

一定的支撑力,但不能保证随着骨吸收造成再次塌陷,为了安全起见我们采取斯氏针固定支撑,待术后 4 周有明显骨痂连接相对稳定后拔出斯氏针。

(3)术后注意事项:由于跟骨以松质骨居多,容易渗血,导致术后积血形成,给细菌提供一个很好的营养环境,造成切口感染以致手术失败,给患者带来精神和物质上双重打击。对此我们术后常规引流放置时间均超过 2 d,如渗出较多,还可适当延长放置时间。术后 7 d 内如敷料见渗血则随时换药,及时更换敷料,保持创面干燥,防止切口感染。亦可观察皮瓣血运,以便及时处理,以免造成皮瓣坏死、钢板外露等严重后果,给患者带来致命性打击。

(4)此外,我们认为治疗医生一定要具备行局部分皮瓣与游离皮瓣的技术,以备万一术后感染皮瓣坏死有补救的措施。

跟骨骨折治疗中后关节面的处理尤为重要,我们认为术前行跟骨 CT 扫描及三维重建,并按 Sanders 分类方法分类,准确反应后关节面的移位程度,详细制定手术方案和手术步骤。术中使用 Broden 位 X 线监控,了解骨折尤其是后关节面的复位情

况,保证手术治疗效果。同时结合跟骨外侧“L”形入路的切开复位内固定技术,便能最大限度地实现骨折复位并取得满意的临床效果,是值得信赖的一种处理跟骨骨折中后关节面的治疗方法。

参考文献

- [1] 胥少汀. 实用骨科学. 第 2 版. 北京:人民军医出版社,1999. 752.
- [2] Buckley R, Tough S, McCormack R, et al. Operative compared with nonoperative treatment of displaced intra-articular calcaneal fractures. *J Bone Joint Surg Am*, 2002, 84A(10):1733-1744.
- [3] Randle JA, Kredler HJ, Stephen D, et al. Should calcaneal fractures be treated surgically? A meta-analysis. *Clin Orthop Relat Res*, 2000, (377):217-227.
- [4] Sanders R. Displaced intra-articular fractures of the calcaneus. *J Bone Joint Surg (Am)*, 2000, 82(2):225-250.
- [5] 张世民, 李海丰, 黄铁刚. 骨折分类与功能评定. 北京:人民军医出版社, 2008. 349-50.
- [6] 王振虎, 彭阿钦, 潘进社, 等. 跟骨后关节面骨折后接触特征改变. *中华实验外科杂志*, 2005, 22(5):630.
- [7] 宋舸, 范广宇, 陈丹, 等. 塑形钢板治疗距下关节内跟骨骨折 43 例疗效分析. *中国骨伤*, 2003, 16(1):8-9.

(收稿日期:2009-12-29 本文编辑:连智华)

· 病例报告 ·

腹主动脉瘤破裂误诊为腰椎间盘突出症 1 例

蔡军

(北京电力医院, 北京 100073 E-mail:caijunyouxiang@126.com)

关键词 主动脉瘤, 腹; 腰腿痛; 误诊

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2010.06.022

Ruptured abdominal aortic aneurysm misdiagnosed as lumbar intervertebral disc protrusion in one case CAI Jun.

The Hospital of Beijing Electric Power, Beijing 100073, China

Key words Aortic aneurysm, abdominal; Lumbago-leg pain; Diagnostic errors

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2010, 23(6):461-462 www.zggszz.com

患者,男,71岁,2008年3月因腰及左下肢疼痛20余天,加重1周入院。自述无明显诱因出现腰痛,伴臀部、左髂部及左股后侧疼痛,呈阵发性加重,曾在多家医院就诊,诊断为“腰椎间盘突出症”,给予药物、按摩、针灸及理疗等治疗,疗效不佳。患者否认有腰痛病史,就诊前半年曾体检发现有“腹主动脉瘤”,在血管专科医院诊查后认为,该动脉瘤不足引起症状,可保守治疗。查体见,脊柱活动正常,双侧直腿抬高试验弱阳性,双侧闭孔处压痛,左髂前上嵴处局部压痛,双下肢感觉未见异常,肌力、肌张力正常,双侧跟、膝腱反射减弱,病理反射未引出。自带腰椎核磁片示L_{3,4}、L_{4,5}、L₅S₁椎间盘突出,腹部CT示腹主动脉附壁血栓、腹主动脉瘤。

入院后第2天出现以左髂部为主的疼痛,向同侧腹股沟

及髂前上嵴周围放射,入院后第4天开始出现腹痛,并出现以左股外侧为主的左下肢麻木感,查体可见上腹部压痛,右腹壁可触及搏动性包块。急查腹部B超显示:①腹主动脉瘤,附壁血栓;②主动脉夹层动脉瘤不排除。当日腹部CT检查报告:主动脉及双侧髂动脉粥样硬化表现;腹主动脉瘤破裂出血伴右侧肾周围间隙受累,腰大肌受累,盆腔积血;左肾下极梗塞(见图1)。根据患者病情,立即在监护下转往心血管专科医院治疗,患者入院4d后因腹主动脉瘤破裂、失血性休克病逝。

