

病例报告

颈椎病致失音一例报告

辽宁省绥中县中医院 (125200)

朱志超 韩晓平

××, 男, 39 岁, 电工。1994 年 8 月 15 日早晨洗脸后用毛巾擦脸时, 头向后一仰, 听到颈椎有“咯噔”响声, 随后感到颈部疼痛, 不能活动。在家自行口服三七片, 局部贴伤湿膏, 未见好转, 下午去某院诊治后, 症状逐渐加重, 出现语言不清、吞咽困难、耳鸣、眩晕等症状, 前来我院求治。来院就诊时, 语言能力完全丧失, 只能用写字表达语言。

骨科检查: 颈椎 5、6、7 棘突压痛明显, 右侧斜方肌, 冈上肌, 冈下肌压痛, 呈放射性疼痛, 肿胀不明显, 椎间孔挤压试验阳性, 臂丛神经牵拉试验阳性, 伸颈试验阳性, 肱二头肌腱反射减弱, 肱三头肌腱反射减弱, 肱桡肌反射正常, 皮温, 皮色, 皮肤感觉(温觉、痛觉)均正常, 五指运动正常, 颈部活动度: 伸 5°, 屈 35°, 右屈 40°, 左屈 15°, 左旋 40°, 右旋 60°。

X 线检查: 平片显示(编号 4688): 正位颈椎 5、6、7 为中心右侧突, 左侧弯, 呈 C 字, 棘突明显偏歪。侧位: 生理曲线消失, 以颈 5、6 椎体为中心向后反张成角约 25°, 双斜位, 右斜位颈 5、6 椎孔缩小, 左斜位正常。

诊断: 颈椎病伴失音。

治疗经过: 病人入院后用颈椎平衡坐位牵引器, 进行牵引, 牵引重量 12kg, 每次 15 分钟, 牵引后手法按摩配合点穴风池穴, 肩井穴, 阿是穴, 俞穴。电兴奋治疗机理疗 10 分钟, 针刺哑门, 风池, 天柱穴日一次, 一次 20 分钟。药物疗法。静点 25% 甘露醇 250ml, 0.9% 氯化钠 400ml 加青霉素水剂 960 万单位, 5% 葡萄糖 500ml 加辅酶 A100 单位, 三磷酸腺苷 40mg, 维生素 B6 100mg, 日一次静点。口服: 颈复康冲剂, 维生素 B₁、B₁₂、B₆ 片各 2 片, 日三次口服。治疗 1 周病人语言、吞咽正常、耳鸣、眩晕消失, 无不快感, 已参加日常工作, 4 月后随访病人一切正常。

讨 论

1、颈椎病导致失音比较罕见, 发生这种疾病的原因可能有几个方面: (1) 由于病人过伸活动导致椎体过度向前移位, 挤压和刺激了脊髓, 使脊髓产生亚急性水

肿和无菌性炎症; (2) 由于外力作用使延髓外侧受累, 迷走神经根受压而致声带麻痹; (3) 累及了枕骨大孔区出现了枕大孔综合症而出现发音困难、耳鸣、眩晕、吞咽困难; (4) 延髓麻痹障碍而致本病, 表现讲话不清、吞咽困难、软腭麻痹、声带嘶哑等症状。

2 本例治疗上首先采用了颈椎平衡坐位牵引法, 通过牵引可使颈椎侧弯, 反张成角, 椎间孔缩小得以纠正, 使颈椎失去的平衡恢复正常, 颈椎周围神经, 血管弯曲、卡压、痉挛得以解除。配合按摩, 点穴有促进血液循环, 疏通经络加速病变部位水肿和炎症的消退, 缓解肌肉痉挛的作用。针刺、理疗可产生强刺激, 使神经肌肉高度兴奋, 调整功能, 从而达到治疗疾病的目的。甘露醇可使急性受压软组织产生的水肿得以脱水, 使水肿消失。青霉素可消退软组织亚急性炎症, 能量合剂可营养调节神经, 口服药物辅以上述作用, 从而使本病治愈。

(收稿: 1995-01-24; 修回 1996-01-29)

治疗胫骨开放性骨折并骨缺损三例

广东省兴宁市人民医院 (514500) 卢伟良

我院曾经收治 3 例胫骨开放性骨折并骨缺损, 以一期大块植骨内固定术治疗, 效果满意, 兹报告如下。

例 1. 曾×, 男, 45 岁。因被汽车压伤右小腿 2 小时入院。入院检查: 一般情况尚好, 右小腿皮肤自膝关节下 6cm 处后内侧至小腿下段呈脱套撕裂, 皮瓣面积 2.5%, 肌肉不同程度撕裂, 骨断端外露, 并见多块碎骨, 创面污染严重, 足趾末端感觉、血运好。X 线摄片示: 右胫腓骨中段粉碎性骨折, 骨缺损。手术方法: 持续硬膜外麻醉下, 行常规清创术, 将撕裂之皮瓣整块取下, 制成中厚皮片, 浸于 0.1% 新洁而灭液中 20 分钟, 再浸于 32 万 u/100ml 浓度庆大霉素液中 15 分钟, 将皮片戳孔备用; 接着将骨折整复, 骨缺损段约 6cm 长, 取同侧髂骨块 2×3×6cm 大小, 填塞于骨缺损处, 用两枚钢针作交叉内固定, 暴露之骨质用肌肉复盖缝合; 最后将备用之皮片一期回植于创面上, 缝合固定。术后加强抗感染, 加强患肢护理, 创面一期愈合。术后半年复查, 骨折端植骨部出现较多骨痂, 10 个月后弃拐杖走路。

