

已明显减少。过去我院亦采用 Bryant 牵引治疗小儿股骨干骨折 17 例, 8 例出现双下肢大面积皮肤撕脱, 5 例患肢大腿形成大量的张力性水泡, 虽最终达到了良好的疗效, 但我们体会治疗过程较繁琐, 随时需调整牵引高度或重新悬吊, 患儿家属难以接受牵引对娇嫩皮肤的损伤。与 Bryant 牵引相比, 桥式钢丝夹板没有胶布对皮肤刺激所产生的不良反应, 不会发生由于循环障碍引起的并发症, 无须反复调整, 且对患儿年龄及体重界定可适当放宽, 本组中年龄最大 5.3 岁。桥式钢丝夹板外固定具有操作简单、护理方便、疗效安全可靠等优点。值得注意的是, 由于小儿喜动, 对疼痛的耐受力 and 自控能力差, 医患合作较难, 故医者要有高度的责任心, 做到早牵引、早复位, 多巡视病房, 保持好治疗上需要的肢体位置^[7]。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1995: 172.
The State Administration of TCM. TCM standard of medical certificate[M]. Nanjing: Nanjing University Press, 1995: 172. Chinese.
- [2] Flynn JM, Schwend RM. Management of pediatric femoral shaft fractures[J]. J Am Acad Orthop Surg, 2004, 12(5): 347-359.
- [3] 易彬. 非手术治疗小儿股骨干骨折的体会 [J]. 中医正骨, 2008, 20(12): 40.
Yi B. The experience on non-surgical treatment of femoral shaft fractures in children [J]. Zhong Yi Zheng Gu, 2008, 20(12): 40. Chinese.
- [4] Hedin H, Hjorth K, Rehnberg L, et al. External fixation of displaced femoral shaft fractures in children: a consecutive study of 98 fractures [J]. J Orthop Trauma, 2003, 17(4): 250-256.
- [5] 汪元伟. 垂直悬吊皮牵引配合夹板固定治疗小儿股骨干骨折 [J]. 中国骨伤, 2007, 20(12): 869.
Wang YW. Perpendicular hanging and skin traction combined with external fixation splints for the treatment of femoral shaft fractures in children [J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2007, 20(12): 869. Chinese.
- [6] 陈留如, 程富礼, 宋相建, 等. 使用桥式架治疗小儿股骨干骨折 [J]. 中医正骨, 2000, 12(7): 420.
Chen LR, Cheng FL, Song XJ, et al. Use bridge frame for the treatment of femoral shaft fractures in children [J]. Zhong Yi Zheng Gu, 2000, 12(7): 420. Chinese.
- [7] 孙德刚. 小儿股骨干骨折的治疗 [J]. 中国骨伤, 2005, 18(1): 46.
Sun DG. The treatment of femoral shaft fractures in children [J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2005, 18(1): 46. Chinese.

(收稿日期: 2010-07-27 本文编辑: 连智华)

· 病例报告 ·

肿瘤误诊为颈腰腿痛疾病 6 例分析

蔡军¹, 刘克新¹, 李宇俊²

(1. 北京电力医院中医骨伤科, 北京 100073; 2. 北京仁和医院骨科)

关键词 肿瘤; 腰腿痛; 颈痛; 误诊

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2011.03.018

Tumor misdiagnosed as neck and low back pain: a report of 6 cases CAI Jun*, LIU Ke-xin, LI Yu-jun. *Orthopaedics of Traditional Chinese Medicine, Hospital of Beijing Electric Power, Beijing 100073, China

KEYWORDS Neoplasms; Lumbago-leg pain; Neck pain; Diagnostic errors

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2011, 24(3): 239-241 www.zggszz.com

颈腰腿痛是骨伤科的常见病和多发病, 也正因为如此, 在临床工作中, 往往在惯性思维的影响下, 将大部分的颈腰腿痛都归结为颈椎病、腰椎间盘突出、腰肌劳损等病名, 而忽视了对每例患者疾病特点的分析, 忽视了必要的鉴别诊断, 导致误诊。肿瘤作为人群中主要的致死性疾病, 对于它的误诊, 会导致治疗机会的丧失, 造成严重后果。本文将 2006 年至 2009 年收治的 6 例肿瘤误诊病例作一回顾性分析。

