

胸腰椎管内肿瘤 26 例诊疗结果分析

沈 凯, 谭祖键, 杨阜滨, 张胜利(重庆市中山医院脊柱外科 400013)

【摘要】 目的 探讨胸腰椎管内肿瘤诊疗过程中的注意事项。**方法** 对本院 2006~2011 年收治的 26 例胸腰椎管内肿瘤患者临床资料进行回顾性分析。**结果** 26 例患者中, 12 例(46.2%) 在初诊时被误诊为腰椎间盘突出症。术后随访结果显示, 26 例患者术后模拟视觉评分和 Oswestry 功能障碍指数评分均较术前明显下降($P < 0.05$)。术后随访期间患者复发率为 15.4%。**结论** 重视患者症状和体征的发展变化是避免误诊胸腰椎管内肿瘤的关键。尽早完整切除肿瘤组织以解除压迫可提高疗效, 同时需重视重建脊柱稳定性。

【关键词】 椎管内肿瘤; 诊断; 治疗; 椎板成形术

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.04.033 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)04-0509-03

随着诊疗水平的提高, 越来越多的胸腰椎管内肿瘤患者得到了及时的诊断与治疗。但如何避免误诊、最大限度地切除肿瘤及保证重建脊柱的稳定性, 一直是临床工作者所关注的焦点。现就本院 2006~2011 年收治的 26 例胸腰椎管内肿瘤患者分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2006~2011 年收治的腰胸椎管内肿瘤患者 26 例, 男 10 例、女 16 例, 年龄 26~63 岁, 平均 41.5 岁。26 例患者, 病程最长达 20 年, 最短为 2 个月, 平均 30.2 个月。主要症状和体征为: 疼痛 26 例, 绝大多数为根性疼痛, 少数为胀痛; 感觉障碍 22 例, 其中感觉过敏者 16 例、感觉减退者 6 例; 运动障碍 20 例, 其中肌力 IV 级者 12 例、肌力 III 级者 4 例、肌力 II 级者 2 例; 括约肌功能障碍 7 例, 临床症状以尿滞留、尿失禁、便秘、大便失禁为主, 多见于肿瘤长期压迫骶部神经的患者。

1.2 辅助检查 病变节段脊柱正位及侧位 X 线片检查显示, 椎管扩大 10 例, 椎间孔扩大 5 例。5 例患者接受脑脊液动力学及生化学检查, 4 例出现脑脊液不完全梗阻, 5 例出现蛋白水平增高。23 例患者接受 CT 检查, 其中 5 例患者可见椎间孔扩大及肿瘤向椎间孔外生长。26 例患者均接受 MRI 检查, 均能良好显示肿瘤的部位、病变范围、性质及其与脊髓和周围组织的关系。1 例胸椎管内肿瘤患者 MRI 检查结果见图 1。

1.3 手术方法 26 例患者采用后路全椎板或半椎板切除术, 其中全椎板切除 22 例、半椎板切除 4 例, 26 例患者均使用椎弓根螺钉内固定系统。手术方法: 全身麻醉下气管插管, 术中 C 臂定位病变节段, 取俯卧位, 后正中切口, 咬除病变节段半椎板(或全椎板)及黄韧带, 充分暴露椎管内的肿瘤组织; 在硬脊膜上吊线后切开硬脊膜, 再在肿瘤上用缝线牵引, 用硬膜剥离子分离肿瘤与脊髓的粘连部分, 完整切除肿瘤。5 例肿瘤组织侵及椎间孔的患者采用扩大侧方手术切除范围的方式, 以达到最大限度切除肿瘤组织的目的。3 例椎管内肿瘤患者采用放大镜手术切除肿瘤组织, 以不过度伤及脊髓组织为原则。1 例胸椎管内肿瘤患者术中情况见图 2。

1.4 疗效评价 于手术前后对患者进行视觉模拟评分(VAS 评分)和 Oswestry 功能障碍指数(ODI)评分, 并比较手术前后 VAS 评分和 ODI 评分的差异。

