

单节段固定以恢复脊柱稳定性,避免因节段性失稳而引起的远期并发症出现。

4 参考文献

1. 齐强,陈仲强,刘忠军,等.胸腰段椎间盘突出症的手术治疗及入路选择[J].中国脊柱脊髓杂志,2006,16(2):133-137.
2. 丁文元,李宝俊,申勇,等.经后外侧入路治疗胸椎间盘突出症 38 例报告[J].中华骨科杂志,2006,26(1):39-42.
3. Pfeifer BA, Krag MH, Johnson C. Repair of failed transpedicle screw fixation: a biomechanical study comparing polymethylmethacrylates milled bone and match stick bone reconstruction [J]. Spine, 1994, 19(3): 350-353.
4. Horton WC, Kraiwattanapong C, Akamaru T, et al. The role of the sternum, costosternal articulations, intervertebral disc, and facets in thoracic sagittal plane biomechanics: a comparison of three different sequences of surgical release [J]. Spine, 2005, 30

(18):2014-2023.

5. Eiertag MA, Horton WC, Norman JT, et al. The effect of different surgical releases on thoracic spinal motion: a cadaveric study [J]. Spine, 1995, 20(14): 1604-1611.
6. Dennis F. The three column spine and its significance in the classification of acute thoracolumbar spinal injuries [J]. Spine, 1983, 8(8): 817-831.
7. Abumi K, Panjabi MM, Kramer KM, et al. Biomechanical evaluation of lumbar spinal stability after graded facetectomies [J]. Spine, 1990, 15(11): 1142-1147.
8. Oda I, Abumi K, Cunningham BW, et al. An in vitro human cadaveric study investigating the biomechanical properties of the thoracic spine [J]. Spine, 2002, 27(3): 64-70.

(收稿日期:2007-03-22 修回日期:2007-06-18)

(英文编审 蒋欣)

(本文编辑 卢庆霞)

个案报道

胸椎管内良性间叶瘤 1 例报告

陆禹严, 陈海, 吴东永, 李春

(广西玉林市第一人民医院骨科 537000)

中图分类号: R730.262 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2007)-10-0776-01

良性间叶瘤可发生于身体各部位软组织,以四肢及躯干较多,亦可发生于头、颈、肾、肠及肠系膜、肝和卵巢等处,原发于椎管内罕见,至今鲜有相关文献报道。我们收治 1 例,报告如下。

患者男性,83 岁,因“行走不稳 3 个月,加重 2 周”于 2007 年 4 月 9 日入院。患者于入院前 3 个月无明显诱因出现双下肢行走不稳,有踩棉花感,无束带感,无发热、呼吸困难、心悸、恶心、呕吐等其他不适,曾给予中药治疗无效。入院前 2 周加重,行走时易跌倒,伴双下肢麻木、乏力。查体:双下肢直腿抬高试验、加强试验(-),痛温觉、运动觉及本体感觉正常,双下肢肌力 4 级,肌张力正常,腹壁反射双侧消失,肛周反射、双侧提睾反射正常,右侧 Chaddock 征阳性,余病理反射未引出。胸椎 MRI 检查 T4~T6 水平胸髓后缘 52×11mm 大小异常信号灶,边缘尚光整,信号不均匀,T1 为混合信号,T2 为高信号,增强后强化明显,病灶与两侧神经根关系密切;病灶旁胸椎未见明显骨质破坏,周围软组织未见肿块,未见异常信号(图 1a、b、c,后插页 I)。诊断:T4~T6 髓外硬膜下占位病变,考虑神经鞘瘤。

2007 年 4 月 17 日在气管插管全麻下行 T4~T6 全椎板切除减压、椎管内肿瘤切除术。术中见 T4~T6 水平椎管内硬膜外有一类长圆形肿物,约 5×2×0.3cm 大小,包膜完整,质韧,灰黄色,位于椎管后部,压迫硬脊膜。予神经剥离后完整切除瘤体。切开硬膜探查脊髓搏动好,硬膜囊内神

经纤维无受压,未见明显肿块,遂将硬脊膜连续锁边缝合,常规关闭切口。术后病理检查示 T4~T6 椎管内良性间叶瘤,由血管、淋巴管、脂肪组成(图 2,后插页 I)。术后予预防感染、脱水、营养神经等治疗,自觉双下肢麻木、乏力减轻,卧床 3 周后能扶拐行走,1 个月后能弃拐行走,双下肢肌力 5 级,病理征消失。复查 MRI 示瘤体切除完整,胸髓未见受压,髓内未见异常信号(图 3a、b,后插页 I)。

讨论 良性间叶瘤由分化成熟的 2 种或 2 种以上间胚叶组织构成。肿瘤成分最常见有脂肪、平滑肌及各种类型厚壁血管,也可有骨骼肌、骨、软骨、粘液组织、淋巴组织、造血组织等,各成分比例在不同病例各不相同。本例病程发展较快,有包膜,与周围组织界限清晰,无骨质破坏及软组织肿块,与文献^[1]报道该肿瘤生长缓慢、无包膜、与周围组织分界不清有所不同。因椎管内良性间叶瘤极其罕见,易误诊为神经鞘瘤等其他常见椎管内肿瘤,病理检查是确诊的唯一依据。因此肿瘤有复发倾向^[2],手术切除时应尽量广泛彻底。

参考文献

1. 周晓梅,胡永军,周俊梅,等.脚趾巨大良性间叶瘤 1 例[J].现代医药卫生,2006,22(2):257.
2. 郑勇,高松,张强,等.肋骨良性间叶瘤 1 例[J].中华外科杂志,2003,41(2):124.

(收稿日期:2007-05-22 修回日期:2007-07-02)

(本文编辑 李伟霞)