

预防本病的发生极为重要,措施为:(1)骨折局部制动,可降低大量脂肪滴进入血流的机会;(2)术前对股骨干、肱骨干骨折和肥胖者广泛性软组织创伤及血脂高、尿脂滴阳性者,要作有效的降血脂治疗;(3)选择手术时期应在骨折的 3~5 日之后,因此时期后创伤的毛细血管断端已基本处于封闭状态,术中脂肪滴不易入血。若在 5~10 日内行股骨干、胫骨干、肱骨干骨折切开复位时应禁止使用驱血带,可避免大量脂肪滴入血;(4)

手术操作应轻快;(5)及时有效的控制休克,补充血容量,这是防止脂肪栓塞综合征发生的重要措施;(6)应用中草药,以活血化瘀,行气通络为主,促进微血管断端的修复和降低脂肪微粒聚积成团的作用。

#### 参考文献

1. 张文生, 孙世奎. 术后脂肪栓塞综合征. 中华骨科杂志, 1990; 10: 151.

(收稿: 1996-08-19)

## 股骨颈骨折误治致骨折不愈合头坏死一例

广东省高州市中医院 (525200)

吴志明 黄福东 张会忠

××, 女, 22 岁。因车祸致右股骨颈骨折, 1996 年 3 月 12 日入某院, 行患肢皮肤牵引治疗 34 天出院。后因骨折不愈合, 同年 5 月 22 日再入该院, 行切开复位内固定加股方肌蒂骨瓣移植术。因术前未行骨牵引, 髓周软组织挛缩, 术中复位十分困难。病人卧于骨科牵引手术台上, 顶住会阴部, 行伤肢强力拔伸牵引, 勉强复位。当时会阴部被顶压得产生大血肿, 皮肤被擦伤出血。住院月余, 伤口愈合出院。1997 年 8 月 9 日, 以左股骨颈骨折内固定术后股骨头坏死塌陷收入我院。体检: 右下肢跛行, 髋关节活动受限, 前外侧见手术切口疤痕, 会阴部遗留皮肤被擦伤的疤痕。X 线片显示右髋关节半脱位, 股骨头负重区碎裂塌陷, 关节腔模糊, 股骨颈骨折已愈合, 3 支螺纹钉交叉固定于内, 其中 2 支钉尖已穿破股骨头面。入院后行右全髋关节置换术。住院 17 天, 伤口愈合出院。术后 8 个月复查: 患髋不痛,

屈伸展收活动正常。X 线片显示假体在位, 不松动、下沉及断裂。

**讨论** 闭合复位加压螺纹钉内固定是治疗本骨折普遍使用而且疗效满意的方法。本例第一次就诊时不行内固定, 以致出院后骨折端移位, 骨折不愈合。第二次住院, 经切开复位内固定术后, 虽然骨折已愈合, 但由于当时属陈旧性股骨颈骨折, 术前未行骨牵引, 因髓周软组织挛缩而招致如下结果: (1) 骨折远端上移, 术中复位困难, 股骨头软骨面受顶压而磨损; (2) 术后股骨头负重区高压; (3) 供应股骨头的血管随软组织挛缩而痉挛, 血流障碍。再者因股骨头小, 3 支螺纹钉交叉钻入头颈内, 总体积过大, 造成头内严重的损伤和高压。这样, 几经创伤的股骨头, 在内外高压, 血供障碍的状态下, 在短期内就坏死和塌陷。

(收稿: 1998-03-18)

## 粘多糖病 IV 型一例

河南省洛阳正骨医院正骨研究所 (471002)

闻善乐

××, 男, 15 岁, 因自幼驼背而来诊。父母非近亲结婚, 外祖父有驼背畸形。体检: 智力正常, 营养一般, 头颅大小正常, 左侧颞骨较右侧略高, 致面部稍显不对称, 五官端正, 牙齿稀疏不齐, 颈短肩耸 (左肩高突), 头似沉陷状, 鸡胸弓背, 肋无串珠, 臀部后翘, 四肢发育正常, 手指纤细。双上肢下垂时, 指尖可达膝骨下缘, 上、下身比例明显失调, 身高 144cm, 双足扁平, 步态尚好。X 线片示, 椎体扁平疏松, 呈泛发性楔形变, 以

下胸及上腰段尤为严重, 其椎体多呈舌状或鸟嘴状, 椎间隙相对增宽, 致使整个椎体因后突而呈圆背状畸形。髂骨翼呈圆形, 骨盆于髌白水平以下缩窄, 致闭孔变得纵向狭长, 股骨上端骨结构尚可, 唯髌白较正常略深。实验室检查: 中性白血球内可见异染色粘多糖颗粒, 尿粘多糖酸性蛋白定性试验阳性。

**讨论** 粘多糖病 IV 型即莫尔奎氏综合征, (Morquio syndrome) 亦称畸形性软骨营养不良或非典

型性佝偻病。本病系缺乏 N-乙酰氨基己糖-6 硫酸酯酶而引起的全身变化。多有家族史,常为染色体隐性遗传,多在 4~5 岁时被发现,至 10 岁左右时最为明显,短躯干型侏儒是本病的主要特征,具有多发性椎体前缘呈舌状或鸟嘴状突出,是常见典型的 X 线改变。尿粘

