

大时,应注意保留足够的枕骨以备髂骨植骨,同时避免压迫脊髓。枕颈区后路减压的缺点是不能直接解除脊髓腹侧的压迫,本组部分病例脊髓功能恢复不完全与此有关。宋跃明设计后外侧入路对脊髓腹侧的减压,可能对脊髓功能的恢复更有帮助。

Ransford 环技术操作的关键是颅骨下和椎板下穿钢丝,本组 14 例无一例发生脊髓损伤或硬脊膜和硬脑膜破裂。根据作者体会,颈椎椎板下的空间大于胸椎,在颈椎椎板下穿钢丝的困难和危险性均比在胸椎操作时要小。颅骨钻孔应用直径 3mm 球形钻头,内外板骨质都要穿透,两孔之间距离最好在 1cm 左右,这样较容易穿过钢丝,也不会割断骨质。如果同时行枕骨大孔扩大,钢丝亦可从枕骨边缘穿出。

目前用于枕颈融合术的内固定并不多。Ransford 环固定作用确切,制做相对简单,价格低廉,只要掌握椎板下穿钢丝技术,有球形磨钻设备,就可应用

这项技术解决枕颈融合的固定问题。

参考文献

- 1 Ransford AD, Crockard HA, Pozo JL, et al. Craniocervical instability treated by contoured loop fixation. *J Bone Joint Surg*, 1986, 68 (B) : 173-177.
- 2 周海涛, 党耕町, 王超. 寰枢椎脱位与不稳定 388 例住院病例分析. *中华骨科杂志*, 2001, 21 : 218-221.
- 3 宋跃明, 黄思庆, 龚全, 等. 经枕颈后外侧入路行畸形齿突切除术. *中华骨科杂志*, 1999, 19 : 581-584.
- 4 Moskovch R, Crockard HA, Shott S, et al. Occipitocervical stabilization for myelopathy in patients with rheumatoid arthritis. *J Bone Joint Surg*, 2000, 82 (A) : 349-365.
- 5 Matsunaga S, Ijiri K, Koga H. Results of a longer than 10-year follow-up of patients with rheumatoid arthritis treated by occipitocervical fusion. *Spine*, 2000, 25 : 1749-1753.
- 6 Malcolm GP, Ransford AD, Crockard HA. Treatment of non-rheumatoid occipitocervical instability. *J Bone Joint Surg*, 1994, 76 (B) : 357-366.

(收稿:2001-11-20 编辑:李为农)

病例报告

多发骨折并发骨筋膜室征和 ARDS 一例

吴相阳

(重庆黔江区中心医院, 重庆 409000)

罗 X, 男, 42 岁。因车祸致左下肢多处剧痛、肿胀、畸形、功能受限 4 小时, 于 2000 年 6 月 18 日急诊入院。查体: 生命体征正常, 心肺无异常发现。左大腿上中段, 小腿中段高度肿胀, 成角畸形, 功能受限。足背动脉不能扪及, 足趾末梢循环差。X 线片示: 左股骨颈基底部骨折, 无明显移位。左股骨中段横形骨折, 重叠移位 3cm。左胫骨中下 1/3 短斜形骨折, 对位 1/2, 对线良好。诊断: 左下肢多发骨折并骨筋膜室征。急诊手术: 大腿外侧, 小腿内外侧骨筋膜切开减压, 切口长 15~20cm, 足背动脉恢复搏动。同时行股骨中段骨折加压钢板内固定。油纱、棉垫覆盖外翻肌肉, 半髌石膏固定。术后第二日, 患者突然呼吸急促、困难, 36~40 次/分, 脉搏增快: 130~140 次/分, 血压 16/10kPa。神志恍惚, 嗜睡, 口唇微紫绀, 给氧后无缓解。诊断: 急性呼吸窘迫综合征 (acute respiratory distress syndrome—ARDS) 早期、轻度。治疗: 继续给氧, 肌注冬非合剂。20% 甘露醇加地塞米松 10mg 快速静滴, 利尿以及静滴氨茶碱等。经积极抢救 1 天, 患者生命体征逐渐恢复正常, 神志转为清醒。1 周后水肿消退, 缝合减张切口。股骨颈骨折行手法复位, 大粗隆下小切口拧入加压螺钉一枚。胫骨骨折手法复位小夹板固定。住院治疗 2 个月痊愈出院。

讨论

骨筋膜室征系肢体创伤后在四肢特定筋膜间室内, 由于间区内容物增加, 压力增高, 致间区内肌肉与神经干发生进行

性缺血坏死^[1]。ARDS 是一种急性进行性缺氧性呼吸衰竭综合征。该患者左下肢多发骨折同时并发骨筋膜室征及 ARDS, 临床上并不多见。处理不当, 任何一种并发症的后果都十分严重。该患者成功抢救有两点值得总结: 第一, 大腿筋膜切开减压后, 足背动脉虽然恢复搏动, 但尚不明显。小腿内外侧切开减压后, 足背动脉才明显搏动, 足趾逐渐温暖。所以说, 多发性骨折造成的多处骨筋膜室征的切开减压一定要多处切开, 充分、彻底, 才有效果。第二, 早期诊断轻度 ARDS 并积极抢救, 病情很快得到控制。倘若一定要符合 ARDS 临床诊断的 7 个依据: 病因明确: 严重感染、创伤、误吸等。低氧血症进行性加重。肺分流增加。X 线胸相显示双肺弥漫性浸润。发病前肺是正常的。无充血性心力衰竭迹象。肺动脉嵌压低于 2.4kPa, 而肺动脉压与肺血管阻力增高。那时 ARDS 已进入严重阶段, 死亡率必然相应增高。早期诊断“轻度 ARDS”非常重要。继续沿用现行诊断依据, 将严重影响 ARDS 临床研究与治疗的进展^[2]。

参考文献

- 1 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1996. 133.
- 2 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 472-473

(收稿:2001-05-12 编辑:李为农)