

病例报告

椎体发育不良致椎管狭窄症一例

浙江省丽水地区医院(323000) 李松强

应××男,17岁,农民。1992年10月5日入院。患者于1年前在无明显诱因下出现腰痛,有时伴臀部及两下肢放射性疼痛。近1个月来明显加重,弯腰即腰痛伴两下肢串痛。两下肢无力,不能挑担,不能参加劳动,曾多方保守治疗无效而来院。检查:一般情况良好,心肺(一),肝脾未触及,腰棘无压痛,无畸形。有叩击痛伴两下肢放射痛。两下肢直腿抬高试验40°,加强试验(十),两下肢肌力及痛觉对称,腱反射(+),股神经牵拉试验(+). X线未见骨质异常。CT示:腰椎体后缘骨性突起,局部呈三叶形椎管。提示良性肿瘤可能。以腰椎管狭窄症入院。

治疗方法 在持续硬膜外麻醉下行椎管探查手术。咬除腰3、4、5椎板,发现腰4椎体后缘骨性突起压迫硬脊膜并与硬脊膜有明显粘连而分离困难。凿除骨性突起物,椎体后缘修平整。探查腰4、5神经根,见腰4神经根在侧隐窝部位受卡压,不能推移。作两侧隐窝扩大手术,至神经根能横向推移1cm许,无压迫。术后第2天,直腿抬高80°,无串痛。病理报告:骨与韧带组织。经骨科、病理科、放射科等多方会诊。本例病人,CT示:骨性突起,呈三叶形椎管,而病理为正常骨与韧带组织。确诊为椎体发育不良所致腰椎管狭窄症。术后14个月复查,两下肢无酸麻胀痛,亦无串痛,弯腰劳动无影响,临床症状消失。

讨论 椎体发育不良会使椎体形态改变,如改变位于椎体后缘,将影响椎管形态,甚者形成三叶形椎管,使神经根受压。本例病人年轻,无腰部扭伤病史。腰痛伴两下肢串痛,症状似腰椎间盘突出症。但CT示:腰4椎体后缘骨性突起,使椎管呈三叶形,侧隐窝狭窄。为椎体发育不良所致。CT对本病的诊断有重要的参考价值。治疗上需作椎体后缘修整及侧隐窝扩大。减压要彻底。预后尚属满意。

(收稿:1994-04-21)

骨栓内固定治疗胫腓骨开放骨折一例

河北省献县医院(252250) 曹坎铎 于树敏

××,男,61岁,农民。因车祸致左小腿皮肤撕裂,骨外露1小时,于1993年3月28日入院。既往有慢性气管炎病史20年。查体:营养差,左小腿中段以远有约8cm斜伤口,创缘尚整齐,胫腓骨折端外露。无重要血管、神经损伤征象。X线片显示左胫骨中段下端短斜型骨折。腓骨两处斜骨折,两骨折处间隔约4cm。

手术方法 连续硬膜外麻醉,行开放骨折常规清创术,并静滴青霉素800万u。测量、估计胫骨两折端髓腔及所取腓骨骨栓(腓骨中间骨折段)外径、形状,做一初步了解。适宜时,分别修锉胫骨远、近折端髓腔各约2cm、4cm。取出长约4cm的中间骨折段腓骨,切锉成与相应胫骨折端髓腔形状一致,并可在其内滑动又尽量无旷量的骨栓。做骨栓时经常试插,以防骨栓过大或过小。将相应骨栓端插入近折端髓腔2cm,并在距近折端1.5cm处胫骨前外侧钻通胫骨及骨栓的一侧骨皮质。将腓骨骨栓推入胫骨近折端髓腔,栓尾与骨折面平齐后,用螺丝钉于胫骨钻孔处临时固定骨栓。胫骨牵引复位后,将螺钉取出,用克氏针于孔内将骨栓拨至远折端约2cm,直到骨栓孔与胫骨上的钻孔基本对应为止。再钻通骨栓及胫骨的对侧皮质,穿一普通螺钉锁住骨栓,冲洗后闭合伤口,术后长腿石膏托外固定。

治疗结果 术后2周拆线,伤口一期愈合,并改用短腿石膏夹下地扶拐活动。以后患肢逐渐负重。51天骨折处无压疼,无纵向叩击痛。X片有较多骨痂通过骨折线,达临床骨愈合。并达解剖复位无成角。随访8个月,病人踝膝关节活动基本正常,已进行轻体力劳动。

讨论 骨栓内固定手术,有以下特点:1.操作精确时,固定作用可靠。因胫骨干的髓腔呈三角形,所制骨栓也与其适应,故抗旋转移位及抗侧方移位作用可靠。配合石膏外固定抗成角作用也可靠。并和其它内固定手术一样,可以早期下地活动。2.可吸收内固定的优点,基本废其弊端。手术时因腓骨外露,极少剥离软组织,髓腔血管损伤亦小。内固定物不但没有异物刺激,而且具备植骨的优点。且可早期负重,给骨折处加压,有利于抗感染及骨愈合。更有于胫骨骨折不愈合时,截断腓骨而促使胫骨加压愈合的报道。3.此法使腓骨部

