先天寰枢椎脱位导致体温反复升高 1 例报道

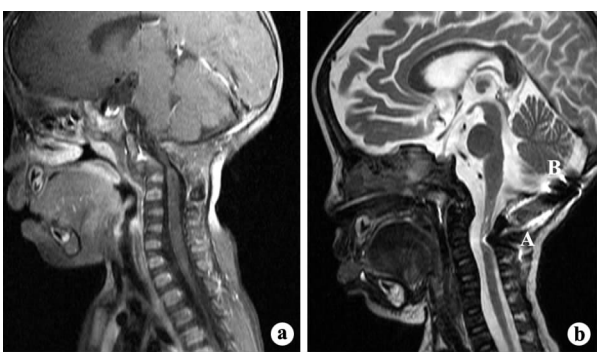
黄显华,戴建强,王建华 (广州军区广州总医院骨科医院,广东 广州 510010)

[关键词] 中枢性高热;寰枢椎脱位;体温升高
[中图分类号] R681.53 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2013)02-0227-01

由于寰枢椎脱位引起患者体温升高的报道临床上比较罕见,容易漏诊。如果患儿以反复发热为主诉就诊,要考虑此病的可能性。为了积累临床资料,现将我科收治的 1 例先天寰枢椎脱位导致体温反复升高的病例资料报告如下。

1 临床资料

患儿,1 岁,因四肢无力,行走不稳,并反复高热感冒而入院,影像学检查提示"先天性寰枢椎脱位"。查体:四肢肌力减退,双上肢 3 + 级;双下肢 3 级;双膝反射(+ +)、跟腱反射(+ +),双侧踝阵挛(+)。患者行枕下减压术加齿状突切除术并枕颈植骨融合术,手术从颈后入路,术中牵引复位,用枕下减压和颈枕植骨融合术,术中切除枕骨大孔后缘和寰椎后弓,恢复椎管容积。安装枕骨钢板、枕骨螺钉、椎弓根螺钉固定位置,并于枕后、寰椎后弓、枢椎椎板植骨,见术前、术后 MRI(图 1)。术后予以 24 h 持续心电监护,及时处理心跳呼吸异常,保持气道通畅,避免血肿压迫气管,合理抗生素治疗、预防术后感染,甘露醇配合甲强龙脱水,减轻脊髓及神经根水肿,维持水电解质平衡,给予足够能量补充。严密观察体温变化,室温控制在 18 ~ 20 ℃,采取物理降温,冰袋冷敷、冰水灌肠、温水或酒精擦浴等方法[1],持续中等流量吸氧 4 L/min。协助排痰,帮助患儿叩背,动作轻柔,每次叩背不少于 10 次。鼓励患儿多饮水,每天饮水量超过 500 mL,监测尿量、中心静脉压,保持尿液清亮。



a:术前 MRI,寰枢椎处脊髓明显受压;b:术后 MIR,寰枢椎处脊髓压迫明显解除(A、B 处为内固定伪影)

图 1 先天性寰枢椎脱位影像资料

2 结果

术后 3 个月随访,患儿肌力有恢复,双上肢恢复致 4 - 级;双下肢恢复致 3 + 级;并无反复感冒、发热,体温一直低于38 ℃。

3 讨论

体温升高分为调节性体温升高和非调节性体温升高,前者即发热,体温调节功能仍正常,但体温调定点升高。而非调节性体温升高是指体温调节障碍,如体温调节中枢受损,体温调节机制不能将体温控制在与调定点相适应的水平上,是被动性体温升高,称为过热[2]。该患儿由于寰枢椎脱位引起的体温升高的病理生理变化,主要是体温调节中枢受损引起的过热,继而并发感染导致调节性体温升高的过热,既有发热又有过热,因此治疗相当复杂。患儿在未确诊以前,主要针对发热症状进行药物内科治疗,未找到体温升高主因,效果欠佳;后通过颈椎 CT、MRI 检查后,明确诊断,予以外科手术治疗,取得良好效果。回顾文献,脊髓损伤常可导致中枢性高热,特点是持续、反复高热,药物降温效果不佳[3],患者常因中枢神经损伤、呼吸运动受限、咳嗽反射减弱、呼吸道分泌物排出不畅,引起肺部感染导致发热[4]。截瘫病人交感神经受损,与副交感神经系统失去平衡,皮肤排汗及体温调节功能丧失。脊髓压迫持续存在,交感神经功能一直无法恢复。体温调节的高级中枢位于视前区下丘脑前部,而延髓、脊髓等部位也对体温信息有一定程度的整合功能,被认为是体温调节的次级中枢所在。如果体温调节中枢受损,体温调节机制不能将体温控制在与调定点相适应的水平上,是被动性体温升高。因此,必须通过外科手术解除颈髓甚至延髓的压迫,才有可能解决根本问题。枕下减压术加齿状突切除术并枕颈植骨融合术皆是治疗颅底凹陷畸形合并寰枢脱位的有效方法。

因此对于反复发热伴四肢乏力,排除其他原因伴四肢乏力,要考虑颅底凹陷症的可能。经相关检查,明确诊断,排除手术禁忌证后,应积极予以手术治疗。

[参考文献]

[1] 李凤星. 发热时采取降温措施应注意的问题[J]. 局解手术学杂志,2007,16(3):177.
[2] 吴王平. 中枢性发热[J]. 中国实用内科杂志,2000,20 (11) :650 - 652.
[3] Lew androw ski KU, Mc Lain RF, Lieberman I, et al. Cord and cauda equina injury comp licating elective orthopedic surgery[J]. Spine,2006,31(9):1056 - 1059.
[4] 李宗平,黄思庆,李国平,等. 颅底凹陷畸形合并寰枢脱位的外科治疗[J]. 四川医学,2004,25(8):844 - 846.

(编辑:周小林)

DOI:10.11659/jjssx.1672-5042.201302050
[收稿日期] 2012-09-12 [修回日期] 2012-09-27