

收;另一方面使脱位缓慢而逐渐地复位,较符合病理转归的要求。我们不主张为追求及时复位滥用手法的“端颈”治疗。文献报告此法致脊髓、神经伤者不少。本组有 19 例作“端颈”复位症状突然加重,占总数的 32.8%,其中 5 例“端颈”前 X 线正常,“端颈”后则出现脱位征象,可能与“端颈”有关,应引起注意。牵引治疗的复位率与病程有关,病程越短复位率越高,因此越早越好。至于作什么牵引,这要看病程、X 线脱位的程度及有无脊髓、神经损伤而定。一般说来,病程在一月以内者作枕颌带牵引效果是好的,本组 35 例均获复位,以后复位率则依次下降。因此病程在二月以上者我们建议用颅骨牵引为好,因效果较好,手术也不大,以免牵引失败后再改作颅骨牵引而延长病程。不管用什么牵引,均取仰卧位使颈过伸,重量 1~3kg 由轻到重逐渐增加,使患者有一个适应过程易于接受,也不致造成新的损伤。牵引时间一般为 3~4 周。

2.2 环枢椎脱位牵引复位后,必须建立有效的外固定和保证足够的固定时限,否则,易发生再次脱位。本组有两例不愿作石膏固定,有一例在一月左右自行拆除头颈胸石膏而发生再次脱位。固定时限根据脱位时间长短而定,一般不应少于二个月。

2.3 有关手术问题,应从严掌握。本组有 5 例患者因病程长,虽经颅骨牵引未完全复位,我们仍作头颈胸石膏固定,在远期随访中,只有 2 例出现环枢椎不稳。如确因反复脱位,严重失稳或有脊髓、神经损害者,可考虑手术治疗。

参考文献

1. 尹培荣,陈雄德,付家智.自发性环枢椎脱位几种 X 线测量评价.骨与关节损伤杂志 1992; 2: 65.
2. 贾连顺,李家顺,刘洪奎,等.关于上颈椎损伤的再认识.骨与关节损伤杂志 1991; 2: 65.

(收稿:1996-01-16)

腰椎间盘突出症误诊原因分析

浙江中医学院骨伤教研室 (310009)

蔡永年 章明 朱胜良 章建华

腰椎间盘突出症是常见的骨伤科疾病,单以 CT 片诊断为依据容易导致误诊或漏诊。我们收集了近两年以来误诊 13 例患者,对原因作初步分析,供同道参考。

一般资料

本组 13 例中男 10 例,女 3 例;年龄 25~75 岁;神经鞘膜瘤 3 例,腰椎转移性肿瘤 3 例, T₁₀₋₁₁ 膜内肿瘤 1 例,股骨颈肿瘤 1 例,股骨颈骨折 1 例,强直性脊柱炎 3 例,神经根变异 1 例。

典型病例

例 1,阮××,男,75 岁,浙江省科研所实验厂,住院号 189135,因“腰痛伴左大腿疼痛 3 个月”于 1996 年 2 月 23 日以“腰椎间盘突出症”收住入院。患者 3 个月前无明显诱因下出现腰部疼痛,咳嗽时腰部疼痛加重,反复发作,并逐渐加剧,1996 年 2 月 4 日就诊本院经 CT 检查发现 L₃₋₄、L₄₋₅ 椎间盘膨出, S₁ 后缘骨质增生。服用消炎痛等治疗后未见缓解,后以“腰椎间盘突出症”收住入院。入院后专科检查:脊柱向右侧凸畸形,腰生理曲度消失, L₅ 棘突压痛 (+), 深部叩击痛 (+), L₄₋₅ 左侧椎旁压痛 (+), 两侧骶棘肌紧张压痛 (+), 左侧直腿抬高试验 30°, 右侧直腿抬高试验 40°, 加强试验均为阳性。双下肢股四头肌肌力稍减弱, 脚趾

背伸肌力正常。右小腿内侧和左小腿外侧皮肤感觉略迟钝,双膝部皮肤痛觉过敏。全身体检无阳性体征。经入院后 X 线片发现 L₃ 椎体似有病理性骨折。实验室检查球蛋白 45.80g%, 血沉 57mm/h, 癌胚抗原 CEA26ng/ml, CA-19-9 10u/nl, MRI 检查发现 L₃ 椎体压缩, 向后突, 硬膜囊受压。最后诊断为 L₃ 转移性肿瘤, 转肿瘤医院治疗。

例 2, 华××, 男, 53 岁, 浙江温岭人, 住院号 195426。患者因“腰痛 10 余年伴双下肢酸胀麻木 6 个月”于 1996 年 4 月 8 日以“腰椎间盘突出症”收入病房。患者 10 年前出现腰痛, 有时有左下肢麻木, 劳累后加重, 休息后能自行缓解。1995 年 9 月腰痛加剧, 左下肢有放射性麻木、疼痛、跛行。当地医院 X 片诊断为“骨质增生”。经小推拿治疗无明显好转。于 1995 年 12 月初就诊本院, 经 CT 检查诊断为“腰椎间盘突出症”, “腰椎管狭窄症”。行大推拿治疗, 术后症状有所改善回家休养。1996 年 2 月中旬在无诱发原因下出现腰腿痛麻木再次加重, 并出现右下肢放射性疼痛、麻木, 不能正常行走, 于 4 月 8 日就诊, 门诊以“腰椎间盘突出症”欲行手术治疗收入病房。检查全身无阳性发现。专科情况: 呈跛行步态, 腰椎侧弯, 生理曲度变浅, 腰部活动