1 临床资料

本组共 6 例, 其中女 5 例, 男 1 例; 年龄 47~60 岁, 平均

52.6 岁。患者分别来自两省一市, 其中院外误诊 5 例, 院内误诊 1 例。

1.1 病例 1 患者, 女, 49 岁, 主因“右小腿外侧酸痛 3 个月, 夜间为甚”就诊。自述疼痛似刀割样, 下楼时右腿有踩空感, 入院前 1 个月曾在外院行 CT 检查, 诊断为“腰椎间盘突出症”, 给予镇痛治疗。入院查体见患者持拐行走, L₅/S₁ 棘突间及椎旁压痛, 右侧股骨大粗隆叩痛, 右髋关节外展 10°, 右侧“4”字试验阳性, 右股四头肌肌力 IV 级。根据检查, 不除外右髋部病变, 摄髋部 X 线片, 见右侧股骨头及粗隆间骨质不规则低密度区, 骨皮质变薄。继而行局部 CT 检查, 影像诊断为肿瘤样病变(见图 1)。向患者家属交待病情后 1 周, 患者在睡眠中翻身造成病理性骨折, 行人工髋关节置换术, 病理报告为“腺癌

骨转移”，最终确诊为肺癌骨转移。



图 1 女,49 岁,肺癌骨转移,X 线片箭头所指处可见椭圆状密度减低区,局部骨小梁消失,股骨颈外侧皮质破坏

Fig.1 Female,49-year-old,X-ray showed the density of the oval-shaped area (the both arrows point to) decreased,the local trabecular bone disappears,and the lateral femoral cortex is damaged

1.2 病例 2 患者,女,60 岁,主因“左颈部胀痛、活动受限 4 个月,加重 2 个月”就诊。入院前在外院行颈椎 MRI 检查,诊断为“颈椎间盘突出症、颈椎源性神经痛”,并采用微创介入技术行持续镇痛治疗。入院查体见:颈椎各向运动为 0°~10°,双上肢肌力、感觉及各项反射检查未见明显异常,顶部叩击痛阳性,Rust 征阳性(见图 2)。复审入院时自带的颈椎 MRI 片,见寰椎左侧块信号减低(院外检查时未报告)。立即复查颈椎 CT,见寰椎左侧块骨质破坏,寰枢关节脱位(见图 3)。追问病史,患者述于入院前一年曾行左侧乳腺癌切除术,最终确诊为乳腺癌复发、寰椎转移。

1.3 病例 3 患者,女,51 岁,主因“反复颈、腰痛 3 年,加重 3 个月,伴头痛”就诊。患者自述疼痛为爆发性电击样、刀割样疼痛,在外院诊断为“颈腰综合征、腰椎间盘突出症”,治疗效果不佳后,转来我院就诊。查体见头颅无畸形,颈无抵抗,四肢肌张力增高,生理反射活跃,双侧 Hoffman 征阳性,双侧直腿抬高试验阴性,右侧踝阵挛阳性。颈椎 MRI 示:多节段椎间盘轻度突出,未见髓内病变。根据物理检查所见,加查头颅加强 CT,发现在桥脑部位有一巨大占位性病变,大小约 3 cm×3.2 cm×3.3 cm(见图 4),确诊为脑干肿瘤,转神经外科行手术治疗。

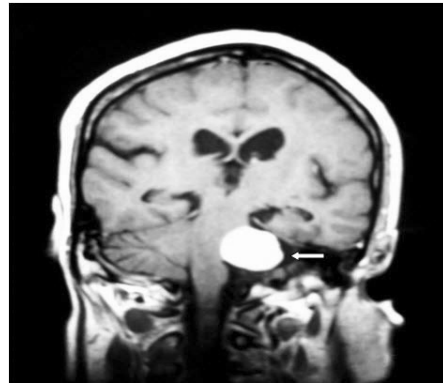


图 4 女,51 岁,脑干肿瘤,头颅加强 CT 示,脑干处有一椭圆形肿物(箭头所指)压迫脑干

Fig.4 Female,51-year-old,brain stem tumor. The head enhancement CT showed that there was an oval mass (the arrow points to) compressing brain stem

1.4 病例 4 患者,女,47 岁,主因“腰痛伴右下肢放射痛 1 年余,加重 3 个月”入院。患者于入院前 2.5 年曾行“膀胱癌部分切除术”,本次入院前曾在原手术医院复查,未见肿瘤复发征象。入院前在当地医院诊断为“腰椎间盘突出症”,给予镇痛及抗炎治疗,治疗后疼痛症状减轻,但反复出现。入院后出现不可解释的低热症状,考虑腰痛、下肢放射痛及低热可能与肿瘤有关,行盆腔 B 超检查未见特殊异常,继续行盆腔 CT 检查,发现盆腔淋巴结肿大,确诊为膀胱癌局部转移。2 个月后复查 B 超,见右髂窝内占位性病变,侵犯髂腰肌。腰椎 MRI 显示,腰椎骨转移。

1.5 病例 5 患者,女,55 岁,主因“左下肢疼痛伴活动障碍 1 年,加重半年”就诊。患者于就诊前半年,因前述症状在当地诊断为“腰椎间盘突出症”,并行“椎板减压、髓核摘除术”,术后症状无减轻并逐渐加重,遂转来我院治疗。入院后患者呈左侧屈髋强迫体位,并逐渐出现左下肢肿胀及发热。CT 示:左髂窝占位性病变(见图 5),腹腔广泛淋巴结转移。最终确诊为直肠癌腹腔转移。

