

## • 病例报告 •

## 鸡骨致颈椎化脓性炎并不全瘫 1例报告

## Cervical purulent inflammation and paresis caused by chicken bone A case report

李科泉, 臧锡磊, 姜世云

LI Ke-quan, ZANG Xi-lei, JIANG Shi-yun

关键词 颈椎; 化脓性炎 Key words Cervical vertebrae Purulent inflammation

患者,女,56岁,因颈部伴左肩部疼痛 35 d 发热、四肢活动无力 1周来诊。患者半个月前吃鸡时,不慎被鸡骨卡住咽喉部,疼痛,异物感明显。自行吃粗纤维食物后症状减轻。半月后颈及左肩部出现疼痛,曾来我院内科就诊,行颈椎 CT 检查后,因椎间盘无异常,均按颈椎病服活血化瘀药及抗炎止痛药。患者服后症状无好转且病情逐渐加重。1周前患者出现发热、左侧眼睑下垂,视物不清,左侧面部无汗,四肢活动无力,再次来我院就诊。入院时,查体: T 39.1℃, P 92次/min, R 22次/min, BP 110/70 mmHg, 神志恍惚,被动体位,左侧眼睑下垂,瞳孔缩小至直径 1 mm,对光反射可。左侧面部干燥无汗;左肩部及左上肢痛觉过敏,肌力肌张力可;左手霍夫曼征阳性,左下肢屈肌肌力 0,伸肌肌力 II 级。右上肢感觉运动正常,右下肢诸肌肌力 III~IV 级。双下肢肌张力增高,双膝、双踝反射亢进,髌阵挛,踝阵挛,病理征阳性。X 线片示 C<sub>4</sub> 椎体后移约 1/4, C<sub>4,5</sub> 椎间隙明显变窄, C<sub>4</sub> 椎体下部、C<sub>5</sub> 椎体上部骨质破坏,密度减低,咽喉壁软组织弥漫性增厚(见图 1、2)。MRI 矢状图示 C<sub>3</sub>-C<sub>7</sub> 水平椎管硬膜囊前方有 4.5 cm × 1 cm 长条状稍长 T<sub>2</sub> 信号,脊髓受压, C<sub>4</sub> 椎体下部、C<sub>5</sub> 椎体上部骨质破坏, C<sub>4,5</sub> 椎体前方有约 2 cm × 1 cm 长条状稍长 T<sub>2</sub> 信号(见图 3)。Fse 序列轴位图 C<sub>5</sub> 椎体上缘左前方有 2 cm ×

0.5 cm 长条状稍高信号,硬膜囊左前方有 1.5 cm × 1 cm 长条状稍高信号,硬膜囊受压(见图 4)。入院诊断为颈椎化脓性炎、硬膜外脓肿并不全瘫。

入院后静滴甘露醇脱水,联合抗炎治疗 2 d,全麻下颈前路减压引流,后路侧块钛板固定。先采用颈后路切开,分离至椎板,不切开椎管(防止感染向后扩散)。C<sub>3</sub>-C<sub>6</sub> 棘突旁两侧用侧块钛板固定,再取肋骨植在棘突旁及棘突间,以加强颈椎的稳定性(见图 5、6)。然后仰卧位取右侧颈前纵切口,逐层切开分离至椎前筋膜,见 C<sub>4</sub>、C<sub>5</sub> 椎前软组织明显肿胀,颜色暗红,相应食管后壁有纵行长 0.8 cm、横行宽 0.5 cm 瘢痕愈合, C<sub>4</sub> 椎体下缘、C<sub>5</sub> 椎体上缘骨质破坏,部分缺损, C<sub>4,5</sub> 椎间盘破坏。刮除病变骨组织及残余椎间盘组织,开骨窗 2 cm × 1.5 cm,深至硬膜囊,见椎管内硬膜外有约 3 ml 黄色浓稠脓液溢出,充分潜行扩大骨窗,吸净脓液约 5 ml。病理检查为慢性化脓性炎,细菌培养阴性。生理盐水、甲硝唑冲洗切口,置冲洗管、引流管各 1 根,关闭切口。术后每日生理盐水 3 000 ml 加丁胺卡那霉素 2.0 g 持续冲洗 3 周,持续静滴抗炎治疗。患者术后第 2 天左肩部疼痛即减轻,体温开始下降,第 3 天降至 37.6℃ 左右,术后 1 周体温降至正常,双下肢肌力开始恢复,左侧面部开始湿润,术后 24 d 出院时患者眼睑无下垂,

