

小儿外科 ·

儿童椎间盘炎

梅海波¹, 顾章平², 刘宏¹

(1. 湖南省儿童医院骨科, 湖南长沙 410007; 2. 解放军总医院小儿外科, 北京 100853)

[摘要] 目的 探讨儿童椎间盘炎的临床特点、正确诊断的方法与治疗措施。方法 回顾性分析临床资料比较齐全的12例患儿。结果 12例患儿全部治愈。所有病例均获随访, 平均随诊2年(最长3年7月), 无1例复发。复查X线片, 12例均未见椎体骨质破坏, 1例有邻近椎体融合, 11例仍存在椎间隙狭窄。结论 该病患儿以背疼伴有体温升高、血沉增快、椎间隙狭窄为主, 治疗主要以卧床休息、牵引或石膏固定为主。该病很少复发, 预后良好。

[关键词] 椎间盘炎; 儿童

[中图分类号] R681.5+3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8830(2001)02-0174-02

儿童椎间盘炎是一种累及胸腰段椎间盘或椎体终板的非特异性炎性病变, 临床上以体温升高、血沉增快及椎间隙狭窄为主, 通常称为儿童椎间盘三联征。本病较少见, 严重者很难和化脓性脊椎炎、脊椎结核等相鉴别, 容易造成误诊或漏诊。作者曾收治12例患儿, 总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

自1989年8月至1999年12月, 共收治儿童椎间盘炎12例, 男7例, 女5例, 年龄3~9岁, 平均年龄为4岁3月。病程最短1周, 最长3个月, 平均1个月20天。胸段椎间盘炎4例, 腰段椎间盘炎8例。

1.2 临床症状

背疼为主诉, 疼痛局限。体检全身情况好, 无急性病容, 体温正常或增高, 病变部位的棘突有明显的压痛, 脊柱活动受限。可出现腓绳肌痉挛、直腿抬高试验阳性, 无感觉、反射等的缺失。

1.3 X线表现及实验室检查

11例病人有血沉增快, 10例有白细胞总数增高, 4例有体温增高。血培养均为阴性。X线表现: 入院时12例均有病变处局限性椎间隙狭窄; 之后出现受累椎间盘的上下椎体或终板硬化; 晚期受累的椎间隙仍然狭窄, 1例出现椎体融合。

1.4 治疗及结果

12例患儿经卧床休息、制动或牵引处理以及消

炎镇痛药的使用, 背疼及脊柱活动受限症状均消失, 体温、血沉、血常规均正常。无1例患儿使用抗生素治疗。平均随诊2年, 无复发。

2 讨论

在胚胎发育期和儿童期, 椎间盘的血液供应主要来自邻近椎体的表面血管。故在儿童期, 细菌可通过血液途径进入椎间盘, 引起椎间盘炎, 但是往往找不到致病菌。有人^[1]推测有病毒参与的可能, 也有学者^[2]提出, 创伤可能是一个原因, 故目前儿童椎间盘炎的真正发病机制仍不清楚。

本病好发于2~8岁儿童, 无性别差异。常累及胸腰段的椎间盘。Crawford^[1]报告1组病人, 发现3岁以下的婴儿主要表现为髋关节不能伸直, 滚木试验阳性, 腰椎局部压痛; 3岁以上儿童则以腰背部痛和腹痛为主。

儿童椎间盘炎症状严重者很难和化脓性脊椎炎、脊椎结核等相鉴别, 此时影像学的检查尤为重要。

普通X线检查: Grunebaum^[3]通过X线检查将儿童椎间盘炎分为四期: 潜伏期: X线片无异常发现; 急性期: 发病2~4周后, 主要表现为下胸椎和腰椎的局限性椎间隙狭窄; 治愈期: 有X线变化后2~3月, 受累椎间盘的上下椎体或终板有硬化; 晚期: 受累的椎间隙仍然狭窄, 偶有邻近椎体的增大或融合。而化脓性脊椎炎、脊椎结核多有明显的椎体骨

[收稿日期] 2000-06-20; [修回日期] 2000-10-14
[作者简介] 梅海波(1965-), 男, 大学, 主治医师。

质破坏、椎旁脓肿等表现,可以鉴别。

CT检查:除了发现椎体终板不规则外,还能发现椎旁软组织受累的情况。当缺乏特征性X线表现以及须排除化脓性脊椎炎、脊椎结核等其它疾病,或没有全身性表现但实验室检查支持患儿有明显感染时,应考虑CT检查。

同位素骨扫描:由于儿童椎间盘及终板血液供应的特点,同位素扫描用于诊断儿童椎间盘炎已有报告,主要表现为受累椎间盘的放射性核素聚集增加。一般认为阳性率只有70%。

MRI: Gabriel等^[4]报告, MRI能显示炎性的程度和周围组织的情况,能发现椎体是否受累。对鉴别化脓性脊椎炎、脊椎结核有很大帮助^[5,6]。结合以上临床特点及影像学检查,一般均能作出儿童椎间盘炎的准确诊断。

