

临床论著

寰椎骨折合并不连续下颈椎骨折脱位的外科治疗

胡 勇, 徐荣明, 赵红勇, 马维虎, 顾勇杰, 袁振山

(宁波市第六医院脊柱外科 315040 浙江宁波市)

【摘要】目的:探讨寰椎骨折合并不连续下颈椎骨折脱位的治疗方法及其效果。**方法:**回顾性分析 2005 年 10 月~2011 年 5 月收治的 20 例寰椎骨折合并不连续下颈椎骨折脱位患者的一期手术治疗效果。男 13 例,女 7 例,平均年龄 36 岁。5 例寰椎粉碎性骨折合并有寰椎侧块内侧骨性结构附着处横韧带撕裂(Dickman II 型),3 例双侧前弓骨折(前 1/2 Jefferson 骨折),5 例单侧前后弓双骨折(半环 Jefferson 骨折),2 例前 3/4 Jefferson 骨折(前弓二处、后弓一处骨折),5 例后 3/4 Jefferson 骨折(前弓一处、后弓二处骨折)。其中并存下颈椎骨折脱位按 Allen 分型:屈曲压缩型 5 例,牵张压缩型 3 例,垂直压缩型 8 例,屈曲牵张型 2 例,伸展牵张型 2 例。20 例患者均行上、下颈椎一期手术治疗:5 例行后路 C1-C2 固定融合术,7 例行口咽入路钢板内固定术,8 例行单纯 C1 后路螺钉固定术;9 例并发脊髓不完全损伤来自于下颈椎骨折脱位者,先行下颈椎融合固定,无脊髓损伤 11 例患者,先固定相对不稳定节段。随访观察治疗效果。**结果:**平均手术时间 200min(180~240min);平均失血量 760ml(500~1600ml)。2 例因电刀灼伤 C1-C2 间血管静脉丛导致出血,行止血纱布、脑棉片填塞止血,未出现颅脑缺血症状;其他病例未出现与手术直接相关并发症及长期卧床所导致的并发症。患者均于术后 3d 颈托固定后下地行走。随访 8~42 个月,平均 26 个月。9 例合并脊髓不完全损伤者术后神经功能 Frankel 分级均有 1 个级别恢复。复查 X 线片和 CT,未发现患者颈椎失稳或复位丢失,螺钉位置良好,无松动、断钉,寰椎骨折及下颈椎骨折脱位均获骨性愈合。**结论:**手术治疗寰椎骨折合并不连续下颈椎骨折脱位利于患者早期下床活动,减少长期卧床并发症,可获得较好疗效。

【关键词】寰椎;骨折;骨折固定术;下颈椎;外科治疗

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2012.09.09

中图分类号:R687.3 文献标识码:A 文章编号:1004-406X(2012)-09-0806-06

Surgical treatment for atlas fractures combined with noncontiguous lower cervical fracture-dislocation/Hu Yong, Xu Rongming, Zhao Hongyong, et al/Chinese Journal of Spine and Spinal Cord, 2012, 22(9): 806-811

【Abstract】 Objectives: To investigate the clinical features and surgical treatment of atlas fractures combined with noncontiguous lower cervical fracture-dislocation. **Methods:** A retrospective study was performed on 20 patients with atlas fractures combined with noncontiguous lower cervical fracture-dislocation treated by one-stage operation from October 2005 to May 2011. Five patients suffered from comminuted fracture of the lateral mass associated with bony avulsion of the medial tubercle and transverse ligament (Dickman transverse ligament type II injury), three from bilateral fractures of anterior arch (pre-half Jefferson fractures), five from anterior arc fracture associated with unilateral posterior arc fracture(half-ring Jefferson fracture), two from anterior 3/4 Jefferson fracture(two fracture lines in anterior arch, one fracture line in posterior arch), five from posterior 3/4 Jefferson fracture (one fracture line in anterior arch, two fracture lines in posterior arch). Five cases underwent C1-C2 fusion, seven cases underwent transoral osteosynthesis of the atlas, five cases were performed posterior osteosynthesis of the atlas. For the lower cervical fracture-dislocation, according to Allen classification: five cases had compression-flexion, three cases had compression-extension, eight cases had vertical-compression, two cases had distraction-flexion, two cases had distraction-extension. There were 13 males and 7 females with the mean age of 36 years. All of the 20 cases underwent surgery on both sites simultaneously. Lower cervical fracture-dislocation responsible for neurological deficit was stabilized firstly in 4 cases.

