

为纵向连杆与脱位椎体的椎板形成 15° 角, 常可达到满意的复位。

本组有 1 例滑脱复发, 主要是初期操作经验不足, 悬吊钉旋入太浅, 悬吊力量欠佳。其次是未重视局部植骨操作, 植骨愈合不满意, 影响了椎体复位后的维持。因而, 我们强调在 X 线监视下, 将悬吊钉置于准确的位置较为重要。另外, 做好植骨床, 植骨量足与质量好也很重要。

(本院医艺室韦晓红技师绘图, 在此致谢。)

参考文献

- [1] Steffee AD, Biscup RS, Sitkowski DJ. Segmental spine plates with pedicular screw fixation. Clin Orthop, 1986, 203: 45.
- [2] Steffee AD, Sitkowski DJ. Reduction and stabilization of grade IV spondylolisthesis. Clin Orthop, 1988, 227: 82.
- [3] Steffee AD, Sitkowski DJ. Posterior lumbar interbody fusion and plates. Clin Orthop, 1988, 227: 97.
- [4] Cotrel Y, Dubousset J, Guillaumat M. New universal instrumentation in spine surgery. Clin Orthop, 1988, 227: 10.
- [5] Crenshaw AH. Campbell's operative orthopedics. 7th ed. St. Louis: Mosby, 1987. 3243-3263.

(收稿: 1998 04 01 编辑: 程爱华)

• 学术探讨 •

腰椎间盘突出症 CT 诊断失误分析

林健 叶少萍

(宁德地区中医院, 福建 宁德 352101)

我院 1994 至 1996 年间收治的 95 例经 CT 检查和门诊医师诊断为腰椎间盘突出症病例, 经住院观察, MRI 检查或临床诊断性治疗或手术治疗后确诊腰椎间盘突出症 86 例, 误诊 9 例, 分析如下。

1 临床资料

本组 95 例中男 50 例, 女 45 例; 年龄 21~58 岁; 病程 1 个月~10 年; 突出部位: L_{4/5} 60 例, L₅S₁ 25 例, L_{4/5} 合并 L₅S₁ 10 例; 突出物大小为 3~11mm。

2 病例分析

95 例患者, 均行 CT 检查后, 门诊诊断为腰椎间盘突出症收住院治疗。入院后, 在体检中发现症状及体征与 CT 显示的突出部位不相符, 经 MRI 进一步检查确诊为脊椎骨转移癌 1 例, 马尾神经纤维瘤 1 例。经诊断性治疗后确诊为第三腰椎横突综合征及梨状肌综合征各 1 例。手术中证实腰椎峡部裂伴椎体滑脱 3 例, 蛛网膜下囊肿 1 例, 先天性神经畸形 1 例。共误诊 9 例。

95 例 CT 报告髓核突出大小与误诊病例的关系: 突出物 3~4mm, 34 例中误诊 6 例; 突出物 5~6mm, 46 例中误诊 3 例; 突出物 7~11mm, 15 例中误诊 0 例。

3 讨论

3.1 明确椎间盘突出与椎间盘突出症这两个不同的概念。周秉文教授认为^[1]椎间盘突出有生理性的, 也有病理性的, 而椎间盘突出症纯属病理范畴。它是以椎间盘突出为病理基础并由其所引起一系列腰腿部疼痛的综合征。这两个概念在理论上似乎不难区别。然而在临床上, 患者有腰腿痛症状并有 CT 提示椎间盘突出, 而被诊断为椎间盘突出症的现象并不少见, 本组病例中脊柱周围软组织疾患及腰椎峡部裂伴椎体滑脱误诊为腰椎突出症者即属此种情况。手术证实腰椎峡部裂伴椎体滑脱病例中未发现其椎间盘突出, 其腰腿痛是因为神经

根受椎体滑脱压迫所致。其 CT 提示的椎间盘突出可能是由于扫描的角度问题。一定要明确腰椎间盘突出症是以椎间盘突出为病理基础并由之所致的一系列腰腿部疼痛的综合征这一概念。

3.2 在腰腿痛的诊断中, 临床中病史、症状及体征包含着疾病的内在信息, 对它们进行仔细地分析则可得到启示。如本组中马尾神经纤维瘤病例表现为持续性腰腿痛, 用一般止痛药不能缓解, 蛛网膜下囊肿表现为症状与体征不吻合, 患者自觉左下肢放射痛, 而体征上右侧的根性征较左侧明显, 且有左右侧游走性疼痛的症状。腰椎骨转移癌则表现为夜间疼痛加剧, 白天体检时阳性体征不典型, 有明显贫血外观。先天性神经根畸形者表现为间歇性跛行, 脊柱侧弯, 体检无根性征。这些病例在症状及体征上都有与椎间盘突出症鉴别之处。如果避开 CT 的提示、仔细分析上列症状及体征, 作出正确的诊断是不难的。这些病例的误诊, 究其原因主要是因为过分依赖 CT 的诊断, 受 CT 的误导。

3.3 重视 CT 的部分容积效应。本组误诊的病例多发生于 CT 示椎间盘突出 3~6mm 的患者, 尤以 3~4mm 之间者为多。由于 CT 对突出物扫描的层厚及角度不同, 所得到的突出物的峰值也不同, 因此 CT 片上提示的突出物的峰值也不同, 因此 CT 片上提示的突出物的大小仅能作为参考, 不能将其绝对化。本组病例证实 6mm 以内的突出物均有可能导致临床的误诊。

参考文献

- [1] 周秉文. 浅谈腰椎间盘突出症诊治中的几个问题. 中国骨伤, 1994, 7: 36.
- [2] 张效良, 等. 对 100 例疑颈椎病者 CT 扫描的探讨. 中华骨科杂志, 1989, 9(2): 120.

(收稿: 1998 06 21 编辑: 程爱华)