儿童椎间盘炎的治疗:许多学者主张给予适当治疗,包括卧床休息、牵引或石膏固定等,还可给予合适剂量的非激素类消炎镇痛药以缓解疼痛^[5,6]。治疗持续时间通常为1~2个月。出现以下情况可终止治疗:背疼、椎旁肌痉挛及局部压痛消失;体温、血沉和血常规正常;X线片显示椎间隙狭窄、骨质疏松不再加重,且其表面出现硬化现象。多数学者^[2,4~6]认为抗生素治疗没有明显作用,但主张出

现以下情况应考虑给予4~6周的抗生素:有明显的全身性症状和体征以及异常的实验室检查;血培养或针吸培养阳性;尽管血培养阴性且给予足够的制动措施,但病变仍在进展者。

总之,儿童椎间盘炎的发病原因尚不清楚,各种治疗方法如制动等虽可缓解患儿的症状,促进功能恢复,但对X线表现的改变尚未发现有明显的影响。本病很少复发,预后良好。

[参 考 文 献]

- [1] Crawford AH, Kucharzyk DW. Discitis in children [J]. Clin Orthop, 1991, 22(1): 70 - 79.
- [2] King HA. Back pain in children [J]. Orthop Clin North Am, 1999, 30(3): 467 - 474.
- [3] Grunebaum M. The imaging diagnosis of nonpyogenic discitis in children [J]. Pediatr Radiol, 1982, 12(3): 133 - 137.
- [4] Gabriel KR, Crawford AH. Magnetic resonance imaging in a child who had clinical signs of discitis. Report of a case [J]. J Bone Joint Surg Am, 1988, 70(6): 938 - 941.
- [5] Reinehr T, Burk G, Andler W. Spondylodiscitis in childhood [J]. Klin Padiatr, 1999, 211(5): 406 - 409.
- [6] Oymar K, Svihus R. Discitis in children. Description of the condition illustrated by two case reports [J]. Tidsskr Nor Laegeforen, 1997, 117(15): 2184 - 2186.

(本文编辑:吉耕中)

(上接第173页)

还应为儿童生长等多种因素考虑,一经确诊应积极探查,全面修复,以争取最好的临床疗效。儿童四肢动脉损伤应首先积极抢救纠正休克,一方面儿童肢体纤小,易于压迫止血争取全身情况改善的时间,另一方面在纠正休克的同时更有益于确诊,而尽早确诊又为手术准备赢得时间,是手术成功的基础^[2]。儿童动脉损伤后血管痉挛,口径细小,手术应在放大镜和显微镜下进行。术中血管的清创十分重要。尤其是闭合性损伤的血管挫裂伤患儿,一定要观察到两断端内膜完整再根据具体情况决定端端吻合或静脉移植。对于合并同名静脉和邻位周围神经损伤病例,原则上应在全身和局部情况允许的情况下一并修复。合并骨折患儿可考虑适当短缩骨折端固定,以克服动脉缺损,因为儿童骨骼的短缩可以由伤后的生长代偿均衡,故有肢体延长的机会^[3],所以儿童肱动脉、股动脉损伤缺损可适当短缩肱骨、股骨,避免静脉移植,减少血管吻合口,减低血管修复失败率,在特殊情况下,即使无原始骨折,也是可以考虑的方法之一,这是儿童动脉缺损修复的一个特点。

儿童动脉修复后由于其交感神经兴奋性高,术

后疼痛等刺激极易引起血管痉挛,容易引起临床观察判断的错误,故术后应给予完善的止痛和适当的镇静剂,较大剂量的解痉剂辅以小量抗凝剂,治疗效果良好。儿童四肢动脉主干损伤是否需要常规进行肢体远端减张手术是一个值得探讨的问题,我们体会锐器伤就诊早,复合伤小一般不需要常规施行减张术。闭合性动脉断裂,周围组织复合伤多较重,在进行血管修复后在术中动态观察30~100min,如末梢血循环良好,肢体张力迅速增高,在证实无吻合血栓形成的情况下为二期筋膜间室减张手术的适应证,由于儿童皮肤弹性良好,本组4例减张手术于术后12~15d期闭合,创口未行植皮手术。

[参 考 文 献]

- [1] 黄耀添,陆裕朴,李稳生. 下肢骨折脱位合并动脉损伤(附50例报告) [J]. 中华骨科杂志, 1992, 12(5): 322 - 324.
- [2] Green NE, Allen BL. Vascular injuries associated with dislocation of the knee [J]. J Bone Joint Surg Am, 1977, 59(2): 236 - 239.
- [3] 王亦璁. 创伤早期处理 [M]. 北京:人民卫生出版社, 1994, 234 - 237.

(本文编辑:吉耕中)