

· 病例报告 ·

胸椎软骨板破裂症 3 例

曹清峰 杨学舟* 王俊立 田富江

河南省巩义市中医院 (451200)

椎体软骨板破裂临床上少见, 蒋位庄等^[1]1982 年报告 5 例, 王全平等^[2]1994 年报告 56 例, 但均发生在腰椎, 胸椎软骨板破裂者未见报道, 现将我们收治的 3 例报告如下。

例 1, 王××, 男, 30 岁。搬重物扭伤腰部后出现下肢疼痛、麻木、无力, 未作正规治疗, 逐渐出现间歇性跛行、步态蹒跚等症状, 于伤后 5 个月来我院。查体: 一般情况可, 脐以下双下肢皮肤感觉减退, 双下肢肌张力增高, 腱反射亢进, X 线侧位片示 T₁₀椎体后下角可见三角形骨块突入椎管, 椎管造影显示造影剂通过延迟, CT 增强扫描示 T₁₀~T₁₁椎管狭窄, 椎体后缘有骨块突入椎管呈中央型压迫脊髓。入院后行侧前方手术入路摘除突入椎管内的骨块。术后病理检查为退变的透明软骨, 有程度不同的钙化。术后恢复顺利, 2 个月下地活动, 随访 3 年, 麻木等症状全部消失, 已参加日常工作。

例 2, 张××, 女, 22 岁。因车祸致伤腰背部, 当即疼痛、功能受限, 后逐渐双下肢麻木无力, 间歇性跛行及蹒跚步态, 于伤后 2 个月来我院就诊。入院后影像学检查提示 T₁₀椎体后下角有一“游离骨块”, 椎管造影示造影剂通过延迟, CT 示 T₁₀椎体后缘有骨块突入椎管压迫脊髓, 手术摘除“游离骨块”, 术后病理检查为退变的软骨组织, 术后 45 天扶拐下地活动, 3 年后随访, 腰及双下肢活动自如, 已参加日常工作。

例 3, 赵××, 男, 25 岁。因摔伤腰部后疼痛在家休养, 1 个月下地活动感双下肢无力, 麻木, 足底有踏棉花感觉, 以后逐渐出现步态蹒跚, 经乡村医生诊查, 嘱其加大锻炼力度。又因活动超量而致不全瘫, 于伤后半年来我院就诊。查体: 一般情况可, 脐以下皮肤感觉明显减退, 双下肢肌张力增高, 腱反射亢进, X 线平片侧位见 T₁₁椎体后上缘有一骨赘突出椎管, 造影剂通过受阻, CT 平片及增强扫描提示软骨板破裂及椎间盘突出, 椎管狭窄。侧前方入路行破裂软骨板及髓核摘除术, 术后病理证实为退变的软骨组织有钙化及脱水

的髓核组织。术后半月拆线, 3 个月扶拐活动, 3 年后随访, 麻木及步态蹒跚症状基本消失, 仍有部分区域麻木, 腱反射稍亢进, 生活自理, 可参加日常工作。

讨 论

1. Bick 描述过出生后 1 个月, 椎体的骺板覆盖在扩张的骨化中心的上下面, 出生后 6 个月, 前纵韧带和后纵韧带的纤维附着于椎体前后面的上下缘, 该处以后形成骺环, 实际上为椎体骺板的软骨环, 独立骨化, 对椎体的生长不起作用, 有时周围骨化不全, 17 岁左右骺板开始消失退化为软骨板, 软骨环开始与椎体相愈合。20~30 岁发育成熟, 几乎全部与椎体融合^[3]。由于有脊索退化时遗留下的管道, 造成软骨板发育和结构上的薄弱区, 胸腰段活动度大, 稳定性差, 受伤后易出现软骨板破裂, 如损伤力量较大, 可同时导致纤维环的撕裂引起椎间盘突出。

2. 蒋位庄等^[1]把软骨板的损伤分为三个病理阶段。第一阶段, 椎体后缘软骨板破裂无移位; 第二阶段, 髓核后移和撕脱的软骨板向椎管内突出; 第三阶段, 软骨板和椎体融合。第一阶段临床可无症状, 二、三阶段则出现脊髓受压的一系列症状, 重者可致瘫痪。影像学检查诊断价值最高, X 线平片侧位上如破裂的软骨板未与椎体形成骨性连接者为“游离骨块”, 与椎体连接者有骨赘形成, 呈三角形, 分类上属于牵引骨赘, 而不是锚状骨赘。多为单发, 与普通退变的多发骨赘不同。CT 检查, 特别是增强扫描的轴位片, 不仅可以显示破裂的部位、大小和后突的程度, 而且可以显示有无合并椎间盘突出及脊髓受压和椎管狭窄的程度。

3. 胸椎椎管较腰椎窄, 轻微的压迫即可引起临床症状。我们认为, 对于属于第一阶段的软骨板损伤患者, 可行保守治疗, 但应严密观察, 对二、三阶段的软骨板损伤, 保守治疗不但无效, 且会延误治疗, 使脊髓持续受压, 严重者引起脊髓不可逆损害。本组一例合并椎间盘突出的患者, 由于突出物大, 造成不全瘫, 可幸的是及时采取手术治疗, 功能恢复比较满意。故凡属

