

个案报道

腰椎管内血管瘤 1 例报告

孙德义, 冶进良

(青海省西宁市大通县医院骨二科 810100)

中图分类号: R739.42 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2007)-04-0320-01

患者女, 45 岁。因“骶尾部疼痛 3 年, 加重伴左下肢疼痛 6 个月”于 2006 年 5 月 10 日入院。患者于 3 年前无明显诱因出现骶尾部酸痛, 久坐时明显, 在当地医院以“腰椎间盘突出症”给予按摩等治疗 1 个月, 疼痛明显缓解。6 个月前无明显诱因出现腰及左大腿后侧疼痛, 自腰部放射至左足跟部, 阵发性, 夜间明显, 不能入睡, 无发热、盗汗, 下床活动后略减轻。在当地医院行腰椎 CT 检查示 L4/5 椎间盘膨出, 诊断为腰椎间盘突出症, 住院给予神经妥乐平、甘露醇等药物治疗, 20d 后左腿疼痛减轻出院。后在当地某诊所按摩 1 次后, 出现双下肢疼痛, 腰部酸痛加重, 且发现左小腿变细, 左下肢乏力, 左脚趾背伸无力, 易摔倒。近 2 个月左小腿易抽筋、鞍区麻木、排尿费力、尿频, 每 1~2h 排尿 1 次。查体: 跛行步态, 腰椎生理屈度存在, 无侧凸, 椎旁肌无紧张, L3、L4 棘突间轻压痛; 腰椎活动度, 屈 50°, 伸 20°, 左侧弯 40°, 右侧弯 40°; 直腿抬高试验(-), 加强试验(-); 左下肢肌肉明显萎缩、肌张力低, 大腿周径右侧 40cm、左侧 38cm, 小腿周径右侧 33cm、左侧 31.5cm; 髂腰肌、股四头肌、股二头肌、胫前肌、腓骨长短肌、趾屈肌肌力左侧分别为 4 级、4 级、4 级、4 级、0 级、2 级、0 级、0 级, 右侧均为 5 级; 双下肢感觉无明显异常, 鞍区痛觉减退, 双侧膝腱反射、跟腱反射均正常存在, 病理反射双侧均未引出, 颈部及双上肢均未查及异常。腰椎正侧位 X 线片示腰椎轻度旋转畸形, 椎体骨质未见明显异常。腰椎 MRI 显示 L1~L2 椎体水平硬膜囊内可见类圆形异常信号, 位于硬膜内髓外, 呈椭圆形, 长轴与椎管平行, 边界清晰, 质地不均匀(图 1), T2 像示外周低信号中央高信号, 占据椎管中央, 脊髓圆锥明显受压(图 2), 拟诊为马尾神经鞘瘤。

2006 年 5 月 17 日在气管插管全麻下行 T12 下半椎板、L1 全椎板和 L2 上半椎板切除减压、椎管内肿瘤切除手术。术中见硬膜外脂肪量中等, 硬膜颜色发紫, L1 水平切开硬膜及蛛网膜, 见脑脊液高压。释放高压的脑脊液后, 见马尾囊内有一肿物, 类圆形, 2.0×1.5×1.5cm 大, 暗紫色, 有菲薄而完整的包膜, 整体位于 L1 椎体节段脊髓圆锥末端, 占据中央管, 圆锥末端被挤向后上方, 马尾神经被挤向左、右侧及后方, 肿瘤头尾侧各有一神经与之相连, 为同一根神经于肿瘤处经过, 于瘤体表面难以分辨神经结构。该神经直径约 2mm, 除该神经外, 肿瘤四周再无任何结构与之粘连。鉴于瘤体与神经无法分离, 以锐刀在神经包膜外表面将神经头尾两端切断, 完全切除瘤体。神经两游离端



图 1 MRI 示 L1~L2 硬膜囊内类圆形异常信号, 位于硬膜内髓外, 质地不均匀, 边界清晰, 脊髓圆锥明显受压 图 2 腰椎 MRI 示瘤体位于椎管中央, 硬膜内髓外, 质地不均匀, 边界清晰, 周围低信号, 中央高信号, 脊髓圆锥及马尾被挤向左、右侧及后侧

试行对接, 缺损长度 3mm, 因张力过大无法吻合, 放弃神经修复。用可吸收线将硬膜囊连续锁边缝合, 见硬膜囊恢复膨隆, 搏动良好。常规关闭切口。将肿瘤剖开, 断面似无组织结构, 呈巧克力酱样。病理检查诊断为血管瘤伴出血、血栓机化及钙化(图 3, 封三)。术后给予抗感染、脱水、营养神经等治疗 4 周, 出院后继续口服神经营养药及功能练习等治疗 3 个月。术后 1 个月双下肢感觉无异常, 鞍区仍感觉麻木; 左侧髂腰肌、股四头肌、股二头肌、胫前肌肌力基本恢复正常, 左腓骨长短肌肌力 3 级, 趾屈肌肌力 3 级, 腓骨长短肌肌力 0 级, 趾屈肌肌力 3 级, 右侧上述各肌肌力正常; 小便功能尚未恢复。复查 MRI 示瘤体切除完整。术后 6 个月患者自觉左下肢有力, 鞍区麻木感减轻, 左侧髂腰肌、股四头肌、股二头肌、胫前肌肌力正常, 左腓骨长短肌、趾屈肌和腓骨长短肌肌力 4 级, 左腓骨长短肌肌力 2 级, 右侧上述各肌肌力正常, 能自行排尿但稍费力, 无尿频。

讨论 椎管内血管瘤在临床很少见, 早期症状不典型, 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。另外, MRI 是早期诊断椎管内肿瘤的首选方法, 能清晰地显示肿瘤及周围结构, 对手术切除肿瘤有积极的指导意义。对不典型的腰腿痛, 要考虑到椎管内肿瘤的可能, 避免误诊、误治。术中应严密细致操作, 防止脊髓及马尾神经损伤, 肿瘤组织应切除彻底, 防止复发。如马尾神经与瘤体无法分离, 为彻底切除肿瘤组织, 切除相应的病变神经也不失为一种选择。

(收稿日期: 2006-12-18 修回日期: 2007-02-05)

(本文编辑 李伟霞)