1.6 病例 6 患者,男,56 岁,主因“右肩后部放射痛 3 个月,加重 1 个月”入院。患者自述疼痛呈刀割样,为持续性痛,夜间稍重,向右胸及右臂放射。曾于 2.5 年前在外院行“肺癌根治术”,入院前在外院诊断为“胸神经、臂丛神经痛”,曾先后

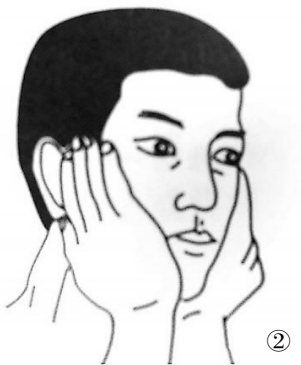
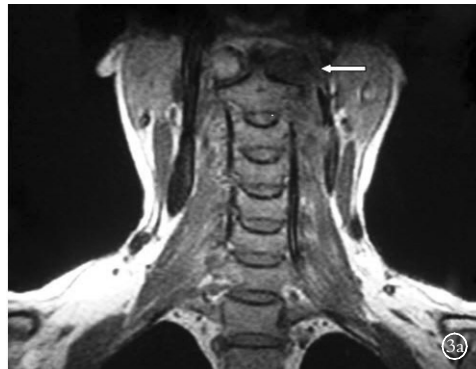
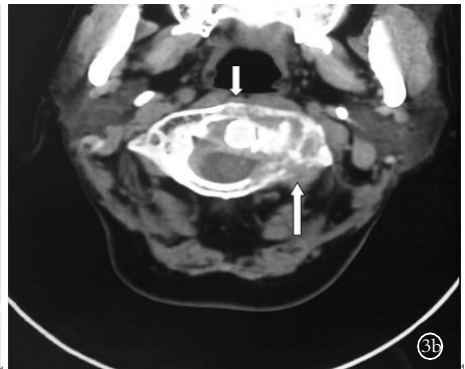


图 2 Rust 征示意图 图 3 女,60 岁,乳腺癌复发,寰椎转移



3a. 颈椎 MRI 可见寰椎侧块信号减低



3b. 长箭头所指可见寰椎侧块骨质破坏,短箭头所指可见寰枢关节脱位

Fig.2 Diagram of Rust sign Fig.3 Female,60-year-old,recurrence of breast cancer and metastasis to atlas 3a. The cervical MRI showed reduced signal of the lateral mass of atlas 3b. The long arrow showed destruction of the lateral mass of atlas and the short arrow indicated atlantoaxial dislocation

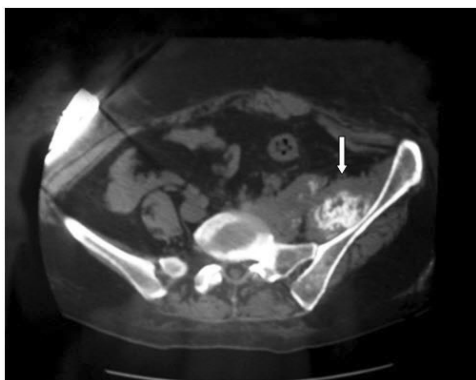


图 5 女, 55 岁, 直肠癌腹腔转移, CT 示髂窝部有一巨大肿物侵犯髂腰肌, 肿物中间部分钙化(箭头所指)

Fig. 5 Female, 55-year-old, rectal cancer metastasis to abdominal cavity. The CT showed that there was a huge mass violating iliopsoas in iliac fossa, and the middle part of the mass had been calcified (the arrow points at)

在两家医院治疗, 后又转我院治疗。入院后, 继续给予抗炎、镇痛及神经营养药治疗, 但症状继续加重, 并逐渐出现右侧霍纳氏征及右臂肿胀。入院 5 周后, 行强化 CT 检查, 见右侧胸腔及胸廓内软组织肿块不均匀强化, 气管及纵隔受压向左侧移位。根据临床表现及辅助检查所见, 确诊为肺癌右肺尖部转移 (Pancoast 综合征)。确诊后 1 个月患者去世。

2 讨论

2.1 严谨全面的病史采集是避免误诊的前提 在病例 2、4、6 中, 虽然分别表现有颈腰腿痛症状, 但又有一个共同的特点, 即均有肿瘤病史。从诊断“一元化”的角度出发, 在考虑诊断时, 首先要对病史有一个全面的了解和分析。临床思维是一个系统思维的过程, 要考虑病史与目前的症状有无联系以及联系的程度, 不能轻易地将病史与现状割裂开来, 孤立地看待某种症状或体征, 即是误诊的开始。