第一作者简介:男(1974-),副教授,副主任医师,医学博士,研究方向:颈椎基础与临床

电话:13291909168 E-mail:huyong610@163.com

For the other 16 cases without neurological involvement, stabilization was performed in atlas alone. **Results:** All patients were followed up for an average of 26 months (range, 8 to 42 months). According to Frankel grade, there were 1 grade B, 3 grade C, 5 grade D, 11 grade E before operation, and 1 grade C, 3 grade D, 16 grade E after operation respectively. Four cases with neurological defect had neurofunction improved 1 Frankel scale. The operative time ranged from 180 to 240 min with an average of 200min. The intra-operative blood loss ranged from 500 to 1600ml with an average of 760ml. No surgery-related complications were noted. Two cases had venous plexus ruptured due to the use of electrocautery, which ceased by using hemostatic sponge and cotton piece without causing cerebral hemodynamic deficit. No screw looseness or breakage occurred. All cases obtained solid fusion at both atlas fractures and lower cervical fracture-dislocation. **Conclusions:** Atlas fractures combined with noncontiguous lower cervical fracture-dislocation often lead to the utmost instability of the cervical spine. Surgery at early stage can decrease the rate of complication as well as ensure recovery.

[Key words] Atlas; Fracture; Fracture fixation; Lower cervical spine; Surgical treatment

[Author's address] Department of Orthopaedics, Ningbo NO.6 Hospital, Ningbo, 315040, China

寰椎骨折并存远隔下颈椎骨折脱位的发生率较低,对于其发病机理、临床特点及治疗方法报道不多。自 2005 年 10 月~2011 年 5 月,我院共收治 320 例颈椎损伤患者,其中 20 例为寰椎骨折合并不连续下颈椎骨折脱位患者,笔者重点探讨其临床特点及一期手术治疗该类患者的方法及效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组男 13 例,女 7 例,年龄 23~65 岁,平均 36 岁。损伤原因:交通事故伤 10 例,高处坠落伤 8 例,重物砸伤 2 例。均行颈椎正侧位及张口位 X 线片、CT 和磁共振成像(MRI)检查。5 例寰椎粉碎性骨折合并有寰椎侧块内侧骨性结构附着处横韧带撕裂(Dickman II 型),3 例双侧前弓骨折(前 1/2 Jefferson 骨折),5 例单侧前后弓双骨折(半环 Jefferson 骨折),2 例前 3/4 Jefferson 骨折(前弓二处、后弓一处骨折),5 例后 3/4 Jefferson 骨折(前弓一处、后弓二处骨折)。并存的下颈椎骨折脱位按 Allen 分型:屈曲压缩型 5 例,牵张压缩型 3 例,垂直压缩型 8 例,屈曲牵张型 2 例,伸展牵张型 2 例;1 例累及 C4,3 例累及 C5,5 例累及 C6,6 例累及 C7,2 例累及 C5~C6,3 例累及 C6~C7。入院后即行颅骨牵引,小重量 3~4kg 开始持续牵引,对于下颈椎骨折脱位并发关节突交锁者调整牵引方向和逐步增加重量,期间每 1~2h 复查床边 X 线片,同时行神经查体并记录。患者均存在不同程度的颈部疼痛、颈部活动受限,并发脊髓不完全损伤 9 例,均来自于下颈椎骨折脱位相对应平面,神经功能按 Frankel 分级 B 级 1 例,C 级 3 例,D 级

