

· 诊治失误 ·

误诊为腰椎间盘突出症 36 例

Misdiagnosis as lumbar intervertebral disc herniation: A report of 36 cases

苏忠寿 仇志迅 侯翠萍

SU Zhongshou, QIU Zhixun, HOU Cui ping

【关键词】 椎间盘移位; 误诊 【Key words】 Intervertebral disk displacement; Diagnostic errors

自 2000 年 1 月 - 2001 年 12 月, 接诊 980 例腰椎间盘突出症病人, 误诊 36 例, 总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 36 例中, 男 20 例, 女 16 例; 年龄 20~65 岁, 平均 43 岁。误诊时间最长 5 年, 最短 3 个月, 平均 8 个月。

1.2 误诊病例 肿瘤 6 例, 其中乳腺癌转移 2 例, 原发性椎骨肿瘤 2 例, 椎管内肿瘤 1 例, 马尾肿瘤 1 例。股骨头缺血性坏死 5 例, 其中双侧坏死 2 例, 单侧坏死 3 例。臀上皮神经卡压综合征 6 例。梨状肌损伤 5 例。骶髂关节损伤 4 例。第三腰椎综合征 4 例。风湿病活动 6 例。以上 33 例行腰椎间盘 CT 扫描, 提示不同程度的椎间盘膨出, 突出及硬膜囊受压。3 例行腰椎间盘 MRI 扫描, 提示椎间盘突出信号。

1.3 治疗与结果 本组病例中 30 例院外治疗症状不缓解, 来我科治疗; 6 例未经治疗门诊收入院。

2 例乳腺癌转移病例中, 1 例乳腺肿瘤切除 10 年, 自觉腰腿痛已 5 年, 腰椎间盘 CT 扫描提示 L_{4,5}, L₅S₁ 椎间盘突出, 临床诊断为腰椎间盘突出症, 治疗不见好转。入院后询问病史有乳腺癌手术史, 腰腿痛持续性, 并夜间加重, 平卧时加重。查体病人下肢肌张力高, 膝腱反射亢进, 踝震颤阳性, 后经胸椎 MRI 检查, 确诊为 T₁₀ 椎转移性肿瘤。建议转院治疗, 病人拒绝, 2 个月后又出现双下肢瘫痪, 二便失禁, 对症治疗 4 个月死亡。1 例乳腺癌转移至 L₄ 椎骨, 腰椎间盘 CT 扫描提示 L_{4,5} 椎间盘突出, 硬膜囊受压。院外治疗 3 个月不见好转。入院时腰腿疼痛明显, 夜间疼痛难受。查体发现病人左侧乳房缺如, 再次行椎骨 CT 扫描, 发现 L₄ 椎骨肿瘤, 转市肿瘤医院, 半年后死亡。原发性椎骨肿瘤 2 例, 1 例为 T₁₂ 椎骨肿瘤, MRI 确诊, 建议转院, 病人拒绝回家, 4 个月后死亡。另 1 例 L₄ 椎骨肿瘤, 椎间盘 CT 扫描提示 L_{4,5} 椎间盘突出, 后经 CT 椎骨扫描而确诊, 转骨科手术治疗, 1 年后随访, 病人情况良好, 能胜任一般体力劳动。椎管内肿瘤 2 例, 1 例为 T₁₀ 而做下腰段椎间盘 CT 扫描而漏诊。再行胸腰段 CT 扫描未能确诊, 后经 MRI 确诊后转手术治疗, 愈后较好; 1 例马尾肿瘤, 腰椎间盘 CT 扫描提示 L₅S₁ 椎间盘突出, 后经 MRI 检查确诊为马尾肿瘤, 转骨科手术治疗, 半年后随访, 情况较好, 现仍在家休养。

5 例股骨头缺血性坏死病例中, 男 3 例, 女 2 例; 均行腰椎间盘 CT 扫描, 提示腰椎间盘突出, 其中 2 例双侧坏死病人曾做腰椎间盘 CT 扫描 2 次, 误诊时间长达 3 年之久; 1 例病人患侧较对侧短 5 cm, 跛行, 来诊前一直按腰椎间盘突出症治疗, 骨盆平片检查患侧股骨头坏死塌陷, 确诊后转院治疗。

