DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.06.024

肿引流术，肝动脉结扎术，左右肝管引流术及空肠瘘关闭术，病情趋向稳定，胆道引流通畅，全身情况仍差，有待进一步择期手术。

上述5例经验教训说明，肝门部肝外伤并肝门胆管损伤，必须针对损伤胆管进行合理手术，常可避免由于胆瘘、肝门及膈下感染所致一系列严重并发症，故首次手术十分重要；如一侧肝管损伤不重，可行肝胆管缝合修补及导管支撑，胆总管引流，可望顺利修复；如肝胆管损伤严重，管壁破裂缺损较多者，单纯修补将导致胆管狭窄，可利用胆囊或带血管蒂空肠片修复缺损胆管壁和胆管引流，可获良好效果；肝门胆管完全断裂，应行近侧胆管空肠吻合术。肝门部左右肝管断裂，肝实质损伤不严重，无肝切除术指征，可行左右肝管空肠吻合及左右胆管T管引流或细尿管支撑引流，在损伤肝胆管内径较细病例，在肝胆管内置支撑管引流下及充分肝门部负压吸引引流，发生的胆瘘常可自行愈合。如在伤后3天以上，局部炎症水肿严重或不具备作肝门胆管内引流的技术条件，必须行肝胆管外引流和保持肝下充分引流，使之形成局限外胆瘘，可防止肝门区严重感染及胆管狭窄，为再择期行肝胆管空肠吻合术创造条件。

肝门部肝实质损伤严重，伤及一侧主要肝管及血管者，条件许可行半肝切除术较合理，本组例2例5均适应行右半肝切除，可能会避免发生一系列严重并发症和免于死亡。如无条件可在纱布填塞止血，立即转至条件较好医院彻底治疗。

肝门部肝外伤并胆管损伤所致胆瘘及肝门胆管狭窄的晚期病例，严重黄疸，尤其并发胆汁性肝硬化及门脉高压者，再次手术十分困难，须对病情作全面了解和充分术前准备，并根据病员胆管炎发作情况，黄疸及肝功损害程度，肝硬化及门脉高压情况等决定一期或分期手术；如胆管炎发作频繁，黄疸及肝功能损害严重者，可先行简单肝胆管引流或PTCD，再择期行肝门胆管狭窄切开整形及胆管空肠吻合重建手术。

参 考 文 献

1. 钱光相，等。严重肝外伤的外科治疗。解放军医学杂志 1987；12:288
2. 陈 汉，等。肝损伤的处理。实用外科杂志 1985；11:562
3. Kudsk KA. Afrial-Caval Shunting (ACS) after trauma. J Trauma 1982;22:81

（收稿：1989.07.06；修回：1990.07.07.）

骨软骨瘤所致脊髓压迫症

周仲安 王家瑚（西南医院 骨科）

骨软骨瘤是1种最常见的良性骨肿瘤，多发于四肢长骨端，但发生在脊柱而压迫脊髓者则较少见。本院10年内仅收治2例，经手术切除效果满意。

例1 毛某，男，49岁。左侧胸背部疼痛4年，发现背部包块及双足趾麻木1年半，于1981年10月26日入院。检查：胸椎2～胸椎3左侧棘突旁有鸡蛋大小包块，质硬、不活动，无明显压痛。T_5～L_1平面以下左侧触觉及痛觉较右侧明显减退，双下肢肌张力正常，双侧膝及跟腱反射亢进，巴彬斯基征（－）。X线片示T_3～T_4左侧胸肋关节有明显骨质破坏，上下关节突骨密度减低。胸透（－）。实验室检查：AKP9.5单位，腰穿脑脊液清亮，潘氏试验（－），脑脊液糖3.17mmol/L，蛋白400mg/L、氯化物125.1mmol/L。奎肯氏试验椎管通畅。于1981年11月11日在全麻下进行肿瘤切除。术中见肿瘤有完整包膜，呈卵圆形，约7 cm×6 cm×4 cm大小，有囊性感，位于T_3左侧椎弓根及小关节突处。从瘤体基底连同左侧T_2～T_4椎板，椎弓

