

椎管内肿瘤 10 例误诊分析

张连仁 李 勇

广东省珠海市中医院 (519000)

我院自 1996 年 8 月~1998 年 6 月收治椎管内肿瘤病人中,有 10 例首诊误诊,分析如下。

临床资料

1. 一般资料:本组共 10 例,男 4 例,女 6 例;年龄 25~56 岁;病史 4 天~半年。颈椎延髓交界处肿瘤 1 例,胸腰段(T₉~L₂)肿瘤 8 例,腰骶椎管内肿瘤 1 例。

2. 辅助检查:10 例病人均拍 X 光平片,无阳性征。颈延髓交界处肿瘤患者 1 例行头颅 CT 无异常,胸腰端以下椎管内肿瘤患者 9 例均作腰椎 CT,提示腰椎间盘突出 6 例(其中显著突出的 2 例)。血液检查:AKP 均正常,ESR 升高的 2 例,LDH、CK 升高的 1 例。最终依据造影+CTM 确诊的 1 例(CTM 图像可清楚的显示出椎管扩大及椎弓根、椎板的骨质破坏),其余 9 例均依据 MRI 确诊。

3. 手术结果:10 例病人中,上颈椎延髓部神经纤维瘤患者 1 例,术后 3 天死亡;胸腰椎管内转移癌患者 1 例,术后短期疗效好,1.5 年半后再次出现疼痛,2.5 年后死亡;腰骶椎管内髓鞘恶性纤维组织细胞瘤 1 例,术后情况不详;胸腰段肿瘤术中损伤神经束的,1 例术后出现股四头肌无力,2 周后开始缓慢恢复,现肌力仍稍差,为 4 级,1 例术后出现右腿肌力下降,右足底麻木,1 月后逐渐恢复,其他病人术后恢复良好。

4. 术后病理:术后手术物送病检,作病理切片分析。结果椎管内转移癌 1 例,椎管内髓鞘恶性纤维组织细胞瘤 1 例,其余均为神经鞘膜瘤。

讨 论

椎管内肿瘤主要有神经鞘瘤、脊膜瘤、神经胶质瘤等,可发生于整个椎管内,以胸椎多发。主要生长于硬膜内髓外,发病高峰在 20~50 岁之间,因其所生长的特殊位置,随着瘤体的增大,压迫脊髓、神经根,引发明显的神经根性症状,感觉异常或者运动障碍,但临床上,在瘤体缓慢增大的过程中,往往表现的症状不典型而易误诊。

1. 易引起误诊的原因:早期瘤体小,不足以产生对脊髓、神经根等组织的压迫而出现明显症状。瘤体多数都是缓慢增大的,慢性挤压,人体脊髓、神经有一个适

应过程,而在临床上表现为不典型的症状,只通过临床表现难以明确,从资料中我们可以看到,没有明显的年龄界限,没有明显的进行性加重,病史从 4 天至半年不等,下肢疼痛的部位不定,也不一定有神经受压受损体征而鉴别困难。临床上它常与椎间盘的退行性改变或突出同时发病(10 例中 CT 提示有 6 例椎间盘突出,其中显著突出的 2 例),而在临床上表现以腰及下肢的放射痛症状或行走困难为主症,最易导致错误的手术。从影像学上,由于瘤体多不影响、破坏构成椎管的骨质(10 例中仅 1 例有骨质破坏),X 光片多无阳性指征,CT 片因其扫描层面的限制及对软组织的弱分辨力而指导意义不大(10 例中仅 1 例依据 CTM 确诊),MRI 和造影+CTM 对本病诊断有明确的价值,但价格昂贵,不能成为一般检查,血液检查的 ESR、AKP 阳性率及特异性不高。各种原因导致了椎管内肿瘤易误诊。

2. 临床特点:总结引起误诊的原因,我们发现椎管内肿瘤在其发展到一定的阶段,增大到一定程度时,还是有其特殊的临床表现。比如瘤体部位的叩击痛(10 例中有 8 例)、站立、平卧、体位变化时引发较重的症状(10 例中有 7 例)、休息痛(10 例中有 5 例)等症状临床上较多见,对诊断或提出疑诊有重大的帮助。颈椎延髓部肿瘤因其部位的特殊,不但挤压延髓等脑部组织,又挤压脊髓。本组中的患者既表现有去大脑直直,又表现有肌肉失营养状态的消瘦,对称性肌无力,同时伴有吞咽肌及呼吸肌的麻痹,这种情况下需与颅内病变、脑膜炎、肌无力、格林巴利综合征等鉴别,分析症状呈进行性加重,有呼吸肌麻痹、四肢肌力不同程度的减退和病理反射阳性,说明存在锥体束受压或刺激症状,而无大脑皮层定位体征,使病变部位最大的可能定位在高位颈椎,并通过 MRI 确诊,C₃ 以下的颈椎管内肿瘤在症状上难以与脊髓性颈椎病相鉴别,但肿瘤多生长于一侧,损伤一侧脊髓神经较重,使临床上明确的定位症状,肿瘤病人症状进行加重快,缓解不明显,站立位症状加重,棘突叩击痛(+).而脊髓性颈椎病常有缓解期、且进展慢是其鉴别的要点。胸腰段以下的椎管内肿瘤极易与腰椎间盘突出症相混,因椎间盘突出症在临床上多见,常被作为首要考虑,而肿瘤挤压脊髓神经