5 例。入院时若损伤时间不超过 8h,常规以甲泼尼龙冲击并维持治疗。合并伤:2 例合并颅脑外伤及下肢骨折(1 例左髌骨骨折,1 例右跟骨骨折)。受伤至手术时间为 3~12d,平均 5.6d。

1.2 治疗原则及手术方案

20 例患者均行上、下颈椎一期前后路手术治疗:上颈椎手术中 5 例行后路 C1-C2 固定融合术(2 例 Axis 钉板系统,3 例 Vertex 钉棒系统),7 例行经口咽入路钢板内固定术(3 例国产重建钢板,3 例 Axis,1 例进口重建钢板),8 例行单纯 C1 后路螺钉固定术(8 例 Vertex 钉棒系统)。下颈椎手术中 12 例行前路病椎的次全切、椎管减压及融合术(前路采用 Orion 带锁钢板 2 例,Zephir 带锁钢板 3 例,Atlantis 带锁钢板 7 例。其中前路减压后钛网加自体骨移植 10 例,前路减压后采用自体髂骨移植 2 例),5 例行后路切开复位椎弓根螺钉内固定植骨融合术(5 例均应用 Vertex 钉棒系统),3 例行先后路切开复位侧块内固定再追加前路病椎的次全切、椎管减压及融合术(2 例后路应用 Axis 钉板系统,1 例应用 Vertex 钉棒系统,前路 3 例均应用 Atlantis 带锁钢板加钛网自体骨重建)。9 例并发脊髓不完全损伤来自于下颈椎骨折脱位,先行下颈椎融合固定,无脊髓损伤 11 例,先固定相对不稳定节段。

1.3 围手术期处理

对行经口咽入路钢板内固定手术者,术前检查有无口腔疾患、有无咽喉炎及龋齿;对有口咽疾病患者要及时治愈,方可施行经口咽入路手术;督促患者早中晚三餐后用依信漱口消毒液和生理盐水交替漱口,预防口腔溃疡的发生,术前 3d 洁齿

每天用 0.5% 洗必泰湿棉球按口腔护理常规擦洗口腔两次, 擦洗至每个牙齿及牙缝干净。术前 48h 开始半流质饮食, 24h 开始禁食。术前 1 周每隔 3d 进行口咽部拭子的培养及药敏。术后为了避免伤口被食物污染, 保持咽后壁伤口洁净、干燥, 术中插鼻饲管, 以便术后进行鼻饲, 至术后 3~5d 吞咽反射存在后及喉镜检查咽后壁软组织愈合良好后才能拔除鼻饲管。术后 1 周需每 2d 进行咽部拭子的培养及药敏。其他类型手术围手术期按常规处理, 术后拔除引流管后即予坐位, 以头颈胸支具固定 6~8 周。全部患者均于术后 3d 颈托固定后下地行走。术后复查颈椎正侧位和双侧斜位 X 线片, 1mm CT 扫描椎弓根。定期 3、6、12、24、48 个月时随访, 以正、侧位 X 线片及动力位片评价植骨融合及颈椎稳定性。

2 结果

20 例术后均获得随访, 平均随访时间为 26 个月(8~42 个月)。平均手术时间 200min(180~240min); 平均失血量 760ml(500~1600ml)。2 例术中因电刀灼伤 C1-C2 间血管静脉丛导致出血, 行止血纱布、脑棉片填塞止血, 未出现颅脑缺血症状; 其他病例未出现与手术直接相关并发症及长期卧床所导致的并发症, 如肺炎、褥疮以及废用性肌肉萎缩等。末次随访时, 9 例不完全性脊髓损伤患者, 术后脊髓神经功能 Frankel 分级均提高 1 级(表 1)。术后 6 个月, 所有患者颈部疼痛消失, 复查 X 线片和 CT, 未发现患者颈椎失稳或复位丢失, 螺钉位置良好, 无松动、断钉, 寰椎骨折及下颈椎骨折脱位植骨融合处均获骨性愈合(图 1)。