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

及胸肋关节横突一并切除。用导尿管上下探查椎管，发现椎管通畅，脊髓恢复搏动。术后7天，双足趾麻木症状消失，左侧T_5～L_1脊髓节段平面以下触觉、痛觉明显恢复，膝及跟腱反射恢复正常。10天后能下地行走，3个月后恢复原工作。病理检查：镜下见肿瘤组织内主要为软骨组织和变性坏死组织，软骨之下方为成熟之骨组织构成。病理诊断为左侧第3胸椎椎弓根骨软骨瘤。1988年10月再次出现左肩背部疼痛，且症状逐渐加重，左胸乳头平面呈束带状紧缩感。1989年5月30日出现左上肢无力，麻木，双下肢行走呈痉挛性步态。6月21日出现双下肢瘫痪，大小便潴留，双侧膝及跟腱反射亢进，巴彬斯基征（+）、查朵克氏征（+）。CT检查：T_3～T_4左侧椎弓根及横突区有不规则密度增高的软组织阴影，部分突向椎管内，左侧椎管较正常扩大。于6月27日再次进行手术，术中见T_2～T_4平面深筋膜下有5个～7个乒乓球大小呈葡萄串样的肿瘤，肿瘤内为胶冻样物质，肿瘤沿椎管内向上浸润至T_1平面，脊髓受压变细，无搏动。肿瘤复发于右侧T_3椎弓根处。切除T_1部分椎板及T_2～T_4右侧椎板椎弓、切除肿瘤，松解脊髓。病理诊断为骨软骨瘤术后复发。术后第1天，左上肢及右下肢的肌力及麻木症状有所恢复，小便能自解。第3周左下肢肌力恢复到3级～4级，右下肢肌力基本恢复正常而出院。

例2 刘某，女性，14岁半。于1986年8月20日感双下肢行走无力，上下楼时更为明显。8月底出现双下肢麻木。于11月24日转我院。查体：T_4～T_7棘突压痛（+），叩击痛（+），T_7脊髓节段平面以下触觉、痛觉减退，双髋能微屈，屈髋肌肌力2级，双下肢肌张力增高，呈痉挛性瘫痪。膝及跟腱反射亢进，髌阵挛（+），查朵克氏征（+），戈登氏征（+），巴彬斯基征（+），肛门括约肌肌力3级～4级，马鞍区浅感觉减退。大小便可自解。实验室检查：血沉40mm/h，AKP7.6单位。X线片示：脊柱自T_4平面向左侧弯曲，右T_4肋骨头增大，并可见小的透光区，右侧T_4椎弓根被肿瘤压迫向左侧变形，但未见明确骨质破坏。CT检查：右T_4肋骨头呈膨胀性增大，椎体、椎板、椎弓及横突有骨性缺损，肿块影突入椎管内，脊髓受压并左移。于1986年12月16日在全麻下进行肿瘤切除。术中发现T_4肋骨头明显增大，肿瘤从T_4～T_5椎间孔突入椎管内。切除肿瘤及T_4横突，部分椎板、椎弓，并从椎管内取出2块表面光滑，包膜完整的肿瘤骨组织。术后第1天双下肢浅感觉及位置觉较术前改善，右踝及足趾可伸屈活动，第2天双侧膝关节可做伸屈活动，术后2周可扶床栏行走。3个月后完全恢复正常。病理诊断为右胸第4肋骨头骨软骨瘤。

讨论

骨软骨瘤是1种最常见的良性骨肿瘤，好发于四肢长骨端，占良性骨肿瘤的31.6%[1]。发生在四肢长骨端的骨软骨瘤一般不引起任何症状，可以不予治疗[2]，但发生在脊柱的骨软骨瘤甚为少见，因肿瘤引起脊髓压迫症状者则更少见。Dahlin[3]报告414例骨软骨瘤位于椎骨者仅8例。腰椎骨软骨瘤引起脊髓压迫症状者仅文献报告1例[4]。本组2例脊椎骨软骨瘤均因向椎管内生长引起脊髓压迫症状，我们采用手术切除而获得良好的效果。骨软骨瘤手术切除后很少复发但最严重的合并症是恶性变，约占1%～2%[5]。例1于术后8年肿瘤复发再次出现脊髓压迫症状。经再次手术切除肿瘤后脊髓压迫症状迅速恢复。复发的原因主要是对侧椎板、椎弓未做切除，残留瘤细胞生长之故。

参考文献

1. 刘子君，等。骨肿瘤及瘤样病变12404例病理统计分析。中华骨科杂志，1986;6(3):162～169
2. 沈阳军区卫生部主编。临床骨科学（下册）。沈阳军区卫生部出版，1972:512～513
3. Dahlin DC. Bone Tumors. 2nd Ed. Charles C Thomas Publisher, Springfield. 1967
4. 刘润田，主编。脊柱外科学。天津科学技术出版社，1981:559～560
5. 天津医院骨科，主编。临床骨科学（8）。人民卫生出版社，1978:49～52

（收稿：1989.11.14；修回：1990.07.11）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net