

一例误诊为脊髓肿瘤的腰突症

上海中医学院附属岳阳医院 (200031) 石关桐 虞伟琪 吴展 王杰

余×, 女性, 46岁, 营业员, 住院号496。患者左侧腰腿痛二年, 伴间歇性跛行二月。二年前因从3—4米高阁楼的楼梯上仰天跌下, 脑外伤昏迷, 醒后出现腰部疼痛, 伴左下肢不舒感, 但仍能坚持工作, 近二月来, 无明显诱因情况下出现左下肢无力伴间歇性跛行和麻木。

检查: 无明显脊柱侧弯, 腰部活动正常, 椎旁无压痛, 屈颈试验阴性, 挺腹试验阴性, 直腿抬高试验阴性, 4字试验阴性, 范氏试验阴性, 股四头肌明显萎缩, 左小腿内侧皮肤感觉减退, 左髂腰肌、股四头肌、臀大肌的肌力Ⅲ级, 拇指伸肌Ⅱ级, 屈肌Ⅵ级, 左膝反射未引出, 右膝反射引出。

脊髓造影: 在腰₄椎体的左侧后面, 有一半圆形的口状缺损, 上极在L_{3,4}间隙, 下极在L_{4,5}间隙, 侧位片示: L_{3,4}间隙硬膜囊前缘压迹较小, 在L_{4,5}间隙硬膜囊前缘有明显压迹, 但L₄椎体后缘压迹较大, 脊髓造影结果: L₄椎体的左侧后方硬膜外占位性病变。

CT片示在L₄椎体下1/3断面层上, 可见有一较大小软组织占据在椎管的左侧方, 并向椎间孔外方向占位。

临床上根据症状、体状、脊髓造影、CT片分析认为腰₄椎管内硬膜外占位, 硬膜外肿

瘤可能较大(神经鞘瘤、神经纤维瘤、室管膜瘤), 腰椎间盘突出可能较小。

手术所见: L_{4,5}椎盘处取出较大的一块椎间盘组织共4.7g。

讨论:

脊髓肿瘤与腰椎间盘突出症, 有时在临床上很难鉴别, 往往在脊髓造影或者CT扫描后, 才能鉴别。临床上多见的是以腰腿痛为主要症状前来就诊, 或者临床诊断为腰突症的病人, 经脊髓造影或者CT检查后, 确诊为脊髓肿瘤的较多, 我院二千多例腰腿痛住院人中, 就有50多例脊髓肿瘤误诊为腰突症。

从临床症状与体征上, 腰突症偏于一个神经根受累, 而肿瘤可以多神经受累。

本病例的脊髓造影片上见到, 在L₄椎体后左侧方有一杯口状的压迹, 其范围从L_{3,4}间隙, 占整个L₄椎体的一侧后方, 而L_{3,4}间隙脊髓前缘又没有明显椎间盘压迹, 这为排除脱垂或游离的椎间盘提供了依据, 再结合CT片, 在椎体水平有一软组织从椎管内向椎管外突出, 考虑肿瘤的可能更大。

通过手术摘除后, 给我们一个启发, 髓核不但可以向下脱重, 而且也可以在特定的条件下向上“脱垂”或游离。

下按研磨上顶法治愈掌拇关节脱位一例

安徽省涡阳县医院 (233607) 李今朝

掌拇关节脱位, 合并两块籽骨其中一块长在关节腔内, 用手法整复成功一例, 报告如下。

患者男性, 22岁, 因外伤致掌拇关节脱位经多方治疗未能整复, 来诊时呈卧鸭状畸形。X线正斜位片示, 掌拇关节脱位并发现两块籽

骨, 其中一块正好卡在关节腔内。我们先用下按上顶法整复未能奏效, 于是改进了整复方法, 下按到指骨近端和掌骨头平行时, 将拇指沿冠状左右研磨数次, 当触摸到籽骨离开原来占领的位置后遂用上顶法, 一次成功。