

· 病例报告 ·

颈椎后路切除高位颈椎管内肿瘤 1 例

Removal of tumor in high level of cervical spine with posterior approach: A report of 1 case

胡永胜 项泽文 马原

HU Yongsheng, XIANG Zewen, MA Yuan

【关键词】 脊椎肿瘤; 外科手术 【Key words】 Spinal cord neoplasms; Surgical procedures, operative

高位颈椎管内肿瘤的切除手术危险程度高, 手术复杂难处理。我们对 1 例 $C_{3,4}$ 部位的巨大神经鞘膜瘤患者经后路进行肿瘤切除, 患者得到了良好的恢复。

患者, 男, 60 岁, 因进行性四肢无力, 行走不稳 6 个月就诊, 自诉颈部不适, 行走不便, 四肢无力, 胸部有束带感, 小便无法控制, 查体: 颈部无畸形, 生理屈度良好, 棘突无红肿, C_3 轻度压痛, 双肘伸屈肌肌力 III 级, 双手握力 II 级, 双侧肱二头肌肌腱、三头肌肌腱反射亢进, 双侧霍夫曼征阳性, 双上肢感觉减退; 双下肢肌张力高, 肌力 III 级, 双侧 Babinski 征阳性, 髌阵挛、踝阵挛阳性, 约胸骨柄平面以下感觉减退。血、尿、便、肝肾功能等无明显异常。X 线检查: 无明显异常, MRI 示 $C_{3,4}$ 占位性病变, 大小 $1.5\text{ cm} \times 2.0\text{ cm}$, 病变较大, 占据椎管大部分空间, 脊髓严重受压迫, 见图 1。MIR 诊断: 神经鞘膜瘤。

图 1 MRI 示 $C_{3,4}$ 占位性病变

手术经过: 局麻加心电监护下进行, 患者腹部卧位, 颈部屈曲, 后正中作一长约 7 cm 切口, 逐层切开, 电烙止血, 显露双侧椎板, 切除 $C_{2,4}$ 棘突, 用薄的

枪状咬骨钳从 $C_{4,5}$ 椎板间隙进入自下而上, 咬除椎板, 见 C_3 处硬膜明显膨隆, 颜色发暗, 在硬膜上作切口, 使肿瘤完全显露, 肿瘤为囊性, 椭圆形, $2.5\text{ cm} \times 2.0\text{ cm} \times 2.0\text{ cm}$ 大小, 占据椎管大部分空间, 脊髓从肿瘤底部穿出, 肿瘤与脊髓有部分粘连, 在肿瘤上挂线, 轻轻提起, 用剥离子小心分离脊髓与肿瘤, 尽量不要牵动脊髓, 术中病人可有触电感觉, 与肿瘤不能分开的细丝状神经切断, 使肿瘤完全切除。

患者术中无明显不适, 手术约 1.5 h, 出血约 100 ml, 放引流管引流, 术后常规用抗生素, 脱水药, 激素, 以防止感染, 减轻神经水肿, 第二天即可戴颈围下床站立, 7 d 拆线, 切口甲级愈合。术后病理诊断: 神经鞘膜瘤。术后 3 个月随访, 四肢肌力明显恢复, 能行走但行走稍有不稳, 胸部束带感消失, 小便已能控制。

讨论

根据颈椎椎管解剖特点, 一般将其分为高位颈椎(1-4)和低位颈椎(5-7)椎管内肿瘤两种类型。这是因为高位颈椎椎管腔明显大于低位颈椎管腔, 存在较大的代偿空间, 而且高位颈椎椎管内有脊髓与延髓的延续部分, 是与呼吸和心跳中枢具有密切联系的重要结构, 高位颈椎椎管内肿瘤病程往往较长, 一般代偿间隙消失才会出现明显的脊髓压迫症状, 所以肿瘤体积往往较大, 与周围组织和硬膜可有粘连。经后路从肿瘤侧旁深入到脊髓前部危险性很大, 牵拉碰触 C_3 的脊髓有可能引起呼吸心跳的骤停, 甚至病人的死亡, 术中刺激, 术后脊髓水肿, 也可能引起膈肌瘫痪, 呼吸减弱或消失等严重后果, 某些细小的神经分支可切断, 一般不会引起神经症状, 而脊髓主干不能牵拉或损伤, 术后密切观察血压和呼吸的变化。