

## 脊椎结核并发截瘫的治疗

李浩宇 肖树军 罗坚 王福宸

吉林省结核病骨病医院(九台市 130500)

我院 1968~1997 年收治脊椎结核并发截瘫 2061 例,并对其中的 1146 例随访结果做一分析。

### 临床资料

本组 2061 例中男 673 例,女 1388 例;≤15 岁 471 例,16~59 岁 1491 例,≥60 岁 99 例。颈椎 66 例,颈胸椎 8 例,胸椎 1463 例,胸腰椎 88 例,腰椎 55 例,多节段 381 例(其中胸椎 330 例)。截瘫率 14.44%。病程<2 年 1792 例,>2 年 269 例。延误诊断>1 年 1040 例。瘫期<6 个月 1838 例,>6 个月 223 例。发热 941 例,瘰疬 50 例,冷脓肿 162 例,肝功能障碍 652 例。不全瘫 854 例,全瘫 1207 例,其中伸直性痉挛瘫 502 例,屈曲性痉挛瘫 461 例,弛缓瘫 244 例。术后 1~40 天内下肢肌力恢复达 M<sub>3</sub>~M<sub>5</sub>者 1659 例。椎板切除 46 例,前方减压 1011 例,侧前方减压 734 例,开窗减压 270 例。术中病理所见:腐骨 1771 例,椎旁脓肿 1845 例,坏死椎间盘 1401 例,后凸骨嵴 675 例。随访 1146 例,平均 14.8 年,完全与大部分恢复 939 例,部分恢复 79 例,未恢复 78 例,死亡 50 例,完全与大部分恢复占 81.9%。

### 讨论

椎板切除减压仅适于附件与椎管结核,已基本淘汰。前方病灶清除减压稳定性佳,但减压与病灶清除不彻底,后凸骨嵴切除不确切,椎管内病变无法解脱,误伤脊髓机会多。侧前方减压术减压充分但稳定性破坏最大,隐患多,影响儿童的身心发育。

1974 年开始我院实施开窗减压术,即以扩大椎间孔为中心,开放部分椎管侧壁,最大限度地保留椎弓根桥,宛如开一小窗。此术式稳定性强,脊髓部分显露,椎管内病变可解脱,病灶清除彻底,减压较充分,骨嵴凿除确切,安全性高,适应症较宽。

一个理想减压术要求三个要素,即一次手术减压充分;稳定性好;远期随访满意。目前普遍的错误倾向是只重视减压充分,而不是考虑或较少想到如何最大限度地维护和重建脊椎的稳定性。开窗减压术则具备上述条件。

减压术式的选择要多方面,多因素综合评估后选定。诸种因素如早发瘫与晚发瘫,年龄,瘫期,进展速度,病灶活动性,瘫痪程度,受累节数与区段,附件结

构,椎管内病变,稳定性等。

关于术路选择问题,经胸腔入路手术创伤大,时间长,麻醉意外多,心肺功能干扰严重,并发症多,术后管理难。经胸膜外术路,胸膜易破损。上述两种术路已严格控制。

为一次手术完成脊髓的充分减压,通常要遵守五步操作程序,即开放部分椎管侧壁,直视脊髓;病灶清除彻底,通达对侧;完全切除后凸骨嵴;剥除硬膜外包裹的纤维包壳膜;维护和重建脊椎的稳定结构。

对年龄较小,节数较少,瘫期较短,程度较轻的患者,宜争分夺秒,承担风险,尽早施术,积极抢救。本组病例随访完全与大部分恢复可达 75%。除昔日认为小儿致瘫系椎旁脓肿与椎管内脓肿外,腐骨、坏死椎间盘、后凸骨嵴、脱位、椎管内病变等亦是致瘫的重要病理因素,因而术中绝不可单纯的排脓减压。否则疗效不佳。

减压术后恢复不佳的主要原因是脊椎稳定性的严重破坏,化疗不合理,椎管内病变解脱的不充足,次为减压术式选择不正确,手术副损伤,后凸骨嵴切除不全,手术时机选择不当,继发脊髓与脊髓血管病变等。

多节段脊椎结核并发截瘫占本组病例的 15.3%。为维护脊髓血运宜取右入。病椎多堆砌嵌插融合为一体,旋转,后凸,脱位,椎间孔闭锁,肋骨强度辐辏如蜘蛛足,小儿尤著。故术前力争脑脊液动力学观察,脊髓造影,CT、MRI 检查。宜取经胸腔入路,侧前方减压术。完全切除后凸骨嵴是关键一步。

