

· 诊治失误案例分析 ·

老年人胸腰椎压缩性骨折漏诊原因分析

王水桥, 张龙君, 陈建良, 叶锋, 张建军, 郑晓东, 王晓, 许勇, 郑英

(浙江省上虞市中医院, 浙江 上虞 312300)

关键词 脊柱骨折 骨折, 压缩性 胸椎 腰椎 漏诊原因

近年来, 随着人民生活水平的不断提高和医疗卫生条件的改善, 我国已进入人口老龄化阶段。伴随而来的中老年疾病, 特别是胸腰椎体压缩性骨折较为常见, 常导致老年人生活质量下降。2008 年 9 月至 2010 年 5 月, 我们共漏诊老年人胸腰椎压缩性骨折患者 15 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 15 例, 男 10 例, 女 5 例。年龄 60 ~ 85 岁, 平均 78.2 岁。均为胸腰椎压缩性骨折, 均无脊髓神经损伤。致伤原因: 腰扭伤 11 例, 跌伤 4 例。受伤部位: T₁₁ 2 例, T₁₂ 3 例, L₁ 6 例, L₂ 3 例, L₃ 1 例。病程 1 周至 2 个月。

1.2 漏诊情况 全部患者初诊时均行 X 线片检查, 未见椎体明显楔形变或椎体广泛的轻度楔形变, 未诊断为椎体骨折。1 周至 2 个月后复诊, 患者均诉腰痛持续存在, 且明显加剧, 不能坐、立和行走; 部分患者腹部有束带感, 或有带状疼痛, 无下肢放射痛, 久行后无间歇性跛行, 无明显发热; 均无再次外伤史; 再次摄 X 线片, 椎体明显楔形变, 椎体压缩程度大于原椎体高度的 1/3, 有的甚至超过 2/3。

2 方法

4 例患者在局部麻醉下行经皮椎体成形术, 术后口服仙灵骨葆胶囊, 每次 3 粒, 每日 3 次。11 例漏诊者绝对卧床 2 个月, 口服伤科接骨片, 每次 4 粒, 每日 3 次; 加强护理, 每 2 h 翻身 1 次; 给予半流质饮食, 加强腰背肌锻炼。

3 结果

疗效标准参照 Warfield 等^[1]疼痛缓解程度分级标准。①完全缓解: 治疗后完全无痛; ②部分缓解: 疼痛较治疗前明显缓解, 睡眠基本不受影响, 能正常生活; ③轻度缓解: 疼痛较治疗前减轻, 但仍明显, 睡眠受干扰; ④无效: 疼痛较治疗前无减轻。按上述标准评定疗效, 本组疼痛完全缓解 8 例, 部分缓解 5 例, 轻度缓解 2 例。

4 典型病例

患者, 女, 76 岁。因扭伤致腰部疼痛 40 d 入院。患者于 40 d 前, 提水时不慎扭伤腰部, 致腰部疼痛, 活动不利, 无下肢放射痛。摄 X 线片示: 胸腰椎退行性变[图 1(1)]。建议卧床休息, 对症处理。但患者未卧床休息, 继续行走, 腰痛持续, 并逐渐加剧, 并出现腰腹部带状疼痛, 腰部有束带感。其间无外伤史。再次摄 X 线片示 T₁₂ 椎体压缩性骨折, 压缩程度达椎体高度的 1/2 以上[图 1(2)]。MRI 检查排除椎体肿瘤[图 1(3)]。入院后, 在局部麻醉下行经皮椎体成形术, 术中注射适量骨水泥。术后腰痛即刻消失, 术后 15 d 恢复正常自由活动[图 1(4)]。

5 讨论

老年人椎体骨小梁稀疏, 横形骨小梁明显减少或消失, 因而受重力影响容易发生压缩变形。老年人的成骨细胞发生退行性改变, 骨形成的能力减弱, 破骨细胞功能也减退, 骨转化率减慢, 使骨量减少, 骨皮质中孔隙明显增多, 骨质变脆, 故极易引起骨折。本组



图 1 患者, 女, 76 岁, T₁₂ 椎体压缩性骨折

患者就诊时,往往诉说有腰部扭伤等轻微外伤史,然后才有明显的腰部疼痛,且持续不减轻;摄 X 线片示未发现明显的异常表现。若为年轻人常常被诊断为腰部软组织损伤,而对老年人来说应注意有隐性骨折的可能。此时 MRI 检查可表现为椎体的微骨折,骨小梁的断裂或椎体的挫伤,表现为椎体信号的改变^[2]。

