

# 病例报告

## 地塞米松硬膜外注射引起精神障碍 2 例

天津蓟县解放军第 269 医院 (301900)

李荫斗 朱树光

我院自 1978~1992 年,为腰椎间盘突出症患者行硬膜外注射治疗计 1320 例,发生精神障碍 2 例,现报告如下。

例 1、柳××,男,42 岁,因腰痛伴右下肢麻木、疼痛、跛行半月余,入院治疗,经检查诊为 L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 椎间盘突出症。既往身体健康,无精神障碍史,家族成员无精神障碍患者。住院 5 天行硬膜外注射治疗。由麻醉师在手术室按常规于腰<sub>4-5</sub>椎间行硬膜外穿刺术,经过顺利,成功后注入硬膜外腔地塞米松 20mg、1%普鲁卡因 15ml,注入过程中及返回病房后,均无不良反应。至晚 10 时,患者突然出现胡言乱语,无故与同病房患者吵闹等。至晚 11 时,上述症状进一步发展,骂人、打人、乱扔杂物等,急请精神科医师会诊,考虑为精神障碍,给予安定、硫苯妥钠肌注,病人逐渐入睡。翌晨 8 时许清醒,上述症状消失,且不能回忆晚间发生之事,腰腿痛明显好转,痊愈后出院。

例 2、赵×,男,30 岁,因左下肢麻木,烧灼样疼痛、跛行 2 月余入院。经检查诊为腰<sub>4-5</sub>椎间盘突出症。住院 10 天后行硬膜外注射治疗。按常规于腰<sub>4-5</sub>椎间行硬膜外穿刺,注入地塞米松 20mg、1%普鲁卡因 15ml,无不良反应。至夜间 11 时,病人突然出现躁动不安,胡言乱语,吵闹等精神障碍症状,速给予冬眠 I 号 6ml、安定 10mg、苯巴比妥钠 0.1g 肌注,逐渐入睡。次日晨 9 时许,病人清醒,上述症状消失,且对夜间之事不能记忆。追问病史无精神障碍史,家族中亦无类似患者。

讨论:普鲁卡因是局部麻醉药,分解快,每次硬膜外腔注入仅 150~200mg,为安全用药范围,而且,在硬膜外注射治疗前都常规进行普鲁卡因过敏试验,可以除外由普鲁卡因中毒或过敏反应所致精神障碍。地塞米松为激素类药物,其对中枢神经系统具有兴奋作用,长期大量应用可以引起精神紧张、失眠、欣快感等症状。患腰椎间盘突出症比较严重者,因长时间的疼痛折磨,精神上的刺激,可以引起性格上和行为上的变化,如长期失眠,紧张不安,心烦易激动等病态行为。对于一些兴奋性增高的患者,一旦一次性接受较大剂量的激素类药物,使神经系统兴奋性更进一步提高,导

致中枢神经系统的控制能力失控(特别是在夜间),而诱发、直至引起精神障碍。对于精神紧张,兴奋性高的患者,硬膜外注射治疗前、后应常规给予镇静剂,并应避免不良刺激,工作人员态度要和蔼,语言要温和、并注意观察,发现问题,只要及时处理,精神障碍是能够及时控制的,而且,硬膜外注射治疗效果也不受影响。

(收稿:1994-12-12)

## 腰椎管硬膜内巨大血管脂肪瘤并腰间盘突出症一例

吉林省桦甸市中医院 (132400)

董洪亭 吴兴民 杨志国 崔发亮 陈建章

张××,女,52 岁。因腰腿痛 8 年,近 4 年加重,出现跛行,走路困难。自 1985 年因外伤后右臀部痛,渐及左下肢,但不影响劳动,曾到当地医院诊断为“坐骨神经痛”,经卧床、药物等治疗未见好转;近 4 年上述症状持续加重,左下肢无力,不能行走,排尿困难。于 1993 年以“腰间盘突出、腓总神经瘫”收入院。

查体:一般状态可,痛苦病容,心肺未见异常,腰侧弯,伸屈功能受限,L<sub>4,5</sub>压痛,并向左下肢放射;双下肢等长,左足内翻下垂,周径:(左/右)髌上 10cm38/43cm,髌下 10cm26/33cm,左小腿前外侧感觉消失,左踇背伸无力,膝,跟腱反射弱,巴彬斯基征(一)。肌力:股四头肌、踝关节屈肌群 III 级,伸肌群 I 级,腓骨肌、踇长伸肌 0 级。奎肯氏试验:不全梗阻。脑脊液化验:蛋白 60mg%。X 线片:腰椎向左侧弯,L<sub>4,5</sub>间隙左窄右宽,椎板裂。CT:L<sub>3,4,5</sub>椎管内层面可见圆形低密度影,CT 值 118Hu,呈膨胀性改变。MRI:矢状位第 3 腰椎中段至第 5 腰椎上缘后方有一椭圆形影,T<sub>1</sub>T<sub>2</sub>高信号充满椎管。临床诊断:1. 腰椎管硬膜内巨大血管脂肪瘤;2. 腰<sub>4-5</sub>椎板裂。

治疗:1993 年 12 月在硬膜外麻醉下行 L<sub>3-5</sub>全椎板切除,术中见 L<sub>4,5</sub>椎板裂,硬膜膨出与纤维组织粘连,欠光滑;肿物位于硬膜内 L<sub>4-5</sub>,呈梭形,长约 10cm,充满椎管。切开硬膜,见硬膜增厚,肿物呈脂肪组织与马尾神经粘连,故用纤维技术分离切除;马尾神经无损伤,有脑脊液流出,即缝合硬膜。同时探查左侧 L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub>神经根,见 L<sub>5</sub>神经根肩部约有 1.0×1.5cm 突出之间盘组织,予以切除,约 4.5g;松解充分,无明显出血,置负压引流,关闭切口。术后仍排尿困难,2 周后恢复正常,左下肢疼痛缓解。病理活检:镜下均见脂肪、血

