

病例报告

环枢椎脱位合并截瘫呼吸肌麻痹一例

天津市第三医院(300250) 崔海洲 那云龙

××,男,40岁,于1987年6月20日施工中自3m高处跌落,头部先着地,伤后昏迷约10分钟,醒后感觉周身麻木,不能活动,呼吸困难,立即来院检查:血压、脉搏正常,神清,呼吸弱而快,30次/分,呈胸式呼吸,腹式呼吸消失,吸气时抬头耸肩,口唇轻度青紫。颈部活动受限 C₂棘突后突,局部压痛,躯干及四肢除左拇趾可轻微屈伸外均不能活动,肌力0级。C₃以下痛觉消失,双下肢位置觉存在。阴茎呈勃起状态。肱二、三头肌反射存在,提睾反射、肛门反射较弱,腹壁反射消失,膝、跟反射正常,未引出病理反射。颈部片正位显示环椎侧块与齿突距离不对称,左宽右窄相差5mm,侧位显示环椎前结节与齿突距离增大至6mm。诊为环枢椎脱位合并不全截瘫收住院。

治疗:给予综合治疗。主要包括:1.手法牵引复位,颈、肩部垫薄枕,头后伸位,利用头部自重加枕颌带牵引维持复位后的位置。2.氧气吸入改善呼吸功能。3.应用激素和脱水药物消除脊髓水肿。4.保留尿管,初长期开放,后定时开放。5.应用抗生素预防呼吸道和泌尿道感染。6.静脉输液,维持水、电解质和酸碱平衡。7.应用能量合剂和B族维生素等神经营养药物。加强护理,预防肺炎、褥疮等合并症。

伤后24小时,病人呼吸困难加重,呼吸微弱,口唇青紫,立即行气管切开,安装简易人工呼吸器,持续进行人工呼吸(捏皮球)。定时作血气分析,根据化验结果,对人工呼吸的频率和深度及氧流量进行调节。按时吸痰、气管滴药,每日更换气管插管的内套管。外套管也需2~3天更换一次,确保呼吸道通畅。

经过以上处理,病人缺氧状况很快好转,截瘫自下而上逐渐恢复。伤后第2天,双足趾及左踝关节能活动。第3天,双侧股四头肌出现收缩。第4天,臀肌、腹肌出现收缩,双手指可屈伸。第7天,右腕关节可屈伸,痛觉平面下降至T₆。以后,膝、髋、肘、肩关节相继恢复活动,肌力达三级。伤后60天,大、小便可以自解。呼吸功能恢复较慢,伤后40天自主呼吸可维持1小时。伤后120天,自主呼吸可维持8小时。伤后160天,自主呼吸维持1周,无呼吸困难感,拔管终止人工呼吸,1周后颈部伤口愈合,颈部围领保护,由护士扶持下地步行。病情

平稳后出院。

体会

1. 外伤性环枢椎脱位合并完全性截瘫者,由于呼吸肌的突然麻痹,病人往往来不及送到医院即因窒息而死亡。合并非完全性截瘫者尚有恢复的希望,应尽力救。本例及时做了气管切开,持续进行人工呼吸,挽救了病人的生命,也为日后截瘫的恢复争取了时间,在当时没有呼吸机的情况下,日夜不停地捏皮球,长达160天克服了几次呼吸道梗阻危象,最终病人恢复了自主呼吸。

2. 尽早整复脱位,解除脊髓压迫。颈椎骨折脱位合并截瘫者,多采用颅骨牵引进行复位和固定。本例先用手法牵引,而后使头向后伸即可复位,继之颈肩垫薄枕,利用头部自重再加枕颌带牵引维持,方法简便,效果可靠。

3. 利用气管切开进行长达160天的人工呼吸,始终保持呼吸道通畅,是治疗中最重要也是最困难的问题。从中我们也积累了一些经验:(1)气管切开护理中,除了室内空气的净化、湿化、气管滴药、吸痰、无菌技术、每日更换气管插管的内套管等措施外,外套管的更换也是至关重要的。因为长时间的气管切开人工呼吸,呼吸道的分泌物便逐渐堆积、凝结在外套管内口周围,呈半球形突入气管内,并逐渐封闭外套管内口,吸痰管不能放入,此时单纯更换内套管不能解决呼吸困难。必须内、外套管同时更换。(2)呼吸道的痰液还可以凝固在病人的气管壁甚至支气管壁上,造成呼吸道梗阻,病人的呼吸困难及胸部压抑感,捏皮球时阻力增加,更换内外套管后无效。如用气管镜取出,需要停止人工呼吸,病人难以耐受。我们采用粗细不同的尿管交替插入,适当用力,将痰块自气管壁上剥离并吸出,反复进行,十分有效。根据情况每3至5天进行一次。

4. 较重之环枢椎脱位,说明环椎横韧带已断裂,甚至翼状韧带也可断裂。其愈合后往往难以提供足够的稳定性。一般主张早期进行C₁-C₂融合术。本例截瘫恢复下地步行后发现颈椎不稳。因病人不愿接受手术治疗,影响截瘫的进一步好转。4年后随访未能恢复工作。

(收稿:1994-02-28)