

30 例椎管内肿瘤的诊断与治疗

刘希斗, 闫 茹, 王学庆

【关键词】 肿瘤; 椎管; 诊断; 外科手术

【中图分类号】 R 739.4 【文献标识码】 B 【文章编号】 1672-2957(2005)03-0168-02

椎管内肿瘤是脊柱外科和神经外科的常见疾病,可发生于脊柱的任何节段,多发于成年人。其临床表现具有一定的特征,但在实际诊疗过程中,尤其是病变早期往往与其他一些脊柱相关疾病难以鉴别,可导致长期的漏诊、误诊。因此,熟悉和掌握这类疾病的诊断和治疗方法有一定的实际意义。近年来,我院收治各种类型的椎管内肿瘤 30 例,均进行了手术治疗,疗效满意,报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组男 18 例,女 12 例,年龄 21 ~ 74 岁。肿瘤发生于不同的脊髓节段,其中,颈髓 4 例,胸髓 14 例,腰骶髓 6 例,马尾区 6 例;硬膜外肿瘤 6 例,硬膜内髓外 17 例,髓内 7 例;瘤体最长者跨越 5 个椎体,最大的肿瘤呈亚铃形,占据 4/5 的椎管容积。手术后均进行病理检查,其中神经鞘瘤 10 例,神经纤维瘤 13 例,室管膜瘤 4 例,恶性星形胶质细胞瘤 1 例,囊肿 2 例。病程 5 个月 ~ 2 年。本组病例术前均经过 MRI 检查和 MRI 强化检查后确诊,影像显示为椎管内占位,脊髓或马尾神经受压,椎体无明显破坏。MRI 检查不仅能够对病变精确定位,还能观察到病变与椎骨、神经和脊髓的关系(见图 1 ~ 4)。

1.2 治疗方法

本组 30 例均手术治疗,术前经 X 线摄片定位,全麻下手术,取侧卧位,脊柱后正中切口,超过病灶上下各一个棘突,切开皮肤、皮下组织,切开竖棘肌并剥离。用自动牵开器牵开,显露棘突和椎板,咬除棘突,咬薄椎板,切开黄韧带,椎板咬骨钳咬开椎板,切除黄韧带,充分显露病灶。骨创面涂骨蜡止血,并用棉片覆盖保护硬膜,悬吊硬膜,尖刀刺破硬膜并切开显露瘤体,用 5ml 空针穿刺,若为液体,抽吸使瘤

体缩小,小心分离,用勺状镊子夹出瘤体,若有神经纤维连在瘤体上,予以分离;不易分离的,从瘤体的上下极结扎切断,取出肿瘤后吻合神经纤维断端。若瘤体较大,则分段或按部分切除,用双极电凝充分止血,生理盐水反复冲洗。缝合硬膜,于切口内放引流条,严密缝合竖棘肌,竖棘肌筋膜,皮下组织及皮肤。切除标本送病理检查。

2 结 果

所有患者切口均 I 期愈合。1 例胸髓占位患者术后病理证实为恶性星形角质细胞瘤,术后截瘫未恢复,6 个月后死于泌尿系并发症;其余 29 例均得到随访,随访时间:6 个月 ~ 3 年,术后症状逐渐缓解,3 年内未有复发病例。

3 讨 论

3.1 椎管内肿瘤患者的症状

疼痛 本组所有患者均具有疼痛症状,多为夜间静息性疼痛,患者描述为痛无定处,不能明确疼痛的具体位置,有时为根性疼痛,在肢体为线状疼痛,在躯干的疼痛呈束带状分布。当咳嗽、用力、屏气、大便时疼痛加重。疼痛原因,大部分是因肿瘤侵犯压迫神经纤维、释放致痛物质、有的是因为肿瘤牵张神经根产生异常放电所致。

感觉障碍 感觉过敏或缺失,本组 14 例对冷热过敏,10 例出现痛觉过敏,呈针刺样感觉,3 例出现局部感觉缺失。

瘫痪 肿瘤压迫脊髓或神经纤维可引起相应神经支配区功能丧失。有的患者有截瘫平面,表现为感觉运动功能的缺失;自主神经功能障碍,如括约肌功能障碍;还可出现皮肤营养不良。髓内肿瘤患者较早出现瘫痪,且呈进行性加重。髓外肿瘤患者出现瘫痪较晚。

共济失调 本组 4 例表现为共济失调,走路或站立不稳,定向力差,表现为步态不协调,不能做精

作者简介:刘希斗(1969 -),学士,副主任医师
作者单位:277500 山东,滕州市伤骨医院脊柱外科(刘希斗,闫茹);山东省立医院神经外科(王学庆)