例 2. 刘×, 男, 20 岁。被煤车砸伤左小腿 3 小时

入院。入院检查：左小腿上、中段胫前大面积皮肤撕裂、出血，创口约 $3 \times 15 \text{cm}$ ，边缘不整，骨质粉碎外露，局部畸形，肌肉挫伤。创面有煤粉污染。X 线摄片示左胫腓骨中段粉碎性骨折，部分骨缺损，有多个异物阴影。入院后即在连续硬膜外麻醉下，彻底清创，去除无血供的游离骨片；胫骨中段缺损达 7cm 长，腓骨亦呈 2 段骨折，取腓骨中间一段截成 7cm 长，插入胫骨上下断端髓腔内，用小“v”型针作髓腔内固定；伤口处理用肌肉形成术来解决，即剥离腓肠肌内侧头，在肌腹与肌腱连合处切断，通过皮下隧道将其远端拉到缺损区缝合于皮缘上。术后 1 周创面行点状植皮，3 周后创面消失。2 个月后 X 线摄片复查，植骨区有少许骨痂生长，1 年后走路基本正常。

例 3. $\times \times$ ，女 25 岁。从 2 米高处跌下致左小腿畸形、裂伤出血 2 小时入院。入院检查：左小腿中下段前内侧有一 $4 \times 5 \text{cm}$ 皮肤裂口，胫骨畸形、外露。X 线摄片示胫腓骨中 1/3 段粉碎性骨折，胫骨缺损。按常规清创后，清除无生机之骨块。胫骨缺损 3cm。按例 2 同样的方法取腓骨一段 3cm 植于胫骨断端。伤口用皮瓣转移方法缝合复盖暴露之骨质。术后石膏托外固定。10 天后游离点状植皮于创面。住院 40 天出院。11 个月后 X 线摄片骨修复良好，弃拐杖走路。

讨 论

我们对上述 3 例胫骨开放性骨折并骨缺损以一期大块植骨内固定治疗，由于采取了以下措施，收到满意效果：(1) 严格遵循清创术原则清创，并重视和妥善处理伤口。小腿在解剖上有其特点，前面软组织少，仅有皮肤复盖；胫骨下 1/3 段，往往因血液供应不良，易发生感染或骨折不愈合。这对治疗开放性胫骨骨折并骨缺损增加了不少困难。在大多数情况下，不能以直接缝合伤口来复盖骨质，必须用减张缝合、各种皮瓣转移、游离植皮、肌肉形成术等方法闭合伤口，这样可保证骨折处的血液供应，使手术成功；(2) 选择简单而牢固的骨折内固定。作者体会以用髓内针或交叉钢针作内固定为好；(3) 早期应用足够的抗菌素。因为局部细菌生长繁殖需要一定时间，及早用药有利于发挥其抑菌或杀菌作用，防止了感染的发生。我们首选氨苄青霉素和庆大霉素联合应用，这两种药既有效，又经济。

(收稿：1995-03-15)

急性白血病并发多发性骨折 误诊一例

陕西神木县华能精煤大柳塔职工医院 (719315)

尚小卫

王 \times ，男，14 岁，因腰和双下肢疼痛伴发热 10 月余入院。患儿于入院前约 10 个月曾滑倒一次，当时能自行行走，月余后觉腰和双下肢疼痛伴有不规则发热、食欲差，曾诊断为腰椎结核、浸润性肺结核及肺门淋巴结结核。应用抗痨治疗一月无效。此后腰及双下肢疼痛逐渐加剧，活动受限，由跛行至不能站立。既往体健、无关节痛及出血病史。

入院时体检：T37℃，P140 次/分，R30 次/分。巩膜无黄染。颌下及腹股沟处均可扪及蚕豆大淋巴结，活动、无触痛。肝于肋缘下 3cm，中等硬度，无触痛。两膝关节呈屈位，伸屈活动障碍，两股骨下段为轻度成角畸形，似有假关节形成，局部均有触痛，脊柱自颈椎以下均有棘突压痛，骨盆挤压征 (+)。

实验室检查：RBC117 万/ mm^3 ，Hb3g%，WBC12800 个/ mm^3 ，NC41%，LC59%，血沉 65mm/小时。X 线检查：颅骨普遍轻度骨质疏松，胸部各肋骨、锁骨、肩胛骨疏松；两肺门阴影增粗，肺纹理增宽；骨盆及两侧股骨胫腓骨及双足均见明显对称性陈旧性骨折。

入院时诊断：成骨不全。入院后经用抗菌素，维生素 D₂ 及少量多次输血并行双下肢牵引，以及内服中药等治疗，病情一度好转，继而症状复发逐渐加重，体温持续 38℃ 左右，双下肢浮肿，脾肋下 4mm，质软无触痛。于入院一月后行髂骨骨髓穿刺，涂片查见有核细胞增生明显活跃。原始淋巴细胞和幼淋巴细胞 94.5%，淋巴细胞 1.5%，中性晚幼粒细胞 0.5%，中性杆状核粒细胞 1%，中幼红细胞 1.5%，晚幼红细胞 1%；原始及幼稚细胞核结构呈网状或小块状，核仁 1-2 个，胞浆量较少，过氧化酶染色 (-)，巨核细胞减少。确诊为急性淋巴细胞性白血病或血源细胞性白血病。自此改用激素、抗生素、及支持疗法，症状未见好转。2 月后因出血及感染而死亡。

讨论：本病例初由于腰及下肢疼痛跛行，不规则发热，血沉增快，X 线检查见肺部有结核病灶及脊柱有腰椎结核样改变，而误诊为结核。经抗痨治疗无效后，因骨骼系统 X 光片示普遍性骨质疏松，骨质破坏和多发