6 例臀上皮神经卡压综合征、4 例第三腰椎横突综合征、5 例梨状肌损伤确诊后给予神经阻滞, 小针刀治疗症状缓解。4 例骶髂关节损伤给予侧扳复位, 局封, 点穴治疗治愈。6 例风湿活动病人转内科治疗。

2 讨论

忽视详细的病史采集及物理检查。缺乏综合分析, 相关检查不全面, 提供检查部位不确切, 过分依赖精密仪器检查, 是误诊的主要原因。

对于癌症的转移, 目前无有效的预防措施。脊柱骨转移瘤占骨转移的第 1 位^[1]。疼痛的性质是劳累痛还是平卧痛, 椎骨或椎管内肿瘤病人以夜间痛、平卧痛为主, 有时疼痛不能入睡。脊柱及椎管内肿瘤好发生在胸段、胸腰段。病人大部分肌张力高, 膝腱反射亢进, 踝震颤(阳性)。腰椎间盘突出症部位大部分在 L_{4,5}, L₅S₁, 病史较长者, 患侧肌力差, 膝腱反射、跟腱反射减弱或消失。如果腰腿痛由脊柱肿瘤引起, 而误认为腰椎间盘突出症做下腰段椎间隙扫描, 而漏诊。腰椎骨肿瘤而临床考虑腰椎间盘突出症, 申请椎间盘扫描, 也可导致漏诊。临床医生应将病人主要症状、体征、检查部位给影像医生提供详细资料, 以提高诊断符合率。诊断椎管内肿瘤, 最有价值的是 MRI 检查, 可直接显示肿瘤部位、大小及脊髓受压情况, CT 检查平扫对椎管内组织分辨率低, 尤其是当伴有椎间盘突出者导致误诊^[2]。

本组 5 例股骨头缺血性坏死病人, 均属中晚期, 该病早期诊断有一定困难, 中晚期诊断不难, 病人多为跛行步态, 上体倾斜, 若一侧倾斜多为单侧, 若两侧倾斜, 走路企鹅步态为双侧。查体时病人髋关节活动受限, 下蹲时疼痛加重, 坐位不能盘腿, “4”字试验阳性, 分腿功能受限, 臀部压痛, 骨盆平片可诊断。怀疑早期 CT 扫描即可确诊。股骨头缺血性坏死误诊为腰椎间盘突出症, 应用激素消炎镇痛会加重病情, 给病人造成痛苦。臀上皮神经卡压综合征, 梨状肌损伤, 第三横突综合征, 均表现特有的临床症状, 如能详细询问病史及认真查体, 诊断并不难。相关辅助诊断不能忽视, 如考虑风湿病, 可化验

ASO、ESR 等结合病史即可诊断。

随着影像学诊断技术的不断普及与提高,给临床带来方便。但有的临床医生过分的依赖影像学检查,而忽视了简单有效的体格检查,错误地将影像学的突出改变,认为是 LDH(临床表现),忽略了其他疾病的诊断。文献报道正常人群中 CT 扫描发现无症状腰椎间盘突出占 30%^[3]。CT 所示的椎间盘突出(影像学改变)与 LDH 不是一个概念。

参考文献

- 1 潘之清.实用脊柱病学.济南:山东科学技术出版社,1996.787.
- 2 汤正学,苏士乐,袁其文,等.椎管内肿瘤误诊原因分析.颈腰痛杂志,1999,20(2):123.
- 3 周秉文,陈伯华,贾立升.椎间盘突出诊断中的几个问题.颈腰痛杂志,1998,19(1):3.

(收稿:2002-10-08 修回:2003-02-20 编辑:李为农)

·短篇报道·

电脑牵引配合阻滞治疗腰椎间盘突出症

张燕¹ 宋振江¹ 王传金²

(1. 章丘市中医医院 山东 章丘 250200;2. 山东医疗器械研究所)