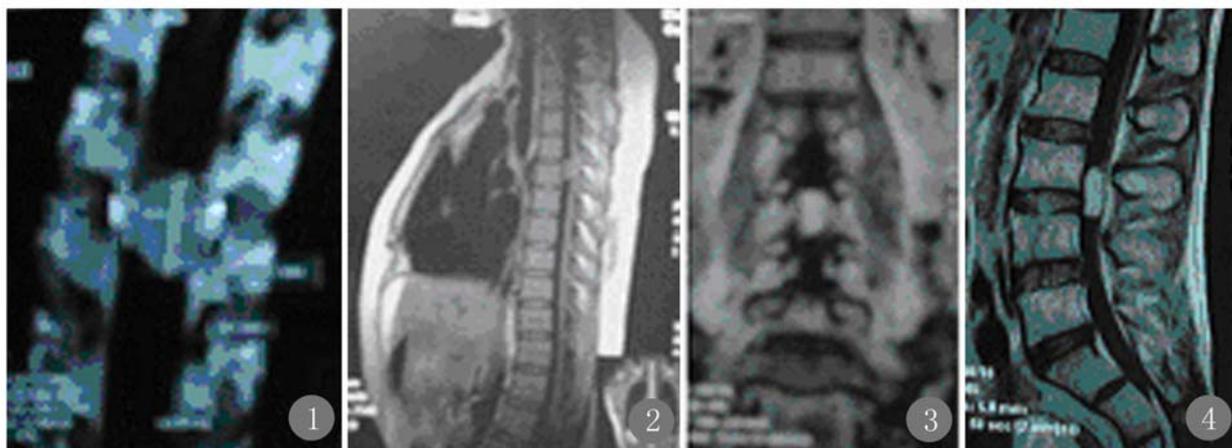


图1 第5胸髓肿瘤冠状位MRI像 图2 第5胸髓肿瘤矢状位MRI像 图3 马尾神经瘤冠状位MRI像 图4 马尾神经瘤矢状位MRI像
 Fig.1 MRI scan of T₅ spinal cord tumor in coronary plane Fig.2 MRI scan of T₅ spinal cord tumor in sagittal plane Fig.3 MRI scan of L₃ neurofibroma of cauda equina in coronary plane Fig.4 MRI scan of L₃ neurofibroma of cauda equina in sagittal plane

细动作,如醉酒步态,或有踩棉花感等症状。

3.2 体征

不同节段的肿瘤患者表现为不同的体征。本组27例患者有病变处脊柱的压痛,叩击痛,放射性疼痛,压痛和叩痛都较剧烈。肢体皮肤感觉缺失或过敏。肌力减退或丧失。截瘫,括约肌功能障碍,尿潴留或尿失禁。腱反射减弱或亢进,髌震挛阳性,踝震挛阳性,巴氏征阳性,霍夫曼征阳性。腹壁反射减退或消失。提睾反射减退。痛温觉减退或过敏,定向力和深感觉差。本组30例患者除3例马尾神经瘤仅表现为静息疼而无其他症状及无明显阳性体征外,其余的患者均具有典型的体征。

3.3 手术方法

根据椎管内肿瘤所在的部位和肿瘤与脊髓的关系来决定手术方法。硬膜外肿瘤一般比较孤立,切除椎板后即可充分暴露瘤体。若包膜完整,容易摘除,手术效果好。髓外硬膜下肿瘤需切开硬膜,充分暴露瘤体,剥离瘤体上的神经纤维,游离肿瘤,并于完整切除或分段切除。髓内肿瘤者则可从后正中线切开脊髓,显露肿瘤,沿肿瘤表面游离,若瘤体较小,可完整切除,若瘤体较大,则切开肿瘤包膜,用刮匙或垂体瘤镊刮出瘤内容物,使瘤体缩小,再将包膜及残余瘤体切除。若肿物为囊肿,可先穿刺抽液,使其缩小,再切开囊壁,全部或部分切除,使囊腔充分敞开减压。如果肿瘤为浸润性生长,与脊髓分界不清,可作部分切除减压,不要过分扩大手术范围,以免损伤正常脊髓。术后再行放疗。

3.4 疗效与预后

椎管内肿瘤起病隐匿,生长缓慢,早期症状很不典型。各个年龄组均可发病,国外文献报道最小发病年龄为3岁,本组病例最小21岁,最大74岁。性别无明显差异。神经鞘瘤和神经纤维瘤较多。转移瘤少见,多为原发性肿瘤,手术较易完整摘除,预后较好。我们认为,椎管内肿瘤一旦确诊应尽快手术,早期诊断,早期治疗。术前症状越轻,术后恢复越好。髓内肿瘤比髓外肿瘤的疗效差。恶性肿瘤不容易切除,且复发快,预后差。一般情况下,如果条件许可,术后应进一步综合治疗。

参考文献

- [1] 胡有谷. 腰椎间盘突出症. 北京:人民卫生出版社, 2001. 345-346
- [2] 张佐伦, 刘立成, 周东升, 等. 脊柱外科手术并发症学. 山东科学技术出版社, 2002. 284-285
- [3] 赵定麟, Hansen A Yuan, Kenji Hanai, 等. 颈椎伤病学. 上海科技教育出版社, 1994. 241-244
- [4] 王振宇, 谢京城, 马长城, 等. 脊髓髓内肿瘤的显微手术治疗. 中国脊柱脊髓杂志, 2004, 14:458-460
- [5] Cohen - Gadol AA, Spencer DD, Krauss WE. The development of techniques for resection of spinal cord tumors by Harvey W. Cushing. J Neurosurg Spine, 2005, 2:92-97
- [6] Isoya E, Saruhashi Y, Katsuura A, et al. Intramedullary spinal cord metastasis of ovarian tumor. Spinal Cord, 2004, 42: 485-487
- [7] Shevelev IN, Durov OV, Myshkin OA, et al. Posterior - median approach in ventral tumor compression of the spinal cord. Zh Vopr Neurokhir Im N N Burdenko, 2003, (4): 7-12

(收稿日期:2005-03-21)

(本文编辑 谢静)