

进一步规范脊柱结核的治疗

王自立

(宁夏医科大学附属医院脊柱外科 750004 银川市)

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2010.10.01

中图分类号: R529.2 文献标识码: A 文章编号: 1004-406X(2010)-10-0793-02

近年来随着结核病学与脊柱外科的快速发展,脊柱结核病的基础研究和临床研究不断进步,但在脊柱结核临床诊疗中也出现了一些混乱或争议的问题。这些问题的出现是发展过程中的必然现象,但应引起我们的重视,及时予以研究和解决。现就如何进一步规范脊柱结治疗谈谈个人的看法,与同道商榷。

1 根据治疗目的确定治疗原则

从现代脊柱外科的整体治疗目的来看,脊柱结核的治疗目的至少应包括下述四个方面:(1)治愈结核病变。包括营养支持疗法、使用抗结核药物、进行局部彻底病灶清除手术等手段。(2)重建脊柱稳定性。包括卧床制动、矫形、植骨融合、器械内固定等。(3)恢复脊髓神经功能。因为脊柱结核中一部分患者的脊髓及周围神经功能受到损害,通过减压、矫形,使其功能恢复。(4)早日康复。传统治疗方法患者卧床时间久、疗程长;而采用现代脊柱外科治疗方法可缩短疗程,减少卧床时间,使患者早日恢复生活与工作能力。在制脊柱结核的治疗方案时,对每一例患者均应体现这四个治疗目的。

2 重视化疗中的全程督导

我国当前脊柱结核治疗效果欠佳的重要原因之一就是患者不能坚持规范的化疗,其因素是多方面的,必须引起我们足够的重视。外科医生对脊柱结核化疗的重视程度应比对脊柱其他感染性疾病抗感染治疗更持久、更细心。如何有效地解决这一问题,规范抗结核药物治疗,提高脊柱结核的治疗效果?认真贯彻 WHO 建议的全球结核病控制策略——直接观察下的短程化疗 (directly observed treatment shortcourse, DOTS),即通常所说的全程督导,有助规范抗结核药物治疗。DOTS 不仅仅适用于 WHO 推荐的短程化疗,亦适用于所有的化疗方案。这一策略意味着医生应看着患者把药物服下。但在贯彻这一策略时,由于受患者居住地、经济条件、医护人员人力资源等所限,真正做到直接观察比较困难。然而,毋庸置疑的是这一策略是所有卫生干预中费用最低、效益最好的策略,已使许多国家获得了高治愈率,是最有效的途径。近年来笔者根据当地条件,在贯彻这一原则时变通实行了专人负责、“督导卡”监督的方法,亦获得了显著疗效。具体方法是,患者由专人登记负责,出院时给患者督导卡,注明化疗方案,具体用药方法,按规定日期持卡免费看专门医生门诊;并随时以电话、网络与患者联系,督导服药与检查,最大限度地遏制了随意中断化疗的现象。

3 严格掌握单纯药物治疗的适应证及重视术前术后化疗时限

近年来,脊柱结核手术适应证有扩大的趋势,术前后抗结核药物治疗时限比较混乱。单纯药物治疗的疗程一般需时较长,卧床 3 个月以上,用药时限多在 9 个月以上,恢复正常工作在 1 年以后。这比外科干预治疗的疗程要长得多,但单纯化疗的优点是患者免受手术痛苦,生理及心理打击较小。单纯药物治疗适用于下列脊柱结核患者:无或仅有较小死骨、脓肿、空洞、硬化壁等;无脊髓及周围神经损伤;脊柱稳定性好、畸形较小等。

第一作者简介:男(1954-),主任医师,教授,研究方向:脊柱外科

电话:(0951)6743242 E-mail:wangzlnx@126.com

术前抗结核药物治疗到底以多久为宜,笔者认为应分类归纳、区别对待。(1)全身情况较好的患者,仅为单纯脊柱结核,无或仅有较轻的全身结核中毒表现,营养状况良好,重要脏器功能良好,抗结核药物治疗 2~3 周可手术。(2)全身情况较差的患者,合并有其他部位结核病的患者、结核中毒表现明显、营养状况差、重要脏器功能障碍,术前用药时间则要长一些,约需 4~6 周。(3)全身结核中毒表现严重或合并粟粒性肺结核者,需经结核科或其他专科医生协助治疗,术前用药应在 6 周以上。另外,术前用药时间要看治疗效果,经全身支持治疗与抗结核药物治疗,患者全身状况改善。术前准备要以患者能耐受手术为基本原则。

