

脊柱包虫病 3 例报告

王尧天, 王伟

(新疆库尔勒市巴州人民医院骨科 841000)

中图分类号: R532.32, R681.5

文献标识码: B

文章编号: 1004-406X(2008)-07-0559-02

包虫病是一种常见的严重危害人体健康的人畜共患寄生虫病。骨包虫病较少见,文献报道约占包虫病的 0.5%~4%^[1]。我院收治 3 例脊柱骨包虫病,报告如下。

病例 1:患者男性,69 岁,有羊犬接触史。因胸背部疼痛伴右下肢无力、行走困难 11 个月于 2005 年 7 月 7 日入院。查体:胸背部压痛,向右下肢放射,右下肢肌力减弱(3 级~3+级),膝腱、跟腱反射未引出,双侧踝阵挛阳性, Babinski 征阴性,右侧大腿周径较左侧小 3cm, Frankel 分级 C 级。Casoni 试验强阳性。X 线片示 T12 和 L1 椎体、椎弓根骨质破坏,密度不均,其内可见小圆形透亮区。MRI 示 T12 和 L1 椎体、附件、椎管内见异常信号,呈长 T1、长 T2 改变, T2 加权像为多发、大小不等囊泡状改变,囊内可见小囊影;椎管周围有低信号区造成硬膜囊受压,脊髓向左移位(图 1a、b、c、d)。诊断为 T12、L1 脊柱骨包虫病。行前后联合入路病灶清除植骨内固定手术,后路手术中见椎旁肌内有两个较大包虫囊,切开椎板后,有包虫囊液流出,椎管内有较多包虫囊及子囊,压迫脊髓, T12 和 L1 椎体、椎弓根骨质破坏,用刮勺或吸引器取净囊皮、囊液及子囊后,用石碳酸棉球擦试囊壁, 3% 双氧水浸泡 10min 后用大量生理盐水冲洗,自体髂骨横突植骨, CD 椎弓根后路内固定;前路见椎体破坏,内有较多包虫囊、子囊、死骨及肉芽组织,按上法彻底清除病灶,自体髂骨椎体间植骨, CD 前路内固定。术后影像学复查示内固定位置良好(图 1e、f)。术后病理诊断为棘球蚴骨包虫病。术前、术后口服阿苯达唑治疗,术后神经功能恢复至 Frankel E 级。随访 2 年,植骨融合,内固定位置良好,未复发(图 2a、b)。

病例 2:患者男性,40 岁,有牧区生活史。有 5 次外院脊柱包虫、结核手术史,术后并发感染史。因腰部包块 6 个月于 2004 年 4 月 2 日入院。入院时双膝关节以下感觉、运动消失,大小便功能完全丧失。查体:腰背部可见 10×10cm 包块,局部无红肿,质软,活动度差,轻度压痛;膝关节平面以下感觉、运动消失,生理反射消失,病理反射未引出, Frankel 分级 A 级。Casoni 试验阳性, X 线平片示 L4、L5、S1 椎体骨质破坏,密度不均,其内可见小圆形透亮区。CT、MRI 检查示 L4、L5、S1 椎体及附件骨质呈广泛性囊状、蜂

窝状破坏区,骨结构紊乱、混杂模糊不清,内有囊状高密度影突向椎管压迫脊髓,椎管变形。诊断为 L4、L5、S1 脊柱骨包虫病并脊柱结核。经后方入路手术,术中见椎旁肌内有 10×10×5cm 大小包块,内有较多黄色液体及大量包虫囊、子囊,保护好周围组织将其清除。切除残留椎板及瘢痕组织后见椎管内、椎体前方有干酪样脓液、炎性肉芽肿、死骨、大量包虫囊及子囊,彻底清除椎体内、椎管内病变,解除脊髓及神经根的压迫,自体髂骨横突植骨 CD 内固定。术后病理诊断为脊柱骨包虫病并结核。术前、术后口服阿苯达唑及抗结核药物治疗。术后神经功能无恢复,仍为 Frankel A 级。术后 6 个月、7 个月腰背部包块复发,再次手术清除,创口愈合。术后 18 个月包块复发、破溃并感染,手术后创口窦道形成,患者自动出院 1 年后死于感染。

病例 3:患者男性,20 岁。有羊犬接触史。曾于 6 岁、14 岁时有两次肺包虫手术史。因胸背部疼痛伴双下肢乏力 2 年、排尿困难和腹胀 1 个月于 2000 年 11 月 5 日入院。双下肢完全瘫痪,大小便功能完全丧失。查体:左胸背部可见 5×5cm 包块,局部无红肿,质软,活动度差,轻度压痛;肋弓平面以下感觉、运动消失,生理反射消失,病理反射未引出, Frankel 分级 A 级。Casoni 试验阳性, X 线平片示 T4、T5 椎体骨质破坏,密度不均,其内可见小圆形透亮区。CT 检查示 T4、T5 椎体及左侧附件骨质呈广泛性囊状、蜂窝状破坏区,内有囊状高密度影突向椎管压迫脊髓,椎旁软组织肿胀,内有囊状高密度影。诊断为 T4、T5 脊柱骨包虫病。经侧前方入路行 T4、T5 椎体病灶清除植骨术,术中见病灶内有大小不等的子囊, T4、T5 椎体破坏且有死骨块,取出死骨及包虫子囊,残腔用石碳酸和双氧水反复冲洗后椎体间植入自体肋骨。术后病理诊断为棘球蚴骨包虫病。术前、术后口服阿苯达唑治疗,术后截瘫无改善,仍为 Frankel A 级。随访 6 年未复发。

