

所致。若经过认真查体确认两下肢均为同一节显示中央型突出的检出率明显高于单侧下肢症状者，分别为47.5%和27.4%，从统计数字看，虽然中央型突出多伴有双下肢症状，但单纯双下肢症状临床上并不能诊断为中央型突出，而必须有马尾综合征的存在，因表现为双下肢症状的原因甚多，可为两个椎间盘突出，一侧下肢的反射痛，或软组织病变及其它疾患段神经根受损，可能为较大突出、明显膨出或两侧突出同时压迫两侧神经根，应检查会阴部有感觉障碍，并行CT扫描加以确诊。

CT扫描对慢性腰腿痛的诊断、鉴别、指导治疗、预后估计等均具有重要价值，但部分病例CT与临床不符，如CT扫描为明显或多间隙突出，而症状体征却甚轻微，多见于病史较久或椎管矢状径较大者，有的症状明显，CT扫

描却无突出可见。有报道椎间盘突出症术前CT扫描与术后诊断相符者为90%^[4]，而胡氏则认为40岁以上正常人约有1/3有椎间盘突出，却很少有临床症状^[5]。所以，对CT要具体分析，不能过分依赖，必须密切结合临床。

参 考 文 献

[1] 王兵等. CT扫描诊断腰椎间突出症. 颈腰痛杂志, 1988, 9(3):20.
 [2] 周秉文. 腰背痛. 第一版. 北京: 人民卫生出版社, 1989, 115.
 [3] 周秉文. 腰背痛. 第一版. 北京: 人民卫生出版社, 1989, 133.
 [4] 童元. 椎间盘突出手术所见与临床分型. 颈腰痛杂志, 1991, 12(1):11.
 [5] 胡有谷. 椎间盘突出症. 第一版. 北京: 人民卫生出版社, 1985, 126.

手法致多发性腰椎间盘突出并截瘫一例

山东省文登市整骨医院 (264400) 王君 季光宪*

患者男性，36岁，农民。因腰及左下肢疼痛一年半，当地医院诊为“腰椎间盘突出症，经手法治疗后，出现双下肢活动受限，小便潴留，大便失禁，次日即急诊入院。

检查：痛苦面容，腰椎生理曲度尚好，活动受限，棘旁肌紧张，压痛著，左股四头肌力Ⅲ级，右股四头肌及双腓绳肌力Ⅳ级；双小腿及足部诸肌肌力为0；小腿前外侧足部及会阴感觉消失，小腿内侧感觉迟钝，双膝腱反射减弱、双跟腱反射消失。X线片示：腰椎生理曲度正常，腰₁椎体前缘唇样增生，腰₁、腰₂椎间隙变窄。CT片示：腰₁、腰₂椎间盘四周膨隆，分别突入椎管内0.7cm及1.1cm，硬膜囊受压变形，神经根显示不清。诊疗：腰₁、腰₂椎间盘中央型脱出并截瘫（指数4）。

入院当日，在局麻下行髓核摘除术，术中将腰₁~腰₂椎板切除，见硬膜张力大，脊髓无搏动，神经剥离子牵开脊髓，见腰₁、腰₂间盘中央型巨大脱出，髓核

分别向下悬垂0.6cm及1.2cm；分别钳夹出约4g及6g髓核组织，见脊髓有较弱搏动，术后二周二便恢复正常，双小腿肌力达Ⅲ级，三周带腰围出院，术后三月复诊，双下肢感觉、运动及腱反射正常，无任何不适。

讨论：腰椎间盘突出一症，手法复位，方法甚多，效果亦佳，大多数患者可通过保守治疗而愈，但对陈旧性腰椎间盘突出症，手法复位究竟能否使椎间盘还纳，我们曾对13例经手法复位而愈的腰椎间盘突出症患者，进行了复位前后CT比较，结果发现椎间盘突出位置几乎没有改变，因此强调陈旧性腰椎间盘突出症患者，手法治疗之目的，主要是活血通络，减轻或消除局部软组织无菌性炎症反应，松解神经根粘连，改善或扩大神经根管，或者改变椎间盘与神经根位置关系，而达到解除疼痛之目的，并非均有椎间盘复位，更忌手法粗暴，本例教训深刻，望同道借鉴。

*山东省肥城矿务局二院