

旁肌痉挛,以左侧为甚。椎间孔挤压试验(+),Hoffmann氏征(-),四肢感觉运动正常。实验室检查:WBC  $3.43 \times 10^9/L$ , N 64.5%, CRP 9.0mg/L, ESR 33mm/h。诊断为“颈<sub>5-6</sub>椎间盘炎”收入住院治疗。于1998年7月26日在局麻下行“颈<sub>5-6</sub> PCD”。彻底清除病灶(图2,3)。将所切吸的组织送组织学、细菌学检查。并用大量含庆大霉素生理盐水对病灶进行反复冲洗,术后病人症状体征完全缓解。予以卧床、颈围固定、Fortum 抗感染及对症治疗。1周后在颈围保护下起床活动。每周复查一次 CRP、ESR。术后2周 CRP 降至正常,予以出院。3周后连续2次门诊复查 CRP、ESR 均为正常。切吸的髓核组织学检查结果为“胶原纤维组织边缘可见淋巴细胞、单核细胞散在性浸润,为慢性炎症改变”。细菌学检查结果为无菌生长。

**讨论** PCD 后颈椎间盘炎是 PCD 的一个严重并发症。目前国内外尚未见报道。在进行 PCD 时尤其要引起临床医师重视。在诊断上应注意以下几点:①有 PCD 手术史,原有颈椎间盘突出症状体征经 PCD 后已缓解。经3~7天后突然出现与术前症状体征完全不同的颈、肩胛部疼痛,伴椎旁肌痉挛。②全身方面症状:发热。体温的高低及手术后至症状发作间歇期长短可能与细菌的毒力、数量有关。细菌毒力强,数量多,则间歇期短、症状重,体温高,高热病人每当体温升高前常有短时间的寒战现象。③体格检查:颈前区穿刺部位创口愈合,无红肿及压痛。颈段变直呈僵硬状,颈部活动明显受限,病变棘突

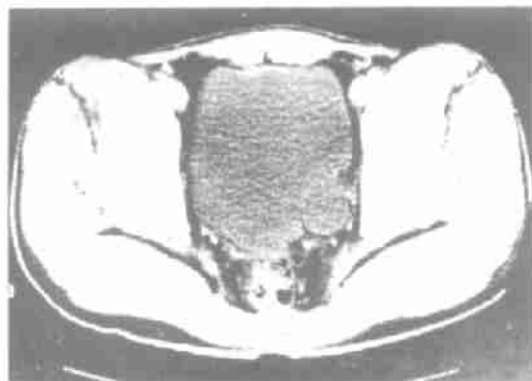
叩压痛,有一侧或双肩胛区压痛,有椎旁肌痉挛。椎间孔挤压试验(+),四肢感觉运动基本正常,括约肌功能正常。④实验室检查:白细胞计数正常或稍增高,中性粒细胞常增高。CRP 增高,ESR 增快。⑤影像学检查:大约在发病后3周左右,在X线平片上可显示病变椎间隙变窄、模糊,终板有侵蚀性破坏现象。CT扫描、ECT、MRI 有助于早期诊断。⑥组织学、细菌学检查对诊断有一定价值。

在治疗上我们认为,凡 PCD 后病人一旦出现发热、颈肩部痛伴局部肌痉挛、实验室检查也提示椎间盘炎者,即应进行积极的治疗。首先应对病灶进行再次 PCD、冲洗,以防止病情进一步发展。将切吸出的椎间盘组织送细菌学、组织学检查,术后予以卧床休息、颈围固定、使用有效的抗生素。在我们以往对腰椎间盘炎的抗生素使用经验中发现 Fortum 对椎间盘炎有较好的治疗作用。尽管道理尚待进一步弄清,但我们认为 Fortum 是属于第三代头孢类广谱抗生素,对革兰氏阴性菌、阳性菌、真菌及其耐药菌均具有较强的作用。经静脉注射后无论是在血液中、脑脊液或骨组织中均可达到较高的浓度。当炎症导致终板破坏时,存在于骨组织中的药物即可迅速到达病变部位,从而达到治疗效果。实践证明:早期及时对病灶进行彻底清除及术后有效的抗生素治疗可大大缩短抗生素用药时间,有利于减少抗生素的副反应,组织学、细菌学检查对明确诊断有一定的帮助。

(1999-03-22 收稿)

## 先天性巨输尿管症误诊1例

张振斌



先天性巨输尿管症也称先天性输尿管末端功能性梗阻,此病较罕见。我们曾误诊1例,报告如下。

患者,男,21岁,因渐重性腰背酸痛3个月入院。体检见一般情况好,血压15/9 kPa,全身浅表淋巴结未触及,左肾区叩击痛阳性,其余未见异常。查小便常规阴性。B型超声诊断:左输尿管下段梗阻伴扩张,左肾肾盂轻度积水。CT见左输尿管全程扩张,以下段明显,大小约2.5cm × 2.0cm,输尿管内为水样密度,左肾肾盂轻度积水(见图)。右肾及右输尿管正常,膀胱内未见器质性病变。CT诊断为左侧输尿管囊肿。

**手术所见及病理结果** 输尿管全程扩张,未见器质性输尿管梗阻及下尿路梗阻,膀胱输尿管连接处解剖及口径正常,诊断为先天性巨输尿管症。

**讨论** 先天性巨输尿管症,较罕见。病因尚不完全清楚,多认为与功能性梗阻段的肌层结构异常有关。此病多见于女性,临床症状轻,多为单侧性,20%为双侧性。输尿管囊肿发病早也是20%,亦属一种先天性异常,为输尿管末端在膀胱内呈囊肿样膨出。囊肿增大会引起肾及输尿管积水。

在影像学上输尿管囊肿伴输尿管及肾积水时与先天性巨输尿管症往往不易鉴别。两者均可表现输尿管扩张,肾不同程度积水,但我们有时可借助B超多切面观察,输尿管囊肿B超表现为膀胱暗区显示圆形或长圆形光环,光环亮线纤细光滑,随输尿管蠕动作光环大小略呈周期性改变。静脉尿路造影膀胱内有圆形透亮的充盈缺损,边缘光整。异常可伴有输尿管内的造影剂形成“光晕”征输尿管下端扩张呈眼镜蛇头样。

(1999-02-02 收稿)

237006 安徽省六安地区中医院 CT室