多糖试验是一种阳性率高的简单测定法。

本病在诊断上主要应与各型粘多糖病、软骨发育不全以及先天性脊椎骨骺发育不良相鉴别。

(收稿:1997-03-24)

## 腰椎间盘突出合并脊髓肿瘤二例

中国中医研究院骨伤科研究所 (北京 100700)

吴夏勃

腰椎间盘突出症 (PLID) 合并脊髓肿瘤临床上较少见,魏珍等有过的报道<sup>[1]</sup>。脊髓肿瘤早期多表现为根性疼痛和/或感觉异常,合并 PLID 时,容易出现漏诊。本文通过 2 例病例的诊治,谈谈个人体会。

例 1 赵×,男,45 岁,因腰痛伴双下肢疼痛 1 年余入院。近 3 个月渐见双下肢及会阴部麻木,感觉减退,偶伴尿失禁。查体:腰椎活动受限, L<sub>5</sub>、S<sub>1</sub> 棘突及两侧旁压痛,右侧尤甚,并向右下肢放射至小腿外侧,右小腿下段外侧皮肤痛觉减退,跟腱反射左(++)右(+),直腿抬高试验双(+)。X 线情况:腰椎侧弯,生理曲度变小, L<sub>5</sub>/S<sub>1</sub> 间隙变窄,软骨下骨密度增高。入院诊断: L<sub>5</sub>/S<sub>1</sub> 间盘突出(中央型)。经牵引、推拿、中药及消炎镇痛类药物治疗 2 周,症状未见改善,且逐渐加重,夜间尤甚。经 MRI 检查提示: L<sub>5</sub>/S<sub>1</sub> 间盘突出,压迫硬膜囊及两侧神经根; T<sub>11~12</sub> 椎水平脊髓后方硬膜内有一约 0.8×1.2cm<sup>2</sup> 大小的囊性阴影,压迫脊髓,密度不均,边缘清晰。诊断: L<sub>5</sub>/S<sub>1</sub> 间盘突出合并脊髓肿瘤。治疗及结果:经手术摘除肿瘤后,会阴部麻木消失,腰腿痛减轻。因患者不同意行腰椎间盘髓核摘除术,故采用保守治疗,症状好转,有反复。

例 2 钱×,女,35 岁,因下腰部、双髋、双股麻木半年、疼痛 1 个月、尿频 3 天来诊,疼痛呈持续性,夜间加重。曾在外院诊治未效。查体:下胸椎叩击痛(+), T<sub>10</sub> 平面以下痛觉减退,双下肢肌张力增高,腱反射亢进,巴氏征双(+),霍夫曼征双(-)。X 线示:脊柱以 T<sub>11~12</sub> 为顶向后成角 12°。初步诊断:胸腰段椎管内占位性病变。经 MRI 检查示: T<sub>11</sub> 下缘至 L<sub>1</sub> 椎体中部,脊髓内有一长梨状病灶阴影,圆锥膨大变性,约 4×2cm<sup>2</sup>,密度较均匀,边缘的上界不甚清晰; L<sub>3~4</sub> 椎间盘突出,压迫硬膜囊,腰椎管无狭窄。门诊诊断:脊髓圆锥髓内肿瘤合并 PLID。治疗及结果:到合同医院住

院手术治疗,病检结果为髓内胶质瘤。由于肿瘤诊断较晚,手术不彻底,2 年后死亡。

讨论 1. 关于诊断。PLID 与脊髓肿瘤有各自的症状特点和体征,但两者同时存在时,有时会出现混淆和漏诊。比如严重的 PLID 的典型症状容易掩盖脊髓肿瘤的临床特点而产生漏诊。另外,脊髓肿瘤形成的早期,对脊髓尚未构成压迫,或脊髓对肿瘤的压迫有代偿能力时,因可在相当长的一段时间内不出现临床症状<sup>[2]</sup>,从而造成脊髓肿瘤的漏诊,如本文病例 1。而病例 2 的 L<sub>3~4</sub> 间盘突出,因其突出不甚严重,且椎管无狭窄, PLID 症状不明显而出现漏诊,脊髓肿瘤因症状特点突出而容易引起注意。故临床上应详细询问病史,以免误诊漏诊,对经治疗而疼痛不减的 PLID 患者,要警惕合并脊髓肿瘤的可能。此外,脊髓造影术和 CT、MRI 等检查,对诊断有指导意义。

2. 鉴别诊断。脊髓肿瘤与 PLID 的鉴别要点在于:前者疼痛呈持续性进行性加重,尤其是夜间痛、平卧痛明显;而后者症状多有反复,经休息和保守治疗后症状缓解。另外,前者可出现双下肢肌张力增高、腱反射亢进、病理反射阳性,而后者则相反。

3. 治疗方面。脊髓肿瘤的早期诊断和正确治疗,对预后有重大意义。脊髓肿瘤应尽早手术治疗,而 PLID 则可有多种治疗方法。对肿瘤使用牵引、推拿乃至旋转复位法,不但延误治疗机会,而且有加重病变的可能,当慎之!

### 参考文献

1. 魏珍, 安洋. 腰椎间盘突出症合并胸椎管内肿瘤. 颈腰痛杂志, 1997; 18 (2): 98
2. 史玉泉主编. 实用神经病学. 上海: 上海科学技术出版社, 1994: 286

(收稿:1998-02-25)