表 1 寰椎骨折合并不连续的下颈椎颈椎骨折脱位脊髓损伤手术前后 Frankel 分级

Table 1 Frankel grade of surgical treatment selection for atlas fractures combined with noncontiguous lower cervicle fracture-dislocation preoperative vs postoperative

术前分级 Frankel grade of preoperative	例数 cases	术后分级(例数) Frankel grade of postoperative (cases)				
		A	B	C	D	E
B	1			1		
C	3				3	
D	5					5
E	11					11

3 讨论

3.1 寰椎骨折合并不连续下颈椎骨折脱位的发生率

寰椎骨折合并不连续的下颈椎骨折脱位临床上较为罕见, Gleizes 等^[1]报道了 784 例颈椎损伤患者, 其中有 116 例有上颈椎损伤, 31 例(26%) 患者涉及上颈椎损伤合并下颈椎损伤(the lower cervical spine, LCS), 其中有 5 例寰椎后弓骨折合并下颈椎损伤, 1 例 Jefferson 骨折合并下颈椎损伤。Miller 等^[2]通过 10 年回顾性分析 780000 例急诊部患者, 有 13896 例患者经 CT 证实有颈椎损伤, 其中涉及寰椎骨折 57 例。40%~44% 寰椎骨折通常合并有颈椎其他部位的损伤^[3,4], 包括寰枢关节脱位、横韧带断裂、下位颈椎损伤和颅脑闭合性损伤等。王迎松等^[5]报道了 9 例上颈椎损伤合并不连续下颈椎损伤, 其中寰椎骨折并存 LCS 5 例, 其发生率约为 55.6%。叶晓健等^[6]报道了 10 例上颈椎损伤合并远隔颈椎骨折脱位, 其在文中仅间接提及 1 例寰椎骨折并存 C6/7 骨折脱位, 其发生率约为 10%。本组 320 例颈椎损伤患者中有 20 例为寰椎骨折合并不连续下颈椎骨折脱位, 其发生率约为 6.3%。本组发生率较低可能与下列因素有关:(1) 本组资料不包括单纯寰椎横韧带损伤、寰枢关节不稳和单纯下颈椎椎间盘、韧带结构的损伤;(2) 由于前几年受技术条件限制及对颈椎合并伤病情认识不足, 一些病例采取了 Halo-Vest 保守治疗或转诊治疗;(3) 由于数字影像技术发展, MRI 对软组织损伤具有较高的敏感性, 可直接显示寰椎横韧带损伤、椎间盘、韧带结构的损伤, 大大提高了颈椎损伤的诊断准确率。

3.2 寰椎骨折合并不连续下颈椎骨折脱位的损伤机制及临床特点

由于颈椎在脊柱的活动度较大, 故容易常常遭受外力的损伤。寰椎骨折合并不连续的下颈椎骨折脱位损伤机制较为复杂。压缩暴力可造成寰椎的爆裂骨折和下颈椎椎体骨折, 提示轴向载荷有可能在致伤机理中占一定比例。以往对于上颈椎或下颈椎不同类型损伤的分析多是通过临床所见予以推理, 并据此建立各种分型方法^[7]。本组病例提示上颈椎合并远隔下颈椎骨折脱位最常见的损伤原因是交通事故伤, 与单一骨折的损伤机制不同, 可能是复合机制, 但目前尚不明确。下颈椎骨折脱位多见于单一节段时的垂直压缩型和屈曲

