

在 X 线片或 CT 片上，纤维皮质缺损多有完整的硬化边缘，边缘多是多房样或分叶状，而骨膜韧带样纤维瘤则边缘呈虫蚀样不规则改变；纤维皮质缺损病理镜下成纤维细胞呈密集的漩涡状和束状，细胞非常密集，而骨膜韧带纤维瘤则表现纤维细胞和胶原纤维交错成波浪样，束块状排列。(2) 骨韧带样纤维瘤：二者瘤细胞相同，镜下组织构成相似，从病理上难以区别。但二者的发病年龄、好发部位不同，对骨结构破坏明显不同。

骨韧带样纤维瘤多发于成年人(20~30岁)，好发于长骨如股骨、胫骨等，多为单侧发病，病变多侵入髓腔使病变骨膨胀，X线及CT征象为密度减低、溶骨性、多房性、蜂窝状改变。从临床及X线能鉴别二者。

骨膜韧带样纤维瘤为良性肿瘤，预后良好，单纯手术刮除即可，复发率较低。

(收稿：1996-03-01)

## 胸椎管狭窄症两次误诊一例

姚共和 熊辉

湖南中医学院附属第一医院 (410007)

郭××，男，68岁，退休工人，病案号85984。因腰腿疼痛麻木3年，双下肢活动障碍1月余，于1995年12月11日收住院。患者1992年8月出现腰部疼痛伴双下肢麻胀，劳累后加剧。3月前曾在某县人民医院就诊，经CT扫描诊断为“腰椎间盘突出症”，经牵引、按摩治疗无效，病情进行性加剧，近月余出现双下肢乏力，行走困难。入院体查：脊柱无畸形，活动不灵便，腰、背部脊椎深叩击痛阳性，双下肢肌肉轻度萎缩，肌张力减低，大腿及小腿各肌群肌力为II~III级，双膝平面以下痛、温、触觉迟钝，深感觉正常，双膝、踝反射减弱，腹壁及提睾反射正常，双下肢Babinski征阳性。X线平片示胸腰段脊柱广泛性骨质增生。椎管造影显示造影剂散在分布。奎肯氏(Queckenstedt)试验阴性；脑脊液生化检测，潘氏试验阳性，糖半定量试验750%。入院诊断：腰腿痛原因待查。科室会诊意见：作胸腰段MRI检查。MRI检查报告为“胸椎管内多发性神经纤维瘤”。拟行椎管探查神经纤维瘤切除术。

为了手术定位，术前行CT密扫，CT片显示胸段多处小关节突有不同程度的骨质增生，黄韧带肥厚，T<sub>10</sub>左侧上关节突增生凸向椎管内，占据椎管约1/2，明显压迫脊髓。最后确诊为退行性胸椎管狭窄症，手术切除

T<sub>8-11</sub>椎板和T<sub>10</sub>左上关节突内侧半，将脊髓受压充分解除。术后肌力逐渐恢复。

### 讨论

本例在某县人民医院初次误诊为腰椎间盘突出症，究其原因，主要是没有进行系统的神经系统检查，遗漏了病理征阳性这一重要的椎体束体征，依靠CT报告“腰椎间盘突出症”而作诊断结论，因而造成误诊误治。

第二次误诊为“胸椎管内多发性神经纤维瘤”，是根据MRI报告作出的诊断，可以解释病理征阳性体征。其误诊原因主要是对图像辨认与分析有误以致发出了错误报告。同时MRI检查不能清晰显示椎板骨皮质，对关节增生、黄韧带骨化、后纵韧带骨化等引起的胸椎管狭窄症不易与椎管内肿瘤相鉴别，其诊断的阳性率低于CT扫描，临床上应引起重视。

凡腰腿痛病人，尤其是老年病人，椎间盘大多有退行性改变，不要轻易诊断为“腰椎间盘突出症”，尤其是病理反射征阳性和X线平片显示脊柱广泛骨质增生时，应考虑到胸椎管狭窄症的存在。

(收稿：1996-03-21)