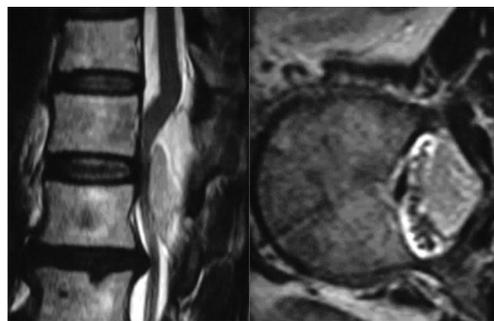


图 1 胸椎管内肿瘤患者 MRI 检查结果

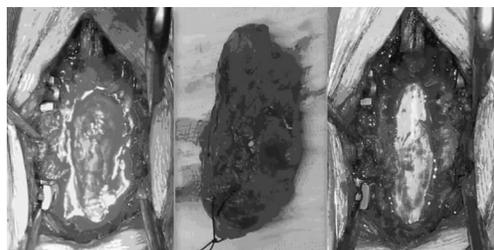


图 2 胸椎管内肿瘤患者术中情况

1.5 统计学处理 用 SPSS11.0 软件进行数据处理和统计学分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验; $P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 误诊率 26 例患者中, 12 例(46.2%) 初诊时被误诊为腰椎间盘突出症, 3 例(11.5%) 误诊为腰椎管狭窄, 2 例(7.7%) 误诊为慢性硬膜外血肿, 6 例(23.1%) 误诊为脊髓蛛网膜炎, 2 例(7.7%) 误诊为骶骨囊肿, 1 例(3.8%) 误诊为肌肉劳损。

2.2 患者临床资料分析 患者全部获得随访, 随访 6~17 个月(平均 12.2 个月)。随访结果显示, 26 例患者 VAS 评分由术前的(5.5±1.1)分降至术后的(2.7±0.9)分, 手术前后评分结果比较差异有统计学意义($P < 0.05$); ODI 评分由术前的(35.5±4.3)分降至术后的(21.7±5.2)分, 手术前后评分结果比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。术中切除的肿瘤组织病理学检查结果为: 神经鞘瘤 5 例, 椎管内脂肪瘤 8 例, 神经纤维瘤 3 例, 星形细胞瘤 2 例, 椎管内畸胎瘤 8 例。26 例患者主要临床资料分析见表 1。随访期间, 4 例患者(15.4%) 出现复发, 包括畸胎瘤 2 例、脂肪瘤 1 例、星形细胞瘤 1 例, 其中 2 例患者

选择再次手术治疗。

表 1 胸腰椎管内肿瘤患者临床资料分析 (n=26)

患者编号	年龄(岁)	性别	病理诊断	VAS 评分(分)			ODI 评分(分)			随访时间(月)
				术前	术后	变化值	术前	术后	变化值	
1	29	女	脂肪瘤	5	2	3	36	20	16	13
2	38	男	神经纤维瘤	7	3	4	30	17	13	15
3	32	女	神经鞘瘤	6	3	3	32	20	12	9
4	46	女	脂肪瘤	8	2	6	27	18	9	10
5	26	男	畸胎瘤	5	2	3	34	20	14	17
6	35	男	脂肪瘤	6	4	2	38	22	16	16
7	60	女	神经鞘瘤	6	4	2	37	18	19	15
8	52	男	畸胎瘤	7	3	4	36	22	14	8
9	31	女	畸胎瘤	5	3	2	42	18	24	16
10	26	女	脂肪瘤	5	2	3	38	18	20	10
11	37	女	星形细胞瘤	6	5	1	29	12	17	12
12	39	女	脂肪瘤	6	3	3	40	30	10	16
13	57	男	神经纤维瘤	5	3	2	41	28	13	16
14	45	男	畸胎瘤	4	2	2	39	25	14	13
15	31	女	畸胎瘤	5	4	1	31	16	15	8
16	43	女	神经鞘瘤	6	2	4	35	24	11	11
17	47	男	脂肪瘤	3	1	2	39	25	14	6
18	40	女	畸胎瘤	5	2	3	33	20	13	15
19	56	女	畸胎瘤	4	2	2	29	21	8	13
20	39	女	星形细胞瘤	6	3	3	33	18	15	8
21	37	男	神经纤维瘤	7	3	4	42	36	6	14
22	47	女	脂肪瘤	5	3	2	35	20	15	10
23	52	男	神经鞘瘤	6	2	4	37	25	12	9
24	63	女	脂肪瘤	5	2	3	42	30	12	12
25	34	男	畸胎瘤	4	3	1	33	23	10	8
26	38	女	神经鞘瘤	5	2	3	35	18	17	16