目前收治多系晚期重症,多节段占 13.23%,加之术中扩大切凿与充分减压,脊椎结构严重破坏,大区段椎体阙如,实难以康复,且成为复发与减压术后恢复不佳的重要因素。因此,减压术与稳定两者必须兼顾。本组随访减压术后恢复不佳的 157 例中脊椎稳定性严重破坏的占 63%。故施术时宜行椎间或椎板植骨融合,人工椎体,椎体钉,椎弓根钉,骨水泥充填,哈氏棒与鲁氏棒固定,石膏床等。

环枢椎结核并发四肢瘫的处理应以抢救生命,支持生命为第一原则。颅牵或颅牵下施术,保障吸氧,气管切开。宜经口腔抽吸或切开排脓,病灶清除,减压,

后路颈枕融合术。

对附件与椎管结核并发截瘫者宜行椎板切除, 彻底剔除硬膜外裹绕之瘢痕与肉芽组织, 若脊髓搏动依然消失或硬脊膜硬韧肥厚时, 可小心较大范围的剖开硬脊膜减张探查, 术后需极强化抗痨。注意隐匿性附件结核, 严防术中误伤脊髓。

马尾症候群占本组 1.18%。腰椎结核并发者可先行前路病灶清除后再行全板切除, 剖开硬膜、蜘蛛膜, 清除病灶, 梳理马尾或一期同时行全椎板切除及后路病灶清除, 术后积极抗痨, 而无一例继发结核性脑膜炎。

(收稿: 1998- 07- 16)

## 脂肪栓塞综合征早期诊断与抢救

张志群 张雷炎 张文林\*

江苏省宜兴市人民医院(214200)

1985~ 1993 年对 6 例骨折并发脂肪栓塞综合征经抢救成功 5 例, 死亡 1 例, 现报告如下。

### 临床资料

本组 6 例中, 均为男性, 年龄 20~ 36 岁; 双胫腓骨骨折 1 例, 股骨骨折 3 例, 多发性骨折 2 例; 车祸 4 例, 工伤 2 例; 治愈 5 例, 死亡 1 例。

### 临床表现与抢救

1. 病人早期表现为胸闷、气急、呼吸困难, 严重者出现呼吸间断式停止, 高热, 出现神志恍惚, 烦躁不安, 缺氧, 临床表现口唇紫绀, 血气分析氧分压↓, 咳血性痰, 肺部听诊有罗音, 腋下出现针尖样出血点, 全胸片显示双肺暴风雪改变。

2. 诊断: 根据临床病史及表现, 无炎症性高热, 呼吸困难, 窘迫, 神经精神症状, 腋下针尖样出血点, 胸片示暴风雪改变。一般根据以上指标即可确诊。

3. 治疗: 综合治疗: 持续吸氧(必要时给予呼吸机帮助呼吸), 如有呼吸停止, 可作气管切开用自动呼吸机。大剂量激素地塞米松可用 50~ 100mg 加入 10% GS500ml 静脉滴注, 能量合剂, 脱水剂, 利尿药, 静脉点滴复方丹参针剂 8ml 加入 5% GS250ml 中, bid 及普鲁卡因 0.45g 加入 5% GS250ml 中, qd, 交替使用, 定时拍背扩肺, 保持呼吸道通畅, 有效抗菌素抗炎, 保持电解质平衡, 保护肝、肾、心、肺功能, 记 24 小时进出货量。

### 讨论

1. 早期诊断: 根据临床表现的几点指标作出早期

诊断是没有问题的, 但关键在于医务人员对此并发症应有足够的认识。严密细致地观察病人的变化, 特别是粉碎性、多发性骨折及挤压性损伤, 体形肥胖的青壮年应高度警惕。

2. 治疗: 正确掌握手术时期处理好原发病, 减少病员的再损伤, 第二是能早期诊断及早处理, 保护肝、肾、心、肺功能, 维持电解质、酸碱平衡, 使病人度过危险期, 持续吸氧, 维持体内氧分压在正常范围。

3. 促使排泄: 我们认为一旦诊断明确立即用复方丹参及普鲁卡因静脉交替使用, 不但能改善微循环并能使脂栓颗粒排出体外, 保护心肺肾功能。

4. 护理: 除用药物治疗外还必须重视护理工作, 特别是拍背扩肺使排入肺支气管内的脂栓颗粒及排泄物及时排出体外, 保持呼吸道通畅, 增加通气量。

5. 输血问题: 此类并发症不能输血, 特别是库血, 根据临床观察输血不但不能改善病人症状, 反而加重病人症状, 因为全血中的脂肪颗粒能增加栓塞, 使病情加重。

6. 对复合伤只要病人一有条件即应作详细的检查, 同时处理其复合伤也是保证抢救成功的重要一环。另外只要有条件医院应以就地或就近抢救为合适, 搬运只能增加死亡率。

(收稿: 1996- 02- 06)

\* 上海第二军医大学长征医院