2.2 重视特异性体征是避免误诊的重要途径 特异性体征在诊断过程中有着特殊、不可替代的地位, 它对于临床思维具有引导的作用。在病例 2、6 中, 分别出现了 Rust 征和 Pancoast 综合征。Rust 征是椎体破坏的特异性体征, 见于颈椎结核和颈椎肿瘤, 而任何一型颈椎病均不可能出现此征象。Pancoast 综合征是肺尖部占位性病变的特异性体征, 它包括了霍纳氏综合征、肩胛区疼痛和尺神经麻痹等 3 大体征, 它的出现可以说已确定了病变的部位。

2.3 重视神经系统定位体征是避免误诊的重要鉴别手段 骨科诊断与神经科诊断是密切联系的, 作为骨科医生, 必须熟悉神经系统的解剖和定位诊断。在病例 3 中, 患者出现四肢肌张力增高、生理反射活跃、双侧 Hoffman 征阳性及踝阵挛阳性等上位运动神经元受损的体征, 而双侧 Hoffman 征的出现, 主要见于 C₄ 以上病变或脊髓前角运动神经元疾病, 在排除了后一种可能后, 主要考虑 C₄ 以上病变, 同时患者又没有出现皮层疾病的定位体征, 那么病变部位就应该在皮层下到 C₄ 以上

的区域, 最终头颅 CT 检查证实了我们的判断, 为患者的及时治疗赢得了时间。

2.4 掌握骨科生物力学是避免误诊的重要基础 在骨科疾病中, 生物力学机制的改变是产生疼痛等症状的重要原因, 尤其是见到与体位相关的疼痛。在病例 1 中, 患者表现有持拐行走, 下楼时右腿有踩空感, 右腿疼痛夜间为甚, 右髋关节外展受限等临床表现。而对于腰椎间盘突出症的患者来说, 卧位时椎间盘压力最轻, 如无其他并发症或未处于急性期, 则不应该出现夜间疼痛加重的表现。同时, 对于此类患者来说, 出现行走困难主要是由于疼痛性跛行所致, 而因肌力下降, 需持拐保护才能行走的患者仅为少数, 所以当出现只有持拐才能行走的体征时, 应想到是否存在其他原因的可能。在本病例中, 患者还有下楼时右腿有踩空感、右髋关节外展受限等表现, 这些均与腰椎间盘突出的力学机制不符, 这些构成了我们最终否定原诊断、发现右髋部病变的思维线索, 从而也避免了因后来发生病理性骨折而可能出现的医疗纠纷。

2.5 正确评价影像学诊断的价值是避免误诊的重要环节 应该说, 影像学检查在颈腰腿痛的诊断中是非常重要的, 但前提是必须和物理检查相结合, 和临床体征相结合。影像学诊断不能等同于临床诊断, 这是避免临床误诊的重要环节。在病例 5 中, 将髂窝肿瘤误诊为“腰椎间盘突出症”的主要原因有两个: 一是过度依赖影像学检查, 将影像学诊断直接转换成了临床诊断, 但诊疗者忘记了椎间盘突出不等于椎间盘突出症。在 Boden 等^[1]于 1990 年发表的一篇文章中, 对一组人群进行颈椎间盘 MRI 检查后发现: 其中在 40~59 岁组中, 有 22% 的人出现有椎间盘突出的影像而无任何临床症状; 在 60~80 岁组中, 这种表现达到 36%。另有报道, 无症状压迫作为一种亚临床现象, 较普遍地 (7.9%~27%) 存在于人群中^[2]。二是诊疗者混淆了神经根性痛和干性痛的区别, 错误地将由于髂窝肿瘤压迫造成的干性痛, 误认为是腰椎间盘突出造成的根性痛, 进而错误地为患者实施了“椎板减压术”而未解决任何问题。

总之, 在颈腰腿痛疾病的诊断中, 作为临床骨科医生, 要全面提升知识结构, 培养良好的诊断思维方式, 掌握正确的诊断方法, 这样才能最大程度地减少误诊率, 尤其是减少肿瘤性疾患的误诊率, 从而为患者争取治疗时间, 同时亦减少医疗纠纷的发生。

参考文献

- [1] Boden SD, McCowin PR, Davis DO, et al. Abnormal magnetic-resonance scans of the cervical spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation[J]. J Bone Joint Surg Am, 1990, 72(8): 1178-1184.
- [2] Matsumoto M, Fujimura Y, Suzuki N, et al. MRI of cervical intervertebral discs in asymptomatic subjects[J]. J Bone Joint Surg Br, 1998, 80(1): 19-24.

(收稿日期: 2010-07-23 本文编辑: 连智华)