术后抗结核药物治疗涉及到总体化疗方案的制定,不管选用哪种化疗方案,一定要按照化疗原则与方法实施。术后化疗停药前必须达到:全身情况恢复正常;脓肿、窦道、死骨、空洞消失;植骨界面紧密相嵌、无植骨吸收表现或有愈合征象;内固定牢靠;ESR、CRP 正常(排除其他引起升高的因素)。术前术后化疗不规范、不足量是产生耐药菌株的最重要的原因之一,必须予以重视。

4 兼顾彻底病灶清除与骨质保留

病灶清除术的成败直接关系到骨结核病灶能否治愈。针对目前脊柱结核病灶清除术名称与方法的混乱现象,2008 年 8 月在第二届全国脊柱与骨关节结核专题研讨会上,与会专家们达成共识,病灶清除术的名称以“彻底病灶清除术”为宜。何谓彻底病灶清除术?这一问题还需进行病椎与病变组织的组织病理学、药代动力学、细菌学、影像学等方面相结合的深入、细致的前瞻性研究来解决。近十余年,我国许多医院已在这方面做了大量工作,取得了十分可喜的成果。彻底病灶清除术,除应清除寒性脓肿、肉芽组织、干酪样坏死物质、死骨、坏死的椎间盘、窦道之外,尚应清除空洞、硬化壁、病变性骨桥等。病灶清除的范围如何掌握至关重要,若病变以溶骨性破坏为主,则以刮匙刮除边缘即可;若病变以硬化性破坏为主,尚需切除硬化壁边缘 4mm 左右的硬化骨,同时多发空洞要切除打通。这是由于组织病理学与药代动力学研究发现,硬化边缘 4mm 范围内小病灶出现的几率达 80% 以上,在该范围药物浓度测定利福平等抗结核药难以测到。

要正确处理彻底清除病灶与保留骨质的问题。大多数脊柱结核以增生硬化为主要表现,从病灶中央到外围椎体边缘硬化逐渐移行减轻。强调切除硬化壁边缘数毫米,绝不是把硬化骨或“亚正常骨”全部切除。相反,要尽量在病椎间进行病灶清除,不能为了下一步内固定方便而把正常椎间盘切除。如果椎间盘与骨性终板破坏严重,则需全部切除;如果椎间盘正常、其上下的骨性终板有小范围的破坏,即使有小的缺损或终板仅剩余 1~2mm 的厚度,亦应考虑保留,在终板之上植骨,以保留正常运动单元。

5 在保证脊柱基本稳定的前提下尽量减少内固定节段

脊柱结核的内固定有前、后路之分。随着脊柱结核内固定的广泛应用,一个不容忽视的问题就是选用短节段还是长节段固定。把两个以上的正常运动单元予以固定不仅限制了脊柱的运动功能,而且易导致邻近节段的过早退变。因而,应该强调,脊柱结核内固定应在保证脊柱基本稳定的前提下,尽量不要融合、固定正常运动单元或尽量减少正常运动单元的固定节段数。提倡病椎间的融合、固定方法。在此操作过程中,应考虑内固定的可靠程度、病椎能否容纳内固定物、内固定能否与病灶清除与植骨手术在同一切口内完成。当然,对于一些严重畸形、病变十分广泛、截骨矫形之后的脊柱结核患者,选择病椎间内固定是比较困难的,不必强求。前路固定与病灶清除、植骨手术在同一切口内,以固定 1~2 个运动单元为最好,固定 3 个运动单元时需慎重,若需固定 4 个运动单元则不予选用。后路内固定选择的方法较多,但重点是要选择病椎间的内固定,为达到有效的病椎间内固定手术,根据病灶骨质剩余的多少,后路椎弓根螺钉可选择常规螺钉、不进入病椎缺损部位的短椎弓根螺钉(20~30mm)以及钩棒系统等。

(收稿日期:2010-09-16)

(本文编辑 卢庆霞)