

误诊颈椎病13例分析

浙江省奉化市人民医院 (315500) 姜薰国

为吸取教训,现将1986年2月~1990年6月我院及外院转入我科的误诊颈椎病21例中的13例完整病历进行分析,以供同道参考。

临床资料

本组男6例,女7例;年龄41~69岁;发病时间7天~6年,平均1.1年;误诊时间最长的5年,最短的3天;其中4例外院误诊的均在一年以上;本组13例中肺癌误诊2例,胃癌一例,肺结核2例,脊柱结核一例,鼻中隔弯曲伴副鼻窦炎一例,肱二头肌长头肌腱炎一例,椎管神经鞘瘤一例,腕管综合症2例,胸出口综合症一例,糖尿病性末梢神经炎一例。

典型病例

例1,男,61岁,工人。颈痛3月,无外伤及发热史曾在当地医院摄颈椎片提示:颈椎肥大性改变。用中、西药,针灸等对症治疗,症状缓解。近半月颈及右肩胛部酸痛加重,偶伴咳嗽,午后低热,初诊颈椎病转入我科。检查:颈活动轻度受限,叩顶试验(-),臂丛牵拉试验(-),右肩关节高举受限,尤以颈肌及肩胛部压痛明显,胸挤压试验(-)。复习原片除颈5、6前后角轻度增生外无骨质破坏。听诊心区无殊变,右上肺呼吸音增粗,颈及锁骨上淋巴结未及,白血球 9200mm^3 ,嗜中性75%;淋巴球24%;嗜酸性1%;血沉 38mm/h 。胸部X线提示:右上肺炎症性改变。即给予抗菌、消炎、止咳、止痛及理疗治疗。半月后症状仍无好转并咳嗽加重,遂摄胸正位片提示:右肺中心型肺癌,连续三次新鲜痰液脱落细胞检查癌细胞均阳性。

例2,男,17岁,高中生。因颈部活动不利,右上臂,前臂及右手无名指和小指麻木,尤以夜间症状明显二月来诊。无低热及盗汗史,血沉 20mm/h ,颈X线正侧位片示:颈4、5椎间隙轻度狭窄,生理弧度变直,初诊:

颈肩综合症。经牵引10天后症状缓解。因毕业期学习紧张而未复诊。平时颈肩痛偶发。自服止痛,解痉等药能改善。8月后两手麻木明显,右颈部疼痛加重伴低热。复诊,查血沉 25mm/h ,右颈甲状软骨水平软组织隆起 $2\times 3\text{cm}$ 一肿块,无波动感及红热,右上肢活动无殊。再摄颈部X线片提示:颈椎体局部破坏,拟诊颈椎结核。胸片(-)。即行局部穿刺活检,病理报告:结核性肉芽组织。而确诊为颈椎结核转上级医院,半年后随访已行植骨融合术。

例3,女,43岁,教师。颈及左臂痛5年余。3年前在本院摄颈椎片提示:颈椎肥大性改变。先后在我科用理疗,针灸,推拿,牵引等治疗。1989年8月突然颈部疼痛加重,活动受限,尤以夜间症状加重,并伴两上肢麻木,两下肢无力。检查:头颈部前倾,伸屈,旋转明显受限,颈5、6棘突压痛明显,行走步态不稳,疑脊髓型颈椎病,作CT检查提示:脊髓压迫综合症,神经纤维瘤;1月后,两上肢肌力0~II度,转上级医院行椎管造影定位后手术,病理诊断为椎管内神经鞘瘤。

例4,女,41岁,教师。右前臂及手尺侧麻木无力,偶尔持物失落,细微协调受累,尤以颈部某一体位时症状明显。某区卫生院先后摄颈部X线片及肌电图检查,诊为颈椎功能性改变;右肩筋膜炎;臂丛神经炎等已5年,于1990年1月来本科。体检:右上肢及颈部活动无殊,右手大鱼肌肌萎缩,前臂尺侧感觉减退,外展时症状明显。即摄X线正侧位及左右斜位片示:第7颈椎残存颈肋。再借调前片复习,因投照部位不当,颈7大部未显影。一周后行颈肋切除术,术后前症全部消失,至今未发。

