**南方医科大学成人高等教育毕业论文**

  题      目：腰椎间盘突出症的相关鉴别

姓      名：X X X

        专      业：临床医学

         年      级：2019级专升本

         学      号：XXXXXXXXXX

**摘  要**

腰椎间盘突出症是骨科临床的常见多发病，它以腰痛、腿痛或腰腿痛并存为症状。对于腰椎间盘突出症，在全国范围内已较普遍地开展各种方式的非手术或手术治疗，大多数都取得较满意的疗效。然而，引起腰腿痛的原因很多，诊断时应当全面考虑。作者近年来遇到的对该病的误诊误治病例亦屡见不鲜。因此，临床医生在实际工作中熟悉、掌握腰椎间盘突出症的鉴别诊断非常必要。

本文从现代医学出发对腰椎间盘突出症进行讨论与分类，从而加深认识。

**关键词：**腰椎间盘突出症； 鉴别诊断； 腰腿痛；

**Abstract**

 Lumbar disc herniation isa common disease in clinicaldepartment of orthopedics, lumbago,   
leg pain with or lumbocrural pain symptoms.For lumbar disc herniation, nationwide has been widely   
carried out operation ornon operation treatment of a variety of ways, most of them made moresatisf-  
 actory curative effect. However, the cause of lumbocrural pain, diagnosisshould be comprehensively   
 considered. The author encountered in recent years onthe misdiagnosis case also it is often seen.   
Therefore, clinicians in practicalwork, familiar with master the diagnosis of lumbar disc herniation is  verynecessary.

This article embarks from themodern medicine is discussed and the classification of lumbar   
 protrusion of theintervertebral disc, thus deepening the understanding of

**Keywords:**Lumbar disc herniation; differential diagnosis; low back pain;

**目  录**

[1  绪 论 1](#_Toc128822077)

[2  腰、臀及下肢软组织疾患 1](#_Toc128822078)

[2．1 骨盆出口综合征 1](#_Toc128822079)

[2．2 臀上皮神经卡压综合征 1](#_Toc128822080)

[2．3 第三腰椎横突综合征 2](#_Toc128822081)

[2.4 臀肌劳损 2](#_Toc128822082)

[2．5 棘间韧带劳损 2](#_Toc128822083)

[2．6 脊神经后支综合征 2](#_Toc128822084)

[2．7 腘绳肌及腓肠肌劳损 3](#_Toc128822085)

[3  骶髂关节病变 3](#_Toc128822086)

[3．1 骶髂关节劳损 3](#_Toc128822087)

[3．2 骶髂关节结核 3](#_Toc128822088)

[4  肿瘤及瘤样病变 3](#_Toc128822089)

[5  脊髓血管畸形 4](#_Toc128822090)

[6  脊髓型颈椎病 4](#_Toc128822091)

[7  非骨科疾患 7．l 盆腔内脏疾病 4](#_Toc128822092)

[7．2 血栓闭塞性脉管炎 5](#_Toc128822093)

[7．3 单纯疱疹 5](#_Toc128822094)

[结 论 5](#_Toc128822095)

[致 谢 6](#_Toc128822096)

[参考文献 7](#_Toc128822097)

1  绪 论

 腰椎间盘突出症是骨科临床的常见多发病，它以腰痛、腿痛或腰腿痛并存为症状。对于腰椎间盘突出症，在全国范围内已较普遍地开展各种方式的非手术或手术治疗，大多数都取得较满意的疗效。然而，引起腰腿痛的原因很多，诊断时应当全面考虑。作者近年来遇到的对该病的误诊误治病例亦屡见不鲜。因此，临床医生在实际工作中熟悉、掌握腰椎间盘突出症的鉴别诊断非常必要。临床常见需要与腰椎间盘突出症鉴别的病例。