* 贵州省安顺地区医院

二、三阶段的软骨板损伤, 均应早期手术, 手术宜采取对脊柱稳定性损伤小, 清理病变容易、彻底的侧前方手术入路, 术中除严密按步骤操作外, 尤其应注意咬除椎板时, 因椎板与脊髓间无脂肪组织缓冲, 且病程久者粘连重, 操作应谨慎小心, 止血要彻底, 一般不用骨凿, 避免剧烈震荡。切除和咬除突出的椎间盘和软骨板时, 动作要轻柔、仔细, 切忌粗暴牵拉、碰触脊髓, 以免加重脊髓损伤。

参考文献

1. 蒋位庄, 尚天裕. 少年软骨板破裂症. 中华骨科杂志, 1982, 2 (1): 34
2. 王全平, 陆裕朴. 腰椎软骨板破裂症. 中华骨科杂志, 1994, 14 (4): 195
3. 郭世级. 临床骨科解剖学. 天津: 天津科学技术出版社, 1988. 187

(收稿: 1995-10-30; 修回: 1996-05-28)

股骨骨折梅花针固定术后并发脂肪栓塞一例

韩 红

甘肃省高台县医院 (734300)

患者, 女, 31 岁, 因外伤后 5 小时以右股骨骨折收住。入院后查一般情况尚可, 经拍片证实为右股骨中上段粉碎性骨折, 患者既往无心肺疾患, 查血红蛋白为 145g/L。经积极术前准备, 给抗炎输液治疗后, 于入院后第 3 日上午 10 时入手术室在腰麻下行梅花针髓内固定术, 术中选用 8mm×340mm 梅花针 1 枚, 顺利打入一次成功, 骨折断端对位对线良好, 术中出血约 500ml, 手术始终血压、脉搏、呼吸平稳, 手术历时 1 小时 30 分, 术后安返病房, 给补液、抗炎、止血处理, 病情无异常变化。术日当晚患者体温上升至 39℃, 给物理降温, 肌注安痛定, 静点地塞米松等处理后, 体温渐下降。次日晨体温 38℃, 患者神志清楚, 精神尚可, 并能进食。至中午 12 时病人突然出现呼吸急促而困难, 张口呼吸, 口唇发绀, 神志恍惚, 两肺可闻及干湿性啰音, 心率 130 次/分, 即刻给持续吸氧, 静滴西地兰 0.4mg, 给保留导尿, 肌注速尿 40mg, 头部置冰袋, 静滴地塞米松等处理, 至 15 时, 病情仍未改善并继续加重, 继而神志不清, 呼吸 35 次/分, 心律 130 次/分, 查血红蛋白 95g/L, 二氧化碳结合率 143mmol/L, 尿素氮 3.1mmol/L, 钠 137mmol/L, 钾 3.33mmol/L, 氯 100.5mmol/L, 钙 1.9mmol/L, 心电图示 ST-T 段下移。考虑为脂肪栓塞急性肺水肿, 给 10%GS250ml 加多巴酚丁胺 40mg 缓慢滴入, 输新鲜血 350ml, 白蛋白 10g, 5%碳酸氢钠 250ml, 地塞米松等处理后, 病情略好转, 可说简单语言, 肺部啰音减轻, 但持续半小时后

病情突然恶化, 渐渐昏迷, 至 19 时突然呼吸心跳停止, 从口鼻流出少量稀血水样分泌物, 经积极抢救无效而死亡。

讨 论

脂肪栓塞是创伤骨科最严重的并发症, 多见于长骨干骨折以后, 是骨骼创伤后髓腔脂肪滴进入血流, 在脏器或组织内形成栓塞而引起的一系列复杂症候群, 它的发生原因主要是骨折创伤, 尤以股骨干骨折最常见, 其次为骨科手术, 软组织损伤以及其它一些原因, 如烧伤、感染、酒精中毒等。无临床表现或症状轻微者常被忽略, 临床表现明显者症状危急, 死亡率高。由于它的临床表现多种多样, 如突然死亡、休克、昏迷、急性肺水肿, 或出现“肺炎”, 所以早期常被忽略而延误抢救时机。本病一般都有潜伏期, 为 12 小时至 6 天, 89% 的病例在 18 小时内发病。本病例发生于伤后 79 小时, 临床表现、体征符合脂肪栓塞的诊断标准。所以对骨折病人, 尤其是长骨干骨折的病人, 无论是行手术疗法或非手术疗法, 都必须密切观察, 加强监护, 妥善固定, 一旦发生脂肪栓塞的临床表现, 应立即进行抢救, 积极纠正缺氧, 最好行气管和机械通气, 改善血液动力学, 补充全血及电解质, 尽早使用肾上腺皮质激素, 适当应用利尿剂以及改善微循环的药物。总之对本病应早期发现, 及时治疗, 尽量减少死亡率。

(收稿: 1996-08-19)