我院自 2002 年 1 月-2003 年 1 月采用电脑牵引配合阻滞治疗腰椎间盘突出症,临床效果满意。

1 临床资料

将 240 例腰椎间盘突出症患者随机分为 4 组,其中 A 组为治疗组 60 例,B 组为电脑牵引组 60 例,C 组为阻滞治疗组 60 例,D 组为推拿组 60 例;年龄 18~78 岁,平均 40 岁;男 136 例,女 104 例;病程 1 d~15 年。根据症状分为:腰腿痛型 170 例,腰痛型 40 例,腿痛(或麻木型)30 例。全部病例均行腰椎正侧位片检查及腰椎间盘 CT 扫描。根据临床症状、体征,尤其是神经检查,结合 CT 确诊。病例选择标准参照 McCulloch 和 Kambin 的标准^[杨明山,方思羽.神经急症诊断治疗学.湖北:科学技术出版社,1995.512]。

2 治疗方法

A 组(电脑牵引加阻滞治疗组):电脑牵引:采用山东医疗器械研究所生产的 DFQ-300 型全方位电脑牵引床。患者俯位于牵引床,固定好肩、骨盆、大腿,根据 CT 及性别、年龄、体质、身高,设置好牵引的倾角、旋转度数及牵引距离。设置完毕后,术者立于患侧,以掌根按压腰患处,脚踩电动开关,进行瞬间牵引,重复 2~3 次,松开固定带,床体复原,治疗完毕。电脑牵引每周 1 次,1~3 次即可。阻滞治疗:①药物:消炎镇痛液(得宝松 3.5 mg,维生素 B₆ 0.1 g,维生素 B₁₂ 500 μg,2%利多卡因 10 ml,生理盐水 10 ml,共 23 ml);②穿刺部位:突出侧椎旁(0.9~1.1 cm);③操作:俯卧于治疗床,用龙胆紫定点,常规消毒后,持带有 7 号 8 cm 长穿刺针的 5 ml 注射器垂直皮肤快速进针,穿透皮肤后,针尾略向脊柱正中倾斜 5°继续进针,遇骨质后退针至皮下再垂直方向进针,有阻力为黄韧带,边加压边进针,有落空感进入侧隐窝,回抽无血、无脑脊液,注入消炎镇痛液 5 ml,出现患肢放射痛,进一步确定位置正确,将剩余药液缓慢注入。治疗完毕,病人俯卧 1 h,观察无不良反应,方可离去。每周 1 次,1~3 次即可。B 组:同 A 组电脑牵引。C 组:同 A 组阻滞治疗。D 组:用滚法、按法、点按法,后伸扳腿法、斜扳法、直腿高举法治疗。每日 1 次,10 次

为 1 疗程。

3 治疗结果

参照 Macnab 标准:优:疼痛消失,无运动功能障碍,直腿抬高试验 70°阴性,恢复正常工作和活动;良:偶有疼痛,症状和体征基本消失,直腿抬高 50°阴性,能做轻便工作;可:疼痛减轻,体征部分减轻,直腿抬高试验 30°阴性,可生活自理,但不能从事工作;差:临床症状和体征无改善或改善后近期又加重。结果见表 1

表 1 不同方法治疗腰椎间盘突出症的疗效比较

(单位:例)

组别	优	良	可	差
A 组	40	15	5	0
B 组	30	10	19	1
C 组	28	11	20	1
D 组	15	10	25	10

经 Ridit 统计分析,4 组 R 值可信区间无重叠, P < 0.05, 即 4 组疗效差异具有显著性。

4 讨论

电脑牵引能使腰椎前屈,生理曲度变直,使牵引力更接近腰椎椎体后缘,并可产生一个较大的与腰椎纵轴相平行的分力和一个较小的位于胸腰板下缘着力点部位的使骨盆向上的作用分力,有利于髓核突出的回纳。阻滞治疗将消炎镇痛液注入突出的侧隐窝处,使消炎镇痛药物直接作用于炎性水肿的神经根及其周围组织,更好更快地发挥药效作用。其中得宝松为皮质类固醇激素,抑制神经根周围结缔组织的增生,抑制神经末梢的兴奋性,减轻酸性物质堆积,减少炎性渗出,改善局部充血、水肿,提高血管紧张度。利多卡因能阻断疼痛的恶性循环,促进局部血管扩张,改善血循环,以及抗传导障碍作用,改善病变部位的组织代谢和营养状况,使受压神经恢复。B 族维生素增加神经的营养代谢。

(收稿:2003-03-19 编辑:李为农)