维普资讯 http://www.cqvip.com

局解手术学杂志 1997 年第 6 卷第 3 期总第 23 期

脊柱火器伤合并截瘫的手术及其它处理

天津医科大学总医院骨科 马信龙
天津医科大学解剖教研室 袁 武
（天津，邮政编码 300052）

脊柱火器伤合并截瘫在战争中较常见，在和平年代因火器伤造成的截瘫较少见，其处理较其它原因造成的截瘫有所不同。我院近期收治两例病人，现介绍如下：

临床资料

女性，16 岁，手枪误伤，子弹自左颈部射入，右侧穿出，伤后即四肢不能活动，神清可语，呼吸困难渐进加重，伤后 3 小时送我院。PE R 4～6 次/分，P 126 次/分，Bp40/20mmHg。右颈部伤口 0.5×0.5cm²，周围Ⅱ度烧伤，左颈伤口 0.8×0.8cm²，伤口无活动出血及渗液。四肢肌力 0 级，上下肢生理反射消失，病理反射未引出。急行气管插管维持呼吸，颈椎 X 片未见异常，腰椎穿刺，脑脊液清亮，化验正常。后行气管切开辅助呼吸 9 天，自主呼吸恢复，伤口局部清创缝合，术后 2 周拆线，伤口脑脊液漏，伤口脑脊液及再行腰穿脑脊液检查正常，伤口换药一周愈合。伤后感觉障碍 C_4 以远消失，伤后 1 周感觉障碍平面 C_5 以远，伤后 2 周 Barhinski(+)，伤后一年随访，无恢复。

男性，30 岁，火枪致伤，颈后打入，无出口，PE：双上肢感觉障碍平面 C_1，躯干 C_2，左肱二头肌力Ⅰ级，生理及病理反射未引出，X 片可见颈部有异物，椎管内未见异物。腰穿脑脊液清亮，化验正常。伤口清创缝合，2 周发现脑脊液漏，换药近 2 周愈合。病人及家属拒绝治疗，伤后半年因合并症死亡，其间神经系统无恢复。

处 理

一、全身情况的处理：保持呼吸道通畅及维持正常呼吸。颈脊髓的损伤不同程度的影响呼吸，此呼吸障碍主要为动力性即呼吸肌的瘫痪，第 1 例病人损伤平面高，胸腹式呼吸近消失，及时气管插管辅助人工呼吸是非常必要的及时的，低位颈脊髓损伤，若损伤较完全，此类病人常需行气管切开，因损伤后即刻常表现呼吸稳定，但随时间推移，因咳痰无力，仅凭腹式呼吸，加之既往有吸烟史的病人，气管内分泌物不易引流，非常容易造成肺感染，往往是致命性的，及早行气管切开术，保持呼吸道通畅是非常必要的，据血气分析调节病人呼吸频率和给氧情况，气管切开一定等病人情况稳定，咳痰有力，试塞管几天后无异常方可拔除。

休克的早期发现和治疗，特别是合并胸腹外伤及肢体大出血的病人，早期诊断，及时的补充血容量及纠正水电解质和酸碱平衡是非常重要的。

二、手术指征的掌握（椎板减压，脊髓探查）：任何组织损伤后均出现不同程度的出血、渗出和水肿，脊髓也一样，但火器伤对脊髓造成的损伤的病理同其它有所不同，子弹本身对脊髓的损伤，高速子弹对周围组织有冲击波（爆震伤），还存在不同程度的烧伤。

此两例病人，伤后即出现四肢瘫，当时伤口无脑脊液漏，椎管内无异物，腰穿椎管内无梗阻，脑脊液清亮，观察期间无截瘫平面上升，无神经损害进行性加重，考虑损伤为椎管周壁贯通伤，或脊柱周边损伤，未手术探查，只单纯保守治疗。对脊髓火器伤有人主张早期椎板减压，我们认为椎管内无异物或骨块压迫，腰穿椎管内无明显梗阻，脑脊液清亮，伤口无脑脊液漏以及观察期间无神系统进行性加重损害情况下可暂不手术。

三、伤口处理：高速子弹损伤对组织均存在冲击波及局部烧伤，伤口一定彻底清创，清除坏死组织和失去活力的、污染的组织，早期清创彻底的伤口可以一期缝合，防止伤口感染清创是非常重要的。此两例病人清创后一期缝合，无感染，但存在脑脊液漏，考虑为脊柱旁损伤，组织修复过程中出现，清创后肌层缝合不够严密而造成。

四、伤口脑脊液漏的处理：损伤后伤口即刻出现脑脊液漏为手术指征。此 2 例病人均行清创术后伤口缝合，2 周拆线时出现脑脊液漏，第 1～2 天漏出较多，随后逐渐减少，约 1 周伤口愈合。造成这种脑脊液漏的原因考虑可能是椎管周壁贯通伤或脊柱周边伤，损伤对硬膜有冲击和局部烧伤，随时间推移，局部坏死吸收，脑脊液沿伤口渗出，加之肌层缝合不严密，造成伤口拆线后的脑脊液漏，伤口脑脊液漏有作者主张为手术指征。我们认为在漏的早期，因漏出较多，应注意及时更换敷料，保持无菌，通畅引流，同时注意补液，防止低颅压性头痛和水电解质紊乱。伤口的无菌处理，防止继发感染以及全身情况纠正，允许短期观察。此 2 例病人均采取相应措施 1 周后伤口愈合。

五、其它方面如褥疮的防治，泌尿管等问题同一般脊髓损伤的处理。

维普资讯 http://www.cqvip.com

儿童 肝母细胞瘤 CT
3好外手术

参 考 文 献

1. 胥少汀. 实验性脊髓枪伤的损伤机理和分型，中华外科杂志 1990;(10):588.
2. 王锡链，等. 脊柱火器伤并发截瘫的早期处理. 中华外科杂志 1982;(3):178.
3. 王正国. 第 34 届国际外科会议创伤部分简介，中华创伤杂志.
4. 吴阶平，等. 黄家驷外科学，第 5 版，人民卫生出版社 1992;659.
5. 薛庆澄，等. 神经外科学，天津科技出版社 1990;625.

