

·病例报告·

C₃ 椎管内髓外硬膜内哑铃形神经鞘瘤并不全瘫一例

王秀华 田万斌 程国田 刘景生
(辽宁中医学院附属医院, 辽宁 沈阳 110032)

患者,女,49岁,农民,因右半身麻木、疼痛10个月,加重2个月为主诉入院。患者于10个月前无明显诱因出现右上肢麻木,右手及右足发冷,继而出现右下肢麻木无力,走路蹒跚。曾在当地医院就诊,诊为“脑血栓”,予静脉输入活血化瘀药治疗2个月无效,症状逐渐加重,并伴有胸部束带感,来我院,患者既往健康。

体检:一般状况好,颈部生理弯曲消失,C_{2,3}棘突上压痛(+).颈后侧、右肩部及右半身皮肤感觉减弱,右手握力减弱,右上肢、右下肢肌肉肌力IV级,右侧肱二头肌腱、肱三头肌腱、膝腱反射亢

进,右侧巴彬氏征阳性,霍夫曼征阴性。X线片:骨质未见异常。MRI:C₃椎体后方椎管内可见一肿物,T₁呈等信号,T₂呈略高信号,向右侧突入C₃~C₄椎间孔,脊髓受压左移,肿物及脊髓界限较清晰。入院诊断:颈椎椎管内肿瘤并不全瘫。入院后于1998年11月19日在全麻下行颈椎管内肿瘤摘除术,术中取颈后正中切口,见C₂~C₄节段黄韧带变菲薄,硬膜外脂肪已消失,硬脊膜高度膨起,无波动。切开硬脊膜及蛛网膜,见该节段颈髓右侧有一淡粉色肿物约2.0cm×1.5cm大小,将颈髓压向左侧,颈髓被压扁,瘤体周围有粘连,并有营养血管。瘤

体呈哑铃状突入右侧椎间孔。将椎管内瘤体切除,突入椎间孔内的瘤体,用刮匙彻底刮除,术后病理诊断为C₃椎管内神经纤维瘤,术后患者四肢活动自如,胸部束带感消失,右下肢无麻木感,肌力恢复至正常。

讨论

颈髓部位肿瘤,特别是高位颈髓肿瘤手术十分危险,但是颈椎椎管较宽,手术时只要暴露充分,分离和切除肿瘤时操作准确,术野清晰,剥离动作轻巧、准确,肿瘤切除完整彻底充分止血,手稳不允许晃动及误伤就会取得较好效果。

(收稿:1999-01-08 编辑:李为农)

桡骨茎突骨折并桡腕关节脱位

胡旭华
(开化县人民医院,浙江 开化 324300)

患者,女,30岁。骑自行车不慎从3米多高桥坠入河滩,跌伤头部、右手、左腕及左侧腰背部,出血、疼痛、活动障碍2小时入院。无昏迷史,无恶心呕吐。体检:神志清,痛苦貌,对答切题,无近事遗忘。左额部有3cm创口,双瞳等大,对光正常。外耳道及鼻腔无出血。腹平软,无压痛及反跳痛,左侧腰背部轻度肿胀、压痛,左肾区叩击痛(±)。右手掌有3.5cm创口,手指活动正常。左腕向尺侧成角畸形,尺骨茎突顶至皮下,几乎穿破皮肤。腕尺侧空虚。桡骨下端有显著压痛,有异常活动存在。左腕关节功能障碍。X线片示左桡骨茎突骨折,远端骨折块呈三角形,累及关节面1/3,两断端分离约1.5~2.0cm,腕及桡骨茎突向桡侧移位约2.0cm,桡腕关节脱离正常结构。下尺桡关节无分离,该腕骨未见骨折及脱位。入院诊断:①左桡骨茎突

骨折并桡腕关节脱位。②多处软组织挫裂伤。处理:止血、抗炎、输液及对症治疗。急症清创,手法整复石膏托外固定。整复后X线片示骨折对位对线良好,关节面平整,尺偏角、掌倾角满意,桡腕关节结构正常。1个月后复查X线片示骨折线模糊,关节结构正常。拆除石膏,行腕关节功能锻炼,配合药液熏洗。随访4个月,关节活动正常,偶有隐痛,日常工作无妨碍。

讨论

桡骨茎突骨折合并桡腕关节脱位有别于Barton骨折。其损伤机制系人体跌落时,手部尺侧面着地,暴力使腕部极力桡偏,通过近排腕骨(尤以舟骨、月骨为主)传递,同时尺桡骨由于跌落时的冲力斜指向腕关节尺侧,使桡骨茎突与舟、月骨相互挤压、碰撞,最后暴力集中在桡骨

茎突,造成茎突的剪切骨折,形成三角形骨块。此时由于暴力沿尺桡骨继续传导,使骨折发生分离,并使腕尺侧关节囊及腕尺侧副韧带撕裂,腕关节稳定性遭到破坏,从而造成桡腕关节脱位。因骨折线波及关节面,所以也是一种关节内的不稳定性骨折。该骨折浅表,X线片能清楚显示,易于诊断。

对单纯骨折脱位及关节囊、韧带损伤不严重者,可行手法复位。两人和三人均可进行。以三人法为例,在两助手持续对抗牵引下,术者双手拇指按压在桡骨茎突上,其余手指握住腕尺侧,互相挤压,骨折和脱位即可同时复位,然后合骨抱腕、理顺筋膜,置腕于尺偏位,用石膏条行前臂桡尺侧方向塑形作外固定。肿胀消退后如有松动应作调整。6~8周后拆除石膏,行腕关节功能锻炼。

(收稿:1999-07-07 编辑:李为农)