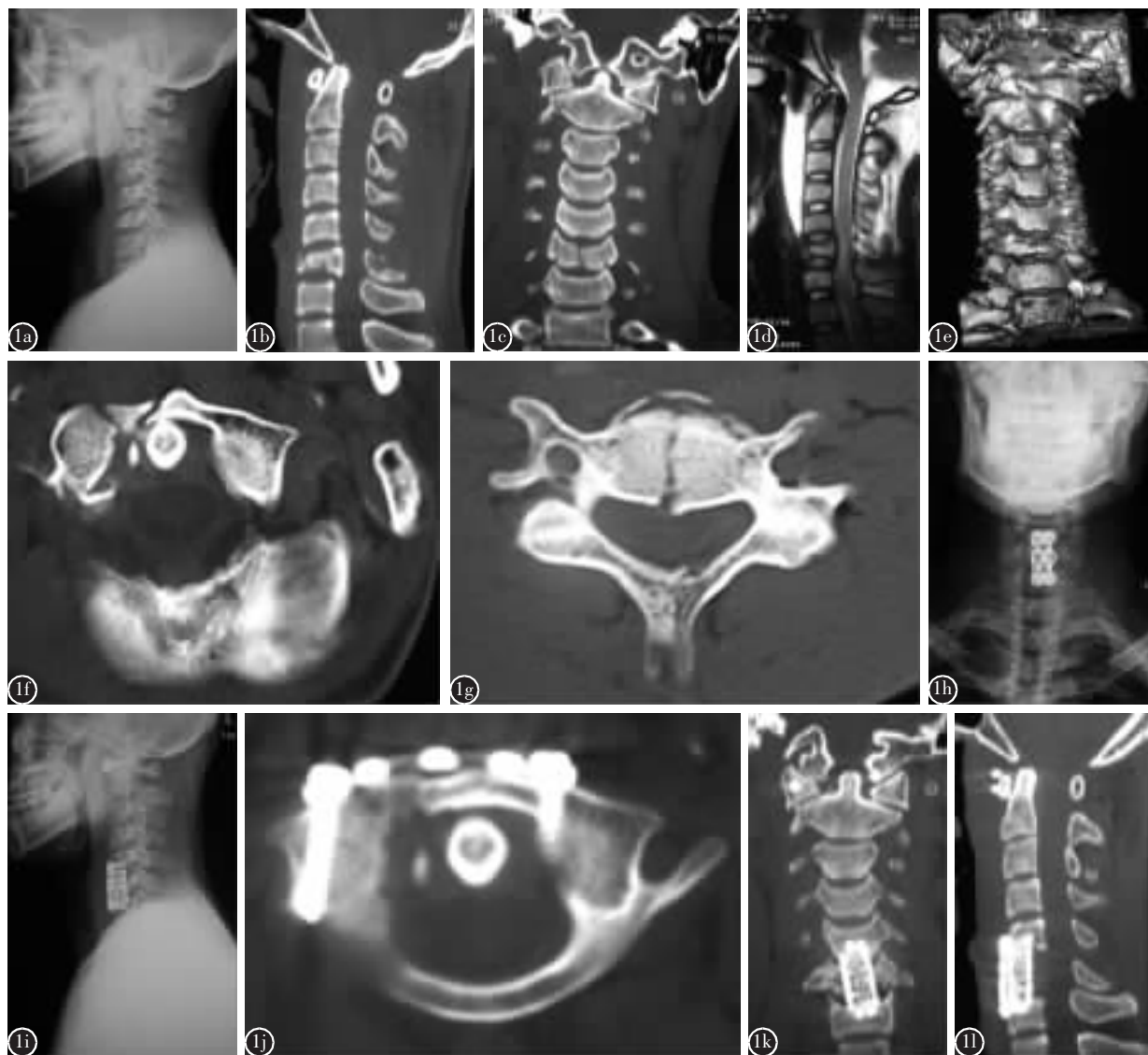


图 1 患者男性, 23 岁 **a** 术前颈椎侧位 X 线片示 C6 椎体爆裂性骨折, 椎体高度丢失 1/2 **b、c** 术前 CT 矢状面及冠状面扫描示 C6 椎体爆裂性骨折, 椎体向后方移位, 寰椎两侧块位移(LMD, lateral mass displacement)分离之和约 6.0mm **d** 术前 MRI 示 C1-C3 平面咽后软组织阴影宽度约 9.8mm, C6 椎体平面硬膜囊受压, 脊髓无异常信号 **e、f、g** 术前 CT 三维重建及横断面扫描示寰椎右侧前弓粉碎性骨折, C6 椎体爆裂性骨折 **h、i** 术后颈椎正、侧位 X 线片示颈椎固定情况良好 **j、k、l** 术后 1 年随访, CT 扫描示骨折端骨性愈合, C1 双侧侧块螺钉及下颈椎内固定位置良好