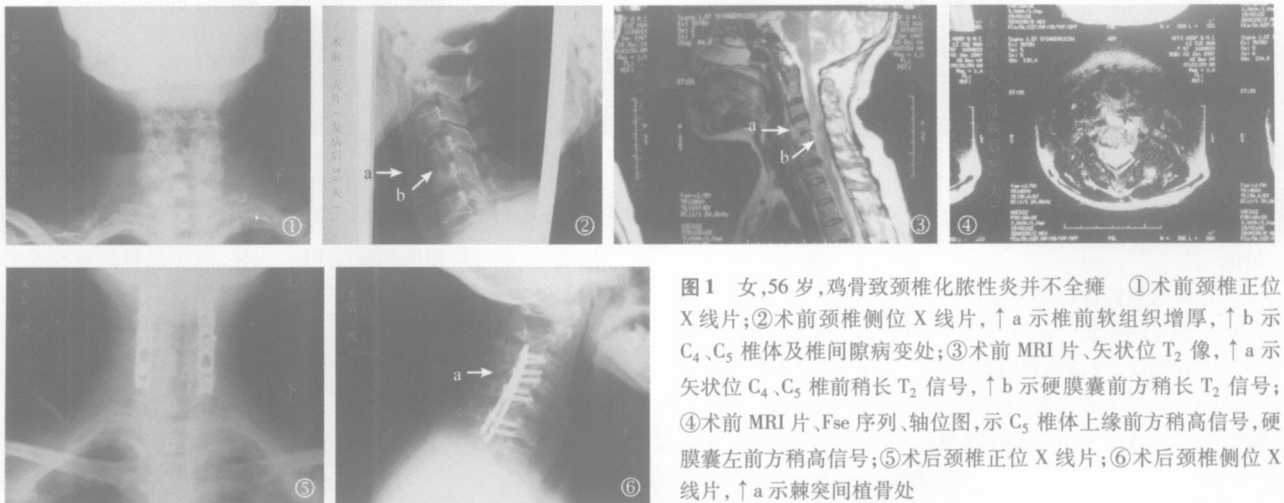


图1 女,56岁,鸡骨致颈椎化脓性炎并不全瘫 ①术前颈椎正位 X 线片;②术前颈椎侧位 X 线片,↑a 示椎前软组织增厚,↑b 示 C<sub>4</sub>、C<sub>5</sub> 椎体及椎间隙病变处;③术前 MRI 片、矢状位 T<sub>2</sub> 像,↑a 示矢状位 C<sub>4</sub>、C<sub>5</sub> 椎前稍长 T<sub>2</sub> 信号,↑b 示硬膜囊前方稍长 T<sub>2</sub> 信号;④术前 MRI 片、Fse 序列、轴位图,示 C<sub>5</sub> 椎体上缘前方稍高信号,硬膜囊左前方稍高信号;⑤术后颈椎正位 X 线片;⑥术后颈椎侧位 X 线片,↑a 示棘突间植骨处

视物清楚,左侧瞳孔大小恢复正常,左下肢屈肌肌力恢复至 IV级,伸肌肌力恢复正常,右下肢肌力恢复正常。随访 2个月患者完全恢复正常,生活自理并能从事简单劳动。

讨论

患者发病初期误诊原因主要是询问病史不细,没有考虑感染。患者系被鸡骨刺伤食管、C<sub>4-5</sub>椎间盘引起感染,累及椎体、椎前筋膜,引起化脓性炎形成硬膜外脓肿,压迫脊髓引起

一系列症状体征。术中所见也进一步证实 MRI X线片的征象,因此仔细询问病史对疾病的正确诊断非常重要。由于系化脓性感染,感染主要在椎管前方,前路只能减压引流不能植骨及固定,所以必须先从前路予以固定,然后才可以从前路开窗减压引流,否则术中颈椎不稳易引起脊髓进一步损伤,造成严重后果。

(收稿日期: 2006-03-19 本文编辑:王宏)