分缺如,某些情况下小腿功能可能受影响。再者腓骨远端近折端游离,压迫及受外力后可产生不适及疼痛。因此在老年人可根据情况选用。如腓骨为一处骨折,折端外露、明显移位,也可截取一段腓骨作骨栓。

(收稿:1994-01-04)

左髌部 34 块滑膜软骨瘤一例

山东省淄博市中医院(255300) 夏兆登

张×,男,23岁,农民。1992年3月从地排车上摔下,当时左侧髌部着地,即感局部疼痛,未就医。日后髌部时痛,近一年来始感局部持续性疼痛,髌关节活动受限。于1994年3月15日来院。经查:左下肢直腿抬高约70°左右,“4”字试验阳性,左股四头肌明显萎缩,肌力、肌张力正常,于左股骨大粗隆后侧可触及一包块,约5×5cm,边缘不太清,触痛,质较硬,无明显活动度。X线示:左髌关节间隙明显变窄,髌白边缘不规则,股骨头略扁,骨质稀疏。于小转子内侧及大转子后侧均见有团状不规则包块阴影。门诊以左股骨头无菌性坏死、左髌部滑膜软骨瘤,收住院手术探查。

手术所见 切口以左髌关节后外侧“<”型切口。术中将坐骨神经游离给予保护,于大粗隆后侧见一5×5cm包囊紧贴大粗隆骨膜,切开包囊后,流出紫暗色液体约20ml,并取出8块不规则圆形白色软骨瘤体。最大3.5×1.4cm,最小1.5×1.0cm。手术沿大粗隆后外侧连同骨膜及部分骨皮质一并给予锐性剥离切除,暴露后侧关节囊、可触及囊内凹凸不平,纵形切开关节囊,又取出形态各异、多数呈菜花样软骨瘤体26块,最大4.6×1.8cm,最小1.8×1.2cm,个别瘤体颜色呈紫暗色、质硬。探查股骨颈周围骨质受压而呈不同程度凹陷。手术同时将滑膜切除、股骨头给予钻孔减压,然后常规冲洗刀口,缝合各层。术后经拍片左髌部周围团状阴影完全消失。病理诊断:1.左髌关节软骨瘤,2.送检横纹肌组织内见纤维组织增生。

讨论 滑膜软骨瘤病是临床较少见的滑膜增生性病损,其特征是在大关节滑膜内多发性软骨结节,多见于中青年男性,所以本病为原发性滑膜软骨瘤病。本例有明显外伤史。局部疼痛逐渐加重,髌关节功能受限,活动减少,因此出现肌肉废用性萎缩。病人因外伤而致髌关节内出血,日久血肿机化,可能是形成瘤体的重要

外因。瘤体大而量多,迫使关节囊内压力增高,必定影响血液循环,而致股骨头发生缺血性坏死。长期活动疼痛,关节活动量减少,故关节间隙变窄、髌白边缘不规则,骨质因脱钙而致骨质稀疏。

(收稿:1994-04-21)

复合性损伤并膈疝破裂一例

陕西省镇安县医院(711500) 陈则顺

××,男,25岁,农民。以从高处坠落、胸疼呼吸困难2小时急诊入院。查体:T:37℃,P:120次/分,R:28次/分,BP:10/7kpu。神志清楚,气促,颜面青紫,左肺呼吸动度弱,肋间隙增宽,未扪及骨擦音,左肺叩诊鼓音,呼吸音消失。心率120次/分,律齐。腹部平坦,无腹肌紧张,压疼反跳疼阴性,无移动性浊音。X线提示:左侧液气胸,左肱骨、胫骨粉碎性骨折。入院诊断:急性创伤性休克;左侧液气胸,多发性骨折。即行左锁骨中线第二肋间隙闭式引流,引流气体较多,病情稍好转。此日症状逐渐加重,呼吸极度困难,高烧,左胸叩诊为浊音,引流为血性液体800ml左右。再行左下腋后线第7、8肋间引流,当引流切口入胸腔时,大量的胃内容物向外涌出。考虑为膈疝破裂、空腔脏器穿孔所致。急诊在全麻插管下行胸腹联合探查术。术中见在食道贲门的左前方膈肌,有一4.5×3.5×2.5cm三角形裂口,局部膈肌薄弱,整个胃、大网膜、横结肠、脾脏向上翻转从裂口处完全进入胸腔,将肺组织压于肺尖部,纵隔移于右侧,锁骨下第二肋间闭式引流管正插于脾组织包膜下(引流为血性液体),脾脏大网膜已缺血坏死,胃前壁可见1.5cm×0.5cm大小裂口,胸腔内有胃内容物1000ml左右。切除坏死脾脏及大网膜,修补胃前壁,胃、横结肠复位后,关闭膈肌,术后一月痊愈出院。

体会 外伤性膈疝破裂罕见。本例是由于先天性膈肌缺损薄弱,形成膈疝,当从高处坠落时,腹腔的压力骤增,膈肌突然破裂,使腹腔脏器迅速涌于胸腔。造成本例误诊原因,是由于对本病的认识不足,缺乏全面的检查、综合分析;而X线往往容易漏诊,特别是合并有空腔脏器破裂者。因此,在复合性损伤时,若胸腔引流症状不缓解,病情继续恶化,但不能用其它原因解释的,应警惕是否有膈疝破裂的存在。

(收稿:1994-04-27)