

# 临床病例讨论

## 发热、咳嗽、胸痛、截瘫

中国医疗队驻马里共和国卡地医院 李世骥 辛熙道 陈天秩

**病例摘要** Mamadou Keita, 男, 38岁, 马里籍, 帮佣工。三个月前突然畏寒发热、胸痛、咳嗽频繁、咳出黄色脓痰, 无咯血。随后出现背痛, 并放散于左侧胸肋。发热持续不退, 食欲锐减, 体重减轻。二个月来, 背痛加重, 两下肢沉重无力, 不能动弹, 感觉消失而入院。

**体检:** 一般情况差, 消瘦, 体温37.5~39℃。锁骨上未触及淋巴结。桶形胸, 左侧胸部叩诊呈浊音, 呼吸音明显减低。右上肺可闻及少量湿性罗音。第9胸椎棘突略有后突畸形, 压痛, 叩击时疼痛可放散于左侧胸肋。剑突平面以下浅、深感觉消失, 两下肢诸肌肌力0级, 膝反射、跟腱反射消失。血常规检验: 红细胞300万, 白细胞8500、中性53%、单核2%、淋巴45%。血沉: 100mm/第1小时。X线胸椎正侧位片显示: 第8胸椎左侧椎弓根消失, 呈溶骨性破坏。第9胸椎破坏、压缩呈楔形, 但椎间隙未见狭窄(图1)。左侧胸部见大片密度均

匀的淡薄影, 掩盖左膈。右肺第2、3前肋间可见散在小片状和点状密度增高阴影。第8、9胸椎椎体前方有块状影、境界不清(图2)。X线诊断: 脊柱转移性肿瘤。

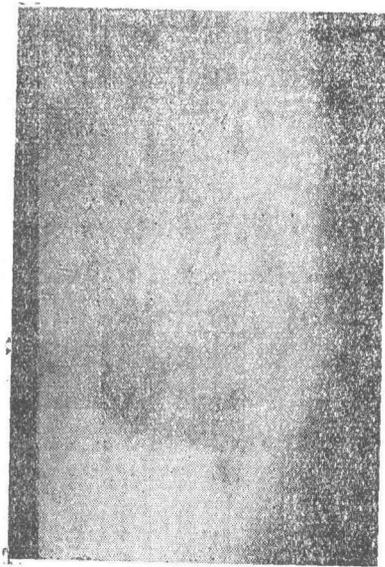


图2 胸椎侧位片

**临床病例分析** 本例有以下特点: ①突然起病, 病情进展快; ②咳嗽、咳痰, 随后出现胸背痛; ③全身情况差, 极度消瘦; ④血沉快; ⑤X线片显示: 胸部及胸椎均有明显病变。

综合病史、体检、实验室检查及X线片, 考虑以下几种疾病可能:

一、败血症 起病急骤、发热持续不退, 病初有肺部化脓性病征, 随后因出现化脓性脊柱炎造成椎体、椎弓破坏而致截瘫。但血象无明显增加。X线片上未见有骨质增生现象, 化脓性脊柱炎X线片上一般可出现破坏区边缘的骨质增生。胸部X线表现也不符合急性肺部化脓性感染的特征。故此不予考

