、双侧肱三头肌反射（++++）、双侧桡反射（++++）、双侧膝反射（++++）、双侧跟腱反射（++++）、双侧髌阵挛（-）、双侧踝阵挛（-）；

病理反射：双霍夫曼征（+）、双巴彬斯基征（-）。

实验室检查：颈椎 MR 示：颈椎退行性改变。颈 2-3、3-4 椎间盘略突出。颈 4-5、5-6 椎间盘明显突出，并椎管狭窄，并相应层面脊髓变性。颈 6-7 椎间盘左后突出。

诊断：

中医诊断：痛痹（气滞血瘀型）；

西医诊断：1. 脊髓型颈椎病 2. 高血压病 2 级（高危）

治疗：行颈椎间盘突出后路全椎板减压钉棒内固定术

三、操作

患者取俯卧位，头颈呈中立位固定于头架上，常规皮肤消毒，铺无菌巾，沿 C3-C7 棘突正中做一长约 12cm 皮肤切口，依次切开皮肤、皮下组织及深筋膜，沿棘突两侧显露 C3-C7 棘突、双侧椎板、侧块、椎弓峡部，选择进钉点并钻孔，于 C3-C6 双侧椎弓根及 C7 双侧椎弓根分别拧入型号为 3.5X15、3.5X16 椎弓根螺钉，运用 C 型臂机透视钻孔位置、角度、深度均满意，钻孔管壁骨性结果完整，取适宜长度连接棒两根安放于两侧椎弓根钉“U”形槽内，锁紧螺帽，用生理盐水及生物胶冲洗，取自体骨植于两侧椎板间，填塞明胶海绵彻底止血及覆盖自体骨表面，并放置引流管，清点器械及纱布无误后逐层缝合切口，无菌敷料覆盖切口。术中患者未见明显异常，手术顺利，术前交叉配血无凝集及溶血反应，术中出血约 200ml，术毕顺利唤醒患者安返病房。

观察患者术后 3 天，一般情况良好，精神饮食可，尿管未拔，第三日解少量大便。主诉：双手麻木较前缓解，切口疼痛减轻，余未诉不适。查体：体温：36.3℃，呼吸：19 次/分，脉搏：85 次/分，血压：140/98mmol/l，颈托固定牢固可靠，引流管引流通畅，引流出血性液 24 小时约 136ml，切口敷料干洁无渗出，切口无红肿渗出，双上肢活动感觉可。给予营养神经，缓解麻木，减轻神经根水肿、消炎，预防应激性溃疡，预防血栓形成的药物静点。嘱其绝对卧床休息，佩带颈托固定颈椎，避免颈部剧烈活动，注意观察伤口引流情况及生命体征，待治疗周期结束、病情平稳后方可出院。半年后回访患者诉双手麻木症状好转、左下肢无力较前明显好转，头部未诉沉重，手术切口恢复良好。

四、讨论

颈椎外科手术以去除压力源、尽量恢复椎管容积和脊髓正常形态为主要原则，以重建颈椎生理曲度。颈椎后路手术不仅适用于 CSM 患者，对于合并椎管狭窄或后纵韧带骨化者亦有重要应用价值^[9]。目前临床常用

的颈椎后路术式主要包括单开门椎管扩大成形、全椎板切除术、全椎板减压侧块螺钉内固定、椎弓根螺钉内固定术等^[10-11]。该患者影像学检查提示生理曲度存在，行颈椎间盘突出后路全椎板减压钉棒内固定术目的为解除脊髓神经压迫，进而减轻相关症状，提高生活质量，术后患者恢复良好，症状较前缓解，并发症少。

五、结语

就中医骨伤科学而言，单纯的中医临床路径已不足以解决患者的病痛，医者应结合患者症状体征，适时提出最优于患者的治疗方案，就本病例来说，选择手术治疗，从症状、时间、经济各个方面，都是最优解。手术后再参舌脉辨证论治，予中医临床路径，中西医结合，使患者早日康复。

参考文献：

- [1]张雪, 罗汉华. 颈椎病中西医病因病机研究[J]. 吉林中医药, 2011, 31(12): 1177-1179.
- [2]黎蔚欣, 郭玮, 宗姝琪, 等. 《灵枢经》谷合刺治疗膝骨关节炎临床疗效[J]. 北京中医药, 2022, 41(4): 452-455.
- [3]张欣怡, 罗涛, 韩珂等. 从“治痿独取阳明”论治肌少症[J]. 中西医结合研究, 2023, 15(01): 63-65.
- [4]Klineberg E. Cervical spondylotic myelopathy: a review of the evidence[J]. Orthop Clin North Am, 2010, 41(2): 193-202.
- [5]陈印磊, 夏建龙, 蔡平. 中医对脊髓型颈椎病的认识及治疗进展[J]. 中医药临床杂志, 2018, 30(10): 1957-1961.
- [6]李剑, 吴斌, 郑启新. 脊髓型颈椎病手术治疗研究进展[J]. 国际骨科学杂志, 2020, 41(6): 342-346.
- [7]Xiao SW, Jiang H, Yang LJ, et al. Anterior cervical discectomy versus corpectomy for multilevel cervical spondylotic myelopathy: a meta-analysis[J]. Eur Spine J, 2015, 24(1): 31-39.
- [8]Farrokhi MR, Ghaffarpassand F, Khani M, et al. An evidence-based stepwise surgical approach to cervical spondylotic myelopathy: a narrative review of the current literature[J]. World Neurosurg, 2016, 94: 97-110.
- [9]唐福兴, 王义生, 梁博伟, 等. ACCF 联合前路减压 zero- π 椎间植骨融合内固定术治疗多节段脊髓型颈椎病[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2020, 35(5): 457-459.
- [10]李鹏飞, 贾楠, 王立红, 等. 颈后路 4 种手术方式对颈椎曲度及轴性症状的研究[J]. 河北医科大学学报, 2017, 38(1): 24-28.
- [11]冯晨, 周庆忠, 雷飞, 等. 改良全椎板切除结合融合术与单开门椎管扩大成形术治疗多节段脊髓型颈椎病[J]. 西部医学, 2020, 32(8): 1160-1165.

作者简介：

1. 吴旭磊, 1997 年 10 月, 男, 汉族, 祖籍河北省邢台市, 硕士研究生在读, 现就读于河北北方学院研究生院, 研究方向: 不区分研究方向;
2. 段兰若, 1995 年 6 月, 女, 汉族, 祖籍河北省保定市, 硕士研究生在读, 现就读于河北北方学院研究生院, 研究方向: 不区分研究方向。