

病例报告

腰椎间盘突出症合并椎管内神经鞘瘤一例

常熟市中医院 (215500) 顾云峰 陆馨

顾×, 男, 50岁, 干部, 住院号7167。患者右腰腿痛8个月, 2个月前疼痛突然加重, 入夜尤甚, 不能平卧, 翻身困难, 咳嗽时腰痛加剧, 并沿着腰、右臀、右大腿后侧向右小腿后外侧放射。

检查: 跛行, 脊柱腰段向右侧凸, 腰椎生理前突消失, 腰肌痉挛, 并有广泛压痛, L₄、₅间隙右旁压痛明显, 并向右下肢放射, 直腿抬高试验左 80°, 右 40° (+), 加强试验右 (+), 右跟臀试验 (+), 右踇背伸肌力较左减弱。

腰椎X片示: 腰椎右侧凸, 生理弧度消失, L₄、₅间隙前窄后宽。CT 扫描: L₄、₅椎间盘变性, 向右后方突出。

综合临床分析, 诊断为L₄、₅椎间盘突出症。予绝对卧床休息, 低重量持续骨盆牵引治疗。

三周后终止骨盆牵引, 逐步下地活动六周以后, 疼痛已缓解, 但出现会阴部麻木、感觉减退, 初起于肛门及阴囊部, 以后区域逐步扩大, 并出现小便时有失控, 肛门括约肌松弛现象。再作 L₃~S₁CT 扫描, 报告: L₄、₅椎间盘变性, 向右后方突出。行椎管造影术见: L₅间隙有一小切迹, L₁、₂间隙水平呈完全梗阻, 造影剂不能通过, 提示 L₄、₅椎间盘突出, L₁、₂水平椎管内占位性病变。脑脊液蛋白定量 15.4g/L。

于停止牵引第九周, 行全椎板切除减压、椎管探查术。手术时切除L₁棘突及二侧椎板, 暴露硬脊膜并切开之, 即见一囊性肿物突出, 内有三束马尾神经穿入, 切除囊肿负压引流; 缝合切口。病理报告: 神经鞘瘤伴囊性变。

术后三周, 会阴部麻木感觉减退, 已有明

显好转, 未再出现大小便失控现象, 已能独立步行1.0km而无明显不适。

讨论: 腰椎间盘突出症、椎管内神经鞘瘤均可致马尾神经损伤, 出现疼痛, 感觉异常, 运动障碍, 括约肌功能紊乱。因此, 在临床上有时难以鉴别, 把神经鞘瘤误诊为腰椎间盘突出症, 占误诊病例的16.7%^[1]。一般地讲, 神经鞘瘤发病与外伤无关, 发病缓慢, 进行性发展, 卧床久后则疼痛加重, 稍活动则可减轻, 常有感觉与括约肌功能障碍, 脊柱无姿态性改变, 腰部无明显压痛点。而腰椎间盘突出症出现的主要征候是, 腰痛及坐骨神经痛, 休息卧床可减轻, 脊柱常见有姿态性改变, 腰部压痛点对定位诊断有较重要意义, 引起马尾神经损伤, 则病情进展快, 不及时手术, 常可引起完全性瘫痪。

脑脊液的蛋白定量有助于诊断, 正常脑脊液蛋白定量0.15~0.4g/L^[2]。吴氏^[3]报告, 腰椎间盘突出症, 脑脊液蛋白定量最高为 1.81g/L。王氏^[1]报告, 椎管内神经鞘瘤, 脑脊液蛋白定量94%均呈增高状态, 2.01g/L 以上占 59.7%, 其中有3.8%在30g/L以上。

对于腰椎间盘突出症, 椎管内神经鞘瘤, 造成马尾损伤, 都应及时明确诊断, 迅速手术。

参 考 文 献

1. 王忠诚主编. 神经外科学 (3) 脊髓疾病. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1983:125.
2. 李影林主编. 临床医学检验手册. 第 1 版. 吉林: 科学技术出版社, 1987:328.
3. 吴常德等. 腰椎间盘突出症合并马尾神经损伤. 中华骨科杂 1992; 1(12):52.