2  腰、臀及下肢软组织疾患

2．1 骨盆出口综合征

   骨盆出口综合征是指坐骨神经经过盆腔出口时受到刺激或压迫所产生的症状群，到8O年代才被命名，其全称为坐骨神经盆腔出口狭窄综合征（Ischiatic nervepelvisoutlet ste-nostomatous syndrome）。以往常与”梨状肌综合征”相混淆，经研究表明，梨状肌病变只是构成本病的原因之一，而且仅占很少一部分，据统计约只有10％左右。坐骨神经的盆腔出口是由骨盆后壁的多层肌肉、韧<BR>带及结缔组织所构成的一个骨纤维性管道；上起盆腔口，下至闭孔内肌下缘。坐骨神经自盆腔后壁穿过其间进人臀部。梨状肌自骶骨前缘起始，横行穿过坐骨大孔止于股骨大转子上窝，将盆腔出口分为上下两段；臀上神经及动脉从上段穿出；  
   下段即为梨状肌下孔，由梨状肌下缘与子子上肌上缘构成的宽度只有 2．7＋ O．6cm的三角 形裂隙，坐骨神经。股外侧皮神经及臀下动脉由此穿出。此处软组织的损伤或病变以及梨状肌的变异，均可使坐骨神经受到刺激或卡压，产生一系列临床症状。盆腔出口综合征的主要 临床表现为坐骨神经干刺激症状，起始于臀部的沿坐骨神经行走的放射性疼痛，并伴有其支配区的运动、感觉或反射障碍。起病可缓可急，多有外伤、劳累、着凉或受潮史。病程长时可呈间隙性起伏发作。多为单侧发病，初为臀钝痛、酸胀或沉重感，有时也可表现剧烈锐痛。  
疼痛向大腿后方，小腿后外侧放射，但很少达跟部及足底部，而且多无明确的根性界限。走路可使疼痛加剧，或出现间隙性跛行。检查时，在臀部坐骨神经出口部体表投影区，即坐骨结节与大粗隆连线的中、内1／3上方约2．54cm处，有明显压痛，且向大腿后下方放射。有时可在局部扪及痛性结节或痉挛的梨状肌。在伸髋位被动内旋下肢（Feibeng征）或内收、屈曲及内旋髋关节（Thiele试验）均可使症状加重；坐位屈曲并拢双膝，对抗医师双手挤压分开膝部可出现力弱或疼痛加重；俯卧位伸髋屈膝，医生扶足跟强力内旋髋可诱发症状重现。直腿抬高试验、屈颈试验多不典型。腰部无阳性体征。局部封闭可鉴别腰椎间盘突出症。多次局封不愈者，考虑坐骨神经松解或梨状肌切断术。

2．2 臀上皮神经卡压综合征

臀上皮神经来源于L1－3脊神经后支的外侧支，下行越过髂嵴进人臀部时，经过腰背筋在 髂嵴上缘附着处形成的骨纤维管，穿出到皮下，分布于臀部及股后外侧皮肤。臀上皮神经在经过深筋膜孔处受到刺激或卡压可产生一系列症状。临床表现为腰痛及臀部疼痛，可扩散到大腿及胭窝，但极少涉及小腿；在髂后上棘外上方髂嵴缘下有明显压痛点，有时可扪及条索节结或小脂肪瘤；可伴有臀肌痉挛。局部封闭可立即消除疼痛。腰部无体征，直腿抬高及加强试验阴性，可除外腰椎间盘突出症。

2．3 第三腰椎横突综合征

第三腰椎横突综合征被误诊为腰椎间盘突出症的并不少见。第三腰椎位于腰椎中部，其横突最长，向后伸曲度大，多条腰背腹部的肌肉与筋膜附着其上，形成腰椎活动枢纽及应力中心。因此，容易受到肌肉筋膜的牵拉损伤。第三腰椎横突尖端后方紧贴着第二腰神经根的后支，当腰前屈及向对侧弯时，便易受到牵拉与磨损而致其支配区产生疼痛、麻木等症状；并可牵涉到前支引发放射性疼痛，波及髋部及大腿前侧，少数放射至会阴部。第三腰椎横突前方有腰丛神经的股外侧皮神经干通过，分布到大腿外测及膝部，该处病变也可产生股外侧皮神经痛的症状。第三腰椎 横突综合征起病可缓可急，可有外伤史。临床表现除上述症状外，检查可发现第三腰椎横突尖端压痛明显，局部肌肉痉挛或肌紧张。在瘦长型患者多可扪及第三腰椎横突过长。局部封闭时，当针尖达到病变区，可诱发原有症状再现；局部封闭可立即解除疼痛。

 2.4 臀肌劳损

臀大肌是身体上最大的浅层肌肉，其覆盖筋膜菲薄，其起始部易受牵拉伤。臀大肌的支配神经来自L5～S2，疼痛可牵涉到下肢而产生类似腰椎间盘突出症的症状。急性臀肌损伤可引起肌肉 痉挛，但其压痛点在髂后上棘外侧，局封可立即消除症状。

