

参考文献

[1] Jiang Yan. Which year exactly does the 21st Century begin. Chinese Science and Technology Journal, 1999, 2: 10.

[2] 陈可冀. 注重科学道德 提倡实事求是. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(1): 3.

[3] 钟世镇. 创伤骨科基础研究展望. 中华创伤杂志, 2000, 16(2): 69.

[4] 过邦辅. 祝贺我国骨科界进入 2000 年. 中华骨科杂志, 2000, 20(2): 124.

[5] Henry R. Cowell. The Millennium: More is less. JBJS-A, 1999, 81-A(11): 1509-10.

[6] Charles A. Rockwood Keep the Family Together. JBJS-A, 1984, 66-A(5): 801-5.

(收稿: 2000-04-20)

•学习园地•

腰椎间盘突出症的手术所见与术前影像不一致的探讨

卢剑 沈勇强 梁立 江正玉
(中日友好医院, 北京 100029)

我科自 1984 年以来, 采用手术治疗腰椎间盘突出症 126 例, 取得满意疗效, 同时发现了一些值得注意的影像医学检查问题, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 126 例均是经保守治疗不满意的患者, 其中男 82 例, 女 44 例, 年龄 20~ 30 岁 35 例; 31~ 40 岁 52 例, 41 岁以上 39 例。病程最短一个月, 最长 26 年。

1.2 术前影像 腰椎生理曲线有改变 95 例, 占 75. 4%, L_{4,5} 与 L₅S₁ 椎间隙不等宽或前窄后宽、或前后等宽、或变窄改变 89 例, 占 70. 8%, 10 例作了 MRI, 10 例作了脊髓造影, 目的是验证临床诊断和术前定位。

1.3 术后与影像不一致的情况 126 例手术患者中除 2 例前路摘除髓核植骨术和 4 例半椎板切除摘除髓核外, 120 例作了后路全椎板切除减压和髓核摘除术, 其中 109 例与术前影象诊断相符, 术中所见 L_{4,5} 突出 78 例, L₅S₁ 突出 29 例, L_{3,4} 突出 1 例, L_{1,2} 突出 1 例, 旁侧型 81 例, 中央型 28 例, 双间隙突出 18 例, 48 例不同程度黄韧带肥厚, 36 例侧隐窝狭窄。17 例与影像不一致(MRI 及脊髓造影者除外), 其中 6 例 CT 报告未见异常, 但术中见 L_{4,5} 突出 3 例, L₅S₁ 突出 3 例; 5 例显示 L_{4,5}、L₅S₁ 骨质增生, 而术中见 L_{4,5} 突出 4 例, L₅S₁ 突出 1 例; 3 例示 L_{4,5}、L₅S₁ 突出, 术中所见黄韧带肥厚, 椎管狭窄, 未见椎间盘突出; 2 例报告腰椎管狭窄, 术中所见 L_{4,5} 突出, 无椎管狭窄; 1 例报告 L₅S₁ 突出, 术中所见 L_{4,5} 突出。

2 讨论

2.1 必须重视临床症状和体检 腰椎间盘突出症中青年多见, 本组 87 例, 占 69%, L_{4,5}、L₅S₁ 突出 117 例, 占 92. 8%。CT 和 MRI 使用率和诊断率的提高, 往往使我们骨科的年轻医生对腰椎间盘突出症的影像医学报告似已不抱质疑态度, 作为可靠的诊断依据, 在一定程度上增加了临床医生的依赖性。腰椎间盘突出症只是腰腿痛的一种疾病, 对于临床医生, 尤其年轻的骨科医生, 一定要重视临床出现的症状和检查体征, 以提高我们诊断中的鉴别能力, 决不能完全依赖于临床中的影像检查。

2.2 手术所见与术前 CT 影像不符合率占 13. 5% 由于检

查部位中人体的差异和角度及人为的忽略, 检查中的假象容易影响对疾病的全面了解和正确判断。本组 126 例腰突手术患者, 有 17 例的影像检查报告与手术所见不符, 占 13. 5%, 有文献报道 CT 扫描假阳性率 10. 1%^[1], 所占比例已相当高, 应当引起高度重视, 有条件的大医院应以磁共振扫描定位尤为准确。

2.3 根据椎体的变形形态, 改变断层扫描时的方位, 是正确显示椎管形态和椎间盘突出物病理状态的关键 本组 6 例 CT 扫描未见异常, 术中则发现 L_{4,5}、L₅S₁ 突出。我们认为, CT 重点作腰椎管的横断面时由于腰椎发病后, 正常的生理曲度发生了变化, 腰椎正常前曲度变平直并有侧弯, 在椎间横断面切割扫描时, 要求切割面与椎间盘平行, 但在患者体位中通常很难作出断面扫描与 L₅S₁ 间的椎间盘平行, 因此不能正确显示椎管状态, 常导致上椎体下终板与下椎体上终板的重迭, 也不能显示椎间盘突出的病理形态, 这样就容易造成检查者的报告与临床大夫手术中所见的差异^[2]。我们考虑, 如果在 CT 扫描时能够根据椎体的变形形态, 改变断层扫描时的方位, 正确显示椎管的额状面的形态和椎间盘突出物的病理状态, 就能减少检查者和术者术中所见的差异, 提高诊断率。

2.4 注意极外型腰椎间盘突出症的影像学及手术治疗的独特性 本组 5 例 CT 显示 L_{4,5}、L₅S₁ 骨质增生, 术中见 L_{4,5}、L₅S₁ 突出, 其中一例髓核位于右侧椎间孔外约 1. 5cm × 1cm × 0. 8cm 大小, 并与硬膜粘连, 压迫同侧神经根, 并在 L₅S₁ 椎间后侧有一纤维环破裂口, 术中从裂口处亦刮除部分髓核组织, 此属极外型腰椎间盘突出症, 亦称之为超外侧型或椎间孔内或椎间孔后型, 专指椎间盘突出位于椎间孔或以外而压迫同侧神经根, 其临床症状、影像学及手术治疗有独特性, 如不注意, 将有遗漏之可能。

参考文献

[1] 刘毅, 安荣泽, 荀娟, 等. 腰椎间盘突出症诊断与治疗. 实用骨科杂志, 1998, 4(4): 212.

[2] George W. Wood(陆宸照编译). 坎贝尔骨科手术大全·下腰痛和椎间盘紊乱. 上海: 上海翻译出版公司, 1991. 1704.

(编辑: 李为农)