例5,女,45岁,工人。因颈病左上肢麻木伴左偏头痛3年余。X线颈椎片示:颈椎肥

大。内科、神经科及耳鼻喉科诊断为神经血管性头痛；左鼻中膈轻度弯曲；颈椎肥大于1989年9月转入我科。脑血流图检查双侧脑血管扩张度增高。血压及血脂分析均正常范围。先后用牵引，理疗，针灸，推拿及椎旁封闭，中西药等治疗，症状均时发时好；效果不甚明显，尤以偏头痛症状进行性加重，曾几次五官科会诊，除鼻中膈稍偏歪外未见异常。至1990年3月偏头痛症状发作加剧，疼痛难忍，转外行颈椎、颅脑及鼻咽部CT检查后诊断为左鼻中膈弯曲，慢性鼻窦炎，颈椎肥大。即在沪行鼻矫正术及抗炎治疗后，偏头痛症状消失。

例6，女，65岁。因反复右上肢疼痛，麻木6月就诊，疼痛时呈烧灼样，夜间尤甚，内科门诊摄X线颈片示：第4、5、6颈椎肥大，血沉18mm/h，白血球6600/mm³，嗜中性68%，淋巴球32%，尿常规（-），尿糖（-），拟诊颈椎病。用消炎痛等内服无效而转入本科。有高血压史4年，否认三多一少症状，查体：血压160/90mmHg，肥胖，心肺无殊，右肩胛区及右上肢局部皮肤触觉减退，肌力正常，颈段活动无殊，压痛不显，臂丛牵拉试验（-），纵轴压顶试验（-），尿糖（-），测血糖210mg%。修正诊断为糖尿病性末梢神经炎而转回内科治疗。

讨 论

误诊原因分析：1.片面地依赖X线片检查结果，因X线受投照、冲洗及读片等因素影响，很难有较高的正确率，如例4由于放射科

医生的忽视而被误诊。2.简单地沿用过去的诊断标准：本组中有低热者3例；血沉高于正常者3例；血压偏高者2例；进行性或反复的神经压迫症状的7例，原有其它疾病史者4例。大多数因临床表现不典型，而又未严格参照颈椎病诊断标准而被误诊。如例1及5。3.满足于原来的诊断：如例3，由于医生对自身的诊断过份自信和专科在临床上综合分析的面又较狭窄，以及疾病变化后仍未给患者进行全面的体检和动态分析，以至误诊。如例2是由于医生对疾病的分析欠全面，又未嘱其复诊加上少年无知和家属不够重视导致耽误诊断时间，又如例6由于内科医生的综合分析不全面，简化了检查项目，虽已想到糖尿病，但过分信赖了尿糖化验结果，而未进一步检查血糖，导致误诊。如例1只作胸透诊断。未摄胸片，以致耽误诊断。4.对老年人的特异性认识不够。由于老年人的解剖生理与年轻人不甚相同，所以更应在每位医务人员思想中引起足够的重视。

体 会

为减少误诊提高对疾病的诊断正确率，应注意以下几点：（1）询问病史、体检、分析病程应细心、全面。（2）各专科医生不但要掌握本科的疾病，也应了解各科的诊断知识以不断提高本专业的诊疗技能，对可疑病例应运用一切辅助检查手段并邀请有关科室会诊减少误诊率。（3）对一时不能确诊以及治疗效果不甚明显者更要进一步的全面反复体检。特别对持续疼痛、低热、孕妇、老年人和青少年者。

腰椎间盘突出症治疗体会

河南省博爱县清化职工医疗所（454450）张靖才 庞勇 罗冬升 秦建营

腰椎间盘突出症，是骨伤科的常见疾病。

本文根据本科近几年来采用治疗手法和配合小针刀治疗手法对照比较，认为：配合小针刀治疗后提高疗效。缩短病程。现整理100例分析如下。

一 般 资 料

100例中，男70例，女30例；年龄在25~56岁之间；发病时间：2个月以内25例，2个月~6个月42例，6个月~2年33例；腰部侧弯40例，弓腰60例。