

短篇报导

13 例腰椎间盘突出症 误诊误治分析

河北省体育工作大队门诊部(050011) 容桂新

现将笔者 1990 年 10 月~1993 年 11 月工作中 13 例腰椎间盘突出症患者误诊为其它病症而误治的原因分析如下。

临床资料 男 7 例,女 6 例;年龄最大 70 岁,最小 21 岁;病程最长者 4 年,最短者 3 天;误诊疾病为急性腰扭伤 4 例,腰椎骨质增生 3 例,梨状肌综合症 3 例,腰椎椎管狭窄症 2 例,腰椎滑脱症 1 例;13 例均未做 CT 或 MRI 或椎管造影检查,曾在基层医疗部门或农村诊治,疗效欠佳来诊。根据患者的临床表现和体征分别给予 CT(11 例)、MRI(2 例)和椎管造影(1 例)检查,均确诊为腰椎间盘突出症。13 例共检出 22 个椎间盘突出(1 例 4 个、1 例 3 个、4 例 2 个、7 例 1 个)。针对病因、临床症状和体征,给予针灸、牵引和按摩治疗,取得了较满意的疗效。

临床分析 本组 4 例被诊为急性腰扭伤者均有明显外伤史,病程短,局部压痛明显;下肢放射痛不明显,仅 1 例有轻度放射痛。查体:直腿抬高试验(-),加强试验(±),屈颈试验(-),1 例膝腱反射减弱,1 例膝腱反射消失,2 例跟腱反射减弱。X 片排除腰椎骨折,曾按急性腰扭伤治疗,效果不佳来诊,嘱其做 CT 检查,诊断为腰椎间盘突出症。4 例中 1 例为 L₃₋₄, 1 例为 L₃₋₄、L₄₋₅, 2 例为 L₅S₁, 椎间盘突出。

3 例诊断为单纯腰椎骨质增生,均为 50 岁以上患者,病史 2~4 年,无明显外伤史,腰腿痛逐渐加剧,劳累或阴天加重,腰部活动轻度受限,有时伴有坐骨神经痛,查体:腰椎棘突旁有压痛,直腿抬高试验(-),加强试验(±),膝腱反射和跟腱反射都有不同程度的减弱。X 片示:椎体边缘轻度骨质增生。曾按腰椎骨质增生治疗,疗效欠佳来诊。做 CT 检查诊断为腰椎间盘突出症。其中 1 例 L₂~S₁ 四个椎间盘突出,2 例 L₄₋₅, L₅~S₁, 两个椎间盘突出。

3 例诊为梨状肌综合征者无腰部症状和体征,病史 1 周~3 个月,疼痛从臀部开始,有坐骨神经痛放射症状,梨状肌试验(±)。按梨状肌综合征治疗无好转,经 CT 检查诊断为腰椎间盘突出症。3 例均为 L₄₋₅ 椎间盘突出。2 例诊断为腰椎管狭窄症:2 例患者病程,1 例

半年,1 例两年,有腰腿痛,间歇性跛行,1 例经 MRI 检查,诊为 L₃~S₁ 三个椎间盘突出,压迫硬膜囊,导致椎管狭窄。1 例做椎管造影和 CT 检查,诊断为 L₃₋₄ 和 L₄₋₅ 两个椎间盘突出。1 例诊为腰椎滑脱症者慢性腰痛 4 年,有时疼痛放射至骶髂部,甚至放射至小腿,站立弯腰疼痛明显,卧床疼痛减轻,直腿抬高试验(±)。X 片示:可疑腰椎滑脱,长期针灸按摩疗效不佳来诊。经 MRI 检查诊断为 L₃~S₁ 椎间盘突出。

综上所述,不典型的腰椎间盘突出症患者易误诊为以上病种。做 CT、MRI 或椎管造影可以明确诊断,减少误诊误治。(收稿:1994-01-25)

硬纸板外固定治疗 儿童桡骨下端骨折

浙江省仙居县人民医院(317300) 张相弟 陈坚炜*

我科采用硬纸板作为外固定材料,治疗儿童桡骨下端骨折 28 例,疗效满意,特报告如下。

临床资料 28 例中男 18 例,女 10 例;最大年龄 12 岁,最小 5 岁;28 例全部为单侧骨折,骨折无移位者 10 例(青枝型骨折),程度移位者(1/2 以下错位)11 例,完全错位 7 例。

治疗方法 1. 材料:用硬纸筒或硬纸盒等,根据患儿前臂粗细剪成类似小夹板的掌背侧板各一块,每块由二层纸板组成,使其有一定的硬度。

2. 整复:28 例患儿均在伤后 1~2 天得到整复与固定。整复前常规 X 线拍片检查,明确骨折类型后用牵抖手法复位,尽量达到解剖对位,并作轻微摇摆触碰手法使骨折端嵌插,增加稳定性。

3. 固定:患肢段用棉纸包裹后,在骨折肢的掌背侧各置硬纸板二块,骨折端是否加垫根据骨折情况而定,长度超过尺桡骨中上段,下超过腕关节,用多层绷带缠扎纸板,松紧度合适。X 线复查位置满意后,前臂用半片硬纸板圆筒托在中立位上固定于胸前,渐进性练习掌指间关节活动。隔天复查一次。同时选用抗菌素,钙片或中药活血化瘀、理气止痛药物 3~5 天。