# 肱骨内上髁骨折致尺神经卡压 1例

## Treatment of one patient with ulnar nerve compression caused by medial epicondyle of humerus

竺湘江,王刚祥,潘科良

ZHU Xiang-jiang, WANG Gang-xiang, PAN Ke-liang

关键词 肱骨骨折; 尺神经卡压 **Key words** Humeral fractures Ulnar nerve compression

患者,男,17岁,因右肘肿痛,活动受限 30 min于 2005年 6月 15日来我院就诊。患者于 30 min前与同学扳手腕时突感右肘内侧疼痛难忍,逐渐肿胀,活动受限,右手各指无麻木。查体:右肘内侧肿胀明显,压痛,可触及骨擦感,右肘伸屈活动及前臂旋转活动受限,右手各指活动良好,感觉正常。X线片示右肱骨内上髁骨骺骨折,骨片旋转并向前移位,骨折线经过尺神经沟(见图 1、2)。手术探查发现左肱骨内上髁骨骺骨折,骨折线经过尺神经沟,骨块表面软组织完整,骨块连同软

组织一起向前移位,尺神经向前外侧移位,尺神经卡于骨折端之间,该处尺神经长约 2 cm区轻度挫伤,神经外膜瘀血,右肘伸直并前臂旋后时尺神经受压严重,右肘屈曲大于 90°并前臂旋前时尺神经受压解除。取右肘内侧切口,切开暴露尺神经牵向外侧,肘关节屈曲 90°,前臂旋前位使骨折复位,2枚克氏针固定(见图 3、4),尺神经置于原位,术毕石膏功能位固定。术后无神经损伤症状,术后 3周拆除石膏进行功能锻炼,术后 6周右肘活动恢复正常并拔除克氏针。

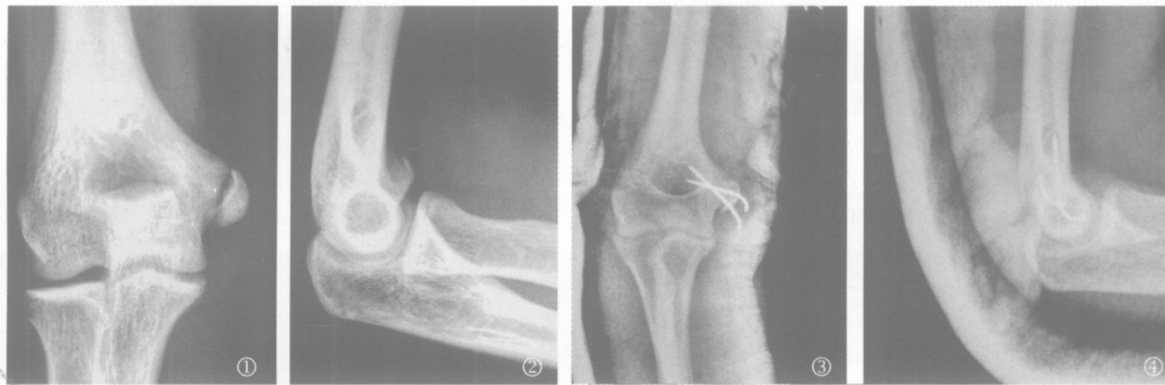


图 1 男,17岁,肱骨内上髁骨折致尺神经卡压 ①②右肘正侧位 X线片示右肱骨内上髁骨骺骨折,骨片旋转并向前移位,骨折线经过尺神经沟;③④右肘正侧位 X线片示右肱骨内上髁骨折术后,骨折复位良好,2枚克氏针内固定

讨论

肱骨内上髁骨折多发生在少年和儿童,属骨骺骨折,可合并有尺神经的损伤。回顾本病例,肱骨内上髁骨折位于骨骺,骨折块有移位,骨折线经过尺神经沟,无尺神经损伤征象。但尺神经卡于骨折端之间,考虑受伤时骨块与尺神经一起前移,损伤后患者及时就诊,短时间内给予石膏固定,未行手法复

位,且尺神经对损伤的耐受相对较好,故无尺神经损伤征象。我们认为此类骨折如有骨折移位,不论有无尺神经损伤症状,都不要轻易手法复位,更不能闭合复位克氏针固定,以免损伤尺神经。肱骨内上髁骨折如骨折线经过尺神经沟,骨折块有移位,我们认为应首选切开复位内固定加尺神经探查术。

(收稿日期: 2005-11-20 本文编辑:王宏)