

胸膜外血肿对肋骨骨折的诊断意义

★ 廖爱民 简小同 周武 郑斌 黄礼军 陈涛 (江西省南昌市第二医院放射科 南昌 330003)

摘要:目的:探讨胸部外伤后,在肋骨正斜位片上,胸膜外血肿对肋骨骨折诊断的临床意义。方法:收集 20 例肋骨骨折患者的肋骨正斜位片资料行回顾性分析。结果:20 例患者均出现胸膜外血肿,其中 17 例第一次摄片均未发现肋骨骨折,复查时发现肋骨骨折,3 例多次复查未发现肋骨骨折。结论:外伤患者,在肋骨正斜位片上出现胸膜外血肿均应提示骨折的可能性。

关键词:肋骨骨折;肋骨正斜位片;胸膜外血肿;诊断

中图分类号:R 683.1 **文献标识码:**A

胸部外伤致肋骨骨折为临床常见病,相当一部分患者首次摄胸部正斜位片时,肋骨骨折未被发现,而是出现胸膜外血肿。收集我院 2006 年 1 月~2006 年 12 月收治的 110 例摄肋骨正斜位片患者中资料完整的 20 例,进行回顾性分析如下:

1 临床资料

本组 20 例患者均系外伤,外伤后均有不同程度的胸痛、胸部挤压痛。其中男 12 例,女性 8 例;年龄最小的 21 岁,最大 77 岁,平均 45.8 岁;呈梭形胸膜外血肿 4 例,呈宽带状胸膜外血肿 13 例,胸壁层次模糊、界限不清 5 例;单根骨折 6 例,其中单根多处骨折 3 例,多根骨折 10 例;伴锁骨骨折 1 例,并发胸腔积液 11 例,并发气胸 2 例。骨折部位均见于 3~10 肋,其中后肋存在骨折 15 例,前肋存在骨折 8 例,侧肋存在骨折 9 例;17 例两次摄片均未发现肋骨骨折,复查时才发现,3 例多次复查未发现。

2 误诊分析

20 例患者第一次摄肋骨正斜位片时,均未发现明显的肋骨骨折征像,在外伤部位附近发现,X 线表现为呈梭形或宽带状的胸膜外血肿,边缘可较清晰,且其间密度均匀;也可表现为胸壁层次模糊,界限不清;胸膜外血肿可在几天后复查摄片时消失,伤后 1~2 周摄片复查,可使原来不能显示的骨折显示清晰,伤后 2~4 周复查摄片可显示骨折处骨痂生长情况。肋骨正斜位片出现梭形、宽带状胸膜外血肿或胸壁层次模糊,界限不清的原因可有:(1)骨外膜及骨髓腔内均血供丰富,在骨折时内外骨膜及其血管随骨折而破裂产生断端血肿,肋骨骨折也不例外;(2)胸壁组织血供丰富,且肋骨下缘有肋间血管,除

肋骨外缺乏其它组织保护,一旦骨折极易断裂而出血;(3)肋骨内侧被覆组织较薄,主要是骨膜、筋膜及壁层胸膜等,而外侧有肌肉等较厚组织,外伤作用力致使胸壁、胸膜或肋骨周边小血管受损,所以出血容易将内侧较薄组织掀起,少量的出血淤积于胸膜下形成梭形或宽带状胸膜外血肿;(4)由于肺组织的对比,胸膜外血在肋骨正斜位片上往往比肋骨骨折本身更容易显示^[1];(5)外伤后,外伤部位软组织内组织液渗出所形成的影像,多表现为胸壁层次模糊,界限不清。

在日常生活中胸部外伤比较常见,肋骨骨折为胸部外伤的主要并发症之一。肋骨骨折占全身骨折第六位,它是由于直接暴力,骨折主要发生在受伤部位,临床指导摄片作为常规检查方法而首选。由于一些主观和客观的原因骨折首次漏诊率非常高。^[2]

肋骨骨折的自身特点难于准确诊断:(1)可有单根和多根骨折,诊断过程中往往注意明显骨折,而忽视了其他部位骨折;(2)骨折轻微,仅皮质断裂,易漏诊;(3)骨折无错位或错位不明显,又无肺及其他相应部位的异常改变。

胸部解剖特殊性易致漏诊误诊:(1)胸廓结构重叠遮盖,掩盖骨折部位;(2)肋骨扁而薄,缺乏对比,骨质疏松者尤甚;(3)双侧肋骨呈环抱状,彼此部分重叠;(4)胸部的组织密度和厚度存在较大差异,各组织间对比度差,难以准确地看清胸部所有区域。

