

· 基层经验 ·

33例误诊为腰椎间盘突出症的病例分析

杜军¹, 赵景才¹, 冯献礼¹, 郝平¹, 朱继军¹, 李延鹏^{2*}

(1. 山东省第二康复医院, 山东泰安 271000; 2. 中国人民解放军联勤保障部队第960医院泰安医疗区门诊部, 山东泰安 271000)

摘要: [目的] 分析误诊为腰椎间盘突出症的病例, 探讨其原因, 避免和减少误诊的发生。[方法] 回顾性分析2018—2020年误诊为腰椎间盘突出症33例患者的临床资料, 分析误诊原因。[结果] 最后诊断为盆腔出口综合征者11例, L₅横突综合征者9例, 骶髂关节损伤者4例, 腰椎小关节紊乱者4例, 臀上皮神经卡压综合征者3例, 带状疱疹者2例。33例患者经非手术治疗, VAS评分均显著减少 ($P < 0.05$), 腰腿疼痛症状均明显减轻。所有患者均获3~6个月随访, 症状均无复发。[结论] 对于腰腿疼痛患者, 应详细询问病史, 认真仔细查体, 并摒弃先入为主的惯性思维模式, 找出主要致病因素, 提高治疗的精准性

关键词: 误诊, 腰椎间盘突出症, 腰腿痛

中图分类号: R681.53 **文献标志码:** B **文章编号:** 1005-8478 (2022) 12-1148-02

腰腿痛是骨科常见的多发疾病, 对影像学检查显示腰椎间盘突出症的腰腿痛症状患者, 临床医生往往依据惯性思维模式诊断为腰椎间盘突出症, 而未详细询问病史或体格检查不彻底, 从而造成误诊。如果盲目采取相应的手术治疗, 必然造成不必要的医源性损伤^[1]。作者对本院2018年—2020年33例误诊为腰椎间盘突出症患者的治疗过程进行分析, 以探讨发生误诊的原因, 为临床诊断提供参考。

1 临床资料

1.1 一般资料

2018—2020年误诊为腰椎间盘突出症33例患者, 男14例, 女19例, 年龄39~76岁, 平均(58.23±12.56)岁, 病程1~13周, 平均(7.98±1.09)周。纳入患者入院诊断中均含有“腰椎间盘突出症”, 主诉腰腿疼痛, 均已行腰椎CT或MRI检查, 影像学诊断为腰椎间盘突出; 患者均未行手术治疗, 经行未针对腰椎间盘突出症的保守治疗后病情明显好转。本研究经医院伦理委员会审批, 所有患者均知情同意。

1.2 诊断与治疗方法

本组33例中, 腰腿痛22例, 仅有腰痛、下肢和会阴部麻木或行走无力11例。小腿及足踝部痛觉减退15例, 会阴部感觉减退2例, 大小便无力1例。直腿抬高试验和加强试验阳性15例, 踝或膝反射异

常9例。误诊的腰椎间隙分布为: L_{3/4} 4例, L_{4/5} 12例, L_{5/S₁} 17例。其中, 11例盆腔出口综合征给予梨状肌下孔处神经阻滞注射治疗; 9例L₅横突综合征给予横棘突旁腰椎上下关节突间隙处封闭注射治疗; 3例臀上皮神经卡压综合征给予髂嵴中点下臀上皮神经阻突尖处封闭注射治疗; 4例骶髂关节损伤给予骶髂关节封闭注射治疗; 4例腰椎小关节紊乱行手法治疗及注射治疗^[2]; 2例带状疱疹给予抗病毒药物及对症治疗等。

2 结果

2.1 误诊原因与确诊结果

本组发生误诊的首要原因为先入为主的惯性思维, 其次是忽视临床工作。即患者主诉腰腿疼痛症状, 同时影像学检查提示腰椎间盘突出, 未经查体就认定患者症状均由腰椎间盘突出引起。最后确诊为盆腔出口综合征11例, L₅横突综合征9例, 骶髂关节损伤4例, 腰椎小关节紊乱4例, 臀上皮神经卡压综合征3例, 带状疱疹2例。

2.2 治疗结果

33例患者均接受非手术保守治疗, 其中11例确诊为盆腔出口综合征患者VAS评分由治疗前(6.82±0.75)分显著降低至治疗后(1.36±0.50)分 ($P < 0.001$); 9例L₅横突综合征患者VAS评分由治疗前(6.89±0.78)分显著降低至治疗后(0.44±