讨论 包虫病是人类感染细粒棘球蚴的幼虫所致的疾病。新疆是我国包虫病感染率最高的地区。脊柱包虫病多为血行感染,因脊柱的血液循环丰富、血流缓慢,在骨包虫病中发病率较高。脊柱包虫病对人体的危害以机械性损害为主。寄生于骨内的包虫囊对人体骨骼具有很大破坏作用。由于潜伏期长,早期可无自觉症状,出现症状时一般骨骼已受到很大破坏。骨包虫病灶没有纤维包膜,有外生性的特点,常破坏椎体、椎间盘、椎弓根及上下关节突引起病



图 1 a,b MRI 矢状位 T1、T2 加权像示 T12、L1 椎体、附件、椎管内异常信号,呈大小不等囊状多房改变,T1 加权像呈低信号,T2 加权像呈高信号 c L1 MRI 横断面 T2 加权像示椎体、附件、椎管内异常信号,呈大小不等囊状多房改变,造成硬膜囊受压,脊髓向左前移位 d MRI 冠状位 T1 加权像示 T12、L1 椎板水平可见异常信号簇集呈“葡萄串样” e,f 术后胸腰椎正侧位 X 线片示内固定位置良好 图 2 a,b 术后 2 年胸腰椎正侧位 X 线片示植骨融合,内固定位置良好,无复发

理骨折或脱位,在周围软组织形成继发性包虫囊肿^[2],压迫脊髓、神经根而致截瘫。由于本病少见,易误诊,治疗不及时,患者一般均合并脊髓或神经根受压的症状和体征。本组 3 例患者均有神经症状, Frankel 分级 A 级 2 例、C 级 1 例,手术后 1 例完全改善;另外 2 例无改善。1 例反复复发,继发感染,最终死于感染。表明骨包虫病易复发,很难一次性根治。

本病误诊率较高。误诊原因主要是本病少见,对其认识不足,易误诊为其他疾病;其次脊柱包虫病病程进展与脊柱结核、肿瘤类似,临床表现复杂,首发症状主要表现为病变部位的疼痛或放射痛,部分患者可出现局部包块,病程较长,一般不合并发热、消瘦等全身症状,多呈渐进性发展,随病情进展出现不同程度的瘫痪。合并脊髓神经功能障碍是患者就诊的主要原因。本病的 X 线及 CT 表现为多样性,其征象无特征性^[3],表现为囊状、虫蚀状、蜂窝状、葡萄串状、斑点状、融骨性骨质缺损等多种征象,易与骨肿瘤、骨结核的融骨性破坏及骨巨细胞瘤的密集泡沫征等相混淆。另外,骨包虫常自发破裂,感染致病变区骨质结构紊乱,模糊不清,其固有征象被掩盖。在所有的影像检查中 MRI 对诊断骨包虫病最有意义^[4],MRI T2 加权像示母囊呈高信号,子囊较母囊信号更高,呈现典型的多囊状结构而较易诊断^[5]。Casoni 试验、间接血凝试验、对流免疫电泳等血清学检查方法灵敏性和特异性不高,术前小块病理活检(如穿刺或钻取的标本)常不易取到虫体,易造成漏诊和误诊。因此在诊断本病时应重视流行病学资料,注意患者是否来自农牧区及与犬羊有密切接触史,重视对本病 X

线、CT、MRI 检查资料的积累与分析,结合临床特点和多项血清学检查结果,尽早作出诊断,以避免漏、误诊。本组 3 例综合流行病学资料、既往病史、影像学、血清学检查确定诊断。

目前脊柱包虫病的治疗以手术为主,药物治疗为辅。手术应彻底清除病灶、死骨及子囊,解除脊髓压迫。术中在清除包虫囊时应保护好周围组织,严防囊液外溢,再清除包虫囊壁及子囊,用石炭酸、双氧水处理残腔。对脊柱不稳者应同时行植骨融合。阿苯达唑是抗包虫病的最有效的药物之一^[6],手术后使用阿苯达唑抗包虫治疗可预防复发。

参考文献

1. Pedrosa I, Saiz A, Arrazola J, et al. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications [J]. Radiographics, 2000, 20(3): 795-817.
2. 谢增如, 李纲. 骨包虫病的临床特征及诊治[J]. 实用骨科杂志, 2003, 9(1): 65-66.
3. 盛伟斌, 刘毅, 徐小雄, 等. 脊柱包虫病的临床特点及诊断方法[J]. 中华骨科杂志, 2006, 26(1): 7-12.
4. 刘大鹏, 谢增如, 张锐, 等. 骨包虫病的诊断及治疗[J]. 中华骨科杂志, 2004, 24(7): 403-406.
5. 汪洁, 陈宏. 椎体包虫病的 MRI 诊断[J]. 中国医学影像学杂志, 2002, 10(2): 101-102.
6. 包根书, 史大中. 棘球蚴病药物治疗现况[J]. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志, 2003, 21(6): 363-365.

(收稿日期: 2007-12-24 修回日期: 2008-01-22)

(本文编辑 李伟霞)