管、纤维组织，有玻璃样变性，无恶变征象。病理诊断：血管脂肪瘤。

**讨论：**本病可能与一些久远的隐性或显性创伤或组织错构有关。病程长短不一，一旦发病会出现脊髓或神经根受损的相应表现。该肿瘤常无包膜，组织学上见以成熟脂肪细胞为主，并有血管、纤维组织。该肿瘤常伴有椎板裂，椎体融合，半椎体等。本例腰<sub>4-5</sub>椎板裂。

本病早期易误诊为：“腰间盘突出症，腓总神经瘫”。随着近年来影像学 CT、MRI 的发展，为术前提供了可靠诊断依据；当然最后诊断要依据病理。本病诊断明确后，应早期尽快手术。效果满意。

(收稿：1994-12-11 修回：1995-07-28)

## 同侧髌膝关节脱位一例报告

湖南雪峰水泥集团公司医院 (417604)

王在瑞

伍××，男，23岁，农民。于1994年9月30日骑摩托车与汽车侧面相撞，汽车前方保险杠的右端撞在患者右膝上，人被撞翻后向左滚出约4米远，伤后右髌、膝关节疼痛剧烈，不能站立，被人抬送入院急诊。

**查体：**神志清楚，右侧髌部及臀部肿胀，股骨大粗隆向后上方移位，臀部突起，可触及脱出的股骨头，髌关节弹性固定于半屈曲内收内旋位。右胫骨粗隆前外侧皮肤撞裂3cm，边缘不整，深达骨膜，流血不止。右膝肿胀，疼痛剧烈，功能障碍，呈屈曲位压在左腿上，腘窝处可触及胫骨平台后缘向后起。照片(X号：943005)示：右股骨头脱出髌臼向后、上移位，右膝股骨髁向前、胫骨平台向后移位。**诊断：**1. 右侧髌关节后上脱位、膝关节后脱位；2. 右胫前皮肤挫裂伤。

**治疗：**入院当天给予清创缝合伤口，并在氯胺酮麻醉下行手法复位术。患者仰卧于地面(铺席)，一助手按住骨盆，术者坐马式面对患者，置患侧足踝部于术者胯下，屈肘勾住患者腘窝部行屈髌屈膝顺势提牵，在提牵下同时徐徐摇晃、伸屈髌关节，持续约3分钟就听到复位骨弹响声，示已复位。接着在助手上下牵引下术者一手托胫骨上段向前，一手按股骨下段向后纠正膝关节后脱位，被动屈伸髌膝关节无障碍。照片证实髌膝复位成功后，给予小腿皮套牵引，中药活血化瘀消肿止痛及西药对症治疗2周，肿消痛止，去除牵引后下床功能锻炼，1周步行出院。10天后随访，已恢复劳动能力。

**体会：**同侧外伤性髌、膝关节脱位临床少见，本例由于骑摩托车髌、膝处在屈曲内收位时直接暴力从外前方冲击胫骨上端，迫使胫骨平台向后脱出。因汽车冲击力大，暴力再沿股骨纵轴冲击，使股骨头冲破关节囊后壁而形成髌关节后上脱位。治疗上分析右膝为不全脱位，膝内十字韧带断裂可能性少，无血管、神经并发症，髌、膝均无明显手术指征，故保守治疗获得成功。

(收稿 1994-11-28)

## 闭合撬拨复位治疗跟骨骨折 20例

山东省济宁市第二人民医院 (272149)

王允彦 郑榕萍 李 建 蒋振明

1992年2月~1994年4月，我们应用闭合撬拨复位和石膏外固定的方法，治疗各类型的跟骨骨折24例，其中资料完整的20例，据随访，多数病人取得较满意的治疗效果，现报告如下：

**临床资料：**20例中，男18例，女2例；年龄最大36岁，最小20岁，平均24岁；伤后最长时间为3天，最短2小时。骨折类型：关节外骨折6例，舌状骨折2例，关节压缩型骨折9例。根据复位前侧位X线片测量跟距结节角呈负值2例，0~10° 5例，11~20° 6例，20°以上者7例。均为高处坠落而致的闭合性骨折。

**复位方法：**局麻，俯卧位。根据伤后X线片示跟骨骨折类型、关节塌陷部位、跟距结节角减少度数决定进针角度及深度。在跟腱止点处，针尖略偏向外侧，对准后关节面下方，插入一斯氏针。当跟距结节角减少较多时，针与跟骨纵轴所成的角较大，反之较小。当针进入跟骨一定深度时，助手将患肢屈曲膝、踝关节，将针体压向足趾侧，目的是将向上移位的跟骨结节拉下，将塌陷跟骨关节面向上撬起，同时将针打入跟骨一定距离，与此同时，另一助手用两手掌在跟骨侧方及足趾侧挤压，侧方挤压时，内侧手稍偏前，目的是使侧方分离的跟骨复位，避免晚期的跟骨加宽及足底骨突而引起的症状。进针深度的掌握：关节外骨折，针进入跟骨2~3cm；关节内骨折，针进入塌陷骨折块下或骨折线近端。摄片证实复位良好后，用踝关节蹠屈位管型石膏外固定，固定针埋于石膏内。4~6周后，去固定，进行功能练习。

**治疗结果：**优，跟骨后关节平整，恢复原宽度及长度，跟距结节角>25°，轴位片无明显骨折线，共14例；良，接近上述标准，3例；可，后关节面部分分离，跟