受限, L₁~S₁ 棘突压痛, T₁₀~L₄ 棘突叩击时出现深部酸痛伴双下肢放射性胀麻。L₄~₅、L₅~S₁ 棘突左旁压痛, 且向同侧下肢放射, 右侧轻度压痛, 向同侧臀区放射。双侧直腿抬高试验 (-), 加强试验 (+)。坐位屈颈试验 (+), 左踮背伸肌力轻度减弱, 皮肤感觉: 左侧会阴部、大腿后侧、前侧、小腿后、外、前侧痛觉减退。左膝反射消失, 跟腱反射正常。左侧腹壁反射减弱。CT 提示: L₄~₅ 椎间盘中央偏左突出。入院 X 片发现 L₅ 椎体骨质破坏, 椎弓根消失。MRI 检查 L₄~₅、S₁ 骨质破坏, 考虑转移性肿瘤。最后诊断为转移性肿瘤, 患者自动出院。

讨 论

1. 误诊的常见原因: ①腰椎间盘突出症掩盖或忽视了合并症。本组病例多数存在腰椎间盘突出症的症状和体征。忽视了合并症的检查和鉴别诊断, 如其中的强直性脊柱炎、股骨颈骨折、股骨颈肿瘤。②忽略对 CT 假阳性的鉴别。如其中的神经鞘膜瘤、神经根变异。③

忽视症状特点和病史分析, 本组病例误诊普遍存在对全身性症状如低热, 胃纳差, 体重下降, 疼痛性质等缺乏认真分析, 对病史了解不全面。④缺乏认真的体格检查。如股骨颈骨折, 转移性肿瘤, 强直性脊柱炎等均因没有认真体检而误诊。⑤主观上忽视辅助检查和鉴别检查的重要性。如转移性肿瘤, 强直性脊柱炎均有血沉高的特点; 神经鞘膜瘤、神经根变异均因常规不做椎管造影或 MRI 而误诊。

2. 腰椎间盘突出症诊断中的注意点: ①把握腰椎间盘突出症症状、体征、影象的一致性。②密切注意 CT 假阳性及无症状的腰椎间盘突出现象。充分认识 X 线平片、椎管造影、MRI 在鉴别诊断中的重要价值和必要性。③熟练掌握腰部神经丛、根、干的分布和症状特点, 客观地、认真地分析症状和体征。④强调详细询问病史和认真全面地体格检查, 充分利用辅助检查。

(收稿: 1996-10-22)

肱骨近端巨大肿瘤人工肱骨连人工关节置换

黑龙江省林业总医院 (150040)

陈 列 冯德利 王 宁 孙文凯*

1994 年 4 月 10 日和 1996 年 8 月 13 日, 分别为 2 例肱骨上段巨大肿瘤行瘤段截除, 同时行人工肱骨连人工肩关节置换术, 近期疗效满意, 体会如下。

临床资料

例 1, 刘×, 女, 38 岁, 左上肢近端肿痛 18 个月, 近月加重。肩关节活动明显受限, 上肢肌肉萎缩, 全身一般情况良好, 检查正常范围。X 线片: 胸片正常; 左肱骨近端呈 8cm×6cm 膨胀性、皮质变薄的溶骨性破坏。病理诊断: 骨巨细胞瘤二级。

例 2, 石×, 女, 左上臂近端肿胀 14 年, 近一年疼痛, 出现上肢麻木, 肩关节活动明显受限, 上肢萎缩, 全身一般情况良好, 检验均正常。X 线片: 胸片正常, 左肱骨上端呈 9cm×5cm 膨胀性、溶骨性破坏, 皮质变薄。ECT 片: 左肱骨上端见有放射性分部浓聚区, 边缘光滑, 病变中心部放射性分部较淡, 上下两端较浓。病理诊断: 骨巨细胞瘤二级。

治疗方法

右侧卧位, 肩关节拐把切口, 长 20~24cm, 肩部

切断三角肌腱向外翻, 切断胸大肌腱部和肱二头肌附于喙突下方 1cm 处, 切断肱二头肌短头和喙肱肌腱性部, 向下翻起。切断外旋肌群及肩胛下肌腱部。充分锐性游离肿瘤下界 2cm 处, 截断提起肱骨近端, 锐性游离肿瘤于肩部, 环形切开关节体, 完整摘出瘤体。分别为 7cm×5cm×6cm 及 8cm×4cm×5cm。连接安放人工肱骨及人工肩关节, 活动范围符合设计。冲洗, 无显性出血。切断肌肉组合: 肱二头肌腱尺头吻合, 肱二头肌腱短头及喙肱肌腱吻合, 胸大肌缝合于三角肌上, 外旋肌群缝于肩胛下肌上, 三角肌腱性缝合。依次逐层缝合。包扎, 功能位石膏固定。48 小时拔出引流, 2 周拆线, 3 周练功。

讨 论

1. 手术适应症: 人工肱骨连肩关节置换, 适用于肱骨上端恶性程度低的肿瘤。边缘性肿瘤及瘤体大, 破坏广泛的巨大良性肿瘤。采用这种方法, 手术既彻底, 又解决了骨缺损, 具有如下优点: (1) 骨巨细胞瘤 1~2 级, 2 级刮除不彻底; 具大良性肿瘤, 植骨来源困难, 骨

* 黑龙江省安装公司卫生所