治疗结果 本组患儿无发生骨不愈合或延迟愈合,2 周后骨折端稳定,4~6 周后骨折达临床愈合,关节、手功能均恢复正常,外观无畸形。

体会 患肢肿胀较轻,不易发生血液循环障碍。因

* 浙江省仙居县中医院

纸板横径略带弧形,固定后与肢体贴合紧密,且重量轻,通透性好,因而感觉舒适,疼痛较轻,肩关节及掌、指关节恢复正常活动早,有利于加快骨折的愈合。对儿童稳定型骨折尤为适用。(收稿:1994-01-23)

改良的静脉区域内麻醉 进行四肢骨折闭合复位

贵州省凤冈县医院(564200) 郑满红 胡军

笔者自 1992 年开始应用改良的静脉区域内麻醉进行四肢骨折闭合复位 50 例,效果满意,报告如下。

临床资料 男 40 例,女 10 例;年龄 18~62 岁;新鲜骨折 32 例,陈旧骨折 18 例;骨折部位:肱骨下段骨折 4 例,肘部骨折 12 例,前臂骨折 18 例,手腕部骨折 8 例,膝关节以下骨折 8 例。

方法 在上臂上 $\frac{1}{2}$ 或大腿上 $\frac{1}{2}$ 扎止血带。无止血带用血压计袖带也可。压力:上肢为 250~300mmHg,下肢为 350~400mmHg。止血带充气后选择离骨折较近的静脉穿刺注入局部麻醉药液。一般上肢用 0.5%利多卡因 40~60ml,下肢用 0.25%利多卡因 80~120ml。或 2.5~3mg/kg 加入与上述相同量的生理盐水,无需用肾上腺素。在注入麻醉药过程中出现紫白相间的云斑,则痛觉阻滞开始,一般 3~6 分钟达到完全阻滞,即可开始复位,复位完毕后缓慢松止血带。

结果 本组均麻醉完善,肌肉松弛良好。麻醉时间可达 1 个半小时。

讨论 不在麻醉下进行骨折复位,病人常因疼痛而出现疼痛性休克或因肌肉紧张而致复位失败。臂丛、硬膜外、腰麻等麻醉需要专门的麻醉师而且有一定危险,血肿内麻醉效果不肯定,肌肉松弛不满意常影响复位。而改良的静脉区域内麻醉与上述麻醉相比具有以下优点:

1. 操作简单、安全,易掌握,无副作用。尤其适用于无专门麻醉师的基层医院和门诊复位室。

2. 麻醉完善,效果肯定,肌肉松弛满意。本组麻醉均完善,麻醉时间可达 1 小时 30 分钟,完全可以满足各种骨折脱位复位固定。麻醉时不需搬体位,减少病人痛苦。

3. 复位后不需留院观察,减轻了病人的经济负担和医院的床位占用。

4. 与传统的静脉内局部麻醉相比本法不需驱血,

若出现麻醉不满意可以静脉注入生理盐水 20~40ml 进行扩容以完善麻醉效果。

(收稿:1994-01-18)

胸椎后小关节紊乱 25 例报告

辽宁沈阳市大东区人民医院(110042)

刘继毅 李为华 宋玉兰

笔者治疗胸椎后小关节紊乱症 25 例,报告如下。

临床资料 25 例中,男 14 例,女 11 例;年龄最小 22 岁,最大 65 岁;致病原因:多由于用力不当,上肢不协调活动,如突然用力提重物,打扑克突然用力甩牌,跷脚往高处搭手巾,洗澡背着手用手巾擦背,扛重物上肩,劳累后一个姿势静卧较久受风受凉后突然活动等,尚有原因不明者;部位:第四胸椎 13 例,第五胸椎 12 例;棘突左偏 11 例,右偏 12 例,后突 2 例;病程:一天 6 例,二天 4 例,三天 12 例,反复发作数月 3 例。

诊断依据:明显的上肢不协调的活动,并有背痛,不敢呼吸,重者呼吸困难的历史。低头,头颈部前屈后伸,上肢高举,肩部活动等均可使背疼加剧,或不敢活动。

双手拇指触诊,棘突偏歪,棘突上韧带钝厚,局部压痛,仍是最重要的体征和诊断依据。

治疗方法 棘突左偏,患者坐方凳上,助手两腿挟住患者两膝。双手压于患者大腿根部,使患者臀部保持不动。医者右拇指按住患椎棘突左侧,左手从患者左腋下伸向前,掌部压于患者颈后,此时令患者前屈 60 度角,向左转 40 度角左右,医者拇指顺向拨动偏歪棘突,可有椎体轻微错动感,而后双拇检查偏歪棘突是否复位。如已复位,可将棘上韧带舒顺压平。手法后如病人即刻感到疼痛消失,舒适轻松,则手法完成。检查如未复位,可重复旋转手法,或改用侧卧斜扳法。右偏则取相反手法。后突者可令患者俯卧硬板床上,两上肢平放身体两侧。全身放松。医者立于患者侧方,用掌根按住后突棘突,另手按于其掌背,令患者深吸一口气,待患者呼气时,医者向前下方用巧力按压,后可闻“咯咯”声。复位成功。病人疼痛消失,如遗留周围软组织疼痛可配合封闭。

治疗结果 疗效标准:治愈:背痛消失,功能正常。显效:背部疼痛基本消失,活动、功能无影响但稍有痛感。好转:背痛减轻。