讨论

腹主动脉瘤是严重危及生命的最常见的动脉瘤,本病好发于有高血压、动脉粥样硬化的高龄患者^[1]。腹主动脉瘤的诊断并不难,但腹主动脉瘤破裂的诊断则很有迷惑性。腹主动



图 1 男,71 岁 1a. CT 冠状位像,深色箭头所指为左肾下极梗死影像,可见左肾下极密度减低。白色箭头所指为腹主动脉瘤破裂后,血液沿腰大肌流注至髂窝影像 1b. 箭头所指为 CT 矢状位像所见腹主动脉瘤影像 1c. CT 三维图像,深色箭头所指处可见左肾下极萎缩,失去浑圆外观(与右肾相比),白色箭头所指为腹主动脉瘤冠状位影像

Fig.1 Male,71-year-old 1a. The coronal CT image;the dark arrow showed obstruction at the inferior pole of kidney,and the density of inferior pole of kidney decreased;the white arrow showed blood flowed to iliac fossa along major psoas muscle after rupture of the abdominal aneurysm 1b. The sagittal CT image showed the abdominal aneurysm (the arrow pointing) 1c. 3D-CT image;the dark arrow showed shrink of inferior pole of kidney without perfectly round appearance; the white arrow showed coronal image of the abdominal aneurysm

脉瘤发病隐匿,平时大部分腹主动脉瘤患者无临床症状,但急性发病者在破裂前均有不同程度的腹部症状^[2]。腹主动脉瘤的主要临床表现为:①腹部搏动性肿块。大多位于脐旁左侧腹部,可伴有震颤及血管杂音。②疼痛。大多数患者仅有腹部轻度不适或胀痛,突然出现剧烈的腹痛或腰痛,是动脉瘤向腹腔内或腹膜后破裂的征象。③急性动脉栓塞。瘤腔的血栓脱落,造成腹主动脉分支的急性栓塞。④动脉瘤破裂。有将腹部或腰背部痛、腹部搏动性肿物和血压下降称为诊断腹主动脉瘤破裂的三联征。据报道,出现低血压、腰痛及搏动性包块等典型表现的患者只占 25%~50%,少数患者在破裂后因后腹膜的限制作用并不一定马上出现血压下降,往往以腹部或腰背痛表现为主^[3]。临床上如既往已确诊为腹主动脉瘤者,出现腹部或腰背部痛时,应考虑到腹主动脉瘤破裂。该患者动脉瘤破裂形成的栓子导致了肾梗死的形成,进而出现左髂部的牵扯性疼痛。产生牵涉性痛的相应皮区(牵涉区)称为“海德带”(head's zones),牵涉性痛有时发生在患病内脏邻近的皮肤区,有时发生在距患病内脏较远的皮肤区。对于出现的不可解释的腰、腹及下肢疼痛,要考虑到是否与内脏疾患及牵扯痛有关,而不能简单诊断为“腰椎间盘突出症”等骨科疾病。据报道,具有典型的腰椎间盘突出症表现的患者,只占此类患者的 51.4%,或者说,将近一半的此类患者临床表现是不典型的^[4]。另外,还有将脊柱结核、骶骨横纹肌肉瘤、转移癌以及髓内肿瘤误诊为腰椎间盘突出症的报道^[5-6]。

关于该患者的影像诊断有以下几点值得总结:①影像诊断在某些特定的情况下,对于诊断有着决定性的意义。该患者在多方诊察,尚不能确诊的情况下,行腹部 128 层 CT 扫描及三维成像,在冠状像上清楚显示了血液流注到髂窝的情况,在三维立体像上可以清楚地看到增大的腹主动脉瘤以及梗死后

萎缩的左肾下极,从而确立了诊断;②人体的许多器官是运动的(如心脏、血管、肺、膈肌、消化道等),影像检查只是将其某一阶段表现进行瞬间记录。该患者来我院就诊前一个多月,曾在外院行腹部 CT 检查,发现有腹主动脉瘤,但尚不足以引起明显症状,随着病程的延长,该患者的病情也发生了变化,以既往的诊断资料静止来分析目前的病情,忽视这些器官的运动情况,就有可能造成误诊或漏诊。③必须强调,影像学诊断和临床诊断是完全不同的两个概念。该患者腰椎 MRI 上显示有“腰椎间盘突出”,并不代表他即患有腰椎间盘突出症,这已是人所共知的常识。所以,影像学诊断必须和临床表现及定位体征结合起来,才能做出正确诊断,影像学诊断的意义既不能被忽视,也不能被夸大。

参考文献

[1] 李红,王红伟,丁宁,等. 动脉瘤的诊治与护理. 吉林医学,2008,12(6):997-998.
 [2] 刘建夏,戴玮,钱海鑫. 腹主动脉瘤破裂 7 例的诊疗经验. 东南大学学报(医学版),2007,26(2):142-143.
 [3] 杨春江,熊吉信,唐新华. 肾下型腹主动脉瘤 23 例的治疗. 临床和实验医学杂志,2008,7(10):15-16.
 [4] 史培年,肖兴国. 腰椎间盘突出症的早期诊断. 中国骨伤,1998,11(6):82-83.
 [5] 吴夏勃. 腰椎间盘突出症合并脊髓肿瘤 2 例. 中国骨伤,1998,11(4):66.
 [6] 程永安,丁原民,陈健,等. 腰椎间盘突出症误诊 6 例分析. 中国骨伤,2000,13(1):52.

(收稿日期:2009-09-25 本文编辑:王玉蔓)