根,常亦表现为下肢症状,尤其当同时患有腰椎间盘突出症的患者,需反复检查导致下肢症状的神经根性体征的明确定位,查体是否有脊柱叩击痛,体位变化对症状的影响,是否有休息痛等,配合血液化验作仔细分辨,尤其要仔细对比 CT 图像中的病位、节段是否与临床表现的定位症状相符,当发现有不符的地方时,要反复查体,不能因可解释大部分症状而放弃可疑之处,配合 MRI、CTM 和造影对本病有明确的诊断价值,对瘤体的形态、位置、纵剖面累及范围以及与周围组织、器官的关系可有全面的了解,对确定诊断、决定手术方案,提供有价值的影像学依据。

3. 早期确诊的意义:椎管内手术难度大,且其愈后与瘤体的性质、大小、位置、对脊髓的损害程度有直接的关系,在疾病早期瘤体体积小,占位不大,椎管尚余一定的空间,手术入路容易,瘤体与周围组织之间的间隙明显,术中可作完整的鞘膜分离,较小的瘤体挤压周围组织,只引起供血障碍,并无脊髓、神经的变性坏死。增大的瘤体不但使椎管空间充塞且与周围组织粘连,使鞘膜无法完整分离,留下复发隐患,同时较重的供血障碍可使脊髓、神经变性坏死,产生不可逆改变。

(收稿:1998-06-27)

右肩部多发性腱鞘滑膜软骨瘤病 1 例

梅广文 袁荣火 刘阳春 周建华

安徽省宁国市人民医院 (242300)

滑膜软骨瘤(Synovial chondromatosis)又称滑膜骨软骨瘤病,多发生于关节腔内,而发生于腱鞘内者罕见。现将收治 1 例报告如下。

××,女,49岁,1995年6月11日入院。18年前发现右上臂近段前内侧有一胡桃大小硬性肿块,可活动,无疼痛,曾在外院诊断为“骨肿瘤”,建议手术治疗,因故中止。后包块缓慢增大,并向肩部前内上方、上臂近段后方蔓延增大。近2月肩部活动时时有疼痛感,要求手术治疗。病程中未曾服药治疗,右上肢及关节功能正常,家族成员中无类似病史。

体检:右肩关节活动正常,右上肢皮肤色泽正常,指端血供、浅感觉正常。右上臂近段前、后内侧,肩部前内侧,锁骨外段下方均可扪及大小不等、形状各异、质硬、表面呈粗颗粒状、稍可活动之肿块,活动肩关节时有牵痛感,局部有轻压痛。

化验:碱性磷酸酶、血沉及其他常规项目均正常。

X线片显示:右肱骨近段前内侧、后侧,锁骨外端下方喙突区,均见大片颗粒状致密影,边缘清晰,肩关节间隙清晰。肱骨骨皮质未见明显破坏影像。(见图1、2)

术中所见:肱二头肌长头肌腱自肌腹至起始部被大小不等、形状各异联成一体的肿块包裹,成纺锤状,约14cm×4cm×4cm,肿块位于腱鞘内。切开二头肌腱鞘,见腱鞘呈紫红色,且肥厚,将包块连同脏层包膜一同纵行剖开,见二头肌肌腱被包裹于肿块中央,瘤体难以计数,其大者如大豆,小者如粟,部分有蒂与包膜相

连,并有黄色清液溢出。取出瘤体后继续探得:喙肱肌及肱二头肌短头与肱骨近端骨膜相近处有3cm×4cm×5cm肿块,锁骨下胸小肌内缘腱鞘内有2.5cm×2.5cm×3cm肿块,肩后大、小圆肌、冈下肌深面也有3cm×4cm×5cm大小肿块,且肿块在肌腱附丽部位与肱骨骨膜紧密相连。以上各肿块均在各肌腱鞘内,各有包膜,互不贯通,一一切开鞘膜取出之,瘤体均与二头肌长头所见瘤体一样,为白色,最后切开肩关节囊,见囊壁光滑,色泽正常,关节腔内无软骨小体。

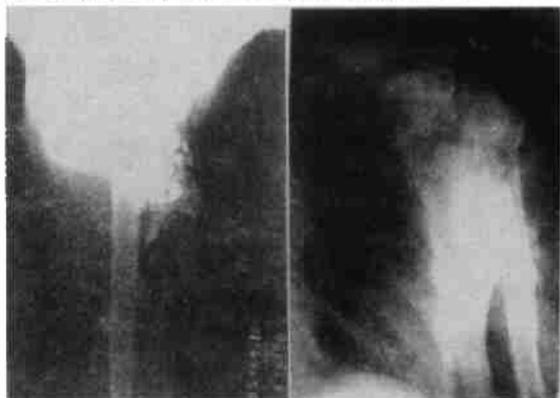


图1. 右肱骨近段及肩关节侧位片

图2. 右肱骨近段及肩关节正位片

术毕称得瘤体总重量为520g,病理报告:滑膜软骨瘤病。病理号:9966,切口一期愈合,近日随访右肩关节功能正常,无其他不适。

(收稿:1995-10-30)