

脊髓马尾室管膜瘤 1 例报告

刁正文, 杨福兵, 包长顺

(泸州医学院附属医院神经外科 646000 四川省泸州市)

中图分类号: R739.4 文献标识码: B 文章编号: 1004-406X(2007)-07-0559-02

患者男, 36 岁, 因“反复腰痛伴双下肢放射痛 2 年, 加重 4d”于 2007 年 2 月 26 日入院。2 年前患者因感冒后出现腰部胀痛, 翻身活动受限, 站立、行走困难伴双臀部和大腿后侧放射痛, 伸髋伸腿时疼痛加重, 屈髋屈膝位可缓解。无发热、畏寒, 无间歇性跛行。类似症状多次发作, 均能经抗炎治疗缓解。4d 前再次出现上述症状并加重, 抗炎治疗无效, 以“腰椎感染”收入我院脊柱外科。查体: L2/3、L3/4 棘突间压痛, 双下肢直腿抬高(加强)试验阴性, 病理反射未引出, 腹壁反射、提睾反射、肛周反射正常。入院后 CT 检查示 L4/5、L5/S1 椎间盘膨出(图 1)。MRI 检查示 L2~L3 椎管内椭圆形均匀长 T1、混杂长 T2 异常信号影, 短 T1 反转恢复序列(short T1 inversion recovery, STIR)像上为稍高信号, 约 3.2×1.2×1.4cm, 边界尚清, 病灶实性部分显著强化, 其内囊变区强化不明显(图 2a~d), 诊断为 L2~L3 椎管内占位病变伴囊变, 室管膜瘤可能性大。遂转入我科, 完善术前检查后行手术治疗。采用腰后路正中切口, 切除 L1~L3 半椎板, 见硬脊膜张力高, 切开硬膜后见脊髓终于 L1 上缘水平, 于脊髓圆锥下方、马尾丛间见一约 3.5×1.5×1.5cm 椭圆形囊实性肿块, 肿块上极距脊髓圆锥下缘约 1.5cm, 数根马尾神经与肿块表面粘连, 包块与周围组织分界清楚, 无浸润表现。将神经自其表面分离后完整切除肿块。剖开肿块见其实性部分呈灰红色, 囊内为暗红色血液及血凝块。病理检查示粘液乳头型室管膜瘤(图 3, 封 3)。术后予以抗炎、脱水及营养神经等治疗。患者症状缓解, 于

2007 年 3 月 16 日出院。

讨论 室管膜瘤是脊髓常见肿瘤, 占脊髓髓内肿瘤的 60%左右, 大多数生长范围局限, 与脊髓组织常有明显分界^[1], 但发生在脊髓马尾部的室管膜瘤并不多见^[2]。脊髓室管膜瘤多数起源于脊髓中央管的室管膜细胞或退变的终丝, 也可能发生在硬膜外^[3]。该病临床表现主要为马尾神经症状, 如下肢麻木、放射痛及括约肌功能障碍等, 一般不伴脑脊液循环梗阻表现。由于马尾部肿瘤生长空间较大, 神经根可随肿瘤生长而移动, 故功能障碍等症状出现缓慢且无规律, 早期极易被漏诊或误诊为坐骨神经痛、腰椎间盘突出症等。此病还应注意与该部位的神经纤维瘤和神经鞘瘤鉴别诊断, 后者均起源于神经鞘细胞(Schwan 细胞)^[4], 其与神经的关系更为密切, 故神经激惹症状持续时间短而神经损害症状出现较早。因此, 术前仔细的临床检查有助于诊断, 尤其是 MRI 检查可为临床诊断提供重要线索。关于 MRI 表现, 脊髓室管膜瘤、神经纤维瘤和神经鞘瘤在 T1 像上均为等或低信号, 在 T2 像上均为等或高信号, 且都可发生出血、囊变; 但脊髓室管膜瘤多为均匀显著强化而后两者则多为不规则或环状强化, 且后者常沿神经孔(椎间孔)生长而使肿瘤呈哑铃状^[5], 有助于鉴别。本例术前 CT 仅提示椎间盘突出而 MRI 诊断则和病理检查相符合。本病的治疗以手术切除为主, 因放疗有致脊髓组织变性、脊髓功能损害甚至脊髓萎缩的危险^[6]。所以我们认为治疗脊髓室管膜瘤的关键是争取完全切除肿瘤, 对肿瘤全

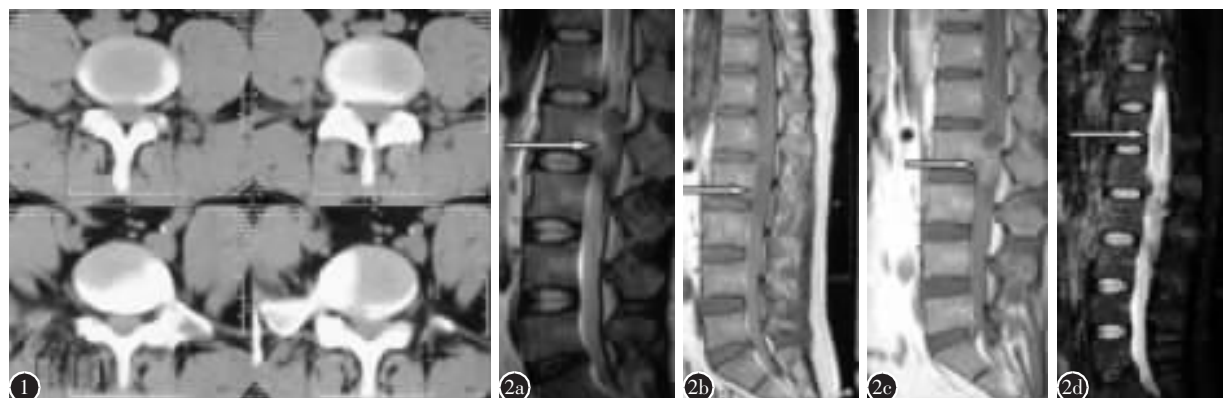


图 1 术前 CT 检查示 L4/5、L5/S1 椎间盘突出 图 2 术前 MRI 示 L2~L3 椎管内椭圆形混杂长 T2 异常信号影, 约 3.2×1.2×1.4cm(a), 均匀长 T1 信号(b), 病灶实性部分显著强化, 其内囊变区强化不明显(c), 在 STIR 像上为稍高信号(d)