3 讨 论

3.1 胸腰椎管内肿瘤诊断误区 胸腰椎管内肿瘤是脊柱外科和神经外科的常见病之一,肿瘤类型包括脂肪瘤、畸胎瘤及转移瘤等。良性肿瘤起病缓慢,可导致疼痛、麻木、下肢无力等症状或无临床症状。恶性肿瘤则表现为突然起病,以疼痛为主要症状,病情恶化较快。髓外肿瘤多为神经鞘瘤,首发症状多为根性疼痛,感觉障碍自下向上发展,严重时可导致大、小便功能障碍。髓内肿瘤则以星形细胞瘤为主,首发症状多为肢体麻木无力,感觉障碍自下向上发展,可导致不同程度的感觉分离^[1]。胸椎管内肿瘤早期表现无特异性,症状不典型,可呈脊髓慢性受压表现,有代偿性、波动性、节段性等临床特征,误诊率较高,常需与椎间盘突出、椎管狭窄、风湿性关节炎等其他疾病相鉴别^[2-3]。本组 26 例胸腰椎管内肿瘤患者中,12 例在初诊时误诊为椎间盘突出,误诊率为 46.2%。导致胸腰椎管内肿瘤误诊的原因主要与临床症状不典型、查体不细致、缺乏对疾病的充分认识有关。通过分析该 26 例患者临床资料,笔者认为胸

腰椎管内肿瘤有如下特点:(1)躯体及下肢症状可由一侧逐渐发展到双侧;(2)可由单根神经症状发展至多根神经症状,以神经鞘瘤表现最为明显;(3)休息或物理治疗不能缓解患者的临床症状;(4)直腿抬高试验为阴性者居多;(5)根性疼痛有腰穿痛、造影痛、牵引痛和夜间痛的特点^[4]。因此,只有充分认识胸腰椎管内肿瘤患者症状发展情况和疼痛特点后,才能对该病进行早期诊断,提高治疗效果。在接诊患者时,应注意以下几点:详细询问病史,细致查体,对不明原因的躯体和四肢症状应考虑胸腰椎管内肿瘤的可能性;根据医院条件,选择适当的检查方式,X 线片检查阳性率低,但应作为基本检查,MRI 检查可明确病变节段,了解肿瘤与邻近组织的关系,还可对肿瘤作出初步定性诊断^[5]。因此,MRI 检查应作为胸腰椎管内肿瘤疑似患者的首选检查方法。对于少数疑难患者,应采用脑脊液动力学和生化学检查、脊髓造影等辅助诊断方法。只有充分了解患者的病史、症状和体征,选择采用正确的辅助检查手段,才能避免误诊,使患者及时获得正确的诊治。

3.2 胸腰椎管内肿瘤的治疗手段 本研究采用后路全椎板或半椎板切除手术方式治疗胸腰椎管内肿瘤,随访结果显示,患者术后 VAS 及 ODI 评分均较术前明显下降($P < 0.05$)。4 例患者术后效果欠佳,考虑可能与脊髓受压时间过长有关^[6]。因此,早期、及时、完整切除肿瘤组织以解除压迫,是提高胸腰椎管内肿瘤治疗效果的关键。对于手术切除的范围,笔者认为,应在不破坏脊髓重要功能的前提下,最大限度地切除肿瘤组织。本组病例中,大部分硬膜外肿瘤均得以完整切除,患者术后症状缓解明显。与硬膜粘连严重者,如果粘连面积较小,可切除硬膜,并行硬膜修补术。边界清晰的髓外硬膜下肿瘤也可得到完整切除,对于包绕神经根的肿瘤,必要时可切断神经根,从而为术后化疗创造较好的低瘤环境。髓内肿瘤的暴露和切除均较困难,应首选放大镜等显微外科治疗方式^[7]。受术后胶质增生、疤痕形成等因素的影响,再次手术暴露并切除肿瘤组织极为困难。因此,在首次手术中彻底清除肿瘤组织十分重要。然而,不能为了切除肿瘤而以损伤脊髓为代价,最大限度地保护脊髓,恢复患者的神经功能才是手术治疗的根本目的。大面积地切除椎板势必破坏脊柱的稳定性,因此,需辅以后路固定系统或适当植骨,以稳定脊柱。本组患者术后效果均较好,无一例发生固定系统异常。随着脊柱静态和动力学稳定机制研究的深入,保留和重建脊柱后方结构日益受到重视,椎板成形术也逐渐得以发展。目前,主要采用椎板螺钉、微型钛板、钛网等方式回植切下的椎板^[8]。椎板成形术有助于保留棘突韧带复合体和韧带-神经-肌肉反射系统,有助于防止或减少椎板切除膜的形成,维持椎管容积和防止瘢痕组织对马尾与神经根的压迫,有较好的应用前景^[9]。但是,患者术后脊柱生物力学的保持情况尚需实验生物力学和理论生物力学的进一步