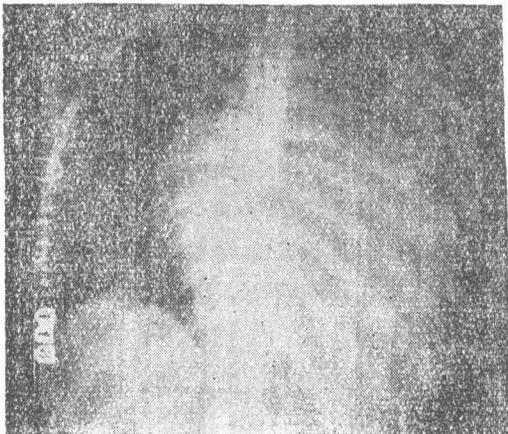


图1 胸椎正位片

慮。

二、结核患者以肺部症状为主，持续发热，右肺上部有结核病灶，血沉快以及血象变化等均符合于此诊断。由于未经抗结核治疗，结核病灶扩散，波及左侧胸膜，造成X线片上大片密度增高的阴影。同时结核病变扩散至脊柱，导致第8胸椎左侧椎弓及第9胸椎椎体破坏，引起截瘫。但是，结核杆菌既侵犯第8胸椎左侧椎弓及第9胸椎椎体，并造成溶骨性破坏，而界于第8、9胸椎间的椎间盘却未受破坏，椎间隙依然存在，难以解释。其次，在正位片上病椎的两侧未见有寒性脓肿，这在结核性的X线片上亦甚为少见。

三、脊柱转移性肿瘤患者起病三个月，全身情况日趋衰弱，并出现截瘫，病情发展如此迅速，结合胸椎X线所见，第8胸椎左侧椎弓根破坏，第9胸椎椎体压缩呈楔形，但椎间隙未见狭窄，故应考虑脊柱转移性肿瘤，原发病灶最大可能来自肺部。

住院经过及手术所见 入院后，行左侧胸腔穿刺，未抽出液体。给以抗炎及抗结核治疗。一个月后，一般情况有所好转。乃在持续硬膜外麻醉下，以病椎为中心，取棘突左旁纵切口，施行脊柱探查。

术中见第8胸椎横突疏松易碎，咬除后脓液外溢，其内混有大量干酪样坏死组织及死骨。椎弓及小关节突亦见破坏，椎管敞开，脊髓暴露，其周围有大量结核性肉芽包裹。切除第9胸椎横突及肋骨头后，又有大量脓液、干酪样坏死组织及死骨溢出。脓腔深达椎体前缘，所在位置与X线片所见的椎前密度增高的块状阴影相符。第8、9胸椎间盘存在，未坏死。第8胸椎椎体尚完整。第9胸椎椎体破坏、压缩。术时将位于脊柱左侧的病灶进行了彻底的清除。术后第二天，患者两下肢出现感觉过敏。一周后，下肢感觉逐渐恢复。一个月后，肌力恢复到4级，全身情况明显好转。二个月后再手术，清除

脊柱右侧病灶，并作右侧椎板融合术。术后三个月，已能起床活动。

术后诊断：第8胸椎椎弓、第9胸椎椎体结核伴寒性脓肿及截瘫。左侧胸膜肥厚，右上肺结核。

### 讨 论

一、关于X线片的诊断 根据手术所见，对照术前X线片：①侧位片上第8、9胸椎椎体前缘致密块状阴影，术前疑为肺部原发性肿瘤转移，但术中证实此系椎体前方的寒性脓肿；②左侧胸部大片密度增高阴影，误诊为肺肿瘤所致胸腔积液，入院后作胸腔穿刺，未抽得液体，术后证实此系左侧胸膜肥厚的X线表现；③第8胸椎左侧椎弓消失，第9胸椎呈楔形变，手术证实为脊柱结核病变所在；④右肺上部有不稳定的结核病灶，术前未予重视。

二、关于病情发展与临床症状 本例有肺部结核的表现，以后发展为结核性胸膜炎和椎弓、椎体结核。由于椎弓三面环绕脊髓，结核性脓肿、肉芽很容易压迫脊髓，加上第9胸椎结核造成病理性压缩性骨折，其碎骨片及死骨挤向椎管，脊髓更为受压，因此病情发展快，二个月就出现完全性截瘫。由于中心型椎体结核，椎间盘可不受侵犯，因此X线片上椎间隙未见改变。又因关节突、椎板、椎弓根密切连接，第8胸椎椎弓根的病变往往同时波及相邻部分，影响其相应的神经根，因此本例尚出现放散于左侧胸肋的肋间神经痛。第9胸椎棘突的后突畸形，乃为第9胸椎椎体压缩向后突出的结果。