患者因素:(1)患者伴发其他损伤时可掩盖骨折端;(2)患者多并发其他复合伤,不能很好配合,给诊断带来一定困难。

原发性脑室出血 20 例预后探讨

★ 黄海 宋淑琴 谢琼英 郭金城 (江西新余新钢中心医院内二科 新余 338001)

关键词:原发性脑室出血;预后

中图分类号:R 743.34 文献标识码:B

原发性脑室出血并不多见,正确及时地选择最适的治疗方法,对预后意义重大,现将我院 2004 ~ 2005 年的 108 例脑出血中原发性脑出血 20 例的资料进行分析,以探讨其预后。

1 一般资料

本组男 13 例,女 7 例;年龄 12 ~ 71 岁,平均 48 岁;高血压病史 11 例,糖尿病史 2 例;活动状态发病 6 例,酒后 1 例,无明显诱因 13 例。

临床表现:头痛 13 例,呕吐 13 例,意识障碍 8 例,血压增高 11 例,颈项强直 11 例,体温升高者 3 例,病理征 3 例(一侧 2 例,双侧 1 例)。CT 检查:全脑积血 4 例,单侧脑积血 13 例,四脑室积血 3 例。

2 治疗与预后

本组 20 例均内科常规脱水、止血、抗感染、控制并发症及神经细胞活化剂治疗,其中脑脊液置换术 2 例,外科手术脑室外引流 6 例。痊愈 12 例,好转 4 例,自动出院 1 例,死亡 3 例(2 例为术后再出血并发脑疝形成)。

3 讨论

原发性脑室出血是脑出血的一种常见的严重临床类型,其死亡率达 42.6% ~ 83.3%。脑室大量出

血和形成梗阻性脑积水是造成高死亡率的决定性因素,目前治疗方法,除传统保守的内科治疗,还有脑脊液置换术,侧脑室外引流术,侧脑室外引流术 + 抗纤溶酶(尿激酶或 t-PA)定时脑室内灌注,脑脊液置换术 + 脑室持续外引流术 + 抗纤溶药物灌注。不同程度的脑室出血选择不同的方法是治疗的关键。本组 20 例脑室出血均予内科常规治疗,12 例痊愈,4 例好转,有 2 例给予脑脊液置换术,其中 1 例行脑脊液置换术后 27 天再次出血而行脑室外引流痊愈出院。急诊脑室外引流是改善原发性脑室出血的意识状态,降低颅内压的急救措施,本组 6 例行急诊侧脑室外引流术,取得良好效果,仅 1 例行脑室引流后次日因脑疝形成死亡,考虑引流不畅所致,故术后要注意观察,保持引流管的通畅。

通过本组资料观察,我们认为对原发性脑室出血不仅要积极地常规内科治疗,更要准确评估病情,并在此基础上做好手术准备,如意识清楚、出血量少或单侧脑室出血尚可行脑脊液置换术,出血量多、意识障碍者,应及时手术,解除血肿的压迫,减轻脑组织的移位,可降低脑室出血的死亡率。

(收稿日期:2007-05-28)

投照因素:患者体型等原因,摄片体位不能很好地完全地显示骨折处。

临床定位不准:临床资料不全、定位不准确,受伤部位不具体致不能选择最佳投照体位。^[3]

3 结语

综上所述,外伤后摄片发现梭形、宽带状胸膜外血肿,或(和)胸壁层次模糊,界限不清,即使此次摄片未发现明显的肋骨骨皮质不连续、骨纹理中断等骨折征象,均应高度怀疑肋骨骨折的可能性,及时多体位透视并嘱患者一周后复查摄片以明确诊断。外伤后摄肋骨正斜位片,片上出现梭形、宽带状胸膜外

血肿或胸壁层次模糊,界限不清均应提示肋骨骨折存在的可能性,应在透视下多体位点片,及时发现肋骨骨折,避免漏诊延迟患者的治疗时机,避免不必要的医患纠纷。同时对迟发性血胸也有预测价值。

参考文献

- [1]程鸣. 胸膜外血肿对肋骨骨折的诊断价值[J]. 放射学实践, 2003,18(3):185-187.
- [2]杨平. 胸部外伤性肋骨骨折漏诊防治方法[J]. 中国临床医药研究杂志,2005(142):30.
- [3]杜振刚,薄茂盛. 肋骨骨折影像学诊断方法探讨[J]. 中华现代影像学杂志,2005,2(8):742-743.

(收稿日期:2007-04-10)