2．5 棘间韧带劳损

是腰痛常见原因之一，一般表现为弯腰时下腰部酸疼无力，弯腰后伸直困难及局部疼痛等。赵德田在13例棘间韧带损伤手术中，8例合并有神经根症状与体征。作者所见2例，  
 均无神经根症状，只能归因于首诊者盲目相信CT诊断。明确诊断后经局封2次症状消失，随访6月无复发。

2．6 脊神经后支综合征

脊神经后支由脊神经发出长约O．5～1cm，在下位椎体横突的下缘，上关节突关节的外侧向后下走行，分为内、外侧支，其间夹角约呈60度。内侧支经下位椎体的横突根部及上关节突外侧向下经骨纤维管下行3个椎体，在中线附近穿深筋膜到皮下。沿途分支到下方相隔一、二节段的小关节突、筋膜和韧带。外侧支向外下走行，分出肌支支配椎旁肌，皮支下行3个椎体穿出腰背筋膜达皮下并继续下行：L1外侧支至髂嵴下方；L2, L3外侧支经臀部到股后；L4、L5跨髂嵴经臀部到骶后。内侧支的末梢一般分布在后正中线与小关节连线之间；外侧支的末梢分布在小关节连线以外。内。外侧支之间有吻合支，同一结构的神经支配是多源性的。如 L4－5小关节由L2、L3和L4脊神经后支的内侧支支配。因此，某脊神经后支主于受刺激时可引起下方远隔部位的牵涉痛，将此神经主干封闭，所有症状均消失。由于脊神经后支起始部及分叉部较固定，脊柱运动时易受牵拉伤。脊椎骨折。椎间盘退变或术后等致椎体间相对位置改变，均可牵拉脊神经后支而产生症状。临床表现为急性或慢性腰痛，可伴大腿痛，但不过膝关节，无感觉、运动和反射异常；主诉痛区上方2～3节段同侧横突根部压痛。

2．7 腘绳肌及腓肠肌劳损

腘绳肌及腓肠肌劳损，一般也不应与腰椎间盘突出症相混淆。本组2例因误将直腿抬高时可使局部症状加重当成直腿抬高试验阳性而致误诊。说明临床医生正确理解掌握直腿抬高试验及其他神经根刺激的相关体征很重要。耐心寻找局部压痛点进行封闭，既可明确诊断，又能达到治疗目的。例28为右腓总神经卡压综合征，表现为胫前肌无力及足内侧麻木。脊髓造影显示L2－3间隙<BR>后缘轻微压迹，无其他腰椎间盘突出症的体征。误诊原因是对该病缺乏认识。

    3  骶髂关节病变

 3．1 骶髂关节劳损

骶髂关节由骶骨侧面与双侧髂骨构成，虽然是滑膜关节，但关节面高低交错，及强大的韧带固定，只有少量前后与旋转活动。骶髂关节扭伤是下腰痛最常见的原因之一。女性妊娠后期内分泌影响可使韧带松弛而易扭伤。临床表现为持续局部疼痛，不敢负重，活动时加重，翻身困难。检查呈4字试验（Gaenslen征）阳性。治疗可行关节内封闭或臀围固定。

3．2 骶髂关节结核

骶髂关节结核可为单纯滑膜结核或骨关节结核。起病缓慢，持续疼痛，局部肿胀压痛，休息减轻，活动、咳嗽加重，晚期可出现寒性脓肿。X线检查及CT可帮助确诊。

 4  肿瘤及瘤样病变

肿瘤及瘤样病变被误诊为腰椎间盘突出症者屡有报导，发病率仅次于盆腔出口综合征。作者所遇34例误诊为腰椎间盘突出症的病例中有7例。其中除2例确难鉴别诊断外，其余5例均为慢性进行性加重的病史特征，应考虑到肿瘤的可能性。椎管内肿瘤以神经根性痛为首发症状者多达57．5％，而根性痛多由神经鞘瘤所引起，胸腰以下的根性病可表现为腰痛或腰腿痛，当单一神经根受累时可与腰椎间盘突出症的临床表现极相似，因此临床鉴别相当困难。

5  脊髓血管畸形

脊髓血管畸形误诊为腰椎间盘突出症的亦有报导，其中最常见的为硬脊膜动静脉瘘,由于血管的异常可使脊髓局部缺血变性或受压，因而影响脊髓各种机能，可导致运动、感觉、反射及括约肌控制的异常。临床可表现为肌肉无力、萎缩、行走障碍。而腰椎间盘突出以放射痛为主要症状，肌力一般变化小，行走障碍因疼痛而非无力，明显的肌肉萎缩极少，踝阵挛及足下垂内翻更不会见到。硬脊膜动静脉屡尚有下腹或腹股沟以下痛觉的明显减退，并多数有位置觉的障碍。而腰椎间盘突出症病人痛觉减退一般局限在足背及小腿，范围小，程度轻。腰椎间盘突出症除马尾受压者外，括约肌障碍少见。此类病人应重视神经系统的物理检查，作胸段MRI检查。选择性脊髓血管造影可明确诊 断，确定病变部位及范围，对治疗具有指导意义。