### 三、经验与教训

1. 入院时的诊断主要根据X线的征象，较少结合临床症状分析，因此误诊为转移性肿瘤，应引以为戒。脊柱转移性肿瘤的X线表现，除上述征象外，骨质破坏常具多发性蚕食状或鼠咬状的特征，破坏区分布稀密不均，边缘不规则，往往不出（下转第25页）

# 205例正常人葡萄糖负荷后的血糖 和血清胰岛素释放效应观察

(摘要)

附属第一医院内分泌室 钟光恕 童永全 童钟抗

近一年来,我们对205名正常人测定了葡萄糖负荷后的血糖及胰岛素浓度,男121,女84;年龄18~69岁。

121名男性空腹及葡萄糖负荷后30'、60'、120'及180'的的血糖值(mg/dl),分别为 $97.36 \pm 10.66$ 、 $152.23 \pm 35.5$ 、 $137.86 \pm 35.23$ 、 $109.55 \pm 22.47$ 及 $86.28 \pm 18.27$ 。21名男性糖负荷前后的相应的胰岛素值( $\mu\text{u/ml}$ ),分别为 $12.12 \pm 6.38$ 、 $79.09 \pm 51.04$ 、 $64.70 \pm 44.16$ 、 $51.25 \pm 40.32$ 及 $15.90 \pm 9.77$ 。

84名女性空腹及葡萄糖负荷后30'、60'、120'及180'的血糖值(mg/dl),分别为 $95.29 \pm 9.19$ 、 $144.29 \pm 31.06$ 、 $124.21 \pm 34.48$ 、 $114.70 \pm 24.14$ 及 $87.04 \pm 17.21$ 。84名女性糖负荷后的相应的胰岛素值( $\mu\text{u/ml}$ ),

(紧接第44页)现椎旁软组织肿胀,其原发病灶常是甲状腺癌或肾癌。一般多发于老年人,大多通过淋巴转移,锁骨上可触及肿大的淋巴结,此点没有引起注意。对追问病史也欠周密。患者有密切的肺结核接触史。发病前即有慢性咳嗽、咳痰。复习X线片见右肺上野有结核病灶,其中尚有数点钙化,乃是早先存在结核的佐证。此点在作出诊断时也未加以足够的重视。

2.椎弓结核临床较为少见。本病例第9胸椎椎体有溶骨破坏、压缩,椎间隙未见狭窄,正位片上未显出寒性脓肿阴影等,因此未考虑寒性脓肿可能。复习X线正位片,脓

分别为 $13.77 \pm 7.01$ 、 $64.77 \pm 45.22$ 、 $52.21 \pm 35.84$ 、 $35.87 \pm 28.26$ 及 $20.55 \pm 10.52$ 。

男、女各年龄组的血糖和血清胰岛素的高峰值,大多数出现在葡萄糖负荷后30分钟,个别组出现在60分钟。3小时后的血糖值全部恢复到基础水平,胰岛素值也降至正常水平,但数值较空腹时稍高。

葡萄糖负荷后30分钟,血糖高峰值,男性组为空腹时的1.56倍,女性组为1.51倍;胰岛素高峰值,男性组为空腹时的6.52倍,女性组为4.7倍。

血糖值和胰岛素浓度在葡萄糖负荷后的变化与年龄有关。本组50岁以上的人血糖水平比50岁以下的为高,而胰岛素浓度却正好相反。

肿未能显影是由于脓肿位于前后方向,并且又与肥厚胸膜的阴影重叠。侧位片上脓肿阴影,术前亦未能正确认出。因此,我们认为位于前后方向的脓肿,应加强侧位片的观察或采用过度曝光和断层摄片,这对鉴别诊断很有价值。

3.本例入院后采取抗炎及抗结核治疗,一个月后病情缓解,全身情况好转,在此基础上为明确诊断和进一步治疗,手术探查是可取的。即使初步诊断为转移性肿瘤,在未排除其他疾病可能时,亦不应轻易放弃治疗,手术探查应有必要。