有轻微外伤史的老年患者,伴有持续性腰痛,应高度重视骨折的存在,特别在第 2 次就诊时更应重视,虽然有些患者在 X 线片上无阳性改变,但应进一步检查。随着影像学的发展,MRI 在脊柱检查方面具有明显的优势。在微骨折诊断方面,行 X 线及 CT 检查往往不能明确诊断,常常依据外伤史、局部疼痛与压痛被诊断为挫伤。MRI 检查在确诊早期骨质挫伤方面较为敏感,微骨折所造成的髓内水肿和出血导致的含水量变化能够敏感地通过信号异常反映出来;它能够明确鉴别骨质疏松性骨折及骨肿瘤引起的病理性骨折。本组患者只要在早期行 MRI 检查,则不难作出诊断。

老年人椎体压缩性骨折往往有持续的腰痛,有的甚至逐渐加剧,有的则表现为腹部有束带感或不适感,无下肢的放射痛,久行后亦无间歇性跛行。而腰肌劳损也表现为腰痛,但适当休息或口服非甾体类消

炎药后腰痛明显好转,不会持续较长时间。腰椎退行性改变的患者往往有腰椎管狭窄症状,久行后伴有间歇性跛行。骨质疏松症是一种隐匿性进行性病变,具有骨痛症状,且疼痛症状出现或者疼痛突然加重,往往是骨折发生的征象。骨折是老年人骨质疏松症的并发症中较严重的一种,其中脊柱的压缩性骨折最为常见,此类骨折有其自身的特殊性,腰痛持续存在,逐渐加重,口服非甾体类消炎药无明显好转。这是由于轻微的外伤引起微骨折,再加上没有很好的休息,继续直立行走,积累的慢性损伤渐进性加重,逐渐引起椎体的进一步压缩,有的导致脊柱的不稳。

总之,我们认为老年人只要有腰部外伤史,脊柱 X 线片不管有无阳性改变,均应行腰椎 MRI 检查。若因条件限制,无法行 MRI 检查,则应告知患者卧床休息,因为可能会存在隐性腰椎骨折。

6 参考文献

- [1] Warfield Carol A, Fausett Hilary J. 疼痛治疗手册[M]. 王新华,傅强,译. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2005:308.
- [2] Yang HL, Wang GL, Niu GQ, et al. Usig MRI to determine painful vertebrae to be treated by kyphoplasty in multiple-level vertebral compression fractures: a prospective study [J]. J Int Med Res, 2008, 36(5):1056-1063.

(2010-08-22 收稿 2010-10-27 修回)

(上接第 72 页)对侧为辅;两侧椎动脉纤细者,两侧交替进行。通过缓解和消除因斜角肌痉挛引起的对椎动脉的炎性刺激和挤压,缓解 V₁ 段痉挛引起的椎动脉供血不足,起到“开源增流”的作用。

3.2 椎动脉孔内段(V₂段) 取穴:两侧华佗夹脊穴(C₁~C₇)。操作:用一指禅屈指推法作用于颈椎后关节,一侧椎动脉纤细者,以纤细侧为主,对侧为辅;两侧椎动脉纤细者,两侧交替进行。对颈椎序列不整、颈椎后关节紊乱的患者,在仰卧位颈椎牵引状态下行左右旋转整复手法,左、右各 1 次,3 次为 1 个疗程。通过手法纠正颈椎后关节失稳,解除和缓解因交感神经受刺激引起的 V₂ 段痉挛,改善供血,起到“补偿平衡”的作用。

3.3 椎动脉寰枕段(V₃段) 取穴:风池穴。操作:用拇指尺侧偏峰按于风池穴,左拇指推右侧风池穴,右拇指推左侧风池穴,沿寰枕关节向内(脊柱)推动。通过手法消除枕下三角区肌群痉挛和寰枕筋膜

的炎症对椎动脉的刺激,缓解 V₃ 段痉挛引起的供血不足,起到“解痉通畅”的作用。临床应用^[5]证实,解痉通畅法对进入颅内的椎-基底动脉痉挛也有明显的改善作用,对未进行三维 CT 椎动脉血管造影检查的颈性眩晕患者,采用三部推拿法治疗同样能有显著疗效。

4 参考文献

- [1] 范炳华,吴良浩,吴玲光,等.“髓海不足”与椎动脉供血不足的相关性研究[J]. 浙江中医药大学学报,2007,31(1):64-66.
- [2] 范炳华. 颈椎病五线五区十三穴推拿法[J]. 浙江中医杂志,1996,(2):92.
- [3] 吴树生,范炳华. 枕下三角区综合征及其手法治疗探讨[J]. 浙江中医学院学报,2000,24(5):53-54.
- [4] 范炳华,吴良浩,张杰,等. 颈性眩晕的椎动脉形态学改变及其对血流速的影响[J]. 中国骨伤,2004,17(1):1-2.
- [5] 范炳华,王鹏,徐泉珍. 推拿对颈性眩晕的椎动脉形态学及血流速的影响[J]. 中国骨伤,2009,5(22):354-356.

(2010-03-25 收稿 2010-05-01 修回)