DOI:10.3977/j.issn.1005-8478.2022.12.21

作者简介: 杜军, 副主任医师, 研究方向: 脊柱外科, (电话)13181777618, (电子信箱)dujun0218@126.com

* 通信作者: 李延鹏, (电话)18505389998, (电子信箱)yanpeng128@126.com

0.23)分 ($P<0.001$); 4例骶髂关节损伤患者VAS评分由治疗前 (6.75 ± 1.26)分显著降低至治疗后 (1.25 ± 0.50)分 ($P<0.001$); 4例腰椎小关节紊乱患者VAS评分由治疗前 (6.50 ± 1.29)分显著降低至治疗后 (0.75 ± 0.50)分 ($P<0.001$); 3例臀上皮神经卡压综合征患者VAS评分由治疗前 (5.67 ± 0.57)分显著降低至治疗后 (1.00 ± 1.00)分 ($P<0.001$); 2例带状疱疹患者VAS评分由治疗前 (8.50 ± 0.71)分显著降低至治疗后 (1.50 ± 0.71)分 ($P<0.001$); 治疗后腰腿疼痛症状明显好转出院。所有患者均获随访, 随访时间为3~6个月, 平均 (3.90 ± 1.82)个月, 末次随访改良MacNab标准优良率为100.00%, 均无明显复发。典型病例见图1。



图1 患者,男,70岁。左下肢疼痛,且进行性加重,尤以夜间为重,接受静滴“甘露醇”药物治疗,无效。行腰椎CT及MRI检查示L₅S₁椎间盘脱出。经查体发现患者左下肢沿坐骨神经分布区域的丛集性暗红色水泡,即诊断为带状疱疹合并腰椎间盘突出症,给予抗病毒及对症治疗14d后病愈出院,随访半年病情未复发 1a:腰椎MRI检查示L₅/S₁椎间盘脱出 1b:查体发现患者左下肢沿坐骨神经分布区域的丛集性暗红色水泡

3 讨论

腰椎间盘突出症是骨科常见多发疾病,典型体征为:棘突旁的压痛及放射痛;下肢痛多重于腰痛;一侧下肢出现神经根分布区域的疼痛、麻木、肌力减弱、腱反射改变等;直腿抬高试验阳性时出现小腿区域的放射性疼痛,而不是膝关节后部的牵拉疼痛不适感^[3]。

分析本组33例误诊病例,作者认为避免或减少误诊发生的主要措施为:(1)详细询问病史,了解腰腿疼痛的部位与性质;(2)认真仔细进行体格检查,

尤其是按压腰部、骶部、臀部对应压痛点可以复制主诉症状时,更应充分考虑其致病性;(3)及时动态观察病情变化;(4)认真分析影像学检查资料,只有影像学所见与临床症状、查体体征相吻合时,才能作出诊断;(5)了解需与腰椎间盘突出症进行鉴别诊断的疾病特点,如椎管内肿瘤、盆腔出口综合征^[4]、L₅横突综合征、臀上皮神经卡压综合征^[5]、骶髂关节损伤、腰椎小关节紊乱、椎管狭窄^[6]、带状疱疹等^[7,8]。

总之,对于出现腰腿疼痛症状的患者,不能过于依赖影像学检查资料,有国外学者报告腰椎间盘突出症患者的临床症状与手术所见的符合率仅为55%^[9], Stecher^[10]也曾列举出能引起腰腿痛的因素达158种之多。所以应详细询问病史,认真仔细查体,找到导致患者主诉症状的主要致病因素,避免不必要的手术治疗,以最大程度减少不必要的医源性损伤,提升患者满意度。

参考文献

- [1] 关平,柳光元,陈国栋. 误诊为腰椎间盘突出症的病例分析[J]. 实用骨科杂志, 2001, 7(6): 444.
- [2] 李仲廉,郑宝森,王子千. 神经阻滞学: 100种神经阻滞术图解[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2001.
- [3] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 362.
- [4] 蒋化龙. 误诊为腰椎间盘突出症的病例分析[J]. 中国矫形外科杂志, 1999, 12(6): 885-888.
- [5] 吕有魁,何宗宝,陈东昌,等. 22例误诊为腰椎间盘突出症的臀上皮神经卡压症[J]. 颈腰痛杂志, 2009, 30(2): 177.
- [6] 沙启乐. 误诊为腰椎间盘突出症的椎管狭窄[J]. 中国矫形外科杂志, 2003, 10(3): 1413.
- [7] 白玉龙,李放. 带状疱疹误诊为腰椎间盘突出症1例报道[J]. 中国康复医学杂志, 2003, 18(1): 16.
- [8] 干正治,赵易,罗先正. 单纯疱疹病毒感染与腰腿痛关系的探讨[J]. 中华骨科杂志, 1996, 16(7): 443-446.
- [9] Hakelin A. Comparative reliability of preoperative diagnostic methods in lumbar disc surgery [J]. Acta Orthop Scand, 1972, 43(2): 243.
- [10] Stecher RM. Backache and sciatic neuritis. Back injuries deformities disease disabilities with notes on the pelvis neck and brachial neuritis [J]. J Am Med Assoc, 1944, 125(2): 176.

(收稿:2021-11-07 修回:2022-04-10)
(同行评议专家:尹占民 陈君生)
(本文编辑:郭秀婷)