(收稿日期:1996－11－25)

35,20 18

小儿肝母细胞瘤 3 例

兰州医学院第一附属医院普外科 翁伟建
广东省南海市中医院外科 侯培越
(甘肃兰州，邮政编码 730000)

R735.7

小儿肝母细胞瘤又称幼儿型肝细胞瘤，在临床上较为罕见。近年来由于血清甲胎蛋白的测定、B 超检查、肝血管造影以及 CT 扫锚的广泛应用，小儿肝内占位性病变的早期诊断率明显提高。切除成功率也随之提高。我院普外科自 1990 年以来共收治 3 例，现报告如下：

例 1. 男性，一岁零一个月，因上腹部肿块 18 天拟“肝脏肿瘤”转来我院。无发热，饮食及大小便均正常。入院体查：T37.2℃，一般情况良好，颈软，心肺无异常，剑突下略膨隆，可触及一约 6×7cm 大小之包块，质硬随呼吸活动，与肝脏界限不清，触痛压痛不明显，余无阳性发现。B 超：肝左外侧叶占位性病变。AFP 阳性(放射免疫法)。入院拟诊：肝脏肿瘤。

术中所见：于入院后第 8 天行剖腹探查术，术中见腹腔内无明显积液，肝左外侧叶脏面有一灰白色、不光整、质硬之肿块，约 7×6×6cm 大小，与周围脏器无粘连，肝右叶色质正常，其它脏器均未见异常。故行肝左外侧叶切除，术后恢复顺利，痊愈出院。病理报告：肝母细胞瘤(胎儿型)。

例 2. 女性，2 岁，因上腹渐增性隆起，右季肋下可及肿块一月以“上腹包块待查”入院。入院体查，T36.8℃，偏瘦，轻度贫血貌，颈软，心肺正常，右上腹肋下可扪及一约 8×8cm 大小之肿物，轻压痛，质硬、界不清，随呼吸移动，脾未及，腹水征阴性。B 超：肝右后外侧叶占位性病变。CT：肝右后外侧叶孤立性占位性病变。AFP1200ng/dl，肝功正常，

术中所见：于入院后第 6 天行剖腹探查术，术中腹腔内未见腹水，肝右后外侧叶下段有一约 8×8×6cm 大小之分叶状肿物，有包膜、质硬、尚光整、灰白色，故行肝右后叶切除术，术后恢复良好，痊愈出院。病理报告：肝母细胞瘤(胎儿型)，

例 3. 男性，8 个月，因右上腹肿块一月，无明显诱因发热，拒奶一周就诊。入院体查，T38.3℃，贫血貌，精神差，巩膜无黄染，心肺无明显异常，右上腹膨隆，可触及弥漫性肿大的肝脏，下缘达脐下 2cm，质地硬，欠光滑，有触痛，移动性浊音阳性。B 超：肝右前叶、肝左内叶及尾状叶处见 13×11×8cm 之不均质肿块。AFP856ng/dl，肝功基本正常，Hb8.7g/dl。入院拟诊：肝母细胞瘤。

术中所见：经剖腹探查手术治疗，术中见腹腔内血性腹水约 700ml，肝脏呈紫色、弥漫性肿大，左右叶之间可见一巨大肿块；整个肝脏表面均分布多个大小不等之结节，部分结节已破溃，似海绵血窦样。因病变广泛无法手术切除，故仅取 2 个结节活检后关腹，术后 3 天自动出院，3 周后死亡。病理报告：肝母细胞瘤(胚胎型)。

讨论：小儿肝母细胞瘤于 1896 年由 Walter 首先报道，是小儿肝切除术常见病变，是由肝脏胚基组织发生，主要由胚胎性肝上皮组织，间或含有软骨、骨样和胚胎性间叶组织所构成的一种小儿时期的肝脏恶性肿瘤。其发生率占小儿腹部恶性肿瘤的第二位，仅次于肾胚胎瘤。且几乎全部发生于婴幼儿，据 Kasai 等报告近 90%的患儿年龄小于 3 岁，国内文献报告最小年龄患儿为妊娠 32 周早产儿。本文 3 例均小于 3 岁。

文献资料报告本病多侵犯肝右叶，经半数不到的病例侵犯两叶成为多中心型。其病理特点是肿瘤发生于肝脏胚基组织，且不伴有肝硬化，可分为胎儿型、胚胎型、混合型及未成熟型。临床早期病儿一般状态多较好，肝功多在正常范围，血清甲胎蛋白试验阳性，有的仅发现右上腹包块。但至晚期则可出现黄疸、腹水、发热等，如本文报告例 3。应用 B 超、肝同位素扫锚、AFP 测定、CT 等项检查，将有助于早期诊断，但确诊仍有赖于组织学检查。因肿瘤多呈巨块型生长，又不伴有肝硬化改变，因此可切除肝组织达 70～80%，(转 20 页)