Figure 1 Male, 23 years old. **a** Preoperative X-rays shows C6 burst fracture. with half loss of vertebrae height **b、c** Preoperative sagittal plane and coronal CT scan shows C6 burst fracture, both the sum of lateral mass displacement are about 6.0mm **d** Preoperative MRI shows the width of prevertebral hematoma is about 9.8mm in C1-C3 level, no abnormal signals of spine cord **e、f、g** Preoperative CT three dimensional reconstruction shows right anterior arch comminuted fracture, C6 burst fracture **h、i** Postoperative AP and lateral reontgenographs show the good position of the screws **j、k、l** At one year follow-up, axial CT showed satisfactory osseous fusion and good cervical alignment

压缩型。上颈椎损伤合并不连续的下颈椎骨折脱位在致伤时, 颈部所受的异常力学载荷及其所作用的方向更难以判断。在绝大多数脊柱外伤性损伤中, 应力集中于单个节段, 导致脊柱单一节段的损伤后, 应力即被吸收、迅速衰竭。但是, 当应力足

够大时, 其残留部分可沿脊柱向下传递, 导致脊柱薄弱环节的继发损伤。寰椎前、后弓与侧块连接处较细, 骨质相对疏松, 是寰椎的薄弱部位, 是寰椎最易发生骨折部位之一^[8]。

寰椎骨折与下颈椎骨折脱位同时发生时, 下

颈椎骨折脱位多发生在远隔部位,本组 20 例患者 5 例累及 C6,6 例累及 C7,2 例累及 C5~C6,3 例累及 C6~C7,且 55%病例发生在颈胸生理交界区。下颈椎骨折脱位的同时常伴有小关节的完全交锁或不完全交锁。本组 20 例患者临床上存在以下特点:(1)多见于男性青壮年;(2)常遭受高能量损伤,以交通事故伤多见,以轴向载荷暴力为主,同时合并有脊柱以外的脏器或组织损伤;(3)下颈椎骨折脱位多见于垂直压缩型,其次为屈曲压缩型;(5)下颈椎损伤分布较广泛,以 C6、C7 节段累及较多,本组 55%病例发生在颈胸生理交界区;(6)下颈椎骨折脱位的同时常伴有椎间盘、韧带结构损伤及小关节的交锁;(7)脊髓损伤均来自于下颈椎骨折脱位相对应平面,与寰椎骨折无关。

3.3 寰椎骨折合并不连续下颈椎骨折脱位的外科治疗策略

当颈椎有寰枢椎及下颈椎两个或两个以上节段发生骨折或脱位时,整体上属极度不稳定的颈椎损伤。难以通过外固定或颅骨牵引达到上、下颈椎的同时复位或同时维持上、下颈椎趋向正常的解剖位置,而合理的手术治疗能尽早恢复颈椎稳定性,为神经及功能康复创造条件。寰椎骨折的治疗依赖于其是否是孤立的或合并其他颈椎骨折发生,但对于治疗这些损伤目前仍没有建立统一治疗标准或指导原则^[9]。治疗应根据患者骨折类型、全身情况、经济条件和外科医生手术技巧而定。经口咽前路钢板单节段内固定术^[9,10]和经后路单纯 C1 椎弓根螺钉单节段固定术^[11,12]治疗寰椎骨折因创伤小、对保留枕颈部的正常活动具有重要意义,已成为手术治疗寰椎骨折的首选方案,但对侧块分离较大的骨折或伴有横韧带断裂的患者,由于这类患者寰枢椎之间稳定结构的破坏,则需要行后路 C1-C2 固定融合术^[13,14]。下颈椎损伤的治疗原则为减压、复位和固定;对于下颈椎骨折脱位型损伤,术前复位可简化手术程序、增加手术安全性^[15]。Acaroglu 等^[16]将脊柱多节段非连续性损伤分为主要损伤和次要损伤,主要损伤即为首次明确诊断并导致神经功能障碍或主要症状的节段,手术治疗时应首先处理主要损伤。