切除者不需放疗,对肿瘤次全切除者,术后亦不主张放疗。其预后与肿瘤的大小、病理类型、切除是否彻底有关。

参考文献

1. 吴承远,刘玉光.临床神经外科学[M].北京:人民卫生出版社,2001.920-921.
2. Hoshimaru M, Koyama T, Hashimoto N, et al. Results of microsurgical treatment for intramedullary spinal cord ependymomas: analysis of 36 cases [J]. Neurosurgery, 1999, 44 (2): 264-269.
3. 许进,蒋光愉,周序珑,等.颅内硬膜外粘液乳头型室管膜瘤 1

例[J].临床与实验病理学杂志,2002,18(1):16.

4. Milutinovic Z, Vidojevic M, Trifkovic Z, et al. Multifocal localization of tumors of Schwann cell origin [J]. Srp Arh Celok Lek, 2001, 129(9-10): 251-256.
5. 孟俊非,梁碧玲.临床 MRI 诊断学[M].广州:广东科技出版社,2005.374-377.
6. 鲁祥和,诸葛启钊,吴哲襄,等.脊髓室管膜瘤的诊断与治疗[J].中国脊柱脊髓杂志,2001,11(6):337-339.

(收稿日期:2007-03-22 修回日期:2007-06-08)

(本文编辑 李伟霞)

读者·作者·编者

(七)如何写医学论文的“材料与方法”?

卢庆霞

(《中国脊柱脊髓杂志》编辑部 100029 北京市)

在医学科技论文中,“材料”是为了表现主题而收集的各种事实、数据或观点,是研究主题的依据;“方法”是指完成研究主题所采取的手段。“材料与方法”是科技论文的基础,回答“用什么做”和“怎么做”的问题,是判断论文科学性、先进性的主要依据。它可以使读者了解该研究的可靠性,也为他人重复此项研究提供资料。一篇优秀的论文,材料必须充分、真实和准确,方法必须科学和具体。

在不同的类型研究中,对“材料与方法”的叫法不同,如实验研究中称其为“材料与方法”;在临床研究中称其为“资料与方法”;在流行病学调查研究中常称为“对象与方法”。不同类型的研究对“材料与方法”的写作要求也不完全一样。在实验研究中,要交待实验条件,包括:实验动物(标本)的来源、种系、性别、年龄、体重、健康状况、选择标准、分组方法、麻醉与手术方法、标本制备以及实验环境和饲养条件等;说明实验方法,包括:所用仪器设备及规格、试剂、操作方法,常规试剂说明名称、生产厂家、规格、批号,新试剂要写出分子式和结构式,若需配制,则应交待配方和制备方法;操作方法如为前人用过的给出参考文献,众所周知的只交待名称即可,如系较新的方法则应说明出处并提供参考文献,对某方法进行了改进则要交待修改的根据和内容,对创新的方法要详细介绍,以便他人学习和参考。在临床研究中,应说明资料来源,病例数、性别、年龄、职业、病因、病程、诊断依据、分型和/或分组标准、观察方法和疗效评定标准,并说明该研究是前瞻性还是回顾性等。有时需根据不同疾病列出病程分期、症状、体征的客观指标,机能和形态变化的量化情况。此外,对某些研究(观察)对象要说明样本的代表性及样本组间的可比性。否则,可因此而失掉整个论文的价值。如果需要进行统计学分析,还应交待使用何种统计处理方法,显著性标准是什么,必要时应说明计算手段和软件名称。

在医学科技论文的“材料与方法”中经常遇到的问题有:(1)资料或材料不够详实。资料或材料是研究的主体,是论文的基础,是研究结果的依据,是结论的前提。无论实验研究还是临床研究,若资料不详实,研究本身就成为了“空中楼阁”。故作者应将论文的“资料”详实、准确地记载和介绍。(2)“方法”不够科学、具体。研究“方法”的先进性、科学性决定结果的客观性和结论的可信性。“方法”是研究设计先进与科学的体现。如观测的方法比较粗糙,很难得出细微的观察结果;如观测手术段单一,很难得出客观全面的结论。“方法”的科学性决定论文的科学性。(3)表述不够准、规范,条理性欠佳。有的论文材料很详实,方法也很先进,但作者不会表达,或表达不准确,也不规范。如在实验研究中,动物(或标本)是先随机分组还是先制作模型后再随机分组?何时、如何处死动物?标本取自哪个部位的什么组织?用什么方法检查?如何计数或测量?都要一一交待清楚,并根据主题、按照研究的操作顺序书写,同时注意前后的关系和连贯性。有的论文作者将能搜集到的资料不分青红皂白全部罗列其中,或是没有具体数据,而用含混的“大多数”、“少数”或“部分”等字样,甚至将教科书上的内容放在其中,这会大大降低论文的科学性。

总之,在撰写医学论文时,作者应按照自己确定的主题,将收集到的材料(资料)和使用的方法按一定的顺序依次叙述,既要文字简洁,又要表达清楚,还要层次分明、叙述严谨,使论文真实、科学和可信。