

• 诊治失误 •

胸腰椎骨折脱位延误诊治的原因分析

Analysis on reasons of misdiagnosis and delayed treatment for thoracolumbar and lumbar fracture and dislocation

王伟¹, 王玉乾¹, 张巨波²

WANG Wei, WANG Yurqian, ZHANG Jurbo

关键词 腰椎; 胸椎; 骨折; 误诊 Key words Lumbar vertebrae; Thoracic vertebrae; Fractures; Diagnostic errors

1993-1999 年共诊治胸腰椎骨折、脱位 308 例, 其中被延误诊治 9 例, 报告如下。

1 临床资料

本组男 8 例, 女 1 例; 年龄 19~56 岁。致伤原因: 交通事故伤 5 例, 重物砸伤 3 例, 高处坠落伤 1 例。受伤至确诊时间 4 d~4 个月。损伤及漏诊的情况: 例 1 为颅骨骨折脑出血, 伤后意识丧失, 急诊行头部手术, 伤后 20 d 意识恢复后感背痛渐加重而摄片发现 T₁₂ 椎体压缩骨折; 例 2 为 C₆ 骨折颈脊髓损伤, 高位脊髓损伤平面以远无感觉, 伤后 15 d 拍胸片时发现 T₈ 骨折; 例 3 为多发肋骨骨折血气胸, 胸部外伤严重, 伤后 3 个月感腰部疼痛, 摄片发现 L₄ 爆裂骨折; 例 4 为 C₅ 骨折脊髓不全损伤, 高位脊髓损伤肢体感觉减退, 伤后 40 d 拍片时发现 L₁ 骨折; 例 5 为颅骨骨折脑出血伤后意识丧失, 腰部无症状, 伤后 4 d 拍片发现 L₁ 骨折; 例 6 为双下肢多发骨折脂肪栓塞, 腰部症状轻微, 伤后 10 d 拍片发现 L₅ 骨折; 例 7 为肝脾破裂, 未查 CT, 腹部症状缓解后感觉到背痛渐加重, 4 周后 CT 示 T₁₁、T₁₂ 骨折; 例 8 为多发肋骨骨折血气胸, 胸部外伤严重, 伤后 13 d 感腰部疼痛, 摄片发现 L₅ 骨折; 例 9 为脑外伤及 T₃ 骨折高位脊髓损伤, 肢体感觉减退, 伤后 4 个月感腰部疼痛, 摄片发现 L₄ 陈旧性骨折。

2 治疗方法

①单纯椎管减压手术 1 例: 例 3 确诊时骨折已愈合, 椎管前方残留骨块致压, 为解决椎管狭窄行双侧开窗椎管减压。
②椎管减压椎弓根螺钉系统内固定 3 例: 例 1、6、8 确诊时尚在急性期, 常规方法行减压和内固定治疗。
③体位复位、腰围支具外固定 1 例: 例 5 早期发现, 属压缩性骨折, 无神经受损, 行保守治疗。
④腰背肌功能锻炼 3 例: 例 4、7、9 确诊时间太晚, 失去早期处理的时机, 功能受损小、症状轻微, 行康复训练。
⑤未治 1 例: 例 2 颈脊髓完全损伤, 颈椎术后肢体无功能恢复, 胸椎骨折相对稳定, 未治。

3 结果

本组 9 例, 3 例无局部症状, 6 例有轻微局部疼痛或不适, 经手术或保守治疗后, 症状均有缓解。例 2 于伤后 5 个月因并发症死亡; 行康复训练的 3 例失访; 其余 5 例获平均 10 个月随访, 脊柱骨折局部临床症状完全消失, 摄片显示后凸 Cobb 角无进展。

4 讨论

目前还不能证实脊椎骨折脱位所致椎管破坏与产生神经症状(及其严重性)有必然联系^[1], 有的明显脊椎骨折、脱位、椎管破坏者神经症状轻微甚至无神经症状, 这是脊椎损伤被误诊、漏诊的基础。除去高位脊髓损伤、截瘫的 3 位患者, 损伤节段以远不同程度丧失感觉以外, 其余 6 例直至确诊为脊椎损伤时均无严重腰痛、沿神经走行的放射痛、损伤平面以远的感觉运动障碍及大小便异常等神经症状。有 4 例只有轻微疼痛、不适, 局部深压痛, 其中 2 例症状进行性加重。本组 2 例椎管面积损失在 30% 左右, 未导致明显的神经功能改变。马尾的易损性较小, 当马尾压缩超过 50%, 会导致皮质诱发电位消失, 并有神经功能改变和组织学变异。

合并多发性创伤, 其他部位损伤的表现掩盖了腰背部症状, 导致脊椎损伤被误诊、漏诊。本组延误诊治者均有其他部位严重损伤, 包括颈脊髓损伤、颅脑外伤、胸肺损伤、四肢多发骨折、骨盆骨折等。多发的严重创伤最初接诊常常危及生命, 医生注意力集中于此, 忽略了全面查体或全身状况不允许进行彻底全面的查体, 生命体征平稳后才去注意次要部位损伤。非相邻多节段脊柱损伤也易被漏诊^[2], 当意识丧失或减退时, 及高位脊髓损伤致损伤节段以远感觉障碍时, 均可能使患者对胸腰部创伤感受不确切, 查体结果不可靠^[2], 也会延迟确诊时间。其他部位伤痛严重, 患者避轻就重, 主观上忽略腰背部较轻的症状, 未及时向医生反映, 也是延误诊断的一个因素。不稳定的爆裂骨折, 损伤初期无明显神经症状, 未得到及时制动固定; 脊椎骨折的移位, 有增加脊髓、马尾损伤的危险, 神经症状进行性加重时才引起注意, 作出明确诊断时已经延误了治疗的最佳时机。

为防止延误胸腰椎损伤的诊治, 只要生命体征允许, 应当对交通事故伤、高处坠落伤、重物压砸伤等严重创伤患者拍摄全脊椎 X 线片。同时查体务必细致, 不能盲目确信患者主述。对怀疑有脊椎损伤而客观条件不允许进一步检查明确诊断时, 局部应制动, 翻身时尤其注意不能加重神经损伤。

参考文献

- 1 蔡福金, 刘富华, 朱建平, 等. 胸腰椎爆裂骨折椎管内骨块占位与神经损伤. 颈腰痛杂志, 2002, 23(4): 289-291.
- 2 李建军, 姚瀚, 王兰, 等. 非相邻多节段脊柱损伤. 中国矫形外科杂志, 1998, 5(1): 23-24.

(收稿日期: 2004-04-05 本文编辑: 王宏)