本组 20 例患者上颈椎手术中 5 例行后路 C1-C2 固定融合术,7 例行口咽前路钢板内固定术,8 例行单纯 C1 后路螺钉固定术。本组资料中 9 例并发神经功能损伤患者可明确区分为主要损

伤与次要损伤,由于主要损伤部位均为下颈椎,因此我们先行下颈椎融合内固定,然后行寰椎骨折内固定。对于其余无神经功能损伤的 11 例患者,难以明确区分为主要损伤与次要损伤,我们根据骨折的稳定性及手术操作过程中可能造成的危险性决定手术方案:若寰椎骨折复位良好,先行下颈椎融合内固定,本组 5 例先行下颈椎融合内固定,后行寰椎骨折内固定;若寰椎骨折术前复位不佳,下颈椎手术过程中可能导致寰椎骨折移位进一步加重,从而造成严重后果,因此应先处理寰椎骨折,本组 4 例先行寰椎骨折内固定融合术,后行下颈椎融合内固定术。本组 20 例患者因术前全身情况良好、生命体征稳定,故均予以 I 期手术,对于全身情况不好及耐受手术能力较差的也可以分期手术治疗。

下颈椎手术中 12 例行前路病椎的次全切、椎管减压及融合术,5 例行后路切开复位椎弓根螺钉内固定植骨融合术,3 例行先后路切开复位侧块内固定再追加前路病椎的次全切、椎管减压及融合术。结果显示,所有患者寰椎骨折及下颈椎骨折脱位植骨融合处均获得骨性愈合,颈部疼痛消失;随访期间未出现与手术内固定技术直接相关的并发症;也未出现因长期卧床而导致的一些相关并发症,如肺炎、褥疮以及肌肉废用性萎缩等。本组并发症发生率低可能与病例少及无全瘫病例有关。

4 参考文献

1. Gleizes V, Jacquot FP, Signoret F, et al. Combined injuries in the upper cervical spine: clinical and epidemiological data over a 14-year period [J]. Eur Spine J, 2000, 9(5): 386-392.
2. Miller CP, Brubacher JW, Biswas D, et al. The Incidence of noncontiguous spinal fractures and other traumatic injuries associated with cervical spine fractures: a 10-year experience at an Academic Medical Center [J]. Spine, 2011, 36 (19): 1532-1540.
3. Hadley MN. Isolated fractures of the atlas in adults[J]. Neurosurgery, 2002, 50(Suppl 3): S120-S124.
4. Hadley MN. Management of combination fractures of the atlas and axis in adults[J]. Neurosurgery, 2002, 50(Suppl 3): S140-S147.
5. 王迎松,解京明,张颖,等. 上颈椎损伤合并不连续下颈椎损伤的一期手术治疗[J]. 中华创伤骨科杂志, 2009, 11(8): 738-741.
6. 叶晓健,贾连顺,袁文,等. 上颈椎合并远隔颈椎骨折脱位一

