

减压术,认为侧前路减压直接,减压充分<sup>[1,2]</sup>,至于减压最佳途径仍有争论<sup>[8]</sup>,但文献中对陈旧骨折后路前方减压报告较少。从本组 59 例陈旧胸腰椎骨折截瘫经后路椎管前方减压,经与侧前路椎管前方减压术比较,治疗结果与减压彻底性及有效性并无多大区别,但二者优缺点,正如本文作者之一指出的胸腰段骨折存在前方压迫者,对已行椎板切除者、后方有内固定者及有蛛网膜粘连拟行松解者,应选择后正中入路,经椎弓根前方减压,其优点是手术创伤相对较小,出血量较少<sup>[9,10]</sup>。对未行椎板切除病例,则应根据病人体质、术者经验与设备条件进行选择。

#### 参考文献

- [1] 宋跃明,龚全,饶书城,等.前路椎管减压治疗陈旧性胸腰椎骨折截瘫.中华骨科杂志,1997,17(8):527-528.
- [2] Okuyama K, Abe E, Chiba M, et al. Outcome of anterior decompression and stabilization for thoracolumbar unstable fractures in the absence of neurologic deficits. Spine, 1996, 21(5): 620-625.

- [3] 吴先道,林贵德,彭学良,等.陈旧性胸腰段脊柱脊髓损伤不全截瘫侧前方减压术及有关问题.中华骨科杂志,1992,12(5):353-356.
- [4] 范成全.侧前方减压椎间植骨治疗陈旧性胸腰段脊柱骨折合并截瘫.中国脊柱脊髓杂志,1991,1(2):79-82.
- [5] Bohlman HH, Bahniuk E, Raskulincz G, et al. Free anterior decompression of spinal cord injuries. J Bone Joint Surg (Am), 1975, 57: 1025-1031.
- [6] Paul RL, Michael RH, Dunn JE, et al. Anterior trans thoracic decompression of spinal cord injuries. J Neurosurg, 1975, 43: 299-307.
- [7] Trafton PG, Dala M, Keletr ES. Computed tomography of thoracic and lumbar spine injuries. J Trauma, 1984, 24: 506-515.
- [8] William T, Hardaker JR. Bilateral transpedicular decompression and harrington rod stabilization in the management of severe thoracolumbar burst fractures. Spine, 1992, 17(2): 162-171.
- [9] 胥少汀.胸腰椎脊髓损伤侧前方减压的适应症与术式选择.中国脊柱脊髓杂志,1993,3(5):194-196.
- [10] 胥少汀.脊髓损伤.中华骨科杂志,1997,17(5):340-343.

(收稿:2000-06-10 修回:2001-03-09 编辑:李为农)

## • 短篇报道 •

# 误诊为腰椎间盘突出症的 7 例分析

刘小敏<sup>1</sup> 梁卫东<sup>1</sup> 孙前谱<sup>1</sup> 陈飞<sup>2</sup>

(1. 江西省中医院,江西 南昌 330006; 2. 会昌县中医院,江西 会昌)

腰椎间盘突出症是骨科常见病和多发病,是引起腰腿痛的常见病因。但一些其他疾病如:腰椎结核、椎管内肿瘤、腰椎骨髓瘤等,早期的临床表现往往与之相似,极易造成误诊误治,我院 2000 年 1~12 月共收治 7 例,现总结报告如下。

### 1 临床资料

本组 7 例,男 4 例,女 3 例;平均年龄 38 岁,病程 4 个月~2 年。7 例中有 5 例曾行腰椎间隙 CT 扫描,发现不同节段不同程度腰椎间盘退变突出,均在外院诊断为 L<sub>4,5</sub> 或 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 椎间盘突出症,并行推拿、牵引、痛点封闭、硬膜外封闭等治疗无效,后来我院就诊。其中 3 例经腰椎体 CT 扫描诊断为腰椎结核;2 例行 MRI 检查诊断为马尾占位性病变,后经手术病理证实为马尾神经鞘膜瘤;2 例行腰椎体 CT 扫描,发现广泛破坏,经骨髓穿刺,证实为腰椎骨髓瘤。

### 2 治疗方法与结果

3 例结核患者行正规抗痨治疗,其

中 1 例行病灶清除术,后临床症状缓解,2 例马尾肿瘤手术切除,腰腿痛症状消失,2 例腰椎骨髓瘤转入肿瘤医院继续治疗。

### 3 讨论

**3.1 误诊原因分析** 本组 7 例均以轻微腰痛起病,然后逐渐加重。因此,早期临床症状及体征不典型,同时缺乏对疾病的动态观察也是误诊原因之一。应客观看待 CT 在临床中的价值,必须分清腰椎间盘突出与椎管内肿瘤两个概念。前者是一个影像,必须结合典型的临床症状,并在排除其他疾患的情况下作出正确诊断,不能仅凭影像诊断来等同临床诊断。

**3.2 预防误诊的措施** 临床医生不仅要详细地询问病史及体检检查,而且要完善实验检查。腰椎结核除早期有低热、盗汗、消瘦外,血沉升高, X 线可见骨质破坏、椎间隙变窄、腰大肌脓肿等改变;椎管内肿瘤,其腰痛呈持续性剧痛,

往往需镇痛剂方能入睡,脊髓造影及 MRI 可避免误诊。腰椎骨髓瘤尿本周蛋白可呈阳性,骨髓穿刺可确诊。CT 及 MRI 的临床应用可大大减少误诊,少数早期腰椎结核及骨髓瘤,在 X 线上可能无阳性发现,但椎体的 CT 扫描可清楚地发现椎体的破坏,在 MRIT<sub>1</sub> 加权像上受累的骨组织信号减低,在 T<sub>2</sub> 加权像上信号增强, MRI 在椎管内肿瘤的诊断上有独特的优越性,可清楚地发现椎管内的占位。因此,合理地应用 CT 及 MRI 再结合其他临床检查及症状体征,早期的鉴别诊断并不困难,至少不能在诊断不明的情况下行推拿按摩或其他不合理的处理。

(收稿:2001-07-24 修回:2001-09-10 编辑:李为农)