研究。

参考文献

- [1] 林立波,刘庆志.胸椎管内肿瘤的诊断与手术治疗[J].中国脊柱脊髓杂志,2003,13(8):487-489.
- [2] 唐传其,陈海.椎管内肿瘤的误诊原因分析[J].中国医药指南,2011,9(26):289-291.
- [3] 史玉泉.实用神经病学[M].上海:上海科学技术出版社,1995:286-288.
- [4] 于晓华.椎管内肿瘤疼痛特点分析[J].中国矫形外科杂志,2007,6(1):27.
- [5] 张挽时.脊柱脊髓肿瘤的 MR 表现[J].中国脊柱脊髓杂志,2000,10(2):126-128.
- [6] Szpak GM, Lewandowska E, Schmidt Sidor B, et al. Giant cell ependymoma of the spinal cord and fourth ventricle coexisting with syringomyelia [J]. Folia Neuropathol, 2008,46(3):220-231.
- [7] Hejaze N, Hassler W. Microsurgical treatment of intramedullary spinal cord tumors[J]. Neurol Med Chir(Tokyo), 1998, 38(3):266-273.
- [8] 杜瑞,农鲁明,周栋.椎管成形术治疗胸腰椎管内肿瘤的研究进展[J].医学综述,2011,17(20):3103-3105.
- [9] 杨晓滨,李得康,吴珂,等.椎管肿瘤切除后椎板棘突复合术 18 例分析[J].中华神经外科杂志,2010,26(7):647-648.

(收稿日期:2013-09-03 修回日期:2013-11-12)

(上接第 508 页)

的要求,每年为老年人群提供 1 次免费健康体检。

在本次针对中老年人群的健康体检中,原发性高血压的检出率为 19.38%,糖尿病的检出率为 5.90%,然而血压偏高和血糖偏高的检出率分别达到 13.46%和 18.96%。血压偏高或血糖偏高者虽然没有确诊为高血压或糖尿病,但已属于原发性高血压或糖尿病的高危人群。此外,受偶然因素的影响,可能部分原发性高血压或糖尿病患者在本次体检中未能检出。因此,有可能存在原发性高血压和糖尿病患者实际比例远远超过体检检出率的现象。骆小力等^[3]的研究显示,70 岁以上老年人群体检异常中,血压异常检出率最高,达 56.58%。根据相关资料估算,2009 年全国原发性高血压的患病率不低于 21%,按第 6 次人口普查显示的国内 15~59 岁人口数量为 9.4 亿计算,2010 年全国原发性高血压患者数量已超过 2.0 亿^[4]。2007~2008 年,中华医学会糖尿病学分会组织完成了包括全国 14 个省、市的糖尿病流行病学调查,结果显示,在 20 岁以上的成年人群中,年龄标准化的糖尿病患病率为 9.7%,而糖尿病前期(空腹血糖受损或糖耐量低减)的检出率高达 15.5%,相当于每 4 名成年人中,即有 1 人处于高血糖状态;更为严重的是,国内 60.7%的糖尿病患者因未确诊而无法及时获得有

效治疗^[5]。因此,加强慢性疾病患者及其高危人群的健康管理非常重要。此外,本次体检发现,受经济条件和对疾病认识不足等因素影响,处于高血压极高危状态者中(共 34 例),仅 10 例接受了医生住院治疗的建议,17 例选择门诊治疗,7 例没有接受任何治疗。由此可见,要做好社区人群的健康管理工作任重而道远。

参考文献

- [1] 曹小静,龙海海.3163 例 60 岁以上老年人体检结果分析[J].医学信息,2011,24(7):4337.
- [2] 张萍.老年人体检心电图 1500 例分析[J].医学信息,2011,24(6):401.
- [3] 骆小力,姚志林,陆家镇.2052 名老年人体检结果分析[J].中国现代医生,2010,48(15):92-93.
- [4] 王陇德.健康管理师(基础知识)[M].北京:人民卫生出版社,2013:71.
- [5] 王陇德.健康管理师(国家职业资格三级)[M].北京:人民卫生出版社,2013:92.

(收稿日期:2013-09-28 修回日期:2013-11-19)