- 期前后路手术的评价[J]. 中华医学杂志, 2002, 82(5): 315-317.
7. Nakashima H, Yukawa Y, Ito K, et al. Mechanical patterns of cervical injury influence postoperative neurological outcome: a verification of the Allen system[J]. Spine, 2011, 36(6): E441-E446.
8. Xia H, Yin D, Chang YB, et al. Posterior screw placement on the lateral mass of atlas: An anatomic study [J]. Spine, 2004, 29(5): 500-503.
9. 胡勇, 马维虎, 顾勇杰, 等. 经口咽入路内固定治疗孤立性寰椎骨折临床疗效分析[J]. 脊柱外科杂志, 2011, 9(3): 131-134.
10. Hu Y, Ma WH, Xu RM., Transoral Osteosynthesis C1 as a Function-Preserving Option in the Treatment of Bipartite Atlas Deformity: a case report [J]. Spine, 2009, 34 (11): E418-421.
11. Li LJ, Teng HL, Pan J, et al. Direct posterior C1 lateral mass screws compression reduction and osteosynthesis in the treatment of unstable jefferson fractures[J]. Spine, 2011, 36 (15): E1046-E1051.
12. Chung SK, Park JT, Lim J, et al. Open posterior reduction and stabilization of a C1 burst fracture using mono-axial screws[J]. Spine, 2011, 36(5): E301-E306.
13. 胡勇, 徐荣明, 马维虎, 等. 不稳定性寰椎骨折外科治疗策略[J]. 中华创伤杂志, 2011, 27(2): 115-120.
14. 徐荣明, 胡勇. 努力提高上颈椎损伤诊治水平[J]. 中华创伤杂志, 2011, 27(2): 101-104.
15. 李方财, 陈其昕, 刘耀升, 等. 齿状突骨折并存在下颈椎损伤的诊断及治疗[J]. 中华外科杂志, 2006, 44(20): 1395-1398.
16. Acaroglu ER, Alanay A. Four-level noncontiguous fracture of the vertebral column: a case report [J]. J Orthop Trauma, 2001, 15(4): 294-299.
- (收稿日期: 2012-01-05 修回日期: 2012-07-09)
(英文编审 蒋欣/贾丹彤)
(本文编辑 彭向峰)

会议纪要

第三届全国脊髓损伤治疗与康复研讨会会议纪要

由中国康复医学会脊柱脊髓损伤专业委员会脊髓损伤治疗与康复学组和《中国脊柱脊髓杂志》主办,宁夏医学会、宁夏中西医结合学会骨伤专业委员会、银川国龙医院、宁夏国龙慈善基金会承办的“第三届全国脊髓损伤治疗与康复研讨会”于2012年6月29日~7月1日在宁夏银川凯宾斯基酒店成功举办。

本次研讨会是中国康复医学会脊柱脊髓损伤专业委员会脊髓损伤治疗与康复学组成立(2009年)后又一次骨科和康复医学专业交叉合作的学术交流盛会。会议注册代表309人,涵盖了骨科、康复医学科、泌尿外科、神经外科、护理及基础研究等相关专业。会议论文集分8个主题,共收录论文193篇,其中全文占35%。同时,来自全国各地的41名脊髓损伤患者代表参加了会议,医患互动交流是本次会议的特色和重要尝试。

本次会议中,学组进一步倡导在脊柱脊髓损伤治疗与康复领域的多学科合作。本次会议内容主要包括颈段脊柱脊髓损伤、胸腰段脊柱脊髓损伤、脊髓损伤康复与基础研究、颈腰痛治疗与康复。特邀知名专家专题发言12人,各地代表发言32人,针对创伤性和非创伤性脊髓损伤、颈椎病和腰椎病治疗与康复的相关问题进行了广泛探讨,侯树勋教授对该主要探讨进行了精彩点评。

孙天胜教授主持了“新鲜颈段脊柱脊髓损伤评估与治疗专家共识”草案讨论。与会专家和代表以积极客观、科学严谨的态度进行了逐条的热烈讨论,并填写了共识建议书,归纳了多条有价值的修改意见。学组将进一步组织修改并完善共识草案。

关骅教授主持了“胸腰段脊髓损伤康复方案循证研究”讨论,提出了循证医学在脊髓损伤领域的应用方向,并探讨有效应用学组资源开展多中心大样本随机对照研究的可行性和初步方案。

会议期间学组召开了全体委员工作会议,经专业委员会批准新增补委员22名。学组将为进一步促进我国脊柱脊髓损伤治疗与康复专业的发展而不懈努力。

(整理:关骅,白金柱)

(收稿日期:2012-07-30)

(本文编辑 彭向峰)