 6  脊髓型颈椎病

脊髓型颈椎病亦有被误诊为腰椎间盘突出症者。作者所遇2例皆因主诉单下肢麻木与走路不稳而分别在两家医院首次就诊。一例经脊髓造影，一例经MR检查均发现 L4－L5椎间盘有轻度突出而作了L4－L5腰椎间盘切除术，术后症状均无改善。作者检查病人时，主诉病史除症状比以前加重外，基本性质和术前相同。检查发现双下肢呈痉挛性肌张力增强，很难进行直腿抬高试验，四肢腱反射亢进，病理征阳性。经临床及MRI确诊为脊髓型颈椎病，行后路椎板开门成形术，术后症状迅速获得明显改善。分析误诊的原因，可能是未仔细全面掌握主诉特征；误将下肢痉挛而抬腿困难当成直腿抬高试验阳性；加之盲目相信影像学发现，而缺乏全面的体格检查与辨证分析所致。

7  非骨科疾患  
7．l 盆腔内脏疾病

盆腔内脏疾病可影响骶前神经丛而牵涉到骶后及大腿后疼痛，亦应与腰椎间盘突出症相区别。盆腔疾病产生的疼痛，常为钝痛、坠痛，具体疼痛位置不明确，腰骶部及下肢检查无明显体征，盆腔检查可帮助确诊。

7．2 血栓闭塞性脉管炎

作者曾遇一例血栓闭塞性脉管炎，但误诊为腰椎间盘突出症进行牵引治疗达4年之久。询问病史主要为单侧下肢间歇性跛行。检查患侧足背动脉明显弱于对侧，经超声多普勒检查证实为脉管炎后转血管外科治疗。Bonney曾报告10例动脉栓塞的病人表现为骨关节病症状。他发现腹主动脉、髂总动脉栓塞引起臀部或坐骨神经痛，髂外动脉栓塞引起股前方痛，而足背动脉搏动并不一定消失。一般说来，血管性间歇性破行主要为肢体末端缺血性疼痛，需蹲下或坐下休息一段时间才能缓解，直腿抬高时可见肢端发白（Burger’s征），足背动脉或胫后动脉减弱或消失。神经性间歇性破行主要为下肢麻木、无力或运动不由自主，具有一定的神经根性或节段性分布的特征。停止行走或稍坐即可缓解。神经性间歇性破行可起因于椎管狭窄或盆腔出口综合征，临床采用骶管封闭或局封可获得良好的反应。

7．3 单纯疱疹

作者遇见一例少见的单纯疱疹所引起的坐骨神经痛，在疱疹未出现前，诊断有一定的困难。详细的病史有参考价值，确诊后转皮肤科治疗。

**结 论**

  综上所述，多种原因所引起的腰腿痛，具有与腰椎间盘突出很相似的症状。因此，要与腰椎间盘突出症鉴别的疾病很多。Lewis曾列举能引起腰腿痛的因素达158种之多，诊断时应当全面考虑。现代CT及MRI等高新技术为诊断提供了新的手段，但正确的诊断仍然取决于详细的病史。准确的体格检查及对影像学资料的全面分析。

**致 谢**

本论文是在南方医科大学成人高等教育的老师的亲切关怀与细心指导下完成的。从课题的选 择到论文的最终完成，老师始终都给予了细心的指导和不懈的支持，让我获益菲浅，并且将终生受用无穷。希望借此机会向南方医科大学成人高等教育的老师表示最衷心的感谢！在未来的日子里，我会更加努力的学习和工作，不辜负老师们对我的殷殷期望！

参考文献

1、作者：谭冠先 . 疼痛诊疗学.第3版.人民卫生出版社，出版年：2004-7-1. 起止：腰腿痛

2、作者：吴孟超 . 外科学.第7版. 人民卫生出版社，出版年：2008.起止：骨科学；第三节  腰椎间盘突出症。

3、作者：蒋化龙 . 文章名:腰椎间盘突出症的鉴别诊断. 北京医科大学人民医院骨科.